

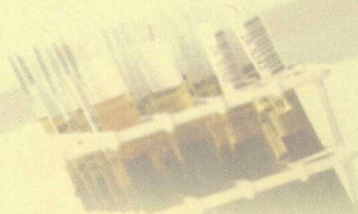
SHI YONG LIN CHUANG
ZHEN DUAN YU HUL I

实用临床 诊断与护理

(下)

主编：郭景源 魏立志 刘 森
纪鹏奇 郝志斌 郝 鹏

 吉林科学技术出版社



实用临床诊断与护理

(下)

主 编 郭景源 魏立志 刘 森 纪鹏奇 郝志斌 郝 鹏
副主编 崔 莉 李明文 王海军 顾旭光 姜文录 王学岭
杨志忠 徐 颖 李占民 张桂荣

吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床诊断与护理(下)/郭景源等主编. —长春:
吉林科学技术出版社, 2009. 4

ISBN 978-7-5384-4146-8

I. 实… II. 郭… III. ①诊断 ②护理学 IV. R44 R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2009 第045150号

实用临床诊断与护理(下)

主编 郭景源 魏立志 刘 森 纪鹏奇 郝志斌 郝 鹏

责任编辑 李红梅 封面设计 创意广告

*

吉林科学技术出版社出版、发行

长春市东文印刷厂印刷

*

787mm×1092mm 16开本 44.5印张 1420千字

2009年4月第1版 2009年4月第1次印刷

定价:98.00元(上、下册)

ISBN 978-7-5384-4146-8

版权所有 翻印必究

如有印装质量问题,可寄本社退换。

社址 长春市人民大街4646号 邮编 130021

实用临床诊断与护理编委会名单

主 编	郭景源	魏立志	刘 森	纪鹏奇	郝志斌	郝 鹏
副主编	崔 莉	李明文	王海军	顾旭光	姜文录	王学岭
	杨志忠	徐 颖	李占民	张桂荣		

编委(按姓氏笔画排列)

丁兰艳	马飞煜	于显华	王学岭	王 玉	王海军
王霍乔	王桂云	王 伟	王月秋	王风云	王新芬
王建富	王桂霞	王丽平	王新江	太光宇	付东杰
左 娅	白崇梅	石 岩	安春梅	任兴洲	刘海燕
刘 森	刘瑞莉	刘雪秋	刘长海	许凤华	孙 丽
衣竞贤	纪鹏奇	杜淑华	张文君	张 明	张 浩
张 克	张爱军	张桂荣	张淑芳	张淑华	李淑杰
李 彬	李碧凯	李明文	李宏霞	李占民	李 丽
李凤君	李金平	宋小梅	苗红薇	范巧菊	陈 哲
陈海涛	陈凤芹	杨志忠	杨 洋	杨旭华	孟德艳
屈树清	邱 阳	赵立新	赵喜有	赵 贤	姜秀云
姜志辉	姜文录	胡海力	侯俊英	夏 野	郝 鹏
郝志斌	顾旭光	徐 双	徐丽娟	柴秀娟	徐 颖
谈丽华	郭景源	郭志勇	戚晓华	曹晓光	曹会峰
曹连涛	曹志国	曹雪莲	崔 莉	崔丽云	崔学军
黄桂贤	韩丽红	董凤彩	彭桂艳	程春玉	楚雪红
谭秀芬	魏红艳	魏立志			

前 言

为使临床常见疾病的诊断、治疗和护理进一步科学化和规范化,既确保基本医疗需求,又适应临床医学诊疗技术的发展,我们在总结临床实践经验的基础上,吸取近年来国内外临床医学的新观念、新方法和新技术,编写了这部《实用临床诊断与护理》。

本书包括内科、外科、妇产科、儿科、五官、检验、中医、药学、麻醉学、影像、护理等 11 篇 115 章,共 1250 余种常见病、多发病。编写中遵循科学、实用和新颖的原则,重点突出诊断要点和检查、治疗的具体方法,文字简明扼要,具有很强的实用性和可操作性。本书在内容编排上有两点说明:一是涉及多学科的疾病,由相关性最强的专科编写,其他专科只编写不同的治疗部分。二是为避免重复,一般非特异性常规检查项目已省略,临床工作中可根据实际需要选用。所有检查项目和治疗名称,在每篇每一次出版时,检查项目列出中文名称并在括号内附英文缩写,治疗药物列出化学名称并在括号内附商品名称,再次出现时,根据临床使用习惯编写。

本书参加编写者以基层医院具有较丰富临床实践经验的主任医师、副主任医师和高年资主治医师为主,并反复审阅。由于编者水平所限,谬误、疏漏之处在所难免,敬请广大读者批评指正。

2009 年 1 月 22 日

目 录

第五十七章 常见骨折中医治疗	(1)
第一节 锁骨骨折	(1)
第二节 股骨颈骨折	(2)
第三节 脊柱骨折和脱位	(3)
第四节 外伤性截瘫	(4)
第五节 肋骨骨折	(5)
第六节 骨盆骨折	(6)
第五十八章 妇科疾病的诊断要点	(7)
第一节 四诊要点	(7)
第二节 辨证要点与常见证型	(8)
第五十九章 妇科疾病的治疗原则	(10)
第一节 补肾滋肾	(10)
第二节 疏肝养肝	(11)
第三节 健脾和胃	(11)
第四节 调理气血	(12)
第五节 妇科疾病的治疗原则[附]外治法	(14)
第六节 妇科疾病的治疗原则[附]妊娠忌服药歌	(15)
第六十章 妇科杂病	(16)
第一节 妇科杂病小论	(16)
第二节 不孕症	(16)
第三节 子宫脱垂	(18)
第四节 妇人腹痛	(19)
第五节 癥瘕	(20)
第六十一章 小儿常见疾病的中医疗法	(23)
第一节 小儿腹痛	(23)
第二节 小儿黄疸	(24)
第三节 小儿疳积	(25)

第四节 小儿咳嗽	(27)
第五节 小儿癫痫	(27)
第六节 小儿心悸症	(29)
第七节 小儿泄泻	(30)
第八节 小儿厌食症	(31)
第九节 小儿紫癜	(31)
第十节 小儿鹅口疮	(33)
第十一节 小儿流行性腮腺炎	(34)
第十二节 儿童多动症	(34)
第十三节 儿童感觉统合失调症	(34)
第十四节 小儿惊风	(35)
第十五节 小儿手足口病	(36)
第六十二章 经络及针灸	(37)
第一节 经络腧穴总论	(37)
第二节 经络腧穴各论	(38)
第三节 刺灸法	(47)
第四节 常见病证的针灸治疗	(57)
第六十三章 中药和方剂	(65)
第一节 方药概论	(65)
第二节 常用中药及方剂	(72)
第七篇 麻醉学	(93)
第六十四章 麻醉发展史	(93)
第一节 麻醉的基本概念及发展	(93)
第二节 近代麻醉发展史	(94)
第六十五章 全身麻醉原理	(98)
第一节 概 述	(98)
第二节 全麻药对神经系统的作用	(100)
第三节 全麻药对中枢神经介质的影响	(102)
第四节 全麻药与细胞膜诸成分的相互作用	(104)
第五节 全麻机制的神经生化和遗传学研究	(112)
第六十六章 椎管内麻醉	(114)
第一节 椎管内麻醉的解剖与生理基础	(114)
第二节 蛛网膜下腔阻滞	(116)

第三节	硬膜外间隙阻滞	(120)
第四节	脊椎硬膜外联合麻醉	(123)
第六十七章	麻醉深度的判断	(125)
第一节	麻醉和麻醉深度的定义	(125)
第二节	记忆和知晓	(127)
第三节	麻醉深度测定的药理学原理	(130)
第四节	麻醉深度的临床判断	(131)
第五节	特殊麻醉药和临床状况的麻醉深度判断	(134)
第六节	麻醉深度测定的电生理方法	(137)
第七节	麻醉深度的其他判断方法	(141)
第六十八章	呼吸功能监测	(143)
第一节	肺功能的简单测定方法	(143)
第二节	肺的容量与通气	(144)
第三节	肺的换气功能	(148)
第四节	肺的呼吸动力功能	(149)
第五节	血气监测及临床意义	(153)
第八篇 药 学		(158)
第六十九章	放射性药品的管理	(158)
第七十章	生物制品的管理	(161)
第七十一章	药学科的经济效益管理	(162)
第七十二章	药品的淘汰	(166)
第七十三章	临床药学概述	(169)
第七十四章	临床药理学概述	(172)
第七十五章	药物动力学	(174)
第七十六章	生物药剂学	(178)
第七十七章	药效学研究	(183)
第七十八章	抗生素的合理应用	(187)
第七十九章	药疗中病人不依从因素与对策	(191)
第八十章	临床药物利用评价	(194)
第八十一章	药物不良反应与相互作用	(199)
第八十二章	药物中毒与解救	(202)
第八十三章	临床药理学进展与二十一世纪药物治疗学展望	(206)
第八十四章	医院制剂学概述	(210)

第八十五章 医院制剂基本操作技术	(213)
第八十六章 药物制剂通则	(217)
第八十七章 药物制剂的称定性	(223)
第八十八章 新型药物载体制剂及前体药物制剂	(228)
第八十九章 灭菌法	(232)
第九十章 药物制剂的配伍变化	(238)
第九篇 实验诊断	(245)
第九十一章 血液学检查	(245)
第一节 血液标本的采集和处理	(245)
第二节 血涂片的制备和细胞染色	(245)
第三节 红细胞检查	(245)
第四节 白细胞检查	(250)
第五节 血栓与止血的常用筛选试验	(254)
第六节 血型	(258)
第九十二章 尿液检查	(262)
第一节 尿液标本的收集、保存与处理	(262)
第二节 尿液一般性状检查	(263)
第三节 尿糖检查	(264)
第四节 尿酮体检查	(265)
第五节 乳糜尿检查	(265)
第六节 尿液胆色素检查	(265)
第七节 尿细胞成分检查	(266)
第八节 尿管型检查	(268)
第九节 尿结晶检查	(270)
第十节 尿液细胞及管型的计数	(270)
第九十三章 粪便检查	(272)
第一节 标本的采集、保存和检验后处理	(272)
第二节 一般性状检查	(272)
第三节 化学检查	(273)
第四节 显微镜检查	(275)
第九十四章 精液和前列腺液检查	(278)
第一节 精液检查	(278)
第二节 前列腺检查	(281)

第九十五章 阴道分泌物检查	(283)
第一节 标本的采集	(283)
第二节 外观及清洁度检查	(283)
第三节 微生物检查	(283)
第九十六章 痰液和支气管肺泡灌洗液检查	(286)
第一节 痰液检查	(286)
第二节 支气管肺泡灌洗液检查	(287)
第九十七章 脑脊液检查	(289)
第一节 适应证和标本采集	(289)
第二节 检查内容	(289)
第十篇 影像诊断学	(294)
第九十八章 颅 脑	(294)
第一节 颅内肿瘤	(294)
第二节 脑血管疾病	(303)
第三节 颅脑外伤	(307)
第四节 颅内感染性疾病	(309)
第五节 脱髓鞘疾病	(312)
第六节 先天性畸形	(313)
第九十九章 五官	(316)
第一节 眼及眼眶	(316)
第二节 鼻及鼻窦	(320)
第三节 咽喉部	(323)
第四节 耳部	(326)
第一百章 呼吸系统	(329)
第一节 呼吸系统肿瘤	(329)
第二节 肺炎	(332)
第三节 肺部弥漫性病变	(337)
第四节 肺部先天性疾病	(339)
第五节 纵隔疾病	(341)
第六节 胸膜、胸壁和横膈	(342)
第一百零一章 心脏和大血管	(344)
第一节 风湿性心脏病	(344)
第二节 先天性心脏病	(347)

第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(351)
第四节 原发性心肌病	(352)
第五节 心脏肿瘤	(355)
第六节 心包积液	(356)
第七节 大血管病变	(356)
第一百零二章 消化系统	(360)
第一节 肝脏疾病	(360)
第二节 胆道系统疾病	(367)
第三节 脾脏疾病	(370)
第四节 胰腺疾病	(372)
第五节 食管与胃肠道	(375)
第一百零三章 泌尿系统	(377)
第一节 先天性疾病	(377)
第二节 泌尿系统肿瘤	(379)
第三节 泌尿系统结石	(382)
第四节 泌尿系统囊肿	(383)
第一百零四章 生殖系统	(386)
第一节 男性生殖器官疾病	(386)
第二节 女性生殖器官疾病	(388)
第一百零五章 内分泌系统	(397)
第一节 甲状腺疾病	(397)
第二节 肾上腺疾病	(400)
第十一篇 护理学	(404)
第一百零六章 基础护理技术操作规程	(404)
第一百零七章 ICU 护理	(427)
第一节 总论	(427)
第二节 循环系统监测	(439)
第三节 呼吸系统监测	(451)
第四节 其他系统监测	(464)
第一百零八章 急救与护理	(472)
第一节 概述	(472)
第二节 急救的组织、设备及管理	(472)
第三节 常用急救技术	(473)

第四节 心肺脑复苏	(477)
第一百零九章 循证护理	(480)
第一百一十章 护理与法	(485)
第一百一十一章 护理伦理	(500)
第一百一十二章 内科护理	(506)
第一节 内科一般护理	(506)
第二节 消化内科护理	(506)
第三节 血液病护理	(510)
第四节 泌尿系统护理	(517)
第五节 心血管内科护理	(520)
第六节 呼吸内科护理	(532)
第七节 内分泌护理	(541)
第八节 神经系统护理	(555)
第九节 精神科护理	(558)
第十节 药物中毒护理	(575)
第十一节 呼吸内科护理	(576)
第十二节 消化内科护理	(585)
第十三节 泌尿系统护理	(594)
第一百一十三章 临终护理	(598)
第一节 临终病人的心理变化及护理	(598)
第二节 临终与死亡	(598)
第一百一十四章 儿科护理	(600)
第一节 新生儿及新生儿疾病患儿的护理	(600)
第二节 泌尿系统疾病患儿的护理	(608)
第三节 呼吸系统疾病患儿的护理	(611)
第四节 消化系统疾病患儿的护理	(615)
第五节 循环疾病患儿的护理	(618)
第六节 造血系统疾病患儿的护理	(621)
第七节 内分泌系统疾病患儿的护理	(624)
第八节 常见传染病患儿的护理	(626)
第一百一十五章 五官科护理	(631)
第一节 眼科护理	(631)
第二节 耳科护理	(638)

第三节 鼻科护理	(642)
第四节 喉科护理	(654)
第五节 口腔科护理	(663)
第一百一十六章 妇产科护理	(664)
第一百一十七章 外科护理	(685)
第一节 外科一般护理	(685)
第二节 普外科护理	(686)
第三节 神经外科护理	(688)
第四节 骨外科护理	(692)
第五节 泌尿外科护理	(695)
第六节 胸外科护理	(696)

第五十七章 常见骨折中医治疗

第一节 锁骨骨折

锁骨呈“4”形架于胸骨与肩峰之间，是肩胛骨与躯干间的唯一骨性联系。锁骨又称锁子骨。《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“锁子骨，经名柱骨，横卧于肩前缺盆之外，其两端外接肩解。”锁骨内侧段前凸，有胸锁乳突肌和胸大肌附着，外侧段后凸，有三角肌和斜方肌附着。由于其位置表浅，易于受伤，故锁骨骨折是临床常见的骨折，约占全身骨折的6.8%，多发生在中、外1/3交界处，尤以儿童多见。

（一）病因病机

锁骨骨折多因间接暴力引起，常由肩部着地跌倒所致，直接暴力所致者较少见。《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰：“击打损伤，或骑马乘车，因取物偏坠于地，断伤此骨。”锁骨骨折多因跌倒肩部外侧或手掌先着地，外力经肩锁关节传至锁骨而发生，以短斜形骨折为多。

骨折后，内侧段因胸锁乳突肌的牵拉，多向后上方移位，外侧段因上肢的重力和胸大肌牵拉则向前下方移位。幼儿锁骨骨折多为青枝骨折，骨折往往向上成角。直接暴力多引起横断或粉碎骨折。如果骨折严重移位，锁骨后方的臂丛神经和锁骨下动、静脉可能合并损伤。

（二）辨证论治

1. 辨证

一般有明确的外伤史，局部肿胀、疼痛、压痛均较明显，肩关节活动受限，患侧上肢外展、上举受限，有移位者断端常有隆起畸形。患者头多向患侧倾斜，下颌偏向健侧，使胸锁乳突肌松弛而减少疼痛。幼年患者骨折后不易触摸到，尤其是青枝骨折，临床表现不明显，但在穿衣、上提其手或从腋下托起时，会因疼痛加重而啼哭，X线检查能显示骨折类型及移位程度。

2. 论治

（1）整复方法

有移位者，临床常用膝顶牵引法整复。患者坐于凳上，挺胸抬头，双手叉腰。术者将膝部顶住患者背部正中，双手握其两肩外侧向背部徐徐牵引，使患者胸前挺、肩后伸，直至畸形消失。另外有仰卧按压整复法，患者仰卧，在后背正中垫枕，再按压患者双肩。

因此类骨折稍有移位对上肢功能影响不大，整复时不要强求解剖复位，切忌反复使用粗暴手法整复，防止损伤锁骨下动、静脉。

（2）固定方法

幼儿无移位骨折或青枝骨折可用三角巾悬吊患侧上肢，轻度移位者用背侧“oo”字绷带或双圈固定1~3周。

①背侧“oo”字绷带固定法：在两腋下各置棉垫，用绷带从患侧肩后经腋下，绕过肩前上方，横过背部，经对侧腋下，再绕对侧肩前上方，回到背部至患侧腋下，反复包绕8~10层，用三角巾悬吊患肢于胸前。

②双圈固定法：在两腋下各置棉垫，选择大小适合的布圈分别套于双肩，胸前用布带绑缚双圈，然后在背后将双圈向中拉，使双肩后伸，再用布带在双圈上、下将双圈系牢。

（3）练功活动

初期可做腕、肘关节屈伸活动，中后期逐渐做肩部练功活动，重点是肩外展和旋转运动，以防止肩关节粘连而功能受限。

（4）药物治疗

初期宜活血祛瘀、消肿止痛，可内服活血止痛汤，外敷消瘀止痛膏或双柏散；中期宜接骨续筋，内服新伤续断汤、续骨活血汤等，外敷接骨续筋药膏；后期着重养气血、补肝肾、壮筋骨，内服六味地黄丸，外贴坚骨壮筋膏。儿童患者骨折愈合迅速，一般不需用药。

第二节 股骨颈骨折

《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“环跳者，髋骨外向之凹，其形似臼，以纳髌骨之上端如杵者也。”这里说的“髌骨之上端如杵者”，包括股骨头、股骨颈和大小转子。髋关节是由髋臼、股骨头、关节囊和韧带所组成的，股骨头呈球形，以股骨颈和股骨干相连，股骨颈轴线和股骨干轴线之间形成一个内倾角或称颈干角，正常值在 $110^{\circ}\sim 140^{\circ}$ 之间，颈干角大于正常值为髋外翻，小于正常值为髋内翻。股骨颈的中轴线与股骨两髁中点间的连线形成一个角度，叫前倾角，初生儿约为 $20^{\circ}\sim 40^{\circ}$ ，成年人约为 $12^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 。在治疗股骨颈及转子间骨折时，必须注意保持这两个角度，否则会影响髋关节的功能，股骨骨端大部为松质骨，股骨颈长而细，直径仅有 $2\sim 3\text{cm}$ ，处于骨松质和骨密质交界处，为骨折好发部位。

股骨头、颈部的血液供应有三个来源：①圆韧带内的小动脉，它只供应股骨头少量血液，局限于股骨头的凹窝部；②股骨干的滋养动脉升支仅达股骨颈基底部，对股骨颈血液供应很少；③旋股内、外侧动脉的分支是股骨颈的主要血液供应来源。当股骨颈骨折或股骨头脱位时，均可损伤上述的血液供应，导致骨折不易愈合，并易发生股骨头缺血性坏死。

（一）病因病机

股骨颈骨折多由间接暴力所致。主要是由于扭转应力，股骨颈抵于髋臼后缘而引起。所谓由跌倒时直接暴力引起者，也只能是转子部着地的传导应力所造成，暴力不可能直接作用于股骨颈部。

股骨颈骨折多见于老人，女略多于男。股骨颈骨折典型受伤姿势是平地滑倒，髋关节旋转内收，大粗隆部着地，或患肢突然扭转着地，暴力传导至股骨颈引起骨折。

常用的分型法有：1. 按骨折部位分型：分为3种：①头下部：骨折线行经股骨头下。②颈中间部：骨折线较低，基本上全部行经股骨颈部。③颈基底部：即股骨颈基底部近大粗隆的骨折，其中以中间部最多见。临床上又因骨折线位于髋关节囊内、外，而将头下部大部分颈中间部骨折称为囊内骨折，将远侧小部分颈中间部、颈基底部骨折称为囊外骨折。一般股骨颈的骨折线越高，越易破坏颈部的血液供应，因而骨折不愈合、股骨头缺血性坏死和创伤性关节炎的发生率就越高。2. 按骨折线走行方向分型：主要反映骨折线的倾斜度，以判断骨折部承受的剪式应力的大小。远端骨折线的延长线与股骨干纵轴的垂直线所成的夹角被称为Linton's角。由此将股骨颈骨折分为：①外展型：Linton's角小于 30° ，骨折局部剪力小，较稳定，血运破坏较少，故愈合率相对较高。②内收型：Linton's角大于 50° ，此类骨折很少嵌插，移位较多，骨折远端多内收上移，血运破坏较大，骨折愈合率低，股骨头缺血性坏死率较高。③中间型：Linton's角大于 30° 且小于 50° 者称为中间型。必须注意的是，股骨颈骨折虽可分为外展型、内收型，但若外展型骨折不予有效的固定或制动也可转变为移位严重的骨折而影响骨折的治疗和预后。3. 按骨折错位程度分型（Garden分型法）：分为四型：Ⅰ型为不完全骨折；Ⅱ型为完全骨折而无错位；Ⅲ型为完全骨折，部分错位、股骨头外展，股骨颈段轻度外旋及上移；Ⅳ型为完全错位，股骨颈段明显外旋及上移。

（二）辨证论治

1. 辨证 有明确的外伤史，除部分嵌插骨折，一般伤后即不能站立行走，髋关节活动障碍，下肢呈内收、外旋、缩短畸形，髋膝关节轻度屈曲，大粗隆上移，叩击大粗隆及叩击足底均引起骨折处疼痛，X线检查能协助诊断，并了解骨折类型。2. 论治 骨折3周以内者为新鲜骨折，超过3周为陈旧性骨折。新鲜无移位或嵌插骨折不须复位，但患肢应制动；移位骨折应尽早给予复位和酌情选用内、外固定。（1）整复方法 ①手法复位：麻醉后患者仰卧，助手固定骨盆。以右侧为例，术者左前臂套住患肢胭窝部，使膝、髋关节均屈曲 90° 并向上牵引，纠正缩短畸形，当骨折远端被牵下后，即伸髋再内旋患肢以纠正成角畸形，最后完全伸直患肢，并适当外展，使骨折面扣压在一起。复位后可作手掌试验，如患肢外旋畸形消失，表示已复位。②骨牵引：为了减少软组织损伤，保护股骨头的血运，近年来已较多采用骨牵引逐渐整复法，若经骨牵引后仍未完全复位，还可配合轻柔的手法整复剩余的轻度移位。置患肢于外展中立位，胫骨结节牵引，一般牵引重量为患者体重的 $1/7$ 左右。牵引 $2\sim 3$ 天后X线摄片提示骨折远端已被牵下，即将患肢置于外展内旋位以纠正向前成角畸形，并使折面紧密接触后，将牵引重量改为患者体重的 $1/10$ 左右以维持。若牵引 $2\sim 3$ 天后X线摄片提示骨折远端未被牵下，则应调整患肢外展程度，适当加大牵引重量，至复位满意为止，一般应在1周内完成。（2）内固定法 适应症很广，内固定可使患者

早期离床活动,提高了骨折愈合率,同时减少因长期卧床而发生的并发症,对内收型骨折应首先选用内固定疗法。内固定一般采用三翼钉、多枚钉、加压螺纹钉等。其中以三翼钉最常用。儿童股骨颈骨折复位后采用钢针或螺纹钉内固定。60岁以上高龄,头下型、头颈型骨折严重移位的患者首先考虑人工股骨头置换术。(3) 练功活动 整复固定后应加强全身锻炼,预防发生长期卧床并发症;同时应逐步进行股四头肌舒缩活动、踝关节和足趾屈伸功能锻炼,以防止肌肉萎缩、关节僵直的发生。(4) 药物治疗 按骨折三期辨证施治。前期可服新伤续断汤、续骨活血汤,肿痛稳定后改服接骨片、接骨丹。后期可服健步虎潜丸、壮筋养血汤、续断补筋片等。

第三节 脊柱骨折和脱位

脊柱由7个颈椎、12个胸椎、5个腰椎、5个相互融合的骶椎和4个尾椎所组成,不仅为内脏的支柱和脊髓的保护器,亦是负重、运动、吸收震荡和平衡肢体的主要结构。脊柱有4个生理弧度,颈椎和腰椎向前凸,胸椎和骶椎向后凸,弧度交界处最易发生骨折,约占脊柱骨折的80%。23个有弹力和移动性的椎间盘,除第1、2颈椎外,多数椎骨由椎体、两个椎弓根、两个椎板、两个横突、一个棘突和四个关节突等构成。

椎弓根与椎板构成椎孔,内有脊髓通过,椎体前侧有前纵韧带,后侧有后纵韧带,棘突之上有棘上韧带,椎板间韧带略呈黄色,故名黄韧带,各韧带在维护脊柱稳定、运动和承重功能上有重要作用。脊椎的小关节面在颈椎接近水平,故易脱位,在胸椎接近垂直,不易脱位,在腰椎则接近前后方向,发生脱位时易合并骨折。

脊髓有两个扩张部,一个在第3~7颈椎之间,称颈膨大;另一个在第10胸椎与第2腰椎之间,称腰膨大。肢体的运动与感觉中枢集中于此。因此,脊髓膨大部发生脊椎骨折时常致脊髓损伤而引起截瘫。

(一) 病因病机

根据受伤原理脊椎骨折可分为屈曲型和伸直型两种类型,多由间接暴力所致。在颈、胸、腰椎多是横突或棘突骨折,在骶椎多是无移位的横断或粉碎骨折。根据其发病后稳定程度可分为稳定型和不稳定型。

1. 根据其发病机理分型 (1) 屈曲型骨折:较常见,占有脊椎骨折脱位的90%以上,其中大部分发生在胸腰段(第11~12胸椎及第1~2腰椎),其次为第1~2颈椎或第5~6颈椎。自高处坠堕,足或臀部先着地,暴力使脊柱强度屈曲,冲击患者头、肩、背部。除椎体被压缩或折断外,后部的附件可发生撕脱、断裂、脱位或交锁,严重者常并发脊髓损伤。(2) 伸直型骨折:暴力使脊柱强度过伸所致,可发生脊椎骨折脱位,还可能合并前纵韧带断裂及附件骨折。伸直型骨折脱位好发于颈椎和腰椎。2. 根据骨折脱位后脊柱的稳定程度分型 (1) 稳定型:凡单纯椎体压缩骨折(压缩在1/2以下者),或单纯横突或棘突骨折,称为稳定性骨折。(2) 不稳定型:椎体压缩超过1/2,或粉碎性压缩骨折,或骨折伴有脱位、附件骨折,称为不稳定性骨折。不稳定性骨折容易造成脊髓损伤。

(二) 辨证论治 1. 辨证 伤后背部疼痛,骨折椎体的棘突有明显肿胀、压痛,叩击脊柱其他部位及沿纵轴方向冲击头顶部,骨折处有明显疼痛。屈曲型可见后凸畸形,将头向胸前俯屈,便感到骨折处剧痛,如有截瘫、大小便失禁等症状,表明骨折合并有脊髓损伤。X线正侧位片可显示脊柱骨折的类型和移位情况,一般加摄斜位片。X线摄片时应注意椎体压缩的程度,分辨单纯压缩骨折或粉碎性骨折,椎管、椎间孔是否变形,椎间隙是否变窄,椎体附件是否受损,棘突是否排列在一直线上等,以便于区别骨折属于稳定型还是不稳定型。2. 论治 (1) 急救处理:对任何可疑脊柱骨折脱位的患者,不得任意搬动,以免加重脊柱和脊髓的损伤。在搬运过程中,应使脊柱保持伸直位置,避免屈曲和扭转,用滚动的方法,将患者移至担架上,使患者仰卧。如骨折部位在颈部,应有一人固定头部,并略加牵引,勿使其有旋转活动。如有休克等全身情况应及时抢救。(2) 整复方法:①屈曲型脊柱骨折:屈曲型脊椎压缩骨折时,椎体前部坚强有力的前纵韧带往往保持完整,但发生皱缩。通过手法整复,加大脊柱背伸,前纵韧带由皱缩变为紧张,附着于韧带的椎体前部及椎间盘有可能恢复其压缩前的外形。A. 双踝悬吊法:元代危亦林在《世医得效方》中说:“凡挫脊骨,不可用手整顿,须用软绳从脚吊起,坠下身直,其骨使自归窠,未直则未归窠,需要坠下,待其骨直归窠。此法复位前可给止痛剂或局部麻醉。患者俯卧床上,

两踝部衬上棉垫后用绳缚扎,两足由床上徐徐悬吊,使躯干前倾于 $0^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 位约15分钟,利用患者体重将压缩椎体拉开。术者同时用手掌在患处适当按压,矫正后凸畸形。复位后患者仰卧硬板床,骨折部垫软枕使脊柱过伸,维持整复效果。B. 人背复位法:麻醉同悬吊法,将患者背在背上,以腰骶部抵住骨折处,助手将患者的两下肢向下牵引,术者慢慢弯腰,使患者脊柱过伸,约15分钟即能复位,然后在过伸位的姿势下将患者置于床上,骨折部垫枕。C. Watson—Jones氏两桌法:用两张高低相差一尺的桌子,让患者两上肢伏于高桌上,将大腿中部置于低桌上,托住患者胸腹部,待患者适应后,逐渐移除,这样患者躯干自动下垂,借身体重力使脊柱过伸,以达到复位目的。上述三种方法,适用于稳定性屈曲型胸椎、胸腰椎或腰椎骨折,体质健壮,无明显骨质疏松的青壮年患者。D. 持续牵引法:《伤科汇纂》引《陈氏秘传》云:“凡头从高堕下顿缩者,先用消风散或止痛散加麻药服之,令患人仰卧,用布巾带兜住下颏直上。又将患人头发解散,用巾带扭作一把,令患人头发放平正,医者自伸两足,踏在患人肩上,徐徐用力拔伸归原。或者患人坐在低处,医者坐高处,亦用前法,徐徐拔之归原。”这是我国古代整复颈椎骨折的拔伸牵引法。对于轻度移位、无关节交锁的颈椎骨折,一般采用枕颌布托牵引。将枕颌布托套住枕部与下颌部,通过滑车进行牵引,头颈略后伸,牵引重量 $2\sim 3\text{kg}$,持续牵引4~6周。若颈椎骨折伴有节交锁者,需用颅骨牵引。牵引重量应逐步增加,并及时摄片了解复位情况,一般采用 $5\sim 10\text{kg}$ 即可将交锁整复,牵引方向先略加前屈,复位后牵引方向改为后伸,重量应逐渐减少至 $1\sim 2\text{kg}$,继续牵引4~6周后换带颈托或石膏围领保护。②伸直型脊椎骨折:伸直型脊椎骨折极少见。颈椎部损伤时,可采用颈椎中立位枕颌布托牵引,必要时可使颈椎稍向前屈曲。无脊髓损伤者,持续牵引4~6周后,换带颈托或石膏围领保护。腰椎部损伤时,应避免脊柱后伸,根据需要将脊柱安置于伸直或略屈曲的位置。(3)固定方法:整复后,应予以适当固定。用胸腰椎制动夹板固定2~3月。(4)练功活动:一般单纯椎体骨折,应在复位后第2天起鼓励病人在床上进行腰背肌过伸锻炼。一般4周以后即可带夹板下床活动。对于不稳定性骨折,卧床1~2周后开始练功,下床时间应在6~8周以后,且须用胸腰椎夹板固定。

第四节 外伤性截瘫

外伤性截瘫皆因脊髓损伤所致,是一种严重损伤,常可遗留严重残疾和产生一系列并发症。

(一) 病因病机

开放性脊髓损伤多为火器伤所致,脊髓损伤的程度较广泛,但对脊柱的稳定性多无影响。闭合性脊髓损伤多见于高处坠下、重物压砸、交通事故或地震灾害,是脊椎骨折脱位的严重并发症。

外伤性截瘫根据脊髓损伤的情况,可分为脊髓震荡、脊髓受压和脊髓断裂等;根据其功能障碍程度,分为暂时性、不完全性和完全性三种。损伤在颈膨大或其以上者,则出现高位截瘫,上肢与下肢均瘫痪;损伤在颈膨大以下者,不论损伤平面在胸段或腰段,则仅出现下肢瘫痪,称低位截瘫。1. 脊髓震荡:脊髓本身无器质性损害,仅有功能上暂时性传导中断,伤后损伤平面以下运动、感觉功能不完全障碍,一般1~3周后可完全恢复,不留后遗症。2. 脊髓受压:脊髓受压者,初期症状亦为软瘫,1—3周后如果压迫继续存在,则可逐渐转变为痉挛性瘫痪,多有组织水肿、断骨压迫等因素。脊髓虽未断裂,但因长期受压,组织变性,甚者缺血坏死,导致永久性损害。3. 脊髓断裂:脊髓本身遭受骨折脱位或异物的损伤,发生神经细胞的破坏,神经纤维束的撕断,甚至脊髓完全横断等病变,初期亦为软瘫,3~6周后逐渐转变为硬瘫。4. 马尾神经损伤:第2腰椎以下骨折脱位可引起马尾神经损伤,所引起的瘫痪为周围神经型,即弛缓型,无痉挛性转变。损伤平面以下感觉、反射消失,肌肉弛缓性瘫痪,膀胱无张力等。

(二) 辨证论治 1. 辨证 外伤性截瘫根据明显的外伤史、临床表现以及体格检查,一般不难作出诊断。中枢神经元(锥体束)被损伤者,则出现硬瘫,又称痉挛性瘫痪,肌肉萎缩轻,肌张力增高,出现肌痉挛收缩,腱反射亢进。周围神经元(神经纤维)被损伤者,则出现软瘫,又称弛缓性瘫痪,肌肉萎缩,肌力降低,腱反射减弱或消失。2. 论治 外伤性截瘫的处理,须解决三个问题,即脊椎骨折和脱位的处理、脊髓或马尾神经损伤的处理、合并症的处理,以处理脊髓或马尾神经损伤为主要方面。如已明确为脊髓或马尾神经受压(如骨折片、血肿等),应尽早采用手术减压或固定棘突。截瘫患者,因二便不利和长期卧床,易发生泌尿系感染和褥疮、关节强直等,如处理不当,往往是造成这类病人死亡的主要原因,必须加以重视。(1)褥疮的防治:骨突部为褥疮的好发部位,如骶部、股骨大转子、足跟、外