

临床医师复习必看 100 条

1. 胃食管反流病的典型症状：烧心和反酸。内镜检查是诊断反流性食管炎最准确的方法。质子泵抑制剂(奥美拉唑)是目前疗效和维持药物最好的药物。

2. 食管癌中晚期临床表现：进行性吞咽困难。

3. 食管癌的诊断：纤维胃镜+活检是确诊食管癌的首选方法。

4. 十二指肠溃疡-DU——饥饿痛：疼痛在两餐之间发生，持续至下餐进食后缓解；部分在午夜发生（夜间痛）。补充：疼痛——进食——缓解。

5. 胃溃疡-GU——餐后痛：餐后约 1 小时（助理为 0.5~1 小时）发生，经 1~2 小时后逐渐缓解。补充：进食——疼痛——缓解。

6. 消化性溃疡胃镜检查及胃黏膜活组织检查——确诊首选。

7. 抑酸药 PPI(强而持久)，总疗程：DU-4 周；GU-6~8 周。

8. 消化性溃疡术后梗阻：①急性完全性输入袢梗阻：呕吐“食物”，不含胆汁。②慢性不完全性输入袢梗阻：呕吐大量“胆汁”。③输出袢梗阻：呕吐“食物+胆汁”。

9. 腹水是肝硬化失代偿期最常见和最突出的表现。

10. 肝穿刺活组织检查：假小叶形成——确诊肝硬化。

11. 肝癌首选影像学检查是B 超，最有价值影像学检查是增强 CT。

12. 细菌性肝脓肿 = 胆道疾病病史 + 寒战高热 + 肝区叩击痛 + B 超发现肝脏液性暗区。

13. 急性胆囊炎的辅助检查：首选 B 超，可见“双边征”。

14. 肝外胆管结石的临床表现：典型的 Charcot 三联征，即腹痛、寒颤高热、黄疸。

15. 急性胰腺炎 腹痛为主要表现和首发症状。体征：腹肌紧张，反跳痛。

16. 肠梗阻的临床表现：腹痛、呕吐、腹胀、停止自肛门排气排便。

17. 结肠癌：右半结肠以全身症状、贫血、腹部肿块为主，左半结肠癌以肠梗阻、便秘、腹泻、便血为主。

18. 肛裂典型的临床表现：疼痛、便秘和出血。局部检查发现肛裂“三联征”，即肛裂、前哨痔和齿状线上相应的乳头肥大时即可确诊。

19. 肛裂 = 排便时伴有剧痛+二次疼痛伴中间间歇期+大便表面带有鲜血。

20. 肛裂最好发部位是后正中线，截石位6点。

21. 直疝三角：外侧边是腹壁下动脉，内侧边是腹直肌外缘，底边是腹股沟韧带。

22. 斜疝：儿童、青壮年——突出于腹股沟管——进入阴囊——梨形——易嵌顿——压住深环，疝块不再突出。

23. 直疝：老年——突出于直疝三角——不进入阴囊——基底宽——半球形——不易嵌顿——压住深环，疝块仍能突出。

24. 外伤后易形成血肿的女性生殖结构是：大阴唇。

25. 宫体与宫颈之比，青春期前为 1 : 2，成年妇女为 2 : 1，老年妇女为 1 : 1。

26. 女性青春期最早出现的是：乳房发育。

27. 青春期开始的重要标志为：第一次月经来潮。

28. 停经6~8 周双合诊检查子宫峡部极软，感觉宫颈与宫体之间似不相连，称为黑加征。

29. 技巧总结：“S = -2 以上”——胎头未入盆、未衔接——未通过入口平面

“S = -1~0”——已入盆、衔接——已经通过入口平面

“S = -1~+1”——胎头正在通过中骨盆（还没通过）

“S = +3~+4”——胎头已通过中骨盆，到达骨盆底

30. 子宫收缩力的作用及特点：子宫收缩力是临

产后的主要产力，其特点包括：节律性；对称性；极性；缩复作用。

31. 诊断异位妊娠的简单可行方法为：经阴道后穹窿可穿刺抽出暗红色不凝血。

32. 子宫破裂的临床表现：继先兆子宫破裂症状后，产妇突感下腹撕裂样剧痛，子宫收缩骤然停止，全腹持续性压痛、反跳痛，伴有休克，阴道有鲜血流出，胎心消失，胎先露部上升，宫颈口缩小。

33. 早期减速-胎头受压；变异减速-脐带受压；晚期减速-胎盘功能减退，胎儿宫内窘迫。

34. 确诊早孕首选妊娠试验(血 hCG 较早)。临床上最常用早早孕试纸测尿 hCG。B 超和超声多普勒确诊活胎。

35. 分娩机制：衔接(双顶径进入入口平面，颅骨最低点达坐骨棘水平)→下降→俯屈→内旋转(第一产程末完成，逆时针 45°)→仰伸→复位及外旋转(顺时针 45°)→胎肩及胎儿娩出。

36. 潜伏期延长：初产妇>20h，经产妇>14h。

活跃期延长：宫口扩张速度 $<0.5\text{cm/h}$

活跃期停滞：宫口不再开大 $>4\text{h}$ 。

第二产程延长：初产妇 $>3\text{h}$ ，经产妇 $>2\text{h}$ 。

第二产程停滞：1h 胎头下降无进展。

滞产：总产程 $>24\text{h}$ 。

急产：总产程 $<3\text{h}$ 。

37. 宫颈癌：最常见妇科恶性肿瘤，好发于移行带区，HPV 感染。鳞状细胞浸润癌外生型最常见。直接蔓延(最常见)+淋巴转移(首先子宫旁淋巴结)。

38. 药物流产(米非司酮+米索前列醇)：停经 <49 日。负压吸引术：妊娠 10 周内。钳刮术：妊娠 10~14 周。利凡诺羊膜腔注射：中晚期妊娠。

39. 胸围出生时比头围小 1~2cm，约 32cm；1 周岁时与头围相等，约 46cm。

40. 乳牙萌出：生后 4~10 个月。

乳牙总数 20 个，恒牙 32 个(或 28 个)，第三磨牙也有终身不出者)。6 岁开始萌出第一磨牙(六龄齿)，12 岁左右出第二磨牙，18 岁以后出第三磨牙。

41. 运动发育的一般规律：由上而下、由近及远、由粗到细、由低级到高级、由简单到复杂。

42. 根据胎龄，足月儿： $37^{+0} \sim 41^{+6}$ 周的新生儿；早产儿：胎龄<37周的新生儿；过期儿：胎龄 ≥ 42 周的新生儿。据出生体重，正常出生体重儿：2500~3999g的新生儿；低出生体重儿：出生体重<2500g；极低出生体重儿：出生体重<1500g

超低出生体重儿：出生体重<1000g；巨大儿：出生体重 $\geq 4000g$ 。早期新生儿：指出生后1周以内的新生儿。晚期新生儿：指出生第2~4周的新生儿。

43. 蛋白质-能量营养不良：体重不增是最先出现的症状，皮下脂肪逐渐减少或消失，顺序：腹部→躯干→臀部→四肢→面颊部。

44. 苯丙酮尿症(PKU)常染色体隐性遗传病，典型的为苯丙氨酸羟化酶(PAH)缺乏，以智能发育落后为主，黑色素合成不足，毛发、皮肤和巩膜色泽变浅。尿、汗液呈鼠尿臭味。

45. 苯丙酮尿症重点的实验室检查

新生儿筛查：新生儿喂奶 3 日后，Guthrie 细菌生长抑制试验。

较大婴儿或儿童初筛：尿三氯化铁试验；2，4-二硝基苯胍试验。

46. 原发综合征 X 线检查呈哑铃型阴影：原发病灶+淋巴管炎+肺门淋巴结结核。X 线检查：诊断小儿肺结核的重要方法。

47. 心力衰竭的最常见的诱因是感染。

48. Killip——急性心梗的分级

I 级：尚无明显的心力衰竭；

II 级：有左心衰竭，肺部啰音 <1/2 肺野；

III 级：肺部有啰音，且啰音的范围 >1/2 肺；

IV 级：心源性休克，有不同阶段和程度的血流动力学变化。

49. 心衰表现：左心衰—肺淤血；右心衰—体循环淤血。

50. 房颤：心律绝对不规则、第一心音强弱不等、脉短绌。

51. 房颤 P 波消失，代之以 f 波，频率 350 ~ 600 次/分，其大小、形态和振幅不同。

52. 阵发性室上性心动过速特点：突发突止、整齐。

53. 室早：提前发生的、宽大畸形的QRS 波，时限通常 >0.12 秒，其前无 P 波；代偿间歇完全。

54. 室速有心室夺获和室性融合波。

55. 房扑 P 波消失，代之以锯齿样 F 波。

56. 终止室颤最有效的方法是电除颤，只有室颤用 非同步。

57. 房室传导阻滞：

一度传导阻滞：每个心房冲动都传至心室，但 PR 间期 >0.20 秒

二度 I 型传导阻滞：PR 间期进行性延长，直至一个 P 波受阻不能下传心室

二度 II 型传导阻滞：PR 间期恒定，部分 P 波后无 QRS 波

三度传导阻滞：房室各自独立，P 波与 QRS 波无

关，心房率>心室率，QRS 正常或增宽

58. 胸外按压部位两乳头连线与胸骨交点；深度5~6cm；频率100~120 次/分；按压和通气比例为30 : 2。

59. 早期除颤：室颤用电除颤；单相波除颤器能量选择为360J。

60. 老年人收缩期高血压的降压目标水平，收缩压控制在 150mmHg 以下，如能耐受，可降至 140mmHg 以下，舒张压<90mmHg 但不低于 65~70mmHg。

61. 心绞痛以胸骨体上段或中段之后的发作性胸痛最典型，压榨样疼痛。

62. 心绞痛持续时间3~5min，不少于 1min、不超过 15min。

63. 心绞痛急性发作首选硝酸甘油舌下含服，变异型心绞痛常选用钙通道阻滞剂。

64. 心梗疼痛时间长(持续 30 分钟~数小时)，濒死感、硝酸甘油不能缓解。

65. 主动脉瓣关闭不全：可有脉压增大、周围血

管征、“靴型心”。

66. 二狭两大特点：左房大(左室不大)；右室大；呼吸困难最常见；梨形心；二尖瓣面容。

67. 肥厚梗阻性心肌病患者在胸骨左缘第3~4肋间可闻及粗糙、收缩期喷射样杂音。

68. 肥厚性心肌病的杂音：

杂音减轻——心肌收缩力下降或左室容量增加：
 β 受体阻滞剂、下蹲位、举腿；

杂音增强——心肌收缩力增强或左室容量减少：
硝酸甘油、Valsalva 动作、洋地黄。

69. 心脏压塞：颈静脉怒张、动脉压下降、奇脉、大量心包积液体征。一旦出现心脏压塞立即行心包穿刺。

70. 中心静脉压(CVP)：反映右心前负荷，CVP的正常值为5~10cmH₂O：

①<5cmH₂O时，表示血容量不足；

②>15cmH₂O时，提示心功能不全、静脉血管床过度收缩或肺循环阻力增高；

③ >20cmH₂O 时，则表示存在充血性心力衰竭。

71. 吸烟是 COPD 最重要的环境发病因素。

72. 感染是 COPD 急性加重的重要因素。

73. COPD 核心词是：咳、痰、喘；气短或呼吸困难是 COPD 标志性症状。

74. COPD 体征：

① 视诊可见桶状胸，肋间隙增宽；

② 触诊示双侧语音震颤减弱；

③ 叩诊示肺部过清音，心浊音界缩小，肺下界和肝浊音界下降；

④ 听诊示两肺呼吸音减弱。

75. LDH>500U/L 提示恶性肿瘤。

76. ADA>45U/L 常提示结核性胸膜炎。

77. COPD 并发呼衰是以 II 型呼吸衰竭 多见。

78. 渗出性胸腔积液以结核性胸膜炎 最多见。

79. COPD 是导致肺心病最常见的病因。

80. 功能性因素尤其是缺氧是肺动脉高压形成的最重要因素。

81. 缺氧肺小动脉收缩痉挛是肺心病形成肺动脉高压的主要因素。

82. 肺型 P 波与二尖瓣型 P 波对比记忆：

①肺型 P 波：肺心病--右房大，P 波高尖；

②二尖瓣型 P 波：二狭--左房大，P 波宽大。

83. 肺心病并发心律失常多表现为房性期前收缩（最多见）及阵发性室上性心动过速，其中以紊乱性房性心动过速最具特征性。

84. 支气管哮喘核心特点是可逆性气流受限，呈阻塞性通气功能障碍。

85. 发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽是支气管哮喘主要症状。

86. 支气管舒张药：是缓解哮喘急性发作症状的首选药物。

87. 糖皮质激素：是当前控制哮喘最有效的药物。吸入治疗是目前推荐长期抗炎治疗哮喘的最常用方法。

88. 白三烯调节剂：是目前除吸入型糖皮质激素

外唯一可单独应用的哮喘控制性药物，可作为轻度哮喘吸入型糖皮质激素的替代治疗药物。

89. 单独的长效 β_2 受体激动剂(比如福莫特罗、沙美特罗)不被推荐用于支气管哮喘治疗，因为可能引起哮喘患者猝死，所以现在是和吸入激素联合使用。

90. 支扩的主要临床表现为慢性咳嗽，咳大量脓痰、反复咯血。

91. 支气管扩张最有意义的体征是局限性粗湿啰音。

92. 肺脓肿主要特征：高热、咳嗽和咳大量脓臭痰。

93. 原发型肺结核：呈哑铃形阴影，即原发病灶、引流淋巴管炎和肿大的肺门淋巴结。

94. 小细胞癌与鳞状细胞癌属于中央型肺癌；腺癌属于周围型肺癌。

中央型：位于肺门区，发生于段或段以上支气管；周围型：发生于段支气管以下的支气管。

95. 肺癌晚期压迫

①压迫或侵犯膈神经，引起同侧膈肌麻痹。

②压迫或侵犯喉返神经，引起声带麻痹，呛咳，声音嘶哑。

③压迫上腔静脉，引起面部、颈部、上肢和上胸部静脉怒张，皮下组织水肿，上肢静脉压升高；甚至出现晕厥。

96. 第4~7肋骨最易发生骨折。

97. 开放性骨折的处理清创最好在伤后6~8小时内清创。

98. 骨盆骨折骨盆挤压和分离试验阳性。

99. 神经损伤：①正中——不能屈——对掌不能；②桡——不能伸——垂腕；③尺——不能内收与外展——夹纸试验、“爪形手”、Froment 征；④坐骨——足下垂、跨越步态；⑤腓总——“内翻下垂足”。

100. 腰椎结核——拾物试验阳性。腰椎间盘突出——直腿抬高试验阳性。