

缝线拆除

手术部位	拆除时间	记忆方法
头面部和颈部	4 ~ 5天	上
下腹部和会阴	6 ~ 7天	下
胸、上腹部、背部和臀部切口	8 ~ 9天 (7 ~ 9天)	中
四肢切口	10 ~ 11天 (10 ~ 12天)	四肢
减张缝线	14天	——
电力切口延迟	1 ~ 2天	——

切 口	基本条件	手术举例	表示法
清洁切口	缝合的无菌切口，手术在无菌情况下进行	疝修补术及甲状腺瘤摘除术	I 类
可能污染切口	手术时可能带有污染的切口	胃次全切除术及食管切除术、6h内的清创缝合、新缝合的切口再度切开	II 类
污染切口	邻近感染区或直接暴露于污染或感染物	肠坏死的肠切除术	III类

愈合等级	愈合特点	表示法
甲级愈合	切口愈合良好，无不良反应	甲
乙级愈合	切口愈合欠佳，出现炎症反应，如红肿、硬结、血肿、积液等，但未化脓	乙
丙级愈合	切口化脓感染，需做切口引流	丙

术后并发症的防治

术后并发症类型	临床表现
术后出血	胸腔手术后从胸腔引流管内每小时引流出血液量持续超过100 mL，就提示有内出血
术后发热与低体温	发热是术后最常见的症状。术后第一个24小时出现高热 (> 39℃)，首先考虑输血、输液反应
呼吸系统并发症	肺膨胀不全、术后肺炎、肺栓塞
术后感染	腹腔脓肿和腹膜炎、真菌感染
切口并发症	血肿、积血和血凝块，血清肿，伤口裂开，切口感染
泌尿系统并发症	尿潴留 (导尿时尿流量超过 500 mL者,应留置导尿管 1~2 d)，泌尿道感染

- 1. 行颈、胸手术后，病人应采取的体位是**
- A．平卧位
 - B．侧卧位
 - C．高坡卧位
 - D．低半坐位
 - E．15° ~ 30°头高脚低斜坡卧位

2. 男, 18岁, 因急性阑尾炎穿孔行阑尾切除术, 术后3天切口红肿, 有脓性分泌物, 将缝线拆除后引出20ml脓液, 10天后再次缝合而愈合, 该病人切口愈合类型应记为

- A. II / 乙
- B. II / 丙
- C. III / 甲
- D. III / 乙
- E. III / 丙

3. 女性, 62岁, 诊断胃癌, 血压160/100mmHg, 中度贫血, 消瘦, 术前准备不是必要的项目是

- A. 纠正贫血
- B. 改善营养状态
- C. 检测肝功能
- D. 血压降至正常
- E. 生化检查

4. 下列不应预防性应用抗生素的手术是

- A. 甲状腺癌根治手术
- B. 腹外疝修补术
- C. 门静脉高压症, 分流术
- D. 结肠癌根治术
- E. 主动脉瘤切除血管移植术

第二章

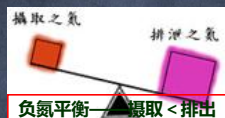
外科营养

大纲要求

1. 概述	(1) 人体的基本营养代谢; (2) 创伤与感染的代谢变化与营养需求; (3) 营养状态的评价
2. 肠外营养	(1) 概念; (2) 制剂; (3) 全营养混合液; (4) 输入途径; (5) 适应证; (6) 并发症; (7) 监测
3. 肠内营养	(1) 概念; (2) 制剂; (3) 适应证; (4) 并发症

一、营养状态评定

1. 人体测量: 体重; 皮肤厚度和臂围; BMI;
2. 内脏蛋白测定: **白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白和视黄醇结合蛋白**;
3. 淋巴细胞计数: $< 1.8 \times 10^9/L$ 提示营养不良;
4. 氮平衡试验: 监测病人的正氮平衡和负氮平衡状态。



二、肠外营养

1. **适应症**: 凡是需要营养支持, 但又不能或不直接受肠内营养支持的病人均为肠外营养支持的适应证。

◆具体为:

- ①一周以上不能进食或因胃肠道功能障碍或不能耐受肠内喂养者;
- ②通过肠内营养无法达到机体需要的目标量时。

营养不良者的术前支持

消化道瘘

腹部大手术后

急性重症胰腺炎初期

严重感染或脓毒症

短肠综合征

大面积烧伤

肝肾功能不全

2.并发症：

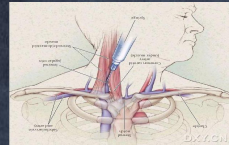
1. 静脉导管相关并发症 非感染性并发症有**气胸(最常见)**、**空气栓塞(最严重)**、血管、神经损伤等；感染性并发症有中心静脉导管相关感染、血栓性静脉炎。
2. 代谢性并发症 如**高血糖**、**低血糖**、氨基酸代谢紊乱、高脂血症、电解质及酸碱代谢失衡、必需脂肪酸缺乏、再喂养综合征、维生素及微量元素缺乏症等。

3. 脏器功能损害 **主要引起肝脏损害**，还可导致肠道细菌移位而引发肠源性感染。

4. 代谢性骨病 部分长期肠外营养病人出现**骨钙丢失**、**骨质疏松**、血碱性磷酸酶升高、高钙血症、尿钙增加、四肢关节疼痛，甚至出现骨折等，称之为**代谢性骨病**。

PN的实施：

以经中心静脉导管输入全营养混合液为主



经颈内静脉或锁骨下静脉穿刺，置入中心静脉导管



全营养混合液（TNA）

三、肠内营养

1.适应症：取决于病人的胃肠道是否具有吸收所提供的各种营养素的能力，以及胃肠道是否能耐受肠内营养制剂。

2.途径选择：口服、鼻胃/十二指肠置管、鼻空肠置管、胃造口、空肠造口等。

3.肠内营养的优点

- 符合或接近人体生理状态
- 有利于预防肠粘膜萎缩，保护肠屏障功能
- 促进胃肠蠕动与胆囊收缩，促进胃肠道功能恢复
- 无严重并发症，价格较低

凡胃肠道功能正常，或存在部分功能者，营养支持应首选肠内

4.EN并发症

- (1) 机械性并发症：鼻、咽及食管损伤，喂养管阻塞等；
- (2) 胃肠道并发症：恶心、呕吐、腹泻、腹胀、肠痉挛等；
- (3) 代谢性并发症：水、电解质及酸碱代谢异常，糖代谢异常；
- (4) 感染性并发症：**吸入性肺炎是最严重的并发症**，防止胃内容物潴留和反流是预防吸入性肺炎的重要措施。

1. 下列各项关于全胃肠外营养的指征中，不包括

- A. 短肠综合征
- B. 大面积烧伤
- C. 急性坏死性胰腺炎
- D. 溃疡性结肠炎急性期
- E. 肢体外伤性失血

2. 长期肠外营养支持者，应选择的穿刺血管是

- A. 颈内静脉
- B. 大隐静脉
- C. 颈外静脉
- D. 足背静脉
- E. 头静脉

第三章

外科感染

大纲要求

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. 概论 | (1) 分类；(2) 病因；(3) 病理；(4) 诊断与鉴别诊断；(5) 治疗与预防 |
| 2. 软组织急性性疖、痈、急性蜂窝织炎、丹毒、甲沟炎、脓性指头炎的病因、临床化脓性感染 床特点和治疗 | |
| 3. 全身化脓性感染 | (1) 诊断；(2) 治疗 |
| 4. 有芽胞厌氧菌感染 (1) 破伤风梭状芽胞杆菌感染的诊断与治疗；(2) 气性坏疽的菌感染 | 诊断与治疗 (助理不考) |
| 5. 抗菌药合理应用原则 | (助理不考) |

一、外科感染

1. 定义：指需要外科治疗的感染。包括：

- ◆ 坏死性软组织感染；
- ◆ 体腔感染（腹膜炎、脓胸）；
- ◆ 器官与组织的局限性感染（脓肿）；
- ◆ 以及与创伤、手术等相关的感染。

2. 分类：

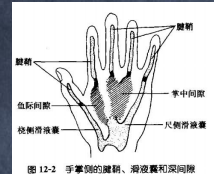
- (1) 按病菌种类和病变性质：
 - ① 非特异性感染（**群殴**）；② 特异性感染（**单挑**）。
- (2) 按病程：
 - ① 急性（<3周）；② 慢性（>2月）；③ 亚急性（**3周-2月**）。
- (3) 按发生条件：
 - ① 条件性感染；② 二重感染；③ 医院内感染。

二、浅部组织化脓性感染

概念	常见致病菌	特点
疖	单个毛囊的急性化脓性感染	金葡 危险三角的疖可致颅内感染
疖病	不同部位同时发生或反复出现疖	金葡 可合并糖尿病
痈	指多个相邻毛囊及周围组织的急性化脓性感染	金葡 可合并糖尿病，好发于颈背部，“十”字切开
急性蜂窝织炎	是指疏松结缔组织的急性感染	溶链、金葡 不易局限，迅速扩散，无明显分界
丹毒	皮肤淋巴管网的急性感染	乙型溶链 很少坏死或化脓，“橡皮肿”
急性淋巴管炎	感染经淋巴间隙，引起淋巴管炎	溶链、金葡 分浅、深两种

三、手部急性化脓性感染

几条相关联的解剖途径：①拇指-腱鞘-桡侧滑液囊-尺侧滑液囊-小指；②食指-腱鞘-鱼际间隙；③中指-腱鞘-掌中间隙-腱鞘-无名指。



	鱼际间隙感染	掌中间隙感染
起源	示指腱鞘炎	中指与无名指腱鞘炎
掌中凹陷	存在	消失
手指	示指半屈，拇指外展略屈，活动受限不能对掌	中指、无名指、小指半屈位，伸指引起剧痛
肿胀压痛	大鱼际和拇指指蹼处	掌心有压痛，手背肿胀更明显
治疗	大鱼际肿胀和波动最明显处切开	中指、无名指掌面纵行切开，不超过掌横纹，以免损伤掌浅弓

四、全身性外科感染的鉴别

	革兰阳性菌感染	革兰阴性菌感染
致病菌	金葡菌	大肠杆菌、绿脓杆菌
原发病	疖、急性蜂窝织炎、骨化脓性感染	肠道、胆道感染
寒战	少见	多见
发热	稽留热或弛张热	间歇热
皮疹	多见	少见
昏迷谵妄	多见	少见
肢冷紫绀	少见	多见
少尿无尿	不明显	明显，“三低现象”
感染性休克	发生晚、持续时间短	发生早、持续时间长
转移性脓肿	常见	少见
并发心肌炎	多见	少见

五、有芽孢厌氧菌感染

破伤风（俗称“七日风”），潜伏6-12日，自然病程3~4周	
致病菌	破伤风梭菌，革兰阳性的专性厌氧菌
病生	痉挛毒素吸收引起一系列临床表现
典型表现	肌阵发性强烈痉挛，受累顺序为：咀嚼肌（牙关紧闭、张口困难）→面部表情肌（苦笑面容）→颈（颈项强直）→背、腹（角弓反张）→四肢肌（屈膝半握拳）→膈肌（呼吸停止）
发作特点	①每次持续数秒至数分；②声光、震动和触摸均能诱发；③发作间期肌肉不能完全松弛；④神志始终清楚，一般无高热
预防	早期清创，是预防的关键；TAT（破伤风抗毒素）1500~3000U皮下注射，伤后12小时内有效
治疗	①清除毒素来源；②中和游离毒素：TAT 1万~6万U；③控制和解除痉挛；④抗生素：青霉素或甲硝唑；⑤保持呼吸道通畅和防治并发症

1. 关于破伤风，正确的描述是

- 颈部肌肉强烈收缩最早出现
- 光线不能诱发全身肌肉抽搐
- 严重者神志不清
- 可出现尿潴留
- 不会发生骨折

(2~4题共用题干)

男，10岁，右足底被铁锈钉刺伤10天，突然出现张口困难，继之出现苦笑面容，角弓反张，声响及触碰病人可诱发上述症状，病人神志清楚，不发热。

2. 该病致病菌属于

- A. 革兰染色阴性大肠杆菌
- B. 革兰染色阴性厌氧拟杆菌
- C. 革兰染色阴性变形杆菌
- D. 革兰染色阳性梭形芽孢杆菌
- E. 革兰染色阳性厌氧芽孢杆菌

3. 该病属于

- A. 毒血症
- B. 菌血症
- C. 败血症
- D. 脓血症
- E. 脓毒血症

4. 对机体威胁最大的是

- A. 肌肉断裂
- B. 骨折
- C. 尿潴留
- D. 持续的呼吸肌痉挛
- E. 营养障碍

5. 男，18岁，右手背部深Ⅱ度烧伤10天，近一天出现乏力、头痛及张口困难，不恰当的诊治措施是

- A. 手背部烧伤部位清创
- B. TAT2万U静脉注射
- C. 腰穿脑脊液检查
- D. 抗生素静脉滴注
- E. 10%水合氯醛30ml保留灌肠

6. 不能引起特异性感染的是

- A. 破伤风杆菌
- B. 结核杆菌
- C. β -溶血性链球菌
- D. 真菌
- E. 梭状芽孢杆菌

第四章

创伤和火器伤

大纲要求

1. 概论	(1) 分类；(2) 创伤的诊断、创口的判断；(3) 清创术；(4) 急救及治疗；(5) 影响伤口愈合的因素
2. 火器伤	火器伤的特点及治疗

外科“黄金6-8小时”

- ◆ 开放性创伤 (P136)：伤后6-8小时内清创可达到一期愈合
- ◆ 开放性骨折清创 (P642)：在伤后6-8小时内清创
- ◆ 手外伤组织修复 (P665)：应争取在伤后6-8小时内进行
- ◆ 断肢再植 (P667)：再植时间严格控制在6-8小时内
- ◆ 急性腹膜炎的治疗 (P347)、消化性溃疡穿孔 (7版P428)：非手术治疗6-8小时后病情仍加重，立即转行手术
- ◆ 阑尾炎腹痛转移 (P387)：6-8小时后转移并局限在右下腹
- ◆ 腰穿后去枕平卧时间 (P65)：腰穿后去枕平卧6-8小时
- ◆ 每日消化液 (生理学)：成年人每日分泌的消化液总量为 6-8L

- ◆ 各种组织损伤后的愈合能力：骨折可完全修复；神经细胞不能再生，多由胶质细胞增生替代；神经纤维可再生。
- ◆ 影响创伤愈合的因素：感染是最重要的因素。
- ◆ 开放性伤口处理：6-8h内应一期缝合；面部伤口为减少瘢痕，伤后12小时或更长时间都要争取一期缝合。

1. 男性，20岁，右大腿刀刺伤18小时，刀口处红肿，有渗出血，目前最适当的治疗措施是

- A. 清创缝合
- B. 抗生素治疗
- C. 理疗
- D. 清理伤口后换药
- E. 局部固定

第五章

烧伤

大纲要求

1. 热烧伤	(1) 面积计算与深度判定；(2) 现场急救与治疗；(3) 初期处理与补液方法
2. 电烧伤	(1) 特点；(2) 急救

部位		占成人体表%		占儿童体表%
头颈	发部	3	9	9 + (12 - 年龄)
	面部	3		
	颈部	3		
双上肢	双上臂	7	9 × 2	9 × 2
	双前臂	6		
	双手	5		
躯干	躯干前	13	9 × 3	9 × 3
	躯干后	13		
	会阴	1		
双下肢	双臀	5	9 × 5 + 1	9 × 5 + 1 - (12 - 年龄)
	双大腿	21		
	双小腿	13		
	双足	7		

三三三，五六七，十三十三会阴一，双臀占五，二十一，小腿十三，双足七。

伤后第一个24小时补液量（通过烧伤面积和体重计算）：
每1%烧伤面积每公斤体重补充胶体液0.5ml和电解质液1ml，再加生理需要水分2000ml。

注：计算总量的一半应伤后8小时内输入

烧伤严重性分度

烧伤严重程度	烧伤面积		并发症
	Ⅱ°	Ⅲ°	
轻度	< 10%	——	——
中度	11%-30%	< 10%	——
重度	31%-50% (总面积)	11%-20%	休克等并发症、呼吸道烧伤或有较重复合伤
特重度	> 50% (总面积)	> 20%	严重的呼吸道烧伤、复合伤

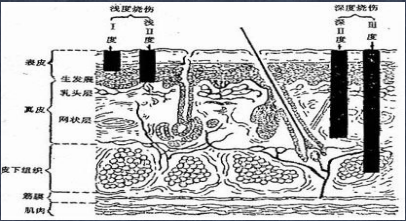
早期补液方案：

		第一个24小时内
每1%面积、公斤体重补液量		成人1.5ml (小儿2.0ml)
胶体液：电解质液	中、重度	0.5:1
	特重	0.75:0.75
基础需水量		2000ml

举例说明：患者体重60kg，烧伤总面积30%

- ◆ 第一个24h补液总量（中、重度）： $60 \times 30 \times (1 + 0.5) + 2000$
- ◆ 第一个24h补液总量（严重/复合并发症 特重度）： $60 \times 30 \times (0.75 + 0.75) + 2000$
- ◆ 第一个8h补液总量：第一个24h补液总量÷2
- ◆ 第二个24h补液总量： $[60 \times 30 \times (1 + 0.5) \div 2] + 2000$

烧伤深度采用三度四分法，即分为Ⅰ°、浅Ⅱ°、深Ⅱ°、Ⅲ°



Ⅰ度红，Ⅱ度泡，Ⅲ度皮肤全坏掉

Ⅰ°	仅伤及表皮浅层，再生能力强。表面红斑状、干燥，烧灼感，3-7天脱屑痊愈，少有色素沉着
浅Ⅱ°	伤及表皮的生发层、真皮乳头层。局部红肿明显，大小不一的水疱形成，创面红润、疼痛明显。上皮再生靠残存的表皮生发层和皮肤附件，1-2周内愈合，一般不留瘢痕，多数有色素沉着
深Ⅱ°	伤及皮肤的真皮层，也有水疱，创面微湿，红白相间，痛觉较迟钝。可赖残存的皮肤附件增殖形成上皮小岛修复，需时3-4周。但常有瘢痕增生
Ⅲ°	烧伤达到皮下、肌或骨骼。创面无水疱，呈蜡白或焦黄色甚至炭化，痛觉消失，局部温度低，皮层形成焦痂，痂下可显树枝状血管。皮肤及其附件已全部烧毁，必须靠植皮而愈合

1. 男，25岁，体重50kg，Ⅱ度以上烧伤面积 40%，其第1个24小时的前8小时内补液量为

- A. 1000ml
- B. 1500ml
- C. 2000ml
- D. 2500ml
- E. 3000ml

2. Ⅲ度创面的处理原则是

- A. 休克期常规切痂
- B. 开始补液后2小时内切痂
- C. 休克期过后半月内切痂
- D. 争取复苏平稳，据情尽早切痂
- E. 常规分次切痂

3. 一大面积烧伤病人，近日常寒战、高热，呈间歇热，四肢厥冷，紫绀，尿量明显减少，很快发生血压下降，休克。其原因最大可能是

- A. 革兰阳性细菌败血症
- B. 革兰阴性细菌败血症
- C. 真菌性败血症
- D. 厌氧菌败血症
- E. 二重感染

第六章

乳房疾病

大纲要求

1. 乳房解剖、生理	
2. 急性乳腺炎	(1) 病因；(2) 临床表现；(3) 诊断；(4) 治疗及切开引流的注意事项
3. 乳腺囊性增生病	(1) 概述；(2) 临床特点；(3) 诊断；(4) 治疗
4. 乳腺纤维腺瘤	(1) 临床表现；(2) 诊断；(3) 治疗
5. 乳腺癌	(1) 高危因素；(2) 常见组织学类型及转移途径；(3) 临床表现和临床分期；(4) 诊断；(5) 手术治疗方式、适应证；(6) 综合治疗与预防

急性乳腺炎

好发人群	尤以初产妇更为多见，往往发生在产后3~4周
病因	①乳汁淤积；②细菌入侵
临床表现	乳房疼痛、局部红肿、发热
治疗原则	①青霉素，或红霉素；②放射状切开引流，且乳晕下脓肿应沿乳晕边缘作弧形切口；③一般不停止哺乳
预防	关键在于避免乳汁淤积，防止乳头损伤

慢性囊性乳腺病（简称乳腺病）

好发	常见于中年妇女，是乳腺实质的良性增生，雌、孕激素比例失调所致
临床表现	◆乳房胀痛（周期性，与月经周期有关）和肿块（颗粒状、结节状或片状，质韧而不硬）； ◆少数病人可有乳头血性、黄绿色或浆液性溢液
鉴别诊断	乳腺癌（肿块更明确、质地偏硬，可有腋窝淋巴结肿大）
治疗	对症治疗；乳房单纯切除（乳癌高危因素、年龄大、增生明显）

乳房的常见良性肿瘤

	乳房纤维腺瘤	乳管内乳头状瘤
好发人群	20-25岁	40-50岁（经产妇）
好发部位	外上象限，约75%为单发	大乳管近乳头的壶腹部，恶变率6%-8%
临床表现	肿块缓慢增大，表面光滑，易于推动；月经周期对其无影响	一般无自觉症状，以乳头溢液（血性、暗棕色或黄色）为首发症状；瘤体小，常不能触及
治疗	手术切除是唯一有效的方法	以手术为主，切除病变区乳管；恶变高危因素者行预防性单纯乳房切除术

四、乳腺癌

是女性最常见的恶性肿瘤之一。

1. 病因

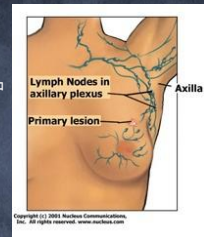
- ✓ 雌酮及雌二醇；
- ✓ 月经初潮年龄早、绝经年龄晚、不孕及初次足月产的年龄；
- ✓ 环境因素及生活方式等；
- ✓ 遗传易感性。

2.病理类型

- (1) 非浸润性癌：导管内癌、小叶原位癌及**乳头湿疹样乳腺癌**；
- (2) 早期浸润性癌：早期浸润性导管癌、小叶癌；
- (3) 浸润性特殊癌：乳头状癌、髓样癌（伴淋巴细胞浸润）、小管癌、腺样囊性癌、黏液腺癌；
- (4) 浸润性非特殊癌：**浸润性**小叶癌、**导管癌**、髓样癌（无淋巴）、单纯癌、腺癌等。预后差。

3.转移途径

- (1) 局部扩展
- (2) 淋巴转移 最初多见于腋窝。肿大淋巴结质硬、无痛、可被推动。
- (3) 血运转移 早期已有血运转移，最常见的远处转移依次为肺、骨、肝。
- (4) 经椎旁静脉系统转移



4.临床表现

早期为无痛、单发的小肿块。肿块质硬，表面不光滑，与周围组织分界不清楚，不易被推动。

- ① **“酒窝征”**：肿瘤侵及Cooper韧带；
- ② **乳头扁平、回缩、凹陷**。
- ③ **“桔皮样”改变**：皮下淋巴管（表浅淋巴管）被堵塞；
- ④ **卫星结节**：癌细胞经深层淋巴管扩散发生结节或小索。
- ⑤ **铠甲状癌**：癌块固定于胸壁而不易推动。

	炎性乳癌	乳头湿疹样乳腺癌
好发人群	妊娠期或哺乳期妇女	少见，无特殊
症状	乳腺增大，皮肤充血、发红、表温升高	乳头瘙痒、灼疼→慢性湿疹样改变→溃疡
体征	发红发硬，多无局限性肿块	乳晕区可扪及肿块
预后	发展快，预后极差	预后好，恶性程度低、转移少见

采用T(原发癌瘤)、N(区域淋巴结)、M(远处转移)分期法。

0期：Tis N₀ M₀； 1期：T₁ N₀ M₀；

2期：T₀₋₁N₁M₀，T₂N₀₋₁M₀，T₃N₀M₀；

3期：T₀₋₂N₂M₀，T₃N₁₋₂M₀，T₄任何N M₀，任何T N₃ M₀；

4期：包括M₁的任何TN。

	N ₀	N ₁	N ₂	N ₃
T ₀	0	2	3	3
T ₁	1	2	3	3
T ₂	2	2	3	3
T ₃	2	3	3	3
T ₄	3	3	3	3

治疗 手术适应证为0、I、II及部分III期的病人。

手术方式	切除范围
乳腺癌根治术 (Halsted手术)	整个乳腺、胸大肌、胸小肌、腋窝淋巴结
乳腺癌扩大根治术 (Urban手术)	Halsted术+胸廓内动、静脉及胸骨旁淋巴结
乳腺癌改良根治术 (Patey手术)	与Halsted术比较，保留胸大肌或保留胸大、小肌

Halsted术记忆口诀：乳腺腋窝胸大小

1. 乳腺癌侵犯乳房悬韧带 (Cooper韧带) 后, 引起相应的皮肤改变是

- A. 桔皮样变
- B. 乳头内陷
- C. 表面皮肤凹陷
- D. 局部水肿
- E. 铠甲状胸壁

2. 女性, 26岁, 双侧乳房周期性胀痛3年, 并可触及不规则包块, 伴有触痛, 月经过后疼痛缓解, 包块略缩小, 考虑可能是

- A. 乳腺癌
- B. 乳腺炎
- C. 乳腺纤维瘤
- D. 乳腺囊性增生病
- E. 乳管内乳头状瘤

3. 恶性程度最高的乳癌类型是

- A. 浸润性导管癌
- B. 浸润性小叶癌
- C. 湿疹样癌
- D. 炎性乳癌
- E. 髓样癌

4. 中年妇女乳头鲜红色血性溢液应首先考虑

- A. 乳管内乳头状瘤
- B. 乳腺囊性增生病
- C. 乳腺纤维腺瘤
- D. 乳腺导管扩张症
- E. 乳腺癌

5. 根据乳腺癌在不同部位发生率的多少, 扣诊时最需要注意的是乳腺的

- A. 内上象限
- B. 内下象限
- C. 外下象限
- D. 外上象限
- E. 中央区

第七章

中毒

大纲要求

1. 总论	(1) 病因和发病机制; (2) 临床表现; (3) 诊断与鉴别诊断; (4) 治疗和预防
2. 急性农药中毒 (有机磷杀虫药、灭鼠药)	(1) 中毒机制; (2) 临床表现和分级; (3) 辅助检查; (4) 诊断与鉴别诊断; (5) 治疗
3. 急性一氧化碳中毒	(1) 病因和发病机制; (2) 临床表现; (3) 辅助检查; (4) 诊断与鉴别诊断; (5) 治疗、防治并发症和后发症; (6) 预防

大纲要求	
4.镇静催眠药中毒 (助理不考)	(1) 中毒机制 (2) 临床表现 (3) 治疗原则
5.亚硝酸盐中毒 (助理不考)	(1) 诊断 (2) 治疗
6.急性毒品中毒 (助理不考)	(1) 临床表现 (2) 诊断 (3) 处理原则

- ◆ 乙醇中毒呼出气有**酒味**；
- ◆ 氰化物中毒有**苦杏仁味**；
- ◆ OPI、黄磷、砷中毒时有**蒜味**；
- ◆ 苯酚、甲酚皂溶液中中毒有**苯酚味**；
- ◆ 硝基苯中毒有**鞋油味**；
- ◆ 锌或磷化铝中毒**可闻及鱼腥味**；
- ◆ 甲苯中毒有**胶水味**。

洗胃：

- ①**适应症**：口服毒物1小时内患者；吸收缓慢的毒物、胃肠道功能减弱或者消失者，可延长至4-6小时；对无特效解毒治疗的急性重度中毒，病人就诊时已超过6小时，仍可斟酌考虑洗胃。
- ②**禁忌症**：吞服强腐蚀性毒物、食管静脉曲张、惊厥或昏迷病人，不宜进行洗胃。

金属中毒解毒药	①依地酸钙钠（EDTA Ca-Na ₂ ）：铅中毒；②二巯丙醇（BAL）：此药含有活性巯基（-SH）用于治疗砷、汞中毒；③去铁胺：铁、镍、钨中毒
高铁血红蛋白血症解毒药	小剂量亚甲蓝；亚硝酸盐、苯胺、硝基苯等中毒引起的高铁血红蛋白血症
氰化物中毒解毒药	一般采用立即吸入亚硝酸盐，随即用硫代硫酸钠治疗
中枢神经抑制剂解毒药	①纳洛酮：阿片类麻醉药中毒、急性酒精中毒、各种镇静催眠药如地西洋等中毒 ②氟马西尼：苯二氮类中毒
有机磷农药中毒解毒药	阿托品、碘解磷定

急性有机磷杀虫药中毒的临床表现：

- (1) **毒蕈碱样症状** 又称M样症状，主要是副交感神经末梢过度兴奋，类似毒蕈碱样作用。平滑肌痉挛表现为瞳孔缩小、腹痛、腹泻；括约肌松弛表现为大小便失禁；腺体分泌增加表现为大汗、流泪和流涎；气道分泌物增多表现为咳嗽、气促、呼吸困难。
- (2) **烟碱样症状** 又称N样症状，在横纹肌神经肌肉接头ACh蓄积过多，出现肌纤维颤动、全身肌强直性痉挛。交感神经节后纤维末梢释放儿茶酚胺表现为血压增高和心律失常。

- (3) **中枢神经系统症状** 血AChE浓度明显降低而脑组织AChE活力值>60%时，通常不出现中毒症状和体征。当其<60%时，出现头晕、头痛、烦躁不安、谵妄、抽搐和昏迷。有的发生呼吸、循环衰竭而死亡。
- (4) **局部损害** 过敏性皮炎、皮肤水泡或剥脱性皮炎；污染眼部时出现结膜充血和瞳孔缩小。

级别	临床表现	ChE活力值
轻度中毒	仅有M样症状	70%~50%
中度中毒	M样症状加重，出现N样症状	50%~30%
重度中毒	具有M、N样症状，并伴有肺水肿、抽搐、昏迷，呼吸肌麻痹和脑水肿	30%以下

1. 18岁，晨卧床不起，人事不省，多汗，流涎，呼吸困难。
体检：神志不清，双瞳孔缩小如针尖，双肺布满湿啰音，心率60次/分，肌束震颤，抽搐，最可能的诊断是

- A. 急性安定中毒
- B. 急性有机磷中毒
- C. 急性一氧化碳中毒
- D. 急性氯丙嗪中毒
- E. 急性巴比妥中毒

2. 患者男性，25岁，因头昏、头痛、多汗、呕吐，腹痛、腹泻半小时来诊。半小时前午餐曾吃青菜和肉类。查体：呼吸18次/分，脉搏100次/分，血压120/70mmHg，多汗，瞳孔缩小，肺部偶有湿啰音，心脏无杂音，心律规则。最可能的诊断是

- A. 细菌性食物中毒
- B. 可溶性钡盐中毒
- C. 有机磷杀虫剂中毒
- D. 中暑
- E. 菌痢

3. 女，35岁，误服有机磷农药50ml，立即被其家人送往医院。该病人抢救成功的关键是

- A. 彻底洗胃
- B. 早期应用解磷定
- C. 早期应用阿托品
- D. 解磷定与阿托品合用
- E. 静脉注射西地兰

第八章

中暑

大纲要求

(八) 中暑 (1) 病因；(2) 临床表现；(3) 诊断；(4) 处理原则

这一年，为了你的理想，我们共同努力！



“医学教育杨净” 新浪微博
“医学杨净老师” 微信公众号