

外科防治学

《补充教材》

(进修班試用)

湖北医学院

一九七一年五月

目 录

前言 (1)

第一章 (1)

一、领导我们事业的核心力量是中国共产党。

第二章 (1)

(1) 领导我们事业的核心力量是中国共产党。

第三章 (1)

(2) 指导我们思想的理论基础是马克思列宁主义。

第四章 (1)

(3)

第五章 (1)

(4) 教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

第六章 (1)

(5)

第七章 (1)

合。

第八章 (1)

(6)

第九章 (1)

(7)

第十章 (1)

(8)

第十一章 (1)

(9)

第十二章 (1)

(10)

第十三章 (1)

(11)

第十四章 (1)

(12)

第十五章 (1)

(13)

第十六章 (1)

(14)

第十七章 (1)

(15)

第十八章 (1)

(16)

第十九章 (1)

(17)

第二十章 (1)

(18)

第二十一章 (1)

(19)

第二十二章 (1)

(20)

第二十三章 (1)

(21)

第二十四章 (1)

(22)

第二十五章 (1)

(23)

第二十六章 (1)

(24)

第二十七章 (1)

(25)

第二十八章 (1)

(26)

第二十九章 (1)

(27)

第三十章 (1)

(28)

第三十一章 (1)

(29)

第三十二章 (1)

(30)

第三十三章 (1)

(31)

第三十四章 (1)

(32)

第三十五章 (1)

目 錄

第 一 节 脓胸	(1)
急性脓胸	(1)
慢性脓胸	(2)
第 二 节 急性梗阻性化脓性胆管炎	(2)
第 三 节 急性胰腺炎	(3)
第 四 节 前列腺肥大	(4)
第 五 节 泌尿系损伤	(5)
肾脏损伤	(5)
膀胱破裂	(6)
尿道损伤	(7)
第 六 节 急性腹痛鉴别	(7)
第 七 节 血栓闭塞性脉管炎	(9)
第 八 节 狭窄性腱鞘炎	(11)
第 九 节 锁骨骨折	(12)
第 十 节 骨盆骨折	(13)
第十一节 股骨颈骨折	(15)
第十二节 踝部骨折	(16)
第十三节 踝部扭伤	(16)

第一节 脓 胸

胸膜化脓性感染，胸膜腔内产生脓液成为脓胸。引起脓胸的因素：

一、肺部有感染，肺表面小脓肿破裂，病菌直接侵入胸膜腔；或病菌从肺部病灶经淋巴道侵入胸膜腔，发生脓胸。

二、外伤后血胸可因感染而引起脓胸。

三、脓毒败血症患者，病菌经血循环侵入胸膜腔而引起脓胸。

四、邻近器官的感染，如膈下脓肿、肝脓肿等经淋巴或直接穿破膈肌而引起脓胸。

急 性 脓 胸

诊断要点：

一、有急性炎症和呼吸系统功能障碍：高热、脉速、胸疼、气短，白细胞增高。重者有咳嗽、发绀。

二、检查可发现患侧全胸或下胸部的肋间隙饱满，叩诊呈浊音，呼吸运动减弱或消失，听诊呼吸音减低。总气管及心浊音区向健侧移位。

三、胸腔穿刺抽得脓液是确诊的方法。

四、有条件作放射线透视时，可见患侧胸腔积液的浓厚阴影。

五、如有条件将抽得脓液作细菌培养，可根据病原菌种类而选用有效药物。

预防

妥善正确处理脓胸发病因素，如麻疹、肺炎、肺脓肿、血胸等，可以防止和降低脓胸发病率。

治疗

伟大领袖毛主席教导我们说：“矛盾着的两方面中，必有一方面是主要的，他方面是次要的。”急性脓胸的主要矛盾是胸膜腔感染并积存脓液。因此，我们应控制感染，并清除胸腔内积脓，使压缩肺尽快膨胀，以消灭胸膜腔内空隙而得到治愈。

一、控制感染：青、链霉素为常用药物。病情严重者可考虑加用红霉素、四环素、氯霉素等药物作静脉滴注。近来用鱼腥草溶液静脉注射（100~200%鱼腥草注射液100~160毫升，静脉滴注，每日一次）效果亦良好。

二、中药——清热解毒。

鲜芦根1.0两（去节），豆卷5.0钱，熟牛蒡3.0钱，野菊花2.0钱，银花4.0钱，鱼腥草1.0两，连翘5.0钱，象贝母3.0钱，杏仁4.0钱，桔梗1.5钱，生甘草1.0钱。

三、胸腔穿刺抽脓：以减轻中毒症状，并尽快使肺舒张。注意抽脓时勿使空气进入。原则是尽量将脓汁抽尽。但当患者感觉胸部不适或有剧烈咳嗽、气短时即应停止。一般每日抽脓一次。每次抽脓前要作细致的叩诊，有条件时最好在透视下判定穿刺的位置。每次抽毕后注入青霉素20~40万单位，链霉素0.5克（溶于生理盐水或蒸馏水20毫升中）。

四、經积极穿刺治疗仍不見效，或脓液渐变稠厚不易抽出时，应考虑作胸腔閉合引流术。若于第一次穿刺，抽出有恶臭的脓液，認為是腐敗性脓胸者或脓气胸者，亦应考虑作胸腔閉合引流术。手术可分經肋間隙和經肋床两种（具体方法見手术学）。

慢 性 脓 胸

慢性脓胸最主要的原因：

一、急性脓胸处理不当或不及时。引流管太小、位置偏高。引流过迟或拔除引流管过早。

二、胸腔内有异物存留。

三、有支气管胸膜瘘。

四、支气管有阻塞使肺不能扩张。

五、肺外纖維层紧裹肺臟，使肺不能舒张。

診斷要点

一、有急性脓胸史。

二、因长期感染和蛋白質的丧失，患者消瘦、貧血，常有杵状指。

三、患側胸廓凹陷，肋間隙变窄，无呼吸活动。叩診为浊音，呼吸音消失，脊柱呈側弯。如曾作引流，胸壁可見瘻管。

四、应証明脓腔容量固定，用吹瓶法等均不能使肺繼續舒张。简单的証明方法是用生理盐水注滿胸腔，測其容量，然后定期复查。如多次測量均无变化，則可確診慢性。

五、如能行放射綫檢查，則見胸膜增厚阴影，并可見空腔。

預防

及时正确地治疗急性脓胸是預防慢性脓胸的重要方法。如发现引流不当，应及时改进脓胸的引流。

治疗

一、胸膜纖維板剝脫术：除原因三、四外，可采用此法。

将复盖肺表面的纖維板剝除，使肺組織扩张，消灭空腔；同时剝除胸壁层胸膜內的纖維板，以恢复胸壁在呼吸时的活动。（对原因三、四者則可将纖維板与病肺一併切除。）本法既能消灭脓腔，又能使肺組織扩张，恢复肺功能，是较为合理的手术。但技术上较困难，手术时间也较长，而且有时术后肺未能滿意地扩张而致效果不满意。故宜慎重选择。

二、胸廓成形术：上述原因之任何一种所致的慢性脓胸均可采用。目的是消除胸廓的坚硬組織，使胸廓內陷，以消灭两层胸膜间的死腔。即将复盖着脓腔的肋骨、胸膜壁层以及增厚的纖維板一併切除。此法的缺点是术后胸廓下陷变形，肺組織未能扩张。一般不适用于小儿。但手术操作较易，且多数能获得滿意效果。

第 二 节 急性梗阻性化膿性胆管炎

本病是指胆总管和肝內胆管在急性梗阻的基础上，发生化脓感染。除胆石症一般症状外，常伴有中毒性休克現象。因为在梗阻情况下，細菌迅速繁殖，并向上扩散，发生肝

炎。随后内压力不断升高，压迫肝细胞，发生坏死；大量细菌和细菌毒素进入血液，致发生中毒性休克及败血症。

诊断要点

一、发病情况与胆石症相同。常伴有多次发作胆道病史。

二、发病急骤，上腹胀痛，继以寒战和弛张性高热。常伴有恶心呕吐。多数出现黄疸，但程度不一。有时有嗜睡、谵妄。

三、常有中毒性休克现象，脉快、低血压。体格检查见腹部膨胀，右上腹有明显触痛和腹肌紧张。有时可摸到肿大肝脏。

四、白细胞明显增高和左移。

预防

早期及时正确地处理胆石症等胆道梗阻性疾病，可预防本病的发生。

治疗

原则应争取及早解除胆道梗阻，降低胆道压力。非手术疗法一般常无效。

一、多数病例处在中毒性休克状态，因此术前必须积极准备：输血输液，必要时使用升压药物（如去甲肾上腺素等）纠正休克。

二、控制感染：给大量抗炎药物如鱼腥草、四环素等。

三、给大量维生素乙和K。

如在短期准备后，症状未见好转，就应当机立断，进行紧急手术，以免失去抢救机会。

四、手术治疗：原则上应施行胆总管切开，解除梗阻，予以引流，抢救生命。胆总管切开后，往往脉速改善，血压明显上升，休克迅速好转；在这种情况下，如果局部条件许可，应尽量彻底清除梗阻原因。如果是泥沙样结石，还应考虑施行胆总管十二指肠吻合术，以防复发。但须强调指出，对周身情况不许可的病例，不宜施行过于复杂、时久的手术，以免造成死亡。胆囊造口术一般无效，不宜采用。

第三节 急性胰腺炎

本病是因胰管部分或完全梗阻致压力增高，使胰液外渗至腹腔形成急性炎症。发病诱因大都为胆道疾病、饮酒、暴食或外伤等所致。有时，胆道疾病中象胆石症或胆道蛔虫，因引起“共同通路”出口受阻，使胰管内压力增高，致胰小管和腺泡破裂，胰液外溢，产生自溶作用，引起急性胰腺炎。胰腺可有水肿、出血、坏死、化脓等不同程度的病变。

诊断要点

一、突发上腹中部持续性剧痛，有时偏左向左肩、背、腰部放射。疼痛程度剧烈，不能被一般镇痛剂缓解。

二、恶心、呕吐。在早期时较频繁。同时有腹胀、便秘、发热。

三、有时早期即出现休克症状，苍白、出汗、脉速而弱、血压下降。

四、上腹部触痛及一定程度的腹肌强直。若同时有胆道疾患，可在右上腹亦有显著触痛。

五、由于胰腺的排泄受阻，胰液不能流入肠内，致大量淀粉酶被吸收入血液，使血清

澱粉酶含量在病后 3~48 小时显著增高。尿澱粉酶升高时间较长。

六、少数病人可有轻度黄疸，糖尿及血鈣下降。

預防

防止暴饮、暴食、酗酒。有胆道疾患者应及早进行治疗。

治疗 应以非手术疗法为主。

一、非手术治疗：

(一) 解痉止痛：

1、针刺：内关、足三里、上巨虚、天枢、阳陵泉。

2、阿托品 1 毫克加哌啶 50 毫克混合注射。切忌单独使用哌啶。

3、硝酸甘油片含于舌下。

4、静脉注射 0.25% 奴佛卡因溶液 500 毫升，每日 1~2 次。

(二) 禁食、鼻胃管减压。禁食期间应注射葡萄糖和生理盐水。有血糖升高者，应同时给予适量胰岛素（每 2~3 克葡萄糖加胰岛素 1 单位）。

(三) 病情及呕吐均较轻者，可给流质饮食，并口服碳酸氢钠。

(四) 抗感染：应用中药消炎（鱼腥草等）或抗菌素。

(五) 中药治疗：以清热解毒、通里攻下为主。

1、复方清胰饮：银花 2.0 钱，连翘 5.0 钱，川连 3.0 钱，黄芩 3.0 钱，厚朴 3.0 钱，枳壳 3.0 钱，木香 3.0 钱，桃仁 3.0 钱，红花 2.0 钱，生军（后下）2.0 钱。

2、复方大柴胡汤：柴胡 6.0 钱，黄芩 3.0 钱，半夏 3.0 钱，枳壳 3.0 钱，白芍 3.0 钱，木香 3.0 钱，龙胆草 3.0 钱，玉金 3.0 钱，生军（后下）3.0 钱，芒硝（冲）3.0 钱。

二、手术治疗：

若有严重胆道疾病，或高热持续不退有脓肿形成，经上述疗法无效且加重者，应考虑手术治疗（胆总管引流，脓肿切开等）。

第四节 前列腺肥大

亦称前列腺良性肥大或前列腺增生。老年人常见。虽 50 岁以上者多半有前列腺肥大的变化，但临床上可完全无症状，也不需要任何治疗。发病原因尚不清楚，有时因某种诱因（受凉、疲劳、饮酒、便秘）导致尿潴留而引起注意。

诊断要点

一、排尿困难是重要症状。详细询问病史，往往早就有尿频（常夜间为显著）、排尿费力、尿流缓慢、尿线细、射程短以及不能将尿完全排空等症状。

排尿困难达一定程度时，每次排尿后均有剩余尿。剩余尿量愈大，表示梗阻愈严重，致膀胱失去收缩能力，发生尿潴留。有时因膀胱膨胀、尿溢出而引起假性尿失禁。

二、偶有血尿。并发感染时则出现膀胱炎或高烧、腰痛等肾盂肾炎病象。

三、若长期梗阻，可影响到上部尿路，引起两侧肾积水，出现疲倦、昏眩、无食欲、贫血、烦渴、恶心等慢性尿中毒病象。在梗阻的基础上，感染、结石又可互为因果，使症状复杂和加重。

四、长期排尿困难有时引起腹股沟疝或脱肛等。

五、继发病的病象有时较排尿困难更为显著，故对老年人应常想到这一多发病，切勿只注意其中某一症状而对症处理。

六、主要体征是直肠前壁指诊可摸到肥大的前列腺，表面平滑，按之硬而有弹性，中间沟消失，无高低硬结或触痛。有时增大部分突入膀胱内，则指诊不易发现。

治疗

一、有急性尿潴留时立即导尿。一般不用金属导尿管，以防损伤尿道。如果用橡皮导尿管失败，可用套管针在耻骨上穿刺膀胱，经套管针内放入塑料管留置导尿，直到能自行排尿为止。可能时每日冲洗膀胱。并抗感染。

二、祖国医学中“癃闭”可能包括了前列腺肥大症。初步观察八正散有较好疗效。需辨证加减处方，汤头如下：

八正木通与车前，扁蓄大黄滑石研，

草梢瞿麦兼梔子，煎加灯草痛淋蠲。

上为一付，各味药2.0~3.0钱。

三、激素疗法：多用女性激素，乙烯雌酚每天2~5毫克（最初三天可每次5毫克，一日三次），约一月左右为一疗程。亦有对年纪较大者（70岁以上）应用男性激素丙酸睾酮，每日肌注25毫克，可使症状好转。

四、经上述各疗法无效，剩余尿超过60~100毫升或常发急性尿潴留，全身情况好，心、肾功能无禁忌症者，可考虑前列腺切除术。

第五节 泌尿系损伤

肾 脏 损 伤

肾脏位于腰部深处，受伤机会较小。但如肾区或上腹两侧受直接暴力打击，如重物撞击、车辆挤压等，也可遭到损伤。轻的损伤时，肾被膜和肾盂均保持完整，仅肾实质有轻度损伤、出血，并有少量的血液进入肾盂，称为肾挫伤。一般均能自行愈合。严重的损伤则肾实质发生部分或全层破裂，产生严重血尿，同时大量血液、尿液也可外渗，流入肾周围引起血肿、发炎，甚至坏死。

诊断要点

一、血尿：较轻的肾脏损伤有时只有用显微镜检查尿液才发现红细胞，称“显微镜下血尿”。损伤严重时则有明显“肉眼性血尿”，甚至全为鲜血。尿中血量与损伤的严重程度符合，血尿在受伤后即开始，一般经过卧床休息后若逐渐减少，则表示局部情况逐渐恢复；反之，则表示情况仍重。故伤后应分瓶保存尿液以比较血色浓淡，对于决定是否手术具有重要意义。伤后数日或一、二周，最初的血尿停止后，仍有可能再度出现大量血尿（继发性出血），同样具有危险性。

二、腰部疼痛和肿胀：除受伤当时所引起肾区疼痛和肿胀外，血液和尿渗入肾周围组织使局部症状更加显著，形成腰部肿物。若后腹膜破裂，血液和尿进入腹腔，可出现腹膜

炎、恶心、呕吐、肠麻痹等混淆诊断。如血凝块堵塞输尿管可出现绞痛症状。

三、急性贫血和休克：因严重血尿失血过多而致。因此，应密切注意全身变化，定时测定血压、脉搏、血红蛋白和红细胞。并观察局部和血尿的变化。诊断肾外伤时，必须考虑有无其他内脏损伤的可能性。

四、尿渗入肾周围组织，可引起发热，局部出现继发感染。如为开放性损伤，伤口有尿流出。

治疗

一、一般的肾挫伤和闭合性肾损伤多先采取非手术疗法，包括静卧休息，应用止血药物，维持正常的饮水量和排尿量。无腹部脏器受伤时可用止痛药物。同时抗感染。有休克者必要时输血、补液。但非手术治疗中必须严密观察，如果急性内出血症状加重，腰部肿块增大，伤侧腹痛扩延，血尿停止后再度血尿者，往往需要手术治疗。故在进行上述非手术疗法时，应做好急救、输血、手术准备。有条件时，应先做静脉尿路造影，以确定对侧肾脏的健康情况；或在紧急情况下，经过术中同时探查对侧肾脏，确定对侧肾脏存在、功能良好，方可考虑手术摘除伤肾。

二、手术治疗：适应症见上述。

术式：轻者行肾周引流术；破裂时行缝合术、肾部分切除术乃至严重破碎者行肾摘除术。

膀胱破裂

膀胱破裂大都由于膀胱区受到强烈外力冲击及压迫所致，当膀胱膨胀时容易发生。按膀胱破裂的部位分为腹膜内及腹膜外破裂两种类型（图26）。前者为复盖腹膜部分破裂，主要为顶部和后上方壁，尿液由破裂处流入腹腔，引起腹膜炎；后者多由于骨盆骨折刺破无腹膜遮盖部位的膀胱前壁、下部，尿液外渗至腹膜外盆腔组织内，发生严重蜂窝组织炎。

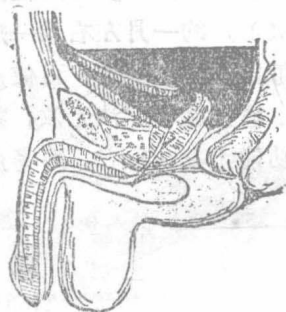
诊断要点

一、伤后下腹部疼痛，有尿意而不能通畅排尿，或仅能排出少量血色尿液。

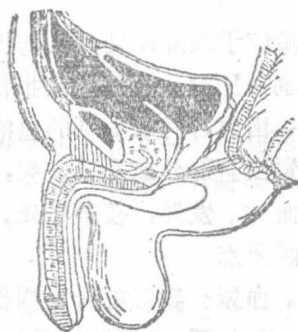
二、腹膜外破裂者，则下腹膨胀、压痛、肌肉紧张。腹膜内破裂者，病象更严重，有休克和腹膜炎的症状。有时可查出移动性浊音。由于尿的吸收，可发生尿中毒。

三、若行导尿术，导尿管可顺利进入膀胱，此点与尿道损伤不同。而膀胱大多空虚或少量血尿。经导尿管注入一定量无菌生理盐水（100~200毫升），吸出量往往少于注入量。

治疗



I



II

图26 膀胱破裂

1. 腹膜内破裂
2. 腹膜外破裂

应立即施行手术：下腹正中切开，缝合修补破裂处，并行暂时性耻骨上膀胱造瘘术，膀胱前区行引流术。注意若为腹膜内破裂者，缝合后，膀胱造瘘引流管不可通过腹腔。

尿 道 损 伤

一般都发生在男性。常见于骑跨伤，即跌下时会阴骑跨于坚硬物质上，发生球部尿道损伤。骨盆骨折时，后尿道可常被撕裂或为骨折断端所穿破。尿道损伤可仅伤及尿道粘膜或全层破裂。如管腔仍有部分连接者为部分断裂；如完全断裂，则断端分离。尿道损伤时可有血液及尿液渗到附近组织，引起蜂窝织炎和组织坏死。创伤治愈后可因疤痕收缩而造成尿道狭窄，妨碍排尿。

诊断要点

一、伤后尿道出血。伤部剧痛，并有皮肤损伤或皮下出血瘀斑、水肿。骑跨伤则上述症状多于会阴部，有时扩延至阴囊。

二、排尿困难，排尿时灼痛或出现完全性尿潴留。

三、膀胱胀满（和膀胱破裂相反），勉强排尿时可有尿外渗。

四、如合并骨盆骨折，可发生休克。

五、试插橡皮导尿管，手法宜轻柔，防止加重损伤。如导尿管不能进入膀胱，证实为尿道损伤。有时尿道部分断裂，导尿管还有机会通过尿道。一旦通过则应留置，以利治疗。

治疗

一、插入橡皮导尿管，以治疗尿潴留及恢复尿道的连续性。如导尿成功，应留置导尿管7~10天。以后再行尿道扩张术。

二、如导尿失败，或尿道完全断裂，则应行手术治疗。术式可根据具体情况作尿道修补术或尿道对端吻合术或尿道会师术（见手术学）。尿液外渗部必要时切开引流。

三、防治休克和感染：伴有骨盆骨折时应注意防治休克。大力应用消炎药物，控制损伤局部及尿路感染。

四、防止尿道狭窄：早期恢复尿道连续性，清除血肿，切除损坏的组织，准确地修补或吻合尿道是防止尿道狭窄的重要手段。但损伤愈合后也必形成疤痕，伤员虽然自觉排尿通畅，尿线不细，也必须定期扩张尿道，以防狭窄。初期，一周一次，以后逐渐延长间隔时间及加粗金属尿道探子，可每半个月到一个月，乃至半年到一年。应用组织疗法、肾上腺皮质激素对防止狭窄亦有一定作用。

第六节 急性腹痛鉴别

腹腔内器官发生疾患时都可发生急性腹痛症状；而有些其他部位的器官或全身性疾患虽非急腹症，有时亦可发生急性腹痛症状，例如心脏病、肺炎、疟疾等。同时，腹腔内器官很多，其邻近的器官也不少，易于混淆诊断。此外，一种器官又可发生各种不同疾病。因此，上述种种因素可造成错综复杂局面。处理不当或延误诊断，能造成病人极大危险。所以，及时地，正确地对急性腹痛病人作出鉴别诊断，对挽救病人生命有极重大意义。

要掌握急性腹痛鉴别诊断，先应对腹内各器官的常见疾病以及能引起急性腹痛症状的

其他疾病掌握其特点，并对这些疾病有整个概念的正确认识，这样才能结合各方面的情况进行综合分析，从而得出正确结论。

详细了解病史

首先应了解病人的整个发病过程，例如腹痛何时开始？是突然起的还是逐渐起的？起病时痛在何处，以后痛的部位有无变动？腹痛前有无呕吐和腹泻？起病前腹部有否受伤？以前有无类似发作史？若有，则一共发作多少次，是否逐渐次数变频繁及情况加重？每次发作时用何法治疗有效？以往有无过黄疸？大小便情况如何？对女患者应了解婚姻史及月经史。若腹部有切口疤痕，应详细了解手术史。并应即测量体温、脉搏、呼吸、血压。

如果急性腹痛的同时，病人有神志半昏迷，或大量水泻，或咳嗽咯血，或不能平卧呼吸，或隔日寒战、高热等情况，则可能不是外科的急腹症，而应多从病人的肺部、心脏检查或询问病史（如疟疾、急性肠胃炎、痢疾等）来寻找原因。

腹部检查

在作腹部检查时，必须同时通过补充询问病史来作进一步的分析。

一、腹痛的部位：

（一）因为疼痛的部位常与有病变的脏器解剖部位相一致，所以如果腹痛的位置比较固定，对于确定发病的器官具有较重要意义，例如上腹部疼痛常代表肝、胆、胃、脾、胰有病；腹腰部两侧常代表泌尿系统；下腹部常代表阑尾、膀胱、生殖器官及盆腔内器官，同时要注意有无腹股沟嵌顿疝；腹中部和脐周围则以小肠或肠系膜疾病较多。

（二）要注意疼痛开始的部位，以后有无转移？例如急性阑尾炎有时有由上腹或脐周开始，数小时后转移至右下腹的特点；脏器破裂使脓液、血液流向腹腔其他部位，可使疼痛部位亦随之蔓延扩大。但若仔细询问病史和进行检查，仍可发现原发病部位的疼痛和触痛为最剧。

（三）注意疼痛是否放射至身体其他部位，例如胆道疾病、输尿管结石、胰腺疾病常疼痛放射至其他处。

（四）疼痛部位两侧对称地同时发生，例如附件炎。

二、腹痛的性质：

（一）阵发性疼痛：突然发作，可痛得打滚或弯腰以手顶腹，阵发过去后只有轻微隐痛或几乎不痛。常是某空腔器官突然发生梗阻，例如胆道蛔虫、肠梗阻、输尿管结石等。

（二）持续性疼痛：病人卧位不愿移动，也不愿别人触按腹部。常代表腹腔内有严重炎性疾病。

（三）持续性疼痛而又阵发性加剧：常表明腹内除有因梗阻、狭窄、刺激等原因引起空腔器官蠕动增加外，还有炎症存在，例如狭窄性肠梗阻、急性胆囊炎加胆石症等。

三、局部触痛和肌紧张：如果此症状始终固定在某一部位，说明该处有炎症或其他内容物刺激。其程度则与腹腔内容性质有关，例如胃液产生刺激症状最强烈；脓液、胆汁和肠内容次之；血液的刺激作用较弱。但发作剧烈的疼痛时，虽没有炎症也可能出现暂时的触痛和腹肌紧张，需注意待疼痛过去后再仔细鉴别。此外，还应注意下列特殊情况：

(一) 年老体衰或身体极度衰弱者或經产妇腹壁松弛者，可表現触痛及腹肌紧张不甚明显。应注意勿疏忽诊断。

(二) 患者较敏感者，常有自主性的腹肌收缩，此时应将手指轻轻放在病人腹部，用较长时间等待，一方面和病人谈话分散其注意力，另方面逐渐增加手指压迫腹部的力量，常可察觉病人的腹肌渐渐放松。

(三) 小儿因惧怕检查而啼哭时，如能诱其入睡、吃奶或在其啼哭的吸气间隙时轻压腹部，也可鑑別其是否有持續性腹肌紧张。

四、胃腸道表現的症狀：結合病史中嘔吐是否頻繁、是否无大便无屁等，观察下列情况。

(一) 腹胀：是局部某一、二处膨胀抑全腹瀰漫腹胀，以鑑別系某一小肠段梗阻抑腸麻痹或低位結腸梗阻。

(二) 腸型：在阵发性腹痛时出現腸型，則基本可诊断为机械性腸梗阻。但肥胖患者表現常不甚明显。

(三) 腸鸣音：是亢进、有气过水音？还是減弱、消失？是鑑別胃腸炎、腸梗阻还是腹膜炎、腸麻痹的重要依据之一。必要时还应进行直腸指診配合诊断。

結合各病特点综合分析

毛主席教導我們：“必須提倡思索，学会分析事物的方法，养成分析的习惯。”

根据前述措施，已基本可归纳患者疾病属于腹內抑腹外？是炎症、出血抑痉挛、梗阻？这时，再結合各病特点加以综合分析，可基本得出初步诊断，例如腸套叠有血、粘液大便；輸尿管結石尿中有紅細胞；宫外孕破裂有短期閉經史和內出血的全身症状；腹內有游离气体則为胃腸穿孔；有黄疸則为肝胆疾患等等。

如果症状不够典型，难以確定诊断时，則应进一步进行一些补充检查（血、尿、大便常规、妇科检查、放射綫检查等）。必要时，可作短时间的非手术疗法，并严密观察病情的变化。若出現新的症状，或原有症状好转、恶化，常对诊断有很大帮助。如果病情严重不容等待，而根据当时临床表現又認為绞窄性腸梗阻、內出血或胃腸穿孔等可能性很大时，則应考虑剖腹探查手术，以免延誤病情。

第七节 血栓閉塞性脈管炎

血栓閉塞性脈管炎是一种动脉和靜脈都被侵犯、进行缓慢、周期性加剧的疾病。祖国医学称为“脫骨疽”或“十指零落”。远在皇帝內經中就已有記載“发于足指，名脫痛，其状赤黑，死不治。”

发病者几乎都是男性，多为25～45岁。发病可能与下列原因有关：如菸碱中毒、酒类刺激、机械性损伤、寒冷、潮湿、毒素、精神因素等。

其主要病理表现为血管痉挛，病变主要发生在下肢的中小动脉，靜脈较轻。长期血管痉挛必然導致血管壁营养障碍，內膜增厚，逐漸形成血栓，终致血管完全閉塞。晚期血管周圍有纖維組織增生、硬化，将分布在血管壁上的交感神经纖維网包埋在内，成为剧痛的

基本原因。随着血管的闭塞最后导致组织缺血、营养障碍和坏死脱落。

诊断要点

一、第一期或局部缺血期：患肢发凉、怕冷、有麻木感、小腿有不定的痠痛。常有间歇性跛行：行走时突然感到小腿疼痛、肌肉抽搐、迫使患者跛行或停止行走，疼痛乃消失；但在行走后又可发作。有的病人有游走性静脉炎。

二、第二期或营养障碍期：足趾有持续性疼痛，尤以夜间卧床时加剧，以致患者常将患肢垂于床沿，或弯膝抱住患足坐着，这样可使下肢静脉充血，略以改善其血液循环。当患者平卧，尤其将下肢举高时，足和小腿呈显苍白；如果下肢放低，即呈青紫或紫红色并呈斑点状。

足背动脉和胫后动脉的搏动不能触及。小腿皮肤干燥、肌肉萎缩；趾甲脆裂或肥厚。

三、第三期或坏死期：足部（常在足趾）发生坏死（多为干性）；坏死组织脱落，即形成溃疡（图27）。

治疗

一、非手术治疗

（一）一般治疗：

严禁吸烟、注意休息、双足保暖（不宜强烈的“热疗”），适当加强下肢活动，有助血液循环，但要防止外伤，以免引起溃疡。

（二）中草药治疗：

1、内服

方（I）桂枝3.0钱，当归3.0钱，白芍3.0钱，牛夕5.0钱，桃仁3.0钱，制附片3.0钱。

水煎服，一天三次。

方（II）黄芪4.0钱，当归3.0钱，牛夕3.0钱，泽兰3.0钱，赤芍3.0钱，制乳没各1.5钱，肉桂末2.0钱（另包冲服）。

水煎服，一天三次。

上二方适用于冷痛麻木。

方（III）玄参2.0两，金银花1.0两，当归1.0两，生甘草1.0两，紫花地丁1.0两。水煎服，一天四至六次。

方（IV）元参4.0两，银花4.0两，当归2.4两，甘草1.2两，水煎服。

上两方适用于未溃烂或已溃烂后有热辣感者。

2、外用

方（I）芙蓉叶1.0两，金银花5.0钱，菊花5.0钱，共焙焦，研极细末，用麻油或凡士林调敷患处，一天换一次。

本方适用于未溃烂有热辣者。

方（II）熟石膏9.0钱，红升2.0钱，共研极细末，凡士林5.0两调敷。

（三）西药治疗：

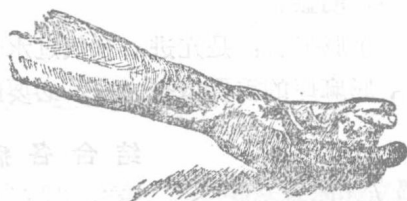


图27 晚期血栓闭塞性脉管炎
足部坏死

1、2.5%硫酸镁100毫升静脉注射，每日一次，10~15日为一疗程。

2、罂粟碱0.03~0.06口服，每日2~3次。

(四)组织疗法：对血管周围炎有一定的作用。用组织液5毫升肌注，每周二次，7~8次为一疗程。

(五)封闭疗法：可用1%普鲁卡因10~20毫升股动脉内注射或股封以及腰交感神经节阻滞(0.25%普鲁卡因25~30毫升)。

二、手术疗法

(一)少数病例，对腰交感神经节阻滞有良好反应者，可考虑行患侧第2~4腰交感神经节切除术。

(二)对坏死足趾，保持干燥，一般能自行脱落愈合，仅在广泛坏死不能控制感染时始考虑截趾或截肢术。

第八节 狭窄性腱鞘炎

本病多发生于桡骨茎突处。由于外展拇长肌及伸拇短肌的腱鞘发生纤维化引起腔道狭窄，肌腱在鞘管内活动受限，故名狭窄性腱鞘炎。

诊断要点

一、起病缓慢，手腕部位疼痛局限在桡骨茎突部位。有时向手部或前臂传导，疼痛常以洗衣或拧干衣服等动作时明显。

二、因疼痛拇指运动无力，伸、屈、外展、内收活动受限，尤以握拳时为甚。

三、在桡骨茎突处常有压痛，有时甚至有软骨样颗粒状突出，但无红、肿等局部炎症现象。

四、放射线检查无阳性发现。

治疗

一、非手术治疗：早期以非手术治疗为主。

(一)新针疗法：曲池透少海，手法中强。

(二)石膏固定：从肘关节以下到手掌远端皱纹处(包括拇指)，用无垫石膏固定在功能位，约4周左右。

(三)物理疗法：理疗或热水浴等。

(四)药物治疗：

1、2%普鲁卡因2毫升局部封闭。

2、2%普鲁卡因2毫升加醋酸氢化可的松25毫克局部封闭。隔2~3日一次。

二、手术治疗

长期反复发作经非手术治疗无效者，可考虑手术治疗。

在桡骨茎突部，作一短横切口，剥离皮下，勿伤及桡神经小分支，显露腕横韧带，纵形切开。然后将外展拇长肌和伸拇短肌腱鞘剖开，并用小钩钩开肌腱，上下探索找出它的狭窄部位，将腱鞘充分切开，腱鞘及腕横韧带不再缝合，仅缝皮下组织及皮肤。

第九节 鎖骨骨折

鎖骨骨折较为多見，常发生于小儿或青壮年，因跌倒时肩部着地或直接暴力引起，好发在鎖骨干內 $\frac{1}{3}$ 和中 $\frac{1}{3}$ 交界处，往往有重叠畸形，外折段向下向前，內折段向上向后变位（图28—1）。儿童青枝骨折多見（图28—2）。

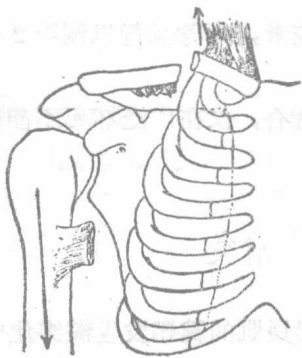


图28—1 鎖骨骨折典型移位

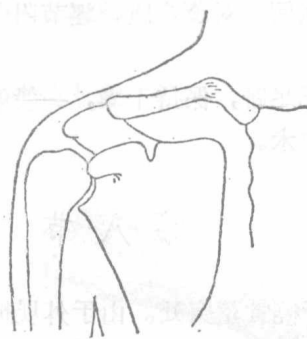


图28—2 青枝型鎖骨骨折

诊断要点

有外伤史，局部肿胀、压痛，可用手摸到骨折近端向上向后隆起畸形。病人躯干常弯向患侧，以健侧手托扶患肢肘部，患肩常低于健肩，并微向前倾斜，头偏向患侧，下颌转向健侧，以减少疼痛。放射线有助于诊断，严重移位者，要注意鎖骨下的血管及神经有否损伤。

儿童鎖骨不全骨折的症状不明显，多表现上肢不愿意活动，如穿衣、伸袖、上提其手等时有啼哭或叫痛。

治疗

一、闭合复位及外固定法

（一）不论儿童或青年如骨折移位或轻度移位者，均可不进行复位，仅用三角巾将患肢吊于胸前，并用绷带将上臂固定在胸壁，或直接用“∞”字形绷带或“∞”字形石膏绷带固定。2~3周后去除固定物，练习肩关节活动。

（二）骨折明显移位，须先行手法复位，再加外固定。

复位方法：

- 1、用2%普鲁卡因5~10毫升注入骨折处的血肿内。
- 2、患者正坐挺胸，两手插腰，用力外旋后伸两肩。
- 3、术者用膝部顶住两肩胛间，双手握住两肩，向后上用力缓缓拉开，直到骨折处畸形消失。不必强求完全解剖复位（图28—3）。

固定方法：

- 1、用“∞”字形绷带或“∞”字形石膏绷带固定，在腋窝部要垫好厚棉垫，以免压

迫腋窝的血管神经，固定后要观察桡动脉搏动、手有否麻木感及“∞”字形绷带的松紧程度（图28—4）。3—4周去除固定。

2、棉圈固定法：用两条毛巾做成两个套圈，套在两肩部，并将两圈用普通绷带在胸前和背后分别绑紧，松紧度要适宜（图28—5）。固定时间及注意事项与上相同。

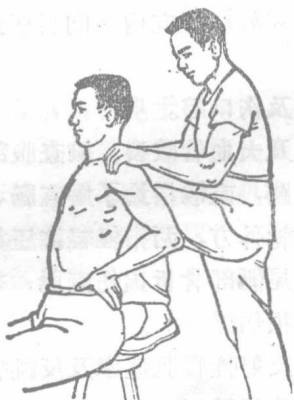


图28—3 锁骨骨折复位法

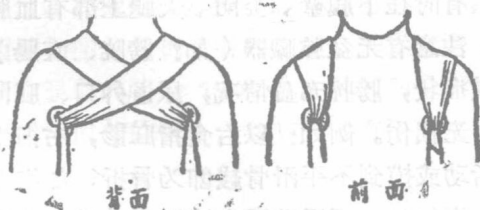


图28—4 锁骨骨折复位后用“∞”字形绷带固定法

二、切开复位及内固定：一般不常采用，仅在开放性骨折或骨折合并有神经血管压迫症状时，方可谨慎考虑使用。复位后可用钢丝或髓内针固定。

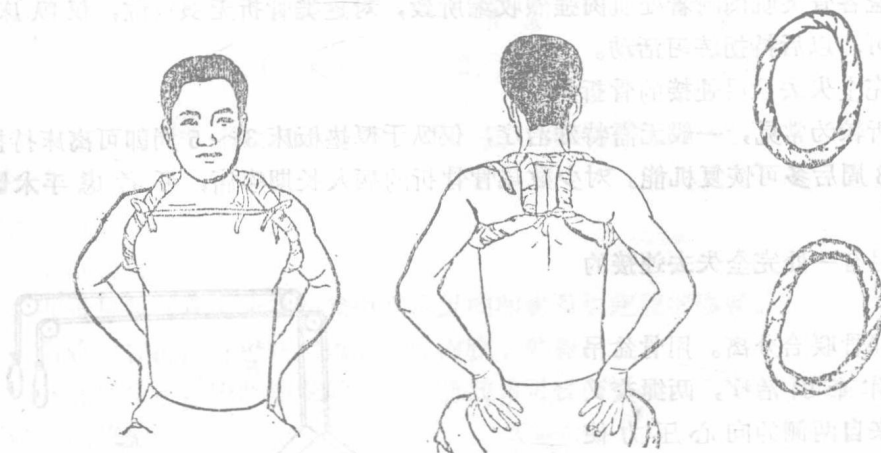


图28—5 锁骨骨折复位后棉圈固定法

第十节 骨盆骨折

骨盆是由髌骨、坐骨、耻骨、骶骨连接而成的一个骨环，为躯干和下肢间的桥梁。对盆腔脏器：如膀胱、直肠及大血管有重要的保护作用。女性骨盆是产道的最重要部分，它的大小、形状直接影响到分娩过程。

骨盆的前部比较脆弱容易发生骨折，后部则反之。来自盆环前后方及左右侧方的直接

挤压暴力常是造成骨盆骨折的原因。骨折的类型分为盆弓连接无断裂骨折（如髂骨翼、耻骨一支、坐骨结节撕脱等）和盆弓连接断裂骨折（如一侧耻骨上、下支；耻骨联合分离；邻近骶髂关节的髂骨骨折等）两种。

诊断

一、有严重的外伤史。

二、骨盆畸形、压痛或挤压分离试验阳性（由两侧髂翼处轻轻向内挤向后压或由耻骨联合处轻向后压）。

三、有时在下腹壁、会阴、大腿上部有血肿、瘀血斑及伤口等。

四、注意有无盆腔脏器（如：膀胱、直肠）的损伤以及大血管破裂。检查腹部：有无腹膜刺激症状，膀胱充盈情况，尿道外口、肛门口有无血迹，直肠指诊了解直肠、膀胱、后尿道有无损伤。例如：以右食指肛诊，右拇指置于尾骶骨外方，两指轻轻挤压如有疼痛或异常活动或摸到不平滑骨线即为骨折；如指上带血说明尾骶部骨折损伤直肠；若疑有尿道或膀胱损伤时，可用导尿方法鉴别（见膀胱破裂，尿道损伤部分）。

骨折面大量渗血和血管破裂常引起腹膜后出血，产生反射性腹肌痉挛及反跳痛等刺激症状，要注意与腹内出血或腹腔内脏器损伤的腹膜刺激症状相鉴别。

五、有无下肢活动及翻身困难。

六、放射线照片有助于进一步明确骨折的情况。

治疗

一、单纯撕脱骨折

见于骨盆各骨突肌肉附着处肌肉强烈收缩所致，对这类骨折无须复位，仅卧床休息3~4周即可，以后持拐练习活动。

二、未完全失去盆弓连接的骨折

此类骨折较为常见，一般无需特殊治疗，仅卧于厚垫板床3~5周即可离床持拐练习活动，6~8周后多可恢复机能。对少数尾骨骨折的病人长期疼痛，可考虑手术切除尾骨。

三、盆弓有一处完全失去连接的骨折

（一）耻骨联合分离。用骨盆吊带吊起骨盆作牵引治疗，两绳交叉上行，利用来自两侧的向心压力使分离之耻骨联合重新结合，4~6周可去牵引，8~12周后可恢复机能（图29）。

（二）一侧坐、耻骨支同时骨折及髂骨后部完全骨折。二者治疗原则基本相似，一般无须特别复位，仅用多头带捆绑骨盆卧厚垫板床休息4~6周，部分病人如疼痛严重可采用骨盆吊带吊起骨盆，但两绳不要交叉，以免两侧向心压力使骨折移位增加。常在伤后6~8周下地持拐练

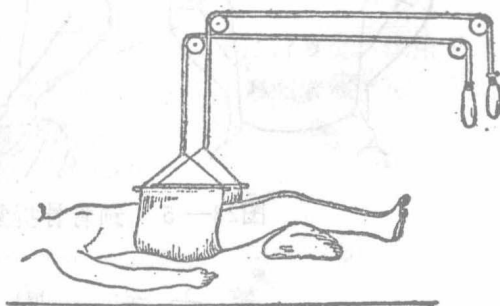


图29 帆布兜悬吊整复耻骨联合分离法