

2020 临床医师综合笔试  
《终极备考手册》  
内部绝密

【正保医学教育网医师资格考试】公众号 (ID: yishi\_med66) 是正保医学教

育网医师官方号。关注本公众号，好处多多：

- ★ 医考最新动态及时知晓
- ★ 医考备战秘籍助你通关
- ★ 精品备考资料送送送
- ★ 互动小游戏好礼享不停
- ★ 疑难问题即时马上解答



扫描二维码，关注公众号，回复如下关键词，精品资料等你拿~

- ▣ 回复“资料”，领取医师备考精品资料；
- ▣ 回复“66”，领取医师技能考试终极备考手册（内部绝密）；
- ▣ 回复“技能”，领取各类别技能考试高效备考资料；
- ▣ 回复“语音”，领取2020年临床医师语音版资料。

# 目 录

第一部分 命题趋势预测及应试技巧.....	5
2020 年命题趋势预测及应试技巧.....	5
一、临床执业(助理)医师考试考情分析.....	5
1. 考试题型及分值比例.....	5
2. 整体考试情况解读.....	5
二、临床执业(助理)医师考试命题趋势预测.....	6
三、题型设置及考核方式.....	7
四、应试技巧.....	9
第二部分 考点精选.....	13
内科.....	13
外科.....	32
妇科.....	48
儿科.....	50
基础知识/医学人文.....	54
第三部分 考前绝杀系列(重点科目).....	86
呼吸系统高频考点速记 35 条.....	86
心血管系统高频考点速记 40 条.....	91
消化系统高频考点速记 50 条.....	97
泌尿系统高频考点速记 30 条.....	103
女性生殖系统高频考点速记 26 条.....	106
血液系统高频考点速记 22 条.....	117
代谢、内分泌系统高频考点速记 30 条.....	120
运动系统高频考点速记 30 条.....	123
风湿免疫系统高频考点速记 17 条.....	126
儿科疾病高频考点速记 35 条.....	128
传染病、性传播疾病高频考点速记 25 条.....	137
其他高频考点速记 50 条.....	140



正保医学教育网

www.med66.com

24小时客服热线: 400 650 1888

精神神经系统高频考点速记 20 条.....	142
第四部分 学员经验分享.....	146
学员经验.....	146
快速了解网校.....	150



正保医学教育网  
www.med66.com



正保医学教育网  
www.med66.com



正保医学教育网  
www.med66.com



正保医学教育网  
www.med66.com



正保医学教育网  
www.med66.com



正保医学教育网  
www.med66.com

## 第一部分 命题趋势预测及应试技巧

### 2020 年命题趋势预测及应试技巧

#### 一、临床执业（助理）医师考试考情分析

##### 1. 考试题量及分值比例

临床执业医师：总分为 600 分，360 分为固定分数线。其中临床科目分值占比高，高分科目主要是以消化系统、女性生殖系统、儿科疾病、精神神经系统、心血管系统、呼吸系统等为主。

临床执业医师试题一共四个单元，每个单元总分 150 分。

第一单元以预防医学、医学心理学、医学伦理学、卫生法规等基础科目为主；

第二单元以心血管、泌尿、运动、内分泌等系统为主；

第三单元以消化、呼吸、其他相关等系统为主；

第四单元以女性生殖、儿科疾病、精神神经等系统为主。

临床执业助理医师：总分为 300 分，180 分为固定分数线。其中高分科目仍以消化系统、女性生殖系统、儿科疾病、精神神经系统、心血管系统、呼吸系统等为主。

临床执业助理医师试题一共两个单元，每个单元总分 150 分。

第一单元以基础科目为主；

第二单元以临床科目为主。

临床执业/助理医师具体每个单元考查的科目，可能会有所变动，以上可作为参考。目前医师综合笔试采用单项选择题形式，考试题型分别为 A1、A2、A3/A4、B1 题型。

##### 2. 整体考试情况解读

整体考试难度适中，出题知识点细致，着重考查临床医师的专业知识与临床实践能力。都涉及超纲题目，但数量较少，“整合型”试题比例有所上升。

临床执业助理医师的试题，超纲数量较少，但近几年考试难度有靠近临床执业医师的趋势，也会涉及“整合型”试题。

“整合型”试题是把基础医学、临床医学，甚至医学人文融合为考试试题，这种类型试题题干长、信息量大，并且考查的知识点多、角度广，这就要求考生知识面广、专业扎实，思维活跃。

“整合型”试题在医师考试中所占分值加重已是必然。考生在心理上不要有抵触情绪，认真复习+正确方法+仔细审题，这种题型也能轻松拿下。

## 二、临床执业（助理）医师考试命题趋势预测

国内医学“以岗位胜任力为导向”的方向变革，随之而来的医师考试也可能发生变化，考试难度可能有所增加，因为“整合型”试题比例可能会上升，其考查的形式多、知识点多、角度广。

近几年，整体反馈临床执业助理医师考试难度，有靠近临床执业医师的趋势，并且试题类型有向“整合型”试题转化的趋势，“整合型”试题比例也可能上升。

这就要求考生，不仅要掌握知识点，还要融会贯通，结合临床知识选出正确答案。

### 1. “整合型”试题比例增加及特点

“整合型”试题是把基础医学、临床医学，甚至医学人文融合为考试试题。

#### (1) 试题特点

- 1) 多学科交叉，整体难度加大。
- 2) 试题原型大多来自临床，为切实有效的素材。
- 3) 考查方向灵活，形式多样。
- 4) 题干信息量大，阅读时间长。
- 5) 案例题多见，如 A2、A3/A4 型题。

#### (2) 要求考生

- 1) 系统全面复习医师考试内容。
- 2) 整理笔记，串联知识点。
- 3) 定时复习，及时掌握易错易混知识点。
- 4) 着重专业知识与临床实践相结合，善于观察出题点。

5) 善于采集“题眼”。

2. 基础科目考查方向贴近临床

基础知识与临床素材有效地结合, 导致题干信息量大, 阅读时间长, 采集题眼困难。注重基础知识考查形式, 题干为临床信息, 但是考查的仍为基础知识内容。

3. “细节”知识点考查力度加大

所谓重点, 不仅仅是掌握表面上的知识, 而是要加强对细节知识点的把握。例如, 临床执业医师的麻疹“疹出热盛”, 是常考点, 但现在也考查麻疹的发热规律; 临床执业助理医师考查膀胱肿瘤分期的治疗, 这都充分体现了这一点。旨在考查考生对教材知识点的掌握和对临床的分析能力。

要正确理解“细节”知识点的问题, 不是要把所有科目的教材, 都一字不落的认真仔细研究一遍。要有的放矢, 先要针对高分科目, 然后是低分科目, 先临床科目, 后基础科目, 正所谓先捡西瓜, 然后再捡芝麻。

考生首先要摆正心态, 走马观花的复习, 针对现在的医师考试形式, 已不再适用, 要有认真、仔细复习的恒心和毅力, 才能顺利通过考试。

4. 各个科目试题界线开始模糊化

现在有些试题很难区分, 它属于内科还是外科, 又或是基础科目。出现由单一科目试题向多个科目融合成一道题的形式, 这也是考试试题的转化。也是在真正考查考生知识点掌握程度。

### 三、题型设置及考核方式

1. 题型设置

(1) A1 型题: 试题由单句型题干和五个备选答案组成, 备选答案中只有一个最佳答案。

1) “最佳答案”一定要选择最适合题干问题的答案, 五个选项内容有可能都是正确的, 但是要选出最适合的答案, 即为最佳答案。

2) 审题要仔细, 一定要注意否定型词语, 重点标注出来, 提高自己做题正确率。

3) 在医学试题中, 选项中出现肯定、绝对、一定等, 这样的词语, 往往都

是错误的。

(2) A2 型题: 试题由简要病历作为题干和五个备选答案组成, 备选答案中只有一个最佳答案。

1) 注意题干信息性别和年龄的提示: 男性、女性、青年、老年、儿童、婴幼儿等, 这些信息提示都可以帮助我们选出最佳答案。

例如, 肺癌病理类型的考查, 鳞癌多见于中老年男性, 腺癌多见于女性; 心脏骤停, 大部分是由冠心病及并发症导致的, 但 35 岁以下, 常见的原因是心脏病。

2) 抓关键词: 很多疾病都有典型表现, 及时抓住所谓“题眼”一秒解试题。

例如, “四世同堂”是水痘; “特殊的鼠尿味”是苯丙酮尿症; “热退疹出”是幼儿急疹。

(3) A3/A4 型题: 试题是由患者的临床病历情景, 然后提出 2~4 个相关问题, 每个问题都有五个备选答案组成, 备选答案中只有一个是最佳答案。这几个相关问题, 可以相互联系, 也可以相互独立。

对于这类试题, 首先要诊断出具体的疾病, 然后选择相关检查或者治疗原则等, 如果诊断出现错误, 那么下面相关的题目就可能出错, 所以做这样的题目要慎重。

(4) B1 型题: 试题开始为五个备选答案, 下面有两道以上问题。根据选项选择最佳答案。

这种试题, 题目问题, 可能跨不同科目, 答案有迷惑性。也可能为临床表现相似的疾病, 所以要求知识点掌握扎实。

## 2. 考核方式

全国正在向实现“无纸化”(计算机)形式转化, 计算机考试对于一部分考生来说, 心理上会有些负担: 一是对计算机操作不熟悉; 二是习惯用纸质答题, 一旦遇到计算机答题, 就会手忙脚乱, 导致正确率大大降低; 三是考试时间可能会相对不足。

“一年两试”的地区, 第一次笔试内容不合格, 参加第二次考试, 是计算机考试。

首先, 要把专业知识掌握扎实, 考试形式怎么变化都有应对策略。考前可以



跟考过的同事、朋友了解一下，具体的操作流程或者注意事项，这样也可以增加考前信心。

再者，考生在考前，也可以通过网络相关信息，初步了解计算机考试流程和注意事项。

最后，在考场听从老师指令，一步一步来，不要擅自操作，以免出现意外事故，在进入试卷后自己就能安心、从容答题，这样离成功又近了一步。

## 四、应试技巧

### 1. 科学复习计划

工欲善其事，必先利其器，我们要打有把握的仗，首先就要了解，除了实践技能外，临床执业（助理）医师考试涉及哪些科目？

临床执业医师：

临床科目：消化系统、女性生殖系统、儿科疾病、心血管系统、呼吸系统、精神神经系统、运动系统、泌尿系统、代谢及内分泌系统、血液系统、其他、实践综合、传染病及性传播疾病、风湿免疫性疾病

基础科目：生理学、药理学、病理学、医学心理学、医学伦理学、卫生法规、预防医学、生物化学、医学微生物学、医学免疫学、病理生理学、解剖学

临床执业助理医师：

临床科目：消化系统、女性生殖系统、儿科疾病、心血管系统、呼吸系统、精神神经系统、运动系统、泌尿系统、代谢及内分泌系统、血液系统、其他、实践综合、传染病及性传播疾病、风湿免疫性疾病

基础科目：生理学、药理学、病理学、医学心理学、医学伦理学、卫生法规、预防医学、生物化学

从上述科目就可以看出，临床执业（助理）医师，要求内容 80%以上都是类似的，只有少部分内容，临床执业助理医师是不要求的。所以临床执业（助理）医师考试重点有类似处。

#### (1) 明确各科目分值比例

在众多科目中，我们要重点强调，临床科目的重要性，我们首先要复习临床科目。

我们先列几科临床执业医师高分科目

消化系统，约 80 分；女性生殖系统，约 54 分；儿科疾病，约 50 分；呼吸系统，约 43 分；心血管系统，约 42 分；精神神经系统，约 38 分等。

临床执业助理医师高分科目分值约为临床执业医师的一半，这个分值可能都会变动，但是相差不大。

仅仅这几个科目，就占医师近一半的分值，可见临床科目在医师考试中不可撼动的地位。

临床科目中的三大系统分别为消化系统、女性生殖系统及儿科疾病，是我们众多科目中的重中之重。所以不要犹豫一定要首选这三个科目开始复习，我们先要摘取高分科目。

(2) 三大系统科目复习完后，我们就开始其他的临床科目，如心血管系统、呼吸系统、精神神经系统、运动系统、泌尿系统等。顺序没有绝对先后，只要你肯学，可以先挑自己感兴趣的科目，难一点的科目放在后面复习。友情提示精神神经系统相对较难，可以放到最后，另外实践综合每年考查 0~1 分，也可放到最后复习。

(3) 临床科目复习完后，就可以开始复习基础科目。“三理一文”：病理、生理、药理、医学人文，其中医学人文包括医学心理学、医学伦理学、卫生法规。这几个科目在基础科目中占分值比较高，建议首先复习。

(4) 实践技能复习，今年因疫情影响，考试时间延后到 7 月，建议从 6 月份开始复习，如果担心技能操作基础差，可以适当提前半个月开始复习，但切忌过早复习技能，因为太早复习容易忘记，并且笔试内容复习不完。

实践技能的内容不是很多，而且病史采集和病例分析有模板，1 个月时间复习足以。对于不在临床上工作的考生来说，可以适当多花点时间在操作和体格检查上面。

(5) 具体什么时候开始复习呢？建议 9 月份到次年 5 月份，如果在这期间内开始准备考试，就着手复习笔试内容。为什么先复习笔试呢？因为笔试内容比较多，而且大部分考生没有通过医师考试，都是因为笔试成绩不合格。

最后，历年真题非常有用，每年都会有一部分重复的题目。建议大家最后抽出一段时间做做真题，一定要购买有详细解题思路的习题册，这样可以详细了解历

历年真题解题思路和出题点, 可以锻炼我们做题的思维。

## 2. 科学的复习方法

(1) 合理的复习计划和正确的复习方法, 是我们医考路上, 必不可少的法宝。总体原则: 先临床后基础, 先易后难, 先摘取高分科目, 最后复习低分科目。

1) 图表记忆法: 方便简单, 简洁明了, 提高定期复习效率。

例如, I 型呼衰与 II 型呼衰鉴别要点的血气结果、机制、常见疾病等, 可以通过表格呈现, 简单明了, 直击重点内容。

2) 总结口诀法: 通过总结口诀, 可以快速记忆知识点, 提高我们做题效率。

例如, 幼儿急疹(热退疹出), 麻疹(疹出热盛)。简单几个字就可以把这两种疾病区分开来。

3) 诊断公式法: 把疾病特点、病因、临床表现及诊断, 一气呵成, 直击要害, 并且相似疾病, 可以做出鉴别。

例如, 产程中+梗阻性难产+下腹部剧痛+病理性缩复环=考虑先兆子宫破裂。

4) “特殊字眼题”总结法: 针对这类知识点, 考查可能性较大, 我们平常复习时要擅长总结归纳。

大红肾: 急性弥漫性增生性肾小球肾炎;

大白肾: 膜性肾小球病(膜性肾病);

蚤咬肾: 急性弥漫性增生性肾小球肾炎(表面和切面有多数出血点);

原发性颗粒性固缩肾: 高血压;

继发性颗粒性固缩肾: 慢性肾小球肾炎;

瘢痕肾: 慢性肾盂肾炎。

## (2) 整理出系统的复习笔记

笔记是我们制胜的又一个法宝, 好的笔记可由“繁而杂”向“少而精”转化。可以提纲挈领、强化记忆。

例如, 分科目整理笔记内容。

儿科: 小儿年龄和各期特点; 体格生长常用指标; 疫苗接种时间; “三种傻子病”; 几种常见先天性心脏病的临床表现、诊断与鉴别诊断等。

妇科: 病理妊娠; 女性生殖系统解剖与生理; 几种常见妇科肿瘤和子宫内膜

异位症的诊断与治疗; 女性生殖系统各种阴道炎等。

内科: 各种肺炎的诊断与治疗; 肺脓肿与支气管扩张; I型呼衰与II型呼衰鉴别; 心脏瓣膜病; 各种心脏病; 各种贫血等。

外科: 烧伤面积计算; 颅骨骨折特点; 关节脱位; 上肢骨折特点等。

### (3) 应试指导

1) 正确的选择教材: 按照上述顺序, 结合医师考试教材复习。很多考生在准备考试之前, 没有详细地了解具体情况, 就盲目地开始复习大学本科教材。这是错误的做法。因为大学本科教材很多内容不符合大纲要求, 导致耗费考生的时间和精力, 到头来既耽误时间, 又浪费精力。所以要先有符合大纲要求的教材, 并且复习过程中要以书本和考试大纲为主。对大纲要求的内容要掌握、理解。

2) 合理安排复习时间: 要根据自身时间、精力和学习状况, 合理安排时间。制订计划, 按学习计划依次进行, 切忌有懒惰心理, 出现前松后紧的状况。

3) 多动笔、勤复习: “好记性不如烂笔头”, 在学习中, 一定要手脑结合, 对于那些重点、难点要多动笔, 加深印象。

①及时复习: 根据艾宾浩斯的遗忘规律, 遗忘规律是先快后慢。最快时刻为第1天, 以后速度减慢。所以要对所学知识及时复习。

②强化记忆: 在复习一段时间后, 要再次强化记忆, 总结这段时间复习内容, 将复习内容痕迹得到强化, 使记忆经久不衰。

4) 练习题: 很多考生坚持只做题, 不看书, 多做题才能通过, 这是错误的想法, 特别提醒: 切忌有这样的想法。

医师要求内容繁多, 很多知识点如果没有复习, 直接做题正确率会很低, 考生就会出现挫败感, 长此以往就会产生厌学的心理, 从而为复习的道路增加了难度。

刚开始复习时, 适当做题即可, 绝不是做题越多越好, 此时是通过做题来发现问题, 不足之处及时更正。每天保证一定的题量, 可以与看书交替进行, 提高效率。

复习到最后时, 当知识点系统化后, 我们就可以开始题海战术, 但是一定要在规定时间内完成, 训练自己的考场思维, 做完后及时整理和分析题目, 充分透彻理解题目, 达到触类旁通, 举一反三的效果。

5) 临床执业(助理)医师真题互为试题：很多学员可能不太了解这点，因为临床执业(助理)医师 80%以上大纲要求是一致的，所以出题点类似。它们两者试题就有可能互用，在年临床执业助理医师试题，可用于临床执业医师试题中，同理，临床执业医师亦如此。

建议考生在时间和精力允许的情况下，可以适当做一些不同辅导的题目，对考试有帮助。

## 第二部分 考点精选

### 内科

#### 考点 1 呼吸系统——支气管哮喘药物治疗

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨：支气管哮喘药物治疗

1. 支气管舒张药是缓解哮喘急性发作的首选药物。

(1)  $\beta_2$ 受体激动剂

1) 短效 $\beta_2$ 受体激动剂有沙丁胺醇、特布他林。

2) 长效 $\beta_2$ 受体激动剂有沙美特罗、福莫特罗。

(2) 抗胆碱药：异丙托溴胺。

(3) 茶碱类药：氨茶碱和控(缓)释茶碱。

2. 控制哮喘发作药是主要治疗哮喘气道炎症的药物。

(1) 糖皮质激素：是当前控制哮喘最有效的药物。

(2) 白三烯(LT)调节剂：孟鲁司特、扎鲁司特。

(3) 其他药物：酮替酚和新一代组胺 H<sub>1</sub> 受体拮抗剂，如阿司咪唑、曲尼斯特等，对轻症哮喘和季节性哮喘有一定效果。

【例题·A1型题】

控制支气管哮喘气道慢性非特异性炎症最有效的药物是

A. 糖皮质激素

- B.  $\beta_2$ 受体激动剂
- C. 孟鲁司特
- D. 酮替酚
- E. H<sub>1</sub>受体拮抗剂

【答案】A

【解析】糖皮质激素是当前控制哮喘最有效的药物，主要作用机制是抑制炎症细胞的迁移和活化、抑制细胞因子的生成、抑制炎症介质的释放、增强平滑肌细胞 $\beta_2$ 受体的反应性。支气管舒张药是缓解哮喘急性发作的首选药物， $\beta_2$ 受体激动剂吸入法作为首选。

### 考点2 呼吸系统——肺炎各种痰的颜色

【难度】★

【考频指数】★★★

考点点拨：肺炎各种痰的颜色

铁锈色痰可见于肺炎球菌肺炎；

砖红色胶冻样痰见于肺炎克雷伯杆菌感染；

臭味的脓性痰常见于厌氧菌感染；

持续性脓痰见于支气管扩张和慢性肺脓肿；

粉红色泡沫样痰见于急性左心衰竭。

【例题·A1型题】

咳铁锈色痰多见于下列哪种疾病

- A. 肺炎克雷伯杆菌肺炎
- B. 肺吸虫病
- C. 大叶性肺炎
- D. 军团菌肺炎
- E. 慢性支气管炎

【答案】C

【解析】铁锈色痰是肺炎球菌肺炎的特征性痰，由于红细胞渗出到肺泡，被巨噬细胞吞噬，含铁血黄素沉积后咳出形成的。

大叶性肺炎，又称肺炎球菌肺炎，主要是由肺炎链球菌引起。

考点3 呼吸系统——渗出液与漏出液的鉴别

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 渗出液与漏出液的鉴别

渗出液与漏出液各项检测指标的鉴别

指标	渗出液	漏出液
外观	草黄色多见, 多有凝块	透明清亮, 静置不凝
相对密度 (比重) ☆	>1.018	<1.018
细胞计数☆	>500×10 <sup>6</sup> /L	<100×10 <sup>6</sup> /L
蛋白定量试 验☆	>30g/L	<25g/L
细胞分类	各种细胞增多(以中性、淋 巴为主)	以淋巴细胞和间皮细胞为主
葡萄糖定量	低	降低不明显
细菌学检查	可找到病原菌	阴性
积液/血清 总蛋白比值	>0.5	<0.5
积液/血清 LDH 比值	>0.6	<0.6
LDH	>200IU	<200IU
Rivalta 试 验	阳性	阴性

【例题·A1型题】

1. 关于渗出性胸腔积液的叙述, 下列不正确的是

- A. 李凡他试验(+)
  - B. 细胞数>500×10<sup>6</sup>/L
  - C. 蛋白含量>30g/L, 胸水/血清蛋白>0.6
  - D. 血清 LDH 比值>200U/L

E. 血 LDH/胸水 LDH 比值  $>0.6$

【答案】C

【解析】渗出液蛋白含量  $>30\text{g/L}$ , 胸水/血清蛋白  $>0.5$ 。

2. 不符合结核性胸腔积液表现的是

- A. 胸液 LDH 明显增加
- B. 胸液总蛋白水平明显下降
- C. 胸液 ADA 明显增加
- D. 血性胸液
- E. 胸液中单个核细胞比例明显增加

【答案】B

【解析】由于结核性胸水为渗出性胸水, 渗出液的蛋白含量较高 ( $>30\text{g/L}$ )。

#### 考点 4 代谢、内分泌系统——低血糖症

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 低血糖症

一般以静脉血浆葡萄糖浓度低于  $2.8\text{mmol/L}$  ( $50\text{mg/dl}$ ) 为低血糖的标准。

低钾血症  $<3.5\text{mmol/L}$ ;

高钾血症  $>5.5\text{mmol/L}$ ;

低钙血症  $<2.25\text{mmol/L}$ ;

高钙血症  $>2.75\text{mmol/L}$ 。

血钠值: 等渗性脱水:  $135\sim 145\text{mmol/L}$ ; 低渗性脱水:  $<135\text{mmol/L}$ ; 高渗性脱水:  $>150\text{mmol/L}$ 。

【例题·A1 型题】

低血糖症通常是指血浆葡萄糖浓度低于

- A.  $5.0\text{mmol/L}$
- B.  $3.3\text{mmol/L}$
- C.  $2.8\text{mmol/L}$
- D.  $3.5\text{mmol/L}$
- E.  $5.5\text{mmol/L}$



【答案】C

【解析】这是记忆性题目，此处一定要注意是血浆葡萄糖，复习时要注意细节。静脉血浆葡萄糖浓度低于 $2.8\text{mmol/L}$  ( $50\text{mg/dl}$ ) 为低血糖的标准。

### 考点5 代谢、内分泌系统——糖尿病的发病机制及并发症

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨：糖尿病的发病机制及并发症

发病机制：由于胰岛素相对或绝对缺乏以及不同程度的胰岛素抵抗，引起碳水化合物、脂肪及蛋白质代谢紊乱。

糖尿病的并发症：

1. 急性并发症

糖尿病酮症酸中毒、高渗高血糖综合征、乳酸酸中毒。

2. 慢性并发症

(1) 大血管病变：大、中动脉粥样硬化，冠心病，脑血管病，肾动脉硬化等。

(2) 微血管病变：糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病。

(3) 糖尿病神经病变：周围神经病变、中枢神经并发症、自主神经病变。

(4) 糖尿病足：足部畸形、溃疡、坏疽等。

(5) 糖尿病皮肤病变：非特异病变。

(6) 感染：肾盂肾炎、膀胱炎、疖、痈、真菌、结核感染等。

【例题·A1型题】

糖尿病的基本发病机制为

- A. 糖原分解过多
- B. 靶细胞膜胰岛受体减少
- C. 糖异生增强
- D. 胰岛素拮抗激素异常增多
- E. 胰岛素分泌绝对或相对不足，可伴胰岛素抵抗

【答案】E

【解析】由于胰岛素相对或绝对缺乏以及不同程度的胰岛素抵抗，引起碳水

化合物、脂肪及蛋白质代谢紊乱。

**【例题·A2型题】**

女, 50岁。糖尿病病史9年。因双足趾端麻木, 大腿皮肤刺痛3月余就诊。查体: 双手骨间肌萎缩, 肌力IV级, 病理反射(-)。空腹血糖14.1mmol/L, 血酮体(-)。应考虑的疾病慢性并发症是

- A. 周围神经病变
- B. 自主神经病变
- C. 视网膜病变
- D. 脑血管病变
- E. 肾脏病变

**【答案】A**

**【解析】**糖尿病周围神经病变常为对称性, 下肢较上肢严重, 先有感觉异常, 后出现运动异常(肌无力、肌萎缩、瘫痪)。患者糖尿病病史9年, 下肢感觉异常, 双手运动异常, 应诊断为糖尿病周围神经病变。

**考点6 代谢、内分泌系统——甲状腺功能亢进症手术治疗**

**【难度】★★**

**【考频指数】★★★★**

考点点拨: 甲状腺功能亢进症手术治疗

甲状腺双侧次全切除术对中度以上的甲亢仍是目前最常用而有效的疗法, 能使95%的患者获得痊愈, 手术死亡率低于1%。

**1. 适应证**

- (1) 结节性甲状腺肿伴甲亢。
- (2) 高功能腺瘤。
- (3) 中度以上的Graves病。
- (4) 腺体较大伴有压迫症状, 或胸骨后甲状腺肿等类型甲亢。
- (5) 抗甲状腺药物或<sup>131</sup>I治疗后复发者或坚持长期用药有困难者。
- (6) 因甲亢对妊娠可造成不良影响, 故妊娠中期的甲亢患者凡具有上述指

征者, 仍应考虑手术治疗。

**2. 手术禁忌证**

- (1) 青少年患者。
- (2) 甲亢症状较轻者。
- (3) 老年患者或有严重器质性疾病不能耐受手术者。
- (4) 妊娠后期者。

### 3. 手术后并发症

(1) 呼吸困难和窒息: 最危急的并发症。

- 1) 切口内出血压迫气管。
- 2) 喉头水肿。
- 3) 气管塌陷。
- 4) 双侧喉返神经损伤使声带闭合。
- 5) 黏痰阻塞气道。

(2) 神经损伤

1) 喉返神经损伤: 喉返神经含支配声带的运动神经纤维, 一侧喉返神经损伤, 大都引起声嘶, 术后虽可由健侧声带代偿性地向患侧过度内收而恢复发音, 但喉镜检查显示患侧声带依然不能内收, 因此不能恢复其原有的音色。双侧喉返神经损伤, 视其损伤全支、前支或后支等不同的平面, 可导致失音或严重的呼吸困难, 甚至窒息, 需立即做气管切开。

2) 喉上神经损伤: 若损伤外支会使环甲肌瘫痪, 引起声带松弛、音调降低。内支损伤, 则喉部黏膜感觉丧失, 进食特别是饮水时, 容易误咽发生呛咳。一般经理疗后可自行恢复。

#### 【例题·A1型题】

甲状腺功能亢进症手术治疗的适应证是

- A. 中度甲亢内科治疗无效者
- B. 青少年患者
- C. 甲状腺Ⅰ度肿大
- D. 症状较轻者
- E. 合并不稳定心绞痛者

【答案】A

【解析】甲状腺功能亢进症手术治疗

(1) 适应证：①结节性甲状腺肿伴甲亢；②高功能腺瘤；③中度以上的 Graves 病；④腺体较大伴有压迫症状，或胸骨后甲状腺肿等类型甲亢；⑤抗甲状腺药物或<sup>131</sup>I 治疗后复发者或坚持长期用药有困难者；⑥因甲亢对妊娠可造成不良影响，故妊娠中期的甲亢患者凡具有上述指征者，仍应考虑手术治疗。

(2) 手术禁忌证：①青少年患者；②甲亢症状较轻者；③老年患者或有严重器质性疾病不能耐受手术者；④妊娠后期者。

**【例题·A2型题】**

女，28岁。21岁时因心悸、怕热、多汗、消瘦就诊，确诊为 Graves 病，他巴唑治疗 2 年。25 岁时甲亢复发，再次他巴唑治疗，2 个月后甲状腺功能正常，继续治疗一年半停药。最近 2 个月甲亢的症状、体征再现，查血 T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub> 及 TSH 确诊为甲亢第 2 次复发。患者结婚 5 年，尚未生育，希望治疗甲亢后妊娠，甲亢的治疗拟

- A. 大剂量碘剂
- B. 再次他巴唑治疗，疗程延长至 3~4 年
- C. 用他巴唑，甲功正常后加用<sup>131</sup>I 治疗
- D. 用他巴唑，甲功正常后行甲状腺大部切除手术
- E. 直接行甲状腺大部切除

**【答案】D**

**【解析】**甲亢的治疗方法有三种，即药物治疗、<sup>131</sup>I 治疗和手术治疗，患者药物治疗多次复发而失败，希望妊娠又不能进行<sup>131</sup>I 治疗，故只能行手术治疗。甲亢停药后复发是手术适应证之一，术前可加用抗甲状腺药物，以免基础代谢率过高，术后发生甲危。

**考点 7 心血管系统——Killip 分级与 NYHA 分级区别**

**【难度】★★**

**【考频指数】★★★**

考点点拨：Killip 分级与 NYHA 分级区别

Killip 分级用于急性心肌梗死的心功能分级。

Killip 分级

I 级：无肺部啰音；

II 级: 肺部有啰音, 肺部啰音  $< 1/2$  肺野;

III 级: 肺部有啰音, 且啰音的范围  $> 1/2$  肺野;

IV 级: 心源性休克。

NYHA 分级适用于慢性单纯左心衰、收缩性心力衰竭患者的心功能分级。

NYHA 分级

I 级: 体力活动不受限制, 平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛;

II 级: 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气短、疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛;

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

**【例题·A2 型题】**

1. 男性, 68 岁。陈旧性前壁心肌梗死 5 年, 劳累后心悸、气短 3 年, 双下肢水肿半年, 近 1 周气短加重, 体力活动明显受限, 从事一般家务活动即感喘息, 入院时心电图与 1 个月前相比无变化, 该患者的心功能分级为

A. Killip 分级 III 级

B. NYHA 分级 III 级

C. NYHA 分级 II 级

D. Killip 分级 IV 级

E. Killip 分级 II 级

**【答案】B**

**【解析】**Killip 分级常用于急性冠脉综合征患者的心功能分级, 本例患者既往有陈旧性前壁心肌梗死病史 5 年, 本次入院心电图与 1 个月前相比无变化, 故考虑此次发病无新发心肌梗死, 故心功能应用 NYHA 分级, 患者体力活动明显受限, 从事一般家务活动即发作, 故考虑为 NYHA 分级 III 级。

2. 男, 55 岁。因持续胸痛 10 小时收入院。查体: BP 120/80mmHg, 高枕卧位。双肺可闻及较多细湿啰音, 啰音范围大于  $1/2$  肺野。心电图示  $V_1 \sim V_4$  导联

ST段抬高 $0.2\sim 0.4\text{mV}$ 。该患者的心功能分级是

- A. Killip II级
- B. NYHA III级
- C. NYHA IV级
- D. Killip IV级
- E. Killip III级

【答案】E

【解析】患者胸痛10小时，心电图示V1~V4导联ST段抬高，应诊断为急性心肌梗死，故应行Killip分级。患者双肺闻及湿性啰音且 $>1/2$ 肺野，应诊断为Killip III级，答案为E。

#### 考点8 心血管系统——心脏骤停常见病因

【难度】★

【考频指数】★★★

考点点拨：心脏骤停常见病因

绝大多数心脏性猝死发生在有器质性心脏病的患者。在西方国家，心脏性猝死中80%由冠心病及其并发症引起，而这些冠心病患者中75%有心肌梗死病史。

识别心脏骤停并呼救：当患者有意识丧失，呼吸停止，面色苍白，大动脉搏动消失，心音消失等表现即可诊断心脏骤停。

早期心肺复苏：救治顺序为“胸外按压(C) - 开放气道(A) - 人工呼吸(B)”。

【例题·A1型题】

心脏性猝死最主要的病因是

- A. 冠心病及其并发症
- B. 急性心肌炎
- C. 二尖瓣脱垂
- D. 心脏病
- E. 主动脉瓣狭窄

【答案】A

【解析】绝大多数心脏性猝死发生在有器质性心脏病的患者，最主要的是冠心病及其并发症引起。35岁前心脏性猝死主要是各种心脏病。

考点 9 心血管系统——主动脉瓣关闭不全

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 主动脉瓣关闭不全

二尖瓣狭窄: 心尖部舒张期隆隆样杂音;

二尖瓣关闭不全: 心尖部收缩期吹风样杂音;

主动脉瓣狭窄: 主动脉瓣区收缩期喷射样杂音;

主动脉瓣关闭不全: 舒张期吹风样递减型杂音。

Austin-Flint 杂音

主动脉瓣关闭不全患者, 由于舒张期血流由主动脉反流入左心室, 将二尖瓣前叶冲起, 造成相对性二尖瓣狭窄的舒张期隆隆样杂音, 称为 Austin-Flint 杂音。

Graham-Steel 杂音

二尖瓣狭窄导致肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全, 在胸骨左缘第 2 肋间闻及的舒张早期吹风样杂音。

【例题·A2 型题】

男, 40 岁。发现心脏杂音 40 年。查体: 胸骨左缘第 3 肋间闻及舒张期叹气样杂音向心尖部传导, 周围血管征阳性, 胸部 X 线最可能出现的心脏外形呈

- A. 梨形心
- B. 普大型心
- C. 靴形心
- D. 烧瓶样心
- E. 球形心

【答案】C

【解析】胸骨左缘第 3 肋间(为主动脉瓣第二听诊区)闻及舒张期叹气样杂音伴有周围血管征的考虑为主动脉瓣关闭不全。主动脉瓣关闭不全呈靴形心。

考点 10 血液系统——贫血分类

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 贫血分类

大细胞性贫血: 巨幼细胞贫血、骨髓增生异常综合征、肝疾病。

正常细胞性贫血: 再生障碍性贫血、急性失血性贫血、溶血性贫血、骨髓病性贫血。

小细胞低色素性贫血: 缺铁性贫血、铁粒幼细胞性贫血、地中海贫血。

【例题·A1 型题】

下列属于大细胞性贫血的是

- A. 缺铁性贫血
- B. 珠蛋白生成障碍性贫血
- C. 铁粒幼细胞性贫血
- D. 急性失血性贫血
- E. 巨幼细胞贫血

【答案】E

【解析】巨幼细胞贫血属于大细胞性贫血; 缺铁性贫血、铁粒幼细胞性贫血、地中海贫血是小细胞低色素性贫血; 急性失血性贫血属于正常细胞性贫血。

考点 11 血液系统——缺铁性贫血的口服铁剂治疗

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 缺铁性贫血的口服铁剂治疗

网织红细胞: 5~10 天上升达高峰。

血红蛋白: 2 周后开始上升, 一般 2 个月左右恢复正常。

血清铁蛋白正常: 待血红蛋白正常后, 至少再服药 4~6 个月。

【例题·A2 型题】

某缺铁性贫血的患者, 口服铁剂 2 月余, 复查血红蛋白已正常, 此时你建议患者仍需口服铁剂

- A. 4~6 个月
- B. 6 个月~1 年
- C. 3~7 天
- D. 1~2 周



E. 3~4 周

【答案】A

【解析】缺铁性贫血口服铁剂后 5~10 天网织红细胞上升达高峰, 其后开始下降, 2 周后血红蛋白开始上升, 一般 2 个月左右恢复正常, 待血红蛋白正常后, 至少再服药 4~6 个月, 待血清铁蛋白正常后停药。

### 考点 12 血液系统——原发免疫性血小板减少症

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 原发免疫性血小板减少症

#### 1. 血小板检查

- (1) 血小板计数减少, 均低于  $100 \times 10^9/L$ 。
- (2) 血小板平均体积偏大。
- (3) 血小板功能一般正常。
- (4) 血小板生存时间约 90% 以上明显缩短。

#### 2. 骨髓象

- (1) 巨核细胞数量: 正常或增加。
- (2) 巨核细胞发育成熟障碍, 幼稚型巨核细胞增加, 产板型减少。
- (3) 粒系、红系、单核系和淋巴系均正常。

#### 3. 一般 ITP 的处理

- (1) 糖皮质激素: 为首选药物, 其作用机制:
  - 1) 可减少血小板抗体的生成, 抑制抗体与血小板的结合, 阻滞单核-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。
  - 2) 降低毛细血管脆性, 改善出血症状。
  - 3) 刺激骨髓造血及血小板自骨髓向外周血的释放。
- (2) 脾切除: 是治疗本病的有效方法之一。

【例题·A2 型题】

患者 40 岁。皮肤出血点及瘀斑、牙龈出血 1 周。查体: 肝脾不大。血常规: Hb 110g/L, WBC  $4.0 \times 10^9/L$ , Plt  $10 \times 10^9/L$ 。骨髓细胞学检查: 巨核细胞 95 个/ $2\text{cm} \times 2\text{cm}$ , 产板型巨核细胞 1 个。最可能的诊断是

- A. 急性白血病
- B. 原发免疫性血小板减少症
- C. 再生障碍性贫血
- D. 骨髓增生异常综合征
- E. 巨幼细胞贫血

【答案】B

【解析】患者皮肤出血点及瘀斑、牙龈出血。血小板计数减少，骨髓巨核细胞数增多，产板型巨核细胞减少，可引起血小板减少，这是原发免疫性血小板减少症（ITP）骨髓象的特征性改变。

再生障碍性贫血，全血细胞减少，三系细胞减少程度不一。贫血呈正常细胞性贫血，淋巴细胞比例相对增高，网织红细胞绝对值减少。

### 考点 13 传染病、性传播疾病——肾综合征出血热的诊断

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨：肾综合征出血热的诊断

肾综合征出血热的“三红症”“三痛症”。

三红症：颜面、颈及上胸部皮肤明显充血潮红。

三痛症：头痛、腰痛、眼眶痛。

【例题·A2 型题】

男性，30 岁。1 月初发病，头痛、眼眶痛、发热、恶心呕吐，腰痛 4 天，体检：面颈部潮红，结膜充血，腋下见点状抓痕样出血点。化验：白细胞  $15 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 72%，异型淋巴细胞 8%，尿蛋白（++），首先考虑诊断

- A. 流行性脑脊髓膜炎
- B. 肾综合征出血热
- C. 钩端螺旋体病
- D. 流行性感冒
- E. 伤寒

【答案】B

【解析】本病典型表现有起病急，发热、三痛（头痛、腰痛、眼眶痛）以及

恶心、呕吐、胸闷、腹痛、腹泻、全身关节痛等症状，皮肤黏膜三红（脸、颈和上胸部），眼结膜充血，重者似酒醉貌。口腔黏膜、胸背、腋下出现大小不等的出血点或瘀斑，或呈条索状、抓痕样的出血点。

患者起病急，三痛，面颈部潮红，搔抓样出血点，肾脏损害，血白细胞升高并且出现异型淋巴细胞，诊断为肾综合征出血热。

#### 考点 14 传染病、性传播疾病——传染病五种表现

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨：传染病五种表现

##### 1. 病原体被清除

病原体侵入人体后，可被人体防御第一线的非特异性免疫屏障如胃酸所清除；亦可被人体的特异性被动免疫所中和，还可被预防注射疫苗或感染后获得的特异性自动免疫而清除。

##### 2. 隐性感染

又称亚临床型感染。病原体侵入人体后，不引起或仅引起轻微的组织损伤，故临床上无明显症状、体征及生化检测异常。仅引起机体产生特异性的免疫应答，诊断依赖免疫学检查检出特异性抗体。在大多数传染病中，隐性感染是最常见的表现。

##### 3. 显性感染

又称临床型感染，指病原体侵入人体后，不但引起机体免疫应答，且由于病原体本身和（或）机体的变态反应，导致组织损伤，引起病理改变，出现临床表现而发病。

##### 4. 病原携带者

按病原体的不同可分为病毒携带者、细菌携带者及原虫携带者。按其发生于隐性感染或显性感染之后，分别称为健康或恢复期携带者。如携带病原体时间持续 3 个月以上，则称为慢性携带者。由于携带者持续排出病原体无明显临床症状，而不引起人们注意，成为许多传染病的重要传染源。

##### 5. 潜伏性感染

指病原体感染人体后，由于机体的免疫功能不足以清除病原体，而将其局限

化，但不引起显性感染，病原体长期潜伏于机体内，一旦人体免疫功能下降，才引起显性感染。潜伏性感染一般不排出病原体，因此与病原携带状态不同。

【例题·A1型题】

下列五种感染过程中最常见的是

- A. 病原体被清除
- B. 隐性感染
- C. 显性感染
- D. 病原携带状态
- E. 潜伏性感染

【答案】B

【解析】隐性感染临床上无明显症状、体征及生化检测异常，诊断依赖免疫学检查检出特异性抗体，此种最常见。

考点 15 传染病、性传播疾病——尖锐湿疣

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨：尖锐湿疣

1. 病因

生殖道尖锐湿疣是由人乳头瘤病毒（HPV）感染引起的鳞状上皮增生性疣状病变。其发病率仅次于淋病，居第二位。主要与低危型人乳头瘤病毒 6、11 感染有关；高危型与生殖道恶性肿瘤有关。

发病高危因素：①过早性交和多个性伴侣；②免疫力低下；③吸烟；④高性激素水平。

2. 临床表现

(1) 外阴瘙痒、灼痛或性交后疼痛不适。

(2) 皮损，多发生在性交时易受损的外阴部位。

1) 初期为散在或呈簇状增生的粉色或白色小乳头状疣，柔软有细的指状突起。

2) 病灶增大后互相融合，呈鸡冠状、菜花状或桑葚状。

3. 根据临床表现、病理组织学检查见挖空细胞可确诊

【例题·A1型题】

尖锐湿疣叙述错误的是

- A. 尖锐湿疣主要由 HPV 6、11 型感染泌尿生殖系统引起
- B. 发病率高于淋病
- C. 高危型与生殖道恶性肿瘤有关
- D. 扁平疣不属于尖锐湿疣
- E. 吸烟是该病高危因素

【答案】B

【解析】生殖道尖锐湿疣是由人乳头瘤病毒 (HPV) 感染引起的鳞状上皮增生性疣状病变。其发病率仅次于淋病, 居第二位。主要与低危型人乳头瘤病毒 6、11 感染有关; 高危型与生殖道恶性肿瘤有关。

发病高危因素: ①过早性交和多个性伴侣; ②免疫力低下; ③吸烟; ④高性激素水平。

考点 16 精神、神经系统——颅前、中、后窝骨折鉴别

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 颅前、中、后窝骨折鉴别

颅前窝骨折: 眶周淤血, 熊猫眼征;

颅中窝骨折: 鼻出血, 耳出血;

颅后窝骨折: Battle 征。

【例题·B1型题】

- A. 口腔流血
  - B. 双眼睑皮下青紫, 逐渐加重, 出现熊猫眼征
  - C. 乳突下淤血斑出现 Battle 征
  - D. 脑脊液耳漏
  - E. 颞部头皮肿胀淤血
1. 颅前窝骨折
  2. 颅中窝骨折
  3. 颅后窝骨折

【答案】B; D; C

【解析】颅前窝骨折累及眶顶和筛骨, 可出现眶周软组织广泛淤斑(“熊猫眼”征)和球结膜下淤斑, 若脑膜、骨膜均破裂, 脑脊液鼻漏, 累及筛板或视神经管可伤及嗅神经和视神经。

颅中窝骨折累及蝶骨可出现鼻漏, 累及颞骨岩部可出现耳漏及听神经、面神经损伤。

颅后窝骨折可出现乳突部皮下淤血斑(Battle 征), 枕下部肿胀和皮下淤血斑。颅底骨折的诊断和定位主要依靠临床表现。

### 考点 17 精神、神经系统——急性炎症性脱髓鞘性多发性神经炎

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经炎

1. 病情数周有上呼吸道或消化道感染症状。
2. 急性、亚急性起病。
3. 四肢对称性弛缓性瘫痪, 腱反射明显减弱或消失。
4. 肢体远端感觉异常和/或手套-袜型感觉减退。
5. 可有脑神经损害。
6. 常有脑脊液蛋白-细胞分离现象。

典型的脑脊液改变是蛋白含量增高, 而细胞数正常, 称为蛋白-细胞分离现象。

#### 【例题·A1 型题】

急性炎症性脱髓鞘性多发性神经炎的脑脊液蛋白-细胞分离是指

- A. 蛋白正常, 细胞数正常
- B. 蛋白增高, 细胞数正常
- C. 蛋白增高, 细胞数降低
- D. 蛋白降低, 细胞数增高
- E. 蛋白正常, 细胞数增高

【答案】B

【解析】急性炎症性脱髓鞘性多发性神经炎典型的脑脊液改变是蛋白含量增

高, 而细胞数正常, 称为蛋白-细胞分离现象。

### 考点 18 精神、神经系统——躯体疾病所致精神障碍

【难度】★★

【考频指数】★★

考点点拨: 躯体疾病所致精神障碍

躯体疾病所致精神障碍在临床表现上有以下共同特点:

1. 精神障碍的发生、发展、严重程度及其转归与所患躯体疾病的病情变化相一致。即精神障碍随躯体疾病的发生而出现, 随躯体疾病的加重而明显, 随躯体疾病的缓解或治愈而消失。此外, 在起病形式上, 精神障碍也与相应躯体疾病相一致, 即如果躯体疾病急性起病, 精神症状的出现一般也为急性起病, 若前者为慢性起病, 后者的出现也是逐步和缓慢的。

2. 精神症状在许多情况下呈现出夜间症状加重、突出, 白天症状减轻或消失的所谓“昼轻夜重”的现象。

3. 有相应躯体疾病的症状、体征以及实验室检查等辅助检查的阳性发现。

4. 严重的急性躯体疾病常引起意识障碍, 有些慢性躯体疾病常引起智能障碍和人格改变, 智能障碍和人格改变也可由急性期迁延而来。主要临床表现为急性脑综合征或慢性脑综合征。

【例题·A2 型题】

女, 33 岁, 近 2 个月来食欲增加, 出汗增加, 怕热, 体重下降并易激惹, 活动增加, 独处时偶尔听到有人议论她, 或觉得一些行人对她吐痰等。实验室检查: 血  $T_3$ 、 $T_4$  增加, 空腹血糖  $5.5\text{mmol/L}$ , 该患者最可能的诊断是

- A. 精神分裂症
- B. 躁狂发作
- C. 神经性贪食症
- D. 甲状腺功能亢进症所致精神障碍
- E. 糖尿病所致精神障碍

【答案】D

【解析】在诊断精神疾病之前, 首先要排除器质性疾病和精神活性物质所致  
的精神障碍。本例有甲亢的典型临床表现, 如食欲增加, 出汗, 怕热, 体重下降,

活动增加, 血  $T_3$ 、 $T_4$  增加, 故首先应诊断为甲亢所致的精神障碍。

## 外科

### 考点 1 消化系统——直疝和斜疝的区别

【难度】★★

【考频指数】★★★★★

考点点拨: 直疝和斜疝的区别

1. 发病年龄

斜疝多见于儿童及青壮年; 直疝多见于老年人。

2. 疝突出途径

斜疝是经腹股沟管突出, 可进入阴囊; 直疝是由直疝三角突出, 不进入阴囊。

3. 疝块外形

斜疝的疝块为椭圆或梨形, 上部呈蒂柄状; 直疝的疝块为半球形, 基底宽。

4. 回纳疝块后压住深环

斜疝可不再突出; 直疝的疝块仍可突出。

5. 精索与疝囊的关系

斜疝精索在疝囊后方; 直疝精索是在疝囊的前外方。

6. 疝囊颈与腹壁下动脉的关系

斜疝的疝囊颈在腹壁下动脉外侧; 直疝的疝囊颈在腹壁下动脉的内侧。

7. 嵌顿机会

斜疝嵌顿的机会较多; 直疝嵌顿的机会极少。

【例题·A1型题】

以下关于腹股沟直疝的描述正确的是

- A. 回纳后压住腹股沟深环, 疝块不再突出
- B. 多见于儿童和青壮年
- C. 多数能进入阴囊
- D. 嵌顿机会极少发生
- E. 疝囊颈在腹壁下动脉外侧

【例题】D



【解析】直疝不进入阴囊，常见人群为老年人，压住深环疝块仍能突出，极少发生嵌顿，疝囊颈在腹壁下动脉内侧。

【例题·A2型题】

男，30岁。右下腹可复性包块2年。查体：右侧腹股沟区呈梨形隆起，平卧回纳后压迫腹股沟管深环部位肿物不再复出，无压痛。手术中最有可能的发现是

- A. 部分膀胱壁在疝囊内
- B. 盲肠组成疝囊壁的一部分
- C. 直疝三角部位腹壁薄弱
- D. 疝囊颈位于腹壁下动脉外侧
- E. 精索在疝囊前外方

【答案】D

【解析】患者“右侧腹股沟区呈梨形隆起，平卧回纳后压迫腹股沟管深环部位肿物不再复出”，考虑是斜疝，疝囊颈位于腹壁下动脉外侧。

考点2 消化系统——急性胃炎

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨：急性胃炎

目前已知病因：

1. 感染。
2. 药物。
3. 应激。
4. 乙醇。
5. 变质、粗糙和刺激性食物。
6. 腐蚀性物质。
7. 十二指肠液反流至胃内。
8. 缺血。
9. 放射。
10. 机械创伤等。

烧伤所致者称 Curling 溃疡, 中枢神经系统病变所致者称 Cushing 溃疡。  
腐蚀性胃炎急性期, 禁忌行胃镜检查, 静止期可见瘢痕形成和胃变形。

【例题·A1 型题】

关于急性胃炎的描述下列哪项不正确

- A. 急性胃炎是胃壁全层性炎症
- B. 幽门螺杆菌感染也可引起
- C. 腐蚀性胃炎的急性期不宜行胃镜检查
- D. Curling 溃疡与烧伤有关
- E. Cushing 溃疡与中枢神经病变有关

【答案】A

【解析】急性胃炎主要是由于各种因素直接或间接地削弱、损伤了胃黏膜屏障, 或攻击因子增强, 从而引起胃黏膜不同程度的炎症反应, 不是累及胃壁的全层。

【例题·A2 型题】

男, 45 岁。平素体健。2 天前因四肢多发伤行手术治疗。4 小时前排柏油样便约 100g。粪隐血 (+)。最可能的诊断是

- A. 食管贲门黏膜撕裂综合征
- B. 反流性食管炎
- C. 胃癌
- D. 十二指肠溃疡
- E. 急性糜烂出血性胃炎

【答案】E

【解析】手术后引起的应激性溃疡出血, 所以选 E。

考点 3 消化系统——克罗恩病与溃疡性结肠炎

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 克罗恩病与溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎与克罗恩病鉴别

 正保医学教育网 www.med66.com	溃疡性结肠炎	结肠克罗恩病
--	--------	--------

症状	脓血便多见	有腹泻, 但脓血便少见
病变分布	连续性	节段性
肛门周围病变	少见	常见
直肠受累	绝大多数受累	少见
末段回肠受累	罕见	多见
肠腔狭窄	少见, 中心性	多见, 偏心性
瘻管形成	罕见	多见
内镜表现	溃疡浅, 黏膜弥漫性充血水肿, 颗粒状, 脆性增加	纵行溃疡, 伴周围黏膜正常或鹅卵石样改变
组织学特征	固有膜弥漫性炎症、隐窝脓肿、隐窝结构明显异常、杯状细胞减少	裂隙状溃疡、上皮样肉芽肿

克罗恩病: 进食-疼痛-便后缓解

溃疡性结肠炎: 疼痛-便意-便后缓解

【例题·A2型题】

女性, 29岁。右下腹疼痛、持续发热4周。查体: 右下腹压痛(+), 抗生素治疗无效。镜检病变呈节段性、非对称性分布, 见鹅卵石样改变。最可能的诊断是

- A. 恶性淋巴瘤
- B. 克罗恩病
- C. 结肠癌
- D. 溃疡性结肠炎
- E. 肠易激综合征

【答案】B

【解析】病变节段性分布, 鹅卵石样改变为克罗恩病的特征性内镜表现, 故考虑为克罗恩病。恶性淋巴瘤、结肠癌结肠镜检查均可发现肿瘤。溃疡性结肠炎内镜表现为黏膜血管纹理模糊, 肠黏膜充血水肿, 呈细颗粒状。肠易激综合征为

功能性肠病, 肠镜检查应为阴性。

【例题·B1型题】

- A. 疼痛-进食-便后缓解
- B. 无明显规律
- C. 疼痛-便意-便后缓解
- D. 便意-疼痛-便后缓解
- E. 进食-疼痛-便后缓解

- 1. 克罗恩病腹痛的特点是
- 2. 溃疡性结肠炎腹痛的特点是

【答案】E; C

【解析】克罗恩病腹痛常于进食后加重, 可能与进食引起胃肠反射或肠内容物通过炎症、狭窄肠段, 引起局部肠痉挛有关, 排便或肛门排气后腹痛可缓解。溃疡性结肠炎有疼痛-便意-便后缓解的规律, 常有里急后重。

考点 4 泌尿系统——急性肾盂肾炎的诊断

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 急性肾盂肾炎的诊断

急性肾盂肾炎起病急骤, 常突然出现寒战、发热 ( $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ )、头痛、周身酸痛、恶心、呕吐及腰痛和膀胱刺激征, 排尿时伴有下腹疼痛。

多发群体: 育龄妇女。尿路梗阻和尿流停滞是急性肾盂肾炎最常见的原因。

【例题·A2型题】

女, 25岁, 妊娠7个月, 发热、腰痛伴恶心、呕吐, 尿频、尿急、尿痛1天。查体: T  $38.5^{\circ}\text{C}$ , 左肾区叩击痛, 血常规: WBC  $11.9 \times 10^9/\text{L}$ , N 0.82, 尿常规: RBC  $5\sim 8/\text{HP}$ , WBC  $30\sim 35/\text{HP}$ , 尿蛋白(±), 最可能的诊断是

- A. 急性肾盂肾炎
- B. 急性胃肠炎
- C. 急性胰腺炎
- D. 急性肾小球肾炎
- E. 急性膀胱炎

【答案】A

【解析】患者有发热、腰痛,伴有尿路刺激征,白细胞增高,考虑为急性肾盂肾炎。患者妊娠7个月,妊娠期由于尿路的相对性梗阻,引起尿液排空延迟及菌尿;其次孕妇尿中含有营养物质,葡萄糖尿及氨基酸尿利于病菌的繁殖。急性肾盂肾炎是妊娠期最常见而严重的并发症之一。

#### 考点5 泌尿系统——尿路结石

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨:尿路结石

肾和输尿管结石:疼痛和血尿。

血尿以镜下血尿为主,有时活动后出现镜下血尿是上尿路结石的唯一临床表现。

结石直径/部位	处理	
<0.6cm	喝水、药物	
0.6~2.0cm	肾、输尿管上段	体外冲击波、输尿管软镜
	输尿管中、下段	输尿管镜取石或碎石术
>2.0cm	肾	经皮肾镜取石
	输尿管	输尿管腹腔镜输尿管取石

【例题·A1型题】

活动后左腰部绞痛,伴肉眼血尿、恶心、呕吐。首先考虑的疾病是

- A. 泌尿系结石
- B. 慢性肾炎
- C. 泌尿系肿瘤
- D. 肾脏自发性破裂
- E. 肾结核

【答案】A

【解析】肾绞痛伴血尿是尿路结石的典型表现,同时结石引起的输尿管梗阻,导致管壁局部扩张、痉挛和缺血,由于输尿管与肠道有共同的神经支配,故导致恶心、呕吐。

### 考点6 泌尿系统——急性膀胱炎

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 急性膀胱炎

1. 尿路刺激征: 包括尿频、尿急、尿痛及尿不尽的感觉。
2. 约 30% 患者可发生肉眼血尿。
3. 无并发症的急性膀胱炎 80% 以上为大肠埃希菌感染。
4. 常在过于劳累、受凉、长时间憋尿等诱因下发病。
5. 其特点是发病“急”、炎症反应“重”、病变部位“浅”。

【例题·A2型题】

女, 28岁。尿急、尿频、尿痛2天。查体: T 36.5℃, 双肾区无叩痛, 尿沉渣镜检: RBC 5~10/HP, WBC 20~30/HP, 最可能的诊断是

- A. 急性膀胱炎
- B. 急性肾小球肾炎
- C. 急性间质性肾炎
- D. 急性肾盂肾炎
- E. 急性肾盂肾炎

【答案】A

【解析】育龄妇女, 膀胱刺激征, 体温小于 38℃, 无肾区叩击痛, 无白细胞管型, 考虑为急性膀胱炎。

### 考点7 运动系统——肩关节脱位

【难度】★

【考频指数】★★★

考点点拨: 肩关节脱位

特殊姿势: 以健手托住患侧前臂, 头部向患侧倾斜。

特殊畸形: 方肩畸形——肩部失去圆浑的轮廓, 用手触摸肩部, 原肩胛孟处有空虚感, 并有弹性固定。

肩关节脱位时, 将患侧肘紧贴胸壁时, 手掌搭不到健侧肩部; 或手掌搭在健侧肩部时, 肘部无法贴近胸壁, 称为 Dugas 征 (杜加氏征, 搭肩试验) 阳性。

锁骨骨折：患肩下沉，患者常用健侧手托患肢肘部，同时头部向患侧偏斜。

【例题·A1型题】

Dugas 征表现阳性的是

- A. 肩关节脱位
- B. 肩锁关节脱位
- C. 肱骨外科颈骨折
- D. 肘关节脱位
- E. 锁骨骨折

【答案】A

【解析】肩关节脱位时，将患侧肘紧贴胸壁时，手掌搭不到健侧肩部；或手掌搭在健侧肩部时，肘部无法贴近胸壁，称为 Dugas 征（杜加氏征，搭肩试验）阳性。

【例题·A2型题】

中年男性，右上肢外展牵拉伤，患肩疼痛，以健手托患侧前臂。检查患侧方肩，杜加征阳性。其可能的诊断是

- A. 锁骨骨折
- B. 肱骨解剖颈骨折
- C. 肱骨颈骨折
- D. 肩关节脱位
- E. 肩锁关节脱位

【答案】D

【解析】方肩畸形、杜加（Dugas）征阳性为肩关节脱位的特有体征，故本例应诊断为肩关节脱位。

考点 8 运动系统——髌关节后脱位

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨：髌关节后脱位

髌关节后脱位：患肢缩短，髌关节呈屈曲，内收、内旋畸形。

髌关节前脱位：患肢呈外展、外旋和屈曲畸形。

复位宜早, 最初 24~48 小时是复位的黄金时期, 最好尽可能在 24 小时内复位完毕, 48~72 小时后再行复位十分困难, 并发症增多, 影响关节功能。

【例题·A1 型题】

髌关节后脱位的典型畸形是髌关节

- A. 屈曲、外展、内收
- B. 屈曲、内收、外旋
- C. 屈曲、外展、内旋
- D. 屈曲、内收、内旋
- E. 屈曲、外旋、外展

【答案】D

【解析】髌关节脱位多为直接暴力所致, 可以分为前、后脱位和中心脱位, 以后脱位最为常见。后脱位患肢缩短, 髌关节呈屈曲、内收、内旋畸形。如果考前脱位选 E, 患肢呈外展、外旋和屈曲畸形。

【例题·A2 型题】

30 岁, 男性。驾车撞树受伤, 伤后右髌关节疼痛剧烈, 不能活动。查体: 患肢短缩, 呈屈曲、内收、内旋畸形, 应首先考虑的诊断是

- A. 股骨颈骨折
- B. 股骨干骨折
- C. 髌关节后脱位
- D. 髌关节前脱位
- E. 坐骨神经损伤

【答案】C

【解析】患者髌部外伤, 患肢缩短, 髌关节呈屈曲、内收、内旋畸形, 应诊断为髌关节后脱位。

考点 9 运动系统——尺、桡神经

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 尺、桡神经

正中神经、桡神经及尺神经损伤



受损伤的神经		感觉异常	运动异常
正中神经	低位 (腕部)	鱼际肌和蚓状肌麻痹及手桡侧半感觉障碍,特别是示、中指远节感觉消失	拇指对掌功能障碍
	高位 (肘上)	上述+前臂肌麻痹	拇指和示中指屈曲功能障碍
	桡骨中下1/3骨折所致	手背桡侧和桡侧3个半手指背面皮肤,主要是手背虎口处皮肤麻木	典型的畸形:垂腕;伸腕、伸拇、伸指、前臂旋后障碍
桡神经	桡骨小头脱位或前臂背侧近端骨折所致	仅有伸拇、伸指障碍	
		伸腕功能基本正常	
		无手部感觉障碍	
尺神经	腕部	手部尺侧半和尺侧一个半手指感觉障碍,特别是小指感觉消失	①骨间肌、蚓状肌、拇收肌麻痹所致环、小指爪形手畸形;
			②手指内收、外展障碍和Froment征

	肘上	+环、小指末节屈曲功能障碍
--	----	---------------

【例题·A1 型题】

尺神经损伤的典型特征是

- A. Finkelstein 试验阳性
- B. 拇指感觉异常
- C. 垂腕
- D. 拇指对掌功能受限
- E. Froment 征阳性

【答案】E

【解析】Froment 征是指尺神经损伤时，由于骨间肌和拇收肌麻痹，导致示指与拇指对指时，出现示指近侧指间关节屈曲，远侧指间关节过伸，而拇指的掌指关节过伸、指间关节屈曲。

【例题·B1 型题】

- A. 对掌功能障碍
  - B. 猿手
  - C. 伸腕伸指障碍
  - D. Froment 征阳性
  - E. 前臂旋转活动受限
1. 尺神经损伤的临床表现为
  2. 桡神经损伤常有的临床表现是

【答案】D；C

【解析】Froment 征是尺神经损伤的表现，为拇指、示指远侧指间关节不能屈曲，使两者不能捏成一个圆形的“O”型。

桡神经损伤：主要是手背虎口处皮肤麻木。伸腕、伸拇、伸指、前臂旋后障碍；典型的畸形：垂腕。

考点 10 风湿免疫性疾病——类风湿关节炎的临床表现的临床表现

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨：类风湿关节炎的临床表现的临床表现

晨僵: 持续 $\geq$ 1小时以上。

疼痛与压痛: 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。多呈对称性、持续性, 但时轻时重。

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。

**【例题·A1型题】**

类风湿关节炎不常累及的关节是

- A. 肘关节
- B. 近端指间关节
- C. 远端指间关节
- D. 腕关节
- E. 掌指关节

**【答案】C**

**【解析】**类风湿关节炎最常受累的部位为腕关节、掌指关节、近端指间关节。多呈对称性、持续性, 但时轻时重。累及近端指间关节, 不是远端指间关节。

**考点 11 风湿免疫性疾病——系统性红斑狼疮的临床表现**

**【难度】★★**

**【考频指数】★★★★**

考点点拨: 系统性红斑狼疮的临床表现

1. 全身  
活动期可有乏力、体重下降, 约 90% 出现发热。
2. 皮肤与黏膜  
80% 有皮肤损害, 其中蝶形红斑和盘状红斑最具有特征性。
3. 浆膜炎  
胸膜炎、心包炎或腹膜炎。
4. 关节和肌肉  
关节痛和肌痛是 SLE 常见症状。
5. 肾脏  
几乎所有患者肾组织都有病理变化。

6. 心血管

心包炎, 但不会发生心脏压塞, 可出现瓣膜赘生物, 称 Libman-Sack 心内膜炎。

7. 肺

胸腔积液、肺实质炎症、肺动脉高压、间质性肺炎、弥漫性肺泡出血(病情凶险, 病死率高)。

8. 神经系统

又称神经精神狼疮, 如头痛、癫痫、性格改变、记忆力减退、认知障碍等; 重者脑血管意外、昏迷。

9. 血液系统

血红蛋白下降、白细胞和(或)血小板减少, 10%为溶血性贫血。

10. 抗磷脂抗体综合征

血栓形成或栓塞、血小板减少、习惯性流产等。

【例题·A1型题】

系统性红斑狼疮患者的典型皮肤损害为

- A. 环形红斑
- B. 结节性红斑
- C. 面部蝶形红斑
- D. 多形性红斑
- E. 网状青斑

【答案】C

【解析】皮肤与黏膜呈蝶形分布于鼻梁和双颧颊部的红斑是 SLE 特征性的改变。

考点 12 风湿免疫性疾病——脊柱关节炎

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 脊柱关节炎

1. 临床表现

疼痛特点: 静止痛、休息痛, 活动后反而可以减轻, 严重者可在睡眠中痛醒,

需下床活动后方能重新入睡。

下肢大关节（髌、膝、踝）肿痛：半数患者的首发症状，非对称性关节炎。

脊柱自下而上发生强直，先是腰椎前凸消失，进而呈驼背畸形、颈椎活动受限；胸廓呼吸运动范围可缩小。晚期常伴有骨折。

## 2. 体征

髌髻关节压痛；

脊柱前屈、后伸、侧弯和转动受限；

胸廓活动度减低（ $<2.5\text{cm}$ ）；

枕墙距异常（ $>0\text{cm}$ ）；

Schober 试验阳性（ $<4\text{cm}$ ）；

“4”字试验阳性提示髌髻关节病变。

### 【例题·A2型题】

男，25岁。腰痛2年。有过2次左眼虹膜炎发作。查体：左足跟轻度肿胀，压痛（+）；右膝肿胀及压痛（+），浮髌试验（+）。实验室检查：HLA-B27（+），血沉 $32\text{mm/h}$ 。最可能的诊断是

- A. 脊柱关节炎
- B. 白塞病
- C. 类风湿关节炎
- D. 痛风关节炎
- E. 感染性关节炎

【答案】A

【解析】患者血沉加快，说明是活动期，有关节外表现虹膜炎，韧带附着骨疼痛，下肢膝关节肿痛，非对称性，并且HLA-B27（+），考虑是脊柱关节炎。

### 考点13 其他及实践综合——一氧化碳中毒的分度

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨：一氧化碳中毒的分度

COHb

轻度中毒： $10\% \sim 20\%$ ；中度中毒： $30\% \sim 40\%$ ；重度中毒： $40\% \sim 60\%$ 。

【例题·A1 型题】

重度 CO 中毒时, 血 COHb 浓度至少应达到

- A. 10%
- B. 40%
- C. 20%
- D. 50%
- E. 60%

【答案】B

【解析】一氧化碳中毒分度

轻度中毒: 10%~20%; 中度中毒: 30%~40%; 重度中毒: 40%~60%。

考点 14 其他及实践综合——术前准备的特殊准备

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 术前准备的特殊准备

1. 脑血管病

近期有脑卒中史者, 择期手术应至少推迟 2 周, 最好 6 周。

2. 高血压

控制在 160/100mmHg 以下。

3. 心肌梗死者 6 个月内不施行择期手术。

4. 急性呼吸系统感染者, 择期手术应推迟至治愈后 1~2 周。

5. 糖尿病

饮食控制者: 无需特殊准备。

口服降糖药: 短效继续服用至手术的前一天晚上; 长效术前 2~3 日停用, 用常规胰岛素。

禁食患者血糖控制在 5.6~11.2mmol/L (注意血糖不必降至完全正常)。

用胰岛素者: 手术日晨停用胰岛素。

伴酮症酸中毒: 静滴胰岛素控制血糖。

【例题·A2 型题】

患者, 男, 72 岁, 一周前突发脑卒中, 现需行腹股沟疝修补术, 手术最好

推迟几周

- A. 2 周
- B. 3 周
- C. 4 周
- D. 5 周
- E. 6 周

【答案】E

【解析】近期有脑卒中史者，择期手术应至少推迟 2 周，最好 6 周。

考点 15 其他及实践综合——水肿

【难度】★

【考频指数】★★★

考点点拨：水肿

各种常见水肿疾病的临床特点

临床特点	心源性	肝源性	肾源性	营养不良性	内分泌性
开始部位	从足部开始，下垂部位明显	足部开始，腹水常更突出	眼睑或足部开始	足部开始	胫前或眼眶周围
可凹性	是	是	是	是	是或否
是否伴有胸腹水	常见	常见	可见	常见	少见
发展速度	缓慢	缓慢	迅速	缓慢	缓慢
伴随症状、体征	心脏增大、肝大、颈静脉怒张	肝脾大、黄疸、肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张	高血压、尿量减少	消瘦、体重下降、皮脂减少	怕冷、反应迟钝或心悸、多汗、便秘或腹泻

辅助检查	超声心动图	肝酶升高、凝血功能下降、白蛋白下降	血尿、蛋白尿、血肌酐升高	血白蛋白下降、贫血	甲状腺功能或其他内分泌功能异常
------	-------	-------------------	--------------	-----------	-----------------

【例题·A1 型题】

肝源性水肿开始水肿部位是

- A. 足部
- B. 胫前
- C. 眼睑
- D. 上肢
- E. 以上均不是

【答案】A

【解析】肝源性水肿开始水肿部位是足部，腹水常更突出。

## 妇科

### 考点 1 女性生殖系统——妊娠剧吐的并发症

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨：妊娠剧吐的并发症

1. Wernicke 综合征：因剧吐导致维生素 B<sub>12</sub> 缺乏所致，临床表现眼球震颤、视力障碍、共济失调、急性期言语增多，以后逐渐精神迟钝、嗜睡，个别发生木僵或昏迷。若不及时治疗，死亡率达 50%。

2. 甲状腺功能亢进症。

【例题·A1 型题】

妊娠剧吐不能进食者，为预防 Wernicke 综合征，应补充的维生素是

- A. 维生素 A
- B. 维生素 C、K



C. 维生素 B<sub>1</sub>

D. 维生素 E

E. 维生素 B<sub>2</sub>

【答案】C

【解析】Wernicke 综合征: 由于维生素 B<sub>1</sub> (即硫胺素) 缺乏引起的中枢神经系统的代谢性疾病。补充维生素 B<sub>1</sub> 可以预防 Wernicke 综合征。

### 考点 2 女性生殖系统——子宫脱垂的病因

【难度】★

【考频指数】★★★

考点点拨: 子宫脱垂的病因

分娩损伤时最主要的病因, 盆底组织发育不良或退行性变及长期腹压增加亦是其原因。

【例题·A1 型题】

子宫脱垂最主要的病因是

A. 长期腹压增加

B. 先天发育异常

C. 分娩损伤

D. 长期慢性咳嗽

E. 缺乏雌激素

【答案】C

【解析】分娩损伤时最主要的病因, 盆底组织发育不良或退行性变及长期腹压增加亦是其原因。

### 考点 3 女性生殖系统——子宫内膜异位症的临床表现

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 子宫内膜异位症的临床表现

1. 下腹痛和痛经

典型症状为——继发性痛经、进行性加重。

疼痛严重程度——与病灶大小不一定成正比。

2. 不孕

内异症患者不孕率高达 40%~50%。

3. 性交痛

直肠子宫陷凹的内异症病灶使子宫后倾固定, 性交时, 碰撞引起性交疼痛, 以经前期最明显。

4. 月经异常

经量增多、经期延长、经前点滴出血。

5. 突发急性腹痛

卵巢子宫内膜异位囊肿破裂。

6. 子宫内异症的体征: 部分患者可无阳性体征。典型体征为子宫后位, 后倾固定, 子宫直肠陷凹、宫骶韧带或子宫后壁下段等部位可触及痛性结节。卵巢子宫内异症囊肿患者, 妇科检查可触及与子宫粘连的肿块, 压痛、固定。直肠阴道隔受累时, 在阴道后穹窿或直肠阴道隔可触及痛性结节。

【例题·A1 型题】

子宫内异位症最常见的好发部位是

- A. 阴道
- B. 输卵管
- C. 卵巢
- D. 直肠
- E. 子宫阔韧带

【答案】C

【解析】具有生长功能的子宫内异组织出现在子宫腔以外的身体其他部位时称子宫内异位症, 简称内异症。以卵巢、子宫直肠陷凹及宫骶韧带等部位最常见。

## 儿科

### 考点 1 儿科疾病——苯丙酮尿症的临床表现

【难度】★★★

【考频指数】★★★★★

考点点拨: 苯丙酮尿症的临床表现

苯丙酮尿症:

最突出的表现: 智能发育落后。

最特殊的症状: 鼠尿臭味(苯乙酸所致)。

21-三体综合征:

最突出的表现: 智能发育落后。

21-三体综合征=智力障碍+通贯手+舌伸出口外+小指内弯+先心病

苯丙酮尿症=智力障碍+尿有鼠尿臭味+毛发变浅

先天性甲减=智力障碍+皮肤粗糙+黏液水肿+便秘、脐疝+舌宽大

【例题·A1型题】

苯丙酮尿症患儿主要的神经系统异常表现是

- A. 肌张力增高
- B. 行为异常
- C. 智能发育落后
- D. 惊厥
- E. 腱反射亢进

【答案】C

【解析】苯丙酮尿症通常在3~6个月出现症状, 神经系统症状最突出的是智能发育落后, 最特殊的是鼠尿臭味。

【例题·B1型题】

- A. 唐氏综合征(21-三体综合征)
- B. 软骨发育不良
- C. 先天性甲状腺功能减退症
- D. 维生素D缺乏病
- E. 苯丙酮尿症

1. 女, 2岁。智能落后, 表情呆滞, 眼距宽, 眼裂小, 鼻梁低, 口半张, 舌伸出口外, 皮肤细嫩, 肌张力低下, 右侧通贯手。此患儿最可能的诊断是

2. 男, 1岁。智能落后, 表情呆滞, 皮肤毛发色素减少, 有癫痫样发作, 尿有鼠尿气味。此患儿最可能的诊断是

【答案】A; E

【解析】通贯手为 21-三体综合征的特征性体征。患儿智力低下, 特殊愚型面容, 皮肤细嫩、肌张力低下, 应诊断为 21-三体综合征。尿液有鼠尿气味为苯丙酮尿症的特征性临床表现。患儿智能低下, 皮肤色素减少, 应诊断为苯丙酮尿症。软骨发育不良、VitD 缺乏病均不会有智能低下。先天性甲减虽有智能低下, 但不会出现上述特殊面容。

## 考点 2 儿科疾病——小儿生长发育的规律

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 小儿生长发育的规律

神经系统发育特点: 先快后慢;

生殖系统发育特点: 先慢后快;

体格发育特点: 快慢快(体格发育两个高峰: 婴儿期、青春期);

淋巴系统发育特点: 发育在儿童期较迅速, 青春期末达高峰, 以后降至成人水平。

婴儿期是小儿生长发育最迅速的时期。

【例题·A1 型题】

小儿生长发育最快的时期为

- A. 新生儿
- B. 婴儿期
- C. 幼儿期
- D. 学龄前期
- E. 学龄期

【答案】B

【解析】婴儿期特点: ①是小儿生长发育最迅速的时期, 身长在一年中增长 50%, 体重增加 2 倍。②对营养素和能量的需要量相对较高与消化吸收功能不完善之间存在矛盾, 消化紊乱与营养紊乱性疾病多见。应提倡母乳喂养, 指导合理喂养方法。③免疫功能变化大, 婴儿 5~6 个月后经胎盘从母体获得的 IgG 逐渐消失, 自身的免疫功能尚未发育成熟, 感染性疾病(包括传染病)多见。应按时

进行预防接种, 积极预防各种感染性疾病和传染病。

考点3 儿科疾病——常见发疹性疾病

【难度】★★★★

【考频指数】★★★★★

考点点拨: 儿童常见发疹性疾病

常见发疹性疾病

常见发疹性疾病				
	病原	传染性	出疹特点	治疗
麻疹	麻疹病毒	出疹前、后5天; 并发肺炎延至出疹后10天	前驱期: Koplik斑; 出疹期: 疹出热盛; 恢复期: 糠麸样脱屑和棕色色素沉着	对症; 抗病毒
风疹	风疹病毒	出疹后5~7天; 飞沫传播、胎盘传播	发热第2天出疹, 一天出齐; 面部→颈部→躯干→四肢	
幼儿急疹	人类疱疹病毒6型	6~18个月儿童	热退疹出	
水痘	水痘-带状疱疹病毒	出疹前1~2天至全部结痂, 约7~8天	四世同堂; 痒感重; 向心性分布(典型水痘); 离心性分布(恶性水痘)	
手足口病	肠道病毒(EV)	传播途径多, 传染性强, 可引起暴发流行	普通病例: “四不”; 重症病例: 脑炎、脑膜炎、神经源性肺水肿、循环障碍	
猩红热	A组乙型溶血性链球菌	病人和带菌者为传染源; 呼吸道飞沫传播	前驱期: 化脓性扁桃体炎; 出疹期: 起病24h内出疹, 24h内遍布全身; “口周苍白圈”、“帕氏线” 恢复期: 大片状脱皮	青霉素

【例题·A1型题】

幼儿急疹的临床特点是

- A. 发热 1~2 天出疹
- B. 热退后全身出疹
- C. 出疹时全身体温升高
- D. 皮疹常有融合
- E. 疹退后皮肤留有棕色色素沉着

【答案】B

【解析】幼儿急疹常突发高热，体温 39~40℃，持续 3~5 天后体温骤退，“热退疹出”。皮疹呈红色斑疹、斑丘疹，很少融合，主要见于躯干、颈部、上肢。皮疹于 1~3 天消退，无色素沉着。

【例题·A2 型题】

女孩，2 岁。发热、流涕、咳嗽 3 天，皮疹 6 小时。查体：精神萎靡，前额及耳后有浅红色斑丘疹，眼结膜充血，口腔黏膜粗糙，两肺呼吸音粗。最可能的诊断是

- A. 川崎病 B. 咽结合膜热
- C. 风疹 D. 幼儿急疹
- E. 麻疹

【答案】E

【解析】麻疹前驱期常有上呼吸道感染、结膜炎表现及特征性 Koplik 斑（口腔黏膜粗糙）；发热 3~4 天出疹，出疹顺序为耳后→发际→额面→颈部→四肢；最常见的并发症是肺炎。根据题干，本例应诊断为麻疹。

## 基础知识/医学人文

### 考点 1 生理学——突触后电位及其产生机制

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨：突触后电位及其产生机制

突触后电位及其产生机制

1. 兴奋性突触后电位（EPSP）：是指突触后膜在某种神经递质作用下产生的

局部去极化电位变化。其产生机制是兴奋性递质作用于突触后膜的相应受体,使递质门控通道(化学门控通道)开放,后膜主要对 $\text{Na}^+$ 的通透性增大,发生净内向电流,从而引起后膜的局部去极化。

2. 抑制性突触后电位(IPSP):是指突触后膜在某种神经递质作用下产生的局部超极化电位变化。其产生机制是抑制性递质作用于突触后膜,使后膜上的递质门控氯通道开放,引起外向电流,结果引起后膜的局部超极化。此外,IPSP的形成还可能与突触后膜钾通道的开放或钠通道和钙通道的关闭有关。

【例题·B1型题】

- A. 动作电位
  - B. 阈电位
  - C. 局部电位
  - D. 静息电位
  - E. 后电位
1. 终板电位是
2. 兴奋性突触后电位是

【答案】C; C

【解析】终板电位是神经肌肉传递时在终板部位所看到的局部电位变化。

兴奋性突触后电位是指兴奋性神经递质作用于突触后膜而产生的电位。神经冲动传入神经末梢时,兴奋性神经递质与突触后膜的受体结合,提高了膜对离子的通透性。这促使膜外的钠离子迅速内流,造成膜内钠离子急剧增加,膜内电位高于膜外,引起突触后膜的去极化,膜电位降低。是突触后膜产生兴奋的表现。属于局部电位。

考点2 生理学——痛觉

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨:痛觉

躯体痛包括体表痛和深部痛。当皮肤(体表)受到伤害性刺激时,可先后出现快痛和慢痛。

内脏痛常由机械性牵拉、痉挛、缺血和炎症等刺激所致。与体表痛相比,内

脏痛具有以下特点:

1. 定位不准确。
2. 发生缓慢, 持续时间较长。
3. 中空内脏器官(如胃、肠、胆囊和胆管等)壁上的感受器对扩张性或牵拉性刺激十分敏感, 而对切割、烧灼等通常易引起皮肤痛的刺激不敏感。
4. 特别能引起不愉快的情绪活动, 并伴有恶心、呕吐和心血管及呼吸活动改变。

临床常见内脏疾患的体表牵涉痛部位

内脏疾患	体表牵涉痛部位
心肌缺血	心前区、左肩和左上臂
胃溃疡和胰腺炎	左上腹和肩胛间
胆囊炎、胆石症发作	右肩区
阑尾炎	上腹部或脐周(发病开始时)
肾结石	腹股沟区
输尿管结石	睾丸
膈中央部受刺激	肩上部

【例题·A1型题】

内脏痛特征为

- A. 发生缓慢
- B. 定位不明确
- C. 持续时间长
- D. 对机械性牵拉敏感
- E. 以上均是

【答案】E

【解析】内脏痛有下列特征: ①定位不明确; ②发生缓慢, 但持续时间长; ③对机械性牵拉、缺血、痉挛和炎症等刺激敏感; ④特别能引起不愉快的情绪反应, 并伴有恶心、呕吐和心血管及呼吸活动改变。

考点3 生理学——甲状腺激素



【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 甲状腺激素

甲状腺激素对生长与发育的影响主要促进脑与骨的发育与生长。

### 1. 脑

甲状腺激素是胎儿和新生儿脑发育的关键激素。在胚胎期, 甲状腺激素能促进神经元增殖和分化, 突起和突触形成, 促进胶质细胞生长和髓鞘形成, 诱导神经生长因子和某些酶的合成, 促进神经元骨架的发育等。

### 2. 骨

甲状腺激素与生长激素具有协同作用, 调控幼年期生长发育。甲状腺激素能刺激骨化中心发育成熟, 使软骨骨化, 促进长骨和牙齿生长。甲状腺激素缺乏将影响生长激素正常发挥作用, 导致长骨生长缓慢和骨骺愈合延迟, 但对胚胎期的骨生长并非必需, 因先天性甲状腺发育不全的患儿出生时的身长可基本正常, 但脑的发育已经受累。在胚胎期缺碘或出生后甲状腺功能减退的儿童, 一般在出生后数周至 3~4 个月后才表现出脑和骨发育的明显障碍, 因而表现为智力迟钝, 生长迟缓, 称为呆小症, 又称克汀病。

【例题·A1 型题】

能促进胎儿脑发育的激素是

- A. 甲状旁腺激素
- B. 孕激素
- C. 生长激素
- D. 糖皮质激素
- E. 甲状腺激素

【答案】E

【解析】甲状腺激素对生长和发育的影响, 主要是促进脑与骨的发育与生长。甲状腺激素是胎儿和新生儿脑发育的关键激素。

考点 4 病理学——葡萄胎、侵蚀性葡萄胎及绒毛膜癌

【难度】★★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 葡萄胎、侵蚀性葡萄胎及绒毛膜癌

### 1. 葡萄胎

(1) 肉眼: 极似成串的葡萄。

(2) 镜下: 绒毛间质高度水肿, 间质血管消失或稀少。增生的滋养层细胞分为合体滋养层细胞和(或)细胞滋养层细胞, 大多数两者混合并存。

### 2. 侵蚀性葡萄胎——恶性葡萄胎

水泡状绒毛常向子宫深肌层甚至向子宫外侵袭, 引起组织破坏, 甚至穿破肌壁引起大出血。可转移至邻近阴道, 或远处肺。多数继发于葡萄胎。

### 3. 绒毛膜癌——高度恶性肿瘤

(1) 肉眼: 不规则结节状, 突出于子宫腔并向肌层浸润, 甚至穿透浆膜。

(2) 镜下: 异型性明显, 由细胞滋养层细胞和合体滋养层细胞组成。出血、坏死非常明显。瘤组织中无血管和其他间质。

瘤组织中无血管和其他间质, 也无绒毛形成——与恶性葡萄胎主要的鉴别点。

#### 【例题·A1 型题】

绒毛膜癌与侵蚀性葡萄胎主要的鉴别依据是

- A. 尿 hCG 阳性
- B. 病理检查无绒毛结构
- C. 有卵巢黄素化囊肿
- D. 胸部 X 线片有棉团状阴影
- E. 阴道有紫蓝色转移结节

【答案】B

【解析】绒毛膜癌——高度恶性肿瘤

瘤组织中无血管和其他间质, 也无绒毛形成——与恶性葡萄胎主要的鉴别点。

考点 5 病理学——流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎

1. 流行性乙型脑炎是由乙型脑炎病毒感染引起的脑及脊髓的急性变质性炎。病变范围广泛,累及整个中枢神经系统实质,但以大脑皮质、基底核及丘脑最严重;小脑皮质、丘脑及脑桥次之;脊髓病变最轻,常仅限于颈段脊髓。

2. 流行性脑脊髓膜炎是由脑膜炎双球菌感染引起的脑脊髓膜的急性化脓性炎症。

流脑——流行性脑脊髓膜炎——细菌+脑脊髓膜+化脓(蛛网膜下腔)。

乙脑——流行性乙型脑炎——病毒+脑实质+变质性炎。

【例题·A1 型题】

流行性乙型脑炎,病变最轻的部位是

- A. 脊髓
- B. 延髓
- C. 脑桥
- D. 基底节
- E. 小脑

【答案】A

【解析】流行性乙型脑炎病变范围广泛,累及整个中枢神经系统实质,但以大脑皮质、基底核及丘脑最严重;小脑皮质、丘脑及脑桥次之;脊髓病变最轻,常仅限于颈段脊髓。

考点 6 病理学——子宫颈浸润癌

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨:子宫颈浸润癌

肉眼上分为四型:

- 1. 糜烂型(病变黏膜粗糙,呈颗粒状,质脆,触之易出血)。
- 2. 外生菜花型(癌组织向子宫颈表面生长,形成乳头或菜花状突起,表面常伴坏死及溃疡形成)。
- 3. 内生浸润型(癌组织主要向子宫颈深部浸润生长)。
- 4. 溃疡型。

早期浸润癌或微小浸润性鳞状细胞癌:原位癌的部分癌细胞突破基底膜向固

有膜浸润,但浸润深度不超过基底膜下 5mm 且浸润宽度不超过 7mm,在固有膜中形成一些不规则的癌细胞条索或小团块,称为早期浸润癌。肉眼难以判断,只有在显微镜下才能证实。

浸润癌:癌组织浸润深度超过基底膜下 5mm 的部位,甚至侵及子宫颈全层或子宫颈周围组织并伴有临床症状。

【例题·A1 型题】

子宫颈早期浸润癌浸润深度的标准是

- A. 不超过基底膜下 1mm
- B. 不超过基底膜下 5mm
- C. 不超过基底膜下 2mm
- D. 不超过基底膜下 3mm
- E. 不超过基底膜下 4mm

【答案】B

【解析】子宫颈早期浸润癌浸润深度不超过基底膜下 5mm,浸润癌组织深度超过基底膜下 5mm 的部位。

考点 7 药理学——保钾利尿药

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨:保钾利尿药

螺内酯为醛固酮的竞争性拮抗药,为保钾利尿药。

1. 临床应用

- (1) 肝硬化和肾病综合征——水肿。
- (2) 充血性心力衰竭。

2. 不良反应

- (1) 高血钾。
- (2) 性激素样副作用。

【例题·A1 型题】

螺内酯最常见的不良反应

- A. 低血压

- B. 高钾血症
- C. 硫氰酸盐中毒
- D. 室性心律失常
- E. 血管神经性水肿

【答案】B

【解析】螺内酯不良反应：高钾血症，最为常见，尤其是单独用药、进食高钾饮食、与钾剂或含钾药物如青霉素钾等以及存在肾功能损害、少尿、无尿时；即使与噻嗪类利尿药合用，高钾血症的发生率仍可发生，且常以心律失常为首发表现，故用药期间必须密切随访血钾和心电图。

### 考点 8 药理学——镇静催眠药

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨：镇静催眠药

常用的镇静催眠药可分为三类：苯二氮（BZ）类、巴比妥类及其他类。前者以地西洋为代表药。

#### 1. 抗焦虑作用

是通过边缘系统中的 BZ 受体的作用而实现的。

#### 2. 镇静催眠作用

主要延长非快动眼睡眠（NREMS）的第 2 期，缩短 3 期和 4 期的 NREMS 睡眠，减少发生于此期的夜惊或梦游症，对快动眼睡眠（REMS）的影响较小。

#### 3. 临床应用

(1) 焦虑症，常作为首选药使用。

(2) 失眠症。

(3) 可用于辅助治疗破伤风、子痫、小儿高热惊厥及药物中毒性惊厥，地西洋静脉注射是治疗癫痫持续状态的首选药物。

(4) 肌强直和肌痉挛。

(5) 心脏电击复律及各种内镜检查前用药。

【例题·A1 型题】

地西洋抗焦虑的主要作用部位是

- A. 边缘系统
- B. 大脑皮质
- C. 黑质纹状体
- D. 下丘脑
- E. 脑干网状结构

【答案】A

【解析】地西洋作用的主要部位是在调节情绪反应的边缘系统。

### 考点9 药理学——解热镇痛抗炎药

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨：解热镇痛抗炎药

阿司匹林及其代谢物水杨酸对 COX-1 和 COX-2 的抑制作用基本相当，具有相似的解热、镇痛、抗炎作用。

#### 1. 抗炎

抑制环氧酶 COX 合成，从而抑制 PGs 合成。

#### 2. 镇痛

抑制 PGs 的合成从而使局部痛觉感受器对缓激肽等致痛物质的敏感性降低。部分能产生中枢神经系统镇痛作用。

#### 3. 解热

抑制下丘脑 PG 的生成——促使升高的体温恢复到正常水平，而对正常的体温没有明显影响。

#### 4. 抑制血小板的聚集

低浓度阿司匹林能减少血小板中血栓素 A<sub>2</sub> (TXA<sub>2</sub>) 的生成，而影响血小板的聚集及抗血栓形成，达到抗凝作用。

【例题·A1 型题】

小剂量阿司匹林预防血栓形成的机制是

- A. 抑制磷脂酶
- B. 抑制 TXA<sub>2</sub> 的合成
- C. 减少 PGI<sub>2</sub> 的合成

- D. 抑制凝血酶原
- E. 减少花生四烯酸的合成

【答案】B

【解析】低浓度阿司匹林可以使血小板内的环氧酶活性中心的丝氨酸残基发生不可逆的乙酰化而抑制环氧酶, 从而抑制环内过氧化物及 TXA<sub>2</sub> 的合成, 由于血小板没有细胞核, 不能再合成环氧酶, 因此对该酶的抑制是不可逆的。小剂量的阿司匹林可以完全抑制 TXA<sub>2</sub> 达到预防血栓的作用。

### 考点 10 生物化学——脂质代谢

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 脂质代谢

#### 1. 营养必需脂肪酸

机体生长发育必需但不能自身合成, 必须由食物提供的脂肪酸称为营养必需脂肪酸, 包括亚油酸、亚麻酸和花生四烯酸等。花生四烯酸是前列腺素、血栓烷和白三烯等生物活性物质的前体。

#### 2. 营养必需氨基酸的概念和种类

人体不能合成、必须由食物供应的氨基酸, 称为营养必需氨基酸。包括赖氨酸、色氨酸、缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸、苏氨酸、甲硫氨酸、苯丙氨酸和组氨酸。

【例题·A1 型题】

必需脂肪酸是

- A. 软脂酸
- B. 亚麻酸
- C. 硬脂酸
- D. 油酸
- E. 十二碳脂肪酸

【答案】B

【解析】必需脂肪酸: 亚油酸、亚麻酸及花生四烯酸。

### 考点 11 生物化学——氮的代谢

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 氨的代谢

氨的去路主要是在肝中合成尿素, 再由肾排出体外。

1. 氨的去路

氨有两个去路, 分别是合成非必需氨基酸及合成尿素。

2. 尿素的生成

(1) 生成过程: 尿素生成的过程称为鸟氨酸循环又称尿素循环。

(2) 生成部位: 主要在肝细胞的线粒体及胞质中。

(3) 关键酶: 氨基甲酰磷酸合成酶 I。

(4) 耗能: 合成 1 分子的尿素消耗 3 个 ATP。

(5) 中间产物: 鸟氨酸、瓜氨酸和精氨酸。(小鸟呱呱叫, 很精灵。)

【例题·A1 型题】

体内氨的主要去路

- A. 合成谷氨酰胺
- B. 合成尿素
- C. 生成铵盐
- D. 生成非必需氨基酸
- E. 参与嘌呤、嘧啶合成

【答案】B

【解析】氨还可以与  $\alpha$ -酮戊二酸反应生成谷氨酰胺, 谷氨酰胺的氨基又可以转移给其他  $\alpha$ -酮酸, 生成相应的非必需氨基酸。但是, 氨的去路主要是在肝中合成尿素, 再由肾排出体外。

考点 12 生物化学——DNA 理化性质及其应用

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: DNA 理化性质及其应用

某些理化因素(温度、pH、离子强度等)会导致 DNA 双链互补碱基对之间的氢键发生断裂, 使 DNA 双链解离为单链, 这种现象称为 DNA 变性。



变性导致空间结构破坏,但是没有改变核苷酸序列,不伴随共价键的断裂。

【例题·A1型题】

DNA 变性后,可产生的效应是

- A. 增色效应
- B. 最大吸收波长发生转移
- C. 失去对紫外线的吸收能力
- D. 溶液黏度增加
- E. 磷酸二酯键的断裂

【答案】A

【解析】核酸在各种理化因素作用下,DNA 双链互补碱基对之间的氢键断裂,使 DNA 变性。在这一解链过程中,由于更多的共轭双键暴露,DNA 在紫外区 260nm 处的吸光值增加,因此出现增色效应。

DNA 变性并不产生吸收波长发生转移和磷酸二酯键的断裂。DNA 属于生物大分子,具有大分子的一般特性,如其溶液也表现为胶体溶液性质,具有一定的黏度。DNA 变性将导致一些物理性质的改变,如黏度降低、密度、旋转偏振光的改变等。

考点 13 预防医学——常用流行病学研究方法

【难度】★★★

【考频指数】★★★

考点点拨:常用流行病学研究方法

1. 生态学研究为描述性研究

描述流行病学

- (1) 为病因研究提供线索。
- (2) 掌握疾病和病因的分布状况,为疾病防控工作提供依据。
- (3) 用来评价防制策略和措施的效果。

2. 病例对照研究

(1) 该研究只是客观地收集研究对象的暴露情况,而不给予任何干预措施,属于观察性研究。

(2) 病例对照研究可追溯研究对象既往可疑危险因素暴露史,其研究方向

是回顾性的,是由“果”至“因”的。

(3) 病例对照研究按有无疾病分组, 研究因素可根据需要任意设定, 因而可以观察一种疾病与多种因素之间的关联。

### 3. 队列研究

(1) 是将一个范围明确的人群按是否暴露于某可疑因素或暴露程度分为不同的亚组, 追踪各组的结局并比较其差异, 从而判定暴露因素与结局之间有无关联及关联程度大小的一种观察性研究方法。

(2) 用途: 检验病因假设和描述疾病的自然史。

(3) 队列研究时的优点和局限性

优点: ①研究结局是亲自观察获得, 一般较可靠; ②论证因果关系的能力较强; ③可计算暴露组和非暴露组的发病率, 能直接估计暴露因素与发病的关联强度; ④一次调查可观察多种结局。

局限性: ①不宜用于研究发病率很低的疾病; ②观察时间长, 易发生失访偏倚; ③耗费的人力、物力和时间较多; ④设计的要求高, 实施复杂; ⑤在随访过程中, 未知变量引入人群, 或人群中已知变量的变化等, 都可使结局受到影响, 使分析复杂化。

### 4. 实验流行病学

是将来自同一总体的研究对象随机分为实验组和对照组, 实验组给予实验因素, 对照组不给予该因素, 然后前瞻性地随访各组的结局并比较其差别的程度, 从而判断实验因素的效果。

#### 【例题·A1型题】

在流行病学研究中, 由因到果的研究为

- A. 生态学研究
- B. 筛检
- C. 队列研究
- D. 现状研究
- E. 病例对照研究

【答案】C

【解析】队列研究的优点: ①研究结局是亲自观察获得, 一般较可靠; ②论

证因果关系的能力较强;③可计算暴露组和非暴露组的发病率,能直接估计暴露因素与发病的关联强度;④一次调查可观察多种结局。

#### 考点 14 预防医学——常见细菌性食物中毒

【难度】★★★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 常见细菌性食物中毒

(1) 沙门氏菌食物中毒: 由食用沙门菌污染食品所致, 其流行病学特点:

①季节: 全年皆可发生, 多见于夏秋季, 5~10 月发病数可达全年发病总数的 80%;  
②食品种类: 引起沙门菌食物中毒的食品主要为动物性食品, 特别是畜肉类及其制品, 其次为禽肉、蛋类、乳类, 由植物性食物引起者很少。临床表现的特点为腹泻一日可数次至十余次, 主要为水样便, 少数带有黏液或血。

(2) 副溶血性弧菌食物中毒: 由食用副溶血性弧菌污染的食品所致, 其流行病学特点是: ①地区分布: 沿海地区为副溶血性弧菌食物中毒的高发地区, 随着海产品的市场流通, 内地也有副溶血性弧菌食物中毒的发生; ②季节及易感性: 7~9 月为副溶血性弧菌食物中毒的高发季节。男女老幼皆可发病, 青壮年为主; ③食品种类: 主要是海产品, 其中以墨鱼、带鱼、虾、蟹最为多见。临床表现特点为粪便为水样、血水样、黏液或脓血便, 里急后重不明显。

(3) 葡萄球菌肠毒素食物中毒: 由食用有金黄色葡萄球菌肠毒素的食品所致, 其流行病学特点: ①季节: 全年皆可发生, 多见于夏秋季; ②食品种类: 主要是乳及乳制品、肉类、剩饭等; ③金黄色葡萄球菌广泛分布于自然界、人和动物的鼻腔、咽、消化道, 只有摄入达到中毒剂量的金黄色葡萄球菌肠毒素才会中毒。临床表现特点为起病急骤, 呕吐物可呈胆汁性或含血黏液。

(4) 变形杆菌食物中毒: 由食用有变形杆菌污染食品所致, 其流行病学特点: ①季节: 大多发生在 5~10 月; ②食品种类: 引起中毒的食品主要是动物性食品, 特别是熟肉以及内脏的熟制品; ③食品受其污染的机会较多。临床表现特点为脐周阵发性剧烈绞痛, 腹泻为水样便, 伴有黏液, 恶臭, 一日数次。

【例题·A1 型题】

引起沙门氏菌属食物中毒常见的食品

A. 海产品, 例如: 墨鱼、海带

- B. 熟肉
- C. 剩饭
- D. 植物性食物
- E. 动物性食品, 例如: 畜肉类及其制品

【答案】E

【解析】沙门氏菌食物中毒由食用沙门菌污染食品所致, 食品种类: 引起沙门菌食物中毒的食品主要为动物性食品, 特别是畜肉类及其制品, 其次为禽肉、蛋类、乳类, 由植物性食物引起者很少。

#### 考点 15 预防医学——医学统计学方法

【难度】★★

【考频指数】★★★

考点点拨: 医学统计学方法

集中趋势指标是描述一组观察值集中位置或平均水平的指标。

常用的描述变异程度的统计指标包括极差、四分位数间距、方差、标准差和变异系数。

标准误的用途: 一是用来衡量抽样误差大小, 标准误越小, 样本均数与总体均数越接近, 即样本均数的可信度越高; 二是结合标准正态分布与  $t$  分布曲线下的面积规律, 估计总体均数的置信区间。

【例题·A1型题】

反应均数抽样误差大小的指标是

- A. 全距
- B. 标准误
- C. 均数
- D. 标准差
- E. 变异系数

【答案】B

【解析】标准误的用途: 一是用来衡量抽样误差大小, 标准误越小, 样本均数与总体均数越接近, 即样本均数的可信度越高; 二是结合标准正态分布与  $t$  分布曲线下的面积规律, 估计总体均数的置信区间。

考点 16 医学心理学——患者角色的转化

【难度】★

【考频指数】★★★★★

考点点拨: 患者角色的转化

患者角色的转化

行为	特点	备注
角色行为适应	自己所扮演的角色, 并表现为外部行为、角色实现的过程, 是主体适应环境和改造环境的过程	承认有病, 且适应
角色行为缺如	否认(或未意识)自己有病, 未能进入角色, 如勉强从事不能胜任的操作, 以致受伤或加重病势	否认有病+病情加重
角色行为冲突	个体在适应患者角色过程中与其病前的各种角色发生心理冲突	冲突, 不放弃原有角色
角色行为减退	认同角色后, 因其他角色冲击病人角色, 放弃病人角色, 从事了不应承担的活动	冲击, 不重视
角色行为强化	由于依赖性加强和自信心减弱, 对自我能力表示怀疑, 对承担原来的社会角色恐惧不安, “安于”病人角色的现状, 或自我感觉病情严重程度超过实际情况	小病大化

角色行为异常	病人受病痛折磨感到悲观、失望、不良心境导致行为异常	焦虑
--------	---------------------------	----

【例题·A2 型题】

患者男, 62 岁。离休干部, 因高血压入院后, 得知女儿生了小孩, 偷偷跑出院去看望, 结果导致病情加重, 这种情况称为

- A. 角色行为缺如
- B. 角色行为冲突
- C. 角色行为适应
- D. 角色行为减退
- E. 角色行为强化

【答案】D

【解析】角色行为减退是指患者个体进入患者角色后, 由于某种原因又重新承担起本应免去的社会活动角色的责任, 放弃了患者角色去承担其他角色活动, 这样往往使患者的病情出现反复。

考点 17 医学心理学——心理治疗的原则

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 心理治疗的原则

1. 真诚原则

医生对患者要真诚。

2. 保密原则

医生不得将患者的具体材料公布于众。

3. “中立”原则

不能替患者做任何选择, 而应保持某种程度的“中立”。

4. 回避原则

不宜在熟人之间做此项工作。亲人与熟人均应在治疗中回避。

【例题·A2 型题】

某心理治疗师的母亲出现了心理问题,其妹妹想让他给母亲进行心理治疗,但他却将母亲转给其他心理治疗师进行治疗。该心理治疗师遵循的心理治疗原则是

- A. 真诚原则
- B. 系统原则
- C. 保密原则
- D. 中立原则
- E. 回避原则

【答案】E

【解析】回避原则:心理治疗中往往要涉及个人的隐私,交谈是十分深入的。因此不宜在熟人之间做此项工作。亲人与熟人均应在治疗中回避。该心理治疗师不给母亲治疗遵循的是回避原则。

#### 考点 18 医学心理学——行为主义的治疗

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨:行为主义的治疗

行为主义的治疗

疗法	特点
系统脱敏疗法	通过渐进性暴露于恐惧刺激,使已建立的条件反射消失,用以治疗心理或行为障碍
冲击疗法	用于恐惧症。又名满灌法,治疗开始即将病人处于他最怕的情境中,如果并没有真正可怕的事情发生,紧张、焦虑不安便会明显减轻
厌恶疗法	将令病人厌恶的刺激与对它有吸引力的不良刺激相结合(如有电击法、橡皮筋法、氨水法、阿扑吗啡法、厌恶想象法),形成条件反射,以消退不良刺激对病人的吸引力,使症状消退
放松训练	又称松弛训练,学习有意识地控制或调节自身的心理生理活动,以达到降低机体唤醒水平,调整因紧张刺

【例题·A2型题】

女, 30岁。因慢性皮肤溃疡迁延不愈需接受高压氧治疗。患者对高压氧舱的封闭环境感到十分恐惧。心理医生与患者进行了充分的沟通, 在做好各种应急准备之后, 让患者直接进入高压氧舱以快速克服恐惧心理。同时完成高压氧治疗。这种心理治疗方法是

- A. 放松训练
- B. 冲击疗法
- C. 厌恶疗法
- D. 系统脱敏疗法
- E. 认知疗法

【答案】B

【解析】患者对封闭的高压氧舱十分恐惧, 直接让患者暴露在这种环境下以快速克服恐惧心理, 这是冲击疗法。

考点 19 医学伦理学——安乐死

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 安乐死

安乐死, 本意是无痛苦致死术。

所谓安乐死, 是指医务人员应濒死患者及其家属的自愿请求, 依据法律规定, 为消除患者的痛苦或缩短痛苦的时间, 采用医学的方法, 通过作为或不作为, 使其安宁地度过死亡阶段而终结生命。

【例题·A1型题】

第一个使安乐死合法化的国家是

- A. 法国
- B. 中国
- C. 荷兰
- D. 比利时



E. 日本

【答案】C

【解析】荷兰是世界上第一个把安乐死合法化的国家。

考点 20 医学伦理学——医患关系伦理模式

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 医患关系伦理模式

### 医患关系的模式

	特点	类比	适用
主动-被动	医师处于主动或支配地位,病人完全是被动的	类似父母与婴儿	昏迷、手术、婴幼儿或精神
指导-合作	人有一定意志要求,需医师帮助,并愿意合作	父母与少年的关系	目前最常见的医患关系模式,适用急性病和外科手术
共同参与	以平等关系为基础,医师和病人都有治好疾病的共同愿望	成人与成人	慢性病、心理障碍和心身疾病

【例题·A1型题】

对于长期慢性患者,宜采取的医患关系模式是

- A. 主动-被动型
- B. 被动-主动型
- C. 指导-合作型
- D. 共同参与型
- E. 合作-指导型

【答案】D

【解析】共同参与型模式中,医患双方有近乎同等的权利,共同参与医疗方案的决定与实施。这种模式适用于具有一定医学背景知识或长期的慢性病患者,它类似于成人与成人之间的关系,医生的责任是“帮助患者自疗”。

考点 21 医学伦理学——公共卫生伦理原则

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 公共卫生伦理原则

1. 全社会参与原则

政府、社会、团体和公众的广泛参与。

2. 社会公益原则

处理社会与个人的利益关系时, 将社会公共利益置于优先考虑的位置, 并兼顾个人权利与健康福利, 要坚持个人利益服从社会利益, 坚持局部利益服从全局利益、眼前利益服从长远利益的原则。

3. 社会公正原则

尊重社会中每个人的基本权利, 促进社会社区人群的健康。

4. 互助协同原则

需要不同领域中的人员之间的互助与协作。

5. 信息公开原则

信息公开在预防疾病、防范和控制疫情方面起到警示的作用, 提醒人们关注和重视可能存在的公共卫生问题。

【例题·A1型题】

遇到突发公共卫生事件时, 为取得群众对政府所采取的某些处理措施的理解、支持和配合以及提高政府的公信力等, 公共卫生机构应注意

A. 全社会参与原则

B. 社会公益原则

C. 互助协同原则

D. 信息公开原则

E. 重点地区优先原则

【答案】D

【解析】遇到突发公共卫生事件时, 及时公开相关信息是非常有必要和重要的, 信息及时发布不仅可以增强群众的防范意识、提高自我保护能力等, 还可以取得群众对政府所采取的某些处理措施的理解、支持和配合以及提高政府的公信力等。

考点 22 卫生法规——处方管理办法

【难度】★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 处方管理办法

处方保管的管理

处方保存年限	普通、急诊、儿科处方	1年
	毒性药、精二	2年
	麻药、精一	3年

【例题·B1型题】

A. 1年 B. 2年

C. 3年 D. 4年

E. 5年

1. 普通处方的保存期限为
2. 急诊处方的保存期限为
3. 麻醉药品处方的保存期限为
4. 第二类精神药品处方的保存期限为

【答案】A; A; C; B

【解析】普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年, 医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年, 麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。

考点 23 卫生法规——临床用血管理

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 临床用血管理

临床用血申请《医疗机构临床用血管理办法》规定, 医疗机构应当建立临床用血申请管理制度。

1. 同一患者一天申请备血量少于800ml的, 由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请, 上级医师核准签发后, 方可备血。

2. 同一患者一天申请备血量在800~1600ml的, 由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请, 经上级医师审核, 科室主任核准签发后, 方可备血。

3. 同一患者一天申请备血量达到或超过1600ml的, 由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请, 科室主任核准签发后, 报医务部门批准, 方可

备血。上述规定不适用于急救用血。

【例题·B1型题】

A.  $\leq 500\text{ml}$

B.  $< 800\text{ml}$

C.  $< 1000\text{ml}$

D.  $\geq 1600\text{ml}$

E.  $\leq 2000\text{ml}$

1. 《医疗机构临床用血管理办法》规定, 需要中级以上资格医师提出申请, 上级医师核准签发的用血量限定范围是

2. 《医疗机构临床用血管理办法》规定, 需要中级以上资格医师提出申请, 科主任核准签发, 且医务部门批准的用血量限定范围是

【答案】B; D

【解析】《医疗机构临床用血管理办法》规定, 同一患者一天申请备血量少于  $800\text{ml}$  的, 由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请, 上级医师核准签发后, 方可备血。

《医疗机构临床用血管理办法》规定, 同一患者一天申请备血量达到或超过  $1600\text{ml}$  的, 由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请, 科室主任核准签发后, 报医务部门批准, 方可备血。

考点 24 卫生法规——执业医师法

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 执业医师法

执业报考资格:

本科以上: 试用期满一年

专科: 助理后二年

中专: 助理后五年

助理医师报考:

专科及中专: 试用期满一年

师承和确有专长人员医师资格考试条件: 《执业医师法》规定, 以师承方式

学习传统医学满 3 年或者经多年实践医术确有专长的,经县级以上人民政府卫生行政部门确定的传统医学专业或者医疗、预防、保健机构考核合格并推荐,可以参加执业医师资格或者执业助理医师资格考试。

申请个体行医的执业医师,须经注册后在医疗、预防、保健机构中执业满 5 年,并按照国家有关规定办理审批手续;未经批准,不得行医。

【例题·A1 型题】

申请个体行医的,须经执业医师注册后在医疗、预防、保健机构中执业满

- A. 1 年
- B. 2 年
- C. 3 年
- D. 4 年
- E. 5 年

【答案】E

【解析】申请个体行医的执业医师,须经注册后在医疗、预防、保健机构中执业满 5 年,并按照国家有关规定办理审批手续。

考点 25 医学微生物学(助理不要求)——立克次体

【难度】★

【考频指数】★★★

考点点拨:立克次体

主要病原性立克次体所致疾病、传染源、传播媒介及传播方式

病原性立克次体	所致疾病	传播途径
普氏立克次体	流行性斑疹伤寒	人→人虱→人
斑疹伤寒立克次体	地方性斑疹伤寒	鼠↔鼠蚤→人
恙虫病东方体	恙虫病	鼠↔恙螨幼虫 →人

【例题·B1 型题】

- A. 蚊
- B. 人虱
- C. 鼠蚤

D. 恙螨

E. 蛇

1. 地方性斑疹伤寒的传播媒介是

2. 流行性斑疹伤寒的传播媒介是

【答案】C; B

【解析】地方性斑疹伤寒的传播媒介是鼠蚤, 流行性斑疹伤寒的传播媒介是人虱。

### 考点 26 医学微生物学 (助理不要求) —— 真菌

【难度】★

【考频指数】★★★

考点点拨: 真菌

真菌的培养特性:

真菌对营养要求不高, 最适 pH 为 4.0~6.0, 最适温度为 22~28℃, 某些深部感染的真菌则在 37℃ 生长最好。

致病性不同真菌可以通过不同形式致病, 引起的疾病有:

1. 真菌感染

由致病性真菌或机会致病性真菌引起的感染或真菌病。

2. 真菌性超敏反应

包括感染性和接触性超敏反应, 引起皮肤或呼吸道或消化道超敏反应。

3. 真菌毒素中毒

可致急性真菌毒素中毒, 有些真菌毒素还可致慢性中毒, 或与致癌作用有关, 如黄曲霉毒素可致肝细胞癌等。

【例题 · A1 型题】

培养真菌的最适宜 pH 是

A. pH 1~2

B. pH 3~4

C. pH 4~6

D. pH 7~8

E. pH 9~10

【答案】C

【解析】真菌对营养的要求不高, 常用沙保培养基培养。温度为 22~28℃; 但某些深部真菌最适生长温度为 37℃; 最适 pH 为 4.0~6.0。

考点 27 医学微生物学 (助理不要求) ——乙型肝炎病毒

【难度】★★

【考频指数】★★★★

考点点拨: 乙型肝炎病毒

乙型肝炎病毒 (HBV) 属嗜肝 DNA 病毒科正嗜肝病毒属。

预防措施: 接种乙型肝炎疫苗是预防 HBV 感染的最有效方法。

流行病学

	传染源	传播途径	易感人群
甲型肝炎	甲型肝炎无病原携带者, 传染源为急性期和隐性感染者	以粪-口传播为主 (戊肝)	抗-HAV 阴性者
乙型肝炎	急、慢性乙型肝炎患者和病毒携带者	母婴传播, 血液、体液传播 (包括	抗-HBs 阴性者
丙型肝炎	急、慢性患者和病毒携带者	丁肝)	普遍易感

【例题·A1 型题】

Dane 颗粒是

- A. 甲型肝炎病毒
- B. 乙型肝炎病毒
- C. 丙型肝炎病毒
- D. 丁型肝炎病毒
- E. 戊型肝炎病毒

【答案】B

【解析】1970 年, D. S. Dane 颗粒首先在乙肝患者血清中发现了完整的 HBV 颗粒, 故称 Dane 颗粒。

考点 28 医学免疫学 (助理不要求) ——移植免疫

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 移植免疫

按供者来源不同, 移植分为自体移植、同种异体移植和异体移植。

1. 自体移植

指移植植物取自受者自身, 不发生排斥反应。

2. 同种异基因移植

也称同种异体移植或同种移植, 指同种内不同个体 (MHC 不一致) 间移植, 临床移植的主要类型, 均发生排斥反应。

3. 异种移植

指不同种属个体间的移植, 由于异种动物间遗传背景差异甚大, 移植后可发生严重的排斥反应。

【例题·A2型题】

男, 18 岁。因终末期肾脏病行肾脏移植手术, 其母亲为供肾者, 这种移植类型是

- A. 同系移植
- B. 同基因移植
- C. 异种移植
- D. 自体移植
- E. 同种异体移植

【答案】E

【解析】根据题意, 母亲和男孩都属于人类, 故为同种, 两个个体, 故为异体, 属于同种异体移植。

考点 29 医学免疫学 (助理不要求) —— 抗原

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 抗原

- 1. 完全抗原: 免疫原性和抗原性。
- 2. 半抗原: 只有抗原性。

免疫原性: 指抗原刺激机体产生适应性免疫应答、诱导产生抗体或致敏淋巴细胞的能力。



抗原性: 则指抗原物质被特异性抗原受体 (TCR/BCR)、特异性免疫应答效应物质 (抗体) 所识别结合的特性。分子量较小的半抗原, 不具备单独诱导特异性免疫应答的能力, 即没有免疫原性; 但当其与蛋白载体结合提供必需的 T 细胞辅助后诱导的特异性抗体, 可结合该半抗原, 即半抗原具有抗原性。

【例题·A1 型题】

完全抗原

- A. 只有免疫原性, 无抗原性
- B. 只有抗原性, 无免疫原性
- C. 既无免疫原性, 又无抗原性
- D. 既有免疫原性, 又有抗原性
- E. 不能激发细胞免疫应答

【答案】D

【解析】完全抗原: 免疫原性和抗原性。半抗原: 只有抗原性。

考点 30 医学免疫学 (助理不要求) —— 各类免疫球蛋白的特性和功能

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 各类免疫球蛋白的特性和功能

各类免疫球蛋白的特性和功能

	特点	功能
IgG	血清含量最高唯一能通过胎盘	再次免疫应答的主要抗体 (打疫苗) 调理作用、ADCC 效应
IgM	个体发育过程中最早产生的抗体; 类风湿因子和天然血型抗体为 IgM	初次体液免疫应答最早产生的抗体, 近期感染指标
IgA	分泌液中主要抗体	SIgA 在黏膜局部抗感染中作用重

		要
IgD	分为血清 IgD 和膜结合型 IgD	膜结合型 IgD (mIgD) 是 B 细胞成熟标志
IgE	血清中含量最低的 Ig	IgE 为亲细胞抗体, 可与肥大细胞、嗜碱性粒细胞 Fc 受体结合, 介导 I 型过敏反应

【例题·B1 型题】

- A. IgD  
B. IgE  
C. IgA  
D. IgG  
E. IgM

1. 初次体液免疫应答中最早产生的抗体分子是  
2. 能透过血-胎屏障的抗体分子是

【答案】E, D

【解析】IgM 是初次体液免疫应答最早产生的抗体, 近期感染指标。IgG 是唯一能够通过胎盘进入胎儿的 Ig, 对防止新生儿感染具有重要意义。

**考点 31 病理生理学(助理不要求)——应激**

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 应激

应激反应的种类

1. 躯体性应激和心理性应激: 躯体性应激指由体外各种理化、生物学因素和机体内环境紊乱等躯体性应激原导致的应激反应。而心理性应激由心理性应激原引起, 是机体在遭遇不良事件或者主观感觉到压力和威胁时, 产生的一种伴有生

理、情绪和行为改变的心理紧张状态。

2. 急性应激和慢性应激: 急性应激指机体受到突然刺激所致的应激。过强的急性应激可诱发心源性猝死、急性心肌梗死以及精神障碍等。慢性应激则是由应激原长时间作用所致, 可导致消瘦, 影响生长发育, 并可引发抑郁和高血压等疾病。

3. 生理性应激和病理性应激: 生理性应激指适度、持续时间不长的应激反应, 也称为良性应激。病理性应激指由强烈或作用持续时间过长的应激原导致的应激反应。

【例题·A1 型题】

因体外各种理化、生物学因素和机体内环境紊乱发生的应激反应, 属于

- A. 躯体性应激
- B. 心理性应激
- C. 急性应激
- D. 病理性应激
- E. 生理性应激

【答案】A

【解析】躯体性应激指由体外各种理化、生物学因素和机体内环境紊乱等躯体性应激原导致的应激反应。

考点 32 病理生理学(助理不要求)——发热

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 发热

体温每升高  $1^{\circ}\text{C}$ , 基础代谢率升高 13%

糖代谢: 糖原分解 $\uparrow$ , 血糖 $\uparrow$ , 乳酸 $\uparrow$

脂代谢: 脂肪分解 $\uparrow$ , 酮体 $\uparrow$

蛋白质代谢: 蛋白质分解 $\uparrow$ , 负氮平衡

正常成人每日需摄入 30~45g 蛋白质才能维持总氮平衡。发热时由于高体温和 EP 促进骨骼肌蛋白分解的作用, 患者体内蛋白质分解加强, 尿氮比正常人增加 2 倍。蛋白质分解加强可为肝脏提供大量游离氨基酸, 用于急性期反应蛋白的合成和组织修复。

【例题·A1 型题】

正常人每日至少摄入多少克蛋白质才能维持总氮平衡

- A. 10g
- B. 15g
- C. 20g
- D. 25g
- E. 30g

【答案】E

【解析】正常成人每日需摄入 30~45 g 蛋白质才能维持总氮平衡。

考点 33 病理生理学(助理不要求)——水、钠代谢紊乱

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 水、钠代谢紊乱

1. 低渗性脱水的特点

失钠多于失水, 血清  $\text{Na}^+$  浓度  $< 135 \text{mmol/L}$ , 血浆渗透压  $< 280 \text{mmol/L}$ , 伴有细胞外液量的减少。细胞外液容量减少、渗透压降低。

2. 高渗性脱水的特点

失水多于失钠, 血清  $\text{Na}^+$  浓度  $> 150 \text{mmol/L}$ , 血浆渗透压  $> 310 \text{mmol/L}$ 。细胞外液量和细胞内液量均减少。

3. 等渗性脱水的特点

机体水、钠成比例丢失, 血容量减少, 但血清  $\text{Na}^+$  浓度和血浆渗透压仍在正常范围。

【例题·A1 型题】

低渗性脱水早期出现循环衰竭是由于

- A. 细胞内液减少
- B. 细胞外液减少
- C. 组织间液减少
- D. 血浆减少
- E. 细胞内、外液均减少

【答案】B

【解析】低渗性脱水时，细胞外液渗透压降低，水分向细胞内转移，故细胞外液显著减少。

### 考点 34 解剖学（助理不要求）——泌尿系统

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨：泌尿系统

#### 1. 肾蒂内各结构的排列关系

自前向后分别为肾静脉、肾动脉和肾盂末端。

自上而下分别为肾动脉、肾静脉和肾盂。由肾门伸入肾实质内的腔隙称肾窦。

#### 2. 肾的位置

左肾在第 11 胸椎体上缘至第 2~3 腰椎间盘之间。

右肾在第 12 胸椎体上缘至第 3 腰椎体上缘之间。

#### 3. 输尿管全长有 3 处狭窄

上狭窄位于肾盂与输尿管移行处。

中狭窄位于小骨盆上口与髂血管交叉处。

下狭窄在输尿管的壁内段。

【例题·A1 型题】

肾蒂内主要结构由前向后依次为

A. 肾动脉、肾静脉、肾盂

B. 肾静脉、肾动脉、肾盂

C. 肾盂、肾动脉、肾静脉

D. 肾盂、肾静脉、肾动脉

E. 肾动脉、肾盂、肾静脉

【答案】B

【解析】肾蒂内各结构的排列关系：自前向后分别为肾静脉、肾动脉和肾盂末端；自上而下分别为肾动脉、肾静脉和肾盂。

### 考点 35 解剖学（助理不要求）——脑神经

【难度】★

【考频指数】★★

考点点拨: 脑神经

人的脑神经共 12 对: I 嗅神经、II 视神经、III 动眼神经、IV 滑车神经、V 三叉神经、VI 展神经、VII 面神经、VIII 前庭蜗神经、IX 舌咽神经、X 迷走神经、XI 副神经、XII 舌下神经。

【例题·A1 型题】

第 IV 脑神经是指

- A. 嗅神经
- B. 视神经
- C. 动眼神经
- D. 滑车神经
- E. 舌下神经

【答案】D

【解析】一嗅二视三动眼，四滑五叉六外展，七面八听九舌咽，十迷十一副神经，十二舌下神经完。

## 第三部分 考前绝杀系列（重点科目）

### 呼吸系统高频考点速记 35 条

1. COPD 是**不完全可逆的气流受限**为特征的疾病，其气流受限多呈进行性发展。
2. **肺通气障碍**主要的特点是 **CO<sub>2</sub> 潴留**-通气差 CO<sub>2</sub> 多。
3. **肺换气障碍**主要特点是：**低氧血症**-换气差 O<sub>2</sub> 少。
4. COPD 核心词是：**咳、痰、喘**；**气短或呼吸困难是 COPD 标志性症状**。
5. 第一秒用力呼气容积 (FEV<sub>1</sub>) 占用力肺活量 (FVC) 百分比 (FEV<sub>1</sub>/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 (FEV<sub>1</sub>% 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 FEV<sub>1</sub>% 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。
6. 肺心病治疗：

①强心、利尿、扩血管——不做常规治疗；

②**一定要在抗感染、积极改善呼吸功能的基础上进行**（在积极控制感染、改善呼吸功能后心力衰竭便能得到改善）；

③**强心药不轻易用——因为缺氧**；

应用指征：感染已控制、呼吸功能已改善、利尿药不能取得良好疗效而反复水肿的心力衰竭患者、合并左心衰；

④利尿药：选**温和利尿药、小剂量使用，并联合利尿药**；

⑤扩血管：**不轻易用——**因为体循环血压会下降；应用指征：顽固性心力衰竭。

7. 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**；

8. **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。

9. FEV<sub>1</sub>在 COPD 及哮喘的肺功能检查中最为重要

	目的	吸入试剂	阳性指标
支气管舒张试验	可逆性鉴别 COPD	<b>沙丁胺醇</b>	<b>FEV<sub>1</sub>较用药前增加&gt;12%，且其绝对值增&gt;200ml</b>
支气管激发试验	气道反应性诊断不典型哮喘	<b>乙酰甲胆碱</b>	<b>FEV<sub>1</sub>下降&gt;20%</b>

10. 支气管哮喘诊断标准

(1) **反复发作性喘息、气急、胸闷或咳嗽**，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。

(2) 发作时在双肺可闻及**散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长**。

(3) 上述症状**可经治疗缓解或自行缓解**。

(4) 除外其他疾病引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。

(5) 临床表现不典型者(如无明显喘息或体征)至少应有下列三项中的一项：**①**

**支气管激发试验或运动试验阳性；②支气管舒张试验阳性；③昼夜PEF变异率>20%。**

符合(1)~(4)条或(4)、(5)条者，可以诊断为支气管哮喘。

11. 支气管哮喘急性发作期的治疗

	轻度	中度	重度	危重
精神状态	可有焦虑, 尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑、烦躁	嗜睡或意识模糊
辅助呼吸肌活动和三凹征	常无	可有	常有	胸腹矛盾运动
脉率(次/分)	<100	100~120	>120	慢或不规则
奇脉	无	可有	常有	无
治疗	糖皮质激素+ <b>间断</b> 吸入 $\beta_2$ 受体激动剂	糖皮质激素+ <b>规则</b> 吸入 $\beta_2$ 受体激动剂	糖皮质激素+ <b>持续</b> 吸入 $\beta_2$ 受体激动剂	必要时机械通气

12. 支气管舒张药, 是缓解哮喘急性发作症状的**首选药物**。
13. 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。
14. 支扩主要临床表现为**慢性咳嗽, 咳大量脓痰、反复咯血**。
15. 肺脓肿**仰卧位时, 好发于上叶后段或下叶背段, 坐位时好发于下叶后基底段**。(助理不涉及)
16. 肺脓肿主要特征:**高热、咳嗽和咳大量脓臭痰**。(助理不涉及)
17. 肺炎链球菌肺炎

症状	发热: 稽留热; <b>咳铁锈色痰</b> 疾病特点: 不易形成空洞
体征	叩诊——浊音; 触觉震颤——实变时增强, 积液是减弱
X线	实变期表现为大片炎症浸润阴影或实变影
用药	<b>首选青霉素</b> ; 次选头孢曲松

18. 金黄色葡萄球菌肺炎

症状	起病: <b>急骤、寒战</b> ; 前驱: <b>皮肤可有感染灶</b> 、稽留热; 咳脓痰、脓血痰
体征及检查	全身中毒症状重、双肺湿啰音、肺实变; 核左移
X线	肺实变, 早期形成空洞



用药	万古霉素；金葡萄耐药率高达 90%
----	-------------------

19. 克雷伯杆菌肺炎

症状	起病：急；先驱：上感，发热 <b>砖红色胶冻痰</b>
体征	湿啰音、肺不张
X线	<b>叶间隙下坠</b> 、蜂窝状肺脓肿
用药	氨基糖苷类或与第三代头孢联合

20. 支原体肺炎实验室检查：冷凝集试验、IgM 抗体的测定、肺炎支原体抗原测定，表现有刺激性咳嗽，首选药物为**大环内酯类抗生素**，因肺炎支原体无细胞壁，青霉素或头孢菌素类等抗生素无效。

21. PPD 阳性临床意义

成人+~++

曾经结核性感染（城市居民感染率达 80%），  
不能诊断为结核病

成人+++

体内有活动性结核或淋巴结结核和结核性胸膜炎，  
具有诊断价值

3 岁以下婴幼儿+~+++

**均表示活动性结核病**

22. 原发型肺结核：呈**哑铃形阴影**，即**原发病灶、引流淋巴管炎和肿大的肺门淋巴结**。

23. **X线检查**：首选，是早期发现肺结核的最主要方法。**痰培养结核分枝杆菌阳性**；常为结核病诊断的**“金标准”**。

24. 肺结核治疗原则：**早期、规律、全程、适量、联合**。

25. 抗结核药：五种一线药名称及英文缩写

H-异烟肼；R-利福平；E-乙胺丁醇；S-链霉素；Z-乙胺丁醇

26. I 型呼衰与 II 型呼衰的对比：

	I 型呼衰	II 型呼衰
别称	低氧血症型	高碳酸血症型



血气	$\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$	$\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ , $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$
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、急性呼吸窘迫综合征、急性肺栓塞等	COPD 最常见

27.  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 降低是诊断 ARDS 的必要条件，正常值为 400~500， $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$  是诊断 ARDS 的必备条件。一旦诊断 ARDS，应尽早进行机械通气，采用肺保护通气策略。（助理不涉及）

28. 胸腔积液渗出液与漏出液对比

指标	渗出液	漏出液
外观	草黄色多见，多有凝块	透明清亮，静置不凝
相对密度（比重）	$> 1.018$	$< 1.018$
细胞计数	$> 500 \times 10^6/\text{L}$	$< 100 \times 10^6/\text{L}$
蛋白定量试验	$> 30\text{g}/\text{L}$	$< 25\text{g}/\text{L}$
细胞分类	各种细胞增多（以中性、淋巴细胞为主）	以淋巴细胞和间皮细胞为主
葡萄糖定量	低	降低不明显
细菌学检查	可找到病原菌	阴性
积液/血清总蛋白比值	$> 0.5$	$< 0.5$
积液/血清 LDH 比值	$> 0.6$	$< 0.6$
LDH	$> 200\text{IU}$	$< 200\text{IU}$
Rivalta 试验	阳性	阴性

29. 胸腔积液定位检查首选的是：B 超。

30. 胸腔积液确诊的检查是：胸腔穿刺。

31. 胸腔积液：成人血胸的量  $< 500\text{ml}$  为少量血胸， $500 \sim 1000\text{ml}$  为中量血胸， $> 1000\text{ml}$  为大量血胸。

32. 引流气体一般在**前胸壁锁骨中线第 2 肋间隙**；引流液体则在**腋中线与腋后线间第 6~8 肋间隙**；如果是局限性气胸，则应根据 X 线胸片或在透视下选择适当部位进行插管排气引流。一次抽气量**不宜超过 1000ml，每日或隔日抽气 1 次**。
33. **第 4~7 肋骨**最易发生骨折。
34. 闭合性、张力性、开放性气胸对比

	闭合性气胸	张力性气胸	开放性气胸
别称	单纯性气胸	高压性气胸	交通性气胸
胸膜裂口	小	呈单向活瓣作用	大，持续开启
皮下气肿	无	有	无
纵隔摆动	无	无	有
抽气表现	抽气后压力下降	压力先下降，后迅速增高	抽气后数分钟压力复升
治疗要点		<b>立即穿刺抽气</b> <b>自觉症状重者行闭式引流</b> <b>必要时开胸探查</b>	<b>立即将开放性变为闭合性，重者行闭式引流</b> <b>必要时开胸探查</b>

35. **以胸骨角与第 4 胸椎下缘的水平连线为界**，把纵隔分成**上、下**两部。含有很多重要器官的纵隔间隙，称为“内脏器官纵隔”（以往称为中纵隔）；在气管、心包前面的间隙为**前纵隔**；在气管、心包后方的称为**后纵隔**。（助理不涉及）

前上纵隔	胸腺瘤（最常见）
前纵隔	畸胎瘤、皮样囊肿
中纵隔	淋巴源性肿瘤、心包囊肿、气管或支气管囊肿
后纵隔	<b>神经源性肿瘤（最常见）</b>

## 心血管系统高频考点速记 40 条

- 心力衰竭的最常见的诱因是**感染**。
- 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。

### 3. 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。

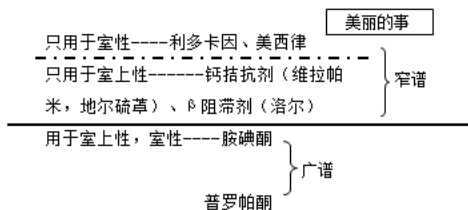
### 4. 心衰表现: 左心衰—肺淤血; 右心衰—体循环淤血。

5. 全心衰: 左心衰后右心衰→右心排血少→肺动脉血少→肺淤血少→呼吸困难减轻。

6.  $\beta$ 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。

7. 急性左心衰治疗: 取坐位, 双腿下垂, 吸氧; 吗啡, 伴  $\text{CO}_2$  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。

### 8. 心律失常药:



9. 房颤: 心律绝对不规则、第一心音强弱不等、脉短绌。

10. 房颤抗凝治疗: 华法林: 前三后四。

11. **房颤治疗：转复窦律或控制心率。**转复窦律：药物转复（普罗帕酮、胺碘酮）、电转复（有血流动力学障碍和药物转复无效者）；控制心率： $\beta$ 受体阻滞剂、维拉帕米、洋地黄类。
12. 阵发性室上性心动过速特点：**突发突止、整齐。**
13. 阵发性室上性心动过速治疗：**刺激迷走神经**；腺苷、维拉帕米、普罗帕酮等静脉注射；电复律；射频消融。
14. **室早：提前发生的、宽大畸形的**QRS波，时限通常 $>0.12$ 秒，其前无P波；代偿间歇完全。
15. **室速有心室夺获和室性融合波。**
16. **终止室颤最有效的方法是电除颤**，只有室颤用**非同步**。
17. 房室传导阻滞：  
一度传导阻滞：**每个心房冲动都传至心室，但PR间期 $>0.20$ 秒**  
二度I型传导阻滞：**PR间期进行性延长，直至一个P波受阻不能下传心室**  
二度II型传导阻滞：**PR间期恒定，部分P波后无QRS波**  
三度传导阻滞：**房室各自独立，P波与QRS波无关，心房率 $>$ 心室率，QRS正常或增宽**
18. 心脏骤停**核心表现**：意识丧失，呼之不应；大动脉搏动消失；自主呼吸停止；瞳孔散大、对光反射消失。
19. 心肺复苏的救治顺序（**CAB**）：  
胸外按压（C） $\rightarrow$ 开放气道（A） $\rightarrow$ 人工呼吸（B）
20. 胸外按压部位**两乳头连线与胸骨交点**；深度**5~6cm**；频率**100~120次/分**；按压和通气比例为**30:2**。
21. **高血压分级：**

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
理想血压	$<120$	$<80$
正常高值	120~139	80~89
1级高血压（“轻度”）	140~159	90~99

亚组: 临界高血压	140~149	90~94
2 级高血压 (“中度”)	160~179	100~109
3 级高血压 (“重度”)	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90

## 22. 高血压危险分层:

	血压 (mmHg) ↓		
	1 级 SBP140~159 或 DBP90~99	2 级 SBP160~179 或 DBP100~109	3 级 SBP≥180 或 DBP≥110
无危险因素	低危	中危	高危
1~2 个危险因素	中危	中危	很高危
≥3 个危险因素或靶器官损害	高危	高危	很高危
并发临床情况或糖尿病	很高危	很高危	很高危

23. 老年人收缩期高血压的降压目标水平, 收缩压控制在 150mmHg 以下, 如能耐受, 可降至 140mmHg 以下, 舒张压 <90mmHg 但不低于 65~70mmHg。

24. 原发性醛固酮增多症: 长期高血压伴低钾血症。药物可选择醛固酮拮抗剂螺内酯和长效钙拮抗药。(助理不要求)

25. 嗜铬细胞瘤, 典型表现为阵发性血压升高伴心动过速、头痛、出汗、面色苍白。发作期间测定血或尿儿茶酚胺或其代谢产物 3-甲氧基-4-羟基苦杏仁酸显著增高, 提示本病。(助理不要求)

26. 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。

27. 心绞痛持续时间 3~5min, 不少于 1min、不超过 15min。

28. 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。

29. 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。

30. 二尖瓣狭窄程度分级: 正常(4~6cm<sup>2</sup>), 轻度(1.5~2cm<sup>2</sup>), 中度(1~1.5cm<sup>2</sup>), 重度(<1cm<sup>2</sup>)。

31. 主动脉瓣关闭不全: 可有脉压增大、周围血管征、“靴型心”。

32. 肥厚梗阻性心肌病: 患者在胸骨左缘第 3~4 肋间可闻及粗糙、收缩期喷射样杂音。

33. 肥厚性心肌病的杂音:

杂音减轻---心肌收缩力下降或左室容量增加:  $\beta$ 受体阻滞剂、下蹲位、举腿;

杂音增强---心肌收缩力增强或左室容量减少: 硝酸甘油、Valsalva 动作、洋地黄。

34. 休克失血量估算

程度			皮肤黏膜			血压	体表血管	尿量	估计失血量
	神志	口渴	色泽	温度	脉搏				
轻度	紧张痛苦	口渴	开始苍白	正常, 发凉	100次/分以下, 尚有力	收缩压正常或稍升高, 舒张压增高, 脉压缩小	正常	正常	20%以下 (800ml 以下)
中度	表情淡漠	很口渴	苍白	发冷	100~200次/分	收缩压为 70~90mmHg, 脉压缩小	表浅静脉塌陷 毛细血管充盈迟缓	尿少	20%~40% (800~1600ml)
重度	意识模糊	非常口渴, 无	显著苍白, 肢	厥冷 (肢端更明	速而细弱, 或摸不清	收缩压在 70mmHg 以下或测不到	毛细血管充盈非常	尿少或无尿	40%以上 (1600ml 以上)

甚至昏迷	主诉	端青紫	显)			迟缓 表 浅静脉 塌陷	
------	----	-----	----	--	--	----------------------	--

35. **中心静脉压 (CVP)**：反映右心前负荷，CVP 的正常值为 **5~10cmH<sub>2</sub>O**

① **<5cmH<sub>2</sub>O 时**，表示血容量不足；

② **>15cmH<sub>2</sub>O 时**，提示心功能不全、静脉血管床过度收缩或肺循环阻力增高；

③ **>20cmH<sub>2</sub>O 时**，则表示存在充血性心力衰竭。

36. **中心静脉压与补液的关系**

中心静脉压	血压	原因	处理原则
<b>低</b>	<b>低</b>	血容量严重不足	充分补液
<b>低</b>	<b>正常</b>	血容量不足	适当补液
<b>正常</b>	<b>低</b>	心功能不全或血容量不足	补液试验
<b>高</b>	<b>低</b>	心功能不全或血容量相对过多	给强心药，纠正酸中毒，舒张血管
<b>高</b>	<b>正常</b>	容量血管过度收缩	舒张血管

37. 血栓闭塞性脉管炎病因：**吸烟**、寒冷潮湿的生活环境、慢性损伤和感染、免疫功能紊乱等。**通常始于中小动脉，然后累及静脉。多见于吸烟嗜好的青壮年男性**，有游走性静脉炎病史；患肢有不同程度的缺血症状，**足背和（或）胫后动脉搏动减弱或消失**。（助理不要求）

38. 血栓闭塞性脉管炎分期：（助理不要求）

	症状	动脉搏动	组织
一期	<b>无明显临床症状</b>	减弱	开始缺血
二期	<b>活动后间歇性跛行</b>	消失	缺血加重
三期	<b>静息痛</b>	消失	濒死



四期	坏疽	消失	坏死
----	----	----	----

39. 单纯性下肢静脉曲张发病机制: **瓣膜承受压力大**; 长期站立、重体力劳动、妊娠、慢性咳嗽; **静脉压力升高**。

40. 静脉系统通畅试验

大隐静脉瓣膜功能试验 (**Trendelenburg 试验**)

深静脉通畅试验 (**Perthes**)

交通静脉瓣膜功能试验 (**Pratt 试验**)

### 消化系统高频考点速记 50 条

1. 胃食管反流病的典型症状: **烧心和反酸**。**内镜**检查是诊断反流性食管炎最准确的方法。**质子泵抑制剂 (奥美拉唑)**是目前疗效和维持药物最好的药物。

2. 食管癌中晚期临床表现: **进行性吞咽困难**。

3. 食管癌的诊断: **纤维胃镜+活检**是确诊食管癌的首选方法。

4. 两个特殊的急性应激性胃炎

**Curling 溃疡**——烧伤

**Cushing 溃疡**——中枢神经系统病变

5. B/A 型胃炎的鉴别

	<b>多灶萎缩性胃炎 (B 型)</b>	<b>自身免疫性胃炎 (A 型)</b>
发病率	很常见	少见
部位	胃窦	胃体、胃底
病因	<b>HP 感染</b>	<b>自身免疫反应</b>
贫血	无	常伴贫血, 甚至恶性贫血
血清维生素 B <sub>12</sub>	正常	降低
内因子抗体	无	+
壁细胞抗体	+ (30%)	<b>+ (90%)</b>
胃酸	正常或偏低	显著降低



血清促胃液素（TANG 补充，重要）	正常或偏低	明显增高
--------------------	-------	------

6. 慢性胃炎的治疗：**主要是根除 Hp 的治疗。质子泵抑制剂+胶体铋+2种抗生素。**
7. 十二指肠溃疡 DU——**饥饿痛**：疼痛在两餐之间发生，持续至下餐进食后缓解；部分在午夜发生（夜间痛）。补充：**疼痛——进食——缓解。**
8. 胃溃疡 GU——**餐后痛**：餐后约 1 小时（助理为 0.5~1 小时）发生，经 1~2 小时后逐渐缓解。补充：**进食——疼痛——缓解。**
9. 消化性溃疡胃镜检查及胃黏膜活组织检查——**确诊首选。**
10. 消化性溃疡药物治疗针对病因：**根除 Hp——彻底治愈的关键**，Hp 根除——四联疗法，**PPI、胶体铋**（都选）+两种抗生素，PPI（如奥美拉唑），枸橼酸铋钾（胶体次枸橼酸铋）。
11. 消化性溃疡胃大部切除术，**切除胃远侧 2/3~3/4**，包括**幽门和部分十二指肠球部**。吻合口径 3~4cm 左右。①毕 I 式：术后将残留胃直接和十二指肠吻合；②毕 II 式：术后将残留胃和上端空肠吻合，十二指肠残端缝合。
12. 胃大部切除术后早期并发症：**①术后出血；②十二指肠残端破裂；③肠胃壁缺血坏死、胃肠吻合口破裂或漏；④术后梗阻；⑤胃瘫。**
13. 胃大部切除术后远期并发症：**①倾倒综合征；②碱性反流性胃炎；③吻合口溃疡；④残胃癌；⑤营养性并发症。**
14. 消化性溃疡术后梗阻①急性完全性输入段梗阻：**呕吐“食物”，不含胆汁。**②慢性不完全性输入段梗阻：**呕吐大量“胆汁”。**③输出段梗阻：**呕吐“食物+胆汁”。**
15. 肝癌与胃癌数据包

肝癌	胃癌
微小肝癌：≤2cm	微小胃癌：≤5mm
小肝癌：2cm<直径<5cm	小胃癌：≤10mm
大肝癌：5cm<直径<10cm	早期胃癌：局限在黏膜层和黏膜下层

巨大肝癌: > 10cm

16. 肝硬化病理改变——3个特点: ① **广泛的肝细胞坏死**; ② **残存肝细胞结节性再生**; ③ **结缔组织增生与纤维隔形成**, 导致 **肝小叶结构破坏和假小叶形成**——肝硬化标志性病理特征。

17. 侧支循环建立和开放, 门静脉的交通支“4”: ① **胃底-食道下段交通支**; ② **直肠下端-肛管交通支**; ③ **前腹壁交通支**; ④ **腹膜后交通支**。

18. 腹水是 **肝硬化失代偿期最常见和最突出**的表现。

19. 肝穿刺活组织检查: **假小叶形成——确诊肝硬化**。

20. 肝性脑病的 **确诊**检查: 血中血氨水平。

21. 肝性脑病分期

分期	症状	体征	脑电图
0 潜 伏 期	<b>无行为、性格异常</b>	无病理征	正常, 智力测试轻微异常
一 期	<b>轻度</b> 性格改变和行为失常	可有扑翼样震颤	多 <b>正常</b>
二 期	<b>嗜睡、行为异常为主</b> 。定向力、理解力减退, 不能完成简单的计算和智力构图, 言语不清、书写障碍	可出现腱反射亢进、肌张力增高、踝阵挛及 Babinski 征 (+)。扑翼样震颤存在	<b>特征性改变</b>
三 期	以 <b>昏睡和精神错乱为主, 可唤醒</b>	神经体征加重, 扑翼样震颤仍可引出	<b>有异常波形</b>
四 期	<b>神志完全丧失</b>	浅昏迷: 对痛刺激和不适体位尚有反应; 深昏迷: 各种反射消失, 瞳孔散大。扑翼样震颤无	<b>明显异常</b>

## 22. 肝性脑病药物治疗

目的	药物
(1) 减少肠道氨的生成和吸收	①乳果糖
	②抗生素
	③导泻或灌肠
(2) 促进体内氨代谢	①L-鸟氨酸-L-天冬氨酸
	②谷氨酸
(3) 减少或拮抗假性神经递质	支链氨基酸

23. 急性胆囊炎 **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。

24. 肝外胆管结石的临床表现：**典型的 Charcot 三联征，即腹痛、寒颤高热、黄疸。**

25. 急性梗阻性化脓性胆管炎 (AOSC) 病因——**最常见胆管结石**——梗阻；G<sup>-</sup>菌、阳性菌及厌氧菌。临床表现——**Reynolds 五联症：腹痛、寒颤高热、黄疸、休克、神经中枢系统受抑制。**

26. 急性胰腺炎 **腹痛为主要表现和首发症状。体征：腹肌紧张，反跳痛。**

27. 急性胰腺炎

(1) 血清淀粉酶：**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。血清淀粉酶超过正常值3倍以上可确诊。

(2) 尿淀粉酶：**12~14**小时升高；持续**1~2**周。

(3) 血清脂肪酶：**24~72**小时后上升，持续7~10天——就诊较晚者。

胰腺癌的临床表现：最常见：**腹痛、黄疸和消瘦**，黄疸是胰头癌最主要的临床表现，呈进行性加重。查体时**可扪及囊性、无压痛、光滑并可推移的胀大胆囊**，成

为 Courvoisier 征。

28. 溃结 VS 克罗恩病——核心鉴别!

	溃疡性结肠炎	结肠克罗恩病
症状	脓血便多见	有腹泻, 但脓血便少见
病变分布	<b>连续性</b>	<b>节段性</b>
肛门周围病变	少见	常见
直肠受累	绝大多数受累	少见
末段回肠受累	罕见	多见
肠腔狭窄	少见, 中心性	多见, 偏心性
瘻管形成	<b>罕见</b>	<b>多见</b>
内镜表现	溃疡浅, 黏膜弥漫性充血水肿, <b>颗粒状</b> , 脆性增加	<b>纵行溃疡, 伴周围黏膜正常或鹅卵石样改变</b>
组织学特征	黏膜/黏膜下层, 隐窝脓肿	全层裂隙状溃疡、上皮样肉芽肿

29. 肠梗阻的临床表现: **腹痛、呕吐、腹胀、停止自肛门排气排便。**

30. 单纯性与绞窄性肠梗阻鉴别

鉴别要点	单纯性	绞窄性
全身情况	轻度脱水征	重病容, 脱水明显
发病	渐起	急骤, 易致休克
<b>腹痛</b>	<b>阵发性</b>	<b>持续、剧烈</b>
呕吐	高位频繁、胃肠减压后可缓解	早、频繁, 胃肠减压后不缓解
呕吐物	胃肠液	可为血性液
触诊	<b>无腹膜刺激征</b> , 可及肿胀肠袢	<b>有腹膜刺激征</b> , 无肿物可及
肠鸣音	肠鸣音亢进, 呈气过水音	不亢进, 或消失

腹腔穿刺	(-)	可得血性液
X线	有液平	孤立、胀大的肠袢

31. 结肠癌：**右半结肠以全身症状、贫血、腹部肿块为主，左半结肠癌以肠梗阻、便秘、腹泻、便血为主。**

32. 阑尾炎特殊体格检查：结肠充气试验**协助**诊断；腰大肌试验阑尾为盲肠**后位**；闭孔内肌试验阑尾靠近闭孔内肌一一**较低**；直肠指诊盆腔阑尾炎、盆腔积脓。

33. 急性阑尾炎的首选检查是：**B超**。

34. 急性阑尾炎=典型的**转移性右下腹痛**+麦氏点压痛、反跳痛、肌紧张。

35. 肛裂典型的临床表现：**疼痛、便秘和出血**。局部检查发现肛裂“三联征”即**肛裂、前哨痔和齿状线上相应的乳头肥大**时即可确诊。

36. 肛裂=**排便时伴有剧痛+二次疼痛伴中间间歇期**+大便表面带有鲜血。

37. 肛裂最好发部位是**后正中线，截石位6点**。

38. 内痔主要表现为**出血和脱出，无痛性间歇性便后鲜血**是其常见症状。

39. 内痔好发部位截石位**3、7、11点**。

40. 直肠癌肠壁狭窄症状是**大便变形、变细**，严重时出现低位肠梗阻的症状。**直肠指检**：简单而最重要的检查方法，是临床门诊首选的检查方法。直肠癌中：**筛查用大便潜血试验；首选检查：直肠指诊；确诊检查：纤维结肠镜+活检**。（助理不要求）

41. 经腹腔直肠癌切除术（Dixon，直肠前切除术，目前应用最多）腹膜反折以上一一**肿瘤下缘距齿状线>5cm**。要求：**远端切缘距癌肿下缘2cm以上**。（助理不要求）

42. 腹会阴联合直肠癌根治术（Miles手术）腹膜反折以下切除范围：切除范围包括乙状结肠远端、全部直肠、肠系膜下动脉及其区域淋巴结直肠管及肛门周围**约5cm直径的皮肤、皮下组织及全部肛管括约肌**，于左下腹行永久性结肠造口。（助理不要求）

43. 经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术（Hartmann手术）适用于**全身情况差**，不能耐受 Miles 手术或急性梗阻不宜行 Dixon 手术的直肠癌患者。（助理不要求）

44. 斜疝：**儿童、青壮年**一一**突出于腹股沟管**一一**进入阴囊**一一梨形一一**易嵌顿**

——压住深环，疝块不再突出。

45. 直疝：**老年**——**突出于直疝三角**——**不进入阴囊**——**基底宽**——**半球形**——**不易嵌顿**——**压住深环，疝块仍能突出**。

46. 股疝：**多见于40岁以上妇女**，腹股沟韧带下方卵圆窝处表现为半球形的突起。平卧回纳内容物后，疝块有时并不完全消失。咳嗽冲击感也不明显，**较易嵌顿和绞窄**。

47. McVay法：加强腹股沟管**后壁**。适用于**后壁薄弱严重患者、巨大斜疝，还最常用于股疝修补，直疝患者更多用此术**。

48. 脾破裂在坚持“**抢救生命第一，保留脾第二**”的原则下，尽量保留脾脏。

49. 肝破裂手术治疗的基本要求是**彻底清创、确切止血、消除胆汁溢漏和建立通畅的引流**。

50. 腹部闭合性损伤的手术原则：**做好急诊手术前准备，力争早期手术**。

## 泌尿系统高频考点速记 30 条

1. 镜下血尿：**离心后尿沉渣镜检红细胞 $>3$ 个/高倍视野**。

2. 肉眼血尿：**1L尿中含1ml血**即呈现肉眼血尿。

3. 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**。

4. **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。

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

6. 蛋白尿原因：

(1) **肾小球性蛋白尿**——**内皮细胞间隙增宽**——**中+大分子量**

(2) **肾小管性蛋白尿**——**小分子量( $\beta_2$ -MG)**

(3) **溢出性蛋白尿**——**尿蛋白 $>1g/d$ ，小分子量(本周蛋白)**

(4) **分泌性及组织性蛋白尿**由于肾及泌尿道本身结构的蛋白质或其分泌排泄的蛋白质混入尿中所致。

7. 急性肾小球肾炎: **血尿、蛋白尿、水肿和高血压。**
8. 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。
9. 急性肾小球肾炎治疗: 本病以 **休息和对症治疗** 为主; 青霉素抗感染治疗; 不宜应用激素及细胞毒类药物。
10. 急进性肾小球肾炎: **血尿、进行性少尿、肌酐明显升高。**
11. 急进性肾小球肾炎 **肾活检是金标准**, 病理改变特征为肾小球广泛 **新月体形成** (>50%的肾小球有新新月体形成), 又名新月体性肾炎。(助理不要求)
12. 慢性肾小球肾炎: 血尿、蛋白尿、水肿、高血压 **>3 个月**。
13. 慢性肾小球肾炎通常血压控制为 140/90mmHg, 若尿蛋白 **大于 1g/d, 130/80mmHg 以下更为理想**。
14. 肾病综合征: ①尿蛋白定量 **超过 3.5g/d**; ②血浆白蛋白 **低于 30g/L**; ③水肿; ④高脂血症。
15. 肾病综合征治疗: **糖皮质激素、免疫抑制剂(环磷酰胺)**。
16. 急性肾盂肾炎: **尿频、尿急、尿痛+腰痛+肾区叩击痛+白细胞管型**, 检查 **清洁中段尿培养**。 **2 周疗法**, 首选喹诺酮。
17. 慢性肾盂肾炎: **反复尿频、尿急、尿痛(时间>6 个月)+肾盂变形, 检查用肾盂静脉造影**。
18. 急性膀胱炎: **尿急、尿频、尿痛**、排尿困难。目前推荐 **3 日疗法**, 首选 **喹诺酮**。
19. 急性细菌性前列腺炎发病寒战和高热, **尿频、尿急、尿痛**, 会阴部坠胀痛。**常用喹诺酮类药物, 疗程 7 天**。
20. 慢性细菌性前列腺炎: **尿频、尿急、尿痛+尿道口“滴白”**。首选 **红霉素**、复方磺胺甲 唑、多西环素等具有较强穿透力的抗菌药物。
21. 尿路结石的治疗

结石直径/部位	处理
<b>&lt;0.6cm</b>	喝水、药物
<b>0.6~2.0cm</b>	肾、输尿管上段 体外冲击波 (ESWL)



>2.0cm	肾	经皮肾镜取石
--------	---	--------

22. 膀胱癌为**间歇性无痛性全程肉眼血尿**。中老年常见。

23. 老年男性常见前列腺增生。**尿频夜间更常见**，进行性排尿困难。

24. 前列腺增生首选检查：**直肠指诊**。

25. 前列腺增生的治疗

(1) 观察等待如症状较轻，不影响生活与睡眠，**一般无须治疗**可观察等待，但应密切随访。

(2) 药物治疗适用于尿路梗阻症状较轻者。

1) **α受体拮抗剂**：常用药物有**特拉唑嗪**。

2) **5α还原酶抑制剂**：常用药物有**非那雄胺**和**度他雄胺**。

(3) 手术治疗

经尿道前列腺电切术(TURP)，效果较确切，创伤小，适用于绝大多数前列腺增生患者。

26. 肾癌典型三大症状：**血尿、疼痛、肿块**。根治性肾切除。

27. 肾盂癌早期即可出现**间歇无痛性肉眼血尿**，伴有**条形血块**，**IVU肾盂充盈缺损**(与肾癌最大的不同)，根治手术：**切除患肾及全长输尿管**。(助理不要求)

28. **骑跨伤**是前尿道损伤典型的致病因素。**骨盆骨折**是后尿道损伤最主要原因。

29. 前/后尿道损伤

	前尿道损伤	后尿道损伤
部位	球部	膜部
病因	骑跨	骨盆骨折
最主要表现	尿道口溢血	休克
尿液外溢的范围	阴囊、阴茎筋膜、下腹壁	耻骨后间隙、膀胱周围
引流尿液	导尿	耻骨上膀胱穿刺造瘘
治疗	耻骨上膀胱造瘘；尿道端端吻合术	尿道会师牵引术

30. 鞘膜积液总结

<b>睾丸鞘膜积液</b>	最常见；透光试验阳性，触不到睾丸
<b>交通性鞘膜积液</b>	站立位时阴囊肿大，平卧后消失

## 女性生殖系统高频考点速记 26 条

1. 外伤后易形成水肿的女性生殖结构是: **大阴唇。**
2. 宫体与宫颈之比, **青春期为 1: 2, 成年妇女为 2: 1, 老年妇女为 1: 1。**
3. 妊娠期**子宫峡部**逐渐伸展变长, **妊娠末期可达 7~10cm, 形成子宫下段**, 成为软产道一部分。
4. 子宫韧带

韧带	作用
圆韧带	维持子宫呈 <b>前倾</b> 位置
阔韧带	保持子宫位于 <b>盆腔中央</b> 的位置
主韧带	固定宫颈位置, 保持子宫 <b>不致下垂</b> 的主要韧带
宫骶韧带	向后上牵引子宫颈, 并与子宫圆韧带共同维持子宫的 <b>前倾前屈位</b>

### 5. 雌孕激素对附性器官的作用

拮抗		雌激素	孕激素
		宫颈口	使宫颈口松弛、扩张
宫颈黏液		<b>量多, 稀薄, 易拉丝</b>	<b>量少、黏稠、不易拉丝</b>
		<b>镜下: “羊齿植物状”</b>	<b>镜下: “成行排列的椭圆体”</b>
子宫内 膜		使子宫内膜腺体和间质增殖	<b>从增殖期转化为分泌期</b>
子宫肌		促进子宫肌细胞增生和肥大, 肌层增厚; 增进血运, 促使和维持子宫发育; 增加子宫平滑肌对缩宫素的敏感性	降低子宫平滑肌兴奋性及其对缩宫素的敏感性
			抑制子宫收缩
输卵管		促进输卵管肌层发育, 加强输卵管平滑肌节律性收缩振幅	抑制输卵管平滑肌节律性收缩频率和振幅
阴道上		增生、角化、富含糖原	加快阴道上皮细胞脱落

	皮	
乳腺 (协同)	促使 <b>乳腺管</b> 增殖, 乳头、乳晕着色	促进 <b>乳腺小叶及腺泡</b> 发育

6. 停经 **6~8周** 双合诊检查子宫峡部极软, **感觉宫颈与宫体之间似不相连, 称为黑加征。**

### 7. 推算预产期

EDC (月) = LMP (月) - 3 (或+9)

EDC (日) = LMP (日) + 7

8. 骨盆径线与骨盆测量:

→入口平面

入口径线	测量方式、正常值	诊断、影响
<b>前后径 (真结合径)</b>	<b>骶耻外径 (18~20cm)</b> <b>对角径 (12.5~13cm)</b>	骶耻外径 < 18cm 对角径 < 11.5cm →确诊入口狭窄, 影响胎头入盆
横径	髂棘间径 (23~26cm) 髂嵴间径 (25~28cm)	
斜径		

→中骨盆平面

中骨盆径线	测量方式、正常值	诊断、影响
前后径		
<b>横径</b>	<b>坐骨棘间径 (10cm)</b> <b>坐骨切迹宽度 (三横指)</b>	<b>坐骨棘间径 &lt; 10cm</b> <b>坐骨切迹宽度 &lt; 二横指</b> →确诊中骨盆狭窄

→出口平面

出口径线	测量方式	诊断、影响
前后径		

横径	坐骨结节间径(8.5~9.5) 耻骨弓角度(90度以上)	坐骨结节间径 $<7.5$ 、耻骨弓角度 $<90^\circ$ →出口可能狭窄 <b>坐骨结节间径+后矢状径<math>&lt;15\text{cm}</math></b> →确诊出口狭窄
后矢状径		
前矢状径		

9. 异常产褥三大症状——**发热、疼痛、异常恶露。**

10. 妊娠期高血压、子痫前期、子痫诊断依据

分类	诊断依据
妊娠期高血压	妊娠 20 周后出现高血压 <b>血压: 收缩压<math>&gt;140\text{mmHg}</math> 和/或舒张压<math>&gt;90\text{mmHg}</math>, 产后 12 周内恢复正常。</b> 尿蛋白: 阴性 (-) 注意: 产后方可确诊
子痫前期	<b>必要条件——妊娠 20 周后出现收缩压<math>&gt;140\text{mmHg}</math> 和/或舒张压<math>&gt;90\text{mmHg}</math></b> <b>要么——伴有蛋白尿<math>&gt;0.3\text{g}/24\text{h}</math>, 或随机尿蛋白 (+)</b> <b>要么——无蛋白尿, 但合并下列任何一项者:</b> →血小板减少(血小板 $<100 \times 10^9/\text{L}$ ) →肝功能损害(血清转氨酶水平为正常值 2 倍以上) →肾功能损害(血肌酐水平大于 $1.1\text{mg}/\text{dl}$ 或为正常值 2 倍以上) →肺水肿(心衰征象) →新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍
子痫	子痫前期基础上发生 <b>抽搐</b> , 不能用其它原因解释

### 11. 胎心减速

类型	临床意义
早期减速	胎头受压
变异减速	脐带受压
晚期减速	胎盘功能减退, 胎儿宫内窘迫

### 12. 胎盘功能检查

监测方法	异常指标
胎动	胎动 < 10 次/2 小时 —— 提示胎盘功能减退
测定孕妇尿中雌三醇	定量测定: < 10mg/24h 随意尿测得雌激素/肌酐 (E/C) 比值 < 10 —— 提示胎盘功能减退
测定孕妇血清游离雌三醇值	< 40nmol/L —— 提示胎盘功能减退
测定孕妇血清胎盘生乳素 (HPL)	< 4mg/L, 或突然降低 50% —— 提示胎盘功能减退
缩宫素激惹试验 (OCT)	OCT 阳性 —— 提示胎盘功能减退

### 13. 正常产程曲线

第一产程 (0~10cm)	潜伏期 (规律宫缩至 4~6cm)	初产妇一般不超过 20 小时, 经产妇不超过 14 小时
	活跃期 (4~6cm 开始至宫口开全)	宫口扩张速度应 $\geq 0.5$ cm/h
第二产程 (胎儿娩出)		初产妇最长不应超过 3 小时, 经产妇不应超过 2 小时;

期)	实施硬膜外麻醉镇痛者, 可在此基础上延长 1 小时, 即初产妇最长不应超过 4 小时, 经产妇不应超过 3 小时
第三产程 (胎盘娩出期)	需时: 5~15 分钟, 不超过 30 分钟

#### 14. 技巧总结



“S=-2 以上” —— 胎头未入盆、未衔接 —— 未通过入口平面

“S=-1~0” —— 已入盆、衔接 —— 已经通过入口平面

“S=-1~+1” —— 胎头正在通过中骨盆 (还没通过)

“S=+3~+4” —— 胎头已通过中骨盆, 到达骨盆底

#### 15. 异常产程曲线

潜伏期延长	初产妇大于 20 小时, 经产妇 > 14 小时, 称潜伏期延长
活跃期延长	宫颈口扩张速度 < 0.5cm/h, 称活跃期延长
活跃期停滞	进入活跃期后, 宫口不再扩张达 4 小时以上
第二产程延长	初产妇超过 3 小时 (硬膜外麻醉无痛分娩时以超过 4 小时为标准)、经产妇超过 2 小时尚未分娩
胎头下降延缓	活跃期晚期及第二产程, 胎头下降速度慢 —— 初产妇 < 1.0cm/h, 经产妇 < 2.0cm/h
胎头下降停滞	活跃期晚期胎头停留在原处不下降 1 小时以上
滞产	总产程超过 24h

16. 枕先露的分娩机制

衔接	衔接的胎头径线: 枕额径 衔接后胎头最低点: $S = -1 \sim 0$
下降	下降过程贯穿分娩全过程
俯屈	俯屈后: 胎头由枕额径→枕下前凶径, 以此最小径线通过产道
内旋转	内旋转: 胎头向前旋转 $45^\circ$ , 使胎头矢状径与骨盆前后径相一致的动作
仰伸	胎头枕骨下部下降达耻骨联合下缘时以耻骨弓为支点: 顶→额→鼻→口→颏相继娩出
复位及外旋转	胎头娩出后, 为使胎头与胎肩恢复正常关系, 胎头枕部再向左旋转 $45^\circ$ 称为复位 胎肩在盆腔内继续下降, 右肩向前向中线旋转 $45^\circ$ 时, 胎儿双肩径转成与骨盆出口前后径相一致的方向, 胎头枕部需在外继续向左旋转 $45^\circ$ ; 以保持胎头与胎肩的垂直关系, 称为外旋转
胎儿娩出	胎头完成外旋转后, 胎儿双肩相继娩出, 胎体及胎儿下肢随之取侧位顺利娩出

17. 四种流产基本类型及其特点

类型	先兆流产	难免流产	不全流产	完全流产
流血	少	增多	多	少→无
腹痛	轻	加重	减轻	无

组织排出	无	无	常有 (部分)	有 (完全)
宫口	闭	扩张	扩张或组织堵塞	闭
子宫大小	与孕周相符	与孕周相符或略小	小于孕周	正常或略大
B 超	胚胎存活	胚胎死亡	残留组织	正常宫腔
hCG	+滴度高	+滴度低	+滴度低	-/+滴度低
处理	可保胎	尽早刮宫	立即刮宫	不必处理

### 18. 分娩期并发症

	产后出血	羊水栓塞	子宫破裂	脐带先露 /脐带脱垂
病因 或 诱因	<b>宫缩乏力</b> 胎盘因素 软产道裂伤 凝血机制障碍	过强宫缩、胎膜早 破、前置胎盘、胎 盘早剥、剖宫产等	<b>宫缩强</b> 、 无梗阻 不破裂	<b>头盆不称</b> 、 <b>胎位异常</b>
临床 表现	胎儿娩出后 24h 内出 血量超过 500 (剖宫 产术中失血量超过 1000ml)	典型: 低氧血症、 低血压 (血压与失 血量不符合)、凝 血功能障碍	<b>病理性缩复环</b> <b>下腹部压痛</b> <b>排尿困难</b> <b>血尿</b>	胎动、宫缩后 ——胎心率突然 下降 改变体位、上推 胎先露及抬高臀 部后——胎心迅 速恢复→脐带先 露 阴道检查触及条 索状物 →脐带脱垂
处理	对因处理	<b>抗休克同时立即 终止妊娠</b> 出现凝血功能障	<b>抑制宫缩</b> <b>立即剖宫产</b>	臀高头低、上推 胎先露 →立即剖宫产



		碍时,快速子宫切除	
--	--	-----------	--

19. 宫缩乏力

	协调性宫缩乏力 (低张性)	不协调性宫缩乏力 (高张性)
原因	头盆不称、胎位异常 →多为继发性	初产妇年龄过大、过小 →多为原发
特点	宫缩持续时间短、 间歇时间长	极性倒置, 子宫下段持续性收缩
临床表现	宫缩高峰时手压宫底有凹陷	持续性下腹痛,拒按,胎位不清, 产妇烦躁,呼叫
对母儿的影响	宫腔内压力低, 对母儿影响小	宫腔内压力高,易发生窘迫
对产程的影响	活跃期和第二产程延长	潜伏期延长
处理	无梗阻的前提下,增强子宫收缩—— ①人工破膜:宫口 $\geq 3\text{cm}$ ②缩宫素静滴:宫口 $\geq 3\text{cm}$ ③地西泮静推:宫颈有水 肿,宫口扩张慢	协调宫缩,恢复正常极性,禁用 缩宫素 ①哌替啶:100mg 肌注; ②吗啡:10~15mg 肌注; ③地西泮:10mg 静推 若未纠正→剖宫产

20. 功血相关知识

	无排卵性功血 (最多见)	有排卵性功血	
		黄体功能不全	子宫内膜不规则剥脱 (黄体萎缩不全)
好发人群	“一老一少” 绝经过渡期、青春期	生育期	生育期



临床表现	<p><b>来了不走</b> <b>走了不来</b> 子宫不规则出血 月经失去周期性</p>	<p>黄体早死、月经早来 <b>周期缩短、月经频发</b> 不易受孕、容易流产</p>	<p>黄体该死不 死 月经来了不走 <b>周期正常、经期延长</b></p>
辅助检查	<p>1. <b>基础体温单相</b> 2. 经前诊断性刮宫: <b>为增生期子宫内膜</b></p>	<p>1. <b>基础体温双向</b> →高温相持续时间短 2. <b>经前诊断性刮宫: 分泌期内膜, 但分泌反应不良</b></p>	<p>1. <b>基础体温双向</b> →高温相下降缓慢 2. <b>月经第 5~6 天刮宫: 仍可见分泌内膜, 或呈混合内膜</b></p>

### 21. 闭经诊断步骤

第一步: 孕激素试验: 阳性→**I 度闭经**;

阴性→雌、孕激素序贯试验

第二步: 雌、孕激素序贯试验: 阴性→**子宫性闭经**;

阳性→II 度闭经;

第三步: FSH、LH 水平测定: 升高→**卵巢性闭经**;

不升高→垂体兴奋试验;

第四步: 垂体兴奋试验: 阴性→**垂体性闭经**;

阳性→**下丘脑性闭经**。

### 22. 子宫内膜异位症与子宫内膜症对比记忆

	<b>子宫内膜异位症</b>	<b>子宫内膜腺肌症</b>
症状	<b>痛经</b>	<b>痛经, 有子宫手术史</b>
体征	盆腔内、附件区一一 触痛性包块儿、结节 卵巢最常见	<b>子宫一一增大、变硬</b>
辅助检查	腹腔镜	B 超肌层有不规则回声区

### 23. 绒癌、侵蚀性葡萄胎、葡萄胎的鉴别

	<b>葡萄胎</b>	<b>侵蚀性葡萄胎</b>	<b>绒毛膜癌</b>
妊娠史	无	葡萄胎	各种妊娠

潜伏期	无	6个月以内	12个月以上
绒毛	有	有	无
滋养细胞增生	轻→重	轻→重，成团	重，成团
浸润深度	蜕膜层	肌层	肌层
转移	无	有	有

24. 妊娠期糖尿病（GDM）的诊断。

(1) 妊娠 24~28 周空腹血糖检查：

≥5.1mmol/L 者——直接诊断为 GDM——不必再做 75gOGTT

4.4mmol/L~5.1mmol/L 者——可疑——做 75gOGTT

<4.4mmol/L 者——正常——可暂不行 75gOGTT

(2) 葡萄糖耐量试验（OGTT）检查

空腹 < 5.1mmol/L、1 小时 < 10.0mmol/L、2 小时 < 8.5mmol/L

——有一个超过正常值即可诊断 GDM。

25. 阴道炎总结

	滴虫阴道炎	假丝酵母菌病	老年性阴道炎 (助理不要 求)	细菌性阴道病
病因	阴道毛滴虫	假丝酵母菌	雌激素下降， 阴道自净能力 下降	菌群失调： 乳杆菌减少，厌 氧菌繁殖
阴道内 环境	pH5.2~6.6	pH4.0~4.7	pH 增高	pH5.0~5.5
传播 途径	直接和间 接传染	自身直接及间 接	自身传染	自身传染
临床 表现	白带量多，稀 薄泡沫状及	外阴瘙痒灼痛， 白带呈白色凝	白带稀薄淡黄 色或血样脓	白带灰白均质 稀薄、鱼腥臭



	外阴瘙痒	乳块状或豆渣样	性、瘙痒	味、痒
阴道黏膜	红肿、出血点 草莓状外观	有白色膜状物 擦除后见黏膜 红肿糜烂或溃疡	阴道萎缩状 充血、出血点	阴道黏膜无充血
实验室检查	悬滴法	悬滴法	悬滴法	胺臭味试验阳性、线索细胞
防治	酸性溶液冲洗，阴道甲硝唑全身局部同时用药。夫妻同治	碱性溶液冲洗，祛除易感因素 抗真菌药	酸性溶液洗，小剂量雌激素 甲硝唑、氧氟沙星阴道给药	酸性溶液冲洗，甲硝唑全身局部同时用药

## 26. 女性生殖系统三大恶性肿瘤

	宫颈癌	内膜癌	卵巢肿瘤
原因	宫颈长期受刺激、HPV	雌激素高度影响	卵巢持续排卵
转移途径	直接蔓延	直接蔓延	直接蔓延、腹腔种植播散
临床表现	接触性出血	绝经后阴道流血	腹部包块、腹水；蒂扭转
辅助检查	筛查：宫颈刮片(TCT) ——脱落细胞学检查； 阳性结果：LSIL/HSIL 确诊：活检	分段诊刮	肿瘤标志物：上皮癌 (CA125)、内胚窦瘤 (AFP)、颗粒细胞瘤和卵泡膜细胞瘤(E) 腹水找瘤细胞；

		腹腔镜活检
--	--	-------

## 血液系统高频考点速记 22 条

### 1. 贫血:

成年男性 **低于 120g/L**

成年女性 **低于 110g/L**

妊娠女性 **低于 100g/L**

### 2. 贫血分类

类型	MCV (f1)	MCHC (%)
<b>大细胞性贫血 (巨幼细胞贫血)</b>	>100	32~35
<b>正细胞性贫血 (再生障碍性贫血、急性失血性贫血)</b>	80~100	32~35
<b>小细胞低色素性贫血 (缺铁性贫血、铁粒幼细胞性贫血、地中海贫血)</b>	<80	<32

3. 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。**

4. 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↓, 总铁结合力升高↑, 转铁蛋白饱和度↓。**血清铁蛋白↓是体内储备铁的指标--最敏感。**

5. 巨幼细胞贫血表现: 贫血表现、食欲缺乏; **口角炎、舌炎、“镜面舌”或“牛肉舌”;** **神经精神症状,**表现手足对称性麻木、深感觉障碍、共济失调、腱反射消失及锥体束阳性; 眼睑、下肢水肿。

6. 巨幼细胞贫血实验室检查: 骨髓象 **“核幼浆老”;** **叶酸、维生素 B<sub>12</sub>测定减低。**

7. 再生障碍性贫血表现: **全血细胞↓、**贫血、出血和感染(常见呼吸道), 严重时有败血症。

8. 确定溶血性贫血病因的实验室检查(助理不要求)

① **抗人球蛋白试验(Coombs)阳性--自身免疫性溶血性贫血。**

- ② **红细胞渗透性脆性实验阳性——遗传性球形细胞增多症。**
- ③ **高铁血红蛋白还原实验阳性——红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症（蚕豆病）。**
- ④ **蔗糖溶血试验及酸溶血（Ham）试验阳性——阵发性睡眠性血红蛋白尿。**

9. 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**。

10. 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%）**。

11. 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**Ⅲ2型**；齿龈和皮肤浸润以**Ⅲ4和Ⅲ5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。

12. 急粒、急单、急淋实验室检查对比

	急粒白血病	急单白血病	急淋白血病
<b>过氧化物酶（MPO）</b>	(+~+++)	(-) ~ (+)	(-)
<b>糖原染色（PAS）</b>	(-) 或 (+) 弥漫性淡红色或细颗粒状	(-) 或 (+) 弥漫性淡红色或细颗粒状	(+) 呈块状或粗颗粒状
<b>非特异性酯酶（NSE）</b>	(-) ~ (+)，不被 NaF 抑制	(+)，能被 NaF 抑制	(-)

13. ALL 化疗方案：**VP（长春新碱、泼尼松）**，儿童缓解率 80%~90%，成人 50%。**成人常用 VDP（VP+柔红霉素）或 VDLP（VDP+左旋门冬酰胺酶）。**

14. AML：标准诱导缓解方案为**DA（柔红霉素+阿糖胞苷）**或**IA（去甲氧柔红霉素+阿糖胞苷）**，此外还有**HA（三尖杉酯碱+阿糖胞苷）**。**Ⅲ3型（APL）使用全反式维 A 酸和（或）砷剂治疗。**

15. **AML 首选治疗：甲磺酸伊马替尼。**

16. 外周血白细胞数**低于  $4.0 \times 10^9/L$** 称为白细胞减少症；外周血中性粒细胞绝对数**低于  $0.5 \times 10^9/L$** 称为粒细胞缺乏症。

17. 霍奇金淋巴瘤：**R-S（里-斯氏、镜影）**细胞对HL诊断有重要意义。（助理不要求）
18. HL的首发症状：**无痛性颈部或锁骨上淋巴结肿大**。明确诊断：**淋巴结活检**。（助理不要求）
19. 霍奇金淋巴瘤化疗方案**首选ABVD**（阿霉素、博来霉素、长春花碱、甲氮咪胺）。（助理不要求）
20. 非霍奇金淋巴瘤化疗方案**首选COP（环磷酰胺、长春新碱、泼尼松）、CHOP（环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松）**。（助理不要求）
21. 根据循环失血量评估输血要求

急性失血	扩容	输血方案
<15% (750ml)	晶体或胶体液 扩容	无需输血
15%~30% (750~1500ml)	晶体或胶体液 扩容	红细胞
30%~40% (1500~2000ml)	晶体或胶体液 扩容	红细胞及血浆
>40% (2000ml)	晶体或胶体液 扩容	红细胞、血浆及血小板
Hb<70g/L		输注悬浮红细胞
慢性贫血：Hb 小于 60g/L，有明显缺氧	寻找贫血的病因	输注红细胞

22. 输血成分

**浓缩红细胞**：各种失血、慢性贫血及心功能不全者；

**悬浮红细胞**：急性失血、慢性贫血，大多情况下可选择；

**洗涤红细胞**：因输血而发生了严重的过敏反应；

**少白红细胞**：预防非溶血性发热；

**血小板制剂**：用于再障、血小板减少或功能低下者；

**辐照血液成分**：血液经过 $\gamma$ 射线或X射线照射后，其中的淋巴细胞被灭活，而其他血液成分仍保留活性。其主要适用于有免疫缺陷或有免疫抑制以及接受I、II

级亲属血液的患者输血，或者 HLA 配型血小板的患者输血。凡是含有免疫活性淋巴细胞的血液成分，如红细胞、血小板和粒细胞，均需要辐照。

## 代谢、内分泌系统高频考点速记 30 条

1. 泌乳素瘤以功能性垂体腺瘤常见，女性多见。定性诊断：血清 PRL  $> 200 \mu\text{g/L}$ 。  
定位诊断：颅脑 MRI。治疗用溴隐亭。

2. 生长激素分泌瘤

① GH 增多于青春期前---巨人症。

② GH 增多于成人期---肢端肥大症。

附：GH 减少---侏儒症。

首选手术治疗。生长抑素类似物是目前治疗肢端肥大症最主要的药物。

3. 腺垂体功能减退征以垂体腺瘤引起最常见。但以产后大出血引起的腺垂体坏死，即 Sheehan 综合征最典型、最严重。最早的表现是产后无乳汁分泌。（助理不要求）

4. 去氨加压素是目前最理想的控制中枢性尿崩症状、减少尿量的药物。（助理不要求）

5. 甲状腺主要功能是合成和分泌甲状腺激素（ $T_3$ 、 $T_4$ ）。

6. 甲亢主要的病因是弥漫性毒性甲状腺肿（Graves 病）：①怕热、易怒、多食、消瘦；②甲状腺肿大；③突眼症。

7. 甲亢的辅助检查：血清  $FT_3$ 、 $FT_4$  增高，TSH 减低。

8. TSH 是筛查甲亢的第一线指标，是最敏感的指标。

9. 甲亢的治疗：

甲基硫氧嘧啶（MTU）、丙基硫氧嘧啶（PTU—妊娠合并甲亢的首选药物），适应症：年龄轻、症状体征轻、肿大轻（I 度肿大）、手术及放射性碘治疗准备。  
核素  $^{131}\text{I}$  治疗：适用于甲状腺中度以下大小的 Graves 病，白细胞低、难以长期药物治疗者、药物或手术治疗复发者、甲亢合并周期性瘫痪、有心脏病等不宜手术又需要根除甲亢者、中等或小的自主高功能性甲状腺腺瘤等。甲状腺过大的也可分次治疗。孕妇、甲状腺不摄  $^{131}\text{I}$  者不宜采用，青少年慎用。

甲状腺双侧次全切除术对中度以上的甲亢仍是目前最常用而有效的疗法，能使



95%的患者获得痊愈。

#### 10. 甲亢手术并发症

1) 术后呼吸困难和窒息: 多发生在**术后 48 小时内**, 是术后最危急的并发症。

2) 喉返神经损伤:

一侧喉返神经损伤——**声嘶**

双侧喉返神经损伤——**失音或严重的呼吸困难**, 甚至窒息, 需立即做气管切开。

3) 喉上神经损伤:

**损伤外支**——环甲肌瘫痪, 引起声带松弛、**音调降低**。

**内支损伤**——容易误咽发生**呛咳**。

一般经理疗后可自行恢复。

4) 手足抽搐: 因双侧甲状腺手术时误切**甲状旁腺**, 表现为神经肌肉的应激性显著增高, 面部、唇部或手足部的针刺样麻木感或抽搐, 严重者可发生喉和膈肌痉挛, 引起窒息死亡, 应及时处理。**症状轻者可口服葡萄糖酸钙或乳酸钙。抽搐发作时, 立即静脉注射 10%葡萄糖酸钙或氯化钙。**

11. 甲减的甲状腺的功能检查: **FT<sub>3</sub>、FT<sub>4</sub>↓→负反馈→TSH↑** (最敏感、最早出现异常的为血 TSH)。**甲状腺激素替代治疗**。

12. 亚急性甲状腺炎表现为**甲状腺一侧突然肿胀、发硬、吞咽困难及疼痛**, 并向患侧耳颞处放射。常有上呼吸道感染史。病后 1 周内因部分滤泡破坏可表现**基础代谢率略高, 但甲状腺摄取 <sup>131</sup>I 量显著降低**, 这种**分离现象**有助于诊断。病情轻者只需休息。(助理不要求)

13. 甲状腺癌的病理类型: **乳头状癌 (最常见, 预后最好)**、滤泡状癌、未分化癌、髓样癌。

14. 甲状腺癌首先是术前作**B 超引导下 FNA 或术中冰冻切片确诊甲状腺癌**, 治疗应以手术根治性切除肿瘤为主, 辅助应用核素、甲状腺激素及放射外照射等个体化综合治疗。

15. 库欣综合征临床表现: **满月脸, 水牛背**, 宽大紫纹, 糖皮质激素增多。库欣病临床表现: **满月脸, 水牛背**, 宽大紫纹, **垂体占位**。(助理不要求)

16. 库欣综合征: **小剂量地塞米松抑制试验——定性诊断**; (助理不要求)

库欣病: **大剂量地塞米松抑制试验——定位诊断**。

确定是否为库欣综合征：依据有库欣综合征典型的临床表现；实验室检查**血皮质醇水平增高和昼夜节律消失**；**24小时尿游离皮质醇（UPC）排出量增高**；小剂量地塞米松抑制试验或过夜地塞米松抑制试验时增高的尿或血皮质醇水平不被抑制是库欣综合征必需的**确诊试验**。

17. 原发性醛固酮增多症中**高血压、低血钾**症状群是本病最具特征性的临床表现。（助理不要求）

18. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症的临床表现：**皮质醇和醛固酮缺乏导致代谢紊乱**，出现**全身皮肤色素沉着**、低钠血症、**低血压、高钾血症**、低血糖、抗感染能力弱、明显乏力等症状。（助理不要求）

19. 嗜铬细胞瘤：**阵发性高血压**是本病特征性表现。（助理不要求）

20. 嗜铬细胞瘤：**24小时尿儿茶酚胺、儿茶酚胺的中间代谢产物甲氧基肾上腺素（MN）和甲氧基去甲肾上腺素（NMN）及最终代谢产物香草扁桃酸（VMA）升高**。

21. 嗜铬细胞瘤手术是**唯一根治性治疗方法**，一旦确诊，就应准备手术。（助理不要求）

22. 1型糖尿病：由胰岛B细胞破坏导致胰岛素绝对缺乏引起，多见于青少年，很少肥胖，有自发酮症酸中毒的倾向。**需要胰岛素治疗**。

23. 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，不易发生酮症酸中毒，常有家族史。

24. 糖尿病症状：**多尿、多饮、多食和体重减轻**。

25. 糖尿病的诊断标准：

（1）空腹血浆葡萄糖（FPG）： **$FPG < 6.1 \text{ mmol/L}$ （110mg/dl）为正常**， **$6.1 \sim < 7.0 \text{ mmol/L}$ （110~<126mg/dl）为空腹血糖受损（IFG）， $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ （126mg/dl）为糖尿病**，需另一天再次证实。

（2）OGTT中2小时血浆葡萄糖（2hPPG）： **$2\text{hPPG} < 7.8 \text{ mmol/L}$ （140mg/dl）为正常**， **$7.8 \sim < 11.1 \text{ mmol/L}$ （140~<200mg/dl）为IGT**， **$\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ （200mg/dl）为糖尿病**，需另一天再次证实。

（3）糖尿病的诊断标准：**糖尿病症状+随机血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ （200mg/dl），或 $FPG \geq 7.0 \text{ mmol/L}$ （126mg/dl），或OGTT中 $2\text{hPPG} \geq 11.1 \text{ mmol/L}$ （200mg/dl）**。症状不典型者，需另一天再次证实，不主张做第三次OGTT。

26. 糖尿病 **总结** 用药口诀:

胖子吃瓜子

瘦人喝脉

餐后吃菠菜 (阿卡波糖和伏格列波糖)

手术+并发症+妊娠, 统统改用胰岛素

27. 糖尿病酮症酸中毒表现: 食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、**呼吸深大、呼气中有烂苹果味**; 进一步加重出现意识模糊, 嗜睡以致昏迷。

28. 糖尿病酮症酸中毒: **血糖 16.7~33.3mmol/L, 尿酮体强阳性 (++~+++)**; 高渗性非酮症性糖尿病昏迷 **血糖: 33.3~66.6mmol/L, 尿酮体弱阳性**。

29. 高血压症早期表现: 肢体感觉异常、软弱无力、肌肉酸痛。**血钾浓度超过 5.5mmol/L。血钾 > 6.5mmol/L 透析治疗。**

30. 酸碱失衡的判断

①代偿失代偿 **由 pH 判定。**

②呼吸性因素 (呼吸酸呼吸碱) **由 PaCO<sub>2</sub> 判定。**

③代谢性因素: **HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>、BE。**

### 酸碱平衡失调

第 1 步: 先看血 pH 值=7.35~7.45。

**如果 pH 在 7.35~7.45, 代偿期。**

**如果 pH < 7.35, 失代偿, 酸中毒; 如果 pH > 7.35, 失代偿, 碱中毒。**

第 2 步: 主要看二氧化碳分压。

**PaCO<sub>2</sub> < 35mmHg: 呼吸性碱中毒;**

**PaCO<sub>2</sub> > 45mmHg: 呼吸性酸中毒。**

第 3 步: 要想知道是代谢性碱中毒, 还是代谢性酸中毒; 有好几个指标: BE 值、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>。

**BE < -3: 酸中毒; BE > +3: 碱中毒;**

**HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> < 21mmol/L: 酸中毒; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> > 27mmol/L: 碱中毒。**

## 运动系统高频考点速记 30 条

1. 骨折特有体征: **(1) 畸形 (2) 异常活动 (3) 骨擦音或骨擦感。**

2. 骨折早期并发症: (1) 筋膜室综合征 (2) 脂肪栓塞综合征 (3) 重要内脏器官损伤 (4) 重要周围组织损伤 (5) 休克。

3. 骨折晚期并发症: (1) 关节僵硬 (2) 缺血性肌挛缩 (3) 下肢深静脉血栓形成 (4) 感染 (5) 压疮 (6) 坠积性肺炎 (7) 损伤性骨化 (8) 缺血性骨坏死 (9) 急性骨萎缩 (10) 创伤性关节炎。

#### 4. 功能复位

	功能复位标准	
①旋转移位、分离移位	必须完全矫正	
②缩短移位	成人: 下肢骨折不超过1cm; 儿童: 不超过2cm	
③长骨干横形骨折	骨折端对位至少达1/3; 干骺端骨折对位至少3/4	
④成角移位	1) 上肢骨干骨折, 稍有畸形	自行矫正
	2) 前臂双骨折	对位对线均好, 否则影响旋转功能
	3) 下肢轻微向前或向后成角, 与关节活动方向一致	自行矫正
	4) 下肢侧方成角移位, 与关节活动方向垂直	必须完全矫正, 否则易引起创伤性关节炎

5. 锁骨骨折——健侧手托患肢肘。治疗: ①儿童青枝骨折及成人无移位骨折——三角巾悬吊。②有移位的中段骨折: 横“8”字绷带固定。③手术指征: 锁骨外端骨折, 合并喙锁韧带断裂。

6. 孟氏(Monteggia)骨折——尺骨上1/3骨干骨折+桡骨小头脱位。

7. 盖氏(Galeazzi)骨折——桡骨干下1/3骨折+尺骨小头脱位。

8. Smith骨折——屈曲型桡骨下段骨折。

9. Colles骨折——伸直型桡骨下段骨折。

10. 股骨颈骨折按X线表现分类

内收——大于 $50^{\circ}$  ——不稳定;

外展——小于 30° ——稳定。

11. 胫骨骨折并发症

上 1/3 —— 胫后动脉损伤 —— 下肢缺血坏死；

中 1/3 —— 骨筋膜室高压；

下 1/3 —— 血供不丰富 —— 骨折 —— 延迟愈合

12. 膝关节半月板损伤的 5 个试验

(1) 过伸试验	膝关节完全伸直并轻度过伸时，半月板破裂处受牵拉或挤压而产生剧痛
(2) 过屈试验	将膝关节极度屈曲，破裂的后角被卡住而产生剧痛
(3) 半月板旋转挤压试验 (McMurray 试验, 麦氏试验)	
(4) 研磨试验 (Apley 试验)	检查髌关节强直病人的半月板
(5) 蹲走试验	检查半月板后角有无损伤

13. 骨盆骨折 **骨盆挤压和分离试验阳性**。

14. Dugas 征阳性提示 **肩关节脱位**。

15. 肩关节脱位呈方肩畸形，**Hippocrates 法 (足蹬法)** 复位。

16. 髌关节后脱位 —— **患肢缩短，髌关节屈曲，内收、内旋畸形。髌关节后脱位 Allis 法复位**，必须麻醉。

17. 髌关节 **前脱位：屈曲，外展、外旋。**

18. **托马斯 (Thomas) 征**提示 **髌关节结核**。

19. 断肢 (指) **干燥冷藏**。

20. 神经损伤：①正中 —— 不能屈 —— 对掌不能；②桡 —— 不能伸 —— **垂腕**；③尺 —— 不能内收与外展 —— 夹纸试验、“爪形手”、**Froment 征**；④坐骨 —— 足下垂、跨越步态；⑤腓总 —— “内翻下垂足”。

21. 粘连性肩关节囊炎又称肩周炎，五十肩、冻结肩。**不能梳头、洗面和扣腰带**。病程自限，可以吃药、封闭。主动活动。

22. 肱骨外上髁炎“网球肘”、**伸肌腱牵拉试验 (Mills 征) 阳性**，主要治疗为制动和封闭。

23. 狭窄性腱鞘炎又称键盘手、鼠标手、扳机指、**弹响指**。**Finkelstein 试验阳**

性。可以封闭,但小儿需手术。

24. 股骨头坏死征——腹股沟区深部压痛,可放射至臀或膝部,“4”字实验阳性(阳性还见于髋关节结核、股骨头坏死)。

25. 颈椎病分型: **最常见——神经根型; 最严重——脊髓型; 最麻烦——交感神经型; 最突然——椎动脉型。**

26. 脊柱骨折

颈椎屈曲型骨折+脱位	关节突交锁
寰椎——前、后弓双侧骨折	<b>Jefferson骨折(垂直压缩)</b>
枢椎——椎弓骨折(过伸)	<b>绞死者骨折(Hangmanfracture)——颈部外力</b>
颈椎——无骨折-脱位的过伸损伤	<b>“挥鞭损伤”(whiplash损伤)——颈部外力</b>
胸腰部脊柱——水平撕裂伤	<b>Chance骨折</b>

27. 腰椎结核——**拾物试验阳性**。腰椎间盘突出——**直腿抬高试验阳性**。

28. 骨关节炎(OA) **关节畸形和半脱位**; 远端指间关节的 Heberden 结节、近端指间关节的 Bouchard 结节、第一腕掌关节因骨质增生所致的“方形手”、膝内翻、膝外翻、第一跖趾关节的拇外翻等。

29. **“竹节”样**——强直性脊柱炎; **肥皂泡**——骨巨细胞瘤; **死骨形成并有包壳**——慢性骨髓炎。

30. **“葱皮”现象**: 骨膜的掀起呈阶段性,形成同心圆或层状排列的骨沉积。多见于**尤因肉瘤**。

## 风湿免疫系统高频考点速记 17 条

1. 系统性红斑狼疮(SLE)是一种以**多系统损害和多种自身抗体阳性**为主要特点的系统性自身免疫性疾病,在慢性病程中病情缓解和急性发作常交替发生。

2. 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。

3. 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**。

4. 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。

5. 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	<b>标记性抗体</b> , 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, <b>与疾病活动性密切相关</b> 。 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 $\beta_2$ -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		

6. 糖皮质激素: 是**治疗 SLE 的主要药物**, 一般选用泼尼松。

7. 免疫抑制剂: **病情严重的 SLE 通常需要激素和免疫抑制剂的联合治疗**。常用药物包括: **环磷酰胺、吗替麦考酚酯、硫唑嘌呤、环孢素**等。

8. 类风湿关节炎 (RA) 是以**对称性多关节炎和骨质破坏**为主要特征的系统性自身免疫性疾病。

9. RA 关节表现主要分为滑膜炎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。

10. RA 关节外表现: **类风湿结节是最常见的关节外表现。**
11. 治疗 RA 的药物主要分为三大类: **非甾体抗炎药** (起效快, 具有抗炎、镇痛作用。但不能控制病情进展, **必须与改变病情抗风湿药联合治疗**)、**糖皮质激素** (具有强大的抗炎作用)、**改变病情抗风湿药** (有延缓疾病进展的作用, 在 RA 明确诊断后, 应**尽早**使用)。
12. 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**。
13. 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。**
14. 痛风是由于**嘌呤代谢障碍**所导致的代谢性疾病, 常表现为急慢性关节炎、痛风石、间质性肾病等。
15. **尿酸 $>420\mu\text{mol/L}$** 可诊断为高尿酸血症。
16. 痛风急性关节炎期: 多在午夜或清晨突然起病, 数小时内受累关节出现红、肿、热、痛和功能障碍, **疼痛剧烈, 单侧第一跖趾关节最常见**, 其余依次为踝、膝、腕、手指、肘关节; **秋水仙碱**治疗后, 关节症状可以迅速缓解。
17. 急性痛风性关节炎的治疗: **非甾体抗炎药、糖皮质激素、秋水仙碱** (治疗急性痛风性关节炎的有效药物)。

### 儿科疾病高频考点速记 35 条

1. 胎儿期: 从精子和卵子结合形成**受精卵开始至胎儿出生为止, 约 40 周**。最初 12 周, 最易受外界不利因素的影响而出现流产、先天畸形、遗传性疾病或宫内发育不良。
2. 新生儿期: **发病率及死亡率高**, 尤以早期新生儿 (第一周新生儿) 最高。
3. 婴儿期: 出生后至满 1 周岁之前, 包括新生儿期在内。**是小儿生长发育最迅速的时期**, 身高在一年中增长 50%, 体重增加 2 倍。
4. 幼儿期: 1 周岁后到满 3 周岁之前。**智能发育较快, 语言、思维、自我意识发展迅速**。开始行走, 活动范围增大。好奇心强, 自我保护能力差。**意外事故较多**



见。

5. 学龄前期:3周岁后到6~7周岁入小学前。智能发育增快,是**性格形成的关键时期**。小儿可塑性较大,注意培养道德品质及生活习惯。意外事故较多见。**意外事故较多见。**

6. 青春期:女孩从11~12岁开始到17~18岁,男孩从13~14岁开始到19~20岁。身高增长显著加速,是**第二个体格生长高峰**。第二性征及生殖系统迅速发育并逐渐成熟,性别差异明显。

7. 胸围出生时比头围小1~2cm,约32cm;1周岁时与头围相等,约**46cm**。

8. 儿科生长发育数据包

	出生时均值	1岁时均值
出生体重	3.25kg	<b>10kg</b>
身高	50cm	<b>75cm</b>
头围	34cm	<b>46cm</b>
胸围	32cm	<b>46cm</b>

3~12个月体重计算	<b>[年龄(月)+9]/2</b>
1~6岁体重计算	<b>年龄(岁)×2+8</b>
2~6岁儿童平均身高公式	年龄×7+75

	前囟	后囟	骨缝
出生时大小	1.0~2.0cm	稍分离或重叠	很小
闭合时间	<b>1~2岁</b>	<b>6~8周</b>	<b>3~4个月</b>

9. 运动发育的一般规律:**由上而下、由近及远、由粗到细、由低级到高级、由简单到复杂。**

10. 五苗防七病

疫苗	接种时间

乙肝疫苗	出生 (0、1、6 方案)
卡介苗	出生
脊髓灰质炎 (脊灰) 疫苗	2、3、4 月
百白破疫苗	3、4、5 月
麻疹疫苗	8 月

### 11. 母乳喂养与牛乳喂养的特点

	母乳喂养的特点	牛乳的特点
钙磷	钙磷比例适宜 (2:1), 易于吸收	钙: 磷比例不恰当
乳糖	乙型乳糖 ( $\beta$ -双糖) 含量丰富	乙型乳糖较人乳少
蛋白质	人乳中白蛋白多, 而酪蛋白少	蛋白质含量较高, 影响钙的吸收
脂肪酸	含饱和和脂肪酸多	饱和和脂肪酸较少
氨基酸	必需氨基酸的比例适宜	必需氨基酸的比例不当
脂肪颗粒	颗粒小, 脂肪酶使脂肪颗粒易于消化	脂肪颗粒大, 无脂肪酶, 较难消化
免疫因子	富含免疫因子 SIgA	缺乏各种免疫因子

### 12. 辅食添加顺序 (汁泥未碎—支离破碎)

1~3 个月	汁状食物, 如水果汁、青菜汤、鱼肝油和钙剂
4~6 个月	泥状食物, 如米汤、米糊、稀粥、蛋黄、鱼泥、菜泥、果泥
7~9 个月	末状食物, 如粥、烂面、碎菜、蛋、鱼、肝泥、肉末、豆腐、饼干、馒头片、面包片、熟土豆、芋头等
10~12 个月	碎状食物, 如粥、软饭、烂面条、豆制品、碎菜、碎肉、带馅食品等

### 13. 奶量计算

婴儿每日能量供应量为: 100kcal/kg

婴儿每日水供应量为: 150ml/kg

全牛奶 (8%糖牛奶) 供能: 100ml 供能 100kcal

每日 8%糖牛奶量: 100ml/kg

净补水=总需水量-奶量;

全日奶量可分为 5 次喂哺, 牛奶与水可同时或间隔喂给

14. 根据胎龄, 足月儿: 37<sup>周</sup>~41<sup>周</sup>的新生儿; **早产儿: 胎龄<37周的新生儿**; 过期儿: 胎龄≥42周的新生儿。据出生体重, 正常出生体重儿: 2500~3999g 的新生儿; **低出生体重儿: 出生体重<2500g**; **极低出生体重儿: 出生体重<1500g**; **超低出生体重儿: 出生体重<1000g**; 巨大儿: 出生体重>4000g。早期新生儿: 指出生后 1 周以内的新生儿。晚期新生儿: 指出生第 2~4 周的新生儿。

15. 人乳喂养方法时间: 目前主张尽早开奶, 按需哺乳。 **产后 15 分钟~2 小时内开奶。**

16. 蛋白质-能量营养不良: **体重不增**是最先出现的症状, 皮下脂肪逐渐减少或消失, 顺序: **腹部→躯干→臀部→四肢→面颊部**。

17.  **$BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身高}^2 (\text{m}^2)$** 。

18. **新生儿生理性黄疸和病理性黄疸的鉴别**

	生理性黄疸	病理性黄疸
黄疸出现时间	<b>生后 2~3 天</b>	<b>生后 24 小时内或其他时间</b>
黄疸高峰时间	生后 4~6 天	不定
黄疸消退时间	<b>足月儿生后 2 周</b>	<b>2 周后不退</b>
血清总胆红素	<b>&lt;204 μmol/L (12mg/dl)</b>	<b>&gt;204 μmol/L (12mg/dl)</b>
血清结合胆红素	<b>&lt;25 μmol/L (1.5mg/dl)</b>	<b>&gt;25 μmol/L (1.5mg/dl)</b>

19. 新生儿 Apgar 评分

体征	出生后一分钟内评分 (一评)		
	0 分	1 分	2 分
<b>心率 (P)</b>	0	<100 次/分	≥100 次/分
<b>呼吸 (R)</b>	无	微弱, 不规则	规则, 哭声响



<b>肌张力 (A)</b>	松弛	四肢略屈曲	四肢活动好
<b>弹足底或导管 插鼻反应 (G)</b>	无反应	有反应, 如皱眉	咳嗽, 哭声响
<b>皮肤颜色 (A)</b>	青紫或苍白	躯干红, 四肢紫	全身红
总分	10分		

每项 2 分, 满分 10 分:

0~3 分为重度窒息

4~7 分为轻度窒息

8~10 分无窒息

20. 新生儿败血症: **反应差、不哭、不吃、不动、体重不增、发热或体温不升“五不一低下”**。新生儿败血症: **血培养**最有价值。

21. 21-三体综合征属常染色体畸变, 标准型最多见, 47, XX (或 XY), +21。  
重点题眼: **智能低下**, 小指内弯, 眼裂小, 眼距宽, 舌常伸出口外, 舌体尖细, 流涎多, 皮肤细腻, 可有通贯手, 先天性心脏病, 其次是消化道畸形。

22. 苯丙酮尿症 (PKU) 常染色体隐性遗传病, 典型的为苯丙氨酸羟化酶 (PAH) 缺乏, **以智能发育落后为主, 黑色素合成不足, 毛发、皮肤和巩膜色泽变浅。尿、汗液呈鼠尿臭味。**

23. 苯丙酮尿症重点的实验室检查

**新生儿筛查: 新生儿喂奶 3 日后, Guthrie 细菌生长抑制试验。**

**较大婴儿或儿童初筛: 尿三氯化铁试验; 2, 4-二硝基苯胍试验。**

24. 先天性甲低 (呆小病或克汀病)

患儿常为过期产, 生理性黄疸延迟, 胎便排出延迟, 出生后有腹胀、便秘、脐疝。患儿多睡, 对外界反应迟钝、**肌张力低下**、哭声低、呼吸慢、体温低、四肢冷。

**智能低下**。新生儿筛查: 出生后 2~3 天新生儿干血滴纸片 **检测 TSH 浓度, 再测血清 T4、TSH 确诊。治疗口服: L-甲状腺素钠。**

25. PPD 结果判定 (PPD 皮内注射 **48~72 小时后** 观察结果)

阴性	-	<b>&lt;5mm</b>
阳性	+	5~9mm
中度阳性	++	10~19mm

强阳性	+++	>20mm
极强阳性	++++	水疱、破溃、淋巴管炎及双圈反应

26. 出疹性疾病总结

	病原	传染性	出疹特点	治疗
麻疹	麻疹病毒	出疹前、后 5 天	前驱期: Koplik 斑	
		并发肺炎延至出疹后 10 天	出疹期: 疹出热盛	
			恢复期: 糠麸样脱屑和棕色色素沉着	
风疹	风疹病毒	出疹后 5~7 天;	发热第 2 天出疹, 一天出齐;	对症; 抗病毒
		飞沫传播、胎盘传播	面部→颈部→躯干→四肢;	
			先天性风疹综合征	
幼儿急疹	人类疱疹病毒 6 型	6~18 个月小儿	热退疹出	
水痘	水痘-带状疱疹病毒	出疹前 1~2 天至全部结痂, 约 7~8 天	四世同堂	
手足口病	肠道病毒	传播途径多, 传染性强, 可引起暴发流行	普通病例: “四不”; 重症病例: 脑炎、脑膜炎、急性肺水肿、循环障碍	
	(EV)			
猩红热	A 组乙型溶血性链球菌	病人和带菌者为传染源;	前驱期: 化脓性扁桃体炎;	青霉素
		呼吸道飞沫传播	出疹期: 起病 24h 内出疹, 24h 内遍布全身;	
			“口周苍白圈”、“帕氏线”	
		恢复期: 大片状脱皮		

27. 不同程度脱水的临床表现与判断标准

指标	轻度脱水	中度脱水	重度脱水
失水量 (%) (ml/kg)	<5% (30~50)	5%~10% (50~100)	>10% (100~120)
精神状态	稍差, 略烦躁	萎靡, 烦躁	淡漠, 昏睡, 昏迷
皮肤、黏膜	稍干燥, 弹性好	明显干燥, 弹性差	极干燥, 弹性极差, 花纹
前囟、眼窝	稍凹陷	明显凹陷	深度凹陷
四肢末梢循环	温暖	稍凉	厥冷
血压	正常	正常	下降
休克征	无	无	有
眼泪	有泪	泪少	无泪
尿量	稍减少	明显减少	极少或无尿

28. 不同性质脱水的诊断标准

脱水性质	血浆渗透压 (mmol/L)	血钠浓度 (mmol/L)
等渗性	280~310	130~150
低渗性	<280	<130
高渗性	>310	>150

29. 如何计算补液量

第一步: 补多少——定量(计算)——根据脱水的程度

脱水程度	补液总量 (ml/kg)
轻度	90~120
中度	120~150
重度	150~180 扩容(抗休克): 20ml/kg, 注意: 扩容总量最多 300ml。

第二步: 补什么——定性(选药)——根据脱水的性质

脱水性质	应使用液体张力
------	---------

等渗性	1/2张 (2:3:1液)
低渗性	2/3张 (4:3:2液)
高渗性	1/3张 (1:2液)
休克(扩容)	等张, 即 1张 (2:1等张含钠液)

第三步: 怎么补——定速(目的)——确定补液阶段

补液阶段	阶段目的	补液速度 (ml/kg·h)	补液时间 (h)	药液张力
扩容阶段	“抗休克”仅适用于重度脱水时	20~40	0.5~1	2:1等张含钠液
快速补液阶段	“累积损失量”总量的 1/2—扩容量	8~10	8~12	等: 补 1/2张 低: 补 2/3张 高: 补 1/3张
维持补液阶段	“继续损失量+生理需要量”余下的 1/2 总量	5	12~16	1/3~1/5张

30. 急性肾小球肾炎与肾病综合征对比

	急性肾小球肾炎	肾病综合征
典型临床表现	尿量减少(少尿) 水肿 高血压 血尿、蛋白尿	大量蛋白尿 (尿蛋白 $\geq$ 50mg/kg·d 定性+++~++++) 低蛋白血症 (<30g/L) 明显水肿 高脂血症 (血浆总胆固醇 $>$ 5.7mmol/L)

31. 先天性心脏病总结

分类	左→右			右→左
	房间隔缺损	室间隔缺损	动脉导管未闭	法洛四联症



症状	①一般情况无青紫, 某些原因导致肺动脉高压, 右心压力超过左心时, 出现青紫 ( <b>艾森曼格综合征</b> )			<b>青紫、</b>
	②肺循环血量增加, <b>易患肺炎</b>			<b>踌躇、</b>
	③体循环血量减少, 发育落后			晕厥、
听诊部位	<b>第 2、3 肋间</b>	<b>第 3、4 肋间</b>	<b>第 2 肋间</b>	<b>第 2~4 肋间</b>
P2	<b>亢进、固定分裂</b>	亢进	亢进	减低

续表

		房间隔缺损	室间隔缺损	动脉导管未闭	法洛四联症
X 线检查	房室增大	<b>右房、右室大</b>	<b>双室大</b>	<b>左室、左房大</b>	右心室大,
			<b>左心房可大</b>		心尖上翘
			<b>右心房缩小</b>		<b>“靴型心”</b>
	主动脉结	不大	不大	增大	不大
	肺动脉段	<b>凸出</b>	<b>凸出</b>	<b>凸出</b>	<b>凹陷</b>
	肺野	<b>充血</b>	<b>充血</b>	<b>充血</b>	<b>清晰</b>
肺门舞蹈	有	有	有	无	
特有诊断线索		病情最轻	最多见	连续杂音;	青紫、杵状指、踌躇;
		第二心音固定分裂	最典型	<b>周围血管征;</b> <b>差异性青紫;</b> <b>主动脉结可增大</b>	一过性缺氧发作



32. 热性惊厥: **地西泮为首选止惊药**, 静注、灌肠, 不肌注! 绝大多数 5 岁后不再发作。 **苯巴比妥用于惊厥持续状态。**

33. 化脓性脑膜炎并发症 (助理不要求):

1) **硬膜下积液**: → 肺炎链球菌和流感嗜血杆菌脑膜炎患儿 **多见**, 主要临床表现: “好了好了又重了!” 头颅透光检查、CT 示硬膜下梭形低密度灶、**硬膜下穿刺确诊。**

2) 脑积水: **头颅破壶音、落日眼**和头皮静脉扩张。

34. **控制惊厥首选地西泮, 降颅压可用甘露醇和祥利尿剂。**

35. 三种脑膜炎的脑脊液鉴别

	化脓性脑膜炎	结核性脑膜炎	病毒性脑膜炎
外观	混浊甚至呈脓样 (似米汤样)	<b>毛玻璃样</b> , 静置后有薄膜	清亮
病原体	涂片革兰染色检查	薄膜涂片抗酸染色	无
	致病菌阳性率高	可找到结核菌	
细胞	白细胞总数显著增多, $> 1000 \times 10^6/L$ , <b>以中性粒细胞为主</b>	白细胞数 $< 500 \times 10^6/L$ , <b>以淋巴细胞为主</b>	$0 \sim \text{数百} \times 10^6/L$ , <b>淋巴为主</b>
蛋白	升高, $> 1g/L$	显著升高, $1 \sim 3g/L$	正常
糖和氯化物	<b>同时降低</b>	<b>同时降低</b>	<b>正常</b>

### 传染病、性传播疾病高频考点速记 25 条

1. 传染病流行过程中的 3 个基本条件: **传染病、传播途径、人群易感性。**

2. 甲类传染病，发现甲类传染病患者或疑似患者，要求**2小时内**通过传染病疫情监测信息系统上报。

3. 乙类传染病，发现乙类传染病患者或疑似患者，要求**24小时内**上报。

4. 丙类为监测管理传染病，要求发现后**24小时内上报**。

5. 对乙类传染病中**传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽和人感染高致病性禽流感**，采取传染病防治法所称甲类传染病的预防、控制措施。

6. 肝炎相关知识

①DNA/RNA：最直接；

②抗原：**e抗原（传染性正在感染复制），表面抗原（仅提示有病毒，不能说明正在感染复制）；**

③抗体：**IgM-近期；IgG-既往。**

7. 乙肝抗原抗体核心考点：

	临床意义
HBsAg	<b>存在感染</b> ；无复制无传染性；第一个出现的血清学指标
HBsAb	<b>（唯一）保护性</b>
HBcAg	有传染性（血中检测不出）
HBcAb	IgM-近期，活动；IgG-曾经
HBeAg	<b>有传染性；正在复制</b>
HBeAb	恢复

8. 肾综合征出血热典型患者：有三大主症（**发热、出血和肾脏损害**）及五期经过（发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期、恢复期）。

9. 肾综合征发热期核心知识：**三痛（头痛、腰痛、眼眶痛）；三红（颜面、颈及上胸部皮肤明显充血潮红）；**出血（鞭击样）；肾损（蛋白尿）。

10. 钩端螺旋体病（简称钩体病）是由致病性钩端螺旋体（简称钩体）感染人引起的急性自然免疫源性传染病。其**主要传染源是鼠类和猪**。早期以急性发热、全身酸痛、结膜充血、**腓肠肌压痛**、浅表淋巴结大等为特征，中期严重者引起肺出血、肝、肾损害，脑膜脑炎等，后期可有眼与神经系统后遗症。

11. 疟疾核心特点：**寒战高热间散发作**；肝脾大；白细胞不高；贫血；蚊叮咬。

12. 疟疾用药: **氯喹**——控制临床发作的药物。**伯氨喹**——控制复发和传播的药物。

**乙胺嘧啶**——主要用于预防的药物。

13. 典型急性菌痢: 位于**脐周或左下腹**畏寒发热, 体温可达 39℃左右, 全身肌肉酸痛、食欲不振等, **黏液脓血便, 里急后重**。

14. 阿米巴痢疾: 呈散发, 起病缓慢, 少有发热, 无里急后重, 大便次数少, 量中等, 为**暗红色果酱样粪便, 有腐败腥臭味**。

15. 霍乱核心表现: 急性起病, 多无发热; **先泻后吐; 米泔水样便**, 无粪臭, 可有鱼腥味; 无腹痛, 无里急后重, 脱水; **低钠抽筋(腓肠肌、腹肌)**。(助理不要求)

16. 伤寒: 全身单核-巨噬细胞系统的增生性反应, **以回肠下段为主要病变**。典型病例以持续发热、**相对缓脉、表情淡漠、脾大、玫瑰疹和白白细胞减少**等为特征, 主要并发症为肠出血和肠穿孔。(助理不要求)

17. **伤寒杆菌培养阳性可确诊, 肥达反应对伤寒有辅助诊断价值**, 但可出现假阳性或假阴性反应。(助理不要求)

18. 流行性脑脊髓膜炎(简称流脑)是由**脑膜炎奈瑟菌**(又称脑膜炎球菌)引起的经呼吸道传播的一种化脓性脑膜炎。主要临床表现为突起高热、头痛、呕吐、**皮肤黏膜瘀点、瘀斑及脑膜刺激征**。

19. 囊尾蚴病是猪带绦虫的幼虫寄生人体引起的疾病, 因食入猪带绦虫虫卵而感染。囊尾蚴可侵入人体的各种组织和器官, 如皮下组织、眼、肌肉及中枢神经系统引起病变, 由于寄生部位不同, 其临床表现复杂多样, 其中**以脑囊尾蚴病最严重, 常引起癫痫发作, 甚至危及生命**。

20. **吡喹酮对血吸虫**有很强的杀灭作用; 灭螺是预防措施中的关键。

21. 艾滋病即获得性免疫缺陷综合征, 是由人免疫缺陷病毒感染人引起的性传播疾病。**人免疫缺陷病毒主要破坏 CD4+T 淋巴细胞**, 导致机体细胞免疫功能受损乃至缺陷, 引起各种机会性感染及肿瘤, 最后导致死亡。

22. 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**。

56. 淋病治疗: 首选**第三代头孢菌素**。孕期: 首选头孢曲松钠; 禁用喹诺酮类及

四环素类药物。

23. 获得性梅毒临床表现

(1) 一期梅毒: **主要表现为硬下疳和硬化性淋巴结炎。传染性极强。**

(2) 二期梅毒: 有皮肤黏膜损害、骨关节损害、眼损害、神经损害、多发性硬化性淋巴结炎和内脏梅毒。

(3) 三期梅毒: 有皮肤黏膜损害(主要为结节性梅毒疹和梅毒性树胶肿)、骨梅毒(最常见为长骨骨髓炎)、眼梅毒、心血管梅毒和神经梅毒等。

24. 生殖器疱疹是由**单纯疱疹病毒(HSV)**感染泌尿生殖器及肛周皮肤引起的一种慢性复发性难治愈性的性传播疾病。

25. 尖锐湿疣是由**人乳头瘤病毒(HPV)**感染引起的鳞状上皮疣状增生性病变。

### 其他高频考点速记 50 条

1. 急症手术: **急性阑尾炎、肠破裂等。**

2. 限期手术: **恶性肿瘤, 不宜延迟。**

3. 择期手术: **甲状腺大部分切除术、疝修补术。**

4. **术前 12h 禁食, 术前 4h 禁水。**

5. 结肠手术: **术前 1 日及手术当天清晨行清洁灌肠。**

6. 口服降糖药的患者, 应继续服用至**手术的前一天晚上。**

7. 蛛网膜下腔阻滞的患者, **应平卧或头低卧位 12 小时,**以防止因脑脊液外渗致头痛。

8. 头颅手术无休克昏迷: **15° ~ 30° 头高脚低位。**

9. 颈胸部手术: **用高半坐位,**有利于呼吸和引流。

10. 腹部手术: 用**低半坐位,**减少腹壁张力。

11. 休克患者, 应取**下肢抬高 15° ~ 20°, 头部和躯干抬高 20° ~ 30°**的特殊体位。

12. 头、面、颈部在**术后 4~5 天拆线。**下腹及会阴部 **6~7 天。**胸部、上腹部、背部和臀部 **7~9 天。**四肢 **10~12 天。**减张缝线 **14 天**拆除。

13. **清洁切口, 用“Ⅰ”表示,**如甲状腺大部切除术, 疝修补术。

14. **可能污染切口, 用“Ⅱ”表示,**如胃大部切除术, 新缝合的伤口再度切开者。

15. 污染切口，用“Ⅲ”表示，如阑尾穿孔切口，肠梗阻坏死的手术，各种脓肿的引流术。
16. 伤口愈合：**甲级——好、优良**。**乙级——红肿、硬结、血肿、积液、未化脓**。**丙级——化脓**。
17. 疖和痈的最常见的致病菌是**金黄色葡萄球菌**。
18. “危险三角”区域**疖**不能挤压。
19. “唇疳”不宜切开。
20. 急性蜂窝组织炎和丹毒最常见的致病菌是**溶血性链球菌**。
21. 丹毒的临床表现是**网状淋巴管炎**。
22. 金黄色葡萄球菌的脓液特点是：**黄色，不臭**。
23. 类杆菌，拟杆菌的脓液特点是：**恶臭**。
24. 脓性指头炎——临床表现：**针刺样疼痛—搏动性跳痛—疼痛减轻**
25. 破伤风首先侵犯的是肌肉：**咀嚼肌**。
26. 破伤风的主要的药物治疗是**破伤风抗毒素**（1万-6万U）。
27. 气性坏疽的典型表现是：**大理石花纹**。
28. 气性坏疽的最主要的处理措施是：**彻底清创**。
29. 烧伤面积的分布：**头、面、颈——三、三、三；双手、前臂、上臂——一五、六、七；躯干前、后、会阴——十三、十三、一；双臀、双足、双小腿、双大腿——一五、七、十三、二十一（女：六、六、十三、二十一）**。
30. 烧伤深度的识别：**疼而无疤——Ⅰ度**、**红斑状——3-7天愈合**。**疼而有疤——Ⅱ度**。**感觉敏感——浅Ⅱ度**、**水泡状——1~2周愈合**。**感觉迟钝——深Ⅱ度**、**红白相间，以白为主——3~4周愈合**。**也不疼，也无疤，结焦痂——Ⅲ度、焦痂状**，树枝状栓塞血管。
31. 烧伤的患者的补液是：**晶体：胶体=2：1**，每天生理需要量是2000ml。
32. 烧伤的患者的补液量是：**体重×面积×1.5+生理需要量**。（儿童为2.0）
33. 乳腺癌的酒窝征是**累及Cooper韧带**。铠甲胸——乳癌广泛侵犯皮肤。
34. 乳腺癌的橘皮征是指皮下淋巴管被癌细胞阻塞，引起淋巴回流障碍，出现真

皮水肿。

35. 恶性程度最高的乳腺癌是**炎性乳癌**，多见于哺乳期年轻女性。
36. 湿疹样癌（Paget 病）的表现是**湿疹+癌症状**。
37. 瞳孔扩大的疾病是**阿托品中毒**。
38. 瞳孔可缩小的疾病是**有机磷类杀虫药**、吗啡、氯丙嗪中毒。
39. 有机磷杀虫药中毒的口腔气味是**大蒜臭味**。
40. 氰化物中毒的口腔气味是**苦杏仁味**。（助理不要求）
41. 毒物的治疗原则是：**终止接触毒物**，迅速清除进入体内被吸收或尚未吸收的毒物。（助理不要求）
42. 铅、锰中毒首选的解毒剂是**依地酸二钠钙、促排灵**。
43. 砷、汞、铊中毒的解毒剂是**二巯丙醇**。
44. 亚硝酸盐、苯胺、硝基苯的解毒剂是**亚甲蓝**（美蓝）。（助理不要求）
45. **全血胆碱酯酶活力**测定是诊断有机磷杀虫药中毒的辅助实验室指标。
46. 阿托品对抗毒蕈碱样症状有效，对抗烟碱样症状者无效。
47. 急性一氧化碳中毒早期的表现是：**皮肤、黏膜呈樱桃红色**。
48. 一氧化碳中毒晚期出现急性**一氧化碳中毒迟发脑病**。
49. 终止 CO 吸入迅速将病人**转移到空气新鲜**的地方。
50. 一氧化碳重度中毒的首选**高压氧舱治疗**。

## 正保医学教育网 www.med66.com 精神神经系统高频考点速记 20 条

### 1. 中枢性瘫痪与周围性瘫痪对比

体征	中枢性瘫痪	周围性瘫痪
瘫痪分布	以整个肢体为主 (单瘫、偏瘫、截瘫)	以几个肌群为主
肌萎缩	无或轻度失用性肌萎缩	肌萎缩明显
肌张力	增高	减低

腱反射	亢进	减弱或消失
病理反射	有	无

2. **感觉障碍的定位诊断** 考点汇集

周围神经: 神经末梢受损: 手套和袜子感

后根: 阶段性带状分布

脑干: 延髓外侧病变: 交叉性感觉障碍; 一侧中脑或脑桥病变: 对侧偏身和面部感觉障碍

丘脑: 对侧偏身感觉减退或缺失, 可伴有自发性疼痛和感觉过度

内囊: 对侧偏身 (三偏)

皮质: 对侧上肢或下肢感觉障碍; 复合性感觉障碍

3. **小脑损害** 检查时可发现指鼻试验、跟膝胫试验、轮替动作等呈不正确、不灵活或笨拙反应, 且写字常过大, 反跳试验阳性。(助理了解即可)

4. 脑神经有 **12 对**, 分别为嗅神经、视神经、动眼神经、滑车神经、三叉神经、展神经、面神经、位听神经、舌咽神经、迷走神经、副神经和舌下神经。(助理不要求)

5. **面神经炎又称特发性面神经麻痹或贝尔 (Bell) 麻痹**, 主要症状为一侧面部表情肌瘫痪, 不能皱额蹙眉, 眼裂不能闭合或闭合不全, 试闭眼时, 瘫痪侧眼球转向上外方, 露出白色巩膜, 称 **贝尔现象**; 病侧鼻唇沟变浅、口角下垂、露齿时口角歪向健侧、鼓气或吹口哨时漏气。

6. 三叉神经痛首选 **卡马西平**。(助理不要求)

7. 颅底骨折

部位	瘀血	CSF	颅 N 损伤
<b>颅前窝</b>	眶周瘀血 <b>熊猫眼</b>	鼻漏	嗅, 视 N
<b>颅中窝</b>		耳漏	面, 听 N
<b>颅后窝</b>	枕下及乳突部	少见	少见

8. 颅内血肿对比

	硬膜外血肿	硬膜下血肿	颅内血肿
临床特征	中间清醒期	昏迷加重	意识进行性发展
CT 提示	双凸形或梭形	新月形	
后果	小脑幕切迹疝	颅内压增高	颅内压增高

#### 9. 不同类型脑卒中的鉴别诊断

鉴别要点	脑梗死	脑出血	蛛网膜下腔出血
病因	动脉粥样硬化、小动脉硬化、心源性栓塞、其他	高血压，淀粉样血管病	动脉瘤或动静脉畸形
起病年龄	中老年	中老年	各年龄
发病情况	安静	活动或激动	活动或激动
头痛	极少	较多	几乎均有，剧烈，呕吐
偏瘫	多	多	几乎无
脑膜刺激征	极少	可有	几乎均有，明显
CT 检查	低密度灶	高密度灶	脑沟脑池高密度

10. 丘脑-内囊出血：严重者意识障碍突出，有典型的偏瘫、偏身感觉障碍和同向偏盲（“三偏”综合征）。

11. 小脑出血多表现为突然发生的头晕、眩晕、头痛、剧烈恶心呕吐，伴意识障碍，查体可见眼震、小脑性共济失调、颈项强直等。

12. 帕金森病：静止性震颤常为首发症状。常见的临床表现还有肌强直、动作迟缓、姿势反射障碍等。（助理不要求）

13. 癫痫持续状态是指持续 30 分钟以上的癫痫的一系列间期极短的密集发作或连续发作。控制抽搐首选地西洋。

14. 幻听对比（助理不要求）

命令性幻听：命令做某事，幻听往往无法违抗，必须遵照执行。

评论性幻听：往往是单人的声音，以斥责、讽刺、嘲笑、威胁、辱骂多见，也有



表扬、同情的话。

争论性幻听: 往往是两人或多人声音, 相互议论患者。

15. **Wernicke 脑病**: 长期饮酒导致**维生素 B<sub>1</sub>** 缺乏所致。

16. **四肢对称性无力 + 腓肠肌压痛 = 吉兰-巴雷综合征**

**脑脊液蛋白细胞分离 = 吉兰-巴雷综合征**

17. **精神分裂症临床分型**:

偏执型是最常见的类型。临床表现相对稳定、系统的妄想为主, 往往伴幻觉。

紧张型以紧张综合征为主要表现。可交替出现紧张性木僵与紧张性兴奋, 以木僵多见。

青春型青年急性或亚急性起病, 以思维、情感和行为的失调或解体为主要临床表现。

单纯型青少年起病, 进展缓慢, 个人行为的某些方面发生显著而持久的总体性质的改变, 表现为丧失兴趣、缺乏目的、懒散、自我专注及社会退缩。

18. **抗精神病药**

分类	第一代		第二代
代表药	氟哌啶醇/氯丙嗪/奋乃静		利培酮/奥氮平/喹硫平/齐拉西酮
适应证	阳性有效, 阴性无效		阳性及阴性有效
不良反应	锥体外系	恶性综合征	氯氮平: 粒细胞缺乏
处理措施	抗胆碱能药; 盐酸苯海索 (安坦)	停药 补液 多巴胺受体激动剂	检测血象

19. 抑郁症临床表现: 兴趣下降或缺乏; **“三无”症状(无望、无助、无用)**;

**“三自”症状(自责、自罪、自杀)**。抗抑郁药物首选选择性**5-羟色胺(5-HT)**再摄取抑制剂(**SSRIs**)。对出现严重自杀企图者**电抽搐**治疗。

20. 心境稳定剂**碳酸锂**治疗躁狂发作的首选药物。

## 第四部分 学员经验分享

### 学员经验

愿你出走半生，归来仍是初心——我的医考之路

购买医学教育网的课程，我如学生般如饥似渴的求知、聆听。但是，学习却远没有我想象的那么简单。记得刚开始听邵启轩老师讲呼吸系统的一秒率、闭合容积等专业问题时，感到很茫然，毕竟已有二十多年从未看过书，并且缺乏系统的学习，很多的理论知识闻所未闻，犹如井底之蛙。无奈之时，只得硬着头皮反复听，来回看，做好笔记，用心琢磨，终于功夫不负有心人，渐入佳境。此时的我更加坚定信心，必须学习提高自己才行。

抱着求知的心态，我继续努力学习，四月份现场确认后进一步增加我学习的信心。每天除了看病就是学习，六月份实践技能顺利通过。面对八月份的考试，自感时间紧迫，还有很多的知识没有掌握，单凭网络学习远远不够，于是我鼓起勇气，参加网校的北京面授班。

第一期决定要去，因身体有恙，不得已选择放弃。到了第二期面授，唯恐再错过，于是拖着病体七月份我踏上了去北京的高铁，来到医大，医学教育网的工作人员热情招待让我倍感亲切，在面授班上汤老师、邵老师、景老师的课堂更是妙语连珠，熠熠生辉。

难忘汤以恒老师将病理编成口诀歌词，将枯燥的病理变得生动形象，提醒我们行动才能战胜恐惧的教学艺术；赞叹邵启轩老师知识渊博，思维缜密，诗文并茂，于生动形象中彰显中国文化博大精深；佩服景晴老师年轻有为，严谨细致，重点突出，饱含激情，用精湛的授课和颜值当之无愧为“考培界的女神”。二十天过得短暂而充实，既得知识，又见风采。北京之行真是收获颇丰。健康所系，性命相托。我的医考之路——感激、感恩、感动

我怀着忐忑的心情购买了医学教育网课件！一进入课件的学习就被老师的精彩讲解深深吸引！老师们的讲解深入浅出，通俗易懂！每个知识点都总结得非常

到位，也有老师们自己总结的趣味歌诀，朗朗上口，加深记忆！通过一段时间的学习发现自己的备考有了目标方向，不再像无头苍蝇一样，没有目标、没有方向！学习的激情与自信也随之而来，虽然过程很辛苦，每个夜晚挑灯夜读，但学得很充实，心里很踏实，学习效果事半功倍！

每天坚持看完视频后再看讲义，配合做章节练习，一点点把知识点夯实！经过基础班学习后临近考试时进入冲刺班学习，通过老师们的讲解，系统地掌握了全部考试点！为梦想勇敢奋斗，勿忘师恩，铭记教诲！

通过学习医学教育网汤老师与其他各位老师的课程，结合大纲参考科学划分的模式，将内科、外科、女性生殖系统、儿科等科目综合成各个系统的特点，帮助我学习，有效地掌握其医师所必须具备的基础理论、基本知识和基本技能，具有综合应用能力，能够安全有效的从事医疗工作，医学教育网以汤老师为中心，精心为我们编了“舍得”及登山“三步”考试指导为目标，以“水到渠成”为宗旨。

在以汤老师为中心的指导下，我以“背水一战”“演习”意味着“实战”为理论基础之上，医师资格实践技能顺利通过考核后，按老师们的指导，严格要求自己，按照老师们的思路学习，各科目内容不超纲，针对复习量大，复习重点突出，合理性与逻辑性强，同时多做医师资格考试的各种题型。掌握解题思路 and 技巧，还要查漏补缺模拟试题进行解析。在医学教育网汤老师与其他老师们支持鼓励下，我坚持到最后，顺利通过考试。我的医考之路——守得云开见月明

抱着必过的信念，我开始了我的专业课复习计划，并特意制作了一张复习计划表，每个时间段复习什么系统，每天复习什么内容，都有一个详细的计划。每天都是从中午十二点开始复习，中途除了吃饭、两次休息，都会持续到晚上十点。复习的过程是艰辛的，每天跟着网校的课程学习，对比着复习指导书。让我记忆深刻的是网校老师，讲课主次分明，重点突出，通俗易懂，并对考点运筹帷幄，反复强调，学起来得心应手。网校的老师授课方式新颖独特，利用表格、图片、口诀、故事，让深奥的知识，变得通俗易懂。例如，汤老师的消化性溃疡、九大肾小球疾病病例分型、肝硬化、门脉高压……；邵老师的心衰、冠心病……；景老师的妇产科……；太多太多优秀的课程，无法用言语道尽，只有真正地去学习了，才会感受到。这期间，让我真正的收获到了从无到有的喜悦，我感谢医学教

育网,更感谢自己这样努力。技能考试结束后一个星期,我第一遍复习已经结束,开始第二遍复习,把没掌握的知识反复看,结合医学教育网试题,检验自己复习效果,八月初,第二遍复习结束,当时觉得自己已经有能力通过这场考试,当时做题的正确率已经达到70%以上,第三遍我没有再看书,而是把做错的题目反复看,反复推敲,举一反三,就这样,我不慌不忙地步入了考场。我的医考之路——中年油腻大叔的医考旅程

采纳同事的建议,我决定报考医学教育网的辅导班,彼时正值春节前,家里、家外的忙活,但既然报名就必须正视起来,报名当天接到医学教育网的电话,既然报名了就必须按学习计划来,我第一时间下载学习计划,当看到学习计划时,我有点理解班主任老师的平淡了,从我报名的当天起到考试的前5天,计划满满当当,从基础班、习题班到冲刺班,全面覆盖每一天。

首先一定要听考纲解析,试题分布,抓住重点,了解今年大纲要求,增补内容,知道自己的强项与弱点,复习才可以抓住重点。

然后,开始按部就班的听课,我建议按照学习计划进行复习。早期不该看的尽量不看,亲身的经历证明,这是对的,我在早期看了点基础,大概看了三天,最后发现这三天果然是被浪费掉了。

汤神的课程,我由于是第一次考且不熟悉临床,所以对网校给我的学习计划比较服从(即使遇到难点,听不下去也硬着头皮听完,比如腹外疝),对我来说医学除了各个器官名字外其他都很陌生,但只一节“食管反流病”汤神的讲课思路和技巧再加上幽默风趣的语言和丰富的肢体动作就吸引了我。

第一次听课我没有一口吃个胖子,两个多小时1倍速度,认真听讲,认真做笔记。从食管、胃、十二指肠、空肠、回肠、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠,最后直肠肛门。大概两周,这时早期的兴奋已经磨没了,只能靠耐力坚持,此时进入了痛苦期,坐到电脑前有些抵触,拿到鼠标我就会不自觉地想看一些娱乐信息、游戏等,考验自己的时刻到了,坚持得住你就成功了80%,坚持不住下次也难重整旗鼓,两个月后我就是享受学习过程,看着课后题每次都能达到总分的80%,自己都觉得有成就感。

景晴老师的妇儿课程,有些考生觉得难,我更是完全没听过,但好在理解的知识少,记忆的知识多,那么只需要多看看,做好笔记,每次课后做习题,两遍

后达到总分的 70%是没问题的。

邵老师的课程,有点难度,但邵老师讲得不错,重点突出。呼吸循环用药比较难,但没关系这些在药理、生理都会有接触,两遍后能达到总分的 70%。

血液学,千万不要放弃,“凝血瀑布”我就没理解过,开篇的英文字母一下就把我唬住了,可等我彻底听完后,发现这些也不过尔尔,血液学我至少能保证达到总分的 80%,你说难不难?

.....

“三理一化,必有一挂”,病理一定不要放弃,我觉得汤神讲的超好,肾小球病变至今我还清楚地记得什么是“驼峰征”“大白肾”“坡跟鞋”“拖鞋”“双轨征”等,风趣有效果;生理是各科的基础,必须仔细听完,你可以不懂,但不可以不听;药理,用于对其他科目的复习,效果不错,而且汤神的课,你舍得放弃吗?

引用叶冬老师的一句话:“优秀是一种习惯”。耐性和坚持也是优秀的一部分,也是通往成功道路上大多数人必须依靠的方法。自律前期是兴奋,中期是痛苦,最后是享受。希望大家享受医考的过程,希望大家的状态:兴奋、兴奋、再兴奋!

| 快速了解网校



医学教育网  
www.med66.com



上医学教育网 做成功医学人!



扫码观看视频



美国纽交所上市公司  
医学在线教育知名品牌



百余位名师共同执教  
精选名师授课，专业教辅助学



十数年教学辅导经验  
数十万过关学员的共同选择



全面/快捷考试资讯发布  
考试动态、政策资讯及时发布

## 医学名师团



### 课程服务·教学服务

高清课件

移动看课

学习记录

答疑精华

支持下载

入学测试

学习计划



及时答疑

交互课件

易错分享

直播回放

薄弱考点

### 课程题库



01

课后练习

02

自助练习

03

知识点测试

04

单元测试

05

系统测试/讲解

06

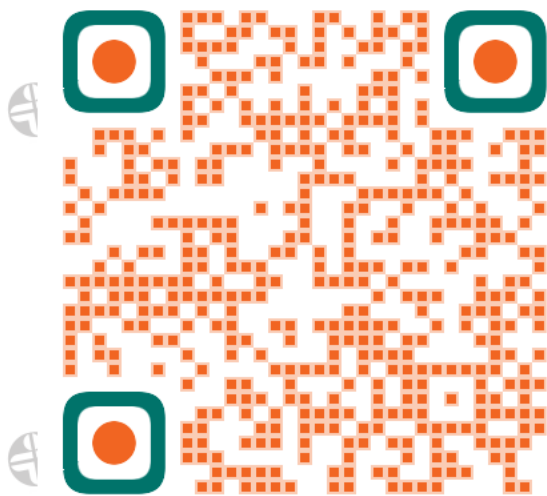
阶段测试

07

模拟试题8套

08

机考系统



扫码了解详情↑↑↑