

## 2022 年外科主治医师 120 个必备考点

### 【考点 1】甲状腺血供

甲状腺上动脉——颈外动脉，甲状腺下动脉——锁骨下动脉。甲状腺上、中静脉——颈内静脉，甲状腺下静脉——头臂静脉。

### 【考点 2】开放性创伤

皮肤尚保持完整无缺者，称闭合性创伤。凡有皮肤破损者，称开放性创伤。

### 【考点 3】急性肾功能衰竭-肾前性

由脱水、血容量减少、心排血量不足引起，如处理不及时，可发展为急性肾小管坏死，常见的病因有大出血、休克等。

**【考点 4】急性肾功能衰竭-肾后性** 因双侧输尿管或肾的尿流突然受阻，继发急性肾衰竭。如双侧输尿管结石、盆腔晚期肿瘤压迫输尿管等。

### 【考点 5】急性肾功能衰竭-肾性

缺血或肾中毒所造成的肾本身实质病变。如庆大霉素或其他有毒物质导致的肾损害。

### 【考点 6】水、电解质和酸碱平衡的失调

主要表现为水中毒、高钾血症、高镁血症、高磷血症和低钙血症、低钠血症、低氯血症、酸中毒。

### 【考点 7】柯林（Curling）溃疡

中度、重度烧伤，可继发胃、十二指肠的急性炎症及溃疡。

### 【考点 8】库欣（Cushing）-溃疡

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

**【考点 9】低渗性缺水** 补  $\text{Na}^+$  量 (mmol) = [血钠正常值 (mmol/L) - 血钠测得值 (mmol/L)] × 体重 (kg) × 0.6 (女性为 0.5)。

### 【考点 10】低钾心电图

早期 T 波低平、变宽、双相或倒置；随后 ST 段降低，QT 间期延长，U 波出现（低钾的典型心电图表现）。

### 【考点 11】酸碱平衡判断指标

正常动脉血的  $\text{PCO}_2$  为 4.53~6.00kPa(34~45mmHg)，平均 5.33kPa(40mmHg)；反映酸碱代谢中呼吸性成分的指标；标准  $\text{HCO}_3^-$  (SB) 测得的血浆中  $\text{HCO}_3^-$  的含量，

是代谢成分的指标。

**【考点 12】**中心静脉压：正常值（5~10cmH<sub>2</sub>O）。在低血压时，中心静脉压低于 0.49kPa（5cmH<sub>2</sub>O）时，表示血容量不足；高于 1.47kPa（15cmH<sub>2</sub>O）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（20cmH<sub>2</sub>O）时，则表示存在充血性心力衰竭。

**【考点 13】**手术患者的切口种类

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。

**【考点 14】**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。

**【考点 15】**国际抗癌联盟提出了 TNM 分期法

T 是指原发肿瘤（tumor）、N 为淋巴结（node）、M 为远处转移（metastasis）。再根据肿块程度在字母后标以 0 至 4 的数字，表示肿瘤发展程度。1 表示小，4 代表大，0 为无。

**【考点 16】**肿瘤治疗原则

I 期者以手术治疗为主；II 期者以局部治疗为主，原发肿瘤切除或放疗，并须包括转移灶的治疗，辅以有效的全身化疗；III 期者采取综合治疗，手术前、后及术中放疗或化疗；IV 期者以全身治疗为主，辅以局部对症治疗。

**【考点 17】**肿瘤化学疗法 目前已能单独应用化疗治愈绒毛膜上皮癌、睾丸精原细胞瘤、Burkitt 淋巴瘤、急性淋巴细胞白血病等。对某些肿瘤可获得长期缓解，如粒细胞白血病、霍奇金病、肾母细胞瘤、乳癌等。

**【考点 18】**放疗高度敏感肿瘤

淋巴造血系统肿瘤、性腺肿瘤、多发性骨髓瘤、肾母细胞瘤等低分化肿瘤。

**【考点 19】**小细胞癌恶性程度高，生长快，较早出现淋巴和血行广泛转移，对放疗和化疗敏感，但在各型肺癌中预后最差。

**【考点 20】**支气管扩张

高分辨 CT 的应用，也为支气管扩张的诊断提供了更有益的信息，目前可基本取代支气管造影术。

**【考点 21】脾破裂** 是腹部内脏中最易损伤的器官，在各种腹部损伤中占 40%~50%。

**【考点 22】小肠破裂**

发生机会较高，早期即可产生明显的腹膜炎，少数患者有气腹。小肠破裂一旦诊断，应当立即手术治疗，一般以简单修补为主。

**【考点 23】膈下脓肿**

最重要的临床表现是原有的病情好转后又逐渐出现全身感染症状。体温再度升高，开始弛张热，渐变为稽留性高热，脉搏增快、出汗、虚弱。

**【考点 24】腹股沟管结构**

内口即深环，是腹横筋膜的卵圆形间隙；外口即浅环，是腹外斜肌腱膜的三角形裂隙；前壁有皮肤、皮下组织和腹外斜肌腱膜，但外侧 1/3 部分尚有腹内斜肌覆盖；后壁为腹膜和腹横筋膜，其内侧 1/3 有腹股沟镰；上壁为腹内斜肌、腹横肌形成的弓状下缘；下壁为腹股沟韧带和腔隙韧带。腹股沟管内女性有子宫圆韧带通过，男性有精索通过。

**【考点 25】嵌顿性疝**

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。

**【考点 26】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。

**【考点 27】经腹会阴联合直肠癌根治术（Miles 手术）**

适用于距肛门 7cm 以内的直肠癌。

**【考点 28】经腹腔直肠癌切除术（Dixon 手术）**

一般要求肿瘤距离齿状线 5cm 以上，远端切缘距离肿瘤下缘 2cm 以上，以能根治切除肿瘤为原则。

**【考点 29】骨与关节结核**

好发于儿童与青少年，原发病灶为肺结核或消化道结核，好发部位是脊柱，其次是膝关节、髋关节与肘关节。

**【考点 30】髋关节结核**

4字试验--髌关节结核者试验应为阳性；髌关节过伸试验--可用来检查儿童早期髌关节结核；托马斯（Thomas）征阳性--用来检查髌关节有无屈曲畸形。

**【考点 31】骨折晚期并发症**

多见于：①坠积性肺炎，②压疮，③下肢深静脉血栓形成，④感染，⑤异位骨化，⑥创伤性关节炎，⑦关节僵硬，⑧急性骨萎缩，⑨缺血性骨坏死，⑩缺血性肌挛缩。

**【考点 32】骨巨细胞瘤**

主要表现为骨端偏心位溶骨性破坏无骨膜反应，病灶骨皮质膨胀变薄，呈肥皂泡样改变。

**【考点 33】骨肉瘤 X 线表现**

主要表现为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。

**【考点 34】尤文瘤 X 线表现**

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。

**【考点 35】骨髓瘤**

血清蛋白增高，A/G 倒置。蛋白电泳异常，常显示  $\beta$  和  $\gamma$  球蛋白升高。并可出现白血病现象。40%以上的患者尿中 Bence-Jones 蛋白阳性。

**【考点 36】转移性骨肿瘤**

常发生骨内转移的肿瘤：乳腺癌、前列腺癌、肺癌、肾癌等。儿童：成神经细胞瘤。

**【考点 37】脊髓损伤**

胸段脊髓损伤表现为截瘫，颈段脊髓损伤则表现为四肢瘫。上颈椎损伤的四肢瘫均为痉挛性瘫痪，下颈椎损伤的四肢瘫由于脊椎颈膨大部位和神经根的毁损，上肢表现为弛缓性瘫痪，下肢仍为痉挛性瘫痪。

**【考点 38】甲状腺肿手术指征**

①压迫气管、食管或喉返神经而引起临床症状者。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结节性甲状腺肿可疑恶变者。

**【考点 39】原发性甲亢**

最常见，甲状腺对称性肿大的同时伴功能亢进，常有突眼。

**【考点 40】继发性甲亢**

先有结节性甲状腺肿，后有甲亢，无突眼，易发生心肌损害。

**【考点 41】亚急性非化脓性甲状腺炎（De Quervain 甲状腺炎）**

上呼吸道感染史：发病前 1~2 周；分离现象：基础代谢率和  $T_3$ 、 $T_4$  升高，摄碘率下降，可行泼尼松诊断性治疗。

**【考点 42】慢性淋巴细胞性甲状腺炎（Hashimoto 甲状腺炎，桥本病）**

基础代谢率和甲状腺摄碘率降低；血沉快，血清清蛋白降低，丙种球蛋白升高；可行针吸细胞学或切取组织检查；甲状腺素片试验性治疗。

**【考点 43】甲状腺髓样癌**

来自滤泡旁细胞（C 细胞），分泌降钙素和 5-羟色胺，可出现类癌综合征。

**【考点 44】颈部手术喉返神经损伤**

一侧损伤声带瘫痪，声音嘶哑；双侧损伤出现呼吸困难。

**【考点 45】阑尾炎手术并发症**

切口感染、腹膜炎、腹腔脓肿、出血、粪瘘、阑尾残株炎、粘连性肠梗阻。

**【考点 46】妊娠期合并急性阑尾炎的处理原则**

积极手术治疗，<3 个月和 >7 个月的妊娠合并急性阑尾炎患者尤其要慎重，因此时不论手术与否均易引起流产或早产，应与产科协商和向患者家属交代病情后积极手术治疗，非此期患者，均应积极手术。

**【考点 47】颅压高三主征**

为头痛、呕吐、视盘水肿（视力减退）。头痛晨起重，典型颅压高呕吐为喷射状。

**【考点 48】肾自截**

输尿管完全闭塞，全肾广泛钙化，混有干酪样物质，结核杆菌不能随尿进入膀胱，膀胱的继发结核病变好转或愈合，症状逐渐消失，称为“肾自截”。

**【考点 49】肾结核肾切除术原则**

①一侧肾结核破坏广泛，对侧肾正常，切除病肾；②双侧肾结核先积极行抗结核治疗，切除严重无功能的肾；③一侧肾结核已无功能，对侧严重肾积水，若

肾功能代偿良好，先切除无功能肾，再解决对侧输尿管的梗阻；若肾功能代偿不良，则先引流积水的肾脏，再切除无功能肾。

**【考点 50】急性肾盂肾炎**

除了尿路刺激征外，还有高热伴发冷、畏寒、头痛、恶心、呕吐、食欲缺乏和全身酸痛。

**【考点 51】急性前列腺炎**

直肠指诊前列腺肿胀、压痛、局部发热，禁忌做前列腺按摩。

**【考点 52】膀胱肿瘤按浸润深度分为 4 期：**

第 1 期：肿瘤仅限于膀胱黏膜。

第 2 期：肿瘤已侵犯黏膜下层或浅肌层。

第 3 期：肿瘤侵犯深肌层，或膀胱周围组织。

第 4 期：肿瘤已侵及盆壁或发生远处转移。膀胱肿瘤可通过淋巴或血行转移，亦可直接浸润附近的器官，如前列腺、尿道、直肠等。

**【考点 53】膀胱肿瘤最主要的症状**

血尿，为间歇、无痛、全程性肉眼血尿，常反复发作，血尿严重时可有血块为膀胱肿瘤最主要的症状。

**【考点 54】尿道损伤**

男性前尿道损伤最多见的是球部损伤，骑跨伤是其典型的致伤因素；后尿道损伤最多见的是尿道膜部损伤，此处尿道最薄弱，多继发于骨盆骨折。

**【考点 55】术后体位的选择**

(1) 全麻未清醒，去枕平卧、头偏向一侧；(2) 蛛网膜下腔麻醉患者，平卧 12 小时；(3) 头颅手术后，如无昏迷，可取 15~30° 头高脚低斜坡位；(4) 颈胸手术后多采取高坡卧位；(5) 腹部手术后多采取低半坐位；(6) 脊柱或臀部手术后，可采取俯卧或仰卧位。

**【考点 56】拆线时间的选择**

头、面、颈 4~5 天；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（近关节部位延长）；减张缝线 14 天。

**【考点 57】前列腺增生的手术治疗**

梗阻严重的前列腺增生伴有并发症的患者，以及残余尿量超过 50ml 或最大

尿流率小于 10ml/s，应考虑手术治疗。

**【考点 58】尿酸盐结石**

黄色或褐色，质硬，呈圆形或卵圆形，表面光滑，常为多发。X 线片不易显影。

**【考点 59】乳腺癌原发肿瘤分期**

Tis 原位癌，非浸润性导管癌及未查到乳腺肿块的乳头湿疹样癌

T0 未查出原发癌瘤

T1 癌瘤最大径 $\leq 2$ cm

T2 癌瘤最大径 $> 2$ cm， $\leq 5$ cm

T3 癌瘤最大径 $> 5$ cm

T4 癌瘤无论大小直接侵犯皮肤及胸壁（肋骨、肋间肌、前锯肌）

**【考点 60】愈合的类型**

一期愈合 组织的修复以原来组织细胞为主，仅含少量纤维组织，愈合后外形功能良好。

二期愈合 组织修复以纤维组织为主，存在瘢痕增生或挛缩，引起畸形或功能不良。又称瘢痕愈合。

**【考点 61】上消化道大出血原因**

胃、十二指肠溃疡占 40%~50%，其中 3/4 是十二指肠溃疡。大出血部位一般位于十二指肠球部后壁或胃小弯，多数为动脉出血。

**【考点 62】上消化道大出血表现**

取决于出血的速度和出血量的多少，而出血的部位高低是次要的。如果出血很急、量很多，则既有呕血，也有便血；由于血液在胃内停滞时间很短，呕血多为鲜血；由于肠蠕动过速，便血也表现为鲜红色。

**【考点 63】肩关节脱位**

前脱位最常见，方肩畸形、Dugas 征阳性，手法复位为主，现大都采用 Hippocrates 法。

**【考点 64】肱骨干骨折合并桡神经损伤**

可出现垂腕，各手指掌指关节不能背伸，拇指不能伸，前臂旋后障碍，手背桡侧皮肤感觉减退或消失。

**【考点 65】肘关节脱位表现**

患处肿痛、不能活动，患者以健手托住患侧前臂，肘关节处于半伸直位，不能被动伸直；肘后空虚感，可摸到凹陷处；肘后三点关系完全破坏，失去正常关系；X 线检查可了解脱位情况，有无合并骨折。

**【考点 66】孟氏骨折和盖氏骨折**

孟氏 (Monteggia) 骨折，尺骨上 1/3 骨干骨折合并桡骨小头脱位；盖氏 (Galeazzi) 骨折，桡骨干下 1/3 骨折合并尺骨小头脱位。

**【考点 67】伸直型骨折 (Colles)**

伤后局部疼痛、肿胀，可出现典型畸形姿势，及侧面看呈银叉样畸形，正面看呈枪刺样畸形。检查局部压痛明显，腕关节活动受限。X 线片可见骨折远端向桡、背侧移位，近端向掌侧移位。

**【考点 68】屈曲型骨折 (Smith 骨折或反 Colles 骨折)**

近折端向背侧移位，远折端向掌侧、桡侧移位，与伸直型骨折移位相反。

**【考点 69】Barton 骨折**

桡骨远端关节面骨折伴腕关节脱位，这是桡骨远端骨折的一种特殊类型，X 线片可与上述两种骨折区别，以手法复位外固定为主。

**【考点 70】烧伤面积中国九分法**

根据实际测量结果，按解剖部位将人体以“九”为单位估算烧伤面积。儿童则因头部面积较大，双下肢相对较小，随年龄而变，以 12 岁作为年龄分界线，在计算面积时，相应加减年龄因素。头颈： $9\% + (12 - \text{年龄})\%$ ，双下肢： $46\% - (12 - \text{年龄})\%$ 。

**【考点 71】烧伤补液公式国内常用标准公式：**伤后第一个 24 小时补液量 (ml) = 体重 (kg) × 烧伤面积 (%) × 1.5，其中胶体：晶体 = 0.5 ~ 1 : 1，每日生理需要量 = 2000 ~ 3000ml。

**【考点 72】烧伤补液方案**

迅速恢复血容量是防止烧伤休克的根本。休克期的定义是：烧伤后 48 小时为烧伤休克期，进一步划分为伤后第一个 24 小时和第二个 24 小时。

**【考点 73】烧伤液量与时间的分配**

输液分配为：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；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，水分同前。

**【考点 74】食管癌病理形态**

①髓质型：食管呈管状肥厚，癌肿浸润食管各层及全周，恶性程度高，切成灰白色如脑髓。

②缩窄型又称硬化型：癌肿环行生长，造成管腔狭窄，常较早出现阻塞。

③蕈伞型：癌肿向腔内生长，边缘明显，突出如蘑菇。

④溃疡型：癌肿形成凹陷的溃疡，深入肌层，阻塞程度较轻。

**【考点 75】胃大部切除术**

手术分为两种：毕 I 式，即胃大部切除术后，将胃残端与十二指肠吻合，优点是操作简单，吻合后胃肠道接近于正常解剖生理，适用于胃溃疡。毕 II 式，将残胃与近端空肠吻合，适用于各种情况的胃、十二指肠溃疡。

**【考点 76】胃、十二指肠溃疡并发症—急性穿孔**

突发上腹剧烈疼痛，迅速扩散至全腹；全腹压痛和反跳痛，以上腹为著，肌紧张十分明显，可呈木板样强直；肝浊音界缩小或消失；肠鸣音消失。腹部立位 X 线检查可发现膈下有游离气体。

**【考点 77】脓性指头炎**

手指末节掌侧的皮下组织化脓性感染，致病菌多为金黄色葡萄球菌。最初是指尖针刺样疼痛，进而出现搏动性跳痛。治疗不及时可引起指骨缺血性坏死，形成慢性骨髓炎。肿胀不明显时，可热敷、外敷并加用抗生素。出现搏动性跳痛—纵形切口减压，对口引流。

**【考点 78】髌关节脱位**

以后脱位最为常见，占全部脱位的 85%~90%。复位以 Allis 法最常用。

**【考点 79】房间隔缺损**

胸骨左缘 2~3 肋间可闻及 II~III 级收缩期喷射性杂音；胸部 X 线检查：主动脉结影较小，肺动脉主干明显突出，右心房、右心室扩大。

**【考点 80】室间隔缺损**

胸骨左缘 3、4 肋间可闻及收缩期杂音，有时伴有震颤，肺动脉第二音亢进。胸部 X 线检查可见心影增大、肺血管充血、纹理增粗。分流量大、合并重度肺高

压者，肺动脉段突出，甚至呈瘤样扩张。

**【考点 81】** 克罗恩病主要表现

消化道造影诊断率较高，主要特征有肠系膜皱襞增粗并且隆起有鹅卵石征。肠腔狭窄呈阶段性跳跃式分布。肠腔狭窄严重时表现为线状征。

**【考点 82】** 溃疡性结肠炎

主要累及直肠与结肠黏膜及黏膜下层，病变呈连续性上延，非跳跃式改变，有广泛充血、水肿、出血、溃疡、假性息肉。

**【考点 83】** 结肠癌病理分型

- (1) 肿块型：肿瘤主体向肠腔突出，生长慢、转移较晚，多发于右侧结肠。
- (2) 浸润型：肿瘤沿肠壁浸润，导致肠腔狭窄、梗阻。多发于左侧结肠。
- (3) 溃疡型：肿瘤向肠壁深层生长和周围浸润，早期出现溃疡，周边不规则，易感染、出血，转移早。结肠癌中最常见，多发于左侧结肠。

**【考点 84】** 肠扭转

小肠扭转多见于青壮年，常发生于饱餐剧烈活动后，起病急剧发展迅速、呕吐频繁，并可出现早期休克；乙状结肠扭转多见于有便秘习惯的老年人，患者有腹部持续胀痛，腹部明显且不对称，停止排气排便，X 线平片可见巨大双腔充气的肠袢，钡剂灌肠可见鸟嘴状改变。

**【考点 85】** 肠套叠

是指肠管的一部分及其相应的肠系膜套入邻近肠腔内的一种肠梗阻。此病是婴儿时期最常见的急腹症。

**【考点 86】** 动脉导管未闭

胸骨左缘 2~3 肋间闻及收缩期、舒张期连续性机器样杂音，可向颈部传导，常伴震颤。胸片示肺充血征；肺动脉段突出，主动脉结宽，左房和左室增大。当肺动脉高压时可见左、右心室增大，肺动脉段严重突出。

**【考点 87】** 腰椎间盘突出症神经压迫表现

$L_{4-5}$  椎间盘突出压迫  $L_5$  神经根时，可出现小腿外侧或足背皮肤麻木、趾背伸无力、腱反射无改变； $L_5 \sim S_1$ ，椎间盘突出压迫  $S_1$  神经根时，可出现小腿及足外侧皮肤麻木，足趾跖屈乏力或不能，踝反射减弱或消失。

**【考点 88】** 腰椎间盘突出症 MRI 检查

磁共振检查可对椎管的横切面和纵切面同时进行观察，可判断脊髓和神经根的受压程度和范围，对诊断和治疗极有价值。缺点是价格昂贵。

**【考点 89】腰椎管狭窄主要表现**

间歇性跛行：患者常步行一段距离后产生腰腿痛，休息一会儿或下蹲后症状立即减轻或消失，继续行走症状复又出现。

**【考点 90】颈椎病神经根型**

颈神经根受压所致。表现为上肢有放射痛和感觉障碍，手指可有麻木、过敏、活动不灵、精细动作困难。

**【考点 91】颈椎病脊髓型**

①运动障碍：下肢无力、步态笨拙、易摔跤。晚期可出现各种类型的痉挛性瘫痪。

②肢体麻木：可出现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。

**【考点 92】急性胰腺炎出血征象**

可出现皮肤出血点、腰腹部蓝一棕色斑（Grey-Turner 征）、脐周围皮肤蓝色改变（Cullen 征），还可出现胃肠道内及游离腹腔内的出血。

**【考点 93】急性胰腺炎血清淀粉酶**

发病后数小时开始升高，24 小时达高峰，4~5 天后恢复正常。尿淀粉酶在发病 24 小时后开始上升，此后缓慢下降。

**【考点 94】急性胰腺炎辅助检查**

CT 可以动态观察胰腺本身的形态学改变及胰腺周围的病变范围。对胰腺炎的诊断有肯定的价值。B 超可以观察到胰腺的形态学变化，对急性胰腺炎的诊断意义不如 CT，可用作初步筛选。

**【考点 95】胆管结石**

腹痛、寒战高热、黄疸（Charcot 三联征）。有或无胆囊肿大。B 超及 CT 有助于诊断。

**【考点 96】胰头癌**

早期无黄疸，病变到一定程度后呈无痛进行性黄疸。胆囊大，陶土色大便，腹痛、食欲减退，体重下降。B 超、CT 有助于诊断。

**【考点 97】壶腹癌**

早期即可有黄疸，无痛性进行性加重伴胆囊大，但黄疸可有波动，可有白色大便。早期腹痛及食欲减退可不明显。可有消化道出血。CT 及 ERCP 可协助诊断。

**【考点 98】Finkelstein 试验阳性**

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎 腕关节桡侧疼痛，逐渐加重、无力提物。检查时皮肤无炎症，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。握拳尺偏腕关节时，桡骨茎突处出现疼痛，称为 Finkelstein 试验阳性。

**【考点 99】疲劳骨折**

好发于第 2 跖骨干和肋骨。第 3、4 跖骨，腓骨远侧，胫骨近侧和股骨远侧也可发生。

**【考点 100】腕管综合征**

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（Phalen 征）：屈肘、前臂上举，双腕同时屈曲 90° 1 分钟内患侧即会诱发出正中神经刺激症状，阳性率 70% 左右。腕管内有炎症或肿块者，局部隆起、有压痛或可扪及包块边缘。

**【考点 101】破伤风的前驱症状**

前驱症状：乏力、头痛、咬肌紧张、呵欠，持续 12~24h。

**【考点 102】破伤风的典型症状**

典型症状：肌强烈收缩，苦笑面容，角弓反张，呼吸肌和膈肌痉挛可引起呼吸停止、窒息。

**【考点 103】胃食管反流病**

胃食管反流病的典型症状：烧心和反酸。内镜检查是诊断反流性食管炎最准确的方法。质子泵抑制剂（奥美拉唑）是目前疗效和维持药物最好的药物。

**【考点 104】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。

**【考点 105】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。

**【考点 106】急性肝衰竭的实验室检查**

①转氨酶可增高，但发生弥漫的肝坏死时可不增高。②血胆红素增高。③血小板常减少；白细胞常增多。④血肌酐或尿素氮可增高。⑤水电解质紊乱，如低钠、高钾或低钾、低镁等。⑥酸碱失衡，多为代谢性酸中毒，早期可能有呼吸性或代谢性(低氯、低钾等)碱中毒。⑦出现 DIC 时，凝血时间、凝血酶原时间或部分凝血活酶时间延长，纤维蛋白原可减少，而其降解物(FDP)增多。

**【考点 107】肿瘤转移方式**

(1) 直接蔓延 是肿瘤细胞与原发灶相连续的扩散生长。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

**【考点 108】气管损伤**

(1) 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。

(2) 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。在胸骨上缘横行切开颈根部，并加引流，可以使纵隔内的空气外逸。

**【考点 109】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  $^{131}\text{I}$  治疗后复发者。

(5) 妊娠早、中期，有上述指征者。

**【考点 110】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)。其中前 3 个为早期症状。

**【考点 111】甲亢手术前的药物准备**

(1) 碘剂准备：2~3 周

手术标准：脉率 90 次/分以下，BMR+20% 以下。

(2) 硫氧嘧啶类+碘剂：先用硫氧嘧啶类药物，待甲亢症状得到基本控制后，停药，改服碘剂 1~2 周，再行手术。

(3) 普萘洛尔准备：4~7 日后脉率可降至正常，可施行手术，术后继续服药 4~7 天，术前不能用阿托品。

**【考点 112】直肠指检的体位**

(1) 左侧卧位

(2) 胸膝位—最常用

(3) 截石位—手术常用体位

(4) 蹲位—内痔、脱肛、直肠息肉

**【考点 113】肛裂的典型症状**

疼痛、便秘、出血。肛裂三联征（肛裂、前哨痔、乳头肥大）。

**【考点 114】恶性黑色素瘤的临床表现**

(1) 黑色肿块脱垂

(2) 便血：鲜血或黑色溢液，恶臭

(3) 肛管直肠刺激症状

(4) 局部突起型肿块，似蕈伞、菜花

**【考点 115】基底细胞癌的临床表现**

(1) 肿块感及溃疡

(2) 出血、疼痛、瘙痒及分泌物

(3) 典型病变—慢性结节，缓慢增大，中央溃疡

(4) 周围绕以珍珠样隆起的边缘

**【考点 116】贲门周围的血管**

①冠状静脉；②胃短静脉；③胃后静脉；④左膈下静脉

**【考点 117】脾切除术并发症**

1. 出血、休克：多于术后 24~48h 内发生
2. 左膈下积液、膈下脓肿：术后引流不畅
3. 术后发热
4. 脾切除术后凶险性感染（OPSI）

**【考点 118】肾移植的适应证**

主要是慢性肾小球肾炎，其次：慢性肾盂肾炎、多囊肾，以及肾硬化、糖尿病性肾小球硬化间质性肾炎、自身免疫性肾病发展到肾衰竭终末阶段。

**【考点 119】肾移植的术式**

肾移植手术已定型：移植肾放在腹膜后的髂窝，肾动脉与髂内或髂外动脉吻合，肾静脉与髂外静脉吻合。输尿管经过一段膀胱黏膜下隧道与膀胱吻合，以防止尿液回流。

**【考点 120】肝移植的适应证**

原则上为进行性、不可逆性和致死性终末期肝病，且无其他有效治疗方法，包括良性病变和恶性肿瘤。

良性：先天性胆道闭锁、肝豆状核变性、 $\alpha 1$  抗胰蛋白酶缺乏症、糖原累积症、血红蛋白沉积症、多发性肝腺瘤病、巨大肝血管瘤、多囊肝、病毒性和酒精性肝硬化、暴发性肝功能衰竭、难复性肝外伤。

恶性：早期原发性肝癌。