



内科医师及主治考前考点梳理

基础知识

第一章 常见症状与特征

1. 感染性发热：最多见，细菌。
2. 非感染性发热：恶性肿瘤、结缔组织病、变态反应性疾病、内分泌疾病、血栓及栓塞性疾病、中枢神经系统疾病、皮肤病变、物理因素、功能性发热（感染后发热和功能性低热）。
3. 内源性致热源：白介素-1（IL-1）、肿瘤坏死因子（TNF）、干扰素等。
4. 非致热源性发热常见于：体温调节中枢直接受损、产热过多、散热减少的疾病。
5. 热型与临床意义

热型	特点	最低T	临床意义
稽留热	39~40℃以上、不超过1℃	> 正常	叶性肺炎、斑疹伤寒、伤寒高热期
弛张热	39℃以上、超过2℃	> 正常	败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症和感染性心内膜炎等
间歇热	骤升、骤降、高热期持续数小时与无热期持续1天或数天	= 正常	疟疾、急性肾盂肾炎等
波状热	渐升、渐降，持续数天	= 正常	布氏杆菌病、结缔组织病、肿瘤等
回归热	骤升、骤降，高热期与无热期各持续数天	= 正常	回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等

6. 先发热后昏迷：流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等；
7. 先昏迷后发热：脑出血、巴比妥类中毒等。
8. 白细胞总数减少：见病毒感染及疟原虫感染。
9. 干性咳嗽：咳嗽无痰或痰量极少；湿性咳嗽：咳嗽伴咳痰。
10. 咳嗽的音色：声音嘶哑--压迫喉返神经；鸡鸣样咳嗽--百日咳；金属音咳嗽--压迫气管。
11. 痰的性质和痰量

病种	痰液特点
恶臭痰	厌氧菌感染
铁锈色痰	肺炎球菌肺炎
粉红色泡沫痰	肺水肿

12. 咳嗽伴杵状指（趾）：见支气管扩张、慢性肺脓肿、支气管肺癌和脓胸等。
13. 咯血：小量<100ml/24h；中量100~500ml/24h；大咯血>500ml/24h（或>100ml/次）。
14. 青壮年咯血--肺结核；40岁以上+长期大量吸烟者=支气管肺癌。
15. 咯血与呕血的区别：前者碱性，后者酸性。
16. 发绀指血液中还原性血红蛋白>50g/L时，口唇、指（趾）、甲床等处明显。
17. 发绀可以不缺氧--红细胞增多症(180g/L)时；缺氧也可以不发绀--重度贫血。
18. 中心性发绀：肺性发绀（呼吸功能不全、肺氧合作用不足）+心性混合性发绀（异常通道分流）
19. 周围性发绀：淤血性（体循环淤血、血流速度缓慢）+缺血性（心排血量减少、局部血流障碍）



20. 混合性发绀：中心性发绀和周围性发绀同时存在，见于心力衰竭。

21. 放射痛/牵涉痛：内脏病变与相应区域体表的传入神经进入**脊髓同一节段**并在后角发生联系。

22. 心源性呼吸困难

分型	呼吸困难的机制
左心衰竭	(1) 肺淤血 ，使气体弥散功能降低
	(2) 肺泡张力增高 ，刺激牵张感受器，通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢
	(3) 肺泡弹性减退 ，使肺活量减少
	(4) 肺循环压力升高 对呼吸中枢的反射性刺激

23. 酸中毒大呼吸（Kussmaul 呼吸）：**深长而规则**呼吸，如**尿毒症、糖尿病酮症酸中毒**等；

24. Cheyne-Stokes 呼吸：**抑制呼吸中枢**可出现呼吸缓慢、变浅、间停呼吸。

25. 神经精神性呼吸困难：呼吸变深慢，伴呼吸节律改变，常见**重症颅脑疾患**。

26. 水肿发生机制

(1) **毛细血管血流动力学改变**：**毛细血管内静水压增加、血浆胶体渗透压降低、组织液胶体渗透压增高**、组织间隙机械压力降低、毛细血管通透性增强。

(2) **水钠潴留**：**肾小球滤过功能降低、肾小管对钠水的重吸收增加**（肾小球滤过分数增加、醛固酮分泌增加、抗利尿激素分泌增加。）

27. 水肿分类发生机制

(1) 心源性水肿：**有效循环血量减少+肾血流量减少+继发性醛固酮增多**导致---钠水潴留及静脉淤血，毛细血管内静水压增高，组织液回吸收减少。

(2) 肾源性水肿：各种因素引起**肾排泄钠水减少**，导致**钠水潴留**，细胞外液增多，引起水肿。

(3) 肝源性水肿：**门脉高压症、低蛋白血症、肝淋巴液回流障碍、继发性醛固酮增多**。

(4) 内分泌代谢疾病所致水肿：**甲减**（组织间隙亲水物质增多）、**甲亢**（蛋白质分解加速而致低蛋白血症及组织间隙粘多糖、粘蛋白等胶体物质沉积）、**原醛**（醛固酮及去氧皮质酮分泌过多致钠水潴留）。

28. 反射性呕吐：病变在**胸部、腹部，头部器官疾病**（青光眼）。

29. 前庭功能障碍性呕吐：常见**梅尼埃病、迷路炎、晕车、晕船**等。

30. 呕吐物的性质

(1) **带发酵、腐败气味**提示胃潴留；

(2) **带粪臭味**提示低位小肠梗阻；

(3) **不含胆汁**说明梗阻平面多在十二指肠乳头以上；

(4) **含多量胆汁**则提示在此平面以下；

(5) 含有大量酸性液体者，多为胃泌素瘤或十二指肠溃疡；

(6) 无酸味者可能为贲门狭窄或贲门失弛缓症；

(7) 上消化道出血常呈咖啡色样呕吐物。

31. 内脏性腹痛：疼痛**部位不确切**，接近腹中线；疼痛感觉模糊。

32. 牵涉痛：是腹部脏器引起的疼痛，刺激经内脏神经传入，影响相应脊髓节段而定位于体表。

33. 腹痛性质和程度

(1) **突发的中上腹剧烈刀割样痛**、烧灼样痛--胃、十二指肠溃疡穿孔。

(2) 中上腹**持续性剧痛或阵发性加剧**应--急性胃炎、急性胰腺炎。

(3) **阵发性绞痛**，相当剧烈，致使病人**辗转不安**--胆石症或泌尿系结石。

(4) 阵发性**剑突下钻顶样疼痛**--胆道蛔虫症的典型表现。

34. 腹泻：急性腹泻（<2个月）、慢性腹泻（>2个月）。



35. 腹泻发生机制分类

- (1) 分泌性腹泻：霍乱弧菌、阿米巴痢疾、细菌性痢疾、溃疡性结肠炎、Crohn 病、肠结核。
- (2) 渗出性腹泻：炎症性肠病、感染性肠炎等。
- (3) 渗透性腹泻：服用盐类泻剂或甘露醇等。
- (4) 动力性腹泻：由肠蠕动亢进等。

36. 腹泻次数与粪便性状

- (1) 阿米巴痢疾的粪便呈果酱样；
- (2) 粘液、脓样、粘液脓血便，如菌痢、溃结；
- (3) 米泔水样便见于霍乱、副霍乱；

37. 呕血最常见的原因：消化性溃疡。

38. 失血性周围循环衰竭 >20%，有冷汗、四肢厥冷、心慌、脉搏增快等。

39. 出血量与活动性判断

出血量	临床特点	循环血容量
>5ml	粪便潜血 (+) 即 OB (+)	<10%
>50ml (50~100ml)	黑便	
400ml~800ml/次	头晕、心悸、乏力	10%~20%
一次性 >800ml	有冷汗、四肢厥冷、心慌、脉搏增快等	>20%
短时间 >1000ml	急性周围循环衰竭、休克	>30%



40. 便血临床表现

出血部位	大便特点
低位小肠	暗红色或果酱色
阿米巴痢疾	暗红色果酱样脓血便
急性细菌性痢疾	黏液脓性鲜血便

41. 便血伴里急后重：见于痢疾、溃疡性结肠炎及直肠癌等。

42. 隐性黄疸：血清胆红素浓度为 17.1~34.2 μmol/L (1~2mg/dl) 时，而肉眼看不出。

43. 显性黄疸：血清胆红素浓度高于 34.2 μmol/L (2mg/dl) 时，巩膜、皮肤、黏膜以及其他组织和体液出现黄染。

44. 三种黄疸的胆色素代谢检查结果

	血清胆红素 (μmol/L)		尿胆色素 (μmol/L)		
	CB	UCB	CB/STB	尿胆红素	尿胆原
正常人	0~6.8	1.7~10.2	0.2~0.4	阴性	0.84~4.2
胆汁淤积性黄疸	明显增加	轻度增加	>0.5	强阳性	减少或缺如
溶血性黄疸	轻度增加	明显增加	<0.2	阴性	明显增加
肝细胞性黄疸	中度增加	中度增加	0.2~0.5	阳性	正常或轻度增加

45. 实验室及其他检查

- (1) 经十二指肠镜逆行胰胆管造影 (ERCP)：区别肝外或肝内胆管阻塞的部位。
- (2) 经皮肝穿刺胆囊造影 (PTC)：区分肝外胆管阻塞与肝内胆管胆汁淤积性黄疸。



(3) 磁共振成像 (MRI)：对肝的**良恶性肿瘤**的鉴别比 CT 为优。

46. 胸水常规检查

鉴别要点	漏出液	渗出液
原因	非炎症所致	炎症、肿瘤、化学或物理性刺激
比重	<1.018	>1.018
凝固	不自凝	自凝
粘蛋白定性	阴性	阳性
蛋白定量 (g/L)	<25	>30
葡萄糖定量	与血糖相近	常低于血糖水平
细胞计数 ($10^6/L$)	<100	>500
细胞分类	淋巴细胞、间皮细胞	中性粒细胞、淋巴细胞
细菌学检查	阴性	阳性
乳酸脱氢酶 (LDH)	<200	>200



46. 肝脏：右侧肋下 1~2cm 内，在剑突下 3cm 以内属于正常。若超过上述标准则称为肝大。

47. 恶性肿瘤的淋巴结转移：胃癌转移到**左锁骨上淋巴结**，肺癌转移到**右锁骨上淋巴结**。

48. 血管滤泡性淋巴结增生症介于**良性和恶性之间的淋巴结肿大**。

49. 血小板量的异常：**原发性血小板减少性紫癜**等。

50. 脾浊音区扩大见于各种原因所致**脾肿大**。

51. 脾浊音区缩小见于**左侧气胸、胃扩张**等

52. 引起脾肿大的常见原因

(1) **轻度**：急慢性肝炎、伤寒、粟粒性肺结核、急性疟疾、感染性心内膜炎、败血症；

(2) **中度**：肝硬化、疟疾后遗症、慢淋、慢性溶血性黄疸、淋巴瘤、SLE；

(3) **高度**：慢粒黑热病慢性疟疾骨髓纤维化淋巴瘤恶组。

53. 多尿、少尿、无尿

(1) 少尿：**<400ml/24h, 或 17ml/h**；

(2) 无尿：**<100ml/24h, 12 小时完全无尿**；

(3) 多尿：**>2500ml/24h**。

54. 少尿和无尿的临床意义

(1) 肾前性：有效血容量减少等。

(2) 肾性：肾小球病变、肾小管病变。

(3) 肾后性：机械性尿路梗阻。

55. 夜尿增多：夜尿量占全日总尿量的**50%以上或 >750ml**，提示肾浓缩功能减退。

56. 镜下血尿：尿沉渣**镜检红细胞 >3 个/高倍视野**。

57. 颅内占位：慢性持续性头痛并伴有**颅内压增高症状 (呕吐、缓脉、视神经乳头水肿)**；

58. 周围性眩晕(真性眩晕)：**梅尼尔病、迷路炎、药物中毒 (氨基甙类)**、前庭神经炎、位置性 (壶腹嵴顶耳石症)、晕动病。

59. 中枢性眩晕(亦称假性眩晕)

(1) 颅内血管：**椎基底动脉供血不足、高血压脑病、小脑出血**。

(2) 颅内占位：**听神经纤维瘤、小脑肿瘤**。

(3) 感染：小脑脓肿。

(4) 脱髓鞘及变性疾病：**多发性硬化**。



(5) 癫痫。

60. 影响意识的结构：**脑干上行网状激活系统和中枢整合机构。**

61. 嗜睡：**最轻、可唤醒，醒后正确回答问题和做出各种反应。**

62. 意识模糊：**在嗜睡基础上对时间、地点或人物等定向力丧失。**

63. 昏睡：**在强烈的刺激下才能唤醒。醒时答话含糊或答非所问。**

64. 昏迷

	浅昏迷	中昏迷	深昏迷
疼痛刺激反应	有反应	重刺激可有	无反应
无意识自发动作	可有	很少	无
腱反射	存在	减弱或消失	消失
瞳孔对光反射	存在	迟钝	消失
生命体征	无变化	轻度变化	明显变化

第二章 体格检查



1. 体温

	测口温	测腋温	测肛温
特点	最方便，但易引起交叉感染	安全易接受，但准确性不高	准确，但不方便
部位	舌下热窝	腋窝	肛门内 3~4cm
时间	5min	10min	5min
范围	36.3~37.2℃	36~37℃	36.5~37.7℃
适应	-----	口鼻手术、呼吸困难者	婴幼儿、精神异常
禁忌	婴幼儿、昏迷、精神异常、口腔疾病、口鼻手术、张口呼吸	腋窝或肩关节有创伤者、消瘦者	腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死病人

2. 呼吸

(1) 深度异常

①深度呼吸：**Kussmaul's呼吸**，见于**糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒**等；

②浅快呼吸：**浅表而不规则，有时呈叹息样**，见于**呼吸肌麻痹（重症肌无力、格林-巴利综合症）**；

(2) 节律异常

①**潮式呼吸（陈-施呼吸）**：呼吸由浅慢逐渐变为深快，然后由深快转为浅慢，再经一段呼吸暂停（5~20s）后，重复以上的周期性变化，周期可长达 30s 至 2min。见于**中枢神经系统疾病**；

②**间断呼吸（毕奥呼吸）**：有规律的呼吸几次后，突然停止呼吸，间隔一个短时间后又开始呼吸，如此反复交替。即呼吸和呼吸暂停现象交替出现。常见于**临终前**。

3. 脉搏

类型	临床特点	临床意义
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	主动脉瓣关闭不全
交替脉	脉搏节律规则而强弱交替出现	左心功能不全（早期）
奇脉（吸停脉）	指平静吸气时脉搏明显减弱或消失	大量心包积液、缩窄性心包炎



绉脉(脉搏短绉)	单位时间内脉率小于心率	房颤
-----------------	-------------	-----------

4. 血压的形成: 足够的血液充盈、心脏射血、外周阻力;

5. 脉压指收缩压与舒张压之差, 增大 (>40mmHg): 常见于主动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、甲亢等。减小 (<30mmHg): 常见于心包积液、心力衰竭等。

6. WHO 肥胖标准 $BMI > 30\text{kg/m}^2$, 2010 年中华医学会糖尿病分会建议代谢综合征中肥胖标准定义为 $BMI > 25\text{kg/m}^2$ 。

7. 面容与表情

面容	临床表现	临床意义
急性病容	面色潮红、兴奋不安、鼻翼扇动、口唇疱疹、表情痛苦	急性感染性疾病: 大叶性肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎
慢性病容	面容憔悴、面色晦暗或苍白无华、目光暗淡、表情忧虑	慢性消耗性疾病: 恶性肿瘤、肝硬化、严重肺结核
贫血面容	面色苍白、唇舌色淡、表情疲惫	贫血
肝病面容	面色晦暗 、额部鼻背双颊有褐色色素沉着	慢性肝脏疾病
肾病面容	面色苍白、眼睑颜面水肿、舌色淡舌缘有齿痕	慢性肾脏疾病
甲亢面容	面容惊愕、眼裂增宽、眼球突出、目光炯炯、兴奋不安、烦躁易怒	甲亢
黏液水肿面容	面色苍黄、颜面水肿、睑厚面宽、目光呆滞、反应迟钝	甲状腺功能减退症
二尖瓣面容	面色晦暗、双颊紫红、 口唇轻度发绀	风心病二狭
苦笑面容	牙关紧闭、面肌痉挛呈苦笑状。	见破伤风
满月面容	面圆如满月、皮肤发红、常伴痤疮和胡须生长	见库欣综合征和长期应用糖皮质激素的病人
面具面容	面肌僵硬, 表情呆板, 如戴面具。	帕金森病、脑炎、脑血管病、脑萎缩

8. 体位与姿势

体位	临床意义	
被动体位	极度衰竭、意识丧失	
强迫体位	强迫仰卧位	急性腹膜炎
	强迫侧卧位	一侧胸膜炎和大量胸腔积液
	强迫坐位	心、肺功能不全
	强迫蹲位	先天性发绀型心脏病
	强迫停立位	心绞痛
	辗转体位	胆石症、胆道蛔虫、肾绞痛
	角弓反张位	破伤风、小儿脑膜炎

9. 步态

步态	临床意义
蹒跚步态	佝偻病 、大骨节病、进行性肌营养不良、先天性双侧髋关节脱位
醉酒步态	小脑疾病 、酒精或巴比妥类药物中毒



共济失调步态	脊髓病变
慌张步态	帕金森病

10. 玫瑰疹：常于胸、腹部出现的一种鲜红色、小的（直径多为2~3mm）、圆形斑疹、压之退色。为伤寒和副伤寒的特征性皮炎。

11. 瞳孔：正常直径为3~4mm。

(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。

12. 常人平卧时，颈外静脉在锁骨上缘至下颌角间的充盈水平在下2/3以内；40-50度半卧位时颈外静脉充盈度超过正常水平，称为颈静脉怒张。

13. 气管移位临床意义：

(1) 胸膜粘连、肺不张、肺萎缩、肺硬化等病变时气管移向患侧；

(2) 气胸、大量胸腔积液等病变时，气管被推向健侧。

14. 胸骨角（Louis角）：平第2肋软骨、支气管分叉、心房上缘。

15. 静脉当上腔静脉阻塞时，曲张静脉血流方向为自上而下，下腔静脉阻塞时，曲张静脉血流方向为自下而上。

16. 单侧胸廓形态异常

(1) 单侧胸廓膨隆：见大量胸腔积液、气胸等。

(2) 单侧胸廓塌陷：见胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

17. 特殊类型的呼吸

① Kussmaul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（Biots呼吸）：呼吸抑制、颅压高、大脑损害（延髓水平）。

18. 语颤增强：见于肺实变；较浅而大的肺空洞：见于肺结核、肺脓肿、肺肿瘤所致的空洞。

19. 语颤减弱

① 肺泡内含气量增多，传导声波的能力降低，如肺气肿及支气管哮喘发作时；

② 支气管阻塞，如阻塞性肺不张、气管内分泌物增多。

20. 肺界的叩诊

(1) 肺上界：一般为4~6cm，肺尖的宽度（Kronig峡）。其内侧为颈肌，外侧为肩胛带。

(2) 肺下界：平静呼吸时位于锁骨中线第6肋间隙、腋中线第8肋间隙、肩胛线第10肋间隙。

21. 啰音

(1) 干啰音：呼气相明显，强度及性质易变。

① 哮鸣音或哨笛音：见小支气管或细支气管病变。

② 鼾音：见气管或主支气管病变。

(2) 湿啰音：多见吸气相。主要见支气管病变、感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。长期存在的固定性湿啰音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等。

22. 心尖搏动

(1) 正常心尖搏动：第5肋间，左锁骨中线内0.5~1.0cm，搏动范围直径2.0~2.5cm。

(2) 心尖搏动移位：右心室增大，向左侧移位；左心室增大，向左下移位。





(3) 负性心尖搏动：心脏收缩时，心尖搏动内陷，见粘连性心包炎、重度右室肥大。

23. 心浊音界的改变及临床意义

- (1) 心室增大：心界向左下增大，**靴形心**，见**高血压病、主动脉瓣病变**。
- (2) 右心室增大：心界向两侧扩大，以**向左显著**，见**肺心病、二尖瓣狭窄**。
- (3) **左右心室增大**：心界向两侧扩大，**左侧以向左下为主**，见**扩张型心肌病**。
- (4) 左房增大并发肺动脉段扩大：心腰凸出，**梨形心**，见**二尖瓣狭窄**。
- (5) 心包积液：心界向两侧扩大，可随体位改变而变化，呈**烧瓶样心包积液**。

24. 正常心音及其产生机制

- (1) S_1 ：二尖瓣、三尖瓣**关闭**（心室**收缩**开始）
- (2) S_2 ：主动脉瓣、肺动脉瓣**关闭**（心室**舒张**开始）， A_2 在前， P_2 在后。
- (3) S_3 ：血流冲击室壁（心室快速充盈期末）。
- (4) S_4 ：心房收缩（心室舒张末期）。

25. 正常心音的特点

心音	音调	音响	性质	持续时间	最佳听诊部位
S_1	较低	较强	低钝	较长	心尖部
S_2	较高	较弱	清脆	较短	心底部
S_3	更低	更弱	更钝	更短	尖部及其内上方



26. 心音的变化

(1) 强弱的改变

- ① S_1 强弱不等：见**心房颤动**、完全房室传导阻滞。
- ② P_2 增强：见**肺心病**、左向右分流先天性心脏病（后简称先心病）、左心衰竭等。

(2) 性质的改变

- ① 单音律：见于严重心肌病变。
- ② 钟摆律或胎心率：见于**大面积心肌梗死、重症心肌炎**。

(3) 心音分裂

- ① S_1 分裂：左右心室收缩不同步。见完全性右束支传导阻滞等。
- ② S_2 分裂
 - a. 固定分裂：分裂不受呼吸影响，见**房间隔缺损**。
 - b. 反常分裂： A_2 成分关闭晚于 P_2 成分，吸气时分裂变窄，见完全性左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄等。

(4) 额外心音

- ① 舒张早期奔马律：常见**心力衰竭、急性心肌梗死**等。
- ② 开瓣音（舒张期）：二尖瓣狭窄瓣叶尚有弹性及活动性的间接指标。
- ③ 喀喇音（收缩期）：临床上见**二尖瓣脱垂**，并常合并收缩晚期杂音，称二尖瓣脱垂综合征。

(5) 心脏杂音

(1) 二尖瓣听诊区（心尖部）

- ① 二尖瓣狭窄：舒张中晚期、隆隆样
- ② 二尖瓣关闭不全：收缩期，吹风样
- ③ Austin-Flint 杂音：重症主动脉瓣关闭不全，二尖瓣处于半关闭状态出现**心尖部**舒张期杂音。

(2) 肺动脉瓣区



①**二尖瓣狭窄**所致的**肺动脉高压**患者，可出现柔和、吹风样、舒张期杂音，伴有 P2 亢进，此类杂音称 **Graham-Steell 杂音**。

②**肺动脉瓣狭窄**：收缩期喷射性、粗糙。

注意：**动脉导管未闭**：胸骨左缘第 2 肋间，粗糙、响亮、**机器转动样、连续**占整个收缩期与舒张期，常伴震颤。

(3) 主动脉瓣听诊区

①**主动脉瓣狭窄**：**收缩期**喷射性、粗糙响亮，向颈部传导。

②**主动脉瓣关闭不全**：**舒张早期叹气样**，向胸骨左缘及心尖部传导。

注意：**胸骨左缘 3、4 肋间**响亮、粗糙、喷射样**收缩期**杂音伴震颤，见**室间隔缺损、肥厚型梗阻性心肌病**。

27. 周围血管征

(1) 枪击音：常选择**肱动脉**，闻及与心跳一致短促如射枪的声音。

(2)**Duroziez 双重杂音**：听诊器钟型体件稍加压于股动脉，收缩期与舒张期双期吹风样杂音。

(3) 毛细血管搏动征。

28. 腹壁紧张度

①**板状腹**：急性弥漫性腹膜炎。

②**揉面感或柔韧感**多见**结核性腹膜炎**。

29. 脾脏肿大

1) **轻度**：深吸气时脾在肋下不超过 2cm 者。

2) **中度**：脾下缘在肋下 2cm，但在脐水平线以上。

3) **高度**：又称巨脾，脾下缘超过脐水平线或前正中线。

30. **液波震颤**：阳性提示腹腔内有 **3000~4000ml 以上**液体。

31. **振水音**：正常人餐后或饮进多量液体时可出现，异常提示**幽门梗阻或胃扩张**。

32. **移动性浊音**：阳性提示腹腔游离腹水在 **1000ml 以上**。

33. 四肢

(1) **匙状指(反甲)**：**缺铁性贫血**；

(2) **杵状指(趾)**：**呼吸系统疾病、心血管疾病 营养障碍性疾病**；

34. 关节

(1) 腕关节：**腱鞘滑膜炎、腱鞘囊肿、腕关节僵硬、类风湿**；

(2) 指关节：**近端指间关节梭形指——类风湿**；

爪形手——尺神经损伤，肌萎缩；

远端指间关节(heberden 结节)骨性关节炎；

35. **面神经**：支配面部表情肌和舌前部 1/3 味觉功能。

36. 肌力

0 级：肌肉**完全瘫痪**；

I 级：肌肉稍有**收缩**、但**关节无活动**；

II 级：能带动肢体活动、但**不能对抗自身重力**；

III 级：能带动肢体活动、并能对抗自身重力、但**不能抵抗阻力**；

IV 级：可对抗自身重力阻力和**轻微阻力**；

V 级：肌力完全正常。

37. 生理反射

(1) **浅反射**：角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射、肛门反射。





(2) 深反射：肱二头肌反射 (C5-6)、肱三头肌反射 (C7)、桡骨膜反射 (C6)、膝反射 (L4)、跟腱反射 (S1)。

38. 病理反射

(1) 巴宾斯基征 (Babinshi)、奥本汉姆征 (Oppenheim)、戈登征 (Gordon)，**阳性则提示皮质脊髓束受损。**

(2) 霍夫曼征 (Hoffmann) **阳性是皮质脑干束受损。**

39. 脑膜刺激征：颈项强直、凯尔尼格征 (Kernig)、布鲁津斯基征 (Brudzinski)。见**脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅内压增高**等。

40. 上下运动神经元

表现	上运动神经元	下运动神经元
肌萎缩	否	是
腱反射	亢进	减弱
肌张力	增高	下降
瘫痪	痉挛性	弛缓性



第三章 常见疾病的病因、发病机制、病理、药理

1. 慢性阻塞性肺疾病发病机制

(1) 气道炎症：**中性粒细胞**是主要的效应细胞。

(2) 蛋白酶-抗蛋白酶失衡：蛋白酶引起弹性蛋白破坏，是**导致肺气肿的重要原因**。

(3) 氧化应激机制：激活炎症基因、使抗蛋白酶失活、刺激黏液高分泌、使糖皮质激素抗炎活性下降。

2. 支气管哮喘：**嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞**、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等参与的气道慢性炎症性疾病。

3. 肺炎解剖分类

(1) 大叶性 (**肺泡性**) 肺炎 经肺泡间孔 (Cohn 孔) 向其他肺泡扩散、**肺实质炎症**、肺炎链球菌。

(2) 小叶性肺炎 经支气管入侵，引起**细支气管及肺泡**炎症，其病原体有肺炎链球菌、葡萄球菌、病毒、肺炎支原体以及军团菌等。

(3) 间质性肺炎 以**肺间质**为主的炎症，可由细菌、支原体、衣原体、病毒或肺孢子菌等引起。

4. 肺炎患病环境分类

(1) 社区获得性肺炎 (CAP)：院外感染性肺实质炎症。常见病原体为肺炎链球菌、支原体、衣原体、流感嗜血杆菌和呼吸道病毒。

(2) 医院获得性肺炎 (HAP)：**入院 48 小时后**在医院内发生的肺炎。

① 有感染高危的患者：金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌等。

② 无感染高危的患者：肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌等。

5. 大叶性肺炎发病机制和病理

(1) 充血期：镜下见肺泡壁毛细血管充血。

(2) **红色肝变期**：肉眼可见病变肺叶肿大，质实如肝，暗红色，故称红色肝样变。

(3) **灰色肝变期**：肉眼见病变肺叶仍肿胀，呈灰白色，质实如肝，故称灰色肝样变。



(4) 消散期。

6. 呼吸衰竭主要机制

(1) II型：肺通气量不足。

(2) I型：弥散障碍、通气/血流比例失调、肺内动-静脉解剖分流。

7. 慢性心力衰竭

(1) 病因

1) 原发性心肌损害

①缺血性心肌损害：**冠心病**是引起心力衰竭最常见的原因之一。

②心肌炎和心肌病：以**病毒性心肌炎**及**原发性扩张型心肌病**最为常见。

③心肌代谢障碍性疾病。

2) 心脏负荷过重

①**后负荷增加（压力负荷）**：高血压、主动脉瓣狭窄（左心）；肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄等（右心）。

②**前负荷增加（容量负荷）**：瓣膜关闭不全（主闭、二闭、三闭）；左右心分流（间隔缺损、动脉导管未闭）；循环血容量增加（甲亢、贫血）。

(2) 诱因

①感染：**呼吸道感染是最常见，最重要的诱因。**

②心律失常：**房颤**是器质性心脏病**最常见**的心律失常之一，也是诱发心力衰竭最重要的因素。

8. 慢性心力衰竭病理生理

(1) 代偿机制

①**Frank-Starling 机制**：增加回心血量，从而增加心排血量及提高心脏做功量。

②**心肌肥厚**：当心脏后负荷增高时常以心肌肥厚作为主要的代偿机制。

③**神经体液的代偿机制**：交感神经兴奋增强，肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAAS）激活。

(2) 体液因子的改变

①**心钠肽（ANP）和脑钠肽（BNP）**：心衰时，作为评定心衰进程和判断预后指标。

②精氨酸加压素（AVP）。

③内皮素：是由血管内皮释放的肽类物质，具有很强的收缩血管的作用。

④细胞因子。

9. 高血压降压药物治疗

(1) 降压药物应用基本原则：

①小剂量；

②优先选择长效制剂；

③联合用药；

④个体化。

(2) 降压药物种类及作用**特点**

①**利尿剂**：

	代表药物	作用机理
噻嗪类	氢氯噻嗪	抑制肾远曲小管近端、髓祥升支远端对 Na^+ 的重吸收，并因 Na^+-K^+ 交换同时降低 K^+ 的重吸收
袢利尿剂	呋塞米	促进髓祥升支粗段排 Na^+ 排 K^+
保钾利尿剂	安体舒通	远曲小管——保 K^+ 排 Na^+
	氨苯喋啶	远曲小管——保 K^+ 排 Na^+





	阿米洛利	远曲小管——保 K^+ 排 Na^+
AVP 受体拮抗剂	托伐普坦	结合 V_2 受体——减少水重吸收，但不增加排 Na^+

② β 受体拮抗剂：通过抑制肾上腺素能受体，**减慢心率，减弱心肌收缩力，降低血压，减少心肌耗氧量**等（ β_1 受体：分布心肌，引起心率和心肌收缩力增加； β_2 受体：位于支气管和血管平滑肌，可引起支气管扩张等）。

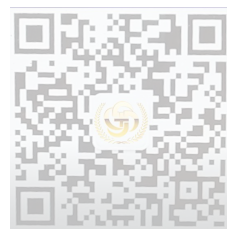
a. 选择性（ β_1 ）：**美托洛尔（倍他乐克）、阿替洛尔、比索洛尔**等。

b. 非选择性（ β_1 与 β_2 ）：**普萘洛尔**等。

c. 兼有 α 受体阻滞：卡维地洛等。

③ 钙通道阻滞剂

分类	代表药物	适应证	不良反应	禁忌证
二氢吡啶（~地平）	硝苯地平	老年收缩期高血压、伴有变异型心绞痛的高血压	心率增快 颜面潮红 搏动性头痛 踝部水肿	心动过速
非二氢吡啶	维拉帕米 地尔硫卓	一般不用于降压、适合于阵发性室上性心动过速伴有高血压患者	不引起心率增快	心力衰竭 窦房结功能低下 心脏传导阻滞



④ **血管紧张素转换酶抑制剂：**

代表药物	卡托普利、依那普利
代谢影响	改善胰岛素抵抗；减少尿蛋白
不良反应	刺激性干咳、血管性水肿
适应	伴心衰、心梗、蛋白尿、糖尿病或糖尿病肾病、肥胖患者
禁忌	高血钾、 妊娠 、双侧肾动脉狭窄、血 $Cr > 265 \mu mol/L$

⑤ 血管紧张素 II 受体拮抗剂：常用的有氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦、坎地沙坦和奥美沙坦。

10. 冠状动脉粥样硬化性心脏病

(1) **心绞痛的发病机制**：由于冠状动脉狭窄等引起的，冠状动脉血流量不能满足心肌代谢的需要，引起心肌急剧的、暂时的缺血缺氧时，即可发生心绞痛。

(2) **急性心肌梗死的发病机制**：绝大多数的 AMI 是由于不稳定的粥样斑块溃破，继而出血和管腔内血栓形成，而使管腔闭塞。

11. 心脏瓣膜病病因

(1) **二尖瓣狭窄**：**风湿热是最常见病因**。

(2) **二尖瓣关闭不全病因**：**瓣叶——风湿性损害最为常见**，二尖瓣脱垂，感染性心内膜炎破坏瓣叶等。

(3) **主动脉瓣狭窄病因**：风湿性心脏病炎症——导致瓣叶纤维化、僵硬、钙化和挛缩畸形，因而瓣口狭窄。

(4) **主动脉瓣关闭不全病因**：主要由**主动脉瓣本身病变、主动脉根部疾病所致**。

12. 心律失常药物的作用机制



I 类	阻断钠通道	I a	奎尼丁、普鲁卡因
		I b	利多卡因 (室性心律失常)
		I c	普罗帕酮等
II 类	阻断 β 肾上腺素能受体	抑制交感神经兴奋、降低心脏的自律性, 减慢房室结传导, 代表药物: 普萘洛尔、美托洛尔、阿替洛尔	
III 类	阻断钾通道与延长复极	胺碘酮 (选择性延长复极的药物)、索他洛尔	
IV 类	阻断慢钙通道	维拉帕米 (为阵发性室上速首选)、地尔硫卓等	

13. 病毒性肝炎: 乙型肝炎病毒感染为肝硬化最常见的病因。

14. 肝硬化最具有代表性的病理特点是假小叶形成。

15. 幽门螺杆菌 (消化性溃疡发病的病原微生物) 为消化性溃疡的重要病因。

16. 非甾体抗炎药 NSAID (抑制前列腺素的合成, 前列腺素有保护胃黏膜的作用) 是引起消化性溃疡的另一个常见病因。

17. 消化性溃疡病理

(1) DU 多发生在球部 (典型溃疡), 前壁比较常见;

(2) GU 多在胃角和胃窦小弯 (典型溃疡)。

18. 上消化道出血是指屈氏韧带 (Treitz) 以上的消化道, 消化性溃疡 (最主要、最常见)、食管胃底静脉曲张破裂 (肝硬化)、急性糜烂出血性胃炎和胃癌是最常见的病因。

19. 胆道疾病 (我国最主要病因) 胆石症及胆道感染等是急性胰腺炎的主要病因。

20. 塞来昔布不会导致急性胰腺炎。

21. 泌尿系感染上行感染: 最常见。

22. 泌尿系感染常见致病细菌

(1) 无症状性细菌尿、非复杂性尿路感染, 或首次发生的尿路感染: 主要大肠埃希菌。

(2) 院内感染、复杂或复发性尿感、尿路器械检查后的尿感: 肠球菌、变形杆菌、克雷伯杆菌和铜绿假单胞菌所致。

23. 急性肾小管坏死为例:

① 肾小管严重受损: 肾小球滤过液的反漏, 致肾间质水肿和肾实质进一步损伤。

② 肾缺血: 导致肾自主调节功能损害等, 也可产生炎症反应。

③ 炎症因子的参与。

24. 慢性肾衰竭 (CKD) 常见病因

(1) 西方国家: 继发性因素, 糖尿病和高血压为两大首位因素。

(2) 我国: 原发性肾小球肾炎最多见, 其次为糖尿病肾病、高血压肾病、狼疮性肾炎等。

25. 肾病综合征糖皮质激素的应用

(1) 作用机制

1) 抑制免疫反应及免疫介导的炎症反应减少渗出、细胞增生和浸润, 改善肾小球基底膜的通透性。

2) 抑制醛固酮和抗利尿激素的分泌达到利尿消肿, 减少、消除尿蛋白的目的。

(2) 使用原则

1) 起始量要足: 泼尼松 $1\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$, 常用量每日 $40\sim 60\text{mg}$, 清晨顿服。

2) 疗程要长: 一般为 $6\sim 8$ 周, 必要可延长到 12 周。





3) **减药要慢**：每2周减药1次，每次减少原用药量的10%~20%。当减到每日20mg左右时应更加缓慢减少每日的用药量，每次减少半片即2.5mg。

26. 多脏器功能衰竭发病机制

(1) 炎症反应和抗炎反应失衡

① **应激时产生炎性因子**，如 $TNF\alpha$ 、IL-1、IL-2、IL-6 等，有利于杀灭细菌；

② 大量致炎因子也可损伤机体组织细胞，产生**全身炎症反应综合征 (SIRS)**。

(2) 缺血-再灌注损伤

应激使**重要器官和组织血流灌注减少**，细胞发生缺血性损伤恢复血液再灌注后，细胞结构破坏和代谢障碍进一步加重。

(3) 肠源性细菌和内毒素移位。

(4) 细胞凋亡。

(5) 蛋白质-热量营养缺乏。

27. 缺铁性贫血

(1) 铁的吸收

1) 动物食品铁吸收率高，植物食品铁吸收率低。

2) 食物中铁以**三价铁**为主，必须在酸性环境中或有还原剂如维生素C存在下**还原成二价铁才便于吸收**。

3) **十二指肠和空肠上段肠黏膜**是吸收铁的主要部位。铁的吸收量由体内贮备铁情况来调节。

(2) **铁的转运**：借助于转铁蛋白，生理状态下**转铁蛋白仅33%~35%与铁结合**。血浆中转铁蛋白能与铁结合的总量称为**总铁结合力**，血浆铁除以总铁结合力即为**转铁蛋白饱和度**。

(3) **铁的分布**：血红蛋白铁约占67%，肌红蛋白铁约占15%，贮存铁占29.2%，组织铁、含铁酶则含量甚低。

(4) **铁的贮存**：铁蛋白和含铁血黄素，主要贮存在**肝、脾、骨髓**等处。

(5) **铁丢失过多**：**慢性失血是最常见**原因等。

28. 急性白血病分类

(1) 急性淋巴细胞白血病 (ALL)

1) L1型：原始和幼稚细胞以小细胞为主（直径 $\leq 12\mu m$ ）。

2) L2型：原始和幼稚细胞以大细胞为主（直径 $> 12\mu m$ ）。

3) L3型 (Burkitt型)：原始和幼稚淋巴细胞以大细胞为主，大小较一致，胞浆内有许多空泡。

(2) 急性髓系白血病 (AML)

分型	中文名	骨髓象特点
M ₀	急髓微分化型	骨髓原始细胞 $>30\%$ ，无嗜天青颗粒及Auer小体，过氧化物酶(MPO)阳性，CD33或CD13阳性
M ₁	急粒未分化型	原始细胞占骨髓非红系有核细胞(NEC) $>90\%$ ，其中MPO阳性细胞 $>3\%$
M ₂	急粒部分分化型	原粒细胞占NEC的30%~89%，其他粒细胞 $\geq 10\%$ ，单核细胞 $<20\%$
M ₃	急性早幼粒细胞白血病	骨髓中以颗粒增多的早幼粒为主，早幼粒在 NEC中$\geq 30\%$
M ₄	急粒-单核细胞白血病	骨髓中原始细胞占NEC $>30\%$ ，各阶段粒细胞30%~80%，单核细胞 $\geq 20\%$
M ₅	急单	骨髓中各阶段 单核细胞 占骨髓NEC的 $\geq 80\%$ ， 原始单核细胞\geq



		80%为 M5a, <80%为 M5b
M ₇	急性巨核细胞白血病	骨髓中原始巨核细胞≥30%, 血小板抗原阳性, 血小板过氧化物酶阳性

(3) MICM 分型: C 及 M—染色体及基因改变

类型	染色体改变	基因改变
M ₂	t (8; 21) (q22; q22)	AML1/ETO
M ₃	t (15; 17) (q22; q21)	PML/RAR α
M _{4E0}	Inv/del (16) (q22)	CBF β /MYH11
M ₅	T/del (11) (q23)	MLL/ENL
L ₃ (B-ALL)	t (8; 14) (q24; q32)	MYC 与 IgH 并列
ALL (5%~20%)	t (9; 22) (q34; q11)	Bcr/abl, m-bcr/abl

29. 特发性血小板减少性紫癜病因和发病机制

- (1) 体液免疫和细胞免疫介导的**血小板过度破坏**: 血小板膜 GP 特异性自身抗体。
- (2) 体液免疫和细胞免疫介导的**血小板生成不足**。

30. 糖尿病病因和发病机制

- (1) **1型糖尿病**: 90%新诊断的 T1DM 患者血清中存在胰岛细胞抗体。
- (2) **2型糖尿病**: 胰岛素抵抗和胰岛素分泌缺陷。

31. 甲亢甲状腺毒症常见病因

(一) 甲状腺功能亢进症:	(二) 非甲状腺功能亢进类型:
1. 弥漫性毒性甲状腺肿 (Graves 病)	1. 亚急性甲状腺炎
2. 多结节性毒性甲状腺肿	2. 无症状性甲状腺炎
3. 甲状腺自主高功能腺瘤	3. 桥本甲状腺炎
4. 碘致甲状腺功能亢进症	4. 产后甲状腺炎
5. 桥本甲亢	5. 外源甲状腺激素替代
6. 新生儿甲状腺功能亢进症	6. 异位甲状腺激素产生
7. 垂体 TSH 腺瘤	

32. Graves 病的病因及发病机制自身免疫因素 血清中存在 **TSH 受体抗体 (TRAb)**。

- (1) TSAb: **刺激甲状腺细胞增生, 分泌亢进**。
- (2) TSAb: 抑制 TSH 与其受体结合, 阻断 TSH 的作用。

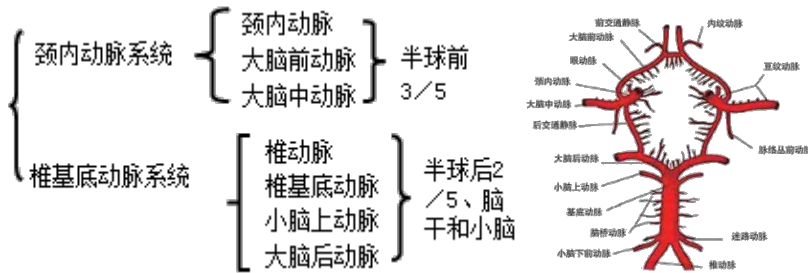
33. 系统性红斑狼疮发病机制: SLE 的免疫反应异常, 产生**多种自身抗体**为本病的免疫学特征, 自身抗体与相应抗原形成免疫复合物, 并沉积于不同组织器官是 **SLE 的主要发病机制**。

34. 类风湿关节炎基本病理为**滑膜炎和血管炎**。

- (1) **滑膜炎**: 是**关节表现的基础**。
- (2) **血管炎**: 是**关节外表现的基础**。

35. 脑血管解剖





36. 帕金森病病理改变

- (1) **黑质变性**，**多巴胺不足**则会令人失去控制肌肉的能力，导致帕金森氏症。
- (2) **黑质多巴胺能神经元大量变性**，残留的神经元胞质内含有**嗜酸性包涵体**，即**路易小体**。

37. 阿尔茨海默病

- (1) **概念**：以**进行性认知功能障碍和行为损害**为特征的中枢神经系统退行性改变。
- (2) **病理改变**：**神经炎性斑**、**神经元纤维缠结**、神经元缺失和胶质增生。
- (3) **发病机制**：该病的发生和环境以及遗传因素有关。



38. 病毒性肝炎

- (1) **甲型肝炎病毒 (HAV)**：RNA 病毒。
- (2) **乙型肝炎病毒 (HBV)**：**DNA 病毒 (Dane 颗粒)**。
- (3) **丙型肝炎病毒 (HCV)**：RNA 病毒。
- (4) **丁型肝炎病毒 (HDV)**：RNA 病毒，缺陷型病毒。
- (5) **戊型肝炎病毒 (HEV)**：RNA 病毒。

39. 病毒性肝炎抗原-抗体系统

- (1) 甲型肝炎只有 1 个抗原系统

- ① 感染后早期：**IgM 型抗体**，仅存在 3~6 个月，是**近期感染**的标志。
- ② 感染后：**IgG 抗体**，可存在多年，有保护力。

(2) 乙型肝炎

HBsAg 与抗 HBs；HBeAg 与抗 HBe；HBcAg 与抗 HBc；

① **HBeAg** 是 HBV **活动复制和传染性强的标志**。

② **血清中检出 HBV-DNA 和 HBeAg 说明病毒在复制**，其中 **HBV-DNA 为最敏感最直接的 HBV 感染指标**。

③ **抗 HBs 是保护性抗体**。

(3) 丙型肝炎

如果抗 HCV-IgM 持续阳性，提示病毒持续复制，易转为慢性。

40. HIV 病原体：又称人免疫缺陷病毒。为单链 RNA 病毒，HIV 既**嗜淋巴细胞**，又**嗜神经细胞**，主要**感染 CD4⁺T 细胞**。

41. 伤寒

(1) **病原体**：**伤寒杆菌属沙门菌属 D 组**、革兰染色**阴性**，在含胆汁的培养基中更易生长。有脂多糖、菌体抗原 (**O 抗原**)、鞭毛抗原 (**H 抗原**)，刺激机体产生 IgM、IgG 抗体，**检测血清标本中的“O”与“H”抗体即肥达反应**，有助于本病诊断。

(2) **病理解剖特点**：伤寒病理**特点是全身单核吞噬细胞系统增生性反应**，**回肠下段集合淋巴结和孤立淋巴滤泡病变最为显著**。

42. 流行性乙型脑炎



(1) 乙脑病毒属**虫媒病毒**乙组的黄病毒科，人与动物感染乙脑病毒后，可产生补体结合抗体等。

(2) 对这些**特异性抗体（IgM 抗体）**的检测有助于临床诊断和流行病学调查。

(3) **脑变质性炎症。**

43. 肺结核发病机制

(1) **原发性肺结核：原发综合征**及胸内淋巴结结核，X线：原发灶-引流淋巴管炎-肺门或纵隔淋巴结的结核性炎症。多见于儿童，肺部原发灶**好发于上叶下部和下叶上部或中部靠肺的边缘部位。**

(2) **血行播散性肺结核：**是结核分枝杆菌进入血流后，播散到肺内形成的结核病。

(3) **继发性肺结核：**结核分枝杆菌初次感染后体内潜伏病灶中的结核分枝杆菌**重新繁殖**，是**成人肺结核的最常见**类型。

44. **急性一氧化碳中毒发病机制：**吸入体内的 CO 与血液中血红蛋白结合，**形成稳定 COHb**，不易解离。

45. 急性有机磷杀虫剂中毒发病机制

(1) 有机磷农药主要抑制胆碱酯酶（ChE）。使 ChE **丧失分解乙酰胆碱（ACh）能力。**

(2) ACh 大量积聚——引起**毒蕈碱（M 样、腺体分泌增加和平滑肌收缩）、烟碱样症状（N 样，肌束震颤、肌痉挛、肌麻痹，如呼吸肌麻痹）**等，严重者常死于呼吸衰竭。



第四章 医疗机构医师行为规范与医学伦理学

1. 医疗机构从业人员基本行为规范 **2012 年 6 月 26 日发布实施。**

2. 医生的权利

(1) 在注册的执业范围内，进行医学检查、疾病调查、医学处置、出具相应的医学证明文件，选择合理的医疗、预防、保健方案；

(2) 按照国务院卫生行政部门规定的标准，获得与本人执业活动相当的医疗设备基本条件；

(3) 从事医学研究、学术交流，参加专业学术团体；

(4) 参加专业培训，接受医学继续教育；

(5) 在执业活动中，人格尊严、人身安全不受侵犯；

(6) 获取工资报酬和津贴，享受国家规定的福利待遇；

(7) 对所在机构的医疗、预防、保健工作和卫生行政部门的工作提出意见和建议，依法参与所在医疗机构的管理。

3. 医患关系的特征

1) 规范性。

2) 动态性。

3) 综合性。

4. **医患关系遵循的道德原则：**医患之间要**彼此尊重、以诚相待、平等相处**，这是医患关系中应遵循的**最重要**道德原则。

5. 临床治疗包括：

(1) **药物治疗的伦理要求**

①安全有效



- ②毒副作用小
- ③效果要好（近期和远期）
- ④节约廉价

6. 手术治疗的伦理要求

（1）手术与麻醉治疗的特点

- ①手术的必然性
- ②手术的复杂性
- ③过程的风险性
- ④人的被动性及术前的焦虑心理

（2）术前准备的伦理要求

- ①严格掌握手术指征、动机正确
- ②尊重病人的知情同意权
- ③认真制定手术方案
- ④帮助病人做好术前准备

（3）术中的伦理要求

- ①关心患者，体贴入微
- ②态度严肃，作风严谨
- ③精诚团结，密切协作

（4）术后的伦理要求

- ①认真书写手术记录
- ②严密观察，勤于护理

- 7. 医学道德评价：**首要评价和衡量医务人员医疗行为**是否符合道德、道德水平高低的重要标志。
- 8. 医学道德评价的方式：**社会舆论**是医德评价中最普遍、最具有影响力的方式。
- 9. 医务人员医德考评制度首要：**救死扶伤，全心全意为人民服务。**



金英杰医学
JINYINGJIE.COM



循环系统内科考点梳理

一、心力衰竭

1. 最重要病因：**心肌收缩力减弱**（冠心病和心梗）。

2. 慢性左心衰：

- 最早最常见——**劳力性呼吸困难**；
- 最典型——**夜间阵发性呼吸困难**；
- 最严重——**端坐呼吸**；
- 左心衰+呼吸困难最严重——**急性肺水肿**。
- 最典型/最有意义体征——**奔马律，听诊双肺底中小水泡音/湿罗音（肺静脉淤血）**；

3. 慢性右心衰：最特异——**肝颈静脉回流征（+）**；

4. 辅查：首选 **UCG**， **$EF \leq 40\%$** ，反映收缩期心衰。 **$E/A < 1.2$** ，反映舒张期心衰。

5. 慢性心衰治疗：**利尿剂**（只有螺内酯），急性心衰首选**速尿**；**ACEI/ARB**；
 β -阻滞剂（只有比卡美）：比索洛尔、卡维地洛、美托洛尔

6. 洋地黄类

(1) 最常用正性肌力药——**地高辛**；唯一适应证——**心衰伴房颤、房扑**。

(2) 禁忌症：急性心梗 24h 内；肥厚性梗阻型心肌病；预激综合征；低钾；**单纯性二尖瓣狭窄**。
记忆：“急死的肥鱼价格低啊”

(3) 洋地黄中毒：

- 最常见原因——**低钾**；
- 最早出现——**厌食、腹胀等**；
- 最晚出现——**黄/绿视**；
- 心律失常——最常见**室早二联律**；
- 最具特征性——**可快可慢**（快速房性心律失常和房室传导阻滞。）

7. 急性左心衰治疗：效果最明显且作用最快：**利尿剂**（呋塞米）；

8. 心脏骤停和心源性猝死：最常见原因——**室颤**；最常见疾病——**冠心病**；

诊断金标准 典型大动脉（颈、股）**搏动消失**；治疗：首选 **肾上腺素**

二、心律失常

1. **第一心音强弱不等+心律绝对不齐+脉搏短绌+P 波消失=房颤**

2. **阵发性心慌+突发突止+逆行 P 波+心率 160 ~250 次/分=室上性心动过速**

3. **提前出现的宽大畸形 QRS 波=室早**

4. **突发心慌+3 个连续的室早波+心室夺获+室性融合波=室速**

5. **PR 间期>0.20 秒+PR 间期恒定+全部下传=I 度房室传导阻滞**

6. **PR 间期逐渐延长直到 QRS 波脱落=II 度 I 型房室传导阻滞**

7. **PR 间期固定不变, QRS 波成比例脱落 2 : 1, 3 : 2=II 度 II 型房室传导阻滞**

8. **心律规整+心律约 40 次/分+大炮音+A-S 综合征=III 度房室传导阻滞**

9. 心律失常用药原则：

- 没有症状不治疗，偶发症状不治疗；
- 血压正常我用药，血压低时用电击；
- 一般缓慢（心率 40-60 次/分）用**阿异**（阿托品、异丙肾上腺素）；
- 严重缓慢（心率 < 40 次/分）起搏器。

10. 心律失常用药小结：





- (1) 改善急性心衰——利尿剂；
- (2) 心衰伴有高血糖——ACEI；
- (3) 慢性收缩性心衰——ACEI；
- (4) 心衰伴有房颤——洋地黄
- (5) 洋地黄引起的阵发性心动过速——苯妥英钠
- (6) 洋地黄引起的阵发性室性心动过速——利多卡因
- (7) 任何原因引起的心律失常+血流障碍——电复律
- (8) 室上速合并预激综合征首选治疗和首选药物——射频消融，普罗帕酮
- (9) 阵发性室上性心动过速不伴有心衰，首选——腺苷，次选维拉帕米（异搏定）
- (10) 室性心律失常——利多卡因
- (11) 加速性室自主节律（缓慢性室速）——首选阿托品
- (12) 心衰伴有高血压（高血压引起的急性左心衰）——硝普钠
- (13) 预激综合征病快速房颤——胺碘酮
- (14) 阵发性室上性心动过速伴心功能不全——洋地黄
- (15) 室颤治疗首选——非同步电除颤；终止室颤最有效——电除颤。
- (16) 房室传导阻滞三度：特异表现——大炮音；治疗首选——人工心脏起搏器。



三、高血压

1. 高血压危象：短时间收缩压急剧升高，舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ ，伴头疼、眩晕、视力模糊。
2. 高血压急症：血压 $>180/120\text{mmHg}$ +靶器官损害+首选硝普钠。
3. 高血压脑病：短时间舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ +颅内压增高。
4. 急进性和恶性高血压：血压舒张压持续 $\geq 130\text{mmHg}$ +肾小动脉纤维素样坏死
5. 视网膜病变眼底：急进性高血压（Ⅲ级）；恶性高血压（Ⅳ级）；
6. 治疗小结

- (1) 水肿+高血压（老人收缩期高血压）——首选利尿剂；
- (2) 高血压+心率快；高血压伴有陈旧性心梗；稳定性心绞痛——首选 β 受体阻滞剂；
- (3) 高血压+心率 < 60 次/分；不稳定性心绞痛——首选二氢吡啶类（**地平）
- (4) 高血压合并糖尿病（改善胰岛素抵抗），肾病（减轻蛋白尿），心梗（逆转心室肥厚），心衰（逆转心室重构），首选——ACEI/ARB

四、冠心病

1. 心绞痛：

- (1) 自发性心绞痛：变异心绞痛 治疗——首选CCB，绝对禁用 β 受体阻滞剂。
- (2) 实验室检查 首选ECG（最常用方法）：ST段弓背向上抬高，确诊心梗。
心电运动负荷试验：稳定性心绞痛最常用的非创伤性检查。
- (3) 诊断金标准/确诊：冠脉造影。判断心肌有无缺血，首选放射性核素心肌显像。

2. 心肌梗死

- (1) 心肌梗死：溶栓——（ST抬高型）。抗凝——（非ST抬高型）。
- (2) 临床表现：早出现剧烈胸痛：濒死感，持续1小时以上。
- (3) 心律失常：室早最常见；24h内最常见的死因：室颤。
- (4) 首选：ECG：T波倒置（缺血），ST段弓背向上抬高（心肌有损伤），病理性Q波（心肌坏死）。
- (5) 确诊：心肌酶——肌钙蛋白特异性最高（肌钙蛋白I或T），早期诊断有意义。
心肌酶——肌红蛋白（出现最早）；肌钙蛋白酶和乳酸脱氢酶（消退最晚）。
- (6) 并发症：乳头肌功能失调或断裂——最常见；确诊——UCG
- (7) 治疗：ST段抬高型——最好PCI；溶栓最好药物rt-PA；灌注前解除疼痛，首选吗啡。



非 ST 段抬高型——绝不溶栓，只抗凝或介入，无并发症用肝素，有并发症用介入。

六、心脏瓣膜病

所有瓣膜病诊断金标准：UCG。最常见的是二尖瓣狭窄

1. 二尖瓣狭窄

- (1) 呼吸困难(劳力性、端坐呼吸)+大咯血+粉红色泡沫痰+舒张期隆隆样杂音+梨形心=二狭
- (2) 临床特征：最早的是劳力性呼吸困难
- (3) 特征性的杂音为：心尖区舒张期隆隆样杂音，不传导。
- (4) 并发症：最常见的是房颤，最危险的是脑栓塞，最致命的是右心衰；最少见的是感染性心内膜炎。
- (5) 治疗：二狭+房颤，抗凝首选华法林；心律失常首选洋地黄。
二狭+左心衰/急性肺水肿，只能选择利尿剂（呋塞米）

2. 二尖瓣关闭不全

- (1) 左心衰(急性或慢性)+收缩期吹风样杂音=二尖瓣关闭不全
- (2) 杂音：心尖部收缩期吹风样杂音，向左腋下或左肩胛下角传导。

3. 主动脉瓣狭窄

- (1) 呼吸困难+心绞痛+晕厥(三联征)+收缩期喷射样杂音=主动脉瓣狭窄
- (2) 三联征：劳力性呼吸困难，心绞痛，晕厥；
- (3) 杂音：胸骨左缘 3 肋间或右缘 2 肋间——收缩期喷射样杂音，向颈部传导。
- (4) 最常见的并发症——心律失常
- (5) 治疗：最佳治疗方法 瓣膜置换术；绝对禁用血管扩张剂——直立性低血压，休克。

4. 主动脉瓣关闭不全

- (1) 心悸+心绞痛+夜间阵发性呼吸困难+A-F 杂音+周围血管征=主动脉瓣关闭不全
- (2) 杂音：胸骨左缘 3 肋间舒张期高调样递减型叹气样早期杂音，向心尖传导。

七、感染性心内膜炎

1. 分类 急性——病程 1 周内，金黄色葡萄球菌感染，多见于主闭；
慢性——病程 > 1 周，草绿色链球菌感染，多见于二尖瓣，主动脉瓣受累。
2. 临床表现：最常见的是发热，急性>39 度，慢性<39 度。
3. 典型周围体征：J 损害（急性）——手掌脚掌出血斑；
Os 结节——指腹红色痛性结节；
Roth 斑——视网膜圆形出血斑。
4. 并发症：心衰——最常见最重要的死亡原因。
5. 实验室检查：首选/金标准——血培养；
6. 治疗：首选 急性 奈夫西林；亚急性 青霉素；耐药 首选 万古霉素。

八、心肌疾病

1. 扩张型心肌病——确诊/首选 超声心动图 UCG：呈钻石双峰样图形。

2. 肥厚性心肌病

- (1) 临床表现——主狭三联征：劳力性呼吸困难，心绞痛，晕厥；
胸骨左缘 3-4 肋间出现收缩期喷射样杂音；
- (2) 最常见的并发症——房颤；
- (3) 实验室检查首选——UCG

九、病毒性心肌炎

1. 最常见的病毒——柯萨奇病毒 B 组；





2. **AS 综合症**：——与发热程度不平行的心动过速。

3. 实验室检查首选——**心内膜心肌活检**。

十、心包疾病

1. 我国最常见的病因：**柯萨奇病毒 A 组**

2. 急性渗出性心包炎

(1) 最早最典型的表现——**呼吸困难**

(2) 典型体征——**心浊音界向两侧扩大**，在心浊音界内**心尖搏动明显减弱**；
最特异——**心包积液征 (Ewart 征)**

心包压塞三联征 (贝克三联征) ——**颈静脉怒张+动脉血压下降+心音遥远**。

(3) 实验室检查首选/确诊 **UCG**

3. 缩窄性心包炎

(1) 最常见病因——**结核杆菌感染**；

(2) 确诊——**CMR (心脏磁共振)**

十一、休克

1. 休克监测：**收缩压<90mmHg 或脉压<20，尿量<30ml/h**——提示休克

脉压增大，提示好转；尿量>30ml/h，提示休克已纠正。

休克监测中，最重要的最简单最可靠的指标：**尿量 (反映肾灌注)**

2. 治疗：首选**补充血容量**。

3. 感染性休克最常见的病因：**G-杆菌释放内毒素**。

4. 过敏性休克：首选**肾上腺素**；

5. 心源性休克最常见的原因是：**心肌梗死**。

十二、周围血管病

1. 确诊 **动脉造影**；治疗 首选**手术**

2. 血栓闭塞性脉管炎：**Buerger (肢体抬高试验+)**；确诊**动脉造影**；治疗**绝不热疗**，首选**手术**。

3. 大隐静脉曲张：实验室检查确诊——**造影**；治疗——**单纯性首选，高位结扎+剥脱术**；

4. 下肢深静脉栓塞：最严重的并发症 **肺血栓栓塞**；**Homans 征 (踝关节过伸背屈试验)** 阳性；
确诊——**下肢静脉造影**；治疗首选**药物溶栓 (尿激酶、链激酶)**，必须**3 天内**。绝对**禁用止血药**。



【精神、神经系统】

第一部分

一、颅脑损伤

(一) 头皮血肿

1. 皮下血肿：血肿体积小，位于头皮损伤中央，**中心软，周围硬，无波动感、触痛明显**。小的无需处理。稍大血肿适当**加压包扎**。

2. 帽状腱膜下血肿：血肿**范围广**，可蔓延全头，**张力低，波动感明显 (甚至休克)**。**穿刺抽吸并加压包扎**。

3. 骨膜下血肿：血肿范围**不超过颅缝**，**张力高**，大者可有**波动感**，常伴有**颅骨骨折**。早期冷敷，**禁忌加压包扎**，否则易脑疝



（二）头皮裂伤

处理原则：全身裂伤除头皮以外，处理均是6-8小时，6-8小时内清创缝合，6-8小时后只清创不缝合！但头皮血供丰富，故缝合的时间可以延长到24小时。有抗生素的情况可延长到72小时。

（三）颅骨损伤

1. 诊断：头部外伤史*X线：颅盖部的线状骨折发生率最高（确诊）；
2. 颅底骨折——临床表现（水漫道路）：①鼻出血/脑脊液漏；②迟发性局部淤血；③颅神经损伤。
3. 凹陷骨折手术指征①大面积凹陷骨折或静脉窦处的凹陷骨折。②骨折位于重要功能区；位于非功能区，但深度超过1cm。③开放性骨折的碎骨片易致感染，须全部取出；硬脑膜如果破裂应予缝合或修补。

（四）颅底骨折临床表现及处理

1. 颅前窝骨折：熊猫眼征、眼镜征、鼻出血、鼻漏、脑脊液漏；脑神经损伤II。
2. 颅中窝骨折：耳出血、鼻出血，鼻漏、耳漏，脑神经损伤II-VIII或垂体，搏动性突眼。
3. 颅后窝骨折：Battle征：迟发性乳突部皮下瘀血斑，枕下部肿胀及皮下瘀血斑，脑神经损伤IX-XII。
4. 处理原则：①头高位卧床休息。②避免用力咳嗽、打喷嚏。③全身应用抗生素。④避免堵塞及冲洗耳道、鼻腔。⑤脑脊液漏停止前不作腰穿。⑥经1个月治疗，脑脊液漏不停止可手术治疗。⑦合并视神经损伤在12h内行视神经探查减压术。
5. 脑脊液瘘的处理：不堵、不冲（预防感染）、不要穿！（防止颅内压高引起脑疝）



二、脑损伤

好发部位-额极、颞极及其底面。原发性脑损伤——立即发生的脑损伤，无需手术。

继发性脑损伤——指受伤一定时间后出现的脑受损病变，需及时开颅手术。

1. 脑震荡：

- (1) 临表：小于30分钟的昏迷，逆行性遗忘+三无（神经检查、脑脊液、CT均无异常）
- (2) 治疗：①留诊24小时。②解除病人思想顾虑。卧床休息1周。

2. 脑挫裂伤：

- (1) 临表：持续半小时以上意识障碍+一般症状+三有（相应的神经功能障碍或体征、腰穿脑脊液呈血性、CT点、片状高密度）。意识障碍是脑挫裂伤最突出的症状之一。疼痛、恶性、呕吐是脑挫裂伤最常见的症状。
- (2) 治疗原则：①床头抬高30°；②保持呼吸道通畅；③观察生命体征、神志、瞳孔变化；④维持水电解质平衡；⑤脱水；⑥止血；⑦激素；⑧抗生素。

3. 脑干损伤——不伴有颅内压增高表现。

- (1) 临表：脑干损伤=深昏迷+瞳孔改变（瞳孔不等大或双侧极度缩小或散大，对光反射消失）+去大脑强直。
- (2) 治疗：冬眠疗法，降低脑代谢；积极抗脑水肿；使用激素及神经营养药物。

记忆：颅脑外伤出现角弓反张-脑干损伤；脚被锈钉损伤出现角弓反张-破伤风。重型颅脑损伤最常见的死亡原因是——脑疝；最常见的致命性并发症是消化道出血（库欣溃疡）。最常见的并发症是——肺部感染

三、颅内血肿

1. 硬脑膜外血肿：脑膜中动脉损伤，最常见；损伤常位于颞区。
2. 硬膜外血肿、硬膜下血肿及脑内血肿的鉴别



①硬膜外血肿：多有**中间清醒期**，典型**进行性瞳孔扩大**，CT提示内板下**凸透镜样**高密度影。

②硬膜下及脑内血肿：**最常见**，多为**进行性意识障碍**，CT提示**新月形或半月形**高密度影。

重点区别：硬脑膜外：**中间清醒期**，**CT凸透镜**；硬脑膜下：**持续性昏迷**，**CT新月影**。

3. 颅内血肿手术适应证①**脑疝**。②颅内压在**270mmH₂O**以上，并呈进行性升高。③有**局灶性脑损害**体征。④血肿较大（幕上**>40ml**，幕下**>10ml**）。⑤脑室、脑池明显受压，中线结构明显移位（**>1cm**）。⑥病情恶化。

总结：确诊颅盖骨线形骨折首选-X线。确诊、定位颅底骨折首选-临床表现。

确诊脑震荡、脑疝-临床表现。确诊蛛网膜下腔出血、颅内肿瘤、颅内血肿首选-CT。

诊断脑干损伤MIR优于CT。颅盖骨线形骨折、脑震荡、颅底骨折治疗-不需治疗。

脑疝=甘露醇+急诊手术。蛛网膜下腔出血=手术夹闭

四、蛛网膜下腔出血

1. 蛛网膜下腔出血：动脉瘤脑、血管畸形颅内动脉瘤 +急骤数分钟达高峰+血压正常+**剧烈头痛**、+脑池、脑室及蛛网膜下腔高密度出血征+血性脑脊液。

2. 脑出血：**高血压、动脉粥样化+数十分钟至数小时达高峰+血压显著升高+持续性昏迷+偏瘫、失语、偏身感觉障碍+眼底动脉硬化+脑实质内高密灶+洗肉水样脑脊液。**

治疗：有颅内高压——**甘露醇**，不做腰穿；手术——**A瘤夹闭**。

五、颅内肿瘤

1. 最常见的脑瘤是**胶质瘤**(glioma)。

2. 局部症状和体征：**精神症状**——**额叶肿瘤**（痴呆，个性改变）；**癫痫**发作——**额叶**多见（痉挛性大发作/局限性）。**感觉障碍**——**顶叶**（两点觉，实体觉，肢体位置觉）；**视野缺损**——**枕叶及颞叶**深部；**失语症**——**优势半球**肿瘤（运动性/感觉性/混合性失语）。

3. 最具有诊断价值的是**CT及MRI**检查。4. 治疗原则是以**手术治疗**为主。

六、颅内压增高

1. 颅内压正常值：成人为**0.7~2.0kPa (70~200mmH₂O)**，儿童**0.5~1.0kPa (50~100mmH₂O)**。

2. 颅内压增高临床表现“三主征”：**头痛、呕吐、视神经乳头水肿**。Cushing反应“**两慢一高**”：**心跳和脉搏变慢，血压升高**。

3. **CT-首选**。

4. 药物降颅内压：如果病人**意识清醒**，颅内压增高轻，先**口服药物**（氢氯噻嗪、速尿、乙酰唑胺）；若病人**意识障碍**、颅内压增高严重，静脉注射**20%甘露醇 250ml**；作气管切开，以保持呼吸道通畅。

七、脑疝

1. 小脑幕切迹疝：**生命体征改变晚+瞳孔改变早+瞳孔先小后大，偏瘫+意识障碍早**。

2. 枕骨大孔疝：**生命体征改变早+瞳孔改变晚++意识障碍晚+枕下疼痛、颈项强直、强迫头位、后组颅神经**。

3. 治疗(★)快速静脉输注**甘露醇 20分钟**。确诊后，迅速完成开颅术前准备，尽快**手术**。

老年患者+高血压病史+急性起病+意识障碍、定位体征+CT高密度影=脑出血；

老年患者+高血压病史+激动或安静+偏瘫+病理征+CT未见到病灶或低密度影=脑梗死

突发头痛+脑膜刺激征=蛛网膜下腔出血；脑外伤+中间清醒期+CT梭形血肿=硬膜外血肿。

第二部分

一、面神经炎

记忆：鼓气漏气 Bell 征，歪眉斜眼维生素。



1. 病因—病毒感染, 受凉史。
2. 临床表现—额纹消失. 眼睑不能闭合. 不能皱额蹙眉. 口角偏向健侧, 鼓气或吹口哨时漏气。
Bell征: 闭露征 (闭合不全) + (露眼白);

【Hunt综合征】: “四个T”, 味觉障碍 (Taste) 听觉过敏 (Ting) 乳突疼痛 (Tong) 外耳道疱疹及感觉减退 (Tui)。

3. 治疗—首选糖皮质激素, 恢复期可加用 VB 族。

二、三叉神经痛

1. 临床表现: 短暂. 突发. 反复发作的剧痛。特点: 触发点或扳机点. 没有阳性体征。
2. 治疗首选卡马西平, 次选三叉神经根的手术切除。老人药物无效选射频热凝术。
记忆: 上颌下颌和眼周, 突发疼痛扳机点。卡马西平当首选。

三、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病 吉兰-巴雷综合征

1. 病因—最常见的为空肠弯曲菌。
2. 临床表现—腹泻起病, 运动障碍比感觉障碍重的多。
运动——对称性, 迟缓性瘫痪——最重。感觉——手套袜套样感觉缺失. 感觉异常。
脑神经——面神经 (双侧). 舌咽及迷走神经。自主神经——出汗增多. 皮肤潮红。
3. 辅查: 脑脊液—蛋白-细胞分离 (3周最明显)。

4. 治疗—血浆交换。

最大威胁呼吸肌麻痹! 保持呼吸道通畅, 必要时气管切开, 呼吸机人工辅助。

记忆: 四肢对称上软瘫, 四肢手套蛋白离。格林-巴利神经病。气道畅通呼吸机。

四、脊髓压迫症

1. 病因—最常见的是外伤和结核。髓外肿瘤: 神经鞘膜瘤; 髓内肿瘤: 神经胶质细胞瘤;
2. 诊断和鉴别诊断
髓外病变: 根性疼痛剧烈, 感觉障碍自远及近发展, 有脊髓半切综合征; 脊髓碘剂造影呈杯口状。
髓内病变: 广泛明显的肌萎缩; 感觉障碍自近向远发展, 有感觉分离现象; 脊髓碘剂造影呈梭形膨大。

记忆: 髓外根痛阻塞早, 蛋白增高杯口倒。髓内感觉多分离, 梭形肿大易滞留。

3. 治疗: 手术是唯一切实有效的措施。

五、急性脊髓炎

1. 病因——病毒感染后引起的自身免疫反应。
2. 诊断与鉴别诊断
病毒感染或接种史+急性起病+脊髓横贯性损害 (运动: 截瘫. 四肢瘫. 脊髓休克; 感觉: 束带感) +脑脊液检查 (脑脊液蛋白细胞基本正常-确诊)

3. 治疗: ①急性期-糖皮质激素; ②恢复期-加强肢体锻炼, 促进肌力恢复。

四肢无力+手套感袜子感+腓肠肌压痛+脑脊液蛋白细胞分离=吉兰巴雷

四肢无力+手套感袜子感+大小便异常 (尿便潴留. 充盈性尿失禁)=急性脊髓炎

都是软瘫——区别是尿潴留! 脊髓炎有尿潴留; 吉兰巴雷-大小便正常!

六、短暂性脑缺血发作

1. TIA 一次发作常持续 5~20min, 其症状在 24h 内完全恢复。
2. 病因—动脉粥样硬化 (最常见)。





3. 临床表现：颈内动脉系统 TIA——病变对侧单肢无力或偏瘫. 偏身感觉障碍；单眼一过性黑矇. 主侧半球受累时出现失语。椎-基底动脉系统——眩晕. 平衡失调。

注意：颈动脉-病变侧单眼一过性黑矇。椎-基底动脉-双眼视力障碍（一过性黑矇）。

4. 治疗：常规治疗首选阿司匹林（偶尔发作的）。频繁发作或伴发房颤，静脉肝素抗凝。

5. 脑血栓：脑内形成栓子；动脉粥样硬化或 TIA 多见，安静缓；6 小时内溶栓。

脑栓塞：栓子来自左心房；房颤多见；运动起病急；6 小时内溶栓。

七、脑出血

1. 病因——高血压动脉硬化（最常见）。

2. 临床表现——基底节区出血（最多见）

基底节区出血：对侧“三偏征”；脑桥出血，双眼向患侧凝视。

小脑出血：共济失调；脑室出血：强烈脑膜刺激征。针尖样瞳孔。

3. 诊断及鉴别诊断-CT 脑实质有高密度影像。

4. 治疗原则：甘露醇降颅压；脑出血-禁用利血平、硝普钠，只用速尿和硫酸镁

➢ 血压需要超过 200/110 mmHg 首选尼莫地平/尼群地平；

➢ 降压目标为 160/90 mmHg 不需要把血压降到正常。

颅内血肿；小脑出血 $\geq 10\text{ml}$ 必须手术；壳核出血 $\geq 30\text{ml}$ 必须手术；丘脑出现量 $\geq 15\text{ml}$

记忆：三个壳的小妖精带着 15 个比卡丘！

八、蛛网膜下腔出血 SAH

1. 病因——颅内动脉瘤，脑（脊髓）血管畸形。

2. 临床表现——无偏瘫. 无局灶体征。

1) 剧烈头痛. 颈部疼痛. 典型脑刺征；2) 眼底见玻璃体膜下片块状出血（最特异性）

3. 诊断和鉴别诊断：首选-CT（100%），显示脑沟. 脑池或外侧裂中有高密度影。

脑血管造影是确定 SAH 病因的必需手段（血管有蜂窝状流空影=血管动静脉畸形）。

4. 治疗——控制血压、止血镇静、及时介入治疗；禁用阿司匹林。

九、帕金森病

1. 发病机制：震颤麻痹病变主要位于黑质和黑质纹状体通路末梢处多巴胺减少。

2. 临表：静止性震颤（典表）+“慌张步态”+“面具脸”（肌张力增高呈铅管样强直）。

3. 治疗：1. 抗胆碱能药物-震颤首选苯海索（安坦）。2. 左旋多巴制剂-左旋多巴+卡比多巴。3. 金刚烷胺-促进释放 DA 和减少 DA 再摄取。

十、偏头痛/紧张性头痛

偏头痛：搏动性. 周期性发作；位于眼眶后—半侧—全头；精神症状；麦角胺/曲普坦；苯噻啶预防。紧张性头痛：紧箍感；双侧头颈部—肩背部；非甾体抗炎药/抗抑郁药。

十一、癫痫

1. 部分发作

(1) 单纯部分发作：a 视物变形 b 杰克逊癫痫（中央前回）从拇指开始反复一个肢体抽动

(2) 复杂部分：有意识障碍；自动症：反复搓手舔舌；又叫颞叶癫痫. 精神运动性癫痫

2. 全面发作：大发作/强直阵挛发作 表现：口吐白沫. 脚弓反张. 尿失禁

3. 癫痫持续状态：全面强直阵挛发作持续 5min 以上。停药不当和不规范药物治疗-最常见。

4. 诊断：首选病史（不能诊断病因）；脑电图不能确诊；病因诊断首选 CT, MRI。

5. 治疗——注意：根据发作类型选药：部分性发作——卡马西平（首选）。苯妥英钠

全面强直阵挛发作—丙戊酸钠（首选）：失神发作——乙琥胺（首选），丙戊酸钠

大发作合并小发作—丙戊酸钠（首选）：癫痫持续状态——地西洋（安定）





记忆：大本小乙丙全能，持续状态用安定！

十二、重症肌无力 MG

1. 病因——自身抗体介导的 **AchR** 的损害有关。主要由 **AchR** 抗体介导，伴发**胸腺瘤**。
2. 临床表现与分型：**首发症状-眼外肌力弱或瘫痪，瞳孔括约肌不受影响。**
四肢-以近端重，双侧对称。“晨轻暮重”和“病态疲劳现象”——特征。
咳嗽无力. 呼吸困难（侵犯呼吸肌和膈肌），称“**重症肌无力危象**”，**致死主因**。
3. 诊断：特异性：**疲劳试验（Jolly 试验）. 抗 Ach 药物/新斯的明/腾喜龙试验。**
4. 治疗——抗胆碱酯酶抑制剂：**新斯的明（首选）**；
5. 危象的处理：（1）最常见——**肌无力危象：加大抗胆碱酯酶药物用量**，尽早气管切开。（2）**胆碱能危象：停用抗胆碱酯酶药物**，立即气管切开。依酚氯铵（腾喜龙）静注，症状加重-证明胆碱能危象。（3）**反拗现象**：少部分胸腺瘤切除术后患者，出现抗胆碱酯酶药突然失效。**立即停药，加糖皮质激素。**

十三、周期性瘫痪（低钾性周期性麻痹）

1. 临床表现：青年时起病，有发作**诱因**。多在夜间发生，清晨醒来时发现**肌无力**，瘫痪呈**弛缓性**，多为**对称性，近端重**。心电图出现**U波**. **Q-T** 延长. **T** 波变平或消失，**S-T** 段降低。
2. 治疗——发作期治疗 每小时口服 **10%氯化钾溶液 30ml** 至症状好转为止



第三部分

一、症状学

（一）认知障碍

1. **错觉-有东西存在. 看错了。**（如一朝被蛇咬十年怕井绳. 杯弓蛇影）；
2. **幻觉-无中生有**；幻觉中最常见的是**幻听**。
3. **幻觉综合障碍-见于癫痫**，对客观事物能感知，但对某些个别属性产生错误的感知
4. **妄想-精神分裂症的核心症状；被害妄想：最常见。**
5. **思维形式障碍**：1) **思维奔逸：信口开河**，见于**躁狂症**，随境转移（音联）（意联）。2) **思维迟缓：后知后觉**，多见于**抑郁症**。3) **强迫观念**：明知没有必要，但无法摆脱。（如内裤外穿），见于**强迫症**。4) **思维散漫：东拉西扯**，多见于**精神分裂症**。5) **思维贫乏：沉默少语**。核心：沉默寡言。

（二）情感障碍——情感高级稳定；情绪低级不定；

（三）智能障碍：轻度 50-69. 中度 35-49，重度 20-34，极重度小于 20. 痴呆

（四）**记忆障碍**：**错构**：张冠李戴；**虚构**：没有这个事，编出来的

二、脑器质性疾病所致精神障碍

1. 控制精神症状：首选**氟哌啶醇**。
2. **AD**：起病缓慢，进行性发展；早期出现人格改变和智能障碍；**全面性痴呆（核心）**；影像学：不同程度的**脑萎缩**；
3. **VD**：病情**波动**，阶梯式变化；早期情绪不稳和**近记忆障碍**；情感脆弱，近记忆障碍的部分痴呆，出现晚（核心）；影像学：单处或多处**腔隙梗死. 软化灶**。

三、躯体疾病所致精神障碍

1. 临表共同点：**精神障碍**与原发性**躯体疾病**的病情在程度上有**平行**关系，在时间上常有先后关系。**“昼轻夜重”** 有相应的躯体疾病症状. 体征及实验室检查的阳性发现。
2. **糖尿病**中最常见的精神症状是**抑郁情绪**。



3. 甲亢的精神症状 **精神运动兴奋**。甲减的精神症状 **抑郁**表现。

四、精神活性物质所致精神障碍

慢性酒中毒指：

1. 酒精戒断综合征：停酒或减少喝酒 **1 天内**出现手抖出汗、**震颤谵妄**。
2. 遗忘综合征：Korsakoff 综合征，主要表现为**记忆障碍、虚构、定向障碍**三大特征。
3. wernick 脑病：**饮酒后眼球震颤，不能外展**。（胃粘膜受损-导致维生素 B1 吸收障碍）。
治疗首选：出现戒断症状、震颤谵妄-用**安定**；幻觉明显-**氟哌啶醇**。**阿扑吗啡**（强效催吐剂）
注意：慢性脱毒-**美沙酮**；急性脱毒-**纳洛酮**；防止复吸-**纳洛酮**（阿片受体拮抗药）；

五、精神分裂症

1. 概述：**无意识障碍、无智力障碍**。
2. 临表诊断：精神分裂症的核心——**似疯没疯**。a 认知障碍-最常见的是的**幻听**。b 核心症状-**思维障碍**，最特异-**思维散漫，思维破裂**，最具特征性-**妄想**。c 精神分裂症一般都**死于抑郁**症状。**被动体验**——（常常描述思考和行动身不由己）。是精神分裂症的特征症状之一！
3. 分类：
青春型：青少年+阳性表现（**表情做作，扮弄鬼脸，傻笑。行为幼稚。**）
单纯型：青少年+阴性表现（**孤僻、被动、生活懒散**和情感淡漠-不愿与人交往）
偏执型：最常见 各种**妄想** 各种被。（**多疑，妄想，一成不变**）
紧张型：木僵 **蜡样屈曲**（紧张性木僵可与短暂的紧张性兴奋交替）
符合症状标准和严重标准至少持续 1 个月，单纯型另有规定。
4. 治疗：控制急性发病、阳性症状、**兴奋-氟丙嗪**；控制起病缓慢、**阴性症状-利培酮**（第二代）；控制阳性症状+阴性症状-**利培酮**；控制幻觉妄想—**氟哌啶醇**；控制伴有情绪抑郁的——**舒比利**（选择性阻断中脑边缘系统的多巴胺（DA2）受体）

病程：急性期 **至少 4~6 周**；巩固期 **至少 6 个月**；维持期 **至少 5 年**

记忆：妄想幻觉是分裂 偏执状态最常见 不昏不傻青年人 药物就吃喹培平

六、心境障碍

（一）**抑郁症的首发症状**（必要条件）：**情绪低落 心境低落**

1. 典型表现-**早醒**；最严重：**有自杀倾向**
三低：情绪低落 思维迟缓 意志活动减退；**三无**：无望 前途悲观、无助、无用、一无是处
核心症状：**情绪低落 兴趣减退 乐趣缺乏**（愉快体验缺乏）标准（症状**至少持续两周**）
抑郁症郁症发作持续 **2 年**以上，不能缓解，称为恶劣心境。
2. 治疗 - 首要的是-**评估有无自杀危险**；
首选：选择性 **5-HT 再摄取抑制剂**（SSRIS）代表药：**氟西汀、帕罗西汀**
严重抑郁症只要有自杀倾向（拒食、木僵、自杀），首选**电击**。

（二）、躁狂症

1. 躁狂症特点：**话多、思维奔逸，心境高涨**
2. **情感高涨或易激惹**是躁狂状态特征性表现，伴随思维奔逸、意志行为增强。
3. 典型表现：**随境转移**（协调性精神运动兴奋）；睡眠特点是：**睡眠减少 没有困倦感**
4. 药物治疗——首选**锂盐（碳酸锂）**；符合症状标准和严重程度标准至少已**持续一周**；
5. 若一个人既有躁狂，又有抑郁，叫**双相障碍**，治疗用**碳酸锂加安定**终生服药。

七、强迫障碍

1. 临表：**明知没必要，但是无法摆脱**。持续 **3 个月**以上；2. 核心：**强迫观念**。
3. 首选治疗方法：**心理治疗**。药物用**氯米帕明**；





八、癔症(★)

1. 分离症状 (**选择性遗忘**、**界限性遗忘**)：如突然把过去某段不愉快的经历全部忘记了
2. 转换症状 (表现为**各种表演**)：非自主神经障碍：呼吸困难 3. 出神和附体
3. 疾病特点：明显的**心理因素**；缺乏相应的**器质性基础**；具有**做作**、**夸大**或**富有情感色彩**；以**人格倾向**为基础；有**反复发作**的倾向。
4. 首选**心理暗示**。



神经系统考点梳理

第一部分

1. 小脑

	小脑蚓部	小脑半球
症状	躯干共济失调	同侧肢体共济失调
具体表现	轴性平衡障碍， Romberg 征阳性 ① 躯体不能保持身体直立，向前、向后倾倒 ② 步态蹒跚，呈醉酒步态	① 指鼻、跟膝胫、轮替动作不稳 ② 水平性眼球震颤 ，眼球向病灶侧注视时震颤更粗大 ③ 上肢动作影响重，远端动作影响重，精细动作影响重

2. 大脑

部位	功能	病损临床表现
额下回后部	说话中枢(运动性语言中枢)	运动性失语(不会说)
额中回后部	书写中枢	失写症(不会写)
颞上回后部	听话中枢(感觉性语言中枢)	听觉性(感觉性)失语(听不懂)
角回	阅读中枢(视觉性语言中枢)	命名性失语，失读症(不会读)

3. 感觉障碍的定位诊断

受损部位	临床表现	常见疾病
皮质	中央后回受损，表现为病变对侧复合感觉障碍，可表现为 病灶对侧 一个 上肢 或 下肢 的感觉障碍	——





内囊	表现为病灶对侧偏身型感觉障碍,常伴偏瘫及偏盲(三偏综合征)	脑血管疾病
丘脑	表现为病灶对侧偏身完全性感觉障碍,常伴自发性疼痛(丘脑痛)	脑血管疾病
脑干	延髓外侧受损表现为病灶对侧一侧肢体分离性感觉障碍和同侧的颜面部痛、温觉缺失	延髓背外侧综合征
脊髓后角	表现为病灶侧出现节段性分离性感觉障碍,痛、温觉消失,但触觉和深感觉依旧存在	脊髓空洞症
脊髓后根	表现为患侧节段性的感觉障碍,常伴剧烈的放射性疼痛	腰椎间盘突出
脊髓半切综合征	受损平面以下病灶侧深感觉障碍,痛温觉正常,对侧痛温觉障碍	外伤,脊髓占位性病变
脊髓贯穿伤	受损平面以下所有感觉均缺失,同时伴有截瘫及大小便障碍	脊髓肿瘤
周围神经干	该神经干分布区内各种感觉均减退或消失	尺、桡神经损伤
神经末梢	表现为四肢对称性末端各种感觉障碍,呈手套-袜套样分布,远端重于近端	多发性神经病



4. 上下运动神经元瘫痪

(1) 上运动神经元瘫痪=硬瘫=中枢性瘫, 损害结构包括大脑皮层运动区、锥体束。高(肌张力增高)、亢(腱反射亢进)、阳(病理反射阳性)。肌传导, 不萎缩。

(2) 下运动神经元瘫痪=软瘫=周围性瘫痪, 损害结构包括脊髓前角细胞、脑神经运动核及发出的轴突。低(肌张力减低)、凹(腱反射消失)、阴(病理反射阴性)。失传导, 肌萎缩。

5. 运动障碍的定位诊断

部位	表现	启明老师速记	
皮层损伤	对侧单瘫	“对侧支配”	
脑干损伤(交叉瘫)	同侧脑神经弛缓性瘫痪及对侧肢体痉挛性瘫痪	“同面软、对肢硬”	
内囊损伤(三偏征)	对侧偏瘫、对侧偏身感觉减退及对侧同向偏盲	“三对囊”	
脊髓前角运动细胞	弛缓性瘫痪, 呈节段性分布, 无感觉障碍	“前角管运动、后角管感觉”	
脊髓损伤	颈膨大以上	四肢硬瘫	“上很硬”
	颈膨大(C5—T1)	上肢软瘫、下肢硬瘫	“上软下硬”
	胸髓损伤	上肢正常、下肢硬瘫	“胸下硬”
	腰膨大(L1—S2)	上肢正常、下肢软瘫	“腰不好, 下面软”
	脊髓圆锥损伤	会阴部麻木、二便失禁, 四肢感觉运动正常	“圆锥只管会阴”
脊髓半切综合征	同侧深感觉和运动障碍、对侧浅感觉障碍	“同深对浅”	

6. 吉兰—巴雷四主征:

了解更多医考资讯, 请关注





- (1) 运动——对称性、迟缓性瘫痪——最重。
- (2) 感觉——手套-袜套样感觉缺失、感觉异常。
- (3) 脑神经——双侧面神经麻痹最常见，其次是舌咽及迷走神经。
- (4) 自主神经——出汗增多、皮肤潮红、心动过速。

7. 颈内动脉系统

受累血管	病损表现
颈动脉主干	眼动脉缺血: 患侧单眼一过性黑朦 、失明, 同时伴对侧偏瘫及感觉障碍(眼动脉交叉瘫) Honer 征交叉瘫: 病灶侧 Honer 征 , 对侧肢体偏瘫
大脑前动脉	主要表现为 人格和情感障碍 , 伴对侧下肢无力
大脑中动脉	病灶 对侧肢体单瘫、面瘫和舌瘫 , 同时可出现对侧肢体偏身感觉障碍和对侧同向性偏盲 优势半球 : 出现 失语、失用

8. 椎-基底动脉系统

视力障碍	双侧大脑后动脉受累, 导致枕叶视皮质一过性缺血, 双眼一过性黑朦 、失明
跌倒发作	脑干下行网状结构缺血 , 表现为 下肢突然失去张力跌倒 , 无意识丧失
短暂性全面遗忘综合征	双侧大脑后动脉受累, 导致 边缘系统短暂性失血 , 表现为短时间记忆丧失, 以空间定向障碍为主要表现, 保留谈话、书写和计算能力

9. 蛛网膜下腔出血与脑出血的鉴别

	高血压性脑出血	蛛网膜下腔出血
病因	高血压, 动脉粥样硬化	颅内动脉瘤
血压	显著增高	正常或轻度升高
头痛程度	较剧烈	一生中 最严重的头痛 , 极常见
意识障碍	持续性昏迷	一过性意识障碍
局灶体征	偏瘫、偏身感觉障碍、失语	脑膜刺激征(颈项强直、克氏征)无局灶性体征
CT	脑实质内高密度影	脑沟、脑池高密度影
脑脊液检查	洗肉水样	均匀一致的血性脑脊液

10. 小脑幕切迹疝与枕骨大孔疝的鉴别

	小脑幕切迹疝(海马、钩回疝)	枕骨大孔疝(小脑扁桃体疝)
解剖	颞叶海马回、钩回通过小脑幕切迹被推移至幕下	小脑扁桃体及延髓经枕骨大孔推挤向椎管内
临床表现	剧烈头痛、喷射性呕吐、视神经乳突水肿 瞳孔改变 先缩小→后扩大 对光反射 患侧迟钝→消失 病理征阳性 意识改变: 嗜睡→浅昏迷→深昏迷	颅内压增高三主征 双侧瞳孔忽大忽小; 颈项强直, 强迫头位; 生命体征紊乱出现早, 较早出现呼吸、心跳骤停死亡。 意识改变出现晚
治疗	降低颅内压, 颞肌下减压术 侧脑室体外引流术	降低颅内压, 枕肌下减压术 侧脑室体外引流术



了解更多医考资讯, 请关注





第二部分

二、面神经炎

记忆：鼓气漏气 Bell 征，歪眉斜眼维生素。

1. 病因—病毒感染，受凉史。

2. 临床表现—额纹消失. 眼睑不能闭合. 不能皱额蹙眉. 口角偏向健侧, 鼓气或吹口哨时漏气。

Bell 征：闭露征（闭合不全）+（露眼白）；

【Hunt 综合征】：“四个 T”，味觉障碍（Taste）听觉过敏（Ting）乳突疼痛（Tong）外耳道疱疹及感觉减退（Tui）。

3. 治疗—首选糖皮质激素，恢复期可加用 VB 族。

二、三叉神经痛

1. 临床表现: 短暂. 突发. 反复发作的剧痛。特点：触发点或扳机点. 没有阳性体征。

2. 治疗首选卡马西平，次选三叉神经根的手术切除。老人药物无效选射频热凝术。

记忆：上颌下颌和眼周，突发疼痛扳机点。卡马西平当首选。

三、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病 吉兰-巴雷综合征

1. 病因—最常见的为空肠弯曲菌。

2. 临床表现—腹泻起病，运动障碍比感觉障碍重的多。

运动——对称性，迟缓性瘫痪——最重。感觉——手套袜套样感觉缺失. 感觉异常。

脑神经——面神经（双侧）. 舌咽及迷走神经。自主神经——出汗增多. 皮肤潮红。

3. 辅查：脑脊液—蛋白-细胞分离（3周最明显）。

4. 治疗—血浆交换。

最大威胁呼吸肌麻痹！保持呼吸道通畅，必要时气管切开，呼吸机人工辅助。

记忆：四肢对称上软瘫，四肢手套蛋白离。格林-巴利神经病。气道畅通呼吸机。

四、脊髓压迫症

1. 病因—最常见的是外伤和结核。髓外肿瘤：神经鞘膜瘤；髓内肿瘤：神经胶质细胞瘤；

2. 诊断和鉴别诊断

髓外病变：根性疼痛剧烈，感觉障碍自远及近发展，有脊髓半切综合征；脊髓碘剂造影呈杯口状。

髓内病变：广泛明显的肌萎缩；感觉障碍自近向远发展，有感觉分离现象；脊髓碘剂造影呈梭形膨大。

记忆：髓外根痛阻塞早，蛋白增高杯口倒。髓内感觉多分离，梭形肿大易滞留。

3. 治疗：手术是唯一切实有效的措施。

五、急性脊髓炎

1. 病因——病毒感染后引起的自身免疫反应。

2. 诊断与鉴别诊断

病毒感染或接种史+急性起病+脊髓横贯性损害（运动：截瘫. 四肢瘫. 脊髓休克；感觉：束带感）+脑脊液检查（脑脊液蛋白细胞基本正常-确诊）

3. 治疗：①急性期—糖皮质激素；②恢复期—加强肢体锻炼，促进肌力恢复。

四肢无力+手套感袜子感+腓肠肌压痛+脑脊液蛋白细胞分离=吉兰巴雷

四肢无力+手套感袜子感+大小便异常（尿便潴留. 充盈性尿失禁）=急性脊髓炎





都是软瘫——区别是尿潴留！**脊髓炎有尿潴留**；吉兰巴雷-大小便正常！

六、短暂性脑缺血发作

1. TIA 一次发作常持续 **5~20min**，其症状在 **24h** 内完全恢复。

2. 病因——**动脉粥样硬化**（最常见）。

3. 临床表现：颈内动脉系统 TIA——病变对侧单肢无力或偏瘫. 偏身感觉障碍；**单眼一过性黑朦**. 主侧半球受累时出现失语。**椎-基底动脉系统——眩晕. 平衡失调。**

注意：颈动脉-病变侧单眼一过性黑朦。椎-基底动脉-双眼视力障碍（一过性黑朦）。

4. 治疗：常规治疗首选**阿司匹林**（偶尔发作的）。频繁发作或伴发房颤，静脉**肝素**抗凝。

5. 脑血栓：脑内形成栓子；动脉粥样硬化或 TIA 多见，安静缓；6 小时内溶栓。

脑栓塞：栓子来自左心房；房颤多见；运动起病急；6 小时内溶栓。

七、脑出血

1. 病因——**高血压动脉硬化**（最常见）。

2. 临床表现——**基底节区出血**（最多见）

基底节区出血：对侧“三偏征”；脑桥出血，双眼向患侧凝视。

小脑出血：共济失调；脑室出血：强烈脑膜刺激征。针尖样瞳孔。

3. 诊断及鉴别诊断-**CT** 脑实质有高密度影像。

4. 治疗原则：**甘露醇**降颅压；脑出血-禁用利血平、硝普钠，只用速尿和硫酸镁

➤ 血压需要**超过 200/110 mmHg** 首选**尼莫地平/尼群地平**；

➤ 降压目标为 **160/90 mmHg** 不需要把血压降到正常。

颅内血肿；**小脑出血 ≥ 10ml** 必须手术；**壳核出血 ≥ 30ml** 必须手术；**丘脑出现量 ≥ 15ml**

记忆：**三个壳的小妖精带着 15 个比卡丘！**

八、蛛网膜下腔出血 SAH

1. 病因——**颅内动脉瘤，脑（脊髓）血管畸形**。

2. 临床表现——**无偏瘫. 无局灶体征**。

1) 剧烈头痛. 颈部疼痛. 典型**脑刺征**；2) 眼底见**玻璃体膜下片块状出血**（最特异性）

3. 诊断和鉴别诊断：首选-**CT**（100%），显示脑沟. 脑池或外侧裂中有高密度影。

脑血管造影是确定 SAH 病因的必需手段（血管有蜂窝状流控影=血管动静脉畸形）。

4. 治疗——控制血压、止血镇静、及时介入治疗；**禁用阿司匹林**。

九、帕金森病

1. 发病机制：震颤麻痹病变主要位于**黑质和黑质纹状体通路末梢处多巴胺**减少。

2. 临表：**静止性震颤（典表）+“慌张步态”+“面具脸”**（肌张力增高呈铅管样强直）。

3. 治疗：1. 抗胆碱能药物-震颤首选**苯海索（安坦）**。2. 左旋多巴制剂-**左旋多巴+卡比多巴**。3. **金刚烷胺**-促进释放 DA 和减少 DA 再摄取。

十、偏头痛/紧张性头痛

偏头痛：搏动性. 周期性发作；位于眼眶后一半侧—全头；精神症状；**麦角胺/曲普坦**；**苯噻啶**预防。**紧张性头痛：紧箍感**；双侧头颈部—肩背部；**非甾体抗炎药/抗抑郁药**。

十一、癫痫

1. 部分发作

(1) 单纯部分发作：a 视物变形 b 杰克逊癫痫（中央前回）从拇指开始反复一个肢体抽动

(2) **复杂部分**：**有意识障碍**；自动症：反复搓手舔舌；又叫颞叶癫痫. 精神运动性癫痫

2. **全面发作**：大发作/强直阵挛发作 表现：**口吐白沫. 脚弓反张. 尿失禁**

3. 癫痫持续状态：全面强直阵挛发作持续 **5min** 以上。**停药不当和不规范药物治疗**-最常见。





4. 诊断：首选**病史**（不能诊断病因）；脑电图不能确诊；**病因**诊断首选**CT, MRI**。
5. 治疗——注意：根据发作类型选药：**部分性发作**——**卡马西平**（首选），**苯妥英钠**
全面强直阵挛发作——**丙戊酸钠**（首选）；**失神发作**——**乙琥胺**（首选），**丙戊酸钠**
大发作合并小发作——**丙戊酸钠**（首选）；**癫痫持续状态**——**地西洋**（安定）
- 记忆：**大本小乙丙全能，持续状态用安定！**

十二、重症肌无力 MG

1. 病因——自身抗体介导的**AchR**的损害有关。主要由**AchR**抗体介导，伴发**胸腺瘤**。
2. 临床表现与分型：**首发症状**—**眼外肌力弱或瘫痪，瞳孔括约肌不受影响**。
四肢—以**近端重**，双侧对称。“**晨轻暮重**”和“**病态疲劳现象**”——特征。
咳嗽无力、呼吸困难（侵犯呼吸肌和膈肌），称“**重症肌无力危象**”，**致死**主因。
3. 诊断：特异性：**疲劳试验（Jolly 试验）**。**抗 Ach 药物/新斯的明/腾喜龙试验**。
5. 治疗——抗胆碱酯酶抑制剂：**新斯的明**（首选）；
5. 危象的处理：（1）最常见——**肌无力危象**：**加大抗胆碱酯酶药物用量**，尽早气管切开。（2）**胆碱能危象**：**停用抗胆碱酯酶药物**，立即气管切开。依酚氯铵（腾喜龙）静注，症状加重—**证明胆碱能危象**。（3）**反拗现象**：少部分胸腺瘤切除术后患者，出现抗胆碱酯酶药突然失效。**立即停药，加糖皮质激素**。

十三、周期性瘫痪（低钾性周期性麻痹）

1. 临床表现：青年时起病，有发作**诱因**。多在夜间发生，**清晨醒来**时发现**肌无力**，瘫痪呈**弛缓性**，多为**对称性，近端重**。心电图出现**U波**。**Q-T**延长。**T波**变平或消失，**S-T**段降低。
2. 治疗——发作期治疗 每小时口服**10%氯化钾溶液 30ml**至症状好转为止。



金英杰医学
JINYINGJIE.COM