

丁香医考主治内科易混淆知识点

基础知识、专业知识与专业实践能力

适用专业代码

内科学	303
心血管内科	304
呼吸内科	305
消化内科	306
肾内科	307
神经内科	308
内分泌学	309
血液病学	310
结核病学	311
传染病学	312
风湿与临床免疫学	313
职业病学	314

基础知识

常见症状及体征

1. **稽留热** 24h 内体温波动范围不超过 1℃，常见于大叶性肺炎、伤寒。**弛张热** 24h 内体温波动范围超过 2℃，常见于败血症、风湿热。
2. **咳嗽伴声音嘶哑**，见于声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经。**咳嗽伴咯血** 常见支气管扩张症、肺结核、支气管肺癌、二尖瓣狭窄。**咳嗽伴杵状指（趾）** 常见于支气管扩张症、慢性肺脓肿、支气管肺癌、脓胸。**咳嗽伴有哮鸣音** 见于支气管哮喘、慢性喘息性支气管炎、心源性哮喘、弥漫性细支气管炎、气管与支气管异物、支气管肺癌。
3. **铁锈色痰** 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。**痰白黏稠** 且牵拉成丝难以咳出提示有真菌感染。**浆液性血性泡沫痰** 最常见于肺水肿。
4. **大量咯血** 最常见于支气管扩张症、空洞型肺结核和慢性肺脓肿。**咯鲜红色血痰** 见于支气管扩张症、肺结核、肺脓肿和出血性疾病。
5. 心绞痛呈绞榨样痛并有重压窒息感，时间不超过 5min；心肌梗死疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感，持续数小时或更长，且不易缓解。
6. **吸气性呼吸困难特点**：吸气费力，出现胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙的凹陷（三凹征），常见于喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻。**呼气性呼吸困难特点**：呼气费力，呼气相延长，伴有哮鸣音，常见于支气管哮喘、慢性喘息性支气管炎、肺气肿。
7. **代谢性酸中毒** 时酸性代谢产物刺激呼吸中枢，出现 Kussmaul 呼吸。**脑出血患者** 常见的呼吸困难类型是抽泣样呼吸。**药物或化学物质** 抑制呼吸中枢，表现为呼吸缓慢或间停呼吸，有潮式呼吸（Cheyne-Stokes 呼吸）和比奥呼吸（Boit 呼吸）。**心源性呼吸困难** 表现为劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸。
8. 水肿+肝大+轻度蛋白尿--**心源性水肿**。常从足部开始，向上延及全身。水肿+肾大+重度蛋白尿--**肾源性水肿**。以全身性为多见，常从眼睑、颜面开始而延及全身，可伴蛋白尿。水肿+消瘦、体重减轻--**营养不良性水肿**。常从足部开始蔓延至全身。
9. **消化性溃疡病** 多有典型的腹痛表现，即慢性、节律性、周期性上腹痛；**幽门梗阻** 则为胀痛，并在呕吐后缓解；突然发生的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛，多为胃、十二指肠穿孔；阵发性剑突下钻顶样疼痛是**胆道蛔虫症** 的典型表现。
10. 霍乱所致腹泻呈米汤样便；急性出血坏死性肠炎所致腹泻为**臭血水样便**；阿米巴痢疾所致腹泻为**果酱样便**；轮状病毒肠炎所致腹泻呈**蛋花汤样**；急性细菌性痢疾为**黏液脓性鲜血便**；肠易激综合征粪便有**黏液但无脓血**；急性出血性坏死性肠炎可排出**洗肉水血样粪便**。
11. **右侧结肠出血** 为暗红色或猪肝色，停留时间长可呈柏油样便；**小肠出血** 与右侧结肠出血相似，但更易呈柏油样便；
12. 恶性肿瘤转移：**肺癌**：右锁骨上窝淋巴结、腋窝淋巴结。**胃癌**：左锁骨上窝淋巴结（Virchow 淋巴结）。
13. **先发热后意识障碍** 多为颅内外严重感染，偶为中暑、甲亢危象。**先有意识障碍后发热** 则多为脑出血或蛛网膜下腔出血、巴比妥类药物中毒。
14. 内毒素性或低阻高排型休克多见于**革兰阴性细菌感染**。非内毒素性或高阻低排型休克多见于**革兰阳性球菌感染**。

体格检查

15. **呼吸浅快** 见于呼吸肌麻痹、严重鼓胀、腹水和肥胖等；**呼吸深快** 见于剧烈运动时、情绪激动或过度紧张时；严重代谢性酸中毒时，出现深而快的呼吸，称之为 Kussmaul 呼吸，常见于糖尿病酮中毒和尿毒症酸中毒等。**潮式呼吸和间停呼吸**（又称比奥呼吸、Biots 呼吸），多发生于中枢神经系统疾病，如脑炎、脑膜炎、颅内压增高及巴比妥中毒、糖尿病酮中毒。

16. 伤寒的特征性皮疹是玫瑰疹。蜘蛛痣常见于急、慢性肝炎或肝硬化。
17. 尖颅见于矢状缝和冠状缝早闭（Apert 综合征）；方颅见于小儿维生素 D 缺乏病（佝偻病）、先天性梅毒；巨颅见于脑积水、落日现象；长颅见于 Manfan 综合征（马方综合征）、肢端肥大症。
18. 正常人去枕平卧颈静脉充盈，半卧位(30° ~45°)颈静脉充盈水平超过锁骨上缘至下颌角间距的 2/3 为颈静脉怒张，见于静脉压力增高的疾患，如右侧心力衰竭、缩窄性心包炎、心包积液、上腔静脉阻塞综合征。
19. 麻疹黏膜斑（Koplik 斑）为麻疹早期表现；雪口病（鹅口疮）提示白色念珠菌感染；口腔内相当于第二磨牙的颊黏膜处出现帽针头大小的白色斑点，常提示麻疹。
20. 颈静脉搏动常见于三尖瓣关闭不全。右锁骨上窝听到血管杂音，最有可能是生理性杂音。Oliver 征常见于主动脉弓瘤。甲状腺功能亢进，静脉呈低调、连续、嗡鸣音；弥漫性甲状腺肿伴功能亢进可有动脉收缩期杂音。
21. 梨形心常见于二尖瓣型心。烧瓶样见于心包积液。负性心尖冲动见于粘连性心包炎、右心室明显肥大。能确诊器质性心脏疾病的体征是心尖抬举性搏动。心前区隆起不常见于高血压心脏病。心尖区触及舒张期震颤，应考虑二尖瓣狭窄。
22. 水冲脉，见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、先天性动脉导管未闭和严重贫血。交替脉，见于高血压性心脏病、急性心肌梗死和主动脉瓣关闭不全。奇脉常见于心脏压塞或心包缩窄时。周围血管征：枪击音、Duroziez 双重杂音、毛细血管搏动征、水冲脉，主要见于脉压增大时，如主动脉瓣重度关闭不全、甲状腺功能亢进及严重贫血。
23. 胸骨左缘第 3~4 肋间搏动多见于右心室肥大；胸骨左缘第 2 肋间搏动多见于肺动脉高压；胸骨右缘第 2 肋间搏动多为升主动脉瘤、主动脉弓瘤；剑突下搏动多为右心室肥大、腹主动脉瘤。
24. 二尖瓣区功能性杂音，主要见于主动脉瓣关闭不全致相对性二尖瓣狭窄所产生的 Austin Flint 杂音；肺动脉瓣区功能性杂音，主要见于功能性肺动脉瓣关闭不全，杂音性质柔和、吹风样，又称为 Graham Steell 杂音。
25. 门静脉高压时腹壁曲张的静脉以脐为中心向四周分布，如水母头；左腰部皮肤发蓝见于急性出血性胰腺炎。脐周或下腹壁皮肤发蓝（Cullen 征）为腹腔内大出血的表现，常见于急性出血性胰腺炎、宫外孕。
26. 检查腰椎的试验：屈颈试验（Linder 征）、拾物试验、直腿抬高试验。方肩见于肩关节脱位或三角肌萎缩；杜加斯(Dugas)征见于肩关节脱位。膝内翻和外翻的畸形常见于小儿佝偻病。
27. 垂腕征见于桡神经损伤，猿掌见于正中神经损伤，爪形手见于尺神经损伤，手的餐叉样畸形见于 Colles 骨折。
28. 匙状甲常见于缺铁性贫血、高原疾病。杵状指常见于慢性肺脓肿、支气管扩张症、发绀型先天性心脏病、支气管肺癌、肝硬化。
29. 痉挛性肌张力增高见于锥体束病变，上肢屈肌张力增高，呈“折刀状”。铅管样强直：伸、屈肌张力均增高，见于锥体外系损害。
30. 面神经核以上损害为中枢性面瘫，出现病灶对侧下半部面部表情肌瘫痪；角膜反射消失：直接与间接反射均消失见于三叉神经病变（传入障碍）；直接反射消失，间接反射存在见于患侧面神经瘫痪（传出障碍）。
31. 静止性震颤见于震颤麻痹症；意向性震颤（动作性震颤），多见于小脑病变。

常见疾病的病因、发病机制、病理及药理

32. 属于 α 受体阻滞药的降压药是哌唑嗪。妊娠患者最不宜选用的降压药为血管紧张素转化酶抑制药。哮喘患者最不宜选用的降压药为 β 受体阻滞药。
33. 关于高血压药物治疗的选择：无并发症的高血压患者--利尿药；伴糖尿病并有微量蛋白尿者--ACEI（血管紧张素 II 受体拮抗药）；伴妊娠者--钙通道拮抗药；伴痛风者--ARB。

34. **二尖瓣狭窄**最常见的病因为风湿热，多是由链球菌反复感染引起。**二尖瓣关闭不全**以风湿性损害最为常见。**退行性老年钙化性主动脉瓣病**是65岁以上老年人单纯性主动脉瓣狭窄的常见原因。
35. **微小病变型肾病**好发于少年儿童，所有病例均呈肾病综合征或大量蛋白尿，镜下血尿发生率低，不出现肉眼血尿，无持续性高血压及肾功能减退。90%对糖皮质激素敏感。
36. **系膜增生性肾小球肾炎**在我国发病率很高，占原发性肾小球疾病肾活检病例的50%，其中IgA肾病占50%，好发于青少年。对糖皮质激素及细胞毒药物的治疗反应与其病理改变轻重相关，轻者疗效好，重者疗效差。
37. **膜增生性肾小球肾炎**好发于青壮年人，50%~70%病例血清C持续降低，本病所致肾病综合征治疗困难。
38. **膜性肾病**好发于中老年人，临床上80%病例呈现肾病综合征，有30%病例有镜下血尿，但无肉眼血尿，常在发病5~10年后才开始出现肾功能损害，本病极易发生肾静脉血栓，占40%~50%，20%~35%病人可自行缓解，60%~70%者早期经糖皮质激素及细胞毒药物治疗可达临床缓解。
39. 糖皮质激素是治疗肾病综合征的首选药物，使用原则一般是起始足量、缓慢减药、长期维持。
40. 成人急性白血病中以急性粒细胞白血病最多见，儿童中以急性淋巴细胞白血病较多见。
41. **急性髓细胞白血病未分化型(M)**，未分化原粒细胞(I型+II型)占骨髓非幼红细胞的90%以上，至少3%细胞为过氧化物酶染色(+)。原粒细胞胞质中无颗粒为I型，出现少数颗粒为II型。急性早幼粒细胞白血病(M)，骨髓中以多颗粒的早幼粒细胞为主，此类细胞在非红系细胞中≥30%。**急性单核细胞白血病(M)**，骨髓非红系细胞中原单核、幼单核及单核细胞≥80%。如果原单核细胞≥80%为M，<80%为M。**急性红白血病(M)**，骨髓中幼红细胞≥50%，非红系细胞中原始细胞(I型+II型)≥30%。**急性巨核细胞白血病(M)**，骨髓中原始巨核细胞≥30%。
42. 排菌肺结核病人的痰是最重要的传染源，飞沫感染是最常见传染方式，其次是经消化道进入体内。
43. **浸润型肺结核**最常见于成年人，其感染途径主要有内源性感染。结核病最重要的传染源是慢性纤维空洞型肺结核病人。成年人最常见的继发性肺结核类型是结核球。

专业知识和专业实践能力

心血管内科学

44. **预激综合征合并心房扑动或心房颤动**禁用洋地黄、钙通道阻滞药。**预激综合征合并快速心房颤动**治疗药物为胺碘酮。**房颤预防栓塞**并发症首选华法林。**持续性心房扑动或心房颤动**转复无效者以控制心室率为主要目的。
45. **室上性心动过速**治疗刺激迷走神经有时可终止心动过速，治疗时静脉注射首选腺苷。**心力衰竭**者首选洋地黄类。**心力衰竭、哮喘者**慎用β受体阻滞药；**心力衰竭、低血压、宽QRS波者**慎用维拉帕米静脉注射。属于阵发性室上性心动过速临床特点的是突发突止；心率>150/min；心律绝对规则；大部分由折返机制引起。
46. **诊断室性心动过速**最重要的依据是心室夺获与室性融合波，无血流动力学障碍病人首选利多卡因静脉注射。**室性心动过速**伴严重血流动力学障碍时，终止发作的首选方法是同步电复律。洋地黄中毒引发的室性心动过速不宜用电复律。鉴别室性心动过速与阵发性室上性心动过速最有力的证据是对迷走神经刺激的反应。
47. 心脏听诊，听到“大炮音”应考虑**完全性房室传导阻滞**。**二度I型房室传导阻滞（文氏阻滞）**，P-R间期进行性延长、R-R间期进行性缩短，直至一个P波受阻不能下传心室，受阻P波在内的R-R间期小于正常窦性P-P间期的2倍。**二度II型房室传导阻滞**，P-R间期恒定不变，每隔一定心动周期出现心室漏搏。**预激合并房室折返性心动过速或心房颤动时**心室率往往超过180/min，顺向传导者QRS波群正常，逆向者QRS波群宽大畸形，须与室性心动过速鉴别。
48. **预激合并心房扑动或心房颤动时**禁用利多卡因和维拉帕米，洋地黄在预激合并心动过速时不宜

使用。射频消融是治疗预激综合征最有效的手段。

49. **人工心脏起搏适应证：**心脏传导阻滞、病态窦房结综合征。**心脏电复律适应证：**心室颤动、心室扑动（非同步），为首选的治疗方法。**心导管消融治疗的适应证：**伴快速心房颤动的预激综合征；发作频繁、药物治疗无效的房室或房室结内折返性心动过速；持续性心房扑动。**冠状动脉介入治疗临床适应证：**稳定性或不稳定性心绞痛、心肌梗死后再次发心绞痛、冠状动脉搭桥术后再次发心绞痛药物治疗不佳者；急性 Q 波心肌梗死急性期；不能接受冠状动脉搭桥术（旁路移植）的心绞痛者；介入治疗后再狭窄。
50. **原发性高血压合并糖尿病患者，**血压控制的目标值是 $<135/85\text{mmHg}$ 。有可能引起高钾血症的降压药物是卡托普利，肾动脉狭窄者慎用卡托普利。**合并糖尿病、蛋白尿，或轻、中度肾功能不全者（非肾血管性），**可选用 ACEI。**合并冠状动脉痉挛性心绞痛的高血压患者**宜首选钙通道阻滞药。属于 α 受体阻滞药的降压药是哌唑嗪。**哮喘患者**最不宜选用的降压药为 β 受体阻滞药。
51. 心绞痛心电图：多数出现 ST 段水平或下斜形下移。**心绞痛发作时治疗：**休息；药物，硝酸甘油舌下含化。**不稳定型心绞痛治疗：** β 受体阻滞药不宜用于变异型心绞痛，有加重冠状动脉痉挛的可能。首选钙通道拮抗药，硝苯地平适用于**变异型心绞痛**；地尔硫适用于**不稳定型心绞痛**有双重发病机制者，既有冠状动脉固定狭窄又有动力性狭窄病人。 β 肾上腺素能受体阻滞药用于**劳力型心绞痛**，从小剂量开始，停用时逐渐减量，如果突然停用以有诱发心肌梗死的可能；钙通道拮抗药治疗**变异型心绞痛**疗效最好。经皮腔内冠状动脉成形术(PTCA)适用于**各型心绞痛**病人狭窄 $\geq 70\%$ 单支或多支血管病变。临床表现中最支持心绞痛诊断的是疼痛可在睡眠中发生；含服硝酸甘油疼痛在 3~5min 内缓解；疼痛易被运动或情绪激动诱发；疼痛在休息时发生，持续 1~10min。
52. 急性心肌梗死合并室性期前收缩或室性心动过速，可用**利多卡因静脉注射**。急性心肌梗死并发心力衰竭用**硝普钠和硝酸甘油**作为首选的血管扩张药。急性心肌梗死后心力衰竭，发病 1~2d，特别在 24h 内避免使用**洋地黄制剂**，因心肌缺氧而易发生中毒，在低血钾时促发心律失常。急性心肌梗死后期的心力衰竭治疗首选药物为**血管紧张素转换酶抑制药**。急性心肌梗死静脉滴注硝酸甘油的起始剂量是 $100\sim 200\mu\text{g}/\text{min}$ 。**急性心肌梗死时不宜溶栓治疗**的情况是指同时伴有主动脉夹层。
53. **急性心肌梗死时，**特异性最高的血清标志物是 TnI。急性心肌梗死发生后，最早升高的血清心肌酶是肌酸磷酸激酶同工酶。心肌坏死的心电图特征性表现是病理性 Q 波。导致急性心肌梗死患者早期（24h 内）死亡的主要原因为心律失常。急性心肌梗死，其闭塞的冠状动脉最常见的是左冠状动脉前降支。急性下壁心肌梗死时血清 CK-MB 浓度的典型变化为发病后 16~24h 达高峰。心肌梗死患者心脏破裂的最常见的部位是左心室游离壁。
54. **二尖瓣狭窄**心尖部舒张中晚期隆隆样杂音，舒张晚期增强，伴心房颤动时，无舒张晚期增强。第一心音亢进，左侧卧位呼气末听诊更清楚。二尖瓣开瓣音见于隔膜型，瓣膜弹性好。**慢性二尖瓣关闭不全体征：**心尖区可闻及全收缩期吹风样杂音，向左腋下和左肩胛区传导；腱索断裂者杂音可呈音乐性或海鸥鸣，二尖瓣脱垂者可闻及喀喇音。**二尖瓣关闭不全体征**是心尖部 3/6 级收缩期吹风样杂音。**主动脉瓣狭窄**患者最重要的体征是主动脉瓣区收缩期喷射性杂音。**主动脉瓣关闭不全体征：**主动脉瓣第二听诊区闻及舒张早中期及全舒张期叹气样递减型杂音，坐位并前倾身体、呼气末听诊最清楚。向心尖部传导；毛细血管搏动征、枪击音、水冲脉；呈靴形心；脉压大。

呼吸内科学

55. 气促或呼气性呼吸困难为 COPD 的**标志性症状**。肺功能检查是**判断气流受限**的主要客观指标，血气分析可综合判断 COPD 的**病情严重程度**。**诊断 COPD 的最可靠指标：**不完全可逆的气流受阻。诊断肺通气功能受损的**比较敏感的早期指标：**肺功能 FEV₁ / FVC。COPD 的**吸氧方式**（持续性低流量）。**长期家庭氧疗注意事项：**①PaO₂≤55mmHg 或 SaO₂≤88%；②PaO₂55~60mmHg 或

SaO₂≤89%，并有肺动脉高压、心力衰竭或红细胞增多症（血细胞比容>0.55）。一般低流量给氧，每天15h以上。COPD急性加重期**首选治疗**：抗感染。

56. 肺源性心脏病急性加重期最重要的**治疗措施**是控制呼吸道感染。利尿药的**给药原则**为作用弱、小剂量、短疗程（一般不超过4d）。慢性肺源性心脏病**最常见的心律失常**是室性心动过速。**诊断慢性肺心病**的主要依据是肺动脉高压，右心室肥大。提示慢性肺心病右心室肥大的**最主要表现**是剑突下有明显搏动。形成肺心病肺动脉高压的最重要原因是肺细小动脉痉挛。
57. **哮喘持续状态**有效的治疗药物是地塞米松。**治疗支气管哮喘**最有效的药物是布地奈德。**哮喘急性发作**用来快速缓解症状的药物： β 受体激动药吸入。提示**支气管哮喘患者病情危重**的是胸廓矛盾运动。
58. **I型呼吸衰竭**是指PaO₂<60mmHg，PaCO₂降低或正常，主要原因是换气功能障碍。**II型呼吸衰竭**是指PaO₂<60mmHg和PaCO₂>50mmHg，主要因肺泡通气不足所致。引起I型呼吸衰竭最常见的疾病是肺部广泛炎症及ARDS（成人呼吸窘迫综合征）。II型呼吸衰竭最常见的病因是慢性阻塞性肺疾病。
59. **社区获得性肺炎**是指院外所患感染性肺实质炎症，最常见的病原体为肺炎链球菌，治疗上选用大环内酯类、青霉素类、第二三代头孢菌素和喹诺酮类等抗生素敏感。入院48h后在医院内发生的肺炎或在致病病原体潜伏期后发生的肺炎，常为混合感染，耐药菌株多见，治疗上常用第二三代头孢菌素。医院获得性肺炎的常见致病是革兰阴性杆菌。
60. 肺炎链球菌肺炎临床表现为起病急骤，临床特征为寒战、高热、咳嗽、胸痛、血痰或痰呈铁锈色。治疗**首选青霉素G**，对耐青霉素者可用喹诺酮类，标准疗程通常为14d，或在退热后3d停药或改为口服维持数日。
61. 克雷伯杆菌肺炎起病急，畏寒、高热、咳嗽、痰多，呈**砖红色胶冻样或灰绿色痰**，胸痛、发绀、心悸，早期可出现休克。治疗**首选氨基糖苷类加半合成广谱青霉素**。
62. 对**诊断结核性胸膜炎**的胸腔积液最有帮助的是腺苷脱氢酶。胸腔积液中葡萄糖含量显著下降常见于**肺炎旁胸腔积液**。胸腔积液中三酰甘油含量升高常见于**乳糜胸**。

消化内科学

63. **多灶萎缩性胃炎（B型）**，以胃窦为主，多数由于Hp感染所致。**自身免疫性胃炎（A型）**，表现为萎缩改变主要位于胃体部，由自身免疫引起。A型胃炎胃酸降低，血清促胃液素增高；B型胃炎一般正常或有轻度障碍。重度萎缩性胃体胃炎患者表现为胃酸明显减少。萎缩性胃窦胃炎患者表现为胃酸正常或减少。
64. **胃溃疡**主要是防御-修复因素减弱，而**十二指肠溃疡**主要是损害因素增强所致。胃溃疡多位于胃角和胃窦小弯侧，即在（胃窦）与胃体交界处的幽门腺区一侧；十二指肠溃疡多位于球部前壁。胃溃疡常好发于胃小弯。
65. 典型的**十二指肠溃疡**的症状特点是空腹及夜间上腹痛，进食后可缓解。典型的**胃溃疡**症状是进餐后上腹痛，至下一餐前缓解。
66. **恶性溃疡内镜下表现**：凹陷多超过黏膜层，黏膜颜色异常，边缘可有结节状颗粒。形态不规则，边缘模糊不清，病变周围有不规则结节，有时四周黏膜发红、水肿、糜烂，皱襞中断或呈杵状，顶端可呈虫蚀样。
67. **门静脉高压症**：脾大（漏出液）、侧支循环的建立和开放、腹水。男性肝硬化患者性欲减退、睾丸萎缩、肝掌的原因是雌激素过多。肝硬化门脉高压患者，出现全血细胞减少最主要的原因是脾功能亢进。
68. **肝硬化腹水产生机制**为门脉压力升高；低白蛋白血症；肝淋巴液生成过多；继发性醛固酮增多；血管升压素分泌增多；有效循环血容量不足。
69. **肝硬化的主要并发症**有上消化道出血、肝性脑病、感染、肝肾综合征、肝肺综合征、原发性肝

癌、电解质和酸碱平衡紊乱。肝硬化患者最严重的并发症是肝性脑病。

70. 胆道疾病中胆石症是急性胰腺炎最常见的原因。
71. 在急性胰腺炎的各项检查中，最早出现异常的是血清淀粉酶，开始升高的时间是6~12h。但淀粉酶的高低并不一定反映病情的严重程度。血钙低于1.75mmol/L反映胰腺坏死，为预后不良征兆。
72. 出血坏死型胰腺炎的特殊体征可见肋腹部皮肤呈灰紫色斑（Crey-Turner征）或脐周皮肤青紫（Cullen征）。Grey-Turner征、血钙<2mmol/L提示急性出血坏死型胰腺炎。出血坏死型胰腺炎起病2~3周后形成脓肿；急性胰腺炎假性囊肿形成的时间一般是病后3~4周。
73. 上消化道大出血最常见的病因是胃、十二指肠溃疡。出血范围是Treitz韧带以上出血。最少见原因是血管畸形。特征性表现是呕血与黑粪。上消化道出血表现为呕血或黑便，主要取决于出血的速度和量。
74. 克罗恩病多见于末端回肠和邻近结肠。临床上以腹痛、腹泻、腹块、瘻管形成和肠梗阻为特点，可伴有发热、营养障碍等全身表现，以及关节、皮肤、眼、口腔黏膜、肝等肠外损害。克罗恩病的最常见并发症是肠梗阻。病变呈节段性或跳跃性分布，与正常肠段相互间隔，界限清晰，呈跳跃区的特征。
75. 克罗恩病大多数主张药物治疗，氨基水杨酸制剂适用于慢性期和轻、中度活动期病人；糖皮质激素是目前控制病情活动最有效的药物，适用于本病活动期，主张剂量足、疗程长。紧急手术指征：急性小肠梗阻；并发中毒性巨结肠，保守治疗无效者；急性阑尾炎不能排除者；急性肠穿孔和严重肠出血，保守治疗无效者；肠内感染灶用抗生素不能控制者。
76. 溃疡性结肠炎病变主要限于结肠的黏膜与黏膜下层，多累及直肠和远端结肠。好发部位是直肠、乙状结肠。
77. 溃疡性结肠炎以腹泻、黏液脓血便、腹痛为特点。典型溃疡性结肠炎患者大便的特点是黏液脓血便。常见并发症是中毒性巨结肠、直肠结肠出血、癌变、急性肠穿孔。
78. 溃疡性结肠炎以药物治疗为主，氨基水杨酸制剂适用于慢性期和轻、中度活动期病人；糖皮质激素对急性发作期有较好疗效，剂量足、疗程长。紧急手术指征：并发大出血、肠穿孔，特别是并发中毒性巨结肠经积极内科治疗无效且伴严重毒血症者。

肾内科学

79. 肾病综合征常见并发症有感染、血栓及栓塞、急性肾衰竭等。膜性肾病最易并发血栓栓塞。老年人继发性肾病综合征常见的疾病是糖尿病肾病。肾病综合征引起水肿的主要机制是血浆胶体渗透压降低。
80. 用糖皮质激素治疗病情可以得到改善的一组肾脏疾病是微小病变病、狼疮性肾炎、免疫性急性间质性肾炎。肾病综合征合并肾静脉血栓形成的患者，药物治疗中作用肯定的是低分子肝素。难治性肾病综合征的治疗药物是甲泼尼龙（甲基强的松龙）、环孢素A、环磷酰胺、硫唑嘌呤。
81. 可导致肾病综合征合并急性间质性肾炎的药物是非甾体抗炎药(NSAIDs)。
82. 上行性感染是引起急性肾盂肾炎最常见的感染途径。最常见的致病菌是革兰阴性杆菌，主要是大肠杆菌。表现为突然发生一侧或两侧腰痛。急性肾盂肾炎的疗程为2周，热退3d后可改口服药。
83. 鉴别上、下尿路感染的依据是尿抗体包裹细菌检查。链球菌引起的尿路感染，有临床诊断意义的最低菌落计数为清洁中段尿培养，菌落计数为10万个/ml。克雷伯杆菌引起的尿路感染，有临床诊断意义的最低菌落计数为清洁中段尿培养，菌落计数为1000个/ml。
84. 慢性肾盂肾炎以蛋白尿、水肿、高血压为主要临床表现。诊断慢性肾盂肾炎的可靠依据是静脉肾盂造影，肾盂、肾盏变形或双肾大小不一。对诊断慢性肾盂肾炎最有意义的是肾小管功能持续性损害。

85. 进行性尿量增多是肾功能开始恢复的一个标志。**急性肾功能衰竭少尿期**结束的标志，是指 24h 尿量至少增加至 400ml。少尿期的治疗应注意防治急性肺水肿、高钾血症、上消化道出血和并发感染。在急性肾功能衰竭病人少尿期或无尿期，需紧急处理的电解质失调是高钾血症。
86. 我国引起慢性肾衰竭的首位病因是慢性肾小球肾炎，全身或局部感染为最常见的加重诱因。引起慢性肾功能不全的最常见继发性肾脏病是糖尿病肾病。以肾功能进行性减退，代谢产物潴留，水、电解质和酸碱平衡失调及各系统受累为主要表现。
87. 正常肾小球滤过率为 80~120ml/min。肌酐清除率降到 10ml/min 以下时称为尿毒症晚期或终末期。慢性肾衰竭失代偿期是指 GFR(肾小球滤过率)的范围在 25~50ml/min。GFR 降至 20ml/min 以下时出现代谢性酸中毒。
88. **慢性肾衰竭病人最早最常见的症状**经常是在消化系统。心力衰竭是**慢性肾功能不全的最主要病因**。**慢性肾功能不全周围神经病变**中较明显的表现为不宁腿综合征。
89. **慢性肾功能不全出现肾性贫血**最合适的治疗药物是促红细胞生成素。**慢性肾功能不全继发性甲状旁腺功能亢进**患者应给予磷结合剂。慢性肾功能不全继发性甲状旁腺功能亢进最主要的原因是维生素 D 减少。典型慢性肾功能不全时的水、电解质紊乱是代谢性酸中毒、低血钙、高血磷、高血钾。

神经内科学

90. 脑动脉粥样硬化为**脑血栓形成最常见的病因**。**脑血栓形成急性期的治疗**为早期溶栓、抗凝、脑保护、降纤、血液稀释法等治疗。
91. 出血性卒中与缺血性卒中最有鉴别价值的辅助检查是头颅 CT。脑内水肿者需用脱水药，常用 20%甘露醇。
92. **脑出血患者**应保持安静，防止继续出血，积极抗脑水肿；降低颅内压、调整血压，防治并发症。
93. **蛛网膜下腔出血**常见病因有脑动脉瘤、脑血管畸形和高血压脑动脉粥样病变等。临床表现头痛、呕吐、脑膜刺激征及意识改变。脑脊液检查、CT、MRI 及脑血管造影等有利于明确诊断。蛛网膜下腔出血的治疗要去除病因、控制继续出血、防止迟发性脑血管痉挛、防止再出血。
94. **帕金森病**为黑质变性和黑质一纹状体系统多巴胺缺乏。其表现有静止性震颤、齿轮样强直、运动迟缓、姿势步态异常、自主神经功能紊乱等。诊断要点：缓慢发生并逐渐进展的三主征--静止性震颤、肌张力增高、运动减少及对多巴胺制剂治疗有效。以症状治疗为主，常用药物为多巴胺受体激动药和单胺氧化酶抑制药，对治疗效果差者可先选择手术。左旋多巴的主要副作用有"开-关"现象、胃肠道症状、"舞蹈样"动作、精神症状。
95. **特发性面神经炎**时可出现 Bell 现象。**三叉神经痛**最常发生的是三叉神经的第 2、3 支。三叉神经痛有"触发点"或"扳机点"。Guillain-Barre 综合征其病理是以周围神经和神经根的脱髓鞘及小血管周围淋巴细胞及巨噬细胞的炎性反应为特点的自身免疫病。
96. **Guillain-Barre 综合征**首发症状表现四肢对称性无力，瘫痪为弛缓性。呼吸肌麻痹为 Guillain-Barre 综合征死亡的原因。实验室检查发现 Guillain-Barre 综合征典型的脑脊液改变是蛋白细胞分离。Guillain-Barre 综合征以对症治疗为主。

内分泌学

97. **甲状腺功能亢进**最常见的类型是 Graves 病。引起 Graves 病基本的原因是遗传易感性和自身免疫功能异常。甲状腺功能亢进症最**常见的甲状腺改变**是弥漫性甲状腺肿。**临床表现**主要有甲状腺毒症、甲状腺肿大、甲状腺眼病等。**诊断**自主性功能亢进性甲状腺腺瘤最佳的甲状腺检查是放射性核素扫描。**最具有诊断意义的体征**是弥漫性甲状腺肿伴血管杂音。
98. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎伴甲亢者。血 TGAb 和 TPOAb 阳性且滴度较高。诊断慢性淋巴细胞性甲状腺炎最有价值的检查是抗甲状腺抗体。

99. 游离 T3、游离 T4、游离 TSH 指数为具有生理活性的甲状腺激素，不受 TBG 影响，是**临床诊断甲亢的首选指标**。
100. **甲状腺危象的主要诱因**有感染、手术、放射碘治疗等。**临床表现**有原有的甲亢症状加重，还出现高热、心动过速、心房颤动、休克、昏迷等症状。**治疗**首选丙硫氧嘧啶。甲亢病人**术前准备**可以手术的基础代谢率，至少降至+20%以下。**甲状腺手术后最危急的并发症**是呼吸困难。复方碘溶液治疗用于甲亢术前准备。**预防甲状腺功能减退症黏液性水肿昏迷**的关键是坚持甲状腺素替代治疗。
101. 高渗昏迷的血糖数值 33. 3~66. 6mmol/L 和渗透压多在 350mmol/L 以上。糖尿病最常见的精神症状是抑郁情绪。确定 Somogyi 或黎明现象最有意义的检查是测定夜间血糖。糖基化血红蛋白测定可反映取术前血糖情况的时间是 8~12 周。判断糖尿病控制程度较好的指标是糖化血红蛋白。
102. α 葡萄糖苷酶抑制剂的最佳服用时间是与进餐同时。**对肾脏负担最轻**的是格列喹酮。**最容易引起胃肠道反应**的是二甲双胍。**降糖作用持续最长**的是氯磺丙脲。**双胍类降糖药**的降糖机制是抑制肝糖原分解、增加糖的无氧酵解、改善外周组织对胰岛素的抵抗。胰岛素治疗常用餐前皮下注射，常用注射部位有上臂、大腿、腹部。**胰岛素的主要不良反应**是低血糖。磺脲类是**不太肥胖的 2 型糖尿病的第一线药物**。**糖尿病酮症酸中毒**的主要治疗是补充体液和电解质，应用胰岛素。
103. **高脂血症**，可表现为高胆固醇血症、高三酰甘油血症，或两者兼有。**脂蛋白**是由蛋白质、胆固醇、三酰甘油和磷脂组成的。**乳糜微粒(CM)**主要作用是将三酰甘油运至肝和脂肪组织。高脂蛋白血症的**治疗**主要包括饮食治疗、体育活动及药物治疗。他汀类药物的副作用为胃肠功能紊乱、肌肉痛。用药期间应定期测肝功能。不宜用于儿童、孕妇、哺乳期妇女。
104. **低渗性缺水**时，在血清钠尚未明显降低之前，尿钠含量减少。**等渗性失水**主要表现为口渴及循环衰竭症状。等渗性失水的临床表现为休克常伴有代谢性酸中毒。
105. **治疗等渗性脱水**理想的液体是平衡盐溶液。**治疗高渗性脱水**理想的液体是 0. 45%氯化钠液。
106. **低钾血症者**合并肾功能障碍、无尿或少尿时补钾应慎重。血清钾 7~9mmol/L，可出现肌肉软弱无力、膝反射减弱或消失，肌麻痹等。**最早出现的临床表现**是肌乏力。对难治性低钾血症补钾过程中应注意纠正碱中毒和低镁血症。
107. **高钾血症的处理**：首先处理原发病，其次降低血钾，用 10%氯化钙或葡萄糖酸钙静推；5%碳酸氢钠或 11. 2%乳酸钠静脉快速滴入；20%~25%葡萄糖溶液加胰岛素静滴；使用排钾利尿药；使用离子交换树脂促进钾经肠道排出；血液透析。休克病人补钾时，每小时尿量必须至少达到 40ml。补钾速度一般每小时不宜超过 20mmol。

血液病学

108. **贫血诊断标准**：正常成年男性血红蛋白>120g/L，成年女性应>110g/L。慢性贫血（血红蛋白低于 60g/L）为输血指征之一。
109. **属于小细胞性贫血**的是缺铁性贫血、海洋性贫血、慢性感染性贫血、铁粒幼细胞性贫血。
110. **缺铁性贫血的细胞形态学特点**为小细胞低色素性贫血。**诊断缺铁最可靠的依据**是骨髓小粒可染铁消失和血清铁降低。血清铁蛋白是**诊断缺铁最敏感的指标**。
111. **与营养性缺铁性贫血的实验室检查结果相符**的是血清蛋白降低、血清铁降低、转铁蛋白饱和度降低、红细胞游离原卟啉降低。**缺铁性贫血的实验室检查**结果应是血清铁降低、总铁结合力升高、转铁蛋白饱和度降低。血清铁蛋白是**体内储备铁的指标**。
112. 缺铁性贫血的补铁治疗中，属无机铁的是硫酸亚铁。口服铁剂治疗有效的缺铁性贫血患者，最先上升的是网织红细胞。**补铁的治疗方法**：口服铁剂后 5~10d 网织红细胞开始上升，7~12d 达高峰，2 周后血红蛋白开始上升，待血红蛋白正常后，再服药 3~6 个月。

113. Auer 小体见于急性粒细胞白血病、急性单核细胞白血病和急粒单核细胞白血病细胞胞质内，但不见于急性淋巴细胞白血病。
114. 急性早幼粒细胞白血病过氧化酶强阳性。急性单核细胞白血病非特异酯酶染色阳性，可被氟化钠抑制。急性淋巴细胞白血病糖原染色阳性，呈块状或颗粒状。
115. 白血病的化疗原则为早期、联合、足量、分阶段。CNLSL 以急性淋巴细胞白血病最常见，其治疗主要采取鞘内注射甲氨蝶呤。治疗急性白血病的药物中，易引起凝血因子减少的是左旋门冬酰胺酶。
116. 急淋白血病(B-ALL)的白血病细胞(淋巴细胞)易浸润中枢神经系统引起中枢神经系统白血病，B-ALL 的染色体异常是 t(8; 14)。急性单核细胞白血病(AML-Ms)易并发齿龈和皮肤浸润。急性非淋巴细胞白血病的常用化疗方案为 DA、HA。急性淋巴细胞白血病的常用化疗方案为 VP。
117. 溶菌酶增高常见于慢性粒细胞白血病。慢性粒细胞性白血病的实验室检查特点是 Ph 染色体阳性。
118. 类白血病反应常并发于严重感染、恶性肿瘤等疾病，脾大不如慢性粒细胞白血病显著。实验室检查特点是中性粒细胞碱性磷酸酶积分增高。异基因骨髓移植是目前根治慢性粒细胞白血病最有效的方法。慢性粒细胞白血病化疗首选羟基脲。
119. 凝血酶时间(TT)延长见于纤维蛋白原降低。凝血酶原时间(PT)正常见于血友病。
120. 特发性血小板减少性紫癜为免疫性疾病，特点为血小板寿命缩短。表现是贫血和出血程度一致。临床表现以血小板减少、骨髓的巨核细胞增多伴成熟障碍为主。慢性特发性血小板减少性紫癜合并贫血最适宜的检查是血清铁蛋白测定。治疗上首选激素。

结核病学

121. 肺结核类型中，传染性最强的是慢性纤维空洞型肺结核。
122. 诊断肺结核及其活动性的金标准是痰结核菌培养阳性。结核菌素阳性的形成机制是IV型变态反应。
123. 一般情况下大咯血时首选的最有效的药物是神经垂体(垂体后叶)素，但冠心病、高血压、心衰病人及孕妇禁用，大咯血时最关键的措施是立即输血或输液。结核病人使用糖皮质激素的指征：结核性胸膜炎胸腔积液量多；干酪性肺炎；结脑病人体温不降；急性粟粒型肺结核。
124. 抗结核化疗时可引起高尿酸血症的药物是吡嗪酰胺(PZA)。异烟肼(INH)可抑制结核菌 DNA 与细胞壁合成，可杀灭细胞内外的结核菌，可透过血-脑脊液屏障。其不良反应周围神经炎可用维生素 B6。乙胺丁醇的不良反应有视神经炎。乙胺丁醇和对氨基水杨酸都属于抑菌药。糖皮质激素在结核性胸膜炎治疗中可减轻机体的变态反应，可改善结核中毒症状，但亦可导致结核播散，需逐渐减量。

传染病学

125. 肾综合征出血热典型病人包括发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期、恢复期。肾综合征出血热少尿期最致命的水、电解质及酸碱紊乱是高钾、低血钠、酸中毒。肾综合征出血热最常见的并发症是肺水肿。肾综合征出血热少尿期治疗原则：稳、促、导、透，即稳定机体内环境、促进利尿、导泻和透析。
126. HIV 最常见的机会性感染是人肺孢子虫肺炎，治疗应用喷他脒(戊烷咪)或复方新诺明。HIV 并发卡氏(Kaposi)肉瘤，应用 AZT 与 IFN α 联合治疗，亦可应用博来霉素联合治疗。并发隐孢子虫感染，应用螺旋霉素。
127. 流行性乙型脑炎病变最严重的是大脑皮质、丘脑和中脑。流行性乙型脑炎发生呼吸衰竭的时间在病程第 4~10 天。抢救流行性乙型脑炎脑水肿、颅内高压措施：头部降温至 30~32 $^{\circ}$ C、脱水疗法、肾上腺皮质激素、由脑性低血钠导致的脑水肿可应用钠盐。特异性 IgM 抗体对流行性乙型脑炎的早期诊断具有重要价值。

128. 伤寒："O"抗体的凝集效价在 1：80，"H"抗体在 1：160 或以上时，具有辅助诊断价值。
129. 确诊流行性脑脊髓膜炎的依据是皮肤瘀点细菌学检查阳性。
130. 钩端螺旋体病治疗首选青霉素，其次为庆大霉素及四环素。
131. 抗疟疾治疗最常用的方案是氯喹+伯氨喹，用于防止疟疾复发及传播的药物为伯氨喹，对红细胞内裂殖体有强大杀灭作用的药物为奎宁、氯喹、青蒿素、甲氟喹。

风湿与临床免疫学

132. 类风湿性关节炎：对称性小关节肿痛、晨僵、关节畸形是本病主要临床表现，类风湿结节是特征性皮肤改变。最常以近端指间关节、掌指关节及腕关节为主。本病关节外症状：①类风湿结节。②小血管炎。③肺部可表现为肺间质病变、结节样改变、胸膜炎。④心包炎是心脏受累最常见的表现。⑤周围神经病变。⑥Felty 综合征。⑦干燥综合征合并此病者不少见。Felty 综合征，指本病合并有脾大、白细胞减少和（或）贫血、血小板少。类风湿因子阳性提示疾病活动性标志。
133. 类风湿性关节炎诊断标准：晨僵 \geq 1h，病程 $>$ 6周；有至少3个关节肿，至少 $>$ 6周：腕、掌指、近端指关节肿，至少6周；关节肿呈对称性，至少6周；有皮下结节；手X线片改变；类风湿因子阳性。符合以上4项即可诊断。

职业病学

134. 急性一氧化碳中毒应立即脱离中毒现场，误服者应迅速彻底洗胃而不必拘泥于何种洗胃液；及时给氧，高压氧或高浓度氧应尽早使用，时间不要过长，24h后则不宜再用。亚硝酸钠-硫代硫酸钠疗法；早期投用自由基清除剂阻滞或减轻氧化物中毒的发病。
135. 敌百虫中毒及强酸中毒禁用2%碳酸氢钠。对硫磷忌用1：5000高锰酸钾溶液。杀鼠灵中毒治疗：及早足量使用特效拮抗药维生素K，直至凝血酶原时间恢复正常。单纯氨基甲酸酯杀虫药中毒不用肟类复能剂，尤其是甲萘威中毒时，禁用复能剂。
136. 亚硝酸盐中毒中枢神经系统有麻痹作用，实验室检查：血中高铁血红蛋白定性检查阳性，定量明显升高。