

中西医结合执业（含助理）医师资格考试 100 考点

1.肺生理机能：①肺主气司呼吸；②肺主行水；③肺朝百脉，主治节

生理特性：①肺为华盖；②肺为娇脏；③肺气宣降

2.火热之邪：①火热为阳邪；其性燔灼向上；②火热易扰心神；③火热易伤津耗气；④火热易生风动血；⑤火邪易致疮痍

3.淡白舌①白湿润舌为脾阳虚损，水湿停留。②舌淡白少津为阳气虚损，津不上承。

③淡白光莹舌为气血两虚

4.十八反歌诀：本草明言十八反，半蒺贝戟及攻乌，藻戟遂芫俱战草，诸参辛芍叛藜芦

5.胃火牙痛：石膏

6.噤口痢：石菖蒲

7.大柴胡汤

【组成】柴胡、黄芩、半夏、生姜、大黄、枳实、芍药、大枣

【趣味记忆】大柴指使小柴去深草处拉黄屎

【功用】和解少阳，内泻热结

【主治】少阳阳明合病。

8.温脾汤(《备急千金要方》)

【组成药物】大黄、附子、干姜、人参、芒硝、当归、甘草

【趣味记忆】干姜大人附子芒归国。

【功用】攻下冷积，温补脾阳。

【主治证候】阳虚寒积证。

【配伍意义】本方证因脾阳不足，阴寒内盛，寒积中阻，温通、泻下、补益三法兼备

9.郑声指神识不清，语言重复，时断时续，语声低弱模糊的症状。多因久病脏气衰竭，

心神散乱所致，属虚证，故《伤寒论》谓“虚则郑声”。见于多种疾病的晚期、危重

阶段

10.火淫证指外感火热邪毒，阳热内盛，以发热、口渴、胸腹灼热、面红、便秘尿黄、舌红苔黄而干、脉数或洪等为主要表现的证候。又称火热证

11.心脾气血两虚证与心肝血虚证的鉴别要点：都有心血不足和心神失养，不同点是心脾气血两虚证兼有脾失健运，血不归经的表现，心肝血虚有肝血不足，失于充养的表现。

12.慢性阻塞性肺疾病

诊断标准：有呼吸困难、慢性咳嗽或多痰的患者，并且有暴露于危险因素的病史，肺功能检查：吸入支气管扩张剂之后 $FEV_1/FVC < 70\%$ ，表明存在气流受限，即可诊断。

13.消化性溃疡

外科手术指征：(1)大出血经内科紧急处理无效；(2)急性穿孔等。

肝胃郁热证—清胃泄热，疏肝理气—化肝煎合左金丸加减；

14.尿路感染

膀胱湿热证清热利湿通淋八正散加减

15.慢性肾衰竭的诊断是 $Ccr < 80ml/mm$ ， $Scr > 133\mu mol/L$ ，有慢性原发或继发性肾脏疾病病史。

16.甲亢的西医治疗：1.抗甲状腺药物治疗；2.辅助药物治疗；3. ^{131}I 放射性治疗；

4.手术治疗。

17.类风湿关节炎的诊断：1)晨僵持续至少1小时(≥ 6 周)；2)3个或3个以上关节肿胀(≥ 6 周)；3)腕关节或掌指关节或近端指间关节肿胀(≥ 6 周)；4)对称性关节肿胀(≥ 6 周)；5)类风湿皮下结节；6)手和腕关节的X线片有关节端骨质疏松和关节间隙狭窄；7)类风湿因子阳性。

上述7项中，符合4项即可诊断为类风湿关节炎

18.十二经脉循行走向与交接规律

交接规律：相表里的阴经与阳经在手足末端（指、趾）交接；阳经与阳经（同名阳经）在头面部交接；相互衔接的阴经与阴经在胸中交接

19.《十二原穴歌》：肺原太渊肠合谷，胃原冲阳脾太白，心原神门小肠腕，膀胱京骨肾太溪，心包大陵焦阳池，胆原丘墟肝太冲。

20.面痛的处方：主穴：攒竹、四白、下关、地仓、合谷、太冲、内庭。

21.外科输血的禁忌症：脑出血、恶性高血压、充血性心力衰竭、急性肾衰伴明显氮质血症者、急性肺水肿、肺栓塞、肝功能衰竭及各种黄疸

22.脑震荡昏迷期治疗方法：开窍通闭 方剂：苏合香丸或至宝丹急灌服。

23.中度烧伤：Ⅱ度烧伤面积在 10%~29%，或Ⅲ度烧伤面积不足 10%。

24.产前系列检查应从妊娠 20 周起进行。

25.产后败血上冲有“冲心”“冲肺”“冲胃”三种危重症。

26.子肿 气滞湿阻证 理气行滞，除湿消肿 天仙藤散

27.产褥感染①发热；②腹痛；③恶露异常；④下肢血栓静脉炎

28.新生儿硬肿症（寒冷损伤综合征）实验室检查：血白细胞总数升高或减少，中性粒细胞增高，血小板减少。

29 心肌炎诊断依据：（1）心功能不全、心源性休克或心脑综合征；。（2）心脏扩大；（3）心电图改变；（4）心肌酶：CK-MB升高或心肌肌钙蛋白（cTnI或cTnT）阳性

30 引起急性脑炎较常见的病毒是肠道病毒、单纯疱疹病毒、虫媒病毒、腺病毒、巨细胞病毒及某些传染病病毒等

31.阿托品的禁忌症：青光眼，幽门梗阻及前列腺肥大等患者

32.β受体阻滞药 1)快速型心律失常；2)心绞痛和心肌梗死；3)治疗高肾素型和心输出量偏高的高血压；4)甲亢、偏头痛、青光眼

33.人工合成镇痛药哌替啶作用：1.镇痛；2.麻醉前给药；3.人工冬眠；4.心源性哮喘

喘

34.中效利尿药：氢氯噻嗪 氢氟噻嗪等

35.血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂 氯沙坦、缬沙坦、伊白沙坦等

36.维拉帕米用于室上性心律失常，是治疗阵发性室上性心动过速的首选药，尤其适用于冠心病、高血压伴有心律失常者

37.弛张热：体温在 39℃以上，但波动幅度大，24 小时内体温差达 2℃以上，最低时一般仍高于正常水平。常见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症等

38.左下腹部或下腹部疼痛多见于结肠疾病、膀胱炎、盆腔炎、异位妊娠破裂

39.左心衰竭、肺结核夜间咳嗽明显。

40.犬吠样咳嗽多见于喉头炎症水肿或气管受压

41.癃症性呼吸困难呼吸频速且表浅

42.呕吐物含胆汁多见于十二指肠乳头以下的十二指肠或空肠梗阻

43.甲状腺功能亢进面容眼裂增大，眼球突出，目光闪烁，呈惊恐貌，兴奋不安，烦躁易怒

44.在相当于第二磨牙处的颊黏膜出现直径约 1 mm 的灰白色小点，外有红色晕圈，为麻疹黏膜斑，是麻疹的早期特征

45.心尖搏动减弱且与心尖浊音界不一致大量心包积液，心尖搏动位于心浊音界内侧

46.急性胰腺炎①水肿型：表情痛苦，无腹壁紧张与反跳痛。②出血坏死型：休克、腹膜刺激征、移动性浊音阳性、腹胀、肠鸣音减弱或消失、上腹部可触及包块

47.γ-谷氨酰转氨酶（γ-GT）升高多见于肝癌、胆道阻塞、肝脏疾病

48.内生肌酐清除率（Ccr）判断肾小球损害的敏感指标，能较早地反映肾小球滤过功

能，当 Ccr 降低到正常值 50% 以下时，大部分患者血清尿素氮、血肌酐仍在正常范围

49. 血清钾降低可见于：①钾盐摄入不足，如长期低钾饮食、禁食或厌食等。②钾丢失过多，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

50. 慢性冠状动脉供血不足：①S-T 段压低 $\geq 0.05 \text{ mV}$ ；②T 波低平、双向或倒置。

中西医结合内科

51. 慢性阻塞性肺疾病

52. 诊断：有呼吸困难、慢性咳嗽或多痰的患者，并且有暴露于危险因素的病史，肺功能检查：吸入支气管扩张剂之后 $\text{FEV}_1 / \text{FVC} < 70\%$ ，表明存在气流受限，即可诊断。

53. 体征：桶状胸，双侧语颤减弱，肺部过清音，心浊音界缩小，肺下界和肝浊音界下降，两肺呼吸音减弱，呼气延长，部分患者可闻及湿性啰音和（或）干性啰音。

54. 中医辨证论治：1. 外寒里饮证—温肺散寒，涤痰降逆—小青龙汤加减；

2. 痰浊阻肺证—健脾化痰，降气平喘—二陈汤合三子养亲汤加减；

3. 痰热郁肺证—清热化痰，宣肺平喘—桑白皮汤或越婢加半夏汤加减；

4. 痰蒙神窍证—涤痰，开窍，息风—涤痰汤、安宫牛黄丸或至宝丹加减；

5. 肺脾气虚证—健脾益肺—生脉散合六君子汤加减；

6. 肺肾气虚证—补肺纳肾，降气平喘—补虚汤合参蛤散；

7. 阳虚水泛证—温肾健脾，化饮利水—真武汤合五苓散加减。

二、肺炎

中医病因病机：本病属外感病，病位在肺，与心、肝、肾关系密切，病分虚、实两类，以实者居多。外邪内侵，邪郁于肺，化热、生痰、酿毒，三者互结于肺，发为本病。

西医治疗：1). 肺炎链球菌肺炎：首选青霉素 G

2). 葡萄球菌肺炎：半合成青霉素或头孢菌素

3). 克雷伯杆菌肺炎：头孢噻肟钠或头孢他啶联合妥布霉素或阿米卡星

4). 军团菌肺炎：首选红霉素

中医辨证论治：1. 邪犯肺卫证—疏风清热，宣肺止咳—三拗汤或桑菊饮加减；

2. 痰热壅肺证—清热化痰，宽胸止咳—麻杏石甘汤合千金苇茎汤加减；

3. 热闭心神证—清热解毒，化痰开窍—清营汤加减；

4. 阴竭阳脱证—益气养阴，回阳固脱—生脉散合四逆汤加减；

5. 正虚邪恋证—益气养阴，润肺化痰—竹叶石膏汤加减。

三、心力衰竭分期及心功能分级：I 级：患者患有心脏病，但日常活动量不受限制，一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

II 级：心脏病患者的体力活动受到轻度限制，休息时无自觉症状，但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

III 级：心脏病患者体力活动明显受限，小于平时一般活动即引起上述症状。

IV 级：心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心衰的症状，体力活动后加重。

四：慢性心力衰竭

药物治疗：

(1) 抑制神经内分泌激活：①血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)；② β 受体阻滞剂；

(2) 改善血流动力学：①利尿剂；②地高辛；

(3) 其他药物：①醛固酮受体拮抗剂；②血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB)；③环腺苷酸(CAMP)依赖性正性肌力药。

中医辨证论治：1. 心肺气虚证补益心肺养心汤合补肺汤加减；

2. 气阴亏虚证益气养阴生脉散合酸枣仁汤加味；

3. 气虚血瘀证益气活血，疏肝通络人参养荣汤合桃红四物汤加减；

4. 阳虚饮停证益气温阳，蠲饮平喘真武汤加减；

5. 心肾阳虚证温补心肾桂枝甘草龙骨牡蛎汤合金匱肾气丸加减；

6. 痰饮阻肺证宣肺化痰，蠲饮平喘三子养亲汤合真武汤加减。

五：原发性高血压

诊断(血压分级及危险分层)：1级高血压(轻度)：收缩压(mmHg)140-159，舒张压

(mmHg)和(或)90-99；

2级高血压(中度)：收缩压(mmHg)160-179，和(或)100-109；

3级高血压(重度) 收缩压(mmHg) ≥180，舒张压(mmHg) 和(或)≥110

单纯收缩期高血压：收缩压(mmHg) ≥140,舒张压(mmHg) 和<90。

药物治疗：降压药物的应用：

1)利尿剂：常用的有氢氯噻嗪、氯噻酮等；

2)β受体阻滞剂：美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔等；

3)钙通道阻滞剂：氨氯地平、维拉帕米和地尔硫卓；

4)血管紧张素转换酶抑制剂：卡托普利、依那普利；

5)血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂：常用的有氯沙坦、缬沙坦；

6)α受体阻滞剂。

1.中医辨证论治：肝阳上亢证—平肝潜阳—天麻钩藤饮加减；

2.痰湿内盛证—祛痰降浊—半夏白术天麻汤加减；

3.瘀血内停证—活血化瘀—血府逐瘀汤加减；

4.肝肾阴虚证—滋补肝肾，平潜肝阳—杞菊地黄丸加减；

5.肾阳虚衰证—温补肾阳—济生肾气丸加减。

六、心脏瓣膜病

(1)二尖瓣狭窄：

1)症状：①呼吸困难；②咯血；③咳嗽；④声音嘶哑；

2)体征：①二尖瓣面容；②二尖瓣狭窄的心脏体征：a.心尖区可闻及第一心音(S₁)

亢进和开瓣音；b.心尖区有低调的隆隆样舒张中晚期杂音。

(2)二尖瓣关闭不全：

1)症状：疲乏无力，呼吸困难；

2)体征：心尖部较粗糙的吹风样全收缩期杂音，范围广泛，常向左腋下及左肩胛下角传导。

(3)主动脉瓣狭窄：

1)症状：呼吸困难、心绞痛和晕厥；

2)体征：可听到高调、粗糙的递增-递减型收缩期杂音，向颈部传导，可有收缩早期喷射音。

(4)主动脉瓣关闭不全：

1)症状：心悸、心前区不适、头部强烈搏动感等；

2)体征：主动脉瓣第二听诊区可闻及叹气样递减型舒张期杂音，可向心尖部传导，前倾位和深吸气更易听到。

1.气阴两虚证—益气养阴，宁心复脉—炙甘草汤加味；

2.气虚血瘀证—益气养心，活血通脉—独参汤合桃仁红花煎加减；

3.心肾阳虚证—温补心肾，化气行水—参附汤合五苓散加减；

4.阳虚水泛证—温肾助阳，泻肺行水—真武汤合，葶苈大枣泻肺汤加减；

5.心阳虚脱证—补虚固脱—参附汤加味。

七：肝硬化

临床表现：(1)肝功能代偿期：部分有脾肿大、肝掌和蜘蛛痣。

(2)肝功能失代偿期：

1)肝功能减退的临床表现：①全身症状；②消化道症状；③出血倾向及贫血；④内分泌紊乱；

2)门静脉高压症的临床表现：①脾肿大；②侧支循环的建立和开放；③腹水，是肝硬化代偿功能减退最突出的体征。

八：慢性肾小球肾炎

1. **临床表现：**症状：早期患者可有疲倦乏力、腰部酸痛、食欲不振等。多数患者有

水肿。

体征：(1)水肿；(2)高血压；(3)贫血。

2、辨证论治：本证：(1)脾肾气虚证补气健脾益肾异功散加味；

(2)肺肾气虚证补益肺肾玉屏风散合金匱肾气丸加减；

(3)脾肾阳虚证温补脾肾附子理中丸或济生肾气丸加减；

(4)肝肾阴虚证滋养肝肾杞菊地黄丸加减；

(5)气阴两虚证益气养阴参芪地黄汤加减。

标证：(1)水湿证利水消肿五苓散合五皮饮加减；

(2)湿热证清热利湿三仁汤加减；

(3)血瘀证活血化瘀血府逐瘀汤加减；

(4)湿浊证健脾化湿泄浊胃苓汤加减

九：再生障碍性贫血

临床表现：再障主要表现为**贫血、感染和出血**。

诊断：(1) **全血细胞减少**，网织红细胞百分数 <0.01 ，淋巴细胞比例增高。

(2) 一般**无脾肿大**。

(3) 骨髓检查显示至少一部位增生减低或重度减低，骨髓小粒成分中见非造血细胞增多。

(4) 能除外其他引起全血细胞减少的疾病。

(5) 一般抗贫血药物治疗无效。

2.再障分型标准

(1) **重型再障 (SAA)**

1) 临床表现：发病急，贫血呈进行性加剧，常伴严重感染及内脏出血。

2) 血象：具备下述三项中两项：①网织红细胞绝对值 $<15 \times 10^9/L$ 。②中性粒细胞 $<0.5 \times 10^9/L$ 。③血小板 $<20 \times 10^9/L$ 。

3) 骨髓象：骨髓增生广泛重度减低。

(2) **非重型再障 (NSAA)**：指达不到 SAA 诊断标准的 AA。

十、糖尿病

诊断：（1）糖化血红蛋白 $HbA_{1c} \geq 6.5\%$ ；（2）空腹血糖（FPG） $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ，OGTT 2小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ；（4）有高血糖的典型症状或高血糖危象，随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ；（5）如无明确的高血糖症状，结果应重复检测确认。

中医辨证论治：1.阴虚燥热证：

（1）上消（肺热伤津证）清热润肺，生津止渴消渴方加减；

（2）中消（胃热炽盛证）清胃泻火，养阴增液玉女煎加减；

（3）下消（肾阴亏虚证）滋阴固肾六味地黄丸加减。

2.气阴两虚证益气健脾，生津止渴七味白术散加减；

3.阴阳两虚证滋阴温阳，补肾固涩金匱肾气丸加减；

4.痰瘀互结证活血化瘀祛痰平胃散合桃红四物汤加减；

5.脉络瘀阻证活血通络血府逐瘀汤加减。

中医外科

一、证治概要

五善：心善、肝善、脾善、肺善、肾善，在病程中出现善的症状表示**预后较好**。

七恶：心恶、肝恶、脾恶、肺恶、肾恶、脏腑败坏、气血衰竭（脱证），在病程中出现恶的症状表示**预后较差**。

顺证：外科疾病在其发展过程中，按着**顺序出现**应有的症状者，称为“顺证”。

逆证：外科疾病在其发展过程中，**不以顺序而出现**不良的症状者，称为“逆证”。

二、体液与营养代谢

等渗性缺水：指血钠浓度正常而细胞外液**容量减少**的一种缺水。

高渗性缺水：指细胞外液减少并呈现**高钠血症**的一种缺水。

低渗性缺水：指细胞外液减少并呈现**低钠血症**的一种缺水。

三、输血

1.适应证：**急性出血**：若失血量在 1000ml(全身血容量 20%)以上时，则必须及时输血(压积红细胞)；

2. **贫血或低蛋白血症**；

3. **凝血机制异常和出血性疾病**；

4. **重症感染。**

禁忌症：脑出血、恶性高血压、充血性心力衰竭、急性肾衰伴明显氮质血症者、急性肺水肿、肺栓塞、肝功能衰竭及各种黄疸。

不良反应：1.非溶血性发热反应，2.过敏反应，3.溶血反应，4.循环超负荷，5.细菌污染反应，6.枸橼酸盐中毒，7.疾病传播，8.其他

并发症：1.发热反应，2.过敏反应，3.溶血反应，4.循环超负荷，5.细菌污染反应，6.枸橼酸盐中毒，7.疾病传播。

四、丹毒（皮肤及其网状淋巴管的急性炎症）

临床表现：好发部位为下肢和头面部，起病急，患者常有头痛、畏寒、发热等全身症状，局部表现呈片状红疹，**颜色鲜红**，中间较淡，**边缘清楚**，略为隆起。

西医治疗：注意休息，抬高患肢，局部湿热敷，全身应用抗生素。

辨证治疗：1. **风热化火证：**散风清火，普济消毒饮

2、**肝胆湿热证：**清肝泄热利湿，龙胆泻肝汤或柴胡清肝汤加减

3、**湿热化火证，**利湿清热解毒，五神汤合萆薢渗湿汤加减

4、**胎火胎毒证，**凉营清热解，犀角地黄汤加减

5、**毒邪内攻证，**凉营泻火解毒，清瘟败毒饮合犀角地黄汤加减

五、全身性感染

辨证论治：1、**疔疮走黄证，**凉血清热解毒。五味消毒饮合黄连解毒汤加减

2、**火陷证，**凉血解毒，泄热养阴，清心开窍，清营汤加减

3、**干陷证，**补养气血，托毒透邪，佐以清心安神托里消毒散加减

4、**虚陷证，**温补脾肾，附子理中汤加减

六、烧伤

烧伤面积的估计：

中国新九分法——头颈部：**1x9%**；躯干：**3x9%**；两上肢：**2x9%**；双下肢：**5x9% + 1%**，共为 **11 x 9% + 1%**

手掌法：患者并指的掌面约占体表面积的 **1%**。

三度四分法

I度烧伤：仅伤及表皮浅层。表面呈**红斑状**，干燥无渗出，有烧灼感，3~7天痊愈，短期内可有色素沉着。

浅II度烧伤：伤及表皮的生发层、真皮乳头层。局部红肿明显，有薄壁大水疱形成，内含淡黄色澄清液体，水疱皮如被剥脱，一般不留瘢痕，多数有色素沉着。

深II度烧伤：伤及皮肤的真皮层，介于浅II度和III度之间，也可有水疱，但去疱皮后创面微湿，红白相间，**痛觉较迟钝**。

III度烧伤：为全层皮肤烧伤，甚至达到皮下、肌肉或骨骼。创面无水疱，呈蜡油或焦黄色，甚至炭化，痛觉消失，局部温度低，皮层凝固性坏死后形成焦痂，触之如皮革，痂下可见树枝状栓塞的血管。

烧伤严重程度的判断：

1. **轻度烧伤**：II度烧伤面积在 **9%以下**。

2. **中度烧伤**：II度烧伤面积在 **10%~29%**，或III度烧伤面积不足 **10%**。

3. **重度烧伤**：烧伤总面积在 **30%~49%**，或III度烧伤面积在 **10%~19%**，或II、III度烧伤面积虽不到上述百分比，但已发生休克等并发症、呼吸道烧伤或有较重的复合伤。

4. **特重烧伤**：烧伤总面积在 **50%以上**；或III度烧伤面积在 **20%以上**；或已有严重并发症。

七、腹外疝

1. **病因**：腹外疝的发病原因有**腹壁强度降低**和**腹内压增高**两大因素。

2. **病理**：解剖典型的腹外疝由**疝环**、**疝囊**、**疝内容物**和**疝外被盖**组成。

3、腹股沟斜疝

易复性斜疝：此型斜疝用手轻按疝囊，嘱患者咳嗽，可扪及**膨胀性冲击感**。病人平卧或用手法将包块向腹环处推挤，**包块可回纳消失**。

难复性斜疝：此型斜疝除坠胀感、牵引痛稍重外，其主要表现为**包块不能完全回纳**，尚有消化不良和便秘等症状。

4、腹股沟直疝

临床表现：多见于老年男性体弱者，其基本表现与斜疝相似，但其**包块位于腹股沟内侧和耻骨结节的外上方，多呈半球状，从不进入阴囊，不伴有疼痛**及其他症状。

5、股疝

临床表现：常在**腹股沟韧带下方卵圆窝处出现一半球形肿块**，一般约核桃大小，除部分病人在久站或咳嗽时感到患处胀痛外，无其他明显症状，尤其肥胖病人易被忽视。

中西医结合妇产科学

一、卵巢激素及其生理作用

雌激素的生理作用	促使和维持子宫发育、促进乳腺等发育、控制促性腺激素的分泌等
孕激素的生理作用	抑制子宫收缩，有利于胚胎及胎儿宫内生长发育等
雄激素的生理作用	促使阴蒂、阴唇和阴阜发育，促进阴毛、腋毛生长等

二、产后

诊断	新产三病（东汉）	“痉、郁冒、大便难”
	产后三冲（唐代）	产后败血上冲有“冲心”“冲肺”“冲胃”三种危重症
	产后三急（清代）	产后发生呕吐、盗汗、泄泻三种伤津耗液的病证
辨证	一审 小腹痛 与不痛，以辨 恶露 有无停滞； 二审 大便通 与不通，以验 津液 之盛衰； 三审 乳汁与饮食 多少，以察 胃气 的强弱。	

三、胎漏、胎动不安、滑胎

证候分型		治法	方药
胎漏、胎动不安	肾虚证	补肾益气，固冲安胎。	寿胎丸加党参、白术
	气血虚弱证	补气养血，固肾安胎。	胎元饮去当归，加黄芪、升麻、阿胶、寄生
	血热证	清热凉血，固冲安胎。	保阴煎加苎麻根
	血瘀证	活血消癥，补肾安胎。	桂枝茯苓丸加菟丝子、桑寄生、续断
滑胎	肾气亏损证	补肾益气，调固冲任。	补肾固冲丸
	气血虚弱证	益气养血，调固冲任。	泰山磐石散

四、妊娠期高血压疾病

病理生理变化：全身小动脉痉挛是妊娠期高血压疾病的基本病理生理变化。

诊断：(1) **病史**；(2) **高血压**：收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，血压升高至少出现两次以上，间隔 ≥ 4 小时；(3) **尿蛋白**：每24小时内尿液中的蛋白含量 $\geq 0.3\text{g}$ ；(4) **水肿**：自踝部逐渐向上延伸的凹陷性水肿，休息后不缓解。

证候分型		治法	方药
子 肿	脾肾两虚证	健脾温肾，行水消肿。	白术散合五苓散加山药、菟丝子。
	气滞湿阻证	理气行滞，除湿消肿。	天仙藤散
子 晕	阴虚肝旺证	滋阴养血，平肝潜阳。	杞菊地黄丸加天麻、钩藤、石决明
	脾虚肝旺证	健脾利湿，平肝潜阳。	半夏白术天麻汤加钩藤
子 痫	肝风内动证	滋阴清热，平肝息风。	羚角钩藤汤
	痰火上扰证	清热豁痰，息风开窍。	牛黄清心丸加竹沥、天竺黄、石菖蒲

五、阴道炎

阴道炎	临床表现	西医治疗
滴虫阴道炎	白带多，呈 灰黄色稀薄泡沫状 ；阴道黏膜点状充血，后穹隆有多量灰黄色稀薄脓性分泌物，多呈泡沫状。	口服甲硝唑；1%乳酸或0.5%醋酸液冲洗阴道，甲硝唑栓每晚塞入阴道。
外阴阴道假丝酵母菌病	白带增多，呈白色凝乳状或 豆腐渣样 ；阴道黏膜附有白色膜状物，擦去后见黏膜充血红肿。	2% -3%苏打液冲洗外阴及阴道或坐浴，制霉菌素、酮康唑、克霉唑、咪康唑栓等局部外用，口服伊曲康唑、氟康唑。
细菌性阴道病	分泌物增多，灰白色，稀薄，有 鱼腥臭味 ；阴道黏膜无红肿、充血等炎症反应，分泌物易从阴道壁拭去。	1%乳酸或0.5%醋酸液冲洗阴道，己烯雌酚片或甲硝唑放入阴道，口服己烯雌酚或尼尔雌醇。
萎缩性阴道炎	阴道分泌物增多，多呈 水状 ；外阴、阴道潮红、充血、萎缩。	口服甲硝唑，甲硝唑栓或2%克林霉素软膏局部使用。
证候分型	治法	方药
肝经湿热证	清热利湿，杀虫止痒。	龙胆泻肝汤加苦参、百部、蛇床子。
滋生湿虫证	清热利湿，解毒杀虫。	草薢渗湿汤加苦参、防风

六、月经病

中医治疗原则：崩漏的治疗，应根据病情的缓急轻重、出血的久暂，采用“急则治其标，缓则治其本”的原则，灵活运用“塞流”、“澄源”、“复旧”三法。

证候分型		治法	方药
无排卵性功血 (崩漏)	肾阳虚证	温肾固冲,止血调经。	右归丸去肉桂加艾叶炭、补骨脂、黄芪
	肾阴虚证	滋肾养阴,调经止血。	左归丸去牛膝合二至丸
	脾虚证	补气摄血,固冲调经。	固本止崩汤合举元煎
	虚热证	滋阴清热,止血调经。	保阴煎合生脉散加阿胶
	实热证	清热凉血,止血调经。	清热固经汤加沙参、麦冬
	血瘀证	活血化瘀,止血调经。	逐瘀止血汤
排卵性月经失调	气虚证	补气升提,固冲止血。	安冲汤加升麻
	血热证	清热凉血,固冲止血。	保阴煎加炒地榆、槐花
	血瘀证	活血化瘀,固冲止血。	桃红四物汤加三七、茜草、蒲黄
	脾气虚弱证	健脾益气,固冲调经。	补中益气汤
	肾气不固证	补肾益气,固冲调经。	固阴煎
	阳盛血热证	清热降火,凉血调经。	清经散
	肝郁血热证	疏肝解郁,清热调经。	丹栀逍遥散
	阴虚血热证	养阴清热,固冲调经。	两地汤
	气虚证	补气摄血,固冲调经。	举元煎
	虚热证	养阴清热,凉血调经。	两地汤合二至丸
	湿热蕴结证	清热利湿,止血调经。	固经丸
	血瘀证	活血化瘀,固冲调经。	桃红四物汤合失笑散
	肾阴虚证	滋肾养阴,固冲止血。	加减一阴煎
	湿热证	清热除湿,凉血止血。	清肝止淋汤去阿胶、红枣加茯苓、炒地榆
	脾气虚证	健脾益气,固冲摄血。	归脾汤
	血瘀证	活血化瘀,理血归经。	逐瘀止血汤

七、妊娠滋养细胞疾病

1、葡萄胎

诊断：(1)病史：有**停经史**，停经时间多为2-4个月，平均12周；

(2)临床表现：根据**停经后有不规则阴道流血，较严重的妊娠呕吐，子宫异常增大变软，子宫在5个月妊娠大小时触不到胎体，听不到胎心，无胎动**；

(3)实验室及其他检查：①HCG测定：葡萄胎时血清中 β -HCG浓度明显**高于**正常妊娠月份的相应值；②B超检查：子宫腔内呈**“落雪状”或“蜂窝状”**影像，是完全性葡萄胎的典型表现。

2、妊娠滋养细胞肿瘤（助理不考）


诊断：(1)病史：**有葡萄胎、流产、足月产或异位妊娠史**；

(2)临床表现：**阴道不规则流血，或有腹痛，妇科检查生殖道变软、着色，或阴道内见到紫蓝色结节，子宫大而软，附件区或可触及包块**；

(3)实验室及其他检查：①HCG连续测定：葡萄胎排空后9周以上或子宫切除术8周以上， β -HCG仍**持续高于**正常水平；②病理检查：在子宫肌层或子宫外转移的切片中，见到**绒毛结构或绒毛退变**痕迹，应诊断为侵袭性葡萄胎。

中西医结合儿科学

一、小儿生理特点、病理特点

生理特点※	1.脏腑娇嫩，形气未充 2.生机蓬勃，发育迅速	
病理特点※	1.发病容易，传变迅速 2.脏气清灵，易趋康复	金英杰医学 JINYINGJIE.COM
稚阴稚阳 + 学说意义※ (助理不考)	机体柔嫩、气血未盛、脾胃薄弱、 肾气未充、腠理疏松 + 神气怯弱、筋骨未坚	

二、小儿肺炎

发病机制：病原体常由**呼吸道**入侵，少数经血行入肺。

中医病因病机：肺炎喘嗽病位主要在**肺**，而**肺气郁闭**是本病的主要病理机制。

临床分类方法

1. 病理分类：按**解剖部位**分为**小叶性肺炎(支气管肺炎)**、**大叶性肺炎**、**间质性肺炎**、

毛细支气管炎。

2. 病因分类；3. 病程分类：病程**<1月**者，称为**急性肺炎**，**1-3个月**称为**迁延性肺炎**，**>3月**者称为**慢性肺炎**；4. 病情分类。

【考点】 支气管肺炎、腺病毒肺炎、合胞病毒肺炎、支原体肺炎的临床特点

1. **支气管肺炎**：为小儿时期最常见的肺炎，发病急，多有上呼吸道感染。一般有发热、咳嗽、呼吸困难，重者可出现三凹征。

2. **腺病毒肺炎**：为腺病毒引起。多见于6个月至2岁小儿，小于6个月者较少。起病急骤，开始一两天体温突然高达39℃以上，呈稽留热或弛张热，咳嗽较剧，频咳或阵咳。3~5日后，可出现喘憋、呼吸困难、紫绀等，伴嗜睡，精神萎靡，重者抽搐、昏迷。重症可出现胸膜反应，胸腔积液，易发生病毒性心肌炎、心力衰竭和中毒性脑病（肺部体征出现较晚）。

3. **合胞病毒肺炎**：多见于2岁以内，尤以2~6个月婴儿多见，男多于女，以高热、咳嗽、喘憋为主要症状。中、重症患儿有喘憋、呼吸困难，出现呼吸增快、三凹征、鼻翼扇动及口唇发绀。

4. **支原体肺炎**：学龄儿童患者较多，近年来婴幼儿感染者渐多，可致散发流行。潜伏期2~3周，亚急性起病。多为高热，热型不定，热程1~2周。咳嗽多较重，初为干咳，后转为顽固性剧咳或似百日咳样阵咳，部分病例可有全身多系统临床表现。体征与剧烈咳嗽、发热等临床表现不一致，为本病的重要特点之一。

【考点】 肺炎心衰的诊断标准及主要治疗方法

1. 诊断标准：1) 呼吸突然加快， >60 次/分。2) 心率突然加快， >180 次/分。3) 骤然极度烦躁不安，明显发绀，面色发灰，指（趾）甲微血管充盈时间延长。4) 心音低钝，奔马律，颈静脉怒张。5) 肝脏迅速增大。6) 尿少或无尿，颜面、眼睑或双下肢水肿。具有前5项者即可诊断为心力衰竭。

2. 主要治疗方法：镇静、给氧，增强心肌收缩力，减慢心率，增加心搏出量，减轻心脏负荷。

抗生素使用原则：1.根据病原菌选择敏感药物。2.早期治疗。3.选用渗入下呼吸道浓度高的药物。4.足量、足疗程。5.重症宜联合用药，经静脉给药。

证候分型	治法	方药
常证	风寒郁肺证	辛温宣肺，化痰止咳。
	风热郁肺证	辛凉宣肺，化痰止咳。
	痰热闭肺证	清热涤痰，开肺定喘。
	毒热闭肺证	清热解毒，泻肺开闭。
	阴虚肺热证	养阴清肺，润肺止咳。
	肺脾气虚证	补肺益气，健脾化痰。
变证	心阳虚衰证	温补心阳，救逆固脱。
	邪陷厥阴证	清心开窍，平肝息风。

三、病毒性心肌炎

临床诊断依据（心肌炎依据）：（1）心功能不全、心源性休克或心脑综合征；（2）心脏扩大；（3）心电图改变；（4）心肌酶：CK-MB升高或心肌肌钙蛋白（cTnI或cTnT）阳性。

病原学诊断依据：确诊指标：自患儿心内膜、心肌、心包（活检、病理）或心包穿刺液检查，发现以下之学者可确诊：1）分离到病毒。2）用病毒核酸探针查到病毒核酸。3）特异性病毒抗体阳性。

确诊依据：具备临床诊断依据2项+病毒感染确诊证据1项。

西医治疗：1.一般治疗；2.抗感染治疗；3.改善心肌细胞营养与代谢的药物；4.肾上腺皮质激素；5.控制心衰；6.对症治疗。

证候分型	治法	方药
风热犯心	清热解毒，宁心复脉	银翘散加减
湿热侵心	清热化湿，宁心复脉	葛根黄芩黄连汤加减
气阴亏虚	益气养阴，宁心复脉	炙甘草汤合生脉散加减
心阳虚弱	温振心阳，宁心复脉	桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减
痰瘀阻络	豁痰化瘀，宁心通络	瓜蒌薤白半夏汤合失笑散加减

四、小儿腹泻

临床表现：（1）胃肠道症状：**大便次数增多**，大便每日 > 10 次。

（2）**重型腹泻**：**1）脱水。2）代谢性酸中毒。3）低钾血症。4）低钙和低镁血症。**

证候分型		治法	方药
常证	湿热泻证	清肠解热，化湿止泻。	葛根黄芩黄连汤
	风寒泻证	疏风散寒，化湿和中。	藿香正气散
	伤食泻证	运脾和胃，消食化滞。	保和丸
	脾虚泻证	健脾益气，助运止泻。	参苓白术散
	脾肾阳虚泻证	温补脾肾，固涩止泻。	附子理中汤合四神丸
变证	气阴两伤证	健脾益气，酸甘敛阴。	人参乌梅汤
	阴竭阳脱证	挽阴回阳，救逆固脱。	生脉散合参附龙牡救逆汤

五、病毒性脑炎

病因：引起急性脑炎较常见的病毒是**肠道病毒、单纯疱疹病毒、虫媒病毒、腺病毒、巨细胞病毒及某些传染病病毒**等。

发病机理：（1）感染途径；（2）发病机理：1）病毒对神经组织的直接侵袭 2）机体对病毒抗原的免疫反应。

临床表现：

1. **前驱症状**：可有发热，头痛，上呼吸道感染症状，精神萎靡，恶心呕吐，腹痛，肌痛。

2. **神经系统症状体征**：为发热，颅内压增高，不同程度的意识障碍及反复惊厥发作等症状。

证候分型	治法	方药
痰热壅盛	泻火涤痰	清瘟败毒饮加减
痰蒙清窍	涤痰开窍	涤痰汤加减
痰瘀阻络	涤痰通络，活血化痰	指迷茯苓丸合桃红四物汤加减

六、麻疹

流行病学特点：是小儿时期常见的一种急性呼吸道传染病，临床以**发热、流涕、流泪、咳嗽、口腔麻疹黏膜斑全身斑丘疹**为特征。

中医病因病机：感受麻毒时邪。

临床表现：1.潜伏期 2.前驱期：发热后 2-3 天，于口腔两颊黏膜近臼齿处出现直径 0.5—1mm 的灰白色斑点，周围有红晕，称为“**麻疹黏膜斑**”，是早期诊断麻疹的重要依据；3.出疹期：**皮疹先见于耳后、发际，渐次延及头面、颈部，自上而下至胸、腹、背、四肢，最后在手心、足心及鼻准部见疮点**；4.恢复期：皮疹按出疹的先后顺序依次消退，皮疹消退后皮肤可见**糠麸样状脱屑**，并留有浅褐色色素沉着。

证候分型		治法	方药
顺证	邪犯肺卫证（初热期）	辛凉透表，清宣肺卫	宣毒发表汤加减
	邪入肺胃证（出疹期）	清凉解毒，透疹达邪	清解透表汤加减
	阴津耗伤证（收没期）	养阴益气，清解余邪	沙参麦冬汤加减
逆证	邪毒闭肺证	宣肺开闭，清热解毒	麻杏石甘汤加减
	邪毒攻喉证	清热解毒，利咽消肿	清咽下痰汤加减
	邪陷心肝证	平肝息风，清营解毒	羚角钩藤汤加减

七、猩红热（“烂喉丹痧”）

中医病因病机：感受毒疫之邪。邪从口鼻侵入人体，蕴于肺胃二经，郁而化热化火。火热之毒发散，犯卫、入营、伤阴，从而形成**邪侵肺卫，毒在气营，疹后伤阴**三个病理阶段。

病原菌：A组乙型溶血性链球菌。

临床表现：（1）**前驱期**：病初舌苔白，舌尖和边缘红肿，突出的舌乳头也呈白色，称为“**白草莓舌**”（2）**出疹期**：面颊部潮红无皮疹，而口鼻周围皮肤苍白，形成口周苍白圈。皮肤皱折处，皮疹密集，色深红，其间有针尖大小出血点，形成深红色横纹线，称“**帕氏线**”；起病 4-5 天时，白苔脱落，舌面光滑鲜红，舌乳头红肿突起，称“**红草莓舌**”（3）**恢复期**：糠屑样脱皮，无色素沉着。

证候分型	治法	方药
邪侵肺卫证	辛凉宣透，清热利咽	解肌透痧汤加减
毒炽气营证	清气凉营，泻火解毒	凉营清气汤加减
疹后阴伤证	养阴生津，清热润喉	沙参麦冬汤加减

药理学

一、抗心绞痛药

1、硝酸酯类

硝酸酯类常用药物包括硝酸甘油、硝酸异山梨酯、单硝酸异山梨酯、戊四硝酯

硝酸甘油	作用	(1)降低心肌耗氧量；(2)改善缺血区心肌供血
	应用	对各型心绞痛均有效，对稳定型心绞痛为首选药，用药后能终止发作和预防发作，还可用于急性心肌梗死和心功能不全的治疗
	不良反应	(1)与扩张血管作用有关的不良反应；(2)高铁血红蛋白症；(3)耐受性；(4)其他：青光眼、颅内压升高、低血压及休克等

2、β受体阻滞药

作用	心肌收缩力下降，心率减慢，心肌耗氧量降低
应用	用于稳定及不稳定型心绞痛，对兼有高血压或心律失常的患者更为适用
常用药物	普萘洛尔

3、钙通道阻滞药

作用	能选择性地阻断心肌及平滑肌细胞膜钙离子通道，抑制 Ca^{2+} 内流，降低心肌收缩性及扩张冠脉和外周动脉，具有降低心肌耗氧量和改善缺血区血氧供应等作用
常用药物	1、维拉帕米：对变异型及稳定型心绞痛均有效；2、地尔硫卓；3、硝苯地平(心痛定)；4、普尼拉明

二、抗消化性溃疡药

抗酸药常用药物：1.碳酸氢钠(小苏打)；2.氢氧化镁；3.三硅酸镁；4.氢氧化铝；5.碳酸钙。

H₂受体阻断药的作用、应用

作用	(1)抑制胃酸分泌；(2)调节免疫；(3)其他
应用	消化性溃疡、胃肠道出血、胃酸分泌过多症和食管炎等与胃酸分泌相关的疾病

②常用质子泵抑制药的作用、应用

作用	(1)抑制胃酸分泌；(2) 抗 Hp ：有抗幽门螺杆菌作用
应用	胃、十二指肠溃疡，反流性食管炎及胃泌素瘤

◎常用黏膜保护药的作用、应用

***前列腺素衍生物**；

***硫糖铝**：(1)作用：在酸性环境中分解可聚合成胶状膜保护溃疡面；(2)应用：用于消化性溃疡、慢性糜烂性胃炎、反流性食道炎。

***铋制剂**：在胃黏膜表面形成氧化铋胶体，促黏液分泌，并能抗 Hp。

◎抗幽门螺杆菌药的分类及常用药

分类：(1)抗菌药：阿莫西林、庆大霉素、甲硝唑、四环素、罗红霉素、克拉霉素和呋喃唑酮等；

(2) **抗溃疡病药**： $H^{+} - K^{+} - ATP$ 酶抑制药、铋制剂、硫糖铝等

三、降血糖药

1、胰岛素

(1) 短效(速效)类：普通胰岛素、半慢胰岛素锌混悬液等

(2) 中效类：如低精蛋白锌胰岛素、珠蛋白锌胰岛素、慢胰岛素锌混悬液等

(3) 长效(慢效)类：如精蛋白锌胰岛素、特慢胰岛素锌混悬液等

2、口服降血糖药

	磺酰脲类药物	二甲双胍	常用 α-葡萄糖苷酶抑制药
作用	(1)降血糖； (2)抗利尿； (3)影响凝血功能	通过减少外源葡萄糖吸收及糖原异生促进脂肪组织摄取葡萄糖而降血糖	竞争抑制 α -葡萄糖苷酶，使碳水化合物水解产生葡萄糖减慢，延缓吸收而降血糖
应用	(1)糖尿病； (2)尿崩症	用于单用饮食控制无效的轻、中度2型糖尿病，尤其肥胖且伴胰岛素抵抗者	用于轻、中度2型糖尿病

不良反应	(1)胃肠道反应；(2)过敏反应；(3)低血糖	①厌食、口苦、口腔金属味、胃肠刺激等胃肠道反应	②腹胀、暖气、排气增多、腹泻等。
------	-------------------------	-------------------------	------------------

四、合成抗菌药

1、氟喹诺酮类药物

抗菌作用	为广谱杀菌药
应用	①呼吸系统感染；②泌尿生殖道感染；③肠道感染与伤寒；④其他
不良反应	①胃肠道反应；②中枢神经系统；③光敏反应(光毒性)；④心脏毒性；⑤其他

2、磺胺类药物

特点：磺胺类药物是第一类能有效防治全身性细菌感染的人工合成抗生素。抗菌谱广，对大多数G⁻和G⁺均有抑制作用

3、甲氧苄啶(TMP)

TMP 常与 SMZ 或 SD 合用，治疗呼吸道感染、尿路感染、肠道感染以及败血症、脑膜炎等。对伤寒、副伤寒有较好疗效，也可与长效磺胺药合用于耐药恶性疟的防治。

4、硝咪唑类（如甲硝唑）

甲硝唑：对革兰阳性和阴性厌氧菌作用强，是治疗厌氧菌感染的重要药物；用于治疗阴道滴虫、肠内外阿米巴病、幽门螺杆菌所致消化性溃疡等。不良反应以消化道症状多见。

五、抗生素

1、青霉素类

抗菌作用	对G ⁺ 球菌、杆菌，以及G ⁻ 菌，如溶血性链球菌、草绿色链球菌、肺炎球菌等作用强
应用	首选治疗敏感的革兰阳性球菌、阴性球菌、螺旋体感染
不良反应	(1)变态反应；(2)赫氏反应；(3)水电解质紊乱

常用半合成青霉素抗菌作用、应用：

1. 青霉素V；
2. 苯唑西林、氯唑西林、双氯西林和氟氯西林：主要用于耐青霉素的金黄色葡萄球菌感染的治疗；
3. 氨苄西林：对 G - 杆菌有较强的抗菌作用；
4. 阿莫西林；
5. 羧苄西林

2、头孢菌素类

抗菌作用	第一代头孢菌素的特点：①对 G + 菌的抗菌作用较第二、第三代强；②对青霉素酶稳定；③大剂量对肾脏有毒性
	第二代头孢菌素的特点：①对 G + 菌作用与第一代头孢菌素相仿或略差，对多数 G - 菌作用较第一代强；②对 β 内酰胺酶稳定；③对肾脏毒性小
	第三代头孢菌素的特点：①对 G + 菌抗菌活性不及第一、第二代头孢菌素，对 G - 菌，包括肠杆菌属、绿脓杆菌及厌氧杆菌均有较强作用；②对 β 内酰胺酶稳定；③对肾脏无明显毒性
	第四代头孢菌素的特点：①对 G +、G - 菌均有较强作用；②对绿脓杆菌有效；③对 β 内酰胺酶稳定性强
不良反应	(1)过敏反应；(2)肾脏毒性；(3)神经系统；(4)血液系统；(5)二重感染；(6)其他

3、大环内酯类

分类：1. 14 元大环内酯类；2. 15 元大环内酯类；3. 16 元大环内酯类

4、阿奇霉素的抗菌作用、应用、不良反应

作用	抗菌谱较红霉素广，而对 G - 菌明显强于红霉素
应用	主要用于化脓性链球菌引起的急性咽炎、急性扁桃体炎以及敏感菌引起的急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作
不良反应	发生率较红霉素低，主要有胃肠道反应，偶见肝功能异常与外周白细胞下降等

5、林可霉素类

抗菌作用	对 G⁻ 杆菌有强大的杀菌作用
应用	<p>(1)链霉素：①鼠疫与兔热病，为首选药；②布鲁菌病；③感染性心内膜炎；④结核病；</p> <p>(2)庆大霉素：①G⁻ 严重感染；②绿脓杆菌感染；③G⁻ 菌混合感染；④口服用于肠道感染及肠道术前准备；⑤局部使用，用于皮肤黏膜表面感染；</p> <p>(3)阿米卡星：用于治疗对其他氨基糖苷类耐药菌株所致的感染</p>
不良反应	(1)过敏反应；(2)耳毒性；(3)肾毒性；(4)神经肌肉阻断

6、四环素类及氯霉素

四环素：对立克次体感染，如斑疹伤寒、恙虫病以及支原体引起的肺炎**首选**该类药。

氯霉素：对 G⁺ 及 G⁻ 菌均有抑制作用，对后者的作用较强。

诊断学基础

一、黄疸

概念：血清总胆红素浓度升高致皮肤、黏膜、巩膜黄染称黄疸。分类：①隐性黄疸——总胆红素在 17.1~34.2μmol/L 之间。②显性黄疸——总胆红素浓度 > 34.2μmol/L。

黄疸时胆红素的规律：总胆红素都增高。结合为主——阻塞性黄疸。非结合为主——溶血性黄疸。结合与非结合都增高——肝细胞性黄疸。

类型	溶血性黄疸	肝细胞性黄疸	胆汁淤积性黄疸（阻塞性黄疸）
病因	①先天性溶血性贫血。②后天获得性溶血性贫血	病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝硬化、肝癌、钩端螺旋体病、败血症、伤寒等	①肝外梗阻性黄疸。②肝内胆汁淤积
临床表现	急性溶血时起病急骤，出现寒战、高热、头痛、呕吐。慢性溶血常有贫血、黄疸、脾肿大三大特征	黄疸呈浅黄至深黄。有乏力、食欲下降、恶心呕吐、出血及肝脾肿大等	黄疸深而色泽暗，甚至呈黄绿色或褐绿色。皮肤瘙痒及心动过缓。可伴有寒战、发热、右上腹痛等胆道梗阻症状
实验	血清总胆红素增多，以非	血清结合及非结合胆红素	血清结合胆红素明显增

室检 查特 点	结合胆红素为主，结合胆红素一般正常。尿胆原增多，尿胆红素阴性。贫血、网织红细胞增多	均增多。尿中尿胆原通常增多，尿胆红素阳性。大便颜色通常改变不明显。有转氨酶升高肝功能受损的表现	多。尿胆原减少或阴性，尿胆红素阳性。大便颜色变浅
---------------	---	---	--------------------------

二、心脏、血管检查

心脏视诊

1. 心尖搏动的位置改变

- ①心脏疾病：左心室增大时，心尖搏动向左向下移位。
- ②胸部疾病：移向患侧见于肺不张、粘连性胸膜炎。移向健侧见于胸腔积液、气胸。
- ③腹部疾病：大量腹水、肠胀气、腹腔巨大肿瘤或妊娠等，心尖搏动位置向上外移位。

2. 心尖搏动强度及范围的变化

表现	原因
增强	甲亢、重症贫血及发热等疾病。抬举性心尖搏动为左心室明显肥大的可靠体征
减弱甚或消失	心包积液、左侧气胸或胸腔积液、肺气肿等
减弱伴弥散	心肌炎
减弱且与心尖浊音界不一致	大量心包积液，心尖搏动位于心浊音界内侧

3、心包摩擦感：心包摩擦感通常在胸骨左缘第4肋间最易触及，以收缩期明显。坐位稍前倾或深呼气末更易触及。

4、心脏浊音界改变的临床意义：梨形心——二尖瓣狭窄。靴型心——主动脉瓣关闭不全。烧瓶心——心包积液

瓣膜听诊区	部位
二尖瓣区	位于左侧第5肋间隙，锁骨中线内侧
主动脉瓣区	(1) 主动脉瓣区：位于胸骨右缘第2肋间隙，主动脉瓣狭窄时的收缩期杂音在此区影响。 (2) 主动脉瓣第二听诊区：位于胸骨左缘第3、4肋间隙，主动脉瓣

	关闭不全时的舒张期杂音在此区最响
肺动脉瓣区	在胸骨左缘第 2 肋间隙
三尖瓣区	在胸骨体下端近剑突偏右或偏左处

5、心音听诊

	临床意义
第一心音增强	见于发热、甲亢、二尖瓣狭窄等
主动脉瓣区第二心音增强	见于高血压病、主动脉粥样硬化等；主动脉瓣区第二心音减弱见于低血压、主动脉瓣狭窄和关闭不全
肺动脉瓣第二心音增强	见于肺动脉高压、二尖瓣狭窄、左心功能不全、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺心病；肺动脉瓣第二心音减弱见于肺动脉瓣狭窄或关闭不全
钟摆律或胎心律	见于心肌有严重病变时
第二心音分裂	临床较常见，以肺动脉瓣区明显
喀喇音	<u>是心脏收缩期的额外心音</u>
奔马律及开瓣音	<p>(1) 舒张早期奔马律：最常见，在心尖部容易听到，见于各种原因的心力衰竭、急性心肌梗死、重症心肌炎等。</p> <p>(2) 开瓣音：见于二尖瓣狭窄而瓣膜弹性尚好时，是二尖瓣分离术适应证的重要参考条件。</p>

6.最响部位与病变部位的关系

最响部位	提示病变部位
心尖部	二尖瓣
胸骨下剑突偏左或偏右处	三尖瓣
主动脉瓣区	主动脉瓣
肺动脉瓣区	肺动脉瓣
胸骨左缘 3、4 肋间	室间隔缺损

7、杂音的性质与所提示的病变

杂音性质	提示病变
心尖区粗糙的吹风样收缩期杂音	二尖瓣关闭不全
心尖区柔和而高调的吹风样杂音	相对性二尖瓣关闭不全
心尖区舒张中晚期隆隆样杂音	二尖瓣狭窄的特征性杂音
主动脉瓣第二听诊区叹气样舒张期杂音	主动脉瓣关闭不全
胸骨左缘第 2 肋间及其附近机器声样连续性杂音	动脉导管未闭
音乐样杂音听诊时其音色如海鸥鸣或鸽鸣样	感染性心内膜炎及梅毒性主动脉瓣关闭不全

三、甲、乙、丙型病毒性肝炎标志物检查

1. 甲型肝炎病毒标志物检查

(1) 抗 HAV-IgM 是早期诊断甲肝的特异性抗体。

(2) 抗 HAV-IgG 代表着抗 HAV 总抗体，甲肝初期血中滴度已有升高，2~3 个月达高峰，病愈后可长期存在，对流行病学调查和接种疫苗效果的观察有重要意义。

2. 乙型肝炎病毒标志物检测 (两对半检查)

(1) 乙肝病毒检测项目及意义

检测项目	阳性意义
HBsAg (表面抗原)	感染 HBV，见于 HBV 携带者或乙肝患者，无传染性
抗-HBs (表面抗体)	注射过乙肝疫苗或曾感染过 HBV，目前 HBV 已被清除者，为保护性抗体
HBeAg (e 抗原)	有 HBV 复制，传染性强
抗-HBe (e 抗体) [®]	HBV 大部分被清除或抑制，传染性降低
抗-HBc (核心抗体)	曾经或正在感染 HBV，是诊断急性乙肝和判断病毒复制的重要指标

(2) 大三阳与小三阳的临床意义

大三阳			小三阳		
HBsAg (表面抗原)	阳性	HBV 正在大量复制, 有较强的传染性	HBsAg (表面抗原)	阳性	HBV 复制减少, 传染性降低
HBeAg (e 抗原)			抗-HBe (e 抗体)		
抗-HBc (核心抗体)			抗-HBc (核心抗体)		

四、尿液检查

①一般性状检查

1. 尿量: ① > 2500 mL/24h——多尿。② < 400 mL/24 h (或 17 mL/h)——少尿。③ < 100 mL/24 h——无尿或尿闭。

2. 颜色和透明度

*尿液的一般性状及原因

一般性状	临床意义
血尿	泌尿系统的炎症、结核、结石、肿瘤及出血性疾病
血红蛋白尿 (浓茶色或酱油色)	蚕豆病、阵发性睡眠性血红蛋白尿、血型不合的输血反应及恶性疟疾
胆红素尿	肝细胞性及阻塞性黄疸
乳糜尿	丝虫病
脓尿或菌尿	泌尿系统感染, 如肾盂肾炎、膀胱炎

3. 气味: 烂苹果样气味——糖尿病酮症酸中毒。蒜臭味——有机磷中毒。

4. 比重: 正常人尿比重波动在 1.015 ~ 1.025。尿比重固定, 常在 1.010 左右, 称为等张尿, 可见于肾实质损害严重。

化学检查

1.尿蛋白：尿蛋白呈阳性或定量检查超过 150 mg/24 h 者，称为蛋白尿。

病理性蛋白尿见于：①肾脏疾病，如肾小球肾炎、肾病综合征、肾盂肾炎等。

②继发性肾损害，如糖尿病肾病、狼疮肾病等。③肾外疾病，如发热、高血压、妊娠中毒、心功能不全等。

2.尿酮体阳性——糖尿病酮症酸中毒、妊娠呕吐、重症不能进食等。

◎显微镜检查

1.管型：

(1)透明管型：正常人也偶有。

(2)细胞管型：①红细胞管型——肾小球疾病。

②白细胞管型——肾盂肾炎、间质性肾炎。

③肾小管上皮细胞管型——急性肾小管坏死、肾病综合症。

④颗粒管型——慢性肾小球肾炎。

⑤脂肪管型——肾病综合症、中毒性肾病。

⑥蜡样管型——肾小管病变严重，预后较差。

⑦肾衰竭管型——长出现于慢性肾衰竭少尿期，提示预后不良。

2.菌落计数：尿菌落计数 $> 10^5/\text{mL}$ 为尿菌阳性，提示尿路感染；菌落计数 $< 10^4/\text{mL}$ 为污染（称假阳性）；菌落计数在 $10^4/\text{mL} \sim 10^5/\text{mL}$ 者不能排除感染，应复查或结合临床判断。

◎尿沉渣计数

临床意义：白细胞数增多见于肾盂肾炎；红细胞数增多见于急性肾炎。

五、常见异常心电图表现

1.心肌梗死

(1)心肌梗死基本图形：心电图上反映舒张期改变的是 S-T 段和 T 波。

①缺血型 T 波改变：“冠状 T 波”，两支对称的尖深倒置 T 波。

②损伤型 S-T 段移位：呈弓背向上的 S-T 段抬高，明显时可形成单向曲线。

③坏死型 Q 波改变：梗死区的导联上 Q 波异常加深、增宽(宽度 $> 0.04\text{s}$ ，深度 $\geq 1/4R$)。

(2)心肌梗死有定位诊断

部位	特征性 ECG 改变导联	可应对改变导联
前间壁	$V_1 \sim V_3$	——
前壁	$V_3 \sim V_5$	——
广泛前壁	$V_1 \sim V_6$	——
下壁	II、III、aVF	I、aVL
右室	$V_3R \sim V_7R$	多伴下壁梗死

2. 心肌缺血

(1) 心绞痛：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，时间一般小于 15 分钟；②变异型心绞痛：S-T 段抬高，常伴 T 波高耸。

(2) 慢性冠状动脉供血不足：①S-T 段压低 ≥ 0.05 mV；②T 波低平、双向或倒置。

3. 心律失常

心律失常	心电图表现
窦性心动过速	窦性 P 波，P-R 间期 0.12 ~ 0.20 s，心率 100 ~ 160 次/分
窦性心动过缓	窦性心律，心率在 60 次/分以下，通常不低于 40 次/分
窦性停搏（窦性静止）	突然出现一个或多个显著延长的 P-P 间距，而且 P-P 间距与基本的窦性 P-P 间距之间无整倍数关系
房性期前收缩	房性过早搏动与 P 波和 P-R 间期有关，与 QRS 绝对无关。提早出现的房性 P'波
室性期前收缩	室性过早搏动与 QRS 有关。QRS 波群形态宽大畸形
交界性期前收缩	与 QRS 基本无关，有逆行 P 波
阵发性室上性心动过速	只是心率增快，与 QRS 无关。频率 150 ~ 250 次/分，节律绝对规则
室性心动过速	一定与 QRS 有关。QRS 波群畸形、增宽，时间 ≥ 0.12 s，T 波方向与 QRS 主波方向相反
心房颤动	一定与 P 波有关，心律绝对不齐。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
心室颤动	QRS-T 波群完全消失，代之以形状不一、大小不等、极不规则的心室

	颤动波。频率为 250 ~ 500 次/分
房室传导阻滞 (一定与 P-R 间期有关)	<u>I 度房室传导阻滞</u> : P-R 间期固定延长, 但没有影响 QRS (没有脱漏)
	<u>II 度房室传导阻滞</u> : 部分 P 波后 QRS 波脱漏
	<u>III 度房室传导阻滞</u> : ①P 波与 QRS 波群无固定关系, P-P 与 R-R 间距各有其固定的规律性, ②心房率 > 心室率, ③QRS 波群形态正常或宽大畸形
<u>预激综合征</u>	心电图表现如下: ①P-R 间期 < 0.12 s。②QRS 波群增宽, QRS 波群时间 ≥ 0.11 s。③QRS 波群起始部粗钝, 形成预激波 (delta 波) 此为心室预激在心电图上的主要表现。④可有继发性 ST-T 改变

传染病

一、人感染高致病性禽流感

1、病原体

禽流感病毒属于正黏病毒科, 属甲型流感病毒, 包括其全部亚型。

禽流感病毒可分为高致病性、低致病性和非致病性三大类。

其中高致病性禽流感是由 H5 和 H7 亚毒株 (以 H5N1 和 H7N7 为代表) 引起的疾病。

2、流行病学

传染源	家禽
传播途径	经呼吸道传播
感人群高危人群	12 岁以下儿童、与家禽 (尤其是病死禽) 密切接触人群、与病人密切接触者 (包括医务人员)。
发病季节	禽流感 <u>一年四季</u> 均可发生, 但冬、春季节多暴发流行。夏季发病较少, 多呈散发, 症状也较轻。

二、流行性乙型脑炎

传染源	家畜 (<u>猪</u>)	<u>带菌者</u> 和 <u>患者</u> 为传染源。带菌者作为传染源的意义更大
传播途径	通过 <u>蚊虫叮咬</u> 而传播, 能传播本病的蚊虫很多	经呼吸道 (飞沫) <u>传播</u>
易感人群	人群普遍易感	人群普遍易感, <u>6 个月至 5 岁</u> 婴幼儿

		发病率最高
流行特征	夏秋季为发病高峰季节，80%~90%。集中在7、8、9这三个月。流行地区分布与媒介蚊虫分布密切相关	冬春季发病较多，11~12月开始上升，3~4月达高峰，5月始下降。主要发生于15岁以下的儿童。
临床特征	起病急、高热、头痛、呕吐、意识障碍、抽搐、病理征及脑膜刺激征阳性等。头痛是乙脑最常见和最早出现的症状	白细胞计数升高
实验室检查	血象：白细胞及中性粒细胞常增高	脑脊液呈脓性改变
	脑脊液压力增高	脑脊液细菌培养阳性
	血清特异性 IgM 或脑脊液抗原检测阳性	

三、细菌性痢疾

传染源	病人及带菌者	
传播途径	粪-口途径	
易感人群	普遍易感	
临床表现	急性菌痢	起病急，发热（39℃或更高）、腹痛、腹泻、里急后重、黏液或脓血便，并有头痛、乏力、食欲减退等全身中毒症状
	轻型菌痢	全身中毒症状轻微，可无发热或有低热，腹泻水样或稀糊便，每日10次以内
	中毒型菌痢	多见于2~7岁儿童。起病急骤、发展快、病势凶险。
	慢性菌痢	急性菌痢反复发作或迁延不愈达2个月以上者为慢性菌痢

四、霍乱

传染源	患者和带菌者
传播途径	粪-口途径。水源污染常引起流行，甚至暴发流行。
易感人群	普遍易感

流行特征	以 沿海地带为主 ，一般先沿海后内陆，7~10 月份为高发季节
临床表现	剧烈腹泻（米泔水样便），呕吐


金英杰医学
JINYINGJIE.COM


医学伦理学与法规
金英杰医学
JINYINGJIE.COM

一、医生与患者的权利与义务

医 生 的 权 利	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；
	按照国务院卫生行政部门规定的标准，获得与本人执业行为相当的医疗设备基本条件
	从事 医学研究、学术交流 ，参加专业学术团体；
	参加专业培训，接受继续医学教育
	在 执业活动中 ，人格尊严、人身安全不受侵犯
	获取 工资报酬和津贴 ，享受国家规定的 福利待遇
	对所在机构的医疗、预防、保健工作和卫生行政部门的工作 提出建议 ，依法参与所在机构的 民主管理 。
患 者 的 权 利	在一些特定情况下，医生可以为保护病人、他人和社会的利益，对 某些病人的行为和自由进行适当的限制 ，即特殊干涉权。
	基本医疗权
	疾病认知权
	知情同意权
	保护隐私权
	社会免责权
	经济索赔权

医 生 的 义 务	遵守法律、法规，遵守技术操作规范
	树立敬业精神，遵守职业道德，履行医师职责，尽职尽责为患者服务
	关心、爱护、尊重患者，保护患者的隐私
	努力钻研业务，更新知识，提高专业技术水平
	从事科学研究，发展医学科学
	宣传卫生保健知识，对患者进行健康教育等

	在职业活动中，医生还应履行下列 职业道德义务 ：1、维护病人健康，2、减轻痛苦；3、解释说明与履行知情同意原则；4、保守秘密。
患者的义务	保持和恢复健康的义务
	积极配合诊疗的义务
	遵守医院各种规章制度制度的义务
	支持医学科学发展的义务。

二、死亡标准


心肺死亡	心肺死亡标准传统的医学死亡标准是 心脏和循环功能的丧失 ，即呼吸、心跳、血液循环的完全停止。
脑死亡	脑死亡是指是包括脑于在内的 全脑功能不可逆转的丧失 ，即死亡。即使心跳、呼吸还能靠人工维持，但是只要全脑功能已经发生不可逆的损坏，就可以宣布这个病人已经死亡。

三、卫生法

宪法	国家最高权力机关— 全国人民代表大会 是卫生法律法规的立法依据
法律	包括由全国人民代表大会制定的基本法律和由全国人民代表大会常务委员会制定的非基本法律，其法律效力 仅次于《宪法》
卫生行政法规	卫生方面的行政法规发布有 两种形式 ，一种是由国务院直接发布；另一种是经国务院批准，由国务院卫生行政部门单独或者与有关部门联合发布。卫生行政法规的法律效力 低于法律而高于地方性法规

四、假药与劣药

假药	药品所含成分与国家药品标准规定的成分不符的	有下列情形之一的药品，按假药论处	国务院药品监督管理部门规定禁止使用的
	以非药品冒充药品或者以他种药品冒充此种药品的		依照本法必须批准而未经批准生产、进口，或者依照本法必须检验而未经检验即销售的。
			被污染的
			使用依照本法必须取得批准文号而未取得批准文号的原料药生产的
			所标明的适应证或者功能主治超出规定范围的
			变质的

 劣药： 药品成分的含量不符合国家药品标准的为劣药	有下列情形之一的药品按劣药论处
	未标明有效期或者更改有效期的
	不注明或者更改生产批号的
	超过有效期的
	直接接触药品的包装材料和容器未经批准的
	擅自添加着色剂、防腐剂、香料、矫味剂及辅料的
	其他不符合药品标准规定的

五、精神类药品

1. 《麻醉药品和精神药品管理条例》的相关规定

第三十条规定：麻醉药品和第一类精神药品**不得零售**。禁止使用现金进行麻醉药品和精神药品交易，但是个人合法购买麻醉药品和精神药品的除外。

第三十二条规定：第二类精神药品零售企业应当凭执业医师出具的处方，按规定剂量销售第二类精神药品，并将处方保存 2 年备查；禁止超剂量或者无处方销售第二类精神药品；**不得向未成年人销售第二类精神药品**。

2. 《处方管理办法》的相关规定 《处方管理办法》第二十三条规定：

(1) **第一类精神药品注射剂**，每张处方为**一次**常用量；

(2) **控缓释制剂**，每张处方不得超过**7 日**常用量；

(3) **其他剂型**，每张处方不得**超过 3 日**常用量。

(4) **哌甲酯**用于治疗儿童多动症时，每张处方不得**超过 15 日**常用量。

(5) 第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；

(6) 对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

第二十四条规定：

(7) 为门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的**麻醉药品、第一类精神**

药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；

(8) **控缓释制剂**，每张处方不得超过 15 日常用量；

(9) **其他剂型**，每张处方不得超过 7 日常用量。

第二十六条规定：对于需要特别加强管制的麻醉药品，

(10) **盐酸二氢埃托啡**处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；

(11) **盐酸哌替啶**处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。

第五十条规定：处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。

(1) 普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为 1 年，

(2) 医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为 2 年，

(3) 麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为 3 年。

