

帮学课堂配套讲义

《西医综合·内科学》

——强化课程

课程配套讲义是学习的必备资源，帮帮为大家精心整理了高质量的配套讲义，确保同学们学习的方便与高效。该讲义是帮帮结合大纲考点及考研辅导名师多年辅导经验的基础上科学整理的。内容涵盖考研的核心考点、复习重点、难点。结构明了、脉络清晰，并针对不同考点、重点、难点做了不同颜色及字体的标注，以便同学们复习时可以快速投入、高效提升。

除课程配套讲义外，帮帮还从学习最贴切的需求出发，为大家提供以下服务，打造最科学、最高效、最自由的学习平台：

服务项目	服务内容
名师高清视频课	零距离跟名师学习，精讲考点，突出重点，拿下难点，掌握方法
习题+月考+模考	精选配套习题，灵活自测，查缺补漏，时时提升

真题视频解析	精选整理了近十几年的真题+答案，视频详解近五年真题
复习规划指导	名师零距离直播/录播指导全程考研复习规划
24 小时内答疑	24 小时内详尽解答您复习中的疑点难点，确保学习无阻碍

把青春托付给值得信任的平台！

祝：复习愉快，天天高效，考研成功！

PS:讲义中的不足之处，欢迎各位研研批评指正，我们将竭尽所能追求更好！

目录

帮学堂课堂配套讲义	1
《西医综合·内科学》	1
第一部分：呼吸系统	1
第一章 慢性阻塞性肺疾病	1
第二章 支气管哮喘	2
第三章 支气管扩张	5
第四章 肺部感染性疾病	6
一、细菌性肺炎	6
二、其他病原体所致肺部感染	8
三、肺脓肿	9
第五章 肺结核	10
第六章 间质性肺疾病	12
一、结节病	12
二、特发性肺纤维化	14
第七章 肺血栓	15
第八章 慢性肺源性心脏病	17
第九章 胸腔积液与气胸	19
一、胸腔积液	19
二、气胸	22
第十章 急性呼吸窘迫综合征	22
一、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）	22
第十一章 呼吸衰竭	24
第二部分：循环系统	26
第一章 心力衰竭	26
一、心力衰竭总论	26
二、慢性心力衰竭	27
第二章 心律失常	30
一、房性心律失常	30
二、室性心律失常	32
三、房室传导阻滞	32
第三章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	33
一、稳定型心绞痛	33
二、不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死	33
三、急性 ST 段抬高型心肌梗死	34
第四章 高血压	35
第五章 心肌疾病	40
一、扩张型心肌病	40
二、肥厚型心肌病	41
三、心肌炎	42
第六章 心脏瓣膜病	43

一、二尖瓣狭窄	43
二、二尖瓣关闭不全	45
三、主动脉瓣狭窄	46
第七章 心包炎	47
一、急性心包炎	47
二、心包积液及心脏压塞	47
第八章 感染性心内膜炎	49
一、感染性心内膜炎	49
第三部分 消化系统	52
第一章 胃食管反流病	52
一、胃食管反流病	52
第二章 慢性胃炎	53
一、慢性胃炎	53
第三章 消化性溃疡	55
一、消化性溃疡	55
第四章 肠结核与结核性腹膜炎	58
一、肠结核	58
第五章 炎症性肠病	60
一、溃疡性结肠炎	60
二、克罗恩病	61
第六章 肝硬化	62
第七章 肝癌	63
第八章 肝性脑病	64
第九章 胰腺炎	66
一、急性胰腺炎	66
第十章 上消化道出血	70
第十一章 急性中毒及有机磷中毒	71
一、有机磷杀虫药中毒	71
第四部分 泌尿系统	73
第一章 总论	73
一、肾脏疾病的检查	73
第二章 肾小球肾炎	73
一、急性肾小球肾炎	73
二、急进性肾小球肾炎	75
第三章 肾病综合征	76
第四章 IgA 肾病	78
第五章 尿路感染	79
第六章 急性肾损伤	82
第七章 慢性肾衰	82
第五部分 血液系统	85
第一章 缺铁性贫血	85
第二章 溶血性贫血	86
第三章 骨髓增生异常综合征	88

第四章 白血病	90
一、急性白血病	90
第五章 淋巴瘤	93
一、非霍奇金淋巴瘤	93
二、霍奇金淋巴瘤	95
第六章 出血性疾病	96
一、出血性疾病概述	96
第七章 特发性血小板减少性紫癜	98
第六部分 内分泌系统	101
第一章 甲状腺功能亢进症	101
第二章 库欣综合征	106
第三章 原发性醛固酮增多症	108
第四章 嗜铬细胞瘤	110
第五章 糖尿病与糖尿病酮症酸中毒	111
一、糖尿病	111
二、糖尿病酮症酸中毒	115
三、高血糖高渗状态	116
第七部分 风湿性疾病	118
第一章 结缔组织病总论	118
一、概论	118
二、类风湿关节炎	119
三、系统性红斑狼疮	121
四、脊柱关节炎	122
第八部分 诊断学	124
第一章 常见症状	124
一、发热	124
二、咯血	125
三、胸痛	126
四、呼吸困难	127
五、腹痛	128
第二章 胸部检查	128
一、肺和胸膜	128
二、心脏检查	130
三、血管检查	131
第三章 腹部	132
一、腹部检查	132
第四章 器械检查	132
一、心电图检查	132

第一部分：呼吸系统

第一章 慢性阻塞性肺疾病

2012-63. 评估慢性阻塞性肺疾病严重程度的肺功能指标 ()

- A. FEV1/FVC
- B. FEV1% 预计值
- C. FEV1 绝对值
- D. Dlco (一氧化碳弥散量)

严重程度分级

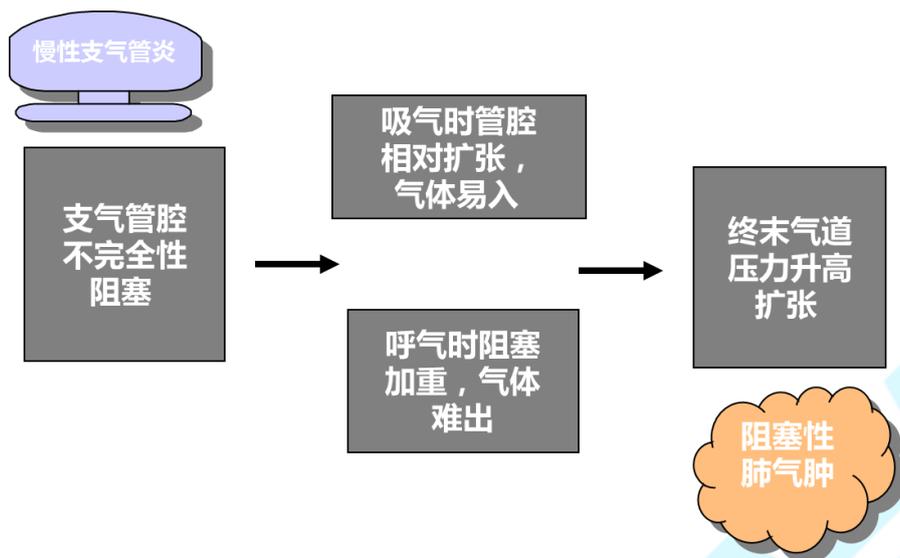
0 级	具有罹患 COPD 的危险因素；有慢性咳嗽、咳痰症状，肺功能正常（不算 COPD）
I 级：轻度	FEV1/FVC < 70%，FEV1 ≥ 80% 预计值
II 级：中度	FEV1/FVC < 70%，50% ≤ FEV1 < 80% 预计值
III 级：重度	FEV1/FVC < 70%，30% ≤ FEV1 < 50% 预计值
IV 级：极重度	FEV1/FVC < 70%，FEV1 < 30% 预计值或 FEV1 < 50% 预计值伴慢性呼衰

(专家提醒：根据 FEV1% 预计值下降的幅度分级)

2011-65. 下列关于阻塞性肺气肿发病机制的阐述，错误的是 ()

- A. 肺纤维化
- B. 呼吸性细支气管狭窄
- C. 气腔过度膨胀
- D. 气腔壁破坏

肺气肿



第二章 支气管哮喘

2015-64.治疗支气管哮喘的缓解药物不包括 ()

- A. 速效吸入的 β_2 受体激动剂
- B. 短效茶碱
- C. 白三烯调节剂
- D. 全身用糖皮质激素

表 2-4-2 哮喘治疗药物分类

缓解性药物	控制性药物
短效 β_2 受体激动剂(SABA)	吸入型糖皮质激素(ICS)
短效吸入型抗胆碱能药物(SAMA)	白三烯调节剂
短效茶碱	长效 β_2 受体激动剂(LABA, 不单独使用)
全身用糖皮质激素	缓释茶碱
	色甘酸钠
	抗 IgE 抗体
	联合药物(如 ICS/LABA)

(2012-96~98 题共用题干)

男性, 35 岁。支气管哮喘 30 年, 再发咳嗽伴喘息 3 天, 吸入沙丁胺醇症状稍改善, 1 天来喘息加重。查体: R 32 次/分, 端坐呼吸, 大汗, 语不成句, 口唇发绀, 双肺呼吸音低, 可闻及散在哮鸣音, 未闻及湿啰音, 心率 126 次/分, 有奇脉。

96.应首选的辅助检查是 ()

- A.胸部 X 线 B.肺功能
C.动脉血气分析 D.心电图

97.下列处理措施中，不恰当的是（）

- A.鼻导管吸氧
B.静脉滴注糖皮质激素
C.持续雾化吸入 β_2 受体激动剂
D.限制液体摄入量（ $<2000\text{ml}/\text{天}$ ）

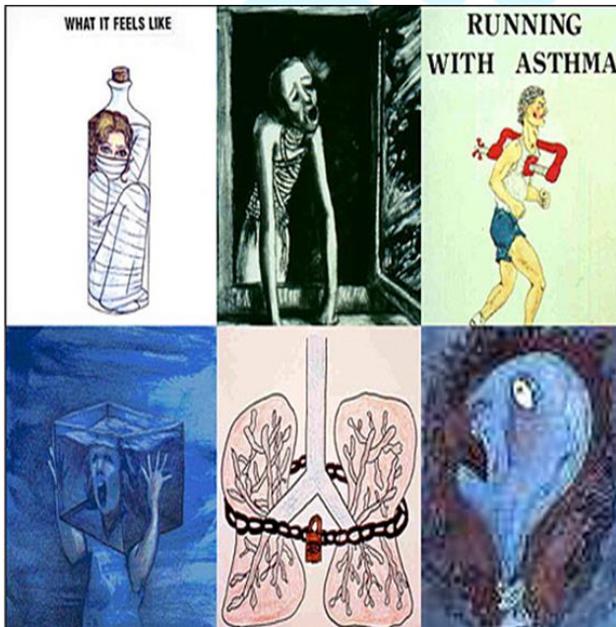
98.经治疗病情不缓解，病人出现嗜睡。意识模糊，不能言语，查体哮鸣音消失，应采取的最主要措施是（）

- A.面罩吸氧 B.静脉注射肾上腺素
C.机械通气 D.静脉滴注呼吸兴奋剂

反复发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难

寂静肺

严重患者可出现心率增快、奇脉（吸气时脉搏明显减弱或消失，吸停脉）、胸腹反常活动、发绀



呼气流速指标全下降

血气分析：

缺氧， PaO_2 下降，过度通气致 $\text{PaCO}_2 \downarrow$ ——呼碱

重症哮喘，气道阻塞，呼吸肌疲劳， $\text{PaCO}_2 \uparrow$ ——呼酸和（或）代酸（缺氧明显）。



治疗

	药物	作用机理	注意事项
β_2 受体激动剂	沙丁胺醇、特布他林	激活腺苷酸环化酶，增加 CAMP 的合成，减少游离钙离子，舒张支气管平滑肌，稳定肥大细胞膜	缓解哮喘症状的首选药物；不易长期单独使用
茶碱类	氨茶碱	抑制磷酸二酯酶，提高平滑肌细胞内 cAMP 的含量	茶碱的“治疗窗”窄，易出现毒副作用
抗胆碱药	溴化异丙托品	抑制气道平滑肌表面 M3 受体	青光眼、前列腺肥大和妊娠 3 个月妇女慎用

抗炎平喘药	糖皮质激素 (二丙酸倍氯米松)	抗炎、抗过敏、抗微血管渗漏、间接松弛平滑肌	吸入性激素局部治疗
	白三烯调节剂 (扎鲁司特)	拮抗细胞表面的白三烯受体，抑制肥大细胞释放介质	适用于阿司匹林和运动性哮喘
	色甘酸钠	抑制 IgE 介导的肥大细胞释放炎症介质	预防发作
	酮替酚	H1 受体拮抗剂，抗过敏	嗜睡，高空作业不易使用

重度哮喘的治疗

- (1) 氧疗与辅助通气
- (2) 补液 每日补液量 2500—3000ml，遵循先快后慢，先盐后糖，见尿补钾
- (3) 纠正酸中毒 严重缺氧可引起代谢性酸中毒，后者可使病人的支气管对平喘药的反应性

降低。

(4) 氨茶碱 以 0.6—0.8mg/kg/h 静点

(5) 糖皮质激素 足量、短程、静脉给药

(6) 抗生素 气道阻塞导致肺部感染

(7) β_2 受体激动剂

(白话记忆：一补二纠氨茶碱，氧疗两素兴奋剂)

【2011-63】患者，男，30岁，哮喘发作已2天，自服氨茶碱、吸入丙酸倍氯松气雾剂无效而来诊，体检，患者神志恍惚，紫绀，有奇脉，两肺满布哮鸣音，HR 120次/分，对该患者的紧急处理方法是（）

A. 静脉推注氨茶碱并检测血药浓度

B. 静脉注射地塞米松和受体激动剂

C. 大量补液、气管插管和机械通气

D. 静脉推注抗生素和支气管舒张剂

急重症哮喘发作的机械通气指征：

呼吸机疲劳

PaCO₂》45mmhg

意识改变

第三章 支气管扩张

2012-65.支气管扩张症合并感染的常见病原体不包括（）

A. 肺炎链球

B. 流感嗜血杆菌菌

C. 铜绿假单胞菌

D. 肺炎支原体

支扩症状中慢性咳嗽、大量脓痰；

引起感染的常见病原体为铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和卡他莫拉菌

第四章 肺部感染性疾病

一、细菌性肺炎

【2014-65】男性，72岁。1周前感冒后咳嗽、咳痰，量多，初为黄色脓性、黏稠带血，后变为红棕色胶冻状。查体：R24次/分，口唇发绀，右肺叩浊，呼吸音低，散在湿啰音，心率120次/分，心律整。血常规WBC $10.5 \times 10^9/L$ 。最可能的诊断是（）

- A. 金黄色葡萄球菌肺炎
- B. 干酪性肺炎
- C. 肺炎链球菌肺炎
- D. 肺炎克雷伯杆菌肺炎



肺炎克雷伯杆菌肺炎

发病人群：老年男性，营养不良，全身衰竭，COPD，DM

发病特点：起病急

疾病特点：砖红色胶冻样痰

X线-大叶实变；小叶浸润；蜂窝状脓肿形成；叶间隙弧形下坠

治疗-β内酰胺类，重症联合氨基糖苷类或喹诺酮类

八版 p44

表 2-6-1 常见肺炎的症状、体征和 X 线特征

病原体	病史、症状和体征	X 线征象
肺炎链球菌	起病急、寒战、高热、咳铁锈色痰、胸痛、肺实变体征	肺叶或肺段实变，无空洞，可伴胸腔积液
金黄色葡萄球菌	起病急、寒战、高热、脓血痰、气急、毒血症症状、休克	肺叶或小叶浸润，早期空洞，脓胸，可见液气囊腔
肺炎克雷伯杆菌	起病急、寒战、高热、全身衰竭、咳砖红色胶冻状痰	肺叶或肺段实变，蜂窝状脓肿，叶间隙下坠
铜绿假单胞菌	毒血症症状明显，脓痰，可呈蓝绿色	弥漫性支气管炎，早期肺脓肿
大肠埃希菌	原有慢性病，发热，脓痰、呼吸困难	支气管肺炎，脓胸
流感嗜血杆菌	高热、呼吸困难、衰竭	支气管肺炎、肺叶实变、无空洞
厌氧菌	吸入病史，高热、腥臭痰、毒血症症状明显	支气管肺炎、脓胸、脓气胸，多发性肺脓肿
军团菌	高热、肌痛、相对缓脉	下叶斑片浸润，进展迅速，无空洞
支原体	起病缓，可小流行，乏力、肌痛、头痛	下叶间质性支气管肺炎，3-4周可自行消散
念珠菌	慢性病史，畏寒、高热、黏痰	双下肺纹理增多，支气管肺炎或大片浸润，可有空洞
曲霉	免疫抑制宿主，发热、干咳或棕黄色痰、胸痛、咯血、喘息	以胸膜为基底的楔形影、结节或团块影，内有空洞；有晕轮征和新月体征

【2013-170】青壮年社区获得性肺炎常见病原体包括（）

- A. 肺炎支原体
- B. 肺炎克雷伯杆菌
- C. 流感嗜血杆菌
- D. 铜绿假单胞菌

分类	名称
解剖分类	大叶性、小叶性、间质性
病因分类	细菌性（最常见）、支原体、衣原体、真菌性、病毒性、其他病原体所致、理化因素所致、过敏性、药物所致
获得背景分类	社区获得性（CAP）、医院获得性（HAP）

CAP 常见病原体包括：肺炎链球菌-最常见、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌-CAP 三姐妹、军团菌、衣原体、肺炎支原体-CAP 三兄弟（取一件军大衣）；非典型致病菌

【2012-141、142】

- A. 少量铁锈色痰
- B. 砖红色胶冻样痰
- C. 脓痰带血丝或脓血状
- D. 黄绿色脓痰（铜绿假单胞菌）

141.肺炎克雷伯杆菌肺炎典型痰液表现是（）

142.金黄色葡萄球菌肺炎典型痰液表现是（）

	肺炎链球菌肺炎	军团菌肺炎	肺炎支原体肺炎
起病	急	亚急	缓
前驱症状	数日上感	头疼、酸痛、疲乏	咽痛、头痛、肌肉痛
咳嗽咳痰	铁锈色	少量粘痰、或浓痰	阵发刺激性咳嗽
发热	39-40	39-40	38 左右
X 线表现	大片炎症阴影或实变 支气管充气征	肺下叶片状浸润、 无空洞	肺部多种形态浸润 影、阶段分部
药物治疗	首先青霉素 喹诺酮类、头孢	红霉素 利福平、四环素	红霉素、罗红、阿奇 霉素 喹诺酮
疾病特点	不易形成空洞	—	咳嗽为主要症状

	肺炎克雷伯杆菌肺炎	绿脓菌肺炎	病毒性肺炎
起病	急	急	亚急
前驱症状	上感	院内感染	头疼、全身酸痛
咳嗽咳痰	砖红色痰	绿色浓痰	少量白色痰
发热	39 左右	高热	中低热
X 线表现	肺大叶实变 蜂窝状肺脓肿	弥漫性支气管炎	双肺广泛结节性浸润
药物治疗	氨基糖苷类 头孢	氨基糖苷类 头孢、喹诺酮类	利巴韦林、阿昔洛韦 金刚烷胺

二、其他病原体所致肺部感染

【2011-64】患者，女，16岁，外出郊游后出现头痛、咽痛，伴低热和肌肉酸痛，3天后出现咳嗽和少量粘痰，X 胸片检查结果：双肺下叶边缘模糊的斑片状阴影，1周后查体发现鼓膜充血，最可能的诊断是（）

- A. 军团菌肺炎 B. 支原体肺炎
C. 浸润性肺结核 D. 厌氧菌肺炎

支原体肺炎

发病人群：起病缓，好发于儿童和青年

疾病特点：前驱-咽痛、头痛、肌肉痛，最突出症状-干咳；时有粘液痰

X 线-表现多样；节段分布，多见于肺下野（由肺门向两下肺野扩展）

有口腔手术、昏迷、呕吐或异物吸入史

急性发作的畏寒、高热、咳嗽和咳大量脓臭痰的临床表现

血白细胞总数及中性粒细胞显著增高

X 线示浓密的炎性阴影中有空腔、气液平面

血源性肺脓肿

有皮肤创伤感染、疖、痈等化脓性性病灶

出现发热不退、咳嗽、咳痰等症状

X 线胸片示两肺多发肺脓肿

治疗：抗感染和痰液引流

吸入性肺脓肿——厌氧菌——青霉素（脆弱类杆菌不敏感）

血源性肺脓肿——葡萄球菌和链球菌感染——耐青霉素酶的半合成如苯唑西林钠

耐甲氧西林的葡萄球菌（MRSA）——万古霉素

革兰氏阴性杆菌——第二、三代头孢+氨基糖苷类

疗程（8-12 周），至 X 线脓腔和炎症消失，或仅有少量残留纤维化

第五章 肺结核

A 异烟肼

B 利福平

C 吡嗪酰胺

D 乙胺丁醇

2015-141 对结核分枝杆菌 A 菌群作用最强的药物是（）

2015-142 对结核分枝杆菌 B 群作用最强的药物是（）

	A群	B群	C群	D群
菌群特点	快速繁殖，占绝大部分；细菌数量大，易产生耐药变异菌	处于半静止状态	处于半静止状态，可突然间歇性短暂的生长繁殖	休眠状态，不繁殖，数量很少
部位	巨噬细胞外和肺空洞干酪液化部分	巨噬细胞内酸性环境中中和空洞壁坏死组织中	干酪灶	病灶中
敏感药物	异烟肼>链霉素>利福平>乙胺丁醇	吡嗪酰胺>利福平>异烟肼	利福平>异烟肼	无敏感药物

	特点	作用部位	机制	副作用
异烟肼 INH, H	杀菌；口服吸收快； 可通过血脑屏障	细胞内外	抑制DNA合成	周围神经炎；偶可 发生药物性肝炎
利福平 RFP, R	杀菌；特别是对C 菌群	细胞内外	抑制mRNA合成	肝功能受损；过敏
吡嗪酰胺 PZA, Z	杀菌	细胞内	吡嗪酸抑菌	高尿酸；关节痛； 肝损害

	特点	作用部位	机制	副作用
链霉素 SM, S	杀菌	细胞外	抑制蛋白质合成	耳、肾毒性、前庭 功能损害
乙胺丁醇 EMB, E	抑菌	——	抑制RNA合成	视神经炎
对氨基水杨酸 PAS, P	抑菌	——	干扰叶酸合成	胃肠不适

2015-170. 结核菌素试验阴性可见于 ()

- A 结核性脑膜炎
- B 儿童结核
- C 癌症合并结核
- D 营养不良合并结核

结核菌素试验

广泛应用于检出结核分枝杆菌的感染，而非检出结核病。

结核菌素试验对儿童、少年和青年的结核病诊断有参考意义。

位置：左侧前臂曲侧中上 1/3 处

剂量：0.1ml (5IU) 皮内注射

时间：试验后 48-72 小时观察

测量：硬结直径，而不是红晕直径（硬结为特异性变态反应，而红晕为非特异性变态反应）

结核菌素呈阴性

感染后 4-8 周前（未形成变态反应）

营养不良、HIV、麻疹、水痘、癌症

严重的细菌感染（包括粟粒性肺结核和结核性脑膜炎）

2014-170. 耐多药结核病的治疗原则包括 ()

- A. 痰涂片和培养阴转后至少治疗 12 个月
- B. 三联抗结核治疗
- C. 有广泛病变的应延长治疗至 24 个月
- D. 通常含强化期和继续期 2 个阶段

耐多药结核病的治疗方案为：

详细了解患者用药史，该地区常用抗结核药物和耐药流行情况；

尽量用药敏试验结果指导治疗。

严格避免加一种新药到原失败方案中；

WHO 推荐尽可能使用新一代的氟喹诺酮类药物；

不使用交叉耐药的药物；

治疗方案至少含 4 种二线敏感药物；

治疗期在痰涂片和培养阴转后至少治疗 18 个月，有广泛病变的应延长至 24 个月；

治疗方案通常含两个阶段：强化期(注射剂使用)和继续期(注射剂停用)。

2012-170.继发型肺结核的好发部位为 ()

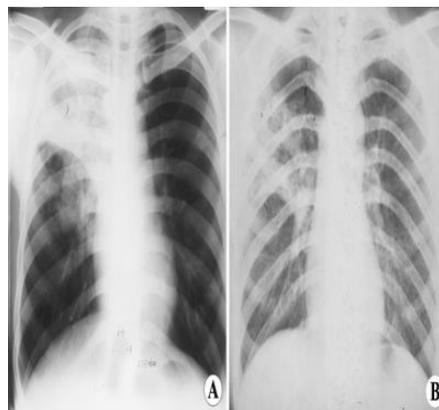
- A. 上叶尖后段
- B. 下叶后基底段 (八版 p65)
- C. 右中叶或左舌叶
- D. 下叶背段

X 线

可发现早期轻微病变

病变多发生在上叶的尖后段和下叶的背段

密度不均匀、边缘较清楚和变化较慢，易形成空洞和播散病灶



第六章 间质性肺疾病

一、结节病

(2015-96~98 题共用题干)女性，45 岁：干咳、活动后气短、乏力 2 个月。2 年前曾发现双侧肺门淋巴结肿大，因无症状未予诊治。查体：双下肢可见散在分布的红色丘疹，双下肺可闻

及少许湿啰音。胸部 CT 提示双肺弥漫性网状、小结节状阴影，双下肺呈蜂窝肺改变，肺门纵隔淋巴结无肿大。

96.患者最可能的诊断是 ()

- A, 肺结核 B, 特发性肺纤维化
C, 结节病 D. 结缔组织病相关肺间质病

97.对明确诊断意义最大的检查是 ()

- A 肺功能检查
B 结核菌素试验
C 自身抗体检查
D 支气管镜检查

98.药物治疗总疗程一般不少于 ()

- A 1 个月 B 2 个月
C 3 个月 D 6 个月

结节病：结节病是一种非干酪样坏死性上皮细胞肉芽肿炎症性疾病，病因不明，以侵犯肺实质为主，并累及全身多脏器，如淋巴结、皮肤等

症状：急性结节病：双肺门淋巴结肿大、关节炎和结节红斑。

亚急性与慢性：50%无症状，1/3 有全身表现，90%累及肺脏，30-50%有呼吸困难、胸痛，20%气道高反应性伴喘鸣音。30-40%触及淋巴结大。25%累及皮肤（结节性红斑），11-83%累及眼部。30%累及心脏，2%-8%高血钙、高尿钙。

X 线检查分期

分期	表现
0	无异常 X 线表现
I	双侧肺门淋巴结肿大,无肺部浸润影
II	双侧肺门淋巴结肿大,伴肺部网状、结节状或片状浸润影
III	肺部网状、结节状或片状浸润影,无双侧肺门淋巴结肿大
IV	肺纤维化,蜂窝肺,肺大泡,肺气肿

纤维支气管镜检查诊断率较高、风险低、成为目前肺结节病的重要手段



诊断:

临床与胸部影像表现与结节病符合活检证实有干酪样坏死性类上皮肉芽肿除外其他原因
活动性: 起病急、临床症状明显、病情进展快、重要脏器受累、血清 ACE 增高

二、特发性肺纤维化

2013-63. 特发性肺纤维化的 HRCT 典型表现是 ()

- A. 双肺斑片状磨玻璃影
- B. 双下肺和胸膜下分布为主的网状改变
- C. 病灶与周围正常组织形成鲜明对照的“地图状”改变
- D. 双肺结节状阴影

特发性肺纤维化

主要症状: 干咳和劳力性气促

体检: 80%的病例双肺底闻及吸气末期 Velcro 啰音, 20%~50%有杵状指(趾)。晚期出现发绀等呼吸衰竭和肺心病的表现。

辅助检查: HRCT 有利于发现早期病变, 如肺内呈现不规则线条网格样改变, 伴有囊性小气腔形成

- A. FEV1/FVC 减低
- B. TLC 减低
- C. RV/TLC 升高
- D. FEV1 占预计值百分比减低

【2013-141】慢性阻塞性肺疾病的典型肺容量和通气功能的特征性变化是 ()

【2013-142】特发性肺纤维化的典型肺容量和通气功能的特征性变化是 ()

限制性通气不足的肺功能特点

TLC (肺总量) ↓

VC (肺活量) ↓

阻塞性通气不足的肺功能特点

RV/TLC ↑

FEV1 和 FEV1/FVC ↓

第七章 肺血栓

(2014-96~98 题共用题干)

男性，75 岁。下肢骨折术后 1 周突发呼吸困难，晕厥 1 次，查体：BP 85/55 mmHg，口唇发绀，颈静脉充盈，肺动脉瓣区第二心音亢进。

96. 该患者最可能的诊断为 ()

- A. 急性心肌梗死
- B. 肺栓塞
- C. 心律失常
- D. 主动脉夹层

97. 下列检查中，对该患者疾病诊断意义最大的 ()

- A. 心电图
- B. 血气分析
- C. CT 肺动脉造影
- D. 超声心动图

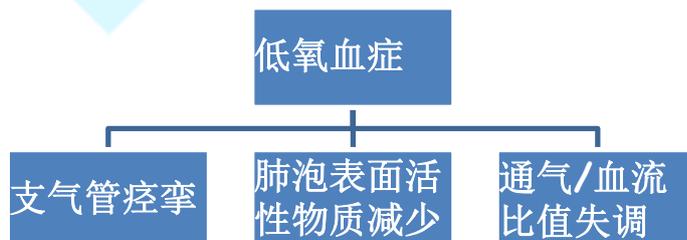
98. 该患者首选的治疗是 ()

- A. 溶栓治疗
- B. 介入治疗
- C. 外科手术
- D. 起搏器置入

血流动力学

肺动脉高压—右心衰

左心排出量骤低—心率↑，血压↓；重者休克、晕厥



PTE 发病机制:

临床症状:

- (1) 呼吸困难及气促：常与活动后出现，最常见
- (2) 胸痛：包括胸膜炎性胸痛或心绞痛样疼痛
- (3) 晕厥：可为唯一或首发症状
- (4) 咯血：肺梗死后 24h 内，小量
- (5) 烦躁不安、惊恐甚至濒死感
- (6) 咳嗽、腹痛

(提醒：仅 20% 患者同时出现出现呼吸困难、胸痛及咯血，称肺梗死三联征)

体征：

- (1) 呼吸系统体征：呼吸急促最常见；发绀；肺部有时可闻及哮鸣音和（或）细湿啰音。
 - (2) 循环系统体征：心动过速；血压变化，严重时可出现血压下降甚至休克；颈静脉充盈或异常搏动；肺动脉瓣区第二心音亢进或分裂，三尖瓣区收缩期杂音。
 - (3) 其他 可伴发热，多为低热。
- (专家提醒：其中发绀、低血压和休克多见于巨大栓塞者)



深静脉血栓形成：

患肢肿胀、疼痛、皮肤色素沉着，特别是两下肢不对称性肿胀，双侧相差>1cm

多排 CT 肺血管造影（金标准，一线确诊手段）

肺血管半月形或环形充盈缺损、完全梗阻、轨道征



【2013-65】伴有血流动力学紊乱的大面积肺栓塞的溶栓治疗时间窗是（）

- A、≤3 天
- B、≤7 天
- C、≤14 天
- D、≤30 天

溶栓治疗

时间窗：14 天以内

适应症：

主要适用于大面积肺血栓栓塞症病例（有明显呼吸困难、胸痛、低氧血症等）

对于次大面积，若无禁忌证可考虑溶栓，但存在争议

对于血压和右心室运动功能均正常的病例，不宜溶栓

绝对禁忌证

活动性内出血和近期自发性颅内出血。

相对禁忌证有：

2 周内的大手术、分娩、器官活检或不能压迫止血部位的血管穿刺；

2 个月内的缺血性脑卒中；

10 天内的胃肠道出血；

15 天内的严重创伤；

1 个月内的神经外科或 眼科手术；

药物：

尿激酶(UK)、链激酶(SK)和重组组织型纤溶酶原激活剂(rtPA)

（提醒：使用尿激酶、链激酶溶栓时无须同时使用肝素治疗；但以 rt-PA 溶栓，当 rt-PA 注射结束后，应继续使用肝素）

【2011-61】患者，男，72 岁，患有高血压。心绞痛 2 年，20 小时前经股动脉途径行冠状动脉造影显示：升主动脉明显扩张，左前降支 95% 阻塞，半小时前患者起床后突感胸闷、胸痛、呼吸困难、口唇发绀，血压 70/50mmHg，颈静脉明显充盈，血气 PaO₂ 45mmHg，PaCO₂ 35mmHg，最可能的诊断是（）

- A. 急性心肌梗死
- B. 主动脉夹层
- C. 急性肺栓塞
- D. 心脏压塞

第八章 慢性肺源性心脏病

2014-64. 慢性肺源性心脏病心力衰竭最重要的治疗是（）

- A. 利尿药
- B. 正性肌力药

C. 控制感染、改善呼吸功能

D. 血管扩张药

肺心病的治疗

1 急性加重期

积极控制感染；

通畅呼吸道，改善呼吸功能；

纠正缺氧和二氧化碳潴留；

控制呼吸和心力衰竭；积极处理并发症。

（白话记忆：治肺为主、治心为辅）

（1）控制感染：

社区获得性感染以革兰阳性菌占多数，医院感染则以革兰阴性菌为主。常用的有青霉素类、氨基糖苷类、喹诺酮类及头孢菌素类抗感染药物。

（提醒：抗感染是急性加重期治疗的关键）

（2）氧疗

通畅呼吸道，纠正缺氧和二氧化碳潴留。

（3）控制心力衰竭

①利尿药：有减少血容量、减轻右心负荷、消除水肿的作用。原则上宜选用作用轻的利尿药，小剂量使用。副作用为低钾、低氯性碱中毒，痰液黏稠和血液浓缩，应予预防。

（提醒：治疗无效的重症患者，可适当选用利尿药）

②正性肌力药：剂量宜小，一般约为常规剂量的 1/2 或 2/3 量，同时选用作用快、排泄快的洋地黄类药物，如毒毛花苷 K 或毛花苷丙。

（提醒：应用指征是感染已被控制、呼吸功能已改善、用利尿药后有反复水肿的心力衰竭患者；以右心衰竭为主要表现而无明显感染的患者；合并急性左心衰竭的患者。）

③血管扩张药：可减轻心脏前、后负荷，降低心肌耗氧量，增加心肌收缩力，对部分顽固性心力衰竭有一定效果，但并不像治疗其他心脏病那样效果明显。

2 缓解期

长期家庭氧疗，调整免疫功能，去除诱发因素，减少或避免急性加重期的发生。



第九章 胸腔积液与气胸

一、胸腔积液

2015-63, 女性, 45 岁。呼吸困难、胸痛 1 个月。胸部 B 超发现右侧中等量胸腔积液。化验: 血性胸水, 比重 1.020, 蛋白定量 35g/L, WBC $680 \times 10^6/L$, ADA 25 U/L, 最可能的诊断是 ()

- A. 结核性胸腔积液 B. 癌性胸腔积液
C. 肺栓塞所致胸腔积液 D. 肺炎旁胸腔积液

辅助检查

	漏出液	渗出液
外观	透明清亮, 静置不凝固	草黄色, 稍混浊
细胞	常少于 $100 \times 10^6/L$, 以淋巴细胞与间皮细胞为主	白细胞常超过 $500 \times 10^6/L$ 。脓胸时白细胞多达 $10000 \times 10^6/L$ 以上
蛋白质	$<30g/L$; 清蛋白为主; 胸水/血清比值小于 0.5; 定性阴性	$>30g/L$, 胸水/血清比值大于 0.5; 定性阳性
乳酸脱氢酶 (LDH)	小于 200U/L; 胸水/血清比值小于 0.6	大于 200U/L; 胸水/血清比值大于 0.6
比重	$<1.016 \sim 1.018$	>1.018

	良性胸水	恶性胸水
胸水LDH (U/L)	>200	>500
腺苷脱氨酶ADA (U/L)	>45	<45
胸水癌胚抗原CEA (ug/L)	<20	>20 或胸水/血清 CEA >1

ADA 是鉴别肿瘤和结核的重要指标

白话记忆:

渗出液指标均高于漏出液; 漏出液是液体漏出——无炎性细胞——无蛋白质漏出——所以蛋白定性阴性; 胸水蛋白/血清蛋白小于 0.5; 比重降低

X 线检查

极小量的游离性胸腔积液, 胸部 X 线仅见肋膈角变钝;

积液量增多时显示有向外侧、向上的弧形上缘的积液影；
大量积液时患侧胸部致密影，气管和纵隔推向健侧。
液气胸时有气液平面。

超声检查

超声探测胸腔积液的灵敏度高，定位准确。

胸膜活检

经皮闭式胸膜活检对胸腔积液病因诊断有重要意义。

【2012-64】女性，26岁。近1周出现右侧胸痛、呼吸困难伴发热，查体：T38.5℃，右下肺叩诊浊音，呼吸音减低。行抽液治疗时，患者感到呼吸困难有减轻。但抽液1200ml时患者气促加重，伴剧烈咳嗽，咳大量泡沫状痰。最可能的原因是（）

- A.胸膜反应
- B.并发气胸
- C.并发肺水肿
- D.纵膈摆动

结核性胸膜炎的治疗

1、一般治疗：

包括休息、营养支持和对症治疗。

2、抽液治疗：

首次抽液不要超过700ml，以后每次抽液量不应超过1000ml，过快、过多抽液可使胸腔压力骤降，发生复张后肺水肿或循环衰竭。

（提醒：若抽液时发生头晕、冷汗、心悸、面色微白、脉细等表现应考虑“胸膜反应”）

3、抗结核治疗

4、糖皮质激素 疗效不肯定。

渗出液	漏出液
1、炎症性病变：细菌、病毒及真菌感染	1、全身性疾病：低蛋白、肾病、过敏等
2、非炎症性：肺栓塞、结缔组织病、气胸等	2、某组织器官：充血性心衰、肝硬化、上腔静脉阻塞、胸导管破裂等
3、肿瘤：肺癌、乳癌、间皮瘤等	

胸膜毛细血管内胶体渗透压降低	低蛋白血症、肝硬化、肾病综合征、急性肾小球肾炎、黏液性水肿
壁层胸膜淋巴引流障碍	癌症淋巴管阻塞、发育性淋巴管引流异常等

损伤	主动脉瘤破裂、食管破裂、胸导管破裂等，产生血胸、脓胸和乳糜胸。
医源性	药物、放射治疗、消化内镜检查和治疗、支气管动脉栓塞术等

病因

胸水的病因	常见疾病
胸膜毛细血管内静水压增高	充血性心力衰竭、缩窄性心包炎、血容量增加、上腔静脉或奇静脉受阻
胸膜通透性增加	胸膜炎症（肺结核、肺炎）、结缔组织病（系统性红斑狼疮、类风湿关节炎）、胸膜肿瘤（恶性肿瘤转移、间皮瘤）、肺梗死、膈下炎症（膈下脓肿、肝脓肿、急性胰腺炎）

【2011-170】恶性胸腔积液的特点有（）

- A. 积液性质可为不典型的渗出液或漏出液
- B. CEA 大于 20 ug/L
- C. 糖含量降低
- D. ADA 增亮，多大于 45U/L

ADA 是鉴别肿瘤和结核的重要指标

	良性胸水	恶性胸水
胸水 LDH (U/L)	>200	>500
腺苷脱氨酶 ADA (U/L)	>45	<45
胸水癌胚抗原 CEA (ug/L)	<20	>20 或胸水/血清 CEA>1

【2011-93-95 题共用题干】

患者，男，74 岁，因发热，咳嗽，呼吸困难 1 周来院。查体：体温 38.8℃，脉率:80 次/分，血压 140/80mmHg，未见颈静脉充盈，右中下肺叩浊，语音震颤减弱，呼吸音消失，左肺可闻及散在干性罗音，心界向左扩大，心律不整，心率 100 次/分，未闻杂音，腹（-）。

93. 该患者的主要疾病是（）

- A. 肺炎
- B. 气胸

C. 胸腔积液 D. 心力衰竭

94. 该患者还可能出现的体征有 ()

- A. 气管向左移位 B. 可闻胸胀摩擦音
C. 双侧肋间隙变窄 D. 左上肺支气管呼吸音

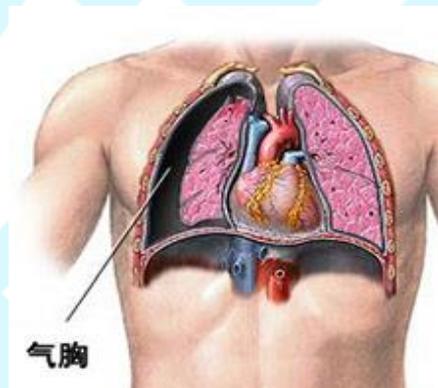
95 为明确病因, 应采取的最佳检查方法是

- A. 胸部 CT B. 胸部 B 超
C. 胸部 X 线片 D. 胸腔穿刺

二、气胸

2013-64. 男性, 68 岁。3 年前诊断为 COPD, 未规律治疗。2 小时前无明显诱因突感左胸剧痛, 继之呼吸困难、发绀、大汗、烦躁。查体: BP 90/60mmHg, 气管右移, 左肺呼吸音减弱, 未闻及干性啰音。最可能的诊断是 ()

- A. 肺炎并发胸膜炎 B. 肺栓塞
C. 自发性气胸 D. 急性心肌梗死



湿

COPD 并发症

慢性呼吸衰竭:肺部感染为常见诱因

自发性气胸:呼吸困难、胸痛

慢性肺源性心脏病

第十章 急性呼吸窘迫综合征

一、急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)

2014-63. 下列选项中, 符合 ARDS 诊断标准的是 ()

- A. $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg, $PCWP \leq 18$ mmHg
B. $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg, $PCWP \leq 18$ mmHg
C. $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg, $PCWP \geq 18$ mmHg
D. $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg, $PCWP \geq 18$ mmHg

ARDS 的鉴别诊断

-
- 1、明确诱因下 1 周内出现的急性或进展性呼吸困难
 - 2、胸部 X 线或 CT 显示双肺浸润影，不能完全用胸腔积液、肺叶或全肺不张和结节影解释；
 - 3、呼吸衰竭不能完全用心衰和液体负荷过重解释。

4、PaO₂/FiO₂ 确定诊断

轻度：200mmHg < PaO₂/FiO₂ < 300mmHg

中度：100mmHg < PaO₂/FiO₂ < 200mmHg

重度：PaO₂/FiO₂ < 100mmHg

***FiO₂ (%) = 21 + 氧流量 (升/分钟) * 4

引发 ARDS 的临床情况

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 直接损伤• 吸入胃内容物• 肺顿挫伤• 毒气（烟尘）吸入• 溺水• 弥漫性肺感染 | <ul style="list-style-type: none">• 间接损伤• 严重败血症• 严重创伤• 急性胰腺炎• 药物过量• 再灌注损伤 |
|---|--|

动脉血充分氧合的基本因素

足够量的氧到达肺泡；

氧能顺利通过肺泡-毛细血管膜；

血液的组成成分正常；

循环正常；

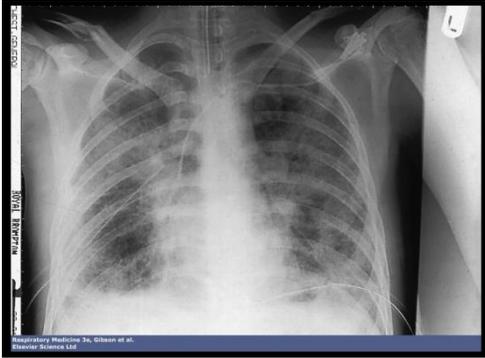
肺内分流

正常情况下，各个肺单位的通气和血流是相适应的；

若一个肺泡失去功能，混和静脉血进入肺毛细血管后将得不到氧，便以不变的状态离开肺： $V/Q = 0$ ；

临床特征

- 进行性呼吸困难；
- 难治性低氧血症；
- 肺顺应性下降；
- 胸片：双肺弥漫浸润阴影



ARDS 的治疗

支持治疗是 ARDS 治疗的基石

纠正缺氧: 氧疗, 机械通气, PEEP 等;

液体入量;

药物: 吸入 NO, 糖皮质激素, 利尿剂;

及时发现治疗合并症: 肺部感染, 急性肾功能衰竭; 气压伤; 多器官系统衰竭; DIC; 消化道出血(Hb>8g 即可

营养支持;

呼吸末正压(PEEP)

优点:

呼气末肺泡保持扩张, 防止肺泡萎陷;

减轻肺间质水肿, 增加功能残气量;

肺组织顺应性增加, 减少呼吸功;

缺点:

胸内正压 心血管, 气压伤;

第十一章 呼吸衰竭

【2013-96~98 题共用题干】男性, 60 岁。反复哮喘 40 余年, 活动后气短 10 余年, 间断双下肢水肿 5 年, 加重 1 天入院。吸烟史 40 年。查体: 嗜睡, 口唇发绀, 颈静脉怒张, 桶状胸, 双肺可闻及干湿啰音, 心率 110 次/分, 心率整, 肝肋下 3.0cm, 双下肢水肿。血气分析示 pH 7.26, PaO₂ 45mmHg, PaCO₂ 75mmHg。

96. 下列治疗措施错误的是 ()

- A. 积极控制感染
- B. 应用无创呼吸机改善通气
- C. 应用 5% 碳酸氢钠纠正酸中毒
- D. 应用支气管舒张剂

97. 患者经治疗后病情有好转，神志清醒。数日后出现烦躁，有时抽搐，血气分析 pH7.49，PaO₂ 66mmHg，PaCO₂ 55mmHg，BE+15mmol/L，上述情况最可能是（）

- A. 失代偿性代谢性碱中毒
- B. 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒
- C. 呼吸性碱中毒合并代谢性碱中毒
- D. 失代偿性呼吸性酸中毒

98. 患者经治疗后症状好转出院，出院后应采取的措施不包括（）

- A. 长期口服小剂量糖皮质激素
- B. 戒烟
- C. 长期使用长效支气管舒张剂
- D. 长期家庭氧疗

分类

按动脉血气分类

I 型呼衰 PaO₂≤60mmHg PaCO₂≤50mmHg

II 型呼衰 PaO₂≤60mmHg PaCO₂≥50mmHg

纠正酸碱失衡和电解质紊乱

呼吸性酸中毒——改善通气

呼酸合并代酸——改善通气、补充碳酸氢钠、PH≥7.20

（改善肺泡通气量，不宜补碱，易致碱中毒，加重缺氧；pH<7.2 时可补碱，控制在 80-100ml）

呼酸合并代碱——降二氧化碳过快或补碱太多（医源性）

copd 治疗

稳定期治疗	急性加重期治疗
1 戒烟	首先确定原因（感染、利尿剂、电解质紊乱等） 1 低流量吸氧：一般吸入氧浓度为 28%~30%
2 支气管舒张药：异丙托溴铵、沙丁胺醇等	2 抗生素
3 祛痰药	3 支气管舒张药
4 长期家庭氧疗	4 糖皮质激素：口服或静点
5 长期吸入糖皮质激素	5 机械通气及其他支持疗法

（专家提醒：吸入氧浓度(%)=21+4×氧流量(L/min)；抗菌治疗在急性加重期具有重要地位）

第二部分：循环系统

第一章 心力衰竭

一、心力衰竭总论

【2012-58】关于二尖瓣狭窄心尖部舒张期杂音听诊特点的叙述，正确的是

- A. 多为递增递减型
- B. 为全舒张期
- C. 向剑突方向传导
- D. 强度不受呼吸影响

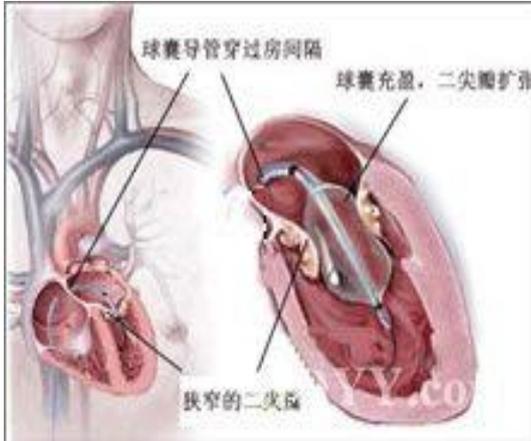
	二尖瓣狭窄	二尖瓣关闭不全
症状	(瓣口面积 $<1.5\text{cm}^2$)出现呼吸困难、咯血、咳嗽、声嘶	急性：劳力性呼吸困难、左心衰、肺水肿表现；慢性：疲乏无力、肺淤血；
体征	1 二尖瓣面容；2 心尖区 S1 亢进、开瓣音、隆隆样舒张中晚期杂音；3 肺动脉高压时可有 P2 亢进、分裂；4 肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全出现该区舒张早期吹风样杂音（Graham Steell 杂音）	1 心尖部全收缩期吹风样高调一贯型杂音；2 第一心音减弱；3 肺动脉高压时可有 P2 亢进、分裂
X 线	轻度仅见左心耳饱满，中、重度心影呈梨形（二尖瓣心）	慢性重度反流常见左心房左心室增大；左心室衰竭时可见肺淤血和间质性肺水肿征
超声心动图	M 型示二尖瓣城墙样改变；二维超声心动图示舒张期前叶呈圆拱状，后叶活动度减少	彩色多普勒较敏感
病情分级	瓣口面积 $>1.5\text{cm}^2$ 为轻度； $1\sim 1.5\text{cm}^2$ 为中度； $<1\text{cm}^2$ 为重度	左心房内最大反流束面积 $<4\text{cm}^2$ 为轻度； $4\sim 8\text{cm}^2$ 为中度； $>8\text{cm}^2$ 为重度

白话记忆

二尖瓣窄杂音断，舒张隆隆低局限。一音亢进 P2 强，开瓣音响伴震颤。

二尖瓣漏有特点，粗糙吹风呈递减。三级以上缩期占，左腋传导左卧清，吸气减弱呼明显。

二尖瓣狭窄并发症：房颤有血栓，水肿右室衰，内膜感染少，肺部感染多。



【2011-59】下列关于高排量型心力衰竭临床表现的叙述，正确的是（）

- A. 可出现脉压增大
- B. 以全心衰竭为主
- C. 多表现为舒张性心衰
- D. 常见于心动过速的心衰患者

心衰类型

急性（急性左心衰常见）和慢性（占大多数）

左心、右心和全心

低排血量型（外周血管收缩、发冷、苍白、脉压变小）和 高排血量型（四肢温暖、潮红、脉压增大，见于甲亢、动静脉瘘、贫血、妊娠等）

收缩性和舒张性

二、慢性心力衰竭

(2015-93~95 题共用题干)女性，75 岁。半年来稍活动后心悸、气短，1 个月来夜间不能平卧、双下肢水肿来院，5 年前患前壁心肌梗死，有高血压病史 16 年、糖尿病史 12 年。查体：T37.3℃，P88 次/分，BP135/60mmHg，半卧位，颈静脉怒张，双肺底可闻及湿啰音，心界向左下扩大，心率 120 次/分，心律不整，A2=P2，脉短绌，腹壁厚，肝触诊不满意，双下肢凹陷性水肿(++)。

93.该患者目前选用的治疗药物中，不恰当的是（）

- A. 噻嗪类利尿剂
- B. β 受体拮抗剂

C. 硝酸酯类制剂 D. 洋地黄制剂

心功能分级

美国纽约心脏病协会（NYHA）

I 级：体力活动不受限，即心功能代偿期

II 级：体力活动轻度受限。休息时无症状，日常活动引起乏力，称轻度心衰。

III 级：体力活动明显受限，轻于日常活动即乏力，亦称中度心衰。

IV 级：休息时有心衰症状，亦称重度心衰

1、对于 IV 级心功能不全或急性肺水肿患者：目前治疗趋势是将血管扩张药、利尿药、ACEI 和强心药联用，这样既能降低心脏前、后负荷，又能增强心肌收缩力，最大限度提高心输出量。

2、 β 受体阻滞药对某些类型扩张型心肌病可改善症状、心功能和预后，尤其是心率较快、心功能 II ~ III 级的患者，可在洋地黄基础上酌用 β 受体阻滞药

3、 β 受体阻滞剂的禁忌证为支气管痉挛性疾病、心动过缓、二度及二度以上房室传导阻滞、重度急性心衰

94. 针对该患者的心律不整应首选的药物是（）

A、普罗帕酮 B, 胺碘酮

C, 维拉帕米 D, 地高辛

95. 患者检验结果：血 WBC $12.4 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 82%，ALT $42 U/L$ ，血 Cr $264 \mu mol/L$ ，TC $4.21 \mu mol/L$ ，LDLC $2.96 \mu mol/L$ ，血 K $4.98 mmol/L$ ，Na $138 mmol/L$ ，血糖 $6.5 mmol/L$ 。根据检验结果，该患者应调整的治疗药物中，不恰当的是（）

A. 增加 ACEI

B, 改用袢利尿剂

C, 加用抗生素

D, 增加他汀类制剂

房颤治疗原则

控制心室率——特发性房颤或心功正常者，首选非二氢吡啶类钙拮抗剂（如维拉帕米）；心功能不全者，首选洋地黄制剂

转复和维持窦率——胺碘酮

射频消融——阵发者有效率 70-90%；慢性者 60-70%

预防血栓栓塞——前 3 后 4（房颤超过 1 天）；高危患者用华法林，INR 维持在 2-3 之间

血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)

常用制剂	卡托普利、贝那普利、培哚普利、咪达普利、赖诺普利
作用机理	①抑制肾素血管紧张素系统(RAS)；②抑制缓激肽的降解可使具有血管扩张作用的前列腺素生成增多，同时亦有抗组织增生的作用。
副作用	低血压、肾功能一过性恶化、高血钾及干咳
禁忌症	无尿性肾衰竭、妊娠哺乳期妇女及对ACE抑制药物过敏者禁用；双侧肾动脉狭窄、血肌酐水平明显升高(>265 $\mu\text{mol/L}$)、高血钾(>5.5 mmol/L)及低血压者亦不宜应用
应用特点	从心功能尚处于代偿期而无明显症状时，即开始给予ACE抑制剂的干预治疗是心力衰竭治疗方面的重要进展

2014-62. 在下列选项中，对诊断左心室衰竭最有价值的体征是（）

- A. 肺部湿啰音
- B. 第一心音减弱
- C. 收缩中期喀喇音
- D. 舒张期奔马律

2014-169. 男性，50岁。4小时来急性胸痛，心电图诊断为“急性下壁、右心室心肌梗死”。患者胸痛持续不缓解，查体：BP 85/60 mmHg，颈静脉充盈，下肢水肿(+)。下列治疗措施中，正确的有（）

- A. 静点硝酸甘油缓解心绞痛
- B. 适当利尿消除水肿
- C. 积极补液适当应用多巴胺升血压
- D. 即刻行PCI术血运重建

右心衰治疗原则：快速纠正病因和稳定血流动力学

- ①维持正常的心脏负荷，特别是前负荷；
- ②增强心肌收缩力，使心排血量增加；
- ③维持心肌供氧和耗氧的平衡。

急性右心衰竭在负荷量充足的情况下，多巴胺 4~5 g/(kg·min) 通常可维持血压平稳
在合并严重心衰或心源性休克的患者，建议实施直接 PCI

第二章 心律失常

一、房性心律失常

2015-60 男性，47 岁，因健康查体发现心房颤动而入院，平日无心悸感，既往体健，无高血压、糖尿病、甲亢病史。超声心动图检查心脏结构正常，化验血脂正常，对该患者的最佳处理方案是（）

- A 临床观察
- B 口服 β 受体拮抗剂
- C 射频消融术
- D 口服阿司匹林

【2013-60】女性，62 岁。患高血压病 10 年，2 个月来发作性心悸，心电图诊断为心房颤动，持续 5~24 小时左右自行恢复。4 天前再次发作后持续不缓解来院。查体：BP 125/70mmHg，心率 90 次/分，对该患者正确的治疗措施是（）

- A. 立即采取电转复
- B. 立即静脉输注胺碘酮转复
- C. 华法林抗凝 3 周后转复
- D. 经胸 UCG 检查心房内无血栓即可转复

房颤分类(5P 分类法)

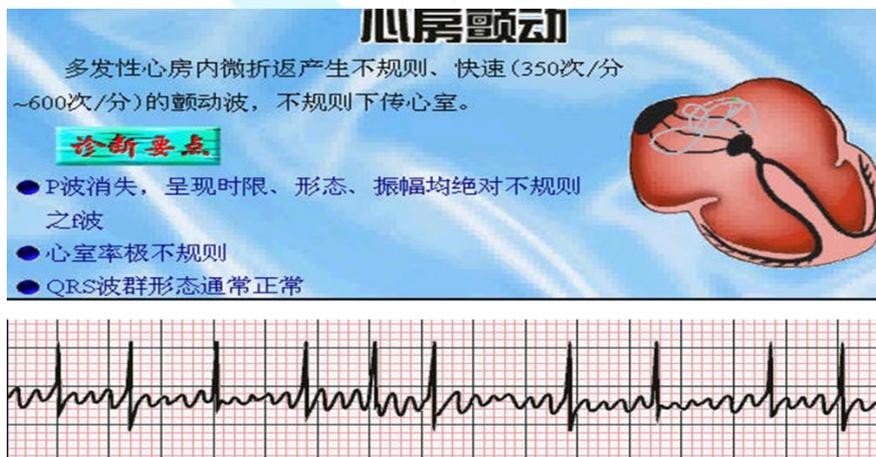
首诊房颤：首次发作并确诊。

阵发性 AF：可以自行终止，一般持续时间不超过一周（常 $\leq 48h$ ）。

持续性 AF：时间大于 1 周，不能自行终止，经治疗可以恢复窦性心率。

长期持续性：时间大于 1 年，患者有转复愿望。

永久性 AF：时间大于 1 年，经过治疗也不能终止者，无望转复。



病因：正常人；情绪激动等；风心病（常见）

分类：

急性（初次发作且在 24-48h 内）

慢性（阵发、持续、永久性）

临床表现：受心室率影响；心排血量较窦性少

25%或更多；体循环栓塞

三大特点-心音、心律、短绀脉

房颤治疗原则

控制心室率——特发性房颤或心功正常者，首选非二氢吡啶类钙拮抗剂（如维拉帕米）；心功能不全者，首选洋地黄制剂

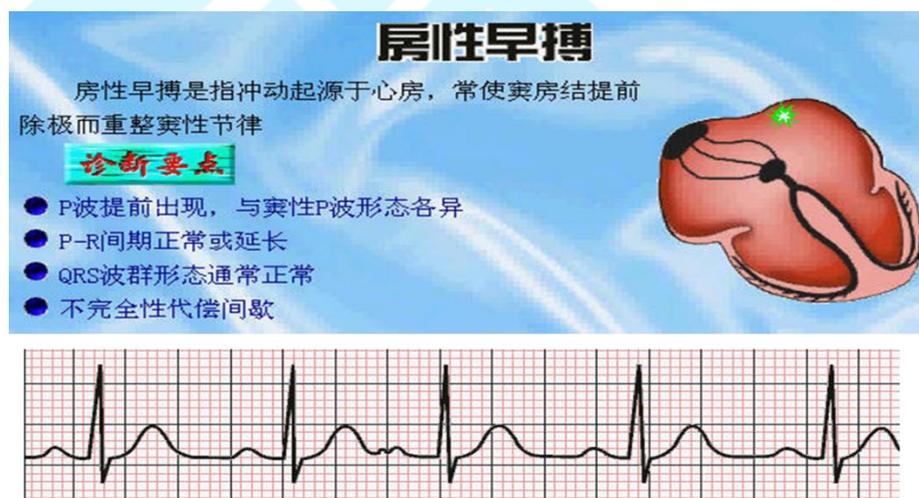
转复和维持窦率——胺碘酮

射频消融——阵发者有效率 70-90%；慢性者 60-70%

预防血栓栓塞——前 3 后 4（房颤超过 1 天）；高危患者用华法林，INR 维持在 2-3 之间

【2012-60】男性，48 岁，因偶发心悸，24 小时动态心电图发现：平均心率 62 次/分，房性期前收缩 58 次/24 小时，ST 段无异常，应采取的最佳处理是（ ）

- A. 美托洛尔口服
- B. 普罗帕酮口服
- C. 钾镁盐类口服
- D. 临床观察



无器质性心脏病的房早，无须治疗；

症状显著者可用 β 受体阻滞剂；

对房早可诱发室上性心动过速或房颤的患者，可选用 β 受体阻滞剂、普罗帕酮等

二、室性心律失常

2014-59. 男性, 60 岁。因扩张型心肌病、心脏扩大、心功能IV级、心电监测呈现频发室性期前收缩伴短阵阵发性室性心动过速而来院。对该患者治疗应首选的方法是 ()

- A. 静脉输注胺碘酮 B. 静脉推注利多卡因
C. 静脉推注普罗帕酮 D. 静脉推注美托洛尔

解析: 伴有心力衰竭, 有并发心源性猝死的危险, 应静脉输注胺碘酮或 β -受体阻滞剂
胺碘酮致心律失常发生率最低, 作为首选

普罗帕酮, 易导致室颤

有血流动力学障碍, 利多卡因不作为首选

三、房室传导阻滞

- A.房室分离 B.房室传导阻滞
C.窦房传导阻滞 D.室性逸搏心律

2012-139.心电图示: P 波及 QRS 波时限、形态正常, P-P 及 R-R 各自成规律, P 波与 QRS 波无关, P 波频率 54 次/分, QRS 波频率 62 次/分, 诊断为 ()

2012-140.心电图示: P 波形态、时限正常, 下传的 P-R 间期正常。部分 P 波后无 QRS 波, 出现一长间隙, 长间隙时间与窦性 P-P 间距成整倍数关系, 应诊断为 ()

房室分离——P 波重叠在 QRS 波群和 ST-T 之中, 如能分辨 P 波, 则多与 QRS 波群无关

心室夺获——P 波偶可传导至心室而引起正常的 QRS 波群

室性融合波——夺获心室波与室速波共同形成一个介于两者之间的 QRS 波群

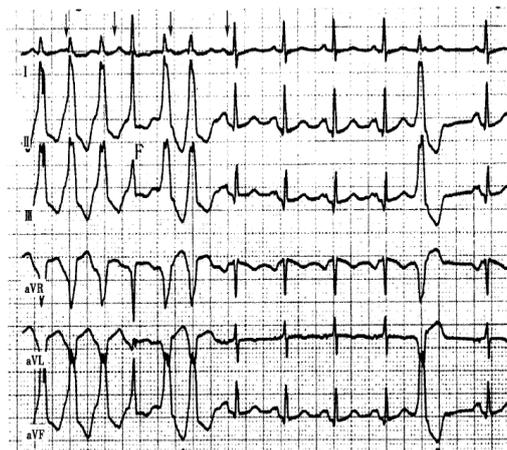


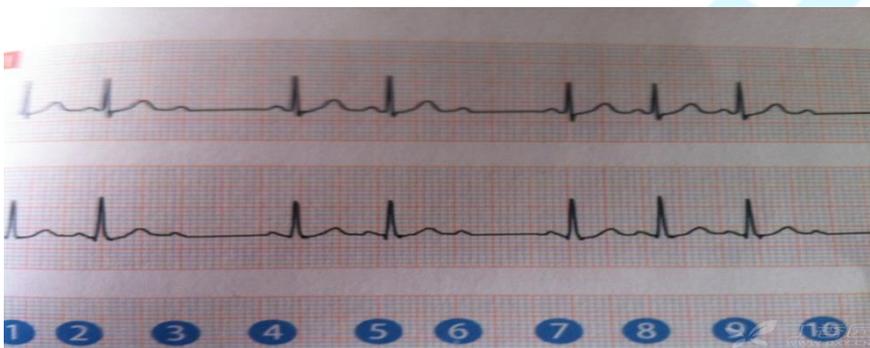
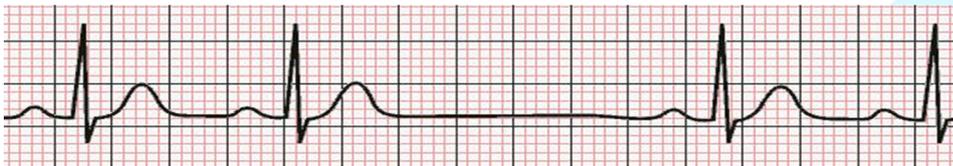
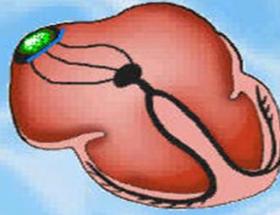
图 3-3-25 室性心动过速
箭头指示隐藏在室性心动过速中的 P 波, 显示房室分离, 第四个 QRS 波群为心室融合波

窦房传导阻滞

窦房传导阻滞是指窦房结冲动传导至心房发生延缓或阻滞，体表心电图仅能诊断 II 度窦房阻滞。

诊断要点

- 文氏型：P-P 间期进行性缩短，直至出现一次长 P-P 间期，长 P-P 短于基本 P-P 的 2 倍。
- 莫氏 II 型：长 P-P 间期为基本 P-P 间期的整倍数。



II 度 II 型房室传导阻滞

第三章 冠状动脉粥样硬化性心脏病

一、稳定型心绞痛

2015-59 男性，56 岁，近 1 个月来反复出现发作性胸部压抑感，自咽喉部放射，持续 10 分钟左右自行缓解，既往高血压、糖尿病病史，吸烟 35 年。为明确诊断，不宜进行的检查是（）

- A 心电图活动平板负荷试验
- B 冠状动脉 CT
- C 冠状动脉造影
- D 24 小时动态心电图

二、不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死

【2013-61】急性非 ST 段抬高心肌梗死治疗时不宜采用溶栓疗法的主要原因是（）

- A. 冠脉内主要是白血栓
- B. 冠脉阻塞不完全

C. 冠脉痉挛是发病的主要因素

D. 病情危急程度较轻

非 ST 段抬高型心梗

1、无病理性 Q 波

2、有普遍性 ST 段压低 $\geq 0.1\text{mV}$ (aVR、V1 除外)

3、对称性 T 波倒置，或仅有 T 波倒置

溶栓疗法

适应症：

①两个或两个以上相邻导联 ST 段抬高，或病史提示 AMI 伴左束支传导阻滞，起病时间 <12 小时（最好 3-6 小时），患者年龄 <75 岁。

②ST 段显著抬高的 AMI 患者年龄 >75 岁，可慎重进行。

③ST 段抬高性 AMI，发病时间已达 12~24 小时，但如仍有进行性缺血性胸痛，广泛 ST 段抬高者也可考虑。

禁忌症：

出血性脑卒中史；

颅内肿瘤；

可疑为主动脉夹层；

近期有活动性内脏出血、外科大手术、创伤史

溶栓再通指标

胸痛 2h 内缓解

抬高的 ST 段于 2h 内回降 $>50\%$

2h 出现再灌注性心律失常（下壁心梗出现一过性窦缓、窦房阻滞等）

血清 CKMB 峰值提前出现（发病 14h 之内）

三、急性 ST 段抬高型心肌梗死

2014-60. 欲判断患者是否在 1 周前左右发生急性心肌梗死，最有价值的检查是（）

A. 超声心动图

B. 冠状动脉造影

C. 肌钙蛋白测定

D. 心肌核素显像

心肌坏死标志物	开始升高	达高峰	恢复正常	特点
血清肌红蛋白	2 h	12 h	24~48 h	最早出现
肌钙蛋白 cTnT	3~4 h	24~48 h	10~14 d	特异性高
肌酸激酶同工酶 (CK-MB)	4 h 内	16~24 h	3~4 d	反映梗死范围, 溶栓是否成功

【2011-91、92 题】

患者, 男, 45 岁。5 天前因压榨性胸痛伴大汗 3 小时来院, 诊断急性前壁心肌梗死。因拒绝介入及溶栓治疗而按常规行保守处理, 1 天后症状缓解, 此后病情平稳, 4 小时前, 患者再次发作胸痛, 持续 50 分钟, 心尖部可闻 3/6 级收缩晚期吹风样杂音。

91. 该患者出现杂音最可能的病因是

- A. 心力衰竭
- B. 键索断裂
- C. 乳头肌功能不全
- D. 室间隔穿孔

92. 下列检查指标升高对诊断再梗死的意义最大的是

- A. cTnT
- B. CK-MB
- C. LDH
- D. AST

第四章 高血压

2015-62. 我国高血压人群个体特点是 ()

- A 高肾素
 - B 高血糖
 - C 高血脂
 - D 盐敏感
- A. 血管紧张素转换酶抑制剂
 - B. 钙通道阻滞剂
 - C. β 受体阻滞剂

D. 噻嗪类利尿剂

【2013-139】高血压病并发 2 型糖尿病患者首选的药物是 ()

【2013-140】变异型心绞痛并发高血压患者禁用的药物是 ()

高血压治疗

1、降压目标水平

<140/90mmHg，以减少心脑血管病合并症；糖尿病或慢性肾脏病合并高血压患者，血压控制目标值<130/80mmHg

2、正确实施

基本原则：患者能够耐受，不会出现靶器官灌注不足

3、非药物治疗

戒烟、适当运动、减轻体重、合理膳食（钠<2.4g）

保持心理平衡等

4、药物治疗

a、高血压 2 级或以上患者($\geq 160/100\text{mmHg}$)；

b、高血压合并糖尿病，或者已经有心、脑、肾 靶器官损害和并发症患者；

c、凡血压持续升高，改善生活行为后血压仍未获得有效控制患者；

d、从心血管危险分层的角度，高危和极高危患者必须使用降压药物强化治疗。

(1) 利尿剂

包括噻嗪类、袢利尿剂和保钾利尿剂三类

适用于轻、中度高血压

能增强其他降压药物的疗效

噻嗪类利尿剂的主要不利作用是低钾血症和影响血脂、血糖和血尿酸代谢，因此推荐小剂量，痛风患者禁用

保钾利尿剂可引起高血钾，不宜与 ACEI 合用，肾功能不全者禁用

袢利尿剂主要用于肾功能不全时

(2) β 受体阻滞剂

包括选择性 (β_1)、非选择性 (β_1 与 β_2) 和兼有 α 受体阻滞三类

适用于各种不同严重程度高血压，尤其是心率较快的中、青年患者或合并心绞痛患者

不良反应主要有心动过缓、乏力和四肢发冷

禁忌：急性心力衰竭、支气管哮喘、病窦综合征、房室传导阻滞和外周血管病

(3) 钙通道阻滞剂 (CCB)

二氢吡啶类和非二氢吡啶类

开始治疗阶段可反射性交感活性增强，尤其是短效制剂，可引起心率增快、面色潮红、头痛、下肢水肿

非二氢吡啶类抑制心肌收缩及自律性和传导性，不宜在心力衰竭、窦房结功能低下或心脏传导阻滞患者中应用

(4) 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI)

起效缓慢，3~4周达最大作用；

特别适用于伴有心力衰竭、心肌梗死后、糖耐量减低或糖尿病肾病的高血压患者

不良反应：刺激性干咳和血管性水肿

高血钾、妊娠妇女和双侧肾动脉狭窄患者禁用

血肌酐超过 3mg/dl 患者慎用

(5) 血管紧张素 II 受体阻滞剂 (ARB)

起效缓慢，持久而平稳，6~8周达最大作用

作用持续时间能达到 24 小时以上

低盐饮食或与利尿剂联合使用能明显增强疗效

治疗对象和禁忌与 ACEI 相同，不引起刺激性干咳

特殊人群的降压问题

糖尿病：

通常在改善生活行为基础上需要 2 种以上降压药物联合治疗。ARB 或 ACEI、长效钙拮抗剂和小剂量利尿剂是较合理的选择。ACEI 或 ARB 能有效减轻和延缓糖尿病肾病的进展，改善血糖控制。

慢性肾衰竭：

通常需要 3 种或 3 种以上降压药方能达到目标水平。

ACEI 或 ARB 在早、中期能延缓肾功能恶化，但要注意在低血容量或病情晚期(肌酐清除率 $<30\text{ml/min}$ 或血肌酐超过 $265\mu\text{mol/L}$ ，即 3.0mg/dl)有可能反而使肾功能恶化

脑血管病：

可选择 ARB、长效钙拮抗剂、ACEI 或利尿剂。注意从单种药物小剂量开始，再缓慢递增剂量或联合治疗。

老年人：



选用利尿剂和 CCB

高血压急症:

控制性降压, 48 小时内血压

不低于 160/100mmHg;

降压首选硝普钠;



【2012-61】关于高血压病患者的降压治疗, 下列提法正确的是 ()

- A. 血压控制越低越好, 减少靶器官损害
- B. 尽量应用单种药物, 降低药物副反应
- C. 血压控制达标后, 药物需及时调整减量
- D. 有并发症患者, 药物及治疗方案应个体化

八版内科学 P263

1. 降压药物应用基本原则 使用降压药物应遵循以下 4 项原则, 即小剂量开始, 优先选择长效制剂, 联合用药及个体化。

(1) 小剂量: 初始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量, 根据需要逐步增加剂量。

(2) 优先选择长效制剂: 尽可能使用每天给药 1 次而有持续 24 小时降压作用的长效药物, 从而有效控制夜间血压与晨峰血压, 更有效预防心脑血管并发症。如使用中、短效制剂, 则需给药每天 2~3 次, 以达到平稳控制血压的目的。

(3) 联合用药: 可增加降压效果又不增加不良反应, 在低剂量单药治疗效果不满意时, 可以采用两种或两种以上降压药物联合治疗。事实上, 2 级以上高血压为达到目标血压常需联合治疗。对血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ 或高于目标血压 20/10mmHg 或高危及以上患者, 起始即可采用小剂量两种药物联合治疗或用固定复方制剂。

(4) 个体化: 根据患者具体情况、药物有效性和耐受性, 兼顾患者经济条件及个人意愿, 选择适合患者的降压药物。

【2012-102、104 题共用题干】男性, 45 岁。间断全身轻度水肿 5 年, 加重伴视物模糊 1 天入院。测血压 180 / 135mmHg, 化验尿蛋白 (++) , 尿沉渣镜检 RBC 8~10 个/HP, 24 小时尿蛋白定量 1.3g, 血 Cr 337 $\mu\text{mol} / \text{L}$ 。

102.该患者首选的治疗措施是 ()

- A. 血液透析
- B. 限盐、低蛋白饮食
- C. 利尿治疗
- D. 降压药物治疗

103.该患者目前不适宜选用的治疗药物是 ()

- A. 卡托普利
- B. 硝苯地平
- C. 氢氯噻嗪
- D. 呋塞米

104.病情稳定后,为明确诊断,最重要的检查是 ()

- A. 眼底检查
- B. 肾动态显像
- C. 肾穿刺活检
- D. 双肾 B 型超声

高血压危象

短期内血压急剧升高,舒张压超过 120 或 130mmHg,并伴一系列严重症状,甚至危及生命。

高血压急症(血压升高伴靶器官损害):

高血压脑病、颅内出血、蛛网膜下腔出血、急性脑梗死伴严重高血压、心肌梗死、不稳定性心绞痛、急性左心衰、肺水肿、急性主动脉夹层。

高血压亚急症(不伴靶器官损害):

围手术期高血压、 β 受体阻滞剂所致的撤药综合症、药物引起

高血压脑病——硝普钠

蛛网膜下腔出血——收缩压 $>180\text{mmHg}$,首选尼莫地平或尼卡地平

颅内出血——血压 $<180/105\text{mmHg}$,无需降压; $>230/120\text{mmHg}$,静点拉贝洛尔;舒张压 $>140\text{mmHg}$,用硝普钠

急性主动脉夹层——迅速降压,首选硝普钠

不稳定心绞痛、急性心梗——首选硝酸甘油静点,无效改为硝普钠

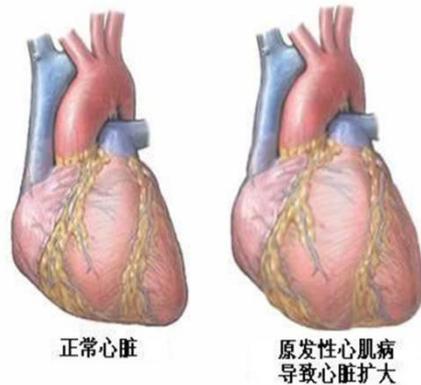
【2011-169】利尿剂作为治疗高血压病的药物,下列提法不正确的有 ()

- A. 过度肥胖患者禁用
- B. 不适用于老年患者
- C. 伴发心力衰竭者可选用
- D. 主要适用于高血压病 3 级患者

第五章 心肌疾病

【2013-62】下列疾病中，属于原发性心肌病范畴的是（）

- A. 致心律失常型右室心肌病
- B. 围产期心肌病
- C. 酒精性心肌病
- D. 自身免疫性心肌病



心肌病——伴心功能障碍的心肌疾病。

扩张；肥厚；限制；致心律失常右室心肌病

八版教材 P272

遗传性心肌病：肥厚性心肌病、右心室发育不良心肌病、离子通道病（QT 综合征等）

混合型心肌病：扩张性心肌病、限制性心肌病

获得性心肌病：感染性心肌病、围生期心肌病等

一、扩张型心肌病

【2012-93~95 题共用题干】

男性，56 岁。3 年来进行性加重劳动后心悸、气短，多次出现夜间睡眠中呼吸困难，需坐起后缓解。半年来感腹胀、食欲下降、尿少、下肢水肿。既往无高血压、糖尿病、高血脂症。

查体：P88 次/分，BP130/70mmHg，半卧位，颈静脉怒张，双肺底可闻及湿啰音，心前区搏动弥散，心界向两侧扩大，心率 110 次/分，心律不整，心音强弱不等，P2>A2，心尖部可闻及 3/6 级收缩期吹风样杂音，肝肋下 2.0cm，肝颈静脉反流征（+），下肢水肿（++）。

93.该患者最可能的诊断是（）

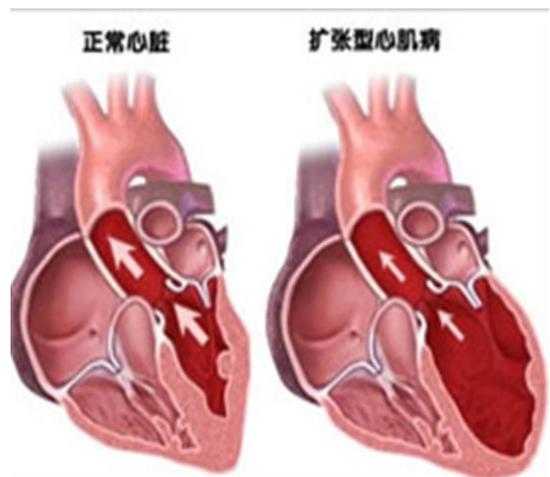
- A. 扩张型心肌病
- B. 心瓣膜病
- C. 心包积液
- D. 冠状动脉性心脏病

94.为明确诊断，最有价值的检查是（）

- A. 动态心电图
- B. 超声心动图
- C. 胸部 X 线片
- D. 冠状动脉 CT9

95.该患者心律不整最可能的类型是（）

- A. 心房颤动
- B. 窦性心律不齐



C.阵发性心动过速

D.频发期前收缩

一大（心腔大）

二薄（室间隔、室壁薄）

三弱（室壁搏动弱）

四小（二尖瓣口开放幅度小）

二、肥厚型心肌病

2014-61. 女性，19岁。平素体质差，曾有一次运动后晕厥史，查体发现胸骨左缘3~4肋间可闻及3/6级收缩期杂音，下蹲位时杂音减弱，应首先考虑的疾病是（）

A. 先天性心脏病室间隔缺损

B. 风湿性心脏病二尖瓣关闭不全

C. 肥厚型梗阻性心肌病

D. 扩张型心肌病伴心功能不全

	扩张型心肌病	肥厚型心肌病
病理	心腔扩张为主，心室扩张，室壁变薄，且常伴有附壁血栓。瓣膜、冠状动脉多正常。	非对称性室间隔肥厚；心肌细胞肥大
症状	充血性心衰的症状和体征，偶可发生栓塞或猝死。	心悸、胸痛、劳力性呼吸困难；起立或运动时出现眩晕，甚至神志丧失等
体征	心脏扩大，常可听到第三或第四心音，心率快时呈奔马律	心脏轻度增大，能听到第四心音；心尖部收缩期杂音
X线	心影常明显增大，心胸比 $>50\%$ ，肺淤血	心影增大多不明显
超声心动图	心脏四腔图均增大以左心室扩大为显著，室壁运动普遍减弱	室间隔的非对称性肥厚，舒张期室间隔的厚度与后壁之比 ≥ 1.3 ，间隔运动低下
诊断	无特异性诊断指标（心脏增大、心律失常和充血性心力衰竭）	临床或心电图表现类似冠心病，患者较年轻，有猝死或心脏增大家庭史（更支持），结合其他检查

治疗	无特效治疗，可用β受体阻滞剂、洋地黄（慎用）、利尿剂、ACEI；无效考虑心脏移植	β受体阻滞剂及钙通道阻滞剂治疗；重症梗阻患者可作介入或手术治疗
----	--	---------------------------------

流出道梗阻：胸骨左缘第3~4肋间听到较粗糙的喷射性收缩期杂音

前负荷减少（如屏气，Valsava 试验，含化硝酸甘油等）或心肌收缩力增加（如心动过速、运动时）而增强

反之，左室容积增加（如下蹲时）或心肌收缩力低下时（如使用β受体阻滞剂等）则可减弱

三、心肌炎

2012-62.女性，22岁。3天来感心悸伴胸闷，活动后明显，时有阵发性胸痛，呈针刺样，体力下降。3周前有上感发热、咽痛史，既往体健。查体：T37.2℃，P120次/分，R18次/分，BP100/70mmHg，平卧位，颈静脉无怒张，甲状腺1度肿大，双肺底可闻及散在湿啰音，心率120次/分，心律整，S1低钝，可闻及奔马律，P2>A2，肝未及，下肢不肿。该患者最可能的诊断是（）

- A. 甲状腺功能亢进症 B. 急性心肌炎
C. 急性心包炎 D. 急性冠脉综合征

原因	病毒性最常见（柯萨奇B组等肠道病毒多见）
分类	1 感染性：细菌、病毒等；2 非感染性：过敏、变态反应（如风湿热等）
临床表现	轻者无症状；约半数于发病前1~3周有“感冒”样症状或恶心、呕吐，然后出现心悸、胸痛、呼吸困难、水肿，甚至Adams-Stokes综合征。
	与发热程度不平行的心动过速，各种心律失常，可听到第三心音或杂音。或有颈静脉怒张、肺部中啰音、肝大等心力衰竭体征。重症可出现心源性休克
ECG	ST-T改变和各型心律失常；严重心肌损害时可出现病理性Q波
血清学	血清肌钙蛋白(T或I)、CK-MB增高，血沉加快，高敏C反应蛋白增加

第六章 心脏瓣膜病

一、二尖瓣狭窄

58. 关于二尖瓣狭窄心尖部舒张期杂音听诊特点的叙述, 正确的是

- A. 多为递增递减型
- B. 为全舒张期
- C. 向剑突方向传导
- D. 强度不受呼吸影响

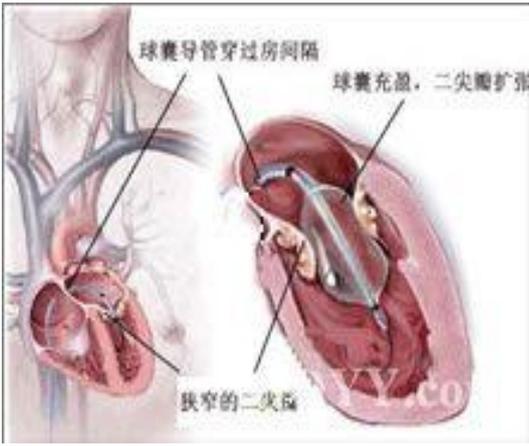
	二尖瓣狭窄	二尖瓣关闭不全
症状	(瓣口面积 $<1.5\text{cm}^2$)出现呼吸困难、咯血、咳嗽、声嘶	急性: 劳力性呼吸困难、左心衰、肺水肿表现; 慢性: 疲乏无力、肺淤血;
体征	1 二尖瓣面容; 2 心尖区 S1 亢进、开瓣音、隆隆样舒张中晚期杂音; 3 肺动脉高压时可有 P2 亢进、分裂; 4 肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全出现该区舒张早期吹风样杂音 (Graham Steell 杂音)	1 心尖部全收缩期吹风样高调一贯型杂音; 2 第一心音减弱; 3 肺动脉高压时可有 P2 亢进、分裂
X 线	轻度仅见左心耳饱满, 中、重度心影呈梨形 (二尖瓣心)	慢性重度反流常见左心房左心室增大; 左心室衰竭时可见肺淤血和间质性肺水肿征
超声心动图	M 型示二尖瓣城墙样改变; 二维超声心动图示舒张期前叶呈圆拱状, 后叶活动度减少	彩色多普勒较敏感
病情分级	瓣口面积 $>1.5\text{cm}^2$ 为轻度; $1\sim 1.5\text{cm}^2$ 为中度; $<1\text{cm}^2$ 为重度	左心房内最大反流束面积 $<4\text{cm}^2$ 为轻度; $4\sim 8\text{cm}^2$ 为中度; $>8\text{cm}^2$ 为重度

白话记忆

二尖瓣窄杂音断, 舒张隆隆低局限。一音亢进 P2 强, 开瓣音响伴震颤。

二尖瓣漏有特点, 粗糙吹风呈递减。三级以上缩期占, 左腋传导左卧清, 吸气减弱呼明显。

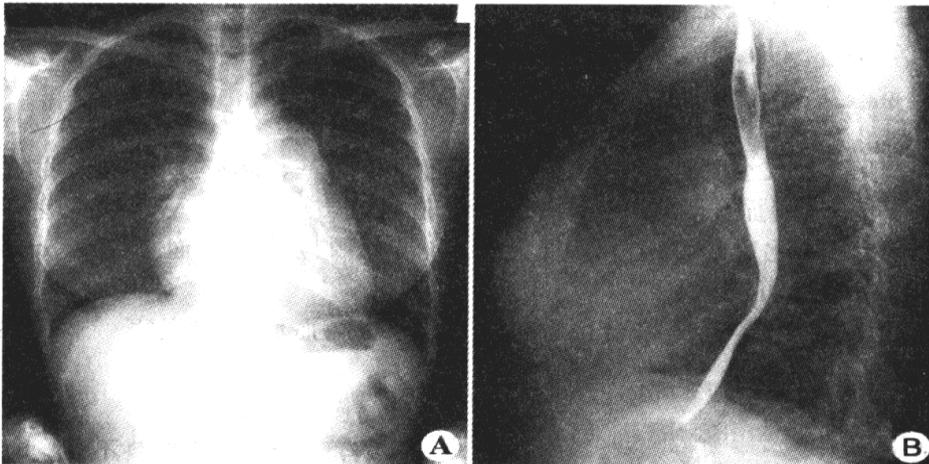
二尖瓣狭窄并发症: 房颤有血栓, 水肿右室衰, 内膜感染少, 肺部感染多。

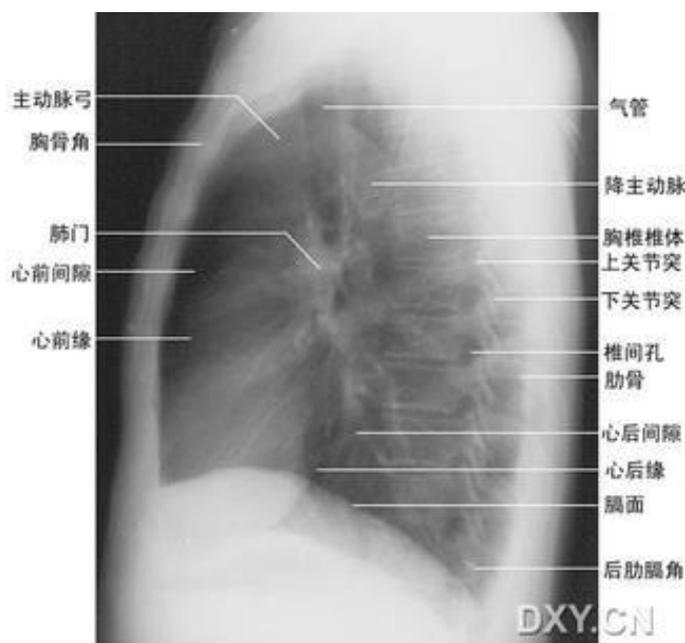
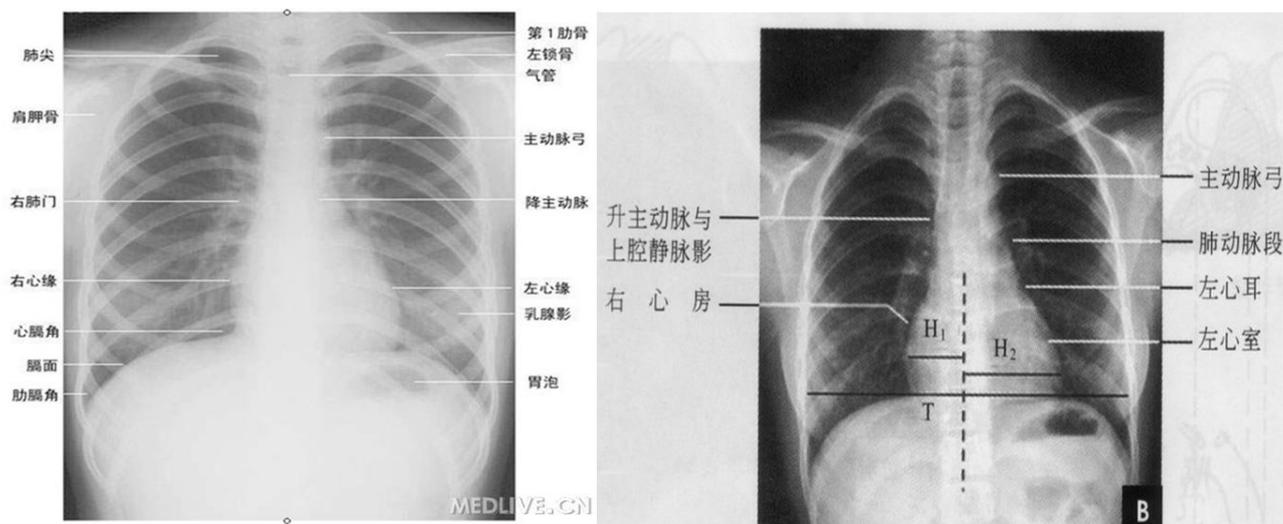


【2013-93~95 题共用题干】

女性，48 岁。5 年来渐进性劳累后心悸、气短，1 年来加重，曾有夜间憋醒，需坐起后缓解，既往有关节痛史。检查发现心脏扩大，可闻及杂音，胸片显示如下。

93. 该患者最可能的心脏病变是 ()
- A. 扩张型心肌病 B. 风湿性心脏病
- C. 冠状动脉性心脏病 D. 先天性心脏病
94. 该患者可能闻及的心脏杂音是 ()
- A. 心尖部舒张期隆隆样杂音
- B. 胸骨左缘第三肋间舒张期叹气样杂音
- C. 胸骨右缘第二肋间收缩期喷射样杂音
- D. 胸骨左缘第二肋间机器样连续性杂音
95. 按 NYHA 分级，该患者目前的心功能应是 ()
- A. I 级 B. II 级
- C. III 级 D. IV 级





心功能分级

美国纽约心脏病协会（NYHA）

I级：体力活动不受限，即心功能代偿期

II级：体力活动轻度受限。休息时无症状，日常活动引起乏力，称轻度心衰。

III级：体力活动明显受限，轻于日常活动即乏力，亦称中度心衰。

IV级：休息时有心衰症状，亦称重度心衰

二、二尖瓣关闭不全

2015-61 男性，53岁，1个月来活动后气短、心悸，自觉体力明显下降。偶有夜间憋尿，坐

起休息后可缓解有高血压病史 1 年，最高血压达 150/90mmHg，吸烟 25 年，查体：P88 ，BP：130/80mmHg，平卧位颈静脉充盈，双肺间可闻及湿罗音，心界向两侧扩大，心率 108 次/分，心律不整，心音强弱不等，心尖部可闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音，肝肋下可及，下肢水肿（±），首先可排除的疾病是（ ）

- A 心包积液
- B 扩张型心肌病
- C 冠心病
- D 风湿性心瓣膜病

表 3-5-13 杂音强度分级

级别	响度	听诊特点	震颤
1	很轻	很弱,易被初学者或缺少心脏听诊经验者所忽视	无
2	轻度	能被初学者或缺少心脏听诊经验者听到	无
3	中度	明显的杂音	无
4	中度	明显的杂音	有
5	响亮	响亮的杂音	明显
6	响亮	响亮的杂音,即使听诊器稍离开胸壁也能听到	明显

表 3-5-14 生理性与器质性收缩期杂音的鉴别要点

鉴别点	生理性	器质性
年龄	儿童、青少年多见	不定
部位	肺动脉瓣区和(或)心尖区	不定
性质	柔和、吹风样	粗糙、吹风样、常呈高调
持续时间	短促	较长、常为全收缩期
强度	≤2/6 级	常 ≥3/6 级
震颤	无	3/6 级以上可伴有震颤
传导	局限	沿血流方向传导较远而广

- A. 二尖瓣狭窄
- B. 二尖瓣关闭不全
- C. 主动脉瓣狭窄
- D. 肺动脉瓣狭窄

2014-139. 最容易并发感染性心内膜炎的瓣膜损害是（ ）

2014-140. 最容易并发心房颤动的瓣膜损害是（ ）

三、主动脉瓣狭窄

2013-169. 严重主动脉瓣狭窄引起心肌缺血的机制包括 ()

- A. 冠状动脉灌注压降低
- B. 左心室舒张末容积减小
- C. 左心室壁毛细血管密度相对减少
- D. 左心室射血时间延长, 心肌耗氧增加

	主动脉瓣狭窄	主动脉瓣关闭不全
病因	风心病、先心病、老年钙化性主狭	风心病 (最常见, 约 2/3); 感染性心内膜炎; 先心病; 梅毒性主动脉炎; 马方综合征(Marfan 综合征)
病理生理	主狭—心肌缺血、纤维化—左心扩张—左心衰	主闭—血液返流—左室负荷加大—心排量降低、左房压升高—肺淤血、水肿
症状	三联征: 呼吸困难 (90%)、心绞痛 (60%) 和晕厥 (33%)	舒张压低, 脑供血不足—头晕; 冠脉供血不足—心绞痛: 重者左心衰、低血压

第七章 心包炎

一、急性心包炎

- A. 急性非特异性心包炎
- B. 结核性心包炎
- C. 肿瘤性心包炎
- D. 化脓性心包炎

【2011-139】常胸痛剧烈, 持续发热, 多数患者可闻及心包摩擦音, 见于 ()

【2011-140】多数起病缓, 常见发热及胸痛, 可闻及心包摩擦音, 见于 ()

二、心包积液及心脏压塞

男性, 60 岁。3 个月来自觉乏力, 1 个月来出现渐进性呼吸困难、气短、腹胀、尿少、下肢水肿, 体重无明显变化, 无胸痛、发热等。既往有慢性支气管炎病史 30 年, 饮酒史 20 年。查体: T36.5℃, P 102 次/分, BP 90/80 mmHg, 轻度贫血貌, 颈静脉怒张, 双肺(-), 心界明显向两侧扩大, 心音低, 肝肋下 3.0 cm, 双下肢水肿(++), 深吸气时脉搏消失。

93. 根据患者病史及体检, 导致目前临床表现的最可能原因是 ()

- A. 全心衰竭
- B. 呼吸衰竭

- C. 心脏压塞 D. 肝脏衰竭
94. 应首先考虑的疾病诊断是 ()
- A. COPD B. 渗出性心包炎
- C. 扩张型心肌病 D. 酒精性心肌病
95. 为明确诊断, 应选用最简便而又有价值的检查是 ()
- A. 超声心动图 B. 动态心电图
- C. 胸部 X 线片 D. 胸部 CT 检查

心包积液病理、临床表现

病理	纤维蛋白性	早期—纤维蛋白、白细胞及少许内皮细胞的渗出一心包积液量少, 不影响血流动力学
	渗出性	液体增加, 多为浆液纤维蛋白性—心脏压塞或心包粘连、缩窄—影响血流动力学
	纤维蛋白性心包炎	渗出性心包炎
症状	心前区疼痛 (主要症状, 与心肌梗死疼痛类似)	呼吸困难 (最突出)
体征	心包摩擦音 (典型体征, 有确诊意义)	心浊音界增大、心搏弱、心音遥远、Ewart 征、脉压变小、奇脉、颈静脉怒张

(专家提醒: Ewart 征即心包积液征, 在有大量积液时可在左肩胛骨下出现浊音及左肺受压迫所引起的支气管呼吸音)

急性心包炎的治疗

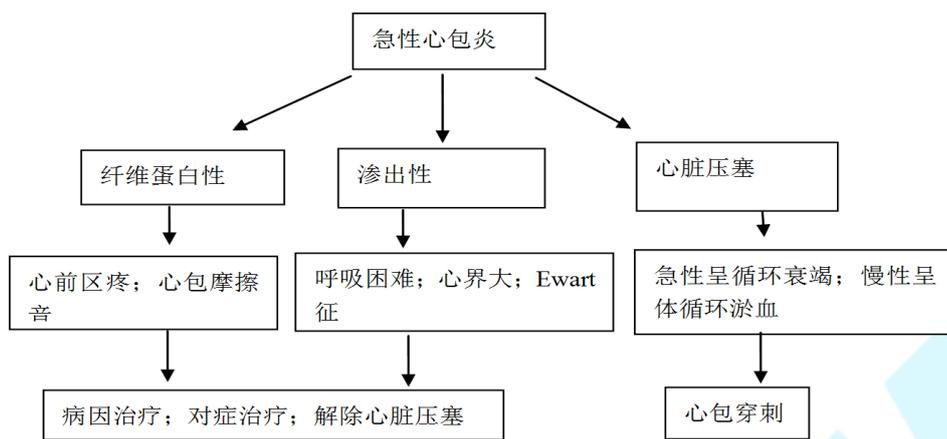
病因治疗:

结核性心包炎—尽早抗结核, 剂量足, 疗程长;

化脓性心包炎—敏感抗生素, 剂量足, 反复穿刺抽脓;

非特异性和心肌损伤后综合症—糖皮质激素;

肿瘤性心包炎—治疗原发病, 心包穿刺



第八章 感染性心内膜炎

一、感染性心内膜炎

- A 贫血
- B 心瓣膜区杂音
- C 脾肿大
- D 环形红斑

2015-139、亚急性感染性心内膜炎一般不出现的临床表现是 ()

2015-140、急性风湿热一般不出现的临床表现是 ()

2011-62. 下列关于感染性心内膜炎诊断检查的叙述，错误的 ()

- A. 50%的患者的血培养阳性结果获自第一天的血标本
- B. 25%的患者有高丙种球蛋白血症
- C. 可见镜下血尿
- D. 经食管超声心动图可发现直径小于等于 0.5mm 的生物赘生物

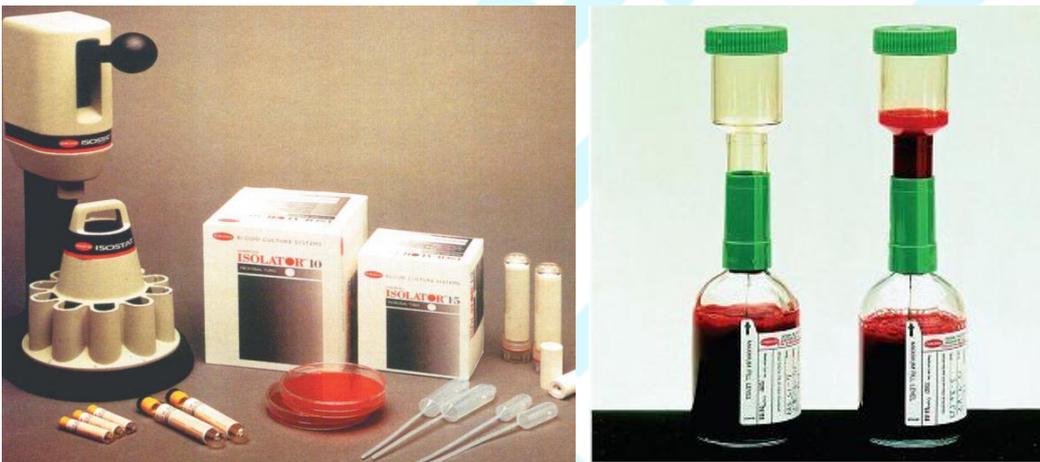
血培养	是诊断菌血症和感染性心内膜炎的最重要方法。在近期未接受过抗生素治疗的患者血培养阳性率可高达 95% 以上。(90% 的患者的血培养阳性结果获自第一天的血标本)
常规检验	亚急性者正常色素型正常细胞性贫血常见；常有显微镜下血尿和轻度蛋白尿，肉眼血尿提示肾梗死。
免疫学检查	25% 的患者有高丙种球蛋白血症；80% 的患者出现循环中免疫复合物；病程 6 周以上的亚急性患者中 50% 类风湿因子试验阳性。

X线检查	肺部多处小片状浸润阴影提示脓毒性肺栓塞所致肺炎。左心衰竭时有肺淤血或肺水肿征。
心电图	偶可见急性心肌梗死或房室、室内传导阻滞，后者提示主动脉瓣环或室间隔脓肿。
超声心动图	如果超声心动图发现赘生物、瓣周并发症等支持心内膜炎的证据，可帮助明确诊断。经胸超声检查可检出 50%~75%的赘生物；经食管超声可检出<5mm 的赘生物，敏感性高达 95%以上；超声心动图未发现赘生物时并不能除外。

血培养

未用抗生素，第 1 日，间隔 1 小时，不同部位 3 次；次日未见，2+1，尔后应用抗菌素（亚急性）

已用抗生素，停药后 1 周内取血 3 次



病情危重，4-6 次/隔 30-60 分钟，尔后开始经验性抗菌素治疗；

抽血 10-20ml，同时需氧、厌氧和真菌，培养 3 周

【2011-96-98 题共用题干】

患者，女，22 岁，5 年前发现心脏杂音，2 个月来乏力、头晕、食欲下降，四肢关节疼痛。1 周来活动后气短，夜间反复憋醒而来院就诊，查体：体温 37.8℃，脉率 96 次/分，血压 120/60mmHg，消瘦，睑结膜苍白，可见小出血点，右肺底少许小水泡音，心界不大，心律慢，心尖部 S1 减弱，胸骨左缘第三肋间可闻舒张期叹气样杂音，肝脾肋下均可及，下肢不肿。血红蛋白 84g/L，白细胞 12.1*10⁹/L，血沉 38mm 第 1 小时末，尿常规红细胞 2-4/HP。

96. 该患者最主要的疾病是（）

- A. 风湿热
- B. 肺炎
- C. 缺铁性贫血
- D. 感染性心内膜炎

97. 对确诊意义最大的检查是 ()

- A. CRP B. 胸部 X 线片
C. 血培养 D. 血清铁蛋白

98. 该患者心脏杂音最可能的瓣膜异常是 ()

- A. 主动脉瓣关闭不全 B. 肺动脉瓣关闭不全
C. 二尖瓣关闭不全 D. 三尖瓣关闭不全

感染性心内膜炎	急性	亚急性
中毒症状	明显	轻
病程	进展迅速	数周至数月
感染迁徙	多见	少见
受累瓣膜	正常	器质性心脏病
病原体	金葡菌	草绿色链球菌

临床表现

发热：急性（高热）；亚急性（ $<39.5^{\circ}\text{C}$ ，弛张热）

心脏杂音：80%~85%有；急性易发生杂音和强度的改变

周围体征：

瘀点—可出现于任何部位，以锁骨以上皮肤、口腔粘膜及睑结膜多见

Roth 斑—为视网膜的卵圆形出血斑块，中心呈白色，多见于亚急性感染

鉴别诊断：

低热+既往有器质性心脏病=亚急性心内膜炎

无器质性心脏病=病毒性心肌炎

高热=急性心内膜炎

急性感染性心内膜炎

 金葡菌；高热；Janeway 损害（无痛性出血红斑）

亚急性感染性心内膜炎

 草绿色链球菌；低热；Osler 结节

病毒性心肌炎

 柯萨奇病毒；发热程度与心动过速不平行

第三部分 消化系统

第一章 胃食管反流病

一、胃食管反流病

【2011-66】下列关于胃食管反流病胸痛的叙述，错误的是（ ）

- A. 反流物刺激食管痉挛所致
- B. 疼痛可复发在胸骨后
- C. 疼痛不向他处放射
- D. 疼痛可为剧烈刺痛

抗反流防御机制减弱	1抗反流屏障	LES压下降：某些激素（如缩胆囊素、胰升糖素、血管活性肠肽等）、高脂食物、药物（如钙拮抗剂、地西洋）等。腹内压增高（如妊娠、腹水、呕吐、负重劳动等）及胃内压增高
		一过性LES松弛：松弛时间延长，是胃食管反流的一个重要因素（胃扩张、腹内压增加可诱发）
	2食管清除作用：	食管廓清作用减弱
	3食管黏膜屏障：	表面黏液、不移动水层和表面HCO ₃ ⁻ 、复层鳞状上皮等构成的上皮屏障；长期吸烟、饮酒以及抑郁等损害黏膜屏障
反流物对食管黏膜攻击	胃酸与胃蛋白酶是反流物中损害食管黏膜的主要成分	

食管症状	典型症状	烧心和反流
	非典型症状	胸骨后疼痛、吞咽困难、吞咽疼痛
食管外症状	咽喉炎、慢性咳嗽和哮喘；瘰疬症（咽部不适，有异物感、棉团感或堵塞感，但无真正吞咽困难）	
并发症	上消化道出血；食管狭窄；Barrett食管	

（提醒：Barrett 食管内镜下的表现为正常呈现均匀粉红带灰白的食管黏膜出现胃黏膜的橘红色，是食管腺癌的癌前病变）

内镜检查	最准确的方法，并能判断严重程度和有无并发症。内镜下阴性不能排除
24小时食管pH监测	重要检查方法；pH < 4为酸返流；检查3日前应停用抑酸药与促胃肠动力的药物
食管吞钡X线检查	敏感性不高；排除食管癌等其他食管疾病
食管滴酸试验	在滴酸过程中，出现胸骨后疼痛或烧心的患者为阳性；说明有活动性炎症
食管测压	LES压 < 6mmHg易导致反流

诊断

有典型症状烧心、返流，内镜发现食管炎，排除其他原因食管炎后可确立诊断；

无内镜下食管炎，24h 食管 pH 检查阳性也可确诊；

质子泵抑制剂实验性治疗（奥美拉唑每次 20mg，每天 2 次，连用 7~14 天），治疗有效可诊断；

第二章 慢性胃炎

一、慢性胃炎

2015-171.根除胃幽门螺杆菌治疗时常用的药物包括（）

- A 雷尼替丁
- B 奥美拉唑
- C 硫糖铝
- D 克拉霉素

根除幽门螺杆菌

质子泵抑制剂或胶体铋	抗菌药物
PPI常规剂量的剂量/日	克拉霉素1000mg/d
（如奥美拉唑40mg/d）	阿莫西林2000mg/d
枸橼酸铋钾（胶体次枸橼酸铋）480mg/d	甲硝唑800mg/d
（选择一种）	（选择两种）
上述剂量分2次服，疗程7~14天	

（常有方案：以PPI+2种抗生素或1种铋剂+2种抗生素）

- A. 血清学检查 B. ^{13}C 尿素呼气试验
 C. 胃组织学检查 D. 快速尿素酶试验

143. 侵入性检查幽门螺杆菌的首选方法是 ()

144. 当幽门螺杆菌根除治疗后复查疗效时, 首选的检查方法是 ()

HP 检测

侵入性 (胃镜粘膜活检)

快速尿素酶试验

(侵入性检查的首选方法)

组织学检查

Hp 培养 (技术要求高, 用于科研)

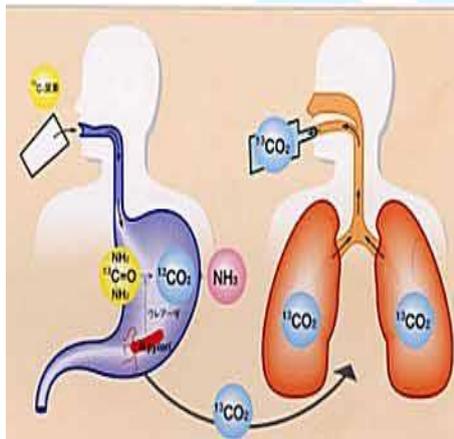
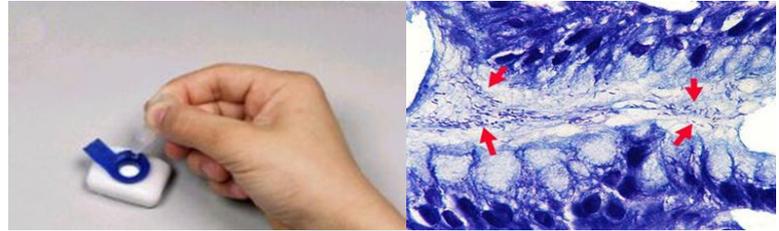
非侵入性

^{13}C -和 ^{14}C -尿素呼气试验 (根除治疗后复查的首选方法)

血清学检查

粪便 Hp 抗原检测

(注意: 近期应用抗生素、PPI 等药物, 因有暂时抑制 Hp 作用, 会使上述检查呈假阴性, 但血清学检查除外)



【2013-66】与幽门螺杆菌感染无关的疾病是 ()

- A. 胃炎
 B. 胃溃疡
 C. 十二指肠溃疡
 D. 胃食管反流病

幽门螺杆菌感染与某些疾病的发病常有明显的关系, 如胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡和胃癌等

胃食管反流病是由于机体抗反流防御机制减弱和反流物对食管黏膜攻击作用的结果，因此与幽门螺杆菌感染无关。

【2012-66】正在用 PPI 治疗的溃疡病患者，用下列方法检查幽门螺旋杆菌（Hp）感染时，最不易出现假阴性的是（）

- A、¹³C 尿素呼气试验
- B、快速尿素酶试验
- C、血清学 Hp 抗体检查
- D、Hp 培养

2012-171. 下列属于慢性胃炎发病原因的有（）

- A、Hp 感染
- B、自身免疫
- C、精神刺激
- D、十二指肠液反流入胃

第三章 消化性溃疡

一、消化性溃疡

- A 穿孔
- B 出血
- C 幽门梗阻
- D 癌变

2015-143 消化性溃疡患者最常见的并发症是（）

2015-144 十二指肠溃疡患者不易发生的并发症是（）

并发症

1、出血：两最；DU 多见，最常见的并发症；上消化道大出血最常见的病因

2、穿孔：急性常见；位于十二指肠前壁或胃前壁；易引起急性腹膜炎（隔下游离气体）

3、幽门梗阻：DU 或幽门管溃疡引起；餐后饱胀、上腹疼痛加重，呕吐物含发酵酸性宿食



4、癌变（GU 癌变率<1% ， 溃疡边缘）

（一）出血

消化性溃疡是上消化道出血中最常见的病因,约占所有病因的 50%,十二指肠球部溃疡较胃溃疡易发生。当消化性溃疡侵蚀周围或深处的血管,可产生不同程度的出血。轻者表现为黑粪,重者出现呕血。有慢性腹痛的患者,出血后腹痛可减轻。

胃镜下溃疡出血病灶的 Forrest 分型(表 4-5-2)有助于评估病灶再出血的概率。

表 4-5-2 消化性溃疡出血的 Forrest 分型

分型	特征	再出血率(%)	治疗策略
I	活动性动脉出血	90	PPI+内镜治疗+PPI
II a	裸露血管伴明显渗血	50	PPI+内镜治疗+PPI
II b	血凝块	25 ~ 30	PPI,必要时内镜治疗
III a	少量渗血	10	PPI
III b	仅有溃疡,无血迹	3	PPI

【2013-68】男性, 23 岁。间断上腹痛 2 年, 2 天来柏油样便 6 次, 今晨呕咖啡样物 200ml。无肝病史。静脉输液后下一步诊治措施首选 ()

- A. 急诊胃镜及镜下止血
- B. 急诊上消化道造影
- C. 腹部 B 型超声检查
- D. 外科手术

男性, 50 岁。胃溃疡病史 10 年, 近 2 个月腹痛加重, 失去规律, 经多种药物治疗无效, 体重下降。查体: 浅表淋巴结无肿大, 腹平软, 上腹部有压痛。

99. 就目前资料考虑, 最可能的诊断是 ()

- A、胃溃疡复发
- B、胃溃疡癌变
- C、合并胃泌素瘤
- D、复合性溃疡

100. 为明确诊断, 最有意义的检查是 ()

- A、粪隐血试验
- B、血清胃泌素测定
- C、钡餐造影
- D、胃镜检查

101. 根据诊断, 最佳的处理方法是 ()

- A、胃黏膜保护剂治疗
- B、质子泵抑制剂治疗
- C、根除幽门螺杆菌
- D、手术治疗

【2012-68】男性，58岁。黑便3天，呕血1天伴头晕、心悸被送入急诊室。既往有"慢性胃病史"，无肝病。查体：T36.6℃，P96次/分，BP108/70mmHg，意识清楚，面色苍白，巩膜无黄染，心肺检查未见异常，腹软，未见腹壁静脉曲张，肝脾肋下未触及，移动性浊音阴性，肠鸣音活跃。化验Hb85g/L，WBC4.0×10⁹/L，Plt122×10⁹/L.此时最重要的处理原则是（）

- A、补充血容量 B、急诊内镜
C、肌注止血药 D、急症手术治疗

【2011-99-101 共用题干】

患者，男，35岁，3个月来间断上腹痛，有时夜间痛醒，反酸。1天前黑便1次，无呕血，但腹痛减轻，化验大便隐血呈阳性。

99. 最可能的诊断是（）

- A、慢性胃炎 B、胃溃疡
C、十二指肠溃疡 D、胃癌

100. 为了确定诊断，首选的检查是（）

- A、胃镜检查 B、钡餐透视
C、腹部CT D、腹部B超

101. 若患者出现黑便，每日出血量最少值超过（）

- A、30mL B、50mL
C、150mL D、300mL

流行病学

季节性：秋冬季多于夏季

高峰年龄：DU好发于青壮年；GU好发于中老年

性别：男多于女

比例：DU：GU=3:1

临床表现

GU

发病年龄：中老年

部位：胃角和胃窦小弯

疼痛规律：进食→疼痛→缓解

腹痛特点：多为进食痛，夜间痛少见

癌变：少数发生

复发率：高

DU

青壮年

球部

疼痛→进食→缓解

多为饥饿痛，夜间痛、节律性疼痛多见

否

低

辅助检查

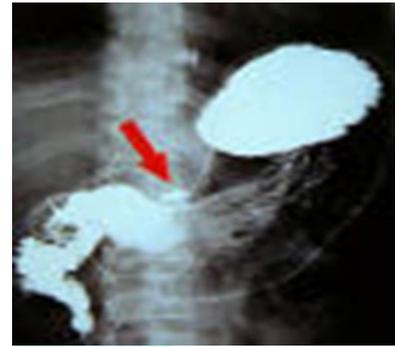
首选胃镜+活检

X线钡餐检查:

溃疡直接征象龛影

间接征象局部变形、激惹、痉挛性切迹

活动性上消化道出血是禁忌



诊断

初诊: 慢性病程, 周期性发作及节律性上腹痛

确诊: 内镜和 / 或钡餐 X 线

并发症

1、出血: 两最: DU 多见

最常见的并发症:

上消化道大出血最常见的病因

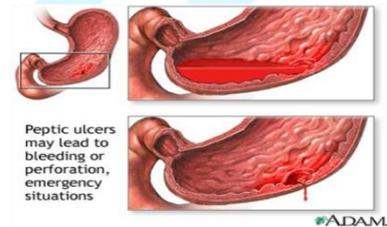
>5ml/d, 便潜血 (+)

>50-100ml/d, 黑便

>250-300ml/d, 开始呕血

>400ml/d, 引起症状

>1000ml/d, 休克



第四章 肠结核与结核性腹膜炎

一、肠结核

2014-68. 男性, 32 岁。3 个多月来低热、乏力、大便稀、右下腹痛、体重减轻。查体: T37.6°C, P 84 次/分, BP 110/70 mmHg, 心肺检查未见异常, 腹软, 右下腹轻压痛, 肝脾肋下未触及, 肠鸣音活跃。化验血 Hb 125 g/L, WBC $5.4 \times 10^9/L$, Plt $252 \times 10^9/L$, 粪常规偶见 WBC。结肠镜检查示回盲部肠黏膜充血水肿, 横行溃疡形成, 肠腔狭窄, 大小及形态各异的炎性息肉。最可能的诊断是 ()

A. 克罗恩病

B. 阿米巴肉芽肿

C. 结肠癌

D. 肠结核

溃疡型肠结核

溃疡不规则，深浅不一

肠出血较少（溃疡基底有闭塞性动脉内膜炎）

穿孔（急性少见，偶见慢性）

致肠管变形和狭窄

增生型肠结核

局限在回盲部

大量结核肉芽肿和纤维组织增生

致肠壁增厚、僵硬

混合型（溃疡增生型）

临床表现

腹痛

右下腹或脐周、痉挛性阵痛伴腹鸣

进餐后加重（进餐致胃肠反射或肠内容物通过狭窄肠道致局部痉挛）、排便后缓解

腹泻与便秘

溃疡型—腹泻（不含脓血、无里急后重）

增生型—便秘

腹泻与便秘交替

腹部肿块——右下腹；增生型；病变肠段和周围组织粘连

全身症状——低热、盗汗（溃疡型）

肠外结核——活动性肺结核

并发症——肠梗阻多见；瘘管、腹腔脓肿较 CD 少见；肠出血、急性肠穿孔少见

辅助检查

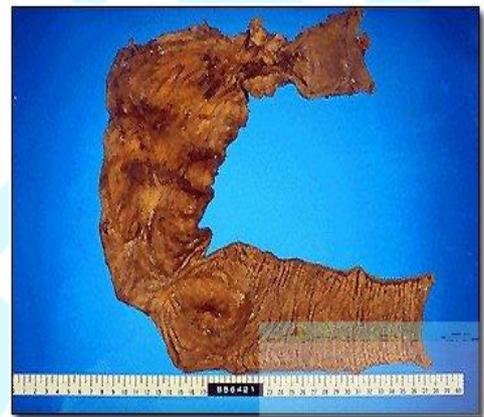
溃疡型肠结核：

X 线钡影跳跃征象（病变段激惹、两端充盈好）

结肠镜（肠粘膜充血、水肿溃疡（环行，边缘鼠咬状）炎症性息肉、肠腔狭窄）



436 肠结核 Intestinal tuberculosis 白求恩网





诊断

结核毒血症状+腹痛、腹泻+小肠钡剂跳跃症+结肠镜回盲部炎症+肠外结核或 PPD (+)
病检见干酪性肉芽肿 (确诊)

第五章 炎症性肠病

一、溃疡性结肠炎

2011-171. 在治疗溃疡性结肠炎的常用药物中, 可避免在小肠近段被吸收的氨基水杨酸制剂有 ()

- A. 柳氨磺吡啶
- B. 巴柳氮
- C. 美沙拉嗪
- D. 奥沙拉嗪

治疗:

	克罗恩病	溃疡性结肠炎
一般治疗	必须戒烟。强调营养支持	强调休息、饮食和营养; 纠正水、电解质平衡紊乱; 腹痛、腹泻对症治疗 (权衡利弊)
氨基水杨酸制剂	SASP仅适用于病变局限在结肠的轻、中度患者。美沙拉嗪能在回肠末段、结肠定位释放, 适用于轻度回结肠型及轻、中度结肠型患者。	柳氨磺吡啶(SASP) 是治疗本病的常用药物, 适用于轻、中度患者或重度经糖皮质激素治疗已有缓解者
糖皮质激素	控制病情活动最有效; 适用于中~重度患者, 及对氨基水杨酸制剂无效的轻型患者。 长期维持治疗不能减少复发; (布地奈德在肠道局部起效, 全身副作用小)	对急性发作期有较好疗效。 适用于对氨基水杨酸制剂疗效不佳的轻、中度患者, 特别适用于重度患者及急性暴发型患者

	克罗恩病	溃疡性结肠炎
免疫抑制剂	适用于对激素治疗无效或对激素依赖的患者	可用于对激素治疗效果不佳或对激素依赖（硫唑嘌呤）
抗菌药物	甲硝唑对肛周病变、环丙沙星对瘻有效	对重症有继发感染者，应积极抗菌治疗
生物制剂	英夫利昔对传统治疗无效的活动性克罗恩病有效	
手术治疗	完全性肠梗阻、瘻管与腹腔脓肿、急性穿孔或不能控制的大量出血	并发大出血、肠穿孔、重型患者特别是合并中毒性巨结肠经积极内科治疗无效且伴严重毒血症者

氨基水酸制剂：

柳氮磺胺吡啶（Sulfasalazine, SASP）最常用

美沙拉嗪（mesalazine）

奥沙拉嗪（olsalazine）

巴柳氮（balsalazide）

5-ASA 新型制剂：

美沙拉嗪、奥沙拉嗪、巴柳氮

二、克罗恩病

- A. 肠穿孔 B. 肠出血
C. 肠梗阻 D. 中毒性巨结肠

【2013-143】克罗恩病患者最常见的并发症是（）

【2013-144】暴发型或重型溃疡性结肠炎患者最易发生的并发症是（）

溃疡性结肠炎并发中毒性结肠扩张多见于结肠病变广泛者，下列情况可诱发：低钾、使用阿托品或 654-2、颠茄合剂、钡剂灌肠等

克罗恩病	溃疡性结肠炎
肠梗阻（最常见）	中毒性巨结肠
腹腔内脓肿	直肠结肠癌变
急性穿孔（偶可并发）	肠大出血（发生率约3%）
大量便血（偶可并发）	肠穿孔：多与中毒性巨结肠有关
癌变	肠梗阻（少见）

第六章 肝硬化

2014-67. 肝硬化患者发生肝肾综合征时的特点是 ()

- A. 血 BUN 升高、血钠升高、尿钠降低
- B. 血 BUN 升高、血钠降低、尿钠升高
- C. 血 BUN 升高、血钠降低、尿钠降低
- D. 血 BUN 降低、血钠降低、尿钠升高

肝肾综合征诊断标准

- ①肝硬化合并腹水;
- ②血肌酐升高大于 $133\mu\text{mol/L}$;
- ③在应用白蛋白扩张血容量并停用利尿剂至少 2 天后血肌酐不能降至 $133\mu\text{mol/L}$ 以下, 白蛋白推荐剂量为 $1\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$, 最大可达 100g/d ;
- ④无休克;
- ⑤近期未使用肾毒性药物;
- ⑥不存在肾实质疾病如蛋白尿 $>500\text{mg/d}$ 、镜下血尿 (>50 红细胞 / 高倍视野) 和 (或) 超声检查发现肾脏异常。

肝肾综合症 (功能性肾衰):

特征: 自发性少尿、无尿、低尿钠、
氮质血症、稀释性低钠血症

肝肺综合征



【2011-67】下列属于肝硬化肝肾综合症诊断标准的 ()

- A. 肝硬化不合并腹水
- B. 有休克
- C. 近期未使用肾毒性药物
- D. 血肌酐大于 $123\mu\text{mol/L}$

【2013-67】下列对诊断肝硬化门脉高压症最有价值的体征是 ()

- A. 蜘蛛痣
- B. 脾肿大

- C. 肝质地坚硬 D. 腹壁静脉曲张
A. 黄疸 B. 肝大
C. 腹壁静脉曲张 D. 皮肤紫癜

【2012-143】肝硬化代偿期的体征是 ()

【2012-144】肝硬化失代偿期门静脉高压的体征是 ()

第七章 肝癌

2014-171. 对原发性肝癌高危人群进行普查的主要方法有 ()

- A. 血清 AFP 测定
B. 腹部 B 超检查
C. 腹部 CT 检查
D. 肝 MRI 检查

【2013-171】原发性肝癌发生的伴癌综合征的主要表现有 ()

- A. 自发性低血糖症
B. 高钙血症
C. 高脂血症
D. 红细胞增多症

临床表现

首发症状——肝区疼痛

消化道症状

全身表现

伴癌综合症——自发性

低血糖症、红细胞增多症



伴癌综合征：指原发肿瘤患者由于癌肿本身代谢异常或癌肿产生的一些物质进入血流并作用于远处组织，对机体发生各种影响而引起的一组征候群。

类癌综合征：一种罕见的、生长缓慢的、能产生小分子多肽类或肽类激素的肿瘤，即 APUD 细胞瘤，除能分泌有强烈生理活性的 5-羟色胺、胰舒血管素和组织胺外，有的还可分泌其他胺和肽类物质。类癌是胃肠道最常见的内分泌肿瘤，临床上出现皮肤潮红、腹泻、腹痛及哮

喘和心脏瓣膜病等征象。

副癌综合征:除了肿瘤本身压迫及浸润和转移所引起的症状以外的其他全身性表现,由肿瘤间接产生。临床表现多样,有结缔组织和皮肤病变,神经肌肉综合征,血管、胃肠道和血液系统等异常。

三者的区别和联系:

类癌综合征是一种比较少见的副癌综合征。

副癌综合征的发展一般与肿瘤的进程平行,在肿瘤经手术,放疗,化疗后退缩或消灭时,它随之好转或消失。

多数副癌综合征本身就是一种独立的疾病,有自己的命名,仅有一小部分伴发于肿瘤,比如重症肌无力。

伴癌综合征强调的是肿瘤本身直接产生的物质作用于机体的反应。

1.副癌综合征:

【《内科学》原发性支气管肺癌】肺癌非转移性胸外表现,主要包括:肥大性肺性骨关节病、异位促性腺激素、分泌促肾上腺皮质激素样物、分泌抗利尿激素、神经肌肉综合征、高钙血症、类癌综合征等。

【《外科学》肺癌】少数肺癌病例,由于肿瘤产生内分泌物质,临床上呈现非转移性的全身症状,如骨关节病综合征、Cushing 综合征、Lambert-Eaton 综合征、男性乳腺增大、多发性肌肉神经痛等。

理解:既然是综合征,涉及的就不是单一的临床表现。尤其要注意的是,此类综合征,属于非转移性、胸外、全身症状。此外,需要注意以下几点:①根据内科学上的描述,类癌综合征也属于副癌综合征的表现之一。②根据外科学上的描述,此类综合征的病因是肿瘤产生内分泌物质。③这些症状在切除肿瘤后可能消失。

2.类癌综合征:【《内科学》原发性支气管肺癌】典型特征是皮肤、心血管、胃肠道和呼吸功能异常。

3.伴癌综合征:【《内科学》原发性肝癌】肝癌病人因为肿瘤本身代谢异常或肿瘤对机体影响而引起内分泌或代谢异常的一组症候群。主要表现:自发性低血糖症、红细胞增多症;罕见表现:高钙血症、高脂血症、类癌综合征。

第八章 肝性脑病

(2015-99~101 题共用题干)男性,56岁。2年来消瘦、乏力,



2014-66. 对早期肝性脑病诊断价值最大的检查结果是 ()

- A. 定向力障碍
- B. 心理智能检查异常
- C. 扑翼样震颤
- D. 病理征阳性

肝性脑病分期

0期(潜伏期):无行为、性格异常,只在心理与智商测试时,轻微异常。

I期(前驱期):轻度的性格改变和行为异常

II期(昏迷前期):意识错乱、嗜睡障碍、行为异常

III期(昏睡期):昏睡和精神错乱为主

IV期(昏迷期):神志完全丧失,不能唤醒;扑翼样震颤无法引出

- A.扑翼样震颤无法引出
- B.轻度性格改变和行为失常
- C.昏睡和精神错乱
- D.意识错乱和睡眠倒错

【2011-141】. 肝性脑病二期的表现是 ()

【2011-142】. 肝性脑病四期的表现是 ()

第九章 胰腺炎

一、急性胰腺炎

2015-67.在急性胰腺炎发病过程中起关键作用的酶是 ()

- A.淀粉酶
- B.弹力纤维酶
- C.胰蛋白酶
- D.激肽酶

活性酶

淀粉酶
脂肪酶
核糖核酸酶

胰蛋白酶原

肠激酶
enterokinase

酶原

胰蛋白酶原
糜蛋白酶原
前磷脂酶
前弹性蛋白酶
激肽释放酶原
血管舒缓素原

(2012-99~101 题共用题干) 男性, 46 岁。饮酒后出现中上腹部持续性疼痛 24 小时, 呕吐两次, 呕吐物为胃内容物, 呕吐后腹痛不缓解, 急诊入院。查体: T37.8℃, P 106 次/分, BP 90 / 60mmHg, 心肺检查未见异常, 上腹中偏左有压痛、局即反跳痛和肌紧张, 肝脾触诊不满意, 移动性浊音阳性, 肠鸣音 1~2 次/分, 下肢无水肿。

99.最可能的诊断是 ()

- A.急性胆囊炎 B.轻症急性胰腺炎
C.重症急性胰腺炎 D.消化性溃疡穿孔

100.为明确诊断, 最有价值的检查是 ()

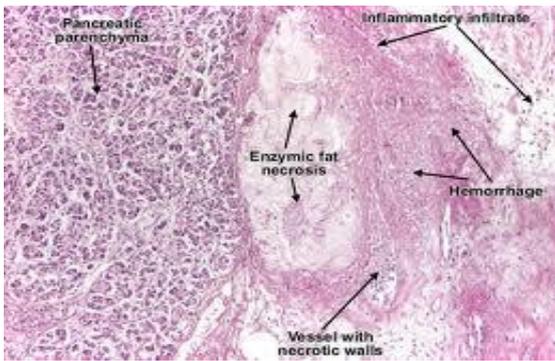
- A.血淀粉酶测定 B.腹水淀粉酶测定
C.腹部 B 型超声检查 D.立位腹平片

101.该患者入院时不宜选用的治疗是 ()

- A.禁食、补液
B.静脉给予抑制胃酸分泌药
C.静脉给予抗生素
D.皮下注射吗啡类止痛药

急性水肿型: 胰腺水肿、充血、炎症细胞 浸润、无腺泡坏死和血管出血。

急性坏死型胰腺炎: 胰腺肿大, 褐色或灰褐色, 可有新鲜出血区。钙灶斑: 脂肪坏死。脓肿, 假性囊肿



临床表现

症状	腹痛	主要表现和首发症状；中上腹持续性疼痛，阵发加剧，胃肠解痉药不缓解；向腰背部放射的束带状痛；弯腰抱膝或前倾坐位可减轻
	恶心、呕吐及腹胀	吐出食物和胆汁，呕吐后腹痛并不减轻；同时有腹胀，甚至出现麻痹性肠梗阻；
	发热	中度以上发热，持续3~5天；
	低血压或休克	重症胰腺炎常发生；主要原因为有效血容量不足，缓激肽类物质致周围血管扩张，并发消化道出血
	水电紊乱	脱水；低钾-代碱；低钙血症（脂肪酸+钙；刺激甲状腺分泌降钙素）；部分血糖增高
体征	轻者上腹压痛；重者有急性腹膜炎体征；Grey-Turner征；Cullen征	
局部并发症	胰腺脓肿 ：2-3周后，高热，腹痛，上腹肿块和中毒症状 假性囊肿 ：病后3-4周形成，胰腺周围的包裹性积液；位于胰体尾部；囊壁无上皮；穿破致胰源性腹水	
全身并发症	ARDS ：突发性、进行性呼吸窘迫、发绀等，常规氧疗不能缓解 急性肾衰竭 ：少尿、蛋白尿和进行性血尿素氮、肌酐增高 心力衰竭与心律失常 ：血容量不足；胰酶、毒素损害心肌 消化道出血 ：多由应激性溃疡、糜烂所致 胰性脑病 ：表现为精神异常（幻想、幻觉、躁狂状态）和定向力障碍等 败血症及真菌感染 ：败血症常与胰腺脓肿同时存在 高血糖 ：胰腺破坏和胰高血糖素释放 水电紊乱 ：频繁呕吐—代碱；SAP多有代酸	

表 4-18-1 重症急性胰腺炎的症状、体征及相应的病理生理改变

症状及体征	病理生理改变
低血压、休克	大量炎性渗出、严重炎症反应及感染
全腹膨隆、张力较高,广泛压痛及反跳痛,移动性浊音阳性,肠鸣音少而弱,甚至消失;少数患者可有 Grey-Turner 征,Cullen 征	肠麻痹、腹膜炎、腹腔间隔室综合征、胰腺出血坏死
呼吸困难	肺间质水肿、成人呼吸窘迫综合征、胸水、严重肠麻痹及腹膜炎
少尿、无尿	休克、肾功能不全
黄疸加深	胆总管下端梗阻、肝损伤
上消化道出血	应激性溃疡
意识障碍,精神失常	胰性脑病
体温持续升高或不降	严重炎症反应及感染
猝死	严重心律失常

胰腺炎治疗

轻症治疗	1禁食
大多数属于轻症急性胰腺炎,3-5天可治愈	2胃肠减压
	3静脉输液:积极补足血容量,维持水电解质和酸碱平衡,注意维持热能供应
	4止痛:腹痛剧烈者可予哌替啶(吗啡可收缩奥迪括约肌)
	5抗生素:我国急性胰腺炎发生常与胆道疾病有关,故临床上习惯应用
	6抑酸治疗:H ₂ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂,抑制胃酸而抑制胰液分泌
重症治疗	1监护:如有条件应转入重症监护病房(ICU)
	2维持水、电解质平衡
	3营养支持:全胃肠外营养过渡到肠内营养
	4抗菌药物:以喹诺酮类或亚胺培南为佳,并联合应用对厌氧菌有效的药物如甲硝唑
	5减少胰液分泌:生长抑素具有抑制胰液和胰酶分泌;生长抑素类似物奥曲肽
	6抑制胰酶活性:仅用于重症胰腺炎的早期;抑肽酶、加贝酯

【2011-68】患者,男,40岁,8小时前开始上腹剧烈疼痛。查体,上腹部有压痛。此时,对确诊价值不大的检查是()

- A. 血淀粉酶
- B. 尿淀粉酶
- C. 心电图
- D. X线腹部平片

血淀粉酶	起病后2~12小时开始升高, 48小时开始下降, 持续3~5天; >正常3倍可确诊; 高低不一定反映病情轻重
尿淀粉酶	起病后24小时开始升高, 48小时高峰, 持续1-2周恢复正常
血清脂肪酶	起病后24~72小时开始上升, 持续7~10天, 对病后就诊较晚的急性胰腺炎患者有诊断价值
血糖	持久的空腹血糖>11.2mmol/L, 反映胰腺坏死, 预后不良
血钙	<2mmol/L, 提示重症胰腺炎; <1.5mmol/L, 提示预后不良 低血钙程度与临床严重程度平行
腹部平片	间接指征: “哨兵袢”和“结肠切割征”
B超	作为常规初筛检查
CT	增强CT是诊断胰腺坏死的最佳方法

淀粉酶不升高的情况

- 极重症急性胰腺炎
- 极轻胰腺炎（两个极端）
- 慢性胰腺炎基础上急性发作
- 急性胰腺炎恢复期
- 高脂血症相关性胰腺炎

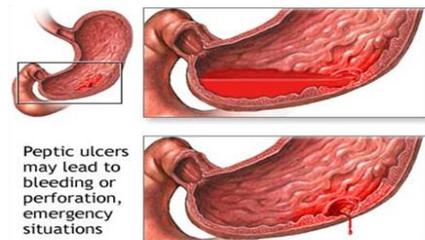
第十章 上消化道出血

2015-66, 上消化道出血患者隐血试验阳性, 最少出血量是 ()

- A. 5ml
- B. 20ml
- C. 50ml
- D. 100ml

上消化道大出血

- >5ml/d, 便潜血 (+)
- >50-100ml/d, 黑便



Peptic ulcers may lead to bleeding or perforation, emergency situations

>250-300ml/d,开始呕血

>400ml/d, 引起症状

>1000ml/d,休克

男性，26岁。排柏油便2天，加重伴头晕、心慌半天急诊入院。既往无肝病史，近期无服药史。查体：BP 70/40 mmHg，心率120次/分，腹平软，无压痛，肝、脾肋下未触及，四肢末梢发凉。

99. 该患者最可能的诊断是（）

- A. 急性胃炎
- B. 胃癌
- C. 十二指肠溃疡
- D. 肝硬化食管静脉曲张破裂出血

100. 首选的处理是（）

- A. 内镜止血
- B. 三腔二囊管压迫止血
- C. 补充血容量
- D. 急诊手术治疗

101. 为明确诊断，最重要的检查方法是（）

- A. 稳定后胃镜检查
- B. 稳定后X线钡餐检查
- C. 腹部B型超声检查
- D. 血清CEA测定

第十一章 急性中毒及有机磷中毒

一、有机磷杀虫药中毒

2015-68.女性，20岁。误服有机磷农药后半小时家人送来急诊。查体：神志不清，皮肤潮湿多汗，面部肌肉束颤动，瞳孔缩小，双肺布满湿啰音。该患者最可能的中毒程度是（）

- A.轻度
- B.中度
- C.重度
- D.不能确定

表 10-1-5 急性中毒分类

	轻 度	中 度	重 度
症状	头晕、头痛、疲乏、无力、视物模糊、胸闷、恶心、呕吐、多汗、瞳孔可缩小	神清或模糊、肌束纤颤、瞳孔缩小、流涎、腹痛、腹泻、呼吸困难	惊厥、昏迷、肺水肿、呼吸衰竭
ChE 活性	50%~70%	30%~50%	< 30%

轻度—M 样症状为主；

中度—M 样症状加重，出现 N 样症状；

重度—除 M、N 样症状外，合并肺水肿、抽搐、昏迷，呼吸肌麻痹和脑水肿

2012-67.急性有机磷中毒的下列临床表现中，能提示中度中毒的是（）

- A.出汗、流涎
- B.呕吐、腹泻
- C.胸背部肌肉颤动
- D.瞳孔缩小

第四部分 泌尿系统

第一章 总论

一、肾脏疾病的检查

2011-70. 患者, 男, 40 岁, 常规体检时发下镜下血尿, 尿红细胞 5-8/HP, 尿蛋白 (-), 肾功能正常, 血压 120/80mmHg, B 超示双肾未见明显异常, 在诊断时, 首选的检查室 ()

- A. 肾脏 CT 检查
- B. 肾穿刺活检
- C. 相差相差显微镜尿红细胞形态
- D. 静脉肾盂造影检查

肾小球源性血尿的特征是:

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

非肾小球性血尿: 红细胞未受到挤压损伤。

意义: 见于肾结石、肿瘤、肾盂肾炎、膀胱炎、结核。

镜检: 无红细胞管型, 尿红细胞容积分布曲线为对称曲线, 峰值红细胞容积大于静脉红细胞分布曲线的红细胞容积峰值。

下功夫。

第二章 肾小球肾炎

一、急性肾小球肾炎

2015-70, 男性, 30 岁。上呼吸道感染后 3 天出现颜面水肿。测血压 145/95mmHg。化验尿蛋白(+), 沉渣镜检 RBC 满视野/HP, 偶见颗粒管型; 化验 Hb100g/L, 血 Cr250umol/L. 此时对诊断最有帮助的检查是 ()

- A. 血清 IgA 测定
- B. 血清补体测定
- C. 肾活检病理检查

D. 肾脏 B 超检查

急性肾小球肾炎

急性起病

前驱感染后 1~3 周起病

临床表现

血尿、蛋白尿、水肿、高血压、少尿

重症：充血性心力衰竭、肾病综合征、急性肾衰竭

尿常规：尿 RBC 增多、尿蛋白 (+)、RBC 管型

肾功能：Scr 一过性升高

抗链“O” (ASO) 滴度升高

补体 C3 下降，8 周恢复正常

2014-70. 男性，16 岁。少尿、水肿 1 周，气促不能平卧伴咳粉红色泡沫样痰 1 天入院，既往体健。查体：T37.5℃，P 120 次/分，R 24 次/分，BP 165/105 mmHg，端坐呼吸，全身水肿明显，双肺底可闻及湿啰音，心律整，无杂音。化验血 Hb 120g/L，尿蛋白(++)，尿比重 1.025，尿沉渣镜检 RBC 30~40/HP，颗粒管型 0~1/HP，血 Cr 178 μmol/L。该患者发生急性心力衰竭最可能的病因是 ()

- A. 急性肾小球肾炎
- B. 急进性肾小球肾炎
- C. 高血压病
- D. 肾病综合征

【2011-69】下列关于急性肾小球肾炎发病机制的叙述，错误的是 ()

- A. 常由 β-溶血性链球菌感染所致
- B. 感染严重程度与病变轻重一致
- C. 可通过循环免疫复合物而致病
- D. 可通过原位免疫复合物形成而致病

病因

急性肾小球肾炎	本病常因 β-溶血性链球菌“致肾炎菌株”(A 组 12 型常见)感染所致，常见于上呼吸道感染(多为扁桃体炎)、猩红热、皮肤感染(多为脓疱疮)等链球菌感染后，感染的严重程度与急性肾炎的发生和病变轻重并不完全一致
---------	--

急进性肾小球肾炎	原发性急进性肾小球肾炎；继发于全身性疾病（如系统性红斑狼疮肾炎）；原发性肾小球病转化而来
慢性肾小球肾炎	免疫介导炎症；少数由急性肾炎发展所致
肾炎综合症	以血尿、蛋白尿和高血压为特征的综合症，可有肾功能的改变
急性肾炎综合症	指起病急，病程不足 1 年的肾炎综合症
急进性肾炎综合症	指肾功能急性进行性恶化，于数周至数月内发展为少尿或无尿的肾衰竭者
慢性肾炎综合症	病程迁延 1 年以上的肾炎综合症
肾病综合症	1 尿蛋白大于 3.5g/d；2 血浆白蛋白低于 30g/L；3 水肿；4 血脂升高。其中 1、2 两项为诊断所必需。
尿道综合症	患者虽有尿频、尿急、尿痛，但多次检查均无真性细菌尿；1、感染性尿道综合症一占 75%，致病菌为支原体、衣原体等；2、非感染性尿道综合症一占 25%，病因不明，可能与精神焦虑有关
无症状性血尿或（和）蛋白尿	无水肿、高血压及肾功能损害，而仅表现为肾小球源性血尿(IgA 肾病最常见)或（和）蛋白尿

二、急进性肾小球肾炎

【2011-172】下列选项中，能引起急进性肾炎综合症的疾病有（）

- A. 系统性红斑狼疮肾炎
- B. 过敏性紫癜肾炎
- C. 重症毛细血管内增生性肾小球肾炎
- D. 重症系膜毛细血管性肾小球肾炎

急进性肾炎综合症的临床表现是起病急、血尿、蛋白尿、尿少、水肿、高血压。

引起急进性肾炎综合症的疾病包括原发性肾小球疾病（如重症毛细血管内增生性肾小球肾炎、

重症系膜毛细血管性肾小球肾炎等)和继发性急进性肾炎(如系统性红斑狼疮肾炎、过敏性紫癜肾炎、Goodpasture 综合征等)

第三章 肾病综合征

(2015-102~104 题共用题干)男性, 55 岁。间断水肿 1 年、加重半个月, 伴气短、纳差 2 天入院。查体: BP150/90mmHg, 心肺检查未见异常, 腹软, 肝脾肋下未触及, 双下肢凹陷性水肿(++). 化验尿: 蛋白(++++)、尿糖'(土), 尿沉渣镜检 RBC0-2/HP。B 超双肾静脉主干有血栓。

102.最可能的诊断是 ()

- A 糖尿病肾病 B 慢性肾小球肾炎急性发作
C 高血压肾损害 D 肾病综合征

103.肾穿刺检查, 最可能的病理结果是 ()

- A 系膜毛细血管性肾炎
B 结节性肾小球硬化
C 入球动脉玻璃样变性
D 膜性肾病

104.最主要的治疗用药是 ()

- A 利尿剂 B 糖皮质激素
C ACEI D 胰岛素

膜性肾病

中老年, 男性

起病隐匿

80%为 NS, 30%为镜下血尿, 无肉眼血尿

肾静脉血栓常见

单用激素无效

激素+烷化剂适用于重者

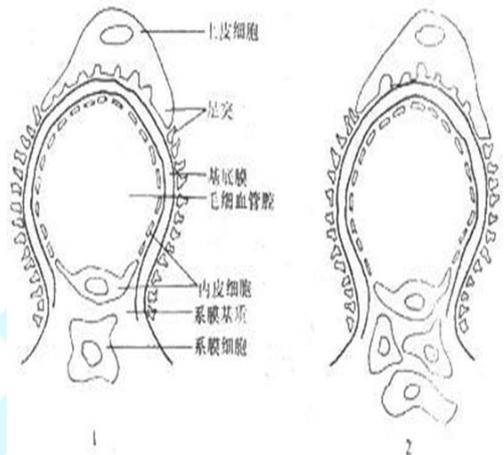
2014-69. 肾病综合征患者发生血栓并发症, 最常见的部位是 ()

- A. 肾静脉
B. 肺静脉
C. 脾静脉

D. 下肢静脉

【2013-70】男性，35岁。因蛋白尿原因待查入院，24小时尿蛋白定量3.8g，血白蛋白30g/L，肾活检示：轻度系膜增生性肾炎。该患者最不常见的并发症是（）

- A. 水、电解质紊乱
- B. 肾静脉血栓形成
- C. 急性肾衰竭
- D. 营养不良



系膜增生性肾小球肾炎

弥漫性系膜细胞及基质增生为特点
肾小球基底膜正常（系膜细胞即巨噬细胞）
好发于青少年，男性多见
多数起病前有上呼吸道感染等病史
主要表现为蛋白尿或（和）血尿，30%为NS
对激素和细胞毒药物敏感

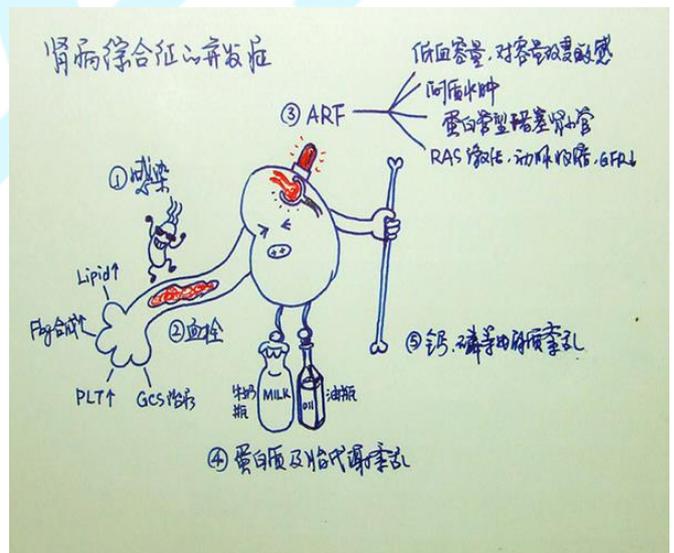
NS 并发症

感染

血栓和栓塞

急性肾衰竭

蛋白质和脂肪代谢紊乱



【2011-105、107 题共用题干】

患者，男，20岁，因大量蛋白尿1个月入院，病前无上呼吸道感染史。查体：血压120/30mmHg，双下肢有明显可凹性水肿。入院后诊断为肾病综合征，为明确病理类型，行肾穿刺活检，电镜下见有广泛的肾小球脏层上皮细胞足突消失。

105. 该患者最可能的病理类型是（）

- A. 膜性肾病
- B. 微小病变性肾病
- C. 系膜增生性肾小球肾炎
- D. 局灶性节段性肾小球硬化

106. 下列选项中, 该病理类型的临床特点是 ()

- A. 多见于成年女性
- B. 多伴有镜下血尿
- C. 表现为典型的肾病综合征
- D. 有明显的肾功能减退

107. 首选的治疗方法是 ()

- A. 单用糖皮质激素
- B. 单用细胞毒药物
- C. 糖皮质激素联合用细胞毒药物
- D. 单用环孢素 A

肾病综合征的诊断标准

1. 大量蛋白尿: 尿蛋白 $>3.5\text{g/d}$
2. 低白蛋白血症: 血浆白蛋白 $<30\text{g/L}$
3. 水肿
4. 高脂血症

1 与 2 必备, 具备 3 条可诊断

微小病变型肾病:

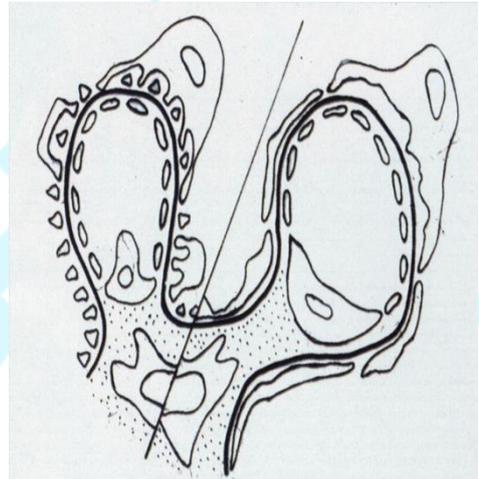
肾小球囊脏层上皮细胞广泛足突融合

基底膜正常

好发于儿童

临床表现为 NS, 血尿、高血压少见

大多数对激素治疗敏感



第四章 IgA 肾病

【2014-102~104 题共用题干】

男性, 25 岁。咽痛、发热 1 天后出现肉眼血尿, 无尿频、尿痛、尿急。化验尿蛋白阴性, 尿沉渣镜检 RBC 满视野/HP。

102. 该患者最可能的诊断是 ()

- A. 急性肾小球肾炎
- B. 急进性肾小球肾炎
- C. IgA 肾病
- D. 过敏性紫癜肾炎

103. 该患者肾活检最可能的类型是 ()

- A. 系膜增生性肾小球肾炎

- B. 新月体性肾小球肾炎
 C. 毛细血管内增生性肾小球肾炎
 D. 系膜毛细血管性肾小球肾炎

104. 若诊断确定，处理方案是（）

- A. 对症支持治疗 B. 给予糖皮质激素
 C. 给予免疫抑制剂 D. 血浆置换治疗

	IgA 肾病	APSGN（急性链球菌感染后肾小球肾炎）
前驱感染	有	有
潜伏期	3 天内	1~3 周
临床特点	反复发作，C3 不低	一过性 C3 降低（8 周恢复），自限性
肾组织免疫荧光	肾小球系膜区或伴毛细血管壁 IgA 沉积为主	IgG、C3 沉积为主

2013-69、肾小球源性血尿最常见的病因是（）

- A、急性肾小球肾炎
 B、慢性肾小球肾炎
 C、急性肾盂肾炎
 D、IgA 肾病

【2012-69】IgA 肾病最常见的临床表现是（）

- A、水肿
 B、高血压
 C、血尿
 D、蛋白尿

第五章 尿路感染

2015-69.下列患无症状细菌尿的病人中，不需要治疗的是（）

- A、学龄前儿童 B、老年人
 C、妊娠妇女 D、肾移植后

膀胱炎	3天
孕妇尿感	7天
肾盂肾炎	14天
重新感染（治疗后症状消失，尿菌阴性，停药6周再次出现真性细菌尿，菌株不同）	6月（长程低剂量抑菌治疗）
复发（菌种与上次相同）	按药敏选杀菌性抗生素，不少于6周
老年人、妇女无症状细菌尿	无需治疗
儿童、妊娠无症状细菌尿	需治疗

2014-172. 下列支持慢性肾盂肾炎诊断的有（）

- A. 可无急性肾盂肾炎病史
- B. 肾外形凹凸不平，双肾大小不等
- C. 静脉肾盂造影常见肾盂肾盏正常
- D. 持续性肾小管功能损害

尿感定位诊断

上尿路——发热、寒战，伴明显腰痛、输尿管点和（或）肋脊点压痛、肾区叩痛

下尿路——膀胱刺激征，少有发热、腰痛

慢性肾盂肾炎——反复尿感病史

外形凹凸不平，双肾大小不等；肾盂肾盏变形；持续性肾小管功能损害（1、2任一加3）

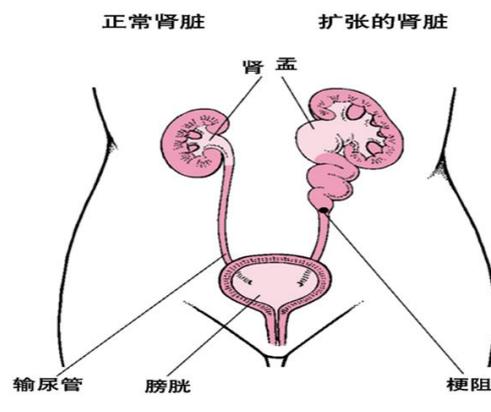
【2013-172】下列情况发生的尿路感染属于复杂性尿感的有（）

- A. 尿路结石
- B. 尿路畸形
- C. 膀胱输尿管反流
- D. 慢性肾实质性疾病

复杂性尿感

伴有尿路引流不畅、结石、畸形、膀胱输尿管返流等结构或功能异常；或在慢性肾实质性疾病基础上发生的尿感

非复杂性尿感



不伴有上述情况

【2012-70】女性，35岁。发热伴尿频、尿急、尿痛2天来急诊，测体温最高38.8℃，既往体健。化验血WBC $14.5 \times 10^9/L$ ，尿蛋白(+)，尿沉渣镜检RBC20~30/HP，WBC满视野/HP。该患者最可能的诊断是()

- A. 急性膀胱炎
B. 急性肾盂肾炎
C. 慢性肾盂肾炎急性发作
D. 尿道综合征

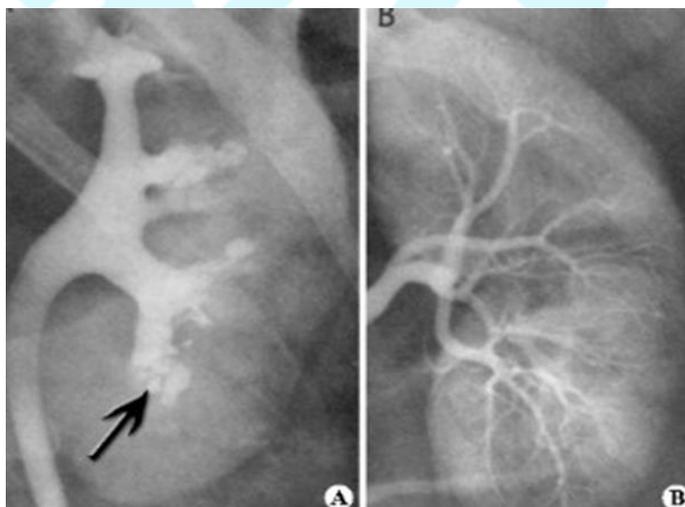
临床表现

	下尿路感染	上尿路感染
尿路刺激症状	有	不明显，合并下尿路感染时可有
全身症状	不明显	明显
腰痛	不明显	明显
肾区叩痛	无	有
尿白细胞管型	无	可有
尿浓缩功能减退	无	有
尿抗体包裹细菌	阴性	阳性
血清抗细菌O抗原抗体	阴性	阳性

鉴别诊断

尿道综合征——无真性细菌尿

肾结核——膀胱刺激症状更明显；抗生素无效；结核证据；IVP见肾实质虫蚀样缺损



第六章 急性肾损伤

2012-172. 下列支持急性肾小管坏死的尿液检查结果有 ()

- A. 尿比重 < 1.010
- B. 尿渗透压 < 300 mOsm/Kg.H₂O
- C. 尿钠浓度 < 20 mmol/L
- D. 肾衰指数 < 1

肾衰指数 = 尿钠 / 尿肌酐 ÷ 血肌酐

钠排泄分数 = (尿钠 ÷ 血钠 / 尿肌酐 ÷ 血肌酐) × 100%

尿液诊断指数鉴别

	肾前性 ARF	ATN
镜检	透明管型	颗粒管型
尿比重	> 1.020	< 1.015
渗透压(mosm/kg.H ₂ O)	> 500	< 350
Na(mmol/L)	< 20	> 40
钠排泄分数(%)	< 1	> 2
血 BUN/血 Cr	> 20	< 10~15
肾衰指数	< 1	> 2

第七章 慢性肾衰

2015-172. 下列属于尿毒症肾性骨营养不良的疾病有 ()

- A. 纤维囊性骨炎
- B. 骨生成不良
- C. 骨软化症
- D. 骨硬化症

【2013-102~104 题共用题干】

男性，45 岁。间断双下肢水肿伴蛋白尿 10 年，乏力、纳差、恶心 1 周，刷牙时牙龈出血伴皮肤碰后发青 3 天入院。入院时测血压 150/90 mmHg，化验血 Hb 80 g/L，WBC 6.4 × 10⁹/L，Plt 192 × 10⁹/L。蛋白尿(++)，尿比重 1.010，尿糖(±)，偶见颗粒管型。血 Cr 707 μmol/L。

102. 该患者血肌酐升高的最可能病因是 ()

- A. 慢性肾小球肾炎 B. 肾病综合征
C. 高血压病肾损害 D. 糖尿病肾病

103. 该患者贫血最可能的原因是 ()

- A. 失血因素 B. 慢性溶血
C. 红细胞生成素减少 D. 营养性造血原料不足

104. 该患者出血倾向最可能的原因是 ()

- A. 血管脆性增加 B. 血小板功能减低
C. 凝血因子缺乏 D. 纤溶亢进

表 5-11-1 慢性肾脏病的分期和治疗计划

分期	GFR [ml/(min·1.73m ²)]	治疗计划
1	≥ 90	病因的诊断和治疗 治疗并发症 延缓疾病进展 减少心血管疾病危险因素
2	60-89	估计疾病是否会进展和进展速度
3	30-59	评价和治疗并发症
4	15-29	准备肾脏替代治疗
5	<15 或透析	肾脏替代治疗

分期	肌酐清除率 (ml/min)	血肌酐 (μmol/L)
肾功能代偿期	50-80	133-177
失代偿期	20-50	186-442
衰竭期	10-20	451-707
尿毒症期	<10	>707

水、电解质代谢紊乱	代谢性酸中毒；水钠代谢紊乱；钾代谢紊乱；低钙、高磷；高镁
物质代谢紊乱	氮质血症；糖耐量减低和低血糖症；高脂血症
心血管系统表现	高血压（水钠潴留、肾素水平增高）和左心室肥厚；心力衰竭；尿毒症性心肌病；心包积液；血管钙化和动脉粥样硬化

呼吸系统症状	尿毒症肺水肿，X线可出现“蝴蝶翼”征
胃肠道症状	食欲不振、恶心、呕吐、口腔有尿味。消化道出血
血液系统	肾性贫血和出血倾向
神经肌肉系统症状	早期可有疲乏、注意力不集中，其后出现性格改变；肌萎缩、肌无力；“不宁腿综合征”
内分泌功能紊乱	肾脏本身内分泌功能紊乱；外周内分泌腺功能紊乱
肾性骨病	纤维囊性骨炎、骨生成不良、骨软化症及骨质疏松症

第五部分 血液系统

第一章 缺铁性贫血

(2014-105~107 题共用题干)

男性，45岁。逐渐乏力、心慌2个月来诊，病后偶有上腹部不适，进食正常，体重略有下降，大小便正常，既往体健。查体：贫血貌，皮肤未见出血点，浅表淋巴结不大，巩膜无黄染，心肺腹检查未见明显异常。化验 Hb 78g/L，MCV 75fl，MCHC 29%，WBC $7.2 \times 10^9/L$ ，分类见中性粒细胞 70%，淋巴细胞 30%，Plt $260 \times 10^9/L$ 。粪便隐血阳性。

105. 该患者最可能的诊断是 ()

- A. 缺铁性贫血
- B. 铁粒幼细胞性贫血
- C. 慢性病性贫血
- D. 肾性贫血

106. 下列检查中，对诊断意义最小的是 ()

- A. 尿常规
- B. 血清铁和铁蛋白测定
- C. 骨髓细胞学
- D. 消化道内镜

107. 下列符合该患者铁代谢异常的结果是 ()

- A. 骨髓细胞内铁减低、外铁增高
- B. 骨髓细胞内、外铁均减低
- C. 骨髓细胞内铁增高、外铁减低
- D. 骨髓细胞内、外铁均增高

实验室检查

血象	呈小细胞低色素性贫血；网织红细胞计数正常或轻度增高。白细胞和血小板计数正常或减低。
骨髓象	增生活跃或明显活跃；以红系增生为主（以中、晚幼红细胞为主），呈“核老浆幼”现象
铁代谢	血清铁↓；转铁蛋白饱和度↓；血清铁蛋白↓；总铁结合力↑
红细胞内卟啉代谢	游离原卟啉(FEP)升高，提示血红素合成障碍

2013-71、正常人体铁在消化道吸收的主要部位是（）

- A、胃
- B、十二指肠
- C、空肠下段
- D、回肠

【2012-72】女性，25岁。头晕、乏力半年门诊就诊，诊断为“缺铁性贫血”，当时化验 Hb78g/L，RBC $3.5 \times 10^{12}/L$ ，网织红细胞 1.5%。门诊给予口服琥珀酸亚铁 0.1g，3次/日，1周后门诊复查 Hb 和 RBC 未上升，网织红细胞 4%，该患者 Hb 和 RBC 未上升的最可能原因是（）

- A. 未按时服药
- B. 药物吸收不良
- C. 诊断错误
- D. 服药时间短

治疗

病因治疗

补充铁剂：首选口服亚铁制剂（硫酸亚铁）；铁剂治疗在血红蛋白恢复正常后至少持续 4~6 个月，待铁蛋白正常后停药肌注：

口服不能耐受或吸收障碍，可用右旋糖酐铁肌肉注射

白话记忆：

缺铁贫血补铁剂，网红十日高峰立；
血红蛋白两周起，二月恢复至山底；
血红蛋白正常后，继续铁剂四至六；
铁蛋正常才停药，这样治疗才有效。



【2011-71】下列治疗缺铁性贫血的铁剂中，不良反应最明显的是（）

- A. 琥珀酸亚铁
- B. 富马酸亚铁
- C. 硫酸亚铁
- D. 葡萄糖酸亚铁

第二章 溶血性贫血

2015-72，女性，23岁。头晕、乏力、低热、腰痛、恶心 5 天来诊，有肝炎病史 1 年。查体：

T37.5℃，浅表淋巴结不大，巩膜轻度黄染，脾肋下 3cm。化验尿色深，镜下未见红细胞，尿胆原(+)，尿胆红素(-)，血 TBil44.2umol/L，DBIL5.2umol/L.最可能的诊断是 ()

- A.慢性肝炎急性发作 B.胆囊炎
C.急性胰腺炎 D.溶血性贫血

结合胆红素/总胆红素<0.2 溶血性黄疸
0.2<结合胆红素/总胆红素<0.5 肝细胞性黄疸
0.5<结合胆红素/总胆红素 阻塞性黄疸

2013-173. 溶血性贫血时，能提示骨髓代偿性增生的实验室检查结果有 ()

- A. 血涂片见有核红细胞
B. 血网织红细胞增高
C. 血清胆红素增高
D. 骨髓增生活跃，粒红比例倒置

表 6-6-3 溶血性贫血的一般实验室检查

红细胞破坏增加的检查	红细胞生成代偿性增生的检查
胆红素代谢(血清游离胆红素升高)	网织红细胞计数(升高)
尿分析(尿胆原升高,胆红素阴性)	外周血涂片(出现有核红细胞)
血清结合珠蛋白(降低)	骨髓检查(红系造血增生,髓/红降低或倒置)
血浆游离血红蛋白(升高)	红细胞肌酸(升高)
尿血红蛋白(阳性)	
尿含铁血黄素(阳性)	
乳酸脱氢酶(升高)	
外周血涂片(破碎和畸形红细胞升高)	
红细胞寿命测定(缩短,限于研究用)	

实验室检查

红细胞破坏、血红蛋白降解	血管内溶血：血红蛋白血症（游离血红蛋白↑）；血清结合珠蛋白↓；血红蛋白尿；含铁血黄素尿（慢性多见）
	血管外溶血：高胆红素血症；粪胆原和尿胆原排出↑
红系代偿性增生	外周血网织红细胞比例增加；骨髓增生，红系比例增高；
红细胞具有缺陷或寿命缩短	红细胞的寿命可以用放射性核素(51)Cr 标记

【2011-173】下列选项中，属于遗传性红细胞膜缺陷引起的溶血性贫血的疾病有 ()

- A. 遗传性球形细胞增多症

- B. 阵发性睡眠性血红蛋白尿
- C. 遗传性椭圆形细胞增多症
- D. 遗传性血红蛋白病

遗传性红细胞膜缺陷可引起溶血性贫血，遗传性球形细胞增多症和遗传性椭圆形细胞增多症属于遗传性红细胞膜缺陷引起的溶血性贫血的疾病。

阵发性睡眠性血红蛋白尿虽然也是红细胞膜缺陷引起的溶血性贫血的疾病，但不是遗传性的，而是后天获得性的；

遗传性血红蛋白病虽然也是遗传性溶血性贫血的疾病，但属于遗传性血红蛋白的异常，不属于遗传性红细胞膜缺陷引起的溶血性贫血的疾病

第三章 骨髓增生异常综合征

(2011-102-104 题共用题干)

患者，男，52岁，3个月来乏力，面色苍白。化验血 Hb 62g/L，WBC $3.2 \times 10^9/L$ ，分类 N 66%，L 30%，M 4%，Plt $68 \times 10^4/L$ ，骨髓增生明显活跃，原始粒细胞 4%，成熟粒细胞分叶过多，胞浆内颗粒少，红系有巨幼样变，全片见巨核细胞 54 个，易见小巨核细胞，骨髓铁染色见环状铁粒幼细胞 11%，染色体检查见-7，诊断为 MDS。

102. 按照 FAB 分型，该例 MDS 最可能的类型是 ()

- A. RA
- B. RAS
- C. RAEB
- D. CMML

103. 按照 WHO 新的分型，该例 MDS 最可能的类型是 ()

- A. RA
- B. RAS
- C. RCMD
- D. RAEB

104. 下列治疗方法中，目前该例尚不宜选用的是 ()

- A. 司坦唑醇
- B. 联合化疗
- C. 全反式维甲酸
- D. 红细胞生成素

FAB 分型和 WHO 分型

MDS 分为 5 型

难治性贫血(RA)

环形铁粒幼细胞性难治性贫血(RAS)

难治性贫血伴原始细胞增多(RAEB)

难治性贫血伴原始细胞增多转变型(RAEB-t)

慢性粒-单核细胞性白血病(CMML)

表6-8-1 MDS的FAB分型

类型	外周血	骨髓
RA	原始细胞 <1%	原始细胞 <5%
RARS	原始细胞 <1%	原始细胞 <5%, 环形铁粒幼细胞 >15%
RAEB	原始细胞 <5%	原始细胞 5%~20%
RAEB-T	原始细胞 ≥5%	原始细胞 >20% 而 <30%; 或出现 Auer 小体
CMML	原始细胞 <5%, 单核细胞绝对值 >1 × 10 ⁹ /L	原始细胞 5%~20%

注:如 RAEB 中出现 Auer 小体,则归入 RAEB-T

表1 MDS的FAB、WHO分型

FAB类型	外周血	骨髓	WHO
RA	原始细胞 <1%	原始细胞 <5%	RA (仅红系病态造血) RCMD 5q-综合征
RAS	原始细胞 <1%	原始细胞 <5%, 环形铁粒幼细胞 >全髓有核细胞15%	RAS (仅红系病态造血) RCMD-RS
RAEB	原始细胞 <5%	原始细胞 5%~20%	RAEB-I (骨髓原始细胞 5~9%) RAEB-II (骨髓原始细胞 10~19%)
RAEB-t	原始细胞 ≥5%	原始细胞 >20% 而 <30%; 或幼粒细胞出现 Auer 小体	AML (骨髓原始细胞 ≥ 20%)
CMML	原始细胞 <5%, 单核细胞绝对值 >1 × 10 ⁹ /L	原始细胞 5%~20%	MDS/MPD

临床表现

RA 和 RAS	以贫血为主, 临床进展缓慢, 白血病转化率约 5%~15%。
RAEB 和 RAEB-t	以全血细胞减少为主, 贫血、出血及感染易见, 可伴有脾肿大, 病情进展快, 白血病转化率高达 40%、60%。
CMML	以贫血为主, 可有感染和出血, 脾肿大常见, 白血病转化率约 30%

诊断与鉴别诊断

1 诊断:

根据患者血细胞减少和相应的症状, 及病态造血、细胞遗传学异常、病理学改变、体外造血

祖细胞集落培养的结果，MDS 的诊断不难确立。

（提醒：虽然病态造血是 MDS 的特征，但有病态造血不等于就是 MDS。MDS 的诊断尚无“金标准”，是一个除外性诊断）

治疗

支持治疗	输注红细胞和血小板；防治感染；长期输血者应注意使用除铁治疗
促造血治疗	使用雄激素，如司坦唑醇、11-庚酸睾丸酮等；造血生长因子，如 G-CSF、红细胞生成素(Epo)等
诱导分化治疗	可使用全反式维 A 酸和 1, 25-(OH) ₂ -D ₃ ，少部分患者血象改善。造血生长因子(如 GCSF 联合 Epo)也有诱导分化剂作用
生物反应调节剂	沙利度胺及其衍生物对 5q-综合征有较好疗效
去甲基化药物	5-氮杂胞苷能够减少患者的输血量，提高生活质量，延迟向 AML 转化，但对总生存率没有影响
异基因造血干细胞移植	目前唯一能治愈 MDS 的疗法

第四章 白血病

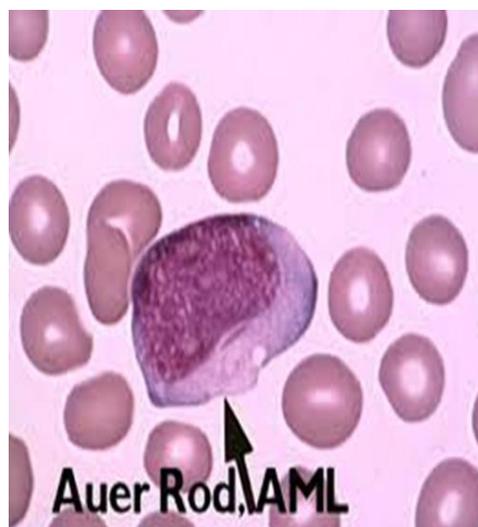
一、急性白血病

2015-71，下列急性白血病患者的白血病细胞镜检时，无 Auer 小体的类型是（）

- A. 急性淋巴细胞白血病
- B. 急性粒细胞白血病部分分化型
- C. 急性早幼粒细胞白血病
- D. 急性单核细胞白血病

Auer 小体——见于急性髓系白血病，也可见于急性单核细胞白血病，不见于 ALL

2014-71. 下列不属于白血病细胞浸润表现的是（）



- A. 关节痛
- B. 淋巴结肿大
- C. 皮肤瘀斑
- D. 牙龈增生

白血病细胞增殖浸润

DIC——只见于 M3

淋巴结肿大——ALL 多见；纵膈淋巴结肿大多见于 T 细胞急淋

巨脾——见于慢粒急性变

骨骼和关节——胸骨下段局部压痛（考题出现，基本是考白血病）

眼眶——绿色瘤，多见于粒细胞白血病（粒细胞肉瘤）

牙龈肿胀、皮肤紫蓝色结节——见于 M4、M5

CNSL——ALL 最常见，儿童尤甚。化疗药难以通过血脑屏障（缓解时）

睾丸——单侧无痛肿大，见于 ALL 化疗缓解后的幼儿和青年

治疗；双侧睾丸放射治疗，之后化疗，禁忌手术治疗

记忆技巧：脸上的见于急非淋；不是脸上的见于急淋

【2013-105~107 题共用题干】

男性，23 岁。因乏力 10 天、牙龈出血伴皮肤瘀斑 4 天人院，既往体健。化验血 Hb76g/L，WBC $25 \times 10^9/L$ ，Plt $29 \times 10^9/L$ ，骨髓增生明显活跃，原始细胞占 60%，POX 染色(-)，PAS 染色(+)成块，NSE 染色(-)。

105. 该患者的诊断是 ()

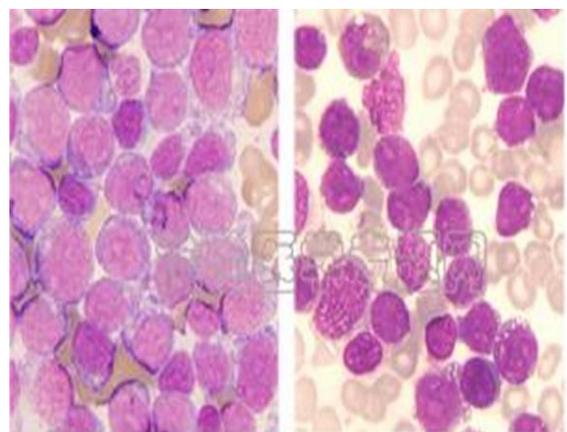
- A. 急性淋巴细胞白血病
- B. 急性粒细胞白血病
- C. 急性单核细胞白血病
- D. 急性红白血病

106. 提示该患者预后差的染色体异常是 ()

- A. t(8; 21)
- B. t(9; 22)
- C. t(15; 17)
- D. t(16; 16)

107. 该患者首选的治疗方案是 ()

- A. DA
- B. COP
- C. DVLP
- D. ABVD



急性白血病：白血病细胞分化停滞在较早阶段，多为原始细胞和早期幼稚细胞。（左：AML；右：ALL）

实验室检查

血象：没准

骨髓象：原始细胞≥骨髓有核细胞(ANC)的 30% (FAB 分型标准)，
≥20% (WHO 分型标准)

表 6-9-1 常见 AL 类型鉴别

	急淋白血病	急粒白血病	急性单核细胞白血病
过氧化物酶 (POX)	(-)	分化差的原始细胞(-)~(+) 分化好的原始细胞(+~(++))	(-)~(+)
糖原反应 (PAS)	(+)成块或颗粒状	弥漫性淡红色(-)/(+)	弥漫性淡红色或细颗粒状(-)/(+)
非特异性酯酶 (NSE)	(-)	NaF 抑制不敏感(-)~(+)	能被 NaF 抑制(+)
碱性磷酸酶 (AKP/NAP)	增加	减少或(-)	正常或增加

染色体和基因改变

M2, t (8; 21)

AML1-ETO

M3, t (15; 17)

PML-RAR

M4Eo, inv (16)

CBF-MYH11

L3, t (8; 14)

MYC-IgH

CML\ALL\AML, t (9; 22)

BCR-ABL

DA 方案——急粒诱导缓解的基本方案

DNR 柔红霉素——心脏毒素

Ara-C 阿糖胞苷——小脑共济失调

VP 方案——急淋诱导缓解的基本方案

VCR 长春新碱——末梢神经炎、便秘

P 泼尼松——类 Cushing 综合症、糖尿病、高血压

或：DVP(柔红霉素 DNR+长春新碱 VCR+泼尼松 P)

DVLP (同上+左旋门冬酰胺酶 L-ASP)

【2011-72】急性淋巴细胞白血病引起的中枢神经系统白血病常发生的时间是 ()

- A. 起病时
- B. 化疗时
- C. 缓解时
- D. 耐药时

第五章 淋巴瘤

一、非霍奇金淋巴瘤

(2012-105~107 题共用题干) 女性, 45 岁。两侧颈部淋巴结无痛性肿大 1 个月, 无原因发热 3 天入院, 既往体健。查体: T38.5℃, 双颈部各触及 2 个肿大淋巴结, 最大者为 2.5×1.5cm 大小, 左腹股沟可触及 1 个 1.5×1cm 大小淋巴结, 均活动无压痛, 巩膜无黄染, 心肺检查未见异常, 肝肋下 0.5cm, 脾肋下 1cm, 化验 Hb 115g/L. WBC8.2X10⁹/L, plt 149X10⁹/L, 颈部淋巴结活检病理见弥漫性小~中等大小细胞浸润, 细胞免疫表型: CD5(+), CD20(+), CyClinD1 (+)。

105. 患者的诊断是 ()

- A. 滤泡性淋巴瘤
- B. 套细胞淋巴瘤
- C. Burkitt 淋巴瘤
- D. 脾边缘区细胞淋巴瘤

106. 其可能的染色体异常是 ()

- A. t (8; 14)
- B. t (11; 14)
- C. t (11; 18)
- D. t (14; 18)

107. 该患者治疗的最佳方案是 ()

- A. CHOP
- B. ABVD
- C. MOPP
- D. CHOP+利妥昔抗体

WHO 分型方案中较常见的 NHL 亚型

淋巴瘤类型	染色体易位	免疫标记	临床特点
边缘区淋巴瘤	MALT-MZL 可有 t (11; 18)	CD5+, bcl2+	B 细胞型, 属惰性淋巴瘤
滤泡性淋巴瘤	t (14; 18)	CD5+, bcl2+	B 细胞型, 属惰性淋巴瘤, 化疗反应好, 不能治愈

套细胞淋巴瘤	t (11; 14)	CD5+、CD20+、 bcl2+	B 细胞型，发展快，化疗效果差
弥漫性大 B 细胞淋巴瘤	t (3; 14)	bcl2+	最常见的侵袭性 NHL
Burkitt 淋巴瘤	t (8; 14)	CD5-、CD20+、 CD22+	严重侵袭性 NHL，流行区儿童多见，颌骨累及
血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤		CD4+	侵袭性 T 细胞淋巴瘤，淋巴结多形性浸润，伴高内皮小静脉和滤泡的树突状细胞显著增生
间变性大细胞淋巴瘤	t (2; 5)	CD30+	T 细胞性，常皮肤侵犯
周围 T 细胞淋巴瘤	—	CD4+、CD8+	侵袭性淋巴瘤、化疗效果差
蕈样肉芽肿 (MF) / 赛塞里综合征	—	CD3+、CD4+、 CD8-	惰性淋巴瘤，增生的细胞为成熟的辅助性 T 细胞；赛塞里综合征罕见，是 MF 的白血病期，为侵袭性皮肤 T 细胞淋巴瘤

t (14; 18) ——滤泡细胞淋巴瘤

t (8; 14) ——Burkitt 淋巴瘤

t (11; 14) ——套细胞淋巴瘤

t (2; 5) ——间变性大细胞淋巴瘤

3q27 异常——弥漫性大细胞淋巴瘤

非霍奇金淋巴瘤(NHL)的治疗

	惰性淋巴瘤	侵袭性淋巴瘤
特点	发展较慢，化、放疗有效，但不易缓解	发展快，以化疗为主，辅以放疗

化疗	COP 方案（环磷酰胺、长春新碱、泼尼松）或 CHOP 方案（环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松）	CHOP 方案；EPOCH-R 方案（依托泊苷、阿霉素、长春新碱、泼尼松、环磷酰胺）
----	---	--

生物治疗

凡 CD20 阳性的 B 细胞淋巴瘤，均可用 CD20 单抗（利妥昔单抗）治疗；利妥昔单抗+CHOP 可提高惰性或侵袭性淋巴瘤的完全缓解率；



干扰素对蕈样肉芽肿和滤泡性小裂细胞型有部分缓解作用；

二、霍奇金淋巴瘤

2014-173. 下列支持淋巴瘤分期为 B 组的临床表现有（ ）

- A. 盗汗
- B. 3 个月内体重减轻 $\geq 10\%$
- C. 发热 38℃以上连续 3 天
- D. 瘙痒

分期

每一个临床分期按全身症状的有无分为 A、B 二组。无症状者为 A，有症状者为 B。

全身症状包括三个方面：

- (1) 发热 38℃以上，连续 3 天以上，且无感染原因；
- (2) 6 个月内体重减轻 10%以上；
- (3) 盗汗：即入睡后出汗；

霍奇金淋巴瘤(HL)的治疗

临床分期	主要疗法
IA,IIA	扩大照射；膈上用斗篷式，膈下用倒“Y”
IB、IIB、IIIA、IIIB、IV	联合化疗+局部放疗

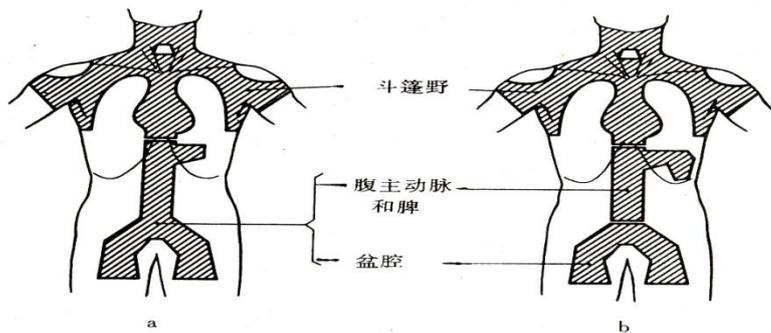


图 11-1-2 a. 脾切除术后，斗篷野加倒 Y 野。b. 脾切除术后，斗篷野加倒 Y 野

隔上采用斗篷式：从乳突端至锁骨上下、腋下、肺门、纵膈至横膈的淋巴结；

隔下倒 Y 字：隔下淋巴结到腹主动脉旁、盆腔及腹股沟淋巴结，同时照射脾区

	I B、II B 和 III~IV 期
治疗方案	联合化疗
方法	MOPP 方案 (M 氮芥+O 长春新碱+P 甲基苄胍+P 强的松)；ABVD 方案 (A 阿霉素+B 博莱霉素+V 长春花碱+D 氮烯咪胺)
剂量	至少 6 疗程；巨大肿块或化疗后残留的肿块，可加用局部放疗。
特点	ABVD 方案对生育功能影响小，不引起继发性肿瘤，所以 ABVD 已替代 MOPP 方案成为 HL 的首选方案

第六章 出血性疾病

一、出血性疾病概述

2015-173. 下列凝血因子中，如缺陷可引起 APTT 延长的有 ()

- A 纤维蛋白质
- B 凝血酶原
- C 凝血因子 VII
- D 凝血因子 X

2014-72. 男性，18 岁。2 天来右膝关节肿胀。自幼外伤后易出血不止。查体：皮肤黏膜未见出血点和紫癜，右膝关节肿胀，局部有压痛。化验示 APTT 延长，PT 正常。该患者出血最可能的原因是 ()

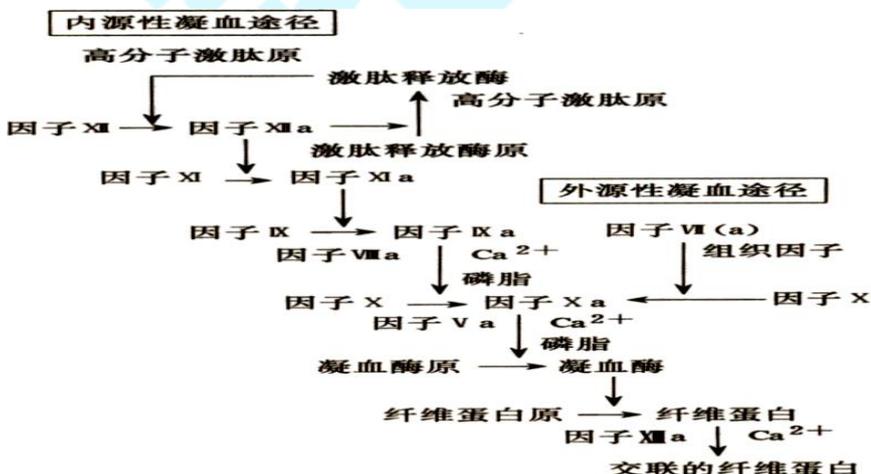
- A. 纤维蛋白生成障碍
- B. 凝血酶生成障碍
- C. 凝血活酶生成障碍
- D. 纤维蛋白溶解亢进

项目	原理	临床意义
出血时间 BT	检查皮肤血管止血功能	BT 延长—血小板数量减少；功能缺陷；血管性血友病
凝血酶原时间 PT	反应外源性凝血系统功能	PT 延长—凝血因子 II、V、XII、X 缺乏；VitK 缺乏
凝血酶时间 TT	在血浆中加入标准化凝血酶后的凝固时间	TT 延长—低（无）纤维蛋白原血症和异常纤维蛋白原血症；FDP 增多（如 DIC）；血中肝素或类肝素物质存在
活化部分凝血活酶时间 APTT	是内源性凝血系统的筛选实验	APTT 延长—A、B 型血友病；严重的肝损伤；纤维蛋白原缺乏症；纤溶亢进；APTT 缩短见于高凝状态

★★血友病为一组遗传性凝血功能障碍的出血性疾病，其共同的特征是活性凝血活酶生成障碍，凝血时间延长，终身具有轻微创伤后出血倾向，重症患者没有明显外伤也可发生“自发性”出血。

1. 血友病 A（血友病甲），即因子 VIII 促凝成分（VIII：C）缺乏症。
2. 血友病 B（血友病乙），即因子 IX 缺乏症。

注意：血友病是凝血活酶生成障碍，而凝血活酶指的是凝血酶原酶复合物



【2013-72】男性，18岁。因头痛针刺合谷穴后，次日局部形成血肿。半年前曾因右膝关节轻度外伤而出血。该患者出血最可能的机制是（）

- A. 血管壁功能异常
- B. 凝血功能异常
- C. 血小板数减少
- D. 血小板功能缺陷

临床的出血机制通常有三种：

- 1、血管壁功能异常
- 2、血小板数减少和功能缺陷
- 3、凝血功能异常

凝血功能异常：迟发出血和血肿、关节出血

血管壁功能异常、血小板数减少和功能缺陷机制引起的出血通常表现为皮肤和黏膜出血。

【2012-71】.下列属于抗纤溶药物的是（）

- A. 氨基己酸
- B. 曲克芦丁
- C. 维生素 K
- D. 去氨加压素

收缩血管、增加毛细血管致密度、改善通透性药物—曲克芦丁、VC、糖皮质激素等；

抗纤溶药—氨基己酸、氨基苯酸、抑肽酶等

合成凝血相关成分所需药—维生素 K

促进止血因子释放的药物—去氨加压素

第七章 特发性血小板减少性紫癜

(2015-105~107 题共用题干)女性，25岁。无明显诱因月经量增多2个月，出现牙龈出血2天入院，既往体健。查体：胸腹部及四肢皮肤散在出血点和少量瘀斑，浅表淋巴结不大，牙龈少量渗血，心肺腹检查未见明显异常。化验血：Hb100g/L，RBC $3.3 \times 10^{12}/L$ ，WBC $8.2 \times 10^9/L$ ，Plt $9 \times 10^9/L$ ，网织红细胞1%。

105.为警惕颅内出血的危险，查体中还应特别注意检查的（）

- A, 关节肿胀
- B, 血肿

C. 鼻出血 D. 口腔血疱

106. 该患者最可能的诊断是 ()

- A. 再生障碍性贫血
- B. Evans 综合征
- C. 特发性血小板减少性紫癜
- D. 弥散性血管内凝血

107. 为确定诊断, 首选的检查是 ()

- A. 白细胞分类
- B. 骨髓检查
- C. 抗人球蛋白试验
- D. 凝血功能

	急性型 ITP	慢性型 ITP
发病年龄	儿童多见	主要见于成人
起病情况	1~2 周有上呼吸道感染史	起病隐匿
皮肤、粘膜出血	皮肤瘀点、鼻出血、牙龈出血、口腔黏膜及舌出血常见	皮肤瘀点、鼻出血、牙龈出血、常见
内脏出血	当血小板低于 $20 \times 10^9/L$ 时, 可出现内脏出血	严重内脏出血较少见
脾肿大	无	病程长者可轻度肿大
血小板	$< 20 \times 10^9/L$	多在 $50 \times 10^9/L$ 左右
骨髓巨核细胞数量	轻度增加或正常	显著增加
骨髓巨核细胞发育	明显障碍	轻度障碍

血小板	血小板计数减少; 血小板平均体积偏大; 出血时间延长; 血块收缩不良; 血小板的功能一般正常
骨髓象	急性型骨髓巨核细胞数量轻度增加或正常, 慢性型显著增加

	巨核细胞发育成熟障碍，急性型者尤为明显，表现为巨核细胞体积变小，胞浆内颗粒减少，幼稚巨核细胞增加
	有血小板形成的巨核细胞显著减少(<30%); 红系及粒、单核系正常
血小板生存时间	90%以上的患者血小板生存时间明显缩短
其他	可有正常细胞或小细胞低色素性贫血; 少数可发现自身免疫性溶血的证据 (Evans 综合征)

诊断

广泛出血累及皮肤、黏膜及内脏

多次检验血小板计数减少

脾不大

骨髓巨核细胞增多或正常，有成熟障碍

泼尼松或脾切除治疗有效

排除其他继发性血小板减少症

● 要点

1. ITP 发病主要机制是免疫介导的抗血小板自体抗体生成,引起血小板破坏增加。

2. ITP 主要临床特点包括血小板数量减少及出血,骨髓巨核细胞数增多或正常,有成熟障碍。

3. ITP 的诊断仍以排除诊断为主,即能排除引起血小板数量减少的其他原因者。

4. ITP 的治疗目标是防止大出血和维持血小板计数在一个相对安全水平

第六部分 内分泌系统

第一章 甲状腺功能亢进症

(2013-108~110 题共用题干)

女性，35岁。乏力、心悸1年余，近2个月症状加重，伴厌食、消瘦、手颤。查体：甲状腺弥漫性肿大，心率126次/分，心律整。实验室检查提示FT₃、FT₄显著增高，TSH降低。

108. 该患者最可能的诊断是（）

- A. Graves病
- B. 自身免疫性甲状腺炎
- C. 多结节性毒性甲状腺肿
- D. 亚急性甲状腺炎

109. 为进一步确诊，下列检查项目中意义最大的是（）

- A. 促甲状腺激素受体抗体
- B. ¹³¹I摄取率
- C. 甲状腺B超
- D. 甲状腺核素显像

110. 对该患者治疗，应首选的方法是（）

- A. 手术治疗
- B. 咪唑类药物
- C. 碘制剂
- D. ¹³¹I治疗

Grave病

甲状腺毒症

弥漫性甲状腺肿

Graves眼病

胫前黏液性水肿和指端粗厚



高代谢综合症——三大营养物质分解加速

心血管系统——高动力循环为特征（心动过速、脉压增大；房颤多见）

肌肉骨骼系统——甲亢性低钾性周期性麻痹（血钾↓，病程自限）；

慢性甲亢性肌病（对新斯的明无效）；重症肌无力（累及眼部肌群，

对新斯的明有效）

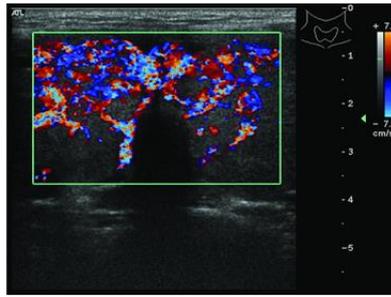
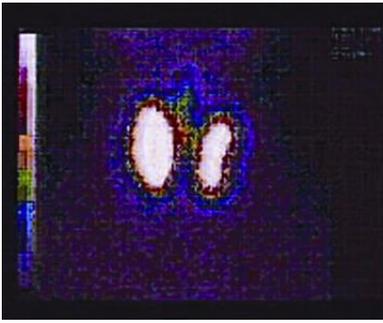


甲亢的诊断

高代谢症状和体征

甲状腺肿大

血清TT₄、FT₄增高，TSH减低



Graves 的诊断

- (1) 甲亢诊断确立
- (2) 甲状腺弥漫性肿大（触诊和 B 超证实），少数病例可以无甲状腺肿大
- (3) 眼球突出和其他浸润性眼征
- (4) 胫前黏液性水肿
- (5) TRAb、TSAb、TPOAb 阳性

以上标准中，(1)(2) 项为诊断必备条件，(3)(4)(5) 项为诊断辅助条件。

甲亢的治疗

抗甲状腺药物（ATD）的适应症——年龄较小、病情轻、甲状腺轻度肿大者。

硫脲类（甲硫氧嘧啶、丙硫氧嘧啶）；咪唑类（甲巯咪唑-他巴唑、卡比马唑-甲亢平）

ATD 的不良反应——药疹和过敏性皮肤病；粒细胞减少和缺乏

（白细胞 $<3 \times 10^9/L$ ，或中性粒细胞 $<1.5 \times 10^9/L$ ，停药）；

中毒性肝炎；抗中性粒细胞胞浆抗体相关性小血管炎

	作用机制	副作用	适应症	禁忌症
丙硫氧嘧啶 (PTU)	抑制甲状腺激素的合成，抑制外周组织 T4 转换为 T3	粒细胞减少（WBC $<3 \times 10^9/L$ 时应停药）；皮疹；中毒性肝病	妊娠、甲危等严重病例首选	过敏者
碘剂	抑制甲状腺激素释放	过量碘易复发	术前准备；甲危的治疗	不手术者
阿替洛尔	β_1 受体阻滞剂；对心率影响小；可抑制 T4 转换为 T3	对心血管系统的副作用小；无支气管痉挛	支气管哮喘者适用	较少

131I 治疗的适应症——中度 II 度以上甲亢；ATD 不良反应严重或长期治疗无效；甲亢合并心脏病；甲亢伴白细胞减少、血小板减少或全血细胞减少；甲亢合并肝肾等脏器损伤；不宜、不愿手术；浸润性突眼；

131I 治疗的禁忌症——妊娠和哺乳期妇女。

手术的适应症——中重度甲亢，长期服药无效；甲状腺巨大或伴结节，有压迫症状；胸骨后甲状腺肿伴甲亢；结节性甲状腺肿伴甲亢；妊娠（4-6m）

手术的禁忌症——伴严重 Graves 眼病；合并较重心脏、肝、肾疾病，不能耐受手术；妊娠初 3 个月和第 6 个月以后；轻症可用 ATD 治疗者

【2012-73】甲亢危象的处理中，不恰当的是（）

- A. 首选丙硫氧嘧啶
- B. 碘剂应在服用抗甲状腺药物后使用
- C. 使用糖皮质激素有助于增强应激能力
- D. 高热时应选用乙酰水杨酸类解热药

甲亢危象的防治

去除诱因，防治基础疾患

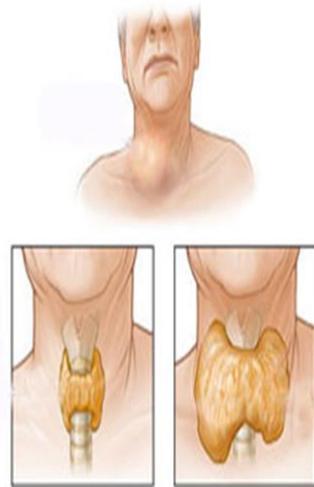
抑制 TH 合成，首选丙硫氧嘧啶

抑制 T4 转化为 T3 和 T3 与细胞受体结合：

PTU、碘剂、 β 受体阻滞剂、糖皮质激素

素联合应用降低血甲状腺激素浓度：透析、血浆置换

对症治疗：高热时避免应用乙酰水杨酸类解热剂（因可使 FT3、FT4 升高）



【2012-174】符合浸润性突眼体征的有（）

- A. 上眼睑挛缩，眼裂增宽
- B. 眼球活动受限
- C. 眼睑肿胀，结膜充血水肿
- D. 双眼迅速向下看时，出现白色巩膜



甲状腺眼征（非浸润）

轻度突眼，伴上睑挛缩

睑裂增宽（Dalrymple 征）



上睑迟滞 (von Graefe 征)

瞬目减少 (Stellwag 征)

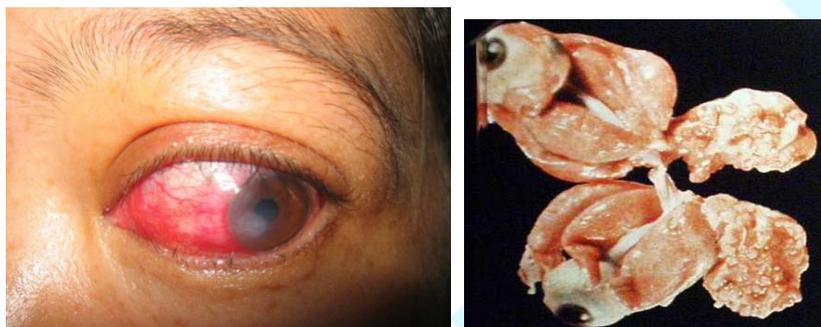
双眼向上看时, 前额皮肤不能皱起 (Joffroy 征)

辐辏不良 (Mobius 征)

浸润性突眼

Graves 病的自身免疫反应在眼眶的表现

眼球活动受限; 球结膜充血水肿, 角膜溃疡



八版内科学 P686

表 7-9-2 Graves 眼病病情评估

分级	眼睑挛缩	软组织受累	突眼*	复视	角膜暴露	视神经
轻度	<2mm	轻度	<3mm	无或一过性	无	正常
中度	≥2mm	中度	≥3mm	非持续性	轻度	正常
重度	≥2mm	重度	≥3mm	持续性	轻度	正常
威胁视力	—	—	—	—	严重	压迫

* 指超过参考值的突度。中国人群眼球突出度参考上限值: 女性 16mm; 男性 18.6mm

八版内科学 P687

表 7-9-3 Graves 眼病临床活动状态评估 (CAS)

序号	项 目	本次就诊	与上次就诊比较	评分
1	球后疼痛超过 4 周	X		1
2	4 周之内眼运动时疼痛	X		1
3	眼睑发红	X		1
4	结膜发红	X		1
5	眼睑肿胀	X		1
6	球结膜水肿	X		1
7	泪阜肿胀	X		1
8	突眼度增加 2mm		X	1
9	任一方向眼球运动减少 5°以上		X	1
10	视力下降 ≥1 行		X	1

CAS ≥3 分即为 GO 活动

【2011-73】下列有关 graves 病引起的甲亢性周期性瘫痪的叙述，正确的是 ()

- A. 多见于 20-40 岁成年女性
- B. 激烈运动可诱发
- C. 病变主要累及上肢
- D. 有低钠血症

八版：甲亢性周期性瘫痪（亚洲、青壮年、男性多见）

【2011-108-110 题共用题干】

患者，男，55 岁。因心悸伴消瘦 1 周来诊。查体：脉率 84 次/分，血压 148/60mmHg，甲状腺弥漫性 II 度肿大，可闻及血管杂音，肺 (-)；心率 112 次/分。心律绝对不整，心音强弱不等，腹 (-)

108. 该患者的心律失常类型是 ()

- A. 心房颤动
- B. 心房扑动
- C. 频发早搏
- D. 二度 II 型房室传导阻滞

109. 产生心律失常的最可能原因是 ()

- A. 冠心病
- B. 甲亢性心脏病
- C. 心肌病
- D. 高血压病

110. 为明确诊断，首选的检查是 ()

- A. 超声心动图
- B. 心肌酶谱
- C. 血 T3、T4 测定
- D. 冠状动脉造影

- A. TSH
- B. rT3

C. TT3 D. FT3

【2011-143】对诊断亚临床甲状腺功能异常，最有意义的激素测定是（）

【2011-144】对诊断低 T3 综合征，最有意义的激素测定是（）

T3 型甲亢——T3 升高，T4 正常，TSH 降低。见于缺碘地区和老年患者（病因可为 GD, 毒性结节和腺瘤）

T4 型甲亢——T4 升高，T3 正常，TSH 降低。见于碘甲亢和伴全身严重疾病患者

亚临床型甲亢——多见于疾病的早期和恢复期间，T4 正常，T3 正常，TSH 降低

低 T3 综合征——也称为甲状腺功能正常的病态综合征，指非甲状腺疾病原因引起的伴有低 T3 的综合征。主要表现在血清 TT3、FT3↓，血清 rT3↑，血清 T4、TSH 正常

第二章 库欣综合征

(2014-108~110 题共用题干)

男性，46 岁。有乏力、腰背痛 2 年，常有便秘，既往高血压病史 5 年。查体：腹部稍膨隆四肢近端较细，胸椎 X 线提示有骨质疏松，B 超显示左侧肾上腺可见一直径约 3.5 cm 肿物，临床拟诊为“皮质醇增多症”。

108. 上述描述中。对提示“皮质醇增多症”诊断意义不大的是（）

- A. 腹部膨隆 B. 高血压
C. 便秘 D. 骨质疏松

109. 为进一步确定“皮质醇增多症”诊断，最有价值的检查是（）

- A. 肾上腺 CT B. 小剂量地塞米松抑制试验
C. 大剂量地塞米松抑制试验 D. 血 ACTH

110. 患者确诊为“肾上腺腺瘤”，对该患者的治疗原则，正确的是（）

- A. 手术切除+终身激素替代治疗
B. 手术切除+较长期激素替代治疗
C. 手术切除+短期激素替代治疗
D. 单纯手术切除腺瘤

不依赖 ACTH 的双侧肾上腺大、小结节性增生

小结节性增生 (原发性色素性结节性肾上腺病) — Meador 综合征	多为儿童或青年; 微小结节 2-5mm, 棕色或黑色, 伴皮肤、乳房、心房黏液瘤, 睾丸肿瘤, 垂体生长激素瘤等, 称为 Carney 综合征。患者血中 ACTH 低或测不到, 大剂量地塞米松不能抑制
大结节性增生	双侧肾上腺增大, 良性结节直径>5mm, 一般为非色素性。垂体 CT、MRI 检查皆无异常发现

功能诊断

血皮质醇测定	测早 8 时、下午 4 时或午夜 12 时, 昼夜节律消失更有意义
尿 17-羟皮质类固醇	在 55 μ mol/24h 以上, 尤其是在 70 μ mol/24h 以上时, 诊断意义更大
尿游离皮质醇	多在 304 nmol/24h 以上

病因诊断

CRH 兴奋实验	肾上腺性、垂体性反应正常; 异位 ACTH、自主性肾上腺皮质肿瘤阴性
ACTH 兴奋实验	垂体性 Cushing 病有反应; 肾上腺皮质癌无反应
小剂量 Dex 抑制实验	单纯性肥胖与 Cushing 综合征的鉴别; 后者阴性 (降至对照值 50% 以下)
大剂量 Dex 抑制实验	异位 ACTH、自主性肾上腺皮质肿瘤阴性 (降至对照值 50% 以下)

【2011-74】早期 Cushing 综合征主要的临床表现是 ()

- A. 高血压
- B. 向心性肥胖
- C. 满月脸
- D. 多血质

向心性肥胖、满月脸、多血质	
全身及神经系统	肌无力；情绪不稳定、烦躁、失眠，严重者精神变态
皮肤表现	皮肤薄，瘀斑；下腹两侧、大腿外侧等处出现紫纹；手足、指（趾）甲、肛周常出现真菌感染；皮肤色素沉着加深
心血管表现	高血压常见；动脉硬化；左心室肥大；心衰；脑血管意外；动静脉血栓
对感染抵抗力减弱	免疫功能减弱，肺部感染多见；病变不易局限；发热不高
性功能障碍	月经减少、不规则或停经；痤疮常见；男性化少见；男性性欲减退，阴茎缩小
代谢障碍	糖耐量减低；低血钾性碱中毒；水肿；骨质疏松

第三章 原发性醛固酮增多症

2014-73. 原发性醛固酮增多症最常见和最早出现的临床表现是（）

- A. 低血钾症
- B. 高血压
- C. 周期性麻痹
- D. 心律失常

临床表现

高血压、肌无力或麻痹、多尿三大症状

高血压	为最常出现的症状，随着病情进展，血压渐高，对常用降压药效果不及一般原发性高血压，
神经肌肉功能障碍	肌无力及周期性瘫痪；肢端麻木，手足搐搦
肾脏表现	慢性失钾致肾浓缩功能减退，伴多尿，尤其夜尿多；常易并发尿路感染；尿蛋白增多，少数发生肾功能减退。
心脏表现	心电图呈低血钾图形；心律失常：较常见者为阵发性室上性心动过速

其他	儿童生长发育障碍；缺钾时胰岛素的释放减少，作用减弱，可出现糖耐量减低
----	------------------------------------

2013-74、原发性醛固酮增多症首选的治疗方法是（）

- A、手术治疗 B、螺内酯
C、氨苯蝶啶 D、血管紧张素转换酶抑制剂

治疗

手术治疗

切除醛固酮腺瘤

术前宜用低盐饮食、螺内酯作准备，以纠正低血钾，并减轻高血压；

药物治疗

螺内酯——适于不能手术的肿瘤患者以及特发性增生型患者

糖皮质激素——适于糖皮质激素可治性醛固酮增多症(GRA)

血管紧张素转换酶抑制剂——适于特发性醛固酮增多症

钙拮抗药——适于原发性醛固酮增多症

【2013-174】有双侧肾上腺皮质增生，并可引起高血压、低血钾的疾病包括（）

- A. 原发性醛固酮增多症
B. Liddle 综合征
C. Cushing 病
D. 嗜铬细胞瘤

诊断

高血压及低血钾

血浆及尿醛固酮高

而血浆肾素活性、血管紧张素 II 降低

螺内酯能纠正电解质代谢紊乱并降低高血压

鉴别诊断

Liddle 综合征

常染色体显性遗传

高血钠、低血钾（先天性肾小管重吸收钠增加）

肾素、醛固酮正常

氨苯蝶啶治疗有效

【2012-108-110 题共用题干】男性，30 岁，2 个月来自觉乏力、口渴、夜尿增多，1 周前因劳累感乏力症状明显加重，伴下肢无力，行走困难，来院检查发现血压增高。既往体健，无烟酒嗜好，无高血压病家族史。查体：BP160/90mmHg，心肺腹均未见阳性体征，尿常规：比重 1.011，蛋白+。心电图可见高 U 波。

108.该患者最可能的诊断是（）

- A.原发性高血压
- B.肾性高血压
- C.糖尿病并发高血压
- D.原发性醛固酮增多症

109.为进一步明确病情，首选的检查是（）

- A.肾功能检查
- B.超声心动图检查
- C.血、尿电解质检查
- D.糖化血红蛋白检查

110.下列对该患者治疗不恰当的药物是（）

- A.氨苯蝶啶
- B.氨氯地平
- C.螺内酯
- D.呋塞米

【2011-60】患者，男，32 岁，发现血压高 1 年，最高达到 170/100mmHg，口服硝苯地平片治疗，近半年来出现头晕，发作性全身乏力，手足发麻，口渴，夜尿增多，查尿糖（-），尿蛋白（±），尿比重 1.010，钾 3.01mmol/L，最可能的诊断是（）

- A.原发性高血压
- B.原发性醛固酮增多症
- C.肾血管性高血压
- D.肾实虚性高血压

第四章 嗜铬细胞瘤

2015-174.嗜铬细胞瘤的心血管系统临床表现有（）

- A 间歇性高血压
- B 持续性高血压
- C 直立性低血压
- D 休克

临床表现

心血管系统	高血压	阵发性：为特征性表现；血压骤升达200~300mmHg/130~180mmHg 持续性：对常用降压药效果不佳，但对 α 受体阻断药、钙拮抗药有效
	低血压、休克	本病可发生低血压，甚至休克；或出现高血压和低血压相交替
	心脏表现	儿茶酚胺性心肌病，伴心律失常、心肌退行性变
代谢紊乱	基础代谢增高	代谢亢进可引起发热、消瘦
	糖代谢紊乱	血糖过高，糖耐量减低（肝糖原分解增加、胰岛素分泌减少）
	脂代谢紊乱	脂肪分解加速、血游离脂肪酸增高
	电解质代谢紊乱	低钾（儿茶酚胺促使K ⁺ 进入细胞内）、高钙（与肿瘤分泌甲状旁腺素相关蛋白有关）
消化系统	便秘、肠扩张；肠坏死、出血、穿孔；胆石症	
腹部包块	左或右侧中上腹部可触及肿块，可能诱发高血压；肝大	
泌尿系统	肾功能减退；膀胱扩张；无痛性肉眼血尿	
血液系统	血容量减少，血细胞重新分布，周围血中白细胞增多	
伴发其他疾病	2型多发性内分泌腺瘤病、1型多发性神经纤维瘤	

第五章 糖尿病与糖尿病酮症酸中毒

一、糖尿病

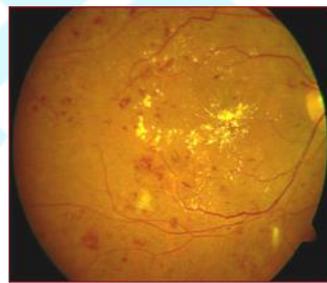
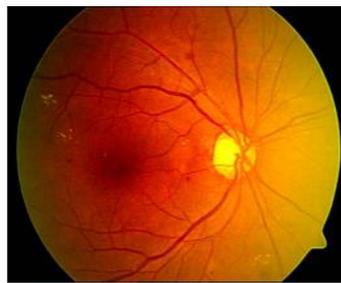
2015-73，关于糖尿病视网膜病变，下列叙述不正确的是（）

- A. 当出现增殖性视网膜病变时常合并有糖尿病肾病
- B. 严格控制血糖有助于延缓视网膜病变的发生和发展
- C. 严格控制血压有助于延缓视网膜病变的发生和发展

D. 当出现视网膜病变时，应尽早行激光治疗

糖尿病性视网膜病变

发病状况	糖尿病病程超过10年，是失明的主要原因之一
分期	I 期——微血管瘤、小出血点；II 期——出现硬性渗出；III 期——出现棉絮状软性渗出；以上 I ~ III 期为背景性视网膜病变 IV 期——新生血管形成、玻璃体积血；V 期——纤维血管增殖、玻璃体机化；VI 期——牵拉性视网膜脱离、失明；以上 IV ~ VI 期为增殖性视网膜病变
特点	当出现增殖性视网膜病变时，常伴有糖尿病肾病及神经病变



2015-74 经肾脏排泄最少，可在轻中度肾功能不全情况下使用的磺脲类药物是（）

- A. 格列本脲
- B. 格列喹酮
- C. 格列吡嗪
- D. 格列美脲

2014-174. 关于糖尿病的检查，下列提法正确的有（）

- A. 全血血糖高于血浆血糖
- B. GHbA1C 主要反映近 2~3 个月血糖总水平
- C. 胰岛素和 C 肽测定有助于糖尿病诊断
- D. 注射胰岛素的患者可通过测定 C 肽水平反映胰岛功能状况

诊断糖尿病时必须用静脉血浆测定血糖

GHbA1C 反映患者近 8~12 周总的血糖水平

果糖测定反映的是 2-3 周血糖总水平

胰岛素和 C 肽释放试验可反映基础和葡萄糖介导的胰岛素释放功能

表 7-24-3 糖尿病诊断标准(WHO,1999)

糖尿病症状加随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl) (典型症状包括多饮、多尿和不明原因的体重下降;随机血糖指不考虑上次用餐时间,一天中任意时间的血糖) 或 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ (126mg/dl) (空腹状态指至少 8 小时没有进食热量) 或 75g 葡萄糖负荷后 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)
注:无糖尿病症状者,需另日重复测定血糖明确诊断

表 7-24-4 糖代谢分类(WHO,1999)

糖代谢分类	FBG (mmol/L)	2hPBG (mmol/L)
正常血糖 (NGR)	<6.1	<7.8
空腹血糖受损 (IFG)	6.1~7.0	<7.8
糖耐量减低 (IGT)	<7.0	7.8~11.1
糖尿病 (DM)	≥ 7.0	≥ 11.1

2013-73. 男性, 82 岁。体型较消瘦, 3 个月前口服葡萄糖耐量试验诊为糖尿病, 平时空腹血糖 6.5~7.2mmol/L, 餐后 2 小时血糖 12~14mmol/L, 有冠心病心衰病史 10 年, 结肠癌术后 5 年。为控制血糖, 应首选的药物是 ()

- A. 二甲双胍
- B. 阿卡波糖
- C. 胰岛素
- D. 那格列奈

口服降糖药分类

- ▶ 磺酰脲类
 - ▶ 格列奈类
 - ▶ 双胍类
 - ▶ α -糖苷酶抑制剂
 - ▶ 胰岛素增敏剂 (噻唑烷二酮类)
- } 促胰岛素分泌剂

口服降糖药种类

1. **促胰岛素分泌剂**: 包括磺脲类药物和格列奈类药物。刺激胰岛β细胞分泌胰岛素, 增加体内胰岛素的水平
2. **双胍类药物**: 主要抑制肝脏葡萄糖的产生, 还可能有延缓肠道吸收葡萄糖和增强胰岛素敏感性的作用

口服降糖药种类

3. **α-糖苷酶抑制剂**: 延缓肠道对淀粉和果糖的吸收, 降低餐后血糖
4. **格列酮类药物**: 属胰岛素增敏剂, 可通过减少胰岛素抵抗而增强胰岛素的作用

药物	格列本脲	二甲双胍	罗格列酮	阿卡波糖
不良反应	低血糖反应; 体重增加; 皮肤过敏反应; 消化、心血管系统副作用	消化道反应; 皮肤过敏反应; 乳酸性酸中毒	水肿、体重增加, 单用不引起低血糖	胃肠反应, 单用本药不引起低血糖
禁忌症	1 型糖尿病; 有严重并发症或晚期β 细胞功能很差的 2 型糖尿病; 儿童糖尿病, 孕妇、哺乳期妇女, 大手术围手术期	除 1 型糖尿病外, 凡忌用磺脲类的情况也忌用双胍类	1 型糖尿病、孕妇、哺乳期妇女和儿童	胃肠功能紊乱者、孕妇、哺乳期妇女和儿童

各类降糖药的不良反应

降糖药	低血糖	体重↑	水肿	胃肠反应	乳酸酸中毒	肝毒性
双胍类				√	√	
噻唑烷二酮类		√	√			√
磺脲类	√	√		√		√
格列奈类	√	√				
α糖苷酶抑制剂				√		
胰岛素	√	√	√			

胰岛素治疗

适应症：

- ① 1 型糖尿病；
- ② 糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗状态和乳酸性酸中毒伴高血糖；
- ③ 各种严重的糖尿病急性或慢性并发症；
- ④ 手术、妊娠和分娩；
- ⑤ 2 型糖尿病： β 细胞功能明显减退者；
- ⑥ 某些特殊类型糖尿病。

【2011-174】WHO 将糖尿病足定义为与下肢远端神经异常和不同程度的周围血管病变相关变，这些病变包括（）

- A. 感染
- B. 溃疡
- C. 深层组织破坏
- D. 畸形

糖尿病足

与下肢远端神经异常和不同程度周围血管病变相关的足部溃疡、感染和（或）深层组织破坏



二、糖尿病酮症酸中毒

2014-74. 女性，35 岁。1 个月前与人争吵后开始出现口渴、多饮，体重下降 3 公斤，既往无糖尿病史，体重指数 21，空腹血糖 15.9 mmol/L，尿酮体(++)，最适合的治疗是（）

- A. 使用胰岛素
- B. 使用双胍类药物
- C. 使用磺脲类药物
- D. 使用磺脲类加双胍类药物

糖尿病酮症酸中毒

糖尿病加重时，胰岛素绝对缺乏，三大代谢紊乱，产生以高血糖、高血酮和代谢性酸中毒为主要表现的临床综合征。

高渗性昏迷

以严重高血糖、高血浆渗透压、脱水为特点，无明显酮症酸中毒，患者常有不同程度的意识障碍或昏迷。

1. 糖尿病酮症酸中毒多见于1型糖尿病，是糖尿病最常见急性并发症，临床以高血糖、高血酮和代谢性酸中毒为主要表现。

2. 根据酸中毒的程度，DKA分为轻度、中度和重度。轻度仅有酮症而无酸中毒(糖尿病酮症)；中度除酮症外，还有轻至中度酸中毒(糖尿病酮症酸中毒)；重度是指酸中毒伴意识障碍(糖尿病酮症酸中毒昏迷)。

3. DKA应积极治疗，包括大量补液，小剂量胰岛素，纠正电解质和酸碱紊乱，以及治疗诱因和伴随症。

【2012-74】在糖尿病酮症酸中毒的治疗中，最关键的措施（）

- A. 补充液体
- B. 小剂量胰岛素治疗
- C. 纠正酸中毒
- D. 补钾

三、高血糖高渗状态

(2015-108~110 题共用题干)女性，72岁。6天前进食后出现腹泻，呈稀水样，每日7~8次，伴恶心、呕吐，当地医院给予输注葡萄糖等治疗后，感口干加重、尿量增多。1天来反应渐迟钝，淡漠，既往有脑梗塞病史，曾有血糖增高史。查体：BP90/50mmHg，嗜睡状，呼吸正常，即刻查血糖35.3mmol/L。

108.该患者最可能的诊断是（）

- A. 糖尿病酮症酸中毒
- B. 高血糖高渗状态
- C. 急性胃肠炎合并脱水
- D. 水电解质紊乱

1. 高渗性高血糖状态是糖尿病的严重急性并发症。临床以严重高血糖而无明显酮症酸中毒、血浆渗透压显著升高、失水和意识障碍为特征。HHS 的病情危重，病死率高，多见于老年 2 型糖尿病患者。

2. HHS 的实验室诊断参考标准是：①血糖 $\geq 33.3\text{mmol/L}$ ；②有效血浆渗透压 $\geq 320\text{mOsm/L}$ ；③血清碳酸氢根 $\geq 15\text{mmol/L}$ 或动脉血 pH ≥ 7.30 ；④尿糖强阳性，而尿酮阴性或弱阳性。

3. HHS 的治疗主要是大量补液，小剂量胰岛素，纠正电解质和对症治疗。

109. 为明确该诊断作进一步检查，最有价值的项目是（ ）

- A, 血浆有效渗透压
- B, 尿酮体
- C, 血气分析
- D, 血电解质

110. 下列的治疗措施中不恰当的是（ ）

- A, 开始 24 小时补液量可达 6000~10000ml
- B, 静脉胰岛素输注速度一般为每公斤体重每小时 0.1 单位
- C, 开始可先大量输入低渗盐水单位
- D, 血压偏低，可先给予输血浆

第七部分 风湿性疾病

第一章 结缔组织病总论

一、概论

2015-75 在下列表现中，符合皮肌炎特异性临床表现的是（）

- A 腮腺肿大
- B 上眼睑红肿
- C 口、眼干
- D 雷诺现象

表 8-1-4 常见弥漫性结缔组织病的特异性临床表现

病名	特异性表现
SLE	颊部蝶形红斑,蛋白尿,溶血性贫血,血小板减少,多浆膜炎
pSS	口、眼干,腮腺肿大,猖獗龋齿,肾小管性酸中毒,高球蛋白血症
DM	上眼睑红肿,Gottron 征,颈部呈 V 形充血,肌无力
SSc	雷诺现象,指端缺血性溃疡,硬指,皮肤肿硬失去弹性
GPA	鞍鼻,肺迁移性浸润影或空洞
TA	无脉,颈部、腹部血管杂音
BD	口腔溃疡,外阴溃疡,针刺反应

pSS:原发性干燥综合征;SSc:系统性硬化症;TA:大动脉炎;BD:贝赫切特病

Gottron 征（戈谢征）位于指间关节、掌指关节、跖趾关节及肘、膝关节伸侧和踝关节内侧，为（紫）红色斑丘疹，边界清楚，伴有水肿和覆有鳞屑，可有皮肤萎缩及色素减退，与疾病活动无关。

2013-75. 下列治疗风湿病的非甾体抗炎药物中，胃肠道不良反应最小的是（）

- A. 萘普生
- B. 炎痛喜康
- C. 塞来昔布
- D. 双氯芬酸

非甾体抗炎药物是治疗风湿病的常用药物，非甾体抗炎药物可抑制组织细胞产生的环氧化酶

(COX)，近年发现 COX 有两种同工酶，即 COX-1 和 COX-2，COX-1 主要表达于胃黏膜，抑制 COX-1 后出现胃肠道不良反应

由于塞来昔布只抑制 COX-2，所以胃肠道不良反应最小。而萘普生、炎痛喜康、双氯芬酸是抑制 COX-1 和 COX-2，所以均有明显的胃肠道不良反应

【2012-75】下列与感染相关的风湿病是（）

- A. 风湿热
- B. 类风湿关节炎
- C. 多肌炎
- D. Reiter 综合征

分类

弥漫性结缔组织病	类风湿关节炎、幼年型关节炎、红斑狼疮、硬皮病、多发性肌炎、干燥综合症、重叠综合症等
并发脊柱炎的关节炎	强直性脊柱炎、Reiter 综合症、银屑病关节炎等
退行性变	骨关节炎（原发性、继发性）
与感染相关的风湿病	反应性关节炎、风湿热等
与代谢和内分泌有关的风湿病	痛风、假性痛风、Mafan 综合症等
骨与软骨病变	骨质疏松症、骨软化等

二、类风湿关节炎

2015-76 下列不属于类风湿关节炎诊断标准是（）

- A, 晨僵
- B, 关节肿
- C, 关节畸形
- D, 类风湿结节

表 8-3-1 ACR 1987 年修订的 RA 分类标准

1. 关节内或周围晨僵持续至少 1 小时
2. 至少同时有 3 个关节区软组织肿或积液
3. 腕、掌指、近端指间关节区中,至少 1 个关节区肿
4. 对称性关节炎
5. 有类风湿结节
6. 血清 RF 阳性(所用方法正常人群中不超过 5% 阳性)
7. X 线片改变(至少有骨质疏松和关节间隙狭窄)

符合以上 7 项中 4 项者可诊断为 RA(要求第 1~4 项病程至少持续 6 周)

【2012-76】应用改变病情抗风湿药治疗类风湿关节炎时，一般首选的药物是（）

- A. 羟氯喹
- B. 来氟米特
- C. 甲氨蝶呤
- D. 柳氮黄吡啶

非甾体抗炎药(NSAIDs): 镇痛消肿，改善关节症状（一线药）但不能控制病情；

改变病情抗风湿药: 改善和延缓病情，但发挥作用慢，临床症状改善大约 1-6 月；

甲氨蝶呤: 抑制细胞内的二氢叶酸还原酶，使嘌呤合成受抑，同时具有抗炎作用，是目前首选；

手术: 关节置换和滑膜切除

2011-75. 下列关于类风湿关节炎关节表现的叙述，错误的是（）

- A. 可有明显而持久的晨僵
- B. 关节结构破坏有一定的可逆性
- C. 受累关节多具对称性、持续性
- D. 凡受累关节均可肿胀

临床表现

关节表现：疼痛及压痛（最早）、近端指间、掌指、腕（最常见）、持续性、对称性；关节肿胀、晨僵（>1h）、关节畸形、骨质疏松



图 9 类风湿关节炎
指间关节梭形肿胀，腕关节、掌指关节软组织肿胀

关节外病变：类风湿结节（5-15%患者）

尺骨鹰嘴下方、膝、跟腱附近关节伸侧

也可胸膜、肺、心包和心内膜

呼吸系统——肺间质纤维化及胸膜炎

循环系统——心包炎（最常见）；RA 也是早发动脉粥样硬化和冠心病的独立危险因素

泌尿系统——系膜增生性肾小球肾炎（最常见）

神经系统——神经末梢变性及脱髓鞘

淋巴结病——30%可有淋巴结肿大

三、系统性红斑狼疮

2014-76. 代表系统性红斑狼疮疾病活动性的自身抗体是（）

- A. 抗 rRNP 抗体
- B. 抗 SSA(Ro)抗体
- C. 抗 Sm 抗体
- D. 抗核抗体

血象	三系减少，网织红细胞增加
抗核抗体(ANA)	见于几乎所有的 SLE 患者，但特异性低，可作为最佳筛选实验
抗双链 DNA (dsDNA) 抗体	多出现在 SLE 的活动期，抗 dsDNA 抗体的含量与疾病活动性密切相关
抗 Sm 抗体	特异性 99%，敏感性仅 25%，有助于早期和不典型患者的诊断或回顾性诊断，它与病情活动性不相关。
抗 RNP 抗体	阳性率 40%，对 SLE 诊断特异性不高，往往与 SLE 的雷诺现象和肌炎相关
抗 SSA (Ro)抗体	往往出现在 SCLE、SLE 合并干燥综合征时有诊断意义。有抗 SSA (Ro)抗体的母亲所产婴儿易患新生儿红斑狼疮综合征
抗 SSB(La)抗体	临床意义与抗 SSA 抗体相同，但阳性率低于抗 SSA (Ro)抗体
抗 rRNP 抗体	代表 SLE 的活动，同时往往提示有 NP-SLE 或其他重要内脏的损害。
抗磷脂抗体	结合其特异的临床表现可诊断是否合并有继发性 APS
抗组织细胞抗体	抗红细胞膜抗体、抗血小板相关抗体

总补体(CH50)、C3 和 C4	C3 低下常提示有 SLE 活动。C4 低下除表示 SLE 活动性外，尚可能是 SLE 易感性(C4 缺乏)的表现。
狼疮带试验	阳性率约 50%，狼疮带试验阳性代表 SLE 活动性
肾活检病理	肾组织示慢性病变为主，而活动性病变少者，则对免疫抑制治疗反应差；反之，治疗反应较好

【2013-76】与系统性红斑狼疮的发病无关的因素是（）

- A. 遗传
- B. 紫外线照射
- C. 化学试剂
- D. 雄激素

性激素：生育年龄女性

环境因素：紫外线（光敏感）、药物（肼屈嗪、普鲁卡因胺）、病毒感染

抗磷脂抗体综合征(antiphospholipid syndrome, APS)是指由抗磷脂抗体(antiphospholipid antibody, APL抗体)引起的一组临床征象的总称。APL抗体是一组能与多种含有磷脂结构的抗原物质发生免疫反应的抗体，主要有狼疮抗凝物(lupus anti-coagulant, LA)、抗心磷脂抗体(anti-cardiolipin antibody, ACL抗体)、抗磷脂酸抗体和抗磷脂酰丝氨酸抗体等。与APL抗体有关的临床表现，主要为血栓形成、习惯性流产、血小板减少和神经精神症状等。APS是SLE病人中常见的临床表现。

四、脊柱关节炎

2014-75. 下列导致关节痛的疾病中，休息后症状加重的是（）

- A. 骨关节炎
- B. 痛风
- C. 系统性红斑狼疮
- D. 强直性脊柱炎

表 8-1-3 常见关节炎的特点

关节	RA	AS	OA	痛风	SLE
周围关节炎	有	有	有	有	有
起病	缓	缓	缓	急骤	不定
首发	PIP、MCP、腕	膝、髌、踝	膝、腰、DIP	第一跖趾关节	手关节或其他部位
痛性质	持续, 休息后加重	休息后加重	活动后加重	痛剧烈, 夜间重	不定
肿性质	软组织为主	软组织为主	骨性肥大	红、肿、热	少见
畸形	常见	部分	小部分	少见	偶见
演变	对称性多关节炎	不对称下肢大关节炎, 少关节炎 [△]	负重关节症状明显	反复发作	
脊柱炎和(或)骶髂关节病变	偶有	必有, 功能受限	腰椎增生, 唇样变	无	无

注: PIP: 近端指间关节; MCP: 掌指关节; DIP: 远端指间关节

第八部分 诊断学

第一章 常见症状

一、发热

2014-57. 男性, 72 岁。2 天来上腹疼痛, 1 天来发热, 最高达 38°C , 在下列疾病中可排除的是 ()

- A. 胆囊炎
- B. 十二指肠溃疡穿孔
- C. 急性心肌梗死
- D. 右下大叶性肺炎

1、稽留热 高热 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右, 持续数天或数周, 在 24 小时内体温波动不超过 1°C 者。见于肺炎双球菌肺炎、伤寒、副伤寒、斑疹伤寒与姜片虫病等急性传染病的极期。

2、弛张热 高热, 在 24 小时以内体温波动达 2°C 以上者, 见于败血症及各种化脓性感染、结核病、恶性网状细胞瘤、风湿热等。

3、间歇热 突然发热达 39°C 以上, 数小时后降为正常, $1\sim 2$ 天或数天后再度突然高热, 随后降至正常, 如此反复称间歇热。间歇热是间日疟与三日疟的特点, 也可见于胆囊炎或胆系感染, 肾盂炎或肾盂肾炎等。

4、波状热 即体温在数天内逐渐上升至高峰, 以后逐渐下降至正常或微热状态, 不久又逐渐上升与逐渐下降, 呈一种波浪式的起伏称为波状热。这是布氏杆菌病的特征性体温变化, 也见于恶性淋巴瘤。

肺炎球菌肺炎

发病诱因: 常有受凉、劳累等

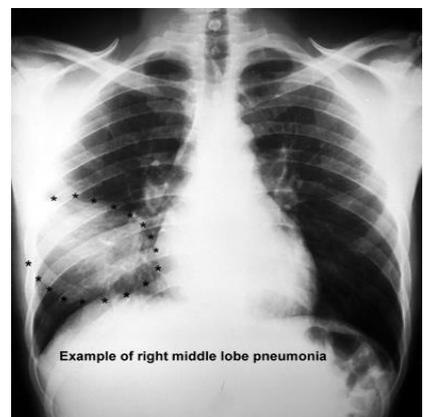
好发年龄: 体健的青壮年

致病原因: 荚膜致病

疾病特点: 起病多急骤, 寒战、高热、咳嗽、咳铁锈色痰、胸痛

体检: 鼻翼煽动、发绀、口角疱疹

X 线: 大片炎症浸润影或实变影



治疗：首选青霉素

2012-57、下列疾病中，发热可伴明显肌肉疼痛的是（）

- A、钩端螺旋体病
- B、急性细菌性痢疾
- C、急性白血病
- D、急性病毒性肝炎

二、咯血

2013-57. 肝硬化失代偿期患者发生大呕血后出现的体征变化，正确的是（）

- A. 肝脏缩小
- B. 脾脏缩小
- C. 腹水量明显减少
- D. 腹壁静脉曲张加重

肝硬化临床表现—代偿期

症状——乏力、纳差、恶心、腹胀、腹泻、上腹隐痛

体征——消瘦、肝脾轻度肿大

实验室检查——肝功基本正常



肝硬化失代偿期

肝功能减退

全身



消瘦



乏力



肝病面容

消化道症状

腹胀、腹泻

厌食



黄疸



食管外症状	咽喉炎、慢性咳嗽和哮喘；癔球症（咽部不适，有异物感、棉团感或堵塞感，但无真正吞咽困难）
并发症	上消化道出血；食管狭窄；Barrett 食管

专家提醒：Barrett 食管内镜下的表现为正常呈现均匀粉红带灰白的食管黏膜出现胃黏膜的橘红色，是食管腺癌的癌前病变）

内镜检查	最准确的方法，并能判断严重程度和有无并发症。内镜下阴性不能排除
24 小时食管 pH 监测	重要检查方法；pH<4 为酸返流；检查 3 日前应停用抑酸药与促胃肠动力的药物
食管吞钡 X 线检查	敏感性不高；排除食管癌等其他食管疾病
食管滴酸试验	在滴酸过程中，出现胸骨后疼痛或烧心的患者为阳性；说明有活动性炎症
食管测压	LES 压<6mmHg 易导致反流

诊断

有典型症状烧心、返流，内镜发现食管炎，排除其他原因食管炎后可确立诊断；

无内镜下食管炎，24h 食管 pH 检查阳性也可确诊；

质子泵抑制剂实验性治疗（奥美拉唑每次 20mg，每天 2 次，连用 7~14 天），治疗有效可诊断；

四、呼吸困难

2015-58 下列疾病中，可出现抑制性呼吸现象的病因是（）

- A 支气管哮喘
- B 糖尿病酮病
- C 充血性心力衰竭
- D 急性胸膜炎

2012-58、下列呼吸类型与疾病的关系，正确的是（）

- A、精神紧张--深大呼吸
- B、糖尿病酮症--潮式呼吸
- C、尿毒症--叹息样呼吸

D、脑出血--间停呼吸

五、腹痛

(2014-91~92 题共用题干)

女性，22 岁。无诱因突发右下腹部剧烈疼痛，向腰骶及会阴部放射，伴头晕、恶心、出大汗、欲排大便感，未作任何处理来院急诊。

91. 在询问病史中，对明确腹痛病因价值最大的是（）

- A. 转移性腹痛史 B. 不洁饮食史
C. 泌尿系结石史 D. 婚姻月经史

92. 该患者体检中不可能出现的体征是（）

- A. 血压下降、心率增快 B. 腹部移动性浊音阳性
C. 肠鸣音亢进 D. 右下腹压痛、反跳痛

第二章 胸部检查

一、肺和胸膜

(2015-91~92 题共用题干)男性，72 岁。因胸痛 24 小时，诊断急性前壁心肌梗死人院，按常规接受药物治疗。入院后第 4 天，患者再次感心前区疼痛，持续约 30 分钟，查体心尖部内侧可闻及收缩中晚期高调、短促附加音伴收缩晚期杂音，与呼吸运动无关。

91. 该患者新出现的附加音最可能是（）

- A, 心包摩擦音 B 开瓣音
C, 喀喇音 D 第四心音

92. 出现该附加音最可能的病因是（）

- A, 心力衰竭
B, 渗出性心包炎
C, 二尖瓣脱垂
D, 心室壁瘤

(2013-91~92 题共用题干)

男性，48 岁。1 个月来气短、呼吸困难，1 周来发热、咳嗽，B 超发现“右侧大量胸腔积液”。近半年日渐消瘦。查体：T37.5℃，R21 次/分，轻度贫血貌，高枕右侧卧位。

91. 该患者胸部叩诊不可能出现的体征是（）

- A. 右肺叩诊呈实音 B. 右肺肝界下移
C. 右侧肺底移动度消失 D. 心界叩诊向左侧移位

92. 该患者胸部听诊不可能出现的体征是 ()

- A. 左上肺可闻及支气管肺泡呼吸音
B. 右上肺可闻及支气管呼吸音
C. 右下腋前线部可闻及胸膜摩擦音
D. 右中下肺语音共振消失

胸腔积液的临床表现

1 症状:

- (1) 呼吸困难是最常见的症状, 多伴有胸痛和咳嗽。
(2) 积液量少于 0.3~0.5L 时症状多不明显。
(3) 大量积液时心悸及呼吸困难更加明显。

2 体征:

少量积液时, 可无明显体征, 或可触及胸膜摩擦感及闻及胸膜摩擦音。

中至大量积液时, 患侧胸廓饱满, 触觉语颤减弱, 局部叩诊浊音, 呼吸音减低或消失。可伴有气管、纵隔向健侧移位。

辅助检查

	漏出液	渗出液
外观	透明清亮, 静置不凝固	草黄色, 稍混浊
细胞	常少于 $100 \times 10^6/L$, 以淋巴细胞与间皮细胞为主	白细胞常超过 $500 \times 10^6/L$ 。脓胸时白细胞多达 $10000 \times 10^6/L$ 以上
蛋白质	$<30g/L$; 清蛋白为主; 胸水/血清比值小于 0.5; 定性阴性	$>30g/L$, 胸水/血清比值大于 0.5; 定性阳性
乳酸脱氢酶 (LDH)	小于 $200U/L$; 胸水/血清比值小于 0.6	大于 $200U/L$; 胸水/血清比值大于 0.6
比重	$<1.016 \sim 1.018$	>1.018

白话记忆:

渗出液指标均高于漏出液;

漏出液是液体漏出——无炎性细胞——无蛋白质漏出——所以蛋白定性阴性;

胸水蛋白/血清蛋白小于 0.5;

比重降低

X 线检查

极小量的游离性胸腔积液，胸部 X 线仅见肋膈角变钝；

积液量增多时显示有向外侧、向上的弧形上缘的积液影；

大量积液时患侧胸部致密影，气管和纵隔推向健侧。

液气胸时有气液平面。

超声检查

超声探测胸腔积液的灵敏度高，定位准确。

胸膜活检

经皮闭式胸膜活检对胸腔积液病因诊断有重要意义。

二、心脏检查

2013-58. 关于二尖瓣狭窄心尖部舒张期杂音听诊特点的叙述，正确的是 ()

- A. 多为递增递减型
- B. 为全舒张期
- C. 向剑突方向传导
- D. 强度不受呼吸影响

	二尖瓣狭窄	二尖瓣关闭不全
症状	(瓣口面积 $<1.5\text{cm}^2$)出现呼吸困难、咯血、咳嗽、声嘶	急性：劳力性呼吸困难、左心衰、肺水肿表现；慢性：疲乏无力、肺淤血；
体征	1 二尖瓣面容；2 心尖区 S1 亢进、开瓣音、隆隆样舒张中晚期杂音；3 肺动脉高压时可有 P2 亢进、分裂；4 肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全出现该区舒张早期吹风样杂音 (Graham Steell 杂音)	1 心尖部全收缩期吹风样高调一贯型杂音；2 第一心音减弱；3 肺动脉高压时可有 P2 亢进、分裂
X 线	轻度仅见左心耳饱满，中、重度心影呈梨形 (二尖瓣心)	慢性重度反流常见左心房左心室增大；左心室衰竭时可见肺淤血和间

		质性肺水肿征
超声心动图	M型示二尖瓣城墙样改变；二维超声心动图示舒张期前叶呈圆拱状，后叶活动度减少	彩色多普勒较敏感
病情分级	瓣口面积 $>1.5\text{cm}^2$ 为轻度； $1\sim 1.5\text{cm}^2$ 为中度； $<1\text{cm}^2$ 为重度	左心房内最大反流束面积 $<4\text{cm}^2$ 为轻度； $4\sim 8\text{cm}^2$ 为中度； $>8\text{cm}^2$ 为重度

白话记忆

二尖瓣窄杂音断，舒张隆隆低局限。一音亢进 P2 强，开瓣音响伴震颤。

二尖瓣漏有特点，粗糙吹风呈递减。三级以上缩期占，左腋传导左卧清，吸气减弱呼明显。



二尖瓣狭窄并发症：房颤有血栓，水肿右室衰，内膜感染少，肺部感染多。

【类似题目 2011-91、92 题】

患者，男，45 岁。5 天前因压榨性胸痛伴大汗 3 小时来院，诊断急性前壁心肌梗死。因拒绝介入及溶栓治疗而按常规行保守处理，1 天后症状缓解，此后病情平稳，4 小时前，患者再次发作胸痛，持续 50 分钟，心尖部可闻 3/6 级收缩晚期吹风样杂音。

91. 该患者出现杂音最可能的病因是 ()

- A. 心力衰竭
- B. 腱索断裂
- C. 乳头肌功能不全
- D. 室间隔穿孔

92. 下列检查指标升高对诊断再梗死的意义最大的是 ()

- A. cTnT
- B. CK-MB
- C. LDH
- D. AST

三、血管检查

2014-58. 测量血压方法的注意事项，下列说法正确的 ()

- A. 被检者测前安静休息并停止吸烟 5~10 分钟

- B. 仰卧位时，被测的右上肢平放于腋中线水平
- C. 袖带下缘位于肘窝横纹处
- D. 袖带内充气应至肱动脉搏动音消失为止

测血压

测压环境：被检查者半小时内禁烟、禁咖啡、排空膀胱，安静休息至少 5min。

具体操作：取坐位，露胳膊，肘平心，袖上 2 点 5，脉搏止，气不停，视汞柱，上 30，听读数。

2013-59. 下列临床上常见出现脉压减小的病变，不正确的是（）

- A. 心包积液
- B. 心力衰竭
- C. 主动脉瓣狭窄
- D. 重度二尖瓣关闭不全

第三章 腹部

一、腹部检查

2011-58、正常人腹部的触诊时，下列结构不能触及的是（）

- A、腰椎椎体
- B、横结肠
- C、胰腺
- D、带粪块的乙状结肠

第四章 器械检查

一、心电图检查

2011-57、动态心电图检查对评价心律失常临床价值最小的是（）

- A、心律变异性
- B、心律失常类型
- C、心律失常性质
- D、心律失常病因