


国医备考能量站

- 回复“01” 领取中医专长导学课
- 回复“02” 领取《22年备考规划》
- 回复“备考” 领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分” 领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记” 领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包” 领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册” 领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题” 领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题” 领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

中医/中西医第三站——西医临床答辩

【答题要求】根据你抽取题目的要求，进行口头答辩，时间 15 分钟。

1、原发性支气管肺癌远端转移的症状

- (1) 肺癌转移至脑、中枢神经系统时，可发生头痛、呕吐、眩晕、共济失调、脑神经麻痹、单肢麻痹、半身不遂以及其他神经症状。
- (2) 转移至骨骼，特别是肋骨、脊椎、骨盆时，则有局部疼痛和压痛。
- (3) 有肝转移时，可出现厌食、肝大、黄疸和腹水等。
- (4) 锁骨上淋巴结是肺癌常见的转移部位，多位于前斜角肌区，无痛感，固定而坚硬，逐渐增大、增多并融合。

2、上消化道大出血的临床表现

- (1) 呕血与黑便为上消化道大出血的基本表现和特征性表现。
- (2) 失血性周围循环衰竭，急性大量出血，因循环血容量迅速减少，静脉回心血量相应不足，可致周围循环衰竭。
- (3) 发热。多数患者在 24 小时内出现发热。
- (4) 贫血。
- (5) 氮质血症：上消化道大出血后，数小时内由于大量血液分解产物被肠道吸收，引起血尿素氮浓度增高，称肠源性氮质血症。大多在出血后数小时血尿素氮开始上升，24~48 小时可达到高峰，3~4 天后降至正常。

3、血尿酸升高的临床意义

血清尿酸增高见于：①UA 排泄障碍，如急慢性肾炎、肾结石、尿道梗阻等。②UA 生成增加，见于痛风、慢性白血病、多发性骨髓瘤等。③进食高嘌呤饮食过多。④药物影响如吡嗪酰胺等。

4、二度房室传导阻滞心电图特点


(1) 二度 I 型：又称莫氏 I 型。心电图表现为：①P 波规律地出现，P-R 间期逐渐延长，直到 1 个 P 波后脱漏 1 个 QRS 波群，漏搏后的第一个 P-R 间期缩短，之后又逐渐延长，如此周而复始地出现，该现象称为文氏现象。通常以 P 波数与 P 波下传出现的 QRS 波群数的比例表示房室阻滞的程度，可形成 5：4、4：3、3：2 传导。

(2) 二度 II 型：又称莫氏 II 型。心电图表现为：二度 II 型房室传导阻滞表现为 P-R 间期恒定，正常或延长，部分 P 波后无 QRS 波群，形成 5：4、4：3、3：2、2：1、3：1 传导。凡连续出现 2 次或 2 次以上的 QRS 波群脱漏者，称为高度房室传导阻滞，如 3：1、4：1 传导的房室传导阻滞。

5、慢性左心衰的临床表现

国医备考能量站

- 回复“01”领取中医专长导学课
- 回复“02”领取《22年备考规划》
- 回复“备考”领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

慢性左心衰以肺淤血及心排血量降低表现为主。

(1) 症状：①劳力性呼吸困难：呼吸困难发生在重体力活动时，休息后可缓解。②夜间阵发性呼吸困难：与平卧睡眠后回心血量增加、副交感神经张力增加、膈肌抬高、肺活量减少有关。③端坐呼吸。④急性肺水肿（心源性哮喘）：是呼吸困难最严重的状态。另外有咳嗽、咳痰、咯血等症状。⑤心排血量不足的表现：有体能下降、乏力、疲倦，记忆力减退、焦虑、失眠，尿量减少等。

(2) 体征：随着病情由轻到重，肺部湿啰音可从局限于肺底部发展到全肺。病情严重出现心源性哮喘时，可闻及散在哮鸣音。心脏轻度扩大、心率加快、心音低钝，肺动脉瓣区第二心音亢进、心尖区可闻及舒张期奔马律和（或）收缩期杂音，可触及交替脉。

6、肺心病失代偿表现

多由急性呼吸道感染所诱发，除代偿期症状加重外，相继出现呼吸衰竭和心力衰竭的临床表现，甚至出现并发症。

7、血清尿素氮 16.7 mmol/L 的临床意义

血清尿素氮正常参考值是 3.2~7.1 mmol/L，血清尿素氮可反映肾小球滤过功能，各种肾脏疾病都可以使 BUN 增高，而且常受肾外因素的影响。BUN 增高见于：

(1) 肾前性因素：肾血流量不足：见于脱水、心功能不全、休克、水肿、腹水等。

(2) 肾脏疾病如慢性肾炎、肾动脉硬化症、严重肾盂肾炎、肾结核和肾肿瘤的晚期。对尿毒症的诊断及预后估计有重要意义。

(3) 肾后性因素：尿路梗阻，如尿路结石、前列腺肥大、泌尿生殖系统肿瘤等。

(4) 体内蛋白质分解过剩：见于急性传染病、脓毒血症、上消化道出血、大面积烧伤、大手术后和甲状腺功能亢进症等。

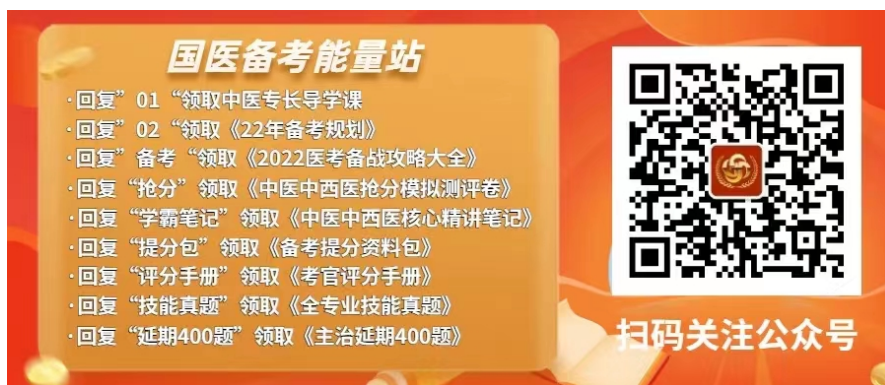
8、慢性胃炎诊断要点

慢性胃炎无特异性临床表现，常出现上腹痛、饱胀不适，以进餐后明显，可伴嗝气、反酸、恶心等，少数患者伴有上消化道出血，慢性胃体炎可有纳差、体重减轻及贫血等表现，发生恶性贫血的患者，可有舌炎、四肢感觉异常等表现，一般无阳性体征。因此，确诊必须依靠胃镜检查及胃黏膜活组织病理学检查。Hp 检测及免疫学检查有助于病因学分析及诊断。怀疑自身免疫性胃炎应检测相关自身抗体。

9、AST 145U/L 的临床意义

AST 正常值是 10~40 U/L，增高常见于：

(1) 肝脏疾病：①病毒性肝炎时，ALT 与 AST 均显著升高，以 ALT 升高更加明显，是诊断病毒性肝炎的重要检测项目。急性重症肝炎 AST 明显升高，但在病情恶化时，黄疸进行性加深，酶活性反而降低，即出现“胆酶分离”现象，提示肝细胞严重坏死，预后不良。②慢性病毒性肝炎转氨酶轻度上升或正常。③肝硬化转氨酶活性正常或降低。④肝内、外胆汁淤积。⑤酒精性肝病、药物性肝炎、脂肪肝、肝癌等，转氨酶轻度升高或正常。酒精性肝病 AST 显著增高，ALT 轻度增高。



- 回复“01”领取中医专长导学课
- 回复“02”领取《22年备考规划》
- 回复“备考”领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

(2) 心肌梗死：急性心肌梗死后6~8小时AST增高，4~5天后恢复正常。

(3) 其他疾病：骨骼肌疾病、肺梗死、肾梗死等转氨酶轻度升高。

10、实验室检查：血沉升高的意义

(1) 生理性增快：见于妇女月经期、妊娠、儿童、老年人。

(2) 病理性增快：见于：①各种炎症，如细菌性急性炎症、风湿热和结核病活动期。②损伤及坏死，如急性心肌梗死、严重创伤、骨折等。③恶性肿瘤。④各种原因导致的高球蛋白血症，如多发性骨髓瘤、感染性心内膜炎、系统性红斑狼疮、肾炎、肝硬化等。⑤贫血。

11、桡骨下端骨折伸直型（科雷斯骨折）的诊断

1) 症状：伤后局部肿胀、疼痛，手腕功能部分或完全丧失。

2) 体征：

(1) 腕部侧面观：骨折远端向背侧移位时，可见“餐叉样”畸形。

(2) 腕部正面观：骨折远端向桡侧移位时，呈“枪上刺刀状”畸形。

(3) 缩短移位时可触及上移的桡骨茎突。

12、心肌梗死的诊断

根据有冠心病危险因素的相关病史，典型的临床表现，典型的心电图改变以及血清肌钙蛋白和心肌酶的改变，一般可确立诊断。中老年人突发严重的心律失常、休克或心力衰竭，或突然出现持续而严重的胸闷，找不到合理的原因加以解释，均应立刻想到本病的可能。

13、I度房室传导阻滞心电图的特点

心电图主要表现为P-R间期延长，成人P-R间期 >0.20 s，老年人P-R间期 >0.22 s，或两次心电图检测结果比较，心率没有明显改变的情况下，P-R间期延长 >0.04 s。

14、房性早搏心电图判读

①提早出现的房性P'波，形态与窦性P波不同。②P'-R间期 ≥ 0.12 s。③房性P'波后有正常形态的QRS波群。④房性早搏后的代偿间歇不完全。即房早前后的两个窦性P波的时距小于窦性P-P间距的两倍。

15、类风湿性关节炎关节的表现

(1) 晨僵：早晨起床后病变关节感觉僵硬，如胶黏着样的感觉，持续1小时以上。常被作为观察本病活动指标之一。


(2) 关节痛与压痛：关节痛是最早的症状，最常出现的部位为腕、掌指关节、近端指间关节，其次是足趾、膝、踝、肘、肩等关节。多呈对称性、持续性，但时轻时重，疼痛的关节往往伴有压痛，受累关节的皮肤出现褐色色素沉着。

(3) 关节肿胀：凡受累的关节均可肿胀，呈对称性。

(4) 关节畸形：见于较晚期患者，最为常见的晚期关节畸形是腕和肘关节强直、掌指关节的半脱位、手指向尺侧偏斜和呈“天鹅颈样”及“纽扣花样”表现。

国医备考能量站

- 回复“01”领取中医专长导学课
- 回复“02”领取《22年备考规划》
- 回复“备考”领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

(5) 关节功能障碍：关节肿痛和结构破坏都引起关节的活动障碍。关节外表现以类风湿结节最重要，发现类风湿结节提示 RA 处于活动期。其他关节外表现个体差异较大，可累及肺脏、心脏、神经系统、血液系统等。

16、洋地黄中毒的处理

发生洋地黄中毒后应立即停药。轻者停药症状可以消失，快速性心律失常者如血钾低则可静脉补钾，钾不低者可用苯妥英钠，禁止电复律；缓慢性心律失常可用阿托品 0.5~1 mg，皮下注射。

17、外周血淋巴细胞升高的临床意义

淋巴细胞升高可见于：①感染性疾病：主要为病毒感染。如麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎、传染性单核细胞增多症等，也可见于某些杆菌感染，如结核病、百日咳、布氏杆菌病。②某些血液病。③急性传染病的恢复期。

18、血红细胞和血红蛋白减少的临床意义

贫血分为四级，轻度：男性低于 120 g/L，女性低于 110 g/L 但高于 90 g/L；中度：60~90 g/L；重度：30~60 g/L；极重度：低于 30 g/L。

贫血可分为三类：①红细胞生成减少，见于造血原料不足（如缺铁性贫血、巨幼细胞贫血），造血功能障碍（如再生障碍性贫血、白血病等），慢性系统性疾病（慢性感染、恶性肿瘤、慢性肾病等）；②红细胞破坏过多，见于各种溶血性贫血；③失血，如各种失血性贫血。

19、2 型糖尿病患者现在餐前血糖 8.5 mmol/L，要想了解近 1~2 个月血糖控制情况需要检查什么指标

应检查糖化血红蛋白。

1) 参考值：HbA_{1c} 4%~6%；HbA_{1c} 5%~8%；

2) 临床意义：可反映采血前 2~3 个月血糖的平均水平。

(1) 评价糖尿病控制程度：HbA_{1c} 增高提示近 2~3 月糖尿病控制不良，HbA_{1c} 越高，血糖水平越高，病情越重，可作为糖尿病长期控制的检测指标。

(2) 筛检糖尿病：美国糖尿病协会将 HbA_{1c} ≥6.5% 作为糖尿病诊断标准之一。

(3) 鉴别高血糖：糖尿病高血糖的 HbA_{1c} 增高，而应激性糖尿病的 HbA_{1c} 正常。

(4) 预测血管并发症：HbA_{1c} >10%，提示血管并发症重。

20、某男，25 岁，血清钾 2.66mmol/L，分析临床意义


血钾正常值 3.5~5.5 mmol/L，过低见于：①摄入不足：钾盐摄入不足，如长期低钾饮食、禁食或厌食等。②丢失过多，如严重呕吐、腹泻或胃肠减压，应用排钾利尿剂及肾上腺皮质激素。

21、慢性肺心病的主要并发症

(1) 肺性脑病。

国医备考能量站

- 回复“01”“领取中医专长导学课
- 回复“02”“领取《22年备考规划》
- 回复“备考”“领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”“领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”“领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”“领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”“领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”“领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”“领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

- (2) 酸碱平衡失调及电解质紊乱。
- (3) 心律失常：可出现各种心律失常，其中以房性快速性心律失常多见，如房性早搏等。
- (4) 休克：是肺心病较常见的严重并发症及致死原因之一。
- (5) 消化道出血。
- (6) 其他：如功能性肾衰竭、弥散性血管内凝血等。

22、房颤心电图表现

- (1) P波消失，代之以一系列大小不等、间距不均、形态各异的心房颤动波（f波），其频率为350~600次/分钟，V₁导联最清楚。
- (2) R-R间距绝对不匀齐，即心室率完全不规则。
- (3) QRS波群形态一般与正常窦性者相同。
- (4) 可出现宽大畸形的QRS波群，为房颤伴室内差异性传导。

23、原发性支气管肺癌的实验室及辅助检查

- (1) 影像学检查：胸部X线检查为常规检查方法，如检查发现块影或可疑肿块阴影，可进一步选用高电压摄片、体层摄片、CT、磁共振显像（MRI）、单光子发射计算机断层显像（SPECT）和正电子发射计算机断层显像（PET）等检查进一步明确。
- (2) 痰脱落细胞：简单而有效的早期诊断手段之一，并能进行组织学检查。非小细胞肺癌的阳性率较小细胞肺癌者高，可达70%~80%。
- (3) 支气管镜检查：支气管镜检查是确诊肺癌的重要检查方法。中央型肺癌确诊率可达90%左右，周围型确诊率偏低。
- (4) 肿瘤标志物：包括蛋白质、内分泌物质、肽类和各种抗原物质如癌胚抗原（CEA）及可溶性膜抗原如CA-125、CA-199，神经元特异性烯醇化酶（NSE）等，这些标志物虽然对诊断有一定的帮助，但缺乏特异性，对某些肺癌的病情监测有参考价值。
- (5) 其他检查：淋巴结活检、肺组织针吸活检、胸膜活检、纵隔镜活检、开胸活检等均可采用。放射性核素扫描检查利用肿瘤细胞摄取放射性核素与正常组织的差异进行肿瘤的定位、定性诊断。

24、高血压病降压药的用药原则


- (1) 小剂量：小剂量开始，根据需要，逐步增加剂量。
- (2) 优先选择长效制剂：使用每日1次给药而有持续24小时降压作用的长效药物，以有效控制夜间血压与晨峰血压。
- (3) 联合用药：增加降压效果，减少不良反应。
- (4) 个体化：根据患者具体情况、耐受性及个人意愿或长期承受能力，选择适合患者的降压药物。

25、急性阑尾炎与急性胃肠炎的鉴别

多有饮食不洁史，临床表现与急性阑尾炎相似，腹部压痛部位不固定，肠鸣音亢进，无腹膜刺激征。粪便常规检查见脓细胞、未消化食物等有助于鉴别诊断。

国医备考能量站

- 回复“01”领取中医专长导学课
- 回复“02”领取《22年备考规划》
- 回复“备考”领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

26、高血压病的诊断

在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量血压，收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，即可诊断为高血压。收缩压 ≥ 140 mmHg和舒张压 < 90 mmHg为单纯性收缩期高血压。患者既往有高血压史，目前正在使用降压药物，血压虽然低于140/90 mmHg，也诊断为高血压。排除继发性高血压，可诊断为原发性高血压。

27、溃疡性结肠炎并发症

(1) 中毒性巨结肠：多发生在暴发型或重症溃疡性结肠炎患者，结肠病变广泛而严重，累及肌层与肠肌神经丛，肠壁张力减退，结肠蠕动消失，肠内容物与气体大量积聚，引起急性结肠扩张，一般以横结肠为最严重。常因低钾、钡剂灌肠、使用抗胆碱能药物或阿片类制剂而诱发。临床表现为病情急剧恶化，毒血症明显，有脱水与电解质平衡紊乱，出现鼓肠，腹部压痛，肠鸣音消失。血常规白细胞计数显著升高，X线腹部平片可见结肠扩大，结肠袋形消失。预后差，易引起急性肠穿孔。

(2) 直肠结肠癌变：多见于广泛性结肠炎、幼年起病而病程漫长者。经肠镜检查及组织学检查可诊断。

28、冠心病心绞痛心电图的特点。

- (1) 典型心绞痛：S-T段水平型或下垂型压低 ≥ 0.1 mV，T波倒置、低平或双向。
- (2) 变异型心绞痛：S-T段抬高，常伴T波高耸（只在发作时出现，与心梗鉴别）。

29、肝功能里 ALT 升高提示的临床意义

血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）是非特异性肝损害指标。各型急性肝炎在黄疸出现前3周，ALT即开始升高，慢性肝炎时ALT可持续或反复升高，有时成为肝损害唯一表现。重型肝炎患者若黄疸迅速加深而ALT反而下降，则表明肝细胞大量坏死。

30、幽门螺旋杆菌感染的三联疗法

三联疗法一般为质子泵抑制剂（PPI）或胶体铋剂，联合克拉霉素、阿莫西林、甲硝唑（或替硝唑）3种抗菌药物中的两种。

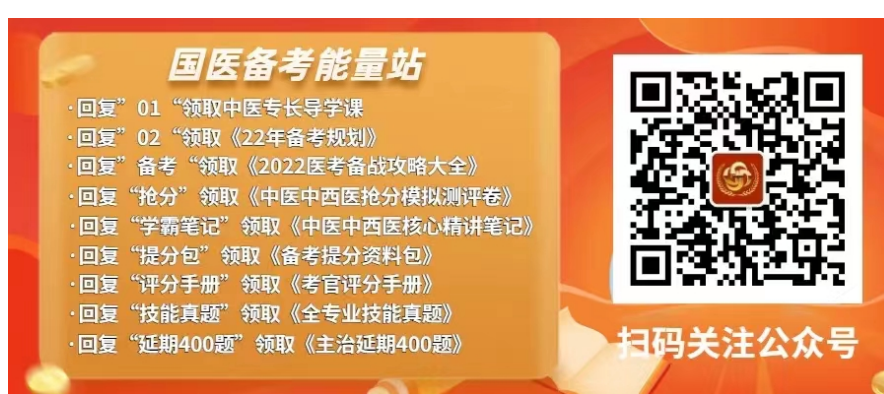
31、肝硬化的常见并发症

(1) 急性上消化道出血：最常见，是主要死因，表现为呕血与黑便，大量出血可引起出血性休克，并诱发腹水和肝性脑病。

(2) 肝性脑病：晚期肝硬化最严重的并发症，也是最常见的死亡原因之一，肝功能衰竭时，肠道和体内一些可以影响神经活性的毒性产物，未被肝脏解毒和清除，经门静脉与体静脉间的交通支进入体循环，透过通透性改变了的血脑屏障进入脑部，导致大脑功能紊乱，主要表现为神经和精神方面的异常。

(3) 原发性肝癌。

(4) 感染：患者抵抗力低下，门体静脉间侧支循环建立，增加了肠道病原微生物进入人



体的机会，称为肠道细菌移居，故易并发各种感染如支气管炎、胆道感染、自发性腹膜炎、结核性腹膜炎等。自发性腹膜炎是在无任何邻近组织炎症的情况下发生的腹膜和（或）腹水的细菌性感染，是肝硬化常见的严重的并发症之一，发生率较高，病原菌多为来自肠道的革兰阴性菌。

(5) 肝肾综合征：肝肾综合征是指发生在严重肝病基础上的肾衰竭，但肾脏本身并无器质性损害，故又称功能性肾衰竭。主要见于伴有腹水的晚期肝硬化或急性肝功能衰竭患者。

(6) 肝肺综合征：肝肺综合征是指发生在严重肝病基础上的低氧血症，主要与肺内血管扩张相关而过去无心肺疾病基础。临床特点为严重肝病、肝内血管扩张、低氧血症/肺泡-动脉氧梯度增加的三联征，无有效治疗方法，预后差。

(7) 其他：门脉高压性胃病、电解质和酸碱平衡紊乱、门静脉血栓形成等。

32、急性心肌梗死心电图的特点

(1) 缺血型 T 波改变：表现为两支对称的、尖而深的倒置 T 波，即“冠状 T 波”。

(2) 损伤型 ST 段改变：主要表现为面向损伤区心机的导联 ST 段呈弓背向上抬高，甚至形成单向曲线（心肌梗死急性期的特征性心电图改变）。

(3) 坏死型 Q 波改变：主要表现为面向梗死区心机的导联上 Q 波异常加深增宽，即宽度 $\geq 0.04s$ ，深度 \geq 同导联 R 波的 $1/4$ ，R 波振幅降低，甚至 R 波消失而呈 QS 型。

33、AFP 450 $\mu g/L$ 的临床意义

1) AFP 的参考值：RIA 或 ELISA 法： $<20 \mu g/L$ ， $450 \mu g/L$ 表明增高。

2) 临床意义：

(1) 原发性肝癌。AFP 是目前诊断原发性肝细胞癌最特异的标志物，50%患者 $AFP > 300 \mu g/L$ 。

(2) 病毒性肝炎、肝硬化 AFP 可升高（常 $<200 \mu g/L$ ）。

(3) 妊娠妊娠 3~4 个月后，AFP 上升，7~8 个月达高峰（ $<400 \mu g/L$ ），分娩后约 3 周即恢复正常。孕妇血清中 AFP 异常升高，有可能为胎儿神经管畸形。

(4) 其他生殖腺胚胎性肿瘤、胃癌、胰腺癌等血中 AFP 也可增加。

34、急性重症肝炎的临床表现

急性重型肝炎亦称暴发型肝炎，通常以急性黄疸型肝炎起病，病情在 10 天内迅速恶化，并出现下列症状：①黄疸迅速加深；②明显出血倾向；③肝脏迅速缩小，可有肝臭；④神经系统症状有烦躁、谵妄、定向力和计算力障碍、嗜睡以至昏迷，多数患者有脑水肿；⑤急性肾功能不全（肝肾综合征），尿少、尿闭及氮质血症等。

35、脑梗死的诊断要点

(1) 脑血栓形成：①中年以上，有动脉硬化、高血压、糖尿病等病史，常有 TIA 病史。②静息状态下或睡眠中发病，迅速出现局限性神经缺失症状，并持续 24 小时以上。神经系统症状和体征可用某一血管综合征解释。③意识常清楚或轻度障碍，多无脑膜刺激征。④脑部 CT、MRI 检查可显示梗死部位和范围，并可排除脑出血、肿瘤和炎症性疾病。

国医备考能量站

- 回复“01”领取中医专长导学课
- 回复“02”领取《22年备考规划》
- 回复“备考”领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

(2) 脑栓塞：①冠心病心肌梗死、心脏瓣膜病、心房颤动等病史。②体力活动中骤然起病，迅速出现局限性神经缺失症状，症状在数秒钟至数分钟达到高峰，并持续 24 小时以上。神经系统症状和体征可用某一血管综合征解释。③意识常清楚或轻度障碍，多无脑膜刺激征。④脑部 CT、MRI 检查可显示梗死部位和范围，并可排除脑出血、肿瘤和炎症性疾病。

36、慢性肺源性心脏病急性发作处理原则

①控制感染；②改善呼吸功能，纠正呼吸衰竭；③控制心力衰竭；④控制心律失常；⑤糖皮质激素的应用；⑥抗凝治疗；⑦处理并发症。

37、AFP 升高的临床意义

(1) 原发性肝癌。AFP 是目前诊断原发性肝细胞癌最特异的标志物，50%患者 AFP > 300 $\mu\text{g/L}$ 。

(2) 病毒性肝炎、肝硬化 AFP 可升高（常 < 200 $\mu\text{g/L}$ ）。

(3) 妊娠妊娠 3~4 个月后，AFP 上升，7~8 个月达高峰（< 400 $\mu\text{g/L}$ ），分娩后约 3 周即恢复正常。孕妇血清中 AFP 异常升高，有可能为胎儿神经管畸形。

(4) 其他生殖腺胚胎性肿瘤、胃癌、胰腺癌等血中 AFP 也可增加。

38、降压药的分类

①利尿剂。② β 受体阻滞剂。③钙拮抗剂（CCB）。④血管紧张素转换酶抑制剂。⑤血管紧张素 II 受体阻滞剂。⑥ α_1 受体阻滞剂。

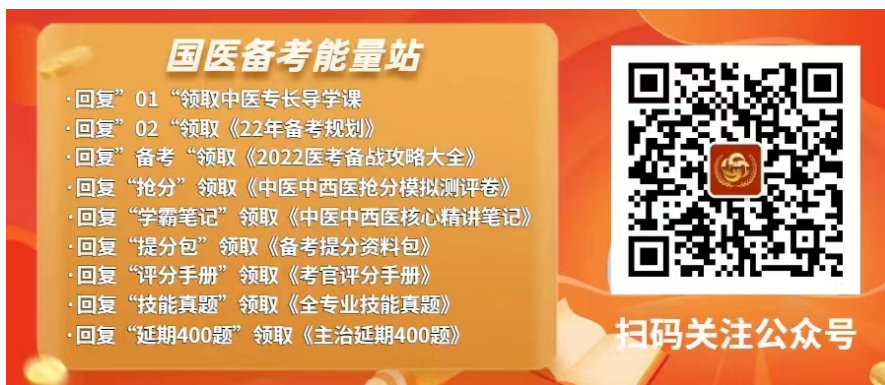
39、中年女性，空腹血糖 < 2.5 mmol/L，考虑有什么临床意义

空腹血糖正常值 3.9~6.1 mmol/L。血糖降低提示：①如胰岛 β 细胞增生或肿瘤、胰岛素注射过量等；②缺乏抗胰岛素的激素，如生长激素、甲状腺激素、肾上腺皮质激素等。③肝糖原贮存缺乏，如急性重症肝炎、急性肝炎、肝硬化、肝癌等；④其他，如药物影响（如磺胺药、水杨酸等）、急性乙醇中毒、特发性低血糖等。

40、高血压急症的治疗

(1) 血压控制策略控制性降压，初始阶段（数分钟到 1 小时内），平均动脉压降低不超过治疗前的 25%或保持血压在 160~170/100~110 mmHg 水平；随后的 2~6 小时内，将血压降至安全水平即 160/100 mmHg 以内；24~48 小时逐步降至正常。

(2) 降压药物选择静脉使用短效降压药物。常用硝普钠加入 5%葡萄糖溶液中，以 0.25~10 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 的速度静脉滴注，连续使用不超过 48~72 小时，作为高血压急症的首选药物，但急性肾功能不全者慎用；或硝酸甘油加入 5%葡萄糖溶液中静脉滴注，以 5~100 $\mu\text{g}/\text{min}$ 的速度静脉滴注，根据血压调整速度，适用于合并冠心病、心肌缺血事件和心功能不全者。暂时没有条件静脉用药时，可舌下含服降压药物。常用硝酸甘油片 0.5~1.0 mg 舌下含服，极少数患者可出现血压过度下降；无禁忌证的情况下，可含服卡托普利片 12.5~25 mg 或硝苯地平 10~20 mg。



41、粪隐血试验阳性的临床意义

阳性常见于消化性溃疡的活动期、胃癌、钩虫病以及消化道炎症、出血性疾病等。消化性溃疡隐血试验呈间断阳性，消化道癌症呈持续性阳性，故本试验对消化道出血的诊断及消化道肿瘤的普查、初筛和监测均有重要意义。

42、肺癌组织分型

(1) 按生长部位分类

①中央型肺癌：生长在段支气管以上位于肺门附近者，约占3/4，以鳞状上皮细胞癌和小细胞肺癌较常见。

②周围型肺癌：生长在段支气管及其分支以下者，约占1/4，以腺癌较为常见。

(2) 按组织病理学分类

①非小细胞肺癌（NSCLC）：包括鳞状上皮细胞癌（简称鳞癌）、腺癌、大细胞癌及其他肺癌如腺鳞癌、类癌、肉瘤样癌等。

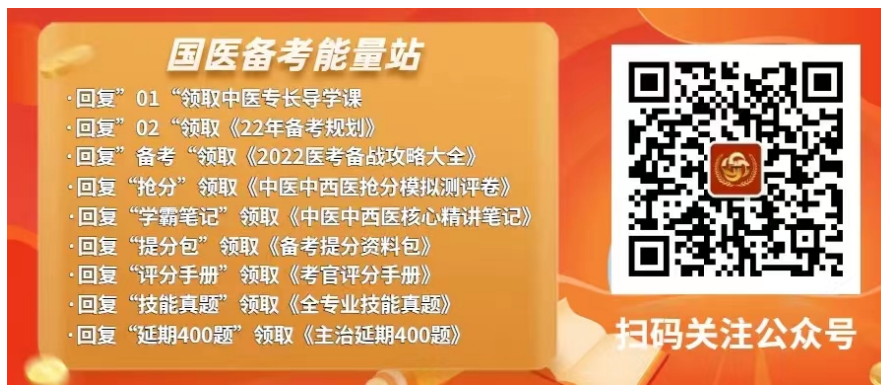
②小细胞肺癌：包括燕麦细胞型、中间细胞型、复合燕麦细胞型，细胞浆内含有神经内分泌颗粒，具有内分泌和化学受体功能，能分泌5-羟色胺、儿茶酚胺、组胺、激肽等肽类物质，可引起类癌综合征，在原发性肺癌中恶性程度最高。组织学分类诊断主要依赖于经支气管镜或肺穿刺术等获得的病变组织，进行病理学检查的结果。在原发性肺癌中恶性程度最高，患者年龄较轻，多有吸烟史。

43、糖尿病酮症酸中毒（DKA）的治疗

(1) 静脉补液：补液是治疗的关键环节，根据具体病情把握补液量和速度，DKA失水量可达体重10%以上，因此，应按照患者原有体重及失水程度计算补液量，一般为原有体重的10%左右，常规首先补充0.9%氯化钠注射液，开始时输液速度较快，在1~2小时内输入0.9%氯化钠1000~2000 mL，前4小时输入所计算失水量1/3的液体，以改善周围循环和肾功能。以后根据血压、心率、每小时尿量、末梢循环情况及有无发热、吐泻等决定输液量和速度。老年患者及原有心、肾疾病的患者，补液过程中应严密监测心肾功能，一般每4~6小时输液1000 mL。24小时输液量应包括已失水量和部分继续失水量，一般为4000~6000 mL，严重失水者可达6000~8000 mL。当血糖下降至13.9 mmol/L时可开始应用含糖的液体如5%葡萄糖液，并按每2~4 g葡萄糖加入1U短效胰岛素。

(2) 应用胰岛素目前采用持续小剂量（短效）胰岛素治疗方案，即每小时每公斤体重给予0.1U胰岛素，使血清胰岛素浓度恒定达到100~200 μU/mL。有休克和（或）严重酸中毒以及昏迷的重症患者，可静脉注射首次负荷剂量胰岛素10~20 U。血糖下降速度一般以每小时降低3.9~6.1 mmol/L为宜，每1~2小时复查血糖，及时调节输液中胰岛素的比例，病情稳定后过渡到胰岛素常规皮下注射。

(3) 纠正电解质及酸碱平衡失调：①纠正酸中毒：严重酸中毒者，血pH<7.1，HCO₃⁻<5 mmol/L者应给予补碱治疗，但补碱不宜过多、过快。常用5%碳酸氢钠溶液。②纠正低血钾：DKA患者有不同程度失钾，治疗前的血钾水平不能真实反映体内缺钾程度，补钾应根据血钾和尿量：治疗前血钾低于正常，立即开始补钾，第一个2~4小时每小时补氯化钾1.0~1.5 g；血钾正常、尿量<30 mL/h，暂缓补钾，待尿量增加后再开始补钾。治疗过程中定时监测



血钾和尿量，调整补钾量和速度。

(4) 去除诱因及防治并发症：①防治脏器功能衰竭：在抢救过程中要注意治疗措施之间的协调，特别是预防脑水肿、心力衰竭和肾功能衰竭，预防上消化道出血，维持重要脏器功能。②控制感染：严重感染是常见诱因，亦可是发病后的合并症，应积极处理。

44、B型心钠素 (BNP) 45 pg/mL 临床意义

(1) 用于心衰的诊断、分级和预后判断：心衰早期 BNP 即升高，升高水平与心衰程度呈正比，NT-PRO-BNP > 2000 pg/mL 基本可确定心衰。NT-PRO-BNP < 400 pg/mL 基本可除外心衰。

(2) AMI 诊断：BNP 可反映心肌梗死面积及严重程度。

(3) 呼吸困难的鉴别：心源性呼吸困难 BNP 和 NT-PRO-BNP 升高，肺源性呼吸困难 BNP 和 NT-PRO-BNP 不升高。

(4) 心脏疾病治疗检测：观察 BNP 和 NT-PRO-BNP 的变化可指导心衰治疗。

(5) 其他心脏疾病诊断：如肥厚梗阻性心肌病和扩张性心肌病 BNP 会升高，增高幅度与心肌肥厚程度呈正比。

45、肾病综合征的诊断

(1) 诊断标准：诊断肾病综合征主要根据临床表现，凡有以下表现，均可诊断为肾病综合征：①大量蛋白尿 (24h 尿蛋白定量 > 0.1 g/kg, 或 > 3.5 g/24h)；②高度水肿；③高胆固醇血症 (> 5.7 mmol/L 或 > 220 mg/dL)；④低白蛋白血症 (< 30 g/L)。其中①②两项为诊断的必备条件。

1) 大量蛋白尿：大量蛋白尿是肾病综合征患儿最主要的临床表现，也是肾病综合征的最基本的病理生理机制。

2) 低白蛋白血症：血浆白蛋白 < 30 g/L。肾病综合征时大量白蛋白从尿中丢失，促进白蛋白肝脏代偿性合成和肾小管分解的增加。当肝脏白蛋白合成增加不足以克服丢失和分解时，则出现低白蛋白血症。低白蛋白血症使患者易产生感染、高凝状态、微量元素缺乏、内分泌紊乱和免疫功能低下等并发症。

3) 水肿：肾病综合征时低白蛋白血症。血浆胶体渗透压下降。使水分从血管腔内进入组织间隙，是造成肾病综合征水肿的基本原因。

4) 高脂血症：肾病综合征患儿出现高胆固醇血症和 (或) 高甘油三酯血症，血清中 LDL、VLDL 和脂蛋白 (α) 浓度增加，常与低白蛋白血症并存。高胆固醇血症主要是由于肝脏合成脂蛋白增加，但是在周围循环中分解减少也起部分作用。高甘油三酯血症则主要是由于分解代谢障碍所致，肝脏合成增加为次要因素。

(2) 肾病综合征的诊断内容

1) 确诊肾病综合征：根据诊断标准确定诊断。


2) 确认病因：排除肾炎性肾病和先天性肾病，即可确诊单纯性肾病。必要时进行肾活检，做出病理诊断。

3) 判断有无并发症。

46、急性胰腺炎的检查方法

国医备考能量站

- 回复“01”“领取中医专长导学课
- 回复“02”“领取《22年备考规划》
- 回复“备考”“领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”“领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”“领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”“领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”“领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”“领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”“领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

1) 标志物检测

胰腺坏死标志物检测是明确胰腺组织发生病理损伤的主要方法，因此，是诊断急性胰腺炎的必查指标。

①淀粉酶测定：血清淀粉酶在起病 2~12h 开始上升，约 24h 达高峰，48h 左右开始下降，多持续 3~5 天。血淀粉酶超过正常值上限 3 倍（每升超过 500 苏氏单位）即可确诊急性胰腺炎，但血淀粉酶水平的高低与病情严重程度不一定平行，重症患者血淀粉酶可正常或低于正常；血淀粉酶持续增高常提示病情反复、并发假性囊肿或脓肿。其他急腹症如消化性溃疡穿孔、胆石症、胆囊炎、肠梗阻等亦可引起血清淀粉酶增高，但一般不超过正常值上限 2 倍。尿淀粉酶升高相对较晚，在发病后 12~14 小时开始升高，下降缓慢，持续 1~2 周，尿淀粉酶值受患者尿量的影响。胰源性腹水和胸水中的淀粉酶值亦明显增高。

②血清脂肪酶测定：血清脂肪酶常在起病后 24~72 小时开始上升，持续 7~10 天，对延迟就诊的患者有诊断价值，且特异性高。但其升高程度与病情严重度不呈正相关。

2) 血液一般检查

可以证实机体炎症反应的存在。多有 WBC 增多及中性粒细胞分类比例增加，中性粒细胞核左移。

3) 血生化检查

反映急性胰腺炎的病理改变。主要有：①暂时性血糖升高：与胰岛素释放减少和胰高血糖素释放增加有关，持久的空腹血糖 >10 mmol/L 反映胰腺坏死，提示预后不良；②血胆红素升高：少数患者出现，可于发病后 4~7 天恢复正常；③暂时性血钙降低：血钙 <2 mmol/L 见于 SAP，低血钙程度与临床严重程度平行，若血钙 <1.5 mmol/L 提示预后不良；④血清 AST、LDH：可升高；⑤血甘油三酯：可出现高甘油三酯血症，是病因也可能是后果，后者在急性期过后可恢复正常；⑥C 反应蛋白（CRP）：急性胰腺炎发病 72h 后升高 >150 mg/L，提示胰腺组织坏死。

4) 腹部影像学检查

(1) 腹部 X 线平片腹部平片对排除其他急腹症如内脏穿孔等有重要意义。

(2) 腹部 B 超在发病初期（24~48h）行 B 超检查，可以初步判断胰腺组织形态学变化，对胰腺肿大、脓肿及假性囊肿有诊断意义，同时有助于判断有无胆道疾病，因此，应作为常规初筛检查。

(3) 腹部 CT 根据影像改变进行分级，对 AP 的诊断和鉴别诊断、评估其严重程度，特别是对鉴别 MAP 和 SAP，以及附近器官是否累及具有重要价值。MSAP 可见胰腺非特异性增大和增厚，胰周围边缘不规则；SAP 可见胰周围区消失，网膜囊和网膜脂肪变性，密度增加，胸膜腔、腹腔积液。增强 CT 是诊断胰腺坏死的最佳方法，疑有胰腺坏死合并感染者，可行 CT 引导下穿刺。


AP 的 CT 评分标准：0 分胰腺形态正常，无组织坏死；2 分胰腺及胰周炎性改变，组织坏死 $\leq 30\%$ ，伴有胸膜腔、腹腔积液及消化道出血等改变；4 分有单发或多发积液区、胰周脂肪坏死，组织坏死 $>30\%$ 。评分 ≥ 4 分可判断为 MSAP 或 SAP。

47、急性黄疸型肝炎的分期

(1) 黄疸前期：多以发热起病，热型多为弛张热，可有恶寒。本期突出的症状是全身乏

国医备考能量站

- 回复“01” 领取中医专长导学课
- 回复“02” 领取《22年备考规划》
- 回复“备考” 领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分” 领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记” 领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包” 领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册” 领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题” 领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题” 领取《主治延期400题》



扫码关注公众号

力及食欲不振、厌油、恶心、呕吐、上腹不适、腹胀、便溏等消化系统症状。本期末尿色逐渐加深，似浓茶色；肝功能检查示 ALT、AST 升高；体征可有右上腹叩击痛。本期持续数日至 2 周，平均 1 周。

(2) 黄疸期继尿色加深之后，巩膜首先出现黄染，继及皮肤，多于数日至 2 周达高峰，随后逐渐下降。黄疸初现时，发热很快消退，但乏力、胃肠道症状等可短期增剧，继而迅速缓解。黄疸多为肝细胞性，部分患者可短时表现为胆汁淤积性黄疸，如皮肤瘙痒、大便色浅等。体征除皮肤及巩膜黄染外，尚有肝大、触痛及肝区叩击痛，脾可轻度增大。本期持续 2~6 周。

(3) 恢复期黄疸消退，症状消失，肝功能正常，肿大的肝脏、脾脏逐渐恢复正常。本期约需数周至 4 个月，平均 1 个月。

48、慢性肾小球肾炎的治疗

(1) 饮食治疗：优质低蛋白饮食，蛋白质摄入量 $0.6\sim 1.0\text{ g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，以优质蛋白（牛奶、蛋、瘦肉等）为主控制饮食中磷的摄入，适量增加碳水化合物的摄入量。低蛋白饮食 2 周后使用必需氨基酸或 α -酮酸。

(2) 控制高血压，减少蛋白尿：高血压是加速病情进展的重要危险因素，尿蛋白 $<1.0\text{ g}/\text{d}$ 时，血压应控制在 $<130/80\text{ mmHg}$ ；尿蛋白 $\geq 1.0\text{ g}/\text{d}$ 者，血压应控制在 $<125/75\text{ mmHg}$ 。首选 ACEI 或 ARB，除具有降低血压作用外，还有减少尿蛋白和延缓肾功能恶化的肾脏保护作用。ACEI 或 ARB 通过扩张入球和出球小动脉，降低肾小球内高压、高灌注，抑制细胞因子，减少尿蛋白和细胞外基质的蓄积等机制，起到减缓肾小球硬化的发展和肾脏保护作用，为治疗慢性肾炎高血压和（或）减少尿蛋白的首选药物。肾功能不全患者应用 ACEI 或 ARB 应监测血肌酐、血钾，防止高钾血症等副作用。降压治疗一般需联合用药，血压控制不达标时联合应用钙拮抗剂、 β 受体阻滞剂和利尿剂等。

(3) 抗血小板聚集：可延缓病变进展，部分患者可减少蛋白尿。高凝状态明显者多见于易引起高凝状态的病理类型如膜性肾病、系膜毛细血管增生性肾炎。常用双嘧达莫、肠溶阿司匹林等。

(4) 糖皮质激素和细胞毒药物：不作为常规应用，患者肾功能正常或仅轻度受损，肾脏体积正常，病理类型较轻（如轻度系膜增生性肾炎、早期膜性肾病等），尿蛋白较多者，如无禁忌证可试用。

(5) 避免加重肾脏损害的因素：感染、劳累、妊娠及肾毒性药物（如氨基糖苷类抗生素、含马兜铃酸中药等）均可能损伤肾脏，导致肾功能恶化，应予以避免。积极防治各种感染，禁用或慎用具有肾毒性的药物，积极纠正高脂血症、高血糖、高尿酸血症等。人工虫草制剂可辅助治疗。

49、慢性肾功能衰竭的临床表现


水、电解质及酸碱失衡以代谢性酸中毒，钾与钠、钙代谢异常为主，其中代谢性酸中毒的严重程度与疾病的严重程度平行。各系统表现有：

① 心血管系统：血压升高，心力衰竭，尿毒症性心肌病和心包病变，血管钙化及动脉粥样硬化。为最常见死亡原因。

国医备考能量站

- 回复“01”领取中医专长导学课
- 回复“02”领取《22年备考规划》
- 回复“备考”领取《2022医考备战攻略大全》
- 回复“抢分”领取《中医中西医抢分模拟测评卷》
- 回复“学霸笔记”领取《中医中西医核心精讲笔记》
- 回复“提分包”领取《备考提分资料包》
- 回复“评分手册”领取《考官评分手册》
- 回复“技能真题”领取《全专业技能真题》
- 回复“延期400题”领取《主治延期400题》

扫码关注公众号



②消化系统：食欲不振、恶心、呕吐常为首发症状，口有尿臭味，部分患者因消化道炎症和溃疡，出现呕血、便血及腹泻等。由于进食少，吐泻可导致或加重水、电解质紊乱。

③神经系统：乏力、精神不振、记忆力下降、头痛、失眠、肌痛、肌萎缩、情绪低落。晚期可出现构音困难、扑翼样震颤、多灶性肌痉挛、手足抽搐，进而意识模糊、昏迷。

④血液系统：肾脏分泌促红素减少，为贫血的主要原因，晚期常因血小板功能异常，出现鼻出血、消化道出血、淤斑等出血倾向表现。白细胞活性受抑制、淋巴细胞减少等导致免疫功能受损，易致感染。

⑤呼吸系统：体液过多、酸中毒可出现呼吸困难；严重酸中毒时出现深大呼吸。各种代谢废物潴留可导致胸膜炎、肺钙化等。

⑥其他：血甘油三酯升高，白蛋白降低；钙磷代谢异常及肾脏合成 $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ 减少，导致甲状旁腺功能亢进，引起肾性骨病，表现为骨痛、近端肌无力、骨折等；骨外钙化导致皮肤痛痒；淀粉样物质沉着引起腕管综合征等。