



- 呼吸系统疾病
 - 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病
 - 名词解释
 1. COPD (×3): 慢性阻塞性肺疾病, 一种具有气流受限特征的肺部疾病, 气流受限不完全可逆, 呈进行性发展, 与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关
 - 大题
 1. COPD 病程分期
 1. 稳定期: 患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微
 2. 急性加重期: 咳嗽、咳痰、呼吸困难比平时加重或痰量增多, 或咳黄痰, 或需要改变用药方案
 2. COPD 急性加重期的治疗 (×2)
 1. 确定急性加重期的原因及病情的严重程度
 2. 支气管扩张剂: β_2 受体激动剂、抗胆碱药、茶碱类药物
 3. 低氧血症者低流量吸氧
 4. 根据常见病原菌类型及药敏试验结果应用抗生素
 5. 糖皮质激素
 6. 祛痰剂
 3. COPD 稳定期的治疗
 1. 教育和劝导戒烟, 脱离污染环境
 2. 支气管扩张剂: β_2 受体激动剂、抗胆碱药、茶碱类药物
 3. 祛痰剂
 4. 糖皮质激素
 5. 长期家庭氧疗
 - 支气管哮喘
 - 名词解释
 1. bronchial asthma: 支气管哮喘, 由多种炎症细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症, 易感者对各种激发因子具有气道高反应性, 表现为反复发作性的喘息、呼气性呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状, 常在夜间、凌晨发作、加剧, 常出现广泛多变的可逆性气道受限, 多数患者可自行缓解或经治疗后缓解
 2. 气道高反应性: 气道对各种刺激因子出现过强或过早的收缩反应
 - 大题
 1. 支气管哮喘的诊断依据 (×6)
 1. 反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽, 多与接触变应原等有关
 2. 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性, 以呼气相为主的哮鸣音, 呼气相延长
 3. 上述症状可经治疗缓解或自行缓解
 4. 除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽
 5. 临床表现不典型者应至少具备以下一项试验阳性
 - 支气管激发试验或运动试验阳性
 - 支气管舒张试验阳性
 - 最大呼气流速日内变异率或昼夜波动率 $\geq 20\%$
 - 符合 1-4 条或 4、5 条者, 可诊断为支气管哮喘



2. 支气管哮喘的用药类型及代表药物

1. β_2 受体激动剂（沙丁胺醇）：激活腺苷酸环化酶，增加平滑肌细胞内 cAMP 含量，减少游离钙，舒张支气管平滑肌
2. 茶碱类（氨茶碱）：抑制磷酸二酯酶，解痉，抗炎，增加纤毛功能，增强膈肌收缩
3. 抗胆碱药（异丙托溴铵）：降低迷走神经兴奋性使支气管舒张
4. 糖皮质激素（甲泼尼龙）：目前治疗哮喘最有效药物

2. 重型哮喘治疗原则

1. 持续雾化吸入 SABA
2. 联合雾化吸入短效抗胆碱药、激素混悬液及静脉茶碱类药物
3. 吸氧
4. 尽早静脉应用糖皮质激素
5. 补液，维持水电解质平衡，纠正酸碱失衡
6. $\text{pH} < 7.20$ 且合并代谢性酸中毒时适当补碱

○ 支气管扩张症

■ 名词解释

1. 干性支气管扩张：部分支气管扩张患者以反复咯血为唯一症状，平时无咳嗽、咳脓痰等症状

○ 肺部感染性疾病

■ 名词解释

1. community acquired pneumonia (×2)：社区获得性肺炎，医院外所患的肺炎，以及住院患者在住院后 48 小时内或特殊病原菌在潜伏期内所发生的肺炎
2. hospital acquired pneumonia (×3)：医院获得性肺炎，入院 48 小时或以上发生的肺炎
3. 肺炎：终末气道、肺泡及肺间质的炎症，常见病因有感染、理化因素、免疫损伤、过敏、药物等

■ 大题

1. 重症肺炎的诊断标准

1. 主要标准

1. 需要有创机械通气
2. 感染性休克需要血管收缩剂治疗

2. 次要标准

1. 呼吸频率 ≥ 30 次/分
2. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$
3. 多肺叶浸润
4. 意识障碍/定向障碍
5. 氮质血症
6. 白细胞减少
7. 血小板减少
8. 低体温



9. 低血压，需要液体复苏

- 符合 1 项主要标准或 3 项以上次要标准

3. 肺炎的鉴别诊断

1. 肺结核：全身中毒症状，如午后低热盗汗疲乏无力。X 线胸片可见空洞。痰液中有结核分枝杆菌。
2. 肺癌：多无急性感染中毒症状。抗菌药物治疗后肺部炎症不消失。
3. 急性肺脓肿：脓臭痰。
4. 肺血栓：有静脉血栓的危险因素，如心肺疾病、创伤。诊断包括动脉血气分析，X 线、MRI。

2. 社区获得性肺炎（CAP）的诊断依据（×2）

1. 新近出现咳嗽、咳痰，或原有呼吸道疾病症状加重，并出现脓性痰，伴或不伴胸痛
2. 发热
3. 肺实变体征和（或）湿啰音
4. $WBC > 10 \times 10^9/L$ 或 $< 4 \times 10^9/L$ ，伴或不伴核左移
5. 胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变

- 以上 1-4 项任一项+第 5 项，除外其他疾病

○ 肺结核

■ 名词解释

1. DOTS 疗法：全程督导短程化学治疗，对非住院肺结核患者实行全面监督化学治疗，从而可保证患者规律用药，提高治愈率
2. Koch 现象：机体对结核菌再感染与初感染所表现出不同反应的现象
3. 原发综合征：原发肺结核病灶、淋巴管炎和肺门淋巴结炎合称原发综合征

■ 大题

1. 结核病分类及治疗原则

1. 分类

- 原发型肺结核：含原发综合征和胸内淋巴结结核
- 血行播散型肺结核：含急性血行播散型肺结核及亚急性、慢性血行播散型肺结核
- 继发型肺结核：含浸润型肺结核、纤维空洞型肺结核和干酪样肺炎
- 结核性胸膜炎：含结核性干性胸膜炎、结核性渗出性胸膜炎、结核性脓胸
- 其他肺外结核：按部位和脏器命名
- 菌阴肺结核：三次痰涂片及一次培养阴性的肺结核

2. 治疗原则：早期、规律、全程、适量、联合



○ 原发性支气管肺癌

■ 名词解释

1. Horner 综合征 (×2)：位于肺尖部的肺癌可压迫颈部交感神经，引起同侧眼睑下垂、瞳孔缩小，眼球内陷，同侧额部与胸部无汗或少汗
2. 上腔静脉阻塞综合征：癌侵犯纵隔，压迫上腔静脉，上腔静脉血液回流受阻，头面部、颈部和上肢水肿以及胸前部淤血和静脉曲张，可引起头痛、头昏和眩晕

■ 大题

1. 肺癌的肺外表现

1. 肺性骨关节病：杵状指趾、肥大性骨关节病
2. 分泌促性腺激素：男性乳房发育、肥大性骨关节病
3. 分泌促肾上腺皮质激素：Cushing 综合征
4. 分泌抗利尿激素：稀释性低钠血症
5. 神经肌肉综合征
6. 高钙血症：高血钙、呕吐、恶心、嗜睡、烦渴、多尿、精神紊乱
7. 类癌综合征：哮喘、心动过速、水样腹泻、皮肤潮红

2. 40 岁吸烟男性出现哪些情况考虑肺癌

1. 无明显诱因的刺激性咳嗽持续 2-3 周者
2. 原有慢性呼吸疾病咳嗽性质改变者
3. 持续短期内痰中带血而无其他原因解释
4. 反复同一部位肺炎尤其是段性肺炎
5. 无异物吸入，无中毒症状，无大量脓痰而抗生素治疗无效的肺脓肿
6. X 线上的局限性肺气肿或段、叶性肺不张
7. 原有肺结核、并早已稳定，而形态或性质发生改变者
8. 无中毒症状的胸腔积液，尤以血性，进行性增加者
9. 有其他肺外症状者

○ 肺动脉高压与肺源性心脏病

■ 名词解释

1. 慢性肺源性心脏病 (×2)：多继发于慢性支气管、肺疾病，由支气管-肺组织、胸廓或肺血管病变致肺血管阻力增加，产生肺动脉高压，继而右心室结构和/或功能改变的疾病

■ 大题

1. 慢性肺心病的并发症 (×3)

1. 肺性脑病
2. 酸碱平衡紊乱及电解质紊乱
3. 心律失常
4. 休克
5. 消化道出血
6. DIC



2. 慢性肺心病急性加重期的治疗
 1. 控制感染
 2. 通畅气道
 3. 纠正缺氧和二氧化碳潴留
 4. 控制呼吸衰竭（抗生素、支气管舒张药、祛痰药、给氧）
 5. 控制右心衰竭（利尿剂、强心剂、血管扩张剂）
3. 慢性肺心病洋地黄使用的适应症
 1. 感染已控制，呼吸功能已改善，利尿剂治疗右心功能未改善；
 2. 合并室上性心率失常；
 3. 以右心衰为主而无明显急性感染病人；
 4. 合并急性左心衰。

○ 胸膜疾病

■ 大题

1. 胸水的常见病因及发病机制
 1. 胸膜毛细血管内静水压增高：如充血性心力衰竭、血容量增加、上腔静脉受阻，产生漏出液
 2. 胸膜通透性增加：如胸膜炎、风湿性疾病、胸膜肿瘤等，产生渗出液
 3. 胸膜毛细血管内胶体渗透压降低：如低蛋白血症、肝硬化、肾病综合征等，产生漏出液
 4. 壁层胸膜淋巴引流障碍：癌症淋巴管阻塞等，产生渗出液
 5. 损伤：主动脉瘤破裂、食管破裂、胸导管破裂等，产生血胸、脓胸和乳糜胸
 6. 医源性：药物、放射治疗、骨髓抑制等均可引起渗出或漏出性积液
2. 根据胸水的实验室检查鉴别结核性胸膜炎和恶性胸液
 - 1.

结核性胸膜炎	恶性胸腔积液
胸水草黄色	胸水血性
淋巴细胞为主	可发现恶性肿瘤细胞
pH<7.30	pH>7.40
CEA 正常	CEA>10~15 μg/L
ADA>45U/L	LDH>500U/L

3. 自发性气胸的种类与胸腔压力特点
 1. 闭合性气胸：胸膜腔封闭，内压接近或略超过大气压
 2. 开放性气胸：破裂口较大，空气自由进出胸膜腔，压力等于大气压
 3. 张力性气胸：破裂口呈单向活瓣作用，使胸膜腔内空气积累，内压持续升高，需紧急抢救

○ 呼吸衰竭与呼吸支持技术

■ 名词解释

1. respiratory failure (×7)：呼吸衰竭，各种原因引起的肺通气和/或换气功能严重障碍，使静息状态下亦不能维持足够的气体交换，导致低氧血症或不伴高碳酸血症，进而引起一系列病理生理改变和相应临床表现的综合征



2. II 型呼吸衰竭：高碳酸性呼吸衰竭， $\text{PaO}_2 \leq 60\text{mmHg}$ ，同时伴有 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ ，系肺泡通气不足所致
3. 肺性脑病（×2）：又称 CO_2 麻醉，由缺氧和 CO_2 潴留所致的神经精神障碍症候群

- 大题

1. 呼吸衰竭分型及氧疗原则

1. 分型

- 按动脉血气：I 型呼吸衰竭和 II 型呼吸衰竭
- 按发病急缓：急性呼吸衰竭和慢性呼吸衰竭
- 按发病机制：通气性呼吸衰竭和换气性呼吸衰竭

2. 氧疗原则

- 急性呼吸衰竭：在保证 PaO_2 迅速提高到 60mmHg 或 SpO_2 达 90% 以上的前提下，尽量降低吸氧浓度
- 慢性呼吸衰竭：低浓度吸氧，防止血氧含量过高抑制呼吸，造成 CO_2 麻醉

- 循环系统疾病

- 心力衰竭

- 名词解释

1. heart failure（×4）：心力衰竭，各种心脏结构或功能性疾病导致心脏充盈和/或射血功能受损，心排血量不能满足机体组织代谢需要，以肺循环和/或体循环淤血，器官、组织血液灌注不足为临床表现的一组综合征，主要表现为呼吸困难、体力活动受限和体液潴留
2. 夜间阵发性呼吸困难：患者入睡后突然因憋气而惊醒，被迫取坐位，重者可有哮鸣音，多于端坐休息后缓解。促发因素包括平卧时肺血量增加、夜间迷走神经张力增加、小支气管收缩、横膈抬高、肺活量减少

- 大题

1. 急性左心衰竭的病因及治疗原则（×7）

1. 病因

- 急性心肌损害：急性心肌梗死、急性心肌炎
- 急性心脏后负荷过重：高血压心脏病血压急剧升高、乳头肌梗死断裂、室间隔破裂穿孔等
- 急性容量负荷过重：急性心肌梗死、感染性心内膜炎、外伤引起的瓣膜穿孔、乳头肌腱索断裂所致瓣膜性急性反流、输液过多过快
- 其他：原有心脏病的基础上快速心律失常或严重缓慢性心律失常等

2. 治疗原则

- 基本处理

1. 体位：半卧位或端坐位，双腿下垂减少静脉回流
2. 吸氧：高流量鼻管给氧，严重者无创持续加压或双水平气道正压给氧
3. 救治准备：静脉通道开放，留置导尿管，心电监护，经皮血氧饱和度监测



4. 镇静：静注吗啡，老年人减量或改为肌注
 5. 快速利尿：静注呋塞米
 6. 氨茶碱：扩张支气管和外周血管，增强心肌收缩
 7. 洋地黄类药物
 - 血管活性药物
 1. 血管扩张剂：小剂量慢速给药，合用正性肌力药
 2. 正性肌力药物
 - 机械辅助治疗：主动脉内球囊反搏
 - 针对诱因及基本病因治疗
2. 慢性左心衰竭的临床表现
 1. 左心衰竭：以肺循环淤血及心排血量降低为主要表现
 - 症状
 1. 呼吸困难：劳力性呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难、急性肺水肿
 2. 咳嗽、咳痰、咯血
 3. 器官、组织灌注不足及代偿性心率加快引起的乏力、疲倦、运动耐量降低、头晕、心慌
 4. 少尿及肾功能损害症状
 - 体征
 1. 肺部湿啰音：随病情加重从肺底蔓延至全肺
 2. 心脏体征：心脏扩大、相对性二尖瓣关闭不全的反流性杂音、肺动脉瓣区第二心音亢进、舒张期奔马律
 2. 右心衰竭：以体循环淤血为主要表现
 - 症状
 1. 消化道症状：腹胀、食欲不振、恶心、呕吐
 2. 劳力性呼吸困难
 - 体征
 1. 水肿：身体低垂部位对称性凹陷性水肿，也可表现为胸腔积液
 2. 颈静脉征：颈静脉搏动增强、充盈、怒张，肝颈静脉回流征阳性
 3. 肝脏肿大：可致心源性肝硬化
 4. 心脏体征：三尖瓣关闭不全的反流性杂音
 3. 全心衰竭：由于右心衰竭，左心衰的肺淤血症状有所减轻，主要表现为心排血量减少的相关症状和体征
3. 心力衰竭的常见诱因（×4）
 1. 感染：呼吸道感染最常见，亦有感染性心内膜炎
 2. 心律失常：房颤为最重要诱发因素
 3. 血容量增加：钠盐摄入过多，静脉液体输入过多过快
 4. 过度体力消耗或情绪激动：妊娠后期、分娩、暴怒等
 5. 治疗不当：不恰当停用利尿药或降压药
 6. 原有心脏病变加重或并发其他疾病



4. 心力衰竭 NYHA 分级
 1. I 级：日常活动不受限制
 2. II 级：体力活动轻度受限，一般活动可出现心衰症状
 3. III 级：体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状
 4. IV 级：休息状态下存在心衰症状，活动后加重
 5. 右心衰的症状和体征
 1. 症状
 - 消化道症状：腹胀、食欲不振、恶心、呕吐
 - 劳力性呼吸困难
 2. 体征
 - 水肿：身体低垂部位对称性凹陷性水肿，也可表现为胸腔积液
 - 颈静脉征：颈静脉搏动增强、充盈、怒张，肝颈静脉回流征阳性
 - 肝脏肿大：可致心源性肝硬化
 - 心脏体征：三尖瓣关闭不全的反流性杂音
- 心律失常
- 名词解释
 1. 病窦综合征：由窦房结病变导致功能减退，产生多种心律失常的综合表现。患者可在不同时间出现一种以上的心律失常，常同时合并心房自律性异常，部分患者同时有房室传导功能障碍
 2. 阿-斯综合征：当一、二度房室传导阻滞突然进展为完全性房室阻滞，因心室率过慢导致脑缺血，患者可出现暂时性意识丧失，甚至抽搐，严重者可致猝死
- 动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 名词解释
 1. acute coronary syndrome (×6)：急性冠脉综合征，一组由急性心肌缺血引起的临床综合征，主要包括不稳定性心绞痛、非 ST 段抬高型心肌梗死、ST 段抬高型心肌梗死。病因为动脉粥样硬化不稳定斑块破裂或糜烂导致冠脉内血栓形成
 2. angina pectoris：心绞痛，分为稳定性心绞痛和不稳定性心绞痛，稳定性心绞痛症状为胸骨后部阵发性压榨性疼痛或憋闷感觉，可放射至心前区和左上肢尺侧，常于劳累后发作。不稳定性心绞痛可在休息状态下发作
 3. 梗塞后心绞痛：心肌梗死后两周内发生的不稳定性心绞痛
 4. 心肌梗死后综合征 (×4)：于心肌梗死后数周至数月内出现，可反复发生，表现为心包炎、胸膜炎或肺炎，有发热、胸痛等症状，可能为机体对坏死物质的过敏反应
 5. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 (×2)：冠状动脉发生粥样硬化引起管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病
 6. 再灌注治疗：在起病 3-6 小时，最多 12 小时内，使闭塞的冠状动脉再通，心肌得到再灌注，濒临坏死的心肌可能得以存活或使坏死范围缩小，减轻梗死后心肌重塑，改善预后，是一种积极的治疗措施



- 大题

1. 急性心梗的治疗措施

1. 原则

- 尽快恢复心肌的血流灌注，挽救濒死心肌，防止梗死扩大，缩小缺血范围，保护和维持心脏功能
- 及时处理严重心律失常、泵衰竭及并发症，防止猝死

2. 监护和一般治疗：卧床休息、监测、吸氧、护理、建立静脉通道

3. 解除疼痛：吗啡、硝酸酯类药物、 β 受体拮抗剂等

4. 抗血小板治疗

5. 抗凝治疗

6. 再灌注心肌治疗：再通冠状动脉，缩小坏死范围，改善预后

7. ACEI 和 ARB：改善心肌重构

8. 他汀类药物调脂治疗

9. 抗心律失常和传导障碍治疗

10. 抗休克治疗：补充血容量、升压、扩血管

11. 抗心力衰竭治疗：主要是治疗急性左心衰

12. 处理右心室心肌梗死：无左心衰可扩张血容量，无法纠正低血压可应用正性肌力药

13. 其他：钙通道阻滞剂等

14. 恢复期处理



2. 急性心梗的鉴别诊断

1. 心绞痛

鉴别诊断项目	心绞痛	急性心肌梗死
疼痛		
部位	胸骨上、中段后	可稍低或上腹部
性质	压榨样或窒息性	更剧烈
诱因	劳力、情绪激动	不常有
时限	短，15 分内	长，数小时或 1-2 天
频率	频繁发作	不频繁
硝酸甘油疗效	显著	无效
气喘、肺水肿	极少	常有
血压	升高或无改变	常降低，甚至休克
心包摩擦音	无	常有
坏死物质吸收表现		
发热	无	常有
WBC 增加	无	常有
ESR 增快	无	常有
心肌坏死标记物	无	有
心电图改变	无，或暂时性 ST-T 改变极少	特征性和动态性改变

2. 主动脉夹层，血清心肌坏死标记物无升高

3. 急性肺动脉栓塞，有右心负荷急剧增加的表现如颈静脉充盈、肝大、下肢水肿等，心电图有 I 导联 S 波加深，III 导联 Q 波显著、T 波倒置，胸导联过渡区左移、右胸导联 T 波倒置等改变

4. 急腹症，通过询问病史、体格检查、心电图检查等可鉴别

5. 急性心包炎，心包炎的疼痛与发热同时出现，呼吸和咳嗽时加重，早期即有心包摩擦音，全身症状较轻，心电图除 aVR，其余导联均有 ST 段弓背向下抬高，T 波倒置，无异常 Q 波出现

3. 急性心梗的并发症（×4）

1. 乳头肌功能失调或断裂：不同程度二尖瓣脱垂并关闭不全，整体断裂极少见，可迅速发生肺水肿在数日内死亡

2. 心脏破裂：多为心室游离壁破裂，造成心包积血引起急性心脏压塞而猝死

3. 栓塞：大块肺栓塞可致猝死

4. 心室壁瘤：可致心功能不全、栓塞和室性心律失常

5. 心肌梗死后综合征：可反复发生，表现为心包炎、胸膜炎或肺炎，有发热、胸痛等症状，可能为机体对坏死物质的过敏反应

4. 不稳定性心绞痛的处理

1. 原则：即刻缓解缺血，预防严重不良反应后果



2. 一般治疗

- 立即卧床休息，消除紧张情绪和顾虑，保持环境安静
- 应用小剂量镇静剂和抗焦虑药物
- 有高危表现患者吸氧，监测血氧饱和度
- 积极处理可能引起心肌耗氧量增加的疾病

3. 药物治疗

- 抗心肌缺血药物：减少心肌耗氧量或扩张冠状动脉，防止心绞痛发作。包括硝酸酯类药物、 β 受体拮抗剂和钙通道阻滞剂
- 抗血小板治疗：阿司匹林、ADP受体拮抗剂、血小板糖蛋白IIb/IIIa受体拮抗剂
- 抗凝治疗：普通肝素、低分子肝素、磺达肝癸钠、比伐卢定
- 调脂治疗：他汀类药物
- ACEI 或 ARB

4. 冠状动脉血运重建术：经皮冠状动脉介入治疗和冠状动脉旁路搭桥术

5. 心绞痛和心肌梗塞的鉴别诊断要点

1.

鉴别诊断项目	心绞痛	急性心肌梗死
疼痛		
部位	胸骨上、中段后	可稍低或上腹部
性质	压榨样或窒息性	更剧烈
诱因	劳力、情绪激动	不常有
时限	短，15 分内	长，数小时或 1-2 天
频率	频繁发作	不频繁
硝酸甘油疗效	显著	无效
气喘、肺水肿	极少	常有
血压	升高或无改变	常降低，甚至休克
心包摩擦音	无	常有
坏死物质吸收表现		
发热	无	常有
WBC 增加	无	常有
ESR 增快	无	常有
心肌坏死标记物	无	有
心电图改变	无，或暂时性 ST-T 改变极少	特征性和动态性改变

6. 冠心病的二级预防

1. A：抗血小板、抗心绞痛治疗和 ACEI
2. B： β 受体拮抗剂预防心律失常，减轻心脏负荷等，控制血压
3. C：控制血脂和戒烟
4. D：控制饮食和糖尿病治疗
5. E：健康教育和运动



。 高血压

■ 名词解释

1. primary hypertension: 以体循环动脉压升高为主要临床表现的心血管综合征
2. 高血压急症 ($\times 2$): 原发性或继发性高血压患者, 在某些诱因作用下, 血压突然明显升高, 伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全的表现
3. 顽固性高血压: 使用三种以上合适剂量降压药联合治疗, 血压仍未能达到目标水平, 或使用四种或四种以上降压药物血压达标

■ 大题

1. 高血压的血压控制目标

1. 一般助长血压控制目标值 $< 140/90\text{mmHg}$
2. 糖尿病、慢性肾病、心力衰竭或病情稳定的冠心病合并高血压患者, 血压控制目标值 $< 130/80\text{mmHg}$
3. 老年收缩期高血压患者收缩压控制于 150mmHg 以下, 能够耐受则可降至 140mmHg 以下

2. 继发性高血压的常见病因

1. 肾脏疾病: 肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾动脉狭窄
2. 内分泌疾病: Cushing 综合征、嗜铬细胞瘤、甲亢
3. 心血管病变: 主动脉瓣关闭不全、主动脉缩窄、多发性大动脉炎
4. 颅脑病变: 脑肿瘤、脑外伤、脑干感染
5. 其他: 红细胞增多症、药物

3. 高血压急症的定义、临床表现和处理原则

1. 定义: 原发性或继发性高血压患者, 在某些诱因作用下, 血压突然明显升高, 伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全的表现
2. 临床表现

- 高血压危象: 外周小动脉痉挛致血压急剧升高
- 高血压脑病: 血压明显增高, 急性脑血液循环障碍引起脑水肿和颅内压增高, 出现中枢神经系统功能障碍
- 其他疾病过程: 脑出血、蛛网膜下腔出血、缺血性脑梗死、急性左心衰、心绞痛、急性主动脉夹层、急慢性肾衰等

3. 处理原则

- 及时降低血压: 静脉滴注适宜有效的降压药物, 同时监测血压
- 控制性降压: 避免短时间内血压几周下降造成重要器官血流灌注明显减少
- 合理选择降压药: 选择起效迅速、作用时间短不良反应较小的药物
- 避免使用的药物: 如利血平、强力利尿药

4. 降压治疗药物的种类及举例 ($\times 2$)

1. 利尿剂: 通过排钠使血压下降, 如氢氯噻嗪
2. β 受体拮抗剂: 抑制肾素释放, 降低心排出量, 如拉贝洛尔
3. 钙通道阻滞剂: 抑制钙离子内流, 松弛血管平滑肌, 降低心肌收缩力, 如硝苯地平
4. ACEI: 抑制血管紧张素 II 生成, 如卡托普利
5. ARB: 阻断血管紧张素对血管的收缩作用, 如氯沙坦



- 心脏瓣膜病
 - 大题
 - 1. 二尖瓣狭窄并发症（×2）
 - 1. 心房颤动：相对早期的常见并发症
 - 2. 急性肺水肿：重度二尖瓣狭窄的严重并发症
 - 3. 血栓栓塞：脑栓塞最常见
 - 4. 右心衰竭：晚期常见并发症
 - 5. 感染性心内膜炎：较少见
 - 6. 肺部感染：常诱发或加重心力衰竭
 - 2. 二尖瓣狭窄的鉴别诊断
 - 1. 主动脉瓣关闭不全：常于心尖部闻及舒张中晚期柔和、低调隆隆样杂音
 - 2. 左心房粘液瘤：随体位改变的舒张期杂音，其前可闻及肿瘤扑落音，超声心动图下课件左心房团块状回声反射
 - 3. 经二尖瓣口血流增加：心尖区舒张中期短促隆隆样杂音
- 心包疾病
 - 名词解释
 - 1. Ewart 征：心包积液征，心包积液量大时于左肩胛骨下出现叩浊音，听诊闻及支气管呼吸音，为肺组织受压所致
- 感染性心内膜炎
 - 名词解释
 - 1. Osler 结节：指和趾垫出现的豌豆大的红或紫色痛性结节，较常见于亚急性感染性心内膜炎患者
- 消化系统疾病
 - 胃食管反流病
 - 名词解释
 - 1. Barrett 食管：食管下段鳞状上皮被化生的柱状上皮取代称为 Barrett 食管
 - 消化性溃疡
 - 名词解释
 - 1. composite ulcer（×5）：复合溃疡，胃和十二指肠均有活动性溃疡，多见于男性，幽门梗阻发生率较高
 - 2. peptic ulcer（×2）：消化性溃疡，指胃肠道粘膜被自身消化而形成的溃疡，可发生于食管、胃、十二指肠、胃-空肠吻合口附近及含有胃粘膜的 Meckel 憩室。胃、十二指肠球部溃疡最为常见
 - 3. 球后溃疡（×2）：指发生在十二指肠降段、水平段的溃疡，多位于十二指肠降段的初始部及乳头附近，溃疡多在后内壁，可穿透入胰腺



- 大题

1. 消化性溃疡的常见并发症及临床表现 (×4)

1. 并发症

- 出血：上消化道出血中最常见病因
- 穿孔：可溃破入腹腔、实质脏器和空腔器官
- 幽门梗阻：多由十二指肠球部溃疡及幽门管溃疡引起
- 癌变：几率较低

2. 临床表现

- 症状：主要为上腹痛或不适，特点包括：
 1. 慢性过程，病史可达数年或十余年
 2. 周期性发作，发作期及缓解期长短不一，有季节性
 3. 部分患者有与进餐相关的节律性上腹痛
 4. 腹痛可被抑酸或抗酸剂缓解
 5. 部分病例无典型疼痛，仅表现腹胀、厌食、嗝气、反酸等消化不良症状
- 体征：发作时剑突下可有局限性压痛，缓解后无明显体征

2. 特殊类型的溃疡分类 (×2)

1. 复合溃疡：胃和十二指肠均有活动性溃疡，多见于男性，幽门梗阻发生率较高
2. 幽门管溃疡：餐后很快发生疼痛，早期出现呕吐，易出现幽门梗阻、出血和穿孔等并发症
3. 球后溃疡：发生在十二指肠降段、水平段的溃疡
4. 巨大溃疡：直径>2cm 的溃疡
5. 老年人溃疡：临床表现多不典型，常无症状或症状不明显
6. 儿童期溃疡：主要发生于学龄儿童
7. 无症状性溃疡：无腹痛或消化不良症状，常以上消化道出血、穿孔等并发症为首发症状
8. 难治性溃疡：经正规抗溃疡治疗而溃疡仍未愈合者



○ 炎症性肠病

■ 大题

1. 溃疡性结肠炎的鉴别诊断

1. 急性细菌性结肠炎：各种肠道细菌感染，粪便可分离出致病菌，抗生素治疗效果良好
2. 阿米巴肠炎：主要侵犯右侧结肠，也可累及左侧结肠，结肠溃疡较深，边缘潜行，溃疡间黏膜多属正常。溃疡渗出物可检出阿米巴滋养体或包囊。血清抗阿米巴抗体阳性。抗阿米巴治疗有效
3. 血吸虫病：有疫水接触史，常有肝脾大，粪便检查可发现血吸虫卵，孵化毛蚴阳性。活检或组织病理可见血吸虫卵
4. 克罗恩病（×2）

	溃疡性结肠炎	克罗恩病
症状	脓血便多见	脓血便较少见
病变分布	连续	节段性
直肠受累	绝大多数	少见
肠腔狭窄	少见，中心性	多见，偏心性
溃疡及黏膜	溃疡浅，黏膜弥漫性充血水肿、颗粒状，脆性增加	纵行溃疡、黏膜呈卵石样，病变间的黏膜正常
组织病理	固有膜全层弥漫性炎症、隐窝脓肿、隐窝结构明显异常、杯状细胞减少	裂隙状溃疡、非干酪性肉芽肿、黏膜下层淋巴细胞聚集

5. 大肠癌：多见于中年以后，直肠指检可触及肿块，结肠镜及活检可确诊
6. 肠易激综合征：粪便可有粘液但无脓血，显微镜检查正常，隐血试验阳性，结肠镜检查无器质性病变证据
7. 其他：感染性肠炎、缺血性肠炎、放射性肠炎、过敏性紫癜、胶原性结肠炎、结肠息肉病、结肠憩室炎、HIV 感染合并的结肠炎等

○ 肝硬化

■ 名词解释

1. cirrhosis of liver：肝硬化，由一种或多种原因引起的、以肝组织弥漫性纤维化、假小叶和再生结节为组织学特征的进行性慢性肝病。早期无明显症状，后期因肝脏变形硬化、肝小叶结构和血液循环途径显著改变，临床以门静脉高压和肝功能减退为特征，常并发上消化道出血、肝性脑病、继发感染而死亡
2. 肝肾综合征（×3）：患者肾脏无实质性病变，由于严重门静脉高压，内脏高动力循环使体循环血流量明显减少，多种扩血管物质不能被肝脏灭活，引起体循环血管床扩张，肾脏血流尤其是肾皮质灌注不足，出现肾衰竭。临床主要表现为少尿、无尿及氮质血症
3. 肝肺综合征（×3）：在排除原发心肺疾患后，具有基础肝病、肺内血管扩张和动脉血氧合功能障碍。临床上主要表现为肝硬化伴呼吸困难、发绀和杵状指（趾），预后较差



- 大题

1. 失代偿期肝硬化主要临床表现（×3）

1. 肝功能减退

- 消化吸收不良：食欲减退、恶心、厌食、腹胀，餐后加重，荤食后易泻，多与门静脉高压时胃肠道淤血水肿、消化吸收障碍和肠道菌群失调有关
- 营养不良：一般情况较差，消瘦、乏力，精神不振，甚至因衰弱而卧床不起，患者皮肤干枯或水肿
- 黄疸：皮肤、巩膜黄染、尿色深，肝细胞进行性或广泛坏死，肝功能衰竭时，黄疸持续加重，多系肝细胞性黄疸
- 出血和贫血：鼻腔、牙龈出血，皮肤黏膜瘀点、瘀斑和消化道出血等，与肝合成凝血因子减少、脾功能亢进和毛细血管脆性增加有关
- 内分泌失调
 1. 性激素代谢：雌激素增多，雄激素减少，出现蜘蛛痣、肝掌，男性患者女性化，女性患者月经失调、闭经、不孕
 2. 肾上腺皮质功能：肾上腺皮质激素合成不足，促黑素细胞激素增加，患者面色黑黄，晦暗无光，称肝病面容
 3. 抗利尿激素：促进腹水形成
 4. 甲状腺激素：血清 T3 降低，T4 正常或偏高，严重者 T4 也降低
- 不规则低热：肝脏对致热因子等灭活降低或继发感染
- 低蛋白血症：常见下肢水肿及腹水

2. 门静脉高压：常导致食管胃底静脉曲张出血、腹水、脾大，脾功能亢进、肝肾综合征、肝肺综合征等，是肝硬化的主要死因之一

- 腹水：肝功能减退和门静脉高压的共同结果，肝硬化失代偿期最突出的临床表现。常有腹胀、腹部膨隆，甚至出现脐疝等腹症。大量腹水抬高横膈或使其运动受限，出现呼吸困难和心悸
- 门-腔侧支循环开放：持续门静脉高压，机体代偿性脾功能亢进，出现肝内、外分流
 1. 肝内分流：纤维隔中的门静脉与肝静脉之间形成交通支，门静脉血流绕过肝小叶，通过交通支进入肝静脉
 2. 肝外分流：肝外门静脉的血管新生，门-腔静脉系统交通支开放，部分门静脉由此进入腔静脉回流入心脏

3. 脾功能亢进及脾大：外周血白细胞减少，增生性贫血和血小板降低，易并发感染及出血，有脾周围炎时脾脏可有触痛



2. 肝硬化的病因

1. 病毒性肝炎：乙肝感染最常见
2. 酒精：长期大量饮酒导致肝细胞损害、脂肪沉积及肝脏纤维化，逐渐发展为肝硬化
3. 胆汁淤积：包括原发性和继发性胆汁性肝硬化
4. 循环障碍：最终发展为淤血性肝硬化
5. 药物或化学毒物：伤肝药物及四氯化碳等
6. 免疫疾病：自身免疫性肝炎及累及肝脏的多种风湿免疫性疾病
7. 寄生虫感染：肝吸虫
8. 遗传和代谢性疾病：铜代谢紊乱、血色病、 α 1-抗胰蛋白酶缺乏症等
9. 营养障碍：消化吸收不良或脂肪肝均可发展为肝硬化
10. 原因不明：又称隐源性肝硬化

3. 肝硬化的并发症（×3）

1. 上消化道出血：食管胃底静脉曲张出血、消化性溃疡和急性出血性糜烂性胃炎、门静脉高压性胃病
2. 胆石症：随肝功能失代偿程度加重，发生率升高
3. 感染：危险因素包括门脉高压、肝硬化、脾切除和糖尿病
4. 门静脉血栓形成或海绵样变：由门脉高压引起
5. 电解质和酸碱平衡紊乱：病因包括长期钠摄入不足、利尿、大量放腹水、腹泻、继发性醛固酮增多
6. 肝肾综合征：内脏高动力循环使体循环血流量明显减少，扩血管物质灭活减少引起体循环血管床扩张，肾灌注不足而出现衰竭
7. 肝肺综合征：有基础肝病，无原发心肺疾患而出现肺内血管扩张和动脉血氧合功能障碍
8. 原发性肝癌
9. 肝性脑病

○ 肝性脑病

■ 名词解释

1. hepatic encephalopathy（×10）：肝性脑病，由严重肝病或门-体分流引起的、以代谢紊乱为基础、中枢神经系统功能失调的综合征，临床表现轻者仅有轻微的智能减退，严重者出现意识障碍、行为失常和昏迷

■ 大题

1. 肝性脑病的诱因（×2）

1. 消化道出血
2. 大量排钾利尿
3. 放腹水
4. 高蛋白饮食
5. 催眠镇静药
6. 麻醉药
7. 便秘
8. 尿毒症
9. 外科手术
10. 感染



2. 肝性脑病的治疗原则

1. 积极治疗原发肝病
2. 去除肝性脑病发作的诱因
3. 维护肝脏功能
4. 促进氨代谢清除
5. 调节神经递质

○ 胰腺炎

■ 名词解释

1. Grey-Turner 征 (×3)：血液自腹膜后间隙渗到侧腹壁的皮下，使肋腹部皮肤呈蓝色。可见于急性重型胰腺炎和肠绞窄
2. 急性胰腺炎：多种病因导致胰腺组织自身消化所致的胰腺水肿、出血及坏死等炎性损伤。临床以急性上腹痛及血淀粉酶或脂肪酶升高为特点。多数患者病情轻，预后好；少数患者可伴发多器官功能障碍及胰腺局部并发症，死亡率高

■ 大题

1. 轻型急性胰腺炎的治疗措施

1. 监护
2. 器官支持：液体复苏、呼吸功能支持、肠功能维护、连续性血液净化
3. 减少胰液分泌：禁食、抑制胃酸、生长抑素及其类似物
4. 镇痛：杜冷丁，不宜用阿托品
5. 急诊内镜或外科手术治疗去除病因
6. 预防和抗感染：导泻清洁肠道，尽早恢复肠内营养，抗 G-菌抗生素
7. 营养支持：短期禁食期间通过静脉补液提供能量
8. 择期内镜、腹腔镜或手术去除病因
9. 防治并发症
10. 患者教育

2. 重症胰腺炎的临床表现

1. 轻症胰腺炎临床表现

- 症状：急性左上腹痛，恶心、呕吐，轻度发热
- 体征：中上腹压痛，肠鸣音减少，轻度脱水貌

2. 重症急性胰腺炎临床表现

- 在上述基础上，腹痛持续不缓，腹胀逐渐加重。症状、体征及并发症包括
 1. 低血压、休克
 2. 全腹膨隆，张力较高，广泛压痛及反跳痛，移动性浊音阳性，肠鸣音少而弱，甚至消失，少数患者可有 Grey-Turner 征、Cullen 征
 3. 呼吸困难
 4. 少尿、无尿
 5. 黄疸加深
 6. 上消化道出血
 7. 意识障碍、精神失常
 8. 体温持续升高或不降
 9. 猝死



3. 中度重症急性胰腺炎

- 临床表现介于上述二者之间，在常规治疗基础上，器官衰竭多在 48 小时内恢复，恢复期可出现假性囊肿、胰瘘或胰周脓肿等局部并发症

3. 急性重症胰腺炎的诊断和治疗原则（×2）

1. 诊断

- 确定急性胰腺炎
 1. 急性、持续中上腹痛
 2. 血淀粉酶或脂肪酶 > 正常值上限 3 倍
 3. 急性胰腺炎典型影像学改变
- 确定 SAP
 1. 脏器衰竭 > 48 小时
 2. APACHE II > 8
 3. CT 评分 > 4
 4. 有局部并发症

2. 治疗原则

- 治疗的两大任务包括
 1. 寻找并去除病因
 2. 控制炎症
- 监护：从炎症反应到器官功能障碍至衰竭，可经历时间不等的发展过程，病情变化较多，应予细致的监护
- 器官支持
 1. 液体复苏：迅速纠正组织缺氧，也是维持血容量及水、电解质平衡的重要措施
 2. 呼吸功能支持：力争动脉血氧饱和度 > 95%
 3. 肠功能维护：导泻、胃肠减压、早期营养支持
 4. 连续性血液净化：清除体内有害代谢产物或外源性毒物
- 减少胰液分泌
 1. 禁食：减轻胰腺自身消化
 2. 抑制胃酸：减少胰液量，缓解胰管内高压
 3. 生长抑素及其类似物：抑制胰泌素和缩胆囊素刺激的胰液基础分泌
- 镇痛：静滴生长抑素或奥曲肽，腹痛严重者可肌注哌替啶
- 急诊内镜或外科手术治疗去除病因：Oddi 括约肌切开术、取石术、放置鼻胆管引流等
- 预防和抗感染：导泻清洁肠道，尽快恢复肠内感染，G-菌抗生素
- 营养支持：在肠蠕动尚未恢复前，先予肠外营养，病情缓解后尽早过渡到肠内营养
- 择期内镜、腹腔镜或手术去除病因
- 胰腺局部并发症处理：胰腺和胰周坏死组织继发感染、腹腔间隔室综合征、胰腺假性囊肿等
- 患者教育



- 消化道出血

- 名词解释

- 1. 上消化道出血：屈氏韧带以近的消化道出血称上消化道出血，消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性糜烂出血性胃炎和胃癌是最常见的病因

- 大题

- 1. 消化道持续出血征象（×2）
 - 1. 反复呕血或黑便次数增多、粪质稀薄，肠鸣音活跃
 - 2. 周围循环状态经充分补液及输血后未见明显改善，或虽暂时好转而又继续恶化
 - 3. 血红蛋白浓度、红细胞计数与血细胞比容继续下降，网织红细胞计数持续增高
 - 4. 补液与尿量足够的情况下，血尿素氮持续或再次升高

- 泌尿系统疾病

- 总论

- 名词解释

- 1. 肾小球滤过率：单位时间内两肾生成原尿的量称肾小球滤过率，主要取决于肾小球内毛细血管和肾小囊内的静水压、胶体渗透压、滤过膜面积以及滤过膜通透性等因素
 - 2. 蛋白尿：每日尿蛋白定量超过 150mg 或尿蛋白/肌酐 > 200mg/g，或尿蛋白定性试验阳性称蛋白尿
 - 3. 真性细菌尿（×4）：清洁外阴后无菌技术下采集的中段尿标本，如涂片每个高倍镜视野均可见细菌，或培养菌落计数超过 10^5 个/ml 时，称为细菌尿，排除假阳性可能后则为真性细菌尿

- 大题

- 1. 蛋白尿定义和病因分类
 - 1. 定义：每日尿蛋白定量超过 150mg 或尿蛋白/肌酐 > 200mg/g，或尿蛋白定性试验阳性称蛋白尿
 - 2. 病因分类
 - 生理性蛋白尿
 - 1. 剧烈运动、发热、紧张等应激状态所导致的一过性蛋白尿，多见于青少年
 - 2. 体位性蛋白尿：直立和脊柱前凸姿势出现，卧位消失
 - 肾小球性蛋白尿：肾小球滤过膜受损，通透性增高，血浆蛋白质滤出并超过肾小管重吸收能力所致
 - 肾小管性蛋白尿：肾小管结构或功能受损，对正常滤过的小分子量蛋白质重吸收障碍，导致蛋白质从尿中排出
 - 溢出性蛋白尿：血中小分子量蛋白质异常增多，从肾小球滤出，超过了肾小管重吸收阈值所致



- 肾小球疾病概述
 - 大题
 - 1. 血尿的诊断标准及常见病因
 - 1. 诊断标准
 - 离心后尿沉渣镜检每高倍视野红细胞超过 3 个为显微镜下血尿
 - 1L 尿中含 1ml 血即呈现肉眼血尿
 - 2. 常见病因
 - 肾小球源性血尿：肾小球基底膜断裂，红细胞通过时受血管内压力挤压受损
 - 非肾小球源性血尿：尿道损伤出血
- 肾小球肾炎
 - 名词解释
 - 1. 慢性肾小球肾炎：以蛋白尿、血尿、高血压、水肿为基本临床表现，起病方式各有不同，病情迁延，病变缓慢进展，可有不同程度的肾功能减退，最终发展为慢性肾衰竭的一组肾小球病
 - 2. 隐匿性肾小球肾炎：无水肿、高血压及肾功能损害，而仅表现为肾小球源性血尿/蛋白尿的一组肾小球疾病
 - 3. 急进性肾小球肾炎：以急性肾炎综合征、肾功能急剧恶化、多在早期出现少尿性急性肾衰竭为临床特征，病理类型为新月体性肾小球肾炎的一组疾病
- 肾病综合征
 - 名词解释
 - 1. nephrotic syndrome (×3)：肾病综合征，尿蛋白大于 3.5g/d，血浆白蛋白低于 30g/L，水肿，血脂升高
 - 大题
 - 1. 肾病综合征的诊断标准 (×4)
 - 1. 尿蛋白 > 3.5g/d
 - 2. 血浆白蛋白低于 30g/L
 - 3. 水肿
 - 4. 血脂升高
 - 5. 1、2 两项为诊断必需
 - 2. 肾病综合征的并发症 (×2)
 - 1. 感染：与蛋白质营养不良、免疫功能紊乱及应用糖皮质激素治疗有关
 - 2. 血栓、栓塞并发症：血液浓缩及高脂血症造成血液粘稠度增加，机体凝血、抗凝和纤溶系统失衡，血小板过度激活、应用利尿剂和糖皮质激素等进一步加重高凝状态
 - 3. 急性肾损伤：以微小病变型肾病居多，引起肾小管腔内高压，引起肾小球滤过率骤然减少，诱发肾小管上皮细胞损伤、坏死，导致急性肾损伤
 - 4. 蛋白质及脂肪代谢紊乱



3. 肾病综合征激素治疗原则及方案 (×4)
 1. 起始足量: 常用泼尼松 $1\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 口服 8 周, 必要时可延长至 12 周
 2. 缓慢减药: 足量治疗后每 2-3 周减原用量的 10%, 当减至 $20\text{mg}/\text{d}$ 时病情易复发, 应更加缓慢减量
 3. 长期维持: 以最小有效剂量 ($10\text{mg}/\text{d}$) 再维持半年左右
 4. 水肿严重、有肝功能损害或泼尼松疗效不佳时, 可更换为甲泼尼龙口服或静脉滴注
- IgA 肾病
 - 名词解释
 1. IgA nephropathy (×2): IgA 肾病, 指肾小球系膜区以 IgA 或 IgA 沉积为主的原发性肾小球疾病, 是肾小球源性血尿最常见的病因
- 尿路感染
 - 名词解释
 1. 无症状性菌尿: 患者有真性细菌尿, 而无尿路感染的症状, 可由症状性尿感演变而来或无急性尿路感染病史
 2. 复杂性尿路感染 (×2): 伴有尿路引流不畅、结石、畸形、膀胱-输尿管反流等结构或功能的异常, 或在慢性肾实质性疾病基础上发生的尿路感染
 3. 尿道综合征: 常见于女性, 患者有尿频、尿急、尿痛及排尿不适等尿路刺激症状, 但多次检查均无真性细菌尿
 - 大题
 1. 尿细菌培养假阳性的原因
 1. 中段尿收集不规范, 标本被污染
 2. 尿标本在室温下存放超过 1 小时才进行接种
 3. 检验技术错误等
 2. 尿路感染的途径
 1. 上行感染: 病原菌经由尿道上行至膀胱, 甚至输尿管、肾盂引起的感染
 2. 血行感染: 病原菌通过血运到达肾脏和尿路其他部位引起的感染
 3. 直接感染: 泌尿系统周围器官、组织发生感染时, 病原菌偶可直接侵入到泌尿系统导致感染
 4. 淋巴道感染: 盆腔和下腹部的器官感染时, 病原菌可从淋巴道感染泌尿系统, 但罕见
- 急性肾损伤
 - 名词解释
 1. 急性肾衰竭: 由多种病因引起的肾功能快速下降而出现的临床综合征, 可发生于既往无肾脏病者, 也可发生在原有慢性肾脏病的基础上
- 慢性肾衰竭
 - 名词解释
 1. chronic kidney failure: 慢性肾衰竭, 各种慢性肾脏病持续进展的共同结局, 是以代谢产物潴留, 水、电解质及酸碱代谢失衡和全身各系统症状为表现的一种临床综合征



- 大题
 1. 促使慢性肾衰恶化的因素（×5）
 1. 慢性肾衰渐进性发展的危险因素：高血糖、高血压、蛋白尿、低蛋白血症、吸烟
 2. 慢性肾衰急性加重的危险因素
 - 累及肾脏的疾病复发或加重
 - 有效血容量不足
 - 肾脏局部血供急剧减少
 - 严重高血压未能控制
 - 肾毒性药物
 - 泌尿道梗阻
 - 其他：严重感染、高钙血症、肝衰竭、心力衰竭等
 2. 慢性肾衰高钾血症的防治（×4）
 1. 积极预防高血钾症的发生
 - $GFR < 25\text{ml/min}$ 时，应适当限制钾摄入
 - $GFR < 10\text{ml/min}$ 或血清钾水平 $> 5.5\text{mmol/L}$ 时，应更严格限制钾摄入
 - 限制钾摄入的同时，应注意及时纠正酸中毒，并适当应用利尿剂增加尿钾排出
 2. 对于已有高血钾症的患者
 - 积极纠正酸中毒
 - 给予袢利尿剂
 - 输入葡萄糖-胰岛素溶液
 - 口服聚磺苯乙烯
 - 严重高钾血症应及时给予血液透析治疗
 3. 慢性肾衰贫血的原因
 1. 主要由于肾组织分泌促红细胞生成素减少所致
 2. 同时伴有缺铁、营养不良、出血等因素，可加重贫血程度
- 血液系统疾病
 - 贫血概述
 - 名词解释
 1. anemia（×5）：贫血，人体外周血红细胞容量减少，低于正常范围下限，不能运输足够的氧至组织而产生的综合征



- 大题

1. 贫血形态学分类及举例（×2）

类型	MCV (f1)	MCHC (%)	常见疾病
大细胞性贫血	>100	32-35	巨幼细胞贫血、伴网织红细胞大量增生的溶血性贫血、骨髓增生异常综合征、肝疾病
正常细胞性贫血	80-100	32-35	再生障碍性贫血、纯红细胞再生障碍性贫血、溶血性贫血、骨髓病性贫血、急性失血性贫血
小细胞低色素性贫血	<80	<32	缺铁性贫血、铁粒幼细胞性贫血、珠蛋白生成障碍性贫血

- 缺铁性贫血

- 名词解释

1. 小细胞低色素贫血：平均红细胞体积低于 80f1，平均红细胞血红蛋白量小于 27pg，平均红细胞血红蛋白浓度小于 32%

- 大题

1. 缺铁性贫血的治疗

1. 原则：根除病因，补足贮铁
2. 病因治疗：尽可能地去掉导致缺铁的病因
 - 营养不良：改善饮食
 - 月经过多：调理月经
 - 寄生虫感染：驱虫治疗
 - 恶性肿瘤：手术或放/化疗
 - 消化性溃疡：抑酸治疗
3. 补铁治疗
 - 首选口服铁剂，有效表现先是外周血网织红细胞增多，2 周后血红蛋白浓度上升，一般 2 个月左右恢复正常
 - 如口服铁剂不能耐受或胃肠道正常解剖部位发生改变而影响铁的吸收，可用铁剂肌肉注射，最常用右旋糖酐铁

- 再生障碍性贫血

- 名词解释

1. 再生障碍性贫血（×5）：一种可能由不同病因和机制引起的骨髓造血功能衰竭症，主要表现为骨髓造血功能低下、全血细胞减少和贫血、出血、感染综合征，免疫抑制治疗有效



- 大题

1. 再生障碍性贫血的诊断和治疗（×3）

1. 诊断标准

- 全血细胞减少，网织红细胞百分数 <0.01 ，淋巴细胞比例增高
- 一般无肝、脾大
- 骨髓多部位增生减低或重度减低，造血细胞减少，非造血细胞比例增高，骨髓小粒空虚
- 除外引起全血细胞减少的其他疾病

2. 治疗

- 支持治疗
 1. 保护措施：预防感染、避免出血、杜绝接触各类危险因素、酌情预防性给予抗真菌治疗、必要的心理护理
 2. 对症治疗：纠正贫血、控制出血、控制感染、护肝治疗
- 针对发病机制的治疗
 1. 免疫抑制治疗：抗淋巴/胸腺细胞球蛋白、环孢素等
 2. 促造血治疗：雄激素、造血生长因子
 3. 造血干细胞移植

2. 再生障碍性贫血的鉴别诊断（×2）：

1. 阵发性睡眠性血红蛋白尿：典型患者有血红蛋白尿发作，易鉴别。不典型者无血红蛋白尿发作，全血细胞减少，骨髓可增生减低，易误诊为AA。患者骨髓或外周血可发现CD55⁻、CD59⁻的各系血细胞
2. 骨髓增生异常综合征：MDS中难治性贫血（RA）有全血细胞减少，网织红细胞有时不高甚至降低，骨髓也可低增生，易与AA混淆，但RA有病态造血现象，早期髓系细胞相关抗原表达增多，可有染色体核型异常等
3. 自身抗体介导的全血细胞减少：Evans综合征可测及外周成熟血细胞自身抗体，免疫相关性全血细胞减少可测及骨髓未成熟血细胞自身抗体，这两类患者可有全血细胞减少并骨髓增生减低，但外周血网织红细胞或中性粒细胞比例往往不低甚或偏高，骨髓红系细胞比例不低且易见红系造血岛，Th2细胞比例增高，CD5⁺B细胞比例增高，血清IL-4和IL-10水平增高，对糖皮质激素、大剂量静脉滴注丙种球蛋白、CD20单克隆抗体或环磷酰胺的治疗反应较好
4. 急性白血病：白细胞减少和低增生性AL早期肝、脾、淋巴结不肿大，外周两系或三系血细胞减少，易与AA混淆。仔细观察血象及多部位骨髓，可发现原始粒、单或原（幼）淋巴细胞明显增多。部分急性早幼粒细胞白血病可全血细胞减少，但骨髓细胞形态学检查、染色体易位和基因检查可帮助鉴别
5. 恶性组织细胞病：常有非感染性高热，进行性衰竭，肝、脾、淋巴结肿大，黄疸、出血较重，全血细胞减少。多部位骨髓检查可找到异常组织细胞

3. 重型再生障碍性贫血的诊断标准（×4）

1. 发病急，贫血进行性加重，常伴严重感染/出血
2. 血象具备下述三项中两项
 - 网织红细胞绝对值 $<15 \times 10^9/L$



- 中性粒细胞 $<0.5 \times 10^9/L$
 - 血小板 $<20 \times 10^9/L$
 - 3. 骨髓增生广泛重度减低
 - 4. 重型再生障碍性贫血的临床表现和血象特点
 - 1. 临床表现
 - 贫血：多呈进行性加重，苍白、乏力、头昏、心悸和气短等症状明显
 - 感染：多数患者有发热，个别患者持续处于难以控制的高热之中，以呼吸道感染最常见，常合并败血症
 - 出血：均有不同程度的皮肤、粘膜及内脏出血，深部脏器常危及患者生命
 - 2. 血象特点：重度全血细胞减少
 - 网织红细胞百分数多在 0.005 以下且绝对值 $<15 \times 10^9/L$
 - 白细胞计数多 $<2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 $<0.5 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞比例明显增高
 - 血小板计数 $<20 \times 10^9/L$
- 溶血性贫血
 - 名词解释
 - 1. 溶血性贫血：溶血超过骨髓的代偿能力，引起的贫血即为溶血性贫血
 - 大题
 - 1. 何种实验室检查提示溶血性贫血
 - 1. 红细胞破坏增加的检查及红系代偿性增生的检查：HA 筛查试验，用于确定是否存在溶血及溶血部位
 - 2. 针对红细胞自身缺陷和外部异常的检查：HA 特殊检查，用于确立病因和鉴别诊断
 - 2. 急性血管内溶血的临床表现
 - 1. 严重的腰背及四肢酸痛，伴头痛、呕吐、寒战，随后出现高热、面色苍白和血红蛋白尿、黄疸
 - 2. 严重者出现周围循环衰竭和急性肾衰竭
- 白细胞减少和粒细胞缺乏症
 - 名词解释
 - 1. agranulocytosis ($\times 6$)：粒细胞缺乏症，外周血中性粒细胞绝对计数低于 $0.5 \times 10^9/L$



○ 白血病

■ 名词解释

1. MICM 分型：白血病的精确诊断分型，包括细胞形态学（M，即 FAB 分型）、免疫学（I）、细胞遗传学（C）和分子生物学（M）分型
2. 绿色瘤（×4）：急性白血病浸润骨髓外组织形成的瘤样肿块，多见于骨膜下、皮肤、淋巴结等部位。可早于或与血象改变同时发生，某些病例瘤组织在新鲜时切面呈绿色，暴露在空气中后绿色迅速消退
3. 白血病（×2）：一类造血干祖细胞的恶性克隆性疾病，因白血病细胞自我更新增强、增殖失控、分化障碍、凋亡受阻而停滞在细胞发育的不同阶段。在骨髓和其他造血组织中，白血病细胞大量增生累积，使正常造血受抑制并浸润其他器官和组织

■ 大题

1. 急性白血病的血象诊断
 1. 白细胞增多性白血病：白细胞 $>10 \times 10^9/L$
 2. 白细胞不增多性白血病：白细胞可 $<1 \times 10^9/L$
 3. 血涂片分类检查可见数量不等的原始和幼稚细胞，白细胞不增多型病例血片上很难找到原始细胞
 4. 患者常有不同程度的正常细胞性贫血，少数患者血片上红细胞大小不等，可找到幼红细胞
2. 急性白血病完全缓解的标准（×3）
 1. 白血病的症状和体征消失，外周血中性粒细胞绝对值 $\geq 1.5 \times 10^9/L$ ，血小板 $\geq 100 \times 10^9/L$ ，白细胞分类中无白血病细胞
 2. 骨髓中原始粒 I 型+II 型 $\leq 5\%$ ，M3 型原粒+早幼粒 $\leq 5\%$ ，无 Auer 小体，红细胞及巨核细胞系正常
 3. 无髓外白血病
3. 高白细胞白血病的治疗方案
 1. 当血中白细胞 $>100 \times 10^9/L$ 时，应紧急使用血细胞分离机，单采清除过高的白细胞，同时给以水化和化疗
 2. 可根据白血病类型给予相应的方案化疗，也可先用所谓化疗前短期预处理，然后进行联合化疗
 3. 需预防白血病细胞溶解诱发的高尿酸血症、酸中毒、电解质紊乱、凝血异常等并发症

○ 紫癜性疾病

■ 名词解释

1. ITP：特发性血小板减少性紫癜，由于患者对自身血小板抗原的免疫失耐受，产生体液免疫和细胞免疫介导的血小板过度破坏和血小板生成受抑，出现血小板减少，伴或不伴皮肤黏膜出血



- 大题

- 1. 特发性血小板减少性紫癜 (ITP) 的诊断要点 (×3)

- 1. 至少 2 次化验血小板计数减少, 血细胞形态无异常
 - 2. 体检脾脏一般不增大
 - 3. 骨髓检查巨核细胞数正常或增多, 有成熟障碍
 - 4. 排除其他继发性血小板减少症

- 2. ITP 急症处理的适应症 (×2) 和处理措施

- 1. 适应症

- 血小板低于 $20 \times 10^9/L$ 者
 - 出血严重、广泛者
 - 疑有或已发生颅内出血者
 - 近期将实施手术或分娩者

- 2. 处理措施

- 血小板输注
 - 静脉输注丙种球蛋白
 - 大剂量甲泼尼龙

- 3. ITP 脾切除指征

- 1. 正规糖皮质激素治疗无效, 病程迁延 6 个月以上
 - 2. 糖皮质激素维持量需大于 30mg/d
 - 3. 有糖皮质激素使用禁忌证

- 弥散性血管内凝血

- 名词解释

- 1. DIC (×2): 弥散性血管内凝血, 在许多疾病基础上, 以微血管体系损伤为病理基础, 凝血及纤溶系统被激活, 导致全身微血管血栓形成, 凝血因子大量消耗并继发纤溶亢进, 引起全身出血及微循环衰竭的临床综合征

- 内分泌系统和营养代谢性疾病

- 甲状腺功能亢进症

- 名词解释

- 1. 甲亢心 (×3): 甲亢性心脏病, 甲状腺毒症导致心动过速、心脏排出量增加、心房颤动和心力衰竭
 - 2. 甲状腺毒症 (×5): 血液循环中甲状腺激素过多, 引起以神经、循环、消化等系统兴奋性增高和代谢亢进为主要表现的一组临床综合征



- 大题

1. 甲亢危象的治疗

1. 针对诱因治疗
2. 抗甲状腺药物
3. 碘剂抑制甲状腺激素释放
4. β 受体拮抗剂阻断甲状腺激素对心脏的刺激作用和抑制外周组织 T4 转换
5. 糖皮质激素防止肾上腺皮质低功
6. 上述常规治疗效果不满意时可选用腹膜透析、血液透析或血浆置换等措施迅速降低血浆甲状腺激素浓度
7. 物理降温，避免用乙酰水杨酸类药物
8. 其他支持治疗

2. 甲亢性心脏病的诊断要点

1. 具备以下三项则甲亢诊断成立
 - 高代谢症状和体征
 - 甲状腺肿大
 - 血清 TT_4 、 FT_4 增高，TSH 减低
2. 甲亢性心脏病
 - 高排出量型心力衰竭：心动过速和心脏排出量增加引起失代偿导致心力衰竭
 - 心脏泵衰竭：已有或潜在缺血性心脏病加重
 - 心房颤动

3. Graves 病的临床表现（×2）

1. 症状

- 易激动、烦躁失眠、心悸、乏力、怕热、多汗、消瘦、食欲亢进、大便次数增多或腹泻、女性月经稀少
- 可伴发周期性瘫痪和近端肌肉进行性无力、萎缩
- 少数老年患者高代谢症状不典型，表现为乏力、心悸、厌食、抑郁、嗜睡、体重明显减少，称淡漠型甲亢

2. 体征

- 大多数患者有不同程度的甲状腺肿大，弥漫性，质地中等，无压痛
- 甲状腺上下极可触及震颤，闻及血管杂音
- 结节性甲状腺肿伴甲亢可触及结节性肿大的甲状腺
- 甲状腺自主性高功能腺瘤可扪及孤立结节
- 心血管系统表现包括心率增快、心脏扩大、心律失常、心房颤动、脉压增大等
- 少数病例下肢胫骨前皮肤可见黏液性水肿

3. 眼部表现

- 单纯性突眼：眼球轻度突出，眼裂增宽，瞬目减少
- 浸润性突眼：眼球明显突出，超过眼球突出参考值上限 3mm 以上



4. 抗甲状腺药物的不良反应 (×2)
 1. 粒细胞缺乏症：定期检查外周血白细胞数目及发热、咽痛等临床症状
 2. 皮疹：轻度皮疹可予抗组胺药或更换 ATD，严重皮疹需停药
 3. 中毒性肝病：监测肝功能，与甲亢本身引起的轻度肝功能异常相鉴别
 4. 血管炎：随用药时间延长，发生率增加
 5. 抗甲状腺药物的适应症和停药指征 (×2)
 1. 适应证
 - 轻、中度病情
 - 甲状腺轻、中度肿大
 - 孕妇、高龄或由于其他严重疾病不适宜手术者
 - 手术前和 ^{131}I 治疗前的准备
 - 手术后复发且不宜 ^{131}I 治疗者
 2. 停药指征
 - 中性粒细胞 $< 1.5 \times 10^9/\text{L}$
 - 严重皮疹反应
 - 药物性肝功能障碍
- 库欣综合征
- 名词解释
 1. Cushing 综合征 (×3)：各种病因造成肾上腺分泌过多糖皮质激素所致病症的总称，最多见者为促肾上腺皮质激素分泌亢进型
- 糖尿病
- 名词解释
 1. diabetes mellitus：一组由多病因引起的以慢性高血糖为特征的代谢性疾病，由于胰岛素分泌/作用缺陷引起
 2. DKA：糖尿病酮症酸中毒，最常见的糖尿病急症，以高血糖、酮症和酸中毒为主要表现，是胰岛素不足和拮抗胰岛素激素过多共同作用所致的严重代谢紊乱综合征
 3. Somogyi 效应 (×5)：在夜间曾有低血糖，在睡眠中未被察觉，但导致体内胰岛素拮抗激素分泌增加，继而发生低血糖后的反跳高血糖
 4. 胰岛素抵抗：无 DKA 也无拮抗胰岛素因素存在时，每日胰岛素需要量超过 100U 或 200U，机制不明，极少发生
 5. 黎明现象 (×3)：夜间血糖控制良好，也无低血糖发生，仅于黎明短时间内出现高血糖，可能由于清晨皮质醇、生长激素等分泌增多所致
 6. 妊娠糖尿病：指妊娠期间发生的不同程度的糖代谢异常，与糖尿病合并妊娠不同，最常见 T2DM



- 大题
 1. 胰岛素治疗的适应症（×5）
 1. T1DM
 2. 各种严重的糖尿病急性或慢性并发症
 3. 手术、妊娠和分娩
 4. 新发病且与 T1DM 鉴别困难的消瘦糖尿病患者
 5. 新诊断的 T2DM 伴有明显高血糖，或在糖尿病病程中无明显诱因出现体重显著下降者
 6. T2DM β 细胞功能明显减退者
 7. 某些特殊类型糖尿病
 2. 双胍类降糖药的作用机制和禁忌证
 1. 作用机制：通过抑制肝葡萄糖输出，改善外周组织对胰岛素的敏感性，增加对葡萄糖的摄取和利用而降低血糖
 2. 禁忌证
 - 肾功能不全、肝功能不全、缺氧及高热患者禁忌，慢性胃肠道病、慢性营养不良不宜使用
 - T1DM 不宜单独使用
 - T2DM 合并急性严重代谢紊乱、严重感染、缺氧、外伤、大手术、孕妇和哺乳期妇女等
 - 对药物过敏或有严重不良反应者
 - 酗酒者
 3. 口服降糖药的分类和主要不良反应
 1. 磺酰脲类
 - 低血糖反应：常见老年患者、肝肾功能不全或营养不良者
 - 体重增加
 - 皮肤过敏反应：皮疹、皮肤瘙痒等
 - 消化系统：上腹不适、食欲减退等，偶见肝功能损害、胆汁淤滞性黄疸
 - 可能对心血管系统造成不良影响
 2. 格列奈类
 - 常见低血糖和体重增加，但低血糖风险和程度较磺酰脲类轻
 3. 双胍类
 - 消化道反应：主要副作用
 - 皮肤过敏反应
 - 乳酸性酸中毒：最严重副作用，但罕见
 - 与胰岛素或促胰岛素分泌剂联合使用时可增加低血糖发生危险
 4. 噻唑烷二酮类
 - 与胰岛素或促胰岛素分泌剂联合使用时可增加低血糖发生危险
 - 体重增加
 - 与骨折和心力衰竭风险增加相关
 5. α 葡萄糖苷酶抑制剂
 - 胃肠道反应
 - 与磺酰脲类或胰岛素合用仍可发生低血糖



4. 糖尿病酮症酸中毒（DKA）的治疗原则（×2）
 1. 尽快补液以恢复血容量、纠正失水状态
 2. 降低血糖
 3. 纠正电解质及酸碱平衡失调
 4. 积极寻找和消除诱因，防治并发症，降低病死率
5. 糖尿病酮症酸中毒的抢救治疗措施
 1. 补液：治疗关键环节，改善有效组织灌注，先快后慢，先盐后糖
 2. 胰岛素治疗：一般采用短效胰岛素治疗方案，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：酸中毒可自行纠正，补碱不宜过快，根据血钾和尿量补钾
 4. 处理诱发病和防治并发症：休克、严重感染、心力衰竭、心律失常、肾衰竭、脑水肿、呕吐、急性胃扩张
 5. 护理：按时清洁口腔、皮肤，预防压疮和继发性感染，细致观察病情变化，准确记录神志状态、瞳孔大小和反应、生命体征、出入水量等
6. 糖尿病酮症酸中毒的常见诱因
 1. T1DM 有自发 DKA 倾向
 2. 最常见诱因是感染
 3. 其他诱因包括胰岛素治疗中断或不适当减量、各种应激
 4. 另有 2-10%原因不明
7. 糖尿病的慢性并发症（×2）
 1. 微血管病变：典型改变是微循环障碍和微血管基底膜增厚，主要危险因素包括长糖尿病病程、血糖控制不良、高血压、血脂异常、吸烟、胰岛素抵抗等，遗传背景在发病中也起重要作用
 - 糖尿病肾病：终末期肾衰常见原因，T1DM 主要死因
 - 糖尿病性视网膜病变：失明的主要原因之一
 - 其他：心脏微血管病变和心肌代谢紊乱
 2. 大血管病变：动脉粥样硬化，引起冠心病、缺血性或出血性脑血管病、肾动脉硬化、肢体动脉硬化等



3. 神经系统并发症
 - 中枢神经系统并发症
 1. 伴随严重 DKA、高渗高血糖状态或低血糖症出现的神志改变
 2. 缺血性脑卒中
 3. 脑老化加速及老年性痴呆等
 - 周围神经病变
 1. 远端对称性多发性神经病变：最常见，手足远端感觉运动神经受累最多见
 2. 局灶性单神经病变：动眼、正中及腓神经最常见，病变神经分布区域疼痛，常是自限性
 3. 非对称性多发局灶性神经病变：同时累及多个单神经的神经病变
 4. 多发神经根病变：最常见腰段多发神经根病变，典型表现为初起股、髌和臀部疼痛，后骨盆近端肌群软弱、萎缩
 - 自主神经病变：多影响胃肠、心血管、泌尿生殖系统等
4. 糖尿病足：最严重和治疗费用最多的慢性并发症之一，糖尿病非外伤性截肢的最主要原因，轻者足部畸形、皮肤干燥和发凉、胼胝，重者足部溃疡、坏疽
5. 其他：视网膜黄斑病、白内障、青光眼、屈光改变、虹膜睫状体病变、牙周病等
8. 糖尿病的诊断标准（×2）
 1. 糖尿病症状：多尿、烦渴多饮和难于解释的体重减轻
 2. 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$
 3. 或 OGTT 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$
 4. 或随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$
9. 糖尿病性视网膜病变的分期
 1. I 期：微血管瘤、小出血点
 2. II 期：硬性渗出
 3. III 期：出现棉絮状软性渗出
 4. IV 期：新生血管形成，玻璃体积血
 5. V 期：纤维血管增殖，玻璃体机化
 6. VI 期：牵拉性视网膜脱离、失明
 7. I-III 期为非增殖期视网膜病变，IV-VI 期为增殖期视网膜病变，常伴糖尿病肾病及神经病变



10. 糖尿病肾病的分期

1. I 期：糖尿病初期，肾小球超滤过为最突出特征，肾体积增大，肾小球入球小动脉扩张，肾血浆流量增加，肾小球内压增加，肾小球滤过率明显升高
2. II 期：肾小球毛细血管基底膜增厚，系膜基质轻度增宽，尿白蛋白排泄率多数正常，可间歇性增高，GFR 轻度增高
3. III 期：早期糖尿病肾病期，GBM 增厚及系膜基质增宽明显，小动脉壁出现玻璃样变，出现持续微量白蛋白尿，GFR 仍高于正常或正常
4. IV 期：临床糖尿病肾病期，肾小球病变更重，部分肾小球硬化，灶状肾小管萎缩及间质纤维化，尿蛋白逐渐增多，GFR 下降，可伴有水肿和高血压，肾功能逐渐减退，部分患者可表现为肾病综合征
5. V 期：尿毒症，多数肾单位闭锁，血肌酐升高，血压升高

○ 水、电解质代谢和酸碱平衡失常

■ 大题

1. 高血钾的治疗措施

1. 对抗钾的心脏抑制作用

- 乳酸钠或碳酸氢钠液：可碱化血液，促使钾进入细胞内，拮抗钾的心脏抑制作用，增加尿钾排出量，稀释性降低血钾，提高心率
- 钙剂：对抗钾的心肌毒性
- 高渗盐水：作用机制与乳酸钠相似
- 葡萄糖和胰岛素：使血清钾转移至细胞内
- 选择性 β_2 受体激动剂：促进钾转入细胞内

2. 促进排钾

- 经肾排钾：排钾利尿药，肾衰时效果不佳
- 经肠排钾：阳离子交换树脂
- 透析疗法：肾衰竭伴急重症高钾血症者

3. 减少钾的来源

- 停止高钾饮食或含钾药物
- 供给高糖高脂饮食或采用静脉营养，减少分解代谢所释放的钾
- 清除体内积血或坏死组织
- 避免应用库存血
- 控制感染，减少细胞分解

● 风湿性疾病

○ 类风湿关节炎

■ 名词解释

1. Felty 综合征：类风湿关节炎患者伴有脾大、中性粒细胞减少，有的甚至有贫血和血小板减少
2. 晨僵（ $\times 2$ ）：早晨起床后关节及其周围僵硬感称晨僵
3. 类风湿结节：血管炎的一种表现，结节中心为纤维素样坏死组织，周围有上皮样细胞浸润，排列成环状，外被以肉芽组织，肉芽组织间有大量的淋巴细胞和浆细胞



○ 系统性红斑狼疮

■ 名词解释

1. 抗磷脂抗体综合征：可出现在 SLE 的活动期，临床表现为动/静脉血栓形成，习惯性自发流产，血小板减少，患者血清不止一次出现抗磷脂抗体
2. 系统性红斑狼疮：一种有多系统损害的慢性自身免疫性疾病，患者血清具有以抗核抗体为代表的多种自身抗体

■ 大题

1. 系统性红斑狼疮的诊断标准

1. 符合美国风湿病学会 1997 年标准 4 项或以上者，在除外感染、肿瘤和其他结缔组织病后，可诊断 SLE
2. 美国风湿病学会 1997 年标准

颊部红斑	固定红斑，扁平或高起，在两颧突出部位
盘状红斑	片状高起于皮肤的红斑，粘附有角质脱屑和毛囊栓，陈旧病变可发生萎缩性瘢痕
光过敏	对日光有明显的反应，引起皮疹
口腔溃疡	经医生观察到的口腔或鼻咽部溃疡，一般为无痛性
关节炎	非侵蚀性关节炎，累及 2 个或更多的外周关节，有压痛、肿胀或积液
浆膜炎	胸膜炎或心包炎
肾脏病变	尿蛋白 $>0.5\text{g/d}$ 或 $+++$ ，或管型
神经病变	癫痫发作或精神病，除外药物或已知的代谢紊乱
血液学疾病	溶血性贫血，或白细胞减少，或淋巴细胞减少，或血小板减少
免疫学异常	抗 dsDNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或抗磷脂抗体阳性
抗核抗体	在任何时候和未用药物诱发药物性狼疮的情况下，抗核抗体滴度异常

2. 系统性红斑狼疮的常用治疗药物

1. 糖皮质激素：病情允许用小剂量长期维持，存在重要脏器急性进行性损伤时可应用激素冲击治疗
2. 免疫抑制剂：有利于更好地控制 SLE 活动，保护重要脏器功能，减少复发，以及减少长期激素的需要量和副作用
3. 其他药物：大剂量免疫球蛋白、血浆置换、造血干细胞或间充质干细胞移植等
4. 阿司匹林或华法林抗血小板抗凝，治疗抗磷脂抗体综合征

○ 骨质疏松症

■ 名词解释

1. osteoporosis ($\times 2$)：骨质疏松症，一种以骨量降低和骨组织微结构破坏为特征，导致脆性增加和易于骨折的代谢性骨病