

内科主治医师（303）精华知识点总结（部分）

考点：甲状腺危象防治：抑制甲状腺激素合成：首选丙基硫氧嘧啶。抑制甲状腺激素释放：复方碘口服溶液。对症处理：普萘洛尔、氢化可的松、高热者予物理降温，避免用乙酰水杨酸类药物。治疗效果不满意时，可选用腹膜透析、血液透析或血浆置换。

考点：肾病综合征糖皮质激素的使用原则：①起始剂量要足：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。②疗程要长：一般为 $6\sim 8$ 周，必要时延长到 12 周。③减量要慢：用药时间够长且病情稳定病人，可每 2 周减药 1 次，每次减少原用药量的 $10\%\sim 20\%$ 。

考点：二尖瓣狭窄超声心动图检查：1.M 型可见二尖瓣回声增粗，双峰消失呈城墙样，前后叶同向运动，左房、右室大；2.二维可见二尖瓣增厚、开放受限；3.多普勒可检出二尖瓣口舒张期异常血流，计算出瓣口面积；4.还可检出左房血栓，经食管超声心动图检出血栓率更高。（二尖瓣狭窄---房颤---血栓）

考点：腹水形成的机制：①门静脉压力增高，腹腔内血管床静水压增高；②有效循环血容量减少，肾素-血管紧张素系统激活；③低白蛋白血症：白蛋白低于 30g/L 时，血浆胶体渗透压降低；④继发性醛固酮和抗利尿激素增多；⑤淋巴液生成过多，自肝包膜渗至腹腔。

考点：溃疡性结肠炎消化系统表现：1.腹泻和黏液脓血便：是本病活动期的重要表现，系黏膜炎性渗出、糜烂及溃疡所致。2.腹痛：里急后重，便后腹痛缓解。3.其他症状：腹胀、食欲不振、恶心、呕吐等。4.体征：重型和暴发型患者常有明显压痛甚至肠型。

考点：冠脉狭窄根据直径变窄百分率分为四级：① I 级： $25\%\sim 49\%$ ；② II 级： $50\%\sim 74\%$ ；③ III 级： $75\%\sim 99\%$ （严重狭窄）；④ IV 级： 100% （完全闭塞）。

考点：支气管哮喘典型表现：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。

考点：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。正常成人体温，口测法 $36.3\sim 37.2^\circ\text{C}$ ，肛测法 $36.5\sim 37.7^\circ\text{C}$ ，腋测法 $36\sim 37^\circ\text{C}$ ，不同个体之间略有差异。下午体温较早晨高，剧烈运动、劳动或进餐后体温略高，一般波动范围不超过 1°C ，老年人体温略低，女性月经前和妊娠期稍高。

考点：急性 CO 中毒：1.轻型中毒血液中 COHb 为 $10\%\sim 20\%$ 。可有不同程度头痛、头晕、恶心、呕吐、心悸、四肢无力等。原有冠心病的患者可出现心绞痛。脱离中毒环境后，吸入新鲜空气，症状迅速消失。2.中度中毒血液中 COHb 浓度为 $30\%\sim 40\%$ 。可出现胸闷、气短、呼吸困难、幻觉、视物不清、判断力降低、运动失调、嗜睡、意识模糊或浅昏迷。口唇黏膜

可呈樱桃红色。氧疗后患者可恢复正常且无明显并发症。3.重度中毒血液中 COHb 浓度为 40%~60%。迅速出现昏迷、呼吸抑制、肺水肿、心律失常或心力衰竭。患者可呈去皮质综合征状态。部分患者可合并吸入性肺炎。受压部位皮肤可出现红肿、水疱。眼底检查可发现视盘水肿。去皮质综合征：患者睁眼闭眼均无意识，光反射、角膜反射存在，对外界刺激无意识反应，无自发言语及有目的动作，呈上肢屈曲、下肢伸直的去皮质强直姿势，常有病理征。

考点：AKI 诊断标准：肾功能在 48 小时内突然减退，血清肌酐绝对值升高 $\geq 0.3\text{mg/dl}$ ($26.5\text{ }\mu\text{mol/L}$)，或 7 天内血清肌酐增至 ≥ 1.5 倍基础值，或尿量 $< 0.5\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ ，持续时间 > 6 小时。

考点：CD 的大体形态特点为：①节段性或跳跃性，不连续；②早期呈鹅口疮样；随后形成纵行溃疡和裂隙溃疡，将黏膜分割呈鹅卵石（铺路石）样外观；③累及肠壁全层（深），肠壁增厚变硬，肠腔狭窄。

考点：心脏压塞 Beck 三联征：低血压、心音低弱、颈静脉怒胀。奇脉：为吸气时动脉收缩压下降 10mmHg 或更多，伴有脉搏减弱或消失，呼气时复原。

考点：MI 定位诊断：下壁：II，III，aVF；高侧壁：I，aVL；胸前导联—反映水平面情况；前间壁：V1~3；前壁：V2~5；前侧壁：V5~6；广泛前壁：V1~6；后壁：V7~9；右室：V3R~V6R。

考点：胺碘酮（amiodarone）（III类）不良反应：1.眼：可见角膜微粒沉淀；光过敏；2.肺：可能引发肺间质纤维化改变；3.甲状腺：甲功影响；4.肝：转氨酶升高；5.致心律失常作用。

考点：肺动脉高压心电图：主要条件：①电轴右偏，额面平均电轴 $\geq +90^\circ$ ；② $V1R/S \geq 1$ ；③重度顺钟向转位；④ $RV1 + SV5 \geq 1.05\text{mV}$ ；⑤ V1~3 酷似陈旧心梗的 QS 波；⑥肺型 P 波：右心房肥大的心电图之一。

考点：发热的分度：以口测法为准：低热： $37.3 \sim 38^\circ\text{C}$ ，中等度热： $38.1 \sim 39^\circ\text{C}$ ，高热： $39.1 \sim 41^\circ\text{C}$ ，超高热： 41°C 以上。

考点：钩端螺旋体病急起发热，全身酸痛，腓肠肌疼痛与压痛，腹股沟淋巴结肿大；或并发有肺出血、黄疸肾损害、脑膜脑炎等。

考点：抗双链 DNA（dsDNA）抗体与 SLE 活动性密切相关。抗 Sm 抗体特异性最高，达 99%，是 SLE 的特异性抗体。补体 C3 低下提示 SLE 活动期。

考点：溢出性蛋白尿：血中低分子量蛋白（如多发性骨髓瘤轻链蛋白、血红蛋白、肌红蛋白等）异常增多，经肾小球滤过而不能被肾小管全部重吸收所致。

考点：早期胃癌：病灶仅局限于黏膜及黏膜下层，以直径 0.5cm 以下胃癌为微胃癌，0.6～1.0cm 胃癌为小胃癌，统称为微小胃癌。

考点：急性心梗溶栓禁忌证——出血的情况：①既往发生过出血性脑卒中，6 个月内发生过缺血性脑卒中或脑血管事件；②颅内肿瘤；③近期（2～4 周）有活动性内脏出血；④未排除主动脉夹层；⑤入院时严重且未控制的高血压（>180/110mmHg）或慢性严重高血压病史；⑥目前正在使用治疗剂量的抗凝药或已知有出血倾向；⑦近期（2～4 周）创伤史，包括头部外伤、创伤性心肺复苏或较长时间（>10 分钟）的心肺复苏；⑧近期（<3 周）外科大手术；⑨近期（<2 周）曾有在不能压迫部位的大血管行穿刺术。

考点：肿瘤所引起肺外表现，又称副癌综合征。①肥大性肺骨关节病；②分泌促性腺激素：男性乳房发育；③分泌促肾上腺皮质激素样物质：库欣综合征；④分泌抗利尿激素：稀释性低钠血症；⑤神经肌肉综合征等。

考点：RV/TLC：残气量/肺总量>40%对诊断阻塞性肺气肿有重要意义。

考点：抗结核化学治疗：化疗原则为早期、规律、全程、适量、联合五项原则。

考点：肾综合征出血热发热期表现：1.发热：弛张热；2.全身中毒症状：三痛：头痛、腰痛、眼眶痛。3.毛细血管损害：①颜面、颈、胸等部位潮红，重者呈酒醉貌。②眼结膜、软腭（呈针尖样出血点）、咽部充血。③腋下和胸背部皮肤出血，常呈搔抓样或条索状。

考点：判断上消化道出血是否停止，消化道活动出血：①反复呕血或黑粪，肠鸣音活跃。②周围循环状态经充分补液后未见明显改善；③血红蛋白浓度等继续下降，网织红细胞计数持续增高；④血尿素氮持续或再次增高。

考点：消化性溃疡临床常见病因：1.幽门螺杆菌（HP）是消化性溃疡的主要原因。2.药物：长期服用 NSAIDs（抑制前列腺素合成，前列腺素保护胃黏膜），是黏膜损伤最常见的药物。3.遗传易感因素。4.胃排空障碍。

考点：恶性高血压：①发病急骤，多见于中、青年；②血压明显升高，舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ ；③头痛、视力模糊、眼底出血、渗出和视盘水肿；④肾脏损害突出，表现为持续蛋白尿、血尿、管型尿，可伴有肾功能不全；⑤如不给予及时治疗，预后不佳，可死于肾衰竭、脑卒中或心力衰竭。

考点：支气管哮喘的辅助检查：支气管激发试验：吸入激发剂乙酰甲胆碱后，FEV1 下降 $\geq 20\%$ 。支气管舒张试验：吸入支气管舒张剂后，FEV1 增加 $\geq 12\%$ 且绝对值 $\geq 200\text{ml}$ 。

考点：胸壁疼痛特点：①部位局限，有压痛；②皮肤病变可有红、肿、热；③带状疱疹疼痛呈刀割样、灼伤样，剧烈难忍，持续时间长；④非化脓性肋骨软骨炎局部可隆起，压痛明显，

活动时加重。

考点：心衰的病因：（1）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。（2）容量负荷（前负荷）过重：见：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。

考点：上运动神经元损伤：肌张力高，腱反射亢进、病理反射（+）。下运动神经元损伤：肌张力低，腱反射减弱、病理反射（-）。

考点：糖尿病肾病：是 T1DM 患者的主要死亡原因。

考点：膜性肾病：①好发于中老年人。②可伴有镜下血尿，一般无肉眼血尿。③极易发生血栓栓塞并发症，尤其是肾静脉。④光镜可见肾小球弥漫性病变，进而钉突形成；免疫病理显示 IgG 和 C3 细颗粒沿着肾小球毛细血管壁沉积。

考点：肝硬化肝功能减退表现：（1）全身症状及体征：乏力，消瘦、精神不振。（2）消化系统症状：食欲不振、恶心、腹胀、腹泻等。（3）黄疸：皮肤、巩膜黄染。（4）出血、贫血：凝血因子减少，脾亢，毛细血管脆性增加有关。（5）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：面色晦暗、色素沉着。肝病面容，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。

考点：稳定型心绞痛部位：胸骨体上段或中段之后（最常见、最典型）波及心前区，常向左臂内侧、左肩放射。

考点：肺外胸内扩展引起的症状和体征：①压迫膈神经——膈肌麻痹。②压迫喉返神经（左侧多见）——出现声音嘶哑。③压迫上腔静脉——颈面部静脉怒张。④压迫食管——吞咽困难。⑤压迫交感神经——Horner 综合征（病侧眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球凹陷、同侧额部和胸壁无汗），见于肺上沟癌（Pancoast 癌）。

考点：当体重超过正常标准的 20%，为肥胖。体重指数=体重（kg）/身高（m²），WHO 肥胖标准 BMI≥30kg/m²，我国现行标准 BMI≥28kg/m²。

考点：AMI 的特征性图形：（1）坏死型：异常 Q 波（病理 Q 波），q（Q）波宽度>0.04s，q（Q）深度：胸导>1/4R、aVL>1/2R、aVF>2/3R。（2）损伤区：ST 段弓背向上抬高或与 T 呈单向曲线。（3）缺血区：T 波倒置或呈冠状 T（倒置 T 波尖而深，双肢对称）。

考点：急性胰腺炎辅助检查 1.淀粉酶最常用的诊断方法：（1）血清（胰）淀粉酶：起病后 2~12 小时开始升高，24 小时达高峰，48 小时开始下降，持续 3~5 天。超过正常值 3 倍以上

可确诊。但淀粉酶升高的幅度与胰腺炎的病情严重程度不成比例。(2)尿淀粉酶：升高较晚，发病后 24 小时开始升高，48 小时达高峰，持续 1~2 周，下降缓慢。水平可受患者尿量的影响。(3)腹水及胸水淀粉酶：明显增高。2.血清脂肪酶：起病 24~72 小时后开始上升，持续 7~10 天，对就诊较晚的患者有诊断价值，特异性也较高。3.血生化：(1)血糖升高；(2)低钙血症。4.C 反应蛋白 (CRP)：有助于监测与评估急性胰腺炎的严重程度，在胰腺坏死时明显升高。5.血常规：白细胞增多，中性粒细胞核左移。

考点：单纯部分性发作：Jackson 发作：异常运动从局部开始，沿着大脑皮质运动区的分布区移动，一侧手指—腕部—肘部—肩部—口角—面部。

考点：帕金森病多在 60 岁以后发病。运动症状：(1)静止性震颤：最常见（最具有诊断意义的表现）。“搓丸”动作。(2)肌强直：铅管样强直、齿轮样强直。(3)运动迟缓：“面具脸”；“小写症”。(4)姿势障碍：慌张步态；“冻结现象”。

考点：异常脉搏：①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，常见于主动脉瓣关闭不全。②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。③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。④短绌脉：单位时间内脉率小于心率，也称脉搏短绌。见于房颤。

考点：各种心梗临床特点：1.左室前壁心梗：最易发生；心功能影响最大；室性心律失常多；心脏破裂多。2.左室下壁心梗：心律慢；易出现腹部症状。3.右室心梗：血压低；右心衰。

考点：肝硬化上消化道 X 线：食管静脉曲张时，可表现为虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损，胃底静脉曲张表现为菊花样充盈缺损。

考点：AML 分为八个亚型：(1) M0 (急性髓细胞白血病微分化型)；(2) M1 (急性粒细胞白血病未分化型)；(3) M2 (急性粒细胞白血病部分分化型)；(4) M3 (急性早幼粒细胞白血病)：骨髓中以多颗粒的早幼粒细胞为主， $\geq 30\%$ 。(5) M4 (急性粒—单核细胞白血病)：骨髓原始细胞在非红系细胞中 $> 30\%$ ，各阶段粒细胞占 $30\% \sim 80\%$ ，单核细胞 $> 20\%$ 。(6) M5 (急性单核细胞白血病)：骨髓非红系中原单核、幼单核 $\geq 30\%$ ，且各阶段单核细胞 $\geq 80\%$ ，原单核细胞 $\geq 80\%$ 为 M5a， $< 80\%$ 为 M5b。(7) M6 (急性红白血病)：骨髓中非红系细胞中原始细胞 $\geq 30\%$ ，幼红细胞 $\geq 50\%$ 。(8) M7 (急性巨核细胞白血病)：骨髓中原始巨核细胞 $\geq 30\%$ 。

考点：短暂性脑缺血发作 (TIA)。指局部脑或视网膜缺血引起的短暂性神经功能缺损，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。凡神经影像学检查有

神经功能缺损对应的明确病灶者不宜称为 TIA。

考点：肝硬化门脉高压（1）脾大：脾脏因长期淤血而大。（2）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，脐周静脉明显曲张者，外观呈水母头状。③痔静脉曲张。（3）腹水：是肝硬化失代偿期最突出的表现。

考点：非 ST 段抬高型急性冠脉综合征发病机制：不稳定的粥样斑块继发斑块内出血、斑块纤维帽破裂或斑块糜烂，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。

考点：X 线肺动脉高压征象：①右下肺动脉干扩张：横径 $\geq 15\text{mm}$ ；其横径/气管横径 ≥ 1.07 ；②肺动脉段明显突出，其高度 $\geq 3\text{mm}$ ；③中央动脉扩张，外周血管纤细，形成“残根”征；④右室肥大。

考点：瞳孔正常直径为 3~4mm，对瞳孔的检查应注意瞳孔的形状、大小、位置、双侧是否等大、等圆，对光及集合反射等。①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）；②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。③瞳孔大小不等：常提示有颅内病变，如脑外伤、脑肿瘤等。④瞳孔对光反射迟钝或消失，见于昏迷病人。

考点：蛛网膜下腔出血病因：颅内动脉瘤破裂是最常见病因（80%），动静脉畸形占到 15%，不明原因者小于 15%。蛛网膜下腔出血可见紫红色的血液沉积在脑底池和脊髓池中。

考点：类风湿因子阳性不一定是 RA，RA 不一定类风湿因子阳性。

考点：肾病综合征（NS）诊断标准：①尿蛋白大于 3.5g/d；②血浆白蛋白低于 30g/L；③水肿（肾病性水肿发生机制：血浆胶体渗透压下降；肾炎性水肿发生机制：肾小球滤过率下降）；④血脂升高（易发生栓塞，常见部位为肾静脉，表现为肾区疼痛、血尿）。其中①②两项为诊断所必需。

考点：正常二尖瓣口面积约 4~6cm²。瓣口面积 $< 2\text{cm}^2$ 时就有血流动力学障碍。轻度狭窄，瓣口面积 1.5~2.0cm²。中度狭窄，瓣口面积 1.0~1.5cm²。重度狭窄，瓣口面积 $< 1.0\text{cm}^2$ 。

考点：稳定型心绞痛发病机制：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。

考点：胸腔积液病因和发病机制：1.充血性心力衰竭、缩窄性心包炎——漏出液。——毛细血管内静水压增高 2.肝硬化、肾病综合征——漏出液——毛细血管内胶体渗透压降低。3.

胸膜炎症、胸膜肿瘤——产生渗出液——胸膜通透性增加等。4.癌症淋巴管阻塞——产生渗出液——壁层胸膜淋巴引流障碍。5.损伤——食管破裂、胸导管破裂等，产生血胸、脓胸和乳糜胸。6.医源性——药物、放射治疗等，都可引起渗出性或漏出性积液。

考点：特殊类型的呼吸①Kussmaul 呼吸。②潮式呼吸（Cheyne-Stokes）见于呼吸抑制，大脑损害（大脑皮质水平）等。③间停呼吸（Biot's 呼吸）：呼吸抑制、颅压高、大脑损害（在延髓水平）。

考点：脑出血指非外伤性脑实质内出血。最常见的病因是高血压合并细小动脉硬化。最容易破裂的动脉是豆纹动脉。高血压性的脑出血好发的部位在基底节区及内囊，70%。

考点：双胍类降糖药作用机制：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。

考点：克罗恩病（Crohn 病，CD）是一种慢性炎性肉芽肿性（非干酪样）疾病，多见于末端回肠和邻近结肠，但从口腔至肛门各段消化道均可受累，呈节段性或跳跃式分布。

考点：扩张型心肌病特征：心腔扩大，心肌收缩功能减退（充血性心力衰竭），心律失常。易产生血栓。

考点：主动脉狭窄多数为先天性血管畸形，少数为多发性大动脉炎所致。临床特点为上肢血压增高而下肢血压不高或降低的反常现象，对通常的治疗反应不佳。主动脉造影可确定诊断。

考点：肾前性 AKI：血容量减少、有效动脉血容量减少和肾内血流动力学改变等。肾性 AKI：包括肾小球、肾血管、肾小管和肾间质性疾病导致的损伤。以急性肾小管坏死（ATN）最为常见。ATN 常见的病因有肾缺血或肾毒性物质损伤肾小管上皮细胞可引起。肾后性 AKI：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。

考点：心肌梗死并发症：1.乳头肌功能失调或断裂：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。2.心脏破裂，常在起病 1 周内出现，在胸骨左缘第 3~4 肋间出现响亮的收缩期杂音，3.栓塞，见起病后 1~2 周，可为左心室附壁血栓脱落所致，引起脑、肾、脾或四肢等动脉栓塞。也可因下肢静脉血栓形成部分脱落所致，则产生肺动脉栓塞 4.心室壁瘤，主要见左心室，体格检查见左侧心界扩大，心脏搏动范围较广，可有收缩期杂音。心电图 ST 段持续抬高。5.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。

考点：判断酸碱失衡：①代谢性酸中毒： $\text{pH} < 7.40$ ； $\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mmol/L}$ ； PaCO_2 代偿性降低，

$<40\text{mmHg}$ ，不低于代偿极限 10mmHg 。②代谢性碱中毒： $\text{pH}>7.40$ ； $\text{HCO}_3^->27\text{mmol/L}$ ； PaCO_2 代偿性增高，超过代偿极限 55mmHg 者考虑合并呼酸。③呼吸性酸中毒： $\text{pH}<7.40$ ； $\text{PaCO}_2>45\text{mmHg}$ ； HCO_3^- 代偿性增高，超过代偿极限 45mmol/L 者考虑合并代碱。④呼吸性碱中毒： $\text{pH}>7.40$ ； $\text{PaCO}_2<35\text{mmHg}$ ； HCO_3^- 代偿性降低，低于代偿极限 12mmol/L 者考虑合并代酸。

考点：FEV1/FVC：吸入支气管扩张剂后，第一秒用力呼气容积/用力肺活量（FEV1/FVC）简称一秒率， $<70\%$ 是诊断 COPD 的必要条件。

考点：急性肾衰竭水、电解质和酸碱平衡紊乱：①代谢性酸中毒：肾排酸能力下降。②高钾血症：严重创伤、烧伤等所致的横纹肌溶解引起的 AKI，每日血钾可上升 $1.0\sim 2.0\text{mmol/L}$ 。③低钠血症。④低钙、高磷血症，但远不如慢性肾衰竭时明显。

考点：癫痫的药物治疗：①失神发作——首选乙琥胺、丙戊酸、拉莫三嗪。②青少年肌阵挛癫痫——首选丙戊酸钠、拉莫三嗪，二线药物为左乙拉西坦、氯硝西泮。③部分性发作：成人——首选卡马西平、苯妥英钠；儿童——首选奥卡西平；老人首选加巴喷丁、拉莫三嗪。④全面强直-阵挛发作：卡马西平、丙戊酸钠、托吡酯、拉莫三嗪。

考点：缺铁性贫血实验室检查：1.红细胞形态——首选，红细胞体积较小，并大小不等，中心淡染区扩大，MCV、MCHC、MCH 值均降低（小细胞低色素性贫血）。2.骨髓铁染色——最可靠；缺铁性贫血时细胞外铁消失，铁粒幼细胞减少。3.血清铁、总铁结合力：血清铁降低（ $<500\mu\text{g/L}$ 或 $<8.95\mu\text{mol/L}$ ），总铁结合力升高（ $>3600\mu\text{g/L}$ 或 $>64.44\mu\text{mol/L}$ ），转铁蛋白饱和度降低（ $<15\%$ ），可作为缺铁诊断指标之一。4.血清铁蛋白——最敏感；是体内贮备铁的指标，低于 $12\mu\text{g/L}$ 可作为缺铁的依据。5.红细胞游离原卟啉：当幼红细胞合成血红素所需铁供给不足时，红细胞游离原卟啉值升高，一般 $>0.9\mu\text{mol/L}$ （全血）。

考点：AF $>24\text{h}$ 不能马上转复，需要先抗凝。复律前华法林 3 周，持续至复律后 4 周。

考点：低流量吸氧，给氧浓度（%） $=21+4\times\text{氧流量（L/min）}$ ；一般吸入氧浓度为 28%~30%，避免吸入氧气浓度过高，防止引起二氧化碳潴留。

考点：负荷心电图：阳性标准：运动中出现心绞痛或心电图改变主要以 ST 段水平或下斜型压低 $\geq 0.1\text{mV}$ 持续 2 分钟。最常用的非创伤性检查方法。

考点：肝肾综合征：“三低一高”：少尿或无尿、低尿钠、稀释性低血钠和氮质血症。肝硬化大量腹水等因素使机体有效循环血量不足，导致肾皮质血流量和肾小球滤过率持续降低。

考点：结核性脑膜炎临床表现：1.头痛：是最常见、最痛苦的症状。2.呕吐：多为喷射状，无恶心，与进食无关。3.脑神经损害：临床上以展神经、面神经、视神经、动眼神经损害常

见。4.意识障碍：嗜睡、昏睡和昏迷。5.瘫痪：结核性动脉内膜炎可致偏瘫，脊髓受损表现为截瘫和大小便功能障碍。6.癫痫：幕上结核瘤，特别是脑皮质内结核瘤常可引起癫痫发作。7.失明。8.脑干功能障碍：发生呼吸、循环和瞳孔的改变。9.脑疝：以小脑幕切迹病和枕骨大孔病多见。

考点：假性癫痫发作，又称癔病性发作，发作中哭叫、闭眼、躲闪、眼球乱动，瞳孔正常，对光发射存在；不符合癫痫发作的分类标准；发作期和发作间期无癫痫样放电。

考点：特殊溃疡：①复合溃疡：指胃和十二指肠均有活动性溃疡。②幽门管溃疡：餐后很快发生疼痛，早期出现呕吐，易出现幽门梗阻、出血和穿孔等并发症。③球后溃疡：指发生在十二指肠降段、水平段的溃疡；溃疡多在后内侧壁，可穿透入胰腺，疼痛可向右腹及背部放射；易并发出血。④巨大溃疡：指直径 $>2\text{cm}$ 的溃疡，巨大十二指肠球部溃疡常在后壁，易发展为穿透性，周围有大的炎性团块，疼痛剧烈而顽固，多放射至背部。

考点：房颤的临床特点之体征：心律绝对不规则；第1心音强弱变化不定；脉搏短绌。心电图特征：1.P波消失，代之以“f”波（“f”波频率在 $350\sim 600\text{bpm}$ ）。2.RR绝对不等，若合并完全性房室阻滞时可出现RR间期相等。

考点：支气管哮喘（简称哮喘）是由多种细胞（如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等）和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。气道慢性炎症也被认为是哮喘的本质。

考点：心梗溶栓疗效判断：间接法：a.溶栓2小时内胸痛完全缓解；b.自溶栓开始2小时内抬高的ST段迅速回降 $>50\%$ ；c.血清CK峰值前移至发病16小时内，CK-MB为14小时内；d.自溶栓开始2小时内出现再灌注心律失常（室早）。

考点：微小病变型肾病：①好发于儿童；②可伴有镜下血尿；③对激素敏感；④电镜下广泛的肾小球脏层上皮细胞足凸融合——本病的诊断依据。

考点：失神发作：①呼之不应，两眼瞪视不动；②意识短暂中断，发作和停止均突然；③一般不会跌倒，手中持物可能坠落，事后立即清醒，继续原先之活动，对发作无记忆。④EEG：上呈规律和对称的 3Hz/s 棘-慢波组合。

考点：消化性溃疡并发症：（1）出血：是消化性溃疡最常见的并发症，也是上消化道大出血最常见的病因。DU较GU出血多见。（2）穿孔：①急性穿孔：常发生于十二指肠前壁或胃前壁，可引起弥漫性腹膜炎。②穿透性溃疡：十二指肠或胃后壁的溃疡深至浆膜层时已与邻近的组织或器官发生粘连，称之为慢性穿孔，腹痛变得顽固而持续，疼痛常放射至背部。③穿入空腔器官形成瘘管。（3）幽门梗阻：主要是由DU或幽门管溃疡引起。表现为上腹胀满

不适，恶心、呕吐，呕吐物含发酵酸性宿食。查体可出现胃型及胃蠕动波及振水音。（4）癌变：GU 癌变率 1%以下。

考点：长期家庭氧疗（LTOT），其指征为： $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ ； $\text{PaO}_2 55 \sim 60\text{mmHg}$ ，或 $\text{SaO}_2 < 89\%$ ，一般用鼻导管吸氧，氧流量为 $1 \sim 2\text{L/min}$ ，吸氧时间 $10 \sim 15\text{h/d}$ 。目的是使静息状态下达到 $\text{PaO}_2 \geq 60\text{mmHg}$ 、 $\text{SaO}_2 > 90\%$ 。

考点：杂音问题：二尖瓣狭窄：心尖部舒张期杂音；二尖瓣关闭不全：心尖部收缩期杂音；主动脉瓣关闭不全：胸骨右缘第二肋间舒张期杂音；主动脉瓣狭窄：胸骨右缘第二肋间收缩期杂音；肺动脉瓣狭窄：胸骨左缘第二肋间收缩期杂音。

考点：抗 SSA 及抗 SSB 抗体与光过敏、血管炎、皮损、白细胞减少、继发干燥综合征相关。

考点：重症胰腺炎：1.低血压或休克。2.Grey-Turner 征（两侧胁腹部皮肤表现为暗灰蓝色）；Cullen 征（脐周皮肤青紫）。3.压痛、反跳痛和腹肌紧张。4.肠鸣音减弱或消失，并可出现移动性浊音，腹水常呈血性，淀粉酶。5.低血钙（ $< 2\text{mmol/L}$ ），低血钙程度与临床严重程度相平行，低血钙提示预后不良，表现为手足搐搦。6.高血糖：持久的空腹血糖 $> 10\text{mmol/L}$ 反映胰腺坏死提示预后不良。

考点：心功能分级：纽约分级：

I 级：患者患有心脏病，但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛；

II 级：心脏病患者的体力活动受到轻度限制，休息时无自觉症状，但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛；

III 级：心脏病患者的体力活动明显受限， $<$ 平时的一般活动（或家务活动）即可引起上述症状；

IV 级：心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心衰的症状，体力活动后加重。

考点：医院获得性肺炎（HAP）致病菌：①无感染高危：常见病原体依次为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、肺炎克雷伯杆菌等；②有感染高危：常见病原体为金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、肠杆菌属、肺炎克雷伯杆菌等。

考点：慢性粒细胞白血病临床分期：1.慢性期：病情稳定。2.加速期：发热，体重下降，脾进行性肿大，逐渐出现贫血和出血。慢性期有效的药物失效。嗜碱性粒细胞增高 $> 20\%$ ，血或骨髓细胞中原始细胞 $> 10\%$ 。除 Ph 染色体又出现其他染色体异常。3.急变期：临床表现同急性白血病。骨髓中原始细胞或原淋+幼淋 $> 20\%$ ，一般为 $30\% \sim 80\%$ ；外周血中原粒+早幼粒 $> 30\%$ ，骨髓中原粒+早幼粒 $> 50\%$ ；出现髓外原始细胞浸润。慢粒急变多数为急粒变，

也可转为急淋，少数转为 M4、M5、M6、M7。

考点：血压控制目标值：目前一般主张血压控制目标值至少 $<140/90\text{mmHg}$ 。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 $65\sim 70\text{mmHg}$ 。

考点：强直性脊柱炎：非对称性的下肢大关节炎，X线“竹节样改变”，HLA-B27 阳性。血清 RF 阴性。

考点：ACEI 优点及适应证：改善胰岛素抵抗和减少尿蛋白的作用；特别适用于伴有心力衰竭、心肌梗死后、心肌肥厚、糖耐量减低或糖尿病肾病的高血压患者。

考点：结核性胸膜炎临床表现：1.症状：①多见于青年人；②发热、盗汗、乏力、全身不适等结核中毒症状；③可有干咳、胸痛；④呼吸困难：大量胸腔积液时可有胸闷、气促；⑤脓胸患者常感胸闷、气短，可咳大量脓痰。2.体征：①干性胸膜炎：胸膜摩擦音（触诊：摩擦感）。②渗出性胸膜炎：患区叩诊浊音或实音，语颤减弱或消失，呼吸音减弱或消失。③脓胸：慢性消耗病容，患侧胸廓塌陷，肋间隙变窄，气管纵隔向患侧移位。

考点：左心衰临床表现：呼吸困难：①劳力性呼吸困难：最常见，早期表现。②端坐呼吸：患者不能平卧，整日保持坐位，为严重左心衰竭表现。③夜间阵发性呼吸困难：在夜间睡眠中惊醒，呼吸困难伴阵咳，端坐呼吸。④急性肺水肿：左心衰竭呼吸困难最严重的形式。

考点：急性心梗溶栓适应证——只适合 ST 抬高的心梗。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 $12\sim 24$ 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。

考点：评估心脏收缩功能：正常 LVEF 值 $>50\%$ ，LVEF $\leq 40\%$ 为收缩期心力衰竭的诊断标准。
射血分数=搏出量（ml）/心室舒张末期容积（ml） $\times 100\%$ 。

考点：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（补充贮备铁），待铁蛋白正常后停药。

考点：肾实质性高血压：最常见，主要有慢性肾小球肾炎、糖尿病肾病、慢性肾盂肾炎、红斑狼疮性肾炎、肾结核、多囊肾、肾肿瘤等。病变侵及肾实质引起。

考点：溢出性蛋白尿：血中低分子量蛋白（如多发性骨髓瘤轻链蛋白、血红蛋白、肌红蛋白等）异常增多，经肾小球滤过而不能被肾小管全部重吸收所致。