

2022 年内科主治医师必备考点

【考点 1】发热：下午体温较早晨高，剧烈运动、劳动或进餐后体温略高，一般波动范围不超过 1°C ，老年人体温略低，女性月经前和妊娠期稍高。

【考点 2】发热的分度：以口测法为准：低热： $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，中等度热： $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ，高热： $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ，超高热： 41°C 以上。

【考点 3】胸壁疼痛特点：①部位局限，有压痛；②皮肤病变可有红、肿、热；③带状疱疹疼痛呈刀割样、灼伤样，剧烈难忍，持续时间长；④非化脓性肋骨软骨炎局部可隆起，压痛明显，活动时加重。

【考点 4】异常脉搏：①水冲脉：脉搏骤起骤落，急促而有力，犹如水冲的感觉，系脉压增大所致，常见于主动脉瓣关闭不全。②交替脉：脉搏节律规则而强弱交替出现，为左心功能不全早期的重要体征之一。③奇脉：又称吸停脉，指平静吸气时脉搏明显减弱或消失。见于大量心包积液、缩窄性心包炎等。④短绌脉：单位时间内脉率小于心率，也称脉搏短绌。见于房颤。

【考点 5】老年人继发性肾病综合征常见的疾病是糖尿病肾病。

【考点 6】对瞳孔的检查应注意瞳孔的形状、大小、位置、双侧是否等大、等圆，对光及集合反射等。①瞳孔缩小：见于虹膜炎症、中毒（有机磷类农药中毒）、药物反应（吗啡、氯丙嗪等）；②瞳孔扩大：见于外伤、视神经萎缩、完全失明、药物影响等。双侧瞳孔散大，并且伴有对光反射消失为濒死状态的表现。③瞳孔大小不等：常提示有颅内病变，如脑外伤、脑肿瘤等。④瞳孔对光反射迟钝或消失，见于昏迷病人。

【考点 7】特殊类型的呼吸：①Kussmaul 呼吸。②潮式呼吸（Cheyne-Stokes）见于呼吸抑制，大脑损害（大脑皮质水平）等。③间停呼吸：呼吸抑制、颅压高、大脑损害（在延髓水平）。

【考点 8】 FEV_1/FVC ：吸入支气管扩张剂后，第一秒用力呼气容积/用力肺活量（ FEV_1/FVC ）简称一秒率， $<70\%$ 是诊断 COPD 的必要条件。

【考点 9】 RV/TLC ：残气量/肺总量 $>40\%$ 对诊断阻塞性肺气肿有重要意义。

【考点 10】呼吸衰竭的氧疗目标是使静息状态下 $\text{PaO}_2>60\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2>90\%$ 。

【考点 11】低流量吸氧，给氧浓度（%） $=21+4\times$ 氧流量（L/min）；一般吸入

氧浓度 $<35\%$ ，避免吸入氧气浓度过高，防止引起二氧化碳潴留。

【考点 12】X 线肺动脉高压征象：①右下肺动脉干扩张：横径 $\geq 15\text{mm}$ ；其横径/气管横径 ≥ 1.07 ；②肺动脉段明显突出，其高度 $\geq 3\text{mm}$ ；③中央动脉扩张，外周血管纤细，形成“残根”征；④右室肥大。

【考点 13】肺动脉高压心电图：主要条件：①电轴右偏，额面平均电轴 $\geq +90^\circ$ ；② $V_1R/S \geq 1$ ；③重度顺钟向转位；④ $RV_1 + SV_5 \geq 1.05\text{mV}$ ；⑤ $V_1 \sim V_3$ 酷似陈旧心梗的 QS 波；⑥肺型 P 波：右心房肥大的心电图之一。

【考点 14】导致支气管哮喘发作的主要细胞组分有：嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等。

【考点 15】支气管哮喘典型表现：发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽是其主要症状。

【考点 16】支气管哮喘的辅助检查：支气管激发试验：吸入激发剂乙酰甲胆碱后， FEV_1 下降 $\geq 20\%$ 。支气管舒张试验：吸入支气管舒张剂后， FEV_1 增加 $\geq 12\%$ 且绝对值 $\geq 200\text{ml}$ 。

【考点 17】隐匿性肾小球肾炎仅表现为单纯血尿和（或）蛋白尿疾病及其临床特点，肾功能是正常的。

【考点 18】医院获得性肺炎（HAP）致病菌：①无感染高危：常见病原体依次为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、肺炎克雷伯杆菌等；②有感染高危：常见病原体为金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、肠杆菌属、肺炎克雷伯杆菌等。

【考点 19】胸腔积液病因和发病机制：1. 充血性心力衰竭、缩窄性心包炎——漏出液。——毛细血管内静水压增高。2. 肝硬化、肾病综合征——漏出液——毛细血管内胶体渗透压降低。3. 胸膜炎症、胸膜肿瘤——产生渗出液——胸膜通透性增加等。4. 癌症淋巴管阻塞——产生渗出液——壁层胸膜淋巴引流障碍。5. 损伤——食管破裂、胸导管破裂等，产生血胸、脓胸和乳糜胸。6. 医源性——药物、放射治疗等，都可引起渗出性或漏出性积液。

【考点 20】肺外胸内扩展引起的症状和体征：①压迫膈神经——膈肌麻痹。②压迫喉返神经（左侧多见）——出现声音嘶哑。③压迫上腔静脉——颈面部静脉怒张。④压迫食管——吞咽困难。⑤压迫交感神经——Horner 综合征（病侧眼

睑下垂、瞳孔缩小、眼球凹陷、同侧额部和胸壁无汗)，见于肺上沟癌（Pancoast 癌）。

【考点 21】肿瘤所引起肺外表现，又称副癌综合征。①肥大性肺骨关节病；②分泌促性腺激素：男性乳房发育；③分泌促肾上腺皮质激素样物质：库欣综合征；④分泌抗利尿激素：稀释性低钠血症；⑤神经肌肉综合征等。

【考点 22】心衰的病因：（1）压力负荷（后负荷）过重：见高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄等左、右心室收缩期射血阻力增加的疾病。（2）容量负荷（前负荷）过重：见：①心脏瓣膜关闭不全，血液反流，如主动脉瓣关闭不全、二尖瓣关闭不全等；②左、右心或动静脉分流性先天性心血管病如间隔缺损、动脉导管未闭等。

【考点 23】左心衰竭呼吸困难最严重的形式：急性肺水肿。

【考点 24】评估心脏收缩功能：正常 LVEF 值 > 50%，LVEF ≤ 40% 为收缩期心力衰竭的诊断标准。射血分数 = 搏出量 (ml) / 心室舒张末期容积 (ml) × 100%。

【考点 25】心功能分级：纽约分级：Ⅰ级：患者患有心脏病，但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛；Ⅱ级：心脏病患者的体力活动受到轻度限制，休息时无自觉症状，但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛；Ⅲ级：心脏病患者的体力活动明显受限，< 平时的一般活动（或家务活动）即可引起上述症状；Ⅳ级：心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心衰的症状，体力活动后加重。

【考点 26】

	部位	皮肤温度
中心性发绀	四肢、颜面及躯干	温的
周围性发绀	肢体末端和下垂部位	冷的

【考点 27】房颤的临床特点之体征：心律绝对不规则；第一心音强弱变化不定；脉搏短绌。心电图特征：1. P 波消失，代之以 f 波（频率在 350~600bpm）。2. RR 绝对不等，若合并完全性房室阻滞时可出现 RR 间期相等。

【考点 28】AF > 24h 不能马上转复，需要先抗凝。复律前华法林 3 周，持续至复律后 4 周。

【考点 29】 血压控制目标值：目前一般主张血压控制目标值至少 $<140/90\text{mmHg}$ 。糖尿病或慢性肾脏病合并高血压者，血压控制目标值 $<130/80\text{mmHg}$ 。

【考点 30】 ACEI 优点及适应证：改善胰岛素抵抗和减少尿蛋白的作用；特别适用于伴有心力衰竭、心肌梗死后、心肌肥厚、糖耐量减低或糖尿病肾病的高血压患者。

【考点 31】 恶性高血压：①发病急骤，多见于中、青年；②血压明显升高，舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ ；③头痛、视力模糊、眼底出血、渗出和视盘水肿；④肾脏损害突出，表现为持续蛋白尿、血尿、管型尿，可伴有肾功能不全；⑤如不给予及时治疗，预后不佳，可死于肾衰竭、脑卒中或心力衰竭。

【考点 32】 肾实质性高血压：最常见，主要有慢性肾小球肾炎、糖尿病肾病、慢性肾盂肾炎、红斑狼疮性肾炎、肾结核、多囊肾、肾肿瘤等。病变侵及肾实质引起。

【考点 33】 主动脉狭窄临床特点为上肢血压增高而下肢血压不高或降低的反常现象，主动脉造影可确定诊断。

【考点 34】 类风湿关节炎以慢性进行性关节病变为主的全身性自身免疫病，特征是对称性多关节炎，以双手、腕、肘、膝、踝和足关节的疼痛、肿胀及晨僵最常见。

【考点 35】 稳定型心绞痛部位：胸骨体上段或中段之后（最常见、最典型）波及心前区，常向左臂内侧、左肩放射。

【考点 36】 类风湿关节炎最早出现的症状是关节痛及压痛。

【考点 37】 类风湿关节炎的 X 线片可将本病分为 I ~ IV 期：I 期关节周围软组织肿胀影、关节端骨质疏松；II 期关节间隙变窄；III 期关节面出现虫蚀样改变；IV 期可见关节脱位和关节破坏后的纤维性和骨性强直。

【考点 38】 非 ST 段抬高型急性冠脉综合征发病机制：不稳定的粥样斑块继发斑块内出血、斑块纤维帽破裂或斑块糜烂，有血小板聚集、并发血栓形成、冠脉痉挛收缩及微血管栓塞导致的心肌供氧的减少和缺血加重。

【考点 39】 各种心梗临床特点：1. 左室前壁心梗：最易发生；心功能影响最大；室性心律失常多；心脏破裂多。2. 左室下壁心梗：心律慢；易出现腹部症状。3. 右室心梗：血压低；右心衰。

【考点 40】AMI 的特征性图形：(1) 坏死型：异常 Q 波（病理 Q 波），q（Q）波宽度 $>0.04S$ ，q（Q）深度：胸导 $>1/4R$ 、aVL $>1/2R$ 、aVF $>2/3R$ 。(2) 损伤区：ST 段弓背向上抬高或与 T 呈单向曲线。(3) 缺血区：T 波倒置或呈冠状 T（倒置 T 波尖而深，双肢对称）。

【考点 41】各种类型心肌炎及心肌病均可导致心力衰竭，以病毒性心肌炎及原发性扩张型心肌病最为常见。

【考点 42】人工瓣膜置换术为治疗成人主动脉狭窄的主要方法。

【考点 43】心影常明显增大，心胸比 $>50\%$ ，肺淤血常提示扩心病。

【考点 44】置入心脏电复律除颤器（ICD）预防心脏猝死的适应证包括：①有持续性室速史；②有室速、室颤导致的心跳骤停史；③LVEF $<35\%$ ，NYHA 心功能分级为 II ~ III 级，预期生存时间 >1 年，且有一定生活质量。本病死亡原因多为心力衰竭、严重心律失常和猝死。

【考点 45】肥厚型心肌病心电图表现为左心室高电压、倒置 T 波和异常 Q 波，常在胸前导联出现巨大倒置 T 波。深而不宽的病理性 Q 波可在 I、aVL 或 II、III、aVF、 $V_4 \sim V_6$ 导联上出现。

【考点 46】杂音问题：二尖瓣狭窄：心尖部舒张期隆隆样杂音；二尖瓣关闭不全：心尖部全收缩期吹风样杂音；主动脉瓣关闭不全：胸骨右缘第二肋间舒张期叹气样杂音；主动脉瓣狭窄：胸骨右缘第二肋间收缩期杂音；肺动脉瓣狭窄：胸骨左缘第二肋间收缩期杂音。

【考点 47】正常二尖瓣口面积约 $4 \sim 6\text{cm}^2$ 。瓣口面积 $<2\text{cm}^2$ 时就有血流动力学障碍。轻度狭窄，瓣口面积 $1.5 \sim 2.0\text{cm}^2$ 。中度狭窄，瓣口面积 $1.0 \sim 1.5\text{cm}^2$ 。重度狭窄，瓣口面积 $<1.0\text{cm}^2$ 。

【考点 48】二尖瓣狭窄超声心动图检查：1. M 型可见二尖瓣回声增粗，双峰消失呈城墙样，前后叶同向运动，左房、右室大；2. 二维可见二尖瓣增厚、开放受限；3. 多普勒可检出二尖瓣口舒张期异常血流，计算出瓣口面积；4. 还可检出左房血栓，经食管超声心动图检出血栓率更高。（二尖瓣狭窄——房颤——血栓）

【考点 49】扩张型心肌病特征：心腔扩大，心肌收缩功能减退（充血性心力衰竭），心律失常。易产生血栓。

【考点 50】心脏压塞 Beck 三联征：低血压、心音低弱、颈静脉怒胀。

【考点 51】幽门螺杆菌（Hp）是消化性溃疡的主要原因。

【考点 52】原发性肺结核为原发结核感染所引起的病症，包括原发综合征及胸内淋巴结结核，在 X 线上典型病例呈现肺部原发灶-引流淋巴管炎-肺门或纵隔淋巴结的结核性炎症的三者组合。

【考点 53】出血是消化性溃疡最常见的并发症，也是上消化道大出血最常见的病因。DU 较 GU 出血多见。

【考点 54】早期胃癌：病灶仅局限于黏膜及黏膜下层，以直径 0.5cm 以下胃癌为微胃癌，0.6~1.0cm 胃癌为小胃癌，统称为微小胃癌。

【考点 55】肝硬化肝功能减退表现：（1）全身症状及体征：乏力，消瘦、精神不振。（2）消化系统症状：食欲不振、恶心、腹胀、腹泻等。（3）黄疸。（4）出血、贫血。（5）内分泌功能紊乱：①雌激素水平增高。②肾上腺皮质功能减退。

【考点 56】腹水是肝硬化失代偿期最突出的表现。

【考点 57】腹水形成的机制：①门静脉压力增高，腹腔内血管床静水压增高；②有效循环血容量减少，肾素-血管紧张素系统激活；③低白蛋白血症：白蛋白低于 30g/L 时，血浆胶体渗透压降低；④继发性醛固酮和抗利尿激素增多；⑤淋巴液生成过多，自肝包膜渗至腹腔。

【考点 58】肝硬化上消化道 X 线：食管静脉曲张时，可表现为虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损，胃底静脉曲张表现为菊花样充盈缺损。

【考点 59】肝肾综合征：“三低一高”：少尿或无尿、低尿钠、稀释性低血钠和氮质血症。

【考点 60】重症胰腺炎时持久的空腹血糖 >10mmol/L 反映胰腺坏死提示预后不良。

【考点 61】急性胰腺炎时血清（胰）淀粉酶：起病后 2~12 小时开始升高，24 小时达高峰，48 小时开始下降，持续 3~5 天。超过正常值 3 倍以上可确诊。但淀粉酶升高的幅度与胰腺炎的病情严重程度不成比例。血清脂肪酶于起病后 24~72 小时开始升高，持续 7~10 天，其敏感性和特异性均略优于血淀粉酶。

【考点 62】克罗恩病（Crohn 病，CD）是一种慢性炎性肉芽肿性（非干酪样）疾病，多见于末段回肠和邻近结肠，但从口腔至肛门各段消化道均可受累，呈节段性或跳跃式分布。

【考点 63】腹部超声是急性胰腺炎的常规初筛影像学检查。

【考点 64】溃疡性结肠炎消化系统表现：1. 腹泻和黏液脓血便：是本病活动期的重要表现，系黏膜炎性渗出、糜烂及溃疡所致。2. 腹痛：里急后重，便后腹痛缓解。3. 其他症状：腹胀、食欲不振、恶心、呕吐等。4. 体征：重型和暴发型患者常有明显压痛甚至肠型。

【考点 65】判断上消化道出血是否停止，消化道活动出血：①反复呕血或黑粪，肠鸣音活跃。②周围循环状态经充分补液后未见明显改善；③血红蛋白浓度等继续下降，网织红细胞计数持续增高；④血尿素氮持续或再次增高。

【考点 66】对胆总管结石性梗阻、急性化脓性胆管炎、胆源性败血症等胆源性急性胰腺炎应尽早行治疗性 ERCP。

【考点 67】溢出性蛋白尿：血中低分子量蛋白（如多发性骨髓瘤轻链蛋白、血红蛋白、肌红蛋白等）异常增多，经肾小球滤过而不能被肾小管全部重吸收所致。

【考点 68】膜性肾病：①好发于中老年人。②可伴有镜下血尿，一般无肉眼血尿。③极易发生血栓栓塞并发症，尤其是肾静脉。④光镜可见肾小球弥漫性病变，进而钉突形成；免疫病理显示 IgG 和 C3 细颗粒沿着肾小球毛细血管壁沉积。

【考点 69】微小病变型肾病：①好发于儿童；②可伴有镜下血尿；③对激素敏感；④电镜下广泛的肾小球脏层上皮细胞足凸融合——本病的诊断依据。

【考点 70】肾病综合征（NS）诊断标准：①尿蛋白大于 3.5g/d；②血浆白蛋白低于 30g/L；③水肿（肾病性水肿发生机制：血浆胶体渗透压下降；肾炎性水肿发生机制：肾小球滤过率下降）；④血脂升高（易发生栓塞，常见部位为肾静脉，表现为肾区疼痛、血尿）。其中①②两项为诊断所必需。

【考点 71】肾病综合征糖皮质激素的使用原则：①起始剂量要足：泼尼松 1mg/(kg·d)，常用量每日 40~60mg 清晨顿服。②疗程要长：一般为 6~8 周，必要时延长到 12 周。③减量要慢：用药时间够长且病情稳定病人，可每 2 周减药 1 次，每次减少原用药量的 10%~20%。

【考点 72】肾前性 AKI：血容量减少、有效动脉血容量减少和肾内血流动力学改变等。肾性 AKI：包括肾小球、肾血管、肾小管和肾间质性疾病导致的损伤。以急性肾小管坏死（ATN）最为常见。ATN 常见的病因有肾缺血或肾毒性物质损伤肾小管上皮细胞可引起。肾后性 AKI：特征是急性尿路梗阻，梗阻可发生在尿路

从肾盂到尿道的任一水平。

【考点 73】胰腺假性囊肿时直径 $<4\text{cm}$ 的囊肿几乎均可自行吸收。直径 $>6\text{cm}$ 者或多发囊肿则自行吸收的机会较小，在观察 6~8 周后，若无缩小和吸收的趋势，需要引流。

【考点 74】急性肾盂肾炎感染途径中上行感染最常见。

【考点 75】急性膀胱炎：对于妊娠妇女、老年患者、糖尿病患者、机体免疫力低下及男性患者不宜使用单剂量及短程疗法，应采用较长疗程。

【考点 76】缺铁性贫血口服铁剂后 5~10 天网织红细胞上升达高峰，2 周后血红蛋白开始上升，平均 2 个月恢复，待血红蛋白正常后，再服药 4~6 个月（补充贮备铁），待铁蛋白正常后停药。

【考点 77】AML 分为八个亚型：（1） M_0 （急性髓细胞白血病微分化型）；（2） M_1 （急性粒细胞白血病未分化型）；（3） M_2 （急性粒细胞白血病部分分化型）；（4） M_3 （急性早幼粒细胞白血病）：骨髓中以多颗粒的早幼粒细胞为主， $\geq 30\%$ 。

（5） M_4 （急性粒-单核细胞白血病）：骨髓原始细胞在非红系细胞中 $>30\%$ ，各阶段粒细胞占 30%~80%，单核细胞 $>20\%$ 。（6） M_5 （急性单核细胞白血病）：骨髓非红系中原单核、幼单核 $\geq 30\%$ ，且各阶段单核细胞 $\geq 80\%$ ，原单核细胞 $\geq 80\%$ 为 M_{5a} ， $<80\%$ 为 M_{5b} 。（7） M_6 （急性红白血病）：骨髓中非红系细胞中原始细胞 $\geq 30\%$ ，幼红细胞 $\geq 50\%$ 。（8） M_7 （急性巨核细胞白血病）：骨髓中原始巨核细胞 $\geq 30\%$ 。

【考点 78】慢性粒细胞白血病临床分期：1. 慢性期：病情稳定。2. 加速期：发热，体重下降，脾进行性肿大，逐渐出现贫血和出血。慢性期有效的药物失效。嗜碱性粒细胞增高 $>20\%$ ，血或骨髓细胞中原始细胞 $>10\%$ 。除 Ph 染色体又出现其他染色体异常。3. 急变期：临床表现同急性白血病。骨髓中原始细胞或原淋+幼淋 $>20\%$ ，一般为 30%~80%；外周血中原粒+早幼粒 $>30\%$ ，骨髓中原粒+早幼粒 $>50\%$ ；出现髓外原始细胞浸润。慢粒急变多数为急粒变，也可转为急淋，少数转为 M_4 、 M_5 、 M_6 、 M_7 。

【考点 79】甲状腺危象防治：抑制甲状腺激素合成：首选丙基硫氧嘧啶。

【考点 80】糖尿病肾病是 T1DM 患者的主要死亡原因。

【考点 81】双胍类降糖药作用机制：抑制肝葡萄糖输出，改善外周组织对胰岛素的敏感性、增加对葡萄糖的摄取和利用而降低血糖。

【考点 82】类风湿因子阳性不一定是 RA，RA 不一定类风湿因子阳性。

【考点 83】强直性脊柱炎：非对称性的下肢大关节炎，X 线“竹节样改变”，HLA-B27 阳性。血清 RF 阴性。

【考点 84】抗双链 DNA (dsDNA) 抗体与 SLE 活动性密切相关。抗 Sm 抗体特异性最高，达 99%，是 SLE 的特异性抗体。补体 C3 低下提示 SLE 活动期。

【考点 85】抗 SSA 及抗 SSB 抗体与光过敏、血管炎、皮损、白细胞减少、继发干燥综合征相关。

【考点 86】抗结核化学治疗：化疗原则为早期、规律、全程、适量、联合五项原则。

【考点 87】结核性胸膜炎临床表现：1. 症状：①多见于青年人；②发热、盗汗、乏力、全身不适等结核中毒症状；③可有干咳、胸痛；④呼吸困难：大量胸腔积液时可有胸闷、气促；⑤脓胸患者常感胸闷、气短，可咳大量脓痰。2. 体征：①干性胸膜炎：胸膜摩擦音（触诊：摩擦感）。②渗出性胸膜炎：患区叩诊浊音或实音，语颤减弱或消失，呼吸音减弱或消失。③脓胸：慢性消耗病容，患侧胸廓塌陷，肋间隙变窄，气管纵隔向患侧移位。

【考点 88】结核性脑膜炎中头痛是最常见、最痛苦的症状。

【考点 89】单纯部分性发作：Jackson 发作：异常运动从局部开始，沿着大脑皮质运动区的分布区移动，一侧手指—腕部—肘部—肩部—口角—面部。

【考点 90】失神发作：①呼之不应，两眼瞪视不动；②意识短暂中断，发作和停止均突然；③一般不会跌倒，手中持物可能坠落，事后立即清醒，继续原先之活动，对发作无记忆。④EEG：上呈规律和对称的 3Hz/s 棘-慢波组合。

【考点 91】假性癫痫发作，又称癔病性发作，发作中哭叫、闭眼、躲闪、眼球乱动，瞳孔正常，对光发射存在；不符合癫痫发作的分类标准；发作期和发作间期无癫痫样放电。

【考点 92】癫痫的药物治疗：①失神发作——首选乙琥胺、丙戊酸、拉莫三嗪。②青少年肌阵挛癫痫——首选丙戊酸钠、拉莫三嗪，二线药物为左乙拉西坦、氯硝西泮。③部分性发作：成人——首选卡马西平、苯妥英钠；儿童——首选奥卡西平；老人首选加巴喷丁、拉莫三嗪。④全面强直-阵挛发作：卡马西平、丙戊酸钠、托吡酯、拉莫三嗪。

【考点 93】短暂性脑缺血发作（TIA）临床症状一般不超过 1 小时，最长不超过 24 小时，且无责任病灶的证据。

【考点 94】脑出血最常见的病因是高血压合并细小动脉硬化。最容易破裂的动脉是豆纹动脉。高血压性的脑出血好发的部位在基底节区及内囊。

【考点 95】颅内动脉瘤破裂是蛛网膜下腔出血最常见的病因。

【考点 96】帕金森病的运动症状最常见的是静止性震颤。

【考点 97】上运动神经元损伤：肌张力高，腱反射亢进、病理反射（+）。下运动神经元损伤：肌张力低，腱反射减弱、病理反射（-）。

【考点 98】CO 急性中毒：血液中 COHb 为 10%~20%为轻度；COHb 浓度为 30%~40%为中度；COHb 浓度为 40%~60%为重度。

【考点 99】病原体种类及在人体内发育过程，感染人类的疟原虫有 4 种：间日疟原虫、卵形疟原虫、三日疟原虫和恶性疟原虫。

【考点 100】根据发病机制和临床表现，中暑可分为热痉挛、热衰竭和热射病。

【考点 101】失水是指体液丢失造成体液容量不足，临床上分为：①高渗性失水，水丢失比例多于电解质丢失，血浆渗透压 $>310\text{mmol/L}$ ；②等渗性失水，水和电解质以血浆中正常比例丢失，血浆渗透压在正常范围；③低渗性失水，电解质丢失比例多于水丢失，血浆渗透压 $<280\text{mmol/L}$ 。

【考点 102】稽留热：体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上达数天或数周，24 小时内波动范围不超过 1°C 。见于肺炎球菌肺炎和伤寒等；②弛张热：因常见于败血症，故又称败血症热型，体温常在 39°C 以上，而波动幅度大，24 小时内波动范围达 2°C 以上，但最低体温仍高于正常水平。除见于败血症外，还可见于风湿热、重症肺结核和化脓性炎症等。

【考点 103】心源性水肿的位置从足部开始，下垂部位明显；肾源性水肿的位置从眼睑或面部开始。

【考点 104】艾滋病是获得性免疫缺陷综合征（AIDS）的简称，人类免疫缺陷病毒（HIV）所引起的致命性慢性传染病，主要通过性接触和体液传播，病毒主要侵犯和破坏辅助性 T 淋巴细胞（ CD4^+ T 淋巴细胞）。

【考点 105】乙脑的传染源是猪，传播媒介是蚊子。流脑的传染源是带菌者（流行期间带菌率高达 50%）和患者。

【考点 106】肾综合征出血热是由汉坦病毒引起的一种自然疫源性疾病，典型三大临床表现：发热、出血和急性肾损害以及发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期和恢复期五期经过。

【考点 107】肾综合征出血热三痛：头痛、腰痛和眼眶痛；三红：颜面、颈、胸部皮肤潮红；三点：软腭、腋下、胸背部出血。

【考点 108】糖尿病分为四种类型，即 1 型糖尿病、2 型糖尿病、其他特殊类型和妊娠糖尿病。

【考点 109】早期周围型肺癌没有特殊表现。常见刺激性咳嗽，血痰，有些肿瘤阻塞较大支气管，患者可以出现胸闷、哮喘、气促、发热和胸痛等症状。

【考点 110】3P 试验是检测可溶性纤维蛋白单体的试验，是诊断 DIC 筛选指标之一。正常人应为阴性。3P 试验阳性主要见于 DIC。

【考点 111】心脏杂音产生机制：正常人血液在血管内流动时呈层流状态，不产生声音。虽有少量湍流，但产生的声音微弱不会传出血管和心腔之外。如果血流速度加快、瓣膜口狭窄和关闭不全、血管腔异常扩大和狭窄、心腔内出现漂浮物以及血液黏稠度降低，则血流由层流成为湍流，进而形成旋涡，撞击心壁、瓣膜、腱索和大血管壁使之产生振动，在相应部位可听到声音即杂音。

【考点 112】伴有低血钾的高血压，其病因应首先考虑原发性醛固酮增多症。

【考点 113】肾血管性高血压表现为，上腹部和背部肋脊角处有高调血管杂音，为舒张期或连续性杂音。肾动脉造影可确诊，金标准。

【考点 114】上消化道出血——肝硬化最常见的并发症。
肝性脑病——最严重的并发症，也是最常见的死亡原因。

【考点 115】幽门螺杆菌检查
侵入性检查首选——快速尿素酶试验；
根治治疗复查的首选——¹³C 或 ¹⁴C 尿素呼气试验。

【考点 116】急性肾小球肾炎以休息及对症治疗为主，包括利尿消肿、降血压，预防心脑血管并发症的发生。休息、低盐和利尿后高血压控制仍不满意时，可加用降压药物。少数发生急性肾衰竭而有透析指征时，应及时给予透析治疗以帮助患者度过急性期。

【考点 117】急性肾小球肾炎发生高血压时首选的降压药物为利尿剂。

【考点 118】 中枢神经系统白血病（白血病出现了神经系统问题）多见于急淋（ALL）；白血病出现了肝、脾和淋巴结肿大多见于急淋（ALL）。

【考点 119】 慢性 ITP 首选激素。

【考点 120】 蛋白尿：每日尿蛋白持续超过 150mg/d；尿蛋白 > 3.5g/24h，称大量蛋白尿。

