



2019 **乡村全科**  
执业助理医师考试



💡 核心考点  
📖 习题跟踪

👤 名师精讲  
🔍 重难点剖析



配套王牌直播课程  
学习效果更佳

金英杰直播学院 内部资料



# 金英杰直播学院

## 乡村全科西医考点集锦整理

白果老师



考点：慢性阻塞性肺疾病（COPD）

1. COPD 是以持续气流受限为特征、气流受限多呈进行性发展，致肺

通气功能障碍的疾病。病因：吸烟、职业性粉尘和化学物、空气污染、感染。

2. 表现：慢性咳嗽、咳痰，气短或呼吸困难，喘息和胸闷；桶状胸、双侧语颤减弱、肺部过清音、心浊音界缩小、肺下界和肝浊音界下降、两肺呼吸音减弱及呼气延长。

3. 检查：FEV1/FVC 评价气流受限，FEV1%预计值评估 COPD 严重程度。

4. 稳定期治疗：戒烟、脱离污染环境、支气管舒张药、糖皮质激素、祛痰药、抗胆碱能药、茶碱类、长期家庭氧疗，一般用鼻导管持续低流量吸氧，氧流量：1.0~2.0L/min]。

5. 急性加重期治疗：确定诱因（细菌或病毒感染最常见）、支气管舒张药、抗生素（痰量增加、脓痰）、糖皮质激素、必要时无创机械通气。禁用中枢性强镇咳剂（如可待因）

考点：支气管哮喘

6. 支气管哮喘：哮喘为发作性、呼气性呼吸困难、胸闷和咳嗽，夜间及凌晨发作或加重，缓解急性症状首选支气管舒张剂。气道高反应性和慢性气道炎症是哮喘基本特征。

7. 表现：反复发作喘息性呼吸困难、胸闷气促及顽固性咳嗽，肺部广泛分布哮鸣音

8. 辅助检查

(1) 呼吸功能检查——通气功能：哮喘发作时呈阻塞性通气功能障碍，

FEV/FVC ↓

(2) 支气管舒张试验：测定气道气流受限可逆性，常用沙丁胺醇，FEV<sub>1</sub>较用药前增加 $\geq 12\%$ ，且绝对值增加 $\geq 200\text{ml}$ 为阳性

(3) 支气管激发试验：测定气道反应性，FEV<sub>1</sub> $\geq 20\%$ 为阳性

9. 表现：发作性的呼气性呼吸困难、胸闷和咳嗽，夜间及凌晨发作或加重。变异型哮喘以咳嗽为唯一症状，运动性哮喘则多于运动后出现胸闷、咳嗽和呼吸困难。非发作期可无异常体征。

10. 治疗：①脱离变应原；②支气管舒张药：缓解哮喘急性发作症状的首选药、有短效B<sub>2</sub>受体激动剂、茶碱类药；③糖皮质激素：控制哮喘最有效的药物，吸入治疗是长期抗炎治疗哮喘的最常用方法，重度或严重哮喘发作时应及早静脉用药；④白三烯调节剂；⑤重度至危重度哮喘发作必要时机械通气治疗。

考点：肺炎

11. 大叶性肺炎

①肺炎链球菌

②青壮年多见，常有受凉、淋雨、劳累、酗酒等诱因

多数起病急骤，寒战、高热、咳嗽、咳铁锈色痰、胸痛（五联征）、口周疱疹、支气管呼吸音

12. 金黄色葡萄球菌肺炎

①急，重，快。起病急骤，寒战高热，咳黄色浓痰；双肺散在湿啰音

②X片示液气囊腔

13. 克雷伯杆菌肺炎

①砖红色胶冻样痰。

②X片示：肺大叶实变、蜂窝状脓肿，水平叶间裂弧形下坠

14. 支原体肺炎

①刺激性干咳

15. 重症肺炎

出现呼吸困难、呻吟等提示有低氧血症，伴有休克，需要机械性通气

考点：肺结核

16. 表现：①全身结核中毒症状、咳嗽咳痰和咯血、胸痛、呼吸困难，合并支气管结核则表现为刺激性咳嗽；②结核性风湿症；③肺实变体征，可有胸腔积液体征

17. X线检查：首选，是早期发现肺结核的最主要方法。

(1)原发型肺结核：呈哑铃形阴影，本病好发于儿童、少年。

(2)血行播散型肺结核：由肺尖至肺底呈大小、密度和分布三均匀的粟粒状结节(直径2mm左右)阴影，好发于婴幼儿、青少年。

(3)继发型肺结核：多发生在成人，含浸润性肺结核、空洞性肺结核、干酪性肺炎、纤维空洞性肺结核。

18. 痰培养结核分枝杆菌阳性：常为结核病诊断的“金标准”。是否排菌是确定肺结核传染源的唯一方法。

19. 治疗原则：早期、规律、全程、适量、联合。

20. 大咯血：选用神经垂体素，高血压、冠心病、心力衰竭患者和孕妇禁用。若患者出现咯血窒息，应置患者头低足高45°的俯卧位、拍

击健侧背部、保持充分体位引流，尽快使积血和血块排出，或直接刺激咽部以咳出血块，保持呼吸道通畅。

21. 预防性化学治疗：主要用于 HIV 感染者、涂阳肺结核患者的密切接触者、肺部硬结纤维病灶（无活动性）、硅沉着病、糖尿病、长期使用糖皮质激素或免疫抑制剂者、吸毒者、营养不良者、35 岁以下结核菌素试验硬结直径达  $\geq 15\text{mm}$  者等。

考点：肺癌

22. 肺癌：指起源于支气管黏膜、腺体或肺泡上皮的肺部恶性肿瘤。发病大多在 40 岁以上

23. 表现

(1) 刺激性咳嗽、血痰（最有意义症状）、胸痛、胸闷、哮鸣、气促、发热等。

(2) 晚期压迫、侵犯邻近组织：①隔神经：同侧隔肌麻痹；②喉返神经：声带麻痹、呛咳、声音嘶哑；③上腔静脉：面颈部、上肢和上胸部静脉怒张，皮下组织水肿，上肢静脉压  $\uparrow$ ；④胸膜：胸腔积液、胸痛；⑤压迫食管：吞咽困难；⑥上叶顶部肺癌：亦称 Pancoast 肿瘤，引起同侧上睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷、面部无汗等 Horner 综合征。

(3) 非转移性的全身症状：如肥大性肺性骨关节病。

考点：心力衰竭

24. 诱因:感染(呼吸道感染最常见、最重要)、心律失常(心房颤动最重要)、血容量增加、劳累或情绪激动。

25. 心功能分级。

NYHA 分级

I级:活动不受限,一般活动不会引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛

II级:活动轻度受限,休息时无症状,一般活动下可出现上述症状

III级:活动明显受限,小于一般活动即可引起上述症状

IV级:不能从事任何体力活动,休息时也出现上述症状

Killip 分级

I级:肺部无啰音

II级:肺部啰音<50%肺野

III级:有急性肺水肿,肺部啰音>50%肺野

IV级:心源性休克

提示:NYHA 分级适于慢性单纯左心衰、收缩性心力衰竭,Killip 分级适于急性心肌梗死患者。

26. 慢性左心衰竭:特点为肺淤血、呼吸困难;劳力性呼吸困难最早出现、夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸,急性肺水肿,咳白色泡沫痰,严重时呈粉红色,双肺湿啰音。

27. 慢性右心衰竭:特点为体循环淤血,表现为腹胀、恶心呕吐、少尿,肝大压痛,下肢水肿,颈静脉充盈,肝颈静脉回流征阳性等。

28. 治疗:去除病因、监测体重、限钠和水、注意饮食与休息,药物治

疗。

29. 洋地黄:①最佳适应证:收缩性心力衰竭伴心房颤动或心房扑动。

②中毒的处理:立即停用洋地黄,快速心律失常伴血钾低者可静脉补钾、血钾正常者可用苯妥英钠或利多卡因,禁用电复律,房室传导阻滞、缓慢心律失常者可用阿托品。③禁忌证:预激综合征伴心房颤动;高度房室传导阻滞;病态窦房结综合征;肥厚型心肌病;急性心肌梗死 24 小时内。

30. ACEI 和 ARB:①改善预后。②妊娠、双侧肾动脉狭窄者禁用;血钾 $>5.5\text{mmol/L}$ 、血肌酐 $>221\mu\text{mol/L}$ 或  $\text{eGFR}\leq 30\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$ 、收缩压 $<90\text{mmHg}$  慎用。

31.  $\beta$ 受体拮抗剂: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。

32. 急性左心衰竭:①严重呼吸困难、咳嗽、咳粉红色泡沫痰、大汗、皮肤冰冷、苍白、发绀;双肺干湿啰音,  $\text{P}_2$ 亢进。②治疗:取坐位;吸氧;吗啡,伴  $\text{CO}_2$  潴留者不宜应用;氨茶碱;呋塞米快速利尿;硝酸甘油或硝酸酯类扩张血管;正性肌力药物。

33. 左心衰竭与支气管哮喘的主要鉴别点为坐起时能够缓解呼吸困难。

34. 诊断急性肺水肿最具有特征意义的依据是严重呼吸困难伴咳粉红色泡沫样痰。

考点:心律失常

### 35. 室性期前收缩

(1) 心电图:提前发生的、宽大畸形的 QRS 波,时限通常 $>0.12$  秒,其前无 P 波

(2) 治疗:无器质性心脏病者避免诱发因素,原则上不用抗心律失常药物治疗;器质性心脏病者可选用利多卡因、胺碘酮和索他洛尔

### 36. 心房颤动 250 次/分

(1) 病因:心脏瓣膜病(二尖瓣疾病常见)、心力衰竭、冠心病、高血压、心肌病及先天性心脏,甲状腺功能亢进症(主要心外疾病和可逆性病因),糖尿病、COPD。

(2) 心电图:P 波消失,代之 f 波,频率为 350~600 次/分,其大小、形态和振幅不同。心室律绝对不规则, QRS 波形态正常、发生室内差异性传导时呈宽大畸形。

(3) 体征:第一心音强弱不等、心律绝对不齐、脉短绌。

(4) 治疗:①抗凝:口服首选华法林;②转复窦律:药物转复(昔罗帕酮、胺碘酮)、电转复(有血流动力学障碍和药物转复无效者);③维持窦律;④控制心室率: $\beta$ 受体拮抗剂、维拉帕米、洋地黄类。

### 37. 阵发性室上性心动过速

(1) 症状:心悸、胸闷、头晕、焦虑,突发突止,时间长短不一

(2) 心电图:心率 150~250 次/分,节律规则, QRS 波正常,逆行 P 波,且 P 波与 QRS 波保持恒定的关系。

(3) 治疗:刺激迷走神经,如颈动脉窦按摩、颜面浸于冷水中。

### 38. 阵发性室性心动过速

(1) 心电图:①3个或以上的室性期前收缩连续出现;②QRS波宽大畸形,时限 $>0.12$ 秒;ST-T波方向与QRS主波方向相反;③心室率 $100\sim 250$ 次/分,心律规则;④房室分离;⑤心室夺获与室性融合波:是确立诊断的最重要依据。

(2) 终止发作:无血流动力学障碍者可选利多卡因、胺碘酮,有血流动力学障碍者进行电复律或心室超速起搏治疗。

考点:原发性高血压

### 39. 血压水平的分类

1级高血压(轻度)  $140\sim 159$  和(或)  $90\sim 99$

2级高血压(中度)  $160\sim 179$  和(或)  $100\sim 109$

3级高血压(重度)  $\geq 180$  和(或)  $\geq 110$

单纯收缩期高血压  $>140$  和  $<90$

注:当收缩压和舒张压分属于不同分级时,以较高的级别作为标准。

40. 诊断:测量安静休息坐位时上臂肱动脉部位血压,在未用降压药物情况下测定3次非同日血压。

41. 恶性或急进型高血压:舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ ,头痛、视力模糊、眼底出血、渗出和视盘水肿,肾脏损害突出,持续蛋白尿、血尿与管型尿。

42. 高血压危象:表现为头痛、烦躁、眩晕、恶心呕吐、心悸、气急及视力模糊等,动脉痉挛累及相应的靶器官缺血症状。

43. 高血压脑病:表现以脑病的症状与体征为特点,弥漫性严重头痛、

呕吐、意识障碍、精神错乱，昏迷、抽搐。

44. 血压控制:且前一般主张控制目标值 $<140/90\text{mmHg}$ 。老年收缩期性高血压，收缩压控制 $<150\text{mmHg}$ 。如能耐受，可降至 $140\text{mmHg}$ 以下，舒张压 $<90\text{mmHg}$ ，但不低于 $65\sim 70\text{mmHg}$ 。

45. 改善生活行为:减轻体重、限钠、减少脂肪摄入、戒烟限酒、增加运动。

46. 利尿剂:噻嗪类使用最多、痛风患者禁用;袢利尿剂主要用于肾功能不全时;保钾利尿剂可引起高钾，不宜与ACEI、ARB合用，肾功能不全者禁用。

47.  $\beta$ 受体拮抗剂:尤其适用心率较快的中、青年患者或合并心绞痛患者。急性心力衰竭、支气管哮喘、病态窦房结综合征、二及三度房室传导阻滞患者禁用。糖耐量异常者慎用。

48. 钙通道阻滞剂:可用于合并糖尿病、冠心病、外周血管病者及老年患者，不宜用于心力衰竭、窦房结功能低下或心脏传导阻滞患者

49. ACEI:卡托普利，能改善胰岛素抵抗、减少尿蛋白，减控和延缓糖尿病肾病的进展，适用于伴有心力衰竭、心肌梗死后、糖耐量减退或糖尿病肾病的高血压患者。可引起刺激性干咳和血管性水肿。高钾血症、妊双侧肾动脉狭窄者禁用，血肌肝 $>265\mu\text{mol/L}$ 时慎用。

50. ARB:氯沙坦，不引起刺激性干咳，治疗对象和禁忌证同ACEI。

51. 发生过心肌梗死的高血压患者应选择ACEI和 $\beta$ 受体拮抗剂，预防心室重构。

52. 高血压急症:需及时降压、控制性降压。可选用硝普钠(用于各种

高血压急症)、硝酸甘油(主要用于急性心力衰竭或急性冠脉综合征时高血压急症)。

53. 合并痛风的高血压患者不宜选用氢氯噻嗪。合并支气管哮喘的高血压患者不宜选用美托洛尔。

54. 高血压合并糖尿病的治疗首选 ACEI、ARB。

### 冠状动脉性心脏病

55. 主要危险因素: 年龄、性别遗传背景血脂异常(最重要) 高血压、糖尿病、吸烟、高脂饮食、缺乏体力活动、肥胖、高同型半胱氨酸血症。

### 56. 调脂药

(1) 他汀类: 主要降低 TC, 也降低 TG, 用于高胆固醇血症和以 TC 升高为主的混合性高脂血症, 副作用是肝损害、横纹肌损害。

(2) 贝特类: 主要降低 TG, 也降低 TC, 用于高甘油三酯血症和以 TG 升高为主的混合性高脂血症

### 57. 心绞痛

#### (1) 分类

#### 1) 不稳定性心绞痛

A. 初发劳力型: 最近 1 个月内新出现者。

B. 恶化劳力型: 最近 1~3 个月内症状发作表现加重、诱发发作的活动量减小、用药或药量增大才能缓解。

C. 自发型：发作无诱因，如静息型心绞痛、卧位心绞痛、心肌梗死后心绞痛。

D. 变异型心绞痛：发作时伴 ST 段抬高，症状缓解后 ST 段回落、心肌损伤标志物不增高。

2) 稳定性心绞痛：指稳定性劳力型，即最近 3 个月内症状发作的表现、诱发发作的活动量、缓解方式基本不变者。

(2) 劳力型心绞痛：体力活动或情绪变化时心前区或胸骨后压榨感、属钝痛，持续数分钟，经休息或含服硝酸甘油后缓解，可放射至左肩背部、左上臂、左前臂及咽部、下颌等。

(3) 检查：心电图；动态心电图；运动负荷试验（最常用）；超声心动图；冠状动脉造影（冠状动脉病变影像学诊断的“金标准”）。

(4) 稳定性心绞痛治疗：①抗血小板：阿司匹林；②抗心绞痛：症状发作时解除诱因、休息、吸氧、舌下含服硝酸甘油，发作间期可选用  $\beta$  受体结抗剂、钙通道阻滞剂（适于有冠脉痉挛者）、硝酸酯类、曲美他嗪（改善心肌代谢）；③调脂（首选他汀类）、控制血压；④控制血糖；⑤介入治疗、冠状动脉旁路移植手术。

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。

## 58. ST 段抬高型心肌梗死

(1) 表现：胸骨后或心前区持续、剧烈压榨样闷痛，可有寒冷刺激、情绪、饱食等诱因，症状持续 30 分钟~数小时，含服硝酸甘油不能缓解，出汗、恶心呕吐、濒死感。

(2)心电图：T波高尖，ST段弓背向上抬高，抬高的ST段与高尖T波的升支融合呈“单向曲线”。随时间延续，出现宽而深的病理性Q波和倒置T波。

(3)心肌坏死标志物：①肌红蛋白：出现最早，特异性不强。②肌钙蛋白：敏感指标③肌酸激酶同工酶CK-MB：其增高程度能反映梗死范围。

(4)药物治疗：①镇痛（吗啡）、镇静。②抗血小板治疗。③抗凝。④抗炎症稳定斑块：他汀类。⑤改善心肌重塑：ACEI、ARB。⑥预防猝死： $\beta$ 受体拮抗剂。⑦防止并发症。

59. 冠心病心绞痛与心肌梗死时胸痛的主要鉴别点是疼痛持续时间及对含服硝酸甘油的反应。

考点：胃食管反流病

60. 典型症状：烧心和反流。

61. 内镜检查是诊断反流性食管炎最准确的方法；24小时食管pH监测是诊断胃食管反流病的重要方法。

62. 治疗：质子泵抑制剂（奥美拉唑、兰索拉唑）：目前效果最好的药物。

考点：食管癌

63. 食管癌的临床表现：早期胸骨后不适、烧灼感、牵拉样痛；中晚期进行性吞咽困难（绝大多数患者就诊时的主要症状）、食物反流、

咽下疼痛、其他症状

体征：消瘦、贫血、营养不良、失水或恶病质、可触及肿大而坚硬的浅表淋巴结

64. 食管癌的诊断：纤维胃镜+活检是确诊的首选方法。

考点：急性胃炎

65. 非甾体抗炎药 (NSAID) 为最常见原因。

66. 确诊：急诊胃镜。

67. 治疗：抑酸剂 (H<sub>2</sub> 受体拮抗药、质子泵抑制剂)+黏膜保护剂 (硫糖铝/米索前列醇)。

考点：慢性胃炎

68. Hp 感染 (最主要病因)；自身免疫，产生壁细胞和内因子抗体，内因子缺乏引起维生素 B<sub>12</sub> 吸收不良导致恶性贫血。

69. 临床分类：自身免疫性胃炎 (A 型胃炎) 和多灶萎缩性胃炎 (B 型胃炎)。

70. 胃镜和活检为确诊检查。自身免疫性胃炎的相关检查：检测抗壁细胞抗体及内因子抗体等。

71. 治疗：主要是根除 Hp。1 种质子泵抑制剂 (PPI)+2 种抗生素，或 1 种质子泵抑制剂 (PPI)+2 种抗生素+1 种泌剂，疗程 7~14 天。

考点：消化性溃疡

72. 幽门螺杆菌 (Hp) 感染是消化性溃疡的主要原因。NSAIDs 是导致胃黏膜损伤最常见的药物。遗传易感性、胃排空障碍及应急、吸烟等其他诱因。

73. 十二指肠溃疡与胃溃疡的鉴别:

(1) 十二指肠溃疡 (DU): 好发部位球部 (前壁常见); 青壮年, 发病机制侵袭因素增强, 腹痛规律疼痛一进食一缓解, 腹痛特点多为饥饿痛, 夜间痛多见, 不癌变

(2) 胃溃疡 (GU): 胃角和胃窦小弯, 中老年; 黏膜屏障保护因素减弱; 进食一疼痛一缓解, 多为进食痛, 夜间痛少见; 1%以下 GU 可癌变

74. (1) 胃镜+黏膜活检: 是确诊消化性溃疡的首选检查方法。

(2) X 线钡餐检查: 龛影是直接征象

(3) 幽门螺杆菌检查: 包括快速尿素酶试验 (为入侵性检查的首选)、胃黏膜组织切片镜检、Hp 培养、<sup>14</sup>C 呼气试验 (根除 Hp 治疗后复查首选)

75. 消化性溃疡最常见的并发症: 出血。

考点: 胃癌

76. 胃癌的临床表现: 早期胃癌可无明显症状, 或仅出现非特异性症状。晚期常有明显上消化道症状, 疼痛和体重减轻为最常见症状。

考点: 肝硬化

77. 肝硬化的特征性病理变化是：形成假小叶。

78. 肝硬化失代偿期的临床表现

(1) 肝功能减退的症状：一般情况和营养情况较差，乏力，体重下降，面色胸暗，可有黄疸和下肢水肿。蜘蛛痣、肝掌；男性可有性功能减退、乳房发育，女性可发生闭经、不孕

(2) 门静脉高压症状：脾大（最先出现的体征），继而出现脾功能亢进；侧支循环的开放与建立：食管胃底静脉曲张（最具诊断价值的临床表现），痔静脉曲张，腹壁静脉曲张等；腹水：肝功能失代偿期最突出的临床表现

79. 食管胃底静脉曲张破裂出血为最常见并发症，多突然发生吸血和（或）黑便，出血量大，可引起失血性休克和肝性脑病；肝性脑病本病最严重的并发症，也是最常见的死亡原因。

考点：胆囊结石

80. 临床表现：胆绞痛：疼痛位于上腹部或右上腹，呈持续性或阵发性，可向右肩胛或背部放射，可伴恶心、呕吐；典型的 Charcot 三联征即腹痛、寒战高热、黄疸；Reynolds 五联征夏科三联征加休克、意识障碍

81. 影像学检查可确诊，首选 B 超检查。

82. 治疗

- (1)胆总管探查术，胆总管探查后应常规放置T管。
- (2)胆囊切除适应证：①结石直径>3cm；②合并需要开腹的手术；③伴有胆囊息肉>1cm；④胆囊壁增厚；⑤胆囊壁钙化或瓷性胆囊；⑥儿童胆囊结石；⑦合并糖尿病；⑧发现胆囊结石10年以上。

考点：急性胆囊炎

83. 急性胆囊炎：是胆囊管梗阻和细菌感染引起的急性炎症。约95%的患者合并有胆囊结石，称结石性胆囊炎。

84. 临床表现

- (1)上腹部疼痛为急性发作时的主要症状。
- (2)可伴有恶心呕吐等消化道症状，发热，伴或不伴寒战等中毒症状，少数患者出现黄疸。
- (3)并发症：胆囊穿孔导致的腹膜炎为最严重的并发症。
- (4)体格检查：右上腹胆囊区域可有压痛，炎症波及浆膜时可有腹肌紧张及反跳痛，Murphy征阳性。如发生坏疽、穿孔则出现弥漫性腹膜炎表现。

85. 急性胆囊炎的辅助检查首选B超，可见“双边征”。

86. 急性胆囊炎的治疗：首选胆囊切除术。

87. 急性胰腺炎腹痛为主要表现和首发症状，疼痛部位多在中上腹，呈持续性，可向腰背部呈带状放射。体征：①腹肌紧张，反跳痛。肠鸣音减弱或消失，可有移动性浊音并发脓肿时可扣及有明显压痛的腹

块。②因低钙血症引起手足搐搦者。③因胰酶、坏死组织及出血沿腹膜间隙与肌层渗入腹壁下，致两侧胁腹部皮肤呈暗灰蓝色，称 Grey-Turner 征；致脐周围皮肤青紫，称 Cullen 征。

#### 88. 急性胰腺炎的辅助检查

(2) 血尿淀粉酶测定：是最常见的诊断方法。淀粉酶的高低不反映病情轻重。

(3) 血清脂肪酶测定：对病后就诊较晚的急性胰腺炎患者有诊断价值。

(6) 急性胰腺炎首选的影像学检查方法是 B 超，判断胰腺坏死程度的首选检查方法是增强 CT；胰腺癌首选的影像学检查是 CT。

考点：急性阑尾炎

89. 临床表现：转移性右下腹痛。

90 并发症：腹腔脓肿；内、外瘘形成；化脓性门静脉炎。

考点：直肠癌

91. 直肠指检：是诊断直肠癌最重要的方法，能发现 70% 的直肠癌。

确诊直肠癌、结肠癌首选的检查方法是结肠镜检+活组织检查；

直肠癌的普查首选大便隐血试验。

#### 92. 斜疝和直疝的鉴别

斜疝：多见于儿童及青壮年；经腹股沟管突出，可进入阴囊，回纳疝

块后压住深环 疝块不再突出；疝囊颈在腹壁下动脉外侧；嵌顿机会较多

直疝：多见于老年；由直疝三角突出，不进入阴囊；压住深环，疝块仍会突出；疝囊颈在腹壁下动脉内侧；嵌顿机会极少

考点：腹部损伤

93. 腹部闭合性损伤的临床表现：实质器官或大血管损伤主要表现为腹腔内出血；空腔脏器破裂的主要表现为弥漫性腹膜炎。

94. 腹部闭合性损伤严密观察需注意：①不随便搬动伤者，禁用或慎用镇痛剂，暂禁食水；②积极补充血容量，并防治休克；③注射广谱抗生素以预防或治疗可能存在的腹内感染；④疑有空腔脏器破裂或有明显腹胀时，应进行胃肠减压。

#### 第十四章泌尿系统

95. 慢性肾小球肾炎：蛋白尿、血尿，伴水肿、高血压、肾功能不全

96. 治疗：限盐、必要时限蛋白、限磷；控制血压 $<140/90\text{mmHg}$ （尿蛋白 $>1\text{g/d}$ ：血压 $<130/80\text{mmHg}$ ），无禁忌证时降压药首选 ACEI、ARB

考点：尿路感染

97.  $G^-$  杆菌是尿路感染的最主要致病菌，以大肠埃希菌最常见。

98. 急性肾盂肾炎：①突发腰痛，伴高热寒战，恶心、呕吐，败血

症等，肾区叩痛；②尿检有白细胞、红细胞、白细胞管型；③尿培养结果出来之前首选对G<sup>-</sup>杆菌有效的药物，可选喹诺酮类、头孢菌素类，多静脉给药疗程2周或更长。

99. 慢性肾盂肾炎诊断：易感因素+反复尿路感染病史>半年+肾小管功能受损

100. 急性膀胱炎：以尿急、尿频、尿痛为主，一般无全身症状

急性肾盂肾炎和急性膀胱炎鉴别要点：有无全身症状、白细胞管型。

考点：尿路结石

101. 上尿路结石

(1) 主要症状是疼痛和血尿（镜下血尿为主）。肾结石时肾区痛、肋脊角叩痛、血尿，输尿管结石时肾绞痛、放射痛。

(2) B超：结石呈强回声伴声影

(3) 治疗

1) 饮水：使尿量在2000~3000ml/d。

2) 药物治疗：用于结石<0.6cm，光滑，结石以下无尿

3) 肾绞痛以解疼镇痛为主。

4) 体外冲击波碎石：适于肾、输尿管上段<2cm的结石

5) 经皮肾镜取石或碎石术：≥2cm的肾盂结石，部分肾盏结石、鹿角形结石。

102. 膀胱结石：①排尿突然中断，跑跳、改变姿势后继续排尿。

### 103. 前列腺增生

(1) 前列腺增生最重要的症状是进行性排尿困难。

(3) 手术：经尿道前列腺切除术适于大多数患者，目前最常用。

### 104. 尿猪留：导尿术是最简便、常用的方法。

### 105. 慢性肾衰竭我国的常见病因为原发性慢性肾小球肾炎（最常见）。

(1) 肾功能恶化诱因：血容量不足、饮食不当、过度劳累、感染、血压增高、尿路梗阻。

(2) 表现

1) 水、电解质失衡：代谢性酸中毒、高钾、低钠、低钙、高磷、高镁血症。

2) 消化系统：恶心呕吐，常最早出现。

3) 心血管系统：尿毒症性心肌病、心力衰竭（最常见死因）、心律失常、心包炎。

(3) 治疗：优质低量蛋白质；维持水、电解质平衡；纠正酸中毒；

(4) 控制高血压和（或）肾小球毛细血管内高压，纠正贫血(EPO)。肾脏替代治疗指征。

### 106. 异位妊娠：输卵管炎症是输卵管妊娠的主要病因。

(1) 临床表现：①停经。②腹痛，表现为一侧下腹隐痛或酸胀，可有下腹撕裂样疼痛，可出现肛门坠胀感。③阴道流血④休克表现。⑤检查：

下腹有明显一侧压痛及跳痛，轻微肌紧张；可出现腹部包块；宫颈举

痛。

(2) 处理：开腹探查术或腹腔镜探查术。积极治疗休克症状。

考点：女性生殖系统炎症

### 107. 细菌性阴道病

(1) ①白带：匀质、稀薄、白色阴道分泌物，可有臭味或鱼腥味；②线索细胞阳性③阴道分泌物 $>4.5$ ；④胺臭味试验阳性

(2) 首选治疗：甲硝唑。

### 108. 外阴阴道假丝酵母菌病

(1) 主要是外阴瘙痒、灼烧痛、性交痛以及尿痛，部分患者分泌物增多。白带分泌物为白色如凝乳或豆腐渣样。

(2) 治疗：抗真菌药为主，阴道咪康唑栓或克霉唑栓或制霉菌素栓、氟康唑

### 109. 滴虫阴道炎

(1) 临床表现：阴道分泌物增多，呈稀薄脓性、黄绿色、泡沫状，有臭味。外阴瘙痒，“草莓样”宫颈

(2) 治疗：甲硝唑。

### 110. 萎缩性阴道炎

(1) 卵巢功能衰退，雌激素水平降低，阴道黏膜抵抗力减弱。

(2) 临床表现：阴道分泌物稀薄，淡黄色，感染严重时可呈脓血性白带。阴道检查阴道黏膜萎缩，上皮皱装消失，阴道黏膜充血，散在出血点。

(3) 治疗：雌激素制剂。

考点：女性生殖器官肿瘤

### 111. 子宫颈癌

- (1) 宫颈癌有高危型人乳头瘤病毒 (HPV) 感染。
- (2) 典型临床表现：接触性出血。
- (3) 诊断：细胞学检查为宫颈癌的筛查诊断，宫颈活组织检查是宫颈癌的确诊诊断。
- (4) 宫颈癌的治疗：宫颈浸润癌以手术和放疗为主

考点：贫血

112. 我国诊断标准，血红蛋白成年男性低于 120g/L、成年女性低于 110g/L，孕妇低于 100g/L。

113. 疲乏无力、精神萎靡是最多见的症状，皮肤黏膜苍白是贫血的主要体征

### 114. 缺铁性贫血

(1) 病因：丢失过多（慢性失血最常见，如痔、月经过多），摄入减少，需要量增加、吸收不良。

(2) 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。

### (3) 实验室检查

红细胞形态：体积较小、大小不等、中心淡染区扩大，MCV、MCH、MCHC 均↓，“核老浆幼”

骨髓铁染色：细胞外铁消失，细胞内铁或铁粒幼细胞↓

血清铁蛋白：是体内储存铁的指标<12ug/L 表示缺铁

(4) 治疗：①口服铁剂：硫酸亚铁、琥珀酸亚铁，口服铁剂后 5~10 天网织红细胞上升达高峰；2 周后 Hb 开始上升，待 Hb 正常后，至少再服药 4~6 个月。②注射铁剂：右旋糖酐铁，用于消化道吸收障碍等患者。

考点：出血性疾病

115.  $Plt < 100 \times 10^9/L$  为血小板减少； $< 50 \times 10^9/L$  时，轻度损伤可有皮肤紫癜，手术后可出血； $< 20 \times 10^9/L$  时，可有自发出血

116. 过敏性紫癜

(1) 病因：感染，食物蛋白，药物如抗生素类，解热镇痛药，花粉。寒冷刺激等。发病前 1~3 周有上呼吸道感染史。

(2) 治疗：消除病因、抗组胺药、静脉注射钙剂、改善血管通透性药物、糖皮质激素、对症治疗、免疫抑制剂

117. 特发性血小板减少性紫癜 (ITP)

(1) 表现：成人 ITP 好发于青年女性，一般起病隐袭，多出血较轻，但可因感染而突然加重，可有皮肤、黏膜出血及内脏出血。可有贫血。

(2) 检查：血小板：计数减少

(3) 严重血小板减少：指  $Plt < (10 \sim 20) \times 10^9/L$ ，应给予血小板输注、静脉滴注免疫球蛋白、静脉注射糖皮质激素、血浆置换。

(4) 一般 ITP 处理：糖皮质激素（首选，常用泼尼松）；脾切除（适于

糖皮质激素治疗 6 个月无效者、激素治疗有效但产生依赖者、禁忌用激素者) ;免疫抑制剂如长春新碱。

考点：甲状腺疾病

118. 甲状腺功能亢进症(甲亢)的病因：弥漫性毒性甲状腺肿(Graves 病) 最常见。

119. 甲亢的临床表现

(1) 甲状腺毒症表现为各系统代谢亢进：消瘦、食欲亢进，心悸、胸闷、气短，心率快，多言好动、烦躁易怒、突眼。

(2) 甲状腺弥漫性、对称性肿大，无压痛，肿大程度与甲亢轻重无关，可闻及收缩期血管杂音。对甲亢的诊断最有意义。

(3) 淡漠型甲亢：多见于老年人，神志淡漠、反应迟钝、软弱乏力、消瘦、心悸、心房颤动、腹泻、厌食、嗜睡等，易发生甲状腺危象。

120. 甲亢的辅助检查：血清 FT3、FT4 增高，TSH 降低。

121. 甲亢的治疗(1) 药物治疗：适用于轻中度甲亢。常用丙硫氧嘧啶(妊娠期首选)、甲巯咪唑。

(2) 放射性  $^{131}\text{I}$  治疗：适应证：①合并严重内科疾病不能耐受手术者；②治疗无效或复发者；③30 岁以上中度以下 Graves 病；④不宜手术或术后复发者；⑤白细胞低不能长期药物治疗者；⑥甲亢合并周期性瘫痪者。

(3) 手术治疗

考点：糖尿病与低血糖症

122. 糖尿病的分型：

(1) 1 型糖尿病：由胰岛 B 细胞破坏导致胰岛素绝对缺乏引起，包括自身免疫性和特发性两个亚型。多见于青少年，很少肥胖，有自发酮症酸中毒倾向。需要胰岛素治疗。

(2) 2 型糖尿病：以胰岛素抵抗、胰岛素分泌不足为主。多见于成年人，可伴有肥胖，发病多隐匿，不易发生酮症酸中毒，常有家族史。在糖尿病的病因中，可简单地记为：1 型糖尿病与自身免疫有关，2 型糖尿病主要与遗传因素有关。

123. 糖尿病的临床表现：代谢紊乱症状群，“三多一少”，即多饮、多食、多尿、体重减轻。

124. 糖尿病的诊断

(1) 空腹血糖  $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$  或糖尿病症状+随机血糖  $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ ，可诊断为糖尿病。

(2) 空腹血糖  $\geq 6.1 \text{ mmol/L}$  但  $< 7.0 \text{ mmol/L}$ ，诊断为空腹血糖受损 (IFG)，需另一天确诊，进行 OGTT，OGTT 2 小时血糖  $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ ，可诊断为糖尿病， $\geq 7.8 \text{ mmol/L}$ ，但  $< 11.1 \text{ mmol/L}$ ，诊断为糖耐量异常 (IGT)  $< 7.8 \text{ mmol/L}$  为正常。

125. 糖尿病急性并发症

(1) 酮症酸中毒：1 型糖尿病易发生，诱因包括感染（最常见）、治疗不当（中断胰岛素）、胃肠道疾病、饮食失调、应激。出现“三多一少”加重呼吸深快、呼气中烂苹果味、头痛、嗜睡、烦躁、意识障

碍甚至昏迷。脱水严重，少尿，皮肤黏膜干燥，眼眶凹陷，脉率快，血压下降。

(2) 高渗高血糖综合征：多见于老年 2 型糖尿病患者，严重高血糖、高渗透压，脱水，可有不同程度的昏迷，也可伴有酮症。常表现为多饮、多尿，逐渐出现严重脱水和神经精神症状。

考点：颅骨骨折

126. 颅底骨折通常的诊断依据是脑脊液鼻漏、耳漏。有脑脊液漏存在时，属于开放性脑损伤。

熊猫眼征+脑脊液鼻漏——颅前窝骨折

脑脊液耳漏+面听神经易受损——颅中窝骨折

乳突部皮下淤血——颅后窝骨折。

考点：短暂性脑缺血发作（TIA）

127. 短暂性脑缺血发作多见于中老年男性；突发，时间短，每次发作常为 5~20 分钟，症状持续≤24 小时；不留神经功能缺损。

128. 短暂性脑缺血发作的治疗：预防性药物治疗，①抗血小板聚集药，阿司匹林②频繁发作的 TIA，可用抗凝药肝素、华法林

考点：脑栓塞

129. 脑栓塞急骤发病，任何年龄均可发病，以青壮年多见。多数无前

驱症状，活动中急骤发生瘫痪、偏身感觉障碍，伴短暂意识障碍。

130. 脑栓塞的治疗:改善脑循环，减轻脑水肿，减少梗死范围。

考点：脑出血

131. 脑出血多发生在没有系统治疗或血压控制不好的高血压患者，常在体力活动或情绪激动中发病。基底节区出血：最常见，多见于壳核出血。

132. 小脑出血：①发病突然、眩晕、频繁呕吐、枕部疼痛，病变侧共济失调，眼球震颤，同侧周围性面瘫，颈项强直等；②病情加重→颅内压明显升高，昏迷加深→枕骨大孔疝死亡。

考点：蛛网膜下腔出血

133. 蛛网膜下腔出血发病突然，有剧烈头痛；恶心呕吐、面色苍白、全身冷汗；意识障碍和精神症状；脑膜刺激征明显

134. 蛛网膜下腔出血的诊断:根据症状、体征，以及腰椎穿刺（用于鉴别诊断）见血性脑脊液或头颅 CT(诊断急性蛛网膜下腔出血准确率较高)。

135. 癫痫强直—痉挛性发作又称大发作。按其发展过程可分如下三期：

(1)先兆期：约半数患者有先兆，指在意识丧失前的一瞬间所出现的各种体验。常见的先兆可为特殊感觉性的幻视、幻嗅、眩晕，一般感

觉性的肢体麻木、触电感。

(2) 痉挛期：首先为强直性发作（强直期），表现为突然尖叫一声，联倒在地，眼球向上凝视，瞳孔散大，全身肌肉强直，上肢伸直或屈曲，手握拳，下肢伸直，头转向一侧或后仰，口吐白沫，大小便失禁等，持续1分钟左右。

(3) 痉挛后期：抽搐停止后患者进入昏睡、昏迷状态，然后逐渐清醒，部分患者在清醒过程中有精神行为异常。醒后患者常有头痛、头昏现象，持续数小时到数天不等。

136. 失神发作 ①典型失神发作：又称小发作儿童期起病，青春期前停止发作。临床表现为突发突止的意识障碍，事后对发作时的情况无记忆

137. 病史是诊断癫痫的主要手段之一，脑电图（EEG）检查 EEG 发现棘-慢波、棘波等电活动是诊断癫痫的客观指标。排除其他发作性疾患。

138. 抗癫痫药物的使用原则：根据类型选择药物，尽可能使用一种药物，个体化用药，规则用药，坚持长期用药，禁止突然停药。

考点：精神分裂症

139. 精神分裂症一般没有意识障碍和智能障碍。

1) 阳性症状：①幻听；②思维联想障碍（思维散漫、思维破裂、强制性思维）；③妄想；④情感障碍，情感活动的不协调；⑤紧张综合征、意向倒错。

2) 阴性症状：思维贫乏、情感平淡或情感淡漠（是情感活动减退的表

现)、意志减退、快感缺失。

3)其他症状:焦虑抑郁症状、激越症状、自知力缺乏。

4)偏执型症状:较常见,以相对稳定、系统的妄想为主要临床表现,往往伴有幻觉。多中年起病,发展缓慢。

140. 抑郁症的临床表现主要表现为抑郁发作,概括为情绪低落、兴趣缺乏、乐趣丧失的“三低”症状,“三无”无助、无望、无用;“三自”自责、自罪、自杀。伴随症状最常见焦虑

考点:运动系统慢性疾病

141. 粘连性肩关节囊炎(肩周炎):①自限性疾病,病程一般12~24个月;②多为中老年发病,女多于男;③肩部某一处疼痛,与动作、姿势相关;④肩关节各方向主动、被动活动均受限,以外旋、外展、内旋、后伸最重。

142. 颈椎病临床表现:

(1)神经根型——最常见,上肢牵拉试验、压头试验颈肩部疼痛和手指麻木感;上肢肌力减弱;颈部肌肉紧张

(2)椎动脉型——最突然,眩晕;头痛;视觉障碍

(3)交感型——交感神经兴奋症状,心跳加快,心率不齐

(4)脊髓型——最严重,病理反射,缓慢的进行性的双下肢麻木,发冷,疼痛和乏力,走路飘飘然,脚踩棉花感,步态不稳,易摔跤

考点: 类风湿关节炎

143、类风湿关节炎(RA)的诊断

- 1) 晨僵: 持续 1 小时以上。
- 2) 关节痛与压痛: 关节痛最常受累的部位为腕、掌指、近端指间等关节。多呈对称性、持续性, 时轻时重。
- 3) 关节肿。
- 4) 关节畸形。
- 5) 类风湿结节
- 6) 贫血。

144. RA 治疗的目的是减轻症状、延缓病情进展、防止和减少关节破坏、保护关节功能、提高患者的生活质量。

- (1) 非留体抗炎药 (NSAIDs): 镇痛、抗炎。
- (2) 改变病情抗风湿药: 首选甲氨蝶呤
- (3) 糖皮质激素强大的抗炎作用, 迅速缓解关节肿痛和炎症, 使用时必须同时用改变病情抗风湿药。

145. 小儿腹泻病

(1) 生理性腹泻: <6 个月婴儿多见, 虚胖, 常有湿疹, 生后不久即有腹泻, 大便次数增多, 无其他症状, 食欲好, 不影响生长发育。

(2) 治疗

调整饮食、加强护理

液体疗法：脱水是急性腹泻的主要死因

抗生素治疗

肠道微生物疗法：利于恢复菌群平衡

肠黏膜保护剂：蒙脱石粉

止泻剂：避免使用

补锌：缩短病程

#### 146. 新生儿黄疸

新生儿黄疸足月儿 2~3 天出现, 4~5 天达高峰, 5~7 天消退早产儿 3~5 天出现, 5~7 天达高峰, 7~9 天消退

病理性黄疸出现早, 生后 24 小时内出现黄疸, 程度重, 持续时间长, 黄疸退而复现

考点: 感染性疾病

#### 147. 麻疹特征性体征: Koplik 斑 颊黏膜第一白齿处黏膜斑

出疹时间: 发热 3-4 天, 热盛疹子出

出疹顺序: 耳后、发迹→额面部→颈部, 然后自上而下至躯干和四肢

#### 148. 风疹一般症状较轻

出疹顺序: 面部→颈部→躯干→四肢 (轻风拂面)

出疹时间: 发热第 2 天出疹, 一天内出齐, 热退疹退

#### 149. 水痘出疹特点: “四世同堂”——发热后一天出疹子, 呈向心性

分布, 斑丘疹→丘疹→疱疹→结痂, 口腔、眼结膜生殖器处, 不留疤

痕，明显瘙痒，避免抓伤。

150. 幼儿急疹：咽峡部充血、头颈部浅表淋巴结轻度肿大及轻微腹泻  
全身症状轻。

出疹：热退疹出。皮疹呈红色斑疹、斑丘疹，很少融合。无色素沉着，  
也无脱皮

典型临床表现：淋巴结肿大

151. 猩红热（乙型溶链球菌）：

前驱期：高热，咽痛，草莓舌

出疹期：全身弥漫性充血发红，口周苍白圈，帕氏线

恢复期：糠糠样脱皮，大片状脱皮，无色素沉着

考点：心血管系统疾病

152、先天性心脏病分类

1) 左向右分流型：房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭。

2) 右向左分流型：青紫型，法洛四联症。

3) 无分流型：无青紫型，如肺动脉狭窄、主动脉缩窄。

考点：神经系统疾病

153. 热性惊厥：6个月~5岁小儿多见、发作前后一般情况好、病初体温骤升时多见、全身强直或阵挛性发作、发作次数少、持续时间短、恢复快速、无任何神经系统异常表现、一般预后好。控制发作首选地西泮、苯巴比妥用于热性惊厥持续状态

154. 流脑主要见于儿童, 主要表现为突起高热、头痛、呕吐、皮肤黏膜瘀点、瘀斑及脑膜刺激征, 脑脊液呈化脓性改变。





金英杰医学  
JINYINGJIE.COM

医学培训领导品牌

致力于建立完整的医学服务产业链



金鹰直播课



王牌直播课



北京金英杰医考课程



1元试听超值好课



直播项目宣传片

## 医学首选，金英杰教育

全国免费咨询热线：400-900-9392 客服及投诉电话：400-606-1615

地址：北京市海淀区学清路甲38号金码大厦B座22层