

临床外科的常见失误及其防范

孙宗鲁编著

北京



临床外科的常见失误 及其防范

孙宗鲁 编著

北京大学出版社

临床外科的常见失误及其防范

孙宗鲁 编著

*

北京大学出版社出版

(北京大学校内)

北京大学印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

*

850×1168 毫米 32 开本 5.25印张 125千字

1984年12月第一版 1984年12月第一次印刷

印数：1—10,000册

统一书号：14209·2 定价：1.00元

编·者·的·话

临床外科工作不仅头绪纷杂，而且每个疾病的诊断和处理都包括许多环节。无论在哪个环节上出现失误，都可能引起不良后果，甚至造成不可挽回的损失。医学院校的外科教学，系统地讲授了各类外科疾病的临床表现、诊断步骤、鉴别要点和处理方法，使青年外科医师大体上有所遵循，但还有不少具体环节是书本上和课程中没有提到的，有的虽然也曾提到，但在临床工作中很易被忽略。事实上许多环节是在上级医师的指导下和自己多年的工作中，逐步地体会和认识的。有些处理得比较好，成为成功的经验；有些没有处理好，成为失败的教训；有的则被长期忽视，可能已成为不良的工作习惯而不自觉。我们在临床工作中常常见到的失误，大多是在这些环节上发生问题所造成的。

编著本书的目的，是试图把这一类问题集中起来加以阐述，使成功的经验得以推广，常犯的错误得以避免，不良的习惯得以纠正，使青年外科医师和广大基层外科工作者有所裨益，最终的目的是使病人得到正确的处理而不受到损失。本书原是为笔者所在单位的青年外科医师所编写的讲稿，现整理成书。外科前辈、中华医学会北京分会副会长谢祖培教授，不辞辛劳，详加审阅，为本书增色不少，谨此表示衷心感谢。

限于编者的水平和经验，不免挂一漏万，缺点和错误仍不会少，希望各位前辈和同道不吝指正。

孙宗鲁

一九八三年三月

序 言

临床外科工作涉及的范围颇广，包含的细节甚多。初离医学院校的青年外科医师和基层单位的外科工作者，会遇到许多具体问题和困难，在缺乏上级医师指导的条件下尤其如此。现有的教科书和参考书大多采用正面阐述的方法，系统地、全面地介绍各类外科疾病的诊断和治疗原则。这些原则是外科医生在临床工作中必须遵循的依据，但要用来解决日常外科工作中经常遇到的一些具体细节问题，有时还嫌不足。在此情况下，许多从事临床外科工作的青年医师和基层外科工作者希望有一本以上述原则为指导，对外科日常工作中经常遇到的、具有共性的许多细节进行重点论述的书籍。外科副主任医师孙宗鲁同志编写的《临床外科的常见失误及其防范》一书就是在这种客观条件要求下问世的。孙宗鲁同志在他三十余年的临床外科工作中努力学习、认真钻研，并将其工作经验和学习体会加以整理和总结。这本书的特色就是以临床外科工作中常见的失误来强调外科疾病的诊断和治疗原则的重要性，并重点叙述了临床工作中处理各个细节的正确途径。可以预期，它的出版将会为广大读者提供许多有益的资料。我希望今后能看到更多类似的专著和书籍出版，为开创社会主义建设新局面作出贡献。

谢祖培

一九八三年三月十日

目 录

1. 手术中处理伤面渗血时错误地使用过热的盐水纱布·····	(1)
2. 缝针误穿血管时错误地遽行结扎·····	(2)
3. 在对位切口引流物留置不当·····	(2)
4. 皮肤裂伤缝合时可能遇到的问题及其失误·····	(3)
5. 手术区皮肤消毒方面的几个问题·····	(4)
6. 不辨明脱水的性质而盲目输液·····	(6)
7. 纠正脱水时对水和电解质的丢失量未进行估计或推算·····	(9)
8. 纠正脱水时不注意各种溶液的输入顺序和速度·····	(13)
9. 纠正低张或等张脱水时输入大量生理盐水·····	(14)
10. 体液丢失时未用相仿的电解质溶液补充·····	(16)
11. 在缺钾问题上的错误认识和措施·····	(17)
12. 腰椎穿刺时针过猛过深·····	(19)
13. 由于技术操作的失误而导致腰椎穿刺的失败·····	(20)
14. 未注意避免腰麻后并发症的发生·····	(22)
15. 抗菌素在预防术后感染时的滥用·····	(23)
16. 抄录现成的中药方来治病·····	(25)
17. 闭合性颅脑损伤在初诊时的诊断失误·····	(25)
18. 闭合性颅脑损伤在观察中的诊断失误·····	(31)
19. 将头部外伤性反应错误地诊为“轻度脑震荡”·····	(35)
20. 颅盖骨凹陷骨折的漏诊·····	(36)
21. 在闭合性颅脑损伤中忽视对冲性脑挫裂伤的可能性·····	(37)
22. 在颅脑损伤中, 未掌握腰椎穿刺的指征和禁忌·····	(38)
23. 处理颜面擦伤时未将灰渣等异物完全清除·····	(40)
24. 颈淋巴结活检时易犯的失误·····	(41)
25. 对甲状腺机能亢进的治疗选择失当·····	(42)
26. 甲状腺手术中未找到正确的层次就进行剥离·····	(44)
27. 甲状腺囊肿切除手术结束时未置引流物·····	(45)

28. 甲状腺癌的误诊·····	(45)
29. 误将颌下腺肿大认作颌下淋巴结肿大·····	(48)
30. 误将肩胛舌骨肌认作锁骨上淋巴结·····	(48)
31. 颈部肿物的误诊·····	(50)
32. 把副乳等诊为纤维脂肪瘤·····	(57)
33. 多发性皮下脂肪瘤的治疗问题·····	(58)
34. 把青春发育期的乳头下扁圆形肿物诊为乳腺肿瘤·····	(59)
35. 忽视乳腺自我检查的重要性·····	(59)
36. 切除乳腺良性病变时过分拘泥于放线状切口·····	(60)
37. 根据乳腺深部脓肿有无波动的局部体征来决定切开引流 与否·····	(62)
38. 乳腺脓肿切开引流时常见的失误·····	(63)
39. 早期乳腺癌的漏诊·····	(64)
40. 忽视乳头溢液的临床意义和相应的检查·····	(70)
41. 乳头湿疹样癌和急性乳腺炎的误诊·····	(72)
42. 肋软骨炎的治疗问题·····	(73)
43. 检查急腹症病人时忽视外疝的检查·····	(74)
44. 误将腹股沟直疝诊为斜疝·····	(75)
45. 腹股沟疝修补的术式选择失当·····	(77)
46. 腹股沟疝修补术中对膀胱、精索、血管和神经的误伤·····	(79)
47. 腹部检查时把脊柱误认为腹部包块·····	(81)
48. 误将引起急性腹痛的腹外疾患诊为外科急腹症·····	(82)
49. 误将腹部的内科疾患诊为外科急腹症·····	(87)
50. 溃疡病急性穿孔的治疗选择失当·····	(89)
51. 在急腹症诊断困难时忽视诊断性腹腔穿刺的意义·····	(91)
52. 不必要地将腹部皮下深筋膜从腹外斜肌上剥离·····	(94)
53. 对正常肠鸣音的频率、强度和音调缺乏足够的听诊训练·····	(95)
54. 误将绞窄性肠梗阻诊为单纯性肠梗阻·····	(96)
55. 延误肠梗阻的手术时机·····	(97)
56. 忽视胃肠减压器发生故障的可能性·····	(98)
57. 轻易作出慢性阑尾炎的诊断·····	(98)
58. 对急性阑尾炎的治疗选择不当,以致延误手术·····	(100)

59. 诊断急性阑尾炎而手术中发现阑尾正常时未作探查·····	(101)
60. 误用 Treves 氏皱襞覆盖阑尾残端·····	(102)
61. 阑尾残端沾污手术切口·····	(103)
62. 在化脓性阑尾炎手术中忽视对切口的保护·····	(103)
63. 过分强调输尿管结石的绞痛和放射痛的典型症状·····	(104)
64. 输尿管结石 X 线检查的漏诊或误诊·····	(105)
65. 直肠癌的漏诊·····	(108)
66. 乙状结肠镜检查时盲插过深·····	(109)
67. 肛瘘手术或挂线时人为地造成“内口”·····	(110)
68. 痔切除术前检查不充分·····	(111)
69. 混合痔或外痔切除时皮肤切口过小·····	(112)
70. 分别作数个痔核切除时先后顺序失当·····	(113)
71. 肛周脓肿和坐骨直肠窝脓肿的切开引流问题·····	(114)
72. 肛裂、痔和肛瘘手术中的括约肌处理问题·····	(116)
73. 骨盆牵引装置失当·····	(118)
74. 应用醋酸强的松龙局部注射时的失误·····	(119)
75. 忽视肢体异物取出手术的难度·····	(122)
76. 对岗上肌腱断裂或部分断裂的漏诊·····	(123)
77. 误把史密斯 (Smith) 氏骨折当作科雷斯 (Colles) 氏骨折 处理·····	(124)
78. 疑为新鲜腕舟骨骨折但因当时摄片未见骨折线而错误地加以 否定·····	(124)
79. 错误地将腕与手固定于非功能位·····	(125)
80. 手指囊肿和肿瘤的误诊·····	(127)
81. 处理鱼钩穿入伤时误将鱼钩逆行外拔·····	(130)
82. 指甲下血肿处理失当·····	(131)
83. 误对垂直跨越手部关节掌侧或背侧的切割伤进行单纯的 缝合·····	(132)
84. 处理未离体的指端外伤性折断时遽行截指·····	(133)
85. 处理手足外伤时忽略肌腱断裂的仔细检查·····	(134)
86. 在脓性指头炎病例中错误地等待波动出现才作切开引流·····	(135)
87. 甲沟脓肿处理失当·····	(136)

88. 慢性膝痛的诊断失误·····	(137)
89. 检查膝关节新鲜损伤时忽视十字韧带断裂的可能性·····	(145)
90. 对膝关节创伤性滑膜积液或关节血肿未作及时的穿刺抽吸·····	(146)
91. 忽视膝关节穿刺液的诊断价值·····	(147)
92. 踝关节外侧韧带断裂的漏诊·····	(148)
93. 跖趾关节损伤或趾骨闭合性横断骨折时未作固定·····	(149)
94. 将痛风误诊为丹毒、损伤、类风湿性关节炎·····	(150)
95. 在大隐静脉曲张病例中未能明确判断深静脉回流是否通畅时未作进一步检查·····	(151)
96. 大隐静脉剥脱术前未用美蓝等事先将曲张静脉标出·····	(152)
97. 大隐静脉曲张手术选择或操作失当导致术后复发·····	(153)
98. 大隐静脉曲张检查和手术时对交通支的忽视·····	(154)
99. 大隐静脉高位结扎时损伤股静脉·····	(156)
100. 在游走性静脉炎病例中忽视内脏癌症的可能性·····	(156)

1. 手术中处理伤面渗血时错误地使用过热的盐水纱布

手术创口渗血时，常用纱布按压止血。血小板接触纱布的粗糙面后，更易产生粘着、聚集、释放反应和解体。这不仅促进血小板血栓的形成，还可加速血液的凝固。血液凝固主要是酶催化的反应。由于手术野的暴露，局部温度必然有所降低，凝血的酶催化反应也有减缓。若用温热的生理盐水纱布按压，就可提高局部温度，使血液凝固加速，因而可以更好地止住创面的渗血。

但是一部分外科医生和手术室护士，错误地认为这种止血效果是由于高温直接引起血液中蛋白质凝固的缘故，因而以为所使用的盐水纱布愈热愈好。更常见的是：所准备的盐水因加温时间过久而热得发烫时，有关人员并不认为影响使用。其实，这种过热的盐水纱布会使凝血机制的酶催化反应遭到破坏，达不到预期的止血效果，而且会造成组织损伤。

有人对凝血酶的活性进行过测定，时限为15秒。凝血酶的活性随温度而升高，但在 28° — 50°C 之间，活性相差并不很多，若高于 50°C ，凝血酶可发生变性。另一资料表明：凝血酶在 56°C 时即很不稳定。

固然这些都是实验室的测定结果，而且局限于凝血酶这单一的凝血因子，但足以说明：过高的温度并不能加速血液的凝固，反而可能使凝血过程中断。结合临床实际，由于手术野的局部温度降低，用以止血的盐水纱布可以超过体温，但似以不超过 50°C 为合理，亦即平时所谓“温热”为适宜。否则可能事与愿违，甚至产生有害的结果。

2. 缝针误穿血管时错误地遽行结扎

作皮肤缝合时，若缝针误穿血管，则拔针后立即有血液溢出皮肤针孔。经验不足的外科医生往往立刻紧紧结扎，希望借此来止血，结果出血反而更多。这是因为缝线已对穿血管，结扎的张力更加大了血管的创孔。正确的处理是在发现缝针穿透血管时，立即抽出缝线，局部加以压迫，出血不久就会停止。

同样的原则也适用于其他类似的情况。如在作腹股沟斜疝修补术时，万一穿透股动静脉时，也切忌作缝线结扎，只要将缝线轻轻抽出，再压迫止血，也同样奏效。如果发现缝针误穿股动静脉时立即结扎，可造成血管壁的撕裂，引起大出血。

3. 在对位切口中引流物留置不当

在脓肿（如乳腺脓肿、脓性指头炎）切开引流时，可根据需要，作对位切口。在这种切口中留置引流物时，切勿将引流物自一侧切口中置入，而从对位切口中拉出（如图所示）。

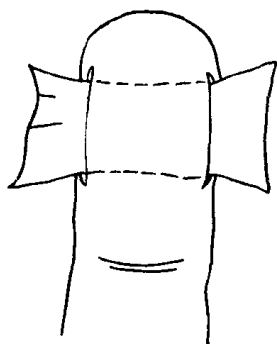


图1 在对位切口中留置引流物时的错误方法

如果在手术引流时这样做，则以后交换敷料时，必然要将暴露在切口外的一段引流物拉入伤口内，才能将引流物取出。这样做，不仅增加患者的痛苦，而且违反了外科原则。

如果在以后换药时如法泡制，那么，这种伤口将永无愈合之时。因为

这类切口的愈合总是从两个切口之间开始的，只要引流物贯穿两个切口，这种愈合就不可能出现。

正确的做法是：分别从两个切口中填入引流物。手术当时，两侧的引流物可以互相接触。以后换药时，从两侧切口中逐渐抽出引流物。更换引流物时，也分别自两个切口中填入。引流出的脓液愈少，引流物填入的深度愈浅，使切口间的组织闭合，变成两个互不相通的创口。这样才能达到创口愈合的目的。

4. 皮肤裂伤缝合时可能遇到的问题及其失误

有些皮肤裂伤的形状比较特殊，若缝合得法，则伤口对齐，创面得到覆盖，血运不受阻碍，因而愈合迅速，瘢痕较小，否则伤缘对合不良或因创面暴露而出现感染，或皮瓣尖端发生坏死，因而创面的愈合受到影响，愈合后形成的瘢痕也较显著。

一、创口斜行通过皮肤，两侧创缘厚薄不一，常使外科医生在处理时感到踌躇。此时若直接缝合，创缘常对合不好。如果不缝，则创口留下缝隙，愈合后形成较宽的瘢痕。欲求创口的良好对合，最好将表浅的皮缘剪去，然后进行缝合（见图2）。

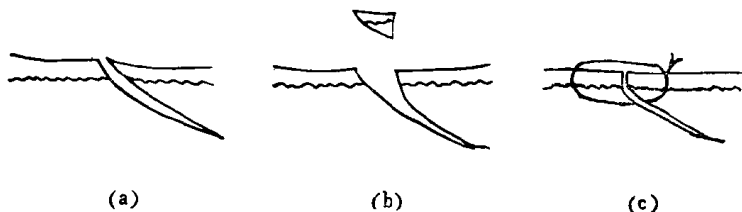


图2 (a)斜行的创缘 (b)将表浅的皮缘剪去 (c)创缘对齐缝合

二、创口有锐角皮瓣，如果将缝线直接穿过皮瓣顶端全层，即可因缝线的压迫而造成皮瓣尖端的坏死。如果在皮瓣对侧创缘较远处作缝合，而缝线仅穿过皮瓣顶端的皮内或皮下组织，即可避免上述不良后果，并使创缘完美对合（见图3）。

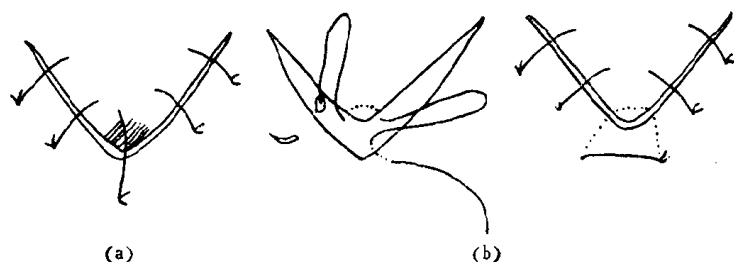


图3 (a)错误的缝法，有斜线处为皮瓣顶端的坏死
(b)正确的缝法，皮瓣顶端不发生坏死

三、创口呈“T”形，两侧皮瓣的角度较大，一般无坏死之虞。但若缝合不得法，仍可出现皮瓣顶端的坏死。这种创口的正确缝法与上述类似（见图4）。

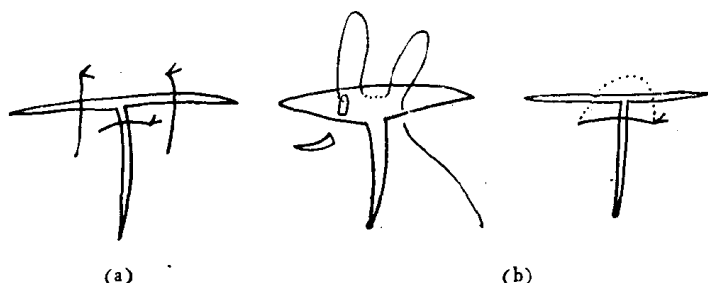


图4 (a)错误的缝法 (b)正确的缝法

5. 手术区皮肤消毒方面的问题

一、消毒范围过小

手术区消毒时，应以手术切口为中心，向周围扩展，不仅为

手术提供面积较大的无菌安全地带，而且为必要时延长切口或另作切口作准备。因此，消毒范围过小，不能不说是一种失误。适宜的范围，大体与剃毛的范围相当而略小。例如阑尾切除术的皮肤消毒范围，上缘应达两侧乳头平面，下缘应到两侧大腿的上 $1/3$ 。有些外科医生以为阑尾切除属于小手术，因而消毒的范围比上述范围要小得多，但万一因手术困难而须延长切口，或因诊断错误而须另作切口时，就会感到极大的被动。

二、操作不当

涂抹消毒剂时，原则上应从手术切口部位开始，一圈圈扩大到四周。已经用以消毒手术区周围的纱布，不可再接触中心部位。但在具体操作时，还有一些细节和例外。

以经常施行的腹部手术为例，应将纱布上浸蘸的碘酊先滴入脐孔，然后涂抹切口部位，并以此为中心，向周围扩展。消毒至足够的范围后，再把碘酊纱布返回来涂擦比较不洁的脐孔。

酒精脱碘必须等碘酊干燥后才开始进行，因为碘酊穿透皮肤较深，灭菌作用较强。如果不待其干燥，就立即涂拭酒精，这是错误的操作。须知主要的消毒剂是碘酊，而不是酒精。

酒精脱碘时，也采取与涂抹碘酊同样的步骤。但脱碘的范围绝不可超过碘酊涂抹的范围。酒精纱布擦拭至接近碘酊涂抹区的边缘时，就将这块酒精纱布回过来脱去脐孔内的碘酊。这一步做完后，再用它擦拭周围的碘酊。这时，纱布必然会接触未消毒过的皮肤，但这已是最后一道步骤，等这一步做完，便把纱布弃去。易犯的错误是：先擦拭周围的碘酊，然后用这同一块酒精纱布来擦拭脐孔，这就把接触过消毒区以外的纱布，返回到已消毒

过的脐孔来了。

在肛门手术时，肛门应视为最不洁的部位，因此，皮肤消毒要从周围开始，一圈圈地缩小，最后涂擦肛门。如果步骤颠倒，也是一种错误。对待已有感染的创口，原则上与此相同。

三、消毒剂选用不当

皮肤消毒，普遍使用2.5—3%的碘酊，然后用70%酒精脱碘。一般须脱碘两次。在颜面部位更须将碘酊拭净，否则易致灼伤。有人主张在颜面消毒时不用碘酊，而用两次酒精擦拭灭菌。

会阴部皮肤皱折，并与粘膜相连，使用碘酊能造成灼伤，应列为禁忌，可用1:1000硫柳汞酊或1:1000新洁尔灭等代替。小儿的皮肤细嫩，也不可用碘酊消毒。

6. 不辨明脱水的性质而盲目输液

外科医生对于休克往往要比对脱水重视得多，其实，有很大一部分休克是由体液丢失所引起的。由于丢失的体液中所含电解质多寡的不同，脱水有等张、低张和高张之分，其中，等张和低张脱水远较高张脱水为多见。

如果休克是由于脱水所引起，用大量而迅速的静脉输液以尽快补足循环容量，是抗休克的主要措施。即使没有休克，亦应尽快纠正脱水，以改善病情，防止并发症的发生。在制订治疗措施时，外科医生应根据病史、症状、体征和化验，辨明脱水的性质，然后依此选用适宜的液体输入。有些外科医生不设法辨明脱水的性质，而盲目地进行输液，结果可能引起水中毒或盐中毒，使病情更加复杂化。

等张脱水，是临床上最常见的脱水，盐和水成比例地丢失，多见于胃肠道消化液急剧丢失（如腹泻、呕吐、肠梗阻、肠痿等）、创面的液体丢失（如烧伤、挤压伤）以及饮食量过少1—5日等。等张脱水时，血钠仍在正常范围，只是细胞外液（血浆和组织间液）减少，细胞内液不受影响。因细胞内外张力相等，故细胞内液不移动。低张脱水（失盐比失水多），主要发生于上述疾病较重的病人，特点是血钠降低，水渗入细胞内，故外液减少，内液增多，细胞水肿。高张脱水（失水比失盐多），主要发生于水源断绝，因病不能进饮和身体水分蒸发过多等情况，特点是血钠增高，细胞外液减少，内液也减少。以上情况可归纳如下表：

	外 液 量	内 液 量
等张脱水	减 少	正 常
低张脱水	减 少	增 加
高张脱水	减 少	减 少

从上表可以看出，外液量减少是三种真性脱水共有的特点，但在数量上又有所区别，低张脱水的细胞外液量减少最多，等张脱水次之，高张脱水的外液量减少不多。细胞外液包括血浆和组织间液这两个部分。外液量减少即血浆和组织间液的减少。前者表现为血压下降和休克，后者表现为皮肤充实度降低和皮肤弹性减退，这是因为皮肤所含水分绝大部分属组织间液的缘故。在临床检查时，用两指捏起腹部皮肤（方向与身体长轴平行），放手

后常须1—2秒方能展平。此外还有眼窝凹陷、婴儿前囟凹陷，都是组织间液减少的表现。细胞内液量增加，是低张脱水的特点，引起脑细胞水肿，颅内压增高，因而神经症状明显，表现为淡漠、疲倦、嗜睡、头痛、恶心、呕吐、意识障碍、视力模糊、昏迷、抽风等。内液量的减少，是高张脱水的特点，也造成脑细胞的损害，产生神经系统的症状，表现为幻觉、谵妄、烦躁等，并有极度的口渴。

鉴别这三种脱水时，要从病史、症状、体征和化验结果来分析。如果脱水主要因胃肠液丢失或创面丢失所引起则多为等张或低张。病情愈重，病程愈久，体液的张力愈低。若脱水主要因水源断绝、水分蒸发过多或尿崩等引起，则多为高张。从症状和体征来分析，更易作出鉴别。其中最重要的是循环情况和皮肤充实度。若二者均差，多表示低张或等张脱水，而且休克愈重，皮肤充实度愈差，则脱水愈趋低张。高张脱水，主要为内液丢失，故即使失水很多，其循环量和皮肤充实度尚能保持，没有多少休克症状。但因细胞内脱水严重，有极度渴感，粘膜干焦，皮肤干粗发烫。而低张脱水时则相反，口渴不显，粘膜稍湿，皮肤湿冷。低张和高张脱水时，分别有神经细胞的水肿和脱水，因而出现神经系统症状。低张脱水表现为昏睡或昏迷，高张脱水表现为易受刺激和躁动。等张脱水则因内液量正常而很少有神经系统症状。最后，化验检查也是重要的鉴别依据。等张和低张脱水，因有体液量的明显减少而出现血浓缩（血红蛋白值、红细胞计数和血球压积均升高），后者还有明显的血钠降低，在尿比重和尿氯化物方面也出现相应的反映。测定血浆张力，是直接检查体液究竟是等张、低张还是高张的手段，最常用的方法是查血钠。其正常范围