

新颖 科学 简明 实用

实用外科医嘱手册

主编 梁力建
赖佳明

中国协和医科大学出版社

实用外科医嘱手册

主 编：梁力建 赖佳明

编写人员名单（以姓氏笔画为序）：
王东平 朱 斌 吴小剑

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用外科医嘱手册 / 梁力建, 赖佳明主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2009. 4

ISBN 978 - 7 - 81136 - 144 - 5

I. 实… II. ①梁… ②赖… III. 外科 - 医嘱 - 手册
IV. R6 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 011945 号

实用外科医嘱手册

主 编: 梁力建 赖佳明
责任编辑: 赵瑞芹 左 谦

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: 北京丽源印刷厂

开 本: 787 × 1092 毫米 1/32 开
印 张: 15
字 数: 350 千字
版 次: 2009 年 8 月第一版 2009 年 8 月第一次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 30.00 元

ISBN 978 - 7 - 81136 - 144 - 5/R · 144

(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)

前 言

医嘱是外科治疗的基本措施，只有在对疾病的发生、发展以及诊断有充分认识的基础上，才能开出正确的医嘱给病人以合理的治疗。因此，每一个外科医生都应该重视医嘱的正确性和合理性，通过医嘱的执行给病人最合理、最经济、最快捷、最准确的治疗。在医学科学飞速发展的 21 世纪，对外科各种疾病的认识和诊断治疗手段在不断提高和更新，当面对一些相对复杂的急危重病人时，一部分临床外科医生，特别是实习生、低年资的住院医师，对如何开好外科医嘱感到棘手。为此，根据本院的传统和习惯，结合一些文献和著作，我们编写了本医嘱手册。本手册偏重于实用性，希望对临床一线的外科医生能够起到方便查阅和指导作用。

本手册按照目前大多数教学医院外科各个专科的编排编写，每个专科的疾病相对集中，便于使用者按专科查阅。书中所列的疾病，均是外科常见病和多发病，在明确疾病诊断后，方能参考本书上的医嘱内容，开出诊疗的医嘱。对一些短时间内不能明确诊断的病人，开外科医嘱前，首先要求要可先开一些常规医嘱以作紧急处理。外科的疾病有其普遍性，也有其特殊性，因此，临床实际工作中，不应该千篇一律，应根据每个病人的具体情况，开出适合每个患者的个体化医嘱，灵活运用本医嘱手册。

参加本书编写的，均是在本科或研究生毕业后留在中山大学附属第一医院，并在临床医疗和教学第一线工作多年的有丰富临床经验的讲师、副教授、教授，他们对本院百余年

来的医疗教学特色有深刻的认识和理解，其中也包含他们在长期的临床工作中总结出来各种外科疾病的处理要点反映在医嘱的处理上，对于一个外科临床医生来说，本书将对临床工作中如何开出合理正确的医嘱有一定的指导作用。

我国是一个幅员辽阔的国家，本书只反映本院对开出外科医嘱的理解，供外科同行参考。由于各地均有不同的用药习惯和治疗经验，因此，本书难以满足全国各地方医院的临床需要，但如果能对临床一线外科医师有所帮助，我们也感到满足和欣慰。处于当今信息快速更新的时代，尽管编者尽了很大的努力，但限于个人水平和表达方式的差异，错误缺点在所难免，对于本书的不足，希望读者能给予批评指正，使本书能够不断完善。

编者

2009年3月

目 录

一、胃肠外科	(1)
二、常见外科急腹症	(41)
三、颈部外科	(135)
四、乳腺外科	(143)
五、血管外科	(147)
六、肝胆胰脾外科	(153)
七、移植外科	(193)
八、神经外科	(203)
九、烧伤	(223)
十、骨外科	(227)
十一、泌尿外科	(327)
十二、胸外科	(393)
十三、心脏外科	(401)
十四、显微、整形	(419)
十五、外科感染	(437)
十六、外科休克	(443)
十七、重症监护	(449)
十八、腔镜外科	(455)

一、胃 肠 外 科

胃十二指肠溃疡病的外科治疗

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型
三级护理	尿常规、大便常规
普通饮食	出凝血时间
雷尼替丁 150mg po bid	血细胞比容
氢氧化铝 0.5g (或硫糖铝 1g) po tid	肝功能、肾功能
	血钾、钠、钙、氯等电解质
	血糖
	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	胸部 X 线透视或摄片
	心电图
	B 超查肝、胆、胰、脾
	胃镜或 X 线钡餐检查
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行胃大部切除术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400ml
	术前当晚灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥 (鲁米那) 0.1g /
	阿托品 0.5mg /
	肌内注射 术前 0.5 小时
	地西洋 (安定) 10mg 肌内注射术前晚
	青霉素皮试

注：

1. 胃十二指肠溃疡病属于内科治疗范围，外科治疗的主要适应证是严重并发症（急性穿孔、大出血或瘢痕性幽门梗阻）和内科治疗无效（正规治疗三疗程仍不愈合的十二指肠溃疡以及严格内科治疗 8~12 周不愈的胃溃疡）。外科治疗胃十二指肠溃疡病的目的是：治愈溃疡、消灭症状、防止复发。

2. 下列十二指肠溃疡病人手术适应证要适当放宽：①多年病史、频发、症状重；②大溃疡、球部严重变形；③过去有过穿孔史或反复多次大出血，而溃疡仍呈活动性。

3. 下列胃溃疡病人手术适应证要适当放宽：①内科治疗溃疡愈合后，继续用药，溃疡又复发者；②胃十二指肠复合溃疡；③直径>2.5cm的巨大溃疡或疑恶变。

4. 积极治疗原发疾病，纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱；纠正凝血机制紊乱，有胃出血者，予输新鲜血、胃肠减压、抽空胃液和反流的胆汁。

5. 术前应用抑制胃酸分泌的药物，可选用H₂受体阻滞剂，如西咪替丁，或质子泵抑制剂，如奥美拉唑。

6. 术前应用胃粘膜保护剂，如硫糖铝、氢氧化铝或前列腺素类药物（米索前列醇）等。

术后医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规
硬膜外麻醉后护理	血肝功能
一级护理	血肾功能
禁食	凝血功能
半卧位（6小时、血压平稳后）	血生化
留置胃管接负压瓶并计量	5%葡萄糖注射液 500ml /
留置尿管接消毒瓶	止血芳酸 0.4g / ivgtt
5%葡萄糖氯化钠注射液250ml /	
氨苄西林3g /	ivgtt
10%葡萄糖注射液500ml /	bid
庆大霉素16万U /	
10%氯化钾10ml /	ivgtt bid
乳酸林格液500ml /	
10%氯化钾10ml /	ivgtt qd
0.5%甲硝唑 100ml 静脉滴注 bid	
10%葡萄糖注射液 500ml /	
维生素C 2g /	ivgtt qd

注：

1. 当今外科治疗的主要手术方法是胃大部切除术和迷走神经切断术两大类。手术方式很多，可根据医生的经验选择。

2. 十二指肠溃疡多采用包括溃疡在内的胃大部切除术或迷走神经切断术；也可选择旷置式胃大部切除或迷走神经切断加幽门成形术。

3. 胃溃疡的首选术式是胃大部切除术，毕 I 式重建胃肠道。切除胃远侧 $2/3 \sim 3/4$ ，包括胃体的大部、整个胃窦部、幽门及十二指肠球部。溃疡已恶变者，要做根治性胃切除。

4. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

5. 预防性使用抗菌药，可选用青霉素类、头孢菌素类或氟喹诺酮类，可联用氨基糖苷类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑。

6. 处理并发症，如术后持续发热要注意有无盆腹腔积液，肺部感染，泌尿系感染及切口感染，并予引流、积极抗感染等治疗。

上消化道大出血

术前医嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型
一级或特级护理	出凝血时间
禁食、禁饮	血肝功能
病重（或病危）	血肾功能
吸氧（鼻导管或面罩，2 ~ 5L/h）	血氨、AFP、CEA
平卧（上身及下肢各抬高 20°）	查血型及交叉配血、备血 800 ~ 1200ml
测血压、脉搏、呼吸 1 次/0.5 小时	即输全血 400ml
留置胃管接负压瓶	乳酸钠林格注射液 500ml 静脉快速滴注
留置尿管	即刻
冰 0.9% 氯化钠注射液 200ml /	与患者本人及家属谈话并签字
去甲肾上腺素 4 ~ 8mg	急诊电子胃镜检查、必要时内镜下
洗胃 2 ~ 4 次/天	止血
或 0.9% 氯化钠溶液 + 凝血酶原，按每	急诊选择性血管造影（必要时）
毫升 10 ~ 100U 溶解后口服或经胃管	在全身麻醉下行胃大部切除术
注入 50 ~ 100ml，1 次/2 ~ 4 小时	备皮
Losec 40mg iv bid	术前留置导尿管
5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml / ivgtt	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
西咪替丁 0.8g / qd	阿托品 0.5mg /
5% 葡萄糖注射液 500ml /	肌内注射 术前 0.5 小时
庆大霉素 24 万 U / ivgtt qd	先锋霉素 VI 2g，0.5% 甲硝唑 100ml
维生素 C 2g	术中静脉滴注
10% 葡萄糖溶液 500ml	
对氨基甲苯酸 0.4g	
酚磺乙胺 4.0g	
维生素 K ₁ 20mg	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
备三腔二囊管（疑食管静脉曲张出	
血）	

注：

1. 呕血和黑便是上消化道大出血的主要症状，其常见

原因为胃十二指肠溃疡、门脉高压症、出血性胃炎、胃癌和胆道出血，根据病史体征的临床分析，诊断多可成立，处理上相对有的放矢。

2. 初步处理应迅速建立静脉补液通道，即输平衡盐溶液、查血型、交叉配血，配备足够的全血或红细胞。监测中心静脉压和尿量。

3. 如 60 分钟内已输注 2000ml 左右的平衡盐溶液血压仍不稳定，说明出血量大，此时应输入胶体如血浆、白蛋白。

4. 如病情平稳，即急诊胃镜，可明确出血病灶并局部止血，可喷洒止血药、电凝、激光、微波和注射硬化剂。

5. 可疑食管胃底静脉曲张破裂出血，可利用三腔二囊管压迫止血。

6. 有以下指征者，应迅速剖腹探查：①年龄大于 45 岁，病史较长的慢性胃溃疡；②无黄疸、腹腔积液和肝昏迷的门脉高压症引起的食管胃底静脉曲张破裂出血；③经过积极处理，24 小时输血 800ml 血压仍不稳定者；④胃癌出血或内科治疗不能控制的出血；⑤对于部位不明的出血，经过积极的初步处理后血压、心率仍不稳定者。

7. 注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。

长期医嘱	临时医嘱
外科常规护理	血常规
全身麻醉后护理	血氨
一级或特级护理	血肝功能
禁食	凝血功能
留置胃管接负压瓶	血生化
留置尿管接瓶	立止血 1kU iv 即刻
腹腔引流管接持续低负压	血浆全血或红细胞 200
记录 24 小时出入量	~ 400ml
奥美拉唑 40mg iv bid	ivgtt (必要时)
5% 葡萄糖氯化钠注射液 250ml	
头孢曲松钠 2g	ivgtt bid
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
5% 葡萄糖注射液 500ml	
维生素 K ₁ 30mg	ivgtt bid
止血芳酸 0.4g	
乳酸钠林格注射液 1000ml	ivgtt qd
10% 氯化钾 30mg	
0.5% 甲硝唑 100ml ivgtt bid	
10% 葡萄糖注射液 500ml	
维生素 C 2g	ivgtt qd
酚磺乙胺 4g	
10% 氯化钾 15ml	

注：

1. 对于不明原因的上消化道出血，术中应全面仔细的探查，甚至借助电子胃镜或术中血管造影来明确出血部位。条件允许，尽可能对原发病做治愈性手术。

2. 注意纠正术后水、电解质和酸碱平衡紊乱。

3. 术后预防性使用抗菌药，可选用头孢菌素类或氟喹诺酮类，必要时可联用氨基糖苷类，同时应加用抗厌氧菌的药物，如甲硝唑、替硝唑或奥硝唑。

4. 术后仍密切观察引流液的颜色和量，防止再出血的可能。

5. 如为门脉高压症引起的食管胃底静脉曲张破裂出血，术后应护肝治疗和应用维生素 K_1 、清蛋白等，并监测血氨。

6. 如全身营养状况较差或不能进食时间超过 5 天者，应行静脉营养。

胃 癌

术 前 医 嘱

长期医嘱	临时医嘱
普通外科常规护理	血常规 + 血型、
二级护理	尿常规、便常规
半流质	粪隐血 ×3 次
留置胃管接负压瓶（有梗阻时）	出凝血时间
复合维生素 B 2 片 po tid	肝功能、肾功能
维生素 C 0.2g pot tid	血钾、钠、钙、氯等电解质
庆大霉素片 4 万 U po tid	血糖
全血（或血浆）200ml ivgtt qod	乙肝两对半
	肝炎系列
	抗 HIV 抗体
	梅毒抗体
	放射免疫查血 CEA、AFP、CA199
	胸部 X 线摄片
	心电图
	胃肠 X 线钡餐
	纤维胃镜检查及病理检查
	胃液脱落细胞检查（必要时）
	B 超查肝脏、肝门区淋巴结及腹腔积液
	与患者本人及家属谈话并签字
	在硬膜外麻醉下行胃癌根治术
	备皮
	术前 12 小时禁食、4 小时禁水
	查血型及交叉配血、备血 400 ~ 800ml
	术前当晚灌肠
	术前留置胃管
	术前留置导尿管
	苯巴比妥（鲁米那）0.1g /
	阿托品 0.5mg
	肌内注射 术前 0.5 小时
	地西洋（安定） 10mg 肌内注射 术
	前晚
	青霉素皮试