

第一节 呼吸系统

一、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病

1. 记忆技巧

(1) 吸烟、感染→慢性支气管炎→阻塞性肺气肿→肺动脉高压→肺源性心脏病→肺性脑病→呼吸衰竭(死亡)。

(2) 慢性阻塞性肺疾病：**不完全可逆的，持续性气流受限**，呈进展性。慢性阻塞性肺疾病=慢性支气管炎+肺气肿。

(3) 诊断慢性支气管炎：病史+临床表现；诊断慢性阻塞性肺疾病：**首选肺功能**， $FEV_1/FVC < 0.7$ 。

2. 预防：**戒烟**是预防慢性阻塞性肺疾病的首要措施。

二、慢性肺源性心脏病

1. **慢性阻塞性肺疾病**是导致肺动脉高压和肺源性心脏病**最常见的原因**。

2. **缺氧**是肺动脉高压形成的最重要因素。

3. 肺源性心脏病多在慢性支气管炎、肺气肿的基础上出现**右心功能不全**的表现。

4. 肺源性心脏病最典型的心电图表现：**有肺型 P 波**。

5. 肺源性心脏病的体征：**剑突下心尖搏动明显，可闻及收缩期杂音，肺动脉瓣区第二心音亢进**。

6. **急性呼吸道感染**是诱发肺源性心脏病失代偿和病情加重的重要因素。

7. 肺源性心脏病的诊断：有慢性支气管炎、肺气肿、其他肺胸疾病或肺血管疾病；有肺动脉高压和右心室增大的征象；有右心功能不全的临床表现。

8. 肺源性心脏病急性加重期的治疗原则：**积极控制感染（首选）**。

9. 肺源性心脏病患者的氧疗原则：**低流量、低浓度（28%~30%）持续给氧**。

三、支气管哮喘

关键词：发作性，**哮鸣音**，**呼吸困难**，夜间清晨，季节，年龄小。**嗜酸细胞多**，变应原，X线缓解期无异常。激发试验，舒张试验，昼夜变化率。

四、支气管扩张症

1. 支气管扩张症的主要病因是**感染**和**支气管阻塞**。

2. 典型症状为**慢性咳嗽伴大量脓痰**和**反复咯血**。

3. 支气管扩张症一般好发于**左下叶**；肺结核引起的支气管扩张症好发部位为上叶尖后段 或下叶背段。

4. 特异性特征：**固定而持久的局限性粗湿啰音**，部分慢性患者伴有**杵状指（趾）**。

5. 确诊支气管扩张症的影像学检查为**高分辨率 CT（HR-CT）**。

6. 支气管柱状扩张典型的 X 线表现是**轨道征**，为增厚的支气管壁影，**囊状扩张特征性改变为卷发样阴影**，表现为粗乱肺纹理中有多个不规则的蜂窝状透亮阴影，感染时阴影内出现液平面。

7. 治疗：保持呼吸道引流通畅，控制感染，手术治疗。

五、肺炎

1. **细菌感染**是肺炎的主要病因；社区获得性肺炎的主要致病菌为肺炎球菌；医院获得性肺炎以革兰阴性杆菌比例高。

2. 记忆技巧

(1) 肺炎链球菌肺炎——**铁锈痰**，X线示片状实变影——**青霉素G**首选。

(2) **病毒**——**间质性肺炎**——抗病毒药物治疗，如利巴韦林、阿昔洛韦等。

(3) **支原体**——**发热伴刺激性干咳**——首选大环内酯类抗生素，如红霉素、罗红霉素等。

六、肺结核

1. 病因：**结核分枝杆菌**感染。

2. 肺结核的主要传染源是**排菌的肺结核病人**；主要传播途径是**呼吸道飞沫传播**。

3. 结核感染的免疫应答反应以**细胞免疫**为主。

4. 肺结核多发生在**肺上叶尖后段、肺下叶背段**。

5. 肺结核最常见的症状是**发热和咳嗽**。

6. 肺结核最早的诊断方法是**胸部X线**，最能确诊的方法是**痰结核分枝杆菌检查**。肺结核诊断的金标准是**痰培养**。最特异的方法是**结核菌素试验**。

7. 肺结核的分型：

(1) 原发型肺结核：原发综合征、胸内淋巴结结核。

(2) 血行播散型肺结核：急性粟粒型肺结核，亚急性、慢性血行播散型肺结核。

(3) 继发型肺结核：浸润性肺结核、空洞性肺结核、干酪样肺炎、纤维空洞性肺结核。

(4) 结核性胸膜炎。

8. 肺结核化学治疗的原则：**早期、规律、全程、适量、联合**。

9. 抗结核药物的副作用：**异烟肼**——肝损害，周围神经炎；**利福平**——肝损害；吡嗪酰胺——高尿酸血症；乙胺丁醇——视神经炎；链霉素——耳毒性、前庭功能损害。

七、肺癌

1. **病理检查**是肺癌**诊断的金标准**。中央型肺癌：纤维支气管镜，多为鳞癌和小细胞癌。周围型肺癌：经胸壁穿刺活检，多为腺癌。

2. 原发肿瘤引起的症状和体征：**咳嗽**（常为刺激性干咳）、**痰中带血或咯血**、气短或喘鸣、发热、**体重下降**。

3. **肺外胸内扩展引起的症状和体征**：胸痛、声音嘶哑、咽下困难、胸水、上腔静脉阻塞综合征和 Horner 综合征。

4. 胸部X线检查：**中央型肺癌其典型征象是倒S状影像**；周围型肺癌：呈圆形或类圆形高密度影，边缘常呈分叶状，伴有脐凹或细胞刺。

5. **痰细胞学检查**对中央型肺癌的诊断率较高。

6. 治疗：**非小细胞肺癌**首选手术，**小细胞肺癌**首选化疗。

八、肺血栓栓塞症

1. 肺血栓栓塞症是肺栓塞中最常见的类型。主要来源于深静脉血栓形成，最常见于下肢（长期卧床，骨折病史）。
2. 螺旋 CT 是肺血栓栓塞症的一线确诊手段。
3. 放射性核素肺通气/血流灌注扫描是肺血栓栓塞症的重要诊断方法。
4. 肺梗死三联征：呼吸困难、胸痛和咯血。体征：呼吸系统体征——呼吸急促，口唇发绀；循环系统体征—— P_2 亢进，血压变化，心动过速，三尖瓣区收缩期杂音。

九、呼吸衰竭

1. 在海平面、静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（以下简称 PaO_2 ） $<60\text{mmHg}$ ，伴或不伴 CO_2 分压（以下简称 $PaCO_2$ ） $>50\text{mmHg}$ ，排除了心内解剖分流和原发于心排出量降低等因素，可诊断为呼吸衰竭。
2. I 型呼吸衰竭主要见于肺换气障碍。
3. II 型呼吸衰竭系肺泡通气不足所致，如慢性阻塞性肺疾病等。
4. 急性呼吸衰竭：呼吸困难是出现最早的症状；发绀是缺氧的典型表现。
5. 诊断：主要依靠血气分析：I 型呼吸衰竭——单纯 $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ 、 $PaCO_2$ 正常；II 型呼吸衰竭—— $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ 伴 $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$ ；氧合指数= $PaO_2/FiO_2 < 300\text{mmHg}$ 。
6. 急性呼吸衰竭的治疗：保持呼吸道通畅是最基本最重要的治疗措施。气管内导管是重建呼吸道最可靠的方法。
7. 肺源性心脏病患者的氧疗原则：I 型呼吸衰竭可用较高浓度（ $>35\%$ ），II 型呼吸衰竭则需较低浓度给氧。
8. 慢性呼吸衰竭最常见的病因是慢性阻塞性肺疾病，急性加重的常见诱因是感染。

十、急性呼吸窘迫综合征

1. 肺内炎性介质和抗炎介质的平衡失调，是急性肺损伤（ALI）/急性呼吸窘迫综合征（ARDS）发生、发展的关键环节。
2. 弥漫性肺泡损伤，主要表现为肺广泛性充血水肿和肺泡腔内透明膜形成。
3. 通气/血流比例失衡、肺内分流和弥散功能障碍是导致顽固性低氧血症的主要原因。
4. ARDS 最早出现的症状是呼吸增快，并呈进行性加重的呼吸困难、发绀，常伴烦躁、焦虑、出汗等。
5. 原发病的治疗是治疗急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征的首要原则。
6. 动脉血气分析：典型的改变是 PaO_2 降低、 $PaCO_2$ 降低，pH 升高。
7. MODS 指多器官功能障碍综合征，是指在严重创伤、感染和休克时，原无器官功能障碍的患者同时或者在短时间内相继出现两个以上器官系统的功能障碍以致机体内环境的稳定必须靠临床干预才能维持的综合征。
8. 记忆技巧
 - （1）炎症反应：ALI 与 ARDS 为同一疾病过程的两个阶段，ALI 代表早期和病情相对较轻的阶段，而 ARDS 代表后期病情较严重的阶段。
 - （2）ALI 与 ARDS 国内以重度肺炎为主要病因。
 - （3）MODS 中最先损害的是肺脏。

十一、血胸、脓胸

1. **首选检查：X线检查。**少量的游离性胸腔积液时，后前位胸片仅见肋膈角变钝；积液量增多时显示向外侧、向上的弧形上缘的积液影。
2. 诊断：确定有无胸腔积液——拍片；**确定胸腔积液的性质——穿刺**；根据胸腔积液的性质分析病因——化验。
3. **急性脓胸：X线示纵隔向健侧移位**，下胸部脓胸，可见有一由外上向内下的斜行弧线形阴影。胸穿抽得脓液是最确切的诊断。
4. 慢性脓胸的治疗原则：改善引流（放在脓胸脓肿最低位）；胸膜纤维板剥除术（是治疗慢性脓胸的主要原则之一）；胸廓成形；胸膜肺切除。

十二、气胸

1. 张力性气胸是指胸膜腔压力高于大气压。急救处理原则：**穿刺排压。**
2. 开放性气胸会引起纵隔扑动。急救处理原则：**首先封闭胸壁创口。**
3. 血气胸需在腋中线**第6~8肋间**置管行闭式引流术。
4. 胸腔闭式引流术：**排气——锁骨中线第2肋间；排液——腋中线与腋后线间第6或第7肋间。**
5. 闭合性气胸：**一次抽气量不宜超过1000ml**，每日或隔日抽气1次。
6. 记忆技巧
气体在闭合性气胸——不进不出；气体在开放性气胸——自由进出；气体在张力性气胸——只进不出。

第二节 心血管系统

一、心力衰竭

1. 心力衰竭的诱因——**感染。**
2. 心功能分级：急性心肌梗死——Killip分级，非急性心肌梗死——NYHA分级。
3. **左心衰竭**：以肺循环淤血及心排血量降低表现为主。临床表现：**劳力性呼吸困难**（是左心衰竭最早出现的症状）；**端坐呼吸**；夜间阵发性呼吸困难；急性肺水肿，**典型特点是咳粉红色泡沫痰。**
4. **右心衰竭**：**体循环淤血所致。**下垂部位对称性**可凹性水肿**（毛细血管血压增高），**肝颈静脉反流征（+）。**
5. 诊断：**超声心动图**是诊断心力衰竭最主要的仪器检查。心钠肽（ANP）、脑钠肽（BNP）——可作为评定心力衰竭进程和判断预后的指标。
6. 治疗：洋地黄中毒最常见的症状是室性心律失常，最特有的表现是黄视和绿视。记忆口诀：停药、补钾、苯妥英钠，直流电复律禁用。
7. 记忆技巧
 - （1）慢性右心衰竭的临床表现：三水：腹水、胸水、水肿；两大：肝大和压痛，颈静脉充盈或怒张；其他：右心奔马律、收缩期吹风样杂音、发绀。
 - （2）交替脉——左心衰竭；奇脉——心包积液；水冲脉——主动脉关闭不全、动脉导管未闭。
 - （3）急性心力衰竭的临床表现口诀：端坐呼吸腿下垂，肺部啰音奔马律，大汗淋漓粉色痰。

二、冠状动脉性心脏病

1. 稳定性心绞痛：**疼痛部位主要在胸骨体之后**；诱因由体力劳动、情绪激动、饱食、寒冷等诱发；持续时间 3~5 分钟；停止原来诱发病状的活动或舌下含服硝酸甘油可缓解。治疗：发作期首选立即休息+舌下含服硝酸甘油；能改善稳定性心绞痛患者临床预后的是阿司匹林。
2. 变异型心绞痛：特征为静息型心绞痛，但心电图表现为**一过性 ST 段动态改变（抬高）**，其发病机制为**冠状动脉痉挛**。
3. 心肌梗死较心绞痛疼痛时间更长，程度更重，**休息不能缓解，ST 抬高，病理 Q 波，心肌酶谱（+）**。**心肌梗死最常见的心律失常是室早，最严重的心律失常是室颤**（心肌梗死患者最常见死因）。心肌梗死前壁最易发生室性快速性心律失常，而下壁心肌梗死最易发生房室传导阻滞。
4. **ST 段抬高型心肌梗死的心肌酶谱：肌红蛋白出现最早；肌钙蛋白最特异（明确诊断），持续 5~10 天。**
5. **ST 段抬高型心肌梗死的并发症：乳头肌功能失调或断裂。**
6. **再灌注心肌是急性心肌梗死早期最重要的治疗措施。**
7. **ST 段弓背向上的抬高——心肌梗死。诊断：病史+症状+心电图（必要时做冠脉造影）。**

三、二尖瓣狭窄

1. 二尖瓣狭窄：**最常见病因——风湿热**；临床表现：呼吸困难、咳嗽、咯血和声音嘶哑；重要体征是**舒张期隆隆样杂音、开瓣音，格斯（Graham-steele）杂音、梨形心**；诊断：超声心动图；并发症：心房颤动（房颤）、血栓栓塞、感染性心内膜炎。
2. 心脏瓣膜病：**最常见的病因——风心病；最常见的联合瓣膜损害——二尖瓣联合主动脉瓣；最易发生猝死的是主动脉瓣狭窄。**

四、自体瓣膜感染性心内膜炎

1. 急性感染性心内膜炎主要由**金黄色葡萄球菌**引起；亚急性感染性心内膜炎主要由**草绿色链球菌**感染。
2. 临床表现：发热、心脏杂音、周围体征、动脉栓塞和感染的非特异症状。其中**发热是感染性心内膜炎最常见的症状**；周围体征包括：瘀点、指和趾甲下线状出血、Roth 斑、Osler 结节、Janeway 损害。最有意义的症状是发热+心脏杂音。
3. **心力衰竭为最常见的并发症。**
4. **血培养：是诊断菌血症和感染性心内膜炎的最重要方法。**
5. 对亚急性感染性心内膜炎诊断具有重要诊断价值的是**超声心动图+检出赘生物（不能确定病因）**。
6. 记忆要点

所有体征中，Janeway 损害是急性的，其他均为亚急性感染性心内膜炎。

感染性心内膜炎三大关键词：微生物，心内膜，赘生物。

五、原发性高血压

1. 恶性高血压：**眼出血、渗出和乳头水肿，肾损害突出，舒张压持续 ≥ 130 mmHg。**
2. 高血压危象：**血压突然升高伴心悸。**
3. 高血压脑病：**脑水肿、严重头痛、呕吐、抽搐、昏迷。**

4. 一般高血压，血压控制在 $<140/90\text{mmHg}$ ；高血压合并有心力衰竭、心肌梗死、糖尿病肾病血压控制目标值 $<130/80\text{mmHg}$ ；老年收缩期高血压患者，收缩压控制于 150mmHg 以下。降压治疗的最终目的：是减少高血压患者心、脑血管病的发生率和死亡率。

5. 高血压的治疗

- (1) 呋塞米适用于轻、中度高血压，对盐敏感性高血压。
- (2) 引起高钾血症的有：ACEI、ARB、螺内酯、氨苯蝶啶；引起低钾血症的有：呋塞米、氢氯噻嗪。
- (3) β 受体拮抗剂适用于心率较快的中、青年患者及合并冠心病的高血压患者。
- (4) 血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）适用于伴有心力衰竭、心肌梗死后、糖耐量减退、糖尿病肾病的高血压患者。
- (5) 血管紧张素 II 受体阻滞剂适用于不能耐受卡托普利的干咳患者。
- (6) 钙通道阻滞剂适用于高血压合并心绞痛、哮喘、肺源性心脏病、脑血管扩张的患者。

六、休克

1. 休克是急性有效循环血量不足、组织低灌注和缺氧、细胞代谢紊乱、功能受损时呈现的一种综合征。

分期	代偿期		失代偿期（休克抑制期）
程度	轻度休克	中度休克	重度休克
精神状态	神志清楚，兴奋或烦躁不安	神志尚清楚，表情淡漠	意识模糊，甚至昏迷
口渴	口渴	很口渴	非常口渴，可能无主诉
程度	轻度休克	中度休克	重度休克
皮肤色泽	可以有苍白	苍白	显著苍白，肢端青紫
皮肤温度	正常或发凉	发冷	厥冷
脉搏	<100 次/分，尚有力	$100\sim 200$ 次/分	速而细弱或难触到
血压	收缩压正常或稍高，舒张压增高，脉压缩小	收缩压 $90\sim 70$ ，mmHg，脉压小	收缩压 $<70\text{mmHg}$
尿量	正常	尿少	尿少或无尿
估计失血量	20%以下（800ml以下）	20%~40%（800~1600ml）	$>40\%$ （1600ml）

2. 记忆要点：

休克监测——最常用也最简便的是**中心静脉压（CVP）**

血压：收缩压 $<90\text{mmHg}$ ，脉压 $<20\text{mmHg}$ →休克

休克的根本病因是**有效循环血量不足**

休克的主要表现：**血压**

抗休克一般措施：**中凹位**；首要的基本措施为**补充血容量**。

休克治疗过程中，最重要的观察指标是**尿量**，尿量稳定在 **30ml/h 以上**→休克纠正治疗的第一原则——永远是纠正血容量不足。

扩容——以**平衡盐溶液为主**，配合适量血浆和全血。

第三节 消化系统

一、消化性溃疡

1. 典型的胃溃疡多见于胃角和胃窦小弯，十二指肠溃疡多发在球部，以紧邻幽门球部的前壁或后壁多见。
2. 消化性溃疡
 - (1) 主要病因——Hp 感染。
 - (2) 高发部位胃溃疡——胃窦小弯侧；十二指肠溃疡——球部前壁。
 - (3) 腹痛的特点：十二指肠溃疡（DU）——疼痛—进食—缓解；胃溃疡（GU）——进食—疼痛—缓解。
 - (4) 球后溃疡和幽门管溃疡并发症多。
 - (5) 首选检查——胃镜 X 线钡餐透视：龛影是直接证据也是确诊依据。
 - (6) 溃疡手术适应证：四大并发症（出血、穿孔、癌变、梗阻）+内科治疗无效。瘢痕性幽门梗阻是外科手术的绝对适应证。
 - (7) 消化性溃疡的手术方式：胃大部切除术，包括：
 - ①毕 I 式（胃大部切除+胃十二指肠吻合——胃溃疡首选）和毕 II 式（胃大部切除+胃空肠吻合+十二指肠残端封闭——十二指肠溃疡首选）；
 - ②高选择性迷走神经切断术（适用于十二指肠溃疡）。
 - (8) Curling 溃疡——烧伤；Curling 溃疡——中枢神经系统病变所致。
 - (9) 消化性溃疡是上消化道出血最常见的病因（GU 最常见的并发症）。DU 的游离穿孔多发生于前壁。

二、肝硬化

1. 门脉高压症
 - (1) 最常见的病因是乙肝后肝硬化。
 - (2) 主要危害是上消化道大出血。
 - (3) 首选检查是胃镜（见食管胃底静脉曲张可确诊），次选检查是 X 线钡餐造影（见食管静脉曲张呈虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损及纵行黏膜皱襞增宽可确诊），最可靠的检查为肝穿刺活检（假小叶形成）。
 - (4) 门静脉高压所致上消化道大出血的止血顺序：内镜止血（首选）→三腔二囊管压迫止血（次选）→手术止血。
2. 肝硬化：在我国肝硬化的主要病因是慢性病毒性肝炎。（助理不考）
 - (1) 主要病理改变是肝脏假小叶形成。主要表现是肝功能减退和门脉高压。
 - (2) 最常见的并发症是上消化道大出血，最严重的并发症是肝性脑病（也是主要死亡原因）。
 - (3) 腹水是失代偿期最常见和最突出的表现。
 - (4) 以下三项检查均可确诊肝硬化：
 - ①肝穿刺活检——假小叶形成。
 - ②胃镜检查见食道胃底静脉曲张。
 - ③钡餐透视见食道胃底静脉曲张（蚯蚓样充盈缺损）。
 - (5) 治疗：
 - ①手术止血分为断流术和分流术：贲门周围血管断流术为急诊手术首选；分流术常选门体静脉分流术。优点是止血效果好；缺点是易于诱发肝性脑病。
 - ②药物止血为配合性治疗，首选生长抑素类，其次是垂体后叶素和血压素。

三、急性胆囊炎

1. 急性梗阻性化脓性胆管炎的主要病因是肝外胆管结石。

典型表现：轻者——夏克三联征；重者——夏克三联征+休克+意识障碍=雷诺五联征。

首选检查——B超。首选治疗——手术：胆总管切开减压+T管引流。术前治疗应控制在6小时内，对于有休克者，应在抗休克的同时进行手术。

四、炎症性肠病

1. 克罗恩病：病变部位——末端回肠，腹痛多位于右下腹部，首选检查——结肠镜：可见纵行裂沟、鹅卵石（铺路石）征、跳跃式间断分布，典型大便无黏液脓血，常见并发症是肠粘连、肠梗阻，病人多伴有肛瘘形成。

2. 溃疡性结肠炎：病变在——直肠和结肠，腹痛多位于左下腹部，首选检查——结肠镜：可见浅溃疡、颗粒状、连续分布，典型大便为黏液脓血便，伴里急后重，常见并发症是中毒性巨结肠。

五、急性阑尾炎

1. 阑尾炎的主要病因是阑尾腔阻塞，致病菌为G杆菌和厌氧菌。

2. 阑尾炎的主要表现是转移性右下腹痛和麦氏点压痛、反跳痛。

3. 急性单纯性阑尾炎，行阑尾切除术；化脓性或坏疽性阑尾炎，行阑尾切除术+清除脓液+放置引流条。形成阑尾周围脓肿者，待3个月后二期切除阑尾。

4. 阑尾炎术前并发症：阑尾周围脓肿（最常见）、门静脉炎（最严重）。

5. 阑尾炎术后并发症：切口感染（常见）、腹腔大出血（严重）。（助理不考）

六、腹外伤

1. 脾是腹腔内脏最易损伤的器官。开放性腹部损伤以肝破裂最常见（面大）；闭合性腹部损伤以脾破裂最常见（质脆）。中腹部外伤，最常见小肠损伤（面大）。

2. 实质脏器损伤最简单、最可靠的检查方法是诊断性腹穿和腹腔灌洗术（穿刺出不凝固血）。穿刺抽不到液体并不能完全排除内脏损伤的可能性（液体比较少），灌洗和腹穿意义相同。

3. 空腔脏器破裂最简单最有意义的是立位腹部平片（膈下游离气体，横膈抬高）。实质脏器首选B超。严禁做钡剂灌肠，严禁使用任何止痛剂。

4. 脾破裂=腹部外伤+失血性休克+腹穿抽出不凝血液。

5. 肝破裂=腹部外伤+失血性休克+腹穿抽出不凝血液+腹膜刺激征。

6. 胃肠破裂=腹部外伤+腹膜刺激征+腹穿抽出气体/食糜+立位X线片膈下游离气体。

7. 腹部损伤的治疗原则：输血输液，维持血压，纠正休克，手术为主，观察期间禁用止痛剂。

第四节 泌尿系统

一、慢性肾小球疾病、肾病综合征

1. 原发性（原因不明）肾小球肾病占肾小球疾病中的大多数，是我国慢性肾衰的主要原因。
2. 急性肾炎最常见的症状是镜下血尿。急性肾炎 30%有肉眼血尿，100%有镜下血尿。尿蛋白 $<3.5\text{g/d}$ 考虑肾炎，尿蛋白 $>3.5\text{g/d}$ 考虑肾病。
3. 血尿、蛋白尿、水肿、高血压=肾炎综合征；
大量蛋白尿、低蛋白血症、水肿、高脂血症=肾病综合征。
4. 上感+血尿、蛋白尿、水肿、高血压、C3下降=急性肾炎。
5. 急性肾小球肾炎：血尿、蛋白尿、水肿、高血压；
治疗：对症+控制感染+急性期绝对卧床。
6. 肾病综合征
 - (1) 诊断标准：尿蛋白定量 $>3.5\text{g/d}$ ，血浆白蛋白 $<30\text{g/L}$ ，高度水肿，高脂血症。
 - (2) 治疗：糖皮质激素的应用、免疫抑制剂。
 - (3) 并发症：感染、血栓。

二、急性肾盂肾炎

1. 解剖因素可能是女性尿路感染比男性更普遍的原因。
2.
 - (1) 诊断尿路感染最重要的依据是真性菌尿，而非临床症状。
 - (2) 诊断慢性肾盂肾炎最重要的依据是静脉肾盂造影，而非真性菌尿和临床表现。
 - (3) 诊断肾衰最重要的依据是肾小球滤过率（GFR）及血肌酐（SCR），而非静脉造影、真性菌尿和临床表现。
 - (4) 急性肾盂肾炎是不会引起高血压的，而慢性肾盂肾炎则会。因为慢性肾盂肾炎引起肾盏的变形破坏，通过挤压、牵拉刺激肾小球旁细胞分泌肾素，激活 RAS 系统。
3. 尿路感染首选抗菌药——喹诺酮（杆菌——大肠杆菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌均为首选，孕妇及 18 岁以下儿童除外）。

三、尿路结石

1. 腰部绞痛+活动后血尿+肾区叩击痛=肾结石；腰部绞痛+活动后血尿=输尿管结石。
2. 尿路结石：结石过大，可分次碎石，间隔时间不少于 1 周。若击碎的结石堆积于输尿管内形成“石街”，患者会出现疼痛或不适，可合并感染和肾功能受损。
3. 双侧结石的处理原则
双侧输尿管结石尽可能同时处理，可采用双侧输尿管镜碎石取石。如果不成功可行经皮穿刺造瘘术，条件允许也可行经皮肾镜碎石取石术。一侧肾结石、一侧输尿管结石处理输尿管结石。双侧肾结石先处理安全易于取出的一侧。双侧上尿路结石至急性梗阻无尿尿管插管引流，肾造瘘引流注：从重原则、保命原则：首先处理梗阻重、肾功能易于恢复、易于处理的一侧。
4. 膀胱结石最大的特点：排尿中断——变换体位排尿。

5. 肾绞痛治疗：杜冷丁+阿托品。

四、慢性肾衰竭

1. 我国导致慢性肾功能衰竭的主要病因是慢性肾小球肾炎（原发性肾小球肾炎）；慢性肾脏病是指肾损害或GFR<60ml/min持续3个月以上。
2. 慢性肾衰肾功能恶化最常见的诱因是水、钠丢失引起的血容量不足。
3. 慢性肾衰最早出现的症状常为食欲不振；慢性肾衰最常见的贫血是正色素、正细胞性贫血。
4. 尿毒症死亡的最常见原因是心血管系统——急性左心衰竭。

第五节 女性生殖系统

一、女性生殖系统生理

1. 月经初潮是青春期的重要标志。乳房发育是青春期发动的标志，是女性第二性征的最初特征。
2. 正常的月经周期一般为（28±7）日，经期平均为4~6日，正常月经量为20~60ml。
3. 排卵多发生在下次月经来潮前14日左右。排卵后7~8日（相当于月经周期第22日左右），黄体体积和功能达高峰，若卵子未受精，黄体在排卵后9~10日开始退化。
4. 雌激素、孕激素
 - （1）孕激素使基础体温在排卵后升高0.3~0.5℃。
 - （2）雌激素和孕激素既有协同作用又有拮抗作用。
 - （3）在雌激素的作用下子宫内膜出现增殖期变化；在雌、孕激素作用下增殖期子宫内膜出现分泌期变化；雌孕激素撤退后分泌期子宫内膜脱落形成月经。

二、妊娠生理

1. 受精部位常发生在输卵管壶腹部。
2. 胎儿甲状腺于妊娠第6周开始发育，12周可合成甲状腺激素，是最早发育的内分泌腺。
3. 胎盘的形成为底蜕膜、叶状绒毛膜和羊膜组成（记忆口诀：绵羊吃树叶盖蓝底）。
4. 母血中免疫抗体IgG能通过胎盘（唯一可以通过胎盘的免疫球蛋白）。
5. 脐带：妊娠足月胎儿的脐带长30~100cm，平均约为55cm，直径为0.8~1.0cm。有一静两动：脐静脉一条和脐动脉两条。脐静脉里流的是动脉血；脐动脉里流的是静脉血。
6. 羊水的来源：妊娠早期羊水主要来自母体血清经胎膜进入羊膜腔的透析液。妊娠中期以后，胎儿尿液成为羊水的主要来源。羊水量妊娠8周为5~10mL，妊娠10周约为30mL，妊娠20周约为400mL，妊娠38周约为1000mL，妊娠40周约为800mL。
7. 心排出量在妊娠32~34周达高峰，心脏容量至妊娠末期约增加10%。循环血容量于妊娠6~8周开始增加，至妊娠32~34周达高峰（此时容易发生心力衰竭）。

三、自然流产

1. 早期流产的主要原因是**胚胎异常**或**染色体异常**。
2. 晚期流产的主要原因是**子宫颈内口松弛**。
3. **先兆流产**——要流尚未流，通过保胎可能保住。特征——宫口未开。
4. **难免流产**——肯定要流，已经保不住了（流产不可避免）。特征——宫口已经扩张，宫口有胚胎组织阻塞。子宫大小与孕周相符或略小。
5. **不全流产**——已经发生流产，部分组织已经排出，但未完全排出。特征——宫口有妊娠物阻塞，子宫小于孕周。
6. **完全流产**——妊娠物已经完全排出。特征——宫口关闭，子宫接近正常大小。
7. **稽留流产**——胎死宫内，尚未排出。早孕反应消失，宫口未开，子宫不仅不增大反而缩小。

四、异位妊娠

1. 输卵管炎症是输卵管妊娠的主要病因。
2. 输卵管妊娠破裂——腹痛剧烈，出血量多，可发生休克（间质部此症状更为严重）。
3. 宫外孕最常见的原因是**输卵管炎症**，最常见好发部位是**输卵管壶腹部**，流产常发生在妊娠8~12周；输卵管妊娠破裂多发生在输卵管峡部，一般在妊娠6周时破裂。
4. 输卵管妊娠的主要症状是腹痛。**输卵管妊娠发生流产或破裂时，阴道后穹隆饱满，宫颈举痛或摇摆痛。阴道后穹隆穿刺是一种最常用、简单可靠的诊断方法，抽出不凝血，说明有血腹症的存在。腹腔镜检查为异位妊娠诊断的金标准。**
5. 输卵管妊娠手术可经腹或经腹腔镜完成，其中腹腔镜手术是治疗异位妊娠的主要方法。

五、前置胎盘、妊娠期高血压

1. 控制妊娠子痫抽搐——首选**硫酸镁**静脉滴注。
2. 重症妊高症患者出现**剧烈头痛、呕吐**（颅内高压）——考虑**甘露醇**静脉快速滴注。
3. **无痛性反复阴道流血**——前置胎盘。

六、子宫肌瘤

1. **月经改变**是子宫肌瘤最常见的症状，多见于较大的肌壁间肌瘤和黏膜下肌瘤。
2. 浆膜下肌瘤蒂扭转时出现**急性腹痛**。
3. 肌瘤红色变时，腹痛剧烈且伴发热。肉瘤变——肌瘤在短期内迅速增大或伴不规则阴道流血者。

七、功能失调性子宫出血

1. 功能失调性子宫出血（DUB）简称功血，是由于**下丘脑-垂体-卵巢轴功能失调**，而非器质性疾病引起的**异常子宫出血**。
2. **无排卵性功能失调性子宫出血**多发生于**青春期和绝经过渡期**。

八、激素避孕

1. 口服避孕药的避孕机制：主要有**抑制排卵**、**改变宫颈黏液性状**、**改变子宫内膜形态与功能**、**改变输卵管的**功能****（抗排卵、抗穿透、抗受精、抗着床）。

九、子宫颈癌

1. 宫颈上皮内瘤变 (CIN) 分为 I~III 级，其中高级别 CIN 为癌前病变，与宫颈癌病因相同，均为高危型 HPV（人乳头瘤病毒）感染所致。
2. 宫颈癌的临床表现及诊断：早期的临床特征——**接触性出血**。**宫颈刮片**适用于宫颈癌筛查。**宫颈和宫颈管活组织检查**是确诊宫颈癌的金标准。
3. 宫颈癌的分期及处理：
 - ① IA1 期：子宫切除术；
 - ② IA2 期：改良根治性（广泛性）子宫切除+盆腔淋巴结切除术；
 - ③ IB1 期、IIA1 期：根治性（广泛性）子宫切除+盆腔淋巴结切除术；
 - ④ IIB 期、III 期、IVA 期：应采用根治性放疗或放化疗。

第六节 血液系统

一、贫血

1. 贫血的分类

(1) 按照细胞形态分类

类型	MCV (f1) 平均红细胞体积	平均红细胞 血红蛋白量	平均红细胞 血红蛋白浓度	临床意义
正常	80~100MCH (pg)	27~34MCHC (%)	32~35	
大细胞性贫血	>100	>34	32~35	巨幼细胞性贫血, MDS
正常细胞性贫血	80~100	27~34	32~35	再生障碍性贫血, 急性失血性贫血
单纯小细胞性贫血	<80	<27	32~35	慢性病贫血
小细胞低色素性贫血	<80	<27	<32	缺铁性贫血, 海洋性贫血, 铁粒幼细胞性贫血, 慢性病贫血

(2) 按贫血严重度分类

血红蛋白浓度	<30g/L	30~59g/L	60~90g/L	>90g/L
贫血严重程度	极重度	重度	中度	轻度

2. 记忆要点：**贫血最常见的症状是疲劳乏力**，最常见的体征是**皮肤发绀**。
缺铁性贫血是最多见的贫血，呈小细胞低色素性贫血，呈“核老浆幼”现象。

3. 缺铁性贫血的表现**为苍白、反甲、异食癖**。诊断：血清铁蛋白早期最敏感，反映存储铁；**骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失**，是**诊断缺铁性贫血最可靠的依据**。

治疗：**补铁首选二价铁**，网织红细胞增高说明有效，但不能停药，血红蛋白正常后再服用4~6个月，补存贮铁。

4. 再生障碍性贫血的最大特征是：**三系减少——红系红细胞，粒系白细胞，巨核系血小板均减少**。临床表现：出血、贫血、感染。治疗：**首选雄激素（丙酸睾酮）**。

二、急性白血病

1. 白血病：骨髓中原始粒细胞占有核细胞比例 $\geq 30\%$ ，Auer小体(+)。

2. 常考白血病巧记口诀

(1) M3——早幼粒——DIC——全反式维甲酸。

(2) M5——单核——牙龈出血——DA/HA。

(3) ALL——淋巴结——Auer小体(-)——VP。

三、淋巴瘤

1. **慢性、无痛性、进行性淋巴结肿大考虑淋巴瘤**。

2. 病理活检 R-S 细胞提示**霍奇金淋巴瘤 (HL)**。

3. R-S 细胞不是霍奇金淋巴瘤 (HL) 特异性细胞，而只是具有诊断意义的细胞。

4. 淋巴瘤确诊的检查方法是**淋巴结活检**。

四、过敏性紫癜

过敏性紫癜：血管变态反应性出血性疾病。临床表现：多有呼吸道感染等前驱症状。

单纯型：为最常见的类型，**皮肤紫癜，对称分布**。

五、特发性血小板减少性紫癜 (ITP)

自身免疫性血小板减少性紫癜，血小板寿命缩短，骨髓巨核细胞增多但成熟障碍，出血时间延长。血小板低于 $20 \times 10^9/L$ 者，应严格卧床，避免外伤；血小板高于 $30 \times 10^9/L$ ，可暂不进行药物治疗。

六、弥散性血管内凝血 (DIC)

DIC 最常见病因是**细菌感染**，尤其是革兰阴性菌。最突出临床表现通常是**广泛多部位、自发性出血**，原因不明。休克发生早、快。

第七节 内分泌系统

一、水、电解质代谢和酸碱平衡失调

1. 血钠浓度低于 135mmol/L 为低渗性脱水，高于 150mmol/L 为高渗性脱水。
2. 低渗性脱水：无口渴。
3. 高渗性脱水：口渴、尿少、休克、躁狂、幻觉。
4. 低钾血症：早期的临床表现是肌无力，先是四肢软弱无力，以后可延及躯干和呼吸肌，可致呼吸困难或窒息。代谢性碱中毒，尿却呈酸性（反常性酸性尿）。
5. 补钾静脉不能推、速度不能快、浓度不能高、总量不能大、见尿补钾。
6. 不同程度脱水的临床表现及判断

	轻度	中度	重度
失水量	3%~<5%	5%~10%	大于 10%
精神状态	稍差/略烦躁	萎靡/烦躁	嗜睡/昏迷
前囟/眼窝	稍凹陷	明显凹陷	极度凹陷
皮肤/黏膜	稍干燥/弹性好	明显干燥/弹性差/苍白	极干燥/弹性极差/花纹
眼泪	有	少	无
尿量	轻度减少	明显减少	无尿（极少）
周围循环衰竭	无	不明显	明显
代谢性酸中毒	无	有	严重

7. 不同性质脱水的临床特点

	低渗性	等渗性	高渗性
血钠 (mmol/L)	<130	130~150	>150
口渴	不明显	明显	极明显
皮肤弹性	极差	稍差	尚可
血压	明显下降	下降	正常/稍低
神志	嗜睡/昏迷	萎靡	烦躁/惊厥

注：等渗性脱水临床最常见，为一般脱水表现；低渗性脱水以周围循环衰竭（休克）为突出表现；高渗性脱水较少见。

8. 代谢性酸中毒的临床表现及分度

	轻度	中度	重度
HCO ₃ ⁻	13~18mmol/L	9~13mmol/L	<9mmol/L
呼吸改变	呼吸稍快	呼吸深大	呼吸深快、节律不整、有烂苹果味
口唇颜色	正常	樱桃红	发绀
精神状态	正常	精神萎靡、烦躁不安	昏睡、昏迷

9. 低钾血症：指血清钾<3.5mmol/L。

- (1) 精神萎靡，腱反射减弱或消失；

- (2) 腹胀，肠鸣音减少或消失；
- (3) 心音低钝，心律失常等。心电图示 T 波低平、倒置、ST 段下降，出现 U 波。

二、甲状腺

1. 甲状腺功能亢进症的临床表现：紧张兴奋、多语好动、烦躁易怒、怕热多汗。男性阳痿、低血钾周期性瘫痪；女性月经量减少、不易受孕。
2. 原发性甲状腺功能亢进症：有甲状腺肿的同时具有甲状腺功能亢进症表现
3. 随着甲状腺功能亢进症的发展，T₃、T₄ 的值越来越高，I¹³¹I 的摄取率也越来越高。
4. 甲状腺功能亢进症的诊断：高代谢综合症状和体征；甲状腺肿大；血清 TT₄、FT₄ 增高，TSH 降低，具备以上三点即可成立。甲状腺功能亢进症治疗后最主要的不良反应是甲状腺功能减退。

三、原发性慢性肾上腺皮质功能减退症

原发性慢性肾上腺皮质功能减退症：最具特征的表现是全身皮肤色素加深，以暴露部位、皮肤皱褶处、瘢痕处和易摩擦部位更明显，口腔内齿龈、舌尖及颊黏膜也有色素沉着，系垂体 ACTH、MRF 分泌增多所致。

四、糖尿病

1. 糖尿病三主征——“三多一少”，多尿、多饮、多食，消瘦。
 2. 血糖升高是诊断糖尿病的主要依据，应注意单纯空腹血糖正常不能排除糖尿病的可能性，应加测餐后血糖，必要时应做葡萄糖耐量试验（OGTT）。尿糖阳性是诊断糖尿病的重要线索，但尿糖不作为糖尿病的诊断指标。
 3. 糖尿病的诊断标准：糖尿病症状+随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ （200mg/dl），或 FPG $\geq 7.0\text{mmol/L}$ （126 mg/dl），或 OGTT 中 2 小时 PG $\geq 11.1\text{mmol/L}$ （200mg/dl）。
- 注：需再测一次，予以证实，诊断才能成立。
4. 诊断糖尿病最佳的方法是静脉血浆葡萄糖，空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ，随机或餐后 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。HbA_{1c} $\geq 6.5\%$ 作为诊断糖尿病的标准。
 5. 糖尿病酮症酸中毒和高渗性非酮症性糖尿病昏迷是常见的糖尿病急性并发症。
 6. 微血管病变指毛细血管和微血管网的病变，是糖尿病的特异性并发症，其典型改变是微循环障碍和微血管基底膜增厚。
 7. 1 型糖尿病的死因是糖尿病肾病；2 型糖尿病的死因是大血管病变（心脑血管病）。
 8. 1 型糖尿病——胰岛素（正规胰岛素，短效胰岛素）。
 - 2 型糖尿病非肥胖的患者——磺脲类（氯磺丙脲）。
 - 2 型糖尿病肥胖的患者——双胍类（二甲双胍）。
 - 2 型糖尿病餐后血糖高的患者—— α -葡萄糖苷酶抑制剂（阿卡波糖）。
 - 2 型糖尿病胰岛素抵抗的患者——双胍类、噻唑烷二酮类（罗格列酮）。

第八节 精神、神经系统

1. 精神障碍：认知、情绪、行为等方面的改变。

2. 脑血管疾病所致精神障碍，有意识障碍——区别其他精神疾病。

(1) 精神依赖：精神欣快感——强迫性用药——药物滥用。

(2) 躯体依赖：躯体适应状态——耐受性增加/ 戒断综合征——危及生命。

3. 慢性酒精中毒主要表现为记忆障碍、虚构、定向障碍；治疗首选安定。

4. 精神分裂症的重要症状：评论性、争论性或命令性幻听，被害妄想等症状。

阳性症状：幻觉、妄想、紊乱的语言、思维形式障碍、怪异行为、紧张行为。

阴性症状：意志减退、快感缺乏、情感迟钝、社交退缩。

分型中最常见是偏执型，以阴性症状为主；紧张型以木僵多见；青春型以情感不协调为主；单纯型以情感单纯为主。一般没有意识障碍和智力障碍，有认知、感知、行为障碍。精神分裂症治疗急性期至少 4~6 周，巩固治疗至少 6 周。

5. 脑卒中是指由脑血管病变导致的急性脑功能缺损，多见于老年人群，多数为静态下起病，常见的卒中部位在基底节区。

6. 三叉神经痛：面部三叉神经分布区内突发的短暂、突发、反复发作的剧痛。以上颌神经、下颌神经多见，亦可两支同时受累。以面颊、上下颌及舌疼痛最明显；有“触发点”。严重时可能出现痛性抽搐。治疗：卡马西平首选。

(1) 剧烈疼痛。

(2) 触发点或扳机点。

(3) 痛性抽搐。

(4) 没有阳性体征。

7. 偏头痛：临床最常见的原发性头痛类型；特征是发作性、多为偏侧、中重度、搏动性头痛，伴恶心呕吐、光声刺激或日常活动均可加重头痛，安静环境、休息可缓解头痛。

8. 蛛网膜下腔出血：常见的病因为颅内动脉瘤，多数患者有情绪激动、用力、排便、咳嗽等诱因；临床表现：剧烈头痛、恶心呕吐、脑膜刺激征明显。出血急性期，患者应绝对卧床休息（4~6 周）。

9. 颅内肿瘤治疗首选手术。

10. 精神症状——额叶肿瘤（痴呆，个性改变）；癫痫发作——额叶多见（痉挛性大发作/局限性）；感觉障碍——顶叶多见（两点觉，实体觉，肢体位置觉）；视野缺损——枕叶及颞叶深部（对侧同向性偏盲）；失语症——优势半球肿瘤（运动性/ 感觉性/ 混合性失语）。

第九节 儿科学

一、小儿年龄分期

1. 新生儿期：自胎儿娩出脐带结扎至生后 28 天止（在婴儿期内，死亡率最高）。

2. 婴儿期：出生后至满 1 周岁之前（生长发育最迅速）。

3. 幼儿期：自 1 岁至满 3 周岁之前（注意防护）。

4. 青春期：是生长发育最快的第二个时期。发育的两个高峰期分别在婴儿期和青春期。

二、小儿生长发育规律

1. 生长发育的一般规律：生长发育遵循由上到下、由近到远、由粗到细、由低级到高级、由简单到复杂的规律。

2. 神经系统发育最早，生殖系统发育最晚，淋巴系统的发育则先快后慢。
3. 体重公式：前半年每个月孩子增加 0.7 kg，相当于 700 g；后半年每个月孩子增加 0.25 kg，相当于 250 g；1 岁 10 kg；2 岁后每年增加 2 kg。
4. 身高：出生时身长约 50 cm，1 岁时 75 cm。2~12 岁身高计算公式：身高 (cm) = 年龄×7+75。
5. 头围：出生 33~34 cm；1 岁约 46 cm=胸围。
6. 前囟最迟 2 岁闭合，测量方法：对边中点的连线。
7. 4 月开始乳牙萌出，大多于 3 岁前出齐。
8. 运动发育：二抬、四翻、六会坐、七滚、八爬、周会走。
9. 新生儿咿呀叫，二月微微笑，三到四月笑出声，七月八月能把爸妈叫，一岁说再见，三岁唱歌谣。

三、儿童保健原则

出生乙肝、卡介苗。乙肝：0、1、6。脊灰：2、3、4。百白破：3、4、5。八月打麻疹。出生若未打卡介苗，打之前一定要先做 PPD 试验，阴性才能打。

四、儿童营养基础

1. 1 岁以内的婴儿所需能量是 100kcal/ (kg·d)，每 3 岁少 10kcal/ (kg·d)。1 岁以内的婴儿所需水量是 150mL/ (kg·d)，每 3 岁少 25mL/ (kg·d)。
2. 长期喝羊奶易导致巨幼细胞性贫血。
3. 奶量摄入估计
婴儿每日能量需要 100kcal/kg，故每日需 8%糖牛奶 100mL/kg
4. 维生素 D 缺乏性佝偻病：血生化与骨 X 线改变是诊断佝偻病的金标准。早产儿 1 周开始补充维生素 D 800 IU/ d，足月儿 2 周开始补充维生素 D 400 IU/d。
5. 佝偻病活动期骨骼畸形部位、名称与好发年龄

部位	名称	好发年龄
头部	颅骨软化	3~6 个月
	方颅	8~9 个月
前囟	增宽及闭合延迟	迟于 1.5 岁
出牙	延迟	1 岁出牙，2.5 岁仍未出齐
胸部	肋骨串珠	1 岁左右
	肋膈沟	—
	鸡胸、漏斗胸	—
四肢	手镯或脚镯	>6 个月
	“O”形腿或“X”形腿	>1 岁
脊柱	后弯、侧弯	学坐后
骨盆	扁平	—

6. 维生素 D 缺乏性佝偻病：佝偻病症状+体征+血生化+骨 X 线表现，无抽搐、喉痉挛、低钙惊厥。

五、川崎病

川崎病是皮肤、黏膜、淋巴结有损害，**最严重的是心脏损害**。治疗**首选阿司匹林**，最佳的治疗是阿司匹林+丙种球蛋白。丙种球蛋白无效再考虑激素（但不单用）。

六、急性上呼吸道感染

1. **疱疹性咽峡炎**：柯萨奇 A 组，夏秋季，急起高热，咽痛，流涎，呕吐等，**咽部充血，咽腭弓、悬雍垂、软腭等处有 2~4 mm 大小的疱疹**，周围有红晕，一旦破溃形成小溃疡；发热，咽部有疱疹——疱疹性咽峡炎。
2. **咽结合膜热**：**病毒腺病毒 3、7 型**，春夏季，以发热、咽炎、**结合膜炎为特征**，高热、咽痛、眼部刺痛，有时伴消化道症状；咽炎、结合膜炎、发热——咽结合膜热。

第十节 传染病

一、总论

1. 传染病均属感染性疾病，但感染性疾病不一定是传染病。举例：感染性疾病如痢、疖等就不是传染病。
2. 病原体侵入人体后能否引起疾病，取决于病原体的致病力和机体的免疫功能两个因素。
3. 记忆要点：非特异性免疫——无分别攻击，特异性免疫——精确制导攻击。
4. 传染病流行过程的 **3 个基本条件**：**传染源、传播途径、人群易感性**。预防治疗对应的则是**消灭传染源，切断传播途径，保护易感人群**。
5. 疾病的流行强度：是指某疾病在某地区、某人群中，一定时期内发病数量的变化及各病例间联系的程度，包括散发、流行、大流行和暴发。
6. 传染病感染过程的 **5 种表现**：**病原体被清除，隐性感染，显性感染，病原携带者，潜伏性感染**。
7. 致病力包括：侵袭力、毒力、数量、变异性。

二、病毒性肝炎

1. 抗体——IgM（近期）、IgG（过去）。
黄疸前期 黄疸期 恢复期 阳（阴）性 IgM (+) (+) (+) 持续 2 个月后转阴 IgG (-) (-) (+) 持续
阳性意义：IgM、IgG 同时 (+) 提示肝炎恢复期，既往曾感染过甲肝
(1) 提示乙肝病毒处于复制的是 HBeAg、HBcAg。
(2) 乙肝具有免疫力的标志——抗-HBs。
(3) 乙肝具有传染性的标志——HBeAg、HBcAg。
(4) 提示过去感染的标志物——HBcAb 低滴度 IgG。
2. 丁肝病毒是缺陷病毒，要感染必须要与乙肝同时感染。
抗 HDV-IgM 是 HDV 早期感染的标志。抗 HDV-IgG 是 HDV 既往感染的标志（同乙肝）。
(1) 五种病毒中乙型肝炎病毒是 DNA 病毒，其余四种均为 RNA 病毒。

(2) 乙肝的六项中表面抗体是一种保护性抗体，而抗原是表示病毒复制比较活跃，传染性比较大的一个指标。

(3) 丙肝的抗体不是一种保护性抗体，是表明病人有感染性的一种标记。

3. 接种乙肝疫苗是我国控制和预防乙肝流行的最关键措施。

4. 主动预防——注射乙肝疫苗 016；被动预防——立即注射 HBIG（乙肝免疫球蛋白）。

三、细菌性痢疾

1. 普通型细菌性痢疾：腹痛、腹泻、里急后重、黏液脓血便。

2. 诊断：夏天+不洁饮食；首选检查为大便常规，确诊为大便培养。

第十一节 其他系统

一、系统性红斑狼疮

1. 抗核抗体（ANA）是自身免疫性结缔组织疾病的筛选试验；抗 dsDNA 抗体提示 SLE 的活动期；抗 Sm 抗体有助于早期诊断。

2. 记忆要点：两个红斑（蝶形红斑、盘状红斑）、三个抗体[抗核抗体（ANA）、抗 dsDNA 抗体、抗 Sm 抗体]、多个系统（呼吸、消化、泌尿、神经、运动系统等）。

3. 诊断公式：女性+蝶形红斑+光过敏+雷诺现象+抗核抗体（ANA）阳性+蛋白尿 = 系统性红斑狼疮。

二、外科感染

1. 结核、破伤风、真菌、气性坏疽、肺炭疽等属于特异性感染。大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、链球菌均属于非特异性感染。

2. 脓肿形成时切开排脓：“+”或“++”切口，切口应超出病变边缘，深达深筋膜，但不切开深筋膜。唇痈切忌切开，三角区的疖和唇痈均有导致海绵窦血栓形成的危险。

3. 丹毒：由β（乙型）溶血性链球菌引起的网状淋巴管急性炎症（很少化脓），色鲜红，治疗：抬高患肢。

4. 破伤风（毒血症、痉挛毒素）：破伤风杆菌（厌氧菌）引起；痉挛最初是咀嚼肌，以后顺序是脸面、颈项、背、腹、四肢，最后是膈肌、肋间肌（窒息、心力衰竭）。

5. 气性坏疽：急症清创（首选、关键），青霉素：每天 1 000 万 U 以上，氨基糖苷无效（卡那霉素、庆大霉素）。其特征表现是大理石样花纹、捻发音、熟肉样、恶臭。

三、骨与关节化脓性感染

1. 急性骨髓炎：高热、剧痛（感染性休克）；慢性骨髓炎：低热、长期、症状轻，有死骨、有窦道。

2. 急性血源性骨髓炎的最常见致病菌是金黄色葡萄球菌。局部脓肿分层穿刺可确诊，最好在抗生素治疗后 48~72 小时仍不能控制局部症状时进行手术。

3. 化脓性关节炎关节腔内积液：膝部最为明显，可见髌上囊明显隆起，浮髌试验可阳性。穿刺可确诊。

四、创伤、火器伤、烧伤

1. 8 小时以内清创缝合，8 小时以后只清创不缝合。火器伤早期清创应争取在伤后 6 ~ 8 小时内实施。
2. 烧伤新九分法口诀：头颈面为 3, 3, 3 (9%×1)；手臂肱为 5, 6, 7 (9%×2)；躯干会阴为 27 (9%×3)；臀为 5，足为 7，小腿大腿为 13, 21 (9%×5+1%)。
3. 烧伤分度：
I 度：伤及表皮浅层，红斑状，疼，3~7 日完全恢复，无瘢痕。
浅 II 度：真皮乳头层、水疱、疼痛（拔毛试验）、1~2 周恢复，无瘢痕、色素沉着；
深 II 度：红白相间、瘢痕增生，小面积清除水疱（大面积不清除）；
III 度：复苏平稳后尽早切痂。
4. 烧伤补液：先快后慢，先盐后糖，先晶后胶，见尿补钾，适时补碱。