

军医专业五年制试用教材

外科学各论

(上册)

外科教研室編



中国人民解放军第一军医大学

军医专业五年制试用教材

外 科 学 各 论

(上册)

外科教研室编

中国人民解放军第一军医大学

外科学各論(上册)

主編：裴錫玉 齊德林

审閱：徐化民

出版：第一军医大学训练部

印刷：第一军医大学印刷所

印数：5000 字数：25万字

1981年2月 第一版

11.10

外科学各論(下册)

主编：刘知难 王敬先
李少卿 汪维扬

审阅：徐化民

出版：第一军医大学训练部

印刷：第一军医大学印刷所

印数：5000 字数：33万字

1981年2月 第一版

12.125.

目 录

(上册)

第三篇 普 通 外 科

第十九章 頸部常見疾病和創伤 1	第四节 蛔虫性肠梗阻.....87
第一节 甲状腺疾病..... 1	第五节 粘连性肠梗阻.....88
第二节 頸部包块.....14	第二十五章 闌尾炎91
第三节 頸部外伤处理特点.....17	第一节 急性闌尾炎.....91
第二十章 乳房疾病19	第二节 慢性闌尾炎.....101
第一节 概述.....19	第二十六章 胆胰疾病102
第二节 急性乳腺炎.....21	第一节 胆道感染与胆石症.....102
第三节 乳房肿瘤.....23	第二节 胆道蛔虫.....114
第二十一章 腹外疝32	第三节 急性胰腺炎.....117
第一节 概述.....32	第四节 乏特氏壶腹周围癌.....122
第二节 腹股沟疝.....37	第二十七章 肝脾疾病126
第三节 股疝.....47	第一节 门脉高压症的外科治疗.....126
第四节 切口疝.....49	第二节 原发性肝癌的外科治疗.....133
第五节 脐疝.....49	第三节 肝包虫囊肿.....138
第二十二章 急性腹膜炎51	第四节 细菌性肝脓肿.....141
第二十三章 潰瘍病及其并发症和胃	第二十八章 腹部創伤144
癌的外科治疗 60	第一节 概述.....144
第一节 潰瘍病及其并发症外科治	第二节 腹部冲击伤.....151
疗概述.....60	第三节 腹腔内个别脏器伤的临床
第二节 潰瘍病急性穿孔.....67	特点及处理原则.....153
第三节 胃、十二指肠潰瘍大出血.....70	第四节 腹部创伤后主要并发症及
第四节 幽门梗阻.....72	其处理.....159
第五节 胃癌的外科治疗.....73	第二十九章 結腸癌 直腸癌163
第二十四章 腸梗阻76	第一节 结肠癌.....163
第一节 概述.....76	第二节 直肠癌.....168
第二节 肠扭转.....83	第三十章 肛管直腸常見疾病173
第三节 肠套迭.....85	第一节 概述.....173

第二节	肛管直肠周围脓肿	179
第三节	肛痿	181
第四节	肛裂	183
第五节	痔	185
第六节	直肠脱垂	189
第七节	直肠息肉	191
第三十一章	常見周圍血管疾病及周圍大血管創傷	193

第一节	下肢静脉曲张	193
第二节	血栓闭塞性脉管炎	199
第三节	四肢大血管损伤	203
第四节	外伤性动脉瘤	207
第三十二章	外科急腹症的診斷和處理原則	211
第一节	外科急腹症的诊断	211
第二节	外科急腹症的处理原则	219

目 录

(下册)

第四篇 矫形外科

第三十三章 骨折概论	223	第二节 膝关节半月板损伤	269
第一节 骨折的原因、分类和创伤解剖	223	第三节 膝关节损伤性滑膜炎	271
第二节 骨折的诊断	226	第四节 关节脱位	275
第三节 骨折的并发症	228	第五节 火器性关节伤	283
第四节 骨折的修复	230	第三十七章 周围神经伤	285
第五节 骨折的急救和输送	233	第一节 概述	285
第六节 骨折的治疗	234	第二节 常见的神经损伤	290
第七节 开放性骨折的治疗	240	第三十八章 手外伤	293
第三十四章 上肢骨折	242	第一节 检查与诊断	293
第一节 锁骨骨折	242	第二节 治疗	293
第二节 肱骨外科颈骨折	243	第三节 几种常见的手部损伤及其处理	294
第三节 肱骨干骨折	246	第四节 功能锻炼	301
第四节 肱骨髁上骨折	247	第三十九章 断肢(指)再植	302
第五节 尺桡骨干骨折	249	第一节 断肢(指)的定义	302
第六节 桡骨下端骨折	250	第二节 病理生理	302
第七节 腕舟骨骨折	251	第三节 手术指征及禁忌症	303
第三十五章 下肢骨折	256	第四节 急救处理	303
第一节 股骨颈骨折	256	第五节 断肢再植手术的原则和方法	304
第二节 股骨粗隆间骨折	258	第六节 断指再植	305
第三节 股骨干骨折	259	第四十章 脊柱、骨盆伤	307
第四节 髌骨骨折	262	第一节 单纯脊柱骨折脱位	307
第五节 胫腓骨干骨折	263	第二节 合并脊髓伤的脊柱骨折脱位	312
第六节 踝部骨折	264	第三节 骨盆骨折	315
第七节 跟骨骨折	267	第四十一章 腰、腿痛	318
第三十六章 关节伤	268		
第一节 关节扭伤	286		

第一节 概述	318
第二节 急性腰扭伤	322
第三节 腰椎间盘突出症	324
第四节 慢性劳损性腰痛	326
第四十二章 骨关节化脓性感染	329
第一节 化脓性骨髓炎	329
第二节 化脓性关节炎	333
第四十三章 骨关节结核	335
第一节 概述	335
第二节 上肢骨关节结核	336
第三节 下肢骨关节结核	337
第四节 脊柱结核	338
第四十四章 骨肿瘤	341
第一节 概述	341
第二节 良性骨肿瘤	342
第三节 恶性骨肿瘤	343
第四十五章 骨关节常见畸形	345
第一节 斜颈	345
第二节 先天性跖屈内翻足	346
第三节 先天性髋关节脱位	347
第四节 平足症	350
第四十六章 颈肩臂痛	352
第一节 颈源性颈肩臂痛	352
第二节 颈胸源性颈肩臂痛	354
第三节 肩源性颈肩臂痛	355
第四节 肱骨外上髁炎	357
第五节 狭窄性腱鞘炎	357

第五篇 神经外科

第四十七章 颅脑损伤	359
第一节 头皮损伤	359
第二节 颅骨骨折	361
第三节 闭合性脑损伤	364
第四节 分类	375
第五节 颅脑火器伤	376

第六节 颅脑损伤并发症及后遗症	381
第四十八章 颅内肿瘤	385
第四十九章 脑脓肿	393
第五十章 椎管内肿瘤及脊柱裂	396
第一节 椎管内肿瘤	396
第二节 脊柱裂	398
第五十一章 脑血管疾病的外科治疗	401
第一节 高血压脑出血	401
第二节 颅内动脉瘤	402
第三节 脑血管畸形	404
第四节 缺血性脑血管病	406

第六篇 胸部外科

第五十二章 胸部创伤	408
第一节 概述	408
第二节 肋骨骨折	411
第三节 创伤性气胸	415
第四节 纵隔气肿及皮下气肿	419
第五节 血胸	420
第六节 气管、支气管创伤	422
第七节 食道创伤	423
第八节 成人呼吸窘迫综合征	424
第九节 肺爆震伤	427
第十节 创伤性窒息	427
第十一节 心脏和大血管创伤	428
第十二节 胸腹联合伤	431
第十三节 胸伤异物存留的处理原则	433
第五十三章 脓胸	435
第一节 概述	435
第二节 急性脓胸	436
第三节 慢性脓胸	438
第五十四章 胸部疾病	440
第一节 非化脓性肋软骨炎	440
第二节 胸壁结核	441

第三节	原发性纵隔肿瘤	443
第四节	食道癌	445
第五节	支气管扩张的外科治疗 ...	452
第六节	慢性肺脓肿的外科治疗 ...	454
第七节	肺结核的外科治疗	455
第八节	肺癌的外科治疗	458
第五十五章	心血管外科的治疗概况	461
第一节	心脏和大血管外科的成就 动态和发展方向	461
第二节	体外循环的基本概念	462
第三节	常见心血管疾病的外科治 疗适应证和方法	465

第七篇 泌尿外科

第五十六章	泌尿及男性生殖系疾病 的诊断概論	468
第一节	主要症状及其临床意义 ...	468
第二节	泌尿生殖系疾病的检查 ...	472
第五十七章	泌尿系創伤	478
第一节	肾創伤	478
第二节	输尿管創伤	482
第三节	膀胱創伤	483
第四节	尿道創伤	486
第五节	阴茎及睪丸創伤	490
第五十八章	下尿路及男生殖系非异 特性感染	492
第五十九章	泌尿及男生殖系結核 ...	497

第一节	发病原理和病理	497
第二节	肾結核	498
第三节	附睪結核	501
第六十章	泌尿系統結石	503
第一节	概述	503
第二节	肾、输尿管結石	506
第三节	膀胱、尿道結石	511
第六十一章	泌尿及男性生殖系肿 瘤	513
第一节	肾肿瘤	513
第二节	膀胱肿瘤	515
第三节	阴茎癌	518
第四节	睪丸肿瘤	520
第六十二章	男生殖系統其它疾病 ...	523
第一节	前列腺肥大	523
第二节	包皮过长与包茎	526
第三节	鞘膜积液	528
第四节	精索静脉曲张	530
第五节	阴囊内丝虫病	532
第六十三章	男性計划生育	534
第六十四章	腎上腺疾病的外科治 疗	538
第一节	皮质醇增多症(柯兴氏綜 合症)	538
第二节	原发性醛固酮增多症(原 醛)	539
第三节	嗜铬细胞瘤	541

第三篇 普通外科

第十九章 頸部常見疾病和創傷

Common Diseases and injuries of the neck

第一节 甲状腺疾病

Diseases of the thyroid gland

一、甲状腺的解剖与生理

甲状腺位于颈前甲状软骨下气管的两旁，附贴于气管、食管、咽喉的两侧。由两个侧叶中间连以峡部构成。两侧叶不一定对称，有时自峡部发生一锥体叶，可向上伸达舌骨。甲状腺由两层被膜包裹着（图19—1）。内层很薄，紧贴腺体，称甲状腺固有被膜，外层稍厚，称甲状腺外科被膜。两层被膜之间借疏松的结缔组织联着，手术时应在此间隙分离甲状腺。此间隙内，甲状腺两侧叶背面，附着四个甲状旁腺。甲状腺借外层被膜及两侧叶上极内侧被膜增厚形成的悬韧带（称甲状腺悬韧带），固定于环状软骨与喉部，因此，当吞咽动作时，肿大的甲状腺可随之上下移动。

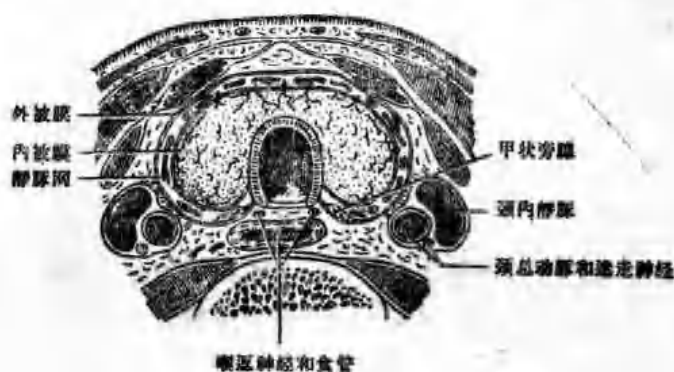


图19—1 甲状腺横切面（示甲状腺被膜）

甲状腺的血液循环非常丰富（图19—2）。主要来自甲状腺上动脉和甲状腺下动脉。甲状腺上动脉是颈外动脉第一分支，下行近甲状腺上极时，分前、后、内三支，分别进入腺

体的前、后及峡部。甲状腺下动脉起自锁骨下动脉的甲状腺干，上行至腺体后，分上、下二支，进入腺体的后方及下极。有时尚有甲状腺最下动脉，上行至甲状腺峡部或一叶下极。甲状腺上、下动脉分支之间与咽喉部、气管、食管等的动脉之间，都有广泛的吻合支。因此，在施甲状腺手术时，虽两侧甲状腺上、下动脉结扎，而甲状腺残留部分和甲状旁腺仍有足够的血运而不致坏死。

喉上神经和喉返神经与甲状腺关系非常密切（图19—3），分别来自迷走神经。喉上神经分内支（感觉支）和外支（运动支），内支分布于喉粘膜上，外支配环甲肌运动，使声带紧张。此神经与甲状腺上动脉贴近，手术结扎甲状腺上动脉时，宜紧贴甲状腺上极，避免损伤喉上神经。喉返神经走行于气管、食管间沟内，上行支配声带运动，在甲状腺背面与甲状腺下动脉的分支相互交错，因此，在处理甲状腺下动脉时，应特别注意。

甲状腺内的淋巴小管围绕着甲状腺滤泡而组成丰富的淋巴小管网，汇集于被膜内的一些集合管，伴随甲状腺血管而引流至颈内静脉周围淋巴结和气管前、气管旁、喉返神经附近的淋巴结。

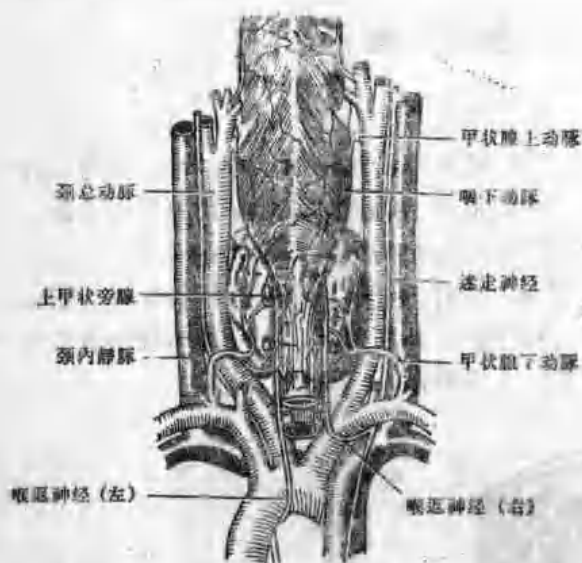


图19—2 甲状腺和气管、食管、血管、神经的解剖关系



图19—3 甲状腺上动脉与喉上神经的解剖关系

甲状腺具有摄取碘和储存碘以及制造、储存和分泌甲状腺激素的功能。

摄取碘和储存碘：甲状腺实质由腺泡所构成，它是甲状腺的功能单位。普通20—30克重的成人甲状腺，含碘量约7—10毫克，约占正常人体内碘总量的五分之一，其浓度约高于血液的数百倍。临床上，利用甲状腺的聚碘功能，应用放射性¹³¹I测定甲状腺机能和治疗甲状腺机能亢进症。

制造、贮存和分泌甲状腺激素：腺泡上皮细胞利用摄入的碘与蛋白质结合，构成“碘甲状腺球蛋白”贮存于腺泡内。当机体需要时，“碘甲状腺球蛋白”水解，释放甲

甲状腺激素，增高人体的新陈代谢，促进蛋白质、糖和脂肪的氧化，肝糖原减少，储存脂肪减少。同时，加速细胞合成代谢，促进正常生长发育。相反，如甲状腺功能不足，则引起新陈代谢全面降低，临床上出现粘液性水肿。

甲状腺的机能活动与人体各器官、系统的活动以及外界环境相互联系，互相影响，主要受大脑皮层——丘脑下部——垂体前叶系统的控制和调节。一方面，直接通过进入甲状腺的交感神经纤维，另一方面，通过垂体前叶分泌的促甲状腺激素。当人体在活动或外界环境发生变化、甲状腺激素的需要量激增时（如寒冷、妊娠期、青少年），或甲状腺激素的合成发生障碍时（如碘缺乏），则血液中甲状腺激素浓度下降，而刺激垂体前叶，引起促甲状腺激素的分泌增多，从而促进甲状腺激素的合成和分泌；当甲状腺素分泌过多，血液中浓度增加到一定程度，它又反过来抑制垂体前叶促甲状腺激素的分泌，使甲状腺合成和分泌甲状腺激素速度减慢。通过这种相互作用、不断调节、保持着在体内的动态平衡。

二、单纯性甲状腺肿

(Simple goiter)

又称地方性甲状腺肿。是一种世界性的多发病，流行于山区和内陆。据1958年联合国卫生组织统计，世界发病人数约有二亿，亚、非、拉三洲流行较严重，我国多山地区患此病较多。中医称“瘰疬”。

(一) 病因及病理

1. 病因

(1) 碘缺乏 碘缺乏是本病的主要因素。食物或饮水中含碘量过低，或饮食中脂肪、蛋白质浓度过高等均可妨碍肠道对碘的吸收。机体吸收碘减少，甲状腺不能产生足够的甲状腺激素，则血液中甲状腺激素浓度降低，通过神经体液调节途径，刺激脑垂体前叶分泌多量的促甲状腺激素，而使甲状腺代偿性肿大。

(2) 甲状腺激素需要量激增 在青春期、妊娠期、哺乳期或绝经期妇女，或患传染病、中毒时，机体代谢旺盛，对甲状腺激素需要量激增，因此相对地体内碘不足，亦能发生轻度的弥漫性甲状腺肿大，这是一种生理现象。一般到成年或疾病恢复后，可自行缩小。

(3) 甲状腺激素生物合成和分泌障碍 近年来发现致甲状腺肿物质日益增多。如硫代酰胺类和苯胺类能阻止甲状腺激素的合成；氰化物、硝酸类等化合物可阻止甲状腺摄取碘；某些蔬菜（如大豆、豆芽、卷心菜、胡萝卜、花生等）食用过多，也含致甲状腺肿物质。总之，致甲状腺肿物质通过干扰碘的利用，抑制甲状腺激素合成过程中某一环节，致使血液中甲状腺激素减少，也可引起甲状腺肿大。

此外、隐性遗传的先天缺陷，如过氧化酶或蛋白水解酶等缺乏，也可引起甲状腺肿大。

2. 病理 单纯性甲状腺肿的病理改变是腺泡扩张，腺泡内积存大量胶质，腺泡壁上皮细胞由柱状变为扁平或低立方，部分腺泡呈代偿性增生。依形态可分弥漫性和结节性两种。弥漫性甲状腺肿多见于疾病初期，扩张或增生的腺泡较均匀的散布于腺体内。如未经及时治疗，病变继续发展，扩张的腺泡集结成大小不等的结节，则逐渐形成结节性甲状腺肿。相当时间后，随着结节的增大，因血运不良，结节内可发生退行性变，而形成囊肿（往往伴发囊内出血）、纤维化或钙化等改变。

（二）临床表现

女性较多见，一般在青春期多发。甲状腺呈不同程度的肿大，能随吞咽动作上下活动。弥漫性甲状腺肿，两侧对称性肿大，表面光滑，质地柔软。结节性甲状腺肿大者，一般两侧不对称，在腺体的一侧或两侧触及单个或多个结节，一般存在多年，增长缓慢、结节数目可增多。如因囊内出血可在短期内迅速增大，并伴有轻度疼痛。

一般无全身症状，基础代谢率正常或偏低。较大的甲状腺肿可出现压迫症状，如压迫气管可出现气促或呼吸困难（图19—4）；压迫食管可引起吞咽不适或吞咽困难，少数病人可用压迫喉返神经出现声音嘶哑，压迫颈深部血管可出现颈、胸部表浅静脉扩张、头面部青紫及浮肿（图19—5）。结节性甲状腺肿，可演变为甲状腺机能亢进（约25—50%）或发生恶性变（4—24%），对病程较久者应提高警惕。



图19—4 胸骨后甲状腺肿压迫气管变形



图19—5 甲状腺肿压迫颈深静脉胸前表浅静脉扩张

（三）治疗

1. 非手术治疗 青春发育期弥漫性单纯性甲状腺肿，一般属于生理性肿大，不需任何治疗。流行地区弥漫性甲状腺肿，应予小剂量碘治疗，常用碘化钾，每日10毫克，或复方碘化钾溶液（即卢戈氏液），每日二滴。三周为一疗程，间隔一个月，总疗程6个月到一年。结节性甲状腺肿不宜服碘剂治疗。

也可用小量甲状腺素治疗，剂量15—30毫克每日2—3次，3—6个月为一疗程。

中药治疗，以“化痰软坚”为治则。常用方药有昆布、海藻、海浮石、浙贝、青皮、半夏等各10克。

2. 手术治疗 手术治疗的适应症：

（1）结节性甲状腺肿，有转变为甲状腺机能亢进或恶性变的危险，碘剂治疗多无效。

- (2) 单纯性甲状腺肿引起压迫症状者。
- (3) 胸骨后甲状腺肿大者。
- (5) 巨大甲状腺肿影响生活与劳动者。
- (6) 30岁以后甲状腺肿迅速增大者。

三、甲 状 腺 肿 瘤

Tumours of the thyroid gland

(一) 甲状腺腺瘤 (adenoma of thyroid)

1. 病理与临床表现特点 甲状腺腺瘤是甲状腺最常见的良性肿瘤。一般认为由甲状腺内残存的胚胎细胞发展而来。病理分为滤泡型和乳头型腺瘤两种，前者最多见。一般为单发结节，周围有完整的包膜，其周围的甲状腺组织正常，分界明显。腺瘤可发生囊性变或再发生纤维化和钙化等。

临床上，多见于40岁以下妇女，一般结节生长缓慢，在长时期（数年至数十年）内仍属单发结节。呈圆形或椭圆形、质软、光滑、边界清楚、无触痛、随吞咽动作上下移动。一般无明显自觉症状。

2. 诊断与鉴别诊断 根据病史及典型的病床特点即可明确诊断。¹³¹I扫描为边缘清晰的冷结节或温结节。临床上，常与结节性甲状腺肿的单发结节相混淆，下表可做两病鉴别参考（表19—1）。

表19—1 甲状腺腺瘤与结节性甲状腺肿鉴别表

	甲 状 腺 腺 瘤	结 节 性 甲 状 腺 肿
病 史	无明显地区性，病史多年仍为单发结节。	多发生于单纯性甲状腺肿流行地区，经数年可演变为多个结节。
病 因	属良性肿瘤	碘缺乏所致
病 理	结节有完整包膜、与周围正常组织分界清楚。	结节无完整包膜、与周围组织分界不清楚。

甲状腺癌肿块较硬，表面不光滑，高低不平，较早出现颈淋巴结转移，但在临床上，有时不易于甲状腺腺瘤鉴别，需依靠病理切片来进行鉴别。

3. 治疗 甲状腺腺瘤有引起甲状腺机能亢进的可能（发生率约25—50%）和恶性变的危险（癌变率约4—24%），认为是癌前病。因此，原则上应早期手术治疗。一般主张施行包括腺瘤在内的患侧甲状腺部分或大部切除术。腺瘤较小，也可施行包膜外腺瘤摘除术。标本应常规送病理检查。

(二) 甲状腺癌 (Carcinoma of thyroid)

1. 病因 是甲状腺常见的恶性肿瘤。人口发病率为1—2/10万。全癌发病率较低

(占1%以下)。地方性甲状腺肿流行区较高(占全癌发病率的2.5—4.0%)。

病因尚不清楚。与以下一些因素有关。

(1) 甲状腺癌与甲状腺结节有关。甲状腺癌好发于地方性甲状腺肿流行地区,早年认为腺瘤是癌前病。目前已普遍认为,结节性甲状腺肿是一种癌前病,据统计90%的甲状腺癌来自结节性甲状腺肿。认为长期碘缺乏与甲状腺癌有关。

(2) 与促甲状腺激素有关。血液中促甲状腺激素增高能产生甲状腺肿瘤。认为,该激素长期作用刺激甲状腺细胞而增生,形成结节或恶变成癌。

(3) 放射线损伤。头颈部放射线照射可致甲状腺癌肿。认为头、颈及胸部接受放射线治疗或损伤后,可引起甲状腺滤泡上皮细胞损害,则甲状腺激素分泌减少,反射性的引起促甲状腺激素分泌增高,刺激腺体细胞增生而恶变。尤以儿童对放射线更敏感。如年令不足15岁的甲状腺癌病人中,竟有70%曾于早年接受过放射线治疗或损害。从放射线损害至发生甲状腺癌平均时间为12.3年。

(4) 遗传因素。部分髓样癌具有家族史,多见于某些家族的第3—4代。

2. 病理分类及生物学特性 一般分为以下四类:

(1) 乳头状腺癌(Papillary carcinoma of thyroid) 细胞分化较好,属低度恶性,是甲状腺癌最多见类型,约占60—70%。多发生于30—40岁较年轻者。癌肿生长缓慢,多为颈淋巴转移。有时伴有囊性变,含有褐色稀薄水样液。

(2) 滤泡状腺癌(Follicular carcinoma of thyroid) 分化较好,为中度恶性,占甲状腺癌的第二位(约20%)。常由甲状腺瘤或结节性甲状腺恶变而来。中年多见,随年令增长而增多,转移较早,主要是血行转移至肺、骨骼;少数经淋巴转移至颈部。

(3) 髓样癌(Medullary carcinoma of thyroid) 占甲状腺癌的5—8%,多发于40岁以上,病程较缓慢,恶性程度中等。常有早期淋巴转移。

(4) 未分化癌(Undifferentiated carcinoma of thyroid) 又称间变癌,包括梭形细胞癌、巨细胞癌和小细胞癌等。占甲状腺癌的10—15%,多见老年妇女,病程短,恶性程度最高,淋巴转移早或侵犯喉返神经、气管及食管,也经血行转移,预后劣。

3. 临床表现 早期多无明显症状,腺体肿大为最常见症状(占60—70%),肿大的甲状腺质地硬、不光滑、高低不平呈结节状。颈淋巴结肿大。晚期常侵犯神经、血管、气管或食管而出现压迫症状,如声音嘶哑、呼吸困难、吞咽不适或霍纳氏综合征等;侵犯颈丛浅支,则出现耳、枕、肩部疼痛;远处转移至肺和骨骼(如颅骨、椎骨、骨盆等)。有些病人,甲状腺肿块不明显,而早已淋巴转移或远部位转移。

4. 诊断 甲状腺癌的临床表现视不同病理类型和不同阶段而有较大差别,小的病变一般无症状,不易发现。若病人发现甲状腺肿大伴下列情况提示有甲状腺癌可能。(1) 甲状腺肿块硬、不光滑呈结节状。(2) 多年存在的甲状腺腺瘤,在短期内迅速增大、变硬、形状变不规整或伴疼痛;(3) 甲状腺肿大伴有明显浸润压迫症状;(4) 甲状腺肿大伴有质硬的颈部淋巴结肿大。

同位素检查,对肿瘤诊断有参考意义。绝大多数甲状腺癌不能摄取同位素,因此,

放射性 ^{131}I 扫描呈“冷”结节，但分化较好的甲状腺癌，亦可呈“温”结节。而 ^{125}I —碘蛋氨酸同位素扫描为阳性。

血清降钙素升高对诊断髓样癌有价值。

甲状腺癌需与慢性甲状腺炎鉴别，后者甲状腺呈弥漫性、对称性肿大，腺体虽坚硬，但无明显结节，颈淋巴结不大。如鉴别困难，可做试验治疗，服干甲状腺片（120—180毫克/天）或强的松一周，如腺体变软、缩小则是炎症，否则，癌肿的可能性较大。

最后确诊需做病理组织学检查。术中应常规作“冰冻”切片检查。虽准确率不是100%，但仍有重要意义。

5. 治疗 根据病理类型、癌肿部位、有无转移及病人全身情况等有所不同，治疗原则也有各异。治疗方法有：手术切除、放射性 ^{131}I 、放射线、内分泌及药物等。手术切除占主要地位。

手术治疗原则

（1）乳头状癌和滤泡状癌 ①肿瘤局限一侧腺叶者，施行患侧甲状腺连同峡部全部切除、对侧叶次全切除术。如伴有颈淋巴结转移，同时加行患侧颈淋巴结清除术。②甲状腺两侧叶都有癌肿，则施全甲状腺切除术。疗效一般满意，术后五年治愈率，乳头状癌可达90%，滤泡状癌为64.7%，也有报告乳头状癌十年生存率与正常人相仿。③癌肿已有颈淋巴和远处转移，或有压迫症状，应争取切除或局部切除。术后用放射性 ^{131}I 治疗，长期服甲状腺素，多可延长生命，并可使转移灶缩小。

（2）髓样癌 施行全甲状腺切除加颈淋巴结清除术为唯一的治疗方法。疗效较差。

（3）未分化癌 很少能早期手术切除，且手术效果亦不佳。镭或深度X线放射治疗及化疗如5-氟脲嘧啶，阿霉素等有一定效果。

放射治疗 不同类型的甲状腺癌对放射线有不同的敏感性。未分化癌比较敏感；乳头状癌低度敏感；滤泡型腺癌更次之。一般主张与手术合并应用。

同位素 ^{131}I 治疗 只有对于吸碘率较高的晚期滤泡型腺癌，特别是发生远处转移者可以试用。但应先作全甲状腺切除。

内分泌治疗 晚期甲状腺癌或手术后患者，用甲状腺素片治疗，有一定的疗效。

四、甲状腺机能亢进症的科外治疗

(Surgical treatment of hyperthyroidism)

甲状腺机能亢进症（以下简称甲亢）分二类：一类是原发性甲亢，甲状腺呈弥漫性肿大伴有机能亢进及眼球突出。一类是继发性甲亢，是由结节性单纯性甲状腺肿，甲状腺腺瘤演变而来，不伴有眼球突出。

（一）外科治疗及其适应症 甲亢的治疗方法有内科药物治疗，放射性碘治疗和外科手术治疗。内科治疗虽疗效肯定，但疗程较长（至少一年以上），或因药物反应病人多不能坚持治疗，因此，停药后复发率较高，对中、重度甲亢及继发性甲亢治疗效果不

显著；放射性碘治疗，对继发性甲亢疗效多不甚显著，一般应用于不能手术的病人。外科手术治疗，是目前治疗甲亢常用而有效的方法，治愈率达90—95%，手术死亡率低（低于1%），其复发率较内科药物治疗为低，甲状腺机能减退的发生率较放射性碘治疗为低，因此，外科手术治疗显然占重要地位。下列情况宜选用手术治疗：

1. 继发性甲亢，应用抗甲状腺药物治疗和放射性碘治疗效果不显著，同时结节性甲状腺肿有恶性变的可能者，应手术治疗；

2. 中、重度原发性甲亢应首选手术治疗；

3. 原发性甲亢，应用抗甲状腺药物治疗4—5个月无效者或停药后复发者；

4. 腺体肿大甚明显，伴有压迫症状或胸骨后甲状腺肿大型甲亢；

5. 甲亢合并妊娠者，在妊娠4—6个月内，以手术治疗为宜。因妊娠可加重甲状腺机能亢进；同时甲亢对妊娠可造成不良影响（如流产、早产、胎儿宫内窒息、妊娠中毒症等）。

6. 禁忌症有：①年令小，病情轻，②年令较大，伴有严重的器质性疾病（如心脏病、活动性肺结核、肾脏病、肝脏病等）。

（二）术前准备 甲亢手术属择期手术，甲亢病人在基础代谢率高亢的情况下，施行手术危险性很大，因此，充分而完善的术前准备极为重要。降低基础代谢率、增加体重、减轻甲亢症状；使甲状腺肿缩小，变硬，利于手术操作；预防术中、术后并发症和降低手术死亡率、术后复发率的关键。

1. 术前检查 除一般临床检查外，具有手术适应症的病人，应作下列检查：

（1）入院后应多次测定基础代谢率，以了解甲亢程度，选择手术时机。一般用基础代谢测验器，在安静的条件下，测定“一定时间内的耗氧量”来计算。或测病人血压和脉搏，常用下列公式计算基础代谢率：①基础代谢率 $=（脉率+脉压）-111$ ；②基础代谢率 $=0.75 \times（脉率+0.74 \times 脉压）-72$ 。需每日测定，观察波动幅度，求其平均值，误差率约10%左右。此法简便，不受条件限制。

（2）检查心脏功能 甲亢病人可伴有心脏功能性或器质性改变，应详细了解心脏有无扩大、杂音和心律不整等变化。必要时，可做X线检查，心电图等。

（3）检查肝功能，了解对手术的耐受能力和预防术后并发症有重要意义。

（4）喉镜检查，确定声带的机能。

（5）颈部X线检查，对较大的甲状腺肿或有压迫气管症状者，需作颈部X线透视明确气管的位置、受压程度和气管壁有无“软化”情况。遇有胸骨后甲状腺肿时，应明确其在胸骨后的范围。

（6）测定血中钙和磷的含量，检查神经肌肉系统对刺激的兴奋性是否增高，以了解甲状旁腺的机能。

2. 一般准备 先要做好病人的思想工作，消除对手术的顾虑和恐惧心理，使病人能正确对待手术。要有安静的环境，保证病人休息，并给予高热量和富有多多种维生素的饮食。精神过度紧张或失眠者，应适当使用镇静剂和安眠药物。