



2 0 1 9 军 队 文 职 招 录 考 试

考前30分

30 Points Before The Examination

再看我一眼，多拿30分！

临—床—医—学

临床知识考前 30 分速记

1. 急性上呼吸道感染的病原体主要是病毒。
2. 慢性支气管炎最主要的病因是吸烟。
3. COPD 的最主要的病因是慢性支气管炎。
4. 肺源性心脏病最主要的是病因是 COPD。
5. 支气管扩的主要病因是支气管—肺组织感染和支气管阻塞。
6. 肺结核的主要病因是结核分枝杆菌感染。
7. 慢性支气管炎痰液最典型的特点是咳黏液或浆液泡沫性痰。
8. 慢性阻塞性肺疾病最典型的症状是逐渐加重的呼吸困难,最典型的体征是桶状胸。
9. 肺源性心脏病最主要的症状是呼衰(呼吸困难)+右心衰(水肿、颈静脉怒张)。
10. 支气管哮喘最典型的症状是发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难。
11. 支气管扩张最主要症状是慢性咳嗽、咳大量脓痰、反复咯血,最重要的体征是固定而持久的局限性粗湿啰音。
12. 肺炎链球菌肺炎最典型的痰液特点是咳铁锈色痰。
13. 葡萄球菌肺炎发病的特点是高热、肌肉酸痛、脓性痰。
14. 肺结核的特征性症状是午后低热,盗汗,乏力,食欲不振,体重下降。
15. 原发性支气管肺癌的典型症状是刺激性干咳、痰中带血。
16. 胸腔积液最常见的症状是呼吸困难。

17. 急性呼吸窘迫综合症的典型症状是呼吸窘迫、顽固性低氧血症。
18. 呼吸衰竭最主要的症状是呼吸困难,呼吸困难最典型的特点是发绀。
19. 气胸的典型体征是叩诊鼓音、听诊呼吸音减弱或消失。
20. 慢性阻塞性肺疾病的首选检查是肺功能检查($FEV_1/FVC < 0.7$)。
21. 肺源性心脏病 X 线检查的典型特点是右心室增大,心尖上翘。
22. 支气管扩张的确诊检查是高分辨率 CT,且提示“双轨征”或“印戒征”。
23. 肺结核诊断的金标准是痰中找到结核分枝杆菌。
24. 中央型肺癌的 X 线典型特点是反 S 形征象。
25. 胸腔积液的首选检查是超声。
26. 呼吸窘迫综合症的诊断标准是动脉血气分析 $PaO_2/FiO_2 \leq 300\text{mmHg}$ 。
27. 呼吸衰竭的首选检查是动脉血气分析:当 $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, $PaCO_2$ 正常或下降为 I 型呼衰;当 $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$ 为 II 型呼衰。
28. 气胸的 X 线示不同程度的肺萎陷和胸膜腔积气。
29. 慢支、慢阻肺的主要治疗是戒烟和控制感染。(注:COPD 家庭氧疗给予低流量低浓度吸氧。)
30. 肺源性心脏病的治疗原则为治肺为主,治心为辅(控制感染,必要时强心、利尿、扩血管)。
31. 支气管哮喘控制哮喘急性发作首选药物沙丁胺醇,控制气道炎症最

有效的药物是糖皮质激素,预防哮喘发作首选色甘酸钠。

32. 支气管扩张的治疗原则为控制感染和痰液引流。

33. 肺炎链球菌肺炎治疗首选青霉素;葡萄球菌肺炎治疗首选半合成青霉素(氨苄西林);肺炎克雷伯杆菌肺炎治疗首选氨基糖苷类(庆大霉素);支原体肺炎治疗首选大环内酯类(红霉素)。

34. 肺结核的主要治疗方式为抗结核治疗,对于大咯血首选垂体后叶素止血。

35. 胸腔积液的治疗原则穿刺排液,抗感染。

36. 开放性气胸应立即封闭胸壁伤口;张力性气胸应立即穿刺排气减压。

37. 心力衰竭最常见、最重要的诱因是感染(呼吸道感染)。

38. 房颤最常见的病因是风湿性心脏病二尖瓣狭窄。

39. 扩张性心肌病的病因以病毒最常见。

40. 肥厚性心肌病的病因是常染色体显性遗传。

41. 病毒性心肌炎的病因以柯萨奇 B 组病毒最常见。

42. 二尖瓣狭窄的主要病因是 A 组 β 溶血性链球菌感染咽峡所致。

43. 急性心包炎最常见的病因是病毒感染。

44. 急性感染性心内膜炎主要是由金黄色葡萄球菌引起。

45. 亚急性感染性心内膜炎主要是由草绿色链球菌引起。

46. 慢性左心衰以肺循环淤血为主要表现。其中最早出现的表现是劳力性呼吸困难。

47. 慢性右心衰以体静脉淤血为主要表现。其中最具特征的表现是肝

颈静脉反流征阳性。

48. 急性左心衰突出的临床表现是咳粉红色泡沫样痰。

49. 急性心肌梗死最好发的部位在左前降支。

50. 心绞痛胸痛主要部位在胸骨体之后,可波及心前区,常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指。时间多为3~5分钟,一般不超过30分钟。

51. 心肌梗死胸痛主要部位在胸骨体之后,可波及心前区,可放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指,时间超过30分钟。

52. 心肌梗死的心律失常中以室性心律失常最多见,其中室颤是病人早期主要的死因。

53. 急性心肌梗死最常见的并发症是乳头肌功能失调或断裂,表现为心尖区收缩期中晚期喀喇音和吹风样收缩期杂音。

54. 高血压的诊断标准是收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。

55. 高血压最常见且为最主要的死亡原因是脑血管病。

56. 风湿性心脏病患者中二尖瓣受累最常见。

57. 二尖瓣狭窄最常见的早期症状是劳力性呼吸困难。

58. 二尖瓣狭窄在心尖部可闻及舒张期隆隆样杂音是其最重要的体征。

59. 主动脉瓣狭窄典型的三联征是劳力性呼吸困难、心绞痛和晕厥等。

60. 急性心包炎最具有诊断价值的体征是心包摩擦音,以3、4肋间最明显。

61. 心包积液最突出的症状是呼吸困难。

62. 心肌梗死特征性心电图的表现为面向坏死区周围心肌损伤区的导

联上出现 ST 段抬高呈弓背向上型。

63. 心肌梗死最特异的心肌酶是肌钙蛋白。

64. 诊断冠心病的金标准是冠状动脉造影。

65. 确诊二尖瓣狭窄最敏感可靠的方法是超声心动图检查。

66. 血培养是诊断菌血症和感染性心内膜炎的最重要方法。

67. 休克的重要监测指标是中心静脉压。

68. CPR 程序为 C—A—B, 即应先进行胸外按压。

69. 心肺复苏中首选的药物是肾上腺素。

70. 洋地黄最重要的毒性反应是心律失常, 其中以室早二联律最常见。

71. 洋地黄中毒最早的表现是厌食。

72. 室颤采用非同步直流电复律。意识丧失、抽搐、呼吸停顿甚至死亡、听诊心音消失、脉搏触不到、血压亦无法测到。心电图波形、振幅和频率极不规则, 无法辨认 QRS 波、ST 段和 T 波。

73. 房颤采用同步直流电复律。心电图: ①P 波消失, f 波出现, 频率为 350~600 次/分; ②心室率极不规则, 通常为 100~160 次/分; ③QRS 波形态正常, 如果心室率过快, 发生室内差异性传导时, QRS 波增宽变形。三大体征: 第一心音强度变化不定、心律极不规则、脉搏短绌。

74. 急性心肌梗死应该在起病后 3~6 小时最多在 12 小时内进行心肌再灌注治疗。

75. 扩张性心肌病和肥厚性心肌病的主要诊断手段是超声心动图。

76. 补充血容量是纠正休克的关键。

77. 消化性溃疡、胃癌的主要病因是幽门螺旋杆菌(Hp)感染。

78. 食管癌以鳞癌为主,胃癌以腺癌为主。
79. 肝硬化、原发性肝癌的病因以病毒性肝炎为主。
80. 胆道疾病(胆石症)是我国急性胰腺炎的常见原因。
81. 腹壁强度降低和腹内压增高是腹外疝的两个主要原因,其中腹壁强度降低是最主要的原因。
82. 斜疝多见于青少年和儿童;直疝多见于老年人;股疝多见于妇女,最容易发生嵌顿。
83. 闭合性内脏损伤中脾破裂最常见;开放性内脏损伤中肝破裂最常见。
84. 粘连性肠梗阻多见于腹部手术史后;肠扭转多见于青壮年饭后剧烈活动。
85. 阑尾管腔阻塞是急性阑尾炎最常见的病因,致病菌多为大肠埃希菌。
86. 急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)最常见病因是肝内外胆管结石。
87. 胃食管反流的典型症状是烧心和反流。
88. 食管癌好发部位为胸中段。
89. 食管癌早期症状为进食哽咽感,典型症状为进行性吞咽困难。
90. 自身免疫性胃炎(A型胃炎)常伴有恶性贫血。
91. 十二指肠溃疡为饥饿痛、夜间痛(疼痛—进食—缓解);胃溃疡为饱餐痛(进食—疼痛—缓解)。
92. 消化性溃疡并发症有出血、穿孔、幽门梗阻和癌变,最常见的是上消化道出血。

93. 幽门梗阻:①主要由十二指肠溃疡或幽门管溃疡引起;②表现为呕吐隔夜宿食。③体检可见胃蠕动波及震水音。

94. 消化性溃疡穿孔表现:①突发剧烈腹痛,持续而加剧;②腹壁板样僵硬,压痛、反跳痛、腹肌紧张,肝浊音界消失;③X线见膈下游离气体。

95. 胃癌最常转移至左锁骨上淋巴结。

96. 克罗恩病最常见的症状是腹痛。

97. 假小叶为典型的肝硬化组织病理形态。

98. 腹水是肝硬化最突出的临床表现。

99. 上消化道出血是肝硬化最常见的并发症,肝性脑病最严重也是常见死亡原因。

100. 肝硬化时出现肝掌和蜘蛛痣是由于对雌激素灭活能力减退。

101. 肝内转移是肝癌最早、最易发生的转移。

102. 肝癌最严重的并发症是肝性脑病。

103. 胰腺癌的首发症状是上腹痛,典型症状是进行性加重的黄疸。

104. 上消化道大出血是指出血量超过1000ml;消化道出血量 $>5\text{ml}$,可出现隐血试验阳性。

105. 呕血与黑粪是上消化道出血的特征性表现。

106. 斜疝可进入阴囊,容易嵌顿,按住内环不再突出;直疝不进入阴囊,不易嵌顿,按住内环可突出。

107. 空腔脏器损伤最突出的表现是腹膜刺激征。

108. 肠梗阻共有的表现是腹痛、呕吐、腹胀和停止排便排气。

109. 绞窄性肠梗阻为持续性加重的腹痛,不对称的腹胀。

110. 机械性肠梗阻为阵发性绞痛,亢进的肠鸣音(金属音)。
111. 高位肠梗阻呕吐物为胃内容物;低位肠梗阻呕吐粪样物;麻痹性肠梗阻为溢出性呕吐。
112. 急性阑尾炎典型表现为转移性右下腹痛,最重要的体征是右下腹压痛、反跳痛。
113. 排便习惯和粪便性状改变是结肠癌最早出现的症状。
114. 肛裂三联征:肛乳头肥大、肛裂和前哨痔。
115. 肛周脓肿是直肠肛管周围脓肿最常见的类型。
116. 胆石症典型表现为饱餐后右上腹绞痛。
117. 肝外胆管结石继发感染可出现夏科(Charcot)三联征:腹痛、寒战高热、黄疸。
118. 急性胆囊炎的典型体征为 Murphy 征阳性。
119. 急性梗阻性化脓性胆管炎典型临床表现为雷诺(Reynolds)五联征:夏科三联征+休克+神经中枢系统抑制表现。
120. 食管癌筛查首选食管拉网脱落细胞学检查。
121. 胃炎、食管癌、胃食管反流、消化性溃疡、胃癌的确诊方法是胃镜检查。
122. 消化性溃疡的 X 线直接表现为龛影。
123. 甲胎蛋白(AFP)常用于肝癌的普查;肝穿刺活检可以确诊肝癌。
124. 肝性脑病的检查主要是血氨。
125. 急性胰腺炎首选检查是血清淀粉酶。
126. 实质性脏器损伤最简单可靠的检查是诊断性穿刺(抽出不凝血)。

127. 一般肠梗阻 X 线(立位)可见多数液平面;肠套叠钡剂灌肠可见“杯口状”阴影。

128. B 超是诊断胆道疾病的首选检查。

129. 直肠指检是诊断直肠癌最重要的方法。

130. 胃炎、消化性溃疡治疗中抑制胃酸分泌首选药物为质子泵抑制剂—奥美拉唑。

131. 吻合口梗阻(胃大部切除术后)呕吐物含食物,不含胆汁;输出袢梗阻含食物和胆汁。

132. 溃疡性结肠炎治疗首选药物为柳氮磺吡啶。

133. 肝性脑病禁用肥皂水灌肠;可口服乳果糖减少肠道氨的吸收。

134. 急性胰腺炎可用哌替啶止痛和解痉剂(阿托品),禁用吗啡镇痛,以免 Oddi 括约肌痉挛而加重疼痛。

135. 急性阑尾炎一旦确诊立即实行阑尾切除术;阑尾周围脓肿需要抗生素治疗 3 月后再手术治疗。

136. 急性梗阻性化脓性胆管炎紧急处理:胆道减压术。

137. 急性肾小球肾炎的最主要病原菌是 β -溶血性链球菌。

138. 泌尿系感染最常见的是上行感染,最常见的病原菌是大肠埃希菌。

139. 急性肾小球肾炎和慢性肾小球肾炎的主要临床表现是血尿、蛋白尿、水肿、高血压。

140. 肾病综合征的四大临床表现:大量蛋白尿($>3.5\text{g/d}$)、低白蛋白血症($<30\text{g/L}$)、高脂血症、水肿。

141. 急性肾衰竭少尿期最典型的水钠代谢紊乱是高钾血症,也是患者

死亡的主要原因。

142. 慢性肾衰竭最早出现的临床表现是消化系统症状。

143. 前尿道损伤多见于骑跨伤,主要见于尿道球部,尿液外渗在会阴、阴茎、阴囊部。

144. 后尿道损伤多见于骨盆骨折,主要见于尿道膜部,尿液外渗在耻骨后间隙和膀胱后。

145. 肾结核最早出现的症状是尿频,最重要的症状是终末血尿。

146. 肾结石的典型特点是肾区疼痛伴肋脊角叩击痛,输尿管结石典型表现为阵发性腰部或上腹部疼痛,剧烈难忍,放射至腹股沟。

147. 膀胱结石最典型的表现是排尿突然中断,经过改变体位或活动后可继续排尿。

148. 前列腺增生最常见的早期症状是尿频,最典型的症状是进行性排尿困难。

149. 泌尿系肿瘤最常见的是膀胱癌。

150. 儿童泌尿系统肿瘤以肾母细胞瘤多见。

151. 肾损伤的首选检查是 CT。

152. 尿道损伤的首选检查是诊断性导尿。

153. 泌尿系感染首选尿液检查,高倍镜视野白细胞超过 5 个,提示尿路感染。

154. 尿路结石的首选检查是 B 超。

155. 诊断肾癌最可靠的方法是 CT。

156. 诊断膀胱癌最可靠的方法是膀胱镜+活检。

157. 慢性肾小球肾炎合并高血压首选降压药是 ACEI。
158. 肾病综合征的首选用药是糖皮质激素。
159. 当血 $K^+ > 6.5 \text{mmol/L}$ 时,可透析治疗。
160. 肾结石药物治疗:结石直径 $< 0.6 \text{cm}$ 者可进行药物治疗。
161. 体外冲击波碎石(ESWL):用于直径 $\leq 2 \text{cm}$ 的肾结石和输尿管上端结石。
162. 经皮肾镜碎石取石术(PCNL):用于直径 $\geq 2.0 \text{cm}$ 的肾结石。
163. 巨幼细胞性贫血的病因是缺乏叶酸、维生素 B12。
164. 再生障碍性贫血的发生和骨髓造血功能障碍有关。
165. 贫血的诊断标准是男性血红蛋白 $< 120 \text{g/L}$,成年女性血红蛋白 $< 110 \text{g/L}$,孕妇血红蛋白 $< 100 \text{g/L}$ 。
166. 皮肤黏膜苍白是贫血的主要表现。
167. 缺铁性贫血的特有表现有异食癖、口腔炎、舌炎、吞咽困难、匙状甲等。
168. 巨幼细胞性贫血特有的表现有精神神经症状。
169. 再生障碍性贫血的表现有贫血、出血和感染等表现。
170. 急性白血病的表现为贫血、出血和感染及白血病细胞浸润表现。
171. 急性白血病人死亡的主要原因是颅内出血。
172. 缺铁性贫血是一种小细胞低色素性贫血。
173. 巨幼细胞性贫血是一种大细胞性贫血。
174. 缺铁性贫血血象中红细胞体积小,中央淡染区扩大。血清铁降低,转铁蛋白饱和度降低,血清铁蛋白降低,总铁结合力增高。

175. 缺铁性贫血骨髓增生活跃,呈现核老浆幼。
176. 巨幼红细胞性贫血骨髓增生活跃,呈现核幼浆老。
177. 再生障碍性贫血全血细胞减少,骨髓增生减低。
178. 急性白血病三系细胞减少,原始细胞 \geq 骨髓有核细胞的30%为急性白血病的诊断标准。
179. 霍奇金淋巴瘤的确诊检查方法是淋巴结活检。
180. 特发性血小板减少性紫癜血象中血小板计数减少。
181. 补充铁剂后,最先升高的是外周血网织红细胞,血红蛋白正常后仍然需要服用铁剂4~6个月,待铁蛋白正常后停药。
182. 再生障碍性贫血治疗可选择使用雄激素。
183. 特发性血小板减少性紫癜首选使用糖皮质激素治疗。
184. 地方性甲状腺肿最常见的原因是碘缺乏;甲状腺功能亢进最常见原因为弥漫性毒性甲状腺肿(Graves病)。
185. 1型糖尿病多见于青年人;2型糖尿病多见于40岁以上。
186. 甲亢可有突眼症、甲状腺肿大伴有震颤及血管杂音等体征。
187. 糖尿病酮症酸中毒尿酮体(+),呼气有烂苹果味。
188. 糖尿病肾病是T1DM的主要死因;心脑血管疾病是T2DM的主要死亡原因。
189. 低钾血症最早表现为肌无力,心电图出现典型U波;高钾血症主要死因是心搏骤停。
190. 血清FT₃、FT₄:是诊断临床甲亢的主要指标;血清TSH是反映甲

状腺功能最敏感的指标。

191. 糖尿病诊断标准空腹血糖是 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ，随机血糖 $\geq 11.0\text{mmol/L}$ 。

192. 抗甲状腺药物(ATD)治疗是甲亢的基础治疗。

193. 抗甲状腺药物的副作用有粒细胞缺乏症，中性粒细胞 $< 1.5 \times 10^9/\text{L}$ 时应当停药。

194. 甲亢术后并发症有：呼吸困难和窒息、喉返神经损伤、喉上神经损伤、甲状旁腺功能减退、甲状腺危象。

195. 甲亢术后呼吸困难和窒息为术后最严重的并发症，常见原因有：出血及血肿压迫气管；喉头水肿；气管塌陷；双侧喉返神经损伤。

196. 甲状腺危象的首选治疗为丙硫氧嘧啶。

197. 甲状腺功能减退治疗一般为终身口服甲状腺素片。

198. 糖尿病治疗方式有健康教育、医学营养治疗(饮食治疗)、运动治疗、病情检测、药物治疗。其中医学营养治疗是基础治疗。

199. 双胍类最适合超重的 2 型糖尿病服用。

200. α 葡萄糖苷酶抑制剂(阿卡波糖)用于降低餐后血糖。

201. 糖尿病每日三餐热量分配为 1/5、2/5、2/5 或 1/3、1/3、1/3。

202. 等渗性脱水补液首选平衡盐溶液；高渗性脱水补液首选 5% 葡萄糖溶液。

203. 脑血栓形成最常见的基本病因是动脉粥样硬化。

204. 脑栓塞临床上主要是指心源性脑栓塞，最常见病因为心房颤动。

205. 脑出血最常见的病因是高血压合并细小动脉硬化。

206. 蛛网膜下腔出血最常见的病因为颅内动脉瘤。

207. 短暂性脑缺血发作(TIA)症状一般持续 10~20 分钟,多在 1 小时内缓解。最长不超过 24 小时,不遗留神经系统体征。

208. 脑血栓形成常在安静或睡眠中发病,一般意识清楚;大脑中动脉主干闭塞可出现三偏症状。

209. 高血压性脑出血主要破裂的血管是大脑中动脉的豆纹动脉,发生在基底节的壳核及内囊区,表现为三偏症状。多在情绪激动或活动中突然发病。

210. 蛛网膜下腔出血好发于剧烈活动、情绪激动时,起病突然,典型表现是突发剧烈全头痛,出现脑膜刺激征表现:颈项强直、克氏征(Kernig 征)、布氏征(Brudzinski 征)。

211. 全面强直一阵挛发作:又称大发作,典型表现为意识丧失、双侧强直后出现阵挛。

212. 失神发作:又称小发作,表现为正在进行的动作中断,两眼茫然凝视,呼之不应,事后对发作完全无记忆。

213. 癫痫持续状态指癫痫连续发作之间意识尚未完全恢复又频繁再发,或癫痫发作持续 30 分钟以上未自行停止。

214. 三叉神经痛表现为面颊部上、下颌及舌部明显的电击样、针刺样、刀割样疼痛,突发突止,口角、鼻翼、面颊部或舌部敏感,轻触可诱发,称为扳机点。

215. 帕金森病首发症状为静止性震颤,其他表现:“铅管样强直”和“齿轮样强直”;“面具脸”和“小字征”;“冻结”现象和慌张步态。

216. 成人的正常颅内压为 70~200mmH₂O,儿童为 50~100mmH₂O。
217. 颅内压增高三主征为头痛、呕吐、视乳头水肿(客观体征)。
218. 颅内压增高出现“库欣反应”表现为血压升高、脉搏徐缓、呼吸不规则(深慢)。
219. 小脑膜切迹疝表现为患侧瞳孔先缩小,后散大,对光反射消失;对侧肢体的肌力减弱,病理征阳性。
220. 枕骨大孔疝特征为生命体征紊乱出现较早,意识障碍出现较晚,病人在早期可突发呼吸骤停而死亡。
221. 颅前窝骨折表现为眶周瘀斑(“熊猫眼征”),鼻漏;颅中窝骨折表现为耳后乳突区瘀斑,耳、鼻漏。
222. 脑震荡是最轻的脑损伤,其特点伤后立即出现短暂的意识障碍,一般不超过半小时,意识恢复后,出现逆行性遗忘;神经系统检查无阳性体征。
223. 硬脑膜外血肿的特征性表现为中间清醒期(昏迷—清醒—昏迷)。
224. 颅脑疾病最方便快捷和常用的影像学检查手段是头颅 CT 检查。
225. 脑血栓形成和脑栓塞在发病 24 小时后 CT 显示低密度梗死灶。
226. 脑出血和蛛网膜下腔出血 CT 显示高密度征象。
227. 蛛网膜下腔出血确定病因的手段为数字减影血管造影(DSA)。
228. 癫痫主要诊断依据为病史和临床表现。
229. 癫痫首选辅助检查为脑电图。
230. 颅内压增高时慎用腰椎穿刺,可诱发枕骨大孔疝。
231. 硬脑膜外血肿 CT 检查显示双凸镜形或弓形高密度影。
232. 硬脑膜下血肿 CT 检查显示新月形或半月形高密度、等密度或混合

密度影。

233. 预防蛛网膜下腔出血最有效的方法是动脉瘤夹闭或血管内治疗。

234. 癫痫治疗:①部分发作首选卡马西平;②全身强直一阵挛发作首选丙戊酸钠;③失神发作首选乙琥胺;④癫痫持续状态首选地西洋;⑤小儿癫痫发作首选苯巴比妥。

235. 三叉神经痛药物治疗首选卡马西平。

236. 帕金森病主要和首选治疗手段为药物治疗,最基本、最有效的药物为复方左旋多巴。

237. 降低颅内压的措施有:①限制液体入量;②使用20%甘露醇和利尿药呋塞米;③激素治疗;④冬眠低温疗法;⑤过度换气。

238. 帽状腱膜下血肿处理:血肿较小者,可加压包扎;血肿大者,穿刺抽吸加压包扎。

239. 头皮裂伤一期缝合时限可放宽至24小时。

240. 颅骨骨折合并脑脊液漏时,须预防颅内感染,不可堵塞或冲洗,不可做腰穿,避免用力咳嗽、打喷嚏。

241. 脑脊液漏不自愈达1个月以上,可行漏口修补术。

242. 风湿热的主要病原体是咽喉部感染A组乙型溶血性链球菌。

243. 绝经后骨质疏松的主要病因为雌激素缺乏。

244. 风湿热的最常见临床表现是游走性、多发性关节炎,以大关节受累为主。

245. 类风湿关节炎最早症状是关节痛。

246. 系统性红斑狼疮特征性表现颊部蝶形红斑。

247. 痛风的特征性表现痛风石。
248. 痛风急性关节炎期症状以单侧第 1 跖趾关节最常见。
249. 风湿热做抗链球菌溶血素 O(ASO)滴度上升。
250. 类风湿关节炎确诊:抗 CCP 抗体阳性,类风湿因子(RF)阳性也提示类风湿关节炎。
251. 诊断 SLE 的标记抗体为抗 dsDNA 抗体;特异性最高的为抗 Sm 抗体。
252. 抗链球菌感染首选青霉素。
253. 类风湿关节炎的首选药物是甲氨蝶呤。
254. 系统性红斑狼疮首选用药糖皮质激素(泼尼松)。
255. 急性痛风性关节炎特效用药是秋水仙碱。
256. 急性血源性骨髓炎、慢性血源性骨髓炎、化脓性关节炎的病原菌都是金黄色葡萄球菌。
257. 骨折的全身表现休克、发热。
258. 骨折的一般表现:局部疼痛、肿胀、功能障碍。
259. 骨折的特有体征:畸形、异常活动、骨擦感或骨擦音。
260. 关节脱位的特殊表现:畸形、弹性固定、关节盂空虚。
261. 骨筋膜室综合征最长好发于:前臂掌侧和小腿。
262. 肋骨骨折好发于 4~7 肋骨。
263. 桡神经损伤,病人可出现垂腕畸形。
264. 伸直型肱骨髁上骨折近折端向前向下移位,远折端向上移位;肘后三角关系正常。

265. 伸直型桡骨远端骨折远折端向手背侧、桡侧移位,近折端向掌侧移位;侧面呈餐叉样畸形,正面呈枪刺样畸形。
266. 最容易发生股骨头缺血性坏死的是股骨头下骨折。
267. 股骨颈骨折典型表现:患肢屈髋、短缩、外旋(一般在 $45^{\circ}\sim 60^{\circ}$)畸形。
268. 腓总神经损伤易引起马蹄足畸形。
269. 尺神经损伤是爪形手畸形。
270. 正中神经损伤是猿手畸形。
271. 肩关节脱位最常见的是前脱位,典型表现方肩畸形、Dugas 征阳性。
272. 髋关节脱位以后脱位最常见,典型表现是髋关节屈曲、内收、内旋畸形。
273. 骨关节结核以脊柱结核最常见。
274. 颈椎病最常见的是神经根型,臂丛牵拉试验和压头试验阳性。
275. 颈椎病最严重的是脊髓型,表现有四肢乏力、踩棉花感。
276. 腰椎间盘突出症常累及腰4~5、腰5~骶1,典型症状是腰痛伴坐骨神经痛。
277. 急性血源性骨髓炎确诊局部脓肿分层穿刺。
278. 慢性血源性骨髓炎 X 线看到死骨形成、骨膜反应、骨质破坏可确诊。
279. 化脓性关节炎做关节穿刺和关节镜检查可确诊。
280. 骨肉瘤 X 线表现为 Codman 三角(日光射线征)。
281. 骨巨细胞瘤 X 线可见肥皂泡样改变。

282. 抗链球菌感染首选青霉素。
283. 类风湿关节炎的首选药物是甲氨蝶呤。
284. 系统性红斑狼疮首选用药糖皮质激素(泼尼松)。
285. 急性痛风性关节炎特效用药秋水仙碱。
286. 停经是妊娠最早的症状,停经6周左右出现早孕反应,停经12周左右消失。
287. 产力包括子宫收缩力、腹肌及膈肌收缩力和肛提肌收缩力,其中主要的力量是子宫收缩力。
288. 流产的主要病因是染色体异常。
289. 异位妊娠的最主要原因是输卵管炎症。
290. 产后出血最主要的原因是子宫收缩乏力。
291. 先兆临产的表现有假临产、胎儿下降感和见红,而见红是分娩即将开始的可靠征象。
292. 临产的表现是有规律且逐渐增强的子宫收缩,同时伴有进行性子宫颈管消失、宫口扩张和胎先露部下降。
293. 凡妊娠不足28周,胎儿体重不足1000g而终止者,称为流产。
294. 流产的主要临床表现是停经、腹痛和阴道流血。
295. 先兆流产的主要表现是停经、腹痛、阴道出血及宫口未开。
296. 异位妊娠以壶腹部妊娠最多见。
297. 异位妊娠的典型表现是停经后腹痛和阴道流血。
298. 前置胎盘的典型表现是妊娠晚期或临产时,发生无明显诱因、无痛性反复阴道流血。

299. 胎盘早剥的典型表现是腹痛伴阴道流血。
300. 妊娠合并高血压典型表现为妊娠 20 周后出现高血压、水肿和蛋白尿。
301. 妊娠合并心脏病最容易发生心力衰竭的时间为 32~34 周、分娩期和产后 3 天。
302. 协调性子宫收缩乏力特点是具有正常的节律性、对称性和极性,但收缩力弱,持续时间短,间歇期长而且不规律,宫缩 <2 次/10 分钟。
303. 先兆子宫破裂的四大表现是子宫病理缩复环形成、下腹部压痛、胎心异常和血尿等。
304. 滴虫性阴道炎的典型分泌物是黄绿色、脓性、泡沫状。
305. 外阴阴道假丝酵母菌病的典型分泌物是白色、凝乳状或豆渣样。
306. 细菌性阴道炎的典型分泌物是白色、稀薄、鱼腥臭味。
307. 子宫肌瘤可分为肌壁间肌瘤(最常见)、浆膜下肌瘤、黏膜下肌瘤等。
308. 子宫肌瘤最常见的症状是经量增多和经期延长。
309. 子宫颈癌的特征性表现是接触性出血。老年患者可表现为绝经后不规则阴道流血。
310. 子宫内膜癌的典型表现是绝经后阴道流血。
311. 卵巢肿瘤最常见的并发症是蒂扭转。
312. 葡萄胎最常见的症状是停经后阴道流血。
313. 妊娠滋养细胞肿瘤的表现是在葡萄胎排空、流产、足月产后,有持续不规则阴道出血。

314. 子宫内膜异位症和子宫腺肌病的典型表现为继发性痛经,呈进行性加重。
315. 检查早期妊娠快速准确的方法是超声检查。
316. 异位妊娠破裂时简单可靠的诊断方法是阴道后穹窿穿刺。
317. 异位妊娠诊断的金标准是腹腔镜检查。
318. 前置胎盘和胎盘早剥首选的检查方法是 B 超检查。
319. 阴道炎的确诊手段是在阴道分泌物中找到相关病原微生物。
320. 子宫颈癌的普查方法是宫颈刮片。
321. 子宫颈癌的确诊方法是宫颈和宫颈管活组织检查。
322. 子宫内膜癌最常用最有价值的确诊方法是分段诊刮。
323. 妊娠滋养细胞疾病主要检查方法是 B 超和血 hCG 检测。
324. 绒癌组织学检查无绒毛结构。
325. 功能失调性子宫出血已婚患者首选的检查方法是诊刮。
326. 新生儿娩出后首要的处理措施是清除口鼻黏液,保持呼吸道通畅。
327. 先兆流产的处理原则是卧床休息,禁止性生活,减少刺激等。
328. 前置胎盘最安全、最有效的终止妊娠的方法是剖宫产。
329. 胎盘早剥的处理方式是及时终止妊娠。
330. 子痫治疗的一线药物是硫酸镁,使用硫酸镁的必备条件是膝腱反射必须存在。
331. 妊娠合并糖尿病首选使用胰岛素控制血糖。
332. 滴虫性阴道炎首选的药物是甲硝唑。
333. 滴虫性阴道炎的治疗需要性伴侣同治。

334. 慢性宫颈炎的治疗以局部治疗为主,在治疗前需常规做子宫颈刮片进行活组织检查。
335. 葡萄胎一经确诊,应及时清宫。
336. 妊娠滋养细胞肿瘤治疗以化疗为主。
337. 新生儿溶血病最主要的原因是 ABO 血型不合。
338. 苯丙酮尿症最主要的病因是肝脏缺乏苯丙氨酸羟化酶。
339. 麻疹最主要的病因是麻疹病毒感染所致。
340. 水痘最主要的病因是水痘一带状疱疹病毒(VZV)感染所致。
341. 中毒型细菌性痢疾在我国以福氏志贺菌多见。
342. 猩红热的主要病因是 A 组乙型溶血性链球菌感染。
343. 婴幼儿秋冬季腹泻的最常见病原体为轮状病毒。
344. 夏季腹泻的主要致病菌为致腹泻大肠杆菌。
345. 婴儿鼻咽炎时容易导致中耳炎原因是咽鼓管较宽,且直而短,呈水平位。
346. 急性上呼吸道感染主要病原体为病毒。
347. 疱疹性咽峡炎主要病原体为柯萨奇 A 组病毒。
348. 咽结合膜热主要病原体为腺病毒。
349. 热性惊厥以病毒感染最多见,多与上呼吸道感染有关。
350. 婴儿期和青春期是儿童生长的两大高峰,其中婴儿期是小儿成长过程中发育最迅速的时期。
351. 儿童的神经系统发育最早,生殖系统发育最晚。
352. 2~12 岁体重计算公式为:年龄(岁) \times 2+8,身高为:年龄(岁) \times 7

十75。

353. 1岁时头围等于胸围等于46cm。

354. 婴儿4~10个月开始萌出第一颗乳牙,6岁左右萌出第1颗恒牙。

355. 足月儿出生时已具备暂时性的原始反射有觅食反射、吸吮反射、握持反射、拥抱反射。

356. 婴儿出现生理性贫血是在生后2~3个月时。

357. 新生儿寒冷损伤综合征主要临床表现低体温和皮肤硬肿。

358. 新生儿寒冷损伤综合征最先出现硬肿的部位是小腿。

359. 母乳的特点是:乳清白蛋白、乙型乳糖、不饱和脂肪酸含量较高。

360. 蛋白质-能量营养不良早期表现是体重不增。

361. 蛋白质-能量营养皮下脂肪最先消耗的是腹部。

362. 小儿维生素D缺乏性佝偻病初期主要表现是神经系统兴奋性增高,无骨骼改变。

363. 小儿维生素D缺乏性佝偻病激期主要表现有颅骨软化、方颅、手镯或脚镯、鸡胸、漏斗胸、O形腿或X形腿。

364. 维生素D缺乏性手足搐搦症最常见的表现是惊厥(无热惊厥)。

365. 21-三体综合征最突出、最严重的临床表现是智能低下。

366. 苯丙酮尿症最突出的临床表现是智力发育落后,还伴有特殊的鼠尿味。

367. 麻疹的特点是麻疹黏膜斑(Koplik)。

368. 麻疹的出疹特点:从耳后、发际及颈部开始,疹间皮肤可正常。

369. 麻疹最常见的并发症以及麻疹患儿的主要死因的是肺炎。

370. 水痘的皮疹特点是斑疹、丘疹、疱疹、结痂同时出现,呈向心性分布。

371. 猩红热的皮疹特点:针尖大小的充血性皮疹,压之褪色,触之有砂纸感,疹间无正常皮肤。

372. 重型腹泻与轻型腹泻鉴别点为是否有明显的脱水和电解质紊乱。

373. 病毒性肠炎表现为大便呈水样或蛋花汤样,无腥臭。

374. 致病性大肠杆菌肠炎大便呈黄绿色蛋花汤样伴黏液,有腥臭味。

375. 疱疹性咽峡炎表现为咳嗽、发热、咽部有炎症。

376. 咽结合膜热表现为咳嗽、发热、眼结膜炎症。

377. 小儿时期最常见的肺炎为支气管肺炎。

378. 95%婴儿动脉导管在出生后1年内形成解剖上的关闭。

379. 左向右分流型(潜伏青紫型)先心病常见于房、室间隔缺损或动脉导管未闭;右向左分流型(青紫型)先心病,常见于法洛四联症。

380. 先天性心脏病最常见的类型为室间隔缺损。

381. 法洛四联症的四种畸形:肺动脉狭窄(最主要)、室间隔缺损、主动脉骑跨、右心室肥厚。

382. 房间隔缺损可在胸骨左缘第2~3肋间闻及喷射性收缩期杂音。

383. 室间隔缺损可在胸骨左缘第3~4肋间闻及粗糙的全收缩期杂音。

384. 动脉导管未闭可在胸骨左缘第2肋间闻及连续性“机器样”杂音。

385. 法洛四联症可在胸骨左缘第2~4肋间闻及喷射性收缩期杂音。

386. 动脉导管未闭的特征性表现是差异性发绀及周围血管征。

387. 法洛四联症出现P2减弱,主要表现为青紫,可出现蹲踞现象。

388. 新生儿溶血病的确诊试验:改良直接抗人球蛋白试验(改良Coombs 试验)和抗体释放试验。

389. 足月儿生理性黄疸:2~3 天出现,最迟 2 周消退;病理性黄疸,生后 24 小时内出现,持续时间超过 2 周。

390. 小儿维生素 D 缺乏性佝偻病诊断的金标准是血生化与骨骼 X 线检查。

391. 21-三体综合征确诊靠染色体核型分析。

392. 对于中毒型细菌性痢疾,肛拭子或灌肠取粪便镜检有大量脓细胞可初步确诊。

393. 化脓性脑膜炎脑脊液特点:外观浑浊,米汤样;白细胞数百~数千,以中性粒细胞为主;蛋白增高,糖和氯化物降低。

394. 结核性脑膜炎脑脊液特点:外观微浊,毛玻璃样;白细胞数十~数百,以淋巴细胞为主;蛋白增高,糖和氯化物降低。

395. 病毒性脑膜炎脑脊液特点:外观清亮;白细胞正常~数百,淋巴细胞为主;蛋白正常或轻度增高,糖和氯化物正常。

396. 新生儿按 ABCDE 复苏,其中 A(开放气道)是根本,B(人工通气)是关键。

397. 新生儿黄疸主要的治疗方法:光照疗法。

398. 治疗新生儿低体温的关键是复温。

399. 对于小儿维生素 D 缺乏性佝偻病,VitD 的预防量是 400IU/d。

400. 维生素 D 缺乏性手足搐搦症治疗原则:保持气道通畅;控制惊厥、喉痉挛;给予钙剂;给予 VitD。

401. 苯丙酮尿症的治疗主要是低苯丙氨酸饮食。
402. 猩红热治疗首选青霉素。
403. 小儿腹泻有严重呕吐者可禁食 4~6 小时(不禁水)。
404. 补液原则:先快后慢、先浓后淡、先盐后糖、见尿补钾、见酸补碱。
405. 伴有循环不良和休克的重度脱水患儿需扩容,使用 2:1 等张含钠液 20ml/kg。
406. 纠正累积损失量:低渗性脱水使用 2/3 张含钠液,等渗性脱水使用 1/2 张含钠液,高渗性脱水使用 1/3 张含钠液
407. 热性惊厥一般首选地西洋,新生儿惊厥首选苯巴比妥。
408. 手术区皮肤消毒范围包括手术切口周围 15cm 的区域。
409. 铺巾原则先铺相对不洁区,后铺清洁区。
410. 术前胃肠道准备需要从术前 8~12 小时开始禁食,术前 4 小时开始禁水,以防因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。
411. 疖、痈主要致病菌是金黄色葡萄球菌;急性蜂窝织炎致病菌为溶血性链球菌。
412. 气性坏疽是由梭状芽胞杆菌引起的一种以肌坏死或肌炎为特征的急性特异性感染。
413. 急性乳腺炎的主要病因是乳汁淤积。
414. 有机磷中毒患者表现有呼气大蒜臭味,瞳孔缩小,多汗、肌纤维颤动。
415. 热射病主要表现为高热和神志障碍。
416. 唇痈和面部危险三角区的疖处理不当可引起化脓性海绵状静脉

鼻窦炎。

417. 破伤风痉挛发作期最先从咀嚼肌开始；严重时，呼吸肌痉挛导致窒息死亡。

418. I°烧伤伤及皮肤表皮层，红肿热痛；浅II°烧伤伤及真皮乳头层，大水疱，疼痛明显；深II°烧伤伤及真皮层，基底红白相间，痛觉迟钝；III°烧伤伤及皮下、肌或骨骼，焦痂状。

419. 烧伤面积口诀：三三三五六七，十三，十三，二十一，双臀占五会阴一，小腿十三双足七。

420. 乳腺癌体征有：“酒窝征”（累及 Cooper 韧带）、“橘皮样”改变（淋巴管堵塞）、乳头扁平（癌肿侵及大乳管）。

421. 乳腺癌最常见转移至同侧腋窝淋巴结。

422. 乳腺囊性增生乳房胀痛主要是月经周期性疼痛。

423. 有机磷中毒患者确诊靠检查体内全血胆碱酯酶的活力。

424. 乳腺癌的普查方法是钼靶 X 线摄片。

425. 敌百虫中毒禁用碱性溶液（2%碳酸氢钠溶液）洗胃；对硫磷禁用 1:5000 高锰酸钾溶液洗胃。

426. 氯解磷定是临床首选的有机磷中毒解毒药物。

427. 口底、颌下蜂窝织炎应该尽早切开减压，以防喉头水肿。

428. 破伤风中和游离毒素注射的是破伤风抗毒素（TAT）。

429. 破伤风治疗的中心环节是控制和解除痉挛。

430. 乳腺炎脓肿形成后应及时做脓肿切开引流，做放射状切开；乳晕下脓肿沿乳晕边缘作弧形切口，深部脓肿或乳房后脓肿可沿乳房下缘作弧形

切口。

431. 乳腺癌常用的手术方式是乳腺癌改良根治术(该术保留了胸肌)。

432. 低钾血症病因:①钾摄入不足:长期禁食;②钾排出过多:呕吐、腹泻,排钾利尿药的使用,急性肾衰竭多尿期;③ K^+ 向细胞内转移:碱中毒、大量输入葡萄糖和胰岛素。

433. 低钾血症临床表现:①肌无力(最早表现);②消化道:恶心、呕吐、肠麻痹;③心脏:节律异常、传导阻滞;④代碱:反常性酸性尿。心电图早期:T波降低、变平、倒置;随后:ST下移,Q—T间期延长,典型U波。

434. 高钾血症病因:①钾排出减少:急性肾衰、保钾利尿药;②钾摄入过多:大量输入库存血;③体内钾分布异常:溶血、挤压伤、大面积烧伤、代谢性酸中毒。

435. 高钾血症临床表现:①一般表现:无特异性,可表现为神志淡漠、乏力、四肢瘫软等;②严重表现:心搏骤停于舒张期;③代酸:反常碱性尿。心电图早期:T波高尖,Q—T间期延长;随后:QRS波增宽,P—R间期延长。

436. 输血溶血反应是最严重的输血并发症。表现:立即出现沿输血静脉的红肿及疼痛,寒战、高热、呼吸困难、腰背酸痛、头痛、胸闷、心率加快乃至血压下降、休克。随之出现血红蛋白尿和溶血性黄疸,重者出现少尿、无尿及肾衰。治疗:立即停止输血,进行对症治疗。①抗休克;②保护肾功能:采用碳酸氢钠,使尿液碱化;应用甘露醇等利尿以加速血红蛋白排出。

437. 各类休克共同病理生理基础是有效循环血量锐减和组织灌注不足及由此导致的微循环代谢改变和内脏血管继发性损害。

438. 气性坏疽是由梭状芽胞杆菌引起的一种以肌坏死或肌炎为特征的

急性特异性感染。

439. 胸外按压:病人平卧,背部垫一木板或平卧于地板上。术者立于或跪于病人一侧。胸外心脏按压的部位在两乳头连线中点。垂直向胸骨加压,按压深度至少为胸部前后径的 $1/3$ 或至少 $5\sim 6\text{cm}$,大多数婴儿约为 4cm ,儿童为 5cm 。胸外心脏按压应有力而迅速,每次按压后应使胸廓完全恢复原位,即按压与放松比为 $1:1$,频率至少 $100\sim 120$ 次/分。心脏按压与人工呼吸比为 $30:2$ 。

440. 鉴别右心衰竭与肝硬化的要点是肝颈静脉回流征阳性。

441. 胃大部切除术后肠梗阻:a. 吻合口梗阻:呕吐物含食物,不含胆汁。
b. 输出袢梗阻:含食物及胆汁。c. 急性完全性输入袢梗阻:量少,不含胆汁。
d. 慢性不完全性输入袢梗阻:大量胆汁,几乎不含食物。

442. 构成流行过程的 3 个基本条件是传染源、传播途径和易感人群

443. 甲类传染病(2 种):是指鼠疫、霍乱。

444. 室上性心动过速临床表现:突发突止,持续时间长短不一,心悸、紧张、乏力。心电图改变为:心率 $150\sim 250$ 次/分,心律绝对规则。交界性心动过速可有逆行 P 波,QRS 波常正常,伴差异性阻滞时有宽 QRS 波。

445. 低密度脂蛋白升高是冠状动脉粥样硬化的危险因素。

446. 高血压伴肾功能衰竭、高血钾,应慎用 ACEI 类药物。

447. 主诉为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。主诉应用一两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,如“咽痛、高热 2 天”,“畏寒、发热、咳嗽 3 天,加重伴右胸痛 2 天”。

448. 正常人腋下体温一般为 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。口腔温度一般为 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。肛温一般为 $36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。下午略高于上午,运动、饱餐后略高,妇女月经前及妊娠期体温略高于正常。24h 波动范围不超过 1°C 。

449. 稽留热:体温恒定维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24 小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

450. 水肿的分类:

	分类	代表疾病	特点
全身性水肿	心源性	右心衰	身体低垂部位、对称性、凹陷性
	肾源性	各型肾炎和肾病	眼睑或颜面水肿、凹陷性
	肝源性	肝硬化	腹水、凹陷性 肝功能减退和门脉高压
	营养不良性水肿	慢性消耗性疾病	水肿发生前常有体重减轻,凹陷性
	内分泌代谢疾病所致水肿	甲状腺功能减退症	非凹陷性、黏液性水肿 水肿部位皮肤增厚、粗糙、苍白、温度减低

451. 咯血和呕血的鉴别:

	咯 血	呕 血
病因	肺结核、支气管扩张、肺炎、肺癌、肺脓肿、心脏病	消化性溃疡、肝硬化、急性胃黏膜病变、胆道出血、胃癌
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽	上腹部不适、恶心、呕吐
方式	咯出	呕出,可为喷射状

续表

	咯 血	呕 血
颜色	鲜红	暗红、棕色、偶为鲜红
混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无、咽下血液可有	有,呕血停止后可持续
痰的性状	血痰	无痰

452. **清音**:是正常肺部的叩诊音。它是一种频率约为 100~128 次/秒,振动持续时间较长,音响不甚一致的非乐性音。提示肺组织的弹性、含气量、致密度正常。

453. **鼓音**:如同击鼓声,是一种和谐的乐音,音响比清音更强,振动持续时间也较长,在叩击含有大量气体的空腔脏器时出现。正常情况下可见于胃泡区和腹部,病理情况下可见于肺内空洞、气胸、气腹等。

454. **过清音**:介于鼓音与清音之间,是属于鼓音范畴的一种变音,音调较清音低,音响较清音强,为一类乐性音,正常成人是不会出现的一种病态叩击音。临床上常见于肺组织含气量增多、弹性减弱时,如肺气肿。正常儿童可叩出相对过清音。

455. **呼吸呈刺激性蒜味**见于有机磷杀虫药中毒;烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒者;氨味见于尿毒症;肝腥味见于肝性脑病者。

456. **交替脉**:节律规则而强弱交替的脉搏。左心室收缩力强弱交替所致,是左室心力衰竭的重要体征之一。

457. **奇脉**:吸气时脉搏明显减弱或消失。是左心室搏血量减少所致,常

见于心包积液、心脏压塞或心脏的缩窄。

458. 甲亢面容:面容惊愕,眼裂增宽,眼球凸出,目光炯炯,兴奋不安,烦躁易怒。见于甲状腺功能亢进症。

459. 荨麻疹:为稍隆起皮肤表面的苍白色或红色的局限性水肿,为速发性皮肤变态反应所致,见于各种过敏反应。

460. 皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣,形似蜘蛛,称为蜘蛛痣。多出现于上腔静脉分布的区域内,如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处,其大小不等。

461. 瞳孔缩小见于虹膜炎症、有机磷农药中毒等。瞳孔扩大见于外伤、视神经萎缩、药物(阿托品、可卡因)影响等。瞳孔大小不等常提示颅内病变,如脑外伤、脑肿瘤等。

462. 常用的心脏瓣膜听诊区有 5 个:

(1)二尖瓣区:位于心尖搏动最强点,即心尖区。

(2)肺动脉瓣区:胸骨左缘第 2 肋间。

(3)主动脉瓣区:胸骨右缘第 2 肋间。

(4)主动脉瓣第二听诊区:胸骨左缘第 3 肋间。

(5)三尖瓣区:胸骨下端左缘,即胸骨左缘第 4、5 肋间。

463. 奔马律特点:为最常见,是病理性 S3。

临床意义:提示有严重器质性心脏病,常见于心力衰竭、急性心肌梗死、重症心肌炎与扩张型心肌病等。以左室病变占多数。

464. 脉压增大的体征:

①水冲脉:脉搏骤起骤落,如潮水涨落。

②枪击音:选择较大的动脉,轻放听诊器,可闻及与心跳一致短促如射枪的声音。

③Duroziez 双重杂音:将听诊器钟型体件稍加压力于股动脉,并使体件开口偏向近心端,可闻及收缩期与舒张期双期吹风样杂音。

④毛细血管搏动征:用手指轻压患者指甲末端,或以玻片轻压患者口唇黏膜,可见到局部红、白交替的微血管搏动现象。

465. 腹膜刺激征包括**腹肌紧张、压痛与反跳痛**。见于腹膜炎。

466. **Murphy 征**:检查者以左手掌平放于患者右胸下部,以拇指指腹勾压于右肋下胆囊点处,嘱患者缓慢深吸气,若在吸气的过程中胆囊下移碰到用力按压的拇指,因疼痛而突然中止吸气,则称为 Murphy 征阳性。见于**急性胆囊炎**。

467. **振水音**:正常人餐后或饮水过多时可有上腹部的振水音。在清晨空腹或餐后 6~8 小时仍可有振水音,提示**幽门梗阻或胃扩张**。

468. **肝浊音界消失**:代之为鼓音,是急性胃肠穿孔的一个重要征象。

469. 移动性浊音的检查方法和临床意义:

临床意义:是发现有无腹腔积液的重要检查方法。当腹腔内游离腹水在 1000ml 以上时,即可查出移动性浊音。比触诊液波震颤检查(3000~4000ml 以上)腹腔积液要敏感。

470. 病理反射指锥体束病损时,大脑失去了对脑干和脊髓的抑制作用而出现的异常反射。1 岁半以内的婴幼儿由于神经系统发育未完善,也可出现这种反射,不属于病理性。包括:**Babinski 征、Oppenheim 征、Gordon 征、Hoffmann 征**。

471. 脑膜刺激征为脑膜受激惹的体征,见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅压增高等。包括:颈强直、Kernig 征、Brudzinski 征。

472. 贫血时根据 HGB 下降的程度将贫血分为四个等级:90~110(120)g/L 为轻度贫血。60~90g/L 为中度贫血。30~59g/L 为重度贫血。<30g/L 为极重度贫血。

473. 常见病理性尿液外观:

外观	内容物	常见疾病
红色混浊(肉眼血尿)	血	泌尿系统出血
酱油色尿(血红蛋白尿)	血红蛋白	血管内溶血
深黄色豆油样尿(胆红素尿)	胆红素	胆汁淤积性黄疸和肝细胞性黄疸
白色脓性(脓菌尿)	白细胞、细菌	泌尿系统感染
白色稀奶状混浊(乳糜尿)	淋巴液	丝虫病、肾周围淋巴管梗阻(腹腔肿瘤)
白色油性混浊(脂肪尿)	脂肪	肾病综合症、脂肪挤压损伤

474. 心电图各波、段、间期的意义和特点:

波形	特 点
P 波	代表心房肌除极的电位变化。一般小于 0.12s。
PR 间期	代表心房开始除极至心室开始除极的时间。0.12~0.20s。
QRS 波群	代表心室肌除极的电位变化。0.06~0.10s。
ST 段	代表心室缓慢复极过程。(未规定)
T 波	代表心室快速复极时的电位变化。(未规定)
QT 间期	代表心室肌除极和复极全过程所需的时间。男性大于 0.45s;女性大于 0.46s。

475. 二度房室传导阻滞

表现为部分 P 波后 QRS 波群脱漏,分为 I 型和 II 型两种类型:

(1)二度 I 型:P 波规律出现,PR 间期逐渐延长,直到一个 P 波后脱漏一个 QRS 波群,PR 间期又趋缩短,之后又复逐渐延长,如此重复出现,又称文氏现象。

(2)二度 II 型:PR 间期恒定(正常或延长),部分 P 波后无 QRS 波群。凡连续出现 2 次或 2 次以上 QRS 波群脱漏者,称为高度房室传导阻滞。

476. 三度房室传导阻滞:又称完全性房室传导阻滞。(交界性逸搏心律多见)

(1)P 波与 QRS 波群完全无关(PR 间期不固定)。

(2)心房率快于心室率。

477. 心肌梗死的图形演变及分期:

分期	梗死后时间	心电图演变
早期(超急性期)	数分钟	高耸 T 波,ST 段斜形抬高
急性期	数小时或数日,持续至数周	ST 段呈弓背向上抬高,可形成单向曲线。出现异常 Q 波。T 波由直立变为倒置并逐渐加深。
近期(亚急性期)	梗死后数周至数月	抬高的 ST 段恢复至基线。缺血型倒置 T 波逐渐变浅。坏死型 Q 波持续存在。
陈旧性(愈合期)	梗死数月之后	ST 段和 T 波恢复正常。坏死型 Q 波持续存在(小梗死可消失)。

2019军队文职招录考试

考前30分



扫码听解析, 估分对答案