

## 外科主治医师（317）必背精华考点

**考点：**功能性消化不良（FD），餐后不适综合征——餐后饱胀或早饱，首先用促动力剂（多潘立酮/莫沙必利），疗效不明显——抑酸剂；上腹痛综合征——上腹痛或烧灼感，首选H<sub>2</sub>RA、PPI。

**考点：**溃疡型胃癌，早期溃疡型胃癌很难与良性溃疡鉴别，必须取活检确诊，进展期胃癌，恶性溃疡的内镜特点：溃疡不规则，较大；底凹凸不平、苔污秽；边缘呈结节状隆起；周围皱襞中断；胃壁僵硬、蠕动减弱。

**考点：**腹水形成的原因：门静脉压力增高——腹腔内血管床静水压增高，组织液回吸收减少；低蛋白血症：白蛋白<30g/L时，血浆胶体渗透压降低，致血浆外渗；肝淋巴液生成过多，自肝包膜和肝门淋巴管渗至腹腔；继发性醛固酮和抗利尿激素增多；有效循环血量不足。

**考点：**门静脉高压——内镜：可见静脉曲张的部位和程度。胃黏膜改变，如蛇皮征或马赛克征。

**考点：**急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）病因——最常见胆管结石——梗阻；G-菌、阳性菌及厌氧菌。临床表现——Reynolds 五联症：腹痛、寒颤高热、黄疸、休克、神经中枢系统受抑制。

**考点：**胰腺癌的临床表现：最常见：腹痛、黄疸和消瘦，黄疸是胰头癌最主要的临床表现，呈进行性加重。查体时可扪及囊性、无压痛、光滑并可推移的胀大胆囊，成为 Courvoisier 征。

**考点：**急性阑尾炎的治疗：阑尾切除术。并发症最常见是切口感染。

**考点：**腹会阴联合直肠癌根治术(Miles 手术)腹膜反折以下切除范围：切除范围包括乙状结肠远端、全部直肠、肠系膜下动脉及其区域淋巴结肛管及肛门周围约 5cm 直径的皮肤、皮下组织及全部肛管括约肌，于左下腹行永久性结肠造口。

**考点：**两个特殊的急性应激性胃炎

Curling 溃疡——烧伤

Cushing 溃疡——中枢神经系统病变

**考点：**消化性溃疡药物治疗针对病因：根除 Hp——彻底治愈的关键，Hp 根除——四联疗法，PPI、胶体铋（都选）+两种抗生素，PPI（如奥美拉唑），枸橼酸铋钾（胶体次枸橼酸铋）。

**考点：**肝硬化核心知识点

主要病因（病毒、酒精），我国以病毒多见。

临床表现：肝功能损害；门静脉压力增高。

并发症：上消化道出血（最常见）、肝性脑病（最严重、死因）、肝肾综合征（三低一高）、水电解质紊乱、感染、原发性肝癌、肝肺综合征、门静脉系统血栓、胆石症。

**考点：**细菌性肝脓肿=胆道疾病病史+寒战高热+肝区叩击痛+B 超发现肝脏液性暗区

**考点：**重症胰腺炎：症状：休克——四肢厥冷、烦躁不安、皮肤斑点状；体征：上腹或全腹部腹膜刺激征、腹胀、肠鸣音减弱或消失，Grey-Turner、Cullen 征（血性腹水在胰酶的协助下渗至皮下，常可在两侧腹部或脐周出现 Grey-Turner 征或 Cullen 征）；检查：血钙 $<2\text{mmol/L}$ ，血尿淀粉酶突然下降；腹腔诊断性穿刺：发现高淀粉酶活性的腹水。持久的空腹血糖大于 $10\text{mmol/L}$ 反映胰腺坏死，提示预后不良；血钙低于 $1.5\text{mmol/L}$ 提示预后不良。

**考点：**肠梗阻的临床表现：腹痛、呕吐、腹胀、停止自肛门排气排便。

**考点：**急性阑尾炎的并发症：腹腔脓肿、内外疝形成、化脓性门静脉炎。

**考点：**肛门周围脓肿：最常见，常位于肛门后方或侧方。全身感染症状不明显，肛周持续、跳动性疼痛，排便、受压及咳嗽时疼痛加重。

**考点：**消化道出血的典型表现是呕血+黑粪。

**考点：**经腹腔直肠癌切除术（Dixon，直肠前切除术，目前应用最多）腹膜反折以上——肿瘤下缘距齿状线 $>5\text{cm}$ 。要求：远端切缘距癌肿下缘 $2\text{cm}$ 以上。

**考点：**食管癌中晚期临床表现：进行性吞咽困难。

**考点：**食管癌的诊断：纤维胃镜+活检是确诊食管癌的首选方法。

**考点：**胃溃疡 GU——餐后痛：餐后约 $1$ 小时（助理为 $0.5\sim 1$ 小时）发生，经 $1\sim 2$ 小时后逐渐缓解。补充：进食——疼痛——缓解。

**考点：**消化性溃疡特别总结

直接病因——胃酸过多

常见病因——HP、黏膜屏障被破坏（NSAIDs 等）

临床表现——慢性、周期性、节律性（腹痛）

并发症——出血、穿孔、幽门梗阻、癌变

药物治疗——根除幽门螺杆菌、抑制胃酸、保护胃黏膜

手术——穿孔修补+胃大切（毕 I、毕 II）

术后并发症——（5 早+5 远）

**考点：**腹水是肝硬化失代偿期最常见和最突出的表现。

**考点：**细菌性肝脓肿以金黄色葡萄球菌最常见。胆道逆行感染是主要感染途径。

**考点：**急性梗阻性化脓性胆管炎的治疗：紧急手术解除胆管梗阻并引流，及早降低胆管内压

力，通常采用胆管切开减压、T 管引流。

**考点：**肠结核的诊断：如有以下情况应考虑本病：①临床表现有腹泻、腹痛、右下腹压痛，也可有腹部包块、原因不明的肠梗阻，伴有发热、盗汗等结核毒血症状；②X 线钡剂造影检查发现回盲部有跳跃征、溃疡、肠管变形和肠腔狭窄等征象；③结肠镜检查发现病变主要位于回盲部，肠黏膜炎症、溃疡、炎症性息肉或肠腔狭窄，活检如见干酪样坏死性肉芽肿可确诊，如找到抗酸染色阳性杆菌有助于诊断。

**考点：**经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术（Hartmann 手术）适用于全身情况差，不能耐受 Miles 手术或急性梗阻不宜行 Dixon 手术的直肠癌患者。

**考点：**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：**消化性溃疡胃镜检查及胃黏膜活组织检查——确诊首选。

**考点：**阑尾炎特殊体格检查：结肠充气试验协助诊断；腰大肌试验阑尾为盲肠后位；闭孔内肌试验阑尾靠近闭孔内肌——较低；直肠指诊盆腔阑尾炎、盆腔积脓。

**考点：**侧支循环建立和开放，门静脉的交通支“4”：①胃底—食道下段交通支；②直肠下端—肛管交通支；③前腹壁交通支；④腹膜后交通支。

**考点：**肝癌首选影像学检查是 B 超，最有价值影像学检查是增强 CT。

**考点：**肝外胆管结石的临床表现：典型的 Charcot 三联征，即腹痛、寒颤高热、黄疸。

**考点：**急性胰腺炎腹痛为主要表现和首发症状。体征：腹肌紧张，反跳痛。

**考点：**老年人急性阑尾炎主诉不确切、体征不典型，临床表现轻而病理改变重，体温及白细胞升高均不明显，容易延误诊治，及时手术治疗，同时注意内科疾病的处理。

**考点：**内痔好发部位截石位 3、7、11 点。

**考点：**消化道出血部位和原因的判断：胃镜检查是首选检查方法。

**考点：**上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。

**考点：**消化性溃疡术后梗阻①急性完全性输入袢梗阻：呕吐“食物”，不含胆汁。②慢性不完全性输入袢梗阻：呕吐大量“胆汁”。③输出袢梗阻：呕吐“食物+胆汁”。

**考点：**急性阑尾炎=典型的转移性右下腹痛+麦氏点压痛、反跳痛、肌紧张。

**考点：**急性胆囊炎的辅助检查：首选 B 超，可见“双边征”。

**考点：**妊娠期急性阑尾炎因腹肌被伸直而使压痛和肌紧张等体征不够明显，因子宫增大，腹膜炎不易被局限而易在腹腔内扩散，手术切口需偏高，操作要细致，尽量不用引流管，减少



对子宫的刺激。

**考点：**直肠癌肠壁狭窄症状是大便变形、变细，严重时出现低位肠梗阻的症状。直肠指检：简单而最重要的检查方法，是临床门诊首选的检查方法。直肠癌中：筛查用大便潜血试验；首选检查：直肠指诊；确诊检查：纤维结肠镜+活检。

**考点：**消化性溃疡手术适应证：①并发消化道大出血经药物、胃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。

**考点：**甲胎蛋白（AFP）是诊断肝细胞癌的特异性指征，其浓度与肝癌大小呈正相关。

**考点：**急性胰腺炎最常见的诱因是暴饮暴食。

**考点：**肛裂=排便时伴有剧痛+二次疼痛伴中间间歇期+大便表面带有鲜血。

**考点：**急性化脓性腹膜炎的治疗：绝大多数的继发性腹膜炎需要及时手术治疗。①积极处理原发病。②生理盐水冲洗，彻底清洁腹腔。关腹前腹腔内一般不用抗生素，以免造成粘连。③充分引流，放置腹腔引流管。④术后继续禁食、补液等对症支持治疗，保持管引流通畅。

**考点：**消化性溃疡胃大部切除术，切除胃远侧  $2/3 \sim 3/4$ ，包括幽门和部分十二指肠球部。吻合口径  $3 \sim 4\text{cm}$  左右。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。

**考点：**肝穿刺活组织检查：假小叶形成——确诊肝硬化。

**考点：**急性胆囊炎胆囊穿孔导致的腹膜炎为最严重的并发症。

**考点：**急性胰腺炎病因，胆石症最常见——共同通道学说。

**考点：**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。

**考点：**细菌性肝脓肿首选：抗生素治疗；单个较大脓肿：经皮穿刺引流术。

**考点：**急性胆囊炎是胆囊管梗阻和细菌感染引起的急性炎症。

**考点：**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：**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：**急性胆囊炎右上腹胆囊区域可有压痛，炎症波及浆膜时可有腹肌紧张及反跳痛，Murphy 征阳性。

**考点：**Mirizzi 综合征：持续嵌顿于胆囊颈部的和较大的胆囊管结石，可压迫引起肝总管狭窄或导致胆囊胆管瘘，临床表现为反复发作的胆囊炎、胆管炎及梗阻性黄疸。

**考点：**慢性胃炎的治疗：主要是根除 Hp 的治疗。质子泵抑制剂+胶体铋+2 种抗生素。

**考点：**肝硬化病理改变——3 个特点：①广泛的肝细胞坏死；②残存肝细胞结节性再生；③结缔组织增生与纤维隔形成，导致肝小叶结构破坏和假小叶形成——肝硬化标志性病理特征。

**考点：**肝硬化肝功能失代偿期：①血白蛋白降低、球蛋白升高，白蛋白/球蛋白倒置；②凝血酶原时间延长，凝血酶原活动度下降；③血清胆红素增高，转氨酶、 $\gamma$ -谷氨酰转肽酶(GGT)、碱性磷酸酶（ALP）升高。

**考点：**小儿阑尾炎：右下腹体征不明显、不典型，穿孔率、死亡率及并发症发生率均较高。

**考点：**肛瘻的 Goodsall 规律，于肛门中央划一横线。

①外口在线后方：瘻管常呈弯型，内口在后正中线上；

②外口在线前方：瘻管多为直型，内口在附近肛窦上。

**考点：**肠结核的辅助检查：结肠镜检对肠结核的诊断具有重要价值，病灶处活检发现肉芽肿、干酪灶或抗酸杆菌时，可以确诊。

**考点：**肛裂最好发部位是后正中线。

**考点：**内痔主要表现为出血和脱出，无痛性间歇性便后鲜血是其常见症状。

**考点：**齿状线以上为黏膜，受自主神经支配，无疼痛感，因此内痔一般无疼痛；齿状线以下是皮肤，受阴部内神经支配，痛觉敏锐，因此外痔和肛裂常表现剧烈疼痛。

**考点：**肛裂典型的临床表现：疼痛、便秘和出血。局部检查发现肛裂“三联征”，即肛裂、前哨痔和齿状线上相应的乳头肥大时即可确诊。

**考点：**肛瘻=肛门周围的肉芽肿性管道+排出脓性分泌物

**考点：**中心静脉压与补液的关系

BP	CVP	原因	处理原则
正常	高	容量血管过度收缩（V 收缩）	舒张血管
正常	低	血容量不足（低）	补充血容量（适当补液）
低	高	血容量相对过多（高）或心功能不全（衰）	给强心药物，纠酸中毒，舒张血管
低	低	血容量严重不足（低）	充分补液
低	正常	心功能不全（衰）或血容量不足（低）	补液试验：确定是“衰”还是“低” 补液后无效是“衰”有效是“低”

**考点：溃结 VS 克罗恩病——核心鉴别！**

	溃疡性结肠炎	结肠克罗恩病
症状	脓血便多见	有腹泻，但脓血便少见
病变分布	连续性	节段性
肛门周围病变	少见	常见
直肠受累	绝大多数受累	少见
末段回肠受累	罕见	多见
肠腔狭窄	少见，中心性	多见，偏心性
瘻管形成	罕见	多见
内镜表现	溃疡浅，黏膜弥漫性充血水肿，颗粒状，脆性增加	纵行溃疡，伴周围黏膜正常或鹅卵石样改变
组织学特征	黏膜/黏膜下层，隐窝脓肿	全层裂隙状溃疡、上皮样肉芽肿

**考点：下消化道出血**

粪便颜色和性状	A.血色鲜红、附于粪便表面	肛门、直肠、乙状结肠病变
	B.便后滴血或喷血	痔、肛裂
	C.暗红色或猪肝色，柏油样	右侧结肠出血
	D.柏油样便	小肠出血
	E.黏液脓血便	溃疡性结肠炎、菌痢，直肠、乙状结肠癌

**考点：三种脱水**

	等渗性脱水	低渗性脱水	高渗性脱水
别称	急性/混合性脱水（外科多见）	慢性/继发性脱水（内科多见）	原发性脱水
血 $\text{Na}^+$	135-150mmol/L	<135mmol/L	>150mmol/L
渗透压	N	↓	↑
病因	①消化液急性丢失（大量呕吐、肠痿） ②体液急性丢失如肠梗阻、	①消化液的慢性丢失 慢性肠梗阻、长期胃肠减压、大创面慢性渗液	①水分摄入↓（食道癌） ②大量出汗（汗液浓



	烧伤（烧伤后 24 小时以内）	②使用排钠性利尿剂	度 0.45%，为低渗液，大量出汗导致）③高血糖昏迷 ④溶质性利尿 ⑤大面积烧伤
临表	恶心、呕吐、乏力少尿，不口渴；丢失量>5%可休克	不口渴、恶心、呕吐、乏力；站立时易晕倒，休克	口渴（ $\text{Na}^+ > 150$ ）、乏力狂躁、幻觉、甚至谵妄
血压	降低	严重降低易休克	正常；严重时降低
尿比重	增加	<1.010	增加
补液	平衡盐液（复方氯化钠： 1.86%乳酸钠 = 2 : 1 或 1.25%碳酸氢钠：等渗盐水=1: 2）	具体方法见后 PS: $\text{Na}^+$ : 17mmol/g	5%葡萄糖溶液 0.45%盐水
公式	丢失量+日需量 ( 2L + $\text{NaCl}$ 4.5g)	补 $\text{Na}^+ = (142\text{mmol/L} - \text{测量 } \text{Na}^+) \times \text{kg} \times 0.5/0.6$	补水量 ml=(测量钠-正常钠) $\times \text{kg} \times 4$

**考点：**肝硬化失代偿期临床表现

肝功能减退	①全身：乏力，精神不振，黄疸、面色晦暗，体重减轻，肌肉萎缩，肢体水肿等
	②消化系统：食欲不振、腹胀、腹泻
	③出血倾向和贫血： A.鼻黏膜及牙龈出血、皮肤紫癜和胃肠道出血——肝脏合成凝血因子减少、脾功能亢进、毛细血管脆性增加 B.贫血——营养不良、吸收障碍、消化道出血、脾功能亢进
	④皮肤巩膜黄染
	⑤内分泌功能紊乱（从考试的角度而言最重要！） A.上腔静脉引流区出现蜘蛛痣、毛细血管扩张、肝掌形成；男性睾丸萎缩、性欲减退、毛发脱落、乳腺发育；女性月经失调、闭经、不孕等。——雌激素水平增高（肝脏灭活雌激素功能减退） B.肝脏对醛固酮和抗利尿激素灭活作用减弱——水钠潴留——尿量减少、水肿、腹

	水形成和加重的主要原因之一
	C.肾上腺皮质功能减退，皮肤色素沉着，面色晦暗，呈肝病面容；糖尿病风险增大，易出现低血糖表现

**考点：**单纯性与绞窄性肠梗阻鉴别

鉴别要点	单纯性	绞窄性
全身情况	轻度脱水征	重病容，脱水明显
发病	渐起	急骤，易致休克
腹痛	阵发性	持续、剧烈
呕吐	高位频繁、胃肠减压后可缓解	早、频繁，胃肠减压后不缓解
呕吐物	胃肠液	可为血性液
触诊	无腹膜刺激征，可及肿	有腹膜刺激征，无肿
肠鸣音	肠鸣音亢进，呈气过水音	物可及
腹腔穿刺	（一）	不亢进，或消失
X 线	有液平	可得血性液
		孤立、胀大的肠袢

**考点：**休克临床表现

分期	休克代偿期	休克抑制期	
	轻度休克	中度休克	重度休克
神志	神志清楚、表情痛苦	神志尚清楚、表情淡漠	意识模糊、甚至昏迷
口渴	口渴	很口渴	非常口渴（可无主诉）
皮肤	开始苍白、发凉	苍白、发冷	显著苍白、青紫、厥冷
血压	收缩压 N 或 ↑ 舒张压 ↑	收缩压 70~90mmHg	收缩压 <70mmHg 或无
脉搏	<100 次/分	100-120 次/分	速而细弱或摸不到
尿量	正常	尿少	尿少或无尿
失血量	<20%（800ml）	20~40%	>40%（1600ml）

**考点：**肝硬化并发症

并发症	相关考点
-----	------



上消化道出血	<p>1) 肝硬化最常见的并发症</p> <p>2) 出血病因：食管胃底静脉曲张破裂、门静脉高压性胃病、消化性溃疡</p> <p>3) 表现：突然大量呕血和（或）排黑便，易导致失血性休克，诱发肝性脑病，死亡率很高</p>
肝性脑病	最严重的并发症，也是最常见的死亡原因
感染	<p>机体抵抗力低下——自发性腹膜炎、肺炎、胆道感染及败血症等</p> <p>自发性腹膜炎多为 G 杆菌感染，表现：腹痛、腹胀、腹水迅速增长或持续不退，可有腹膜炎体征</p> <p>腹水细菌培养——有助确诊，并指导抗生素的选择</p>
原发性肝癌	肝脏迅速增大、持续性肝区疼痛、血性腹水
电解质和酸碱平衡紊乱	<p>1) 低钠血症： 与长期摄入不足（原发性）、长期利尿、大量放腹水、抗利尿激素增多（稀释性）等有关</p> <p>2) 低钾低氯性碱中毒，诱发肝性脑病</p> <p>3) 酸碱平衡紊乱：呼碱或代碱最常见</p>
肝肾综合征	<p>1) “三低一高”： A. 稀释性低血钠、B. 低尿钠 C. 少尿或无尿 D. 氮质血症</p> <p>2) 机制：大量腹水——有效循环血量不足——肾皮质血流量和肾小球滤过率持续降低</p> <p>肾脏本身无重要病理改变——功能性肾衰竭</p>

**考点：钾的代谢**

	低钾血症	高钾血症
血钾	$< 3.5 \text{ mmol/L}$	$> 5.5 \text{ mmol/L}$
病因	<p>● 长期禁食</p> <p>● 丢失多：应用排钾利尿剂</p> <p>● 分布异常：<math>\text{K}^+</math> 向细胞内转移（Glu</p>	<p>● 摄入太多、库血</p> <p>● 排出障碍：保钾性利尿剂、肾排钾功能减退</p>

	+Ins 大量输注) 碱中毒	●分布异常: K <sup>+</sup> 由细胞内移出(溶血、挤压伤综合征) 酸中毒
临表	最早一肌无力 四肢→躯干→呼吸肌 腱反射↓、精神萎靡、嗜睡	肢软、精神萎靡 心动过缓, 心律不齐
ECG	T 波降低变宽, 双相倒置 ST 下移, QT 间期延长、U 波	早期 T 波高尖, QT 间期延长 后出现 QRS 增宽, PR 间期延长
合并	碱中毒、反常性酸性尿	酸中毒、反常性碱性尿
治疗	尿量>40ml/h 后再静脉补 K <sup>+</sup> 补 K <sup>+</sup> 浓度: <40mmol/L 速度<20mmol/L 补 K <sup>+</sup> 量 3~6g/d	1) 护心: 葡萄糖酸钙 2) 碱化抗 K: 碳酸氢钠 3) 葡萄糖溶液及胰岛素 无效透析!

**考点: B/A 型胃炎的鉴别**

	多灶萎缩性胃炎 (B 型)	自身免疫性胃炎 (A 型)
发病率	很常见	少见
部位	胃窦	胃体、胃底
病因	HP 感染	自身免疫反应
贫血	无	常伴贫血, 甚至恶性贫血
血清维生素 B <sub>12</sub>	正常	降低
内因子抗体	无	+
壁细胞抗体	+(30%)	+(90%)
胃酸	正常或偏低	显著降低
血清促胃液素	正常或偏低	明显增高

**考点: 几种软组织急性感染**

	疖	痈	急性蜂窝织炎	丹毒	急性淋巴管&结炎
概念	单个毛囊及其周围的急性化脓性感染	多个毛囊的化脓性感染	疏松结缔组织的急性感染	皮肤淋巴管网急性炎症也称流火	致病菌从疖等感染处经皮→淋巴间隙→淋巴管及其周围组织炎

致病	金葡	金葡	链球，金葡	乙型溶链	溶链，金葡
特点	危险三角的疖 可→颅内感染 红肿热痛	好发于肩背部，紫红色， 边界不清，好发 DM 患者	不易局限迅速 扩散，无明显分 界，明显毒血症	很少坏死 或化脓，皮 肤红疹，中 间稍淡烧 灼样痛	分深浅两种，浅表 者在伤口近侧出 现一条或多条红 线
治疗	局部治疗为主	十或十十字 切口，清除坏 死组织。超过 病变少许，深 达筋膜，唇痈 切忌切开	抗生素，广泛切 开引流	抗生素（首 选青霉 素），局部 热敷，50% 硫酸镁湿 敷	①着重治疗原发 病灶（如疖、痈 等）； ②若出现红线— 呋喃西林湿敷； ③若出现脓肿— 引流+抗炎