**复习题**

**第一篇**

**项目一**

1. 简述现病史所包括的内容。

 现病史包括的内容有：①起病情况与患病的时间；②发病原因或诱因；③主要症状的特点，如出现的部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素；④病情发展过程及其演变；⑤伴随症状；⑥诊治经过；⑦病程中的一般情况。

1. 简述发热的临床过程及特点
2. 体温上升期：常表现为寒战、无汗、肌肉酸痛、疲乏无力、皮肤苍白、畏寒等。
3. 高热期：体温达到高峰后持续一段时间，常表现为皮肤发红，灼热感，呼吸加快加深，汗出增多，但寒战消失。
4. 体温下降期：体温逐渐降至正常水平，主要表现为汗多、皮肤潮湿。

3．简述心源性呼吸困难的临床特点

心源性呼吸困难的主要特点是：一般有严重的心脏病史，呈混合性呼吸困难，活动时加

重，休息时减轻，严重者卧位时及夜间明显加重，病人被迫采取半坐位或端坐体位呼吸。

4.意识障碍的主要临床表现有哪些？

（1）嗜睡 是最轻的意识障碍。患者处在一种持续睡眠的病理性倦睡状态，可被唤醒，醒后能正确回答问题并作出各种反应，一旦刺激去除又很快入睡。

（2）意识模糊 意识水平轻度下降。患者可保持简单的精神活动，但定向力(对时间、地点、人物的判断能力)发生障碍。

（3）谵妄 是一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性活动失调的状态。表现为意识模糊、定向力障碍、感觉错乱（幻觉、错觉）、言语杂乱以及躁动不安。

 （4）昏睡 接近于不省人事。患者处在熟睡状态，在强刺激下，如压迫眶上神经,剧烈摇晃患者身体等可被唤醒,醒后不能正确回答问题或答非所问,很快又再入睡。

（5）昏迷 是严重的意识障碍，分为浅昏迷、中度昏迷和深昏迷。

**项目二**

 1．触诊的方法有哪些？

根据触诊目的和施加压力不同，可分为浅部触诊法和深部触诊法。

 浅部触诊法适用于体表浅在病变的检查。深部触诊法主要用于检查腹腔脏器和腹部器官情况，根据检查目的和手法的不同可分为4种。包括深部滑行触诊法、双手触诊法、深压触诊法、冲击触诊法。

 2．干啰音与湿啰音如何区别？各自有哪些听诊特点？

干啰音是由于气管、支气管、细支气管狭窄或部分堵塞，呼吸时气流通过狭窄的通道发生湍流振动的声音。湿罗音是由于呼吸气流使支气管或空洞中稀薄的液体形成水泡并破裂而产生的声音，又称水泡音。

干啰音的特点为：①音调较高，持续时间长。②呼气与吸气均可听到，呼气时明显。③ 强度和性质易改变，部位易变换，短时间内可增多或减少。

湿罗音的特点为：①吸气和呼气时均可听到，深呼吸及吸气末最明显。②水泡破裂声一次连续多个出现，断续而短暂。③部位、性质较恒定，咳嗽后可稍减轻或消失。④三种水泡音可同时存在，声音大小与管腔粗细一致。

 3．腹膜刺激征有哪些？如何区别压痛与反跳痛？

 腹膜刺激征包括腹肌紧张、压痛和反跳痛。

压痛多来自腹壁或腹腔内的病变。压痛部位常为病变所在部位，某些位置较固定的压痛点常反映特定的疾病。当触诊患者腹部出现压痛后，用并拢的2～3个手指压于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后突然将手抬起，如此时病人感觉疼痛加重，并常伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛。反跳痛是壁腹膜已被炎症波及的征象，提示局限性或弥漫性腹膜炎。当炎症未累及壁腹膜时，可仅有压痛而无反跳痛。

4．简述病理反射的典型表现：

病理反射指锥体束病损时，大脑失去了对脑干和脊髓的抑制作用而出现的异常反射。

Babinski征：取位与检查跖反射一样，用钝竹签沿足底外侧由后向前划，至小趾掌

关节处再转向拇趾侧，阳性反应为拇趾背伸，余趾呈扇形展开。见于椎体束损害

**项目三**

1.红细胞及血红蛋白增多见于什么情况?

答：红细胞与血红蛋白增多（也称为“红细胞增多症”），并非一种独立的疾病，而是一种临床现象。它主要分为以下两大类：

一、相对性增多

**核心机制：**不是红细胞真正数量变多，而是由于**血浆容量（水分）减少**，导致血液浓缩，使得红细胞和血红蛋白的**相对浓度**升高。

**常见于：**

**1.严重脱水：**如剧烈呕吐、腹泻、大量出汗、大面积烧伤等。

**2.休克：**有效循环血量下降。

**3.肾上腺皮质功能减退：**导致水钠丢失。

**特点：**这种情况通常是**暂时性**的，通过补充液体、纠正脱水后，指标可恢复正常。

二、绝对性增多

**核心机制：** **全身红细胞的总容量确实增多**。这是由于造血功能增强所致，又分为原发性和继发性。

**1. 原发性增多：**

**真性红细胞增多症（PV）：**这是一种**骨髓增殖性肿瘤**，是造血干细胞本身发生了问题。**特点：**不仅红细胞显著增多，常常伴有白细胞和血小板增多。患者可能出现面色红紫、脾肿大、瘙痒、血栓等症状。

**2. 继发性增多：**

**核心机制：**身体因各种原因**缺氧**，或受到某些异常刺激，代偿性地生成更多红细胞来改善缺氧状态。

**常见于：**

**生理性代偿：高原地区居民**（空气中氧气稀薄）。

**病理性代偿：慢性心肺疾病：**如慢性阻塞性肺疾病（COPD）、肺源性心脏病、发绀型先天性心脏病。**异常血红蛋白病：**某些血红蛋白携氧能力差。**其他原因：**长期大量吸烟（一氧化碳结合血红蛋白，使其携氧能力下降）。

**非代偿性（EPO异常分泌）：** 某些肾脏疾病（如肾癌、肾囊肿）或肿瘤（如肝癌）会**不恰当地分泌**促红细胞生成素（EPO），刺激骨髓制造过多红细胞。

2.简述常见肝脏病检查项目的合理选择与应用？

答:**肝脏功能复杂，因此检查项目繁多。合理选择和应用这些项目对于肝脏疾病的诊断、鉴别诊断、病情监测和预后判断至关重要。以下是常见肝脏病检查项目的选择与应用简述：**

**一、检查项目的分类与目的**

**肝脏检查项目主要分为四大类：**

**1.肝功能检查：** 评估肝细胞损伤程度和功能状态。

**2.病原学检查：** 明确肝脏疾病的病因。

**3.影像学检查：** 观察肝脏形态、结构及占位性病变。

**4.病理学检查：** 明确疾病诊断和分期的“金标准”。

**二、合理选择与应用策略**

临床应根据不同的目的和疑似疾病，合理组合这些检查项目。

1. 健康体检或初次筛查：

**首选项目：肝功能生化：**谷丙转氨酶（ALT）、谷草转氨酶（AST）、γ-谷氨酰转移酶（GGT）、碱性磷酸酶（ALP）、总胆红素（TBil）。**蛋白质代谢：** 总蛋白（TP）、白蛋白（Alb）。**病毒学标志物：** 乙肝两对半、丙肝抗体。

**应用：**可初步发现肝细胞损伤、胆汁淤积、黄疸及常见的病毒性肝炎。

2. 评估肝细胞损伤程度：

**核心项目：** **ALT** 和 **AST**。

**应用：**ALT主要存在于肝细胞浆中，其升高特异性更高，直接反映肝细胞损伤。AST在肝细胞线粒体中含量高，AST/ALT比值 > 2 常提示肝损伤较重（如肝硬化、酒精性肝病）。胆红素升高提示肝细胞处理胆红素的能力下降，病情可能加重。

3. 鉴别黄疸类型

**核心项目：** **总胆红素（TBil）、结合胆红素（CBil）、尿胆原、尿胆红素**。

**应用：溶血性黄疸：** TBil升高为主，CBil正常或轻度升高，尿胆原强阳性。**肝细胞性黄疸：** TBil和CBil均升高，尿胆原阳性，尿胆红素阳性。**梗阻性黄疸：** CBil显著升高，尿胆原减少或消失，尿胆红素强阳性。

4. 判断胆汁淤积：

**核心项目：** **ALP** 和 **GGT**。

**应用：** 两者同时显著升高，高度提示胆道梗阻或胆汁淤积性肝病（如原发性胆汁性胆管炎PBC）。GGT对酒精性肝损伤也更敏感。

5. 评估肝脏合成功能：

**核心项目：** **白蛋白（Alb）** 和 **凝血酶原时间（PT）**。

**应用：**白蛋白水平下降提示肝脏合成功能减退，多见于慢性肝病、肝硬化。PT延长（或INR增高）反映肝脏合成凝血因子的能力下降，是判断肝衰竭和预后的重要指标。

6. 探查肝纤维化和肝硬化：

**血清学指标：** 如透明质酸、层粘连蛋白等（特异性不高，可作为参考）。

**影像学检查：** **肝脏弹性检测** 可无创评估肝脏硬度，是筛查肝纤维化的首选方法。

**金标准：** **肝穿刺活检**。

7. 筛查肝脏占位性病变（如肿瘤）：

**肿瘤标志物：** **甲胎蛋白（AFP）** 是筛查原发性肝细胞癌的首选血清学标志物。

**影像学检查：** **肝脏超声** 是初筛最常用的方法。**增强CT** 或 **MRI** 是诊断和分期的主要手段。

三、总结与应用原则

**组合应用，而非单一依赖：** 没有任何一项检查可以全面评估肝脏状况，必须多项指标组合判断。

**动态观察，优于单次结果：** 肝功能指标是动态变化的，连续监测其变化趋势比单次测值更有意义。

**结合临床，综合判断：** 必须结合患者的症状、体征、病史（如饮酒史、用药史、家族史）及其他检查结果进行最终诊断。

**遵循“从无创到有创”的原则：** 优先选择血液检查、影像学等无创检查，必要时再考虑肝穿刺等有创检查。

3.引起多尿,少尿,无尿的原因可能有哪些？

答：**尿量的异常是反映机体水液代谢和肾脏功能的重要指标。临床定义通常为：**

**多尿 (Polyuria)： 24小时尿量持续 > 2500ml**

**少尿 (Oliguria)： 24小时尿量 < 400ml 或每小时尿量 < 17ml**

**无尿 (Anuria)： 24小时尿量 < 100ml 或12小时内完全无尿**

****一、多尿 (Polyuria) 的原因****

**多尿主要源于肾脏对水的重吸收减少，可分为水利尿和溶质性利尿。**

****1. 水利尿**（抗利尿激素ADH分泌不足或反应下降）**

**中枢性尿崩症： 下丘脑-垂体病变导致ADH合成或分泌减少（如颅脑外伤、肿瘤、手术等）。**

**肾性尿崩症： 肾脏对ADH的反应性降低（如家族遗传、慢性肾病、药物如锂剂所致）。**

**精神性多饮： 原发性多饮导致血浆渗透压降低，抑制ADH分泌。**

****2. 溶质性利尿**（尿中溶质分子增多）**

**电解质紊乱： 高血糖（糖尿病时，葡萄糖充当渗透性利尿剂）。**

**医源性因素： 静脉输注高渗物质（如甘露醇、高渗葡萄糖）。**

**慢性肾功能不全： 残留的溶质分子负荷增加，导致渗透性利尿。**

**其他： 大量尿素生成（如高蛋白饮食、身体分解代谢亢进）。**

****3. 其他原因****

**利尿剂使用： 如呋塞米、氢氯噻嗪等。**

**梗阻后利尿： 解除尿路梗阻后出现的暂时性多尿。**

**急性肾衰竭多尿期。**

****二、少尿与无尿 (Oliguria & Anuria) 的原因****

**少尿和无尿的机制相似，严重程度不同。病因通常按病变部位分为三类：肾前性、肾性、肾后性。**

****1. 肾前性少尿/无尿（最常见）****

**机制： 肾脏本身无病变，但因有效循环血容量不足或心功能衰竭，导致肾灌注急剧减少，肾小球滤过率（GFR）下降。**

**常见原因：**

**血容量不足： 严重脱水、大出血、烧伤、腹泻、过度利尿。**

**心输出量下降： 心力衰竭、心肌梗死、心包填塞、严重心律失常。**

**全身血管扩张： 脓毒症、过敏性休克、使用降压药。**

**肾血管阻塞： 肾动脉血栓或栓塞。**

****2. 肾性少尿/无尿****

**机制： 各种原因导致的肾实质本身损害，使肾小球滤过功能严重下降。**

**常见原因：**

**肾小球疾病： 急进性肾炎、急性肾小球肾炎、慢性肾炎终末期。**

**肾小管间质疾病： 急性肾小管坏死（最常见，由缺血、毒素如药物、重金属、色素等引起）、间质性肾炎。**

**肾血管疾病： 肾静脉血栓形成、血管炎。**

**终末期肾病（ESRD）。**

****3. 肾后性少尿/无尿****

**机制： 由于尿路梗阻导致尿液排出受阻。**

**常见原因：**

**尿路内梗阻： 结石、血块、坏死组织堵塞。**

**尿路外压迫： 肿瘤（如前列腺癌、宫颈癌）、腹膜后纤维化、前列腺增生。**

**神经源性膀胱： 导致功能性梗阻。**

**项目四**

1.疾病的诊断过程包括哪几个步骤？

答：（1）临床资料的获取，

(2)建立诊断、验证诊断与临床思维方法。

2.临床思维中的几点注意事项是什么？

答：（1）局部与整体。

（2）先考虑多发病、常见病，后考虑少见病、环境、生物、心里、遗传等诸多因

素均会对人体产生影响，不同地区、不同时期可有不同的疾病发生。

（3）个体差异。

（4）许多疾病正确的诊断需反复验证才能成立。

**第二篇**

**项目五**

1.呼吸衰竭的诊断标准有哪些？

缺氧无二氧化碳潴留，或伴二氧化碳降低，血气分析特点是PaO2<60mmHg, PaCO2降低或正常；Ⅱ型呼吸衰竭：即高碳酸性呼吸衰竭，血气分析特点是Pa02<60mmHg，同时伴有PaCO2>50mmHg。

2.肺炎球菌肺炎的典型临床表现？

**症状：发病前多有诱因及上呼吸道感染的前驱症状，起病急骤，寒战高热。咳嗽、咳铁锈色痰或白色黏痰，胸痛、轻重不等的呼吸困难，严重感染伴菌血症、败血症者可有消化道症状如恶心、呕吐、腹胀、腹泻、黄疸、烦躁不安、神志模糊，甚至昏迷、休克；体征：典型病例呈急性病容，面颊绯红，气促、口唇周围出现单纯疱疹，患侧肺部有实变体征，叩诊浊音、语颤增强。听诊有支气管呼吸音、湿性啰音或捻发音。病变累及胸膜可出现胸膜摩擦音或胸腔积液体征。**

3.慢性阻塞性肺疾病患者胸部X线检查的特点？

COPD早期x线胸片可无明显变化，后期可出现肺纹理增多和紊乱；x线征象为肺过度充气：胸腔前后径增长，肋间隙增宽，肺野透亮度增高，横膈位置下降，心脏悬垂狭长，肺门血管纹理呈残根状。并发肺动脉高压和肺源性心脏病时，肺门血管影扩大及右下肺动脉增宽等。

**项目六**

1.判断患者发生心搏骤停的临床指征有哪些？

（1）判断意识 在环境安全的情况下，采取轻拍或摇动患者双肩的方法，并大声呼叫：“喂，你能听见我说话吗 ?”判断患者有无反应，同时立即检查大动脉搏动和呼吸。

（2）检查脉搏 成人和儿童检查其颈动脉，方法是食指和中指的指尖平齐并拢，从患者的气管正中部位向旁滑移 2 ～3cm，在胸锁乳突肌内侧轻触颈动脉搏动。婴儿可检查其肱动脉。检查时间应至少 5 秒钟，但不超过 10 秒钟。

（3）检查呼吸 可观察患者面部，呼吸情形和胸廓有无呼吸起伏。

2.简述初级心肺复苏术的操作流程？

心肺复苏(CPR)操作步骤包括：判断现场安全→检查意识与呼吸→呼救→胸外按压→开放气道→人工呼吸→循环操作。核心目标是通过按压维持血液循环，结合人工呼吸供氧，为患者争取抢救时间。

3.简述胸外按压的操作要点？

一旦判断患者发生心搏骤停，或不确定是否有脉搏时，均应立即开始胸外按压，尽快提供循环支持。胸外按压是对胸骨下段有节律地按压，对倒地至第一次电击的时间超过 4 分钟的患者，胸外按压更为重要。有效的胸外按压可产生 60 ～ 80mmHg 的收缩期动脉峰压。

（1）摆好体位 患者仰卧在平地或硬板上。为保证按压时力量垂直作用于胸骨，施救者可根据患者所处位置的高低，采取跪式或站式（需要时，用脚凳垫高）等不同体位进行按压。

（2）胸外按压的部位 成人胸外按压的部位是在胸部正中，胸骨的下半部，相当于男性两乳头连线之间的胸骨处。婴儿按压部位在两乳头连线之间稍下方的胸骨处。

（3）胸外按压的方法 按压时，施救者一手的掌根部放在胸骨按压部位，另外一只手平行叠加在其上，两手手指交叉紧紧相扣，手指翘起。按压时，身体稍前倾，双肩在患者胸骨正上方，双臂绷紧伸直，以髋关节为支点，依靠肩部和背部的力量垂直向下用力。按压一次后放松压力，但手掌不应离开患者胸骨部位。按压频率：成人 100 ～ 120 次 /min。按压深度：胸骨下陷 5 ～ 6cm。

**项目七**

1. 消化性溃疡患者典型的的临床表现有哪些？并发症有哪些？治疗方法有哪些？

（1）消化性溃疡的典型的临床表现上腹部疼痛，具有慢性过程、周期性发作、节律性疼痛的特点，多为隐痛、胀痛或烧灼痛。胃溃疡多发生在进食后, 即:进食-疼痛-缓解，十二指肠溃疡多发生在空腹和夜间,即疼痛-进食-缓解。部分患者可出现失眠、多汗、脉缓等自主神经功能紊乱的表现。胃溃疡因进食疼痛而影响食欲，久之导致营养不良、消瘦及贫血。十二指肠溃疡往往由于进食可缓解疼痛而频繁进食，体重可增加，但若出血可致贫血。查体可仅有剑突下局限压痛，压痛较轻，缓解期无明显体征；（2）并发症包括出血、穿孔、幽门梗阻和癌变；（3）治疗方法包括根除HP的治疗、抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、手术治疗。

2. 肝硬化门静脉高压有哪些表现？肝硬化可以出现哪些并发症？

（1）肝硬化门静脉高压的表现有脾肿大、腹水、侧支循环的建立与开放，通常有三条重要倒支循环建立①食管下段和胃底静脉曲张②腹壁和脐周静脉曲张③痔核形成，破裂时可引起便血。（2）并发症包括上消化道出血、肝性脑病、感染、肝肾综合征、原发性肝癌、电解质和酸碱平衡紊乱、肝肺综合征。

3. 肝性脑病临床分哪几期？如何鉴别？

肝性脑病临床分前驱期、昏迷前期、昏睡期和昏迷期，各期鉴别参照表2-3-3肝性脑病的临床分期及特点。

**项目八**

1.简述急性肾小球肾炎的临床表现。

①尿异常：肉眼血尿、轻中度蛋白尿。②水肿：晨起眼睑水肿或伴有下肢轻度凹陷性水肿，严重者可波及全身。③高血压：常为一过性轻、中度高血压。④肾功能异常。⑤充血性心力衰竭。

 2.尿路感染的易感因素有哪些？

①尿路梗阻。②膀胱输尿管反流。③性别和胜利结构。④机体抵抗力下降。⑤其他：包括肾发育不良、肾盂及输尿管畸形、肾移植、妊娠与分娩、医源性因素等。

**项目九**

1. 甲状腺功能亢进症的临床表现有哪些？如何诊断？治疗方法有哪些？

（1）甲状腺功能亢进症的临床表现有①高代谢综合征：出现怕热、多汗，皮肤温暖湿润，低热等。②精神、神经系统：神经过敏、多言好动、易激动、紧张焦虑、注意力不集中、记忆力减退，失眠；腱反射活跃，伸舌和双手向前平伸时有细震颤。③心血管系统：心率增快、心肌收缩力增强，收缩压增高、舒张压降低致脉压增大，由于心肌收缩力增强可有收缩期杂音，心律失常以房性期前收缩最常见；重则出现严重心律失常、心脏扩大、心力衰竭，称甲亢性心脏病。④消化系统：病人食欲亢进、消瘦、严重者呈现恶病质；大便频繁，甚至慢性腹泻；重者有肝大及肝功能异常，偶见显性黄疸。⑤肌肉骨骼系统：出现肌无力、肌萎缩，行动困难，不少病例可伴有周期性瘫痪，还可伴有重症肌无力等。⑥血液系统：自细胞计数偏低，可伴血小板减少性紫癜；部分病人有轻度贫血。⑦生殖系统：女性常有月经稀少、闭经；男性多阳痿、乳房发育；男女生育力均下降。⑧甲状腺呈弥漫性对称性肿大，质地较软无压痛，随吞咽动作上下移动，听诊可闻及震颤及杂音。⑨突眼征分非浸润性及浸润性突眼。⑩其他如胫骨前黏液性水肿，老年性甲亢，也叫淡漠型甲亢，起病隐袭，表现为嗜睡乏力、反应迟钝、心动过缓，症状多不典型，有时仅有厌食、腹泻等消化道表现；甲状腺危象系病情恶化时的严重症侯群，可危及生命。（2）甲亢诊断需要结合患者典型的临床表现、检测甲状腺功能、甲状腺超声、吸碘率等综合诊断。（3）治疗方法有口服抗甲状腺药物、131Ⅰ治疗和手术治疗。

2. 糖尿病患者的临床表现和并发症有哪些？治疗方法包括哪些？

（1）糖尿病患者的临床表现代谢紊乱综合征（三多一少）即多尿、多饮、多食、消瘦，部分患者出现皮肤瘙痒、视物模糊、四肢麻木、性欲减退、便秘、餐前低血糖，部分人无任何症状，在健康体检或围手术期发现血糖升高。（2）糖尿病急性并发症包括①糖尿病酮症酸中毒；②高血糖高渗状态，又称高渗性昏迷； ③急性感染，以皮肤、胆道、泌尿道部位最常受累。疖、痈等皮肤化脓性感染多见，可致败血症或脓毒血症。糖尿病人的肺结核发病率高，进展快，易形成空洞。④低血糖（3）糖尿病慢性并发症包括①大血管病变，主要为主动脉、冠状动脉、脑动脉、肾动脉和肢体动脉，下肢动脉硬化闭塞可致下肢坏疽。②微血管病变，包括肾脏病变、视网膜病变、糖尿病心肌病。③神经病变，周围神经病变最常见。④眼部病变，除糖尿病性视网膜病变以外还可引起黄斑病、白内障、青光眼、屈光改变等。⑤糖尿病足，因神经末梢改变、下肢动脉供血不足及细菌感染等多种因素，糖尿病患者可引起足部疼痛、皮肤深溃疡和肢端坏疽等病变，统称为糖尿病足。（4）治疗方法包括饮食营养治疗、运动治疗、健康教育、自我监测、药物治疗等。

**项目十**

1.类风湿关节炎的主要临床表现有哪些？

答：①关节表现：近端指关节或掌指关节疼痛、肿胀、晨僵、畸形及功能障碍等。

②关节外表现：关节隆突部及受压部位的皮下出现类风湿结节；类风湿血管炎及其他内脏受损的表现。

1. 类风湿关节炎主要治疗方法有哪些？

答：在注意劳逸结合、营养支持等基础上使用.非甾体抗炎药物、抗风湿药等，必要时

应用糖皮质激素，根据病情采用可采取热敷、按摩、热水浴扥管理聊方法。

1. 系统性红斑狼疮患者免疫学检查及意义？

答：抗核抗体（ANA）：对SLE的敏感性为95%，但特异性不高，是SLE的主要筛选指

标；抗ds—DNA（抗双链DNA）抗体：特异性高，阳性率约60%，抗体效价随病情缓解而下降，是诊断SLE的标记抗体之一；抗Sm抗体：特异性高达99%，阳性率低，是SLE的标记性抗体。

**项目十一**

1. 铁剂治疗的注意事项有哪些？

答：餐后服用胃肠道反应小且易耐受。应注意钙剂、乳类、茶等会抑制铁剂的吸收，鱼、肉类、维生素C可增加铁剂的吸收。

1. 再生障碍性贫血的骨髓检查特点？

答：重型再障多部位骨髓呈现出增生重度降低的状态。其中，粒系、红系及巨核细胞明显

减少且形态大致正常，淋巴细胞及非造血细胞比例明显升高，骨髓小粒皆空虚。非重型再障多部位骨髓增生降低，可见较多脂肪滴。粒系、红系及巨核细胞减少，淋巴细胞及网状细胞、浆细胞比例升高，多数骨髓小粒空虚。骨髓活检显示，整个切片增生降低，造血组织减少，而脂肪组织和（或）非造血细胞增多，无异常细胞。

**项目十二**

 1. 何为短暂性脑缺血发作？有何临床表现？

（1）短暂性脑缺血发作(transient ischemic attacks,TIA)是指发生于颈动脉系统或椎-基底动脉系统、历时短暂并反复发作的局灶性脑缺血所引起的局限性脑功能障碍。症状发生迅速，通常持续数分钟至数小时，24小时内完全缓解，不留任何神经功能缺损，无后遗症。（2）颈内动脉系统短暂性脑缺血发作最常见的症状为单瘫、偏瘫、偏身感觉障碍、失语、单眼视力障碍等，亦可出现同向性偏盲等。单眼突然出现一过性黑蒙是颈内动脉分支眼动脉缺血的特征性症状。短暂的精神症状和意识障碍偶亦可见。椎-基底动脉系统短暂性脑缺血发作表现为脑干、小脑、枕叶、颞叶及脊髓近端缺血，神经缺损症状。最常见的症状是一过性眩晕、眼震、站立或行走不稳。一过性视物成双或视野缺损等。一过性吞咽困难、饮水呛咳、语言不清或声音嘶哑。一过性单肢或双侧肢体无力、感觉异常。一过性听力下降、交叉性瘫痪、轻偏瘫和双侧轻度瘫痪等。少数可有意识障碍或猝倒发作。

 2脑出血治疗措施包括哪些？

脑出血治疗措施包括①一般应卧床休息2～4周，保持安静，避免情绪激动和血压升高。严密观察体温、脉搏、呼吸和血压等生命体征，注意瞳孔变化和意识改变。②保持呼吸道通畅，清理呼吸道分泌物或吸入物。必要时及时行气管插管或切开术；有意识障碍、消化道出血者禁食24～48小时，必要时应排空胃内容物。③维持水、电解质平衡，保证足够营养，每日补钠、补钾、糖类、补充热量，必要时给脂肪乳剂注射液（脂肪乳）、人血白蛋白、氨基酸或能量合剂等。④调整血糖，血糖过高或过低者，应及时纠正，维持血糖水平在6～9mmol/L之间。⑤明显头痛、过度烦躁不安者，可酌情适当给予镇静止痛剂；便秘者可选用缓泻剂。⑥降低颅内压，脑出血后脑水肿约在48小时达到高峰，维持3～5天后逐渐消退，可持续2～3周或更长。积极控制脑水肿、降低颅内压是脑出血急性期治疗的重要环节。⑦一般来说，病情危重致颅内压过高出现脑疝，内科保守治疗效果不佳时，应及时进行外科手术治疗。⑧康复治疗，脑出血后，只要患者的生命体征平稳、病情不再进展，宜尽早进行康复治疗。早期分阶段综合康复治疗对恢复患者的神经功能，提高生活质量有益。

3. 帕金森病典型表现有哪些？如何选择用药？

（1） [帕金森病](https://baike.baidu.com/item/%E5%B8%95%E9%87%91%E6%A3%AE%E7%97%85%22%20%5Ct%20%22https%3A//baike.baidu.com/item/%E5%B8%95%E9%87%91%E6%A3%AE%E7%97%85/_blank)起病隐袭，进展缓慢。首发症状通常是一侧肢体的震颤或活动笨拙，进而累及对侧肢体。临床上主要表现为静止性震颤、运动迟缓、肌强直和姿势步态障碍。（2）药物治疗选择应用抗胆碱能药、多巴胺能药、多巴胺能受体激动剂等，注意观察用药疗效和副作用，出现严重不良反应时应积极处理。用药应坚持“low”和“slow”的原则，即尽可能地维持低剂量，缓慢增剂量，强调治疗的个体化。注意从小剂量开始，逐步缓慢加量直至有效维持，饭前或后1小时分次服用。服药期间尽量避免使用维生素B6、利眠宁、利血平、氯丙嗪、奋乃静等药物。

**第三篇**

**项目十三**

1.简述休克的概念和分类。

休克（shock）是各种原因引起机体有效循环血量急剧减少，组织血液灌注不足，导致细胞缺氧，代谢障碍和功能受损的临床综合征。休克按病因和发病机制分为低血容量性，感染性，心源性，神经性和过敏性休克五类。

2.如何估算烧伤面积？

烧伤的面积估算：（1）中国新九分法： 共为11×9％＋1％＝100％。

1）头颈部为9％ ﹙1个9％，其中头部3％，面部3％，颈部3％﹚。

2）双上肢为18％ ﹙2个9％，其中双手5％，双前臂6％，双上臂7％﹚

3）躯干为27％ ﹙3个9％，其中前躯干13％，后躯干13％，会阴1％﹚

4）双下肢 ﹙含臀部﹚为46％ ﹙5个9％＋1％﹚，其中双足﹙男7％﹚﹙女6％﹚，双小腿13％，双大腿21％，臀部﹙男5％﹚﹙女6％﹚。

 ⑵ 儿童体表面积的计算与成人略有区别，因儿童头部相对较大而四肢较小，故不同年龄的儿童可按下列公式计算。小儿头部面积为9＋﹙12－年龄﹚，小儿双下肢面积为46－﹙12－年龄﹚，其余与成年人相同。

3.如何评估烧伤面积严重程度？

按烧伤的严重程度分类 目前国际上无通用的分类标准，国内对烧伤程度的分类依据烧伤面积和烧伤深度进行综合评估。

（1） 成人烧伤严重程度分类：

1）轻度烧伤： 总面积在9％以下的Ⅱ度烧伤。

2）中度烧伤： 总面积在10％~29％或Ⅲ度烧伤面积在10％以下的烧伤。

3）重度烧伤： 总面积在30％~49％之间或Ⅲ度烧伤面积在10％~19％之间，或总面积不超过30％，但有下列情况之一者：全身情况严重或有休克者，有复合伤或合并伤 ﹙如严重创伤、化学中毒等﹚，有中、重度吸入性损伤者。

4）特重度烧伤： 总面积在50％以上或Ⅲ度烧伤面积在20％以上者。

（2）小儿烧伤严重程度和成人不同，分类如下：

1）轻度烧伤： 总面积在5％以下的Ⅱ度烧伤。

2）重度烧伤： 总面积在5％~15％的Ⅱ度烧伤或Ⅲ度烧伤面积在5％以下的烧伤。

3）重度烧伤： 总面积在15％~25％或Ⅲ度烧伤面积在5％~10％之间的烧伤。④特重度烧伤： 总面积在25％以上或Ⅲ度烧伤面积在10％以上者。

**项目十四**

1.骨折的专有体征有哪些？

骨折的专有体征包括畸形、反常活动、骨擦音。

2.简述骨折的治疗方法？

骨折的治疗包括复位、固定、功能锻炼。

3.脱位的特征性表现有哪些？

脱位的专有体征包括畸形、弹性固定、关节盂空虚。