



- 无菌术
 - 名词解释
 1. asepsis (×2): 无菌术, 临床医学的基本操作规范, 是针对微生物及感染途径所采取的一系列预防措施
 2. 消毒: 杀灭病原微生物和其他有害微生物, 但并不要求清除或杀灭所有微生物
 - 大题
 1. 外科手术洗手穿手术衣后的无菌范围
 1. 个人无菌空间: 肩部以下, 腰部以上的身前区、双侧手臂
 2. 手术台及器械推车铺设无菌单后, 台面范围也是无菌区
- 外科病人的体液和酸碱平衡失调
 - 名词解释
 1. 低渗性缺水 (×3): 又称慢性缺水或继发性缺水, 此时水和钠同时缺失, 但失钠多于缺水, 血清钠低于正常范围, 细胞外液呈低渗状态
 - 大题
 1. 低血钾的定义、病因、诊断和治疗 (×3)
 1. 定义: 血钾浓度低于 3.5mmol/L
 2. 病因
 1. 长期进食不足
 2. 应用利尿剂、肾小管酸中毒、急性肾衰多尿期、醛固酮过多致排钾过多
 3. 补液病人长期接受不含钾盐的液体, 或静脉营养液中钾盐补充不足
 4. 呕吐、持续胃肠减压、肠痿等致肾外途径失钾
 5. 钾向组织内转移
 3. 诊断: 根据病史和临床表现即可诊断, 血钾浓度低于 3.5mmol/L 有诊断意义
 4. 治疗
 1. 积极处理病因
 2. 分次补钾, 边治疗边观察
 3. 如病人伴有休克, 应先输给晶体液及胶体液, 尽快恢复其血容量, 待尿量超过 40ml/h 后再静脉补钾



2. 高钾血症定义、原因和治疗措施 (×3)

1. 定义: 血钾浓度超过 5.5mmol/L

2. 病因

1. 进入体内钾量太多
2. 肾排钾功能减退
3. 细胞内钾移出

3. 治疗措施

1. 促使钾转入细胞内

1. 输注碳酸氢钠溶液
2. 输注葡萄糖溶液及胰岛素
3. 肾功能不全者用 10%葡萄糖酸钙 100ml+11.2%乳酸钠溶液 50ml+25%葡萄糖溶液 400ml 加入胰岛素 20U 24h 缓慢静滴

2. 肠道应用阳离子交换树脂

3. 透析疗法: 腹膜透析和血液透析

3. 低渗性脱水病因

1. 胃肠道消化液持续性丢失, 如反复呕吐、长期胃肠减压引流或慢性肠梗阻, 以致大量钠随消化液而排出
2. 大创面的慢性渗液
3. 应用排钠利尿剂如氯噻酮、依他尼酸等时未注意补给适量的钠盐, 以致体内缺钠程度多于缺水
4. 等渗性缺水治疗时补充水分过多

4. 水中毒的定义、病因和临床表现

1. 定义: 机体的摄入水总量超过了排出水量, 以致水分在体内潴留, 引起血浆渗透压下降和循环血量增多

2. 病因

1. 各种原因所致的抗利尿激素分泌过多
2. 肾功能不全, 排尿能力下降
3. 机体摄入水分过多或接受过多的静脉输液

3. 临床表现

1. 颅内压升高引起一系列神经、精神症状: 头痛、嗜睡、躁动、精神紊乱、定向能力失常、谵妄、昏迷
2. 脑疝: 相应的神经定位体征
3. 慢性水中毒: 症状往往被原发病掩盖, 可有软弱无力、恶心、呕吐、嗜睡等, 体重明显增加, 皮肤苍白而湿润
4. 实验室检查: 红细胞计数、血红蛋白量、血细胞比容和血浆蛋白量均降低, 血浆渗透压降低, 红细胞平均容积增加和红细胞平均血红蛋白浓度降低, 提示细胞内、外液量均增加

• 输血

○ 名词解释

1. 成分输血 (×2): 根据病人病情, 选择性输入血细胞、血浆或血浆蛋白成分的输血方式



- 外科休克

- 名词解释

1. MODS (×8)：多器官功能障碍综合征，机体在遭受严重创伤、休克、感染及大手术等过程中，短时间内同时或序贯性出现两个或两个以上系统、器官功能损害和障碍
2. SIRS (×5)：全身炎症反应综合征，严重感染/非感染因素作用于机体，刺激炎症细胞活化，导致各种炎症介质大量产生而引起的全身性、瀑布式炎症反应，体温 $>38^{\circ}\text{C}$ 或 $<36^{\circ}\text{C}$ ，心率 >90 次/分，呼吸急促 >20 次/分或过度通气， $\text{PaCO}_2 < 32.3\text{mmHg}$ ，白细胞计数 $>12 \times 10^9/\text{L}$ 或 $<4 \times 10^9/\text{L}$ ，或未成熟白细胞 $>10\%$
3. 休克 (×8)：机体受到各种有害因子侵袭时有效循环血量急剧下降，组织血液灌流量严重不足，引起组织细胞缺血、缺氧、各重要生命器官的功能、代谢障碍及结构损伤的病理过程
4. 低血容量休克：因大量出血或体液丢失，或液体积存于第三间隙，导致有效循环量降低所引起的休克

- 大题

1. 感染性休克的治疗原则 (×4)
 1. 补充血容量：以输注平衡盐溶液为主，配合适当的胶体液、血浆或全血，恢复足够的循环血量
 2. 控制感染：应用抗菌药物，处理原发感染灶
 3. 纠正酸碱平衡：病人常伴严重酸中毒，且发生较早，需及时纠正
 4. 心血管活性药物的应用
 5. 糖皮质激素：限于早期，用量宜大
 6. 其他治疗：营养支持、处理 DIC 及 MODS
2. 失血性休克的治疗原则
 1. 补充血容量：不需要全部补充血液，抓紧时机及时增加静脉回流，输入碳酸氢钠纠正酸中毒，高渗盐水扩血管、改善微循环，增加心肌收缩力，提高心输出量
 2. 止血：补充血容量同时如仍有出血则难以保持血容量稳定，休克也不易纠正
3. 休克的临床诊断依据
 1. 凡遇到严重损伤、大量出血、重度感染及过敏病人和有心脏病病史者，应想到并发休克的可能
 2. 临床观察中，对于有出汗、兴奋、心率加快、脉压小或尿少等症状者，应疑有休克
 3. 病人出现神志淡漠、反应迟钝、皮肤苍白、呼吸浅快、收缩压降至 90mmHg 以下及尿少者，标志着已进入休克抑制期
4. 休克的处理原则（治疗方法） (×3)
 1. 一般紧急治疗：积极处理引起休克的原发伤病
 2. 补充血容量：纠正休克引起的组织低灌注和缺氧的关键
 3. 积极处理原发病
 4. 纠正酸碱平衡失调：多主张宁酸毋碱，酸性环境能增加氧与血红蛋白的解离从而增加组织供氧，对复苏有利
 5. 血管活性药物的应用：维持脏器灌注压
 6. 治疗 DIC 改善微循环
 7. 皮质类固醇和其他药物的应用



- 麻醉
 - 大题
 1. 局麻药毒性反应常见原因
 1. 一次用量超过病人的耐受量
 2. 意外注入血管内
 3. 注药部位血供丰富，吸收增快
 4. 病人因体质衰弱等原因而导致耐受力降低，出现高敏反应
 2. 麻醉前用药的目的（×3）
 1. 消除病人紧张、焦虑及恐惧的情绪，增强全身麻醉药的效果，减少全麻药的副作用，对不良刺激可产生遗忘作用
 2. 提高病人痛阈，缓和/解除原发疾病或麻醉前有创操作引起的疼痛
 3. 抑制呼吸道腺体的分泌功能，减少唾液分泌，以防误吸
 4. 消除因手术或麻醉引起的不良反射，特别是迷走神经反射，抑制交感兴奋以维持血流动力学稳定
 3. 麻醉用药的目的
 1. 手术无痛
 2. 调节和控制病人的生理功能
- 重症监测治疗与复苏
 - 名词解释
 1. acute renal failure（×4）：急性肾衰竭，短时间内发生的肾脏功能减退，溶质清除能力及肾小球滤过率下降，从而导致水、电解质和酸碱平衡紊乱及氮质代谢产物蓄积为主要特征的一组临床综合征
 2. CPR：针对呼吸、心搏骤停、脑组织灌流停止所采取的紧急医疗措施，以人工呼吸替代病人的自主呼吸，以心脏按压形成暂时的人工循环并诱发心脏的自主搏动，维持适当的脑组织灌流
 - 大题
 1. CPR 步骤
 1. 基本生命支持
 1. 尽早识别心搏骤停和启动紧急医疗服务系统
 2. 尽早开始 CPR：包括心脏按压和人工呼吸
 3. 尽早电除颤
 2. 高级生命支持
 1. 呼吸支持
 2. 恢复和维持自主循环
 3. 监测：心电图、呼气末 CO₂、冠状动脉灌注压、中心静脉血氧饱和度
 4. 药物治疗



3. 复苏后治疗
 1. 呼吸管理
 2. 维持血流动力学稳定
 3. 防治多器官功能障碍或衰竭
 4. 脑复苏
2. 尿毒症的表现
 1. 水、电解质代谢紊乱：以代谢性酸中毒和水钠平衡紊乱最为常见
 2. 蛋白质、糖类、脂类和维生素代谢紊乱：出现氮质血症，也可有白蛋白、必需氨基酸水平下降等，出现糖耐量降低、低血糖、高脂血症
 3. 心血管系统表现：心血管事件及动脉粥样硬化发生率升高
 4. 呼吸系统症状：气短、气促，严重酸中毒可致呼吸深长，体液过多、心功能不全可引起肺水肿或胸腔积液，尿毒症毒素可诱发尿毒症肺水肿
 5. 胃肠道症状：食欲不振、恶心、呕吐、口腔有尿味，常见消化道出血
 6. 血液系统表现：肾性贫血和出血倾向
 7. 神经肌肉系统症状：反应淡漠、谵妄、惊厥、幻觉、昏迷、精神异常
 8. 内分泌功能紊乱：肾脏内分泌功能紊乱、糖耐量异常和胰岛素抵抗、下丘脑-垂体轴异常、外周内分泌腺功能紊乱
 9. 骨骼病变：肾性骨营养不良
- 外科感染
 - 名词解释
 1. 急性蜂窝织炎（×3）：发生在皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的急性细菌感染的非化脓性炎症
 - 大题
 1. G⁺、G⁻细菌败血症的临床表现（×2）
 1. 骤起寒战，继以高热可达 40-41℃，或低温，起病急，病情重，发展迅速
 2. 头痛、头晕、恶心、呕吐、腹胀，面色苍白或潮红、出冷汗，神志淡漠或烦躁、谵妄和昏迷
 3. 心率加快、脉搏细速，呼吸急促或困难
 4. 肝脾可增大，严重者出现黄疸或皮下出血瘀斑等
- 烧伤、冻伤、蛇咬伤、犬咬伤、虫蛰伤
 - 大题
 0. 烧伤的 24 小时补液方案及注意事项
 1. 补液方案：成人每 1%II°、III° 烧伤面积每公斤体重补充胶体液 0.5ml 和电解质液 1ml，广泛深度烧伤者与小儿烧伤比例可改为 1:1，另加基础水分 2000ml
 2. 注意事项
 1. 伤后前 8h 内输入一半，后 16h 补入另一半
 2. 延迟补液病人成人每 1%II°、III° 烧伤面积每公斤体重补充胶体液和电解质液各 1.3ml
 3. 延迟复苏病人第一个 24h 需要的液体量多，补液速度快，应在严密监护下进行，防止补液过多过快所致的并发症



- 移植

- 名词解释

1. 同质移植：又称同系移植，为两者基因完全相同如同卵双生间的异体移植，移植后不会发生排斥反应

- 颅内压增高和脑疝

- 名词解释

1. Cushing response (×3)：库欣反应。颅内压急剧增高时，病人出现心跳和脉搏缓慢、呼吸节律减慢，血压升高，称为库欣反应。多见于急性颅内压增高病例，慢性者则不明显
2. 脑疝 (×4)：颅内某分腔有占位性病变时，脑组织从高压区向低压区移位，导致脑组织、血管及脑神经等重要结构受压和移位，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，称为脑疝
3. 颅内压升高 (×2)：神经外科常见的临床综合征，会引发脑疝危象，可使病人因呼吸循环衰竭而死亡

- 大题

1. 脑疝的治疗原则 (×3)

1. 作出诊断同时按颅内压增高的处理原则快速静脉输注高渗降颅内压药物，以缓解病情，争取时间
2. 确诊后，根据病情迅速完成开颅术前准备，尽快手术去除病因
3. 难以确诊或确诊而病因无法去除时，可选用侧脑室外引流术、脑脊液分流术、减压术等姑息性手术

2. 小脑幕切迹疝的临床表现 (×3)

1. 颅内压增高症状：剧烈头痛、与进食无关的频繁的喷射性呕吐。头痛程度进行性加重伴烦躁不安，急性脑疝病人视神经乳头水肿可有可无
2. 瞳孔改变：病初患侧动眼神经受刺激致患侧瞳孔变小，对光反射迟钝，随病情进展患侧动眼神经麻痹，患侧瞳孔逐渐散大，直接和间接对光反射均消失，并有患侧上睑下垂、眼球外斜。脑疝进行性恶化致双侧瞳孔散大、对光反射消失时，病人多已处于濒死状态
3. 运动障碍：病变对侧肢体的肌力减弱或麻痹，病理征阳性。脑疝进展时可致双侧肢体自主活动消失，脑干严重受损可出现去脑强直
4. 意识改变：随脑疝进展出现嗜睡、浅昏迷至深昏迷
5. 生命体征紊乱：心率减慢或不规则，血压忽高忽低，呼吸不规则，大汗淋漓或汗闭，面色潮红或苍白，体温高达 41℃ 以上或体温不升，最终因呼吸循环衰竭致呼吸停止、血压下降、心脏停搏



3. 颅内压增高的症状和体征（×3）

1. 头痛：最常见症状之一，随颅内压增高而进行性加重，用力、咳嗽、弯腰或低头活动时加重。以胀痛和撕裂痛为多见
2. 呕吐：喷射性，有时可导致水电解质紊乱和体重减轻
3. 视神经乳头水肿：视神经乳头充血，边缘模糊不清，中央凹陷消失，视盘隆起，静脉怒张
4. 意识障碍及生命体征变化：疾病初期意识变化可有嗜睡、反应迟钝。严重病例可出现昏睡、昏迷、瞳孔散大、对光反射消失，发生脑疝、去脑强直。生命体征变化为血压升高、脉搏徐缓、呼吸不规则、体温升高等病危状态甚至呼吸停止，终因呼吸循环衰竭而死亡
5. 其他症状和体征：小儿病人可有头颅增大、头皮和额眶部浅静脉扩张、颅缝增宽或分离、前囟饱满隆起，头颅叩诊时呈破罐音

4. 颅内压增高的后果

1. 脑血流量的降低造成脑缺血甚至脑死亡
2. 脑移位和脑疝
3. 脑水肿：血管源性脑水肿和细胞毒性脑水肿
4. 库欣反应：心跳和脉搏缓慢，呼吸节律减慢，血压升高
5. 胃肠功能紊乱及消化道出血：与颅内压增高引起下丘脑自主神经中枢缺血而致功能紊乱有关
6. 神经源性肺水肿：下丘脑、延髓受压致血压反应性增高引起

5. 颅内高压的病因（×6）

1. 颅内占位性病变挤占了颅内空间，如颅内血肿、脑肿瘤、脑脓肿等
2. 脑组织体积增大，如脑水肿
3. 脑脊液循环/吸收障碍所致梗阻性脑积水和交通性脑积水
4. 脑血流过度灌注或静脉回流受阻，见于脑肿胀、静脉窦血栓等
5. 先天性畸形使颅腔容积变小，如狭颅症、颅底凹陷症等

6. 颅内压升高的治疗原则（×2）

1. 一般处理：留院观察，密切观察神志、瞳孔、血压、呼吸、脉搏及体温的变化，有条件时可作颅内压监测，频繁呕吐者应暂禁食以防吸入性肺炎，不能进食的病人应予补液，量以维持出入液量的平衡为度。补充电解质并调整酸碱平衡，用轻泻剂疏通大便，昏迷病人及咳嗽困难者考虑气管切开术，给氧有助于降低颅内压。病情稳定者需尽早查明病因以尽快对因治疗
2. 病因治疗：无手术禁忌的颅内占位性病变首先考虑病变切除术。位于大脑非功能区的良性病变，争取根治性切除，不能根治可作大部切除、部分切除或减压术。有脑积水者可行脑脊液分流术，将脑室内液体通过特制导管分流入蛛网膜下隙、腹腔或心房。颅内压增高已引起急性脑疝时进行紧急抢救或手术处理
3. 药物治疗降压：适用于病因未明或仍需非手术治疗的病例。病人意识清楚，颅内压增高较轻则先选用口服药物，常用氢氯噻嗪、乙酰唑胺、氨苯蝶啶、呋塞米、50%甘油盐水溶液。若有意识障碍或颅内压增高症状较重的病例，则选用静脉或肌注药物，常用20%甘露醇、20%尿素转化糖或尿素山梨醇溶液、呋塞米、浓缩血浆和人类血清白蛋白



4. 激素：静注或肌注地塞米松、静注氢化可的松、口服泼尼松，可减轻脑水肿，有助于缓解颅内压增高
5. 亚低温冬眠疗法：通过冬眠药物配合物理降温，使病人的体温维持于亚低温状态，有利于降低脑新陈代谢率，减少脑组织的耗氧量，防止脑水肿的发生发展
6. 脑脊液体外引流
7. 巴比妥治疗：大剂量巴比妥注射可降低脑代谢，减少氧耗及增加脑对缺氧的耐受力，降低颅内压，但无法改进病人预后
8. 辅助过度换气：动脉血 CO₂ 分压每下降 1mmHg 可使脑血流量递减 2%，从而使颅内压相应下降
9. 对症治疗：头痛者予镇痛剂，但忌用呼吸中枢抑制药，抽搐发作者给予抗癫痫药物治疗，烦躁病人在排除颅内高压进展、气道梗阻、排便困难等前提下，给予镇静剂

- 颅脑损伤

- 名词解释

1. 中间清醒期（×10）：颅内血肿中原发脑损伤略重，伤后一度昏迷，随后完全清醒或好转，但不久又陷入昏迷
2. 脑震荡（×2）：最轻的脑损伤，特点为伤后即刻发生短暂意识障碍和近事遗忘

- 大题

1. 颅骨凹陷性骨折手术适应症
 1. 凹陷深度 > 1cm
 2. 位于重要功能区
 3. 骨折片刺入脑内
 4. 骨折引起瘫痪、失语等功能障碍或局限性癫痫
2. 脑震荡的定义、诊断、治疗、与轻微脑损伤的鉴别
 1. 定义：最轻的脑损伤，特点为伤后即刻发生短暂意识障碍和近事遗忘
 2. 诊断
 1. 伤后立即出现短暂意识丧失，持续数分钟至十余分钟，一般不超过半小时，有的仅表现为瞬间意识混乱或恍惚，并无昏迷
 2. 同时伴有面色苍白、瞳孔改变、出冷汗、血压下降、脉弱、呼吸浅慢等自主神经和脑干功能紊乱的表现
 3. 意识恢复后对受伤当时和伤前近期的情况不能回忆
 4. 多有头痛、头晕、疲乏无力、失眠、耳鸣、心悸、畏光、情绪不稳、记忆力减退等症状，一般持续数日，数周，少数时间较长
 5. 神经系统检查多无明显阳性体征，腰穿颅内压和脑脊液在正常范围，CT 无异常
 3. 治疗：不需特殊治疗，一般卧床休息 5-7 天，酌用镇静、镇痛药物，做好解释工作，消除病人畏惧心理
 4. 鉴别：腰穿检查脑脊液是否含血
3. 脑外膜血肿的血源来路
 1. 主要是脑膜中动脉，主干及分支均可因骨折而撕破形成血肿
 2. 颅内静脉窦、脑膜中静脉、板障静脉或导血管损伤
 3. 硬脑膜表面小血管



- 颅内和椎管内肿瘤
 - 名词解释
 1. Horner 征 (×2): 由于肿瘤压迫脊髓或交感神经而出现的一侧瞳孔缩小、眼球内陷、上睑下垂、同侧额部或胸部无汗或少汗的现象
- 颈部疾病
 - 大题
 1. 甲亢的分类
 1. 原发性甲亢: 在甲状腺肿大的同时, 出现功能亢进症状
 2. 继发性甲亢: 先有原发病, 之后出现甲亢症状
 3. 高功能腺瘤: 少见, 甲状腺内有单或多个自主性高功能结节, 无突眼
 2. 甲亢的手术指征 (×5)
 1. 继发性甲亢或高功能腺瘤
 2. 中度以上的原发性甲亢
 3. 腺体较大, 伴有压迫症状, 或胸骨后甲状腺肿等类型甲亢
 4. 抗甲状腺药物或 ^{131}I 治疗后复发者或坚持长期用药有困难者
 5. 妊娠早、中期的甲亢病人
 3. 甲亢的治疗原则
 1. 行双侧甲状腺次全切除术, 可选择常规或微创方式
 2. 切除腺体量根据腺体大小或甲亢程度决定
 3. 保留两腺体背面部分有助于保护喉返神经和甲状旁腺
 4. 术后当日密切注意病人呼吸、体温、脉搏、血压变化, 预防甲亢危象发生
 4. 甲亢术后并发症 (×3)
 1. 术后呼吸困难和窒息: 不及及时发现、处理可危及病人生命
 2. 喉返神经损伤: 多见于处理甲状腺下极时
 3. 喉上神经损伤: 多见于处理甲状腺上极时
 4. 甲状旁腺功能减退: 手术误伤甲状旁腺或其血液供给受累
 5. 甲状腺危象: 甲状腺素过量释放引起的暴发型肾上腺素能兴奋现象
 5. 甲亢手术禁忌症 (×4)
 1. 青少年病人
 2. 症状较轻者
 3. 老年病人或有严重器质性疾病不能耐受手术者



6. 甲亢术前准备和甲状腺危象症状及处理 (×4)
 1. 术前准备
 1. 一般准备: 对精神过度紧张或失眠者可适当应用镇静和安眠药, 心率过快者用利血平或普萘洛尔, 心力衰竭者予洋地黄
 2. 术前检查
 1. 全面体格检查和必要的化验检查
 2. 颈部摄片: 有无气管受压或移位
 3. 心电图检查
 4. 喉镜检查: 确定声带功能
 5. 测定基础代谢率: 了解甲亢程度
 3. 药物准备
 1. 抗甲状腺药物加碘剂: 安全可靠, 准备时间较长
 2. 单用碘剂: 适合症状不重, 以及继发性甲亢和高功能腺瘤病人
 3. 普萘洛尔: 常规应用碘剂或合并应用硫氧嘧啶类药物不能耐受或无效者
 2. 甲状腺危象
 1. 症状: 高热 ($>39^{\circ}\text{C}$)、脉快 (>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
 2. 处理
 1. 一般治疗: 应用镇静剂、降温、充分供氧、补充能量、维持水电解质及酸碱平衡等
 2. 碘剂: 口服复方碘化钾溶液或静滴碘化钠
 3. 肾上腺素能阻滞剂: 利血平、胍乙啶、普萘洛尔
 4. 氢化可的松: 拮抗过多甲状腺素反应
7. 甲亢手术呼吸困难的原因及急救 (×2)
 1. 病因
 1. 出血及血肿压迫气管
 2. 喉头水肿
 3. 气管塌陷
 4. 双侧喉返神经损伤
 2. 急救
 1. 及时剪开缝线, 敞开切口, 迅速除去血肿
 2. 如病人呼吸仍无改善, 应立即行气管插管
 3. 情况好转后, 送手术室作进一步检查、止血和其他处理
8. 单纯性甲状腺肿的手术指征
 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



9. 结节性甲状腺肿的手术指征 (×3)

1. 结节性甲状腺肿继发功能亢进者
2. 结节性甲状腺肿疑有恶变者

10. 甲状腺结节的诊断

1. 病史:
 1. 短期内突然发生甲状腺结节增大, 可能是腺瘤囊性变出血所致
 2. 过去存在甲状腺结节, 近日突然快速、无痛增大, 考虑癌肿可能
2. 体格检查: 癌肿病人常于颈部下 1/3 触及大而硬的淋巴结, 特别是儿童及年轻甲状腺乳头状癌病人
3. 血清学检查: 一般用于曾做手术或核素治疗的分化型癌病人, 检测是否存在早期复发
4. 超声检查: 可提供结节的解剖信息、二维图像特征和血供情况, 淋巴引流区的超声检查可对恶性病灶淋巴结转移情况进行评估
5. 核素现象: 显示甲状腺的位置、大小、形态, 也能提供甲状腺结节的功能和血供情况
6. 针吸涂片细胞学检查

• 乳房疾病

○ 名词解释

1. 原位癌: 癌细胞未突破基底膜, 可通过手术直接切除, 预后良好

○ 大题

1. 乳腺癌的手术方式

1. 保留乳房的乳腺癌切除术: 目的为完整切除肿块, 适用于临床 I 期、II 期的乳腺癌病人, 且乳房有适当体积, 术后能保持外观效果者
2. 乳腺癌改良根治术: 可仅保留胸大肌或同时保留胸大、小肌
3. 乳腺癌根治术和乳腺癌扩大根治术: 现已较少使用
4. 全乳房切除术: 切除整个乳房, 包括腋尾部及胸大及筋膜, 适用于原位癌、微小癌及年迈体弱不宜行根治术者

• 胸部损伤

○ 名词解释

1. tension pneumothorax (×6): 张力性气胸, 气管、支气管或肺损伤处形成活瓣, 气体随每次吸气进入胸膜腔并积累增多, 导致胸膜腔压力高于大气压, 又称为高压性气胸
2. Beck 三联征 (×3): 心脏压塞导致的静脉压升高、颈静脉怒张, 心音遥远、心搏微弱, 脉压小、动脉压降低的三联征
3. 纵隔扑动 (×5): 开放性气胸中, 伤侧胸内压显著高于健侧, 呼吸时出现两侧胸膜腔压力不平衡的周期性变化, 使纵隔在吸气时移向健侧, 呼气时移向伤侧, 称为纵隔扑动
4. 反常呼吸 (×2): 多根多处肋骨骨折出现连枷胸, 局部胸壁失去完整肋骨支撑而软化, 吸气时软化区胸壁内陷, 呼气时外突



○ 大题

1. 胸腔损伤的开胸探查指征（×4）
 1. 进行性血胸
 2. 心脏大血管损伤
 3. 严重肺裂伤或气管、支气管损伤
 4. 食管破裂
 5. 胸腹或腹胸联合伤
 6. 胸壁大块缺损
 7. 胸内存留较大的异物
 8. 穿透性胸伤重度休克者
 9. 穿透性胸伤濒死者且高度怀疑存在急性心脏压塞
2. 胸腔闭式引流的适应症
 1. 中、大量气胸，开放性气胸，张力性气胸
 2. 胸腔穿刺术治疗下肺无法复张者
 3. 需使用机械通气或人工通气的气胸或血气胸者
 4. 拔除胸腔引流管后气胸或血胸复发者
 5. 剖胸手术
3. 张力性气胸的临床诊断和急救原则（×2）
 1. 临床诊断
 1. 严重或极度呼吸困难、烦躁、意识障碍、大汗淋漓、发绀
 2. 气管明显移向健侧、颈静脉怒张，多有皮下气肿
 3. 伤侧胸部饱满，叩诊呈鼓音，呼吸音消失
 4. 胸部 X 线检查显示胸腔严重积气，肺完全萎陷，纵隔移位，可能有纵隔和皮下气肿
 5. 胸腔穿刺有高压气体外推针筒芯
 6. 病人可能有脉细快、血压降低等循环障碍表现
 2. 急救原则
 1. 迅速使用粗针头穿刺胸膜腔减压，并外接单向活瓣装置
 2. 紧急时可在针柄部外接剪有小口的塑胶袋以单向排气
 3. 进一步处理应安置闭式胸腔引流，使用抗生素预防感染
 4. 肺膨胀后可拔除引流管，持续漏气而肺难以膨胀时需考虑开胸探查手术或电视胸腔镜手术
4. 血胸进行性出血表现（×2）
 1. 持续脉搏加快、血压降低，或虽经补充血容量血压仍不稳定
 2. 胸腔闭式引流量每小时超过 200ml，持续 3 小时
 3. 血红蛋白量、红细胞计数和血细胞比容进行性降低，引流液的血红蛋白量和红细胞计数与外周血接近，且迅速凝固



5. 反常呼吸定义及处理方法

1. 定义：多根多处肋骨骨折出现连枷胸，局部胸壁失去完整肋骨支撑而软化，吸气时软化区胸壁内陷，呼气时外突
2. 处理方法
 1. 主要原则：有效镇痛和呼吸管理
 2. 咳嗽无力、呼吸道分泌物潴留：纤支镜吸痰和肺部物理治疗
 3. 呼吸功能障碍：气管插管机械通气
 4. 胸壁浮动：正压通气
 5. 长期胸壁浮动且不能脱离呼吸机：手术固定肋骨

• 胸壁、胸膜疾病

○ 大题

1. 急性脓胸的处理原则

1. 根据致病菌对药物的敏感性，选用有效抗生素
2. 彻底排净脓液，使肺早日复张
3. 控制原发感染，全身支持治疗

• 心脏疾病

○ 名词解释

1. Eisenmenger's syndrome: 左向右分流型心脏病中，当肺动脉压力接近或超过主动脉压时，血液呈现双向或右向左分流，病人出现发绀、杵状指/趾，可致右心衰竭而死亡
2. Fallot's syndrome (×4): 右心室漏斗部或圆锥发育不良所致的一种具有特征性肺动脉口狭窄和室间隔缺损的心脏畸形，包括肺动脉口狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨和右心室肥厚

• 腹外疝

○ 名词解释

1. Littre's hernia: 肠管嵌顿入疝囊的部分为小肠憩室的疝
2. Richter's hernia (×2): 肠管嵌顿时，嵌顿的内容物仅为部分肠壁，系膜侧肠壁及其系膜并未进入疝囊，肠腔并未完全梗阻的疝
3. strangulated hernia: 绞窄性疝，肠管嵌顿未及时解除，肠壁及其系膜受压情况不断加重使动脉血流减少，最后导致完全阻断，即为绞窄性疝
4. Hesselbach 三角 (×13): 外侧边为腹壁下动脉，内侧边为腹直肌外侧缘，底边为腹股沟韧带，此处腹壁缺乏完整的腹肌覆盖，且腹横筋膜比周围部分薄，故易发生疝
5. 疝 (×2): 体内脏器或组织离开其正常解剖部位，通过先天或后天形成的薄弱点、缺损或孔隙进入另一部位，称为疝
6. 滑动疝 (×3): 少数病程较长的疝，因内容物不断进入疝囊时产生的下坠力量将囊颈上方的腹膜逐渐推向疝囊，尤其是髂窝区后腹膜与后腹壁结合得极为松弛，更易被推移，以致盲肠、乙状结肠或膀胱随之下移而成为疝囊壁的一部分，称滑动性疝，属难复性疝
7. 难复性疝 (×2): 疝内容物不能回纳或不能完全回纳入腹腔内，但并不引起严重症状者，称难复性疝



○ 大题

1. 腹股沟直疝和斜疝的鉴别（×7）

1.

	斜疝	直疝
发病年龄	多见于儿童及青壮年	多见于老年
突出途径	经腹股沟管突出，可进阴囊	由直疝三角突出，很少进入阴囊
疝块外形	椭圆或梨形，上部呈蒂柄状	半球形，基底较宽
回纳疝块后压住深环	疝块不再突出	疝块仍可突出
精索与疝囊的关系	精索在疝囊后方	精索在疝囊前外方
疝囊颈与腹壁下动脉的关系	疝囊颈在腹壁下动脉外侧	疝囊颈在腹壁下动脉内侧
嵌顿机会	较多	极少

2. 腹股沟管的四壁二口

1. 前壁：皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜
2. 后壁：腹横筋膜、腹膜
3. 上壁：腹内斜肌、腹横肌的弓状下缘
4. 下壁：腹股沟韧带和腔隙韧带
5. 内口：深环
6. 外口：浅环

● 腹部损伤

○ 大题

1. 闭合性腹损伤及手术指征

1. 闭合性腹损伤：损伤未穿透腹壁，腹腔不与外界相通，可同时兼有内脏损伤
2. 手术指征：内脏器官损伤表现或符合剖腹探查指征

2. 腹部外伤后提示腹部内脏器官损伤的症状及体征

1. 早期出现休克征象，尤其是出血性休克
2. 有持续性甚至进行性加重的腹部剧痛伴恶心、呕吐等消化道症状者
3. 有明显腹膜刺激征者
4. 有气腹表现者
5. 腹部出现移动性浊音者
6. 有便血、呕血或血尿者
7. 直肠指诊发现前壁有压痛或波动感，或指套染血者



3. 探查性剖腹的适应症 (×4)

1. 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或红细胞计数进行性下降者
2. 腹痛和腹膜刺激征有进行性加重或范围扩大者
3. 肠鸣音逐渐减弱、消失或腹部逐渐膨隆
4. 膈下有游离气体, 肝浊音界缩小或消失, 或出现移动性浊音
5. 积极救治休克而情况不见好转或继续恶化者
6. 消化道出血者
7. 腹腔穿刺抽出气体、不凝血、胆汁、胃肠内容物等
8. 直肠指诊有明显触痛

• 急性化脓性腹膜炎

○ 名词解释

1. 腹膜刺激征 (×3): 腹部压痛、腹肌紧张、反跳痛
2. 原发性腹膜炎 (×2): 又称自发性腹膜炎, 腹腔内无原发病灶, 致病菌多为溶血性链球菌、肺炎双球菌或大肠埃希菌

○ 大题

1. 急性化脓性弥漫性腹膜炎的手术治疗指征 (×2)

1. 经非手术治疗后 6-8 小时腹膜炎症状及体征不缓解反而加重者
2. 腹腔内原发病严重
3. 腹腔内炎症较重, 有大量积液, 出现严重的肠麻痹或中毒症状, 尤其是有休克表现者
4. 腹膜炎病因不明确, 且无局限趋势者

2. 腹膜炎的后果、临床表现、治疗原则

1. 后果

1. 病人全身和腹膜局部防御能力差、细菌毒力强可致感染性休克、MODS 而死亡
2. 年轻体壮、抗病能力强者, 病变可局限成为局限性腹膜炎, 自行痊愈, 化脓则可形成局限性脓肿
3. 治愈后腹腔内多有不同程度粘连, 部分可引起粘连性肠梗阻

2. 临床表现

1. 腹痛: 最主要的临床表现
2. 恶心、呕吐
3. 体温、脉搏: 变化与炎症轻重有关
4. 感染中毒症状: 高热、脉速、呼吸浅快、大汗、口干
5. 腹部体征: 腹胀, 腹式呼吸减弱或消失, 腹膜三联征



3. 治疗原则

1. 非手术治疗（×2）

1. 体位：半卧位促使腹腔内渗出液流向盆腔，减少吸收和减轻中毒症状，有利于局限和引流
2. 禁食，胃肠减压：有利于炎症的局限和吸收，促进胃肠道恢复蠕动
3. 纠正水、电解质紊乱：如中毒症状重且伴休克可用一定量激素减轻中毒症状
4. 抗生素：第三代头孢菌素
5. 补充热量和营养支持
6. 镇静、止痛、吸氧

2. 手术治疗

1. 处理原发病：明确病因后，决定处理方法
2. 彻底清洁腹腔：吸净腹腔内的脓液及渗出液，清除食物残渣、粪便和异物等
3. 充分引流：减轻腹腔感染，防止术后发生腹腔脓肿
4. 术后禁食、胃肠减压、引流、补液、抗感染、营养支持

• 胃十二指肠疾病

○ 名词解释

1. 倾倒综合征（×3）：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，产生一系列临床症状，称倾倒综合征
2. 早期胃癌（×3）：病变仅限于黏膜或黏膜下层，不论病灶大小或有无淋巴结转移的胃癌
3. 残胃癌（×5）：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

○ 大题

1. 胃和十二指肠的解剖和生理特点

1. 胃的解剖

1. 位置与分区：上腹部，介于食管和十二指肠之间，上贲门，下幽门，右胃小弯，左胃大弯，分为贲门胃底区、胃体区、胃窦幽门区
2. 韧带：胃膈韧带、肝胃韧带、脾胃韧带、胰胃韧带和胃结肠韧带
3. 血管：胃左动脉、胃右动脉形成胃小弯动脉弓，胃网膜右动脉、胃网膜左动脉形成胃大弯动脉弓，另外包括胃短动脉、胃后动脉，静脉汇入门静脉系统，与同名动脉伴行
4. 淋巴引流：包括腹腔淋巴结群、幽门上淋巴结群、幽门下淋巴结群、胰脾淋巴结群
5. 神经：受来自中枢的交感和副交感神经以及内在的自主神经共同支配
6. 胃壁结构：由外向内为浆膜层、肌层、黏膜下层和黏膜层，主要分泌细胞包括壁细胞、主细胞、黏液细胞

2. 胃的生理

1. 运动：包括容纳、研磨和输送功能
2. 分泌：包括基础分泌和餐后分泌



3. 十二指肠的解剖
 1. 分区：球部、降部、水平部、升部
 2. 韧带：十二指肠悬韧带
 3. 血管：胰十二直肠上动脉、胰十二指肠下动脉
4. 十二指肠的生理
 1. 外分泌：富含消化酶的消化液
 2. 内分泌：促胃液素、胆囊收缩素、肠抑肽
2. 胃大部分切除术理论依据及并发症（×4）
 1. 理论依据
 1. 切除了含有大量壁细胞和主细胞的远端胃体，降低了胃酸和胃蛋白酶的分泌
 2. 减少了G细胞分泌的促胃液素，降低胃酸分泌
 3. 好发溃疡的部位也一并切除
 2. 并发症
 1. 早期并发症
 1. 术后出血：包括胃肠道腔内出血和腹腔内出血
 2. 术后胃瘫：需放置胃管进行引流、胃减压
 3. 术后胃肠壁缺血坏死，吻合口破裂或漏：胃肠减压，严密观察
 4. 十二指肠残端破裂：一旦确诊立即手术
 5. 术后肠梗阻
 2. 远期并发症
 1. 倾倒综合征：失去幽门节制功能致胃内容物排空过快
 2. 碱性反流性胃炎：一般抑酸剂无效，采用保护胃黏膜、抑酸、调节胃动力等综合措施
 3. 溃疡复发：胃大部切除术未能切除足够胃组织或迷走神经切断不完全导致
 4. 营养性并发症：残胃容量减少，消化吸收功能受影响
 5. 残胃癌：可能与残胃粘膜萎缩有关
3. 胃癌临床表现与诊断要点
 1. 临床表现
 1. 早期胃癌多数病人无明显症状，有时出现上腹部不适，进食后饱胀恶心等非特异性的上消化道症状，对症治疗可暂时缓解，易被忽视
 2. 随病情发展出现上腹疼痛加重，食欲下降、乏力、消瘦，体重减轻
 3. 根据肿瘤部位不同存在特殊表现
 1. 贲门胃底癌：胸骨后疼痛和进食梗阻感
 2. 幽门附近胃癌：幽门部分或完全性梗阻导致呕吐，呕吐物多为隔夜宿食和胃液
 3. 肿瘤破溃或侵犯胃周血管后可有呕血、黑便等消化道出血症状
 4. 也有可能发生急性穿孔
 4. 晚期病人可触及上腹部质硬、固定的肿块，锁骨上淋巴结肿大，直肠前凹扪及肿块、贫血、腹水、黄疸、营养不良甚至恶病质等表现



2. 诊断要点

1. 在可疑病变组织四周用纤维胃镜取材活检
2. X线钡餐检查观察形态学改变
3. 螺旋CT和PET评价病变范围、局部淋巴结转移和远处转移

4. 胃十二指肠溃疡的手术指征（×4）

1. 经积极非手术治疗无效者
2. 出血速度快，短期内出现休克症状者
3. 高龄病人伴有动脉硬化，出血自行停止可能性小
4. 地处偏远，无血库或血源者
5. 经过非手术治疗出血已停止，但短期内可能再次出血者

5. 上消化道溃疡穿孔临床表现

1. 穿孔发生前常有溃疡症状加重或有过度疲劳、精神紧张等诱发因素
2. 病人突发上腹部剧痛，呈刀割样，腹痛迅速波及全腹
3. 病人面色苍白，出冷汗，常伴有恶心呕吐
4. 严重时可伴有血压下降

• 小肠疾病

○ 名词解释

1. malrotation of intestine（×2）：肠旋转不良，胚胎发育中肠旋转及固定发生障碍，形成异常索带或小肠系膜根部缩短，从而引起肠梗阻或肠扭转
2. strangulated intestinal obstruction（×6）：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
3. 短肠综合征：大段小肠切除后，残存的功能性肠管不能维持病人营养需要的吸收不良综合征
4. 机械性肠梗阻：机械性因素引起肠腔狭小或不通，致使肠内容物不能通过，是临床上最多见的类型

○ 大题

1. 单纯性肠梗阻与绞窄性肠梗阻的鉴别（绞窄性肠梗阻临床表现、诊断要点）（×12）

1. （肠梗阻共同表现：腹痛、呕吐、腹胀、停止自肛门排气排便）
2. 有下列表现者考虑绞窄性肠梗阻可能
3. 腹痛发作急骤，初始即为持续性剧烈疼痛，或在阵发性加重之间仍有持续性疼痛，有时出现腰背部痛
4. 病情发展迅速，早期出现休克，抗休克治疗后改善不明显
5. 有腹膜炎的表现，体温上升、脉率增快、白细胞计数增高
6. 腹胀不对称，腹部有局部隆起或触及有压痛的肿块
7. 呕吐出现早而频繁，呕吐物、胃肠减压抽出液、肛门排出物为血性，腹腔穿刺抽出血性液体
8. 腹部X线检查见孤立扩大的肠袢
9. 经积极的非手术治疗症状体征无明显改善



2. 绞窄性肠梗阻手术中如何判断肠管有无生机（×3）
 1. 有下列表现则表明肠管已无生机
 2. 肠壁已呈紫黑色并已塌陷
 3. 肠壁已失去张力和蠕动能力，对刺激无收缩反应
 4. 相应的肠系膜终末小动脉无搏动
3. 肠梗阻的病因、分类及临床表现（×4）
 1. 按病因分类
 1. 机械性肠梗阻
 1. 肠外因素：粘连及束带压迫、疝嵌顿、肿瘤压迫等
 2. 肠壁因素：肠套叠、肠扭转、肿瘤、先天性畸形等
 3. 肠腔内因素：蛔虫梗阻、异物、粪块、胆石堵塞
 2. 动力性肠梗阻：神经抑制或毒素刺激以致肠壁肌运动紊乱，但无器质性肠腔狭小
 3. 血运性肠梗阻：肠系膜血管栓塞或血栓形成，肠管血运障碍，肠失去蠕动能力
 4. 假性肠梗阻：无明显病因
 2. 按肠壁血运有无障碍分类
 1. 单纯性肠梗阻：仅有肠内容物通过受阻，而无肠管血运障碍
 2. 绞窄性肠梗阻：梗阻相应肠段缺血坏死穿孔
 3. 按梗阻部位分类：高位梗阻、低位小肠梗阻、结肠梗阻
 4. 按梗阻程度分类：可分完全性和不完全性肠梗阻，或急性和慢性肠梗阻，慢性不完全性是单纯性肠梗阻，急性完全性肠梗阻多为绞窄性
 5. 临床表现
 1. 症状
 1. 腹痛：机械性肠梗阻呈阵发性绞痛性质，肠腔有积气积液时肠鸣音呈气过水声或高调金属音，有时可见肠型和蠕动波。如腹痛间歇期不断缩短以至成为剧烈的持续性腹痛，应警惕可能为绞窄性肠梗阻
 2. 呕吐：高位梗阻呕吐较早且频繁，主要为胃十二指肠内容物，低位小肠梗阻后期出现肠内容物且呈棕褐色或血性，麻痹性肠梗阻时呕吐呈溢出性
 3. 腹胀：高位梗阻腹胀不明显，有时可见胃型，低位及麻痹性肠梗阻腹胀显著，遍及全腹。结肠梗阻可见腹周显著膨胀。闭袢性肠梗阻腹部隆起不均匀对称
 4. 排气排便停止：梗阻初期积存的气体和粪便仍可排出，某些绞窄性肠梗阻可排出血性粘液样粪便



2. 体征

1. 单纯性肠梗阻早期全身情况无明显变化，晚期因呕吐、脱水及电解质紊乱可出现唇干舌燥、眼窝内陷、皮肤弹性减退、脉搏细弱等，绞窄性可出现全身中毒症状及休克
2. 视：机械性肠梗阻常可见肠型和蠕动波，肠扭转时腹胀多不对称，麻痹性肠梗阻则腹胀均匀
3. 触：单纯性肠梗阻可有轻度压痛，但无腹膜刺激征，绞窄性肠梗阻可有固定压痛和腹膜刺激征
4. 叩：绞窄性肠梗阻腹腔有渗液，移动性浊音阳性
5. 听：机械性肠梗阻肠鸣音亢进，有气过水声或金属音，麻痹性肠梗阻肠鸣音减弱或消失

4. 肠梗阻的诊断应注意哪些问题

1. 是否肠梗阻
2. 是机械性还是动力性梗阻
3. 是单纯性还是绞窄性梗阻
4. 是高位还是低位梗阻
5. 是完全性还是不完全性梗阻
6. 是什么原因引起梗阻

5. 肠梗阻的基础疗法和理论依据（×2）

1. 胃肠减压：减少胃肠道积留的气体、液体，减轻肠腔膨胀，有利于肠壁血液循环的恢复，减少肠壁水肿，使某些部分梗阻的肠袢因肠壁肿胀而继发的完全性梗阻得以缓解，也可使某些扭曲不重的肠袢得以复位，还可以减轻腹内压，改善因膈肌抬高而导致的呼吸与循环障碍
2. 纠正水电解质紊乱和酸碱失衡：因吸收障碍和大量呕吐所引起的肠梗阻最突出生理紊乱，应及早给予纠正
3. 抗感染：因肠壁血液循环障碍、肠粘膜屏障功能受损而出现肠道细菌移位，或细菌直接穿透肠壁引起腹腔感染。膈肌升高影响肺部气体交换与分泌物排出则易发生肺部感染
4. 其他治疗：吸氧、生长抑素减少胃肠液分泌量、止痛

6. 肠梗阻手术适应症

1. 单纯解除梗阻的手术：粘连松解，肠切开取肠石、蛔虫，肠套叠或肠扭转复位
2. 肠段切除术：肠管肿瘤、炎症性狭窄、局部肠袢失活坏死，绞窄性肠梗阻应争取在肠坏死以前解除梗阻，恢复肠管血液循环
3. 肠短路吻合术：梗阻部位切除困难时可分离梗阻部远近肠管作短路吻合
4. 肠造口或肠外置术：肠梗阻部位病变复杂或病人情况很差，不允许行复杂的手术，可在梗阻近端肠管作肠造口术减压。已有肠坏死或肠肿瘤的可切除坏死或肿瘤肠段，将两断端外置作造口术



7. 小肠扭转的临床表现

1. 突然发作剧烈腹部绞痛，常为持续性疼痛阵发性加剧，可向腰背部放射
2. 呕吐频繁，腹胀以某一部位特别明显，腹部有时可扪及压痛的扩张肠袢
3. 肠鸣音减弱，可闻及气过水声
4. 腹部X线检查符合绞窄性肠梗阻表现，有时可见空肠和回肠换位，或排列成多种形态的小跨度蜷曲肠袢等特有的征象

• 阑尾疾病

○ 名词解释

1. 阑尾周围脓肿：急性阑尾炎化脓坏疽或穿孔，如果此过程进展较慢，大网膜可移至右下腹部，将阑尾包裹并形成粘连，形成炎性肿块或阑尾周围脓肿
2. 麦氏点（ $\times 2$ ）：脐与右髂前上棘连线中外 $1/3$ 交界处，是选择阑尾手术切口的标记点，也是急性阑尾炎常见压痛点

○ 大题

1. 急性阑尾炎的临床分型、表现、诊断、治疗和并发症（ $\times 8$ ）

1. 临床分型

1. 急性单纯性阑尾炎：轻型或病变早期，病变多限于黏膜和黏膜下层，症状和体征均较轻
2. 急性化脓性阑尾炎：常由单纯性阑尾炎发展而来，阑尾肿胀明显，浆膜高度充血，表面覆以纤维素性渗出物，症状和体征较重
3. 坏疽性及穿孔性阑尾炎：重型阑尾炎，阑尾管壁坏死或部分坏死，血液循环障碍，阑尾腔内积脓，可引起急性弥漫性腹膜炎
4. 阑尾周围脓肿：急性阑尾炎慢性化脓或穿孔并被大网膜包裹

2. 表现

1. 症状

1. 腹痛：始于上腹，逐渐移向脐部，数小时后转移并局限在右下腹
2. 胃肠道症状：早期可能有厌食，也可有恶心、呕吐、腹泻
3. 全身症状：早期乏力，炎症重时出现中毒症状，心率增快，发热。发生门静脉炎时可出现寒战、高热和轻度黄疸。阑尾化脓坏疽穿孔并腹腔广泛感染并发弥漫性腹膜炎，可同时出现血容量不足及败血症表现，甚至合并其他脏器功能障碍

2. 体征

1. 右下腹压痛：最常见，常位于麦氏点
2. 腹膜刺激征：提示阑尾炎症加重，出现化脓、坏疽或穿孔
3. 右下腹肿块：考虑阑尾周围脓肿
4. 结肠充气试验阳性可辅助诊断，腰大肌试验、闭孔内肌试验和经肛门直肠指检可提示阑尾位置

3. 实验室检查：大多数病人白细胞计数和中性粒细胞比例增高

3. 诊断：主要依靠病史、临床症状、体检所见和实验室检查



- 4. 治疗
 - 1. 绝大多数早期施行阑尾切除术，术前应用抗生素预防感染
 - 2. 病变早期、症状较轻、病人不接受手术治疗或客观条件无法进行手术时选择有效的抗生素治疗
- 5. 并发症
 - 1. 急性阑尾炎的并发症
 - 1. 腹腔脓肿：阑尾炎未经及时治疗形成，常见阑尾周围脓肿
 - 2. 内外瘘形成：阑尾周围脓肿未及时引流可向周围空腔脏器或腹壁穿破
 - 3. 化脓性门静脉炎：阑尾静脉中的感染性血栓沿肠系膜上静脉至门静脉引起
 - 2. 阑尾切除术后并发症
 - 1. 出血：阑尾系膜结扎线松脱
 - 2. 切口感染：最常见术后并发症
 - 3. 粘连性肠梗阻：与局部炎症重、手术损伤、切口异物、术后卧床等多种原因有关
 - 4. 阑尾残株炎：阑尾残端保留超过 1cm 或肠石残留可炎症复发
 - 5. 粪瘘：少见，如非结核或肿瘤病变一般非手术治疗即可闭合自愈
- 结、直肠与肛管疾病
 - 名词解释
 - 1. mixed hemorrhoid: 混合痔，内痔通过丰富的静脉丛吻合支和相应部位的外痔相互融合为混合痔
 - 大题
 - 1. 痔的分类和临床表现
 - 1. 内痔：主要临床表现是出血和脱出，间歇性便后出鲜血为常见症状，未发生血栓、嵌顿、感染时无疼痛，部分病人可伴发排便困难
 - 2. 外痔：主要表现为肛门不适、潮湿不洁，有时有瘙痒，如发生血栓形成及皮下血肿有剧痛
 - 3. 混合痔：内痔和外痔的症状可同时存在
 - 2. 结肠癌的 Dukes 分期 (×2)
 - 1. A 期：癌症局限在肠道本身
 - 2. B 期：癌症侵犯至肠道外的脂肪组织，未有其他转移
 - 3. C 期：癌症有淋巴结转移，不论肿瘤是否已穿出肠道
 - 4. D 期：癌症有远处器官转移
- 肝疾病
 - 大题
 - 1. 肝癌的形态学分型
 - 1. 大体病理形态分为结节型、巨块型和弥漫型
 - 2. 按肿瘤大小分为微小肝癌 (≤2cm)、小肝癌 (2-5cm)、大肝癌 (5-10cm) 和巨大肝癌 (>10cm)



2. 原发性肝癌的治疗方法及其可治愈的治疗方法

1. 手术切除

1. 部分肝切除：治疗肝癌首选和最有效的方法
2. 肝移植：可获得较好的长期治疗效果，但供肝匮乏，治疗费用昂贵
2. 肿瘤消融：简便，创伤小，有些病人可获得较好的治疗效果
3. 放射治疗：适于一般情况较好，癌肿较局限，尚无远处转移而又不适于手术切除，或手术后复发者
4. 经肝动脉/门静脉区域化疗或经肝动脉化疗栓塞：用于治疗不可切除的肝癌或作为肝癌切除术后的辅助治疗
5. 全身药物治疗：以综合应用效果为好

• 门静脉高压症

○ 名词解释

1. Budd-Chiari syndrome (×3)：巴德-吉亚利综合征，指由肝静脉或其开口以上的下腔静脉阻塞引起的以门静脉高压或合并下腔静脉高压为特征的一组疾病，最常见者为肝静脉开口以上的下腔静脉隔膜和肝内静脉血栓形成
2. 门脉高压 (×3)：门静脉血流受阻、血液淤滞时，引起门静脉系统压力增高，临床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

○ 大题

1. 门静脉高压引起食管胃底静脉曲张破裂出血的手术方法：断流术和分流术的异同点（优缺点）并至少列举 3 个手术名称 (×2)
 1. 断流手术：即脾切除，同时手术阻断门奇静脉间的反常血流
 1. 食管下端横断术、胃底横断术：阻断门奇静脉间的反常血流不够完全，也不够确切
 2. 食管下端胃底切除术：手术范围大，并发症多，死亡率较高
 3. 贲门周围血管离断术：最为有效，不仅离断了食管胃底的静脉侧支，还保存了门静脉入肝血流
 2. 分流手术
 1. 非选择性门体分流术：门静脉与下腔静脉端侧分流术、门静脉与下腔静脉侧侧分流术、肠系膜上静脉与下腔静脉桥式分流术、中心性脾-肾静脉分流术
 1. 优点：治疗食管胃底曲张静脉破裂出血效果好
 2. 缺点
 1. 肝性脑病发生率高，易引起肝衰竭
 2. 破坏第一肝门，为日后肝移植造成困难
 3. 肠系膜上静脉与下腔静脉桥式分流术和中心性脾-肾静脉分流术术后血栓形成发生率较高



- 胆道疾病

- 名词解释

1. Charcot's syndrome (×7)：夏柯三联征，腹痛、寒战高热、黄疸，为胆管结石梗阻继发胆管炎的典型表现
2. percutaneous transhepatic cholangiography (×2)：经皮肝穿刺胆管造影，在 X 线电视或超声监视下，经皮穿入肝内胆管，再将造影剂直接注入胆道而使肝内外胆管迅速显影，可显示肝内外胆管病变部位、范围、程度和性质等，有助于胆道疾病，特别是黄疸的诊断和鉴别诊断
3. AOSC：急性梗阻性化脓性胆管炎，急性胆管炎的严重阶段，也称急性重症胆管炎，发病基础是胆道梗阻及细菌感染
4. ERCP (×3)：内镜逆行胰胆管造影，纤维十二指肠镜直视下通过十二指肠乳头将导管插入胆管和/或胰管内进行造影，可直接观察十二指肠及乳头部的情况和病变，取材活检，收集十二指肠液、胆汁、胰液
5. Calot 三角 (×4)：胆囊管、肝总管、肝下缘构成的三角区。胆囊动脉、肝右动脉、副右肝管常在此区穿过
6. Caroli 病：肝内胆管扩张，肝内胆管多发性囊性扩张伴肝纤维化，肝外胆管无扩张
7. Reynold 五联征 (×4)：急性梗阻性化脓性胆管炎中，除有急性胆管炎的腹痛、寒战高热、黄疸 (Charcot 三联征) 外，还有休克、神经中枢系统受抑制表现

- 大题

1. 肝内外胆管结石的手术治疗原则和步骤 (×7)

1. 肝外胆管结石

1. 原则：术中尽量取尽结石，解除胆道梗阻，术后保持胆汁引流通畅
 2. 步骤

1. 胆总管切开取石、T 管引流术：开腹或腹腔镜手术，若伴有胆囊结石和胆囊炎，可同时行胆囊切除术。为防止和减少结石遗留，术中可采用胆道造影、超声或纤维胆道镜检查。术中应尽量取尽结石，如条件不允许，也可以在胆总管内留置橡胶 T 管，术后行造影或胆道镜检查、取石
 2. 胆肠吻合术：胆管空肠 Roux-en-Y 吻合，同时切除胆囊。对于嵌顿在胆总管开口的结石不能取出时可以应用内镜下或手术行 Oddi 括约肌切开

2. 肝内胆管结石

1. 原则：尽可能取净结石，解除胆道狭窄及梗阻，去除结石部位和感染病灶，恢复和建立通畅的胆汁引流，防止结石的复发
 2. 步骤

1. 胆管切开取石：争取切开狭窄的部位，沿胆总管向上切开甚至可达 2 级胆管，直视下或通过术中胆道镜取出结石，直至取净。难以取净的局限结石需行肝切除，高位胆管切开后，常需同时行胆肠吻合手术
 2. 胆肠吻合术，多采用肝管空肠 Roux-en-Y 吻合，对可能出现吻合口狭窄者，应在吻合口置放支架管支撑引流



3. 肝切除术：切除病变部分的肝，包括结石和感染的病灶、不能切开的狭窄胆管
2. （胆囊切除术后）胆总管探查手术指征（×3）
 1. 术前病史、临床表现或影像检查提示胆总管有梗阻，包括有梗阻性黄疸、胆总管结石、反复发作胆绞痛、胆管炎、胰腺炎
 2. 术中证实胆总管有病变，如术中胆道造影证实或扪及胆总管内有结石、蛔虫、肿块
 3. 胆总管扩张直径超过 1cm，胆管壁明显增厚，发现胰腺炎或胰头肿物，胆管穿刺抽出脓性、血性胆汁或泥沙样胆色素颗粒
 4. 胆囊结石小，有可能通过胆囊管进入胆总管
3. 胆囊性息肉手术指征
 1. 有明显症状如右上腹痛、恶心呕吐、食欲减退、阻塞性黄疸、无结石性胆囊炎、胆道出血、诱发胰腺炎等
 2. 息肉直径超过 1cm
 3. 单发病变且基底部宽大
 4. 息肉逐渐增大
 5. 合并胆囊结石和胆囊壁增厚等
4. 胆囊结石与胆管结石的区别
 - 1.

	胆囊结石	胆管结石
疼痛	胆绞痛、上腹隐痛	剑突下或右上腹绞痛
寒战高热	无	有
黄疸	少，有则较轻	有
Mirizzi 综合征	有	无
治疗	胆囊切除	胆管切开取石、胆肠吻合术

5. 急性梗阻性化脓性胆管炎的治疗原则
 1. 立即解除胆道梗阻并引流
6. 胆道出血的临床表现和手术适应症
 1. 临床表现
 1. 出血量少：黑便或大便潜血试验阳性
 2. 大量出血：胆绞痛，黄疸，上消化道出血，胆道压力骤然升高，引起 Oddi 括约肌痉挛，血凝块堵塞胆管，出现胆绞痛，继之黄疸，随后呕血或便血，出血量大时可出现失血性休克表现
 3. 周期性出血，每隔 1-2 周发作一次，多反复发作
 2. 手术适应症
 1. 反复发作大出血，特别是出血周期越来越短，出血量越来越大者
 2. 合并严重胆道感染需手术引流者
 3. 胆肠内引流后发生胆道大出血者
 4. 原发疾病需要外科手术治疗者



- 7. 肝结石的治疗原则 (×2)
 - 1. 尽可能取净结石, 解除胆道狭窄及梗阻, 去除结石部位和感染病灶, 恢复和建立通畅的胆汁引流, 防止结石的复发
- 上消化道大出血的鉴别诊断和外科处理原则
 - 大题
 - 1. 三腔二囊管的作用
 - 1. 放入胃内将胃气囊和食管气囊充气可压迫胃底和食管下段使曲张静脉破裂部位止血, 也可由此明确出血部位
 - 2. 上消化道出血的常见原因及特点 (×3)
 - 1. 常见原因
 - 1. 胃十二指肠溃疡
 - 2. 门静脉高压症
 - 3. 应激性溃疡或急性糜烂性胃炎
 - 4. 胃癌
 - 5. 肝内局限性慢性感染、肝肿瘤、肝外伤
 - 2. 特点
 - 1. 食管或胃底曲张静脉破裂引起的出血, 一般很急, 来势很猛, 一次出血量常达 500-1000ml 以上, 可引起休克, 主要表现为呕血
 - 2. 溃疡、糜烂性胃炎、胃癌引起的胃或十二指肠球部出血, 一次出血量一般不超过 500ml, 休克较少, 可以呕血或便血为主
 - 3. 胆道出血, 量一般不多, 一次 200-300ml, 很少引起休克, 以便血为主
- 急腹症的诊断与鉴别诊断
 - 名词解释
 - 1. 牵涉痛 (×2): 也称放射痛, 是腹痛时牵涉到远隔部位的疼痛, 因为两者的痛觉传入同一神经根
- 胰腺疾病
 - 大题
 - 1. 急性胰腺炎的治疗原则和手术指征
 - 1. 原则: 根据急性胰腺炎的分型、分期和病因选择恰当的治疗方法
 - 2. 手术指征
 - 1. 急性腹膜炎不能排除其他急腹症时
 - 2. 胰腺和胰周坏死组织继发感染
 - 3. 伴胆总管下段梗阻或胆道感染者
 - 4. 合并肠穿孔、大出血或胰腺假性囊肿
 - 2. 急性胰腺炎的分类和处理
 - 1. 分类
 - 1. 轻型急性胰腺炎: 为水肿性胰腺炎, 主要表现为上腹痛、恶心、呕吐, 腹膜炎限于上腹, 体征轻, 血、尿淀粉酶增高, 经及时的液体治疗短期内可好转, 死亡率很低



2. 重症急性胰腺炎：多为出血坏死性胰腺炎，腹膜炎范围广，体征重，腹胀明显，肠鸣音减弱或消失，腹部可触及炎性组织包裹形成的肿块，偶见腰部或脐周皮下瘀斑征，腹水呈血性或脓性，严重者发生休克，并发多脏器功能障碍和严重的代谢障碍

2. 处理

1. 非手术治疗（×2）

1. 禁食，胃肠减压：防止呕吐、减轻腹胀、降低腹内压
2. 补液，防治休克：补充电解质，维持酸碱平衡，预防低血压，改善微循环
3. 镇痛解痉：常用山莨菪碱、阿托品等
4. 抑制胰腺分泌：质子泵抑制剂或 H₂ 受体阻滞剂
5. 营养支持：禁食期主要靠完全肠外营养，肠功能恢复后可早期给予肠内营养，酌情恢复饮食
6. 抗生素应用：感染时针对性或经验性使用抗生素
7. 中药治疗

2. 手术治疗：常用坏死组织清除加引流术

• 周围血管与淋巴管疾病

○ 名词解释

1. rest pain（×2）：静息痛，静息状态下仍有持续性疼痛，分动脉性、静脉性、炎症及缺血坏死性静息痛
2. 5P 征：见于急性动脉栓塞，包括疼痛、感觉异常、麻痹、无脉和苍白
3. buerger 病：血栓闭塞性脉管炎，血管的炎性、节段性和反复发作的慢性闭塞性疾病，多侵袭四肢中小动静脉，以下肢多见，好发于男性青壮年
4. 间歇性跛行（×2）：属间歇性疼痛，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
5. 下肢静脉栓塞（×2）：血液在下肢静脉腔内不正常凝结，阻塞静脉腔，导致静脉回流障碍

○ 大题

1. 动脉栓塞 5P 表现

1. 疼痛：最早出现症状
2. 皮肤色泽和温度改变：动脉供血障碍，皮下静脉丛血液排空
3. 动脉搏动减弱或消失
4. 感觉和运动障碍：周围神经缺血
5. 全身影响：栓塞动脉管腔越大，全身反应越重

• 泌尿、男性生殖系统外科检查和诊断

○ 名词解释

1. 尿潴留（×3）：急性尿潴留见于膀胱出口以下尿路严重梗阻，突然不能排尿，使尿液滞留于膀胱内。慢性尿潴留见于膀胱颈部以下尿路不完全性梗阻或神经源性膀胱
2. 膀胱刺激征：尿频、尿急、尿痛三者同时出现，称膀胱刺激征



- 大题

- 1. 尿三杯试验的方法和意义

- 1. 方法：以排尿最初的 5-10ml 尿为第一杯，以排尿最后 2-3ml 为第三杯，中间部分为第二杯，收集时尿流应连续不断
 - 2. 意义：检验结果可初步判断镜下血尿或脓尿的来源或病变部位，若第一杯尿液异常，提示病变在尿道，第三杯尿液异常，提示病变在膀胱颈部或后尿道，若三杯尿液均异常，提示病变在膀胱或上尿路

- 2. 引起血尿的原因

- 1. 血尿伴排尿疼痛可与膀胱炎、尿石症或尿路损伤有关
 - 2. 无痛性血尿除非另有其他证据，否则提示泌尿系肿瘤

- 泌尿系统损伤

- 大题

- 1. 膀胱损伤的表现和治疗原则

- 1. 表现

- 1. 休克：骨盆骨折致剧痛、大出血常发生休克
 - 2. 腹痛：腹膜外破裂时尿外渗及血肿可引起下腹部疼痛、压痛及肌紧张，直肠指检触及前壁饱满有触痛，腹膜内破裂常引起急性腹膜炎症状，腹腔内尿液较多则可有移动性浊音
 - 3. 排尿困难和血尿：膀胱破裂后尿液流入腹腔和周围组织间隙，病人有尿意但不能排出尿液或仅能排出少量血尿
 - 4. 尿瘘：开放性损伤可有体表伤口漏尿，闭合性损伤在尿外渗感染后破溃也可形成尿瘘
 - 5. 局部症状：闭合性损伤时常有体表皮肤肿胀、血肿和瘀斑

- 2. 治疗原则

- 1. 闭合膀胱壁缺损
 - 2. 保持通畅的尿液引流或完全的尿流改道
 - 3. 充分引流膀胱周围及其他部位的尿外渗

- 2. 肾损伤的处理

- 1. 紧急治疗：有大出血、休克的病人需迅速给予抢救措施，观察生命体征，进行输血、补液等抗休克治疗，同时明确有无合并其他器官损伤，作好手术探查准备
 - 2. 非手术治疗（×5）
 - 1. 绝对卧床休息 2-4 周，病情稳定、血尿消失后才可以允许病人离床活动
 - 2. 密切观察：定时测量血压、脉搏、呼吸、体温，注意腰腹部肿块范围有无增大，观察每次排出的尿液颜色深浅的变化，定期检测血红蛋白和血细胞比容
 - 3. 及时补充血容量和热量，维持水电解质平衡，保持足够尿量，必要时输血
 - 4. 早期合理应用抗生素预防感染
 - 5. 适量使用止痛、镇静剂和止血药物



3. 手术治疗
 1. 开放性肾损伤：经腹部切口清创、缝合及引流，并探查腹部脏器有无损伤
 2. 闭合性肾损伤：经腹部切口探查并处理腹腔损伤脏器，切开后腹膜，阻断肾蒂血管，探查伤侧肾，快速清除血肿，依具体情况选择肾修补、肾部分切除术或肾切除
 3. 医源性肾损伤：根据损伤程度，及时在原有手术基础上改变手术方式
4. 并发症处理
 1. 腹膜后尿囊肿或肾周脓肿要切开引流
 2. 输尿管狭窄、肾积水需施行成形术或肾切除术
 3. 恶性高血压要作血管修复或肾切除术
 4. 动-静脉瘘和假性肾动脉瘤应予以修补或行部分肾切除术
 5. 持久性血尿可施行选择性肾动脉栓塞术
3. 肾外伤的手术指征（×2）
 1. 经积极抗休克后生命体征仍未见改善，提示有内出血
 2. 血尿逐渐加重，血红蛋白和血细胞比容继续降低
 3. 腰、腹部肿块明显增大
 4. 怀疑有腹腔脏器损伤
- 泌尿、男性生殖系统感染
 - 大题
 1. 泌尿生殖系统感染的治疗原则
 1. 明确感染性质
 2. 鉴别上尿路感染还是下尿路感染
 3. 明确血行感染还是上行感染
 4. 查明泌尿系有无梗阻因素
 5. 检查有无泌尿系感染的诱发因素
 6. 测定尿液 pH
 7. 抗菌药物的正确使用
 2. 泌尿系统感染途径
 1. 上行感染：致病菌经尿道进入膀胱，还可沿输尿管腔内播散至肾
 2. 血行感染：常见肾皮质感染
 3. 淋巴感染：致病菌从邻近器官病灶经淋巴管传播至泌尿生殖系器官
 4. 直接感染：邻近器官的感染直接蔓延所致
- 泌尿系统梗阻
 - 名词解释
 1. hydronephritis（×4）：肾积水，尿液从肾盂排出受阻，蓄积后肾内压力升高，肾盂肾盏扩张，肾实质萎缩，功能减退



○ 大题

1. 前列腺增生的治疗

1. 观察等待：症状较轻，不影响生活与睡眠一般不需治疗
2. 药物治疗：常用 α 肾上腺素能受体阻滞剂、5 α 还原酶抑制剂和植物类药等
3. 手术治疗：对症状严重、存在明显梗阻或有并发症者应选择手术治疗
4. 其他疗法：经尿道激光治疗、经尿道球囊高压扩张术、前列腺尿道网状支架、经直肠高强度聚焦超声等

2. 前列腺增生的鉴别诊断

1. 前列腺癌：前列腺有结节，质地硬，或血清 PSA 异常，需 MRI 和穿刺活检
2. 膀胱颈挛缩（ $\times 2$ ）：前列腺体积不增大，膀胱镜检查可以确诊
3. 尿道狭窄：多有尿道损伤及感染病史，行尿道膀胱造影与尿道镜检查
4. 神经源性膀胱功能障碍：有排尿困难、残余尿量较多、肾积水和肾功能不全，前列腺不增大，为动力性梗阻，病人常有中枢或周围神经系统损害的病史和体征，尿流动力学检查可明确诊断

3. 肾积水的原因

1. 肾部位梗阻：常见肾盂输尿管连接处先天性病变，后天性病因多见结石、结核、肿瘤等
2. 输尿管梗阻：常见先天性病因有输尿管异位开口、输尿管口囊肿、腔静脉后输尿管等，后天性病因最常见结石
3. 膀胱梗阻：常见良性前列腺增生、前列腺肿瘤、膀胱颈纤维化

● 尿石症

○ 大题

1. 肾与输尿管结石的临床表现和诊断

1. 临床表现（ $\times 3$ ）

1. 疼痛：肾结石可引起肾区疼痛伴肋脊角叩击痛，肾盂内大结石及肾盂结石可无明显临床症状，活动后出现上腹或腰部钝痛，输尿管结石可引起肾绞痛或输尿管绞痛
2. 血尿：通常为镜下血尿，少数病人可见肉眼血尿
3. 恶心、呕吐：输尿管与肠有共同的神经支配，管壁局部扩张、痉挛、缺血时导致恶心、呕吐
4. 膀胱刺激症状：结石伴感染或输尿管膀胱壁段结石时可有尿频、尿急、尿痛

2. 诊断

1. 病史和体检：与活动有关的疼痛和血尿，尤其是典型的肾绞痛
2. 实验室检查：血检、尿检、结石成分分析
3. 影像学检查：超声、X 线、MRU、放射性核素肾显像、内镜检查



2. 双侧上尿路结石的手术原则（×5）

1. 尽可能同时解除梗阻，可采用双侧输尿管镜碎石取石术，如不能成功，可行输尿管逆行插管或行经皮肾穿刺造瘘术，条件许可也可行经皮肾镜碎石取石术
2. 一侧肾结石，另一侧输尿管结石时，先处理输尿管结石
3. 双侧肾结石时，在尽可能保留肾的前提下，先处理容易取出且安全的一侧。若肾功能极差，梗阻严重，全身情况不良宜先行经皮肾造瘘，待病人情况改善后再处理结石
4. 孤立肾上尿路结石或双侧上尿路结石引起急性完全性梗阻无尿时，一旦诊断明确，只要病人全身情况许可，应及时施行手术。若病情严重不能耐受手术，亦应试行输尿管插管，通过结石后留置导管引流，不能通过结石时，则改行经皮肾造瘘

3. 膀胱结石的病因、临床表现和治疗方法

1. 病因

1. 原发性膀胱结石与营养不良和低蛋白饮食有关
2. 继发性膀胱结石常见于良性前列腺增生、膀胱憩室、神经源性膀胱、异物或肾、输尿管结石排入膀胱

2. 临床表现：排尿突然中断，疼痛放射至远端尿道及阴茎头部，伴排尿困难和膀胱刺激症状，小儿常用手搓拉阴茎，跑跳或改变排尿姿势后，能使疼痛缓解，继续排尿

3. 治疗方法

1. 经尿道膀胱镜取石或碎石
2. 耻骨上膀胱切开取石术

4. 泌尿系统结石的诱发因素及尿内因素的影响

1. 一般因素：年龄、性别、种族、遗传、环境因素、饮食习惯、职业
2. 代谢异常（尿内因素）
 1. 形成尿结石的物质排出增加
 2. 尿 pH 改变
 3. 尿中抑制晶体形成和聚集的物质减少
 4. 尿量减少，使盐类和有机物质的浓度增高
3. 局部病因：尿路梗阻、感染和存在异物
4. 药物相关因素

• 泌尿、男性生殖系统肿瘤

○ 名词解释

1. PSA（×2）：血清前列腺特异性抗原，其测定为诊断前列腺癌的主要方法之一

○ 大题

1. 肾癌临床表现

1. 血尿、疼痛和肿块：均为病变发展到较晚期的临床表现
2. 副瘤综合症：常见发热、高血压、血沉增快等，其他表现有高钙血症、高血糖、红细胞增多症、肝功能异常、消瘦、贫血、体重减轻及恶病质等
3. 转移症状：如病理骨折、咳嗽、咯血、神经麻痹等



2. 前列腺癌最常见的症状和最早期症状

1. 最常见症状

1. 下尿路梗阻症状：尿频、尿急、尿流缓慢、尿流中断、排尿不尽甚至尿潴留或尿失禁
2. 远处转移症状：骨痛、脊髓压迫神经症状、病理性骨折
3. 其他晚期症状：贫血、衰弱、下肢水肿、排便困难、少尿或无尿

2. 最早期症状

1. 直肠指检在前壁触及肿块
2. 血清 PSA 值升高

• 骨折概论

○ 名词解释

1. 骨筋膜室综合征（×2）：由骨、骨间膜、肌间隔和深筋膜形成的骨筋膜室内肌肉和神经因急性缺血而产生的一系列早期综合征
2. 稳定性骨折（×2）：在生理外力作用下，骨折端不易发生移位的骨折，如裂缝骨折、青枝骨折、横形骨折、压缩性骨折、嵌插骨折等
3. 青枝骨折（×2）：多见于儿童，骨质和骨膜部分断裂，可有成角畸形，有时成角畸形不明显，仅表现为骨皮质劈裂，与青嫩树枝被折断时相似而得名
4. 病理性骨折（×4）：由骨骼疾病导致骨质破坏，受轻微外力即发生的骨折
5. 功能复位（×2）：经复位后，两骨折端虽未恢复正常的解剖关系，但在骨折愈合后对肢体功能无明显影响者称功能复位
6. 解剖复位：骨折端通过复位，恢复了正常的解剖关系，对位和对线完全良好时称解剖复位
7. 清创术：将污染的创口，经过清洗、消毒，然后切除创缘、清除异物，切除坏死和失去活力的组织，使之变成清洁的创口

○ 大题

1. 骨折的临床表现（×2）

1. 全身表现

1. 休克：主要原因是出血
2. 发热：出血量较大的骨折血肿吸收时可出现低热，但一般不超过 38℃，开放性骨折病人出现高热时应考虑感染的可能

2. 局部表现

1. 一般表现：局部疼痛、肿胀和功能障碍
2. 特有体征
 1. 畸形：骨折端移位可使患肢外形发生改变，主要表现为缩短、成角或旋转畸形
 2. 异常活动：正常情况下肢体不能活动的部位，骨折后出现不正常的活动
 3. 骨擦音或摩擦感：骨折后，两骨折端相互摩擦时，可产生骨擦音或骨擦感



2. 骨折切开复位指征
 1. 骨折端之间有肌肉或肌腱等软组织嵌入
 2. 关节内骨折可能影响关节功能者
 3. 手法复位未能达到功能复位的标准，将严重影响患肢功能者
 4. 骨折并发主要血管、神经损伤，修复血管、神经的同时，宜行骨折切开复位
 5. 多处骨折，为便于护理和治疗，防止并发症，应行切开复位
 6. 不稳定性骨折，如四肢斜形、螺旋形、粉碎性骨折及脊柱骨折合并脊髓损伤者
3. 骨折的临床愈合标准（×6）
 1. 局部无压痛及纵向叩击痛
 2. 局部无异常活动
 3. X线平片显示骨折处有连续性骨痂，骨折线已模糊
4. 骨折早晚期并发症（×12）
 1. 早期并发症
 1. 休克：严重创伤、骨折引起大出血或重要器官损伤所致
 2. 脂肪栓塞综合征：骨折处髓腔内血肿张力过大，骨髓被破坏，脂肪滴进入破裂的静脉窦内
 3. 重要内脏器官损伤：肝脾破裂、肺损伤、膀胱和尿道损伤、直肠损伤等
 4. 重要周围组织损伤：包括重要血管损伤、周围神经损伤和脊髓损伤
 5. 骨筋膜室综合征：根据缺血程度不同而导致濒临缺血性肌挛缩、缺血性肌挛缩、坏疽
 2. 晚期并发症
 1. 坠积性肺炎：主要发生于因骨折长期卧床不起的病人
 2. 压疮：长期卧床不起，身体骨突起处受压，局部血液循环障碍形成
 3. 下肢深静脉血栓形成：多见于骨盆骨折或下肢骨折，下肢长时间制动，静脉回流缓慢，加之创伤后血液高凝状态导致
 4. 感染：开放性骨折清创不彻底导致，处理不当可致化脓性骨髓炎
 5. 损伤性骨化：骨膜下血肿处理不当而扩大，血肿机化并在关节附近软组织内广泛骨化造成严重关节活动功能障碍
 6. 创伤性关节炎：关节内骨折未准确复位，愈合后关节面不平整，长期磨损所致
 7. 关节僵硬：患肢长时间固定，静脉和淋巴回流不畅，关节周围组织中浆液纤维性渗出和纤维蛋白沉积，发生纤维粘连，并伴有关节囊和周围肌肉挛缩，致使关节活动障碍
 8. 急性骨萎缩：即损伤所致关节附近的疼痛性骨质疏松
 9. 缺血性骨坏死：骨折端血液供应被破坏而导致
 10. 缺血性肌挛缩：骨折最严重并发症之一，一旦发生难以治疗，效果极差，常致严重残疾，典型畸形是爪形手或爪形足



5. 骨折的急救原则和治疗原则 (×5)

1. 急救原则

1. 抢救休克：注意保温，减少搬动，有条件应立即输液输血，昏迷者保持呼吸道通畅
2. 包扎伤口：绝大多数可加压包扎止血，大血管出血而加压包扎不能止血时可采用止血带止血。创口用无菌敷料或清洁布类予以包扎以减少再污染，污染骨折端不应复位
3. 妥善固定：疑有骨折者均按骨折处理，不必除去患肢衣物，有明显畸形且有穿破软组织或损伤周围重要结构风险者可适当牵引患肢后再行固定
4. 迅速转运

2. 治疗原则

1. 复位：将移位的骨折端恢复正常或近乎正常的解剖关系，重建骨的支架作用
2. 固定：将骨折维持在复位后的位置，使其在良好对位情况下达到牢固愈合
3. 康复治疗：在不影响固定的情况下，尽快恢复患肢肌肉、肌腱、韧带、关节囊等软组织的舒缩活动

6. 开放性骨折的临床诊断依据与治疗原则

1. 临床诊断依据：骨折部位皮肤或粘膜破裂，骨折与外界相通

2. 治疗原则

1. 清创：将污染的创口，经过清洗、消毒，然后切除创缘、清除异物，切除坏死和失去活力的组织，使之变成清洁的创口
2. 骨折固定与组织修复：在直视下将骨折复位，并选择适当的内固定方法固定，在清创时采用合适方法修复重要软组织，之后在创口内最深处放置引流管，接负压引流瓶
3. 闭合创口：第一、二度开放性骨折，清创后大多数创口能一期闭合，第三度开放性骨折，在清创后伤口要保持开放，数天后重复清创，通过植皮或皮瓣转移，延迟闭合伤口

7. 骨折愈合的局部影响因素

1. 骨折的类型：接触面越大，愈合越快
2. 骨折部位的血液供应：血液供应受影响越小，愈合越快
3. 软组织损伤程度：软组织受损越小，愈合越快
4. 软组织嵌入：软组织嵌入骨折端之间阻碍骨折端对合及接触将使骨折难以愈合
5. 感染：可导致化脓性骨髓炎，出现软组织坏死和死骨形成，严重影响骨折愈合

• 上肢骨、关节损伤

○ 名词解释

1. Smith's fracture (×2)：屈曲型骨折，常由于跌倒时腕关节屈曲、手背着地受伤引起，也可由腕背部受到直接暴力打击发生，较伸直型骨折少见
2. Colles 骨折 (×2)：伸直型骨折，多为腕关节处于背伸位，手掌着地，前臂旋前时受伤
3. Dugas 征 (×2)：阳性为将患侧肘部紧贴胸壁时，手掌搭不到健侧肩部，或手掌搭在健侧肩部时，肘部无法贴近胸壁，见于肩关节脱位



○ 大题

1. 桡骨骨折的典型临床表现

1. 伸直型骨折：侧面看呈“银叉”畸形，正面看呈“枪刺样”畸形，检查局部压痛明显，腕关节活动障碍，X线可见骨折远端向桡、背侧移位，近端向掌侧移位
2. 屈曲型骨折：腕部下垂，局部肿胀，腕背侧皮下瘀斑，腕部活动受限，检查局部有明显压痛，X线可见近折端向背侧移位，远折端向掌侧、桡侧移位

2. 伸直型肱骨髁上骨折和肘关节脱位的鉴别

1. 伸直型肱骨髁上骨折：儿童有手着地受伤史，肘部出现疼痛、肿胀、皮下瘀斑，肘部向后突出并处于半屈位。检查局部有明显压痛，有骨擦音及假关节活动，肘前方可扪及骨折断端，肘后三角关系正常
2. 肘关节脱位：上肢外伤后，肘部疼痛、肿胀、活动障碍，检查发现肘后突畸形，前臂处于半屈位，并有弹性固定，肘后出现空虚感，可扪及凹陷，肘后三角关系发生改变

3. 肘关节脱位类型与常见类型的临床特点

1. 常见类型：肘关节后脱位、肘关节前脱位、尺侧侧方脱位、桡侧侧方脱位
2. 临床特点：上肢外伤后，肘部疼痛、肿胀、活动障碍，检查发现肘后突畸形，前臂处于半屈位，并有弹性固定，肘后出现空虚感，可扪及凹陷，肘后三角关系发生改变

● 下肢骨、关节损伤

○ 大题

1. 小腿骨折的治疗目的

1. 矫正成角、旋转畸形
2. 恢复胫骨上、下关节面的平行关系
3. 恢复肢体长度

2. 股骨干骨折内固定指征

1. 非手术疗法失败
2. 同一肢体或其他部位有多处骨折
3. 合并神经血管损伤
4. 老年人骨折，不宜长期卧床者
5. 陈旧骨折不愈合或有功能障碍的畸形愈合
6. 开放性骨折

3. 股骨颈骨折的分类

1. 按骨折线部位分类

1. 股骨头下骨折：骨折线位于股骨头下，股骨头仅有小凹动脉很少量的供血
2. 经股骨颈骨折：骨折线位于股骨颈中部，股骨头亦有明显供血不足
3. 股骨颈基底骨折：骨折线位于股骨颈与大小转子间连线处，对骨折部血液供应的干扰较小

2. 按骨折线方向分类

1. 内收骨折：远端骨折线与两侧髂嵴连线的夹角 $>50^\circ$ ，属于不稳定性骨折
2. 外展骨折：远端骨折线与两侧髂嵴连线的夹角 $<30^\circ$ ，属于稳定性骨折



3. 按移位程度分类

1. I 型：不完全骨折，骨完整性部分中断
2. II 型：完全骨折但不移位
3. III 型：完全骨折，部分移位且股骨头与股骨颈有接触
4. IV 型：完全移位骨折

• 脊柱、脊髓损伤

○ 名词解释

1. 脊髓休克（×3）：脊髓实质完全性横贯性损害，损伤平面以下的最低位骶段感觉、运动功能完全丧失，包括肛门周围的感觉和肛门括约肌的收缩运动丧失，2-4 周后逐渐演变成痉挛性瘫痪

• 骨盆、髋臼骨折

○ 大题

1. 骨盆骨折并发症

1. 腹膜后血肿：血肿可沿腹膜后疏松结缔组织间隙蔓延至肠系膜根部、肾区与膈下，还可向前至侧腹壁
2. 盆腔内脏器损伤：包括膀胱、后尿道与直肠损伤，尿道损伤远比膀胱损伤多见
3. 神经损伤：主要是腰骶神经丛与坐骨神经损伤
4. 脂肪栓塞与静脉栓塞

• 运动系统慢性损伤

○ 大题

1. 慢性运动系统损伤的治疗原则（×2）

1. 限制致伤动作、纠正不良姿势、增强肌力、维持关节的非负重活动和适时改变姿势使应力分散，从而减少损伤性因素，增加保护性因素是治疗的关键，否则容易复发
2. 理疗、按摩等物理治疗可改善局部血液循环，减少粘连，有助于改善症状
3. 合理应用非甾体抗炎药
4. 合理、正确使用糖皮质激素局部注射有助于抑制损伤性炎症，减轻粘连
5. 适时采用手术治疗

2. 颈椎病的定义及其分型

1. 定义：指因椎间盘退行性变及其继发性椎间关节退行性变所导致的脊髓、神经、血管等结构受压而表现出的一系列临床症状和体征
2. 分型
 1. 神经根型颈椎病：发病率最高，由于颈椎间盘侧后方突出、钩椎关节或关节突关节增生、肥大，刺激或压迫神经根所致
 2. 脊髓型颈椎病：颈椎退变结构压迫脊髓所致
 3. 交感神经型颈椎病：发病机制尚不清楚
 4. 椎动脉型颈椎病：颈椎退变机械性压迫因素或颈椎退变所致颈椎节段性不稳定致使椎动脉遭受压迫或刺激所致



- 椎间盘突出症
 - 大题
 - 1. 腰椎间盘突出症的临床表现
 - 1. 症状
 - 1. 腰痛：椎间盘突出刺激了外层纤维环及后纵韧带中的窦椎神经纤维
 - 2. 坐骨神经痛：多为逐渐发生，疼痛为放射性，由臀部、大腿后外侧、小腿外侧至足跟部或足背
 - 3. 马尾综合征：中央型的腰间盘突出压迫马尾神经，出现大小便障碍，鞍区感觉异常
 - 2. 体征
 - 1. 腰椎侧凸：为减轻疼痛的姿势性代偿畸形
 - 2. 腰部活动受限：以前屈受限最明显
 - 3. 压痛及骶棘肌痉挛：病变间隙的棘突间有压痛，按压椎旁 1cm 处又沿坐骨神经的放射痛，约 1/3 病人有腰部骶棘肌痉挛，使腰部固定于强迫体位
 - 4. 直腿抬高试验及加强试验阳性
 - 5. 神经系统表现：感觉异常、肌力下降、反射异常
- 骨与关节化脓性感染
 - 大题
 - 1. 慢性骨髓炎手术适应症、禁忌症、手术时要处理的问题（×3）
 - 1. 适应症：有死骨形成、有无效腔、窦道流脓
 - 2. 禁忌症
 - 1. 慢性骨髓炎急性发作
 - 2. 大块死骨形成而包壳尚未充分生成
 - 3. 处理问题
 - 1. 清除病灶
 - 2. 消灭死腔
 - 3. 伤口的闭合
- 骨与关节结核
 - 名词解释
 - 1. 冷脓肿：无红、热等急性炎症反应表现的结核性脓肿
 - 大题
 - 1. 骨结核的症状、并发症、诊断与治疗
 - 1. 症状
 - 1. 自身肺结核病史或家庭结核病史
 - 2. 起病多较缓慢，症状隐匿，可无明显全身症状或只有轻微结核中毒症状，少数起病急骤，可有高热，多见于儿童
 - 3. 关节病变大多为单发性，少数为多发性，但对称性十分罕见。部分病人因病灶脓液破入关节腔产生急性剧烈疼痛
 - 4. 浅表关节检查可见关节肿胀和积液，并有压痛。关节常处于半屈曲状态，以缓解疼痛。晚期病人可见肌肉萎缩，关节呈梭形肿胀
 - 5. 结核进一步发展导致病灶部位积聚大量脓液、结核性肉芽组织、死骨和干酪样坏死组织，形成冷脓肿



6. 冷脓肿破溃产生混合型感染，出现局部急性炎症反应，如不能控制可引起慢性消耗、贫血、全身中毒症状，严重时可致肝肾衰竭，甚至死亡
2. 并发症：关节功能障碍、畸形，如关节屈曲挛缩畸形、脊柱后凸畸形、肢体不等长等
3. 诊断
 1. 结核菌素试验：感染早期或机体免疫力严重低下时可呈阴性
 2. 脓液或关节液涂片查找抗酸杆菌和结核分枝杆菌培养
 3. 抗结核抗体检测
 4. 结核分枝杆菌 DNA 检测
 5. 病变部位穿刺活检及手术后病理组织学检查见典型结核性肉芽肿且证明为结核分枝杆菌感染
 6. 影像学检查：X 线、CT、MRI、超声、关节镜检查
4. 治疗
 1. 全身治疗
 1. 支持治疗：注意休息、避免劳累，合理加强营养，每日摄入足够的蛋白质和维生素，有贫血者应纠正贫血
 2. 抗结核药物治疗：早期、联合、适量、规律、全程
 2. 局部治疗
 1. 局部制动：保证病变部位的休息，减轻疼痛，解除肌痉挛，防止病理性骨折、脱位，纠正关节畸形
 2. 局部注射：药量小，局部药物浓度高，全身反应小
 3. 手术治疗（×2）
 1. 脓肿切开引流：冷脓肿有混合感染、体温高、中毒症状明显者，因全身状况不好，不能耐受病灶清除术，可作脓肿切开引流，待全身情况改善后再行病灶清除术
 2. 病灶清除术：采用合适的手术切口途径，直接进入病灶部位，将脓液、死骨、结核性肉芽组织与干酪样坏死物质彻底清除掉，并放入抗结核药物
 3. 其他手术治疗：关节融合术、截骨术、关节成形术、脊柱融合固定术、脊柱畸形矫正术
2. 结核病灶的消除适应症
 1. 经非手术治疗效果不佳，病变仍有进展
 2. 有明显的死骨或较大脓肿形成
 3. 窦道流脓经久不愈
 4. 脊柱结核有脊髓、马尾神经受压表现

• 骨肿瘤

○ 名词解释

1. Codman 三角（×6）：恶性骨肿瘤中骨膜被肿瘤顶起，骨膜下产生新骨，呈现出三角形的骨膜反应阴影
2. 骨肉瘤：最常见的恶性骨肿瘤，特点是肿瘤产生骨样基质
3. 日光射线征（×2）：恶性肿瘤生长迅速，超出骨皮质范围，同时血管随之长入，肿瘤骨与反应骨沿放射状血管方向沉积，表现为日光射线形态



○ 大题

1. 骨肉瘤的临床表现和 X 线表现 (×2)

1. 临床表现

1. 主要症状为局部疼痛，多为持续性，逐渐加重，夜间尤重
2. 可伴有局部肿块，附近关节活动受限
3. 局部表面皮温升高，静脉怒张
4. 可伴有全身恶病质表现
5. 溶骨性骨肉瘤可导致病理性骨折

2. X 线表现：密质骨和髓腔有成骨性、溶骨性和混合性骨质破坏，骨膜反应明显，呈侵袭性发展，可见 Codman 三角或日光射线征

2. 恶性骨肿瘤保肢手术的适应症和禁忌症

1. 适应症

1. 肢体发育成熟
2. II_A 期或化疗敏感的 II_B 期肿瘤
3. 血管神经束未受累，肿瘤能够完整切除
4. 术后局部复发率和转移率不高于截肢，术后肢体功能优于义肢
5. 病人要求保肢

2. 禁忌症

1. 肿瘤周围主要神经、血管受侵犯
2. 在根治术前或术前化疗期间发生病理性骨折，瘤组织和细胞突破间室屏障，随血肿广泛污染邻近正常组织
3. 肿瘤周围软组织条件不好
4. 不正确的切开活检，污染周围正常组织或使切口周围皮肤瘢痕化，弹性差，血运不好