

# 外科診療手冊

上海衛生出版社

# 外科診療手冊

張廷瓚 譚元瑾 陳德油 張滌生  
陳夏豐 劉春生 童爾昌 魏文彬  
蔣先惠 夏穗生 李士駿 金士朝

合 編

上海衛生出版社

一九五六年

## 內 容 提 要

這本手冊是根據臨床工作中的實際經驗集體編寫的。全書共分十一章，內容着重在外科病人的檢查、術前的準備以及術後的處理。可作為外科生產實習醫師們和住院醫師們在臨床工作中的參考材料。

## 外 科 診 療 手 冊

裘法祖等合編

\*

上海衛生出版社出版

(上海淮海中路1670弄11號)

上海市書刊出版業營業許可証出080號

上海新光明記印刷所印刷 新華書店上海發行所總經售

\*

開本 787×1092 耗 1/42 印張 3 5/7 字數 110,000

1956年5月第1版 1956年5月第1次印刷

印數 1—4,000

統一書號 14120·90

定價 (10) 0.55 元

## 前 言

這本外科診療手冊原來是爲前上海同濟大學醫學院附屬同濟醫院外科的實習醫師和住院醫師們所編寫的。爲了適應當時的需要，在1954年六月初次印刷，僅作內部參考。同志們認爲內容簡明實用，對外科臨床工作還能有些幫助，並且我們不時收到其他醫院的外科同志們來函索取，所以在大家的鼓勵下重新把內容作了一次較全面的修訂和補充，正式出版，希望能給初學外科的醫師們作爲臨床工作中的參考。

這裏的各章節是採取分工負責的方法寫成的。雖然有些章節會經過集體的討論，但因部分同志奉調他院工作，因而未能全面做到，這是一種遺憾。在編寫中，王飛鵬、沈遠仲以及高尚志三位同志給予許多幫助，我們表示衷心的感謝。

我們的經驗有限，所以在這本小冊子中一定存在着很多不適當與不完全的地方。誠懇地希望同道們多多提出寶貴的意見與批評，讓它在再版時能夠不斷地得到改進！

裘法祖於漢口，武漢醫學院。

一九五六年國際勞動節。

# 目次

<b>第一章 一般外科</b> .....	1
一、液體和電解物平衡 .....	1
二、輸血 .....	5
三、休克 .....	9
四、燒傷 .....	11
五、瘰癧與癰 .....	14
六、瘰癧 .....	15
七、丹毒 .....	16
八、膿性蜂窩織炎、淋巴管炎及淋巴結炎 .....	16
九、下肢靜脈曲張 .....	17
十、破傷風 .....	18
十一、氣性壞疽 .....	20
<b>第二章 手術與麻醉</b> .....	22
一、參加外科手術者的準備 .....	22
二、外科病人入院後的一般準備 .....	22
三、手術前病人的準備 .....	24
四、麻醉前用藥 .....	25
五、麻醉術和麻醉劑的選擇 .....	27
六、手術時病人的體位 .....	32
七、麻醉期間注意事項 .....	34
八、麻醉後的處理 .....	39
九、麻醉後的併發症及其處理 .....	39
十、靜脈注射普魯卡因的應用 .....	41

十一、麻醉期間維希涅夫斯基頸部迷走、交感神經封閉的應用.....	42
十二、氧氣吸入治療.....	43
<b>第三章 腦系外科</b> .....	45
一、顱腦損傷.....	45
二、顱內腫瘤.....	49
三、脊髓腫瘤.....	52
四、嬰兒腦積水.....	53
五、特發性三叉神經痛.....	53
六、脊柱裂.....	54
<b>第四章 頸部外科</b> .....	56
一、甲狀腺疾病.....	56
二、頸淋巴結結核.....	57
<b>第五章 乳房外科</b> .....	59
一、急性乳房炎(乳房膿腫).....	59
二、乳癌.....	59
<b>第六章 胸腔外科</b> .....	62
一、住院病人的一般處理.....	62
二、診斷及治療手術.....	64
三、胸壁結核.....	69
四、急性膿胸.....	70
五、支氣管擴張症.....	71
六、肺膿腫.....	72
七、肺癌.....	73
附：肺切除及肺葉切除術.....	74
八、肺結核.....	75
九、食管癌.....	78

<b>第七章 腹部外科</b> .....	<b>79</b>
一、胃部疾病.....	79
二、胆囊及胆道疾病.....	80
三、急性胰腺炎.....	83
四、脾大症.....	84
五、門靜脈高壓症.....	86
附：食管靜脈曲張急性大出血.....	87
六、瀰漫性化膿性腹膜炎.....	88
七、胃腸道穿孔.....	89
八、急性機械性腸阻塞.....	91
九、腸套疊.....	92
十、闌尾炎.....	93
十一、下腹部疝.....	94
十二、結腸疾病.....	95
十三、直腸癌.....	96
十四、肛部疾病.....	98
十五、先天性直腸及肛門閉鎖症.....	99
<b>第八章 泌尿外科</b> .....	<b>101</b>
一、住院病人之檢查.....	101
二、腎臟疾病.....	106
三、輸尿管結石.....	108
四、膀胱疾病.....	109
五、前列腺疾病.....	111
六、尿道狹窄.....	112
七、尿道裂傷.....	113
<b>第九章 矯形外科</b> .....	<b>115</b>
一、住院病人之檢查.....	115

二、骨折	117
三、關節脫位	123
四、骨關節結核	125
五、化膿性骨髓炎	126
六、小兒麻痺症(脊髓前角灰白質炎)	129
<b>第十章 整復外科</b>	<b>131</b>
一、游離植皮術	131
二、有蒂植皮術	136
三、唇裂	137
四、腭裂	139
五、面神經癱瘓	140
六、下頷骨植骨術	141
七、鼻部整復術	142
八、面部整復術	142
九、顛頂關節截除術或截骨術	143
十、下肢象皮腫	143
<b>第十一章 組織療法與封閉療法</b>	<b>145</b>
一、組織療法	145
二、封閉療法	147

# 第一章 一般外科

## 一、液體和電解物平衡

### I. 正常平衡

1. 成人每日正常的液體攝入量和排出量如下：

攝 入 量		排 出 量	
飲料	1200 毫升	尿	1200 毫升
固體食物含水分	1000 毫升	糞便含水分	100 毫升
食物氧化	300 毫升	由肺及皮膚蒸發失去	1200 毫升
共計	2500 毫升	共計	2500 毫升

2. 每日攝入的氯化鈉量因各人所進飲食不同而有差異，平均約 4—12 克。絕大部分的氯化鈉由腎臟排出，排出量與攝入量成正比；尿內排出氯化鈉的濃度最高時可達 2%。

3. 人體每日所分泌的各種消化液除 100—200 毫升的水分由糞便排出外，均為下部腸道所吸收。

腸胃道及各種消化腺的每日分泌量如下：

唾液	1500 毫升
胃液	2500 毫升
胆汁	500 毫升
胰腺分泌液	700 毫升
腸分泌液	3000 毫升
總量	8200 毫升

### II. 液體和電解物缺失的原因

1. 液體攝入受限制——如禁食及不能飲食（食管狹窄）

等。

2. 胃腸道分泌液經短路排出體外——如小腸瘻、胆瘻、胃腸道吸引減壓等。

3. 嘔吐——如腸梗阻、幽門狹窄時、麻醉後嘔吐等。

4. 腹瀉。

5. 創口表面失液——如燒傷、膿胸、腹膜炎、化膿創口等。

6. 手術失液——如失血，手術時出汗。

7. 出汗——如手術後發熱，天熱等。

### III. 臨床檢查

#### 1. 臨床症狀：

以 Marriott 氏表作參考：

程 度	缺 量	徵 候	
失 水	輕度	相當於體重的 2 %	口渴。
	中度	相當於體重的 6 %	極度口渴，粘膜乾燥，眼球凹陷，皮膚張力消失。
	重度	相當於體重的 7—14 %	神志不清，體力不支。
失 鹽	輕度	每千克體重缺 0.5 克	倦怠，眩暈，昏倒，尿內尚含微量氯化物。
	中度	每千克體重缺 0.5—0.75 克	噁心，嘔吐，收縮期血壓尚在 90 毫米水銀柱以上，尿內氯化物陰性。
	重度	每千克體重缺 0.75—1.25 克	神志呆滯，昏睡，收縮期血壓降至 90 毫米水銀柱以下。

#### 2. 記錄每日液體攝入量和排出量：

攝入包括各種飲料和注射用液。

排出包括尿、嘔吐、腹瀉、胃腸減壓以及由腸瘻等失去之胃腸液和創口分泌等。

#### 3. 測定血漿二氧化碳結合力：

正常為 50—75 百分容積，上升表示有鹼中毒傾向，下降表示有酸中毒傾向。

#### 4. 測定血漿非蛋白氮：

正常為 20—40 毫克%，尿毒症時上升。

#### 5. 測定血漿氯化物濃度：

正常為 560—630 毫克%。測定血漿氯化物濃度在臨床上意義不大，因人體在缺乏氯化物狀態下，血漿內氯化物含量仍可保持不變。

#### 6. 測定尿中氯化物含量：

正常時每升尿中至少排出氯化物 3 克，低於此數或尿中氯化物消失時即表示身體內氯化物不足。

#### 7. 測定血球容積：

正常為 40—48%。每上升 2% 即表示失水約 150 毫升。

#### 8. 測定血色素及紅血球計數：

血色素每超過正常 (14—15 克%) 0.7 克% 即表示失水約 150 毫升。

#### 9. 測定血漿比重：

正常為 1.025—1.028，每超過 0.001 即表示失水約 200 毫升。

10. 對於嚴重失水病人，同時須注意鉀之損失，必要時應測定血漿內鉀的含量 (正常為 15—20 毫克%)，或作心動電流圖觀察心肌狀況。

### IV. 預防及治療

1. 預防重於治療，對於禁食及不能飲食的病人，須以注射方法補充之。

成人每日所需的水分為 2500—3000 毫升，補充時以應用 5% 葡萄糖溶液 (同時供應熱量) 為原則。

成人每日所需的氯化鈉約為 6 克，補充時可應用生理食鹽水或低滲 (0.45—0.6%) 氯化鈉溶液。

2. 對於大手術後 2—3 天內的病人，每日補充的氯化鈉不

得超過 5 克。因較長時間的手術及麻醉，每引起暫時性的腎功能不全。

3. 補充液體和電解物時必須注意病人腎臟、心臟和肝臟機能以及有無血漿蛋白過低或顱內壓力增高等現象，以免造成過剩的危險。

4. 對於失水及失鹽病人可根據臨床症狀、液體攝入量與排出量的記錄以及各項實驗診斷，進行定量治療。

5. 因嚴重脫水而引起鉀損失時，首先必須補充水分，糾正脫水現象，然後給口服氯化鉀，每日 5 克。不能口服時可加入 1000 毫升生理食鹽水或 5% 葡萄糖溶液中作靜脈注射，但每日靜脈注射氯化鉀量不得超過 2 克，以免發生危險。

6. 鹼中毒時，可注射適量生理食鹽水及 5% 葡萄糖溶液。嚴重時可注射 5% 氯化鈣溶液。

7. 酸中毒時可靜脈注射 5% 葡萄糖溶液及生理食鹽水。嚴重時在二氧化碳結合力反覆測定下靜脈注射 1.9% 乳酸鈉溶液 1000—1500 毫升。

8. 處理液體和電解物缺乏症時，必須同時注意有無貧血或血漿蛋白過低現象，如有，則必須同時加以糾正（輸血或血漿）。

9. 液體和電解物補充的途徑：

⊖ 以爭取口服為原則。

⊖ 靜脈注射：注射速度一般為每分鐘 40—60 滴。心臟機能衰弱之病人，應用緩慢速度注入，並減少輸入量。

⊖ 皮下注射：注射液以生理食鹽水為限，部位以大腿前側或外側為宜，每次一腿可注射 500—1000 毫升。注射時須同時加以按摩，以利吸收。

⊖ 直腸滴入法：腹部疾患及腹部手術後禁用。施行前須先行清潔灌腸。滴入液體用溫生理食鹽水。

間斷滴入法：每1—2小時一次，每次50—100毫升，每日可滴入600—1000毫升。

連續滴入法：每分鐘30—50滴，每滴入500—1000毫升後，應暫停1—2小時再行滴入。每日可滴入1500—3000毫升。

附表：

正常兒童每日水分、鹽類及熱力需要量：

年齡	水(毫升) 每日每千克體重	氯化鈉 (克)	生理食鹽水 (毫升)	葡萄糖(克) 每日每千克 體重	熱力(卡) 每日每千克 體重
嬰兒	150	1	125	14	110
1—6	100	3	350	7	90
7—12	75	3	350	7	70

脫水兒童每日每千克體重液體需要量：

	輕度脫水	中度脫水	嚴重脫水
嬰兒	150—180毫升	150—200毫升	200—250毫升
兒童	120—150毫升	120—150毫升	150—200毫升

## 二、輸血

### I. 輸血作用的機制

1. 用以補償損失的血液(補償作用)。
2. 加強機體的保護反應(興奮作用)。
3. 提高血液的凝結性(止血作用)。
4. 當病人處於中毒情形，輸血具解毒作用。

### II. 輸血的適應證

1. 急性失血：血色素降低到25%，紅血球數量到達100

萬，即造成對病人生命的威脅。收縮壓下降到 80 毫米水銀柱是一個界限，應立刻大量輸血並根治出血原因。

2. 創傷性休克，必要時可大量輸入。
3. 慢性貧血，可採用中等量輸血。
4. 局部和全身化膿疾病，輸血具有刺激的意義。
5. 燒傷。
6. 內科疾患，如惡性貧血，出血性素質及某些傳染病等。
7. 各種中毒情況，必要時可先放血 500-800 毫升後再輸入等量的血液。

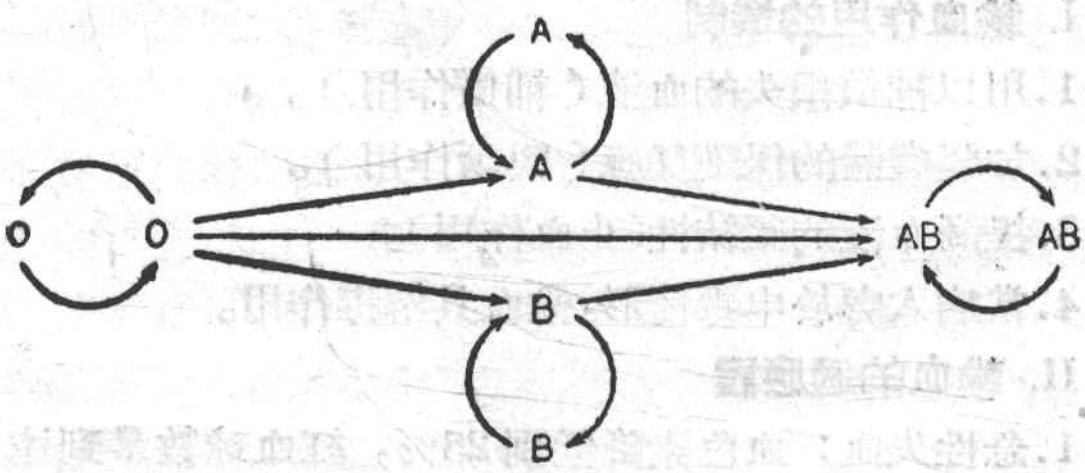
### III. 輸血的禁忌證

主要是心臟血管系統、肺和腎的疾患。因為在嚴重的心肺病變，輸血可引起這兩系統的過重負擔，發生心力衰竭及肺水腫，而立刻招致死亡。在不嚴重的心肺病變，亦宜謹慎。對急性腎炎病人最好不用輸血，對慢性腎炎及腎損害輸血則應特別審慎。因已受害的腎臟，容易為血色素所沉積、阻塞，而產生無尿症。

### IV. 血型

根據血液凝集作用可有四種基本血型：O，A，B，AB。

根據凝集原與凝集素的作用，O型的血是普遍適合者，AB型的人是全適受血者。但一般說來只有對同血型的人輸血才適宜。



## V. 輸血途徑

1. 靜脈輸入 常用踝部靜脈及前臂部靜脈。

2. 動脈輸入 其注意事項如下：

⊖動脈內輸血係治療嚴重失血性和創傷性休克綜合方法之一，因此必須與其他治療方法同時應用。

⊖動脈的選擇：宜選擇表淺的動脈如橈動脈或利用已損傷斷裂的動脈。注入之針頭應粗大(15—18號)。

⊖輸血時所加壓力，必須高於動脈收縮期壓力，通常在100-200毫米水銀柱之間。

⊖輸血量一般在500毫升左右，超過800毫升時若無顯著效果，即使應用大量血液亦屬無效。

⊖血液溫度通常在37°C。

⊖動脈輸血後仍需持續以靜脈輸血。

## VI. 輸血反應及其治療

輸血反應主要在於預防。輸血不應該作為一種機械的治療方法，應該看作一種重要的手術。要求以極嚴密態度對待輸血。

### 1. 溶血性反應：

症狀：不安、寒戰、發熱、心前緊迫感、腰部劇痛、紫紺、脈搏加速、呼吸困難等。死亡率甚高。

診斷：

⊖反應發生時立刻取靜脈血5毫升，用離心器旋轉一分鐘，觀察血清層有否血溶現象。

⊖反應發展到高潮時，應作血的塗片染色檢查，觀察白血球有否吞噬紅血球的作用。

⊖作尿的檢查，觀察有無血色素尿。

⊖當懷疑有溶血反應時，應重取供血員及病人的血標本再作血型試驗，以視血型及交配試驗有無錯誤。如可能，作獾

因子(Rh)凝集素的測定。

治療：

⊖立即輸入同型相合血液 200-300 毫升，作為直接治療的措施。

⊖按照維希涅夫斯基氏方法進行兩側腰封。

⊖休克的綜合治療。

⊖尿的鹼化：口服重碳酸鈉，每四小時一克。

2. 發熱反應：

症狀：寒戰及發熱，每於輸血後 15-60 分鐘內發生。體溫可升至 38-41°C。持續自一刻鐘至一、二小時不等，於數小時內減退。

治療：預防最為重要，要採用無熱原的技術來輸血。發生後應立即中止注射及注射嗎啡等。

3. 過敏性反應：

症狀：輕者發生蕁麻疹，重者發生呼吸困難及過敏性休克，甚至可死亡。

預防：有過敏性病史的供血員不應錄用。供血員在抽血前禁食。

治療：

⊖對中樞神經系統的治療如封閉療法。

⊖1:1000 腎上腺素 1 毫升皮下注射。

⊖注射嗎啡。

⊖對於嚴重的病例可作插管術或氣管切開並給氧。

4. 疾病的傳染如瘧疾、梅毒、斑疹傷寒、化膿感染等。應事先詳細地檢查供血者體格情況，並應將輸入的血進行正確的細菌學和血清學的檢查。

### 三、休克

#### I. 臨床檢查

1. 病史中有無產生休克之誘因，如嚴重創傷、骨折、急性大出血、燒傷、腸梗阻、胃腸道穿孔、外科手術及精神刺激等。
2. 每小時(必要時每半小時)測定體溫、脈搏和呼吸一次。尤須注意脈搏之變化，脈搏增速及微弱是休克的早期症狀。
3. 短期重覆測量血壓，必要時每 15—30 分鐘一次。
4. 注意神志、反射之變化、面色、四肢溫度及盜汗。
5. 血液檢查(特別在燒傷及內出血時)：紅血球、血色素及血球容積。

#### II. 治療

1. 停止一切檢查，頭低位靜臥，但呼吸困難者應平臥或置於斜坡臥位。
2. 避免搬運，有骨折時應加以適當固定。
3. 保溫。
4. 不需禁食者可飲以熱茶或咖啡。
5. 可能時儘速除去休克原因(如止血、骨折固定等)。
6. 輸血，依據休克程度及血壓情況決定血量及速度，已有休克發生時，輸血量需 1000 毫升以上。血壓低於 80 毫米水銀柱時，每小時應輸入 1000 毫升；情況嚴重時 5 分鐘內可輸完 500 毫升。
7. 大量出血所致之嚴重休克，心臟突然停止跳動時，可進行動脈內輸血，每次輸血量約 300—500 毫升(最高可達 800 毫升)，加壓 100—200 毫米水銀柱。
8. 無出血時，或在嚴重燒傷及腹膜炎時，可輸入血漿(每千克體重 10—20 毫升)。
9. 生理食鹽水及葡萄糖溶液等，在找不到適宜的給血者