

外科常見症狀急診手冊

李文光 編著

科学技术出版社

5.1

外科常见症状急诊手册

李文龙 编 著

责任编辑 赵怀庆

河南科学技术出版社出版

河南省浚县印刷厂印刷

河南省新华书店发行

787×1092 32开 4印张字数162千字

1985年6月第1版 1985年6月第1次印刷

印数：1—30000

统一书号14245·107

定价2.30元

委托出版

前 言

飞跃发展的世界医坛上，新的急救医学正在崛起。目前在我国急救医学尚未独成体系，电子计算机未能普遍应用于临床诊断之时，强调对急症的处理仍是非常必要的。本书主要为适应于实习医师和初踏外科临床的青年医师，尤其是在基层工作的青年医师在处理外科急症时，作为参考而编写的。

考虑到疾病表现在临床上的首先是症状及症候群，故本书从介绍症状入手，以便分析、判断构成疾病的依据。力求达到诊断迅速准确、治疗及时恰当。为此，着重对急症的一般概念，主要临床表现，病史的梗概，必要的检查、诊断重点、处理原则和方法加以简述。

目前，我国有关外科急症方面的手册性书籍甚少，即便有临床外科手册等，亦大都是七十年代以前的版本。故而本书尽可能将具有八十年代水平的国内外新技术、新疗法、新仪器及新的检查手段简明加以介绍。

限于本人水平，谬误之处，恳请批评指正。

一九八五年二月 作者

目 录

第一章 疼痛	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 头痛	(5)
第三节 颈痛	(8)
第四节 胸痛	(11)
第五节 腰痛	(17)
第六节 急腹痛	(22)
附 低电压脉冲电流解痛法	(28)
第二章 出血	(30)
第一节 概述	(30)
第二节 咯血	(32)
第三节 呕血	(36)
第四节 便血	(40)
第五节 血尿	(43)
第六节 伤口出血	(47)
第三章 损伤	(51)
第一节 创伤及其处治概要	(51)
第二节 创伤性休克	(55)
第三节 颌面创伤	(65)
第四节 头皮及颅脑外伤	(71)
第五节 脊髓创伤	(81)

第六节	胸部创伤·····	(96)
附:	心肌缝合及心包穿刺术·····	(107)
第七节	腹部损伤·····	(109)
附	腹部诊断性灌洗法·····	(116)
	肝损伤与脾破裂对照表·····	(117)
第八节	泌尿系统损伤·····	(121)
	肾损伤·····	(123)
	膀胱损伤·····	(128)
	尿道损伤·····	(132)
第四章	感染·····	(138)
第一节	一般概念及处置·····	(138)
第二节	外科感染常见致病菌·····	(148)
第三节	抗生素在感染中的应用·····	(152)
第四节	软组织感染的伤口处理·····	(166)
第五节	破伤风感染的处理·····	(170)
第六节	败血症的处理·····	(172)
第七节	鉴别诊断·····	(175)
附	急症中常见菌种及抗生素使用表·····	(174)
第五章	中枢神经系统外科急症·····	(177)
第一节	昏迷·····	(177)
第二节	晕厥·····	(181)
第三节	头痛·····	(185)
第四节	颅内压增高综合征·····	(189)
第五节	惊厥·····	(192)
第六节	眩晕·····	(194)

第六章 其它急症·····	(199)
第一节 呼吸困难·····	(199)
附 非休克性外科呼吸骤停·····	(202)
第二节 结石症·····	(206)
尿石症·····	(207)
胆石症·····	(212)
第三节 潴留症·····	(216)
尿潴留·····	(216)
水潴留·····	(219)
第四节 嵌顿·····	(223)
嵌顿疝·····	(223)
嵌顿痔·····	(226)
嵌顿包茎·····	(228)
第五节 外科高热·····	(229)
第六节 呕吐·····	(233)
附 实验室检查数值参考表·····	(236)

第一章 疼 痛

第一节 概 述

疼痛是机体对某些有害刺激的保护性反应。并在机体内产生一系列的生理病理变化；譬如血液中肾上腺素增多，血糖浓度增高，心率加速，血液的凝固性增高，同时呼吸减慢，血压升高等一系列改变。

当各种致痛因子作用于机体组织，并达到相当强度的刺激时，使机体组织中分布最广的神经感受器受到刺激并感到疼痛，从而产生疼痛感。它可以引起神经系统，包括神经末梢，神经干和神经中枢的间生态。为保护机体不再遭受严重侵害，这些感受器通过传导，引起适当地保护性反应，这种反应是表示机体内脏和体表的某个部位处于不幸状态的一种信号。由于神经分布的关系，人们常不能正确地判断内脏疼痛的准确位置（例如心绞痛初期，痛区可在上腹部、左臂外侧的皮肤表面、甚至放射到肩胛部），又因各组织密度不同，因此疼痛的性质和程度也不同。如侵害在浆膜时常感觉为刺痛；在结缔组织时则为跳痛；如在尿道时常为灼痛；倘在睾丸时则为坠痛。另外某些内脏器官受到损害时常有反射性疼痛；如肝脓肿时，右侧胸部和右肩会产生反射痛。疼痛严重时，可引起晕厥、昏迷和休克。凡外科急症中见到的疼痛，皆属病人不能耐受或有其它合并症的。

一、疼痛的原因很多，临床上常见者为：

- 1、创伤：如颅脑、胸部或腹部创伤等。**
- 2、感染：如泌尿系感染、腹膜感染等。**
- 3、物理性：包括各种结石、梗阻、脏器扭转、烫伤、嵌顿疝等。**
- 4、化学性：如强碱、强酸的损害。**
- 5、寄生虫：如胆道蛔虫，脑寄生虫等。**
- 6、肿瘤：（多发生在晚期的恶性肿瘤。）**
- 7、神经性：如顽固性颅神经痛等。**

二、诊断要点：

1、详细地询问病史：

- ①疼痛的部位、范围、时间及疼痛性质。**
- ②引起疼痛的原因：如外伤、暴饮暴食、感染、寄生虫、肿瘤等。**
- ③既往史：询问是否有传染病史、溃疡史、嗜好程度、劳动强度。并须明确是初发还是复发或继发，每次疼痛的过程及接受治疗情况、效果等。**
- ④主要伴随症状：如颅脑性疼痛，常伴有呕吐、恶心、意识障碍等；消化系疾病除有腹痛外，常伴有腹泻、恶心、呕吐；泌尿系疾病常伴有尿频、尿急、尿痛、血尿或腰疼；又如脑膜炎或破伤风也各有其特殊症状，前者多在剧烈头痛的同时，伴有喷射状呕吐，后者则表现为颈项强直，咀嚼肌功能障碍等。**

2、体格检查：

①一般状况，神志是否清醒，有无相对缓脉及某种危象。同时注意病人的特殊体位。

②全身皮肤及粘膜是否完整，有无出血、血肿、黄疸、皮疹、溃烂、变色或其它感染灶，以及特殊的色素沉着及紫癜等。

③疼痛部位及邻近组织的解剖关系有无异常，邻近肢体有无受累及功能障碍，这往往是生理性的保护措施，防止继续受伤，以减少机体某部份的负担。

④疼痛部位有无压痛，反跳痛及刺激征，疼痛部位的颜色、温度是否有异常，周围淋巴有无肿大等。

⑤有无牵拉痛及放射性疼痛，如有则应判明牵拉的方向、程度及放射的部位。尤应注意痛区及周围有无肿块。

⑥详细的全身检查。应从头到足，养成按解剖顺序检查的习惯，以免遗漏。

3、化验及特殊检查：

①血、尿、粪、痰的常规送检，在疑有感染时尤应注意白细胞的各项检查及变化。其它生化选送项目，则应根据具体情况和条件决定。

②凡疑有颅内压增高症及颅内创伤者，应即刻作腰椎穿刺，观察脑脊液的压力和有无出血。并作脑脊液氯化物、糖、细胞数等常规检查。

③凡疑有内出血者，一般应在相应部位穿刺，（如胸穿、腹穿和阴道后穹窿穿刺），如有感染可疑者，可涂片送检并做细菌培养。如系肿瘤破溃，则考虑送病理科作病理检查，查找癌细胞。

④凡属急腹症患者，肛门指诊是十分必要的。如系女性

寻头痛的原因，对抢救危重患者和预防病情恶化，均有重要的意义。

一、急性头痛的病因和分类：

概括地讲，头痛的发病机制可分为机能性与器质性两大类。前者发病的机制尚不完全明了，而后者常受两种情况的制约：其一是存在疼痛刺激的病灶；其二是受颅内疼痛敏感结构的影响。从病因角度可分为：神经机能性、损伤性、血管性、颅内高压性、中毒性、脑膜性、窦性及眼源性等。从临床角度看：它表现为慢性进行性急性发作；反复阵发性（多见于脑挫伤）；急性发作性以及头部器官疾病（颅骨病变）性等。今将与外科有关的常见的器质性头痛分列如下：

1、颅外病变：

- ①急性全身性感染：如败血症等。
- ②慢性全身性疾病：如尿毒症等。
- ③中毒：药物中毒、酒精中毒等。
- ④头皮、颅骨、骨膜的疾病和外伤。
- ⑤头面部器官疾病：如颅骨骨折、青光眼、乳突炎、副鼻窦炎及鼻咽部肿瘤等。
- ⑥颈肌病变：如颈肌炎，扭伤及因职业性特殊姿势所致的颈肌持续性收缩等。

2、颅内病变：

- ①感染：如脑脓肿、硬膜下脓肿等。
- ②血管性疾病：如蛛网膜下腔出血、脑溢血、脑栓塞等。
- ③肿瘤以及其它占位性病变。

使用止痛药物（疼痛性休克者例外），以免混淆症状，掩盖病情而造成诊断上的失误。

5、凡闭合性创伤，在镇痛的同时，要常规投予止血药。如系颅脑损伤，除上述治疗外，尚应给以50%葡萄糖注射液，静脉给药，以达到脱水和减低颅压的目的。

6、倘判定为内脏痉挛引起的疼痛，可选用适量的解痉和镇静药，如阿托品0.5至1毫克作皮下注射。

7、病人情绪烦躁可加剧疼痛，遇有此类状况时可给予镇静剂：如苯巴比妥0.1毫克肌肉注射，或选用氯丙嗪、安定等。

8、严密观察，如有必要可作重复检查以资对照，并报请上级医师，请求会诊或指导。

9、经急诊观察24小时仍不能确诊时，必须提出初步诊断。

10、凡危重病患者的任何辅助检查，经治医师均应始终在场，住院病人亦应护送至病房，直至住院医师接诊为止。否则不得擅自离伤病员。

11、如症状基本控制，又在判明病情的前提下，可嘱病人带药回家，并嘱其来院门诊定期复查。

第二节 头 痛

头痛是临床外科急诊中常见的症状。在急诊条件下，作为一名外科医师不仅要具备处理颅脑外科所涉及的头痛，还须善辨各学科、各类型的头痛。由于头痛有时是某些严重疾病和外伤的早期或突出的症状，因而详细询问病史，认真找

三、处理原则:

针对病因治疗, 当为上策, 然而在急诊条件下, 尤其是诊断尚未确立前, 进行病因治疗颇为困难。这里仅就对症治疗概述如下:

1、脱水药物: 使用50%葡萄糖、甘露醇、山梨醇或尿素等药物是缓解颅压升高, 防止脑水肿的有效措施。但须排除有出血倾向者。

2、血管收缩药物: 如双氢麦角胺等。

3、镇痛药物: 如复方阿斯匹林、氨基比林、奋乃静、可待因, 必要时可慎用杜冷丁。

4、针灸: 可根据痛点, 选风池、合谷、太阳、列缺、百会、印堂等穴位。

5、氧气吸入: 适用于缺氧所致的头痛, 颅内动脉痉挛, 一氧化碳中毒等可有所改善。对一般给氧难以缓解而又确需氧者, 可在高压仓内进行氧压治疗。

6、控制感染: 如脑脓肿时的抗炎治疗。

第三节 颈 痛

颈痛作为一种症状, 在外科急诊中它既可单独出现, 也可以复合形式出现。颈部除本身痛苦外、常可牵涉头部, 患者往往急诊求医。颈部因在解剖结构上的特殊性。

一、其产生疼痛的原因很多, 频难一一例举, 但大致可分为:

④外伤：硬膜外、硬膜下血肿，急性脑外伤及外伤后的头痛。

⑤其它：癫痫发作，腰椎穿刺及气脑造影后，颅内高压症等。

二、诊断要点及体验注意事项：

1、详细询问发病过程：如发作时间、疼痛规律，如系间歇性，须问明发作频率，每次持续多少时间，有无规律性发作及病程等。

2、头痛的性质及程度：如钝痛、胀痛、烧灼痛、闪电样痛、有无搏动样感觉。痛的程度如何（如隐痛、剧痛），痛前有无预兆。

3、疼痛部位：是局限于某一部位、某一侧？还是弥漫性全头痛。是否有移动、游走等。

4、诱发、加剧或缓解因素：如咳嗽、憋气、头部转动、体位改变和情绪波动是否与疼痛有关，上述原因的结果是使头痛加重还是缓解。

5、并发症状：有无呕吐、恶心、嗜睡、视力减退、肢体麻木、瘫痪或意识障碍等。

6、一般性体检：应着重血压的变化、五官检查，如系颅脑外伤，应注意耳鼻出血及脑脊漏（耳漏、鼻漏）。

7、神经系统检查：对运动、感觉、反射等方面详细观察。

8、几种具体的检查方法：观察体位变化对头痛的影响（昏迷者除外）；压迫颈部动脉对头痛是否有影响，转动头位、咳嗽、用力状态的情况如何。

麻木感，是否伴有眩晕、失眠及一过性脑贫血的病史等。

6、咳嗽、打喷嚏时是否加剧疼痛。

7、颈以下之各部位是否有感觉障碍。

(在体检时应谨慎注意下列情况)

8、注意身体姿势：如颈椎生理性前凸的弧度是否正常，颈椎活动范围或受限程度。

9、注意发现压痛点的部位及其与颈椎，枕骨，颈根部的解剖关系。

10、注意颈椎各椎体的排列、间隙、椎体形态有否正常、棘突之间距离是否增宽。如考虑为颈椎骨折，是否伴有脱位，和程度不同的脊髓损伤及休克的存在。

11、如确诊骨折，首先应检查脊髓神经损伤的程度，即自骨折部位以下的区域，皮肤感觉是否丧失，反射功能是否消失，是否有肢体瘫痪、尿潴留或尿失禁，大便失禁等状况。

12、注意检查颈部肌肉有无痉挛，活动受限，上肢肌肉张力有无改变，肌力如何等。

13、上肢神经检查须注意触觉、痛觉、冷热感觉的敏感程度。

14、上肢的血运状况：包括手指、前臂的颜色、温度是否正常。桡动脉搏动如何，特别在头转位时观察桡动脉有无搏动减弱的情况等。

15、颈椎作常规的X线摄影。除正位、侧位外、另加开口位。

三、急诊处理原则：

1、如系先天性异常，经对症处理后，转往矫形外科治

1、颈部先天性异常：如颈肋，婴幼儿时期的创伤（如分娩时器械伤）、畸形等。

2、颈部疾病：颈椎劳损、颈椎滑脱、颈椎综合征、肿瘤、感染、前斜角肌之症候群等。

3、椎部外伤：包括软组织扭伤、损伤、颈椎骨折等。

4、枕头型颈痛：近年来国外学者对枕头不合适所致的颈痛报道者日众，加拿大的（Smyth）氏经过研究了非洲和中国的硬枕头后认为：枕头只托头部，而使颈部得不到支托，久而久之，因应力作用加大，致使第五、六颈椎弯曲变形，终将导致椎间盘受损。另外因翻身时造成的活动拉力，亦是形成颈痛的重要原因。

5、其他：如大面积的瘢痕挛缩，从其他脏器转移到颈部的肿瘤，另外有许多胸部和上腹部疾病引起的放射性疼痛等。

二、病史及检查要点：

1、有无外伤史，并须弄清外伤的原因：如交通创伤、工业性创伤、各种器械伤、运动性创伤，以及突然被动地转动颈部，过伸或过屈和震颤头颈部等。

2、疼痛发作历史：是初发还是复发？是缓发还是骤发？如是外伤尤应问清受伤时的姿势及现场救护状况。

3、疼痛的性质和准确部位，有无压痛、颈痛与体位的关系等。

4、既往头颈活动有无障碍及障碍原因。

5、有无并发症及放射性疼痛：如有，放射到何处，（如肩、上臂、前臂、手掌或手指），问时尚须问明是否有

- 1、胸壁的疾病或创伤。
- 2、胸膜。
- 3、肺脏。
- 4、肋骨。
- 5、心血管、纵隔、食道。
- 6、横膈的病变和创伤。

其次必须指出，某些上腹部疾病也可反映到胸腔：如肝脓疡往往可累及患侧胸膜，在X线观察下，有时可见胸膜渗液。

二、重要体征及诊断要点：

1、胸壁损伤或病变引起的胸痛，此种疼痛为胸痛中最常见的一种。其特征为：疼痛部位固定于病灶相应之体表，局部有明显压痛。深呼吸、咳嗽、体位改变和举、伸上臂时，因牵拉胸壁使疼痛加剧。

胸壁痛的来源可分为：肌肉，肋骨、肋间神经。

肌肉病变：最常见的多为胸膜肌肉局部受损（如挫伤），或因剧烈咳嗽和震动引起的胸肌及肋间肌劳损或创伤所致。诊断的依据，一是病史，二是局限性压痛，常不涉及骨骼及肋间神经等范畴。

肋骨病变：最常见的为肋骨挫伤、肋骨骨折、骨髓炎、肋软骨炎等。其中，肋软骨炎的好发部位多在前第二肋骨与胸骨相邻之软骨部分，疼痛质多呈针刺样的或持续性隐痛，局部可见轻微隆起，并有压痛。而限于肋骨本身。在肋骨骨折严重时，可出现反常呼吸，并可闻及骨擦音，大多由于多根肋骨双骨折（即一根肋骨两处折断）造成的胸壁软化、塌

疗。

2、倘若属椎体疾病，可作积极的病因治疗。如牵引、手术、减压。颈椎支架或颈托的辅助支撑治疗亦不可忽视。如在恢复期，可行理疗并在医师指导下严格进行颈部肌肉锻炼。

3、如考虑为椎间盘压迫神经根时，可施行脊管造影加X线断层扫描，提供受压图象。

4、如系颈椎骨折，无论发生任何椎体，均应作持续性牵引，并做应急抢救的必要准备，以防呼吸骤停。

5、发生在第3—7颈椎的骨折，最易伴发脱位。因此须慎防脊髓神经损伤（无论是震荡还是休克），即使无损伤症状，亦应加以预防和观察。因为于骨折初期，脊髓损伤往往未能发现。

6、体位绝对制动，有条件的医院可使用制动床架。无绝对必要，禁止任何体位移动，以免让受伤的脊髓神经再遭创伤。

第四节 胸痛

胸痛是由于胸壁、骨骼、内脏的损伤或疾病刺激神经，并经传导反映到胸外的一种症状。它往往涉及到内科、外科、神经科等学科和范畴。因此在处理胸痛这一外科急症时，务须详细询问病史，判明病因。如有诊断上的困难或疑为非外科性胸痛时，可从速申请专科会诊或报请上级医师复查，切勿笼统地归结为“神经痛”而草草了事。

一、病因：大致来自六个方面。