

2022 年外科主治医师必备考点

【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 Na^+ 量 $(\text{mmol}) = [\text{血钠正常值} (\text{mmol/L}) - \text{血钠测得值} (\text{mmol/L})] \times \text{体重} (\text{kg}) \times 0.6$ (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 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 HCO_3^- (SB) 测得的血浆中 HCO_3^- 的含量，

是代谢成分指标。

【考点 12】中心静脉压：正常值（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。

【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 β 和 γ 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 2cm

T2 癌瘤最大径 $>$ 2cm， \leq 5cm

T3 癌瘤最大径 $>$ 5cm

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

L₄₋₅ 椎间盘突出压迫 L₅ 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；L₅~S₁，椎间盘突出压迫 S₁ 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、易跌倒。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—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血电解质紊乱，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}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、 α_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。