
湯文浩
主編

Introduction
to General
Surgery

普外科入門



东南大学出版社
SOUTHEAST UNIVERSITY PRESS

普外科入门

Introduction to General Surgery

主 编 汤文浩

副主编 尤承忠 胡浩霖 严宏立

编 者 (按姓氏拼音排序)

曹欣华 东南大学附属中大医院

陈卫东 东南大学附属中大医院

陈子逸 东南大学附属中大医院

范 新 东南大学附属中大医院

胡浩霖 东南大学附属中大医院

吕建鑫 东南大学附属中大医院

钱 益 东南大学附属中大医院

施鸿舟 东南大学附属中大医院

石 欣 东南大学附属中大医院

汤文浩 东南大学附属中大医院

严宏立 四川省成都市第一人民医院

尤承忠 东南大学附属中大医院

张亚男 东南大学附属中大医院

东南大学出版社

• 南京 •

内 容 简 介

本书是为从事规范化培训阶段的普外科医生和临床实习生撰写的一本纲要性案头参考书。普外科是大外科的基础,因此本书不仅适用于普外科医师,也适用于其他专业的外科医生。本书的特点是内容新颖、注重实用性和理论与实践的衔接,介绍了常见疾病的诊断要点和手术要点。全书分上下两篇共 33 章。上篇包括正确处理医患关系,外科病人的体液失调,外科休克,外科止血,外科输血,外科营养,创伤,外科管道,外科感染,外科病人合并内科夹杂症时的手术风险,创口和创口愈合,术后并发症,外科肿瘤学,剖腹与关腹,微创外科原则,消化道吻合术;下篇包括颈部疾病,乳房疾病,急腹症,腹外疝,消化道出血,胃和十二指肠疾病,小肠疾病,阑尾疾病,结肠、直肠和肛管疾病,肝脏疾病,门静脉高压症,胆道疾病,胰腺疾病,脾脏疾病,小儿消化外科,动脉疾病,以及静脉和淋巴管疾病。

图书在版编目(CIP)数据

普外科入门 / 汤文浩主编. —南京:东南大学出版社,2017.12

ISBN 978-7-5641-7511-5

I. ①普… II. ①汤… III. ①外科学 IV. ①R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 293326 号

普外科入门

出版发行:东南大学出版社

社 址:南京市四牌楼 2 号 邮编:210096

出 版 人:江建中

责任编辑:戴坚敏

网 址: <http://www.seupress.com>

电子邮箱: press@seupress.com

经 销:全国各地新华书店

印 刷:虎彩印艺股份有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:44.25

字 数:1500千字

版 次:2017年12月第1版

印 次:2017年12月第1次印刷

书 号:ISBN 978-7-5641-7511-5

定 价:145.00元

本社图书若有印装质量问题,请直接与营销部联系。电话:025-83791830

谨将本书献给曾指导和带教过我们的外科前辈们！

初版前言

这是一本为规范化培训阶段的外科医生或医学生撰写的案头参考书。在我看来,临床外科是一门集技术(手艺)、科学和人文于一体的学科,其中手艺活和文字工作占大头。若希望在这门学科中有所作为,除必备的“工匠精神(素养)”外,还需要“师徒传承”。如何把数十年来在临床工作中学到(听到、读到或悟到)的“绝招”总结成文与年轻同行切磋、分享,共同感悟外科学的真谛——“道”,是我平生梦寐以求之夙愿。以《NMS Surgery》^①的框架为基础,我们曾先后出版了《普外科手册》(四川科学技术出版社© 1999年)、《普外科精要》第1版和《普外科精要》第2版(科学出版社© 2003年和2010年)。如今我们又希望对其中的内容进行修订出版,不过,当下的医学科技类图书市场在我国十分疲软,幸亏东南大学出版社戴坚敏编辑的出手相助,这本《普外科入门》才有机会与各位同行见面,谨此表示深深的谢意。

外科大家 Moshe Schein 先生有句至理名言:腹腔打开后,它受制于你;腹腔缝合后,你受制于它!意思是说腹腔打开后,主动权在你手上——你可以“为所欲为”,手术可做大或做小;腹腔缝合后,主动权是它掌控着,你不得不看它的“脸色”行事——病人腹胀,你会食不知味、彻夜难眠;深更半夜病人血压下降,你得从家中赶来……像精心完成了一台满意的外科手术一样,此时我的内心也有几分说不出的喜悦,又平添了几分期待。但愿这本书能为规范化培训阶段的外科医生或医学生在紧急情况下提供决策咨询,在临床上少走弯路。

在如今看来,我青年时期的成长环境是那样的“另类”,我的从医之路“奇葩、曲折”也就不足为怪了——15岁初中毕业就进入外科界学徒^②,中间接受过短暂的医学知识培训,直至22岁参加“高考”后才接受了较为系统的专科学历教育。饮水思源,就像在临床上每收获一份喜悦一样,此时此刻,我分外感恩和怀念引领我走上外科之路以及在我人生十字路口给予我莫大支持和鼓励的众多前辈——吴继华、马耀鑫、华祖卿、高三度、王尔慧、杨德同、高乃荣……还有众多与我共事的同事和同学。须特别提及的是我的硕士生导师、东南大学附属中大医院的黄懋魁教授和伍福乐教授,以及我的博士生导师、上海第二医科大学附属瑞金医院的傅培彬教授和张圣道教授。是这几位外科大师摒弃世俗的偏见,招收我这名专科学历的小医生于门下,使我从此步入“学院派”的外科殿堂,有机会在名师指点下从事医学科学研究和临床实践。我一

① Bruce E. Jarrell, R. Anthony Carabasi, III. Edition. NMS (The National Medical Series for Independent Study) Surgery 2nd ed. Media, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins. © 1991

② 不过这段经历并不冤枉,它让我练就了受益终生的“外科童子功”,因此,我对“师傅”的感恩之情倍增。“纸上得来终觉浅,绝知此事要躬行”,我始终认为外科临床上“师带徒”式的学习形式将永远延续。临床外科技艺的长进在很大程度上与“匠人学艺”区别不大,尤其在学习曲线的起始阶段。

直都生活在一种看似矛盾的心态之下——“头”上有上述几位外科大师光环照耀的优越感，又有“先天不足”的自卑感。是大师们给了我自信和勇往直前的勇气。同时，晚清名臣曾国藩的治学之道一直是我的座右铭——“莫问收获，但问耕耘”“人但有恒，事无不成”。高山仰止，景行行止。毫不掩饰地讲，我一路都是将勤补拙，一步一个脚印，非常勤奋、很谨慎，有时候甚至是过于勤奋太谨慎，这都缘自“先天不足”的自卑感，更不愿让前辈们的脸面蒙羞。

人生哪能多如意，万事只求半称心。回眸从医的这 46 个年头，有幸从一位乡野小医生一直走到外科主任和外科教研室主任的岗位，无奈，小人当道，君子和而不流，8 年前不料遭贬，被边缘化，成为“死鱼”一条。中国人善于用辩证的目光看待落魄：祸兮福所倚，福兮祸所伏；东边不亮西边亮。毕竟依旧能作为一名普通医生和教师延续我的外科生命，能够从事所爱的临床外科事业乃我人生一大快事。正是远离繁杂尘世的这些年，我才有更充裕的时间静下心来把精力花在“圆梦”上，精雕细琢成就本书。可以不客气地说，这是一本经历过“千锤百炼”的外科学参考书。愿它成为年轻普外科医生成长道路上的良师益友。

最后，我还需要感谢我的家人。年轻时，是父母亲和两位妹妹，如今是妻子和孩子的理解、支持和包容。数十年潜心于临床、教学和文字撰写工作，且很少把“心思”和时间花在他们身上，顺此略表歉意。



2017 年春节于南京丁家桥 87 号

目 录

上篇 总论

第一章 正确处理医患关系	(3)
第一节 医学伦理的四大原则	(3)
第二节 医疗纠纷防范要诀	(4)
第三节 医疗损害技术鉴定常识	(10)
第二章 外科病人的体液失调	(12)
第一节 基本概念	(12)
第二节 外科病人体液容量失衡	(15)
第三节 外科病人体液浓度失衡	(16)
第四节 外科病人体液成分失衡	(21)
第五节 体液失调的临床处理	(32)
第六节 临床举例	(36)
第三章 外科休克	(41)
第一节 概论	(41)
第二节 低血容量性休克	(50)
第三节 感染性休克	(53)
附:重症脓毒症和感染性休克处理国际指南(2012)	(55)
第四节 心源性休克	(60)
第五节 多器官功能障碍综合征	(61)
第六节 急性呼吸窘迫综合征	(64)
第七节 急性肾衰竭	(65)
第四章 外科止血	(73)
第一节 止血过程	(73)
第二节 止血功能的术前估计	(74)
第三节 出血不止的疾病	(78)
第四节 术中出血	(81)
第五节 高凝状态	(86)
第五章 外科输血	(88)
第一节 血制品	(88)
第二节 血液代用品	(91)
第三节 输血并发症	(91)
第四节 自体输血	(94)
第六章 外科营养	(95)
第一节 营养物质及其代谢	(95)
第二节 机体能量储备	(96)
第三节 机体营养需求	(97)
第四节 营养不良	(98)
第五节 营养评价的指标	(99)
第六节 营养支持治疗	(100)
第七节 应激状态下的代谢变化及营养支持	(106)

第八节 临床举例	(108)
第七章 创伤	(110)
第一节 基本概念	(110)
第二节 小儿创伤	(119)
第三节 孕妇创伤	(119)
第四节 损害控制外科	(120)
第五节 颅脑外伤	(121)
第六节 颈部外伤	(124)
第七节 胸部外伤	(126)
第八节 腹部外伤	(131)
第九节 骨盆外伤	(141)
第十节 四肢外伤	(142)
第十一节 腹腔室综合征	(144)
第十二节 其他损伤	(147)
第八章 外科管道	(149)
第一节 术后引流管	(149)
第二节 胃肠道的各种内置管	(152)
第三节 静脉导管	(157)
第四节 透析管	(165)
第九章 外科感染	(166)
第一节 基本概念	(166)
第二节 社区获得性感染	(168)
第三节 医院内获得性感染	(175)
第四节 抗生素的应用	(177)
第五节 破 伤 风	(178)
第六节 梭状芽孢菌性肌炎和蜂窝织炎	(180)
第十章 外科病人合并内科夹杂症时的手术风险	(182)
第一节 基本概念	(182)
第二节 心血管疾病	(182)
第三节 慢性肺脏疾病	(189)
第四节 慢性肾脏疾病	(194)
第五节 肝脏疾病	(198)
第六节 糖尿病	(200)
第七节 其他疾病	(205)
第十一章 创口和创口愈合	(210)
第一节 创口分类	(210)
第二节 创口愈合	(211)
第三节 创口愈合的分类	(215)
第四节 创口的处理	(216)
第五节 常用敷料及其选择	(218)
第十二章 术后并发症	(221)
第一节 肺部并发症	(222)
第二节 尿路感染	(223)
第三节 切口并发症	(223)
第四节 术后心动过速	(225)
第五节 术后发热	(227)
第六节 术后少尿	(228)
第七节 术后腹痛	(228)

第八节	术后意识错乱	(228)
第九节	血栓性并发症	(229)
第十节	消化道瘘	(230)
第十三章	外科肿瘤学	(232)
第一节	基本概念	(232)
第二节	流行病学	(233)
第三节	瘤细胞生物学	(233)
第四节	癌症的临床表现	(234)
第五节	肿瘤分期	(236)
第六节	诊断方法	(236)
第七节	癌症的综合治疗	(238)
第八节	癌症的手术治疗	(242)
第九节	哨兵淋巴结活检(SLNB)	(244)
第十节	实体瘤疗效评估	(246)
第十一节	常见体表肿瘤与肿块	(249)
第十四章	剖腹与关腹	(255)
第一节	剖腹术	(255)
第二节	再次剖腹术	(258)
第三节	腹腔粘连	(258)
第四节	探查性剖腹术	(259)
第五节	关腹	(262)
第六节	腹腔室综合征	(265)
第七节	腹壁切口裂开	(266)
第八节	术后早期并发症的剖腹术	(266)
第十五章	微创外科原则	(269)
第一节	腹腔镜的通用原则	(269)
第二节	腹腔镜基本设备(不包括器械)	(270)
第三节	腹腔镜手术	(272)
第十六章	消化道吻合术	(280)
第一节	吻合的方法	(280)
第二节	避免吻合口并发症	(285)

下篇 各论

第十七章	颈部疾病	(291)
第一节	甲状腺的解剖生理概要	(291)
第二节	甲状腺结节的诊断和处理原则	(293)
第三节	甲状腺的先天性疾病	(297)
第四节	甲状腺功能亢进症	(300)
第五节	甲状腺肿	(305)
第六节	甲状腺炎	(307)
第七节	甲状腺肿瘤	(308)
第八节	甲状腺癌的手术	(314)
第九节	原发性甲状旁腺功能亢进	(319)
第十节	继发性甲状旁腺功能亢进	(323)
第十一节	三发性甲状旁腺功能亢进	(323)
第十二节	颈部感染性疾病	(324)
第十三节	颈部其他肿瘤	(324)

第十八章	乳房疾病	(328)
第一节	基本概念	(328)
第二节	乳房良性疾病	(332)
第三节	叶状囊肉瘤	(337)
第四节	女性乳癌	(338)
第五节	乳房癌改良根治术	(350)
第六节	复发乳癌	(353)
第七节	男性乳癌	(354)
第十九章	急 腹症	(355)
第一节	急腹症的早期诊断	(355)
第二节	腹膜炎的剖腹术	(365)
第二十章	腹外疝	(367)
第一节	基本概念	(367)
第二节	腹股沟疝	(368)
第三节	腹股沟疝修补术	(374)
第四节	股疝	(380)
第五节	脐疝	(381)
第六节	上腹疝	(382)
第七节	切口疝	(382)
第八节	Spigelian 疝	(384)
第九节	腰疝	(384)
第十节	闭孔疝	(385)
第十一节	坐骨疝	(385)
第十二节	会阴疝	(386)
第二十一章	消化道出血	(387)
第一节	上消化道出血	(387)
第二节	下消化道出血	(392)
第二十二章	胃和十二指肠疾病	(395)
第一节	解剖生理概要	(395)
第二节	消化性溃疡	(397)
第三节	消化性溃疡的外科并发症	(401)
第四节	胃炎	(403)
第五节	胃和十二指肠的后天性梗阻性疾病	(405)
第六节	胃和十二指肠的其他疾病	(407)
第七节	胃十二指肠溃疡的手术要点	(409)
第八节	溃疡病手术后专有并发症	(411)
第九节	胃肿瘤	(414)
第十节	胃癌手术要点	(421)
第二十三章	小肠疾病	(428)
第一节	解剖生理概要	(428)
第二节	小肠炎性疾病	(429)
第三节	小肠憩室病	(432)
第四节	肠梗阻	(433)
第五节	肠梗阻的剖腹术	(445)
第六节	肠息肉及肠息肉病	(447)
第七节	短肠综合征	(449)
第八节	肠肿瘤	(451)

第二十四章 阑尾疾病	(453)
第一节 解剖生理概要	(453)
第二节 急性阑尾炎	(453)
第三节 小儿急性阑尾炎	(460)
第四节 老人急性阑尾炎	(461)
第五节 妊娠急性阑尾炎	(461)
第六节 慢性阑尾炎	(462)
第七节 阑尾少见疾病	(462)
第八节 阑尾肿瘤	(462)
第二十五章 结肠、直肠和肛管疾病	(464)
第一节 解剖生理概要	(464)
第二节 直肠肛管疾病的诊断和术前肠道准备	(468)
第三节 结肠生理性疾病	(470)
第四节 结肠血管性疾病	(471)
第五节 肛门直肠功能性疾病	(473)
第六节 感染性疾病	(479)
第七节 炎性肠病	(484)
第八节 结直肠肿瘤	(485)
第九节 结直肠癌手术要点	(496)
第十节 肛管和肛缘新生物	(504)
第二十六章 肝脏疾病	(506)
第一节 解剖概要	(506)
第二节 辅助检查	(508)
第三节 肝外伤	(510)
第四节 肝脓肿	(512)
第五节 肝囊肿	(513)
第六节 肝良性肿瘤	(515)
第七节 原发性肝恶性肿瘤	(516)
第八节 转移性肝恶性肿瘤	(521)
第九节 肝切除手术要点	(523)
第二十七章 门静脉高压症	(527)
第一节 解剖概要	(527)
第二节 门静脉高压症	(527)
第三节 门静脉高压症合并脾功能亢进	(531)
第四节 门静脉高压症合并腹水	(531)
第五节 门静脉高压症的手术要点	(532)
第六节 Budd - Chiari 综合征	(538)
第二十八章 胆道疾病	(539)
第一节 解剖生理概要	(539)
第二节 胆道疾病的影像诊断和风险预测	(541)
第三节 胆总管囊肿	(542)
第四节 先天性胆道疾病	(544)
第五节 胆道外伤	(544)
第六节 胆石症	(548)
第七节 胆道感染和炎症	(549)
第八节 胆道常用手术要点	(555)
第九节 胆囊切除术后综合征	(563)
第十节 胆道蛔虫症	(563)

第十一节 胆道肿瘤	(563)
第二十九章 胰腺疾病	(568)
第一节 解剖生理概要	(568)
第二节 胰腺先天性疾病	(569)
第三节 急性胰腺炎	(570)
第四节 慢性胰腺炎	(577)
第五节 胰腺囊肿	(579)
第六节 胰腺恶性肿瘤	(582)
第七节 胰腺内分泌性肿瘤	(586)
第八节 胰腺的手术要点	(589)
第三十章 脾脏疾病	(593)
第一节 解剖生理概要	(593)
第二节 脾破裂	(594)
第三节 脾功能亢进	(594)
第四节 脾动脉瘤	(595)
第五节 异位脾脏和副脾	(595)
第六节 脾切除的绝对适应证	(595)
第七节 脾切除的相对适应证	(597)
第八节 脾切除的术式评价	(599)
第九节 脾切除的术前准备和手术要点	(600)
第十节 脾切除后的并发症	(604)
第三十一章 小儿消化外科	(605)
第一节 先天性疝	(605)
第二节 脐部先天性畸形	(608)
第三节 腹壁缺损	(609)
第四节 食管闭锁和气管-食管畸形	(611)
第五节 肠旋转不良	(613)
第六节 肠闭锁与狭窄	(615)
第七节 肠道重复畸形	(617)
第八节 肛门闭锁	(618)
第九节 先天性巨结肠	(621)
第十节 先天性肥厚性幽门狭窄	(623)
第十一节 先天性胆道闭锁	(625)
第十二节 新生儿坏死性小肠结肠炎	(626)
第十三节 常肛直肠前庭瘻	(628)
第三十二章 动脉疾病	(630)
第一节 动脉闭塞性疾病	(630)
第二节 动脉瘤病	(647)
第三节 腹主动脉瘤手术要点	(658)
第四节 糖尿病足	(661)
第五节 血管痉挛性疾病	(661)
第六节 血管移植	(663)
第三十三章 静脉和淋巴管疾病	(665)
第一节 下肢静脉解剖	(665)
第二节 慢性静脉瓣膜功能不全	(665)
第三节 静脉血栓栓塞	(671)
第四节 淋巴水肿	(678)
索 引	(681)

第一章

正确处理医患关系

上篇 总论

第一节 正确处理医患关系的重要性

医患关系是指医生与病人之间在医疗过程中所形成的特殊关系。它不仅关系到病人的健康与生命，也关系到医生的声誉与职业发展。正确处理医患关系，是构建和谐医患关系的基础，也是提高医疗服务质量的关键。

在医疗实践中，医患关系的处理往往面临着诸多挑战。例如，信息不对称、利益冲突、沟通障碍等，这些都可能导致医患关系的紧张与破裂。因此，医生必须具备良好的人际交往能力，能够有效地与病人进行沟通与协作。

首先，医生应树立以人为本的服务理念，尊重病人的知情权与选择权。在诊疗过程中，医生应主动与病人沟通，解释病情与治疗方案的利弊，帮助病人做出明智的决策。其次，医生应具备同理心，能够换位思考，理解病人的痛苦与需求。通过真诚的关怀与耐心的倾听，医生可以建立起与病人的信任关系，从而提高治疗的依从性与效果。

此外，医生还应具备良好的职业道德与法律意识。在医疗活动中，医生应严格遵守医疗规范与法律法规，确保医疗行为的安全与合法。同时，医生还应保持廉洁自律，杜绝收受红包、回扣等不正当行为，维护医疗行业的声誉与尊严。最后，医生应积极参与社会公益活动，普及健康知识，提高公众的健康素养，为构建和谐社会贡献自己的力量。

第一章

正确处理医患关系

医患纠纷永远是临床医生的“心病”，因为我们从事的是与人打交道的行业，即使是临床“老江湖”（像我☹）也难免医患纠纷的缠绕——老虎也有打盹的时候。歌德有句名言：“人只要‘干活’就会犯错”。为了减少医疗纠纷的骚扰，就应该像下棋一样，在提高自身棋道综合素养（实战经验、精通对弈理论和审时度势的战略眼光）的基础上，永远保持领先一步（“先手”）的优势，才能百战不殆、笑傲江湖。

成功人士都善于从别人的经验中汲取教训，举一反三。《Schein 外科急腹症》（中文第1版（英文第3版），科学出版社，2011年，49-52）和《Schein 外科并发症的预防与处理》（第1版，东南大学出版社，2014年，130-145）对如何处理医患关系的要诀做了风趣、生动的叙述，本人从中受益匪浅。本书就是受这两本书的启发，结合近年来参与“医疗损害技术鉴定”及相关耳闻目睹逐渐积累的点滴体会汇合而成，并力求减少与上述两本书相关章节的重复。

第一节 医学伦理的四大原则

世界医学会《日内瓦宣言》用“我的病人的健康将是我的首要考量”这句话约束医生的行为，《国际医学伦理守则》（International Code of Medical Ethics）也要求：“医生应当根据病人的最佳获益向病人提供医疗。”依据世界医学会《赫尔辛基宣言》，医学伦理可以概括为具有指导意义的四大原则：**医疗行善、无害为先、尊重自主和公平正义**。

1. 医疗行善 是指主动做干预性善事——不以获利为目的；助人为乐；救人一命，胜造七级浮屠。

把病人当亲人：闭上眼睛，把躺在病床上的他/她想象成你的父亲、女儿或妻子……甚至可以把她想象成你自己。此时，你会如何对待？为什么病人的处理会有别于你关爱的家人？请记住你自己作为一位病人时的体会，或当你的父母住院时你会产生的感受，尽量表现得棒些！尽可能采用“**标准医疗**”。所谓标准医疗是指一位合格的外科医生在相同的情况下会做出的警觉、关注、细心和审慎。未能达到标准医疗水准就是**玩忽职守**。问题在于这个“标准”往往带有主观意味，存在争议，不同的地域、不同的法官对这个“标准”解释也各异。正是所有这些不确定性滋生了大批的律师，抬高了医疗成本。

2. 无害为先 又称有利原则或获益原则，是指采用无伤害或尽可能小的伤害的手段诊断或治疗病人。如今“微创”手段风靡全球，切记：**新疗法一定会伴随新的并发症**，并发症就是伤害！“己所不欲，勿施于人”是儒家的经典妙句之一。我奉劝你谨慎对待新疗法或试验性治疗：千万不能成为第一个吃螃蟹的人——被扎得满嘴出血，也不要落伍成最后一个——坐失一饱口福的良机。

3. 尊重自主 是指病人行为能力基础上的知情同意,病人有拒绝治疗和知晓病情走势的权力,以及选择治疗选项和选择治疗地点的权力。

知情同意书签署的要点在于让患方**知情**:知情同意书是由病人自己或由其代理决策人代表病人心甘情愿做出的一项决定。由于医疗活动是专业知识严重不对称的活动,这就需要我们安心坐下来耐心解释,让病人在**知情**的基础上签署同意书。知情同意书应该包含“告知、理解、同意”三要素:①对该病人拟行治疗的病情说明;②用通俗的语言解释所推荐的治疗;③详细地合情合理地叙述可能出现的获益和风险,既不要夸大,也不要缩水;④还应该包含可替代治疗方案(甚至转院的权利)的选择及其可能结局的讨论;⑤最重要的是,知情同意书应该提及如果不治疗会发生的结局;⑥病人或其代理人的所有问题和关切都应该得到妥善答复或处理。

以直-乙状结肠交界处癌伴急性肠梗阻为例,这种病人的治疗选项和可能结局有下列几种:

- **保守治疗**,只要没有全身炎症反应(SIRS)或腹膜炎表现,少数病人能自行排出粪便,肠梗阻得以暂时缓解,可以在肠道准备情况下做择期手术;但是,大多数病人会因为时间的拖延发生营养不良,甚至出现腹膜炎逼迫急诊手术,而且随着梗阻时间的延长,肠襻水肿加重,是吻合口愈合的不利因素。
- 通过肠镜放置**结肠内支架**使肠梗阻暂时缓解,为肠道准备情况下的择期手术赢得时间。其缺点是:金属支架的费用高昂,肿瘤在支架扩张后容易发生出血和穿孔等并发症,稠厚粪便依旧会影响该部位的通畅性。
- **切除肿瘤后做一期吻合,不做近侧肠襻预防性造瘘**。优点不言而喻,缺点是吻合口漏的发生率 $> 30\%$ (相比之下,择期手术者该部位的吻合口漏为 $10\% \sim 20\%$),一旦发生吻合口漏就需要行 Hartmann 手术或横结肠造瘘术(此时的升结肠和横结肠内一般都有粪便,所以不主张做回肠造瘘)。
- **切除肿瘤后做一期吻合,加做近侧肠襻预防性造瘘**。优点是不必担忧吻合漏所致的感染,缺点是需要在 6 个月后再次评估并做造瘘口还纳手术。
- **切除肿瘤后做 Hartmann 手术**。优点是不必担忧吻合漏所致的感染和造瘘口还纳的问题;缺点很可能是终生结肠造瘘,还可能有造瘘口相关并发症。

4. 公平正义 意思是社会上的每位病人都应该享受公正平等的医疗资源,不应该把对其他人来讲有限的资源浪费在某个病人的医疗上,尤其是终末期疾病(如晚期肿瘤)病人和特权阶层病人。

第二节 医疗纠纷防范要诀

(一) 运筹帷幄,防患未然

1. 料事如神能力的养成 这需要长年累月的临床经验积累、日积月累的知识积淀和明察秋毫的智慧眼光,三者缺一不可。其实,从你第一眼见到该病人及其家属时,医疗纠纷的防范就已经开始,绝对不是签署术前知情同意书时或手术后才开始。

2. 把病人当亲人 参见本章第一节。

3. 得体的沟通技艺 俗话说:“一句话能让人笑,一句话也能让人跳。”

(1) 得体沟通的基本要素:除了临床知识外,得体的沟通还仰仗于人文方面的修养,甚

至需要通过鉴貌辨色来调整你的语气和举止！因为与人打交道，一定的社会阅历和社交智慧不可或缺，在“江湖上闯荡”的外科医生必须深谙一定的处世之道。本章无心教唆你成为一名“老奸世故”的外科医生，然而，“深谙世故却不世故”才是最成熟善良外科医生的至善境界。

外科医生要永远夹着尾巴做人！当代胸外科大家 Alden H. Harken 有句名言：“外科医生必须自信，但是，当自信变为狂妄就麻烦了。”微笑待人和不狂妄自大应该成为你人格的一部分；即使你是一位外科大牌名医，并不等于你无法成为一位彬彬有礼的好先生。移情、热心、怜悯、同情、耐心、真诚都是外科医生的好伙伴。狂妄、冷漠、自恃清高、鲁莽、回避都是你潜在的“死穴”和敌人。肢体语言也起重要作用，甚至你那心急如焚的举止、全神贯注地倾听——在与病人及其家属关系方面“投资”的每一分钟都是值得的！一言既出驷马难追，要慎思而言，以免发生误解，避免与其他医护人员的表述发生矛盾。

(2) 术前和术后与病人及其家属关系和睦至关重要：放下你的臭架子，在手术前几分钟到病人床边看一次病人，表达你的关心，与病人的家人寒暄几句，做最后一次术前“外交公关”。外科医生在行为举止方面更容易发生不良后果(和法律诉讼)。常见的情况不是你在手术室的所作所为(假设你是一位合格的外科医生)，而是你在手术室外的行为举止伤害了你的病人和你自己的声誉(表 1-1)。

表 1-1 与法律诉讼相关的有瑕疵的行为方式

瑕疵类型特点	%
与病人和/或家属沟通不够	34
未能对异常症状或检查结果进行追查	25
未能对术后出现的问题进行追查	25
未能在术前对外科病情进行评估	19
未能得到恰当学科会诊医生的支持	14
未能按时巡视病人	13
未能实行交叉覆盖或无缝对接治疗(存在“死角”)	12
未能与会诊医生取得沟通	10
超范围执业	10
未能在手术前对夹杂症进行评估	6
未能在手术后随访病人达足够长时间	5
未能核对检查结果	5
未能恪守其他工作常规(除上述条款之外的其他常规)	14

该组数据引自美国状告普外科的 460 例已经结案的医疗伤害案例分析(*Ann Surg* 2008; 248: 468-74)。由于一个案例可能有多项瑕疵，因此百分比的总和 > 100%。

(3) 手术顺利结束并不等于“万事大吉”，术后还有一段路要走。即使手术很顺利，也切忌“趾高气扬”“满口大话”：手术很顺利，几乎没有出血；我没有做肠造瘘，把它缝起来了；估计病人 3 天后能进食，1 周后能出院。说不定你做的肠吻合一出手术室就出现了吻合口出血，或者在 7 天后发生吻合口漏需要再次手术做腹腔引流加近侧肠襻转流性造瘘，或者出现