

# 其他系统笔记

## 一、外科总论

### 1. 手术时间分类

分类	时间	举例
急症手术	马上做	如外伤、肝脾破裂、绞窄性肠梗阻
限期手术	尽快做	如各种恶性肿瘤的手术，不是很急，但是越早越好
择期手术	随时做	有充分的时间来准备手术，如疝气、溃疡病的胃大部切除术、

### 2. 术前特殊准备

- 1) **呼吸道准备**：术前 2 周禁烟，以防肺分泌物增多。
- 2) **胃肠道准备**：术前 **12 小时禁食，4 小时禁水**，目的为防止**麻醉或手术中呕吐引起窒息**；如果是胃肠道手术，手术前夜肥皂水灌肠，手术前 **2-3 天口服新霉素、甲硝唑**抑制肠道细菌生长；胃肠道术后胃肠功能恢复或可以进流食的标志是**肛门排气**。
- 3) **心脏疾病准备**：急性心肌梗死 **6 个月内不做**择期手术；心力衰竭需要控制 **4 周稳定后**方可手术。
- 4) 对于心脏病病人手术，耐受性最差的**急性心肌炎**，其次是急性心梗。
- 5) **血压、血糖准备**：高血压病人只要血压**不大于 160/100mmHg 无需降压**，可以直接手术；手术前应将血糖控制在**轻度升高**水平，糖尿病病人血糖 5.6-11.2 即可手术。

#### 糖尿病病人手术前控制血糖方法

药物	处理
口服短效降糖药	服用到术前前一天晚上
口服长效降糖药 (**丙脒)	术前 2-3 天停药
平时用胰岛素的	手术日早晨停胰岛素

- 6) **抗生素准备**：预防使用抗生素的指征——肠道手术、开放手术、恶性肿瘤手术、大血管手术、异物填塞术, 术前 0.5-2 小时用。

**记忆：腹外疝传统修补术——不用抗生素；腹外疝无张力修补术——需用抗生素。**

- 7) 呼吸系统手术**禁用中枢镇咳药**，如可待因、吗啡、咳必清。
- 8) 1 年内有过连续 2 周使用激素病史，术前 2 天开始使用氢化可的松。

### 3. 术后处理

1) 引流管拔管时间：①橡皮片引流 2-3 天；②烟卷引流 3 天；③T 管引流 **2 周**。如果伤口清洁，常用生理盐水纱布引流。

2) 术后体位：①全麻：平卧位，头偏向一侧；②腰麻：去枕平卧位；③颅脑手术：头高脚低，斜坡卧位；④颈胸部：高半坐位；腹部：低半坐位；⑤休克：两头翘，头抬高 20-30 度，下肢抬高 15-20 度。

**口诀：全麻平，颅脑高，颈胸高，腹部低，休克翘。**

3) 术后拆线时间：头面部 4-5 天，下腹部会阴手术 7 天，胸部背部臀部手术 9 天，四肢手术 12 天，近关节可延长，减张缝线 14。

**口诀：头面颈 45，下腹会阴 7，胸上背臀 9，两 6 四肢两 7 减。**

### 4. 术后切口分类

分类	污染	举例
I 类切口	<b>无菌</b> 切口	无需使用抗生素，如甲状腺大部切除术、疝修补术、乳腺切口、闭合性骨折手术
II 类切口	<b>可能</b> 污染切口	如单纯阑尾炎、胃大切、上消化道的胃肠道手术、开放性骨折
III 类切口	<b>污染</b> 切口	如胃肠道穿孔、梗阻、化脓性阑尾炎、下消化道的各种手术切口

### 5. 术后切口愈合分类

愈合	甲	愈合 <b>好</b> ， <b>无</b> 不良反应	一期	组织损伤小创缘整齐、无感染、呈线性愈合
	乙	愈合处有不良反应，但 <b>绝无化脓</b>	二期	伤口大，组织缺损多，创缘分离远，
	丙	<b>已化脓</b> ，需切开引流	延期	有些开放性伤口，观察 48-72h 后无明显感染再行缝合

## 二、外科病人的营养代谢

### 肠外营养

1. 肠外营养：病人需要的营养通过胃肠外给予。

2. 肠外营养的适应症：①小肠无法利用或者**禁食**一周以上；②急性胰腺炎、炎症性肠病、严重感染、大面积烧伤、高位肠漏。

3. 营养途径：如果肠外营养**小于两周**——选择**周围静脉**；**大于两周**——选择**中心静脉（颈内静脉和锁骨下静脉）**

4. 并发症

①**最常见**的并发症：**气胸**。

②**最严重**的并发症：**空气栓塞**。

③**导管性脓毒症**：突发寒战高热。治疗原则：先换管——再拔管——最后用抗生素。一经发现立即换管抽血培养，如果 8 小时后还有发热——此时再拔管，如果 24 小时还发热——再使用抗生素。

④**高渗性糖昏迷**：肠外营养病人出现血糖高+昏迷，是因输入葡萄糖速度过快，内源性胰岛素分泌不足导致，此时需**减低输入葡萄糖的速度**。

⑤**脂肪肝**：长期过高能量营养所致。

5. **肠外营养配比**：**必须**氨基酸与**非必须**氨基酸比例为 **1: 2**, **氮**和**热量**的比例为 **1: 150**。

## 肠内营养

1. **适应症**：肠胃没事，能吸收的就选择肠内营养（如：昏迷、烧伤、贫血、低位结肠漏）

2. **营养途径**：用鼻胃管

3. **并发症**：①**最常见**的并发症——**误吸**。

②如**浓度过高速度过快**——**腹胀腹泻**，如果肠道渗透压过高也会出现腹泻。

③每次给完营养液 30min, 后**回抽大于 150ml**——说明发生了**胃潴留**。

4. **治疗制剂**：目前肠内营养液最常用的是非要素型制剂；如果肠道有问题，用多肽类要素型制剂。

## 三、外科感染

### 总论

1. **分类**：

①**特异性感染**：破伤风、结核、真菌感染、气性坏疽、芽孢。

**口诀**：风结真坏牙。

②**非特异性感染**。

2. **根据病程分为**

**急性感染**——病程 **<3 周**；**亚急性感染**——病程 3 周到 2 月；**慢性感染**——病程 **>2 月**。

外科感染的致病因素与致病菌的毒力和数量有关。当病原菌的数量和增殖速率**大于  $10^8$** 后容易发生感染。

3. **非特异性感染最好的结局**：炎症好转，人体抵抗力占优势时——**局部化脓**；

4. **二重感染**：指感染后使用抗生素，原来的病菌被抑制，但是**耐药菌大量繁殖**导致**病情加**

重。

常见外科感染

记忆：①疔、痈、皮下坏疽致病菌：金黄色葡萄球菌；②急性蜂窝组织炎、丹毒致病菌：溶血性链球菌；③气性坏疽致病菌：厌氧菌。

## 疔

1. 外科**最小**的化脓性感染是疔（**单个毛囊**的化脓性感染）。
2. 致病菌：**金黄色葡萄球菌**，好发**头面颈项部**，发病部位红肿热痛。
3. 危险三角（鼻根到两侧口角）**禁止挤压**，连内眦静脉，容易得**化脓性海绵状静脉窦炎**。
4. 治疗：局部治疗为主，50%硫酸镁湿敷，严重者用抗生素。

## 痈

1. **多个相邻的毛囊**发生感染。
2. 致病菌：**金黄色葡萄球菌**。
3. 特点：好发于**背唇部**，多见于有**糖尿病史病人**，发病部位红肿热痛，**唇痈禁止挤压**，容易得化脓性海绵状静脉窦炎。
4. 治疗：①抗生素+50%硫酸镁湿敷；  
②切开引流，切口应**超过病变边缘皮肤**一个+或者+ +，切口**深度应达筋膜**，剪除坏死组织；唇痈不做切开引流（会遗留瘢痕）。

## 皮下急性蜂窝织炎

1. 致病菌：最常见的是**溶血性链球菌**，其它还有金葡菌；
2. 特点：好发**皮肤、肌肉、阑尾**，发病部位红肿，与周围组织界限不清，严重的病人皮肤呈褐色。
3. 治疗：抗生素+50%硫酸镁湿敷。
4. **口底、颌下蜂窝织炎**容易压迫气管，造成呼吸困难，要及时**切开减压以防压迫气管**。

## 丹毒（网状淋巴管炎）

1. 致病菌：**溶血性链球菌**，主要是皮肤**淋巴网**的急性感染。
2. 特点：主要好发**下肢**，会造成发病部位红肿，与周围组织**界限清晰**；色鲜红，片状红肿，严重的下肢可以出现**象皮肿**。
3. 治疗：丹毒不化脓，无需切开引流；抬高患肢，卧床休息；

50%硫酸镁湿敷+全身使用抗生素——**首选青霉素**。

## 甲沟炎/脓性指头炎

指甲下发生化脓感染——甲沟炎。随着炎症的**扩散整个手指全部发炎**——叫做**脓性指头炎**。

甲沟炎：1. **损伤史、刺伤史，金黄色葡萄球菌**。

2. **临床表现**：指甲一侧的**红肿热痛**，呈**针刺样疼痛**，最严重的表现：**慢性骨髓炎**。

3. **治疗**：①**抗生素**；②**不能下垂**，前臂应该**悬吊平置**；b. 从甲沟**旁边行纵行切口引流**。

脓性指头炎：1. **金黄色葡萄球菌**。

2. **特点**：整个手指头**红肿热痛**，呈**剧烈跳痛下垂加重**。

3. **治疗**：①**绝不下垂**，悬吊前臂，减轻疼痛；②**有积脓切开引流**：切口选择**侧面做纵行切口**，切口两侧**不超过甲沟的1/2**，近侧**不超过指节横纹**。绝对不能做**鱼口状切口**；如有**突出脂肪组织**，应除去，利于引流。

手掌深部脓肿：临床表现均为**手背肿胀**，绝对不能在**手背处**切开。

**记忆总结**：

①**甲沟炎——脓性指头炎**：一个疾病的两个阶段；

②**末节肿胀压痛——甲沟炎→化脓——脓性指头炎**（**剧烈疼痛，下垂加剧**）；

③**疗**：引流、拔甲、抗生素；→化脓：**悬吊前臂，平置患手**；

④**手术**：**不能经指腹**切开，患侧**纵形**切开，远端**不能超过甲沟1/2**。

## 全身化脓性感染

脓毒症：1. **最常见**临床表现：**寒战高热**。

2. **最佳抽血时间**：**寒战高热时**；致病菌：**金黄色葡萄球菌**。

**记忆**：

①**菌血症**：**细菌入血，没有毒素**；

②**败血症**：**寒战高热+细菌入血+产生毒素+有皮疹+肝大**；

③**脓血症**：**寒战高热+化脓性病灶+转移性脓肿**；

④**脓毒血症**：**寒战高热+细菌入血+产生毒素+有皮疹+肝大+化脓性病灶+转移性脓肿**；

⑤**毒血症**：**细菌不入血，毒素入血**（如破伤风）。

各种致病菌引起的脓液的特点

致病菌	特点
金葡菌	<b>黄稠脓、不臭</b> ，易发生转移性脓肿，普通烧伤病人感染
溶血性链球菌	脓量多而 <b>稀薄，淡红色</b> ，不容易发生转移性脓肿，最容易引起败血症
绿脓杆菌 (铜绿假单胞菌)	大面积烧伤后感染，脓液呈 <b>甜腥臭味</b>
变形杆菌	脓 <b>稠厚，粪臭味</b> ，三低表现：低体温，低白细胞，低血压
拟杆菌	脓液 <b>恶臭</b>
破伤风杆菌	不会引起败血症， <b>引起毒血症</b>

### 特异性感染：破伤风

- 致病菌：破伤风梭菌**（ $G^+$ ，含有芽孢的厌氧杆菌），芽孢可以发育增殖为增殖体，能够迅速繁殖产生**外毒素**（痉挛毒素）；破伤风是一种**毒血症**。
- 临床表现：** 感染一周后发病，侵犯肌肉，导致肌肉阵发性抽动感，**最先累及**的肌肉是**咀嚼肌**，出现牙关紧闭；**最严重累及膈肌**，出现**呼吸困难**。
  - ①咀嚼肌→面部表情肌→颈项肌→背肌——→四肢肌——→膈肌；
  - ②牙关紧闭→苦笑面容→颈项强直→角弓反张→屈膝半握拳→呼吸停止（意识清楚）。
- 诱因：声光水刺激**，潜伏期 7 天。
- 诊断：** 外伤史和临床表现。
- 治疗：** ①**最关键**的治疗——**解除痉挛，预防窒息**；②避免声光水刺激。
- 处理毒素：中和毒素**——打破伤风抗毒素，一般只需一次。
- 预防：关键是注射破伤风疫苗**；其次是清创彻底。

主动预防——类毒素（疫苗）：0.5ml/次，分 3 次注射，间隔 4-6 周、间隔 6-12 个月。

**记忆：打过疫苗后 10 年内外伤——用类毒素皮下注射 0.5ml；10 年后外伤——用抗毒素。**

**“钉子扎脚”——题眼。**

## 气性坏疽

- 病因：厌氧芽孢杆菌或梭状芽孢杆菌**（ $G^+$ ），其中的产气荚膜梭菌，产气荚膜梭菌能产生 a 毒素（成分是卵磷脂酶）；主要见于开放性骨折后清创不彻底。
- 临床表现：** 1 天内病情迅速恶化； ①皮肤发黑、**皮下气肿、捻发音/握雪感**； ②皮肤有**大理石花纹**； ③伤口有**恶臭**。
- 治疗：最关键——急诊清创，消灭伤口的厌氧环境。** 大剂量抗生素，青霉素需要 1000 万

以上。必须加用高压氧治疗。

记忆总结：“挤压伤”——题眼。

## 创伤火器伤

1. 清创时间：一般开放性伤口：6-8小时清创，面部可延迟到12小时、头皮可延长到24小时（最好做一期缝合）。

2. 创伤引起的出血：最常见的止血方法——加压包扎。

肢体用止血带止血——每隔1小时放松1-2分钟，不超过4小时。

3. 如果是软组织损伤早期——冷敷，后期——可热敷有利于吸收。

4. 创伤引起的最常见的并发症是：化脓性感染。

5. 火器伤：①无论发生的时间长短绝对不做一期缝合，因为火器伤损伤重、范围大、极易感染，6-8小时及时清创，引流3-5天做二期愈合。②火器伤中的关节腔损伤做一期缝合，因为不做的易引起关节损伤。

## 四、烧伤

烧伤面积的计算 9分法

记忆：333、567；13、13会阴1；小腿13大腿21，妇女臀足一样细，66大顺把分计。

口诀：333：指发、面、颈各占3%。

567：指双上肢，5指双手，6指双前臂，7指双上臂。

13.13会阴1：前躯干13%后躯干占13%，加上会阴占1%。

小腿13大腿21：双小腿占13%，双大腿占21%。

妇女臀足一样细，66大顺把分计：妇女双臀和双足都一样，各占6%。

儿童十二要另计，头重脚轻要注意：12岁以下儿童，头颈部烧伤面积公式 $9 + (12 - \text{年龄})\%$ ；

双上肢、躯干部与成人一样；双下肢 $46 - (12 - \text{年龄})\%$ 。

题中出现躯干部默认含会阴27%，双下肢默认含臀部46%，头颈包括面部9%。

## 烧伤分度

分度	特点	深度		处理
I°	红斑	表皮浅层	皮肤发红、不计算面积， 不补液	保持清洁防止再损伤
浅II°	水疱	生发层、真皮乳头层	水疱+剧痛	保留水疱，注射器抽水

深 II°	水疱	真皮深层	水疱+基底部发白+ <b>不痛</b> ，有网状栓塞血管	清除水疱，油纱覆盖
III°	焦痂	真皮全层	焦痂、蜡白、碳化、不痛、树枝状血管栓塞	烧伤 48 小时后，病情平稳后一次去除，自体皮覆盖；如有休克，纠正休克后进行治疗

### 烧伤严重程度

分度	II° 烧伤面积	III° 烧伤面积
轻度	<10%	
中度	11-30%	<10%
重度	31-50%	11-20%
极重度	>50%	>20%

①烧伤程度分级记住这几个数字：1，3，5，5，1，2，2。

②无论几度烧伤，无论面积大小，只要出现**休克即为重度**。

**烧伤面积分度：先算总烧伤面积，再算 II、III 各自烧伤面积，选择最严重的。**

## 烧伤治疗、补液

1) 烧伤急救用冷水止痛；

2) 烧伤**最主要死亡**原因——**感染**（最常见的是金葡菌），大面积的是——绿脓杆菌；

3) 面颈会阴烧伤不适合包扎，要用暴露疗法；

①小面积烧伤——在处置室里操作；大面积烧伤——手术室；

③小面积烧伤——可局部使用抗生素溶液抗感染；大面积烧伤——全身应用抗生素抗感染。

4) 烧伤早期休克——低血容量性休克；晚期休克——感染性休克。

5) 烧伤补液时间以受伤时间开始计算。

**烧伤病人最主要治疗方法：补液。**

**补液方法总结：**

**第一天补液总量：生理需要+额外丢失量=2000+体重×烧伤面积×1.5（儿童 1.8 婴儿 2.0）。**

**总量根据具体病情调整。**

**一般第一天补液：前 8 小时补一半，后 16 小时补一半。**

**第二天补液：（不分时间）补液总量=生理需要量+第一天额外丢失量的一半。**

**补液中晶体液和胶体液的选择（只看额外丢失量）：①中重度：晶体液和胶体比例为 2：1，**

②极重度：晶体液和胶体比例为1：1。

## 电烧伤

1. 指有入口和出口的电弧烧伤和深部组织的电损伤，入口、深部组织（外小内大）损伤严重。

2. **电烧伤**主要损害的是**心脏**。

## 其它烧伤

1. 接触光线就自燃烧伤：磷烧伤。

2. 不起疤不向深部组织浸润，凝固起痂：是酸烧伤。

3. 向深部组织侵蚀的烧伤：碱烧伤。

4. 冲洗前必须把残余物质清洗干净：生石灰。

5. 具有强大穿透力，引起组织坏死的烧伤：氢氟酸。

## 五、肿瘤总论

1. 良性与恶性肿瘤的区别

分类	名称	特点
良性肿瘤	**瘤	肿瘤对身体的损害取决于肿瘤的生长部位
恶性肿瘤	**癌	来自 <b>上皮</b> 组织，主要转移方式是 <b>淋巴</b> 转移
	**肉瘤	来自 <b>间叶</b> 组织，主要转移方式是 <b>血行</b> 转移
	**母细胞瘤	来自于胚胎、带人名——霍奇金淋巴瘤、黑——黑色素瘤（人体表恶性程度最高的肿瘤）、白——白血病均为恶性肿瘤

2. 根据分化程度判断良恶性：**高分化**——肿瘤**低度恶性**；**低分化**——肿瘤**高度恶性**。

3. 特异抗体

抗体	疾病	抗体	疾病
AFP	肝癌、卵黄囊肿瘤（内胚窦瘤）	CEA	胃肠道肿瘤
AKP	碱性磷酸酶——肝癌、骨肉瘤	PSA	前列腺癌
EB	VCA-IgA 抗体——鼻咽癌		

4. 肿瘤分期：TNM 分期（T-肿瘤的大小，N-淋巴结转移，M-远处转移）。

5. 肿瘤治疗

- 1) 手术切除是目前最有效的方法;
- 2) 化疗效果好的疾病: **急淋**、伯基特**淋**巴瘤、**绒癌**、睾丸精**原**细胞瘤。【记忆: 吉林**绒原**】
- 3) 化疗药物
- 细胞毒类——环磷酰胺、氮芥
  - 抗代谢类——5-氟尿嘧啶、阿糖胞苷
  - 抗生素类——丝裂霉素、阿霉素、博莱霉素
  - 生物碱类——长春新碱、秋水仙碱

**记忆: 细胞毒介胺, 代谢嘧啶苷, 霉素抗生素, 含碱生物碱。**

**记忆总结: 常见化疗药物的副作用: ①磷酰胺——骨髓抑制, 出血性膀胱炎; 长春新碱——周围神经炎; ②阿霉素——心脏毒性; 顺铂——肾毒性 (记忆口诀: 老伯伤肾, 阿妹伤心)。**

- 4) **放疗效较好**的疾病有——**肾母细胞瘤**、**小细胞肺癌**、**性腺肿瘤**、**多**发性骨髓瘤 (记忆口诀: 肾小性多)。

## 六、乳房疾病总论

- 乳腺的基本单位:** 是腺小叶, 腺小叶→腺叶, 每侧乳腺有 15~20 个腺叶。
- 乳管壶腹部是导管内乳头状瘤的好发部位, 典型表现是乳头鲜红色血性溢液。
- 腋区淋巴结分组:** 以胸小肌为界; I 组: 腋下组/胸小肌外侧组; II 组: 腋中组/胸小肌后组; III 组: 腋上组/锁骨下组/胸小肌内侧组。
- 乳腺淋巴液输出途径**
  - ①最常见的是: 腋窝淋巴结→锁骨下淋巴结;
  - ②肋间淋巴管→胸骨旁→交通淋巴管→对侧淋巴结;
  - ③通过肝镰状韧带→肝脏;
- 实验室检查: 确诊金标准——靠穿刺活检, 乳头溢液涂片细胞学;**  
**银标准/筛查——钼靶摄像, 没有选 B 超。**

### 6. 乳腺疾病的特点

疾病	好发人群	特点
急性乳腺炎	哺乳期妇女	乳房红肿热痛
乳腺 <b>纤维瘤</b>	20-25 岁	单个 <b>无痛活动度大</b> 肿块, 与月经 <b>无关</b>

乳腺 <b>囊性增生</b>	25-40 岁	乳房 <b>胀痛</b> ，肿块与月经 <b>有关</b>
乳管内乳头状瘤	40-50 岁	乳头有血性溢液，常见于乳管的壶腹部
乳腺 <b>癌</b>	>40 岁	无痛 <b>单发活动度差</b> 的肿块

## 急性乳腺炎

- 好发**：好发于**哺乳期**妇女，一般产后 3-4 周。
- 病因**：乳汁淤积，乳管堵塞，**金葡菌**经淋巴管侵入。
- 临床表现**：乳房红肿热痛，淋巴结肿大。
- 治疗**：患侧暂停哺乳吸尽乳汁，健侧继续哺乳；①没形成脓肿——保守治疗，用抗生素；②只要触诊出现波动感，提示已形成脓肿——必须切开引流。  
切口是重点：1)乳房浅表或远端脓肿，轮辐状、放射状切口；2)乳晕下脓肿沿乳晕边缘做弧形切口；3)乳房后深部脓肿，沿乳房下缘做弧形切口；4)脓肿较大选择低位对口引流；5)如有隔膜，切开后用手指打开脓肿隔膜，以便充分引流。

**题眼**：哺乳期妇女+乳房红肿疼痛=乳腺炎

## 乳腺囊性增生病

- 特点**：常见于 25~40 岁，乳腺实质过度增生。
- 临床表现**：肿块**周期性疼**和**月经有关**，经前症状加重，经后缓解。
- 治疗**：药物对症治疗，有恶变才需手术。

## 乳房纤维腺瘤

- 特点**：20-25 岁，单个，好发外上界限，边界清楚光滑质硬易活动；不疼、与月经周期**无**关。
- 治疗**：手术。

## 乳腺癌

- 发病因素**：雌激素增多，雌二醇、雌酮与乳腺癌的发病直接相关。
- 病理分型**：①非浸润癌：导管内癌（**预后最好**）；②浸润性癌（浸润性导管癌-最多见占 75%、浸润性小叶癌-**预后最差**）。
- 转移**：**最常见**的转移方式**淋巴转移**→腋窝淋巴结；血行转移易转移到——肺、骨、肝。
- 临床表现**：最好发在**外上象限**，乳房有肿块。

**记忆总结**：

①酒窝征——侵犯 cooper 韧带；铠甲胸——侵犯胸肌筋膜；

②桔皮样变——侵犯表浅淋巴管；

③乳头内陷——侵犯乳管；

④炎性乳癌——红肿热+乳腺癌症状（恶性程度最高），一般无压痛；

⑤湿疹样乳癌——湿疹表现+乳腺癌症状。

## 5. 特殊类型乳癌

1) 炎性乳癌：乳房有红肿、皮温升高，无压痛，同时有淋巴结肿大或有肿块。恶性程度最高，禁忌直接手术，术前化疗—手术—放疗、内分泌治疗。

2) paget 病（湿疹样乳癌）：乳头先出现瘙痒、灼烧感，再出现乳头部湿疹，发展慢，恶性低。病检可见 paget 细胞。

## 6. 乳癌的临床分期

TNM 分期

T: T<sub>1</sub> 肿瘤 ≤ 2cm; T<sub>2</sub> 2cm < 肿瘤 ≤ 5cm; T<sub>3</sub> 肿瘤 > 5cm;

N: N<sub>0</sub> 同侧无淋巴结转移; N<sub>1</sub> 同侧有活动的淋巴结能推动; N<sub>2</sub> 有淋巴结融合;

M: M<sub>0</sub> 无远处转移; M<sub>1</sub> 有远处转移。

0 期	TisN <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
I 期	T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
II 期	T <sub>1</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> 、 T <sub>2</sub> N <sub>0-1</sub> M <sub>0</sub> 、 T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>
III 期	N ≥ 2, 或 T+N ≥ 4
IV 期	M <sub>1</sub> +任何 TN

7. 实验室检查：确诊——细针穿刺细胞学检查。

## 8. 治疗

1) 乳腺癌根治术（Halsted） **最常用**，是外上象限乳癌的首选治疗（切除：乳房+胸大肌+胸小肌+腋窝及锁骨下淋巴结）。

2) 保留乳房的乳腺癌切除术——I、 II 期用，术后必须放化疗。

3) 乳腺癌扩大根治术（乳腺癌根治术+胸骨旁淋巴结清扫）——用于乳腺癌出现胸骨旁淋巴结转移。

4) **炎性乳癌**——术前化疗+手术+术后放疗+内分泌治疗；

5) 所有乳腺癌术后都需要加用化疗；

6) 如果乳腺癌病人体内雌孕激素受体 (ERPR) 阳性 → 首选内分泌去势治疗 —— 首选药物三苯氧胺 (他莫替芬), 即卵巢去势和药物去势; ERPR 阳性+绝经期 —— 芳香化酶抑制剂 (阿那曲唑);

7) 生物靶向治疗: 如果乳腺癌病人体内出现乳腺癌癌基因生长因子 (HER<sub>2</sub>) 过度表达 —— 用曲妥珠单抗。

8) 常用化疗方案: CMF 方案 —— 环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶 —— 6 个周期; CAF 方案 —— 环磷酰胺、阿霉素、氟尿嘧啶 —— 8 个周期。

## 七、中毒

### 1. 临床表现

- 1) 瞳孔扩大 —— 见于阿托品中毒。
- 2) 瞳孔缩小 —— 见于有机磷类杀虫药、吗啡、氯丙嗪中毒。【记忆口诀: 小鸡小蚂蚁】
- 3) 中毒气味: 苦杏仁味 —— 氧化物中毒; 大蒜味 —— 有机磷中毒;
- 4) 皮肤黏膜樱桃红 —— 一氧化碳中毒。

2. 中毒处理: ①立即终止接触毒物 ②及时洗胃 (腐蚀性的强酸中毒不洗胃);

镇静剂中毒 —— 用 1/5000 的高锰酸钾溶液洗胃; 对硫磷禁用高锰酸钾洗胃;

有机磷中毒 —— 用 2% 的碳酸氢钠洗胃, 但敌百虫绝对禁忌用 2% 的碳酸氢钠洗胃;

强酸中毒 —— 禁用碱性溶液洗胃。

### 3. 解毒药

蓄电池厂上班的 —— 铅中毒 —— 解毒剂: 依地酸二钠钙;

体温计厂上班的 —— 汞中毒 (震颤) —— 解毒剂: 二巯丙醇;

氰化物中毒 —— 解毒剂: 亚硝酸盐/美蓝;

老鼠药 (氟乙酰胺、氟乙酸钠) 中毒 —— 解毒剂: 乙酰胺。

总结: 铅锰二钠钙; 砷汞二二巯; 氰化亚硝美; 氟乙鼠乙酰; 苯二氮卓类用氟马西尼; 苯中毒 —— 易得白血病; 刺激性气体中毒 —— 氯气、氨气。

## 急性有机磷杀虫药中毒

1. 发病机制: 抑制乙酰胆碱酯酶的活性, 所以造成乙酰胆碱不能降解在体内大量堆积。

2. 临床表现: 肌肉 **颤抖**、瞳孔 **缩小**、神志模糊、血压升高 (下降)、呼吸有 **大蒜味**。

	特点
中枢神经系统表现	烦躁不安, 抽搐昏迷, 瞳孔缩小

毒蕈碱样症状(M受体)	腺体分泌亢进, 平滑肌痉挛, 即带孔的、带眼的全流水——M样症状和肺水肿, 治疗用阿托品
烟碱样症状(N受体)	肌束震颤——恢复胆碱酯酶活性, 治疗用氯解磷定
迟发型多发性神经病	症状消失 2-3 周后出现神经系统运动感觉障碍, 是因为抑制了靶酯酶, 胆碱酯酶活性正常
中间综合症	有机磷中毒缓解 1~4 天后突然加重, 出现四肢无力、呼吸困难, 甚至治疗后突然死亡; 原因是抑制了胆碱酯酶的活性

注: 敌敌畏中毒后, 贫血会持续一段时间, 需等红细胞再生恢复; 乐果中毒易出现好转后突然死亡。

### 3. 实验室检查:

①**确诊/首选——胆碱酯酶活力测定**: 是诊断有机磷杀虫药中毒的特异性指标, 胆碱酯酶活力降低 70%以上可以确诊; ②其次, 尿中发现硝基芬——对硫磷中毒; ③尿中发现三氯乙醇——敌百虫中毒。

### 4. 治疗: 早期、联合、足量、重复用药。

- 1) 治疗关键: 立即终止解除毒物、马上洗胃;
- 2) 肺水肿、呼吸麻痹——阿托品。看是否有效, 看瞳孔, 如果发现瞳孔比正常打, 说明阿托品中毒, 立即用**毛果芸香碱对抗**。恢复胆碱酯酶活性——用氯解磷定。
- 3) **灌肠促进毒物排泄, 要用活性炭, 绝对禁忌硫酸镁** (镁离子大量吸收导致呼吸抑制)。
- 4) 最主要死亡原因: 呼吸衰竭。
- 5) **胆碱酯酶**活力在神经末梢恢复最快。

## 急性 CO 中毒

1. **机制**: CO 和 Hb 的结合力强, 是 O<sub>2</sub> 和 Hb 结合力的 240 倍, 形成碳氧血红蛋白, 结合紧密, 不携氧, 不解离, CO 无色无味。

### 2. 临床表现:

- 1) 皮肤粘膜**樱桃红色**;
- 2) **特异性表现——迟发性脑病**: 中毒后 2~60 天出现, 清醒后又出现精神神经系统表现; 损伤最严重的是大脑。

3. **实验室检查**: 确诊——查 COHB。

4. 治疗：立即终止吸入 CO，高压吸氧，防止脑水肿——用甘露醇。

#### 镇静药中毒

记忆：

①苯二氮卓类中毒——作用于边缘系统，增强 GABA 的功能——用氟马西尼；

②苯巴比妥类中毒——作用用大脑的网状结构——碱化尿液，利尿；

③吩噻嗪类中毒——作用用大脑的网状结构——对症治疗，血液净化。

## 中暑

1. 病因：对高温环境适应不充分。

#### 2. 临床表现

1) 热痉挛——高热+肌肉痉挛，主要**腓肠肌痉挛**；

2) 热衰竭——高温  $\leq 40$  度，出现脱水，恶心、呕吐，心动过速等**循环衰竭**表现；

3) 热射病——致命性急症，体温  $> 41$  度，出现神志障碍。

3. 治疗：降温，中暑病人的预后取决于发病 30 分钟内的降温到 39 度（**黄金半小时**）。

## 八、风湿性疾病概论

1. 分类：风湿性疾病是影响骨关节及其周围组织的疾病，大多表现为结缔组织病，主要包括弥漫性结缔组织病（CTD）、脊柱关节病、退行性病变。

1) 弥漫性结缔组织病：是自身免疫病，包括干燥综合症、类风湿性关节炎、硬皮病、系统性红斑狼疮、皮炎【执考记忆口诀：干湿硬狼肌】

2) 脊柱关节病：包括强直性脊柱炎、反应性关节炎又叫 Reiter 综合症

3) 退行性病变：骨关节炎。

2. 病理特点：风湿性疾病最常见的非炎症性改变是骨关节炎——是退行性改变（非炎症）。

总结：类风关——滑膜炎；系统性红斑狼疮——小血管炎；

干燥综合症——唾液腺炎；强直性脊柱炎——附着点炎。

3. 检查：首选检查是抗体检查。①SLE——抗 SM 抗体；②干燥综合征——抗 SSA 抗体；③类风湿性关节炎——CCP 抗体。

## 九、系统性红斑狼疮 SLE

1. 特点：好发 20~40 岁的青年女性，血清中有抗核抗体，累及肾脏，多器官功能损害，27.9%~70%的出现临床肾脏受累。

---

2. 发病机制：体内产生大量致病性自体抗体，形成免疫复合物；

- 1) DNA 抗体——导致肾脏损害，引起蛋白尿。
- 2) 抗 SSA 抗体——通过胎盘进入胎儿心脏引起胎儿房室传导阻滞。
- 3) 抗磷脂抗体——血小板减少、形成血栓、流产不孕。
- 4) 抗 RNP 抗体——引起皮肤先苍白再发紫最后潮红。

3. 特征性病理改变：出现**苏木紫小体**，**洋葱皮样变性**。

4. 临床表现：最常见的一一皮肤、黏膜，关节痛。

- 1) 最常见皮肤黏膜蝶形红斑+关节肿痛（无关节破坏）。
- 2) 累及肾脏，引起蛋白尿，**狼疮性肾炎**：是 SLE **最常见的死亡原因**。
- 3) 累及心脏——心包积液；累及肺——胸腔积液。
- 4) 累及血液系统——白细胞、血小板减少，溶血性贫血（coombs 试验阳性）。

5. 实验室检查

- 1) **抗 sm 抗体**——**首选**检查、**最特异**，是标记性抗体，**不能**反映疾病活动性。
- 2) 抗核抗体 ANA——是最佳**筛选试验**，**无**特异性。
- 3) 抗双链 DNA-dsDNA 反应——**最能反映 SLE 的活动性**，特异性次之，还是狼疮性肾炎的密切抗体。体内 C3、C4 补体下降也可反映活动性。
- 4) 最有价值的**病理学检查/确诊**——是**狼疮带试验**。

6. 治疗：**首选治疗**——**糖皮质激素（泼尼松）**；如病情严重或效果不佳通常需要加用**免疫抑制剂（环磷酰胺）**。羟氯喹是目前协助治疗 SLE 的基础用药和背景用药。

**题眼：青年女性+有关节肿痛+蛋白尿=SLE**