

内科主治医师（303）必背高频考点

考点：急性肾小球肾炎多见于链球菌感染后。多见于儿童。起病初期血清补体 C3 下降，于 8 周内渐恢复正常，对提示急性肾炎意义很大。

考点：心绞痛与急性心肌梗死临床表现的主要鉴别点是疼痛持续时间。

考点：房颤 P 波消失，代之以 f 波，频率 350~600 次/分，其大小、形态和振幅不同。

考点：Killip——急性心梗的分级

I 级：尚无明显的心力衰竭；

II 级：有左心衰竭，肺部啰音 < 1/2 肺野；

III 级：肺部有啰音，且啰音的范围 > 1/2 肺；

IV 级：心源性休克，有不同阶段和程度的血流动力学变化。

考点：功能性因素尤其是缺氧是肺动脉高压形成的最重要因素。（助理不涉及）

考点：普通感冒又称急性鼻炎。起病急，主要为鼻部症状，2~3 天后鼻涕变稠，可伴咽痛、头痛、流泪、味觉迟钝、声嘶等，有时听力减退。5~7 天痊愈。

考点：10% 的 SLE 患者因关节周围肌腱受损而出现 Jaccoud 关节病，其特点为可复性非侵蚀性关节半脱位。

考点：AS 体征：骶髂关节压痛，脊柱前屈、后伸、侧弯和转动受限，胸廓活动度减低（< 2.5cm），枕墙距异常（> 0cm）等，Schober 试验阳性（< 4cm）。“4”字试验阳性提示骶髂关节病变。

考点：发热

1. 发热的病因——以感染性发热为主。

（1）感染性发热——各种病原体引起的感染，如病毒、细菌、支原体、衣原体、真菌等。急、慢性传染病。

（2）非感染性发热

① 风湿性疾病；② 恶性肿瘤；③ 无菌性组织坏死；④ 内分泌及代谢疾病；⑤ 中枢神经系统疾病；⑥ 物理因素：如中暑、放射线病等；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、神经功能性低热。

2. 发热的发病机制

（1）致热源性发热包括外源性和内源性两大类。

（2）非致热源性发热

3. 发热的分度：分低热（37.3~38℃）、中等度热（38.1~39℃）、高热（39.1~41℃）、超高

热 ($>41^{\circ}\text{C}$)。

4.发热的临床分期

①体温上升期；②高热期；③体温下降期。

5.发热的热型及临床意义

①稽留热：体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上达数天或数周，24 小时内波动范围不超过 1°C 。见于肺炎球菌肺炎和伤寒等；②弛张热：因常见于败血症，故又称败血症热型，体温常在 39°C 以上，而波动幅度大，24 小时内波动范围达 2°C 以上，但最低体温仍高于正常水平。除见于败血症外，还可见于风湿热、重症肺结核和化脓性炎症等；③间歇热：体温骤升达高峰，持续数小时后，骤降至正常，经过 1 天至数天后，又骤然升高，如此高热期与无热期反复交替发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等；④波状热：体温逐渐升高达 39°C 或以上，持续数天后逐渐下降至正常水平，数天后又逐渐上升，如此反复交替发作多次。常见于布氏杆菌病；⑤回归热：体温骤升达 39°C 以上，持续数天后又骤降至正常水平，数天后又骤然升高，持续数天后又骤降，如此反复发作。可见于回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等；⑥不规则热：发热无一定规律。见于结核病、风湿热、支气管炎等。

考点：第一秒用力呼气容积(FEV1) 占用力肺活量 (FVC)百分比 (FEV1/FVC)，简称一秒率，是评价气流受限的指标；第一秒用力呼气容积占预计值百分比 (FEV1%预计值)是评估 COPD 严重程度的常用指标。吸入支气管扩张药后一秒率 <0.70 及 FEV1%预计值 <0.80 者，可确定为不完全可逆的气流受限，是诊断 COPD 的必要条件。

考点：肺心病并发心律失常多表现为房性期前收缩（最常见）及阵发性室上性心动过速，其中以紊乱性房性心动过速最具特征性。

考点： β 受体阻滞剂延缓心肌重塑、降低死亡率；支气管哮喘、二度或三度房室传导阻滞禁用；心率 <60 次/分、低血压慎用。

考点：肌红蛋白心肌坏死后最早出现；肌钙蛋白、肌酸激酶同工酶特异性好。

考点：蛋白尿：尿蛋白大于 150mg/d ，超过 3.5g/d 称为大量蛋白尿。

考点：急性肾小球肾炎确诊金标准：肾脏活检。

考点：80%SLE 患者有皮肤损害，其中蝶形红斑和盘状红斑最具有特征性。

考点：肺换气障碍主要特点是低氧血症-换气差 O_2 少。

考点：肺心病失代偿期：简要记忆：呼衰+心衰

①呼衰导致的肺性脑病是主要死因。

②右心衰最特异性表现为肝颈静脉回流征阳性。

考点：单独的长效 β_2 受体激动剂（比如福莫特罗、沙美特罗）不被推荐用于支气管哮喘治疗，因为可能引起哮喘患者猝死，所以现在是和吸入激素联合使用。重度至危重度哮喘发作必要时机械通气治疗。

考点：心梗心电图：T波高尖，ST段弓背向上抬高，抬高的ST段与高尖T波的升支融合成“单向曲线”。

考点：急性肾小球肾炎：血尿、蛋白尿、水肿和高血压。

考点：几乎所有SLE患者的肾组织都有病理变化，约60%患者有临床表现。

考点：急性喉炎多为流感病毒，临床表现为明显声嘶、讲话困难、有发热、咽痛或咳嗽，咳嗽时咽喉痛加重。体检见喉部充血、水肿。

考点：肺功能检查是判断气流持续受限的主要客观指标，对COPD诊断、严重程度评价、疾病进展、预后及治疗反应等有重要意义。

考点：支气管哮喘胸部X线检查：缓解期多无明显异常。哮喘发作期可见两肺透亮度增加，并发呼吸道感染，可见肺纹理增加及炎性浸润阴影。

考点：冠心病危险因素：年龄、性别、三高、吸烟。

考点：白血病骨髓象：骨髓增生活跃至极度活跃，原始细胞占骨髓非红系有核细胞30%以上（WHO分型规定骨髓原始细胞 $\geq 20\%$ ）。

考点：急性肾小球肾炎病因： β 溶血性链球菌。

考点：SLE可出现瓣膜赘生物，称为Libman-Sack心内膜炎。

考点：急性扁桃体炎，溶血性链球菌。起病急，咽痛明显、伴发热、畏寒，体温达 39°C 以上。查体：咽部明显充血，扁桃体肿大、充血，表面有黄色脓性分泌物。

考点：肺心病代偿期：肺动脉高压表现+右心室大。

①不同程度的发绀和肺气肿体征；

②心脏体征： $P_2 > A_2$ （肺动脉高压）；

③三尖瓣区可出现收缩期杂音或剑突下心脏搏动增强（右心大）。

考点：白三烯调节剂：是目前除吸入型糖皮质激素外唯一可单独应用的哮喘控制性药物，可作为轻度哮喘吸入型糖皮质激素的替代治疗药物。

考点：心绞痛急性发作首选硝酸甘油舌下含服，变异型心绞痛常选用钙通道阻滞剂。

考点：肉眼血尿：1L尿中含1ml血即呈现肉眼血尿。

考点：尿三杯试验可以帮助判断是否为全程血尿。初段血尿提示前尿道病变，终末血尿提示膀胱颈部、三角区或后尿道损伤，全程血尿提示膀胱或其以上部位损伤。

考点：RA 关节表现主要分为滑膜炎症和关节结构破坏两个方面表现，表现有：晨僵（持续 ≥ 1 小时以上的晨僵对 RA 的意义较大），疼痛与压痛（关节痛往往是 RA 的首发症状，最常受累的部位为腕关节、掌指关节、近端指间关节）、关节肿、关节畸形（最常见的畸形是腕关节强直、肘关节完全伸直受限、掌指关节半脱位、手指尺侧偏斜、手指“天鹅颈”或“纽扣花”畸形）等。

考点：COPD 体征：

- ①视诊可见桶状胸，肋间隙增宽；
- ②触诊示双侧语音震颤减弱；
- ③叩诊示肺部过清音，心浊音界缩小，肺下界和肝浊音界下降；
- ④听诊示两肺呼吸音减弱。

考点：心力衰竭的最常见的诱因是感染。

考点：变异型心绞痛特点：发作时伴 ST 段抬高，症状缓解后 ST 段回落到等电位线、心肌损伤标志物不增高。

考点：肾小球源性血尿与非肾小球源性血尿的鉴别：肾小球源性血尿特征：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（ $>70\%$ ）以及伴有其他肾小球疾病表现。非肾小球源性血尿特征：见于泌尿系统、结石、创伤及肿瘤，无红细胞管型、呈均一、形态正常红细胞。

考点：急性病毒性咽炎由鼻病毒、腺病毒等引起。临床表现为咽痒和灼热感，咽痛不明显。

考点：肺心病 X 线检查：除肺、胸基础疾病急性肺部感染的特征外，还可有肺动脉高压征象：

- ①右下肺动脉干扩张，其横径 $\geq 15\text{mm}$ ；其横径与气管横径比值 ≥ 1.07 ；②肺动脉段明显突出或其高度 $\geq 3\text{mm}$ ；③中央动脉扩张，外周血管纤细，形成“残根”样表现；④右心室增大征。

考点：哮喘发作时可有缺氧（ PaO_2 降低），并出现过度通气（ PaCO_2 下降，pH 上升），表现呼吸性碱中毒。

随病情进一步发展，气道阻塞严重，缺氧加重而出现 CO_2 滞留（ PaCO_2 上升），表现呼吸性酸中毒或合并代谢性酸中毒。

考点：房颤：心律绝对不规则、第一心音强弱不等、脉短绌。

考点：缺铁贫：骨髓象和骨髓铁染色降低--最可靠。骨髓象以红系为主，“核老浆幼”。血清铁 \downarrow ，总铁结合力升高 \uparrow ，转铁蛋白饱和度 \downarrow 。血清铁蛋白 \downarrow 是体内储备铁的指标—最敏感。

考点：镜下血尿：离心后尿沉渣镜检红细胞 >3 个/高倍视野。

考点：类风湿关节炎（RA）是以对称性多关节炎症和骨质破坏为主要特征的系统性自身免疫性疾病。

考点：感染是 COPD 急性加重的重要因素。

考点：肺型 P 波与二尖瓣型 P 波对比记忆：

①肺型 P 波：肺心病--右房大，P 波高尖；

②二尖瓣型 P 波：二狭--左房大，P 波宽大。

考点：急性左心衰治疗：取坐位，双腿下垂；吸氧；吗啡，伴 CO₂ 潴留者不宜应用；氨茶碱；首选呋塞米快速利尿；硝酸甘油或硝普钠扩张血管；正性肌力药物。

考点：白血病表现：贫血、发热、出血；器官和组织浸润的表现；常有胸骨中下段压痛。

考点：纽约——除急性心梗以外的任何心脏病。

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，小于平时的一般活动（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：缺氧肺小动脉收缩痉挛是肺心病形成肺动脉高压的主要因素。

考点：类风湿关节炎诊断特异性最高的抗体是：抗 CCP 抗体。

考点：肺通气障碍主要的特点是 CO₂ 潴留-通气差 CO₂ 多。

考点：重度哮喘发作时，哮鸣音也可消失，被称为寂静胸，常提示病情危重。

考点：心梗最常见并发症是乳头肌功能失调或断裂。

考点：RA 关节外表现：类风湿结节是最常见的关节外表现。

考点：COPD 并发呼衰是以 II 型呼吸衰竭多见。

考点：洋地黄最适于心衰伴快速房扑房颤。预激综合征伴心房颤动禁用洋地黄。

考点：心绞痛检查：心电图；动态心电图；心脏负荷试验（运动负荷试验最常用）；超声心动图；动静态核素心肌灌注显像；冠状动脉造影（冠状动脉病变影像学诊断的“金标准”）。

考点：COPD 是不完全可逆的气流受限为特征性疾病，其气流受限多呈进行性发展。

考点：肺心病心电图检查：主要条件有：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 $RV1+SV5 \geq 1.05mV$ ；⑤ V1-3 导联 QRS 波呈 qR、QS、qr（需除外心肌梗

死)；⑥肺型 P 波。次要条件有：①右束支传导阻滞；②肢体导联低电压。符合 1 个主要条件或 2 个次要条件可以诊断。肺心病心电图核心特点-右心扩大。

考点：洋地黄中毒：服用期间新出现各种心律失常，以异位快速心律失常伴传导阻滞为特征。

考点：淋巴结和肝脾大多见于 ALL，纵隔淋巴结肿大常见于 T-ALL；骨和关节疼痛和压痛，常有胸骨中下段压痛；粒细胞肉瘤（绿色瘤）常见于粒细胞白血病，如 M2 型；齿龈和皮肤浸润以 M4 和 M5 型多见；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；睾丸浸润多见于 ALL，是仅次于 CNS-L 的髓外复发根源。Auer 小体见于 AML。

考点：COPD 是导致肺心病最常见的病因。

考点：吸烟是 COPD 最重要的环境发病因素。

考点：支气管舒张药：是缓解哮喘急性发作症状的首选药物。

考点：咳嗽、咳痰

咳嗽、咳痰常见病因、发生机制和临床特点

引起咳嗽的三种常见刺激类型包括：物理性、炎症性和心因性。

1.呼吸系统疾病——咳嗽是呼吸系统疾病患者就诊时最常见的主诉。

（1）干咳：干咳常常是急性上、下呼吸道感染最开始的表現。临床上长期持续干咳的常见原因常常为非感染性呼吸道疾病：如咳嗽变异型哮喘、支气管内肿物或肺淤血等疾病。

（2）咳痰：脓性痰是气管、支气管和肺部感染的可靠标志。急性感染伴咳痰时，痰液的性状常常对诊断有提示作用。如铁锈色痰常是肺炎球菌肺炎的常见表现，但是在抗生素广泛使用后已很少见；砖红色胶冻样痰多见于肺炎克雷伯杆菌肺炎；带有臭味的脓性痰常常见于厌氧菌感染，如肺脓肿；慢性咳嗽、咳痰最常见的原因是慢性支气管炎；持续咳脓血痰见于支气管扩张继发感染及其他肺化脓性病变；支气管扩张、肺脓肿的痰液往往较多，留置后可出现分层，上层为泡沫，中层为半透明的黏液，下层为坏死性物质；大量白色泡沫样痰是细支气管肺泡癌一种少见但具有特征性的临床表现；如果痰液转为脓性或颜色发生改变，则提示继发了细菌感染。

2.心血管系统疾病

咳嗽是急慢性左心衰竭的临床表现之一。

大量粉红色泡沫样痰见于急性左心衰竭。

慢性充血性心力衰竭患者常常于夜间咳嗽加重。

考点：COPD 只有残气量(RV)，肺总量(TLC)升高，其他都低。

考点：COPD 酶系统改变中， α 1-抗胰蛋白酶是活动最强的一种。

考点：心绞痛持续时间 3~5min，不少于 1min、不超过 15min。

考点：缺铁性贫血的表现：头晕、乏力及心悸等；缺铁的原发病表现：口炎、舌炎、缺铁性吞咽困难、异食癖、反甲、匙状指等组织缺铁表现。

考点：强直性脊柱炎(AS)是以中轴关节慢性炎症、骨质破坏及骨质增生为主要特点的风湿性疾病，也可累及外周关节和内脏器官。典型的影像学改变是骶髂关节骨质破坏以及晚期脊柱“竹节样”改变。

考点：糖皮质激素：是当前控制哮喘最有效的药物。吸入治疗是目前推荐长期抗炎治疗哮喘的最常用方法。

考点：气道慢性炎症是哮喘的本质。

考点：心梗疼痛时间长（持续 30 分钟~数小时），濒死感、硝酸甘油不能缓解。

考点：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支气管哮喘主要症状。

考点：心绞痛以胸骨体上段或中段之后的发作性胸痛最典型，压榨样疼痛。

考点：COPD 核心词是：咳、痰、喘；气短或呼吸困难是 COPD 标志性症状。

考点：支气管哮喘核心特点是可逆性气流受限，呈阻塞性通气功能障碍。

考点：SLE 免疫学检查

免疫学检查（6+1）		在 SLE 诊断中的意义
自身 抗体	1. 抗 Sm 抗体	标记性抗体，特异性 99%，敏感性 30%。 与疾病活动性无关
	2. 抗双链 DNA（dsDNA）抗体	重要抗体，与疾病活动性密切相关。 狼疮肾
	3. 抗核抗体（ANA）	见于几乎所有患者，但特异性低
	4. 抗 RNP 抗体	与雷诺现象有关
	5. 抗 SSA 抗体	与皮肤病变有关。 阳性的母亲所产婴儿易患新生儿红斑狼疮
	6. 抗磷脂抗体	包括：抗心磷脂抗体、狼疮抗凝物、抗 β_2 -糖蛋白 I。对 诊断抗磷脂抗体综合征有意义
补体——总补体以及补体 C3、C4：提示疾病活动		

考点：心脏叩诊

1.心脏浊音界的叩诊方法和顺序

(1) 叩诊方法：常用间接叩诊法，由清音变为浊音来确定心浊音界。

(2) 叩诊顺序：先叩左界、后叩右界；由下而上、由外向内。

2.正常心脏浊音界

(1) 正常心浊音界：右界各肋间与胸骨右缘几乎一致（第 4 肋间可能稍超过胸骨右缘）。左界自第 2 肋间起向外逐渐形成一外凸弧线直至第 5 肋间，第 3 肋间心界距前正中线距离是第 5 肋间的一半。

(2) 心界各部的组成：自上而下，右界为上腔静脉、右心房；左界为主动脉、肺动脉、左心室。

3.心浊音界改变及临床意义

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。