

卫生部关于印发《道路交通事故受伤人员临床诊疗指南》的通知 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E5_8D_AB_E7_94_9F_E9_83_A8_E5_c80_304926.htm

卫生部关于印发《道路交通事故受伤人员临床诊疗指南》的通知(卫医发[2007]175号)各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为了规范道路交通事故受伤人员医疗救治诊疗行为，提高救治成功率，降低道路交通事故伤害死亡率和伤残率，提高有限医疗资源和保险资源利用率，根据《机动车交通事故责任强制保险条例》第三十二条规定：“医疗机构应当参照国务院卫生主管部门组织制定的有关临床诊疗指南，抢救、治疗道路交通事故中的受伤人员”，我部委托中国医师协会、中国保险行业协会、中华医学会组织制定了《道路交通事故受伤人员临床诊疗指南》。请在道路交通事故受伤人员医疗救治过程中参照执行。执行过程中发现的问题及时反馈我部医政司。请到我部网站下载《道路交通事故受伤人员临床诊疗指南》电子版：www.moh.gov.cn。二〇〇七年五月三十一日

附件道路交通事故受伤人员临床诊疗指南第一篇 道路交通事故受伤人员创伤简介 一、创伤的基本含义与特点 根据《道路交通安全法》规定，道路是指公路、城市道路和虽在单位管辖范围但允许社会机动车通行的地方，包括广场、公共停车场等用于公众通行的场所。交通事故是指车辆在道路上因过错或者意外造成的人身伤亡或者财产损失的事件。（一）道路交通事故创伤发生的特点：1.发生率高，在临床医学上属常见病、多发病；2.伤情复杂。往往是多发伤、复合伤并存，表现为多个部位损伤，或多种因素的损伤；3.发病突然

，病情凶险，变化快。休克、昏迷等早期并发症发生率高；

4.现场急救至关重要。往往影响着临床救治时机和创伤的转归；

5.致残率高。这些都要求现场急救人员、事故处理人员、医务人员等有关工作人员尽最大努力争取时间，抢救伤员生命，避免或减少并发症的发生。道路交通事故人员创伤是特殊类型的损伤。由运动的车辆和人之间交互作用而形成。机制复杂，伤情多变。其中最多见的和最典型的是撞击伤。就撞击伤而言，由于受伤者所处的具体条件的不同，伤情可有很大差异。有关统计资料表明，受伤部位发生率较高的是头部和下肢，其次为体表和上肢。重伤的发生率较高，约占创伤的40%，多为多发伤。创伤的性质以挫伤、撕裂伤、碾压伤和闭合性骨折最为多见。

（二）不同受伤人员的伤情特点：

1.机动车内人员伤情特点：道路交通事故创伤中，司机与前排乘坐人员受伤发生率较后排人员为高。机动车内人员受伤的基本机理是惯性作用所致，在车辆被撞击的瞬间，由于车辆的突然减速，司乘人员受惯性作用撞向车前部，甚至经前窗抛出而受伤。就受伤部位而言，司机较多发生头面部、上肢、其次是胸部、脊柱和股部的损伤；乘客较多发生锁骨和肱骨的损伤。翻车事故时，乘客可被抛出致摔伤、减速伤、创伤性窒息、砸伤等；发生车辆追尾事故时，乘客可受挥鞭伤，出现颈髓、颅内损伤等；困在车内的乘客经多次抛投、撞击、挤压，造成严重多发伤。

2.摩托车驾驶员的伤情特点：摩托车驾驶员在驾车行驶时，上半身基本上没有保护，易受伤。在乘客座位上的人员，多数是在撞击时被抛出而致摔伤。摩托车创伤致死者中80%的摩托车驾驶员和90%的摩托车搭乘人员死于头颈部创伤。

3.骑自行车人的伤情特点

：一般说，自行车速较慢，冲击力不大，因自身因素发生的创伤多较轻。当机动车与其相撞而发生创伤时，骑自行车人被撞倒，如头部先着地，则造成颅脑伤，其次是上肢和下肢损伤。或继发辗压伤，或在受第二次撞击造成腹部内脏损伤。

4.行人的伤情特点：在道路交通事故创伤中，行人的受伤多是由机动车辆撞伤，其受伤的作用力一是撞击力，二是摔伤或辗压。再者，行人因受撞击时所处的位置不同和车辆类型不同，伤情特点各异。小车正面撞击行人，直接碰撞行人的下肢或腰部，行人常被弹至车体上方，碰撞到挡风玻璃、车顶而致伤，继而，摔至地面，可发生头颅或软组织损伤，又可遭受辗压；若侧面撞击，先被抛出，后遭另外车辆辗压。大型车辆撞击，多撞击行人的头部或胸腹部，易造成两手、两膝和头面部损伤。

二、道路交通事故人员创伤的基本分类

创伤分类有几种方法，如按体表有无伤口分类，按人体的受伤部位分类，按致伤因素分类等。这里简单介绍按体表有无伤口常用的基本分类法，以供相关人员对创伤的性质和伤情有一个概括性了解和掌握。依据体表结构的完整性是否受到破坏即体表有无开放的伤口将创伤分为开放性和闭合性两大类。一般来说，开放性创伤容易诊断，易发生伤口污染而继发感染；闭合性创伤诊断有时相当困难（如某些内脏伤），常需要一定时间的临床密切观察期或一定的检查手段才能排除或确诊。多数闭合性损伤可无明显感染，但某些情况下（如空腔脏器破裂）也可以造成严重的感染。

（一）开放性创伤

在交通事故人员创伤中按受伤机制不同一般可分为擦伤、撕裂伤、切割伤和刺伤：

1.擦伤：是创伤中最轻的一种，是皮肤的浅表损伤，通常仅有受伤皮肤表面擦痕，有少数点

状出血或渗血、渗液。2.撕裂伤：是由钝性暴力作用于人体造成皮肤和皮下组织的撕裂，多由行驶车辆的拖拉、碾挫所致。伤口呈碎裂状，创缘多不规则，污染多较严重。3.切割伤：为锐利物体切开体表所致，如破碎的玻璃、断裂的金属材料，塑料材料等，伤口创缘较整齐，伤口大小及深浅不一，严重者可伤及深部的血管、神经、肌肉，甚至脏器。出血较多。4.刺伤：由尖细的锐性物体刺入体内所致，刺伤的伤口多较小，但较深，有时会伤及内脏器官。

（二）闭合性创伤 闭合性损伤按受伤机制和表现形式的不同通常分为挫伤、挤压伤、扭伤、冲击伤和震荡伤：1.挫伤：系钝性暴力或重物打击所致的皮下软组织的损伤，多因车辆碰撞、颠覆、坠落造成，主要表现为伤部肿胀、皮下瘀血，严重者可有肌纤维的撕裂和深部形成血肿。如果作用力的方向为螺旋方向称为捻挫，其损伤更为严重。2.挤压伤：肢体或躯干大面积的、长时间的受到外部重物的挤压或固定体位的自压所造成的肌肉组织损伤。局部出现严重水肿，血管内可发生血栓形成，组织细胞可发生变性坏死，可发生挤压综合征。挤压伤与挫伤相似，但受力更大，接触面积大，受压时间长。对人体伤害较挫伤更重。3.扭伤：是关节部位一侧受到过大的牵张力，相关的韧带超过其正常活动范围而造成的损伤。关节可能会出现一过性的半脱位和韧带纤维部分撕裂，并有内出血、局部肿胀、皮肤青紫和活动障碍。严重的扭伤可伤及肌肉及肌腱，以至发生关节软骨损伤、骨撕脱等。4.震荡伤：是头部或身体某些部位受到钝力打击，造成暂时性的意识丧失或功能障碍，无明显的器质性改变。如脑震荡、脊髓震荡、视网膜震荡等。5.关节脱位和半脱位：不匀称的暴力作用于

关节所致。按骨骼完全脱离或部分脱离关节面分为：关节脱位和半脱位。暴力同时造成关节囊损伤，重者复位后易复发。

6.闭合型骨折：骨组织受到强暴力作用造成部分或全部断裂。虽然体表没有伤口，但有时造成邻近的神经血管损伤。

7.闭合性内脏伤：人体受暴力损伤，体表完好无损但能量传入体内造成伤害。如头部受伤时，出现颅内出血、脑挫伤；腹部受撞击时，肝、脾破裂；汽车乘员的安全带伤时，出现内脏出血、脊柱骨折等。此外，在道路交通事故中除机械性创伤外还可能发生由车辆损毁引发的火灾、爆炸、落水等所致的烧伤、冲击伤、溺水等损伤，其损伤的情况视部位、程度而不同。

三、道路交通事故创伤诊断与处理的基本原则

(一) 诊断的基本原则

- 1.做好伤情的早期判断 道路交通事故的人员创伤多为多部位、多脏器损伤，伤情多较严重，伤死率较高。首先根据伤员的伤情做出早期判断，对意识状态、有无伤口、受伤部位、肢体活动情况、出血情况等有一个全面掌握，尤其要注意威胁伤员生命的重要体征血压、脉搏、呼吸的变化，注意呼吸道是否通畅，呼吸运动是否有力，血压是否下降，脉搏是否快速、细弱等，以便快速急救。
- 2.了解受伤史，分析受伤机制 道路交通事故创伤的伤员一般比较危重，在抢救的同时应尽可能采集受伤史，了解受伤的过程，通过对外伤机制的分析可以对创伤做出大致的判断。

(二) 损伤的基本机制

- 1.惯性作用 因车辆的突然加速或减速引起或因快速行进的车辆突然刹车停驶，车内乘员惯性向前，身体的某些部位与车体相撞而致伤，如司机前胸撞击到方向盘可引进胸部挫伤；头面部撞击汽车挡风玻璃造成颌面伤；颅颈交界处的韧带、关节、骨骼及脊髓和脑组织亦可发生损伤。

2.撞击作用 车辆直接碰撞造成人员损伤，撞击力可以直接或间接作用人体，也可将人抛出而致摔伤。3.挤压作用 人体被车轮碾压，可以造成碾压部位变形，组织被牵拉撕裂，重者可造成骨折或内脏损伤。4.安全带伤 高速行驶的车辆突然减速或急刹车，通过座位安全带固定的人员，固定的部位由于减速力量、挤压力、传导力可致肠系膜根部、腹腔脏器、腰椎等损伤。5.烧伤：由于肇事车辆燃烧起火而伤及乘员。

(三) 体格检查 创伤的检查要以首先观察伤员的生命体征、其次检查受伤部位和其它方面的变化的原则进行。1.伤情初步估计 重点观察伤员的呼吸、脉搏、血压、意识、体温等方面的变化，初步分析判断伤情。2.重点检查受伤部位 (1) 头部创伤要注意检查颅骨、瞳孔、鼻腔、耳道、腱反射等。(2) 胸部创伤要注意检查胸廓形状，呼吸运动等。(3) 腹部创伤要检查压痛、肌紧张、移动性浊音等。(4) 四肢创伤要检查骨折、关节脱位、血肿等。3.伤口的检查 注意检查伤口的大小、深度、出血状况、外露组织、有无血管、神经损伤或可能伤及的脏器，伤口污染情况，有无异物存留等。4.闭合伤损伤的检查 除常规物理检查外，常需借助于辅助检查。5.辅助检查 (1) 诊断性穿刺：包括胸腔穿刺和腹腔穿刺，用以判断有无内脏损伤，如血气胸、消化道损伤、腹腔内出血等。(2) 实验室检查：除按临床诊疗规范要的检查外，尤其要做血常规检查、出、凝血时间，对部分伤后全身改变或并发症的伤员，还要注意检查电解及相关项目。(3) 影像学检查：1) X线检查：用于骨折、胸或腹部伤及异物存留等。2) CT、MRI检查：有利于颅脑损伤的定位和腹部实质性脏器、脊髓及某些特殊部位的骨折损伤的诊断。3) 超声

检查：主要用于心脏损伤的诊断。4) 血管造影：用以确定血管损伤。5) 肌电图及体表诱发电位检查对脊髓及周围神经损伤的诊断有辅助意义。6) 导管术检查：插入导尿管可有助于泌尿系损伤的诊断，胸、腹部创伤置入腔内导管可动态观察内脏出血或破裂情况。6. 手术探查 手术探查是诊断和治疗的重要手段，既可明确诊断，更有利于抢救和进一步治疗。

(四) 处理的基本原则 在道路交通事故损伤中，对受伤比较轻微或简单的创伤处置自然容易，而对那些严重的损伤或复杂的复合伤处置起来就比较困难。在紧急情况下，由于伤情在不断变化，有些闭合性损伤诊断的明确还需一个临床过程，在这种情况下，要求医护人员边抢救、边诊断、边治疗，不失时机地救治伤员。

1. 急救：详见附件--创伤现场急救常识。

2. 治疗：(1) 局部处理：1) 闭合性创伤：处理原则是复位、局部制动。内脏损伤、血管损伤或神经损伤时，需手术治疗。2) 开放性创伤伤口处理：道路交通事故人员创伤的伤口多有不同程度污染，或伤口中存留异物或失活组织、死腔大，或血管损伤影响血运等，受伤时间与伤口处理的时间间隔长短也影响伤口处置方法的选择，一般情况下在伤口清扩下行一期缝合，缝合时注意无菌操作，伤口冲洗、消毒，血凝块、异物和失活组织的清除，注意组织对合，消灭死腔。必要时充分引流，延期或二期缝合。(2) 全身治疗：1) 维持有效呼吸 对胸外伤中多发性肋骨骨折、开放性气胸、张力性气胸和血胸采用胸腔闭式引流等胸科治疗，必要时采用呼吸机等措施。2) 维持循环功能 主要是止血、补充有效循环血容量和控制休克。3) 抗生素的应用 根据伤口污染程度和机体抗感染的能力决定抗生素的应用。决定用药

时，应根据污染或感染的可能致病菌种选择首选和递选的抗生素种类，谨防滥用抗生素造成的不良后果。（详见附件四，《抗菌药物临床应用指导原则》）4）注射破伤风抗毒素及专科特用药物。5）对症处理止痛，镇静等。6）体液的调整维持水、电解质和酸碱平衡。7）营养供给对不能进食或消化吸收功能障碍的伤员要注意合理营养供应，供给营养时主要是满足热量消耗和纠正氮负平衡，也需要补充维生素和微量元素。营养补给的途径最安全的是胃肠道，对不能经口进食而胃肠功能基本正常的伤员可采用鼻饲或空肠造瘘。对肠吸收功能障碍的伤员可采用肠外营养疗法。8）手术选择对有开放性伤口、出血、穿刺伤及重要器官或闭合性内脏破裂以及骨折往往需要手术治疗。对需手术止血防治休克的要立即手术，对闭合性内脏损伤需手术探查的也要立即行手术探查。

3.并发症的治疗（见创伤早期并发症）。第二篇 道路交通事故受伤人员医疗处置原则和认定 第一条 医疗机构对道路交通事故中的受伤人员应当及时抢救，不得因抢救费用未及时支付而拖延救治。第二条 《道路交通事故受伤人员临床诊疗指南》明确道路交通事故中受伤人员的诊疗原则、方法和内容；规范医疗机构对道路交通事故受伤人员进行诊疗的行为；适用于评价对道路交通事故受伤人员以及其他原因造成的受伤人员实施的诊疗内容的必要性和合理性。第三条 在对道路交通事故受伤人员进行临床诊疗的过程中，各项临床检查、治疗包括用药和使用医用材料，以及病房和病床等标准在当地基本医疗保险规定的范围内选择。第四条 处置原则和认定只限于对道路交通事故人员创伤及其并发症、合并症的医疗处置，不包括伤者自身的既往伤病和伴发病等的处

置。后二者需考虑伤病的参与度，划分为完全、主要、同等、次要、轻微及无因果关系等六个等级。第五条 各项临床处置，只有在相关医疗文书齐全时，方可认定。（一）门诊病人的各种医疗费用正式票据，须附有：1.与费用相对应的药品处方、检查报告单、诊疗内容等；2.诊断证明书对应诊断的病历。（二）住院病人医疗费用正式票据，须附有：1.所有费用的明细清单；2.对应处置的医嘱单；3.诊断证明书、住院病历、出院记录。第六条 临床诊疗应达到临床医学一般原则所承认的治愈（即临床症状和体征消失）或体征固定。具体时限可参照中华人民共和国公共安全行业标准《人身损害受伤人员误工损失日评定准则》（GA/T 521-2004），必要时申请司法鉴定。第七条 因道路交通事故损伤所致的人体残废（伤残impairment），包括：精神的、生理功能的和解剖结构的异常，及其导致的生活、工作和社会活动能力不同程度丧失，参照中华人民共和国国家标准《道路交通事故受伤人员伤残评定》（GB 18667-2002）由相关司法鉴定机构进行鉴定。第三篇第一章 颅脑创伤 头皮挫伤 [Scalp contusion.SC]（S00.0）【主要诊断依据】1.头部撞击于钝物上或头部被重物击中；2.头皮完整连续。少数头发折断和脱落；局部肿胀，皮下瘀血；压痛；3.无需特殊检查。【基本治疗原则】局部清洁，预防感染。【提示】头皮挫伤多系轻伤。如果致伤外力呈螺旋方向时，也可造成严重损伤；有时合并头皮血肿，甚至颅内损伤，需CT检查作为鉴别手段。头皮裂伤 [Scalp laceration.SL]（S01.0）【主要诊断依据】1.明确的头部着力点。致伤物可为钝物或锐器。受伤机制可能是加速、减速或挤压；2.伤及头皮全层，头皮组织部分或完全断裂，有外

出血。【基本治疗原则】1.加压包扎止血；2.清创术；3.防治感染。【提示】发生头皮裂伤时，应急用干净纱布或毛巾压迫包扎止血，勿用异物填塞。尽早清创，除去伤口内异物，止血，注意有无颅骨骨折及脑膜损伤。

头皮撕脱伤 [Scalp avulsion] (S08.0) 【主要诊断依据】1.多见于女性。长发受外力撕拽，或细长的锐器刺入头皮后挑撕；2.头皮连同帽状腱膜撕脱，头皮整层缺损，颅骨外露。【基本治疗原则】1.加压包扎止血；低温保护头皮组织，争取在12小时内清创缝合；2.头皮整块撕脱者，可行小血管吻合术，头皮再植；3.大面积的头皮、颅骨与骨膜缺损者，可待肉芽组织生长后植皮；4.防治感染；5.出血量多时输血。【提示】1.细心护理、观察，以防皮片坏死；2.注意是否合并颈椎骨折。

头皮血肿 [Scalp hematoma] (S00.0) 【主要诊断依据】1.头部被钝物击伤或头部撞击于钝物上；2.按照血肿所处的头皮层次不同，可分为：（1）皮下血肿 (Subcutaneous hematoma)：血肿范围位于头皮内。血肿周围软组织肿胀，触之有凹陷感。（2）帽状腱膜下血肿 (Subgaleal hematoma)：血肿弥散于帽状腱膜下层，出血可迅速扩散，有的可使整个头部明显变形。（3）骨膜下血肿 (Subperiosteal hematoma)：3.多因颅骨发生变形或骨折所致。血肿范围常不超过颅缝。【基本治疗原则】1.较小的头皮血肿，无需特殊处理，经过1~2周左右多能自行吸收；2.较大的血肿常需穿刺抽除，同时局部压迫包扎；3.穿刺治疗无效、血肿不消或继续增大时，可切开清除血肿并止血。【提示】头皮血肿可能并发颅骨骨折，甚至颅内损伤，需X线或CT检查。已经感染的血肿均需切开引流。

颅盖骨骨折 [Fracture of calvaria] (S02.0、S02.1、S02.7

、S02.8、S02.9) 【主要诊断依据】 1.头部着力点明确； 2.按骨折形状不同，可分为：(1)线形骨折：头颅X线平片、CT检查示单发或多发骨折线。(2)凹陷性骨折：头颅X线平片显示骨碎片重迭或骨片移位，或颅骨局部凹陷。(3)粉碎性骨折：头颅X线平片示多条交叉的骨折线。 3.按照骨折端的皮肤黏膜是否与外界相通，可分为开放性骨折和闭合性骨折。 【基本治疗原则】 1.线状骨折、轻微凹陷性骨折、无骨折片移位的粉碎性骨折都可待其自愈； 2.下列情况需手术处理：(1)骨折并发颅内血肿；(2)凹陷性骨折位于功能区域，凹陷深达1cm以上，凹陷范围较大，引起脑受压；(3)骨折片刺破硬脑膜，引起脑挫伤、出血；(4)骨折片伤及大静脉窦；(5)开放性颅骨骨折、伤口不愈、有碎骨片存留。 3.开放性骨折须清创、抗感染治疗。 【常见并发症与后遗症】 颅盖骨骨折可能合并颅内血肿、脑挫伤及颅神经损伤。 【提示】 1.发现颅盖骨骨折时，要警惕合并颅内血肿，48小时内注意观察病情变化。若病情加重，应及时行头颅CT检查； 2.骨折片插入脑内或压迫功能区，引起癫痫发作，应及早手术； 3.婴幼儿的线形骨折常在3~4个月内愈合，逾期不愈合者应考虑儿童生长骨折，进行治疗； 4.异物经头颅骨刺入脑内，现场不得拔出，可截断颅外部分以便转送。异物刺入颅内的部分，须手术处理。

颅底骨折 [Fracture of basal skull] (S02.1) 【主要诊断依据】 1.头部有明确着力点； 2.各部位骨折特点：(1)颅前窝骨折 (Fracture of anterior fossa)：血液及脑脊液自鼻腔、口腔流出，可出现脑脊液鼻漏，双眼“熊猫眼”征；(2)颅中窝骨折 (Fracture of middle fossa)：血液及脑脊液自外耳孔流出，颞部肿胀，常

合并同侧面神经损伤，耳后瘀血斑（巴特尔征Battle's sign）；（3）颅后窝骨折（Fracture of posterior fossa）：枕部肿胀，可出现咽后壁血肿，常出现声音嘶哑，吞咽困难等。3.依据上述临床症状，行CT扫描或CT颅底薄层扫描三维重建确诊。或进行腰穿注入美兰试验。【基本治疗原则】1.这类骨折多数无需特殊治疗，着重处理合并的脑损伤、脑脊液耳、鼻漏、气脑和癫痫；神经营养治疗；2.注意病情变化，预防颅内感染。【常见并发症与后遗症】颅底骨折常伴有脑挫伤、颅神经损伤、脑干损伤、颅内积气（气颅，Pneumocephalus）、脑脊液漏、颈内动脉海绵窦瘘及颅内感染等并发症。【提示】颅底骨折大多为颅盖和颅底骨折的联合骨折，绝大多数是线形骨折，个别为凹陷和粉碎性骨折。按其发生部位可分为：颅前窝骨折、颅中窝骨折、颅后窝骨折。颅底骨折一般为内开放性损伤，骨折本身无需特殊处理，治疗重点为预防感染及并发的颅内损伤。

脑震荡 [Cerebral concussion]
(S06.0) 【主要诊断依据】1.有明确的头部撞击史。2.短暂意识障碍，程度较轻。有逆行性遗忘；3.可有头晕、头痛、恶心、呕吐等症状，一般数日内消失；4.可有自主神经功能紊乱表现，如情绪不稳、易激惹、心烦、注意力及记忆力下降、心悸、多汗、失眠等。【基本治疗原则】一般无需住院治疗，可镇静、止痛等对症治疗；嘱病人安静，卧床休息；消除顾虑。【提示】典型的脑震荡一般无须特殊检查。头部CT作为颅内损伤等的排除性检查，须警惕多发伤。

脑挫裂伤 [Cerebral contusion and laceration.CCL] (S06) 【主要诊断依据】1.头部有明确的撞击点；2.意识障碍，时间多较长，一般在半小时以上，长则可达数日、数月；3.伴有蛛网膜下腔

出血、脑水肿、颅高压等症状的，以剧烈头痛、烦躁及昏迷为主；4.CT检查可以明确脑挫裂伤的部位和范围，以及是否合并其他颅内异常。【基本治疗原则】1.轻症可按脑震荡处理，应入院观察治疗。密切注意血压、呼吸、心率、瞳孔、意识和肢体活动等方面的变化；2.昏迷病人应保持呼吸道通畅；3.防治脑水肿：（1）限制液体入量；（2）脱水利尿治疗；（3）激素治疗；（4）严重者可选择冬眠低温治疗。4.伴有脑疝征象者考虑手术去骨瓣减压或清除损伤灶；5.对症支持治疗；6.神经营养性药物治疗；7.加强护理、预防并发症治疗。【主要并发症及后遗症】1.蛛网膜下腔出血

（Subarachnoid hemorrhage）；2.脑室出血（Intraventricular hemorrhage）；3.丘脑下部损伤（Hypothalamus injury）。【提示】

1.脑挫裂伤可根据临床表现、腰穿及CT检查等确诊；需住院观察治疗；2.脑挫裂伤常伴有脑积水和弥漫性脑肿胀。病情加重时应及时抢救，复查CT；3.脑挫裂伤是脑实质的挫伤和裂伤及局部散在脑内出血点。发生在着力部位称冲击伤，发生在对冲部位称对冲伤。两者均有不同程度的脑水肿。根据受伤力度大小、损伤部位，脑挫裂伤有轻重程度之分。伤情较重人员，昏迷时间长，可危及生命。脑干损伤

[Brain stem injury]（S06.3）【主要诊断依据】1.明显头部旋转损伤或甩鞭损伤；2.多有严重的意识障碍，持续时间较长，恢复较慢。双瞳孔大、小多变。生命体征不稳定。受损严重者，病人可长期昏迷；3.MRI或CT检查可反映脑干的形态变化，判断脑干的出血水肿等。【基本治疗原则】1.一般治疗与重症脑挫裂伤的治疗相同，如保持呼吸道通畅，吸氧，鼻饲，改善脑组织代谢等。应加强护理，防止并发症。有条

件者可行高压氧治疗；2.手术治疗的目的是解除引起继发性脑干损伤的各种原因。【提示】原发性脑干性损伤是指外伤时由于外力方向与脑中心点有夹角，致使脑干扭转、牵拉、撞击形成的损伤。继发性脑干损伤是指颅内血肿，局限性脑组织水肿、肿胀，造成脑干受压形成的损伤。脑干损伤的病死率及重残率较高。下丘脑损伤 [Hypothalamus injury] (S06.3) 【主要诊断依据】1.头部受到直接撞击、挤压；2.临床表现：(1)意识障碍：轻者嗜睡或睡眠紊乱，重者呈昏迷状态；(2)体温调节功能障碍：可出现中枢性高热，或体温不升，或体温忽高忽低；(3)尿崩症 (Diabetes insipidus)：每日尿量4000ml以上，尿比重1.005以下；(4)植物神经功能紊乱 (Vegetative nerve functional disturbance)：血压波动不稳，呼吸浅快或浅慢。严重者出现消化道出血或穿孔；(5)内分泌功能失调 (Endocrine dysfunction)：血糖持续性升高，多饮多尿等。3.尿常规见尿比重下降；4.CT或MRI检查有助于诊断。【基本治疗原则】1.一般治疗：按脑挫裂伤的治疗原则处理；2.特殊治疗：(1)尿崩症的治疗：应用垂体后叶素，注意维持水、电解质的平衡；(2)消化道出血的治疗：止血、保护消化道粘膜。【提示】下丘脑损伤常与弥漫性脑挫裂伤/或脑干损伤并存，出现特有的下丘脑综合征。丘脑下部损伤系重症颅脑损伤，死亡率高。硬脑膜外血肿 [Epidural hematoma] (S06.4) 【主要诊断依据】1.典型的临床表现为头外伤后发生短暂昏迷，随后清醒，再次发生昏迷，并有脑疝表现；2.在中间清醒期内常有剧烈头痛、恶心、呕吐、躁动不安；可有偏瘫、失语；3.头部CT检查为主要诊断依据。【基本治疗原则】1.血肿较小，症状较轻

者可药物治疗，但应密切观察病情变化。必要时复查CT；2.血肿较大者、立即手术清除血肿；3.对症支持治疗。【提示】1.硬脑膜外血肿病人约95%伴有颅骨骨折。硬脑膜外血肿是指血液积聚于颅骨与硬脑膜之间的血肿。硬脑膜外血肿在道路交通事故所致颅脑损伤中是最为常见的一类颅内血肿，及时诊治与治疗效果密切相关；2.CT检查以明确诊断。及时手术者，预后大多良好；3.病情危急来不及作CT检查时，可根据头颅损伤部位、骨折线和体征来定位。及时进行颅骨钻孔探查并行血肿清除。

急性硬脑膜下血肿 [Acute subdural hematoma] (S06.5)

【主要诊断依据】 1.伤后昏迷较重，有或无“中间清醒或好转期”；2.有脑挫裂伤和进行性脑受压征象；3.头部CT检查可显示血肿部位和大小；4.颅骨钻孔探查抽吸、引流硬脑膜下血肿。

【基本治疗原则】 1.手术治疗：清除血肿、止血和减压；2.非手术治疗：血肿较小，临床症状稳定时可采用。但应密切注意病情变化，必要时复查CT；3.对症治疗。

【提示】 急性硬脑膜下血肿可表现为昏迷进行性加重，CT检查有诊断意义。急性期3天内硬脑膜下血肿常继发于严重脑挫裂伤，血肿位于硬脑膜与蛛网膜之间，早期出现颅内压增高、脑受压等，重者可发生脑疝 (Brain hernia)。

脑内血肿 [Intracerebral hematoma] (S06.81)

【主要诊断依据】 1.临床表现：(1)迟发血肿：血肿常在伤后24~72小时发生，意识障碍逐渐加重，或意识由清醒转为昏迷。(2)意识障碍的特点：着力部位血肿为冲击伤所致。意识障碍轻，可有中间清醒期；着力点对侧血肿为对冲伤血肿。意识障碍呈进行加重；各型脑内血肿均可出现头痛、呕吐等颅内压增高症状，局灶体征与血肿部位有关，可

出现偏瘫、失语、癫痫等。2.CT检查可确定血肿的部位、性质和大小，脑组织受压移位的程度。伤后重复CT检查可以确定脑内血肿的发展情况，为手术提供可靠数据。【基本治疗原则】1.一般治疗：（1）重症病人给予保持呼吸道通畅，吸氧，必要时气管切开等处理。注意病人的生命体征变化，警惕合并伤；（2）镇静止痛药物有助于抑制病人因头痛所致的躁动症状，缓解颅内压的进一步升高；（3）有脑脊液漏的病人禁止堵塞鼻孔及外耳孔，防治感染。2.手术治疗：幕上血肿 > 30ml，幕下血肿 > 10ml，有明显占位效应，伴有严重颅内压增高表现、和/或意识障碍进行性加重者，应及早手术治疗。【提示】脑内血肿是指脑实质内的血肿，多发生于脑叶，也可发生于小脑、脑基底节等部位，血肿可破入脑室。由于血肿的占位效应，它可以导致颅内压增高等一系列病理生理改变。小脑幕下血肿（后颅窝血肿）[Hematoma of posterior cranial]（S06.402）【主要诊断依据】1.枕部受直接暴力作用；2.临床表现：（1）枕部疼痛；枕下或乳突区皮下淤血；（2）伤后多有明显的清醒期，继发性昏迷多在24小时后出现；（3）急性颅内压增高，剧烈头痛，频繁呕吐，意识障碍等；（4）脑干受压征象：体温升高、脉搏增快、呼吸急促、血压增高、颈项强直或强迫头位，以及锥体束征等；（5）少数病人出现小脑体征：肢体肌张力低下、腱反射减弱，眼球震颤和肢体共济失调等；（6）病情发展出现幕上疝时有瞳孔改变。3.头颅X线检查，多有枕骨骨折；4.椎动脉造影；5.CT检查可明确诊断。【基本治疗原则】1.手术治疗：清除血肿、解除颅内高压；2.预防感染；3.对症支持治疗。【提示】小脑幕下血肿系指外伤后颅内血肿积聚在后颅

窝内，亦称后颅窝血肿。常合并有枕骨骨折。迟发性颅内血肿 [Delayed intracranial hematoma] (S06.801) 【主要诊断依据】 1.头部外伤史； 2.临床表现：（1）伤后经历了一段病情稳定期后，出现进行性意识障碍加重等颅内压增高的表现；（2）依颅内血肿的部位出现相应症状和体征。 3.CT检查。需多次检查对比方可明确诊断。 【基本治疗原则】 1.手术治疗：依颅内血肿的部位采取相应手术方法； 2.预防感染； 3.对症支持治疗。 【提示】 迟发性颅内血肿指伤后首次CT未发现血肿，以后CT复查发现血肿或在原无血肿的部位发现了新的血肿。迟发性颅内血肿常见于伤后72小时内。慢性硬脑膜下血肿 [Chronic subdural hematoma] (S06.502) 【主要诊断依据】 1.临床症状常在外伤3周以后出现。 2.慢性颅内增高症状如头痛、呕吐和视神经乳头水肿、偏瘫、癫痫等症状，至晚期可出现脑疝。部分病人以精神症状较为突出或以局灶性脑症状为主。 3.头部CT检查多可明确诊断。 【基本治疗原则】 1.手术治疗：颅骨钻孔闭式引流； 2.血肿量少的，可保守治疗。开放性颅脑损伤 [Opened craniocerebral injury] (S06.911) 【主要诊断依据】 1.伤口出血，部分可见脑脊液和脑组织外溢； 2.轻者无意识障碍，重者可持续昏迷； 3.部分病人可因颅内血肿或颅内感染而出现颅内压增高表现； 4.头部CT检查可明确损伤部位和范围，并可确定颅内是否有异物和出血、血肿等情况。 【基本治疗原则】 1.及时清创； 2.防治感染； 3.防治脑水肿； 4.对症支持治疗； 5.抗癫痫治疗； 6.预防应激性溃疡。 【提示】 开放性颅脑损伤是指颅骨和硬脑膜破损，脑组织直接或间接与外界相通。临床表现因受伤原因、方式和外力大小不同而差别悬殊，但大多数均有不同程度的昏

迷，创口出血、易污染。视神经损伤 [Injury of optic nerve]

(S04.001) 【主要诊断依据】 1.多为单侧受损，常因额部或额颞部的损伤所引起，特别是眶外上缘的直接暴力； 2.伤后立即出现视力障碍，表现为失明或视敏度下降； 3.不完全视神经损伤，可于伤后数日或数周视力即有所改善，如果逾时一个月没有改善，往往永久性失明或弱视； 4.伤后3~6周眼底可见原发性视神经萎缩，视网膜动脉变细。 【基本治疗原则】

1.伤后早期视力进行性下降，并伴有视神经管骨折变形，应手术治疗，伤后视力立即丧失且有恢复趋势，应禁忌手术； 2.神经营养药及血管扩张药，必要时可行血液稀释疗法。

面神经损伤 [Injury of facial nervu] (S04.501) 【主要诊断依据】

1.多为颞部或乳突部着力，伴有颅中窝及乳突部骨折； 2.早发型伤后立即出现面肌瘫痪，患侧失去表情，口角偏向健侧，眼睑闭合不全； 3.迟发型常于伤后5~7天出现面肌瘫痪，预后较好； 4.可做电兴奋和肌电图检查判定损伤程度。

【基本治疗原则】 1.早期以非手术治疗为主； 2.手术治疗仅适用于神经已断裂或严重面瘫经4~6个月非手术治疗无效者。

【提示】面神经损伤大多有恢复可能性，勿急于手术。

急性脑肿胀 [Acute brain edema] (S06.1) 【主要诊断依据】

1.头部外伤史； 2.临床表现：伤后进行性颅内压增高，出现早，发展快。可在短时间内发生脑疝； 3.CT检查见脑中线结构不移位，脑室、脑池有受压现象，白质无明显水肿征。 【基本治疗原则】

1.脱水治疗； 2.激素类药物治疗； 3.预防感染； 4.降温、营养、支持治疗； 5.必要时去骨瓣减压。 【提示】

急性脑肿胀是颅脑损伤的并发症，系因广泛的脑实质损伤造成的弥漫性脑组织急性肿胀。脑膨出 [Encephalocele] (S06.804

) 【主要诊断依据】 1.头部外伤史； 2.临床表现：局部头皮膨隆变薄，脑组织向外呈蕈状突出； 3.CT检查可明确诊断。

【基本治疗原则】 1.感染急性期应用大剂量抗生素抗感染治疗； 2.脱水药物治疗； 3.局部换药； 4.手术治疗：重新切开伤口彻底清理颅内情况，尽可能修补硬脑膜和颅骨缺损。

【常见并发症与后遗症】 1.脑蕈（脑疝的一种）； 2.颅内感染（Intracranial infection）。 脑脊液漏 [Cerebrospinal fluid fistula]（G96.007）

【主要诊断依据】 1.病史：外伤造成颅底骨折伴硬脑膜撕裂； 2.临床表现：鼻腔、咽部（鼻漏）或外耳道（耳漏）处有液体溢出，初为血性，以后逐渐转为清亮。（轮晕试验阳性）； 3.实验室检查：漏出液含糖且与脑脊液含糖量相当； 4.X线颏位颅底片或断层片检查，CT薄分层片检查。

【基本治疗原则】 1.保守治疗：头高卧位休息，禁忌阻塞鼻孔和外耳孔，保持局部清洁。限制液体入量。全身应用抗生素。超过1个月仍未停止漏液者，可考虑手术； 2.手术治疗：

（1）开放性颅脑损伤大量漏液和经久不愈的间断小量漏液需手术治疗；（2）行脑脊液漏修补；（3）术后预防感染。

【常见并发症与后遗症】 1.颅内感染； 2.颅内低压综合征。

外伤性癫痫 [Traumatic epilepsy]（T90.503）

【主要诊断依据】 1.头部外伤史； 2.有典型癫痫发作：癫痫发作的症状多样，常分为大发作、小发作、局限性发作、精神运动性发作，也有的只表现为短暂的意识丧失； 3.脑电图（EEG）检查； 4.CT和MRI检查。

【基本治疗原则】 1.药物治疗：依发作类型选择药物，小剂量开始逐渐增加，单一药物无效时联合用药，坚持长期、规律服药； 2.手术治疗：正规药物治疗2~3年仍不能控制癫痫发作且发作频繁的，应考虑手术治疗，

切除脑瘢痕及致痫病灶。【提示】外伤后癫痫是颅脑外伤后的严重并发症，系颅脑外伤后修复的过程中形成瘢痕组织而引起。分为外伤后早期癫痫和外伤后晚期癫痫。外伤后脑积水 [Post-traumatic hydrocephalus] (G91.3) 【主要诊断依据】1.头部外伤史；2.临床表现：急性者以进行性颅内压增高为主，使意识障碍更加严重，但一般缺乏局灶症状或体征。慢性者多为正常颅压脑积水，病人逐渐痴呆，反映迟钝，行为异常等；3.CT检查见脑室扩大，内呈低密度影。【基本治疗原则】一般需手术治疗。【提示】外伤后脑积水为外伤性脑室内出血或蛛网膜下腔出血后的并发症。系因脑室内血肿堵塞，或血肿机化形成的瘢痕、膜带，影响脑脊液循环通路而发生。颅骨缺损 [Skull defect] (Z90.007) 【主要诊断依据】1.头部外伤史；2.缺损直径 > 3cm可出现临床症状，如头昏、头痛、恶心、呕吐、癫痫、体位性眩晕、易激怒、焦躁不安及局部压痛等；3.CT检查可明确诊断。【基本治疗原则】1.急性期预防感染；2.手术修补颅骨缺损。【常见并发症与后遗症】头皮及颅内感染。第二章 眼部创伤 眼睑外伤 [Blepharal trauma] (S00.1、S01.1) 【主要诊断依据】1.眼睑擦伤：仅有眼睑皮肤表层擦伤，伤处表面可有少量点状、条状渗血；2.眼睑挫伤：钝挫伤所致眼睑水肿和出血，皮肤呈青紫色；3.眼睑撕裂伤：撕拉力所致眼睑伤口、出血，眼睑多层组织严重裂伤，可深达肌层、睑板和睑结膜；4.眼睑切割伤：锐器所致眼睑伤口、出血，眼睑多层组织严重裂伤，可深达肌层、睑板和睑结膜；5.眼睑血肿：由钝挫伤所致眼睑皮下瘀血、肿胀明显，皮肤呈青紫色或乌黑色。【基本治疗原则】1.眼睑擦伤予以清洗伤处、涂擦消毒液；2.眼睑挫伤

：早期冷敷，48小时后热敷。裂伤应清创缝合，预防感染；

3.眼睑切割伤：清创缝合，防治感染；4.眼睑撕裂伤：同眼睑切割伤的处理；5.眼睑血肿：早期冷敷，48小时后热敷。【常见并发症与后遗症】1.局部感染；2.眼睑畸形和泪溢症（Epiphora）；3.瘢痕形成，眼睑外翻。眼周软组织损伤 [Periocular injury of soft tissue]（S05.001）【主要诊断依据】1.眼部受钝物打击或锐器穿刺致伤；2.眼外肌及其支配神经损伤，可出现眼球运动障碍；3.眼周软组织损伤可发生眶内出血引起眶内压升高，眼球突出。【基本治疗原则】1.清创术；2.防治感染；3.眶内出血，眶压升高者，可予手术治疗。【常见并发症与后遗症】1.局部感染；2.眼眶挤压综合征。

眼眉缺损 [Defect of eyebrow]（H02.704）【主要诊断依据】1.眼眉皮肤受较重的钝性挫伤或锐器切割伤史；2.检查见眼眉皮肤因切割或撕脱而缺损，眉弓裸露。【基本治疗原则】1.撕脱的眼眉皮肤可以缝合或可供再植时，行初期清创术；2.眼眉缺损或撕脱损伤过重不能利用时，可行皮瓣移植修复缺损；3.防治感染。【常见并发症与后遗症】1.局部感染；2.上睑下垂（Ptosis），睑裂闭合不全（Lagophthalmus），眼睑外翻（ectropion）。球结膜外伤 [Trauma of epibulbar conjunctiva]（S05.004、S05.002）【主要诊断依据】1.眼部外伤史；2.球结膜裂伤：球结膜有裂开的伤口；3.球结膜下出血：球结膜下片状出血。【基本治疗原则】1.球结膜裂伤 < 5mm且伤口整齐者，不必缝合；2.裂伤 > 5mm应予缝合；3.预防感染；4.球结膜下出血：早期冷敷，24～48小时后热敷。【常见并发症与后遗症】局部感染。眼眶外伤 [Orbital trauma]【主要诊断依据】1.眼眶部受钝力打击或被锐器刺伤

； 2.眼眶骨折：局部压痛、肿胀；眶内压增高时，眼球轻度突出； 3.眶内出血：眼眶受锐器切割或穿刺伤，可发生眶深部组织损伤，眶内压急性升高、眼球外突； 4.眼眶挤压综合征：由眼眶外伤致眶内压增高压迫神经而致，眼部疼痛，上睑下垂、复视、眼球突出；眼底检查可见视神经乳头正常或水肿；视力减退； 5.视神经管骨折：伤及视神经时，可出现瞳孔对光反射消失或迟钝，瞳孔中等散大，视力严重下降； 6.X线或CT检查，确定有无眶骨骨折。

【基本治疗原则】 1. 闭合性眶骨骨折一般不予特殊处理，可给予对症治疗； 2.眶内出血导致急性眶内压增高时可手术止血、减压； 3.伴有视神经压迫或损伤时，应用大剂量糖皮质激素和/或视神经管减压术； 4.预防感染。

【常见并发症与后遗症】 1.开放性外伤，可发生局部感染； 2.视神经损伤，可有视力减退或失明。

角膜创伤 [Corneal trauma] **【主要诊断依据】** 1.角膜受钝性外力或锐器刺伤； 2.临床症状：疼痛、畏光、流泪，伴有程度不同的视力障碍； 3.眼科检查：（1）角膜上皮擦伤：角膜上皮部分缺失，荧光素着染；（2）角膜挫伤：由钝性外力所致的角膜基质层水肿、增厚及混浊；（3）角膜裂伤：由钝性外力所致的角膜各层不全或全层裂伤；（4）角膜穿孔：由锐器所致的角膜全层裂伤，有时伴虹膜、晶状体或玻璃体脱出；（5）角膜异物：异物存留在角膜表面或深层。

【基本治疗原则】 1.角膜上皮擦伤：涂抗生素眼膏包扎，24小时后复查； 2.角膜挫伤：点糖皮质激素和抗生素滴眼液，必要时滴用睫状肌麻痹剂； 3.角膜裂伤：（1）不完全裂伤，涂抗生素眼膏、包扎；（2）角膜穿透伤，伤口小且规则，可自行闭合，应用抗生素眼膏，包扎；伤口大或伴有眼球内容物

脱出时，应予缝合，术后滴用睫状肌麻痹剂、糖皮质激素和抗生素滴眼液。4.角膜穿孔：同角膜穿透伤；5.角膜异物：表面麻醉清除异物，点抗生素滴眼液。【常见并发症与后遗症】1.角膜溃疡；2.角膜瘢痕；3.继发虹膜睫状体炎；4.有眼内容物脱出时，可并发白内障、继发青光眼；5.视力障碍，甚至失明。

巩膜创伤 [Scleral trauma] 【主要诊断依据】1.眼球受钝性撞击或被锐器穿透刺伤；2.临床症状：有明显的眼痛和刺激症，视力下降；3.眼科检查：（1）巩膜裂伤：由钝力所致的巩膜裂伤口，周围有出血；（2）巩膜穿透伤：由锐器所致的巩膜破裂伤口，伴有眼内组织脱出、嵌顿【基本治疗原则】1.巩膜伤口长度 $\leq 3\text{mm}$ 且无组织嵌顿自然闭合时，不需缝合；2.伤口长度 $> 3\text{mm}$ 时须水密缝合；3.用抗生素滴眼液，必要时加用睫状肌麻痹剂、糖皮质激素滴眼液；4.必要时全身应用抗生素。【常见并发症与后遗症】1.继发感染；2.前房积血；3.玻璃体积血；4.脉络膜、视网膜损伤；5.视力障碍。

虹膜睫状体创伤 [Iridic Ciliary trauma] 【主要诊断依据】1.眼部外伤史；2.临床症状：眼痛、视力下降，瞳孔扩大、不圆，对光反应迟钝或消失；3.眼科检查：（1）虹膜缘撕裂：瞳孔缘不规则，瞳孔欠圆，虹膜基质有纵形裂；（2）虹膜根部离断：虹膜根部断离，瞳孔不规则或呈“D”形，可出现单眼复视。若整个虹膜从根部完全断开，称为“外伤性无虹膜”；（3）虹膜脱出：虹膜组织经贯通伤口脱出于眼球壁外；（4）外伤性虹膜睫状体炎：除眼痛和视物模糊等症状外，裂隙灯显微镜检查可见前房闪辉和细胞；（5）外伤性瞳孔散大：瞳孔扩约肌受损，瞳孔扩大、不圆、光反应迟钝；（6）睫状体分离：眼压低，超声波检查可发现

睫状体部分或全部脱离；（7）前房积血：微量出血仅见房水出现红细胞，出血多时血液积于前房呈一水平面；（8）前房角后退：虹膜根部向后移位，前房角加宽、变深。【基本治疗原则】1.瞳孔缘虹膜撕裂：无特殊处理；2.虹膜根部断离：小于1/4周且无复视症状时，大于1/3或伴有复视时，行虹膜根部缝合术。术后滴睫状肌麻痹剂及抗生素滴眼液；3.虹膜脱出：如果虹膜脱出或嵌顿于伤口时间较短且伤口较清洁时，可还纳于眼内，不能还纳时，可予剪除；4.外伤性虹膜睫状体炎：应用糖皮质激素滴眼液和散瞳剂；5.外伤性瞳孔散大：无特殊治疗。如畏光严重时，可配太阳镜；6.睫状体脱离：先予药物治疗，滴用睫状肌麻痹剂和糖皮质激素滴眼液。严重时需手术治疗；7.前房积血：应用止血剂，可联合应用糖皮质激素滴眼液，卧床休息，眼压高时应用降眼压药物，如积血量吸收缓慢且眼压持续升高，可行前房冲洗术；8.前房角后退：定期观察眼压，如眼压高按照开角性青光眼处理。【常见并发症与后遗症】1.挫伤性虹膜睫状体炎；2.外伤性瞳孔散大；3.视力下降；4.继发性青光眼。晶状体创伤 [Lens trauma] 【主要诊断依据】1.眼部外伤史；2.临床表现：（1）晶状体半脱位：瞳孔区可见部分晶状体的赤道部，部分虹膜震颤、单眼复视；（2）晶状体全脱位：晶状体向前脱入前房，或嵌顿于瞳孔区，或向后脱入玻璃体腔内，虹膜震颤，前房变深，出现高度远视状态，如果角巩膜破裂，也可脱入球结膜下；（3）外伤性白内障：晶状体混浊，视力下降。【基本治疗原则】1.晶状体全脱位：应予手术摘除；2.晶状体半脱位：可试用眼镜矫正视力，如不能纠正，应考虑手术治疗；3.外伤性白内障：根据晶状体混浊程度

和患者视力需要，考虑白内障摘除和人工晶状体植入术。【常见并发症与后遗症】1.晶状体脱入玻璃体腔内时，可继发青光眼，视网膜脱离等；2.视力下降。玻璃体创伤 [Hyaloid trauma] 【主要诊断依据】1.眼部外伤史；2.临床表现：（1）

）玻璃体脱出和嵌顿：玻璃体从角膜或巩膜伤口中脱出，并嵌顿于伤口；（2）玻璃体积血：睫状体，视网膜或脉络膜的血管损伤所引起，致血液积存于玻璃体腔内。眼底检查可见玻璃体内混浊或漂浮物，伴视力减退；3.眼部超声检查。

【基本治疗原则】1.卧床休息；2.玻璃体脱出和嵌顿：剪除脱出的玻璃体，修补伤口；3.玻璃体积血：宜在两周内进行玻璃体切割术。少量积血可待其自然吸收。大量积血时可在伤后2~3周左右进行玻璃体切除术；4.预防感染。【常见并发症与后遗症】1.眼内感染；2.视力下降；3.脉络膜、视网膜病变。

脉络膜创伤 [Optical choroidal trauma]（S05.812、H31.3）【主要诊断依据】1.眼部外伤史；2.临床表现：（1）

）脉络膜出血：可位于视网膜与脉络膜之间，也可位于脉络膜上腔，眼底检查可见青灰色或乌黑色隆起，并遮挡其下的组织；（2）脉络膜破裂：可单发或多发，多数位于后极部及视乳头周围，呈弧形，凹面对向视乳头。早期破裂处常被出血掩盖，出血吸收后，露出黄白色瘢痕；（3）脉络膜脱离：眼底可见青灰色球形隆起，可单发或多发。眼压降低，可发生黄斑水肿。【基本治疗原则】1.脉络膜出血：可应用止血剂和促进血液吸收的药物；2.脉络膜破裂，无有效治疗方法；3.脉络膜脱离：应用高渗剂，促进脉络膜下腔液体吸收。并可用糖皮质激素。【常见并发症与后遗症】1.视力下降；2.黄斑水肿；4.视网膜下新生血管形成。视网膜创伤 [

Retinal trauma] 【主要诊断依据】 1.眼部外伤史； 2.临床表现：（1）视网膜震荡：视力轻度下降，眼底检查可见视网膜水肿、变白；（2）视网膜挫伤：视力明显减退，可见视网膜水肿，可伴出血，黄斑部色素紊乱；（3）视网膜出血：视力明显减退，检查视网膜出血鲜红，后渐变成黄色；（4）视网膜脱离：视力明显减退，眼压多偏低，眼底检查见脱离的视网膜变为蓝灰色，可发现视网膜裂孔；（5）黄斑裂孔：中心视力明显下降，黄斑全层或板层裂孔。 【基本治疗原则】 1.视网膜震荡、视网膜挫伤和视网膜出血：可应用糖皮质激素、神经营养药、血管扩张剂及维生素类药物； 2.视网膜脱离：手术封闭裂孔，使视网膜复位。 【常见并发症与后遗症】 1.视力下降甚至失明； 2.视网膜不能复位。 视神经损伤 [Visual neurotrauma] (S04.001) 【主要诊断依据】 1.眼球受到钝挫外伤； 2.不等程度的视力减退，甚至完全丧失； 3.伴有眶骨骨折。 【基本治疗原则】 1.视神经被骨折片压迫时，手术治疗，解除压迫，加强营养神经； 2.早期可用糖皮质激素和脱水剂； 3.视神经撕脱，无有效治疗。 【常见并发症与后遗症】 视力减退甚至完全失明。 【提示】 视神经损伤是在眼球受钝力打击时发生视神经管骨折压迫或损伤视神经，或眼球直接受力极度旋转向前移位，挤压眼球使眼内压突然升高致筛板破裂；或眶穿通伤使视神经向后牵拉，导致视神经挫伤或撕脱。 眼球穿通伤 [Penetrating wound of eyeball] (S05.6) 【主要诊断依据】 1.眼球被锐器刺伤或割伤； 2.眼球表面有伤口； 3.伤眼疼痛、出血和视力下降； 4.可伴有眼内容物（虹膜、虹膜睫体、晶状体和玻璃体）脱出。 【基本治疗原则】 1.伤口处理：缝合包扎； 2.复杂病例采用二步手

术，初期缝合伤口，1~2周后再行相关手术，处理前房或玻璃体积血、外伤性白内障等；3.防治感染，眼部及全身应用抗生素；4.应用糖皮质激素；5.滴用睫状肌麻痹剂。【常见并发症与后遗症】1.视力下降，直至失明；2.眼内炎；3.交感性眼炎（Sympathetic ophthalmia）；4.外伤性玻璃体、视网膜病变。【提示】眼球穿通伤是由脱器的刺入、切割造成眼球壁全层裂开，伴或不伴有眼内损伤或组织脱出。根据伤口的部位、范围和损伤程度可分角膜穿通伤，角巩膜穿通伤，巩膜穿通伤和眼球贯通伤。眼球破裂 [Ophthalmorrhexis]

（S05.304）【主要诊断依据】1.眼球受严重挫伤所致；2.常见破裂部位为角巩缘、直肌下巩膜；3.常有眼压降低；4.检查可见前房及玻璃体积血，球结膜出血水肿，角膜变形，眼球运动受限；较多玻璃体脱出时可见眼球塌陷；5.视力明显下降，仅有光感或更差。【基本治疗原则】1.手术修复眼球。可采用二步手术：先做初期缝合，2周左右后再行相关手术，处理前房或玻璃体积血、外伤性白内障等；2.不应初期行眼球摘除术，除非眼球不能缝合；3.预防感染及对症治疗。【常见并发症与后遗症】1.眼内感染；2.视力障碍甚或丧失；3.缺失眼球。眼内异物 [Intraocular foreign body]

（S05.501）【主要诊断依据】1.锐器穿入眼球或颗粒飞行物射入眼球；2.检查可见角膜、巩膜前部有外伤伤口，若角膜损伤、相应虹膜部位穿孔，晶状体局限性混浊，表明有异物进入眼内；3.若屈光介质尚透明，裂隙灯或检眼镜检查可直接看到眼内异物；4.X线、超声或CT检查。【基本治疗原则】1.前房及虹膜异物：直接手术取出；2.晶状体异物：若晶状体已混浊，可连同异物摘出；3.玻璃体内或球壁异物，根

据异物的不同情况可采取磁铁取除，玻璃体手术摘除；4.防治感染。【常见并发症与后遗症】1.视力减退；2.视网膜毒性改变；3.眼内感染；4.增生性玻璃体视网膜病变；5.继发青光眼。眼内感染 [Intraocular infection] (H44.0) 【主要诊断依据】1.眼部外伤，眼球壁有伤口或有眼内异物；2.伤眼疼痛、头痛；3.视力下降甚至无光感；4.球结膜高度水肿，角膜混浊，前房积脓，玻璃体混浊等表现。【基本治疗原则】1.充分散瞳；2.局部和全身应用大剂量抗生素和糖皮质激素；3.适时行玻璃体切除术。【常见并发症与后遗症】1.白内障；2.继发性青光眼；3.低眼压及眼球萎缩；4.视力明显下降甚或无光感。【提示】眼外伤常可继发结膜、角膜、巩膜、虹膜、睫状体、脉络膜、玻璃体等眼组织的炎症，对视力影响很大。眼部热烧伤 [Thermal burn of eye] (T26.003) 【主要诊断依据】1.眼部烧伤史；2.眼睑见红斑、水泡、结膜充血、角膜混浊，严重时可见组织坏死。【基本治疗原则】1.防治感染、促进创面愈合；2.滴用睫状肌麻痹剂和抗生素滴眼液；3.手术治疗。【常见并发症与后遗症】1.视力下降；2.瘢痕性睑外翻；3.眼睑闭合不全；4.角膜瘢痕；5.睑球粘连；6.眼球萎缩。

第三章 耳鼻喉及颌面口腔创伤 外耳血肿 [Hematoma of external ear] (S09.805) 【主要诊断依据】1.耳部外伤史；2.伤耳疼痛、肿胀；3.伤耳呈半圆形紫红色肿块，质软，触之有液体感。【基本治疗原则】1.非手术治疗：(1)先期(24小时内)冷敷，阻止血液继续渗出；(2)血肿抽吸，严格消毒下抽出液体，加压包扎。用于渗血较多者；

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com