1.消化性溃疡的辅助检查：

①胃镜及活检——确诊首选。
②X线钡餐——直接征象：龛影，有确诊价值；
③幽门螺杆菌检测

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 侵入性 | （1）胃黏膜组织染色 | Hp现正感染 | 阳性率高 |
| （2）快速尿素酶试验 | 简单 |
| （3）Hp培养 | 科研 |
| 非侵入性 | （4）13C或14C尿素呼吸试验 | 阳性率高 |
| （5）血清抗HP抗体 | 感染了HP | 间接检查 |

2.消化性溃疡4大并发症：

①出血——最常见。

②穿孔——腹膜刺激征，肝浊音界消失。

③幽门梗阻——吐宿食、胃型及胃蠕动波、振水声。

④癌变——GU（1%以下）、DU（0）。

3.消化性溃疡术后并发症：

术后早期并发症

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1）术后胃出血 | A.24小时内——止血不确切B.4～6天——吻合口黏膜坏死C.10～20天——缝线处感染、腐蚀血管。 | A.绝大多数：非手术；B.大出血：再次手术止血 |
| 2）十二指肠残端破裂 | 表现酷似溃疡穿孔 | 立即手术 |
| 3）胃肠吻合口破裂或瘘 | 术后5～7天 | 吻合口破裂：立即手术修补；外瘘形成：引流、胃肠减压，必要时手术 |
| 4）术后梗阻 | A.输入段梗阻 | 急性完全性输入段梗阻 | 呕吐“食物”量少，不含胆汁 |
| 慢性不完全性输入段梗阻 | 呕吐大量“胆汁” |
| B.吻合口梗阻 | 呕吐含食物，不含胆汁 |
| C.输出段梗阻 | 呕吐“食物+胆汁” |
| 5）术后胃瘫 | 术后2～3天 | 由禁食改为流食 | 引流减压 |

术后晚期并发症

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6）倾倒综合征 | A.早期（低血压）：发生在餐后半小时，食物过快进入空肠，大量细胞外液吸入到肠腔，循环血容量骤减，表现为心悸、恶心、呕吐、乏力、出汗、腹泻B.晚期（低血糖综合征）：餐后2～4小时，由于食物过快进入空肠，血糖一时性增高，致胰岛素分泌增多，而发生反应性低血糖 | 2年以上治疗仍未改善症状，手术 |
| 7）碱性反流性胃炎 | 三联征：剑突下持续烧灼痛、胆汁性呕吐、体重减轻 | 严重时应手术 |
| 8）吻合口溃疡 | 术后2年内发病，症状与原来溃疡相似，疼痛更剧，易出血 | 手术 |
| 9）残胃癌 | 至少5年后，平均10年以上 | 手术 |
| 10）营养性并发症 | A.营养不足，体重减轻 | 选择营养食物 |
|  | B.贫血：壁细胞减少 | 胃酸不足——缺铁性贫血 | 铁剂。 |
| 内因子缺乏——巨幼红细胞性贫血 | 维生素B12、叶酸严重：输血 |
| C.腹泻与脂肪泻 | 进少渣易消化高蛋白饮食；应用考来烯胺和抗生素 |
| D.骨病：术后5～10年，女性 | 补充钙和维生素D |

4.肝硬化失代偿期表现——2个方面。
1）肝功能减退

|  |  |
| --- | --- |
| 1）肝功能减退 | ①全身—一般情况差，消瘦乏力 |
| ②消化系统—食欲减退、厌食 |
| ③出血倾向和贫血：A.鼻黏膜及牙龈出血、皮肤紫癜和胃肠道出血——肝脏合成凝血因子减少、脾功能亢进。B.贫血——营养不良、吸收障碍、消化道出血、脾功能亢进。 |
| ④内分泌功能紊乱：A.雌激素水平增高（灭活减退）——上腔静脉引流区出现蜘蛛痣、毛细血管扩张、肝掌；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；B.醛固酮和抗利尿激素灭活减弱——钠水潴留——尿量减少、水肿、腹水形成和加重。 |

2）门静脉高压症
　　①脾大--脾功能亢进，全血细胞减少。
　　②侧支循环建立--食管胃底静脉曲张（特征性）、腹壁静脉、痔静脉
　　③腹水—失代偿期最常见、最突出的表现。

5.肝硬化并发症

|  |  |
| --- | --- |
| 并发症 | 相关考点 |
| 上消化道出血 | 最常见的并发症病因：食管胃底静脉曲张破裂、门脉高压性胃病急性胃黏膜病变等 |
| 肝性脑病 | 最严重的并发症，也是最常见的死亡原因。——氨中毒学说 |

6.肝硬化辅助检查：

（1）上消化道X线：食管静脉曲张——虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损；胃底静脉曲张——菊花样充盈缺损。
（2）内镜：直接确定食管及胃底有无静脉曲张，是诊断门脉高压最可靠的指标。

（3）首选影像学：B超。

（4）确诊：肝穿刺活检——假小叶形成。

7.肝性脑病的治疗

（1）饮食：禁止摄入动物蛋白。

（2）慎用镇静剂：禁用**巴比妥类、苯二氮类镇静剂**。若出现躁狂症状，试用**异丙嗪等**。
纠正**低钾碱中毒。**
（3）止血和清除肠道积血（上消化道出血是重要诱因）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 目的 | 药物 | 作用机制 |
| （1）减少肠道氨的生成和+吸收 | ①乳果糖 | 口服到达结肠后分解成乳酸、乙酸—降低肠腔内pH值 |
| ②乳梨醇 | 分解成乙酸、丙酸 |
| ③益生菌 | **不产尿素酶的益生菌**—抑制细菌生长，减少氨生成 |
| ④抗生素 | 口服新霉素、甲硝唑，抑制肠道产尿素酶的细菌，减少氨生成 |
| ⑤导泻或灌肠 | 口服或鼻饲硫酸镁生理盐水或弱酸性溶液灌肠！**禁用肥皂水** |
| （2）促进体内氨代谢 | ①L-鸟氨酸-L-门冬氨酸 | 促进尿素循环 |
| ②谷氨酸 | 与氨结合形成谷氨酰氨，降血氨 |
| （3）减少或拮抗假性神经递质 | 支链氨基酸 | 抑制芳香族氨基酸 |

8.溃疡性结肠炎临床表现

（1）左下腹痛，腹泻，腹痛伴里急后重，疼痛——便意——便后缓解。

（2）黏液脓血便。

（3）抗生素无效。

9.结肠癌临床表现

（1）早期：排便习惯和粪便性状的改变，出现腹泻、便秘相交替。

（2）腹痛特点：持续性隐痛。

（3）右半结肠（盲、升结肠）——以消瘦、贫血，腹部肿块等全身表现为主。

（4）左半结肠（降结肠）——以肠梗阻、腹泻、便秘等局部表现为主。

10.直肠癌治疗

|  |  |
| --- | --- |
| 直肠癌手术选择 | 适应证 |
| 1.局部切除术 | 直肠中下段、瘤体小（直径＜2 cm）、隆起型、分化高、局限于黏膜或黏膜下层 |
| 2.最常用——经腹腔直肠癌切除术（Dixon） | 腹膜反折以上——肿瘤下缘距齿状线＞5 cm |
| 3.腹会阴联合直肠癌根治术（Miles） | 腹膜反折以下——肿瘤下缘距齿状线＜5 cm。 |
| 4.经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭（Hartmann） | 全身情况差，不能耐受Miles手术或急性梗阻不宜行Dixon手术者。 |

**11.缺铁性贫血临床表现**

①面色苍白+**组织缺铁**的表现（异食癖、匙状甲、口腔炎、口角舌炎）；

②最特异的为异食癖、匙状甲（反甲），**P-V综合症**（缺铁性贫血导致了吞咽困难）。

**12.再生障碍性贫血治疗**

①急性再障首选**骨髓造血干细胞移植**；②慢性再障**雄激素**。

**13.急性白血病临床表现：首发**症状**贫血。**

**感染**——白细胞（外周的病态的白细跑虽高，但功能异常）。

**贫血**——红细胞少，常为首发表现。

**出血**——皮肤瘀点瘀斑；如突发高热，血小板急剧减少易诱发颅内出血（最常见死亡原因）。

**14. 急性白血病并发症**

①并发DIC (M3最常见），**颅内出血**是白血病**最常见**的死亡原因。

②侵犯牙龈、皮肤——M4、M5。

③侵犯中枢系统、睾丸——最常见于急淋。

④眼绿色瘤——急粒。

⑤肝脾淋巴结肿大——急淋。

**15. 急性白血病检查**

⑴血象：三系减少。

⑵骨髓象（确诊首选）。

⑶细胞化学染色。

①棒状（Auer)小体阴性—急淋。

②中性粒细胞碱性磷酸酶（**NAP**）**升高**→**急淋**，降低→急粒，明显升高→类白血病。

③过氧化物酶**P0X强阳性**（+到+++)→**M3**；**阴性**→急淋。

④糖原染色**PAS强阳性**→**急淋**。

⑤非特异性酯酶**NSE阳性**能被**氟化钠抑制**→M5。
**16.急性白血病治疗：**化疗。急淋首选DVLP方案；急性髓系白血病首选DA 方案；M3首选全反式维甲酸；

**17慢粒治疗**：**首选**化疗药物**伊马替尼**、羟基尿；**根治**骨髓移植。

**18.淋巴瘤临床表现**

⑴**无痛性**颈部或锁骨上淋巴结肿大，常饮酒后诱发。

⑵出现特异的皮肤瘙痒。

⑶**周期性发热**（也可诊断）。

**19.淋巴瘤分期**（HL和NHL都用这个分期）

①Ⅰ期：只有一个区淋巴结肿大。

②Ⅱ期：只在膈上或膈下有多个淋巴结肿大。

③Ⅲ期：累及膈上和膈下或者累及脾脏。

④Ⅳ期：累及肝骨髓。

**ⅢEB**——有结外侵犯，**不**包括牌脏； **ⅢSB**—-有结外侵犯，包括脾脏。

全身症状分组：有症状是B组；无症状是A组。

3大症状：①发热38℃以上，且无感染原因；②半年内体重下降＞10%；③盗汗。

20.如何使用血液制品

|  |  |
| --- | --- |
| 红细胞血制品 | 适用于 |
| 悬浮红细胞 | 用于外伤、手术、急性失血；**1个单位**（200 mL)可提高血红蛋白**5g** |
| 浓缩红细胞 | 用于心衰病人（循环超负荷） |
| 洗涤红细胞 | 用于有输血过敏、发热反应，肝肾功能障碍的病人 |
| 去白细胞的红细胞 | 多次反复输血，器官移植 |

**21.腺垂体功能减退病 因**

（1）最常见的原因——腺垂体瘤（无功能肿瘤）

（2）产后大出血（Sheehan综合征）——最典型、最严重病因。

**22.甲亢诊断**

（1）T3 T4升高；TSH↓降低——确诊。早期最敏感的诊断指标。
（2）sTSH（敏感TSH）——甲亢筛查。

（3）131I摄取率↑升高：T3 T4越高，131 I 摄取率随之增加。
 （4）TSH受体抗体（TRAb （+））是诊断和停药复发的指针。
 （5）首选检查——甲状腺B超。

**23.甲亢治疗**

（1）抗甲状腺药物治疗

首选——妊娠期（1-3个月）甲亢和甲亢危象硫脲类（PTU），其余首选 mmI。

不良反应——粒细胞减少，中性粒细胞低于1.5×109／L时应当停药。

（2）放射碘治疗

适应证——适用于ATD应用失败、过敏、复发或者严重并发症；甲亢合并心脏病。

禁忌证——青少年、妊娠期妇女或哺乳期妇女。

（3）手术治疗

适应症——①抗甲状腺药物治疗或131I治疗复发者；②结节性甲状腺肿伴甲亢；③高功能腺瘤；④中度以上的Graves病；⑤腺体肿大伴有压迫症状或胸骨后甲状腺肿；⑥妊娠早中期具有上述指征者。

禁忌证——青少年、甲亢症状较轻者、妊娠晚期、不能耐受手术者。

**24.甲亢术后并发症及术后处理**

1）术后呼吸困难和窒息——最危急——术后48小时以内。

1. 血肿压迫——先拆线，清除血肿——无效行气管切开
2. 双侧喉返神经损伤（不肿）——气管切开

2）神经损伤
①喉返神经损伤：一侧——声嘶；两侧——窒息

②喉上神经损伤：外支损伤——运动支——失声；内支损伤——感觉支——呛咳。

3）手足抽搐——术后 1-3 天，因手术时误伤及甲状旁腺。
处理：轻者——口服钙剂。重者——静脉注射10%葡萄糖酸钙；长期口服二氢速固醇。

**25.甲减确诊试验**——甲状腺激素水平及TSH检查。

原发性甲减——T3、T4下降，TSH升高。

继发性甲减——T3、T4下降，TSH不高。

26.糖尿病诊断

（1）诊断标准：

空腹血糖≥7.0 mmol/L，

随机或餐后2小时≥11.1 mmol/L。

HbA1c≥6.5%作为诊断糖尿病的标准。

（2）葡萄糖耐量试验：最常用OGTT 成人75g无水葡萄糖。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **空腹血糖（ mmol/L）** | **OGTT( mmol/L)** |
| 正常血糖 | 3.9～6.1 | ＜7.8 |
| 空腹血糖受损 | 6.1～7.0 | ＜7.8 |
| 糖耐量减低 | ＜7.0 | 7.8～11.1 |
| 糖尿病 | ≥7.0 | ≥11.1 |

（3）糖化血红蛋白HbA1c：反映（8-12W） 2-3个月平均血糖控制水平。

（4）糖化血浆白蛋白：反应2～3周的血糖控制情况。

27.糖尿病并发症

（1）微血管病变——1型糖尿病主要死亡原因。（糖尿病肾病）

（2）大血管病变——2型糖尿病的最常见死亡原因。（心脑血管病）

（3）糖尿病性神经病变——周围神经炎最常见。

（4）糖尿病足——是截肢、致残的主要原因。

28.糖尿病药物治疗

1型糖尿病——胰岛素（正规胰岛素，短效胰岛素）。

2型糖尿病非肥胖的患者——磺脲类（氯磺丙脲）。

2型糖尿病肥胖的患者——双胍类（二甲双胍）。

2型糖尿病餐后血糖高的患者——α-葡萄糖苷酶抑制剂（阿卡波糖）。

2型糖尿病胰岛素抵抗的患者——双胍类、噻唑烷二酮类（罗格列酮）。

29.糖尿病酮症酸中毒

多尿、多食乏力加重，呼吸深大，烂苹果味 +尿酮体强阳性

30.酸碱平衡紊乱

1.PH：7.35-7.45 （正常或代偿）

碱中毒＞7.45；酸中毒＜7.35

2.呼吸指标：PaCO2：35-45 mmHg

呼酸＞45 mmHg；呼碱＜35 mmHg

3.代谢性指标

（1）实AB或SB（HCO3-）：22-27 mmol/L

代碱＞27 mmol/L；代酸＜22 mmol/L

（2）剩余碱BE：-3～+3 mmol/L(正碱负酸)

代酸＜-3 mmol/L；代碱＞+3 mmol/L

31.乙型肝炎病毒（HBV）
　　是一种DNA病毒，属嗜肝DNA病毒科
HBV的三个抗原抗体系统
　　（1）表面抗原和抗体：HBsAg与抗-HBs（HBsAb）
　　（2）核心抗原和抗体：HBcAg与抗-HBc（HBcAb）
　　（3）e抗原和e抗体: HBeAg与抗-HBe（HBeAb）

32．重型肝炎

33. **乙肝实验室检查**

|  |  |
| --- | --- |
| **HbsAg** | **------感染 或病毒携带** |
| **抗HBS** | **是一种保护性抗体 判断急性乙型肝炎病人预后的指标。接种疫苗成功后。** |
|  |  |
| **HbeAg** | **是 HBV活动性复制的标志；** |
| **HBeAb** | **出现晚 HBeAg转（—）才出现。表示复制减弱。** |
|  |  |
| **HbcAg** | **（核心抗原）也是HBV复制标志，查不出。** |
| **HBcAb** | **出现较晚。低滴度lgG- 过去感染。高滴度lgG -活动性复制。是一项病毒感染的标志。** |

**34、肾综合征出血热临床表现
肾综合征出血热的诊断一定要注意“三红三痛两反常”，发热、头痛似感冒，恶心呕吐蛋白尿，白多板低异淋高。确诊特异性IgM。
“三痛”，即为头痛、腰痛和眼眶痛。“三红”：颜面、颈部、上胸部皮肤潮红。**

**“两反常”：是指反常性蛋白尿及体温降低反而病情加重。**

**“白多板低异淋高”：白细胞增多、血小板降低、异性淋巴细胞增多。**

**35.乙脑分型**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 体温 | 神智 | 抽搐 | 呼衰 |
| 轻型 | 38～39℃ | 神志清楚 | 无抽搐 | 无呼吸循环衰竭 |
| 中型 | 39～40℃ | 浅昏迷 | 偶有抽搐 | 无呼吸循环衰竭 |
| 重型 | ＞40℃ | 中度昏迷 | 反复抽搐 | 无呼吸循环衰竭 |
| 极重 | ＞40℃ | 深昏迷 | 持续抽搐 | 迅速出现呼吸循环衰竭 |

**36、艾滋病临床表现**

艾滋病表现核心考点：
　　1.多系统多种感染（卡氏肺孢子菌肺炎—最常见最主要死因）。
　　2.继发肿瘤（卡波西肉瘤）。

**37、痢疾临床表现：**

普通型：腹痛、腹泻、里急后重、粘液脓血。

轻型（非典型）： 腹泻、腹痛、中毒均轻（小于10次），核心：无脓血便

重型： 二多：腹泻多（大于30次），并发症多。

中毒型：中毒重（脑，休克-要死人重）局部轻。

慢性》2个月

**38、流脑临床分型及表现**

普通型（**最常见**）流脑最核心表现：1.脑膜刺激征，2**.瘀点瘀斑**，3.儿童常见。

暴发型：起病更急，病情变化迅速严重，病死率高，儿童多见。
休克型：1.瘀斑更重，2.循环更差（血压低；尿少；皮肤发花），3.DIC更明显，4.多无脑膜刺激征　多无脑脊液显著异常。

**39、疟疾治疗**

**控制症状（杀红细胞内）-首选氯喹、青蒿素（我国研制）。**

**氯喹耐药首选奎宁。防止复发和传播的药物-首选伯氨喹（杀干细胞内）。**

**病因预防首选-乙胺嘧啶（蚊子体内）。**

**40、淋病治疗**

淋病治疗首选第三代头孢菌素。孕期淋病首选头孢曲松钠，加用红霉素。禁用喹诺酮类及四环素类药物。**青霉素过敏者----大观霉素(淋必治)**

41.术后拆线时间：头面部4～5天，下腹部、会阴手术6～7天，胸部、背部、臀部手术7～9天，四肢手术10～12天，近关节可延长，减张缝线14天。

42.清创时间：一般开放性伤口6～8小时清创，面部可延迟到12小时、头皮可延长到24小时（最好做一期缝合）。

43.成人烧伤面积计算:头3%、颈3%、面也3%(9%×1)；手5%，臂6%，肱7%(9%×2);躯干26%会阴1%(9%×3)；臀为5%（男性，女性6%），足为7%（男性，女性6%），小腿13%，大腿21%(9%×5+1%)。

44.烧伤分度

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 分度 | 特点 | 深度 | 创面 | 处理 |
| I° | 红斑 | 表皮 | 红斑 | 保持清洁防止再损伤 |
| 浅Ⅱ° | 大小不一水疱 | 真皮乳头层 | 红润+剧痛 | 保留水疱，注射器抽水 |
| 深Ⅱ° | 可有小水疱 | 真皮深层 | 红白相间+不痛，有网状栓塞血管 | 清除水疱，油纱覆盖 |
| Ⅲ° | 焦痂 | 真皮全层 | 蜡白、碳化、不痛、树枝状血管栓塞 | 烧伤48小时后，病情平稳后一次去除，自体皮覆盖；如有休克，纠正休克后进行治疗 |

45.烧伤严重程度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分度 | Ⅱ°+Ⅲ°烧伤面积 | Ⅲ°烧伤面积 |
| 轻度 | ＜10% |  |
| 中度 | 11%～30% | ＜10% |
| 重度 | 31%～50% | 11%～20% |
| 极重度 | ＞50% | ＞20% |

46.烧伤治疗、补液

（1）烧伤急救用冷水止痛。

（2）烧伤最主要死亡原因——感染（最常见的是金葡菌），大面积的是——绿脓杆菌。

（3）烧伤病人最主要治疗方法：补液。

第一天补液总量：生理需要+额外丟失量=2 000+体重×烧伤面积×1.5 (儿童1.8婴儿2.0)。前8小时补一半，后16小时补一半。

第二天补液：(不分时间）补液总量=生理需要量+第一天额外丢失量的一半。

47.急性乳腺炎治疗

（1）无脓肿——保守治疗，用抗生素。

（2）只要触诊出现波动感，提示已形成脓肿——必须切开引流。

切口注意事项：①乳房浅表或远端脓肿，轮辐状、放射状切口；②乳晕下脓肿沿乳晕边缘做弧形切口；③乳房后深部脓肿，沿乳房下缘做弧形切口； ④脓肿较大选择低位对口引流；⑤如有隔膜，切开后用手指打开脓肿隔膜，以便充分引流。

48.乳腺癌：雌激素增多发病直接相关。导管内癌预后最好，浸润性小叶癌预后最差。最常见的转移方式淋巴转移→腋窝淋巴结。好发在外上象限。①酒窝征——侵犯cooper韧带；②桔皮样变——侵犯表浅琳巴管；③炎性乳癌——红肿热+乳腺癌症状（恶性程度最高），一般无压痛；④湿疹样乳癌——湿疹表现+乳腺癌症状。确诊——细针穿刺细胞学检查。治疗：乳腺癌根治术（HalsT ed)最常用；炎性乳癌——术前化疗+手术+术后放疗+内分泌治疗。

49.急性有机磷杀虫药中毒：抑制乙酰胆碱酯酶的活性，所以造成乙酰胆碱不能降解在体内大量堆积。临床表现：肌肉颤抖、瞳孔缩小、神志模糊、血压升高（下降）、呼吸有大蒜味。确诊/首选——胆碱酯酶活力测定。治疗关键：立即终止解除毒物、马上洗胃；恢复胆碱酯酶活性——用氯解磷定。最主要死亡原因：呼吸衰竭。

50.急性CO中毒表现：皮肤粘膜樱桃红色；特异性表现——迟发性脑病：中毒后2～60天出现，清醒后又出现精神神经系统表现；损伤最严重的是大脑。确诊——查COHB。治疗：立即终止吸入CO，高压吸氧，防止脑水肿——用甘露醇。