

外科主治医师 —— 精编口袋书

100 个精选知识点

医学教育网 著

北京正保医教科技有限公司 版权所有

精编口袋书

- 1.甲状腺分左右两叶，由甲状腺峡部相连，位于**第2和第3**气管软骨环之间
- 2.食管癌中晚期临床表现：**进行性吞咽困难**。
- 3.食管癌的诊断：**纤维胃镜+活检是确诊食管癌的首选方法**。
- 4.十二指肠溃疡 DU——饥饿痛：疼痛在两餐之间发生，持续至下餐进食后缓解；部分在午夜发生（夜间痛）。补充：**疼痛——进食——缓解**。
- 5.胃溃疡 GU——餐后痛。补充：**进食——疼痛——缓解**。
- 6.消化道大出血最常见的病因亦是消化性溃疡，原因：溃疡侵蚀血管。**消化性溃疡最常见的并发症是：出血**。
- 7.消化性溃疡手术适应证：①并发消化道大出血经药物、内镜及血管介入治疗无效；②急性穿孔、慢性穿透溃疡；③**瘢痕性幽门梗阻**，内镜治疗无效；④GU疑有癌变。
- 8.消化性溃疡胃大部切除术。①**毕I式**：术后将残留胃直接和十二指肠吻合；②**毕II式**：术后将残留胃和上端空肠吻合，十二指肠残端缝合。
- 9.胃大部切除术后早期并发症：①**术后出血**；②**十二指肠残端破裂**；③**肠胃壁缺**

血坏死、胃肠吻合口破裂或漏；④术后梗阻；⑤胃瘫。

10.胃大部切除术后远期并发症：①倾倒综合征；②碱性反流性胃炎；③吻合口溃疡；④残胃癌；⑤营养性并发症。

11.代谢性碱中毒的血气分析：**失代偿时**，血液 pH 和 $[\text{HCO}_3^-]$ 值升高， PCO_2 正常；部分失代偿时，血液 pH、 $[\text{HCO}_3^-]$ 和 PCO_2 均增高。

12.呼吸性酸中毒的血气分析。**急性**：pH 明显下降， PCO_2 增高，血浆 $[\text{HCO}_3^-]$ 正常。**慢性**：pH 下降不明显， PCO_2 增高，血浆 $[\text{HCO}_3^-]$ 增加。

13.呼吸性碱中毒的血气分析：**血 pH 增高**， PCO_2 和 $[\text{HCO}_3^-]$ 下降。

14.输血的适应证急性出血：急性出血为输血的主要适应证，特别是严重创伤和手术时出血。**当失血量超过总血量 20% (1000ml) 时，应及时输注适量全血。**

15.**输血过敏反应主要为抗原抗体反应**，特点是输入几毫升全血或血浆后立刻发生，表现为咳嗽、呼吸困难、喘鸣、面色潮红、腹泻腹痛、神志不清，甚至休克，可危及生命。

16.红细胞输血：**主要有浓缩红细胞和洗涤红细胞**。浓缩红细胞主要是用于血容量正常需补充红细胞的贫血，如各种慢性贫血；洗涤红细胞由于移除了大部分白

细胞，因此适用于有白细胞抗体或原因不明的输血反应的患者。

17.血小板输血**适应证**：因骨髓衰竭引起的血小板减少并发活动性出血的患者，血小板计数 $< 10 \times 10^9/L$ ；因骨髓衰竭引起血小板减少又需要作外科手术时，应施行血小板输血以维持血小板计数 $> 50 \times 10^9/L$ 。

18.输血血浆成分主要有**新鲜冷冻血浆 (FFP)** 和**普通冰冻血浆 (FP)**，主要用于补充不稳定的和（或）稳定的凝血因子，或同时补充凝血因子和血容量。

19.**自身输血是指收集患者自身的血液或术中失血**，然后再回输本人的方法。它有简便、安全、有效的优点。

20.**休克指数**[脉率/收缩压（以 mmHg 计算）]可以帮助判断有无休克及休克程度。0.5 以下，表示无休克；超过 1.0~1.5，表示存在休克；在 2.0 以上，表示休克严重。

21.**中心静脉压**（正常值 0.49~0.98kPa，5~10cmH₂O）在低血压时，中心静脉压低于 0.49kPa(5cmH₂O)时，表示血容量不足；高于 1.47kPa(15cmH₂O)时，则提示心功能不全、静脉血管床过度收缩或肺循环阻力增高；高于 1.96kPa(20cmH₂O) 时，则表示存在充血性心力衰竭。

22. **低排高阻型** (低动力型) 感染灶的代谢产物使肺等脏器小静脉收缩, 返回左心的血量减少和动脉压下降, 同时毛细血管通透性增加, 血浆渗入组织间隙, 也可使血容量减少, 引起休克。特征是周围血管阻力增加而心排血量降低。

23. **高排低阻型** (高动力型) 感染灶释放出某些扩血管物质, 使微循环扩张, 外周阻力降低, 血容量相对不足, 机体代偿性地增加心排血量, 以维持组织的血液灌注。特征是周围血管阻力降低而心排血量增加。

24. 局麻药引起**局麻药毒性反应**常见的原因有: ①一次用量超过患者的耐受量; ②误入血管内; ③作用部位血供丰富; ④患者耐受力降低。

25. 成人 24 小时尿量少于 400ml 为少尿, 不足 100ml 为无尿。

26. 中度、重度烧伤, 可继发胃、十二指肠的急性炎症及溃疡, 又称**柯林(Curling) 溃疡**。

27. 脑伤、颅内手术或脑病变, 可继发胃、十二指肠或食管的急性炎症, 又称**库欣(Cushing) 溃疡**。

28. 手术可分为 3 种: ①**择期手术**: 如胃、十二指肠溃疡病的胃大部切除术; ②**限期手术**: 如恶性肿瘤的手术; ③**急诊手术**: 如外伤脾破裂手术。

29.手术患者的**切口种类**分为：(1) 清洁切口，用“Ⅰ”表示，如甲状腺大部切除术；(2) 可能污染切口，用“Ⅱ”表示，如胃大部切除术；(3) 污染切口，用“Ⅲ”表示，如阑尾穿孔手术切口。

30.**切口的愈合分为3级**：甲级愈合用“甲”表示，指愈合良好的切口；乙级愈合用“乙”表示，指愈合处有炎性反应如红肿、硬结、血肿、积液等，但未化脓；丙级愈合用“丙”表示，指切口化脓，需作切开引流的切口。

31.缝线拆除的时间，依据切口的部位、局部血液供应情况、患者的年龄决定：
一般**头、面、颈部**在术后4~5天拆线；**下腹及会阴部**6~7天；**胸部、上腹部、背部和臀部**7~9天；**四肢部**10~12天(近关节部位可延长一些时间)；**减张缝线**14天拆除。

32.手术前或手术时安置一些引流物(胃肠减压管、导尿管、胸腹腔引流管)。**乳胶片引流**，一般在术后1~2天拔除；**胃肠减压管**，一般在肠道功能恢复、肛门排气后，即可拔除。

33.**外科感染常见致病菌葡萄球菌为革兰阳性**，其中金黄色葡萄球菌致病力极强，常引起疖、痈、伤口感染等多种感染。其感染的特点是局限性组织破坏，脓液稠

厚、黄色、不臭，易发生转移性脓肿。

34. **外科感染常见致病菌链球菌为革兰阳性**，溶血性链球菌、绿色链球菌和粪球菌最常见，常引起丹毒和急性蜂窝织炎等，脓液稀薄、淡红色、量较多，一般不发生转移性脓肿。

35. 肿瘤的**直接蔓延** 是肿瘤细胞与原发灶相连续的扩散生长。

36. 肿瘤的**淋巴道转移** 多数情况为区域淋巴结转移，但也可呈跳跃式而转移至第2、第3站淋巴结。肿瘤细胞可以穿过淋巴结或绕过淋巴结。

37. 肿瘤的**种植性转移** 肿瘤细胞脱落后在体腔或空腔脏器内的转移，最多见的是胃癌种植到盆腔。

38. 肿瘤的**血行转移** 静脉内压力低且常无静脉瓣，故脱落的肿瘤细胞极易进入，随体腔压力与血流压力的改变而流动。腹内肿瘤可经门静脉系统转移到肝；四肢肉瘤可经体循环静脉系统转移至肺；肺癌可随动脉系统而至全身，播散到骨、脑等。

39. 心肺复苏

(1) 保持呼吸道通畅(A) 解除舌后坠和清除呼吸道内的分泌物、呕吐物等。

(2) 进行人工呼吸(B) 口对口(鼻)人工呼吸最适用于现场复苏。CPR 最初 6~12 分钟, 单纯胸廓按压起伏所形成通气可维持接近正常的 MV。

(3) 建立人工循环(C) 主要方式有胸外心脏按压、胸内心脏按压, 100 次/分, 按压幅度 4~5cm, 心外按压: 人工呼吸=30: 2。

40.**超急性排斥反应**: 是不可逆的体液免疫反应。移植器官血流恢复后, 数分钟或数小时, 甚至 1~2 天, 功能突然丧失, 器官表面变紫色, 出现斑块, 质地变软, 失去丰满饱胀感。

41.**血管瘤**是以血管内皮细胞等增殖形成的良性肿瘤, 是由中胚叶组织发展而来。可发生于头面、四肢、肌肉、内脏等部位, 分为毛细血管瘤、海绵状血管瘤、混合性血管瘤和蔓状血管瘤。

42.**脂肪瘤**是脂肪组织组成的一种良性肿瘤, 多位于皮下、腹膜后, 也可发生于内脏, 皮下好发于肩、背、臀部, 呈扁圆形或分叶状, 与表皮无粘连, 边界清楚, 发展缓慢, 极少恶变。一般无需处理, 必要时手术摘除。

43.选择性冠状动脉造影用于**确定冠状动脉硬化及其阻塞病变的部位、范围和严重程度**, 对决定冠状动脉旁路移植术指征和手术方法有重要价值。

44. **选择性脑血管造影**主要用于颅内肿瘤、脓肿、血肿、动脉瘤、动静脉畸形、动脉阻塞性病变以及颅脑外伤后等的诊断和定位。

45. **灌注药物治疗主要适用于以下几种情况：**

(1) 消化道出血 常用药物为血管升压素等。

(2) 恶性肿瘤的抗癌药物灌注 常用药物为氟尿嘧啶、表阿霉素、丝裂霉素等。

(3) 溶栓治疗 常用药物如链激酶、尿激酶、蝮蛇抗栓酶等。

(4) 肠缺血 如肠系膜血管闭塞以及周围血管痉挛性疾病，常用药物如罂粟碱、妥拉唑啉等。

46. **颈部淋巴结**

(1) 颌下淋巴结，收集颈部、下唇、下颌牙齿、舌尖等处淋巴。

(2) 颌下淋巴结，收集上唇、鼻部、颊部、口腔底部等处淋巴。

(3) 颈浅淋巴结，在颈外静脉附近，收集耳、腮腺、下颌角等处的淋巴。

(4) 颈深淋巴结，分上、下两群，沿颈内静脉排列，除收集咽、扁桃体、喉、气管、甲状腺等处淋巴外，上述三组淋巴结的输出管也都汇合注入于此。

47. **动脉损伤临床表现：**猛烈出血，可致死；外口狭小时，形成大血肿；动静脉

同时损伤，导致动静脉瘘。

48. 静脉损伤临床表现

- 1) 出血：可致死。
- 2) 空气栓塞：损伤局部可闻吸吮声。
- 3) 患者恐惧、呼吸急促、脉快、胸痛，可致心脏停搏。

49. **气管损伤临床表现** 呼吸困难。伤口流出带泡沫的血性液体，可发生窒息及皮下气肿。处理原则 保持呼吸道通畅，迅速清理呼吸道积血，缝合伤口，必要时行气管切开。

50. 甲状腺有**合成、贮存和分泌甲状腺素**的功能。

51. 甲状旁腺**分泌甲状旁腺素**，其生理功能是调节体内钙的代谢，维持体内钙和磷的平衡。

52. 甲亢的外科治疗适应证

- (1) 继发性甲亢或高功能腺瘤。
- (2) 中度以上的原发性甲亢。
- (3) 腺体大，伴有压迫症状或胸骨后甲状腺肿伴甲亢。

(4) 抗甲状腺药物或 ^{131}I 治疗后复发者。

(5) 妊娠早、中期，有上述指征者。

53. 甲亢术后并发症呼吸困难和窒息 多发生于**术后 48 小时内**。

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；⑤气管痉挛。处理：剪开缝线、敞开切口、清除血肿，同时进手术室止血，必要时行气管切开。

54. 甲亢术后并发症**喉返神经损伤** 挫夹、牵拉或血肿压迫所致损伤为暂时性，3~6 个月可恢复；一侧损伤所致声嘶，可由健侧代偿而好转；双侧损伤导致声带麻痹引起的失声和呼吸困难，需气管切开。

55. 甲亢术后并发症**喉上神经损伤** 引起音调降低、饮水呛咳，一般经理疗后可自行恢复。

56. 甲亢术后并发症**手足抽搐** 甲状旁腺被误切、挫伤或血供受影响，致使甲状旁腺功能低下；一般在术后 1~3 天出现。

57. **甲状腺危象** 与术前准备不充分有关。治疗：①碘剂：口服碘剂，紧急时用

10%碘化钾 5~10ml 加入 10%葡萄糖溶液 500ml 中静脉滴注；②给予激素；

③静脉应用普萘洛尔；④适当给予镇静剂；⑤降温；⑥静脉输入大量葡萄糖溶液；

⑦吸氧；⑧出现心功能不全者给予毛花苷丙(西地兰)等。

58.甲状腺癌晚期可因压迫喉返神经、气管、食管和颈交感神经而出现声嘶、呼吸困难、吞咽困难和 **Horner 综合征**。局部转移为颈部淋巴结，远处转移常为扁骨，有时转移灶为首发症状。

59.甲状腺癌的辅助检查**细针穿刺细胞学检查**：甲状腺癌诊断正确率 80%，但误诊率高。

60.急性乳腺炎**脓肿形成后及时切开引流**。注意：确定脓肿形成及位置；在乳腺腺体上选取轮辐方向放射状切开；乳腺多间隔脓肿尽量使其相互通畅，最好在脓腔最低处或另做切口对口引流。

61.**手术治疗对早期乳腺癌为首选治疗手段**。早期肿瘤且患者符合行保乳手术条件的，可行乳腺局部广泛切除+腋窝淋巴结清扫术+术后放疗。

62.乳腺癌化学治疗根据患者的分期及以往治疗情况可选用不同的**化疗方案**，如 CMF（环磷酰胺+甲氨蝶呤+氟尿嘧啶）、CAF（环磷酰胺+阿霉素+氟尿嘧啶）、TA（紫杉醇+阿霉素）、NA（长春瑞滨+阿霉素）等。

63.乳腺癌内分泌治疗治疗方法主要包括**去势治疗和药物治疗**，去势治疗包括手术切除卵巢或放射线照射卵巢和药物去势，使卵巢失去分泌雌激素的作用；药物治疗目前最常用的为他莫昔芬和孕酮类，对 ER 阳性患者目前建议术后连续服用 5 年他莫昔芬。

64.血栓闭塞性脉管炎按肢体缺血程度分为 3 期，**第 1 期(局部缺血期)** 患肢麻木、发凉、轻度间歇性跛行，可反复出现游走性浅静脉炎。检查发现患肢皮温稍低，色泽较苍白，足背或胫后动脉搏动减弱。此期功能性(痉挛) 大于器质性因素。

65.血栓闭塞性脉管炎按肢体缺血程度分为 3 期，**第 2 期(营养障碍期)** 症状加重，间歇性跛行明显，疼痛转为持续性静息痛，夜间剧烈。检查患肢皮温显著降低、色泽苍白，或出现紫斑、潮红，小腿肌萎缩，足背或胫后动脉搏动消失。

66.血栓闭塞性脉管炎按肢体缺血程度分为 3 期，**第 3 期(坏死期)** 症状继续加重，患肢趾(指) 端发黑、坏疽、溃疡形成，疼痛剧烈呈持续性。此期动脉完全闭塞，侧支循环不能保证趾(指) 存活。

67.血栓闭塞性脉管炎的检查**特殊检查**：多普勒超声检查，肢体血流图，动脉造

影表现为多发性节段性肢体远端小动脉狭窄或闭塞，周围的侧支血管呈树根状。

68.急性动脉栓塞的临床表现可概括为 **5 个 “P”**，疼痛(pain)、无脉(pulselessness)、苍白(pallor)、感觉异常(paresthesia)、麻痹(paralysis)。

69.**大隐静脉瓣膜功能试验**(Trendelenburg 试验)：排空下肢静脉血，于大腿根部扎止血带，压迫大隐静脉，让患者站立，10 秒钟内放开止血带，如出现自上而下的静脉曲张，则表示静脉瓣膜功能不全。如未放开止血带前就见止血带下方静脉 30 秒内充盈，表示交通静脉瓣膜关闭不全。

70.**深静脉通畅试验**(Perthes 试验)：于大腿中上部扎止血带，让患者用力踢腿或做下蹲运动 10 余次，如静脉曲张更明显，张力增高，表示深静脉不通畅。

71.**交通瓣膜功能试验**(Pratt 试验)：患者仰卧抬高患肢，在大腿根部扎止血带，从足趾向腘窝缠第 1 根弹力绷带，从止血带向下缠第 2 根弹力绷带，让患者站立，一边向下解开第 1 根绷带，一边向下缠第 2 根绷带，如两根绷带之间出现曲张静脉，表示该处交通静脉功能不全。

72.**易复性疝**：腹压增加时出现，平卧、休息或用手可还纳。

73.**难复性疝**：腹外疝的内容物反复脱出，使疝囊颈受摩擦而损伤，并产生粘连，

使内容物不能完全还纳。内容物多为大网膜。巨大疝内容物较多，腹壁丧失抵挡内容物脱出的作用，也常难以还纳。盲肠、乙状结肠或膀胱下移成为疝囊壁的一部分，称滑动性疝，亦属难复性疝。

74. **嵌顿性疝**：疝环小而腹内压突然增高时，疝内容物强行扩张，囊颈进入疝囊，随后囊颈弹性收缩，将内容物卡住，使其不能还纳。可发生肠梗阻。

75. 如嵌顿的内容物仅为肠壁的一部分，称为**肠管壁疝**(Richter 疝)；嵌顿的内容物是小肠憩室(通常是 **Meckel 憩室**)，称 **Littre 疝**；嵌顿的肠管包括几个肠襻，或呈 W 形，称为逆行性嵌顿疝或 **Maydl 疝**。

76. **绞窄性疝**：嵌顿不及时解除，疝囊内的肠管及其系膜受压不断加重可使动脉血流减少以致完全阻断，而发生肠壁坏死，伴有肠梗阻。

77. 腹股沟疝加强腹股沟管前壁的方法是 **Ferguson 法**(在精索前方将腹内斜肌下缘和联合腱缝至腹股沟韧带上)。

78. 腹股沟疝加强腹股沟管后壁的方法有 3 种：

A. **Bassini 法**：把腹内斜肌下缘和联合腱缝至腹股沟韧带上，精索置于腹内斜肌和腹外斜肌腱膜之间。

B.Halsted 法：与 Bassini 法相近，但把腹外斜肌腱膜也在精索后方缝合，精索移至皮下。

C.McVay 法：在精索后方把腹内斜肌下缘和联合腱缝至耻骨梳韧带上，多用于巨大斜疝、复发疝和股疝患者。

79.嵌顿性疝在如下情况时可**试行手法复位**：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。除此之外应考虑及时行手术治疗。

80.炎症性急腹症

起病慢，呈持续性。病变部位有固定压痛，腹膜刺激征局限于病变局部，体温及白细胞升高。

81.穿孔性急腹症

腹痛多突然发生或加重，呈持续性剧痛，常伴有休克。腹膜刺激征明显，可有气腹和腹腔渗出液。

82.梗阻性或绞窄性急腹症

起病急、腹痛剧烈，绞痛性、阵发性加重；伴呕吐、腹胀，早期无腹膜刺激征。

胆道梗阻时有梗阻性黄疸。

83.脏器扭转性急腹症

起病急、腹痛剧烈，常伴有轻度休克。腹痛呈持续性阵发性加重，早期无腹膜刺激征。可扪及有明显疼痛的包块。严重者可出现中毒症状和中毒性休克。

84.出血性急腹症

指实质性脏器、血管自发性或病理性破裂出血。腹痛轻、持续性，腹膜刺激征轻，有失血性休克表现。腹腔内有移动性浊音，腹腔穿刺抽出不凝血液。

85.损伤性急腹症

包括空腔脏器和实质脏器损伤。空腔脏器损伤，其内容物流入腹腔常引起严重腹膜炎；实质性脏器破裂，可造成腹腔内出血，出现失血性休克。

86.内脏痛特点为：定位不明确；对外界的强烈刺激，如刀割、针刺、烧灼等感觉迟钝，但对张力变化如牵拉、突然膨胀、剧烈收缩，特别是缺血，疼痛感觉十分灵敏；常伴有恶心、呕吐等消化道症状。

87.牵涉痛又称反射痛或感应痛，指内脏痛达到一定强度后，出现相应的浅表部位疼痛和感觉过敏。这种疼痛的发生有躯体神经的参与。

88. **躯体痛或称为壁腹膜痛**，即通常的体表疼痛，为壁腹膜受刺激后产生的痛觉。

其定位准确，痛感敏锐，传入冲动强烈时，在脊髓后角形成兴奋区，使同侧脊髓前角的运动细胞受到刺激，产生反射性肌紧张或僵直。

89. **胃大部切除术术后出血**：发生在术后 24 小时内，为术中止血不彻底；术后 4~6 天，吻合口黏膜坏死脱落；术后 10~20 天，吻合口黏膜下脓肿腐蚀血管。

90. **机械性肠梗阻**：因器质性原因引起肠腔狭小而使肠内容物通过障碍。

91. **动力性肠梗阻**：因肠壁肌肉运动功能失调所致，无器质性肠腔狭窄。分麻痹性与痉挛性两种，麻痹性肠梗阻较为常见，如腹腔手术，急性弥漫性腹膜炎等所致；痉挛性肠梗阻甚为少见。

92. **血运性肠梗阻**：因肠系膜血管栓塞或血栓形成使肠壁血运障碍，继而导致肠绞窄坏死致肠内容物不能正常运行。

93. **单纯性肠梗阻**：有肠梗阻存在而无肠管血运障碍。

94. **绞窄性肠梗阻**：肠梗阻伴有肠壁血运障碍，甚至肠管缺血坏死。

95. **高位梗阻**：梗阻发生在空肠上段

96. **低位小肠**：梗阻发生回肠末端和结肠。

97. **闭袢性肠梗阻**：指一段肠袢两段完全阻塞者，最易发生肠壁坏死和穿孔。

上述各类肠梗阻是不断变化，可相互转变的。如单纯性可转化为绞窄性，不完全性可转为完全性梗阻。

98. 肠梗阻的临床表现**痛、吐、胀、闭**为共同的表现。

99. 克罗恩病的临床表现**以回肠末端最多见**。其病变特点是病变局限于肠管一段或多段，呈节段性跳跃式分布。病变主要表现为炎性肉芽肿和纤维组织增生，黏膜下层增厚使黏膜隆起，**呈现鹅卵石样改变**。肠腔狭窄严重时表现为**线状征**。

100. **结肠癌的临床表现**

右半结肠癌以全身症状、贫血、腹部肿块为主要表现；左半结肠癌则以肠梗阻、腹泻、便秘、黏液血便为主要表现。

