



直播学院

2021 **中西医执业** 医师资格考试

# 核心考点精学

## 直播笔记

— 金英杰直播学员**专属** —

学霸笔记：

冬虫

笔记内容：

中西医结合外科学2

适用考生：

王牌直播学员

上课阶段：

王牌直播课-核心精讲

上课时间：

2021年3月8日 19:00



上课提醒

金英杰直播学院  
专属内部资料



- 学霸笔记
- 课后总结
- 考点梳理
- 查缺补漏

金英杰直播  
智慧学习“医”学就会

封面：

# 金英杰直播学院

中西医专业

中西医结合外科学 2

直播笔记

整理教辅:冬虫

2021年3月8日

### 第三章 麻醉

#### 考点麻醉方法的分类★

##### 1.全身麻醉<sub>4</sub>

(1)吸入麻醉:乙醚

(2)非吸入性麻醉:静脉★、肌肉注射或直肠灌注给药。

2.局部麻醉<sub>4</sub>:★表面麻醉、局部浸润麻醉、局部区域阻滞、神经阻滞麻醉。

作用局限于某一部位, 局部痛觉消失, 运动神经被阻滞。

3.椎管内麻醉<sub>2</sub>:蛛网膜下腔阻滞麻醉、硬脊膜外腔阻滞麻醉。

4.针刺镇痛与辅助麻醉:耳针、体针

5.复合麻醉:同时使用多种麻醉药物和麻醉方法

#### 考点二麻醉方法的选择 (助理不考)

麻醉方法的选择原则有以下四点:

1.充分估计患者的病情和一般情况

2.根据手术需要

3.按麻醉药和麻醉方法

4.麻醉者的技术和经验法

#### 第二节麻醉前准备与 用药

1.访视病人

2.对病人耐受麻醉手术的程度作出客观判断, 用ASA分级, 麻醉前病情分级★。

ASA分级	分级标准★	
I	体格健康，发育营养良好，各器官功能正常	
II	除外科疾病外	并存轻度疾病，功能代偿健全
III		并存疾病较严重，体力活动受限，但尚能应付日常活动
IV		并存病严重，丧失日常活动能力，经常面临生命威胁
V		无论手术与否，生命难以维持24小时的濒死病人
VI	确诊为脑死亡，其器官拟用于器官移植手术供体	

## 考点二 麻醉前用药★

### 一、麻醉前用药的目的

- 1.解除精神紧张和恐惧心理，达到术前安睡。
- 2.提高痛阈，增强麻醉效果，减少麻醉药用量，利于麻醉维持。
- 3.控制不良反应，降低基础代谢，减少氧耗量，减少呼吸道腺体分泌，利于麻醉顺利诱导。
- 4.对抗麻醉药的不良反应，降低麻醉药的毒性。

### 二、麻醉前用药

- 1.镇静催眠药:对抗局麻药毒性和降低局麻药过量惊厥发生——巴比妥类药。
- 2.麻醉性镇痛药:★吗啡、哌替啶、芬太尼、镇痛新。
- 3.抗胆碱类药:抑制呼吸道腺体分泌，保持呼吸道通畅——阿托品和东莨菪碱。
- 4.镇静安定药:抗焦虑和控制情绪紧张，增强催眠药、麻醉药和镇痛药作用，降低基础代谢，预防术中恶心、呕吐以及中枢性肌肉松弛等作用。

苯二氮卓类(地西泮)、J酰胺苯(氟哌啶醇)、吩噻嗪类(氯丙嗪)

5.特殊药物:合并支哮，或过敏史者——抗组胺药;

合并糖尿病+胰岛素; 高热者——解热药。

## 第三节 局部麻醉

考点一常用麻醉药

1.酯类局麻药有普鲁卡因、丁卡因等;

酰胺类局麻药有利多卡因、布比卡因、罗哌卡因等。

2.临床上常依据局麻药的作用时间长短分

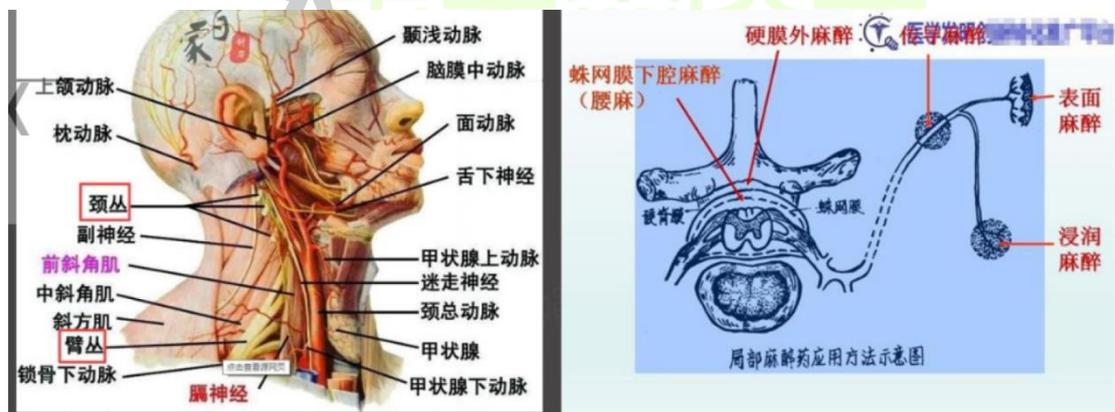
短效:普鲁卡因

中效:利多卡因

长效:丁卡因、罗哌卡因和布比卡因

考点二局部麻醉方法和临床应用

分类	麻醉部位	适应症	麻醉药
黏膜表面麻醉	渗透性强的局麻药与黏膜接触	眼、鼻腔、咽喉、气管及尿道等部位的表浅手术或内镜检查术	0.5%~2% 丁* 2% ~ 4% 利多*
局部浸润麻醉	手术切口线分层注射阻滞神经末梢	★中小型手术, 各种封闭治疗和特殊穿刺的局部止痛	0.5%~2% 普鲁* 0.5%~2% 利多*
区域阻滞麻醉	手术部位周围和基底部阻滞神经支和神经末梢	★皮下小囊肿摘除, 浅表小肿块活检, 舌、阴茎或蒂肿块等手术和乳腺手术	
神经阻滞麻醉	局麻药注射于神经干的周围	颈丛神经阻滞: 颈部甲状腺次全切除术、甲状腺腺瘤摘除和气管、喉等手术 臂丛神经阻滞: 肌间沟径路穿刺法、锁骨上径路穿刺法、腋窝径路穿刺法	



考点三局麻药的不良反应与防治

1.中毒反应:中枢神经系统↑和心血管系统↓。

①麻醉前给巴比妥类药，有减轻局麻药中毒的功效。

②局麻药中加★1:20 万肾上腺素，延缓局麻药的吸收，延长麻醉时间。

2.过敏反应:皮肤黏膜出现皮疹或荨麻疹→支气管哮喘和呼吸困难→过敏性休克

①先用肾上腺皮质激素，以改善血管通透性。

②支气管哮喘发作——★氨茶碱 250~300mg 静脉缓注。

3.特异质反应:小剂量局麻药导致严重中毒——抢救。

#### 第四节椎管内麻醉

##### 考点一蛛网膜下腔麻醉

##### 1.适应证(下腹部以下手术)

(1)下腹部及盆腔手术。

(2)下肢手术。

(3)肛门及会阴部手术。

##### 2.并发症及处理★

(1)术后头痛(最常见)

:绝对平卧，降低脑脊液压力

(2)腰背痛

(3)尿潴留

(4)下肢瘫痪

##### 考点二硬膜外麻醉

1.适应证:颈、胸壁、上肢、下肢、腹部和肛门会阴区各部位的手术

颈椎病、腰背痛及腿痛等急、慢性疼痛的治疗。

## 2.并发症及处理

**术中:**全脊髓麻醉、局麻药的毒性反应、**血压下降**、**呼吸抑制**、**恶心呕吐**。

**术后:**神经损伤、硬膜外血肿、硬膜外脓肿、脊髓前动脉综合征。

## 3.禁忌证★(文字游戏)

(1)严重**休克或出血**未能纠正者。

(2)全身或局部针刺部位**感染**。

(3)中枢神经系统疾病。

(4)凝血机制障碍性疾病。

(5)低血压或严重**高血压**。

(6)慢性腰背痛或术前有**头痛史**。

(7)脊柱**畸形**或脊柱类风湿性关节炎。

(8)精神病而不能合作者。

## 第五节全身麻醉

### 1.分类★

(1)吸入麻醉:乙醚

(2)非吸入麻醉:静脉麻醉、肌内注射麻醉、直肠灌注麻醉。

### 2.并发症及处理★

(1) **喉痉挛**:面罩加压吸氧→气管内插管。

(2) **呼吸停止**:麻醉机面罩给氧人工呼吸→紧急气管内插管+继发心跳停止,立即心肺复苏。

(3) **血压下降**:吸氧,保持呼吸道通畅+★**麻黄素 15~30mg** 静注或肌注升压,或50%葡萄糖 80~100ml 静注。

## 第六节 气管内插管与拔管术

### 考点一

#### 气管内插管的适应证

1. 颌面、颈部、五官等需**全麻大手术**。
2. 开胸手术，需要肌肉松弛而**使用肌肉松弛剂**的.上腹部或其他部位手术。
3. 急性消化道梗阻或急症饱食患者的手术。
4. 颅脑外科全麻手术。
5. 异常体位的全麻手术。
6. 颈部巨大包块，纵隔肿瘤或极度肥胖患者的手术。
7. 手术区 位于或接近上呼吸道的全 麻手术。
8. 低温或控制性低血压手术。
9. 急救与复苏。

### 考点二 拔管术指征

1. 患者完全**清醒**，呼之有明确反应。
2. 呼吸道通气量正常，肌张力完全**恢复**。
3. 吞咽反射、咳嗽反射**恢复**。
4. 循环功能**良好**，血氧饱和度**正常**。

## 第四章 体液与营养代谢

第一节 体液代谢的失调★

第二节 酸碱平衡失调★

第三节 肠外营养和肠内营养（助理不考）

第一节体液代谢的失调★

鉴别要点	血钠	血清钾
正常值	136~145mmol/L	3.5~5.5mmol/L
存在位置	细胞外液	细胞内液
平衡规律	多进多排，少进少排，不进不排	多进多排，少进少排，不进也排

诊断学基础

血清钾:3.5 ~ 5.3mmol/L

血清钠:137 ~ 147mmol/L

金英杰医学 JINYINGJIE.COM 考点一 水和钠代谢紊乱			
鉴别	低渗性脱水	等渗性脱水 急性缺水或混合性缺水	高渗性脱水
诊断	血Na <sup>+</sup> <135mmol/L	135~145mmol/L	血Na <sup>+</sup> >145mmol/L
病因	①胃肠消化液长时间持续丧失 ②大创面慢性渗液 ③大量应用排钠性利尿剂时未注意适量补充钠盐。 ④急性肾衰竭多尿期、失盐性肾炎、肾小管性酸中毒	①消化液急性丢失：大量呕吐、腹泻、肠痿。 ②大量体液聚积于肠腔、腹腔：肠梗阻、急性弥漫性腹膜炎、腹膜后感染。 ③大面积烧伤造成大量渗液。	①水摄入不足。 ②水分丢失过多，高热、大量出汗，烧伤暴露 ③摄入大量高渗液体
表现	①轻度：血清钠<135 mmol/L；无口渴感。 ②中度：血清钠<130 mmol/L ③重度：血清钠<120 mmol/L	①轻度：2%~4% ②中度：4%~6%；★“三陷一低”眼窝下陷、浅表静脉瘪陷、皮肤干陷（弹性差） ③重度：>6%，休克	①轻度：2%~4%。口渴。 ②中度：4%~6%。极度口渴。 ③重度：>6%。烦躁、谵妄、昏迷+血压↓休克
治疗	含盐溶液或高渗盐水	平衡盐液或等渗盐水★	5% GS或0.45%NaCl★

第一节 体液代谢的失调★		
考点二 钾的异常		
鉴别	高钾血症	低钾血症
诊断	> 5.5mmol/L	< 3.5mmol/L
病因	①摄入不足：长期禁食 ②丢失过多：呕吐、腹泻 ③体内分布异常：急性碱中毒	①钾摄入过多：输大量库血★。 ②肾脏排钾减少。 ③细胞内钾外移：溶血、急性酸中毒★
表现	①神经肌肉系统：表情淡漠、烦躁不安；肌肉无力★ ②消化系统：食欲不振、呕吐、腹胀，肠麻痹★ ③循环系统：心动过速、心律失常、传导阻滞，室颤 ④泌尿系统：多饮、多尿、夜尿增多 ⑤酸碱平衡：★代谢性碱中毒、反常性酸性尿 ⑥心电图：早期T波低平★、双相倒置，U波出现★	①神经肌肉传导障碍：四肢乏力、手足感觉异常（麻木）、肌肉酸痛——重者软瘫，出现呼吸困难。 ③心血管症状：心肌应激性降低。 ③心电图：早期T波高尖，基底变窄。
治疗	①预防性补钾氯化钾3~4 g。②尿多补钾，尿量<40 mL/h，<500 mL/24h，暂不补钾；③尽量口服；④低浓度、慢速度，<80滴/min，严禁10%KCl直接静滴	①使K+转入胞内：25% GS 100~200 每4~5 g糖加入1U胰岛素静滴。 ②防治心律失常：10% 葡萄糖酸钙★

王瑞娟

第二节 酸碱平衡失调★			
鉴别点	正常范围	意义	
pH	7.35~7.45	pH > 7.45	碱中毒
		pH < 7.35	酸中毒
PaCO <sub>2</sub>	35~45mmHg	PaCO <sub>2</sub> < 35	呼吸性碱中毒
		PaCO <sub>2</sub> > 45	呼吸性酸中毒
[HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ] SB、AB、BB	22~27mmo l/L	SB > 27	代谢性碱中毒
		SB < 22	代谢性酸中毒
BE 碱剩余	-3~+3mmo l/L	正值越大	代谢性碱中毒
		负值越大	代谢性酸中毒

金英杰医学 JINYINGJIE.COM		
第二节 酸碱平衡失调★		
代谢性酸中毒（代酸）——代谢性碱中毒（代碱）		
鉴别要点	代谢性酸中毒	代谢性碱中毒
PH	↓	↑
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	减少↓	增多↑
BE、AB SB、BB	负值增大↓	正值增大↑
呼吸	深而快，酮味	浅而慢
病因	腹泻、肠痿	胃液丢失过多
治疗	纠正病因 ①轻度：病因治疗，呼出CO <sub>2</sub> ②重度：碳酸氢钠、乳酸钠	纠正病因，补酸，补钾 碱中毒合并低钙血症而出现手足抽搐者可予钙剂

金英杰医学 JINYINGJIE.COM		
第二节 酸碱平衡失调★		
呼吸性酸中毒（呼酸）——呼吸性碱中毒（呼碱）		
鉴别要点	呼吸性酸中毒	呼吸性碱中毒
PaCO <sub>2</sub>	增多↑	减少↓
病因	呼吸功能受损→PaCO <sub>2</sub> ↑而形成高碳酸血症	呼吸过频、过深 排出过多的CO <sub>2</sub>
治疗	急性：去除病因，保持呼吸道通畅，改善通气功能 慢性：治疗原发病	纸袋罩住口鼻以增加呼吸道死腔，减少CO <sub>2</sub> 的呼出

### 第三节 肠外营养和肠内营养（助理不考）

#### 考点一 肠外营养（人工胃肠）

##### 1. 肠外营养（PN）称人工胃肠

> 通过静脉途径提供患者所需的全部营养要素的营养方式，

包括热量（碳水化合物）、氨基酸（蛋白质）、脂肪、电

解质、维生素和微量元素。

## 2. 肠内营养 (EN)

将营养物质经胃肠道途径供给病人的营养支持方式。

### 考点一 肠外营养 (人工胃肠)

#### 1. 适应症 (太虚、太重)

- ① 胃肠道疾病。
- ② 高代谢状态，严重创伤、大面积烧伤、严重感染和复杂大手术后。
- ③ 营养不良，中、重度营养不良经口摄食不能满足需要者，持续 7~10 天经口摄食小于 50% 的日需要量者。
- ④ 肝、肾衰竭伴胃肠功能不佳者。
- ⑤ 肿瘤患者接受化疗和大面积放疗。
- ⑥ 大手术围手术期营养。

#### 2. 并发症与处理

并发症		具体内容★
技术性并发症	插管的并发症	肺与胸膜的损伤；动脉与静脉损伤；神经损伤、胸导管损伤、纵隔损伤；栓塞；导管位置异常；心脏并发症
	导管留置期并发症	静脉血栓形成和空气栓塞；导管堵塞
感染性并发症		突然发热而又无明确病因
与代谢有关的并发症	糖代谢紊乱★	高血糖与低血糖；高渗性非酮性昏迷；脂肪肝变性
	氨基酸性并发症★	高血氨、高氯性代谢性酸中毒；肝酶谱升高；脑病
	营养物质缺乏	电解质紊乱，微量元素缺乏，必需脂肪酸缺乏

## 第五章 输血

### 第一节 输血的适应证和禁忌证

#### 考点一 适应症

1.急性出血:10%~20%(500~1000mL)★。

2.贫血或低蛋白血症

3.凝血异常

4.重症感染

考点二禁忌症

慎重输血

脑溢血

恶性高血压

充血性心力衰竭

急性肾衰伴明显氮质血症

急性肺水肿

肺栓塞

肝功能衰竭及各种黄疸

第二节输血的不良反应及并发症

 <b>第二节 输血的不良反应及并发症</b>			
分类	原因	临床表现	处理-★停止输血
发热反应	免疫反应；细菌污染和溶血；致热原	寒战，高热，体温可达39℃~41℃，出汗	肌注 <b>异丙嗪</b> 25mg或 <b>哌替啶</b> 25~50mg
过敏反应	输入几毫升立刻最快	荨麻疹、哮喘、喉头水肿→过敏性休克	轻症-抗组胺药或糖皮质激素 重者-皮下或肌注 <b>1:1000肾上腺素</b>
溶血反应	最严重 血型不合 输血10ml即可发生	突然头痛、 <b>腰背痛</b> 、心前区紧迫感、呼吸急促、小便颜色 <b>酱油样-血红蛋白尿</b>	抗休克；保护肾功能；DIC用肝素；血浆交换；若血压低，多巴胺、间羟胺
循环超负荷	输血速度过快或过多	突发 <b>心率加快</b> 、 <b>呼吸急促</b> 、 <b>发绀</b> 或 <b>咳吐血性泡沫痰</b>	半卧位，吸氧，洋地黄制剂及利尿剂；四肢轮流上止血带
细菌污染反应	与采血、贮血及输血等环节的无菌技术出现漏洞有关	轻者-仅有发热 重者-败血症和中毒性休克	抗休克、抗感染

### 第三节自体输血

#### 考点一适应症

- 1.有**大出血**的手术和创伤，如胸部创伤、脾破裂及异位妊娠破裂，以及神经外科、骨科、心血管外科、胸腹部手术等。
- 2.估计出血量在**1000 mL以上**的择期手术，如主动脉瘤切除、肝叶切除等。
- 3.**血型特殊者**（无相应供血者，输血困难）。
- 4.体外循环或低温下的**心内直视手术**，以及其他较大的择期手术与急诊手术，可考虑采用血液稀释法。

#### 考点二禁忌症

- 1.血液受胃肠道内容物或尿液等污染。
- 2.血液可能有癌细胞的污染，如恶性肿瘤患者
- 3.心、肺、肝、肾功能不全者。
- 4.贫血或凝血因子缺乏者。
- 5.血液内可能有**感染者**。

6.胸腹开放性损伤超过 4 小时★以上者。

#### 第四节成分输血

##### 考点一优点

- 1.提高疗效。
- 2.减少不良反应。
- 3.使用合鞋 o
- 4.经济。

##### 考点二主要血液产后制品

- 1.少浆全血
- 2.红细胞成分
- 3.浓缩白（粒）细胞
- 4.浓缩血小板

#### 第六章休克（助理不考）

##### 第一节休克的治疗（助理不考）

##### 考点一西医治疗

1.一般紧急治疗:处理原发病、增加回心血量、吸氧、保温。

头和躯干抬高  $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 、下肢抬高  $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 体位，以增加回心血量。

2.积极处理原发病（抗休克+手术）

3.补充血容量

4.纠正酸碱平衡失调

5.血管活性药物的应用

6.治疗 DIC，改善微循环:肝素抗凝

7.皮质类固醇和其他药物的应用

考点一-西医治疗

血管活性药物的应用

1.血管收缩剂:①去甲肾上腺素;②间羟胺(阿拉明);③多巴胺:最常用,扩张肾和胃肠道等内脏器官血管;④多巴酚丁胺:对心肌的正性肌力作用强于多巴胺;⑤异丙肾上腺素。

2 血管扩张剂:①α受体阻滞剂(酚妥拉明、酚苄明);②抗胆碱能药(阿托品、山莨菪碱和东莨菪碱);③硝普钠。

3.强心药:多巴胺和多巴酚丁胺,西地兰。

 <b>第一节 休克的治疗 (助理不考)</b>			
证型	证候	治法	方剂
热伤气阴	神志淡漠,反应迟钝,身热汗出,口干喜饮,四肢逆冷,小便短赤,大便秘结;舌质红,苔黄少津,脉细数	益气固脱,清热解毒养阴	生脉饮+清热解毒养阴药
热伤营血	精神恍惚,语声低微,唇甲紫绀,四肢厥冷,发斑出血;舌质暗紫有瘀点,脉数	气血两清,益气补阴	清营汤
阴厥证	烦躁不安,汗出咽干,口渴欲饮,唇甲紫暗,皮肤皱瘪,四肢乏力,尿少或无尿;舌红少津,脉细无力	益气固脱,养血生津	人参养营汤
寒厥证	精神萎靡,反应迟钝,大汗淋漓,身冷畏寒,口淡不渴,心悸胸闷,四肢厥冷,尿少或无;舌淡苔白,脉微欲绝	回阳救逆	四味回阳饮
厥逆证	面色灰白,精神恍惚,汗出身冷,口燥咽干,肌肤干皱,四肢厥冷,尿少或无;舌淡无苔,脉细欲绝	益气固脱,阴阳双补	保元汤和固阳汤 保元饮合回阴煎
阴脱证	大汗淋漓,烦躁不安,口燥咽干,皮干,静脉萎陷,尿少或无尿;舌质红而干,脉微细数	益气固脱,养血育阴	独参汤合四逆汤
阳脱证	神志模糊,语声低微,冷汗大出,身凉畏冷,四肢不温,尿少或无尿;舌质淡白或淡暗,脉微欲绝	益气固脱	

第二节外科常见休克 (助理不考)

诊断依据

## 1.低血容量性休克

①**失血**:大血管破裂,肝、脾破裂,胃、十二指肠出血,门静脉高压症。

②**严重的体液丢失**可造成大量的细胞外液和血浆的丧失。

诊断:在迅速失血超过全身总血量的**20%★**时,出现休克。

## 2 感染性休克

腹腔内感染、烧伤脓毒血症、泌尿系统感染等并发的毒血症或败血症,

污染手术、导管置入或输液。

西医治疗

### 1.低血容量性休克

①**补充血容量**——首选

②**止血**——对因治疗

### 2.感染性休克

①**控制感染**

②**抗休克**——补充血容量、纠正酸中毒、血管活性物质、护心、皮质激素

考点一低血容量性休克

西医治疗

方法	分级	脉搏次/分	收缩压	尿量	失血量/全身血容量
1.	★ <b>补充血容量</b> ,快速输入平衡盐溶液或等渗溶液				
失血量估计	轻度休克	<100	正常,脉压差略小	正常	<b>20%</b> (800mL)
	中度休克	100~120	70~90mmHg 脉压差小	少尿	<b>20%~40%</b> (800~1600mL)
	重度休克	>120次/分; 难以触及	<70mmHg 或测不到	更少或无尿	<b>40%</b> (>1600mL)
2.	止血——病因治疗				

证型	证候	治法	方剂
阴厥证	烦躁不安，汗出咽干，口渴欲饮，唇甲紫暗，皮肤皱瘪，四肢乏力，尿少或无尿；舌红少津，脉细无力	益气固脱，养血生津	人参养营汤
寒厥证	精神萎靡，反应迟钝，大汗淋漓，身冷畏寒，口淡不渴，心悸胸闷，四肢厥冷，尿少或无；舌淡苔白，脉微欲绝	回阳救逆	四味回阳饮
厥逆证	面色灰白，精神恍惚，汗出身冷，口燥咽干，肌肤干皱，四肢厥冷，尿少或无；舌淡无苔，脉细欲绝	益气固脱，阴阳双补	保元饮合固阴煎
热伤气阴	神志淡漠，反应迟钝，身热汗出，口干喜饮，四肢厥冷，唇甲紫绀，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄，脉细而沉	益气养阴，清热固脱	生脉饮+清热解毒之品
热伤营血	精神恍惚，语声低微，唇甲紫绀，四肢厥冷，发斑出血；舌暗紫有瘀点，脉细数	气血两清，益气养阴	清营汤

## 第七章围术期处理

### 第一节术前准备

#### 考点一一般准备

##### 1.心理准备

##### 2.生理准备

(1) 适应性训练

(2) 输血补液

(3) 预防感染

(4) 肠道准备:一般手术,手术前晚8时★起禁食、禁水;

对于胃肠道手术病人,则在术前3天开始作肠道准备。

(5) 皮肤准备

#### 考点二特殊准备

1.高血压:病人血压应维持在160/100mmHg以下★。

2.心脏病

3.糖尿病:血糖5.6~11.2mmol/L★较为适宜。

4.呼吸功能障碍

5.肝脏疾病

6.肾脏疾病。

7.肾上腺皮质功能不全:术前2天开始给予适量的激素。

第二节术后处理

考点一术后监护与处理

1.病情监护:心电监测;动、静脉压监测;

呼吸功能监测;肾功能监测;体温监测。

2.常规处理

①卧位

②导管及引流物的处理:烟卷引流——术后3日内★拔除。

乳胶片引流——术后1~2日★拔除。

胃肠减压管——待肠道功能恢复、肛门排气后。

3.活动:无禁忌,鼓励及早活动。

4.饮食:一般在麻醉反应消失,或胃肠功能恢复后,方可进食。

考点二术后不适的处理

1.恶心呕吐:予以持续胃肠减压,放置肛管,并可辅以止吐药。

2.腹胀:持续胃肠减压,放置肛管,高渗液低压灌肠等;有时尚需手术。

3.呃逆:术后早期呃逆,可采用★压迫眶上缘。

对顽固性呃逆,可采用★颈部膈神经封闭。



### 第三节 术后常见并发症的处理

#### 考点一 术后常见并发症的防治

并发症	病因	处理
术后出血	引流出血超过100mL/h；失血性休克，尿量<25mL/h；切口肿胀，贫血表现	止血
肺不张和肺部感染	发热、呼吸困难、心率增快、咳痰，叩诊浊音 白细胞计数增加	抗生素
应激性溃疡	无痛性上消化道出血★，表现为呕血和黑便	冰盐水+去甲肾；抗酸剂
切口并发症	切口裂开：术后★5~7天，突然用力 切口感染：术后★3~4日，切口周围红、肿、热、压痛	包扎 抗生素和局部理疗

#### 考点二 切口处理

##### 1.切口的分类

切口分类	切口污染度	手术范围
清洁切口 (Ⅰ类切口)	无菌切口	甲状腺次全切除术；疝修补术； 乳腺包块切除术
可能污染切口 (Ⅱ类切口)	可能带有污染的缝合切口	单纯性阑尾炎切除术；胃大部分切除术； 6~8h以内创伤，经清创处理缝合的切口
污染切口 (Ⅲ类切口)	邻近感染区或 直接暴露于感染区的切口	胃溃疡穿孔 阑尾穿孔手术 肠梗阻坏死的手术

##### 2.切口愈合分级

切口愈合分级	愈合程度	不良反应
甲级愈合	优良	无
乙级愈合	欠佳	炎症反应，未化脓 红肿、硬结、血肿、积液
丙级愈合	切口化脓	-

### 3. 缝线拆除时间

头、面、颈部——术后 4~5 天;

下腹、会阴部——6~7 天;

胸部、上腹、背、臀——术后 7~9 天;

四肢——10~12 天, 近关节处可适当延长;

减张缝线——14 日。

青少年患者可缩短拆线时间;

年老、营养不良患者可延迟拆线时间, 有时可采用间隔拆线。

### 4. 切口愈合记录

切口分类	切口愈合分级	记录
单纯性疝修补术 甲状腺次全切除术 乳腺包块切除术	愈合良好	I/甲
胃次全切除切口	积液	II/乙
甲状腺腺瘤切除术	化脓	I/丙
胃穿孔修补术	良好	III/甲

第八章重症救治 (助理不考)

第一节心肺脑复苏 (助理不考)

考点一概述

#### 心跳骤停(心脏停搏)

指心脏的有效收缩和排血功能突然衰竭→全身血液循环停止, 血液供应中断, 并伴有呼吸停顿→导致组织缺血、缺氧和代谢障碍, 表现为临床死亡状态。

心肺脑复苏成功的关键是——时间;

心脏停搏后 **4 分钟内**初期复苏、**8 分钟内**后期复苏者，恢复出院率最高。

### 心跳骤停的诊断

- ①**意识**突然消失，呼之不应。
- ②**大动脉**搏动消失，颈动脉或股动脉搏动摸不到，血压测不到，心音听不到。
- ③自主**呼吸**在挣扎一两次后停止。
- ④**瞳孔**散大，对光反射消失。
- ⑤突然出现皮肤、黏膜苍白，手术视野血色变暗发紫。

### 考点二心肺复苏

1.初期复苏:开放气道、人工通气、建立人工循环 (按压心脏)

按压部位:胸骨**中、下 1/3** 交界处;

按压深度:垂直接压使胸骨下降 **5 ~ 6cm**;

按压与放松的时间比:**1:1**;

按压频率:成人为 **100 ~ 120** 次/分。

“标准 CPR”

- ② 单人:**30:2**，频率为 80-100 次/分。
- ② 双人:胸外按压与人工呼吸的次数比为 **30:2**。

### 考点二心肺复苏

#### 2.胸外按压有效的指征:

- ①能触摸到颈动脉及其他大动脉搏动。
- ②可测到血压。
- ③自主呼吸恢复。
- ④皮肤、口唇颜色转为红润。

⑤瞳孔逐渐缩小。

⑥眼睑反射恢复。

⑦下颌、四肢肌张力恢复。

## 第二节多器官功能障碍综合征(MODS) (助理不考)

### 考点一 MODS 时各器官病理生理特点

- 1.肺:最容易受到损害的器官。
- 2.肾:最早受到影响的重要器官。
- 3.肝:容易忽略的器官, 发生率较高。
- 4.胃肠道:既是 MODS 的原发部位, 也是主要的靶器官之一。
- 5.心:心脏功能障碍多发生于 MODS 的终末阶段。



金英杰医学  
JINYINGJIE.COM

医学培训知名品牌  
致力于建立完整的医学服务产业链



金鹰直播课



王牌直播课



王牌联盟班



上课提醒

## 医学优选,金英杰教育

全国免费咨询热线: 400-900-9392 客服及投诉电话: 400-606-1615

地址: 北京市海淀区学清路甲38号金码大厦B座22层