

丁香医考主治外科易混淆知识点

基础知识、相关专业知识与专业实践能力

适用专业代码

普通外科学	317
骨外科学	318
胸心外科学	319
神经外科学	320
泌尿外科学	321
小儿外科学	322
烧伤外科学	323
整形外科学	324

基础知识

1. Na⁺维持细胞外液渗透压；K⁺是维持细胞内液渗透压的重要离子。
2. 等渗、低渗、高渗性缺水对比

	等渗性缺水	低渗性缺水	高渗性缺水
渗透压	280~310mOsm/L (正常)	<280mOsm/L	>310mOsm/L
常见原因	消化液或体位 急性丢失	消化液或体位 慢性丢失	摄入不足 、大量出汗、糖尿病昏迷、溶质性利尿、大面积烧伤暴露疗法
休克	血压下降，偶发休克	血压严重降低，易发休克	不易休克
尿量	减少	早期增加，晚期减少	减少
临床表现和体征	恶心、厌食、乏力， 无口渴，少尿	恶心、呕吐，视力模糊，站立性晕倒， 休克	口渴 、乏力、唇舌干燥、烦躁不安、谵妄昏迷
治疗	平衡盐 或生理盐水 丢失量+日需要量（水2000ml+NaCl 4.5g）	含盐溶液或高渗盐 。先快后慢，分次补完。补钠=（正常钠-测量钠）×kg×0.6（女性0.5）	5%葡萄糖或0.45%氯化钠溶液 。 （400~500）×体液丧失%+不显性失水+尿量+胃肠道失水量。计算量分2天补完

3. 低钾血症和高钾血症对比

	低钾血症	高钾血症
病因	摄入不足；丢失过多 ；长期输注不含钾盐的液体，或肠外营养液中钾补充不足； 钾分布异常	摄钾过多 ； 肾排泄功能减退 ； 钾分布异常
表现	最早表现为肌无力 ；厌食、恶心、呕吐和腹胀、肠蠕动消失等肠麻痹表现；窦性心动过速、传导阻滞和节律异常；代谢性低钾碱中毒，反常性酸性尿	肌肉震颤，手足感觉异常，肢体软弱无力，腱反射减退或消失，甚至出现迟缓性麻痹；窦性心动过缓、房室传导阻滞或快速性心律失常，心室颤动或心搏骤停
治疗	① 纠正病因 ② 补钾 ：轻度者进食含钾食物。静脉补钾：3~6g/天，浓度不宜超过3g/L，速度不超过1.5g/L ③对于休克病人，先恢复血容量，尿量超过40ml/h后再补钾 ④ 快速补钾 仅限于极其严重、危及生命的低血钾病人，一旦危情纠正，应减慢补钾速度	① 停 ：停止摄入钾 ② 排 ：促进K ⁺ 排除，利尿，透析，应用阳离子交换树脂 ③ 转 ：使K ⁺ 暂时转入细胞内，10%葡萄糖酸钙溶液，5% NaHCO ₃ 溶液，10U胰岛素+10%葡萄糖溶液 300~500ml ④ 抗 ：对抗心律失常，10%葡萄糖酸钙溶液

4. 代谢性酸中毒和代谢性碱中毒对比

	代谢性酸中毒	代谢性碱中毒
临床表现	Kussmaul呼吸 。面潮红、心率快、血压低；腱反射减弱或消失，可出现神志不清或昏迷；胃肠道症状；心律失常、急性肾衰、休克；酸性尿	烦躁不安、精神错乱或谵妄，面部及肢体肌肉抽动、腱反射亢进及手足抽搐；呼吸浅慢，换气量减少；各种心律失常、血压下降甚至心搏骤停
诊断	病史+临床表现+血气参数	
治疗	①防治病因治疗 ② 轻症可自行纠正 ，血浆[HCO ₃ ⁻]>16~18mmol/L不需治疗 ③血浆[HCO ₃ ⁻]<10mmol/L，立即碱剂输液 ④注意防治低钾和低钙	① 病因治疗 ② 补液 ：补钾加速纠正碱中毒 ③ 严重碱中毒 ：应用0.1~0.2mol/L稀盐酸溶液。每4~6小时监测血气分析及水电解质，必要时第2天可重复治疗

5. 呼吸性酸碱中毒对比

	呼吸性酸中毒	呼吸性碱中毒
临床	严重急性者 呼吸困难；头痛、视野模糊、震颤、神志不	可无症状 ，多数病人有呼吸急促、心率加快；

	呼吸性酸中毒	呼吸性碱中毒
表现	清；心律失常、血压下降等。慢性呼吸性酸中毒大多数由 COPD 引起	手足口周麻木和针刺感、肌肉震颤、手足抽搐；眩晕、神志淡漠等
血气	PaCO ₂ 增高，pH 降低，代谢性指标继发性升高，AB、SB、BB 值均升高，AB>SB，BE 正值加大	PaCO ₂ 低，pH 高，AB<SB，代谢性指标继发性降低，AB、SB、BB 值均降低，BE 负值加大
治疗	① 急性呼吸性酸中毒 ：迅速去除引起通气障碍的原因，改善通气功能 ② 慢性呼吸性酸中毒 ：积极治疗原发病（多为 COPD）	① 防治原发病和去除引起过度通气的原因 ② 提高 PCO₂ ③ 吸入含 5% CO₂ 的混合气体 ④ 如系呼吸机使用不当，可调整参数 ⑤ 手足抽搐 ：静注葡萄糖酸钙

6. 不同失血量的临床表现和治疗

失血量（占总血容量%）	临床表现	治疗
500ml（10%）	—	无需输血
500~1000ml（10~20%）	活动时心率增快；体位性低血压；血细胞比容常无改变	晶体液、胶体液；或少量血浆代用品
>1000ml（20%）	血容量不足；血压改变；血细胞比容下降	晶体、胶体液； 浓缩红细胞

7. 休克治疗：1. 紧急治疗包括：开放静脉通路、升压、吸氧、保温；积极处理原发病；头和躯干部抬高 20~30°，下肢抬高 15~20°。2. 补充血容量：争取在诊断的 6 小时内，进行积极的输液复苏。3. 积极处理原发病，必要时抗休克同时积极手术。4. 纠正酸碱平衡失调：早期不主张碱药，宁酸毋碱。5. 血管活性药物的应用：多巴胺最常用。6. 治疗 DIC 改善微循环 7. 皮质类固醇和其他药物的应用。

8. ASA（美国麻醉医师协会）病情分级和围术期死亡率

9. 局麻药物对比

		特点	应用	极量
酯类	普鲁卡因	弱效、短时、安全，粘膜穿透能力差	不用于表面、硬膜外 用于局部浸润	1g
	丁卡因	强效、长效，粘膜穿透力强	不用于局部浸润 用于表面、硬膜外、神经阻滞、腰麻	表麻 40mg 神经阻滞 80mg
酰胺类	利多卡因	中效，组织弥散及粘膜穿透均好	应用广泛 最适神经阻滞麻醉、硬膜外阻滞	表麻 100mg 神经阻滞 400mg
	布比卡因	强效、长效	神经阻滞麻醉、腰麻、硬膜外麻醉，少用于局部浸润。 常用于分娩镇痛	150mg 心脏毒性
	罗哌卡因	类似布比卡因，心脏毒性小	尤其适用于硬膜外镇痛如术后镇痛和分娩镇痛	150mg

10. 急性肾功能衰竭的临床表现

	少尿或无尿期	多尿期
病程及特点	24h 尿量<400ml 为少尿，24h 尿量<100ml 为无尿为整个病程的主要阶段。常为 7~14 日， 病程越长，病情越重	此期在少尿或无尿后的 7~14 天；24 小时内尿量>800ml，即为多尿期的开始，每日尿量可>3000ml
临床表现	① 水、电解质和酸碱平衡的失调 ：包括水中毒、高钾血症、高镁血症、高磷和低钙血症、低钠血症、低氯血症、代谢性酸中毒 ② 代谢产物积聚 ：血中尿素氮、肌酐↑，表现为氮质血症，血中酚、胍等毒性物质↑；恶心、呕吐，头痛、烦	①多尿期尿量增加有三种形式，尿量可突然↑、逐步↑或缓慢↑。当尿量增加至一定程度时若不在增加，提示肾损害难以恢复，预后不佳 ②此期历时约 14 日， 第一周，肾小管上皮尚未恢复，尿虽多但质差，血尿素氮、肌酐、血钾

	少尿或无尿期	多尿期
	<p>躁，无力，意识障碍，形成尿毒症</p> <p>③出血倾向：由血小板因子Ⅲ、毛细血管脆性↑、肝功能损害等引起</p> <p>④全身并发症：心血管：高血压、心衰、心律失常、心肌损伤；呼吸：肺水肿、呼衰、肺炎；神经：脑水肿、脑病；凝血系统：凝血机制障碍，DIC</p>	<p>仍升高</p> <p>③肾功逐渐恢复后尿量大幅度增加，可出现低血钾、钠、钙、镁、脱水,此时仍处于氮质血症和水、电解质失衡状态，由于体质虚弱，极易发生感染，仍有一定危险性</p>

11. 基础疾病的术前准备

基础疾病	准备方式
营养不良	术前纠正
脑血管病	脑卒中史者至少推迟2周，最好6周
心血管病	高血压控制血压 160/100mmHg 以下，应继续服用降压药物
肺功能障碍	肺功能不全者行血气分析和肺功能检查；肺部感染者控制感染 1~2 周后手术
肾疾病	重度肾功能损害者，需有效的透析疗法处理
糖尿病	饮食控制者，无特殊；口服药控制者，服用至术前一天晚上；胰岛素控制者，术晨停用；控制血糖于 5.6~11.2mmol/L
凝血障碍	术前 7 天停用阿司匹林，术前 2~3 天停用非甾体抗炎药，术前 10 天停用抗血小板药噻氯匹啶和氯吡格雷。PLT<50×10 ⁹ /L 时应输血小板
下肢深静脉血栓形成预防	抗凝、间断气袋加压

12. 手术缝线拆除时间

切口部位	缝线拆除时间
头、面、颈部	术后 4~5d
下腹及会阴部	6~7d
胸部、上腹部、背部和臀部	7~9d
四肢手术	10~12d（近关节部位可适当延长）
减张缝线	14d

13. 常见致病菌

致病菌	常见菌	常引起感染	特点
葡萄球菌	G+, 金葡菌	疔、痈、伤口感染等	局限性组织破坏，脓液稠厚、黄色、不臭，易发生转移性脓肿
链球菌	G+, 溶血链球菌、绿色链球菌、粪球菌	丹毒和急性蜂窝织炎等	脓液稀薄、淡红色、量较多
大肠埃希菌/大肠杆菌	G-, 混合感染	阑尾周围脓肿、急性胆囊炎	脓液稠厚、恶臭或粪臭
绿脓杆菌	G-, 继发感染	大面积烧伤的创面感染、脓毒症	淡绿色、甜腥臭，对多数抗生素不敏感
变形杆菌	G- —	尿路感染、急性腹膜炎和大面积烧伤感染	脓液有特殊的恶臭，对多数抗生素不敏感

14. 皮肤和软组织常见化脓性感染

	疔	痈	急性蜂窝织炎	丹毒	浅部急性淋巴管/淋巴结炎
概念	单个	多个相邻毛囊	皮下、筋膜下、肌间隙或	淋巴管网感染的	淋巴管与淋巴结的急性炎

	毛囊	或多个相邻疖融合	深部蜂窝组织的急性弥漫性化脓性感染	急性非化脓性炎症	症，一般属非化脓性感染
致病菌	金葡菌和表葡菌		溶血性链球菌，金葡菌、大肠埃希菌	乙型溶血性链球菌	乙型溶血性链球菌，金葡菌

15. 手部急性化脓性感染的临床表现和诊断、治疗原则

	甲沟炎	脓性指头炎	急性化脓性腱鞘炎/滑囊炎	掌深间隙急性细菌性感染
临床表现和诊断	甲侧皮下组织 红肿热痛 ，对侧甲沟或甲下脓肿导致指头炎或慢性甲沟炎	指尖 针刺样疼痛 ， 感染加重时疼痛缓解 提示局部缺血趋坏死；如有骨髓炎， 皮肤破溃流脓 ，指骨坏死	24小时即可出现明显的局部与全身症状	全身症状 。继发肘内或腋窝 淋巴结肿痛
治疗原则	早期热敷、理疗、外敷和抗生素。有脓肿时行甲沟处 纵形切口引流 ，指甲下脓肿需拔甲	初期 悬吊前臂平置患手 ，热敷、外敷并加用抗生素。出现搏动性跳痛尽早 切开减压 。 切开排脓	早期治疗与脓性指头炎相同，无好转， 切开减压引流	抗生素静滴 。早期同化脓性腱鞘炎相同，无好转 切开引流

16. 区域淋巴结或转移灶的检查

淋巴结	转移灶
左锁骨上窝淋巴结肿大	多为腹腔脏器肿瘤（胃癌、肝癌、结肠癌等）转移
右锁骨上窝淋巴结肿大	多为胸腔脏器肿瘤（肺癌、食管癌等）转移
颈部淋巴结	鼻咽癌
腋下淋巴结肿大	乳腺癌

17. 常见肿瘤标志物

肿瘤标志物	对应肿瘤
尿Bence-Jones蛋白+	多发性骨髓瘤
碱性磷酸酶AKP	肝癌、骨肉瘤、阻塞性黄疸
乳酸脱氢酶	肝癌、恶性淋巴瘤
α -酸性糖蛋白	肺癌
癌胚抗原CEA	结肠癌、胃癌、肺癌、乳癌
甲胎蛋白AFP	原发性肝癌、恶性畸胎瘤、恶性淋巴瘤、活动性肝病
CA199	胰腺癌
CA125	卵巢癌
hCG	绒毛膜上皮癌
VCA-IgA抗体	鼻咽癌

18. 儿童首次除颤的能量一般为 2J/kg，再次除颤至少为 4J/kg，最大不超过 10J/kg。成人除颤能量从 10J 开始，一般不超过 40J；小儿从 5J 开始，一般不超过 20J。

19. 皮肤囊肿的分类

分类	皮样囊肿	皮脂囊肿	表皮样囊肿	腱鞘或滑液囊肿
特点	为 囊性畸胎瘤	囊内为“豆渣物”，易继发感染伴奇臭	囊肿壁由表皮所组成，囊内为角化鳞屑	非真性肿瘤，由 浅表滑囊经慢性劳损诱致

好发部位	好发于眉梢或颅骨骨缝处,可与颅内交通呈哑铃状	多见于皮脂腺分布密集部位如头面及背部	多见于易受外伤或磨损部位,如臀部、肘部,间或发现于注射部位	多见于手腕、足背肌腱或关节附近,坚硬感
手术方式	手术摘除	感染控制后手术	手术切除治疗	囊内注入醋酸氢化可的松或手术切除治疗

20. 神经纤维瘤的鉴别要点

	神经鞘瘤	神经纤维瘤
好发部位	体表者,可见于四肢神经干的分布部位	可夹杂脂肪、毛细血管等。为多发对称性。呈象皮样肿型者,好发于头顶或臀部
临床表现	① 中央型 :源于神经干中央,包膜为神经纤维。 ② 边缘型 :源于神经边缘,神经索沿肿瘤侧面而行。	①大多无症状,也可伴明显疼痛、皮肤常伴咖啡样色素斑,肿块如乳房状悬垂。可伴有智力低下,或原因不明头痛、头晕,有家族聚集倾向 ②象皮样肿型者临床似法兰西帽或狮臀,肿瘤由致密的纤维成分组成。其中为血管窦,在手术切面因血窦开放,渗血不易控制。故手术时应从正常组织切入。创面较大常需植皮修复

相关专业知识和专业实践能力

普通外科

21. 常见颈部肿块临床表现与治疗原则

	临床表现	治疗
颌下皮样囊肿	先天性 :位于颈部正中线舌骨与下颌骨之间,囊性,指压可变形	完整切除
甲状舌管囊肿	①婴幼儿期: 颈部中线 、舌骨下、球形、 无痛性肿物 ,可随吞咽或伸舌活动②青春期:由于感染和囊内容物滞留,常形成瘻管,贴舌骨,达盲孔。瘻管造影确诊	切除。术中可沿瘻管注入亚甲蓝引导手术范围。如与舌骨粘连,可切除舌骨中段
胸腺咽管囊肿	①婴幼儿期:为位于颈侧部、胸锁乳突肌的前方或深面、球形、 无痛性肿物 ②青春期: 常破溃形成瘻管 ,外口位于胸锁乳突肌前缘。可行窦道造影	完整切除
颈部囊状淋巴管瘤(先天性囊状水瘤)	常见于婴儿;位于颈侧方、胸锁乳突肌外侧、锁骨上方之皮下;柔软、波动感、透光肿物,界限不清、不能压缩、无疼痛。穿刺可助诊断	a. 手术:完整切除 b. 注射疗法:无法切除者

22. 单纯性甲状腺肿临床表现和治疗

	内容
临床表现	随吞咽上下移动,增长缓慢。①压迫症状:压迫气管——影响呼吸;压迫神经——喉返神经——声音嘶哑;压迫食管——吞咽困难;胸骨后甲状腺肿——压迫气管和食管;压迫颈深部大静脉——面部青紫、肿胀及颈胸部表浅静脉扩张。②继发甲亢。③可恶变
治疗原则	①生理性甲状腺肿——饮食治疗;②20岁以内的年轻人的弥漫性甲状腺肿——小剂量甲状腺素;③手术:a. 压迫气管、食管或喉返神经而引起症状 b. 胸骨后甲状腺肿 c. 巨大甲状腺肿影响生活工作者 d. 结节性甲状腺肿继发功能亢进者 e. 结节性甲状腺肿可疑恶变者。 ④手术方式:甲状腺次全切

23. 甲亢手术前准备

	内容
一般准备	精神过度紧张或失眠者:适当应用镇静和安眠药;心率过快者:口服普萘洛尔(心得安)10mg,每日3次;发生心力衰竭者:应予以洋地黄制剂。

药物准备	<p>①碘剂准备：适合症状不重，以及继发性甲亢和高功能腺瘤病人。开始即用碘剂，2~3周后病人情绪稳定，睡眠良好，体重增加，脉率<90次/分以下，基础代谢率<+20%后手术</p> <p>②抗甲状腺药物加碘剂：可先用硫脲类药物，待甲亢症状得到基本控制后，即改服2周碘剂，再进行手术。</p> <p>③普萘洛尔准备：对于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，有主张单用普萘洛尔或与碘剂合用作术前准备。此外，术前不用阿托品，以免引起心动过速</p>
-------------	---

24. 甲亢的术后并发症和处理

并发症	表现及处理	
呼吸困难和窒息 (最严重)	原因	①切口出血；②喉头水肿；③气管塌陷；④双侧喉返神经损伤
	表现	呼吸困难为主 。轻者不易发现，中度者烦躁，重者端坐呼吸、吸气性三凹征等
	处理	立即行床旁抢救 ，除去血肿；无改善，气管插管；好转后，再送手术室作进一步处理
喉返神经损伤	一侧	声嘶，可代偿
	两侧	失声或呼吸困难，需气管切开
喉上神经损伤	外支	音调降低
	内支	饮水呛咳
甲状旁腺功能减退	原因	甲状旁腺损伤，血钙低于2.0mmol/L，甚至1.0~1.5mmo/L
	表现	术后1~3天出现 ，初期面、唇部或手足部针刺样麻木感或强直感，严重者出现面肌和手足伴疼痛的持续性痉挛， 严重者发生喉和膈肌痉挛，引起窒息死亡
	处理	静脉注射10%葡萄糖酸钙或氯化钙10~20ml
甲状腺危象 (严重并发症)	表现	高热大汗、上吐下泻、谵妄昏迷
	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； ②碘剂：口服复方碘化钾溶液；③肾上腺素能阻滞剂；④氢化可的松

25. 甲状腺癌的病例特点和临床特征

病理类型	发生比例	好发人群	生长速度	转移方式	恶性度
乳头状腺癌	60%	30~45岁女性	慢，呈多中心倾向	颈部淋巴	低
滤泡状腺癌	20%	中年女性	较快	血行	中
未分化癌	15%	70岁	快	血行	高
髓样癌	5%~10%	—	—	早，淋巴；晚，血行	中

26. 甲状腺癌的治疗

甲状腺癌	内容	
手术治疗	腺叶切除术	①无颈部放射史；②无远处转移；③无甲状腺外侵犯；④无其他不良病理类型；⑤肿块直径小于1cm
	全切或近全切除术	①颈部有放射史；②已有远处转移；③双侧癌结节；④甲状腺外侵犯；⑤肿块直径大于4cm；⑥不良病理类型；⑦双侧颈部多发淋巴结转移
TSH抑制治疗	甲状腺癌作近全或全切者终身服用甲状腺素片或左甲状腺素，以 预防甲减及抑制TSH	
放射性核素	分化型甲状腺癌，甲状腺床有残留甲状腺组织显影者，均应进行 ¹³¹ I治疗。 治疗包括清除甲状腺癌术后残留甲状腺组织和治疗甲状腺癌转移病灶	
放射外照射治疗	用于未分化型甲状腺癌	

27. 急性乳腺炎的临床表现

疾病时期	临床表现
早期	乳房局部疼痛、硬块、皮肤发热、发红，全身乏力、发热
中期	疼痛呈搏动性，患侧腋窝淋巴结肿大、寒战、高热、脉率加快、白细胞计数增高
后期	局部脓肿形成；有红肿触痛伴波动感的包块。

28. 急性乳腺炎的治疗原则

治疗原则		
原则	清除感染、排空乳汁	
哺乳	患侧暂停哺乳，并吸尽乳汁，健侧一般不停止哺乳。促使乳汁畅通排出，必要时终止乳汁分泌	
抗炎	脓肿未形成给予抗生素治疗（首选青霉素、头孢，过敏则红霉素）	
切开引流	原则	脓肿形成后应及时切开引流
	手术方法	普通位置脓肿取放射状或轮辐状切口（防止损伤乳管引起乳瘘）

29. 乳腺癌的临床表现

	表现
早期	无症状的单发肿块，好发于乳房外上象限，质地坚硬、欠光滑、边界不清、活动度差
中期	肿块逐渐增大，出现酒窝征，乳头内陷或偏向癌肿方向，腋窝淋巴结可肿大
进展期	癌肿细胞侵入皮下和皮内淋巴管引起皮肤水肿即橘皮样变+淋巴结肿大或粘连成团
晚期	乳房皮肤有坚硬结节并融合成铠甲状，破溃肿物恶臭、出血、菜花样翻出+淋巴结远处转移
特殊形式乳癌	炎性乳癌、湿疹样癌（Paget病）

30. 乳腺癌的手术治疗

手术方式	切除范围	适应证
改良根治术—普及	保留胸肌，术后外观及上肢功能效果较好	I、II期
根治术	全乳、胸大肌、胸小肌及腋窝淋巴结、锁骨下淋巴结	现已少用
扩大根治术	根治术+清除胸骨旁淋巴结（已淘汰）	—
全乳房切除术	切除整个乳腺，包括腋尾部及胸大肌筋膜	原位癌、微小癌及年老体弱
前哨淋巴结活检术及腋淋巴结清扫术	对临床腋淋巴结阳性的乳腺癌病人常规行腋淋巴结清扫术，范围包括I、II组腋淋巴结。对临床腋淋巴结阴性的乳腺癌病人，可先行前哨淋巴结活检术	

31. 周围血管疾病5个试验

试验	意义
大隐静脉瓣膜功能试验（Trendelenburg试验）	大隐静脉瓣膜功能，判断下肢浅静脉曲张
深静脉通畅试验（Perthes试验）	深静脉是否通畅；能否手术的关键
交通瓣膜功能试验（Pratt试验）	交通瓣膜功能
Buerger试验（肢体抬高实验）	下肢是否有供血不足，判断血栓闭塞性脉管炎
解张实验（蛛网膜下隙阻滞麻醉）	痉挛为主，还是血管已闭塞，判断血栓闭塞性脉管炎

32. 下肢深静脉血栓的治疗

分类	治疗
非手术疗法	一般治疗：卧床、抬高患肢等；尿激酶溶栓治疗，适用于病程不超过72小时的患者；肝素或华法林抗凝治疗；右旋糖酐、阿司匹林、丹参等祛聚治疗

手术疗法	原发于髂股静脉血栓形成而病期不超过48小时者，可采用Fogarty导管取栓术，术后抗凝、祛聚2个月，防止再发
------	--

33. 腹股沟疝的鉴别诊断

	斜疝	直疝
发病年龄	多见于 儿童及青少年	多见于 老年
突出途径	经腹股沟管突出	由直疝三角突出
疝块外形	椭圆或梨形，上部呈蒂柄状	半球形，基底较宽
还纳疝块后压住内环	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	较少

34. 腹股沟疝的手术治疗

手术方法	适用范围		
疝囊高位结扎术	婴幼儿：因腹肌在发育中可逐渐强壮而使腹壁加强		
	绞窄性斜疝：因肠坏死而局部有严重感染，应避免疝修补术		
疝修补术	加强前壁	Ferguson法	最常用。腹横筋膜无显著缺损、腹股沟管后壁尚健全； 内口完好
	加强后壁	Bassini法	应用广泛
		Halsted法	—
		McVay法	后壁薄弱严重者、巨大斜疝，还可用于： 股疝
		Shouldice法	较大的成人腹股沟斜疝和直疝

35. 嵌顿性疝和绞窄性疝的处理

嵌顿性疝和绞窄性疝	内容
可试行手法复位的情况	① 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。 及时手术治疗
手法复位的注意事项	①无法还纳的嵌顿性疝和绞窄性疝均需手术 ②做好术前准备如纠正可能出现的水、电解质平衡紊乱 ③手术的关键是 判断疝内容物的生命力 ，切勿把生命力可疑的肠管还纳腹腔 ④手术时因麻醉而还纳腹腔的肠管必须仔细寻找，必要时另作腹部切口探查 ⑤ 施行肠切除吻合的患者行高位结扎疝囊术不宜做疝修补术，更不应行疝成形术

36. 腹腔穿刺抽液或腹腔灌洗液的性质及病因

穿刺抽液或灌洗液的性质	疾病
草绿色透明腹水	结核
黄色、浑浊、含胆汁、无臭味	胃十二指肠穿孔
含食物残渣	饱食后穿孔
血性、胰淀粉酶含量高	急性重症胰腺炎
稀薄、脓性，略有臭味	急性阑尾炎穿孔
血性、臭味重	绞窄性肠梗阻
不凝血	腹腔内出血

37. 急性腹膜炎的治疗

急性腹膜炎		内容
非手术治疗（也是术前准备）	体位	一般取半卧位
	禁食、胃肠减压	胃肠道穿孔的病人必须禁食，留置胃管
	纠正水电解质紊乱	根据病人的出入量及应补充的水量计算需补充的液体总量（晶体、胶体）
	抗生素	根据细菌培养及药敏选用抗生素
	补充热量	代谢率约为常人的 140%，每日需要热量达 12550~16740kJ（3000~400cal）
	镇静、止痛、吸氧	可减轻病人的痛苦与恐惧心理
手术	适应证	①经非手术治疗 6~8 小时后（一般不超过 12 小时），未缓解反加重；②腹腔内原发病严重者；③腹腔内炎症较重④病因不明确且无局限趋势者
	开口	不确定原发病变：右旁正中切口。
	术后	有休克史或感染严重的患者，术后应加强重症监护。麻醉恢复后，取半卧位，保持胃肠减压通畅，直至胃肠道功能恢复

38. 胃、十二指肠溃疡外科治疗的手术方法及适应证

手术方法		适应证
穿孔缝合术： 在溃疡穿孔处一侧沿胃或十二指肠纵轴进针，贯穿全层，从穿孔处的另一侧出针。缝合的针数视溃疡穿孔的大小决定，一般为 3 针左右		胃或十二指肠溃疡急性穿孔
胃大部切除术	切除范围：远端 2/3~3/4 胃组织并包括幽门、近胃侧部分十二指肠球部	胃十二指肠溃疡保守治疗无效或者并发穿孔、出血、幽门梗阻癌变者
	a. 毕 I 式： 胃与十二指肠吻合；吻合前有张力，应选择毕 II 式或 Roux-en-Y 术式	
	b. 毕 II 式： 十二指肠断端缝闭，胃和空肠吻合	
	c. 胃空肠 Roux-en-Y 术式： 十二指肠断端关闭，取 Tre 韧带以远 10~15cm 空肠横断，远断端与残胃吻合，近断端与距前胃肠吻合口 45~60cm 的远断端空肠行端侧吻合。此术式可防止胆胰液流入残胃招致的反流性胃炎	

39. 胃、十二指肠溃疡术后并发症

分期	并发症	内容
早期： 多与术中操作不当或术前准备不足有关	术中出血	a. 胃肠道腔内出血： 残端、吻合口出血
		b. 腹腔内出血： 胃周围结扎血管或网膜血管结扎线松脱出血
	术后胃瘫、术后胃肠壁缺血坏死、吻合口破裂或漏、十二指肠残端破裂	
	术后肠梗阻 见毕 II 式吻合	输入袢肠梗阻： 闭袢性梗阻，易发生肠绞窄。
输出袢肠梗阻： 多见于术后肠粘连或结肠后方式系膜压迫肠管所致。		
吻合口梗阻： 多见于吻合口过小或吻合时内翻过多，加上术后吻合口水肿所致。		
远期： 多因手术导致的解剖、生理改变造成对机体的扰乱所致	倾倒综合征	早期： 保守治疗为调整饮食，少食多餐避免过甜的高渗食品。症状重者可采用生长抑素治疗。 手术宜慎重
		晚期： 发生在进食后 2~4 小时。减缓碳水吸收，严重者可皮下注射生长抑素
	碱性反流性胃炎： 一般抑酸剂无效。多采用保护胃黏膜、抑酸、调节胃动力等综合措施	
	溃疡复发： 应先进行溃疡的正规保守治疗。如出现并发症则选用适当的处置方法	
	营养性并发症： 治疗应采取调节饮食，少食多餐，高蛋白、低脂肪饮食，补维生素、铁剂和微量元素	
残胃癌： 可能与残胃黏膜萎缩有关。进食后饱胀伴贫血、体重下降。 胃镜检查可以确定诊断		

40. 急性阑尾炎的临床表现

急性阑尾炎	内容	
症状	腹痛	转移性右下腹痛，压痛点通常在麦氏点
	胃肠道反应	恶心、呕吐、腹泻、便秘；盆位阑尾炎时可伴里急后重和排尿疼痛；弥漫性腹膜炎可伴麻痹性肠梗阻
	全身症状	早期：乏力、头痛；炎症加重：出汗、口渴、脉速、发热等全身感染中毒症状；门静脉炎：寒战、高热、黄疸；弥漫性腹膜炎：血容量不足、败血症表现、甚至合并其他脏器功能障碍
体征	右下腹压痛	最常见，固定压痛点，通常位于麦氏点，可随阑尾位置的变异而改变
	腹膜刺激征象	反跳痛，腹肌紧张，肠鸣音减弱或消失，提示炎症加重，出现化脓坏疽或穿孔等病理改变
	右下腹肿块	右下腹饱满，扪及一压痛性肿块，边界不清，固定，应考虑阑尾周围脓肿
	其他：结肠充气试验、腰大肌试验、闭孔内肌试验、直肠指检	
辅助检查	血常规、尿常规、便常规、便潜血、尿妊娠反应；腹部 X 线；BUS	

41. 关于阑尾炎的几个检查

	具体内容	意义
结肠充气试验 (Rovsing 征)	一手压住左下腹部，另一手反复压迫近侧结肠，引起右下腹痛者 (+)	间接证实阑尾炎存在
腰大肌试验 (Psoas 征)	左侧卧位，右下肢后伸，右下腹疼痛者 (+)	阑尾位于腰大肌前方，盲肠后位或腹膜后位
闭孔内肌试验 (Obturator 征)	仰卧位，屈曲右髋并被动内旋，右下腹疼痛者 (+)	阑尾靠近闭孔内肌
直肠指诊	直肠右前壁触痛	阑尾位于盆腔或炎症已波及盆腔
	直肠前壁有触痛，且有饱满感或波动感	直肠膀胱隐窝处积脓

42. 急性阑尾炎的手术治疗

分类	治疗
急性单纯性阑尾炎	阑尾切除术，切口一期缝合
急性化脓性或坏疽性阑尾炎	阑尾切除术；如腹腔内已有脓液，应冲洗腹腔，吸净脓液后关腹。注意保护切口，一期缝合。也可腹腔镜切除
穿孔性阑尾炎	宜采用右下腹经腹直肌切口行阑尾切除术，利于术中探查和确诊，切除阑尾，清除腹腔脓液，并彻底冲洗腹腔，切口一期缝合。根据情况放置腹腔引流
阑尾周围脓肿	①阑尾脓肿尚未破溃穿孔时应按急性化脓性阑尾炎处理 ②若阑尾穿孔已被包裹形成阑尾周围脓肿，病情较稳定，宜保守治疗，促进脓肿吸收消退，也可在超声引导下穿刺抽脓或置管引流 ③若脓肿扩大，无局限趋势，可行手术切开引流。手术以引流为主。如阑尾显露方便，也应切除阑尾，阑尾根部完整者施单纯结扎

43. 阑尾手术并发症

	原因	表现	处理
切口感染 (最常见)	手术时污染切口、存留血肿和异物、引流不畅	手术后 2~3 日体温升高，切口局部胀痛或跳痛，有红肿、压痛	先行试穿抽出脓液，或于波动处拆除缝线，排出脓液，放置引流，定期换药
腹膜炎、腹腔脓肿	阑尾残端结扎不牢，缝线脱落	体温持续升高，腹痛、腹胀，全身中毒症状加剧	按腹膜炎处理

出血	阑尾系膜的结扎线松脱，引起系膜血管出血	腹痛、腹胀、休克；阑尾残端结扎线松脱，而荷包缝合又较紧时，出血可流入盲肠肠管内，引起下消化道大出血	立即输血补液，必要时手术止血
阑尾残株炎	切除阑尾时残端>1cm	与阑尾炎相似	如诊断明确、症状较重，应再手术切除
粪瘘（少见）	断端脆弱，结扎线脱落；盲肠壁损伤；盲肠原有结核、癌等病变；盲肠组织水肿脆弱术中缝合时裂伤		经非手术治疗瘘多可自闭，但如经久不闭，可行瘘管活检，排除其他疾病
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，并发穿孔后的发生率可达5%		病情重者须手术治疗

44. 克罗恩病与溃疡性结肠炎的临床表现与治疗对比

		克罗恩病	溃疡性结肠炎
累及部位及分布		回肠末端多见，节段、跳跃式分布，与正常肠管分界明显	结肠粘膜及粘膜下层 连续性上延，非跳跃式改变
临床表现		青少年。肠粘膜皱襞有“鹅卵石”样改变。起病缓，最常见腹痛、腹泻，伴低热、乏力、消瘦、贫血	20~40岁，黏液脓血便，合并左下腹痛、低热、乏力、贫血、消瘦等；a. 暴发型：可中毒性巨结肠、穿孔；b. 慢性持续型；c. 慢性反复发作型
辅助检查		消化道造影：鹅卵石征，阶段性跳跃式分布；严重有线状征	急性期禁行下述检查避免肠穿孔 纤维结肠镜及组织学诊断：黏膜明显充血、水肿、增厚、颗粒状，质脆、易出血、小溃疡等 钡灌肠X线：结肠带消失。肠管僵直、缩短，肠壁缘呈锯齿状（小溃疡）或溃疡龛影、多发息肉阴影等
治疗	内科为主	休息、加强营养、纠正贫血和低蛋白血症。应用皮质激素、硫唑嘌呤、抗生素、磺胺类药物	休息、全身支持、对症治疗、严格控制饮食，应用皮质激素、免疫抑制剂、止泻剂、抗生素
	手术指征	①急性肠穿孔或大出血 ②机械性肠梗阻 ③慢性肠穿孔后形成的腹腔脓肿、内外肠瘘 ④疑有癌变、结核者 ⑤重度肠道外并发症，如关节病、肛周感染	①机械性肠梗阻 ②肠外并发症（特别是关节炎）不断加重 ③急性肠穿孔 ④不能控制的消化道大出血 ⑤中毒性巨结肠 ⑥重症型内科治疗下病情恶化 ⑦久治不愈 ⑧癌变或可以癌变

45. 肛裂、直肠肛管周围脓肿、肛瘘、痔和直肠息肉的概念、临床表现、诊断与治疗

	临床表现	诊断	治疗
肛裂	疼痛、便秘、出血	肛裂三联征：肛裂、前哨痔、齿状线上相应的乳头肥大	①温水坐浴；②口服缓泻剂、液状石蜡；③纠正便秘；④局麻扩张肛管；⑤肛裂切除术
直肠肛管周围脓肿	肛周脓肿：最常见	肛周持续性跳痛，脓肿穿刺	非手术：①联合应用抗生素②温水坐浴③局部理疗④口服缓泻剂或液体石蜡 手术：一旦诊断明确，手术切开引流
	坐骨肛门窝脓肿：全身感染重，局部由持续性胀痛加重为跳痛	指诊：患侧由压痛性包块，甚至波动感。脓肿穿刺	
	骨盆直肠窝脓肿：全身感染明显，局部不显著	CT	
肛瘘	多为化脓性，少数为结核性感染所致；分为：低位/高位、简单/复杂	视诊：外瘘口、排出脓性分泌物；指诊：条索状瘘管；瘘管造影	不能自愈，必须手术 治疗原则：切开瘘管，敞开创面，促使愈合

痔	① 无痛间歇性便后排出鲜血 ②痔块脱出③疼痛：单纯内痔无痛，感染和血栓形成痛④瘙痒	症状+肛镜	非手术：调整饮食、坐浴；硬化剂注射、冷冻；手术：结扎法、胶圈套扎法、痔切除术、血栓性外痔剥离术、PPH 手术
直肠息肉	①癌前病变：腺瘤、绒毛状腺瘤、家族性息肉病 ②非癌性病变：炎性息肉 大便周围带血或便后出血	指诊：直肠下端可触及圆形、柔软、有蒂的肿物。直肠镜、乙状结肠镜；钡剂检查	电灼切除 经肛门切除 开腹手术

46. 直肠肿瘤的临床表现与诊断

直肠肿瘤	内容
症状	早期无明显症状。①直肠刺激症状：便意频繁排便习惯改变；便前肛门有下坠感、里急后重、排便不尽感，晚期有下腹痛②癌肿破溃出血症状：大便表面带血及黏液，甚至有脓血便③肠腔狭窄症状癌肿侵犯致肠管狭窄：大便进行性变细，进展至不完全性肠梗阻 ④癌肿侵犯周围组织或转移远处器官引起相应症状：侵犯前列腺、膀胱，可出现尿频、尿痛、血尿；侵犯阴道，可出现阴道异常分泌物；侵犯骶前神经可出现骶尾部剧烈持续性疼痛
体征	①直肠指诊触及肿物：60%~70%能在直肠指诊时触及，直肠指诊是诊断低位直肠癌最重要的体格检查；②腹股沟淋巴结肿大：罕见；多见于累及齿状线以下的直肠癌；③并发症或晚期肠梗阻表现
辅助检查	①大便潜血；CEA、CA199 主要用于评估肿瘤负荷和监测术后复发；②内镜检查并留取活检；③影像学用于评估预后和制订治疗方案

47. 直肠肿瘤的主要手术方法

	分类	适应证	术式
局部切除术	经肛局部切除术	T1 以内的直肠癌	保证至少 3mm 切缘
	骶后人路局部切除术		
根治性切除术	腹会阴切除术 (Miles 手术) 不可保肛	距肛门 7cm 以内的直肠癌 (腹膜反折以下)	整块肿瘤切除和淋巴结清扫，切除后结肠断端在腹部作永久性人工肛门
	低位前切除术 (Dixon 手术) 可保肛	直肠癌下缘距齿状线 5cm 以上，远端切缘距肿瘤下缘 2cm 以上	只要肛门外括约肌和肛提肌未受累，保证环周切缘阴性的前提下，均可行结肠直肠低位吻合或结肠肛管超低位吻合
	经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术 (Hartmann 手术)	年老、体弱等原因不能行 Miles 手术或一期切除吻合者	经腹直肠癌切除，远端直肠缝合封闭，近端结肠做人工肛门
姑息手术	晚期直肠癌的姑息手术以解除痛苦和处理并发症为主要目的		

48. 原发性肝癌的临床表现

原发性肝癌	表现	
症状	肝区疼痛	最为常见。若肿瘤侵犯膈肌，疼痛可放射至右肩背部
	急腹症	肿瘤破裂导致，甚至休克
	全身症状	消瘦、乏力、食欲减退、消化不良，可伴恶心、呕吐、腹泻、发热。晚期可有黄疸、恶病质
	腹部包块	左肝的剑突下肿块或右肝的肋缘下肿块
	出血倾向	与肝功能障碍、脾功能亢进有关
	转移灶症状	转移至相应的部位引起相应的症状
	癌旁综合征	癌导致内分泌紊乱，如最常见的类型是低血糖症和红细胞增多症

体征	肝大	进行性肝大为最常见体征，多属晚期表现
	肝硬化体征	腹水、脾大、肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张等
并发症	肝性昏迷	终末期的并发症
	上消出血	门脉高压症引起
	其它	癌结节破裂、继发感染

49. 肝脏良性肿瘤的临床表现与治疗

	海绵状血管瘤	肝腺瘤
临床表现	常见于 中年女性 ，肿瘤增大后可有 压迫症状 ，如上腹不适、腹胀、腹痛、食欲减退、恶心等。肿瘤破裂可出现失血性休克或急腹症表现。也可在肝内形成动静脉瘘，导致回心血量增多，引起 充血性心力衰竭	80%以上有口服避孕药史 。肿瘤增大可引起压迫症状，如上腹不适、食欲减退、恶心等。肿瘤内出血可出现腹痛、黄疸、发热等。 肿瘤破裂出血可致失血性休克
治疗	肝切除术是治疗的最有效方法 。①小而无症状——B超监测②肝部分切除或肝叶切除适应证：症状明显且影响生活和工作，或肿瘤直径>10cm，或位于肝缘，有外伤性破裂危险者③病变广泛不能切除者——肝动脉结扎术	手术治疗+停用避孕药 ，根据病变范围采取肝部分切除或肝叶切除术

50. 胆囊结石的临床表现

症状	表现
胆绞痛	饱餐、进食油腻食物后或睡眠中体位改变时绞痛 。位于右上腹或上腹，阵发性或持续疼痛阵发性加剧，可向右肩胛部和背部放射，可伴有恶心、呕吐。
上腹隐痛	多数病人仅在进食过多吃油腻食物、工作紧张或休息不好时感到 上腹部或右上腹隐痛 ，或者有饱胀不适、嗝气、呃逆等，常被误诊为“胃病”
胆囊积液	胆囊结石长期嵌顿或阻塞胆囊管但未合并感染时，胆囊黏膜吸收胆汁中的胆色素，并分泌黏液性物质导致胆囊积液。 积液呈透明无色，称为白胆汁
其他	①极少引起黄疸；②小结石可成为胆总管结石；③胆源性胰腺炎；④胆囊十二指肠瘘或胆囊结肠瘘、胆石性肠梗阻；⑤胆囊癌
Mirizzi 综合征	特殊类型。胆囊炎及胆管炎反复发作及黄疸。胆囊增大、肝总管扩张、胆总管正常

51. 胆囊结石、肝外胆管结石、急性梗阻性化脓性胆管炎的对比

	胆囊结石	肝外胆管结石	急性梗阻性化脓性胆管炎
结石位置	胆囊内	左右肝管汇合部以下	肝内结石
典型临表	阵发右上腹胆绞痛	Charcot 三联症	轻 Charcot 三联；重 Reynolds 五联征
首选检查	B 超		
首选治疗	切除胆囊	胆总管切开取石，T 管引流，	急诊解除胆道梗阻
黄疸	无	有	有

52. 急性胰腺炎的临床表现

临床表现	内容	
腹痛	主要症状	常于饱餐和饮酒后 突然发作 ，腹痛剧烈，多位于 左上腹 ， 向左肩及腰背部放射
	疼痛位置	胆源性者 腹痛始发于右上腹，逐渐向左侧转移 累及 全胰 时，疼痛范围较宽并呈束带状向腰背部放射
腹胀	特点	与腹痛同时存在，腹腔内压增高可导致 腹腔间隔室综合征
	原因	腹腔神经丛受刺激引起肠麻痹的结果。早期为反射性，继发感染后则由腹膜后的炎症刺

		激所致
恶心、呕吐	早期即可 剧烈而频繁，吐后不缓解	
腹膜炎	轻症	压痛多只限于上腹部，常无明显肌紧张
	重症	上腹或全腹肌紧张及压痛、反跳痛、肠鸣音减弱或消失，腹腔渗液量大者移动性浊音为阳性、休克
伴感染	持续性高热为主要症状之一，可出现肋腰部皮肤水肿、发红和压痛	
黄疸	胆道结石嵌顿或肿大胰头压迫总胆管	
休克	地位	有病例以 突发休克为主要表现
	原因	早期休克主要是由低血容量所致；后期继发感染使休克原因复杂化且难以纠正
出血	原因	胰蛋白酶激活纤溶系统、弹力纤维酶损害血管壁、DIC→胃肠道及腹腔内出血
	Grey-Turner 征	腰部、季肋部和下腹部皮肤出现大片青紫色瘀斑
	Cullen 征	脐周围皮肤蓝色改变

53. 急性胰腺炎的诊断

诊断方式		内容	
实验室检查	胰酶测定	血清淀粉酶	发病数小时开始升高，24小时达高峰，4~5天后逐渐降至正常 鉴别：消化道穿孔、肠梗阻、胆囊炎、肠系膜缺血、腮腺炎和巨淀粉酶血症等可也升高。个别严重的急性胰腺炎淀粉酶水平可能正常
		尿淀粉酶	24h后开始上升，48h到高峰，此后缓慢下降，1~2周后恢复正常 升高的幅度和病变严重程度不成正相关
	其他项目	白细胞增高、高血糖、肝功能异常、低血钙、血气分析异常等	
		诊断性腹腔穿刺若抽出血性渗出液 CRP增高（发病48小时>150mg/ml）提示病情较重	
影像学	超声	可发现胰腺肿大和胰周液体积聚。胰腺水肿时为均匀低回声，粗大的强回声提示出血、坏死	
	CT	最具诊断意义	在胰腺弥漫性肿大的基础上出现质地不均、液化和蜂窝状低密度区，则可诊断为胰腺坏死
	MRI	MRCP	能清晰地显示胆管及胰管，对诊断胆道结石、胆胰管解剖异常等引起的胰腺炎有重要作用

54. 急性胰腺炎的治疗

治疗原则	治疗方式	内容
非手术治疗	禁食、胃肠减压	持续胃肠减压可预防呕吐，减轻腹胀、降低腹内压
	补液、防休克	静脉输液，补充电解质，纠正酸中毒，预防治疗低血压，维持循环稳定，改善微循环
	镇痛解痉	诊断明确可用，如654-2，阿托品，效果不佳可加用非甾体类，弱阿片类，吗啡虽可引起Oddi括约肌张力增高，但不影响预后
	抑制胰腺分泌	质子泵抑制剂（PPI）或H ₂ 受体阻滞剂、生长抑素及胰蛋白酶抑制剂
	营养支持	禁食期间给予全胃肠外营养
	抗感染治疗	常见致病菌 大肠杆菌、绿脓杆菌、克雷伯菌和鲍曼不动杆菌 等
	中药治疗	呕吐基本控制后，经胃管注入中药，常用复方清胰汤
手术治疗	适应证	①急性腹膜炎不能排除其他急腹症时②伴胆总管下端梗阻或胆道感染者③合并肠穿孔、大出血或胰腺假性囊肿④胰腺和胰周坏死组织继发感染

治疗原则	治疗方式	内容
	手术方式	最常用的是坏死组织清除加引流术。
		同时行胃造口、空肠造口（肠内营养通道），必要时可以进行胆道引流术
		形成假性囊肿者，可择期行内引流或外引流术
	胆源性胰腺炎的手术治疗	目的：解除梗阻，畅通引流，依据是否有胆囊结石及胆管结石处理方法不同
		仅有胆囊结石，且症状轻者，可在初次住院期间行胆囊切除
		胰腺病情严重需要等待病情稳定择期行胆囊切除
		胆管结石合并胆道梗阻，且病情较严重或一般情况差，无法耐受手术者宜急诊或早期内镜下 Oddi 括约肌切开、取石及鼻胆管引流术

55. 上消化道大出血的病因及主要临床表现

疾病	病因	主要临床表现
胃十二指肠溃疡	多位于十二指肠球部后壁或胃小弯	<500ml，以呕血为主，也可便血
门静脉高压症	食管、胃底黏膜因曲张静脉变薄，被粗糙食物损伤或反流的胃酸腐蚀	病程急，500~1000ml，主要为呕血，单纯便血少
应激性溃疡或急性糜烂性胃炎	与休克、严重感染、烧伤、严重脑外伤、大手术有关	<500ml，以呕血为主，也可便血
胃癌	癌组织缺血坏死，表面糜烂溃疡，侵蚀血管	—
肝内局限性慢性感染、肝肿瘤、肝外伤	肝脓肿破入门静脉或肝动脉分支；肝肿瘤或外伤引起肝实质中央破裂	200~300ml，便血为主

泌尿外科

56. 肾损伤的临床表现

临床表现	内容
休克	严重肾裂伤、肾蒂血管破裂或合并其他脏器外伤时，因外伤和失血常发生休克，可危及生命
血尿（主要症状）	大多有血尿， 肾挫伤涉及肾集合系统时可出现镜下血尿或轻度肉眼血尿 。若肾近集合系统部位裂伤伴有肾盂肾盏黏膜破裂，则可有明显的血尿。肾全层裂伤则呈大量全程肉眼血尿。血尿与外伤程度并不一致，血尿时间延长常与继发感染或动静脉瘘形成有关
疼痛	肾包膜下血肿、肾周围软组织外伤、出血或尿外渗可引起病侧腰、腹部疼痛。血、尿液入腹腔或合并腹内脏器伤时，可出现全腹疼痛和腹膜刺激症状。血块通过输尿管时可发生肾绞痛
腰腹部肿块	血液、尿液进入肾周围组织可使局部肿胀，形成肿块，有明显触痛和肌肉强直。 开放性肾外伤时应注意伤口位置及深度
发热	血肿吸收可致发热，另外肾外伤所致肾周血肿、尿外渗易继发感染，甚至造成肾周脓肿或化脓性腹膜炎，伴全身中毒症状

57. 肾损伤的非手术治疗

治疗方式	内容
卧床休息	绝对卧床休息 2~4 周 ，通常肾损伤后 4~6 周肾部分裂伤才趋于愈合。恢复后 2~3 个月内不宜参加体力劳动
密切观察生命体征	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。观察尿液颜色深浅的变化，定期检测血红蛋白和血细胞比容
补充血容量	及时补充血容量和能量，维持水、电解质平衡，保持足够尿量，必要时输血
预防感染	早期足量合理应用抗生素预防感染

止痛	合理使用止痛、镇静剂药物及止血药物
----	-------------------

58. 前尿道损伤与后尿道损伤的病因及病理、临床表现、诊断与治疗对比

	前尿道	后尿道
病因	骑跨伤，球部损伤最常见。反复插导尿管、进行膀胱镜尿道检查也可引起前尿道外伤	骨盆骨折，膜部损伤多见
病理	①尿道挫伤：尿道出血、水肿，愈合后不形成尿道狭窄②尿道裂伤：尿道周围血肿及排尿后出现尿外渗。愈合后引起瘢痕性尿道狭窄③尿道完全断裂：用力排尿有尿外渗	尿道膜部最薄弱。骨盆骨折时，使膜部尿道撕裂。耻骨前列腺韧带撕裂致前列腺向上后方移位。骨盆骨折可引起大量出血，在前列腺和膀胱周围形成大的血肿。患者不能排尿，用力排尿有尿外渗
临床表现	尿道出血，最常见；排尿痛，并向阴茎头部及会阴部放射；会阴部、阴囊处肿胀瘀斑及蝶形血肿；排尿困难或尿潴留；尿外渗	休克；疼痛下腹部痛，局部肌紧张，并有压痛；排尿困难和尿潴留；尿道出血尿道外口无流血或仅有少量血液流出；尿外渗及血肿
诊断	病史和体检+X线检查：尿道造影，显示尿道损伤的部位及程度+诊断性导尿	病史和体检：直肠指诊+X线检查：骨盆X线片显示骨盆骨折+尿道造影
治疗	①紧急处理：出血严重者进行抗休克治疗，尽早手术②尿道挫伤：预防感染，必要时插入导尿管引流1周③尿道裂伤：试插导尿管，保留尿管2周左右；导尿失败，做膀胱造瘘术④尿道完全断裂：立即行尿道修补术，同时清除血肿、彻底止血，行尿道端端吻合术，留置导尿管3周⑤并发症的处理：a. 尿外渗：尿外渗部位多处切开，置管引流，并行膀胱造瘘；b. 尿道狭窄：晚期——尿道扩张或经尿道镜行尿道内切开术。狭窄段较长——瘢痕组织切除，以包皮管或颊黏膜代替缺损尿道进行修补手术；c. 尿瘘：前尿道狭窄所致尿瘘多发生于会阴部或阴囊部，应在解除狭窄的同时切除或清理瘘管	①紧急处理：平卧，勿随意搬动。积极抗休克治疗。不宜插入导尿管②早期处理：a. 后尿道破口较小或仅有部分破裂的病人可试插导尿管；尿道不全撕裂——3周内自行愈合 b. 耻骨上膀胱造瘘。尿道完全撕裂——膀胱造瘘3个月，并行二期尿道狭窄的尿道拖入手术治疗 c. 尿道会师复位术：休克症状不明显者可行一期行尿道修复手术（尿道会师术）③并发症处理：a. 尿道狭窄需定期扩张；扩张效果不佳，行尿道内切开术或经会阴部切口作尿道端端吻合术，现在多采用激光尿道狭窄切除术 b. 后尿道若合并直肠外伤，早期应立即修补，并暂时性结肠造瘘。尿道直肠瘘需要等待3~6个月后再施行修补手术

59. 急性肾盂肾炎与急性膀胱炎的对比

	急性肾盂肾炎	急性膀胱炎
病因	常见细菌为致病菌主要为大肠埃希菌和其他肠杆菌及革兰阳性细菌；女性发病率高	大肠埃希菌。女性发病率高
感染途径	致病菌多从尿道进入，也可由血行感染所致	细菌侵入膀胱导致上行感染
诊断	尿常规：白细胞、红细胞、细菌和蛋白 血常规：血白细胞计数增高、中性粒细胞上升 鉴别诊断：下尿路感染；以膀胱刺激症状为主，无发热、寒战等全身症状	临床表现+尿常规白细胞增多，可有红细胞+细菌培养及药物敏感试验
临床表现	①发热：发病急剧②腰痛：肾区叩击痛③膀胱刺激症状	尿频、尿急、尿痛、血尿，有时可有急迫性尿失禁，无全身发热
治疗	①全身治疗②抗感染治疗：广谱抗生素，治疗维持足够的时间（两周）③对症治疗	多饮水，广谱抗生素并对症治疗

60. 泌尿系统结核的临床表现

临床表现	内容
尿频、尿急、尿痛	典型症状之一。尿频最早出现
血尿	重要症状，常为终末血尿
脓尿	常见症状，肾结核病人均有不同程度的脓尿。严重者尿如洗米水样，内含有干酪样碎屑或絮

	状物，镜下可见大量脓细胞
腰痛和肿块	病变破坏严重、继发感染、输尿管堵塞时，可引起腰部钝痛或绞痛。较大肾积脓或对侧巨大肾积水时，腰部可触及肿块
男性生殖系统结核	主要从前列腺、精囊开始，但表现最明显是附睾结核，附睾可触及不规则硬块。输精管结核病变时，变得粗硬并呈“串珠”样改变
全身症状	常不明显。晚期合并其他器官活动结核，可有发热、盗汗、消瘦、贫血典型症状。严重者可出现慢性肾功能不全的症状，甚至突然发生无尿

61. 泌尿系统结核的药物治疗

泌尿系统结核	内容
适应证	早期肾结核，如尿中有结核杆菌而影像学上肾盏、肾盂无明显改变，或仅见一、两个肾盏呈不规则虫蛀状
药物	首选药物有吡嗪酰胺、异烟肼、利福平和链霉素等杀菌药物，其他如乙胺丁醇、环丝氨酸、乙硫异烟胺等抑菌药为二线药物
副作用	抗结核药物多数有肝毒性，服药期间应同时服用保肝药物，并定期检查肝功能。链霉素对第八对脑神经有损害，影响听力，一旦发现应立即停药
注意事项	药物治疗最好用三种药物联合服用的方法，降低治疗过程中耐药的发生可能性，并且药量要充分，疗程要足够长，早期病例用药6~9个月

62. 肾及输尿管结石的临床表现

	肾结石	输尿管结石
疼痛	肾区疼痛伴肋脊角叩击痛	肾绞痛或输尿管绞痛
血尿	镜下血尿，血尿多少与结石对尿路粘膜损伤程度有关	
恶心、呕吐	常与肾绞痛伴发	输尿管管腔内压力增高，管壁局部扩张、痉挛和缺血。输尿管与肠共同的神经支配
膀胱刺激症状	结石伴感染或输尿管壁段结石，可有尿频、尿急、尿痛	

63. 肾及输尿管结石的治疗

治疗方式	内容	
病因治疗	甲状旁腺功能亢进	切除腺瘤
	尿路梗阻	解除梗阻
药物治疗	结石<0.6cm、表面光滑、结石以下尿路无梗阻	
	纯尿酸结石及胱氨酸结石：药物溶石	尿酸结石：枸橼酸氢钾钠、碳酸氢钠碱化尿液，口服别嘌醇及饮食调节
		胱氨酸结石：碱化尿液，PH>7.8，摄入大量液体
		卡托普利：预防胱氨酸结石
	感染性结石：控制感染，口服氯化铵酸化尿液，应用脲酶抑制剂	
	限制食物中磷酸的摄入，氢氧化铝凝胶限制肠道对磷酸的吸收	
	中药和针灸	
肾绞痛	解痉止痛	
体外冲击波碎石 ESWL	直径≤2cm 的结石	
经皮肾镜碎石取石术 PCNL	所有需手术干预的结石	
输尿管镜碎石取石术 URL	中、下段输尿管结石，ESWL 失败的输尿管上段结石，X 线阴性的输尿管结石，停留时间长的嵌顿性结石，亦用于 ESWL 治疗所致的“石街”	

腹腔镜输尿管切开取石 LUL	>2cm 输尿管结石，或经 ESWL、输尿管镜手术治疗失败者	
开放手术治疗	肾盂切开取石术	适用于肾盂输尿管处梗阻合并肾盂结石
	肾实质切开取石术	应用较少
	肾部分切除术	适用于结石在肾的一极或结石所在肾盏有明显扩张、实质萎缩和有明显复发因素者
	肾切除术	患侧肾结构严重破坏，功能丧失，对侧肾功能良好
	输尿管切开取石术	适用于嵌顿较久或其他的方法治疗失败的结石
	手术径路需根据结石部位选定	
双侧上尿路结石手术治疗原则	双侧肾结石	尽可能保留肾脏。若肾功能极差、梗阻严重、全身情况差，宜先行经皮肾造瘘术，待情况改善后再处理结石
	双侧输尿管结石	双侧输尿管镜碎石取石术
	一侧肾结石，对侧输尿管结石	宜先处理输尿管结石
	孤立肾上尿路结石或双侧上尿路结石	引流尿液，改善肾功能，及时施行手术

64. 肾癌的临床表现

临床表现	内容
一般表现	高发年龄 50~70 岁，早期无症状
典型表现	早期多无症状，典型表现： 肉眼血尿、腰痛、腹部肿块（肾癌三联征） ①血尿：当肿瘤已侵入肾盏、肾盂时，呈 间歇无痛肉眼血尿 ，为常见症状 ②腰痛：疼痛常为腰部钝痛或隐痛 ③包块：肿瘤较大时在腹部或腰部可被触及
副瘤综合征	见于 10%~20% 的肾癌病人，常有发热、高血压、血沉增快等其他症状包括高钙血症、高血糖、肝功能异常、贫血等
转移性症状	转移部位疼痛、持续性咳嗽、咯血、神经麻痹等 男性病人出现同侧阴囊内精索静脉曲张且平卧位不消失，提示肾静脉或下腔静脉内癌栓

65. 肾盂肿瘤鉴别诊断

	肾癌	肾母细胞瘤	肾盂癌	肾结核
好发年龄	50~70 岁	<5 岁儿童	50~70 岁	20~40 岁
典型症状	间歇无痛性肉眼血尿 肿块、疼痛	腹部肿块	间歇无痛性肉眼血尿	终末血尿、 膀胱刺激征
主要检查	CT	B 超、CT、	肾盂造影、 尿细胞学检查	静脉尿路造影、 尿结核杆菌培养
主要治疗	根治性切除术	手术、放化疗	根治性切除术	抗结核、肾切除术

66. 鞘膜积液的临床表现

	睾丸鞘膜积液	精索鞘膜积液	睾丸、精索鞘膜积液	交通性鞘膜积液
一般特性	临床最多见	又称精索囊肿	主要见于 婴儿	又称先天性鞘膜积液
鞘状突	鞘状突闭合正常，睾丸鞘膜囊内有较多积液	精索鞘膜未闭合且有积液	鞘膜突在内环处闭合，精索处未闭合	鞘膜突完全未闭合
相通情况	鞘膜囊独立	鞘膜囊独立	睾丸鞘膜囊与精索鞘膜囊相通	与腹腔和睾丸鞘膜腔均相通。
肿物形态	球形、梨形、卵圆形	椭圆形或菱形、梭形	梨形	条索形

	睾丸鞘膜积液	精索鞘膜积液	睾丸、精索鞘膜积液	交通性鞘膜积液
透光试验	阳性	阳性	阳性	阳性
平卧后	肿物不消失	肿物不消失	肿物不消失	肿物可消失
睾丸扪诊	不能扪及睾丸	能扪及睾丸	不能扪及睾丸	能扪及睾丸（卧位）
肿物特点	表面光滑，有弹性，无压痛	牵拉睾丸时肿物随之上下移动	肿物位于阴囊内，外环口受积液压迫而扩大	站立时肿物出现，平卧时肿物消失

骨外科学

67. 骨折早期并发症

症状	特点
休克	严重创伤，骨折引起大出血和重要器官损伤所致
脂肪栓塞综合征	是由于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，可引起肺、脑脂肪栓塞
重要内脏器官损伤	①肝、脾破裂；②肺损伤；③膀胱和尿道损伤；④直肠损伤
重要周围组织损伤	① 重要血管损伤 ：常见的有股骨髁上骨折，远侧骨折端可致腘动脉损伤；胫骨上段骨折的胫前和胫后动脉损伤；伸直型肱骨髁上骨折，近侧骨折端易造成肱动脉损伤 ② 周围神经损伤 ：特别是在神经与其骨紧密相邻的部位，如 肱骨中、下1/3交界处骨折极易损伤紧贴肱骨行走的桡神经 ；腓骨颈骨折易致腓总神经损伤 ③ 脊髓损伤 ：为脊柱骨折和脱位的严重并发症，多见于 脊柱颈段和胸腰段 ，出现损伤平面以下的截瘫
骨筋膜室综合征	即由骨、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。 最多见于前臂掌侧和小腿 根据其缺血的不同程度而导致：①濒临缺血性肌挛缩；②缺血性肌挛缩；③坏疽。如有大量毒素进入血循环，还可致休克、心律不齐和急性肾衰竭

68. 骨折愈合过程的三个阶段

分期	时间	过程特点
血肿炎症机化期	伤后2周左右。	① 血肿形成 ：在骨折断端及其周围形成血肿， 伤后6~8小时骨折断端的血肿凝成血块 ② 无菌性炎症反应 ：严重的损伤和血管断裂使骨折端缺血可致部分软组织和骨组织坏死， 在骨折处引起无菌性炎症反应 ③ 肉芽组织形成 ：缺血和坏死的细胞所释放的产物，引起局部毛细血管增生扩张、血浆渗出、水肿和炎性细胞浸润，使血肿机化形成肉芽组织 ④ 纤维连接过程 ：约在骨折后2周完成，肉芽组织内成纤维细胞合成和分泌大量胶原纤维，转化成纤维结缔组织，使骨折两端连接起来，称为纤维连接
原始骨痂形成期	3~6个月	形成 内骨痂和外骨痂 ，由骨内、外膜形成的新骨分别称为内骨痂和外骨痂
骨痂改造塑形期	1~2年左右	原始骨痂中新生骨小梁逐渐增粗，排列逐渐规则和致密。形成 骨性连接

69. 功能锻炼

功能锻炼分期	分期要点
早期阶段	骨折后1~2周内 ，此期功能锻炼的目的是 促进患肢血液循环，消除肿胀，防止肌萎缩 。功能锻炼应以患肢肌主动舒缩活动为主。 原则上，骨折上、下关节暂不活动
中期阶段	即骨折2周以后，骨折处已有纤维连接，日趋稳定，此时应开始进行骨折上、下关节活动，以防肌萎缩和关节僵硬
晚期阶段	骨折已达临床愈合标准，外固定已拆除，此时是功能锻炼的关键时期

70. 肩关节脱位的临床表现、诊断

项目	特点	
临床表现	病史	上肢外展外旋或后伸着地受伤史
	症状	肩部疼痛、肿胀、肩关节活动障碍，病人有以健手托住病侧前臂、头向病侧倾斜的特殊姿势
	体征	患肩呈 方肩畸形 ，肩胛孟处有空虚感，上肢有弹性固定； Dugas征阳性 （即将病侧肘部紧贴胸壁时，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）
	X线	X线正位、侧位片及穿胸位片可确定肩关节脱位的类型、移位方向及有无撕脱骨折。目前临床常规行CT扫描
诊断	上肢受伤史+症状+体征（方肩畸形、 Dugas征阳性 ）+X线检查	

71. 股骨外科颈骨折分类、临床表现及治疗原则

分类	无移位骨折	外展型骨折	内收型骨折	粉碎型骨折
临床表现	①裂缝骨折 ②嵌插骨折	骨折近端呈内收位，肱骨大结节与肩峰的间隙增宽，肱骨头旋转；远折端肱骨的外侧骨皮质插入远端髓腔，成外展位成角畸形；也可能远折端向内上移位而呈重叠移位	上臂呈内收位畸形， 常可扪及骨折断端 。X线片可见骨折远折端位于肱骨头的外侧，大结节与肩峰的间隙变小，肱骨头有旋转，可产生向前、外方的成角畸形或侧方移位	—
治疗原则	不需进行手法复位，用 三角巾悬吊 上肢3~4周即可开始进行功能锻炼	主要采用 手法复位、外固定 方法治疗。		见下表

72. 肱骨髁上骨折的分类、临床表现及治疗原则

分类	伸直型肱骨髁上骨折	屈曲型肱骨髁上骨折
临床表现	骨折移位情况：近折端向前下移位，远折端向上移位	骨折移位情况：近折端向后下移位，远折端向前移位。骨折线呈前上斜向后下的斜形骨折。可刺破皮肤形成开放骨折，少有合并神经血管损伤
	症状： 儿童手着地受伤史 ，肘部疼痛、肿胀、皮下瘀斑，肘部向后突出并处于半屈位	症状：受伤后，局部肿胀，疼痛，肘后凸起，皮下瘀斑
	体征：局部明显压痛，有骨擦音及假关节活动，肘前方可扪到骨折断端，肘后三角关系正常	体征：肘上方压痛，后方可扪及骨折端。

73. 髌关节后脱位的分类、临床表现及治疗

分类	I型	II型	III型	IV型	V型
分类依据	单纯脱位或伴有髌白后壁小骨折片	股骨头脱位+髌白后壁一大块骨折	股骨头脱位+髌白后壁粉碎骨折	股骨头脱位+髌白后壁和顶部骨折	股骨头脱位+股骨头骨折
临表	①明显外伤史，通常暴力很大②明显的疼痛、髌关节不能活动③患肢缩短，髌关节呈屈曲、内收、内旋畸形④可以在臀部摸到突出的股骨头，大转子上移明显⑤部分病例有坐骨神经损伤表现⑥X线检查了解脱位情况及有无骨折， 最基本的、首选的检查手段				
治疗	I型常用方法： Allis法 ，即提拉法。复位宜早，最初24~48小时是黄金时期，尽可能在24小时内复位完毕。卧床休息4周，卧床期间作股四头肌收缩动作，2~3周后开始活动关节，4周后扶双拐下地活动，3个月后可完全负重				
	II-V型： 合并关节内骨折，日后产生创伤性关节炎，早期切开复位与内固定				

74. 股骨粗隆部骨折的病因与分类、临床表现与诊断及治疗原则

股骨粗隆部骨折	内容
病因与分类	I型：顺转子间骨折，骨折无移位，为稳定性骨折
	II型：小转子骨折轻微，可获得稳定的复位，为稳定性骨折
	III型：小转子粉碎性骨折，不能获得稳定的复位，为不稳定性骨折
	IV型：III型骨折+大转子骨折，为不稳定性骨折
	V型：逆转子间骨折，由于内收肌的牵引存在移位的倾向，不稳定性骨折
临床表现与诊断	中、老年人有摔倒受伤史，患髋疼痛、下肢活动受限、不能站立和行走
	检查：患肢外旋90°畸形，可出现局部压痛和纵向叩击痛，患肢缩短
	病史+体征+X线（明确骨折的类型和移位情况）
治疗原则	早期手术，切开复位内固定。Gamma钉、动力髌螺钉
	非手术治疗，采用胫骨结节或股骨髁上外展位骨牵引，近几年不主张

75. 股骨干骨折的临床表现、诊断、并发症与治疗原则

股骨干骨折	内容
临床表现	大腿肿胀、皮下瘀斑。局部出现成角、短缩、旋转等畸形。出血量大，可出现失血性休克
诊断	局部压痛、假关节活动、骨摩擦音，即可作出诊断
并发症	早期并发症：休克、重要动脉损伤、皮肤及软组织损伤、肢体神经损伤
治疗原则	非手术 手法复位后，儿童可采用 Braun 架固定持续牵引或 Thomas 架平衡持续牵引 3岁以下儿童则采用垂直悬吊皮肤牵引
	手术指征 a. 非手术疗法失败；b. 同一肢体或其他部位有多处骨折；c. 合并神经血管损伤；d. 老年人骨折，不宜长期卧床；e. 陈旧骨折不愈合或有功能障碍的畸形愈合；f. 无污染或污染很轻的开放性骨折

76. 膝关节损伤的几种特殊试验

	实验名称	实验意义
膝关节韧带损伤	侧方应力试验	侧副韧带扭伤或断裂
	抽屉试验	前或后交叉韧带断裂
	Lachman 试验	前或后交叉韧带断裂
	轴移试验	前交叉韧带断裂后出现的膝关节不稳定
	过伸试验	半月板破裂
	过屈试验	半月板后角破裂
半月板损伤	半月板旋转试验 (McMurray-Fouche 试验)	定位半月板前角或后角损伤
	研磨试验 (Apley 试验)	内侧半月板损伤及内侧副韧带损伤
	蹲走试验	半月板后角损伤

77. 不完全性脊髓损伤的四种类型

类型	内容
前脊髓综合征	颈脊髓前方受压严重，有时可引起脊髓前中央动脉闭塞，出现四肢瘫痪，下肢瘫痪重于上肢瘫痪，但下肢和会阴部仍保持位置觉和深感觉，有时甚至还保留有浅感觉。此型损伤的预后为不完全性损伤中最差者
后脊髓综合征	脊髓受损平面以下运动功能和痛温觉存在，但深感觉全部或部分消失
脊髓中央管周围综合征	多数发生于颈椎过伸性损伤。颈椎管因颈椎过伸而发生急剧性容积减小，脊髓受黄韧带皱褶、椎间盘或骨刺的前后挤压，使脊髓中央管周围的传导束受到损伤，表现为损伤平面以下的四肢瘫，上肢重于下肢，没有感觉分离

脊髓半切综合征	又名 Brown-Sequard 综合征。损伤平面以下同侧肢体的运动及深感觉消失，对侧肢体痛觉和温觉消失
---------	--

78. 脊髓损伤的并发症：呼吸衰竭与呼吸道感染（最严重，最常见死亡原因）；泌尿生殖道的感染和结石；压疮（最常发生部位：骶部、股骨大粗隆、髂嵴和足跟）；体温失调（易产生高热，可达40℃以上）

79. 骨盆骨折常见的并发症

并发症	表现
腹膜后血肿	骨盆各骨主要为松质骨，邻近又有许多动脉、静脉丛，血液供应丰富。骨折可引起广泛出血，巨大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。如为腹膜后主要大动、静脉破裂，可迅速导致病人死亡
盆腔内脏器损伤	包括膀胱、后尿道与直肠损伤，尿道的损伤远比膀胱损伤多见。耻骨支骨折移位容易引起尿道损伤、会阴部撕裂，可造成直肠损伤或阴道壁撕裂。直肠破裂如发生在腹膜反折以上可引起弥漫性腹膜炎；如在反折以下，则可导致直肠周围感染
神经损伤	主要是腰骶神经丛与坐骨神经损伤。腰骶神经丛损伤大都为节前性撕脱，预后差；骶骨Ⅱ区与Ⅲ区的骨折则容易发生腰骶神经根损伤。骶神经损伤会导致括约肌功能障碍
脂肪栓塞与静脉栓塞	盆腔内静脉丛破裂可引起脂肪栓塞，其发生率可以高35%~50%，症状性肺栓塞率为2%~10%，其中致死性肺栓塞率为0.5%~2%

80. 神经损伤的临床表现

类型	症状	具体表现及原因
运动功能障碍	弛缓性瘫痪	主动运动、肌张力和反射均消失
	关节畸形	由于关节活动的肌力平衡失调，可出现特殊畸形
	特殊畸形	桡神经肘上损伤——垂腕畸形 尺神经腕上损伤——爪形手
感觉功能障碍	皮肤感觉消失（触觉、痛觉与温度觉）	由于感觉神经相互交叉，重叠支配，实际感觉完全消失的范围很小
神经营养性改变 (自主神经功能障碍)	立即出现	血管扩张、汗腺停止分泌——干燥无汗、皮肤潮红、皮温增高等
	晚期	血管收缩——苍白、皮温降低、自觉寒冷、皮纹变浅触之光滑。指甲增厚，出现纵嵴、生长缓慢、弯曲
	汗腺功能检查	无汗——神经损伤 从无汗至有汗——神经功能恢复，且恢复早期为多汗
神经叩击试验 (Tinel征)	既可帮助判断神经损伤的部位，亦可检查神经修复后，再生神经纤维的生长情况	若从神经修复处向远端沿神经干叩击，Tinel征阳性则是神经恢复的表现
神经电生理检查	肌电检查和体感诱发电位	判断神经损伤的部位和程度；观察损伤神经再生及恢复情况

81. 正中神经损伤的表现

受损伤的神经		感觉异常	运动异常
正中神经	低位（腕部）	手的桡侧半感觉障碍，特别是示、中指远节感觉消失	鱼际肌和蚓状肌麻痹，萎缩（猿手）；拇指对掌功能障碍
	高位（肘上）		除以上外，前臂肌亦麻痹；拇指和示、中指屈曲功能障碍

82. 尺神经损伤的表现

受损伤的神经		感觉异常	运动异常
尺神经	腕部	手部尺侧半和尺侧一个半手指，	①骨间肌、蚓状肌、拇收肌麻痹所致环、小指爪形

		特别是小指感觉消失	手畸形②手指内收、外展障碍和Froment征；夹纸试验(+)
	肘上	除以上外，另有环、小指末节屈曲功能障碍	

83. 桡神经损伤的表现

受损伤的神经		感觉异常	运动异常
桡神经	肱骨中下1/3骨折所致	手背桡侧和桡侧3个半手指背面皮肤，主要是手背虎口处皮肤麻木	典型的畸形： 垂腕 ；伸腕、伸拇、伸指、前臂旋后障碍
	桡骨小头脱位或前臂背侧近端骨折所致		伸腕功能基本正常，仅有伸拇、伸指障碍

84. 坐骨神经损伤的表现

受损伤的神经		感觉异常	运动异常
坐骨神经	高位	小腿后外侧和足部感觉丧失，足部神经营养性改变	① 足下垂 ② 跨越步态 ：由于股四头肌健全，膝关节呈伸直状态
	股后中、下部	膝关节屈曲功能保存	

85. 胫神经损伤的表现

受损伤的神经		感觉异常	运动异常
胫神经		小腿后侧、足背外侧、跟外侧和足底感觉障碍	足跖屈、内收、内翻，足趾跖屈、外展和内收障碍—— “钩状足”

86. 腓总神经损伤的表现

受损伤的神经		感觉异常	运动异常
腓总神经		小腿前外侧和足背前内侧感觉障碍	足背屈、外翻功能障碍，呈内翻足下垂畸形，以及伸拇、伸趾功能丧失

87. 狭窄性腱鞘炎的临床表现及治疗

	手指狭窄性腱鞘炎	桡骨茎突狭窄性腱鞘炎
临床表现	① 症状 ： 弹响指和弹响拇起病缓慢 。初时，晨起患指发僵、疼痛，缓慢活动后即消失；随病程延长逐渐出现弹响伴明显疼痛，严重者患指屈曲、不敢活动。各手指发病的频度依次为中、环指最多，示、拇指次之，小指最少 ② 体征 ：可在远侧掌横纹处扪及黄豆大小的痛性结节，屈伸患指该结节随屈肌腱上、下移动，或出现弹拨现象，并感到弹响即发生于此处	① 症状 ：腕关节桡侧疼痛，逐渐加重、无力提物 ② 体征 ：皮肤无炎症，在桡骨茎突表面或其远侧有局限性压痛。有时可扪及痛性结节。Finkelstein试验阳性——握拳尺偏腕关节时，桡骨茎突处出现疼痛
治疗	①非手术：包括调整手部活动、夹板固定或（和）短期使用 NSAID。对于保守治疗后症状未能改善的病人，可行局部糖皮质激素注射 ②手术：可考虑行狭窄的腱鞘切开减压术 ③小儿先天性——保守治疗无效，应手术	

88. 腕管综合征临床表现及治疗

腕管综合征	内容
临床表现	①中年女性多见②患者首先感到桡侧3个手指端麻木或疼痛，持物无力，以中指为甚。夜间或清晨最重，抖动手腕可减轻③ 体检 ： 出现拇、示、中指感觉过敏或迟钝 。大鱼际肌萎缩，拇指对掌无力。腕部正中神经Tinel征阳性。 屈腕试验阳性 ④电生理检查示：大鱼际肌肌电

	图及腕-指的正中神经传导速度测定有神经损害征
治疗	①早期：腕关节制动于中立位。腕管内注射醋酸泼尼松龙②针对病因：腕管内腱鞘囊肿、良性肿瘤——切除；腕管壁增厚、腕管狭窄——腕横韧带切开减压术；正中神经已变硬或局限性膨大——神经外膜切开，神经束间瘢痕切除神经松解术

89. 肘尺管综合征临床表现及治疗

肘尺管综合征	内容
临床表现	① 首先发生 ：手背尺侧、小鱼际、小指及环指尺侧半感觉异常（麻木或刺痛）。随后：小指对掌无力及手指收、展不灵活 ② 查体 ：手部小鱼际肌、骨间肌萎缩，环、小指呈爪状畸形。 纸试验及尺神经沟处Tinel 征阳性 ③ 基础疾病表现 ：如肘外翻、尺神经沟处增厚或有包块 ④ X线 ：局部有移位骨块或异常骨化等
治疗	手术治疗——神经外膜或束间松解并将尺神经移出尺神经沟，置于肘内前方

90. 颈椎病的分型及临床表现

分型	颈椎病临床表现
神经根型	①表现：上肢有放射痛和感觉障碍， 手指麻木、过敏、活动不灵、精细动作困难 ②体征： 颈活动受限 ，颈肩部压痛， 神经根牵张试验、压顶试验阳性 ③感觉：神经根所支配区域皮肤感觉改变；早期为疼痛过敏，晚期为减退或消失 ④肌张力：发病初期或急性发作期肌张力增高，慢性期肌张力减低、肌肉松弛发软
脊髓型	① 运动障碍 ：下肢无力、步态笨拙、易摔跤。晚期可出现痉挛性瘫痪 ② 肢体麻木 ：由下向上发展的感觉障碍、束带感等 ③ 共济失调 ：站立不稳、步态蹒跚、震颤觉及位置觉障碍 ④自主神经及括约肌功能障碍：瘫痪或麻木、肢体怕凉、酸胀、水肿及 大小便障碍 ⑤反射障碍：上肢的腱反射可活跃或降低， 下肢腱反射亢进，病理征阳性
椎动脉型	①头部症状：头晕、头痛、偏头痛、颈部痛 ②眼部症状：眼睑下垂、视物模糊 ③心脏症状：心跳加速、心动迟缓、心前区疼痛 ④周围症状：肢体发冷、发麻，手足多汗或少汗 ⑤其他：耳鸣、耳聋、舌下神经功能障碍
椎动脉型	① 头痛、头晕 ② 一过性脑缺血症状 ：眩晕（主要症状）、恶心呕吐、耳鸣、视物不清 ③ 一过性脊髓缺血症状 ：肢体突感麻木、乏力、甚至摔倒 ④其他：声音嘶哑、吞咽困难、 视物不清
混合型	同时存在上述两型或两型以上的症状、体征者

91. 化脓性骨髓炎的临床表现

	内容
表现	局部表现 ：早期：患区剧痛，因疼痛抗拒作主动与被动运动；局部皮温增高，有局限性压痛，肿胀并不明显；数天后：骨膜下脓肿；形成软组织深部脓肿，疼痛减轻，局部红、肿、热、压痛都更为明显
	全身表现 ：起病急骤、寒战，高热（ $>39^{\circ}\text{C}$ ），明显的 脓毒血症症状 。
	转归 ：自然病程3~4周。脓肿穿破后疼痛即刻缓解，体温下降，形成窦道，病变转入慢性阶段
检查	白细胞 ：计数增高，中性粒细胞可占90%以上
	血培养 ：在寒战、高热期抽血培养
	局部脓肿分层穿刺（确诊） ：在压痛最明显的干骺端刺入，抽浑浊或血性液体作涂片与细菌培养
	X线起病后14天内无异常 。早期：层状骨膜反应与长骨干骺端出现局限性骨质疏松；后期：虫蛀样骨破坏与死骨形成（骨的滋养血管栓塞，骨质失去血供）；

	内容
	CT: 提前发现骨膜下脓肿; MRI: 具有早期诊断价值; 核素骨显像: 发病后 48 小时即可有阳性结果

92. 慢性血源性骨髓炎的手术治疗

慢性血源性骨髓炎的手术治疗		
原则	病灶清除术——消除死骨、炎性肉芽组织和消灭死腔	
指征	有死骨形成, 有死腔及窦道流脓者	
禁忌证	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者	
手术方法	手术前作细菌培养和药敏试验, 术前 2 日即开始应用抗生素, 使手术部位组织有足够的抗生素浓度	
	清除病灶	病灶清除是否彻底是决定术后窦道能否闭合的关键
	方法	a. 碟形手术: 只用于死腔不大, 削去骨量不多的病例 b. 肌瓣填塞: 死腔较大者, 可行肌瓣填塞 c. 闭式灌洗: 适用于小儿生长患者 d. 病骨整段切除或截肢: 非重要部位的慢性骨髓炎, 可将病骨整段切除; 部分病例长期已有窦道口皮肤癌变或足部广泛骨髓炎, 可施行截肢术 e. 缺损骨修复: 抗生素磷酸钙人工骨 f. 闭合伤口: 伤口一期缝合, 并留置负压吸引管。外固定管形石膏, 开窗换药。骨缺损修复后仍有皮肤缺损者, 再行皮瓣覆盖, 特别是肌皮瓣覆盖

93. 骨关节炎的鉴别诊断

	骨关节炎	类风湿性关节炎 (RA)	系统性红斑狼疮	强直性脊柱炎	缺血性坏死
手的损害	远侧指间关节, 拇指掌指关节	掌指关节和近侧指间关节	同RA	无特殊	不受累
放射学表现	骨赘软骨下囊状变和硬化, 不对称性关节间隙狭窄	骨质疏松对称性关节间隙狭窄偶见骨赘	同RA	类似OA特异性表现为脊柱竹节样变和骶髂关节融合	
RF	(-)	(++)	(-)	(-)	(-)
ANA	(-)	(-)	(+++)	(-)	(-)
HLA-B27	(-)	(-)	(-)	(+++)	(-)
关节滑液量	正常→增加	正常→增加	正常→增加	正常→增加	正常→轻微增加
滑液外观	清亮	清亮-浑浊	清亮-浑浊	清亮	亮
细胞计数	<2000	2000~80000	2000~80000	2000~80000	<2000
中性细胞	<25%	>50%, <85%	>50%, <85%	>50%, <85%	<25%

94. 各种关节炎临床表现鉴别

疾病	鉴别诊断
风湿性关节炎	溶血性链球菌感染所引起。多见于青少年。可侵犯心脏, 引起风湿性心脏病, 并有发热、皮下结节和皮疹等表现。关节红、肿、热、痛明显, 不能活动, 发病的部位常常是膝、髌、踝等下肢大关节, 其次是肩、肘、腕关节, 手足的小关节少见; 多关节游走性疼痛, 但疼痛持续时间不长, 几天可消退。血液检查示血沉加快, 抗“O”滴度升高, 类风湿因子阴性。治愈后很少复发, 关节不遗留畸形, 但可并发心脏病变
强直性脊柱炎	主要侵犯脊柱, 但周围关节也可受累。该病有以下特点: ①青年男性多见②主要侵犯骶髂关节及脊柱, 外周关节受累多以膝、踝、髌关节受累为主, 常有肌腱末端炎; ③88%~95%的病人HLA-B27阳性; ④类风湿因子阴性; ⑤骶髂关节及脊柱特有X线改变, 对诊断极有帮助
痛风慢性痛风	有时与类风湿关节炎相似, 痛风性关节炎多见于中老年男性, 常呈反复发作, 好发部位为单侧第一

疾病	鉴别诊断
性关节炎	跖趾关节或跗关节，也可侵犯膝、踝、肘、腕及手关节，急性发作时通常尿酸水平增高，有时可在关节和耳廓等部位出现痛风石
类风湿关节炎	20~45岁女性为多。反复发作的、对称性、多发性小关节炎。以近端指间关节、掌指关节、腕、肘、肩、膝和足趾关节最为多见

95. 骨肿瘤鉴别

疾病	鉴别诊断
骨肉瘤	有成骨性的骨硬化灶或溶骨性破坏，骨膜反应可见Codman三角或呈日光射线现象。属G ₂ T ₁₋₂ M ₀ ，采取综合治疗。术前化疗，病灶切除，术后放疗三部分组成。
软骨肉瘤	宿主骨内膜瘤的不规则破坏是一个重要的特征。属G ₀ T ₁₋₂ M ₀ 者，以手术治疗为主，方法与骨肉瘤相同，对放疗不敏感。
骨纤维肉瘤	最常见于长管状骨。主要症状是疼痛和局部肿胀。病理性骨折是常见并发症，骨髓腔内溶骨性骨破坏，属G ₂ T ₁₋₂ M ₀ 者，采用根治性局部切除或截肢术，化疗和放疗不敏感，预后良好
尤文瘤	为发生于骨干较广泛的溶骨性进行性破坏，骨皮质呈虫蚀样破坏；骨膜增生，有新骨形成，呈板层状或葱皮状。属G ₂ T ₁₋₂ M ₀ 者，对放疗极为敏感；易早期转移，单独应用放疗远期疗效差；化疗预后=差；现采用放疗加化疗和手术（保肢或截肢）的综合治疗

胸心外科

96. 肋骨骨折的治疗

肋骨骨折		治疗
闭合性骨折	单处肋骨骨折	可自愈，治疗重点是止痛固定，鼓励咳嗽、排痰，减少并发症
	多根多处肋骨骨折	小范围胸壁软化：止痛，不需局部压迫包扎；大范围胸壁软化：因反常呼吸致呼吸道堵塞，需紧急清除呼吸道分泌物，必要时气管切开或呼吸机
反常呼吸运动的局部处理	包扎固定法	适用于现场或较小范围的胸壁软化
	牵引固定法	适用于大范围胸壁软化或包扎固定不能奏效者
	内固定法	适用于错位较大、病情危重的患者
	气管插管	无法保证通气及氧合的大面积连枷胸
开放性肋骨骨折的治疗	单根骨折	彻底清创后包扎固定
	突破胸膜者	胸腔闭式引流术
	多根骨折	清创后用不锈钢丝做内固定术

97. 各类气胸的临床表现、诊断、急救及治疗

	闭合性气胸	开放性气胸	张力性气胸（最严重类型）
临床表现及诊断	大量进气则由纵隔推向健侧，患者胸闷、气促，伤侧叩诊鼓音，听诊呼吸音减弱或消失	患者气促、呼吸困难和发绀，以致休克 胸壁伤口开放者，呼吸时能听到空气出入胸膜腔的响声 伤侧叩诊鼓音；听诊呼吸音明显减弱或消失，气管、心脏向健侧移位	患者极度呼吸困难，颈静脉怒张，端坐呼吸；缺氧严重者出现发绀、烦躁不安、窒息、昏迷。体检伤侧胸部饱满，肋间隙增宽，呼吸幅度减低，可有皮下气肿。伤侧叩诊呈鼓音。听诊呼吸音消失。胸部X线检查显示胸膜腔大量积气，肺完全萎陷，气管和心影偏移至健侧 诊断依据：胸膜腔穿刺有高压气体向外冲出，抽气后症状好转，但不久症状又见加重
急救原则及治疗方法	肺压缩小于30%的小量闭合性气胸常不需特	①急救原则： 使开放性气胸变为闭合性气胸；用无菌敷料封盖伤口，再	①急救处理： 立即排气，降低胸腔内压力 危急情况下可用一粗针头在伤侧锁骨中线第2肋

	殊处理；如肺压缩大于30%可以胸穿抽气，减轻对肺和纵隔压迫，促进肺复张。同时应用抗生素预防感染	用胶布或绷带包扎固定。然后胸穿抽气减压 ②进一步治疗： 吸氧、补液，纠正休克；清创、缝合胸壁伤口；胸膜腔闭式引流；疑有胸腔内脏器损伤或活动出血，则需剖胸探查、止血、修复损伤或摘除异物；术后应用抗生素，预防感染；鼓励咳嗽排痰，早期活动	间处刺入胸膜腔。在转送患者过程中，于插入的针头接口处缚扎一橡胶手指套，将指套顶端剪一1cm小口，可起到单项活瓣作用，在呼气时能排气，吸气时闭合，防止空气进入 ②进一步治疗： 放置胸腔引流管，连接水封瓶。有时尚需要用负压吸引装置，以利排净气体。同时应用抗生素，预防感染。经闭式引流后，一般肺裂口可在3~7日内闭合。长时期漏气者应进行剖胸修补术。提示肺、支气管的裂伤较大或支气管断裂，应及时剖胸探查
--	---	--	---

98. 肺癌的临床表现

临床表现	备注
早期肺癌	周围型肺癌往往无任何症状，随着肿瘤的进展，出现不同的症状。临床常见症状包括：咳嗽、血痰、胸痛、发热、气促。其中最常见的症状为咳嗽。血痰常见于中心型肺癌，通常为痰中带血点、血丝或断续地少量咯血；大量咯血则很少见
局部晚期肺癌	压迫或侵犯膈神经，引起同侧膈肌麻痹
	压迫或侵犯喉返神经，引起声带麻痹，声音嘶哑
	压迫上腔静脉，引起上腔静脉梗阻综合征：面、颈部、上肢和上胸部静脉怒张，皮下组织水肿
	胸膜腔种植，可致胸膜腔积液（血性），导致气促；癌肿侵犯胸膜及胸壁，引起持续性剧烈胸痛
	癌肿侵入纵隔，压迫食管，可引起吞咽困难
肺上沟瘤（Pancoast瘤），侵入纵隔和压迫位于胸廓入口的器官或组织，产生剧烈胸肩痛、上肢静脉怒张、水肿、臂痛和上肢运动障碍，也可引起同侧上眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷、面部无汗等颈交感神经综合征（Horner综合征）	
远处转移	脑转移可引起头痛、恶心或其他的神经系统症状和体征；骨转移可引起骨痛、血液碱性磷酸酶或血钙升高；肝转移可导致肝大、碱性磷酸酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶或胆红素升高等；皮下转移时可在皮下触及结节
副瘤综合征	少数肺癌病例，由于肿瘤产生内分泌物质，临床上呈现非转移性的全身症状，如骨关节病综合征（杵状指、骨关节痛、骨膜增生等）Cushing综合征、Lambert-Eaton综合征、男性乳腺增大、多发性肌肉神经痛等。这些症状在切除肺癌后有可能会消失

99. 食管癌

	内容
病理分型	髓质型、缩窄型、蕈伞型、溃疡型
典型症状	进行性吞咽困难，患者逐渐消瘦及脱水
治疗	内镜下治疗、手术治疗、放射治疗、化学疗法、放化疗联合

100. 体外循环的基本组成

组成部分	备注
驱动泵（人工心）	包括滚压泵（操作简单，低流量灌注时流量控制精确）和离心泵（对血液成分破坏小，易于转换为左心辅助模式，进行短期左室辅助）
氧合器（人工肺）	包括鼓泡式氧合器和膜式氧合器（仿生学原理制造的，血液和气体不直接接触，适合长时间体外循环，后者已经逐步取代前者）
变温系统	变温水箱、氧合器的变温器和变温毯组成
滤器	包括动脉微栓滤器（滤除血液微小栓子，减少并发症）和超滤器（滤除多余水分和炎症介质）

101. 心肌保护方法

停跳液	特点	
冷晶体停跳液：原理 (高钾+低温)	高钾	使心肌动作电位不能传到，心脏处于舒张期停搏
	低温	使心肌代谢降低，能耗显著减少
	优点	心肌的形态和功能得到有效保护
	不足	不能为心肌提供充足的氧和能量底物
含血停跳液原理 (含血 4: 1 停搏液)	优点	使心脏停搏于有氧环境，可将无氧酵解降到较低程度；血液中含葡萄糖、乳酸、游离脂肪酸等，可提供物质基础，保护心肌效果确实
	不足	术野清晰度欠佳

102. 二尖瓣狭窄症状体征

二尖瓣狭窄	症状体征
临床表现 (取决于瓣口狭窄程度)	①当瓣口面积缩小至2.5cm ² 左右，静息时可无症状出现 ②瓣口面积小于1.5cm ² 时，出现气促、咳嗽、咯血、发绀等症状，有时可诱发阵发性气促、端坐呼吸或急性肺水肿。还常有心悸、心前区闷痛、乏力等症状
体格检查	视诊：二尖瓣面容。触诊：心前区可扪到收缩期抬举性搏动。心尖区能扪到舒张期震颤。听诊：第一心音亢进和舒张中期隆隆样杂音；肺动脉瓣区第二音常增强；重度肺动脉高压伴有肺动脉瓣功能性关闭不全的舒张早期高调吹风样杂音

103. 二尖瓣关闭不全症状体征

二尖瓣关闭不全	症状体征
临床表现	①出现乏力、心悸、劳累后气促等症状 ②急性肺水肿和咯血的发生率远较二尖瓣狭窄少 ③临床上出现症状后，病情可在较短时间内迅速恶化
体格检查	①心尖区可听到全收缩期杂音，常向左侧腋中线传导 ②第1心音减弱或消失。

104. 主动脉瓣狭窄症状体征

主动脉瓣狭窄	症状体征
临床表现	乏力、眩晕或昏厥、心绞痛、劳累后气促、端坐呼吸、急性肺水肿等症状；可并发细菌性心内膜炎或猝死
体格检查	胸骨右缘第2肋间能扪到收缩期震颤。主动脉瓣区有粗糙喷射性收缩期杂音

105. 主动脉瓣关闭不全症状体征

主动脉瓣关闭不全	症状体征
临床表现	①早期症状为心悸、心前区不适、头部强烈搏动感 ②重度关闭不全者常有心绞痛发作、气促，并可出现阵发性呼吸困难、端坐呼吸或急性肺水肿
体格检查	①胸骨左缘第3、4肋间和主动脉瓣区有叹息样舒张早、中期或全舒张期杂音 ②重度关闭不全者呈现水冲脉、动脉枪击音、毛细血管搏动等征象

神经外科

106. 急性硬膜外血肿的发病机制、症状和体征及诊断与治疗

	内容
发病机制	①急性硬脑膜外血肿多见于额颞、颞顶骨折合并脑膜中动脉或静脉窦破裂的患者 ②颞骨骨折致脑膜中动脉破裂出血和硬脑膜剥离是血肿形成的必要条件
症状和体征	多有典型的昏迷-清醒或好转-昏迷的意识演变过程 早期少有神经系统受累体征，至血肿形成后，出现脑受压和颅压高体征如偏瘫、失语和Cushing三主征。可有伤侧颞部的头皮肿胀，再后出现脑疝的体征
诊断	典型的意识演变经过、脑受压症状、颞部头皮肿胀，X线平片见颞骨骨折，结合CT检查，诊断不困难
治疗	①有明显颅内压增高症状和体征；CT扫描提示明显脑受压的硬脑膜外血肿；小脑幕上血肿量>30ml颞区血肿量>20ml、幕下血肿量>10ml以及压迫大静脉窦而引起颅高压的血肿。 均应钻孔引流或开颅清除血肿 ②如意识好、血肿较小、脑受压轻，可在严密观察下给予脱水、激素、止血等保守治疗。但应警惕血肿增大，所以应及时进行CT复查

107. 急性硬膜下血肿发病机制、症状和体征及诊断与治疗

	内容
发病机制	伤后 3天内 出现症状的硬脑膜下血肿为急性硬脑膜下血肿。因 多由脑挫裂伤发展而来 ，故加速性损伤血肿位于伤处硬脑膜下，而减速性损伤血肿位于对冲部位，后者尤为主要。少数急性硬脑膜下血肿的形成系源于桥静脉的破裂出血
症状和体征	症状似脑挫裂伤，但有进行性的颅内压增高。昏迷时间长或意识进行性恶化，少有中间清醒期。生命体征变化明显，依血肿的部位尚可肢体瘫痪、失语、癫痫等
诊断	原发昏迷时间长或昏迷逐渐加深 ，有脑受压症状和局灶体征，CT在额、颞部硬脑膜下可见 高密度出血影，典型为新月形表现
治疗	病情急重者，一经诊断尽早手术 ①手术方式：依患者症状和CT表现而定，或开颅血肿清除，或钻孔引流 ②如患者神志清楚、生命体征平稳、颅压高症状不突出、血肿小于40ml、中线移位小于1.0cm、受压表现不显著者，也可在严密观察下给予脱水、激素、止血等非手术治疗

108. 高血压脑出血

	内容
手术适应证	包括出血部位、出血量、病情发展速度、意识障碍程度及全身情况等。临床上分为5级
	出血部位： 浅部出血优先考虑手术 ，如皮层下、壳核及小脑出血。急性脑干出血手术很少成功
	出血量： 脑叶出血≥30ml；基底节出血≥30ml；丘脑出血≥10ml；小脑出血≥10ml ；脑室脑出血，引起阻塞性脑积水、铸型性脑室积血者；颅内出血量虽未达到手术指征的容量，但出现严重神经功能障碍者
	病情发展速度： 出血后出现症状早期或恶化后4h内手术效果好 。短时间内即陷入深昏迷，多不考虑手术
	意识障碍程度： 神志清醒不需要手术 。血肿和脑水肿占位效应明显，CT示脑中线移位，有早期脑疝迹象应手术治疗
全身情况：年轻患者应积极手术	
治疗与预后	开颅清除血肿：壳核、脑叶皮质下和小脑出血，常做开颅直视下血肿清除术；血肿清除后一般行减压术 穿刺吸除血肿（可借助CT立体定向方法）：创伤小

109. 急性脊髓损伤的临床表现

	临床表现
脊髓震荡	损伤平面以下感觉、运动及反射完全消失或大部分消失。 数小时或数天后恢复正常，无后遗症
不完全性脊髓损伤	仍保留某些感觉及运动功能
	前脊髓综合征 四肢瘫， 下肢重于上肢 ，下肢及会阴部仍保留部分位置觉及深感觉，预

		后最差
	后脊髓综合征	损伤平面以下运动功能、痛温觉及触觉存在，深感觉部分或全部消失
	脊髓中央管周围综合征	损伤平面以下四肢瘫，上肢重于下肢，没有感觉分离
	脊髓半切综合征 (Brown-Sequard 综合征)	损伤平面以下同侧肢体运动及深感觉消失，对侧肢体痛、温觉消失
完全性脊髓损伤	先有脊髓休克期，2~4 周后出现痉挛性瘫痪，胸段损伤为截瘫，颈段损伤为四肢瘫，上颈段损伤均为痉挛性瘫痪，下颈段损伤上肢为迟缓瘫，下肢为痉挛瘫	
脊髓圆锥损伤	鞍区皮肤感觉丧失，括约肌功能丧失致大小便及性功能障碍，双下肢感觉及运动仍正常	
马尾神经损伤	损伤平面以下迟缓性瘫痪，有感觉及运动功能障碍，括约肌功能丧失，肌张力降低，腱反射消失，病理征 (-)	

110. 急性脊髓损伤的治疗

治疗方式	内容	
非手术治疗	药物治疗	对受伤在 8 小时以内者， 甲泼尼龙冲击治疗
	高压氧治疗	伤后 2 小时内效果最好，一般伤后 4~6 小时内应用也可收到良好的效果
	其他：自由基清除剂、改善微循环药物、兴奋性氨基酸受体阻滞剂等	
手术治疗	只能解除对脊髓的压迫和恢复脊柱的稳定性，目前还无法使损伤的脊髓恢复功能	
	手术的指征	①脊柱骨折-脱位有关节突交锁者；②脊柱骨折复位不满意，或仍有脊柱不稳定因素存在者；③影像学显示有碎骨片突入椎管内压迫脊髓者；④截瘫平面不断上升，提示椎管内有活动性出血者

烧伤外科

111. 烧伤深度的判断

	累及层次	表面	感觉	愈合	总结
I°	仅伤及表皮浅层，生发层健在	红斑状、干燥	烧灼感	3~7 日脱屑痊愈，短期有色素沉着	疼而无疱
浅 II°	表皮生发层、真皮乳头层	红肿，大小不一的水疱，水疱皮如剥脱，创面红润、潮湿	疼痛明显	1~2 周，不留瘢痕，多有色素沉着	疼而有疱
III°	全皮层，可深达肌肉甚至骨骼、内脏器官等	无水疱，呈蜡白或焦黄色甚至炭化，硬如皮革，痂下可显树枝状栓塞的血管	痛觉消失	3~4 周后焦痂脱落形成肉芽创面，必修植皮，多形成瘢痕，且常造成畸形	即不疼，也无疱

112. 烧伤的病理学改变

分期	特点	主要表现	病理	关键
体液渗出期	体液渗出 6~12 小时达高潮，持续约 24~36 小时	较小面积的浅度烧伤：局部组织水肿， 一般对有效循环血量无明显影响	烧伤后立即释放的多种血管活性物质，引起烧伤后微循环变化和毛细血管通透性增加	防治休克
		休克期： II 度、III 度烧伤面积 ：循环血量明显下降，导致血流动力与流变学改变，进而发生休克		
急性感染期	①皮肤、黏膜屏障功能受损；②机体免疫功能受抑制；③机体抵抗力	烧伤感染可来自创面、肠道、呼吸道，或静脉导管等	烧伤后 3~10 天，水肿回吸收期，局部肉芽屏障未形成，伤后渗出使大量营养物质丢失，以及回收	防治感染

分期	特点	主要表现	病理	关键
	降低；④易感性增加：早期缺血缺氧损害		过程中带入的“毒素”等，使人体抵抗力处于低潮	
创面修复期	创面修复过程在伤后不久即开始	机体抵抗力和创面修复能力显著降低，成为发生全身性感染的又一高峰时机	Ⅲ度和发生严重感染的深Ⅱ度烧伤，由于无残存上皮或上皮被毁，创面只能由创缘的上皮扩展覆盖，溶痂时，大量坏死组织液化，适于细菌繁殖，感染机会增多	加强营养，扶持机体修复功能和抵抗力，积极消灭创面和防治感染
康复期	深度创面愈合后形成的瘢痕	严重大面积深度烧伤愈合后，由于大部分汗腺被毁，机体散热调节体温能力下降，在盛暑季节，这类伤员多感全身不适，常需2~3年调整适应过程	深Ⅱ度和Ⅲ度创面愈合后，常有瘙痒或疼痛、反复出现水泡，甚至破溃，并发感染，形成“残余创面”，这种现象的终止往往需要较长时间	康复锻炼、体疗、工疗和整形以期恢复

113. 烧伤严重程度的估计

分度	Ⅱ度面积	Ⅲ度面积	并发症
轻度	10%以下	—	—
中度	11~30% (≤30%)	不足10% (≤10%)	—
重度	31~50% (≤50%)	11~20% (≤20%)	休克，较重复合伤，中重度吸入伤
特重	>50%	>20%	严重并发症

114. 烧伤的液体复苏方案

	内容
液体复苏方案	液体疗法是防治烧伤休克的主要措施
	在按补液公式进行“容量补充”的同时，还可给予心肌保护或心力扶持药物，以进行“动力扶持”
	烧伤补液公式 ①伤后第一个24小时补液量(ml) = 体重(kg) × 烧伤面积(%) × 1.5 + 每日需要水量2000ml；②电解质与胶体比例为2:1；③每日生理需要量2000ml
	液量与时间分配 ①伤后第一个8小时要输入第一个24小时计算总量的一半，余下的一半在后16小时内输入；②第二个24小时的电解质和胶体应为第一个24小时计算总量的一半，水分补充仍为2000ml
广泛深度烧伤	常伴有较严重的酸中毒和血红蛋白尿，为纠正酸中毒和避免血红蛋白降解产物在肾小管的沉积，在输液成分中可增配1.25%碳酸氢钠

115. 烧伤吸入性损伤的分期

分期	时程	病程(病程是连续的，但有阶段性)
即期	6小时	急救阶段，应立即纠正缺氧，防止窒息
中期	6~48小时	水肿期，严重声门水肿——最主要的生命危象，易并发急性呼吸衰竭
肺部感染期	始于伤后48小时，持续时间不定	
黏膜脱落和修复期	1个月以上	假膜性支气管、气管炎，坏死黏膜反复脱落，阻塞气道，诱发支气管痉挛。严重者由于大量出血，血块阻塞气道而致死。易并发肺部感染

整形外科

116. 伤口愈合的类型

分类	特点
一期愈合	在创伤发生后数小时内关闭的伤口可以一期愈合。通过直接缝合或其他机械方法使伤口边缘对合。当胶原合成、沉积与交联保持正常时，伤口可获得长期牢靠的愈合
延迟性一期愈合	延迟性一期伤口愈合，当伤口有污染或者边缘不整齐时，保持伤口开放，以防止伤口感染。皮肤与皮下组织伤口不予闭合，依赖宿主抵抗力清洁伤口后再关闭伤口
二期愈合	在二期愈合过程中，全层缺损的开放伤口通过伤口收缩和上皮化可以使之封闭。关于伤口收缩使伤口变小的机制有多种解释。目前认为肌成纤维细胞起关键的作用
非全层皮肤伤口的愈合	非全层皮肤伤口累及表皮和真皮浅层，主要通过上皮化修复。通过皮肤附件、毛囊、皮脂腺上皮细胞的复制覆盖暴露的皮肤创面

117. 鉴别皮瓣血运的方法

方法	内容	
临床观察	临床观察指标包括移植皮瓣的皮肤颜色、温度、肿胀程度、毛细血管充盈反应、血管搏动及出血特点等	
仪器监测	皮温测定方法	目前有红外线温度计和热电偶温度计，常用热电偶温度计测量皮瓣温度。当动脉阻塞时，皮瓣中段的温度比周围正常皮肤温度低 3℃；当静脉回流障碍时，皮瓣温度下降 1~2℃；如果皮瓣近端和远端温度相差 3℃，表明有血液循环障碍
	代谢的测定方法	①经皮氧分压测定；②经皮下 pH 测定：pH 检测方法能直接观察组织的代谢情况，当 pH 下降 0.35 时，移植皮瓣将可能发生坏死
	光电测定方法	包括多普勒血流仪、光反射体积描记仪和反射分光光度仪等，都能监测皮瓣血液循环的改变
其他监测方法包括生物染料法、放射性核素方法、电磁血流法、放射性微球测量法、X 线造影及显微镜观察等方法		

118. 黑痣的病理分型与临床表现

病理分型*	临床表现
交界痣、皮内痣及混合痣	<p>交界痣：黑痣的早期发育阶段，位于表皮与真皮交界处</p> <p>①常于婴幼儿和儿童期出现，位于表皮与真皮交界处</p> <p>②边界清楚，呈淡褐色或黑色的斑点</p> <p>③一般不发生恶变，有潜在的恶变机会</p> <p>皮内痣：</p> <p>①成人痣的常见类型</p> <p>②半球形隆起淡褐色小肿块，表面光滑，直径多在 1.0cm 之内</p> <p>③很少有恶变</p> <p>混合痣：</p> <p>①多见于中青年，具有交界痣和皮内痣的特点</p> <p>②为高出皮面的褐色或黑色的丘疹或斑丘疹，界限清楚，痣细胞可扩展至真皮下以至皮下脂肪组织内</p> <p>③这种痣有癌变的可能</p>
先天性黑色素细胞痣	<p>①出生时即存在，痣的面积较大</p> <p>②通常表现为大于 1.0cm 的黑褐色、黑色隆起的斑块，边界清楚，色泽均匀，可有毛发生长</p> <p>③组织学上先天性黑色素细胞可累及真皮、皮下组织、皮肤附件以及神经血管</p>
巨型先天性黑色素细胞痣	<p>①是一种出生时即已存在的面积巨大为特征的先天性黑色素痣，面积在 144cm² 以上，或直径超过 20cm，或肢体、躯干痣面积大于 900cm²，称为“巨痣”</p> <p>②多发生在整个肢体、全头皮、肩部及躯干大部</p> <p>表现为黑色或棕褐色的不均匀的颜色，痣累及的皮肤增厚粗糙，高低不平，质地柔软，常有中等量毛发，周围有散在的小量病灶</p> <p>③恶变率 1%~12%不等</p>
太田痣	<p>①半数以上的患者出生时即被发现，或儿童时期表现出来，表现为棕色、灰色及蓝色斑点组成的斑片，病灶边界不清</p>

	②一种常在三叉神经周围分布一致的真皮层黑色素细胞增多的疾病，故又称 眼上颌青褐色痣 ③太田痣生长缓慢，无恶变倾向
--	--

119. 头皮撕脱的治疗原则

头皮撕脱伤	处理原则
早期处理	首先应测定其血压、脉搏、呼吸，并同时检查颅骨有无骨折与脑损伤的症状与体征，如神志、瞳孔对光反射等。 急救对应给予镇痛剂，立即止血，预防及治疗休克。 注射破伤风抗血清，给予抗菌药。严重者一般宜在全麻下清创，术时给予输血，静滴抗菌药 清创原则与面部伤和头皮裂伤相同。 一般应争取在 12 小时以内进行，超过 12 小时者，如已得到适当治疗，创面较清洁者，仍可按初期清创原则进行 头皮全部完整被撕脱者，如不去除帽状腱膜和皮下组织，一般均不能成活。头皮整块坏死后，反使创面发生严重感染，增加患者痛苦。理想的方法是用显微外科技术，分离撕脱头皮的动、静脉与颞浅血管吻合
晚期治疗	①未能得到早期处理或早期处理不当的感染创面伴有全身症状（疼痛、发热、食欲减退等）者，应积极处理创面，全身给予抗菌药及支持治疗。 最主要的是除去感染源，坏死或感染的头皮应立即切除，创面进行湿敷引流，以清除局部感染。 ②如有颅骨外露，待感染控制后，可凿除外板直达出血的创面，或用钻孔的方法促使肉芽生长，待肉芽布满创面，尽早植皮。 ③如并发眼睑、眉毛与外耳部组织缺损造成畸形。将头皮创面消灭后修复。 ④全头皮撕脱，消除创面后，多须佩戴假发

120. 褥疮的治疗原则

治疗方法	治疗要点
保守治疗	褥疮在红斑期和水泡期治疗主要是防止进一步发展 ① 局部治疗 ：解除局部受压、勤翻身。电吹风、红外线灯照射、小功率激光照射，可改善血液循环 ② 全身治疗 ：主要应纠正贫血，加强营养等 溃疡浅表范围小的褥疮，经过精心的护理和治疗可获自愈
手术治疗	手术治疗的原则是彻底切除溃疡，连同周围瘢痕组织及滑液囊一并切除。 ① 臀部旋转皮瓣修复术 ：适合于骶部褥疮不大、无法直接缝合者。手术切除溃疡及周围的瘢痕组织，在其腰部或臀部设计一旋转皮瓣，游离后推进皮瓣覆盖创面 ② 臀大肌上部肌皮瓣法 ：以臀上动脉为轴设计皮瓣，根据褥疮切除创面的大小设计臀上肌上部肌皮瓣的范围

121. 小腿慢性溃疡

小腿慢性溃疡	内容				
定义	小腿胫前皮肤软组织损伤合并慢性感染，创面经久不愈称为小腿慢性溃疡				
好发部位	小腿溃疡多发生小腿下 1/3 部位				
发病原因 ★★★★☆☆	小腿开放性骨折伴软组织广泛的挫伤、小腿大面积的皮肤撕脱伤、下肢静脉曲张、血栓性闭塞性脉管炎、糖尿病血管硬化等原因均可导致小腿慢性溃疡的发生。对经久不愈的溃疡，有菜花样生长及恶臭者应考虑恶性变，可早期活检确诊				
治疗原则 ★★★★★	首先应明确病因，在清除病因的基础上进行一般性全身治疗和局部治疗 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">全身性治疗</td> <td>包括补充营养、卧床休息、抬高患肢以及局部创面的处理。全身治疗应对糖尿病、脉管炎、结核等病进行病因治疗，术后常规应用抗菌药</td> </tr> <tr> <td>手术治疗</td> <td> 是慢性溃疡局部治疗的最终措施。手术切除范围应彻底，不可仅限于溃疡创面，须达到四周的健康组织，一般创面较深，常有骨质外露，多选用带蒂皮瓣移植方法 ①游离植皮术：适合于小腿溃疡创面浅，又有新鲜肉芽组织者。 ②双蒂滑行皮瓣（桥形皮瓣）：适用于小腿胫前慢性溃疡伴有胫骨外露的椭圆形创面。 ③筋膜皮瓣修复术：适用于小腿胫前溃疡无法植皮者 </td> </tr> </table>	全身性治疗	包括补充营养、卧床休息、抬高患肢以及局部创面的处理。全身治疗应对糖尿病、脉管炎、结核等病进行病因治疗，术后常规应用抗菌药	手术治疗	是慢性溃疡局部治疗的最终措施。 手术切除范围应彻底，不可仅限于溃疡创面，须达到四周的健康组织，一般创面较深，常有骨质外露，多选用带蒂皮瓣移植方法 ① 游离植皮术 ：适合于小腿溃疡创面浅，又有新鲜肉芽组织者。 ② 双蒂滑行皮瓣（桥形皮瓣） ：适用于小腿胫前慢性溃疡伴有胫骨外露的椭圆形创面。 ③ 筋膜皮瓣修复术 ：适用于小腿胫前溃疡无法植皮者
全身性治疗	包括补充营养、卧床休息、抬高患肢以及局部创面的处理。全身治疗应对糖尿病、脉管炎、结核等病进行病因治疗，术后常规应用抗菌药				
手术治疗	是慢性溃疡局部治疗的最终措施。 手术切除范围应彻底，不可仅限于溃疡创面，须达到四周的健康组织，一般创面较深，常有骨质外露，多选用带蒂皮瓣移植方法 ① 游离植皮术 ：适合于小腿溃疡创面浅，又有新鲜肉芽组织者。 ② 双蒂滑行皮瓣（桥形皮瓣） ：适用于小腿胫前慢性溃疡伴有胫骨外露的椭圆形创面。 ③ 筋膜皮瓣修复术 ：适用于小腿胫前溃疡无法植皮者				

小儿外科

122. 急性肠套叠

急性肠套叠	内容
发病率	4~10个月的婴儿最多见。春秋季节发病率较高
病理	①近端肠管套进远端肠管内，有极少数病例肠套叠可以是逆行的 ②肠套叠的外管部分称肠套叠鞘部；肠的近端套入其中，进到里面的部分称套入部；肠管从外面卷入处，名为套叠颈部，而肠套叠的进入部最远点称为肠套叠头部 ③类型：回盲型：约占总数的50%~60%；回结型：约占30%；回回结型：占10%左右；小肠型；结肠型；多发型肠套叠 ④很少有自动复位者，甚至可以自肛门脱出
临床表现	①婴儿肠套叠：起病急骤，忽然哭闹不安、阵发性发作、呈异常痛苦的表情。蠕动波过后，小儿安静下来；疼痛开始发作后呕吐；便血为婴儿肠套叠的重要症状，为稀薄黏性果酱样便；腹腔内肿块多位于右侧上腹部肝下；在发病超过1~2天的病例，套叠近端的小肠严重充气，腹部出现明显的膨胀。肠壁坏死时可产生腹膜炎，出现肌紧张；早期面色苍白、烦躁不安。晚期精神萎靡，表现呆钝，伴有高热，严重的脱水、中毒、休克等； ②儿童肠套叠：儿童肠套叠发病的过程缓慢，呈亚急性肠梗阻，阵发性的腹痛，能明显触及腹部肿块，便血较少见，偶有呕吐
诊断	阵发性腹痛、呕吐、便血和腹部触及腊肠样肿块。X线空气灌肠及B超检查对肠套叠的诊断有决定性的作用。
治疗	①空气灌肠复位法： • 适应证：病程不超过48小时而全身情况尚好的病例 • 禁忌证：发病超过48小时而全身情况显著不良者；腹部有腹膜刺激征；腹部异常膨胀，X线透视可见小肠严重积气、张力性液平面者；试用空气灌肠时如逐步加压至13.3kPa（100mmHg），而肠套叠阴影仍不移动、形态不变者，就应放弃注气法而改用手术治疗 • 复位的鉴定=上述的X线表现+以下几点 a. 拔出气囊肛管后，小儿排出大量臭气和一些紫红色黏液，并夹带大量黄色粪液 b. 患儿很快入睡，不再有阵发性哭闹 c. 腹部扪诊原有肿块不能再触及 d. 碳剂试验：口服0.5~1g活性炭，在肠套叠已整复的患儿，炭末将于6~8小时后由肛门排出，或于6小时后灌肠液中找到黑色炭末 • 注：空灌肠的复位率可达90%以上。空气整复法可并发肠穿孔。发现穿孔后应立即于剑突下插针排气，然后手术修补 ②手术治疗：晚期严重或用空气灌肠没有达到复位的病例 • 术前准备：对症处理 • 术中如肠管未坏死，即行手法挤压复位术。如阑尾有轧伤，呈现水肿和淤血时，可将其切除 • 晚期肠套叠肠管已坏死或高度水肿，尽力争取做肠切除一期吻合术

123. 慢性肠套叠

慢性肠套叠	内容
发病率	慢性肠套叠是指病期延续2周以上至几个月的病例，一般多发生于大龄儿童及成年人
病因	肠管有器质性病变者多见，如紫癜、血肿、息肉和肿瘤
病理	年长儿童发生回结型肠套叠时，套入部的回肠腔仍可保持部分通畅，早期很少发生坏死。有些慢性肠套叠可以自动复位，反复发作
临床表现	①隐痛或间隔时间不定的绞痛 ②反射性呕吐，或有间歇性、不规则呕吐 ③粪便可长期无血或仅有少量黏液带血 ④腹部检查：一般腹胀不明显，绞痛发作时触诊常能触及肿块，肿块的位置多处于沿结肠框部位，在不同的时间检查，位置可能发生改变
诊断	①有黏液带血者有时考虑为结肠炎、菌痢或阿米巴痢疾 ②有阵发性腹痛者可能想到胆道蛔虫

	③有肿块者往往怀疑为肿瘤、蛔虫团或结核性肿块等 ④钡剂灌肠X线检查可确诊，多能见到典型的肠套叠阴影，杯口状、钳状、细长条状或螺旋状
治疗	慢性肠套叠应施行手术治疗，手术应尽可能将病因去除。往往需要做肠切除术；无器质性者只需做整复手术

124. 小儿急性阑尾炎特点：阑尾炎早期症状不明显。腹痛多从脐周开始，疼痛转向右下腹引起持续性疼痛，偶有粪石在阑尾腔存留或有蛔虫梗阻，疼痛呈阵发性加剧。持续性或间断性高热提示阑尾穿孔，穿孔后腹部呼吸减弱，肠鸣音消失，全腹肌紧张、压痛、反跳痛。炎症刺激乙状结肠促使排便次数增加。

125. 先天性胆总管囊肿：腹痛、黄疸、腹部肿块为此病的3个典型症状。

先天性胆总管囊肿的诊断

诊断方式	内容
实验室检查	血清胆红素、碱性磷酸酶、肝功能、血淀粉酶等
X线钡餐	囊肿型>5cm者，可见到十二指肠受压移位
B超	可清楚显示肝外胆道的异常，无损伤、可重复，故为首选
CT	可显示胆总管的直径、形态
经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)	可观察胆总管腔内病变，壶腹和十二指肠乳头有无异常
经皮肝胆道造影(PTC)	术前PTC目的： ①了解肝内胆管囊性扩张的部位 ②了解有无胰胆合流异常 ③了解胆总管远端狭窄的程度 术后PTC目的： ①了解胆肠吻合口有无狭窄 ②有无残留结石 ③可作再次手术的准备