

临床急诊丛书 临床急诊丛书 临床急诊丛书

SHENJING XIONGXIN MINIAO
WAIKE FIENCE

冯春国 李汉杰 于在诚 于德新 主编

神经、胸心、泌尿

外科分册

安徽科学技术出版社



前 言

随着现代医学科学的不断发展，外科学的分支越来越趋细。而在外科临床工作中，急症占有非常重要的位置。外科急症包括外科范围内所有需要紧急处理的情况，如各种创伤、急腹症和手术与疾病的严重并发症等。外科急症常常病情危重而凶险，如病人得不到及时抢救和正确治疗常会危及生命。而如何及时、正确而有效地诊治则是工作在临床第一线医师需要解决的首要问题。成功的救治可使病人起死回生，而错误的诊断和治疗则可能造成严重后果。在诊断和处理外科急症时必须思路敏捷而开阔，善于纵横联系、综合分析，对外科急症有着完整的系统概念，并熟练地掌握外科急症的基础理论知识、诊断程序和技术操作要点。否则就有可能面对急症茫然失色，犹疑不决或不知所措，甚至误诊误治。早期正确的诊断是成功救治的前提，处理外科急症时必须争分夺秒，在进行必要的紧急处理的同时，询问、搜集病史要点、进行必要的体格检查，全面综合判断病情或伤情，及时作出正确的诊断并制订出准确的紧急救治方案。

为适应在临床第一线工作的实习医师、住院医师和基层医院医师的需要，我们在广泛搜集临床急症救治经验的基础上，结合临床实践和体会，编写了这套《临床急诊丛书》，其中外科部分包括普外科、骨科、神经外科、胸心外科、泌尿外科和妇产科。本书以条文

形式书写，力求简明扼要，着重介绍诊断与处理要点。目的在于使之成为一本专业性强、方便实用的急诊参考书。

本书出版得到了安徽科技出版社的大力支持，值此表示衷心感谢。由于我们水平所限，书中难免有错误和不当之处，殷切地希望广大读者及时给予批评指正，以使之渐臻完善。

耿小平 王楼生

目 录

上篇 神经外科

颅内压增高	2
急性脑疝	6
头皮损伤	9
颅骨骨折	12
脑震荡	15
脑挫裂伤	16
原发性脑干损伤	20
外伤性颅内血肿	23
开放性颅脑损伤	27
外伤性脑脊液鼻漏	32
外伤性颈内动脉海绵窦瘘	34
颅内肿瘤	38
垂体卒中	44
颅内动脉瘤	47
脑动静脉畸形	51
高血压脑出血外科治疗	57
脑脓肿	61
硬脑膜下脓肿	65
硬脑膜外脓肿	66
三叉神经痛	68
脊髓损伤	70
脊髓血管畸形	75
急性硬脊膜外脓肿	77

神经外科诊断性手术	80
神经外科急诊手术前后的处理	88
中篇 胸心外科	
胸部损伤	94
肋骨骨折	95
胸骨骨折	99
外伤性气胸	102
外伤性血胸	106
重症胸部损伤和复合伤	109
心脏创伤	113
自发性气胸	117
自发性血胸	121
乳糜胸	124
外伤性湿肺	127
外伤性窒息	129
气管、支气管损伤	130
支气管异物	135
食管异物	138
食管穿孔	142
食管烧灼伤	146
后天性食管-气管瘘和食管-支气管瘘	150
食管-主动脉瘘	153
纵隔气肿	156
急性纵隔炎	159
创伤性膈疝	162
绞窄性膈疝	165
急性脓胸	168
急性化脓性心包炎	170
左心房粘液瘤	174
胸心外科急诊常用操作技术	177

下篇 泌尿外科

血尿	192
肾绞痛	194
急性肾功能衰竭	195
肾损伤	200
输尿管损伤	204
膀胱损伤	207
尿道损伤	210
阴茎损伤	214
阴囊损伤	217
睾丸、附睾、精索损伤	219
阴茎异常勃起	222
睾丸扭转	224
肾脓肿和肾周脓肿	227
急性尿潴留	230
急性膀胱炎	231
急性淋菌性尿道炎	232
急性前列腺炎与前列腺脓肿	234
急性附睾炎	236
急性睾丸炎	238

上篇 神经外科

颅内压增高

颅内压增高是一组常见的临床征象，可继发于许多疾病，特别是颅内占位性病变。临床上多用侧卧位腰穿所测得脑脊液压力来表示颅内压。正常成人颅内压为 $0.8\text{kPa} \sim 1.8\text{kPa}$ ($80\text{mmH}_2\text{O} \sim 180\text{mmH}_2\text{O}$)；儿童为 $0.5\text{kPa} \sim 1.0\text{kPa}$ ($50\text{mmH}_2\text{O} \sim 100\text{mmH}_2\text{O}$)。超过此范围即可诊断为颅内压增高。

●**颅脑损伤**：颅脑损伤引起颅内压增高的机理较为复杂，其中主要有脑挫裂伤脑水肿，颅内血肿，脑脊液循环障碍及静脉窦损伤等。

●**颅内肿瘤**：颅内肿瘤引起的颅内压增高，肿瘤的体积是一因素，但更重要的是肿瘤的部位、性质和生长速度以及肿瘤造成的脑水肿；肿瘤恶性程度高，生长快，或位于脑脊液循环通路附近，其引起的颅内压增高迅速且症状明显；反之，颅内压增高则缓慢。

●**颅内感染性疾病**：包括病毒、细菌和寄生虫等。此类疾病引起的颅内压增高，急性期多因病变本身及脑水肿，后期往往由于蛛网膜粘连造成的脑积水等。

●**颅内血管性疾病**：高血压脑出血、脑动脉瘤、脑血管畸形破裂出血，均可导致颅内压增高。

●**颅脑先天性疾病**：狭颅症、颅底凹陷症、导水管发育异常、Arnold-Chiari 畸形等均可引起颅内压增高。

●**其他**：良性颅内压增高症（假脑瘤综合征）、脑缺血缺氧引起的脑水肿等，也可引起颅内压增高。

临床表现

●**头痛、呕吐、视神经乳头水肿**是颅内压增高的三大临床主征。头痛多位于额部及双颞，以早晨和晚间较重；呕吐出现在剧烈头痛时，多呈喷射状；视神经乳头水肿出现的时间与原发病及颅内压增高的速度有关。

●**Cushing 反应**：颅内压增高的病人临床可出现“二慢一高”，即脉搏缓慢有力、呼吸深慢、血压升高。病情继续加重，病人可出现潮式呼吸、血压下降、脉搏细速，最后呼吸停止，称之为“Cushing 反应”。

●**慢性颅内压增高**病人可出现反应迟钝，记忆力下降以及视力减退、癫痫发作等。

●**根据颅内原发病的不同**，病人可出现相应的局灶性症状如偏瘫、失语、感觉异常、共济失调等。

●**腰穿测脑脊液压力**超过正常范围，但对有颅内压增高的病人，腰穿时应慎重，因有诱发脑疝之虞。此外影响腰穿测压的因素很多，应结合临床，综合分析腰穿测压的结果。现多采用持续颅内压监护观察颅内压的动态变化，来弥补腰穿测压的不足；其方法有脑室内、蛛网膜下腔、硬脑膜外监测等。

●**头颅 X 线平片**上的指压痕增多、鞍背吸收等，有

助于颅内压增高的诊断；脑血管造影、脑室造影、头颅 CT 及 MRI 等对颅内原发病有诊断价值。

鉴别诊断

●颅内压增高的诊断应与血管神经性头痛，胃肠道疾病引起的呕吐及视神经本身的疾病相鉴别。

并发症

●消化道出血：颅内压增高病情严重者可出现胃、十二指肠粘膜糜烂和溃疡，引起上消化道出血。其机理与颅内压增高造成下丘脑植物神经功能紊乱有关。

●肺水肿：颅内压增高引起的肺水肿，多见于颅脑损伤的病人，其机理为颅内压增高引起肺毛细血管压力增高与液体外渗形成肺水肿。

●脑疝：见“急性脑疝”章节。

●脑死亡：颅内压增高至某一危险水平，导致了脑缺血缺氧的严重后果。临床上病人深昏迷，两侧瞳孔散大、固定，自主呼吸停止，阿托品试验不引起心率加快，脑电图描记无超过 2mV 以上波形的脑电活动，脑血管造影无颅内血管显影等。

处理

●病因治疗：对诊断为颅内压增高的病人，应通过详细的病史询问及神经系统检查，尽早了解颅内原发病的部位和性质，并正确选用必要的辅助检查，如头颅 X 线平片、头颅超声波、脑血管造影、脑室造影、头颅 CT 或 MRI 等检查。一旦确诊，应力争去病因治疗，

如颅内血肿清除、脑瘤切除、脓肿穿刺引流或切除、脑积水的脑脊液分流术等。

●降颅内压治疗：

(1) 药物治疗：

①口服药物：适用于意识清醒、颅内压增高程度较轻的病人。常用药物有：双氢氯噻嗪 25mg~50mg，每日 3 次；氨苯喋啶 50mg，每日 3 次；速尿 20mg~40mg，每日 3 次；50%甘油盐水 60ml，每日 3 次。

②静脉注射药物：适用于有意识障碍或颅内压增高程度较重的病人，常用的药有：20%甘露醇，每次每千克体重 1g，可降低颅内压 29%~60%，维持时间 4~6 小时；每次每千克体重 1.5g~2g，可降低颅内压 50%~70%，维持时间 5.5~8 小时。成人常用剂量为 20%甘露醇 250ml，静脉快速滴注，每日 2~4 次；复方甘油注射液，成人 500ml，静脉滴注（每分钟 2ml~3ml），每日 1~2 次；速尿 20mg~40mg，肌肉或静脉注射每日 2 次；25%人血白蛋白 20ml~40ml 静脉注射，每日 1 次。

③肾上腺皮质激素：地塞米松 10mg~20mg，静脉注射，每日 2 次。对疑有消化道出血病人应避免使用。

(2) 手术治疗：包括减压手术、脑室外引流术与脑脊液分流术等。

●一般治疗：

(1) 密切观察神志瞳孔及生命体征的变化，加强护理，保持呼吸道通畅，及时去除病人躁动的原因。

(2) 限制每日输液量，每日应控制在 1 500ml~2 000ml，生理盐水不超过 500ml，补液速度不宜太快。

同时注意病人全身情况及水、电解质、酸碱平衡。

(3) 冬眠低温疗法：降低脑组织的耗氧量。

(4) 对症治疗：有癫痫发作的病人应给予抗癫痫药物；对躁动病人应及时查找原因，慎用镇静剂，以免影响病情观察；头痛禁用吗啡、度冷丁止痛，以免引起呼吸抑制。

(5) 抗生素治疗：主要用于控制颅内感染、防止继发性感染与神经系统并发症，应根据病人的具体情况选用适当的抗生素。



概述

●颅内局灶性或弥漫性病变引起颅内压增高时，在用力、咳嗽、腰穿等诱因作用下，部分脑组织发生移位，并通过颅内一些解剖上的裂隙挤入压力较低的部位称之为脑疝。其结果是脑干、脑神经和脑血管受压，脑脊液循环障碍，危及病人生命。脑疝的常见病因有颅内肿瘤、颅脑损伤及脑脓肿等。根据脑疝发生的部位和疝出的组织不同，临床上可分为小脑幕切迹下疝（颞叶钩回疝）、枕大孔疝（小脑扁桃体疝）、大脑镰下疝（扣带回疝）、小脑幕切迹上疝（小脑上蚓疝）等，以小脑幕切迹下疝和枕大孔疝多见。两者可单独发生，严重时可同时存在。

●小脑幕切迹下疝和枕大孔疝同为颅内压增高的危象，可迅速致命。小脑幕切迹下疝、大脑镰下疝多见于幕上病变，特别是一侧大脑半球的占位性病变；而枕大孔疝和小脑幕切迹上疝多见于幕下病变，即后颅凹占位性病变。

1. 小脑幕切迹下疝（颞叶钩回疝）

●颅内压增高症状加重，表现为剧烈头痛、频繁呕吐，伴有烦躁不安。

●进行性意识障碍，由于脑干受压，脑干网状结构受损出现嗜睡、昏迷，对外界刺激反应迟钝或消失；原有昏迷的病人，昏迷程度加深。

●瞳孔改变：小脑幕切迹下疝发生时，由于病变侧动眼神经受牵拉压迫，病变同侧瞳孔先是缩小、光反应迟钝，但很快出现病变同侧瞳孔散大、光反应消失。晚期两侧瞳孔散大固定、光反应消失。

●病变对侧肢体偏瘫的发生和加重、锥体束征阳性，是由于大脑脚受压所致。晚期可出现病变同侧肢体瘫痪、双侧锥体束征阳性。

●去大脑强直，因中脑以上结构受压所致。开始表现为病变对侧肢体被刺激时上肢作伸直及内旋，严重时为双侧去脑强直发作或持续性去脑强直。

●生命体征的变化，由颅内压增高时的“二慢一高”（即脉搏慢、呼吸慢、血压高），改变为血压忽高忽低、呼吸忽快忽慢；大汗、面色潮红或汗闭、面色苍白；体温不升或高热。最终因呼吸停止、血压下降、

心脏停搏而死亡。

2. 枕大孔疝（小脑扁桃体疝）

●剧烈头痛、频繁呕吐出现在后颅凹占位性病变的病人常提示第四脑室出口受压而使颅内压急剧增高，应警惕很快出现枕大孔疝的可能。

●生命体征变化显著，在急性枕大孔疝形成时，由于延髓的急性受压，病人常表现为呼吸突然停止。

●颈强直，颈枕区疼痛，以病变侧显著，活动颈部可使疼痛加重，这是由于疝出的小脑扁桃体刺激颈神经根所致。

●进行性意识障碍并不多见，这是由于单纯枕大孔疝时，延髓受压与意识活动无直接关系。只有当颅内压增高使整个脑干受压和缺氧，全脑损害出现，病人才有意识障碍。

鉴别诊断

●诊断小脑幕切迹下疝时，应与其他疾病所致的昏迷相鉴别。在小脑幕切迹下疝发生的过程中，总会有不同程度的颅内压增高表现，而且在发生脑疝时有患侧瞳孔变化和对侧肢体偏瘫这一特征性的表现，鉴别并不困难。

●诊断枕大孔疝时，应与周围性呼吸衰竭相鉴别。枕大孔疝除有颅内压增高的病史外，还有后颅凹病变本身具有的共济失调、颈项强直等，易于鉴别。

处理

●对有颅内压增高的病人，应争取在脑疝形成前，

通过病史、体检和必要的辅助检查，明确原发疾病的诊断，及时进行病因治疗。

●一般处理及降颅内压的药物治疗参见“颅内压增高”章节。

●对枕大孔疝出现的呼吸骤停，特别是后颅凹占位性病变合并有脑室扩大的病人，应尽快行颅骨钻孔，侧脑室穿刺外引流术，可在短时间内迅速、有效地降低颅内压、缓解病情，同时进行气管插管、人工辅助呼吸，为进一步病因诊治争取时间。

●脑脊液分流术，适用于合并有脑积水的病人。具体方法有侧脑室-腹腔分流术，侧脑室-心房分流术，侧脑室-上矢状窦分流术，侧脑室-脑池分流术等。

●减压术：有内、外减压两种，此类手术对脑损害大，为非病因治疗，目前已很少单独采用。多在病因治疗如肿瘤切除、血肿清除等术后有脑组织肿胀、颅内压增高未能满意解除时使用。内减压有脑叶切除术如额极或颞极切除；外减压有颞肌下减压与枕下减压术。



●颅脑损伤的病人多有头皮损伤。单纯的头皮损伤如能及时诊治，本身并无严重后果，但在颅脑损伤的诊断和治疗中应予以重视：①头皮损伤的部位，往往与着力部位一致，其损伤的类型与程度可作为推测所受

暴力性质和大小的参考,为诊断颅内损伤提供依据;②头皮血供丰富,裂伤和撕脱伤后极易出血,不及时处理可致失血性休克;③头皮抗感染和愈合能力较强,但损伤后处理不当,一旦感染,有并发颅骨骨髓炎、硬脑膜外脓肿、脑膜炎及脑脓肿之虞。头皮损伤包括头皮擦伤、头皮挫伤、头皮血肿、头皮裂伤以及头皮撕脱伤。

诊断和处理

●头皮血肿:

(1)按血肿位于头皮的不同解剖层次可分为三种:

①皮下血肿:血肿位于皮下组织层,较小且局限在头皮挫伤的中心,质地较硬无波动或仅中央有波动感。血肿周围组织水肿,触诊时有凹陷感,易误诊为凹陷性骨折;②骨膜下血肿:血肿位于骨膜与颅骨之间,常局限于某一颅骨范围,边缘不超过颅缝。血肿张力大,可有波动感;③帽状腱膜下血肿:血肿位于帽状腱膜与骨膜之间,较大,可蔓延至整个头部,严重时累及眼球后,压迫视神经致视力减退甚至失明。头皮肿胀明显,血肿软,有波动感。

(2)处理:三种头皮血肿的治疗方法基本相同。小的头皮血肿多数能自行吸收,可辅以中医活血化瘀治疗,选用云南白药、三七片或琥珀粉等。大的头皮血肿应在血肿张力不高时,于无菌操作下用粗针将积血抽除,再用弹力绷带加压包扎,有时需要反复穿刺抽除积血。对已有感染的血肿,应切开引流并全身应用抗生素。对有视力改变的帽状腱膜下血肿,应及时处

理，可行血肿穿刺抽除或切开引流，并加用止血药和抗生素。对失血量较大的病人，可适当输新鲜血。

●头皮裂伤：

(1) 头皮的开放性损伤、帽状腱膜未破者，头皮裂伤呈线状，帽状腱膜破裂者，创口哆开，裂伤的创缘可不规则或出血较多，不及时处理可出现失血性休克。

(2) 处理：压迫止血，力争在 72 小时内清创。术前将伤口周围 3cm~5cm（或全部）范围内毛发剃去，清创时应将伤口内毛发、泥砂等异物清除；创缘不整者，创缘不宜过多切除以免缝合困难；污染严重的伤口，应置乳胶片引流，术后 24~48 小时拔除；术后注射破伤风抗毒素和选用抗生素。

●头皮撕脱伤：

(1) 多因发辫卷入转动的机器内，使大块头皮自帽状腱膜下层或连同颅骨骨膜（部分或完全）撕脱。伤者常因大量失血和伤口疼痛而出现休克。处理：用无菌敷料覆盖伤口，加压包扎止血、镇静止痛，防治休克，争取在 12 小时内清创。对撕脱的皮瓣可根据不同情况进行处理。

(2) 处理：①皮瓣未完全脱离、有血供者，应仔细清创后予以缝合；②皮瓣完全脱离，但挫伤不严重，将皮瓣清创消毒后，吻合小血管，全层缝合撕脱的头皮；③无血管吻合条件者，应将撕下的头皮的皮下层切除，做成全厚或中厚皮片植回；④受伤已久、感染明显或植皮失败，按一般感染创面处理，以后在颅骨外板每隔 1cm 做深达板障的钻孔，待肉芽组织生长后植