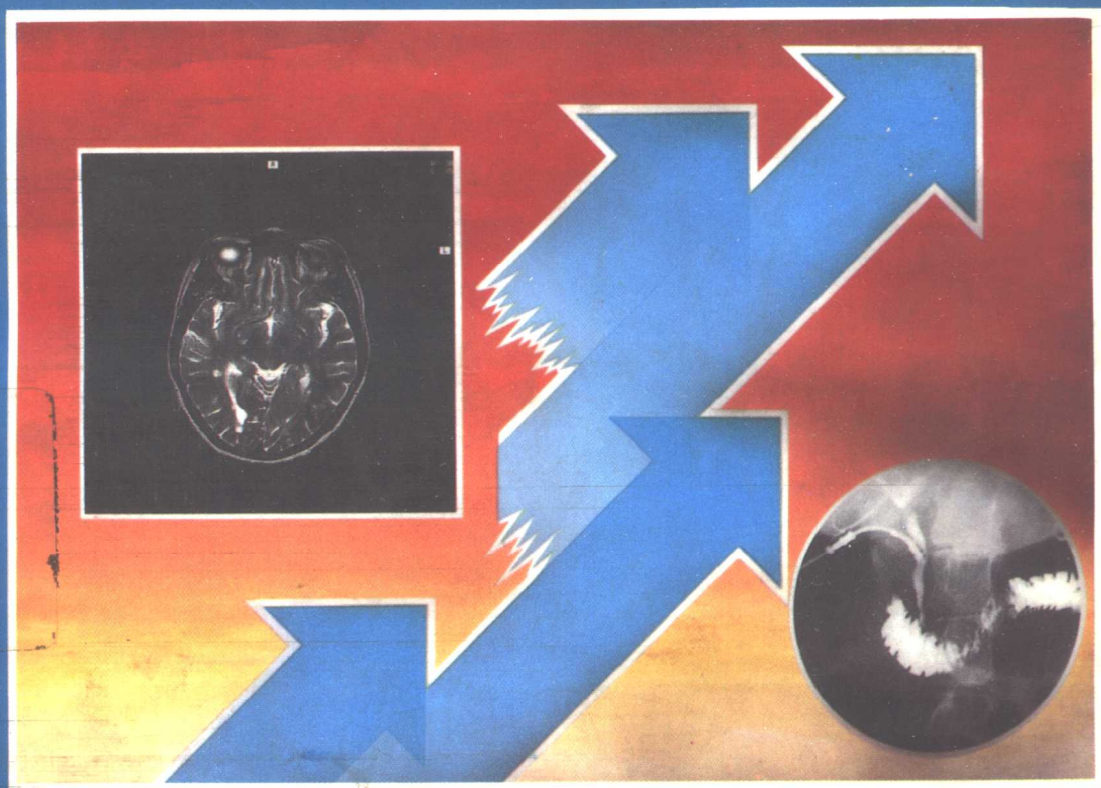


外科诊断思路

外科诊断思路

张作峰 李建民 主编

科学技术文献出版社



科学技术

R604
ZZF
c.2

社

12604
224 0.2

98634

外科诊断思路

主 编 张作峰 李建民
副主编 王荣华 刘彩文 单风庄
李志华 张新明 刘玉东
编 者 (以姓氏笔画为序)
王荣华 刘明廷 刘彩文
刘玉东 李志华 李建民
张 郑 张 虹 张振起
张作峰 张新明 张 锴
吴淑华 单风庄 傅廷亮
谢 波 燕树义
绘 图 张作峰 吴淑华



科学技术文献出版社



(京)新登字130号

内 容 简 介

本书以外科常见的症状或体征为线索,详细阐述了临床上常见外科疾病的诊断思路,包括:采集病史和体格检查时应注意的问题;怎样选择常规辅助检查及应用新技术、新器械、新仪器;根据临床资料,如何进行综合分析。同时,介绍了疾病治疗要点。本书以临床实践为基础,参考了国内外大量文献,内容重点突出,并配有插图,是一本实用性很强的工具书。

可供青年外科医师、基层外科医师、医学院校师生阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

外科诊断思路/张作峰,李建民主编.-北京:科学技术文献出版社,1994.12

ISBN 7-5023-2251-5

I.外… II.①张… ②李… III.①外科诊断-临床医学②临床医学-外科诊断 IV.R604

中国版本图书馆CIP数据核字(94)第01441号

科学技术文献出版社出版

(北京复兴路15号 邮政编码100038)

北京市燕山联营印刷厂印刷 新华书店北京发行所发行

1994年12月第1版 1994年12月第1次印刷

787×1092毫米 16开本 21印张 534千字

科技新书目:324—163 印数:1—3300册

定价:16.00元

2480/32
16

前 言

诊断是确定疾病治疗方法的依据。通过判断疾病之病因、性质、部位和所累及的组织、器官乃至系统结构破坏与功能损害程度，而制定有效的治疗方案。提高外科医师特别是青年外科医师的诊断水平，对疾病做到早期诊断，是患者得到早期治疗并获得良好效果的基础。因此，诊断是临床医学的中心环节。

现代自然科学、基础医学和技术科学的成就，对临床诊疗工作水平起到了促进和提高作用。就诊断本身而言，是根据对病情的了解和各种医学检查的结果进行综合分析，从而对病人所患疾病作出结论的方法学。但值得注意的是，如何获取有价值的病史资料，合理地选择有意义、可靠的辅助检查手段，是青年外科医师面临的重要课题。

本书结合临床实际，以外科常见的症状或体征为线索，阐述其诊断思路，包括采集病史和体格检查时应注意的问题；怎样选择常规辅助检查及应用新技术、新器械、新仪器；根据获取的临床资料，综合分析鉴别，最后得出正确诊断。在编写中以作者的临床经验为基础，参考大量国内外文献，突出重点内容，并配有百余幅插图，力求反映国内外先进的诊断经验与技术。为便于鉴别诊断，部分章节的内容存在必要的重复。希望能为外科常见疾病的诊断提供有益的参考。

本书可供青年外科医师、基层外科医师及医学院校高年级学生在临床应用和学习中参考。

限于编者的水平及实践方面的局限性，在编写过程中恐多有疏漏，欢迎广大读者批评指正。

张作峰 李建民

1993年12月于滨州医学院

目 录

第一章 体表肿物.....	(1)
第二章 感染性疾病.....	(9)
第三章 严重创伤.....	(14)
第四章 急性失血.....	(23)
第五章 休克.....	(29)
第六章 烧伤.....	(36)
第七章 颅脑损伤.....	(49)
第八章 头痛.....	(59)
第九章 颈部肿块.....	(65)
第十章 甲状腺肿.....	(75)
第十一章 乳房肿块.....	(82)
第十二章 乳头溢液.....	(92)
第十三章 胸部损伤.....	(95)
第十四章 吞咽困难.....	(101)
第十五章 咳嗽伴血痰.....	(107)
第十六章 呼吸困难.....	(112)
第十七章 腹部损伤.....	(117)
第十八章 急性上腹痛.....	(127)
第十九章 急性右下腹痛.....	(143)
第二十章 急性左下腹痛.....	(151)
第二十一章 慢性上腹痛.....	(156)
第二十二章 腹部肿块.....	(167)
第二十三章 黄疸.....	(181)
第二十四章 肠梗阻.....	(191)
第二十五章 上消化道大出血.....	(198)
第二十六章 下消化道出血.....	(204)
第二十七章 排便异常.....	(211)
第二十八章 腹股沟肿块.....	(219)
第二十九章 阴囊肿块.....	(225)
第三十章 阴囊空虚.....	(235)
第三十一章 急性尿潴留.....	(239)
第三十二章 少尿、无尿.....	(248)
第三十三章 血尿.....	(254)
第三十四章 尿频、尿急、尿痛.....	(268)
第三十五章 周围血管损伤.....	(275)

第三十六章	下肢静脉曲张.....	(279)
第三十七章	慢性下肢缺血.....	(285)
第三十八章	腰腿痛.....	(291)
第三十九章	骨折.....	(305)
第四十章	外伤性关节脱位.....	(315)
参考文献		(324)

第一章 体表肿物

体表可触及性肿物的类型繁杂，其病理改变可分为良性、恶性两大类，发生的组织则包括皮肤、皮下组织以及深筋膜下的组织（如肌肉组织）等。本章重点讨论头面部、胸背部及四肢等部位体表肿物的诊断，关于颈部、乳房、腹部、腹股沟及阴囊等部位的可触及性肿物将在以后的有关章节中讨论。

病史和体检

一、病史

(1) 了解肿物发生的诱因，如有无外伤史，局部穿刺或刺入异物可使小块表皮种植于皮内或皮下增殖而形成囊肿。

(2) 询问肿物出现的时间和生长的速度，可初步判断肿物的性质及类别。一般长期存在且生长缓慢者多为良性疾患，否则，应考虑恶性病变的可能。

(3) 了解肿物有无伴发症状，如疼痛、发热、是否有放射痛及肿胀等。

二、局部体检

1. 判断肿物来自哪层组织？肿物可能起源于皮肤、皮下组织、肌肉、骨、关节等。与骨附着或起源于骨内的肿物通常是不活动的，多数很坚硬。与关节相连的肿物一般也不活动，而与关节腔有窄蒂相连的肿物则可活动，并有波动感及随关节位置的改变其大小亦有变化，因肿物可部分嵌入关节腔。肌肉肿物由于在深筋膜下方，在肌肉收缩时可变得不突出，而皮下组织的肿物则不受影响或是变得更加突出。如肿物与皮肤相连，皮肤则不能从肿物表面推开，用力推动可造成皮肤凹陷和起皱。另外，因皮下组织松软，容易受挤压，而皮肤相对较坚韧、有阻抗，所以起源于皮肤的肿物能向深部生长，占据大片皮下组织层；而原发于皮下组织的肿物，不管它如何扩张，也不易与皮肤相连（炎症和恶性肿瘤例外）。

2. 肿物的物理特点是什么？即肿物的位置、形状、大小、边缘、表面、硬度、温度、颜色、有无溃疡等。

3. 肿物邻近的淋巴结是否肿大？此点可对肿瘤和炎症的鉴别有所帮助。

辅助检查

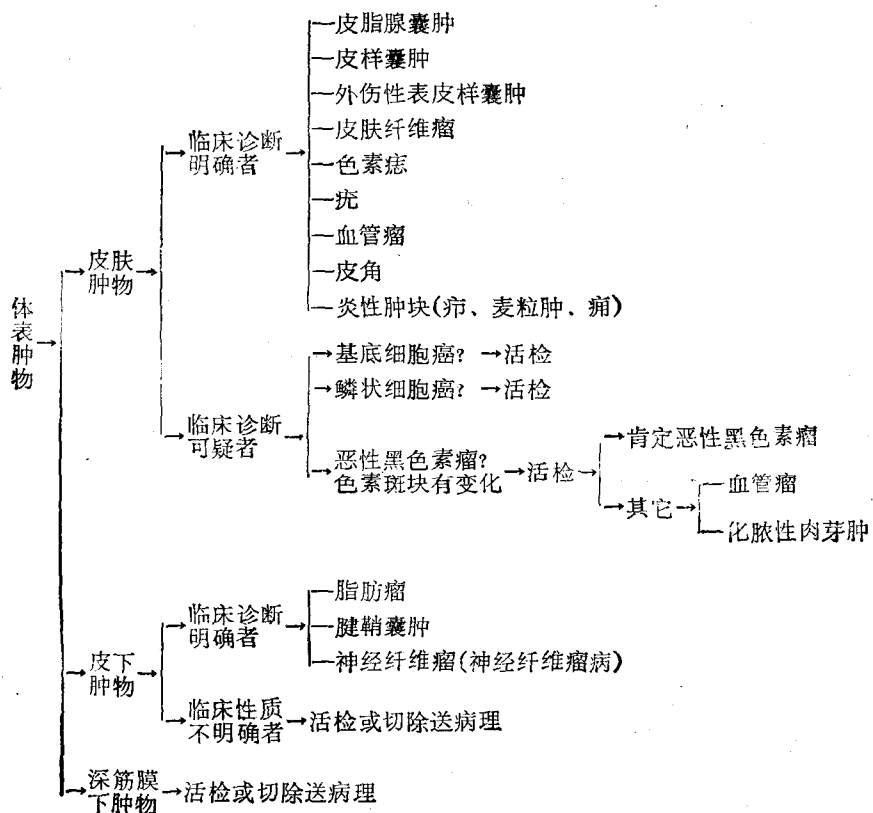
1. 穿刺抽吸。对于某些囊性肿物或血管瘤，可考虑行试探性穿刺，穿刺液对诊断有帮助。如实质性肿物通过穿刺吸取瘤组织作细胞学检查，可明确肿物的性质。

2. 切取活组织病理检查。对于临床诊断困难的均应切除后行病理检查。另外，无论何种原因切除的体表肿物亦最好行常规病理检查。

诊断思路

诊断思路参见表1-1。

表 1-1 体表肿物诊断思路



一、皮肤肿物

1. **皮脂腺囊肿**。多见于体表皮脂腺分布丰富的部位，如头面部、躯干、腋窝等部位。可发生在任何年龄，但以皮脂腺分泌旺盛的青年时期较多见。病变呈圆形或椭圆形，大小不等，小者可如豆粒大，大者直径可达7~8cm。边界清楚，隆起于皮肤表面，大部分位于皮下，但与表面皮肤紧密粘连，且就在该粘连处多数可见黑点，即皮脂腺导管的开口处。正是由于开口处阻塞而引起皮脂腺囊肿。因导管不能随囊肿的逐渐增大而相应增长，致使局部皮肤向内牵缩。开口处有时可见一状似黑头粉刺样小栓，可挤出有臭味的白色脂泥样物。较大的皮脂腺囊肿由于表面皮肤受压变萎缩，而呈淡青色或淡黄色。病变呈囊性或实体感，如有钙化则变硬。除因继发感染引起疼痛、化脓和破溃外，一般无症状。皮脂腺囊肿有时为多发性的，好发于头皮和阴囊，不过全身各处皆有。有时数以百计，但互相不融合。

治疗：因经常合并感染，应手术切除。如近期曾发生感染，应适当后延待炎症完全消退后进行。遍及全身的皮脂腺囊肿只能将有症状者切除。

2. **皮样囊肿**。是一种胚胎发育畸形，起源于外胚叶，是胚胎发育时期遗留于组织中的上皮细胞发展而成。少数可发生恶变。一般在出生时即已存在，但也可在生后的不同时期内发现。可发生于身体的任何部位，但以中线部位多见。额部、眼睑、眉外侧、鼻根及枕部为好发部位。也见于颞下、胸骨部、背部、骶尾部、会阴部等。病变多为单发，呈圆形或卵圆形柔软有弹性的囊性肿物，病变直径一般不超过2cm。与皮肤不粘连，但与深部筋膜或骨粘连紧密，不易推动，触之有面团样感。因囊肿的长期压迫，其下方的骨表面可出现凹陷。少数呈哑铃状伸入颅内。穿刺可抽出有酸臭味的淡黄色油性液体。病理检查囊肿壁为表皮，伴有皮脂腺、汗腺及毛囊，而且向囊肿内生长。

治疗：手术彻底切除。囊肿的基底若与骨面紧密贴附者，则宜用锐性剥离法连同该部骨膜一起切除。

3. **外伤性表皮样囊肿**。因外伤、穿刺等使小块表皮种植于皮内或皮下而形成。好发于手指、手掌、足部及手术瘢痕处。病变多为单发，少数为多发。呈圆形或椭圆形肿物，直径0.5~5cm不等，高于皮面，表面光滑，多与皮肤粘连，基底部可活动。质地较硬，无囊性感。位于指端尤其是掌侧的囊肿，因局部解剖组织致密，缺乏伸张性能，随肿物的增大，可见深部骨面有压迫侵蚀现象。局部有轻度压痛，位于足底者，走路时有胀痛感。

治疗：应手术将囊肿完整切除。因囊壁较薄，术中须注意寻找解剖层次，仔细进行剥离，防止破裂。否则常难以完全切除，如有囊壁残留则易复发。

4. **皮肤纤维瘤**。常发生于四肢伸侧，也见于躯干两侧及面部。好发于40~50岁成年人。多数为单发，多发者一般不超过5~6个。肿物直径一般在2cm以下，个别可达3~5cm，为圆形或椭圆形硬结，与表皮粘连，扁平、较大者带蒂。表面呈正常皮色，也可呈淡红色、黄褐色或黑褐色。多无自觉症状，偶有轻度痒感或不适。病理检查肿瘤无包膜，主要由成纤维细胞和幼稚胶原纤维组成。

治疗：手术彻底切除。但因皮肤纤维瘤无包膜，手术时应仔细辨别界限。

5. **色素痣**。是由含有色素的痣细胞所构成的最常见于皮肤的良性肿瘤。它有别于单纯由色素沉着所致的皮肤色素性疾病，如雀斑、老年性黑斑等。色素痣多发生在面、颈、背等部，可见于任何正常人体。出生时即已存在，或在生后早年逐渐显现。多数增长缓慢，或持续多年并无变化，但很少发生自发退变。色素痣常为多发，据Bland-Sutton统计结果，经细心周身检查，正常人体可达50颗，一般平均15~20颗。多数面积较小，或呈点状，或如米粒般大小。但也有范围宽广、面积巨大者，称为巨大色素痣。色素痣的颜色有深浅程度的差异，如黄褐、淡蓝、灰黑以至漆黑色不等，还偶见无色素的色素痣。同一病变的不同部位也可有深浅不同的颜色差别，或在色素痣的周缘绕以色素减退的晕。痣的表面或平滑，或肥厚，或粗糙呈疣状、乳头状或有蒂的结节状，并常见生有状若头发的黑色或黑白夹杂的长毛，故有毛痣之称。毛的长度停留在一定限度，不具有头发持续增生的特点。色素痣除主要见于皮肤外，还可发生在粘膜表面，如口唇、阴唇、睑结膜等部位的粘膜。有时可见色素痣顺沿体表有孔器官向内延伸的现象。

治疗：较小的色素痣表现为长期的静止状态，无形态上的变化者，无须治疗，且很安全。色素痣的治疗目的主要基于改善外貌的要求，如色素痣位于面、颈以及身体其他外露部位，尤为惹人注目，或是由于衣服的磨擦等而出现症状时就应切除，并做病理检查确定良、

恶性。另一目的则为防止恶变消除隐患，因偶有转变为恶性黑色素瘤的可能，以致危及生命安全。治疗有非手术和手术两类方法。非手术疗法包括冷冻疗法、电解电烙法等，多适于小面积、浅表、诊断明确的色素痣治疗。手术完整切除可用于任何类型的色素痣，且不论大小均可适用，并可进行全面周密的病理检查，通过整形修复，治疗效果也较稳妥、确实可靠，均为非手术疗法所莫能及。

6. 疣。为病毒引起的传染性皮肤良性肿瘤。其发生与皮肤的损伤有关，如指甲搔抓的抓痕，皱襞部位皮面间的相互磨擦，鞋履瘦小或足跖持重点失常所致的异常挤压等，均可诱发。疣病变是由皮肤表皮的生长层过度增生所形成的皱褶和突起。可发生在任何年龄，但多见于儿童。有以下几种常见临床类型：

(1) 寻常疣：多发生在身体的裸露部位，如好发于指甲的周围和甲下以及手背、手掌、颜面部等。病变高出皮面，表面粗糙，呈灰褐色，透过表层可见暗紫色斑点，为毛细血管袢的顶端，质较韧。疣或为孤立的局限性病变，多呈圆形，直径数毫米，也可多发病变，互相聚合形成较大的扁平斑块。位于指甲特别是甲床部位的寻常疣，常有显著压痛。

(2) 扁平疣：多见于颜面、手和腿等部位。病变形态扁平或稍隆起，一般直径数毫米大小，也可较大。呈粉红色，或与肤色一致，或稍深暗。

(3) 跖疣：最常发生在跖底的跖骨头部位。为单一或多发病变，其特点为稍隆起，表面较平，通常覆有胼胝样组织。跖疣可因长期受压而没入皮下软组织内，步行时甚为疼痛。与鸡眼、胼胝的鉴别方法：将表层的胼胝轻轻削除后再行观察，如核心部位呈黄色而有光泽时，小者为鸡眼，大者为胼胝。如呈乳头状，且见有无数纤细的发自基底的血管断面，表现为针尖大小的出血点者为疣。

(4) 尖锐湿疣：常发生在身体的阴湿部位，如外生殖器和肛门附近、口角部等。其表现质软，呈粉红或白色，常为多发，互相聚合呈片状分布。

治疗：疣有时自行消散，不治而愈，可能属自身免疫作用的结果。治疗有非手术和手术两种方法。非手术疗法多用于孤立的或面积较小的病变，包括药物烧灼法、电干燥法、冷冻法及放射疗法。手术疗法多用以治疗面积较大的，或多发聚合成片的病变。病变切除后的创面除直接缝合外，须运用植皮术的原则修复，某些部位需利用局部旋转或推进皮瓣修复，以求功能可靠，能耐受磨损或挤压。

7. 血管瘤。是多见于婴幼儿的先天性皮肤良性肿瘤，最常发生在头、面、颈部，其次为四肢、躯干等部位。临床表现有局部皮面呈均匀一致或色彩斑驳的淡红色或淡紫色片块，或有大小不等的结节，或表现为微蓝色的皮下或深部组织内有可压缩性或并有搏动性的肿物。具有生后即已存在或出生后不久发现，可能随年龄缓慢或迅速增长，和幼年逐渐缩小以至消失称为自发消退等特点。所以血管瘤在成年人较儿童为少见。

(1) 毛细血管瘤：是由在真皮内增生扩张的毛细血管所构成，根据所见形态的不同，又分为葡萄酒色斑和草莓状血管瘤。葡萄酒色斑又称血管痣，表现为面积大小不等的病变，小者可呈颗粒状，常呈圆或椭圆形。大者可波及半侧颜面，不规则。呈鲜红或暗红似红葡萄酒颜色的斑状。病变为单发或多发，不高出皮面，指压或把皮肤拉紧后可见暂时褪色，放开后恢复原状。最常发生在面颈部，一般于出生时即已存在。草莓状毛细血管瘤通常为较小而突出皮面的结节样肿物，颜色鲜红或暗红，皮肤表皮增厚并有皱褶，呈微细的分叶状，或似疣状，形如草莓。瘤体柔软，有一定的压缩性，多在出生时或生后不久出现。

(2) 海绵状血管瘤：是位于皮肤的真皮深层和皮下组织内的血管瘤。或为比较局限并有

包膜，或呈弥漫分布、境界不甚清晰的肿物。瘤体结构状似海绵。较表浅者，局部皮肤膨隆，高低错落，起伏不平。皮面微现蓝色或浅紫色。曲张盘旋的血管隐约可见。如瘤体位置较深而未波及皮肤，则局部显现形态不规则的轻度或中度膨隆，肤色无明显改变。触诊检查时，有似蠕虫互相盘绕集聚之感，或可扪出有颗粒状的静脉石存在。肿物有压缩性，局部施压后，肿块明显减小或消失；除去压力后，又慢慢重新充盈，此为挤空病征（图1-1）。另外，并具有体积大小可随体位变动而发生变化的特点。如位于头面部者，卧位较立位充盈增大；在四肢者，肢体高举较垂落时瘪缩。头、面、颈部血管瘤，患儿哭闹或用力挣扎时亦可见膨大现象。海绵状血管瘤当遭受外界刺激后，或形成血栓发生栓塞时，可以引起血管周围的炎症反应，而出现局部肿痛发热等类似静脉炎的症状。海绵状血管瘤如因外伤或继发感染破溃时，有招致出血或严重失血的危险。

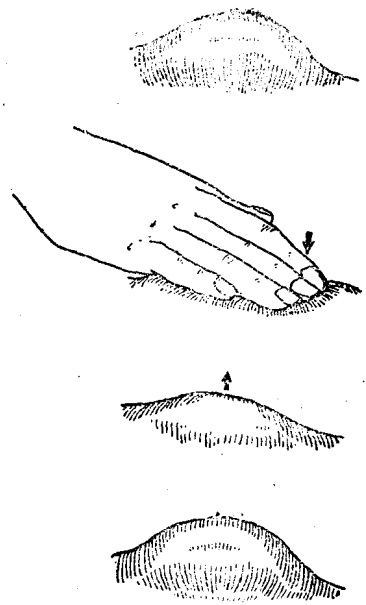


图 1-1 挤空病征

(3) 蔓状血管瘤：除包含毛细血管外，主要由新生的小动脉、小静脉，和动、静脉间的吻合短路所构成，或可视为有动、静脉瘘的海绵状血管瘤。此型血管瘤较毛细血管瘤或海绵型血管瘤为少见。临床表现为局部皮肤膨隆，肤色潮红，皮下可见搏动的动脉血管和扩张屈曲的静脉血管聚集成如蚯蚓样回旋的团块。因局部动脉血流不受毛细血管床阻力的限制，直接汇入静脉，致血液流量增加，血管管径扩张，皮肤温度增高，有搏动、震颤和压缩性，听诊可闻及持续性往复杂音。蔓状血管瘤好发于头、面、颈部，也可见于四肢。位于头面部者病人可自感搏动及自闻杂音，有头痛和耳鸣等症状，甚为烦恼和痛苦。瘤组织可以向深层发展侵犯颅骨，或与颅内的静脉窦相通，如行手术切除时，可能发生难于制止的出血，故手术前不可忽略X线的骨骼检查，以便有所准备。位于四肢者，肢体可由于超常供血的营养而过度发育，致较对侧增长或肥大。

治疗：非手术疗法包括冷冻法、激光法、硬化剂注射法、放射疗法等，多用于婴幼儿，具有安全简便和痛苦较少等优点。但所需时间较长，且有些类型的血管瘤，如蔓状血管瘤及瘤体较大波及范围较广者却难适用。手术疗法疗效可靠，各种类型的血管瘤均能适用。且有的血管瘤，如蔓状血管瘤，手术常是唯一可行的治疗方法。经非手术治疗后所残留的瘤组织，以及瘢痕、色素改变、组织萎缩等的修复，亦有赖于整形手术解决。

8. 皮角。为表面呈乳头状的、粗糙不平的棕色肿块，其尖端容易被擦去一部分。老年人皮角常发生在面、背部，无何特殊意义。然而若在青年人或是烧伤后瘢痕、放射性伤疤等处出现皮角，就应密切观察，防止恶变为鳞状细胞癌。

9. 炎性肿块。包括疖、麦粒肿（眼睑毛囊炎）、疖（多个疖肿融合体），亦属良性疾患，临床上均能肯定诊断。

10. 基底细胞癌。是源自表皮或其附属器的皮肤恶性肿瘤，临床上有较多类型，表现各异，较难肯定诊断。但其部位常令人怀疑此病，即好发于头颈部，特别是眼鼻周围。当然身体各处亦可发生。该病具有局部侵蚀性，若不加治疗可侵蚀软骨和骨质而致残。

(1) 结节型：为突出皮肤表面略现透明如珠样的结节，较硬，生长缓慢，表面可有微血

扩张，表皮一般不破溃。

(2) 溃疡型：为临床上最常见的类型，尤多见于面部。局部皮肤轻微损伤破溃后即长久不愈，或先有皮肤小结节，然后破溃不愈。溃疡四周逐渐隆起，中央平陷。

(3) 表浅型：初起时为一片或多片红斑，表面覆被少量鳞屑或结痂。红斑逐渐扩大，周缘渐高起如峭。后期可呈现牛皮癣样，或表面出现表浅小溃疡呈现如湿疹样。

(4) 硬化型：一般在面部，为一黄白色，表面有微血管扩张，质硬，生长缓慢，边界不清楚的斑块，不高出皮面，有时反稍下陷如瘢痕样。触诊常较视诊能更清楚感知肿瘤的边界。

(5) 扁平瘢痕型：此型特点基底细胞癌向四周缓慢扩展时，其中心部位肿瘤细胞反而逐渐消失，形成瘢痕，如森林失火向四周蔓延，而中心却自行熄灭一样。其扩展边缘具有很强的侵蚀性。

(6) 色素型：为基底细胞癌有色素沉着者，均为黑色素，分布在表皮、真皮或肿瘤本身内。表现为病损周边及中央溃疡处出现由灰色到深黑色的色素沉着，呈点状或片状，易与恶性黑色素瘤混淆。

治疗：活检肯定诊断后，可采用放射治疗或手术切除。不过，当病变与骨或软骨粘连时不可应用放疗，因为骨与软骨的放射性坏死发生率很高。手术时切口应距癌灶0.5cm以上，癌灶边界由视诊和触诊决定。

11. 鳞状细胞癌。鳞状细胞癌也源自表皮或其附属器。临床上常出现在皮肤受过X线或化学药品损伤的部位，或长期感染不愈的部位。初起表现为结节样突起或浸润性红斑，与基底细胞癌没有明显的区别。但鳞癌的发展比基底细胞癌快，可自皮肤表面向外隆起，由于生长迅速，中心部位表面很快即坏死溃破，向外翻出，形成菜花样生长，具有恶臭，仅凭此形态及恶味一般即能做出诊断。这一类外突型一般都生长表浅，较少向深部侵袭固定，常有一定的活动度，恶性程度较低。另一种发展方向为向四周及深部侵蚀，形成边缘高起中央陷下的溃疡。侵蚀型恶性程度较高，可以较快侵及深部筋膜、骨、软骨及重要器官结构。局部淋巴结早期转移亦是此癌的特征。但应注意：肿大的淋巴结可以是溃疡引起的炎症反应，而并不都是转移。鳞状细胞癌常发生在基底细胞癌罕见的部位，如耳廓、口唇、外生殖器及会阴等。

治疗：一旦诊断由活检证实，原发灶即应手术治疗，切口至少距癌肿1cm以上，对生长迅速应再多一些。如局部淋巴结肿大，除对病期很长、浸润深广、淋巴结坚硬固定、临床上比较肯定为转移癌者，应与原发癌手术同时做区域淋巴结清扫外，一般应暂缓处理，待原发癌切除后，进行一阶段抗感染治疗，必要时做活组织病理检查证实为转移者，再作淋巴清扫术。

12. 恶性黑色素瘤。是从表皮的正常黑色素细胞或原有的痣细胞发源的皮肤恶性肿瘤。因此，任何皮肤上的色素斑块只要其物理性状发生任何改变，就有转变为恶性黑色素瘤的可能。这些改变包括：颜色的变浅或变深，范围的扩大，出血，溃疡和主观感觉烧灼或搔痒。恶性黑色素瘤预后恶劣。

(1) 恶性雀斑型黑色素瘤：通常发生于较高龄病人。恶性雀斑最常见于面部、手背部等暴露区域，起始为小片状棕褐色斑，缓慢扩大及色素加深，直径可达2~3cm，始终保持斑片状，不高出皮面。少数恶性雀斑可缓慢发展成恶性黑色素瘤。此型预后最好，很少转移。

(2) 表浅蔓延型恶性黑色素瘤：好发于50岁以上，男性多发生在躯干、颈背部，女性多

发于下肢非暴露部位。皮损较小，一般不超过2.5cm。周缘稍隆起，形态不规整，黄褐、黑或杂色，与色素痣不易区分。转移较恶性雀斑型早。

(3) 结节型恶性黑色素瘤：初起为一色素结节突出皮面，或为原有的色素痣。可发生于身体任何部位，但以背部为多。发病年龄较前两者为早，发展较快，较早发生区域淋巴结或远处转移。颜色多样，可显黑、褐、灰，甚至无色，易漏诊。恶性程度高，预后差。

恶性黑色素瘤虽然发病率不高，但色素痣或皮肤色素性损害则普遍存在，两者的区别仅凭肉眼观察并非完全可靠，一旦失误，后果严重，所以对任何可疑的有色素或无色素病损都应做病理检查以明确诊断。

由于恶性黑色素瘤的扩展范围、侵袭深度、肿瘤厚度对预后的估计和治疗的考虑都极其重要，所以做病理检查时，应做包括适当范围的病损周围正常皮肤，及适当深度皮下组织的整块标本切除提供活检。

治疗：对确定为恶性黑色素瘤者，应尽早行根治性切除术。并且手术时切口应距肿瘤边缘较其它任何肿瘤都宽，因为有皮内淋巴管转移的倾向。一般认为，若黑色素瘤位于下肢，最好切除一椭圆形皮肤，该椭圆形长轴与肢体长轴一致，肿瘤近侧端留边12cm宽，其余周边留6cm。若病灶开始即呈结节状，则恶性程度高；病灶位于外阴部、肛周和粘膜者，其恶性程度大为增加，则切除范围要比一般更大。黑色素瘤切除达深筋膜时通常用中厚皮片修复创面，1~2年后无复发者，为考虑整形效果可再用皮瓣修复。因最初几个月，薄皮片较容易出现局部复发。

关于局部淋巴结的处理，一般不主张做预防性淋巴结大块切除术。若临床发现局部淋巴结转移，或淋巴管造影提示该处淋巴结转移者，以及原发灶迅速恶化且病理检查证实为皮肤淋巴管转移者均应作淋巴结大块切除。

除以上列举的皮肤肿物外，还有一表现为粉红色增厚的斑块，生长缓慢，表面有鳞屑和痂皮，称为鲍温（Bowen）氏病。当其发生在阴茎头部或包皮上时，则称为凯腊氏增生性红斑，这是一种癌前期病变，一旦确诊，即应切除。若发生在包皮，则应作包皮环切术。

凡临床上无法确诊的皮肤肿物，应必须作活检或切除活检，诊断明确后再作适当的治疗。

二、皮下肿物

有三种常见疾病临床多能确诊，如病人暂不愿手术可无须作活检，长期观察。它们分别为：脂肪瘤、腱鞘囊肿和神经纤维瘤。

1. 脂肪瘤。位于皮下组织，由脂肪细胞增生形成，可以发生在身体有脂肪组织存在的任何部位，常见于颈、肩、背、大腿等。为最常见的分化最好的体表良性肿瘤之一。主要表现为无症状的体表肿物，通常单发，也可呈多发性。肿物为圆形或卵圆形，周边分叶状，如用手捏紧肿瘤上方皮肤，则分叶变得明显，此为脂肪瘤的典型特点。肿瘤不与皮肤粘连，但由于有纤维带通过皮肤进入脂肪瘤的小叶间，所以肿瘤表面皮肤常有小凹陷。肿块质地柔软，甚至可呈假性波动感，如含有较多纤维成分，质地即变硬韧。肿块活动度较大。

脂肪瘤增长缓慢，往往达一定程度后发展自趋停止，有时可出现自发萎缩，或钙化、液化等现象。除局部肿物外，通常无自觉症状，或有轻度疼痛，不致引起功能障碍。

如脂肪瘤在短期内突然长大，或肿瘤直径大于10cm时，特别在大腿上部者，应考虑有脂肪肉瘤的可能。

治疗：手术切除为脂肪瘤的唯一有效治疗方法。有包膜的脂肪瘤切除操作较易进行，无包膜者，因肉眼所见肿瘤组织和正常皮下脂肪组织并无明显差别，难于准确分辨而彻底切除。肿瘤表面的皮肤可保留，经切口行广泛的皮下剥离后，切除肿瘤，切口可直接缝合。

2. 腱鞘囊肿。是由于关节、韧带或腱鞘内粘液增多而发生的症。好发于伸肌腱鞘及腕、

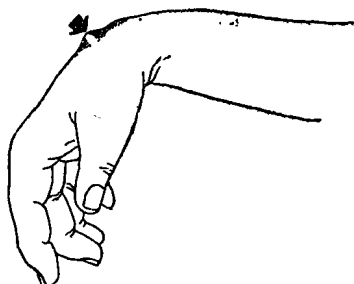


图 1-2 腕背侧腱鞘囊肿

踝关节伸侧。病变为一圆形肿块，直径多为1~1.5cm，一般不会很大。表面光滑，不与皮肤粘连（图1-2）。来自关节囊者基底部较固定，来自腱鞘者可有部分活动性。肿物外观可随关节位置改变而有变化，如腕背部腱鞘囊肿，当腕关节掌侧屈时变明显，而背伸时则不明显。肿物质地硬韧，有如橡胶样。病变单囊或多囊，穿刺可抽出稠厚粘液或胶冻样物质。病人可有胀痛或腕力减弱之感觉。

治疗：许多腱鞘囊肿能用力挤破，但有时复发，尚可再次挤破加局部按摩，出现合并症者极少。若病人主观症

状明显，可考虑手术切除，术中应将囊壁完整切除，以防复发。

3. 神经纤维瘤。是源发于神经主干或末梢神经轴索鞘的雪旺细胞及神经束膜细胞的良性肿瘤。其表现形式有多发、浅在和体积大小不同。小者，可如针尖突出皮面，无蒂或有蒂，或在皮下散在分布如小结节状。大者，可重达数公斤，柔软松弛，向下悬垂如袋状。表面皮肤色素沉着。肿物绵软，密度不匀，四周边界不甚清楚。

神经纤维瘤病又称雷克林豪森病（von Recklinghausen），为多发性神经纤维瘤伴有皮肤咖啡斑，以及骨骼、肌肉、神经系统的病变。咖啡斑是其早期表现，呈大小不一、形状不同的浅褐色斑，边界清楚，颜色均匀，其内可有几个深褐色斑点。咖啡斑可与软纤维瘤在同一处，也可在不同部位。临床诊断明确，但应注意：神经纤维瘤病的个别纤维瘤有一种随着时间的推移而易于恶变的倾向，即转化为纤维肉瘤。所以当病人主诉某个结节有长大和压痛时，就应作活检。

治疗：只有手术切除。如肿物较小而局限，并有光滑的纤维组织包膜包裹者，易于完全切除。但如病变多发，波及身体多处，或体积巨大无明显界限者，故难一一切除或完整切除。难以达到根治疗效。

除以上三种易于明确诊断的皮下肿块外，其它的亦种类繁多，但明确诊断者极少，均须活检。

三、深筋膜下肿物

在实际工作中，深筋膜下的所有肿块临床均无法诊断，必须活检。最常见者一般是肌肉脂肪瘤，虽有分叶，亦难触清，因其表面的深筋膜是坚硬、致密的。

（张作峰）

第二章 感染性疾病

感染性疾病在外科领域中最常见，约占所有外科疾病的 $1/3 \sim 1/2$ 。通常需要手术治疗。感染的类型可分为一般感染和特异性感染。前者有时又称非特异性感染或化脓性感染。其特点是同一致病菌可以引起不同的化脓感染，而不同的致病菌又可引起同一疾病。不仅有类似的病理改变和临床表现，而且在治疗原则上亦相同；特异性感染则只能由特异性致病菌引起，病理改变和临床表现各有其特征，治疗原则和方法也因病而异。本章重点讨论体表软组织的一般感染和常见特异性感染的诊断方法，其它组织器官的感染性疾病详见有关章节。

病史和体检

一、病史

1. 了解起病情况。有助于判断感染的类型及转归。一般急性蜂窝组织炎、毛囊炎发生较急；疔和脓肿形成需要一定的时间；破伤风潜伏期长短不等，一般1~2周多见，新生儿破伤风一般在7日左右发病；气性坏疽起病较急，大多数病人在伤后2~3天内开始出现症状，也有在伤后6小时即出现症状者。

2. 询问既往可能与感染有关的病史。如糖尿病、肾炎、营养缺乏或贫血病史，因为以上疾病常致全身抵抗力下降，容易引起各类外科感染，对诊断和治疗有帮助。

3. 有无全身症状。毛囊炎、疔及表浅的脓肿一般无全身症状。疔、丹毒、急性蜂窝组织炎、气性坏疽常有全身不适、头痛、畏寒、发热、口渴、恶心、呕吐、烦躁不安以及关节酸痛等全身中毒症状。

4. 了解有无外伤史。皮肤和软组织感染多来源于外伤后创面未愈；气性坏疽病人多有明确的大范围肌肉损伤并污染史；破伤风亦有明确的外伤史，对可疑破伤风的病人，有针对地了解前驱期症状，如全身兴奋性增强、难睡易醒、乏力、心悸以及反射亢进等。

5. 有无手术史。许多感染性疾病继发于手术以后，了解有无手术史对诊断外科感染是必要的。

二、体检

1. 局部体检

(1) 观察有无红肿，红肿是感染性疾病很重要的局部体征。疔早期即出现红肿，界限较清楚；疔呈一片稍隆起的紫红色浸润区，界限不清；急性蜂窝组织炎局部红肿明显，与正常皮肤无明显分界；丹毒为略隆起的鲜红色片状红疹，红肿区有时有水泡；浅表淋巴管炎常见一条或数条“红线”；浅表脓肿局部隆起与周围组织分界清楚，深部脓肿红肿多不明显，但可出现凹陷性水肿；气性坏疽局部肿胀明显。

(2) 触诊了解温度，触疼、波动感。疔质软有触疼，后期有波动感，局部温度升高；疔有触疼，质地坚韧，无波动感；急性蜂窝组织炎局部温度升高，有触压疼，但一般无波动

感；丹毒起病时呈片状，鲜红压之褪色，局部发热常有灼痛；急性淋巴管炎质硬有压痛无波动感；脓肿质软有压痛及波动感；按压气性坏疽伤口周围，可发现伤口有淡棕色混浊液体及气泡溢出。

(3) 检查局部功能影响情况，感染的红肿痛等局部体征常导致功能障碍，如局部蜂窝组织炎常致活动受限。

(4) 诊断性穿刺，对怀疑脓肿的病人可以在波动明显处行诊断性穿刺，抽出脓液即可确诊。

(5) 检查伤口情况，伤口除表现为红肿外还会有一些特殊表现，如破伤风一般深而窄的伤口，有较多坏死组织存在；气性坏疽伤口周围皮肤高度水肿、紧张、苍白而发亮，继之由于肿胀增加，局部转变为紫红色，随着局部血运障碍，皮肤转变为暗红色或紫黑色，并出现大小不等的水泡，泡内充满紫红色混浊浆液。伤口内肌肉坏死呈紫红色或土灰色，无弹性，不出血犹如熟肉状。

2. 全身检查

(1) 一般生命体征：一般外科感染多会出现寒战、高热及脉搏细数、呼吸急促等症状，口底、颌下和颈部的急性蜂窝组织炎可引起呼吸困难，甚至窒息；破伤风病人神志始终清楚，一般无高热。高热的出现往往提示有肺炎的发生。持续性呼吸肌群和膈肌痉挛，可以造成呼吸停止，一般发作时多表现为面色紫绀，呼吸急促，全身大汗淋漓，非常痛苦；气性坏疽病人十分软弱，表情淡漠，烦躁不安，高热，脉搏快，呼吸急促等征，晚期有严重中毒症状，血压下降，最后出现黄疸、谵妄和昏迷。

(2) 全身肌张力：破伤风发作时表现为全身性肌肉紧张性收缩，发作间期，肌肉仍不能完全松弛。

辅助检查

一、实验室检查

1. 血常规。一般外科感染除部分轻微病人外，多数表现为白细胞计数增高，中性粒细胞亦增加；破伤风病人血常规多数正常，但合并感染如肺炎时，白细胞增高，中性粒细胞增加。对嗜酸性粒细胞也应注意，嗜酸粒细胞消失，常是破伤风预后不良的一种征兆；气性坏疽血常规表现为进行性贫血，白细胞略有增加。

2. 尿常规及尿糖检查。有助于发现病人同时伴随的糖尿病、肾炎等疾病。

3. 细菌学检查

(1) 脓液涂片镜检：一般外科感染脓液涂片常会找到致病菌；破伤风创面分泌物涂片检查对诊断有帮助；气性坏疽创面渗液涂片染色检查，可发现很多革兰氏染色阳性杆菌。

(2) 脓液细菌培养：一般外科感染通过脓液细菌培养常能分辨致病菌；破伤风及气性坏疽渗液经过厌氧菌培养，可以进一步明确引起感染的菌种。

(3) 对有全身严重中毒症状的病人做血培养，以明确是否存在败血症，但一次阴性结果并不表示不存在全身性感染，应多做几次血液细菌培养检查，以明确诊断。气性坏疽病人血液厌氧菌培养有时亦会取得阳性结果。破伤风是一种毒血症，血培养无阳性结果。

二、B型超声波检查

有助于发现脓肿图像及各脏器有无器质性变化。

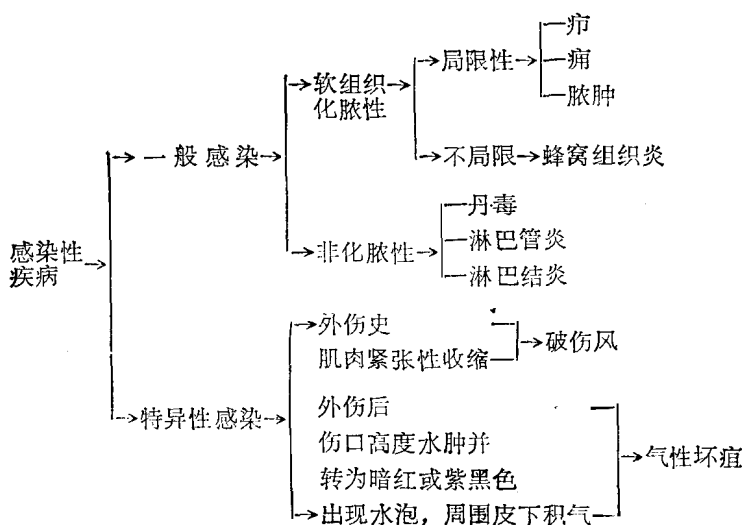
三、放射线检查

X线检查可以发现气性坏疽的气体积聚阳性，对早期诊断有价值。CT 检查对诊断腹腔脓肿等有帮助。

诊断思路

诊断思路见表2-1。

表 2-1 感染性疾病诊断思路



一、确定是否为感染性疾病

根据病史、体检中获得的资料及辅助检查的阳性发现确定感染性疾病一般不困难。局部多表现为红、肿、热、痛及功能障碍；全身乏力、头晕、畏寒及体温升高，白细胞计数增加，渗出物中多能发现致病菌等。

二、判断感染性疾病的类型

确定为感染性疾病后，要判断感染性疾病的类型，即属于一般感染还是特异性感染。一般感染可以由不同的致病菌引起，一种致病菌可以引起几种不同的化脓性感染，多有明显的局部体征，即红、肿、热、痛及功能障碍。常见的有疖、痈、脓肿、蜂窝组织炎、丹毒、淋巴管炎、淋巴结炎。特异性感染由特定的致病菌引起，病程演变有特定的规律，除局部体征外，多有突出的全身症状。常见的有破伤风和气性坏疽。

1. 一般感染。根据病变的范围，病变是否局限，是否已化脓及特有的症状等可以确定。