



全 / 科 / 医 / 生 / 规 / 范 / 化 / 培 / 训 / 教 / 程

· 案例精编 ·

总主编 / 唐红梅 陈颖敏

社区外科常见病例诊治策略

—— 主编 ——

陈跃宇 黄旭元

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

社区外科常见病例诊治策略 / 陈跃宇, 黄旭元主编.
—上海: 上海科学技术出版社, 2017.8

全科医生规范化培训教程 案例精编 / 唐红梅, 陈
颖敏总主编

ISBN 978-7-5478-3613-2

I. ①社… II. ①陈… ②黄… III. ①外科-常见病
-诊疗-病案-技术培训-教材 IV. ①R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 152434 号

社区外科常见病例诊治策略

总主编 唐红梅 陈颖敏

主 编 陈跃宇 黄旭元

上海世纪出版股份有限公司 出版
上 海 科 学 技 术 出 版 社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

印刷

开本 889×1194 1/32 印张 10.375

字数 267千字

2017年8月第1版 2017年8月第1次印刷

ISBN 978-7-5478-3613-2 / R · 1389

定价: 58.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题, 请向工厂联系调换

全科医生规范化培训教程

案例精编

社 区 外 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

内 容 提 要

本书为全科医生规范化培训教程之一,以案例的形式,对外科常见疾病的诊断、治疗、干预、康复、随访管理、保健指导等工作内容做了全面阐述。其案例以患者到社区医院就诊为线索,介绍社区医生对该疾病的诊断与治疗过程中应该注意的问题,同时针对患者及家属经常询问的、医护人员认为需要提醒患者注意的事项详细叙述,特别是患者自我检测病情的方法、生活管理和康复锻炼方面的注意事项,使社区医生在与患者的交流中更为细致周到。

本书可供社区医生、医学生及外科医生参考使用。

全科医生规范化培训教程

案例精编

编写委员会

总主编

唐红梅 陈颖敏

副总主编

黄旭元 屠春林 秦建晔 陈跃宇 浦文斌

王迎春 周 慧 孙 杰 毛红芳 浦 争

编委

(按姓氏笔画排序)

王 静	王元天	王建平	王海鸥	龙 翔	史佩东
代荣晓	戎哲毅	朱 堃	许向东	李 缨	李宏松
李晨蕾	杨德斌	吴田英	余艳芳	张 梅	陆 敏
陈德宣	林永辉	金 琳	周 洁	周敏霞	胡燕琪
施黎明	姚晓华	索丽霞	徐 荣	徐兰芬	徐炜新
徐建华	殷 勇	高 生	曹 敏	韩秀华	翟佳燚

教材编写办公室

秦建晔 翟佳燚

全科医生规范化培训教程

案例精编

社 区 外 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

编委会名单

主 编

陈跃宇 黄旭元

副主编

史佩东 姜全明 殷 勇 王元天
代荣晓

编写者

(按照姓氏笔画排序)

万伯顺 王建球 王晓东 刘朝晖
苏进根 李云飞 李 岩 李慧章
杨路德 张仕文 张 辉 邵伟荣
周海华 郭润生 曹志彬

全科医生规范化培训教程

案例精编

社 区 外 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

前 言

2015年9月,国务院办公厅颁布了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》。意见指出,到2020年将在全国全面确立“基层首诊,双向转诊,急慢分诊,上下联动”的分级诊疗模式。这项政策的出台,是解决各级医疗机构资源利用与配置极不均衡、患者负担与医保资金负荷日益加重的一剂良方。然而,这项政策要顺利实施,夯实基层医疗质量是前提,全国90多万个基层医疗卫生服务机构,需要大批合格的全科医生,才能有效、科学、合理地推行分级诊疗。

全科医生在基层承担预防保健、常见病与多发病诊疗和转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务,被称为居民健康的“守门人”。然而,多年来我国基层医疗卫生人才队伍建设相对滞后,合格的社区全科医生数量严重不足,制约了基层医疗卫生服务水平的提高。因此,建立全科医生培养制度是提高基层医疗卫生服务水平的客观要求。

早在2010年,为加强基层全科人才培养,贯彻《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》(发改社会〔2010〕561号)的精神,上海试行了全科医生规范化培训制度,对全科医生开展围绕临床基本能力、基本公共卫生实践能力及职业素质提高的规范化培训。2014年,国家卫生和计划生育委员会充分肯定“医教协同”住

院医师规范化培训的“上海模式”，并向全国推广。2012年，上海健康医学院（原上海医药高等专科学校）与嘉定区卫生和计划生育委员会联合，选定嘉定区中心医院对原上海医药高等专科学校三年制临床医学专业（乡村医生方向）的应届毕业生开展为期两年的助理全科医生规范化培训。2015年，“3+2”助理全科医生规范化培训模式正式在全市推广，并在全国相关教育论坛上进行交流，得到国家卫生和计划生育委员会、教育部的高度重视。

在实施全科医生规范化培训和助理全科医生规范化培训的过程中，我们发现缺乏针对性培训教材，使得学员在对疾病发生、发展过程、转归等知识点的学习上有一定难度。同时，对于预防保健、常见病多发病转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务的教学培训也缺乏系统性；在社区课程培训中，基本侧重公共卫生的理论知识，而没有更多的联系实际现场的案例教学。因此，亟需为全科医生和助理全科医生规范化培训提供教材支撑，要在培训教材中做到临床知识的深入与基层岗位技能的有机结合，从助理全科医生岗位职业能力培养及执业资格考试需求出发，构建专业课程体系，优化课程内容，把基层、社区、农村常见病、多发病、慢性病及常见公共卫生问题作为教学重点，避免培训仅仅在理论层次上重复。

“全科医生规范化培训教程——案例精编”是在对上海市7个郊区基层卫生工作中出现的常见病、多发病案例进行3年回顾性整理和筛选的基础上形成的标准案例，包括9个分册，按社区常见病诊治及辅助检查解析、慢性病管理、社区特殊人群保健、社区卫生服务管理、康复等内容进行分类。以案例为引导编写形成的规范化培训教材，可培养全科医生、助理全科医生的社区工作思维路径，帮助其熟知社区医疗工作流程，熟悉掌握并规范开展社区常见病、慢性病的接诊—诊断—处置—转诊—随访—康复等工作。

本套丛书在上海市卫生和计划生育委员会的指导下,由上海健康医学院和附属嘉定区中心医院组织临床一线师资,在嘉定区妇幼保健院、嘉定区精神卫生中心和嘉定区各社区卫生服务中心的通力合作下编写而成,是在长期的全科医生及助理全科医生规范化培训带教工作中经验积累的一次总结和提炼,也是从无到有的一次创新。第一次编撰,书中难免存在许多不足,恳请广大读者惠予指正,使其更臻完善。

上海健康医学院 唐红梅

上海健康医学院附属嘉定区中心医院 陈颖敏

2017年4月

编写说明

随着社会的进步、医改的推进,全科医生、社区医生、家庭医生的概念逐步被人们接受,全科医生在维护人民的健康中付出艰辛与智慧,必将成为医疗战线的主力军。全科医生在接诊中既要面临繁杂的人群,复杂的主诉、症状与体征,又不能像大医院那样有明确的分科,往往要解决内、外、妇、儿各科的问题,对他们的知识广度要求较高。本书正是以全科医生的需求为切入点,试图以一个个病例的形式帮助他们解决相关临床问题。

编者团队长期从事医疗教学工作,已经培养出多批社区医生。但是,编者发现这些年轻医生的诊疗水平参差不齐,表现在问诊时思路较窄,不能围绕患者的症状展开询问。我们编写本书的目的,就是帮助社区医生拓展思路,注意诊疗中的细节问题,希望通过提高社区医生的水平,赢得患者的信任和支持。

本书系根据教材、指南或专家共识,结合临床实践的心得提炼而成。它不能取代教材,而是教材的补充和延伸。一般来讲,教材的着眼点是疾病,重点是如何看病,写作风格比较严肃。但限于篇幅,其论述是宏观的,有些概念一带而过,且缺乏细致的健康指导。本书的重点是如何与患者交流,如何规范化地管理术后患者。比如:

腹部手术后吃什么、怎么吃最科学,骨折患者康复锻炼中家属要做什么等,本书都有较为详细的论述。因基层医院往往无手术设备(目前也不要求手术),本书将手术指征归纳在“转诊标准”之中。

需要指出的是,本书各章节所参考的指南、专家共识等文献大多是目前最新的,但不可能一成不变。随着科学技术的迅猛发展,有些疾病的诊治会与现在明显不同。各位读者应不断学习新的知识,积累经验,与时俱进。此外,由于我国幅员辽阔,各地社区医院的条件存在差异,本书中的“转院建议”只提供参考,不具有标准性。

本书在写作过程中广泛征求社区医生、在校医学生和其他临床教师的意见,得到上海科学技术出版社西医编辑部各位老师的耐心指导和大力支持,也得到临床教学办公室老师的鼎力相助,在此表示衷心的感谢!由于编写人员水平有限,书中也许会有一些缺点和错误,恳请广大读者批评指正!

编 者

2017年3月

全科医生规范化培训教程

案例精编

社 区 外 科 常 见 病 例 诊 治 策 略

目 录

第一章 外科常见感染	001
第一节 外科常见的软组织感染	001
第二节 甲沟炎	005
第二章 外科急腹症	010
第三章 腹部闭合性损伤	014
第四章 烧伤及咬蜇伤	022
第一节 烧伤	022
第二节 咬蜇伤	036
第五章 甲状腺、乳腺肿瘤	041
第一节 甲状腺结节	041
第二节 乳腺癌	048

第六章 外科常见的胃肠肿瘤	058
第一节 胃癌	058
第二节 结肠癌	064
第三节 直肠癌	070
第七章 胆道、胰腺外科疾病	078
第一节 胆石症	078
第二节 阻塞性黄疸	086
第三节 急性胰腺炎	100
第八章 腹股沟疝	110
第九章 急性阑尾炎	115
第十章 下肢血管病变	120
第一节 下肢静脉曲张	120
第二节 下肢深静脉血栓	130
第十一章 肛管疾病	141
第一节 肛裂	141
第二节 痔	144
第十二章 神经系统常见疾病	148
第一节 脑出血	148

第二节 急性外伤性颅内出血	168
第三节 慢性硬膜下血肿	178
 第十三章 尿石症	184
第一节 肾结石	184
第二节 输尿管结石	189
第三节 膀胱结石	192
 第十四章 泌尿系损伤	196
第一节 肾损伤	196
第二节 尿道损伤	200
 第十五章 男科学	205
第一节 男性性功能障碍	205
第二节 男性不育症	208
 第十六章 前列腺良性疾病	212
第一节 前列腺增生症	212
第二节 前列腺炎	220
 第十七章 泌尿系统肿瘤	232
第一节 肾细胞癌	232
第二节 前列腺癌	236
第三节 膀胱癌	241

第十八章 手与腕部狭窄性腱鞘炎	246
第十九章 骨软骨瘤	252
第二十章 骨性关节炎	256
第二十一章 肩袖撕裂	265
第二十二章 颈椎病	272
第二十三章 腰椎间盘突出症	278
第二十四章 骨科常见的骨折	283
第一节 腰椎骨折	283
第二节 股骨颈骨折	289
第三节 桡骨远端骨折	297
第四节 锁骨骨折	301
第二十五章 踝关节扭伤及韧带损伤 修复术后的康复	307

第一章

外科常见感染

第一节 外科常见的软组织感染

病史摘要

患者,男性,63岁。主诉右手肿胀、疼痛2天,伴发热1天。患者3天前,杀鱼不慎刺伤右手手掌,即感局部刺痛,未予以重视,仅用自来水局部冲洗。次日,患者出现右手掌刺伤处局部红肿伴疼痛,活动时疼痛加剧。夜间,疼痛渐进加剧,无法入睡,自服头孢拉定,疼痛未见缓解。次晨,右手红肿范围扩大,伴高热,最高体温39.4℃。患者否认咳嗽、咳痰等症状,否认过敏史。

体格检查:T 39.3℃;右手除末端指节外,至右腕上10 cm处肿胀严重,皮肤张力高,局部皮温升高;被动屈伸手指,疼痛加剧。右掌刺伤处,局部压痛明显,未及明显波动感。

辅助检查:血常规:白细胞 $18.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.88;B超:患者所示疼痛处未及明显脓肿形成。

病例分析

1. 初步诊断 患者手掌刺伤后,出现右手红肿、疼痛,渐进性加重,查体右手除末端指节外,右手均有明显肿胀,被动屈伸时疼痛加重,且出现全身性感染症状,实验室检查白细胞及中性粒细胞均升高。故此,初步诊断为急性化脓性腱鞘炎,属于外科浅表感染的一种。值得注意的是,与其他外科浅表感染不同,由于感染病灶局限在坚韧的腱鞘内,故常不出现局部波动感。

2. 治疗方法 对于刺伤早期可予以局部消毒联合鱼石脂、莫匹罗星等药物局部涂擦,适量口服磺胺类或 β -内酰胺类药物控制感染。治疗中,切勿遗忘破伤风抗毒素注射。出现症状加重,局部张力增高者,则应及时行切开减压、引流。对于出现全身感染症状者,应按照一般化脓性感染处理。

3. 随访 经切开减压联合全身抗感染治疗,2周后红肿、疼痛完全消失,感染灶消失。2个月后右手恢复至原有正常运动功能。

思路拓展

浅表软组织感染是社区较为常见的外科疾病,这些疾病多可在门诊进行治疗,故患者常在基层医院中接受诊治。浅表软组织感染主要包括疖、痈、急性蜂窝织炎、浅表急性淋巴管炎、急性淋巴结炎、手部急性化脓性感染等。这些疾病虽同属于外科浅表感染,但因其感染原因不同、感染好发部位不同、临床表现不尽相同,故而诊疗时,除共通的浅表感染诊治原则外,还应加以鉴别区分诊治。

1. 病史询问 患者在外科就诊中,在鉴别诊断时,医师不应仅仅考虑外科浅表软组织感染,引起肢端肿胀病因还有很多,如痛风、深静脉血栓、外伤、过敏、虫咬等。因此在病史询问中,引起肿胀的诱因及患者个人史很重要,如有无外伤史、冠心病史、痛风史等,以避免误诊。

2. 体格检查的要点 对于外科浅表感染各类病种,体格检查中对病灶局部张力大小的判断,相较局部有无波动感意义更大。特别在肢端浅表感染中,由于肢端组织内有丰富的神经、肌腱,一旦局部张力持续较高,可能压迫神经、肌腱,造成神经、肌腱坏死,进而影响远期功能。因此,一旦发现局部张力增高,即应选择手术治疗,即使无脓液引流出来,也能减轻局部张力。另外,患者的体温情况是需要全身抗感染与否的重要依据。

3. 治疗要点 浅表软组织感染主要包括疖、痈、急性蜂窝织炎、急性淋巴管炎、手部急性化脓性感染等。虽然各病种表现有差异性,但总体治疗原则主要包括:局部治疗、手术治疗、全身治疗。局部治疗主要针对感染早期病灶,对于未溃破病灶进而用热敷。超短波照

射等物理治疗,亦可运用碘酊、75%乙醇(酒精)、50%硫酸镁、鱼石脂软膏、金黄软膏或莫匹罗星软膏等药物外敷治疗。全身治疗针对合并有全身症状,如高热、白细胞升高表现的患者。对于浅表软组织感染首选磺胺类或青霉素治疗。同时针对全身症状,及时对症治疗。手术治疗主要针对局部治疗效果不佳、局部张力明显升高或脓肿形成者。手术治疗的目的在于降低局部组织张力、充分引流脓液、清除坏死组织。在操作中,应注意切口位置的选择。选择波动感最明显及位置最低的部位,以利引流,必要时可作对口引流,浅部切口应与皮纹平行;关节处应取横切口,防止术后瘢痕挛缩影响功能;肢端减张切开时应有足够长度,但须注意避免损伤神经、腱鞘。

4. 常见浅表软组织感染的诊治要点

(1) 疖:疖常是由于局部不洁和皮肤损伤,如衣领、衬衣不常洗。粗质布料内衣擦伤颈、背、腋、腿等皮肤。故疖发生的部位多见于颈、头、背、腋、腹股沟、小腿、会阴及面部。其病原菌主要是存于皮面的葡萄球菌。疖的最初表现为局部有一红、肿、痛的小结节,不加以处理可继续增大甚至化脓。单纯的颈、背、小腿部疖一般无全身症状,但面部上唇周围和鼻部疖,若挤压或挑刺,感染可以进入颅内海绵状静脉窦,从而发生海绵状静脉窦炎,引起严重的全身症状,诊治中需告诫患者面部疖切忌挤压。治疗上以外涂莫匹罗星、鱼石脂、金黄软膏等治疗。

(2) 痈:痈是由多个毛囊及其邻近皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染,也有多个疖融合而成。引起痈的原因除与疖相同的因素外,患者抵抗力低下,其中糖尿病较为常见,问诊中需注意加以询问。痈易向四周和深部发展,除局部剧痛外,患者多有全身症状。治疗上,初期采用局部外涂药物联合青霉素、红霉素等抗生素全身运用为主。如果红肿范围大,中央坏死组织多,或全身症状严重,应及早作切开引流减压。原则为广泛切开引流,清除坏死组织,尽量保留切口周围皮片。

(3) 急性蜂窝织炎:急性蜂窝织炎是指疏松结缔组织的急性感染,其与人体皮肤、黏膜受伤或其他病变密切相关。病菌多为溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、大肠埃希菌或其他型链球菌等。由于患者机体条件、受感染原因、病菌毒性、感染部位及感染深浅等,临床表现均有不同。一般来说,浅层感染时局部症状重于全身症状,深部感染

时全身症状重于局部症状。治疗上,除局部外涂药物联合全身抗生素运用以外,无法控制者应行多处切开引流。特别是口底、颌下的急性蜂窝织炎易发生喉头水肿而窒息,故应及早行切开引流。

(4) 浅表急性淋巴管炎、急性淋巴结炎:多由致病菌经由破损皮肤、黏膜进入邻近淋巴结或淋巴管造成感染。如手、足癣易造成肢体淋巴结、淋巴管炎;龋齿易造成颈项部感染等。所以问诊需注意有无就近皮肤、黏膜病损。致病菌主要为金黄色葡萄球菌及溶血性链球菌。皮肤出现一条或多条“红线”、硬而压痛是淋巴管炎的典型症状。淋巴结炎则表现为淋巴结肿大伴触痛。严重时两者均可出现全身感染症状。治疗主要是对原发病灶的处理,如扁桃体炎、龋齿、手指感染、足癣感染等。同是采用局部外敷及全身抗生素运用。对于肢体感染,可抬高肢体以加速恢复。

(5) 手部急性化脓性感染:多由刺伤所致,由于手指末指掌面皮肤与指骨骨膜间有许多纵行纤维索相连,将软组织分为许多密闭的小腔,内含脂肪组织和丰富的神经末梢,一旦发生感染,初期见有疼痛,而肿胀不明显,常被忽视,如果未能得到及时恰当的处理,发生化脓,形成脓腔,不仅引起剧烈的疼痛,而且由于脓腔压力大,压迫手指末节指骨的滋养血管,还可引起指骨缺血坏死。此外,炎症还可侵及指骨,发生指骨骨髓炎,致使伤口长期不愈合或造成手指残废。所以,一旦形成化脓性指头炎,应尽早切开引流。而未化脓者则按急性浅表软组织感染治疗原则处理。

转诊建议

感染早患者可在社区医疗机构进行局部治疗。如治疗效果不佳,疾病进展需行手术治疗,甚至出现全身症状者,建议转诊至上级医院治疗。

生活指导

1. 饮食 软组织浅表感染患者,特别伴发全身感染者,饮食上宜吃具有清热、泻火、解毒、通淋作用的食物。宜吃清淡的新鲜蔬菜水果等。多食新鲜蔬菜如荠菜、芹菜、冬瓜、葫芦瓜、马兰头等。主食除

大米外,尚可食糯米、玉米。多食豆类食品,如黄豆、赤豆、蚕豆、绿豆,还可吃胡桃肉、葵花子、蜂蜜、芝麻等食品。饮食忌烟与烈酒,应少吃甜食、油腻与辛辣刺激性食物。

2. 运动与体位 对于肢端浅表感染伴患肢肿胀患者,应避免长时间患肢活动,休息时应将患肢抬高,高于心脏平面,以促进肿胀消退。对于脓肿形成的病灶,行切开引流术后,应将病灶置于低位,以利脓液及渗出物引流。

3. 糖尿病控制 对所有浅表软组织感染疾病而言,高血糖可造成预后不佳。高血糖甚至是部分浅表软组织感染疾病直接诱因,因此,对于糖尿病患者的血糖控制应放在和治疗浅表软组织感染的同等水平。

(王建球)

参考文献

- [1] 奇铁男,孙伯岩,张俊燕.鱼石脂软膏新法敷药治疗疖痈 120 例效果分析[J].吉林医学,2004,25(4): 31-33.
- [2] 吴孟超,吴在德.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008: 120-121.
- [3] 曹经一,林梅,赵倩,等.颈部蜂窝织炎及并发症抢救与治疗的临床分析[J].中国医药,2010,5(6): 561-563.

第二节 甲 沟 炎

患者,男性,18岁,学生,左拇趾甲沟肿痛2天,无发热,去年曾有类似发作,经拔甲后愈合。

体格检查:左拇趾甲沟红肿,有脓性分泌物渗出,局部触痛明显。

病例分析

1. 初步诊断 甲沟炎。
2. 治疗方法 本患者已形成脓肿,要手术引流。

思路拓展

1. 甲沟炎 分为急性和慢性甲沟炎。通常发生于甲板和邻近皮肤褶皱破损后,常见病原菌为细菌或真菌。病程 <6 周者为急性,病程 >6 周者为慢性。

2. 急性甲沟炎 急性甲沟炎常见于成年人,开始为后甲皱区(即甲板与后方皮肤交界处)小片红肿,炎症在较短时间内扩展到整个甲沟,严重时形成甲下脓肿,甲板和甲床不同程度地分离,内有黄色的脓液积聚。患者往往自觉有搏动性疼痛。炎症可从一个甲蔓延至多个甲。

(1) 非手术治疗:甲沟炎的治疗取决于炎症影响的范围和脓肿是否形成。对有轻微炎症反应而无明显脓肿形成者,可使用温肥皂水、醋酸铝溶液、醋溶液或者氯己定(洗必泰)进行冲洗。对轻度红肿但无脓肿形成的甲沟炎,在采取上述治疗的同时,可加用抗生素治疗。

(2) 手术治疗:急性甲沟炎仅适用与有明确的脓肿形成,保守治疗失败,或者炎症广泛累及甲上皮者。目前急性甲沟炎手术治疗技术较多,依据甲沟炎累及的范围和结构不同可选择不同的手术方案。

3. 慢性甲沟炎 慢性甲沟炎常见于妇女和儿童,开始时为一个或数个指甲根部肿痛,程度比急性甲沟炎轻。随后甲周红肿脱屑、化脓,甲皱与甲板分离,指甲逐渐变得色泽晦暗、粗糙和不规则增厚,可出现指甲松动甚至脱落。炎症范围缓慢扩大,通常需要数周至数月才会导致整个指甲受影响。

(1) 非手术治疗:局部应用激素类药物作为慢性甲沟炎治疗的一线治疗方案,慢性甲沟炎更应当归类为炎症性疾病而非感染性疾病。

(2) 手术治疗:慢性甲沟炎的手术治疗仅适用于反复发作的病例中。治疗慢性甲沟炎的手术技术较多,包括切除或抬高受累及的

甲上皮组织等。

4. 甲沟炎处置原则 依据甲沟炎发作的具体病因、病程、累及的范围、其他相关的文献因素,合理的选择物理或手术介入治疗,同时改变日常生活习惯。

常用的手术方法:

(1) 拔甲术,半甲拔除。

(2) 指甲打孔引流。

(3) 行双侧切开: ① 甲皱翻起排脓(图 1-1); ② 在翻起皮肤间垫入凡士林纱布保护。

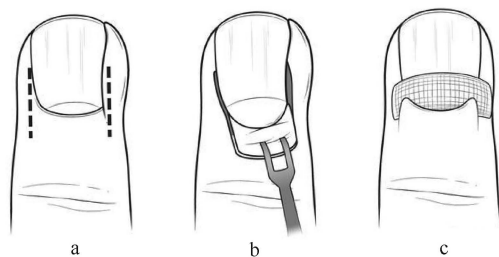


图 1-1 甲皱翻起排脓示意图

a. 甲皱翻起排脓; b. 在翻起皮肤间垫入凡士林纱布保护; c. 甲皱翻起排脓

(4) 甲上皮袋形缝合法: 在甲皱背侧近端新月形切除部分皮肤,但不切除指甲。弧形切口远离甲上皮 1 mm, 向近端延伸 6 mm, 并向两侧延伸至两侧甲皱, 以包括所有可能的炎症组织。切除病变组织后使用双氧水浸泡, 并定期换药, 直至伤口表皮再生(通常为 2 周内, 图 1-2)。使用该手术技术可以获得良好的治疗效果, 但其原因尚不清楚。

(5) 卷曲技术: 使用 Swiss 卷曲技术治疗急性及慢性甲沟炎(图 1-3)。切开双侧甲皱, 剥离近端甲皱, 卷起, 并缝合至皮肤上。后进行持续引流。术后 2~7 天拆除敷料和线结, 卷起的皮肤复位, 二期愈合。该技术的优点包括保留甲板, 避免皮肤软组织缺损, Pabari 等人认为该手术技术可以取得极好的治愈效果。



图 1-2 甲上皮袋形缝合法示意图

a. 双氧水浸泡; b. 治疗后

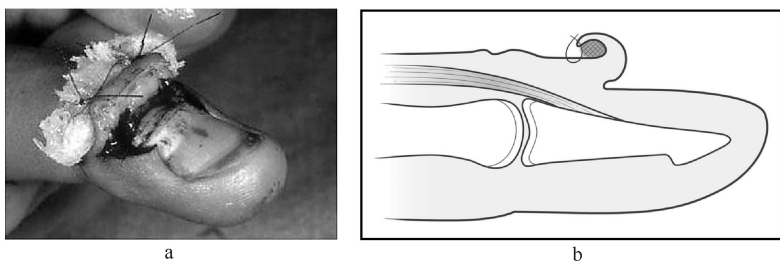


图 1-3 卷曲技术示意图

a. 术后图; b. 手术示意图

总之,急性甲沟炎通常由急性细菌感染引起。对不合并化脓的病例,可以通过口服抗生素、肥皂冲洗等方法获得较好的治疗效果。若存在皮肤软组织的化脓,则推荐进行手术清创引流,手术技术较多,具体的选择取决于感染的范围,是否存在嵌甲或者甲下脓肿,手术医生个人习惯等。慢性甲沟炎通常表现为甲皱的持续慢性炎症,是一个多因素作用的结果。暴露于环境危险刺激因子可以诱发慢性甲沟炎的发作,甲沟炎发作后会出现真菌的继发性定植,并加剧炎症反应。处置慢性甲沟炎的措施包括:避免危险刺激因子刺激,局部应用抗炎症药物;手术治疗可以作为慢性甲沟炎复发病例的一个治

疗方法。手术治疗可以有多个方案,并且治疗效果满意。在切除慢性炎症组织的同时移除甲板似乎可以获得更好的治疗效果。

甲沟炎当形成脓肿时要手术引流,一般来说是局麻下门诊小手术。只要有门诊手术室即可开展,基层医疗机构也能开展。

转
诊
建
议

(1) 平时注意手指、脚趾的养护,洗手后、睡觉前搽点儿凡士林或护肤膏,可增强甲沟周围皮肤的抗病能力。

(2) 平时爱护指(趾)甲周围的皮肤,不使其受到任何损伤,指(趾)甲不宜剪得过短,更不能用手拔“倒刺”。

(3) 防患于未然。木刺、竹刺、缝衣针、鱼骨刺等是日常生活中最易成为刺伤甲沟的异物,参加劳动或忙于家务时,应格外小心。

(4) 手指或脚趾有微小损伤时,可涂搽2%碘酊后,用创可贴包扎,以防止发生感染。

(陈跃宇)

生
活
指
导

参考文献

Shafritz AB, Coppage JM. Acute and Chronic Paronychia of the Hand[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2014, 22(3): 165-174.

第二章

外科急腹症

病史摘要

患者,男性,66岁,全腹痛22小时,无明显的转移性右下腹疼,无放射疼,有恶心无呕吐,无腹泻。发病前无明显诱因,无暴饮暴食史,无不洁饮食史。发病后腹痛逐渐加重。既往有肠梗阻病史,具体原因不明,否认糖尿病史,否认高血压病史。有股骨头置换术史,无消化道溃疡病史。

体格检查: T 37.9℃, R 20次/分, P 92次/分, BP 160/90 mmHg, 腹部平坦,无肠型,无胃型。全腹板状腹,尤以左中腹部疼痛明显,反跳痛存在。腹部移动性浊音阳性,听诊肠鸣音消失。

辅助检查: CT检查有少量腹腔积液, WBC $1.2 \times 10^9/L$, N 91%。腹部立位平片未见液平,未见膈下游离气体。

病例分析

1. 初步诊断 该患者为中老年人,腹膜刺激症状明显,腹部有压痛和反跳痛,少量腹水。辅助检查未发现膈下游离气体,未发现肠管积气、积液及液平。白细胞增加,中性比率升高。考虑为急性腹膜炎。

2. 可能诊断 消化系小穿孔,包括溃疡病小穿孔、阑尾炎穿孔、胃肠肿瘤穿孔。

思路拓展

急腹症是临床上一组常见病。病种多、起病急、发展快、病情重、病因复杂是其特点。临床实际工作中容易出现误诊、漏诊、错误治疗。

它是以急性腹痛为特征,常伴有胃肠功能紊乱、急性全身症状。具有起病急、发展快、病情重、变化多、病因复杂的特点。按学科分类:内科急腹症、外科急腹症、妇产科急腹症、儿科急腹症;按病变性质分类:炎症性急腹症、破裂或穿孔性急腹症、梗阻或绞窄性急腹症、出血性急腹症、损伤性急腹症,及引起急腹症或急性腹部症状的其他疾病(非真性急腹症)。

1. 病史询问

(1)如是育龄妇女,一定要问生育史和月经史。要想到排除妇科疾病,尤其是要排除宫外孕破裂。

(2)对于老年患者,要注意心脏病的排除,老年患者常规要作心电图检查。尤其是高龄老人对痛不敏感,有可能延误病情。

(3)小儿患者主诉不清,如为家长代诉要注意其描述是否正确。

(4)对腹痛诱因情况要重视:腹痛前饮食,如是否含高脂饮食、不洁饮食,是否暴饮暴食,对诊断都有重大帮助。

(5)对腹痛的性质、程度及部位要了解,如:转移性右下腹痛、节律性腹痛、放射性痛;持续性钝痛或隐痛、阵发性绞痛、持续性隐痛阵发性加重。

(6)腹痛的伴发症状要重视,如是否有恶心、呕吐、腹泻、发热,以及发生的先后顺序。

2. 体格检查 腹部暴露要充分,要暴露腹股沟以下。老人尤其是老年妇女,腹肌松软,腹膜刺激症状不明显。小儿如不配合,腹部检查困难。特别注意腹部压痛点,是否有反跳痛。常规作直肠指诊。注意病史与体格检查是否相符。

3. 辅助检查 血常规、尿常规、粪常规检查是需要的。血或尿淀粉酶检查也是必须要查的。X线腹平片、腹部CT、B超对诊断是有帮助的。特别要重视腹腔穿刺在急腹症诊断中能提供重要依据,如有条件可在B超引导下操作,阳性率高且安全。

诊断要点示意图(图2-1):

4. 诊断思路

(1)定性诊断:是内科还是外科疾病引起的急性腹痛?

(2)定位诊断:哪个脏器病变引起的急性腹痛?

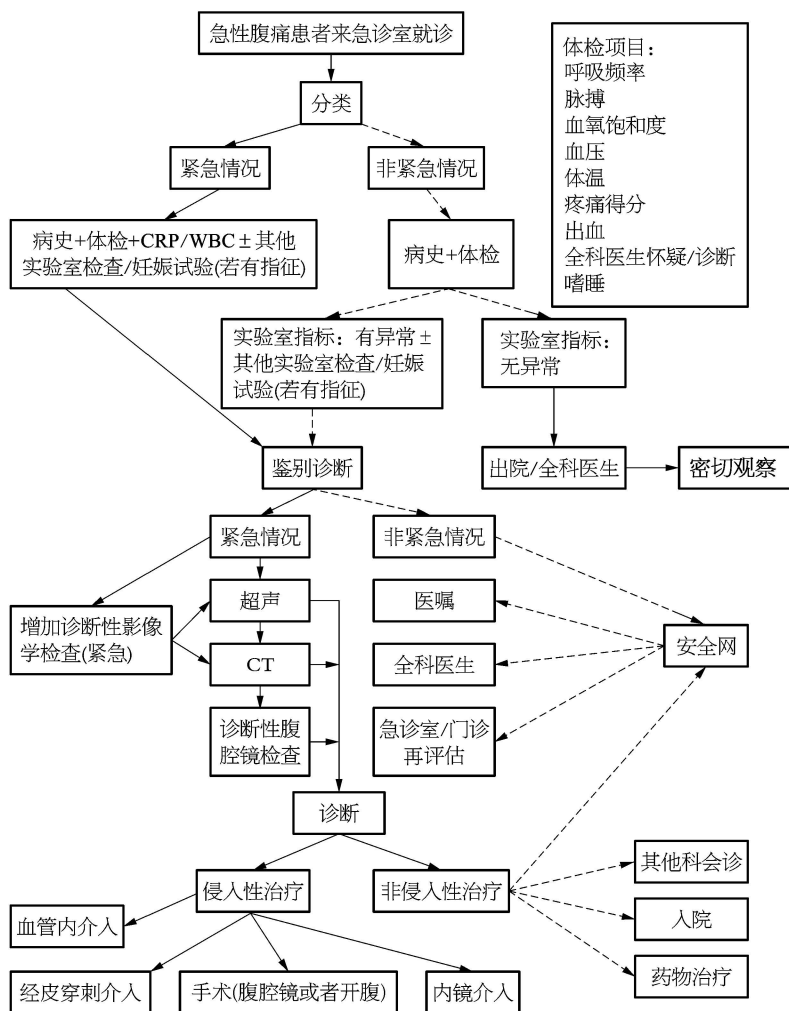


图 2-1 诊断要点示意图

(3) 定因诊断：哪种病理生理机制引起的急性腹痛？

总之，急腹症诊断思路如下：首先排除内科腹痛，常见：呼吸系统病变，如肺炎；心血管系病变，如心绞痛；食管病变，如急性食管炎；血液系疾病，如 Henoch 过敏性紫癜等。其次排除病变在腹内但无急

诊手术的情况,如结核性腹膜炎、急性肠系膜淋巴结炎、尿路结石、炎性肠病等。最后再确定急腹症的性质和病变部位。即外科急腹症的病变性质,可概括为以下5类:急性炎症、急性穿孔、急性出血、急性管腔梗阻和急性脏器缺血。

该病人术后诊断:①异位阑尾炎穿孔;②急性腹膜炎。

5. 临床实践中关注高危患者

(1) 老年患者:对疼痛敏感性低,反应差;容易发生心脏、血管相关疾病;基础疾病多,易与腹痛相混淆。

(2) 妊娠期患者:与妊娠相关病,如胎盘早剥、子宫破裂、先兆子痫、病毒血症等;与妊娠无关的疾病。

(3) 免疫力低下的患者:包括艾滋病患者、小肠结肠炎,某些抗病毒药可引起胰腺炎。

一旦考虑急性腹膜炎或外科急腹症,即要转有手术条件的医院。

转诊建议

1. 术后饮食安排 以清淡,易消化为主,切忌术后急于大补。循序渐进,逐步过渡到正常饮食。

2. 术后伤口护理 腹部伤口拆线后,短期避免水洗,但也要保持清洁,有条件可用乙醇、聚维酮碘(碘伏)处理。如发现伤口红、肿、热、痛、有硬结,要去医院请医生处理。

3. 复诊时间 现在出院时医生有交待复诊时间,一般术后恢复良好,术后2周左右去医院复诊,主要告诉医生饮食情况、大小便情况、有无腹痛、伤口情况等。如术后有不适,应随时去医院复诊。

(陈跃宇)

生活指导

参考文献

[1] 钱礼.腹部外科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.

[2] 马庆久,高德明.普通外科症状鉴别诊断学[M].北京:人民军医出版社,2005.

腹部闭合性损伤

病史摘要

患者,男性,22岁。患者因“上腹部被重物撞伤2小时”来院就诊。患者2小时前被一重物撞伤上腹部,致上腹部剧烈疼痛,伴大汗淋漓,腰背部剧痛,立即由120急救车送至本院急诊抢救室。

体格检查: T 36.5℃, P 133次/分, R 30次/分, BP 83/42 mmHg。神志欠清,烦躁,全身湿冷,双瞳等大等圆,直径3 mm,光反射良好,胸廓对称,肋骨挤压征阴性,腹部平坦,上腹部正中见软组织挫伤,全腹压痛,伴肌卫、反跳痛,肠鸣音未闻及。立即开通两路静脉补液,积极抗休克,留置导尿,尿色清。

辅助检查: 床边B超检查: 提示腹腔积液8 cm, 脾脏未见明显损伤, 腹腔穿刺见不凝固血液。患者血压上升至99/55 mmHg, 腹部CT检查提示腹腔积液, 胰十二指肠处结构混乱。

急诊抢救室紧急送入手术室行剖腹探查术, 手术中发现腹腔内积血3 500 ml, 胰头与十二指肠损伤严重, 胰腺颈部断裂, 十二指肠降部至水平部完全断裂, 胆总管断裂, 门静脉裸露。最后经过6小时手术, 完成胰十二指肠切除, 消化道重建, 胰肠吻合口处放置皮管引流, 手术中自体回输血液1 700 ml, 红细胞血液2 U。

术后进入ICU密切监护, 12小时皮管引流600 ml暗红色血液, 血红蛋白 $77 \times 10^9/L$, 血小板 $32 \times 10^9/L$, 凝血酶原时间(PT)延长 >3 秒, 予以输少浆血4 U, 血小板10 U, 冷沉淀10 U, 凝血酶原复合物2 U, 患者24小时后引流颜色变淡, 后12小时引流出150 ml淡血性液体, 复查血常规以及凝血功能提示血红蛋白 $96 \times 10^9/L$, 血小板 $82 \times 10^9/L$, PT正常, 继续抗感染, 静脉高营养支持等治疗, 患者生命

体征平稳,72小时转入病房,继续静脉高营养支持,抗感染。

患者一周后出现发热,持续39℃,引流管胆汁样液体,每日200 ml,引流液淀粉酶升高 $>10\,000\text{ U/L}$,胃肠减压液体内出现鲜红色血,每日约500 ml,伴有便血,每日2~3次,每日约200 ml,伤口处出现粪汁样液体,再次行剖腹探查术,术中发现原胰腺小肠吻合处裂开,局部水肿,胆肠吻合口瘘。胃肠吻合口完整,横结肠形成一 $2\text{ cm}\times 2\text{ cm}$ 大小的瘘管。局部再次放置皮管引流,空肠造瘘,横结肠造瘘,手术艰难,历时5小时,术后再次入ICU,予以抗感染,肠内营养支持,患者1周后出ICU,转入病房,术后6周出院。

病例分析

1. 初步诊断 患者为青年男性,此次发病主要由于上腹部外伤所致,来院入抢救室主要表现为腹痛、休克,结合B超、CT,诊断为失血性休克,腹部闭合性外伤。经过积极抗休克治疗后入手术室行剖腹探查,手术中证实为腹腔内大出血,胰头部十二指肠损伤,结合患者病史、临床表现及辅助检查,诊断并不困难。

2. 治疗方法 此患者诊断为腹部闭合性外伤、失血性休克、腹腔内大出血,治疗原则为积极抗休克同时急诊行剖腹探查术。术中探查顺序为先探查实质性脏器,再探查空腔脏器,最后探查胰腺,十二指肠降部、水平部,结肠肝曲、脾曲等后腹膜脏器。腹部严重创伤,由于腹腔大出血导致全身有效循环血量锐减、严重创伤应激引起,有时合并严重的腹腔感染、大血管损伤和腹壁缺损等,出现致死性三联征低体温、酸中毒和凝血机制障碍合并出现,再进行较大手术,只能加重内环境紊乱,最终导致死亡。但内脏出血、腹腔感染等需要立即处理,否则这些损伤会加重污染、休克,因此在手术中应根据病情变化,及时调整手术方案,快速有效地止血、控制腹腔感染、暂时关腹的损伤控制性手术是挽救生命的首选手术方式。该患者第一次手术就进行胰十二指肠切除术,手术后患者出现的低血小板,术后1周出现严重的吻合口瘘,与第一次手术的方式选择有较大关系。而第二次手术仅作引流和空肠造瘘、结肠造瘘,最终挽救了患者的生命。

思路拓展

随着现代社会快速发展,大量交通事故以及其他意外伤害造成腹部外伤较为多见,腹部开放性损伤多为穿透伤(多半内脏损伤),诊断较为明确。但闭合性损伤可能仅局限于腹壁,也可能同时损伤内脏,诊断需要确定有无内脏损伤以及损伤部位、损伤程度,有时较为困难,因此腹部闭合性损伤的诊断以及治疗比较重要。

1. 诊断

(1) 详细询问病史:了解当时受伤情况,坠落伤了解坠落高度,坠落过程中是否有撞击,挤压伤了解挤压的力度,钝器打击了解打击的器具,腹部损伤的程度和暴力作用的力度、速度、身体受力的部位等相关,与脏器的解剖位置、内脏本身的情况相关。

(2) 详细体格检查:首先全面了解患者的一般情况,生命体征是否稳定,然后再逐步进行仔细检查,防止合并多发伤的漏诊。一般单纯的腹壁损伤主要表现为局部淤青、血肿、皮肤擦伤,而内脏损伤则出现严重的内出血,往往表现为一般情况差,而腹部体征不剧,出现空腔脏器穿孔才会出现腹膜炎等严重的腹痛以及腹膜刺激征。

(3) 辅助检查:常规的实验室检查包括血常规、尿常规等,血常规主要可以了解血红蛋白以及血细胞比容,必要时可定期检验、比较,一般活动性出血可发现血红蛋白进行性下降。尿常规中血尿可判断有无泌尿系损伤。肝功能中谷丙转氨酶升高考虑是否有肝脏损伤。

(4) 特殊检查

1) B超: B超在腹部闭合性损伤的诊断中有重要意义,具有简单安全、无创等优点,对于腹腔积液,肝脏、脾脏、肾脏等脏器破裂及破裂程度诊断准确率较高,当腹腔、盆腔少量积液穿刺困难无法明确性质时,可以在B超引导下穿刺。

2) CT: CT在腹部闭合性损伤的诊断中具有重要意义,CT可以明确腹腔积液以及游离气体,对于肝脏、脾脏、胰腺等器官损伤的诊断较为明确,对于肠系膜损伤也有较为明显的价值,尤其近年来螺旋CT的出现使患者一次屏气就可完成从膈肌到盆腔的扫描,而且可以运用多平面重建方法,进行矢状面及冠状面重建,调节窗宽、窗位技术进行综合分析,大大提高了诊断的准确性。但CT机器庞大,需要

搬动患者,对于血流动力学不稳定的患者并不合适,而且CT有一定的放射损害,一般认为首先采用B超进行检查,然后再进行CT检查。

3) 诊断性腹腔穿刺:诊断性腹腔穿刺在腹部闭合性外伤中有特殊意义,操作简单,诊断意义较为重要。一般选择麦氏点或者反麦氏点,穿刺时可改变体位,改变针头方向抽吸,或者在B超引导下穿刺,抽到液体应观察其性质(血液、消化液、食物残渣、胆汁),如怀疑胰腺损伤,可以测定淀粉酶。

4) 腹腔镜:腹腔镜技术的飞速发展为腹部闭合性损伤的诊断和治疗提供的新的途径和方法,腹腔镜既可以诊断,同时又可以治疗。腹腔镜探查阴性的患者不考虑再行剖腹探查。探查有一定的适应证以及禁忌证,一般认为腹腔镜探查的适应证有以下几点:①血流动力学稳定,收缩压 >100 mmHg,舒张压 <60 mmHg,心率 <100 次/分。②不能排除空腔脏器的损伤。③临床检查与辅助检查不一致。④B超或者CT检查提示腹腔积液有增多趋势。⑤可疑胰腺损伤。禁忌证包括:①血流动力学不稳定。②腹部多次手术。③肠腔扩张明显,估计无法置入Trocarr。④合并严重的颅脑损伤,昏迷的患者。探查时同时需要准备好开腹器械,先从低气压开始,发现膈肌破裂立即停止探查,顺序为先实质脏器后空腔脏器,先整体后局部,先探查有无活动性出血,腹腔内是否有积血、肠液、胆汁,网膜上是否有钙化斑等。

2. 治疗

(1) 腹部闭合性损伤的处理:腹部闭合性损伤常常伴有其他部位的损伤,首先应综合判断,处理对生命威胁最大的损伤。如果有呼吸道梗阻,需要快速解除呼吸道梗阻;其次要迅速控制明显的外出血,一旦明确是腹腔内大出血,在积极抗休克的同时,立即紧急进行剖腹探查。一般麻醉首选全身麻醉,切口常规选择正中切口。进入腹腔有腹腔内大出血时,迅速吸清积血,必要时可采取两台吸引器,探明出血来源,加以控制,一时无法判断出血,可用手指压迫主动脉穿过膈肌处,争取时间补充血容量,再查明原因止血。在没有腹腔内大出血的情况下,则对腹腔内脏器进行系统、有顺序的探查,先探查肝、脾等实质性器官,再从胃、十二指肠球部、空肠等腹膜内位器官,再切开胃结肠韧带,检查胃后壁以及胰腺,最后切开后腹膜探查十二指肠等。

(2) 常见的内脏损伤处理

1) 脾脏是腹部内脏中最常见的受伤器官,可分为中央型破裂、被膜下破裂、真性破裂。脾损伤的处理原则为抢救生命第一,保脾脏第二。一般在基层医院不建议行保留脾脏手术。对于小儿脾脏,为了避免脾切除后凶险性感染,可将1/3的脾脏切成薄片埋入大网膜进行自体移植。

2) 肝脏损伤也是较为常见的腹部损伤,肝脏损伤的分级多采用美国创伤外科的分类,对于血流动力学稳定的肝脏外伤患者尽可能采取保守治疗,密切观察血流动力学变化。而对于严重的肝脏外伤的患者要进行迅速评估,结合患者情况及医院本身技术条件,及时选择纱布填塞止血。纱布填塞止血方式大致相同,创面可适当清创缝合:①肝后上方出血,可将纱布填塞于膈顶和肝创面之间。②肝下方向第一肝门延伸的裂伤,可将纱布塞入裂口止血。③广泛的肝包膜下血肿,若阻断肝动脉无效,亦可行纱布填塞。必要时可考虑结扎肝动脉。术区低位放置引流管。

3) 胰腺损伤由于解剖的位置关系,容易发生漏诊,胰腺损伤常合并胰瘘,胰液腐蚀性强,胰腺损伤的死亡率较高。胰腺损伤可引起血淀粉酶升高,但不具有特异性,主要诊断依靠CT,对于胰腺损伤如果是单纯的包膜损伤,可以仅作引流,但体尾部损伤可做体尾部切除。胰腺头部断裂伤,可做结扎主胰管,远端与空肠做Roux-en-Y吻合。对于胰头损伤合并十二指肠损伤应根据患者血流动力学情况,休克患者可以仅作止血、胆管引流、局部放置双腔引流管,快速复苏后再做确定性手术。

4) 胃由于有肋弓的保护,同时活动度较大,胃壁较厚,钝性外伤致胃受伤机会较少,大多发生于饱腹时。前壁损伤诊断不难,后壁损伤容易漏诊,手术时根据损伤情况做缝合或部分切除。

5) 十二指肠损伤在腹腔部分诊断和治疗较为简单,而腹膜后则相对较为困难,而预后与确诊的时间密切相关,早期诊断极其重要。对有怀疑十二指肠损伤的患者需要及时行剖腹探查,十二指肠损伤合并有其他严重损伤,尽量避免做Ⅰ期修补,及时行胃造瘘以及空肠造瘘。

6) 小肠破裂早期就可产生明显腹膜炎, 诊断治疗并不困难, 腹腔没有游离气体不能排除小肠破裂, 有时会出现迟发性小肠穿孔。一旦明确, 需要及时手术。

7) 结肠损伤腹膜炎出现较晚, 但由于结肠内细菌多, 腹膜炎较为严重, 部分结肠为腹膜间位器官, 容易引起腹膜后感染, 导致严重的感染性休克。对于结肠损伤除少数小裂口外, 常规建议行结肠造瘘, 或者行瘘口关闭后再行末端回肠造瘘。

(3) 损伤控制外科在严重腹部创伤中的应用: 1993年Rotondo提出了损伤控制的概念, 损伤控制外科主要包括首次的简单手术、重症监护复苏、确定性手术。其理论基础主要是血液恶性循环理论, 即在严重创伤下患者出现低温、凝血障碍和代谢性酸中毒三联征(致死性三联征), 最终机体生理能量耗竭死亡。

损伤控制外科具体包括3个内容: ① 术前处理, 患者入院后对患者的生命体征进行检测, 保持呼吸道畅通, 面罩吸氧; 建立快速有效静脉通道, 快速补充血容量。② 早期简单手术, 清除腹腔内污染物; 切除或缝扎破损的肝, 通过纱布填塞、动脉结扎等方式对患者的出血部位进行处理, 对腹腔异物进行清除、冲洗处理, 固定引流管, 对腹腔切口进行关闭处理, 术中注意保温。③ ICU复苏, 确保患者的生命体征恢复或接近正常。④ 确定性手术, 根据患者生理功能的稳定情况, 对患者的损伤脏器进行确定性手术恢复治疗。

严重腹部损伤是否进行损伤控制手术取决于以下几个方面: ① 严重的腹部钝伤、血流动力学极不稳定(持续性低血压、神志改变、凝血障碍、低体温)。② 是否合并复杂的损伤, 例如腹部重要血管损伤、严重的肝外伤、复杂的胰十二指肠损伤。③ 是否存在严重的代谢性酸中毒、低体温、手术时间 >90 分钟、大量输液。还可以根据以下几个客观指标: 创伤严重程度的评分 >35 分; $\text{pH} < 7.25$; 低血压和休克的持续时间 >70 分钟; $\text{PT} > 19$ 秒及 $\text{APTT} > 60$ 秒。一旦有以上一点, 越早决定行损伤控制手术预后越好。

在基层医院中, 损伤控制外科主要应用于肝脏外伤以及胰腺损伤。肝脏外伤出现血流动力学稳定时, 可进行观察补液; 当血流动力学不稳定时, 进行剖腹探查, 结合本院的技术水平, 应及时采用肝

动脉结扎以及肝脏周围纱布填塞的方法,然后再快速复苏,争取二次手术止血。对于严重胰腺损伤的患者需要行胰十二指肠肠切除时,不做消化道重建,而做胆道引流,局部胰腺外引流,达到胆胰分流,减轻胰液的腐蚀作用,止血后送入ICU复苏后再进行二次手术。

转诊建议

腹部闭合性损伤的患者诊断不明,生命体征平稳,可以转上级医院进一步诊治。

康复指导

腹部闭合性损伤涉及消化道手术后,建议患者及时起床活动,肠道功能恢复后尽量肠道进食,及时拔除胃管、导尿管,避免长期置管引起的院内感染。实质性脏器损伤的患者,尽快予以饮水促进胃肠蠕动,尽早进食。对于脾切除的患者,尤其是儿童、老年人以及合并糖尿病的患者,需要警惕术后引起爆发性感染(OPSI)。

(万伯顺)

参考文献

- [1] Behboodi F, Mohtasham-Amiri Z, Masjedi N, et al. Outcome of Blunt Abdominal Traumas with Stable Hemodynamic and Positive FAST Findings[J]. Emerg, 2016, 4(3): 136-139.
- [2] 农达知, 潘广松. 多层螺旋CT平扫对闭合性腹部实质性脏器急性损伤的诊断价值[J]. 广西医学, 2014, 36(1): 124-125.
- [3] Nicolau AE. Is laparoscopy still needed in blunt abdominal trauma? [J]. Chirurgia (Bucur), 2011, 106(1): 59-66.
- [4] Uranus S, Dorr K. Laparoscopy in Abdominal Trauma [J]. Eur J Trauma Emerg Surg, 2010, 36(1): 19-24.
- [5] Park H, Youssef Y. Laparoscopic assessment in surgical trauma (LAST): a "last" diagnostic step in the trauma bay [J]. Injury, 2014, 45(5): 918-919.
- [6] 刘蔚, 陆爱国. 腹腔镜技术诊治腹部闭合性损伤研究进展[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(5): 564-566.
- [7] 李进军, 胡瑞行, 冯跃. 27例闭合性肝外伤的非手术治疗分析[J]. 中国急救医