名词解释

第十七章 颅内压增高和脑疝

1.颅内压增高：是神经外科常见的临床综合征。外伤、肿瘤、血管病、炎症等颅内多种病理损害发展至一定阶段，都可以表现出颅内压增高。颅内压持续超过正常0.7kPa(70mmH20)— 2.0kPa(200mmH20)以上从而引起的相应的综合征，称为颅内压增高。

2.库欣反应：当颅内压急剧增高时，病人出现血压升高、心跳和脉搏变慢、呼吸节律紊乱及体温升高等各项生命体征发生变化，这种变化称为库欣反应。

3.脑疝：当颅内某分腔有占位性病变时，该分腔的压力大于邻近分腔的压力，脑组织从高压力区向低压力区移位，导致脑组织、血管及脑神经等重要结构受压和移位，有时被挤入小脑幕裂孔、枕骨大孔、大脑镰下间隙等生理性或病理性间隙或孔道中，从而出现一系列严重临床症状和体征，称为脑疝。

第十八章 颅脑损伤

1.加速性损伤：相对静止的头部突然遭受外力打击，头部沿外力作用方向呈加速运动而造成的损伤，称加速性损伤。

2.减速性损伤：运动着的头部突然撞于静止的物体所引起的损伤，称减速性损伤

第二十章 颅内和椎管内血管性疾病

1.蛛网膜下隙出血：是由各种病因引起颅内和椎管内血管突然破裂，血液流至蛛网膜下隙的统称，分为自发性和外伤性两类。

2.脑底异常血管网症：又称烟雾病，因颈内动脉颅内起始段狭窄或闭塞，脑底出现异常血管网，因病理性血管网在脑血管造影形似烟雾而得名。

第二十一章 颅脑和脊髓先天性畸形

1.非交通性脑积水：称阻塞性脑积水，是由于脑室系统梗阻，导致梗阻以上的脑室系统显著扩大引起的脑积水。梗阻部位多在脑室系统的狭窄处，如室间孔、导水管或第四脑室出口处。

2.落日征：晚期脑积水出现眶顶受压变薄和下移，使眼球受压下旋，以致上部巩膜外露呈落日状，称为落日征。

3.Chamberlain线：在颅骨X线侧位片上，硬腭后缘与枕骨大孔后上缘联线，正常者枢椎齿状突低于此线，若高于此线3mm以上即为颅底陷入。

第二十二章 颈部疾病

1.甲亢：由各种原因导致正常甲状腺素分泌的反馈控制机制丧失，引起循环中甲状腺素异常增多而出现以全身代谢亢进为主要特征的疾病的总称。

2.甲状腺危象：是甲亢的严重合并症，与术前准备不够，甲亢症状未能很好控制及手术应激有关。主要表现为高热(>39℃)，脉速(>120次/分)，同时合并神经、循环及消化系统严重功能紊乱，如：烦躁，谵妄，大汗，呕吐，水泻等。

第二十三章 乳房疾病

1.酒窝症：乳腺癌累及cooper韧带,可使其缩短而致肿瘤表面皮肤凹陷。

2.橘皮样改变：乳腺癌癌块继续增大,如皮下淋巴管被癌细胞堵塞，引起淋巴回流障碍，出现真皮水肿。

3.Cooper韧带：乳腺的腺叶,小叶和腺泡间有结缔组织间隔,腺叶间还有与皮肤垂直的纤维束,上连浅筋膜浅层,下连浅筋膜深层。

4.炎性乳癌：不多见，特点是发展迅速、预后差。局部皮肤可呈炎症样表现，开始比较局限，不就即扩展到乳房大部分皮肤，皮肤发红、水肿、增厚、粗糙、表面温度升高。

5.乳头湿疹样乳腺癌：乳头有瘙痒、灼烧感，以后出现在乳头和乳晕的皮肤变粗糙、糜烂如湿疹样，形成溃疡，有时覆盖黄褐色鳞屑样痂皮。

第二十四章 胸部损伤

1.连枷胸：多根多处肋骨骨折使局部胸壁因失去完整肋骨支撑而软化，出现反常呼吸运动，即吸气时软化区胸壁内陷，呼吸时外凸，称为连枷胸（flail chest）。

2.反常呼吸：吸气时，软化区的胸壁内陷，而不随同其余胸廓向外扩展，呼气时则相反，软化区向外膨出。

3.开放性气胸：胸膜腔有与外界相通的开口，以致空气随呼吸而自由出入胸膜腔内。

4.张力性气胸：又称高压性气胸，有裂口与胸膜腔相通，且形成活瓣故吸气时空气从裂口进入胸膜腔内，而呼气时活瓣关闭，不能让腔内空气回入气道排出。

5.闭合性气胸：气胸形成后，胸膜腔内积气压迫裂口，使之封闭，或者破口自动闭合不再继续漏气。

第二十五章 胸壁、胸膜疾病

1.脓胸(empyema)：是指脓性渗出液积聚于胸膜腔内的化脓性感染

2.漏斗胸：是胸骨连同肋骨向内、后凹陷，呈舟状或漏斗状，胸骨体与剑突交界处凹陷最深。

3.非特异性肋软骨炎(即Tietze病)：是一种非化脓性肋软骨肿大。女性多见。

第二十六章 肺部疾病

1、中央型肺癌：起源于主支气管，肺叶支气管的肺癌，位置靠近肺门者。

2、周围性肺癌：起源于肺段支气管以下的肺癌，位置在肺的周围。

3、肺上沟瘤：上肺叶顶部肺癌亦称Pancoast肿瘤，可以侵入纵膈压迫位于胸部上口的器官和组织，如第一肋骨、锁骨下动脉和静脉，臂丛神经、颈交感神经等产生一系列症状。

4、肺性骨病：少数肺癌癌肿产生内分泌物质，临床上呈现非转移性骨性全身征象，如骨关节病综合症（如骨关节痛、杵状指、骨膜增生等）。

第二十七章 食管疾病

1.原位癌：限于粘膜表面的癌变

2.食管憩室：食管壁的一层或全层局限性膨出，形成与食管腔相通的囊袋

3.Barrett esophagus：Barrett食管。食管下段由柱状上皮内衬，胃食管返流时，常作为修复性反应出现，被认为是癌前病变。Barrett食管是内镜诊断，一般认为须距食管胃接合部至少3cm以上的柱状上皮覆盖，才能称为Barrett食管。亦有人认为Barrett食管是先天性的，因胎儿发育时期，食管为柱状上皮，以后被鳞状上皮替代。

第二十八章 原发性纵隔肿瘤

1.上腔静脉综合症：由于肿瘤压迫或侵犯上腔静脉可出现包括面部、上肢肿胀发绀，颈浅静脉怒张，前胸壁静脉迂曲等征象。

2.前纵隔：纵隔实际上是一个间隙，为便于标明病变在纵隔的位置，在气管、心包前的间隙称之为前纵隔。

第二十九章 心脏疾病

1.二尖瓣装置：二尖瓣环、瓣叶、腱索、乳头肌所组成的精密结构称为二尖瓣装置。

2.Eissenmenger 综合征：左向右分流引起肺动脉压升高，当肺动脉压力高于主动脉压力，则出现右向左逆向分流，导致紫绀。

3.法乐四联症：肺动脉口狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨和右心室肥大。

4.心包切开综合征：心包内手术操作2～4周后，发生以进行性的心包和/或胸膜渗出为其特征。表现为发热、胸痛或心脏受压。血象一般正常。

5.超标巨大左室：左心室短轴舒张末内径大于70mm,收缩末内径大于50mm,EF<0、5,FS<0、25。

第三十章 胸主动脉疾病

1.假性动脉瘤：瘤壁无主动脉壁的全层结构，仅有内膜覆盖的纤维结缔组织。

2.夹层动脉瘤：主动脉中层发生坏死或退行性变，当内膜破裂时，血液在主动脉压力的作用下，在中层形成血肿并主要向远端延伸，形成夹层动脉瘤。

3.Bental手术：应用带主动脉瓣的复合人工血管替换升主动脉，并进行冠状动脉口移植。

第三十一章 腹外疝

1.嵌顿性疝：疝门较小而腹内压突然增高时，疝内容物可强行扩张囊颈而进入疝囊，随后因囊颈的弹性收缩又将内容物卡住，使其不能回纳。

2.Richter疝：嵌顿的内容物仅为部分肠壁，系膜恻肠壁及其系膜并未进入疝囊，肠腔并未完全梗阻，这种疝称为肠管壁疝或Richter疝。

3.Littre疝：如嵌顿的小肠是小肠憩室则称Littre疝。

4.绞窄性疝：嵌顿如不及时解除，肠管及其系膜受压情况下不断加重可使血流减少，最后导致完全阻断。

5.直疝三角：外侧边是腹壁下缘，内侧边是腹直肌外侧缘，底边是腹股沟韧带。此处腹壁缺乏完整的肌肉覆盖，且腹横筋膜又比周围部分薄，故易发生疝。腹股沟直疝即在此由后向前突出。

第三十二章 腹部损伤

1.损伤控制性外科（DCS）：根据伤者的全身情况、手术者的技术、后续治疗条件等，为伤者设计包括手术在内的最佳治疗方案，将伤者的存活率和生活质量放在首位，而不是仅仅要求手术的成功率。

第三十三章 急性化脓性腹膜炎

1.继发性腹膜炎：继发腹腔内脏器的破裂、穿孔、出血，脏器炎症的直接蔓延或继发于外伤及手术感染而引起的腹膜炎。

2.原发性腹膜炎：又称自发性腹膜炎，指病原菌从腹腔外病灶经血液或淋巴液播散而感染腹膜，腹腔内无原发性病灶。

第三十四章 胃十二指肠疾病

1.胃十二指肠溃疡：胃、十二指肠局限性圆形或椭圆形的全层黏膜缺损，称胃十二指肠溃疡。因溃疡的形成与胃酸-蛋白酶的消化作用有关，又称消化性溃疡。

2.球后溃疡：发生于十二指肠球部以下的溃疡。

3.早期胃癌：胃癌仅限于黏膜或黏膜下层者，不论病灶大小或有无淋巴结转移。

4.进展期胃癌：指癌组织浸润深度超过黏膜下层的胃癌。

5.残胃癌：因良性疾病行胃大部切除术后5年以上，残胃出现原发癌称为残胃癌。

6.倾倒综合征：胃大部切除术后，由于失去了幽门的节制功能，导致胃内容物排空过快，产生的一系列症状。

7.十二指肠瘀滞症：是指十二指肠水平部受肠系膜上动脉压迫导致的肠腔梗阻。

第三十五章 小肠疾病

1.肠梗阻：任何原因引起的肠内容物通过障碍统称肠梗阻。

2.动力性肠梗阻：是由于神经抑制或毒素刺激以至肠壁肌运动紊乱，但无器质性肠腔狭小。

3.血运性肠梗阻：由于肠系膜血管栓塞或血栓形成，使肠管血运障碍，肠失去蠕动能力，肠腔虽五阻塞，但肠内容物停止运行。

4.绞窄性肠梗阻：因肠系膜血管或肠壁小血管受压、血管腔栓塞或血栓形成而使相应肠段急性缺血，引起肠坏死，穿孔。

5.机械性肠梗阻：是由于各种原因引起的肠腔变狭小，使肠内容物通过发生障碍。

6.肠扭转：是一段肠袢沿着其系膜长轴旋转而造成的闭袢型肠梗阻，同时肠系膜血管受压，也是绞窄性肠梗阻。

7.短肠综合征：是因小肠被广泛切除后消化、吸收功能不良的一种临床综合病征。

第三十六章 阑尾疾病

1.麦氏点：体表投影约在右髂前上棘与脐的连线的中外三分之一交点处。

2.转移性右下腹痛：是急性阑尾炎最常见的重要体征，即腹痛开始发作于上腹，逐渐移向脐部，数小时后转移并局限在右下腹。

3.结肠充气实验（Rovsing征）：病人仰卧位，用右手压迫左下腹，再用左手挤压近侧结肠，结肠内气体可传至盲肠或阑尾，引起右下腹疼痛者为阳性。

第三十七章 结、直肠及肛管疾病

1.肛裂三联征：因肛裂、前哨痔、肛乳头肥大常同时存在。

2.肛裂：是齿状线下肛管皮肤层裂伤后形成的小溃疡。

3.肛瘘：是指肛管周围肉芽肿性管道，由内口、瘘管、外口三部分组成。

4.直肠肛管周围脓肿：是指直肠肛管周围软组织或其周围间隙发生的急性化脓性感染，并形成脓肿。

第三十八章 肝 疾 病

1.Glisson纤维鞘：在肝实质内，由于门静脉、肝动脉和肝胆管的胆道分布大体上相一致，且共同被包裹在Glisson纤维鞘内。

2.第一肝门：门静脉、肝动脉和肝总管在肝脏面横沟各自分处左右干进入肝实质内。

3.第二肝门：肝静脉是肝血液的流出管道，三条主要的肝静脉在干后上方的静脉窝进入下腔静脉。

4.第三肝门：肝还有小部分血液经数支肝短静脉流入肝后方的下腔静脉。

第三十九章 门静脉高压症

1.门静脉高压症：门静脉的血流受阻、血液瘀滞时，则引起门静脉系统压力的增高。临床上表现有脾大和脾功能亢进、食管胃底静脉曲张和呕血、腹水等。具有这些症状的疾病称为门静脉高压症。

2.TIPS：是采用介入放射方法，经颈静脉途径在肝内肝静脉与门静脉主要分支之间建立通道，置入支架已实现门体分流。

3.门静脉高压性胃病：在门静脉高压时，胃壁淤血水肿，胃粘膜下层的动-静脉交通支广泛开放，胃黏膜微循环发生障碍，导致胃粘膜防御屏障的破坏，形成门静脉高压性胃病。

4.门体性脑病（肝性脑病）：门静脉高压症时由于自身门体血流短路或手术分流，造成大量门静脉血流绕过肝细胞或因肝实质细胞功能严重受损，致使有毒物质不能代谢与解毒儿其直接进入体循环从而对脑产生毒性作用并出现精神神经综合征。

第四十章 胆道疾病

1.Mirizzi综合征：持续嵌顿于胆囊颈部的和较大的胆囊结石压迫肝总管，引起肝总管狭窄；反复的炎症发作导致胆囊肝总管瘘管，胆囊管消失、结石部分或全部堵塞肝总管。临床特点时反复发作胆囊炎及胆管炎，明显的梗阻性黄疸。

2.Charcot三联征：腹痛、寒战高热、黄疸的临床表现。

3.Reynolds五联征：除有急性胆管炎的Charcot三联征外，还有休克、神经中枢系统受抑制表现。

4.胆石病：是指发生在胆囊和胆管的结石

第四十一章 消化道大出血的鉴别诊断和处理原则

1.上消化道大出血：如果一次失血超过全身总血量的20%，并引起休克症状和体征。

2.Curling溃疡：由严重烧伤引起的胃部的急性应激性溃疡。

3.Cushing溃疡：由严重脑外伤引起的胃部的急性应激性溃疡。

第四十二章 急腹症的诊断与鉴别诊断

1.急腹症：是一组起病急、变化多、进展快、病情重，需要紧急处理的腹部疾病。

第四十三章 胰腺疾病

1.Grey-Turner征：少数急性胰腺炎严重的病人胰腺出血可经腹膜后途径渗入皮下，在腰部、季肋部和下腹部皮肤出现大片青紫色瘀斑。

2.Cullen征：少数急性胰腺炎严重的病人胰腺出血可经腹膜后途径渗入皮下，出现在脐部称Cullen征。

3.慢性胰腺炎：是各种原因所致的胰实质和胰管的不可逆慢性炎症，特征是反复发作的上腹部疼痛伴不同程度的胰腺内、外分泌功能减退或丧失。

第四十四章 脾疾病

1.OPSI：即脾切除术后凶险性感染。脾切除后机体免疫功能削弱和抗感染能力下降，不仅对感染的易感性增高，而且可发生脾切除术后凶险性感染，主要是婴幼儿。

第四十五章 周围血管与淋巴管疾病

1.间歇性跛行：为运动性疼痛，常在步行中出现供血不足部位的沉重、乏力、胀痛、钝痛、痉挛痛或锐痛，或肢端的明显麻木感，迫使病人止步，休息片刻后疼痛缓解，周而复始。

2.静息痛：静息状态下仍持续疼痛，称为静息痛。

3.血栓闭塞性脉管炎：是血管的炎性、节段性和反复发作的慢性闭塞性疾病。

问答题

第十七章 颅内压增高和脑疝

1.简述颅内压增高的后果。

答案要点：颅内压增高的后果主要包括脑血流量降低、脑移位与脑疝、脑水肿、胃肠功能紊乱及消化道出血和神经源性肺水肿。

2.简述引起颅内压增高的常见疾病。

答案要点：引起颅内压增高的常见疾病包括颅脑损伤、颅内肿瘤、颅内感染、脑血管疾病、脑寄生虫病、颅脑先天性疾病、良性颅内压增高和脑缺氧等。

3.简述颅内压增高的治疗原则。

答案要点：颅内压增高的治疗原则包括一般处理、病因治疗、降低颅内压治疗、激素应用、冬眠亚低温疗法、脑脊液体外引流、巴比妥治疗、辅助过度换气、抗生素治疗和症状治疗。

4.简述小脑幕切迹疝的概念及其临床表现。

答案要点：颞叶的海马回、钩回通过小脑幕切迹被推移至幕下，称为小脑幕切迹疝或颞叶疝。小脑幕切迹疝主要表现为：①头痛、呕吐等颅内压增高的症状更为明显，伴有烦躁不安，视神经乳头水肿可有可无；②初期瞳孔患侧变小，光反射迟钝，随后患侧瞳孔逐渐散大，光反射消失，并有患侧眼睑下垂、眼球外斜，晚期可出现双侧瞳孔散大，光反射消失；③早期出现患侧肢体肌力减退，病理征阳性，晚期出现双侧肢体自主活动消失，双侧病理征阳性，可出现去大脑强直；④随着脑疝的发展，意识障碍逐渐加重至深昏迷；⑤脑疝早期出现心率减慢或不规则，血压忽高忽低，呼吸不规则，体温高达41℃或体温不升，晚期可出现呼吸、循环衰竭继而呼吸、心跳停止。

5.简述枕骨大孔疝的概念及其临床表现。

答案要点：小脑扁桃体及延髓经枕骨大孔推挤向椎管内，称为枕骨大孔疝或小脑扁桃体疝。枕骨大孔疝主要表现为：①剧烈头痛、频繁呕吐等颅内压增高的症状加重；②颈项强直，强迫头位；③生命体征紊乱出现较早，而意识障碍出现较晚；④瞳孔可忽大忽小；⑤早期可在无昏迷的情况下突然呼吸停止而死亡。

第十八章 颅脑损伤

1.试述典型硬膜外血肿的临床表现。

答案要点：典型的颞部硬脑膜外血肿受伤时曾有短暂意识障碍，意识好转后，因颅内出血使颅内压迅速上升，出现急性颅内压增高症状，头痛进行性加重，烦躁不安，频繁呕吐等。生命体征变化，表现为血压升高、脉搏和呼吸减慢，即“两慢一高’，的库欣(Cushing)综合征。此时受伤对侧出现锥体束征、轻偏瘫等局灶症状，同时又逐渐转入昏迷，意识变化表现出“中间清醒期”的特点。随血肿增大及颅内压增高，逐渐出现脑疝症状。一般表现为意识障碍加重，血肿侧瞳孔先缩小，后散大，光反应也随之减弱而消失，血肿对侧明显的锥体束征及偏瘫，继之对侧瞳孔也散大，生命功能随之衰竭，终因呼吸首先停止而死亡。

2.试述凹陷性骨折的手术指征。

答案要点：手术适应证包括：①颅内压增高，CT示中线结构移位，有脑疝可能者，应行急诊开颅去骨瓣减压术；②引起神经功能障碍，如偏瘫、癫痫等，应行骨折片复位或去除手术；③在非功能部位的小面积凹陷性骨折，深度超过1cm者，为相对适应证，可考虑择期手术；④位于大静脉窦处的凹陷性骨折，如未引起神经体征或颅内压增高，即使陷入较深，也不宜手术，必须手术时，术前和术中都需要做好处理大出血的准备；⑤开放性骨折。

3.试述脑损伤的分级。

答案要点：按伤情轻重分级：轻型(I级)主要指单纯脑震荡；中型(II级)主要指轻度脑挫裂伤或颅内小血肿，昏迷在6小时以内；重型(Ⅲ级)主要指广泛颅骨骨折、广泛脑挫裂伤或颅内血肿，昏迷6小时以上。按GCS昏迷评分法：将意识障碍6小时以上、处于13～15分者定为轻度，8～12分为中度，3～7分为重度。

4.简述GCS昏迷评分法。

答案要点：Glasgow昏迷评分法：从睁眼、语言和运动三个方面分别评分，以三者的积分表示意识障碍程度，最高l5分，表示意识清楚，8分以下为昏迷，最低3分。

5.简述迟发性外伤性颅内血肿。

答案要点：迟发性外伤性颅内血肿指伤后首次CT检查时无血肿，而在以后的CT检查中发现了血肿，或在原无血肿的部位发现新的血肿。临床表现为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，确诊须依靠多次CT检查的对比。常见于伤后24小时内，而6小时内的发生率较高，24小时后较少。

第十九章 颅内和椎管内肿瘤

1.简述鞍区肿瘤的主要临床表现。

答案要点：鞍区肿瘤的主要临床表现：①包括视力、视野改变：出现视力减退和视野缺损。②眼底检查：可显示原发性视神经萎缩。③内分泌功能紊乱：泌乳素分泌过多，女性以停经、泌乳和不育为主要表现；男性出现性功能减退；生长激素分泌过多，成人表现为肢端肥大症和儿童表现为巨人症；促肾上腺皮质激素分泌过多可导致Cushing综合征。

2.简述听神经瘤的临床特点。

答案要点：①听神经瘤位于脑桥小脑角内，主要表现为患侧神经性耳鸣、耳聋、第Ⅴ、Ⅶ、Ⅷ脑神经麻痹症状、眼球震颤、共济失调等小脑体征，晚期可出现Ⅸ、Ⅹ、Ⅺ脑神经麻痹及颅内压增高症状。②影像学提示内听道口扩大及桥小脑角处肿瘤团块。③以手术切除为主要方法，术中注意保护面神经，全切后可治愈；直径<3cm者可行r刀治疗。

3.简述常见胶质瘤的类型与治疗原则。

答案要点：常见的胶质瘤有星形细胞瘤、少突胶质细胞瘤、室管膜瘤、髓母细胞瘤和形性胶质母细胞瘤。治疗原则是手术切除，术后辅以放疗、化疗等综合治疗。

4.简述脑膜瘤的常见部位。

答案要点：脑膜瘤的生长部位大致与蛛网膜颗粒的分布情况相似，以大脑半球矢状窦旁最常见，其次是大脑凸面、蝶骨嵴、大脑镰、鞍结节、嗅沟等。

5.简述椎管内肿瘤的临床表现。

答案要点：椎管内肿瘤的临床表现为：①刺激期：最常见的症状是神经根痛，夜间痛或平卧痛是椎管内肿瘤特征性表现之一；②受压期：表现为脊髓半切综合征；③瘫痪期：出现肿瘤平面以下感觉丧失、肢体完全瘫痪、自主神经功能障碍。

6.简述椎管内肿瘤的定位诊断。

答案要点：①颈髓肿瘤：表现为颈枕部放射性疼痛，强迫头位，颈项强直，四肢痉挛性瘫痪，颈l～4以下躯体感觉障碍，膈神经受刺激时出现呃逆、呕吐，膈神经受损时出现呼吸障碍。②胸髓肿瘤：表现为肋间神经痛，腹背疼痛，胸2以下、腹股沟以上感觉障碍，双下肢痉挛性瘫痪。③腰髓肿瘤：腰上段表现为下肢痉挛性瘫痪，提睾反射消失，腹股沟、臀外侧、会阴或大腿内侧感觉障碍；腰下段为感觉障碍限于下肢，提睾反射正常，膝反射消失，大小便失禁或潴留。④圆锥肿瘤表现为鞍区感觉障碍伴自主神经功能障碍，可出现根性疼痛和下肢弛缓性瘫痪及感觉障碍。⑤马尾肿瘤表现为腰骶部疼痛或坐骨神经痛，膝、踝反射消失，鞍区感觉减退，肛门反射消失，早期为单侧性，随后变为双侧。肛门反射消失，可有下肢弛缓性瘫痪，足部可出现营养性溃疡。

第二十章 颅内和椎管内血管性疾病

1.简述颅内动脉瘤出血病情的Hunt分级方法及其指导意义。

答案要点：动脉瘤出血病情Hunt分级如下：一级：无症状，或有轻微头痛和颈强直；二级：头痛较重，颈强直，除动眼神经等脑神经麻痹外，无其他神经症状；三级：轻度意识障碍，躁动不安和轻度脑症状；四级：半昏迷，偏瘫，去脑强直的早期表现和自主神经障碍；五级：深昏迷，去脑强直，濒危状态。合并其他系统性疾病时增加一级。病情分级对动脉瘤病情判断及诊治有重要指导意义：①病情在三级以下，脑血管造影应及早进行，尽快手术夹闭动脉瘤，防止再出血；②病情在三级及以上时，内科治疗，病情稳定后再行造影，然后择期手术。

2.简述高血压出血性脑卒中的治疗原则。

答案要点：出血性脑卒中可分为三级。I级：轻型，病人意识清醒或浅昏迷，轻度偏瘫；Ⅱ级：中型，完全昏迷，完全偏瘫，两侧瞳孔等大或轻度不等；Ⅲ级：重型，深昏迷，偏瘫或去脑强直，双瞳散大，生命体征明显紊乱。治疗原则为：①有脑内血肿但神志清楚病情无进行性加重者，不宜手术；②Ⅰ、Ⅱ级病人如有一侧脑内血肿，占位效应明显，病情进行性加重，甚至引起脑疝，可行手术以解除颅内压增高及脑疝；③Ⅲ级病例不宜手术；④年龄过大，有严重系统性疾病者，不宜手术。

第二十一章 颅脑和脊髓先天性畸形

1.脑室分流术的并发症及其原因是什么？

答案要点：脑室分流术的并发症主要有堵管和感染。常见的堵管的原因有：①脑脊液的蛋白含量过高，若脑脊液蛋白超过5g／L，堵管的机会明显增加；②脑室内出血；③大网膜粘连包裹或挤入引流管的腹腔端内。感染的来源有：①皮肤如覆盖阀门的皮肤溃疡；②引流管、阀门灭菌不彻底；③手术操作污染。

2.简述显性脊柱裂的分类。

答案要点：显性脊柱裂可分为①脊膜膨出；②脊髓脊膜膨出；③脊髓膨出，脊髓一段呈平板式露在外界。 （赵有志）

第二十二章 颈部疾病

一、教材内容精要

1.何种情况下单纯性甲状腺肿需要手术治疗?

答案要点：大多数单纯性甲状腺肿无需治疗，出现下列情况时可施行甲状腺大部切除术：①因气管、食管或喉返神经受压引起临床症状者；②胸骨后甲状腺肿；③巨大甲状腺肿影响生活和工作者；④结节性甲状腺肿继发功能亢进者；⑤结节性甲状腺肿疑有恶变者。

2.试述甲亢术后呼吸困难和窒息的主要原因及其处理。

答案要点：呼吸困难和窒息是甲亢术后最危急的并发症，多发生在术后48小时以内。主要原因有：①切口内出血压迫气管；②喉头水肿；③气管塌陷；④双侧喉返神经全支损伤等。一旦发现呼吸困难和窒息，应立即行床边抢救。如系出血，应及时剪开缝线，迅速去除血肿，如呼吸仍无改善，应立即行气管切开，等呼吸改善后，送手术室止血。如系其他原因，立即行气管插管或气管切开，等呼吸改善后，酌情处理。

3.试述甲状腺各类结节的处理原则。

答案要点：①良性多发性结节，甲状腺功能正常，可先服甲状腺素片；如无改善可考虑行腺叶切除或腺叶大部切除。②甲状腺单发结节但核素扫描为热结节者，采用手术或核素治疗；对发展快、质地硬、“冷结节”或颈淋巴结肿大、儿童和男性病人的单发结节者，宜积极手术。③术中发现单个囊性结节，做单纯囊肿切除；若为实质性结节，行肿块和周围lcm宽正常组织整块切除或患侧腺体大部分切除；术中应做快速冰冻切片检查，如系癌症，按甲状腺癌行手术切除治疗。

第二十三章 乳房疾病

1.乳房淋巴液输出的主要途径有哪些?

答案要点：乳房的淋巴网甚为丰富，其淋巴引流主要有4个途径：①乳房大部分淋巴液经胸大肌外侧缘淋巴管流至腋窝淋巴结，再流向锁骨下淋巴结。部分乳房上部淋巴液可流向胸大、小肌间淋巴结，直接到达锁骨下淋巴结。通过锁骨下淋巴结后，淋巴液流向锁骨上淋巴结。②部分乳房内侧的淋巴液通过肋问淋巴管流向胸骨旁淋巴结。③两侧乳房间皮下有交通淋巴管，一侧乳房的淋巴液可流向另一侧。④乳房深部淋巴网可沿腹直肌鞘和肝镰状韧带流向肝。

第二十四章 胸部损伤

1.简述严重胸伤早期急救要点及其主要措施。

答案要点：严重胸伤早期急救要点为“ABC”，即气道、呼吸、循环。第一步确保气道通畅。措施包括清除气道内分泌物和必要时气道内插管，后者包括经鼻、经口、经环甲膜或经气管缺损处置人管道。第二步维持适当通气。措施包括迅速胸腔减压、封闭胸壁缺损、消除反常呼吸、机械通气辅助。第三步是循环。急救措施包括建立大的静脉通道迅速补充血容量、开胸止血、解除心包填塞或行胸外按摩或剖胸心脏复苏(急诊室开胸术)。

2.就肋骨解剖特点，说明第l～12肋骨折易合并哪些内脏损伤。

答案要点：第l～3肋骨粗短且有锁骨和肩胛骨保护故不易骨折，一旦骨折常合并锁骨肩胛骨骨折、气管、主动脉弓部分支血管或颈部腋窝血管神经损伤。第4～7肋骨长而薄，最易折断，并合并深部组织如肺部和心脏损伤。第8～10肋前连肋弓一胸骨，第ll～12肋前端游离，弹性都较大，均不易骨折，若骨折应警惕腹内脏器和膈肌损伤。上述各肋骨骨折均可合并肋间血管损伤。

第二十五章 胸壁、胸膜疾病

1.简述漏斗胸的手术原则。

答案要点：漏斗胸的手术原则：①切断膈肌与胸骨、剑突的附着部分，充分游离胸骨和肋软骨背面；②将所有下陷肋软骨与肋骨、胸骨的连接处切断，楔形切除部分肋软骨；③横断胸骨柄与胸骨体交界处，抬起下陷部分，矫正整个胸部畸形并妥善固定。

2.简述胸壁结核的手术治疗原则。

答案要点：胸壁结核手术治疗原则要求彻底切除病变组织，包括受侵的肋骨、淋巴结和有病变的胸膜，切开所有窦道，彻底刮除坏死组织和肉芽组织，清洗后用肌瓣充填残腔，并撒入青霉素、链霉素粉预防感染。术毕加压包扎，防止血液积聚。

3.简述脓胸的病理生理变化。

答案要点：①渗出期：大量胸水渗出，渗出液稀薄、澄清、细胞成分少，呈浆液性；②化脓初期：纤维蛋白沉积于胸膜表面，早期质软易于脱落，以后韧性增强易于粘连，并有使脓液局限化的倾向；③肉芽组织形成期：纤维蛋白沉着机化形成的纤维板构成脓腔壁。纤维板束缚肺组织，牵拉胸廓使之内陷，纵隔向患侧移位，并限制胸廓活动性，从而降低呼吸功能。

4.简述慢性脓胸的病因及常用手术方法。

答案要点：慢性脓胸的病因有：①急性脓胸治疗不及时或不恰当；②胸内有异物存留；③合并支气管胸膜瘘或食管瘘未及时处理；④有特殊病原菌存在。常用的手术方法有：①改进引流术；②胸膜纤维板剥除术；③胸廓成形术；④胸膜肺切除术。

第二十六章 肺部疾病

1.试述非小细胞肺癌的治疗原则。

答案要点：对肺癌采取以外科手术为主的综合治疗，即外科手术，必须与化疗、放疗及其他治疗联合应用，进行综合治疗。遗憾的是80％的肺癌病人在明确诊断时已失去手术机会。具体的治疗方案应根据肺癌的TNM分期、细胞病理类型、病人的心肺功能和全身情况，确定个体化治疗方案。一般来讲，凡非小细胞肺癌T1或T2N0M0病例以根治性手术治疗为主；而Ⅱ期和Ⅲ期病人则应加做术前后化疗、放疗等综合治疗，以提高疗效。手术治疗目的是彻底切除肺部原发癌肿病灶和局部及纵隔淋巴结，并尽可能保留健康的肺组织。周围型肺癌多采用肺叶切除术，中心型肺癌作肺叶或一侧全肺切除术。

2.什么是肺癌扩大切除术? 选择病人时应注意什么?

答案要点：对于已侵犯胸膜、胸壁、心包、大血管或其他邻近器官组织(T3，T4)时，可根据情况(如能切除者)进行扩大的肺切除术，例如联合胸壁切除及重建术、心包部分切除术、胸膜剥脱术、左心房部分切除、大血管部分切除重建等手术。扩大肺癌切除手术的范围大、损伤重，故在病例选择方面应特别慎重。

3.肺切除术后应作哪些处理?

答案要点：24～48小时内应细致观察血压、脉搏、呼吸，详细记录胸液引流量、尿量和体温，特别注意胸膜腔引流管通畅情况、肺复张后的呼吸音和是否有缺氧现象。常规给予吸氧，帮助改变体位和咳嗽排痰，早期雾化吸入抗生素和溶纤维蛋白酶，有助于痰的液化咳出。可插鼻导管吸痰，防止肺不张，必要时可用纤维支气管镜吸痰，甚至做气管切开。有严重呼吸功能不全时，可用呼吸机施行人工辅助呼吸。

第二十七章 食管疾病

1.简述食管癌的鉴别诊断。

答案要点：食管癌早期无咽下困难时，应与食管炎、食管憩室和食管静脉曲张相鉴别。已有咽下困难时，应与食管良性肿瘤、贲门失弛缓症和食管良性狭窄相鉴别。诊断方法主要依靠吞钡X线食管摄片和纤维食管镜检查。

2.简述食管癌的手术适应证及禁忌证。

答案要点：若全身情况良好，有较好的心肺功能储备，无明显远处转移征象者，可考虑手术治疗。一般以颈段癌长度<3cm、胸上段癌长度<4cm、胸下段癌长度<5cm切除的机会较大。然而也有瘤体不太大但已与主要器官，如主动脉、气管等紧密粘连而不能切除者。对较大的鳞癌估计切除可能性不大而病人全身情况良好者，可先采用术前放疗，待瘤体缩小后再做手术。对全身情况差，已呈恶病质；或有严重心、肺或肝、肾功能不全者；或病变侵犯范围大，已有明显外侵及穿孔征象；或已有远处转移者均禁忌行手术治疗。

第二十八章 原发性纵隔肿瘤

1.简述原发性纵隔肿瘤的临床表现。

答案要点：纵隔肿瘤的临床表现与肿瘤的大小、部位、生长方向和速度、性质等有关。良性肿瘤生长缓慢症状出现晚，恶性肿瘤生长迅速症状出现早。常见症状有胸痛、胸闷、刺激或压迫呼吸系统、神经系统、大血管、食管的症状，如声音嘶哑、剧烈咳嗽、吞咽困难等。此外，还可出现与肿瘤性质相关的特异性症状，如伴有重症肌无力为胸腺瘤、随吞咽运动上下活动的为胸骨后甲状腺肿等。

第二十九章 心脏疾病

1.试述慢性缩窄性心包炎的病理生理改变及相应临床表现。

答案要点：慢性缩窄性心包炎的病理生理改变和相应临床表现如下：①心脏舒张功能受限，导致静脉回心血流受阻，体循环淤血，临床上为右心功能不全表现，如颈静脉怒张、肝大、腹水、双下肢水肿及外周静脉压升高(>20cmH2O)；②左心室前负荷减少，心肌萎缩导致心输出量减少，导致各脏器动脉供血不足，临床上表现为动脉收缩压降低、脉压变窄、奇脉，以及肾灌注减少导致水钠潴留等；③心脏收缩无力，临床上可有心音遥远等。

2.胸骨左缘第2～3肋间闻及收缩期杂音，试述可能的诊断、听诊特点和临床表现。

答案要点：①房间隔缺损，听诊特点是Ⅱ～Ⅲ级收缩期杂音，P2亢进、固定分裂，成年期出现活动后心悸、心律不齐等症状，晚期病人可有发绀表现；②室间隔缺损，听诊特点是Ⅲ级或Ⅲ级以上较粗糙的全收缩期杂音，多伴有收缩期震颤，P2增强或亢进，易患呼吸道感染及并发心内膜炎，分流量小者症状不明显，分流量大者可有发育差、活动量小、充血性心力衰竭及发绀等表现；③法洛四联症，听诊特点是喷射样收缩期杂音，P2减弱或消失，可有体格发育差发绀、蹲踞、缺氧性晕厥及杵状指趾等表现；④肺动脉口狭窄，听诊特点与法洛四联症相似，合并房间隔缺损或室间隔缺损时可有发绀及杵状指等，也可有晕厥，但无蹲踞。

第三十章 胸主动脉疾病

1.真性主动脉瘤与假性主动脉瘤在病理上有什么不同?

答案要点：真性动脉瘤：即全层瘤变和扩大；假性动脉瘤：瘤壁无主动脉壁的全层结构，仅有内膜面覆盖的纤维结缔组织。

2.胸主动脉瘤可产生哪些症状?

答案要点：胸主动脉瘤仅在压迫或侵犯邻近器官和组织后才出现临床症状。胸痛常见，当肋骨、胸骨、脊椎受侵蚀以及脊椎神经受压时，胸痛更明显；主动脉弓部动脉瘤压迫气管、支气管可引起刺激性咳嗽和上呼吸道部分梗阻，致呼吸困难；喉返神经受压迫可产生声音嘶哑；交感神经受压迫可引起Horner综合征；膈神经受压迫则产生膈肌麻痹；左无名静脉受压使左上肢静脉压高于右上肢。升主动脉根部的大动脉瘤，可使主动脉瓣环扩大，产生主动脉瓣关闭不全的症状和体征。动脉瘤长大后，可侵蚀破坏胸廓骨骼，胸壁呈现搏动性肿块。胸主动脉瘤破裂时可出现急性胸痛、休克、血胸、心包填塞等。急性主动脉夹层动脉瘤常发生剧烈的胸骨后或胸背疼痛，随着壁间血肿的扩大，压迫和阻塞主动脉的分支而产生复杂多样的症状，如昏迷、偏瘫(颈动脉受压)；急腹痛(肠系膜动脉受压)、无尿、肢体疼痛等。若动脉瘤破裂，病人很快死亡。

3.目前的诊断方法如胸片、CT、磁共振，对胸主动脉瘤的诊断有什么意义?

答案要点：目前，对怀疑患有胸主动脉瘤的病人有许多影像学检查方法，不但可明确主动脉瘤的诊断和与纵隔肿瘤及其他疾病相鉴别，且可清楚地了解主动脉瘤的部位、范围、小、与周围器官的关系，特别是胸主动脉的分支受侵的情况、动脉瘤腔内有无血栓形成和有无破裂等，为治疗提供可靠的信息。

4.目前治疗胸主动脉瘤的最有效方法是什么?其适应证如何掌握?

答案要点：动脉瘤切除、人工血管替换术是最有效的治疗方法。胸主动脉瘤直径大5cm，如无手术禁忌证，应尽早手术治疗。但阻断主动脉血流的方法与主动脉的重建比较复杂，涉及不少重要器官在阻断血流时的保护问题。手术有较大的危险性，处理不当可发生严重的发症。

第三十一章 腹外疝

1.试述腹股沟斜疝鉴别诊断的要点。

答案要点：腹股沟斜疝鉴别诊断的要点包括：①睾丸鞘膜积液：鞘膜积液所呈现的肿块完全局限在阴囊内，其上界可以清楚地摸到，透光试验为阳性，但疝则不能透光；②交通性鞘膜积液：肿块的外形与睾丸鞘膜积液相似，每天起床后或站立活动时肿块缓慢地出现并增大，平卧或睡觉后肿块不断缩小，透光试验阳性：③精索鞘膜积液：肿块较小，在腹股沟管内牵拉同侧睾丸可见肿块移动；④隐睾：隐睾肿块较小，挤压时可出现特有的胀痛，患侧阴囊内睾丸缺如；⑤急性肠梗阻：无疝病史，腹股沟区无疝内容物嵌顿，摸不到疝内容物。

2.简述嵌顿性和绞窄性疝的处理原则。

答案要点：嵌顿疝原则上需要紧急手术治疗，以防止疝内容物坏死并解除伴发的肠梗阻等症状，但具备下列情况者可先试行手法还纳：①嵌顿时间在3～4小时以内，局部压痛不明显，也无腹部压痛或腹肌紧张等腹膜刺激征者；②年老体弱或伴有其他较严重疾病而估计肠袢尚未绞窄坏死者。复位后需严密观察腹部情况，发现有腹膜炎或肠梗阻的表现则应尽早手术探查。嵌顿疝手术治疗的关键在于正确判定疝内容物的活力，当肠管确已坏死，可在病人全身情况允许下切除坏死肠管并一期吻合。病人情况差时可将坏死或活力可疑肠管外置引流，以其解除梗阻，7～14天后待全身情况好转再施行肠切除吻合术。凡施行肠切除吻合术的病人，因手术区污染，在高位结扎疝囊后，一般不宜做疝修补术，以免因感染而致修补失败。

第三十二章 腹部损伤

1.腹外伤病人出现哪些变化时应积极手术探查?

答案要点：出现以下情况时，应及时进行手术探查：①腹痛和腹膜刺激征进行性加重，范围扩大；②肠蠕动音逐渐减弱、消失或出现明显腹胀；③全身情况有恶化趋势，出现口渴、烦躁、脉率增快或体温及白细胞计数上升；④膈下有游离气体；⑤红细胞计数进行性下降；⑥血压由稳定转为不稳定甚至下降；⑦腹腔穿刺吸出气体、不凝血液、胆汁或胃肠内容物；⑧胃肠积血；⑨积极救治休克而情况不见好转或继续恶化。

2.X线检查对腹外伤的诊断有何意义?

答案要点：如伤情允许，有选择的X线检查还是有帮助的。最常用的是胸片及立卧位平片。根据需要拍骨盆像。骨折的存在可能提示有关脏器的损伤。腹腔游离气体为胃肠道(主要是胃、十二指肠和结肠，少见于小肠)破裂的确证，可表现为膈下新月形阴影。腹膜后积气(有典型的花斑状阴影)提示腹膜后十二指肠或结直肠穿孔。腹腔内有大量积血时，小肠多浮动腹部中央(仰卧位)，肠间隙增大，充气的左、右结肠可与腹膜脂肪线分离。腹膜后血肿时，腰大肌影消失。胃右移、横结肠下移，胃大弯有锯齿形压迹(脾胃韧带内血肿)是脾破裂的征象。右膈升高，肝正常外形消失及右下胸肋骨骨折，提示有肝破裂的可能。左侧膈疝时多能见到胃泡或肠管突入胸腔。右侧膈疝诊断较难，必要时可行人工气腹以资鉴别。

第三十三章 急性化脓性腹膜炎

1.简述膈下脓肿的诊断要点。

答案要点：多有引起腹膜炎的原发病；全身感染中毒症状明显；患侧上腹部持续性钝痛，有压痛或叩击痛；同侧胸腔可有积液或肺呼吸音减弱；X线检查见患侧膈肌升高、活动受限或消失；B超检查可见膈下积液，如在超声引导下穿刺抽出脓液则更能确定诊断。

2.急性化脓性腹膜炎手术放置引流管的指征有哪些?

答案要点：坏死病灶未能切除或有大量坏死组织无法彻底清除；预防术后发生漏液；手术部位有较多的渗血或渗液；已形成局限性脓肿。

第三十四章 胃十二指肠疾病

1.毕(Billroth)Ⅰ式胃大部切除术和毕(Billroth)Ⅱ式胃大部切除术的术式要求、用于治疗溃疡病的主要适应证及各自的优缺点。

答案要点：毕(Billroth)Ⅰ式胃大部切除术，即胃大部切除、胃十二指肠吻合术。远端胃大部切除后，将残胃与十二指肠吻合。优点：吻合后的胃肠道接近于正常解剖生理状态，食物经吻合口进入十二指肠，减少胆汁胰液反流人残胃，术后因胃肠功能紊乱而引起的并发症较少。缺点：对十二指肠溃疡较大、炎症水肿较重、瘢痕、粘连较多的病例，残胃与十二指肠吻合有一定张力，行毕Ⅰ式手术比较困难，易致胃切除范围不够，增加术后溃疡复发机会，故适用于胃溃疡。毕(Billroth)Ⅱ式胃大部切除术，即切除远端胃后缝合关闭十二指肠残端，残胃和上端空肠端侧吻合。优点：即使胃切除较多，胃空肠吻合也不致张力过大，术后溃疡复发率低；十二指肠溃疡切除困难时允许行溃疡旷置。缺点：这种吻合方式改变了正常解剖生理关系。胆胰液流经空肠吻合口，术后并发症和后遗症较毕Ⅰ式多。适用于胃溃疡及十二指肠溃疡。

2.胃大部切除术后梗阻的类型及各自特点。

答案要点：术后梗阻包括吻合口梗阻和输入袢、输出袢梗阻。输入袢梗阻：①急性输入袢梗阻：多发生于毕Ⅱ术式。是由于输出袢系膜悬吊过紧压迫，或输入袢过长而穿入结肠系膜间隙而形成内疝。病人有上腹剧痛、呕吐伴上腹部压痛，呕吐物中不含胆汁，上腹部可能扪及包块。属闭袢性梗阻，易发生肠绞窄坏死，一经明确诊断应紧急手术。②慢性不全性输入袢梗阻：由于输入袢过长扭曲或受牵拉成角而影响肠道的排空。临床表现为餐后半小时左右上腹胀痛鼓绞痛，伴大量呕吐，呕吐物为胆汁，几乎不含食物，呕吐后症状缓解消失。③输出袢梗阻：毕Ⅱ式胃切除术后吻合口远端肠管因术后粘连、大网膜水肿、炎性肿块压追而引起梗阻，或是结肠后术式受结肠系膜裂口缩窄或压迫而致梗阻。临床表现：上腹部饱胀，呕吐含胆汁成分。钡餐检查可以明确梗阻部位。④吻合口梗阻：由于吻合口太小、吻合时胃肠壁组织内翻过多所致。术后吻合口炎性水肿可出现暂时性的梗阻。可出现不同程度胃潴留的症状及体征。

3.试述胃癌手术方式的选择原则。

答案要点：主要根据肿瘤部位、进展程度以及临床分期来确定胃癌的手术方式。Ⅰ期胃癌，施行D2以下的胃切除术即可获得根治度A级的治愈性切除，术后复发率低，生存质量好。对于小于lcm的非溃疡型黏膜癌，可在内镜下行胃黏膜病灶切除术，根据病理检查癌的浸润度与有无血管浸润决定是否追加胃部分切除术及淋巴结清扫，也可在腹腔镜下行胃部分切除术。Ⅱ期胃癌，宜施行D2淋巴结廓清的胃切除术，手术需切除胃的3／4～4／5，并清除胃周第二站淋巴结。Ⅲ期胃癌，宜施行浸润器官的联合切除、D2、D3淋巴结廓清的胃切除术，完整切除肿瘤组织，以期获得根治；非治愈性切除(根治度C)也可能获得较好的生存率。Ⅳ期胃癌，对于肉眼判断可以达到根治的病例争取行扩大胃癌根治术或是联合器官切除术；如原发灶无法切除，为了减轻由于梗阻、穿孔、出血等并发症引起的症状可施行姑息性手术。

第三十五章 小肠疾病

1.绞窄性肠梗阻的诊断要点。

答案要点：①突发持续性剧烈腹痛或持续性疼痛伴阵发性加剧；②病情发展快，早期出现休克，抗休克治疗效果不佳；③有明显腹膜刺激征，体温升高，脉率增快，白细胞计数上升；④腹胀不对称，扪及压痛性肿块；⑤呕吐或肛门排出血性液体，或腹腔穿刺抽出血性液体；⑥经胃肠减压等积极的非手术治疗后，腹痛等症状、体征无明显减轻，补液后缺水和血液浓缩现象改善不明显；⑦腹部X线检查见孤立、突出胀大的肠袢且位置固定或有假肿瘤性阴影。

2.肠梗阻病人疑为绞窄性肠梗阻，手术中如何判断肠管的生机？如有可疑，如何处理？

答案要点：绞窄性肠梗阻手术解除梗阻原因后有以下表现，则说明肠管已无生机：①肠壁已呈黑色并塌陷；②肠壁已失去张力和蠕动能力，肠管呈麻痹、扩大、对刺激无收缩反应；③相应的肠系膜终末小动脉无搏动；④如有可疑，可用等渗盐水纱布热敷，或用0.5％普鲁卡因溶液做肠系膜根部封闭等，倘若观察l0～30分钟，仍无好转，说明肠道已无生机，应做肠切除手术；⑤倘若经上述处理后肠管生机实难肯定，特别是病变肠袢过长，切除后有导致短肠综合征的危险，则可将其回纳腹腔，关腹，于18～24小时后再次剖腹探查术加以确定和处理。但在此期间必须严密观察，一旦病情恶化，应随时进行再次剖腹探查、处理。

3.何为短肠综合征？常见的病因是什么？

答案要点：短肠综合征是因小肠被广泛切除后，小肠吸收面积不足导致消化、吸收功能不良的一种临床综合病征。早期表现为水样腹泻致脱水、电解质紊乱及酸碱失衡。继而因长期营养不良，最终可导致多器官功能衰竭。最常见的病因是肠扭转、肠系膜血管栓塞或血栓形成和克罗恩病等行小肠广泛切除所致。

4.手术中预防粘连性肠梗阻的措施有哪些？

答案要点：①严格注意无菌操作，减少感染机会以防炎症性渗出；②仔细止血，必要时放置引流管以防腹腔内积血；③清除一切缺血组织，避免大块结扎；④注意浆膜面的保护，防止肠管长时问暴露于腹腔外；⑤防止所有异物存留在腹腔内；⑥关腹前将大网膜顺铺在切口下；⑦术后早期活动，有利于肠蠕动恢复。

第三十六章 阑尾疾病

1.小儿急性阑尾炎有何临床特点?

答案要点：小儿急性阑尾炎病情发展快且重，高热、呕吐等症状突出；右下腹体征不典型，压痛范围广，肌紧张不明显；大网膜发育不全，容易穿孔且不易局限。

2.阑尾切除术后切口感染的原因和特点是什么？如何预防和处理？

答案要点：多与手术时污染、切口内存在血肿或死腔等有关。感染多在腹膜外或皮下，特点是手术后2～3天体温升高，局部胀痛或反跳痛，切口红肿，压痛。穿刺可抽出脓液。预防和处理：注意无菌操作，保护切口，防止污染；切口彻底止血和冲洗，缝合不留死腔；严重污染的切口应引流腹壁。切口一旦化脓感染，应充分敞开引流。

第三十七章 结、直肠及肛管疾病

1.痔的临床表现有哪些?

答案要点：①便时出血：这是内痔和混合痔最常见的症状；②痔块脱出：内痔或混合痔发展到一定程度即能脱出到肛门外；③疼痛：内痔或混合痔并发感染或血栓形成而产生疼痛，局部疼痛是血栓性外痔的特点；④瘙痒：由于痔块脱出即肛门括约肌松弛，黏液流出肛门外刺激周围皮肤所致。

2.试述齿状线的重要性。

答案要点：胚胎时期齿状线是内、外胚层的交界处，故齿状线上、下的血管、神经及淋巴来源都不同，是重要的解剖学标志。其重要性有如下几个方面：①齿状线以上是黏膜，受自主神经支配、无疼痛感；齿状线以下为皮肤，受阴部内神经支配，痛感敏锐。故内痔的注射及手术治疗均需在齿状线以上进行，无麻醉情况下累及齿状线以下部位将引起剧烈疼痛。②齿状线以上由直肠上、下动脉供应，齿状线以下属肛管动脉供应。③齿状线以上是直肠上静脉丛通过直肠上静脉回流至门静脉；齿状线以下为直肠下静脉丛通过肛管静脉回流至腔静脉。④齿状线以上的淋巴引流主要入腹主动脉旁或髂内淋巴结；齿状线以下的淋巴引流主要入腹股沟淋巴结及髂外淋巴结。恶性肿瘤淋巴转移时有重要的参考意义。

3.直肠指诊时应注意的问题。

答案要点：直肠指诊时应注意几个步骤：①右手戴手套或指套涂以润滑液，首先进行肛门周围指诊，肛管有无肿块，压痛，皮下有无疣状物，有无外痔等。②测试肛管括约肌的松紧度，正常时直肠仅能伸入一指并感到肛门环缩。在肛管后方可触到肛管直肠环。③检查肛管直肠壁有无触痛、波动、肿块及狭窄，触及肿块时要确定大小、形状、位置、硬度及能否推动。④直肠前壁距肛缘4～5cm，男性可扪及直肠壁外的前列腺，女性可扪及子宫颈，不要误认为病理性肿块；⑤根据检查的具体要求，必要时做双合诊检查；⑥抽出手指后，观察指套，有无血迹或黏液，若有血迹而未触及病变，应行乙状结肠镜检查。

4.直肠癌的临床表现有哪些?

答案要点：直肠癌早期无明显症状，癌肿破溃形成溃疡或感染时才出现症状。包括直肠刺激症状 (便频、肛门下坠感、里急后重等)、肠腔狭窄症状(大便变细，造成肠管梗阻后有肠梗阻表现)、癌肿破溃感染症状(便血、脓血便)。癌肿侵犯前列腺、膀胱，可出现尿频、尿痛、血尿。侵犯骶前神经可出现骶尾部剧烈持续疼痛。晚期出现肝转移时可有腹水、肝大、黄疸、贫血、消瘦、水肿、恶病质等。

5.直肠癌根治性手术有哪些常用术式及其适应证?

答案要点：①腹会阴联合直肠癌根治术(Miles手术)：适用于腹膜返折以下(直肠癌下缘距离肛门7cm以内)的直肠癌。手术不能保留肛门，需做永久性结肠造口术。②经腹直肠癌切除术(直肠低位前切除术、Dixon手术)：适用于距齿状线5cm以上(直肠癌下缘距离肛门10cm以上)的直肠癌。切除肿瘤后行乙状结肠直肠端端吻合。③经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术(Hartmann手术)：适用于因全身一般情况很差，不能耐受Miles手术或急性梗阻不宜行Dixon手术的直肠癌病人。

第三十八章 肝 疾 病

1.试述细菌性肝脓肿的临床表现。

答案要点：①起病急，主要症状为寒战、高热，多为弛张热。可伴有中毒症状：出现恶心、呕吐、食欲不振和乏力。②肝区钝痛或胀痛多属持续性，可伴右肩牵涉痛。③右下胸及肝区叩击痛，肿大肝脏有压痛。④有些有右上腹肌紧张、局部触痛、右季肋部饱满、局部皮肤凹凸性水肿等。⑤白细胞计数增高，B超检查肝脏有液性暗区，X线及CT检查可有相应表现。

2.试述原发性肝癌的诊断方法及常用的治疗方法。

答案要点：诊断方法：①血清甲胎蛋白(AFP)测定，放射免疫法测定持续血清AFP≥400ug／L；②超声检查、CT检查、选择性腹腔动脉或肝动脉造影检查、磁共振成像，放射性核素肝扫描，X线检查；③必要时可行肝穿刺行针吸细胞学检查及剖腹探查。常用治疗方法：①：手术切除；②肝动脉栓塞化疗；③液氮冷冻、激光气化、微波热凝、射频消融；④放射治疗；⑤局部无水酒精注射治疗；⑥免疫治疗；⑦中医中药治疗。

第三十九章 门静脉高压症

1.试述贲门周围血管离断术的优点和手术注意点。

答案要点：该术式可即刻止血，远期疗效满意，还保存了门静脉入肝血流，适用于急诊手术和肝功能较差的病人，手术操作较简单。术中应彻底离断贲门周围的四组静脉及伴行的同名动脉，包括高位食管支或同时存在的异位高位食管支。

2.试述食管胃底曲张静脉破裂出血的非手术治疗。

答案要点：肝功能储备Child C级的病人尽可能采用非手术治疗；有手术适应证的病人首先亦应先行非手术治疗，为手术作准备和造条件。包括应用血管加压素等药物，行内镜治疗.三腔管压迫止血。TIPS适用于食管胃底曲张静脉破裂出血、经药物和内镜治疗无效、肝功能失代偿、不宜行急诊门体分流术的病人，TIPS目前主要用于等待供肝的准备做肝移植的病人。

第四十章 胆道疾病

1.试述急性结石性胆囊炎急诊手术的指征。

答案要点：急性结石性胆囊炎行急诊胆囊切除术适用于：①发病在48～72小时以内者；②非手术治疗无效且病情恶化者；③有胆囊穿孔、弥漫性腹膜炎、急性化脓性胆管炎、急性坏死性胰腺炎等并发症者。

2.试述急性梗阻性化脓性胆管炎的非手术治疗措施。

答案要点：AOSC的非手术治疗既是治疗手段，又可作为术前准备。主要包括：①联合使用足量有效的广谱抗生素。②纠正水电解质紊乱。③恢复血容量，改善和保证组织器官的良好灌流和氧供：包括纠正休克，使用肾上腺皮质激素、维生素，必要时使用血管活性药物；改善通气功能，纠正低氧血症等以改善和维持各主要脏器的功能。④对症治疗：包括降温、支持治疗、吸氧等。非手术治疗时间一般应控制在6小时内。

第四十一章 消化道大出血的鉴别诊断和处理原则

1.试述引起上消化道大出血的常见原因。

答案要点：引起上消化道大出血的常见原因：①胃十二指肠溃疡，多位于十二指肠球部后壁或胃小弯；②门静脉高压症：是危及生命的上消化道大出血最常见的病因；③出血性胃炎：多有酗酒史、药物史或严重创伤；④胃癌；⑤胆道出血：最常见的病因是肝外伤，胆道出血三联症是胆绞痛、梗阻性黄疸和消化道出血。

2.试述消化道溃疡出血的处理。

答案要点：①静脉用抑酸药物；②冷盐水+去甲肾上腺素洗胃；③胃内灌注凝血酶等止血药物；④内镜治疗；⑤慢性溃疡出血难以自止时，需早期手术。

3.诊断上消化道出血的辅助检查有哪些?

答案要点：①鼻胃管或三腔管检查：有助于区别出血来自食管或来自胃以下；②内镜检查：早期内镜检查是大多数上消化道出血诊断的首选方法；③选择性腹腔动脉或肠系膜上动脉造影：应用于内镜检查未发现病因者，有助于定位诊断或注入药物控制出血；④x线钡餐检查：可发现较大病变如食管静脉曲张、大的溃疡和肿瘤；⑤核素检查。

4.引起下消化道出血的常见病因有哪些?

答案要点：①3％～5％的憩室病发生出血，占下消化道出血的一半；②血管发育异常或血管扩张可引起无痛性出血，常见于盲肠和升结肠；③新生物：良性息肉和癌常为隐匿性失血，也可以是间歇性便血；④炎性肠疾病；⑤肛门直肠疾病；⑥缺血性结肠炎常见于老年患者，表现为血便或血性腹泻；⑦医源性出血：内镜和放射引起的下消化道出血有明显增加趋势。

第四十二章 急腹症的诊断与鉴别诊断

1.简述诊断性腹腔穿刺的适应证、禁忌证和穿刺方法。

答案要点：对诊断不确切的急腹症均可采用，特别是疑有内出血者，以及弥漫性腹膜炎病因不清、病人不能准确表述病史和症状者。对严重腹胀者禁忌采用此方法。一般选择侧卧位，采用脐与髂前上棘连线的中外1／3交界处为穿刺点，局部麻醉后缓慢进针，注射器应有负压，穿刺液的性状有助于诊断和鉴别诊断。

2.试述急腹症时立位胸、腹平片检查应观察的内容。

答案要点：应观察有无肺炎、胸膜炎和膈肌的位置，膈下有无游离气体，胃泡大小，小肠有无积气、液气平面，结肠内有无气体，有无阳性结石影。

第四十三章 胰腺疾病

1.简述急性出血坏死性胰腺炎最常见的全身和局部并发症。

答案要点：急性胰腺炎是一种全身炎性反应综合征，除局部并发症外，重症病人常常会发生重要器官和系统的损害。早期由于炎症导致的循环不稳定，可以发生休克，炎症介质和细胞因子可以导致呼吸衰竭、肾衰竭。局部并发症包括胰腺组织坏死、结肠和十二指肠瘘和后期发生的急性胰腺假性囊肿和胰周脓肿，其中胰腺组织坏死分为无菌性和感染性，坏死组织感染可以加重局部的坏死，并常常导致再次的全身炎症反应和重要器官的损害。

2.简述急性胰腺炎的非手术治疗。

答案要点：非手术治疗包括：①抑制胰腺分泌及胰酶活性和让胰腺休息，包括禁食、胃肠减压和使用生长抑素和胰蛋白酶抑制剂如抑肽酶和加贝酯等，H2受体拮抗剂也可以间接抑制胰腺分泌；②液体治疗、维持循环稳定和电解质平衡；③镇痛和营养支持治疗；④抗生素和中药治疗，重症和胆源性胰腺炎需要抗生素预防感染；⑤腹腔灌洗，对腹腔渗液较多或有明显血性腹水的病人，腹腔灌洗有助于减轻全身反应。

第四十四章 脾疾病

1.试述脾切除的适应证。

答案要点：脾切除的适应证有外伤性脾破裂、肝硬化导致门静脉高压，从而引起充血脾肿大和脾功能亢进。有手术指征的脾原发性疾病及占位性病变包括：①游走脾；②脾囊肿；③脾良恶性肿瘤；④脾脓肿。造血系统疾病包括：①遗传性球形红细胞增多症；②遗传性椭圆红细胞增多症；③丙酮酸激酶缺乏症；④珠蛋白生成障碍性贫血；⑤自体免疫性溶血性贫血；⑥免疫性血小板减少性紫癜；⑦慢性粒细胞白血病；⑧慢性淋巴细胞白血病；⑨多毛细胞白血病；⑩霍奇金病等。

2.简要试述脾切除的常见并发症。

答案要点：脾切除术后除了一般腹部手术并发症外，常见的并发症有：①腹腔内大出血，一般发生在术后24～48小时内；②膈下感染，术中严格止血，避免损伤胰尾，术后膈下置管有效引流，是有效的预防措施；③血栓一栓塞性并发症在临床并不多见。

第四十五章 周围血管与淋巴管疾病

1.试述股青肿的临床表现和治疗原则。

答案要点：股青肿是指急性下肢深静脉血栓形成，肢体的极度肿胀使动脉痉挛甚至压迫动脉，致使远端动脉搏动消失，小腿、足背可出现水疱，皮温明显降低呈青紫色，并常伴有体温升高和脉率加快。应积极采取手术取栓治疗。

2.试述体格检查对急性动脉栓塞平面的初步判断。

答案要点：体检通过检查患肢皮肤温度和色泽的改变及动脉搏动来初步判断栓塞平面。一般皮肤变温带比栓塞部位低一手宽的距离；栓塞远端动脉搏动明显减弱或消失，近侧搏动反而加强。

3.试述慢性下肢动脉缺血的Fontain分期。

答案要点：按缺血严重程度分为4期。Ⅰ期仅有麻木、发凉自觉症状，检查发现皮温低，色泽较苍白，踝／肱指数<0.9；Ⅱ期为间歇性跛行，Ⅱа的行走距离>200m，Ⅱb的行走距离<200m；Ⅲ期表现为静息痛；Ⅳ期出现肢端缺血性溃疡或坏死，踝／肱指数<0.4。

4.试述周围动脉瘤的主要临床表现。

答案要点：周围动脉瘤的主要临床表现为搏动性肿物、压迫症状、瘤体远端栓塞缺血等症状。①搏动性肿物：为最典型的症状，多数病人可触及与心脏搏动一致的搏动性肿物，有时伴有震颤和杂音；②瘤体压迫周围组织引起相应症状，如颈动脉瘤可引起声音嘶哑、呼吸困难，Horner综合征等；③附壁血栓或斑块碎片的脱落可引起瘤体远端栓塞缺血的症状；④瘤体不断增大，以致最后破裂；⑤其他症状包括先兆破裂、感染等。

5.试述腹主动脉瘤的手术适应证。

答案要点：①瘤体直径≥5cm，或瘤体直径<5cm、但不对称，有破裂危险者；②伴有疼痛，尤其是突发性持续性剧烈疼痛者；③压迫胃肠道、泌尿系或其他重要器官引起梗阻或其他症状者；④引起远端动脉栓塞者；⑤并发感染，瘤体与下腔静脉或肠管形成内瘘及瘤体破裂者，应急诊手术治疗。