



**临床执业医师
第三、四单元
考点串讲**

主讲老师：于多多

临床执业医师各科分布

	科目	单元	科目
第一单元	生理、生化 病理、药理 免疫、解剖学 病理生理、微生物 心理、伦理 卫生法规 预防	第三单元	血液系统 消化系统 传染病、性病 风湿免疫 其他
第二单元	呼吸系统 循环系统 运动系统 泌尿系统 代谢、内分泌系统	第四单元	儿科 女性生殖系统 精神、神经



消化系统





慢性胃炎

	A型胃炎	B型胃炎
别称	自身免疫性胃炎、慢性胃体炎	慢性多灶萎缩性胃炎、慢性胃窦炎
累及部位	胃体、胃底	胃窦
基本病理变化	胃体黏膜萎缩、腺体减少	胃窦黏膜萎缩、腺体减少
发病率	少见	很常见
病因	多由自身免疫性反应引起	幽门螺杆菌感染
血清VitB ₁₂	减少	正常
贫血	常伴有，恶性贫血	无
内因子抗体	阳性	无
壁细胞抗体	阳性	无
胃酸	减少	正常或减少
血清胃泌素	升高	正常或减少



	慢性胃炎
诊断公式	(A型) = 上腹部不适, 纳差, 贫血貌 + 血清壁细胞抗体检测阳性 + 血常规Hb降低或MCV上升 + 胃镜见血管黏膜下透见
	(B型) = 上腹部不适, 无贫血 + 快速尿素酶试验阳性 + 血清自身抗体阴性 + 胃镜皱襞变浅, 血管透见
	慢性非萎缩性胃炎 = 反复上腹部不适、嗝气 + 胃镜黏膜光滑, 散在条状、片状红斑
治疗	A型胃炎: 首选糖皮质激素; B型胃炎: 根除幽门螺杆菌, PPI (奥美拉唑) 或者铋剂 + 两种抗生素 (克林霉素、阿莫西林)
手术	胃镜下行黏膜剥离术: 局灶性中、重度不典型增生



消化性溃疡

	DU (十二指肠溃疡)	GU (胃溃疡)
常见部位	球部前壁或后壁	胃角和胃小弯 (胃窦)
好发年龄	青壮年	中老年
机理	侵袭因素增强	黏膜屏障保护因素减弱
BAO/MAO	基础/最大胃酸分泌量增高	基础/最大胃酸分泌量正常或偏低
腹痛规律	疼痛→进食→缓解	进食→疼痛→缓解
疼痛特点	饥饿痛、夜间痛	进食痛
癌变	否	癌变率 < 1%



并发症	特点
出血	是PU最常见的并发症，也是引起上消化道大出血最常见的病因。多可经非手术治疗好转
穿孔	临床表现为突发腹部剧烈疼痛，查体见腹膜刺激征，肝浊音界消失（最具诊断价值的体征），立位X线腹平片检查显示膈下新月体游离气体。若可疑急性胃十二指肠溃疡穿孔，行腹腔穿刺术，抽出大量液体，应尽早行手术探查
幽门梗阻	溃疡引起的幽门梗阻分水肿型、痉挛型和瘢痕型三种，需鉴别水肿型和瘢痕型，前者经非手术治疗水肿消退后可缓解，而后者不缓解
癌变	少见并发症，GU有1%左右几率癌变，DU一般不发生癌变



术式	特点	优点	缺点	适应证
毕 I 式	远端胃大部切除后，将残端与十二指肠吻合	符合正常生理状况，术后因胃肠功能紊乱引起的并发症较少	球部炎症水肿较重、瘢痕粘连时禁用，胃酸高的十二指肠溃疡使用该术式易致复发，故不适用	胃溃疡 (胃窦部溃疡)
毕 II 式	十二指肠残端封闭，将胃与空肠吻合，分结肠前（莫式与艾式）和结肠后式（霍氏与波式）	胃体切除足够而使胃空肠吻合口张力不致过大，术后复发率低	手术操作复杂，不符合正常解剖生理关系，术后并发症和后遗症较多	胃溃疡+十二指肠溃疡



肝硬化

肝功能减退		特点
非特异性症状		食欲下降、厌食、乏力、消瘦，皮肤可出现水肿表现等
出血和贫血		因凝血因子减少、脾功能亢进和毛细血管脆性增加等，出现皮肤紫癜、牙龈出血、消化道出血等表现
内分泌失调	雌激素增多	常见肝掌与蜘蛛痣（常见于上胸部），男性患者有性欲减退、睾丸萎缩、乳房发育等表现
	促黑色生成激素增多	肝病面容
黄疸		巩膜黄染，尿黄，多为肝细胞性黄疸



门脉高压症	特点
腹水	以漏出液为主，为失代偿期最突出的临床表现，对评估病情有重要作用主要表现为腹胀，体征可见腹部膨隆、状如蛙腹、移动性浊音阳性或液波震颤阳性，形成腹水的机制：有门静脉高压（腹水形成的决定性因素）、血浆胶体渗透压下降（低清蛋白血症）、有效循环血容量不足（继发性醛固酮增多以及抗利尿激素增多，引起水钠潴留）、肝脏对醛固酮和抗利尿激素灭能作用减弱和淋巴液生成增加
门腔侧支循环开放	诊断门脉高压有特征性意义。食管胃底静脉曲张（门脉高压最有价值的诊断依据）；腹壁静脉曲张（呈海蛇头样）；痔静脉曲张；腹膜后吻合支曲张；脾肾分流
脾大，脾功能亢进	因门静脉血流受阻引起脾窦扩张，淤血性肿大（左肋下可触及），疾病早期即可出现。因脾脏单核-巨噬细胞增生，导致全血细胞减少



并发症	主要表现	治疗
上消化道出血	由食管胃底静脉曲张破裂引起，是肝硬化门静脉高压最常见的并发症，常有进食坚硬食物史。临床表现为突发大量呕血或柏油样便，移动性浊音阳性，肠鸣音减弱，严重者可诱发肝性脑病	出血首选血管收缩剂，也可选用内镜下硬化剂注射，三腔管压迫止血
肝性脑病	最严重的并发症，也是最常见的死亡原因。临床表现可见行为改变、睡眠意识障碍（嗜睡或昏迷）等	治疗目的在于原发病治疗，去除诱因、降低血氨等



并发症	主要表现	治疗
感染	<p>自发性腹膜炎：多为革兰阴性杆菌感染。临床起病缓慢，见发热，全腹压痛及反跳痛，腹水明显增多，色淡黄，易出现顽固性腹水。腹水常规生化及细菌培养可明确诊断；</p> <p>胆道感染：常见腹痛及发热，可出现梗阻性黄疸，严重可见肝细胞性黄疸</p>	需尽早应用广谱抗生素（针对G-杆菌，兼G+球菌）禁忌腹水浓缩回输
原发性肝癌	肝进行性肿大、质硬、肝区钝痛、顽固性血性腹水等	肝癌可选手术切除，或射频消融术，TACE等



并发症	主要表现	治疗
肝肾综合征	因门脉高压使体循环血流量明显减少；大量腹水可减少肾脏血流，出现肾前性肾衰竭，见少尿、无尿表现。检查见血肌酐（Scr）升高、血尿素氮（BUN）升高（氮质血症）	TIPS，肝移植
肝肺综合征	出现呼吸困难及低氧血症表现，如发绀和杵状指（趾）	吸氧，肝移植
门静脉血栓	可见肠系膜上下静脉和脾静脉血栓形成	抗凝，溶栓， TIPS



急性胆囊炎

		诊断及鉴别诊断
急性胆 囊炎	病史	饱餐、进食油腻食物后
	临床表现	右上腹疼痛，阵发性加剧，向右肩部放射 + Murphy征阳性/右上腹压痛如出现寒战高热，提示病情严重，可能出现胆囊坏疽、穿孔（最严重）或胆囊积脓（白细胞显著升高）等
	辅助检查	超声检查（首选）可见胆囊增大、胆囊壁增厚，明显水肿时可见“双边征”



急性梗阻性化脓性胆管炎

临床表现	治疗
Reynolds五联征：即Charcot三联征（腹痛、寒颤高热、黄疸）加休克和神经中枢系统受抑制表现，休克表现：谵妄、血压降低、神情淡漠、嗜睡、意识不清、昏迷等	AOSC的治疗原则是尽早解除胆道梗阻并引流（最关键）。如并发休克者，需尽早手术的同时需积极抗休克治疗非手术治疗：包括禁食，胃肠减压，输液扩容，应用抗生素，纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡，对症支持治疗等，手术治疗：胆总管切开减压、T管引流
急性梗阻性化脓性胆管炎=腹痛、黄疸 + 体温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ + BP \downarrow /烦躁不安 + 意识不清/嗜睡/昏迷 + 实验室检查	

急性胰腺炎

临床表现	特点	
症状	腹痛	临床首发和主要症状，常在饱餐或饮酒后突发中上腹持续性剧烈疼痛，疼痛多向左腰背部呈带状放射。可伴有恶心、呕吐（吐后腹痛不减轻）以及腹胀等消化系统症状
	其他表现	低血压、休克、呼吸困难或呼衰等
典型体征	Grey-Turner征（腰季肋部以及下腹部紫斑）和 Cullen征（脐周部紫斑）	

		特点	
生化指标	胰酶	血淀粉酶	起病后2 ~ 12h→24h达高峰→3 ~ 5d降至正常；出现 最早，诊断首选 ；血淀粉酶 > 500U/dl (Somogyi) 或 > 正常值上限3倍能够确诊
		尿淀粉酶	12 ~ 24h开始升高→48h达高峰→1 ~ 2w降至正常
		血脂肪酶	24 ~ 72h开始升高，持续7 ~ 10d
	血糖	升高，提示胰腺坏死	
	血钙	降低，提示 出血坏死性胰腺炎（重型胰腺炎）	

辅助检查	特点
诊断性腹腔 穿刺	移动性浊音阳性，穿刺液检查淀粉酶的诊断意义最大； 诊断困难时，抽出血性渗出液且淀粉酶值升高有助于诊断
B超	是胰腺炎胆源性病因的初筛手段
CT扫描	最具诊断价值的影像学检查，增强CT是诊断胰腺坏死的最佳方法

克罗恩病

疾病	克罗恩病
诊断公式	反复腹痛、腹泻 + 右下腹包块 + 糊状便 + 肠镜/钡餐（纵行溃疡、鹅卵石样/铺路石样改变）
治疗	5-氨基水杨酸：柳氮磺吡啶仅适用于病变局限在结肠的轻度患者； 美沙拉嗪适用于轻度回结肠患者； 糖皮质激素控制病情活动有较好疗效，适用于各种中、重度患者



溃疡性结肠炎

疾病	溃疡性结肠炎
诊断公式	反复腹痛、腹泻 + 黏液脓血便/里急后重 + 抗生素治疗无效 + 结肠镜（首选）/钡剂造影
治疗	柳氮磺吡啶适用于轻、中度或重度经糖皮质激素治疗已缓解的患者 糖皮质激素对控制病情活动有较好疗效，适用于各种中、重度患者

肠梗阻

	肠套叠	急性小肠扭转	乙状结肠扭转
好发年龄	2岁以下	青壮年	老年男性
腹胀	腹胀不明显	全腹性腹胀显著	隆起不均匀，见闭袢
临床表现	三大典型表现：腹痛、血便、腹部肿块	脐周突发剧烈持续性绞痛，阵发性加剧，可放射至腰背部，呕吐频繁，腹胀不均匀，肠鸣音减弱	胀痛，不对称腹胀（左侧明显）或肠型，呕吐不明显。腹部压痛及肌紧张不明显
辅助检查	X线表现为杯口状和弹簧状	X线检查示绞窄性肠梗阻	钡剂见鸟嘴征，X线示马蹄状巨大的双腔充气肠袢
治疗	首选低压空气或钡剂灌肠，手术治疗适用于病期已超过48小时，或怀疑有肠坏死	扭转复位术，及时手术	扭转复位术，及时手术



急性阑尾炎

疾病	阑尾炎
诊断公式	转移性右下腹疼痛（脐周→右下腹） + 消化道症状 + 发热 + 麦氏点压痛 + 腹膜刺激征/肠鸣音减弱（化脓、坏疽、穿孔）
治疗	阑尾切除术适用于：单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎、坏疽性阑尾炎 阑尾周围脓肿：抗生素治疗3个月后择期手术



腹外疝

类型	斜疝	直疝	股疝
定义	经腹股沟管突出者	由直疝三角突出者	经股管突出者
发病年龄	儿童与青壮年	老年	40岁以上女性
是否进入阴囊	是	少进入	否
疝块外形	椭圆形或梨形，有蒂	半球形，基底较宽	半球形，卵圆窝处
疝块回纳后压住内环	疝块不再突出	疝块仍可突出	疝块仍可突出
精索位于疝囊	后方	前外方	—
疝囊颈位于腹壁下动脉	外侧	内侧	—
嵌顿机会	多	少	最多

腹股沟斜疝需与鞘膜积液鉴别，前者透光试验为阴性，平卧后多消失，而后者透光试验多为阳性



腹部损伤

疾病	临床表现与治疗
脾破裂（最常见）	左季肋部损伤+休克+腹腔抽出不凝血 治疗：抗休克同时脾切除
肝破裂	腹膜刺激征（压痛、反跳痛、肌紧张）+休克+B超 治疗：抗休克的同时肝修补术
胰腺损伤	左侧腹痛+肌紧张+诊断性腹腔穿刺 治疗：立即手术治疗
十二指肠损伤	腹痛+X线平片发现腹膜后积气

血液系统





铁代谢

铁代谢	特点
功能状态铁	血红蛋白铁、肌红蛋白铁、转铁蛋白铁
贮存铁	血清铁蛋白、含铁血黄素
吸收部位	十二指肠及空肠上段

缺铁性贫血

临床表现	特点
贫血表现	乏力、头晕、头痛、耳鸣、心悸、气短、皮肤黏膜苍白等
组织缺铁表现	烦躁、易怒、异食癖、易感染、口腔炎、舌炎、舌乳头萎缩，吞咽困难（Plummer-Vinson综合症）、皮肤干燥，毛发干枯、指（趾）甲脆薄易裂，甚至反甲（匙状甲）

实验室检查

项目	临床结果
血象	小细胞低色素性贫血：MCV < 80fl, MCH < 27pg, MCHC < 32%
骨髓象	核老浆幼
铁代谢	血清铁 < 8.95 μ mol/L, 血清铁蛋白 < 12 μ g/L, 转铁蛋白饱和度 < 15%, 总铁结合力 > 64.44 μ mol/L, 骨髓涂片铁粒幼细胞 < 15%

治疗

治疗	特点
治疗原则	根除病因
口服铁剂	无机铁：硫酸亚铁，有机铁：右旋糖酐铁、琥珀酸亚铁 口服铁剂后治疗有效先是外周血网织红细胞增多，2周后血红蛋白浓度上升，约2个月左右恢复正常，但还应继续口服铁剂4~6个月，铁蛋白正常后方停药

再生障碍性贫血

实验室检查

项目	临床结果
血象	呈正细胞正色素性贫血，网织红细胞百分数多 < 0.005 ，且绝对值 $< 15 \times 10^9/L$ ，WBC多 $< 2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 $< 0.5 \times 10^9/L$ ，Plt $< 20 \times 10^9/L$
骨髓象	多部位骨髓增生减低，粒系、红系和巨核细胞减少，淋巴细胞和非造血细胞比例升高，骨髓小粒空虚



鉴别诊断

	缺铁性贫血	再生障碍性贫血
贫血分类	小细胞低色素性贫血	正细胞正色素性贫血
MCV (fl)	< 80	80 ~ 100
MCHC	< 32%	32% ~ 35%
RBC、Hb	减少	减少
WBC	正常或减少	减少
Plt	正常或减少	减少
Ret	正常或升高	减少
骨髓	核老浆幼，骨髓铁染色示铁幼粒细胞减少	多部位骨髓增生减低，淋巴细胞和非造血细胞比例升高，骨髓小粒空虚

急性白血病

<p>正常骨髓造血功能受抑制表现</p>	<p>主要表现为贫血、发热和出血</p>
<p>白血病细胞增殖浸润的表现</p>	<p>①淋巴结和肝脾大，多见于ALL； ②骨骼和关节，多有胸骨下段局部压痛； ③眼部，AML可有粒细胞肉瘤（绿色瘤）； ④口腔和皮肤，多见于M₄和M₅型，表现为牙龈增生，皮肤蓝灰色斑丘疹； ⑤中枢神经系统白血病（CNLS），为白血病最常见髓外浸润部位，发生在疾病各时期，特别是治疗后缓解期，以ALL最常见，表现为头晕、头痛、呕吐甚至昏迷； ⑥睾丸，以ALL化疗缓解后的幼儿和青年常见 ⑦DIC多见于急性早幼粒细胞白血病</p>



实验室检查

过三放阳，小林吃糖

外周血	多为正细胞性贫血，多数患者白细胞 $> 10 \times 10^9/L$ ，血小板降低
骨髓象	骨髓增生活跃，大多为原始细胞。根据FAB分型，诊断标准为原始细胞 \geq 骨髓有核细胞30%，WHO则为 \geq 骨髓有核细胞20%
免疫学检查	造血干/祖细胞表达CD34，急性早幼粒细胞白血病细胞常表达CD13、CD33和CD117，还可表达CD9，不表达HLA-DR和CD34
细胞遗传学和分子生物学	99%的 (M ₃ 、APL) 有t (15; 17) (q22; q12)
细胞化学检查	髓过氧化物酶 (MPO/POX) 强阳性见于急性粒细胞性白血病 糖原染色 (PAS) 强阳性见于急性淋巴细胞性白血病 (ALL) 非特异性酯酶可被NaF抑制 $\geq 50\%$ 见于急单白血病 (M ₅)

治疗

急粒（急性髓系，急非淋）：DA方案（大DA果粒）

早幼粒M₃：全反式维甲酸（小三造反）

急淋：VP或VDLP（别让VIP淋雨）

慢粒：伊马替尼、羟基脲（马慢慢尿）

疾病	治疗
ALL	VP（长春新碱+泼尼松）方案或DVP（VP+柔红霉素）方案或DVLP（DVP+门冬酰胺酶）方案
CNSL	鞘内注射甲氨蝶呤（MTX）
睾丸白血病	即使单侧也要进行双侧照射和全身化疗
AML	最常选用DA（柔红霉素+Ara-C）方案和IA（去甲柔红霉素+阿糖胞苷Ara-C）方案
APL	可选用全反式维A酸

慢性粒细胞白血病

实验室检查

慢性期	95%以上的慢粒细胞中出现Ph染色体，显带分析为t (9; 22) (q34; q11)，形成BCR-ABL融合基因
加速期	原始细胞 $\geq 10\%$ ，外周血嗜碱性粒细胞 $> 20\%$ ，NAP积分增加
急变期	原始细胞 $> 20\%$ 或者有髓外原始细胞浸润，NAP积分增加

传染病





传染病的管理

分类	上报时间
甲类传染病	2小时内通过系统上报
乙类传染病	24小时内通过系统上报
丙类传染病	24小时内通过系统上报

在乙类传染病中，传染性非典型肺炎、肺炭疽、人感染高致病性禽流感，脊髓灰质炎、新型冠状病毒；必须采取甲类传染病的报告，控制措施。
(新非禽变炭灰)

乙型肝炎三个抗体系统

乙型病毒性肝炎	抗体意义		
①表面抗原	(HBsAg)	反应现症HBV感染, 但阴性不能排除	第①、③、⑤项阳性, 俗称大三阳 第①、④、⑤项阳性, 俗称小三阳
②表面抗体	(抗-HBs)	保护性抗体, 阳性表示对HBV有免疫力	
③e抗原	(HBeAg)	表示病毒复制活跃, 有较强传染性	
④e抗体	(抗-HBe)	表示病毒复制多处于静止状态, 传染性降低	
⑤核心抗体	(抗-HBc)	抗-HBc IgM在感染后较早出现	
⑥核心抗原	(HBcAg)	常规方法不能检出	
	HBV DNA	病毒复制和传染性的直接标志	

肾综合征出血热

肾综合征出血热（流行性出血热）	疫区或鼠类接触史+发热+ 皮肤三红征（颜面、颈、胸充血潮红，重者酒醉貌）+ 黏膜三红征（眼结膜、软腭、咽部）+三痛征（头痛、腰痛、眼眶痛） +在腋下或胸背部可见皮肤出血+肾损害（蛋白尿） +检出汉坦病毒抗原和血清特异性抗体（IgM、IgG）+异型淋巴细胞（+）
-----------------	--



流行性乙型脑炎与流行性脑脊髓膜炎鉴别

	流行性乙型脑炎（乙脑）	流行性脑脊髓膜炎（流脑）
病因	乙型脑炎病毒	脑膜炎双球菌
传播途径	蚊虫叮咬	呼吸道传播
好发季节	夏季	秋冬季
病理	神经细胞坏死、胶质细胞增生	蛛网膜下腔有大量脓性分泌物
瘀点、瘀斑	无	有



细菌性痢疾

疾病	诊断公式
细菌性痢疾	夏秋季不洁饮食史+发热+脐周或左下腹痛、腹泻+里急后重+黏液脓血便+脑膜刺激征阴性+粪便镜检发现大量白细胞(≥ 15 个/高倍视野)、脓细胞和红细胞+粪便培养出痢疾杆菌
中毒性菌痢	3~7岁小男孩+昏迷+脑膜刺激征(-)
慢性菌痢	患者症状可反复发作或迁延不愈达2个月以上
确诊检查	首选粪便培养

疟疾

疾病	诊断公式
疟疾	蚊虫叮咬/疫区生活史+间歇性出现寒战、高热和大量出汗（间日疟隔天、三日疟隔2天）+贫血和脾大+血液的厚、薄涂片找疟原虫（目前最常用的确诊方法）

疟疾的治疗与预防

药物	用途
氯喹	常用和有效的控制临床发作
青蒿素	控制临床发作
伯氨喹	防止疟疾传播及复发
乙胺嘧啶	用于预防疟疾

氯草青青发作停；伯复传

艾滋病

艾滋病病原学

病原体	特点
人免疫缺陷病毒 (HIV)	HIV是单链RNA病毒，属于反转录病毒科，由核心和包膜组成，其最外层的类脂包膜嵌有外膜糖蛋白 (gp120) 和跨膜糖蛋白 (gp41) 等多种宿主蛋白
感染细胞	HIV主要感染CD4 ⁺ T和表达有CD4分子的宿主细胞，gp120与未感染的CD4 ⁺ T细胞结合成靶细胞，靶细胞被攻击造成免疫损伤破坏，导致CD4 ⁺ T减少，免疫功能缺陷



艾滋病流行病学

流行病学	
传染源	患者和HIV感染者是唯一传染源
传播途径	性接触传播、经血液和血制品传播、母婴传播、接受HIV感染者的器官移植、被污染的针头刺伤等
易感人群	高危人群包括男性同性恋、性乱交者、静脉药物依赖者、多次接受输血和血制品者

艾滋病诊断

疾病	诊断公式
HIV	性乱交/静脉注射史+HIV抗体阳性（诊断金标准）+发热+腹泻+消瘦+疱疹+淋巴结肿大+卡波西肉瘤+CD4 ⁺ T淋巴细胞计数下降

其他



外科感染

	疖	痈
致病菌	金黄色葡萄球菌	金黄色葡萄球菌
发病部位	头、颈、面、背部毛囊丰富部位	项部、背部
诊断	单个毛囊红、肿、痛的小硬结	多个毛囊红、肿、痛的多个小脓点
处理	面部危险三角严禁挤压	“+”或“++”切口切开引流，切口超过病变边缘；唇部痈不能切开
化脓性海绵状静脉窦炎	面部危险三角或唇痈处理不当会引起化脓性海绵状静脉窦炎	

	破伤风	气性坏疽
致病菌	破伤风梭菌	梭状芽胞杆菌
病理	破伤风痉挛毒素引起肌紧张与痉挛	外毒素：α毒素最重要
临床表现	张口困难（早期）、牙关紧闭（咀嚼肌）→苦笑貌→颈项强直→角弓反张（腹背及四肢）→呼吸困难甚至窒息（最严重）	患肢肿胀进行性加重；恶臭；皮下气肿
诊断公式	外伤史（刺伤）+头痛乏力+张口困难、颈项强直+苦笑貌	外伤史（包扎过紧/钉子刺伤）+突发烦躁不安+皮肤表面大理石样斑纹/捻发音+渗出物恶臭+X线（积气）
治疗	预防的关键措施：早期彻底清创（切开引流） 治疗的关键措施：控制和解除痉挛药物：破伤风类毒素、破伤风抗毒素	预防的关键措施：早期彻底清创（切开引流） 治疗的关键措施：急症清创药物：青霉素

烧伤

部位	占成人体表%		占儿童体表%
头、面、颈	3、3、3	9×1	9+ (12 - 年龄)
双手、双前臂、双上臂	5、6、7	9×2	9×2
躯干前、躯干后、会阴	13、13、1	9×3	9×3
双下肢：双臀	5/6 (女性)	9×5+1	9×5+1 - (12 - 年龄)
双大腿、双小腿	21、13		
双足	7/6 (女性)		

	I 度烧伤	浅II度烧伤	深II度烧伤	III度烧伤
烧伤深度	表皮浅层	表皮生发层+真皮乳头层	真皮深层	全皮层, 甚至达到皮下组织
水疱情况	无	大小不一的水疱	可有小水疱	无
其他表现	红斑状、干燥、 烧灼感	创面红润、潮湿、 疼痛明显	创面红白相间, 痛觉迟钝	蜡白、焦黄、炭化; 树枝状栓塞的血管, 无痛
愈合时间	3~7天	1~2周	3~4周	>4周
结果	无瘢痕, 短期内色素沉着	无瘢痕, 有色素沉着	瘢痕修复	需植皮, 多有瘢痕形成

烧伤深度	处理
I 度烧伤	创面保持清洁，避免再次损伤
浅II度烧伤	水疱皮要保留
深II度烧伤	水疱要去掉
III度烧伤	切开焦痂



步骤	方法
第一步	计算烧伤面积，判断烧伤深度
第二步	总液体量 = 体重 × 烧伤面积 (Ⅱ、Ⅲ) × 1.5 + 2000ml
第三步	总液体量，先快后慢，前8h补总量的一半

急性乳腺炎

病名	急性乳腺炎
诊断公式	哺乳期+患侧乳房红肿热痛+压痛、波动感+发热+穿刺抽脓培养
治疗	保守治疗：一般健侧不停止哺乳，避免乳汁淤积；患侧停止哺乳 脓肿形成后，沿波动明显处切开引流，常用切口为放射状切口， 乳晕下脓肿：沿乳晕边缘做弧形切口，深部脓肿或乳房后脓肿： 乳房下缘做弧形切口，经乳房后间隙引流脓肿较大者可做对口引 流



乳腺癌临床表现

表现	特点
酒窝征	癌肿累及Cooper韧带，其收缩导致皮肤表面凹陷
乳头凹陷	癌肿使乳管收缩，将乳头牵向肿块一侧后使乳头回缩、凹陷
橘皮样变	癌细胞堵塞皮下淋巴管，导致淋巴回流障碍，引起真皮水肿
卫星结节	大片皮肤被癌细胞侵入，可引起相互融合的小结节
盔甲样癌	侵犯大片皮肤后形成弥漫的暗红色表现，若扩散至背部及对侧胸部皮肤引起呼吸困难

病名	诊断
乳腺癌	45 ~ 50岁女性+外上象限单发+ 肿块无痛、质硬、不光滑、边界不清
炎性乳腺癌	发展快、恶性程度高、预后差。表现为炎症样外观（红肿） 皮肤橘皮样改变，乳头内陷、乳房质硬，无肿块无触痛
乳头湿疹样乳腺癌 (Paget病)	表现为乳头刺痒、烧灼感，后见乳头乳晕皮肤如湿疹样 (发红糜烂粗糙) 发展为溃疡，偶可覆痂皮， 部分病人可触及肿块

中毒

疾病	急性有机磷中毒		
诊断公式	有机磷接触史+呼出大蒜味气体+瞳孔缩小（针尖样瞳孔）+ 呕吐、流涎、流泪、多汗+肺部啰音+全血ChE（胆碱酯酶）活力降低		
治疗	洗胃	时间	争取在6小时内进行
		禁忌	2%碳酸氢钠敌百虫中毒禁用； 1:5000高锰酸钾对硫磷中毒者禁用
	解毒药		阿托品：对抗毒蕈碱样症状（M样） 解磷定和氯解磷定：对抗烟碱样症状（N样）



疾病	急性一氧化碳中毒
诊断公式	高浓度CO接触史（煤炉取暖/应用煤气热水器）+ 口唇黏膜樱桃红色+昏迷+血液COHb升高
治疗	首要处理：迅速将患者转移到空气新鲜的地方 最有效治疗：高压氧舱治疗



精神、神经系统





上下运动神经瘫痪的鉴别

症状和体征	上运动神经元损伤	下运动神经元损伤
肌张力	增强	降低
腱反射	亢进	消失或减弱
病理反射	出现（阳性）	不出现（阴性）
肌萎缩	不明显	明显
瘫痪	痉挛性瘫痪（硬瘫）	弛缓性瘫痪（软瘫）





小脑病损的表现

部位	表现
小脑占位性病变	压迫脑干出现去大脑僵直，称小脑发作综合征
小脑蚓部损害	躯干共济失调表现为不能保持直立姿势、站立不稳、向前或向后倾倒及闭目难立征、醉酒步态
小脑半球损害	一侧损害出现同侧肢体共济失调，表现为指鼻试验、跟膝胫试验，轮替试验笨拙，旋转性眼球震颤、小脑性语言

颅盖骨骨折的诊断及治疗

颅底骨折	表现	损伤脑神经
颅前窝骨折	眼睑和球结膜下形成淤血斑，称“眼镜征”或“熊猫眼”	嗅神经
颅中窝骨折	脑脊液耳漏和脑脊液鼻漏	视神经、动眼神经、滑车神经、展神经和三叉神经
颅后窝骨折	乳突和枕下部可见皮下淤血（Battle征）	舌咽神经、迷走神经、舌下神经和副神经



硬膜外血肿的鉴别诊断

	硬脑膜外血肿	急性硬脑膜下血肿
外伤史	颅盖部外伤史，颞部直接暴力伤	有头部外伤史
血肿部位	颅骨与硬脑膜之间；颞区最多	硬脑膜下腔
出血来源	最常见脑膜中动脉	脑皮质血管
意识障碍	昏迷→清醒→昏迷，有中间清醒期	持续昏迷，无中间清醒期，意识障碍进行性加深，瞳孔进行性散大
CT检查	颅骨内板和硬脑膜表面之间有双凸镜形或弓形高密度影	新月形或半月形高密度、少数为混杂密度或低密度

脑血管疾病鉴别诊断

项目	脑血栓形成	脑栓塞	脑出血
主要病因	脑动脉硬化、 动脉内膜炎	风湿性心瓣膜病、大动脉硬化 斑块脱落及房颤血栓脱落	高血压及动脉硬化
发病形式	安静、缓慢发病	发病急骤，最急， 发病时间不定	多在活动或情绪激动时发生
意识状态	清醒或有轻度意识模糊	昏迷较轻且易恢复	昏迷较深， 多呈持续性
瘫痪	大脑中动脉病变 考试最常见	单瘫或不完全偏瘫	基底核区出血考试 最常见



续表

项目	脑血栓形成	脑栓塞	脑出血
脑膜刺激征	少见	少见	多数可见
颅内压增高	少见	间有	多有
脑脊液	压力正常或稍高，清亮	压力正常或稍高，清亮	压力高，多为血性
头颅CT	脑实质内低密度病灶	脑实质内低密度病灶	脑实质内高密度病灶
治疗	控制颅内压（20%甘露醇），6小时内溶栓（尿激酶），抗凝		降颅压（甘露醇），调整血压、外科手术

精神分裂症

临床表现

分类	表现	特点		
阳性 症状	幻觉	幻嗅、幻视、幻味、幻触等，以幻听最常见		
	妄想	内容荒谬，但患者确深信不疑		
	瓦解症 状群	思维 形式 障碍	病理性赘述、思维散漫、思维破裂、语词新作、 缄默症、思维中断、思维云集、思维奔逸、 思维阻滞、思维贫乏等	
		行为症状	意向倒错、紧张性木僵、紧张性兴奋	
不适当情感		情感表达与外界环境和内心体验不协调		

阴性 症状	意志减退	安于现状 无所事事 对前途无打算
	快感缺乏	对平日参见的活动难获得愉快感觉
	情感迟钝	不能识别别人的情感表露，自己感情也不能正确表达
	社交退缩	社会关系冷漠、社交兴趣缺乏
	言语贫乏	言语缺乏产生减少



分型

单纯型	青少年起病，以阴性症状为主，极少出现幻觉妄想； 孤僻、生活懒散、进取心下降、对学习兴趣下降
青春型	青年期起病，以思维、情感和行的不协调为主要临床表现； 思维破裂、情感不协调、喜怒无常、爱扮鬼脸；意向倒错，出现荒谬幻觉
紧张型	青中年起病，紧张性兴奋与紧张木僵交替出现
偏执型	以妄想表现为主且伴有幻觉，妄想以关系被害妄想多见， 幻觉以讽刺、批评、威胁等不愉快内容多见

抑郁障碍

临床表现

分类	表现	特点
核心症状	心境低落	患者常表现为眉头紧锁、唉声叹气，严重者感觉度日如年，生不如死
	兴趣减退	先前喜欢的事物如今丧失兴趣、什么事情都不愿意去做
	快感缺失	不能从日常活动中感受到乐趣



心理症 状群	思维迟缓	反应迟钝，感觉脑子生锈了一样。做事优柔寡断，难以做决定
	认知功能损害	最常见主诉，学习能力下降语言表达流畅性变差
	负性认知模式	认为自己无价值，不值得人爱，对未来看不到希望
	自罪自责	认为自己犯了不可原谅的错误、甚觉得自己罪孽深重
	自杀观念和行 为	消极的自杀观念，觉着活着没什么意思， 自杀行为是抑郁障碍最严重症状和最危险的后果
	精神运动性迟 缓或激越	迟缓：行为言语活性明显减少，懒散、独坐一旁不与人沟通， 严重可达到亚木僵或木僵状态，激越症状正好与迟缓症状相反， 动作言语明显增加，大脑过度活跃
	焦虑	表现为心烦、担忧、紧张、无法放松
	精神病症状	可出现幻觉、妄想
	自知力缺乏	大多数患者自知力完整、严重患者自知力缺乏

儿科





体格发育的常用指标

常用指标	计算公式及特点
体重	小儿出生时平均体重约3.25kg
	$3\sim 12$ 月龄体重 = (年龄+9) \div 2
	$7\sim 12$ 岁体重 = (年龄 \times 7-5) \div 2
	1岁至青春期小儿体重 (kg) = 年龄 \times 2 + 8
身高 (长)	可反映小儿骨骼发育。小儿出生时身长平均为50cm
	1岁时可达75cm
	2岁时身长约为87cm
	2岁 ~ 青春期身高 = 年龄 \times 7 + 75 (cm)
头围	出生后3个月内头围可增长至40cm
	1岁时头围约为46cm
	2岁时, 头围约为48cm



小儿运动、骨骼和牙齿发育

类型	特点
小儿骨骼发育	前囟最迟于2岁前闭合；后囟最迟于生后6~8周关闭
	颈椎前凸在3个月出现；胸椎后凸在6月龄出现； 腰椎前凸在1岁时开始行走时出现
	$1 \sim 9$ 岁小儿腕部骨化中心数目 = 年龄 + 1
小儿牙齿发育	4~10个月开始萌出乳牙，超过12个月未萌出称为乳牙萌出延迟 2 岁以内乳牙数目 = 月龄 - (4~6)，小儿6岁时萌出第一颗恒牙
小儿运动发育	3抬4翻6会坐，7滚8爬周会走，2岁拿勺双脚跳



预防接种实施程序

年龄	接种疫苗
刚出生	卡介苗（产后3天进行，7岁、12岁各复种一次）、乙肝疫苗（第一次）
1月龄	乙肝疫苗（第二次）
2月龄	脊髓灰质炎疫苗（第一次）
3月龄	脊髓灰质炎疫苗（第二次），百白破三联疫苗（第一次）
4月龄	脊髓灰质炎疫苗（第三次），百白破三联疫苗（第二次）
5月龄	百白破三联疫苗（第三次）
6月龄	乙肝疫苗（第三次）
8月龄	麻疹减毒疫苗

出生乙肝卡介苗，二月脊灰炎正好，
三四五月百白破，八月麻疹和乙脑。



维生素D缺乏性佝偻病

	临床表现	辅助检查
初期 (早期)	非特异性精神神经表现，如易激惹、烦闹、枕秃、夜惊	①血生化检查：血清25- (OH) D ₃ 下降，PTH升高，血钙正常或稍低，血磷降低，碱性磷酸酶正常或稍高 ②X线：骨骼正常，或钙化带模糊
活动期 (激期)	主要为生长发育最快部位的骨骼改变： 3~6个月的小儿易出现颅骨软化； 7~8个月时出现方颅或鞍形颅； 1岁左右出现肋骨串珠、肋膈沟、鸡胸等； 6个月以后小儿出现手镯、足镯改变； 1岁以后可出现“O”形腿或“X”形腿	①血生化检查：血清25- (OH) D ₃ < 12μg/ml可诊断。血钙稍降低，血磷明显降低，碱性磷酸酶升高明显 ②X线：骨骺端钙化带消失，呈杯口状、毛刷状改变

	临床表现	辅助检查
恢复期	该期主要是经过治疗或日光照射之后出现，患儿表现减轻或消失。	血生化检查：血清25- (OH) D ₃ 恢复正常，血钙恢复正常，血磷明显降低，碱性磷酸酶逐渐恢复正常
后遗症期	多见于3岁以后，可残留不同程度的骨骼畸形	-

药物治疗：口服维生素D。
每天口服剂量为2000~4000IU。
预防：足月产儿在**生后2周开始**，每天补充维生素**D400IU**，至2岁。

新生儿生理性黄疸和病理性黄疸的鉴别

	出现时间	持续时间	血清胆红素	其他
生理性黄疸	足月儿：生后2~3天出现，4~6天达高峰，生后2周消退 早产儿：生后3~5天出现，5~7天达高峰，7~9天消退	足月儿 < 2周 早产儿 < 4周	每日胆红素升高 < 85 μ mol/L 或每小时 < 0.5mg/dl	一般情况好
病理性黄疸	新生儿出生后24小时内出现	足月儿 > 2周 早产儿 > 4周	每日胆红素升高 > 85 μ mol/L 或每小时 > 0.5mg/dl 血清结合胆红素 > 34 μ mol/L	黄疸退而复现，一般情况差



新生儿溶血病

	新生儿溶血病
发病机制	ABO溶血：主要发生在 母亲血型为O型，而胎儿血型为A型或B型 Rh溶血： 母为Rh阴性，子为Rh阳性 。Rh溶血一般不发生在第一胎
临床表现	Rh溶血病的症状较重，患儿黄疸多在生后24小时内出现并迅速加重； 还可出现肝脾肿大表现，严重者小儿出生后还可出现严重贫血或心力衰竭等
辅助检查	改良直接抗人球蛋白试验（Coombs试验）：为新生儿溶血病的确诊检查 抗体释放试验：也是新生儿溶血病的确诊检查 血型检查

新生儿败血症

诊断		治疗
临床表现	辅助检查	抗生素治疗：如怀疑新生儿败血症，应尽早使用抗生素。 常用的抗生素：头孢他啶、甲硝唑（针对厌氧菌）等
原发感染灶（脐炎）+ “五不一低下”（不吃、不哭、不动、体重不增、体温不升和反应低下） 新生儿出现病理性黄疸的特点、肝脾肿大，合并脑膜炎	血培养（+）+白细胞计数正常或升高，亦可减少	

遗传性疾病

类别	临床表现	辅助检查
唐氏综合征	<p>智能发育落后</p> <p>特殊面容：眼裂小、眼距宽、双眼外眦上斜，鼻梁低、外耳小、硬腭窄小，舌常伸出口外，流涎多，表情呆滞。</p> <p>皮肤细腻</p> <p>患儿手掌可出现通贯手</p>	<p>确诊依靠染色体核型分析。</p> <p>细胞遗传学检查：</p> <p>标准型（最常见）：常见核型为47, XX (或XY), +21</p> <p>易位型：</p> <p>D/G易位：为易位型最常见，主要为46, XX (或XY), -14, t (14q21q)</p>

小儿常见发疹性疾病的鉴别

	麻疹	水痘	风疹	幼儿急疹	猩红热
病因	麻疹病毒	水痘-带状疱疹病毒	风疹病毒	人类疱疹病毒 (HHV) 6型	A组 β 型溶血性链球菌
皮疹发热	疹出热盛	发热后出疹	发热1天后出疹	热退疹出	发热后出疹
皮疹特点	红色斑丘疹, 不痒	四世同堂 (斑疹、丘疹、疱疹、结痂), 伴痒感	红色斑疹、斑丘疹	红色斑丘疹 (玫瑰疹)	弥漫充血性针尖大小的丘疹



	麻疹	水痘	风疹	幼儿急疹	猩红热
出疹顺序	耳后、发际→ 额、面、颈部 →躯干、四肢 →手掌和足底	头、面和躯干→四 肢，呈向心性分布	面颊部→躯干和 四肢	面部和躯干	耳后→颈及 上胸部→躯 干和上肢→ 下肢
其他特点	麻疹黏膜斑 (Koplik斑)	-	耳后、枕部、后 颈部淋巴结肿大， 风疹病毒经胎盘 传播导致胎儿畸 形	-	贫血性皮肤 划痕、帕氏 线、“杨梅” 舌、口周苍 白圈
并发症	肺炎	皮肤继发感染	-	-	急性肾炎
麻疹重点补充：患者隔离至出疹后5天，若合并肺炎需隔离至出疹后10天					



小儿腹泻

病原体	特点
轮状病毒肠炎	大便次数和水分增多，呈蛋花样或黄色水样便带少量黏液，无腥臭味。常有脱水、酸中毒和电解质紊乱。大便镜检偶有白细胞
产毒性细菌引起的肠炎	呈蛋花样或水样混有黏液，常伴呕吐、脱水、电解质和酸碱平衡紊乱。大便镜检无白细胞。为自限性疾病

病原体	特点
侵袭性细菌引起的肠炎	多见于夏季，病原菌可为侵袭性大肠埃希菌腹泻频繁，大便呈黏液状，带脓血，有腥臭味，镜检有大量白细胞和数量不等红细胞
抗生素相关性腹泻	金黄色葡萄球菌肠炎，典型大便为暗绿色，量多带黏液，部分患者为血便。镜检可见大量脓细胞以及成簇的革兰阳性球菌，培养发现葡萄球菌生长，凝固酶阳性
	假膜性小肠结肠炎，病原菌为难辨梭状芽孢杆菌，因坏死毒素可导致肠黏膜坏死形成假膜，故可有假膜排出



	轻度脱水	中度脱水	重度脱水
失水量ml/kg	30 ~ 50	50 ~ 100	50 ~ 100
占体重	< 5%	5% ~ 10%	> 10%
精神	稍差, 略烦躁	萎靡, 烦躁	淡漠, 昏迷
眼泪	有	少	无
口渴	轻	明显	烦渴
尿量	稍减少	少尿	严重少尿甚至无尿
皮肤黏膜	稍干燥	干燥、苍白	干燥、花纹
眼窝	稍凹陷	凹陷	明显凹陷
前囟	稍下陷	下陷	明显下陷



脱水程度			脱水性质		
轻度脱水	中度脱水	重度脱水	低渗性脱水	等渗性脱水	高渗性脱水
30 ~ 50ml/kg	50 ~ 100ml/kg	100 ~ 120ml/kg	2/3张含钠液	1/2张含钠液	1/3 ~ 1/5张含钠液

若患者为重度脱水伴循环不良和休克，应先在30分钟~1小时内按20ml/kg输入等张含钠液，其余累计损失量在8~12小时内完成。原则为先快后慢，在最初8~12小时补充第1天补液总量的1/2，速度为每小时8~12ml/kg，余下液体12~16小时内补完，速度为5ml/kg

2:1含钠液为等张液体（2份0.9%氯化钠，1份1.4%碳酸氢钠或1.87%乳酸钠）；2:3:1含钠液为1/2张液体（2份0.9%氯化钠，3份5%或10%葡萄糖，1份1.4%碳酸氢钠或1.87%乳酸钠）



女性生殖系统



卵巢功能与卵巢周期性变化

卵巢生殖功能的周期性变化	<p>①排卵：排卵多发生在下次月经来潮前14日，可靠指标为LH高峰。</p> <p>②黄体形成及退化：功能和体积在排卵后7~8日达到顶峰。若卵子未受精，黄体在排卵后9~10日开始衰退，形成白体。黄体功能维持到排卵后14日</p>
卵巢性激素的合成及分泌	<p>①甾体激素代谢：主要在肝内代谢，经肾脏排出</p> <p>②卵巢性激素分泌的周期性变化： a.雌激素，卵泡发育初期（量少）→排卵前（高峰）→排卵后（暂时下降）→排卵后7~8日（又一高峰）→月经期（最低水平）； b.孕激素，卵泡期（无分泌）→排卵后7~8日（最高峰）→月经期（卵泡期水平）。 雌激素还可降低循环中胆固醇水平，维持和促进骨基质代谢</p> <p>③雄激素的生理作用：促进阴毛、腋毛的生长。雄激素过多会抑制子宫内膜增生和阴道上皮的增生、角化</p>



雌激素和孕激素的生理作用

生理作用		雌激素	孕激素
协同作用	乳房	乳腺管增生, 乳头、乳晕着色	乳腺泡增生
拮抗作用	阴道上皮	增生、角化, 黏膜变厚; 增加细胞内糖原含量, 使阴道维持酸性环境	脱落加快
	宫颈黏液	分泌增加, 性状变稀薄, 易拉成丝状	分泌减少, 性状变黏稠
	宫颈口	松弛扩张	闭合
	子宫肌	促进子宫肌细胞增生肥大; 增加子宫平滑肌对缩宫素的敏感性	降低子宫平滑肌对缩宫素的敏感性, 抑制宫缩
	子宫内膜	使子宫内膜腺体和间质增生、修复	使子宫内膜从增生期转化为分泌期
	输卵管蠕动	增强	抑制
	水钠代谢	水钠潴留	水钠排泄
其他	下丘脑、垂体	正、负反馈作用	负反馈作用
	基础体温	单相型	双相型 (上升0.3~0.5°C)



正常分娩

产程分期	临床经过及处理
第一产程	<p>①临床表现：宫缩规律（随着产程的进展，宫缩持续时间长，强度增加而间歇期缩短）、宫口扩张、胎头下降程度、胎膜破裂（正常破膜多发生在宫口近开全时）；</p> <p>②产程观察及处理： a.产程观察及处理：胎头颅骨最低点平坐骨棘平面时以“0”表达。 在坐骨棘平面下1cm时以“+1”表达，在坐骨棘平面上1cm时以“-1”表达； b.胎心和母体观察及处理：胎心监护需要间歇期听诊，潜伏期1次/1~2h，活跃期1次/15~30min，每次听诊时间1min； 初产妇宫口扩张<4cm、经产妇<2cm可行温肥皂水灌肠以防止污染、加强宫缩</p>
第二产程	<p>①临床表现：a.胎膜破裂；b.胎头拨露；c.胎头着冠；d.胎儿娩出；</p> <p>②产程观察及处理：密切观察胎心（每5分钟或宫缩后在间歇期听一次胎心，听诊时间至少30~60s）、密切监测宫缩、阴道检查、指导产妇用力；</p> <p>③接产：保护会阴应从胎头拨露使阴唇后联合紧张时开始。必要时行会阴切开</p>
第三产程	<p>a.新生儿处理：擦干、保暖；清理呼吸道；阿普加评分；处理脐带等；</p> <p>b.产妇处理：协助胎盘娩出（胎盘尚未完全剥离时不应用力按揉、下压宫底、牵拉脐带等）；检查胎盘、胎膜、软产道；预防产后出血（在胎盘娩出后可用麦角新碱）</p>



流产的诊断与鉴别诊断

类型	症状			妇科检查	
	停经、腹痛及阴道流血			宫颈口	子宫大小
	出血量	下腹痛	组织排出		
先兆流产	少	无或轻	无	未开	与停经周数相符
难免流产	增多	加剧	无	扩张	与停经周数相符或略小
不全流产	出血→休克	减轻	部分排出	扩张、有物堵塞	小于停经周数
完全流产	少→无	消失	全部排出	关闭	正常子宫大小
稽留流产	早孕反应消失，子宫不再增大反而缩小，宫口未开				
复发性流产	与同一性伴侣连续自然流产≥3次者，晚期见于子宫解剖异常（宫颈内口松弛）等				

异位妊娠的诊断与鉴别诊断

病因	输卵管炎症为主要病因
病理	输卵管妊娠破裂多见于峡部妊娠（6周左右），间质部（12~16周）； 输卵管妊娠流产：壶腹部或伞部（8~12周）
辅助检查	<p>①超声诊断：宫腔内未探及妊娠囊，宫旁探及异常低回声区，见胚芽、卵黄囊、原始心管搏动时可确诊</p> <p>②hCG测定：异位妊娠hCG升高但水平低于宫内妊娠</p> <p>③阴道后穹隆穿刺：简单可靠，对疑有腹腔内出血患者适用，若抽出暗红色不凝血液，提示腹腔积血。卵巢黄体破裂穿刺也可抽出血液，但hCG为阴性，应注意两者鉴别。</p> <p>④诊断刮宫：异位妊娠仅见蜕膜无绒毛，若见到绒毛，则为宫内妊娠</p>
<p>诊断：①输卵管妊娠破裂诊断：停经（6~8周）+腹痛（突感一侧下腹疼痛呈撕裂样）+阴道流血+休克+腹部包块+下腹压痛、反跳痛+移动浊音（+）+宫颈抬举痛/子宫漂浮感/阴道后穹隆饱满、触痛</p> <p>②输卵管妊娠流产诊断：停经+腹痛+少量阴道流血+休克+移动性浊音（±）</p>	

胎盘早剥、前置胎盘的诊断与鉴别诊断

	胎盘早剥	前置胎盘
病因	妊娠期高血压、外伤	双胎妊娠、胎盘面积过大； 多次流产刮宫史等引起的子宫内膜炎； 受精卵滋养层发育迟缓
病理	底蜕膜出血并形成血肿	-
临床表现	孕20周后出现腹痛，阴道流血。 阴道出血量与疼痛和剥离程度不成正比。 胎盘早剥达到Ⅲ级：可出现休克状况，可伴有DIC； 检查可见子宫硬如板状，胎位不清，胎心消失	孕晚期（28周后）或临产后出现 无诱因、反复无痛性阴道流血，子 宫和孕期周数相符，子宫软，轮廓清楚， 无压痛，胎先露高浮
辅助检查	超声检查（协助了解胎盘的位置及早剥的类型， 明确胎儿大小及存活情况）	超声检查（确定前置胎盘位置） 磁共振检查（怀疑合并胎盘植入）

产后出血的处理与预防

	原因	产后处理
处理	子宫收缩乏力	按摩或按压子宫、给予宫缩剂（ 缩宫素 是预防和治疗首选药物）、宫腔纱条或球囊填塞、结扎盆腔血管、经导管动脉栓塞、切除子宫
	胎盘因素	胎盘已剥离则应立即取出胎盘； 胎盘粘连则试行徒手剥离胎盘后取出； 疑有胎盘植入，切忌强行剥离，以手术切除子宫为宜
	软产道裂伤	彻底止血，缝合裂伤
	凝血功能障碍	补充凝血因子、纠正休克，可输新鲜血浆、血小板、凝血因子等，处理DIC
预防	产后出血多发生在产后2小时内，需严密检测生命体征。 鼓励产妇排空膀胱，与新生儿早接触、早吸吮，引起反射性子宫收缩，减少出血量	

羊水栓塞

羊水栓塞诊断

	羊水栓塞诊断
时间	分娩前2h至产后30min之间
临床表现	前驱症状：呼吸急促、呛咳、胸痛、焦虑、烦躁、恶心呕吐等 心肺功能衰竭和休克：突发的呼吸困难、发绀、低血压、意识丧失、 右心功能受损和肺底部湿啰音等，严重者数分钟死亡
诊断	产妇破膜不久/分娩时+突感寒战+前驱症状+呼吸困难、发绀、低血压 (题目中往往仍以血涂片中找到羊水有形物质为确诊羊水栓塞的依据)



阴道炎

	细菌性阴道病	外阴阴道念珠菌病	滴虫阴道炎
传播途径	混合感染（乳杆菌减少、加德纳菌增加）	内源性传染	经性交传播是主要传播方式
分泌物特点	白色，匀质，腥臭味	白色，豆腐渣样	脓性，泡沫状
诊断	鱼腥臭味的稀薄阴道分泌物增多+线索细胞阳性+胺试验阳性	分泌物呈凝乳状或豆腐渣样+阴道黏膜附有白色块状物，擦除后可露出红肿黏膜面+阴道分泌物找到假丝酵母菌的假菌丝或芽生孢子（确诊）	泡沫状、稀薄脓性分泌物+阴道分泌物中找到阴道毛滴虫（确诊）

盆腔炎

最低标准	性活跃年轻女性+ 宫颈举痛/子宫压痛/附件压痛
附加标准	①体温 $> 38.3^{\circ}\text{C}$ (口表) ; ②宫颈异常分泌物或脆性增加; ③阴道分泌物在0.9%氯化钠溶液湿片中可见大量白细胞; ④子宫淋病奈瑟菌或衣原体阳性
特异标准	①子宫内膜活检证实子宫内膜炎; ②阴道超声或MRI示输卵管增粗, 输卵管积液; ③腹腔镜检查示盆腔炎性疾病征象

子宫颈癌

临床表现	<p>阴道流血：主要表现为接触性阴道流血，是外生型子宫颈癌的早期症状 老年患者多是绝经后不规则阴道流血；</p> <p>阴道排液：大部分患者有白色或血性、有腥臭味的阴道排液 晚期可有米泔样或者脓性恶臭白带</p>
诊断	<p>宫颈癌的早期病例诊断采用“三阶梯”程序， 宫颈细胞学检查和HPV检测、阴道镜检查、宫颈活组织检查；</p> <p>宫颈癌=接触性阴道出血+宫颈可见到菜花状、息肉状赘生物， 组织脆，触之易出血+宫颈糜烂</p>

子宫内膜癌

	子宫内膜癌
临床表现	绝经后阴道流血，量不多。未绝经者可出现经量增多、经期延长等
辅助检查	①诊断性刮宫：常用且有价值的诊断方法（首选），常行分段诊刮。组织学检查确诊； ②宫腔镜（取活检提高诊断准确率）、超声（宫腔内不均回声区）、血清CA125升高
诊断	中老年女性 + 绝经后阴道流血 + 宫腔内不均回声

妊娠滋养细胞肿瘤的诊断与鉴别诊断

	侵蚀性葡萄胎	绒癌
辅助检查	<p>①血清hCG：是主要诊断依据</p> <p>②超声：肌层内可见高回声团块或有回声不规则区域或团块。彩超显示为丰富的血流信号</p> <p>③X线：肺转移时可见棉球状或团块状阴影</p>	
组织学诊断	组织中见到绒毛或退化的绒毛阴影	可见成片滋养细胞浸润及坏死出血，无绒毛结构
诊断	葡萄胎妊娠/葡萄胎排空后半年内+阴道流血+转移表现+血清hCG升高+病理可见到绒毛或退化的绒毛阴影	葡萄胎妊娠/流产/足月产/葡萄胎排空后一年以上+阴道流血+转移表现+血清hCG升高+无绒毛结构

抢先一步知晓成绩



成绩查询预约
不用苦苦等待
微信扫描预约
第一时间通知您



谢谢大家

