

WAIKEXUE GELUN SHIXI ZHIDAO

外科学各论

廖 斌 何延政 主编

实习指导



四川大学出版社

外科学各论实习指导

主 编：廖 斌 何延政

副主编：万礼仪 雷正明

编 委：(以姓氏笔画为序)

万礼仪 刘顺忠 何延政

陈同良 杨福兵 钟 武

夏先明 鲁晓波 雷正明

詹福生 詹书良 廖 斌

四川大学出版社

责任编辑: 孙 激
责任校对: 周 颖
封面设计: 罗 光
责任印制: 曹 琳

图书在版编目 (CIP) 数据

外科学各论实习指导 / 廖斌, 何延政主编. —成都:
四川大学出版社, 2003.1 (2007.1 重印)

ISBN 978-7-5614-2535-0

I. 外… II. ①廖…②何… 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 011565 号

书名 外科学各论实习指导

主 编	廖 斌 何延政
出 版	四川大学出版社
地 址	成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发 行	四川大学出版社
书 号	ISBN 978-7-5614-2535-0/R·62
印 刷	郫县犀浦印刷厂
成品尺寸	185 mm×260 mm
印 张	10.25
字 数	240 千字
版 次	2003 年 2 月第 1 版
印 次	2008 年 6 月第 7 次印刷
印 数	14 901~16 900 册
定 价	15.00 元

◆读者邮购本书, 请与本社发行科
联系。电 话: 85408408/85401670/
85408023 邮政编码: 610065

◆本社图书如有印装质量问题, 请
寄回出版社调换。

◆网址: www.scupress.com.cn

版权所有◆侵权必究

前 言

外科学各论实习是临床教学的重要环节，是外科学理论学习与外科学临床实践的桥梁。目前国内各医学院校尚缺乏统一的外科学各论实习指导教材，绝大多数医学院校都是根据自己的具体情况自行编写的。近年来，随着科学技术的迅速发展，外科学发展突飞猛进、日新月异；高校改革如火如荼地推进，学生数量和质量有了较大变化。为了适应目前的教学改革，提高临床教学质量，规范外科学各论实习教学，帮助课间实习和进入临床实习阶段的学生巩固外科学的基础知识和培养他们的临床思维能力，泸州医学院附属医院外科学教研室精心组织编写了这本《外科学各论实习指导》。

本实习指导内容紧扣临床医学专业外科学教学大纲，主要内容涵盖卫生部全国统编教材《外科学》第五版。本实习指导内容简明扼要，重点突出，且条理清晰，实用性强。每一节都由三个部分组成，即目的要求、知识要点及思考题。

“目的要求”主要对本节要求掌握或了解的内容做提示性的概括叙述，目的是使学生能很快地把握住应该掌握的内容。

“知识要点”主要是对本节的知识做概括性的阐述，利于学生掌握该节的重点知识。

“思考题”主要是针对本节的重点、难点以及要求掌握的知识进行提问，由学生自行检查自己对该节内容的掌握程度，达到巩固知识的目的，这对提高学生的自学能力是很有必要的。

另外，针对每一种疾病制定了完善的实习方法。“实习方法”主要是对需要学生实习的内容进行分析和阐述，突出重点、适合临床应用，以帮助学生较为系统和扎实地掌握该类疾病诊断、治疗的精髓，也便于教师指导学生实习。它由采集病史、诊断要点、治疗三个部分组成。“采集病史”又由“问诊”、“查体”、“辅助检查”组成，是让学生了解针对本病应该怎样去获取较详尽而有用的病史资料，这样有利于及时、准确地诊断疾病，也有利于培养学生的临床思维能力；“诊断要点”、“治疗”主要是概括性地阐述本病的诊

断、治疗要点，使学生在进行诊断和治疗的过程中思路清晰。

当然本书作为教材，只能阐述外科学各论的基本理论知识和基本的临床实践知识，但我们相信“一切高楼大厦都是建立在牢固根基上的”，本书一定能起到抛砖引玉的作用。

本书从开始计划编写到出版发行，历时两年多的时间，此间进行了多次的修改，目的是尽可能地为读者提供一本真正有用的实习指导教材。参加编写的人员主要是多年从事教学和临床工作的专家、教授，他们在编写过程中，花费了大量的心血，并把许多十分有用的学习经验、临床经验以及对知识的总结无私地奉献给读者。在此，我对全体参编教师表示衷心的感谢，另对四川大学出版社在出版发行中给予的大力支持表示感谢。由于本书内容涉及范围较广，受编写时间和编者水平所限，书中难免有不妥之处，恳请广大读者提出宝贵意见，以利再版时修正改进。

廖 斌

2002年10月于忠山

目 录

第一章 神经外科疾病	(1)
第一节 颅内高压症	(1)
一、颅内压增高	(1)
二、急性脑疝	(3)
第二节 颅脑损伤	(4)
一、颅底骨折	(4)
二、原发性脑损伤	(5)
三、颅内血肿	(7)
第三节 颅内肿瘤	(9)
第二章 普外科疾病	(13)
第一节 颈部疾病	(13)
一、颈部肿块	(13)
二、甲状腺疾病	(14)
第二节 乳房疾病	(16)
一、急性乳腺炎	(17)
二、乳癌	(18)
第三节 腹外疝	(20)
一、腹股沟斜疝	(21)
二、腹股沟直疝	(22)
三、股疝	(23)
第四节 腹部闭合性损伤	(23)
第五节 急性化脓性腹膜炎	(26)
一、急性弥漫性腹膜炎	(26)
二、膈下脓肿	(28)
三、盆腔脓肿	(28)
第三章 胃肠外科疾病	(30)
第一节 胃、十二指肠溃疡的外科治疗	(30)
一、胃、十二指肠溃疡穿孔	(30)
二、胃、十二指肠溃疡大出血	(31)
三、胃、十二指肠溃疡瘢痕性幽门梗阻	(33)
四、胃癌	(34)
第二节 急性阑尾炎	(35)
第三节 肠梗阻	(37)
第四节 结肠癌	(39)

第五节 肛管直肠疾病	(41)
一、肛管直肠周围脓肿	(41)
二、肛瘘	(42)
三、直肠癌	(43)
第四章 胸心外科疾病	(46)
第一节 胸部损伤	(46)
一、肋骨骨折	(46)
二、气胸	(47)
三、血胸	(49)
四、心脏损伤	(50)
五、胸腹联合伤	(51)
第二节 脓胸	(53)
一、急性脓胸	(53)
二、慢性脓胸	(55)
第三节 胸壁疾病	(56)
一、非特异性肋软骨炎	(57)
二、漏斗胸	(58)
三、胸壁结核	(58)
四、胸壁肿瘤	(59)
第四节 肺部疾病	(61)
一、肺结核的外科治疗	(61)
二、支气管扩张症的外科治疗	(63)
三、肺大疱	(64)
四、肺癌	(66)
五、肺转移性肿瘤	(67)
第五节 食管疾病	(69)
一、食管癌和贲门癌	(69)
二、贲门失弛缓症	(71)
三、腐蚀性食管灼伤	(72)
第六节 原发性纵隔肿瘤	(73)
第七节 先天性心脏病的外科治疗	(75)
一、动脉导管未闭	(75)
二、肺动脉口狭窄	(76)
三、房间隔缺损	(77)
四、室间隔缺损	(78)
五、主动脉狭窄	(79)
六、法洛四联症	(80)
第八节 后天性心脏病的外科治疗	(82)
一、二尖瓣狭窄	(82)

二、二尖瓣关闭不全	(83)
三、慢性缩窄性心包炎	(84)
四、主动脉瓣狭窄	(85)
五、主动脉瓣关闭不全	(86)
六、冠状动脉粥样硬化性心脏病	(87)
七、心脏黏液瘤	(88)
第五章 肝胆外科疾病	(91)
第一节 原发性肝癌	(91)
第二节 急性胆囊炎	(92)
第三节 急性重症胆管炎	(93)
第四节 胆囊结石病	(95)
第五节 肝总管结石病	(96)
第六节 肝胆管结石病	(97)
第七节 急性胰腺炎	(99)
第八节 门静脉高压症	(101)
第六章 周围血管和淋巴管疾病	(103)
第一节 周围血管损伤	(103)
第二节 血栓闭塞性脉管炎	(105)
第三节 动脉硬化性闭塞症	(106)
第四节 动脉栓塞	(108)
第五节 单纯性下肢静脉曲张	(110)
第六节 原发性下肢深静脉瓣膜关闭不全	(111)
第七节 下肢深静脉血栓形成	(113)
第八节 下肢淋巴水肿	(114)
第七章 泌尿系统疾病	(116)
第一节 泌尿系损伤	(116)
一、肾损伤	(116)
二、输尿管损伤	(117)
三、膀胱损伤	(118)
四、尿道损伤	(119)
第二节 泌尿、男生殖系感染	(121)
一、尿路感染	(121)
二、男生殖系感染	(122)
第三节 泌尿、男生殖系结核	(123)
第四节 尿路结石	(125)
一、肾结石	(125)
二、输尿管结石	(126)
三、膀胱结石	(127)
第五节 泌尿、男生殖系肿瘤	(129)

一、肾脏肿瘤·····	(129)
二、膀胱肿瘤·····	(131)
第六节 泌尿系统梗阻·····	(132)
第八章 骨科疾病·····	(135)
第一节 骨折概论·····	(135)
第二节 上肢骨、关节损伤·····	(137)
第三节 手外伤与断肢再植·····	(138)
第四节 下肢骨、关节损伤·····	(140)
第五节 骨盆骨折·····	(141)
第六节 脊柱骨折·····	(143)
第七节 运动系统慢性损伤·····	(144)
第八节 腰腿痛及颈肩痛·····	(145)
一、腰椎间盘突出症·····	(145)
二、颈椎病·····	(146)
第九节 骨与关节化脓性感染·····	(147)
一、急性血源性骨髓炎·····	(148)
二、慢性骨髓炎·····	(149)
第十节 骨与关节结核·····	(149)
一、脊柱结核·····	(151)
二、关节结核·····	(151)
第十一节 骨肿瘤·····	(152)

第一章 神经外科疾病

第一节 颅内高压症

目的要求

1. 了解颅内压增高的原因。
2. 掌握颅内压增高的临床表现。
3. 熟悉颅内压增高的诊断方法、治疗原则和治疗方法。
4. 了解脑疝的分类。
5. 熟悉脑疝的临床表现。
6. 了解脑疝的治疗原则。

知识要点

颅内高压症是神经系统常见的一组临床病理综合征，是多种疾病所共有的征象。各种原因造成的颅内压一般持续增高在 2.00 kPa (200mmH₂O) 以上时所引起的相应综合征称为颅内高压症。了解颅内压调节机制和颅内压增高的发生机制，以及颅内压增高最危急情况——脑疝的发生机制是学习和掌握神经外科学的重点和关键。

一、颅内压增高

颅内压增高 (increased intracranial pressure, IICP) 是神经系统疾病常见的综合征。外伤性颅内血肿、颅内肿瘤、高血压脑出血等多伴有颅内压 (intracranial pressure, ICP) 增高。许多内科疾病也会并发颅内压增高。本节要求掌握颅内压增高的临床表现 (头痛、呕吐、视乳头水肿、视力下降等)、诊断方法、治疗原则及治疗方法。

实习方法

首先，带习教师简单复习理论课教授的颅内压的正常值、颅内压增高的发病机理、三联征、五联征以及诊断方法等内容；然后带学生到病床旁指导学生询问患者的病史，进行神经系统查体；再分组让同学采集颅内压增高的典型病史、体征，制定诊断及治疗方案；最后，带习教师结合头颅电子计算机断层扫描 (CT) 等辅助检查结果对颅内压增高典型病例的实习方法进行总结，以使学学生巩固课堂所学的知识。

【采集病史】

问 诊

1. 头痛起始时间、部位、规律、性质。

2. 有无呕吐, 何时出现呕吐, 呕吐与头痛的关系, 呕吐的状况 (是否为喷射性)。
3. 与头痛、呕吐同时出现的其他伴随症状。
4. 产生头痛、呕吐的原因。
5. 曾经做过何种辅助检查、诊断、治疗, 治疗的结果如何。

查 体

1. 检查意识状况。
2. 头颅的外观及颅神经检查可见颅神经麻痹, 如外展神经麻痹、动眼神经麻痹等。
3. 四肢有无椎体束损害体征 (椎体束损害是指肌收缩力下降、肌张力增高、腱反射亢进等病理反射阳性)。
4. 可见深、浅及皮层感觉缺失。

辅助检查

1. 头颅 X 射线平片 头颅 X 射线平片可显示颅骨有无骨折。
2. 头颅 CT、MRI 头颅 CT、磁共振成像 (MRI) 可确定病变部位与性质。

【诊断要点】

1. 病史 患者有无颅内压增高的三 (五) 联征病史。
2. 体征 患者有无视乳头水肿及神经系统阳性体征。
3. 辅助检查
 - (1) 头颅 CT: 头颅 CT 为首选, 可诊断颅内有无占位性、出血性、血管性病变。
 - (2) 头颅 MRI: MRI 可矢状成像, 适于 CT 不能确诊的脑中线、颅底及脊髓病变。
 - (3) 数字减影血管造影 (DSA): DSA 可诊断血管性病变, 如动脉瘤, 脑动脉、静脉畸形 (AVM) 等。
 - (4) X 射线片: X 射线片可显示蝶鞍扩大, 颅缝裂开。
4. 腰椎穿刺 腰椎穿刺可测量颅内压力。该项检查较危险, 需家属签字同意后才能进行。
 - (1) 适应证: ①无明显颅内压增高; ②疑有颅内感染、出血; ③诊断性检查、治疗, 放血性脑脊液。
 - (2) 禁忌证: ①有明显颅内压增高; ②患者不合作; ③有局部感染; ④家属拒绝。
 - (3) 紧急处理: ①绝对卧床; ②快速静脉滴注 20% 甘露醇 125 ml; ③呼吸停止时, 自腰穿针注入生理盐水 (NS) 20 ml, 气管插管, 脑室引流。

【治疗】

快速降低颅内压, 及时明确诊断, 尽快解除病因, 辅以对症治疗是治疗急性颅内压增高的主要原则。

1. 一般治疗

- (1) 体位: 头部抬高 30° 卧位。
- (2) 静脉注射 (iv) 20% 甘露醇 0.25 g/kg~0.5 g/kg。

2. 脑疝的治疗原则

- (1) 立即静脉输入 20% 甘露醇, 每次 125 ml~250 ml。
- (2) 输氧, 保持呼吸道通畅。
- (3) 尽快明确诊断, 若据病史、体征可明确诊断, 就不必苛求完善的其他辅助检查。
- (4) 及时手术切除病变灶以解除病因。
- (5) 有脑积水的应行脑室引流术。

3. 手术指征

- (1) 有颅内血肿、占位性病变。
- (2) 有脑疝。
- (3) 有脑积水。
- (4) 有弥漫性脑肿胀, 出现难以控制的颅内压增高、脑疝。

二、急性脑疝

急性脑疝 (acute brain herniation) 是颅内压增高的危急状态, 直接威胁着患者生命, 应高度重视, 立即处理, 以挽救患者生命。若脑疝得不到及时医治, 患者就有生命危险。

实习方法

带习教师先简单复习脑疝的发病机制、分类、治疗方法等, 然后带学生到病床旁观察典型病例, 增加学生对脑疝的理性和感性认识。

【采集病史】

问 诊

1. 产生颅内压增高的时间。
2. 何时出现昏迷、瞳孔不等大、阵发性四肢强直。
3. 做过什么检查、治疗。
4. 有无外伤、发烧等病史。

查 体

1. 检查意识状况。
2. 颅神经检查可见动眼神经麻痹、瞳孔不等大现象。
3. 可见四肢有椎体束损害体征。
4. 可见生命体征异常。

辅助检查

做头颅 CT 及 MRI 辅助检查以了解占位病变的部位与性质。

【诊断要点】

1. 病史 是否有急性颅内压增高病史。
2. 体征 意识状况, 有无单侧或双侧瞳孔散大、椎体束损害。
3. 辅助检查 头颅 CT、MRI 检查可以显示有无颅内占位性、出血性病变。

【治疗】

1. 治疗原则 立即降颅内压, 尽快明确诊断, 解除病因, 必要时引流脑脊液(CSF)。

2. 治疗方法 与颅内压增高的治疗方法相同, 措施要更快、更得力, 一切措施同时进行, 不苛求完善的辅助检查。以最快、最有力的措施将颅内压降下去之后, 再尽可能进行病因治疗, 若为医源性颅内压增高则更要认真对待, 力求挽救患者生命。

思考题

1. 何谓颅内压增高?
2. 颅内压增高的临床表现有哪些?
3. 颅内压增高的治疗要点有哪些?
4. 常见的脑疝有哪几种?
5. 小脑幕切迹疝的临床表现是什么?
6. 脑疝的抢救措施有哪些?

第二节 颅脑损伤

目的要求

1. 了解颅骨的解剖结构。
2. 熟悉颅底骨折的临床表现。
3. 掌握颅底骨折的处理原则。
4. 了解原发性脑损伤的病理改变。
5. 熟悉原发性脑损伤的临床表现。
6. 掌握原发性脑损伤的诊断要点。
7. 了解脑损伤的治疗原则。
8. 了解颅脑损伤的常见病因。
9. 熟悉颅内血肿的诊断方法。
10. 掌握硬膜外血肿的临床诊断要点。
11. 了解颅脑损伤的治疗原则。

知识要点

颅脑损伤 (craniocerebral injury) 是一种常见病、多发病, 发病率占全身各种损伤的第二位, 但其死亡率却居第一位, 正确处理颅脑损伤具有重要临床意义。头部外伤当时即有的脑损伤为原发性脑损伤, 原发性脑损伤分为闭合性和开放性两类。闭合性脑损伤分为脑震荡、脑挫裂伤、弥漫性轴索损伤、脑干损伤和下视丘损伤。开放性脑损伤指颅脑损伤后脑组织与外界相通。头部外伤后才出现的脑损伤为继发性脑损伤, 主要有颅内血肿、脑水肿和颅内感染。继发性脑损伤中的颅内血肿是致死的重要原因, 掌握颅内血肿的诊断要点及处理方法对挽救患者生命至关重要。

一、颅底骨折

颅底骨折 (skull base fracture) 是颅骨线形骨折中的一种。由于脑脊液外漏使脑组织和外界相通, 故颅底骨折也属于开放性脑损伤。

实习方法

带习教师带领学生查看颅底骨折典型病例, 见习阳性体征。

【采集病史】

问 诊

1. 是否有头部外伤史。头部外伤史包括头部受伤的时间、地点、受伤方式。
2. 有无原发昏迷, 出现昏迷的时间, 清醒后有无头痛、呕吐现象。
3. 有无眼眶周围出血, 乳突周围皮肤淤血、青紫, 口、鼻、耳出血的现象。

查 体

1. 检查意识状况。
2. 检查眼周皮肤及眼结膜出血情况, 检查外耳道有无血性液体外流。
3. 检查颅神经有无损伤及其损伤程度。

辅助检查

1. 头颅 X 射线平片 头颅 X 射线平片常不能显示颅底骨骨折线。
2. 头颅 CT 头颅 CT 可见颅底骨骨折线, 颅内积气。

【诊断要点】

1. 有无局部淤血, 血性脑脊液外漏。
2. 颅神经损伤。
3. 头颅 CT 提示的直接、间接征象。

【治疗】

1. 头抬高患侧向上卧位休息。
2. 常规使用抗生素预防感染。
3. 对 CSF 外漏 4 周后仍不停者应考虑进行手术修补封闭瘘口。

二、原发性脑损伤

原发性脑损伤 (primary brain injury) 是头部受外力作用当时即发生的脑损伤。原发性脑损伤的及时处理, 对并发症的积极预防治疗, 可改善治疗效果。原发性脑损伤分为闭合性脑损伤和开放性脑损伤。闭合性脑损伤包括脑震荡、脑挫裂伤、弥漫性轴索损伤、原发性脑干损伤、下丘脑损伤。

实习方法

带习教师带领学生查看原发性脑损伤典型病例, 阳性体征, 随后选择典型病例采集病

史及查体。最后，由带习教师结合 CT 等辅助检查结果进行总结。

【采集病史】

问 诊

1. 是否有头部受伤史。头部受伤史包括头部受伤的时间、地点，受伤的方式。
2. 有无原发昏迷，昏迷发生和持续的时间，清醒后有无头痛、呕吐现象。
3. 做过什么治疗，结果如何。

查 体

1. 检查意识状况，昏迷程度。
2. 检查瞳孔大小、光反射情况。
3. 检查有无神经损害体征、脑膜刺激征。
4. 检查生命体征有何变化。

辅助检查

1. 头颅 X 射线平片 头颅 X 射线平片对诊断帮助不大。
2. 头颅 CT 头颅 CT 可显示各类脑损伤不同的典型表现。

【诊断要点】

脑震荡 (cerebral concussion)

1. 意识障碍，但昏迷时间 < 30 min。
2. 逆行性遗忘指不能回忆受伤前的情况。
3. 神经系统检查无阳性体征。
4. 腰椎穿刺检查可见脑脊液中红细胞呈阴性。
5. 头颅 CT 未见异常。

脑挫裂伤 (cerebral contusion and laceration)

1. 昏迷时间 > 30 min，有的甚至可长达数日、数周。
2. 颅内压增高症状可轻，可重。
3. 神经系统阳性体征表现为瘫痪，失语等。
4. 生命体征常有脉搏缓慢症状。
5. 腰椎穿刺可见血性脑脊液。
6. 头颅 CT 显示有点、片状出血。

弥漫性轴索损伤 (diffuse axonal injury, DAI)

1. 意识障碍重，长时间昏迷，脑水肿常使昏迷加重。
2. 瞳孔单或双侧散大，光反射迟钝。
3. 广泛神经系统损害。
4. 头颅 CT 检查可见脑白质散在点、片状出血。

原发性脑干损伤 (primary brain stem injury)

1. 意识障碍时间长，可持续昏迷数周、数月。

2. 不一定有颅内压增高。
3. 瞳孔变化无常，时大，时小。
4. 可见双侧椎体束受损体征，去脑强直。
5. 可见生命体征明显改变，高烧，血压不稳等。
6. 头颅 CT 可见脑干有点、片状出血。

下丘脑损伤 (hypothalamus injury)

1. 有睡眠障碍，常有严重意识障碍，有长时间昏迷现象。
2. 显示生命体征紊乱，高烧或体温不升，脉快，血压不稳。
3. 尿崩，常致水、电解质紊乱。
4. 消化道出血，肺水肿。

开放性脑损伤 (open brain injury)

1. 可见伤口出血，伤口内有异物。
2. 颅内压不一定高。
3. 局部脑损伤重。
4. 清创需清除异物，修补好硬膜。

【治疗】

1. 对症治疗。治疗方法参考颅内压增高的治疗。
2. 手术治疗。
3. 康复治疗。

三、颅内血肿

颅内血肿 (intracranial hematoma) 是颅脑损伤常见的继发性损害，常发生脑疝。颅内血肿是致患者死亡的重要原因。掌握颅内血肿的诊断要点及治疗方法对挽救颅脑损伤患者的生命至关重要。常见的颅内血肿有急性硬膜外血肿，急性硬膜下血肿，慢性硬膜下血肿及迟发性外伤性颅内血肿。

实习方法

在带习教师带领下，学生查看颅内血肿患者，见习阳性体征；选择典型病例，采集病史及查体。最后，带习教师结合 CT 等辅助检查结果进行总结。

【采集病史】

问 诊

1. 是否有头部外伤史。头部外伤史包括头部受伤的时间、地点、受伤方式。
2. 有无原发昏迷，处于昏迷状态的时间多长，清醒后有无头痛、呕吐现象。
3. 有无再昏迷，出现再昏迷的时间。
4. 做过什么治疗及治疗的结果如何。

查 体

1. 检查意识状况，昏迷程度。

2. 检查瞳孔大小、光反射情况。
3. 检查有无椎体束受损。
4. 检查生命体征有何变化。

辅助检查

1. 头颅 X 射线平片检查可确定骨折部位。
2. 做头颅 CT 检查。

【诊断要点】

急性硬膜外血肿 (acute extradural hematoma)

1. 有加速性损伤外伤史。
2. 有意识障碍, 有中间清醒期或迟发昏迷。
3. 清醒期有颅内压增高 (如头痛、呕吐) 现象。
4. 可见椎体束受损体征。
5. 常发生脑疝。脑疝征象包括患侧的瞳孔散大, 受伤对侧肢体瘫痪。
6. 生命体征显示有 Cushing 综合征表现。
7. 头颅 X 射线平片可见颅骨骨折线。
8. CT 可见菱形高密度影。

急性硬膜下血肿 (acute subdural hematoma)

1. 常有枕部着地外伤史。
2. 意识障碍有中间意识好转期或昏迷加深。
3. 急性颅内压增高, 频繁呕吐。
4. 脑疝。
5. 生命体征改变, 显示有 Cushing 综合征表现。
6. 头颅 CT 可见新月形高密度影。

慢性硬膜下血肿 (chronic subdural hematoma)

1. 颅内压增高的症状常常较轻, 易误诊。
2. 脑受压以轻微偏瘫、尿失禁、智力下降为主。
3. 头颅 CT 可见硬膜下有低、等、高、混杂密度影。

迟发性外伤性颅内血肿 (delayed traumatic intracranial hematoma)

迟发性外伤性颅内血肿指脑外伤后首次头颅 CT 结果显示无颅内血肿, 复查头颅 CT 时才出现的血肿, 或在原出血部位发现新的血肿, 血肿多在伤后 24 h 内发生。

【治疗】

1. 颅内血肿的非手术治疗指征
 - (1) 血肿量少于 50ml。
 - (2) 头颅 CT 显示脑中线结构移位小于 0.5 cm~1 cm。
 - (3) 格拉斯哥 (GCS) 计分大于 9 分。
 - (4) 环池、三脑室存在。
2. 颅内血肿的手术指征