

外科学

沈 阳 医 学 院

一九七三年十二月

救死扶傷
革命的人道主義
朱東

毛主席语录

领导我们事业的核心力量是中国共产党。

指导我们思想的理论基础是马克思列宁主义。

路线是个纲，纲举目张。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

团结起来，争取更大的胜利。

前 言

遵照伟大领袖毛主席关于“学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简”的教导和“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，为了贯彻《全国教育工作会议纪要》的精神，以及我院教育革命深入发展的需要，在院党委领导下，深入农村，工矿，总结了几年来教育革命实践经验，编写了这本外科教材、为我院工农兵学员试用。

在编写过程中，我们努力做到以毛主席对教育革命的指示精神为指导，运用辩证唯物主义观点，阐明疾病的发生发展规律，以常见病，多发病为重点，力求具有革命性、科学性、实践性，并贯彻理论和实践相结合，中西医结合，防治结合，平战结合的原则。尽管我们做了一些努力，但由于我们对马列主义，毛主席著作学习不够，对毛主席有关教育革命的指示精神领会不深，以及实践经验不足，在教材中肯定会存在许多缺点和错误，恳切希望工农兵学员和阅读的同志们提出宝贵的批评意见，我们表示热忱的欢迎。

今后我们还必须进一步深入理解毛主席对教育革命的指示精神，在教育革命实践中做到边教边改，不断总结经验，不断充实提高，为逐步达到社会主义需要的无产阶级新教材而努力。

外 科 教 学 组

一九七三年十二月

目 录

第一篇 颅脑及脊髓疾病

第一章 颅脑损伤	1
第一节 头皮损伤	1
第二节 颅骨骨折	2
第三节 脑外伤	3
脑震荡 脑挫裂伤 脑干损伤	
第四节 颅内血肿	5
第二章 颅内占位性病变	7
第三章 脊髓肿瘤	11

第二篇 颈部疾病

第一章 颈淋巴腺结核	14
第二章 甲状腺疾病	15
第一节 单纯性甲状腺肿	15
第二节 甲状腺机能亢进症的外科治疗	17
第三节 甲状腺腺瘤和囊肿	20
第四节 甲状腺癌	21

第三篇 胸部疾病

第一章 乳房疾病	22
第一节 急性乳腺炎	22
第二节 乳腺增生病	23
第三节 乳腺纤维腺瘤	24
第四节 乳癌	24
第二章 胸壁结核	28
第三章 胸部损伤	30
第一节 肋骨骨折	30
第二节 气胸	32
第三节 血胸	35
第四章 胸膜疾病	37
第一节 急性脓胸	37
第二节 慢性脓胸	39

第五章 肺癌	40
第六章 食管癌与贲门癌	43

第四篇 腹部疾病

第一章 腹部疝	47
第一节 腹股沟斜疝	47
第二节 股疝	51
第三节 鞘闭疝与绞窄疝	52
第二章 急腹症	53
第一节 急性腹膜炎	53
第二节 急性阑尾炎	58
第三节 溃疡病急性穿孔	62
第四节 肠梗阻	65
一、肠梗阻临床的一般规律(共性)	66
二、常见的各类型肠梗阻	71
1. 粘连性肠梗阻	71
2. 肠套迭	72
3. 肠扭转	73
第五节 胆囊炎与胆石症	74
急性阻塞性化脓性胆管炎	79
第三章 腹部损伤	80
第一节 实质性脏器损伤	80
第二节 空腔脏器损伤	81
第四章 小儿先天性消化道疾病	82
第一节 先天性肥厚性幽门狭窄	82
第二节 先天性肠闭锁和狭窄	84
第三节 先天性巨结肠	85
第四节 先天性肛门、直肠闭锁和狭窄	86
第五章 腹部脏器常见疾病	88
第一节 胃十二指肠溃疡病的外科治疗	88
第二节 胃癌	92
第三节 原发性肝癌	95
第四节 胰头癌	96
第五节 结肠癌	98
第六节 门静脉高压症	100
第六章 直肠肛门疾病	106
第一节 痔	106
第二节 肛裂	108

第三节	肛门直肠周围脓肿	109
第四节	肛瘘	110
第五节	直肠脱垂	112
第六节	直肠息肉	113
第七节	直肠癌	113

第五篇 周围血管疾病

第一章	下肢静脉曲张	116
第二章	血栓性静脉炎	118
第三章	血栓闭塞性脉管炎	119

第六篇 泌尿系统和男生殖系统疾病

第一章	泌尿、男生殖系统疾病症状及检查法	121
第一节	泌尿系统与男生殖系统症状	121
第二节	泌尿系统与男生殖系统体征检查	123
第三节	泌尿系统与男生殖系统疾病常用化验	123
第四节	泌尿系统X线造影检查	124
第五节	泌尿系统器械检查	126
第二章	泌尿系统和男生殖系统损伤	127
第一节	肾脏损伤	127
第二节	输尿管损伤	129
第三节	膀胱损伤	130
第四节	尿道损伤	131
第三章	泌尿系统和男生殖系统结核病	134
第一节	肾结核	134
第二节	男生殖系统结核	138
第四章	泌尿系统结石病	139
第一节	概 论	139
第二节	肾、输尿管结石	140
第三节	膀胱、尿道结石	142
第五章	泌尿、男生殖系统肿瘤	142
第一节	肾脏恶性肿瘤	142
第二节	膀胱肿瘤	143
第三节	阴茎癌	146
第四节	睾丸肿瘤	146
第六章	泌尿系统梗阻	147
第一节	概论	147
第二节	肾积水	149

第三节 前列腺肥大症·····	150
第七章 外生殖器常见疾病·····	152
第一节 睾丸鞘膜积液·····	152
第二节 精索静脉曲张·····	153
第三节 包茎与包皮过长、嵌顿包茎·····	154
第四节 附睾炎·····	157
第五节 隐 睾·····	157
第六节 尿道下裂·····	158
第八章 男性节育·····	158

第七篇 运动系统疾病

第一章 骨与关节损伤·····	161
第一节 骨折概述·····	161
第二节 上肢骨折·····	170
一、锁骨骨折·····	170
二、肱骨外科颈骨折·····	171
三、肱骨干骨折·····	172
四、肱骨髁上骨折·····	173
五、缺血性挛缩·····	174
六、肱骨髁骨折或骨骺分离·····	175
七、内上髁骨折或骨骺分离·····	175
八、尺骨鹰咀骨折·····	175
九、尺骨骨折合并桡骨小头脱位·····	176
十、前臂双骨折·····	176
十一、桡骨下端骨折·····	177
第三节 下肢骨折·····	178
一、股骨颈骨折·····	178
二、粗隆间骨折·····	180
三、股骨干骨折·····	180
四、髌骨骨折·····	181
五、胫腓骨骨折·····	182
六、踝部骨折·····	183
第四节 躯干骨折·····	185
一、脊柱骨折与脱位·····	185
二、骨盆骨折·····	188
第五节 四肢关节脱位·····	189
一、脱位概述·····	189
二、肩关节脱位·····	189

三、肘关节脱位·····	190
四、桡骨小头半脱位·····	191
五、髌关节脱位·····	191
第二章 骨与关节化脓性感染·····	193
第一节 化脓性骨髓炎·····	193
一、急性血源性骨髓炎·····	193
二、慢性骨髓炎·····	195
第二节 急性化脓性关节炎·····	196
第三章 骨与关节结核·····	197
第一节 概 论·····	197
第二节 脊柱结核·····	200
第三节 髌关节结核·····	201
第四节 膝关节结核·····	202
第四章 骨肿瘤·····	203
第一节 骨软骨瘤·····	204
第二节 骨巨细胞瘤·····	204
第三节 骨肉瘤·····	205
第五章 肢体畸形·····	206
第一节 肌性斜颈·····	206
第二节 先天性髌脱位·····	206
第三节 先天性内翻尖足·····	209
第四节 脊髓灰质炎后遗症的治疗·····	210
第六章 腰 痛·····	214
第一节 急性腰扭伤·····	214
第二节 慢性腰部劳损·····	214
第三节 腰背筋膜炎·····	215
第四节 腰间盘突出症·····	216
第五节 类风湿性关节炎·····	217
第六节 增生性关节炎·····	218
第七章 半月板损伤·····	219
第一节 膝关节解剖与生理·····	219
第二节 半月板损伤·····	220
第八章 骨科其他常见病·····	222
第一节 肩关节周围炎·····	222
第二节 肱骨外上髁炎·····	222
第三节 狭窄性腱鞘炎及腱鞘囊肿·····	223
一、狭窄性腱鞘炎·····	223
二、腱鞘囊肿·····	224

第四节	落 枕·····	224
第五节	踝关节扭伤·····	224
第六节	颈椎病·····	225
第九章	手外伤及感染·····	226
第一节	手的结构与机能·····	226
第二节	手开放性损伤的早期处理·····	228
第三节	手闭合性损伤·····	230
一、	手的软组织损伤·····	230
二、	掌骨骨折·····	230
三、	指骨骨折·····	232
第四节	手的感染·····	232
一、	甲沟炎·····	232
二、	化脓性指头炎·····	232
三、	急性化脓性腱鞘炎·····	233
四、	手掌筋膜间隙感染·····	233
第十章	断肢再植·····	234
附：	骨科检查法·····	238

第一篇 颅脑及脊髓疾病

第一章 颅 脑 损 伤

颅脑损伤在战时或平时均较常见，其损伤范围包括头皮、颅骨和脑组织，常有时三者同时受损伤，其中脑组织损伤起着主导的决定性作用。其特点是病情急，变化快，必须紧急进行抢救处理，稍一延误就可能造成严重的不良后果。革命的医务人员必须遵照毛主席的教导“完全”“彻底”“全心全意地为人民服务”的精神，敢于担风险，不放松一线的抢救机会，积极抢救阶级弟兄的生命安全，是抢救颅脑外伤取得良好效果的关键。

第一节 头 皮 损 伤

头皮损伤是颅脑外伤中最常见的损伤，若早期清创处理不当，亦可发生感染，甚至引起骨髓炎，脑膜炎等严重并发症。因之绝不能轻视，必须认真负责的慎重处理。根据伤情分述如下：

1. 擦皮伤：指钝性暴力的浅表损伤，可清除表面的污染，消毒后暴露之。
2. 挫伤：钝性外力所致之皮下渗血肿胀，可将伤部剃光头发，消毒暴露。
3. 裂伤：头皮组织的裂伤，深浅程度不一，为了控制出血和感染，伤口均需手术处理，并同时检查颅骨的伤情。
4. 头皮血肿：可分三类，其特点及鉴别和治疗如表1—1

表1—1 头 皮 血 肿 鉴 别 表

类 型	鉴 别			处 理
	范 围	软 硬 度	并 发 病	
皮下血肿	局限、较小	硬、有时中心较软		可自行吸收、全愈
帽状腱膜下血肿	较大、可蔓延全头部	有明显波动	在儿童常是出血疾患的并发症	先行压迫包扎，注射止血药，同时检查血象及出凝血时间，一周后抽出血肿内之积血，加压包扎。数次无效者、可剃头、消毒、切开头皮，排出血液，放置胶条引流，加压包扎。
骨膜下血肿	局限于骨缝之间	硬，偶有波动	常伴有线状骨折	常可自行吸收消散，若一周后不吸收，可穿刺抽血，加压包扎。

当触诊头皮血肿时，可触得中间凹陷，周边隆起，极易误认为凹陷骨折，但撮颅骨平片后即可区别。

5. 头皮撕脱：指头皮由帽状腱膜下层被撕起，与颅骨外衣分离，范围有时相当广泛。当撕脱的头皮有蒂连结时，可直接清创缝合。若头皮缺损，面积直径不超过五厘米时，可利用头皮的伸缩性做皮瓣转移修复。

第二节 颅 骨 骨 折

在颅脑外伤中约有三分之一的患者有颅骨骨折，颅骨骨折与颅骨本身的韧性和弹性以及暴力的大小有关，当外力大于颅骨的韧性和弹性时，即引起颅骨的弯曲或变形而造成骨折。颅骨骨折的严重性不在骨折的本身，而在于其内部的脑膜、血管、脑组织及颅神经的并发伤。骨折线通过血管沟、静脉窦及板障血管，出血可致颅内血肿，开放性 & 内开放性的骨折可致颅内感染。

1. 颅盖骨折：按骨折形态可分为线形（外伤引起颅缝分离又叫哆裂性骨折，亦属此类）凹陷，粉碎及穿入性骨折。依颅骨是否暴露又可分为开放性 & 闭合性骨折。颅骨骨折好发生在颅骨凸起部位，多沿外力撞击方向发生局部骨折，也可因外力使颅骨暂时变形发生其它部位的骨折，骨折处常有头皮肿胀和压痛，骨膜下血肿常标志局部有骨折存在。在凹陷骨折时，局部常可触到骨质凹陷。但当头皮下血肿时这一检查并不可靠。若骨折线很长时，局部叩诊偶可听到颅骨破裂声。最后靠颅骨X线摄片（正侧位和切线位相），以判定骨折部位，形态和凹陷的深度。

（1）颅盖线形骨折：病人无神经系统症状者，不需特殊处理。若骨折线跨过血管沟时，应警惕颅内血肿，若骨折线通过付鼻窦时，应给抗感染药物，以防颅内感染。

（2）凹陷骨折：除凹陷不深（0.5厘米以下）或在婴、幼儿没有神经系统症状者不需处理外，一般均应手术复位。手术目的性在于：

- ① 解除脑压迫，特别是面积大，凹入深，有压迫症状者；
- ② 预防癫痫；
- ③ 正形及解除心理负担，特别对于前额广泛凹入而有明显畸形者。

在静脉窦附近的凹陷骨折，若临床上无何症状及体征，手术宜慎重进行以免遭致不可控制的大出血。

（3）开放性骨折，首先注意防治休克，检查创腔，进行清创处理。一般可用消炎药物和破伤风抗毒血清。

2. 颅底骨折：主要为线形骨折，因常与蛛网膜下腔和付鼻窦相通，故称为内部开放性骨折。一般分为前，中，后颅窝骨折。其特点主要为相应部位软组织出血，颅神经损伤，脑脊液漏及脑损伤等，少数可有脑组织外溢及颅内积气。

颅底骨折的诊断，主要根据临床症状及体征作出诊断，但必须与眼、耳、鼻直接损伤鉴别。一般的X线检查诊断价值不大。

颅底骨折的治疗原则一般有三：

第一，促进脑脊液漏的早期闭合，如病人清醒，尽量争取半坐位，制止咳嗽或打喷嚏。脑脊液漏一般多在一周内自行愈合，如迁延一个月以上仍不愈合者，宜酌情考虑开颅修补硬脑膜瘘孔。

表1—2 各部位颅底骨折的特点

骨折部位	软组织出血	颅神经损伤	脑脊液漏	脑损伤
前颅窝底	眼睑青紫、肿胀，球结膜下瘀血	嗅神经损伤	鼻、口腔流出血性脑脊液	并发额叶底部损伤
中颅窝底 (包括岩骨)	颞肌下出血及压痛	面及听神经损伤	常由中耳流出血性脑脊液	颞叶底损伤，
后颅窝底	乳突皮下及胸锁乳突肌处出血，颈肌强直压痛	少见。 偶有9—12颅神经损伤	少见	可并发延髓损伤。

第二，预防并发颅内感染：严防漏出脑脊液逆流入颅内，对脑脊液鼻漏或耳漏严禁堵塞冲洗，经常消毒局部保持干净。禁腰穿，应用消炎药物。

第三，积极恢复损害颅神经的功能，先查清原因，如视神经损伤常为骨片压迫，应尽早施行视神经减压及血肿清除术，如为挫伤或水肿所致颅神经损伤者，可用新疗法，并用神经营养及血管扩张药物

第三节 脑 外 伤

脑 震 荡

为闭合性颅脑损伤中最轻的一种，主要表现为一过性的脑机能紊乱，病理上无明显的形态学改变。

【临床表现】伤后常有短暂的意识丧失，一般不超过半个小时后即行恢复。病人常常对于外伤的经过不能回忆，称为逆行性健忘症。可有头痛、头晕、恶心呕吐等一般脑症状，还可有嗜睡、耳鸣、心悸等植物神经机能紊乱表现，而神经系统的体征检查时无阳性发现，脑脊液压力及成份亦正常。

【诊断】凡头部外伤后，有短暂意识障碍，醒后有逆行性健忘，神经系统无阳性体征者，即可确定诊断。

【治疗】“外因是变化的条件，内因是变化的根据”首先要使病人对疾病有正确的认识，解除思想负担，调动病人的主观能动性是治疗中的关键。一般应休息5～7天，根据病人的症状可服用镇痛、镇静药物或同时进行新针治疗等。

脑 挫 裂 伤

系指脑组织的器质性损伤而言。

【临床表现】伤后昏迷时间较长（由几分钟到数日不等），如昏迷深，持续时间长，表示脑挫裂伤重。反之，表示伤轻。多数的脑挫裂伤病人于清醒后即出现头痛，呕吐，颈强直（蛛网膜下腔出血所致），亦可于伤后立即出现神经系统功能丧失如偏瘫，失语等定位体征，随着及时治疗而逐渐减轻好转。但“世界上的事情是复杂的，是由多方面的因素决定的”，有的病人，由于脑水肿肿胀的增重或扩延亦可出现中间意识好转期，或出现新的体征，很像颅内血肿，宜慎重加以区别。

脑 干 损 伤

系指中脑，桥脑和延髓损伤而言。一般分为原发性，指脑干直接受到损伤；及继发性，指由于颅内血肿，脑水肿肿胀造成颅内压增高，发生小脑幕疝或枕大孔疝压迫脑干所致。

【临床表现】由于脑干含有重要的颅神经核网状结构以及承上启下的神经传导束等。因此脑干有轻度伤害，即可出现严重的症状。

1. 意识障碍：伤后立即出现昏迷状态，多处于深昏迷，对外界的一切刺激反应消失。

2. 瞳孔改变：双侧瞳孔极度缩小或扩大而固定，以及两侧瞳孔大小不等，变化多端。

3. 去大脑强直：伤后单瘫或偏瘫者少见，多为四肢软瘫，以后出现去大脑强直，典型者表现为两侧上下肢过度的伸直，颈后仰呈角弓反张状。

4. 早期出现呼吸功能紊乱：先有呼吸变深变快，继续深慢不规则而停止。与此同时气管内分泌物增多是由于植物神经功能紊乱所引起。多数病人心跳不立即停止，在人工呼吸维持下，心跳尚能持续一段时间，如病情继续发展，继而引起循环系统的改变，如脉弱，不规则，血压下降，直至心跳停止。但是“矛盾着的对立的双方互相斗争的结果，无不在一定条件下互相转化。在这里，条件是重要的。”若脑干伤较轻，尤其是继发性的脑干损伤，经过及时抢救，有可能在数日内，意识恢复，体征稳定而行好转。有时甚至病人已出现呼吸衰竭时，经千方百计地抢救，尚能获得较大希望。

【诊断】一般伤后立即昏迷，出现去脑强直和瞳孔大小多变，腰穿压力不高是脑干损伤的典型表现。原发性脑干损伤和继发性脑干损伤，对决定治疗方针有很大差别，必须加以鉴别。后者经特殊造影，常能查到原发病灶，同时有颅内压力增高的症状。

【脑挫裂伤与脑干损伤的治疗原则】

一般脑挫伤的治疗原则与脑震荡相似。对广泛挫裂伤和脑干损伤的病人的抢救，必须以“完全”、“彻底”。全心全意的思想为指针，敢于担风险，敢于创新。不轻易地放过一线的抢救机会争取较好的治疗效果。一般应注意以下几个方面：

1. 体位：颅内压增高病人应抬高床头15～30度，以利于颅内静脉回流，减轻脑水肿肿胀。

2. 饮食：昏迷病人于术后2～3天内禁食，每天经静脉补充高热量液体、待病情稳定后尽早鼻饲流质饮食（如牛奶、肉汤、米汤、果汁等，同时加盐及维生素等。）

3. 降低颅内压力：重型脑挫裂伤及脑干损伤（包括颅脑火器伤），常引起急性脑水肿肿胀，为危及生命的主要矛盾。因而能否妥善控制脑水肿肿胀的发生发展，成为影响抢救能否成功的重要环节之一。因此需要把液体输入量限制在每24小时内于2000毫升以内并给脱水药物如：50%葡萄糖液50—60毫升每六小时一次静脉注射；50%甘油盐水，30—50毫升每日三到四次口服；25%山梨醇，每公斤体重1—2克静滴；20%甘露醇，每次250毫升静滴，一次可维持4—6小时，24小时内可用750毫升左右。

4. 人工冬眠：可降低组织代谢，减少耗氧量，减轻脑组织对创伤的反应，防止脑水肿肿胀的发生发展，一般可维持2—3天，降温至33—35℃为佳。

5. 促进苏醒，给谷氨酸，细胞色素C和三磷酸腺苷，及新针疗法。

6. 注意酸碱平衡及水电解质紊乱：由于大量应用脱水及降压和利尿剂。使水、电解质排出量增加，临床常可出现离子紊乱和酸中毒。必须及时调正并适当增加入水量和补充盐类。

7. 防止并发症：昏迷病人，按时观察病人的神志、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的变化做好记录；做好对躁动癫痫病人的安全保护；做好气管切开的护理；按时翻身叩背；加强口腔护理，褥疮护理，眼部护理以及消化道的护理是防止并发症的重要措施。

第四节 颅内血肿

颅脑损伤常有颅内出血，如出血集聚到一起称为颅内血肿，约占颅脑损伤的9%。

根据其集聚的部位，可分为硬膜外，硬膜下，脑内和后颅凹血肿；根据出血的速度和血肿形成的时间又分为急性，亚急性和慢性颅内血肿；根据血肿的数目又分为单发和多发颅内血肿。

【临床表现】

1. 意识状态：是判定颅内有无血肿最主要的临床表现，也是较早出现的症状之一。患者挫伤后立即昏迷（称之为原发性昏迷），持续时间短者瞬间长者数天，依脑挫伤的程度而定。以后意识逐渐好转或清醒（称为中间意识好转期），经过一段时间（与出血速度有关），又昏迷（称为继发性昏迷）；或者伤后昏迷逐渐增重；或者于伤后虽无昏迷和中间意识好转期，但意识逐渐恶化者即应考虑有颅内血肿的可能。

2. 肢体偏瘫：伤后本无偏瘫，而以后在观察中出现了偏瘫或于轻瘫的基础上逐渐增重，同时还常常出现相应的肌张力增高，腱反射亢进，病理反射的出现等等的这些症状。其从无到有，从轻到重是随其血肿的逐渐增大而逐步地发展起来的，是变动的，不是固定的。

3. 颅内压增高：随血肿的增大，可出现血压升高，脉搏宏大，呼吸深慢，病人躁动不安，呕吐逐渐加重，眼底出现乳头水肿，出血等颅压增高症状。

4. 瞳孔改变：由于血肿增大，颅压增高而出现颞叶钩回疝。在血肿同侧出现瞳孔缩小继而扩大，光反应消失，如不及时清除血肿，经过一段时间则对侧瞳孔也散大固定。

【判定颅内血肿部位的要点】根据体征，绝大多数的颅内血肿位于：

1. 瞳孔散大侧
2. 浅反射（如腹壁或提睾反射）减弱或消失的对侧。
3. 偏瘫的对侧，或锥体束征（腱反射亢进，肌张力增强，病理征阳性）的对侧。
4. 局灶性癫痫的对侧。
5. 骨折线即血肿常见的部位，尤其是跨越颅骨血管沟者。
6. 外物打击伤，即头部为一运动着的物体所击血肿常在受击相应的部位。
7. 若为高处坠落伤，或运动着的头突然为一静止的物体所阻的病例：则
(1) 枕部为着力点时：血肿多在对冲的部位即位于对应的额，颞极部。
(2) 前额，额顶颞部为着力点时，血肿多在受击的相应部位。

【特殊检查】

1. 平片：除发现骨折线外，如见到松果体钙化时，其钙斑向血肿对侧移位。
2. 超声波测定：中线波向血肿对侧移位。
3. 脑血管造影：正位相：多有大脑前动脉明显地向对侧移位，大脑中动脉出现相应的无血管区，而侧位像：无明显变化。

【各类血肿的临床特点】

1. 急性硬膜处血肿：多数是由于颅骨骨折损伤硬脑膜的动静脉，静脉窦或板障静脉所致。其中以硬脑膜中动脉主干及分枝出血引起的血肿多见。一般原发性脑损伤轻，临床表现为：

(1) 原发昏迷轻，意识呈现典型的原发昏迷中间意识好转期继发昏迷的发生发展过程。

(2) 定位症状：常先出现血肿对侧面瘫及上肢轻瘫，以后随血肿扩展，其下肢亦出现瘫痪。

(3) 平片多见有跨越硬脑膜中动脉，静脉或静脉窦沟的骨折线。

2. 急性硬脑膜下血肿常继发于较重的脑挫裂伤之后，尤其是顶，枕部着力而引起的额颞极及底面的对冲伤，出血的主要来源是脑挫裂伤。伤后常常发生脑水肿肿胀，颅压急速增高；而伤后一直昏迷，或渐加重而中间意识好转期不明显，血肿量受急速增高颅内压和脑水肿肿胀的限制常常不大临床上易为脑挫裂伤的症状所掩盖。

3. 脑内血肿：比较少见，由于对冲性脑损伤或凹陷性骨折所致，血肿可在脑组织的深部或浅部。常与硬膜下血肿并存，临床特点如下：

(1) 好发于对冲的部位，急性者与急性硬膜下血肿相似。

(2) 有中间意识好转期，持续的时间较长病情进展缓慢。

(3) 出现相应的定位体征，慢性者同颅内占位性病变不易鉴别。

4. 后颅凹血肿：暴力常作用于枕部，枕部头皮常伴有挫裂伤及血肿，颅骨骨折线常跨越横窦，窦汇可向上向颞顶部伸延。一般病情发展很快，甚至诊查中即可出现急性呼吸衰竭。如出血缓慢，病人清醒时，可有剧烈头痛，呕吐同时出现共济失调（眼震、轮替不灵活，指鼻试验不准等）。当疑有后颅凹血肿，病情逐渐恶化时，可立即钻孔探查术，清除血肿后可使患者转危为安。

5. 多发血肿：指颅内同一部位或不同部位形成一个以上的血肿而言，约占颅内血肿的五分之一左右。不遗漏一个血肿是抢救重型颅脑外伤的重要关键。根据临床实践中的体会，凡遇到下列情况时应考虑到有多发血肿的存在：

(1) 运动中的头部在后枕正中着力时，出现对冲部位血肿的体征，应考虑到双侧颅内血肿的可能性。

(2) 颅骨平片上显示冠状缝哆裂骨折或两侧多发性骨折，而骨折线通过多处血管沟时常为两侧血肿，虽然只有一侧血肿的临床体征，乃血量不等，大血肿的一侧体征掩盖了小的一侧的体征，不可忽视。

(3) 当骨折线的部位和血肿的体征矛盾时应考虑为多发性血肿的可能性；如X线平片显示右侧跨越硬脑膜中动、静脉沟的骨折线而定位体征为左侧血肿的体征者，常为两侧性的多发血肿。

(4)当手术中清除了一侧血肿，脑压降低，但很快脑组织又膨隆起来；或于清除一个血肿后，病情一度好转，继而又恶化者，并出现新的体征或急性颅压增高表现者，应考虑多发性的颅内血肿。

(5)临床已证实一侧有很大的血肿，但超声波探测，无中线移位，或脑血管造影片上大脑前动脉无移位者应想到多发性颅内血肿可能。相反，经上述检查移位很大而血肿层很薄清除血肿后颅内压无明显好转时，应想到同侧并发有脑内血肿的可能性。

【颅内血肿的治疗】急性颅内血肿一经确诊，即应以“只争朝夕”的精神迅速做血肿清除手术，术中做到认真止血。手术时对于钻孔探查位置的选择甚为重要，选择不当则有血肿而找不到常常贻误抢救的机会。现介绍选择钻孔位置的原则如下：

按体征定位，着力点与骨折部位一致骨折线跨越硬脑膜血管沟时，可于耳前上方（耳前二横指）即额颞交界处探查，根据头部着力点，参照表1～3进行钻孔。

表1—3 受伤部位及钻孔顺序表

受伤部位	钻 孔 部 位 顺 序
额 部	①同侧额部、 ②颞部、 ③对侧颞部、 ④额部
颞 部	①同侧颞部、 ②对侧颞部 ③同、对侧额叶偶见
顶 部	①同侧顶部 ②颞部、 ③对侧额颞部
枕 部	①对侧额颞部、 ②同侧额颞部、 ③同侧枕部、 ④必要时后颅凹

发现血肿则行立即清除，彻底止血以解除脑压迫，然后根据病情采用扩大骨窗或作骨成形开颅。当术中发现脑挫裂伤，脑水肿肿胀严重时，应吸出破碎已失生机的脑屑行脑内，外减压术。术后的昏迷时应参照脑挫裂伤及脑干损伤的治疗原则治疗。若病人已清醒或估计在短时间内清醒者，术后注意观察有无血肿复发同时给以止血剂，脱水药物，限制入液量以及应用磺胺抗菌素预防刀口感染。

第二章 颅内占位性病变

成人的颅腔，系以骨缝密接的颅骨所构成，它的本身无伸缩性。在正常的情况下，颅腔容积和颅腔内容的体积之间，仅留有一定的空隙，维持着一定的均衡。一旦有肿瘤、脓肿、寄生虫及血肿等病变的发生时，由于病变本身扩张性或浸润性的生长，周围脑组织的水肿、脑脊液循环的受阻，便可产生颅内压力增高的一般脑症状。以及压迫和破坏脑组织所产生的定位性症状。这种占据着颅腔空间位置的肿瘤、脓肿、寄生虫以及血肿等，统称之颅内占位性病变。

【临床表现】

1. 一般脑症状：以头痛、呕吐、视乳头水肿等最为常见，有人将此称为颅压增高