

2023 二试备考宝典

◆医学教育网 编 临床执业/助理医师

√一试考情分析 √二试命题趋势
√精选重难点考点 √二试复习计划

目 录

一、临床医师一试试情分析.....	3
(一) 知己知彼百战不殆篇.....	3
(二) 临床医师一试试考试特点篇.....	4
(三) 临床医师二试命题趋势篇.....	4
二、临床医师二试提分秘笈.....	5
消化系统精编考点.....	5
女性生殖系统精编考点.....	9
儿科精编考点.....	11
心血管系统精编考点.....	14
呼吸系统精编考点.....	17
精神神经系统精编考点.....	20
运动系统精编考点.....	24
泌尿系统精编考点.....	25
内分泌系统精编考点.....	27
血液系统精编考点.....	32
其他相关精编考点.....	34
传染病、性传播疾病精编考点.....	38
风湿免疫性疾病精编考点.....	41
生理学精编考点.....	42
药理学精编考点.....	43
病理学精编考点.....	45
医学心理学精编考点.....	47
医学伦理学精编考点.....	49
卫生法规精编考点.....	50
预防医学精编考点.....	52

生物化学精编考点.....	54
医学微生物学精编考点(助理不要求).....	56
医学免疫学精编考点(助理不要求).....	57
病理生理学精编考点(助理不要求).....	58
解剖学精编考点(助理不要求).....	59
三、二试复习计划及应试技巧.....	61
(一) 推荐复习顺序.....	61
(二) 应试技巧.....	62



临床医师二试备考宝典

临床医师一试考试已经在万众瞩目下落下了帷幕，大家先给自己鼓个掌，感谢自己长期以来的努力学习，对自己说一句辛苦了，我们要坚信有付出就会有回报，自己一定能取得好成绩。当然，如果您对自己的发挥不太满意，如果您有幸是在可以二试的地区，请咬紧牙关再努力一把，相信成功一定属于努力奋斗的人！

一、临床医师一试考情分析

（一）知己知彼百战不殆篇

明确各单元考试科目，可帮助大家考前做到心中有数，所谓“临阵磨枪，不快也光”，考前哪怕瞥一眼重要知识点，也许考场上遇到了类似考题就会信心倍增，超常发挥。

2023年临床执业医师一试各单元考试科目

第一单元：

考查了：基础人文、预防、解剖、生理、免疫、病理、微生物、病理生理、其他。没有B型题，出现3道A3型题（9个小题），没有B型题。可以看出基础科目要求更高，难度有所提升，因为A3型题不只是记忆理解，还要会应用。

第二单元：

考查了：心血管系统、运动系统、泌尿系统、传染病系统、血液系统、内分泌系统、风湿免疫系统、药理传染病、泌尿系统、运动系统、血液系统、心血管、内分泌、药理。整体反馈，难度适中，题目的特点与网校的课程和题目的出题角度和思路是类似的。大部分都是老师课上讲过的知识点。

第三单元：

主要考查了：消化系统、其他、呼吸系统、血液系统。反馈有些题目的考查点稍微偏一点，但大多都是课上经常讲的，课下经常练习的题目。题目信息较长，做题时间紧张。

第四单元：

主要考查了：女性生殖系统、儿科、精神神经系统、少量血液系统。反馈题目考查机制较多，题型分布比例适中，题库中有不少原题。

2023年临床助理医师一试各单元考试科目

第一单元：

考查了：呼吸系统、消化系统、预防医学、泌尿系统、卫生法规、心理学、伦理学、血液系统、生化、生理学、传染病、药理学。

第二单元：

考查了：女性生殖系统、儿科疾病、心血管系统、代谢、内分泌系统、风湿免疫、运动系统、精神、神经系统、其他、病理学。

（二）临床医师一试考试特点篇

1. 临床执业医师第一单元仍然没有考查 B 型题，难度适中，其他科目的题型比例变化不大。

2. 某些题目考查的是记忆性知识点，所以平时我们要经常复习来加强巩固；某些题目考查的是理解性知识点，我们要多刷题、举一反三，熟能生巧。理解型题目更多。尤其更注重生理、病理等基础科目。

3. 虽然试题题目总体适中，但是其实考试越来越灵活和细节化，所以我们平时要多思考，打开思考方向和思路。

（三）临床医师二试命题趋势篇

针对近几年考试分析可以得出，重点仍是重点，超纲的题目比较少，只要能把大纲要求的知识点掌握了，通过分数线是完全没有问题的，但是有几点需要提醒大家：

1. 执业医师第一单元没有了 B 型题，A2 型题增多，说明多学科融合交叉的整合型试题增多，基础科目与临床内容相结合，更加灵活，多变。增加了难度，所以需进一步重视，考试的时候想的要全面。

2. A2 型题进一步增多，A1 型进一步减少，记忆型题目减少，理解类题目增加。应用类题目持平。所以考试趋势仍然向更加灵活、临床化的趋势走向，考查综合能力比较强，要求考生基础扎实且能灵活应用。

3. 题目难度不大，至于二试难度如何，不好判断。有可能会适当调整难度。

4. 要给予预防医学科目足够的重视, 近几年分值有所增加, 请大家平时注意练习一下。

二、临床医师二试提分秘笈

消化系统精编考点

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

2. 食管癌中晚期临床表现: **进行性吞咽困难**。食管癌的诊断: **纤维胃镜+活检**是确诊食管癌的首选方法。

3. 食管癌的主要转移方式: **经淋巴途径**。

4. 两个特殊的**急性应激性胃炎**

Curling 溃疡——烧伤

Cushing 溃疡——中枢神经系统病变

5. 十二指肠溃疡 DU——**饥饿痛**: 疼痛在两餐之间发生, 持续至下餐进食后缓解; 部分在午夜发生(夜间痛)。补充: **疼痛——进食——缓解**。胃溃疡 GU——**餐后痛**: 餐后约 1 小时(助理为 0.5~1 小时) 发生, 经 1~2 小时后逐渐缓解。补充: **进食——疼痛——缓解**。

6. 内镜下溃疡可分为**活动期(A)**、**愈合期(H)**和**瘢痕期(S)**三个病期。

7. 上消化道大出血**最常见**的病因亦是**消化性溃疡**, 原因: 溃疡侵蚀血管。消化性溃疡最常见的并发症是: **出血**。

8. 消化性溃疡胃镜检查及胃黏膜活组织检查——**确诊首选**。

9. 消化性溃疡药物治疗针对病因: **根除 Hp——彻底治愈的关键**, Hp 根除——**四联疗法**, **PPI、胶体铋(都选)**+两种抗生素, PPI(如奥美拉唑), 枸橼酸铋钾(胶体次枸橼酸铋)。

10. 抑酸药 PPI(强而持久), 总疗程: **DU 4 周; GU 6~8 周**; H_2 受体拮抗剂, 抑制胃酸分泌; 碱性抗酸药氢氧化铝——**中和胃酸**, 可迅速缓解疼痛症状, 作为**辅助治疗**。

11. 消化性溃疡胃大部切除术, **切除胃远侧 2/3~3/4**, 包括**幽门和近胃侧部分十**

十二指肠球部。吻合口径 3~4cm 左右。①毕 I 式：术后将残留胃直接和十二指肠吻合；②毕 II 式：术后将残留胃和上端空肠吻合，十二指肠残端缝合。

12. 胃大部切除术后早期并发症：①术后出血；②十二指肠残端破裂；③肠胃壁缺血坏死、胃肠吻合口破裂或漏；④术后梗阻；⑤胃瘫。

13. 胃大部切除术后远期并发症：①倾倒综合征；②碱性反流性胃炎；③吻合口溃疡；④残胃癌；⑤营养性并发症。

14. 消化性溃疡术后梗阻：①急性完全性输入袢梗阻：呕吐“食物”，不含胆汁；②慢性不完全性输入袢梗阻：呕吐大量“胆汁”；③输出袢梗阻：呕吐“食物+胆汁”。

15. 溃疡型胃癌，早期溃疡型胃癌很难与良性溃疡鉴别，必须取活检确诊，进展期胃癌，恶性溃疡的内镜特点：溃疡不规则，较大；底凹凸不平、苔污秽；边缘呈结节状隆起；周围皱襞中断；胃壁僵硬、蠕动减弱。

16. 肝硬化核心知识点

主要病因（病毒、酒精），我国以病毒多见。

临床表现：肝功能损害；门静脉压力增高。

并发症：上消化道出血（最常见）、肝性脑病（最严重、死因）、肝肾综合征（三低一高）、水电解质紊乱、感染、原发性肝癌、肝肺综合征、门静脉系统血栓、胆石症。

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

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

19. 腹水是肝硬化失代偿期最常见和最突出的表现。

20. 肝硬化肝功能失代偿期：①血白蛋白降低、球蛋白升高，白蛋白/球蛋白倒置；②凝血酶原时间延长，凝血酶原活动度下降；③血清胆红素增高，转氨酶、γ-谷氨酰转肽酶（GGT）、碱性磷酸酶（ALP）升高。

21. 肝穿刺活组织检查：假小叶形成——确诊肝硬化。

22. 肝癌首选影像学检查是 B 超，最有价值影像学检查是增强 CT。

23. 细菌性肝脓肿以**肠道菌群感染最常见**。**胆道逆行感染**是主要感染途径。
24. 细菌性肝脓肿=胆道疾病病史+寒战高热+肝区叩击痛+B超发现肝脏液性暗区。
25. 急性胆囊炎的辅助检查：首选B超，可见“**双边征**”。
26. 肝外胆管结石的临床表现：**典型的 Charcot 三联征**，即腹痛、寒战高热、黄疸。
27. 急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）病因——**最常见胆管结石**——梗阻；G⁻菌、阳性菌及厌氧菌。临床表现——**Reynolds 五联症**：腹痛、寒战高热、黄疸、休克、神经中枢系统受抑制。
28. 急性梗阻性化脓性胆管炎的治疗：**紧急手术解除胆管梗阻并引流**，及早降低胆管内压力，通常采用胆管切开减压、T管引流。
29. 急性胰腺炎**腹痛为主要表现和首发症状**。体征：**腹肌紧张，反跳痛**。
30. 急性胰腺炎淀粉酶
- (1) 血清淀粉酶：**2~12小时开始升高**，24小时达高峰，48小时开始下降，持续**3~5天**。血清淀粉酶超过正常值**3倍以上**可确诊。
- (2) 尿淀粉酶：**12~14小时升高**；持续**1~2周**。
31. 重症胰腺炎检查：**血钙 $<2\text{mmol/L}$** ，血尿淀粉酶突然下降；腹腔诊断性穿刺：发现高淀粉酶活性的腹水。持久的空腹血糖**大于 10mmol/L** 反映胰腺坏死，提示预后不良；血钙**低于 1.5mmol/L** 提示预后不良。
32. 胰腺癌的临床表现：**最常见：腹痛、黄疸和消瘦**，黄疸是胰头癌最主要的临床表现，呈进行性加重。
33. 溃疡性结肠炎并发症：**中毒性巨结肠**——暴发型或重症——**横结肠最严重**。临表：鼓肠、腹部压痛，肠鸣音消失。四大诱因：A. 低钾；B. 钡剂灌肠；C. 抗胆碱能药物；D. 阿片类制剂。（助理不要求）
34. 肠梗阻的临床表现：**腹痛、呕吐、腹胀、停止自肛门排气排便**。
35. 结肠癌：**右半结肠以全身症状、贫血、腹部肿块为主**，左半结肠癌以肠梗阻、便秘、腹泻、便血为主。
36. 肛裂典型的临床表现：**疼痛、便秘和出血**。局部检查发现肛裂“**三联征**”，

即**肛裂**、**前哨痔**和**齿状线上相应的乳头肥大**时即可确诊。

37. 肛裂=排便时伴有剧痛+二次疼痛伴中间间歇期+大便表面带有鲜血。

38. 肛裂最好发部位是**后正中线**，截石位**6点**。

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

40. 腹股沟管前壁浅层为**腹外斜肌腱膜**，深层有**腹内斜肌**的部分肌纤维，后壁为腹横筋膜，上壁为**腹内斜肌、腹横肌形成的弓状下缘**，下壁为**腹股沟韧带**和**陷窝韧带**，内口即**腹股沟深环**，外口即**腹股沟浅环**。

41. 直疝三角：外侧边是**腹壁下动脉**，内侧边是**腹直肌外缘**，底边是**腹股沟韧带**。

42. 斜疝：**儿童、青壮年**——**突出于腹股沟管**——**进入阴囊**——**梨形**——**易嵌顿**——**压住深环，疝块不再突出**。

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

44. 单纯疝囊高位结扎术：显露疝囊颈，于此处行**高位结扎或贯穿缝合**（**婴幼儿斜疝常用此法**）。

45. Ferguson法：修补加强腹股沟管**前壁**最常用的方法。适用于**腹横筋膜无显著缺损、腹股沟管后壁尚健全**的病例。

46. Bassini法：加强腹股沟管**后壁**。适用于**腹横筋膜已哆开、松弛，腹股沟管后壁较为薄弱者**，尤其适用于**青壮年斜疝和老年人直疝**。

47. Halsted法：与Bassini法很相似。

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

49. Shouldice法：既加强了内环，又修补了腹股沟管薄弱的后壁，术后复发率低于其他方法。适用于**较大的成人腹股沟斜疝和直疝**。

50. 小肠破裂临床特点：**早期即产生明显的腹膜炎**。治疗：简单修补为主。

结肠破裂临床特点：**腹膜炎出现得较晚，但较严重**。（助理不要求）

女性生殖系统精编考点

1. 外伤后易形成水肿的女性生殖结构是：**大阴唇**。
2. 宫体与宫颈之比，**青春期前为 1:2，成年妇女为 2:1，老年妇女为 1:1**。
3. 妊娠期**子宫峡部**逐渐伸展变长，**妊娠末期可达 7~10cm**，形成**子宫下段**，成为软产道一部分。
4. 女性**青春期最早出现的是：乳房发育**。青春期开始的重要标志为：**第一次月经来潮**。
5. 绝经过渡期是指**卵巢功能开始衰退直至最后一次月经的时期**。
6. 停经 **6~8周**双合诊检查子宫峡部极软，**感觉宫颈与宫体之间似不相连**，称为**黑加征**。停经是妊娠最早的症状。
7. **推算预产期**
$$\text{EDC (月)} = \text{LMP (月)} - 3 \text{ (或} + 9)$$
$$\text{EDC (日)} = \text{LMP (日)} + 7$$
8. 脐带内**有一条脐静脉，两条脐动脉**。
9. 妊娠 **38周**羊水量约 **1000ml**，妊娠 **40周**约 **800ml**。
10. 异常产褥三大症状——**发热、疼痛、异常恶露**。
11. 胎盘、胎膜残留所致阴道流血多发生于**产后 10日左右**，胎盘附着部位复旧不良常发生在**产后 2周左右**。剖宫产子宫切口裂开或愈合不良，多在**术后 2~3周**发生。
12. 妊娠期高血压的病理生理：**基本病理变化是全身小动脉痉挛**。
13. 技巧总结：“**S = -2 以上**”——**胎头未入盆、未衔接**——未通过入口平面
“**S = -1~0**”——**已入盆、衔接**——已经通过入口平面
“**S = -1~+1**”——**胎头正在通过中骨盆（还没通过）**
“**S = +3~+4**”——**胎头已通过中骨盆，到达骨盆底**
14. 子宫收缩力的作用及特点：子宫收缩力是临产后的主要产力，其特点包括：**节律性；对称性；极性；缩复作用**。
15. 诊断异位妊娠的简单可行方法为：经**阴道后穹窿可穿刺抽出暗红色不凝血**。
16. 妊娠期糖尿病（GDM）的诊断。

(1) 妊娠 24~28 周空腹血糖检查:

≥5.1mmol/L 者——直接诊断为 GDM——不必再做 75g OGTT

4.4mmol/L~5.1mmol/L 者——可疑——做 75gOGTT

≤4.4mmol/L 者——正常——可暂不行 75g OGTT

(2) 葡萄糖耐量试验 (OGTT) 检查

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

——有一个超过正常值即可诊断 GDM。

17. 先兆子宫破裂的处理: 立即肌内注射哌替啶或静脉全身麻醉抑制子宫收缩, 立即行剖宫产术。

18. 胎盘因素出血发生在胎儿娩出 10 分钟内胎盘未娩出, 阴道大量流血。

软产道损伤发生在胎儿娩出后立即发生阴道流血, 色鲜红、能凝固。

凝血功能障碍表现为胎儿娩出后阴道持续流血且血液不凝, 止血困难。

19. 多囊卵巢综合征诊断标准: (助理不要求)

①稀发排卵或无排卵;

②高雄激素的临床表现和 (或) 高雄激素血症;

③卵巢多囊改变: 超声提示一侧或双侧卵巢直径 2~9mm 的卵泡≥12 个, 和 (或) 卵巢体积≥10ml;

以上 3 项中符合 2 项并排除其他高雄激素病因。血 LH 增高、LH/FSH 比值增高是非肥胖型多囊卵巢综合征特征。

20. 早期减速-胎头受压; 变异减速-脐带受压; 晚期减速-胎盘功能减退, 胎儿宫内窘迫。

21. 子宫峡部上为解剖学内口, 下为组织学内口。

22. 子宫内膜表面 2/3 为功能层, 1/3 为基底层。

23. 子宫圆韧带起自宫角, 止于大阴唇前端, 维持前倾位。

子宫阔韧带限制向两侧倾斜, 有子宫动静脉和输尿管穿过。

子宫主韧带横行于宫颈两侧和骨盆侧壁之间, 固定宫颈位置、防止子宫下垂。

宫骶韧带维持子宫前倾。

24. 确诊早孕首选妊娠试验 (血 hCG 较早)。临床上最常用早早孕试纸测尿 hCG。

B 超和超声多普勒确诊活胎。

25. 分娩机制：衔接（双顶径进入入口平面，颅骨最低点达坐骨棘水平）→下降→俯屈→内旋转→仰伸→复位及外旋转→胎肩及胎儿娩出。

26. 潜伏期延长：初产妇 $>20\text{h}$ ，经产妇 $>14\text{h}$ 。

活跃期延长：宫口扩张速度 $<0.5\text{cm/h}$

活跃期停滞：宫口不再开大 $>4\text{h}$ 。

第二产程延长：初产妇 $>3\text{h}$ ，经产妇 $>2\text{h}$ 。

第二产程停滞：1h 胎头下降无进展。

滞产：总产程 $>24\text{h}$ 。

急产：总产程 $<3\text{h}$ 。

27. 宫颈癌：最常见妇科恶性肿瘤，好发于移行带区，HPV 感染。鳞状细胞浸润癌外生型最常见。直接蔓延（最常见）+淋巴转移（首先子宫旁淋巴结）。

28. 药物流产（米非司酮+米索前列醇）：停经 <49 日。负压吸引术：妊娠 10 周内。钳刮术：妊娠 10~14 周。利凡诺羊膜腔注射：中晚期妊娠。

29. 葡萄胎：子宫 $>$ 停经月份，大量 hCG，B 超落雪征或蜂窝征，阴道排出物见葡萄样水泡组织。及时清宫。随访 2 年（hCG、B 超、胸片），避孕套避孕 1 年。

30. 子宫肌瘤：最常见妇科良性肿瘤，宫体肌瘤、肌壁间肌瘤最常见。症状与肌瘤部位有关，经量增多，经期延长，周期正常。有压迫症状手术。保留生育功能：肌瘤切除术。不保留生育功能：子宫切除术。

儿科精编考点

1. 胎儿期：从精子和卵子结合形成受精卵开始至胎儿出生为止，约 40 周。最初 12 周，最易受外界不利因素的影响而出现流产、先天畸形、遗传性疾病或宫内发育不良。

2. 新生儿期：发病率及死亡率高，尤以早期新生儿（第一周新生儿）最高。

3. 婴儿期：出生后至满 1 周岁之前，新生儿期包括在内。是儿童生长发育最迅速的时期，身高在一年中增长 50%，体重增加 2 倍。

4. 幼儿期：1 周岁后到满 3 周岁之前。智能发育较快，语言、思维、自我意识发展迅速。开始行走，活动范围增大。好奇心强，自我保护能力差。意外事故较多见。

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

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

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

8. 体重计算：3~12月龄：体重(kg)=[年龄(月)+9]/2

1~6岁：体重(kg)=年龄(岁)×2+8

7~12岁：体重(kg)=[年龄(岁)×7-5]/2

9. 身高计算：2~6岁：身高(cm)=年龄(岁)×7+75

7~10岁：身高(cm)=年龄(岁)×6+80

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

11. 生长发育所需：**小儿特有**，生长发育所需能量与儿童生长的速度成正比。每增加1g体重约需5kcal。1岁以内婴儿基础代谢所需能量占总能量的50%。

12. 牛乳**缺乏各种免疫因子**是与人乳的最大区别。羊乳：**缺乏B₁₂和叶酸**，可引起巨幼细胞性贫血。

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

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

15. 正常新生儿呼吸频率较快，约为40~50次/分；正常新生儿心率比较快，波动范围比较大，通常为100~150次/分。足月儿血压平均为70/50mmHg；**正常新生儿**出生后**10~12小时内开始排胎粪**，约2~3天排完；新生儿脑相对较大，脊髓相对较长，其末端约在3、4腰椎下缘，故腰穿时应在第4、5腰椎间隙进针；由

于产后体内水分丢失较多，导致体重逐渐下降，第5~6天降到最低点（小于出生体重的9%），一般7~10天后恢复到出生体重，称为生理性体重下降。

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

17. 新生儿溶血病

新生儿溶血病：ABO血型不合最常见，主要见于母亲O型、胎儿A型或B型。

胆红素脑病（核黄疸）——最严重的并发症。

18. 新生儿溶血病换血量：患儿血量的2倍。

血型选择：Rh溶血→采用与母亲相同的Rh血型，ABO血型与新生儿相同；ABO溶血→AB型血浆+O型红细胞。

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

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

21. 苯丙酮尿症重点的实验室检查

新生儿筛查：新生儿喂奶3日后，Guthrie细菌生长抑制试验。

较大婴儿或儿童初筛：尿三氯化铁试验；2,4-二硝基苯胍试验。

22. 法洛四联症由以下4种畸形组成：①右心室流出道狭窄（肺动脉狭窄）；②室间隔缺损；③主动脉骑跨于左、右两心室之上；④右心室肥大（属继发性病变）。

23. 热性惊厥：地西泮为首选止惊药，静注、灌肠，不肌注！绝大多数5岁后不再发作。

24. 原发综合征X线检查呈哑铃型阴影：原发病灶+淋巴管炎+肺门淋巴结结核。
X线检查：诊断小儿肺结核的重要方法。

25. PPD试验阳性见于接种卡介苗后、感染过结核杆菌，阴性见于未感染过结核、初次感染后4~8周内、机体免疫功能低下或受抑制。

心血管系统精编考点

1. 心力衰竭的最常见的诱因是感染。

2. 心脏后负荷增加：高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压和肺动脉瓣狭窄等。
前负荷增加：二尖瓣反流、主动脉瓣反流、房间隔缺损、室间隔缺损和代谢需求增加的疾病（甲状腺功能亢进症、动静脉瘘等）。

3. Killip——急性心梗的分级

- I 级：尚无明显的心力衰竭；
- II 级：有左心衰竭，肺部啰音 $< 1/2$ 肺野；
- III 级：肺部有啰音，且啰音的范围 $> 1/2$ 肺；
- IV 级：心源性休克，有不同阶段和程度的血流动力学变化。

纽约——除急性心梗以外的任何心脏病。

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

4. 心衰表现：左心衰-肺淤血；右心衰-体循环淤血。

5. 洋地黄最适于心衰伴快速房扑房颤。预激综合征伴心房颤动禁用洋地黄。

6. β 受体阻滞剂延缓心肌重塑、降低死亡率；支气管哮喘、二度或三度房室传导阻滞禁用；心率 < 60 次/分、低血压慎用。

7. 急性左心衰治疗：取坐位，双腿下垂；吸氧；吗啡，伴 CO_2 潴留者不宜应用；氨茶碱；首选呋塞米快速利尿；硝酸甘油或硝普钠扩张血管；正性肌力药物。

8. 阵发性房颤：持续时间 < 7 天的房颤，一般 < 48 小时，能自行转复；

持续性房颤：持续时间 > 7 天的房颤，一般不能自行转复，需要进行药物或电复律。

9. 房颤：心律绝对不规则、第一心音强弱不等、脉短绌。

10. 房颤 P 波消失，代之以 f 波，频率 350~600 次/分，其大小、形态和振幅不同。

11. 房颤抗凝治疗：**华法林：前三后四。**
12. **房颤治疗：转复窦律或控制心室率。**转复窦律：药物转复（普罗帕酮、胺碘酮）、电转复（有血流动力学障碍和药物转复无效者）；控制心室率： β 受体阻滞剂、维拉帕米、洋地黄类。
13. 阵发性室上性心动过速特点：**突发突止、整齐。**
14. 阵发性室上性心动过速治疗：**刺激迷走神经**；腺苷、维拉帕米、普罗帕酮等静脉注射；电复律；射频消融。
15. **室早：提前发生的、宽大畸形的 QRS 波，时限通常 >0.12 秒，其前无 P 波；**代偿间歇完全。
16. **室速有心室夺获和室性融合波。**
17. **房扑 P 波消失，代之以锯齿样 F 波。**
18. 室颤心电图：波形、振幅及频率均极不规则，无法辨认 QRS 波、ST 段及 T 波。
19. **终止室颤最有效的方法是电除颤，只有室颤用非同步。**
20. 房室传导阻滞：
 - 一度传导阻滞：**每个心房冲动都传至心室，但 PR 间期 >0.20 秒**
 - 二度 I 型传导阻滞：**PR 间期进行性延长，直至一个 P 波受阻不能下传心室**
 - 二度 II 型传导阻滞：**PR 间期恒定，部分 P 波后无 QRS 波**
 - 三度传导阻滞：**房室各自独立，P 波与 QRS 波无关，心房率 $>$ 心室率，QRS 正常或增宽**
21. 心脏骤停**核心表现**：意识丧失，呼之不应；大动脉搏动消失；自主呼吸停止；瞳孔散大、对光反射消失。
22. 胸外按压部位**两乳头连线与胸骨交点**；深度 $5\sim 6\text{cm}$ ；频率 $100\sim 120$ 次/分；按压和通气比例为 **30：2**。
23. 人工呼吸给予足够的潮气量（约 $500\sim 600\text{ml}$ ），可以见到胸廓起伏。
24. 早期除颤：室颤用电除颤；**单相波除颤器能量**选择为 **360J**。
25. **脑复苏**是心肺复苏最后成功的关键。
26. 血压：测量安静休息坐位时上臂肱动脉部位血压，在未用降压药物情况下 **3 次以上非同日**血压测定所得的平均值为依据。
27. 老年人收缩期高血压的降压目标水平，**收缩压控制在 150mmHg 以下**，如能耐

受，可降至 140mmHg 以下，舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 但不低于 $65\sim 70\text{mmHg}$ 。

28. 他汀类主要降低血清总胆固醇 (TC)，贝特类：主要降低甘油三酯 (TG)。

29. 冠心病危险因素：年龄、性别、三高、吸烟。

30. 心绞痛以胸骨体上段或中段之后的发作性胸痛最典型，压榨样疼痛。

31. 心绞痛持续时间 $3\sim 5\text{min}$ ，不少于 1min 、不超过 15min 。

32. 心绞痛急性发作首选硝酸甘油舌下含服，变异型心绞痛常选用钙通道阻滞剂。

33. 心梗疼痛时间长 (持续 30 分钟~数小时)，濒死感、硝酸甘油不能缓解。

34. 心绞痛与急性心肌梗死临床表现的主要鉴别点是疼痛持续时间。

35. 心梗心电图：T 波高尖，ST 段弓背向上抬高，抬高的 ST 段与高尖 T 波的升支融合成“单向曲线”。

36. 二尖瓣狭窄程度分级：正常 ($4\sim 6\text{cm}^2$)，轻度 (瓣口缩小但仍大于 1.5cm^2)，中度 ($1\sim 1.5\text{cm}^2$)，重度 ($< 1\text{cm}^2$)。

37. 主动脉瓣关闭不全：可有脉压增大、周围血管征、“靴型心”。

38. 二狭两大特点：左房大 (左室不大)；右室大；呼吸困难最常见；梨形心；二尖瓣面容。

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

40. 肥厚型心肌病的杂音：

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

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

41. β 受体拮抗剂及非二氢吡啶类钙通道阻滞剂可减轻左心室流出道梗阻，并改善左室壁顺应性。

42. 病毒性心肌炎柯萨奇 B 组病毒感染最常见，确诊有赖于心内膜、心肌或心包组织内病毒的检出。

43. 心脏压塞：颈静脉怒张、动脉压下降、奇脉、大量心包积液体征。一旦出现心脏压塞立即行心包穿刺。

44. 中心静脉压 (CVP)：反映右心前负荷，CVP 的正常值为 $5\sim 10\text{cmH}_2\text{O}$

① $< 5\text{cmH}_2\text{O}$ 时，表示血容量不足；

② $>15\text{cmH}_2\text{O}$ 时, 提示心功能不全、静脉血管床过度收缩或肺循环阻力增高;

③ $>20\text{cmH}_2\text{O}$ 时, 则表示存在充血性心力衰竭。

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

呼吸系统精编考点

1. COPD 是不完全可逆的气流受限为特征的疾病, 其气流受限多呈进行性发展。

2. 吸烟是 COPD 最重要的环境发病因素。感染是 COPD 急性加重的重要因素。

3. 中性粒细胞的活化和聚集在 COPD 炎症过程中是非常重要的环节。

4. COPD 酶系统改变中, α_1 -抗胰蛋白酶是活性最强的一种。

5. 肺通气障碍主要的特点是 CO_2 潴留-通气差 CO_2 多。

6. 肺换气障碍主要特点是低氧血症-换气差 O_2 少。

7. COPD 核心词是: 咳、痰、喘; 气短或呼吸困难是 COPD 标志性症状。

8. COPD 体征:

① 视诊可见桶状胸, 肋间隙增宽;

② 触诊示双侧语音震颤减弱;

③ 叩诊示肺部过清音, 心浊音界缩小, 肺下界和肝浊音界下降;

④ 听诊示两肺呼吸音减弱。

9. 第一秒用力呼气容积 (FEV_1) 占用力肺活量 (FVC) 百分比 (FEV_1/FVC), 简称一秒率, 是评价气流受限的指标; 第一秒用力呼气容积占预计值百分比 ($\text{FEV}_1/\text{预计值}$) 是评估 COPD 严重程度的常用指标。吸入支气管扩张药后一秒率 <0.70 , 可确定为不完全可逆的气流受限, 是诊断 COPD 的必要条件。

10. $\text{LDH} > 500\text{U/L}$ 提示恶性肿瘤。

11. $\text{ADA} > 45\text{U/L}$ 常提示结核性胸膜炎。

12. COPD 并发呼衰是以 II 型呼吸衰竭多见。

13. COPD 稳定期治疗: 戒烟、脱离污染环境、支气管舒张药、糖皮质激素、祛痰药、抗胆碱能药、茶碱类、长期家庭氧疗 [吸入氧浓度 (%) = $21 + 4 \times \text{氧流量}$ 。一

般用鼻导管持续低流量吸氧，氧流量：1.0~2.0L/min]。

14. 渗出性胸腔积液以结核性胸膜炎最多见。

15. COPD 是导致肺心病最常见的病因。

16. 功能性因素尤其是缺氧是肺动脉高压形成的最重要因素。

17. 缺氧肺小动脉收缩痉挛是肺心病形成肺动脉高压的主要因素。

18. 肺心病代偿期：肺动脉高压表现+右心室大。

①不同程度的发绀和肺气肿体征；

②心脏体征： $P_2 > A_2$ （肺动脉高压）；

③三尖瓣区可出现收缩期杂音或剑突下心脏搏动增强（右心大）。

19. 肺心病失代偿期：简要记忆：呼衰+心衰

①呼衰导致的肺性脑病是主要死因。

②右心衰最特异性表现为肝颈静脉回流征阳性。

20. 肺心病 X 线检查：除肺、胸基础疾病急性肺部感染的特征外，还可见肺动脉高压征象：①右下肺动脉干扩张，其横径 $> 15\text{mm}$ ；其横径与气管横径比值 > 1.07 ；

②肺动脉段明显突出或其高度 $> 3\text{mm}$ ；③中央动脉扩张，外周血管纤细，形成“残根”样表现；④右心室增大征。

21. 肺心病心电图检查：主要条件有：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 $RV_1 + SV_1 \geq 1.05\text{mV}$ ；⑤ $V_1 - 3$ 导联 QRS 波呈 qR、QS、qr（需除外心肌梗死）；⑥肺型 P 波。次要条件有：①右束支传导阻滞；②肢体导联低电压。符合 1 个主要条件或 2 个次要条件可以诊断。肺心病心电图核心特点-右心扩大。

22. 肺型 P 波与二尖瓣型 P 波对比记忆：

①肺型 P 波：肺心病--右房大，P 波高尖；

②二尖瓣型 P 波：二狭--左房大，P 波宽大。

23. 肺心病并发心律失常多表现为房性期前收缩（最多见）及阵发性室上性心动过速，其中以紊乱性房性心动过速最具特征性。

24. 肺心病治疗：

①强心、利尿、扩血管——不做常规治疗；

②一定要在抗感染、积极改善呼吸功能的基础上进行（在积极控制感染、改善呼

吸功能后心力衰竭便能得到改善)；

③强心药不轻易用——因为缺氧；

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

④利尿药：选温和利尿药、小剂量使用；

⑤扩血管：不轻易用——因为体循环血压会下降；应用指征：顽固性心力衰竭。

25. 气道慢性炎症是哮喘的本质。

26. 支气管哮喘核心特点是可逆性气流受限，呈阻塞性通气功能障碍。

27. 发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽是支气管哮喘主要症状。

28. 支气管舒张药：是缓解哮喘急性发作症状的首选药物。

29. 糖皮质激素：是当前控制哮喘最有效的药物。吸入治疗是目前推荐长期抗炎治疗哮喘的最常用方法。

30. 白三烯调节剂：是目前除吸入型糖皮质激素外唯一可单独应用的哮喘控制性药物，可作为轻度哮喘吸入型糖皮质激素的替代治疗药物。

31. 单独的长效 β_2 受体激动剂（比如福莫特罗、沙美特罗）不被推荐用于支气管哮喘治疗，因为可能引起哮喘患者猝死，所以现在是和吸入激素联合使用。

重度至危重度哮喘发作必要时机械通气治疗。

32. 感染和支气管阻塞是支扩的主要病因。

33. 支扩的主要临床表现为慢性咳嗽，咳大量脓痰、反复咯血。

34. 支气管扩张最有意义的体征是局限性粗湿啰音。

35. 支气管柱状扩张典型的 X 线表现是轨道征，为增厚的支气管壁影。囊状扩张特征性改变为卷发样阴影，表现为粗乱肺纹理中有多个不规则的蜂窝状透亮阴影。高分辨 CT 是确诊支气管扩张的重要依据。

36. 支气管扩张大咯血首选药是垂体加压素，大出血多见于支气管动脉破裂，经药物治疗不能缓解反复发生威胁生命的大咯血，可考虑外科手术或支气管动脉栓塞术治疗。

37. 吸入性肺脓肿厌氧菌最常见；血源性肺脓肿金黄色葡萄球菌常见。（助理不要

38. 肺脓肿**仰卧位时**，好发于上叶后段或下叶背段，坐位时好发于下叶后基底段。

39. 肺脓肿主要特征：**高热、咳嗽和咳大量脓臭痰**。（助理不要求）

40. 浸润性肺结核的好发部位是**上叶尖后段和下叶背段**。

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

42. **小细胞癌与鳞状细胞癌属于中央型肺癌**；**腺癌属于周围型肺癌**。

中央型：位于**肺门区**，发生于**段或段以上支气管**；周围型：发生于**段支气管以下的支气管**。

43. 肺癌晚期压迫

①压迫或侵犯**膈神经**，引起同侧**膈肌麻痹**。

②压迫或侵犯**喉返神经**，引起声带麻痹，**呛咳，声音嘶哑**。

③压迫**上腔静脉**，引起**面部、颈部、上肢和上胸部静脉怒张**，皮下组织水肿，上肢静脉压升高；甚至出现**晕厥**。

④侵犯**胸膜**，可引起**胸膜腔积液**，往往为血性；大量积液时可以引起气促；有时癌肿侵犯胸膜及胸壁，可以引起持续性剧烈胸痛。

⑤**上叶顶部肺癌**：亦称**Pancoast 肿瘤**，引起同侧上睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷、面部无汗等**Horner 综合征**。

44. 肺血栓栓塞症（PTE）症状缺乏特异性，典型“**肺梗死三联征**”（**呼吸困难、胸痛、咯血**）并不多见。（助理不要求）

45. **第 4~7 肋骨**最易发生骨折。

精神神经系统精编考点

1. 感觉障碍的定位诊断考点汇集

周围神经：神经末梢受损：手套和袜子感

后根：节段性带状分布

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

丘脑：对侧偏身感觉减退或缺失，可伴有自发性疼痛和感觉过度

内囊：对侧偏身（三偏）

皮质：对侧上肢或下肢感觉障碍，复合性感觉障碍

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

3. 五个概念

(1) **感觉过敏**：轻微刺激产生明显的感受。

(2) **感觉过度**：感觉阈值增高，刺激后不马上感受（潜伏期延长），感觉到刺激时伴随定位不确定的明显不适感，并持续较长时间。

(3) **感觉异常**：在无刺激情况下，产生各种感觉，即自发性感觉。

(4) **感觉倒错**：一种感觉刺激被感受为另一种感觉。多见于非疼痛性刺激被感受为疼痛。

(5) **疼痛**：疼痛是指伴有明显不适的感觉，多由伤害性刺激所致。疼痛包括自发性和诱发性两类。自发性疼痛为感觉异常的一种，无伤害性刺激时，感受到各种类型的疼痛。诱发性疼痛可为感觉过敏或感觉过度的一种，也可感觉倒错的一种。

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

5. 偏头痛以无先兆偏头痛最常见。有先兆偏头痛以**视觉先兆**最为常见。对很强烈的偏头痛，可在发作早期给咖啡因麦角胺 2 片。

6. **神经麻痹**临床表现（助理不要求）

(1) 动眼神经麻痹：上睑下垂，外斜视、复视、瞳孔散大、光反应及调节反应消失，眼球不能向上、向内运动，向下运动也受到很大限制。

(2) 滑车神经麻痹：即上斜肌麻痹，单独的滑车神经麻痹少见。此时眼球活动限制较小，患眼向下向外运动减弱，并有复视。

(3) 展神经麻痹：内斜视，眼球不能向外侧转动，有复视。

(4) 三叉神经损害：产生同侧面部的感觉障碍和角膜反射消失，咀嚼肌瘫痪，张口时下颌向病侧偏斜。

7. **面神经炎**又称**特发性面神经麻痹**或**贝尔（Bell）麻痹**，主要症状为一侧面部表情肌瘫痪，不能皱额蹙眉，眼裂不能闭合或闭合不全，试闭眼时，瘫痪侧眼球转向上外方，露出白色巩膜，称**贝尔现象**；病侧鼻唇沟变浅、口角下垂、露齿时口

角歪向健侧、鼓气或吹口哨时漏气。

8. 面神经麻痹累及膝状神经节，除有周围性瘫痪、听觉过敏、舌前 2/3 味觉障碍外，还有耳廓和外耳道感觉迟钝、外耳道和鼓膜上出现疱疹，称为 **Ramsey-Hunt 综合征**，常为带状疱疹病毒感染所致。（助理不要求）

9. 三叉神经痛首选 **卡马西平**。（助理不要求）

10. 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病又称 **吉兰-巴雷综合征**，主要病变是周围神经广泛的节段性脱髓鞘，部分病例伴有远段轴索变性。

四肢对称性无力 + 腓肠肌压痛 = 吉兰-巴雷综合征

脑脊液蛋白细胞分离 = 吉兰-巴雷综合征

11. 视神经脊髓炎也叫 Devic 病，是一种独特的中枢神经系统炎性脱髓鞘疾病，主要累及视神经和脊髓，导致严重的神经功能损害。体内产生抗水通道蛋白 4 的抗体 (AQP4-Ig)，介导了一系列的自身免疫反应。视觉障碍表现为球后疼痛，转眼时明显，之后视物模糊、视力下降，体检可见视力下降和中心视野缺损，但眼球运动正常。

12. 头皮裂伤应注意：①需检查创口的创底有无骨折、碎骨片或异物，如果发现
有脑脊液或脑组织外溢，需按开放性脑损伤处理；②**头皮血供丰富，其清创缝合的时限允许放宽至 24 小时。**

13. 颅内血肿的手术指征：①伤后表现为进行性颅内压增高，如意识进行性恶化等；②虽经妥善的保守治疗后病情仍旧恶化，甚至出现脑疝者；③颅内压进行性增高；④**CT 表现为血肿部位出现明显的占位效应，小脑幕上血肿体积 > 30ml，小脑幕下血肿体积 > 10ml，或中线结构移位 > 10mm。**（助理不要求）

14. 颈动脉系统 TIA 通常表现为发作性**单肢轻瘫**最多见。（助理不要求）

15. 椎-基底动脉系统 TIA 常见症状：眩晕、平衡障碍，少数伴耳鸣。可有特征性症状：①**跌倒发作**：患者转头或仰头时下肢突然失去张力而跌倒，无意识丧失，可很快自行站起；②**双眼视力障碍（一过性黑蒙）。**（助理不要求）

16. 缺血性卒中脑 CT 检查：发病 **6 小时内多正常**，**24 小时后**病灶呈边界不清的低密度改变。

17. 脑卒中血管再通治疗：对适合者，在起病 **4.5 小时内**应予以静脉注射重组的组织性纤溶酶原激活剂 (rt-PA)。静脉溶栓的禁忌证是：血压大于 **180/110mmHg**；

近期有重大手术、脑梗死等情况；有脑出血、蛛网膜下腔出血史；有出血倾向或血小板计数低于 $100 \times 10^9/L$ 。

18. 脑卒中抗血小板聚集治疗：未接受溶栓治疗者应尽早，或溶栓治疗 24 小时后，开展抗血小板聚集治疗。

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

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

21. 脑出血急性期高血压处理：如血压在 $\geq 180/105\text{mmHg}$ ，可适当给予作用较温和的降压药，如呋塞米（速尿）、尼卡地平、乌拉地尔等。使血压维持在略高于发病前水平。

22. 造成枕骨大孔疝：后颅窝肿瘤；
造成小脑幕裂孔疝：颞部硬脑膜外血肿；
造成蛛网膜下腔出血：颅内动脉瘤。

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

24. 颅内压增高是指在病理状态下，颅内压力超过 $200\text{mmH}_2\text{O}$ 。

25. 癫痫持续状态是指持续 30 分钟以上的癫痫的一系列间隙极短的密集发作或连续发作。控制抽搐首选地西泮。（助理教材为 50 分钟）

26. Wernicke 脑病：长期饮酒导致维生素 B_1 缺乏所致。

27. 遗忘综合征：与酒精有关的遗忘综合征称为科萨科夫综合征，是特有症状之一。主要表现为近记忆障碍、虚构、定向障碍三大特征。

28. 精神分裂症特征性症状

阳性症状：幻觉（言语性幻听最常见）、妄想（被害妄想）、情感过程障碍、意志行为。

阴性症状：情感平淡或淡漠、思维贫乏、意志减退等。

29. 抑郁症临床表现：兴趣下降或缺乏；“三无”症状（无望、无助、无用）；“三自”症状（自责、自罪、自杀）。抗抑郁药物首选选择性 5-羟色胺（5-HT）再摄取抑制剂（SSRIs）。对出现严重自杀企图者电抽搐治疗。

30. 心境稳定剂碳酸锂治疗躁狂发作的首选药物。

运动系统精编考点

- 骨折特有体征：①畸形；②异常活动；③骨擦音或骨擦感。
- 根据骨折的程度和形态分类：①横形骨折；②斜形骨折；③螺旋形骨折；④粉碎性骨折：骨质碎裂成3块以上；⑤嵌插骨折：骨折片相互嵌插，多见于干骺端骨折；⑥压缩性骨折；⑦凹陷性骨折：骨折片局部下陷，多见于颅骨；⑧骨骺损伤。
- 根据骨折端稳定程度分类
稳定性骨折：骨折端不易移位或复位后不易再发生移位者，如**裂缝骨折、青枝骨折、横形骨折、压缩性骨折、嵌插骨折**等。
不稳定性骨折：骨折端易移位或复位后易再移位者，如**斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎性骨折**等。
- 骨折的治疗原则：**复位、固定、康复治疗**。
- 骨折早期并发症：①**骨筋膜室综合征**；②**脂肪栓塞综合征**；③**重要内脏器官损伤**；④**重要周围组织损伤**；⑤**休克**。
- 骨折晚期并发症：①**关节僵硬**；②**缺血性肌挛缩**；③**下肢深静脉血栓形成**；④**感染**；⑤**压疮**；⑥**坠积性肺炎**；⑦**损伤性骨化**；⑧**缺血性骨坏死**；⑨**急性骨萎缩**；⑩**创伤性关节炎**。
- 开放性骨折的处理清创最好在伤后**6~8小时内**清创。
- 脊髓圆锥与马尾神经损伤的异同：
同——大小便失禁、鞍区感觉减退、性功能减退。
异——**马尾神经损伤有下肢瘫痪和腱反射消失**，而脊髓圆锥损伤没有。
- 骨盆骨折**骨盆挤压和分离试验阳性**。
- 托马斯（Thomas）征提示**髋关节结核**。
- 膝关节韧带损伤：①侧方应力试验——**内外侧副韧带**；②抽屉试验——**前后交叉韧带**；③Lachman（拉赫曼）试验——**前、后交叉韧带**；④轴移试验——**膝关节稳定性**。（助理不要求）
- 断肢（指）干燥冷藏**。

13. 神经损伤：①正中——不能屈——对掌不能；②桡——不能伸——垂腕；③尺——不能内收与外展——夹纸试验、“爪形手”、Froment 征；④坐骨——足下垂、跨越步态；⑤腓总——“内翻下垂足”。
14. 腰椎结核——拾物试验阳性。腰椎间盘突出——直腿抬高试验阳性。
15. “竹节”样——强直性脊柱炎；肥皂泡——骨巨细胞瘤；死骨形成并有包壳——慢性骨髓炎；“葱皮”现象：骨膜的掀起呈阶段性，形成同心圆或层状排列的骨沉积。多见于尤因肉瘤。

泌尿系统精编考点

1. 镜下血尿：离心后尿沉渣镜检红细胞 >3 个/高倍视野。
2. 肉眼血尿：1L 尿中含 1ml 血即呈现肉眼血尿。
3. 肾小球源性血尿与非肾小球源性血尿的鉴别：肾小球源性血尿特征：全程血尿、无痛性血尿、尿中无凝血，可见红细胞管型、变形红细胞为主（ $>70\%$ ）以及伴有其他肾小球疾病表现。非肾小球源性血尿特征：见于泌尿系统感染、结石、创伤及肿瘤，无红细胞管型、呈均一、形态正常红细胞。
4. 尿三杯试验可以帮助判断是否为全程血尿。初段血尿提示前尿道病变，终末血尿提示膀胱颈部、三角区或后尿道损伤，全程血尿提示膀胱或其以上部位损伤。
5. 蛋白尿：尿蛋白大于 150mg/d，超过 3.5g/d 称为大量蛋白尿。
6. 肾衰透析指征：①急性肺水肿；②无尿 2 天，或少尿 4 天；③高钾血症，血钾 $\geq 6.5\text{mmol/L}$ ；④酸中毒：pH < 7.25 ，二氧化碳结合力 $< 13\text{mmol/L}$ ；⑤血尿素氮 $\geq 21.4\text{mmol/L}$ ，或每日升高 $\geq 8.9\text{mmol/L}$ ；⑥血肌酐 $\geq 442\mu\text{mol/L}$ ，或每日升高 $\geq 176.8\mu\text{mol/L}$ 。
7. 前列腺增生首选检查：直肠指诊。
8. 急性肾小球肾炎病因： β 溶血性链球菌。
9. 急性肾小球肾炎：血尿、蛋白尿、水肿和高血压。
10. 急性肾小球肾炎多见于链球菌感染后。多见于儿童。起病初期血清补体 C_3 下降，于 8 周内渐恢复正常，对提示急性肾炎意义很大。

11. 急性肾小球肾炎确诊金标准：**肾脏活检**。
12. 急进性肾小球肾炎：**血尿、进行性少尿、肌酐明显升高**。（助理不要求）
13. 急进性肾小球肾炎**肾活检是金标准**，病理改变特征为肾小球广泛**新月体形成**（>50%的肾小球有新月体形成），又名新月体性肾炎。（助理不要求）
14. 慢性肾小球肾炎通常血压控制为 130/80mmHg，若尿蛋白**大于 1g/d，125/75mmHg 以下更为理想**。
15. 肾病综合征：①尿蛋白定量**超过 3.5g/d**；②血浆白蛋白**低于 30g/L**；③**水肿**；④**高脂血症**。
16. 急性肾盂肾炎：**尿频、尿急、尿痛+腰痛+肾区叩击痛+白细胞管型**，检查**清洁中段尿培养**。**2周疗法**，首选**喹诺酮**。
17. 慢性肾盂肾炎：**反复尿频、尿急、尿痛（时间≥6个月）+肾盂变形**，检查用**肾盂静脉造影**。
18. 急性膀胱炎：**尿急、尿频、尿痛、排尿困难**。目前推荐**3日疗法**，首选**喹诺酮**。
19. 急性细菌性前列腺炎发病寒战和高热，**尿频、尿急、尿痛**，会阴部坠胀痛。**常用喹诺酮类药物，疗程7天**。
20. 慢性细菌性前列腺炎：**尿频、尿急、尿痛+尿道口“滴白”**。首选**红霉素、复方磺胺甲噁唑、多西环素**等具有较强穿透力的抗菌药物。
21. 肾结核最有意义的检查：**尿结核杆菌培养**。
22. 上尿路结石：主要症状**疼痛、血尿**。
23. 膀胱结石：**排尿突然中断、改变体位后，症状改善**。
24. 泌尿、男性生殖系统肿瘤在我国最常见的为**膀胱癌**，其次是肾癌，前列腺癌较少见，但呈上升趋势。
25. 肾癌典型三大症状：**血尿、疼痛、肿块**。根治性肾切除。
26. 肾盂癌早期即可出现**间歇无痛性肉眼血尿，伴有条形血块**，IVU**肾盂充盈缺损**（与肾癌最大的不同），根治手术：**切除患肾及全长输尿管**。（助理不要求）
27. 膀胱癌为**间歇性无痛性全程肉眼血尿**。中老年常见。
28. 小儿最常见的泌尿系肿瘤是**肾母细胞瘤**。（助理不要求）
29. 肾母细胞瘤：儿童、**腹部包块**、可伴有血尿。（助理不要求）

30. 膀胱癌治疗：尽可能保膀胱！

- (1) 体积较小或浅表的非浸润性肿瘤——**经尿道膀胱肿瘤电切或激光切除术**。
- (2) 体积较大、浸润较深但较局限的肿瘤——**膀胱部分切除术**。
- (3) 肿瘤较大、多发、反复发作及分化不良、浸润较深——**膀胱全切术**。

31. 直肠指诊、经直肠超声检查和血清前列腺特异性抗原 (PSA) 测定是临床诊断前列腺癌的三个基本方法。前列腺癌的**确诊依靠经直肠超声引导下前列腺穿刺活检**。(助理不要求)

32. 睾丸肿瘤=睾丸坠胀感、肿块质硬且有沉重感。透光试验阴性。(助理不要求)

33. 慢性肾脏病临床分期：

1期：肾损害：GFR 正常或升高 [$\geq 90\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$]。

2期：肾损害伴 GFR 轻度下降 [$60\sim 89\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$]。

3期：GFR 中度下降 [$30\sim 59\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$]。

4期：GFR 重度下降 [$15\sim 29\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$]。

5期：肾衰竭 [$\text{GFR} < 15\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$]。

34. 肾前性氮质血症：①有效血容量不足；②心排量降低；③全身血管扩张；④肾内血流动力学改变。

35. 隐睾：一岁以内睾丸有自行下降的可能，若一岁以后睾丸仍未能下降，可短期采用绒毛膜促性腺激素 (hCG)。(助理不要求)

内分泌系统精编考点

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

定位诊断：颅脑 MRI。治疗用溴隐亭。

2. 生长激素分泌瘤

①GH 增多于青春期前---**巨人症**。

②GH 增多于成人期---**肢端肥大症**。

附：GH 减少---**侏儒症**。

首选手术治疗。生长抑素类似物是目前治疗肢端肥大症最主要的药物。

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

4. 去氨加压素是目前最理想的控制中枢性尿崩症状、减少尿量的药物。
5. 长期每昼夜尿量超过 2500ml 为多尿。
6. 甲状腺髓样癌就是来自 C 细胞的肿瘤, 测定血中降钙素浓度帮助诊断。
7. 甲状腺激素的分泌调节最重要的是下丘脑-垂体-甲状腺之间的反馈性调节。
8. 甲状腺主要功能是合成和分泌甲状腺激素 (T_3 、 T_4)。
9. 甲亢主要的病因是弥漫性毒性甲状腺肿 (Graves 病), 表现为①怕热、易怒、多食、消瘦; ②甲状腺肿大; ③突眼症。
10. 甲亢的辅助检查: 血清 FT_3 、 FT_4 增高, TSH 减低。
11. TSH 是筛查甲亢的第一线指标, 是最敏感的指标。
12. 甲亢的治疗:
甲硫氧嘧啶 (MTU)、丙硫氧嘧啶 (PTU—妊娠合并甲亢的首选药物), 适应证: 年龄轻、症状体征轻、肿大轻 (I 度肿大)、手术及放射性碘治疗准备。
核素 ^{131}I 治疗: 适用于甲状腺中度以下大小的 Graves 病, 白细胞低、难以长期药物治疗者、药物或手术治疗复发者、甲亢合并周期性瘫痪、有心脏病等不宜手术又需要根除甲亢者、中等或小的自主高功能性甲状腺腺瘤等。甲状腺过大的也可分次治疗。孕妇、甲状腺不摄 ^{131}I 者不宜采用, 青少年慎用。
甲状腺双侧次全切除术对中度以上的甲亢仍是目前最常用而有效的疗法, 能使 95% 的患者获得痊愈。
13. 抗甲状腺药物 (MTU、PTU、MM) 治疗时, 当中性粒细胞低于 $1.5 \times 10^9/L$ 时应停药处理。
14. 甲亢合并周期性瘫痪的诊断及治疗: 周期性瘫痪表现为对称性肌无力, 双下肢最易受累, 发作时血钾低, 尿钾正常。补钾可缓解。
15. 甲状腺危象: 体温 $39^\circ C$ 以上、脉率 >140 次/分, 呕吐或有腹泻, 大汗淋漓, 谵妄甚至昏迷、抽搐。
16. 甲亢手术并发症
 - 1) 术后呼吸困难和窒息: 多发生在术后 48 小时内, 是术后最危急的并发症。
 - 2) 喉返神经损伤:
一侧喉返神经损伤——声嘶
双侧喉返神经损伤——失音或严重的呼吸困难, 甚至窒息, 需立即做气管切开。

3) 喉上神经损伤：

外支损伤——环甲肌瘫痪，引起声带松弛、音调降低。

内支损伤——容易误咽发生**呛咳**。

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

17. 甲减：胎儿期或新生儿期——**呆小病**

儿童期——严重者有黏液性水肿

成人期——成年型甲减，严重时出现黏液性水肿

18. 甲减的甲状腺的功能检查： FT_3 、 FT_4 ↓→负反馈→ TSH ↑（最敏感、最早出现异常的为血 TSH）。**甲状腺激素替代治疗。**

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

20. **缺碘引起单纯性甲状腺肿**。检查： T_3 、 T_4 、 TSH 正常。服用**碘剂**治疗。（助理不要求）

21. 甲状旁腺激素作用：**升钙、降磷**。（助理不要求）

22. 甲状腺滤泡旁细胞分泌**降钙素**。（助理不要求）

23. 甲状腺癌的共同表现甲状腺内发现单个结节，质地硬、无痛、表面不平。晚期可发生声嘶，呼吸、吞咽困难和交感神经受压引起**Horner 综合征**，耳、枕、肩疼痛，局部淋巴结及远处器官转移等表现。

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

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

26. 正常血钾浓度为 **3.5~5.5mmol/L**。

27. 甲旁亢血钙 $>2.75\text{mmol/L}$ ，血磷下降，PTH升高。手术治疗。（助理不要求）
28. 库欣综合征临床表现：满月脸，水牛背，宽大紫纹，糖皮质激素增多。库欣病临床表现：满月脸，水牛背，宽大紫纹，垂体占位。
29. 库欣综合征：小剂量地塞米松抑制试验——定性诊断；
库欣病：大剂量地塞米松抑制试验——定位诊断。
确定是否为库欣综合征：依据有库欣综合征典型的临床表现；实验室检查血皮质醇水平增高和昼夜节律消失；24小时尿游离皮质醇（UFC）排出量增高；小剂量地塞米松抑制试验或过夜地塞米松抑制试验时增高的尿或血皮质醇水平不被抑制是库欣综合征必需的确诊试验。（助理不要求）
30. 库欣综合征分泌过多的激素是：皮质醇。（助理不要求）
31. 原发性醛固酮增多症中高血压、低血钾症状群是本病最具特征性的临床表现。
32. 原发性醛固酮增多症定性诊断：血浆、尿中醛固酮升高，肾素及血管紧张素活性降低；定位诊断：最常用而有效的是肾上腺CT扫描。（助理不要求）
33. 原发性醛固酮增多症手术切除醛固酮分泌瘤是唯一有效的根治性治疗。药物治疗：螺内酯为首选。（助理不要求）
34. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症的临床表现：皮质醇和醛固酮缺乏导致代谢紊乱，出现全身皮肤色素沉着、低钠血症、低血压、高钾血症、低血糖、抗感染能力弱、明显乏力等症状。（助理不要求）
35. 当临床表现疑为原发性慢性肾上腺皮质功能减退症时，需依据实验室检查确诊：①血浆总皮质醇水平及24小时尿游离皮质醇（UFC）明显降低，ACTH兴奋试验血皮质醇（F）及24小时UFC水平不升高也证实肾上腺皮质储备功能减退；②同时血浆ACTH水平明显升高，常比正常人高5~50倍；③肾上腺结核在CT、B超检查时发现钙化灶，肾上腺增大等改变，自身免疫性肾上腺炎时肾上腺可萎缩，抗肾上腺抗体阳性有助于自身免疫性肾上腺炎诊断。（助理不要求）
36. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症的治疗：需要终生糖皮质激素替代治疗，首选氢化可的松。（助理不要求）
37. 嗜铬细胞瘤：阵发性高血压是本病特征性表现。（助理不要求）
38. 嗜铬细胞瘤：24小时尿儿茶酚胺、儿茶酚胺的中间代谢产物甲氧基肾上腺素（MN）和甲氧基去甲肾上腺素（NMN）及最终代谢产物香草扁桃酸（VMA）升高。

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

40. 肾上腺危象主要是静脉输注**糖皮质激素**，纠正水和电解质紊乱，纠正低血糖和去除诱因。(助理不要求)

41. 1型糖尿病：由胰岛B细胞破坏导致胰岛素绝对缺乏引起，多见于青少年，很少肥胖，有自发酮症酸中毒的倾向。**需要胰岛素治疗。**

42. 2型糖尿病：**以胰岛素抵抗、胰岛素分泌不足为主**。多见于成年人，可伴有肥胖，不易发生酮症酸中毒，常有家族史。

43. 糖尿病症状：**多尿、多饮、多食和体重减轻。**

44. 糖尿病的诊断标准：

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

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

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

45. 糖尿病**总结**用药口诀：

胖人吃瓜子

瘦人喝脉

餐后吃菠菜 (阿卡波糖和伏格列波糖)

手术+并发症+妊娠，统统改用胰岛素

46. 血钙

血钙**低于 2.25 mmol/L** 即可诊断为低钙血症。

血钙**高于 2.75 mmol/L** 即可诊断为高钙血症。(助理不要求)

47. “黎明现象”：清晨皮质醇、生长激素 (促进血糖 \uparrow) 分泌增多，导致短暂高血糖。

48. **Somogyi 效应**: 夜间低血糖→胰岛素抵抗→反跳高血糖→减少夜间胰岛素的用量。
49. **糖尿病酮症酸中毒和高渗高血糖综合征**是常见的糖尿病急性并发症。
50. 糖尿病酮症酸中毒表现: 食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、**呼吸深大、呼气中有烂苹果味**; 进一步加重出现意识模糊, 嗜睡以致昏迷。
51. 糖尿病病情加重, 脂肪分解加速, 产生大量**乙酰乙酸、 β -羟丁酸和丙酮**, 三者统称为**酮体**。
52. 糖尿病酮症酸中毒: **血糖 16.7~33.3mmol/L**; **尿酮体强阳性 (+++~++++)**; 高渗性非酮症性糖尿病昏迷**血糖: 33.3~66.6mmol/L**, **尿酮体弱阳性**。
53. 胰岛素和胰岛素类似物的常见不良反应是**低血糖**。
54. 低血糖: **血糖 < 2.8mmol/L**, 常见病因: 胰岛素瘤。立即补糖。(助理不要求)
55. 等渗性脱水: 恶心、厌食、乏力、少尿、不口渴。
诊断: 正常血清 Na^+ 为 **135~145mmol/L**, 尿比重增高。治疗首选**平衡盐溶液**。
56. 低渗性缺水: 水和钠同时缺失, 失钠多于缺水。常见于呕吐、胃肠减压引流。无口渴。诊断: **血钠浓度低于 135mmol/L**, 尿比重常在 1.010 以下。
57. 高渗性脱水: 水和钠同时缺失, 失水多于缺钠。常见于大面积烧伤, 摄水不足。口渴。诊断: **血钠浓度在 150mmol/L 以上**, 尿比重高。
58. 低钾血症早期表现: 肌无力, 先是四肢软弱无力, 可致代碱。**血钾浓度低于 3.5mmol/L**。典型心电图: T 波低平或倒置、ST 段降低、QT 间期延长和 U 波。
59. 高钾血症早期表现: 肢体感觉异常、软弱无力、肌肉酸痛。**血钾浓度超过 5.5mmol/L**。**血钾 > 6.5mmol/L 透析治疗**。

血液系统精编考点

1. 血红蛋白测定值在成年男性低于 **120g/L**、成年女性(非妊娠)低于 **110g/L**, 孕妇低于 **100g/L**, 可诊断为贫血。
2. 缺铁性贫血的表现: 头晕、乏力及心悸等; 缺铁的原发病表现: 口炎、舌炎、**缺铁性吞咽困难、异食癖、反甲、匙状指**等组织缺铁表现。
3. 缺铁贫: **骨髓象和骨髓铁染色降低--最可靠**。骨髓象以红系为主, “核老浆幼”。血清铁 \downarrow , 总铁结合力升高 \uparrow , 转铁蛋白饱和度 \downarrow 。**血清铁蛋白 \downarrow 是体内储备铁**

的指标—最敏感。

4. 口服铁剂后 5~10 天网织红细胞开始上升达高峰，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）。

5. 缺铁贫 Hb 下降比 RBC 明显，巨幼贫 RBC 下降比 Hb 明显。

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

7. 巨幼细胞贫血实验室检查：骨髓象“核幼浆老”；叶酸、维生素 B₁₂测定减低。（助理不要求）

8. 巨幼细胞贫血治疗：口服叶酸、肌肉注射维生素 B₁₂。（助理不要求）

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

10. 重型再障外周血数值：①网织红细胞的绝对值减少 $<15 \times 10^9/L$ ；②中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；③血小板 $<20 \times 10^9/L$ 。

11. 再生障碍性贫血骨髓象：骨髓增生减低或重度减低，巨核细胞明显减少或缺如，非造血细胞如淋巴细胞、浆细胞等增多。

12. 慢性再障：雄激素为首选药物。

13. 确定溶血性贫血病因的实验室检查（助理不要求）

①抗人球蛋白试验（Coombs）阳性---自身免疫性溶血性贫血。

②红细胞渗透性脆性实验阳性---遗传性球形细胞增多症。

③高铁血红蛋白还原试验阳性---红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症（蚕豆病）。

④蔗糖溶血试验及酸溶血（Ham）试验阳性---阵发性睡眠性血红蛋白尿。

14. 红细胞寿命缩短是溶血最可靠的指标。（助理不要求）

15. 白血病表现：贫血、发热、出血；器官和组织浸润的表现；常有胸骨中下段压痛。

16. 白血病骨髓象：骨髓增生活跃至极度活跃，WHO 分型规定骨髓原始细胞占有核细胞的比例 $\geq 20\%$ 。

17. 淋巴结和肝脾大多见于 ALL，纵隔淋巴结肿大常见于 T-ALL；骨和关节疼痛和压痛，常有胸骨中下段压痛；粒细胞肉瘤（绿色瘤）常见于粒细胞白血病，如

M_2 型；齿龈和皮肤浸润以 M_4 和 M_5 型多见；中枢神经系统白血病（CNSL）多见于 ALL，常为髓外复发的主要根源；睾丸浸润多见于 ALL，是仅次于 CNSL 的髓外复发根源。Auer 小体见于 AML。

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

19. AML：标准诱导缓解方案为 DA（柔红霉素+阿糖胞苷）或 IA（去甲氧柔红霉素+阿糖胞苷），此外还有 HA（高三尖杉酯碱+阿糖胞苷）。 M_3 型（APL）使用全反式维 A 酸和（或）砷剂治疗。

20. 一般 ITP 的处理：糖皮质激素（首选，常用泼尼松）；脾切除（①糖皮质激素治疗 6 个月无效者；②糖皮质激素治疗有效，但发生对激素的依赖性，停药或减量后复发或需较大剂量才能维持者；③对糖皮质激素应用有禁忌者）；免疫抑制剂如长春新碱。

其他相关精编考点

1. 手术时限分类：

急症手术：急性阑尾炎、肠破裂等。

限期手术：恶性肿瘤，不宜延迟。

择期手术：甲状腺大部分切除术、疝修补术。

2. 术前准备

术前 12h 禁食，术前 4h 禁水。

胃肠道手术：术前 1~2 日开始进流质饮食，有幽门梗阻的患者，需在术前进行洗胃。

结肠或直肠手术：应在术前 1 日及手术当天清晨行清洁灌肠或结肠灌洗。

术前特殊准备：

病人血压在 160/100mmHg 以下时可以手术，术前不用降压药。

急性心梗 6 个月内不施行择期手术。

近期有脑卒中史者，择期手术应至少推迟 2 周，最好 6 周。

3. 术后体位：

施行颅脑手术后，如无休克或昏迷，可取 15°~30° 头高脚低斜坡卧位。施行

颈、胸手术后,多采用**高半坐位卧式**,以便于呼吸及有效引流。腹部手术后,多取**低半坐位卧式或斜坡卧位**;以减少腹壁张力;腹腔内有污染的患者,在病情许可情况下,尽早改为**半坐位或头高脚低位**。休克患者,应取**下肢抬高 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$,头部和躯干抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$** 的特殊体位。

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

5. 对于初期完全缝合的切口,拆线时应记录切口愈合情况,切口分为三类:①**清洁切口(I类切口)**,指缝合的**无菌切口**,如甲状腺大部切除术等;②**可能污染切口(II类切口)**,指手术时可能带有**污染的缝合切口**,如胃大部切除术等,皮肤不容易彻底消毒的部位、6小时内的伤口经过清创术缝合、新缝合的切口再度切开者,也属此类;③**污染切口(III类切口)**,指邻近感染区或组织直接暴露于污染或感染物的切口,如阑尾穿孔的阑尾切除术、肠梗阻坏死的手术、各部位脓肿引流的手术等。

6. 切口的愈合也分为三级:①**甲级愈合**,用“甲”字代表,指**愈合优良,无不良反应**;②**乙级愈合**,用“乙”字代表,指**愈合处有炎症反应,如红肿、硬结、血肿、积液等,但未化脓**;③**丙级愈合**,用“丙”字代表,指**切口化脓,需要做切开引流等处理**。

7. **术后出血**:胸腔手术后,每小时引流出血液量持续超过**100ml**,就提示有**内出血**。

8. **正常人REE**: $20 \sim 25 \text{kcal} / (\text{kg} \cdot \text{d})$ 。

9. **肠外营养适应证**:(1)凡不能或不宜经口摄食超过**5~7天**的患者。

(2)营养不良者的术前应用。

(3)消化道痿、急性重症胰腺炎、肠道炎性疾病、短肠综合征。应用PN有利于病情缓解。

(4)严重感染、脓毒症、大面积烧伤以及肝肾衰竭者。

(5)复杂手术后,特别是腹部大手术之后,应用PN有利于患者康复。

(6)恶性肿瘤患者在营养支持后会**使肿瘤细胞增殖、发展**,因此需在营养支持的同时加用化疗药物。化疗期或放疗期应用PN可补充摄食之不足。

10. 一氧化碳重度中毒的首选**高压氧舱治疗**。

11. 肠外营养中心静脉途径包括**颈内静脉途径或锁骨下静脉途径**插入中心静脉导管途径。
12. 静脉导管**常见并发症**：**气胸；最严重：空气栓塞。**
13. 中心静脉置管最常见的并发症：**导管性脓毒症。**
14. 肠内营养的并发症主要有：**误吸、腹胀、腹泻。**
15. 中心静脉置管如果 24h 后发热仍不退，应选用**抗生素。**
16. 外科感染分类：**非特异性感染；特异性感染。特异性感染：破伤风、结核病、炭疽、气性坏疽等。**
17. 疖和痈的最常见的致病菌是**金黄色葡萄球菌。**
18. 全血胆碱酯酶活力测定是**诊断有机磷杀虫药中毒的辅助实验室指标。**轻度中毒：全血胆碱酯酶活力**一般在 50%~70%**；中度中毒：全血胆碱酯酶活力**一般在 30%~50%**；重度中毒：全血胆碱酯酶活力**一般在 30%以下。**
19. 敌百虫中毒**禁用 2%碳酸氢钠**洗胃；甲拌磷、内吸磷、对硫磷、乐果、马拉硫磷中毒**忌用高锰酸钾液**洗胃。
20. 急性一氧化碳中毒早期的表现是：**皮肤、黏膜呈樱桃红色。**
21. 一氧化碳中毒晚期出现**急性一氧化碳中毒迟发脑病。**
22. 急性蜂窝织炎和丹毒最常见的致病菌是**溶血性链球菌。**
23. 口底及颌下急性蜂窝织炎应及早切开减压，以防喉头水肿、压迫气管。
24. 丹毒=皮肤淋巴管网的急性感染+**红肿边界境界清楚。**
25. 金黄色葡萄球菌的脓液特点是：**黄色，不臭。**
26. 类杆菌，拟杆菌的脓液特点是：**恶臭。**
27. 甲沟炎和脓性指头炎最常见的致病菌是金黄色葡萄球菌。
28. 脓性指头炎临床表现：**针刺样疼痛—搏动性跳痛—疼痛减轻。**
29. 破伤风首先侵犯的是肌肉：**咀嚼肌。**最严重的侵犯呼吸肌。
30. 破伤风的主要的药物治是**破伤风抗毒素（1万-6万U）。**
31. 气性坏疽=伤肢肿胀进行性加重+**恶臭+皮下气肿+皮肤出现大理石花纹。**（助理不要求）
32. 气性坏疽的最主要的处理措施是：**彻底清创。**（助理不要求）
33. 清创应争取在伤后**6~8小时内**进行，头皮的开放伤可以延伸到**24小时。**

34. 火器伤清创也争取在伤后 6~8 小时内进行，但一般不作一期缝合，只能开放伤口引流 3~5 天后，根据情况延期缝合。
35. 烧伤面积的分布：头、面、颈一一三、三、三；双手、前臂、上臂一一五、六、七；躯干前、后、会阴一一十三、十三、一；双臀、双足、双小腿、双大腿一一五、七、十三、二十一（女：六、六、十三、二十一）。
36. 烧伤的患者的补液是：晶体：胶体=2：1，每天生理需要量是 2000ml。
37. 烧伤补液体量，应该先快后慢，前 8 小时先补总量的一半。
38. 乳腺癌的酒窝征是累及 Cooper 韧带。铠甲胸一一乳癌广泛侵犯皮肤。
39. 乳腺癌的橘皮征是指皮下淋巴管被癌细胞阻塞，引起淋巴回流障碍，出现真皮水肿。
40. 恶性程度最高的乳腺癌是炎性乳癌。
41. 湿疹样癌（Paget 病）的表现是湿疹+癌症症状。
42. 瞳孔扩大的疾病是阿托品中毒。
43. 瞳孔可缩小的疾病是有机磷类杀虫药、吗啡、氯丙嗪中毒。
44. 有机磷杀虫药中毒的口腔气味是大蒜臭味。
45. 铅、锰中毒首选的解毒剂是依地酸二钠钙、促排灵。
46. 砷、汞、铊中毒的解毒剂是二巯丙醇。
47. 有机磷毒物=针尖样瞳孔+口有“大蒜臭味”+农药服用病史
48. 有机磷中毒毒蕈碱样症状（M 受体）：平滑肌痉挛、腺体分泌增多、瞳孔缩小。
49. 有机磷中毒烟碱样症状（N 受体）：肌束震颤、血压升高。
50. 中间型综合征多发生在重度中毒和复能药用量不足的患者，常出现在急性症状缓解后，约中毒后 24~96 小时突然出现颈项肌、四肢近端肌无力和第 III、VII、IX、X 对脑神经支配的肌肉无力，引起通气障碍性呼吸困难或衰竭，可导致死亡。

传染病、性传播疾病精编考点

1. 我国法定的甲类传染病：鼠疫和霍乱。
2. 我国法定的乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、

登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、甲型 H1N1 流感、新型冠状病毒肺炎。

3. 我国法定的**丙类**传染病：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、棘球蚴病、丝虫病和除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病。

4. 传染病感染过程中**隐性感染**是最常见的表现。

5. 淋病是由**淋病奈瑟菌（简称淋菌）**引起。**居性病首位**。不洁性交史+**尿道有脓性分泌物**。

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

乙类传染病，发现乙类传染病患者或疑似患者，要求**24小时内**上报。

7. 丙类为监测管理传染病，要求发现后**24小时内**上报。

8. 淋病治疗**遵循及时、足量、规范用药**的原则：**首选第三代头孢菌素**。孕期：首选**头孢曲松钠**；禁用喹诺酮类及四环素类药物。

9. 梅毒治疗原则是**早期确诊、及时治疗、用药足量、疗程规范**。治疗期间应避免性生活，同时性伴侣也应接受检查和治疗。**青霉素类为首选药物**，**头孢曲松钠可作为青霉素过敏者优先选择的替代治疗药物**

10. 丁型肝炎病毒是**需与 HBV 共生**才能装配成复制的一种缺陷病毒。

11. 乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸（**HBVDNA**）：位于核心部分，**是感染最直接、特异和灵敏的指标**。

12. 乙肝病毒是 **DNA**，甲、丙、丁、戊肝病毒为 **RNA**。

13. 乙型肝炎：新生儿在首次接种（必须在出生后**24小时内**完成）后**1个月**和**6个月**再分别接种 1 次疫苗。

14. 亚急性重型肝炎肝性脑病出现时间：**2~26周**。

15. 慢性肝衰竭：**肝硬化基础+肝功能进行性减退+腹水或门脉高压、凝血功能障碍+肝性脑病为主要表现**。

16. 病毒性肝炎知识点：

①DNA/RNA：最直接；

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

③抗体：IgM-近期；IgG-既往。

17. 丙肝诊断：接触丙肝患者和有注射、输血、使用血制品等历史。

18. 主动免疫：甲型肝炎疫苗有减毒活疫苗和灭活疫苗。

被动免疫：肌内注射丙种球蛋白。

19. 肾综合征出血热传染源啮齿类动物（人不是主要传染源）。

20. 肾综合征出血热发热期：三痛（头痛、腰痛、眼眶痛）；三红（颜面、颈及上胸部皮肤明显充血潮红）；出血（鞭击样）；肾损（蛋白尿）。

21. 肾综合征出血热少尿期：一般发生于病程第 5~8 日，表现为少尿（24 小时尿量少于 400ml）、无尿（少于 100ml）。肾综合征出血热多尿期：24 小时尿量大于 3000ml。

22. 流行性乙型脑炎（简称乙脑）是由乙脑病毒感染人引起的急性中枢神经系统传染病。主要通过蚊虫叮咬传播，流行于夏秋季，约有 90% 的病例发生在 7、8、9 三个月内。猪是本病的主要传染源，人作为传染源意义不大。

23. 乙脑引起的呼吸衰竭：是本病最严重的表现和主要的死亡原因。

24. 乙脑高热、抽搐、呼吸衰竭是乙脑患者的三大危重症状，亦是抢救治疗的三大关键问题。

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

26. 伤寒首选喹诺酮类治疗。（助理不要求）

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

28. 急性菌痢：普通型（典型）腹泻初为稀便或水样便，以后转为黏液脓血便，大便每日 10 余次至数十次。

29. 慢性菌痢急性菌痢病程迁延或反复发作超过 2 个月不愈者。

30. 治疗细菌性痢疾最常用的抗菌药物有：喹诺酮类。

31. 霍乱核心表现：急性起病，多无发热；先泻后吐；米泔水样便，无粪臭；无

腹痛，无里急后重，脱水；**低钠抽筋（腓肠肌、腹肌）**。（助理不要求）

32. 霍乱静脉补液：应掌握先快后慢、先盐后糖、见尿补钾及适时补碱的原则。

成人 24 小时补液量，轻型为 3000~4000ml，中型 4000~8000ml，重型为 8000~12000ml；儿童 24 小时补液量则分别为 100~150ml/kg、150~200ml/kg 和 200~250ml/kg。（助理不要求）

33. 流行性脑脊髓膜炎（简称流脑）主要临床表现为**突起高热、头痛、呕吐、皮肤黏膜瘀点、瘀斑及脑膜刺激征**。

34. 疟疾用药：**氯喹---控制临床发作的药物。伯氨喹---控制复发和传播的药物。乙胺嘧啶---主要用于预防的药物。**

35. 血吸虫病：寄生于**门静脉系统**，典型表现有发热、皮疹、腹泻或脓血性大便、肝脾大，唯一中间宿主**钉螺**。

36. **吡喹酮**对血吸虫有很强的杀灭作用；灭螺是预防措施中的关键。

37. 囊尾蚴病是**猪带绦虫**的幼虫寄生人体引起的疾病。**猪带绦虫**患者是唯一的传染源。**皮下结节病理活检**找到囊尾蚴是最终确诊的依据。（助理不要求）

38. 囊尾蚴病病原治疗（助理不要求）

(1) **阿苯达唑**：为**脑囊尾蚴病的首选药物**。脑囊尾蚴病严重者应减少剂量。

(2) **吡喹酮**：**皮下肌肉囊尾蚴病**可首选此药。

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

40. 梅毒病原体：**梅毒是由苍白密螺旋体引起**。

风湿免疫性疾病精编考点

1. 类风湿关节炎为滑膜炎；强直性脊柱炎为附着点炎；系统性红斑狼疮为小血管炎；干燥综合征为上皮炎；炎性肌病为肌炎及血管炎、间质性肺炎；系统性血管炎为大、中、小及动、静脉炎；骨关节炎为关节软骨变性；系统性硬化病为皮下纤维组织增生、微血管病及间质性肺炎。

2. 系统性红斑狼疮（SLE）是一种以**多系统损害和多种自身抗体阳性**为主要特点的系统性自身免疫性疾病，在慢性病程中病情缓解和急性发作常交替发生。80% SLE 患者有皮肤损害，其中**蝶形红斑和盘状红斑**最具有特征性。10%的 SLE 患

者因关节周围肌腱受损而出现 Jaccoud 关节病，其特点为可复性非侵蚀性关节半脱位。

3. 抗双链 DNA (dsDNA) 抗体：是诊断 SLE 的重要抗体，与疾病活动性密切相关。

4. 几乎所有 SLE 患者的肾组织都有病理变化，约 60% 患者有临床表现。

5. SLE 可出现瓣膜赘生物，称为 Libman-Sack 心内膜炎。

6. 系统性红斑狼疮=蝶形红斑或盘状红斑+多系统病变+多种抗体阳性（抗 Sm，抗 dsDNA）

7. 糖皮质激素：是治疗 SLE 的主要药物，一般选用泼尼松。

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

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

10. RA 关节表现主要分为滑膜炎症和关节结构破坏两个方面表现，表现有：晨僵（持续 ≥ 1 小时以上的晨僵对 RA 的意义较大），疼痛与压痛（关节痛往往是 RA 的首发症状，最常受累的部位为腕关节、掌指关节、近端指间关节）、关节肿、关节畸形（最常见的畸形是腕关节强直、肘关节完全伸直受限、掌指关节半脱位、手指尺侧偏斜、手指“天鹅颈”或“纽扣花”畸形）等。

11. 类风湿关节炎诊断特异性最高的抗体是：抗 CCP 抗体。

12. RA 关节外表现：类风湿结节是最常见的关节外表现。

13. AS 体征：骶髂关节压痛，脊柱前屈、后伸、侧弯和转动受限，胸廓活动度减低（ $< 2.5\text{cm}$ ），枕墙距异常（ $> 0\text{cm}$ ）等，Schober 试验阳性（ $< 4\text{cm}$ ）。“4”字试验阳性提示骶髂关节病变。

14. 尿酸 $> 420\ \mu\text{mol/L}$ 可诊断为高尿酸血症。

15. 痛风急性关节炎期：多在午夜或清晨突然起病，数小时内受累关节出现红、肿、热、痛和功能障碍，疼痛剧烈，单侧第一跖趾关节最常见，其余依次为踝、膝、腕、手指、肘关节；秋水仙碱治疗后，关节症状可以迅速缓解。

生理学精编考点

1. 正常成年人体液总量约占体重的 60%，按其分布部位的不同分为细胞内液（约

占体重的 40%) 和细胞外液 (约占体重的 20%) 两大部分。细胞外液里约 3/4 为组织液, 约 1/4 为血浆, 脑脊液和淋巴等占比极少。

2. 反射弧组成: 感受器、传入神经、神经中枢、传出神经、效应器。

3. 负反馈: 其意义在维持稳态, 比如: 体温、血糖、血压的调节等。

正反馈: 较少见, 比如: 排尿反射、凝血过程。

4. 动作电位: 有效刺激后产生的膜电位波动, 四部分 (升支、锋电位、降支、后电位) 组成, Na^+ 迅速大量内流形成动作电位上升支, K^+ 向膜外扩散形成动作电位下降支。

5. 动作电位特点: 全或无、不衰减传播、脉冲式发放。局部电位特点: 等级性电位; 衰减性传导; 电位可融合。

6. 细胞外液是机体内细胞直接接触和赖以生存的环境, 故将细胞外液称为机体的内环境。

7. 动作电位在有髓神经纤维上的传导: 沿郎飞结处跳跃式传导, 髓鞘可提高神经纤维的传导速度。

8. 动作电位在同一细胞上的传导: 双向性、绝缘性、安全性、不衰减性、相对不疲劳性、结构功能完整性。

9. Na^+ 内流的越多, 动作电位的峰值越高。

10. K^+ 外流的越多, 静息电位的负值越大。

11. 葡萄糖主要是经载体易化扩散实现跨膜转运, 但经小肠黏膜上皮细胞顶端膜进入上皮细胞的转运为继发性主动转运。

12. 红细胞生理特性: 可塑变形性; 悬浮稳定性; 渗透脆性。

13. 射血分数比搏出量能更敏感的反映心功能。

14. 心输出量 = 每搏输出量 \times 心率 $\approx 5\text{L}/\text{min}$; 是评价心功能最基本的指标。

15. 最大输出量: 一侧心室每分钟射出的最大血量。可反映心力储备能力。

16. 左室后负荷为——主动脉压; 右室后负荷为——肺动脉压。

17. 吸收胆盐、维生素 B_{12} 的主要部位是: 回肠。

18. 辐射散热、传导散热、对流散热三种散热方式只有在皮肤温度 $>$ 环境温度时才有意义; 当皮肤温度 $<$ 环境温度时, 最常见的散热方式是蒸散发热; 寒战、高热的原因是体温调定点上移; 体温调节中枢由视前区-下丘脑前部控制。

19. 100%葡萄糖、氨基酸在近端小管重吸收；重吸收方式：继发性主动转运。

水在近端小管全部被动重吸收。

20. 菊粉在肾小囊超滤液中的浓度等于血浆浓度，在肾小管既不重吸收，也不分泌。

21. 调节远曲小管、集合管对 Na^+ 的重吸收的主要因素是：醛固酮——保钠排钾。

22. 维持躯体姿势反射的最基本方式是：肌紧张。

23. 正常脑电图的波形及其意义

1) α —— 正常安静，清醒闭目时；

2) β —— 睁眼视物，或突然听到声音，或思考问题时；（大脑皮层兴奋的表现）；

3) θ —— 困倦，缺氧或深度麻醉时出现；

4) δ —— 成人睡眠，清醒时无此波；深度麻醉和缺氧也可出现。

24. 甲状旁腺素（PTH）—— 升血钙，降血磷。

25. 雄激素：睾酮为主，由间质细胞分泌。

药理学精编考点

1. 药物不良反应包括：副反应、毒性反应、后遗效应、停药反应、超敏反应、特异质反应。

2. 新斯的明：易逆性抗胆碱酯酶药，用于治疗重症肌无力、术后腹气胀和尿潴留、阵发性室上性心动过速、竞争性神经肌肉组织药过量时的解救。（助理不要求）

3. 去甲肾上腺素药理作用：激动血管的 α_1 受体，使血管收缩，主要是使小动脉和小静脉收缩。其中皮肤黏膜血管收缩最明显，其次是肾脏血管；舒张心脏冠脉血管；激动心脏 β_1 受体，产生正性作用；小剂量收缩压升高明显，舒张压升高不明显，脉压 \uparrow ；大剂量收缩压、舒张压均升高明显，脉压 \downarrow 。临床应用：早期神经源性休克、嗜铬细胞瘤切除、药物中毒时的低血压；局部止血。

4. 肾上腺素临床应用：心脏骤停、过敏性休克、支气管哮喘急性发作、缓解血管神经性水肿和血清病、与局麻药配伍、治疗青光眼等。

5. 异丙肾上腺素临床应用：支气管哮喘、二度和三度房室传导阻滞、心脏骤停、感染性休克。

6. 抗癫痫药选择

(1) 4个首选

①大发作——**首选**——苯妥英钠（另一，卡马西平）

②小发作——**首选**——乙琥胺

③大+小——**首选**——丙戊酸钠

④癫痫**持续**状态——地西洋静注

7. **治疗充血性心力衰竭的药物**： β 肾上腺素受体阻断药、ACE 抑制药、呋塞米、地高辛等。

8. **抗心绞痛药**：硝酸甘油、 β 肾上腺素受体阻断药、钙拮抗药。

9. **调血脂药与抗动脉粥样硬化药**：他汀类、贝特类。

10. **抗高血压药**：噻嗪类利尿药、钙通道阻滞药、 β 受体阻断药、ACE 抑制药、氯沙坦。

11. **利尿药与脱水药**：呋塞米、氢氯噻嗪、螺内酯、乙酰唑胺、甘露醇。

12. **糖皮质激素类药理作用**：糖代谢：升高血糖；蛋白质代谢：加速分解；长期大量使用，促使脂肪重新分布（满月脸、水牛背、向心性肥胖）；长期用药可致骨质脱钙；糖皮质激素具有强大的抗炎作用；对免疫系统的抑制作用、抗过敏作用；抗休克；允许作用；退热作用；能刺激骨髓造血功能；可提高中枢的兴奋性；长期大量应用可出现骨质疏松。

13. **麦角生物碱**只可用于产后止血和子宫复原，**不宜用于催产和引产**，剂量稍大即可引起包括子宫体和子宫颈在内的子宫平滑肌发生强直性收缩。妊娠后期——子宫对麦角生物碱的敏感性增强。

14. **青霉素 G**：本药肌内注射或静脉滴注为治疗敏感的 G⁺ 球菌和杆菌、G⁻ 球菌及螺旋体所致感染的首选药。

15. **半数有效量 (ED₅₀)**：能引起 50% 的实验动物出现阳性反应时的药物剂量。

半数致死量 (LD₅₀)：能引起 50% 的实验动物出现死亡的剂量。

治疗指数 (TI)：LD₅₀/ED₅₀ 的值，用以表示药物的安全性。TI 大的药物较 TI 小的药物相对安全。

病理学精编考点

1. 细胞的**适应性**改变：萎缩、增生、肥大和化生。

萎缩：实质细胞的**体积变小和数量减少**而致体积缩小。

肥大：**细胞、组织和器官体积增大**。

增生：实质细胞数量增多而引起组织、器官的体积增大称为增生。

化生：一种分化成熟的细胞类型被另一种分化成熟的细胞类型所取代的过程称为化生。

2. 细胞的损伤

可逆性的：细胞水肿、脂肪变性、玻璃样变性、淀粉样变性、黏液样变性、病理性色素沉着、病理性钙化。（后四个助理不要求）

不可逆性的：坏死、凋亡。

3. **脂肪变性**心肌呈黄色，与正常心肌暗红色相间，形成黄色斑纹——**虎斑心**。

4. **细胞内玻璃样变性**：浆细胞 **Russell 小体**、酒精性肝病——肝细胞内形成 **Mallory 小体**。

5. 坏死：基本病理改变是**核固缩、核碎裂、核溶解**。

6. **肉芽组织**主要由**成纤维细胞和新生薄壁的毛细血管**组成，并伴**炎症细胞浸润**。由底部**垂直于创面向上**生长。

7. **肉芽组织的作用**：抗感染及保护创面、填补伤口及其他组织缺损、机化血凝块和坏死组织。

8. 骨折愈合的四个阶段：①**血肿形成**；②**纤维性骨痂形成**；③**骨性骨痂**；④**骨痂改建或再塑**。

9. **贫血性梗死**：多发生在组织结构致密、侧支循环不丰富的实质性器官，如**心、肾和脾**，因梗死灶内出血少而呈灰白色。

10. 炎症的基本病理变化：**变质、渗出和增生**。

11. **异型性**是区别**良、恶性肿瘤**重要的组织学依据。

12. 上皮组织来源的肿瘤叫**癌**；间叶组织来源的肿瘤叫**肉瘤**。

13. **上皮内瘤变**：上皮从**异型增生到原位癌**的连续过程。

轻度和中度异型增生——**低级别上皮内瘤变**

重度异型增生+原位癌——**高级别上皮内瘤变**

14. 分化好的**鳞癌癌巢**中可见**细胞间桥和角化珠**。

15. 原发性高血压主要表现为：**细小动脉玻璃样变**。良性高血压血管的病理变化

表现为**细小动脉硬化**。

16. 动脉粥样硬化

心脏的病理变化：表现为心绞痛和心肌梗死。

肾脏的病理变化：肾动脉粥样硬化可引起肾梗死，新鲜肾梗死呈三角形，灰白色，周围可见**充血出血带**。严重时可形成动脉粥样硬化性萎缩肾，即表现为肾脏形成较大的**瘢痕凹陷**。

脑的病理变化：脑动脉粥样硬化可引起**脑萎缩、脑软化和脑出血**。

17. **Aschoff小体**是风湿性心脏病增生期的特征性病变。

18. **二尖瓣狭窄**，瓣膜口面积可缩小至 $1\sim 2\text{cm}^2$ 。

二尖瓣关闭不全，X线表现为**球形心**。

19. 慢性支气管炎患者咳痰的病变基础是：**黏液腺肥大、增生，分泌亢进，浆液腺黏液化**。

20. 大叶性肺炎主要由**肺炎链球菌**引起，主要病理变化为**纤维素性炎**。大叶性肺炎病理变化：**充血水肿期、红色肝样变期、灰色肝样变期、溶解消散期**。大叶性肺炎**预后好**，可完全恢复正常的肺组织结构和功能，只有极少部分出现并发症。

小叶性肺炎主要由**化脓性菌**引起，主要病理变化为**急性化脓性炎症**，并发症多，危险大。

21. **霍奇金淋巴瘤**：**R-S细胞**具有诊断意义，最具代表性。**双核的R-S细胞**，两核对称，形如镜中之影——“**镜影细胞**”。

22. 乳腺癌是**乳腺导管上皮及腺泡上皮**发生的恶性肿瘤。

23. 子宫颈上皮异型增生属**癌前病变**。

24. 生殖细胞肿瘤最常见的是**畸胎瘤**。

25. 结核病病变特点是形成**结核性肉芽肿**，基本病变是**变质、渗出和增生**。

26. **伤寒**病变特征是**全身单核巨噬细胞系统增生**，以回肠末端淋巴组织的病变最为突出。肠道病变可分为**髓样肿胀期、坏死期、溃疡期和愈合期**，每期大约持续一周。

27. 流行性乙型脑炎镜下改变：变质性改变：重者神经细胞出现**核固缩、核碎裂和核溶解**。变性、坏死的神经细胞周围常有增生的少突胶质细胞围绕，称之为**卫星现象**。

28. 流行性脑脊髓膜炎病理改变：蛛网膜、软脑膜血管高度扩张充血，蛛网膜下腔内见大量中性粒细胞、少量淋巴细胞、单核细胞及纤维素渗出。

29. 梅毒的基本病变为：①闭塞性动脉内膜炎和血管周围炎；②树胶样肿为本病特征性病变。

30. 尖锐湿疣又称生殖器疣或性病疣，是一种由 6、11 型人类乳头状瘤病毒感染（HPV）引起的性病，主要通过性交而传染。镜下可发现挖空细胞。

医学心理学精编考点

1. 医学心理学：是心理学与医学相结合的一门交叉学科，属于规范心理学。
2. 医学模式的转化：神灵主义医学模式→自然哲学医学模式→生物医学模式→生物-心理-社会医学模式。
3. 医学心理学的任务：心理社会因素在疾病的发生、发展和变化过程中的作用规律；心理评估手段在疾病的诊断、治疗、护理与预防中的作用；运用心理治疗的方法达到治病、防病与养生保健的目的；患者心理活动的特点以及心理康复方法的运用。
4. 心理是脑的功能，心理是人脑对客观现实主观能动的反映。
5. 人脑对现实的反映具有主观性（经历不同）、能动性（即有选择地反映外界事物），不是对所有外界事物都反映。
6. 知觉的基本特征：知觉的选择性、知觉的整体性、知觉的理解性、知觉的恒常性。
7. 记忆过程的规律：识记、保持、遗忘、再认、回忆。
8. 遗忘：已感知过的事物提取时失败，遗忘最快发生在识记第 1 天，以后会变慢，呈先快后慢规律，提示要及时复习。
9. 瞬时（感觉）记忆：视觉形象记忆约保持 1/4 秒，声像记忆大约持续 2~4 秒。
10. 短时记忆：在感觉记忆基础上保持 1 分钟左右记忆，多 9 个记忆单位，少 5 个记忆单位（ 7 ± 2 ）。
11. 长时记忆：随时提取，受干扰小。
12. 创造性思维阶段分为：准备—酝酿—豁朗—验证。
13. 创造性思维的特点：变通性（如谁说出砖头的作用越多，创造力越高）、独特

性（越独特创造力越高）、流畅性（不卡壳）能流畅才能变通，能变通才可能独创。

14. 思维是属于心理活动的：认知过程。

15. 个体经验的获得而引起行为发生相对持久变化的过程称为：学习。

16. 意志的特征：意志行动是有目的的行动；与克服困难相联系（意志行动的核心）；以随意运动为基础。

17. 一种比较持久微弱、具有渲染性的情绪状态是：心境。

18. 需要的分层：生理<安全<爱与被爱<尊重需要<自我实现。

19. 趋避冲突：指人对同一事物同时产生相矛盾的动机，既向往得到它，又想拒绝避开它（想吃自助，又怕长胖）。

20. 智力的个体发展来说：从出生到青春期——智力迅速增长；20~34岁——智力达高峰期。

21. 智力正常：属于人正常活动的最基本心理条件，是心理健康首要标准。

22. 人格完整：心理健康的最终目标是人格完整。

23. 心理评估中最常用的方法是：会谈法。

24. 反映一个测验工具的正确性是指该测验的：效度。

25. 冲击疗法：用于恐惧症。又名满灌法，治疗开始即将病人处于他最害怕的情境中。

26. 医患沟通的基本方法：动态主要包括面部表情、肢体表情、目光接触、人际距离（医患0.5~1.2m，心理医生与患者1.2~1.5m）、语调表情等。

27. 医患关系的基本模式：主动-被动型；指导-合作型；共同参与型。

28. 引起濒死感最强的疾病是癌症。

29. 常用量表：抑郁自评量表（SDS）、焦虑自评量表（SAS）、韦克斯勒成人智力量表（WAIS）。

30. 心理治疗的方法：精神分析法、行为主义治疗、人本主义疗法、认知疗法、危机干预、其他（催眠治疗、完形治疗、音乐治疗、沙盘游戏治疗、积极心理治疗、支持疗法、心理剧治疗、森田治疗、叙事治疗等）。

医学伦理学精编考点

1. 伦理学的类型：规范伦理学、元伦理学、美德伦理学、描述伦理学。
2. 尊重原则对医务人员的要求：①平等尊重患者及其家属的人格与尊严，②尊重患者**知情同意和选择的权利**，③要履行帮助、劝导，甚至限制患者选择的权利。为了使患者知情同意和选择，医务人员要帮助患者，如提供正确、适量、适度的信息，并让患者能够理解，在此前提下让患者自由的同意和选择，如果患者的选择不当，此时应劝导患者，**不要采取听之任之、出问题自负的态度**，劝导无效仍应尊重患者或家属的自主权。
3. 有利原则对医务人员的要求：①医务人员的行为要与**解除患者的痛苦**有关；②医务人员的行为**可能减轻或解除患者的痛苦**；③医务人员的行为对患者利害共存时，要使行为给患者带来**最大的益处和最小的危害**；④医务人员的行为使患者受益的同时而不会给他人带来太大的伤害等。
4. 公正原则要求医务人员：①**公正地分配卫生资源**；②**公正地对待患者**，特别是老年患者、精神病患者、残疾患者、年幼患者等；③在医患纠纷、医护差错事故的处理中，要**坚持实事求是，站在公正的立场上**。
5. 患者权利：**平等医疗权、知情同意权、隐私保护权、损害索赔权、医疗监督权**。
6. 医务人员之间关系伦理：**协作性、平等性、同一性、竞争性**。
7. 询问病史的伦理要求：**举止端庄，态度热情；全神贯注，语言得当；耐心倾听，正确引导**。
8. 体格检查的伦理要求：全面系统，认真细致；关心体贴，减少痛苦；**尊重患者，心正无私**。
对医技人员：**严谨求实，防止差错**；及时准确，尊重患者；精心管理，保证安全；积极进取，加强协作。
9. 临终关怀的主要对象是**晚期恶性肿瘤患者**。注重患者**生命的尊严、质量与价值**。
10. 脑死亡的哈佛标准：
 - ①**对外部的刺激和内部的需要无接受性、无反应性**；
 - ②**自主的肌肉运动和自主呼吸消失**；
 - ③**诱导反射消失**；

④脑电波平直或等电位。

同时规定，凡符合以上4条标准，持续24小时测定，每次不少于10分钟，反复检查多次结果一致者，就可宣告死亡。但体温过低（ $<32.2^{\circ}\text{C}$ ）或刚服用过大剂量巴比妥类等中枢神经系统抑制药物的病例除外。

11. 公共卫生伦理原则：**全社会参与原则；社会公益原则；社会公正原则；互助协同原则；信息公开原则。**

12. 同一供者的精子、卵子**最多只能使5名妇女受孕。**

13. 医学科研伦理的要求：**动机纯正，诚实严谨，敢于怀疑，公正无私，团结协作，知识公开。**

14. 医学道德评价的方法：**社会舆论、传统习俗、内心信念。**

15. 基本原则：**尊重原则，不伤害原则，有利原则，公正原则。**

卫生法规精编考点

1. 卫生法的作用：**维护社会卫生秩序、保障公共卫生利益、规范卫生行政行为。**

2. 公共卫生法的主要目的是**以公众健康为中心，以预防为主要途经或方法，实现政府保障公民健康的职责。**

3. 疫情控制中，**对病人及携带者，给予隔离**，对疑似病人，在确诊前在指定场所单独隔离，在医疗机构内的病人、病原携带者、疑似病人的密切接触者，在指定场所进行医学观察和采取必要措施，对于拒绝隔离治疗或隔离期未满擅自脱离隔离治疗的，可以由**公安机关协助医疗机构进行强制隔离治疗措施。**

4. 国家对传染病防治实行**预防为主**的方针，防治结合、分类管理、依靠科学、依靠群众的原则。

5. 甲类传染病预防控制措施的适用范围：除甲类传染病外，**对乙类传染病中传染性非典型肺炎、肺炭疽、人感染高致病性禽流感、采取甲类传染病的预防、控制措施。**

6. 甲类、乙类甲管传染病**2小时内**上报；剩下的所有的病情需要在**24小时内**上报。

7. 确诊为职业病的：用人单位**向所在地卫生行政部门报告和所在地劳动保障行政部门报告。**

8. **第一类疫苗**，是指政府免费向公民提供，公民应当依照政府的规定受种的疫苗。
第二类疫苗，是指由公民自费并且自愿受种的其他疫苗。

9. 《艾滋病防治条例》规定，**国家实行艾滋病自愿咨询和自愿检测制度。**

10. 《母婴保健法》规定，医疗保健机构依照《母婴保健法》规定开展婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断以及施行结扎手术和终止妊娠手术的，**必须符合国务院卫生行政部门规定的条件和技术标准，并经县级以上地方人民政府卫生行政部门许可。**

11. 《献血法》规定，国家实行**无偿献血制度**。国家提倡**18周岁至55周岁的健康公民自愿献血。**

12. 《献血法》规定，血站对献血者每次采集血液量**一般为200ml，最多不得超过400ml**，两次采集间隔期**不少于6个月。**

13. 医师执业活动中违法行为的法律责任：**由县级以上地方人民政府卫生行政部门给予警告或者责令暂停6个月以上1年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。**

14. 发生医疗事故的医疗机构，应当按照规定向所在地卫生行政部门报告。发生下列重大医疗过失行为的，医疗机构应当在**12小时内**向所在地卫生行政部门报告：①导致患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故；②导致3人以上人身损害后果；③国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

15. 假药与劣药：

假药：①药品所含成分与国家药品标准规定的成分不符的；②以非药品冒充药品或者以他种药品冒充此种药品；③变质的药品；④药品所标明的适应证或者功能主治超出规定范围。

劣药：①药品成分的含量不符合国家药品标准；②被污染的药品；③未标明有效期或者更改有效期的；④未注明或者更改生产批号的药品；⑤超过有效期的；⑥擅自添加防腐剂、辅料的药品；⑦其他不符合标准的药品。

16. 处方管理的一般规定：西药、中成药处方不得超过**5种**药品。

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

年。

18. 处方权的授予：《抗菌药物临床应用管理办法》规定，具有高级专业技术职务任职资格的医师，可授予特殊使用级抗菌药物处方权；具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，可授予限制使用级抗菌药物处方权；具有初级专业技术职务任职资格的医师，在乡、民族乡、镇、村的医疗机构独立从事一般执业活动的执业助理医师以及乡村医生，可授予非限制使用级抗菌药物处方权。

19. 用血申请：

①少于 800ml 的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血；

②800~1600ml 的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血；

③达到或超过 1600ml 的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，方可备血。上述规定不适用于急救用血。

20. 医疗机构取得麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡应当具备下列条件：①有专职的麻醉药品和第一类精神药品管理人员；②有获得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师；③有保证麻醉药品和第一类精神药品安全储存的设施和管理制度。

预防医学精编考点

1. 预防医学是医学的一门应用学科，它以个体和确定的群体为对象，目的是保护、促进和维护健康，预防疾病、失能和早逝。

2. 三级预防策略：第一级预防：是针对病因所采取的预防措施。

第二级预防：在疾病的临床前期做好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防工作，以控制疾病的发展和恶化。

第三级预防：对已患某些病者，采取及时的、有效的治疗和康复措施，使患者尽量恢复生活和劳动能力，能参加社会活动并延长寿命。

3. 线图适用条件：表示连续性资料随时间变化的趋势。用线段的升降表示某事物的动态（差值）变化。例如冠心病的发病率。（看趋势）

4. 直方图适用于描述连续性变量的频数分布情况，以直方面积表达各组段的频数或频率。（看分布）
5. 圆形图适用条件：构成比资料。圆面积为 100%，用圆的扇形面积表达内部构成比。（看比重）
6. 直条图适用条件：用于比较相互独立的指标的大小，如医生、工人、老师高血压的患病率。（比高低）
7. 散点图适用条件：双变量连续性资料，目的是用点的密集程度和趋势表达两个变量的相互关系。（看密集）
8. 实验流行病学基本特征要施加干预措施；前瞻性观察；必须有平行对照；随机分组。
9. 流行病学筛检的应用原则：筛检试验必须要快速、简便、经济、可靠、安全、有效及易为群众接受。
10. 公共卫生监测的基本过程：包括资料收集、资料分析和解释、信息反馈和信息利用四个基本过程。
11. 体重指数 (BMI) = 体重 (kg) / [身高 (m)]²
BMI 小于 18.5 是体重过低，18.5~23.9 为体重正常，24.0~27.9 为超重，≥28 为肥胖。
12. 中国慢性病防治原则：①坚持统筹协调；②坚持共建共享；③坚持预防为主；④坚持分类指导。（助理不要求）
13. 黄曲霉毒素是目前发现的最强的致癌物质。
14. 食物中毒的发病的特点：①季节性；②暴发性；③相似性；④非传染性。
15. 健康中国的 5 大重点领域：“普及健康生活”“优化健康服务”、“完善健康保障”、“建设健康环境”和“发展健康产业。（助理不要求）
16. 起付线：又称扣除保险，是指医疗保险开始支付医疗费用的最低标准，低于起付线的医疗费用由被保险人自负，超过起付线以上的医疗费用由医疗保险按规定支付。（助理不要求）
17. 共同付费：又称按比例分担，是指医疗保险机构按照合同或政府的规定对被保险人的医疗费用按一定的比例进行补偿，剩余比例的费用由个人自己负担。（助理不要求）

18. **封顶线**: 最高支付限额, 低于封顶线的医疗费用由医疗保险支付, 超出封顶线的医疗费用由被保险人自己负担。(助理不要求)

19. 健康中国建设要遵循“**健康优先**”“**改革创新**”“**科学发展**”和“**人平公正**”四大原则。(助理不要求)

20. 预防医学特点: ①**思维的整体性**; ②**服务的针对性**; ③**实践的主动性**。

生物化学精编考点

1. 氨基酸分类: (1) 6种非极性脂肪族氨基酸: 丙氨酸、缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸、甘氨酸和脯氨酸。

(2) 6种极性中性氨基酸: **丝氨酸、苏氨酸、谷氨酰胺、天冬酰胺、半胱氨酸、甲硫氨酸**。

(3) 3种含芳香环氨基酸: 酪氨酸、苯丙氨酸和色氨酸。

(4) 3种碱性氨基酸: 赖氨酸、精氨酸和组氨酸。

(5) 2种酸性氨基酸: 天冬氨酸、谷氨酸。

2. **蛋白质的一级结构**指在蛋白质分子中, 从N-端至C-端的氨基酸排列顺序, 即**蛋白质分子中氨基酸的排列顺序, 主要化学键是肽键**。

3. **蛋白质的二级结构**指蛋白质分子中某一段肽链的局部空间结构, 也就是该段肽链骨架原子的相对空间位置, 并不涉及氨基酸残基侧链的构象。局部肽链主链骨架原子的相对空间位置, 包括: **α 螺旋、 β 折叠、 β 转角等**。

4. **蛋白质的三级结构**指整条肽链中全部氨基酸残基的相对空间位置, 即肽链中所有原子在三维空间的排布位置。

5. **蛋白质的四级结构**指蛋白质分子中各亚基的空间排布及亚基接触部位的布局 and 相互作用, 称为蛋白质的四级结构。**氢键和离子键为各亚基间的主要结合力**。

6. **α -螺旋**: 多肽链主链围绕中心轴呈有规律地螺旋式上升, 顺时针走向, 即**右手螺旋**, 每隔**3.6个氨基酸残基上升一圈**, 螺距为**0.54nm**。 α -螺旋的每个肽键的N-H和第四个肽键的羧基氧形成氢键, 氢键的方向与螺旋长轴基本平行。

7. 核酸的基本组成单位是**核苷酸**。

8. DNA碱基组成规律: **A=T; C=G**。

9. DNA 的反向平行，右手螺旋的双链结构，脱氧核糖和磷酸基团组成亲水性骨架，位于双链的外侧，而疏水的碱基位于内侧，螺距为 3.54nm。

10. 增色效应：DNA 变性后，在 260nm 波长处的光吸收增强。DNA 分子内 50% 的双螺旋结构被破坏时的温度称为溶解温度，用 T_m 表示。DNA 分子的 T_m 值大小与其 DNA 长短以及碱基中的 GC 含量相关，GC 比例越高， T_m 值越高；离子强度越高， T_m 值越高。

11. 核酸的紫外线吸收：260nm 波长处有最大紫外线吸收。

12. 成熟 mRNA 由编码区和非编码区构成。真核生物 mRNA 有 3' -末端：多聚 A 尾结构及 5' -末端：帽结构（7-甲基鸟嘌呤-三磷酸鸟苷）。

13. tRNA 分子中含有稀有碱基。呈三叶草形，有 DHU 环、T ψ C 环，三级结构呈倒“L”形。

14. 酶的化学本质是蛋白质。

15. 与蛋白质共价结合的辅酶称为辅基。

16. 酶只能使反应加速达到平衡点，而不能改变平衡点。

17. 竞争性抑制剂： V_{max} 不变， K_m 值增大；非竞争性抑制剂： V_{max} 降低， K_m 值不变；反竞争性抑制剂： V_{max} 、 K_m 均降低。

18. 磷酸戊糖途径关键酶：6-磷酸葡萄糖脱氢酶。生理意义：为核酸的生物合成提供 5-磷酸核糖；提供 NADPH。

19. 脂肪酸的合成代谢

合成原料：主要是乙酰 CoA、NADPH。

(1) 乙酰 CoA 的来源：全部在线粒体内产生，通过柠檬酸-丙酮酸循环出线粒体。

(2) NADPH 的来源：磷酸戊糖途径（主要来源）。

20. 氨基酸的一般代谢：转氨基作用、脱氨基作用、 α -酮酸的代谢。

21. 遗传信息的传递包括 DNA 的生物合成（复制、逆转录）、RNA 的生物合成（转录）、蛋白质的生物合成（翻译）。

22. 起始密码子：AUG；终止密码子：UAA、UAG、UGA。

23. 蛋白质变性：在某些物理和化学因素作用下，其特定的空间构象被破坏，从而导致其理化性质的改变和生物活性的丧失。主要为二硫键和非共价键的破坏，不涉及一级结构的改变。变性后，其溶解度降低，粘度增加，结晶能力消失，生

物活性丧失, 易被蛋白酶水解。

24. 脂溶性维生素: 维生素 A、D、E、K。

25. 水溶性维生素: 维生素 B₁、B₂、PP、B₆、泛酸、生物素、叶酸、B₁₂、C。

医学微生物学精编考点 (助理不要求)

1. 微生物包括三大类: 非细胞型微生物、原核细胞型微生物、真核细胞型微生物。
2. 细胞壁主要组分为肽聚糖, 功能是维持菌体外形, 维持渗透压, 支原体没有细胞壁, 细菌和立克次氏体的细胞壁中含肽聚糖。
3. 细胞膜功能: 渗透和运输作用; 呼吸作用; 生物合成 (肽聚糖、鞭毛、荚膜等); 中介体 (参与细菌分裂繁殖)。
4. 青霉素类抗生素抑制 G⁺菌肽聚糖的**五肽交联桥**; 溶菌酶可水解聚糖骨架的 β -1, 4 糖苷键, 发挥抗菌作用; 多肽类抗生素万古霉素和杆菌肽抑制四肽侧链的连接; 磷霉素抑制聚糖骨架的合成。
5. 芽胞为休眠状态, 内含生命物质, 可以再生。通常以杀死芽胞作为灭菌指标。
6. 荚膜具有黏附宿主细胞核抗吞噬等致病作用, 具有侵袭力。
7. 鞭毛是运动器, 具有抗原性并与致病性有关。
8. 细菌以二分裂的方式进行无性繁殖。
9. 支原体为**最小原核细胞型微生物**, 无细胞壁, 二分裂繁殖, 多形态性。
10. 真菌是真核细胞型微生物, 细胞结构比较完整, 有典型的细胞核和完善的细胞器。核糖体的沉降系数是 80S, 对常用的抗细菌的抗生素不敏感。

医学免疫学精编考点 (助理不要求)

1. 固有免疫发生于机体遭遇抗原的 0~4 天, 是机体抵御病原体和肿瘤的第一道防线。发挥初级、广谱、快速的抗感染、抗肿瘤免疫效应。
适应性免疫又称获得性免疫或特异性免疫, 依赖于抗原提呈过程于遭遇抗原 4~7 天后诱导。有特异性、多样性、记忆性和耐受性等特点。
2. 中枢免疫器官: 胸腺、骨髓。
3. 外周免疫器官: 脾脏、淋巴结 (成熟淋巴细胞定居、发挥功能的场所)。黏膜

相关淋巴组织、皮肤相关淋巴细胞。

4. 交叉反应: 两个不同来源的抗原所含有的相同或相似的表位, 由交叉抗原激发的免疫反应称为交叉反应, 如交叉抗原的存在使 A 群链球菌感染人体, 诱导的特异性免疫应答攻击心脏内类似的交叉抗原, 诱发风湿性心脏病。

5. 甲胎蛋白 (AFP) -----肝癌

癌胚抗原 (CEA) -----肠癌、食管癌、胃癌

CA19-9-----胰腺癌等

CA125-----卵巢癌、子宫内膜癌等

6. 疫苗成分中, 预先或与抗原同时注入体内可增强机体对该抗原的免疫应答或改变免疫应答类型的物质称为佐剂。

7. 胸腺为 T 细胞分化、成熟的场所。骨髓: 各类免疫细胞的发源地; B 细胞分化、成熟的场所; 再次体液免疫应答的场所。

8. 淋巴结和脾是成熟淋巴细胞定居、发挥功能的场所。

9. 脾脏是人体最大的外周免疫器官。

10. 树突状细胞是体内唯一能启动初始 T 细胞活化的抗原提呈细胞, 是机体特异性免疫应答的始动者。

病理生理学精编考点 (助理不要求)

1. 亚健康是指介于健康与疾病之间的一种生理功能低下状态。

2. 脑死亡的“哈佛标准”为: ①自主呼吸停止 (脑干是控制呼吸和心跳的中枢, 脑干死亡以呼吸、心跳停止为标准。然而, 由于心肌具有自发收缩特性, 在脑干死亡后的一定时间内还可能有微弱的心跳, 因此, 自主呼吸停止被认为是临床脑死亡的首要指标)。②不可逆性深度昏迷。③脑干神经反射消失。④脑电波消失。⑤脑血液循环完全停止。

3. 诊断脑死亡的意义: ①可协助医务人员判定患者的死亡时间, 适时终止复苏抢救。不但可节省卫生资源, 还可减轻社会和家庭的经济和情感负担。②有利于器官移植。

4. 呼吸加深加快是代谢性酸中毒的主要临床表现; 肺的代偿是代谢性酸中毒的主要代偿方式。

5. 重度贫血患者，Hb可降至50g/L以下，出现严重缺氧，但不会出现发绀。
6. 红细胞增多者，血中脱氧Hb超过50g/L，出现发绀，但可无缺氧症状。
7. 缺氧时呼吸系统代偿性反应：呼吸加深加快→肺通气量加大。
8. 缺氧时循环系统代偿性反应：心功能：交感神经兴奋→心率加快；血流重新分布：心、脑血管扩张。
9. 体温每升高1℃，基础代谢率升高13%。
10. 应激——是指机体在感受到各种因素的强烈刺激时，为满足其应对需求，内环境稳态发生的适应性变化与重建。
11. 心肌舒缩功能降低——缺血心肌在恢复血液灌注后一段时间内出现可逆性舒缩功能降低的现象，称为心肌顿抑。
12. G菌感染引起的脓毒性休克在临床最为常见。
13. 弥散性血管内凝血（DIC）主要临床表现为出血、休克、器官功能障碍和微血管病性溶血性贫血等，是一种危重的综合征。
14. 急性呼吸窘迫综合征（ARDS）→急性呼衰；慢性阻塞性肺疾病（COPD）→慢性呼衰。
15. 急性肾小管坏死（ATN）——是引起肾性ARF最常见、最重要的原因，约占肾性ARF的80%。

解剖学精编考点（助理不要求）

1. 成人有206块骨，骨按形态分为：长骨、短骨、扁骨、不规则骨。
2. 骨的构造：骨质，骨膜，骨髓（红骨髓有造血功能，黄骨髓无造血功能），骨的血管、淋巴管和神经。
3. 胸骨体两侧接第2~7肋软骨。
4. 第1颈椎（寰椎）呈环状，无椎体、棘突和关节突。第7颈椎（隆椎）棘突特别长，活体易于触及，常作为计数椎骨序数的标志。
5. 颅由8块脑颅骨、15块面颅骨和6块听小骨组成。
6. 关节的基本构造：关节面、关节囊和关节腔。
7. 关节的辅助结构：韧带、关节盘和关节唇、滑膜襞和滑膜囊。
8. 脊柱侧面观有颈曲、胸曲、腰曲和骶曲，颈曲和腰曲凸向前；胸曲和骶曲凸向

后。

9. 肘关节：关节囊后壁最薄弱，常见桡、尺骨后脱位。

10. 髌骨由髌骨、耻骨和坐骨组成。

11. 膝关节：是人体最大、最复杂的关节。

12. 膝关节囊内韧带：前交叉韧带防止胫骨前移、后交叉韧带防止胫骨后移。

13. 膝关节的关节盘：分内侧半月板（“C形”）和外侧半月板（“O”形）。

14. 肌分长肌、短肌、阔肌和轮匝肌。

15. 肌的辅助结构包括：浅筋膜、深筋膜、滑膜囊和腱鞘。

16. 膈上有3个裂孔：主动脉裂孔：有主动脉和胸导管通过；食管裂孔：有食管和迷走神经通过；腔静脉裂孔：有下腔静脉通过。

17. 腹股沟三角（海氏三角）：腹直肌外侧缘、腹股沟韧带和腹壁下动脉围成的三角区。腹股沟直疝由此三角突出。

18. 十二指肠：“C”形，分上部（球部）、降部、水平部、升部（十二指肠悬韧带/Treitz韧带是腹部外科手术时确认空肠起始的重要标志）。

19. 小肠是消化食物、吸收营养的主要场所。

20. 结肠分为：升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠。

21. 胆囊三角：由肝总管、胆囊管和肝的脏面围成，又称Calot三角。胆囊动脉常行经该三角，因此该三角是寻找和结扎胆囊动脉的标志。

22. 鼻旁窦包括：上颌窦、额窦、筛窦、蝶窦。

23. 肋膈隐窝：位于肋胸膜和膈胸膜转折处，是诸胸膜隐窝中位置最低、容量最大的部位。

24. 泌尿系统组成：肾、输尿管、膀胱、尿道。

25. 肾实质可分为肾皮质和肾髓质。肾髓质由15~20个肾锥体组成。肾锥体的基底朝向皮质，尖端钝圆，朝向肾窦，称肾乳头。

26. 肾区：竖脊肌外侧缘与第12肋之间的部位称肾区。肾病时，此处有叩击痛。

27. 肾的被膜由内向外：纤维囊、脂肪囊、肾筋膜。临床上的肾囊封闭，就是将药液注入肾脂肪囊内。

28. 输尿管的三个狭窄：肾盂与输尿管移行处、小骨盆上口与髂血管交叉处、输尿管的壁内段。

29. 子宫的韧带有**子宫阔韧带、子宫圆韧带、子宫主韧带和子宫骶韧带**等。
30. 男性：**直肠膀胱陷凹**，坐位时腹膜腔的最低位。
31. 右心房有三个入口：**上腔静脉口、下腔静脉口、冠状窦口**；一个出口：**右房室口**。
32. 右心室：**室腔底有右房室口和肺动脉口**，两口之间的室壁上有一较宽的弓形肌隆起，称**室上嵴**，将室腔分为**右心室流入道（窦部）和流出道（漏斗部）**两部分。
33. 心传导系包括：**窦房结、结间束、房室结、房室交界区、房室束、左、右束支和浦肯野纤维网**。
34. 腋淋巴结位于腋窝疏松结缔组织内，沿血管排列，按位置分为5群。**胸肌淋巴结、外侧淋巴结、肩胛下淋巴结、中央淋巴结、尖淋巴结**。
35. **腹腔干**：分为**胃左动脉、肝总动脉和脾动脉**。大隐静脉属支：**腹壁浅静脉、阴部外静脉、旋髂浅静脉、股内侧浅静脉、股外侧浅静脉**。
36. **眼的屈光系统**：由**角膜、房水、晶状体和玻璃体**共同完成。
37. **一侧视神经损伤**，患侧视野全盲；视交叉**中央部**的交叉纤维损伤（如垂体瘤），可引起**双眼视野颞侧偏盲**；视交叉**外侧部**的不交叉纤维损伤，患侧眼的视野**鼻侧偏盲**；**一侧视束或视辐射或视觉皮质损伤**，可引起**双眼视野对侧半同向性偏盲**（同侧眼的鼻侧视野和对侧眼的颞侧视野偏盲）。
38. 上运动神经元损伤表现为**痉挛性瘫痪**，下运动神经元损伤表现为**弛缓性瘫痪**。
39. 主要的锥体外系通路有：**皮质-纹状体-背侧丘脑-皮质环路、新纹状体-黑质回路、皮质-脑桥-小脑-皮质环路**等。
40. 脊髓的被膜自外向内为**硬脊膜、脊髓蛛网膜和软脊膜**。

三、二试复习计划及应试技巧

（一）推荐复习顺序

重点仍是要放在临床科目，因为临床科目的分值更大，拿到分更为容易一些。

推荐复习顺序如下：

1	消化系统
---	------

2	女性生殖系统
3	儿科
4	心血管系统
5	呼吸系统
6	运动系统
7	代谢、内分泌系统
8	血液系统
9	其他相关
10	传染病、性传播疾病
11	风湿免疫性疾病
12	泌尿系统
13	精神神经系统
14	生理学
15	病理学
16	药理学
17	预防医学
18	卫生法规
19	医学心理学
20	医学伦理学
21	解剖学（助理不涉及）
22	病理生理学（助理不涉及）
23	医学微生物学（助理不涉及）
24	生物化学
25	医学免疫学（助理不涉及）
26	实践综合

（二）应试技巧

针对二试学员备考提醒：

1. 放平心态, 重点仍是重点, 超纲的题目比较少, 要相信自己的努力不会白费。

2. 日常要多做题, 提前进入备考状态, 学会举一反三
相信大家该学习的课程至少学习 1~2 遍了, 哪些知识点是自己的薄弱点, 如何找到薄弱点并攻克它, 是大家目前遇到的问题。

建议: ①若是之前做题不多的学员, 请大家找到自己的章节练习题/模拟试卷, 每天练习一些题目 (不少于 50 题/天), 做到能独立思考题目, 并把做错的题目反复研究, 争取以后不犯错。

②若是之前一直坚持做题, 有错题记录的学员, 请大家找到自己的错题集, 针对自己做错的题目, 分析清楚自己是因为粗心大意做错, 还是知识点没有掌握, 对自己有一定的了解, 才能有针对性的改进, 在真实的考场上, 避免“入坑”。

临床医师考试现在都是机考了, 跨题型不可回退, 所以要求做题准确度要高, 做题的速度一定要做到心中有数, 基本上不能“恋战”, 一个题目不能超过 45 秒。

3. 若是担心自己之前学习的内容有遗忘的, 可以拿出平时的笔记/总结再来回顾一下, 或者直接打开网校的课程讲义快速过一遍, 记忆性题目分值也不少, 所以遇到一些概念性内容时, 要多背多记。要相信“临阵磨枪, 不快也光”, 不到最后一刻, 坚决不能放弃。

加油, 成功=正确的坚持! 预祝大家能在二试考场上正常、甚至超常发挥, 取得自己满意的成绩。