

袖珍外科手册

(第二版)

顾树南 姚全梅 编著

甘肃科学技术出版社

责任编辑 王郁明 李卫平 装帧设计: 祁 迪

袖珍外科手册

(第二版)

顾树南 姚全梅 编著

甘肃科学技术出版社出版

(兰州市第一新村 81 号)

甘肃省新华书店发行 甘肃省委印刷厂印刷

开本 787 毫米 × 1092 毫米 1/64 印张 8.25 字数 213 000

1991 年 4 月第 1 版

1996 年 9 月第 2 版

1996 年 9 月第 4 次印刷

印数: 18 301—21 300

ISBN 7 - 5424 - 0308 - 7/ R · 82 定价: 9.00 元

再 版 前 言

《袖珍外科手册》是根据医学院校的实习生和低年资的外科医生的临床实践需要而编写的。具有内容新颖, 强调基础; 简明扼要, 重点突出; 条理分明, 规范实用; 查阅应手, 携带方便之特点。自 1991 年出版以来, 深受广大读者欢迎。

根据读者提出的宝贵意见和建

议, 这次本着更新、充实、精简和提高的原则进行了修订, 愿本手册对读者的临床实践有所佐益。由于我们的业务水平有限, 错误之处在所难免, 敬请广大读者赐教指正。谨致谢意

编者

1996 年 7 月于兰州军区总医院

目 录

一、心肺脑复苏术	(1)	5 烧伤.....	(18)
1 心肺脑复苏术的基础.....	(1)	6 蜂螫伤.....	(21)
2 心脏复苏术.....	(3)	7 毒蛇咬伤.....	(22)
3 肺复苏术	(6)	8 破伤风.....	(23)
4 脑复苏术	(8)	9 狗咬伤.....	(25)
二、常见病的诊断要点与治疗		10 气性坏疽	(27)
要点	(10)	11 甲状腺腺瘤	(29)
1 休克.....	(10)	12 甲状腺功能亢进	(31)
2 输血输液反应.....	(13)	13 甲状腺癌	(35)
3 低钾血症	(15)	14 急性乳腺炎	(37)
4 代谢性酸中毒.....	(16)	15 乳腺囊性增生病	(38)

16 .乳腺癌	(40)	27 肝棘球蚴病	(66)
17 .腹股沟斜疝	(44)	28 原发性肝癌	(68)
18 .股疝	(46)	29 脾破裂	(71)
19 .先天性幽门肥厚性狭窄	(47)	30 .门静脉高压症	(73)
20 .胃十二指肠溃疡急性穿 孔	(49)	31 胆道蛔虫症	(77)
21 .胃十二指肠溃疡并发出 血	(51)	32 急性胆囊炎胆石症	(79)
22 .胃癌	(54)	33 急性梗阻性化脓性胆管 炎	(82)
23 .绞窄性肠梗阻	(59)	34 急性胰腺炎	(84)
24 .肠套叠	(60)	35 胰腺假性囊肿	(87)
25 .细菌性肝脓肿	(62)	36 胰腺癌、壶腹周围癌	(89)
26 .阿米巴肝脓肿	(64)	37 膈下脓肿	(92)
		38 盆腔脓肿	(94)
		39 急性阑尾炎	(95)

40 .肠痿	(99)	54 .先天性脑积水	(131)
41 .家族性结肠息肉病	(102)	55 .脑肿瘤	(132)
42 .结肠癌	(103)	56 .外伤性血胸	(135)
43 .直肠息肉	(106)	57 .外伤性气胸	(137)
44 .直肠癌	(107)	58 .胸壁结核	(138)
45 .肛管、直肠周围脓肿.....	(110)	59 .急性脓胸	(140)
46 .肛痿	(112)	60 .支气管扩张	(141)
47 .痔	(113)	61 .肺癌	(143)
48 .下肢静脉曲张	(116)	62 .食管癌与贲门癌	(148)
49 .血栓闭塞性脉管炎	(118)	63 .食管裂孔疝	(150)
50 .脑震荡和脑挫裂伤	(121)	64 .缩窄性心包炎	(152)
51 .硬脑膜外血肿	(125)	65 .风湿性心脏瓣膜病	(153)
52 .脑脓肿	(127)	66 .法乐氏三联症	(155)
53 .高血压性脑出血	(129)	67 .肾脏创伤	(157)

68 .输尿管创伤	(159)	82 孟氏骨折	(182)
69 .膀胱创伤	(160)	83 .Colles 骨折	(183)
70 .尿道创伤	(162)	84 .前臂尺桡骨双骨折	(185)
71 .肾周炎及肾周脓肿	(163)	85 股骨颈骨折	(186)
72 .急性膀胱炎	(165)	86 胫腓骨骨干骨折	(188)
73 .肾结核	(166)	87 膝关节半月板损伤	(190)
74 .附睾结核	(168)	88 骨盆骨折	(191)
75 .肾、输尿管结石.....	(169)	89 脊柱脊髓损伤	(193)
76 .肾肿瘤	(171)	90 肩关节脱位	(195)
77 .膀胱肿瘤	(174)	91 肘关节脱位	(197)
78 .前列腺增生	(177)	92 腰椎间盘突出症	(199)
79 .鞘膜积液	(178)	93 脊柱结核	(200)
80 .精索静脉曲张	(179)	94 急性化脓性骨髓炎	(202)
81 .肱骨骨折	(180)	95 先天性斜颈	(204)

96 .先天性髋关节脱位	(205)	8 腹水.....	(227)
97 .先天性马蹄内翻足	(207)	9 咳血.....	(229)
98 .肩关节周围炎	(209)	10 血尿	(230)
99 .颈椎病	(210)	11 便血	(232)
100 .骨巨细胞瘤.....	(212)	12 腰背痛	(233)
三、常见症状的病因与鉴别分		四、围手术期处理	(236)
类	(215)	1 护理分级.....	(236)
1 颈部肿块	(215)	2 饮食与高营养.....	(237)
2 腹痛	(216)	3 术前准备.....	(242)
3 急性上消化道出血.....	(219)	4 皮肤准备的范围.....	(245)
4 肝脏肿大	(220)	5 术后处理.....	(246)
5 脾脏肿大	(222)	6 换药.....	(250)
6 腹部肿块	(223)	7 腹腔引流.....	(252)
7 黄疸	(226)	8 外科切口分类与愈合等	

级	(256)	10 胸腔穿刺术	(268)
五、常用诊疗技术操作方法		11 心包穿刺术	(269)
.....	(258)	12 腹腔穿刺术	(271)
1 颈内静脉穿刺插管术.....	(258)	13 肝脏穿刺术	(272)
2 锁骨下静脉穿刺插管术		14 经皮肝穿刺胆道置管引	
.....	(259)	流术	(273)
3 桡动脉切开术.....	(260)	15 肾积水穿刺引流术	(275)
4 股静脉、股动脉穿刺术		16 耻骨上膀胱穿刺术	(276)
.....	(261)	17 腰椎穿刺术	(277)
5 大隐静脉切开术.....	(262)	18 胃管插入术	(278)
6 中心静脉压测定.....	(263)	19 三腔管填塞术	(279)
7 胸外心脏按压术.....	(265)	20 尿管插入术	(280)
8 心内注射术.....	(265)	21 膀胱冲洗术	(281)
9 人工呼吸术	(266)	22 尿道施探扩张术	(282)

23 .前列腺按摩术	(283)	查.....	(297)
24 .肛门直肠指诊术	(284)	4 结肠钡灌肠造影检查	(298)
25 .灌肠法	(285)	5 .口服胆囊造影检查	(299)
26 .食管镜检查术	(287)	6 静脉胆道造影检查	(301)
27 .纤维胆道镜检查	(289)	7 手术后胆道造影检查	(302)
28 .膀胱镜检查术	(290)	8 经皮经肝穿刺胆道造影 检查.....	(303)
29 .乙状结肠镜检查术	(291)	9 瘘管造影检查.....	(304)
30 .直肠镜检查术	(293)	10 腹膜后充气造影检查	(305)
31 .活检术	(294)	11 静脉肾盂造影检查	(307)
六、特殊检查的准备及注意事 项	(295)	12 逆行肾盂造影检查	(308)
1 .食管钡餐造影检查.....	(295)	13 膀胱造影检查	(309)
2 .胃肠钡餐造影检查.....	(296)	14 .气脑造影检查	(310)
3 肠套叠灌肠复位造影检			

15 .脑室造影检查	(312)	26 核素肾上腺扫描	(323)
16 .脊髓碘油造影检查	(313)	27 . 照相机脑动态显像 ...	(324)
17 .颈动脉造影检查	(314)	28 . 照相机肝、胆显像	(325)
18 .四肢动脉造影检查	(315)	29 胆囊、胆道 B 超检查 ...	(325)
19 .顺行性下肢静脉造影检 查	(316)	30 胰腺 B 超检查	(326)
20 .选择性腹腔动脉造影检 查	(317)	31 .胃肠系统 B 超检查	(327)
21 .直接法淋巴造影检查	(318)	32 腹部肿块 B 超检查	(328)
22 .甲状腺摄 ¹³¹ 试验	(320)	33 胸部 CT 扫描	(329)
23 .肾图	(321)	34 腹部 CT 扫描	(330)
24 .核素甲状腺扫描	(322)	35 腹膜后 CT 扫描	(331)
25 .核素肾扫描	(322)	36 .肾上腺 CT 扫描	(332)
		37 肾脏 CT 扫描	(333)
		38 膀胱 CT 扫描	(334)
		39 .骨盆 CT 扫描	(335)

40 .数字减影血管造影术 (336)	9 血气分析..... (360)
41 .放射性核素发射计算机 断层 (337)	10 .甲状腺激素检查 (362)
42 .核磁共振成像 (338)	11 .肾上腺激素检查 (364)
七、临床检验正常参考值 (340)	12 .脑脊液检验 (365)
1 血液学检验..... (340)	13 .免疫功能检查 (368)
2 血液生化检验..... (344)	14 .关节液检验 (370)
3 .尿液检验..... (349)	15 .精液检验 (371)
4 .粪便检验..... (351)	16 .前列腺液检验 (372)
5 .胃液检验..... (352)	17 .浆膜腔漏出液与渗出液 检验 (373)
6 .十二指肠液检验..... (354)	八、常用药物的制剂和用法 (375)
7 .肝功能检查..... (355)	1 抗生素与磺胺类药..... (375)
8 .肾功能检查..... (357)	2 .中枢兴奋药..... (384)

3 抗休克药	(386)	(412)
4 镇痛、镇静、催眠、安定药	(388)	14 导泻药与止泻药	(416)
5 解热消炎与抗痛风药.....	(392)	15 抗寄生虫药	(418)
6 镇咳、祛痰、止喘药.....	(394)	16 抗结核药	(420)
7 抗心力衰竭药.....	(397)	17 抗肿瘤药	(422)
8 抗心律失常药.....	(399)	18 抗贫血药与促进白细胞 增生药	(427)
9 防治心绞痛药.....	(401)	19 止血、凝血与抗凝血药	(430)
10 抗高血压药	(403)	20 拟胆碱药与抗胆碱药	(433)
11 降血脂药与抗动脉粥样 硬化药	(406)	21 利尿药与脱水药	(434)
12 抗酸解痉药与健胃消化 药	(408)	22 激素、甲状腺激素与升 降血糖药	(436)
13 保肝药与利胆溶石药			

23 .抗过敏药	(440)	1 病历书写的要求及注意	
24 .维生素类药	(442)	点.....	(462)
25 .免疫抑制剂与免疫增强		2 入院病历.....	(463)
剂	(444)	3 诊断分析及诊疗计划.....	(468)
26 .调节水、电解质与酸碱平		4 病程记录.....	(468)
衡药	(446)	5 手术前记录.....	(469)
27 .酶类与其他生化制剂		6 手术记录.....	(470)
.....	(448)	7 手术后记录.....	(471)
28 .蛋白、血浆、营养剂与血		8 转科记录.....	(471)
容量扩充剂	(450)	9 病历摘要.....	(472)
29 .疫苗、菌苗、类毒素与免		十、附录	(473)
疫血清	(454)	1 临床常用的缩写及代号	
30 .外科换药用药	(456)	(473)
九、病历书写	(462)	2 小儿及老人用药剂量计	

算法	(479)	6 血压单位数值的换算	(484)
3 体表面积计算公式	(480)	7 进口药品的辨认	(485)
4 小儿体重计算法	(481)	8 国际疾病分类编码	(487)
5 几种特殊药物脱敏注射 的方法	(482)	9 国际疾病分类手术编码	(498)

一、心肺脑复苏术

1 . 心肺脑复苏术的基础

发病后要当机立断，立即进行综合性抢救。做到正确地进行心脏按压，有效地进行人工呼吸，积极地纠正酸中毒，有目的地使用复苏药物。下列 A、B、C 为初期复苏处理，D、E、F、G、H、I 为二期复苏处理。

(1) A (Airway): 保持呼吸道通畅

头后仰，压额部，抬颈部或下颏，使呼吸道通畅。

排除异物。

人工呼吸、气管插管或气管切开。

(2) B (Breath): 维持有效的呼吸

口对口吹气。

呼吸机人工呼吸。

(3) C (Circulation): 维持有效的循环

胸外或胸内心脏按压。

建立两条粗大静脉通道来补充血容量。

(4) D (Drug): 用药要有针对性, 推荐静脉给药

抗休克药: 肾上腺素, 多巴胺。

强心除颤药: 肾上腺素, 利多卡因。

呼吸中枢兴奋药: 洛贝林, 可拉明。

脱水药: 甘露醇、速尿。

镇静药: 安定。

硷性药: 5% 碳酸氢钠。

(5) E (ECG): 心电图检查
心电监护。

掌握心脏功能, 发现问题, 及时处理。

(6) F (Fibrillation): 心室颤动的处理

严密监护。

积极预防和处理心室颤动。

(7) G (Gauge): 全面估计病人
全面检查病人。

进行判断, 做出估计, 采取措

施。

(8) H (Hypothermia): 低温 (30 ~ 32)。

体表法: 冰水浸浴法, 冰袋法, 冰帽法或冰槽法, 冰毡法, 冷气降温法和冰敷及乙醇擦浴。

冬眠法: 冬眠合剂 号 (哌替啶 100mg, 氯丙嗪 50mg, 异丙嗪 50mg)。冬眠合剂 号 (哌替啶

100mg, 异丙嗪 50mg, 氢化麦角碱 0.6mg)。冬眠合剂 号 (哌替啶 100mg, 异丙嗪 50mg, 乙酰丙嗪 20mg)。

(9) I (Intensive Care): 加强医疗护理

严密观察病情病化, 发现问题及时正确地处理。

严防各种并发症的发生。

2 . 心脏复苏术

(1) 心跳停止的诊断

神志突然丧失, 大动脉搏动摸不到。

瞳孔散大, 呼吸停止, 紫绀。心电图经常呈室颤或室性自搏。即使能描出心电图也不能排除心

脏已丧失搏动功能。

(2) 胸外心脏按压

成人：病人仰卧硬板上或地板上，用手掌跟部按压胸骨中、下 1/3 交界处。要双手按压，手指上翘，肘关节伸直，用术者肩力和上半身重力垂直地有节律地迅速下压，使胸骨下陷 3~5cm，压后再迅速松压。按压速率为 60~80 次/ min，按压与松弛时间之比例为 1 : 1。以能摸到颈动脉或股动脉的搏动为合乎要求。按压 5 次（60 次/ min）吹气 1 次。若单人操作，则按压 15 次（80 次/ min）吹气 2 次。

儿童：单手掌根部于胸骨中 1/3 处按压，压时使胸骨下陷 2.5~4cm。按压速率 80~100 次/ min。

婴幼儿：将单手之食、中二指合并置于胸骨中央（乳头连线中点），按压时使胸骨下陷 1~2cm。按压速率 100~120 次/ min。每按压 5 次吹气 1 次。

(3) 药物治疗

心内注射：可选用肾上腺素 1mg，必要时隔 3~5 分钟重复 1 次。阿托品 1mg，必要时加量或重复。上述药物可单独或联合应用。肾上腺素与异丙基肾上腺素合用，有时可造成

心肌高度挛缩而失去舒张的能力。去甲肾上腺素可引起外周血管强烈收缩而增加心脏后负荷，对心脏复苏不利。而且该药若漏入心肌，还可造成心肌坏死。故在心脏复苏中三联针的应用弊多利少，故不主张应用。至于给药途径，因心内注射药物需暂停复苏操作，不利于全身供血并可能损伤胸膜及冠状血管，故应尽量避免。目前推荐静脉给药的途径，希予以注意。

静脉给药：纳洛酮 2mg/ kg 静脉注射，然后以 2mg/ kg/ h 静滴；5% 碳酸氢钠 50 ~ 100ml 静脉注射，

适用于心搏停止 3 分钟以上有酸中毒及高血钾者；普鲁卡因酰胺 0.25 ~ 1.0 静脉滴注速度不宜超过 100mg/ min；溴苄胺 5mg/ kg 快速静滴，用于普鲁卡因酰胺无效者。

气管内给药：肾上腺素 1ml 稀释成 10ml 注入，其恢复心跳效果与心内及静脉途径相似。

除颤：当监护仪上明确显示室颤波形，病人瞳孔散大和对光反射消失时，是除颤之指征。一般可采用 100 ~ 300 瓦秒直流电进行除颤，无效时在人工呼吸及心脏按压之同时每次增量 50 ~ 100 瓦秒，直至 400 瓦秒，

重复电击。对颤波幅低而率慢者宜先静脉或心内注射 0.1% 肾上腺素 1ml, 使颤动波由细小转为粗大, 以利除颤成功。波幅低而率快者, 可静脉或心内注射利多卡因 50 ~ 100mg, 同时每分钟静脉注射 25% 碳酸氢钠 20ml, 再重复应用 400 瓦秒电击。

常用药物有盐酸多巴胺 (强心、调节血管舒缩) 小剂量 (2 ~ 10 μ g/ kg/ min) 增加心输出量, 大剂量 (> 20 μ g/ kg/ min) 收缩周围血管及肾动脉等; 间羟胺 (阿拉明) (收缩血管、强心) 稀释静滴 0.4mg/

min; 盐酸多巴酚丁胺 (强心、治疗泵衰竭), 常用量 2.5 ~ 10 μ g/ kg/ min, > 20 μ g/ kg/ min 可引起心动过速; 去甲肾上腺素 (收缩血管、强心), 稀释静滴, 短暂应用; 氯化钙 (增强心肌收缩力), 电—机械分离或心脏停顿病人可应用, 初剂 500mg 静注, 必要时 10 分钟后可重复; 盐酸吗啡 (止痛、治疗肺水肿), 2 ~ 5mg 静脉滴入, 5 ~ 30 分钟可重复; 盐酸心得安 (治疗反复发作心动过速), 初剂 1mg 于 5 分钟滴入, 总量不得超过 5mg。

3. 肺复苏术

呼吸停止后，肺泡内的弥散呼吸仅可维持 2 分钟，此后机体即处于严重缺氧和二氧化碳的滞留，这常使复苏失败。因此，必须分秒必争地抢救。

(1) 人工呼吸

口对口（鼻）人工呼吸：病人平卧，托起下颌，捏住鼻孔，以两层纱布盖于口上。术者深吸气，张大口，紧密接触病人口唇，吹气使胸廓隆起，连续吹气 4 口。成人吹气每分钟 12 次。吹气 1 次，心脏按压 5 次。

儿童每分钟吹气 15 次，1 岁以内者 20 次。

气管插管。

环甲膜造口术：用各种方法都不能解除气道阻塞时（如有颈椎损伤或喉头水肿等）则可选用此法。先作一短于 1cm 的皮肤横切口，用刀尖穿通环甲膜，且旋转 90 度，以保证环甲膜确实敞开，一般还需插小号（内径 4mm）气管导管或金属导管，然后与一简易呼吸器或高频喷射通气装置相接进行高浓度氧的正压通气，

但应尽早过渡到气管插管或气管切开。

(2) 呼吸中枢兴奋剂的应用

山梗菜碱 (洛贝林): 3 ~ 6mg 静脉推注, 继以 30 ~ 60mg 稀释于 5% 葡萄糖液中静滴。

尼可刹米 (可拉明): 0.25 ~ 0.5 次, 必要时每 10 ~ 20 分钟静脉或肌肉注射 1 次, 一日总量不大于 0.5g。

回苏灵: 8mg 静注或 16 ~ 32mg 稀释后静脉滴注。

4 . 脑 复 苏 术

循环停止或其他原因脑部供氧中断后, 10 秒以内意识丧失; 30 秒以内脑电图波形变平, 呼吸停止; 60 秒以内瞳孔散大; 3 ~ 5 分钟中枢神经产生不可逆性改变。

(1) 平卧位

(2) 低温: 使肛温降至 30 ~ 32 。若出现寒战, 则可用安定 10mg, 每 2 ~ 4 小时 1 次肌注或用异丙嗪 50mg、海特琴 0.6mg 静脉滴注, 以后每 4 ~ 6 小时给予上述剂量的一半。

(3) 控制颅内压

过度换气：适当控制的过度换气，可降低颅内压，对抗脑的酸中毒及改善颅内病损部位的血流，使PaCO₂下降至2.6 ~ 3.3kPa (20 ~ 25mmHg)。

脱水：通过利尿提高血浆渗透压，使脑及脑脊液的水份移向血循环，以降低颅内压和脑水肿。

(4) 控制抽搐：安定10mg 静注，必要时2~4小时重复1次。

(5) 高压氧治疗：是在2~3个绝对大气压下经气管内插管或气管造口间歇吸氧，即吸氧20分钟，换吸

空气10分钟，反复数次。若病人情况危重，一时不能脱离纯氧吸入时，吸氧时间可适当延长，但不宜超过高压下连续吸氧的安全时限，每次治疗时间约3~5小时，每日1~2次，大多数病人经高压氧治疗3~5次后可决定转归。

(6) 脱水剂的应用

甘露醇：20%甘露醇250ml，15~20分钟静滴，每4~6小时可重复1次。

速尿：20~40mg 静注。

50%葡萄糖：60~100ml 静滴。

二、常见病的诊断要点与治疗要点

1 . 休克 (Shock)

诊断要点

(1) 口渴、烦躁不安，精神紧张，神情淡漠，神志模糊和昏迷。

(2) 脉搏细速， >100 次/ min 或不能触及。

(3) 四肢厥冷，皮肤粘膜苍白或发绀。

(4) 收缩压 < 10.6 kPa

(80mmHg)，脉压 < 2.6 kPa (20mmHg)，有高血压者收缩压比平时低 35% 以上。

(5) 呼吸深而快，早期因过度呼吸导致呼吸性碱中毒，继而出现代谢性酸中毒。

治疗要点

(1) 治疗目的是尽快恢复有效循

环血量，改善组织血流灌注。故要补充足够的血容量，改善周围循环效能，处理代谢障碍，支持心脏功能。

(2) 一般治疗：平卧，保暖，吸氧。

(3) 补充血容量：先输平衡盐液、低分子右旋糖酐、706代血浆，后输其他溶液，必要时输血。速度先快后慢。可用血定安（Gelofusine）500ml静滴。

(4) 纠正酸中毒：5%碳酸氢钠250ml静滴。

(5) 血管活性药物，可选用：

苄胺唑啉：5~10mg加入5%

葡萄糖溶液100~250ml中静滴。

多巴胺：10~20mg加入5%葡萄糖溶液250ml中静滴，15滴/min。

异丙肾上腺素：1mg加入5%葡萄糖溶液500ml中缓慢静滴，使心率在120~130次/min以下。

阿托品：1~2mg/次，每15~30分钟静脉推注1次。

甲氧胺：5~10mg静脉滴注。

间羟胺：10~50mg加入5%葡萄糖溶液中静滴。

(6) 改善心功能：

西地兰0.2~0.4mg加入25%

葡萄糖溶液 20ml 中静注。

1, 6—二磷酸果糖三钠 (Es-fosfina) 每瓶 5g, 配 50ml 注射用水静滴。

(7) 维持肾功能:

20% 甘露醇溶液 100 ~ 250ml 于 10 ~ 30 分钟内静滴。

速尿 20 ~ 40mg 在 1 ~ 2 分钟内静注。

(8) 维持肺功能: 保持呼吸道通畅, 吸氧, 必要时气管切开或人工器械呼吸。

(9) 应用抗生素: 青霉素、氨苄青霉素。

(10) 应用肾上腺皮质激素:

氢化可的松 200 ~ 400mg 静滴。

地塞米松 5 ~ 20mg 静滴。

注意要点

(1) 休克是一个综合征, 临床上将休克病程演变分为休克前期和休克期两个阶段。防治休克要早, 要积极。

(2) 按其病因可分为低血容量性休克, 创伤性休克, 感染性休克, 心源性休克, 变态反应性休克。在治疗时要注意对病因的处理。

(3) 休克指数 = 脉率 ÷ 收缩压。

指数为 0.5 表示血容量正常，1 表示
大约失去 20% ~ 30% 血容量，> 1 表

示大约失去 30% ~ 50% 血容量。

2. 输血输液反应 (Transfusion Reaction)

诊断要点

(1) 溶血反应：系严重反应，输入少量血液即可发生。

寒战，冷汗。

剧烈腰痛，周身麻木不适。

头部发胀，心前紧迫，呼吸困难。

黄疸，血红蛋白尿，尿闭，尿毒症。

严重者可很快发生休克、昏迷

和死亡。

(2) 致热原反应：症状轻重不一，一般在输血输液后 15 ~ 60 分钟内发生，于数小时内减退。

乏力。

寒战、高热。

(3) 过敏反应：轻重不一。

轻者有荨麻疹，轻度血管神经性水肿。

较重者有呼吸困难，肺部哮鸣

音，大小便失禁。

严重者可出现过敏性休克，甚至死亡。

治疗要点

(1) 溶血反应

立即停止输血。检查血型，复查交叉配合试验。

0.1% 肾上腺素 1ml 立即皮下、肌注或静注。

地塞米松 10mg 静注。

706 代血浆 500ml 静滴。

5% 碳酸氢钠 200ml 静滴。

多巴胺 20mg 静滴。

20% 甘露醇 250ml 静滴。

(2) 致热原反应

反应轻微者可减慢输血输液速度，重者则立即停止输血输液。标本送检验。

复方乙酰水杨酸 0.42g 即服。

异丙嗪 25mg 肌注。

氢化可的松 100mg 静滴。

(3) 过敏反应

减慢输血输液速度或停止输血输液。

异丙嗪 25mg 肌注。

0.1% 肾上腺素 1ml 皮下或静注。

氢化可的松 100mg 静滴。

注意要点

(1) 输血输液反应严重者可致死，故要高度重视，积极抢救。

(2) 大量输血可发生肺水肿，心力衰竭，出血倾向，枸橼酸中毒，酸碱失衡，体温过低（28 以下）可致

心室纤颤。

(3) 静滴可拉明可预防输血反应。每 100ml 血用 250mg 可拉明，分别于输血前后经墨菲氏滴管滴入其半量。

3 . 低钾血症 (Potassium Depletion)

诊断要点

(1) 软弱无力，肌腱反射迟钝或消失。

(2) 口苦，恶心，呕吐，腹胀，肠麻痹。

(3) 心脏扩大，血压下降，心

悸，心律失常，心室纤颤。

(4) 心电图：T 波降低，变宽，双相或倒置，随后出现 ST 段降低，QT 间期延长和 U 波。

(5) 血清钾浓度低于 3.5mmol/L (3.5mEq/L)。

治疗要点

- (1) 积极治疗原发病。
- (2) 氯化钾 1.0 ~ 2.0 g/d 口服。
- (3) 10% 氯化钾 10 ~ 15ml 加入 5% 葡萄糖液中静滴, < 80 滴/ min。
- (4) 有心律失常、四肢软瘫或肠麻痹者, 第 1 天可补氯化钾 8 ~ 9g,

第 2 天仍可补钾 6g, 完全纠正低钾约需 1 周。

注意要点

- (1) 每日尿量在 100ml 或每小时 40ml 以上时方可补钾。
- (2) 切不可将 10% 氯化钾作静脉内直接推注, 以免心跳骤停。

4 . 代谢性酸中毒 (Metabolic Acidosis)

诊断要点

- (1) 疲乏、眩晕、嗜睡, 有时感觉迟钝, 烦躁不安。
- (2) 呼吸深而快, 呼气中带有酮

味。

- (3) 面部潮红, 心率快, 血压偏低, 神志不清或昏迷。
- (4) 对称性肌张力减退和腱反射

减退或消失。

(5) 有严重缺水症状，周围循环衰竭和休克。

(6) 尿量明显减少或无尿。

(7) 尿液呈酸性反应。

治疗要点

(1) 要重视对病因的处理。

(2) 可选用下列公式纠正代谢性酸中毒：

$$\text{补 } 5\% \text{ 碳酸氢钠量 (ml)} = \frac{\text{二氧化碳结合力下降值 (Vol\%)}}{2.24} \times$$

体重 (kg) \times 0.5。开始先补给 1/2 量，以后根据临床表现和复查血浆二

氧化碳结合力再酌情补给。

$$\text{补 } 11.2\% \text{ 乳酸钠量 (ml)} = \frac{\text{二氧化碳结合力下降值 (Vol\%)}}{2.24} \times$$

体重 (kg) \times 0.3。开始先补给 1/2 量，以后根据临床表现和化验结果再酌情补给。

$$\text{补 } 3.6\% \text{ 三羟甲基氨基甲烷 (mEq/L)} = \frac{\text{二氧化碳结合力下降值 (Vol\%)}}{2.24} \times$$

体重 (kg) \times 0.6。一般先给 1/3 ~ 1/2 量。以后再根据临床表现和化验结果酌情补给。

注意事项

(1) 酸中毒伴有休克时，使用碱性药物剂量应较大，轻度休克时可给5%碳酸氢钠 200 ~ 400ml，中度休克

可给 400 ~ 800ml，重度休克可给 800ml 以上。

(2) 治疗时用酸碱试纸鉴定尿的酸碱度，以维持在弱碱性为宜。

5 . 烧伤 (Burn)

诊断要点

(1) 有被热力 (火焰、灼热的气体、液体或固体)、电能、化学物质、放射线等的损伤史。

(2) 症状、体征和分度：

度 (红斑性)：局部红斑，轻度红肿，无水疱，干燥。痛觉过敏。

度 (水疱性)：浅 度：水疱较大，去表皮后创面湿润，创底艳红，水肿。剧痛。深 度：表皮下积薄液，或水疱较小。去表皮后创面微湿，浅红或白中透红，有时可见红色小点或细小血管支，水肿明显。痛觉相对迟钝。

度 (焦痂性)：创面苍白或

焦黄炭化，干燥，皮革样，多数部位可见树枝样粗大静脉网。痛觉消失。

治疗要点

(1) 解除衣服与污染敷料，中、大面积烧伤者及暴露创面者平卧在无菌巾上。

(2) 口服盐糖饮料或静脉补液(平衡溶液、等渗盐水或葡萄糖盐水)。

(3) 止痛：哌替啶 50 ~ 100mg 肌注。

(4) 必要时放置导尿管。

(5) 伤后 48 ~ 72 小时内为休克期，要积极作好抗休克治疗。

(6) 抗生素应用：青霉素，氨苄青霉素。

(7) 预防破伤风：TAT1 500u 肌注。

(8) 除化学烧伤外，均应在病情平稳、血压稳定后进行清创。

(9) 大面积烧伤应剃除全身毛发，小面积剃除邻近毛发。用 0.1% 新洁而灭溶液或 0.05% 洗必泰溶液轻轻沾洗创面后，再用外用盐水清洗，蘸干。

(10) 度烧伤水疱无破损者，应保留水疱皮(化学烧伤例外)。水疱大者以空针由水疱低位将液体抽空

或剪破排液。

(11) 四肢胸部环形度烧伤，应在两侧纵行充分减张切开。胸部狭窄性焦痂必要时除在两侧腋前线作纵形切口外，加肋缘下横切口。

(12) 清创后按病情可选用暴露或包扎疗法。

(13) 獾油（油膏剂，每瓶 18g）涂擦患部，1~2 次/d。

(14) 10% 素高捷疗软膏（Solcoseryl Jelly）外敷，1~2 次/d（20g/支）。

注意事项

(1) 中国九分法烧伤面积估计：

头颈部 9%，双上肢 18%，躯干 27%，双下肢（包括臀部）46%（5 个 9 + 1）。全身合计 100%（11 个 9 + 1）。

(2) 输液计划可参照下列公式：

第一个 24 小时，输液总量 = 烧伤面积 × 100（如体重特重或特轻，可 ± 1 000ml）。输液总量扣除基础水分量 2 000ml 后，余量的 1/3 补充胶体、2/3 补充电解质溶液。

第二个 24 小时输液计划，基础水分量不变，胶体、电解质为第一个 24 小时的半量。

(3) 凡静脉输液导管通过正常皮

肤者，留置时间不宜超过 5 天。通过焦痂者，不宜超过 3 天。

(4) 密切观察病情，注意肾脏功能，严防败血症和多器官功能衰竭。

(5) 大面积烧伤后发生的上消化道应激性溃疡出血，称为 Curling 溃疡出血。

6 . 蜂螫伤 (Bee Sting)

诊断要点

(1) 有蜂螫伤史。

(2) 轻者局部红肿和疼痛，数小时后可逐渐自行消退。

(2) 重者可有恶心、呕吐、荨麻疹等全身症状。严重者甚至可有喉头水肿、休克、昏迷或迅速死亡。

治疗要点

(1) 用 3% 氨水，2% ~ 3% 碳酸氢钠或肥皂水冲洗伤口。

(2) 黄蜂螫伤则用醋或 0.1% 稀盐酸冲洗伤口。

(3) 用针将蜂刺挑出。

(4) 用蛇药片加水少许研成糊状外敷。

注意事项

- (1) 对症处理，观察病情变化。
- (2) 被群蜂螫伤时，要注意抗感

染，防休克，积极治疗急性肾功能衰竭等并发症。

7 . 毒蛇咬伤 (Snake Bite)

诊断要点

- (1) 有蛇咬伤史。
- (2) 局部红肿淤血，有水疱或血疱，可有坏死。
- (3) 有两个大而深的牙痕，色深，相距约 1~2cm，伤口流血。
- (4) 剧烈疼痛，肿胀迅速蔓延，可有区域淋巴结肿大且有压痛。
- (5) 迅速出现不同程度的全身症状 (神经毒、血液毒和混合毒症状)：

头晕，眼花，畏寒，胸闷，心悸，全身酸痛，抽搐，声音嘶哑，牙关紧闭，少尿或尿闭。

(6) 严重者可因惊厥，昏迷，呼吸麻痹和循环衰竭而死亡。

治疗要点

(1) 绑扎伤肢。在咬伤肢体近侧约 5~10cm 处绑扎，并将毒液挤出，每 20~30 分钟松绑 1~2 分钟。服用蛇药半小时或咬伤 1 小时以上者，可

松绑。

(2) 局部冲洗。先用肥皂和清水洗周围皮肤，再用等渗盐水、1 5000 高锰酸钾溶液或温开水反复冲洗伤口。

(3) 切开引流。以牙痕为中心，切开伤口成“ ”形，使毒液能充分流出。取出残留毒牙。

(4) 用胰蛋白酶 2 000u + 0.5% 普鲁卡因 5 ~ 10ml 在牙痕周围封闭，尽快破坏蛇毒。

(5) 速尿 40mg 静滴。

(6) 南通蛇药 20 片即服。以后每 6 小时服 10 片。并用温开水把蛇药溶研成糊状外敷。

(7) 氢化可的松 200 ~ 400mg 静滴。

注意事项

(1) 治疗目的是防止毒素扩散及吸收中毒而致死。

(2) 要密切观察病情变化，积极采取相应的抢救措施。

8 . 破伤风 (Tetanus)

诊断要点

(1) 有开放性创伤史，伤口深。

(2) 潜伏期一般为 1~2 周。潜伏期愈短，则愈严重。

(3) 典型症状是：牙关紧闭，颈项强直，角弓反张，呈苦笑脸，全身肌肉阵发性痉挛。

(4) 局部型：只有面肌痉挛及开口困难。

(5) 遇强光、噪音、震动可诱发或加重全身痉挛和抽搐。

治疗要点

(1) 扩创引流：清除坏死组织和异物。用 3% 过氧化氢溶液或 1:5000 高锰酸钾冲洗和湿敷。创口不应缝合。

(2) 破伤风抗毒素 (TAT) 1500u 作预防性肌注。

(3) 诊断明确者用精制破伤风抗毒素 5 万 u 加入 5% 葡萄糖液 1000ml 中静滴。此外，再用 2~5 万 u 肌注，创口周围注射 1~2 万 u。以后每日肌注 1~2 万 u，连续 5~7 天。

(4) 安定 10mg 肌注，必要时每 1~4 小时 1 次。

(5) 10% 水合氯醛 10~15ml 口服或 20~40ml 直肠灌注，每 4~6 小时 1 次。

(6) 人工冬眠 (常用冬眠 号)：氯丙嗪 50mg，异丙嗪 50~100mg，

哌替啶 50~100mg 加入 5% 葡萄糖液 1 000ml 中静滴。用药过程中须警惕血压下降。

(7) 青霉素 800~1 000 万 u 静滴。

注意要点

(1) 严格执行接触隔离常规。

(2) 住单人病室，保持安静，避免强光。

(3) 保持呼吸道通畅，严密观察病情变化，发现问题要及时处理。床

旁必须备有气管切开包及氧气吸入设备。

(4) 破伤风抗毒素脱敏法：用于预防性用药时，共肌内注射 4 次，每次间隔 20 分钟。血清稀释 1:10 注射 2 次各 1.0, 2.0ml；血清稀释 1:5:10 注射 2.0ml；如无反应，余量不稀释一次肌肉注射。

(5) 一般认为损伤部位距头颈部愈近，伤后发病时距愈短，则预后愈差。产后破伤风致死率较高。

9 . 狗咬伤 (Dog Bite)

诊断要点

(1) 有被狗咬伤史。

(2) 疯狗的唾液内含有狂犬病毒，经伤口而注入皮下。一般经3~8周后发病，但也有短至数日，长至数月发病者。

(3) 疯狗咬伤后，局部感觉过敏，疼痛，烦躁，恐惧不安，牙关紧闭，恐水症及麻痹征象。

治疗要点

(1) 先用20%肥皂水和大量无菌水反复冲洗伤口，进行必要的清创，然后用1:1000新洁而灭冲洗伤口。

(2) 伤口敞开，不要作一期缝合。

(3) 破伤风抗毒素1500u肌注。
(4) 青霉素80万u 2/d 肌注。

(5) 对被疯狗或疑为疯狗咬伤者，应注射狂犬病疫苗。

注意要点

(1) 疯狗一般表现为颈软，头低，耳垂，斜视，乱叫乱吐，吠声嘶哑，尾向下拖，直向前行，不能反身后顾等。进而发生瘫痪，发病后5~7日左右死亡。

(2) 冻干组织培养人用狂犬病疫苗的使用方法是：凡被狂犬或其它疯动物咬、抓伤时，应立即用肥皂水反

复冲洗，再用浓碘酊消毒 2 ~ 3 次。并在 0、3、7、14、30 天各肌注本疫苗 1 安瓿。严重咬伤者（头、面、颈、手指，多部位咬伤三处以上）或深度咬伤者（大量出血、功能性障碍或皮肤肌肉咬掉者）除 0、3、7、14、30 天各注射本疫苗 1 安瓿外，最好于注射疫苗前后注射抗狂犬病血清，籍以延长潜伏期而发挥疫苗效用。

(3) 狂犬病疫苗应在上臂三角肌接种。

(4) WHO 推荐用维尔博 (Verorab)，每支 2.5IU，用时参阅说明书。

(5) 凡被疯狗或可疑疯狗咬伤而未做预防处理者，虽已过数年，仍有发生狂犬病的可能性，应作疫苗注射，但不需要用抗狂犬病血清。

10 . 气性坏疽 (Gas Gangrene)

诊断要点

(1) 有手术史或注射史，特别是

有开放性创伤史，深而且肌肉丰富部位的创伤。潜伏期约 1 ~ 4 天。

(2) 创口突然发生“胀裂样”剧痛。伤口皮肤由水肿、苍白而变为暗红、紫黑色，有捻发音。

(3) 伤口污秽，分泌物恶臭。可呈暗红或暗绿色，可有气泡。涂片检查有粗大的革兰氏阳性杆菌。

(4) 可有高热，神志不清，衰竭，黄疸等严重毒血症的表现。

(5) X线检查伤口周围，肌群之间有气泡。

治疗要点

- (1) 青霉素 1 000 万 u 静滴。
- (2) 四环素 1.0 静滴。
- (3) 输血 400 ~ 800ml。

(4) 急症在全麻下行清创术。坏死组织彻底清除，充分引流，敞口伤口。伤口用 3% 过氧化氢或 1 : 5 000 高锰酸钾溶液冲洗和湿敷。

- (5) 固定及抬高患肢。
- (6) 高压氧仓疗法。
- (7) 深部 X 线疗法。

注意要点

- (1) 严密隔离，严防交叉感染。
- (2) 注意病情变化，发现问题，及时处理。
- (3) 青霉素对中枢神经有激惹作用。如果脑脊液中青霉素浓度骤增，或鞘内注射，可以出现“青霉素脑

瘤”，表现为抽搐、昏迷，重者可死亡。

(4) 青霉素静滴每日不宜超过

2 000u，且要分 3~4 次滴入。剂量过大则有出血倾向。

11 . 甲状腺腺瘤 (Adenoma of Thyroid)

诊断要点

(1) 颈前无痛性肿块，多无自觉症状。

(2) 近甲状腺峡部有单发圆形结节，表面光滑，界限清楚，质地不一，生长缓慢，随吞咽而上下移动。

(3) 囊内出血时可迅速增大，局部可有胀痛和压迫症状。

(4) 核素扫描可为温结节，囊性

者可为冷结节。

(5) 单个结节可穿刺活检，以协助诊断。

治疗要点

手术切除是有效而彻底的治疗方法。

注意要点

(1) 甲状腺扫描

正常图形：甲状腺在甲状软骨

前下方，形如蝴蝶，峡部较薄，右侧稍高，放射性分布均匀。

临床意义：a. 确定甲状腺结节的吸碘功能。热结节：吸碘功能高于周围正常甲状腺组织。热结节绝大多数为良性，极少有癌变。温结节：吸碘功能接近于周围正常甲状腺组织。多为良性肿瘤。凉结节：吸碘功能低于周围甲状腺组织。多为血块、囊肿液、钙质、纤维坏死或癌肿组织。故可为恶性，也可为良性。冷结节：无吸碘功能。多疑有癌变。b. 诊断异位甲状腺。正常甲状腺部位无显影，而在其他部位有异常放射性积

聚，如舌骨下甲状腺和胸骨后甲状腺。c. 寻找和确定甲状腺癌肿（滤泡状或乳头状腺癌）转移病灶。转移灶以骨骼和肺部为常见。d. 根据甲状腺显态和大小，推算甲状腺重量，以确定甲状腺机能亢进患者用同位素碘¹³¹治疗的剂量。e. 有助于颈部甲状腺外肿块的鉴别诊断。f. 了解手术后甲状腺残留组织的范围及功能。

(2) 甲状腺良性病变长期发展有恶变之可能，其中结节性甲状腺癌变率为4%~7%，单个腺瘤癌变率为10%~25%。长期观察是危险的，积极手术是安全的。

(3) 诊断颈部非甲状腺肿块有两条规则:

80 规则: 即颈部非甲状腺肿块 80% 为肿瘤性, 肿瘤性中 80% 为恶性, 恶性中 80% 为转移性, 转移

性中 80% 来自锁骨上。

7 字规则: 即颈部炎性病变的病程 7 天, 肿瘤性病变的病程 7 月, 先天性病变的病程 7 年。

12 . 甲状腺功能亢进 (Hyperthyroidism)

诊断要点

(1) 甲状腺略肿大, 扪诊时可有震颤, 听诊时可有杂音。

(2) 性情急躁, 易激动, 多言, 常失眠。

(3) 双侧眼球突出, 脸裂增宽和瞳孔散大。

(4) 心悸, 胸部不适, 心率加速, 脉率 > 100 次/ min。

(5) 基础代谢率增高。

治疗要点

(1) 安静休息, 避免刺激。

(2) 给予高能量、高维生素 (尤其是维生素 B 族) 饮食。

(3) 药物治疗可选用：

他巴唑（甲硫咪唑）10mg，
1/ 8h，口服。

卡比马唑（甲亢平）10mg，
1/ 8h，口服。

丙基（或甲基）硫氧嘧啶
100mg，1/ 8h，口服。

心得安 10 ~ 30mg，1/ 8h，口
服。

奥曲肽（Octreotide）即善得
定（Sandostatin）0.1mg，1/ 8h，皮
下注射治疗突眼性甲亢。

(4) 放射性碘¹³¹治疗。

(5) 手术治疗：对中度以上的病

例及继发性甲亢，应以手术治疗为
主。

术前用硫脲类药物作准备，一
般不少于2月。

术前2~3周加服复方碘溶液，
每次5~10滴，3/ d。联合治疗1周
后停用硫脲类药物。

不能耐受常规用药或急需手术
者，可用心得安准备，并与复方碘溶
液合用。

有心力衰竭者，可给予洋地黄
制剂。

术前备血200~600ml。

注意要点

(1) 基础代谢率计算公式 (在完全安静和空腹的条件下进行):

基础代谢率 = (脉率 + 脉压) - 111。

基础代谢率 = $0.75 \times (\text{脉率} + 0.74 \times \text{脉压}) - 72$ 。

(2) 甲亢按基础代谢率分度: +20% ~ 30% 为轻度, +30% ~ 60% 为中度, +60% 以上为重度。

(3) 经适当的药物治疗后, 具备下列条件, 宜进行手术治疗:

脉搏降至 90 次/ min 以下, 基础代谢率降至正常且较稳定。

心脏、肝脏、肾脏无功能障

碍, 无其他系统活动性疾患, 交感神经系统兴奋症状已被控制。

体重增加。

甲状腺肿变小、变硬, 震颤消失, 杂音减轻。

(4) 甲状腺危象多发生于术后 36 小时内, 主要症状为脉搏加快, 血压升高, 高热, 烦躁不安, 呕吐, 水泻, 谵妄甚至昏迷。可以从以下几个方面进行防治:

降温、镇静、给氧: 氯丙嗪 50mg 肌注。

控制心动过速: 利血平 5mg 肌注。

抑制甲状腺激素释放：卢戈氏液 30 滴口服。

抑制甲状腺素的合成：他巴唑 60mg 口服。

应用皮质醇类制剂：氢化可的松 200mg 静滴。

补充液体和电解质：平衡盐液 1 000ml 静滴。

保护肝脏，补充能量：维生素 C 0.2，三磷酸腺苷 20mg，辅酶 A50u 静滴。

抗感染：青霉素 80 万 u，1/8h，肌注。

血浆去除法：酌情放血

500ml，去除血浆后再输回。

(5) 甲状腺吸碘试验：

正常值：甲状腺部位吸碘¹³¹率 3 小时为 5% ~ 25%，24 小时为 20% ~ 50%。吸碘¹³¹率在 24 小时到达高峰。

临床意义：a. 吸碘¹³¹率增高常见于：甲状腺功能亢进，单纯性甲状腺肿，甲状腺肿性呆小症，妊娠，发热和肾功能不全等。b. 吸碘¹³¹率减低见于：原发性甲状腺功能减退，亚急性甲状腺炎，垂体前叶功能减退，非甲状腺肿性呆小病。c. 吸碘¹³¹率正常见于：甲状腺腺瘤，甲状

腺囊肿，甲状腺癌等。

(6) 有下列情况者宜早手术治疗：
治疗：

甲状腺中度或中度以上肿大。
药物治疗无效或停药后复发或

有不良反应难以坚持。

伴有甲状腺结节、肿块。

¹³¹I 治疗无效或疑有甲状腺癌。

13 . 甲状腺癌 (Carcinoma of Thyroid)

诊断要点

(1) 颈前肿块，生长快，质较硬，活动度差，有时不随吞咽动作而上下移动。

(2) 少数病例可先出现颈侧转移性肿大淋巴结。

(3) 晚期伴有声音嘶哑或呼吸困

难。

(4) 核素扫描为冷结节。

(5) 颈淋巴结活检或甲状腺穿刺细胞学检查可协助诊断。

治疗要点

(1) 手术治疗：

乳头状腺癌或滤泡状腺癌做该

侧全叶、峡部及对侧腺体大部切除。

颈淋巴结转移者，则同时做患侧淋巴结根治性清除术。

(2) 晚期癌肿不能切除时可考虑放射治疗或化学疗法。常用下列方案：

阿霉素：60 ~ 75 mg/ m²，静注，1/ 3 周。

ADM + VCR 方案：阿霉素 60 ~ 75 mg/ m²，静注，1/ 3 ~ 4 周；硫酸长春新碱 1. 4mg/ m²，静注，1/ 周。

(3) 因气管受压所致呼吸困难者，可行气管切开。

注意要点

(1) 甲状腺癌分为乳头状腺癌，滤泡状腺癌，未分化的单纯癌和髓样癌。前两种为分化癌。

(2) 甲状腺癌伴有甲状腺功能亢进者，须同时予以相应处理。

(3) 甲状腺肿大可分三度：
度：不能看出肿大，但可触及者；
度：能看到肿大又能触及，但在胸锁乳突肌以内者；
度：超过胸锁乳突肌者。

(4) 甲状腺癌中以乳头状癌居多。术后服用甲状腺素片 100mg，1/ d，连服 3 年，可防止复发和转移。

若术后甲状腺功能正常，则必须常吃含碘食物。

(5) 甲状腺癌的胸椎转移发生率较高。

14 . 急性乳腺炎 (Acute Mastitis)

诊断要点

(1) 多发生在初产妇的哺乳期，发病前常有乳头、乳晕皲裂或乳汁淤积。

(2) 局部红、肿、热、痛，可有畏寒、发热，有压痛。脓肿形成后可有波动感。患侧腋下淋巴结肿大，触痛。

(3) 白细胞计数增高。

(4) 超声检查有液平段，穿刺有

脓液。

治疗要点

(1) 炎症早期：

患侧乳房停止哺乳，吸出淤积的乳汁，托起乳房。

给予抗生素：青霉素 80 万 u，2/ d，肌注；庆大霉素 12 万 u，2/ d，肌注。

内服清热散瘀汤：公英 30g，银花 30g，连翘 30g，赤芍 30g，红

花 15g, 桃仁 15g, 乳香 3g, 没药 3g, 甘草 9g, 水煎 2 次, 早晚分服。

局部外敷如意金黄散。

(2) 脓肿形成后宜在全麻下行切开引流。引流要彻底, 否则易有反复而需再次引流。

(3) 回乳可选用

炒麦芽 60g, 水煎, 分数次服, 每日 1 剂, 连服 3 日。

已烯雌酚 5mg 口服, 当日 3 次, 第二日 2 次, 第三日 1 次。或 4mg/d 肌注, 连用 3~5 日。

注意要点

(1) 切口应循乳管方向作放射状切开, 至乳晕处止。多房性脓肿须分开脓肿间隔, 引流要通畅、彻底。

(2) 乳晕部脓肿因位置表浅, 可在局麻下沿乳晕边缘作弧形切口引流。

(3) 男性、女性初生儿有时亦可见到乳房急性炎症, 乳房稍有肿大, 质较硬, 有黄色乳样液体自乳头流出。一般毋需处理, 都能自行消退。

15 . 乳腺囊性增生病 (Mammary Dysplasia)

诊断要点

(1) 乳部疼痛程度不一，呈周期性，多在经潮前发生，可放射到肩部、背部。

(2) 一般病程较长，发展较慢，有时乳头可溢出黄绿色浆液。

(3) 乳房外形正常，常可扪及腺体增厚或结节，质韧不硬，分界不清。轻度触痛。腋下淋巴结不肿大。

(4) 乳房钼靶摄片、超声检查、近红外线检查、细针穿刺细胞学检查可协助诊断。必要时手术活检。

治疗要点

(1) 药物治疗可选用

逍遥丸 1 丸，2/ d。

乳块消片 4~6 片，2/ d。

乳康片 5~8 片，2/ d，饭后服。

维生素 E 胶囊 100mg，2/ d。

乌鸡白凤丸，1 丸，2/ d，1 周可使乳痛缓解。

溴麦角隐亭片 (Bromocriptine) 2.5mg/ d。

丹那唑片 (Danazol) 是雄激

素类药物，200mg/ d。

三苯氧胺片 (Tamoxifen) 是雌激素拮抗剂，10mg/ d。

乳癖消片 5~6 片，3/ d。

① 天冬素片 0.25g，3/ d。

(2) 药物治疗无效，且病变较局限时，可作局部切除。病理报告有上皮细胞显著增生或有囊性弥漫性增生，可施行单纯乳房切除。若发生有恶变时，按乳腺癌处理。

注意要点

(1) 临床上常把乳腺组织局限性增厚、边界不清的肿块或多个大小不等的结节称为乳腺增生。其中有的是良性的，如囊性增生病、乳痛症、乳腺纤维性病、腺病、小叶增生等。有的是恶性的，如导管内癌、小叶原位癌及体积较小的浸润性癌。应予注意。

(2) 乳腺增生服用药物的时间一般在 1~3 个月左右。

16 . 乳腺癌 (Carcinoma Mammae)

诊断要点

(1) 多发生在 40~60 岁，绝经

期前后的妇女。

(2) 无痛性肿块，增大较快，局部皮肤可凹陷或呈“桔皮样”改变，亦可有乳头抬高或内陷。晚期肿块破溃有恶臭，且易出血。

(3) 患侧腋窝淋巴结可肿大。

(4) X线钼靶摄片显示癌块中心区较外周区密度为高，肿块内有砂粒状钙化影，边界不整齐而带毛刺。

(5) 穿刺行细胞学检查或活检可协助诊断。

(6) 闪烁乳腺造影术 (SMM)：检测乳腺癌的敏感性为 95.8%，更有意义的是其阴性判断价值为

97.1%。

(7) 胎盘铁蛋白测定：乳腺癌早期诊断率为 90% 以上。

(8) 单克隆抗体：人乳脂肪球单克隆抗体 HMFG—1 反应具有预测价值，细胞膜染色者为分化良好的乳腺癌表现，很少有远处转移。

治疗要点

(1) 对第一期乳癌应施行根治性切除术。

(2) 对第二期乳癌以施行根治性切除术为主，争取行扩大根治切除术。术前和术后 2~3 周应予放射治疗（直线加速器等）。

(3) 对第三期乳癌施行以放射治疗为主的综合治疗或全用放射治疗。对伴有溃疡的癌块，在条件许可时，可作单纯乳房切除术。

(4) 对第四期乳癌则以内分泌、化学药物、中草药等治疗为主，必要时可辅以放射治疗。

CMF 方案：环磷酰胺 $100\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 ~ 14 天；甲氨蝶呤 $40\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1、8 天；氟尿嘧啶 $600\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天。每 28 天重复 1 次。

CMFP 方案：环磷酰胺 $100\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 ~ 14 天；甲

氨蝶呤 $60\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1、8 天；氟尿嘧啶 $700\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；醋酸泼尼松 $40\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 ~ 14 天。每 28 天重复 1 次。

CMFVP 方案：环磷酰胺 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 天；甲氨蝶呤 $30\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1、8 天；氟尿嘧啶 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；硫酸长春新碱 $0.75\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；醋酸泼尼松 $40\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 ~ 7 天。每 28 天重复 1 次。

CAF 方案：环磷酰胺 $100\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 ~ 14 天；阿霉素

30mg/ m²，静注，第 1、8 天；氟尿嘧啶 500mg/ m²，静注，第 1、8 天。每 28 天重复 1 次。

半枝莲 60g，白花蛇舌草 60g，水煎服。

丙酸睾丸酮 100mg，3/ 周，肌注。

对于绝经后 5 年以上者，己烯雌酚 2~ 5mg，3/ d，口服。

晚期乳腺癌可用美可治 (Megace) 160mg/ d，一次或分次服。

晚期转移性、复发性乳腺癌，不宜手术用三苯氧胺无效者，可用甲孕酮 (Farlutal) 500mg，2/ d，口服。

① 泰素 (Taxol) 175mg/ m²，3 小时滴完，每 3 周重复 1 次。

1 留可然 (Leukeran) 2mg，1~ 2/ d，口服。

注意要点

(1) 白细胞计数降至 $3.5 \times 10^9/ L$ ($3\ 500/ mm^3$) 以下或血小板计数在 10 万以下，应停止化疗。

(2) 术后 3、6、12 个月各复查 1 次，以后 5 年内每年复查 1 次。

(3) 乳腺癌临床上分为四期：
第一期：癌瘤完全位于乳房组织内，其直径不超过 3cm，无皮肤粘连。无腋窝淋巴结转移。

第二期：癌瘤直径不超过 5cm，尚能活动，与覆盖的皮肤有粘连。同侧腋窝有数个散在而能活动的淋巴结。

第三期：癌瘤直径超过 5cm，与覆盖的皮肤有广泛的粘连，且常形成溃疡；或癌瘤底部与筋膜、胸肌有粘连。同侧腋窝或锁骨下有一连串融合成块的淋巴结，但尚能活动。胸骨旁淋巴结有转移者亦属此期。

第四期：癌瘤广泛地扩散至皮肤或与胸肌、胸壁固定。同侧腋窝的淋

巴结块已经固定，或呈广泛的淋巴转移（锁骨上或对侧腋窝），常伴有远处转移。

(4) 有 Klinefelter 综合征（即男性乳房发育，精子生成缺乏）的患者，乳腺癌的发病率比正常人高 20 ~ 67 倍。

(5) 在常见的恶性肿瘤中，乳腺癌、肺癌、前列腺癌、肾癌等易发生骨转移。表现为进行性骨痛、高钙血症、病理性骨折及功能障碍。平均生存期仅 2 ~ 3 个月。

17 . 腹股沟斜疝 (Indirect Inguinal Hernia)

诊断要点

(1) 腹股沟区发现可复性椭圆形或梨形肿块，可达阴囊内或大阴唇内。

(2) 包块软，挤压时可回纳入腹腔。压迫内环时可阻止包块出现。皮下环扩大，咳嗽时有冲动感。

(3) 包块嵌顿时，除局部疼痛外，常有腹痛，并可有恶心和呕吐。

(4) 包块透光试验阴性。

(5) 手术证实疝囊位于腹壁下动脉的外侧。

治疗要点

(1) 除少数婴儿采用棉纱束带海绵球压迫后可自行愈合外，一般均需手术治疗。

(2) 手术原则：高位缝扎疝囊，内环修补和腹股沟管后壁薄弱区的修复和加强。

疝囊高位缝扎术 (Ferguson法)：适用于一般的婴幼儿先天性斜疝。

内环修补术：适用于儿童青年或成人的早期斜疝。

腹股沟管后壁薄弱区的修补术：精索移位腱下法（Bassini 氏法），适用于腹壁薄弱或缺损程度轻的成人斜疝；联合肌腱耻骨韧带缝合法（McVay 氏法）和精索皮下移位法（Halsted 氏法），适用于青年人的较大斜疝、老年人的斜疝和复发性疝。

腹腔镜腹股沟斜疝修补术：小斜疝采用疝囊颈夹闭或和腹腔内贴补法。

注意要点：

(1) 腹股沟管有四壁和内外口。管的前壁为腹外斜肌腱膜，在外侧

1/3 还有腹内斜肌的起始部；后壁为腹横筋膜，并由发育程度不同的联合腱和凹间韧带分别加强其内侧和外侧。上壁（顶）部分缺如，部分为腹内斜肌入腹横肌的弓状下缘。下壁（底）为腹股沟韧带向后上方形成的槽沟。管的内口（上外端）为内环，其内侧有腹壁下动脉。外口（下内端）为外环。腹股沟斜疝即由内环突出，斜行向下，经腹股沟管至外环而突出。

(2) 腹股沟三角（Hesselbach）：外方为腹壁下动脉，内方为腹直肌外侧缘，下方为腹股沟韧带。腹股沟直

疝即由此三角突出，故又名直疝三角。

(3) 麦氏切口的方向与髂腹下神经和髂腹股沟神经的走向相仿，在做阑尾手术时若腹内斜肌被切开而不是

钝性分离开，则可伤及神经。致肌肉麻痹而易发生右侧腹股沟斜疝。

(4) 嵌顿性疝，应急症手术。

(5) 疝手术后，3个月内避免重体力劳动，以防复发。

18. 股疝 (Femoral Hernia)

诊断要点

(1) 中年以上妇女在腹股沟韧带下方出现肿块，轻度疼痛。右侧较多见。

(2) 肿块由股管经卵圆窝突出，且不易还纳。

(3) 包块嵌顿后疼痛加重，伴有

恶心、呕吐。

(4) 手术证实疝囊出自股管。

治疗要点

(1) 一经确诊，应及早择期施行股疝修补术。

(2) 股疝容易嵌顿，嵌顿后除了局部肿块疼痛外，主要表现是急性肠

梗阻，应急症手术。

注意要点

(1) 股管的上（内）口称股环，其界限前为腹股沟韧带，后为耻骨梳韧带，外侧为股静脉鞘，内侧为陷窝

韧带。股管的下（外）口为股阔筋膜所形成的卵圆窝，位于耻骨结节下外方约 4cm 处。

(2) 对经产妇女，在诊断肠梗阻时，务必检查卵圆窝。

19. 先天性幽门肥厚性狭窄

(Congenital Hypertrophic Pyloric Stenosis)

诊断要点

(1) 小儿出生后 1~2 周开始反复呕吐，逐渐加重，吐出物多为乳凝块，不含胆汁，有酸臭味。

(2) 食欲尚好，食后不适。上腹部可见胃型、胃蠕动波。多数在剑突

下或右肋缘下可触及枣形肿物。

(3) 钡餐检查见胃扩大，蠕动强，幽门管变长（1~2cm）和狭窄（小于 0.2cm），入口处钡线常中断呈“鸟啄状”。胃排空迟缓，3 小时后胃内仍可见大量钡潴留。

治疗要点

(1) 非手术疗法：适合钡餐检查证明幽门尚有一定程度通过者，常采用洗胃，喂食前给予 1 : 1 000 阿托品溶液 2 ~ 3 滴以松弛幽门，然后喂少量较浓而粘稠的食物。

(2) 手术疗法：幽门环肌切开

术。

注意要点

(1) 先经内科治疗，若无疗效，且日趋营养不良时，则应外科治疗。

(2) 术后除新生儿肺炎及伤口感染等一般并发症外，常见的严重并发症是出血或穿孔以及伤口裂开。

20 . 胃十二指肠溃疡急性穿孔

(Acute Perforation of Gastroduodenal Ulcer)

诊断要点

(1) 骤然发病，腹痛剧烈，可迅速扩散至右下腹或全腹，常伴有恶心呕吐，可合并休克。

(2) 多有溃疡病史，且近期溃疡病症状加重或有暴饮暴食史。

(3) 剑突下明显压痛，有腹膜刺激征，肠鸣音减弱或消失。肝浊音界缩小或消失。右下腹可有压痛。

(4) X线检查膈下多可见游离气体。

(5) 白细胞总数和中性粒细胞百分数均增多。

治疗要点

(1) 禁食、持续胃肠减压，观察并记录胃肠引流物的色泽、量和性质。

(2) 静脉补液，维持水与电解质平衡，必要时输血。

(3) 给予抗生素，控制感染：青霉素 80 万 u，1/ 8h，肌注；庆大霉素 12 万 u，1/ 12h，肌注。

(4) 镇静、镇痛：山莨菪碱 5 ~

10mg, 3~4 d, 口服。

(5) 如无休克, 取斜坡卧位。

(6) 腹部症状消失后, 可酌情开始给清淡流食, 并按消化性溃疡治疗。可给甲氰咪胍 200mg, 4 d, 餐前及睡前服。

(7) 大多数患者仍需外科手术治疗。也可用腹腔镜进行穿孔修补。

注意要点

(1) 非手术疗法指征:

穿孔时疼痛较轻, 以后无加重, 或穿孔时疼痛较剧烈, 但在短时间内即明显减轻, 腹部压痛肌紧张程度较轻, 范围较局限。

穿孔已超过 48 小时, 感染已局限化, 穿孔时胃内容物不多。

既往无明显消化性溃疡病史或病史较短, 症状较轻, 属无并发症的单纯穿孔。

(2) 手术疗法指征:

经非手术疗法治疗无效者, 仍需考虑手术治疗。

单纯修补术指征: 穿孔较小, 穿孔边缘柔软无硬结; 穿孔时间较久, 腹腔内污染严重; 病情危重或患者年龄较大而一般情况又较差, 不能耐受较大手术者。

胃大部切除术指征: 穿孔时间

不超过 6 ~ 12 小时，全身情况较好；腹腔内污染较轻；疑为胃癌穿孔；伴有幽门梗阻或出血；单纯缝合修补可

能引起幽门梗阻者。

(3) 早在 1910 年，Schwartz 就指出，无酸则无溃疡。

21 . 胃十二指肠溃疡并发出血

(Acute Hemorrhage of Gastroduodenal Ulcer)

诊断要点

(1) 有溃疡病史或经证实有溃疡病者出现呕血和（或）黑便，严重者可伴有休克。

(2) 上腹部有压痛，肠蠕动活跃。

(3) 常有红细胞计数、红细胞压积及血红蛋白值明显下降。

(4) 紧急胃镜检查证实为溃疡出血。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

初次出血，可行纤维内窥镜检查及止血。

甲氰咪胍 400mg，静滴。

维生素 K₁ 10mg，静滴。

善得定 (Sandostatin)
0.1mg, 3/ d, 皮下注射。

施他宁 (Stilamin) 250 μ g, 缓慢静滴。

100ml 生理盐水中加入 5ml 孟氏溶液 (Monsell s solution), 自胃管注入。

酌情输血。

(2) 有下列情况, 须考虑手术治疗:

近期有大出血史, 短期内又有出血者。

溃疡病在内科治疗期间, 发生大出血, 且不易控制者。

年龄在 45 岁以上或有动脉硬化经非手术治疗 24 小时仍出血者。

呕血及便血量较大, 迅速发生休克, 并在 6 ~ 8 小时内输血 600 ~ 800ml 后仍无好转者。

溃疡位于十二指肠后壁或胃小弯, 出血难以控制者。

注意要点

(1) 手术治疗溃疡病大出血的目的, 首先是治疗出血, 同时要兼顾溃疡病的治疗。

(2) 胃溃疡大出血手术时, 应做包括溃疡在内的胃部分切除术。十二指肠溃疡出血手术时, 应做胃大部分

切除术或高选择性迷走神经切断术。若溃疡不能切除，且仍在出血，则应缝扎出血点。

(3) 胃大部切除的范围为切除远端胃的 $2/3 \sim 3/4$ ，胃部分切除为切除包括整个胃窦部的远端胃的 $1/2$ 。

(4) 胃空肠吻合时，近端空肠袢的长短以吻合口无张力为度，一般结肠后吻合，近端空肠长约 $6 \sim 8\text{cm}$ ，结肠前吻合长约 $10 \sim 15\text{cm}$ 。

(5) 十二指肠溃疡周围瘢痕或炎症过多时，常与胆总管、肝动脉、门静脉、胰腺、结肠中动脉等重要器官粘连不易识别，术中可能损伤重要组

织，术后可能发生十二指肠瘘，最好采用 Bancroft 溃疡旷置手术。但若十二指肠溃疡合并大出血时，出血处宜予缝扎止血。若十二指肠残端难以缝合时，可用导尿管作十二指肠造口减压术。

(6) 高选择性迷走神经切断术，应保留迷走神经肝支及腹腔支。对于分布至胃窦部的迷走神经支，亦应加以保留而不要损伤。

(7) 胃十二指肠溃疡并发出血，有特定的周期性，上下午的 6 点 45 分和上下午的 7 点 25 分为高峰期。

(8) Mallozy - Weiss 综合征：典

型的临床表现为酗酒后呕吐、呕血，多由食道内压急剧上升致食道和胃连接部的粘膜撕裂伤。

22 . 胃癌 (Gastric Carcinoma)

诊断要点

(1) 早期可无症状和体征，或出现上腹部疼痛、饱胀不适，食欲减退；近期症状加重，规律性改变，可有呕血或黑便。

(2) 晚期体重下降，进行性贫血、低热，上腹部可触及包块并有压痛。可有左锁骨上淋巴结肿大，腹水及恶病质。

(3) 贲门部癌侵犯食管，可引起

咽下困难，幽门部癌可出现幽门部梗阻症状和体征。

(4) X 线钡剂检查可有以下征象：

钡剂充盈缺损。

幽门部狭窄。

受累部胃壁僵硬，蠕动消失。

胃形缩小或胃腔缩窄。

胃大弯或胃小弯侧有直径 1cm

以上的龛影，周围呈半月状影。

贲门部狭窄，粘膜紊乱或中断。

(5) 胃液脱落细胞学检查可见癌细胞。

(6) 纤维胃镜检查可见粘膜隆起、肿块、溃疡等病变。活检印片或刷片可确诊。

(7) 实验室检查常有贫血、红细胞压积降低。晚期可有血沉增快，低蛋白血症，CEA 升高，粪便潜血持续阳性。

治疗要点

(1) 各期胃癌的治疗原则
、 期胃癌，以手术根治切

除为主。 期胃癌术后不用化学药物治疗， 期胃癌可酌情配合化学药物、中药等治疗。

期胃癌应争取做根治切除手术或做姑息性切除手术。术后用化学药物，中药等综合治疗。

期胃癌，如患者全身情况许可，而又无远处转移时，也争取做姑息性切除术或短路手术。术后用化学药物等综合治疗。若有手术禁忌证，则可用药物治疗。

(2) 中医中药疗法：以藤梨根，肿节风，胡蔓藤，白花蛇舌草，蟾酥制剂等应用较普遍。

(3) 化学药物治疗法：

呋喃氟尿嘧啶 (ftorafur) 800 ~ 1 200mg/ d, 分 2~4 次口服。

MFC 方案：自力霉素 0.04 ~ 0.08mg/ kg, 氟尿嘧啶 5 ~ 10mg/ kg, 阿糖胞苷 0.4 ~ 0.8mg/ kg, 溶于生理盐水或 5% 葡萄糖液中静滴。开始 2 周, 每周 2 次, 以后每周 1 次或隔周 1 次, 9~10 次为 1 疗程。

FAM 方案：氟尿嘧啶 600mg/ m², 静注, 第 1、8、29 和 35 天; 阿霉素 30mg/ m², 静注, 第 1、29 天; 自力霉素 10mg/ m², 静注, 第 1 天。每 8 周重复 1 次。

FCMV 方案：氟尿嘧啶 10mg/ kg, 静注, 第 1~5 天; 环磷酰胺 300mg/ m², 静注, 第 1、5 天; 甲氨蝶呤 0.5mg/ kg, 静注, 第 1、4 天; 硫酸长春新碱 0.025mg/ kg, 静注, 第 2 天, 间隔 3 周重复疗程。如有毒性反应, 第二疗程甲氨蝶呤和环磷酰胺减半。出现疗效后每月应用 1 疗程。

密福禄 (Mifuro) 200mg, 3/ d, 口服。

术后化疗通常在术后 2~3 周开始, 一年内进行 2 个疗程, 第二年 1 个疗程, 第三年如无复发即可不再

化疗。

(4) 放射治疗：直线加速器。

注意要点：

(1) 胃癌分期：

第 期：无淋巴结转移的表浅型或侵及肌层但不超过一分区 $1/2$ 的胃癌。

第 期：表浅型癌及肿瘤侵及肌层或浆膜层，但未累及周围组织，且病变范围未超过一个分区，仅有邻近浅组淋巴结转移。

第 期：不论肿瘤大小，凡有远隔部位的浅组淋巴结转移，或附近的深组淋巴结转移，或虽仅有邻近浅

组淋巴结转移，甚至无淋巴结转移，但肿瘤大小已超过一个分区或已累及周围组织。

第 期：不论肿瘤大小，已有第三组淋巴结转移，或有远处转移，或肿瘤已累及周围脏器。

(2) 胃癌大体类型分为 4 型：表浅型，肿块型，溃疡型，浸润型。

(3) 胃癌组织类型分为 3 型：腺癌，粘液癌，低分化癌。

(4) 胃癌最常见的腹膜种植是在盆腔底部（在直肠膀胱凹或直肠子宫凹内），故必须做直肠指诊，有时可误诊为直肠癌。在女性，则可发生卵

巢种植，常为两侧，表现为实体性的粘液样癌，即为卵巢的 Krukenberg 氏瘤。

(5) 日本 Masaru 将胃根治术分为： R_0 ：清扫第 1 站部分淋巴结； R_1 ：清扫第 1 站所有的淋巴结； R_2 ：清扫第 1、2 站的全部淋巴结； R_3 ：清扫第 1、2、3 站的全部淋巴结。现 UICC 对 TNM 分类统一用 D (dissection) 表示。

(6) 16 组淋巴结按常规转移早晚顺序分为 3 站。沿胃小、大弯各组淋巴结为第 1 站；腹腔、胃左、肝总、脾动脉周围各组淋巴结为第 2

站；余为第 3 站。

(7) 所谓早期胃癌的缩小手术是针对胃癌 R_2 标准根治术而言，缩小胃切除的范围及淋巴结清扫的范围。方法有 3 类：根治性内窥镜下治疗，腹腔镜下胃局部切除和开腹后胃缩小切除。

(8) 输血可促使肿瘤患者术后复发，并降低其 5 年生存率。

(9) 我国 1996 年公布的 10 种主要恶性肿瘤死亡率排列顺序是：胃肿瘤，肝肿瘤，肺肿瘤，食管肿瘤，结肠直肠癌肿瘤，白血病，子宫颈肿瘤，鼻咽肿瘤，女性乳房肿瘤，膀胱

肿瘤。

23 . 绞窄性肠梗阻

(Strangulated Intestinal Obstruction)

诊断要点

(1) 起病急，腹痛呈持续性，阵发性加强，伴有腰背痛。

(2) 呕吐出现早，持续而剧烈，可有血性物。

(3) 腹部病变所在部位压痛明显，有肌紧张和反跳痛，可有移动性浊音，肠鸣音可减弱或消失。

(4) 体温、脉率、白细胞计数有逐渐上升趋势，而血压有下降趋势。

有中毒性休克。

(5) 腹部 X 线平片可见单独突出胀大的肠袢，不因时间而改变位置。

治疗要点

(1) 禁食。

(2) 持续胃肠减压，记出入量。

(3) 静脉补液，维持水与电解质平衡，纠正酸碱平衡，必要时输血。

(4) 给予抗生素。氨苄青霉素

4.0 静滴，庆大霉素 12u 静滴。

(5) 手术治疗。

注意要点

(1) 疑有绞窄性肠梗阻时，即应积极做好手术准备，争取尽早手术。

(2) 肠切除吻合术后，要在胃肠减压停止后方可进流食，术后 1 周可进半流食，2 周后进普食。

(3) Ogilvie 综合征是指结肠在无机机械性梗阻的情况下发生的急性扩张，可导致盲肠缺血、坏死和穿孔。用纤维结肠镜检查、减压有效。

(4) 手术后肠粘连腹痛可用黄芪皂刺粥治疗：先将生黄芪和皂刺各 30g 加水 1 000ml，慢煎。去渣后加糯米 50g 煮成粥。早晚分服。

24 . 肠套叠 (Intussusception)

诊断要点

(1) 多见于 2 ~ 3 岁小儿，有阵发性腹痛，有腹胀和呕吐。

(2) 一般在腹痛 6 小时之后出现

便血，典型者呈果酱色粪便。肛指检查时手套上常染血便。

(3) 腹部可扪及短粗的“蜡肠样”肿块，可稍有活动。发作时肿块

固定、坚硬。回结肠型套叠时右下腹扪诊常有空虚感。

(4) X线检查见肠腔积气和气液面。回结肠型、结结肠型套叠时钡灌肠多可见典型杯状形、环形或钳形充盈缺损。

治疗要点

(1) 灌肠疗法：即利用灌肠的压力从直肠结肠方面将肠套叠顶点推回回盲部，继而使套入部完全退出。

液体灌肠：即用生理盐水或钡糊在 X 线观察下灌肠复位。

气体灌肠：即用空气或氧气灌肠复位。

(2) 手术疗法：

剖腹探查复位。

肠切除，肠吻合。

注意要点

(1) 肠套叠的三大典型症状是：腹痛、血便和腹部肿块。

(2) 发病 48 小时以上，并有中毒性休克症状时，则不宜采用灌肠疗法。

25 . 细菌性肝脓肿

(Pyogenic Abscess of the Liver)

诊断要点

(1) 起病急骤，寒颤、高热，呈弛张热型。

(2) 右上腹痛，有重症病容。肝肿大，有明显触痛和叩击痛。有时可见右下胸肋间隙水肿。

(3) 可有黄疸和贫血，白细胞及中性粒细胞计数增多。

(4) 超声检查显示肝内有液平段。CT 检查显示脓密度低于肝实质，大致介于正常肝与囊肿密度之间

(即 20 ~ 30H)，脓腔轮廓清楚。若病灶内发现气体，则可肯定诊断。

(5) X 线检查显示右叶脓肿有右膈升高，活动度受限，肝影增大，有时伴有反应性胸膜腔积液。左叶脓肿常有胃小弯受压征象。

(6) 肝穿刺有黄灰色或黄色带臭味的脓液，作细菌学检查可确定致病菌。

治疗要点

(1) 加强营养。

(2) 给予维生素 K₁ 10mg，静滴；维生素 C 2.0，静滴。

(3) 输新鲜血液。

(4) 给予抗生素。氨苄青霉素 4.0 静滴；庆大霉素 12 万 u 静滴。

(5) B 超或 CT 引导下做穿刺置管引流。

注意要点

(1) 多发性小脓肿以非手术治疗为主。

(2) 手术切开引流的原则：

经腹前壁切开引流：适用于右叶前方脓肿，肝左叶脓肿穿刺有困难者及多发性脓肿。

经背部切开引流：适用于右叶后上方定位已明确的脓肿。

右肝外侧脓肿，若肋膈角因炎症而封闭，可在脓肿的相应部位切除一段肋骨，经肋床引流。若该处胸膜腔未封闭，应暂以纱布作填塞。待 72 小时局部发生粘连后，再做切开引流术。

(3) 术后观察血压、脉搏及神志变化，注意有无肝昏迷。

(4) 右肝脓肿可穿破而形成膈下脓肿，再穿过膈而形成脓胸。累及肺组织时可形成肺脓肿，或支气管痿。脓肿也可同时穿破胆道而形成支气管

胆瘘。左肝脓肿可通过膈肌穿入心包腔而发生急性心包积液。脓肿穿破入腹腔可发生腹膜炎。脓肿穿入门静脉可发生胆道大出血。

26 . 阿米巴肝脓肿 (Amebic Abscess of the Liver)

诊断要点

(1) 有阿米巴痢疾或慢性腹泻史，且多在腹泻后 1 个月发生。也有数年后发生者。

(2) 不规则的长期发热，伴有恶寒，大汗。右上腹或右下胸疼痛，局部可有饱满及压痛。肝脏肿大，且有压痛。

(3) 血白细胞增高，血沉增快，

中度贫血。

(4) 肝脓肿穿刺液呈红棕色（有继发感染时脓液呈黄白色），涂片检查可见有溶组织阿米巴滋养体。粪便检查亦可见有溶组织阿米巴滋养体。

(5) 肝脏超声检查可见肝脏肿大，脓肿区出现液平段。肝脏放射性核素扫描可见局限性缺损或密度减低。

治疗要点

(1) 首先考虑非手术治疗，以抗阿米巴药物及穿刺置管引流为主。

甲硝唑片 0.4 ~ 0.8, 3/ d, 口服。5 ~ 10 天为 1 疗程。

磷酸氯喹 0.5, 3/ d, 连服 2 天。继以每次 0.25, 3/ d, 共 30 天。

盐酸依米丁 60mg, 1/ d, 肌注。6 ~ 9 日停药 3 天, 再给 3 天。

(2) 补充营养。必要时输血。注意补充维生素 C 和维生素 B。

(3) 肝穿刺排脓：酌情每 2 ~ 5 日 1 次，尽量将脓液抽完，抽脓后可注入 1% 阿的平溶液 10 ~ 20ml。

(4) 有继发感染者，应并用抗生素治疗。

(5) 有下列情况者可考虑外科引流：

脓肿直径在 10cm 以上。

左外叶肝脓肿，不易穿刺吸脓者。

脓肿有继发感染，药物治疗难以控制。

肝脓肿破入腹腔引起腹膜炎者。

(6) 慢性厚壁脓肿，也可行肝部分切除或肝叶切除术。

注意要点

(1) 阿米巴肝脓肿的常见并发症是继发细菌感染，形成混合性脓肿。

(2) 可向邻近组织穿破而形成膈

下脓肿、脓胸、肺脓肿、支气管痿、心包积液、腹膜炎或内瘘等。

27 . 肝棘球蚴病 (Echinococcosis of the Liver)

诊断要点

(1) 有牧区生活史，与犬、羊、牛有密切接触史。

(2) 有上腹部饱胀、不适及疼痛，或有邻近脏器受压症状。

(3) 肝脏肿大，且可扪及圆形肿块，光滑而有弹性，随呼吸而上下移动，可有包虫囊肿震颤。肝浊音界扩大。

(4) X 线检查可见膈肌升高。病变区呈圆形、密度均匀、边缘整齐的阴影，囊壁可有钙化而密度增高。

(5) 超声检查可见肝区有液性平段波型。肝放射性核素扫描可见肝内有边缘清晰的占位性病变。CT 检查可见肝内密度低的圆形占位性病变。

(6) 包虫皮内试验 (Casoni 试验) 和包虫酶联免疫试验多为阳性。

治疗要点

(1) 目前仍以外科手术为主，药物治疗为辅。

(2) 手术治疗：应早期进行，以防止各种并发症的发生。

内囊摘除术：适用于无继发感染的病例。

袋形缝合：适用于已有感染的病例。

肝部分切除术：适用于肝左外叶、肝右后叶，孤立而囊壁坚厚、钙化不易塌陷且肝组织已萎缩；或多发囊肿局限于肝一叶；或引流后囊腔不能闭合形成瘻管不愈者。

(3) 药物治疗：丙硫咪唑 (Albendazolum) 10mg/ kg/ d，口服，1个月为1疗程，可服1~3个疗程。

注意要点

(1) 疑为肝包虫者，禁忌作诊断性穿刺。

(2) 手术中若囊肿破裂，使头节或子囊污染腹腔，则可形成继发包虫。有时还可引起过敏性休克。

(3) Casoni 氏试验：一般用包虫囊内原液 1:1000、1:100、1:10 溶液 0.1ml 在患者前臂作皮试，立即反应是在注射后 15 分钟至 12 小时内发生。皮丘周围红晕或硬结直径在

1cm 以内为“+”；2cm 以内为“++”；3cm 以内为“+++”；3cm 以上为“++++”。

28 . 原发性肝癌

(Primary Carcinoma of the Liver)

诊断要点

- (1) 肝区疼痛，肝脏进行性肿大，质硬且有压痛。
- (2) 进行性消瘦，乏力，食欲不振，腹胀，腹泻。
- (3) 腹水，脾大，黄疸。
- (4) 甲胎蛋白 > 500ng/ ml 达 4 周，或 > 200ng/ ml 达 8 周。
- (5) 铁蛋白、 α_2 微球蛋白增高。

(6) B 超、CT、MRI 检查可见肝脏有占位性病变。

(7) 腹腔镜取活检可协助诊断。

治疗要点

- (1) 手术切除是首先疗法：
- (2) 化学治疗：
 氟脲嘧啶 5mg/ kg/ d，口服，总量 10~ 15g。
 5 - FU + BCNU 方案：氟脲嘧啶

啉 10mg/kg，静注，第 1~5 天；卡氮芥 4mg/m²，静注，第 1~5 天。每 8 周重复 1 次。

VCMF 方案：硫酸长春新碱 1mg/m²，静注，第 1 天；环磷酰胺 400mg/m²，静注，第 1 天；氨甲蝶呤 20mg/m²，静注，第 1 天；氟脲嘧啶 400mg/m²，静注，第 1 天。每 3 周重复 1 次。

(3) 介入治疗：肝动脉或/和门静脉插管化疗或栓塞。

(4) 在 B 超或 CT 引导下经皮穿刺入瘤体内，注入无水酒精。其量按下列公式估算：

$$V = 4/3 (R + 0.5)^3 \text{ ml}$$

(5) 放射治疗：⁶⁰钴局部照射，直线加速器 (MHEELA) 治疗。

(6) 中医中药：采用活血化瘀，软坚散结，清热解毒等治则。

白花蛇舌草 30g，白茅根 30g，加白糖适量，水煎，口服 3 次。

茯苓 9g，白芍 9g，丹皮 9g，元参 6g，水煎，口服 3 次。

康莱特 (Kanglaite) 200ml 静滴，1/d，3 周为 1 疗程。

(7) 免疫治疗：

转移因子 2ml，注于上臂内侧或大腿内侧腹股沟下方之皮下，1~

2/周。1月后改为1/2周。

免疫核糖核酸 2mg, 1/周, 皮下或静滴。

干扰素 100 万 u, 1 ~ 3/周, 肌注。

短棒菌苗 3.5 ~ 4mg, 加等体积的 2% 利多卡因于上臂三角肌处皮下或肌注, 2/周。

(8) 肝移植 (OLT): 严重的肝功能异常, 多发性肿瘤, 两肝叶或位于中肝叶的肿瘤是做肝移植的适应证。

注意要点

(1) 肝癌从大体形状来看, 可分

为结节型、巨块型和弥漫型三种。

(2) 临床分型、分期标准:

临床分三型: a. 单纯型: 病情发展较慢, 临床无明显肝硬变表现, 肝功能检查基本正常; b. 硬化型: 有明显临床肝硬变表现, 或白蛋白与球蛋白比值和凝血酶原时间符合肝硬变; c. 炎症型: 病情发展较快, 伴有癌热或肝功能明显损害 (SGPT 为正常值 1 倍以上或其他指标明显异常)。

临床分三期: 期: 无明确肝癌体征, 或手术发现单个结节直径小于 5cm。 期: 症状较轻, 一般情况尚好, 临床估计或手术发现癌局限于

一叶（甲）或局限于半肝（乙）。

期：有明确恶病质、黄疸、腹水或肝外转移之一者，或临床估计或手术发现癌范围超过半肝者。

（3）原发性肝癌的并发症常是导致或促进病人死亡的原因。常见有肝癌破裂大出血，上消化道出血，肝性昏迷，继发感染，血性胸腹水等。

（4）手术后的主要并发症是休克，肝昏迷，腹膜炎，继发性出血，胆瘘，膈下感染，脓胸等。

（5）对顽固性大量腹水可应用多巴胺 20 ~ 40mg、速尿 40 ~ 60mg 每

48 小时腹腔内注射 1 次。安体舒通 120mg/d 口服。一般腹腔内注射 5 次为 1 疗程。

（6）为预防插管阻塞，可推注肝素溶液（100u/ml）4ml。

（7）肝癌的早期诊断、早期切除是提高疗效的关键。在治疗上是以手术为主、综合治疗为辅。在手术治疗上要做到八个字：“早切、局切、根切、再切”。

（8）酒精依赖能致癌。每天饮酒安全量（ml）= 体重（kg）/ 0.8 × 酒度。

29 . 脾破裂 (Rupture of the Spleen)

诊断要点

- (1) 左季肋部有外伤史且常伴有左下胸部肋骨骨折。
- (2) 剧烈腹痛，并向左肩部放射。
- (3) 烦躁、口渴、心悸、出冷汗、面色苍白、恶心和呕吐。
- (4) 脉搏细而速，血压下降。
- (5) 红细胞计数、血红蛋白呈进行性下降。
- (6) 腹腔穿刺吸出不凝固之血液。

(7) X 线检查：左膈抬高，运动受限；脾影消失或变形；左腰肌影和左肾影模糊或消失。

(8) B 超和 CT 可协助诊断。

治疗要点

(1) 诊断一旦确立，应行脾切除术。若损伤较小尚可缝合修补者，则可小心加以修补。

(2) 对于休克的病人，则应快速输液、输血，一面抗休克，一面积极准备手术抢救。

注意要点

(1) Kehr 征：脾破裂时因血液刺激左侧膈肌，可引起左肩部（第 4 颈神经的分布区域）的牵涉性痛，且常在深呼吸时加重。

(2) Ballance 征：因脾周围常有凝血块存在，故患者左侧卧位时右腰部可呈空音。右侧卧位时左侧腰部常呈固定之浊音。

(3) 手术时必须探查腹腔内其它

脏器有无损伤。

(4) 死亡原因多系诊治不及时或合并他处外伤，特别是颅脑外伤和胸外伤。

(5) 为保持脾脏的免疫功能，可进行部分脾切除术和脾脏自体移植等手术来预防脾切除术后凶险性脓毒症 (OPSS)。

30 . 门静脉高压症 (Portal Hypertension)

诊断要点

(1) 多数患者有肝炎或血吸虫病病史。

(2) 脾肿大。早期质软，且活动；晚期质硬，活动度减小。

(3) 脾功能亢进。白细胞计数在

$3.0 \times 10^9 / L$ ($3\ 000 / mm^3$) 以下, 血小板计数在 $50 \times 10^9 / L$ (5 万/ mm^3) 以下。逐渐出现贫血。

(4) 半数病人有呕血或黑便史。出血量大且急。

(5) 部分病人有腹水。呕血后可有加重。

(6) 部分病人有黄疸和肝肿大。

(7) X线检查及食管镜检查有食管静脉曲张。

治疗要点

(1) 注意休息。给予高糖、高蛋白、高维生素、低盐、低脂肪饮食。改善全身情况, 提高肝脏代偿功能。

(2) 食管胃底曲张静脉破裂大出血的处理:

补充血容量, 输新鲜血液, 纠正休克。

垂体后叶素 $10 \sim 20u$ 加入 50% 葡萄糖 $20 \sim 40ml$ 中静滴, 滴速为 $0.1u / min$ 。

甲氰咪胍 $400mg$ 静滴。

维生素 C $1.0 \sim 2.0$ 静滴。

维生素 K_1 $20 \sim 50mg / d$, 静滴。

维生素 B_1 $100 \sim 200mg / d$, 肌注。

施他宁 (Stilamin) $250\mu g$, 静

滴。

必压生 (Pitressin) 20u 静滴。

心得安 (Propranololum) 每日服 40 ~ 180mg, 使心率减少 25% 约需 3 ~ 6 天, 以后维持 1 月。

① 口服去甲肾上腺素冰盐水 (每 100ml 冰盐水中加去甲肾上腺素 4 ~ 6mg)。

1 经纤维内窥镜注射硬化剂止血。

(3) 三腔管填塞。

(4) 手术治疗: 上述治疗无效时可采用断流手术或分流手术。有条件时以择期手术较安全。

注意要点

(1) 全身情况不佳, 有黄疸、腹水、肝功能损害严重者不宜手术。

(2) 门静脉高压症肝功能分级标准如下:

	级	级	级
血清胆红素 ($\mu\text{mol/L}$)	< 20.52	20.52 ~ 34.2	> 34.2
血清白蛋白 (g/L)	35	26 ~ 34	25
凝血酶原时间延长 (S)	1 ~ 3	4 ~ 6	> 6
SGPT 金氏单位	< 100	100 ~ 200	> 200
赖氏单位	< 40	40 ~ 80	> 80
腹水	无	少量、易控制	大量、不易控制
肝性脑病	无	无	有

(3) 肝功能测定以手术前 1 ~ 2 周内最后一次化验为准。并以最重要一次指标作为定级标准。

(4) 门静脉系和腔静脉系之间有 5 处吻合交通而形成侧支循环。

在胃底和食管下段：胃冠状静脉和胃短静脉通过食管静脉丛与奇静脉相吻合，血液流入上腔静脉。

在肛管的直肠下端：门静脉系统之直肠上静脉或痔上静脉与腔静脉系统之直肠下静脉或痔下静脉间有交通支。

在腹壁前：脐旁静脉与腹上深静脉、腹下深静脉相交通。血液流入

上腔静脉和下腔静脉。

在腹膜后：肠系膜上静脉和肠系膜下静脉分支与下腔静脉分支吻合。

在肝膈部：在肝脏顶面无腹膜掩覆之处，肝静脉有无数小支与膈静脉（腔静脉系）相吻合交通。

(5) 肝性脑病在临床上分为三度。

轻度：眩晕、记忆力减退、思想不集中，时有怕冷感。

中度：反应迟缓、嗜睡、间歇性精神错乱，做一些无意识的动作。

重度：间歇性人事不省或木僵

状态，每次发作约 3~5 日。

(6) 肝移植、门体分流术和经颈静脉肝内门体分流术 (TIPS) 已用于治疗门静脉高压症。肝移植适用于 Child B 级或 C 级肝功能衰竭的病例。

门体分流对于 Child A 级肝脏疾病以及伴有门静脉栓塞者较好。TIPS 手术是一种短期效果好、危险性较小的放射介入治疗。

31 . 胆道蛔虫症

(Ascariasis of the Biliary System)

诊断要点

- (1) 多有呕吐或便蛔虫史。
- (2) 剑突下突然阵发性疼痛，呈“钻顶样”绞痛，常辗转不安。间歇期宛如常人。
- (3) 可有发热，右上腹部及剑突

下压痛。一般黄疸少见。

- (4) 白细胞计数和嗜酸性白细胞增加。
- (5) 胆道静脉法造影显示胆道内有虫体阴影。
- (6) B 超检查可见胆道内有条状

阴影。

治疗要点

(1) 非手术疗法:

解痉止痛: 阿托品 0.5mg 和杜冷丁 50mg 肌注; 33% 硫酸镁 10ml 口服, 3/ d; 食用醋 60g 或陈醋、麻油各 25ml 口服。

中医中药: a. 乌梅汤 [乌梅 15g, 苦楝子 15g, 使君子 15g, 槟榔 12g, 木香 12g, 川芎 6g, 细辛 3g, 干姜 6g, 大黄 9g (后下), 加水 500ml, 煎成 200ml], 两次分服, 每日 1 剂。b. 胆道排蛔汤 [木香 15g, 金钱草或茵陈 30g, 郁金 9g, 苦楝皮

15g, 槟榔 9g, 枳壳 9g, 乌梅 12g, 黄芩 9g, 使君子 15g, 大黄 9g (后下), 加水 500ml, 煎成 200ml], 两次分服, 每日 1 剂。

丙 硫 咪 唑 (Albendazole) 400mg, 一次顿服或分 2 次服。

抗生素应用: 庆大霉素 12 万 u, 2/ d, 肌注。

经纤维内窥镜取虫。

(2) 手术疗法: 胆道蛔虫症大多经非手术疗法即可治愈。但少数并发急性梗阻性化脓性胆管炎及有严重中毒症状, 则要切开胆总管, 取出蛔虫, T 形管胆道引流。

注意要点

(1) 蛔虫有钻孔的习性，有厌酸喜碱的癖性。

(2) 驱虫应尽早进行，病愈后还应定期驱虫，以防复发。

32 . 急性胆囊炎胆石症

(Acute Cholecystitis and Gallstones)

诊断要点

(1) 右上腹持续性疼痛，阵发性加重。可向右肩背放射。常因脂餐、劳累而诱发。

(2) 有恶心，呕吐，发冷，发热，寒颤和黄疸。

(3) 右上腹压痛，有肌紧张和反跳痛。莫菲氏征阳性。有时可扪及肿

大之胆囊。

(4) 血白细胞及中性粒细胞计数增多。

(5) 超声检查可显示胆囊增大，有异物波，光团、声影等。

(6) X线平片可见肿大胆囊影及阳性结石。

治疗要点

(1) 急性胆囊炎初次发作，无紧急手术指征者，可采用中西医结合的非手术疗法。

禁食，半卧位，胃肠减压。

静脉输液，维持营养及水、电解质平衡，纠正酸血症。

应用抗生素：氨苄青霉素 4.0 静滴，2/d；庆大霉素 12 万 u 静滴，2/d。

解痉止痛：阿托品 0.5mg 和哌替啶 50mg 肌注。

对肝内外胆管多发小结石；胆总管结石小于 1cm；胆囊结石小于 0.5cm 者，可试用：a. 胆道排石汤

号（紫胡 12g，郁金 12g，香附 12g，金钱草 30g，木香 18g，枳壳 12g，大黄 30g），适用于伴气郁型胆道感染；b. 胆道排石汤 号（金银花 30g，连翘 30g，金钱草 30g，茵陈 30g，郁金 30g，木香 18g，黄芩 12g，枳实 12g，大黄 30g，芒硝 6g），适用于伴湿热型或化脓型胆道感染。

治慢性胆囊炎胆石症民间验方：柴胡 10g，黄芩 12g，白芍 15g，青皮 6g，枳壳 10g，白术 10g，木香 10g，郁金 10g，虎杖 12g，玄胡 10g，大黄 6g，玄明粉 6g，金钱草

40g，炙甘草 30g，一般服 20 ~ 30 剂。

清胆汤：柴胡 10g，黄芩 10g，木香 10g，银花 30g，地丁草 30g，郁金 10g，大黄 10g 后下。

(2) 经非手术疗法治疗后，症状加剧，体征明显，病情有加重趋势者，则应手术治疗。酌情施行胆囊切除，胆囊造瘘和胆总管 T 形管引流术。

注意要点

(1) Murphy 征：用左手大拇指置于胆囊处，其余各指放在肋骨上，令患者作深呼吸，使肝脏下移，则因

拇指触及胆囊而使疼痛加剧。

(2) Boas 征：右侧背部肩胛骨下角第 9 ~ 11 肋骨区域，当患有胆囊炎时，可有皮肤过敏现象。

(3) 胆囊肝三角：下方为胆囊和胆囊管，内侧是肝总管，上方是右肝管。这个外科间隙，为腹膜的胆囊肝皱襞所围绕。多数在此可找到胆囊动脉和肝右动脉。该区手术易误伤胆总管。

(4) 胆总管 T 形管引流，一般在术后 2 周拔除。其拔除指征为：

排出之胆汁清亮，且逐日减少，粪便颜色变黄。

黄疸消退。

引流管夹闭 3 日后无不适。

由 T 形管造影证明胆总管无
结石。

(5) 胆心综合征系指有胆道系统
疾患的病人，在疾病发作时出现类似

冠心病的症状、体征及心电图的改
变。

(6) 具有 5F 者，易患胆结石。
40 岁 (Fourty); 女性 (Female); 肥
胖 (Fat); 多生育者 (Fertile); 肤
色好 (Fair)。

33 . 急性梗阻性化脓性胆管炎

(Acute Obstructive Suppurative Cholangitis)

诊断要点

(1) 有反复胆道感染史。

(2) 发病急，上腹部持续性疼
痛，阵发性加重，伴有寒颤、高热，
恶心、呕吐，继而出现黄疸等症状。

(3) 脉搏细速，低血压或中毒性
休克。

(4) 右上腹及剑突下有明显压
痛，肌紧张。肝肿大，且有触痛和叩
击痛。胆囊可肿大，且有压痛。

(5) 血白细胞及中性粒细胞计数明显增多。血培养可阳性。血清胆红素升高，可有肝肾功能损害。

(6) 超声检查显示胆管扩张，其内可有异物。

(7) 术中探查胆总管内有无脓性胆汁，常伴有结石和蛔虫等。胆汁细菌培养常为阳性。

治疗要点

(1) 预防和治疗休克，注意防治急性肾功能衰竭。

应立即行输液、输血。

去甲肾上腺素 2mg，加入 5% 葡萄糖液 250ml 中静滴。

阿拉明 10 ~ 50mg 加入 5% 葡萄糖液 250ml 中静滴。

低分子右旋糖酐 500ml 静滴。

(2) 选用广谱抗生素：

青霉素 1 000 万 u 静滴。

庆大霉素 12 万 u 静滴，2/ d。

0.2% 甲硝羟乙唑 250ml 静滴。

(3) 维持水与电解质平衡，纠正代谢性酸中毒。

5% 碳酸氢钠 40 ~ 200ml 静滴。

平衡盐液 100 ~ 1 500ml 静滴。

(4) 肾上腺皮质激素的应用：氢化可的松 200 ~ 300mg 静滴。

(5) 给予镇痛及解痉剂：

杜冷丁 50mg 肌注。

硫酸阿托品 1mg 皮注。

(6) 给予维生素：

维生素 C 2.0 静滴。

维生素 K₁ 20mg 静滴。

(7) 经积极治疗后病情未能控制，且有恶化趋势时，则应急症手术。手术的原则是：解除梗阻，通畅引流，控制感染。

注意要点

(1) 急性梗阻性化脓性胆管炎常威胁病人生命。它的整个过程的基本矛盾是感染，而导致病危的主要矛盾是梗阻。因此，一旦诊断明确，经非手术治疗又无效时，应当机立断进行手术。

(2) Reynold 五联征是腹痛，发热，黄疸，休克和意识障碍。

(3) Charcot 三联征是上腹部疼痛，寒颤高热，黄疸。

34. 急性胰腺炎 (Acute Pancreatitis)

诊断要点

(1) 有胆石症病史或有饮酒、饱

食史。

(2) 起病急，上腹正中偏左处有

刀割样疼痛。常向右肩及腰部放射。伴有恶心和呕吐。

(3) 上腹部有压痛和反跳痛。常伴有中毒性休克的表现。

(4) 有腹胀，移动性浊音及腹膜炎体征。

(5) 血白细胞计数增高。胆红素和硷性磷酸酶上升。血清钙下降。血糖升高。血清脂肪酶升高。

(6) 血清淀粉酶在发病后 6 小时超过 500 Somogyi u，尿淀粉酶在 24 小时后超过 1 000 Somogyi u。

(7) 胸片可见胸腔积液。腹部平片显示左上腹肠管扩张。

(8) B 超显示胰头肿大。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

禁食，胃肠减压，输液，必要时输血。

杜冷丁 50mg 肌注，1/ 6h。

硫酸阿托品 1mg 皮注，1/ 6h。

抑肽酶 8 万 u 静滴，2/ d。

氟脲嘧啶 250mg 加入 5% 葡萄糖 250ml 中静滴。

氨苄青霉素 4.0 静滴，2/ d。

庆大霉素 12 万 u 静滴，2/ d。

甲磺酸加贝酯 100mg，静滴，2 ~ 3/ d。

善得定 (Sandostatin) 治疗重症胰腺炎: 0.1mg, 1/ 6h, 皮下注射 3~7 天; 治疗胰损伤或手术后胰痿: 0.1mg, 1/ 8h, 皮下注射 7~14 天; 预防胰腺手术后并发症: 0.1mg, 1/ 12h, 皮下注射 5~7 天。

① 氢化可的松 500~1 000mg 静滴。

1 中医中药: 柴胡 15g, 黄芩 12g, 枳实 15g, 白芍 12g, 姜半夏 12g, 生大黄 15g (后下)。每日 1 剂, 分 2 次服。第 1 天可服 2 剂。

(2) 手术疗法: 非手术疗法后病情继续恶化, 疑有脓肿形成。

注意要点

(1) Gray - Turner 征 (腰部蓝棕色斑), Cullen 征 (脐周蓝色改变) 为胰蛋白酶激活纤维蛋白溶解系统和弹力纤维等损害血管壁或因发生弥漫性血管内凝血所致。

(2) 急性胰腺炎的严重性, 一方面可引起器官衰竭, 如休克、肺功能不全、肾功能衰竭及胃肠道出血。另一方面可引起局部并发症, 如胰腺坏死、胰腺脓肿、假性胰腺囊肿和膈下脓肿等。

(3) 器官衰竭指标: 休克收缩压 < 12kPa, 肺功能不全 PaO₂ 8kPa,

肾功能不全、肌酐 $> 176.8 \mu\text{mol/L}$ ，胃肠道出血 $> 500\text{ml}/24\text{h}$ 。

(4) 胰性脑病亦称酶性脑病，系由于大量胰酶逸入血循之中，引起脑血管病变、静脉瘀血，继之发生小出

血灶与脑软化灶及神经细胞中毒、水肿、代谢障碍。从而出现形式多样的精神神经症状，定向力障碍，意识模糊，激动伴妄想及幻觉。

35 . 胰腺假性囊肿

(Pseudocyst of the Pancreas)

诊断要点

(1) 有胰外伤或急性胰腺炎病史。

(2) 上腹部可扪及一界限不清、圆形或椭圆形肿块。大多位于上腹部偏左侧，不能移动。

(3) X线检查：平片上偶可见胰腺钙化阴影。胃钡餐检查可见胃、十二指肠受囊状物的压迫。典型的有胃向前方推移，十二指肠弧增宽横结肠可向上或向下移位。

(4) 超声波检查：在上腹部可发

现液性平段。

治疗要点

(1) 非手术疗法：适用于急性网膜囊内积液而并非囊肿，且无明显纤维囊壁者。对经皮引流后胰腺囊肿不能消退者，可用奥曲肽（Octreotide） $200\mu\text{g}$ ， $2\sim 3/\text{d}$ ，皮下注射。

(2) 手术疗法：

外引流术：多系囊壁尚未成熟的早期，合并囊肿破裂，紧急手术。

内引流术：是胰腺假性囊肿理想的手术方法。其手术方法有：a .

囊肿十二指肠吻合。b . 囊肿空肠袢侧侧吻合。c . 囊肿空肠 Roux - en - Y 吻合。d . 囊肿胃吻合。

内镜治疗：有内镜囊肿胃吻合术（ECG）和内镜囊肿十二指肠吻合术（ECD），两者合称为内镜囊肿肠吻合术（ECE）。

注意要点

(1) 假性胰腺囊肿的壁的形成，至少要 6 周时间。

(2) 出血型胰腺炎发生后 7 ~ 14 日可出现网膜囊内积液。

36 . 胰腺癌、壶腹周围癌 (Carcinoma of the Pancreas、 Carcinoma of the Periapulla)

诊断要点

(1) 渐进性梗阻性黄疸，陶土样大便。

(2) 剑突下隐痛并向腰背部放射。可伴有发热，肝脏和胆囊肿大。

(3) 食欲减退，乏力，贫血，日益消瘦。

(4) 血清癌胚抗原升高。血清胆红素升高。尿胆红素阳性。间歇性粪便潜血试验阳性。

(5) X线钡餐低张造影检查，显示十二指肠受压而呈“ ”或“C”形，十二指肠内侧壁僵硬。

(6) 选择性腹腔及肠系膜上动脉造影见围绕胰腺的动脉和静脉变形及移位。

(7) B超、CT和MRI检查可见胰头增大。

治疗要点

(1) 手术疗法：

切除范围包括胰头部，胃窦部，十二指肠全部，空肠上段，胆总管下段和附近的淋巴结。然后再将胆总管，胰管和胃分别与空肠吻合。即胰头十二指肠切除术。

姑息手术有胆囊空肠 Roux - en - Y 吻合。胃空肠侧侧吻合。

(2) 化学疗法：

5FU + BCNU 方案：氟脲嘧啶 10mg/ kg，静注，第 1 ~ 5 天；卡氮芥 4mg/ m²，静注，第 1 ~ 5 天。每 8 周重复 1 次。

SMF 方案：链脲霉素 (Streptozotocin) 1.0/ m²，静注，第 1、8、

29 和 35 天；自力霉素 10mg/ m²，静注，第 1 天；氟脲嘧啶 600mg/ m²，静注，第 1、8、29 和 35 天。每 8 周重复 1 次。

FAM 方案：氟脲嘧啶 600mg/ m²，静注，第 1、8、29 和 35 天；阿霉素 30mg/ m²，静注，第 1、29 天；自力霉素 10mg/ m²，静注，第 1 天。每 8 周重复 1 次。

三苯氧胺 (Tamoxifen) 10mg，3/ d。

和乐生 (Holoxan) 50mg/ kg/ d，静滴，连续 5 日。

(3) 免疫治疗：

转移因子 2ml, 注于上臂内侧或大腿内侧腹股沟下方之内下, 1 ~ 2/ 周, 1 月后改为 1/ 2 周。

干扰素 100 万 u, 1 ~ 3/ 周, 肌注。

胸腺素 5mg, 1/ 隔日, 肌注。

抗胰癌单克隆抗体, 抗 CA19-9 治疗有效。

(4) 放射治疗: 直线加速器。

注意要点

(1) Courvoisier 氏法则: 无痛性黄疸患者, 如同时发现胆囊肿大, 是胰头癌的特征。

(2) 胰腺癌生长迅速, 浸润性

强, 容易使胰管梗阻, 发生淋巴转移早。彻底切除常不可能, 以致术后癌肿易复发。故早期诊断和早期手术十分重要。对于 40 岁以上者, 如出现下列表现者, 应高度警惕并想到早期胰腺癌: 若有若无的上腹痛; 不明原因的厌食, 背痛; 不明原因的消瘦; 不明原因的梗阻性黄疸; 反复发作性胰腺炎; 无明显诱因出现忧郁型精神病; 不明原因的下肢血栓性静脉炎; 不能用其他原因解释的中年人糖尿病。胰腺癌确诊后平均存活 6 个月, 存活 1 年者仅 10% 左右。

(3) 胰腺癌病人的腹痛特点是在

夜间和/或仰卧位时加重，俯卧、坐、立、前倾位或走动时减轻。

(4) 诊断胰岛素瘤的 Whipple 三联征是：空腹时症状发作；空腹或发

作时血糖低于 2.8mmol/L ($50\text{mg}\%$)；进食或静脉推注葡萄糖可迅速缓解症状。

37 . 膈下脓肿 (Subphrenic Abscess)

诊断要点

(1) 腹部手术后体温及白细胞计数持续升高，或正常后再度升高。并有衰弱，盗汗，厌食及全身中毒症状。

(2) 右上腹不适，疼痛，可牵涉到肩部、颈部。也可有胸痛和呃逆。

(3) 右侧肝上膈下脓肿可有肋间

隙增宽，隆起，水肿，压痛和叩击痛。

(4) X 线检查可见膈肌升高，运动减弱。膈下有气液面及胸腔积液。

(5) 超声可探及液平面，B 超可见液性暗区，CT 检查和 MRI 检查可协助诊断。

(6) 穿刺可吸出脓液。

治疗要点

(1) 非手术疗法：适用于膈下感染早期，脓肿尚未形成时。

加强营养，维持水与电解质平衡，输血和输血浆，给予维生素 C 和 B₁。

氨苄青霉素 4.0 静滴，2/ d。

庆大霉素 12 万 u 静滴，2/ d。

0.2% 灭滴灵 250ml 静滴。

(2) 手术疗法：脓肿形成后，少数可在 X 线和超声诊断定位的基础上进行穿刺抽脓，并在腔内注入抗生素后治愈外，大多数仍应手术治疗，进行引流。途径有 4 条。

前侧浆膜外途径：适用于脓肿位于膈下前面者。

外侧浆膜外途径：适用于所有膈下脓肿及深部或背部的肝下脓肿。

后侧浆膜外途径：适用于肝右叶后侧脓肿。

经腹膜腔途径：适用于怀疑胃肠痿者，对于有多发性脓肿，小网膜腔脓肿，浅的肝下脓肿或病人经其他途径手术引流其效不佳者。

(3) 在 B 超或 CT 引导下穿刺抽吸脓液及置管引流，也可经腹腔镜置管引流。

注意要点

(1) 腹部手术后有不明原因的发烧时，应想到可能有膈下脓肿。有句名言是：“不知道在哪里，就在这里。”膈下脓肿指位于横膈和横结肠

系膜之间的局限性脓肿。

(2) 手术时探查应仔细，以免漏掉深部脓肿。

38 . 盆腔脓肿 (Pelvis Abscess)

诊断要点

(1) 腹部手术后 1 ~ 2 周，下腹痛伴大便次数增多，有里急后重或膀胱刺激症状。

(2) 下腹部压痛，肛门指诊或阴道检查可触及肿块，有触痛及波动感。

(3) 体温、白细胞及中性粒细胞

计数持续或再次升高。

(4) B 超检查可见盆腔内有液性暗区。

(5) 经直肠前壁或阴道后穹窿穿刺可抽出脓液。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

氨苄青霉素 4.0 静滴，2/ d。

庆大霉素 12 万 u 静滴，2/ d。

0.2% 灭滴灵 250ml 静滴。

温热盐水（43 左右）保留灌肠，2/ d，每次 20 分钟。

耻骨上理疗或热敷。

(2) 手术疗法：

脓肿位置较高时，可经耻骨上方切开排脓。

脓肿位置较低时，可经直肠内切开排脓。

已婚女性可经阴道后穹窿切开排脓。

在腹腔镜下置管引流，也可在 B 超、CT 引导下穿刺吸脓和置管引流。

注意要点

(1) 盆腔脓肿常系阑尾穿孔以及其他原因引起的弥漫性或局限性腹膜炎的炎性渗液或脓液积聚于盆腔而引起感染所致。

(2) B 超、CT 和 MRI 可定位及明确盆腔脓肿的数目。经耻骨上方切开排脓时，切忌遗漏脓肿。

39 . 急性阑尾炎 (Acute Appendicitis)

诊断要点

(1) 发病较急，多为上腹或脐周腹痛转移至右下腹。伴有食欲减退，恶心和呕吐。

(2) 右下腹有压痛、肌紧张和反跳痛。腰大肌或闭孔内肌试验及结肠充气试验可为阳性。

(3) 肛门指诊时在直肠前壁之右侧有触痛。

(4) 血白细胞总数及中性粒细胞增高。

治疗要点

(1) 非手术治疗：适用于单纯性阑尾炎，局部有炎性包块或已形成脓肿者。

氨苄青霉素 4.0 静滴，2/ d。

庆大霉素 12 万 u 静滴，2/ d。

0.2% 甲硝唑 250ml 静滴。

中医中药：阑尾化瘀汤：川楝子 15g，元胡 9g，丹皮 9g，桃仁 9g，木香 9g，双花 15g，大黄 9g（后下）。每日 1 剂，顿服或分 2 次服。

(2) 手术治疗：

适应证：疑有阑尾穿孔或已穿

孔并发局限性或弥漫性腹膜炎者；复发性阑尾炎；老年及小儿急性阑尾炎；妊娠中期、后期的阑尾炎；阑尾蛔虫症。

手术方法：阑尾切除术，必要时进行腹腔引流。

注意要点

(1) 局部有炎性肿块或脓肿形成时，应行非手术疗法，待症状消退3个月后再考虑行阑尾切除术。

(2) 急性阑尾炎时，下列检查和体征常为阳性：

Blumberg 征：用手指在阑尾部位缓慢压迫到深处，然后迅速放松

手指。患者感剧烈疼痛，为反跳痛阳性。证明有腹膜刺激现象。

Rovsing 征：用手按压左下腹降结肠，使肠内积气挤入盲肠内，并窜入阑尾腔而刺激发炎的阑尾，引起右下腹痛为阳性。表示炎性病变与结肠或盲肠有关，且可与输尿管结石等相似部位的疼痛相鉴别。

Sherren 征：在急性阑尾炎时，尤其是当阑尾腔有梗阻时，右下腹皮肤可能有感觉过敏现象。过敏的皮肤限于 T₁₀·11·12 神经分布的范围内，该范围称为 Sherren 三角区。

腰大肌试验：左侧卧位，使右

腿伸直或过度后伸时有疼痛为阳性。

闭孔内肌试验：令患者平卧，右腿屈曲并内转其髋关节，有右下腹部疼痛为阳性。

直腿抬高试验：平卧时，用手指按在患者右腰部有压痛的部位。令患者右膝伸直，右腿抬高，即感疼痛加剧为阳性。

蹬足试验：患者站立，用右足跟蹬地，若右下腹感疼痛，则为阳性。

(3) 急性阑尾炎是一个最常见的外科急腹症。诊断和治疗较为容易，恢复也较快。但值得注意的是有时阑

尾炎的症状不典型，变幻多端，诊断困难，处理不易。且可发生严重的并发症如阑尾穿孔，形成腹膜炎或阑尾周围脓肿；脓肿穿破其他内脏而形成内瘘；或炎症扩散而发生盆腔脓肿、膈下脓肿或腹腔内多发脓肿；以血循环感染侵及门静脉系统可发生化脓性门静脉炎，侵及全身则可发生脓毒败血症。

(4) 小儿的大网膜发育不全，加之盲肠位置常较高，患急性阑尾炎时有下列特点：病情发展快，早期即出现高热、呕吐；右下腹体征不明显；阑尾壁薄，易并发穿孔，引起腹膜

炎。

(5) 妊娠急性阑尾炎具有以下独特的病理特点：炎症易扩散，细菌毒素可使胎儿缺氧致死，发炎的阑尾可直接刺激子宫，引起早产或流产；增大的子宫可压迫推移盲肠、阑尾及结肠，使其血运障碍，蠕动减弱，粪便易于积存，一旦梗阻，不易缓解；大网膜移动受限，炎症不易局限；妊娠期间盆腔器官充血，阑尾炎发展迅速，故阑尾穿孔及坏死率高；孕妇分

娩或早产后由于子宫收缩，可使原来相对局限的炎症迅速扩散。因此，孕妇阑尾炎以尽早手术为上策，这样可预防并发症，母子保平安。

(6) 阑尾切除术后第 5 日综合征：发生于小儿亚急性或慢性阑尾炎切除术后；预料术后良好；术后第 5 日突然腹痛，体温升至 39℃；切口正常；有弥漫性腹膜炎体征，直肠指诊 Douglas 窝有压痛，但不膨隆。可先保守治疗。

40 . 肠瘘 (Intestinal Fistula)

诊断要点

(1) 多有腹腔手术、腹腔创伤或

严重腹腔内感染史。

(2) 腹壁伤口有肠液、粪便或气体外溢。并可见到肠粘膜。

(3) 口服骨炭或染料（靛胭脂）后，伤口见有排出。

(4) 从腹壁瘻口造影，显示造影剂进入肠腔。

(5) 消化道钡餐检查，见钡剂进入邻近空腔脏器内。

(6) 剖腹探查中发现消化道与其他空腔脏器相通，或消化道之间有异常通道。

治疗要点

(1) 肠瘻局部处理的原则是

“吸”、“堵”、“补”。

吸：在瘻口处于“由小变大”的过程中，应用吸引的方法，吸除肠液，减轻腐蚀，促进炎症消退。

堵：用机械的方法将瘻堵住，使肠液不能外溢，有利于瘻的“从大到小”，促进愈合。外堵可用医用粘合胶、硅胶片、乳胶管或塑料管、水压法和内服中药。

补：用手术方法进行肠瘻的局部切除缝合，肠瘻旷置，空肠浆膜覆盖修补和经瘻口插管造口等。

(2) 维持水、电解质的平衡。

(3) 补充营养：可以从胃肠道补

充，也可从静脉补充。

要素饮食 1 500 ~ 3 000kcal/ d，口服、鼻饲或由胃造瘘、肠造瘘管滴入。计算举例：要素粉剂 111g，40% 脂肪乳 25ml，加水到 500ml 即成约 1kcal/ ml 的溶液（cal: 卡，为旧制热量单位，1 卡 = 4. 18 焦耳）。

静脉内高营养配制：50% 葡萄糖 250ml，5% 水解蛋白 250ml，10% 氯化钾 15ml，10% 氯化钠 20ml，5% 碳酸氢钠 20ml，维生素 C 0. 5，辅酶 A 50u，维生素 B₆ 50mg，细胞色素 C 15mg，ATP 20mg，10% 葡萄糖酸钙 10ml。混合配制成 1 瓶，6 小时滴

完，昼夜共 4 瓶。每用 1 个单位后用 5% 葡萄糖 100 ~ 200ml 冲洗。每日查尿糖，尿糖在 “ ” 以内不予纠正，超过 “ ” 可酌情加用胰岛素，每升中加胰岛素 5 ~ 25u。

（4）善得定（Sandostatin）0. 1mg，1/ 8 小时，皮下注射 10 ~ 14 天。

注意要点

（1）小的肠瘘可表现为经久不愈的感染性窦道，偶有少量肠液、胆液以及气体的排出；低位结肠的深部小瘘可有气体排出而无肠内容物；十二指肠肠瘘则可有大量含有胆汁和胰液的

肠液流出，且刺激和腐蚀性很强；上段空肠瘘基本上与十二指肠瘘相似。下段空肠瘘流出的为黄色稀蛋花样液体，胆汁量减少；回肠瘘流出的肠液较稠，刺激性也较小；结肠瘘排出的

为半成形或成形的粪便。

(2) 手术时机一般在肠瘘发生3~6个月以后施行，这时手术因腹腔感染已控制、粘连大部已吸收和肠壁功能已恢复而成功率较高。

41 . 家族性结肠息肉病 (Familial Polyposis of Colon)

诊断要点

- (1) 青少年发病较多，多有家族史。
- (2) 大便带血、次数增加或为稀便，且有腹部不适。
- (3) 贫血，低蛋白血症，低血

钾。

- (4) 纤维结肠镜检查可见结肠有多个粘膜隆起，多有蒂，表现光滑不分叶的暗红色息肉。
- (5) X线钡剂检查可见有充盈缺损。

(6) 直肠指诊可触及葡萄串样大小不一之肿块。

治疗要点

(1) 将包括直肠在内的大肠全部切除，做永久性腹部回肠造瘘。

(2) 切除全部结肠，保留直肠，做回肠直肠端端吻合术。并把吻合口以下之息肉用电灼切除。

注意要点

(1) 该病迟早要发生癌变。一般在出现症状后 15 年左右癌变。

(2) 大肠腺瘤伴有多发性骨瘤或骨疣；上皮样囊肿；多发性软组织肿瘤，称为 Gardner 综合征。也和遗传有关。

(3) 胃肠道多发性息肉伴有口腔粘膜或皮肤表面色素斑，称为 Peutz - Jegher 综合征。

(4) 家族性腺瘤性息肉病并发中枢神经系统肿瘤，称为 Turcot 综合征。

42 . 结肠癌 (Carcinoma of Colon)

诊断要点

(1) 大便习惯改变，次数增多，

粘液便或粘液血便。

(2) 腹部不适，腹胀和腹痛。

(3) 消瘦、贫血和体重减轻。

(4) 腹部可触及包块。

(5) 纤维结肠镜检查可见有溃疡、肿块和狭窄等。

(6) X线钡剂灌肠可见结肠腔有充盈缺损，粘膜破坏，肠管僵硬或狭窄。也可见有梗阻等征象。

治疗要点

(1) 采用以手术为主的综合治疗。

(2) 化学治疗：

氟脲嘧啶 $12\text{mg}/\text{kg}/\text{d}$ ，静注，

第 1~5 天。每 4 周重复 1 次。

MFV 方案：硫酸长春新碱 $0.75\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；自力霉素 $8\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；氟脲嘧啶 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1~5 天。每 4 周重复 1 次。

VFC 方案：硫酸长春新碱 $1\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；氟脲嘧啶 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1~5 天；环己亚硝脲 $80\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 天。每 6 周重复 1 次。

FAM 方案：氟脲嘧啶 $600\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8、29 和 35 天；阿霉素 $30\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、29 天，

自力霉素 $10\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天。
每 8 周重复 1 次。

氟铁龙 (Furtulon) $800 \sim 1200\text{mg}/\text{d}$ ，分 3~4 次口服。

(3) 中医中药：藤梨根 60g，蚤休 15g，槐耳 24g，贯众 12g，蓖麻子 (捣碎) 6g，白茅根 30g，香附 12g，山豆根 30g。每日 1 剂，2 次分服。

(4) 放射治疗：直线加速器。主要用于肿瘤较大和固定的手术前治疗；切除部位残留癌组织的术后治疗；骨转移治疗以减轻疼痛。

注意要点

(1) 结肠癌大体形态可分为肿块型、溃疡型和浸润型。

(2) 组织学可分为腺癌、粘液癌和未分化癌。

(3) 大肠癌临床病理分期：
期 (Dukes A)：癌限于肠壁内；
期 (Dukes B)：癌浸润至肠壁外。尚可切除或整块切除；
期 (Dukes C)：癌有淋巴转移。尚可作根治性切除；
期 (Dukes D)：癌有远处淋巴转移。无法切除或尚可将原发病灶作姑息切除。

(4) 下列术前肠道准备方法可选用：

术前3日服卡那霉素 1.0, 3/d; 甲硝唑 0.4, 3/d。

术前3日服新霉素 1.0, 3/d; 红霉素 0.5, 3/d。

术前 22、18、10 小时服新霉素和红霉素各 1.0, 20 小时服 10%

甘露醇 1 000ml 和生理盐水 1 000ml。

(5) 凡处于 Dukes C 级或更差阶段的女性病人, 不论其卵巢外观是否受侵, 均应同时切除。术前给予大剂量放疗, 术后给予 5 - Fu 及左旋咪唑治疗, 对降低局部复发是有效的。

43 . 直肠息肉 (Polyp of Rectum)

诊断要点

(1) 便后带血, 色红色, 量不多。血与粪便不相混。偶可见粪便上有一条状凹陷。

(2) 无自觉疼痛, 排便时息肉可脱出, 便后多自行还纳, 儿童多见。

(3) 肛指检查可触及圆形、柔软、有弹性、带蒂或无蒂之大小不等、单个或多个肿物。

(4) 直肠镜可见有多个带蒂或不带蒂之肿块。

(5) X 线钡剂灌肠可见有充盈缺

损，多呈葡萄样。

治疗要点

(1) 所有直肠内的息肉均应切除或烧灼。

(2) 儿童型直肠息肉如蒂较长，可用手法摘除之。

注意要点

(1) 息肉切除后出血是常见的并发症，一般多系蒂部结扎线脱落或烧灼痂脱落所致。应在直肠镜下重新结扎或烧灼止血。

(2) 腺瘤性息肉和乳头状瘤二种息肉均有恶变趋向，故应定期复查。

44 . 直肠癌 (Carcinoma of Rectum)

诊断要点

(1) 脓血便，粘液血便。下坠感或里急后重，大便形状不规则，粪便变细。便秘与腹泻交替。

(2) 腹痛和盆腔直肠痛，会阴部

和骶部有剧烈持续性疼痛，并可涉及下腹部和大腿部。

(3) 侵及膀胱尿道而有尿频和排尿不畅。转移至肝和腹膜可有肝肿大、腹水和黄疸。

(4) 肛指检查能触及肛管或直肠肿块，形状不规则，并可见指套上染有脓血。

(5) 直肠镜检可见直肠有肿瘤。

(6) 钡剂灌肠检查显示直肠有充盈缺损，粘膜破坏，肠腔狭窄，僵硬或局部梗阻等征象。

治疗要点

(1) 手术治疗：

姑息性手术：横结肠或乙状结肠造瘘。

根治性手术：原则是将直肠和直肠以上的一段肠管，连同直肠的周围组织和有转移可能的淋巴引流区一

并切除。

(2) 局部治疗：电灼或液氮冷冻（-196℃）。一般需治疗3~4次。

(3) 放射治疗：体外照射肿瘤剂量约4000~6000RAD。也可直肠腔内照射。1~2/周，共3~5次。

(4) 化学治疗：

氟脲嘧啶 12mg/kg/d，静注，第1~5天。每4周重复1次。

MFV 方案：硫酸长春新碱 0.75mg/m²，静注，第1天；自力霉素 8mg/m²，静注，第1天；氟脲嘧啶 400mg/m²，静注，第1~5天。每4周重复1次。

VFC 方案：硫酸长春新碱 $1\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；氟脲嘧啶 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1~5 天；环己亚硝脲 $80\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1 天。每 6 周重复 1 次。

FAM 方案：氟脲嘧啶 $600\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8、29 和 35 天；阿霉素 $30\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、29 天，自力霉素 $10\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天。每 8 周重复 1 次。

密福禄 (Mifuro)l 200mg, 3/d, 口服。每片 100mg。

(5) 中医中药治疗：白头翁汤加减：白头翁 30g，秦皮 10g，黄柏

10g，白花蛇舌草 30g，半枝莲 30g，槐角 15g，山豆根 15g，石见穿 15g，丹参 15g，瓜蒌 30g，败酱草 30g，红藤 30g。每日 1 剂，分 2 次服。

注意要点

(1) 直肠癌包括直肠齿状线以上到直肠乙状结肠交界处的癌。

(2) 直肠指检是诊断直肠癌最重要的方法，80% 以上的直肠癌均可在直肠指检时触及。临床之误诊并不少见，主要是未作直肠指检。对于原因不明的便血、腹泻及体重减轻的病人，应进行 3P 检查：即直肠指诊 (Palpation)、直肠镜检查 (Proctos-

copy)、活组织检查 (Punch biopsy), 以便能发现无症状的早期直肠癌。

(3) 直肠切除时副交感神经损伤, 可导致男性不同程度的阳萎, 交感神经损伤则引起男性逆行性射精, 盆腔双侧神经丛损伤, 则引起阳萎和不射精。

(4) 直肠癌有肝转移者, 在原发病灶切除后, 再分期作转移灶的局部切除。可应用水射流刀、超声刀和微波刀等器械。但对低分化原发灶、局

部有广泛浸润、多个转移结节 (> 5 个) 或已侵犯淋巴或血管者, 一般不宜行肝转移灶切除术。

(5) 直肠孤立性溃疡综合征 (SRUS): 临床上以直肠出血、排便困难、里急后重、粘液便为常见症状的一种慢性、非特异性直肠良性自限性疾病。溃疡可单发或多发, 直径多在 2cm 以上。易误诊为直肠癌, 应予注意。

45 . 肛管、直肠周围脓肿 (Perianal and Perirectal Abscess)

诊断要点

(1) 肛门烧灼痛或跳痛，排便或活动时加重。

(2) 肛门周围有红、肿、热、痛，常有波动感。位于提肛肌以上之脓肿，需作肛指检查且常有压痛及可触及肿块。

(3) 可有发冷、发热、全身不适等症状。

(4) 血白细胞及中性粒细胞计数增高。

(5) 穿刺时可抽出脓液。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

青霉素 80 万 u，肌注，2/ d。

庆大霉素 12 万 u，肌注，2/

d。

清营解毒汤：鲜生地 30g，银花 9g，丹皮 9g，赤芍 9g，黑栀子 12g，地丁 30g，甘草 4.5g，连翘 12g。每日 1 剂，2 次分服。

局部可用热敷或热水坐浴。

(2) 手术疗法:

脓肿形成后应切开引流。

若系结核性脓肿, 应加用链霉素 0.5, 肌注, 2/d; 雷米封 0.1, 口服, 3/d。

注意要点

(1) 深部脓肿切开引流原则:

切口为前后方向, 可稍呈弧

形。

切口应在压痛最明显的部位, 尽可能靠近肛门, 但须在外括约肌以外, 至少距肛门 3cm。

切开脓肿后应用手指将结缔组织形成的纤维隔分开, 使引流通畅。

(2) 肛门直肠周围脓肿切开引流后, 多数将形成肛瘘。

46 . 肛瘘 (Anal Fistula)

诊断要点

(1) 常有肛管、直肠周围感染史。

(2) 肛门周围反复流脓或分泌

物, 有瘙痒感。

(3) 瘘口愈合后可再发生局部疼痛、红肿, 最后又从瘘口内流出脓液。如此反复多次。

(4) 肛门周围可见外口或疤痕。直肠指诊时可触及硬结或条索状物，挤压时疼痛，分泌物可从外口溢出。

(5) 瘻口插入塑料管造影，可了解瘻管的方向。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

青霉素 80 万 u，肌注，2/ d。

链霉素 0.5，肌注，2/ d。

1 : 5 000 高锰酸钾溶液坐浴。

祛毒汤：瓦松 15g，马齿苋 15g，甘草 15g，五倍子 9g，川芎 9g，防风 9g，苍术 9g，枳壳 9g，侧柏叶 9g，葱白 9g，朴硝 30g，加水

煎后坐浴熏洗。

(2) 挂线疗法：适用于单纯性肛瘻。

(3) 手术疗法：对于复杂性肛瘻宜采用手术疗法，必要时可同时进行挂线疗法。

注意要点

(1) 手术成败的关键在于正确地找到内口，并将内口一并切开或切除。

(2) 若用探针试探瘻管时盲目插入肠道而造成假内口，则术后易复发。

(3) Goodsall 氏规律：外口在肛

门前方者，其内口也多在肛管前方，瘻管大多较短而直；外口在肛门后方者，其内口也多在肛管后方，瘻管大多呈弯曲状。

47. 痔 (Hemorrhoids)

诊断要点

- (1) 便时带血，便后出血。
- (2) 肛门口或便时有紫红色肿物突出，常感不适和疼痛，严重者可有糜烂、嵌顿和坏死感染。
- (3) 直肠指检如已有血栓形成或纤维化则可以扪出变硬的痔核，经常脱出的内痔呈增厚的粘膜感。
- (4) 肛门镜检查可见内痔向肛镜

内口突出呈紫红色。

治疗要点

- (1) 对一般的痔可进行对症治疗：
热水坐浴或 0.02% 高锰酸钾 (1 5 000) 温热水坐浴，2/ d。
痔疮宁栓或洗必泰痔疮栓 1 枚，塞入肛门内，2/ d。
H 痔疮特配锭剂 (Preparation

H) 1 枚，塞入肛门内，2/ d。

强力痔根断 (Clrcanettennew)
2 丸，3/ d，饭后服。

马应龙麝香痔疮膏：适量注入
肛门内或涂擦患处。

地榆槐角丸：1 丸，2/ d，口
服。

荣昌肛泰 (Anti - Hemor -
rhoids)：贴于脐部，1/ d。

痔速宁片 4 ~ 6 片，3/ d。

安那素 (Annasu) 每晚 1 粒，
塞肛。12 粒/ 板。

① 痔安素 (Ansu) 软膏，15g/

支，外用，2 ~ 3/ d。

(2) 注射疗法：对无并发症的内
痔可用枯痔液、6% ~ 8% 明矾注射
液、5% 苯酚甘油、15% 明矾甘油或
硃砂注射液进行注射。注射剂量以痔
表面粘膜发白为度。每次注射不超过
3 个痔，隔 5 ~ 7 天注射 1 次，3 ~ 4
次为 1 疗程。

(3) 冷冻疗法或激光疗法。红外
线凝固作用与注射疗法相似。胶圈套
扎疗法虽方便简便，但复发率高。

(4) 对较大的内痔或混合痔，可
采用手术疗法。血栓性外痔多需切开

引流。

(5) 痔点挑痔疗法：痔点分布在腰背部，尤以下腰部多见，形似丘疹，稍凸出皮面，直径约 1~2mm 左右，顶端着色较深，压之不退色。

注意要点

(1) 常见的母痔是在截石位 3、7 和 11 点钟处。

(2) 术时若肛门直肠引流物填塞过紧，则可发生腹胀或排尿困难。

(3) 痔按 Goligher 分为 4 度：
度：充血或排便时充盈突出肛管；
度：充血的组织在排便时垂入肛管，但可自动回复；
度：组织经肛管脱出，并需要用手复位；
度：组织持久性脱垂，复位无效。

48 . 下肢静脉曲张

(Varicose Veins of Lower Extremities)

诊断要点

(1) 男性中年较多，久站后有沉重、发胀、麻木和隐痛感。

(2) 站立时可见下肢浅静脉隆起、扩张、弯曲或蜷曲成团，平卧时消失。

(3) 踝部和足背部可有轻度水肿。小腿下部色素沉着，脱屑、瘙痒，湿疹或慢性溃疡。

治疗要点

(1) 大隐静脉有轻度或中度曲

张，无明显症状者，一般不需手术治疗。

(2) 注射疗法：常用的硬化剂是5%鱼肝油酸钠，1%~3%硫酸十四烷基钠等。

(3) 大隐静脉曲张的治疗方法以高位结扎和剥脱术为主。如小隐静脉进入腓静脉处有返流现象，可将其入口段结扎切除。

(4) 对不宜手术者可用弹性绷带包裹。

(5) 下肢深静脉瓣膜重建的方法有：股浅静脉瓣膜修复术；自体带瓣静脉段股浅静脉移植术；腘静脉肌袢形成术。

注意要点

(1) 大隐静脉自足背静脉网内侧开始，在小腿内侧上行至腹股沟韧带下方，穿过卵圆窝，进入股静脉。小隐静脉起于足背静脉网外侧，在小腿后面上行至腘窝处，穿过深筋膜进入腘静脉。

(2) 大隐静脉在进入股静脉前约 5~7cm 的一段有 5 支汇集支：旋髂浅静脉、腹壁浅静脉、阴部外浅静

脉、股内侧静脉和股外侧静脉，注意这些分支就可与股静脉鉴别。

(3) Brodie - Trendelenburg 试验：患者平卧，抬高患肢，使血液回流。在大腿上 1/3 处扎一止血带，嘱患者站立。若排空的静脉在半分钟内充盈，表示交通支瓣膜闭锁不全；若放开止血带后，排空的静脉又立即充盈，表示大隐静脉进入股静脉处瓣膜闭锁不全。

(4) Perthes 氏试验：患者直立，待曲张静脉明显出现后在大腿上 1/3 处扎止血带。令患者以下蹲和起立交替的动作 10~20 次。若曲张的

静脉消失或曲张程度减轻，且无下肢发胀感，则表示深静脉通畅，反之则表示有阻塞。

(5) 原发性下肢深静脉瓣膜功能不全症分为两型：一种是继发性的，即血栓形成后遗症；另一种是原发性的，即原发性深静脉瓣膜功能不全。多普勒超声作为首选的检查方法，超

声双功能血管诊断仪的精确性更高。

(6) 下肢深静脉逆行造影或经皮腔静脉插管造影术检查，Kistner 分为 5 级：造影剂受阻于股浅静脉近侧端，即其第 1 对瓣膜处者为 0 级，倒流至大腿中段为 1 级，至膝关节为 2 级，至膝关节以下为 3 级，至踝关节为 4 级。

49. 血栓闭塞性脉管炎

(Thromboangitis Obliterans)

诊断要点

(1) 中青年吸烟男性多见，绝大多数为下肢受累。

(2) 病初多为患肢远侧发凉、怕冷、麻木和酸痛，继而出现间歇性跛行。常在夜间有明显疼痛。

(3) 肢端皮肤呈紫红色或白色，皮温低，小腿肌肉萎缩。继而出现足趾溃疡、干性或湿性坏死。

(4) 足背动脉和胫动脉搏动可减弱或消失。

(5) 患肢血流图描计有助于诊断。

治疗要点

(1) 绝对禁止吸烟。

(2) 中医中药：通脉汤：黄芪 15g，当归 24g，赤芍 10g，川芎 10g，桃仁 6g，红花 6g，牛膝 24g，香附 6g，没药 6g，乳香 6g，附子 6g，桂枝 6g，地龙 10g，木香 6g，

丹参 24g，元参 10g，鸡血藤 15g，甘草 10g。每日 1 剂，早晚分服。

(3) 对症治疗：

丹参注射液 2ml，肌注，1/ d。
30 天为 1 疗程。

妥拉苏林 50mg，口服，3/ d。

烟酸 50mg，口服，3/ d。

罂粟碱 30mg，口服，3/ d。

低分子右旋糖酐 500ml，静滴，2/ d。10 ~ 15 天为 1 疗程。

胞二磷胆碱 250mg，静滴，2/ d。10 ~ 15 天为 1 疗程。

蝮蛇抗栓酶 0.5 ~ 0.75u 用生理盐水或 5% 葡萄糖液 250ml 稀释后

静滴，1/ d。2 ~ 3 周为 1 疗程。

敌血栓 (Declo) 片 100mg, 3/ d, 20 片/ 瓶。

前列腺素 E₁ (PGE₁) 100 ~ 200μg, 静滴, 1/ d。

(4) 手术治疗:

腰交感神经切除术: 第 1 ~ 2 期病变切除腰交感神经节 2 ~ 4。

大网膜移植术: 带蒂网膜移植和游离网膜移植。

分期动静脉转流术 (静脉动脉化): 可增加缺血肢体的血流量。

截趾或截肢。

注意要点

(1) Buerger 氏试验: 抬高肢体后肢端苍白, 下垂后转潮红为阳性。

(2) 血栓闭塞性脉管炎的病理变化, 早期主要是血管痉挛; 中晚期则有血栓形成、内膜增厚及管腔闭塞, 致使足趾端缺血、坏死。是一种全身性疾病。

(3) 下肢溃疡禁用刺激性消毒剂, 如碘酊等。

(4) 趾干性坏死最好任其自行脱落, 有死骨时可切除, 有急性感染时应给予抗生素。

(5) Mondor 氏病为一种浅表静脉闭塞性内膜炎病, 多见于胸腹壁及

上壁内侧。治疗可用：山茨姑 15g，乳香 15g，没药 15g，蒲公英 30g，五灵脂 9g，大黄 9g，山蒲黄 9g，川芎 9g，归尾 12g，赤芍 9g，研成粉

末，用醋调敷。也可用喜疗妥 (Hirudoid) 软膏外涂，敷摩入皮，1 ~ 5/ d。14g/ 支或 40g/ 支。

50 . 脑震荡和脑挫裂伤

(Concussion of Brain、Contusion and Laceration of Brain)

诊断要点

(1) 伤后有即时短暂的意识恍惚或丧失，有明显的逆行性健忘。脑挫裂伤者昏迷时间常在半小时以上。

(2) 明显头痛，转动头部时加重，有恶心和呕吐，躁动不安。

(3) 可有偏瘫、失语。

(4) 腰椎穿刺检查，颅内压多增高，脑脊液常呈血性。

(5) X 线检查显示有或无颅骨骨折。

治疗要点

(1) 伤后 3 ~ 5 日内密切观察血压、脉搏、呼吸、瞳孔和意识的变化。

(2) 有呕吐者给予禁食。补液量宜在 1 500 ~ 2 000ml 之间，并注意水与电解质的平衡。

(3) 酌情给予镇静、止痛、止吐药物：冬眠灵 50mg，肌注。

(4) 头痛严重并有蛛网膜下腔出血者：

腰穿放出血性脑脊液 10 ~ 20ml。

维生素 K₁ 20mg，静滴。

对羧基苄胺 200 ~ 400mg，静

滴。

止血环酸 250 ~ 500mg，静滴。

(5) 如有颅内压增高：

50% 葡萄糖 100ml，静注。

20% 甘露醇 250ml，静滴。

速尿 40mg，静滴。

氢化可的松 200mg，静滴。

(6) 有头皮裂伤或有开放性颅脑损伤时要手术治疗。

TAT 1 500u，肌注。

青霉素 80 万 u，肌注，2/ d。

(7) 有昏迷时：

克脑迷 1.0 溶于 10% 葡萄糖液 500ml 静滴。

能量合剂 2ml 静滴。

胞二磷胆碱 250mg 静滴，2/
d。

(8) 恢复期：

脑活素 (Cerebrolysin) 10ml
静滴，1/ d。

都可喜 (Duxil) 1 片，2/ d，
30 片/ 瓶。

注意要点

(1) 伤后若症状加重，并出现局灶性阳性体征或原有的症状和体征加重，则可有继发性颅内血肿或脑水肿，应进一步检查、处理。

(2) 确诊有颅内血肿者应争取尽

早手术，取除血肿。

(3) 广泛脑挫裂伤有脑疝形成者，可作内、外减压手术。

(4) 常见的病理反射有：

Babinski 征：用纯针沿足底外缘由后向前轻轻划过。若拇趾背屈，其他脚趾呈扇状散开则为阳性。表示有椎体束疾患，亦可在意识不清或深睡时出现。

Oppenheim 征：用拇指使劲地沿患者的胫骨前侧由上向下推动。若拇趾背屈，其他脚趾呈扇状散开则为阳性。表示有椎体束疾患。

Gordon 征：用手紧捏腓肠肌，

若拇趾背屈，其他脚趾呈扇状散开则为阳性。表示有椎体束疾患。

Sch afer征：用强力压迫跟腱，若拇趾背屈，其他脚趾呈扇状散开则为阳性。表示有椎体束疾患。

Chaddock 征：用尖器具刺激足的外侧时，若拇趾背屈，其他脚趾呈扇状散开则为阳性，表示有椎体束疾患。

Hoffmann 征：检查者用一手扶住患者的手，使患者的手在腕部向背侧屈曲，并使各手指轻度屈曲。检查者用另一手的食指及中指握住患者

该手的中指，用拇指敲击患者中指的指甲。若患者拇指作屈曲及内展的运动，食指亦作屈曲运动则为阳性。表示有椎体束疾患。

阵挛 (Clonus)：检查膝阵挛 (Patellar clonus) 时，患者取仰卧位，下肢伸平，检查者用拇指和食指握住髌骨上缘用力向下推动，若髌骨呈现节律性的上下运动为阳性。检查踝阵挛 (Ankle clonus) 时，患者仰卧，下肢于髌及膝关节的屈曲，检查者一手握住患者小腿，另一手握住患者的脚趾，并用力使患者的踝关节背屈，若足呈现节律性运动为阳性。膝

阵挛及踝阵挛表示有锥体束疾患，精神紧张时亦可出现。

Kernig 征：患者仰卧，将一下肢在髌关节部屈曲使几乎与躯干成直角，然后试将该下肢于膝关节部伸直。若患者感疼痛而伸直受限则为阳性。表示脑膜受刺激。

Brudzinski 征：患者仰卧，将患者的一下肢在髌关节部向腹部屈

曲，若另一下肢亦自动屈起则为阳性。或患者仰卧，将其下颏部与胸部推近，若患者的膝关节和髌关节均反射地屈曲则为阳性。表示脑膜受刺激，常见有脑膜炎、蛛网膜下腔出血或脑脊压增高。

① 由于颅内损伤、脑瘤或颅脑手术后发生的上消化道应激性溃疡出血，称为 Cushing 溃疡出血。

51 . 硬脑膜外血肿 (Epidural Hematoma)

诊断要点

(1) 外伤后有意识障碍，并有“中间清醒期”，或“中间好转期”。

也可持续昏迷或昏迷由浅变深。

(2) 常有头皮裂伤和颅骨骨折。

(3) 早期表现为剧烈头痛、呕

吐、躁动、昏迷加深，并出现呼吸、脉搏减慢，血压上升。幕上血肿出现血肿侧瞳孔散大，对侧肢体瘫痪的颞叶钩回疝综合征。晚期表现为双侧瞳孔散大，去脑强直。

(4) 腰椎穿刺时脑脊液压力增高，清晰或稍呈淡红色。

(5) X线头颅摄片显示颅骨骨折线经过脑膜中动脉或静脉窦沟。

(6) 幕上血肿时，脑超声检查中线波有移位。

(7) 脑血管造影或CT检查可显示血肿的部位和大小。

(8) 颅骨钻孔探查可发现血肿。

治疗要点

(1) 疑有硬脑膜外血肿者，应立即作颞骨钻孔探查，清除血肿。

(2) 伴有脑挫裂伤的额底（极）和颞底（极）的血肿，多呈凝块或一部分为凝块，应采用额颞部大骨瓣清除血肿，同时清除损伤之脑组织。

(3) 对于额颞顶部之液性血肿，可作2~3个钻孔，引流血肿后再以生理盐水反复冲洗。

(4) 血肿清除后脑水肿严重者，在排除多发性血肿后，应同时行一侧或两侧颞肌下减压术。

注意要点

(1) 可伴有严重脑挫裂伤和多发性血肿。特别是对于伤后 3 小时内出现症状的特急性血肿和伤后 3 小时至 3 日内出现症状的急性血肿，更应重视，可行脑血管造影或 CT 检查，尽

早诊断，开颅探查。

(2) 要认真检查有无肋骨骨折及腹腔内脏损伤。后者易被忽视而造成生命危险。

52 . 脑脓肿 (Cerebral Abscess)

诊断要点

(1) 有开放性颅脑损伤史，清创不及时、不彻底。

(2) 有慢性中耳炎、乳突炎或身体其他部位有化脓性病灶。

(3) 多有脑膜炎史，且逐渐出现颅内压增高征象。并出现脑脓肿相应

部位的大脑或小脑损害征象。

(4) 脑脊液检查一般蛋白含量增高，并有白细胞计数轻度增加。细菌培养可呈阳性。

(5) 脑血管造影，CT 检查见有占位性液性病灶。

(6) 穿刺可抽出脓液。

治疗要点

(1) 非手术疗法：在急性期脑膜炎阶段。

青霉素 200 ~ 1 000 万 u 静滴。

磺胺甲基异恶唑 (SMZ) 1.0 口服, 2/ d, 首剂量加倍。

50% 葡萄糖液 60ml, 静注, 1/ 8 小时。

(2) 手术疗法：脓肿已经形成。

反复穿刺吸引, 放置导管作持续引流。每隔 5 ~ 10 天穿刺 1 次。

切开引流。

脓肿切除。

注意要点

(1) 脓肿穿刺吸脓适应症：小儿先天性心脏病引起的脓肿；大脑深部或重要功能区脓肿；头皮上有严重感染或伤口者。

(2) 脓肿切开适应症：脓肿有坚强的包膜, 且部位表浅, 位于非主要功能区；脓肿内有异物；脓肿穿刺治疗失败者, 多房或多发性脓肿；开颅时偶然发现者；脑疝病人经穿刺抽脓、脱水等措施症状无改善者；脓肿破溃者。

(3) 脑脓肿复发者不少见, 主要是治疗不彻底所致。故要治疗原发病灶, 明确致病菌, 使用相应的抗生

素。

(4) 脑扫描：

正常图形：呈现大脑半球为放射性空白区，周围为放射性密集的血管区所包围。正位扫描时上面为矢状窦，两旁为头皮和颞肌血管，下面为面部血管。侧位扫描时上矢状窦放射性密集区向后增宽。

临床意义：脑部肿瘤、血肿、脓肿等，由于血脑屏障破坏，毛细血管通透性增强，造成病变区放射性浓集。脑扫描对脑瘤的诊断有一定价值。其中脑膜瘤，恶性程度较高的级星形细胞瘤等半球占位性病变阳性率较高；中线，深部，后颅窝处病变，阳性率较低。

53 . 高血压性脑出血

(Hypertensive Cerebral Hemorrhage)

诊断要点

(1) 多有高血压与脑动脉硬化史。出血部位常见一侧基底节，其次

为桥脑、小脑内或其他部位。

(2) 骤发头痛，几分钟或几小时后偏瘫、失语和神志丧失。

(3) 脑脊液检查，压力增高，常为血性。

(4) 脑血管造影多可显示占位性病变，CT 检查可显示血肿的位置及大小。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

卧床静养，加强营养，精心护理。

降低血压：复方降压片 1 ~ 2 片，口服，3/ d。

应用止血剂：维生素 K₄ 4mg，口服，3/ d；止血敏 2.0，口服，3/ d。维生素 K₁ 10mg，静滴。

应用脱水剂：20% 甘露醇 250ml，静滴。

纠正水、电解质和代谢紊乱。

保持呼吸道的通畅，严重呼吸困难者应作气管切开。

应用抗生素：青霉素 80 万 u，肌注，2/ d。

改善脑功能：细胞色素 C 30mg 静滴，胞二磷胆碱 250mg 静滴。

(2) 手术治疗：

骨瓣成形开颅术和血肿清除、减压。

骨切除开颅术和血肿清除。

钻颅穿刺抽血术。

注意要点

(1) 根据出血部位的不同，临床上常分为：内囊出血，外囊出血，丘脑出血，大脑半球皮层下出血，桥脑出血和小脑出血。

(2) 大脑半球出血时两眼球偏向

病侧；脑桥出血时起病急、头痛、头晕、四肢麻木及双侧瘫痪，有针尖样瞳孔，伴有高热，眼球偏向病灶对侧；小脑出血时起病急，有颈后痛、眩晕、呕吐、眼球震颤和四肢瘫痪，病人多迅速死亡。

54 . 先天性脑积水

(Congenital Hydrocephalus)

诊断要点

(1) 头颅增大较快，骨缝分开，囟门不闭，头皮菲薄发光，头皮静脉扩张。

(2) 智力发育迟缓，可出现脑性瘫痪，眼球活动受限并常转向下，患儿常不能支撑头部。

(3) 腰椎穿刺脑脊液蛋白含量明

显降低。

(4) X线检查颅骨变薄，颅缝增宽。

(5) 脑室造影或CT扫描显示脑室对称性扩大，但无颅内占位性病变。

治疗要点

(1) 中药鹿角胶合剂长期服用可缓解症状。

(2) 去除病因：切除颅内肿瘤，手术矫正畸形，分离第四脑室出口处的粘连。

(3) 对梗阻性脑积水可选用：

第三脑室造瘘。

侧脑室——小脑延髓池造瘘。

注意要点

(1) 眼球下移，两眼球向下方凝视使眼黑大半遮于眼睑之下，称为“落日征”。

(2) 在侧脑室内注入酚红 1ml (含药 6mg)。正常时在 2~12 分钟内从腰椎穿刺脑脊液可得酚红排出 (它可使吸满硷性溶液的海绵呈红色)。如 20 分钟后未见染料出现，可诊断为梗阻性脑积水。

55 . 脑肿瘤 (Brain Tumour)

诊断要点

(1) 有头痛、呕吐、复视、视力减退及颅内压增高症状。

(2) 有偏瘫、中枢性或周围性面瘫，视乳头水肿或萎缩，听力及前庭机能障碍。

(3) X线检查头颅摄片可有骨质吸收，脑回压迹和颅缝分离、血管沟纹增粗或钙化。

(4) 幕上肿瘤多用脑血管造影，幕下肿瘤或中线部位肿瘤多用脑室气脑造影。均能提示有占位性病变。

(5) 颅脑超声波、脑电图、核素脑扫描及 CT 检查有助于定位和诊断。

治疗要点

(1) 以手术切除为主。辅以放射、药物和免疫治疗。

良性肿瘤应争取全切，粘连较紧者可行次全或部分切除。

恶性胶质瘤、转移瘤和其他恶性肿瘤，可作肿瘤切除。

颅咽管瘤，垂体腺瘤手术前、手术中和手术后应用激素治疗。

有意识障碍或出现脑疝症状者应紧急手术探查。

(2) 头痛，呕吐严重者应予以脱水治疗：

50% 葡萄糖液 60ml，1/8h，静注。

20% 甘露醇 250ml，静滴。

(3) 化学疗法：

PCV 方案：盐酸丙卡巴肼 100mg/ m²，口服，第 1 ~ 14 天；环己亚硝脲 75mg/ m²，口服，第 1 天；硫酸长春新碱 1.4mg/ m²，静注，第 1、8 天。每 4 周重复 1 次。

ATC 方案：阿霉素 45mg/ m²，

静注，第 1 天；鬼臼噻吩甙 60mg/ m²，静滴，第 2、3 天；环己亚硝脲 60mg/ m²，口服，第 4、5 天。每 5 周重复 1 次。

威猛 (Vumon) 每疗程剂量为 300mg/ m²，给药 3 ~ 5 日。

环己亚硝脲 (Lomustine) 3.5mg/ kg，1/6 ~ 8 周，口服。100mg × 6 粒。

(4) 免疫疗法：

干扰素 100 万 u，肌注，1 ~ 3 周。

转移因子 2ml 于上臂内侧或大腿内侧腹股沟下方皮下注射，1 ~ 2/

周。

(5) 放射疗法：可采用深部 X 线机、⁶⁰ 钴机或直线加速器治疗。

(6) 中医中药：

麝香 1g，乳香 9g，没药 9g，腰黄 9g，陈胆星 9g，一见喜 9g。研末后每次吞服 4.5g，3/ d。

蛇六谷（先煎）30g，半枝莲 30g，半边莲 30g，贯仲 30g，苍耳草 30g。每日 1 剂，早晚分服，连服 2 周。

注意要点

(1) 头痛、呕吐、视乳头水肿是

颅内压增高的典型征象，称为颅内压增高的三征。

(2) 脑瘤可分为：

胶质瘤：星形胶质瘤，室管膜瘤，髓母细胞瘤，松果体瘤。

脑膜瘤。

听神经瘤。

垂体瘤：垂体嫌色细胞瘤，嗜酸性腺瘤，嗜硷性腺瘤。

颅咽管瘤。

血管网织细胞瘤。

转移瘤。

56 . 外伤性血胸 (Traumatic Hemothorax)

诊断要点

- (1) 有胸部外伤史。
- (2) 小量血胸可无明显症状和体征。严重血胸时可导致休克。
- (3) 面色苍白，脉搏细速，呼吸浅表。
- (4) 血胸合并感染时可有高热和血白细胞计数增高。
- (5) X线摄片检查：常有肋骨骨折，肋膈角消失。合并气胸时可见液体平面。
- (6) 胸腔穿刺可吸出血液。

治疗要点

- (1) 小量非进行性血胸，应尽早做胸腔穿刺，吸出血液，使肺舒张。
- (2) 较大量的血胸，应尽快放置胸腔引流管做水封瓶引流。
- (3) 若系进行性血胸，每小时引流量达 200 ~ 300ml，则应开胸探查。
- (4) 凝固血胸：小量凝血可自行吸收。但如胸膜腔内阴影超过下 1/3 的肺野，应开胸取出血块，并作胸腔引流。

注意要点

(1) 血胸时血的来源是：肺、心脏和大血管（主动脉及其分支，上、下腔静脉和肺动、静脉）和胸壁血管（胸廓内动、静脉和肋间动、静脉）。

(2) 胸壁血管出血，一般不易自止，如不及时处理，可导致休克和死亡。

57 . 外伤性气胸 (Traumatic Pneumothorax)

诊断要点

- (1) 有外伤史。
- (2) 闭合性气胸。

小量气胸，有轻度呼吸增快或无症状。

积气多者有呼吸困难，呼吸音减弱或消失。

X 线检查患侧胸膜腔有积气及

肺萎陷征象。

- (3) 开放性气胸：

胸壁有伤口，胸膜腔与外界相通，呼吸时空气可经伤口自由出入。

有严重紫绀、缺氧及呼吸困难。

伤员多伴有休克。

- (4) 张力性气胸：

进行性呼吸困难和休克。

患侧胸部饱满，气管偏向健侧，常有皮下气肿。

胸腔穿刺，可抽出高压气体。

治疗要点

(1) 小的闭合性气胸，毋需特殊治疗。若积气量多可吸出，若有继续漏气则应做胸腔闭式引流。

(2) 对开放性气胸和张力性气胸，应尽快用油纱布外加厚层纱布和棉垫临时封闭伤口，并尽快做胸腔闭式引流。纠正休克。

注意要点

(1) 疑有肺、气管、支气管或食管裂伤，或有其他情况如多根多处肋骨骨折、胸内器官复合伤等，则应剖胸探查。

(2) 警惕腹腔脏器破裂和出血，可疑者要剖腹探查。

(3) 对开放性胸壁伤口，在气管内麻醉下做清创术。若已超过 12 小时，可敞开皮肤及皮下组织，留待延期缝合，但必须做胸腔闭式引流。

58 . 胸 壁 结 核

(Tuberculosis of Chest Wall)

诊断要点

(1) 胸壁有无痛性缓慢增大之肿块，穿破后形成瘻管，经久不愈。

(2) 穿刺时可抽出较稀薄的脓液或豆腐渣样物。作脓液涂片、集菌和培养可确诊。

(3) X线检查肺部有结核病灶，偶见胸骨或肋骨有破坏现象。

治疗要点

(1) 加强营养，增强体质。

(2) 抗结核治疗：

异烟肼 0.1, 3/ d, 饭后服。

对氨水杨酸钠 3.0, 3/ d, 饭后服。

链霉素 0.5, 2/ d, 肌注。

利福平 0.6, 饭前 1 小时顿服。

(3) 有继发化脓性感染且形成脓肿时，须切开引流。无继发感染的寒性脓肿，毋需切开引流，但可穿刺抽脓，1~2 次/周，穿刺后注入链霉素 1.0 和青霉素 80 万 u，并加压包扎。

(4) 手术治疗：必须全部切开迂回曲折的窦道，并彻底切除病变组织。

注意要点

(1) 原发病灶绝大多数在肺或胸膜。

(2) 穿刺时应选在脓肿上方，针头须分次错开斜行，避免垂直刺入而致脓液沿针道流出而形成管道。

(3) 手术治疗时，必须做好开胸的一切准备。

59 . 急性脓胸 (Acute Empyema Thoraces)

诊断要点

(1) 有肺炎、胸部外伤或手术史。

(2) 胸痛，高热，脉快，呼气急促。胸膜腔积脓多者可使纵隔移位，严重者可伴有紫绀和休克。

(3) 血白细胞及中性粒细胞计数增高。

(4) X 线检查胸腔内有积液现象，有一条由上外向下内的斜行弧线，肺萎缩，纵隔和心影推向健侧。

(5) 胸腔穿刺抽出混浊液体或脓

液，细菌培养可为阳性。

治疗要点

(1) 全身支持，控制感染和排除脓液是治疗原则。

(2) 注意营养，补充维生素，维持水和电解质平衡，纠正贫血。

(3) 根据药物敏感试验选用抗生素：

青霉素 80 万 u，肌注，2/ d。

链霉素 0.5，肌注，2/ d。

庆大霉素 12 万 u，肌注，2/ d。

(4) 胸腔穿刺：一般在脓腔底的

上一肋间作为穿刺点。

(5) 胸腔闭式引流：以腋后线 7、8 肋间为宜。

(6) 开放引流术：即经肋床胸膜腔引流，使脓液畅流，引流管接水封瓶。

注意要点

(1) 穿刺进针不能靠近胸骨边缘，以免损伤肺门血管和纵隔内大血管，而引起大出血。

(2) 若治疗不当，脓腔长期不能闭合，则可成为慢性脓胸。

60 . 支气管扩张 (Bronchiectasis)

诊断要点

- (1) 有长期咳嗽和咳痰的病史。
- (2) 咯脓性痰，于变换体位时易咯出，痰量一般较多。有厌氧菌感染时可有恶臭味。并有感染时发热等全身中毒症状。
- (3) 反复咯血，血量不等。
- (4) 可有肺部固定性湿罗音，有感染时尤为明显。
- (5) 部分患者有杵状指（趾）。
- (6) 继发感染时血白细胞计数及中性粒细胞增高。

(7) 痰培养有致病菌生长。结核支气管扩张有时痰结核菌检查可为阳性。

(8) 胸部 X 线检查一般无明显异常。患侧可有肺纹理增粗、紊乱。囊状支气管扩张可见蜂窝状阴影，或有多数小透亮区，甚至出现小液面。继发感染时可有斑片状炎性阴影。

(9) 支气管碘油造影发现有柱状、囊状或囊柱状扩张改变。

治疗要点

- (1) 手术治疗是最有效的方法，

其目的是切除有病变的肺组织和支气管。

(2) 单侧病变，症状明显，病变分布于一段、一叶或多叶的不同肺段，可以分别作肺段、肺叶或多段切除。

(3) 症状明显，病变侵犯一侧的全肺，如病人一般情况较好，心、肝、肾等重要器官无明显病变，对侧肺的功能良好，可作全肺切除。

(4) 双侧病变，程度不等，病人年龄不超过 40 岁，一般情况良好，也无其他手术禁忌症，可一期或分期作双侧手术。

(5) 预防和及时治疗鼻窦炎，呼吸道和肺部感染。

注意要点

(1) 支气管扩张是肺和支气管的一种慢性化脓性疾病。由于感染、梗阻或其他因素，支气管壁的平滑肌、弹力纤维、软骨等受到破坏，为纤维组织所代替，支气管形成柱状或囊状扩大。

(2) 关于手术时机：

在肺和支气管的急性感染时期不宜手术，应在炎症消退 2~3 周后再做手术。

支气管造影后，应待造影剂基

本排净后进行手术。

正在大量咯血时，应等待出血停止，病人情况改善后进行手术。但

如出血量大，可能危及生命时，可在足够输血的情况下做急症抢救性手术。

61 . 肺癌 (Carcinoma of Lung)

诊断要点

(1) 多有长期吸烟史。年龄多在45岁以上。

(2) 咳嗽、咳痰、咳血。胸闷及呼吸困难为肺部炎症及肺不张的表现，胸背痛、上肢肿痛、声音嘶哑及血性胸腔积液为晚期的表现。

(3) 肺外表现常可见有头痛、皮炎、关节疼及杵状指（趾）等。晚期

在颈部可扪及转移结节。

(4) 胸部 X 线摄片有块状阴影，边缘不清或呈分叶状，周边毛刺状。阴影接近肺门为中心型，接近肺的边缘为周围型。

(5) 痰瘤细胞检查、支气管镜刷检及经胸壁皮肤穿刺所得标本行细胞学检查常可呈阳性。

(6) 纤维支气管镜检查可获取标

本，直接观察，有助于诊断。

治疗要点

(1) 凡确诊肺癌而无明显远处转移者，若全身情况尚好，则应尽早开胸探查。酌情施行肺叶切除或全肺切除。

(2) 化学疗法：

小细胞型未分化癌：

a . CMC 方案：环磷酰胺 $500\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，1/3 周；甲氨蝶呤 $10\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，2/ 周；环己亚硝脲 $50\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，1/ 6 周。

b . CAV + RT 方案：环磷酰胺 $1\ 000\text{mg}/\text{m}^2$ 静注，第 1 天；阿霉素

$40\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；硫酸长春新碱 $1\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天。每 3 周重复 1 次，共 6 疗程。

c . 泛必治 (Vepesid) $200\text{mg}/\text{m}^2/\text{d}$ ，第 1、3、5 日口服，每 3 ~ 4 周重复 1 次。

d . 拉司太特 (Lastet) 100mg ，2/ d，口服。

e . 紫素 (Orientaxol) $175\text{mg}/\text{m}^2$ ，3 小时滴完，1/ 3 周。

鳞状细胞型、大细胞型及腺癌型：

a . CAMP 方案：环磷酰胺 $300\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；阿霉

素 $20\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；甲氨蝶呤 $15\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；盐酸丙卡巴肼 $100\text{mg}/\text{m}^2$ ，口服，第 1~10 天。每 4 周重复 1 次。

b. CAP 方案：环磷酰胺 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；阿霉素 $40\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；顺氯氨铂 $40\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天。每 4 周重复 1 次。

肺癌并发胸腔积液，在抽吸胸腔积液后可注入抗癌药物。

a. 消瘤芥 $20\sim 60\text{mg}$ ，用生理盐水 $20\sim 40\text{ml}$ 稀释后胸腔内注射，1~2 周。

b. 噻替哌 $20\sim 40\text{mg}$ ，用生理盐水 10ml 稀释后胸腔内注射，1~2 周。

c. 自力霉素 $4\sim 10\text{mg}$ ，用生理盐水 10ml 稀释后胸腔内注射，1/5~7d，4~6 次为 1 疗程。

(3) 放射疗法：用⁶⁰钴或直线加速器。

(4) 免疫疗法：

干扰素 100万 u ，肌注，1~3 周。

转移因子 2ml ，于上臂内侧或大腿内侧腹股沟下方行皮下注射，1~2 周。

(5) 中医中药：沙参 12g，麦冬 12g，生地 12g，百部 12g，地榆 12g，五味子 6g，炒山栀 9g，王不留行 9g，蒲公英 15g，石见穿 30g，紫草根 30g。每日 1 剂，分 3 次服。

注意要点

(1) 肺癌按组织类别分为四型：鳞形细胞癌、未分化癌、腺癌和肺泡细胞癌。

(2) 如有左锁骨上淋巴结肿，应做活检。

(3) 对肺部病灶比较局限的病人，宜在术前先行放射治疗。

(4) 肺癌 TNM 病期分类：

隐性癌	T _x	N ₀	M ₀
第 a 期	T ₁	N ₀	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
第 b 期	T ₂	N ₀	M ₀
第 期	T ₂	N ₀	M ₀
第 期	T ₃	N ₀₋₁	M ₀
	任何 T	N ₂	M ₀
第 期	任何 T	任何 N	M ₁

T_x：细胞学阳性，胸片或支气管镜阴性。T₁：肿瘤 3cm/ 无外侵。T₂：>3cm/ 侵犯肺门区域。T₃：巨体侵犯或胸腔积液/ 肺不张。N₀：未发现区域性转移淋巴结。N₁：有肺门淋巴结转移。N₂：有纵隔淋巴结

转移。M：远处转移。

(5) 肺扫描：

正常图形：两侧肺野放射性分布均匀，两肺下部放射性较上野高，中间为心脏空白区。

临床意义：a. 肺梗塞：显示放射性缺损的梗死病变区。b. 肺癌：放射性缺损或减低区，中央型肺癌扫描缺损范围较 X 线片所显示的病变为大。c. 肺静脉压力增高时，两肺上野放射性较下野高。d. 肺炎，肺结核，肺不张等疾病仅在肺组织受破

坏或影响肺血流量时才出现放射性减低区。

(6) 一个高龄重度吸烟病人，在肺的同一部位反复发生炎症，就应怀疑肺癌。如再伴有间断少量咯血，或咯出小的组织块，则进一步提示肺癌的存在。

(7) 肺癌骨转移而引起的骨疼痛，用顺铂治疗，则既能达到治疗肺癌的目的，又能起到良好的止痛作用。

62 . 食管癌与贲门癌

(Carcinoma of Esophagus and Cardia)

诊断要点

(1) 吞咽时轻度梗噎，胸骨后闷胀或疼痛。

(2) 食管 X 线造影可见食管或贲门部粘膜皱壁增粗、断裂。有浅在龛影及小的充盈缺损。管腔狭窄，管壁僵硬。

(3) 食管镜检查见病变处粘膜粗糙、溃疡、或菜花样突起等。活检可以确诊。

(4) 食管拉网脱落细胞检查，可

见有癌细胞。

治疗要点

(1) 中、下段食管癌和贲门癌以外科治疗为主。凡无明显转移，一般情况尚好者，均应经左胸做探查术，争取做癌切除及食管—胃（空肠或结肠代胃）吻合术。

(2) 上、中段食管癌术前先行放疗，休息 3~4 周后经颈和腹部行颈部食管—胃吻合术。若肿瘤浸润广则可以放疗为宜。

(3) 早期食管癌与贲门癌，高位及下端食管癌，特别是心肺功能较差的患者，可采用非开胸的食管拔脱、食管—胃颈部吻合术。

(4) 化学疗法：

FAP 方案：氟脲嘧啶 600mg/ m^2 ，静注，第 1、8 天；阿霉素 30mg/ m^2 ，静注，第 1 天；顺氯氨铂 75mg/ m^2 ，静注，第 1 天。每 4 周重复 1 次。

CB 方案：环磷酰胺 400mg/ m^2 ，静注，第 1、5 天；争光霉素

7.5mg/ m^2 ，肌注，第 2、4、6 天。连用 4~6 周为 1 疗程。

注意要点

(1) 食管鳞状上皮癌分 5 型：髓质型、蕈伞型、溃疡型、缩窄型和腔内型。

(2) 食管癌的临床病理分期标准。

(3) 食管手术后吻合口狭窄以及晚期食管癌、贲门癌患者因食管梗阻进食困难，最终导致营养不良、恶液

期别	病变长度	病变范围
早期	0	病变局限于粘膜层（原位癌）
	I	部分侵及肌层、无淋巴结转移（早期浸润癌）
中期	3 ~ 5cm	限于食管，尚无外侵，无淋巴结转移
	> 5cm	癌已外侵，或远处有转移
晚期	> 5cm	有明显外侵，或远处有转移

质而死亡。若采用食管支架技术后即能恢复进食功能。

(4) 食管癌的治愈需要完全根除肿瘤，姑息治疗不能完全根除癌，但

可较明显地改善吞咽困难。5年自然生存期约在10%以下，姑息治疗生存期约12~30个月。

63. 食管裂孔疝 (Hiatus Hernia)

诊断要点

(1) 多见于中老年人。

(2) 无症状或有饭后胸闷、胸骨后不适。

(3) 有反流性食管炎时可有上腹部或胸骨后疼痛，烧灼感，反酸嗝气。

(4) 有消化性溃疡或食管炎者可有呕血或黑便。

(5) 胃镜检查可见食管、胃交界处粘膜位置上移，并有不同程度的反流性食管炎征象。

(6) 食管钡剂 X 线检查，可见贲门或胃底部经食管裂孔凸入胸腔。

治疗要点

(1) 一般治疗：降低腹内压和减

少胃液反流。酌情给予解痉止酸药。

(2) 手术治疗：除疝修补外尚需防止胃液反流入食管。

(3) 放射治疗：直线加速器 (MHEELA) 治疗。

注意要点

(1) 餐后坐位休息或适当活动可减少食物反流。

(2) 保持大便通畅，治疗咳嗽，降低腹内压。

(3) 一般无症状的食管裂孔疝毋需治疗。有轻度返流性食管炎者可服用西米替丁、胃复安、乐得胃等。睡眠时抬高枕头 15cm，睡前 6 小时勿

进食，忌酒、烟。

64 . 缩窄性心包炎 (Constrictive Pericarditis)

诊断要点

(1) 一般无急性心包炎的病史。易倦、乏力和腹部增大，心前区不适、疼痛、心悸、呼吸困难和吐泡沫样痰。

(2) 颈静脉怒张，肝肿大，有腹水。有时可有紫绀，奇脉。心尖搏动减弱或消失，心音弱而远。

(3) X线检查心脏多呈三角形，心影可偏小或稍扩大，外缘较强直。心包可有钙化，上腔静脉影增宽。

(4) 心电图检查 QRS 波群呈低电压，T 波低平或倒置。

(5) 二维超声心动图检查见心包增厚，心包钙化，心搏明显减弱。

(6) 心导管检查见右心室舒张压早期即有明显升高，右心房及上、下腔静脉压增高。心排血指数低于正常。

治疗要点

(1) 一旦明确诊断，应及早手术治疗，解除心室纤维组织的包裹束

缚，以改善和恢复心脏舒缩功能。

(2) 术前给予高蛋白、低盐饮食，酌情输血。

(3) 若系结核，应先抗结核治疗，待病情控制后再考虑手术。

(4) 心包剥离切除术的径路：胸骨正中劈开切口；左胸前外切口经第4或第5肋间进胸；双侧前胸切口经左右两侧第4或第5肋间进胸。

注意要点

(1) 缩窄性心包炎可有心脏受压三联症：小而静的肝脏、静脉压增高、腹水。

(2) 术后要注意液体量，加强利尿，应用西地兰，充分给氧，预防低钾血症。

(3) 术后10~15年内约有5%~10%的病人可复发缩窄而需再手术。

65 . 风湿性心脏瓣膜病

(Rheumatic Valvular Heart Disease)

诊断要点

(1) 多有风湿热反复发作史。

(2) 二尖瓣狭窄可有心悸、气促和咯血，严重者有右心衰竭。心尖区有雷鸣样舒张中、晚期杂音，伴有震颤。有二尖瓣开放拍击音，肺动脉瓣第二音增强并分裂。

(3) 二尖瓣关闭不全可有乏力、头晕、心悸和气急，严重者可有右心衰竭。心尖部可闻及吹风样收缩期杂音，并向左腋下及背部传导。肺动脉瓣第二音亢进。

(4) 主动脉瓣关闭不全可有疲倦、昏晕、昏厥、气急和阵发性呼吸困难，偶有心绞痛。主动脉瓣区及胸骨右缘第2肋间可闻及舒张期叹息样

杂音，向左侧心尖部传导。主动脉瓣第二音减弱或消失。有水冲脉。

(5) 主动脉瓣狭窄可有疲倦、头昏、昏厥和心绞痛，严重者可有左心衰竭。主动脉瓣区有收缩期杂音，伴有震颤，且第二心音减弱。收缩压降低，脉压小。

(6) X线检查，心电图检查，超声心动图检查均有助于诊断。

治疗要点

(1) 代偿期应保持和改善心脏代偿功能，注意休息，积极防治风湿活动及链球菌感染。预防并发症。

(2) 失代偿期应去除诱因，控制

心功能不全。防治并发症。

(3) 手术疗法：可根据病情，选择时机行瓣膜分离术或人工心脏瓣膜置换术。

注意要点

(1) 临床上二尖瓣狭窄可分为 5 级：

0 级：仅有体征，劳动时无症状出现。

级：能进行一般日常工作，但在较重体力劳动时出现症状。

级：能进行一般轻工作，包括室内家务劳动，平时步行不受限制，

但疾步行走或以一般速度高登三层楼时出现症状。

级：在进行一般轻工作或家务劳动时出现症状。平地步行受到限制，不能超过 500 ~ 1 000 米。病人可有阵发性呼吸困难、肺水肿或端坐呼吸，或曾有右心衰竭的病史。

级：完全丧失劳动力，或至多能在室内做轻微活动，大多具有右心衰竭的表现。

(2) 有风湿活动者，应用药物控制 3 ~ 6 个月后再考虑手术。

66 . 法乐氏四联症 (Tetralogy of Fallot)

诊断要点

(1) 小儿出生后不久即有紫绀，可有昏厥。

(2) 发育瘦小，紫绀面容，舌色深蓝，杵状指（趾）。

(3) 在胸骨左缘第 2 ~ 4 肋间有收缩期杂音，伴有震颤。

(4) 红细胞计数增高。

(5) X 线检查见肺动脉圆锥部凹陷，心影呈靴形。

(6) 心电图有右心室肥大，劳损，部分右心房肥大，电轴右偏。

(7) 心导管检查导管由右心室进入左心室或主动脉，则可证明有室间隔缺损。

治疗要点

(1) 注意休息，防止过度活动和脱水。

(2) 如有缺氧发作可用：

吗啡 0.2mg/ kg，皮下或静脉注射。

心得安 0.1mg/ kg 加入 5% ~ 10% 葡萄糖液 20ml 内静脉缓慢注射。

(3) 手术疗法：

分流手术：锁骨下动脉—肺动脉吻合术；降主动脉—左肺动脉吻合术；升主动脉—右肺动脉吻合术；上腔静脉—右肺动脉吻合术。

根治手术：心内直视完全纠正术是在 25 ~ 30℃ 低温体外循环下进行。

注意要点

(1) 法乐氏四联症是一种紫绀型

先天性心血管复杂畸形。指肺动脉口狭窄，室间隔缺损，主动脉骑跨于室间隔上和右心室肥大。若再有房间隔缺损，则称为法乐氏五联症。

(2) 如有缺氧发作，禁用洋地黄类药物。因可加重右心流出道痉挛。

(3) 术后要注意血压和微循环的变化，防治低排量综合征。

67 . 肾脏创伤 (Injuries of the Kidneys)

诊断要点

(1) 伤侧腰部或上腹部疼痛，血尿，常伴有出血性休克。

(2) 局部可有压痛、叩击痛和肌紧张。肾周可触及肿块。

(3) X 线检查显示脊柱弯向伤

侧，肾影增大，腰大肌影模糊或消失。

(4) 排泄性泌尿系造影可见肾盏轻度变形或呈不规则阴影。肾盂破裂时造影剂可溢至肾外。

(5) 肾扫描图上可见放射性缺损区，肾轮廓不整齐。

(6) B超、CT检查可有助于诊断。

治疗要点

(1) 抗休克，防治感染。

(2) 凡遇下列情况应手术治疗：

开放性肾损伤。

严重出血，经输血输液无好

转。

有反复的大量血尿。

肾周包块继续增大。

合并腹腔内脏损伤。

严重局部感染。

造影见有肾动脉主干或较大分支断裂。

(3) 手术疗法：

肾周引流术：适用于尿、血外渗，有异物和感染者。

肾修补缝合或部分肾切除：适用于肾裂伤。

肾切除：适用于肾碎裂伤或严重的肾蒂裂伤。

注意要点

- (1) 作肾切除时，必须确定对侧肾脏正常。
- (2) 在剖腹探查中，如肾区血肿

不明显且血尿轻微，则不需切开肾固有筋膜探查肾，因其有包裹压迫止血作用。

68 . 输尿管创伤 (Injuries of the Ureter)

诊断要点

- (1) 有外伤史或有盆腔、腹腔手术史。
- (2) 血尿、尿外渗或伤口漏尿。双侧损伤可无尿。
- (3) 腹痛、腹胀、腹部压痛、腹肌紧张。有时触及肿块。
- (4) 染色膀胱镜检查，伤侧输尿管

管口无蓝色尿液外排。但见于尿漏液内。

- (5) 输尿管结扎后，肾图检查表现为梗阻性曲线。
- (6) 静脉肾盂造影可见造影剂外渗。

治疗要点

- (1) 外伤性输尿管损伤，应及时

探查处理。

(2) 术中发现有输尿管损伤者，应立即修补。

(3) 后期确诊输尿管损伤，则可先行肾造口术，治疗并发症，然后再择期手术。

(4) 手术损伤输尿管未及时发现，而是在术后 2~3 天才发现者，则应作尿外渗的引流或尿流改道，再

择期修复。

注意要点

(1) 输尿管创伤的及时诊断是保存肾功能和恢复正常尿路的重要因素。故必须认真检查，严密观察，及时处理。

(2) 3~6 月随访复查 1 次，观察有无输尿管狭窄及肾功能恢复情况。

69 . 膀胱创伤 (Injuries of the Bladder)

诊断要点

(1) 膀胱挫伤时可有下腹部不适，膀胱区坠痛，并有轻微的血尿。

(2) 膀胱破裂时可有下腹部疼痛，排尿障碍和血尿。

(3) 伴有耻骨联合的骨折，可有

出血性休克。

(4) 合并有邻近器官损伤也可有膀胱阴道瘘和膀胱肠瘘。开放性损伤常从伤口流尿。

(5) 导尿时导尿管插入膀胱，可导出血尿。若注入生理盐水，则抽出甚少。

(6) 逆行性膀胱造影时可见造影剂溢出膀胱之外。若注入空气，则在腹膜内膀胱破裂时可见腹腔内有游离的气体。

治疗要点

- (1) 抗休克、抗感染治疗。
- (2) 手术修补膀胱：耻骨上膀胱

造口或留置导尿管引流膀胱，手术区放置引流。

注意要点

- (1) 膀胱破裂可分为：

腹膜外破裂：多发生在骨盆骨折者。尿外渗局限于膀胱周围组织，引起腹膜外盆腔蜂窝组织炎。膀胱颈破裂合并骨盆骨折可有腹膜外广泛出血和巨大血肿。

腹膜内破裂：多在膀胱顶部和后壁破裂，尿液可进入腹膜腔而引起腹膜炎。

- (2) 若并发严重盆腔损伤发生大出血时，可先结扎髂内动脉。

(3) 在盆腔手术时，对可疑囊状物不要轻易切开，应先作穿刺，鉴别

是否是膀胱，以免误伤。

70 . 尿道创伤 (Injuries of the Urethra)

诊断要点

(1) 骨盆骨折和会阴部损伤后有尿道出血。严重者可伴有出血性休克。

(2) 伤处疼痛，不能排尿。

(3) 会阴部或耻骨上区肿胀，压痛。有尿外渗时尤甚。膜部尿道破裂时，作肛门指诊检查可发现直肠前壁饱满，有触痛，前列腺上移且活动度加大。

(4) 导尿管多数不能插入。若能插入膀胱，则尿液色泽仍正常。

(5) 尿道造影时可见造影剂外渗。

治疗要点

(1) 尿道损伤的治疗原则是：积极抗休克；防治感染；解除排尿困难和尿潴留；引流尿外渗；恢复尿道的连续性；预防尿道狭窄；处理合并伤。

(2) 选用 12 ~ 14 号导尿管插入膀胱，留置导尿 2 周。

(3) 手术疗法：适合于导尿失败者。

后尿道损伤：将膀胱切开后，作尿道断端会合术。

前尿道球部损伤：经会阴部切开找到尿道的破裂处或断端，予以缝合或做断端吻合术。并同时做耻骨上膀胱造口术。

对有尿外渗者，均应切开引流。

注意要点

(1) 后尿道损伤伴有骨盆骨折时应同时做骨盆牵引或下肢牵引治疗。

(2) 尿道扩张术应每周 1 次。开始时用 16 至 18 号金属尿道探子。扩张数次后，探子可增粗，扩张时间可延长至每 2 周、4 周以至几个月 1 次。

(3) 后尿道憩室一般继发于炎症和外伤后，表现为 3D：即滴尿 (dribbing)、性交困难 (dyspareunia) 和排尿困难 (dysuria)。

71 . 肾周炎及肾周脓肿

(Perinephritis and Perinephric abscess)

诊断要点

(1) 肾感染的临床表现加重，有体温升高、局部疼痛加剧、肌肉痉挛和压痛加剧。

(2) 可刺激同侧腰大肌而使髋关节屈曲，腰部及下肢活动受限。

(3) 血白细胞及中性粒细胞计数增高。血培养可阳性。尿常规检查多为正常。

(4) X线腹部平片，脊柱弯向患侧，腰大肌及肾影模糊，患侧膈肌升

高。

(5) B超和CT检查有助于诊断。

(6) 脓肿形成时，穿刺可抽出脓液。

治疗要点

(1) 非手术疗法：适合于未形成脓肿时。

青霉素 80 万 u，2/ d，肌注。

庆大霉素 12 万 u，2/ d，肌注。

局部热敷或理疗。

(2) 手术疗法：脓肿已形成，则应切开引流。

注意要点

(1) 肾周围炎主要是从肾感染直

接蔓延所致，故对肾感染的治疗应予重视。

(2) 肾周围炎本身并不引起尿内变化，但同时有肾的感染时，则尿内有脓细胞。

72. 急性膀胱炎 (Acute Cystitis)

诊断要点

(1) 突然尿频、尿急和尿痛。

(2) 会阴部及耻骨上区不适和疼痛，并向股部、下背部放射。

(3) 肉眼终末血尿或全程血尿，也可有尿混浊或脓尿。

(4) 耻骨上区有压痛。

(5) 尿液镜检有红细胞、白细胞或脓细胞，尿细菌培养阳性。

治疗要点

(1) 选用有效抗生素：

呋喃坦啶 0.1, 3 ~ 4 d, 口服。

庆大霉素 12 万 u, 2/ d, 肌

注。

羧苄青霉素 1.0, 4/d, 肌注。

(2) 急性期每日饮水量 > 3 000ml, 保持尿量 > 1 500ml。

(3) 注意会阴部卫生。

注意要点

(1) 女性患者便后用手纸时不宜向前擦, 以免阴道分泌物污染尿道口。

(2) 急性膀胱炎治疗要彻底, 否则易复发。

73 . 肾结核 (Renal Tuberculosis)

诊断要点

(1) 多见于中青年, 有进行性尿频、尿急和尿痛、脓尿和血尿。

(2) 尿液检查为酸性尿, 有少量蛋白, 可见有红细胞、白细胞或脓细胞。

(3) 24 小时尿中可查到结核杆菌。普通尿培养为阴性。

(4) 膀胱镜检查可在—侧输尿管口附近有粘膜充血, 粟粒样结核结节或溃疡。

(5) 逆行性肾盂造影可见肾盏边

缘不整齐，如虫蛀状或有空洞形成。晚期患侧不显影，对侧肾和输尿管可有积水现象。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

加强营养，注意休息。

联合用第一组药物。链霉素开始肌注 1.0/d，1~3 月后改为 2/周，每次 1.0；对氨基水杨酸钠 9.0~12.0/d，分 3~4 次口服；异烟肼，300mg/d，顿服。一般疗程为 2 年。

第一组药物无效时，则可用第二组药物。利福平 0.45~0.6/d，空腹顿服；乙胺丁醇 0.8~1.0/d，顿

服；异烟肼 300mg/d，顿服。一般疗程为 9 个月至 1 年。

也可选用第三组药物。利福平 0.45~0.6，1/d，口服；异烟肼 300mg，1/d，口服；吡嗪酰胺 1.0，1/d。连续 2 个月。然后改为利福平 0.9，吡嗪酰胺 1.5，连续 4 个月。

(2) 手术疗法：

肾切除术：适合于肾已完全丧失功能，有严重的继发感染，大出血，高血压。但对侧肾脏正常者。

部分肾切除：病变局限于肾的一极，病灶与肾盂相通者。

空洞切开清除：适应与肾盂不

相通的结核脓肿。

矫正输尿管狭窄手术。

注意要点

(1) 肾结核是继发性疾病，原发病灶几乎都在肺内。

(2) 肾结核发展到临床阶段是进行性病变，不经治疗不能自愈。

(3) 肾切除前需用抗结核药治疗1个月。

74. 附睾结核

(Tuberculosis of the Epididymis)

诊断要点

(1) 多见于青壮年，且有泌尿系或其他器官结核病灶。

(2) 附睾尾部有硬结。输精管有串珠状结节。

(3) 急性发作时附睾和睾丸明显

肿胀、疼痛，且伴有发热。

(4) 也可形成寒性脓肿，穿破后成为经久不愈的窦道，或时而闭合时又复发。

治疗要点

(1) 非手术疗法：急性期或早期

以抗结核治疗为主。

异烟肼 0.1, 3/d, 饭后服。

链霉素 0.5, 2/d, 肌注。

对氨基水杨酸钠 3.0, 3/d, 饭后服。

(2) 手术疗法: 病变较重或已形成寒性脓肿时, 可作附睾切除术或附

睾结核病灶清除术。

注意要点

(1) 附睾结核常在附睾尾部, 手术时应尽量保留睾丸组织。

(2) 要注意对其他器官结核的治疗。

75 . 肾、输尿管结石

(Renal Calculus、Ureteral Calculus)

诊断要点

(1) 腰部或上腹部阵发性绞痛, 并向下腹部及外阴部放射。常伴有面色苍白、出冷汗和虚脱。

(2) 肉眼或镜下可见血尿。

(3) X 线腹部摄片可见结石阴影。

(4) 排泄性泌尿系造影可确定结

石的部位，了解双肾的功能及有无狭窄、畸形。

(5) 核素肾图、B超和CT均有助于诊断。

治疗要点

(1) 非手术疗法：适用于结石 < 0.5cm，光滑，无并发症者。

多饮水。每日 2 000 ~ 3 000ml。

中医中药：金钱草 30g，石苇 30g，车前子 30g，海金沙 30g，冬葵子 15g，川牛膝 9g，厚朴 9g，枳壳 9g，王不留行 9g。每日 1 剂，早晚分服。

辅助运动：在镇静解痉和中药治疗下做跑跳等活动。

溶石疗法：逆行或经皮导管插入肾盂，用 EDTA—3Na，Renacidin 液等冲洗溶石。

经皮超声碎石 (PUL)：经肾镜插入超声探头，直接击碎结石，并冲吸出碎屑。

经皮电液压碎石 (PEL)：适合于 > 1.5cm 的结石。

体外高能聚焦水中冲击波碎石。

输尿管套石：适用于直径 < 0.8cm 的输尿管下 1/3 结石。

(2) 手术疗法：

肾盂或肾窦切开取石。

肾实质切开取石：适合于鹿角状结石。

肾部分切除：适合于肾上、下两极多发结石及引流不畅的患者。

离体肾剖开取石及自体肾移植术：适用于复杂鹿角状结石。

肾切除：肾功能损害严重或伴有严重感染，而对侧肾正常者。

输尿管切开取石：结石直径 > 1.0cm，表现粗糙呈桑椹状或多角形结石。

注意要点

(1) 双侧肾结石引起梗阻或患者唯一的肾发生梗阻，可出现急性无尿。有时由于肾—肾反射，单侧肾结石梗阻也可以引起急性无尿。

(2) 泌尿系统结石引起的损害主要是梗阻、感染和直接对粘膜的损伤。

(3) 输尿管有 5 个狭窄部位：
肾盂输尿管连接部。
输尿管与髂血管交叉处。
输尿管与男性输精管和女性宽韧带底部交叉处。
输尿管进入膀胱壁的外缘。
输尿管的膀胱壁段。

76 . 肾肿瘤 (Tumors of the Kidney)

诊断要点

(1) 多在 40 岁以上，有无痛性全血尿。血尿可自行停止，也可反复发作。

(2) 腰部有隐痛。在腰部或腹部可有质地坚硬、表面不平之肿块。

(3) 小儿可有发热、高血压。

(4) 排泄性或逆行性泌尿系造影可见肾外形增大，肾盂肾盏拉长、受压、变形或破坏，出现所谓蜘蛛足现象。

(5) 肾动脉造影可见病理血管

象。

(6) B 超、CT 和核磁共振检查有助于诊断。

治疗要点

(1) 早期行根治性肾切除。

(2) 肾母细胞瘤在术前术后均应行放射治疗 (直线加速器) 。

(3) 化学疗法：

甲孕酮 (Farlutal) 500mg, 1 ~ 2/ d, 口服。

MFV 方案：硫酸长春新碱 0.75mg/ m², 静注, 第 1 天；自力霉

素 $8\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；氟脲嘧啶 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 ~ 5 天。每 4 周重复 1 次。

AHVM 方案：阿霉素 $25\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；羟基脲 $10\text{mg}/\text{kg}$ ，静注，第 1 ~ 6 天；硫酸长春新碱 $5\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1、8 天；安宫黄体酮 200mg ，肌注，第 21、25、28 天。每 4 周重复 1 次。

美可治 (Megace) $160\text{mg}/\text{d}$ ，1 次或分次口服。

(4) 肾动脉栓塞：用丝裂霉素 C 微囊或有放射性的¹²⁵ 颗粒栓塞。

注意要点

(1) 肾肿瘤常见的是肾癌、肾盂癌和肾母细胞癌 (Wilms 瘤)。

(2) 3 ~ 6 个月随访一次，检查有无腹部及肺转移。

(3) 肾图：

正常图形：肾图曲线分三段。第 1 段：静脉注射¹³¹ - 邻碘马尿酸钠 0 ~ 1 分钟后，曲线急剧上升，表示肾脏及其周围组织的血管放射性。第 2 段：继第 1 段之后，放射性持续上升，在 3 ~ 6 分钟达到高峰，表示肾血流量和肾小管功能。第 3 段：高峰后放射性逐渐下降，30 分钟时已降至高峰的 50% 以下，表示示踪物

质从肾区排出。两侧肾图高峰的高度基本相仿。

临床意义：a. 估价肾功能：若曲线维持于低水平，略有递降，且无高峰则表示肾脏无功能。若曲线上升缓慢，高峰较低，则表示肾脏功能受阻。b. 尿路梗阻：曲线持续缓慢上升，排泄缓慢或无下降，则表示尿路梗阻，肾盂积水。c. 肾血管性高血压过筛试验：单侧肾动脉狭窄，影

响病侧肾脏血流量和分泌功能，高峰较正常侧低。d. 肾移植排斥反应时，首先第3段下降减慢，继之第2段降低。

(4) 肾脏移位的程度可分三级：级：肾脏仅下极可以触知，移位程度很小；级：能触及整个肾脏，肾脏容易移动，但移动范围不超过正中线；级：一侧或两侧肾脏都能移动，且范围很大，可超过正中线。

77. 膀胱肿瘤 (Tumors of the Bladder)

诊断要点

(1) 多见于40岁以上男性。

(2) 肉眼血尿，常伴有尿频、尿急和尿痛。尿中带有“腐肉”，可有

排尿困难、尿线中断或尿潴留。

(3) 下腹部肿块，质硬且固定。

(4) 尿脱落细胞检查可见癌细胞。

(5) 膀胱造影检查呈现充盈缺损，壁僵硬。

(6) 膀胱镜检查可见肿瘤的形态、大小和位置。取活检有助于诊断。

(7) B超、CT检查可协助诊断。

治疗要点

(1) 手术疗法：

膀胱切开电灼或电切除。适于少数带蒂乳头状瘤或浸润浅的小乳头

状瘤。

膀胱部分切除：适于浸润较浅，并局限于膀胱顶部或侧壁的癌肿。

全膀胱切除：适于膀胱颈部及三角区附近癌，多发性癌，体积大浸润深的癌和复发癌。

(2) 化学疗法：

氟铁龙 800 ~ 1 200mg/ d，分3 ~ 4次口服。

拉司太特 175 ~ 200mg/ d，连续口服5天。

威猛：每个疗程总剂量300mg/ m²，给药3 ~ 5日。

膀胱内灌注药物化疗：a. 噻替哌 30~60mg，溶于生理盐水 60ml 中灌注，1/1~2 周，共 4~8 次。以后 1/4~6 周，至少维持 1 年。b. 自力霉素 15~20mg 灌注，2/周，10 次为 1 疗程。

全身化学药物治疗：a. MFV 方案：硫酸长春新碱 $0.75\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；自力霉素 $8\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；氟脲嘧啶 $400\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1~5 天。每 4 周重复 1 次。b. FA 方案：氟脲嘧啶 $500\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天；阿霉素 $50\text{mg}/\text{m}^2$ ，静注，第 1 天。每 3 周重

复 1 次。

(3) 放射治疗：⁶⁰钴体外照射或回旋加速器照射。

(4) 中医中药：龙蛇羊泉汤：龙葵 30g，蛇莓 15g，白英 30g，土茯苓 30g，海金沙 9g，灯心草 30g。每日 1 剂，早晚分服。

(5) 免疫治疗。

杞宝胶囊 30mg，2/ d，口服。

干扰素 100 万 u，1~3/周，肌注。

注意要点

(1) 膀胱肿瘤由上皮细胞发生的有移行上皮肿瘤、腺癌和鳞癌。由非

上皮细胞发生的如结缔组织、平滑肌、血管、淋巴管、神经等的纤维肉瘤、平滑肌肉瘤、血管瘤、淋巴肉瘤和嗜铬细胞瘤。

(2) 膀胱肿瘤可直接扩展至膀胱周围脂肪和有淋巴结转移。远处转移依次为肝、肺、骨、腹膜、皮肤等。

直肠、子宫、卵巢、前列腺、胃、乳腺和肺的恶性肿瘤也可直接浸润或转移至膀胱。

(3) 膀胱肿瘤大出血时可用垂体后叶素 10 ~ 24u 加入生理盐水 50ml 中，经导尿管或膀胱造瘘管注入膀胱，保留 20 ~ 30 分钟。

78 . 前列腺增生 (Hypertrophy of Prostate)

诊断要点

- (1) 55 岁以上男性。
- (2) 夜尿次数增加，有进行性排尿困难或尿潴留。也可有血尿。
- (3) 并有感染时则有腰痛、高热

和全身中毒表现。

- (4) 肛门指诊检查前列腺两侧叶增大，表面光滑，边界清楚，中央沟消失。硬度中等，有弹性，无结节。
- (5) 膀胱镜检查见前列腺中叶或

侧叶向膀胱内突出，膀胱壁可有小梁、小凹或憩室。

(6) B超检查可有助于诊断。

治疗要点

(1) 非手术疗法：下列药物可选用。

己烯雌酚 2~3mg，睡前服，1个月为1疗程。

酚苄明 20mg，3/d，口服。

克念菌素 70mg，1/d，2~3月为1疗程。

己烷雌酚 5mg，2/周，肌注。

安尿通胶囊 1~2粒，3/d。

前列舒片 0.3，2/d。

前列康片 3~4片，3/d。

保列治 (Proscar) 5mg，1/d。

高特灵 (Hytrin) 2mg，3/d。

① 益列康宁 1片，3/d。

(2) 手术疗法：前列腺摘除术。适合于严重排尿困难，残余尿 > 50ml，经治疗无效者；前列腺增生伴有膀胱内结石、憩室、肿瘤者；有急性尿潴留或出血者；因尿路梗阻而并有泌尿系感染和肾功能损害者。

注意要点

(1) 正常前列腺横径为 3~4cm，纵径为 3cm，中间沟清楚。

(2) 老年人有膀胱炎、结石或肾

功能不全时，即使无明显的排尿困难，也应注意前列腺有无病变。

79. 鞘膜积液 (Hydrocele Tunica Vaginalis)

诊断要点

- (1) 阴囊内肿块，逐渐长大或时大时小。呈囊性，有坠胀感。
- (2) 透光试验阳性。
- (3) 穿刺可抽出液体。
- (4) B超可协助诊断。

治疗要点

- (1) 婴儿型鞘膜积液一般在2岁以内自行消退。
- (2) 成人鞘膜积液须行鞘膜部分

切除或翻转缝合术。精索鞘膜积液可全部剥除。交通性鞘膜积液，须行鞘状突高位结扎。

注意要点

- (1) 鞘膜积液分为睾丸鞘膜积液、先天性鞘膜积液、婴儿型鞘膜积液、精索鞘膜积液。
- (2) 一般穿刺抽液后即复发，并无效果。若注射硬化剂，则必须注射在鞘膜腔内，并要确认与腹腔不相

通，否则后果严重。

80 . 精索静脉曲张 (Varicocele of Spermatic Cord)

诊断要点

(1) 多见于 20 ~ 30 岁成年人。

(2) 多发生于左侧，阴囊内有肿物，有坠胀感，久站加重。

(3) 患侧阴囊低垂，可触及软体虫样团块，平卧时消失。不能消失者多为继发性。

治疗要点

(1) 无明显症状且能生育者，一般毋需特别治疗。

(2) 症状明显、婚后不育或精液异常者则应手术治疗。

精索内静脉高位结扎术。

精索内静脉—腹壁下静脉端端吻合术。

精索静脉切除术：适合于病程长而静脉硬化者。

阴囊部分切除术：适合于阴囊下垂严重者。

注意要点

(1) 精索静脉曲张时可有精子数少，活动度降低，形态不正常。

(2) Valsalva 试验：患者站立，

关闭声门用力屏气增加腹压，阻滞静脉回流，可发现精索静脉曲张。

81 . 肱骨骨折 (Fracture of Humerus)

诊断要点

(1) 局部压痛，肿胀，成角畸形。

(2) X 线摄片可确定骨折部位、类型及移位情况。

上 1/3 及中上 1/3 骨折位于三角肌止点之上，骨折近端向前内，远端向外上移位。

中 1/3 骨折位于三角肌止点以

下，骨折近端向外前，远端向上移位。

(3) 中 1/3 及中下 1/3 骨折，易伤及桡神经，常有腕下垂、前臂主动旋后运动障碍，手指的掌指关节不能主动伸直及拇指不能外展。

治疗要点

(1) 非手术疗法：多用闭合复位夹板局部固定和功能支架治疗。

手法复位小夹板固定：适用于各种类型的肱骨干骨折。

功能支架法：适用于各种类型骨折。骨折初期用石膏绷带或石膏管型固定 1 周左右，然后佩带塑料支架。

(2) 手术疗法：切开复位内固定法。适用于严重开放性骨折合并桡神经损伤，在处理神经血管的同时，进行复位内固定。

注意要点

(1) 桡神经损伤的典型症状是腕下垂和伸拇、伸掌指关节功能丧失。

(2) 若疑有桡神经断裂应尽早手

术探查，同时做手术内固定。

(3) 骨折整复后要求达到：骨折无旋转移位；成角不大于 15 度；肢体短缩不超过 2cm；骨折断端至少有 1/3 接触。

(4) 反复多次或进行强行手法复位易造成重要血管和神经的损伤，锐利的骨折断端或碎骨片是祸首。如肱骨骨折时易损伤桡神经，肱骨外科颈骨折易损伤腋动脉等。还可损伤局部软组织和骨外膜，引起广泛性出血及软组织反应性水肿，不利骨折愈合。

(5) 儿童骨折具有愈合快、重塑能力强的特点，某些畸形可在生长发

育中自行矫正。如婴儿肱骨骨折、股骨骨折等，无论对位对线如何，均能自行矫正。故在整复时可允许轻度重

叠或成角（骨干对位 $1/4$ ，重叠在 2cm 以内，成角在 10 度以内）。

82 . 孟氏骨折 (Monteggia Fracture)

诊断要点

(1) 肘部和前臂疼痛、肿胀，尺骨成角畸形。

(2) 可触及脱位的桡骨小头，旋转及伸屈时功能障碍。

(3) X 线摄片可确定骨折情况及类型。

治疗要点

(1) 非手术疗法：绝大多数可用

手法复位、夹板局部固定的方法治疗。

(2) 手术疗法：国外对成年人多数主张做尺骨切开复位。对尺骨骨折用加压接骨板或三棱髓内针内固定，桡骨头手法复位治疗。

注意要点

(1) 孟氏骨折即尺骨上 $1/3$ 骨折并桡骨小头脱位。可分为伸直型、屈

曲型、内收型和特殊型。

(2) X线摄片时应包括肘关节，以免漏诊。正常桡骨头与肱骨小头相对，桡骨干纵轴线向上延长，一定通

过肱骨小头的中心。

(3) 肘关节在屈曲位固定 2~3 周后开始功能锻炼。且前臂应保持在中立位，否则可影响骨折的愈合。

83 . Colles 骨折 (Colles Fracture)

诊断要点

(1) 有前臂旋前，腕背屈位着地之外伤史。

(2) 腕部肿胀、疼痛。

(3) 骨折多为横断，老年人常波及关节面。

(4) 骨折移位明显者腕呈典型“餐叉”样畸形。

(5) X线摄片可显示骨折情况。

治疗要点

(1) 复位：判定骨折复位，须达到下列标准：

桡骨茎突应位于尺骨茎突远侧 1~1.5cm。

桡骨远端背侧平坦，掌侧弧形凹陷恢复。

手不桡偏，尺骨小头位置正常，手指活动良好。

X线显示桡骨远端关节面恢复 5° ~ 15° 的掌侧倾斜。

(2) 固定：

夹板固定法：前臂保持中立位，三角巾悬挂胸前。

石膏固定法。

穿针固定法：严重骨折粉碎，

桡骨下端关节面下陷。

注意要点

(1) 一般外固定4~6周，穿刺固定6~8周。

(2) 与Colles骨折相反的是Smith骨折。常是腕掌屈位摔倒，手背着地。骨折远端向掌侧移位，近端向背侧移位。手外表呈锤状畸形。

84. 前臂尺桡骨双骨折

(Fracture of Radius and Ulna)

诊断要点

(1) 有外伤史。

(2) 前臂肿胀，疼痛剧烈，成角畸形，前臂功能障碍。有时可有骨擦

音。

(3) X线摄片应包括上下关节，可确定骨折类型及脱位和旋转畸形情况。

治疗要点

(1) 治疗时要注意对骨折的重叠、旋转、成角及移位的矫正，恢复两骨的等长及固有的生理弧度。

(2) 对成人前臂双骨折一般主张切开复位内固定，但也可采用“分骨”手法复位。

(3) 复位后常用的固定方法：

小夹板局部外固定法。

长臂石膏管型固定法。

髓内针固定法。

切开复位内固定法。

注意要点

(1) 整复方法包括牵引、分骨、折顶、提按、摇摆和按摩等步骤。

(2) 尺桡骨双骨折可发生下列并发症：前臂骨—筋膜室综合征（肢端感觉迟钝，严重疼痛，手指僵硬，触之即疼，难以忍受）；感染；骨折愈合慢或有畸形及交叉愈合现象；前臂旋转受限。

(3) 前臂骨为非负重骨，其所受到的生理应力刺激较小，再加上固定器械的应力遮挡作用，因此，骨愈合

过程较慢，易发生术后再骨折。

(4) 尺神经在腕部受到压迫称之为尺管综合征。型是感觉与运动神经纤维同时受压，症状类似于腕管综

合征。只不过表现在腕及手的尺侧而已。型是尺神经深支受压，表现为尺神经所支配的肌肉萎缩。

85 . 股骨颈骨折

(Fracture of Neck of Femur)

诊断要点

(1) 多见于老年人，有外伤史或无外伤史。

(2) 患侧髋关节活动时疼痛剧烈。

(3) 患肢呈典型的短缩、屈曲、内收和外旋畸形。

(4) 大转子向上移位。按压股三角区或叩击大转子时可有疼痛。

(5) 外展型或中间型骨折时仍可步行、骑车。

(6) X 线摄片可明确诊断及类型。

治疗要点

(1) 外固定法：适合于外展型者，对于中间型骨折如无手术条件时也可采用。患肢皮肤牵引 3~6 周。

(2) 手术疗法：仍为主要治疗方法。

复位内固定：三刃钉内固定，多针内固定，AO 拉力螺丝钉加压内固定，套筒式 Richard 螺丝钉及侧板内固定。

切除股骨头，人工置换。

注意要点

(1) Garden 分型： 型为不完全骨折； 型为完全骨折而无错位； 型为骨折部分错位，股骨头外展，

股骨颈段轻度外旋及上移； 型为完全错位，股骨颈段明显外旋及上移。

(2) 凡有高度怀疑股骨颈骨折，虽 X 线未能证实，则仍应按骨折处理，卧床 2~3 周后再摄片复查。

(3) 外展型经中间型转化为内收型的过程均为骨折远端外旋、内收、上移而完全错位，多数病例在后外侧均有近似蝶形的骨折片。

(4) 传统习惯多以骨折未超过 3 周者为新鲜骨折，超过 3 周者为陈旧骨折。

(5) 对年老体弱者，在治疗骨折中应以愈合为标准，不影响肢体的主

要功能为原则。因老年人难以忍受强 | 求复位所带来的刺激和痛苦。

86 . 胫腓骨骨干骨折

(Fracture of Shaft Both Tibia and Fibula)

诊断要点

- (1) 有外伤史。
- (2) 小腿疼痛、肿胀、畸形及功能障碍。
- (3) 压痛明显，可有骨擦音。
- (4) X线摄片可明确骨折类型及移位情况。

治疗要点

- (1) 闭合性胫腓骨骨折，常可手法整复而采用保守治疗。

长腿石膏管型固定：用于横断、短斜行骨折。

U形石膏：用于较低位的骨折。

切开复位：用于不稳定的长斜形、螺旋形骨折。

- (2) 开放性胫腓骨骨折：
彻底清创。

TAT 1 500u，肌注。

青霉素 80 万 u，1/ 8h，肌注。

庆大霉素 12 万 u, 2/ d, 肌注。

有效的骨折固定。

酌情行一期闭合伤口或延迟闭合。

注意要点

(1) 最重要的并发症是骨筋膜室综合征。这是由于骨筋膜室内的压力增高, 局部循环障碍, 导致肌肉缺

血、坏死、神经麻痹。早期减压是唯一正确的处理方法。

(2) 胫骨中 1/3 最细弱, 为骨折的好发部位。胫骨的营养血管孔位于骨干后上方, 骨干下部无肌肉附着, 故骨折发生在骨干下部时, 因局部血液循环不良, 易发生迟缓愈合或不愈合。

87. 膝关节半月板损伤

(Injuries of Semilunar Cartilage)

诊断要点

(1) 多见于青壮年, 有典型的外

伤史, 常是膝关节突然旋转或跳起落地时扭伤。

(2) 膝部疼痛、肿胀。

(3) 关节交锁。

(4) 无力和打软腿。

(5) 关节弹响。

(6) 慢性期主要是股四头肌萎缩，关节间隙压痛，过伸或全屈试验阳性。

治疗要点

(1) 交锁期：应解锁。患者仰卧，术者用一手握其足，另一手固定膝，先于全屈位来回旋转小腿，当能旋转达正常范围时，突然伸直膝关节，即可解锁。也可在小重量皮牵引下解锁。

(2) 急性期：局部可热敷，理疗。积极锻炼股四头肌和直腿抬高。关节内积液多时可酌情抽出。

(3) 慢性期：一经确诊则应手术切除。可行半月板切除或关节镜下切除。

注意要点

(1) Mc Murray 试验：患者膝全屈时，将小腿外旋和外展，在逐渐伸直过程中出现弹响和疼痛为阳性。表示有内侧半月软骨损伤。

(2) Apley 试验：患者俯卧，屈膝。术者握足踝部，向下挤压同时旋转胫骨有疼痛为阳性。外翻位挤压

时，检查外侧半月软骨。内翻位挤压时，检查内侧半月软骨。

(3) 旋转挤压试验：即将患者的下肢置于内收（或外展）位，同时内（外）旋位，自极度屈曲位逐渐被动伸直，以检查在此过程中出现的疼

痛、弹响及弹动感。有者为阳性。

(4) 膝关节重力试验：患者侧卧，使患肢悬空，做膝关节自主伸屈活动，由于小腿的重力作用，挤压居下的半月软骨引起弹响和疼痛为阳性。

88 . 骨盆骨折 (Fracture of Pelvis)

诊断要点

(1) 多有直接暴力之外伤史。如交通事故、塌方、重力挤压等。

(2) 局部有挫伤、肿胀，可有血肿、疼痛和压痛明显。

(3) 骨盆挤压与分离试验阳性。

(4) 翻身、坐起、站立和行走困难。

(5) 可合并膀胱、尿道、直肠损伤及腹膜后血肿而导致休克。

(6) X 线摄片可明确骨折部位、类型及移位情况。

治疗要点

(1) 注意周身情况，有休克时应积极抢救。如同时有其他脏器损伤而危及生命时，则应首先处理。

(2) 骨盆两处以上骨折且有明显移位者，应予复位，双侧膝上髌人字石膏固定或骨盆兜夹板固定。

(3) 对腹膜后出血，应密切观察，进行输血、输液。若经抢救未见休克好转，血压继续下降，脉搏细速，则可在电视 X 线机监视下经股动脉做两侧选择性髂内动脉栓塞术。

注意要点

(1) 骨盆骨折按骨盆环完整性受损的程度可分为：无损于骨盆环完整性的骨折；骨盆环一处断裂的骨折或损伤；骨盆环两处以上断裂的骨折；髌臼骨折，包括股骨头中心性脱位。

(2) 常见的并发症有：腹膜后血肿，膀胱或尿道损伤，直肠损伤，神经损伤。

(3) 骨盆挤压与分离试验：患者仰卧，检查时将两手按压患者骨盆前上棘处，向内挤压或向外分离，如引起骨盆部或骶髂关节部疼痛者为阳性。

89 . 脊柱脊髓损伤

(Injuries of the Columna Vertebralis and Spinal Cord)

诊断要点

- (1) 有外伤史。
- (2) 脊柱局限性疼痛和运动障碍。
- (3) 局部肿胀、压痛、畸形，可合并尿潴留、大便失禁和下肢瘫痪。
- (4) X 线摄片常可见椎体有压缩、裂缝、粉碎或移位；关节突、横突或棘突有骨折；椎间隙有变窄；棘突间距不等。

(5) CT 检查，奎氏试验及脊髓造影有助于诊断。

治疗要点

- (1) 保持脊柱平直，垫上硬板。合并截瘫者应垫上柔软褥垫。
- (2) 单纯性脊柱骨折脱位，可给予复位、固定及酌情功能活动。
- (3) 脊髓伤的治疗原则：
消除对脊髓的压迫。
有脊髓休克者以非手术疗法为

主，密切观察病情。

脊髓完全性横断伤不宜行减压术，但对不稳定之骨折可行内固定术。

损伤早期应予脱水：地塞米松 10 ~ 20mg，静滴，1/ d；50% 葡萄糖液 40 ~ 60ml，静注 1/ 6 小时。

预防呼吸道和尿道感染、褥疮和静脉血栓形成。

全身支持疗法。

四肢的功能活动与功能重建。

注意要点

(1) 对疑有脊柱骨折脱位者，切不可随意搬动或作脊柱屈伸活动的试验。以免加重脊髓的损伤而造成严重的后果。

(2) 脊髓完全断离时，伤后立即出现脊髓休克症状：断离髓节支配以下的肌肉完全陷入弛缓性麻痹状态、深浅反射及病理反射消失，各种感觉消失，直肠和膀胱括约肌功能障碍，血压下降，脉搏频数。脊髓的休克状态在对症治疗下，2 ~ 3 周后可逐渐恢复。

90 . 肩关节脱位 (Dislocation of Shoulder)

诊断要点

(1) 有外伤史，多发生在 20~50 岁之男性。

(2) 肩部疼痛，肿胀及压痛，呈“方肩”畸形，在喙突、锁骨下或腋窝处可触及脱出的肱骨头。

(3) 肩关节弹性固定，杜加(Dugas)氏征阳性。

(4) X 线摄片可明确脱位类型及有无骨折。

治疗要点

(1) 新鲜肩关节脱位，多在局麻或全麻下手法复位。

牵引推拿法：一助手用一宽大布带绕过胸背向健侧牵拉；另一助手用布带通过腋下套住病人上臂并向上向外牵引且内收。在三人协同做徐缓持续的牵引，肱骨头可自动复位。若不能自动整复时，术者用一手在腋下将肱骨头向关节盂内推动还纳。

手牵足蹬（Hippocrates）法：患者仰卧，术者坐于患侧，双手握住

患肢腕部，并用足底伸入患侧腋下，右肩用右足，左肩用左足。术者在蹬住腋部的姿势下，徐徐向上牵引伤肢，同时向外旋转，肱骨头可自锁骨下、喙突下或孟下离开，自关节囊的破口滑入关节孟内。

Kocher 法：患者仰卧，术者立于患侧，以右肩关节脱位为例。第一步：术者用右手把住患肢肘部，左手握住患肢手腕，以右手徐徐向下牵引，并同时外展，外旋上臂，松开胸大肌的紧张，使脱位的肱骨头回到关节孟的前上缘。第二步：在上臂外旋和牵引的位置下，逐渐内收其肘部，

使与前下胸壁相接触，此时肱骨头已由关节孟前上缘向外移动，将关节囊的破口扩大。第三步：在上臂高度内收的位置上，迅速地内旋上臂，肱骨头在内旋时，可通过扩大的关节囊破口滑入关节孟内，此时可听到肱骨头滑动的声音。

悬垂牵引法：适用于年老体弱有麻醉禁忌证者。

(2) 陈旧性肩关节脱位：仍以手法复位为首选的方法，但应谨慎。

(3) 青壮年从事体力劳动，脱位时间在 1~2 月以上，功能明显受损，手法复位失败，或合并血管神经损伤

或合并骨折、关节周围有骨痂、骨折块嵌在关节盂内等，则须考虑手术治疗。

(4) 习惯性肩关节脱位可酌情作肩胛下肌关节囊重叠缝合术，肩胛下肌抵止点外移术，喙突植骨延长及关节囊紧缩术，肱骨近端截骨术、肩胛盂颈截骨术。

注意要点

(1) 肩关节前脱位根据脱位后肱骨头所在部位，可分为喙突下脱位，盂下脱位和锁骨下脱位。

(2) Dugas 征：患者手掌放于对侧肩前部时，患肘内侧不能与胸壁接触为阳性。

91 . 肘关节脱位

(Dislocations of Elbow Joint)

诊断要点

(1) 有外伤史，青少年多发。

(2) 肘关节肿胀、疼痛、压痛，

关节呈半屈位，功能丧失。

(3) 肘内、外髁和鹰嘴形成的三角形骨性标志位置发生改变。

(4) 前臂短缩，肘窝部饱满，鹰嘴后突，肘后部空虚凹陷。

(5) X线摄片可明确脱位情况及有无喙突或桡骨头骨折。

治疗要点

(1) 单纯肘关节后脱位：在对抗牵引下，先矫正侧移位，然后术者持上臂下端及前臂，在牵引下屈曲肘关节至 $60^{\circ} \sim 70^{\circ}$ 时，即可自动复位，屈曲固定。7~10 天后开始自主活动。

(2) 合并肱骨内上髁骨折之肘关节后脱位，应尽量外展前臂，稍稍伸展肘关节进行复位。若不成功则需将关节再脱位后重新复位。

注意要点

(1) 肘关节脱位常见的是肘关节后脱位。

(2) 肘关节脱位可合并肱骨内上髁骨折，有的还夹入关节内而影响复位。若被忽略，会造成不良后果。

92 . 腰椎间盘突出症

(Prolapse of Lumbar Intervertebral Disc)

诊断要点

(1) 青壮年多见。

(2) 有腰痛和放射性坐骨神经痛。

(3) 有棘突分离压痛或伴有放射痛。

(4) 棘突偏歪，棘突间距不等。

(5) 站立时腰椎生理前突消失，脊椎侧弯。

(6) X线摄片可见脊柱侧弯，腰椎生理弧度消失，偶有椎间隙变窄或椎体骨质增生。

(7) CT检查有助于椎管狭窄症的诊断及定位，必要时可作椎管造影。

治疗要点

(1) 非手术疗法：

卧床休息：若严格卧床 1~2 周则可治愈部分早期患者。

推拿疗法。

骨盆牵引：能缓解肌痉挛，拉开腰椎间隙，使其复位。

体疗：急性症状消失后，可做腰背肌和腹肌锻炼。

(2) 手术疗法：切除腰椎间盘。适合于经严格非手术疗法半年以上无效或效果不满意、治愈后反复发作、有严重神经功能障碍或合并有明显的腰椎畸形者。马尾受压出现括约肌障碍者，应立即手术。

注意要点

(1) 直腿抬高试验 (Laséque 征): 患者仰卧, 两下肢伸直。检查者一手扶膝上以保持膝关节于伸直位, 另一手握住踝部将患肢逐渐抬

高。在未达 70° 以前引起腰部及坐骨神经经路疼痛者为阳性。

(2) 经非手术或手术疗法治愈的患者, 均应注意避免剧烈运动或重体力劳动。

93. 脊柱结核

(Tuberculosis of the Columna Vertebralis)

诊断要点

(1) 多见于儿童和青壮年。
(2) 有低热、食欲不振、消瘦、盗汗、疲乏无力等全身反应。
(3) 姿态异常: 头前倾、颈短缩或斜颈、后凸畸形或避免弯腰等。

(4) 寒性脓肿: 常发生在咽后壁, 脊柱两侧, 两侧腹后壁及髂窝。

(5) 四肢或两下肢无力、痉挛、感觉减退或大小便困难。

(6) X 线片可见生理弧度改变, 椎体破坏, 椎间隙狭窄或消失。可有

寒性脓肿阴影。

治疗要点

(1) 在病灶活动期应尽量卧床休息，对症治疗。

(2) 脊柱不够稳定者可用支架、石膏领、小夹板围腰或石膏背心保护。

(3) 后路植骨融合术应在病变稳定后进行。

(4) 因各段脊柱解剖关系和病理变化差别很大，手术可分为颈椎结核病灶清除和减压术，胸椎结核病灶清除和减压术，胸腰段结核病灶清除术，腰椎和腰骶段结核病灶清除术。

注意要点

(1) 寒性脓肿的发现对诊断非常重要。颈椎结核患者应检查咽后壁和颈部两侧，包括两侧锁骨上窝；胸椎结核患者应检查脊柱两侧，两侧锁骨上窝、两侧腹后壁和髂凹；腰椎和腰骶椎结核患者应检查两侧腹后壁、髂凹、股三角和臀部；骶尾椎结核患者应检查肛管。

(2) 拾物试验：患者从地上拾物时尽量屈膝和屈髋，避免弯腰者为阳性。

(3) 病灶内死骨、肉芽组织、脓液等进入椎管、压迫脊髓、圆锥和马

尾。压迫颈椎，上肢为弛缓性瘫痪，下肢为痉挛性瘫痪；压迫胸椎为双侧性瘫痪；压迫腰椎多为弛缓性瘫痪。

94 . 急性化脓性骨髓炎 (Acute Pyogenic Osteomyelitis)

诊断要点

(1) 发病急，有全身不适、食欲减退、头痛、寒颤和高热。

(2) 局部红肿热痛，活动受限，并有波动感。

(3) 血白细胞总数和中性粒细胞计数增多。

(4) 局部穿刺可有脓汁，培养有化脓性细菌。

(5) X 线摄片检查后 2 周内可见软组织肿胀阴影，2~3 周后可出现骨膜反应及骨质破坏现象。

治疗要点

(1) 治疗目的是尽快控制炎症，制止扩散，防止死骨形成和发展成为慢性骨髓炎。

(2) 全身支持疗法：给予高蛋白饮食，少量多次输新鲜血液，大量维

生素 C 静脉滴注，补充维生素 B₁，保护心脏。

(3) 应用有效足量的抗生素：如青霉素加红霉素、万古霉素、新生霉素。

(4) 局部引流：应用足量抗生素若 3 日未能控制症状时，则应局部钻孔和开窗引流减压。并用抗生素溶液 1 500 ~ 2 000ml 24 小时连续滴注冲洗。

(5) 局部固定：持续皮肤牵引或石膏固定于功能位，可缓解肌肉痉挛，减轻疼痛，防止畸形、脱位和病理骨折。

注意要点

(1) 不得等待细菌对抗生素敏感试验的结果，应尽早联合应用足量的抗生素进行治疗，并及时调整。

(2) 体温正常后应继续应用抗生素 4 周。

95 . 先天性斜颈 (Congenital Torticollis)

诊断要点

(1) 常有臀位产或难产史，多在

出生后 1 ~ 8 周内发现。

(2) 一侧胸锁乳突肌有局部肿块

或压痛。4~6 月后肿块消失，继为条索状挛缩。

(3) 斜颈畸形：头偏向患侧，下颌和局部转向健侧，面部不对称，头部和颈椎有代偿性侧弯。

(4) X 线摄片检查应排除骨质异常、颈椎结核等。

治疗要点

(1) 一旦诊断明确，即应尽早治疗。

(2) 非手术疗法：做牵伸患侧胸锁乳突肌的动作。先将头向健侧屈，直至耳廓能触及健侧肩部，然后将头旋转向患侧，使下颌能对准患侧肩

部，保持于这位置 10 秒钟，重复此手法 15~20 次，每日作 4~6 次，并局部按揉收缩的胸锁乳突肌。

(3) 手术疗法：切断挛缩的肌肉。适合于非手术疗法无效者或 1 岁以内未经治疗的病例，肌肉已被纤维束替代者。

注意要点

(1) 手术切断胸锁乳突肌的乳突头时，应注意避免损伤颈深静脉和副神经。

(2) 胸锁乳突肌腱皮下切断术容易损伤颈静脉和无名静脉，且不能充分松解挛缩的胸锁乳突肌，故应避免

采用。

96. 先天性髋关节脱位 (Congenital Dislocation of Hip)

诊断要点

(1) 多见于女性婴幼儿，可有家族遗传史。

(2) 行走迟，跛行。单侧脱位呈短腿步态，双侧脱位呈左右摇摆的鸭步。

(3) 患肢大腿内侧皮肤皱摺较健侧增多或变深。

(4) 双侧脱位者会阴部增宽，臀部后耸，腰部凹陷，腹部突出。

(5) X线摄片检查可见髋臼角增大，闭孔颈弧线中断，股骨头脱位。

治疗要点

(1) 不同年龄使用不同的治疗方法。治疗原则是早诊断，早治疗。

(2) 2个月之内婴儿：手法整复。先将髋关节屈至 90° ，一面外展外旋，一面用手指顶住大转子，将股骨头送入髋臼窝内。并用支架固定两髋于外展外旋位6周。

(3) 2~12个月：先作1~2周的牵引，后手法整复。再用石膏固定于90°屈曲和60°~70°外展位。

(4) 1~2岁：先作部分屈曲内收位牵引，后手法整复。再用髌人字石膏型固定于90°屈曲和68°~70°外展位。

(5) 2~4岁：以骨牵引和切开整复为主。

(6) 4~8岁：经过软组织松解或股骨缩短术后做切开整复，或做Salter、Chiari截骨术。

(7) 8岁以上：采用姑息疗法，如Schanz转子下截骨术或Steele三

联截骨术等。

注意要点

(1) Barlow 试验：第一步：用手握住两下肢，用中指将大转子向前推，另一手稳定骨盆，若感到有滑动声，说明有脱位。第二步：用拇指压于大腿内侧并向外向后推，可感到股骨头滑出，放松后又弹回，称为稳定试验阳性。

(2) Galeazzi 和 Allis 试验：将膝屈至90°，平卧时两膝顶端不在一个平面上，说明低的一侧有脱位。

(3) Trendelenburg 试验：一足站立时，同侧的髂外展肌，特别是臀

中肌收缩，可使对侧骨盆抬起，以使身体保持平衡。如果该侧的臀中肌功能不全，则对侧骨盆就不能抬起。于是只能使脊柱倾向患侧而使对侧骨盆

抬起，以保持平衡。行走时就呈左右摇摆步态，称为 Trendelenburg 试验阳性。

97. 先天性马蹄内翻足 (Congenital Talipes Equinovarus)

诊断要点

(1) 婴儿出生后即有一侧或双侧足部跗屈内翻畸形。

(2) 足前部较宽，足跟变窄，足弓高，内收内翻。距骨跗屈，跟骨内翻跗屈，跟腱和足筋膜挛缩。

(3) 单侧畸形时走路跛行，双侧

时走路摇摆。站立时足外缘负重。

(4) X 线摄片检查可见距骨与第一跗骨纵轴相交成角（正常二者平行），跟、距纵轴间的夹角常小于 30° （正常者夹角为 $30^\circ \sim 35^\circ$ ）。

治疗要点

(1) 治疗应从出生后开始，治疗

愈早，效果愈好。

(2) 6个月以内或轻型者：应用手法逐渐矫正，每日3~4次。

(3) 6个月至3岁：用石膏逐渐矫正。

(4) 3~6岁：常需行软组织松解术。

(5) 7~12岁：需行骰骨脱核术或跟骨截骨术，但应保留关节软骨。术后石膏固定，维持踝于90°位，前足轻度外翻位。

(6) 12岁以上：常用足三关节融合术矫治，即将距下、跟骰及距舟

三个跗骨间关节及其两侧骨质做外宽内窄的楔形切除，充分矫正足内收、内翻及马蹄畸形，并使这三个关节分别融合。

注意要点

(1) 典型先天性马蹄内翻足一般有踝关节跖屈、跟骨内翻及前脚内收等三个主要畸形，同时也有小腿旋前畸形。

(2) 足的外形肥短且足跟不明显的，以及足瘦削而下垂内翻、畸形明显的，治疗困难，也容易复发，常称之为“顽固型”，预后不佳。

98 . 肩关节周围炎 (Frozen Shoulder)

诊断要点

(1) 40 ~ 60 岁女性多见，常多发于左肩。

(2) 肩钝痛、夜间加重，局部压痛。

(3) 上臂外展、上举、内旋时受限。

(4) 三角肌萎缩。

(5) X线摄片检查显示肩部骨质疏松。

治疗要点

(1) 早期治疗主要是用药物控制

疼痛和肌肉痉挛，加强功能锻炼。

局部湿热敷，理疗。

强的松 5 ~ 10mg, 3/ d, 口服。

7 ~ 10天后减量，至 2 周停药。

醋酸氢化泼尼松混悬液 50 ~ 100mg, 二头肌腱鞘局部注射。

波菲特液体药膜 (Perfect Linmentum) 2.5g, 涂擦患处, 3/ d。

扶他林乳胶剂 (Voltaren Emulgel) 20g, 涂后轻揉, 3/ d。

奥尔芬凝胶 (Olfen Gel) 2 ~ 3g, 涂于患处, 3/ d。

奇诺力 (Clinoril) 200mg, 2/d, 口服。

(2) 对症治疗无效者, 可行手术松解。

注意要点

(1) 功能锻炼要循序渐进, 持之

以恒。

(2) 对后期疼痛和活动受限都较严重的病人, 在麻醉下采用手法板拉, 易使关节囊、肩胛下肌腱和肱二头肌长头腱撕裂, 甚至可导致肱骨外科颈骨折。

99 . 颈椎病 (Cervical Spondylosis)

诊断要点

(1) 40 岁以上, 无明显外伤史, 但可有“落枕”史。

(2) 颈僵硬, 疼痛, 且向上肢放射。局部可有压痛, 相应部位皮肤感觉减退和肌力减退。

(3) 视力模糊、恶心, 心前区不适、疼痛。

(4) 在患者头部加压并做头颈旋转时, 放射痛及麻木感可加重。

(5) X 线摄片检查可见颈椎增生性改变, 正常前屈度变直或向后成

角，间隙狭窄，骨赘形成。第 5、6、7 颈椎尤为常见。

(6) 脊髓空气造影：可见颈椎间盘后突。

治疗要点

(1) 神经根型颈椎病：

头部牵引：头颈前倾约 15° ，重量 4 ~ 6kg，1/ d。每次 25 分钟，10 次为 1 疗程。

理疗。

维生素 B₁ 20mg，3/ d，口服；
维生素 B₁₂ 100 μ g，1/ d，肌注。

地巴唑 10mg，3/ d，口服。

(2) 脊髓型颈椎病：

复方丹参注射液 2ml，2/ d，肌注。

维生素 B₁ 20mg，3/ d，口服；
维生素 B₁₂ 100 μ g，1/ d，肌注。

有明确脊髓受压症状者，可切除产生压迫的椎间盘，椎体间植骨融合。

(3) 椎动脉型颈椎病：

复方丹参注射液 2ml，2/ d，肌注。

消炎痛 50mg，3/ d，口服。

用软颈围限制颈部活动。

非手术疗法长期治疗无效时，可考虑经前路椎间盘切除植骨融合

术，同时清除钩椎关节的增生骨赘。
术后用石膏固定 2~3 月。

注意要点

(1) 脊髓型颈椎病，不宜用牵引

治疗。

(2) 急性损伤性颈椎间盘突出的
治疗是头部牵引和颈围固定。

100 . 骨巨细胞瘤

(Giant - Cell Tumor of the Bone)

诊断要点

(1) 20~40 岁青壮年多见，且
多有外伤史。

(2) 局部疼痛、肿胀，邻近关节
活动受限。常可并有病理性骨折。

(3) X 线摄片检查，典型的骨巨

细胞瘤是泡沫状的囊肿样阴影。早期
肿瘤位于长骨的骨骺端，偏中心位，
逐渐向周围扩展，皮质变薄，最后整
个骨端和部分干骺端被破坏。但肿瘤
极少穿透关节软骨面。

治疗要点

(1) 早期病例如局部破坏并不严重，肿瘤附近的关节面保持完整，一般应采用彻底刮除和小块植骨填充术。

(2) 晚期病例如骨质破坏严重，关节面凹陷不平，或经过搔刮肿瘤复发的病例，最宜采用局部切除、大块植骨和关节融合术，或人造关节置换。

(3) 对于有明显恶性变化的巨细胞瘤（或称恶性巨细胞瘤），则应截肢或关节离断术。

(4) 放射治疗：用⁶⁰钴或直线加

速器。

(5) 中医中药：夏枯草 30g，石斛 30g，首乌 15g，女贞子 30g，杜仲 30g，川断 30g，蒺藜 15g，当归 30g，血竭 15g，熟地 30g，乳香 15g，没药 15g，骨碎补 30g，三棱 30g，莪术 30g，黄芪 30g，龙骨 30g，牡蛎 30g，狗脊 30g，牛腿骨 90g，蜂蜜 500g。熬成膏内服。每日 3~5 次，每次 2~3 汤匙。

注意要点

(1) 骨巨细胞瘤为一种局部破坏性大、生长较快的肿瘤。常可复发和

可恶性变，并可发生远距离转移瘤。

(2) 骨巨细胞瘤好发于长骨的骨髓腔内，其中以股骨下端最为多见，胫骨上端及桡骨下端次之。盆骨、脊椎、肱骨、跟骨等也不少见。

(3) 骨巨细胞瘤的病理改变分为3级：Ⅰ级—基细胞较疏松，多核巨

细胞较多，细胞大而核甚多；Ⅱ级—基细胞较紧密，多核巨细胞较少，细胞稍大且核数较少；Ⅲ级—基细胞呈异形性，核深染，分裂相多，多核巨细胞少且小。因此，Ⅰ级偏良性，Ⅱ级为侵袭性，Ⅲ级为恶性。

三、常见症状的病因与鉴别分类

1. 颈部肿块

(1) 炎症与结核：

淋巴结炎：常由口腔或咽喉部炎性病灶引起。

淋巴结结核：早期淋巴结质硬，晚期发生干酪样坏死，形成寒性脓肿和瘻。

腺炎和软组织化脓性感染：慢性颌下腺炎、颈部放线菌病。

(2) 先天性畸形：

甲状腺舌管囊肿和瘻：囊肿内含粘液，与舌骨相连。

胸腺咽管囊肿和瘻。

囊状淋巴管瘤（先天性囊状水瘤）：为一种多房性囊肿。

颌下皮样囊肿。

(3) 肿瘤：

原发性肿瘤：甲状腺腺瘤，血管瘤，颈动脉体瘤，甲状腺癌，恶性淋巴瘤（淋巴细胞肉瘤，网状细胞肉瘤，何杰金氏病）。

转移性癌：鼻喉癌，喉癌，食管癌，胃癌，胰腺癌，乳癌，肺癌，神经纤维肉瘤，恶性畸胎瘤，淋巴肉瘤，何杰金氏病。

2. 腹痛

(1) 右上腹痛：

肝脏疾病：肝脓肿，肝破裂，肝血管瘤，肝癌，肝囊肿，肝包虫，肝炎。

胆囊与胆管疾病：胆囊炎，胆石症，胆道蛔虫症，急性梗阻性化脓性胆管炎，胆道出血，胆囊癌，胆管癌，胆囊穿孔，胆囊管狭曲综合征，

胆囊切除术后综合征。

结肠肝曲疾病：结肠癌。

腹外疾病：右大叶性肺炎，急性心肌梗塞，急性右心衰竭，右肺胸膜炎，右肋间神经痛。

(2) 上中腹及脐部痛

食管疾病：贲门癌，食管裂孔疝，食管贲门痉挛。

胃十二指肠疾病：急性胃肠炎，胃十二指肠溃疡，胃十二指肠溃疡穿孔，胃癌，急性胃扩张，胃粘膜脱垂症，急性胃扭转，胃神经官能症。

胰腺疾病：急性胰腺炎，胰腺癌。

小肠疾病：肠梗阻，肠套叠，肠蛔虫症，急性出血性坏死性肠炎，空回肠憩室炎，恶性淋巴瘤。

结肠疾病：横结肠癌。

肠系膜疾病：急性肠系膜淋巴结炎，肠系膜动脉急性梗塞。

腹主动脉与门静脉疾病：急性

门静脉血栓形成，门静脉感染，腹主动脉瘤。

腹外疾病：急性心肌梗塞，急性心包炎，脊髓痨胃肠危象。

(3) 左上腹痛：

脾脏疾病：脾破裂，脾周围炎，脾扭转，脾梗塞，脾包虫，游走脾。

结肠脾曲疾病：结肠癌。

腹外疾病：左膈胸膜炎，左肋间神经痛。

(4) 左右腰腹部痛：

肾脏疾病：肾结石，肾盂肾炎，肾梗塞，肾破裂，肾下垂，游走

肾。

输尿管疾病：输尿管结石。

(5) 右下腹痛：

阑尾疾病：阑尾炎。

回肠疾病：局限性肠炎，美克尔憩室炎，右腹股沟疝嵌顿，右股疝嵌顿。

盲肠疾病：回盲部癌，急性非特异性盲肠炎。

卵巢、输卵管疾病：右侧卵巢囊肿扭转，右侧卵巢破裂，右侧输卵管炎，右侧卵巢癌。

(6) 下腹部痛：

膀胱疾病：膀胱炎。

前列腺疾病：前列腺炎，精囊炎。

附件、子宫疾病：异位妊娠破裂，痛经，盆腔炎。

(7) 左下腹痛：

结肠疾病：乙状结肠扭转，结肠癌，直肠癌，乙状结肠憩室炎，慢性非特异性溃疡性结肠炎，结肠过敏。

小肠疾病：左腹股沟疝嵌顿，左股疝嵌顿。

卵巢、输卵管疾病：左卵巢囊肿扭转，左卵巢囊肿破裂，左输卵管炎，左卵巢癌。

(8) 弥漫性或部位不固定性痛：

腹膜疾病：急性原发性或继发性腹膜炎，腹膜粘连。

肠道疾病：急性肠穿孔，肠梗阻，肠寄生虫病，肠粘连。

大网膜疾病：大网膜炎，大网膜扭转。

腹外疾病：过敏性紫癜，风湿病，神经官能症，低钙血症，低钠血症，低血糖状态，糖尿病酮中毒，尿毒症，癫痫，原发性高脂血症，结节性多动脉炎，急性血紫质病，铅中毒。

3 . 急性上消化道出血

(1) 消化系统疾病所致的急性上消化道出血：

食管疾病：食管与胃底曲张静脉破裂，食管炎，食管憩室炎，食管癌，食管贲门粘膜撕裂症，食管异

物。

胃十二指肠疾病：胃十二指肠溃疡，胃炎，胃癌，胃粘膜脱垂症，胃动脉硬化，胃扭转，胃结核，胃平滑肌肉瘤，胃何杰金氏病，十二指肠

憩室，十二指肠炎，Dieulafoy 病。

胆道疾病：胆道出血。

胰腺疾病：异位胰、胰腺癌与壶腹周围癌。

药物所致：肾上腺皮质激素，阿斯匹林，利血平，青霉素，多粘菌素，组织胺，保泰松，氟脲嘧啶，甲状腺素，吗啡，可待因，氨茶硷，洋地黄，胰岛素。

(2) 全身性疾病所致的急性上消化道出血：

血液病：白血病，再生障碍性

贫血，紫癜。

尿毒症。

应激性溃疡：烧伤后的 Curling 氏溃疡；脑外伤后的 Cushing 氏溃疡。

心血管疾病：急性心肌梗塞合并休克，充血性心力衰竭，心律失常，腹主动脉瘤向肠腔穿破，血管瘤。

钩端螺旋体病。

结缔组织疾病：播散性红斑狼疮，皮炎，结节性多动脉炎。

4. 肝脏肿大

(1) 感染性肝肿大：

病毒性与细菌性感染：病毒性肝炎，急性梗阻性化脓性胆管炎，细菌性肝脓肿，肺结核，布鲁氏菌性肝病，肝梅毒，肝放线菌病。

寄生虫性感染：阿米巴肝脓肿，疟疾，黑热病，血吸虫病，华支睾吸虫病，肝包虫病，肺吸虫病。

(2) 非感染性肝肿大：

中毒性肝肿大：多由氯丙嗪、甲基睾丸酮等引起。

郁血性肝肿大：隐匿型慢性缩

窄性心包炎、肝静脉血栓形成。

胆汁郁滞性肝肿大：肝内或肝外胆管阻塞。

代谢障碍性肝肿大：脂肪肝，血色病，肝淀粉样变性，尼曼—匹克氏病，高雪氏病。

肝硬变：门脉性肝硬变，坏死后性肝硬变，原发性胆汁性肝硬变，心源性肝硬变，黄色瘤胆汁性肝硬变。

肝肿瘤与肝囊肿：原发性肝癌，继发性肝癌，肝海绵状血管瘤，

先天性多囊肝，孤立性非寄生虫性肝囊肿。

结缔组织疾病：结节性多动脉炎，播散性红斑狼疮。

血液病性肝肿大：白血病，何杰金氏病，真性红细胞增多症，恶性贫血，多发性骨髓瘤，地中海贫血，恶性网状细胞病。

5. 脾脏肿大

(1) 感染性脾肿大：

急性感染性脾肿大：病毒性肝炎，风疹，斑疹伤寒，恙虫病，伤寒，副伤寒，波状热，败血症，急性粟粒型结核，脾脓肿，钩端螺旋体病，回归热，鼠咬热，急性疟疾，急性血吸虫病。

慢性感染性脾肿大：慢性病毒

性肝炎，慢性血吸虫病，慢性疟疾，包虫病，黑热病，梅毒。

(2) 非感染性脾肿大：

郁血性脾肿大：斑替氏综合征，肝硬变，慢性右心衰竭，慢性缩窄性心包炎，门静脉血栓形成。

血液病性脾肿大：白血病，红白血病与红白血病，溶血性贫血，恶性

淋巴瘤，真性红细胞增多症，特发性血小板减少性紫癜，恶性网状细胞瘤，骨髓纤维化。

结缔组织疾病所致的脾肿大：
播散性红斑狼疮，皮炎，结节性多动脉炎，幼年型类风湿性关节炎。

网状内皮细胞增多症所致的脾

肿大：尼曼—匹克氏病，高雪氏病，黄脂瘤病，勒—雪氏病，嗜酸性肉芽肿。

脾肿瘤与脾囊肿所致的脾肿大：脾血管瘤，脾囊肿（皮样囊肿，淋巴管囊肿，包虫病），脾恶性肿瘤。

6. 腹部肿块

(1) 右上腹部肿块：

肝脏疾病：肝脓肿，肝包虫，肝囊肿，肝血管瘤，肝癌。

胆囊胆管疾病：急性胆囊炎，胆囊积液，郁胆性胆囊肿大，胆囊积

血，先天性胆总管囊肿，原发性胆囊癌，胆囊扭转。

结肠疾病：肝曲部结肠癌。

(2) 中上腹部肿块：

胃疾病：溃疡病，胃癌，胃扭

转，胃平滑肌肉瘤，胃何杰金氏病。

肝脏疾病：肝包虫，肝囊肿，肝左叶血管瘤，肝癌。

胰腺疾病：急性胰腺炎，胰腺囊肿，胰腺癌。

肠系膜与网膜疾病：肠系膜淋巴结炎，肠系膜囊肿，大网膜囊肿。

小肠疾病：小肠癌，小肠平滑肌瘤，小肠恶性淋巴瘤，小肠腺瘤，小肠纤维瘤。

腹主动脉：腹主动脉瘤。

(3) 左上腹部肿块：

脾脏疾病：脾肿大，脾包虫，游走脾。

胰腺疾病：胰腺癌，胰腺囊肿。

结肠疾病：脾曲部结肠癌。

(4) 左右腰部肿块：

肾脏疾病：先天性多囊肾，肾下垂，游走肾，巨大肾积水，肾积脓，肾包虫囊肿，嗜铬细胞瘤，肾癌，肾盂癌、肾胚胎瘤、肾肉瘤。

肾上腺疾病：肾上腺囊肿。

腹膜后疾病：原发性腹膜后肿瘤（可来源于脂肪组织、肌肉、血管、神经、淋巴和结缔组织等），特发性腹膜后纤维增殖症。

(5) 右下腹部肿块：

阑尾疾病：阑尾周围脓肿，阑尾粘液囊肿，阑尾类癌。

回盲部疾病：回盲部结核，局限性肠炎，回盲部阿米巴性肉芽肿，回盲部血吸虫性肉芽肿，回盲部放线菌病，盲肠癌。

大网膜：大网膜扭转，大网膜囊肿。

卵巢、输卵管疾病：卵巢囊肿，卵巢癌，Meigs 氏综合征，Krukenberg 氏病。

(6) 下腹部肿块

膀胱疾病：膀胱癌，膀胱憩室，膀胱肌瘤，膀胱纤维瘤，膀胱肉

瘤。

子宫疾病：子宫肌瘤，子宫体癌，子宫肉瘤。

盆腔疾病：盆腔脓肿。

(7) 左下腹部肿块：

结肠疾病：非特异性溃疡性结肠炎，乙状结肠癌，乙状结肠血吸虫性肉芽肿，乙状结肠阿米巴性肉芽肿。

直肠疾病：直肠癌。

卵巢疾病：左侧卵巢囊肿，卵巢癌。

(8) 弥漫性与不固定性腹部肿块：

肠道疾病：肠套叠，蛔虫性肠梗阻，肠扭转。

腹膜疾病：腹膜转移癌，结核

性腹膜炎。

网膜疾病：大网膜囊肿，大网膜扭转。

7. 黄疸

(1) 溶血性黄疸。

(2) 肝细胞性黄疸。

黄疸型病毒性肝炎。

黄疸型传染性单核细胞增多症。

全身性感染所致的黄疸：大叶性肺炎，疟疾，斑疹伤寒，伤寒，波状热，钩端螺旋体病。

中毒性肝损伤：酒精，四氯化

碳，氯仿，异烟肼，鲁米那，保泰松，磺胺类药物。

心源性黄疸：右心衰竭。

肝硬变。

甲状腺功能亢进症并发黄疸。

(3) 胆红素代谢功能缺陷疾病：

先天性胆红素代谢功能缺陷：先天性非溶血性黄疸，Grigler - Najjar 综合征。

获得性胆红素代谢功能缺陷：
肝炎后间接胆红素过高血症。

(4) 阻塞性黄疸：

肝内阻塞性黄疸：毛细胆管炎
性病毒性肝炎，妊娠期特发性黄疸，
药物性黄疸，原发性胆汁性肝硬变，

良性手术后黄疸，阻塞性黄疸型肝
癌。

肝外阻塞性黄疸：急性梗阻性
化脓性胆管炎，胆总管结石，先天性
胆总管囊肿，胰头癌，法特氏壶腹周
围癌，胆总管与肝胆管癌，胆囊癌。

8 . 腹 水

(1) 心血管疾病所致的腹水：

慢性充血性右心衰竭：多为风
湿性。并有肝硬变，则有大量腹水。

心包炎：渗出性心包炎，慢性
缩窄性心包炎。

肝静脉阻塞综合征 (Budd -

Chiari 综合征)。

门静脉血栓形成：多在脾切除
术、门静脉手术、门静脉感染后引
起。

下腔静脉阻塞综合征：多因血
栓形成、栓塞性静脉炎及肿瘤压迫所

致。

(2) 肝脏疾病所致的腹水：

肝硬化。

肝癌：主要由于门静脉受压或
/ 和腹膜转移所致。

病毒性肝炎：常在黄疸加重后
发生。

(3) 腹膜疾病所致的腹水：

腹膜炎症：渗出性结核性腹膜
炎，急性胰腺炎并发腹膜炎，肺吸虫
性腹膜炎，播散性红斑狼疮并发腹膜
炎。

腹膜肿瘤：腹膜间皮瘤，腹膜
转移癌。

(4) 肾脏疾病所致的腹水：

慢性肾炎肾病变型。

肾变病综合征。

(5) 营养障碍疾病所致的腹水：

低蛋白血症伴有维生素 B₁ 缺

乏。

重度营养不良。

(6) 其他原因所致的腹水：

乳糜性腹水：丝虫病性肉芽
肿，淋巴结结核，肿瘤，外伤，手术
后疤痕形成。

腹腔脏器的恶性淋巴瘤：回肠
淋巴肉瘤，肠系膜淋巴结淋巴肉瘤，
何杰金氏病。

甲状腺功能减退症：可伴有胸腔与心包积液。

梅格斯（Meigs）综合征：有

盆腔肿瘤（卵巢纤维瘤）、腹水与胸水。

9 . 咳 血

(1) 支气管疾病：

慢性支气管炎：一般为小量或痰中带血。

支气管扩张：痰中带血或大量咯血。

支气管内膜结核：反复小量咯血或血痰。

支气管癌（原发性肺癌）：小量咯血多见。

良性支气管瘤：腺瘤，平滑肌瘤，乳头状瘤，纤维瘤，软骨瘤，脂肪瘤。

(2) 肺部疾病：

肺感染性疾病：肺炎，肺脓肿，肺结核，肺真菌病，肺梅毒。

肺寄生虫病：肺阿米巴病，肺吸虫病，肺包虫病。

肺血管疾病：肺郁血，肺梗

塞，肺动脉高压症，肺动静脉瘘。

恶性肿瘤的肺转移：鼻咽癌，乳腺癌，食管癌，胃癌，肝癌，结肠癌，直肠癌，前列腺癌，绒毛膜上皮癌，恶性葡萄胎，类癌。

其他：肺囊肿，尘肺。

(3) 全身性疾病：

急性传染病：肺出血型钩端螺旋体病，流行性出血热。

血液病：血小板减少性紫癜，

白血病。

白塞氏 (Behcet s) 病：在肺部可引起脉管炎而反复咯血。

结缔组织疾病：播散性红斑狼疮，结节性多动脉炎。

(4) 其他原因：

“替代性月经”：与月经周期相应的咯血。

气管或支气管子宫内膜异位症。

10 . 血 尿

(1) 泌尿生殖系疾病：

结石：肾、输尿管结石，膀胱

结石，尿道结石。

感染：肾盂肾炎，膀胱尿道

炎，前列腺炎，肾结核，膀胱结核。

肾炎：急性、慢性肾炎，局限性肾炎，良性急性出血性肾炎，遗传性肾炎。

肿瘤：肾癌，肾盂癌，肾胚胎瘤（Wilm 氏瘤），肾血管瘤，输尿管原发性肿瘤，输尿管息肉，膀胱癌，前列腺癌。

损伤：外伤，手术，器械检查损伤。

畸形或异常：先天性多囊肾，先天性孤立肾，海绵肾，膀胱内子宫内膜异位症。

药物损害：磺胺，甘露醇，山

梨醇，酚。

(2) 泌尿系邻近器官疾病：

炎症：急性阑尾炎，盆腔炎，输卵管炎。

肿瘤：结肠癌，直肠癌，宫颈癌，卵巢癌。

(3) 全身性疾病：

血液病：血小板减少性紫癜，过敏性紫癜，再生障碍性贫血，白血病，血友病，恶性网状细胞瘤。

感染性疾病：亚急性细菌性心内膜炎，钩端螺旋体病，流脑，流行性出血热，猩红热，丝虫病。

心血管疾病：高血压性肾病，

充血性心力衰竭，遗传性出血性毛细血管扩张症。

内分泌代谢疾病：糖尿病，甲状旁腺功能亢进症，痛风。

结缔组织及变态反应性疾病：播散性红斑狼疮，结节性多动脉炎，

皮炎，风湿性肾炎，肺出血—肾炎综合征（Goodpasture 氏综合征）。

(4) 其他原因：

运动：运动后血尿。

不明原因：特发性血尿。

11 . 便 血

(1) 下消化道疾病：

肛管疾病：痔，肛裂，肛瘘。

直肠疾病：肛管直肠损伤，非特异性直肠炎，结核性直肠溃疡，直肠肿瘤（直肠息肉，直肠乳头状瘤，直肠癌，直肠类癌），邻近恶性肿瘤

或脓肿侵入直肠，放射性直肠炎。

结肠疾病：急性细菌性痢疾，阿米巴痢疾，慢性非特异性溃疡性结肠炎，乙状结肠镜损伤，结肠憩室，结肠息肉病，结肠癌。

小肠疾病：急性出血性坏死性

肠炎，肠结核，局限性肠炎，空肠憩室炎或溃疡，美克尔氏（Meckel）憩室炎或溃疡，肠套叠，小肠肿瘤，黑色素斑—胃肠息肉病（Peutz - Jegher）氏综合征，小肠血管瘤。

(2) 上消化道疾病：溃疡病、门静脉高压症、胃癌、胃炎。

(3) 腹腔内血管阻塞性疾病：

急性门静脉血栓形成。

肠系膜血管血栓形成。

缺血性结肠炎。

(4) 全身性及中毒性疾病：

血液系统疾病：再生障碍性贫血，急性白血病，过敏性紫癜，血小

板减少性紫癜，血友病，恶性网状细胞瘤。

急性传染病与寄生虫病：败血症，暴发型病毒性肝炎，斑疹伤寒，伤寒，副伤寒，流行性出血热，钩端螺旋体病，血吸虫病，钩虫病，回归热。

维生素缺乏症：维生素 C 缺乏症，维生素 K 缺乏症。

中毒与药物毒性作用：细菌性食物中毒，药物毒性作用，有毒植物中毒，化学性毒物中毒，尿毒症。

遗传性出血性毛细血管扩张症。

12 . 腰 背 痛

(1) 脊椎疾病:

类风湿性脊柱炎。

增殖性脊柱炎、颈椎病。

感染性脊柱炎: 结核性、化脓性、布鲁氏菌性。

脊椎骨折: 常发生在胸椎 11 ~ 12, 腰椎 1 ~ 2。

腰椎间盘突出: 常见腰 4 ~ 5, 腰 5 ~ 骶 1。

脊椎肿瘤: 多为甲状腺癌、乳腺癌和肾癌的转移癌。

其他脊椎疾病: 先天性脊椎畸

形, 骨质软化, 骨质疏松, 原发性甲状旁腺亢进症, 畸形性骨炎, 青年性脊椎骨软骨炎。

(2) 脊椎旁软组织病:

腰肌劳损: 包括肌肉、韧带及筋膜牵拉伤或撕裂伤。

纤维织炎 (fibrositis): 主要为肌膜、肌腱、韧带和脂肪组织内的纤维组织病变。

梨状肌损伤综合征: 该肌通过坐骨大孔进入臀部。

风湿性多发性肌痛症: 于颈、

背部或骨盆带与肩胛带发生肌痛与僵硬。

(3) 脊神经根及皮神经病损所致的腰背痛：

脊髓压迫症：表现为神经根激惹症、感觉及运动传导障碍。

急性脊髓炎：主要特征为截瘫。

蛛网膜下腔出血：突然出现剧烈头痛、烦躁、脑膜刺激症。

腰骶神经根炎：疼痛在腰、骶和臀部，并放射至下肢。

带状疱疹：肋间有带状疱疹，

可引起剧烈胸痛。

臀上皮神经损伤：弯腰受限，起坐困难。

(4) 内脏疾病所致的腰背痛：

腹腔和腹膜后器官疾病：肾脏病，胰腺病，溃疡病，特发性腹膜后纤维增生症。

盆腔器官疾病：严重子宫后倾后屈，慢性附件炎，痛经，宫颈癌，子宫癌，心血管疾病（心绞痛）。

胸腔脏器疾病：呼吸系统疾病（胸膜炎，胸膜增厚或粘连，肺结核，肺癌）。

四、围手术期处理

1. 护理分级

(1) 一级护理：

病危、病重及严重呼吸困难者。

各种原因所致的急性失血及内出血。

高热、昏迷、心力衰竭、肝肾功能衰竭及极度衰弱者。

特殊复杂手术及大手术后。

瘫痪、牵引及卧床不起者。

子痫、惊厥。

特殊治疗期。

早产儿、婴幼儿。

(2) 二级护理：

病重期急性症状已过，但仍应卧床休息者。

慢性病不宜过多活动者或年老

体弱者。

特殊复杂手术及大手术后病情已趋稳定，而身体仍虚弱者。

普通手术后。

轻型先兆子痫及产妇。

低能智力缺陷儿童。

(3) 三级护理：

一般手术前检查、准备阶段。

各种疾病及手术恢复期。

轻症慢性病患者。

正常孕妇。

2. 饮食与高营养

(1) 普食：

与正常人饮食基本相同，仅少用油煎炸及难以消化的食物，少用强烈调味品。

每日总热量约 10.460MJ (2 500kcal)。

每日 3 餐，热能分配早餐 25% ~ 30%，午餐 40% ~ 50%，晚餐 25% ~ 30%。(J: 焦耳，标准热量单位。MJ: 兆焦耳， $1\text{MJ} = 1 \times 10^6$ 焦耳。cal: 卡路里，旧制热量单位。 $1\text{J} = 0.239\text{cal}$)

(2) 软食：

应用细软、易消化、无刺激性、不引起胀气、含纤维少的食物。

每日总热量 8.368 ~ 10.460MJ (2 000 ~ 2 500kcal)。

每日 4 餐。

(3) 半流食：

以半流体食物为主，易于吞咽和消化，富有各种维生素及无机盐。

每日总热量 6.276 ~ 8.366MJ (1 500 ~ 2 000kcal)。

每日 5 餐，主食定量。

(4) 流食：

一切食物均为流体、易消化和

吞咽。

每日总热能 3.347 ~ 4.184MJ (800 ~ 1 000kcal)。

流食分 5 种：流食（米汤、蒸蛋、牛奶、果汁、肉泥汤及稀藕粉等）、清流食（过箩肉汤、菜汁、米汤）、忌甜流食（除忌牛奶、蔗糖外，余同流食）、冷流食（冰淇淋、冷牛奶等）、浓流食（鸡蛋薄面糊、较稠的藕粉等）。

少量多餐，每日 6 餐。

(5) 要素饮食：

要素饮食种类较多。高氮剂型每 4.184MJ (1 000kcal) 中含蛋白质

42g 或 22.5g。

要素饮食具有高渗性，应补充足够的水分。视病情可用温开水、0.25% 食盐水、0.4% 食盐水、蒸馏水等作为稀释液。

要素饮食可口服、鼻饲、胃或空肠造瘘置管滴入。口服：开始浓度可由 10% ~ 25%，每次 50 ~ 100ml，每隔 1 ~ 2 小时 1 次，间隔 1 ~ 2 天调整 1 次用量，可添加桔子汁、菜汁、肉汤等。鼻饲：滴入温度以 38 为宜，由 5% ~ 10% 浓度 600 ~ 1 000ml 开始，滴速 40 ~ 150ml/h，每间隔 1 ~ 2 天调整 1 次用量，最多可增至

25% 3 000ml。空肠滴入：温度以 41 为宜，开始应用等渗液，由 5% 浓度 600 ~ 800ml，每间隔 1 ~ 2 天调整用量 1 次，递增至 20% 2 400ml 为宜。滴速 40 ~ 120ml/h。可用输液泵及重力滴注，一般 7 ~ 10 天可适应。稀释液可保存 24 小时。

(6) 全胃肠外营养 (TPN)：

营养液的成分：

成人：下列配方为 1 个单位，成人每日可用 1 ~ 4 个单位。

25% 葡萄糖液 500ml (或 50% 葡萄糖液 250ml)

8.5% 复方左旋氨基酸 250ml

(或 5% 水解蛋白 250ml)

10% 氯化钠 10 ~ 15ml

10% 氯化钾 10 ~ 20ml

10% 葡萄糖酸钙 3 ~ 5ml

25% 硫酸镁 2ml

5% 碳酸氢钠 10ml

维生素 C 1.0g

维生素 B₆ 50mg

儿童：下列配方为 10kg 儿童 1 日输入量。

25% 葡萄糖液 1 000ml

复方氨基酸液 350ml

10% 氯化钠 30ml

10% 氯化钾 20ml

10% 葡萄糖酸钙 10ml

2.5% 硫酸镁 5ml

维生素 C 1.0g

维生素 B₆ 10mg

维生素 K₁ 10mg

在应用 TPN 之前，必须先了解解除下列几个常用的数据。a . 1g 碳水化合物产生热量 4kcal，1g 脂肪产生热量 9kcal，1g 蛋白质产生热量 4kcal。b . 正常血浆每 100ml 中含蛋白质 7g，其中白蛋白 4 ~ 5g，球蛋白 2 ~ 3g。c . 人体蛋白质的氮含量约为 16%，即每克氮相当于 6.25g 蛋白质。d . 在正常情况下，每日尿中排

氮量是 4g, 相当于蛋白质 25g。由于肌肉中水分占 4/5, 蛋白质占 1/5, 故 25g 蛋白质就等于肌肉 125g。e. 机体基础热量: 成人为 25 ~ 30kcal/kg/ d, 儿童为 90 ~ 100kcal/kg/ d, 婴儿为 100 ~ 200kcal/kg/ d。f. 氮与非蛋白质热量之比为 1 : 150, 这样才能保证氨基酸合成组织。g. 细胞合成需要钾, 每输入 1g 氮至少应给 3mEq 钾 (15% 氯化钾 1ml 含 1mEqK⁺ 和 2mEqCl⁻)。h. 机体基础氮需要量为 8g/ m² 或 0.2 ~ 0.3g/kg/ d。i. 在蛋白质缺乏的情况下血浆白蛋白的增减和其他蛋白质的增减

始终保持 1 : 30 的关系。j. 失血 100ml 就相当于失氮 3g 或蛋白质 19g。k. 5% 水解蛋白质溶液 1 000ml (相当于 80% 全蛋白质) 约可提供 160kcal 热量。l. 热量与钾的关系是 1 000kcal : 50mEq 钾 (mEq/ L = mmol/ L)。

应用 TPN 时必须注意: a. 第 1 日从 1 个单位开始, 以后酌情逐步增加至 4 个单位。b. 开始时按每 5 ~ 6g 葡萄糖加 1 个单位胰岛素的比例进行, 以后根据血糖和尿糖情况调整比例。c. 尿糖应每 6 小时测 1 次, 血糖每日测 1 次, 电解质每 2 ~ 3 日

测 1 次。d. 应适当补充微量元素, 或每周输血或血浆 1~2 次。微量元素对于下列活动来说是必需的。如酶的催化活性、蛋白质的合成及功能稳定、神经传导、肌肉运动和营养物质的代谢。

将脂肪酸、氨基酸、碳水化合物、电解质、微量元素及维生素等混合于一个口袋中, 称为全营养混合 (TNA)。这种配制技术又称 AIO (All in one), 是 TIO (Three in one) 的发展。

3. 术前准备

术前准备要高度重视, 认真负责。对术中和术后可能发生的问题要有充分的思想准备, 并要有具体的防范措施。

(1) 常规检查:

体温、脉搏、呼吸、血压。

胸部透视。

血液检查: 血常规, 出凝血时间, 血小板计数。

尿液检查: 尿常规, 尿糖。

测定肝功能、肾功能、血型和配血。

(2) 特种检查：

对黄疸患者，测总胆红素，1分钟胆红素，—谷氨酰转肽酶，硷性磷酸酶，尿胆红素和尿胆原。

对失水或电解质平衡失调者，测二氧化碳结合力，氯化物，钾，钠，非蛋白氮，尿素氮和肌酐。有出血性休克者应测红细胞比容。

老年患者注意心肺功能，查心电图。

糖尿病患者，测血糖和尿糖。

(3) 术前小结：

术前诊断和诊断依据。

手术指征，拟施行手术和选用

麻醉。

术中可能发生的问题与预防措施。

术后可能发生的并发症的防治。

(4) 术前具体准备：

向病人家属及组织介绍病情和有关手术的情况，特别是术中可能发生的意外及其他问题要谈清，并征求同意（抢救例外），重大手术要经组织审批。

手术前一日送手术通知单，开写手术前医嘱，注明拟用麻醉和施行手术名称，手术野皮肤准备，普鲁卡

因和青霉素过敏试验。

检查手术时需用的物品：静脉输液器、液体，病历，X光片和CT片，引流瓶，胸带或腹带。

饮食：术前12小时禁食，胃肠道手术病人术前1~2日开始进流食。

灌肠：急诊手术或拟用局麻者，一般不灌肠；对选择性手术在术前1日应做肥皂水灌肠，早晚各1次；对结肠直肠手术应清洁灌肠，并用新霉素1.0g，每日4次，共3日。

病人送往手术室前的最后准备：排空大小便，麻醉前用药，放置

好胃管、导尿管，取下非固定性的假牙。

术时特别要注意检查手术的部位，以免发生左右不分，部位不准的手术事故，并注意清点器械纱布，严防遗漏。

患者术前一般状况可按Karnofsky记分法表示，病情最好者为100分，死亡者为0分。许多治疗措施是根据患者的一般情况来决定的。正常（100分），正常活动伴轻微症状（90分），通过努力才能正常活动，伴有某些症状（80分），生活可自理，但不能工作（70分），生活

自理，有时需要帮助（60分），生活自理，常要帮助，频繁服药（50分），卧床（残废）需要持久的特殊照顾（40分），病情需住院治疗（30

分），病重住院，需积极支持治疗（20分），濒死状（10分），死亡（0分）。50分以上才能耐受化疗，70~80分才能做手术治疗。

4 . 皮肤准备的范围

(1) 一般手术可在手术前1日进行皮肤准备，包括沐浴、洗头、修剪指（趾）甲，剃净手术区的毛发，用肥皂热水擦洗，涂以70%酒精。

(2) 各手术区皮肤准备的范围：

头部：开颅术：剃净整个头部和颈背部的全部头发和长汗毛，前额部应包括两眉毛。口唇部手术：面

部、颈部及上胸部。

颈部：甲状腺手术：上至下唇，下至乳头水平线，两侧至斜方肌前缘；颈淋巴结根治清除术：在患侧部上至发际上10cm，下至乳头水平线，前过中线至对侧胸锁乳突肌的后缘，后过中线。

胸部：胸部手术：上至颈中部

水平，下至脐部水平，前后过中线，包括同侧腋窝。中上段食管手术应包括颈部及腹部皮肤。乳房根治切除术：上至锁骨及肩头，并包括同侧腋窝及上臂，下至肋缘下 6cm，前至对侧乳房，后过肩胛线。如需植皮，应准备对侧股部皮肤。

腹部：剖腹探查术：上至乳头水平，下至耻骨联合，两侧至腋前线，剃净阴毛。拟行胸腹联合切口，则应准备手术侧之前后胸壁，并剃净同侧腋毛，洗净脐孔污垢。腹股沟部

和阴囊部手术：上至脐部水平，下至会阴部，包括大腿上 1/3，两侧至腋前线，剃净阴毛。肾手术：上至乳头水平，下至耻骨联合，前后过中线。

会阴部和肛门手术：会阴部、臀部和大腿上 1/3 的内侧，剃净阴毛。肛瘘及痔手术仅剃净外阴及肛周的阴毛即可。

四肢及脊柱：以手术部位为中心，上下各 10cm 以上，范围应较大。骨关节部手术，应在术前三天开始准备，从严要求。

5. 术后处理

术后要密切观察，注意病情变化，发现问题要分析原因，及时正确处理。

(1) 止痛：

大手术后 24 ~ 48 小时内，杜冷丁 50 ~ 100mg 肌注，必要时可 6 小时 1 次。

小手术后能进食者，一般可服用止痛药物。

(2) 卧位：

平卧位：全麻后尚未清醒者，椎管内麻醉的病人在 12 小时以内者。

半卧位：颅脑手术后无休克或昏迷，颈、胸手术后，腹部手术后。

俯卧位：脊柱或臀部手术后。

(3) 各种引流管的处理：

各种引流管要保持通畅，妥善固定，严防脱落。

胸腔引流管须和水封瓶连接，注意密闭。

胆道 T 型管放置时间必须在 2 周以上，嗣后再酌情拔除或保留。

保留导尿管应和膀胱冲洗器连接。

(4) 饮食和补液:

胃肠道手术一般在 24~48 小时内禁食, 第 3~4 日酌情给流食。

全麻者在麻醉清醒后, 若无恶心、呕吐反应, 则可进食。

椎管麻醉 3~4 小时后可进食。

禁食者每日补液 2 000 ~ 3 000ml, 每日排尿量应不少于 1 000ml, 比重在 1.018 左右。并注意补充维生素。

(5) 创口的处理:

无菌手术: 一般在拆线前不更换敷料。

拆线日期: 头皮 5 天, 面部颈

部 4 天, 胸腹部 7 天, 下腹部斜切口 5 天, 四肢 7 天, 手足 10 天, 张力缝线 12~14 天。

有引流者应每天更换敷料。

有胃肠造瘘或胆瘘胰瘘者, 须用氧化锌糊剂保护皮肤。

(6) 术后早期活动:

手术后病人, 原则上应早期活动。

凡有休克、心力衰竭、严重感染、出血、极度衰竭以及施行过固定和需要制动者, 则应卧床休息, 不应强调早期离床活动。

(7) 呕吐:

原因：呕吐常为麻醉之后或吗啡类药物反应所引起。颅内压增高，糖尿病酸中毒，尿毒症，水与电解质平衡失调，低血糖，缺氧和精神因素，均为可能的病因。

治疗：可选用阿托品 0.5mg 皮注；奋乃静 5mg 肌注；氯丙嗪 25mg 肌注；灭吐灵 20mg 肌注，针刺内关、足三里。

(8) 呃逆：

原因：胃饱胀，尿毒症，膈下感染。

治疗：可选用拉持患者的舌尖；吸入二氧化碳；杜冷丁 100mg

静滴；利他林 20mg 肌注；胃肠减压；压迫眶上缘；针刺内关、足三里、天突、鸠尾。

(9) 腹胀：

原因：由于胃肠道蠕动受抑制、肠腔积气所引起。一般腹部手术 12~24 小时后可逐步恢复。腹胀明显者应查原因。

治疗：可选用针刺合谷、足三里、气海、大肠俞、次髎；用皮硝外敷脐部；中药扶正理气汤（太子参 15g，青陈皮各 12g，枳壳 9g，旋覆花 9g，川朴 9g，姜半夏 9g，青广木香各 9g，延胡索 15g，丹皮 9g，徐

长卿 30g, 谷麦芽各 30g, 参三七 1.5g); 对于非胃肠道手术者可用新斯的明 0.5mg 肌注; 持续胃肠减压; 肛管排气。治疗无效者要注意有无肠梗阻、腹膜炎。

(10) 尿潴留:

原因: 肛门手术后多见。全身或椎管内麻醉后排尿反射受抑制; 切

口疼痛引起膀胱括约肌反射性痉挛以及不习惯在床上排尿。

治疗: 若无禁忌, 可协助病人坐于床沿上或立起排尿; 针刺足三里、关元、中极、阴陵泉、三阴交; 下腹部热敷; 氯化氨甲酰胆硷 0.25mg 皮下; 导尿。

6. 换药

(1) 换药的目的:

了解伤口情况, 检查有无感染、血肿或积液。

清理伤口, 去除异物、坏死组

织和脓液, 保持伤口引流通畅, 抑制细菌繁殖, 减少分泌物的刺激。

适宜的包扎和固定, 以减轻疼痛。

保护伤口，防止受外界污染。

拆除皮肤缝线。

(2) 换药原则：

必须树立无菌观念，掌握无菌技术，自觉遵守操作常规。

先换清洁伤口，再换有轻微感染的伤口，最后换严重感染的伤口。

当天有无菌手术时，术前不应给有感染伤口的患者换药。

换药一般应在换药室进行。

(3) 注意事项：

各种无菌棉球、敷料从容器中取出后，不得再放回原容器内。

污染的敷料须立即放在弯盘或

敷料桶内，不得随便乱丢。

对伤口部位、大小、深浅、创面情况要仔细观察，应注意移除伤口内的异物、线头、死骨、弹片、腐肉等，并检查引物的位置、数目及通畅情况。

一般表浅及分泌物少的创面，可用无菌的凡士林纱布或生理盐水纱布覆盖。

高出皮肤或不健康的肉芽组织，可予以剪平，或用硝酸银棒腐蚀后再用生理盐水棉球蘸洗，或用纯苯酚腐蚀后再用 70% 乙醇、生理盐水分别洗净。肉芽组织水肿较明显时可

用 3% ~ 5% 高渗盐水湿敷，每 4 ~ 6 小时更换 1 次。

分泌物较多且创口较深时，宜用生理盐水冲洗。若坏死组织较多，

可用优琐溶液或消毒溶液冲洗，每天换药 1 ~ 3 次，必要时放置引流。

给感染伤口病人换药后应认真洗手，然后再给另一个病人换药。

7. 腹腔引流

(1) 引流的种类：

被动引流：橡皮片引流，彭罗斯 (Penrose) 引流，烟卷引流，导管引流。

主动引流：双腔管闭式吸引引流，三腔管闭式吸引引流。

(2) 引流的原则：腹腔引流的引

流管不但是—种异物，而且是沟通腹腔内外的桥梁。使用正确则有利于病情的改善，倘若使用不当则常可发生并发症。引流的原则如下：

引流应放置在顺流位，引流管由腹壁另戳洞引出，而不要经原切口引出。

引流管由原切口引出是腹壁薄弱和可能导致腹疝的潜在原因。

引流管由腹直肌外侧引出，这样可避免损伤腹壁上动脉。

彭罗斯引流管之皮肤切口，应斜向切开，大小与管径相等。切开皮肤后再切开皮下组织、筋膜和肌肉。腹膜层应在直视下用血管钳捅开，使手指能容易通过为限。

引流管应放置在引流距离最短、最直接的位置引向体外，且在脏器复位时不引起扭曲。

引流管之端由原位偏离而压迫

中空脏器时，有可能发生压迫性溃疡。若用 5 - 0 肠线把引流管端固定则可防其移位。

引流管可用不吸收缝线固定在皮肤上，或用消毒的安全别针固定。这样可防止引流管滑脱。

闭式吸引引流和深腔引流之皮肤切口，应与管径相等。

引流管在引流停止后 24 小时内拔除。若引流是为了防止十二指肠残端瘘或肠道吻合口瘘，则应放置 7 ~ 10 天。

① 若腹腔脓肿已局限，引流管拔

除的最佳时间，应因病情而各异。为此，引流管可逐渐拔出。

1 当腹腔引流时间超过了预期时间，应予研究。引流道在 48 小时内即可有上皮化，只要引流仍有意义，就不会闭合。

2 若引流管不慎脱落，则可根据病情决定是否再放置，其位置应经拍片判定。若引流管已放置 7 ~ 10 天，则因引流道已经上皮化，虽瘘或窦道未被控制，引流管可安全拔除。

3 凡胰腺手术均要放置引流管，并加以吸引。

4 单纯脾切除时毋需引流，反之可增加膈下感染的发病率。但当邻近组织有损伤或手术较复杂时，则应放置引流。

5 单纯选择性胆囊切除，术中胆囊窝尚能闭合，又无急性感染者则一般不放置引流。但术中出血、胆汁渗漏或邻近脏器损伤无把握时可放置引流，并以闭式吸引引流为宜。

6 阑尾切除术后，不论阑尾是炎症、坏疽还是穿孔，一般不放置引流。但当有局限性脓肿、阑尾残端处理不满意时，则应放置引流。

7 胃切除术后的并发症，很大程度上取决于十二指肠残端闭合的好坏。若要引流，引流管不宜放在缝合处，引流至少要放置 7~10 天，否则是无意义的。

8 除非有特殊指征，一般来说，肠吻合后毋需引流。

9 如不研究临床与实验室资料之间的矛盾，而一味地认为引流管内无引流物就表示无手术合并症，这种认识会导致错误。

0 引流不能用来代替手术，引流不能补偿错误的外科判断和不良的外

科技术。

(3) 引流的注意事项：

引流物的选择必须合适。引流物的类型较多，应根据引流的目的、引流的部位来选择合适的引流物。引流物的质量要佳，有韧性，较柔软，在拔除时不会折断。

引流物放置的部位必须正确。引流物应放置在引流区的最低位置处，不能直接与吻合处接触，亦不能压迫重要脏器、血管和神经。术后不会影响脏器的功能。

引流物必须固定。引流物放置

后必须妥善固定，以防向外脱落，向内滑入腹腔。在放置多根引流物时，应牢记其数量和方位，切忌含糊不清。

引流管必须通畅。引流管放置后其引流量、色泽和性质均应认真记录和分析。当发现引流量突然减少或无东西引流出时，应寻找原因，排除

障碍，确保引流通畅。

引流物的拔除必须及时。引流物应在引流停止后 24 小时内拔除。但由于引流的目的和部位不同，引流物放置的时间亦长短不一。故应结合病人的具体情况及时拔除。拔除时要检查引流物的数量，引流物是否完全，有无折断，严防遗留在腹腔内。

8 . 外科切口分类与愈合等级

(1) 切口愈合统计的范围：统计只限于初期完全缝合的切口。切开引流或部分缝合的切口，以及片状植

皮的创面，都不在统计范围之内。

(2) 切口分类：

类：无菌切口。例如甲状腺

大部切除术，单纯疝修补术，单纯骨折切开复位术，硬脑膜外血肿清除术。

类：可能污染切口。例如胃大部切除术，肾切除术，肺叶切除术，阑尾切除术。

类：污染切口。例如阑尾穿孔腹膜炎作阑尾切除腹腔引流术，十二指肠溃疡病穿孔缝合术，结核性脓肿或窦道切除缝合术。

(3) 愈合分级：

甲级：愈合优良，即无不良反

应的初期愈合。

乙级：愈合欠佳，即愈合有缺点但切口未化脓。

丙级：切口化脓，并因化脓而需要敞开切口或切开引流者。

(4) 填写方法举例：

脾切除术切口愈合优良，则记录为 甲。

胆囊切除术切口发生血肿，则记录为 乙（血肿）。

甲状腺大部切除术切口化脓，则记录为 丙。

五、常用诊疗技术操作方法

1. 颈内静脉穿刺插管术

适应证

- (1) 全胃肠外营养疗法。
- (2) 中心静脉压测定。
- (3) 需长期静脉输液而周围血管输液困难者。

操作方法

- (1) 平卧，头低 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 或肩枕过伸位，头转向对侧。

- (2) 胸锁乳突肌的锁骨头、胸骨头和锁骨所形成的三角的顶部即为穿刺点。或取锁骨上 3cm 与正中线旁开 3cm 的交叉点为穿刺点。

- (3) 穿刺时应与矢状面平行，与冠状面呈 30° ，向下向后及稍向外进针，指向胸锁关节的下后方，边进针边抽吸，见有明显回血即可插管。

注意事项

- (1) 一般取右侧颈内静脉穿刺。
- (2) 严格无菌操作，加强护理，液体不得输空。
- (3) 技术操作不当可发生血肿、气栓、感染等并发症。

(4) 局部每周换药 2 次，硅管用 0.5% 过氧化酸溶液消毒。

(5) 保持输液通畅，在输高渗溶液后宜用 0.05% 肝素溶液 2~4ml 冲洗硅管。

2. 锁骨下静脉穿刺插管术

适应证

- (1) 全胃肠外营养疗法。
- (2) 中心静脉压测定。

操作方法

- (1) 经锁骨上穿刺：

取头低肩高位或平卧位（肩下

垫枕），头转向对侧。

在胸锁乳突肌锁骨头外侧缘与锁骨上缘所形成之夹角的平分线之顶端或其后 0.5cm 左右处为穿刺点。进针角度为 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$ ，一般进针 2.5~4cm。

(2) 经锁骨下穿刺：

取头低肩高位，头转向对侧。

取锁骨中点，内侧 1 ~ 2cm 处（或锁骨中点与内 1/3 之间）的锁骨下缘为穿刺点。针尖指向头部，与胸骨纵轴约呈 45°，与胸壁约呈 15°，以恰能穿过锁骨与第一肋骨的间隙为准。

注意事项

(1) 一般选右侧锁骨下静脉穿

刺。

(2) 严格无菌操作，预防感染，加强护理。

(3) 操作不当可发生气胸、血胸、血栓、气栓和感染等并发症。

(4) 局部每周换药 2 次。

(5) 用 0.4% 枸橼酸钠溶液或 0.05% 肝素溶液 2 ~ 4ml 冲洗硅管，每 6 ~ 8 小时 1 次。

3. 桡动脉切开术

适应证

(1) 重度休克必须经动脉输液输

血者。

(2) 施行某些特殊检查，如心血

管造影术，体外循环等。

(3) 需直接观察动脉血压者。

操作方法

(1) 沿桡动脉的径路作一长 2~3cm 直切口或横切口，分离出桡动脉。

(2) 若行动脉输血时，即可将针头直接刺入动脉，进行加压输血。

(3) 若行导管插入，可在动脉下穿两根丝线，切开桡动脉后立即将导

管迅速插入，固定后即可输血。

(4) 需拔出导管时，桡动脉应予以修补。

注意事项

(1) 有出血倾向者禁忌。

(2) 绝对禁止向动脉内注入去甲肾上腺素等血管收缩剂。因会引起动脉痉挛，肢体缺血坏死。

(3) 尽量选用左侧桡动脉。

4. 股静脉、股动脉穿刺术

适应证

(1) 经外周静脉采取血标本困难

者。

(2) 急救时静脉内注药。

(3) 穿刺法行右心导管检查术。
选择性腹腔动脉造影。

操作方法

(1) 仰卧，下肢伸直并略外展、外旋。

(2) 先在腹股沟韧带下方中部扪清股动脉搏动，其外侧为股神经，内侧为股静脉。

(3) 股动脉穿刺可在腹股沟韧带下 2~3cm 处搏动最明显处进针。

(4) 股静脉穿刺可在腹股沟韧带

下 2~3cm，股动脉内侧垂直刺入或与皮肤成 30°~45° 刺入。进针时回抽有无回血。

注意事项

(1) 不要选择有感染的部位作穿刺。

(2) 抽出鲜红色血即表示刺入股动脉，暗红色血则表示刺入股静脉。

(3) 拔针后紧压穿刺处数分钟，至无出血时为止。

5. 大隐静脉切开术

适应证

(1) 危重病人需大量输液者。

(2) 中心静脉压测定。

(3) 右心导管检查。

操作方法

(1) 仰卧位，术侧下肢外旋。

(2) 在内踝前上方约 3cm 处作一长 1.5 ~ 2cm 之皮肤横切口或纵切口。

(3) 将静脉分离出后，在静脉下方置 2 根丝线，一根用于结扎静脉远侧端，并予牵引，提起静脉，在静脉上剪一 V 形口，看清管腔后插入导

管约 5cm。用另一根丝线结扎插管之近端静脉，结扎时松紧要适度，以不渗漏液为宜。

注意事项

(1) 在切开静脉时一定要看清静脉的内腔，插管时切忌插入静脉壁层。

(2) 一般导管留置 3 天，硅胶管则可久留。

(3) 若发现有静脉炎则应拔除导管。抬高患肢，局部热敷。

6. 中心静脉压测定

适应证

(1) 原因不明的急性循环衰竭，

借以辨认是血容量不足还是心功能不足所致。

(2) 大手术或其它需大量输血输液时观察血容量的动态变化。

操作方法

(1) 可经颈内静脉、锁骨下静脉穿刺插管。也可行肘前贵要静脉、右腹股沟大隐静脉切开插管。详见前述。

(2) 用生理盐水多次冲洗静脉导管后，将输液导管通过三通开关连接静脉导管。将三通开关的另一端接测压管，并使液面高于预计的静脉压之

上。

(3) 导管插入后，扭动三通开关，使输液管与静脉导管相通。并逐渐使静脉导管达右心房或上、下腔静脉的近心端。扭动三通开关使测压管与静脉导管相通，则测压管内液体迅速下降，至一定水平不再下降时，液平面的读数即为中心静脉压。

注意事项

(1) 严格无菌操作，严防空气进入。

(2) 测压管的零点必须与右心房中心在同一平面。

(3) 中心静脉压的正常值为 588 ~ 981 Pa (6 ~ 10cmH₂O)。 < 0.49kPa (5cmH₂O) 提示有效血容量不足; > 1.5 ~ 2kPa (15 ~ 20cmH₂O) 提示心功能有明显衰竭。

7 . 胸外心脏按压术

适应证

(1) 创伤、电击、溺水、窒息、心脏疾病或药物过敏等引起的心搏骤停。

操作方法

请参阅心脏复苏术。

注意事项

- (1) 按压时位置要正确。
- (2) 按压时用力要适宜。过重可致肋骨骨折、心包积液、肝破裂。过轻则达不到救治的目的。
- (3) 按压时应进行人工呼吸。

8 . 心内注射术

适应证

心脏停搏。

操作方法

- (1) 经心前区注射术：于左侧第

四或第五肋间隙的胸骨左缘旁开 2cm，沿肋骨上缘垂直刺入右心室。或由第四或第五肋间隙心浊音界稍内侧刺入左心室。一般刺入 4 ~ 5cm，抽得回血后即注射药液。

(2) 经剑突下区注射术：于剑突下偏左肋弓下约 1cm，穿刺入皮下组织后，经肋骨下缘与腹壁皮肤呈 15°~ 35°，针尖朝心底部直接刺入心

室腔，抽得回血后即可注射药液。

注意事项

(1) 穿刺部位要准确，否则易造成气胸或损伤冠状血管。

(2) 注射药物时必须先回抽见血后才能注射。切忌注射药液于心肌内，以免引起心律失常或心肌坏死。

(3) 拔出针头后立即继续胸外心脏按压术。

9. 人工呼吸术

适应证

- (1) 心搏骤停。
- (2) 因麻醉、淹溺、电击、中

毒、颈椎骨折或其他伤病引起呼吸麻痹者。

操作方法

(1) 口对口人工呼吸法：

平卧，以两层纱布盖于口上。

术者一手托起下颌，使头部后仰，另一手捏住鼻孔，以防气体由鼻孔逸出。术者深吸一口气，紧贴患者口部向嘴内吹气。吹后若有回气声则表示气道通畅，可再吹气。

成人每分钟吹气 12 次，儿童每分钟吹气 20 次。

婴儿行口对口人工呼吸时，于吹气毕可用手轻压胸廓，协助呼气。

(2) 仰压人工呼吸法：

仰卧，背部垫枕，使肩及枕部

略低，头偏向于一侧。

术者跨于患者两股外侧或患者一侧，屈曲两肘关节，将两手横放于肋弓上部，手指自然分布于肋部肋骨上，拇指向内。

将体重支于两手，使身体向前，逐渐加压力于胸部。2 秒钟后放松两手，施术者直跪起，经 2 秒钟后再按上述方法反复施行。

注意事项

(1) 做人工呼吸术前先要清除口腔内的异物、粘液及呕吐物，保持呼吸道通畅。

(2) 患者应卧在地上或木板上，空气要新鲜。

(3) 必要时可用纱布包住舌头牵出之，以免舌后缩阻塞呼吸道。

(4) 恢复自主呼吸后，可停止人

工呼吸，但要密切观察。

(5) 人工呼吸术仅运用于短时间急救之用。时间长者，须行气管插管、气管切开及人工呼吸器维持呼吸。

10 . 胸腔穿刺术

适应证

(1) 外伤性血气胸。

(2) 诊断性穿刺。

(3) 胸腔积液。

操作方法

(1) 患者反向坐在椅子上，健侧臂置于椅背，头枕臂上，病侧臂伸过

头顶。或取斜坡卧位，病侧手上举，枕于头下或伸过头顶，以张大肋间。

(2) 穿刺部位宜取实音处。一般在肩胛角下第 7~8 肋间或腋中线第 5~6 肋间穿刺。包裹性积液者，应根据 X 线透视或超声检查再决定穿刺部位。

(3) 进针应沿下一根肋骨上缘缓慢刺入。当穿过壁层胸膜时，针尖抵抗感突然消失，然后接上注射器，放开夹住胶管的钳子后，即可抽液。要严防空气进入胸腔。

注意事项

(1) 严格无菌操作，绝对不能让空气进入胸腔。术者和助手要密切配合。

(2) 以诊断为目的穿刺抽液量为 50 ~ 200ml，以减压为目的穿刺抽液量第 1 次不超过 600ml，以后每次不超过 1 000ml。

(3) 为避免患者在术时咳嗽，术前可给可待因 0.03 口服。术中若发生阵咳或出现虚脱，则应立即停止抽液。并皮下注射肾上腺素 1mg，或肌注苯甲酸钠咖啡因 0.5。

(4) 须向胸腔内注入药物时，可抽胸腔液少许与药液混合后再注入，以确保把药液注入胸腔内。

(5) 病情危重，有严重出血倾向，自发性气胸，大咯血，严重肺结核、肺气肿等患者不宜行胸腔穿刺术。

11 . 心包穿刺术

适应证

(1) 心包大量积液有心包填塞症状者。

(2) 心包炎伴积液需抽液明确病因者。

操作方法

(1) 心前区穿刺：于左第五或第六肋间隙心浊音界内侧，针自下向上后方刺入心包腔。进针时边进边吸，吸出液体时即把针头固定好，以避免触及心肌或损伤冠状动脉。

(2) 胸骨下穿刺：于胸骨剑突与

左第七肋软骨交界处之下作穿刺点。穿刺的方向为与腹前壁成 45° 角，针刺向上、后、中，而入心包腔的底部。边进边吸，至吸出液体时为止。

注意事项

(1) 术前宜行 X 线或超声检查定位，并估计积液量。

(2) 抽液速度宜慢。首次抽液量为 100ml 左右为妥，以后每次抽 300 ~ 500ml。若为血性积液，一般应停止继续抽吸。

(3) 术时要注意病情变化，发现

问题要及时处理。

(4) 术后要静卧，测脉搏、血

压，每半小时 1 次，共 4 次。以后

24 小时内每 2~4 小时测 1 次。

12. 腹腔穿刺术

适应证

(1) 了解腹水性质，寻找病因，协助诊断。

(2) 大量腹水引起的严重胸闷，气促者，适量放液后可缓解压迫症状。

(3) 腹腔内注射药物。

操作方法

(1) 坐在靠背椅上或取斜坡卧位。

(2) 穿刺点可选脐与耻骨联合中点外侧 1.5cm 处或脐与髂前上棘联线的外 1/3 处。

(3) 穿刺时要谨慎小心，刺入腹腔时有落空感。抽吸标本，送检验。

(4) 若系放液，速度宜慢。初次放腹水不宜超过 3 000ml。

注意事项

(1) 放液时要密切观察患者面色、脉搏、呼吸和血压等，如有晕

厥、休克，应停止放液，安静平卧，并予输液、扩容等对症治疗。

(2) 大量放腹水时可引起昏迷或休克、水与电解质紊乱、血浆蛋白丢失等严重并发症。

(3) 腹水若系血性，则在吸取标本后停止放液。

(4) 术后穿刺处要压紧，并缚腹带。卧床休息至少 12 小时。

13 . 肝脏穿刺术

适应证

(1) 取肝组织作病检，协助诊断。

(2) 向肝肿瘤处注射药物。

(3) 对肝脓肿者行抽脓注药治疗。

操作方法

(1) 平卧，肩外展，屈肘。手置枕后以张大肋间隙。腰下铺放腹带。

(2) 准确叩出肝浊音界，穿刺部位一般在腋前线第 8、9 肋间为宜。若向肿瘤穿刺，应在 B 超引导下进行。

(3) 穿刺深度一般不超过 6 ~

8cm。穿刺时要令患者屏息。若未抽得液体，可将针退至皮下，一般以穿3次为限。

(4) 穿刺完毕，在穿刺处紧压数分钟，以防出血，再裹紧腹带，局部压上小砂袋。

注意事项

(1) 有出血倾向、凝血异常及疑为肝包囊虫病者，禁作肝穿。

(2) 有咳嗽、精神紧张者，在术前1小时给予可待因0.03和苯巴比妥0.03口服。

(3) 穿刺时切忌针头在肝内转换方向。

14. 经皮肝穿刺胆道置管引流术

适应证

- (1) 阻塞性黄疸患者术前减压。
- (2) 急性化脓性梗阻性胆管炎患者郁滞胆汁的引流。
- (3) 极度衰竭的外科性黄疸及不

能手术切除的恶性肿瘤患者的姑息治疗。

操作方法

- (1) 仰卧，右肩外展屈肘，手置枕后。

(2) 穿刺点取右腋中线第 7、8 或第 9 肋间。

(3) 以细针 (长 15cm, 外径 0.7mm, 内径 0.5mm) 在 X 线电视导向或 B 超导向下由预定穿刺点刺入, 针体呈水平方向进针, 针尖推进至第 11 胸椎上缘水平, 脊柱右侧旁开 2cm 左右时, 拔出针芯, 注入造影剂。当注入肝实质时可见不易消退的片状影象。此时可边退边注。当注入血管时, 造影剂立即消失。当注入胆管内时, 会出现向心性树枝样影象。

(4) 抽出细针, 改用带芯粗针 (长 15cm, 外径 1.4mm, 内径 1.0mm)。按上述方法向已显影的扩张胆管穿刺, 抵达胆管壁及进入胆管腔时均有较明显的阻力及落空感。此时抽出针芯, 即有胆汁流出, 然后置入导引钢丝达胆管内, 退出粗针, 换置引流管, 见引流通畅后即拔除导丝, 固定导管, 再接消毒引流管和消毒引流瓶。

注意事项

(1) 碘过敏、凝血酶原时间超过 20 秒或血小板计数 $< 50 \times 10^9 / L$ (5

万/ mm^3)、大量腹水、穿刺部位有感染及肝内有广泛转移性肿瘤者禁忌。

(2) 术前禁食，并给予维生素 K_1 10mg 及哌替啶 50mg 肌注。

(3) 术后测脉搏、血压，每小时 1 次。卧床 24 小时，观察有无出血、

腹痛和发热。

(4) 记录胆汁量、色泽及性质。

(5) 导管要妥善固定，严防折断或脱出。

(6) 1 周后可用庆大霉素 4 万 u 加生理盐水 30ml 冲洗导管。

15 . 肾积水穿刺引流术

适应证

(1) 怀疑肾积水而静脉肾盂造影和逆行性造影不能施行者。可行肾盂穿刺顺行造影。

(2) 上尿路梗阻发生尿毒症而需行肾盂造口引流者。

(3) 需行肾盂内压测定者。

操作方法

(1) 俯卧位，腹部垫一枕头。

(2) 一般穿刺点在第 12 肋缘下肋脊角处，在 B 超导向或在 X 线透视下进行穿刺。

(3) 穿刺针以粗长的腰穿针为宜。

(4) 抽取足够尿液送检验。然后注入适量造影剂进行肾盂、输尿管造影。或注入靛胭脂或亚甲蓝，观察由尿道排出的情况。

(5) 若需测定肾盂内压者，则可

接上测压装置。

(6) 行套管针穿刺置管引流者，留置导管要妥善固定。

注意事项

(1) 导管要严防脱落、打折。

(2) 导管可用庆大霉素 4 万 u 加生理盐水 30ml 冲洗。

16. 耻骨上膀胱穿刺术

适应证

(1) 急性尿潴留导尿未成功者。

(2) 需经穿刺采取膀胱尿液做检验及细菌培养。

(3) 需膀胱造口引流者。

操作方法

(1) 平卧位或斜坡卧位。

(2) 耻骨联合上缘一横指正中部为穿刺点。

(3) 穿刺针向后下倾斜刺入膀胱。

胱。常有落空感。

(4) 拔出针芯，吸尽尿液，并送检验和做细菌培养。

(5) 如用套管针穿刺做耻骨上膀胱造口术者，可置管引流。

注意事项

(1) 严格无菌操作。

(2) 过分膨胀的膀胱，抽吸尿液时宜缓慢，以免发生出血。

17. 腰椎穿刺术

适应证

(1) 施行腰麻。

(2) 需采取脑脊髓液检查，以协助诊断。

(3) 测定颅内压力，了解蛛网膜下腔有无阻塞。

(4) 做脑和脊髓造影。

(5) 颅内压过低患者椎管内注射生理盐水。

操作方法

(1) 侧卧于硬板床上，背部与床边垂直。头向胸前弯曲，腰向后弓起，双膝向腹部屈曲。

(2) 穿刺点取第3、4腰椎间隙。

(3) 由棘间与脊柱呈垂直方向慢慢刺入，穿过黄韧带及硬脊膜时，常有落空感。

(4) 拔出针芯，即可见脑脊液流出。

注意事项

(1) 颅内压明显增高（尤其是颅后凹占位性病变），穿刺局部有感染

病灶，病人垂危，败血症及全身性感染则禁忌腰穿。

(2) 穿刺过程中出现脑疝症状时（瞳孔散大，意识不清，呼吸深慢或病理呼吸），应立即停止放液，并向椎管内注入空气或生理盐水 10 ~ 20ml，快速静滴 20% 甘露醇 250ml。

18 . 胃管插入术

适应证

(1) 患者不能自己进食时，通过胃管来维持营养。如昏迷、精神异常，口腔及喉头手术后。

(2) 将胃的内容抽出来并予以冲洗。常见于胃运动障碍，胃内发酵，慢性胃炎粘液分泌过多，幽门梗阻及各种中毒症的洗胃。

(3) 将胃中的分泌物吸出，协助诊断。

(4) 胃大部切除术后以及肠梗阻患者作为胃肠减压。

(5) 胃出血患者注射药物。

操作方法

(1) 平卧位或斜坡卧位。

(2) 胃管涂以液状石蜡，使之滑润。

(3) 将胃管自通气顺利的鼻孔慢

慢插入。如患者清醒，可令其做下咽动作；如患者昏迷，则可直接插入食管以达胃内。抽出有胃液即可。

注意事项

(1) 胃管插入 40 ~ 45cm 表示已达贲门，50 ~ 60cm 已达胃内，60 ~ 65cm 已达幽门。

(2) 新近有上消化道大出血史及极度衰弱者应慎用。

19 . 三腔管填塞术

适应证

门静脉高压并发食管胃底曲张静

脉破裂大出血。

操作方法

(1) 平卧位或斜坡卧位。

(2) 自鼻腔内插入涂有滑润油的三腔管，当深达 50cm 处并在胃管内抽出胃液时，提示头端已达胃部。

(3) 先向胃囊内注气 150 ~ 200ml，夹住胃气囊管。并用 0.5 ~ 1.0kg 重量牵引。经检查后无活动性出血，则出血部位多在胃底部。若仍有出血，则出血部位多在食管下端，可将食管气囊充气 80 ~ 100ml 后夹住

气囊管。

注意事项

(1) 术前要检查三腔管各部是否完好。

(2) 食管气囊管和胃气囊管要辨认清楚。注气后要标明时间。

(3) 食管气囊应每隔 6 ~ 8 小时放气 5 分钟（放气前口服液状石蜡 20ml），然后再予充气。

(4) 三腔管一般放置 72 小时。

20 . 尿管插入术

适应证

(1) 大手术采用全麻者。

(2) 手术后尿潴留而不能自行排尿者。

(3) 需要留置导尿者。

操作方法

(1) 平卧位。

(2) 用 0.1% 新洁而灭消毒术野两次。消毒要以尿道口为中心，由内向外，从上到下（女患者顺序是尿道口、前庭、大小阴唇、阴阜；男患者是尿道口、龟头、阴茎）。

(3) 导尿管沾无菌液状石蜡后由尿道口插入，男性插入深度为 20cm

左右，女性为 6cm 左右。见有尿液外流则可。

(4) 若要留置导尿，则要妥善固定导尿管。

注意事项

(1) 严格无菌操作。导尿管误插入阴道或脱出时要重新更换。

(2) 操作要轻柔，以免损伤尿道粘膜。

21 . 膀胱冲洗术

适应证

(1) 需长期膀胱造瘘者。

(2) 需留置导尿者。

操作方法

(1) 开放冲洗法：

吸取无菌冲洗液由导尿管慢慢注入膀胱，并让冲洗液自行流出或轻加抽吸。如此反复冲洗，直至流出液变清为止。

更换无菌橡胶管及贮尿管。

(2) 密闭冲洗法：

吊瓶内盛冲洗液于输液架上(距床 1m 左右)，接上 Y 形接管(与膀胱同一水平)。同时分别接导尿管及排尿引流管。贮尿管置床旁地面。

冲洗前先把膀胱引流空，冲洗

液以每分 40 ~ 60 滴的速度滴流入膀胱 100 ~ 200ml 时，即夹紧输入管，开放排尿引流管，反复 3 ~ 4 次，使流出液清晰为止。

注意事项

(1) 常用的无菌冲洗药液是 1 8 000 高锰酸钾，3% 硼酸，1 5 000 呋喃西林，1 5 000 利凡诺或生理盐水等(温度 37 ~ 38) 1 000 ~ 1 500ml。

(2) 每次冲洗均应注意无菌操作。

22 . 尿道施探扩张术

适应证

(1) 探查尿道有无尿道狭窄、尿道结石或膀胱结石。

(2) 治疗或预防尿道狭窄。

(3) 治疗慢性后尿道炎，反复发作的女性尿道综合征和膀胱颈梗阻。

操作方法

(1) 平卧位或膀胱截石位。

(2) 由尿道口灌入表面麻醉剂，并在尿道内保留 5 分钟。

(3) 左手提起阴茎，右手将涂有液状石蜡的探子轻轻插入尿道内。探

子到球部尿道时，暂呈直立位置。到尿生殖膈时，稍有阻力。此时将阴茎连同探子轻轻压平，并继续推进，即可进入膀胱。

(4) 若金属探子不能放入，可先用丝状探子引导，待其通过狭窄段后，再连接金属跟踪探子进入膀胱。

注意事项

(1) 严格无菌操作、操作要轻柔。

(2) 尿道扩张的间隔时间至少 1 周，每次探子径度只宜增调 2 ~ 3 个

号码。

(3) 术前术后给予庆大霉素 12 万 u, 2/ d, 肌注。

(4) 泌尿生殖器官有急性炎症及尿道扩张后曾发生严重出血者禁忌。

23 . 前列腺按摩术

适应证

- (1) 采取前列腺液做检查。
- (2) 治疗慢性前列腺炎。

操作方法

- (1) 膝肘位或前俯立位。
- (2) 术者戴指套, 涂以液状石蜡, 将手指插入肛门。
- (3) 先按顺序检查前列腺, 再由上外向下内, 由两侧向中间进行按

摩。

(4) 接取流出的前列腺液, 做细菌培养及常规镜检。

注意事项

- (1) 用食指腹面按摩, 操作要轻柔, 时间不宜长。
- (2) 肛门周围及前列腺有急性炎症时忌行按摩。

24 . 肛门直肠指诊术

适应证

(1) 检查肛门、直肠疾病，前列腺及精囊疾病。

(2) 盆腔肿块的检查 and 鉴别。

(3) 采取标本及活体组织检查。

操作方法

(1) 左侧卧位（左下肢伸直，右下肢屈曲）或膝肘卧位。

(2) 先检查肛门外有无肛瘘，外痔，脱肛和肛裂等。

(3) 右手指套涂液状石蜡后在肛门周围轻轻按摩，并令患者呼气放

松。食指即沿会阴部向后轻轻滑入肛门。

(4) 沿肛门直肠四周做仔细触诊，检查有无触痛、肿块及条索状物。退出后检查指套上有无血液、粘液和脓液。

(5) 若有异常时，即行直肠镜或肛门镜检查。

注意事项

(1) 直肠癌误诊的重要原因之一是忽视了肛门直肠指诊的重要性，而未进行此项检查。

(2) 肛周有炎症或有肛裂者应暂缓检查。

25 . 灌 肠 法

适应证

(1) 为手术前做肠道准备。

(2) 大便干结在 3 天以上或无力排便者。

(3) 灌入药物进行治疗。

操作方法

(1) 大量不保留灌肠：

侧卧位，上位腿屈曲，下位腿伸直。

润滑直肠管前端，轻轻旋转插入肛门约 10~15cm。

抬高灌肠筒，使其距床缘约 60~70cm，松开止血钳，使灌肠液（生理盐水、1% 肥皂水各 500~1000ml，液体温度 39~41℃）徐徐流入肠内。

灌肠后 5~10 分钟可排便。

(2) 小量不保留灌肠：

常用一二三灌肠液（50% 硫酸镁 30ml，甘油 60ml，水 90ml）加温至 39~41℃ 后缓慢灌入。

嘱忍耐约 10 分钟后排便。

(3) 保留灌肠：

灌肠液按医嘱配制。

嘱患者排便或给予排便性灌肠 1 次。

液量在 200ml 以内者可用漏斗或注射器低压缓慢灌入（液面距肛门不超过 20cm）。

液量在 200ml 以上者，可将臀部抬高约 20cm，导管插入 20cm 左右，滴速一般每分钟 60 ~ 70 滴。药液注意保温，并嘱患者要尽量忍耐，不要解出。

(4) 清洁灌肠：

先嘱患者排便或给予大量不保留灌肠 1 次。

将灌肠筒挂于高出床缘 60 ~ 70cm 的输液架上，将污水桶放床旁。

待灌肠液（生理盐水）流入 500ml 后夹闭输入管，开放输出管。使灌入肠内的液体流至污水桶内。流完后即夹闭输出管，开放输入管。如此反复灌洗，直至流出液清亮为止。

注意事项

- (1) 做好思想工作，配合要好。
- (2) 插管动作要轻柔。

26 . 食管镜检查术

适应证

- (1) 食管异物、食管憩室、食管狭窄及肿瘤。
- (2) 采取活检标本。
- (3) 食管曲张静脉破裂出血注射硬化剂。
- (4) 食管狭窄扩张术。

操作方法

- (1) 左侧卧位，颈部略向前倾，两腿屈曲。
- (2) 取下义齿。
- (3) 用 4% 利多卡因喷雾咽部，

每隔 3~5 分钟 1 次，共 3 次。

(4) 先把食管镜插至咽后壁，稍候片刻，待环咽肌松弛，食管上口稍张开呈一裂隙时，立即插入食管。

(5) 食管镜通过食管上口后放低患者头部，吸出镜管中分泌物。将食管镜的管端稍向右移，远端指向患者左髂前上棘，继续下送，至食管下端又遇一呈多皱襞裂隙状的狭窄处为食管下口，再将食管镜稍向前进，使其张开，镜体便可进入食管末端。此时常有胃液涌入镜管中。

(6) 检查要仔细，观察有无异物、炎症、溃疡、肿瘤、静脉曲张、狭窄等。

注意事项

(1) 主动脉瘤，严重高血压病及心脏病，颈椎畸形，咽喉结核，急性

腐蚀性烧伤禁忌。

(2) 检查前4小时禁食禁水。

(3) 操作要轻柔，以防食管损伤。

(4) 术后2小时内禁食禁水，以防误吸性肺炎。

27 . 纤维胆道镜检查

适应证

(1) 术中胆道检查、明确胆道有无结石、异物、狭窄、畸形。

(2) 胆道术后带有 T 形引流管患者，疑有胆道残余结石、胆道蛔虫症、胆道狭窄、胆管癌壶腹周围癌。

操作方法

(1) 仰卧位。

(2) 拔除 T 形管后即从窦道插入胆道镜。边进边观察，直至胆道。仔细观察胆道粘膜的色泽，内径大小，有无结石、异物、蛔虫和新生

物。要注意左右肝管及括约肌的开口。

(3) 如取石钳套住结石后，应连同胆道镜一起退出。

(4) 若需再次检查或取石，则该次术后即从窦道插入适当粗细的引流管至胆道，以保持窦道的支撑和胆汁的引流。

注意事项

(1) 无菌操作、动作轻柔。

(2) 操作时胆道镜软管部分不能扭折，角度杆转动应缓慢。

(3) 胆道镜检查有时可发生感染、胆道出血、窦道穿孔、胆管破裂、胆管炎和胰腺炎。

(4) 有严重心血管疾病，严重胆

道感染，中毒性休克，有出血倾向，引流管放置时间不足三周者均为禁忌。

28 . 膀胱镜检查术

适应证

(1) 窥查膀胱内病变，采取活体组织。

(2) 进行输尿管插管，灌注药物或逆行造影。

(3) 膀胱内小肿瘤的电烙、切除。

(4) 膀胱异物取除，碎石取石。

操作方法

(1) 取膀胱截石位。

(2) 先用肥皂水及清水洗净外生殖器及会阴部，然后以 0.1% 新洁而灭或 0.25% 洗必泰消毒。

(3) 用表面麻醉剂行尿道内灌注麻醉。

(4) 膀胱镜插入后，尿液体细菌

培养，并测残余尿量。

(5) 灌入冲洗液后，先做膀胱内检查，然后重点检查病变部位，再行输尿管插管，最后进行预定的手术。

(6) 左右输尿管导管应有明确标记。

注意事项

(1) 有急性泌尿系感染，尿道过于狭窄，骨关节畸形而体位异常不能进行检查者禁忌。

(2) 术后多饮水，注意血尿及尿量情况。

(3) 术前术后给予庆大霉素 12 万 μ ，2/d，肌注。

29. 乙状结肠镜检查术

适应证

(1) 不明原因的慢性腹泻、便血，疑有乙状结肠炎症、溃疡、息肉及肿瘤。

(2) 息肉摘除。

操作方法

(1) 膝肘卧位。

(2) 先行肛门直肠指诊，明确局部有无病变。

(3) 乙状结肠镜涂以液状石蜡。

嘱患者张口呼气，松弛肛门，插入乙状结肠镜 5cm，并循骶骨弯曲方向在灯下直视轻轻推进。一般插至 25 ~ 30cm 为限。

(4) 在徐徐退出的过程中观察肠粘膜有无充血、水肿、出血、萎缩、肥厚、溃疡、息肉、肿瘤等，并注意有无活动的阿米巴。

(5) 行活组织钳取后，即用明胶海绵贴敷创口，也可用次碳酸铋或止血粉涂敷创口。

(6) 当退出窥镜时，更要注意环行皱襞上方及肛门附近有无裂伤、糜

烂和痔等病变。

注意事项

(1) 直肠全长 12 ~ 15cm，与乙状结肠和肛管交接处各有一弯曲。弯曲处肠腔均较狭小。前者是大肠最狭窄的部位。上端的骶曲沿骶骨前方的弯度向后凸出，下端的会阴曲则在尾骨尖端的邻近凸向前方，因而肛管、直肠和乙状结肠的纵轴不在同一直线上。窥镜插入时应予小心。

(2) 直肠内壁有三个由粘膜皱襞形成的半月形瓣膜，分别位于距肛门 13、11 和 8cm 处。上下两瓣膜均处

于直肠的左侧壁，后者的位置较偏向后方。中间的半月形瓣膜则位于直肠的后侧壁。均应注意。

(3) 术前 4~6 小时清洁灌肠。

(4) 腹腔内有急性感染，乙状结肠有严重感染或急性溃疡禁忌。

30 . 直肠镜检查术

适应证

(1) 有排便困难、疼痛、便血、粪便变细或带粘液。

(2) 采取组织做病理检查。

(3) 进行注射治疗或息肉摘除、电灼。

操作方法

(1) 膝肘卧位或左侧卧位，左下肢伸直，右下肢尽量屈曲。

(2) 肛门直肠指诊后取直肠镜，其前端涂以液状石蜡，慢慢旋转插入肛门。拔出闭孔器，在照明下观察肠粘膜之色泽及有无充血、水肿、溃疡、息肉和肿瘤等。

(3) 若做活体组织检查，则要在直视下进行，钳取组织后即明胶海绵或止血粉涂敷，压迫止血。观察片刻，无出血后再一面退出一面观察至

肛门齿线，并注意有无内痔。

注意事项

(1) 有肛裂、血栓性痔、肛门周

31 . 活 检 术

适应证

(1) 体表的肿瘤：肿大的淋巴结、皮脂腺囊肿、皮肤癌。

(2) 深部脏器或肿块：如肝、腹腔肿块。

(3) 空腔脏器病变：食管、胃、肠、气管等病变。

操作方法

(1) 通过手术切除。

围脓肿及有腹膜刺激症者禁忌。

(2) 直肠镜检查对直肠癌的早期发现有重要意义，应予强调和重视。

(2) 在 B 超、CT 引导下穿刺获取组织。

(3) 通过内窥镜检查时获取组织。

注意事项

(1) 任何疾病的有效治疗来源于正确的诊断。而当诊断不能确立时，进行活检是目前疾病诊断中准确性最高的方法。是一种细胞水平的检查和

分析。

(2) 在活检时，必须要获取适量

的组织标本，才能便于做出病理诊断。

六、特殊检查的准备及注意事项

1. 食管钡餐造影检查

适应证

(1) 食管的憩室、异物、静脉曲张和肿瘤。

(2) 压迫或侵蚀食管的纵隔或心脏疾病。

病员准备

(1) 检查前禁食。

(2) 食管内有潴留液多时，查前应尽量抽出。

操作方法

吞服适当稠度的医用硫酸钡，先透视后摄片。

注意事项

(1) 食管静脉曲张破裂大出血和食管、气管瘘患者，检查应慎重。

(2) 在检查有无食管静脉曲张时，可采用 Valsalva 法（深吸气后屏住呼吸，做呼气状）和 Müller 法

（深吸气后屏住呼吸，做吸气状），这样在钡剂流过食管时可更好地观察食管粘膜的情况。

(3) 不宜在食后立即进行检查，以免食物残渣粘附管壁而引起误诊。

2. 胃肠钡餐造影检查

适应证

(1) 胃肠道的溃疡、憩室、畸形、异物和肿瘤。

(2) 可能推移或压迫胃肠道的腹腔内或腹膜后病变。

病员准备

(1) 检查前禁食 1 餐。

(2) 胃潴留液较多者，应尽量抽出。

(3) 必要时灌肠。

操作方法

(1) 医用硫酸钡 100 ~ 120g 加水

200ml 和阿拉伯胶适量调匀后吞服，先透视后摄片。

(2) 疑有小肠病变者，应每隔 30 ~ 60 分钟复查 1 次；疑有回盲部病变者，在服钡后 4 ~ 6 小时复查。

注意事项

(1) 检查前 24 小时内，禁服影响胃肠道功能或 X 线显影的药物。

如泻剂、收敛剂、铋剂、碘剂、铁剂、钙剂等。

(2) 胃肠道疑有穿孔、结肠梗阻和胃肠道大出血者禁忌。

(3) 检查时，必须进行立位及卧位的检查。

(4) 钡剂必须调匀，若有小钡块存在，则易引起误诊。

3 . 肠套叠灌肠复位造影检查

适应证

肠套叠 24 小时之内，一般情况较好者，无明显中毒症状、休克或腹膜炎者。

病员准备

- (1) 置胃肠减压管。
- (2) 做好手术的准备。

操作方法

(1) 侧卧位。

(2) 将 Foley 管插入肛门后取仰卧位。由副管注入空气，使远端气囊胀满，并稍向外拉，使气囊堵塞肛门。

(3) 在透视下缓慢注入 10% ~ 15% 的硫酸钡，其压力以 8.0 ~ 13.3kPa (60 ~ 100mmHg) 为宜。观察钡头进展情况，酌情摄片。

(4) 复位困难时，可考虑乙醚麻

醉，以缓解肠壁痉挛。

注意事项

(1) 密切观察病情变化，注意有无肠穿孔、腹膜炎。

(2) 钡剂流入小肠，环状充盈缺损消失，则表示已复位。

(3) 肠套叠 24 ~ 48 小时者慎用，超过 48 小时者只可用于诊断，不宜复位。

4. 结肠钡灌肠造影检查

适应证

(1) 结肠的肿瘤、息肉、肉芽肿

性病变、溃疡性结肠炎、巨结肠和局限性肠炎。

(2) 结肠外病变压迫或推移结肠者。

病员准备

(1) 术前 1 小时清洁灌肠，排净肠内粪块。

(2) 大便干结者，检查前晚盐水灌肠。

操作方法

(1) 直肠管端涂液状石蜡，小心插入直肠。

(2) 灌肠筒距台面不宜超过 90cm，在透视下徐徐灌入钡剂（硫酸钡 200 ~ 250g，胶剂适量，加水 800 ~ 1 000 ml，调匀），待钡剂到达

盲肠或部分回肠末端时为止。酌情摄片。

(3) 嘱患者排出部分钡剂后，观察肠粘膜。必要时注入适量空气，行双重对比造影检查。

注意事项

(1) 急性阑尾炎、急性肠炎、结肠大出血及疑有肠穿孔或肠坏死者禁忌。

(2) 检查过程中疑有息肉或小形肿块者，应进行双重对比造影检查。

(3) 插直肠管前必须做肛门指诊及直肠镜检查，了解有无痔、直肠息肉或溃疡，以防插管困难或出血。

5 . 口服胆囊造影检查

适应证

- (1) 慢性胆囊炎。
- (2) 胆囊结石，胆囊息肉。

病员准备

(1) 检查前 1 日中午进脂肪餐，使胆囊排空，晚餐以无油高糖饮食为宜。

(2) 晚餐后按医嘱服用造影剂。一般在晚 7 时开始服用碘番酸片 1 片 (0.5)，以后每隔 5 分钟服 1 片，共 6 片。服药后禁食，口渴时可饮水少量。

(3) 检查当日禁早餐。

操作方法

(1) 服造影剂 12 小时后取俯位摄第 1 片，观察胆囊显影情况，14 小时后取立位摄第 2 片，观察胆囊浓缩情况。嗣后即服油煎鸡蛋 2 个。餐后 15~30 分钟，摄第 3 片，观察胆管。再过 1 小时后取俯位摄第 4 片，观察胆囊收缩。若不收缩，1 小时后补摄 1 片。

(2) 若第 2 片即不显影，则毋需服脂肪餐，亦不摄第 3 片。

注意事项

- (1) 检查前要做碘过敏试验。
- (2) 严重肝肾功能损害，胃肠道疾病（腹泻、幽门梗阻）影响小肠吸收者禁忌。

(3) 准备及检查过程中禁服泻剂，以免妨碍造影剂的吸收和显影。

(4) 肠内气体过多，影响检查时，可皮下注射垂体后叶素 5 ~ 10u。

6 . 静脉胆道造影检查

适应证

- (1) 胆囊疾病，口服胆囊造影不显影或不能确诊者。
- (2) 胆管疾病，疑有结石、肿瘤、蛔虫、狭窄和畸形者。

病员准备

- (1) 检查前晚服轻泻剂，造影前

排出肠内粪便。

- (2) 检查前 1 日晚餐进脂肪餐。
- (3) 作碘过敏试验。

操作方法

- (1) 碘过敏试验如阴性，15 分钟后注射 50% 胆影葡胺 20ml，于 10 分钟内均匀、缓慢注射完毕。

(2) 取俯卧位，右侧稍高或仰卧位左侧稍抬高（ $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ），在注射后 20、40、60、120 分钟各摄片 1 张。

(3) 若要观察胆囊排泄功能，可在胆囊显影后服 2 个油煎鸡蛋。餐后

30 ~ 60 分钟再摄片 1 张。

注意事项

(1) 肝肾功能明显减退者禁忌。

(2) 造影失败者改做静脉滴注胆道造影检查。

7. 手术后胆道造影检查

适应证

(1) 了解胆道是否有残余结石、狭窄或异物。

(2) 了解胆总管末端或胆肠吻合口是否通畅。

病员准备

(1) 排出肠内粪便，必要时灌肠排便。

(2) 术前禁食 1 餐。

操作方法

(1) 通过 T 形管或引流管，用生理盐水冲洗胆道，抽出空气。

(2) 注入 12.5% 碘化钠溶液 20 ~ 40ml 造影。

注意事项

(1) 碘过敏、胆道急性感染和一般情况衰竭者禁忌。

(2) 一般在手术后 2 ~ 3 周进行造影检查。

(3) 若 12.5% 碘化钠注射过多，可引起恶心、腹痛、发热等反应，需对症处理。

8 . 经皮经肝穿刺胆道造影检查

适应证

(1) 原因不明的梗阻性黄疸，而静脉胆道造影不清或不显影。

(2) 手术后黄疸，疑有残余结石或胆管狭窄者。

(3) 胆管癌、法特氏壶腹周围癌。

病员准备

(1) 排出肠内粪便，必要时在造影前晚服轻泻剂。

(2) 术前禁食 1 餐。

(3) 术前 1 小时服鲁米那 0.1。

(4) 做造影剂和普鲁卡因过敏试验。

操作方法

(1) 经腹膜外肝穿刺胆道造影：

仰卧位。

于右锁骨上 2 ~ 3cm 胸锁乳突肌前缘用 2% 普鲁卡因先做膈神经阻滞。

改成俯卧位。于右 11 肋上缘距后正中线 6 ~ 7cm 处用 20 号 15cm 长的穿刺针穿刺肝脏，针尖微指向上内，刺入 10 ~ 12cm 时可抽出针蕊，接上注射器，边退边吸，见有胆汁后即可注射 30% 泛影葡胺 20ml 造影。

(2) 经肋间穿刺胆道造影：

仰卧位。

选右锁骨中线第 6 或第 7 肋间为穿刺点。

用 20 号穿刺针刺入，针尖向内下，与胸壁与 70° 角朝向肝门，刺入 8 ~ 10cm，边退边吸，见有胆汁后即可注射 30% 泛影葡胺 20ml 造影。

注意事项

(1) 一般情况衰竭，胆道感染急性发作者禁忌。

(2) 可能会并发腹膜腔内出血及胆汁性腹膜炎。故要做好手术的准备。

(3) 术后压迫止血，观察血压、脉搏 12 小时。

9 . 瘘管造影检查

适应证

- (1) 窦道未按预计时间闭合。
- (2) 了解瘘管或窦道的大小、深浅、分布以及与邻近组织的关系。

病员准备

- (1) 排净大便、小便，必要时做清洁灌肠。
- (2) 做碘过敏试验。

操作方法

- (1) 用探针先探明瘘管或窦道的

深浅和方向。

- (2) 插入导管，注入 50% 泛影钠或 40% 碘化油进行造影。

注意事项

- (1) 对碘剂过敏者可用稀钡剂。造影后应尽量抽出造影剂，并用生理盐水冲洗。更换敷料。
- (2) 瘘管或窦道有急性炎症者禁忌。

10 . 腹膜后充气造影检查

适应证

(1) 肾上腺皮质增生或肿瘤，嗜铬细胞瘤。

(2) 腹膜后肿瘤。

病员准备

(1) 术前清洁灌肠。

(2) 术前给予安定 10mg 肌注。

(3) 摄腹部平片。

(4) 骶尾部及肛门周围备皮。

(5) 肠道气体过多可皮下注射新斯的明 0.5mg。

(6) 做普鲁卡因过敏试验。

操作方法

(1) 采取侧卧位或膝肘位。

(2) 用 19 号或 20 号腰椎穿刺针作骶骨旁穿刺，使穿刺针尖达骶骨前疏松结缔组织内。

(3) 抽无回血时，以每分钟 100ml 速率注入氧气或空气约 1 000 ~ 2 000ml。

(4) 改成仰卧位，摄肾区斜位片及分层片。

(5) 若疑有嗜铬细胞瘤者需摄全腹部片。

注意事项

(1) 患者一般情况衰竭，穿刺部位有感染，肾脏及肾脏周围有急性炎症者禁忌。

(2) 注入气体可穿过横膈而进入纵膈及颈部皮下组织。如发生气急、

呼吸困难时应立即终止检查。使患者平卧，垫高臀部，症状即可消失。

(3) 注射时要密切注意空气栓塞的发生。

(4) 术后患者要取平卧位送回病室。

11 . 静脉肾盂造影检查

适应证

(1) 肾结石、肾结核、肾肿瘤、先天性肾畸形等肾脏及输尿管的器质性病变。

(2) 肾下垂、游走肾、腹膜后肿块。

病员准备

(1) 做碘过敏试验。

(2) 造影前 12 小时内禁水。

(3) 造影前灌肠，排净大小便。

操作方法

(1) 屈膝平卧，扎好腹带。压迫

双侧输尿管，阻止尿液下流。

(2) 由前臂静脉内缓慢注射 60% 泛影葡胺 20ml，一般在 4~5 分钟内注射完。

(3) 根据需要，于注射后 7 分钟、15 分钟各摄片 1 张，30 分钟解除腹带后摄全腹部片。

(4) 若需检查膀胱时，可在注入

造影剂后 10~20 分钟，膀胱充满后摄正位和左右斜位片。

注意事项

(1) 一般情况衰竭、肝肾功能严重损害、甲亢、心力衰竭者禁忌。

(2) 在用碘造影剂时所发生的过敏反应中，静脉肾盂造影则较为多见。故应随时做好应急措施。

12. 逆行肾盂造影检查

适应证

(1) 肾结核、肾结石、肾肿瘤、先天性肾畸形、肾下垂、游走肾、腹膜后肿块等。

(2) 肾功能不佳，静脉造影不显影或显影不清者。

病员准备

(1) 检查日禁早餐。

(2) 术前行高位盐水灌肠，排净肠内粪便。

(3) 碘过敏试验。

操作方法

(1) 经由膀胱镜插入输尿管导管，标明左右。

(2) 从导管内注入 12.5% 碘化钠 7~10ml 或以患者感到腰部稍有胀痛为宜。

(3) 若肾盂充盈不佳，可重注造

影剂 1 次。

注意事项

(1) 严重膀胱结核、尿道狭窄、尿道急性感染、泌尿系损伤者禁忌。

(2) 在造影剂中若加 2.5% 新霉素溶液可预防感染和减少刺激性。

(3) 若用空气、氧气作造影剂，虽显示输尿管结石，特别是尿酸结石有一定的优点，但有发生气体栓塞的危险。

13. 膀胱造影检查

适应证

(1) 膀胱结石、息肉、异物、憩

室或肿瘤，先天性畸形，膀胱损伤。

(2) 神经源性膀胱。

病员准备

(1) 碘过敏试验。

(2) 术前清洁灌肠及排净粪便、
尿液。

操作方法

(1) 先把导尿管插入膀胱。

(2) 由导尿管注入 5% ~ 6% 碘
化钠溶液 150 ~ 200ml, 后摄片。

(3) 必要时可注入空气做双重造
影检查。

注意事项

(1) 有明显尿道感染及大量出血
者禁忌。

(2) 注气做双重造影时要小心气
体栓塞。

14 . 气脑造影检查

适应证

(1) 小剂量气脑造影：颅内压力
增高，鞍区病变，颅底蜘蛛膜粘连。

(2) 大剂量气脑造影：脑萎缩性

病变。

病员准备

(1) 普鲁卡因过敏试验。

(2) 术前禁食，酌情静脉注射葡

萄糖液。

(3) 术前给戊巴比妥钠 0.2 口服。全麻者术前半小时内皮下注射东莨菪碱 0.3mg。

(4) 颅内压增高者，术前 1 小时静滴 20% 甘露醇 250ml，并做好开颅的准备。

操作方法

(1) 取坐位。

(2) 小剂量气脑造影在腰穿后不放脑脊液，缓慢注入氧气 8~10ml 后摄片。

(3) 大剂量气脑造影在腰穿后则放出脑脊液 5ml，然后抽取用纱布滤

过的空气 5ml 注入，此后每次均以 5~10ml 之量交替放出及注入。调整头位，使气体充盈脑室池，选用需要位置进行摄片。

(4) 注气速度每分钟 1~2ml。注气总量在小剂量气脑造影为 20~25ml，大剂量气脑造影为 60~80ml，幼儿约 30~40ml。

注意事项

(1) 急性颅内感染、颅内出血、严重心血管疾病、昏迷、病情危重者禁忌。

(2) 术中出现头痛、恶心、呕吐和出汗等一般反应时不需特殊处理，

反应较重时可对症处理。如出现虚脱、休克，则应立即停止造影，改为平卧位，进行抢救。

(3) 术后取头低脚高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 卧位，6 小时后改平卧位。

(4) 术后密切观察病情变化，颅内压增高时可用 50% 葡萄糖液或 20% 甘露醇静注。

(5) 术后防止感染。可用青霉素 80 万 u, 2/ d, 肌注。

15 . 脑室造影检查

适应证

(1) 颅内高压不宜做气脑造影者。

(2) 气脑造影未能明确诊断者。

病员准备

(1) 普鲁卡因过敏试验。

(2) 剃光头发。

(3) 手术日禁食。

(4) 术前 1 小时服异戊巴比妥 0.2。

(5) 全麻者术前半小时皮下注射东莨菪碱 0.3mg。

(6) 做好开颅准备。

操作方法

(1) 用钻孔器作额骨或顶骨钻孔，切开硬膜，穿刺脑室，并在脑室内留置塑料管。小儿可经囟门或颅骨缝穿刺。

(2) 从塑料导管中等量交换地放出脑脊液及缓慢注入空气，反复交换至放不出脑脊液后（注气总量为 20~40ml），封闭导管口。

(3) 根据诊断要求利用不同头位投照脑室的充气部分。

注意事项

(1) 视力明显下降者禁忌。

(2) 防止术后感染。

(3) 造影后数小时可能发生急性颅内压增高，病情迅速恶化，甚至呼吸停止。因此，造影完毕后应立即做开颅手术或尽量放出空气。

(4) 脑室造影后若当日不宜手术者则行脑室持续引流。

16. 脊髓碘油造影检查

适应证

(1) 脊管内肿瘤、炎症及血管性

病变。

(2) 椎间盘后突。

病员准备

(1) 普鲁卡因过敏试验和碘过敏试验。

(2) 术前 1 小时服异戊巴比妥 0.2。

操作方法

(1) 侧卧位。

(2) 做腰穿（上行法）或小脑延髓池穿刺（下行法），以均匀压力缓慢连续注入碘苯酯 3~6ml。

(3) 在透视下以体位控制造影部

位进行摄片。并注意头低位时要防止造影剂流入颅内。

注意事项

(1) 椎管内急性出血，穿刺部位有感染，全身情况衰竭及发热者禁忌。

(2) 造影未见梗阻又不宜手术者，应将造影剂尽量抽出。

(3) 术后抬高头部，以免造影剂流入颅内。

17 . 颈动脉造影检查

适应证

320

(1) 颅内动脉瘤、血管畸形、颅

内血肿、血管栓塞。

(2) 颅内肿瘤。

病员准备

(1) 普鲁卡因过敏试验和碘过敏试验。

(2) 术前 4 小时禁食。

(3) 术前 1 小时服异戊巴比妥

0.2。

操作方法

(1) 仰卧位。

(2) 于患者甲状软骨下缘水平线上触到颈总动脉搏动后，给予固定。

(3) 用 17 号或 18 号带舌形针芯

的穿刺针直接穿刺颈总动脉，快速注射 60% 泛影葡胺 10ml。在注入 6 ~ 8ml 时开始分别做正、侧位连续摄片或一次注射做双向摄片。

(4) 若要了解对侧脑动脉侧支循环，则在造影时要压迫对侧颈动脉。

注意事项

(1) 严重心肾功能障碍者禁忌。

(2) 拔针后局部压迫颈动脉止血，防止血肿。若有血肿形成并压迫气管者，应即做血肿切开引流，必要时应做气管切开。

18 . 四肢动脉造影检查

适应证

- (1) 动脉炎、动脉瘤、动静脉瘘、闭塞性脉管炎及动脉畸形等。
- (2) 四肢骨或软组织肿瘤。

病员准备

- (1) 普鲁卡因过敏试验和碘过敏试验。
- (2) 造影剂须放置在温水内(37℃)，以防止因温度相差悬殊而引起动脉痉挛。

操作方法

- (1) 仰卧位。

- (2) 局麻下穿刺或切开暴露动脉。针头进入股动脉或肱动脉后，用1%普鲁卡因1~2ml注入血管，以防止血管痉挛和减轻疼痛。

- (3) 快速注入60%泛影葡胺20ml后连续摄片。

注意事项

- (1) 一般情况衰竭，穿刺部位感染者禁忌。
- (2) 注射造影剂时，可在注射动脉的近端稍加压迫，以减慢血流速度。

(3) 摄片完毕后，持续注入少量生理盐水，以防血液凝固而发生阻塞。

(4) 穿刺部位压迫止血。

19. 顺行性下肢静脉造影检查

适应证

- (1) 深静脉血栓形成。
- (2) 了解深静脉有无阻塞。

病员准备

碘过敏试验。

操作方法

- (1) X线摄片台倾斜至与水平面呈 65° 。
- (2) 患者依卧于台上，用止血橡胶管扎在踝和膝上方，压力约为

2.7~4.0kPa (20~30mmHg)，使造影剂能流入深静脉。

(3) 穿刺足部静脉，注入60%泛影葡胺20~40ml，于半分钟之内注射完毕。去除止血橡胶管，一般于2分钟摄小腿正侧位片，5分钟摄大腿正侧位片。

注意事项

(1) 一般情况衰竭，穿刺部位感染者禁忌。

(2) 若诱发静脉炎，可局部热敷，抬高患肢。

20. 选择性腹腔动脉造影检查

适应证

(1) 胃肠道、肝、胰、脾的肿瘤和外伤。

(2) 腹腔脏器的动脉瘤、血管畸形。

(3) 寻找腹腔内出血的部位和进行血管栓塞。

病员准备

(1) 碘过敏试验和普鲁卡因过敏试验。

(2) 术前灌肠，排净粪便。

操作方法

(1) 局麻下穿刺股动脉，借助导引钢丝，插入动脉导管。在透视或电视控制下将导管插入拟造影的动脉。

(2) 用压力注射器（压力一般不超过 $4\text{kg}/\text{cm}^2$ ）注入 60% 或 76% 泛影葡胺 10 ~ 20ml。注药开始后，每秒摄 2 张，连续 4 秒，停 2 秒。后每秒摄片 1 张。根据需要可连续达 15 秒。

注意事项

(1) 一般情况衰竭，肝功能明显受损，心力衰竭，败血症，出血性疾病及严重动脉硬化者禁忌。

(2) 穿刺部位压迫止血。

(3) 术后静滴 5% 葡萄糖液 1 000ml，以防发生血管炎及血栓。

21 . 直接法淋巴造影检查

适应证

- (1) 淋巴系肿瘤，淋巴性水肿。
- (2) 乳糜尿，乳糜胸腹水。
- (3) 肿瘤治疗效果的鉴定。

病员准备

- (1) 穿刺部位备皮。
- (2) 必要时做肠道准备。

操作方法

- (1) 在穿刺部位，皮内注射染料

(11% 酸性湖蓝用生理盐水 60ml 分别稀释成 0.66% 及 0.18% 溶液)，使淋巴管染色。

(2) 穿刺淋巴管缓慢注射 30% 碘苯脂（上肢和颈部 3~5ml，下肢 6~10ml），在注射过程中做相应部位淋巴管及胸导管摄片；24~48 小时摄淋巴结片。

- (3) 腹部、胸部及下肢淋巴管造

影，常在足趾间皮内注射淋巴染料；腋窝、锁骨下及上肢淋巴管造影，常在手指间皮内注射淋巴染料；颈部淋巴管造影，可在乳突部注射淋巴染料。

注意事项

(1) 一般情况衰竭，造影穿刺部位感染及急性淋巴管炎者禁忌。

(2) 使用抗生素，预防局部伤口和淋巴管感染。

(3) 造影剂流入静脉会引起油栓或化学性肺炎。

(4) 造影剂在淋巴结内 1 个月可减少 50%，一小部分可滞留在淋巴结内达 1 年以上。

22. 甲状腺摄¹³¹I 试验

适应证

- (1) 测定甲状腺功能状态。
- (2) 了解甲状腺摄碘能力。
- (3) 检查甲亢治疗效果。

病员准备

服药前后各禁食 2 小时。

注意事项

- (1) 检查前 1 月内不要服含碘中

药（如海藻、昆布等）及含碘丰富的食物（如海带、海蜇、紫菜等）。

（2）使用甲状腺制剂应停药 3 ~ 6 周后检查。

（3）哺乳期间服示踪¹³¹I 后应停止哺乳 3 天。

（4）孕妇及儿童最好不做本试验。

23 . 肾 图

适应证

- (1) 单侧肾疾病、肾血管性高血压。
- (2) 阻塞性尿路疾病。
- (3) 肾盂肾炎、肾小球肾炎。
- (4) 肾移植后急性排斥。

病员准备

- (1) 受检者可进早餐，但要处于正常进水状态。
- (2) 不得饮茶或咖啡，不得服用

利尿剂。

注意事项

- (1) 正常参考值： ^{131}I -邻碘马尿酸高峰时间：右肾 2.7 ± 0.65 分，左肾 2.6 ± 0.56 分，两肾相差 $0.1 \sim 0.5$ 分；10 分钟下降率：右肾 $62.5 \pm 12.18\%$ ，左肾 $62.7 \pm 10.14\%$ ，两肾相差 $0.1\% \sim 15.3\%$ 。
- (2) 再次检查时，宜待肾区放射性接近本底再进行。

24 . 核素甲状腺扫描

适应证

- (1) 确定甲状腺形态、大小和位置。
- (2) 了解甲状腺结节的功能和数目。
- (3) 查找甲状腺癌转移灶。
- (4) 颈部肿块与甲状腺的鉴别。

病员准备

检查前先行甲状腺摄¹³¹I 试验。

注意事项

- (1) 见甲状腺摄¹³¹I 试验的注意事项。
- (2) 如正常部位甲状腺不显影，须排除异位甲状腺或甲状腺被封闭，应复查。

25 . 核素肾扫描

适应证

- (1) 了解肾脏大小、形态、位置

及肾功能。

- (2) 诊断肾占位性病变、肾血管

性高血压，异位肾及先天性肾畸形。

(3) 肾移植后急性排斥。

病员准备

排空膀胱。

注意事项

(1) 剂量不足可使图形放射性稀疏。

(2) 肾功能不全时，可延迟至注药 24 小时后进行，以改善显影。

26 . 核素肾上腺扫描

适应证

(1) 原发性醛固酮增多症：术前肿瘤定位；结合地塞米松抑制试验，鉴别肾上腺皮质增生或肿瘤。

(2) 皮质醇增多症：鉴别单纯皮质增生、皮质腺瘤或皮质瘤。

(3) 起源于肾上腺髓质的嗜铬细

胞瘤的定位诊断。

病员准备

(1) 注射示踪剂前 1 天开始服复方碘溶液 5 滴，2/ d，连服 2 周。

(2) 注射示踪剂后第 6 或第 7 日进行显像检查，必要时于第 9 或第 10 日重复进行。

(3) 显像检查前 1 日晚服缓泻剂，或在检查前行清洁灌肠。

注意事项

(1) 肾上腺扫描可与地塞米松抑制试验结合进行，以提高诊断率。方法为地塞米松每日 2mg，于注射示踪

剂前 2 天开始连续服用，直至检查结束。

(2) 肾上腺皮质腺瘤显示患侧放射性浓集，健侧不显影；或两侧显影，患侧增大。肾上腺嗜铬细胞瘤则患侧不显影，健侧显影正常。

27 . 照相机脑动态显像

适应证

(1) 对脑血管病变，脑梗塞与脑肿瘤的诊断。

(2) 对脑外伤血肿、脑血流定量。

病员准备

检查前 20 ~ 40 分钟，口服过氯酸钾 400mg，以封闭脉络丛及甲状腺，可达到良好的显像效果。

注意事项

正常者动脉相、微血管相和静脉相的时相的放射性应是均匀对称的。

28 . 照相机肝、胆显像

适应证

- (1) 急性和慢性胆囊炎、胆道畸形。
- (2) 胆道术后观察以及黄疸的鉴别诊断。

病员准备

- (1) 检查当日，患者进少量素食

早餐（禁油餐），不需完全禁食，以免影响胆囊功能。

- (2) 必要时清洁灌肠。

注意事项

若 60 分钟胆囊显影不良，应延迟至 2 小时或更长时间观察。胆囊不显像者，不行油餐试验。

29 . 胆囊、胆道 B 超检查

适应证

- (1) 胆囊炎、胆道结石、胆道蛔虫。

- (2) 胆道畸形、胆道狭窄。

- (3) 胆囊息肉、胆囊癌、胆管肿瘤。

病员准备

(1) 检查前禁食 8 小时以上，前 1 天晚餐宜进清淡素食。

(2) 必要时清洁灌肠。

注意事项

(1) B 超检查要在胃肠、胆道 X 线造影之前进行，或在上述造影 3 日后进行。

(2) 胆囊脂餐试验：空腹时检查

胆囊最大径，脂餐后 40 分钟、1 小时复查胆囊大小，必要时 2 小时后再复查 1 次，如胆囊缩小 $1/2$ 及以上为正常，缩小不到 $1/2$ 为功能较差，缩小不到 $1/3$ 为功能差，无变化为胆囊无收缩功能。如胆道有梗阻，则脂餐后胆管充盈扩张更明显，可使胆管包括胆总管下段更易显示。

30 . 胰腺 B 超检查

适应证

- (1) 急性胰腺炎。
- (2) 胰腺假性囊肿、胰腺癌。

病员准备

(1) 空腹 8 小时以上，前 1 天晚餐进清淡饮食。

(2) 腹胀气或便秘者，可服缓泻剂排便。

注意事项

(1) 如胰腺显示不清，可饮水 500 ~ 800ml 使胃充盈，做为胰腺检

查透声窗。

(2) 正常胰腺回声强度稍弱于肝脏。胰头前后径为 $2.7 \pm 0.7\text{cm}$ ，垂直径为 $3.6 \pm 1.2\text{cm}$ 。

31 . 胃肠系统 B 超检查

适应证

(1) 胃肿瘤、肠梗阻、幽门梗阻。

(2) 腹腔肿块与胃肠肿瘤之鉴别。

(3) 观察肝、腹腔、盆腔淋巴结有无转移病灶。

病员准备

(1) 检查前禁食 8 小时以上，检查前 4 小时禁止饮水。必要时清洁灌肠。

(2) 有大量胃液贮留时，于检查前洗胃。

(3) 有胃痉挛时可肌注山莨菪碱

10mg。

(4) 如先行 X 线胃肠钡餐造影，则 3 天后才能行超声检查。

(5) 检查时饮温开水 700 ~ 1 000ml。

注意事项

(1) 幽门梗阻时可显示胃排空延迟或不能排空，胃蠕动运动增强及逆蠕动，不饮水检查即见胃充盈明显。

(2) 幽门水肿时显示幽门均匀性增厚。

(3) 肠梗阻时显示肠腔内为无回声区充盈，纵切扫查时呈多个管状图像，横切时为圆形无回声区。肠腔内若有气体，则在坐位或立位检查可见肠腔内有气液面图像。

(4) 肠套叠显示为强弱回声交错排列的同心圆图像。

32 . 腹部肿块 B 超检查

适应证

(1) 了解腹部肿块与胃肠道的关系。

(2) 了解肿块之性质。

(3) 腹腔脓肿的定位及在 B 超引导下做穿刺。

病员准备

- (1) 检查前晚餐进清淡饮食。
- (2) 检查前 1 日晚给予番泻叶 15 ~ 30g, 泡水饮服。必要时清洁灌肠。
- (3) 有大量腹水时, 宜在放腹水后检查。

(4) 盆腔肿块则应待膀胱充盈后检查。

注意事项

- (1) 腹腔脓肿可在 B 超引导下穿刺抽脓或置管引流。
- (2) 疑为包囊虫病者禁做穿刺。

33 . 胸部 CT 扫描

适应证

- (1) 纵隔病变: 纵隔肿块、血管病变、胸腺瘤、胸骨后甲状腺。
- (2) 肺实质病变、肺部及肺门部肿块性质及有无转移。

(3) 胸膜肿瘤范围及多房性胸腔积液。

(4) 胸壁肿瘤或胸骨病变。

(5) 横膈: 膈下脓肿、膈疝。

病员准备

(1) 扫描前自午夜起禁食、禁饮。

(2) 碘过敏试验。

(3) 做动态扫描时，应保持静脉输液。

注意事项

(1) 扫描前要做好思想工作，配

合检查。

(2) 胸部检查一般不服造影剂。

(3) 静脉注射造影剂增强法：采用小剂量 Bolus 注射法，即注射 60% 泛影葡胺 60 ~ 100ml，使血管增强，并可得到病变的增强特征。

34 . 腹部 CT 扫描

适应证

(1) 肝扫描：肝脏局限性或弥漫性病变，黄疸的鉴别诊断，肝外伤，引导肝脏活检。

(2) 胰腺扫描：胰腺肿块性质的

鉴别，胰腺炎，引导经皮胰腺活检，病变追踪观察。

(3) 胆系扫描：梗阻性黄疸，经 B 超或造影检查未明确的胆囊病变。

(4) 胃肠扫描：胃肠道平滑肌

瘤，肿瘤术后复发。

病员准备

(1) 扫描前自午夜起禁食、禁饮。

(2) 碘过敏试验。

(3) 检查前 15 分钟肌注 6 - 542 20mg，以避免胃肠蠕动造成伪影。

(4) 扫描前 1 小时口服稀释碘液 (每 100ml 水内加含碘造影剂 2.5 ~ 3ml) 500ml。扫描前 15 分钟再服 300ml，以衬托出脏器轮廓。

(5) 观察骨盆可用 1% 泛影葡胺

液 300 ~ 500ml 灌肠。

(6) 为充盈不同部位之肠段，亦可间断服用造影剂。

(7) 检查前排空膀胱。

注意事项

(1) 心肾功能严重受损禁忌静脉注射造影剂增强。

(2) CT 常用于已确诊的肿瘤患者分期，侦察肿瘤的复发和范围，特别对直肠癌术后复发价值较大，亦可用于显示向管腔外生长的癌肿，如胃肠道的平滑肌肉瘤。

35 . 腹膜后 CT 扫描

适应证

- (1) 腹膜后原发或转移性肿瘤。
- (2) 腹膜后脓肿或血肿。
- (3) 腹膜后纤维化。

病员准备

- (1) 碘过敏试验。
- (2) 检查前 1 日给予番泻叶 15g 泡水饮服，以清洁肠道。必要时清洁灌肠。
- (3) 扫描前 45 ~ 60 分钟口服稀

释碘液 300 ~ 500ml，扫描前 15 分钟再口服 300ml。

- (4) 扫描前 15 分钟肌注 654 - 2 20mg，以抑制肠蠕动。

注意事项

- (1) 肠道准备工作要认真。
- (2) 为了解肿块供血情况或使可疑病变更清晰，或疑有腹膜后血管异常，可使用造影剂增强。

36 . 肾上腺 CT 扫描

适应证

- (1) 肾上腺肿瘤。
- (2) 鉴别实质性肿块与囊性肿块。
- (3) 放射治疗计划及观察治疗效果。

病员准备

- (1) 检查前 1 日给予番泻叶 15g，泡水饮服。
- (2) 一般不用口服造影剂，有时也可在扫描前 30 分钟口服 1% 泛影

葡胺液 300ml。

- (3) 碘过敏试验。

注意事项

(1) 静注造影剂偶有裨益，如区分左肾上腺肿块与弯曲的脾静脉团或需要从周围组织结构中窥明不增强的病灶。

(2) 对成人疑有嗜铬细胞瘤，两肾上腺正常时，应扫到腹主动脉分叉以下，向上应包括纵隔，以观察肾上腺外的异位嗜铬细胞瘤。

37 . 肾脏 CT 扫描

适应证

- (1) 疑有肾肿瘤者。
- (2) 肾外伤。
- (3) 明确肾和肾周钙化的原因。
- (4) 对肾移植的评价。
- (5) 引导肾活检。
- (6) 放疗计划。

病员准备

- (1) 碘过敏试验。
- (2) 检查前 1 日给予番泻叶 15g

泡水饮服，清洁肠道。

(3) 扫描前 30 ~ 60 分钟口服 1% 泛影葡胺液 300 ~ 500ml。

(4) 检查前 5 分钟肌注 654 - 2 20mg，以抑制肠蠕动。

注意事项

(1) 对造影剂有过敏反应，禁忌做分泌性尿路造影或动脉造影的患者，可仅作平扫。

(2) 平扫描仅对肾有钙化或肾周围血肿有价值。

38 . 膀胱 CT 扫描

适应证

- (1) 膀胱肿瘤。
- (2) 膀胱异物。

病员准备

- (1) 碘过敏试验。
- (2) 检查前排尿。

(3) 检查前 30 分钟口服 1% 泛影葡胺液 600ml, 检查前 5 分钟再口

服 250ml。

(4) 1% 泛影葡胺液 300 ~ 500ml 灌肠。

注意事项

(1) 静注造影剂作增加扫描可观察膀胱的供血情况。

(2) 增强扫描时常用 60% 泛影葡胺 50ml 静注。

39 . 骨盆 CT 扫描

适应证

- (1) 盆腔肿块。

(2) 骨盆外伤及异物定位。

(3) 病变定位, 以利穿刺或外科

手术。

病员准备

- (1) 检查前 2 日进少渣饮食。
- (2) 碘过敏试验。
- (3) 检查前 1 日晚给予番泻叶 15 ~ 30g 泡水饮服，以清洁肠道。
- (4) 必要时清洁灌肠。
- (5) 检查前 2 小时口服 1% 泛影葡胺液 500 ~ 1 000ml。

注意事项

- (1) 对已婚女性，可经阴道塞置纱布，以标志阴道和宫颈部分，有助于检查辨认组织。
- (2) 若口服造影剂未进入结肠，可用肛管灌肠，灌入 1% 泛影葡胺液 300 ~ 500ml。有助于区分直肠和乙状结肠。

40 . 数字减影血管造影术 (DSA)

适应证

- (1) 血管性病变：动脉粥样硬化、栓塞、狭窄和闭塞性疾病，动脉

瘤，夹层动脉瘤，动静脉瘤。

- (2) 先天性发育异常：纤维肌肉增生，动静脉畸形，海绵状血管瘤。

(3) 内脏破裂出血和不明原因的消化道出血。

病员准备

(1) 碘过敏试验。

(2) 腹部检查时宜禁食，并做好肠道准备。

注意事项

(1) DSA 分为经静脉插管 (IVDSA) 和经动脉插管 (IADSA) 两种方法。

(2) DSA 的相对禁忌证是：新

近的心肌梗死和严重的心肌疾患、心力衰竭、心律不齐等；对造影剂有过敏者，应用无过敏的造影剂；严重高血压、舒张压 $> 14.66\text{kPa}$ (110mmHg)；出血素质、凝血酶原时间正常 2 倍，血小板 $< 50 \times 10^9/\text{L}$ ；严重的肝、肾功能损害；糖尿病未控制者；甲状腺机能亢进者；穿刺部位附近有感染者；不能仰卧于血管造影检查床上；消化道内有钡剂滞留。

41 . 放射性核素发射计算机断层 (ECT)

适应证

(1) 脑血流断层显像：能反映脑

代谢、血流、生理、生化等改变，用于缺血性脑血管疾病和癫痫的早期定量定性的诊断。

(2) 心肌断层显像：可检测心肌缺血的部位、范围大小，对冠心病可作出诊断。

(3) 全身骨显像：可显示全身骨骼的形态、血供和代谢情况，并可确定病变部位，对各种骨骼疾病，尤其是骨转移癌有早期诊断价值。

(4) 对心脏功能和肾脏功能可进行定量分析。

(5) 对甲状腺、肺、肝、脾等脏器可进行形态方面的检测。

病员准备

(1) 甲状腺吸¹³¹I 试验：早晨禁食。且要在检查前 1 周停用抗甲状腺药物及勿食含碘高的食物。

(2) 心肌断层显像：早晨禁食。并在注射药物后半小时进食脂肪餐（油煎鸡蛋 2 个或全脂牛奶 250ml）。

注意事项

(1) ECT 的特点是功能显像。

(2) 当代的功能分类法将活体功能分为 4 级：Ⅰ级是运动功能：如心跳、血流；Ⅱ级是物质原型在空间（系统）中的转移：如尿液生成，腺体分泌；Ⅲ级是指伴有物质代谢变化

的空间转运：如甲状腺对碘的摄取利用； 级是在细胞内物质代谢变化。

42 . 核磁共振成像 (MRI)

适应证

(1) 对神经系统的脑血管病、脑干及后颅窝病变、变性疾病和脊髓疾病的显像诊断。

(2) 对复杂心脏大血管病进行诊断。

(3) 对盆腔病变进行诊断，对前列腺肿瘤进行分期。

(4) 对肝、脾、腹膜后脏器的病变进行诊断。

(5) 对骨关节病变进行诊断。

病员准备

(1) 进入扫描室前要除去钥匙、发卡、手饰、硬币、手表、信用卡、假牙、义眼等。

(2) 做腹部扫描时，在查前 4 小时要禁食。

(3) 随带 X 片、CT 片、血管造影片及 B 超片，供诊断时参考。

注意事项

(1) MRI 不仅能分辨人体中的脂肪、肌肉、肌腱、血管、神经、骨

髓等组织，还能分辨脑灰质和白质、肾皮质、髓质和周围脂肪等。

(2) 对肿瘤组织可做定位诊断，但难以区分良性与恶性、原发或转移性。

(3) MRI 属于非致电离辐射，对人体无害。

(4) 对体内植有心脏起搏器和金属移植物者，不宜进行 MRI 检查。

七、临床检验正常参考值

1 血液学检验

	习 用 单 位	法 定 单 位
红细胞计数(RBC)	男 400 万 ~ 550 万/ mm ³	4.0 ~ 5.5 × 10 ¹² / L
	女 350 万 ~ 500 万/ mm ³	3.5 ~ 5.0 × 10 ¹² / L
白细胞计数(WBC)	4 000 ~ 10 000/ mm ³	4.0 ~ 10.0 × 10 ⁹ / L
分类计数:中性细胞	50% ~ 70% (3 000 ~ 7 000/ mm ³)	0.50 ~ 0.70 (3 000 ~ 7 000 × 10 ⁹ / L)
淋巴细胞	25% ~ 33% (1 500 ~ 3 000/ mm ³)	0.25 ~ 0.33 (1 500 ~ 3 000 × 10 ⁹ / L)

注:括号内数值为绝对值。

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
单核细胞	3% ~ 7% (300 ~ 500/ mm ³)	0.03 ~ 0.07 (300 ~ 500 × 10 ⁹ / L)
嗜酸粒细胞	1% ~ 3% (50 ~ 250/ mm ³)	0.01 ~ 0.03 (50 ~ 250 × 10 ⁹ / L)
嗜碱粒细胞	0% ~ 0.75% (15 ~ 50/ mm ³)	0 ~ 0.0075 (15 ~ 50 × 10 ⁹ / L)
网织红细胞 (Rt Count)	2.5 万 ~ 7.5 万/ mm ³	(25 ~ 75 × 10 ⁹ / L)
红细胞平均血红蛋白 (MCH)	27 ~ 31 picog	0.42 ~ 0.48 fmol
红细胞比容 (Ht) 男	40 ~ 51 ml dl	0.40 ~ 0.51
女	35 ~ 45 ml dl	0.35 ~ 0.45
红细胞沉降率 (ESR)		
Wintrobe 法 男	0 ~ 5mm/ 1h	0 ~ 5mm/ h

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
女	0 ~ 15 mm/ 1h	0 ~ 15 mm/ h
Westergren 法 男	0 ~ 15 mm/ 1h	0 ~ 15 mm/ h
女	0 ~ 20 mm/ 1h	0 ~ 20 mm/ h
血红蛋白(Hb) 男	12.0 ~ 16.0 g/ dl	120 ~ 160 g/ L
女	11.0 ~ 15.0 g/ dl	110 ~ 150 g/ L
血小板计数(pt)	10 万 ~ 30 万/ mm ³	100 ~ 300 × 10 ⁹ / L
嗜酸粒细胞直接计数	50 ~ 300/ mm ³	0.05 ~ 0.30 × 10 ⁹ / L
出血时间(BT)		
Duke	1 ~ 5 分	1 ~ 5 min
Ivy	< 5 分	< 5 min
血凝时间(CT)		

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
Lee-White 玻片法	2 ~ 5 分	2 ~ 5 min
试管法	5 ~ 15 分	5 ~ 15 min
凝血酶原时间(PT)	11 ~ 13 秒(活动度 80% ~ 100%)	11 ~ 13s
一期法	(与正常人对照 < 3 秒)	
静脉压(肘静脉)	30 ~ 145mmH ₂ O	294. 21 ~ 1422Pa
中心静脉压(CVP)	60 ~ 100mmH ₂ O	588. 42 ~ 980. 67Pa
循环时间		
臂至舌(糖精法)	9 ~ 16 秒, 平均 12 秒	9 ~ 16s, 平均 12s
臂至肺(乙醚法)	4 ~ 8 秒, 平均 6 秒	4 ~ 8s, 平均 6s
束臂试验(2.5cm 半 径圆圈内出血点)	< 10 点为阴性 10 ~ 20 点为可疑 > 20 点为阳性	< 10 点为阴性 10 ~ 20 点为可疑 > 20 点为阳性

2 .血液生化检验

		习 用 单 位	法 定 单 位	
全	葡萄糖测定 (Glu)	60 ~ 100mg/ dl	3.33 ~ 5.55mmol/ L	
	尿素氮 (BUN)	10 ~ 20mg/ dl	3.6 ~ 7.0mmol/ L	
	非蛋白氮 (NPN)	20 ~ 35mg/ dl	14.3 ~ 25.0mmol/ L	
	肌酐	1 ~ 2mg/ dl	88 ~ 177 μ mol/ L	
	肌酸	3 ~ 7mg/ dl	230 ~ 530 μ mol/ L	
	丙酮酸	0.4 ~ 1.23mg/ dl	45 ~ 140 μ mol/ L	
血	氮	纳氏法	10 ~ 60 μ g/ dl	6 ~ 35 μ mol/ L
		酚一次氯盐酸法	46 ~ 139 μ g/ dl	27 ~ 82 μ mol/ L

续表

		习 用 单 位	法 定 单 位
血	二氧化碳结合力	50 ~ 70 容积 %	23 ~ 31 mmol/L
	17 - 羟皮质类固醇 (17 - OHCS)	8 ~ 18 μg/dl	0.22 ~ 0.50 μmol/L
	17 - 酮类固醇 (17 - KS)	25 ~ 125 μg/dl	0.87 ~ 4.34 μmol/L
	皮质醇 8am	5 ~ 23 μg/dl	138 ~ 635 nmol/L
浆	睾丸酮 男	275 ~ 875 ng/dl	9.5 ~ 30 nmol/L
	女	23 ~ 75 ng/dl	0.8 ~ 2.6 nmol/L
	孕妇	38 ~ 190 ng/dl	1.3 ~ 6.6 nmol/L
	纤维蛋白原	0.2 ~ 0.4 g/dl	2 ~ 4 g/L

续表

		习 用 单 位	法 定 单 位
血	钠(Na^+)	136 ~ 145mEq/ L	136 ~ 145mmol/ L
	钾(K^+)	3.5 ~ 5.3mEq/ L	3.5 ~ 5.3mmol/ L
	钙(Ca^{++})	4.5 ~ 5.5mEq/ L	2.25 ~ 2.75mmol/ L
	磷(无机)(Pi)	3 ~ 4.5mg/ dl	1.0 ~ 1.5mmol/ L
	铁(Fe^{+++})	75 ~ 175 μg / dl	13 ~ 31 μmol / L
清	氯化物(Cl^-)	98 ~ 106mEq/ L	98 ~ 106mmol/ L
	总胆固醇(TCh)	150 ~ 250mg/ dl	3.9 ~ 6.5mmol/ L
	甘油三酯(TG)	20 ~ 110mg/ dl	0.23 ~ 1.24mmol/ L

续表

		习 用 单 位	法 定 单 位
血	磷脂 (PL)	130 ~ 250mg/ dl	1.7 ~ 3.2mmol/ L
	蛋白总量 (T)	6.0 ~ 8.0g/ dl	60 ~ 80g/ L
	白蛋白 (A)	3.5 ~ 5.5g/ dl	35 ~ 55g/ L
	球蛋白 (G)	2.0 ~ 3.0g/ dl	20 ~ 30g/ L
清	醋酸纤维素薄膜电泳		
	白蛋白	52% ~ 68% (3.5 ~ 5.5g/ dl)	0.52 ~ 0.68(35 ~ 55g/ L)
	球蛋白 a ₁	2% ~ 5% (0.2 ~ 0.4g/ dl)	0.02 ~ 0.05(2 ~ 4g/ L)
	a ₂	7% ~ 14% (0.5 ~ 0.9g/ dl)	0.07 ~ 0.14(5 ~ 9g/ L)

续表

		习 用 单 位	法 定 单 位
血		9% ~ 15% (0.6 ~ 1.1g/ dl)	0.09 ~ 0.15 (6 ~ 11g/ L)
		11% ~ 21% (0.7 ~ 1.7g/ dl)	0.11 ~ 0.21 (7 ~ 17)g/ L
	甲胎球蛋白 (AFP) RiA	0 ~ 30ng/ ml	0 ~ 30μg/ L
	肌红蛋白 (Mb) RiA	6 ~ 85ng/ ml	0.4 ~ 5.0nmol/ L
	₂ 微球蛋白 (₂ - MQ)	0.08 ~ 0.025mg/ dl	0.8 ~ 2.5mg/ L
清	铁蛋白	20 ~ 300ng/ dl	0.043 ~ 0.652nmol/ L
	淀粉酶 (Amy)	60 ~ 160Somogyi u/ dl	1.86 ~ 4.96μKat/ L
	碱性磷酸酶 (AKP)	3 ~ 13U (King)	0.36 ~ 1.54
	丙酮	0.3 ~ 2.0ng/ dl	0.05 ~ 0.34mmol/ L

3. 尿液检验

	习 用 单 位	法 定 单 位
尿总量	600 ~ 1 600ml/ 24h	0.60 ~ 1.60L/ d
比重	1.003 ~ 1.030	1.003 ~ 1.030
渗透压	38 ~ 1 400mOsm/ kg	38 ~ 1 400mmol/ kg
pH	4.6 ~ 8.0 平均 6.0	4.6 ~ 8.0 平均 6.0
可滴定酸度	20 ~ 40mEq/ 24h	20 ~ 40mmol/ d
蛋 白 质	定性	阴性
	定量	10 ~ 150mg/ 24h
葡萄糖	100 ~ 300mg/ 24h	100 ~ 300mg/ d

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
管 型	0	0
艾 迪 斯 (Addis) 计 数		
红 细 胞	0 ~ 500 000/ 12h	$0.5 \times 10^6/ 12h$
白 细 胞	0 ~ 1 000 000/ 12h	$1.0 \times 10^6/ 12h$
透 明 管 型	0 ~ 5 000/ 12h	$5.0 \times 10^3/ 12h$
中 段 尿 细 菌 培 养 计 数	< 10 000/ ml	
淀 粉 酶	35 ~ 260Somogyi U/ h	$0.11 \sim 0.81\mu\text{kat/ L}$
胆 红 素 定 性	阴 性	阴 性

4. 粪 便 检 验

	习 用 单 位	法 定 单 位
粪重量	10 ~ 200g/ 24h	10 ~ 200g/ d
脂肪总量(占干粪重量)	17.5 %	0.175
氮排量	< 1.7g/ 24h	
类脂化学测定(平衡试验)	< 6g/ 24h	
蛋白质含量	极少	极少
细胞	偶见少量上皮细胞或白细胞,无红细胞、脓细胞及吞噬细胞	
粪胆原	40 ~ 280mg/ 24h	67 ~ 473 μ mol/ d

5. 胃液检验

	参 考 值
性状	无色、半透明, 含少量粘液
空腹胃液量	50 ~ 100ml(0.05 ~ 0.1L)
总酸度	空腹 10 ~ 50U, 试餐后 50 ~ 70U, 注射组织胺后 40 ~ 140U
游离酸度	空腹 0 ~ 30U, 试餐后 25 ~ 50U, 注射组织胺后 30 ~ 120U
pH	< 2
五肽胃泌素 胃液分析	
基础胃酸分泌(BAO)	$3.28 \pm 0.38 \text{ mEq/ h}$ $3.28 \pm 0.38 \text{ mmol/ h}$

续表

	参 考 值
最大酸分泌 (MAO)	$16.68 \pm 6.4 \text{ mEq/h}$ $16.68 \pm 6.4 \text{ mmol/h}$
高峰酸分泌 (PAO)	$21.22 \pm 2.10 \text{ mEq/h}$ $21.22 \pm 2.10 \text{ mmol/h}$
乳酸	阴性
红细胞	无
白细胞	少量
无管胃液分析	
天青蓝树脂法	正常 $> 0.6 \text{ mg/2h}$, $< 0.3 \text{ mg/2h}$ 为游离酸度
亚甲蓝树脂法	正常 $100 \sim 500 \mu\text{g/2h}$, $< 100 \mu\text{g/2h}$ 为低酸, $> 500 \mu\text{g/2h}$ 为高酸

6. 十二指肠液检验

	参 考 值
量及颜色 A 胆液	10 ~ 20ml, 金黄色, 略粘稠
B 胆液	20 ~ 60ml, 浅褐色, 粘稠
C 胆液	随引流时间长短而异, 柠檬色, 略粘稠
D 十二指肠液	10 ~ 20ml, 浅黄色或稀白色, 稀薄
透明度	各管均透明, 混入酸性胃液后可发生混浊, 加碱后应透明
比重	A 液: 1.009 ~ 1.013 B 液: 1.026 ~ 1.032 C 液: 1.007 ~ 1.010
pH	A 液: 7.0; B 液: 6.8; C 液: 7.4; D 液: 7.6

续表

	参 考 值
白细胞	少许或 0 ~ 20/ HP
上皮细胞	少量或 0 ~ 1/ HP
胆固醇结晶	无
胆红素结晶	无

7 肝功能检查

	习 用 单 位	法 定 单 位
总胆红素(STB)	0.1 ~ 1.0mg/ dl	1.71 ~ 17.1 μ mol/ L
一分钟胆红素(SCB)	0 ~ 0.2mg/ dl	0 ~ 3.4 μ mol/ L

	习 用 单 位	法 定 单 位
胆汁酸(BA)	0.012 ~ 0.380mg/ dl	0.3 ~ 9.3 μ mol/ L
乳酸脱氢酶(LDH)比色法	225 ~ 540u	
- 羟丁酸脱氢酶(HBD)	33 ~ 135mIU/ ml	550.1 ~ 4500.9(nmol/ s)/ L
醛缩酶(ALD)	5 ~ 27u	
谷丙转氨酶(ALT、GPT)	6 ~ 35u/ ml(Karmen)	6 ~ 35u/ L
谷草转氨酶(AS T、GOT)	44 ~ 103u/ ml(King)	44 ~ 103u/ L
单胺氧化酶(MAO)	< 30u/ ml	< 30u/ L
5 核苷酸酶(5 - NT)	< 1.6mU/ ml(30 $^{\circ}$)	< 1.6iu/ L(30c)
- 谷氨酰转肽酶(- GT)	< 50u/ dl(重氮试剂法)	
精氨酸琥珀酸裂解酶(ASAL)	0.2 ~ 5.3u	
靛青绿(ICG)试验	7.86 \pm 4.34%	0.0786 \pm 0.0434

8 肾功能检查

	习 用 单 位	法 定 单 位
稀释试验	4 小时内排出饮水量的 80% ~ 100%	
	尿比重 1.003	
浓缩试验(禁饮水 12 小时内)		
每次尿量	20 ~ 50ml	
每次尿比重	增至 1.026 ~ 1.030 ~ 1.035	
3 小时尿比重(Zimnitsky 试验)		
最高尿比重	1.025	
最低尿比重	1.003	

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
白昼尿量	2/ 3 ~ 3/ 4 (占 24 小时尿总量)	
昼夜尿比重 (Mosenthdl 试验)		
二小时比重法 最高比重	1. 018	
比重高低间差别	0. 009	
夜间尿排出量	750ml	
昼夜尿量之比	3 ~ 4 1	
酚红 (PSP) 排泄试验	15 分钟内排出 25 % 或以上	0. 25 或 0. 25 以上
(静脉注射 0. 6% PSP1ml 后)	30 分钟内排出 40 % 或以上	0. 40 或 0. 40 以上
	2 小时内排出 55 % 或以上	0. 55 或 0. 55 以上

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
内生肌酐肾清除率 男	80 ~ 125ml/ min/ 1.73m ²	1.42 ~ 2.08ml · S ⁻¹ / 1.73m ²
女	77 ~ 117ml/ min/ 1.73m ²	1.29 ~ 1.95ml · S ⁻¹ / 1.73m ²
尿素肾清除率		
标准清除率	40 ~ 65ml/ min/ 1.73m ²	0.7 ~ 1.1 ml · S ⁻¹ / 1.73m ²
最高清除率	60 ~ 95ml/ min/ 1.73m ²	1.0 ~ 1.6 ml · S ⁻¹ / 1.73m ²
肾有效血流量测定		
血浆流量	600 ~ 800ml/ min	
有效全血流量	1 200 ~ 1 400ml/ min	
菊糖清除试验 男	124 ± 25.8ml/ min/ 1.73m ²	
女	119 ± 12.8ml/ min/ 1.73m ²	

9. 血 气 分 析

	习 用 单 位	法 定 单 位
血液酸碱度(pH)	动脉:7.35~7.45 静脉:7.32~7.42	动脉:7.35~7.45 静脉:7.32~7.42
血浆二氧化碳总量(TCO ₂)	22~32mEq/L	22~32mmol/L
二氧化碳结合力(CO ₂ CP)	50~70Vol/dl	22~32mmol/L
二氧化碳分压(PaCO ₂)		
动脉 男	34~45mm Hg	4.5~6.0kPa
女	31~42mm Hg	4.1~5.6kPa
静脉 男	42~55mm Hg	4.5~7.3kPa
女	39~52mm Hg	5.2~6.9kPa

续表

		习 用 单 位	法 定 单 位
实际碳酸氢盐 (BB)		22 ~ 27mEq/ L	22 ~ 27mmol/ L
标准碳酸氢盐 (SB)		22 ~ 27mEq/ L	22 ~ 27mmol/ L
缓冲碱	血浆	41 ~ 42mEq/ L	41 ~ 42mmol/ L
	静脉	45 ~ 50mEq/ L	45 ~ 50mmol/ L
碱剩余 (BE)	全血	+ 2.5 ~ - 2.5mEq/ L	+ 2.5 ~ - 2.5mmol/ L
碳酸(碱缺失)	动脉	1.05 ~ 1.35mEq/ L	1.05 ~ 1.35mmol/ L
	静脉	1.15 ~ 1.5mEq/ L	1.15 ~ 1.5mmol/ L
阴离子间隙 (AG)	血清	7 ~ 16mEq/ L	7 ~ 16mmol/ L
氧含量	动脉	15 ~ 23Vol% (15 ~ 23ml/ dl)	0.15 ~ 0.23Vol (6.69 ~ 10.3mmol/ L)

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
静脉	10 ~ 16Vol% (10 ~ 16ml/dl)	0.10 ~ 0.16 Vol (4.46 ~ 7.14mmol/L)
氧饱和度(SaO ₂) 动脉	94 ~ 100% Vol	0.94 ~ 1.00 Vol
静脉	60 ~ 85% Vol	0.60 ~ 0.85 Vol
氧分压(PaO ₂) 动脉	70 ~ 100mmHg	9.3 ~ 13.3 kPa
50% 氧饱和度时的氧分压	26.6 mmHg	3.55 kPa

10 甲状腺激素检查

	习 用 单 位	法 定 单 位
血清甲状腺素(T ₄)(RIA)	4 ~ 12μg/dl	51 ~ 154nmol/L

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
血清三碘甲状腺原氨酸(T_3)	150 ~ 250ng/ dl	2.3 ~ 3.9nmol/ L
基础代谢率测定(BMR)	- 10% ~ + 10%	
血清蛋白结合碘(PBI)	4 ~ 8 μ g/ dl	315 ~ 630nmol/ L
甲状腺 131 I吸收率	高峰多在 24 小时出现, 3 小时平均值为 15.1 \pm 4.7% , 范围 5.7 ~ 24.5% ; 24 小时平均值为 31.3 \pm 8.0% , 范围 15.1 ~ 47.1%	
血清降钙素(CT)	76 ~ 224ng/ L	22 ~ 65pmol/ L
血清促甲状腺激素(TSH)	6 μ U/ ml(3 ~ 15ng/ ml)	< 6mU/ L (0.11 ~ 0.54nmol/ L)

11 肾上腺激素检查

	习 用 单 位	法 定 单 位
血浆总皮质醇上午 8~9 时	6~16 μ g/ dl	165.6~441.6nmol/ L
下午 3~4 时	2~9 μ g/ dl	55.2~248.4nmol/ L
尿中 17 酮类固醇 (17 - KS)	男 8~20mg/ 24h	28~69 μ mol/ d
女	5~15mg/ 24h	17~52 μ mol/ d
尿中 17 羟类固醇 (17 - OHCS)	男 3~9mg/ 24h	8.3~25 μ mol/ d
女	2~8mg/ 24h	5.5~22 μ mol/ d
尿中 17 生酮类固醇 (17 - KGS)	男 8~25mg/ 24h	28~87 μ mol/ d

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
女	5 ~ 18mg/ 24h	17 ~ 62 μ mol/ d
尿中游离皮质醇	10 ~ 100 μ g/ 24h	28 ~ 276nmol/ d
尿醛固酮	5 ~ 19 μ g/ 24h	14 ~ 53nmol/ d
血浆醛固醇 卧位	8 ~ 12ng/ dl	0. 22 ~ 0. 34nmol/ L
立位	6 ~ 22ng/ dl	0. 17 ~ 0. 61nmol/ L

12 .脑脊液检验

	习 用 单 位	法 定 单 位
透明度、颜色	无色、透明	无色、透明

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
压力(侧卧位)	70 ~ 180mmH ₂ O	0.69 ~ 1.76kPa
细胞数	0 ~ 8 个/ mm ³ (均为淋巴细胞)	0 ~ 8 × 10 ⁶ / L (均为淋巴细胞)
蛋白总量	20 ~ 40mg/ dl	0.2 ~ 0.4g/ L
葡萄糖	50 ~ 70mg/ dl	2.8 ~ 4.2mmol/ L
氯化物(Cl ⁻)	425 ~ 460mg/ dl	120 ~ 130mmol/ L
钠	310 ~ 340mg/ dl	135 ~ 140mmol/ L
钾	9 ~ 14mg/ dl	2.30 ~ 3.58mmol/ L
钙	4.5 ~ 5.5mg/ dl	1.12 ~ 1.37mmol/ L
磷(无机)	1.2 ~ 2.1mg/ dl	0.39 ~ 0.68mmol/ L

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
镁	2 ~ 3.5mg/ dl	0.82 ~ 1.44mmol/ L
铁	23 ~ 52μg/ dl	4.12 ~ 9.3μmol/ L
铜	10 ~ 15μg/ dl	1.57 ~ 2.36μmol/ L
乳酸	9 ~ 25mg/ dl	1 ~ 2.78mmol/ L
蛋白电泳 白蛋白	44% ~ 62%	0.44 ~ 0.62
球蛋白 ₁	4% ~ 8%	0.04 ~ 0.08
₂	5% ~ 11%	0.05 ~ 0.11
	13% ~ 29%	0.13 ~ 0.29
	6% ~ 13%	0.06 ~ 0.13

13 .免疫功能检查

	习 用 单 位	法 定 单 位
E 玫瑰花形成率(ERFC)	40 % ~ 70 %	0.4 ~ 0.7
EAC 玫瑰花形成率 (EAC、RFC)	15 % ~ 30 %	0.15 ~ 0.3
淋巴细胞转化率(LCT)	60 % ~ 75 %	0.6 ~ 0.75
免疫球蛋白 IgG	600 ~ 1 600mg/ dl	6 ~ 16g/ L
IgA	20 ~ 500mg/ dl	0.2 ~ 5.0g/ L
IgM	60 ~ 200mg/ dl	0.6 ~ 2.0g/ L
IgD	0.1 ~ 0.4mg/ dl	1 ~ 4mg/ L
IgE	0.01 ~ 0.09mg/ dl	0.1 ~ 0.9mg/ L

续表

	习 用 单 位	法 定 单 位
巨噬细胞吞噬率	61.44% ~ 64.1%	0.6144 ~ 0.641
巨噬细胞吞噬指数	1.055 ± 0.049	1.055 ± 0.049
血清总补体 (H ₅₀) 试验	90 ~ 160u	
血清补体 C ₃ 测定	0.76 ~ 1.62u	
抗溶血性链球菌“O”	< 500u	
抗链球菌激酶	< 1 40	< 1 40
抗透明质酸酶	< 1 2048	< 1 2048
自体溶血试验 24h	0% ~ 0.8%	0 ~ 0.008
48h	0.5% ~ 3.0%	0.005 ~ 0.03

14 .关节液检验

	参 考 值
蛋白	10 ~ 30g L
纤维蛋白原凝块	无
粘蛋白凝块试验	良好
葡萄糖	较血糖低, 10mg 以下
有核细胞数	< 200/ μ l
细胞分类	粒细胞占有核细胞 < 25%
粘稠性	高度粘稠

15 . 精 液 检 验

	参 考 值
量	一次射精量为 2.5 ~ 5 ml
颜色	灰白色, 久未排精可呈淡黄色
稠度	稠, 离体 30 分钟后完全液化
精子数	1 ~ 1.5 亿/ ml ($0.6 \sim 1.5 \times 10^8$ / ml)
pH	7.2 ~ 7.8
形态正常精子	> 70 %
畸形精子	< 20 %
白细胞	< 5 HP

16 .前列腺液检验

	参 考 值
量	数滴至 1 ml
外观	浅乳白色
卵磷脂小体	满视野
白细胞	< 5 / HP
红细胞	偶见
淀粉样体	可见,老人易见

17 浆膜腔漏出液与渗与液检验

	漏 出 液	渗 出 液
外观	清晰或微混	常混浊
比重	< 1.016	> 1.018
蛋白	< 25g/ L	> 25g/ L
凝固性	不能自凝	可自凝
Rivalta 试验	阴性	阳性
葡萄糖	与血含量相等	低于血液含量
细胞数	< 100/ μ l	> 500/ μ l
细胞分类	以淋巴及间皮细胞为主	结核性以淋巴为主 化脓性以中性粒细胞为主

续表

	漏 出 液	渗 出 液
细菌	阴性	阳性
粘蛋白试验	阴性	阳性
浆膜腔 LDH/ 血清 LDH	< 0.6	> 0.6
浆膜腔蛋白/ 血清蛋白	< 0.5	> 0.5

八、常用药物的制剂和用法

1 .抗生素与磺胺类药

药品名称	制剂	剂量与用法
青霉素 G 钠 Penicillin G natriicum	粉针剂 20 万 u 40 万 u 80 万 u 100 万 u	80 万 ~ 160 万/ d 肌注 600 万 u ~ 1 000 万 u 静滴
青霉素 V 钾片 Penicillin V Potassium	片剂 250mg(40 万 u)	500mg 3 ~ 4 d 口服
氨苄青霉素(安西林) Ampicillinum	粉针剂 0.5g 胶囊 250mg	2.0 ~ 4.0g/ d 肌注或静滴 500mg 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
羟氨苄青霉素(阿摩西林) Amoxicillin	胶囊 0.125g 0.25g 0.3g	0.3 ~ 0.6g 3/ d 口服
氨氯青霉素钠(安洛欣) Ampicloxacillin Sodium	针剂 0.5g 1.0g	0.5 ~ 1.0g 3 ~ 4/ d 肌注 静滴
先锋霉素 Cephaloridinum	粉针剂 0.5g 1.0g	1.0 ~ 3.0g/ d 分 3 ~ 4 次肌注 2.0 ~ 4.0g/ d 静滴
头孢氨苄(先锋霉素) Cephalexin	片剂 0.25g 胶囊 0.25g 0.5g	0.25 ~ 0.5g 4 d
头孢唑啉(先锋霉素) Cefazolinum	粉针剂 0.2g 0.5g	0.5g 2 ~ 4/ d 肌注或静注
头孢哌酮钠(先锋必、达诺欣) Cefoperazone Na	粉针剂 0.5g 1.0g 2.0g	1.0 ~ 2.0g 1/ 12h 肌注或静滴
美福仙(头孢西丁钠) Mefoxin	针剂 1.0g	1.0 ~ 2.0g/ 8h 肌注或静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
西力欣(头孢呋肟) Zinacef	粉针剂 750mg	750mg 3/ d 肌注或静滴
复达欣(头孢噻甲羧肟) Fortum	粉针剂 0.5g 1.0g 2.0g	0.5 ~ 1.0g 2 ~ 3/ d 肌注或静滴
益保世灵(头孢唑肟钠) Epocelin	粉针剂 1.0g	1.0g 2/ d 静滴
头孢三嗪(罗氏芬、罗塞秦) Ceftriaxone	粉针剂 0.25g 0.5g 1.0g	1.0g 1/ d 肌注 1.0 ~ 2.0g 1/ d 静滴
凯福隆(迪莫隆、头孢噻肟钠) Claforan (Demoran)	针剂 0.5g 1.0g	1.0 ~ 2.0g 2/ d 静滴
舒普深(舒巴坦/ 头孢哌酮) Sulperazon	粉针剂 1.0g	1.0 ~ 2.0g 2/ d 静滴
头孢克洛(希刻劳、喜福来) Cefaclor	胶囊 250mg (250mg × 12 粒)	250mg 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
新菌灵(头孢呋肟酯) Zinnat	片剂 125mg 250mg 500mg	250 ~ 500mg 2/ d 口服
噻吗灵(拉氧头孢钠) Shiomarin	针剂 0.5g 1.0g	0.5 ~ 1.0g 2/ d 静滴
倍司特克(头孢甲肟) Bestcall	针剂 0.5g 1.0g	0.5 ~ 1.0g 2/ d 静滴
泰能 Tienam(MSD)	针剂 1.0g	1.0g 1 ~ 2/ d 静滴
红霉素 Erythromycin	片剂 0.125g 0.2g 0.25g 粉针剂 0.3g	0.2 ~ 0.5g 3/ d 口服 0.3g 1/ d 静滴
罗力得(罗红霉素) Rulide	片剂 50mg 150mg	150mg 2/ d
乙酰螺旋霉素 Acetylspiramycin	片剂 0.1g 0.2g	0.1 ~ 0.2g 3 ~ 4/ d

药品名称	制剂	剂量与用法
柱晶白霉素 Kitasamycin	片剂 0.1g 0.2g 粉针剂 0.1g(20万 u)	0.2~0.3g 4/d 0.2~0.4g 1~2/d 静滴
麦迪霉素 Medemycin	肠溶片 0.1g 0.2g 胶囊 0.1g	0.4g 3~4/d
链霉素 Streptomycinum	粉针剂 0.5g 1.0g	0.5g 2/d 肌注 1.0g 1/d 肌注
庆大霉素 Gentamycinum	片剂 2万 u 4万 u 针剂 8万 u 16万 u	6~16万 u 4/d 口服 8万 u 1~2/d 肌注或静滴
奈特(奈替米星) Netilmicin	针剂 100mg(2ml)	200mg 2/d 静滴或肌注
硫酸卡那霉素 Kanamycini Sulfas	针剂 0.5g(2ml) 粉针剂 0.5g 1.0g	0.5g 2~3/d 肌注或静滴
淋必治(奇霉素) Trobicin	粉针剂 2.0g	2.0g 1/d 肌注 (参阅说明书)

药品名称	制剂	剂量与用法
必思添 Biostim	胶囊 1mg(1mg × 8粒)	2mg 1/ d 口服
妥布霉素 Tobramycinum	针剂 80mg(2ml)	1.5mg/ kg/ d 1/ 8h 肌注或静滴
新霉素 Neomycinum	片剂 0.1g 0.25g	0.5 ~ 1.0g 4/ d 口服
多粘菌素 B Polymyxinum B	粉针剂 50万 u (1万 u = 1mg)	100 ~ 200mg 3 ~ 4/ d 口服 50 ~ 100mg/ d 肌注或静注
强力霉素 Doxycyclinum	片剂 0.05g 0.1g 粉针剂 0.1g	0.05 ~ 0.1g 2/ d 口服 0.1 ~ 0.2g 静滴
美满霉素 Minocin	胶囊 50mg (50mg × 20粒)	100mg 2/ d 口服
氯霉素 Chloramphenicolum	胶囊 0.25g 针剂 0.25g(2ml)	0.25 ~ 0.5g 4/ d 口服 0.5 ~ 1.0g 2/ d 肌注或静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
磺胺嘧啶 Sulfadiazinum(SD)	片剂 0.5g 针剂 1.0g	1.0g 2/d 口服 首次 2.0g 1.0~2.0 4/d 肌注或静滴
盐酸黄连素 Berberini Hydrochloridum	片剂 0.1g	0.1~0.4g 2~3/d 口服
灭滴灵(甲硝羟乙唑) Metronidazolom	片剂 0.2g 0.5g 注射液 0.5g(250ml)	0.2~0.8g 3/d 7日为1疗程 0.5g 静滴 < 40滴/min
普洛施(替硝唑葡萄糖) Puluoshi	针剂 100ml(400mg)	200ml 1/d 静滴
复方新诺明片 SMZ - TMP	片剂 0.48g	0.96g 2/d 首次剂量加倍
小诺霉素 Micronomicin	针剂 30mg	60~120mg 2~3/d 肌注
呋喃妥因(呋喃坦啶) Furantoine	片剂 0.1g 粉针剂 0.1g 0.18g	0.1g 3~4/d 口服 0.1~0.18g 1~2/d 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
呋喃唑酮(痢特灵) Furazolidonum	片剂 0.1g	0.1g 3~4/d 口服
吡哌酸 Acidum Pipemidicum(PPA)	片剂 0.25g	0.25~0.5g 3~4/d 口服
诺氟沙星(氟哌酸、奥复星) Norfloxacin	胶囊 100mg 针剂 200mg	100~200mg 3~4/d 口服 200mg 2/d 静滴
培福新(甲氟哌酸) Peflacin	片剂 400mg 针剂 400mg	400mg 2/d 静滴 400mg 2/d 口服
氧氟沙星(泰利必妥、赞诺欣) Ofloxacin	片剂 100mg 针剂 200mg	100mg 2~3/d 口服 200mg 1/d 静滴
可乐必妥(左旋氧氟沙星) Cravit	片剂 100mg (100mg × 100片)	100~200mg 2~3/d 口服
环丙沙星 (特美力、悉保康、悉复欢) Ciprofloxacin	片剂 250mg 针剂 200mg	250mg 2/d 口服 200mg 2/d 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
制霉菌素(米可定口服片) Nystatinum	片剂 50 万 iu 栓剂 10 万 iu	50 ~ 100 万 iu 4/ d 口服
克霉唑 Clotrimazole	片剂 0.25g 栓剂 1% ~ 3%	0.5 ~ 1.0g 3/ d 口服
斯皮仁诺(依曲康唑) Sporanox	胶囊 100mg (100mg × 15 粒)	100mg 1/ d 口服
大扶康(氟康唑) Diflucan	胶囊 50mg 针剂 50ml	50mg 2/ d 口服 50mg 2/ d 静滴
克霉灵 Montricin	片剂 5 万 iu (5 万 iu × 12 片)	10 万 iu 2/ d 口服 3 天为 1 疗程
里素劳(酮康唑) Nizoral	片剂 200mg (200mg × 10 片)	200mg 1 ~ 2/ d 口服
两性霉素 B Fungizone	粉针剂 50mg	50mg 1/ d 静滴

2 .中枢兴奋药

药品名称	制剂	剂量与用法
尼可刹米(可拉明) Nikethamidum	针剂 0.25g 0.375g	0.25 ~ 0.5g 静注或肌注
利他林 Ritalin	片剂 10mg 粉针剂 20mg	10mg 口服 10 ~ 20mg 静滴
美可灵 Micoren	胶囊 0.1g 针剂 0.225g(1.5ml)	0.1 ~ 0.2g 3/ d 口服 1.5 ~ 3ml 2 ~ 4/ d 肌注
山梗菜硷(洛贝林) Lobelinum	针剂 3mg(1ml) 10mg(1ml)	3 ~ 10mg 皮下或肌注 3mg 静注
回苏灵 Dimeflinum	针剂 8mg(2ml)	8mg 肌注或静注
盐酸吡硫醇(脑复新) Pyrithioxini Hydrochloridum	片剂 0.1g 0.2g 糖浆 10mg(1ml)	0.1 ~ 0.2g 3/ d 口服 10 ~ 20ml 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
克脑迷(克利痛、抗利痛) Antiradonum(AET)	粉针剂 1.0g	1.0 静滴
尼克林(胞二磷胆碱) Nicholin	针剂 250mg	250mg 静滴
脑通 Sermion	锭剂 10mg 针剂 4mg	1~2 粒 3/ d 口服 4mg 1~2/ d 肌注或静注
雅伴(艾地苯醌) Avan	片剂 30mg (30mg × 30 片)	30mg 3/ d 口服
弟哥静 Trigogine	片剂 1mg (1mg × 20 片)	1~2mg 3/ d 口服
活脑灵 Fonzylane	片剂 150mg 300mg 针剂 50mg	150mg 3/ d 口服 50~200mg 1/ d 肌注或静注
脑活素 Cerebrolysin	针剂 2ml 5ml 10ml	2ml 皮注 5ml 肌注 10ml 静注

药品名称	制剂	剂量与用法
都可喜 Duxil	片剂(30片/瓶)	1片 1~2 d 口服
尼莫地平 Nimodipine(NMD)	胶囊 20mg (20mg × 50粒)	20~40mg 3 d 口服

3. 抗休克药

药品名称	制剂	剂量与用法
肾上腺素 Adrenalinum	针剂 1mg(1ml)	0.25~1mg 皮下或肌注 1mg 静脉或心内注射
去甲肾上腺素 Noradrenalinum	针剂 1mg(1ml) 2mg(2ml)	1~2mg 加入生理盐水或5%葡萄糖液 100ml 内静滴
异丙肾上腺素 Isoprenalinum	片剂 10mg 针剂 1mg(2ml)	10mg 舌下含服 3 d 1mg 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
去氧肾上腺素(新福林) Phenylephrinum	针剂 10mg(1ml)	5 ~ 10mg 肌注或皮下 10 ~ 20mg 静滴
甲氧胺(美速胺) Methoxamiumm	针剂 20mg(1ml)	10 ~ 20mg 肌注 10 ~ 20mg 加入 5% 葡萄糖液 100ml 中静滴
间羟胺(阿拉明) Metaraminoli Bitartras	针剂 10mg(1ml)	10 ~ 20mg 肌注 10 ~ 100mg 静滴
恢压敏(美芬丁胺) Mephentermini Sulfas	片剂 12.5mg 25mg 针剂 20mg(1ml)	12.5 ~ 25mg 3/ d 口服 20mg 肌注或静滴
多巴胺(3 羟酪胺) Dopaminum	针剂 20mg(2ml)	20mg 加入 5% 葡萄糖液 250ml 中静滴 20 滴/ min
增压素(血管紧张素) Hypertensinum	粉针剂 1mg	1mg 静滴
苯赖加压素(PLV—2) Felypressine	针剂 5u 10u	5 ~ 10u 静滴

4 .镇痛、镇静、催眠、安定药

药品名称	制剂	剂量与用法
吗啡	片剂 5mg 10mg	5 ~ 10mg 1 ~ 3/ d 口服
Morphinum	针剂 5mg 10mg	5 ~ 10mg 皮下或肌注
哌替啶(杜冷丁)	片剂 25mg 50mg	50 ~ 100mg 口服
Pethidinum	针剂 50mg 100mg	25 ~ 100mg 肌注
安依痛(安那度)	针剂 10mg 20mg	10 ~ 20mg 皮注或肌注
Anadolium	40mg	20 ~ 30mg 静滴
散利痛	片剂(15片/板)	1 ~ 2片 1 ~ 2/ d 口服
Saridon		
美散痛	片剂 7.5mg 10mg	5 ~ 10mg 3/ d 口服
Methadonum	针剂 7.5mg(2ml)	5 ~ 10mg 皮注或肌注
盐酸二氢埃托啡	片剂 20 μ g	20 μ g 舌下含
Dihydroetorphine	针剂 20 μ g	20 μ g 肌注静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
必理通 Panadol	片剂 500mg (500mg × 10片)	500 ~ 1 000mg 2/ d 口服
英明格 Inigran	片剂 100mg 针剂 6mg	100mg 口服 6mg 皮下
泰诺止痛片 Tylenol	片剂 500mg (500mg × 10片)	500 ~ 1 000mg 3/ d 口服
纳络酮 Naloxone	针剂 0.4mg	0.4mg 静注
强痛定 Fortanodyn(AP - 237)	片剂 30mg 60mg 针剂 50mg 100mg	30 ~ 60mg 3 ~ 4/ d 口服 50mg 皮注
颅通定 Rotundinum	片剂 30mg 60mg 针剂 60mg(2ml)	60 ~ 120mg 1 ~ 4/ d 口服 60 ~ 90mg 皮注或肌注
苯巴比妥(鲁米那) Phenobarbitalum	片剂 0.03g 0.1g 针剂 0.1g 0.2g	0.03 ~ 0.1g 睡前口服 0.1 ~ 0.2g 肌注

药品名称	制剂	剂量与用法
速可巴比妥(速可眠)	胶囊 0.1g	0.1 ~ 0.2g 睡前服
Secobarbitalum	针剂 0.05g	0.05g 皮注(速可眠钠)
安眠酮	片剂 0.1g 0.2g	0.1g 3/ d 口服 镇静
Methaqualonum		0.1 ~ 0.2g 睡前服 催眠
10% 水合氯醛	溶液 10%	10 ~ 15ml 口服
Chlorali Hydras		15 ~ 20ml 稀释 2 倍后灌肠
副醛	针剂 2ml 5ml	2 ~ 5ml 肌注
Paraldehydum		1 ~ 2ml 静注
氯丙嗪(冬眠灵)	片剂 25mg	12.5 ~ 100mg 口服
Chlorpromazinum	针剂 25mg 50mg	25 ~ 50mg 肌注或静滴
奋乃静(羟哌氯丙嗪)	片剂 2mg 4mg	2 ~ 4mg 1 ~ 3/ d 口服
Perphenazinum	针剂 5mg(1ml)	5 ~ 10mg 肌注
泰尔登(氯丙硫蒽)	片剂 25mg 50mg	50 ~ 100mg 3/ d 口服
Tardane	针剂 30mg	30 ~ 60mg 2/ d 肌注

药品名称	制剂	剂量与用法
咪唑安定(速眠安) Dormicum	片剂 5mg	15mg 睡前服
安定(地西洋) Diazepamum	片剂 2.5mg 针剂 10mg(2ml)	2.5 ~ 5mg 3/ d 口服 10 ~ 20mg 肌注或静注
硝基安定(硝西洋) Nitrazepamun	片剂 5mg	10 ~ 20mg 睡前顿服
舒乐安定(三唑氯安定) Estazolamun	片剂 1mg 2mg	1 ~ 2mg 2 ~ 3/ d 镇静 1 ~ 2mg 睡前服 催眠
眠尔通(甲丙氨酯) Meprobamatum	片剂 0.2g 粉针剂 0.1g	0.2g 3 ~ 4/ d 口服 0.4g 肌注或静注
谷维素(阿魏酸酯) Oryzanolum	片剂 10mg	10mg 3/ d 口服
苯妥英钠(大仑丁) Phenytoinum	片剂 0.05g 0.1g 针剂 0.25g(5ml)	50mg 1 ~ 2/ d 口服 250mg 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
卡马西平(酰胺咪嗪) Carbamazepin	片剂 0.1mg 0.2mg	0.1g 3/d 抗癫痫

5. 解热消炎与抗痛风药

药品名称	制剂	剂量与用法
巴米尔(乙酰水杨酸) Bamyl(Aspirin)	片剂 0.5g (500mg × 10片)	0.5 ~ 1.0g 2 ~ 3/d 口服
保泰松(布他酮) Phenylbutazonum	片剂 0.1g	0.1 ~ 0.2g 3/d 口服
消炎痛(吲哚美辛) Indomethacinum	片剂 25mg 胶丸 25mg 栓剂 100mg	25mg 2 ~ 3/d 口服
炎痛喜康(吡罗昔康) Piroxicamun	片剂 20mg	20mg 1/d 饭后服

药品名称	制剂	剂量与用法
安可春 Ecotrin	片剂 325mg	325mg 2~3/d 口服
强筋松 Spantolum	片剂 200mg	200~400mg 3/d 口服
羧苯磺胺(丙磺舒) Probenecidum	片剂 0.25g 0.5g	0.25~0.5g 2/d 口服
硫氧唑酮(磺吡酮) Sulfinpyrazonum	片剂 0.1g	0.1g 4/d 口服
别嘌呤醇(华风痛、赛来力) Allopurinol	片剂 0.1g 0.3g	0.1~0.3g 2~3/d 口服
爱茜灵 Aixiling	针剂 1.0g	1.0g 肌注
百服宁(对乙酰氨基酚) Bufferin	片剂 0.5g (500mg × 10片)	0.5~1.0g 3/d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
奥湿克 Arthrotec	片剂 50mg (50mg × 20 片)	50mg 3/ d 口服
芬必得 Fenbid	胶囊 300mg (300mg × 20 片)	300 ~ 600mg 2/ d 口服
秋水仙碱 Colchicine	片剂 1mg (1mg × 20 片)	1mg 1 ~ 3/ d 口服

6 .镇咳、祛痰、止喘药

药品名称	制剂	剂量与用法
磷酸可待因 Codeini Phosphas	片剂 15mg 30mg 针剂 15mg 30mg	15 ~ 30mg 口服 15 ~ 30mg 皮注或肌注
咳必清(喷托维林、维静宁) Carbetapentenum	片剂 25mg	25 mg 3 ~ 4/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
右美沙芬(右甲吗南) Dextromethorphanum	片剂 10mg	15 ~ 30mg 3 ~ 4 d 口服
科福尔(磷酸苯哌丙烷) Cofrel	片剂 20mg(20 片/ 板)	20 ~ 40mg 3 d 口服
咳息定(布他米酯) Butamiratum	片剂 10mg	10mg 3 d 口服
那可汀 Narcotinum	片剂 15mg 30mg	15 ~ 30mg 2 ~ 3 d 口服
复方甘草片 Tab .Glycyrrhizae Co	片剂 0.3g	0.3 ~ 0.9g 3/ d 口服
氯化铵 Ammonii Chloridum	片剂 0.3g 溶液 10%	0.3 ~ 0.6g 3/ d 口服
博利康尼(特布他林) Bricanyl	片剂 2.5mg	1.25mg 2 ~ 3/ d 2 周后 2.5mg 3/ d

药品名称	制剂	剂量与用法
必消痰(必漱平、溴己新)	片剂 4mg 8mg	8 ~ 16mg 3/ d 口服
Bromhexinum	注射剂 4mg (2ml)	4 ~ 8mg 1 ~ 2/ d 肌注
麻黄碱(麻黄素)	片剂 25mg	25mg 3/ d 口服
Ephedrinum	针剂 30mg 50mg	30 ~ 50mg 肌注或皮注
舒喘灵(全特宁、萨姆、息喘)	片剂 4mg 8mg	4 ~ 8mg 2/ d 口服
Salbutamolum	(4mg × 28片)	
二丙酸倍氯米松 (必可酮、倍乐松、喘乐宁)	气雾剂 50mcg 100mcg 200mcg 250mcg	喷雾 2 ~ 3/ d
Beclomethasone Dipropionate		
优喘平	片剂 400mg	400mg 口服
Protheo	(400mg × 8片)	
氨茶碱(茶碱乙烯双胺)	片剂 50mg 100mg	50 ~ 100mg 3/ d
Aminophyllinum	针剂 250mg	250mg 静注
喘定(甘油茶碱)	片剂 0.1g 0.2g	0.1 ~ 0.2g 3/ d 口服
Dyphyllinum	针剂 0.25g (2ml)	0.25 ~ 0.5g 肌注

药品名称	制剂	剂量与用法
长效痰易静(溴环己胺醇) Bronchopront	胶囊 75mg (75mg × 50 粒)	75mg 1/ d 口服

7 .抗心力衰竭药

药品名称	制剂	剂量与用法
地高辛(强心素) Digoxinum	片剂 0.25 mg 针剂 0.5 mg (2ml)	0.25 mg 3/ d 口服 0.5 mg 静滴
毛花甙丙(西地兰) Lanatosidum C	针剂 0.4 mg (2ml)	0.4mg 静滴
毒毛旋花子甙 K(康毗丁) Strophanthinum K	针剂 0.25 mg	0.25 mg 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
酚妥拉明(立其丁、瑞支停) Phentolaminum	片剂 25mg 针剂 10mg	25 ~ 50mg 4 d 口服 10mg 静滴
硝普钠 Natrii Nitroprussidum	粉针剂 50mg	50mg 静滴
多巴酚丁胺(独步催) Dobutamine	针剂 250mg	250mg 静滴 2.5 ~ 10 μ g/ kg/ min
氨力农 Amrinone	针剂 50mg	50mg 静滴
1,6 - 二磷酸果糖 Esafosfina(FDP)	针剂 5.0g	5.0g 静滴
辅酶 Q10 Coenzyme Q10	胶囊 10mg (10mg \times 60 粒)	20 ~ 30mg 3 d 口服

8 .抗心律失常药

药品名称	制剂	剂量与用法
奎尼丁 Quinidinum	片剂 0.2g 针剂 0.5g	0.1 ~ 0.2g 口服 0.25 ~ 0.5g 静滴
普鲁卡因胺 Procainamidum	片剂 0.125g 0.25g 针剂 0.1g 1.0g	0.5 ~ 0.75g 3/ d 口服 0.5 ~ 1.0g 静滴
慢心律(美西律、脉律定) Mexiletinum	片剂 50mg 100mg 针剂 100mg	50 ~ 100mg 3/ d 口服 100mg 静滴
普萘洛尔(心得安) Propranololum	片剂 10mg 针剂 5mg	10mg 3/ d 口服 5mg 静滴
利多卡因 Lidocainum	针剂 100mg 400mg	100 ~ 400mg 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
乙胺碘呋酮(安律酮) Amiodarone	片剂 0.1g 0.2g 针剂 150mg	0.1 ~ 0.2 3/ d 口服 150mg 静滴
异搏定(戊脉安) Isoptinum	片剂 40mg 针剂 5mg 10mg	40mg 3/ d 口服 5 ~ 10mg 静滴
溴苄胺(特兰新) Bretylii Tosylas	片剂 0.1g 针剂 0.25g	0.1g 3/ d 口服(第1日) 0.25g 静滴
丙胺苯丙酮(心律平) Propafenone	片剂 150mg 针剂 70mg	150mg 2 ~ 3/ d 口服 70mg 静滴
阿义马林(缓脉灵) Ajmaline	片剂 50mg 粉针剂 50mg	50 ~ 100mg 3/ d 口服 50mg 静滴
氯卡胺(劳卡胺、劳克律) Lorcainide	片剂 100mg 针剂 10mg	100mg 2/ d 口服 1 ~ 2mg/ kg 静滴

9 .防治心绞痛药

药品名称	制剂	剂量与用法
硝酸甘油(三硝酸甘油酯) Nitroglycerinum	片剂 0.3mg 0.5mg 0.6mg	0.3 ~ 0.6mg 舌下含服
亚硝酸酯 Amylis Nitris	吸入剂 0.2ml	将小安瓿裹在手绢内压碎吸入
潘生丁(哌醇定) Dipyridamolom	片剂 25mg 针剂 10mg	25 ~ 50mg 3/ d 饭前服 10mg 1/ 6h 肌注
心可定(双苯丙胺) Prenylaminum	片剂 15mg	15 ~ 30mg 3/ d 口服
卡波罗孟(延通心) Carbocromen	片剂 75mg 针剂 40mg	75 ~ 150mg 3/ d 口服 40mg 静滴
异乐定 Elantan	片剂 20mg (20mg × 50片)	20mg 2 ~ 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
双苯克冠胺(心痛平)	片剂 50mg	50 ~ 100mg 3/ d 口服
Mepramidilum	针剂 5mg	5mg 1 ~ 2/ d 肌注
硝异梨醇(消心痛)	片剂 2.5mg 5mg	5 ~ 10mg 3/ d 口服
Isosorbidi Dinitrate	10mg	5 ~ 10mg 舌下含
脉导敏(吗导敏)	片剂 1mg 2mg	1 ~ 2mg 2 ~ 3/ d 舌下含
Molsidominum	气雾剂 14g	气雾剂可揸吸用 200 次
速效救心丸	粒 40mg	5 粒 3/ d 口服
Suxiaojiuxin wan	(40mg × 40 粒)	发作时 10 ~ 15 粒口服
复方丹参	针剂 2ml	2 ~ 4ml 1 ~ 2/ d 肌注
Salviae Miltiorrhizae Co	片剂	3 片 3/ d 口服
贴保宁	药膜 5mg 10mg	每天使用 1 片, 贴于胸前
Deponit	(5mg × 10 片)	
硝苯吡啶(拜心痛、心痛定)	片剂 30mg 60mg	30 ~ 60mg 口服
Nifedipine	(30mg × 10 片)	

药品名称	制剂	剂量与用法
地奥心血康 Diaoxinxuekang	胶囊 100mg (100mg × 20 粒)	100 ~ 200mg 3/ d 口服

10 .抗高血压药

药品名称	制剂	剂量与用法
利血平(血安平、蛇根碱) Reserpinum	片剂 0.25mg 针剂 1mg	0.25 ~ 0.5mg 3/ d 口服 1 ~ 2mg 肌注
硫氮草酮(哈氮草) Diltiazem	片剂 30mg	30mg 3/ d 口服
复方降压片 Fu fangjiangyapian	片剂	1 ~ 2 片 3/ d 口服
降压灵 Verticilum	片剂 4mg	8mg 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
地巴唑 Dibazolom	片剂 10mg 20mg 针剂 20mg	10 ~ 20mg 3/ d 口服 20mg 静注
双肼苯哒嗪(血压达静) Dihydralazinum	片剂 12.5mg 25mg	12.5 ~ 25mg 3 ~ 4/ d 口服
硫酸胍乙腈(依斯迈林) Guanethidini Sulfas	片剂 10mg 25mg	10 ~ 25mg 2 ~ 3/ d 口服
天保宁 Taponin	片剂 40mg (40mg × 30片)	40mg 1 ~ 2/ d 口服
络活喜(苯磺酸氨氯地平) Norvasc	片剂 5mg (5mg × 7片)	5mg 1/ d 口服
洛汀新(盐酸苯那普利) Lotensin	片剂 5mg 10mg	10mg 1/ d 口服
依那普利 (怡那林、益压利、悦宁定) Enalapril	片剂 5mg 10mg (5mg × 30片)	5 ~ 10mg 1/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
拉西地平(乐息平、司乐平) Lacidipine	片剂 2mg 4mg (2mg × 7片)	2 ~ 4mg 1/ d 口服
巯甲丙脯酸 (卡托普利、开博通) Captopril	片剂 12.5mg 25mg (25mg × 10片)	12.5 ~ 25mg 3/ d 口服
阿替洛尔(天诺敏) Atenolol	片剂 50mg	50mg 1/ d 口服
捷赐瑞(赖诺普利) Zestril	片剂 5mg 10mg 20mg	10mg 1/ d 口服
波依定 Plendil	片剂 2.5mg 5mg (2.5mg × 10片)	2.5 ~ 5mg 1/ d 晨服

11 .降血脂药与抗动脉粥样硬化药

药品名称	制剂	剂量与用法
亚油酸 Acidum Linoleicum	丸剂 0.2g	0.8 ~ 1.2g 3/ d 口服
消胆胺(考来烯胺) Cholestyramine	散剂 4.0g	4.0 ~ 8.0g 3/ d 口服
多烯康 Duoxikang	胶囊 0.45g (0.45g × 60 粒)	0.45 ~ 0.9g 3/ d 口服
乐脂平 Olbetam	胶囊 250mg (250mg × 30 粒)	250mg 2/ d 口服
诺衡(二甲苯氧庚酸) Lopid	胶囊 300mg 片剂 900mg	600mg 2/ d 口服 900mg 1/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
羟乙茶碱安妥明 (特调脂、益多脂) Etofilline clofibrate	胶囊 250mg (250mg × 50 粒)	250mg 2/ d 口服
苯扎贝特(必降脂、脂康平) Bezafibrate	片剂 200mg 缓释片 400mg	200mg 3/ d 口服 400mg 1/ d 口服
血脉宁 Pyricarbates	片剂 250mg	250 ~ 500mg 3/ d 口服
糖酐酯 Dextran Sulfate Sodium	片剂 150mg	150 ~ 450mg 3/ d 饭前服

12 .抗酸解痉药与健胃消化药

药品名称	制剂	剂量与用法
乐得胃 Roter Tablets	片剂	2片 3/d 口服
生胃酮(甘珀酸) Biogastronum	片剂 50mg	100mg 3/d 口服
胃膜素(胃粘膜素) Mucinum Gastricum	粉剂或颗粒剂 (每瓶 50g 100g)	1.0~3.0g 4/d 口服
丙谷胺(弱木酰胺) Proglumidum	片剂 0.2g 针剂 0.4g	0.4g 3~4/d 饭前 15 分钟
普鲁本辛(溴丙胺太林) Propanthelinum	片剂 15mg	15~30mg 3~4/d 饭前服
服止宁(胃乐康) Filcilin	片剂 10mg (10mg × 100片)	10~20mg 3/d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
胃疡平 Mebropinum	片剂 1mg 2mg 纸片每小格 1mg	1 ~ 2mg 4/ d 饭后半小时服
新握克丁 New - Octin	片剂 针剂 1ml	1 ~ 2片 3 ~ 4/ d 口服 1 ~ 2ml 3 ~ 4/ d 皮下
胃欢 Spaston	片剂 15mg	15 ~ 30mg 3/ d 口服
山莨菪碱 Anisodaminum(654 - 2)	片剂 5mg 10mg 针剂 10mg 20mg	5 ~ 10mg 3/ d 口服 10 ~ 20mg 2/ d 肌注或静滴
胃复安(灭吐灵) Metoclopramidum	片剂 10mg 20mg 针剂 20mg	10 ~ 20mg 2 ~ 3/ d 饭前服 20mg 肌注
康胃素 Carnitini Chloridum	片剂 50mg	50 ~ 150mg 3/ d 口服
胃达喜 Talcid	片剂 500mg (500mg × 20片)	0.5 ~ 1.0g 饭后 1 ~ 2 小时嚼 嚼

药品名称	制剂	剂量与用法
胃仙 U Weisen - U	片剂	1 ~ 2 片 3/ d 口服
德诺 De - Nol	片剂 120mg (120mg × 24 片)	120mg 4/ d 口服 240mg 2/ d 口服
西米替丁(泰胃美) Cimetidine	片剂 400mg 800mg 针剂 200mg	400 ~ 800mg 睡前服 200mg 静滴
雷尼替丁(善胃得、西塔斯) Ranitidine	胶囊 150mg 针剂 50mg	150mg 早晚 口服 50mg 静滴
法莫替丁(胃舒达、信法丁) Famotidine	胶囊 20mg 40mg 针剂 20mg	20 ~ 40mg 晚上服 20mg 静滴
尼扎替丁(爱希) Nizatidine	胶囊 150mg (150mg × 6 粒)	150 ~ 300mg 睡前服
奥美拉唑(洛赛克、洛美克) Omeprazole	胶囊 20mg 针剂 42.6mg	20mg 晨服 40mg 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
达克普隆(兰索拉唑) Takepron	胶囊 30mg (30mg × 14 粒)	30mg 2/ d 口服
思密达 Smecta	袋 3.0g	1 袋倒入 50ml 温开水中服 3/ d
施维舒(替普瑞酮) Selbex	胶囊 50mg (50mg × 100 粒)	50mg 3/ d 口服
吗丁啉(多潘立酮) Motilium	片剂 10mg (10mg × 30 片)	10 ~ 20mg 3/ d 餐前服
培菲康 Bifidobacterium	胶囊 210mg (210mg × 20 片)	2 ~ 3 粒 3/ d 口服
普瑞博思(西沙必利) Prepulsid	片剂 5mg 10mg (5mg × 20 片)	5 ~ 10mg 3/ d 口服
胃蛋白酶 Pepsinum	片剂 0.1g 合剂 3%	0.3 ~ 0.6g 3/ d 口服 10ml 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
多酶片 Multienzyme	片剂(100片/瓶)	2~3片 3/d 口服
枢复宁(恩丹西酮) Zofran	片剂 4mg 8mg 针剂 4mg 8mg	4~8mg 化疗前口服 4~8mg 化疗前静滴
善得定(奥曲肽) Sandostatin	针剂 50mcg 100mcg 500mcg	50~100mcg 3/d 皮下

13 .保肝药与利胆溶石药

药品名称	制剂	剂量与用法
肝泰乐(葡醛酯) Glucuro lactonum	片剂 0.05g 0.1g 针剂 0.1g 0.2g	0.1~0.2g 3/d 口服 0.1~0.2g 肌注或静注
益肝灵(利肝素、利肝隆) Silymarinum	片剂 38.5mg 糖衣丸 35mg	77~154mg 3/d 饭后服 70~140mg 3/d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
盐酸精氨酸 Arginini Hydrochloridum	针剂 5.0g (20ml)	15.0 ~ 20g 加入 5% ~ 10% 葡萄糖液 500 ~ 1 000ml 中静滴
—氨基丁酸 Acidum - Aminobutyricum	片剂 0.25g 针剂 1.0g (5ml)	1.0g 3 ~ 4 d 口服 1.0 ~ 4.0g 加入 5% ~ 10% 葡萄糖液 250 ~ 500ml 中静滴
肌苷 Inosine	片剂 0.2g 针剂 0.2g	0.4g 3 d 口服 0.2 ~ 0.6g 静滴
谷氨酸钠 Natrii Glutamas	针剂 5.75g	17.25 ~ 23.0g 加入 5% 葡萄糖液 1 000ml 中静滴
齐墩果酸 Acidum Oleanolicum	片剂 10mg 20mg	20 ~ 60mg 3 d 口服
联苯双酯 Biphenyldicarboxylate	片剂 25mg 50mg	25 ~ 50mg 3 d 口服
舒胆灵(非布丙醇) Febuprol	糖衣片 50mg 100mg 胶丸 50mg	100 ~ 200mg 3/ d 饭后服

药品名称	制剂	剂量与用法
利胆醇(苯丙醇) Livonalum	丸剂 0.1g	0.1~0.2g 3/d 饭后服
胆石痛 Danshitong Capsule	丸剂 48粒 50粒 100粒	4~6粒 3/d 口服
复方柠檬烯胶囊	每粒含复方柠檬烯挥发油 0.1ml	3~5粒 3/d 口服
安肝灵 Aicamin	片剂 0.1g	0.2g 3/d 口服
利胆素 Bilocid	片剂 500mg	0.5~1.0g 2/d 口服
胆维他(茴三硫、环戊硫酮) Felviten	片剂 12.5mg 25mg	12.5~25mg 3/d 口服
促肝细胞生长素 Hepatocyte growth - promoting	粉针剂 10mg 20mg	80~100mg 1/d 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
易善力(肝得健)	胶囊	2 粒 3/ d 口服
Essentiale	针剂 5ml 10ml	5 ~ 10ml 静滴
泰特	针剂 323mg	323 ~ 646mg 1/ d 肌注或静滴
TAD	646mg	
鹅去氧胆酸(CDCA)	片剂 0.25g	0.25g 2 ~ 3/ d 口服
Chenodeoxycholic Acid		
熊去氧胆酸(UDCA)	片剂 50mg	50mg 3/ d 口服
Ursodesoxycholic Acid		
消石灵	片剂	1 ~ 2 粒 3 ~ 5/ d 口服
Gallemlan		
舒胆通(三丁乙酮、胆灵片)	片剂 40mg	40mg 3/ d 饭后即服
Trepibutone		
胆通胶囊	胶囊 100mg	100mg 3/ d 饭后服
Eulektrol		

药品名称	制剂	剂量与用法
消炎利胆片 Xiaoyanlidanpian	片剂(100片/瓶)	6片 3/d 口服
保胆健素 Dyskinebyl	胶囊 500mg (500mg × 30粒)	0.5 ~ 1.0g 3/d 口服

14 导泻药与止泻药

药品名称	制剂	剂量与用法
酚酞(酚酞、果导) Phenolphthaleinum	片剂 50mg 100mg	50 ~ 200mg 睡前服
开塞露	囊剂 10ml 20ml	10 ~ 20ml 注入肛门
甘油栓 Suppositoria Glycerini	粒剂 小号 1.33g 大号 2.67g	1.33 或 2.67g 塞入肛门

药品名称	制剂	剂量与用法
液状石蜡 Paraffinum liquidum	油剂	15 ~ 30ml 口服
番泻叶 Sennae	叶末	5 ~ 10g 泡水饮服
导肠粒 Agiolax	颗粒剂 100g 250g	1 ~ 2 茶匙以 1 杯水送服 1 ~ 2/ d
润肠颗 Agiocur	颗粒剂 100g 250g	1 ~ 2 茶匙以 1 杯水送服 1 ~ 2/ d
地芬诺酯(苯乙呱啶) Diphenoxylate	片剂 2.5mg 5mg	2.5 ~ 5mg 3 ~ 4/ d 口服
药用炭(活性炭) Carbo Medicinalis	片剂 0.15g 0.3g 0.5g	1.5 ~ 4.0g 2 ~ 3/ d 饭前服
鞣酸蛋白 Albumini Tannas	片剂 0.25g 0.5g	1.0 ~ 2.0g 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
次碳酸铋 Bismuthi Subcarbonas	片剂 0.3g	0.3 ~ 0.9g 3/ d 饭前服
复方樟脑酊 Tinctura Camphora Co .	酊剂	2 ~ 5ml 3/ d 口服
易蒙停(洛哌丁胺) Imodium	胶囊 2mg(2mg × 6粒)	2 ~ 4mg 口服

15 .抗寄生虫药

药品名称	制剂	剂量与用法
磷酸氯喹 Chloroquini Phosphas	片剂 0.25g	首次服 1.0g, 8 小时后再服 0.5g, 第 2、3 天各服 0.5g
磷酸伯氨喹啉 Primaquini Phosphas	片剂 13.2mg	26.4mg 1/ d 连服 14 日 或 39.6mg 1/ d 连服 8 日

药品名称	制剂	剂量与用法
卡巴肿 Carbarsonum	片剂 0.1g 0.2g 栓剂 0.13g	0.1~0.2g 3/d 连服 10 日
依米丁(盐酸吐根碱) Emetinum	针剂 30mg(1ml) 60mg(1ml)	1mg/kg d 分 2 次 皮下或肌注
酒石酸锑钾 Stibii Kalii Tartras	针剂 0.1g(10ml)	总剂量为 25mg/kg 分 20 次静注 1/d
吡喹酮 Praziquantelum	片剂 0.2g (200mg × 100 片)	10mg/kg 3/d 服 2 日
海群生(枸橼酸乙胺嗪) Diethylcarbamazini Citras	片剂 50mg 100mg	100~200mg 3/d 连服 7 日
葡酸锑钠 Stibii Natrii Gluconas	针剂 1.9g(6ml)	6~9ml/次 1/d 静脉或肌内注射 连用 6 日
枸橼酸哌嗪(驱蛔灵) Piperazini Citras	片剂 0.5g 糖浆 16%	1.5g 2/d 连服 2 日

药品名称	制剂	剂量与用法
噻嘧啶(抗虫灵) Pyrantelium	片剂 0.3g	5 ~ 10mg/ kg/ 次 顿服 连服 3 日
甲苯咪唑(一片灵) Mebendazolium	片剂 50mg 100mg	100mg 口服
阿苯达唑 (阿丙条、安乐士、肠虫清) Albendazole	片剂 100mg 200mg 400mg 500mg	200mg 2/ d 口服 400 ~ 500mg 1/ d 口服

16 . 抗 结 核 药

药品名称	制剂	剂量与用法
异烟肼(雷米封) Isoniazidum	片剂 0.1g 针剂 0.1g	0.1g 3/ d 口服 0.3 ~ 0.6g 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
对氨基水杨酸钠 (PAS)	片剂 0.5g	2.0 ~ 3.0g 3/ d 口服
Natrii Para - aminosalicylas	针剂 2.0g 4.0g 6.0g	8.0 ~ 12.0g 静滴
利福平 Rifampicinum (RFP)	片剂或丸剂 0.15g	0.45 ~ 0.6g/ d 饭前 1 小时顿服
利福霉素 SV Rifamycinum SV	针剂 250mg (3ml) 500mg (5ml)	250mg 1/ 8 ~ 12h 肌注 500mg 2 ~ 3/ d 静注
卷曲霉素 Capreomycinum	粉针剂 1.0g 2.0g	1.0g/ d 分 2 次深部肌肉注射
乙胺丁醇 Ethambutolum (EB, EBM)	片剂 0.2g 0.25g (0.25g × 100 片)	15mg/ kg/ d 口服
紫霉素 Viomycinum	粉针剂 1.0g 5.0g	1.0 ~ 2.0g 2/ 周 肌注
吡嗪酰胺 (异烟酰胺) Pyrazinamide	片剂 0.25g 0.5g	0.5g 3/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
迪克菲 Rickfet	胶囊 150mg (150mg × 20 粒)	500 ~ 600mg 1 ~ 2/ 周 口服
利福定 Rifandine	胶囊 50mg 150mg (50mg × 100 粒)	150 ~ 200mg 晨服
卫非特 Rifater	片剂(60 片/ 瓶)	3 片 1/ d 体重 < 50kg 4 片 1/ d 体重 > 50kg
卫非那 Rifinah	胶囊(100 粒/ 瓶)	2 ~ 3 粒 1/ d 口服

17 . 抗 肿 瘤 药

药品名称	制剂	剂量与用法
环磷酰胺(CPM; CTX)	片剂 50mg	50 ~ 100mg 2/ d 口服
Cyclophosphamidum	针剂 100mg 200mg	100 ~ 200mg 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
氮甲(N - F) N - Formylsarcosylsinum	片剂 50mg	50mg 3~4/ d 或睡前顿服
噻替哌(Thio - TEPA) Thiophosphoramidum	针剂 5mg 10mg	10mg 肌注或静注
白消安(BSF) Busulfanum	片剂 2mg	2mg 3~4/ d 口服
缓退瘤 Fugerel	片剂 250mg (250mg × 100 片)	250mg 3/ d 口服
罗扰素(- 干扰素 2a) Roferon - A	针剂 300 万 iu 450 万 iu	300~450 万 iu 皮下、肌肉或静 滴 参阅说明书
环己亚硝脲(CCNU) Lomustinum	胶囊 40mg 50mg 100mg	130mg/ m ² / 次 口服 1/ 6~8 周
氮甲喋呤 Methotrexatum(MTX)	片剂 5mg 10mg 粉针剂 10mg 50mg	10~30mg 1/ d 口服 0.5mg/ kg/ d 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
喃氟啶(替加氟) Ftorafur(FT ₂₀₇)	片剂 100mg (100mg × 100片)	200 ~ 400mg 3/ d 口服
氟脲嘧啶(5 - FU) 5 - Fluorouracilum	片剂 50mg 针剂 125mg 250mg	150 ~ 300mg 1/ d 口服 500 ~ 750mg 静滴
阿糖胞甙 Cytarabine(Ara - C)	粉针剂 50mg 100mg 500mg	50 ~ 150mg 静滴
丝力霉素(MMC, MTC) Mitomycin - C	片剂 1mg 粉针剂 2mg 4mg	1 ~ 2mg 3/ d 口服 4 ~ 6mg 静滴
阿霉素(ADM) Adriamycin	针剂 10mg 50mg	40 ~ 60mg/ m ² / 次 1/ 3 周 静滴
正定霉素(柔红霉素) Dounomycin (DRN)	粉针剂 10mg	0. 2mg/ kg/ 次 静滴
长春新碱(VCR) Vincristinum	针剂 0. 5mg 1mg	1 ~ 2mg 1/ 周 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
顺氯氨铂(DDP) Cisplatin	粉针剂 10mg 20mg	10 ~ 20mg 静滴
卡铂(碳铂) Carboplatin	粉针剂 50mg 100mg	300 ~ 400mg/ m ² / 次 静滴
诺雷德 Zoladex	针剂 3.6mg	3.6mg 1/4周 皮下
抑那通 Enantone	针剂 3.75mg	3.75mg 1/4周 皮下
猴菇菌片(猴头菌片) Hericum evimaccus	片剂 0.25g (0.25g × 100片)	3 ~ 4片 3/d 口服
氮芥(恩比兴) Nitrogen Mustard	针剂 5mg 10mg	0.2mg/ kg/ 次 1 ~ 2/ 周 静滴
平消片 Canelim	片剂(72粒/瓶) 胶囊(120粒/瓶)	4 ~ 8片(粒) 3/d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
康莱特 Kanglaite	针剂 100ml	200ml 1/ d 静滴
氟铁龙 Furtulon	胶囊 100mg 200mg (100mg × 100 粒)	100 ~ 200mg 3/ d 口服
甲孕酮(安宫黄体酮) Farlutal	片剂 100mg 500mg (500mg × 30 片)	500mg 1 ~ 2/ d 口服
三苯氧胺(它莫昔芬) Tamoxifen	片剂 10mg (10mg × 100 片)	10 ~ 20mg 2/ d 口服
美可治 Megace	片剂 160mg (160mg × 30 片)	160mg 1/ d 口服
干扰能(干扰素 - 2b) Intron A	粉针剂 1miu 3miu 5miu	3 ~ 5miu 1/ d 皮下、静滴或病 灶内注射
依立适(癌腺治) Estracyt	胶囊 140mg (140mg × 100 粒)	140mg 1 ~ 2/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
拉司太特 Lastet	胶囊 25mg 50mg 100mg	175 ~ 200mg 1/ d 口服
威猛 Vumon	针剂 50mg	每个疗程总剂量 300mg/ m ² , 给药 3 ~ 5 日
泰素 Taxol	针剂 30mg	175mg/ m ² 3 小时滴完

18 .抗贫血药与促进白细胞增生药

药品名称	制剂	剂量与用法
硫酸亚铁 Forrosi Sulfas	片剂 0.3g	0.3 ~ 0.6g 3/ d 饭后服
叶酸 Acidum Folicum	片剂 5mg 针剂 15mg	10 ~ 15mg 2/ d 口服或肌注

药品名称	制剂	剂量与用法
维生素 B ₁₂ Vitaminum B ₁₂	针剂 50μg 100μg 500μg	50 ~ 500μg/ d 肌注
右糖酐铁 Ferrum Dextranum	针剂 25mg 50mg	25 mg/ d 深部肌注
富血铁 Ferroul Fumarate	片剂 0.05g 0.2g	0.2 ~ 0.4g 3/ d 口服
维生素 B ₄ Vitaminum B ₄	片剂 10mg 25mg 针剂 20mg(2ml)	20mg 3/ d 口服 20 ~ 60mg 1/ d 肌注
肌甙 Inosinum	片剂 0.2g 针剂 0.1g 0.2g	0.2 ~ 0.3g 3/ d 口服 0.2 ~ 0.6g 1 ~ 2/ d 静滴
鲨肝醇 Batylalcoholum	片剂 25mg 50mg	25 ~ 50mg 3/ d 口服
白血生 Pentoxylum	片剂 100mg	200 ~ 300mg 3 ~ 4/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
小蘗安(升白安) Berbamin	片剂 25mg	50mg 3/ d 口服
利血生 Leucogenum	片剂 10mg 20mg	20mg 3/ d 口服
茜草双酯 Rubibate	片剂 0.25g	0.25 ~ 0.5g 3/ d 口服
升白宁(茴香烯) Anethol	胶丸 150mg 针剂 2ml	0.45g 2/ d 口服 2ml 1/ d 肌注
肌甍磷酸钠 Natrii Inosinmonophosphas	片剂 0.1g 0.2g 针剂 0.1g(2ml)	0.1 ~ 0.2g 3/ d 0.1 ~ 0.2g 1 ~ 2/ d 肌注
单核苷酸钠混合注射液	针剂 50mg(2ml)	50mg 1/ d 肌注
生白能 Leucomax	针剂 150mcg 300mcg	150 ~ 300mcg 1/ d 皮下

19 止血、凝血与抗凝血药

药品名称	制剂	剂量与用法
维生素 K ₁ Vitaminum K ₁	针剂 10mg(1ml)	10mg 1~2/d 肌注或静注
维生素 K ₄ Vitaminum K ₄	片剂 2mg 4mg	2~4mg 3/d 口服
6-氨基己酸 Acidum aminocaproicum	片剂 0.5g 针剂 1.0g 2.0g	2.0g 3~4/d 口服 4.0~6.0g 静滴
止血芳酸(对羧基苯胺) Acidum Para-aminomethylbenzoicum	针剂 0.1g(10ml)	0.1~0.2g 加入 5% 葡萄糖或生理盐水中静滴
安络血(安特诺新) Adrenobazoni Salicylas	片剂 2.5mg 5mg 针剂 5mg 10mg	2.5~5mg 3/d 口服 5~10mg 肌注或静注

药品名称	制剂	剂量与用法
新凝灵 Ethylenediamini Diaceturas	针剂 200mg(2ml)	200mg 1~2/d 肌注 200~600mg 静滴
止血敏 Dicynonum	针剂 0.25g(1ml) 0.5g(2ml)	0.25~0.75g 2~3/d 肌注或 静注
凝血质 Thromboplastinum	针剂 15mg(2ml)	7.5~15mg 肌注
云南白药 Yunnanbaiyao	粉剂 4.0g	0.5g 3~4/d 口服
立止血 Reptilase	针剂 1ku	1~2ku 肌注、静滴或皮下
可利新 Glypressin	粉针剂 1mg	1~2mg 静滴
凝血酶 Thrombin	粉剂 200iu 500iu 1 000iu 2 000iu	直接与创面接触

药品名称	制剂	剂量与用法
止血环酸(凝血酸)	片剂 0.25g	0.25 ~ 0.5g 3/ d 口服
Tranexamic Acid	针剂 0.1g 0.25g	0.25 ~ 0.5g 2/ d 静滴
施他宁	粉针剂 250μg	250μg 静滴
Stilamin		
必压生	针剂 20u(1ml)	20u 静滴
Pitressin		
人纤维蛋白原	粉剂 1.0g 1.5g	1.0 ~ 6.0g 静滴
Fibrinogenum Humanum		
卡兰片(长春西汀)	片剂 5mg	5mg 3/ d 口服
Vinpocetine(Calan) Tab .		
枸橼酸钠	溶液 2.5% ~ 5%	每 100ml 血液中加 2.5% 液 10ml
Natrii Citras		
肝素	针剂 12 500u(1ml)	10 000 ~ 12 500u 深部肌注
Heparinum	1 mg = 125u	5 000 ~ 10 000u 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
华法林(华法林钠)	片剂 1mg 3mg	第1日 10mg 口服
Marevan	5mg	参阅说明书

20 拟胆碱药与抗胆碱药

药品名称	制剂	剂量与用法
新斯的明	片剂 15mg	15mg 3d 口服
Neostigminum	针剂 0.5mg	0.5 ~ 1mg 皮下或肌注
卡巴可	针剂 0.25mg(ml)	0.25 ~ 0.5mg 皮下
Carbachol		
加兰他敏	片剂 5mg	10mg 3d 口服
Galanthaminum	针剂 2.5mg 5mg	5 ~ 10mg 皮下或肌注
阿托品	片剂 0.3mg	0.3 ~ 0.6mg 口服
Atropinum	针剂 0.5mg 1mg	0.5 ~ 1mg 皮下或静注

药品名称	制剂	剂量与用法
东莨菪碱(海俄辛)	片剂 0.2 mg	0.2 ~ 0.6 mg 口服
Scopolaminum	针剂 0.3 mg 0.5 mg	0.3 ~ 0.5 mg 皮注

21 利尿药与脱水药

药品名称	制剂	剂量与用法
双氢氯噻嗪	片剂 25mg	25 mg 2 ~ 3/ d 口服
Hydrochlorothiazidum		
呋喃苯胺酸(速尿)	片剂 20mg	20 mg 1 ~ 4/ d 口服
Furosemidum	针剂 20mg(2ml)	20 ~ 40mg 静滴
利尿酸(依他尼酸)	片剂 25mg	25 mg 1 ~ 3/ d 口服
Acidum Ethacrynicum	粉针剂 25 mg	25 ~ 50mg 静滴
安体舒通(螺内酯)	片剂 20mg	40 ~ 120mg/ d 分 3 ~ 4 次口服
Spironolactonum	胶囊 20mg	

药品名称	制剂	剂量与用法
氨苯喋啶(三氨蝶呤) Triamterenum	片剂 50mg	50 ~ 100mg 3/ d 饭后服
环戊氯噻嗪 Cyclopenthiazidum	片剂 0.25 mg	0.25 mg 2/ d 口服
莫唑胺 Muzolimine	片剂 30mg	30mg 1/ d 早晨服
吡咯他尼 Piretanide	片剂 3mg 6 mg	首次量 6mg 4 小时后酌情加量
醋氮酰胺(乙酰唑胺) Diamox	片剂 0.25g	0.25 ~ 0.5g 1/ d 早晨服
甘露醇 Mannitolum	针剂 50.0g (25% 250ml)	250 ~ 500ml 静滴 10ml/ min
山梨醇 Sorbitolum	针剂 62.5g (25% 250ml)	250 ~ 500ml 静滴 在 20 ~ 30 分钟内滴入

药品名称	制剂	剂量与用法
尿素 Urea	针剂 30.0g(100ml) 60.0g(250ml)	0.5 ~ 1.0g/ kg 于 20 ~ 30 分钟 内静滴
必达疏(阿米洛利) Amiloride	片剂 2.5mg (2.5mg × 50片)	2.5mg 1 ~ 2/ d 口服 极量 20mg/ d
蒙达清 Compound Amiloride	片剂(50片/瓶)	1片 1 ~ 2/ 日 口服

22 激素、甲状腺激素与升降血糖药

药品名称	制剂	剂量与用法
醋酸泼尼松(强的松) Prednisoni Acetas	片剂 5mg	5 ~ 15mg 2 ~ 4/ d 口服
醋酸地塞米松(氟美松) Dexamethasoni Acetas	片剂 0.75mg 针剂 2mg 5mg	0.75 ~ 1.5mg 2 ~ 4/ d 口服 5 ~ 10mg 肌注或静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
培他米松	片剂 0.5 mg	0.5 mg 2 ~ 3/ d 口服
Betamethasonum	针剂 1.5 mg (1ml)	1.5 ~ 3mg 肌注
去炎松	片剂 1mg 2mg 4mg	4mg 2 ~ 4/ d 口服
Triamcinolonum	针剂 125mg 200mg	40 ~ 80mg 1/ 1 ~ 4 周 肌注
氢化可的松	针剂 25mg 50mg	100 ~ 200mg 静滴
Hydrocortisoni	100mg	
垂体后叶素	针剂 5u 10u	5 ~ 10u 皮下或肌注
Pituitrinum		5 ~ 10u 静滴
丙酸睾丸酮	针剂 10mg (1ml)	10 ~ 50mg 1/ 隔日 肌注
Testosteroni Propionas	25mg 50mg	
康复龙(羟甲雄酮)	片剂 2.5 mg	5 ~ 10mg/ d 分 1 ~ 3 次口服
Oxymetholonum		
去氢甲睾酮(大力补)	片剂 1mg 2.5mg	10 ~ 30mg/ d 分 2 ~ 3 次口服
Methandienonum	5mg	

药品名称	制剂	剂量与用法
己烯雌酚(乙蔗酚)	片剂 0.25mg 1mg	0.25 ~ 1mg 1/ d 口服
Diaethylstilbestrolum	针剂 1mg 2mg	4mg 1/ d 肌注
黄体酮	针剂 10mg(1ml)	10 ~ 20mg 肌注
Progesteronum	20mg(1ml)	
甲状腺	片剂 30mg 60mg	开始 15 ~ 30mg/ d 维持 60 ~ 120mg/ d
Thyroidium		
甲硫氧嘧啶	片剂 50mg 100mg	0.15 ~ 0.3g/ d 分3次口服
Methylthiouracilum		
甲硫咪唑(他巴唑)	片剂 5mg 10mg	10mg 3/ d 口服
Methimazolum		
甲亢平(卡比马唑)	片剂 5mg	10mg 3/ d 口服
Carbimazolum		
胰高血糖素(高血糖素)	粉针 1mg 10mg	0.5 ~ 1mg 肌注、皮注或静注
Glucagonum		

药品名称	制剂	剂量与用法
胰岛素 Insulinum	针剂 400u 800u 粉针 100u 400u	5 ~ 40u/ d 分 4 次皮下、肌注或 静滴
克糖利 Glutril	片剂 25mg	开始早餐时服半片, 3 ~ 7 天后 25 ~ 50mg/ d
甲磺丁脲(甲糖宁) Tolbutamidum(D - 860)	片剂 0.5g	0.5 ~ 2.0g/ d 分 2 次饭前服
优降糖(格列本脲) Glibenclamide	片剂 2.5mg 5mg	2.5 ~ 10mg/ d 顿服
二甲双胍(降糖片) Metformin	片剂 0.25g 0.5g	0.25 ~ 0.5g 3/ d 饭后服
苯乙双胍(降糖灵) Phenformin	片剂 25mg 50mg	25mg 2 ~ 3/ d 口服
达美康(格列齐特) Diamicon	片剂 80mg (80mg × 60 片)	80mg 1 ~ 2/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
格列吡嗪 (美吡达、利糖妥、优哒灵) Glipizid	片剂 5mg (5mg × 30片)	2.5 ~ 20mg/ d 口服 参阅说明书
拜糖平 Glucobay	片剂 50mg 100mg (50mg × 30片)	50mg 3/ d 口服

23 . 抗 过 敏 药

药品名称	制剂	剂量与用法
苯海拉明(可他敏) Diphenhydraminum	片剂 25mg 50mg 针剂 20mg(1ml)	25 ~ 50mg 3 ~ 4/ d 饭后服 20mg 1 ~ 2/ d 肌注
异丙嗪 Promethazinum	片剂 12.5mg 25mg 针剂 25mg 50mg	12.5 ~ 25mg 2 ~ 3/ d 口服 25 ~ 50mg 肌注或静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
扑尔敏(氯苯那敏) Chlorpheniramine Maleas	片剂 4mg 针剂 10mg 20mg	4mg 3/d 口服 10~20mg 肌注
赛庚啶 Cyproheptadinum	片剂 2mg	2~4mg 2~3/d 口服
去氯羟嗪 Decloxizinum	片剂 25mg 50mg	50~100mg 3/d 口服
乘晕灵(茶苯海明) Theohydraminum	片剂 50mg	50mg 3/d
奥沙美特 Oxatomide	片剂 30mg 60mg	30~60mg 3/d 口服
特非那定 Trefenadine	片剂 60mg 混悬剂 30mg(5ml)	60mg 2/d 口服

24 维生素类药

药品名称	制剂	剂量与用法
维生素 A Vitaminum A	胶囊 2.5 万 u	2.5 万 u 3/ d 口服
维生素 D ₂ Vitaminum D ₂	胶囊 1 万 u 针剂 60 万 u(1ml)	1 万 u 3/ d 口服 60 万 u 1/ 隔日 肌注连用 2 日
浓维生素 AD 胶丸 Capsulae Oleo - Vitaminae A	胶丸 A 10 000u D 1 000u	1 丸 2 ~ 3/ d 口服
维生素 B ₁ Vitaminum B ₁	片剂 5mg 10mg 针剂 50mg 100mg	10 ~ 20mg 3/ d 口服 50 ~ 100mg 1/ d 肌注或皮下
维生素 B ₂ Vitaminum B ₂	片剂 5mg 10mg 针剂 5mg 10mg	5 ~ 10mg 3/ d 口服 5 ~ 10mg 1/ d 肌注
维生素 B ₆ (抗皮炎素) Vitaminum B ₆	片剂 10mg 针剂 50mg 100mg	10 ~ 20mg 3/ d 口服 50 ~ 100mg 皮注、肌注或静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
干酵母 Saccharomyces Siccum	片剂 0.3g 0.5g	1.5 ~ 12.0g 分3次嚼碎后服用
烟酰胺 Nicotinamidum(NAA)	片剂 50mg 100mg 针剂 50mg(1ml)	50 ~ 200mg 3/ d 口服 50 ~ 200mg 1/ d 静滴
维生素 C(抗坏血酸) Vitaminum C	片剂 50mg 0.1g 针剂 0.5g 2.5g	50 ~ 100mg 3/ d 饭后服 0.5 ~ 2.5g 静滴
维生素 E(生育酚) Vitaminum E	胶囊 10mg 100mg 200mg	50 ~ 100mg 2 ~ 3/ d 口服
芦丁 Rutinum	片剂 20mg 针剂 20mg	20 ~ 40mg 3/ d 口服 20mg 1/ d 肌注
维生素 H ₃ (益康宁) Vitaminum H ₃	片剂 针剂 5ml	1片 2/ d 饭后服 5ml 3/ 周 肌注
阿发骨化醇 Alfacalcidol	胶囊 0.5μg 1μg 3μg	0.1 ~ 1μg 1/ d 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
钙尔奇—D Caltrate—D	片剂(30片/瓶)	1~2片 1/d 口服

25 .免疫抑制剂与免疫增强剂

药品名称	制剂	剂量与用法
硫唑嘌呤(依木兰) Azathioprinum	片剂 50mg 100mg 针剂(钠盐)50mg	3mg/ kg/ d 分2次服连服6~8个月
左咪唑 Levamisolum	片剂 15mg 25mg 50mg	50mg 3/d 口服
抗淋巴细胞球蛋白(ALG) Antilymphocyte Globulin	冻干粉针 25mg(5ml)	25mg 静滴
环孢素(赛斯平、新山地明) Cyclosporin	口服液 100mg/ ml 胶囊 25mg 100mg	初剂量 6~11mg/ kg/ d, 口服 参阅说明书

药品名称	制剂	剂量与用法
植物血凝素(PHA) Phytohemagglutininum	冻干粉针 10mg	20 ~ 40mg 加入 5% 葡萄糖液 250 ~ 500ml 中静滴
转移因子 Transfer Factor(TF)	针剂 2ml	2ml 1 ~ 2/ 周于上臂内侧或大 腿内侧腹股沟下方皮下
聚肌胞 POLY I:C	针剂 1mg(2ml) 2mg(2ml)	1 ~ 2mg 1/ 2 ~ 3d 肌注
干扰素 Interferon	冻干粉剂 50 万 u 100 万 u	50 ~ 100 万 u 1 ~ 3/ 周 肌注
胸腺素 Thymosinum	针剂 2mg 5mg 粉针剂 4mg	2 ~ 10mg 1/ d 肌注
短棒菌苗 (厌氧棒状杆菌菌苗) Corynebacterium Parvum	针剂 25mg 4mg	4 ~ 10mg 静滴
免疫核糖核酸 Immune RNA(IRNA)	针剂 2mg 3mg	2 ~ 3mg 1/ 周 皮下 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
杞宝胶囊 Qibao Capsules	胶囊 15mg	30mg 2/d 口服 30天为1疗程
胸腺肽 Thymopeptide	粉针剂 2mg 4mg 5mg	1~5mg 1/隔日 肌注
多抗甲素 Polyactin A	口服液 (10ml × 10支)	10ml 3/d 口服

26 .调节水、电解质与酸碱平衡药

药品名称	制剂	剂量与用法
等渗氯化钠针 Inj .Natrii Chloridi	针剂 500ml	500~1 000ml 静滴或皮下滴注
林格液 Liquor Ringeri	针剂 500ml	500~1 000ml 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
氯化钾	片剂 0.25g 0.5g	1.0g 3/ d 口服
Kalii Chloridum	针剂 1.0g 1.5g	10% ~ 15% 10ml 静滴
氯化钙	针剂 0.5g (10ml)	5% 10~20ml 以 25% 葡萄糖液
Calcii Chloridum	1.0g (20ml)	稀释 1 倍后静注
葡萄糖酸钙	片剂 0.3g 0.5g	1.0~2.0g 3/ d 口服
Calcii Gluconas	针剂 1.0g (10ml)	10% 10~20ml 静注
乳酸钙	片剂 0.3g 0.5g	1.0~4.0g 2~3/ d 口服
Calcii Lactas		
碳酸氢钠	片剂 0.3g 0.5g	0.5~1.0g 饭前服
Natrii Bicarbonas	针剂 1.0g (20ml)	5% 20~100ml 静滴
乳酸钠	针剂 2.24g	5~8ml/kg 先用半量静滴
Natrii Lactas	(11.2%, 20ml)	
氨基丁三醇(缓血酸铵)	针剂 7.28% 10ml	2~3ml/kg 静滴
Trometamol	20ml 100ml	

27 酶类与其他生化制剂

药品名称	制剂	剂量与用法
胰蛋白酶 Trypsinum	粉针 1 000u 2 000u 5 000u 10 000u	1 000 ~ 5 000u 1/ d 肌注
- 糜蛋白酶 - Chymotrypsinum	粉针 1mg 5mg	5mg 用生理盐水 5ml 溶解肌肉 或患部注射
溶栓酶 Streptokinasum(SK)	针剂 10 万 u 15 万 u 20 万 u 30 万 u	50 万 u 静滴
脱氧核糖核酸酶(DNA 酶) Deoxyribonucleasum	粉针 25 000u 10 万 u	1 250u 2/ d 肌注 50 000u 吸入或腔内注射
抑肽酶 Trasylol	针剂 1 万 u	8 ~ 12 万 u 静注(第 1、2 日)
尿激酶 Urokinasum	粉针 5 000u 1 万 u 10 万 u	5 000u ~ 10 万 u 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
复合磷酸酯酶 Complex Phosphoesterases	片剂 50mg 75mg	100 ~ 150mg 3/ d 饭后服
链激酶 Streptase	针剂 25 万 iu 75 万 iu 150 万 iu	25 万 iu ~ 75 万 iu 静滴 参阅说明书
辅酶 A Coenzymum A	粉针 50u	50 ~ 100u 加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静滴
三磷酸腺甙(ATP) Adenosini Triphosphas(ATP)	针剂 20mg(2ml) 粉针 20mg	20mg 1 ~ 3/ d 肌注或静注 (静注用粉针剂)
能量合剂针 Mixt Energy Pro Inj	针剂 2ml	2ml 肌注
激肽释放酶(舒血管素) Nico - K	片剂 10u 针剂 10u	10u 3/ d 口服 10u 1 ~ 2/ d 肌注
超氧化物歧化酶 SOD Superoxide	针剂 8mg	8mg 3/ 周 肌注

药品名称	制剂	剂量与用法
溶菌酶 Lysozyme	肠溶片 10mg 口含片 20mg	3~5片 3/d 口服 20mg 4/d 口含
东菱克栓酶 DF - 521	针剂 5BU(5BU × 6支)	5BU 1/d 静滴

28 .蛋白、血浆、营养剂与血容量扩充剂

药品名称	制剂	剂量与用法
血浆(健康人血冻干血浆) Plasma	针剂 200ml	200ml 静滴
人血白蛋白 Humam Albumin	针剂 5g(20ml) 粉针 10g	5.0~10.0g 静滴 <2ml/min
血清白蛋白 Serum Albumii	针剂 5g(20ml)	20ml 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
丙种球蛋白 - Globulinum	针剂 0.3(3ml)	3 ~ 6ml 肌注
胎盘球蛋白 Globulinum placentae	针剂 3ml	6 ~ 9ml 肌注
右旋糖酐 Dextranum	针剂 6% 100ml 250ml 500ml	500ml 静滴 20 ~ 40ml/min 在 15 ~ 30 分钟滴完
低分子糖酐 Dextranum - 40	针剂 10% 100ml 250ml 500ml	500ml 静滴
小分子糖酐 Dextranum - 10	针剂 6% 100ml 250ml 500ml	500 ~ 1 000ml 静滴
聚烯吡酮 Povidonum(PVP)	针剂 3.5% 250ml	500 ~ 1 000ml 静滴
羟乙基淀粉(706 代血浆) Hydroxyethyl Starch	针剂 6% 500ml	500 ~ 1 000ml 静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
血安定 Gelofusine	针剂 500ml	500ml 静滴
六合氨基酸注射液(肝醒灵) 6 - Inj .Amino Acidi	针剂 250ml(含氨基酸 总量 21. 2g)	250ml用等量 10% 葡萄糖注射液 稀释后静滴 1 ~ 2/ d
肝安注射液 Inj .15 - Amino Acidi	针剂 8% 250 ml	250 ~ 500ml 1 ~ 2/ d 静滴
英脱利匹特 Intralipid	针剂 10% 250ml 500ml 20% 250ml 500ml	10% 250 ~ 500ml 静滴 20% 250 ~ 500ml 静滴
凡命 7% Vamin	针剂 250ml 500ml	250 ~ 500ml 静滴
力保肪宁 Lipofundin MCT/ LCT	针剂 10% 500ml 20% 500ml	10% 或 20% 500ml 静滴
安达美 Addamel	针剂 10ml	10ml加入氨基酸或葡萄糖溶液 内静滴

药品名称	制剂	剂量与用法
派达益儿 Ped - el	针剂 10ml 20ml	10 ~ 20ml 静滴
格利福斯 Glycophos	针剂 10ml 216mg/ ml	10ml 静滴
维他利匹特 Vitlipid N Adult	针剂 10ml	加入 10% 或 20% 英脱利匹特中 静滴
水乐维他 Soluvit N	针剂 10ml	加入 10% 或 20% 英脱利匹特中 静滴
能全素粉 Nutrison, powder	听 430g	每听能量为 2 000 kCal(8 400 kj) 口服
能全力液 Nutrison Standard, Liquid	瓶 500ml	每瓶能量为 500 kCal(2 100 kj) 口服
百普素粉 Pepti - 2 000 Variant	袋 126g	一盒 4 袋, 每盒能量为 2 000kCal (8 400kj) 口服

药品名称	制剂	剂量与用法
百普力液 Peptison, Liquid	瓶 500ml	每瓶能量为 500 kCal(2 100 kj) 口服

29 .疫苗、菌苗、类毒素与免疫血清

药品名称	制剂	剂量与用法
破伤风抗毒素(TAT) Antitoxinum Tetanicum	针剂 1 500u 10 000u	1 500 ~ 3 000u 肌注或皮下
狂犬病疫苗 Rabies Vaccine	针剂	2ml 腹部和两肩胛下缘皮下 参阅说明书
干燥精制抗狂犬病血清 Antitoxinum Rabiei Purificatum Sicum	针剂 2ml	25 ~ 30ml 在咬伤后 3 日内分数 次肌注 参阅说明书

药品名称	制剂	剂量与用法
精制抗蝮蛇毒血清	针剂 8 000u (10ml)	8 000u 静脉、肌注或皮下 (儿童用量与成人相同)
精制抗五步蛇毒血清	针剂 2 000u (10ml)	4 000 ~ 8 000u 静脉、肌注或皮下 (儿童用量与成人相同)
精制抗银环蛇毒血清	针剂	8 000u 静脉、肌注或皮下 (儿童用量与成人相同)
抗炭疽血清	针剂	20ml 肌注作预防用 参阅说明书
乙型肝炎疫苗注射剂 Hepaccine - B Inj .	针剂 10 μ g 30 μ g	首次免疫法,通常间隔 1、6 个月 注射 1 支,共 3 次

30 .外科换药用药

药品名称	制剂	剂量与用法
酒精 Alcohol	溶液 50% 70%	50% 预防褥疮 70% 皮肤消毒 30% 擦背退热
红汞 Mercurchromum	溶液 2% 4% 酊剂 2%	溶液用于皮肤伤口或皮肤及粘 膜的消毒,酊剂用于会阴
碘酊 Tinctura Iodi	酊剂 2%	用于一般皮肤感染及消毒
强力碘(碘附、碘伏) Iodophor	溶液 0.5%	用于术前皮肤消毒,黄色消失即 为失效
醋酸 Acidum Aceticum	溶液 0.5% 2%	用于烫伤或灼伤感染的创面,洗 涤或冲洗
硼酸 Acidum Boricum	溶液 3% 4% 软膏 5%	溶液洗涤创面及粘膜面,软膏用 于烧伤、擦伤及褥疮等

药品名称	制剂	剂量与用法
鞣酸 Acidum Tannicum	软膏 20%	用于皮肤溃疡、烫伤、褥疮、湿疹
呋喃西林 Furacillinum	溶液 0.02%	用于烧伤、溃疡、脓性伤口、化脓性皮炎等表面消毒
达金氏液 Dakin	溶液	能溶化脓液和坏死组织
硝酸银 Argenti Nitras	溶液 0.5% 1% 5% 20%	0.5% ~ 1% 用于粘膜收敛 5% ~ 20% 用于烧灼
氧化锌明胶 (小腿溃疡糊剂)	糊剂	用于经久不愈的小腿溃疡, 局部涂擦包扎
高锰酸钾 Kalii Permanganas	溶液 0.1% 0.5% 0.01% 0.02%	0.1% ~ 0.5% 用于膀胱炎、创伤等的洗涤
优琐溶液 Eusol Solution	溶液	用于化脓病灶、清洁创面或湿敷

药品名称	制剂	剂量与用法
过氧化氢溶液 Liquor Hydrogenii Peroxidi	溶液 1% 3%	1% 用于口腔含漱 3% 用于清洗创伤、溃疡、脓窦
鱼肝油 Oleum Jecoris Piscis	油剂	用于促进创面的上皮形成, 局部涂敷
鱼肝油铋剂 Oleum Jecoris Piscis et Bismuthi Subcarbna	油剂	用于哺乳期乳头破裂, 局部涂敷 (次碳酸铋 10g, 液状石蜡 10ml, 鱼肝油加至 100ml)
氧化锌鱼肝油 Oleum Jecoris Piscis et Zinci Oxydi	油剂	用于局部溃疡及婴儿红臀, 局部涂擦(氧化锌 50g, 鱼肝油 50ml)
庆大霉素溶液 Liquor Gentamycinum	溶液 0.2% 0.5%	用于绿脓杆菌、葡萄球菌感染创面之冲洗
洗必泰 Hibitane	溶液 0.05%	用于创面、伤口冲洗

药品名称	制剂	剂量与用法
甲醛溶液 Formalin	溶液 5% 10%	用于止汗及表面消毒
鱼石脂(依克度) Ichthyolum	软膏 10% 30%	用于各种皮肤炎症及疥肿
鞣酸 Acidum Tannicum	软膏 20%	用于皮肤溃疡、烫伤、褥疮、湿疹
松节油 Oleum Terebinthae	擦剂	用于肌肉痛、关节痛或神经痛， 局部涂擦
碘仿 Iodoformum	溶液 4% 6%	碘仿纱布用于充填口腔、会阴等 深而易污染的伤口
白降汞 Hydrargyri Aminochloridum	软膏 2.5% 5% 10%	用于化脓性皮肤病及褐斑
氧化锌 Zinci Oxidum	软膏 15%	用于湿疹、溃疡以及肠痿周围的 皮肤保护

药品名称	制剂	剂量与用法
樟脑酊 Spiritus Camphorae	溶液	用于神经痛、肌肉痛、关节痛，局部涂擦
异烟肼溶液 Liquor Isoniazidi	溶液 2.5% 5%	用于颈淋巴结结核，胸壁结核等
硫酸镁溶液 Liquor Magnesii Sulfatis	溶液 50%	用于挫伤、蜂窝组织炎、丹毒等的消炎退肿，局部热敷
甲紫(龙胆紫) Methylis Violaceum	溶液 0.5% 1% 2%	用于革兰氏阳性细菌的感染及粘膜和皮肤的溃疡
硫酸新霉素 Neomycini Sulfas	溶液 1% 软膏 0.5%	用于烧伤、溃疡、脓疱、疖肿等皮肤粘膜感染
苯氧乙醇 Phenoxyaethanolum	溶液 2%	用于绿脓杆菌的感染
利凡诺 Rivanolum	溶液 0.1% 0.2%	用于创口、皮肤粘膜的洗涤及湿敷

药品名称	制剂	剂量与用法
氧化纤维素 Cellulosum Oxydatum		贴于出血处,创面止血
明胶海绵 Spongia Glatinosa	每袋 2 块	贴于出血处,创面止血
邦迪消毒弹性创可贴 Flexible fabric bandages	每包 8 片	贴于创伤处

九、病历书写

1. 病历书写的要求及注意点

(1) 采集病史要严肃认真，书 | 写病历要清晰端正。

(2) 病历应在患者入院后 24 小时内完成。

(3) 各种症状和体征应用医学术语记录，不得用医学诊断名词。

(4) 患者诉述的药名、病名应加用引号，并注明时间和地点。

(5) 任何记录均应注明年、月、日，必要时注明时间，记录后均应签名。

(6) 每页均应填写患者的姓名、住院号及页数。

2. 入院病历

(1) 一般项目：姓名、性别、年龄、婚否、籍贯、民族、职业、工作单位、地址、电话、邮政编码、入院日期和时间、病史采取日期、病史记录日期、病史陈述者。

(2) 主诉：即患者的主要陈述，

通常是最明显的主观感觉及就医的主要原因。

(3) 现病史：对主诉的分析，要详细询问其性质、部位、时间、程度、病因或诱因、伴随症状、缓解方法、发病的情况、疾病的发展及治疗

经过。

(4) 过去史：过去的健康情况与现在的疾病常有密切的关系，故应自幼年起详加追询。如传染病史、预防接种史、过敏史、外伤史、手术史及其他疾病史。

(5) 个人史：出生地及经历地、生活及饮食习惯、烟酒茶嗜好程度、劳动和职业、月经史（初潮年龄 $\frac{\text{每次行经日数}}{\text{闭经年龄}}$ 例如 $\frac{3 \sim 4}{28 \sim 30}$ 54）、婚姻状况及生产史。

(6) 家族史：询问患者的父、

母、兄、弟、姊、妹的年龄及健康情况，如已死亡，记明死亡的时间及原因；遗传性疾病和传染性疾病。

(7) 体格检查：

一般状况：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、发育、营养、体位、步态、面容、表情、神志、言语和检查时合作程度。

皮肤：色泽，弹性，有无水肿、出汗、紫癜、皮疹、色素沉着、蜘蛛痣、瘢痕、创伤、溃疡和结节。

淋巴结：全身肿大、局部肿大、大小、硬度、波动、粘连、压痛、瘰管、瘢痕。

头部：a. 头颅：大小、畸形、压痛、结节。b. 头皮：清洁、瘢痕、外伤、毛发。c. 眼：眼裂大小，眼睑及眼球运动，角膜、结膜、巩膜、瞳孔（大小、形状、是否对称和对光反应）。d. 耳：耳廓、听力、分泌物、乳突压痛。e. 鼻：阻塞、分泌物、出血、畸形、中隔偏曲或穿孔，鼻甲肥大，鼻窦压痛。f. 口腔：气味、流涎、口唇色泽、牙齿（龋齿、缺损）、牙龈（溢脓、萎缩）、粘膜（出血点、斑疹、溃疡）、扁桃体（大小、充血、分泌物）、咽（充血、分泌物、肿瘤、反射）、喉的发音。

颈部：对称、强直、压痛、异常搏动、静脉怒张、肿块、气管位置、甲状腺（大小、硬度、压痛、震颤、杂音）。

胸部：胸廓（形状、是否对称、肋间饱满或凹陷、运动程度）、胸壁（水肿、皮下气肿、肿块、静脉怒张）、肋骨（压痛、畸形）、乳房（大小、红肿、压痛、肿块、硬度、活动度）。a. 肺脏：视诊：呼吸类型、快慢、深浅、两侧呼吸是否对称；触诊：语音震颤两侧是否相等，有无摩擦感；叩诊：叩诊反响（正常、浊音、实音、鼓音），肺下界位

置及呼吸移动度；听诊：呼吸音性质（肺泡音、支气管肺泡音、管性呼吸音）与其强度（减低、增强、消失），语音传导，有无摩擦音、哮鸣音、干罗音与湿罗音。b. 心脏：视诊：心尖搏动的位置、范围、心前区有无异常搏动及膨隆；触诊：心尖搏动最强部位，有无抬举性冲动，有无震颤或摩擦感；叩诊：心界可用第 2、3、4、5、6 肋间隙离胸骨中线的距离表示，并注明锁骨中线至胸骨中线的距离；听诊：心音 [性质、节律、频率、心音分裂、开放性拍击音、奔马律、肺动脉第 2 音 (P_2) 及主动脉第

2 音 (A_2) 的增强、减弱及两者强度的比较]，杂音（部位、性质、时期、强度、传导），心包摩擦音。

腹部：视诊：呼吸运动情况，腹壁是否对称，有无凹陷、膨隆、静脉怒张、蠕动波或局限性隆起，脐部色泽及隆起情况；触诊：腹壁柔软或紧张，有无压痛，压痛部位及其程度，拒按或喜按，有无反跳痛；有无肿块，其部位、大小、形态、硬度、触痛、活动度，呼吸运动的影响，有无搏动及波动；肝脏可否触及，注明其大小、肝缘锐钝、硬度、有无压痛及结节；胆囊可否触及，有无压痛及

反跳痛；脾脏可否触及，注明其大小，表面是否光滑，有无切迹及压痛，注明其硬度和活动度；肾脏：能否触及，大小、活动度、有无压痛等；叩诊：肝、脾浊音界（上界以肋间计，全长以 cm 计），肝脾区有无叩击痛，有无过度回响及移动性浊音；听诊：肠蠕动音及其音质与频率，有无胃区振水声及肝脾区摩擦音，有无血管杂音。

外生殖器：男性：阴毛分布、发育畸形、包皮、瘢痕、尿道分泌物、睾丸、附睾、精索、阴囊积液；女性：检查时宜有护士协助，阴毛分

布、外阴发育、阴道口分泌物、子宫颈、子宫体及骨盆腔情况，未婚者有适应证时可做直肠指诊。

肛门、直肠：肛门裂、脱肛、痔疮、瘻管、直肠指诊（括约肌的紧张度、肿物、狭窄、压痛、前列腺及精囊肿大或压痛），必要时做肛门镜或直肠镜检查。

① 脊柱及四肢：脊柱：侧凸、前凸、后凸、运动、压痛；四肢：畸形、杵状指、静脉曲张、肢体瘫痪、肌肉萎缩、骨折、关节（运动、脱臼、畸形、红肿、积液、骨擦音、强直）。

1 神经：皮肤划痕症，反射（腹壁、提睾、二头肌、膝腱、跟腱反射），病理反射（巴彬斯奇征、克尼格征），必要时进行运动、感觉及其他特殊神经检查和精神状态的检查。

（8）外科情况：是描述与外科疾病有关的检查所见，应重点突出，详细准确。

（9）检验及其他检查：入院后 24 小时内主要实验室检查，如血、尿、粪常规检验，以及 X 线、B 超、CT、MRI、心电图检查等。入院前

的重要检验、检查结果可记录于病史中。

（10）初步诊断：记于病历的右半侧。主要病在先，次要病在后；外科病在先，他科病在后。诊断名称先写病名，次按需要记明类型、部位、侧别，然后签名，再由住院医师审阅修改后签名。

（11）最后诊断：主要病确诊后，及时在病历的左半侧写出最后诊断，且应与初步诊断并列，包括病名，确诊日期和签名。

3 . 诊断分析及诊疗计划

(1) 诊断分析：将主要症状及其时间、体检发现及辅助检查结果做归纳综述，分析讨论，简明扼要地提出拟诊理由及主要鉴别诊断。

(2) 初步诊断：包括各主要及次

要疾病。

(3) 诊疗计划：根据初步诊断，订出检查项目、完成日期及治疗方案。

4 . 病 程 记 录

(1) 记录入院后的病情变化及诊治情况。每次病程记录必须记明年、月、日，必要时写明几点几分。病危者应随时记录，病重者至少每天记录 1 次，病情稳定者至少每周记录

1 次。

(2) 记录内容：

患者当前的主诉、自觉症状、睡眠及饮食情况，病情变化、新症状的出现及检查发现、并发症发生的时

间，诊治工作进行情况及对病情的分析。

上级医师查房、巡诊意见。

各科会诊的意见。

病情特殊变化时的判断、处理及后果预测。

行政领导的重要意见。

向患者家属和组织负责人所交代的重要事项。

阶段小结，交接班记录。

患者出院、转院或死亡时的小结。

5 . 手术前记录

(1) 记录手术前准备情况。

(2) 向患者家属和单位领导交代有关手术情况的记录，并要进行同意手术的签字。

(3) 手术前小结，根据病史、体征、实验室检查和其他检查，提出诊

断依据、手术指征、拟施行的手术和麻醉方法、手术中可能发生的危险性和意外、术后可能发生的各种并发症，以及对意外和并发症的防治措施。

6. 手术记录

(1) 在上级医师指导下，按手术记录的要求，逐项将患者姓名、性别、年龄、住院号、手术日期、手术前诊断、手术后诊断、手术名称、手术者、助手和器械护士姓名、麻醉方法、麻醉者姓名填写清楚。

(2) 手术经过的一般步骤：包括患者体位、皮肤消毒、铺无菌巾、切口部位、方向及长度、切开各层组织解剖的情况，是否使用电凝、电刀。

(3) 手术探查情况：是手术记录的最重要部分，应详细记载病变器官

的情况，如病变的范围、大小、性质、与周围器官有无粘连、淋巴结是否肿大、邻近脏器有无病变。

(4) 手术操作程序：根据探查情况，决定手术方式，脏器切除或改道引流，术中渗血或出血情况。引流物放置的部位、数目和方向。

(5) 清点器械、纱布：缝合关闭创口前一定要检查器械、纱布有无遗留，切不可粗心大意。

(6) 术中用药、输血、输液以及失血量的估计。

(7) 手术标本送病理科检查。

7. 手术后记录

(1) 手术完毕患者送回病房后，应立即写出病程记录，包括术中主要发现、手术方式、术中是否顺利、术后医嘱、病情变化和观察的注意事项。

(2) 记录患者术后治疗情况和恢复过程。

(3) 伤口愈合情况，并发症发生的时间及其处理情况。

(4) 重要脏器功能的复查。

8. 转科记录

(1) 一般项目：姓名、性别、年龄。

(2) 现病史及与所转科有关的病史，重要的过去史。

(3) 体检、检验和其他检查的重要发现。

(4) 外科曾进行治疗及其效果。

(5) 病情演变情况、外科意见及会诊意见。

(6) 诊断或初步诊断。

9. 病历摘要

(1) 转院、出院或院外会诊等需要病历摘要者。

(2) 病历摘要的内容应包括：

一般项目按入院记录项目记载。

入院时情况及各种重要检查结果。

病程经过情况、治疗情况及治

疗效果。

最后诊断。

患者当前情况。

必要时应写明今后治疗、处理意见及其他注意事项。

邀请院外会诊时应提出会诊的目的。

十、附 录

1 临床常用的缩写及代号

ac	饭前	ALT	丙氨酸氨基转移酶
Ad	副肾	am	上午
AFP	甲胎蛋白	Ao	腹主动脉
AG	阴离子间隙	AS	腹水
A/ G	白蛋白/ 球蛋白	AST	门冬氨酸氨基转移酶
ALB	白蛋白	AST/ ALT	谷草酶/ 谷内酶
ALP	碱性磷酸酶		

BAO	基础胃液分泌量
Bid	每日 2 次
BLO	潜血
BMR	基础代谢率
BP	血压
BT	出血时间
BUN	尿素氮
B - US	B 超声断层扫描
Cal	卡、结石或钙化影
CEA	癌胚抗原
CK	激酸激酶
CK - MB	激酸激酶同工酶 MB 型

CO ₂ cp	二氧化碳结合力
CREA	肌酐
CSF	脑脊液
CT	凝血时间、电子计算机 X 线体层扫描
CVP	中心静脉压
Cy	囊胞
D	十二指肠
DBIL	直接胆红素
DM	舒张期杂音
DSA	数字减影血管造影术

EACRFC	EAC 玫瑰花形成率
ECG	心电图
ECT	放射性核素发射计算机断层
ED	要素膳
EEG	脑电图
EMG	肌电图
ERCP	内窥镜逆行胰胆管造影
ERFC	E 玫瑰花形成率
ESR	红细胞沉降率
EST	内窥镜括约肌切开
GB	胆囊

GGT	谷氨酰转肽酶
GI	胃肠 X 线造影检查
GLO	球蛋白
GLU	葡萄糖
H	皮下注射、血肿
Hb	血红蛋白
HBcAg	乙型肝炎核心抗原
HBD	- 羟丁酸脱氢酶
HBeAg	乙型肝炎 e 抗原
HBsAg	乙型肝炎表面抗原
HDL - C	高密度脂蛋白胆固醇
hs	睡前

IBIL	间接胆红素
ICU	加强医护病房
im	肌肉注射
IP	无机磷
iv	静脉注射
Ivc	下腔静脉
iv gtt	静脉滴注
K	肾脏
KET	酮体
kPa	千帕斯卡

L	肝脏、左
L ₁	腰 ₁
LCT	淋巴细胞转化率
LDH	乳酸脱氢酶
LDL - C	低密度脂蛋白胆固醇
LN	淋巴结
MAO	最大胃酸分泌量
MCV	平均红细胞容积
mEq	毫当量
mmHg	毫米汞柱
mol	摩尔
MRI	核磁共振显像

NPN	非蛋白氮
NS	生理盐水
OSM	渗透压
P	肺脏
PCG	心音图
PEG	气脑造影
pm	下午
po	口服
pm	必要时
PRO	蛋白

PS	大腰筋
PSP	酚红排泄试验
Pt	血小板计数
PTC	经皮肝穿刺胆管造影
PTCD	经皮肝穿刺胆管引流
PV	门静脉
qd	每天
qh	每小时
q4h	每4小时
qid	每日4次
qn	每晚1次

R	呼吸、直肠、右
RBC	红细胞
RV	肾静脉
SM	收缩期杂音
SMA	肠系膜上动脉
sos	需要时
st	立即、胃
Sp	脾脏
T	体温、肿瘤
T ₂	胸 ₂
T ₃	三碘甲状腺原氨酸

T ₄	甲状腺素
TAT	破伤风抗毒素
TBIL	总胆红素
TC	总胆固醇
TG	甘油三酯
Tid	每日3次
TP	总蛋白
TPN	完全胃肠外营养
UA	尿酸
UB	膀胱
UCG	超声心动图
Ur	尿道

URO	尿胆素原
Ut	子宫
V	脊椎
WBC	白细胞

2. 小儿及老人用药剂量计算法

(1)按年龄计算法,使用时需根据患者发育、营养、体重等酌情而定。一般可参考下列年龄与成人剂量的计算见表:

(2)按体重(kg)计算法,先由年龄

估计体重,再计算剂量。

1~6个月婴儿体重(kg) = 月龄 × 0.6 + 3

7~12个月婴儿体重(kg) = 月龄 × 0.5 + 3

1 周岁以上儿童体重(kg) = 年龄 × 2 + 8

婴幼儿剂量 = 估计体重(kg) ×
 $\frac{\text{成人剂量}}{60(\text{成人平均体重})}$

(3)按体表面积算法:适合儿童和成人,虽计算繁琐,但较准确。

小儿剂量 = 成人剂量 ×
 $\frac{\text{小儿体表面积}(\text{m}^2)}{1.65(\text{成人平均 } 60\text{kg 体表面积})}$

年 龄	成人剂量
初生 ~1 个月	1/ 24
1 ~6 个月	1/ 24 ~ 1/ 12
6 个月 ~ 1 岁	1/ 12 ~ 1/ 8
1 ~2 岁	1/ 8 ~ 1/ 6
2 ~4 岁	1/ 6 ~ 1/ 4
4 ~7 岁	1/ 4 ~ 1/ 3
7 ~11 岁	1/ 3 ~ 1/ 2
11 ~ 14 岁	1/ 2 ~ 2/ 3
14 ~ 18 岁	3/ 4
18 ~ 60 岁	成人剂量
60 岁以上	3/ 4

3 .体表面积计算公式

$$(1) \text{体表面积}(\text{m}^2) = 0.0061 \times \text{身 高}(\text{cm}) + 0.0128 \times \text{体 重}(\text{kg}) -$$

0.1529

(2) 体表面积 (m²) = 体重 (kg) ×

0.5378 × 身高 (cm) × 0.3964 ×

0.024265

(3) 体表面积 (m²) =

$$\sqrt[3]{\text{体重}(\text{kg})^2} \times 0.1$$

(4) 体表面积 (m²) 也可按下表计

算

体重(kg)	2	3.3	5	8	10	15	20	30	40	50	60	70
体表面积(m ²)	0.15	0.2	0.25	0.35	0.45	0.6	0.8	1.05	1.3	1.5	1.65	1.75

4 小儿体重计算法

(1) 1岁以下小儿体重:

7 ~ 6个月小儿体重 (g) =

3 000g (出生时体重) + 月龄 × 600

7 ~ 12个月小儿体重 (g) =

3 000g(出生时体重) + 月龄 × 500

(2)1 岁以上小儿体重:

体重(g) = 2 × 年龄 + 7

5 几种特殊药物脱敏注射的方法

临床上有些药物在使用前必须先做过敏试验。如青霉素、链霉素、结核菌素、盐酸普鲁卡因、细胞色素 C、门冬酰胺酶以及有机碘造影剂(碘吡啦啥、醋碘苯酸钠、泛影钠、泛影葡胺、胆影钠、碘化油)等,如过敏试验阳性,则应禁用,改用其他药物。但有些特殊的药物,如破伤风抗毒素、精制抗狂犬病血清、精制抗蝮蛇毒血清和精制抗炭疽血清等,做过敏试验时呈阳性,而

临床上又必须应用时,则就要用脱敏法进行注射。但要做好抢救的准备。

(1)破伤风抗毒素皮试为阳性时可用下列脱敏方法进行脱敏。

第 1 针用 1/20 稀释血清 0.05ml。

第 2 针用 1/10 稀释血清 0.05ml。

第 3 针用未稀释血清 0.1ml。

第 4 针用未稀释血清 0.5ml。

第5针将余下的血清一次肌肉注射。

每针间隔20分钟,观察无反应后才可注射。在注射前要做好过敏性休克的抢救准备。

(2)精制抗蝮蛇毒血清皮试时疑为阳性时,可先肌注扑尔敏10mg,15分钟后再用下列脱敏法进行注射。

本品用生理盐水稀释20倍,第1次注射0.4ml,每次观察10~20分钟,如无反应可酌情增量,注射3次以上无反应时可注射。如有异常反应时应立即停止注射,并用地塞米松10mg静滴。

(3)精制抗炭疽血清皮试为阳性

时,可用下列脱敏法进行注射。

用生理盐水10倍稀释血清,第1次注射稀释血清0.2ml,第2次注射0.4ml,第3次注射0.8ml。每次注射后观察30分钟,如无反应可将安瓿中未稀释的全部血清肌肉注入。有过敏史或过敏试验强阳性者,应将第1次注射量及以后的递增量减少。

(4)精制抗狂犬病血清皮试为阳性时,可用下列脱敏法进行注射。

用生理盐水10倍稀释血清,第1次注射稀释血清1ml,第2次注射2ml,第3次注射3ml,第4次注射4ml。每次注射后观察30分钟,如无

反应,可将安瓿中未稀释的全部血清
肌肉注入。有过敏史或过敏试验强阳

性者,应将第 1 针注射量及以后的递
增量减少。

6 .血压单位数值的换算

mmHg	kPa
10	1.3
20	2.7
30	4.0
40	5.3
50	6.7
60	8.0
70	9.3
80	10.7
90	12.0
100	13.3

mmHg	kPa
110	14.7
120	16.0
130	17.3
140	18.7
150	20.0
160	21.3
170	22.7
180	24.0
190	25.3
200	26.7

转换公式： $\text{mmHg} \times \frac{4}{3} \div 10 = \text{kPa}$

$\text{kPa} \times \frac{3}{4} \times 10 = \text{mmHg}$

$\text{kPa} = 7.5 \text{mmHg}$

$\text{mmHg} = 0.1333 \text{kPa}$

7 进口药品的辨认

(1) 药品说明书 (Package Insert) 的内容:

Drug Name	药品名称
Description	性状
Clinical pharmacology	临床药理学
Action	作用
Indications	适应证
Contraindications	禁忌证

Warnings	告诫事项
Precaution	注意事项
Side Effects	副作用
Adverse Reactions	不良反应
Dosage and Administration	剂量和用法
Overdosage	过量用药
Packing (How Supplied)	包装

Expiry Date	失效期
Manufacturing Date	出厂日期
Reference	参考文献

(2) 批号:

Batch No	批号
Batch	批号
Lot No	批号

(3) 制造:

Made in...	由...制造
Produced by...	由...制造
Manufactured by...	由...制造
Mfd by...	由...制造
Manfd by...	由...制造

(4) 制造日期与出厂日期:

Made Date	制造日期
Manfd date	出厂日期

(5) 失效期与有效期:

Expir date	失效期
Exp Date	失效期
Expiring	失效期
Expiration date	失效期
Use before	失效期
Storage Life	贮存期限
Stability	稳定期
Validity duration	有效期

(6) 年、月、日的表示法:

欧洲国家的产品大都按日、月、年排列

代 码	词类	名 称
015.004 + 730.404	A	腰椎结核
015.005	A	腰大肌结核性脓肿
016.201 + 604.905	A	附睾结核
037 01	A	破伤风
070.301 + 573.101	A	乙型病毒性肝炎
070.501 + 573.101	A	丙型病毒性肝炎
071 01	A	狂犬病
122.801	A	肝包虫病
122.901	A	肺包虫病
127.004	A	胆道蛔虫病
150.901	A	食管恶性肿瘤
151.001	A	贲门恶性肿瘤
151.901	A	胃恶性肿瘤
153.901	A	结肠恶性肿瘤
154.101	A	直肠恶性肿瘤

代 码	词类	名 称
156. 201	A	法特氏壶腹恶性肿瘤
156. 901	A	胆道恶性肿瘤
157. 901	A	胰腺恶性肿瘤
158. 001	A	腹膜后腔恶性肿瘤
162. 901	A	肺恶性肿瘤
162. 902	A	支气管恶性肿瘤
164. 901	A	纵隔恶性肿瘤
170. 901	A	骨恶性肿瘤
174. 901	A	乳腺恶性肿瘤
185 01	A	前列腺恶性肿瘤
189. 001	A	肾恶性肿瘤
191. 902	A	颅内恶性肿瘤
193 01	A	甲状腺恶性肿瘤
197. 001	A	肺继发性恶性肿瘤
198. 501	A	骨继发性恶性肿瘤

代 码	词类	名 称
198. 503	A	脊 柱 继 发 性 恶 性 肿 瘤
211. 101	A	胃 息 肉
217 01	A	乳 房 良 性 肿 瘤
226 01	A	甲 状 腺 良 性 肿 瘤
228. 007	A	肝 血 管 瘤
239. 002	A	腹 腔 肿 瘤 (性 质 未 特 指)
242. 901	A	甲 状 腺 机 能 亢 进
245. 901	A	甲 状 腺 炎
246. 901	A	甲 状 腺 肿 物
250. 001	A	糖 尿 病
342. 901	A	偏 瘫
349. 803	A	脑 脊 液 漏
401. 907	A	高 血 压
414. 001	A	冠 心 病
430 02	A	蛛 网 膜 下 腔 出 血

代 码	词类	名 称
451. 201	A	下肢血栓性静脉炎
454. 902	A	大隐静脉曲张
455. 601	A	痔
456. 001	A	食管静脉曲张破裂出血
510. 901	A	脓胸
518. 501	A	成人呼吸窘迫综合征
530. 802	A	食管瘘
531. 501	A	胃穿孔
532. 101	A	急性十二指肠溃疡伴穿孔
540. 901	A	急性阑尾炎
542. 03	A	慢性阑尾炎
550. 901	A	腹股沟直疝
550. 902	A	腹股沟斜疝
560. 001	A	肠套叠
560. 901	A	肠梗阻

代 码	词类	名 称
565. 101	A	肛门瘘管
566 01	A	肛门周围脓肿
567. 906	A	腹膜炎
568. 001	A	肠粘连
568. 804	A	腹膜后血肿
569. 801	A	肠痿
569. 809	A	肠穿孔
569. 902	A	肠息肉
571. 502	A	肝硬化
572. 001	A	肝脓肿
572. 301	A	门静脉高压症
573. 801	A	肝癌破裂出血
573. 810	A	肝囊肿
<hr/>		
574. 101	A	胆囊结石伴胆囊炎
574. 501	A	胆总管结石

代 码	词类	名 称
574.504	A	肝胆管结石
575.002	A	急性胆囊炎
575.602	A	胆囊息肉
576.107	A	胆道感染
576.108	A	急性化脓性梗阻性胆管炎
576.804	A	梗阻性黄疸
577.002	A	急性胰腺炎
577.201	A	假性胰腺囊肿
578.902	A	上消化道出血
581.902	A	肾积水
583.807 * 016.001 +	A	肾结核
586 01	A	肾功能衰竭
590.202	A	肾周脓肿
592.001	A	肾结石
592.101	A	输尿管结石

代 码	词类	名 称
593. 201	A	肾囊肿
594. 101	A	膀胱结石
595. 901	A	膀胱炎
599. 002	A	沁尿系感染
599. 102	A	尿道瘻
600 02	A	前列腺增生
603. 901	A	鞘膜积液
604. 904	A	辜丸炎
604. 905 * 016. 201 +		附辜结核
605 01	A	包皮过长
611. 005	A	乳房脓肿
611. 009	A	急性乳腺炎
611. 101	A	乳腺增生
620. 201	A	卵巢囊肿
682. 901	A	蜂窝组织炎

代 码	词类	名 称
682.902	A	急性淋巴管炎
683.01	A	急性淋巴结炎
721.001	A	颈椎病
721.903	A	肥大性脊柱炎
722.101	A	腰椎间盘突出
724.302	A	坐骨神经痛
726.201	A	肩关节周围炎
727.004	A	腱鞘炎
727.404	A	腱鞘囊肿
730.201	A	骨髓炎
746.901	A	先天性心脏病
751.301	A	先天性巨结肠
751.603	A	先天性胆总管囊肿
759.204	A	甲状舌骨囊肿
785.501	A	感染性休克

代 码	词类	名 称
785.503	A	失血性休克
785.506	A	中毒性休克
799.101	A	呼吸衰竭
801.001	A	颅底骨折
805.201	A	胸椎骨折
805.401	A	腰椎骨折
807.001	A	肋骨骨折
808.801	A	骨盆骨折
812.201	A	肱骨骨折
813.005	A	尺骨骨折
813.006	A	桡骨骨折
821.002	A	股骨干骨折
823.002	A	胫骨骨折
823.004	A	腓骨骨折
831.001	A	肩关节脱位

代 码	词类	名 称
832.001	A	肘关节脱位
835.001	A	髌关节脱位
847.201	A	急性腰扭伤
850.01	A	脑震荡
851.001	A	脑挫裂伤
852.002	A	创伤性硬膜外血肿
860.401	A	创伤性气血胸
864.001	A	创伤性肝破裂
865.001	A	脾损伤
949.001	A	烧伤
958.401	A	创伤性休克
E 920.301	A	刀刺伤
M 81600 3	A	胆管癌
M 81700 3	A	肝细胞癌
M 81700 6	A	转移性肝细胞癌

代 码	词类	名 称
M 90800 1	A	畸胎瘤
M 91210 0	A	海绵状血管瘤
M 91700 0	A	淋巴管瘤
M 91800 0	A	骨瘤
M 91800 3	A	骨肉瘤
M 92100 0	A	骨软骨瘤

9 国际疾病分类手术编码(ICD - 9 - CM - 3)

代 码	词类	名 称
01. 2402	A	颅骨减压术
01. 2403	A	颅骨钻孔探查术
01. 2404	A	硬膜外脓肿清除术
01. 2405	A	颅内血肿清除术

代 码	词类	名 称
01. 2406	A	硬脑膜外血肿清除术
01. 3902	A	脑内减压术
01. 3903	A	脑内血肿清除术
01. 3905	A	脑脓肿清除术
01. 5914	A	脑肿瘤切除术
02. 1203	A	脑脊液漏修补术
03. 0901	A	脊髓减压植骨术
03. 0903	A	脊髓探查术
03. 0904	A	脊髓神经根探查术
03. 0908	A	胸腰椎板切除减压术
03. 3101	A	腰椎穿刺术
03. 4001	A	脊髓肿瘤切除术
03. 6001	A	脊神经根粘连松解术
04. 0706	A	周围神经肿瘤切除术
04. 4903	A	桡神经松解术

代 码	词类	名 称
06. 2001	A	单侧甲状腺叶切除术
06. 3102	A	甲状腺瘤切除术
06. 3103	A	甲状腺囊肿摘除术
06. 3901	A	甲状腺部分切除术
06. 3903	A	甲状腺次全切除术
06. 4001	A	甲状腺癌根治术
07. 6302	A	垂体瘤切除术
32. 2903	A	肺囊肿切除术
32. 3001	A	肺段切除术
32. 4001	A	肺叶切除术
32. 5001	A	全肺切除术
33. 3401	A	胸廓成形术
34. 0201	A	开胸探查术
34. 0401	A	胸腔闭式引流术
35. 1201	A	二尖瓣关闭不全瓣膜成形术

代 码	词类	名 称
35. 2401	A	二尖瓣置换术
38. 0702	A	髂静脉取栓术
38. 3002	A	血管吻合术
38. 3805	A	下肢血管瘤切除术
38. 5902	A	大隐静脉高位结扎分段切除与剥离术
38. 8601	A	肝动脉结扎术
38. 8603	A	肝动脉栓塞术
38. 8605	A	脾动脉结扎术
38. 8701	A	门奇静脉断流术
38. 8702	A	贲门周围血管离断术
39. 1008	A	门静脉腔静脉分流术
39. 1012	A	脾静脉肾静脉分流术
40. 1101	A	淋巴结活检术
41. 5001	A	脾全切除术
42. 4101	A	食管上段癌切除术

代 码	词类	名 称
42.4102	A	食管下段癌切除术
42.4103	A	食管中段癌切除术
42.5202	A	胸腔内食管胃吻合术
42.5601	A	结肠代食管术
43.2001	A	永久性胃造口术
43.3001	A	幽门肌切开术
43.4101	A	胃息肉电烙术
43.5001	A	部分胃切除食管吻合术
43.6001	A	部分胃切除十二指肠吻合术
43.7001	A	部分胃切除空肠吻合术
43.7002	A	胃大部切除胃空肠 Y 型吻合术
43.9901	A	胃癌根治术
43.9903	A	全胃切除食管空肠 Y 型吻合术
43.9904	A	全胃切除食管空肠袢式吻合术
44.0001	A	胃迷走神经切断术

代 码	词 类	名 称
44. 2901	A	幽门成形术
44. 3901	A	胃空肠吻合术
44. 4101	A	胃溃疡穿孔修补术
44. 4201	A	十二指肠溃疡穿孔修补术
45. 0101	A	十二指肠乳头肌切开术
45. 6204	A	小肠部分切除术
45. 7301	A	右半结肠切除术
45. 7401	A	横结肠切除术
45. 7501	A	左半结肠切除术
45. 7602	A	乙状结肠癌根治术
45. 7604	A	乙状结肠切除术
46. 1001	A	横结肠造口术
46. 1002	A	乙状结肠造口术
46. 7901	A	肠损伤修补术
46. 8002	A	肠扭转复位术

代 码	词类	名 称
46. 8003	A	肠套叠复位固定术
46. 8004	A	肠粘连松解排列术
47. 0001	A	阑尾切除术
47. 2001	A	阑尾脓肿引流术
48. 5001	A	直肠癌腹会阴根治术
48. 6202	A	直肠癌根治术
48. 7501	A	直肠悬吊术
49. 0101	A	肛周脓肿引流术
49. 1102	A	肛瘘挂线术
49. 4601	A	痔切除术
49. 4702	A	外痔血栓剥离术
50. 0002	A	肝脓肿引流术
50. 2201	A	肝部分切除术
50. 2901	A	肝包虫腔清除填塞术
50. 2904	A	肝血管瘤切除术

代 码	词类	名 称
50. 2905	A	肝囊肿开窗术
50. 3001	A	肝叶切除术
50. 6902	A	肝修补术
50. 9901	A	肝动脉灌注泵安置术
51. 0301	A	胆囊造瘘术
51. 1101	A	胆道镜检查术
51. 2201	A	胆囊切除术
51. 2202	A	腹腔镜胆囊切除术
51. 3602	A	胆总管十二指肠吻合术
51. 3701	A	肝管空肠吻合术
51. 4101	A	胆总管切开取石术
51. 4301	A	胆总管记忆合金支架置入术
51. 4303	A	肝管记忆合金支架置入术
51. 5104	A	胆总管探查 T 型管引流术
51. 6902	A	胆管癌切除术

代 码	词类	名 称
51. 8202	A	经十二指肠奥狄氏括约肌切开术
51. 9601	A	胆道镜下经皮胆总管取石术
51. 9801	A	经皮胆管引流术
52. 4001	A	胰腺囊肿内引流术
52. 5101	A	胰十二指肠切除术
52. 5201	A	胰尾切除术
53. 0201	A	腹股沟斜疝修补术
54. 1101	A	剖腹探查术
54. 1901	A	腹腔脓肿引流术
54. 1902	A	盆腔脓肿引流术
54. 4003	A	腹膜后肿物切除术
54. 5003	A	肠粘连松解术
55. 0101	A	肾囊肿开窗术
55. 0102	A	肾切开取石术
55. 0201	A	肾造瘘术

代 码	词 类	名 称
55.1101	A	肾盂切开取石术
55.5103	A	肾切除术
56.8901	A	回肠代输尿管术
57.0004	A	膀胱镜取异物术
57.2101	A	膀胱造瘘术
57.3201	A	膀胱镜检查术
57.6001	A	膀胱部分切除术
57.7901	A	膀胱全切除术
58.4901	A	尿道会师术
59.0901	A	肾周脓肿切开引流术
60.3001	A	耻骨上前列腺切除术
61.2001	A	睾丸鞘膜积液翻转术
62.3001	A	单侧睾丸切除术
63.1003	A	精索静脉结扎术
63.4001	A	附睾切除术

代 码	词类	名 称
77. 1003	A	骨钻孔减压术
77. 6003	A	骨疣切除术
79. 0001	A	骨折闭合复位术
79. 1001	A	骨折闭合复位内固定术
79. 2001	A	骨折切开复位术
79. 3013	A	骨折切开复位内固定术
79. 7001	A	关节脱位闭合复位术
79. 8001	A	关节脱位切开复位术
80. 5103	A	腰椎间盘切除术
80. 6003	A	半月板切除术
80. 7001	A	关节滑膜切除术
80. 8002	A	关节游离体摘除术
81. 0001	A	脊柱融合术
81. 0601	A	腰椎融合术
81. 1201	A	足三关节融合术

代 码	词类	名 称
83.0901	A	筋膜间隙切开减压术
83.1905	A	胸锁乳突肌起止点切断术
83.3101	A	腱鞘囊肿切除术
83.3903	A	窝囊肿切除术
83.3904	A	下肢软组织肿物切除术
83.3905	A	躯干软组织肿物切除术
84.0101	A	指关节离断术
85.0001	A	乳房脓肿切开引流术
85.2201	A	乳房局部切除术
85.2401	A	副乳切除术
85.4101	A	乳房切除术
85.4501	A	根治性乳房切除术
86.0403	A	疝切开引流术
86.0404	A	疝肿切开引流术
86.2103	A	皮脂腺囊肿切除术

代 码	词 类	名 称
86. 3006	A	腋臭切除术
86. 3012	A	脂肪瘤切除术
86. 5901	A	头皮清创缝合术
86. 6004	A	游离植皮术
86. 7107	A	腹部皮管成型术
86. 8403	A	皮肤挛缩松解术
93. 4401	A	骨牵引术
96. 0801	A	肠腔减压术
96. 4901	A	膀胱灌注
97. 5401	A	从胆囊取出假体装置术
99. 1501	A	大静脉高营养治疗
99. 2501	A	静脉化疗药物输入术
