

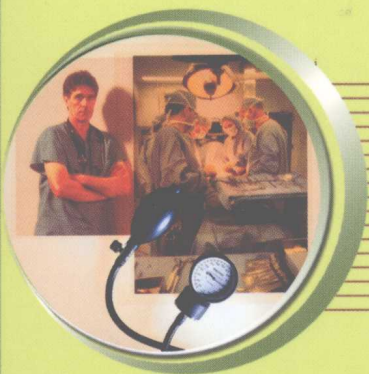
全国医学院校临床课程见习指导丛书

供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业
本科、高专、高职学生使用

总主编 何振华

外科学见习指导

廖勇仕 邓宏军 主编
张明亮 主审



科学出版社

www.sciencep.com

全国医学院校临床课程见习指导丛书

(供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生使用)

外科学见习指导

总主编 何振华

主 编 廖勇仕 邓宏军

主 审 张明亮

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 毅	王德明	邓宏军	刘国文
何苦寒	何振华	邹 聪	陈 斌
梁日初	曾 慰		

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书为全国医学院校基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生临床课程见习必备指导书。

全书共分6章,内容涵盖了神经外科、心胸外科、普通外科、泌尿外科、骨科疾病及临床麻醉等内容,共34个见习单元、136学时。各章分别按见习要求,见习时数,见习准备,见习过程,病史采集要点,体格检查要点,辅助检查资料展示,知识精要(包括临床特点、辅助检查、诊断要点、鉴别诊断、治疗),复习思考题等次序展开,以实用为主线,内容紧扣临床,为临床教学程序及教学内容的指导,目的是规范临床见习教学。

本书携带方便、实用价值高,结合国家执业医师实践技能考试大纲的要求;适用于低年资住院医师作为提高工作能力及授课教师的参考书,也是国家执业医师资格考试的复习参考书。

图书在版编目(CIP)数据

外科学见习指导 / 廖勇仕, 邓宏军主编. —北京: 科学出版社, 2007
(全国医学院校临床课程见习指导丛书)

ISBN 978-7-03-020132-4

I. 外… II. ①廖…②邓… III. 外科学—实习—医学院校—教学参考资料 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 147338 号

责任编辑: 郭海燕 李 君 / 责任校对: 钟 洋

责任印制: 刘士平 / 封面设计: 黄 超

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2007 年 9 月 第 一 版 * 开本: 787 × 960 1/32

2007 年 9 月 第一次印刷 印张: 8 3/8

印数: 1—5 000 字数: 225 000

定价: 18.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换〈明辉〉)

《全国医学院校临床课程见习指导丛书》

编写指导委员会

主任委员 文格波

副主任委员 吴移谋 涂玉林

委员名单(按姓氏笔画排序)

王 毅	文红艳	文格波
阳小华	杨 林	吴移谋
姜志胜	涂玉林	梁庆模
雷小勇		

前 言

临床医学是一门理论性和实践性很强的科学,它需要掌握全面扎实的理论知识来指导,并在不断的临床实践中来理解和掌握理论知识。外科学是一门涉及面广、整体性强的综合学科,在学习中应遵循理论—实践—再理论—再实践的原则,掌握外科学和麻醉学的基础理论、基本知识和基本技能,打好坚实的外科基础。

为了帮助医学生系统地掌握外科学知识,提高学习效率,编者根据多年的临床教学心得,特别注意到临床见习阶段教师示范和指导的重要性,力求使学生在见习中把询问病史、体格检查、辅助检查等所获得的资料进行归纳、综合、分析和判断,以加深所学理论知识的理解,使学生的临床思维得到启发与训练,为毕业实习打下坚实的基础。

本书以每一种常见病为单元对其见习要求、时数、准备和过程做了具体规范,同时对病史采集、体格检查尤其是专科检查做了重点提示。在此基础上编排的知识精要,则是对疾病的临床特点,辅助检查,诊断要点,鉴别诊断,治疗(包括手术适应证、禁忌证)等简明扼要的全面综合,以帮助学生把握重点、理解难点、启发思维。本书是全国医学院校基础、临床、预防、五官、麻醉、影像等专业本科、高专、高职学生临床课程见习阶段的必备指导书,也是低年资住院医师提高工作能力及授课老师的参考书,还可作为国家执业医师资格考试的复习参考书。

本书的编写得到南华大学教务处、医学院、第二临床学院、教学科研部及各教研室的大力支持和帮助,谨致谢意!

由于学识和编写经验不足,书中缺点和错误难以避免,祈望广大读者批评指正。

何振华 张明亮

2007年6月

目 录

前言

第一章 神经外科疾病	(1)
见习一 颅内压增高	(1)
见习二 颅脑损伤	(7)
第二章 胸心外科疾病	(22)
见习一 胸部损伤	(22)
见习二 肺癌	(29)
见习三 食管癌	(36)
见习四(1) 脓胸	(42)
见习四(2) 纵隔肿瘤	(48)
见习五(1) 先天性心脏病	(52)
见习五(2) 风湿性心脏病	(57)
第三章 普通外科疾病	(64)
见习一(1) 甲状腺功能亢进症	(64)
见习一(2) 腹股沟疝	(72)
见习二(1) 急性乳腺炎	(76)
见习二(2) 乳腺癌	(80)
见习三(1) 腹部损伤	(86)
见习三(2) 急性化脓性腹膜炎	(91)
见习四(1) 胃十二指肠溃疡的外科治疗	(97)
见习四(2) 胃癌	(105)
见习五 肠梗阻	(111)
见习六 阑尾疾病	(117)
见习七(1) 结肠癌、直肠癌	(124)
见习七(2) 痔、肛瘘	(132)
见习八(1) 肝脓肿	(138)

见习八(2) 原发性肝癌	(142)
见习九 胆石症与胆管感染	(148)
见习十(1) 急性胰腺炎	(156)
见习十(2) 胰腺癌	(162)
见习十一 门静脉高压症	(167)
第四章 泌尿外科疾病	(173)
见习一(1) 肾脏损伤	(173)
见习一(2) 尿道损伤	(179)
见习二(1) 泌尿、男性生殖系统感染	(183)
见习二(2) 泌尿、男性生殖系统结核	(188)
见习三 泌尿系统梗阻	(193)
见习四 泌尿系统结石	(198)
见习五(1) 肾癌	(204)
见习五(2) 膀胱癌	(208)
第五章 骨科疾病	(214)
见习一 骨折总论	(214)
见习二(1) 关节脱位	(220)
见习二(2) 骨关节结核	(223)
见习三 急性化脓性骨髓炎	(228)
见习四 腰椎间盘突出症	(233)
见习五 骨肿瘤	(237)
第六章 临床麻醉	(243)
见习一 麻醉前评估、麻醉前准备、麻醉前用药	(243)
见习二 麻醉机的使用	(245)
见习三 监护仪的使用	(249)
见习四 常用神经阻滞和局部浸润麻醉	(252)
见习五 气管内插管术	(255)
见习六 椎管内麻醉	(258)

第一章 神经外科疾病

见习一 颅内压增高

【见习要求】

1. 掌握颅内压增高的概念、临床表现、诊断、处理原则。
2. 熟悉脑疝形成的机制、临床表现及特殊检查方法。

【见习时数】 4 学时。

【见习准备】

1. 典型患者 1 人/小组。
2. 典型头部 X 线片、头部 CT 片、头部 MRI 片 各 1 套/小组。

【见习过程】

1. 讲授病史采集、体格检查要点,学生分组进病房采集病史,并做体格检查。

2. 学生回示教室汇报病历摘要、阳性体征,提出必要的辅助检查并说明其目的;教师展示相关典型头部 X 线片、头部 CT 片、头部 MRI 片。

3. 学生归纳总结病例特点,作出诊断,并说明诊断依据。
4. 讨论治疗原则和方法。
5. 结合患者的具体实际,教师以提问的方式小结。

【病史采集要点】

1. 现病史

- (1) 发病情况:缓慢或急骤起病?
- (2) 发病的原因或诱因:发病前是否受凉、淋雨、疲劳、醉酒、头部打击或撞击伤?

(3) 主要症状:是否头痛(部位、性质、发生形式、加重因素、程度、时间)? 是否呕吐(性质、程度、内容物、方式、频度)? 抽搐(时间、诱因、发作先兆、部位、形式、伴随症状、频度)? 瘫痪

(发病形式、诱因、部位、程度、伴随症状)? 意识情况(时间、诱因、发作先兆、程度、伴随症状)?

(4) 伴随症状: 发热情况(热度、热型、是否畏寒和寒战等)? 是否有视力下降、眩晕、行走不稳、幻听、幻视、听力下降、声音嘶哑? 四肢及面部麻木?

(5) 病情演变: 何时首先出现上述情况, 现在怎样?

(6) 诊疗情况: 在何处就诊过? 做过何种检查? 用何药物及疗效如何?

(7) 一般情况: 精神、体力、饮食、大小便如何? 体重有何变化?

2. 其他相关病史

(1) 有无药物过敏史、手术外伤史及输血史。

(2) 既往是否存在基础疾病(如糖尿病、血液病、艾滋病、肝病或支气管肺疾患及感染病史)。

(3) 个人史: 注意侵袭性操作史、静脉吸毒史; 注意职业史; 注意传染病接触史和传染致他人发病情况, 疫水接触史及疫区生活史。

【体格检查要点】

1. 体温、脉搏、呼吸、血压、体位、神志(GCS 评分)。

2. 高热者急性病容。

3. 呼吸困难 呼吸浅快或迫促, 鼻翼扇动。

4. 缺氧程度 甲床、嘴唇、舌的颜色。

5. 皮肤 绯红或发绀、灼热、干燥。

6. 淋巴结 颅内感染可有颈部淋巴结肿大。

7. 胸部 视、触、叩、听。

8. 心脏 心尖搏动位置, 心界大小, 心率、节律、心音、杂音、心包摩擦音。

9. 腹部 部分重症患者可有上腹部压痛。

10. 神经系统 有无眼睑下垂, 眼球位置、活动度、角膜反射、瞳孔大小、对光反应、眼底查视盘。面部感觉、口角歪斜、伸舌、听力。肌力、肌张力、指鼻试验、误指试验、轮替试验、跟膝腱试验、昂伯征。浅感觉(痛、触、温), 深感觉(运动觉、位置觉、震

动觉),复合感觉(实体觉、定位觉、两点分辨觉、图形觉),深反射(肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、踝反射、踝阵挛),浅反射(腹壁反射、提睾反射、肛门反射)。病理反射(Babinski 征、Chaddock 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Hoffmann 征),脑膜刺激征(颈抵抗感、Kernig 征、Brudzinski 征)。

【辅助检查资料展示】

1. 头颅 CT 根据人体各组织对 X 线不同的吸收系数,应用 CT 扫描使之图像化。是目前诊断颅内占位性病变的首选方法,能对占位性病变进行定位、定性、定量(大小)诊断。分为平扫与增强扫描,肿瘤常常有明显的强化现象及边界。CT 具有无创的特点,易于被患者接受。

2. X 线检查 颅缝增宽(婴儿显著),蝶鞍脱钙,指压痕多(儿童显著),脑回压迹增多而深;颅脑外伤时可了解颅骨骨折的大小、位置、性质、深度。

3. 脑电图(EEG)检查 发现异常脑电波,特别是有癫痫发作患者可见尖波、棘波及棘-慢波改变。

4. 磁共振成像(MRI) 用此法检查脑内病变较 CT 扫描敏感,能更清楚对占位性病变进行定位、定性、定量(大小)诊断;同样具有无创的特点,目前已广泛应用于临床。

5. 脑血管造影 用于疑有脑血管畸形或动脉瘤等疾病。数字减影血管造影(DSA)使脑血管造影的安全性极大提高。

【知识精要】

1. 临床特点

(1) 症状

1) 头痛:最常见的症状。为持续性,以前额及双颞侧为主,夜间或晨起加重。

2) 呕吐:常见,常呈喷射性,很少恶心,与饮食无关,清晨较重。

3) 意识障碍:常见,颅内高压引起大脑皮质的广泛损害及脑干网状结构上行性激活系统的损伤,发生意识障碍、躁动或狂躁。

4) 库欣(Cushing)反应:“二慢一高”征,即心率减慢、呼吸

减慢、血压升高。

5) 抽搐甚至癫痫样发作。

6) 偏瘫或肌无力、肢体麻木。

7) 其他:复视、头围增大、面瘫、声音嘶哑等。

(2) 体征:早期无明显体征,后期眼底检查可有视盘水肿:视盘边缘消失,可见到视盘隆起及其局部边缘模糊、颜色发红,视网膜反光增强,眼底小静脉迂曲、怒张,小动脉痉挛。严重的视盘水肿可致继发性视神经萎缩。

(3) 定位症状与体征:是肿瘤所在部位的脑、神经、血管受损害的表现。这一类症状与体征可反映脑瘤的部位所在,因此称为定位症状。各部位脑瘤的定位症状,具有其特点,可联系该部位与神经解剖结构和生理功能以求得了解。

1) 额叶肿瘤:常见的症状为精神障碍与运动障碍。表现为淡漠、迟钝、漠不关心自己和周围事物,理解力和记忆力减退或表现为欣快感、多言多语。有时可能误诊为神经衰弱或精神病。运动障碍包括运动性失语、对侧肢体不全性瘫痪与癫痫(大发作与局限性发作)。同向运动中枢受刺激时出现头及两眼球向对侧偏斜。有时尚出现抓握反射。

2) 顶叶肿瘤:常出现感觉性癫痫,对侧肢体、躯干感觉(包括皮质觉)减退、失用等。

3) 颞叶肿瘤:颞叶为脑功能的次要区域,此部位肿瘤可以长期不出现定位症状。可有轻微的对侧肢体肌力减弱,颞叶钩回发作性癫痫:表现为幻嗅、幻味,继之嘴唇出现吸吮动作与对侧肢体抽搐(称为钩回发作)以及幻听。尚可引起命名性失语。

4) 枕叶肿瘤:可出现幻视与病变对侧同向偏盲,而顶叶与颞叶后部病变,只出现对侧下 1/4 或上 1/4 视野缺损。

5) 蝶鞍区肿瘤:包括鞍内、鞍上与鞍旁肿瘤。以垂体腺瘤多见,以内分泌障碍,视觉障碍(视力减退、视野缺损、失明等)较常见。还可出现丘脑下部症状与海绵窦受累的表现,如第 3, 4, 5 以及第 6 脑神经损害的症状。

6) 小脑肿瘤:小脑半球受累表现为水平性眼球震颤,同侧上下肢共济失调,向病变侧倾倒。蚓部病变出现下肢与躯干运

动失调及眩晕症状。

7) 小脑桥脑角肿瘤:以听神经瘤多见,肿瘤依次累及第5,7,8,9,10,11对脑神经,表现为耳鸣、耳聋、同侧面部感觉减退与周围性面瘫,饮水呛咳、吞咽困难与声音嘶哑。而后出现一侧或两侧锥体束征,晚期引起梗阻性脑积水、颅内压增高。

2. 辅助检查

(1) 外周血象:白细胞总数增高,中性粒细胞比例增高。

(2) 头部CT/MRI检查:是诊断颅内占位性病变的主要方法。肿瘤部位不同,影像所示亦不同。

(3) X线检查:颅缝增宽(婴儿显著),蝶鞍脱钙,指压痕多(儿童显著),脑回压迹增多而深;颅脑外伤时可了解颅骨骨折的大小、位置、性质、深度。

(4) 腰穿:可测定颅内压,但要慎重。

3. 诊断要点

(1) 定性诊断:确定是否有颅内压增高。颅内压增高不是一个单独的疾病,是一个临床病理综合征;依据临床三主征表现(头痛、呕吐、视盘水肿)腰穿。

(2) 颅内压增高程度:根据发展速度判定。

(3) 病因诊断:病史及年龄、头部CT/MRI检查确定。

4. 鉴别诊断

(1) 高血压脑出血:患者常有原发性高血压病史,突然发病,病情变化快,头部CT可资鉴别。

(2) 颅内肿瘤:缓慢起病,逐渐出现颅内压增高症状,头部影像学检查可资鉴别。

(3) 颅内动脉瘤或血管畸形:发病前常有头痛等先驱症状,以后出现急性颅内压增高症状,头部影像学检查可资鉴别。

5. 治疗

(1) 一般处理

1) 有颅内压增高的患者应留院观察。监测神志、瞳孔、血压、呼吸、脉搏及体温;了解有无“二慢一高”征。

2) 频繁呕吐者应禁食,并适当补液,注意水、电解质平衡稳定。

3) 保持呼吸道通畅、吸氧。

(2) 病因治疗:这是最佳治疗。颅内占位病变手术切除是最佳方法。脑积水患者可行各种分流手术;脑脓肿者可行脓腔穿刺引流或脓肿切除。

(3) 对症治疗:脱水治疗。这是一种保守治疗。方法:

1) 清醒患者:宜口服给药。氢氯噻嗪 25 ~ 50mg, 1 次/8 小时;乙酰唑胺 0.25mg, 1 次/8 小时;呋塞米 20 ~ 40mg, 1 次/8 小时;50% 甘油 60ml, 1 次/6 ~ 12 小时。

2) 意识障碍或症状较重者:多需静脉注射给药。20% 甘露醇 0.5 ~ 1.0g/kg, 1 次/6 ~ 12 小时;呋塞米 20 ~ 40mg, 1 次/6 ~ 12 小时;20% 人血清蛋白 50ml, 1 次/12 小时。20% 甘露醇被认为是最有效的脱水药,但对肾功能有损害,使用时应注意。

(4) 激素治疗:激素对肿瘤引起的脑水肿作用是肯定的。常用地塞米松 5 ~ 10mg, 静脉注射, 1 次/8 ~ 12 小时。但对脑外伤引起的脑水肿作用效果不明确,甚至是有害的,可促发消化道溃疡并导致出血并发症,增加死残率。

(5) 低温治疗:体温每下降 1℃,脑血流量下降 6% ~ 7%, 颅内压下降 5%。

(6) 抗感染治疗。

6. 急性脑疝

(1) 定义及分类:由于颅内占位病变的存在,导致颅内各分腔压力差出现,脑组织从压力高区向低区移位,导致脑组织和血管及神经等重要结构受压和移位,有时被挤入解剖上的裂隙(如枕骨大孔及小脑幕切迹),从而出现一系列严重的临床症状和体征,称为脑疝。临床上常见也最为严重的是枕骨大孔疝及小脑幕切迹疝。

(2) 小脑幕切迹疝的临床表现

1) 进行性加重的颅内压增高症状:头痛、呕吐加剧。

2) 三个进行性:进行性一侧瞳孔散大、进行性一侧肢体偏瘫、进行性意识障碍加深。

3) 生命体征改变。

(3) 枕骨大孔疝的临床表现

1) 生命体征改变。

- 2) 进行性加重的颅内压增高症状:头痛、呕吐加剧。
- 3) 突发呼吸骤停,随后出现意识障碍。
- (4) 治疗原则:降低颅内压,保持呼吸道通畅,消除占位性病变引起的颅内压增高症状。

【复习思考题】

1. 简答题

- (1) 何谓颅内压增高? 其常见病因有哪些?
- (2) 何谓脑疝? 其常见病因有哪些? 两种脑疝的临床区别?
- (3) 何谓库欣(Cushing)反应? 其临床意义是什么?
- (4) 颅内压增高的主要临床表现? 处理原则?
- (5) 枕骨大孔疝及小脑幕切迹疝的治疗原则?

2. 病史采集训练 某男,40岁,农民,因头痛呕吐伴视力下降1个月入院。请围绕主诉采集相关病史。

3. 病例分析 找一临床颅内压增高症状典型病例,要求作出以下分析:

- (1) 诊断及诊断依据。
- (2) 鉴别诊断。
- (3) 进一步检查。
- (4) 治疗原则。



见习二 颅脑损伤

【见习要求】

1. 掌握头皮损伤、颅底骨折的诊断和处理原则。脑损伤的

受伤机制。

2. 掌握脑震荡、脑挫裂伤及开放性颅脑损伤的病理、临床表现、诊断及处理原则。

3. 颅内出血及血肿的病理、临床表现、诊断步骤及处理原则。

4. 颅脑损伤的一般处理原则。

【见习时数】 4 学时。

【见习准备】

1. 典型患者 1 人/小组。

2. 典型头部 CT 片(脑挫裂伤、弥漫性轴索损伤、硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿、脑内血肿、脑室内血肿) 1 套/小组。

【见习过程】

1. 讲授病史采集、体格检查要点,学生分组进病房采集病史,并做体格检查。

2. 学生回示教室汇报病历摘要、阳性体征,提出必要的辅助检查并说明其目的;教师展示典型头部 CT 片及报告。

3. 学生归纳总结病例特点,作出诊断,并说明诊断依据。

4. 结合患者的具体实际,教师以提问的方式小结。

【病史采集要点】

1. 现病史

(1) 发病情况:缓慢或急骤起病?

(2) 发病的原因或诱因:头部打击或撞击伤? 受伤时间、地点以及受伤的原因、伤时的着力点和部位;发病前是否受凉、淋雨、疲劳、醉酒?

(3) 主要症状:是否头痛(部位、性质、发生形式、加重因素、程度、时间)? 是否呕吐(性质、程度、内容物、方式、频度)? 抽搐(时间、诱因、发作先兆、部位、形式、伴随症状、频度)? 瘫痪(发病形式、诱因、部位、程度、伴随症状)? 意识情况(时间、诱因、发作先兆、程度、伴随症状)及是否有再发昏迷现象(发生及持续时间);有无呼吸道梗阻或窒息情况?

(4) 伴随症状:发热情况(热度、热型、是否畏寒和寒战等)? 是否有视力下降、眩晕、行走不稳、幻听、幻视、听力下降、声音嘶哑? 四肢及面部麻木? 是否有伤口流血或外耳道及鼻腔

流血与脑脊液? 搏动性突眼?

(5) 病情演变:何时首先出现上述情况,现在怎样?

(6) 诊疗情况:在何处就诊过? 做过何种检查? 用何药物及疗效如何?

(7) 一般情况:精神、体力、饮食、大小便如何? 体重有何变化?

2. 其他相关病史

(1) 有无药物过敏史及输血史与手术史。

(2) 既往是否存在基础疾病(如糖尿病、血液病、艾滋病、肝病或支气管肺疾患及感染病史)。

(3) 个人史:注意侵袭性操作史、静脉吸毒史;注意职业史;注意接触史和传染致他人发病情况,疫水接触史及疫区生活史。

【体格检查要点】

1. 体温、脉搏、呼吸、血压、体位、神志(GCS 评分)。

2. 高热者急性病容。

3. 呼吸困难 呼吸浅快或迫促,鼻翼扇动。

4. 缺氧程度 甲床、嘴唇、舌的颜色。

5. 皮肤 绯红或发绀,灼热、干燥。

6. 淋巴结 颅内感染可有颈部淋巴结肿大。

7. 头部 ①神志及 GCS 评分;②伤口部位及大小情况;③瞳孔情况:大小及直接、间接光反射;④有无 CSF 漏;⑤有无“熊猫眼”征及 Battle 征、面瘫症状;⑥搏动性眼球突出。

8. 胸部 视、触、叩、听。

9. 心脏 心尖搏动位置,心界大小,心率、节律、心音、杂音、心包摩擦音。

10. 腹部 部分重症患者可有上腹部压痛。

11. 神经系统 有无眼睑下垂,眼球位置、活动度、角膜反射、瞳孔大小、光反应、眼底查视盘。面部感觉、口角歪斜、伸舌、听力。肌力、肌张力、指鼻试验、误指试验、轮替试验、跟膝腱试验、昂伯征,浅感觉(痛、触、温),深感觉(运动觉、位置觉、震动觉),复合感觉(实体觉、定位觉、两点分辨觉、图形觉),深反射(肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、踝反射、踝阵挛),

浅反射(腹壁反射、提睾反射、肛门反射),病理反射(Babinski征、Chaddock征、Oppenheim征、Gordon征、Hoffmann征),脑膜刺激征(颈抵抗感、Kernig征、Brudzinski征)。

【辅助检查资料展示】

1. 头颅 CT 根据人体各组织对 X 线不同的吸收系数,应用 CT 扫描使之图像化。是目前诊断颅脑损伤性病变的首选方法,能对病变进行定位、定性、定量(大小)诊断。CT 具有无创伤的特点,易于被患者接受。对颅脑损伤能显示是否有颅骨骨折、脑挫裂伤、弥漫性轴索损伤、硬脑膜外血肿、硬脑膜下血肿、脑内血肿、脑室内血肿、脑水肿等情况。

2. X 线检查 颅缝增宽(婴儿显著),蝶鞍脱钙,指压痕多(儿童显著),脑回压迹增多而深;颅脑外伤时可了解颅骨骨折的大小、位置、性质、深度。

3. 脑电图检查 发现异常脑电波,特别是有癫痫发作患者可见尖波、棘波、慢波及棘-慢波改变。

4. 头颅 MRI 检查 用此法检查脑内病变较 CT 扫描敏感,能更清楚对占位性病变进行定位、定性、定量(大小)进行诊断;同样具有无创的特点,目前已广泛应用于临床。对早期颅脑损伤判断不如头部 CT 准确。

5. 脑血管造影 用于疑有脑血管畸形或动脉瘤等疾病。数字减影血管造影(DSA)使脑血管造影的安全性极大提高。目前,已很少用于颅脑损伤的临床诊断。

【知识精要】

1. 颅骨骨折

(1) 临床特点:颅骨骨折分颅盖骨折和颅底骨折,颅盖骨折又分为线形骨折和凹陷骨折,颅底骨折是线形骨折的一种,又分为颅前窝骨折、颅中窝骨折和颅后窝骨折。

单纯的线形骨折可以无临床症状,也无需特别治疗,但对骨折线通过硬脑膜血管沟或静脉窦时,应警惕并发颅内血肿。

颅骨凹陷性骨折的临床表现和影响视其所在部位范围与深度不同而不同,轻者仅为局部压迫,重者损伤局部的脑膜、血管和脑组织,进而引起颅内血肿。