



正保医学教育网  
www.med66.com

美国纽交所上市公司 | 代码:DL |

2020

# 内科主治医师考试

---

## 高频考点集锦手册 >>>

医学教育网 编

——◆ 主治医师备考之路 陪您前行 助您圆梦 ◆——



# 目 录

<b>2020 内科主治医师考试报考指南</b> .....	1
1. 考试简介 .....	1
2. 报名条件 .....	2
3. 报名时间、方式及入口 .....	2
4. 准考证打印时间 .....	4
5. 考试时间、科目及方式 .....	5
6. 成绩查询 .....	5
7. 合格标准 .....	5
8. 证书领取 .....	5
<b>2020 内科主治医师考试大纲及教材</b> .....	7
1. 考试大纲 .....	7
2. 教材变化 .....	7
<b>2020 内科主治医师考试必备高频考点</b> .....	8



# 2020内科主治医师考试报考指南



## 1. 考试简介

为适应我国人事制度的改革，由人事部与卫生部共同组织实施了卫生专业技术资格考试。卫生部人才交流中心负责报名、资格审核等全部考务工作。国家医学考试中心、国家中医药管理局中医师资格认证中心和国家计划生育委员会分别负责西医、中医、计生部分专业的命题、组卷工作。考试原则上每年进行一次，一般在五月中旬举行。

内科主治医师考试适用人员范围：经国家或有关部门批准的医疗卫生机构内，从事内科学专业工作的人员。

内科主治医师考试专业设置：内科学考试专业设置内科学、心血管内科学、呼吸内科学、消化内科学、肾内科学、神经内科学、内分泌学、血液病学、结核病学、传染病学、风湿与临床免疫学、职业病学共 12 个专业。



## 2. 报名条件

参加内科学主治医师资格考试的人员，必须具备下列条件之一：

- (1)取得医学中专学历，受聘担任医师职务满 7 年。
- (2)取得医学大专学历，从事医师工作满 6 年。
- (3)取得医学本科学历，从事医师工作满 4 年。
- (4)取得临床医学硕士专业学位，从事医师工作满 2 年。
- (5)取得临床医学博士专业学位。

参加内科主治医师资格考试的人员必须先取得执业医师资格，并在报名时提交相应专业执业医师资格证书。因工作岗位变动，需报考现岗位专业类别的人员，其从事现岗位专业工作时间须满两年。

报名条件中学历或学位的规定，是指国家教育和卫生行政部门认可的正规院校毕业学历或学位。工作年限计算的截止日期为考试前一年度的年底，报名参加 2020 年度内科主治医师资格考试的人员，其学历取得日期和从事本专业工作年限均截止 2019 年 12 月 31 日。

## 3. 报名时间、方式及入口

内科主治医师考试报名分为网上报名和现场确认。一般在前

一年 12 月份~考试当年 1 月份。

2020 年内科主治医师考试报名时间已公布，具体时间、流程如下：

(1)网上报名：

2020 年内科主治医师考试网上报名时间为 2019 年 12 月 24 日-2020 年 1 月 13 日。

网上报名步骤：

步骤 1、考生在中国卫生人才网上查看报名声明，阅读并同意后点击进入报名流程。

步骤 2、查看报名流程：了解报名顺序及注意事项后点击开始报名，进入报名页面。

步骤 3、进入网报系统，注册并填写网上报名申报表。考生可以在报名后，凭借“个人证件编号”及个人密码，登录网站查询、修改个人报名信息。填报个人报名信息。考生确认、保存报名信息后，系统提示“报名成功”。

步骤 4、考生确认填报信息无误后，可以打印《卫生专业技术资格考试报名申请表》。

(2)现场确认：

2020 年内科主治医师考试现场确认时间，各地区可根据具体情况自行安排确认时间。

现场确认步骤：

考生持所打印的《卫生专业技术资格考试报名申请表》，按照所在考点的具体要求，进行现场报名及资格审核。申报表盖章：考生应携带申报表至所在单位或档案存放单位审查盖章。提交书面报名材料（如身份证、毕业证书原件及复印件等），并确认个人报名信息签字，交费。

现场审核确认所需证件及有关材料：（以当地报名通知为准）

1. 《卫生专业技术资格考试报名申报表》一份（A4 规格）；
2. 本人有效身份证明及复印件；
3. 毕业证书和学位证书原件；
4. 专业技术职务任职资格证书、聘书原件或聘用证明原件；
5. 相关准入资格证书原件；
6. 工作岗位变动的报考人员须提交转入现岗位的有关证明；
7. 已参加卫生专业技术资格考试者，须提交以往考试成绩单或准考证原件、复印件。

注意事项：考生在确认单上签字后，不得再对报名信息进行修改。凡未按期到所选考点或其下设报名点进行现场确认的，视为自动放弃本次考试。

#### 4. 准考证打印时间

2020 年卫生资格准考证打印时间为 5 月 8 日-31 日。以此时



间为参考，内科主治医师准考证打印需要在参考前完成。

## 5. 考试时间、科目及方式

内科主治医师考试时间一般在每年的 5-6 月份考试，2020 年卫生资格考试时间为：5 月 23 日、24 日、30 日、31 日，以此时间为参考，预计内科主治医师考试时间在 5 月 23 日，具体以官方最终通知为准。

## 6. 成绩查询

内科主治医师考试成绩一般为考后 2 个月公布，考生可登录“中国卫生人才网”进行查询。

## 7. 合格标准

全国卫生专业技术资格考试成绩在初、中级各专业各科目中以 100 为满分计算，考试成绩有效期为 2 年。所有 4 个科目在 2 年内全部合格者可申请该级专业技术资格。

## 8. 证书领取

参加卫生专业技术资格考试并成绩合格者，由人事局颁发人事部统一印制，人事部、卫生部用印的专业技术资格证书。该证书在全国范围内有效。

想要获取更多内科主治医师考试动态、政策等消息，可以扫码下方二维码，查看医学教育网内科主治医师报考指南。



(内科主治医师报考指南页面)

# 2020内科主治医师考试大纲及教材



## 1. 考试大纲

2020 内科主治医师考试大纲已经公布，可以扫码下方二维码，及时了解最新大纲公布情况。



(内科主治医师考试大纲)

## 2. 教材变化

2020 内科主治医师考试教材变化已经公布，可以扫码下方二维码，及时了解最新教材公布情况。



(内科主治医师考试教材变化)



## 2020内科主治医师考试必备高频考点

**备考要点 1：**发热是指当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍，体温升高超出正常范围。口测法：36.3~37.2℃；肛测法：36.5~37.7℃；腋测法：36~37℃。

**备考要点 2：**发热的分度口测法为准

低热	37.3~38℃
中等度热	38.1~39℃
高热	39.1~41℃
超高热	41℃以上

**备考要点 3：**咳嗽的音色

- ①声音嘶哑：声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经；
- ②鸡鸣样咳嗽：多见百日咳等；
- ③金属音咳嗽：常见因纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌直接压迫气管所致。

**备考要点 4：**小量咯血：24 小时咯血量在 100ml 以内，中等量咯血：100~500ml，大咯血：500ml 以上（或一次咯血超过



300ml)。

**备考要点 5：**发绀：指血液中还原性血红蛋白增多使皮肤和黏膜呈青紫色改变的一种表现，也称发绀。常发生在口唇、指(趾)、甲床等。

**备考要点 6：**中心性发绀：心肺疾病引起的呼吸衰竭等导致  $\text{SaO}_2$  降低。肺性发绀、心性混合性发绀(异常通道分流)。周围性发绀：瘀血性周围性发绀、缺血性周围性发绀。

**备考要点 7：**胸壁疼痛的特点：

部位局限，有压痛。皮肤病变可有红、肿、热；

带状疱疹疼痛呈刀割样、灼伤样，剧烈难忍，持续时间长；

非化脓性肋软骨炎局部可隆起，压痛明显，活动时加重。

**备考要点 8：**平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致的疼痛为阵发性，炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。

**备考要点 9：**心源性呼吸困难

①左心衰竭发生呼吸困难的机制：主要原因是肺淤血和肺泡弹性降低。

②右心衰竭所致呼吸困难：主要原因是体循环淤血。

**备考要点 10：**血源性呼吸困难：多由红细胞携氧量减少、血氧含量降低所致。表现为呼吸浅、心率快。见于重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症。

**备考要点 11：**水肿发生机制：保持组织液平衡的主要因

素有：

- ①毛细血管内静水压；
- ②血浆胶体渗透压；
- ③组织间隙机械压力(组织压)；
- ④组织液胶体渗透压。

### 备考要点 12：中枢性呕吐

颅压增高	脑水肿、颅内占位病变等
化学感受器受刺激	酮症酸中毒、代谢性酸中毒
脑血管功能障碍	偏头痛等
神经性呕吐	神经性厌食症

**备考要点 13：内脏性腹痛：**①疼痛部位不确切，接近腹中线；②疼痛感觉模糊，多为痉挛、不适、钝痛、灼痛；③常伴恶心、呕吐、出汗等其他自主神经兴奋症状。

### 备考要点 14：腹泻临床表现

急性感染性腹泻	常有不洁饮食史，多呈糊状或水样便，少数为脓血便
慢性腹泻	排便次数增多，可为稀便，或带黏液、脓血，见慢性细菌性痢疾
阿米巴痢疾	粪便呈暗红色或果酱样
细菌性痢疾	里急后重、黏液脓血便

**备考要点 15:** 隐性黄疸: 血清胆红素浓度为  $17.1 \sim 34.2 \mu\text{mol/L}$  ( $1 \sim 2 \text{mg/dl}$ ) 时, 而肉眼看不出; 显性黄疸: 血清胆红素浓度高于  $34.2 \mu\text{mol/L}$  ( $2 \text{mg/dl}$ ) 时, 巩膜、皮肤、黏膜以及其他组织和体液出现黄染。

**备考要点 16:** 出血点或瘀点:  $<2 \text{mm}$ , 紫癜: 出血直径为  $3 \sim 5 \text{mm}$ , 瘀斑:  $>5 \text{mm}$ 。

**备考要点 17:** 几种异常脉搏:

水冲脉: 脉搏骤起骤落, 急促而有力, 犹如水冲的感觉, 系脉压增大所致。交替脉: 脉搏节律规则而强弱交替出现, 为左心功能不全早期的重要体征之一。奇脉: 又称吸停脉, 指平静吸气时脉搏明显减弱或消失。见于大量心包积液、缩窄性心包炎等。短绌脉: 单位时间内脉率小于心率, 也称脉搏短绌。见于房颤。

**备考要点 18:** 常见的强迫体位: 强迫坐位(端坐呼吸)、强迫仰卧位、辗转体位、强迫蹲位(蹲踞)、强迫停立位、角弓反张位。

**备考要点 19:** 瞳孔缩小: 见于虹膜炎症、中毒(有机磷类农药中毒)、药物反应(吗啡、氯丙嗪等); 瞳孔扩大: 见于外伤、视神经萎缩、完全失明、药物影响等。双侧瞳孔散大, 并且伴有对光反射消失为濒死状态的表现。瞳孔大小不等: 常提示有颅内病变, 如脑外伤、脑肿瘤等见于脑疝居多。

**备考要点 20:** 甲状腺肿大分 3 度 I 度: 看不见, 但能摸的到; II 度: 能看见, 能摸到, 但不超过胸锁乳突肌后缘; III 度: 能看见, 能摸到, 且超过了胸锁乳突肌后缘。甲状腺肿大常见甲状腺功能亢进、单纯性甲状腺肿、甲状腺癌、慢性淋巴性甲状腺炎(桥本甲状腺炎)等。

**备考要点 21:** 苯的慢性中毒早期最常见的是神经衰弱综合征, 表现为头晕、头痛乏力、失眠或多梦、性格改变、记忆力减退等。

**备考要点 22:** 正常人呼吸 16~18 次/分, 与脉搏之比为 1:4, 节律均匀而整齐。

呼吸过快: >24 次/分, 见缺氧、代谢旺盛(如高热)。

呼吸过缓: <12 次/分, 见于呼吸中枢抑制及颅高压等。

**备考要点 23:** 结核性脑膜炎脑脊液常规检查:

①脑脊液压力 半数以上压力增高, 一般在 200~400mmH<sub>2</sub>O。(正常: 80~180mmH<sub>2</sub>O)。

②脑脊液外观 多为无色透明(正常脑脊液无色透明), 蛋白含量增高时则为浑浊的毛玻璃甚至为黄色。部分病人脑脊液静置后表面有薄膜形成, 但不是结脑特异性表现。

③细胞数 多为(300~500)×10<sup>6</sup>/L, 早期结脑中性粒细胞较多, 随着病程延长, 淋巴细胞、大淋巴样细胞、单核细胞、浆细胞并存, 表现为混合性细胞反应, 经治疗病情好转后, 主要为淋



巴及单核细胞。

④生化改变 结脑时蛋白定量多为  $1 \sim 3\text{g/L}$ ，少数病人达  $5\text{g/L}$  以上；半数以上病人糖低于  $2.5\text{mmol/L}$ ，多数患者氯化物降低，且可发生于脑脊液糖降低之前。

**备考要点 24：异常胸廓：**

1. 桶状胸：前后径：左右径  $\geq 1$ ，同时伴肋间隙增宽，见肺气肿。

2. 佝偻病胸：佝偻病所致胸廓改变。包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。

3. 脊柱畸形所致胸廓畸形：脊柱前凸、后凸或侧凸造成胸廓形态异常。见脊柱结核、外伤等。

4. 单侧胸廓形态异常：

①单侧胸廓膨隆：见大量胸腔积液、气胸等。

②单侧胸廓塌陷：见胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

**备考要点 25：潮式呼吸 (Cheyne-Stokes 呼吸)：**间歇性高通气和呼吸暂停周期性交替。呼吸暂停持续  $15 \sim 60$  秒，然后呼吸幅度逐渐增加，达到最大幅度后慢慢降低直至呼吸暂停。见药物所致呼吸抑制、充血性心力衰竭、大脑损害(通常在脑皮质水平)。

间停呼吸 (Biot's 呼吸)：呼吸暂停后呼吸频率和幅度迅速恢

复到较正常稍高水平，然后在呼吸暂停时呼吸迅速终止。见颅内压增高、药物所致呼吸抑制、大脑损害（通常在延髓水平）。

**Kussmaul 呼吸：**呼吸深快。见代谢性酸中毒。

**叹息样呼吸：**见神经症。

**备考要点 26：**胸部异常叩诊音：

**浊音或实音：**肺部大面积含气量减少的病变，如肺炎、肺不张、肺肿瘤等；胸腔积液（实音）或胸膜增厚等病变。

**过清音：**肺张力减弱而含气量增多时，如 COPD 等。

**鼓音：**肺内空腔性病变如其腔径大于 3~4cm，且靠近胸壁时，如空洞型肺结核、液化肺脓肿和肺囊肿等，胸膜腔积气、气胸。

**空瓮音：**若空洞巨大、位置表浅且腔壁光滑或张力性气胸的患者，叩诊时局部虽呈鼓音，但因具有金属性回响，故又称空瓮音。

**浊鼓音：**当肺泡壁松弛、肺泡含气量减少的情况下，如肺不张、肺炎充血期或消散期、肺水肿等，局部叩诊时可呈一种兼有浊音和鼓音特点的混合性叩诊音，称浊鼓音。

**备考要点 27：**心尖搏动：

**正常心尖搏动：**第 5 肋间，左锁骨中线内 0.5~1.0cm，搏动范围直径 2.0~2.5cm。

**心尖搏动移位：**右心室增大，向左侧移位；左心室增大，向

左下移位。

负性心尖搏动：心脏收缩时，心尖搏动内陷，见粘连性心包炎、重度右室肥大。

**备考要点 28：**心前区震颤部位及其临床意义：

胸骨右缘第 2 肋间、收缩期震颤，见主动脉瓣狭窄（风湿性、先天性、老年性）。

胸骨左缘第 2 肋间、收缩期震颤，见肺动脉瓣狭窄（先天性）。

胸骨左缘 3~4 肋间、收缩期震颤，见室间隔缺损（先天性）。

胸骨左缘第 2 肋间、连续性震颤，见动脉导管未闭（先天性）。

心尖部、收缩期震颤，见重度二尖瓣关闭不全（风湿性或其他病因）。

心尖部、舒张期震颤，见二尖瓣狭窄（风湿性）。

**备考要点 29：**心浊音界改变及临床意义：

左心室增大：心界向左下增大，靴形心，见高血压病、主动脉瓣病变。

右心室增大：心界向两侧扩大，以向左显著，见肺心病、二尖瓣狭窄。

左右心室增大：心界向两侧扩大，左侧以向左下为主，见扩张型心肌病。



左房增大并发肺动脉段扩大：左侧第 2、3 肋间心界增大，心腰凸出，梨形心，见二尖瓣狭窄。

心包积液：心界向两侧扩大，可随体位改变而变化，呈烧瓶样心包积液。

**备考要点 30：**各瓣膜听诊区的部位和听诊顺序：

1. 听诊区：

- ①二尖瓣区位于心尖部；
- ②肺动脉瓣区位于胸骨左缘第 2 肋间；
- ③主动脉瓣区位于胸骨右缘第 2 肋间；
- ④主动脉瓣第二听诊区位于胸骨左缘第 3 肋间；
- ⑤三尖瓣区位于胸骨下段左缘。

2. 听诊顺序：从心尖部开始至肺动脉瓣区、主动脉瓣区、主动脉瓣第二听诊区、三尖瓣区。

**备考要点 31：**板状腹：见于急性胃肠穿孔或脏器破裂所致急性弥漫性腹膜炎。揉面感或柔韧感多见于结核性腹膜炎，此征亦可见于癌性腹膜炎。

**备考要点 32：**肌力：

0 级：肌肉完全瘫痪；

I 级：肌肉稍有收缩、但关节无活动；

II 级：能带动肢体活动、床上平行移动，不能对抗自身重力；

Ⅲ级：能带动肢体活动、能对抗自身重力、但不能抵抗阻力；

Ⅳ级：可对抗自身重力阻力和轻微阻力；

Ⅴ级：肌力完全正常。

**备考要点 33：**慢性阻塞性肺疾病简称慢阻肺，是以持续气流受限为特征的可以预防和治疗疾病，其气流受限多呈进行性发展，与气道和肺组织对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常慢性炎症反应有关。

**备考要点 34：**慢性阻塞性肺疾病是持续气流受限致肺通气功能障碍。通气与血流比例失调与弥散障碍共同作用，导致换气功能发生障碍；通气和换气功能障碍可引起缺氧和二氧化碳潴留，最终出现呼吸功能障碍。

**备考要点 35：**支气管哮喘：气道免疫-炎症机制

①气道炎症形成机制：气道慢性炎症反应是由多种炎症细胞、炎症介质和细胞因子共同参与、相互作用的结果。根据变应原吸入后哮喘发生的时间，可分为早发型哮喘反应、迟发型哮喘反应和双相型哮喘反应。

②气道高反应性(AHR)：是指气道对各种刺激因子呈现的高度敏感状态，表现为患者接触这些刺激因子时气道出现过强或过早的收缩反应，是哮喘的基本特征。气道慢性炎症是导致AHR的重要机制之一，AHR常有家族倾向，受遗传因素的

影响。

③气道重构：哮喘的重要病理特征。气道重构使哮喘患者对吸入激素的敏感性降低，出现不可逆气流受限以及持续存在的AHR。气道重构的发生主要与持续存在的气道炎症和反复的气道上皮损伤/修复有关。

### **备考要点 36：肺炎病因分类**

①细菌性肺炎：如肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎克雷伯杆菌等。

②非典型病原体所致肺炎：如军团菌、支原体和衣原体等。

③病毒性肺炎：如冠状病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒等。

④肺真菌病：如念珠菌、曲霉、毛霉等。

⑤其他病原体所致肺炎：如立克次体、弓形体、寄生虫等。

⑥理化因素所致的肺炎：如放射性肺炎、化学性肺炎、类脂性肺炎等。

**备考要点 37：压力负荷(后负荷)过重：**见高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄等左、右心室收缩期射血阻力增加的疾病。

容量负荷(前负荷)过重：①心脏瓣膜关闭不全，血液反流，如主动脉瓣关闭不全、二尖瓣关闭不全等；②左、右心或动静脉分流性先天性心血管病如间隔缺损、动脉导管未闭等。



**备考要点 38：**原发性高血压病因：

①遗传因素。

②环境因素摄盐过多，高蛋白质摄入、饮食中饱和脂肪酸多、饮酒、精神应激、吸烟。

③其他因素体重、药物等。

**备考要点 39：**稳定型心绞痛发病机制：由于冠状动脉狭窄等引起的，冠状动脉血流量不能满足心肌代谢的需要，引起心肌急剧的、暂时的缺血缺氧时，即可发生心绞痛。

**备考要点 40：**ST 段抬高型急性冠脉综合征发病机制：STEMI 是冠状动脉粥样硬化，造成一支或多支血管管腔狭窄和心肌血供不足，而侧支循环未充分建立。在此基础上，使心肌严重而持久地急性缺血达 20~30 分钟以上，即可发生急性心肌梗死(AMI)。

**备考要点 41：**二尖瓣狭窄病因：

①风湿热是二尖瓣狭窄的最常见病因。

②其他主要为老年性二尖瓣环或环下钙化以及婴儿或儿童的先天性畸形等。

**备考要点 42：**消化性溃疡的病因与发病机制：

①幽门螺杆菌为消化性溃疡的重要病因。

②非甾体抗炎药 NSAIDs 是引起消化性溃疡的另一个常见病因。



③消化性溃疡的最终形成是由于胃酸/胃蛋白酶对黏膜自身消化所致。

④其他因素吸烟、遗传、急性应激等。

**备考要点 43：抗疟原虫治疗：**

①杀灭红细胞内裂体增殖疟原虫的药物：氯喹、青蒿素及其衍生物、磷酸咯萘啶、哌喹、盐酸氨酚喹啉、盐酸甲氟喹。

②杀灭红细胞内疟原虫配子体和迟发型子孢子的药物：磷酸伯氨喹、他非诺喹(特芬喹)。

**备考要点 44：急性胰腺炎：**

①急性水肿型，较多见，病变可累及部分或整个胰腺，以尾部为多见。胰腺肿大、充血、水肿和炎症细胞浸润，可有轻微的局部坏死。

②急性出血坏死型：相对较少，胰腺内有灰白色或黄色斑块的脂肪组织坏死，出血严重者，胰腺呈棕黑色并伴有新鲜出血，坏死灶外周有炎症细胞浸润。

**备考要点 45：重症急性胰腺炎：**由于炎症波及全身，可有其他脏器如小肠、肺、肝、肾等脏器的炎症病理改变；由于胰腺大量炎性渗出，常有胸、腹水等。

**备考要点 46：移动性浊音：**患者仰卧，自腹中部脐水平面开始向患者左侧叩诊，发现浊音，板指固定不动，嘱患者右侧卧位，再次叩诊如为鼓音，提示浊音移动。同样方法向右侧叩诊，



叩浊音后嘱患者左侧卧位以核实浊音是否移动。阳性提示腹腔游离腹水在 1000ml 以上。

**备考要点 47：**慢性肾衰急性加重的危险因素主要有：

- ①累及肾脏的疾病复发或加重；
- ②有效血容量不足；
- ③肾脏局部血供急剧减少；
- ④严重高血压未能控制；
- ⑤肾毒性药物；
- ⑥泌尿道梗阻；
- ⑦其他：严重感染、高钙血症、肝衰竭、心力衰竭等。

**备考要点 48：**洋地黄中毒的处理：发生洋地黄中毒后应立即停药。单发性室性期前收缩、一度房室传导阻滞等停药后常自行消失；对快速性心律失常者，如血钾浓度低则可用静脉补钾，如血钾不低可用利多卡因或苯妥英钠。电复律一般禁用，因易致心室颤动。有传导阻滞及缓慢性心律失常者可用阿托品皮下或静脉注射，一般不需安置临时心脏起搏器。

**备考要点 49：**LL 分为三个亚型

- ①L1 型：原始和幼稚细胞以小细胞为主（直径 $\leq 12\mu\text{m}$ ）。
- ②L2 型：原始和幼稚细胞以大细胞为主（直径 $>12\mu\text{m}$ ）。
- ③L3 型（Burkitt 型）：原始和幼稚淋巴细胞以大细胞为主，大小较一致，胞浆内有许多空泡。

**备考要点 50：急性髓系白血病(AML)**

分型	中文名	特点
M <sub>0</sub>	急髓微分化型	骨髓原始细胞>30%，无嗜天青颗粒及 Auer 小体，氧化酶(MPO)(+)，CD <sub>33</sub> 或 CD <sub>13</sub> 阳性
M <sub>1</sub>	急粒未分化型	原始细胞占骨髓非红系有核细胞(NEC)>90%，其中 MPO 阳性细胞>3%
M <sub>2</sub>	急粒部分分化型	原粒细胞占 NEC 的 30%~89%，其他粒细胞≥10%，单核细胞<20%
M <sub>3</sub>	急性早幼粒细胞白血病	骨髓中以颗粒增多的早幼粒为主，早幼粒在 NEC 中≥30%
M <sub>4</sub>	急粒-单核细胞白血病	骨髓中原始细胞占 NEC>30%，各阶段粒细胞 30%~80%，各阶段单核细胞>20%
M <sub>5</sub>	急单	骨髓中各阶段单核细胞占骨髓 NEC 的≥80%，原始单核细胞≥80%为 M5a，<80%为 M5b
M <sub>6</sub>	红白血病	骨髓中幼红细胞≥50%，NEC 中原始细胞≥30%
M <sub>7</sub>	急性巨核细胞白血病	骨髓中原始巨核细胞≥30%，血小板抗原阳性，血小板过氧化物酶阳性

**备考要点 51：对有以下症状者应警惕强直性脊柱炎的可能：**

- ①隐匿性腰背痛或不适，活动后减轻；
- ②年龄<40 岁；
- ③症状持续 3 个月以上。



**备考要点 52:** 由于 SLE 的免疫反应异常, 最为突出的是 T 淋巴细胞功能异常和 B 淋巴细胞的高度活化和产生多种自身抗体为本病的免疫学特征, 也是该病发生和延续的主要因素之一。细胞因子网络失衡、细胞凋亡异常、免疫复合物清除能力下降等, 促使免疫应答异常。自身抗体与相应抗原形成免疫复合物, 并沉积于不同组织器官是 SLE 的主要发病机制。

**备考要点 53:** 类风湿性关节炎: 基本病理为滑膜炎和血管炎, 滑膜炎是关节表现的基础, 血管炎是关节外表现的基础。在急性期滑膜充血水肿, 有大量中性白细胞浸润, 滑膜炎症大量渗出, 出现关节腔积液, 关节液的中性白细胞数明显增加。

**备考要点 54:** 伤寒病理特点是全身单核吞噬细胞系统增生性反应, 回肠下段集合淋巴结和孤立淋巴滤泡病变最为显著。

**备考要点 55:** 急性胰腺炎时, 血清淀粉酶于起病后 2~12 小时开始升高, 48 小时开始下降, 持续 3~5 天。由于唾液腺也可产生淀粉酶, 当患者无急腹症而有血淀粉酶升高时, 应考虑其来源于唾液腺。胰源性胸、腹水和胰腺假性囊肿中的淀粉酶常明显升高。

**备考要点 56:** 急性上呼吸道感染 70%~80% 由病毒引起, 包括鼻病毒、冠状病毒、腺病毒、流感和副流感病毒以及呼吸道合胞病毒、埃可病毒和柯萨奇病毒等。20%~30% 的上呼吸道感染为细菌引起, 以口腔定植菌溶血性链球菌为多见, 其次为流感嗜

血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等，偶见革兰阴性杆菌。老幼体弱，免疫功能低下或有慢性呼吸道疾病者易发病。

**备考要点 57：**急性病毒性咽炎：由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床表现为咽痒和灼热感，咽痛不明显，咳嗽少见。

**备考要点 58：**流行性感冒：临床表现：潜伏期 1~3 天。起病急骤，主要以全身中毒症状为主，出现畏寒、高热、头痛、头晕、全身酸痛、乏力等中毒症状，鼻咽部症状较轻，有食欲减退。胃肠型：腹痛、腹胀、呕吐和腹泻等。肺炎型：肺炎，甚至呼吸衰竭。中毒型：全身毒血症，严重者可致休克、循环衰竭、死亡。

**备考要点 59：**慢性支气管炎：缓慢起病，病程长，反复急性发作而病情加重。主要症状为咳嗽、咳痰，或伴有喘息或气急。早期多无异常体征，急性发作期可在背部或双肺底听到干湿啰音，咳嗽后可减少或消失。如合并哮喘可闻及广泛哮鸣音并伴呼气期延长。

**备考要点 60：**慢性支气管炎：X 线检查早期无异常。反复发作者表现为肺纹理增粗、紊乱，呈网状或条索状、斑点状阴影，以双下肺野明显。

**备考要点 61：**慢性阻塞性肺疾病体征：早期可无异常，随病情进展出现桶状胸、呼吸变浅，频率增快、缩唇呼吸、双侧语

颤减弱、肺部叩诊过清音，心浊音界缩小，肺下界和肝浊音界下降；两肺呼吸音减弱，呼气延长，部分可闻及湿啰音和(或)干啰音。

**备考要点 62：**长期家庭氧疗(LTOT)指征为：

① $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$  或  $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ ，有或没有高碳酸血症。

② $\text{PaO}_2 55 \sim 60\text{mmHg}$ ，或  $\text{SaO}_2 < 89\%$ ，并有肺动脉高压、心力衰竭所致水肿或红细胞增多症(血细胞比容 $>0.55$ )。

**备考要点 63：**支气管哮喘的临床表现：

1. 症状：①典型表现：发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽是其主要症状。常在夜间及凌晨发作和加重，可在数分钟内发作，经数小时至数天。用支气管舒张药后或自行缓解。

②咳嗽变异性哮喘：以咳嗽为唯一的症状。

③运动性哮喘，一些患者尤其是青少年，症状在运动后出现，称为运动性哮喘。

2. 体征：发作时胸部叩诊呈过清音，可闻及广泛的哮鸣音，呼气延长。重度哮喘发作时，哮鸣音也可消失，被称为“沉默肺”，常提示病情危重。同时还可出现心率增快、奇脉、胸腹矛盾运动和发绀。

**备考要点 64：**支气管哮喘急性发作期分级：

临床特点	轻度	中度	重度	危重
症状	步行或上楼时气短、可有焦虑	稍事活动气短，讲话常中断，时有焦虑	休息时气短，端坐呼吸，单字表达，常有焦虑、烦躁	不能讲话，嗜睡或意识模糊
哮鸣音	散在，呼吸末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱乃至无

**备考要点 65：**左心衰竭引起的呼吸困难：过去称心源性哮喘，多有高血压、心脏病等病史和体征，咳出粉红色泡沫痰，两肺可闻及广泛的湿啰音和哮鸣音，左心界扩大，可闻及奔马律。X 线检查见心脏增大、肺淤血征。若难以鉴别，可雾化吸入  $\beta_2$  受体激动剂或静脉注射氨茶碱。忌用肾上腺素或吗啡。

**备考要点 66：**SABA：治疗哮喘急性发作的首选药物；LABA+ICS 联合——目前最常用的哮喘控制性药物。

**备考要点 67：**呼吸衰竭分类：

	I 型呼衰	II 型呼衰
血气结果	$\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2$ 正常或降低	$\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$
机制	肺换气功能障碍	肺通气功能障碍
常见疾病	严重肺部感染，间质性肺疾病、急性肺栓塞	COPD 最常见

**备考要点 68:** 肺通气不足：缺氧和  $\text{CO}_2$  潴留是 II 型呼衰的发病机制。

弥散障碍：低氧血症为主，是 I 型呼衰的发病机制。

**备考要点 69:** 社区获得性肺炎定义：在医院外罹患的感染性肺实质炎症，包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。

**备考要点 70:** 社区获得性肺炎诊断依据：

- ①新近出现的咳嗽、脓性痰等；
- ②发热；
- ③肺实变体征；
- ④ $\text{WBC} > 10 \times 10^9/\text{L}$  或  $< 4 \times 10^9/\text{L}$ ，伴或不伴中性粒细胞核左移；

⑤胸部 X 线检查示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变。

以上 1~4 项中任何 1 项+第 5 项，可作出诊断。

**备考要点 71:** 肺炎链球菌肺炎：病理：充血期、红色肝变期、灰色肝变期、消散期。

**备考要点 72:** 肺炎链球菌肺炎：X 线检查大片炎症浸润阴影或实变影，在消散期，X 线显示炎性浸润逐渐吸收，可有片状区域吸收较快，呈现“假空洞”征。

**备考要点 73:** 肺炎克雷伯杆菌属肠杆菌属，为革兰阴性杆菌。多见于老年、慢性酒精中毒、慢性支气管肺疾病等。克雷伯

杆菌感染，肺组织发生炎症、出血、坏死。

**备考要点 74：**肺炎克雷伯杆菌肺炎：起病急，高热、咳嗽、胸痛，痰量较多，呈黏稠脓性，可带血，黄绿色或砖红色胶冻样。X 线：表现多样，为大叶实变，有多发性蜂窝状脓肿，叶间裂下坠。

**备考要点 75：**原发性支气管肺癌临床表现：

①原发肿瘤引起症状和体征 刺激性干咳、咯血、气短和喘鸣、发热、体重下降。

②肺外胸内扩展引起的症状和体征：胸痛、侵犯喉返神经引起声音嘶哑、侵犯食管引起咽下困难或气管食管瘘、胸水、上腔静脉阻塞综合征；侵犯颈交感神经（肺上沟瘤，Pancoast 癌）引起 Horner 综合征。

③胸外转移引起的症状和体征：可转移至中枢神经系统、骨骼、肝、胰腺、胃肠道、肾上腺和腹膜后淋巴结出现相应的临床表现。淋巴结转移以锁骨上最多见。

④胸外表现又称副癌综合征，表现为肥大性肺性骨关节病、异位促性腺激素、分泌促肾上腺皮质激素样物、分泌抗利尿激素、神经肌肉综合征、高钙血症、类癌综合征。

**备考要点 76：**中央型肺癌：发生在段支气管以上至主支气管，以鳞癌和小细胞癌较多见。周围型肺癌：发生在段支气管以下，以腺癌较为多见。



**备考要点 77:** 胸部 X 线片: 中央型肺癌靠近肺门的类圆形或不规则团块, 有毛刺或分叶; 肿瘤转移至肺门或纵隔淋巴结, 出现肺门增大、气管分叉角度异常; 伴肺不张或阻塞性肺炎时, 形成反“S”征。周围型肺癌局限性小斑片、圆形或类圆形结节影, 边缘呈分叶状, 常有毛刺, 可有肺门淋巴结肿大; 癌性空洞(壁厚、偏心、内壁不规则、凹凸不平、继发感染时有液平)。高分辨 CT 示肿瘤分叶、边缘毛刺、胸膜凹陷征, 支气管充气征和空泡征, 甚至钙质分布类型。肺泡细胞癌有结节型与弥漫型两种。

**备考要点 78:** 胸膜腔是位于肺和胸壁之间的一个潜在的腔隙。在正常情况下脏层胸膜和壁层胸膜表面上有一层很薄的液体, 在呼吸运动时起润滑作用。任何因素使胸膜腔内液体形成过快或吸收过缓, 即产生胸腔积液。

**备考要点 79:** 恶性胸腔积液常由肺癌、乳腺癌和淋巴瘤等所致。胸水多呈血性、量大、增长迅速, CEA 或其他肿瘤标志物升高, 乳酸脱氢酶(LDH) 多大于 500U/L, 胸水脱落细胞检查、胸膜活检、胸部影像学、支气管镜等, 有助于进一步诊断。

**备考要点 80:** 结核性胸膜炎发病有两个基本条件: 结核杆菌及其代谢产物到达胸膜; 机体对结核杆菌及其代谢产物敏感性增高。两者缺一不可。

**备考要点 81：**系统性红斑狼疮或药物性狼疮患者合并胸腔积液，表现为胸痛、发热，治疗与类风湿胸腔积液相反，SLE 引发的胸腔积液对糖皮质激素很敏感。

**备考要点 82：**乳糜胸的特点为胸水中含有大量甘油三酯，淋巴细胞比例增加。最常见原因为创伤和淋巴瘤造成胸导管破裂。

**备考要点 83：**疟疾的临床表现：

①间日疟和卵形疟的潜伏期 13~15 天，三日疟 24~30 天，恶性疟 7~12 天。

②疟疾的典型症状：突发性寒战、高热和大量出汗。随后体温迅速上升，通常可达 40℃ 以上，伴头痛、全身酸痛、乏力，但神志清醒。随后开始大量出汗，体温骤降，持续时间为 30 分钟至 1 小时。各种疟疾的两次发作之间都有一定的间歇期。间日疟和卵形疟 48 小时，三日疟 72 小时，恶性疟 36~48 小时。

③脑型疟是恶性疟的严重临床类型，亦偶见于间日疟。主要表现为剧烈头痛、发热，常出现不同程度的意识障碍。脑型疟的病情凶险，病死率较高。

④恶性疟病人于短期内发生肾损害，甚至引起急性肾衰竭。

⑤输血后疟疾的表现与蚊传疟疾相同，不会复发。经母婴传播的疟疾常于出生后 1 周左右发病，亦不会复发。

⑥再燃是由血液中残存的疟原虫引起的，因此，四种疟疾都

有发生再燃的可能性。

复发是由寄生于肝细胞内的迟发型孢子引起的，只见于间日疟和卵形疟。

**备考要点 84：**体循环：“左心室→主动脉→各级动脉→全身毛细血管→各级静脉→上下腔静脉→右心房”的循环路线。

**备考要点 85：**左心衰竭：以肺循环淤血及心排血量降低表现为主。

症状：1. 程度不同的呼吸困难：

①劳力性呼吸困难：是左心衰竭最早出现的症状。

②端坐呼吸：肺淤血达到一定的程度时，患者不能平卧。

③夜间阵发性呼吸困难：患者已入睡后突然因憋气而惊醒，被迫采取坐位，呼吸深快。

④急性肺水肿：是“心源性哮喘”的进一步发展，是左心衰竭呼吸困难最严重的形式。

2. 咳嗽、咳痰、咯血。

3. 乏力、疲倦、头晕、心慌。

4. 少尿及肾功能损害

**备考要点 86：**利钠肽：心衰诊断、患者管理、临床事件风险评估中的重要指标，临床常用 BNP 及 NT-proBNP。已接受治疗者利钠肽水平仍高则提示预后差。

**备考要点 87：**心功能分级

心功能Ⅰ级：日常活动量不受限(无症状)。

心功能Ⅱ级：一般日常体力活动轻度受限。

心功能Ⅲ级：一般日常体力活动明显受限，低于一般活动即可引起心衰症状。

心功能Ⅳ级：不能从事任何体力活动，在休息状态下亦存在心功能不全症状。

**备考要点 88：**心衰的治疗目标为防止和延缓心衰的发生；缓解临床症状，提高生活质量；改善长期预后，降低病死率与住院率。

治疗原则：采取综合治疗措施，包括对各种可致心功能受损的疾病如冠心病、高血压、糖尿病的早期管理，调节心力衰竭的代偿机制，减少其负面效应，如拮抗神经体液因子的过度激活，阻止或延缓心室重塑的进展。

**备考要点 89：**利尿剂的应用：对慢性心衰患者原则上利尿剂应长期维持，水肿消失后，应以最小剂量维持使用。但是不能将利尿剂作单一治疗。

常用的利尿剂有：

袢利尿剂：以呋塞米为代表。低血钾是这类利尿剂的主要副作用，必须注意补钾。

噻嗪类利尿剂：以氢氯噻嗪为代表。

保钾利尿剂：常用的有：①螺内酯(安体舒通)；②氨苯蝶

啖。可能产生高钾血症。

一般与排钾利尿剂联合应用时，发生高血钾的可能性较小。电解质紊乱是长期使用利尿剂最容易出现的副作用。血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体阻滞剂等有较强的保钾作用。

**备考要点 90：** $\beta$ 受体拮抗剂：心力衰竭患者长期应用 $\beta$ 受体拮抗剂能减轻症状、改善预后、降低死亡率和住院率。心衰情况稳定已无液体潴留后，首先从小量开始，对于有液体潴留的患者应与利尿剂同时使用。逐渐增加剂量，适量长期维持。

**备考要点 91：**心脏移植：对不可逆慢性心衰患者大多是病因无法纠正的，心肌情况已至终末状态不可逆转。其唯一的出路是心脏移植，有效延长患者寿命。

**备考要点 92：**急性心力衰竭临床表现：突发严重呼吸困难，呼吸频率达每分钟 30~40 次，强迫坐位、面色灰白、发绀、大汗、烦躁，同时频繁咳嗽，咳粉红色泡沫状痰。极重者神志模糊。发病开始有一过性血压升高，病情如不缓解，血压可持续下降直至休克。听诊两肺满布湿啰音和哮鸣音，心尖部第一心音减弱，频率快，可闻及舒张期奔马律，肺动脉瓣第二心音亢进。

**备考要点 93：**心源性休克：指由于心脏泵血功能衰竭，心排出量不足，组织缺血缺氧导致进一步微循环障碍而引起的临床综合征。常见的原因有心肌梗死、心包填塞、严重心律失常等。

诊断标准:

①收缩压(SBP)  $\leq 90\text{mmHg}$  或平均动脉压下降  $\geq 30\text{mmHg}$ , 或高血压患者较原收缩压下降  $60\text{mmHg}$ , 至少持续 30 分钟。

②心排指数(CI)  $\leq 2.2\text{L}/(\text{min} \cdot \text{m}^2)$ 。

③肺毛细血管楔压(PCWP)  $\geq 15\text{mmHg}$ 。

④脏器低灌注: 神态改变、发绀、肢体发冷、尿量减少  $< 0.5\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 。

**备考要点 94:** 窦性心动过速病因: 健康人吸烟、饮茶或咖啡、饮酒、体力活动及情绪激动时。某些病理状态, 如发热、甲状腺功能亢进、贫血、休克、心肌缺血、充血性心力衰竭以及应用肾上腺素、阿托品等药物亦可引起窦性心动过速。

**备考要点 95:** 窦性心动过缓病因: 见于健康的青年人、运动员与睡眠状态。病理状态见颅内疾患、严重缺氧、低温、甲状腺功能减退、阻塞性黄疸、应用拟胆碱药物、胺碘酮、 $\beta$  受体阻滞剂、非二氢吡啶类的钙通道阻滞剂或洋地黄等药物、窦房结病变和急性下壁心肌梗死。

**备考要点 96:** 窦性停搏心电图: 表现为一段较长时间内无 P 波及 QRS 波, 其长间期与正常窦性的 PP 间期之间无倍数关系, 长间期后可见交界区或室性逸搏性心律。

**备考要点 97:** 二度窦房传导阻滞分两型: 莫氏(Mobitz) I 型即文氏(Wenckebach)阻滞, 表现为 PP 间期进行性缩短, 直至出



现一次长 PP 间期，该长 PP 间期短于基本 PP 间期的两倍，此型窦房传导阻滞应与窦性心律不齐鉴别；莫氏 II 型阻滞时，长 PP 间期为基本 PP 间期的整倍数。窦房传导阻滞后可出现逸搏心律。

**备考要点 98：**病态窦房结综合征病因：如纤维化与脂肪浸润、硬化与退行性变、淀粉样变性、甲状腺功能减退、某些感染（布氏杆菌病、伤寒）等，均可损害窦房结，导致窦房结起搏与窦房传导功能障碍；窦房结周围神经和心房肌的病变，窦房结动脉供血减少。迷走神经张力增高，某些抗心律失常药物抑制窦房结功能，亦可导致窦房结功能障碍，应注意鉴别。

**备考要点 99：**房性期前收缩心电图：房性期前收缩的 P 波提前发生，与窦性 P 波形态不同。房性期前收缩下传的 QRS 波群形态通常正常，其后代偿间歇不完全。较早发生的房性期前收缩有时亦可出现宽大畸形的 QRS 波群，称为室内差异性传导。

**备考要点 100：**房性心动过速心电图：

- ①心房率通常为 150~200 次/分；
- ②P 波形态与窦性者不同，在 II、III、aVF 导联通常直立；
- ③常出现二度 I 型或 II 型房室传导阻滞，呈现 2:1 房室传导者亦属常见，但心动过速不受影响；
- ④P 波之间的等电线仍存在（与心房扑动时等电线消失

不同)；

⑤刺激迷走神经不能终止心动过速，仅加重房室传导阻滞；

⑥发作开始时心率逐渐加速。

**备考要点 101：**心房颤动心电图：

①P 波消失，代之以小而不规则的基线波动，形态与振幅均变化不定，称为 f 波；频率 350~600 次/分；

②心室率极不规则，房颤未接受药物治疗、房室传导正常者，心室率通常在 100~160 次/分，药物(儿茶酚胺类等)、运动、发热、甲状腺功能亢进等均可缩短房室结不应期，使心室率加速；

③QRS 波群形态通常正常，当心室率过快，发生室内差异性传导，QRS 波群增宽变形。

**备考要点 102：**原发性高血压病因：

①遗传因素：高血压具有家族聚集性。存在显性遗传和多基因关联遗传两种方式。

②环境因素：摄盐过多，高蛋白质摄入、饮食中饱和脂肪酸多或饱和脂肪酸/不饱和脂肪酸比值高、饮酒、精神应激、吸烟。

③其他因素：体重、药物、睡眠呼吸暂停低通气综合征等。

**备考要点 103：**血压控制目标值：目前一般主张血压控制目标值至少<140/90mmHg。





糖尿病或慢性肾脏病合并高血压者，血压控制目标值 $<130/80\text{mmHg}$ 。

老年收缩期性高血压的降压目标水平，收缩压(SBP) $<140\sim 150\text{mmHg}$ ，舒张压(DBP) $<90\text{mmHg}$  但不低于  $65\sim 70\text{mmHg}$ 。

**备考要点 104：**血管紧张素转换酶抑制剂：根据化学结构分为巯基、羧基和磷酸基三类。常用的有卡托普利、依那普利、贝那普利、赖诺普利、西拉普利、培哚普利、雷米普利和福辛普利等。

**备考要点 105：**高血压急症的临床表现：高血压急症是指短时期内(数小时或数天)血压重度升高，舒张压 $>130\text{mmHg}$  和(或)收缩压 $>200\text{mmHg}$ ，伴有重要器官组织如心脏、脑、肾脏、眼底、大动脉的严重功能障碍或不可逆性损害。高血压急症可以发生在高血压患者，表现为头痛、烦躁、眩晕、恶心、呕吐、心悸及视力模糊等症状，血压以收缩压显著升高为主，也可伴有舒张压升高。发作时间短暂，控制血压后病情很快好转，但易复发。

**备考要点 106：**继发性高血压常见病因：

①肾脏疾病：肾小球肾炎，慢性肾盂肾炎，先天性肾脏病变(多囊肾)，继发性肾脏病变(结缔组织病、糖尿病肾病，肾淀粉样变等)，肾动脉狭窄，肾肿瘤。

②内分泌疾病：Cushing 综合征(皮质醇增多症)，嗜铬细胞

瘤，原发性醛固酮增多症，肾上腺性变态综合征，甲状腺功能亢进，甲状腺功能减退，甲状旁腺功能亢进，腺垂体功能亢进，绝经期综合征。

③心血管病变：主动脉瓣关闭不全，完全性房室传导阻滞，主动脉缩窄，多发性大动脉炎。④颅脑病变：脑肿瘤，脑外伤，脑干感染。

⑤其他：妊娠高血压综合征，红细胞增多症，药物。

**备考要点 107：**冠状动脉粥样硬化性心脏病发病机制：由于冠状动脉狭窄等引起的，当冠状动脉的供血与心肌的需血之间发生矛盾，冠状动脉血流量不能满足心肌代谢的需要，引起心肌急剧的、暂时的缺血缺氧时，即可发生心绞痛。稳定型心绞痛时，冠状动脉血管内皮是完整的，没有血栓的形成。

**备考要点 108：**根据典型心绞痛的发作特点，结合年龄和存在冠心病危险因素，一般即可建立诊断。发作时心电图检查可见ST段压低，T波平坦或倒置，发作过后数分钟内逐渐恢复支持诊断。心电图无改变的患者可考虑作心电图负荷试验。冠脉CTA有助于无创性评价冠脉狭窄程度及管壁病变性质和分布，冠脉造影可以明确冠脉病变的严重程度，有助于诊断和决定进一步治疗。

**备考要点 109：**硝酸酯制剂：为内皮依赖性血管扩张剂，能减少心肌需氧和改善心肌灌注，从而减低心绞痛发作的频率和程

度，增加运动耐力。

**备考要点 110：**曲美他嗪：通过抑制脂肪酸氧化和增加葡萄糖代谢，改善心肌氧的供需平衡而治疗心肌缺血。

**备考要点 111：**阿司匹林、氯吡格雷是非 ST 段抬高型急性冠脉综合征中的重要治疗措施，其目的在于防止血栓形成。联合治疗推荐 12 个月。

**备考要点 112：**急性心肌梗死后并发症：乳头肌功能失调或断裂：总发生率高达 50%。二尖瓣乳头肌因缺血、坏死等使收缩功能发生障碍，造成不同程度的二尖瓣脱垂并关闭不全，心尖区出现收缩中晚期喀喇音和吹风样收缩期杂音，第一心音可不减弱，可引起心力衰竭。轻症者，可以恢复，其杂音可消失。乳头肌整体断裂极少见，多发生在二尖瓣后乳头肌，见于下壁 MI，心力衰竭明显，可迅速发生肺水肿在数日内死亡。

**备考要点 113：**心肌梗死后综合征：发生率约 10%。于 MI 后数周至数月出现，可反复发生，表现为心包炎、胸膜炎或肺炎，有发热、胸痛等症状，可能为机体对坏死物质的过敏反应。

**备考要点 114：**心肌梗死的溶栓疗法适应证：

①两个或两个以上相邻导联 ST 段抬高(胸导联  $\geq 0.2\text{mV}$ ，肢导联  $\geq 0.1\text{mV}$ )，或病史提示 AMI 伴左束支传导阻滞，起病时间  $<12$  小时，患者年龄  $<75$  岁。



②ST 段显著抬高的 MI 患者年龄>75 岁，经慎重权衡利弊仍可考虑。

③ST 段抬高性 MI，发病时间已达 12~24 小时，但如仍有进行性缺血性胸痛，广泛 ST 段抬高者也可考虑。

**备考要点 115：**二尖瓣狭窄的心脏体征：

①视诊心尖搏动正常或不明显；

②心尖区可闻第一心音亢进和开瓣音，提示前叶柔顺、活动度好；如瓣叶钙化僵硬，则第一心音减弱，开瓣音消失；

③心尖区有低调的隆隆样舒张中晚期杂音，局限，不传导。常可触及舒张期震颤。窦性心律时，由于舒张晚期心房收缩促使血流加速，使杂音此时增强，心房颤动时，不再有杂音的舒张晚期增强。

**备考要点 116：**心房颤动可见于 3/4 的慢性重度二尖瓣关闭不全患者；感染性心内膜炎较二尖瓣狭窄常见，心力衰竭在急性者早期出现，慢性者晚期发生。栓塞较二尖瓣狭窄少见。

**备考要点 117：**心肌病是一组异质性心肌疾病。由不同病因引起的心肌病变导致机械和(或)心电功能障碍，常表现为心室肥厚或扩张。有其他心血管疾病继发的心肌病理改变，不属于心肌病的范畴。

**备考要点 118：**扩张型心肌病临床表现：起病缓慢，多在临床症状明显时方就诊，如有气急，甚至端坐呼吸、水肿和肝大

等充血性心力衰竭的症状和体征时，始被诊断。部分患者可发生栓塞或猝死。主要体征为心脏扩大，常可听到第三或第四心音，心率快时呈奔马律。常合并各种类型的心律失常。有时可发现早期无充血性心力衰竭表现而仅有左室增大的扩张型心肌病。

**备考要点 119：**扩张型心肌病超声心动图：可显示室间隔的非对称性肥厚，舒张期室间隔的厚度与后壁之比 $\geq 1.3$ ，间隔运动低下。有梗阻的病例可见室间隔流出道部分向左心室内突出、二尖瓣前叶在收缩期前移(SAM)、左心室顺应性降低致舒张功能障碍等。

**备考要点 120：**很多病毒都可能引起心肌炎，其中以肠道病毒包括柯萨奇 B 组病毒、孤儿(Echo)病毒、脊髓灰质炎病毒等为常见，尤其是柯萨奇 B 组病毒是最为常见致病原因，占 30%~50%。

**备考要点 121：**心包摩擦音是急性心包炎最具诊断价值的典型体征，呈抓刮样粗糙音。典型的摩擦音可听到与心房收缩、心室收缩和心室舒张相一致的三个成分，但大多为与心室收缩、舒张相一致的双相性摩擦音；多位于心前区，以胸骨左缘第 3、4 肋间最为明显；心包摩擦音可持续数小时或持续数天、数周；当积液增多将二层心包分开时，摩擦音即消失。

**备考要点 122：**Hp 感染：Hp 经口进入胃内，部分可被胃酸

杀灭，部分则附着于胃窦部黏液层，依靠其鞭毛穿过黏液层，定居于黏液层与胃窦黏膜上皮细胞表面，一般不侵入胃腺和固有层内。一方面避免了胃酸的杀菌作用，另一方面难以被机体的免疫机能清除。Hp 产生的尿素酶可分解尿素，产生的氨可中和反渗入黏液内的胃酸，形成有利于 HP 定居和繁殖的局部微环境，使感染慢性化。

**备考要点 123：**消化性溃疡主要指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡，即胃溃疡和十二指肠溃疡，因溃疡形成与胃酸/胃蛋白酶的消化作用有关而得名。溃疡的黏膜缺损超过黏膜肌层，不同于糜烂。

**备考要点 124：**典型的消化性溃疡腹痛有如下临床特点：

①慢性过程，病史可达数年至数十年；

②周期性发作，发作与自发缓解相交替，发作期可为数周或数月，缓解期亦长短不一，短者数周、长者数年；发作常有季节性，多在秋冬或冬春之交发病，可因精神情绪不良或过劳而诱发；

③发作时上腹痛呈节律性，表现为空腹痛即餐后 2~4 小时或(及)午夜痛，腹痛多为进食或服用抗酸药所缓解，腹痛性质多为灼痛，亦可为钝痛、胀痛、剧痛或饥饿样不适感。多位于中上腹，可偏右或偏左。一般为轻至中度持续性痛。腹痛多在进食或服用抗酸药后缓解。

**备考要点 125：**幽门螺杆菌检测：检测方法分为侵入性和非侵入性两大类。前者需通过胃镜检查取胃黏膜活组织进行检测，主要包括快速尿素酶试验、组织学检查和幽门螺杆菌培养；后者主要有尿素呼气试验、粪便幽门螺杆菌抗原检测及血清学检查。

**备考要点 126：**消化性溃疡并发症：①出血；②穿孔；③幽门梗阻；④癌变。

**备考要点 127：**进展期胃癌最早出现的症状是上腹痛，常同时伴有食欲减退，厌食，体重减轻。腹痛可急可缓，开始仅为上腹饱胀不适，餐后更甚，继之有隐痛不适，偶呈节律性溃疡样疼痛，但这种疼痛不能被进食或服用制酸剂缓解。

**备考要点 128：**肝功能减退：

①消化吸收不良：食欲减退、恶心、厌食，腹胀，餐后加重，荤食后易泻。

②营养不良：消瘦、乏力，精神不振，甚至因衰弱而卧床不起，患者皮肤干枯或水肿。③黄疸皮肤、巩膜黄染、尿色深。

④出血和贫血：常有鼻腔、牙龈出血及皮肤黏膜瘀点、瘀斑和消化道出血等。

⑤内分泌失调。

**备考要点 129：**门静脉高压常导致食管胃底静脉曲张出血、腹水、脾大，脾功能亢进、肝肾综合征、肝肺综合征等，是肝硬

化的主要死因之一。

**备考要点 130：**腹水形成的机制：

①门静脉高压；

②有效循环血容量不足，肾血流减少，肾素-血管紧张素系统激活；

③低白蛋白血症；

④肝脏对醛固酮和抗利尿激素灭能作用减弱，导致继发性醛固酮增多和抗利尿激素增多；

⑤肝淋巴量超过了淋巴循环引流的能力，肝窦内压升高，肝淋巴液生成增多，自肝包膜表面漏入腹腔，参与腹水形成。

**备考要点 131：**克罗恩病的大体形态特点为：

①病变呈节段性或跳跃性，而不呈连续性；

②黏膜溃疡的特点：早期呈鹅口疮样溃疡；随后溃疡增大、融合，形成纵行溃疡和裂隙溃疡，将黏膜分割呈鹅卵石样外观；

③病变累及肠壁全层，肠壁增厚变硬，肠腔狭窄。

**备考要点 132：**溃疡性结肠炎：病变主要限于大肠黏膜与黏膜下层，呈连续性弥漫性分布。病变多自直肠开始，逆行向近段发展，可累及全结肠甚至末段回肠。由于结肠病变一般限于黏膜与黏膜下层，很少深入肌层，所以并发结肠穿孔、瘘管或周围脓肿少见。少数重症患者病变累及结肠壁全层，可发生中毒性巨结肠。



**备考要点 133:** 呕血与黑粪是上消化道出血的特征性表现。上消化道大量出血之后, 均有黑粪。出血部位在幽门以上者常伴有呕血。呕血多棕褐色呈咖啡渣样; 如出血量大, 未与胃酸充分混合即呕出, 则为鲜红或有血块。黑粪呈柏油样, 黏稠而发亮。高位小肠出血乃至右半结肠出血, 如血在肠腔停留较久亦可呈柏油样。

**备考要点 134:** 房室旁路典型预激:

①窦性心搏 PR 间期短于 0.12 秒;

②某些导联之 QRS 波群超过 0.12 秒, QRS 波群起始部分粗钝(称 delta 波), 终末部分正常; ③ST-T 波呈继发性改变, 与 QRS 波群主波方向相反。根据心前区导联 QRS 波群的形态, 以往将预激综合征分成两型, A 型在胸前导联上 QRS 主波均向上, 预激发生在左室或右室后底部; B 型在  $V_1$  导联 QRS 波群主波向下,  $V_5$ 、 $V_6$  导联向上, 预激发生在右室前侧壁。

**备考要点 135:** 降压药物治疗对象:

①高血压 2 级或以上患者( $>160/100\text{mmHg}$ );

②高血压合并糖尿病, 或已有心、脑、肾靶器官损害和并发症者;

③凡血压持续升高, 改善生活行为后血压仍未获得有效控制者。从心血管危险分层角度, 高危和极高危者必须使用降压药物强化治疗。

**备考要点 136:** 胃腺癌的好发部位依次为胃窦(58%)、贲门(20%)、胃体(15%)、全胃或大部分胃(7%)。根据胃癌的进程可分为早期胃癌和进展期胃癌。

**备考要点 137:** 经颈静脉肝内门腔分流术(TIPS): 是在肝内门静脉属支与肝静脉间置入特殊覆膜的金属支架, 建立肝内门一体分流, 降低门静脉压力, 减少或消除由于门静脉高压所致的腹水和食管胃底静脉曲张出血。

**备考要点 138:** 血清脂肪酶于起病后 24~72 小时开始升高, 持续 7~10 天, 其敏感性和特异性均略优于淀粉酶。

**备考要点 139:** 急性胰腺炎时, 循环中生长抑素水平显著降低, 可予外源性补充生长抑素 250~500mg/h, 或生长抑素类似物奥曲肽 25~50μg/h, 持续静脉滴注。

**备考要点 140:** 溃疡性结肠炎:

- ①初发型: 指无既往史的首次发作;
- ②慢性复发型: 临床上最多见, 发作期与缓解期交替;
- ③慢性持续型: 症状持续, 间以症状加重的急性发作;
- ④急性型: 急性起病, 病情严重, 全身毒血症状明显, 可伴中毒性巨结肠、肠穿孔、败血症等并发症。上述各型可相互转化。

**备考要点 141:** 阿米巴肠炎病变主要侵犯右侧结肠, 也可累及左侧结肠, 结肠溃疡较深, 边缘潜行, 溃疡间的黏膜多属正

常。粪便或结肠镜取溃疡渗出物检查可找到溶组织阿米巴滋养体或包囊。血清抗阿米巴抗体阳性。抗阿米巴治疗有效。

**备考要点 142:** 上消化道出血的病因：消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性糜烂出血性胃炎和胃癌是最常见的病因。

**备考要点 143:** 胃镜和结肠镜：是诊断上、下消化道出血病因、部位和出血情况的首选方法，内镜检查多主张在出血后 24~48 小时内进行检查，称急诊胃镜和结肠镜检查。这是因为急性糜烂出血性胃炎可在短短几天内愈合而不留痕迹，血管异常多在活动性出血或近期出血期间才易于发现。

**备考要点 144:** 洋地黄类药物药理作用：洋地黄是治疗心力衰竭传统性药物，其作用有：

①正性肌力作用；②电生理作用；③拮抗迷走神经兴奋作用。

**备考要点 145:** 心脏再同步化治疗：对已接受最佳药物治疗仍有持续存在心衰症状、LVEF<35%、心功能 NYHA 分级Ⅲ~Ⅳ级、窦性心律时(QRS 间期>120 毫秒)的患者可实施心脏再同步化治疗(CRT)，安置三腔心脏起搏器使左、右心室恢复同步收缩，可在短期内改善症状。

**备考要点 146:** 主动脉内球囊反搏(IABP)：更适合于急性心肌梗死合并心源性休克。

**备考要点 147：**心房扑动心电图特征为：

①心房活动呈现规律的锯齿状扑动波称为 F 波，扑动波之间的等电线消失，在 II、III、aVF 或 VI 导联最为明显。典型房扑的心房率通常为 250~300 次/分。

②心室率规则或不规则，取决于房室传导比率是否恒定。当心房率为 300 次/分，未经药物治疗时，心室率通常为 150 次/分 (2:1 房室传导)。

③QRS 波形多正常，但当出现室内传导阻滞时，QRS 波可增宽。

**备考要点 148：**将房颤转复为窦性心律的方法包括药物转复、电转复及导管消融治疗。药物复律无效时，可改用电复律。

**备考要点 149：**室性心律失常临床表现：临床症状因发作时心室率、持续时间、基础心脏病变和心功能状况不同而异。发作时间 <30 秒可无症状或有头晕、心悸、胸闷等症状；发作时间 >30 秒可出现低血压、心绞痛、甚至晕厥等症状。听诊心律轻度不规则，第一心音强度不一；可见颈静脉间歇出现巨大 a 波。

**备考要点 150：**心室颤动的波形、振幅与频率均极不规则，无法辨认 QRS 波群、ST 段与 T 波。急性心肌梗死的原发性心室颤动，可由于舒张早期的室性期前收缩落在 T 波上触发室速，

然后演变为心室颤动。

**备考要点 151：**永久起搏器植入适应证：

①心脏传导阻滞：完全性房室传导阻滞、二度Ⅱ型房室传导阻滞、双侧分支和三分支传导阻滞、伴有心动过缓引起的症状尤其有阿-斯综合征发作或心力衰竭者。

②病态窦房结综合征：心室率极慢引起心力衰竭、黑蒙：晕厥或心绞痛，伴心动过缓-心动过速综合征者。

③反复发作的颈动脉窦性昏厥和(或)心室停搏。

④异位快速心律失常，药物治疗无效者，应用抗心动过速起搏器或自动复律除颤器。

**备考要点 152：**原发性醛固酮增多症本症是肾上腺皮质增生或肿瘤分泌过多醛固酮所致。临床上以长期高血压伴低血钾为特征，少数患者血钾正常。

**备考要点 153：**嗜铬细胞瘤：嗜铬细胞瘤起源于肾上腺髓质、交感神经节和体内其他部位嗜铬组织，肿瘤间歇或持续释放过多肾上腺素、去甲肾上腺素与多巴胺。

**备考要点 154：**冠状动脉粥样硬化性心脏病危险因素包括年龄、血脂异常、高血压、血糖异常、吸烟、家族史。

**备考要点 155：**冠状动脉粥样硬化性心脏病最常用的是运动负荷试验。本试验有一定比例的假阳性和假阴性，单纯运动心电图阳性或阴性结果不能作为诊断或排除冠心病的依据。

**备考要点 156:** 肋间神经痛疼痛常累及 1~2 个肋间, 为持续性刺痛或灼痛, 随咳嗽、用力、呼吸身体转动加剧, 沿神经处压痛。

**备考要点 157:** 非 ST 段抬高型急性冠脉综合征发病机制: 由于冠脉内不稳定的粥样斑块继发的病理改变所致, 如斑块内出血、斑块纤维帽破裂或斑块糜烂等不稳定的斑块基础上, 有血小板聚集、并发血栓形成、冠脉痉挛收缩及微血管栓塞导致的心肌供氧的减少和缺血加重。

**备考要点 158:** 非二氢吡啶类钙拮抗剂: 治疗变异型心绞痛以钙通道阻滞剂的疗效最好。本类药也可与硝酸酯同服, 停用这些药时宜逐渐减量然后停药, 以免诱发冠状动脉痉挛。

**备考要点 159:** 洋地黄中毒表现:

①心脏毒性反应: 心律失常室早二联, 快、慢综合征。

②胃肠道反应、中枢神经反应、心室律由不规则变慢变规则

注意: 心电图鱼钩样改变不是中毒表现。

**备考要点 160:** 洋地黄禁忌证:

①洋地黄中毒、低血钾、低心率、二度以上房室传导阻滞、病态窦房结综合征(特别是老年人)。

②预激伴房颤(电传递不正常): 洋地黄减慢房室传导, 使更多的冲动经旁路下传。

③单纯性重度二尖瓣狭窄伴窦性心律而无右心衰竭。原因:

使用洋地黄后增加全部心肌收缩力，右心排出量增多，更加重肺循环淤血程度，引起肺水肿。但增加左心收缩力无法改善二尖瓣狭窄引起的左房高压。

④单纯性舒张性心力衰竭如肥厚型心肌病。

⑤急性心梗 24 小时内(除非合并房颤和心腔扩大)。

**备考要点 161:** 急性心力衰竭：最常见的临床表现为急性肺水肿：咳粉红色泡沫状痰、双肺满布干、湿啰音。病情如不缓解，血压可持续下降直至休克。

**备考要点 162:** 心力衰竭最常见的病因-冠心病；诱因-感染；高血压引起左室压力负荷过重；肺动脉高压右室压力负荷过重；贫血和甲亢使左、右室容量负荷加重。

**备考要点 163:** 心导管消融治疗是通过心导管将射频电流引入心脏内以消融特定部位的心肌细胞，消除病灶，治疗心律失常的方法，特别是对于窦性心律失常有着很好的疗效。

**备考要点 164:** 窦性心动过缓：

①病理性：甲状腺功能减退、颅内病变、阻塞性黄疸、服用 $\beta$ 受体阻滞剂、洋地黄中毒。

②心电图：窦性 P 波；P 波频率：成人 $<60$  次/分；PR 间期 $\geq 0.12$  秒常伴窦性心律不齐。③治疗：无症状无需治疗，若出现重要脏器缺血症状时，可用阿托品、异丙基肾上腺素等药物治疗，必要时可安装人工心脏起搏器。

**备考要点 165：**房颤栓塞发生率高。对合并瓣膜病患者，需应用华法林抗凝。对非瓣膜病患者，需使用房颤危险因素 CHADS<sub>2</sub> 评分法进行危险分层(最大可能分为 6 分，0~1 分低危，2~3 分中危，4~6 分高危)。评分  $\geq 2$  分者，应接受华法林抗凝治疗。评分 = 1 分者，可考虑华法林或者阿司匹林肠溶片(每日 100~300mg)治疗。

**备考要点 166：**预激综合征病因：患者有由胚胎发育时遗留下来的一种具有前传功能的房室旁路，同时与心房、房室结、希氏束、心室构成折返环路。

**备考要点 167：**预激综合征心电图表现：典型预激表现为窦性搏动的 PR 间期  $< 0.12$  秒，某些导联的 QRS 波时限  $> 0.12$  秒，QRS 波起始部粗钝(称  $\delta$  波)，ST 段有继发改变，T 波与主波相反。

**备考要点 168：**原发性高血压病因：

①遗传因素：高血压具有家族聚集性。

②环境因素：摄盐过多，高蛋白质摄入、饮食中饱和脂肪酸多或饱和脂肪酸/不饱和脂肪酸比值高、饮酒、精神应激、吸烟。

③其他因素：体重、药物、睡眠呼吸暂停低通气综合征(由于呼吸暂停引起反复发作的夜间低氧和高碳酸血症，可导致高血压)等。



**备考要点 169：**流行性感冒病原体：流感病毒为 RNA 病毒。可分甲、乙、丙三型，甲型流感病毒又分为不同亚型。抗原变异是流感病毒独特的和最显著的特征。甲型流感病毒极易变异，甲型流感病毒 H 有 15 种，N 有 9 种。乙型流感病毒也易变异，丙型流感病毒一般不变异。甲型流感病毒常引起大流行，病情较重；乙型和丙型引起流行和散发，病情相对较轻。

**备考要点 170：**消化性溃疡药物治疗：

1. 抑制胃酸分泌： $H_2$ 受体拮抗剂、PPI。
2. 根除 Hp。
3. 保护胃黏膜：

①铋剂。

②弱碱性抗酸剂：常用铝碳酸镁、磷酸铝、硫糖铝、氢氧化铝凝胶等。

**备考要点 171：**胃癌病因：

①环境和饮食因素

②幽门螺杆菌感染。

③遗传因素 胃癌有明显的家族聚集倾向。

④癌前状态 肠上皮化生、萎缩性胃炎、异型增生、胃息肉，胃溃疡，残胃炎。

**备考要点 172：**根据胃癌的进程可分为早期胃癌和进展期胃癌。早期胃癌：癌肿浸润仅限于黏膜层或黏膜下层的胃癌，进展

期胃癌：癌组织已侵入胃壁肌层、浆膜层。

**备考要点 173：**胃癌有 4 种扩散方式：

①直接蔓延侵袭至相邻器官。

②淋巴结转移 转移到左锁骨上淋巴结时称为 Virchow 淋巴结。

③血行播散：癌细胞进入门静脉或体循环，常见转移器官肝、肺、胰腺、骨骼，以肝转移多见。

④种植转移 胃癌组织浸润至浆膜外后，肿瘤细胞脱落并种植在腹膜和脏器浆膜上，种植于卵巢，称为 Krukenberg 瘤。

**备考要点 174：**肝硬化病因很多，在国内主要见于乙型病毒性肝病患者，在国外主要由于慢性酒精中毒。最基本的组织病理学改变就是假小叶形成。

**备考要点 175：**肝硬化内分泌功能紊乱：

①雌激素水平增高：蜘蛛痣、肝掌。男性睾丸萎缩、性欲减退、毛发脱落、乳腺发育。女性月经失调、闭经、不孕等。

②肾上腺皮质功能减退：肝病面容—面色晦暗、色素沉着。肝脏灭活醛固酮和抗利尿激素作用减弱：水肿、腹水的主要原因之一。

**备考要点 176：**肝硬化侧支循环建立和开放：

①食管和胃底静脉曲张是肝硬化的特征性表现。

②腹壁静脉曲张：以脐为中心，脐上的血流向上、脐下的血

流向下降，脐周静脉明显曲张者，外观呈水母头状。

③痔静脉曲张。

**备考要点 177：**上消化道出血是肝硬化最常见的并发症，突然大量呕血、黑便，易导致失血性休克，诱发肝性脑病，死亡率很高；病因：食管胃底静脉曲张破裂。

**备考要点 178：**肝肺综合征：临床特征表现为三联征：基础肝病+肺血管扩张+动脉血氧合功能障碍。临床上主要表现为肝硬化伴呼吸困难、发绀和杵状指(趾)，预后较差。 $\text{PaO}_2 < 10\text{kPa}$ 是诊断肝肺综合征的必备条件。

**备考要点 179：**克罗恩病：组织学特点：为非干酪样坏死性肉芽肿(区别肠结核)。

**备考要点 180：**溃疡性结肠炎并发症中毒性巨结肠及肠穿孔(最严重)。

**备考要点 181：**溃疡性结肠炎：X线钡剂灌肠黏膜粗乱，颗粒样改变。多发浅溃疡，结肠袋消失，肠壁变硬，缩短，呈铅管状。

**备考要点 182：**血吸虫病有疫水接触史，常有肝脾大，粪便检查可发现血吸虫卵，孵化毛蚴阳性。直肠镜检查在急性期可见黏膜黄褐色颗粒，活检黏膜压片或组织病理检查发现血吸虫卵。

**备考要点 183：**上消化道出血发生在屈氏韧带(Treitz 韧带，



也叫十二指肠悬韧带)以上的出血称上消化道出血。

**备考要点 184:** 钩端螺旋体病传染源: 鼠类和猪是主要的储存宿主和传染源。

鼠类以黑线姬鼠、黄胸鼠、褐家鼠和黄毛鼠为最重要, 是我国南方稻田型钩体病的主要传染源。猪是我国北方钩体病的主要传染源。

**备考要点 185:** 溃疡性结肠炎活动期药物治疗: 氨基水杨酸制剂: 柳氮磺胺吡啶(SASP)对控制轻度患者的活动期有效。5-ASA 通过偶氮键连接于磺胺吡啶, 使之能通过胃, 进入肠道。在结肠, SASP 的偶氮键被细菌打断, 5-ASA 得以释放, 发挥其抗炎作用。糖皮质激素: 是控制病情活动有较好疗效, 适用于中、重度患者及对 5-ASA 无效的中度患者。

**备考要点 186:** 溃疡性结肠炎肠外表现: 关节炎, 结节性红斑, 脉管炎, 口腔溃疡, 慢性肝炎。

**备考要点 187:** 非感染性发热的原因:

①结缔组织病如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、血管炎、风湿热等。

②恶性肿瘤包括各种恶性实体瘤及白血病、恶性淋巴瘤等血液病。

③无菌性组织坏死如心肌梗死、肺栓塞等。

④内分泌疾病如甲状腺功能亢进症等。

⑤中枢神经系统疾病如脑出血、脑外伤等。

⑥物理因素如中暑等。

⑦其他如自主神经功能紊乱影响正常体温调节，可产生功能性发热，包括感染后发热和功能性低热。

**备考要点 188：**急性肾盂肾炎感染途径上行感染最常见。

**备考要点 189：**急性肾盂肾炎最常见的是革兰阴性杆菌。主要为大肠埃希菌，占尿路感染的 85%。

**备考要点 190：**急性肾盂肾炎常见治病菌中变形杆菌常见于伴有尿路结石者，铜绿假单胞菌多见于尿路器械检查后，金黄色葡萄球菌则常见于血源性尿感。

**备考要点 191：**肾前性急性肾损伤是由于肾脏低灌注导致肾前性氮质血症，是急性肾损伤的最常见原因之一。

**备考要点 192：**肾性急性肾损伤包括肾小球、肾血管、肾小管和肾间质性疾病导致的损伤。肾小管性急性肾损伤常见的病因肾缺血或肾毒性物质。

**备考要点 193：**肾后性急性肾损伤的特征是急性尿路梗阻，梗阻可发生在尿路从肾盂到尿道的任一水平。

**备考要点 194：**慢性肾脏病的病因在西方国家以继发性因素为主，目前已经公认糖尿病和高血压为两大首位因素。在我国仍以原发性肾小球肾炎最为多见，其次为糖尿病肾病、高血压肾病、狼疮性肾炎、梗阻性肾病以及多囊肾等。

**备考要点 195：**慢性肾衰急性加重的危险因素主要有：

- ①累及肾脏的疾病复发或加重；
- ②有效血容量不足；
- ③肾脏局部血供急剧减少；
- ④严重高血压未能控制；
- ⑤肾毒性药物；
- ⑥泌尿道梗阻；
- ⑦其他：严重感染、高钙血症、肝衰竭、心力衰竭等。

**备考要点 196：**过敏性紫癜性肾炎好发于青少年。有典型的皮肤紫癜，关节痛，腹痛，黑便。

**备考要点 197：**系统性红斑狼疮性肾炎好发于青壮年女性。有多系统受累的表现，常表现为发热、皮肤损害、关节痛、心血管、呼吸系统、血液系统及肾脏等异常。

**备考要点 198：**乙肝病毒相关肾炎可发生在任何年龄，但在年轻人中多见。乙型肝炎病人同时有肾炎表现，肾活检有乙肝病毒抗原沉积者可确诊。

**备考要点 199：**糖尿病肾病最早临床表现是水肿和蛋白尿，从微量的白蛋白尿逐渐发展成大量蛋白尿、肾病综合征。

**备考要点 200：**骨髓瘤性肾病尿本周蛋白可阳性。

**备考要点 201：**肾病综合征糖皮质激素的使用原则开始用量要足，常用药物泼尼松  $1\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，常用量每日  $40 \sim 60\text{mg}$  清



晨顿服。

**备考要点 202:** 肾病综合征糖皮质激素的使用原则一般为 6~8 周(短期治疗有效者, 亦应坚持此期限), 必要时可延长到 12 周。

**备考要点 203:** 糖皮质激素治疗后的反应病人用药后可出现三种不同结果:

①激素敏感用药 8~12 周内 NS 缓解。

②激素依赖足量激素治疗缓解, 激素减药时或停激素后 2 周内复发。

③激素抵抗足量激素治疗无效。

以上第 2 及第 3 类情况可以加用或改用其他免疫抑制药物以提高疗效。对于肝功能异常者, 应改用等量泼尼松龙。

**备考要点 204:** 长期应用激素的病人易发生感染。

**备考要点 205:** 慢性肾衰竭感染是常见并发症, 也是死亡主要原因之一。

**备考要点 206:** 肾病综合征严重水肿病人应卧床休息, 限盐饮食(每日盐摄入量 1~3g)。蛋白质摄入量每日每千克体重 1g 优质蛋白, 摄入量要充分。适当利尿。

**备考要点 207:** 细胞凋亡是指体内内外刺激因素触发细胞预存的死亡程序执行“自杀”的过程, 是机体为维持内环境稳定、确保正常生长和发育而发生的生理或病理细胞死亡方式。

**备考要点 208:** 正常人每天从食物中吸收的铁量 1.0 ~ 1.5mg、孕妇 2~4mg。

**备考要点 209:** 食物中铁以三价铁为主，必须在酸性环境中或有还原剂如维生素 C 存在下还原成二价铁才便于吸收。

**备考要点 210:** 十二指肠和空肠上段肠黏膜是吸收铁的主要部位。铁的吸收量由体内贮备铁情况来调节。

**备考要点 211:** 慢性肾脏病分期及建议

分期	特征	GFR { ml/ ( min · 1.73m <sup>2</sup> ) }	防治目标-措施
1	GFR 正常或升高	≥90	CKD 诊治，缓解症状，保护肾功能
2	GFR 轻度降低	60~89	缓解 CKD 进展，降低心血管病风险
3a	GFR 轻度到中度降低	45~59	延缓 CKD 进展、治疗并发症
3b	GFR 中度到重度降低	30~40	
4	GFR 重度降低	15~29	综合治疗；透析前准备
5	终末期肾病	<15 或透析	出现尿毒症，替代治疗

**备考要点 212:** 特发性血小板减少性紫癜的发病机制与血小板膜糖蛋白(GP)特异性自身抗体有关。

**备考要点 213:** 1 型糖尿病绝大多数 T1DM 是自身免疫性疾病，遗传因素和环境因素共同参与。



**备考要点 214:** 2 型糖尿病发病原因:

①遗传因素与环境因素共同作用。

②胰岛素抵抗和胰岛素分泌缺陷。

③胰岛  $\alpha$  细胞功能异常和胰高血糖素样肽-1 (GLP-1) 分泌缺陷。

**备考要点 215:** Graves 病的主要特征是血清中存在针对甲状腺细胞 TSH 受体的特异性自身抗体, 称为 TSH 受体抗体 (TRAb)。

**备考要点 216:** TRAb 具有异质性, 分刺激性及抑制性两大类:

①TSH 受体刺激性抗体 (TSAb), 直接作用于甲状腺细胞膜上的 TSH 受体, 通过腺苷酸环化酶信号系统刺激甲状腺细胞增生, 分泌亢进, 是 Graves 病的主要病因。

②TSH 受体刺激阻断性抗体 (TSBAb): 抑制 TSH 与其受体结合, 并阻断 TSH 的作用。

**备考要点 217:** 自身抗体与相应抗原形成免疫复合物, 并沉积于不同组织器官是 SLE 的主要发病机制。

**备考要点 218:** 类风湿关节炎基本病理为滑膜炎和血管炎, 滑膜炎是关节表现的基础, 血管炎是关节外表现的基础。

**备考要点 219:** 临床上的类风湿结节就是血管炎的一种表现。



**备考要点 220:** 帕金森病表现为静止性震颤、肌强直、运动迟缓(缓慢)和姿势平衡障碍。

**备考要点 221:** 甲型肝炎病毒(HAV)为嗜肝 RNA 病毒。

**备考要点 222:** 甲型肝炎病毒(HAV)只有 1 个抗原系统,感染后早期产生 IgM 型抗体,仅存在 3~6 个月,是近期感染的标志。感染后产生的 IgG 抗体,可存在多年,有保护力。

**备考要点 223:** 乙型肝炎病毒(HBV)属嗜肝 DNA 病毒科。

**备考要点 224:** 血清中检出 HBV-DNA 和 HBeAg 说明病毒在复制,其中 HBV-DNA 为最敏感最直接的 HBV 感染指标。

**备考要点 225:** HBV 有 5 个抗原抗体系统:

①HBsAg 与抗 HBs: 抗 HBs 是一种保护性抗体,可持续多年。抗 HBs 阳性表示对 HBV 有免疫力,见乙型肝炎恢复期、既往感染及乙肝疫苗接种后。

②pre-S1 与抗 pre-S1: pre-S1 在感染早期紧接着 HBsAg 出现于血液中,在急性期很快转阴提示病毒清除或病情好转。pre-S1 阳性是 HBV 存在和复制的标志,如果 pre-S1 持续阳性,提示感染慢性化。抗 pre-S1 被认为是一种保护性抗体,在感染早期即可出现。

③pre-S2 与抗 pre-S2: pre-S2 可作为判断 HBV 复制的一项指标。抗 pre-S2 在急性肝炎恢复早期出现,并发挥起保护性抗体作用,抗 pre-S2 亦可作为乙肝疫苗免疫效果的观察指标。



④HB<sub>e</sub>Ag 与抗 HB<sub>e</sub>: HB<sub>e</sub>Ag 阳性, 说明病毒在复制。

⑤HB<sub>e</sub>Ag 与抗 HB<sub>c</sub>: 血液中无游离 HB<sub>c</sub>Ag, 故临床一般不做 HB<sub>e</sub>Ag 检测, 而检测其抗体。

抗 HB<sub>e</sub>IgM 是 HBV 感染后较早出现的抗体, 绝大多数出现在发病第一周, 多数在 6 个月内消失, 抗 HB<sub>e</sub>IgM 阳性提示急性期感染或慢性肝炎急性发作。抗 HB<sub>e</sub>IgG 出现较迟, 但可保持多年甚至终身。但这 2 种核心抗体均无保护力, 不影响 HBV 复制。

**备考要点 226:** 丙型肝炎病毒(HCV)单股正链 RNA, 抗 HCV 不是保护性抗体, 是 HCV 感染的标志。

**备考要点 227:** 丁型肝炎病毒(HDV)为缺陷型病毒, 必须借助 HB<sub>s</sub>Ag 包裹才能成为感染性病毒颗粒。

**备考要点 228:** HIV 主要侵犯人体免疫系统, 包括 CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T 淋巴细胞、巨噬细胞和树突状细胞, 主要表现为 CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T 淋巴细胞数量不断减少, 导致免疫功能缺陷。引起各种机会性感染和肿瘤的发生。

**备考要点 229:** 伤寒杆菌属沙门菌属 D 组、革兰染色阴性, 检测血清标本中的“O”与“H”抗体即肥达反应, 有助于本病诊断。菌体裂解时释放的内毒素是致病的主要因素。不产生外毒素。

**备考要点 230:** 原发性肺结核多见于儿童。肺部原发灶好发

于上叶下部和下叶上部或中部靠肺的边缘部位。

**备考要点 231：**支气管淋巴结结核在血行播散性肺结核的发病上具有重要意义，如结核杆菌进入肺静脉或体循环的动脉，往往出现全身性血行播散结核。

**备考要点 232：**离心后尿沉渣镜检每高倍视野红细胞超过 3 个为显微镜下血尿，1L 尿含 1ml 血即呈现肉眼血尿。

**备考要点 233：**常见的几种管型尿：

①红细胞管型。

②白细胞管型。

③透明管型：正常人晨尿偶尔可见透明管型，在剧烈运动、重体力劳动、发热、麻醉时可增多，急性肾盂肾炎、急慢性肾小球肾炎、恶性高血压及心力衰竭时常可增多。

④颗粒管型：见于慢性肾小球肾炎或药物中毒等引起的肾小管损害。

⑤蜡样管型：见于肾功能不全晚期或肾淀粉样变性病。

⑥脂肪管型：见于肾病综合征、慢性肾小球肾炎和类脂性肾病。

**备考要点 234：**肾小球源性血尿的特征是：全程血尿、无痛性血尿、尿中无凝血，可见红细胞管型、变形红细胞为主以及伴有其他肾小球疾病表现。

**备考要点 235：**初段血尿提示前尿道病变，终末血尿提示膀

膀胱三角区、后尿道、精囊、前列腺病变，全程血尿提示膀胱、输尿管及肾脏的疾病。

**备考要点 236：**微量白蛋白尿的定义是：24 小时尿白蛋白排泄在 30~300mg。成人尿蛋白量超过 3.5g/d 称为大量蛋白尿。

**备考要点 237：**原发性肾小球病的临床分型：

- ①急性肾小球肾炎。
- ②急进性肾小球肾炎。
- ③慢性肾小球肾炎。
- ④无症状性血尿或(和)蛋白尿，过去曾称为隐匿性肾小球肾炎。
- ⑤肾病综合征。

**备考要点 238：**肾小球病病理学分类标准：

1. 轻微性肾小球病变。
2. 局灶性节段性病变，包括局灶性肾小球肾炎。
3. 弥漫性肾小球肾炎：
  - ①膜性肾病。
  - ②增生性肾炎：系膜增生性肾小球肾炎；毛细血管内增生性肾小球肾炎；系膜毛细血管性肾小球肾炎；新月体性和坏死性肾小球肾炎。
  - ③硬化性肾小球肾炎。
4. 未分类的肾小球肾炎。

**备考要点 239:** 肾病综合征(nephrotic syndrome, NS)诊断标准是:

- ①尿蛋白大于 3.5g/d;
- ②血浆白蛋白低于 30g/L;
- ③水肿;
- ④血脂升高。

其中①②两项为诊断所必需。

**备考要点 240:** 根据感染发生部位可分为上尿路感染和下尿路感染,前者系指肾盂肾炎,后者主要指膀胱炎。

**备考要点 241:** 中段尿细菌定量培养 $>10^5/\text{ml}$ ,称为真性菌尿,可确诊尿路感染。

**备考要点 242:** 1. 尿细菌培养假阳性主要见于:

- ①中段尿收集不规范,标本被污染;
- ②尿标本在室温下存放超过 1 小时才进行接种;
- ③检验技术错误等。

2. 尿细菌培养假阴性主要原因为:

- ①近 7 天内使用过抗生素;
- ②尿液在膀胱内停留时间不足 6 小时;
- ③收集中段尿时,消毒药混入尿标本内;
- ④饮水过多,尿液被稀释;
- ⑤感染灶排菌呈间歇性等。

**备考要点 243:** 上尿路感染常有发热、寒战、甚至出现毒血症症状,伴明显腰痛,输尿管点和(或)肋脊点压痛、肾区叩击痛等。而下尿路感染,常以膀胱刺激征为突出表现,一般少有发热、腰痛等。

**备考要点 244:** 出现下列情况提示上尿路感染:

- ①膀胱冲洗后尿培养阳性。
- ②尿沉渣镜检有白细胞管型,并排除间质性肾炎、狼疮性肾炎等疾病。
- ③尿 NAG 升高、尿  $B_2$ -MG 升高。
- ④尿渗透压降低。

**备考要点 245:** 反复尿路感染病史超过半年,有以下数条中一条者即可诊为慢性肾盂肾炎:

- ①静脉肾盂造影有肾盂肾盏狭窄变形者(此项检查阳性率不高);
- ②肾外形表面凹凸不平、两个肾脏大小不等;
- ③持续性肾小管功能受损,如尿浓缩功能减退、夜尿增多、晨尿比重和渗透压降低、肾小管酸化功能减退等。

**备考要点 246:** 急性膀胱炎停药抗生素 7 天后,需进行尿细菌定量培养。如结果阴性表示急性细菌性膀胱炎已治愈;如仍有真性细菌尿,应继续给予 2 周抗生素治疗。

**备考要点 247:** 急性肾损伤血钾超过  $6.5\text{mmol/L}$ ,心电图表

现为 QRS 波增宽等明显的变化时，应予以紧急处理，包括：

①钙剂：10% 葡萄糖酸钙 10~20ml 稀释后静脉缓慢注射；

②11.2% 乳酸钠或 5% 碳酸氢钠 100~200ml 静滴；

③50% 葡萄糖溶液 50~100ml 加胰岛素 6~12U 缓慢地静脉注射；

④口服聚磺苯乙烯 15~30g，每日 3 次。

以上措施无效、或为高分解代谢型 ATN 的高钾血症患者，透析是最有效的治疗。

**备考要点 248：**急性肾损伤引起的代谢性酸中毒应及时治疗，如  $\text{HCO}_3^-$  低于 15mmol/L，可选用 5% 碳酸氢钠 100~250ml 静滴。对于严重酸中毒患者，应立即开始透析。

**备考要点 249：**急性与慢性肾衰竭鉴别诊断

①对于明确有 CRF 病史者，可以明确 CRF 的诊断。

②对于既往病史不清楚的肾衰竭患者，首先行肾脏彩超明确肾脏大小及皮质厚度。如果肾脏缩小则确立 CRF；如果肾脏肿大，则 AKI 的可能性大。

③可测定指甲肌酐。如果当前血肌酐升高同时指甲肌酐升高提示 3~4 个月血肌酐升高，利于 CRF 的诊断。

④如果从病史、彩超及指甲肌酐均不能获得肯定结论，则可结合血红蛋白、钙磷代谢等情况进行判断。

**备考要点 250：**CKD1~3 期，患者可以无任何症状，或仅有



乏力、腰酸、夜尿增多等轻度不适。CKD4 期后上述症状更趋明显。

### 1. 水、电解质代谢紊乱

①代谢性酸中毒；

②水钠代谢紊乱：主要为水钠潴留；

③钾代谢紊乱：易出现高钾血症；

④钙磷代谢紊乱：在 CRF 的中、晚期出现高磷血症、低钙血症。

⑤高镁血症。

### 2. 蛋白质、糖类、脂肪和维生素的代谢紊乱

负氮平衡、糖耐量减低和低血糖症两种情况、高脂血症。

### 3. 心血管系统表现

心血管病变是 CKD 患者的主要并发症之一和最常见的死因。大部分慢性肾衰竭病人有不同程度的高血压。多因水钠潴留引起，也有血浆肾素增高所致。

### 4. 呼吸系统症状

体液过多、心功能不全可引起肺水肿或胸腔积液。“尿毒症肺水肿”，X 线检查可出现“蝴蝶翼”征，及时利尿或透析可迅速改善上述症状。

### 5. 胃肠道症状

### 6. 血液系统表现

肾性贫血主要由于红细胞生成素缺乏，出血倾向。

### 7. 神经肌肉系统症状

随着病情进展病人表现出尿毒症性脑病和周围神经病变症状，病人可有嗜睡、抽搐、昏迷，肢体（下肢更常见）远端对称性感觉异常、“不安腿”、肌无力等。

### 8. 内分泌功能紊乱

①肾脏本身内分泌功能紊乱：如  $1, 25(\text{OH})_2\text{D}_3$ 、EPO 不足和肾素-血管紧张素 II 过多；

②糖耐量异常和胰岛素抵抗；

③下丘脑-垂体内分泌功能紊乱：如泌乳素等水平增高；

④外周内分泌腺功能紊乱：大多数患者均有继发性甲状旁亢。

### 9. 骨骼病变

CKD 患者存在钙、磷等矿物质代谢及内分泌功能紊乱[如 PTH 升高、 $1, 25-(\text{OH})_2\text{D}_3$  不足等]，导致矿物质异常、骨病、血管钙化等临床综合征，称为慢性肾脏病-矿物质和骨异常。

CRF 出现的骨矿化和代谢异常称为肾性骨营养不良。

### 备考要点 251：头痛临床分类

①原发性头痛①偏头痛；②紧张型头痛；③丛集性头痛和其他三叉自主神经头痛；④其他原发性头痛。

②继发性头痛。

③脑神经痛、中枢和原发性面痛和其他头痛。

**备考要点 252：**有先兆型偏头痛(10%)：先兆：可逆的、局灶性神经系统症状，如视觉、感觉、言语和运动的缺损或刺激症状。

**备考要点 253：**视网膜性偏头痛 反复发生的完全可逆的单眼视觉障碍，包括闪烁、暗点或失明。

**备考要点 254：**痫性发作可分两个主要类型：部分性发作和全面性发作。部分性发作起源于一侧脑部(局灶性或局限性)，也可扩散至两侧；全面性发作则同时起源于两侧脑结构。

**备考要点 255：**全面性强直-阵挛发作与癔症性抽搐鉴别

临床特点	癫痫发作	假性癫痫发作
发作场合和形式	任何情况下，突然及刻板式发作	有精神诱因及有人在场时，发作形式多样
眼部表现	上睑抬起，眼球上串	眼睑紧闭，眼球乱动
面色	发绀	苍白或发红
瞳孔最主要	散大，对光反射消失	正常，对光反射存在
伤、尿失禁	可有	无
Babinski 征	常为阳性	阴性



续表

临床特点	癫痫发作	假性癫痫发作
持续时间	1~2min, 自行停止	可长达数小时
暗示治疗	无效	有效
发作时脑电图	痫样放电	无痫样放电

**备考要点 256:** 失神发作首选乙琥胺、丙戊酸。

**备考要点 257:** 癫痫的治疗优先使用单一首选药物。

**备考要点 258:** 癫痫持续状态治疗 如患者出现全面强直阵挛性发作持续 5 分钟以上即考虑为癫痫持续状态。首先给予地西泮 10~20mg 缓慢静脉注射, 而后改为静脉点滴地西泮。

**备考要点 259:** 血管性认知功能障碍, 执行功能受损显著, 常有近记忆力和计算力的减低, 可伴精神症状。

**备考要点 260:** 阿尔茨海默病: 无局灶性神经系统定位体征, Hachinski 缺血量表 $\leq 4$ 分支持诊断。

**备考要点 261:** 短暂性脑缺血发作临床症状一般不超过 1 小时, 最长不超过 24 小时, 且无责任病灶的证据。

**备考要点 262:** 颈内动脉主干闭塞: 对侧肢体瘫痪、感觉障碍、偏盲, 主侧半球受累时出现失语。

**备考要点 263:** 小脑出血: 起病急骤, 表现为眩晕、呕吐, 共济失调、步态不稳、颈项强直、后枕部疼痛。

**备考要点 264:** 脑叶出血：顶叶最常见，有偏身感觉障碍、轻偏瘫、对侧下象限盲，非优势半球受累可有构象障碍；枕叶出血有视野缺损；颞叶出血有 Wernicke 失语、精神症状、对侧上象限盲、癫痫；额叶出血可有偏瘫、尿便障碍、Broca 失语、摸索和强握反射等。

**备考要点 265:**

鉴别	缺血性脑卒中		出血性脑卒中	
	脑血栓	脑栓塞	脑出血	SAH
病因	动脉硬化、TIA、高血压、糖尿病	心脏瓣膜病、房颤	高血压动脉硬化	动脉瘤或动静脉血管畸形
发病	安静、休息时	不定	活动、激动时	活动、激动
发病缓急	较缓（小时、天）	最急（秒、分）	急（分、小时）	急（分）
头痛、意识障碍	多无	多无	常有，早期呕吐，进行性加重	剧烈头痛和呕吐、脑膜刺激征
CT	脑内低密度区	脑内低密度区	脑内高密度区	蛛网膜下腔或脑室内高密度区



**备考要点 266：**上下运动神经元瘫痪的鉴别

	上运动神经元瘫痪(中枢、痉挛性瘫痪或硬瘫)	下运动神经元瘫痪(周围、迟缓性瘫痪或软瘫)
瘫痪分布	整个肢体为主(单瘫、偏瘫、截瘫)	肌群为主
肌张力	增高(上肢屈肌张力高,下肢伸肌张力高),呈痉挛性瘫痪	降低,呈弛缓性瘫痪
腱反射	增强,注意浅反射消失	减弱或消失
病理反射	有	无
肌萎缩	无或轻度废用性肌萎缩	明显

**备考要点 267：**路易体痴呆一种神经系统变性疾病，主要表现为波动性认知障碍、帕金森综合征、视幻觉为突出表现的精神症状。

**备考要点 268：**阿尔茨海默病发生于老年和老年前期、以进行性认知功能障碍和行为损害为特征的中枢神经系统退行性改变。

**备考要点 269：**周围神经疾病患者常伴腱反射减低或消失。

**备考要点 270：**吉兰-巴雷综合征有肢体对称性下运动神经元瘫痪表现，常伴有双侧周围性面瘫及脑脊液蛋白-细胞分离现象。

**备考要点 271:** 三叉神经痛卡马西平, 是首选药物。

**备考要点 272:** 皮质类固醇为慢性炎性脱髓鞘性多发性周围神经病首选治疗药物。

**备考要点 273:** 糖尿病性多发性周围神经病:

①远端原发性感觉性周围神经病最常见类型。双下肢有袜套样的感觉减退或缺失。

②自主神经症状可有心律失常、体位性低血压。

**备考要点 274:**

下丘脑激素	垂体激素	靶腺	靶腺激素
生长素释放激素	生长素 (GH)	肝脏	类胰岛素生长因子-1
促皮质素释放激素	促皮质素 (ACTH)	肾上腺皮质	皮质醇
促甲状腺素释放激素	促甲状腺激素 (TSH)	甲状腺	甲状腺激素
促性腺激素释放激素	黄体生成素 (LH)	性腺	睾酮、雌二醇、孕酮、抑制素
	促卵泡素 (FSH)		
生长抑素	生长激素	多种细胞	
多巴胺	催乳素 (PRL)	乳腺、性腺	LH、FSH、性类固醇激素

**备考要点 275：**内分泌疾病的治疗：

1. 治疗原则

- ①针对病因治疗。
- ②原因不明者，纠正功能紊乱。

2. 功能亢进的治疗

- ①手术切除腺体肿瘤或大部分增生的腺体。
- ②放射治疗破坏引起功能亢进的肿瘤或增生的腺体。
- ③药物治疗抑制激素的合成和分泌。
- ④使用靶腺激素抑制垂体激素释放。
- ⑤化学治疗。

3. 功能减退的治疗

- ①激素替代治疗原则是剂量个体化，尽量使用最小有效剂量。
- ②刺激激素分泌的药物。

**备考要点 276：**浸润性突眼(恶性突眼)与自身免疫有关，恢复较困难。可单独存在或与甲亢并存。女性突眼度 $>16\text{mm}$ ，男性突眼度 $>18.6\text{mm}$ ；可合并眼肌麻痹、眼睑水肿增厚、角膜外露、畏光、流泪、斜视、复视，重则眼球固定、全眼球炎、失明。少数病人无甲亢表现或不同时发生。

**必备考 277：**促甲状腺激素(TSH)反映甲状腺功能最敏感的指标。





**备考要点 278:**  $^{131}\text{I}$  治疗机制是甲状腺摄取  $^{131}\text{I}$  后释放出  $\beta$  射线, 破坏甲状腺组织细胞。

1. 适应证: ①成人 Graves 甲亢伴甲状腺肿大 II 度以上; ② ATD 治疗失败或过敏; ③甲亢手术后复发; ④甲亢合并心脏病; ⑤甲亢合并白细胞和(或)血小板减少或全血细胞减少; ⑥甲亢合并肝肾等脏器功能损害; ⑦拒绝手术或有手术禁忌证; ⑧浸润性突眼。

2. 禁忌证妊娠和哺乳期女性。

3. 并发症: ①甲状腺功能减退; ②放射性甲状腺炎; ③诱发甲状腺危象: 主要发生在未控制的严重甲亢患者; ④加重活动性 GO。

**备考要点 279:** 甲醇中毒的解毒机制:

10% 乙醇口服或者静脉滴注, 血中浓度维持在  $21.7 \sim 32.6 \text{ mmol/L}$ ;

甲酸: 每日  $30 \sim 45 \text{ mg}$ , 分  $2 \sim 3$  次肌肉注射;

4-甲基吡唑: 首次剂量为  $10 \text{ mg/kg}$ , 缓慢静脉注射, 每 12 小时重复使用, 剂量减少  $30\% \sim 50\%$ 。

**备考要点 280:** 抗甲状腺药物是甲亢的基础治疗。不产生永久性甲低。硫脲类有甲硫氧嘧啶(MTU)及丙硫氧嘧啶(PTU)。咪唑类有甲硫咪唑(MMI)及卡比马唑(CMZ)。

**备考要点 281:** 血 ChE 活力测定是诊断 OPI 中毒的特异性实



验指标，对判断中毒程度、疗效和预后极为重要。

轻度中毒：50%~70%

中度中毒：30%~50%

重度中毒：30%以下

**备考要点 282：**有机磷中毒的解毒药中：氯解磷定首选解毒药。

**备考要点 283：**ChE 复能药对中毒 24~48 小时后已老化的 ChE 无复活作用。

**备考要点 284：**应用足量阿托品是氨基甲酸酯类杀虫剂中毒的重要治疗措施。禁用胆碱酯酶复能药。

**备考要点 285：**亚硝酸盐毒性较大，摄入量达 0.2~0.5g 时即可引起急性中毒，1~2g 可致人死亡。

**备考要点 286：**亚硝酸盐中毒的患者尽快用 1:5000 高锰酸钾液洗胃，导泻并灌肠。不能洗胃的神志清楚患者，宜先行催吐。

**备考要点 287：**戒断综合征，长期酗酒者在突然停止饮酒或减少酒量后，可发生下列 4 种不同类型戒断综合征的反应：

①单纯性戒断反应在减少饮酒后 6~24 小时发病。出现震颤、焦虑不安、兴奋、失眠、心动过速、血压升高、大量出汗、恶心、呕吐。多在 2~5 天内缓解自愈。

②酒精性幻觉反应患者意识清晰，定向力完整。以幻听为

主，也可见幻视、错觉及视物变形。多为被害妄想，一般可持续3~4周后缓解。

③戒断性惊厥反应往往与单纯性戒断反应同时发生，也可在其后发生癫痫大发作。多数只发作1~2次，每次数分钟。

④震颤谵妄反应在停止饮酒24~72小时后，也可在7~10小时后发生。患者精神错乱，全身肌肉出现粗大震颤。谵妄是在意识模糊的情况下出现生动、恐惧的幻视，可有大量出汗、心动过速、血压升高等交感神经兴奋的表现。

**备考要点 288：**热射病是一种致命性急症，主要表现为高热（直肠温度 $\geq 41.0^{\circ}\text{C}$ ）和神志障碍。

**备考要点 289：**中暑的防治措施：

①体外降温转移到通风良好的低温环境，脱去衣服，进行皮肤肌肉按摩，促进散热。

对无虚脱的患者；可用冷水擦浴或将躯体浸入冷水中传导散热降温。

对循环虚脱者可采用蒸发散热降温，冷水反复擦拭皮肤或同时应用电风扇或空气调节器。

②体内降温体外降温无效者，用冰盐水进行胃或直肠灌洗，也可用无菌生理盐水进行腹腔灌洗或血液透析，或将自体血液体外冷却后回输体内降温。

③药物降温热射病患者，应用解热镇痛药水杨酸盐降温无

效，而且可能有害。患者出现寒战时可应用氯丙嗪 25~50mg 加入生理盐水 500ml 中静脉输注，用药过程中应监测血压。

#### ④并发症治疗。

#### 备考要点 290：甲亢的手术治疗

1. 适应证：①中、重度甲亢，长期服药无效，或停药复发，或不能坚持服药者；

②甲状腺肿大显著，有压迫症状；

③胸骨后甲状腺肿；

④细针穿刺细胞学检查怀疑恶变；

⑤ATD 治疗无效或者过敏的妊娠患者，手术在妊娠 T2 期施行。

2. 禁忌证：①伴严重 Graves 眼病；

②合并较重心脏、肝、肾疾病，不能耐受手术；

③妊娠初 3 个月和第 6 个月以后。

#### 备考要点 291：1 型和 2 型糖尿病的鉴别要点

鉴别要点	1 型糖尿病	2 型糖尿病
起病年龄及其峰值	多<25 岁，12~14 岁	多>40 岁，60~65 岁
起病	急性起病，症状明显 体重下降	缓慢起病，症状不明显 肥胖

续表

鉴别要点	1 型糖尿病	2 型糖尿病
临床特点	烦渴，多饮 多食	有高发病率种群 黑棘皮病 多囊卵巢综合征
酮症	常见	少见
C 肽	低/缺乏	正常/升高
抗体		
ICA	阳性	阴性
GADA	阳性	阴性
IAA	阳性	阴性
治疗	胰岛素	生活方式、口服 降糖药或胰岛素
相关的自身免疫性疾病	并在几率高	并在几率低

**备考要点 292：**餐前反应性低血糖是病情轻的 2 型糖尿病的早期表现。

**备考要点 293：**糖尿病治疗的“五驾马车”：糖尿病教育、医学营养治疗、运动治疗、血糖监测和药物治疗。

**备考要点 294：**磺酰脲类(SUs)属于促胰岛素分泌剂。

**备考要点 295：**双胍类主要作用机制是通过抑制肝葡萄糖输出，改善外周组织对胰岛素的敏感性、增加对葡萄糖的摄取和利



用而降低血糖。

**备考要点 296:**  $\alpha$  葡萄糖苷酶抑制剂 (AGI) 延迟碳水化合物吸收, 降低餐后高血糖。临床应用药物有: 阿卡波糖、伏格列波糖。适用于餐后血糖明显升高者。可单独用药或与其他降糖药物合用。

**备考要点 297:** 贫血的诊断标准

	HGB	RBC	Hct
成年男性	$<120\text{g/L}$	$<4.5 \times 10^{12}/\text{L}$	$<0.42$
成年女性	$<110\text{g/L}$	$<4.0 \times 10^{12}/\text{L}$	$<0.37$
孕妇	$<100\text{g/L}$		$<0.30$

**备考要点 298:** 造血原料不足或利用障碍所致贫血。

①叶酸或维生素  $B_{12}$  缺乏或利用障碍所致贫血: 巨幼细胞性贫血。

②缺铁或铁利用障碍性贫血: 临床上最常见的贫血, 缺铁性贫血。

**备考要点 299:** 网织红细胞计数判断骨髓增生程度。

**备考要点 300:** 输血的指征急性失血性贫血(血容量减少大于 30%)、慢性贫血(血红蛋白低于  $60\text{g/L}$ )。

**备考要点 301:** 几种贫血的鉴别点:

①铁粒幼细胞性贫血小细胞低色素性贫血, 血清铁及铁蛋白

增高，总铁结合力降低，骨髓铁粒幼细胞增多，环状铁粒幼细胞 >15%，细胞外铁增多，如已确诊禁用铁剂。

②海洋性贫血常有家族史、脾大，血涂片可见靶形红细胞，血红蛋白电泳异常，胎儿血红蛋白或血红蛋白 A<sub>2</sub> 增多。血清铁及铁蛋白不降低，总铁结合力正常，骨髓细胞外铁及铁粒幼细胞数不降低。

③慢性疾病性贫血表现血清铁蛋白和骨髓细胞外铁增高，而血清铁减少，总铁结合力降低。

**备考要点 302：**缺铁性贫血口服铁剂后 5~10 天网织红细胞上升达高峰，2 周后血红蛋白开始上升，平均 2 个月恢复，待血红蛋白正常后，再服药 4~6 个月，待铁蛋白正常后停药。

**备考要点 303：**缺铁性贫血是多种原因引起慢性失血是最常见原因，主要见于月经过多、反复鼻出血、消化道出血、痔出血、血红蛋白尿等。

**备考要点 304：**血小板、血管性疾病与凝血性疾病的临床鉴别

	血管性疾病	血小板疾病	凝血障碍性疾病
性别	女性多见	女性多见	80%~90% 发生于男性
阳性家族史	较少见	罕见	多见
出生后脐带血	罕见	罕见	常见



续表

	血管性疾病	血小板疾病	凝血障碍性疾病
皮肤紫癜	常见	多见	罕见
皮肤大块瘀斑	罕见	多见	可见
血肿	罕见	可见	常见
关节腔出血	罕见	罕见	多见
内脏出血	偶见	常见	常见
眼底出血	罕见	常见	少见
月经过多	少见	多见	少见
手术或外伤后渗血不止	少见	可见	多见

**备考要点 305：**组织缺铁表现

黏膜损害较常见，易出现口炎、舌炎、咽下困难或咽下时梗阻感(Plummer-Vinson 征)及外胚叶组织营养缺乏表现为皮肤干燥、毛发无泽、反甲或匙状甲等，以及精神神经系统表现，甚至发生异食癖。缺铁引起的贫血性心脏病易发生左心衰。

**备考要点 306：**甲醇在人体中主要经肝脏代谢。肝脏醇脱氢酶将甲醇氧化为甲醛，然后在甲醛脱氢酶作用下氧化为甲酸，甲酸经过依赖叶酸盐的途径氧化为二氧化碳和水。吸收后的甲醛 90%~95% 经代谢后从呼出气和尿排出。

**备考要点 307：**慢性粒细胞白血病以脾大最突出，可呈





巨脾。

**备考要点 308：**慢性淋巴细胞白血病 60%~80% 患者淋巴结肿大，颈部、锁骨上部位常见。

**备考要点 309：**器官和组织浸润的表现：

①淋巴结和肝脾肿大多见于 ALL。

②骨和关节疼痛和压痛，常有胸骨中下段压痛。

③粒细胞肉瘤(绿色瘤)常见于粒细胞白血病。

④牙龈和皮肤浸润以 M4 和 M5 多见。

⑤中枢神经系统白血病(CNS-L)多见于 ALL，常为髓外复发的主要根源。

⑥睾丸浸润多见于 ALL，为仅次于 CNS-L 的髓外复发根源。

**备考要点 310：**细胞化学染色在分型中的意义：

①过氧化物酶(POX) AML(+~+++), ALL(-), 急性单核细胞白血病(-~+)。

②糖原(PAS)反应 AML(-)或(+), 弥漫性淡红色; ALL(+)呈块状或颗粒状, 急性单核细胞白血病(-)或(+), 弥漫性淡红色或颗粒状。

③非特异性酯酶(NSE) AML(-)或(+), 不被 NaF 抑制; ALL(-)。急性单核细胞白血病(+), 被 NaF 抑制。

④中性粒细胞碱性磷酸酶 AML 减少或(-); ALL 增加; 急

性单核细胞白血病正常或增加。

**备考要点 311：**常用化疗方案

①ALLVP 方案(长春新碱、泼尼松)，儿童缓解率 80% ~ 90%，成人 50%。成人常用 VDP 方案(VP+柔红霉素)或 VDLDP 方案(VDP+门冬酰胺酶)。

②ANLL 标准诱导缓解方案为 DA(柔红霉素+阿糖胞苷)，此外还有 HA 方案(三尖杉碱+阿糖胞苷)。M<sub>3</sub>(APL)使用全反式维 A 酸和(或)砷剂治疗。

**备考要点 312：**毛细血管脆性试验正常人不超过 10 个出血点；超过 10 个出血点为异常。

临床意义：束臂试验阳性者可见于：①血小板减少；②血小板功能异常；③血管壁病变，如坏血病、败血症、过敏性紫癜及其他原因引起的血管性紫癜；④其他：如血管性血友病、服用抗血小板药物等。毛细血管脆性试验阳性也可见于正常人，尤其是妇女，因而其诊断价值较为有限。

**备考要点 313：**慢性 ITP 的处理：

1. 糖皮质激素为首选药物，近期有效率约为 80%，其作用机制为：

①可减少血小板抗体的生成，减轻抗原-抗体反应。

②抑制单核-巨噬细胞对结合抗体的血小板的清除作用，使血小板寿命延长。

③降低毛细血管脆性，改善出血症状。

④刺激骨髓造血及血小板向外周血的释放。

以泼尼松效果较好。每天用量为  $1\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，一次顿服。待血小板恢复正常或接近正常后逐渐缓慢减量。小剂量 ( $5 \sim 10\text{mg}/\text{d}$ ) 维持治疗 3~6 个月。少数病人可根据情况选用氢化可的松或甲泼尼龙。若血小板在  $30 \times 10^9/\text{L}$  以上而无明显出血者，可暂不予治疗。

2. 脾切除脾切除是治疗本病的有效方法之一。有效率为 70%~90%。

**备考要点 314：**脾切除的禁忌证有：

①患有心脏病等严重疾病不能耐受者；

②妊娠期(初 3 个月和末 3 个月)妇女；

③年龄小于 6 岁者(学龄前儿童)。

**备考要点 315：**抗结核化学治疗是结核病最主要的治疗方法。化疗原则为早期、规律、全程、适量、联合五项原则。整个化疗方案分为强化和巩固两个阶段。

**备考要点 316：**血行播散性肺结核是结核分枝杆菌进入血流后，播散到肺内形成的结核病。

分为：急性、亚急性、慢性血行播散性肺结核。此型多见于儿童和青少年。常发生于免疫力低下者，诱因药物或疾病引起的免疫抑制，如糖尿病、分娩及长期使用免疫抑制剂等。



**备考要点 317:** 肾上腺糖皮质激素用于中毒症状严重有呼吸困难, 重症急性和亚急性血行播散性肺结核患者。

**备考要点 318:** 典型继发性肺结核: 临床症状+X 线表现, 排除其他非结核肺部疾患+抗结核治疗有效——诊断。

PPD 强阳性反应, 血清抗结核抗体阳性, 痰或支气管肺泡灌洗液等的 PCR 阳性, 或肺外组织病理证实结核病变, 均可作为诊断参考。

**备考要点 319:** 大三阳: HBsAg 阳性, HBeAg 阳性, 抗-HBc 阳性;

小三阳: HBsAg 阳性, 抗-HBe 阳性, 抗-HBc 阳性。

**备考要点 320:** 重型肝炎(肝衰竭)

①急性重型肝炎(急性肝衰竭)又称暴发性肝炎, 起病急, 发病 14 天内出现精神症状(按 V 度分, 肝性脑病 II 度以上)、肝脏进行性缩小, 黄疸急剧加深、消化道症状明显加重。凝血酶原活动度低于 40% 而排除其他原因者。

②亚急性重型肝炎(亚急性肝衰竭)又称急性肝坏死。起病较急, 发病 15 天至 26 周内出现 II 度以上肝性脑病者, 黄疸迅速上升, 消化道症状加重, 重度腹胀或腹水, 肝脏无明显缩小。本型病程较长, 常超过 3 周至数月。容易转化为慢性肝炎或肝硬化。

③慢加急性重型肝炎(慢加急性肝衰竭)在慢性肝病基础上

出现的急性或亚急性肝功能失代偿。

④慢性重型肝炎(慢性肝衰竭)在肝硬化基础上,肝功能进行性减退导致的以腹水或门脉高压、凝血功能障碍和肝性脑病等为主要表现的慢性肝功能失代偿。

**备考要点 321:** 甲型肝炎的预防控制传染源,患者起病后可隔离 3 周,应隔离治疗至病毒消失。

**备考要点 322:** 肾综合征出血热又称流行性出血热,鼠为主要传染源。

**备考要点 323:** 肾综合征出血热临床表现:

临床五期:特点——热退后病情加重

①发热期:三痛:头痛、腰痛、眼眶痛;三红:颜面、颈部、上肢部,鞭击样。

②低血压休克期(血浆外渗)。

③少尿期:肺水肿、脑水肿、酸中毒、高血钾。

④多尿期:低钾。

⑤恢复期。

**备考要点 324:** HIV 感染者和艾滋病患者是本病唯一的传染源。无症状而血清 HIV 抗体阳性的 HIV 感染者、血清病毒阳性而 HIV 抗体阴性的窗口期感染者是重要的传染源,窗口期通常为 2~6 周。

**备考要点 325:** 艾滋病的高危人群为男性同性恋、静脉药物

依赖者、性乱者、血友病、多次接受输血或血制品者。

**备考要点 326：**艾滋病的各种机会性感染及肿瘤：

①呼吸系统：表现为慢性咳嗽、发热、发绀、血氧分压降低，少有肺部啰音。胸部 X 线显示间质性肺炎。

②中枢神经系统：新隐球菌脑膜炎、结核性脑膜炎、弓形虫病脑、各种病毒性脑膜炎。

③消化系统：表现为鹅口疮、食管炎或溃疡，吞咽疼痛、胸骨后烧灼感、腹泻、体重减轻，感染性肛周炎、直肠炎，粪检和内镜检查有助于诊断；因隐孢子虫、肝炎病毒及 CMV 感染致血清转氨酶升高。

④口腔鹅口疮、舌毛状白斑、复发性口腔溃疡、牙龈炎等。

⑤皮肤：带状疱疹、传染性软疣、尖锐湿疣、真菌性皮炎和甲癣。

⑥眼部：CMV 视网膜脉络膜炎和弓形虫性视网膜炎，表现为眼底絮状白斑。眼睑、睑板腺、泪腺、结膜及虹膜等常受卡波西肉瘤侵犯。

⑦肿瘤：恶性淋巴瘤、卡波西肉瘤等。

**备考要点 327：**强制性脊柱炎的临床表现：

①起病多缓慢和隐匿；男性比女性多见。

②首发症状：

单侧或间断性腰痛——病情活动的指标之一；

背腰部发僵(晨僵)——是病情活动指标之一。

③外周关节症受累：下肢大关节，髋、膝、踝多见，多不对称，反复发作与缓解。

④关节外表现。

⑤体征：髋髂关节、髌脊、耻骨联合部位有压痛，脊柱前屈、后伸、侧弯和左右转动受限，髋关节“4”字试验(+)。

**备考要点 328：**①毒蕈碱样症状又称 M 样症状

主要是副交感神经末梢过度兴奋，产生类似毒蕈碱样作用，包括平滑肌痉挛、括约肌松弛、腺体分泌增加、气道分泌物增多等。

②烟碱样症状又称 N 样症状

在横纹肌神经肌肉接头处 ACh 蓄积过多，出现肌纤维颤动、全身肌肉强直性痉挛，也可出现肌力减退或瘫痪，呼吸肌麻痹，交感神经节后交感神经纤维末梢释放儿茶酚胺，表现血压增高和心律失常。

