**考点五十四、 胃癌**

　　胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一，好发年龄在 50 岁以上，男性多于女性。

　　(一)病因

　　胃癌的确切病因不十分明确，研究认为与以下因素有关:

　　1.地域环境　在我国的西北与东部沿海地区胃癌发病率比南方地区明显为高。 在世界范围内，日本发病率最高，而美国则很低。

　　2.饮食生活　长期食用熏烤、盐腌食品的人群中胃癌发病率高，与食品中亚硝酸盐、真菌毒素、多环芳烃化合物等致癌物或前致癌物含量高有关，吸烟者的胃癌发病危险较不吸烟者高 50%。

　　3.幽门螺杆菌(Hp)感染　是引发胃癌的主要因素之一。 Hp 感染率高的国家和地区，胃癌发病率也增高。Hp 阳性者胃癌发生的危险性是 Hp 阴性者的 3~6 倍。

　　(二)临床表现

　　1.根据肿瘤的部位不同，也有其特殊表现。 贲门癌可有胸骨后疼痛和进食梗阻感，近幽门的胃癌可因幽门部分或完全性梗阻而发生呕吐，呕吐物多为隔夜宿食和胃液。

　　2.早期胃癌多数患者无明显症状，有时出现上腹部不适，进食后饱胀、恶心等非特异性症状，有时按慢性胃炎和十二指肠溃疡治疗，症状可暂时缓解，易被忽视。 随着病情发展，患者可出现症状加重，食欲下降、乏力、消瘦，体重减轻。

　　3.肿瘤破溃或侵犯血管后可有呕血、黑便等消化道出血症状，也有可能发生急性穿孔。 早期患者多无明显体征，晚期患者可触及上腹部质硬、固定的肿块，也可出现左锁骨上淋巴结肿大、直肠前凹扪及肿块、贫血、腹水、黄疸、营养不良的表现。

　　(三)诊断

　　对发病过程和临床表现可疑的病例应进一步检查确诊。 常用的检查方法:

　　1.X 线钡餐检查　上消化道气钡双重造影对诊断和鉴别诊断有较大价值，但早期胃癌仍易漏诊。

　　2.胃镜检查及活检　是确诊本病最可靠的方法。 早期胃癌胃镜下可仅表现为黏膜色调改变(发红或变白)、局部黏膜血管缺失或纹理改变、黏膜质脆易出血等，黏膜染色和放大内镜等有助于病变的识别。

　　3.其他　粪隐血试验持续阳性对诊断有参考价值。 超声和 CT 检查有助于了解胃癌的转移情况。 超声内镜检查有助于了解胃癌侵犯胃壁的深度和周围淋巴结转移情况。

　　(四)筛查

　　普查筛选是提高早期胃癌诊断率的主要手段，以下情况是普查筛选(定期检查)的重点人群:

　　1.有胃癌家族史或原有胃病史的人群。

　　2.40 岁以上有上消化道症状而无胆道疾病者。

　　3.原因不明的消化道慢性消化道出血者。

　　4.短期内体重明显减轻，食欲减退者。

**考点五十五、子宫颈癌**

　　(一)临床表现

　　1.症状

　　(1)阴道流血:表现为接触性出血，出血量的多少视病灶大水、侵及间质血管而定。

　　(2)阴道排液:阴道分泌物增多，白色或血性，稀薄如水样，有腥臭。

　　2.体征

　　宫颈癌的正确诊断、临床分期依靠盆腔三合诊检查，即对宫颈局部及其邻近盆腔组织进行仔细而全面的检查。

　　(二)诊断

　　1.宫颈刮片细胞学检查　目前是国内外宫颈癌普查的初筛方法。 一般要求在宫颈移行带区刮片。

　　2.HPV 检测　可作为宫颈癌的一种筛查手段，也可作为细胞学异常者的分流措施。

　　3.阴道镜检查　可提高活检阳性率，并能及时拍摄照片，保存有价值的临床资料。

　　4.活体组织病理检查　CIN 和宫颈癌的确诊方法。 包块不明显者阴道镜指导下的活检和用碘染下多点活检优于盲目活检。

　　5.颈管诊刮术　颈管诊刮术有助于明确宫颈管内有无病变或癌瘤是否累及颈管。

**考点五十六、自发性气胸**

　　(一)初步判断

　　自发性气胸是指因肺部疾病使肺组织和脏层胸膜破裂，或靠近肺表面的肺大疱、细小气肿疱破裂，使肺和支气管内空气逸入胸膜腔。 根据脏层、壁层胸膜破口的情况及其发生后对胸腔内压力的影响，将气胸分为闭合性(单纯性)气胸、张力性(高压性)气胸及交通性气胸。

　　1.临床表现

　　(1)症状:突然一侧胸痛、气急、憋气，可有刺激性咳嗽、少痰。 小量闭合性气胸可有气急，但数小时后逐渐平稳，若积气量较大或原有广泛肺部疾患，患者常不能平卧，张力性气胸患者表情紧张、胸闷、甚至心律失常，常挣扎坐起，烦躁不安，有发绀、冷汗，甚至昏迷，交通性气胸患者常在伤后迅速出现严重呼吸困难、心悸、血压下降甚至休克，可见创口，并可听到空气随呼吸进出的“嘶嘶”声。

　　(2)体征:少量气胸时体征不明显，气胸量大时，气管向健侧移位，患侧胸廓膨隆、呼吸运动减弱、叩诊呈鼓音、呼吸音和语颤减弱或消失、心浊音界减少或消失、肝浊音界下移。 胸部 X 线表现:典型 X 线为肺向肺门萎陷呈圆球形阴影，气胸线以外无肺纹理。 局限性气胸需转动体位透视检查方能发现。

　　2.诊断

　　(1)通常根据气胸的临床表现即可作出初步诊断，确诊需胸部 X 线检查。

　　(2)无法行 X 线检查又高度怀疑气胸时，可在患侧胸腔积气体征最明确处试穿，抽气测压，若为正压且能抽出气体则说明气胸存在。

　　(3)局限性气胸与肺大疱难以鉴别时考虑送上级医院行胸部 CT 检查。

　　(二)现场急救

　　治疗原则　排除胸腔气体，闭合漏口，促进患肺复张，消除病因及减少复发。 胸腔穿刺抽气。 肺压缩>15%，可行胸腔穿刺抽气。 胸刺点常选在患侧胸部锁骨中线第 2 肋间的中间点，而局限性气胸应根据 X 线胸片定位选择最佳穿刺点。 每次抽气不宜超过 1 000 ml。 胸腔闭式引流是最常用的治疗方法，适合于反复气胸、交通性气胸、张力性气胸和部分心肺功能差而症状较重的闭合性气胸者。 插管部位通常在患侧胸部锁骨中线第

　　2 肋间或腋前线第 4 或第 5 肋间。