

《医学综合》白皮书

- 1、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。
- 2、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。
- 3、膝关节是复关节，可做屈、伸运动，但当屈成 90° 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。
- 4、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。
- 5、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。
- 6、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。
- 7、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。
- 8、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。
- 9、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。
- 10、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。

11、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。

12、腹腔干的分支：胃左动脉、肝总动脉、脾动脉。

13、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。

14、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。

15、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。

16、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。

17、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。

18、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。

19、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。

20、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。

21、胃运动的形式：紧张性收缩；容受性舒张；蠕动。

22、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。

23、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。

24、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。

25、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。

26、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。

27、（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。

28、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。

29、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。

30、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。

31、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。

32、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。

33、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。

34、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。

35、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。

36、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 K^+ 对心肌的毒性作用；葡萄糖酸钙可重复使用。

37、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。

38、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%。

39、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。