

## 《医学综合》白皮书

- 1、脑颅由 8 块骨组成，主要由居正中底部不成对的额骨、筛骨、蝶骨和枕骨以及顶部中线两侧成对的顶骨和颞骨构成。脑颅居颅的后上方，分成颅顶和颅底两部分。颅顶结构主要有冠状缝（额、顶骨之间）、矢状缝（左、右顶骨之间）、人字缝（顶、枕骨之间），以及位于额、蝶、顶、颞四骨交汇的“H”型缝区，称为翼点，此处骨翼点骨折易损伤脑膜中动脉导致颅内血肿。
- 2、肩关节是典型多轴球窝关节。可做三轴运动。冠状轴上做屈、伸，矢状轴上收、展，垂直轴上旋内、旋外，以及环转运动。
- 3、骨盆以骶骨岬和两侧的弓状线、耻骨梳、耻骨结节到耻骨联合形成的环形界线分成大骨盆和小骨盆两部分。
- 4、膝关节是复关节，可做屈、伸运动，但当屈成  $90^\circ$  时，小腿可做轻度旋转运动。关节囊宽阔，后部相当薄弱，前有髌韧带，两侧有胫侧副韧带、腓侧副韧带加强。关节囊内有前、后交叉韧带可防止胫骨向前、向后移位，关节囊内有内、外侧半月板，加强了关节的稳定，同时也增加了小腿的旋转运动。关节囊内滑膜形成了翼状皱褶，有加强缓冲和润滑的作用。
- 5、膈上有三个主要孔洞：（1）主动脉裂孔，位于第 12 胸椎椎体前方，通行主动脉和胸导管。（2）食管裂孔，位于主动脉裂孔的左前方，平第 10 胸椎，有食管和迷走神经通过。（3）腔静脉孔，位置较高，平第 8 胸椎，在食管裂孔的右前上方，有下腔静脉通过。
- 6、腹股沟管的四壁是：前壁为腹外斜肌腱膜和腹内斜肌，后壁为腹横筋膜和腹股沟镰，上壁为腹内斜肌、腹横肌下缘，下壁为腹股沟韧带。两口是：外口为浅环（皮下环），内口为深环（腹环）。腹股沟管中男性有精索、女性有子宫圆韧带通过。腹股沟管是前腹壁下部薄弱区，在病理状态下，腹腔的内容物由此膨出形成腹股沟疝。
- 7、食管的三个狭窄：第一狭窄位于食管的起始处，距中切牙约 15cm；第二狭窄在食管与左主支气管交叉处，距中切牙约 25cm；第三狭窄在食管穿膈处，距中切牙约 40cm。这些狭窄处是食管内异物容易滞留和食管癌的好发部位。
- 8、十二指肠球部，是十二指肠溃疡和穿孔的好发部位。降部有十二指肠大乳头，肝胰壶腹开口于此。升部与空肠转折处形成的弯曲，称十二指肠空肠曲。此曲被十二指肠悬肌（Treitz 韧带）固定于腹后壁。十二指肠悬肌是手术中确认空肠起始的标志。
- 9、阑尾多位于右髂窝内，其根部的体表投影位于右髂前上棘与脐连线的中、外  $1/3$  交界处，称麦氏点，急性阑尾炎时此处有明显的压痛。

- 10、肛瓣的边缘与肛柱的下端共同围成锯齿状的环形线，称齿状线，它是皮肤与黏膜的分界线。齿状线上、下两个区域内的动脉供应、静脉回流、淋巴引流和神经分布等方面均不相同。在齿状线下方有宽约 1cm 的环形区，称肛梳或痔环。发生在齿状线以上的，称内痔；齿状线以下的，称外痔。肛梳下缘有一不明显的环形浅沟，称白线，是肛门内、外括约肌的分界线。
- 11、输尿管全程有三处狭窄：第一狭窄位于肾盂与输尿管的移行处（起始处）；第二狭窄位于小骨盆上口，跨越髂血管处；第三狭窄在输尿管斜穿膀胱壁处。肾盂结石易在这些狭窄处滞留。
- 12、男性尿道全程有 3 处狭窄，分别位于尿道内口、尿道膜部和尿道外口。以尿道外口最为狭窄。
- 13、输卵管的分部由内侧向外侧可分为 4 部：输卵管子宫部、输卵管峡部、输卵管壶腹部、输卵管漏斗。输卵管漏斗末端的中央是输卵管腹腔口，开口于腹膜腔，卵巢排出的卵细胞由此进入输卵管。
- 14、主动脉弓的分支自右向左依次为：头臂干、左颈总动脉和左锁骨下动脉。头臂干至右胸锁关节的后方，分为右颈总动脉和右锁骨下动脉。主动脉弓的分支主要分布于头颈和上肢。
- 15、腹腔干的分支：胃左动脉、肝总动脉、脾动脉。
- 16、视神经盘（视神经乳头），无感光作用，又称生理性盲点。在盲点颞侧约 3.5mm 处有一黄色小区称黄斑，黄斑中央部凹陷称中央凹，是感光辨色最敏感的部位。
- 17、尺神经 肱骨下段骨折时常伤及此神经。①运动障碍：屈腕能力减弱，小鱼际萎缩，拇指不能内收，五指并拢（收）和外展肌力减弱，第 4、5 掌指关节过伸，呈“爪型手”。②感觉障碍：手内侧缘皮肤最明显。
- 18、桡神经 肱骨中段骨折时常伤及此神经。①运动障碍：不能伸肘、伸腕、伸指，前臂旋后力弱，呈“垂肘垂腕”畸形。②感觉障碍：第 1、2 掌骨间隙背面的皮肤感觉障碍明显。
- 19、额叶：（1）中央前回及中央旁小叶前部（4、6 区）功能：第 1 躯体运动区。损伤症状：一侧损伤出现对侧肢体硬瘫和部分深感觉障碍。（2）额中回后部（8 区）功能：书写中枢（优势半球）。损伤症状：失写症。手能运动，但写字、绘画等精细动作障碍。（3）额下回后部（44、45 区）也称 Broca 区。功能：运动性语言中枢和说话中枢（优势半球）。损伤症状：运动性失语。能发声，但不能组成语言。
- 20、顶叶：（1）中央后回（3、1、2 区）。功能：第 1 躯体感觉区 接受对侧半身深、浅感觉的投射。损伤症状：一侧损伤，对侧肢体深、浅感觉障碍。（2）角回（39 区）。功能：视觉性语言中枢或阅读中枢（优势半球）。损伤症状：失读症。有视觉，但不理解文字符号的意义。（3）缘上回。功能：运用中枢。损伤症状：失用症。不能做穿衣解扣等精细动作。
- 21、颞叶：（1）颞上回后部（22 区）功能：感觉性语言中枢或听话中枢（优势半球）。损伤症状：感

觉性失语。不能理解别人的语言。(2) 颞横回(41、42区)功能:听中枢。损伤症状:一侧损伤,听觉障碍不明显。

22、枕叶 距状沟两岸皮质(17区)。功能:视觉中枢。损伤症状:一侧损伤,出现双眼同向性偏盲。

23、细胞兴奋性的周期性变化一般分为4个时期:绝对不应期;相对不应期;超常期;低常期。

24、神经-肌肉接头的兴奋传递的特点:(1)单向性传递。(2)一对一传递。(3)时间延搁。(4)易受药物和其他环境因素的影响。

25、动作电位:由除极化和复极化两个过程组成。共分五个时期。0期(除极化过程):膜内电位由-90~-80mV迅速上升为+30mV,即呈反极化状态,构成动作电位的上升支。1期(快速复极初期):除极化达到顶峰后,膜内电位迅速下降到0mV。2期(缓慢复极期或平台期):膜内电位下降速度减慢,基本上停滞于0mV左右的等电位状态。3期(快速复极末期):膜电位由0mV下降至-90mV。4期(静息期):此期细胞膜上的 $\text{Na}^+$ - $\text{K}^+$ 泵转运功能增强,逆浓度差泵出 $\text{Na}^+$ 、 $\text{Ca}^{2+}$ ,摄回 $\text{K}^+$ 。

26、心肌的生理特性:心肌具有自动节律性、兴奋性、传导性和收缩性。

27、心电图:(1)P波:反映两个心房的除极化过程。(2)QRS波群:反映两个心室的除极化过程。(3)T波:反应左右两心室的复极化过程。(4)P-R间期:从P波起点到QRS波群起点的时程,反映兴奋由心房传播至心室,并引起心室开始兴奋所需要的时间。(5)Q-T间期:从QRS波群起点至T波终点的时程,反映心室肌除极化过程和复极化过程的总时间。(6)ST段:从QRS波群终点至T波起点之间的线段,反映心室各部分已全部处于除极化状态,心室各部分之间不存在电位差,故应与基线平齐。

28、胃运动的形式:紧张性收缩;容受性舒张;蠕动。

48、单位时间内(每分钟)两肾生成的超滤液的量,称肾小球滤过率。正常成人约125ml/min。每24小时两肾的原尿量可达180L。

29、滤过膜由肾小球毛细血管内皮细胞、基膜和肾小囊脏层上皮细胞构成。膜上有大小不同的孔道或裂隙,血细胞和大分子物质(如大分子蛋白质)不能通过滤过膜。

30、肾小管和集合管的分泌功能:(1) $\text{K}^+$ 的分泌: $\text{K}^+$ 主要由远曲小管和集合管分泌。(2) $\text{H}^+$ 的分泌:肾小管各段(髓袢细段除外)和集合管都能分泌 $\text{H}^+$ 。(3)氨的分泌: $\text{NH}_3$ 是高度脂溶性的物质,很容易通过管腔膜扩散到小管液。

31、血管加压素是由下丘脑视上核和室旁核的神经内分泌细胞合成的,贮存于神经垂体。其主要作用是增加远曲小管和集合管对水的通透性,使水的重吸收增加,引起尿液浓缩,尿量减少。

32、突触传递的特点:单向传递;中枢延搁(突触延搁);总和;兴奋节律的改变;后发放;对内环境变化的敏感性和易疲劳性。

- 33、问诊的内容:包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、婚姻史、月经史、生育史和家族史。
- 34、心绞痛与心肌梗死常呈压榨样痛,可伴有窒息感;心绞痛发作时间短暂,持续 1~5 分钟,而心肌梗死疼痛时间长且不易缓解。体力负荷加重为心绞痛的诱发因素,休息及含服硝酸甘油后 1~2 分钟可缓解;心肌梗死的发作多无诱因,休息及口含硝酸甘油不能缓解。
- 35、(1) 心源性水肿 首先出现身体下垂部位水肿,通常伴有右心衰竭的临床表现,如颈静脉怒张、肝肿大、静脉压升高甚至出现胸、腹水等。(2) 肾源性水肿 特点是疾病早期早晨起床时常有眼睑与颜面水肿。
- 36、肺炎链球菌肺炎可咳铁锈色痰。阿米巴性肺脓肿咳巧克力色痰。肺水肿为粉红色泡沫样痰。肺结核、肺癌常有血痰。支气管扩张、肺脓肿痰液分层。肺梗死时咳黏稠暗红色血痰。痰伴恶臭气味,提示厌氧菌感染。痰白黏稠且拉成丝难以咳出,提示真菌感染。
- 37、支气管哮喘:病因有气管阻塞、肺实质病变或胸部呼吸肌运动障碍等,常有吸气性或呼气性或混合性呼吸困难特点,如三凹症、呼气延长,肺部检查高调吸气喉鸣、哮鸣音、呼气延长,呼吸音减弱或消失,X线检查有肺部疾病改变。
- 心源性哮喘:有导致左心和/或右心衰竭的心血管疾病史,左心衰者主要表现为劳力性呼吸困难、端坐呼吸和阵发性夜间呼吸困难,坐位减轻。急性左心衰,咳粉红色泡沫痰,肺部检查心脏扩大、奔马律、心脏杂音,X线检查有心脏扩大、肺淤血表现。
- 38、上消化道出血时呕血伴便血,排出的多是暗红色血液或柏油样黑便。如急性细菌性痢疾为黏液脓性鲜血便,阿米巴性痢疾的粪便多为暗红色果酱样的脓血便;急性出血性坏死性肠炎可排出洗肉水样粪便,并有特殊的腥臭味。
- 39、检查脉搏时应注意其频率、节律、强弱以及呼吸的影响。短绌脉:心房颤动的患者脉律绝对不齐,强弱不等,脉率少于心率,称短绌脉。交替脉提示心肌严重损害,为左室衰竭的重要体征之一。奇脉见于心包积液。
- 40、房颤是临床上常见的心律失常,听诊特点:□心律绝对不规则,心率快、慢不等;□心音强弱不等;□心跳与脉搏次数不等,脉率少于心率,简称脉搏短绌。房颤常见于风湿性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病、甲状腺功能亢进等。
- 41、完全性房室传导阻滞时,心室率常缓慢而规则,频率在 40~60 次/分之间,心尖部第一心音的强度可有改变。多见于洋地黄、奎尼丁药物中毒、各种心肌炎及冠状动脉硬化性心脏病等。
- 42、附加音,如喷射音、奔马律、左房室瓣开瓣音、喀喇音及心包叩击音等。
- 43、脑膜刺激征 临床上见于脑膜炎或蛛网膜下腔出血时。包括:克尼格征、布鲁斯基征、颈项强直。

- 44、右心房肥大的诊断标准：II、III、aVF导联P波高尖，振幅 $\geq 0.25\text{mV}$ 。肺型P波，见于先天性心脏病及肺源性心脏病。
- 45、左心室肥大的诊断标准：☐左心室高电压；☐QRS波群时限 0.10~0.11 秒；☐ST段压低超过— 0.05mV，T低平或倒置；☐电轴左偏。见于高血压性心脏病、主动脉瓣狭窄及主动脉瓣关闭不全等。
- 46、心肌梗死心电图图形演变及分期：（1）早期 数分钟或数小时，T波高耸及ST段斜型抬高。（2）急性期 数小时至数周，高耸T波开始下降，ST段弓背向上抬高，如果供血未能得到改善，出现病理性Q波，ST段开始下降，T波开始倒置。（3）近期 数周至数月，ST段恢复正常，病理性Q波存在，T波由倒置逐渐变浅。（4）陈旧期 心肌梗死后 3~6 个月或更久，遗留下病理性Q波。
- 47、室性早搏 诊断标准：☐提前的QRS波群前无相关的P波。☐QRS波群宽大畸形伴ST段异位，T波与QRS主波方向相反。☐完全性代偿间歇。
- 48、阵发性室上性心动过速 诊断标准：QRS波群与窦性时相同，有时可伴差异性传导；R-R间期匀齐，频率多在 160~250 次/分；P波与QRS波群关系固定，但有时P波不易辨认。
- 49、对抗钾离子发生心率失常时，用 10%葡萄糖酸钙溶液 20ml 静脉注射，钙与钾有对抗作用，能缓解  $\text{K}^+$  对心肌的毒性作用；葡萄糖酸钙可重复使用。
- 50、输血并发症中，溶血反应这是最严重的并发症。典型症状是输入几十毫升血后，出现休克、寒战、高热、呼吸困难、腰背酸痛、心前区压迫感、头痛、血红蛋白尿及异常出血等，可致死亡。
- 51、中国新九分法，按成人体表面积 100%计，头颈部 9%（发部、面部、颈部各 3%），躯干 27%（躯干前、躯干后各占 13%、会阴 1%），两上肢 18%（双上臂 7%、双前臂 6%、双手 5%），双下肢 46%（双臀 5%、双大腿 21%、双小腿 13%、双足 7%。但成年女性的臀部和双足各占 6%）。儿童：头颈部面积约  $= [9 + (12 - \text{年龄})] \%$ ，双下肢面积占本  $= [46 - (12 - \text{年龄})] \%$ 。手掌法：伤员并指时手掌面积约占本身体表面积 1%。
- 52、重度烧伤早期补液应及时，按烧伤面积和体重计算补液量，并按一定比例供给胶体、晶体液。烧伤后第一个 24 小时，每 1% 烧伤面积，每千克体重补胶体液及电解质（晶体液）共 1.5ml（小儿 2.0ml），胶体与电解质比例为 0.5:1，另外补充水分 5% 葡萄糖溶液 2000ml，第 2 个 24 小时胶体、电解质为第一个 24 小时的 50%，水分仍为 2000ml。晶体液首选平衡液，其次选用等渗盐水等。胶体液首选血浆，也可用右旋糖酐、羟乙基淀粉等。深度烧伤因损伤多量红细胞，故亦可选用全血。
- 53、复苏的主要任务是迅速有效地恢复生命器官（特别是心和肺）的氧合血液灌流。初期复苏的任务和步骤可归纳为 ABC：A：保持呼吸道通畅；B：进行人工呼吸；C：建立人工循环。人工呼吸和心脏按压是初期复苏的主要措施，后期复苏是初期复苏的继续，是借助于器械设备及较先进的复苏技术和知识以争取较佳疗效的复苏阶段。心跳停止后，初期复苏最佳时间是 4 分钟内。