



外科学

课间实习指导

主编 于进



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

供三年制临床医学

外 科 学

课 间 实 习 指 导

主编 于 进 首都医科大学大兴教学医院
编者 (以姓氏笔画为序)

王尚武 首都医科大学密云教学医院

孔祥录 首都医科大学良乡教学医院

周自广 首都医科大学平谷教学医院

宿士智 首都医科大学大兴教学医院

韩 非 首都医科大学潞河教学医院

主审 于则利 首都医科大学支教团专家

王金瑞 首都医科大学督导组



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

内容简介

本书是介绍外科常见病、多发病的诊断及治疗方面的课间实习指导用书。主要包括:颅内压增高症、颅脑损伤;颈部疾病、乳腺疾病;胸部损伤、肺部疾病、食管疾病;腹外疝;腹部创伤、急性腹膜炎、胃与十二指肠外科疾病;肠疾病、阑尾炎;结肠、直肠、肛管疾病;门静脉高压症与上消化道出血;胆道疾病、急性胰腺炎;泌尿、男生殖系外科疾病;泌尿、男生殖系感染与结核、尿石症、尿路梗阻;骨科检查;骨关节病综合见习;骨科常用诊疗技术。适合医学院校学生使用。

图书在版编目(CIP)数据

外科学课间实习指导/于进主编. —西安:西安交通大学出版社, 2014. 8
ISBN 978-7-5605-6475-3
I. ①外… II. ①于… III. ①外科学-实习-医学院校-教学参考资料 IV. ①R6-45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 151566 号

书 名 外科学课间实习指导
主 编 于 进
责任编辑 宋伟丽

出版发行 西安交通大学出版社
(西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)
网 址 <http://www.xjtpress.com>
电 话 (029)82668357 82667874(发行中心)
(029)82668315 82669096(总编办)
传 真 (029)82668280
印 刷 陕西宝石兰印务有限责任公司



开 本 787mm×1092mm 1/16 印 张 8.75 彩 页 2 页 字 数 211 千字
版 次 2014 年 8 月第 1 版 2014 年 8 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5605-6475-3/R·542
定 价 19.80 元

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。

订购热线:(029)82665248 (029)82665249

投稿热线:(029)82668803 (029)82668804

读者信箱:med_xjup@163.com

版权所有 侵权必究

首都医科大学燕京医学院三年制临床医学专业 临床课程课间实习指导编委会

主任委员 刘 扬

副主任委员 杨 红

委 员 (以姓氏笔画为序)

于则利 王金瑞 冯伟捷

白淑英 刘江波 杨昭徐

邵山红 赵艳芝 康淑云

外科学是临床医学的重要课程之一,为学好本门课程,学生必须将相关的基础知识与临床紧密结合,注重实践,注重基本技能训练,努力培养分析问题和解决问题的能力。

外科学课间实习的要求是:临床课间实习过程中,以增加学生感性认识为主要目的的临床观察和初步操作实践,是向生产实习过渡的桥梁;通过课间实习,学生要逐渐熟悉外科常见病、多发病的基本病因、临床表现、诊断依据、鉴别要点、治疗方法。

课间实习中,学生在老师的组织下,进行以老师为主的师生互动活动。通过仔细的询问病史、全面的体格检查并结合辅助检查资料,对病情进行科学的分析,理清思路,抓住要点,作出诊断,同时提出正确的治疗方法。

为较好的指导学生实习,我们根据外科学教学大纲和全国医学高等院校《外科学》教材对外科学教学的基本要求,编写了本课间实习指导。

本指导具有以下特点:

1. 紧扣外科学教学大纲和全国医学高等院校《外科学》教材,简明扼要地介绍了实习内容。
 2. 具体地提出了实习方法,即以病史、体征、辅助检查为基本依据,作出诊断,提出治疗方法。
 3. 指出了各个疾病应该掌握、熟悉、了解的内容及实习的重点。
 4. 为便于学生复习,每个实习之后均提出了针对重要内容的思考问题。
- 由于编写时间和编者水平有限,疏漏之处在所难免,望批评指正。

主 编

2014.5

实习一	颅内压增高症、颅脑损伤	(1)
实习二	颈部疾病、乳腺疾病	(5)
实习三	胸部损伤、肺部疾病、食管疾病	(20)
实习四	腹外疝	(28)
实习五	腹部创伤、急性腹膜炎、胃与十二指肠外科疾病	(35)
实习六	肠疾病、阑尾炎	(44)
实习七	结肠、直肠、肛管疾病	(58)
实习八	门静脉高压症与上消化道出血	(66)
实习九	胆道疾病、急性胰腺炎	(71)
实习十	泌尿、男生殖系外科疾病,泌尿系损伤	(78)
实习十一	泌尿、男生殖系感染与结核、尿石症、尿路梗阻	(85)
实习十二	骨科检查	(91)
实习十三	骨关节病综合见习	(97)
实习十四	骨科常用诊疗技术	(123)

实习一

颅内压增高症、颅脑损伤

【实习目的】

- (1)掌握颅脑损伤、脑水肿、脑疝的相互关联。
- (2)熟悉颅内压增高症的临床表现、诊断和处理；脑疝的临床表现和处理；颅底骨折、外伤性颅内血肿诊断和处理。
- (3)了解开放性颅脑损伤的急救原则。

【实习学时】

3 学时。

【实习内容】

一、颅内压的正常值及颅内压增高的表现

颅内压(intracranial pressure, ICP)正常值:成人 $0.7 \sim 2.0 \text{ kPa}$ ($70 \sim 200 \text{ mmHg}$), 儿童为 $0.5 \sim 1.0 \text{ kPa}$ ($50 \sim 100 \text{ mmHg}$)。典型表现为“三主征”, 各自出现的时间并不一致, 可以其中一项为首发症状。

- (1)头痛 是颅内压增高最常见的症状之一。
- (2)呕吐 当头痛剧烈时, 可伴有恶心和呕吐, 典型病例呕吐呈喷射性。
- (3)若慢性颅内压增高, 则视盘颜色苍白, 视力减退, 视野中心缩小。
- (4)意识障碍和生命体征变化 初期意识障碍可出现嗜睡, 反应迟钝。严重病例可出现昏迷、昏迷, 伴有瞳孔散大、对光反应消失, 发生脑疝和去脑强直。库欣反应(Cushing's reaction): 生命体征变化为血压升高、脉搏徐缓、呼吸不规则、体温升高等病危状态甚至呼吸停止, 终因呼吸衰竭而死亡。

二、脑疝的分类及特点

- (1)小脑幕切迹疝 又称颞叶钩回疝。早期出现意识障碍, 由于动眼神经最先受累, 多表现同侧瞳孔先缩小, 继而扩大, 对光反应迟钝或消失。随着脑疝进展, 对侧肢体偏瘫, 病理征阳性。脑疝晚期表现为双侧瞳孔散大、固定, 深昏迷、去大脑强直、呼吸循环衰竭死亡。
- (2)枕骨大孔疝 又称小脑扁桃体疝。小脑扁桃体压迫延髓腹侧的呼吸和心血管中枢, 故病情发展较快, 而意识障碍多不明显, 临床上无特殊表现和先兆, 突然发生呼吸衰竭, 患者往往

因抢救不及而死亡。

三、颅脑损伤的分类

(1)脑损伤 分为原发性和继发性两种。

(2)按颅腔是否与外界相通分为开放性颅脑损伤和闭合性颅脑损伤。

(3)按伤情程度分类:

①轻型:指单纯性脑震荡伴有或无颅骨骨折;

②中型:指轻度脑挫裂伤伴有或无颅骨骨折及蛛网膜下腔出血,无脑受压者;

③重型:指广泛颅骨骨折,广泛脑挫裂伤及脑干损伤或颅内血肿;

④特重型:指脑原发伤重、伤后深昏迷、去大脑强直或伴有其他部位的脏器伤、休克等;脑疝晚期,出现双侧瞳孔散大、呼吸衰竭者。

(4)按格拉斯哥(GCS)评分及原发昏迷时间长短分类:

①轻型:GCS 13~15 分,伤后昏迷在 30 分钟内;

②中型:GCS 9~12 分,伤后昏迷为 30 分钟至 6 小时;

③重型:GCS 6~8 分,伤后昏迷在 6 小时以上,或伤后 24 小时内意识恶化再次昏迷 6 小时以上;

④特重型:GCS 3~5 分,伤后持续昏迷。

四、硬膜外血肿的临床特点

①意识障碍:常有中间清醒期,如果原发脑损伤重或血肿形成迅速,伤后意识障碍呈进行性加重;如果原发脑损伤较轻,伤后可无昏迷,血肿形成后可出现意识障碍。

②颅内压增高表现。

③神经系统体征:血肿对侧可出现肢体偏瘫、感觉障碍和锥体束征。

④头颅 CT 检查:颅骨内板与脑表面间形成双凸透镜形或梭形高密度影。

五、颅脑损伤治疗原则

开放性颅脑损伤的治疗原则是将开放伤变为闭合伤,迅速闭合伤口。颅底骨折(内开放)原则是保持体位引流、禁止堵塞、预防感染。

【实习前准备】

1. 教师准备

(1)病情平稳,能配合问诊、查体的颅内压增高及发生脑疝患者病历一份及 CT、MRI 片。

(2)患者的实验室检查(血常规、凝血功能、肝肾功能、血糖、电解质等)和影像学资料,包括头颅 CT 及相关的 X 线检查等。

(3)预习提纲:将本次实习课涉及的重点理论知识、问诊要点、查体要点印成提纲表,提前发放给学生。

(4)实习测试题:实习结束后将本次实习应掌握的内容以测试的方式对学生进行考核。

(5)教具准备:血压计、听诊器、手电筒、叩诊锤。

2. 学生准备

按预习提纲进行实习前准备,复习理论知识及问诊、查体要点。

【实习方法】

一、第一阶段

地点:示教室;时间:10~15 分钟。

教师介绍本次实习目的、方法及注意事项,简要复习相关理论知识,重点复习临床表现。

二、第二阶段

地点:病房床边;时间:75 分钟。

1. 示范问诊

强调问诊要点、技巧及注意事项,加强师生互动。

(1)病史询问要点:发病原因,起病急缓,病程,发病时有无诱因,外伤患者的受伤机制,受伤后的意识状况,有头痛时注意头痛的性质及伴随症状,有呕吐时注意呕吐的性质,有无视物模糊和意识障碍,有无肢体运动及感觉功能障碍。意识清醒的患者注意询问胸腹、四肢的情况。

(2)查体要点:体温、脉搏、血压、呼吸,意识障碍的判断,GCS 评分,瞳孔、眼底、肢体运动及感觉功能等神经系统查体,专科查体重点是瞳孔、肌力、深浅反射及锥体束征的检查。同时通过查体,要初步排除其他脏器损伤的可能。

(3)鉴别诊断应询问的情况:

若患者受伤时无目击人在场、患者不能叙述病史者,要与自发性脑血管破裂出血等疾病鉴别。

伤情的发展与演变:好转或加重,主要是意识的变化,有无创伤后休克的表现。

诊治经过:诊疗单位、诊治措施、用药剂量、效果。

2. 示教检体顺序及手法

(1)生命体征 双侧血压、脉搏、呼吸。

(2)一般状态 一般状态、意识、语言、面容、体位。

(3)头部 头皮损伤,主要是瞳孔的检查,包括:大小、对光反应、眼球运动;其他:有无耳鼻漏及其他颅神经的检查。

(4)颈部 有无颈项强直。

(5)胸部 胸廓挤压征、皮下气肿、骨擦感、双肺的听诊。通过以上检查初步排除肋骨骨折及血气胸。

(6)腹部 肝脾触诊、听诊,排除腹腔脏器损伤。腹壁反射。

(7)神经系统检查 四肢肌力、肌张力检查;腱反射、感觉检查、锥体束征、脑膜刺激征、共济运动等。

3. 学生分组练习

进行问诊和查体,教师床旁指导、纠正、点评和小结。

- (1)问诊 每组由 1 位同学提问,其他同学可以补充。
- (2)体格检查 每组由 1 位同学查体,其他同学可以补充。

三、第三阶段

地点:示教室;时间:50 分钟。

在教师指导下组织学生讨论,注意师生互动。

- (1)病历特点 在教师带领下由学生依据前面的问诊查体,总结实习病历的病史、体格检查、辅助检查。
- (2)诊断及诊断依据 根据患者的病历特点,得出患者的临床诊断,并列出诊断依据。诊断依据仍是根据患者的病史、体格检查和主要辅助检查有条理地列出。
- (3)治疗原则 见实习内容。

四、第四阶段:总结、测试和答疑

地点:示教室;时间:10 分钟。

- (1)颅脑损伤患者的病史重点是受伤机制、伤后的意识判断及病理征。
- (2)查体要力求全面,但要重点突出。尤其是昏迷患者,要注意排查其他脏器损伤的可能。
- (3)迅速判断是否存在颅内压增高,判断是否有脑疝发生,快速合理的处置。

【思考题】

- (1)试述凹陷性骨折的手术指征。
- (2)简述小脑幕切迹疝和枕骨大孔疝的概念及其临床表现。
- (3)试述典型硬膜外血肿的临床表现。

(王尚武)

实习二

颈部疾病、乳腺疾病

颈部疾病

【实习目的】

(1)掌握甲状腺结节的诊断和处理原则。

(2)熟悉甲状腺功能亢进(甲亢)的外科治疗适应证;甲状腺肿瘤的临床表现及外科治疗原则;单纯性甲状腺肿的病因和临床表现。

【实习学时】

2 学时。

【实习内容】

一、单纯性甲状腺肿的病因和临床表现

1. 病因

(1)合成甲状腺激素原料(碘)的缺乏 这是引起单纯性甲状腺肿的主要原因,在我国离海较远的山区,如云贵高原和陕西、山西、宁夏等地,由于山区中土壤碘盐被冲洗流失,以至食物及饮水中含碘不足,故得此病者较多,又称为“地方性甲状腺肿”,在缺乏原料“碘”,而甲状腺功能仍需维持正常需要的情况下,垂体前叶促甲状腺激素的分泌就增加,因而促使甲状腺发生代偿性肿大。

(2)甲状腺激素的需要量增加 在青春期、妊娠期、哺乳期和绝经期,身体的代谢旺盛,甲状腺激素的需要量增加,引起长时期的促甲状腺激素的过多分泌,亦能促使甲状腺肿大,这种肿大是一种生理现象,常在成人或妊娠哺乳期后自行缩小。

(3)甲状腺激素生物合成和分泌的障碍 部分单纯性甲状腺肿的发生是由于甲状腺激素生物合成和分泌过程中某一环节的障碍,如硫氰酸盐、硝酸盐等可妨碍甲状腺摄取无机碘化物、磺胺类药、硫脲类药以及含有硫脲类的蔬菜(萝卜、白菜)能阻止甲状腺激素的合成,由此而引起血中甲状腺激素的减少,因此,也就增强了垂体前叶促甲状腺激素的分泌,促使甲状腺肿大。同样,隐性遗传的先天缺陷如过氧化酶或蛋白水解酶等的缺乏,也能造成甲状腺激素生物合成或分泌障碍,而引起甲状腺肿。

2. 临床表现

女性多见,除了结节性甲状腺肿可继发甲状腺功能亢进外,甲状腺功能和基础代谢率大多

正常。

(1) 甲状腺肿大 除甲状腺肿大外,往往无自觉症状。甲状腺常呈轻度或中度弥漫性肿大,质地较软,无压痛。因肿大多为渐进性的,故多无明确的发病时间,一般在地方病调查、体检时才被发现。早期为弥漫性逐渐肿大,质软,以后可逐渐发展呈巨大甲状腺肿,并可有大小不等的结节,呈结节性甲状腺肿。

(2) 局部压迫症群 随着甲状腺的肿大,可出现对邻近组织器官的压迫症状,如气管受压可出现堵塞感、咳嗽及呼吸困难,巨大的甲状腺肿的长期压迫可造成气管狭窄、弯曲、变形、移位或软化,开始只在剧烈活动时感觉气促,发展严重时,甚至休息睡觉也有呼吸困难。少数患者食管受压可造成吞咽困难;喉返神经受压会导致声音嘶哑、刺激性干咳。胸骨后甲状腺肿还可压迫颈深部大静脉,可使头部、颈部、上肢静脉回流受阻,表现为面部青紫、水肿、颈部与胸部浅表静脉扩张,但很少见。

结节性甲状腺肿可继发甲亢,也可发生恶变。

二、甲状腺功能亢进的外科治疗

1. 概述

甲状腺功能亢进简称甲亢。甲亢是由各种原因引起的循环中甲状腺素异常增多而出现的以全身代谢亢进为主要特征的疾病总称。按引起甲亢的原因可分为:原发性、继发性和高功能腺瘤三类。原发性甲亢又称突眼性甲状腺肿,是指在甲状腺肿大的同时,出现功能亢进症状。患者年龄多在 20~40 岁之间,腺体为弥漫性肿大,两侧对称。继发性甲亢较少见,发病年龄多在 40 岁以上,腺体呈结节状增大,两侧多不对称,无眼球突出,容易发生心肌损害。还有一类更罕见的甲亢为高功能腺瘤,是甲状腺内有单发的自主性高功能结节,结节周围的腺体组织呈萎缩状态。患者无眼球突出。

原发性甲亢的病因迄今尚未完全明了,但可以确定它是一种自身免疫性疾病。患者血液中有两类刺激甲状腺的自身抗体,一种为长效甲状腺激素,另一种为甲状腺刺激免疫球蛋白。而继发性甲亢和高功能腺瘤的病因也未完全清楚。

2. 诊断

(1) 临床表现 女性多于男性,男女之比为 1:4。症状主要表现在 5 个方面:甲状腺、精神和自主神经、眼睛、循环系统和基础代谢方面。甲状腺肿大、容易激动、怕热、多汗、失眠、双手颤动、食欲亢进但消瘦、体重减轻、双眼球突出、眼裂增宽和瞳孔散大、心悸脉快、脉压大、内分泌紊乱以及无力、易疲劳等。其中脉率增快及脉压增大尤为重要,常可作为判断病情程度和治疗效果的重要标志。

(2) 辅助检查

① 甲状腺基础代谢率的测定。常用计算公式为:基础代谢率=(脉率+脉压)-111。测定基础代谢率要在完全安静、空腹时进行。正常值为 $\pm 10\%$;增高至 $+20\% \sim 30\%$ 为轻度甲亢, $+30\% \sim 60\%$ 为中度, $+60\%$ 以上为重度。

② 甲状腺摄 ^{131}I 率的测定:正常甲状腺 24 小时内摄取的 ^{131}I 量为人体总量的 $30\% \sim 40\%$ 。如果在 2 小时内甲状腺摄取 ^{131}I 量超过人体总量的 25% ,或在 24 小时内超过人体总量的 50% ,且摄取高峰提前出现,均可诊断为甲亢。

③血清中 T_3 和 T_4 含量的测定:甲亢时,血清 T_3 可高于正常 4 倍左右,而 T_4 仅为正常的 2 倍多,因此,测定 T_3 对甲亢的诊断具有较高的敏感性。

3. 外科治疗

甲亢手术在普通外科是一个经典的标准手术。虽然药物治疗和同位素治疗取得了较大的进步,多数轻中度甲亢经同位素治疗可以取得较好的疗效,但是外科治疗仍然具有不可取代的地位。

(1)手术治疗指征 ①中度以上原发性甲亢;②伴有压迫症状或胸骨后甲状腺肿;③内科治疗后复发或坚持长期服药困难者;④继发性甲亢、高功能腺瘤疑有恶变。妊娠早、中期的甲亢患者具有上述指征者,也应考虑手术治疗。

(2)手术禁忌证 ①青少年患者;②症状较轻者;③老年患者或有严重器质性疾病不能耐受手术者。

手术的主要问题是术中保留多少甲状腺组织最为适宜,达到既治愈疾病又可保持术后甲状腺功能正常,不发生甲状腺功能低下或复发。一般认为保留甲状腺组织在 6~8g 较适宜,约相当于每侧保留拇指头大小。在技术上,保证残留甲状腺的血供亦是维持术后功能的重要措施。

三、甲状腺癌

甲状腺癌是最常见的甲状腺恶性肿瘤,约占全身恶性肿瘤的 1%。除髓样癌外,绝大部分甲状腺癌起源于滤泡上皮细胞。按肿瘤的病理类型可分为:乳头状癌、滤泡状腺癌、未分化癌和髓样癌。不同病理类型的甲状腺癌,其生物学特性、临床表现、诊断、治疗和预后均有所不同。

(一)生物学特性、临床表现

1. 甲状腺乳头状癌

甲状腺乳头状癌肿块一般较小,发展变化较慢,但早期就可有转移,往往首先发现的病变就可能是转移灶,40 岁以前良性肿块比较多见,可能 20~30 年没有进展,晚期 50~60 岁以上患者则进展较快。

甲状腺乳头状癌属低度恶性的肿瘤,是甲状腺癌中最常见的病理类型。

(1)发病特点 发病高峰年龄为 30~50 岁,女性患者是男性患者的 3 倍。

(2)临床表现 甲状腺乳头状癌表现为逐渐肿大的颈部肿块,肿块为无痛性,可能是被患者或医师无意中发现,故就诊时间通常较晚,颈部体检时,特征性的表现是甲状腺内非对称性的肿物,质地较硬,边缘多较模糊,肿物表面凹凸不平,肿块可随吞咽活动;若肿瘤侵犯了气管或周围组织,则肿块较为固定。

(3)转移特点 甲状腺乳头状癌发生淋巴结转移时,多局限于甲状腺区域,以锁骨上多见,少数病例可出现腋窝淋巴结转移,部分病例可出现甲状腺峡部上方的哨兵淋巴结肿大,可能有约 50% 的患者发生区域淋巴结转移。

2. 甲状腺滤泡状癌

滤泡癌发展也比较慢,特点是血行播散快,多有远处转移,可到骨组织及肺,由于其组织细胞学近似甲状腺滤泡结构,可具有吸碘功能,诊断甲状腺滤泡状癌的可靠指标是侵犯血管和包

膜,以及发生远处转移。

3. 甲状腺髓样癌

来源于滤泡旁降钙素分泌细胞(C 细胞),细胞排列呈巢状或囊状,可兼有颈淋巴结侵犯和血行转移。

4. 甲状腺未分化癌

(1)发病特点 甲状腺未分化癌为高度恶性肿瘤,占甲状腺癌的 2%~3%,发病年龄多超过 65 岁。

(2)临床表现 绝大部分患者表现为进行性颈部肿块。

(3)转移特点 由于甲状腺未分化癌的恶性程度高,病情发展非常迅速,侵犯周围的组织器官,导致呼吸和吞咽障碍,首诊时已有颈部淋巴结转移的患者为 90%。

(二) 甲状腺癌的诊断

甲状腺肿块生长较速,有转移灶,且有明显压迫症状,甲状腺功能减退,甲状腺扫描多冷结节,或发现甲状腺 CT 扫描及 MRI 影像有异常及转移现象,最后诊断应根据病理活检。

1987 年国际抗癌联盟提出,分化型甲状腺癌患者的年龄在分期中起十分重要的作用。美国癌肿协会将分界定为诊断时年龄 45 岁,两组患者的预后明显不同(表 2-1)。

表 2-1 分化型甲状腺癌的临床分期

分期	44 岁及以下	45 岁以上
I 期	任何 TN, M ₀	T ₁ N ₀ M ₀
II 期	任何 TN, M ₁	T ₂ N ₀ M ₀ , T ₃ N ₀ M ₀
III 期		T ₄ N ₀ M ₀ , 任何 T, N ₁ M ₀
IV 期		任何 TN, M ₁

TNM 的定义:

① 原发肿瘤(T):

T_x:无法对原发肿瘤做出估计。

T₀:未发现原发肿瘤。

T₁:肿瘤局限于甲状腺内,最大径≤2cm。

T₂:肿瘤局限于甲状腺内,2cm<最大径≤4cm。

T₃:肿瘤局限于甲状腺内,最大径>4cm。

T₄:肿瘤不论大小,超出甲状腺包膜外。

② 区域淋巴结(N):是指颈部和上纵隔的淋巴结。

N_x:无法对区域淋巴结情况做出估计。

N₀:未发现区域淋巴结转移。

N₁:区域淋巴结转移,可分为 N1a 同侧颈淋巴结转移,N1b 双侧或对侧颈淋巴结转移。

③ 远处转移(M):

M_x:无法对有无远处转移做出估计。

M₀:无远处转移。

M₁:有远处转移。

(三) 甲状腺癌的治疗

1. 手术治疗

(1) 乳头状癌 临床上具有恶性程度低、颈淋巴结转移率高、好发于中青年妇女等特点,所以手术治疗必须考虑以上这些因素。如果癌肿局限在一侧的腺体内,可将患侧腺体连同峡部全部切除,同时行对侧腺体大部切除。但如果癌肿已侵及左右两叶,则需将两侧腺体连同峡部全部切除。手术后5年治愈率可达80%以上。临床实践证明,对没有颈淋巴结转移的乳头状腺癌不需同时清除患侧颈淋巴结,预防性颈淋巴结清除不能提高治愈率。但应强调术后随访的重要性,然而对边远山区或农村的患者缺乏随访条件应区别对待。对颈部有淋巴结肿大的患者,进行包括颈淋巴结清扫术在内的甲状腺癌联合根治术,国内外的方案都是一致的。

(2) 滤泡状腺癌 虽是低度恶性甲状腺癌,但它的转移方式主要是血道转移,淋巴结转移约占20%,临床上无颈部淋巴结肿大者,一般不作预防性颈清扫术。有颈淋巴结转移者不一定同时有血道转移,所以治疗性颈清扫术还是必要的。

(3) 髓样癌 恶性程度中等,常沿淋巴道及血道转移,一旦颈部淋巴结转移,即可较快浸润到包膜外,累及周围组织,所以确诊后不管临床能否扪及肿大淋巴结,一律做选择性颈淋巴结清扫术。

(4) 未分化癌 由于本病病程短,进展快,首诊时大多数已失去根治机会,预后恶劣,不宜手术治疗或仅能做活检以明确诊断。但偶尔有病灶较小、适宜手术的还应积极争取作根治性手术。

2. 内分泌治疗

甲状腺癌做次全或全切除者应终身服用甲状腺素片,以预防甲状腺功能减退及抑制TSH。乳头状腺癌和滤泡状腺癌均有TSH受体,TSH通过其受体能影响甲状腺癌的生长。一般剂量掌握在保持TSH低水平,但不引起甲亢。定期监测血浆T₄和TSH,依此调整用药剂量。

3. 放射性核素治疗

对乳头状腺癌、滤泡状腺癌,术后应用¹³¹I适合于45岁以上患者、多发性癌灶、局部侵袭性肿瘤及存在远处转移者。

4. 放射外照射治疗

主要用于未分化型甲状腺癌。

四、甲状腺手术的原则和术后并发症

1. 甲状腺手术的原则

手术操作轻柔细致,彻底止血,注意保护甲状旁腺和喉返神经。

2. 手术的主要并发症

(1) 术后呼吸困难和窒息 是术后最危急的并发症。常见原因:①切口内出血致血肿压迫气管。②喉头水肿,主要是手术创伤所致,也可由气管插管引起。③气管塌陷。④双侧喉返

神经损伤。临床表现为进行性呼吸困难、发绀、窒息。如伴有颈部肿胀,切口内渗出鲜血,多为切口内出血引起,需立即行床旁急救,及时拆开缝线,去除血肿;如患者呼吸仍无改善,应立即气管插管;情况好转后,再送手术室进一步检查、止血。

(2)喉返神经损伤 多数为处理甲状腺下极时,不慎将喉返神经切断、结扎、挫夹、牵拉造成永久或暂时性损伤所致。少数也可由血肿或瘢痕组织压迫或牵拉所致。一侧神经损伤大都引起声嘶,术后可由健侧代偿而恢复发音。双侧喉返神经损伤,视其损伤全支、前支或后支等,可导致失音或严重的呼吸困难,甚至窒息,需立即做气管切开。

(3)喉上神经损伤 多为结扎、切断甲状腺上动静脉时,离甲状腺腺体上极较远,未加仔细分离,连同周围组织大束结扎所引起。外支损伤,会使环甲肌瘫痪,引起声带松弛、音调降低。内支损伤,则使喉部黏膜感觉丧失,容易发生误咽和饮水呛咳,一般经理疗后可自行恢复。

(4)手足抽搐 为甲状旁腺被误切或血供不足所致,血钙下降至 2.0mmol/L 以下,轻则面唇、手足麻木,重则四肢抽搐。预防:应强调术中保护好甲状旁腺安全区域,避免甲状旁腺被误切或丧失血供。处理:症状轻者可口服钙剂。重者发作时静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 $10\sim 20\text{ml}$;口服二氢速固醇长期效果较好。

(5)甲状腺危象 多与术前准备不够、甲亢症状未控制有关。表现为术后高热、脉搏细速、呕吐和精神症状等,多发生于术后 36 小时以内,病情凶险。处理:①口服碘剂或静滴碘化钠 $5\sim 10\text{ml}$ (加入葡萄糖溶液 500ml 中);②应用激素;③普萘洛尔口服或静滴;④其他:应用镇静剂、降压药、强心药、降温、吸氧等。

(6)甲状腺功能减退 多为切除甲状腺过多或残留甲状腺血供不足所致,常表现为术后无力、水肿。 T_3 、 T_4 值持久低于正常值下限。可口服甲状腺素治疗。

(7)甲亢复发 多为甲状腺残留过多所致。轻者可用抗甲状腺药物治疗,重者应用 ^{131}I 或重新手术治疗。

【实习前准备】

1. 教师准备

(1)准备 2~3 个典型患者病例及一个甲状腺肿物。

患者刘某,女,32 岁,主因“发现颈前肿物 1 月余”入院。1 月余前由他人发现左颈前肿物,花生米大小,无任何不适而未予注意,3 天前感肿物增大明显,现约鸽蛋大小,且有饮水呛咳,无吞咽困难及声音嘶哑,无发热畏寒,无多饮多食,无易怒、心慌等。为进一步诊治来我院,门诊以“甲状腺占位”收住入院。发病以来精神食欲尚可,大小便正常,体重无减轻。查体:左侧甲状腺上极可触及一直径 3cm 肿物,质硬,界不清,可随吞咽上下移动。甲状腺彩超:甲状腺左叶上极肿物直径 3cm ,回声不均,周边可见血流,气管旁可探及肿大淋巴结。

(2)该病例的影像学资料(颈部彩超、颈部 CT 等)及辅助检查结果。

(3)师生互动中需要提出的问题。

(4)体格检查需要的工具:听诊器、血压计、体温计等。

2. 学生准备

(1)课间实习前复习所学相关理论知识。

(2)带好实习所需必要物品,如白大衣、听诊器、笔记本等。

【实习方法】

一、第一阶段

地点:示教室;时间:10 分钟。

带教老师简要介绍本次课间实习的目的、方法及注意事项。简单复习甲状腺结节的诊断。

二、第二阶段

地点:病房床边;时间:50 分钟。

1. 示范问诊

在甲状腺疾病的问诊中需注意:病史采集中除了患者的一般情况外,首先需要问诊的是疾病的诱因,有的是感冒后出现的颈前肿物,有的是咳嗽后发现的,有的是行体检时发现的,但许多是由自己或他人无意中发现的,就像该患者一样,这些因素都是在诊断中需要考虑的。其次是疾病的发展经过。比如肿物短期内迅速增大,应考虑有无恶性可能,也要考虑甲状腺腺瘤囊内出血可能。问诊中还需注意的是有什么伴随症状,有没有继发甲亢?有没有甲状腺癌的特点?有没有甲状腺功能减低的情况?这些都需要在问诊中关注。问诊中对患者的既往史及家族史也要了解,患者的职业史、久居地、家族情况等对患者的诊断也可能会有帮助。

2. 示教检体顺序及手法

查体中要按照物诊要求认真进行甲状腺的检查,可选择颈前法或颈后法之一,认真体会肿物在手指下滑动的感觉,从而对肿物的质地、表面、边界、形态、数目、大小等作出描述。每次甲状腺查体都用嘱患者做吞咽动作,同时触诊来判断肿物与周围组织有无粘连。它也是判断肿物良恶性的重要体征之一。

3. 学生分组练习

进行问诊和查体,教师床旁指导、纠正、点评和小结。

三、第三阶段

地点:示教室;时间:50 分钟。

回到示教室,在老师引导下总结该患者的临床病历特点、诊断依据及诊疗计划。(注意以教师为主的师生互动)

1. 总结病历特点

病历特点是区别于他人的具有该患者个性的临床特点,包括一些阴性症状。示例如下:①年轻女性,急性病程。②发现左颈部肿物 1 月余。③1 月余前由他人发现左颈部肿物,花生米大小,无任何不适而未予注意,3 天前感肿物增大明显,约有鸽蛋大小,且有饮水呛咳,为进一步诊治来我院。无吞咽困难及声音嘶哑。④查体:左侧甲状腺上极可触及一直径 3cm 肿物,质硬,界不清,可随吞咽上下移动。⑤甲状腺彩超:甲状腺左叶上极肿物直径 3cm,周边可见血流,气管旁可探及肿大淋巴结。

2. 诊断依据

依靠患者的临床表现和辅助检查,往往能够得出一初步诊断,甲状腺针吸细胞学检查诊断