

1

## 前 言

### 【绪论·TANG】——外科主治医考试的特点和备考思路 目录

1.考试涉及内容及科目

2.考试方式

3.合格标准

4.授课思路

2

## 一、考试涉及内容及科目

1.基础知识——外总

2.相关专业知识

3.专业知识

4.专业实践能力——临床实际工作

3

## 二、考试方式——人机对话



4



5

每科题量：100 题，考 90 分钟

题型：A1、A2、A3、A4、B1、X

三、合格标准——60分万岁！

6

# 人力资源社会保障部办公厅文件

人社厅发〔2017〕119号

## 人力资源社会保障部办公厅关于 2017年度卫生专业技术资格考试合格标准 有关问题的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）：

根据2017年度卫生专业技术资格考试数据统计分析，经与卫生计生委协商，现将考试合格标准有关问题通知如下：

一、卫生专业技术资格考试初级、中级各科目合格标准均为60分（各科目试卷满分均为100分）。

二、鉴于卫生专业技术资格考试采用全国统一阅卷方式，

— 1 —

7

### 四、授课思路

1.大纲

2.考点详解

3.实战演习

### 【授课依据】

主要依据——《全国卫生专业技术资格考试指导·外科学》

补充内容来自——

1.全日制医科学大学本科、七年制、八年制教材《外科学》

2.《黄家驷外科学》

3.其他必要的资料

8

### 【外科主治医师·授课基本原则·TANG】

1.时间很有限——不择一切手段——图片/表格/关键词/口诀，理解和记住重要考点——有所取舍，有所补充。

2.主要为考试——实际工作需要日积月累；

——本次复习，就是为考试。

3.唯一目的——正常工作、加班、生活之余，通过考试。

9

## 第一章 颈部疾病

### 颈部肿块

#### （一）颌下皮样囊肿

##### 1.表现

先天性，位于颈部正中线，舌骨与下颌骨之间；

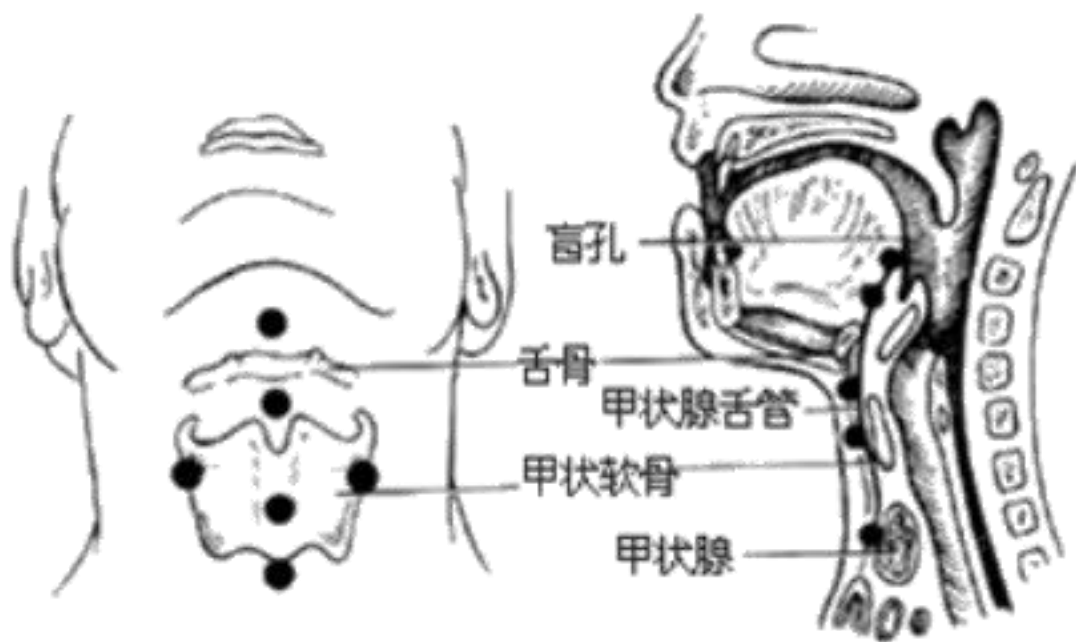
囊性，指压可改变形状。

2.治疗：完整切除。

10



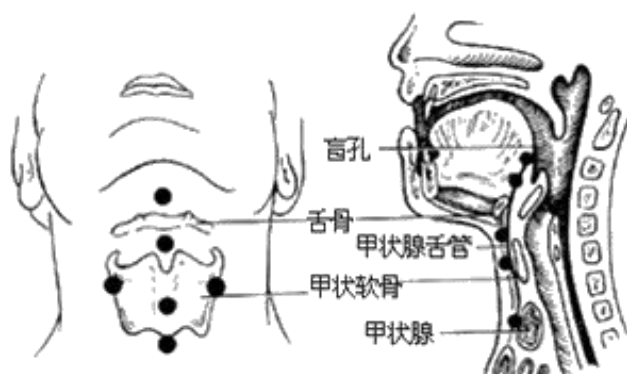
图 1.1.3.1-2 囊肿增大压迫咽喉



1

1

## (二) 甲状舌管囊肿



先天性，胚胎时的甲状舌管退化不全形成。

1

2

### 1.临床表现

(1) 婴幼儿期：颈部中线、舌骨下、球形、无痛，可随吞咽或伸舌活动。

(2) 青春期：由于感染和囊内容物潴留形成。

确诊：瘘管造影。

2.治疗——完整切除。

术中：可沿瘻管注入亚甲蓝引导手术范围。

如与舌骨粘连，可切除舌骨中段。

13





15

### （三）胸腺咽管囊肿

#### 1.临床表现

（1）婴幼儿期：位于颈侧部、胸锁乳突肌的前方或深面、球形、无痛性肿物。

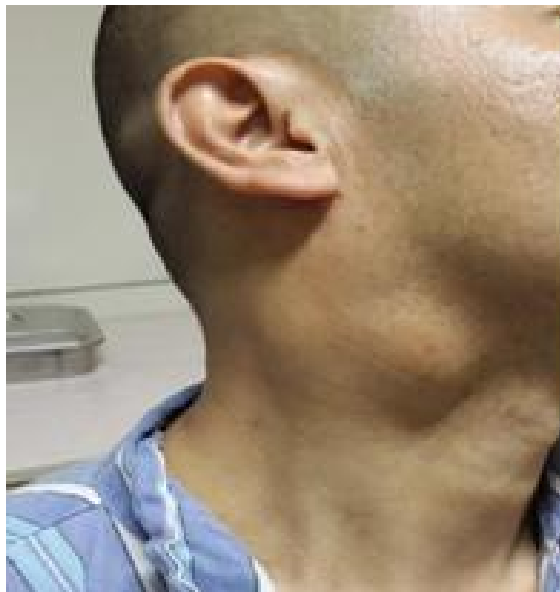
（2）青春期：破溃形成瘘管，外口位于胸锁乳突肌前缘。

确诊：窦道造影。

#### 2.治疗

——完整切除。

16



1

7

#### (四) 颈部囊状淋巴管瘤 (先天性囊状水瘤)

##### 1. 临床表现

① 婴儿；

② 颈侧方、胸锁乳突肌外侧、锁骨上方之皮下；

③ 柔软、波动感、透光肿物，界限不清，不能压缩，无疼痛。

④ 穿刺可助诊断。

18



9

## 2.治疗

(1) 手术：完整切除。

(2) 注射疗法：效果不好，适用于大、深、指状突起进入重要器官而无法切除者。



沙培林注射治疗

2

0

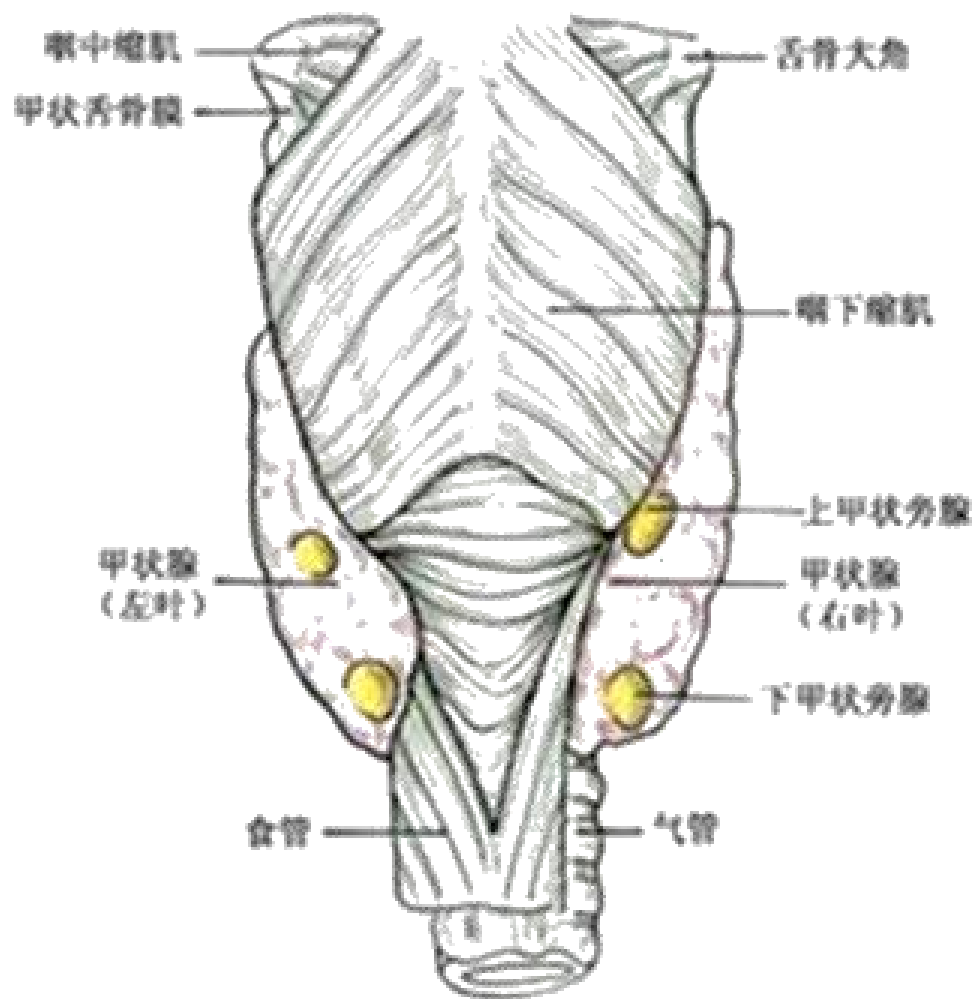
【小结 4，TANG】4 个颈部囊肿的鉴别

小结 TANG	颌下皮样囊肿	甲状舌管囊肿	胸腺咽管囊肿	囊状淋巴管瘤
特征	指压可变形	随吞咽伸舌移动	可破溃形成窦道	透光，不能压缩
外观部位	颈部正中线	颈前区中线	颈侧部	
实际部位	舌骨与下颌骨之 间	舌骨下	胸锁乳突肌的前 方或深面	胸锁乳突肌外 侧、锁骨上方

21

## 第二章 甲状腺疾病





22

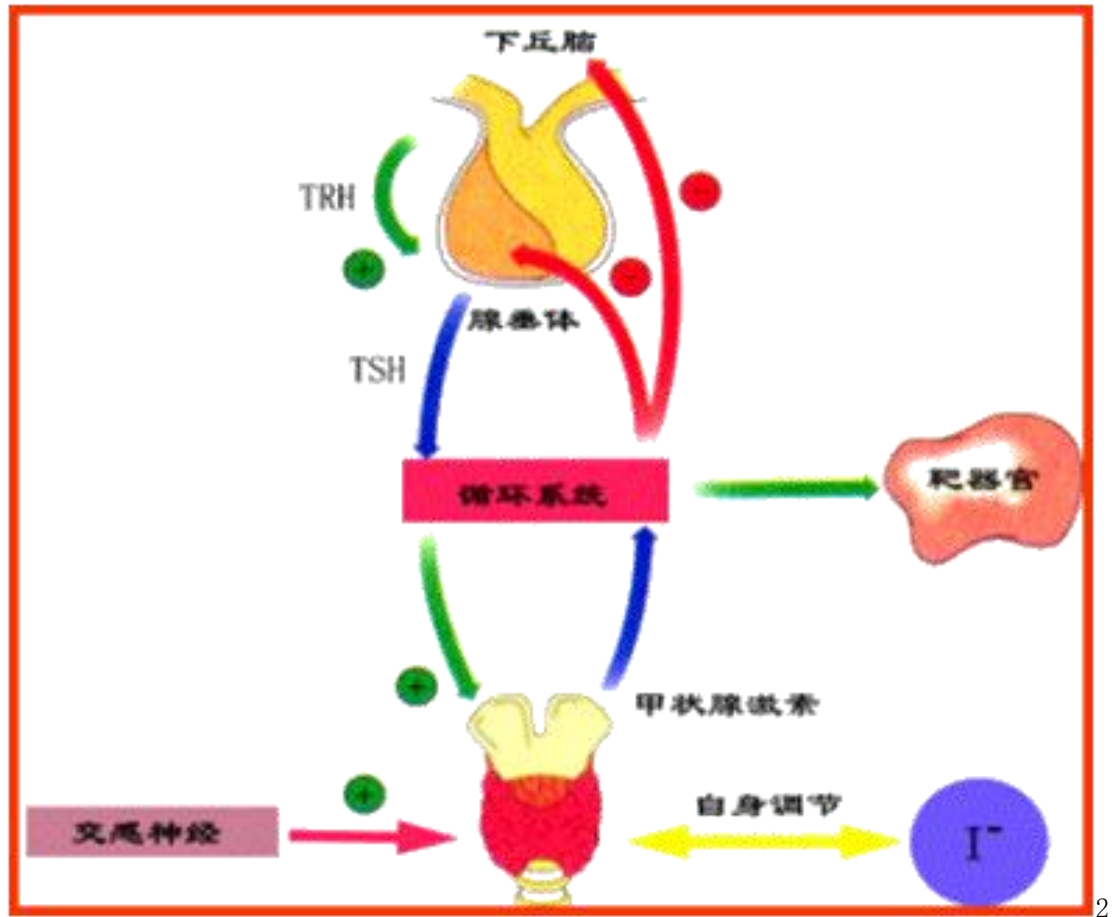
## 单纯性甲状腺肿

### (一) 病因

1. 甲状腺素原料 (碘) 缺乏：如饮水和食物中含碘量不足——地方性甲状腺肿。
2. 甲状腺素需要量增高：如青春发育期、妊娠期或绝经期妇女。
3. 甲状腺素合成和分泌障碍：如久食含硫脲的萝卜、白菜等。

23





2

4

(二) 治疗——注意：不是都需要手术！

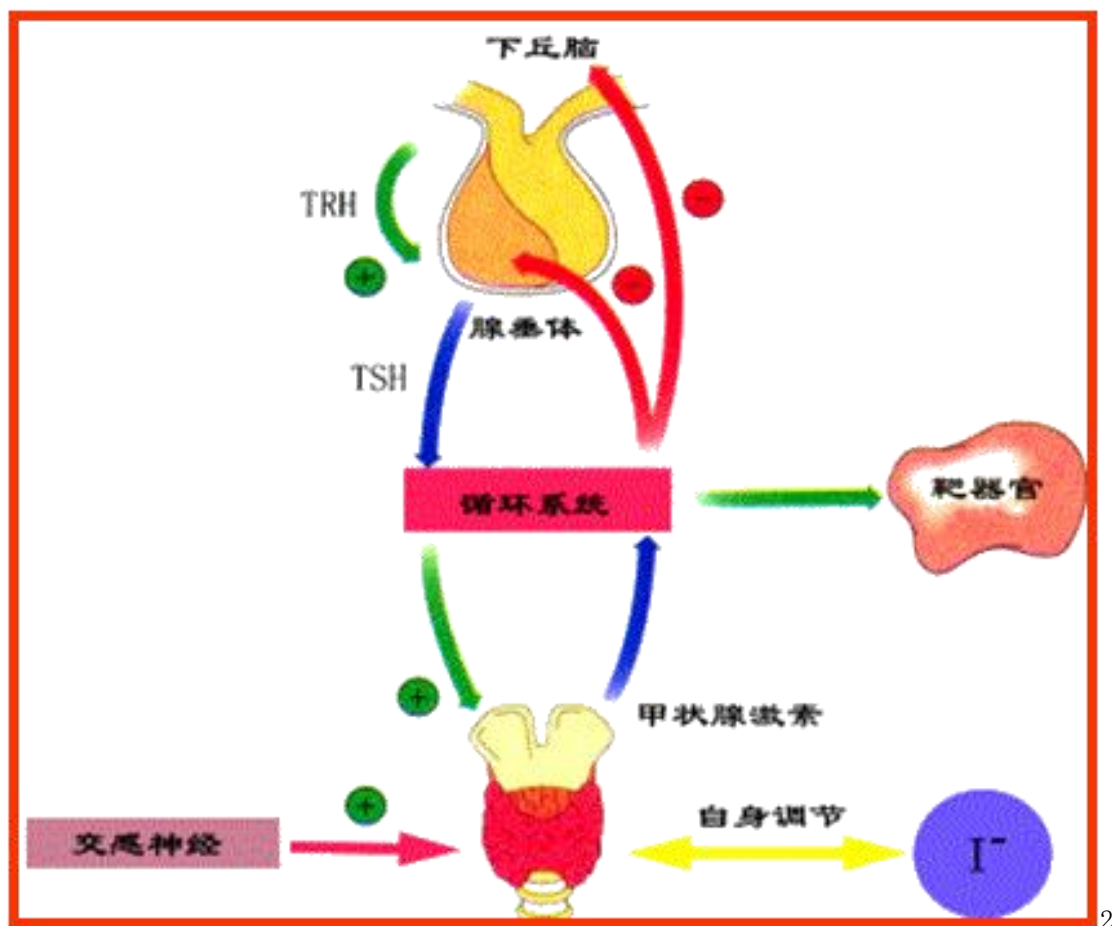
1. 青春发育期或妊娠期（生理性甲状腺肿）

——无需药物——多食海带、紫菜（含碘丰富）。

2. 年轻人（<20岁）的弥漫性甲状腺肿

——小剂量甲状腺素——抑制腺垂体促甲状腺素分泌。

25



2

6

### 3.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。
- (4) 结甲继发功能亢进。
- (5) 结甲可疑恶变。

小口诀·TANG

压迫胸骨腺体大，

继发甲亢恶变啦！

27

甲状腺功能亢进的外科治疗

突眼——原发性甲亢



8

(一) 分类和特点——小结表 (TANG)

	表现	突眼？	心肌损害？
1.原发性甲亢	最常见，甲状腺对称性肿大，同时伴甲亢。	常有	
2.继发性甲亢	先有结甲，后有甲亢。	无	易发生
3.高功能腺瘤	腺体内有自主性高功能性结节，周围腺体萎缩。	无	

29

(二) 外科治疗适应证

- 1.继发性甲亢或高功能腺瘤。
- 2.中度以上原发性甲亢。
- 3.腺体大、伴压迫症状，或胸骨后甲状腺肿伴甲亢。
- 4.抗甲状腺药物或 <sup>131</sup>I 治疗后复发者。

5.妊娠早、中期，有上述指征者。

30

【口诀·TANG】

治疗无效或复发，压迫胸骨腺体大。

原发中度孕早中，继发甲亢长腺瘤。

补充：原发性甲亢的分度

$BMR = (\text{脉率} + \text{脉压}) - 111$

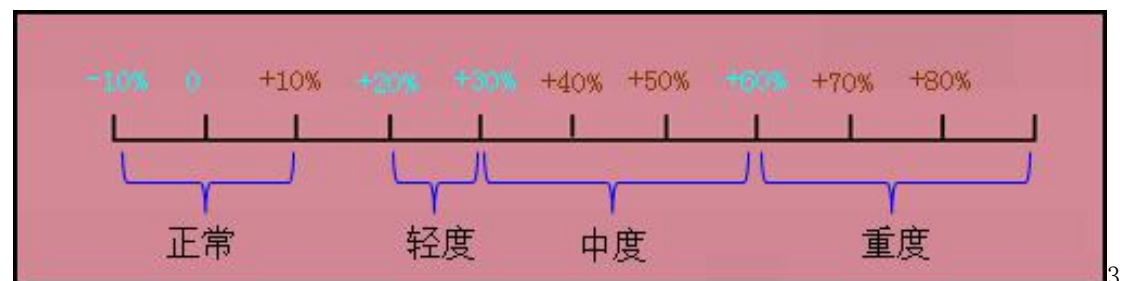
正常：-10 ~ +10%

A.轻：+20 ~ +30%

B.中：+30 ~ +60%

C.重：> +60%

31



2

### (三) 外科治疗要点

1.术式——双侧甲状腺次全切除术：

①范围：双侧腺体的 80% ~ 90% + 峡部；

②保留：每侧残留腺体如成人拇指末节大小。

必须保存腺体背面部分（以免损伤喉上神经、喉返神经和甲状旁腺）。

2.严格止血，术毕置引流物——防止术后出血和导致窒息。

3.特别强调——充分的术前准备——预防术后甲状腺危象的重要一环。



#### (四) 术前准备

1. 心理准备。

2. 术前检查：

A. 颈部透视或摄片——气管是否受压或移位；

B. 心脏有无并发症；

C.喉镜——声带功能；

D.基础代谢率。

35

### 3.药物准备

(1) 碘剂准备：

2~3 周，甲亢症状得到控制（脉率 90 次/分以下，基础代谢率 + 20%以下）。

(2) 硫氧嘧啶类+碘剂：

【为什么必须 + 碘剂？】

硫氧嘧啶类药物可使甲状腺肿大和动脉性充血，手术时易发生出血，加用碘剂——使甲状腺缩小变硬。方法：

先用硫氧嘧啶类药物，待甲亢症状得到基本控制后，停药；

36

改服碘剂 1~2 周（复方碘化钾溶液，每日 3 次，第 1 日每次 3~5 滴，以后逐日每次增加 1 滴，至每次 16 滴，维持此剂量至手术）。



37

(3) 普萘洛尔准备：

能控制甲亢症状，缩短术前准备时间，用药后不引起腺体充血（适用于：对硫脲类药物效果不好或反应严重者）。

最后 1 次服药在术前 1~2 小时，术后继续服药 4~7 天；

(4) 特别强调

——术前不能用阿托品。

38

(五) 术后并发症及其处理——十分重要！

1. 呼吸困难和窒息——术后 48 小时内。

(1) 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。



39

(2) 表现：

进行性呼吸困难、烦躁、发绀、颈部肿胀；

切口渗血、引流异常，或是被血块堵塞而无血性引流物。

(3) 处理：

立即床旁抢救（重要的是：术后常规将拆线用的无菌器械放于床旁！）。

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。



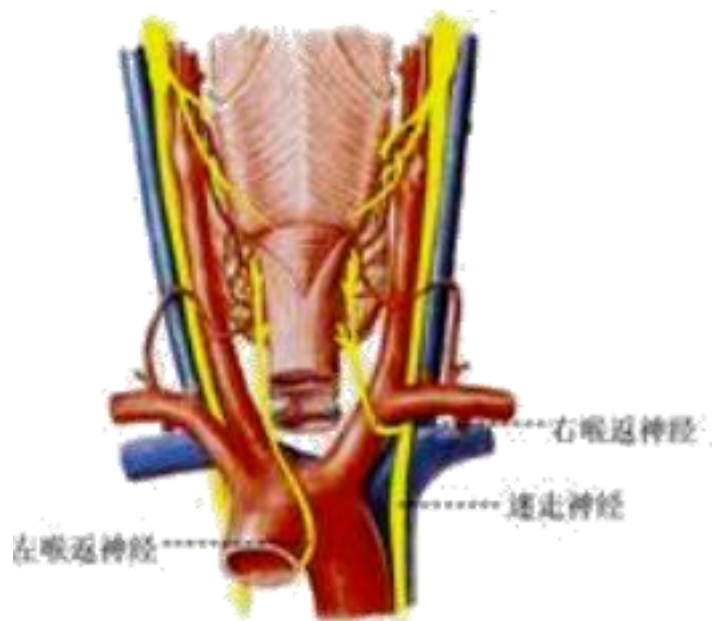
41

## 2.喉返神经损伤

A.挫夹、牵拉或血肿压迫所致——暂时性，可恢复；

B.一侧损伤——声嘶，可由健侧代偿而好转；

C.双侧损伤——声带麻痹——失音和呼吸困难——需气管切开。

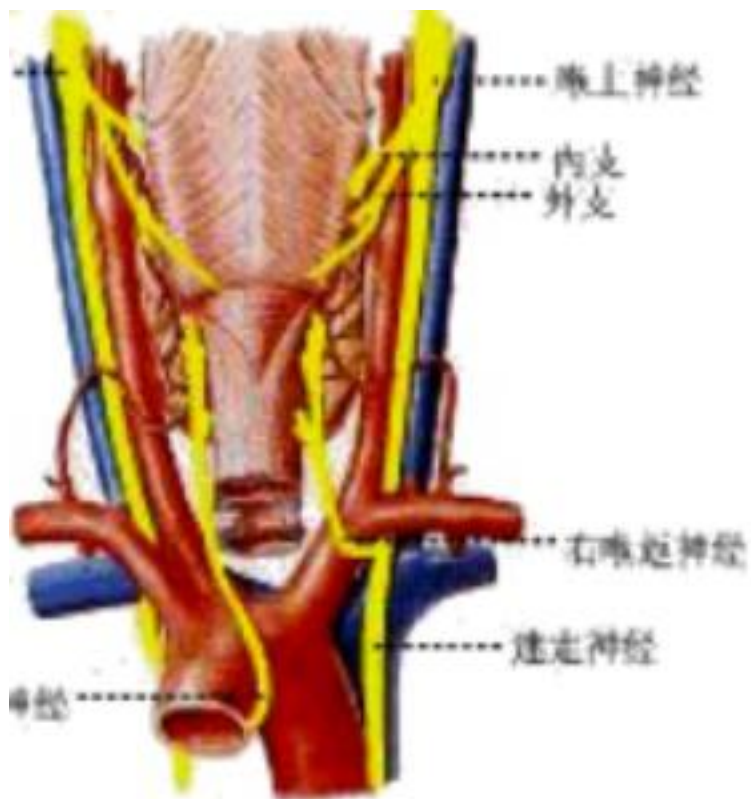


42

### 3.喉上神经损伤

表现：饮水呛咳（内支）、音调降低（外支）；

处理：理疗后——自行恢复。



43

4.手足抽搐——术后 1~3 天出现。

原因：甲状旁腺被误切、挫伤或血供受影响——甲状旁腺功能低下。处理：

①静脉注射 10%葡萄糖酸钙或氯化钙 10~20ml；

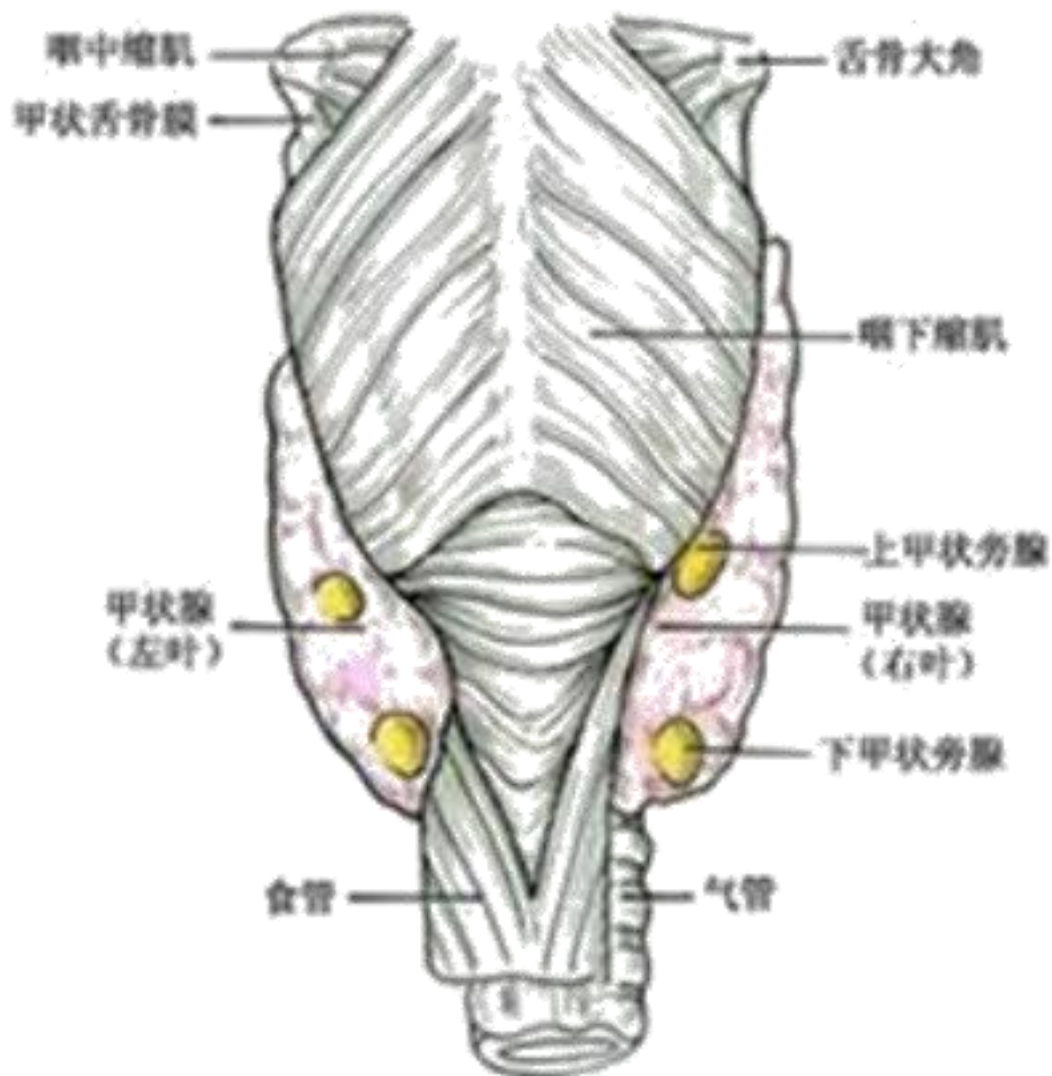
②轻症：口服葡萄糖酸钙或乳酸钙；

③重症：加服维生素 D3——促进钙吸收；

④限制肉类、乳品和蛋类食品

——为什么？——含磷高，影响钙吸收。

44



45

5. 甲状腺危象——与术前准备不充分有关。

甲状腺素过量释放——暴发性肾上腺素能兴奋现象。

(1) 表现：

术后 12 ~ 36 小时内高热、脉快而弱、烦躁、谵妄，甚至昏迷，常伴呕吐、水样腹泻。

可迅速发展至休克甚至死亡 ( 20 ~ 30% )。

46

(2) 治疗：

① 碘剂：口服，紧急时静滴——降低血液中甲状腺素水平；

② 激素——拮抗过多甲状腺素的反应；

③静脉应用普萘洛尔；

④镇静剂；⑤降温；⑥吸氧；

⑦静脉输入大量葡萄糖溶液——补充能量；

⑧出现心功能不全——西地兰。

47

## 6.甲状腺功能低下

①原因：切除甲状腺组织过多。

②临表（补充）：

黏液性水肿：皮肤和皮下组织非指凹性水肿。

疲乏，性情淡漠，智力较迟钝，动作缓慢，性欲减退，脉率慢、体温低、BMR 降低。

③治疗：甲状腺素（替代治疗）。

④预防（补充）——残留甲状腺应大如拇指末节；结扎甲状腺下动脉时，应在其主干，使

其分支与喉部、气管等动脉分支的吻合保存，以保持残留腺体的血供。

48



49

## 甲状腺肿瘤

### （一）甲状腺腺瘤

#### 1.诊断

40 岁以下女性，单发，有完整包膜，生长缓慢；可因囊内出血而迅速增大，并伴胀痛。可并发甲亢，恶变率 10%。

50

因此，迅速增大的肿瘤不一定是恶性！

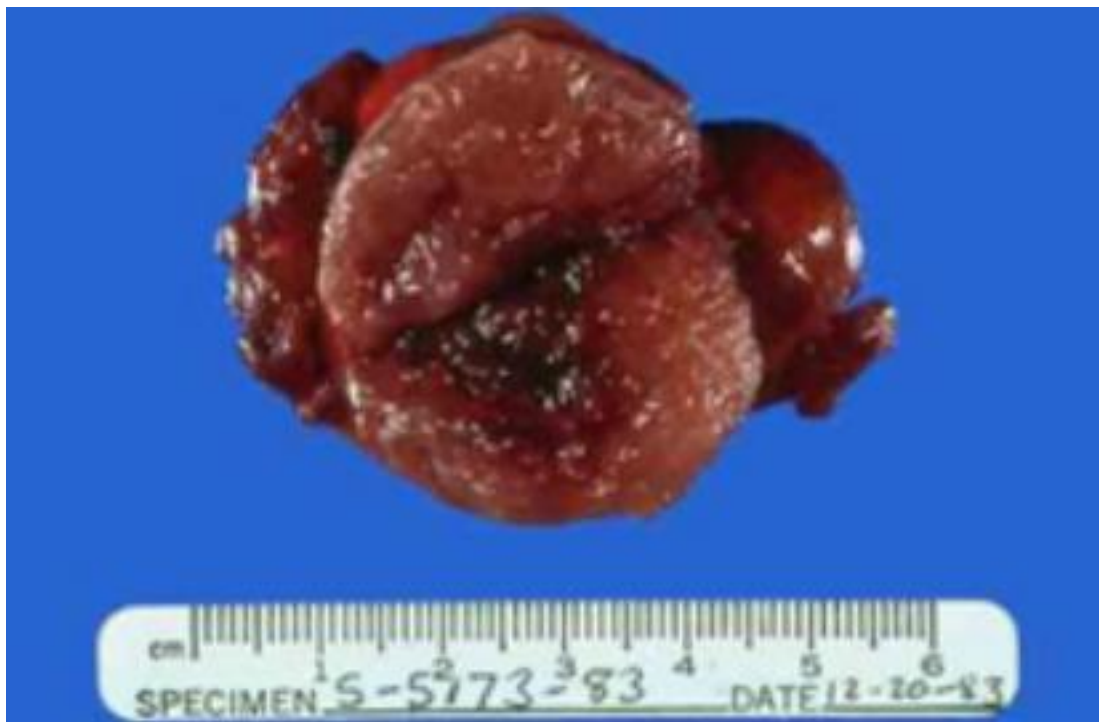
## 2.治疗

A.小——单纯腺瘤切除，连同包膜和周围 1cm 宽的正常甲状腺组织；

B.大——一侧腺体大部切除。

术中须行冰冻切片检查以除外恶性肿瘤。

51

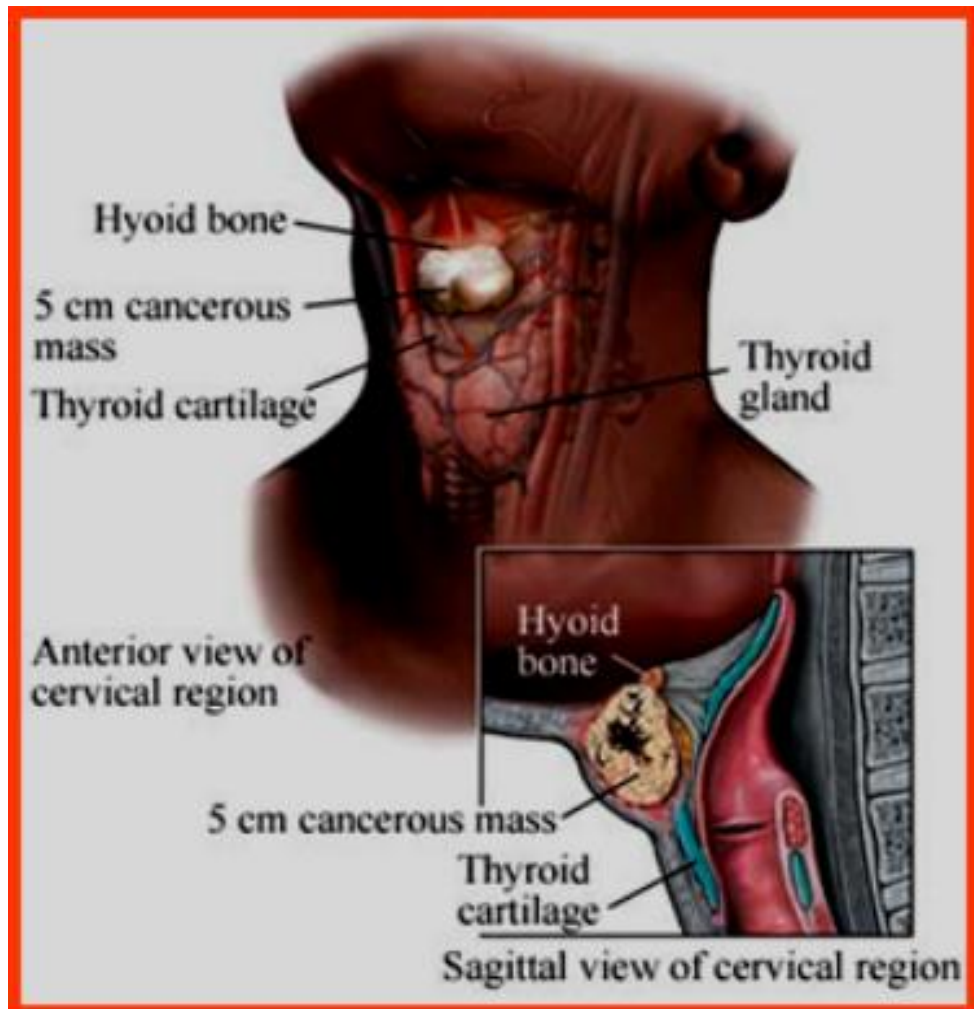


5

2

## (二) 甲状腺癌

1.诊断=临床表现 + 病理



53

### (1) 临床表现

初期无症状，常为甲状腺质硬不平结节，结节生长迅速；

如随吞咽活动度降低——未分化癌。

晚期：声嘶、呼吸困难、吞咽困难和 Horner 综合征

——压迫喉返神经、气管、食管和颈交感神经。

54

瞳孔缩小、上睑下垂、眼球内陷——Horner 综合征

——颈交感神经受损

转移——有时转移灶为首发症状。

①颈部淋巴结；

②远处转移常为——扁骨。



5

5

## (2) 病理

①乳头状腺癌

②滤泡状腺癌

③未分化癌

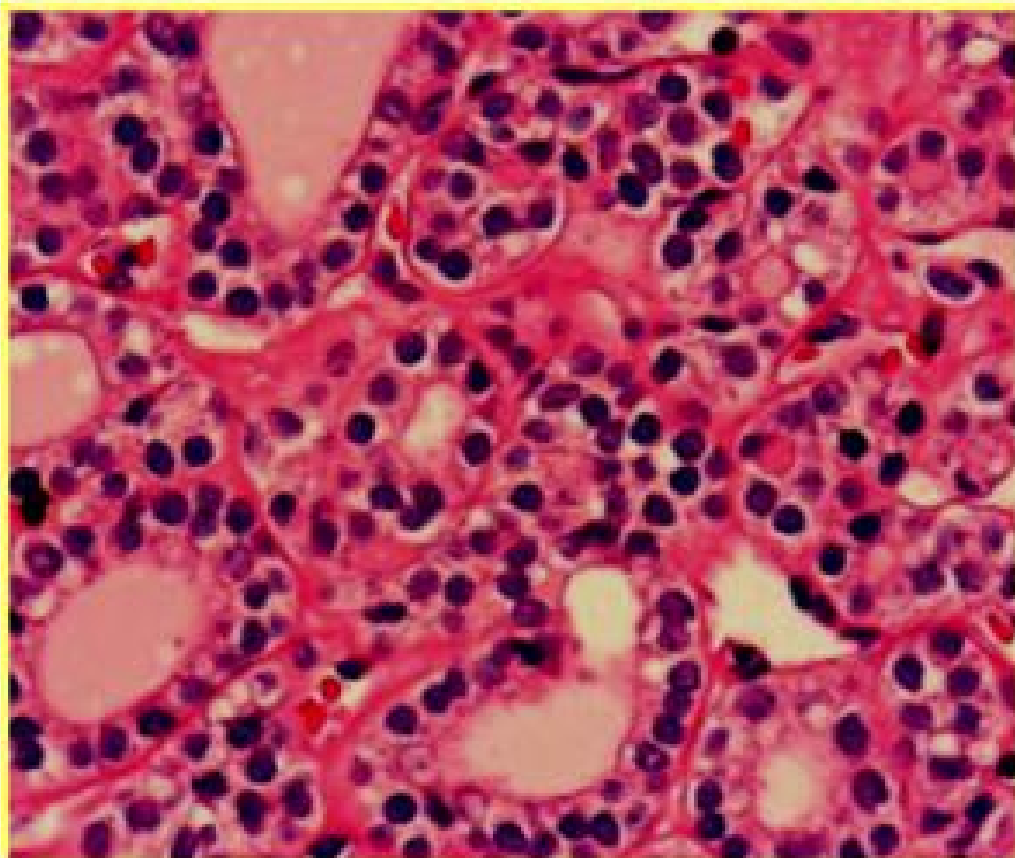
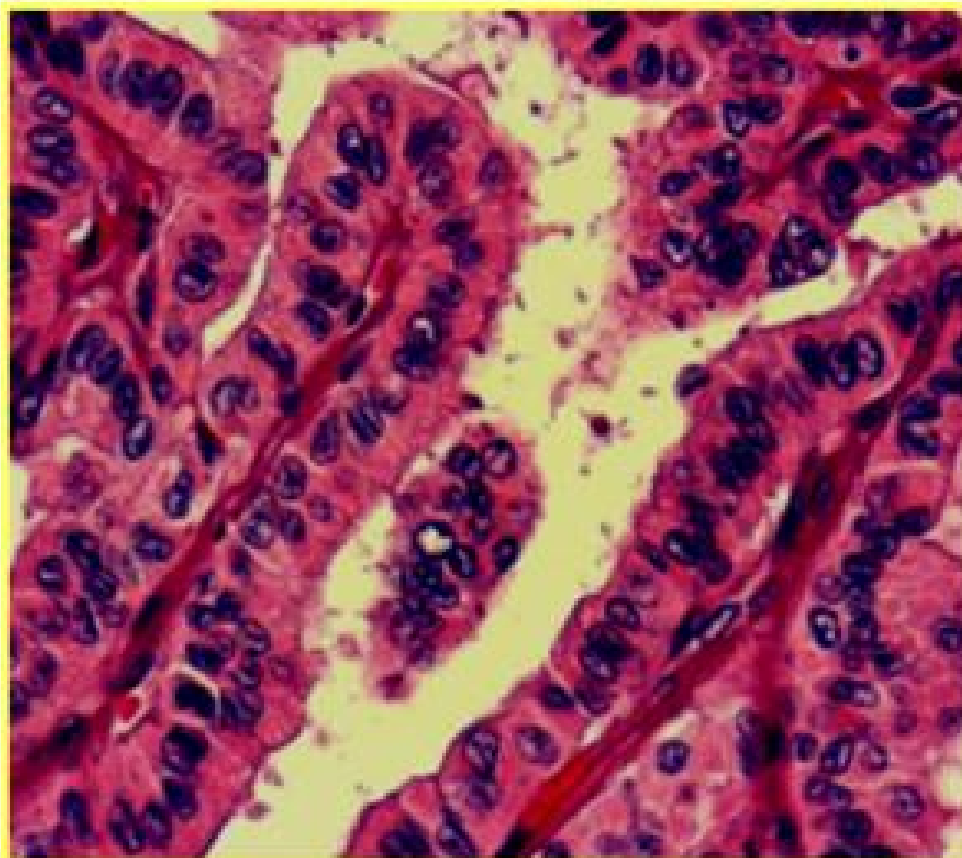
④髓样癌

### 【乳头状腺癌】

最常见，善良，

预后好。

56



【滤

泡性腺癌】

57

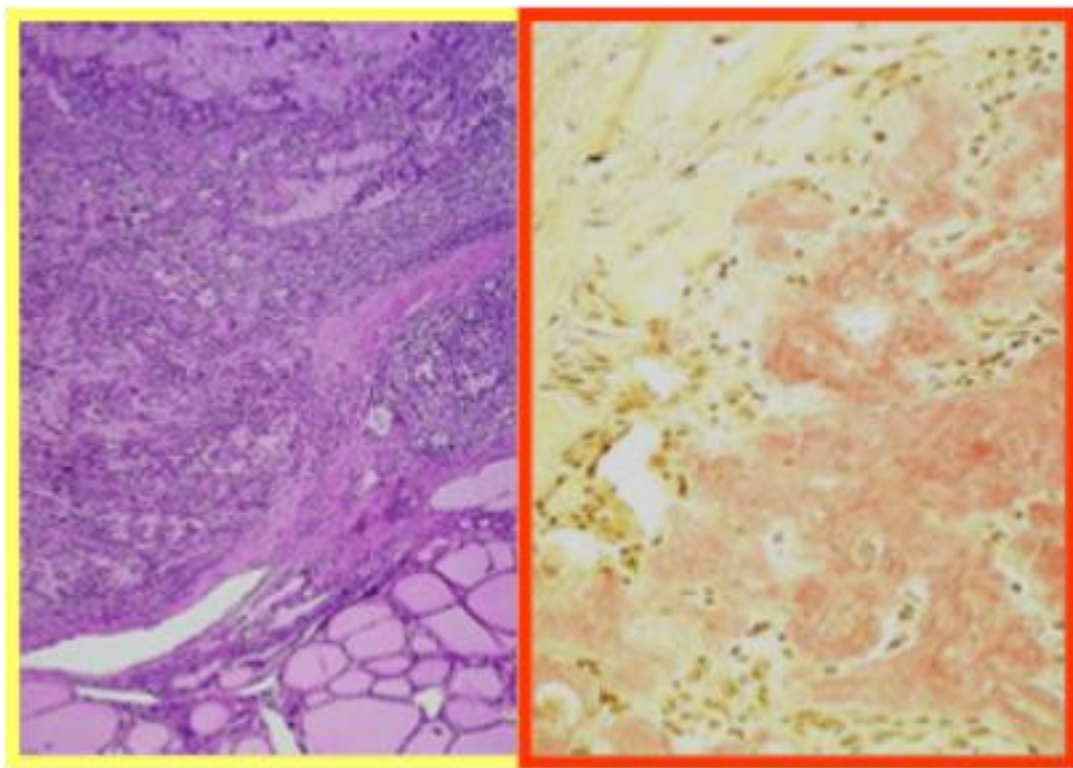
【髓样癌】

低分化；

起源于滤泡旁细胞（C 细胞），分泌降钙素和 5-HT。

可出现类癌综合征。

58

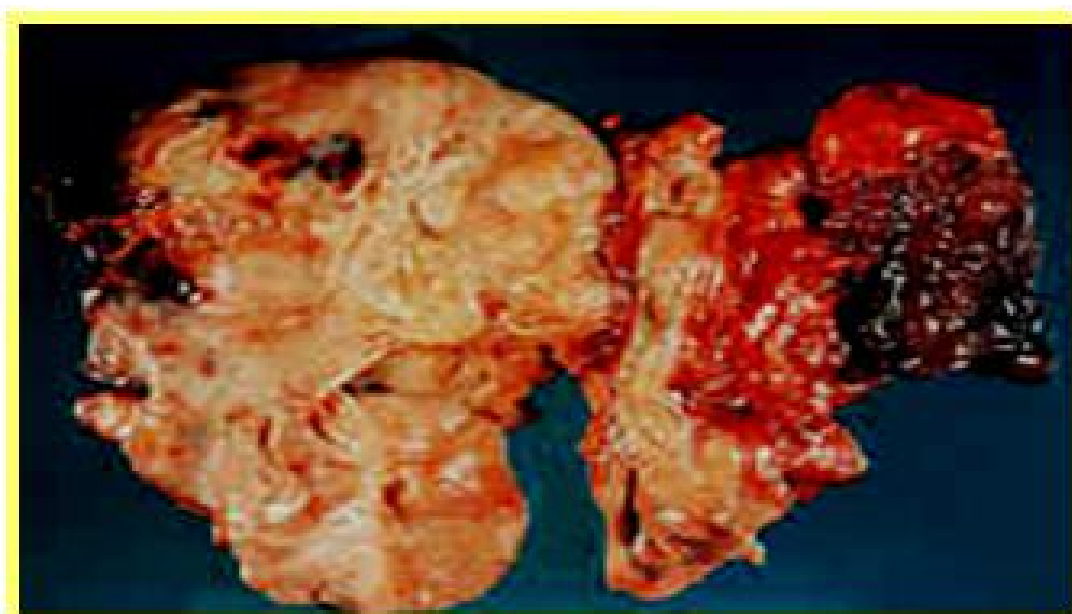
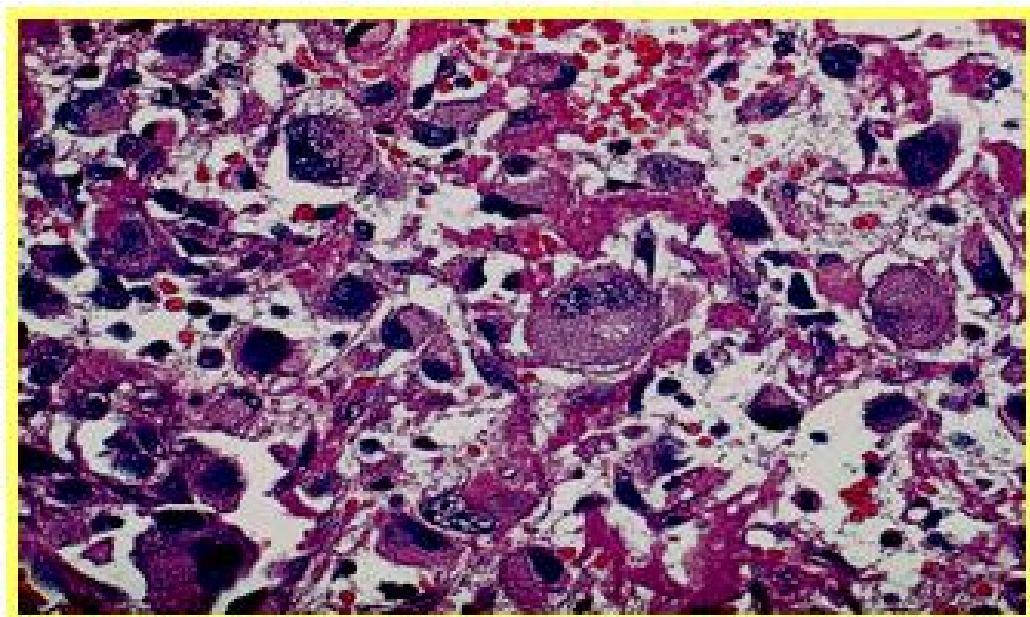


【未分化癌】

·分化差；

·对放疗敏感。

59



6

0

总结：甲状腺癌的病理类型（TANG）

	乳头状腺癌	滤泡状腺癌	髓样癌	未分化癌
发生比例	60%	20%	5 ~ 10%	15%
年龄	年轻	中年		老年
生长速度	慢	较快		快

转移方式	颈部淋巴	血行	早期：淋巴；晚期：血行
恶性度	低	中	中 高

61

## 2.治疗

甲状腺癌治疗（TANG）	手术	其他治疗
乳头状腺癌	同侧腺体 + 峡部全切 + 对侧腺体大部切除 颈部淋巴结转移的，同时清除淋巴结	术后应用 $^{131}\text{I}$ 放射性核素治疗；适用于 45 岁以上，多发性癌灶、局部侵袭性并有远处转移者。
滤泡状腺癌	手术；有远处转移的——甲状腺全切，再行放射性碘治疗，和（或）加甲状腺干制剂治疗。	
髓样癌	手术	
未分化癌		放射外照射治疗

甲状腺次全或全切者：终身服用甲状腺素片。

62

## 实践演练

1.甲状腺未分化癌首选的治疗方法为

A.手术

B. $^{131}\text{I}$

C.碘剂

D.甲状腺干制剂

E.外放射

『正确答案』E

63

2.42 岁，女性，发现甲状腺肿物 1 周。检查发现肿物质硬，同侧淋巴结肿大。患者有腹泻、心悸、脸面潮红等症状。最大可能是

A.甲状腺高功能腺瘤

B.甲状腺乳头状癌

C.甲状腺滤泡状癌

D.甲状腺未分化癌

E.甲状腺髓样癌

『正确答案』E

64

### 第三章 乳房疾病





6

6

## 一、乳腺纤维腺瘤

### (一) 临床特点

20~25岁(雌激素水平过高)。

单发,无自觉症状。

肿物质地韧、光滑、边界清楚、活动度大。

67



68

(二) 处理——手术。

连同周围部分正常腺体一并完整切除。



6

9

## 二、急性乳腺炎





7

0

#### (一) 病因

产后哺乳妇女，尤以初产妇为多。

1. 乳头皮肤因乳儿吸吮而破裂，全身抗感染能力下降，病菌乘虚而入。

2. 乳汁淤积：

乳头发育不良或乳管不通畅引起。

3. 细菌侵入

——金黄色葡萄球菌感染。



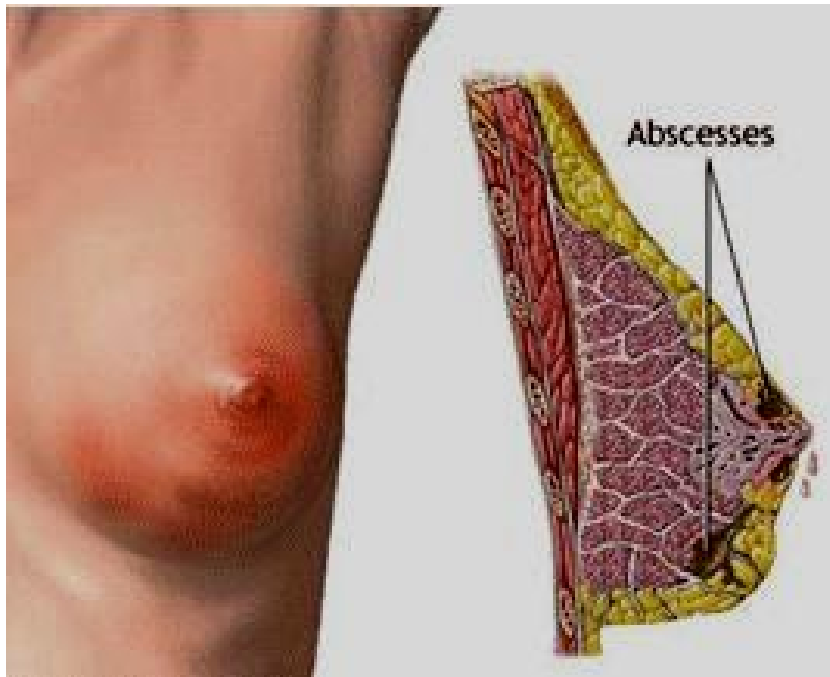
71

## （二）临床表现

- 1.早期——乳房局部疼痛、硬块、皮肤发热、发红，全身乏力、发热。
- 2.中期——疼痛呈搏动性，患侧腋窝淋巴结肿大、寒战、高热、脉率加快、白细胞计数增高。
- 3.后期——局部脓肿形成，穿刺可抽出脓液，脓肿可自行破溃，亦可穿入乳管，自乳头排出脓液。有时可形成乳腺后脓肿。

72





73

### （三）治疗原则

#### 1.非手术——预防重于治疗。

①暂停哺乳，保持乳管通畅，局部湿热敷。

②全身抗感染。

③炎症中后期终止哺乳——乙烯雌酚、溴隐亭、炒麦芽。

④中医。

#### 2.手术治疗

——脓肿形成后及时切开引流。

74

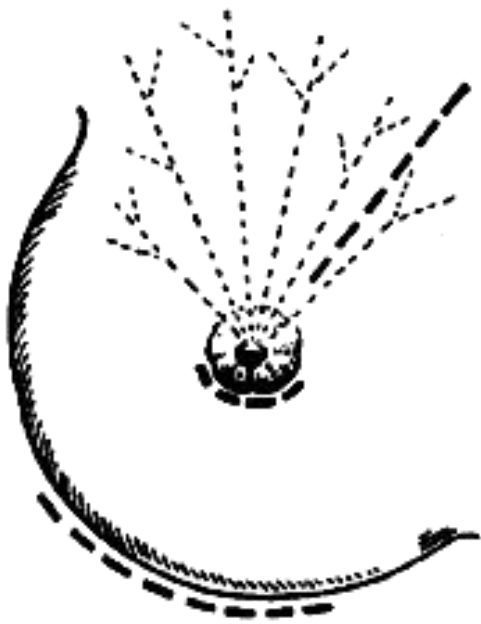


75

两点注意：

轮辐方向放射状切开；

乳腺多间隔脓肿——在脓腔最低处或另做切口对口引流。



76

### 三、乳腺癌

#### (一) 概述

40~60岁绝经期前后妇女。

病因：雌激素的作用、遗传因素、生育、哺乳等。 全身性疾病，需综合治疗。



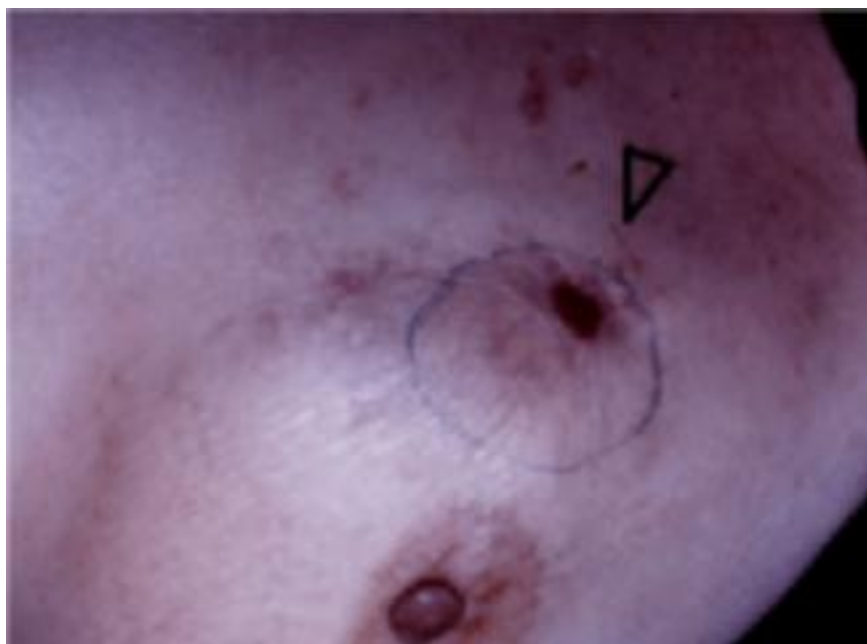
77

## (二) 临床表现

### 1. 早期

无症状的单发肿块，肿块好发于乳房外上象限，质地坚硬，欠光滑，边界不清，活动度差。

微小癌——<1cm——难以触及，多因钼靶或 B 超检查而发现。



78

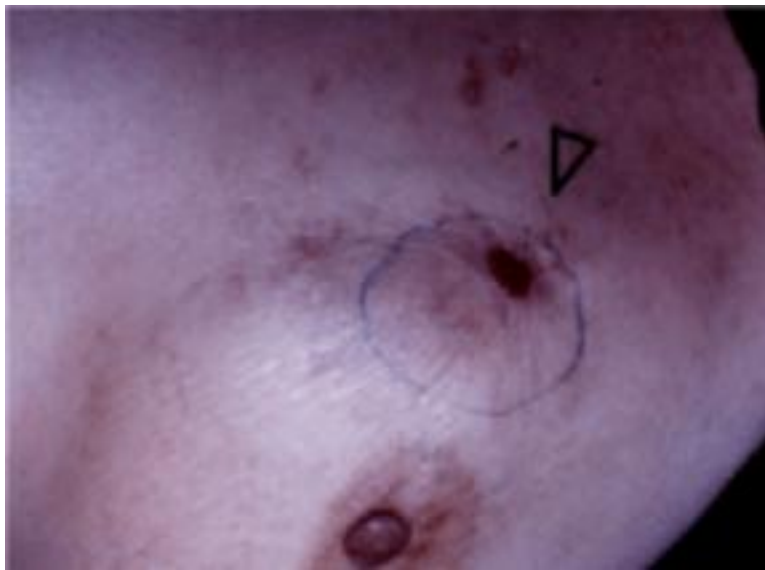
### 2. 中期

肿块逐渐增大，可出现局部皮肤凹陷（酒窝征）；

乳头内陷或偏向癌肿方向；

腋窝淋巴结可肿大。

酒窝征——侵犯乳房悬韧带（cooper 韧带）



79

### 3.进展期

癌肿细胞侵入皮下和皮内淋巴管引起皮肤水肿——橘皮样变。

肿物固定，有的破溃。

同侧腋窝淋巴结明显肿大或粘连成团。

橘皮征——侵入皮下和皮内淋巴管

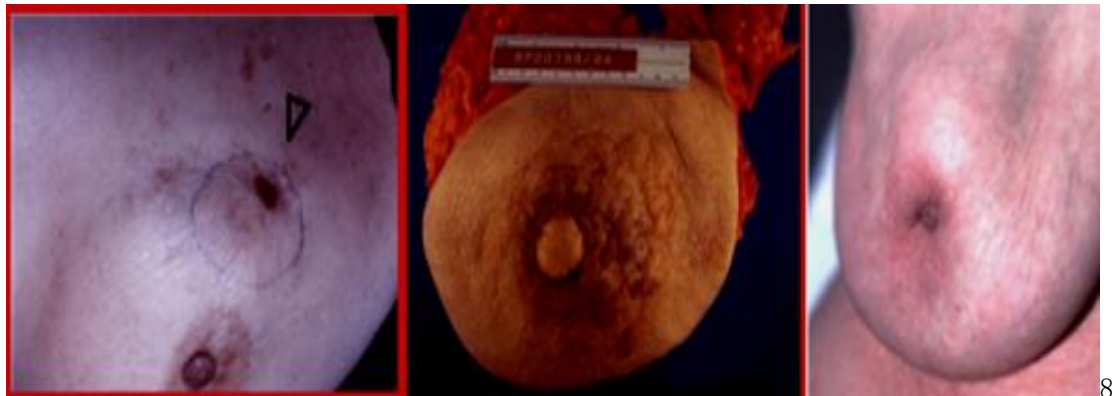
进展期：3个特征性征象——常考点 ( TANG )！

80



1

1.酒窝征 2.橘皮样改变 3.乳头内陷



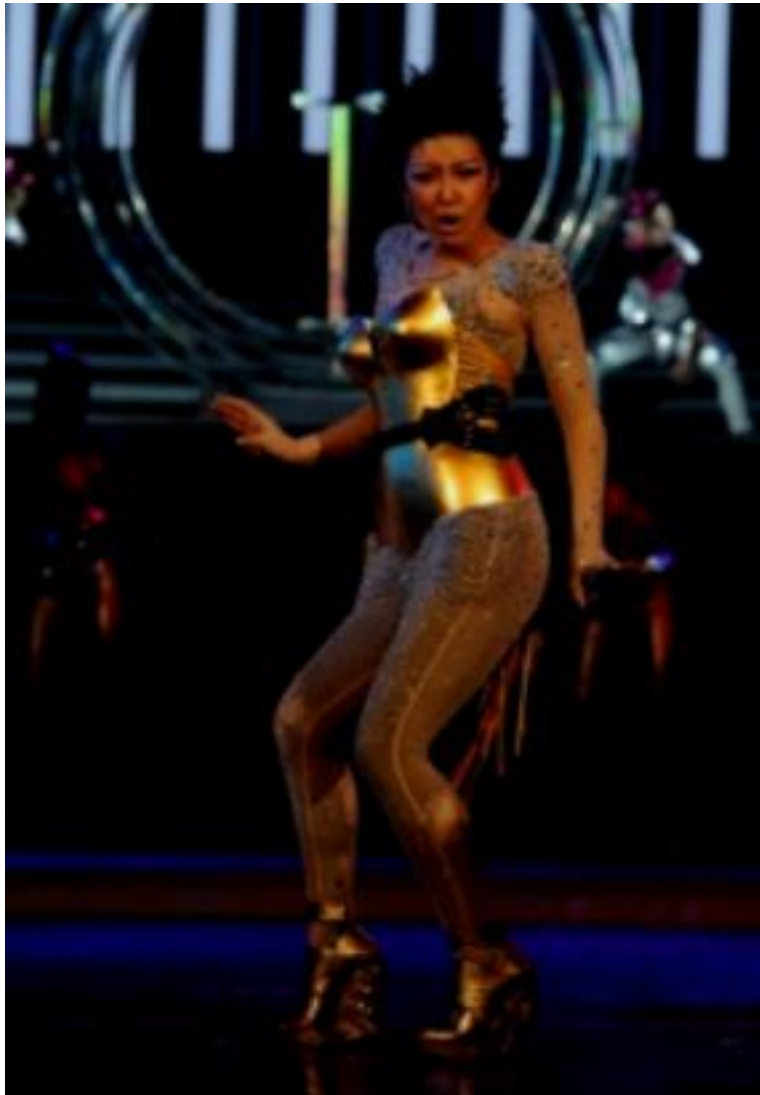
2

4.晚期

乳房大片皮肤出现坚硬结节并融合成铠甲状，破溃肿物恶臭、出血、菜花样翻出。

可出现上肢水肿，锁骨上淋巴结转移及远处脏器转移灶。

83



84

## 5.特殊形式的乳癌

炎性乳癌、湿疹样癌（Paget 病）

——补充（TANG）

（1）炎性乳腺癌：发展迅速、恶性程度高、预后差。

早期皮肤呈炎症样改变，迅速扩展至乳房大部，导致整个乳房增大、红肿、充血、水肿、发热，但一般无疼痛。

质硬而无明显肿块，常累及对侧。

85



6

## (2) 乳头湿疹样乳腺癌 (Paget 病):

恶性程度低, 进展缓慢。

乳头瘙痒、烧灼感, 有脱屑; 之后乳头和乳晕皮肤粗糙糜烂如湿疹样, 进而形成溃疡。

单侧最常见, 若出现双侧病变, 倾向于考虑为湿疹或接触性皮炎。

87



8

## (三) 临床分期法

1. TNM 分期——根据《外科学》教材完善

T 原发肿瘤

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  $\leq 2\text{cm}$

T2 癌瘤最大径>2cm , ≤5cm

T3 癌瘤最大径>5cm

T4 癌瘤无论大小直接侵犯皮肤及胸壁，炎性乳腺癌亦属之。

89

N 区域淋巴结

N0 癌瘤同侧腋窝无肿大淋巴结

N1：同侧腋窝淋巴结转移，可推动。

N2：同侧腋窝淋巴结转移，融合或与周围组织粘连。

N3：同侧锁骨上淋巴结及同侧胸骨旁淋巴结转移。

M 远处转移

M0 无远处转移

M1 有远处转移

90

【重要！】乳腺癌 TNM 分期——简化应试版（TANG）

Tis 原位癌+湿疹样癌（Paget 病）

T1：≤2cm

T2：2-5cm

T3：> 5cm

T4：侵犯皮肤及胸壁+炎性乳癌

N1：可推动。

N2：粘连融合。

N3：出了腋窝。

M0：无远处转移

M1：有远处转移

91

## 2.临床分期

0 期 TisN0M0

I 期 TIN0M0

II期 T0-1N1M0 , T2N0-1M0 , T3N0M0

III期 T0-2N2M0 , T3N1-2M0 , T4 任何 NM0 , 任何 TN3M0

IV期 M1 任何 TN

92

——怎么记？TANG

乳腺癌 TNM 分期记忆方法（TANG）

0 期	TisN0M0	原位癌
I 期	TIN0M0	T1
II期	T0-1N1M0 , T2N0-1M0 , T3N0M0	密码：011 , 201 , 30
III期	T0-2N2M0 , T3N1-2M0 , T4 任何 NM0 ,任何 TN3M0	太多了，呵呵，懒，不记
IV期	M1 , 任何 TN	转移了！！

93

## （四）病理组织学分类

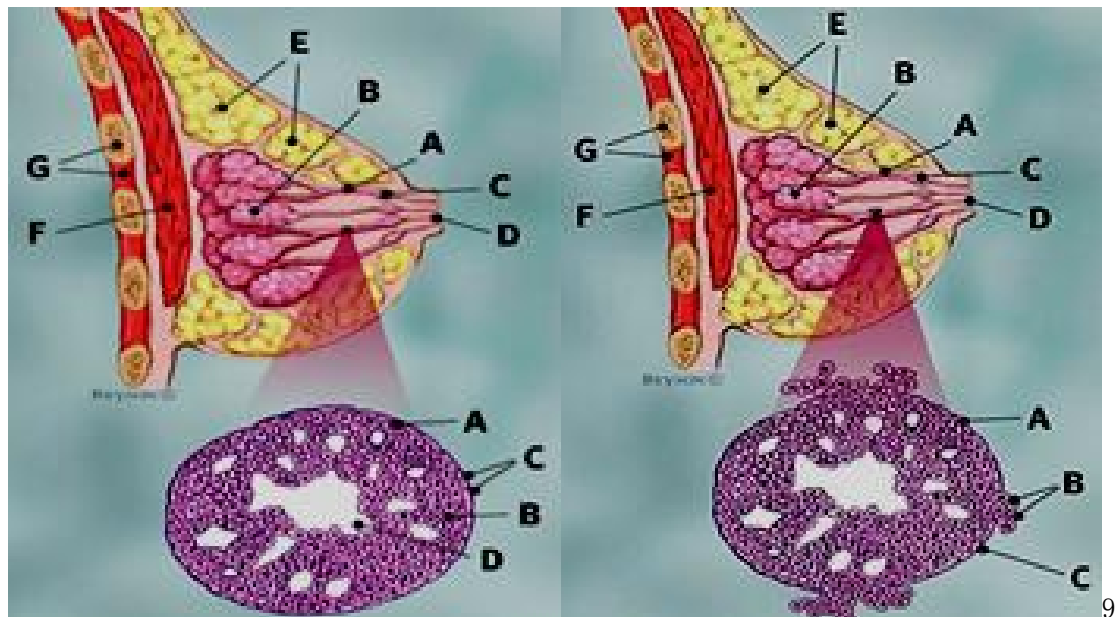
### 1.非浸润性癌

导管内癌、小叶原位癌。

## 2.浸润性癌

浸润性导管癌、浸润性小叶癌、黏液腺癌、髓样癌、乳头状癌、管状癌、腺样囊性癌、分泌性癌、大汗腺癌、伴有化生的癌和少见癌。

94

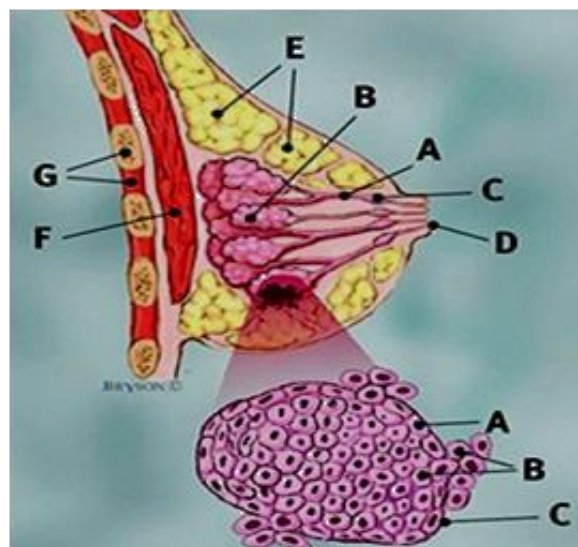
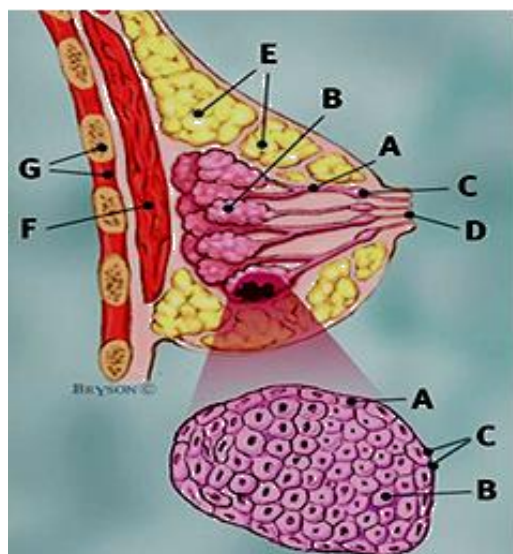


9

5

小叶原位癌

浸润性小叶癌



9

6

(五) 诊断和鉴别诊断

1.诊断——临床表现+体格检查+辅助检查。

2.鉴别诊断

( 1 ) 外伤性脂肪坏死。

( 2 ) 乳房结核：寒性脓肿，溃破后发生窦道。

( 3 ) 乳房囊性增生病：

多个大小不一、质韧的结节，分散在两侧整个乳房。

( 六 ) 治疗——综合：手术、化疗、内分泌、放疗、生物治疗。

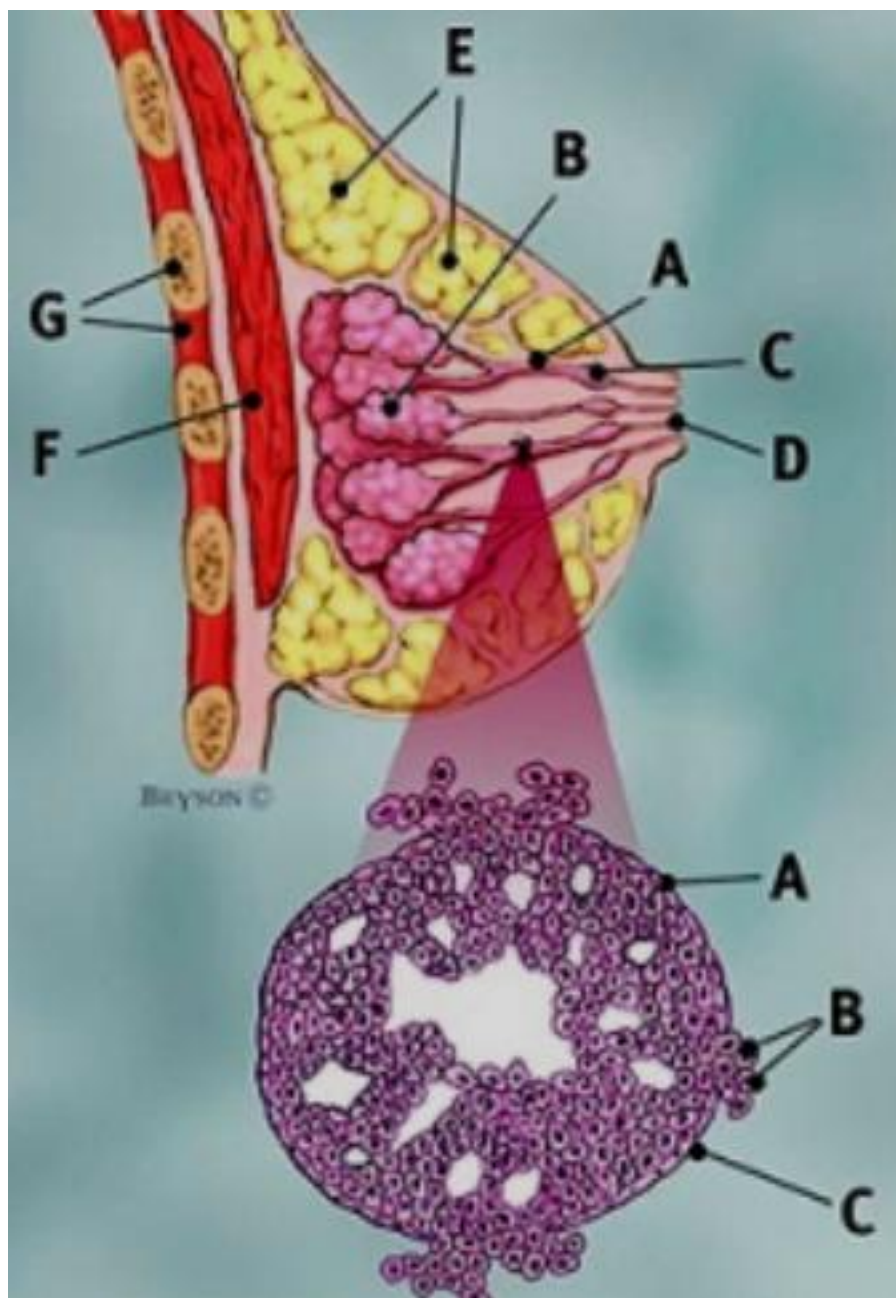
1.手术，早期乳腺癌——首选治疗手段。

97

指定教材的术式选择 ( TANG 小结 )

①早期肿瘤且符合保乳手术条件	乳腺局部广泛切除+腋窝淋巴结清扫。
②普及术式	改良根治术
③有胸肌侵犯	根治术
④扩大根治术	已被淘汰。
⑤局部进展期	新辅助治疗降期后获得手术机会。
⑥晚期或有远处转移	姑息切除，减少瘤负荷、改善生存质量，为化疗、内分泌治疗提供条件。

98



99

### 【重要补充】乳腺癌的术式选择-TANG

#### 乳腺癌术式选择（TANG 补充完善版）

1. 保留乳房的切除术
  - 完整切除肿块+周围 1-2cm I、II 期，且乳房有一定体积
  - 的组织及胸大肌筋膜 确保切 者。
  - 缘阴性（冰冻）+腋淋巴结清
  - 扫

术后：放、化疗

2.改良根治术（普及）

保留胸肌 术后外观及上肢功 I、II 期

能效果较好。

3.根治术

整个乳房+胸大肌、胸小肌+ 0、I、II期、部分III期

腋窝、锁骨下淋巴结。

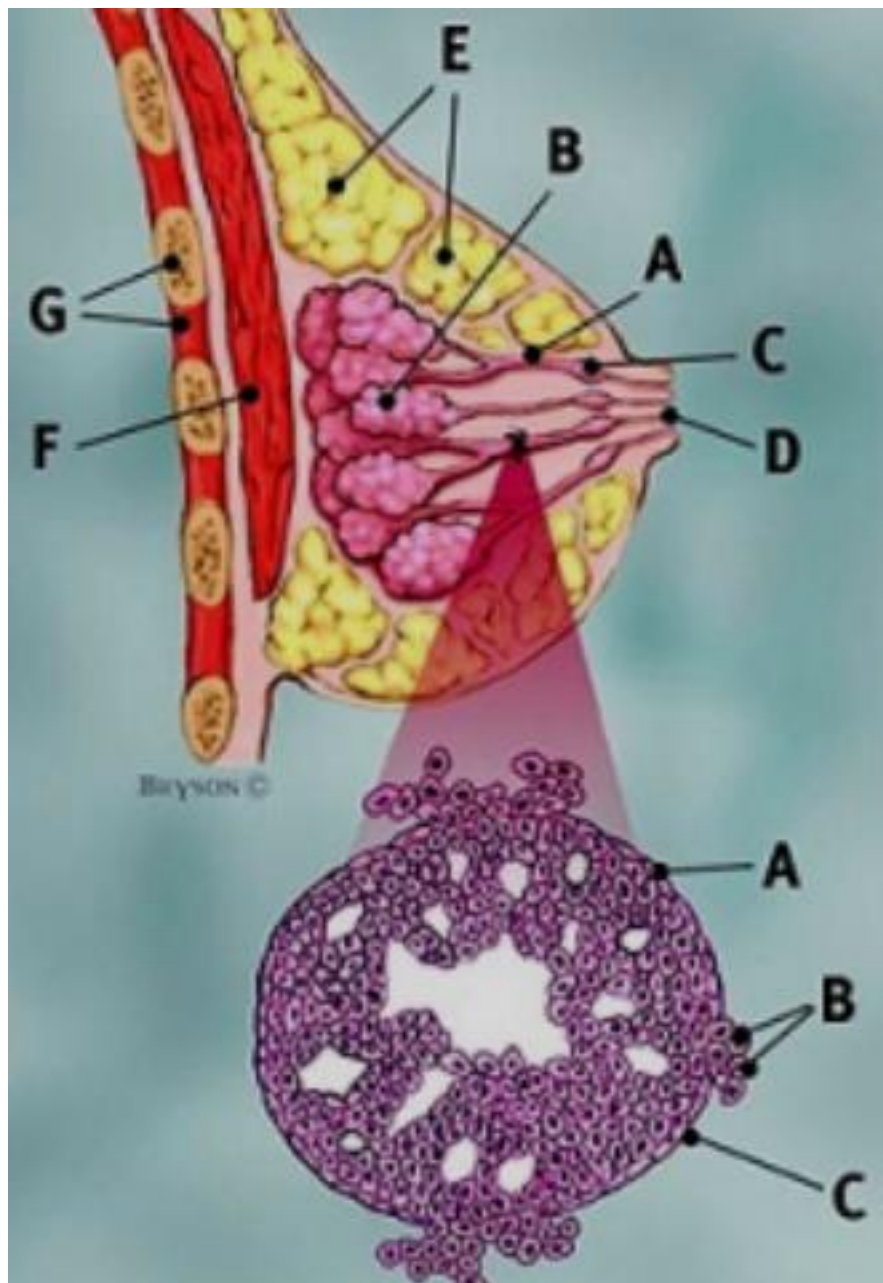
4.全乳房切除术

整个乳腺

原位癌、微小癌及年老体弱者

扩大根治术

根治术+清除胸骨旁淋巴结（已淘汰）



101

2.化疗、放疗

3.内分泌治疗——去势治疗：

①手术切除或放射线照射卵巢；

②药物去势

A.目前最常用：他莫昔芬（三苯氧胺），ER（+）患者术后连续服用5年。

B.孕酮类。

C.来曲唑（弗隆）。





103

#### 4.分子靶向治疗

HER-2 单克隆抗体——Herceptin (赫塞汀)

——(TANG 补充) 曲妥珠单抗。

104

#### 四、乳房检查

##### (一) 乳房检查的内容及意义

##### 1.视诊

(1) 受检者姿势：坐位。

(2) 乳腺外形。

(3) 乳腺皮肤情况：颜色、有无粘连、凹陷(酒窝征)、水肿(毛囊处形成许多点状小孔——橘皮征)、发红或破溃。

(4) 乳头：部位、大小、有无内陷、裂口、溃破、溢液。

(5) 腋窝、锁骨上下是否膨满(有无肿大淋巴结)。



1

06

## 2.触诊

(1) 受检者姿势：坐位或仰卧位。

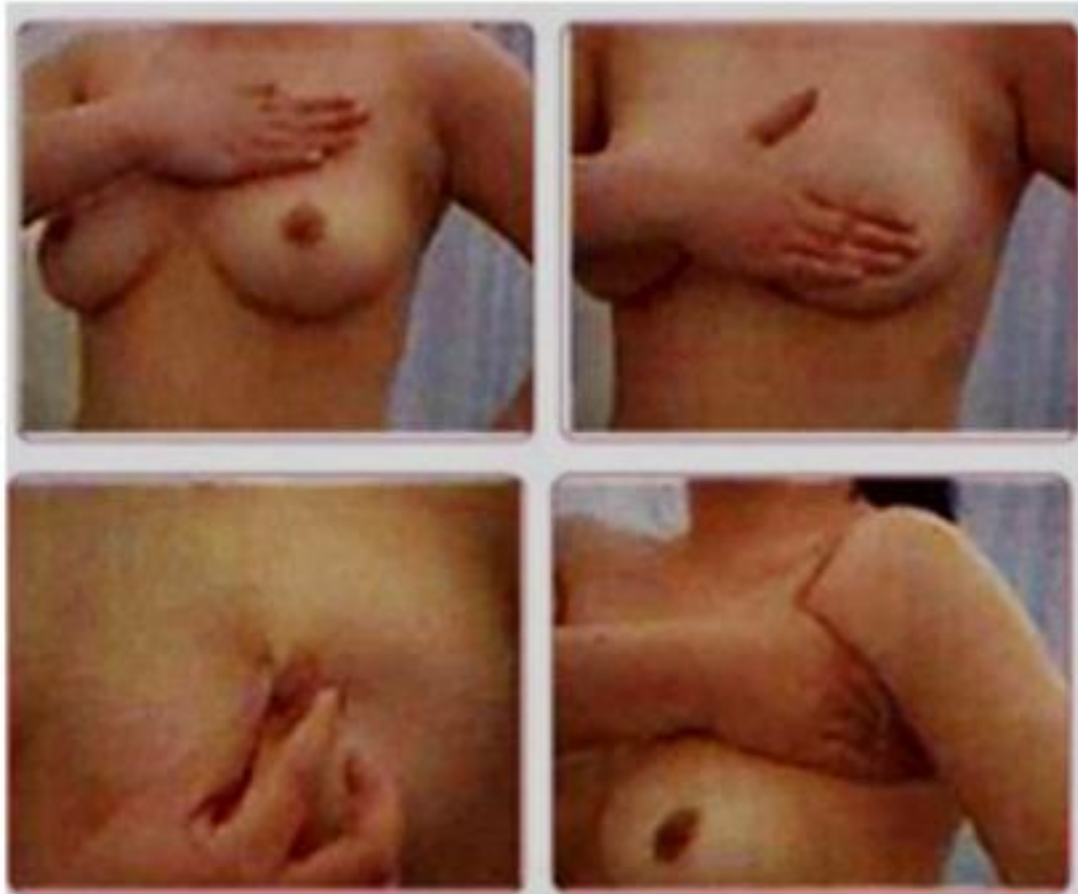
(2) 乳房检查：

先健后患侧；

顺序：乳房外上、外下、内下、内上、中央各区；

记录：肿块部位、大小、表面情况、质地、边界及活动度、与皮肤有无粘连、与筋膜、胸肌是否固定。

107



1

08

### (3) 检查腋窝淋巴结方法 (左侧为例)

面对病人, 将其左上肢放松置于检查者左前臂上, 以右手指掌面轻按揉、滑动检查腋顶、胸大肌旁。

腋窝后壁肩胛下群淋巴结要自背后检查。

记录: 肿大淋巴结的数目、大小、硬度及其活动性。

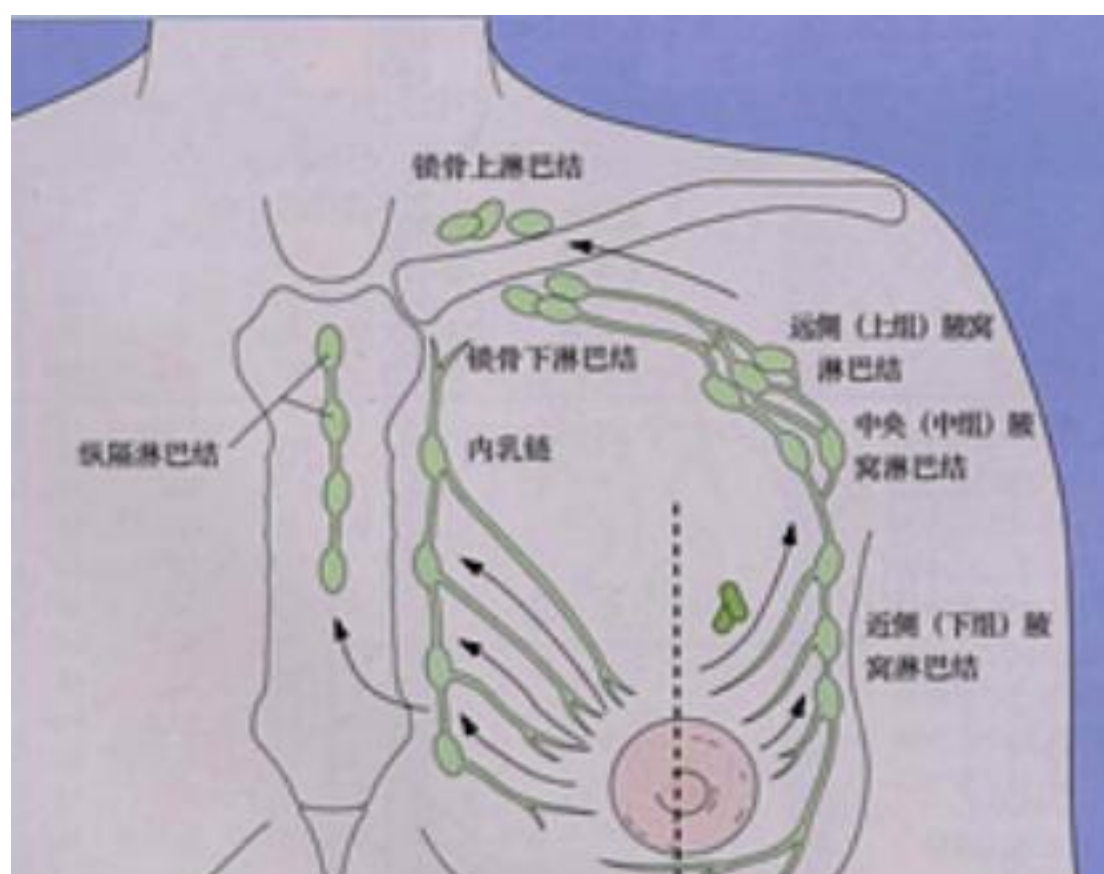
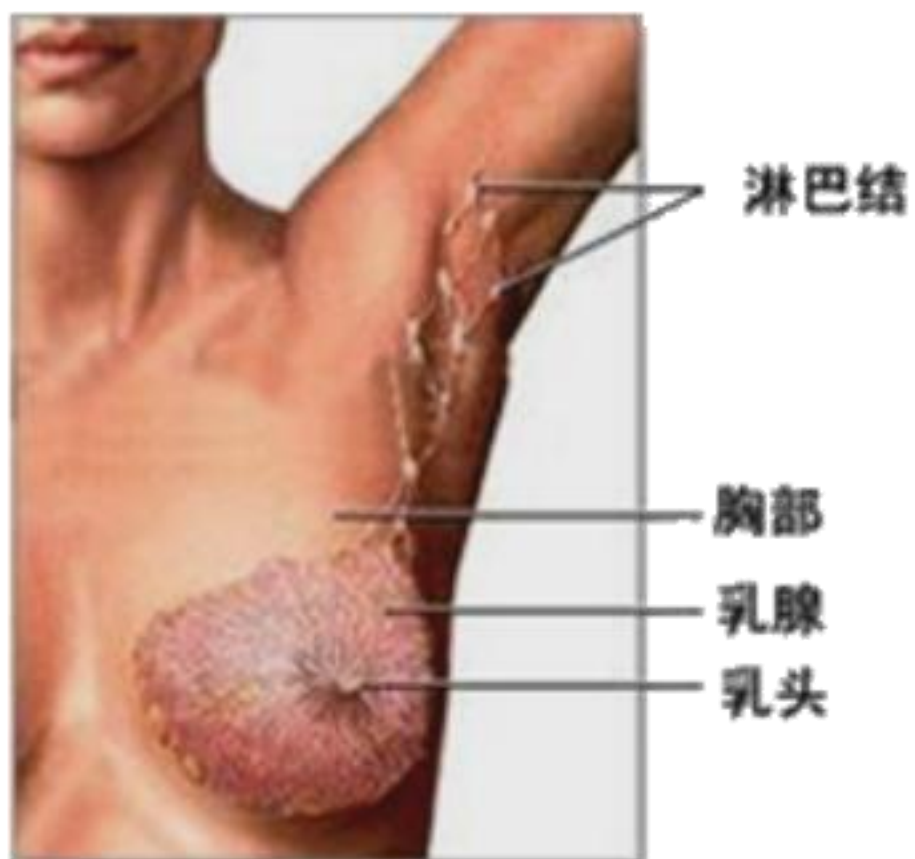
109



110

## （二）腋窝淋巴结分组

中央组、胸肌组、肩胛下组、锁骨下组。

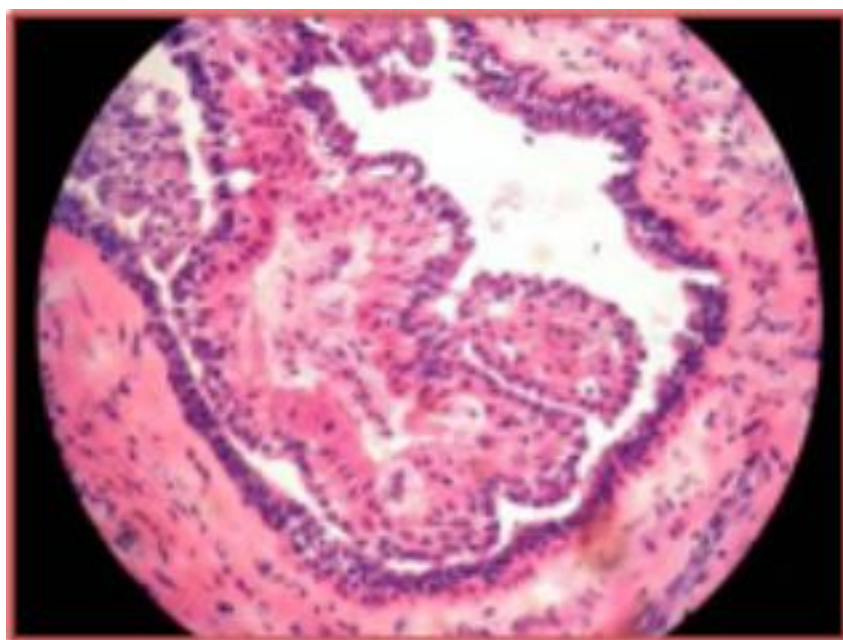


### （三）乳头溢液的检查

量、色泽、是否清亮，有无血性溢液——提示为乳腺导管内乳头状瘤或乳癌。

注意！血性溢液——首先不考虑癌！

112



113

### （四）特殊检查方法

1.物理检查——乳腺红外线扫描、B超、乳腺液晶热图像。



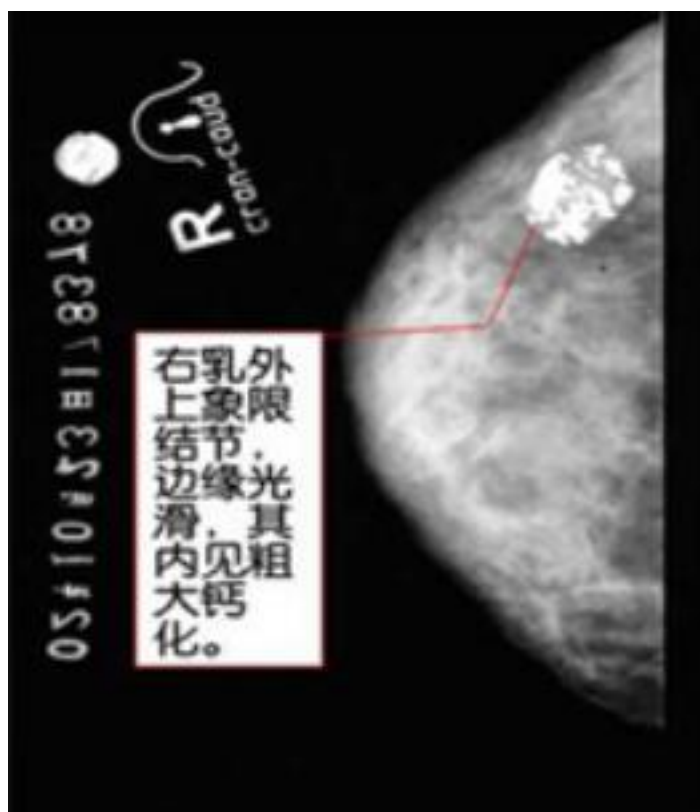
114

## 2.X 线

### (1) 乳腺钼靶：

恶性表现——不规则或呈分叶的高密度影，有钙化点小而密集，边缘有毛刺，邻近皮肤凹陷；

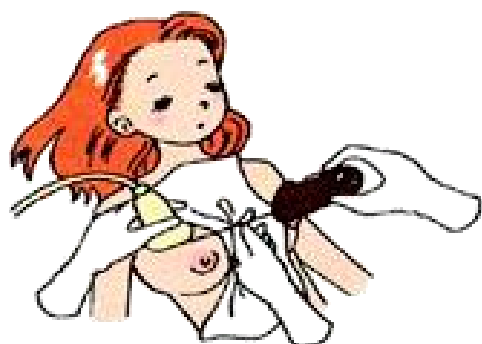
还可显示腋窝淋巴结情况。



115

(2) 乳腺干板静电摄影：

具有边缘效应，能显示乳腺结构及腋窝淋巴结情况。



16

### 3.病理检查

- ①乳头溢液涂片细胞学检查；
- ②乳腺肿物细针穿刺细胞学检查；
- ③乳腺肿物切除组织学检查。



17

### 【实战演习】

1.乳腺癌钼靶 X 线的表现为

- A.密度均匀的肿物，边界较清晰、整齐
- B.密度均匀的肿物，可见圆圈及小斑片状钙化
- C.片状或结节状致密影，和周围腺体组织密度类似
- D.高密度影肿物，边缘呈毛刺状，可见小簇状、沙砾样钙化
- E.密度不均匀，边界不清楚

『正确答案』D

118

2.乳腺癌当其皮内、皮下淋巴管被癌细胞阻塞时，其临床表现是

- A.乳头凹陷
- B.乳腺皮肤凹陷呈“酒窝”状
- C.乳腺皮肤呈“橘皮”样变
- D.乳腺皮肤红肿
- E.乳头呈湿疹样变

『正确答案』C

119

3.下述哪项是乳腺癌出现表面皮肤凹陷的机制

- A.癌肿侵入乳腺管使其收缩
- B.癌细胞堵塞乳房皮下淋巴管
- C.癌细胞浸润大片皮肤
- D.癌肿侵犯 Cooper 韧带使其收缩
- E.以上都不是

『正确答案』D

120

4.急性乳腺炎最常见的致病菌是

- A.溶血性链球菌
- B.肺炎球菌
- C.白色葡萄球菌
- D.厌氧菌
- E.金黄色葡萄球菌

『正确答案』 E

121

5.乳房脓肿切开引流最常用的切口是

- A. “+” 字形切口
- B. “++” 字切口
- C.轮辐方向切口
- D.乳房下弧形切口
- E.平行肋骨斜切口

『正确答案』 C

122

6.女，32 岁。主诉右乳胀痛，与月经周期有关，检查乳房有多个结节状肿块，边界不清，可推动，诊断首先考虑

- A.乳腺癌
- B.乳房纤维腺瘤
- C.乳房囊性增生病
- D.乳管内乳头状瘤
- E.乳房肉瘤

『正确答案』 C

123

7.IV期乳腺癌的临床特点是

- A.包块直径 3-4cm
- B.腋下淋巴结肿大，活动
- C.包块与皮肤粘连
- D.乳头明显凹陷
- E.锁骨上淋巴结转移

『正确答案』 E

124

8.女，62 岁。偶然发现右乳外上象限 1cm×2cm×2cm 肿块，质较硬，无压痛，与皮肤粘连，右腋下未及肿大淋巴结。最可能的诊断是

- A.乳腺囊性增生症
- B.乳腺内乳头状瘤
- C.乳腺癌
- D.乳腺纤维瘤
- E.乳腺结核

『正确答案』 C

125

9.女，36 岁。发现左乳肿物 3 个月，近期增大明显。检查左乳外上象限可及 3cm×3cm 肿块，质硬，活动差，左腋下未及肿大淋巴结。行乳腺细针穿刺活检为坏死组织。进一步处理为

- A.密切观察一段时间
- B.换用粗针再穿刺活检

- C.切取部分肿块组织做活检
- D.完整切除肿物及其周围组织活检
- E.以上都不正确

『正确答案』 D

126

10.恶性程度最高的乳腺癌是

- A.髓样癌
- B.湿疹样癌
- C.硬癌
- D.黏液癌
- E.炎性乳癌

『正确答案』 E

127

11.女，32 岁。乳腺癌切除术后内分泌治疗宜选用

- A.卵泡刺激素
- B.来曲唑
- C.地塞米松
- D.己烯雌酚
- E.双侧卵巢切除术

『正确答案』 E

128

12.患者女性，38 岁。右侧血性乳头溢液，右侧乳晕区 1 点钟位近乳头处可触及小肿物，约黄豆大小，伴压痛，质中，界限不清，压迫时可见乳头溢出血性液体，最可能的诊断是

- A.乳腺导管内增生

B.乳腺导管内乳头状瘤

C.乳腺囊性增生症

D.Paget 病

E.乳腺脓肿

『正确答案』 B

129

【13-14 共用题干】

女，25 岁。产后 3 周，左乳房胀痛，伴发热。查左乳房内上象限压痛，有波动感。

13.确诊应先做

A.B 超

B.CT 检查

C.乳腺穿刺

D.细胞学检查

E.以上都不是

『正确答案』 C

130

14.乳腺脓肿确诊后，最重要的治疗是

A.全身应用抗生素

B.局部温热敷

C.沿乳管做放射状切开引流

D.吸尽乳汁，停止哺乳

E.局部应用抗生素

『正确答案』 C

131

【15-16 共用题干】

女性，70 岁。行右乳癌改良根治术，肿物直径 3cm，右腋下淋巴结可见癌转移 1/15，与周围组织不粘连，雌激素、孕激素受体均为阳性，胸片、腹部 B 超、骨扫描均未见异常。

15.患者 TNM 分期为

A.T1N1M0

B.T1N2M0

C.T2N1M0

D.T3N1M0

E.T2N2M0

『正确答案』C

132

【重要！】乳腺癌 TNM 分期——简化应试版（TANG）

Tis 原位癌+湿疹样癌（Paget 病）

T1：≤2cm

T2：2-5cm

T3：>5cm

T4：侵犯皮肤及胸壁+炎性乳癌

N1：可推动。

N2：粘连融合。

N3：出了腋窝。

M0：无远处转移

M1：有远处转移

133

16.患者的临床分期为

A.0 期

B. I 期

C. II 期

D. III 期

E. IV 期

『正确答案』 C

134

乳腺癌 TNM 分期记忆方法 ( TANG )

0 期	TisN0M0	原位癌
I 期	T1N0M0	T1
II 期	T0-1N1M0 , T2N0-1M0 , T3N0M0	密码 : 011 , 201 , 30
III 期	T0-2N2M0 , T3N1-2M0 , T4 任何 NM0 ,任何 TN3M0	太多了 , 呵呵 , 懒 , 不记
IV 期	M1 , 任何 TN	转移了 !!

135

A.病程较慢 , 乳房单个肿块 , 边界清楚 , 活动

B.病程短 , 乳房单个肿块 , 质硬 , 边界不清

C.乳房内大小不等结节 , 质韧 , 边界不清 , 触痛

D.乳房内肿物 , 质软 , 边界清 , 挤压乳头有血性溢液

E.病程短 , 乳房内肿块 , 表面充血 , 热 , 胀痛

17.乳腺囊性增生病

18.乳腺癌

19.乳腺纤维腺瘤

『正确答案』 C/B/A。 D/E 分别是？

136

A.乳癌改良根治术+三苯氧胺治疗

B.肿块切除+放射治疗

C.乳腺单纯切除术

D.乳腺扩大根治术

E.术前放射治疗+全身化疗后，行乳腺单纯切除术并继续化疗

137

20.女性，49 岁。右乳癌直径 1.5cm，腋淋巴结无癌转移，雌、孕激素受体阳性，治疗方案宜选择

21.女性，33 岁。哺乳期发现炎性乳癌，乳腺皮肤橘皮样变，肿块侵及整个乳房，治疗方案宜选择

22.女性，85 岁。左乳癌 1cm，雌、孕激素受体阴性，治疗方案宜选择

『正确答案』 A/E/B，21——通过做题补充。

138

#### 第四章 周围血管疾病

单纯性下肢静脉曲张



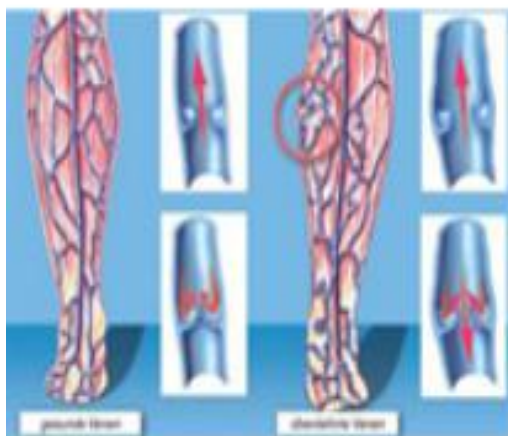
139

## 1.病因和病理生理

### (1) 病因：

遗传——静脉壁软弱、静脉瓣缺陷。

职业或其他原因——长期站立工作、重体力劳动、妊娠、慢性咳嗽、便秘等——浅静脉内压力升高。

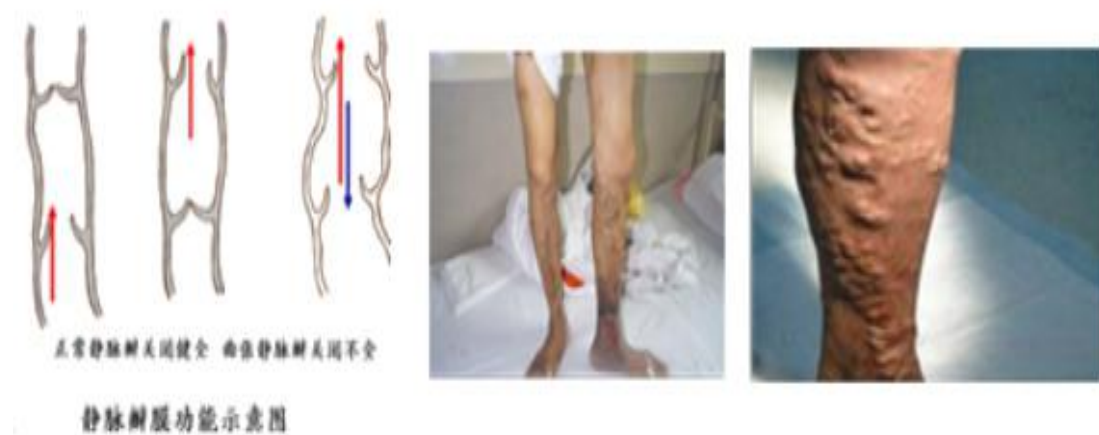


40

## (2) 病理生理

当大隐静脉瓣膜遭到破坏 关闭不全 血液倒流 静脉曲张，以小腿明显。

病情进展：血栓性静脉炎、足靴区湿疹及溃疡形成和急性出血。



1

41

## 2. 诊断

下肢浅静脉蜿蜒扩张迂曲；

小腿皮肤营养不良而萎缩、瘙痒、色素沉着和溃疡形成

—— (TANG 补充) 小腿下 1/3 内侧最明显。



42

3 个重要的试验！

( 1 ) 大隐静脉瓣膜功能试验 ( Trendelenburg 试验 )

( 2 ) 深静脉通畅试验 ( Perthes 试验 )

( 3 ) 交通瓣膜功能试验 ( Pratt 试验 )

( 1 ) 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，让病人站立，10 秒钟内放开止血带——

如出现自上而下的静脉曲张 —— 大隐静脉瓣膜功能不全。

143



44

如未放开止血带前就见止血带下方静脉 30 秒内充盈 —— 交通静脉瓣膜关闭不全。



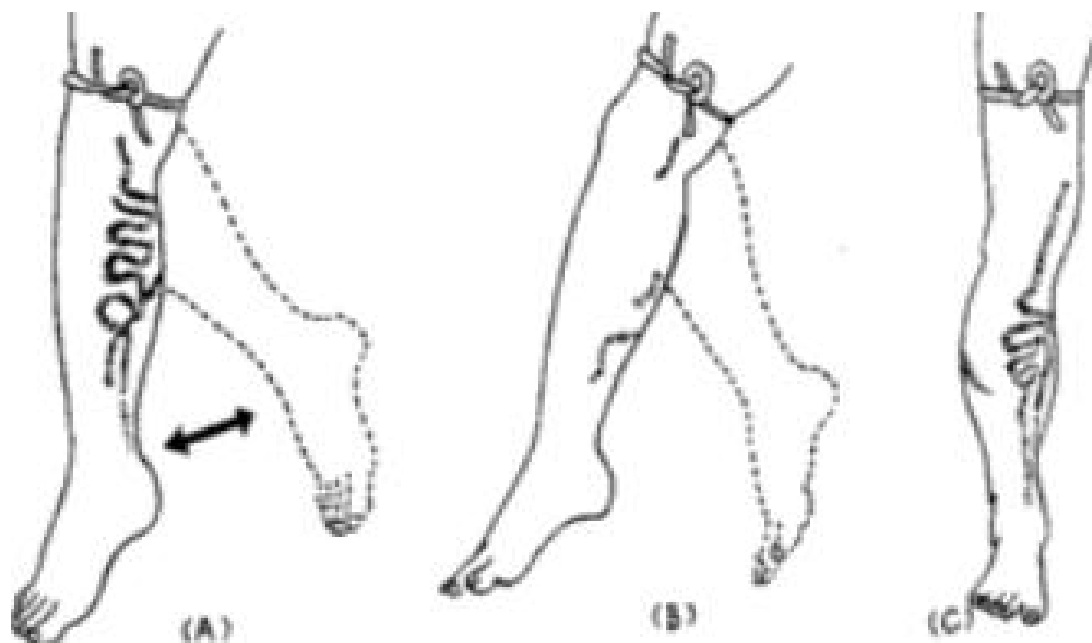
1

45

(2) 深静脉通畅试验 (Perthes 试验) :

于大腿中上部扎止血带，让病人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——深静脉不通畅。



【补充 TANG】意义：不能切除或阻断浅静脉。

146

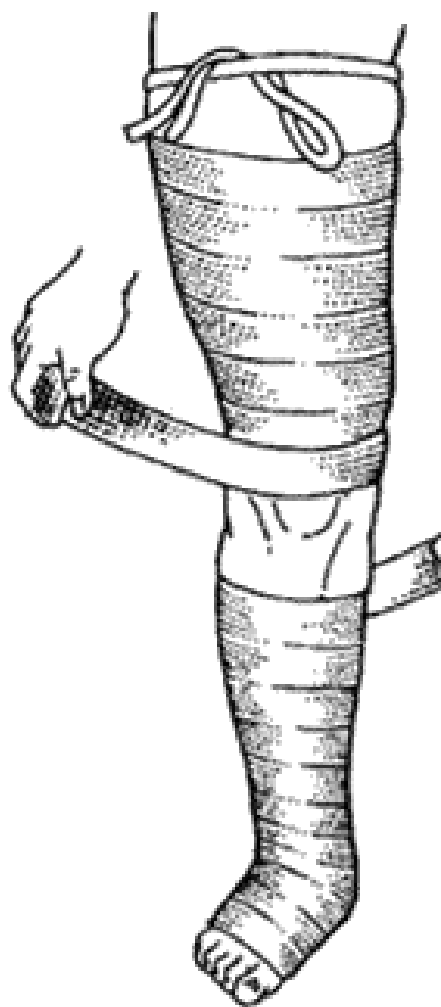
(3) 交通瓣膜功能试验 (Pratt 试验)：

病人仰卧抬高患肢，在大腿根部扎止血带，从足趾向腘窝缠第一根弹力绷带，从止血带向下缠第二根弹力绷带；

让病人站立，一边向下解开第一根绷带，一边向下缠第二根绷带——

如两根绷带之间出现曲张静脉——该处交通静脉功能不全。

147



148

### 3.治疗

(1) 非手术：穿弹力袜或弹力绷带——病变轻、妊娠妇女及手术耐受力极差者。

(2) 硬化剂注射和压迫疗法——单纯型病变。



49

(3) 手术：

高位结扎大隐、小隐静脉；

剥脱曲张的大隐、小隐静脉；

结扎功能不全的交通静脉。

150

下肢深静脉血栓形成

1.病因和病理

大多发生于制动状态，尤其是术后。

血栓形成三大因素：

①血流缓慢

②静脉壁损伤

③高凝状态



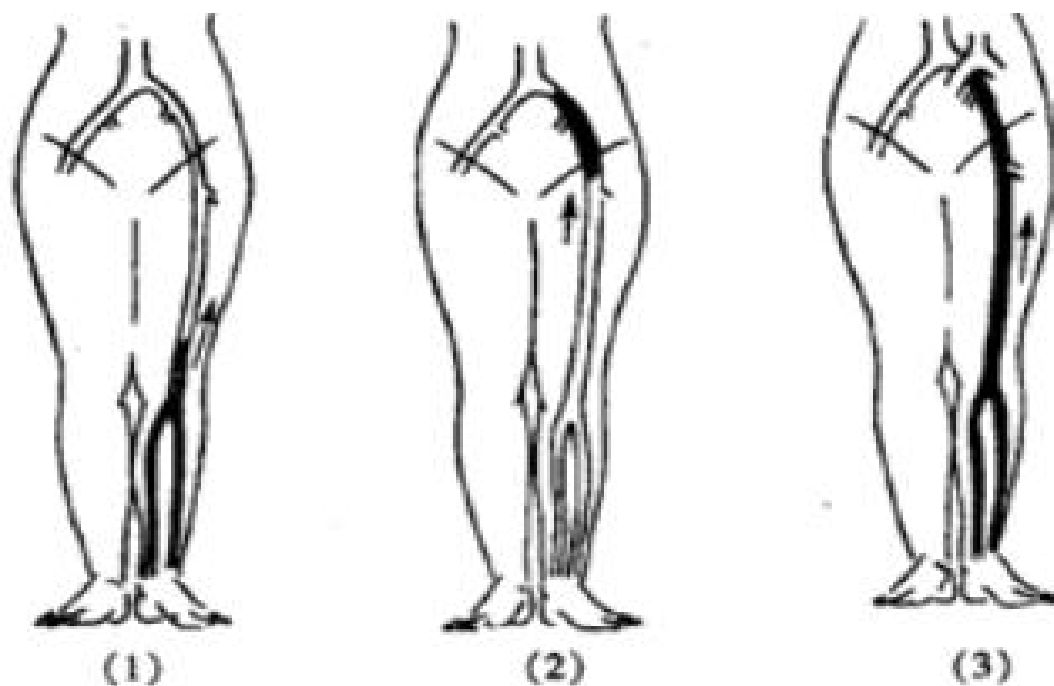
151

根据血栓解剖部位：

①周围型

②中央型

③混合型



**图 49-9 深静脉血栓形成的类型**  
(1) 周围型 (2) 中央型 (3) 混合型

1

52

## 2.临床表现

起病急，剧烈疼痛，下肢突然肿胀。

如果血栓滋长，使整个静脉系统全部处于阻塞状态，同时引起动脉痉挛——股青肿。



153

	原发性深静脉瓣膜功能不全	深静脉血栓后遗症
病史	长期站立或强体力劳动	静脉血栓
浅静脉曲张	局限于下肢	广泛，可涉及下腹壁
Perths 实验	- ( 深静脉通畅 )	大都+ ( 深静脉不通畅 )
静脉造影 ( 最可靠 )	全程通畅，呈直筒状，大隐静脉明显扩张，瓣膜影模糊。	由完全闭塞——间断而不连续的再通——完全再通，呈特殊的迂曲而不规则形态 大隐静脉不一定扩张 瓣膜影消失

154

### 3.治疗

#### ( 1 ) 非手术：

①一般治疗：卧床、抬高患肢等。

②溶栓：尿激酶——病程不超过 72 小时的患者。

③抗凝：肝素、华法林。

④祛聚：右旋糖酐、阿司匹林、丹参。

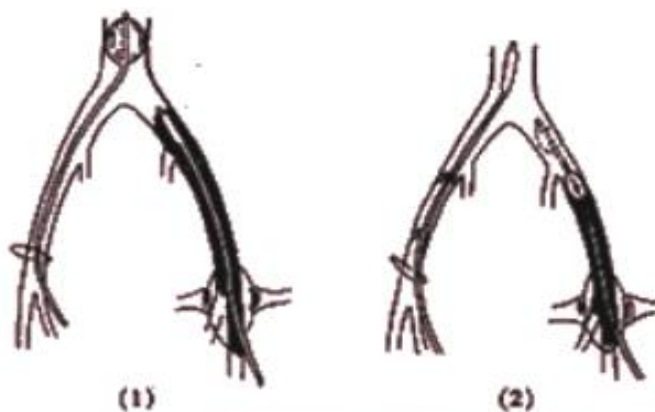
155

(2) 手术：

Fogarty 导管取栓术

——原发于髂股静脉血栓形成而病期不超过 48 小时；

术后抗凝、祛聚 2 个月，防止再发。



左下肢髂股静脉血栓形成，应用 Fogarty 导管取栓术

(1) 通过右下肢大隐静脉分支，插入第一根 Fogarty 导管至下腔静脉，充盈球囊阻断，以防栓子脱落进入肺动脉。从左下肢股静脉切开插入第二根导管达血栓近侧 (2) 充盈左侧第二根导管的球囊后，连同球囊，缓慢地拉出血栓，萎瘪第一根导管的球囊后拔除双侧导管，恢复血液回流

156

## 第五章 腹外疝

### 腹外疝



1

57

## 一、斜疝

### (一) 解剖

【腹股沟管解剖】——难点，需要耐心。



158

### 【腹股沟管解剖记忆 TANG】第 1 步——初识

- 1.内口：深环，位于腹股沟韧带中点上方约一横指处，腹壁下动脉的外侧，是由腹横筋膜外突形成的卵圆形裂隙。
- 2.外口：浅环，是腹外斜肌腱膜在耻骨结节外上方形成的三角形裂隙。
- 3.上壁：为腹内斜肌、腹横肌形成的弓状下缘。
- 4.下壁：为腹股沟韧带和腔隙（陷窝）韧带。
- 5.前壁：最外面是皮肤、皮下组织，浅层为腹外斜肌腱膜，深层有腹内斜肌的部分肌纤维。
- 6.后壁：为腹横筋膜和腹膜，其内侧 1/3 尚有腹股沟镰。

159

### 【腹股沟管解剖记忆 TANG】第 2 步——简化

内口——腹横筋膜；

外口——腹外斜肌腱膜。

上壁——腹内斜肌+腹横肌；

下壁——腹股沟韧带+腔隙韧带。

前壁——皮肤、皮下组织+腹外斜肌腱膜+腹内斜肌；

后壁——腹膜+腹横筋膜+腹股沟镰。

160

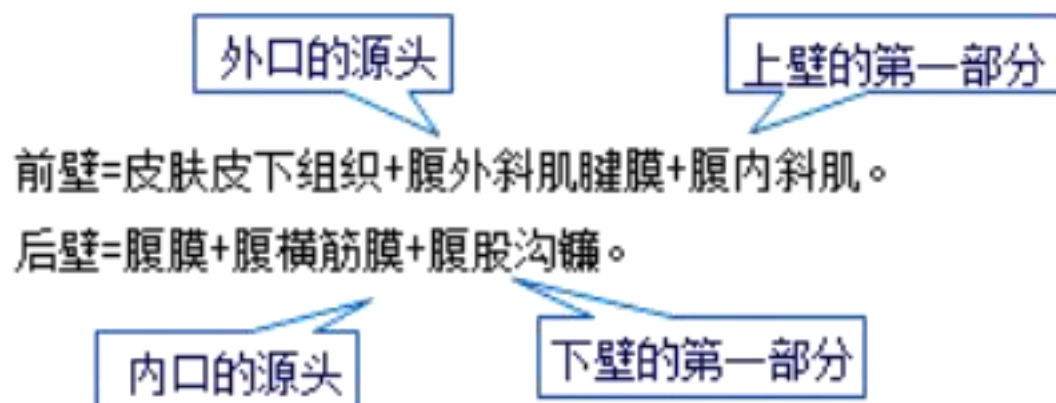
【腹股沟管解剖记忆 TANG】第3步——口诀

内口外口两裂隙，腹横筋膜腹外腱。

上壁柔软两块肌，腹内斜肌腹横肌。

下壁坚硬两韧带，腹股沟边是腔隙。

前壁后壁两个壁，三分天下不难记。



1

61

【腹股沟管解剖】

内口——腹横筋膜；

外口——腹外斜肌腱膜。

上壁——腹内斜肌+腹横肌；

下壁——腹股沟韧带+腔隙韧带。

前壁——皮肤、皮下组织+腹外斜肌腱膜+腹内斜肌；

后壁——腹膜+腹横筋膜+腹股沟镰。

男——内含：精索；

女——内含：子宫圆韧带。



162

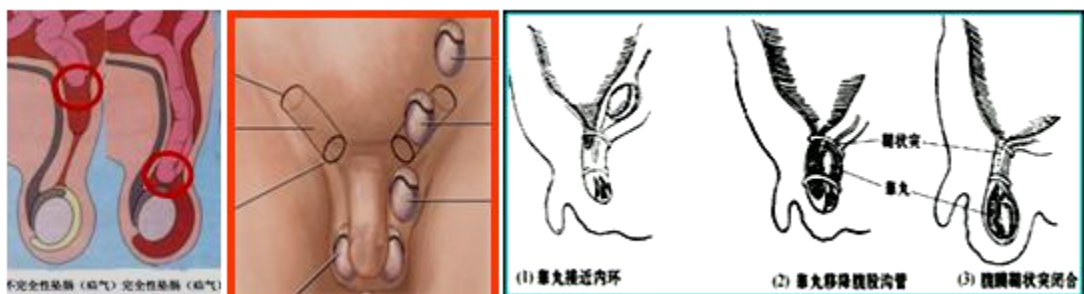
## （二）发病机制及病理类型

### 1.发病机制

#### （1）先天性斜疝：

睾丸在胚胎早期位于腹膜后，在下降过程中形成鞘突，鞘突在发育过程中自行萎缩闭锁，如不闭锁，未闭的鞘突就成为先天性斜疝的疝囊。

163



1

64

#### （2）后天性斜疝：

腹股沟区解剖缺损；

腹内压增高（如便秘、慢性咳嗽、前列腺增生、腹水等）；

腹横肌和腹内斜肌发育不全。



65

## 2.病理类型

（1）易复性疝。

（2）难复性疝：疝内容物大多为大网膜。

巨大疝常难以回纳。

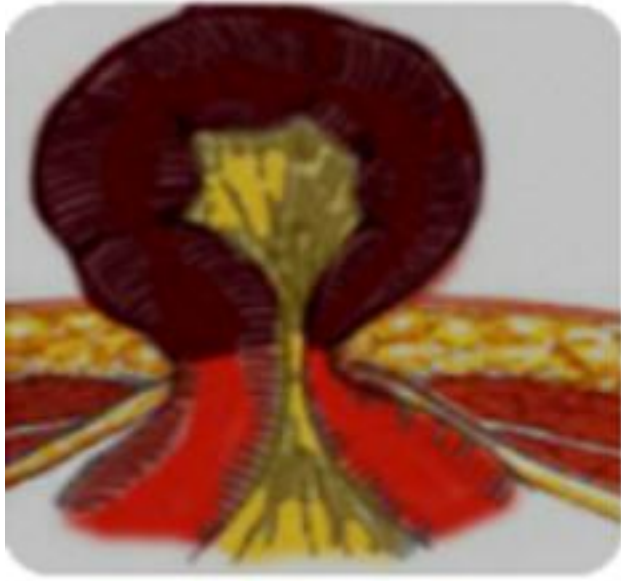
滑动性疝：也属难复性疝。见于少数病程较长的疝，因内容物不断进入疝囊时产生的下坠力将疝囊颈上方的腹膜逐渐推向疝囊，以致盲肠（包括阑尾）、乙状结肠或膀胱随之下移而成为疝囊壁的一部分。

166

（3）嵌顿性疝：

如嵌顿性疝的内容物为肠管，肠壁及其系膜可在疝环处受压，使静脉回流受阻，导致肠壁淤血和水肿。

肠管嵌顿后，可导致急性机械性肠梗阻。在疝环处肠管易压迫坏死——绞窄性疝。



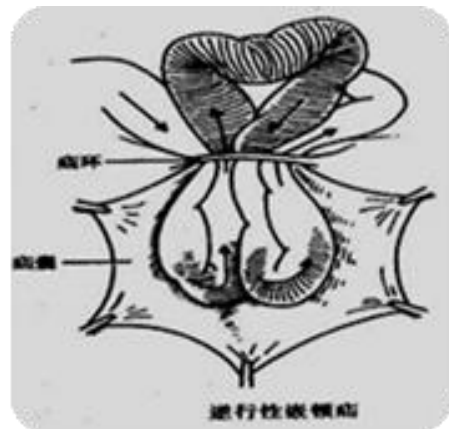
167

### 3 种特殊的嵌顿性疝

①Richter 疝：部分肠管壁被嵌顿，未发生完全性肠梗阻；

②Littre 疝：小肠憩室（常为 Meckel 憩室）被嵌顿。

③逆行性嵌顿：嵌顿的肠管包括几个肠袢，或呈 W 形。



1

68

### （4）绞窄性疝：

肠系膜动脉搏动消失，肠壁逐渐失去其光泽、弹性和蠕动能力，最终坏死变黑。

儿童疝环组织柔软，嵌顿后很少发生绞窄。



169

### （三）临床表现和诊断

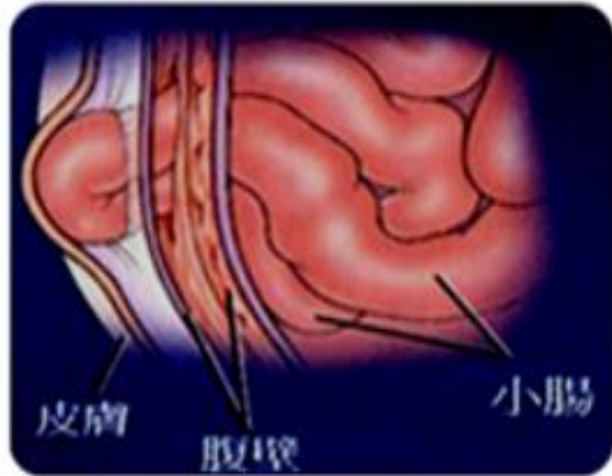
易复性疝的最早期表现——腹股沟区坠胀感，伴时现时隐的肿块——行走、咳嗽等腹内压增高时出现，休息、平卧或推送回纳腹腔而消失。

早期疝块局限于腹股沟区内，随着病程进展，疝块可突至外环之外，再后可坠入阴囊。



170

## 二、直疝



1

71

### (一) 解剖【Hesselbach 三角】

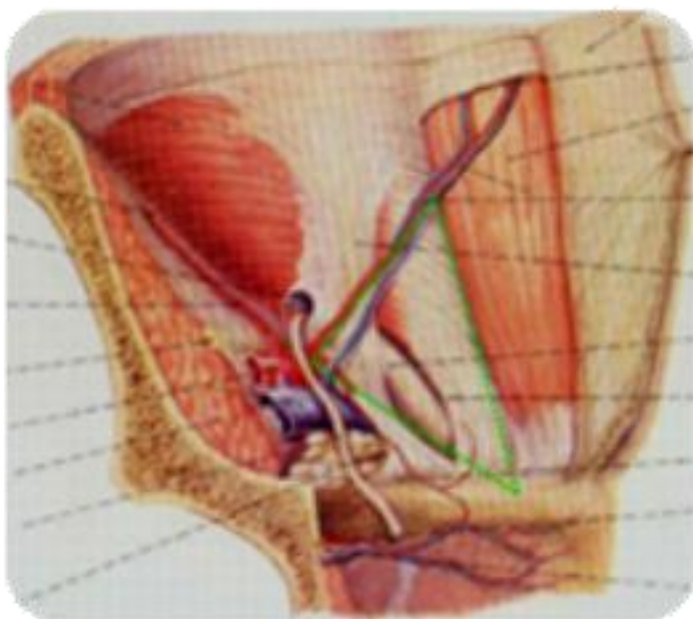
外侧边：腹壁下动脉；

内侧边：腹直肌外缘；

底边：腹股沟韧带。

### (二) 发病机制

Hesselbach 三角处腹壁缺乏完整的腹肌覆盖，且腹横筋膜又比周围部分薄。



172

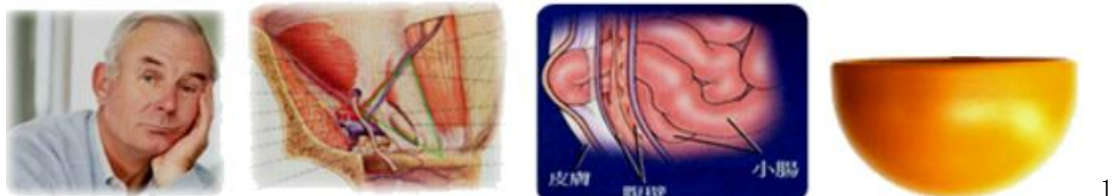
### 三、斜疝 VS 直疝——必须全部彻底记住！

鉴别点	斜 疝	直 疝
1.发病年龄	多见儿童、青壮年	多见老年
2.突出途径	经腹股沟管，可进阴囊	经直疝三角，不进阴囊
3.嵌顿机会	较多	无或极少
4.疝块外形	椭圆或梨形、上部呈蒂柄状	半球形 底宽压住深环后增高
5.压迫深环（内口）试验	回纳后压住深环 增高腹内压	腹内压，疝块仍突出
6.精索与疝囊关系	疝块不再	精索在疝囊前外方疝囊颈在
7.疝囊颈与腹壁下动脉关系	突出  精索在疝囊后方  疝囊颈在腹壁下动脉外侧	腹壁下动脉内侧

173

#### 小结：直疝的特点（TANG）

老年——突出于直疝三角——基底宽——不易嵌顿——半球形——不进入阴囊——压住内环，疝块仍能突出



1

74

#### 回顾——斜疝的特点（TANG）

儿童、青壮年——突出于腹股沟管——易嵌顿——梨形——进入阴囊——压住内环，疝块

不再突出



1

75

【难点】为什么疝囊颈与腹壁下动脉的关系——

直疝是在内侧，而斜疝是在外侧？——理解 TANG

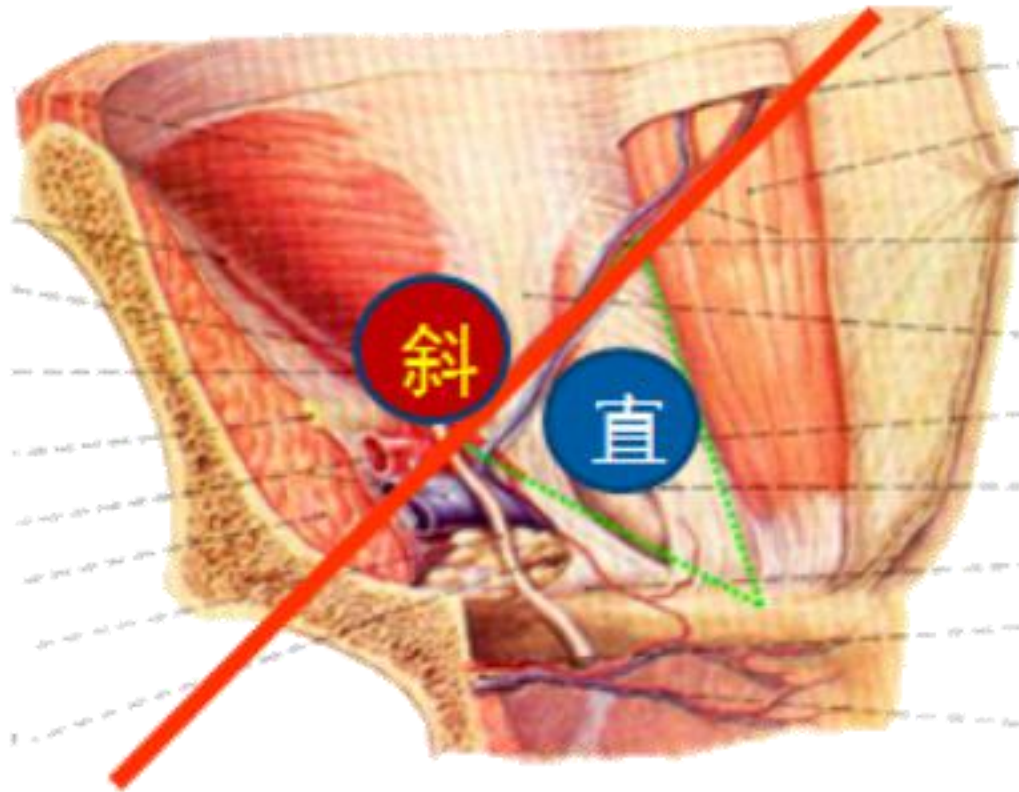
【直疝三角】

外侧边：腹壁下动脉；

内侧边：腹直肌外缘；

底边：腹股沟韧带。

176



1

77

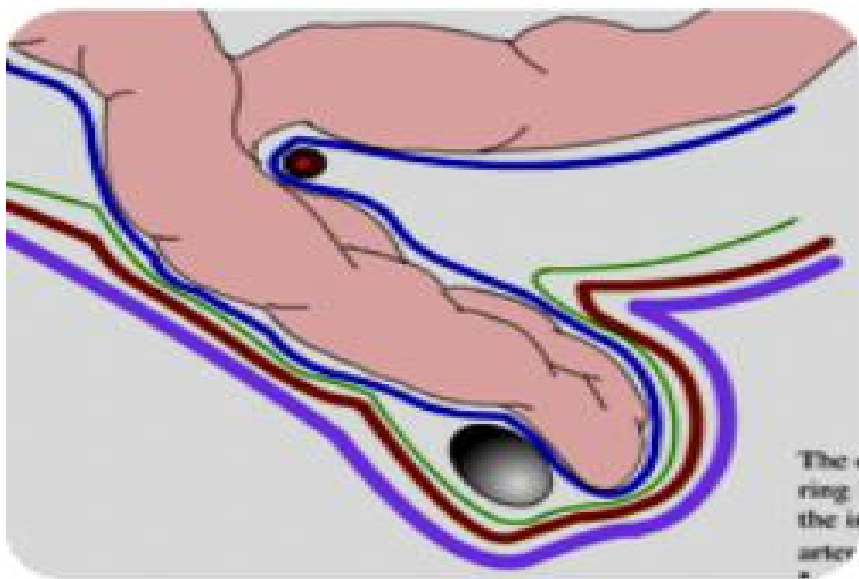
#### 四、腹股沟疝的手术治疗

1. 疝囊高位结扎术：在疝囊颈或其上方进行结扎。

补充 TANG——单纯疝囊高位结扎术适用于：

A. 婴幼儿：因腹肌在发育中可逐渐强壮而使腹壁加强。

B. 绞窄性斜疝：因肠坏死而局部有严重感染，应避免修补术。



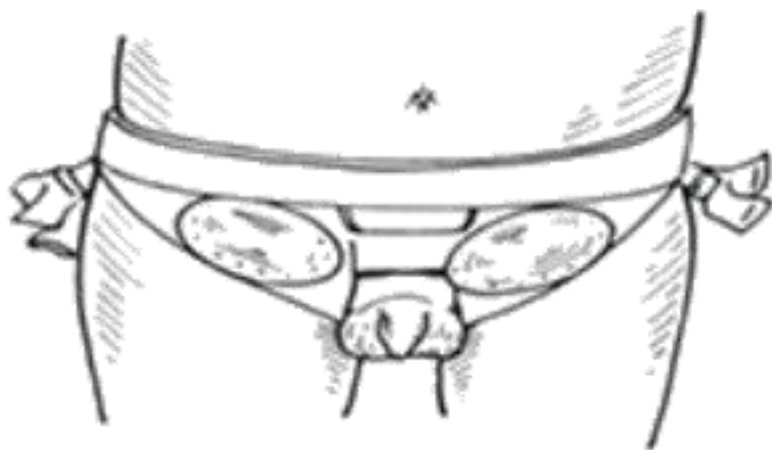
178

【强调】

1 岁以下婴幼儿：可暂不手术——腹肌可随生长而变强壮，疝有自行消失的可能。

2. 疝修补术（有少量补充）

在疝囊高位结扎的基础上，利用邻近的健康组织修补腹壁缺损，包括深、浅环的修补和腹股沟管管壁的加强。



小儿腹股沟斜疝疝带佩带示意图

179

方法

适用于

加强前壁

Ferguson

腹横筋膜无显著缺损、后壁尚

		健全
加强后壁	Bassini	腹横筋膜已哆开、松弛，后壁较薄弱，尤其青壮年斜疝+老年人直疝
	Halsted	与 Bassini 法相似
	McVay	后壁薄弱严重、巨大斜疝+直疝+股疝
	Shouldice	较大的成人斜疝和直疝。复发率低

180

### 【回顾】——腹股沟管解剖

内口——腹横筋膜；

外口——腹外斜肌腱膜。

上壁——腹内斜肌+腹横肌；

下壁——腹股沟韧带+腔隙韧带。

前壁——皮肤、皮下组织+腹外斜肌腱膜+腹内斜肌；

后壁——腹膜+腹横筋膜+腹股沟镰。

181

第一种思路：加强前壁——“1”

Ferguson 法：在精索的前方将腹内斜肌下缘与联合腱缝至腹股沟韧带上，消灭腹内斜肌下缘和腹股沟韧带之间的间隙。

上壁的一半与下壁在精索前方直接缝合，加强前壁。

适用于：腹横筋膜无显著缺损、腹股沟管后壁尚健全的病例。

内口完好

182

第二种思路：加强后壁——“4”

①Bassini 法：把精索提起，在其后方把腹内斜肌下缘和联合腱缝至腹股沟韧带上，置精索于腹内斜肌与腹外斜肌腱膜之间。

前壁的 1/3—后壁。

适用于：

腹横筋膜已哆开、松弛，腹股沟管后壁较为薄弱者，尤其适用于青壮年斜疝和老年人直疝。

内口有些不给力

183

②Halsted 法：与 Bassini 法很相似，但把腹外斜肌腱膜也在精索后方缝合，从而把精索移至腹壁皮下层与腹外斜肌腱膜之间。

前壁的 2/3——后壁。

③McVay 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。

换了下面的韧带！

适用于：后壁薄弱严重者、巨大斜疝，

还用于：股疝，直疝。

184

④（补充）Shouldice 法：

a) 加强内环：将腹横筋膜自耻骨结节处向上切开，直至内环，然后将切开的两叶重叠缝合，先将外下叶缝于内上叶和腹内斜肌深面，再将内上叶边缘缝于腹股沟韧带上。

b) 修补后壁：Bassini 法。

适用：较大的成人腹股沟斜疝和直疝。

术后复发率低。

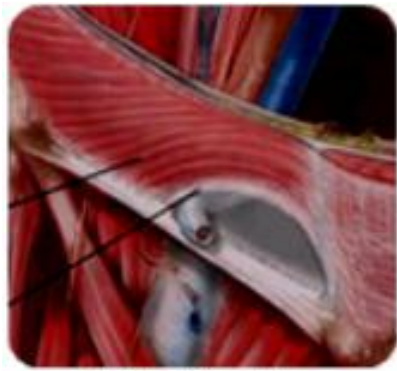
汇总：腹股沟疝修补方式关键考点 TANG

方法		道儿上的黑话	适用于
加强前壁	Ferguson	First	腹横筋膜无显著缺损、后壁尚健全
加强后壁	Bassini	搬稀泥	腹横筋膜已哆开、松弛，后壁较薄弱，尤其青壮年斜疝+老年人直疝
	Halsted	还——	与 Bassini 法相似
	McVay	麻烦	后壁薄弱严重、巨大斜疝+直疝+股疝
	Shouldice	双保险	较大的成人斜疝和直疝。复发率低

3.疝成形术

- （1）利用同侧腹直肌前鞘瓣向外下翻转，在精索后方缝至腹股沟韧带上。
- （2）用自体游离阔筋膜移植到腹股沟管后壁。
- （3）人工材料：无张力疝修补——现多主张进行此手术。

【无张力疝修补术】



传统张力手术  
(tension operation)



无张力手术  
(tension-free operation) <sub>1</sub>

88

## 五、嵌顿性疝和绞窄性疝的处理

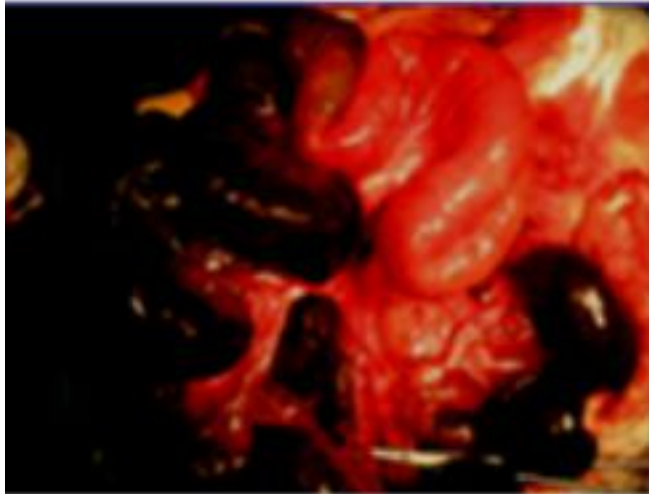
无法还纳的嵌顿疝和绞窄性疝均需手术。

1.手术的关键——判断疝内容物的生命力，切勿把生命力可疑的肠管还纳腹腔——重要考点！【补充 TANG】

出现以下情况判定为肠管坏死（TANG·补充）。

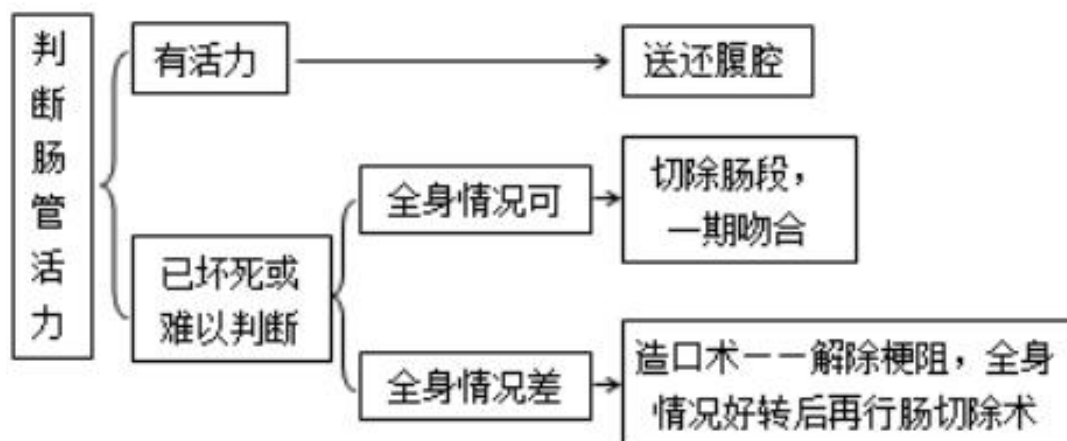
在解除压迫的前提下：

- ①肠管呈黑紫色；
- ②失去光泽弹性；
- ③刺激后无蠕动；
- ④相应肠系膜内无动脉搏动。



189

### 嵌顿疝手术处理流程



2.因麻醉作用而还纳腹腔的肠管必须仔细寻找，必要时另作腹部切口探查。

3.施行肠切除吻合的病人——仅行高位结扎疝囊术，不宜做疝修补术，更不应行疝成形术。

190

## 第六章 外科急腹症

### ——总论性质

以急性腹痛为突出表现，需要紧急处理的腹部疾患的总称。

### 【大纲】

#### (1) 病因与分类

(2) 病理和病理生理

(3) 诊断

(4) 治疗

191



1

92

## 一、病因与分类

(一) 炎症性

(二) 穿孔性

(三) 梗阻性或绞窄性

(四) 脏器扭转性

(五) 出血性

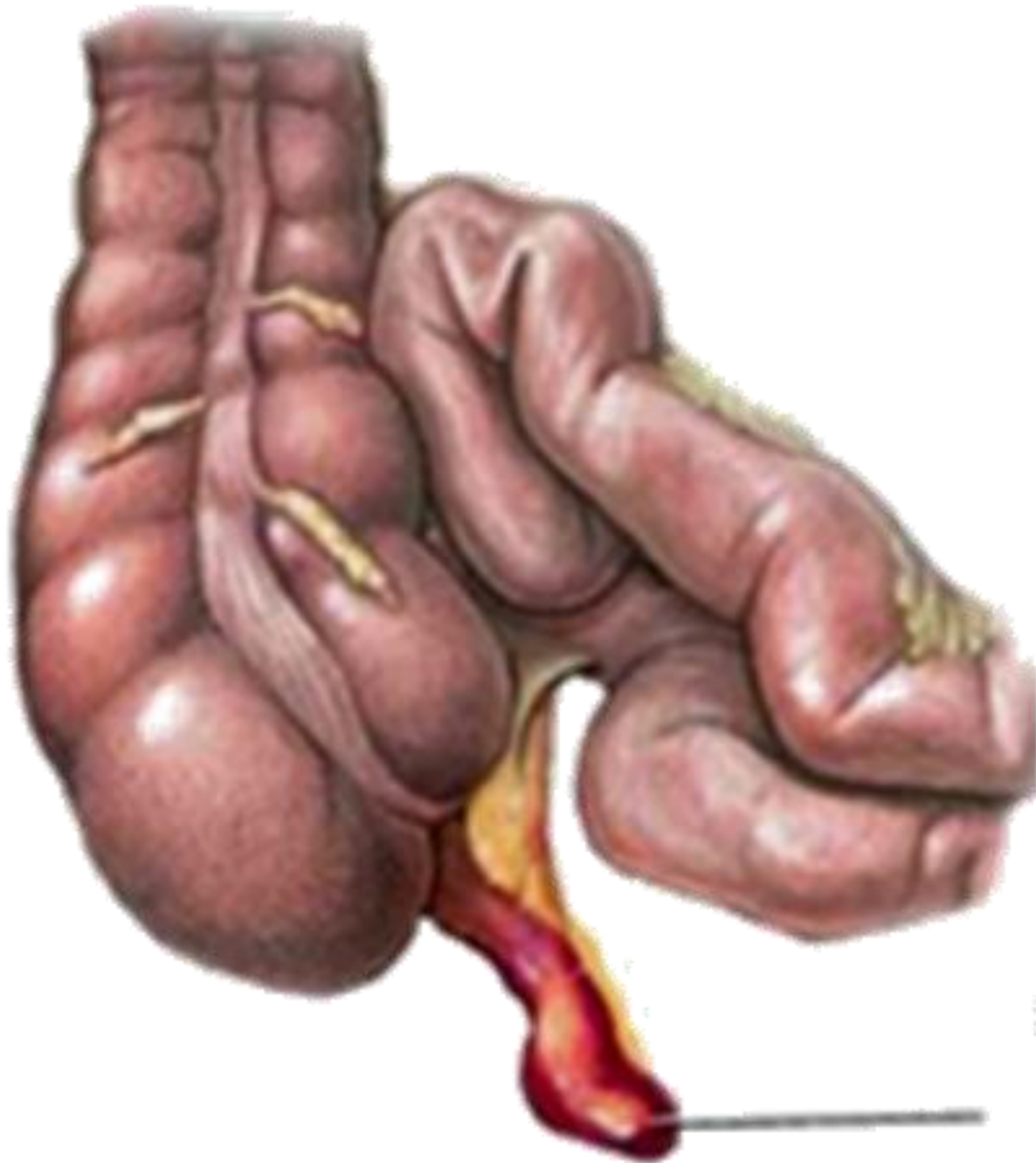
(六) 损伤性

(一) 炎症性

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。

193



94

## (二) 穿孔性

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。



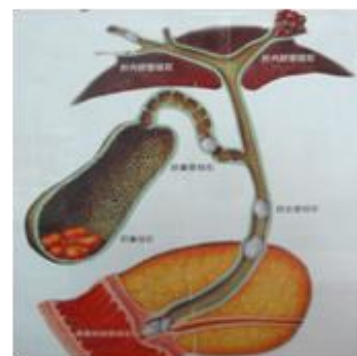
195

### （三）梗阻性或绞窄性

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——黄疸。



1

96

### （四）脏器扭转性

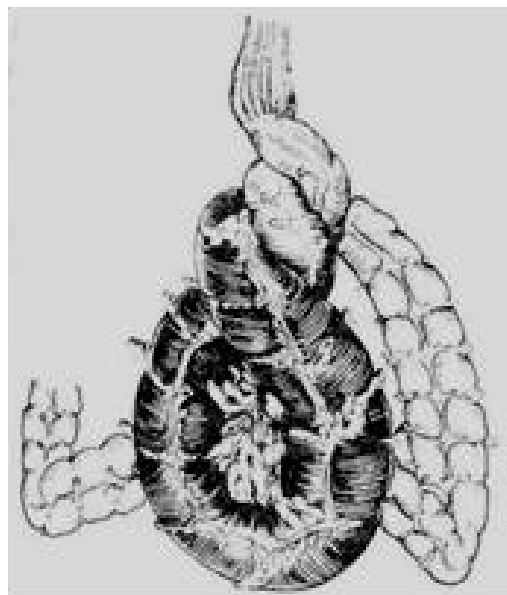
起病急，腹痛剧烈，常伴轻度休克。

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——中毒性休克。

197



1

98

### (五) 出血性

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。



1

99

## （六）损伤性

空腔脏器损伤——内容物流入腹腔——严重腹膜炎；

实质性脏器破裂——腹腔内出血——失血性休克。



2

00

## 二、病理和病理生理

腹部的疼痛感觉有 3 种：

①内脏痛

②躯体痛

③牵涉痛

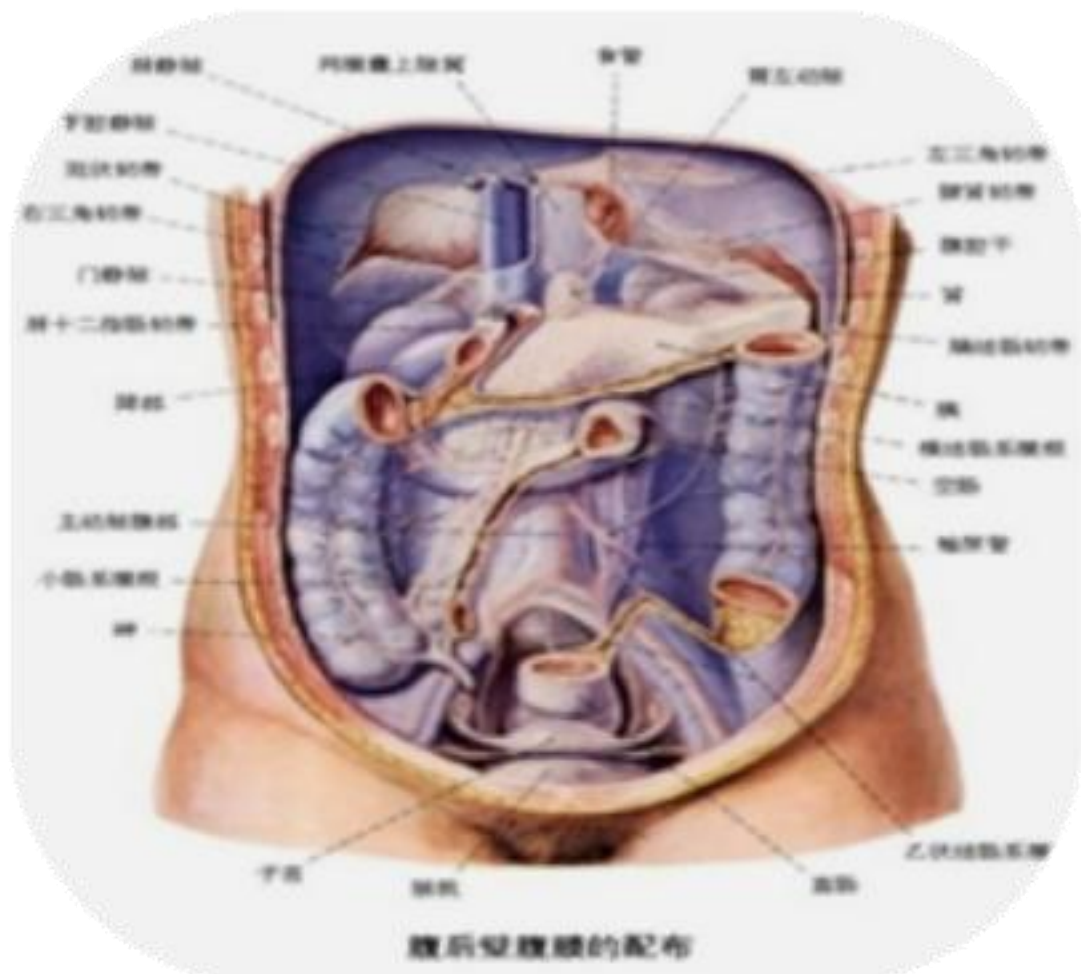
### （一）躯体痛

即通常的体表疼痛，或称为壁腹膜痛。

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。

201



2

02

## (二) 内脏痛

病理性刺激完全由内脏传入纤维传导。

1.定位不明确；

2.对外界的强烈刺激，如刀割、针刺、烧灼等感觉迟钝；

3.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；

4.常伴恶心、呕吐。

203





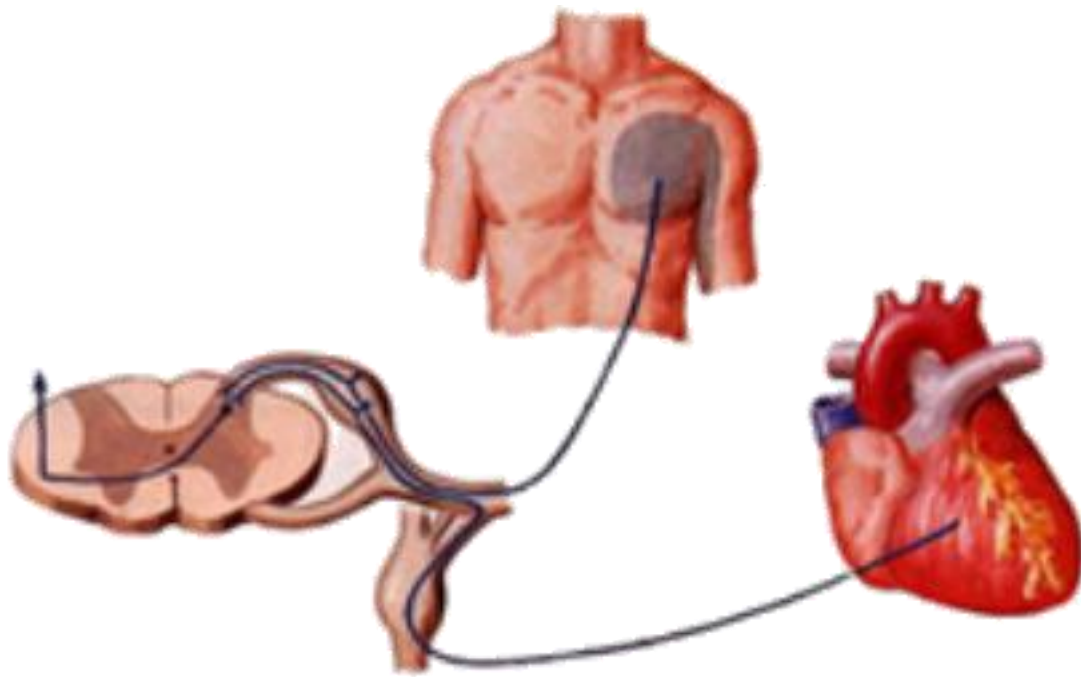
205

（三）牵涉痛——反射痛/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。

会聚-辐散机制——内脏传入神经在进入脊髓的解剖通路中，同时有体表的躯体神经纤维加入，由于交换第2神经元数目较少，导致有些内脏传入纤维和躯体传入纤维需要共用同一神经元。

206



心脏牵涉性痛的反射途径示意图

2

07

### 三、诊断

(一) 病史——总结 TANG。

急腹症的鉴别诊断·病史 (TANG 小结)

1.腹痛性质	持续性腹痛	炎性渗出物、空腔脏器内容物和血液刺激腹膜
	阵发性腹痛	空腔脏器梗阻或痉挛
	持续性腹痛，阵发性加重	空腔脏器炎症与梗阻并存
2.腹痛与发热的关系	先有腹痛，后有发热、恶心	外科疾病 (先痛后热是外科)
	先有发热、呕吐，后有腹痛	内科疾病 (先热后痛是内科)
3.缓急	逐渐加重	炎症

突然发生

脏器破裂、穿孔、梗阻、扭转

208

#### 4. 部位

腹痛开始部位或疼痛最显著部位，往往与病变部位一致

### 5.程度

腹痛表现比较剧烈,但缺乏明 功能性疾病

### 显器质性改变体征

在病变组织坏死时，腹痛反而可以不重

## 6. 诱因

饮食不当

胆囊炎、胰腺炎、溃疡病穿孔

### 就餐后剧烈运动

## 小肠扭转

209

## （二）体格检查

### 1.腹部视诊

腹部视诊所见

提示疾病 (小结 TANG)

腹式呼吸减弱或消失

## 急性腹膜炎

全腹膨胀

肠梗阻、肠麻痹或腹膜炎晚期

## 不对称腹胀

闭袢性肠梗阻、肠扭转

### 上腹部蠕动波

## 急性胃扩张

### 阶梯样蠕动波

## 小肠梗阻

注意双侧腹股沟区——有无包块或疝。

患者咳嗽时出现腹痛的部位是腹膜刺激征的重要体征。

210

## 2.腹部触诊——腹部最重要的检查方法。

从非疼痛区域开始，最后检查病变部位。

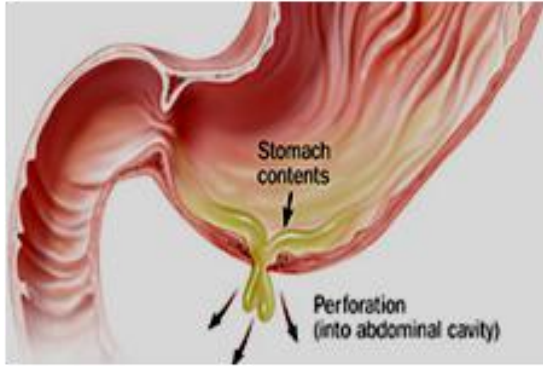
着重检查腹膜刺激征——压痛、反跳痛和肌紧张。

腹部触诊	提示疾病（小结 TANG）	
压痛	压痛最重的部位常提示病变所在之处	
反跳痛		
腹肌紧张	轻度肌紧张	早期炎症或腹腔出血刺激
	明显肌紧张	较重的细菌性感染炎症刺激， 如化脓坏疽性阑尾炎、肠穿孔等
	高度肌紧张——“板状腹”	胃、十二指肠穿孔或胆道穿孔  早期，腹膜受到胃液、胰液、胆汁的强烈化学性刺激
揉面感	结核性腹膜炎	

211

3.叩诊——叩痛最明显的部位——病变部位。

腹部叩诊	提示疾病（小结 TANG）
肝浊音界消失	消化道穿孔——膈下游离气体
移动性浊音	腹腔积液——腹腔内有渗出或出血



2

12

4.听诊——部位：右下腹近脐部。

腹部听诊

提示疾病（小结 TANG）

肠鸣音活跃、音调高、音调较强、气过水声      机械性肠梗阻

伴腹痛↑

肠鸣音消失↓      急性腹膜炎、小肠缺血、绞窄性肠梗阻

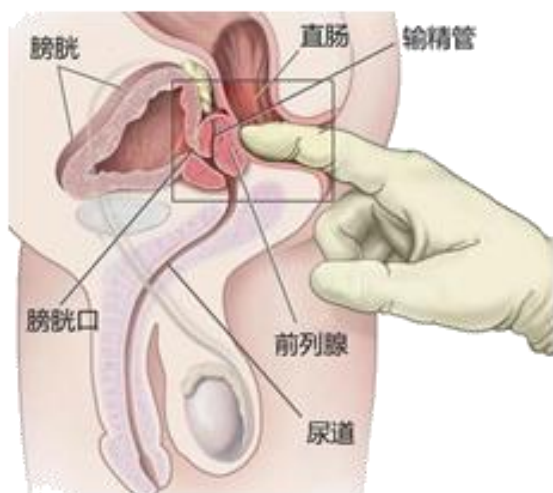
上腹部有振水音      幽门梗阻或胃扩张

213

5.直肠指诊

A.盆腔阑尾炎——右侧盆腔触痛；

B.盆腔脓肿或积血——直肠膀胱陷凹处呈饱满感、触痛或波动感。



2

14

### (三) 实验室检查——血、尿、便，血生化。

急腹症鉴别诊断中，实验室检查的意义（TANG 小结）

血	白细胞计数	有无炎症、中毒
	红细胞、血红蛋白、血细胞比容连续观察	有无腹腔内出血
	人绒毛膜促性腺激素（hCG）	异位妊娠
尿	大量红细胞	泌尿系损伤或结石
	尿胆红素阳性	存在梗阻性黄疸
腹腔脓性穿刺液涂片	G-杆菌	继发性腹膜炎
	溶血性链球菌（G+球菌）	原发性腹膜炎
	G-双球菌	淋病感染
血、尿或腹腔穿刺液——淀粉酶：明显增高		胰腺炎

215

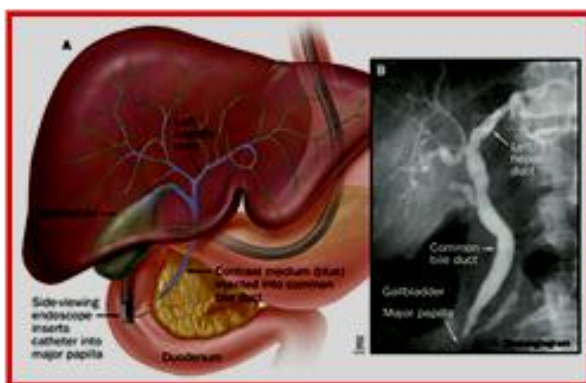
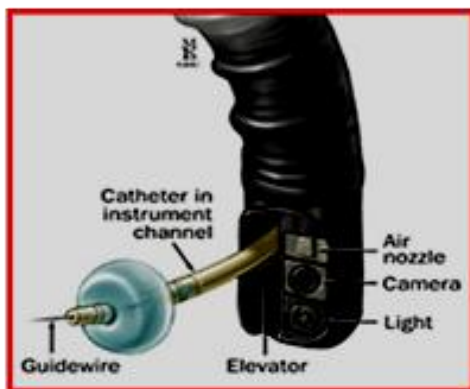
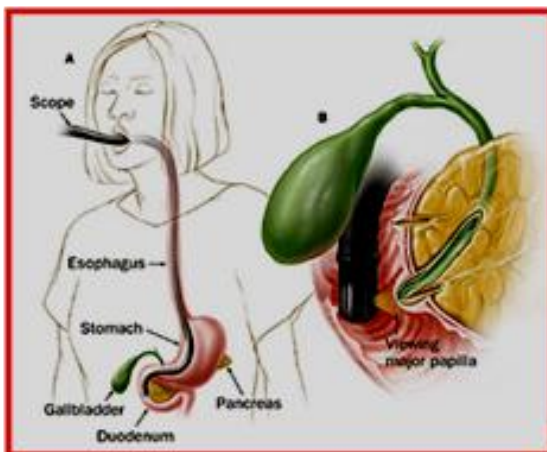
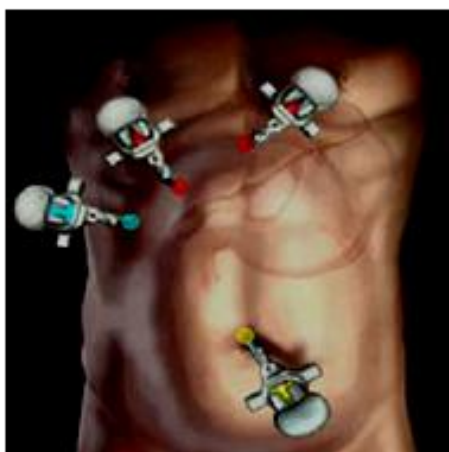
### (四) 影像学

影像学 在急腹症诊断中的应用（TANG 小结）

X 线	有无膈下游离气体，胃泡大小，小肠有无气、液平面，结肠内有无气体，有无阳性结石
B 超、彩超	首选用于——肝、胆、胰、脾、肾、输尿管、阑尾、盆腔内病变迅速评价
CT	诊断速度与 B 超相似，且不受肠管内气体干扰，客观
动脉造影	疑有肝破裂出血、胆道出血或小肠出血等情况时， 而且在诊断的同时可进行动脉栓塞止血治疗

216

（五）内镜——纤维胃、结肠镜，腹腔镜，ERCP。



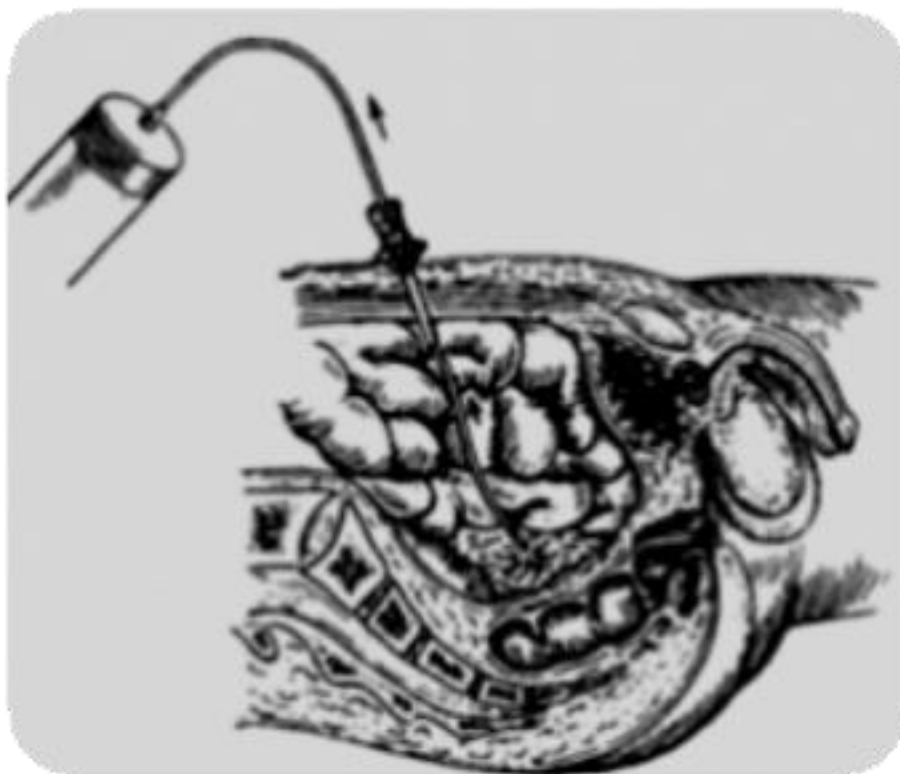
2

17

#### (六) 诊断性腹腔穿刺术

适用——小儿、老年人、精神状态不正常者、昏迷病人及病史不清楚难于明确诊断者。

不宜——诊断已明确，或有严重腹胀者。

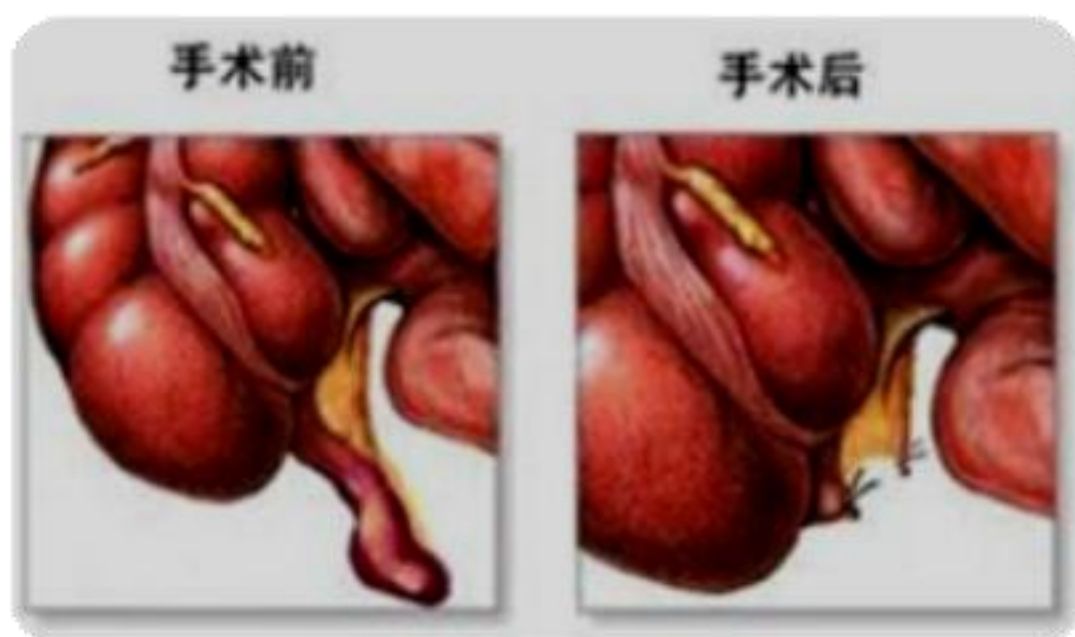


218

#### 四、治疗

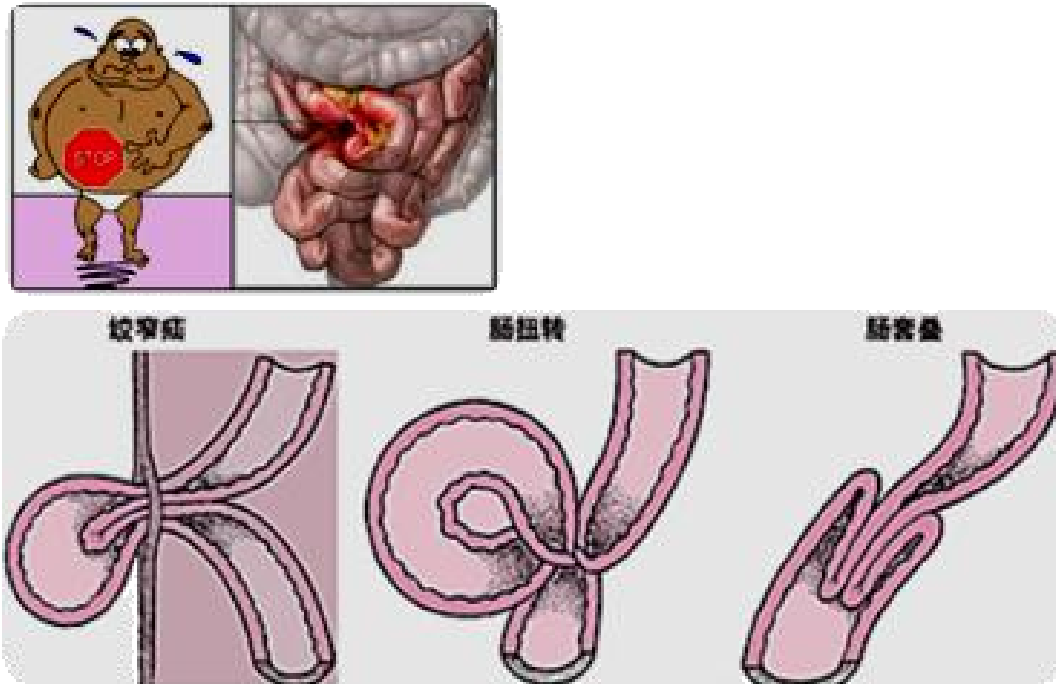
（一）炎症性或穿孔性急腹症——早期手术。

如发病>48 小时，病灶已局限包裹，全身状态较好，可行非手术疗法。



## （二）梗阻性、绞窄性和扭转性急腹症——早期手术。

如已处于休克——边抗休克边紧急手术治疗。



## （三）出血性急腹症

1.腹腔内脏器破裂出血——紧急手术。

2.消化道出血

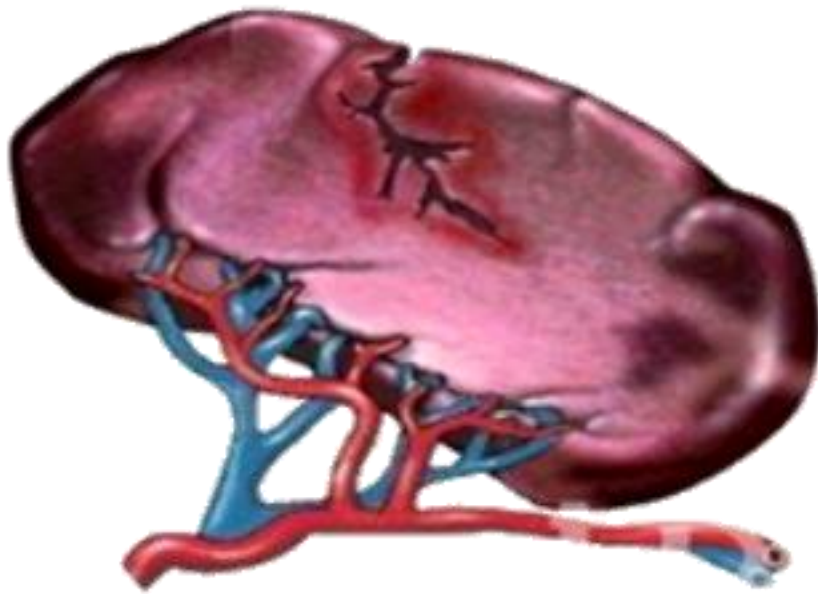
①先——非手术；

②对出血病因不清，部位不确定者，如出血量大，经非手术疗法不能维持血压——手术探查。

## （四）损伤性急腹症

腹部闭合性损伤，无明显腹膜炎和内出血表现——非手术。

已证实有脏器破裂、穿孔或内出血——及早手术探查。



222

1.急性阑尾炎病人非手术治疗的适应证为

- A.化脓性或坏疽性阑尾炎
- B.阑尾穿孔并弥漫性腹膜炎
- C.小儿的急性阑尾炎
- D.慢性阑尾炎急性发作
- E.阑尾炎性包块

『正确答案』 E

223

2.急性阑尾炎临床症状发生的顺序一般为

- A.先低热，后上腹部痛，再右下腹疼痛
- B.先恶心，后上腹部痛，再右下腹疼痛
- C.先上腹部痛，后恶心或呕吐，再右下腹痛
- D.先发热，后恶心呕吐，再右下腹疼痛
- E.无明确的顺序

『正确答案』 C

224

3.继发性腹膜炎最常见的病因是

- A.上消化道穿孔
- B.急性胆囊炎穿孔
- C.急性阑尾炎穿孔
- D.急性胰腺炎
- E.绞窄性肠梗阻

『正确答案』 C

225

4.继发性腹膜炎时，腹痛的特点是

- A.阵发性腹痛，逐渐加重
- B.进食后疼痛能缓解
- C.持续性全腹痛，原发部位显著
- D.发热后持续腹痛
- E.阵发性腹痛，能自行缓解

『正确答案』 C

226

5.男，26岁。突然上腹剧痛，不能直腰，于发病30分钟后来诊，查BP 110/80mmHg，脉搏110次/分，痛苦面容，全腹压痛反跳痛和肌紧张，以剑突下为著，肝浊音界位于右锁骨中线第6肋间，肠鸣音消失，血Hb 121g/L，WBC  $7.0 \times 10^9/L$ ，尿淀粉酶128U/L。进一步有意义的首选检查方法是

- A.腹部CT
- B.腹立位平片
- C.腹部B超
- D.腹腔灌洗

#### E.生化检查

『正确答案』B

227

6.男,49岁。肝硬化病史10余年,5天前曾有上呼吸道感染,近2日感上腹部痛,为全腹痛,伴恶心、呕吐,大便次数增多,伴里急后重,发热,体温 $38.5^{\circ}\text{C}\sim 39^{\circ}\text{C}$ 。查体,腹膨隆,全腹压痛,反跳痛,伴腹肌紧张,肠鸣音稍弱。化验:WBC  $18\times 10^9/\text{L}$ ,N 96%,大便RT(-)。腹腔穿刺抽出稀薄、无味脓性液,革兰染色为阳性球菌,诊断应考虑

A.上消化道穿孔

B.急性阑尾炎穿孔

C.原发性腹膜炎

D.继发性腹膜炎

E.肠间隙感染

『正确答案』C

228

7.男,68岁。突发剧烈腹部绞痛3小时,伴频繁呕吐。查体:腹平坦,腹软,压痛不明显,肠鸣音活跃。既往病人有房颤病史5年。可能的诊断为

A.肿瘤引起的肠梗阻

B.上消化道穿孔

C.肠系膜上动脉栓塞

D.肠扭转

E.输尿管结石

『正确答案』C

229

第七章和第十七章合并讲解

【大纲】

## 1.概述

( 1 ) 临床表现

( 2 ) 诊断要点与主要辅助诊断方法

( 3 ) 处理原则与手术探查指征

## 2.常见腹部脏器损伤

( 1 ) 实质脏器损伤临床表现及处理( 脾、肝、胰腺 )

( 2 ) 空腔脏器损伤临床表现及处理( 小肠、结肠、直肠 )

230

### 一、概述

( 一 ) 临床表现

腹部闭合性损伤的主要表现 ( TANG 小结 )

破裂脏器	内出血	腹膜炎
实质	面色苍白、脉率加快 , 严重时 可出现失血性休克	腹痛和腹膜刺激征并不严重 ( 肝内胆管或胰腺损伤除外 )
空腔		强烈腹膜刺激征 , 可伴恶心、 呕吐、便血、呕血等胃肠道症 状 , 有时可有气腹征。

231

( 二 ) 诊断要点与主要辅助诊断方法

1.下列之一 , 应考虑有腹内脏器损伤 :

【TANG 简化应试版 , 好理解 , 不用背】

- (1) 早期休克征象。
- (2) 有持续性甚至进行性腹部剧烈疼痛，伴恶心、呕吐。
- (3) 明显腹膜刺激征。
- (4) 有气腹表现。
- (5) 腹部：移动性浊音。
- (6) 便血、呕血或尿血。
- (7) 直肠指检：直肠前壁有压痛或波动感，或指套染血。

232

## 2.主要辅助诊断方法

- (1) 诊断性腹腔穿刺术，和腹腔灌洗术——阳性率>90%：

注意！抽不到液体并不能完全排除内脏损伤的可能（液体比较少），必要时可行腹腔灌洗术

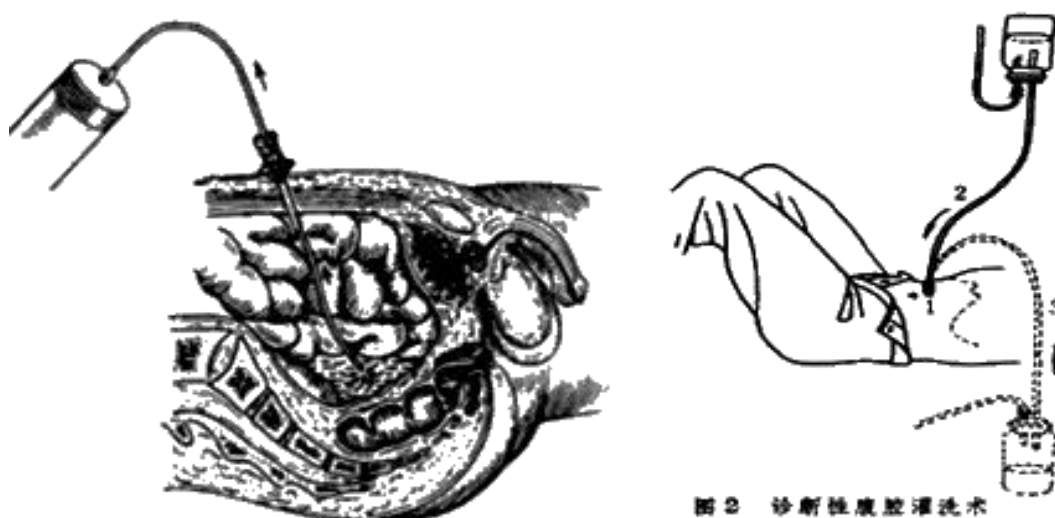
- （对腹内少量出血者更可靠）。

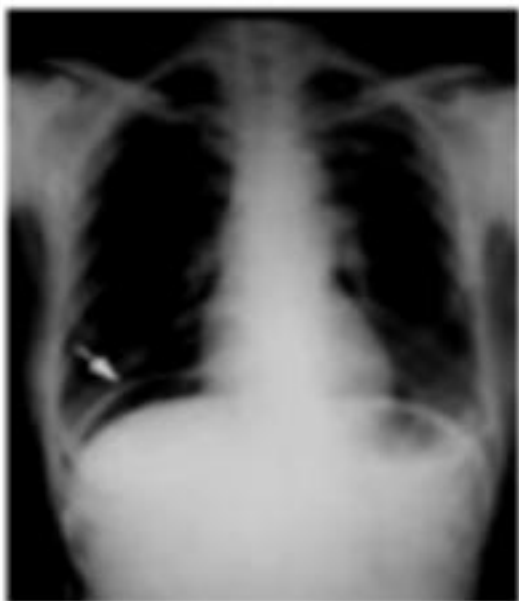
- (2) X线：胸腹部X线——膈下积气、腹内积液。

- (3) B超：可探测实质性内脏，并测知腹腔内是否有积液，血肿。

- (4) CT：对实质脏器损伤，比B超更精确。

233





右侧膈下积气 —— 溃疡穿孔

234

### (三) 处理原则与手术探查指征

#### 1. 处理原则

做好紧急手术前准备，力争早期手术。

如合并其他损伤——首先处理对生命威胁最大的损伤。

对严重出血性休克应在抗休克的同时，迅速手术。

235

#### 2. 手术探查指征【TANG 归纳，好理解，不用背】

(1) 休克——积极救治休克而不好转或恶化者；红细胞计数进行性下降者；血压由稳定转为不稳定甚至下降者。

(2) 腹膜刺激征——腹痛和腹膜刺激征有进行性加重或范围扩大者。肠鸣音逐渐减少、消失或出现明显腹胀者。

(3) 全身情况恶化——口渴、烦躁、脉率增快或体温及白细胞计数上升者。

(4) 膈下有游离气体表现者。腹腔穿刺吸出气体、不凝血液、胆汁或胃肠内容物者。胃肠道出血者。

236

【附】穿透伤，应注意 4 个不一定：

- (1) 穿透伤的入口或出口不一定在腹部，而在胸、肩、腰、臀或会阴等部位；
- (2) 穿透伤的入、出口与伤道不一定呈一直线；
- (3) 伤口大小与伤情严重程度不一定成正比；
- (4) 有些腹壁切线伤虽未穿透腹膜，并不一定没有内脏损伤。

237



2

38

## 二、常见腹部脏器损伤的临床表现及处理

(一) 实质脏器损伤

1.脾破裂——最常见 ( 40% ~ 50% )。

(1) 临床特点：

①中央型破裂 ( 破在脾实质深部 )

②被膜下破裂 ( 破在脾实质周边部 )

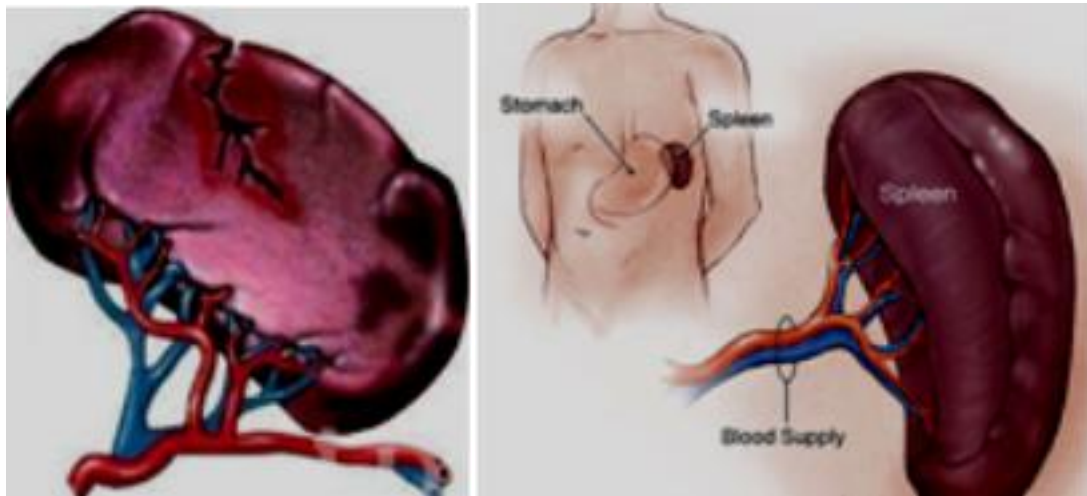
③真性破裂 ( 破损累及被膜 )

被膜完整，出血量受限，无明显内出血征象

85%；

出血量大，可迅速出现休克。

239



2

40

(2) 治疗：

原则：“抢救生命第一，保留脾第二”，尽量保留脾脏。

脾破裂的治疗 ( TANG 小结 )

脾破裂情况

治疗

(1) 无休克或易纠正的一过性休克，影像学 ( B 超、CT ) 严密观察生命体征、血细胞比

证实脾裂伤较局限、表浅

容及影像学下非手术治疗。

(2) 观察中发现继续出血， A.脾裂伤较轻（未损伤脾门） 保留脾脏，或行部分脾切除  
或其他脏器损伤——立即中 术。

转手术。 B.脾中心破裂、脾门撕裂、高 迅速行全脾切除术

龄或多发伤情况严重者

C.小儿 将 1/3 脾组织切成薄片或小  
块埋入大网膜内行自体移植

（防止小儿脾切除术后发生

OPSI）

D.病理性脾破裂，或脾脏被膜 切除脾（防止延迟性脾破裂）

下血肿

241

补充 TANG——OPSI（脾切除后凶险性感染）：

脾切除术后，尤其是婴幼儿，对感染的抵抗力减弱，可发生以肺炎球菌为主要病原菌的 OPSI  
而致死。

为防止小儿日后发生 OPSI，主张将 1/3 脾组织切成薄片埋入大网膜囊内进行自体移植；

成人 OPSI 发生率甚低，多无此必要。

242

2.肝破裂——右肝多见。

(1) 临床特点：

中央型破裂（破在肝实质深部）

被膜下破裂（破在肝实质周边部）

真性破裂（破损累及被膜）

肝被膜下破裂可转为真性破裂。

被膜完整，出血量受限，无明显内出血征象



243

【与脾破裂不完全相同】

- 1.肝破裂后可能有胆汁溢入腹腔——腹痛和腹膜刺激征较明显。
- 2.肝破裂后血液可通过胆管进入十二指肠——黑粪或呕血。
- 3.中央型肝破裂更易发展为继发性肝脓肿。



244

(2) 治疗：

控制出血——用手指或橡皮管阻断肝十二指肠韧带控制出血。常温下每次阻断时间不宜超过 30 分钟。肝硬化等病理情况时，不超过 15 分钟

245

肝破裂的治疗（TANG 小结）

肝破裂情况

治疗

A.损伤较轻的肝裂口

单纯缝合：进行清创，对出血点和断裂胆管逐一结扎，最后将裂口缝合；也可将大网膜、明胶海绵或氧化纤维填入裂口

B.大块肝组织破裂，特别是粉碎性肝破裂，或肝组织挫伤严重的患者

肝切除术。原则：将损伤和失活的肝组织切除，尽量多保留健康肝组织

C.裂口较深，或肝组织已有大块缺损而止血不满意，又无条件行大手术的患者

纱布块填塞法

246

3.胰腺损伤

占 1%~2%，位置深而隐蔽，易漏诊，死亡率高达 20%。

常系上腹部强力挤压所致。



## (1) 表现及诊断

- ①胰液积聚于网膜囊内——上腹部明显压痛和肌紧张；膈肌受刺激——肩部疼痛；
- ②外渗的胰液经网膜孔或破裂的小网膜进入腹腔——弥漫性腹膜炎；
- ③渗液局限在网膜内未及时处理——胰腺假性囊肿；
- ④内出血量不大，体征无特异性。
- ⑤诊断性腹腔穿刺液——淀粉酶增高；尿淀粉酶升高。

## (2) 治疗

## 胰腺损伤的治疗 (TANG 小结)

胰腺损伤情况	治疗
(1) 胰腺挫伤 (被膜完整)	局部引流
<b>(2) 胰体部分破裂而主胰管未断</b>	用丝线行褥式缝合修补
(3) 胰颈、体、尾部的严重挫伤或横断伤	作近端缝合，远侧切除
(4) 胰头部损伤或断裂	结扎头端主胰管、封闭头端腺体断端处，并行远端与空肠 Roux-en-Y 吻合术。严重——胰头十二指肠切除术

结扎头端主胰管、缝闭头端腺体断端处，并行远端与空肠 Roux-en-Y 吻合术

适用于：胰头严重挫裂或断裂



250

## （二）空腔脏器损伤

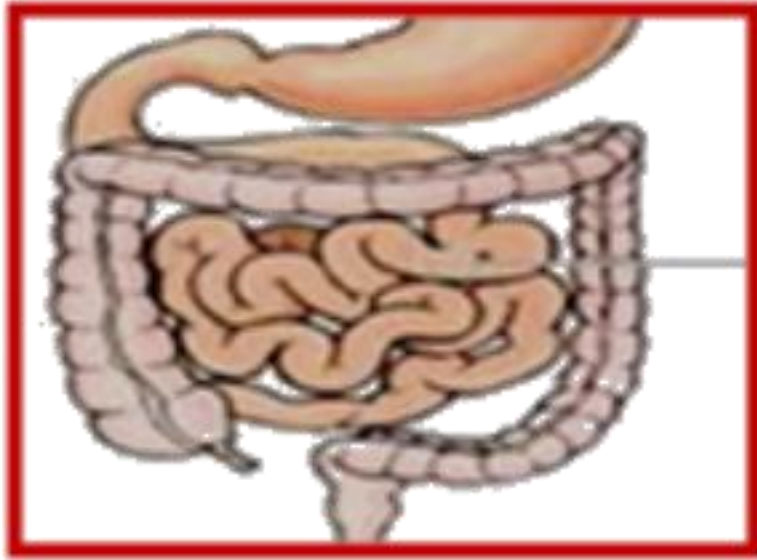
### 1. 小肠破裂

#### （1）临床特点：

早期即产生明显的腹膜炎。

少数：有气腹。

穿孔小或穿孔被堵塞也可能无弥漫性腹膜炎的表现。



251

(2) 治疗：立即手术——简单修补为主。

间断横向缝合——以防修补后肠腔狭窄。

以下情况——部分小肠切除吻合术：

- ①裂口较大或裂口边缘部肠壁组织挫伤严重者；
- ②小段肠管有多处破裂者；
- ③肠管大部分或完全断裂者；
- ④肠管严重挫伤、血运障碍者；
- ⑤肠壁内或系膜缘内有大血肿者；
- ⑥肠系膜损伤影响肠壁血液循环者。

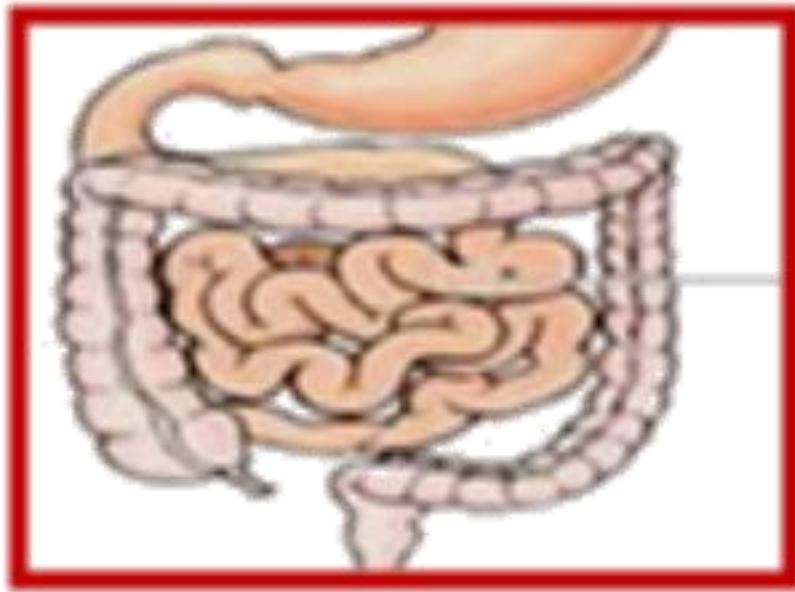
252

## 2. 结肠破裂

(1) 临床特点：

腹膜炎出现得较晚，但较严重——为什么？

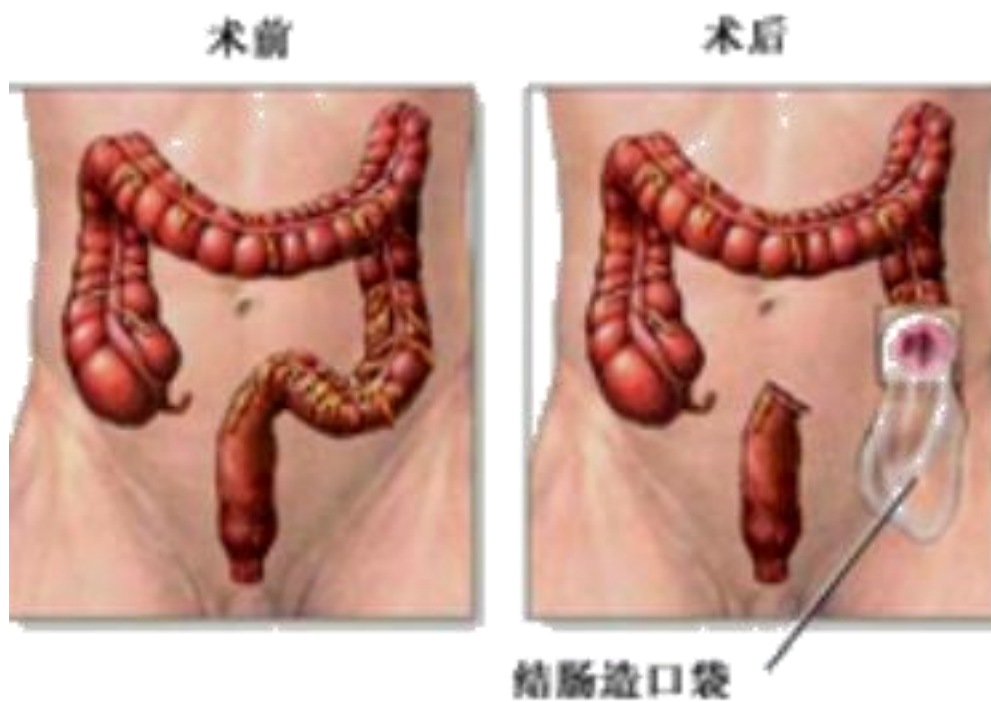
答：结肠内容物液体成分少而细菌含量多。



253

(2) 治疗——比小肠麻烦！

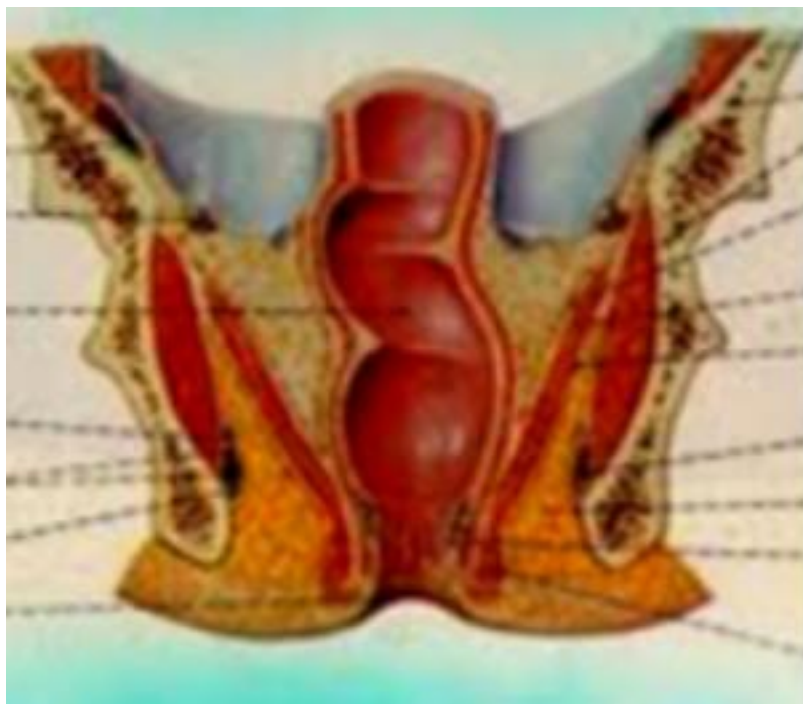
①大部分：先采用肠造口术或肠外置术处理，待3~4周后患者情况好转时，再行还纳瘻口，恢复肠管连续性；



254

②少数裂口小、腹腔污染轻、全身情况良好者（尤其右半结肠）：行一期修补或一期切除吻合。

### 3.直肠损伤——解剖学独特。



255

#### 直肠损伤临床特点 (TANG 小结)

#### 治疗

损伤在腹膜反折之上

与结肠损伤一样,腹膜炎出现得较晚,但较严重

剖腹修补,如损伤较重,可将破损处切除后端端吻合,同时行乙状结肠双腔造口处,2~3个月后闭合造口

损伤在腹膜反折之下

不表现为腹膜炎,而引起较严重的直肠周围感染

充分引流直肠周围间隙,并行乙状结肠造口术,使粪便改道,直至直肠伤口愈合

256

#### 1.腹部损伤来急诊的病人腹腔抽出不凝血应诊为

A.后腹膜血肿

B.误穿入血管

C.实质脏器破裂

D.前腹壁血肿

E.空腔脏器破裂

『正确答案』 C

257

2.发生腹部损伤时下列哪项陈述不正确

A.需密切观察病人的生命体征变化

B.重点检查腹部情况，必要时应行直肠或阴道指诊

C.病人可有恶心，呕吐，便血，呕血，腹胀等症状

D.脾破裂时检查病人会有严重的腹部压痛及反跳痛

E.腹腔穿刺抽不到液体并不能完全排除内脏损伤的可能性

『正确答案』 D

258

3.男，4岁，腹部外伤。手术探查发现脾下极有一4cm裂伤，深1.5cm，最佳手术方式是

A.脾切除术

B.脾下极切除术

C.脾动脉结扎术

D.脾修补术

E.明胶海绵充填术

『正确答案』 D

259

4.腹部闭合性损伤合并出血性休克时的处理原则是

A.立即手术探查

B.输血并给止血药

C.输血并给抗生素

D.积极抗休克，休克纠正后手术探查

E.积极抗休克的同时手术探查

『正确答案』 E

260

5.30 岁，腹部挤压伤后 6 小时。查体；体温 37.2℃，脉率 88/分，血压 110/80 mmHg，腹部有压痛，无反跳痛，肠鸣音可闻及，以下处理措施中最不合理的一项是

A.腹部 B 超检查

B.腹部穿刺检查

C.密切观察腹部体征及生命体征变化

D.禁食及输液治疗

E.尽快剖腹探查，以防延误治疗

『正确答案』 E

261

( 6 ~ 7 题共用题干 )

男性，17 岁，上腹部撞伤 7 小时，腹部剧烈疼痛 2 小时伴恶心呕吐。查体：神清，血压 75/45mmHg，全腹压痛，伴腹膜刺激征，肝区叩痛 ( + )，移动性浊音 ( + )。

6.首先应行

A.选择性动脉造影

B.B 超或 CT 检查

C.诊断性腹腔穿刺

D.纤维胃镜检查

E.腹透或腹平片

『正确答案』B 多家出版社答案——C。

262

7.可能诊断为

- A.胃穿孔
- B.小肠破裂
- C.左肾破裂
- D.肝破裂
- E.后腹膜血肿

『正确答案』D

263

( 8 ~ 10 题共用题干 )

患者女性，75岁，右大腿卵圆窝反复出现圆形包块12年，此次因便秘包块增大，用力还纳后右下腹持续疼痛，伴呕吐而就医。下腹压痛，反跳痛及肌紧张，叩诊：肝浊音界缩小，肠鸣音减弱。

8.此时对诊断帮助最小的检查是

- A.白细胞计数与分类
- B.子宫及其附件B超检查
- C.立位腹部X线透视
- E.肛门直肠指检

『正确答案』B。多家出版社答案D。

264

9.此患者直肠右侧壁有触痛,子宫直肠窝有液性暗区,白细胞计数 $12\times 10^9/L$ ,中性分叶核粒细胞80%,腹部X线透视可见左膈下有半月形少量游离气体影,镜检见直肠黏膜充血,应诊断为

- A.溃疡病急性穿孔

B.急性阑尾炎穿孔

C.卵巢囊肿蒂扭转

D.外伤性肠破裂

E.急性盆腔炎

『正确答案』 D

265

10.对此患者处置中，不适当的处置是

A.禁饮禁食，静脉输液

B.严密观察血压，如有下降再行手术治疗

C.半卧位

D.胃肠减压

E.使用抗生素

『正确答案』 B

266

( 11 ~ 13 题共用题干 )

患者男性，16岁，左上腹被自行车碰伤后2小时，伤后腹痛、呕吐1次，为胃内容物，自觉头晕、乏力、口渴、心慌。查体：P 110次/min，BP 85/60mmHg，面色苍白，四肢湿冷，左上腹见一4cm×4cm皮下淤血斑，全腹压痛，轻度肌紧张和反跳痛，以左上腹为著，叩诊有移动性浊音，听诊肠鸣音较弱。

11.根据患者症状和体征，最可能的诊断是

A.肝破裂

B.脾破裂

C.空回肠破裂

D.结肠破裂

E.胰腺损伤 『正确答案』 B

267

12.为明确诊断最简便而最重要的检查方法是

A.腹部 X 线透视

B.消化道钡剂造影

C.腹部 CT 检查

D.血常规+血细胞比容

E.左下腹腔穿刺

『正确答案』 E

268

13.考虑为腹部实质脏器损伤伴内出血病人，下列检查哪项最重要

A.季肋部外伤史

B.腹部压痛，反跳痛及肌紧张

C.血压低于 70/50mmHg

D.血红蛋白值逐渐减少

E.腹腔穿刺抽出不凝固血液

『正确答案』 E

269

( 14 ~ 17 题共用题干 )

患者男性，37 岁。急刹车致使方向盘挤压上腹部 16 小时，上腹部、腰部及右肩疼痛，持续伴恶心、呕吐。查体：体温 38.4℃，上腹部肌紧张明显，有压痛，反跳痛不明显，无移动性浊音，肠鸣音存在，怀疑胰腺损伤。

14.对明确诊断帮助不大的是

A.B 超检查

B.CT 检查

C.血细胞比容

D.尿淀粉酶

E.血淀粉酶      『正确答案』 C

270

15.如果行剖腹探查术，术中最有可能发现合并损伤的脏器是

A.十二指肠

B.胆总管

C.横结肠

D.右肾

E.脾

『正确答案』 B

271

16.胰腺损伤在各种腹部损伤中所占比例为

A.1% ~ 2%

B.5% ~ 10%

C.16% ~ 20%

D.25% ~ 35%

E.40% ~ 50%

『正确答案』 A

272

17.如果处理不当，最可能的远期并发症是

A.胆总管狭窄

B.胰腺真性囊肿

C.脂肪泻

D.胰腺假性囊肿

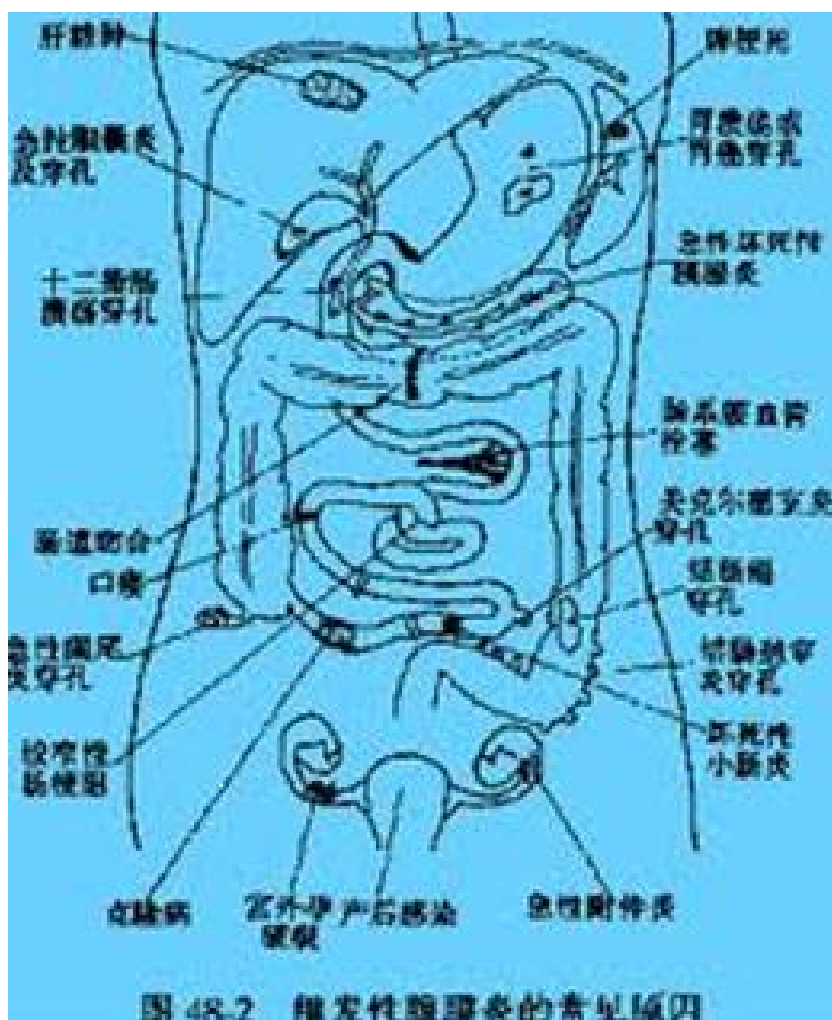
E.横结肠梗阻

『正确答案』D

273

## 第八章 腹膜、网膜和腹膜后间隙疾病

急性腹膜炎 绝大多数为继发性。



274

### 1.病因

最常见：急性阑尾炎合并穿孔，其次是溃疡病急性穿孔。 感染菌——继发性最常见：

大肠埃希菌。越向远侧的消化道，细菌含量越多。

#### （1）炎症和感染

1) 肠道：急性阑尾炎、梅克尔憩室炎、结肠憩室炎、坏死性肠炎、急性 Crohn 病等。

2) 其他脏器：

急性胆囊炎、急性胰腺炎、肝脓肿、急性输卵管炎等。

275

#### （2）消化道急性穿孔：

①胃、十二指肠溃疡急性穿孔；②胃肠道癌性穿孔；

③坏疽性胆囊炎；④蛔虫肠穿孔。

#### （3）肠梗阻

——绞窄性肠梗阻、肠扭转、闭袢型肠梗阻。

#### （4）血管闭塞性疾患：

肠系膜血管栓塞、缺血性结肠炎、脾梗死等。

276

#### （5）腹腔内出血：

自发性脾破裂、脾动脉瘤破裂、肝癌破裂、宫外孕破裂、卵巢滤泡破裂等。

（6）外伤：腹壁穿透性损伤，腹部闭合性损伤等。

#### （7）医源性：

胃肠道吻合口漏、胆漏、胰漏，术后近期腹腔内渗血或出血、异物存留等。

277

#### 【补充 TANG】继发性/原发性

腹膜炎的病因及常见致病菌

	病因	致病菌
1.继发性	最常见：空腔脏器穿孔	最多见：大肠埃希菌。一般都是混合性感染，毒性较强。
2.原发性（自发性）	免疫力下降——细菌直接感染腹膜	溶血性链球菌（G+）、肺炎双球菌或大肠杆菌。

278

## 2.病理生理

### ①溃疡病急性穿孔：

胃液对腹膜的刺激极为强烈——化学性腹膜炎。

### ②胆汁溢出——胆汁性腹膜炎。

### ③腹腔内出血：对腹膜的刺激性较轻；

但积血中的血红蛋白可干扰免疫反应——影响细菌清除——继发感染。

279

### 【病理变化】

充血和水肿——大量液体渗出，渗出液中含有大量的白细胞和吞噬细胞，以及多种生物活性物质和细胞因子；

腹水中的纤维蛋白原，经腹膜间皮细胞受损后释放出来的凝血活酶作用，变为纤维蛋白而沉积。

随着白细胞死亡、间皮细胞损伤和脱落、纤维蛋白沉积和凝聚，渗出液逐渐由清亮而变为浑浊，最后成为脓性。

280

多合并麻痹性肠梗阻，机制：

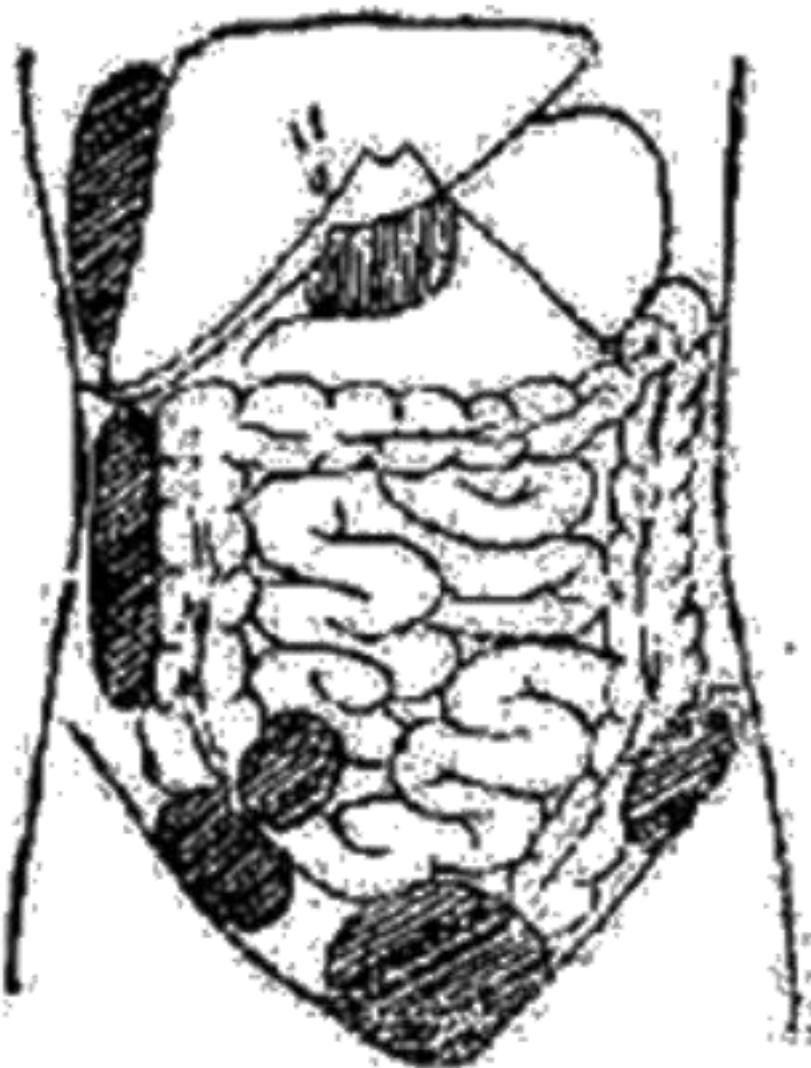
### 1.肠管脏层腹膜充血水肿，影响蠕动功能；

- 2.内脏神经反射的抑制；
- 3.水电解质平衡紊乱，特别是低钾；
- 4.消化道激素分泌失调。

急性腹膜炎可发展为——

- 1.弥漫性化脓性腹膜炎；
- 2.由肠管和大网膜包裹及纤维素粘连而局限化；
- 3.逐渐吸收而自愈；
- 4.形成脓肿。

281





82

### 3.临床表现

#### (1) 临床症状

1) 腹痛：变为持续性，较剧烈（躯体神经支配）。

最剧烈——化学性腹膜炎。

最轻——腹腔出血。

弥漫性腹膜炎，先由原发病灶处开始，后扩散至全腹，但仍以原发病灶处腹痛最剧。

283

#### 2) 消化道症状：

恶心和呕吐，开始为反射性，比较轻微，以后因感染中毒反应或继发麻痹性肠梗阻而趋于频繁。

多无排气或排便。

肛门下坠感及便意，或只能排出少量黏液便，便后仍不觉轻快。

284

#### (2) 体格检查

##### 1) 一般情况：

急性病容，常伴呻吟，静卧不敢活动，喜屈曲下肢；

体温逐渐上升；

脉搏>90 次 / 分；

晚期：感染性休克表现。

285

## 2) 腹部体征：

①视——腹式呼吸减弱甚至消失；

②触——弥漫性腹膜炎有全腹压痛和腹肌紧张；化学性腹膜炎引起的强烈刺激，可因腹肌高度紧张或强直，而表现为板状腹。原发病灶部位的压痛和腹肌紧张更剧烈。

③叩——腹腔渗出液较多时可叩出移动性浊音。出现肠淤张时，可叩出鼓音。肝浊音区缩小或消失——腹腔内有游离气体。

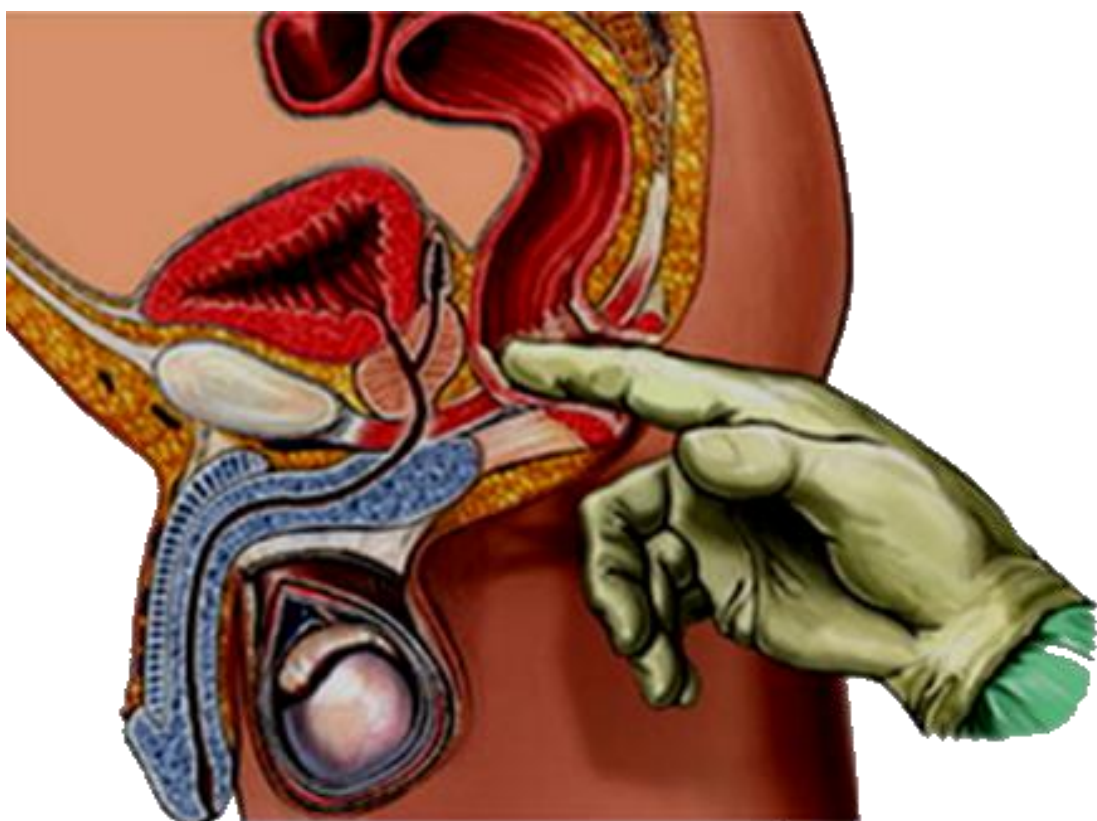
④听——肠鸣音减弱，如在腹部四个象限听诊总计 5 分钟以上仍不能听到，则可判定有肠淤张——腹膜炎的重要体征。

286



87

3) 肛门指诊：以下腹部表现为主的腹膜炎怀疑盆腔脏器有原发病灶时，指诊有压痛。



2

88

### (3) 实验室检查：

白细胞 $>14 \times 10^9 / L$  以上。

注意！危重者白细胞计数可以不升高，但白细胞分类中性粒细胞的比例 $>0.85$ ，可含有中毒颗粒。

### (4) 两点补充【TANG】

腹部立位平片：

A. 小肠普遍胀气并有多个小液平面——肠麻痹。

B. 膈下游离气体——胃肠穿孔。

289



2

90

腹腔穿刺抽液或腹腔灌洗液的性质——病因

A.草绿色透明腹水	结核
B.黄色、浑浊、含胆汁、无臭味	胃十二指肠穿孔
C.含食物残渣	饱食后穿孔
D.血性、胰淀粉酶含量高	急性重症胰腺炎
E.稀薄、脓性，略有臭味	急性阑尾炎穿孔
F.血性、臭味重	绞窄性肠梗阻
G.不凝血	腹腔内出血

291

#### 4.治疗原则

##### (1) 一般治疗

1) 静脉输液：有休克时先积极治疗休克，必要时输血或血浆。

2) 禁食、水，胃肠减压。

3) 抗生素：较重者——头孢菌素 + 甲硝唑。

292

(2) 手术适应证——大多数均需急诊手术。

有些诊断明确、症状较轻者可暂不手术。

1) 对原发病灶诊断不明，或不排除腹腔内脏器坏死和穿孔、感染情况严重者——开腹探查。

2) 感染性休克病人，经积极准备后，不一定要求情况完全平稳，即应急诊手术。

293

(3) 手术方法——注意细节！——回答 4 个问题。

①切口选择？

根据原发病灶的部位，采用相应的切口；

诊断不明者，采用右侧经腹直肌小切口，探查后，再根据需要向上或向下延长切口。

294

②原发灶处理？

A. 开腹后先将腹腔内渗出液尽量吸净，有大网膜包裹或浑浊液体积存处通常是原发病灶的部位；

B. 明确后除非怀疑仍有其他病灶（如外伤），最好不要广泛探查，以免感染扩散或加重毒素吸收；

C. 原发病灶争取去除；如病灶充血严重和周围紧密粘连不易切除，则只做造瘘或修补，局部置管引流。

295

③是否腹腔冲洗？

局限性腹膜炎——吸净渗液，不宜冲洗；

弥漫性腹膜炎——可用大量等渗盐水冲洗。

注意 ! ( TANG 补充 ) —— 不要用抗生素冲洗 —— 可能粘连。

④ 是否放置引流管 ?

腹腔感染不严重，原发病灶处理满意时，无需放置腹腔引流管 —— 注意！不是所有的腹膜炎都要置管。

296

【补充 TANG】引流管 —— 放置和拔出指征

放置指征：

- ① 坏死病灶未能彻底清除；
- ② 手术部位有较多渗液或渗血；
- ③ 为预防胃肠道穿孔修补等术后渗漏；
- ④ 已形成局限性脓肿。

拔管指征：

- ① 引流量  $< 10\text{ml/d}$ ；
- ② 非脓性；
- ③ 无发热、腹胀。

297



2

98

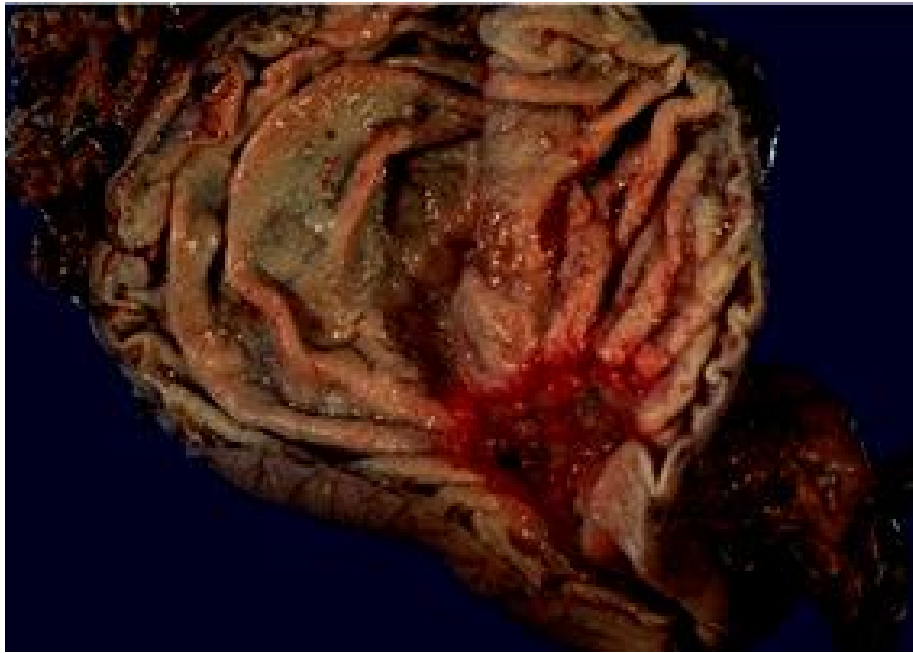
#### (4) 术后处理

麻醉恢复后，取半卧位。

严重病人及早给予全胃肠道外营养，抗生素。

299

### 第九章 胃、十二指肠疾病



300

## 【大纲】

### 1.胃、十二指肠溃疡的外科治疗

(1) 适应证 (2) 手术主要方法

(3) 术后并发症

### 2.胃、十二指肠溃疡并发症 (顺序微调)

(1) 急性穿孔的临床表现、诊断、治疗原则

(2) 溃疡病大出血的临床表现、鉴别诊断、手术指征

(3) 瘢痕性幽门梗阻的临床表现、诊断、治疗

### 3.胃肿瘤

(1) 恶性肿瘤的临床表现、诊断与治疗

301

### 一、胃、十二指肠溃疡的外科治疗

(一) 适应证

1.病史多年，症状渐重。

2.内科治疗无效，或愈合后复发，或经 X 线钡餐检查溃疡龛影较大，球部变形较严重，穿透

到十二指肠壁外或球后溃疡。

3.出现严重并发症——急性穿孔、大出血、瘢痕性幽门梗阻、溃疡不能除外恶变或已经恶变者。

GU 手术适应证比 DU 要宽些。

302



303

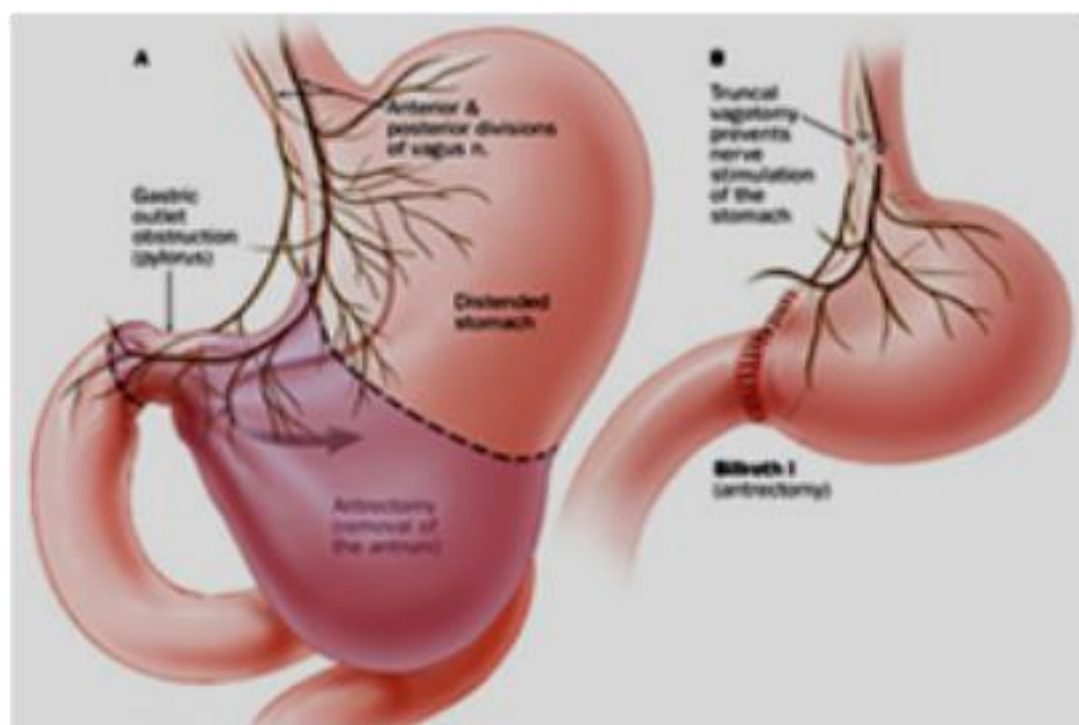
## (二) 手术主要方法及术后并发症

### 1.手术方法

(1) 胃大部切除术，机制：

- ①切除了整个胃窦部黏膜——消除了由于胃泌素引起的胃酸分泌；
- ②切除了大部分胃体——使分泌胃酸和胃蛋白酶原的腺体数大为减少；
- ③切除了溃疡好发部位；
- ④切除了溃疡本身。

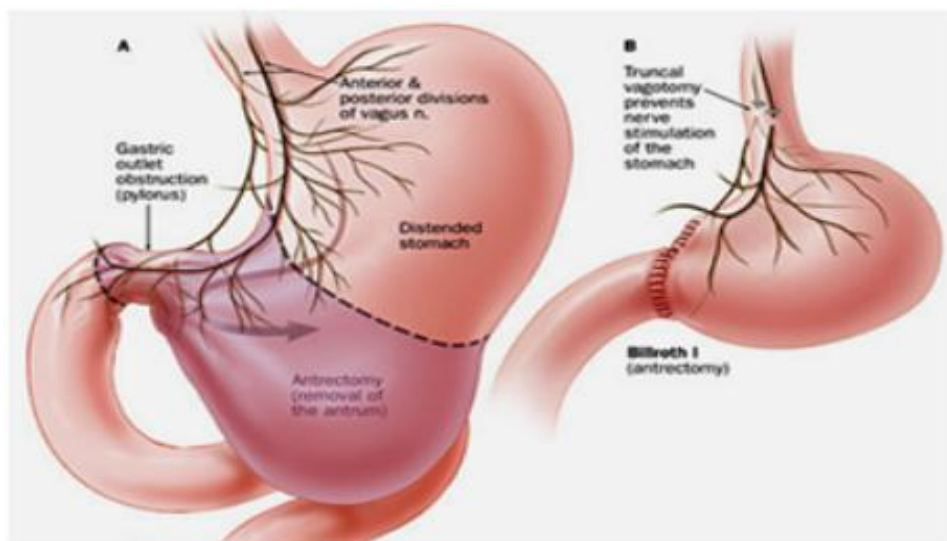
304



3

05

毕 I 式：胃大部切除术后，将胃残端与十二指肠吻合。



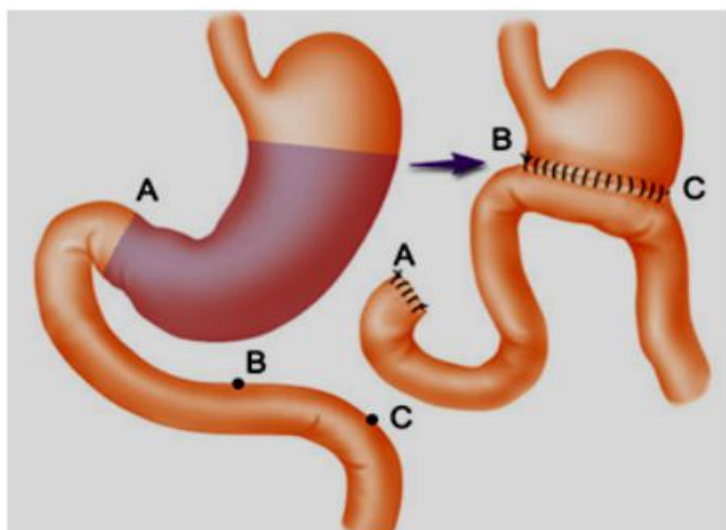
优点：操作

简单，吻合后胃肠道接近于正常解剖生理，适用于 GU；

缺点 (TANG 补充)：吻合口张力过高——吻合口破裂或瘘。

306

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。

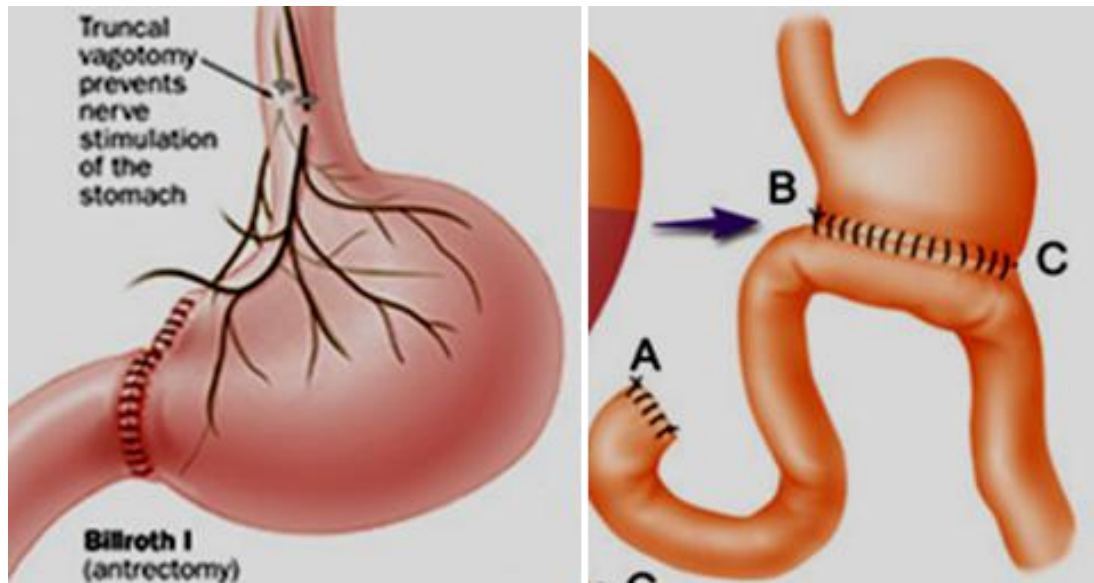


【补充：TANG】 优点：吻

合口张力下降；

缺点：十二指肠残端破裂、碱性返流性胃炎、倾倒综合征。

307



毕 I、毕 II，哪家强？

308

（2）胃迷走神经切断术：

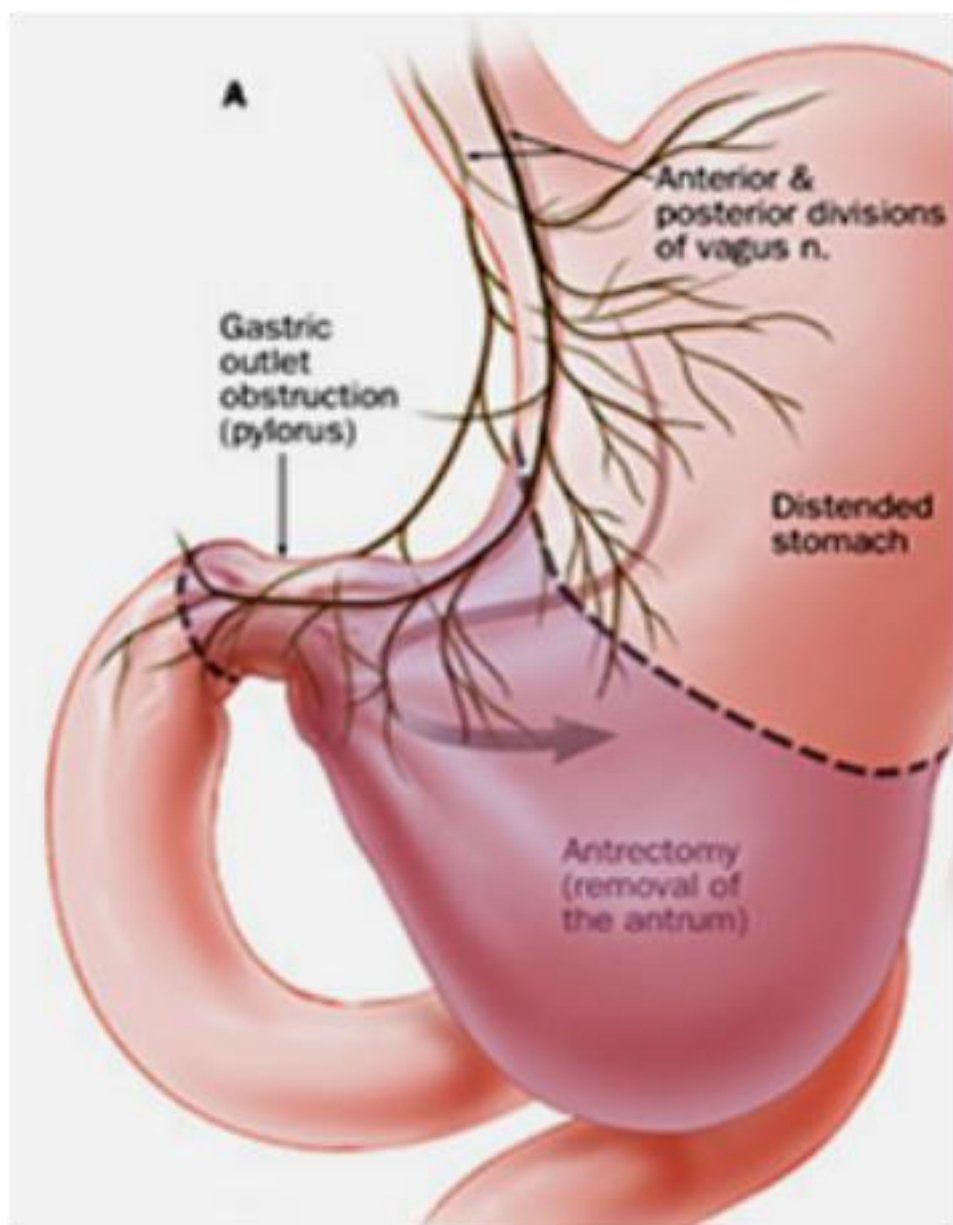
机制：

A.消除神经性胃酸分泌；

B.消除迷走神经引起的胃泌素分泌——减少体液性胃酸分泌。

适用于 DU。

309



310

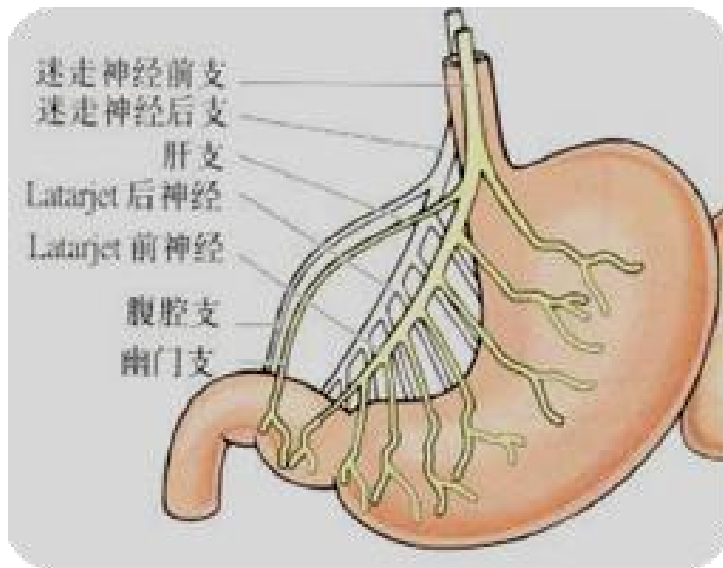
【补充 TANG——迷走神经——根据第八版外科学】

左迷走神经：在贲门前分出肝胆支和胃前支（Latarjet 前神经）；

右迷走神经：在贲门背侧分出腹腔支和胃后支（Latarjet 后神经）；

胃前、后支都沿胃小弯行走，并进入胃前、后壁；其终末支在距幽门约 5～7cm 处进入胃窦，形似“鸦爪”。

311



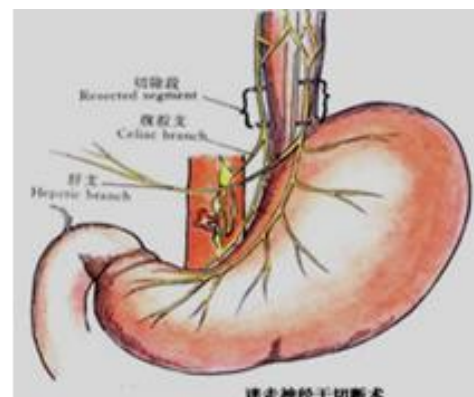
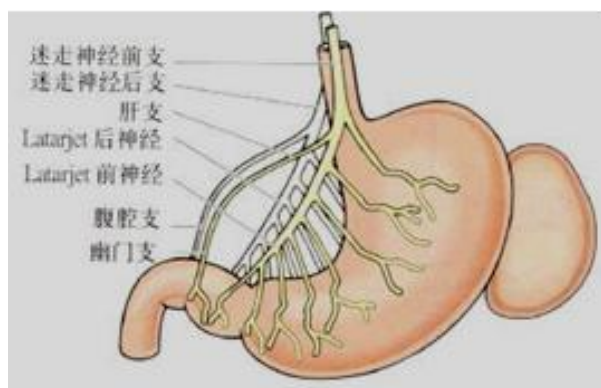
3

12

1) 迷走神经干切断术：在食管裂孔水平切断左、右腹腔迷走神经干，使肝、胆、胰、胃和小肠完全失去迷走神经的支配。

缺点——可引起腹腔器官功能紊乱，如：胃排空延迟、小肠运动减退、顽固性腹泻。

313



3

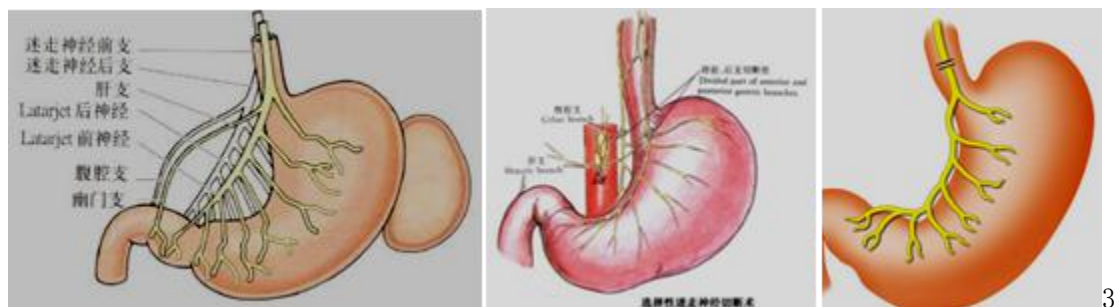
14

2) 选择性迷走神经切断术：在迷走神经前干分出肝支，后干分出腹腔支后切断。

优点：避免了其他内脏功能的紊乱；

不足：仍可引起胃蠕动的张力减退——弥补：加做幽门成形术或胃空肠吻合术。

315



16

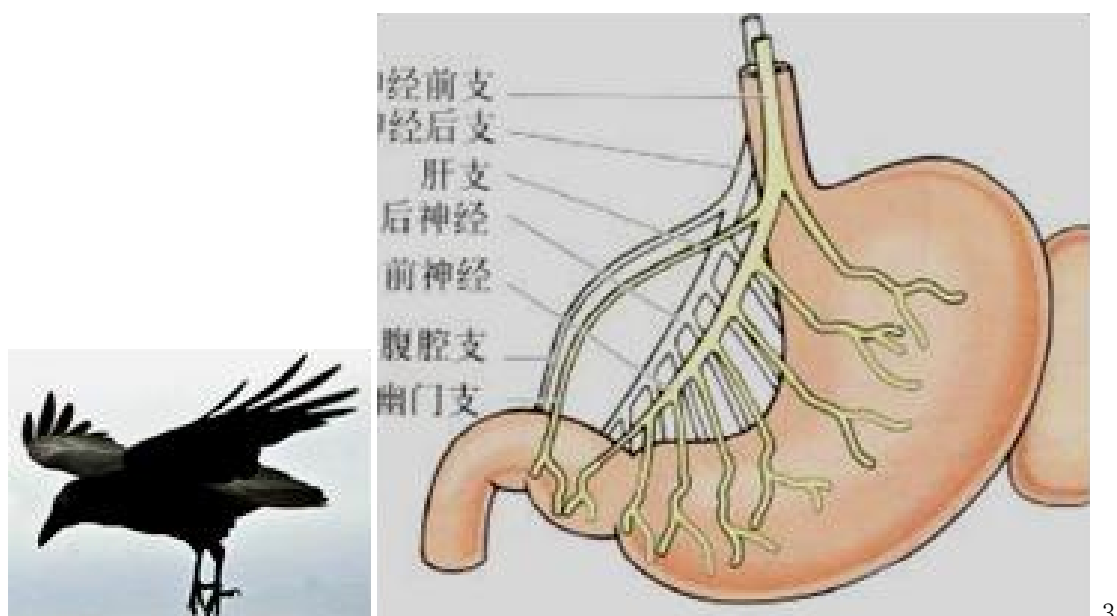
3) 高选择性迷走神经切断术：仅切断迷走神经分布至胃底、体的分支；

保留：肝支、腹腔支及分布至胃窦的“鸦爪”。

优点：不会引起胃潴留，不需附加引流手术，保留了幽门括约肌的功能，减少了胆汁反流和倾倒综合征发生的机会。

不足：操作困难、术后复发率高。

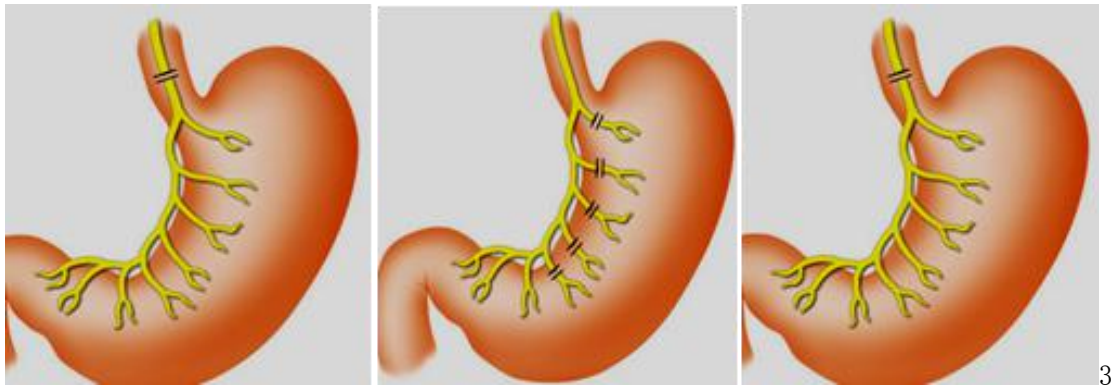
317



18

## 小结 TANG

- 1) 迷走神经干切断术
- 2) 选择性迷走神经干切断术
- 3) 高选择性迷走神经干切断术



19

## 2.术后并发症

(1) 胃大部切除术后并发症 (多而重要! 9个——耐心)

1) 术后胃出血:

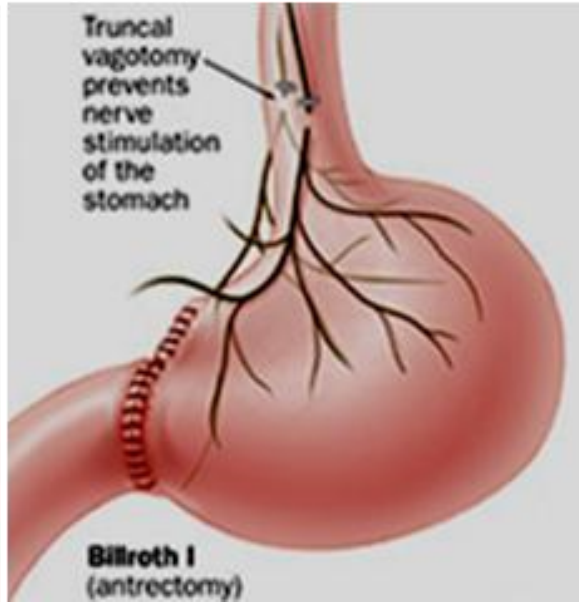
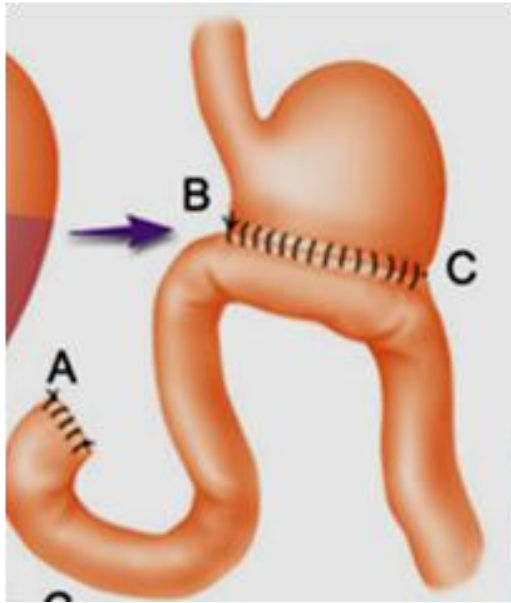
A. 术后 24 小时内——术中止血不彻底;

B. 术后 4~6 天——吻合口黏膜坏死脱落;

C. 术后 10~20 天——吻合口黏膜下脓肿腐蚀血管。

2) 十二指肠残端破裂, 表现: 酷似溃疡急性穿孔。

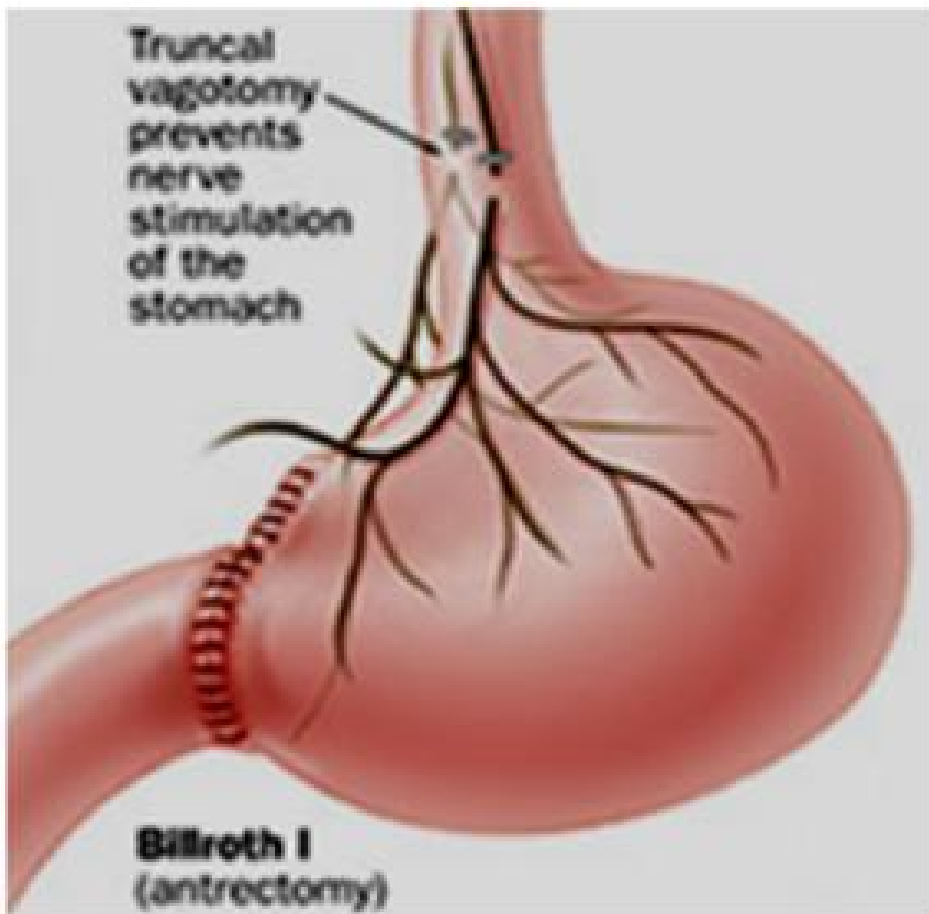
320



3

21

3) 吻合口瘘：多发生在术后 5~7 天。



322

4) 术后梗阻——难点&重点：

A.输入段梗阻

- ①急性完全性梗阻——呕吐物不含胆汁；
- ②慢性不完全性梗阻时——呕吐物含胆汁，无食物。

B.输出段梗阻——呕吐胆汁和食物。

C.吻合口梗阻——多为胃排空障碍，禁忌再次手术。

323

怎么记住？——必须彻底理解！TANG

A.输入段梗阻

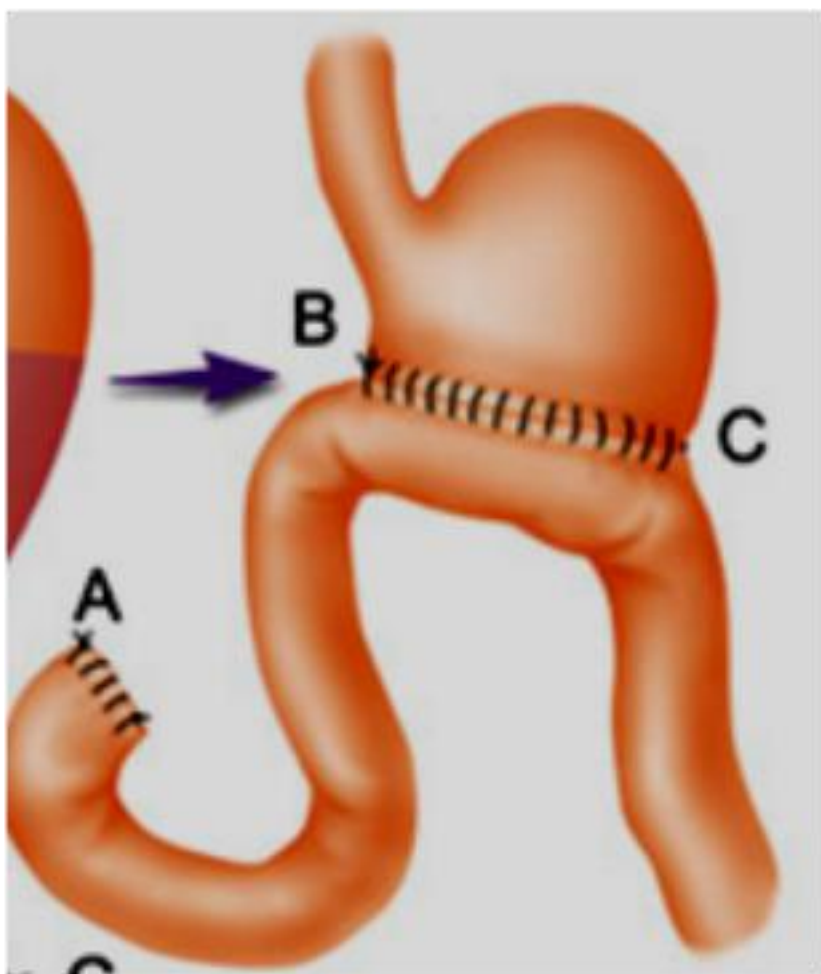
- ①急性完全性梗阻——呕吐物不含胆汁。
- ②慢性不完全性梗阻时——呕吐物含胆汁，无食物。

B.输出段梗阻——呕吐胆汁和食物。

C.吻合口梗阻——多为胃排空障碍，禁忌再次手术。

324

5) 倾倒综合征和低血糖综合征——又一个难点！



325

倾倒综合征——理解——补充 TANG。

A. 早期：餐后半小时内

高渗食物（过甜），直接进入小肠

- ①肠道分泌大量的肠源性血管活性物质  
②渗透作用使细胞外液进入肠腔

血容量不足，表现为：心悸、心动过速、出汗、无力、面色苍白，伴消化道症状

治疗：少食多餐，避免过甜食物摄入，降低摄入液体的渗透压，不能缓解用生长抑素

**B. 晚期：低血糖综合征，餐后2-4小时**



32

6

6) 碱性反流性胃炎：三联征——

①剑突下持续烧灼痛

②胆汁性呕吐

③体重减轻

7) 吻合口溃疡：多见于空肠侧——而不是胃侧！

8) 营养性并发症：营养不足、贫血、腹泻与脂肪泻、骨病。

9) 残胃癌：术后至少 5 年以后所发生的残胃原发性癌。

327

重要小结！——胃大部切除术后 9 大并发症 TANG

1. 术后胃出血——时间不同，原因不同。

2.十二指肠残端破裂——毕Ⅱ。

3.吻合口瘘——毕Ⅰ。

4.术后梗阻——输入段（急性完全性；慢性不完全性）、吻合口（禁忌再次手术）、输出段。

5.倾倒综合征（早、晚）。

6.碱性反流性胃炎——毕Ⅱ——三联征。

7.吻合口溃疡。

8.营养性并发症。

9.残胃癌：5年。

328

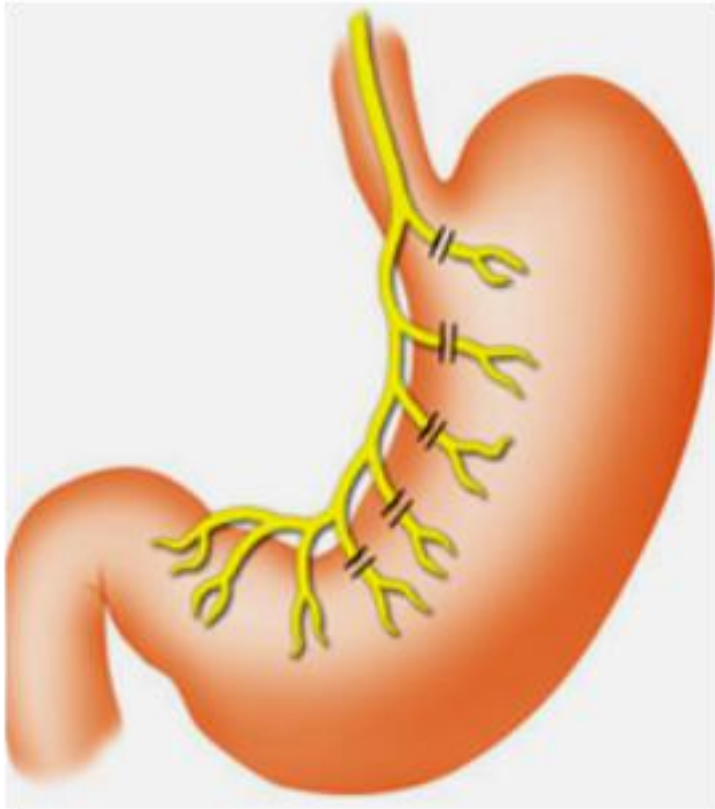
（2）迷走神经切断术后并发症：

①胃潴留

②吞咽困难

③胃小弯坏死穿孔

（见于高选迷切术后）。



329

## 二、胃、十二指肠溃疡并发症

### （一）大出血

#### 1.表现

急性大呕血或黑便，多数仅有柏油样黑便。

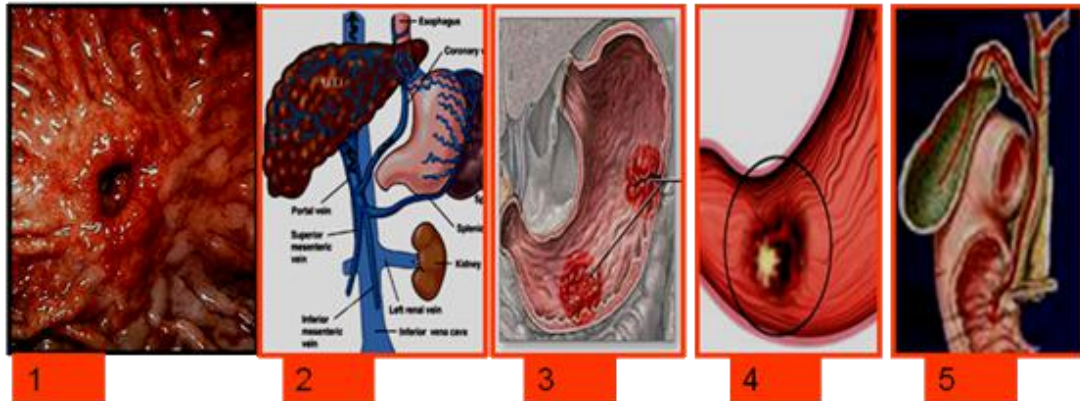
便血时——乏力、身软、双眼发黑、心慌，甚至晕厥。

腹部检查（-）。

失血短期内  $> 400\text{ml}$  时，可出现循环代偿现象——面色苍白、口渴、脉快有力、血压正常或偏高的。

$> 800\text{ml}$ ——明显休克表现。

330



3

31

补充——引起上消化道出血的 5 大病因（极其重要 TANG）

- ①消化性溃疡
- ②食管胃底静脉曲张破裂
- ③急性糜烂性出血性胃炎
- ④胃癌
- ⑤胆道出血

记忆口诀 TANG：

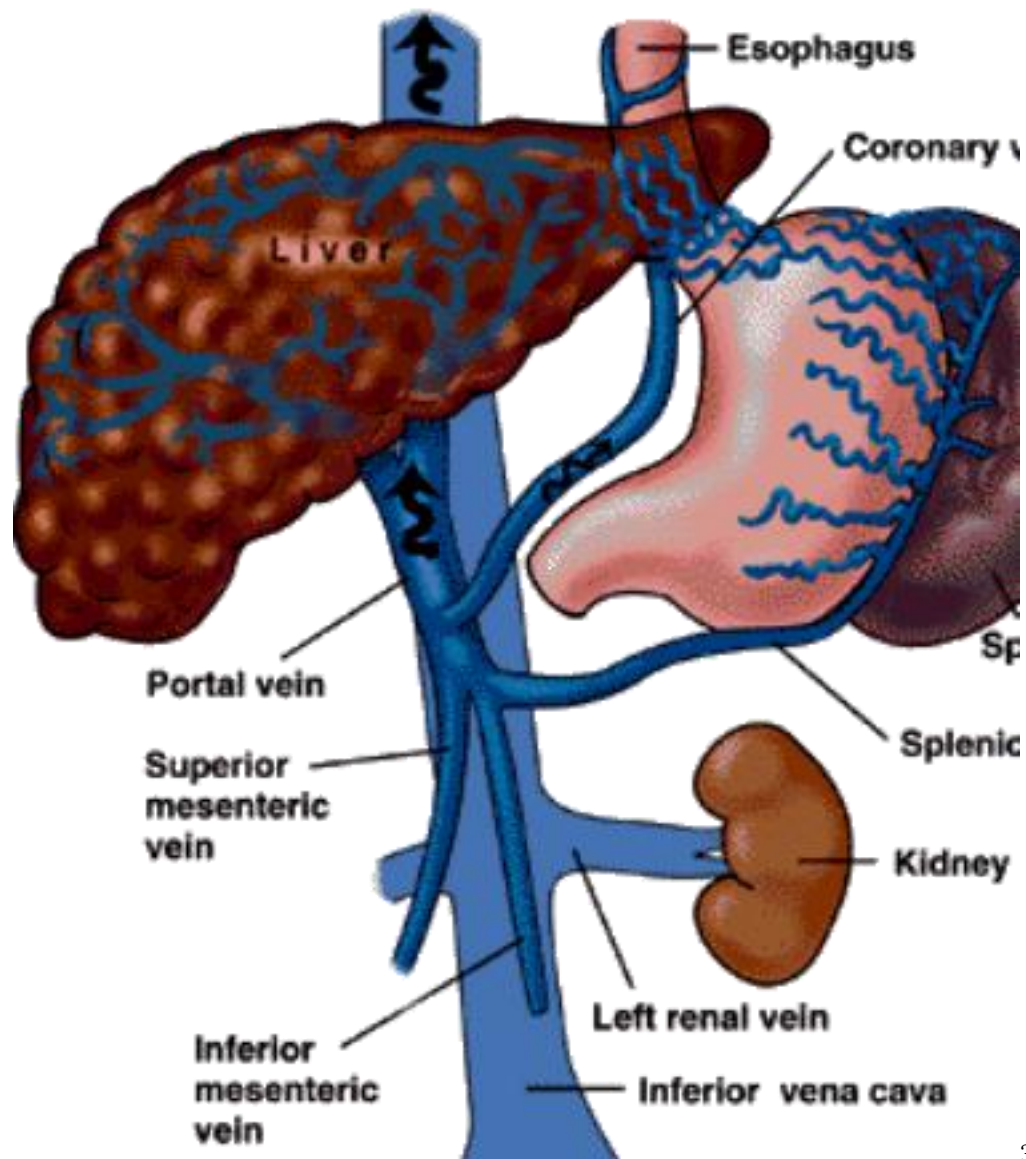
杨门烂，挨单刀！

场景设想：一个姓杨的门将很烂，挨了对手一个单刀球！

332

	病史	表现
门脉高压症	肝炎或血吸虫，或以往经 X 线检查证实有食管静脉曲张	出血凶猛，以呕血为主，一次可达 500 ~ 1000ml，常引起休克，并可在短期内反复呕血

333



334

应激性溃疡

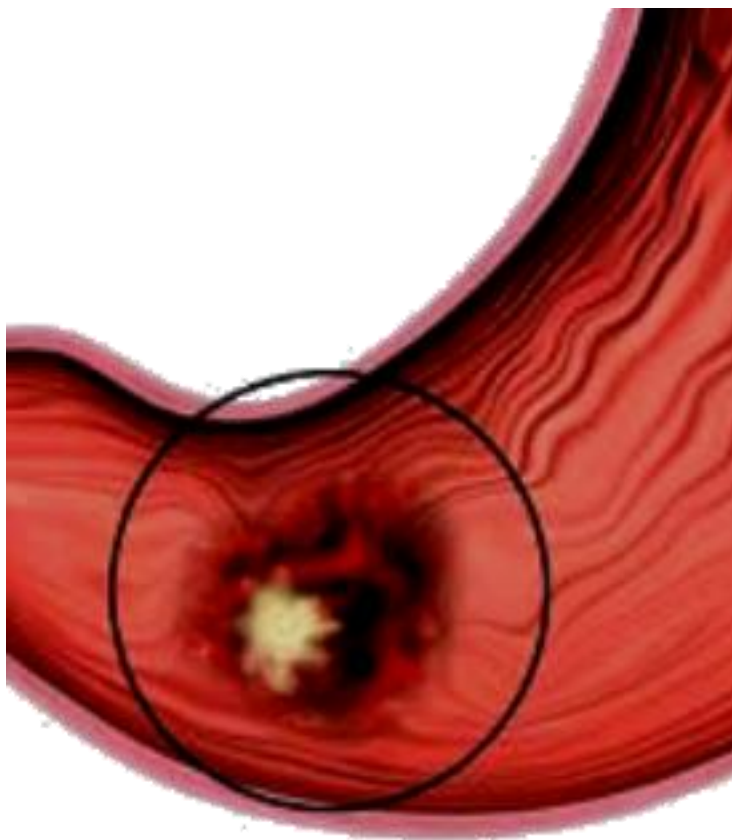
酗酒、服用阿司匹林、消炎痛 突然发生上消化道大出血或  
或类固醇激素等药物史 或大 穿孔，多呈间歇性  
手术、严重创伤或烧伤、患有  
危重疾病的病人。多无溃疡病  
史

335



胃癌

癌组织侵蚀血管引起；出血量一般不超过  
500ml，较少引起休克



胆道出血

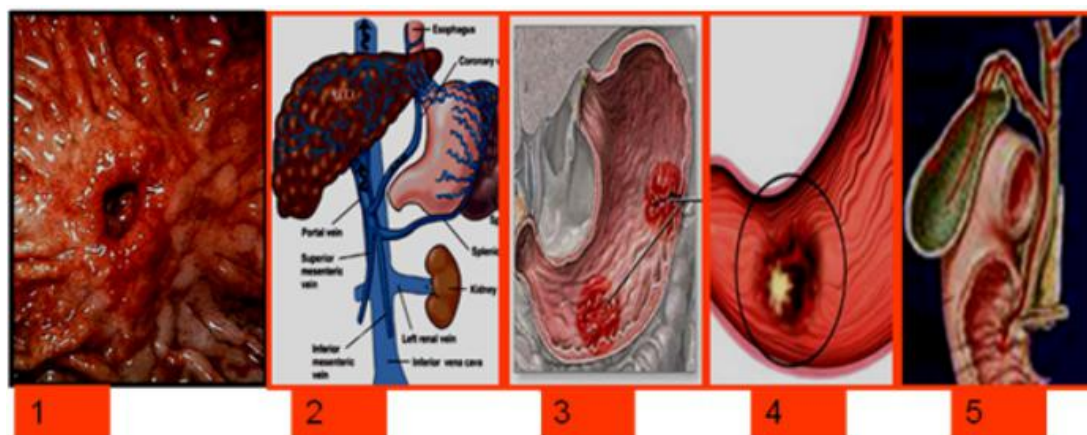
肝内局限性感染、肝肿瘤、肝  
外伤

突发上腹或剑突下疼痛 随后  
出现呕血或便血，以便血为  
主，出血量较少；病人还可有  
寒战、高热、黄疸。发作常呈  
周期性



338

【再次回顾 TANG】



3

39

3.手术指征

(1) 出血甚剧，短期内即出现休克。

(2) 经短期(6~8小时)输血(>800ml)后，而血压、脉搏及一般情况仍无好转；或虽一度好转，但停止输血或减慢输血速度后，病情又迅速恶化；或在24小时内输血超过1000ml才能维持血压和红细胞比容。

(3) 不久前曾发生过类似大出血。

340

(4) 正在接受胃、十二指肠溃疡药物治疗的病人发生了大出血。

(5) 年龄超过60岁或伴有动脉硬化症的病人发生溃疡大出血。

(6) 同时存在瘢痕性幽门梗阻或并发急性穿孔。

(7) 胃镜检查发现动脉搏动性出血。

341

怎么记？

消化性溃疡大出血——手术指征——记忆简化版(TANG)

内科治无效

休克难纠正

出血老复发

其他并发症

超过六十岁

动脉硬化症，或有动脉搏动性出血

342

(二) 急性穿孔

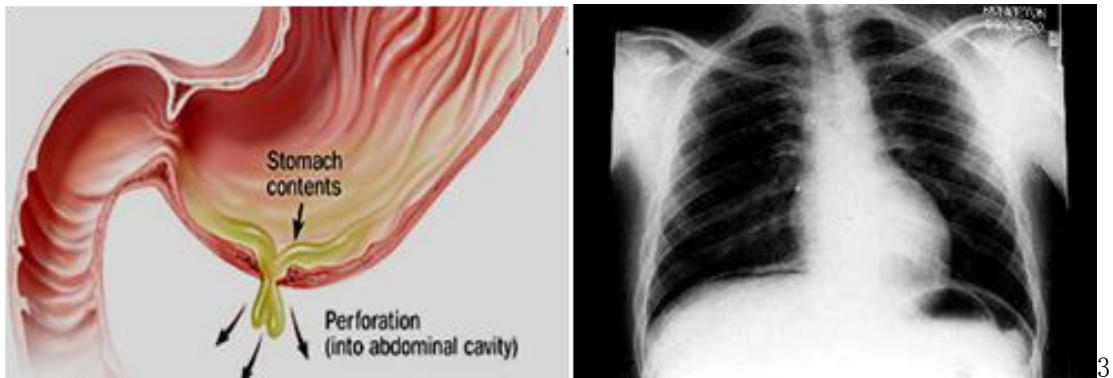
1.表现

症状：突发上腹剧烈疼痛，迅速扩散至全腹。有时，消化液沿结肠旁沟流向右下腹，引起右下腹疼痛。常伴有恶心、呕吐。

查体：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——膈下游离气体。

343



44

2.诊断

溃疡病史+

临床表现，尤其是肝浊音界缩小或消失+

X 线——膈下游离气体

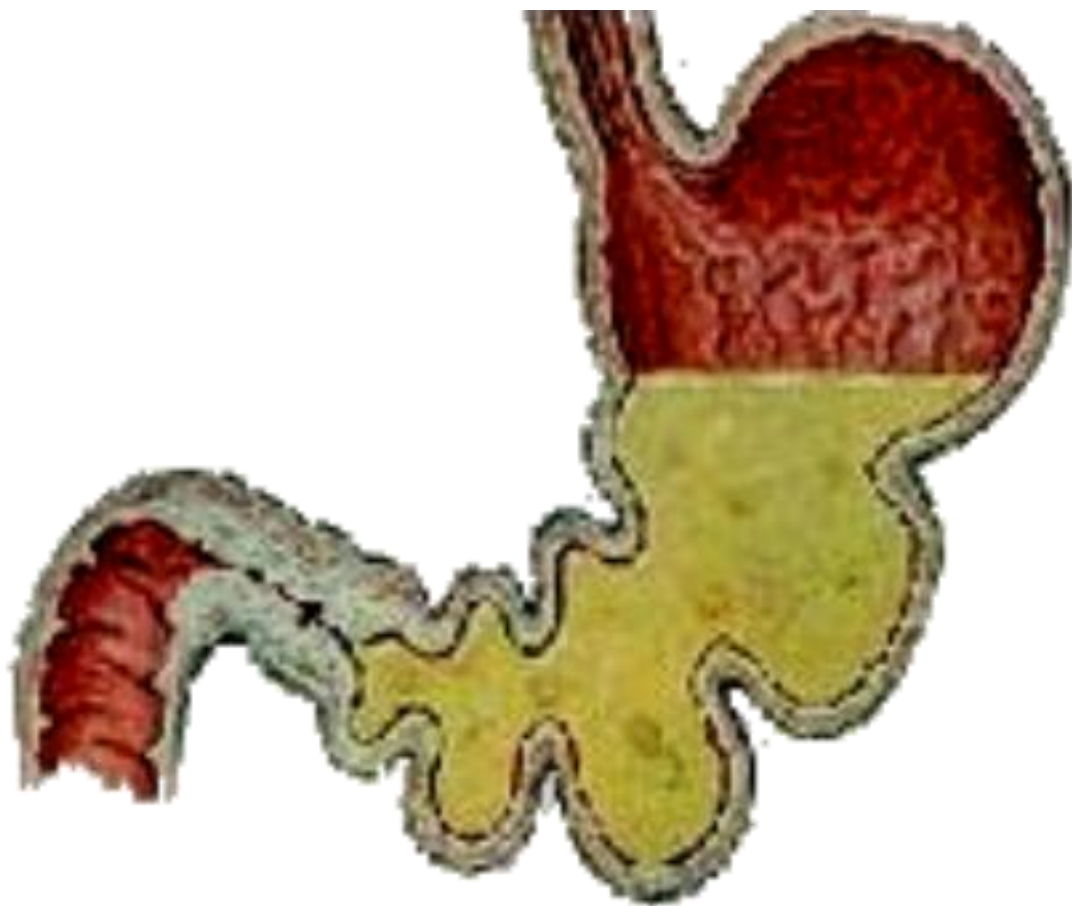
345

3.治疗原则——注意！不是所有的穿孔都要手术！

	适应证	具体治疗
( 1 ) 非手术治疗	症状轻、一般情况较好的单纯性空腹、较小穿孔	胃肠减压和禁食为主+输液、全身抗感染
	A.饱食后穿孔、顽固性溃疡穿孔； B.伴有幽门梗阻、大出血、恶变等并发症者；	A.单纯穿孔缝合术 B.彻底的溃疡手术

C.非手术治疗 6~8 小时后，  
症状、体征不见好转，或反而  
加重者，应及早进行手术治疗

346



3

47

### （三）瘢痕性幽门梗阻

#### 1.临床表现

突出的症状——阵发性呕吐，常定时发生在晚间或下午，呕吐量大，呕吐物多为宿食，不含胆汁。

严重者：营养不良、消瘦、脱水及低氯低钾性碱中毒。

腹部检查：上腹部隆起，有时有胃蠕动波，可闻振水音。

X线钡餐：24小时仍有钡剂存留。

348



3

49

## 2.诊断

长期溃疡病史+典型的胃潴留呕吐征+钡餐检查。

3.治疗——外科手术的绝对适应证。

多采用胃大部切除术；

胃酸低、全身情况差的老年病人——胃空肠吻合术。

350

1.胃、十二指肠溃疡引起大出血的原因是

- A.胃窦部黏膜炎性糜烂渗血
- B.溃疡侵及胰腺引起大出血
- C.溃疡基底的动脉被侵蚀破裂
- D.胃十二指肠壁微血管不断渗血

E.胃酸的作用使渗血不易凝固

『正确答案』 C

351

2.胃十二指肠溃疡穿孔最重要的临床表现是

A.腹式呼吸减弱

B.突发剧烈腹痛

C.恶心、呕吐

D.肠鸣音消失

E.发热

『正确答案』 B

352

3.胃溃疡的好发部位是

A.胃大弯

B.胃小弯

C.胃底部

D.胃后壁

E.贲门部

『正确答案』 B

353

4.不可能为毕 I 式胃大部切除术后并发症的是

A.胃肠吻合口漏

B.吻合口梗阻

C.残胃癌

D.十二指肠残端破裂

E.胃出血

『正确答案』D

354

5.胃穿孔的典型 X 线检查所见

A.胃泡扩张

B.膈下游离气体

C.双侧横膈抬高

D.肠管扩张

E.胃内有液平

『正确答案』B

355

### 三、胃 癌

#### 1.临床表现

早期：无特异症状，有胃疼痛，食欲缺乏，消瘦乏力及呕血、黑便等。

晚期：上腹肿块，锁骨上淋巴结肿大。

356

#### 2.诊断手段

胃癌的诊断手段（小结 TANG）

（1）X 线钡餐气钡双重造影

早期：黏膜相异常；进展期：形态与大体分

型基本一致

（2）胃镜

确诊

（3）超声波

（4）螺旋 CT 与 PET

有助于胃癌的诊断与术前临床分期

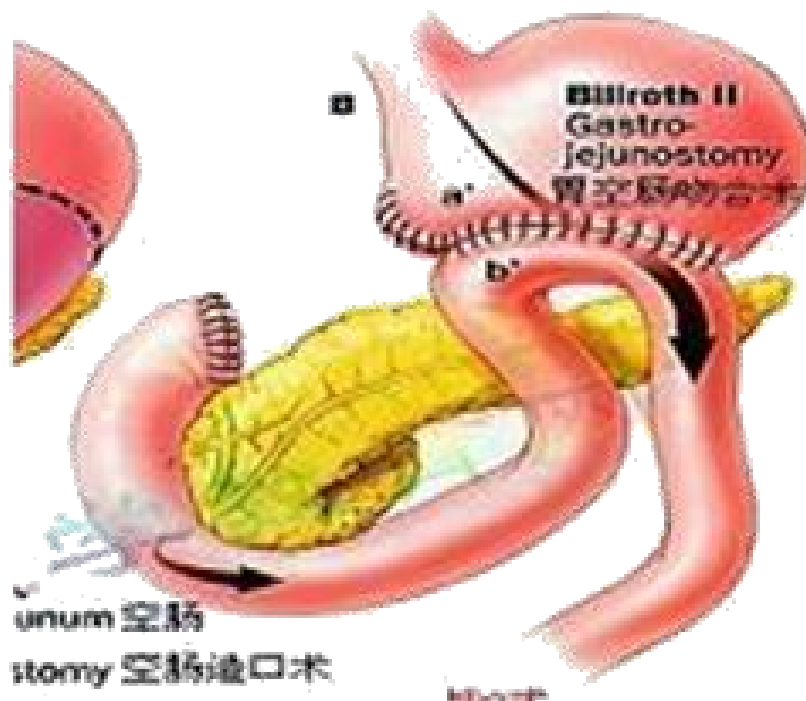
### 3.治疗

(1) 手术——胃癌根治手术。

原则：按肿瘤位置整块切除胃的大部或全部，以及大、小网膜和局属淋巴结，并重建消化道。

晚期伴幽门梗阻者——胃空肠吻合术。

(2) 化疗。



### 实战演练

1.男性，45岁，上腹部间断疼痛5年，胃镜检查诊断为慢性萎缩性胃炎，有重度不典型增生，最恰当的治疗为

- A.手术
- B.甲硝唑+法莫替丁
- C.多潘立酮
- D.西米替丁

E.奥美拉唑

『正确答案』 A

359

2.男, 46 岁, 胃镜检查发现胃小弯侧 1.2cm×1.0 cm 浅表溃疡, 病理诊断为腺癌。手术切除标本病理示病变累及黏膜层及黏膜下层, 小弯侧有 2 枚淋巴结转移。应诊断为

A.小胃癌

B.早期胃癌

C.中期胃癌

D.进展期胃癌

E.晚期胃癌

『正确答案』 B

360

3.男, 68 岁, 上腹不适、腹胀 1 个月。胃镜检查为胃癌。术中检查发现胃窦部 5cm×5cm ×6cm 肿块, 与胰腺浸润固定。肝脏左外叶可及单个转移结节。恰当的处理为

A.胃癌扩大根治术

B.胃癌根治术加左肝外叶切除

C.肿瘤局部切除

D.关腹后化疗

E.胃空肠吻合后化疗

『正确答案』 E

361

4.男, 42 岁, 上腹部不适 3 年。胃镜检查为胃窦癌。术中探查为胃窦癌, 约 4cm×4 cm, 活动, 左肝外叶有一转移结节约 2cm。最恰当的手术方法是

A.不做任何处理, 关腹

B.胃、空肠吻合术

C.姑息性胃大部切除，腹腔放置化疗药

D.姑息性胃大部切除，胃网膜行动脉置管化疗

E.姑息性胃大部切除，左肝外叶局部切除

『正确答案』E

362

## 第十章 阑尾疾病



363

一、解剖（只关注与临床密切相关点）（了解）

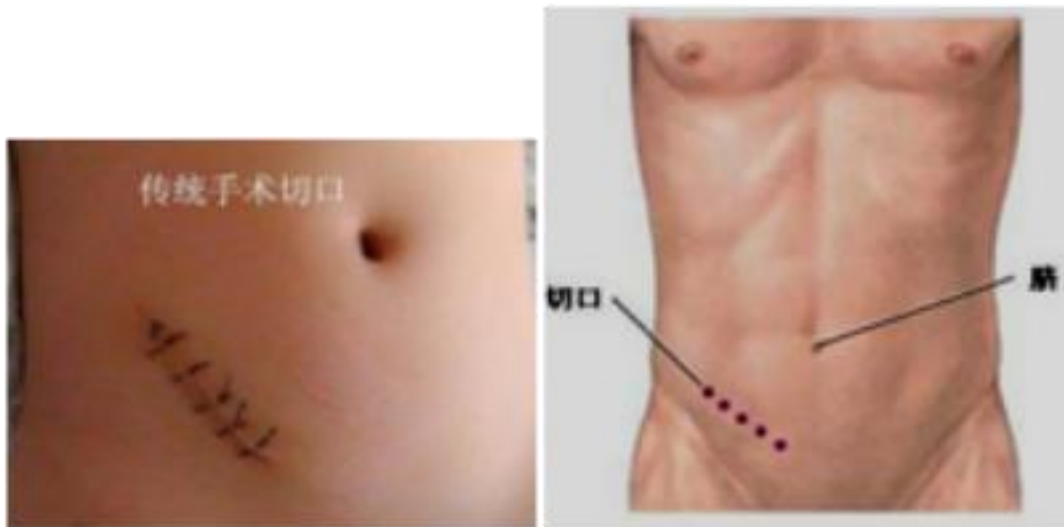
1.转移性右下腹痛——为什么？

答：阑尾炎症早期受内脏交感神经刺激，疼痛位于上腹或脐周；

炎症加重，腹膜受累，脊神经受刺激，疼痛固定于右下腹麦克泊尼点（McBurney point）。

答：动脉由回结肠动脉终末支供应。

364



3

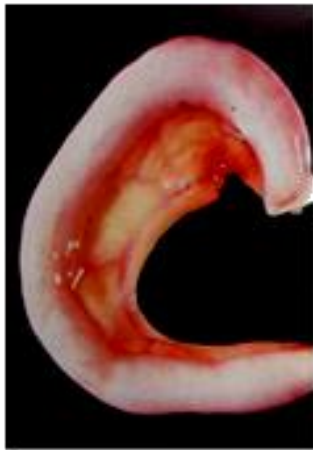
65

## 二、急性阑尾炎

### （一）病因

1. 梗阻。
2. 感染：细菌侵入。
3. 其他：胃肠道功能紊乱、饮食习惯、遗传。

### （二）病理类型



正常阑尾



单纯性阑尾炎



坏疽性阑尾炎

3

66

### 急性阑尾炎病理分型小结 ( TANG )

	病理改变	临床进展
1.急性单纯性阑尾炎	各层均有水肿和中性粒细胞浸润 黏膜表面有小溃疡和出血点	WBC < 15×10 <sup>9</sup> /L ;阑尾管腔阻塞，病变早期
2.急性化脓性阑尾炎	阑尾肿胀明显，浆膜高度充血，有脓性渗出物附着	WBC > 16×10 <sup>9</sup> /L ;炎症加重
3.坏疽性及穿孔性阑尾炎	阑尾管壁坏死或部分坏死 呈紫黑色或黑色	WBC > 16×10 <sup>9</sup> /L ;病变进一步加剧，可发生穿孔，引起急性腹膜炎
*阑尾周围脓肿	化脓坏疽时，大网膜移至右下腹，将阑尾包裹并形成粘连	形成炎性包块或阑尾周围脓肿

367

368

### ( 三 ) 临床表现

## 1.症状

(1) 腹痛：转移性右下腹痛——典型特点，70%~80%有。

(2) 胃肠道反应：

恶心、呕吐、腹泻、便秘——较早，但较轻；

里急后重和排尿疼痛——盆位阑尾炎时炎症刺激直肠和膀胱；

弥漫性腹膜炎——麻痹性肠梗阻。

369



3

70

(3) 全身症状：

早期：乏力、头痛等。

炎症加重：出汗、口渴、脉速、发热等全身感染中毒症状。

腹膜炎时：畏寒、高热。

如发生门静脉炎——黄疸。

371

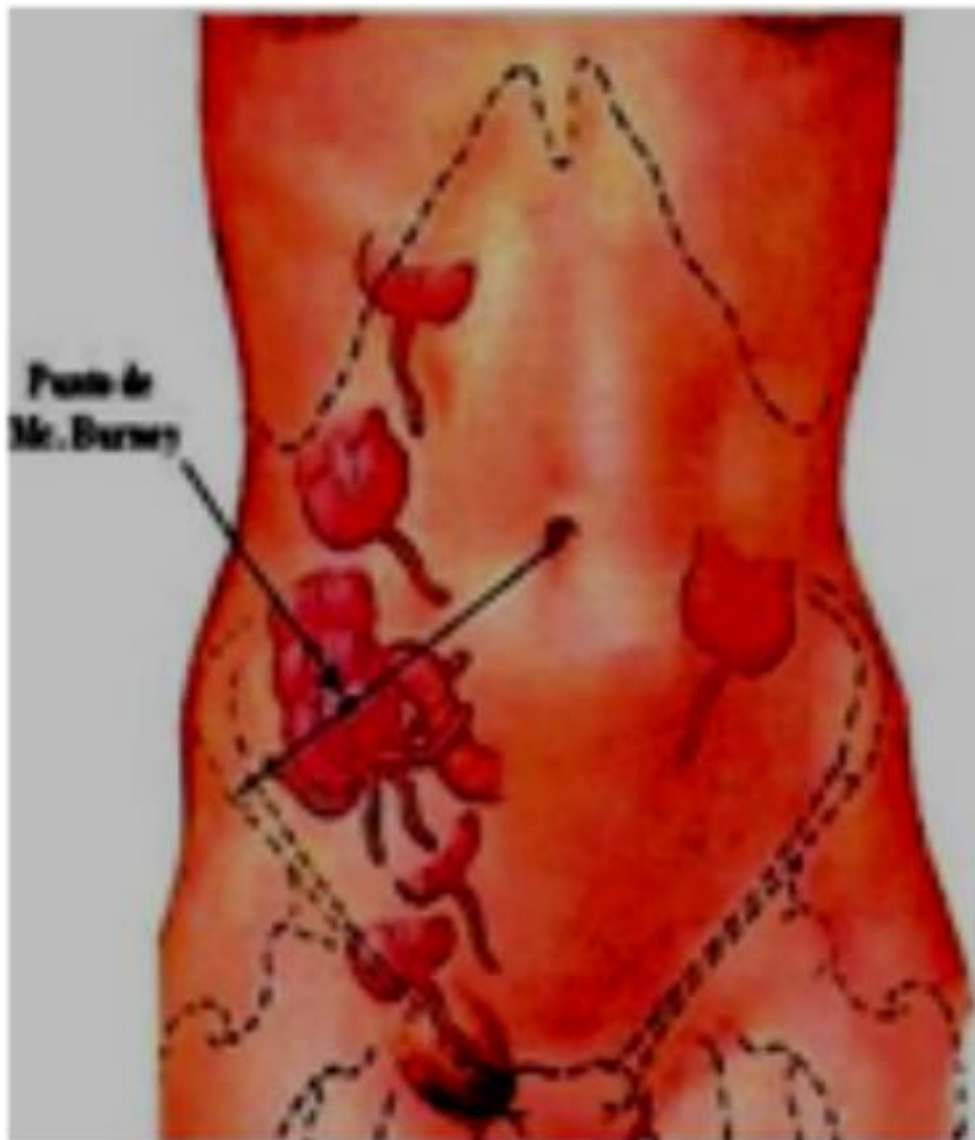
## 2.体征

### (1) 压痛：

右下腹压痛——常见的重要体征，压痛点通常在麦氏点，可随阑尾位置变异而改变，但压痛点始终固定在一个位置上。

腹膜刺激征：腹肌紧张、反跳痛和肠鸣音减弱或消失——提示阑尾炎已发展到化脓、坏疽或穿孔阶段。

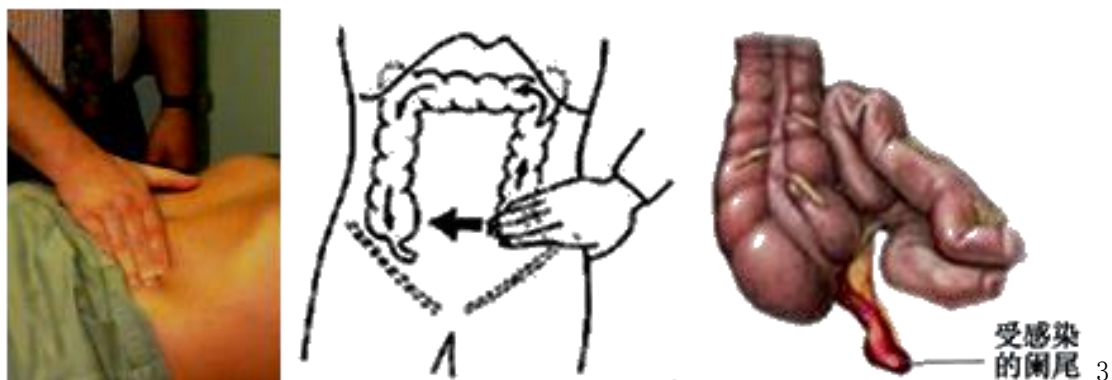
372



373

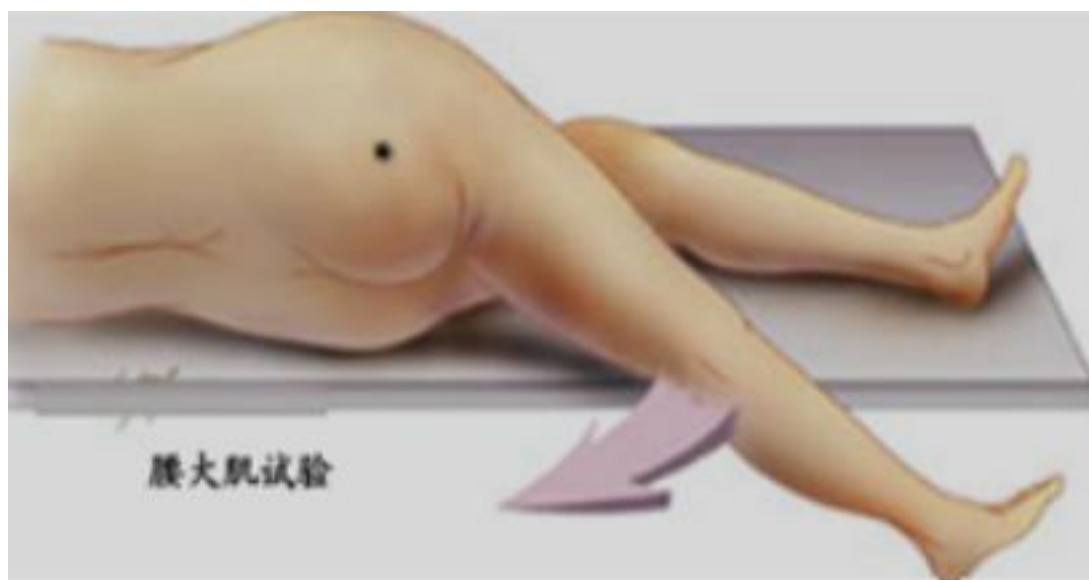
( 2 ) Rovsing 征 ( 结肠充气试验 ) :

用一手压住左下腹部降结肠部 , 另一手反复压迫近侧结肠 , 引起右下腹部痛感者为阳性——间接证实阑尾炎。



74

( 3 ) 腰大肌试验 : 阳性提示阑尾位置偏后 , 炎症波及腰大肌。

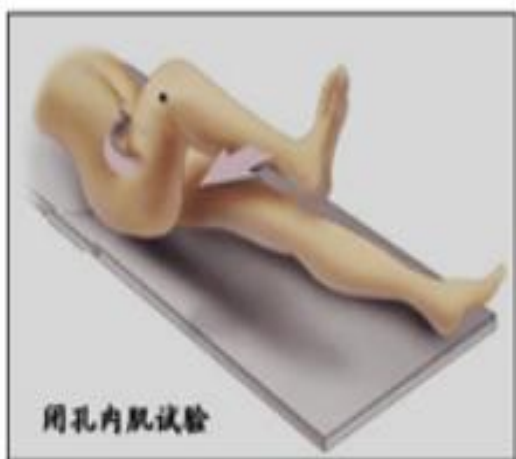


3

75

( 4 ) 闭孔内肌试验 :

阳性提示阑尾位置较低 , 炎症波及闭孔内肌。



3

76

### (5) 直肠指诊

直肠右前壁有触痛——阑尾位于盆腔或炎症已波及盆腔；

直肠前壁不仅有触痛且有饱满感或波动感——直肠膀胱隐窝处积脓。



377

小结：关于阑尾炎的几个检查（TANG）

具体检查方法

意义

1.Rovsing 征 ( 结肠充气试验 )	一手压住左下腹部 , 另一手反复压迫近侧结肠 , 引起右下腹痛者 ( + )	协助诊断
2.腰大肌试验	左侧卧位 , 使右下肢后伸 , 右下腹疼痛者 ( + )	阑尾为盲肠后位 , 靠近腰大肌前方
3.闭孔内肌试验	屈曲右髋并被动内旋 , 右下腹疼痛者 ( + )	阑尾靠近闭孔内肌——盆腔
4.直肠指诊	直肠右前壁触痛  直肠前壁有触痛 , 有饱满感或波动感	阑尾位于盆腔或炎症已波及盆腔  直肠膀胱隐窝处积脓

378

### 3.辅助检查

血、尿、便常规、便潜血；

尿妊娠反应——育龄期女性；

腹部 X 线：局部气液平面，穿孔导致气腹；

BUS。

379

### ( 四 ) 诊断与鉴别诊断

#### 1.诊断

( 1 ) 转移性右下腹痛伴发热；

( 2 ) 右下腹压痛、反跳痛；

( 3 ) WBC 升高；

( 4 ) BUS 证实。

380

## 2.鉴别诊断——重要！

### ( 1 ) 外科

#### 鉴别点

#### 1 ) 溃疡病穿孔

发病突然，腹痛剧烈，可有类似转移性右下腹痛，但腹膜炎严重，有板状腹，可有肝浊音界消失或缩小，腹平片：膈下游离气体。

#### 2 ) Crohn 病

反复腹痛及腹泻史，一般状态差，发热、贫血。

#### 3 ) 急性胆囊炎

体征多在右上腹，BUS 可助鉴别。

#### 4 ) 胆道系统感染性疾病

易与高位阑尾炎相混淆，但有明显绞痛、高热，甚至黄疸。

381

### ( 2 ) 妇科

#### 鉴别点

#### 1 ) 宫外孕破裂

停经史；腹痛位置低，阴道不规则流血；可有贫血，甚至休克；妇科检查有助于鉴别。

#### 2 ) 卵泡或黄体囊肿破裂

症状与宫外孕相似，但较轻。

#### 3 ) 卵巢囊肿蒂扭转

突发右下腹痛，压痛位置低，可触及右下腹包块，妇科检查有助于鉴别。

#### 4 ) 急性输卵管炎和盆腔炎

盆腔对称性压痛；脓性白带；阴道后穹隆穿刺可获脓液，涂片检查可见 G-双球菌。

382

(3) 儿科

鉴别点

1) 急性肠系膜淋巴结炎

并发于上感，腹痛无转移，发热早，压痛不局限，无腹膜炎表现。

2) Meckel 憩室炎

腹痛无转移，压痛在右下腹偏内侧。

383

(4) 泌尿外科——泌尿系结石。

可有右下腹痛，但亦有右侧腰痛，疼痛剧烈，右下腹压痛不明显，肾区叩痛明显；

尿常规：红细胞；

X 线、BUS 有助于鉴别。

(5) 内科：

右侧肺炎、胸膜炎——刺激第 10、11 和 12 肋间神经，出现反射性右下腹痛。

急性胃肠炎——恶心、呕吐和腹泻等消化道症状较重。

384

(五) 治疗——早期手术为主——指阑尾还处于管腔阻塞或仅有充血水肿时手术切除。

1. 手术

(1) 急性单纯性阑尾炎——阑尾切除术，切口一期缝合。

(2) 急性化脓性或坏疽性阑尾炎——阑尾切除术；

如腹腔内已有脓液，可清除脓液后关闭腹膜，切口置乳胶片引流。

385



3

86

( 3 ) 阑尾周围脓肿——不同的情况，处理不同！

如脓肿已局限在右下腹，病情平稳——不要强求切除。

如无局限趋势——切开引流，术中具体情况决定是否可切除阑尾；

如阑尾已脱落——尽量取出，闭合盲肠壁，以防造成肠痿。

387

## 2.非手术治疗

卧床、禁食、静脉营养，抗生素（广谱+抗厌氧菌）。

仅适用于：

A.早期单纯性阑尾炎——暂观察，不超过 24 小时；

B.阑尾周围脓肿——病程>3 天，原则上不积极手术，因多已形成阑尾周围脓肿；

C.伴其他严重器质性疾病而有手术禁忌证者。

388

( 六 ) 手术并发症 ( 总结 TANG ) ——6——重要！

阑尾切除术后并发症	原因	表现	处理
( TANG )			
1.切口感染 ——最常见	手术时污染切口、存留血肿和异物、引流不畅	手术后 2~3 日体温升高，切口局部胀痛或跳痛，有红肿、压	剪去缝线，扩大切口，排出脓液，清除异物并充分引流

痛

2.腹膜炎、腹腔脓肿 阑尾残端结扎不牢， 体温持续升高，腹痛、 按腹膜炎处理  
缝线脱落 腹胀，全身中毒症状  
加剧

389

3.出血 阑尾系膜的结扎线松 腹痛、腹胀、休克 阑 立即输血补液，必要  
脱——腹腔内大出 尾残端结扎线松脱， 时再次手术止血  
血 而荷包缝合又较紧  
时，出血可流入盲肠  
肠管内——下消化  
道大出血

4.阑尾残株炎 切除阑尾时残端太长 与阑尾炎相似 如症状较重，应再手  
( >1cm ) 术切除

5. 粪瘘 断端脆弱，结扎线脱 经非手术治疗瘘多可自闭，但如经久不闭，  
落；盲肠壁损伤；盲 可行瘘管活检  
肠原有结核、癌等病  
变；引流物质地硬，  
压破盲肠壁引起坏死  
等

6.粘连性肠梗阻 特别是并发穿孔后的发生率可达 5%

390

三、慢性阑尾炎

### （一）诊断

- 1.有明确急性阑尾炎发作史，间断腹痛发作。
- 2.固定的右下腹压痛点。
- 3.钡灌肠：阑尾不充盈或仅部分充盈、阑尾变细、不规则、扭曲、固定、僵硬；除外阑尾肿瘤。

### （二）治疗

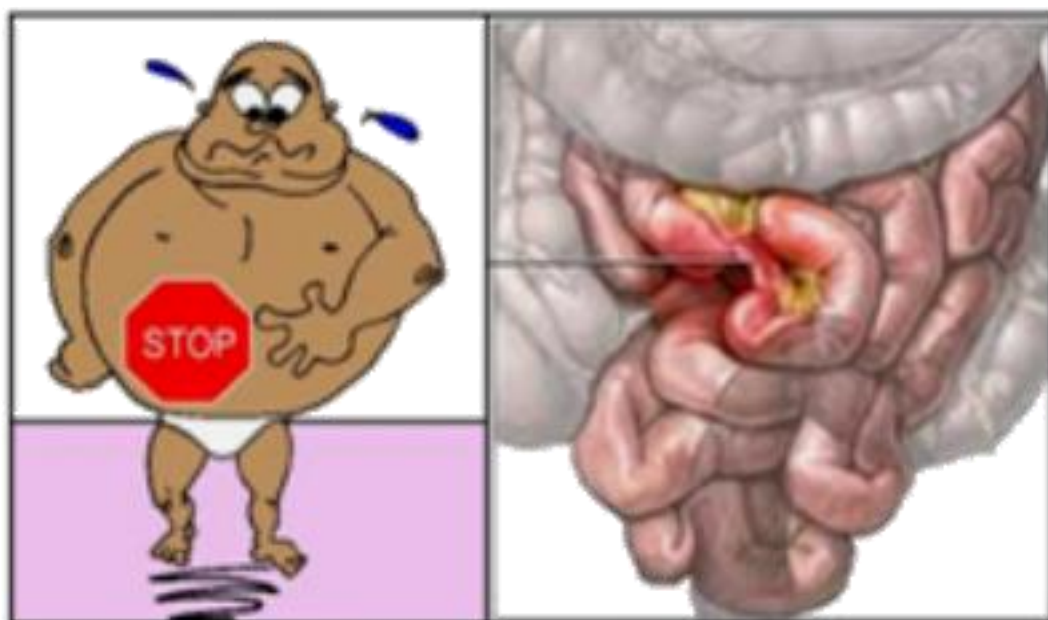
手术切除，术中需探查末端 100cm 回肠。


391

## 第十一章 小肠结肠疾病

### 肠梗阻

#### 【大纲】

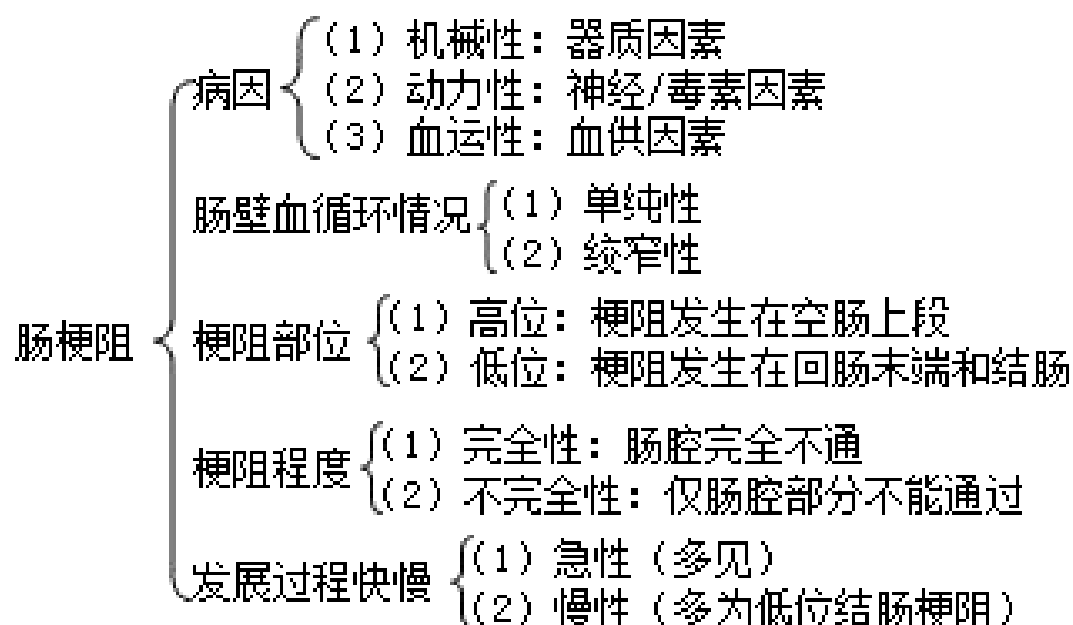


- (1) 病因与分类
  - (2) 病理生理变化
  - (3) 临床表现和诊断
  - (4) 单纯性和绞窄性肠梗阻的鉴别
  - (5) 机械性和麻痹性肠梗阻的鉴别
  - (6) 高位与低位肠梗阻的鉴别
  - (7) 治疗
- 

3

92

#### (一) 病因与分类



3

93

分类依据

具体分类

1.原因	( 1 ) 机械性 ( 器质性 )	1 ) 肠壁病变 : 最常见 , 如肿瘤、炎性狭窄等
		2 ) 肠管受压 : 如粘连带压迫、肠扭转、肠套叠等
		3 ) 肠腔堵塞 : 如寄生虫、粪块、异物等
	( 2 ) 动力性 ( 肠壁肌肉运动功能失调所致 )	麻痹性 : 如腹部手术、急性弥漫性腹膜炎等所致
		痉挛性
	( 3 ) 血运性	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

394

## 机械性肠梗阻

- 1 ) 肠壁病变 : 最常见——肿瘤、炎性狭窄。
- 2 ) 肠管受压 : 粘连带压迫、肠扭转、肠套叠。
- 3 ) 肠腔堵塞 : 寄生虫、粪块、异物。



3

95

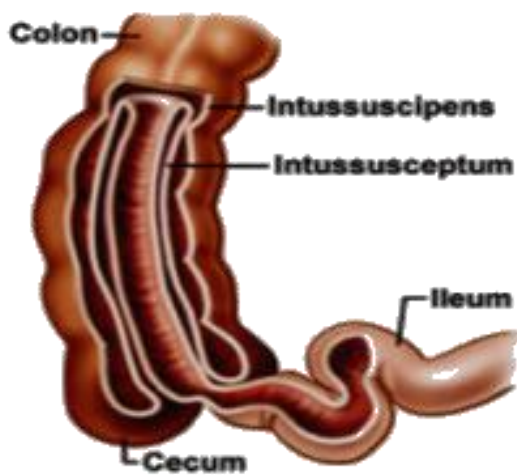
肠套叠



96

分类依据

2.肠壁血循环情况



3

具体分类

单纯性：无肠管血运障碍

绞窄性：伴有肠壁血运障碍，甚至肠管缺血

坏死



39

7

分类依据

具体分类

3.梗阻部位

高位：空肠上段

低位：回肠末端和结肠

4.梗阻程度

完全性：肠腔完全不通→ 闭袢性肠梗阻：一段肠袢两端完全阻塞，最易发生肠壁坏死和穿孔

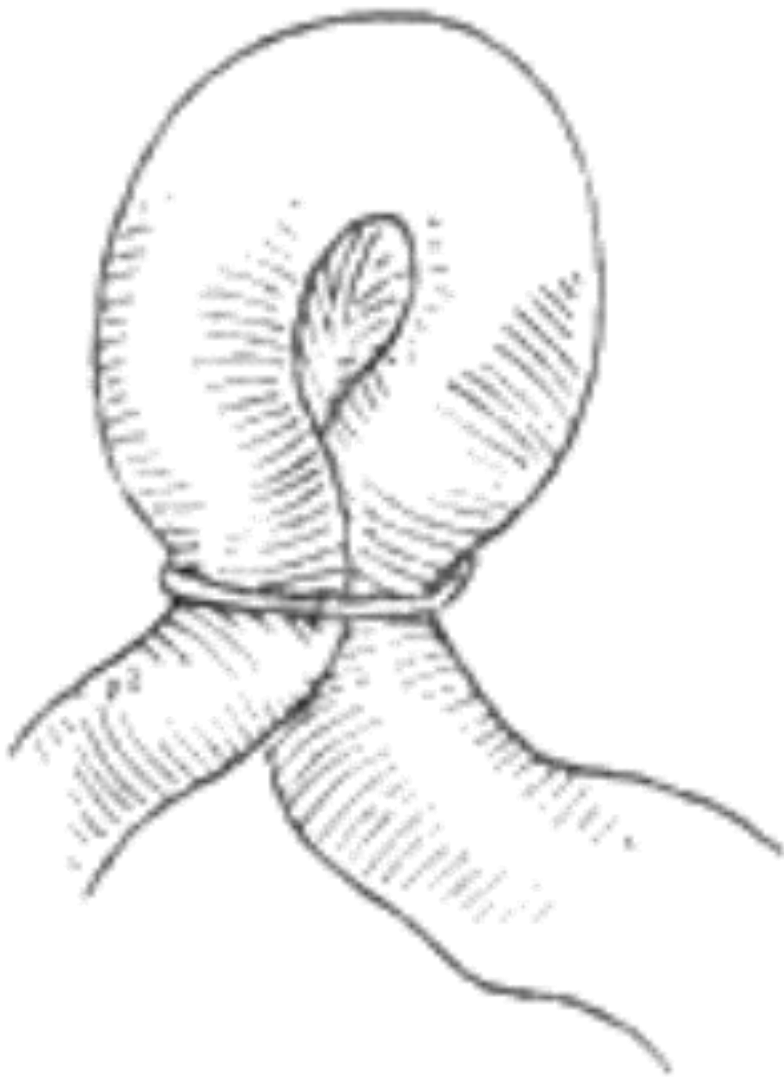
不完全性：肠腔部分不能通过

5.发展过程快慢

急性（多见）

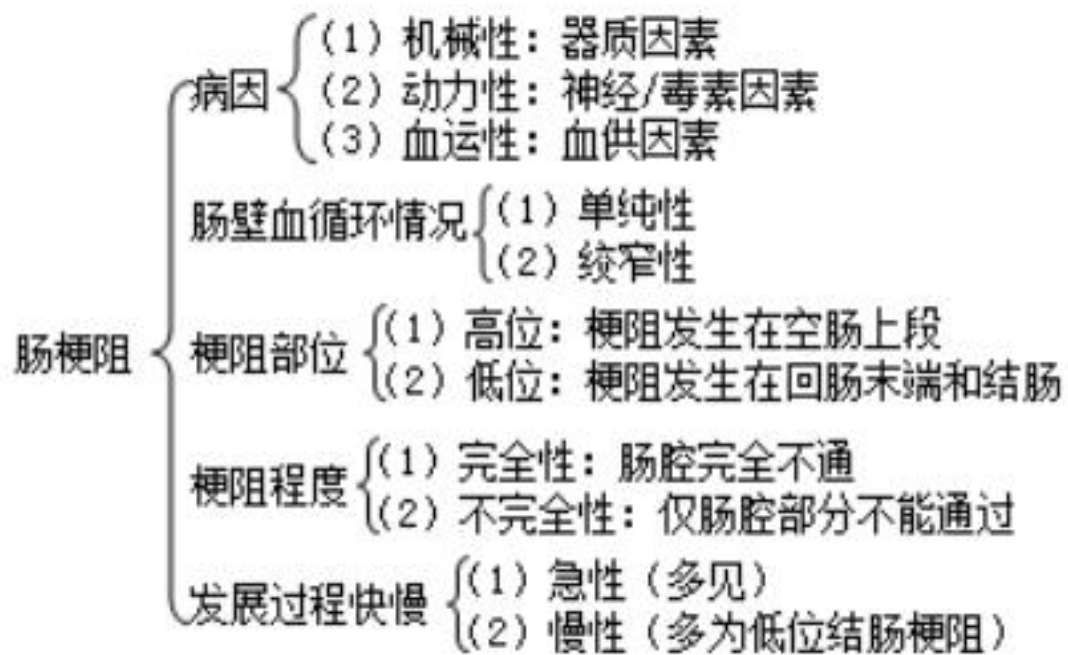
慢性，多为低位结肠梗阻

398



399

【回顾·TANG】病因与分类



4

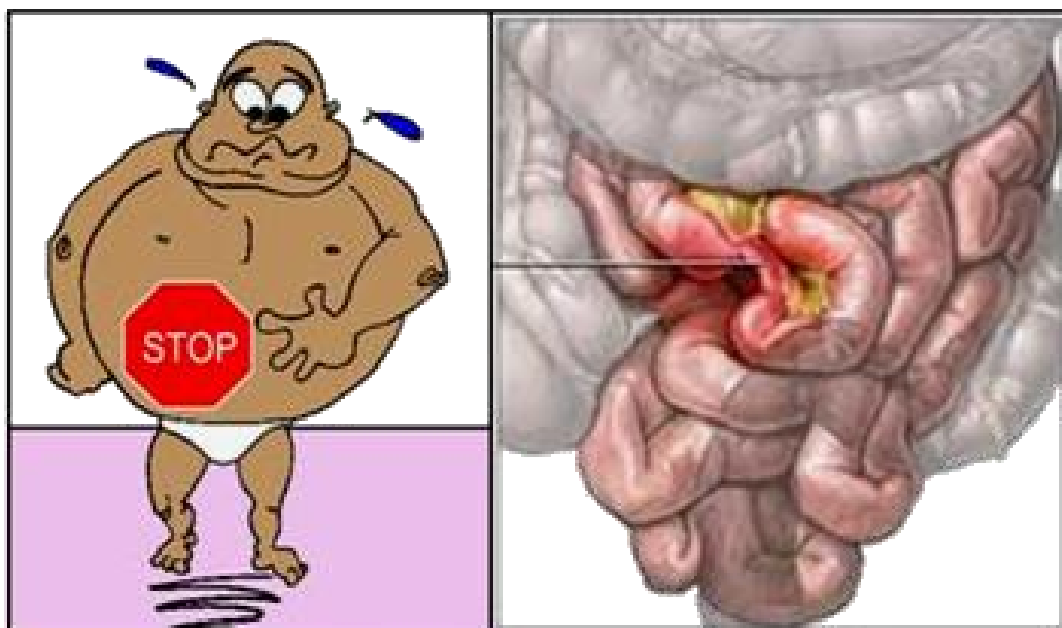
00

## （二）临床表现和诊断

### 1. 临床表现

共同的表现：痛、吐、胀、闭（停止排气排便）

+腹部体征。



4

01

(1) 症状——痛、吐、胀、闭

1) 腹痛：

机械性肠梗阻：阵发性绞痛，伴肠鸣、腹部“气块”在腹中窜动。

剧烈的持续性腹痛——绞窄性肠梗阻。

胀痛——麻痹性肠梗阻。

402

2) 呕吐：

早期——反射性，吐出物为食物或胃液，进食即吐。

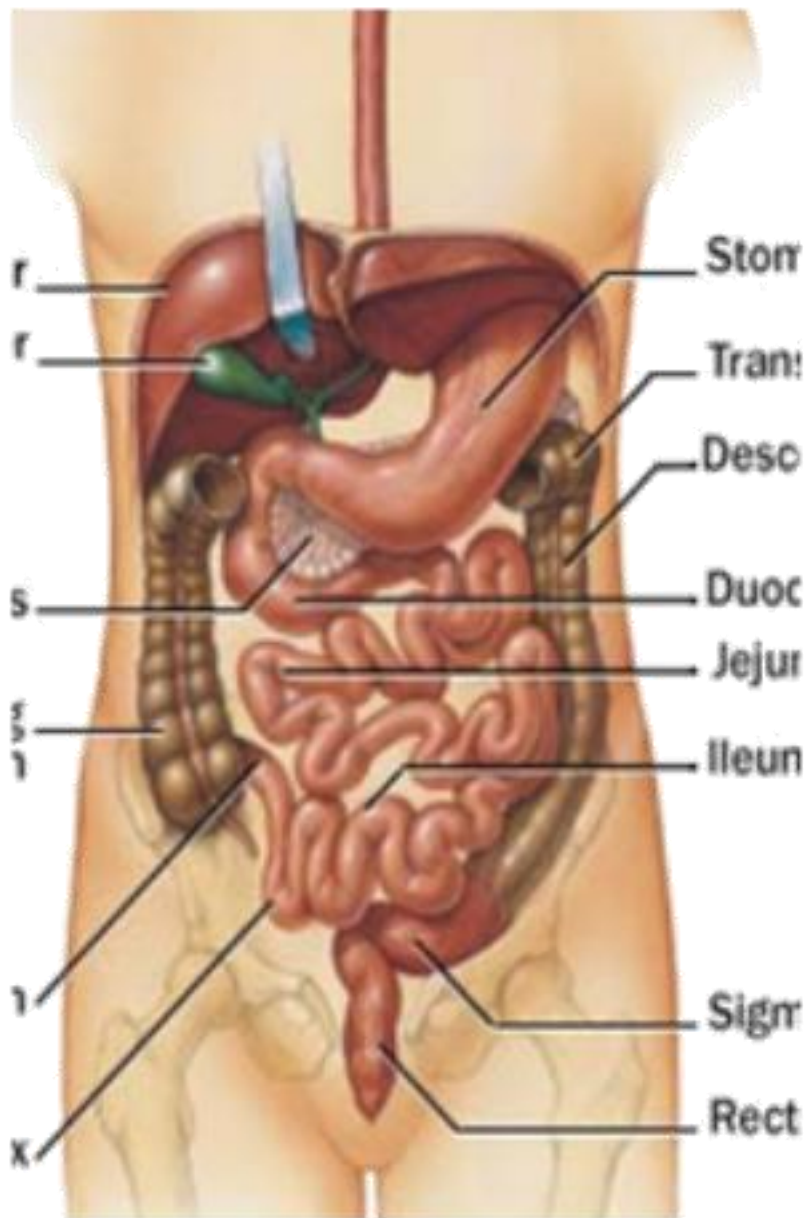
后期——反流性。

麻痹性——溢出性呕吐

高位——早、频繁、吐出物少、多为胃十二指肠内容

低位——迟、次数少、吐出物多、可为粪性

403



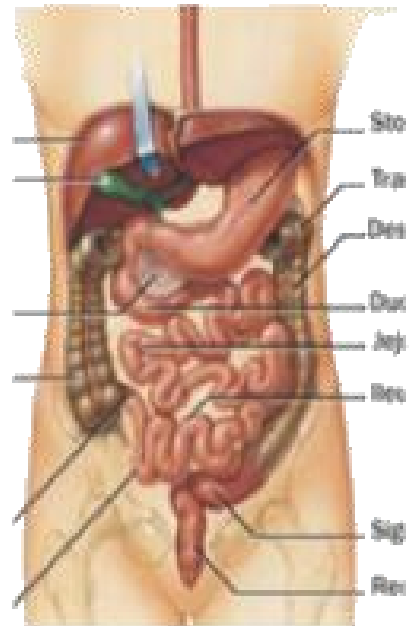
404

### 3) 腹胀：

高位——不明显；

低位及麻痹性——全腹显著腹胀；

肠扭转：为闭袢性肠梗阻，腹胀不均匀。



4

05

4) 排便排气停止：

完全性：不再排便排气。

高位梗阻与肠套叠、肠系膜血管栓塞：可有少量排便。



406

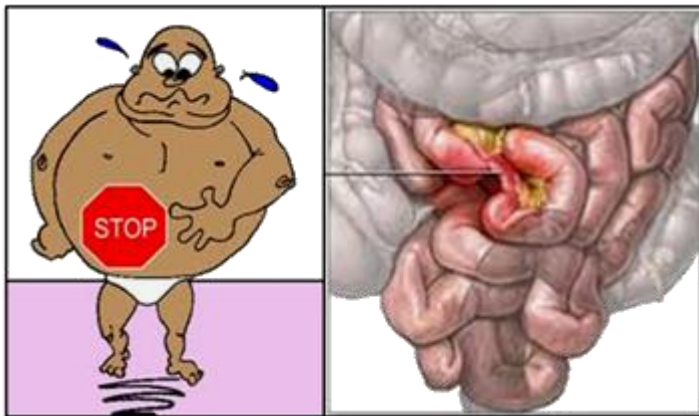
(2) 体征：

机械性肠梗阻：可见肠型、逆蠕动波、有压痛。

肠鸣音亢进、气过水音或金属音。

绞窄性——腹膜刺激征，可触及肿块。肠鸣音

麻痹性——主要是腹膨隆。肠鸣音



407

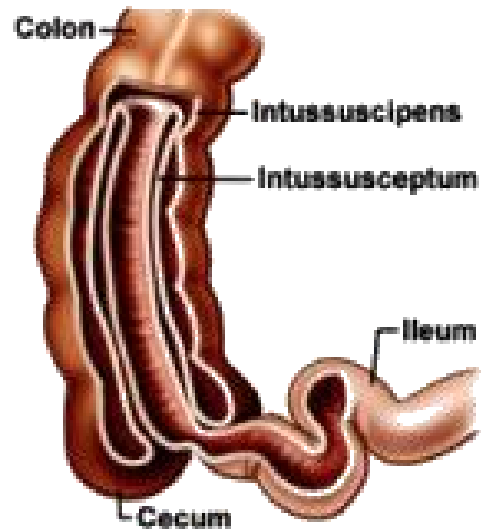
（3）影像学检查：

常用——立位腹部透视或X线平片。

可见多数液气平面。

空肠黏膜环状皱襞可显示“鱼肋骨刺”状。

疑有肠套叠：钡灌肠摄片。



4

08

#### (4) 实验室检查：

单纯性肠梗阻：早期（-）。病情发展、加重，有血液浓缩。

绞窄性肠梗阻：白细胞和中性粒细胞比例增高，电解质酸碱平衡失调。呕吐物和大便潜血

（+）。

409

#### （三）单纯性和绞窄性肠梗阻的鉴别——极其重要！

下列情况，考虑绞窄（7）：

1.发病急骤、进展快、腹痛剧烈，持续性或阵发性转为持续性，有时出现腰背痛，呕吐出现早、重、频。

2.早期出现休克或抗休克治疗后改善不明显。

3.有明显腹膜刺激征和全身炎症反应（体温上升、脉率增快、白细胞计数增高）。

410

4.腹部不对称隆起或触及孤立胀大肠袢。

5.血性呕吐物、血性胃肠减压液、血性黏液便、血性腹腔渗出物。

6.积极非手术治疗无效。

7.腹部X线片示孤立胀大肠袢不随时间而改变位置，有假肿瘤状影或肠间隙增宽。

411

怎么记？——原创记忆口诀（TANG）

腹痛剧烈持续疼，  
呕吐出现早重频。  
腹胀偏偏不对称，  
大便呕吐为血性。  
早期休克治无效，  
腹膜刺激体温升。  
孤立肠袢片中见，  
腹腔积液现了身。

412

（四）机械性和麻痹性肠梗阻的鉴别

	机械性	麻痹性
腹痛呕吐腹胀肠鸣音 X 线	阵发性绞痛 绞窄时为持续性 剧痛明显（除结肠梗阻外）除 低位结肠梗阻外，可不明显亢 进↑梗阻近端部分肠管胀气， 液平	持续性胀痛，较轻不明显显 著，全腹减弱、消失↓大、小 肠均完全扩张

413

（五）高位与低位肠梗阻的鉴别

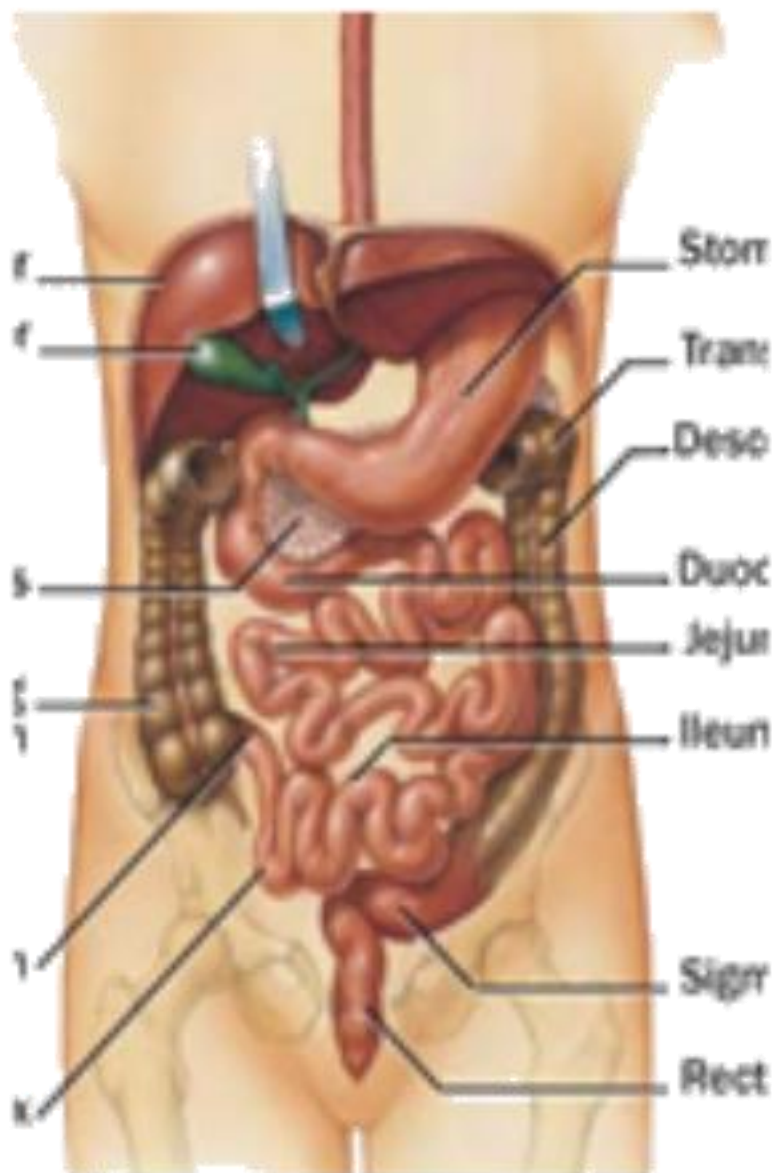
	高 位	低 位
腹痛部位呕吐呕吐物腹胀 X	中上腹早、频多为胃内容不明	中下腹晚、少或无粪性物明显

线

显无明显液平

有多个液平、阶梯状

414



415

## (六) 治疗

——原则：纠正全身病理生理变化+解除肠梗阻。

1.基本处理（无论是否手术，都需要）：

（1）胃肠减压。

( 2 ) 纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡。

( 3 ) 防治感染：抗生素——针对大肠杆菌和厌氧菌。

( 4 ) 对症。

416

## 2.解除梗阻

	适应证	方法
非手术治疗	1.单纯性粘连性	①基本处理
	2.麻痹性或痉挛性 3.炎症性	②针对不同的病因 ,选择胃肠
	不完全性 4.蛔虫或粪块所致	灌注生植物油驱虫、低压空气
	5.肠套叠早期	或钡剂灌肠使肠套叠复位◆
		如梗阻加重为完全性机械性、 有绞窄危险时应转手术治疗

417

### 【重要考点】肠绞窄的判断

①肠壁已呈黑色并塌陷；

②肠壁失去张力，无蠕动，肠管扩大，对刺激无收缩反应；

③相应的肠系膜终末小动脉无搏动，说明肠管已无生机。



418

手术

- |                |                     |  |
|----------------|---------------------|--|
| (1) 非手术治疗无效；   | ①解除病因               | 粘连松解；肠套叠或肠扭转复位；肠切开取异物；                       |
| (2) 绞窄性；       |                     | 取异物；   |
| (3) 肿瘤和先天性畸形引起 | ②肠切除肠吻合术            | 用于肠管肿瘤、炎性狭窄、肠壁坏死；                            |
|                | ③短路手术               | 做梗阻近端与远端肠袢侧侧吻合术。适用于梗阻原因不能切除者(如肿瘤广泛浸润、肠粘连成团)； |
|                | ④肠造口或肠外置术，二期手术治疗原发病 | 适用于一般情况极差或局部病变不能切除的低位小肠梗阻、急性结肠梗阻——目          |

的：解除梗阻，使肠道通畅

419

### 【最后——肠梗阻·（七）病理和病理生理变化】

#### 1.肠管

##### （1）急性单纯性机械性完全性肠梗阻：

梗阻部位以下：肠管空虚。

梗阻部位以上：肠蠕动增强，液体、气体积聚，肠管扩张、膨胀。

梗阻部位愈低、时间愈长，膨胀愈明显，肠壁变薄，肠腔压力增高，可使管壁发生血运障碍，有血性渗出物。

梗阻部位：可发生绞窄、穿孔——急性腹膜炎。

420

##### （2）麻痹性肠梗阻：

因小、大肠均无蠕动，全肠管扩张。

##### （3）慢性肠梗阻：

多为不完全性梗阻，肠壁可代偿性肥厚。

421

#### 2.全身

##### （1）体液丢失：

生理状态：胃肠道每日约 8000ml 分泌液，绝大部分被再吸收。

肠梗阻后：

①不能进食、呕吐——胃肠道液体大量丢失；

②低位梗阻——肠液不能被吸收而潴留在肠腔内；

422

③肠管过度膨胀，肠壁水肿——血浆向肠壁、肠腔、腹腔渗出。

④肠绞窄——丢失大量血液。

结果——血容量减少及酸碱平衡失调——缺水、休克、低氯低钾性碱中毒（十二指肠第一段梗阻）或代酸。

重要：部位不同，电解质紊乱不同

423



十二指肠第一段梗阻  
丢失氯离子和酸性胃液

→ 碱中毒

一般小肠梗阻  
①丢失碱性小肠液  
②缺氧情况下，酸性代谢物增多

→ 酸中毒

4

24

（2）感染和中毒：

细菌大量繁殖，产生的毒素和细菌从肠内渗透至腹腔被吸收，引起严重化脓性腹膜炎和全身中毒症状。

（3）呼吸功能障碍：

因腹胀、膈上升，腹式呼吸减弱易致缺氧。

（4）休克：

早期：体液丢失——低血容量性休克；

后期：如有肠绞窄、坏死、穿孔或感染，大量毒素被吸收，引起全身中毒反应——感染性

休克、肾衰竭、呼吸衰竭乃至多器官衰竭综合征——死亡。

425

【实战演习】

1.绞窄性肠梗阻最容易发生的酸碱失衡是

- A.代谢性酸中毒
- B.代谢性碱中毒
- C.呼吸性酸中毒
- D.呼吸性碱中毒
- E.呼吸性酸中毒和代谢性碱中毒

『正确答案』 A

426

2.急性肠梗阻不会出现哪个变化

- A.代谢性酸中毒
- B.代谢性碱中毒
- C.肠壁变薄，肠腔压力升高，肠腔因气体和液体的积聚而膨胀
- D.肠壁代偿性肥厚
- E.肠壁血运障碍

『正确答案』 D

427

3.绞窄性肠梗阻的临床表现，错误的是

- A.出现腹膜刺激征
- B.持续剧痛无缓解
- C.呕吐血性或棕褐色液体
- D.肠鸣音消失
- E.X 线显示膨胀突出的孤立肠袢，随时间改变位置

『正确答案』 E

428

4.单纯机械性肠梗阻腹痛的原因是

- A.炎症渗液刺激腹膜
- B.梗阻部位以上肠管强烈蠕动
- C.梗阻部分以下肠管痉挛
- D.梗阻部位肠管坏死
- E.腹腔内脏神经受到刺激

『正确答案』 B

429

5.关于肠梗阻的呕吐，以下哪项是错误的

- A.结肠梗阻是低位梗阻，一般很晚才出现呕吐
- B.高位小肠梗阻呕吐出现早，呕吐物为胃内容物
- C.低位小肠梗阻呕吐出现早频繁
- D.麻痹性肠梗阻呈溢出性呕吐
- E.绞窄性肠梗阻呕吐物为血性

『正确答案』 C

430

结肠癌

【大纲】

(1) 病理与分期

(2) 临床表现与诊断

(3) 治疗

(一) 病理和分期

1.病理

431



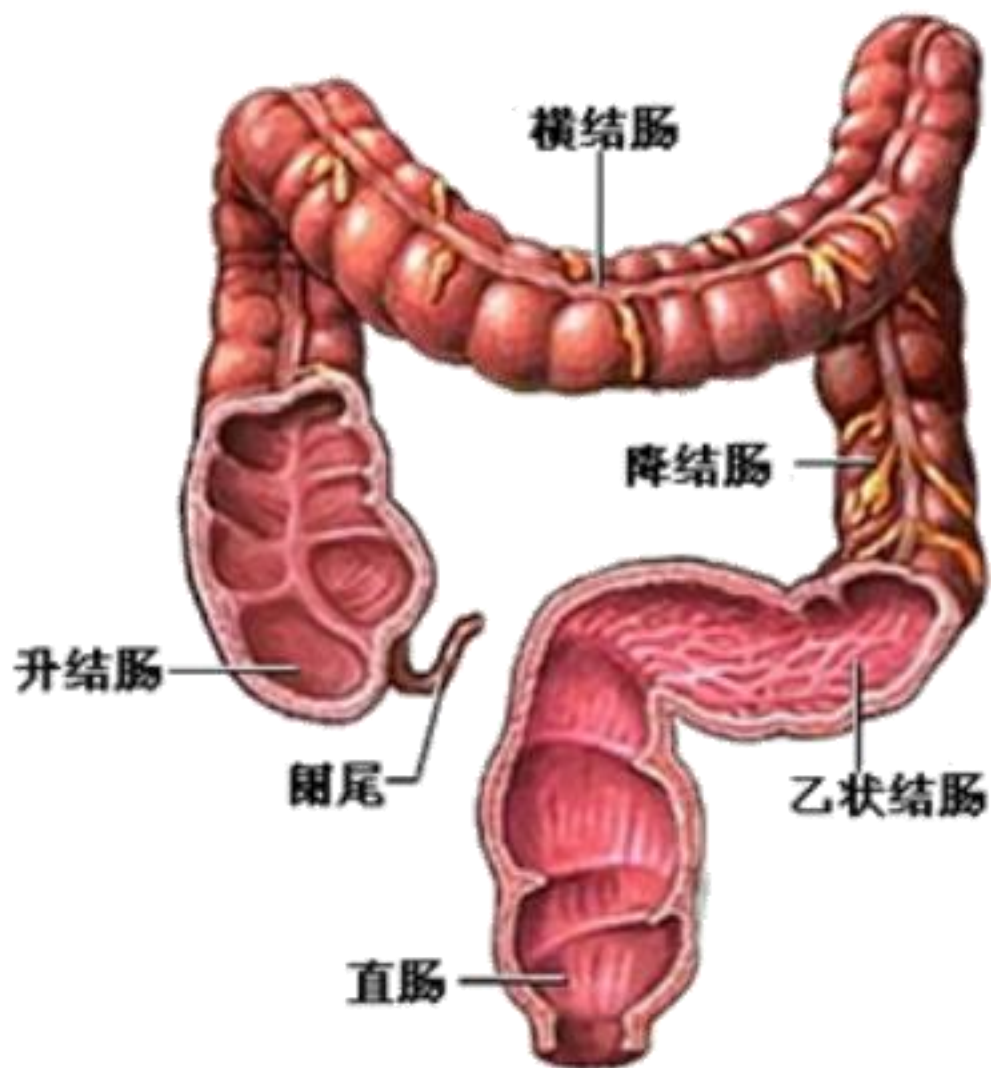
溃疡（常见）——浸润（左）——肿块（右）TANG

432

【小结 TANG】——结肠癌病理分型

分型	肉眼表现	易考点！
溃疡型	肿瘤向肠壁深层生长和周围浸润，周边不规则，易感染、出血，转移早	最常见，多发于左半结肠
浸润型	肿瘤沿肠壁浸润 易致肠腔狭窄、梗阻。出现转移较早	多发于左侧结肠 尤其乙状结肠及直乙交界处
肿块型	肿瘤主体向肠腔突出，生长慢，转移较晚	多发于右半结肠

433



434

## 2.分期——我国补充的 Dukes 分期法

分期

病灶范围

Dukes A

012

局限于黏膜内达黏膜下层累及肌层，但未穿透浆膜

Dukes B

穿透肠壁，无淋巴结转移

Dukes C

12

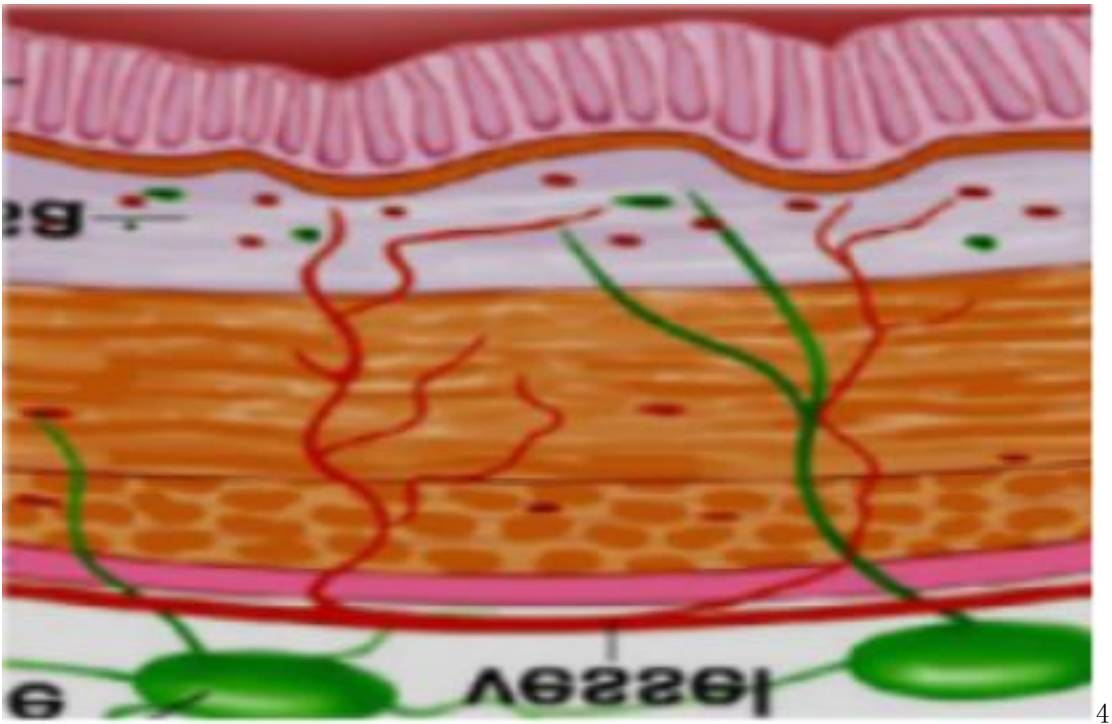
穿透肠壁 转移至结肠壁及结肠旁淋巴结穿透肠壁 转移至系膜和系膜根部淋巴结

Dukes D

远处或腹腔转移 广泛浸润无法切除

435

真正理解 Dukes 分期的关键——正常肠壁的结构（TANG）



36

Dukes 分期法（TANG）

分期		病灶范围
Dukes A	012	局限于黏膜内达黏膜下层累及肌层，但未穿透浆膜
Dukes B		穿透肠壁，无淋巴结转移
Dukes C	12	穿透肠壁 转移至结肠壁及结肠旁淋巴结穿透肠壁 转移至

	系膜和系膜根部淋巴结
Dukes D	远处或腹腔转移 广泛浸润无
	法切除

437

(二) 临床表现和诊断

1.临床表现

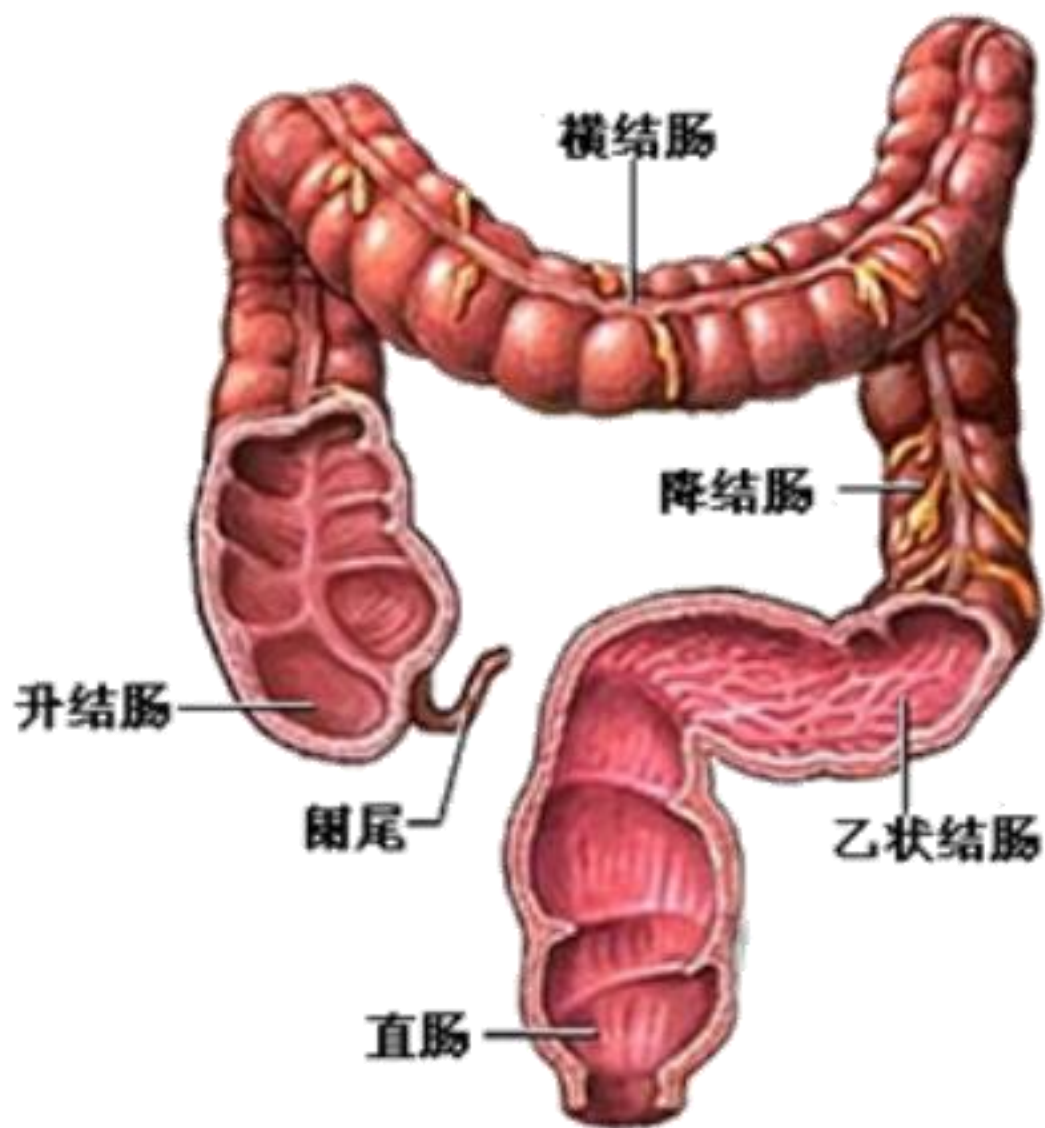
- (1) 排便习惯与粪便性状改变——出现最早。
- (2) 腹痛：早期常为隐痛、不适或腹胀。
- (3) 腹部肿块。
- (4) 肠梗阻。
- (5) 全身症状：贫血、消瘦、乏力、低热。

438

不同病理类型和部位，临床表现不同（TANG）

	癌常见病理类型	临床特点
右半	肿块型——不易引起肠腔狭窄	全身症状、贫血、腹部肿块
左半	浸润型或溃疡型，其中：浸润性→低位肠梗阻	肠梗阻、便秘、腹泻、便血

439



4

40

## 2.诊断——【有补充 TANG】

凡 40 岁以上，有以下情况列为高危人群：

- ①1 级亲属结直肠癌史者；
- ②有癌症史或肠道腺瘤或息肉史者；
- ③大便潜血（+）者；
- ④有以下两项以上者：黏液血便、慢性腹泻、慢性便秘、慢性阑尾炎史及精神创伤史者。

441

小口诀（TANG）

腹泻便秘黏血便，

精神创伤阑尾炎

项目	在结肠癌诊断中的价值【小结 TANG】
纤维结肠镜	确诊
粪便潜血试验	普查筛检，或早期诊断的线索
血清癌胚抗原（CEA）	手术效果的判断及术后复发的监测（60%高于正常）——不用于诊断！
X 线钡灌肠对比造影	可发现充盈缺损、肠腔狭窄、黏膜皱襞破坏等，显示癌肿部位和范围
B 超、CT、MRI	有助于发现转移灶和肿瘤周围浸润情况

442

（三）治疗——手术切除为主的综合治疗。

### 1.手术方法

（1）根治性手术

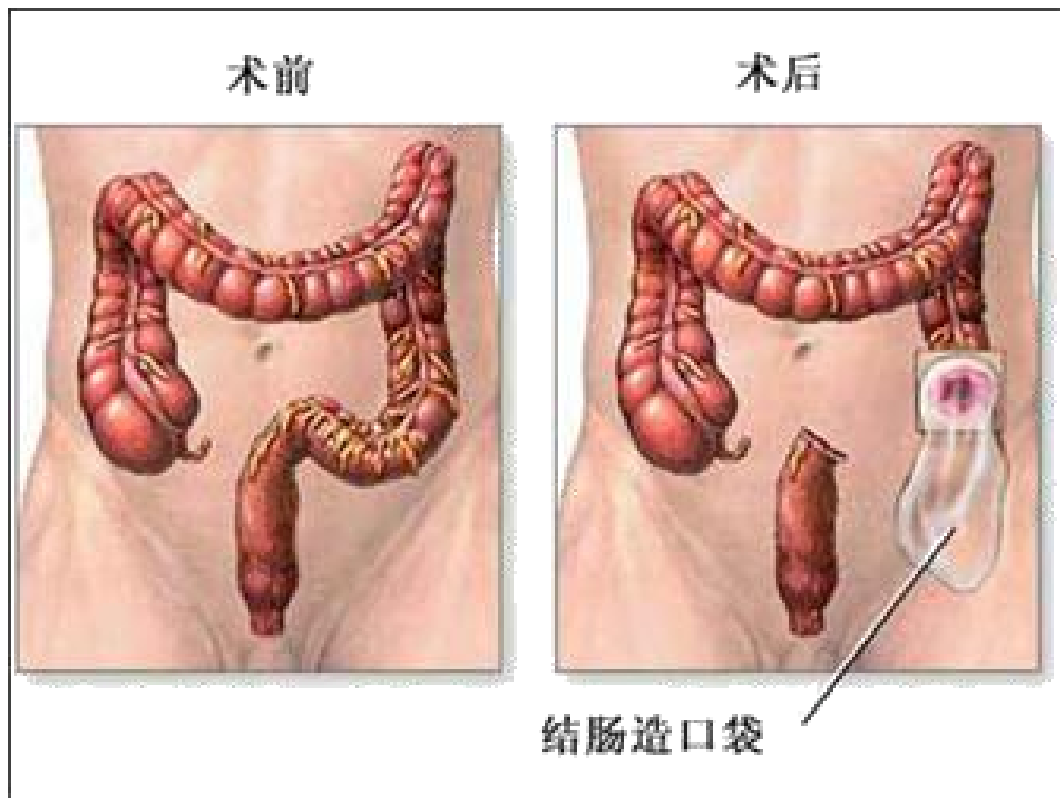
（2）姑息性手术——仅做癌肿所在肠袢切除，或癌灶以上结肠造口术。适用于：无法行根治性手术，或并发急性肠梗阻者。

2.化疗：氟尿嘧啶为主。

【预后】较好。

根治术后，Dukes A、B、C 期 5 年生存率分别为 80%、65%和 30%。

443



4

44

1.结肠癌最早出现的临床症状是

- A.腹部肿块
- B.全身症状如贫血、消瘦、低热等
- C.肠梗阻症状
- D.排便习惯和粪便性状的改变
- E.阵发性绞痛

『正确答案』D

445

2.关于结肠癌的描述中，哪项是正确的

- A.绒毛状腺瘤更容易恶变为结肠癌
- B.结肠癌大多数为鳞状上皮癌
- C.结肠癌以血运转移为主

D.右半结肠癌在临床上常出现梗阻症状

E.左半结肠癌在临床上常出现贫血

『正确答案』 A

446

3.女，71岁，1月来腹部隐痛，近2天大量便鲜血，直肠指诊未发现明显肿物，X线钡剂

灌肠示结肠壁僵硬，可见充盈缺损。最可能的诊断是

A.溃疡性结肠炎

B.克罗恩病

C.升结肠癌

D.降结肠癌

E.肠结核

『正确答案』 D

447

4.诊断明确的家族性息肉，最佳手术方案

A.次全结肠切除

B.全结肠切除

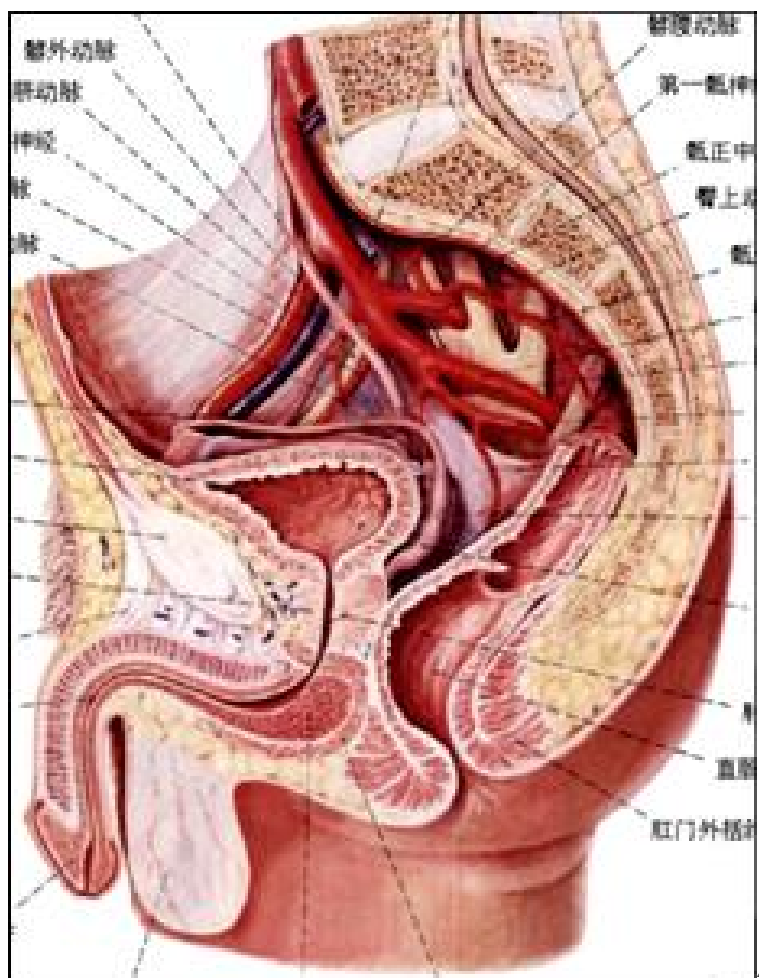
C.回肠造口

D.腹会阴联合切除

E.横结肠造口

『正确答案』 B

448



449

## 【大纲】

### 1.检查方法

(1) 直肠指诊的体位、意义

(2) 特殊检查方法

### 2.直肠肿瘤

(1) 病理类型

(2) 临床病理分期

(3) 临床表现与诊断

(4) 主要手术方法

(5) 直肠类癌的临床表现与治疗

450

肛肠疾病的检查方法

## （一）直肠指检的体位、意义



4

51

### 1.直肠指检的体位

（1）胸膝位——检查直肠肛管的最常用体位。



4

52

（2）截石位——直肠肛管手术时常用的体位，也适用于一般检查，双合诊常用。



4

53

注意！

1.膝胸位：肛门后方中点为 12 点，前方中点为 6 点；

2.截石位：与膝胸位相反。



4

54

(3) 左侧卧位：病人向左侧卧位，左臂置于身前、后均可，左下肢略屈。右下肢屈曲贴近腹部。

——补充 TANG：灌肠常用。



4

55

(4) 蹲位——适于检查内痔、脱肛及直肠息肉等。



456

(5) 弯腰前俯位 (补充 TANG)

双下肢略分开站立，身体前倾，双手扶于支撑物上。

意义：肛门视诊的常见体位。



457

小结 TANG——直肠肛管查体、治疗常用体位

- |           |              |
|-----------|--------------|
| (1) 胸膝位   | 最常用          |
| (2) 截石位   | 手术、双合诊       |
| (3) 左侧卧位  | 灌肠           |
| (4) 蹲位    | 检查内痔、脱肛及直肠息肉 |
| (5) 弯腰前俯位 | 视诊           |

458

2. 直肠指检的意义——简单而最重要

直肠指诊结果——小结 TANG

A.痔	较柔软扪不到，血栓时可扪到硬结
B.肛瘻	可扪到瘻管呈条索状物
C.息肉	<b>质软、活动的圆形肿物，有蒂，指套有新鲜血迹</b>
D.肛管直肠癌	菜花状肿物，质硬，肠腔狭窄，指套上有脓血黏液

459

## （二）特殊检查方法

### 肛肠疾病的特殊检查（TANG 小结）

1.肛镜	观察距离：7cm；体位：膝胸位。可观察直肠肛管黏膜病变，取活检或治疗
2.直肠镜、乙状结肠镜	观察距离：25～30cm
3.X 线钡剂灌肠或气、钡双重造影	可观察：全结肠

460

### 1.直肠肛管手术时常用的体位是

- A.折刀位
- B.膝胸位
- C.左侧卧位
- D.截石位
- E.蹲位

『正确答案』D

461

2.患者大便变细，便意频繁，首先应行

- A.直肠指诊
- B.粪便培养+药敏
- C.X 线钡剂灌肠
- D.纤维结肠镜
- E.乙状结肠镜

『正确答案』 A

462

3.直肠脱垂最常用的检查方法为

- A.肛门镜检
- B.病人下蹲做排便动作
- C.钡灌肠造影
- D.直肠指诊
- E.排粪造影

『正确答案』 B

463

直肠肿瘤

（一）病理类型——类似结肠癌

1.大体：肿块型、溃疡型、浸润型；

2.组织学：

腺癌、黏液癌、未分化癌、鳞状细胞癌、恶性黑色素瘤。

464

（二）临床病理分期——同结肠癌 Dukes 分期（回顾）

分期		病灶范围
Dukes A	012	局限于黏膜内达黏膜下层累及肌层，但未穿透浆膜
Dukes B		穿透肠壁，无淋巴结转移
Dukes C	12	穿透肠壁 转移至肠壁及肠旁淋巴结穿透肠壁 转移至系膜和系膜根部淋巴结
Dukes D		远处或腹腔转移 广泛浸润无法切除

465

### (三) 临床表现

早期：无明显症状。后期：

- ①直肠刺激症状：排便不适，便不尽感，肛门下坠感。腹泻，里急后重；
- ②癌肿破溃感染症状：大便表面带血，严重时出现脓血便，大便次数增多；
- ③肠壁狭窄症状：开始时大便变形、变细，后期可有腹胀、腹痛、大便困难等癌肿造成的梗阻症状。

全身：尿频、尿痛，肝大、腹水、黄疸、恶液质（贫血、消瘦、水肿等）。

466

### (四) 诊断

检查手段	在直肠癌诊断中的价值（小结 TANG）
1.直肠指检	诊断直肠癌最重要的方法，约 70%的患者可用指检扪到肿瘤

2.直肠镜或乙状结肠镜	确诊
3.大便隐血	发现早期直肠癌的有效措施（筛查）
4.钡剂灌肠	常规检查，排除结肠多发癌和息肉病
5.纤维结肠镜	检查整个结肠了解有无其他病变
6.B 超、CT	除外远处转移及侵犯

467

（五）主要手术方法——根治性手术，包括：

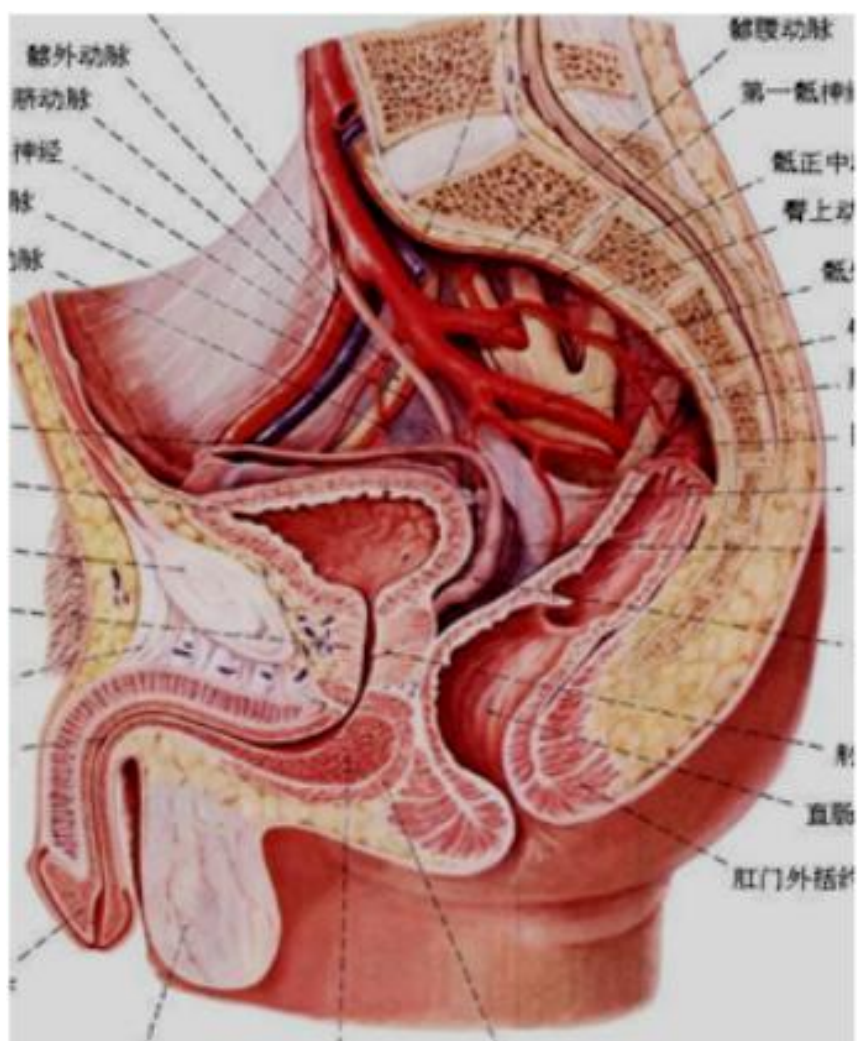
- ①全部癌肿+
- ②足够的两端肠段+
- ③四周可能被浸润的组织、肠系膜、淋巴结+
- ④侵犯的邻近器官。

焦点——保不保肛门？

468

【补充 TANG】

决定直肠癌术式选择的关键解剖结构——腹膜反折

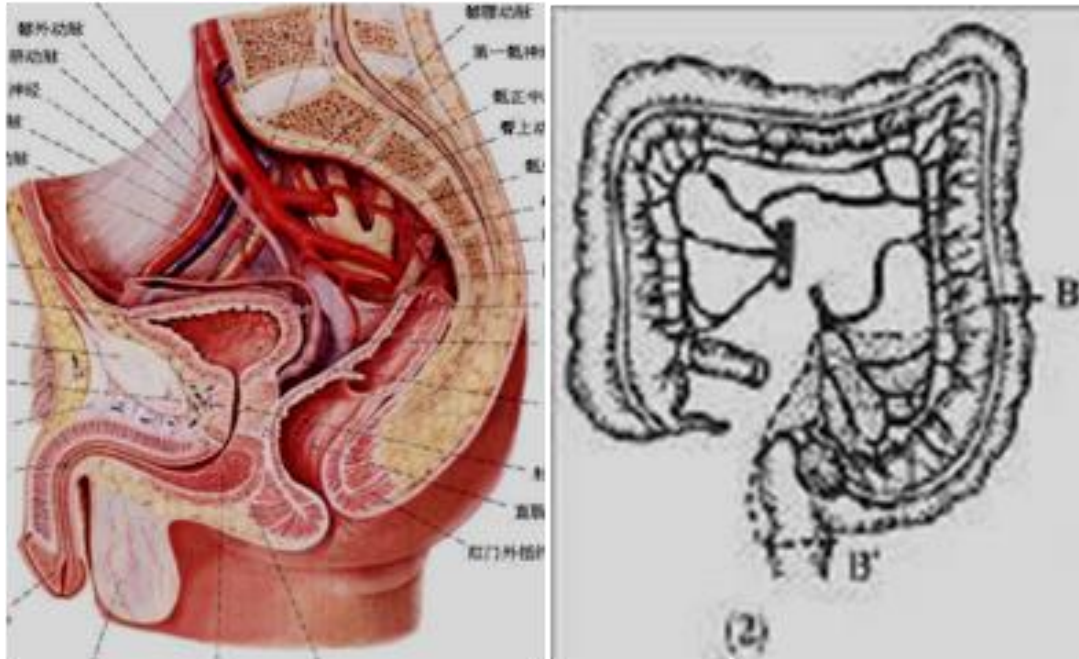


469

### 1. 经腹腔直肠癌切除术（Dixon 手术）

目前应用最多的直肠癌根治术，又叫直肠低位前切除术。

适用于：距肛门 10cm 以上的直肠癌。



4

70

切除范围：足够长的乙状结肠和直肠，相应的系膜及周围组织（含淋巴结）

切除后作结、直肠端端吻合

Q：肛门保住没？

2.经腹会阴联合直肠癌根治术（Miles 手术）

适用于：距肛门 7cm 以内（腹膜反折以下）。

471



4

Q：肛门保住没？

切除范围：部分乙状结肠、全部直肠、肠系膜下动脉周围淋巴结，提肛肌，坐骨肛门窝组织，

肛门周围 3-5cm 的皮肤及全部肛门括约肌

切除后结肠断端在腹部作永久性人工肛门

### 3.拉下式直肠癌切除术

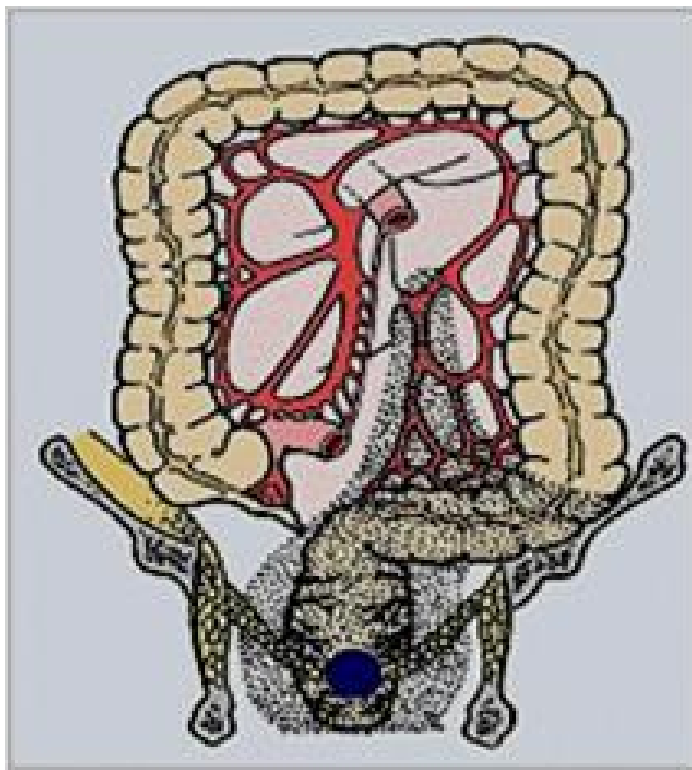
适用于：直肠癌下缘距肛门 7~10cm。

473

#### 【TANG 补充】

保留肛门，经肛门在齿状线上切断直肠，将乙状结肠从肛门拉下，固定于肛门。

——虽保留了肛门，但术后控制排便效果不满意，手术彻底性差。

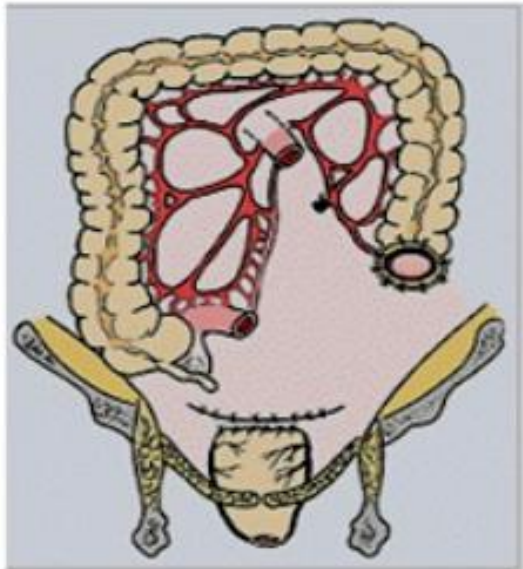


474

### 4.经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术（Hartmann 手术）

术式：经腹直肠癌切除，远端直肠缝合封闭，近端结肠做人工肛门。

适用于：年老、体弱等原因不能行 Miles 手术或一期切除吻合者。



475

肛门——名存实亡！

实质——姑息。

补充 TANG

5.局部切除术，适用于：

- ①早期
- ②瘤体小（补充 TANG：直径<2cm）
- ③局限于黏膜或黏膜下层
- ④分化程度高

476

直肠癌手术方法

适应证（总结·TANG）

1.经腹腔直肠癌切除术（Dixon），又称直肠 距肛门>10cm（保肛）

前切除术

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| 2.腹会阴联合直肠癌根治术（Miles）               | 距肛门<7cm；要求：远端切缘距癌肿下缘>2cm             |
| 3.拉下式直肠癌切除术                        | 距肛门7~10cm                            |
| 4.经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术（Hartmann 手术） | 年老体弱，不能耐受 Miles 手术或急性梗阻不宜行 Dixon 手术者 |
| 5.（补充）局部切除术                        | 瘤体小（直径<2cm）、分化程度高、局限于黏膜或黏膜下层者        |

477

## （六）直肠类癌

### 1.临床表现

生长缓慢，且较小，早期常无临床症状——多在普查中做直肠指诊、直肠镜检查时发现。

有时伴有出血、便秘和疼痛。

不出现类癌综合征。



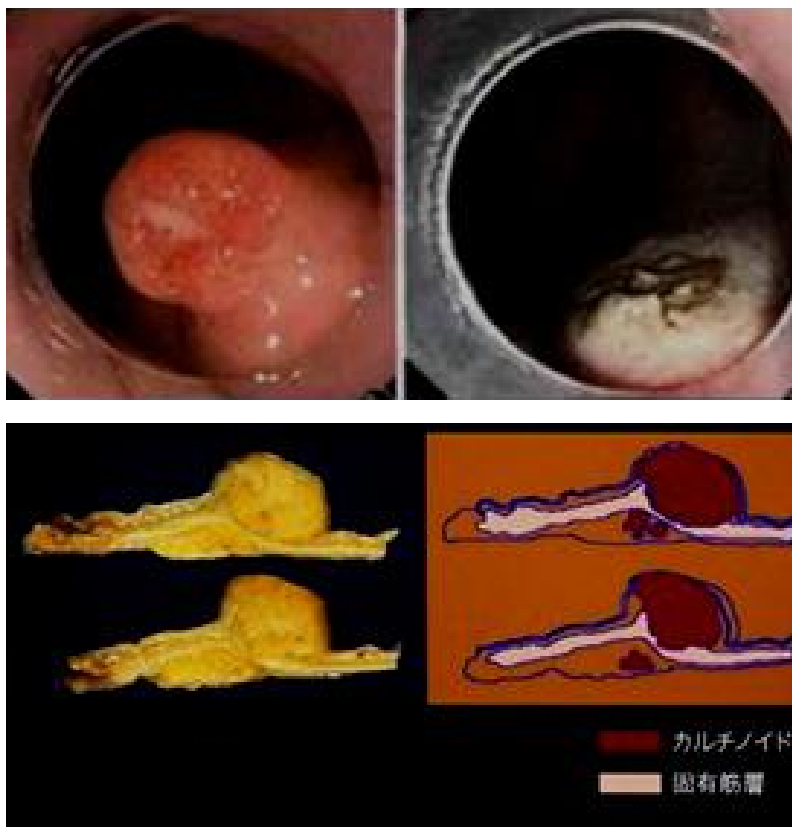
478

## 2.治疗

A.<1cm，未侵入肌层——电灼摘除、局部切除。

B.1~2cm——扩大局部切除，包括肿瘤周围正常黏膜和黏膜下层。

C.>2cm，明显恶性者——根治切除。



479

1.我国大肠癌最多发的部位在

- A.盲肠
- B.升结肠
- C.横结肠
- D.降结肠
- E.直肠

『正确答案』 E

480

2.一般认为直肠癌向下浸润距离不超过距肿瘤边缘

- A.1cm
- B.2cm
- C.4-5cm

D.5-6cm

E.6cm 以上

『正确答案』 B

481

3.根据直肠癌改良 Dukes 分期，B 期是指

A.癌肿局限于黏膜层

B.癌肿侵入肌层而无淋巴结转移

C.癌肿穿透肠壁而无淋巴结转移

D.癌肿在肠壁内而淋巴结已有转移

E.癌肿穿透肠壁，淋巴结有转移

『正确答案』 C