

• 主编 赵玉沛



普通外科 效率手册

Practical Handbook
for General Surgeons

中国协和医科大学出版社

普通外科效率手册

主 编 赵玉沛

副 主 编 于健春

主编助理 李小毅

编写人员 (按姓氏笔画为序)

于健春 卢 欣 刘 卫 刘子文

吴 斌 李小毅 李秉璐 胡 亚

赵玉沛 康维明

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

普通外科效率手册 / 赵玉沛主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2003. 3

ISBN 7-81072-366-9

I. 普... II. 赵... III. 外科学—手册 IV. R6-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 006658 号

普通外科效率手册

主 编: 赵玉沛
责任编辑: 杨 淮 谢 阳

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 787×960 毫米 1/32 开
印 张: 7
字 数: 160 千字
版 次: 2003 年 3 月第一版 2003 年 3 月第一次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 14.00 元

ISBN 7-81072-366-9/R·361

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

目 录

第一章 急危重症处理及普通外科常见疾病的诊断处理

第一节 普通外科常见急症	(1)
一、创伤的急救处理	(1)
(一) 伤情分类及判断	(1)
(二) 急救处理	(1)
二、急诊常见软组织创伤的分类及处理	(2)
(一) 创伤分类	(2)
(二) 伤口分类	(2)
(三) 软组织创伤清创术	(2)
三、烧伤	(3)
(一) 烧伤面积的计算	(3)
(二) 烧伤深度分类	(3)
(三) 烧伤严重程度分类	(4)
(四) 烧伤的早期处理	(4)
四、腹部创伤	(5)
五、急腹症	(7)
附:	
(一) 上消化道出血	(10)
(二) 尿路结石	(11)
六、直肠肛管急症	(12)
(一) 嵌顿痔	(12)
(二) 直肠脱垂	(12)
(三) 肛周脓肿	(13)
七、乳腺、甲状腺、甲状旁腺急症	(13)
(一) 急性乳腺炎和乳腺脓肿	(13)
(二) 甲亢危象	(14)
(三) 急性甲状旁腺功能亢进、高血	

钙危象	(14)
(四) 甲状旁腺功能低下、低血钙性	
手足抽搐	(15)
八、血管外科常见急症	(15)
(一) 血管损伤	(15)
(二) 急性动脉栓塞	(16)
(三) 下肢深静脉血栓形成	(17)
九、外科门、急诊常见皮肤软组织感	
染	(18)
十、特殊感染	(20)
第二节 其他危重症	(21)
一、呼吸、心跳骤停	(21)
二、休克	(24)
(一) 低血容量性休克	(29)
(二) 感染性休克	(30)
(三) 心源性休克	(31)
三、多脏器功能衰竭	(32)
(一) 急性呼吸窘迫综合征	(33)
(二) 急性肾功能衰竭	(36)
(三) 肝性脑病	(39)
(四) 充血性心力衰竭	(41)
四、低血糖和高渗性非酮症性昏迷	(43)
(一) 低血糖	(43)
(二) 糖尿病性高渗性非酮症性昏迷 ..	(43)
五、输血反应	(45)
(一) 溶血反应	(45)
(二) 细菌污染反应	(47)
(三) 过敏反应	(47)
六、术后急症	(48)
(一) 急性胃扩张	(48)
(二) 肺不张	(48)
(三) 肺水肿	(49)

(四) 肺栓塞	(49)
(五) 心律失常	(51)
1. 期前收缩	(53)
2. 阵发性室上性心动过速	(55)
3. 室性心动过速	(56)
4. 心房颤动	(56)
5. 心室扑动与心室颤动	(57)
6. 房室传导阻滞	(58)
7. 心室内传导阻滞	(59)
(六) 心肌梗死	(60)
(七) 尿路感染	(65)
(八) 下肢深静脉血栓形成	(65)
第三节 普通外科常见疾病的诊断处理	(66)
一、急性阑尾炎	(66)
二、胆囊结石、急性胆囊炎	(67)
三、肠梗阻	(68)
四、胃、十二指肠穿孔	(69)
五、胰腺炎	(70)
六、腹部闭合性损伤	(72)
七、甲状腺肿物	(73)
八、乳腺肿物	(74)
九、胃癌	(75)
十、结肠癌	(76)
十一、直肠癌	(78)
十二、原发性肝癌	(80)
第二章 普通外科临床操作技术	
第一节 常用操作技术	(83)
一、常用局麻操作	(83)
1. 局部浸润麻醉	(83)
2. 区域阻滞麻醉	(83)
3. 神经阻滞麻醉	(84)
二、常用浅表手术	(85)

(一) 切开引流术	(85)
(二) 拔甲术	(86)
(三) 体表活体组织检查	(86)
(四) 体表肿物切除术	(87)
(五) 乳腺肿物切除术	(88)
(六) 腋臭切除术	(88)
(七) 血栓性外痔切除术	(88)
(八) 痔单纯切除术	(89)
第二节 特殊操作技术	(89)
一、诊断性腹腔穿刺术	(89)
二、乳腺细针穿刺	(90)
三、消化内镜检查术	(90)
(一) 胃镜	(90)
(二) 结肠镜	(90)
(三) 胆道镜	(91)
四、胆道造影、术中胆道造影、T管造影、 PTC (D)、ERCP + EST	(91)
(一) 胆道造影	(91)
(二) 术中胆道造影	(91)
(三) T管造影	(92)
(四) 经皮经肝胆道造影 (引流)	(92)
(五) 内镜逆行胰胆管造影 + 内镜 十二指肠乳头切开	(93)
五、三腔双囊管的应用	(93)
六、PICC (经外周静脉置入的中心静脉 插管)	(94)
七、深静脉插管及中心静脉压测定	(95)
(一) 深静脉插管	(95)
(二) 中心静脉压测定	(96)
八、动脉插管及动脉血压监测	(96)
九、环甲膜切开、气管插管、气管切开 术	(96)

(一) 环甲膜切开术	(96)
(二) 气管插管	(97)
(三) 气管切开术	(98)
十、胰腺特殊检查方法	(98)
(一) 经皮肝穿门静脉置管取血 测定 (PTPC)	(98)
(二) 静脉置管动脉刺激取血测 定 (ASVS)	(99)

第三章 临床常用检查正常值及其临床意义

第一节 常规检查正常值及其临床意义	(100)
一、全血细胞分析	(100)
二、尿常规	(102)
三、粪便检查	(103)
四、出凝血试验	(103)
五、肝功能	(104)
六、肾功能	(104)
七、血脂	(105)
八、血沉	(106)
九、丙种反应性蛋白测定	(106)
十、结核菌素试验 (PPD)	(106)
十一、血气分析	(107)
十二、浆膜腔液常规检查	(108)
十三、标准体重测定	(109)
十四、细菌培养及药敏试验	(109)
第二节 普通外科常用检查正常值及其临 床意义	(110)
一、甲状腺激素、甲状旁腺激素及相关 检测	(110)
二、普通外科常用血清酶学检测	(111)
三、普通外科常用肿瘤标志物检测	(112)
四、其他普通外科常用检测	(113)
1. 胃液分析	(113)

2. 消化道激素测定	(113)
3. 胰腺外分泌功能试验	(114)
4. 常见寄生虫检测	(114)
五、普通外科常用器械检查及参考值	(114)
1. 肝、胆、胰、脾超声特点及其参 考值	(114)
2. 甲状腺及乳腺超声检查及其意义 ...	(115)
3. 肝脏常见病变 CT 表现	(115)
4. 胆道病变 CT 表现	(116)
5. 胰腺常见病变 CT 表现	(117)
6. 脾脏常见病变 CT 表现	(117)
第四章 常用药物	
第一节 抗微生物感染的药物	(118)
第二节 解热镇痛及抗炎药	(142)
第三节 中枢镇痛药	(146)
第四节 消毒剂及局麻药	(150)
第五节 营养及维生素、水盐、酸碱平衡 调节药	(156)
第六节 止血药物	(172)
第七节 甲状腺、甲状旁腺及乳腺疾病用 药	(176)
第八节 消化系统疾病用药	(178)
第九节 化疗用药	(188)
第十节 抗贫血药	(194)
第十一节 抗凝和溶栓用药	(196)
第十二节 心血管、呼吸、泌尿、内分泌 系统用药	(198)
第十三节 其他	(208)

第一章 急危重症处理及普通外科常见疾病的诊断处理

第一节 普通外科常见急症

一、创伤的急救处理

(一) 伤情分类及判断

1. 第一类 致命性创伤,指严重威胁生命的大出血、窒息、开放性或张力性气胸,应紧急手术治疗。

2. 第二类 不会立即影响生命,生命体征尚稳定的创伤,可观察,待复苏后尽快手术治疗。

3. 第三类 潜在性创伤,创伤的性质未明确,可能需要手术治疗,可严密观察,待诊断明确后手术治疗。

(二) 急救处理

1. 保持呼吸道通畅 清除口腔及气道异物、血块、分泌物,及时解除窒息,必要时行气管插管或气管切开。对开放性气胸可用厚的无菌敷料密闭伤口使之变为闭合性气胸,并及时行胸腔闭式引流,以尽快解除气胸引起的呼吸困难。

2. 紧急止血 对活动性出血可采用止血带或加压包扎临时止血,内脏出血应紧急手术止血。

3. 纠正休克 失血量小于全身血容量 20% 时,可快速输入乳酸钠林格溶液 1000 ~ 2000ml; 失血量超过全身血容量 30% 时,应尽快输注全血或代血浆,恢复血容量。

4. 其他全身治疗 纠正酸碱代谢紊乱,维持水电解质平衡,应用抗生素预防感染等。

二、急诊常见软组织创伤的分类及处理

(一) 创伤分类 创伤可按受伤部位分类,也可按皮肤或粘膜有无破损分为开放性和闭合性损伤。常见的皮肤或软组织开放性损伤的伤口大致可分为:

锐器伤 如剪、刀、竹片、铁钉所致的割伤或刺伤。伤口往往较整齐,周围失活组织少。

顿挫伤 如擦伤,撕裂伤,挫裂伤,撕脱伤。伤口可不规则,周围有失活组织。

其他 如咬伤,蜇伤,火器伤等。

(二) 伤口分类

1. 清洁伤口 未受细菌污染的伤口,如无菌手术的切口。创伤伤口不属于清洁伤口。

2. 污染伤口 沾染细菌而未形成感染的伤口,如伤后6~8小时内的伤口,可采用清创术处理后一期缝合。

3. 感染伤口 延迟处理的伤口和感染的手术切口。只能引流伤口,经换药后二期愈合。

(三) 软组织创伤清创术 目的是将污染伤口变为清洁伤口,加速组织愈合

清创的操作要点:

1. 清洗消毒伤口周围皮肤。用生理盐水冲洗伤口及周围皮肤,如伤口组织污染较重,可用软毛刷清洗,彻底清除伤口内异物、血块;如伤口较深可加用3%过氧化氢冲洗伤口,然后按一般手术程序消毒伤口周围皮肤,铺无菌手术巾。伤口周围一般以2%普鲁卡因或1%利多卡因局部浸润麻醉。

2. 清除已失去活力的组织,剪除伤口周围不规整的皮肤创缘,同时注意保留尽可能多的正常组织。

3. 充分显露伤口深部,彻底清除异物。

4. 再次冲洗伤口后,冲洗铺巾消毒,更换无菌手套,做一期缝合。

5. 仔细止血,修复肌腱或神经血管损伤。

6. 缝合 按照组织层次逐层缝合。渗血较多者，可于伤口内放置皮片引流；伤口污染较重，估计有感染可能者，可在缝合后于皮肤及皮下组织放置纱条引流，术后 24~48 小时拔除，利于伤口延期愈合。

7. 术后常规行破伤风抗毒血清皮肤试验，并肌肉注射破伤风抗毒血清 1500U。

三、烧伤

烧伤指热力，如火焰、热液、高温气体、化学及放射性物品，引起的皮肤和粘膜损伤，严重时可累及皮下或粘膜下组织。

(一) 烧伤面积的计算 目前临床上常用“中国九分法”，见表 1。

表 1 体表面积计算法

部位	面积 (%)
头颈：发部	3
面部	3
颈部	3 共计 1 个 9 (9)
上肢：双手	5
双前臂	6
双上臂	7 共计 2 个 9 (18)
躯干：腹侧	13
背侧	13
会阴	1 共计 3 个 9 (27)
下肢：双足	7
双小腿	13
双大腿	21
双臀	5 共计 5 个 9 + 1 (46)

(二) 烧伤深度分类 采用三度四分法（表 2）。一般Ⅰ度、浅Ⅱ度烧伤称为浅度烧伤，深Ⅱ度和Ⅲ度烧伤为深度烧伤。

表2 各类烧伤深度的临床表现

深度分类	损伤深度	临床表现
I度(红斑型)	表皮层	局部发红,干燥,肿,疼痛,感觉过敏,无水泡
II度(水泡型):浅II度	真皮浅层	局部红肿,水泡形成,疼痛剧烈,感觉过敏,创面愈合后不留瘢痕
深II度	真皮深层	局部肿胀,可有水泡,渗出少,水泡底面微红或红白相间,感觉迟钝,创面愈合后有瘢痕形成
III度(焦痂型)	皮肤全层 可累及皮 下组织或 器官	局部干燥,蜡白或焦黄,焦炭样,温度低,感觉消失,创面愈合后可有瘢痕及功能障碍

(三) 烧伤严重程度分类 见表3。

表3 成人烧伤严重程度分类

严重程度	总面积(%)	III度面积(%)
轻	< 10	0
中	10 ~ 30	< 10
重	31 ~ 50	11 ~ 20
特重	> 50	> 21

(四) 烧伤的早期处理

1. 保持呼吸道通畅,有呼吸道梗阻者,立即行气管插管或气管切开。

2. 首先处理危及生命的创伤,如合并有颅脑损伤,内脏出血者,应及时抢救。

3. 尽快去除致伤源。热烧伤后 30~60 分钟内,可给予冷水冷却创面;化学烧伤应立即用大量清水冲洗创面。

4. 判断烧伤面积、深度及严重程度。

5. 处理创面。轻度烧伤可予清创,清洗消毒创面及周围皮肤,移去脱落的表皮,剪除较大的水泡,创面可暴露或以油纱布包扎。

6. 皮试阴性后肌肉注射破伤风抗毒素 1500U。

7. 重度烧伤者,建立静脉通路,维持血容量;休克者,应快速输入氯化钠溶液或代血浆,以及尽快将病人转入专科医院治疗。

四、腹部创伤

单纯腹壁损伤临床症状体征常较轻微,表现为局限性腹壁肿痛,皮下淤斑。伴有腹腔实质脏器或空腔脏器破裂时,可以腹腔内出血及/或腹膜炎为主要表现。

【诊断】

1. 明确有无合并内脏器官损伤。腹腔内出血是腹腔实质脏器破裂的主要表现,体检可有移动性浊音,腹腔穿刺可抽出不凝血,严重时可伴有休克。腹膜炎是空腔脏器破裂的主要临床表现,腹部 X 线平片可见膈下游离气体,腹腔穿刺可抽出胃肠内容物或胆汁。

2. 注意有无多发性损伤,如腹腔内多个脏器损伤,合并颅脑损伤,胸部损伤等。

3. 辅助检查

1) 化验检查 腹腔内实质脏器破裂出血,可有红细胞及血红蛋白下降;空腔脏器破裂可有白细胞升高。血尿提示泌尿系损伤,胰腺损伤时可有血淀粉酶升高。

2) X 线腹部平片 可发现膈下游离气体,提示空腔脏器破裂。

3) B超检查 对腹腔内实质脏器破裂出血的诊断有帮助。可发现腹腔积液, 实质脏器包膜不完整。

4) 诊断性腹腔穿刺 对腹腔内脏器损伤的诊断有很大帮助。方法: 病人平卧或向拟行穿刺侧侧卧, 穿刺点通常取在下腹部, 两侧均可。选好穿刺点, 局麻后, 垂直进针, 边进针边保持负压抽吸, 如抽不到液体可改变进针方向、深度, 重复穿刺。抽到液体后, 观察液体的性状, 推断是何种脏器损伤, 并送化验检查, 包括细胞计数和分类, 淀粉酶测定; 如抽到不凝血, 提示实质脏器破裂; 穿刺阴性时, 不能排除腹腔脏器损伤。

5) CT检查 主要用于实质脏器损伤的诊断。

【处理原则】

1. 对合并多发损伤的病人, 首先处理危及生命的严重病情。

2. 对伴发休克的病人迅速补充血容量, 及时纠正休克。

3. 早期剖腹探查是治疗腹腔内脏器损伤的关键。术中应先处理出血, 后处理空腔脏器损伤; 应进行系统检查, 勿满足一个脏器的损伤而忽略多脏器损伤。术中彻底清除积血, 胃肠液及异物, 用大量盐水冲洗腹腔, 污染严重者应放置引流。

4. 维持水、电解质及酸碱代谢平衡。

5. 抗生素预防感染。

附: 脾破裂

【诊断】

1. 腹部外伤史。

2. 腹腔内出血临床表现, 以内出血及血液对腹膜的刺激表现为特征。起初腹痛在左上腹, 逐渐波及全腹, 但仍以左上腹为重, 体检有腹部压痛, 反跳痛, 肌紧张。出血速度快, 出血量大时可有休克表现。

3. 血常规示红细胞, 血红蛋白和血细胞比容进行性下降。

4. B超提示腹腔积血，脾脏破裂或包膜下血肿。

5. 腹腔诊断性穿刺抽出不凝血。

【处理原则】 对有活动性出血的病人，在快速输液、输血的同时，应尽快准备手术。术中视不同情况可行脾修补术，部分脾切除术或全脾切除术。

五、急腹症

急腹症是以急性腹痛为主要表现的腹部急性疾病的总称。病因包括：急性炎症，穿孔，破裂，梗阻，出血，血管栓塞等。主要依靠外科手段治疗的急腹症为外科急腹症。

常见的外科急腹症包括急性阑尾炎、急性胆道感染、上消化道穿孔、急性肠梗阻、急性胰腺炎等（详见第三节），其中以急性阑尾炎最常见。

【诊断】 外科急腹症的诊断应明确性质及部位

1. 确定是否为外科急腹症

外科急腹症的特点有：

- 1) 腹痛为首发症状，且持续存在，部位较固定。
- 2) 腹部体检压痛固定，有肌紧张，腹膜刺激征。
- 3) 肠鸣音亢进或气过水声。
- 4) 伴有休克或进行性贫血。
- 5) 腹腔穿刺有异常发现。
- 6) 腹部平片或B超提示穿孔或脏器破裂出血。

与内科急腹症和妇科急腹症的鉴别：

1) 内科急腹症 常先有发热或腹泻等，腹痛常不是首发症状，腹痛部位不固定，压痛也不固定，无肌紧张和腹膜刺激征，经对症处理腹痛常可缓解。

2) 妇科急腹症 腹痛多在下腹部，向会阴部放射，可伴有月经紊乱，腹腔内出血。妇科检查有阳性发现。

2. 明确病变类型

1) 炎症 腹痛开始时可较轻，逐渐加重。常有腹膜刺激征，伴有全身反应，如发热，血白细胞总数及中性粒细胞比例升高。

2) 穿孔 突发刀割样腹痛, 持续性, 范围迅速扩大, 明显的腹膜刺激征, 肠鸣音减弱或消失, 腹腔穿刺液有胃肠内容物, 腹平片见膈下游离气体。

3) 出血 常有外伤史, 可有腹膜刺激征及移动性浊音, 腹腔穿刺抽出不凝血, B 超提示腹腔内液性暗区, 血常规提示血红蛋白进行性下降。

4) 梗阻 腹痛为阵发性绞痛, 腹膜刺激征不明显。可有肠鸣音亢进, 气过水声。腹平片可见扩张肠袢, 如为绞窄性肠梗阻, 腹痛往往剧烈, 腹膜刺激征明显, 腹部可扪及绞窄肠袢, 呕吐物或肛门排出物可呈血性。

3. 明确病变脏器 根据腹痛部位可大致估计病变的脏器部位

1) 剑突下疼痛 病变脏器可以是胃, 十二指肠, 胆道, 胰腺, 阑尾。其中以胃十二指肠穿孔, 胆道系统结石, 急性胰腺炎常见。诊断时应排除冠心病和心肌梗死。

2) 右上腹痛 病变脏器可以是胆道系统, 肝脏, 十二指肠, 结肠肝曲。诊断时应排除右肺或胸膜病变。

3) 左上腹痛 可以由胃, 脾脏, 胰腺病变引起。

4) 右下腹痛 常见的病变脏器为阑尾, 结肠, 小肠。胃十二指肠穿孔或胆囊炎症时, 可因致炎症液体沿结肠沟流至右下腹而表现为右下腹痛。嵌顿疝, 输尿管结石也可表现为右下腹痛。

5) 左下腹痛 左半结肠病变, 左输尿管结石可表现为左下腹痛。

6) 脐周或全腹痛 脐周或全腹痛有时是腹部病变早期的表现, 随着病变进展, 疼痛多有定位。局部病变如发展为全腹腹膜炎则可有全腹痛。小肠病变, 如肠梗阻, 小肠内疝, 肠系膜血管栓塞等, 疼痛定位不确定, 可表现为全腹痛。

【处理原则】

1. 非手术治疗