

内科学

基础知识

备注：重要程度分为三级，一级为★； 二级为★★； 三级为★★★			
题号	预测题干	预测答案	标星
1	发病的最常见病因为	感染性发热	★★
2	非感染性发热包括	结缔组织病；恶性肿瘤；无菌性组织坏死；内分泌疾病；中枢神经系统疾病；物理因素	★★
3	外源性致热源包括	微生物病原体及产物；炎性渗出物及无菌性坏死组织；抗原抗体复合物；某些类固醇物质；多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子	★★
4	内源性致热源包括	白介素-1 (IL-1)；肿瘤坏死因子；干扰素；	★★
5	非致热源性发热常见于	体温调节中枢直接受损；引起产热过多的疾病；引起散热减少的疾病	★
6	发热的分度	低热 37.3~38℃；中热 38.1~39℃；高热 39.1~41℃	★
7	发热的临床过程	体温上升期；高热期；体温下降期	★
8	稽留热	恒定维持在 39~40℃ 以上高水平，达数天或数周；24h 波动范围 < 1℃；大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期	★★★
9	弛张热	体温常在 39℃ 以上，24h 波动范围 > 2℃，但范围都在正常水平以上；见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症、感染性心内膜炎等	★★★
10	间歇热	体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常。无热期持续一天至数天，高热期与	★★★
11	波状热	体温上升达 39℃ 或以上，数天后逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复多次。见布氏杆菌病，结缔组织病肿瘤等。	★★★
12	回归热	体温急骤上升至 39℃ 或以上，持续数天后又骤降至正常水平。高热期与无热期各持续数天后规律性交替一次。见霍奇金淋巴瘤、周期热等。	★★
13	不规则热	发热无明显规律。见结核病、风湿热、渗出性胸膜炎等。	★★

14	大叶性肺炎时发热可伴随症状	寒战、单纯疱疹、	★
15	夜间咳嗽常见于	左心衰、肺结核	★★
16	咳嗽声音嘶哑可能的疾病是	1. 声带炎症；2. 肿瘤压迫喉返神经	★
17	鸡鸣样咳嗽可见于	百日咳、会厌、喉部疾病或气管受压	★
18	金属音咳嗽可见于	纵膈肿瘤、主动脉瘤或支气管癌直接压迫气管	★
19	咳嗽声低微或无力可见于	严重肺气肿、声带麻痹及极度衰弱者	★
20	日咳数百至上千毫升浆液泡沫痰提示患者可能有	肺泡癌	★
21	粉红色泡沫痰提示患者可能有	肺水肿	★★★★
22	患者咳嗽咳痰伴有杵状指，该患者的诊断可能是	支气管扩张、慢性肺脓肿、支气管肺癌、脓胸	★★★★
23	咯血主要见于	呼吸系统疾病和心血管疾病	★★
24	患者咯血，为粉红色泡沫样痰，该患者可能是	左心衰竭	★★★★
25	患者咳嗽咳痰，痰中带血，该患者可能是	支气管炎、肺良性肿瘤、肺癌、支气管扩张	★★
26	大量咯血是指	>500ml/24H。或者一次咯血>300ml	★★
27	中心性发绀包括哪些疾病	1. 喉、气管、支气管的阻塞。2. 肺炎、慢性阻塞性肺疾病。3. 弥漫性肺间质纤维化。4. 肺淤血、肺水肿；5. 急性呼吸窘迫综合症；6. 肺栓塞、原发性肺动脉高压等； 2. 7. 法洛四联症、艾森曼格综合征	★★★★
28	周围性发绀包括哪些疾病	1. 淤血性周围性发绀：右心衰竭、渗出性心包炎心脏压塞、缩窄性心包炎、血栓性静脉炎、上腔静脉阻塞综合征、下肢静脉曲张 2. 缺血性周围性发绀：严重休克、暴露于寒冷中、血栓闭塞性血管炎、雷诺病、肢端发绀症、冷球蛋白症	★★★★
29	混合性发绀可见于	心力衰竭	★★
30	发绀伴有杵状指的是	发绀型先天性心脏病和某些慢性肺部疾病	★★★★

31	发绀伴有呼吸困难可见于	重症肺心疾病及呼吸道梗阻、大量气胸等	★★
32	胸痛部位位于腋前线、腋中线附近,深呼吸时加剧,可能为	胸膜炎	★
33	胸痛位于胸骨后,呈烧灼样,进餐后加重,可能为	反流性食管炎	★★
34	不属于胸痛性质的是	牵涉痛	★
35	吸气性呼吸困难的临床表现	吸气费力,出现三凹征,伴干咳及高调吸气性喉鸣	★★★
36	患者吸气费力,有三凹征。该患者可能得诊断为	喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞	★★★
37	呼气性呼吸困难的临床表现	呼气费力、呼吸浅快伴呼吸音异常	★★★
38	患者呼气费力且缓慢,有呼气期哮鸣音。该患者的诊断可能为	慢性支气管炎、支气管哮喘、弥漫性泛细支气管炎	★★
39	混合性呼吸困难可见于	重症肺炎、肺结核,大面积肺栓塞,弥漫性肺间质疾病,大量胸腔积液、气胸等	★★
40	出现Cheyne Stokes和Biots呼吸最主要的机制为	呼吸中枢兴奋性降低	★
41	可引起全身性水肿的疾病是	1.心源性水肿; 2.肾源性水肿; 3.肝源性水肿; 4.营养不良性水肿; 5.内分泌代谢疾病所致水肿; 6.妊娠性水肿; 7.结缔组织疾病所致水肿; 8.变态反应性水肿; 9.药物所致水肿; 10.特发性水肿	★★★
42	可引起局部水肿的疾病是	局部炎症和过敏、肢体静脉血栓形成、上下腔静脉阻塞综合征、丝虫病	★★★
43	心源性水肿	1.水肿特点:逐步形成;下肢开始;可凹陷,坚实难移动 2.原发病特点:呼吸困难,心脏大。静脉压高,肝大,颈静脉怒张	★★★

44	肾源性水肿	1. 水肿特点：发生较快，迅速蔓延全身；由眼睑或下肢而全身；可凹陷	★★★
45	肝病性水肿	伴腹壁静脉曲张, 先有腹水, 后有下肢继而全身水肿。门脉高压症: 海蛇头与侧支静脉曲张, 脾大与脾功能亢进, 肝缩小	★★★
46	特发性水肿	(1) 几乎都是女性, 更年期及肥胖妇女更多。 (2) 周期性: 日重夜轻, 月经期重非月经期轻。 (3) 病人口渴喜饮而尿量常 < 500ml/d, 还常有情绪不稳定、头痛、失眠或嗜睡及忧郁等精神神经症状。 (4) 可排除已知原因的水肿。 (5) 体位性: 水肿在立位重、卧位轻。	★★
47	中枢性呕吐	1. 颅压增高; 2. 化学感受器触发区受刺激; 3. 脑血管功能障碍; 4. 神经性呕吐	★★
48	反射性呕吐	1. 腹部器官疾病; 2. 胸部器官疾病; 3. 头部器官疾病 (青光眼)	★★★
49.	前庭功能障碍性呕吐	梅尼埃; 迷路炎; 晕车、晕船	★★
50.	呕吐伴腹泻	急性肠胃炎; 细菌性食物中毒; 霍乱、副霍乱等急性中毒	★★

相关专业知识+专业知识

题号	预测题干	预测答案	标星
1	急性疱疹性咽峡炎	由柯萨奇 A 病毒引起。咽部充血，咽及扁桃体可见灰白色疱疹及浅表溃疡。多见于儿童，偶见成人	★
2	急性咽扁桃体炎	溶血性链球菌是常见的病原体。咽痛明显，伴有发热，咽部明显充血，扁桃体肿大表面有脓性分泌物。可伴颌下淋巴结肿大	★
3	急性上呼吸道感染治疗	1、对症治疗 2、抗菌药物治疗：目前已明确普通感冒无需使用抗菌药物。3、抗病毒治疗：如无发热，免疫功能正常，发病超过 2 天一般无需使用。4、中药治疗：具有清热解毒和抗病毒作用的中药可选用。	★ ★
4	流行性感治疗	对患者进行隔离，支持和对症治疗，及早应用抗病毒药物，应在发病 48 小时内使用。神经氨酸酶抑制类药物能抑制流感病毒的复制，降低致病性，减少流感症状、缩短病程、减少并发症，是目前最好的一种。奥司他韦每天 2 次，连服 5 天	★ ★
5	慢性支气管炎病因与发病机制	感染是慢支发生、发展的重要因素。病毒感染以流感病毒、鼻病毒、腺病毒和呼吸道合胞病毒常见。细菌感染以肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他拉菌和葡萄球菌等。	★ ★
6	慢性支气管炎实验室检查	早期 X 线无异常，反复发作有肺纹理增粗紊乱 首选检查：肺功能（早期小气道异常，闭合容积↑，肺动态顺应性）	★ ★
7	慢性支气管炎诊断	根据咳嗽、咳痰或伴有喘息，每年发病持续 3 个月，连续 2 年或以上，并排除其他心、肺疾病可作出诊断	★ ★
8	慢性支气管炎治疗	急性加重期：控制感染、镇咳祛痰、平喘 缓解期：戒烟、增强体质，预防感冒	★ ★ ★
9	COPD 病理改变	主要表现为慢性支气管炎及肺气肿	★
10	COPD 临床表现	慢性咳嗽、咳痰。气短或呼吸困难是 COPD 的标志性症状；喘息和胸闷	★ ★ ★
11	COPD 实验室检查	首选金标准：肺功能一秒率（FEV1/FVC≤70%） FEV1/FVC 是判断持续气道受阻的主要客观指标 FEV1%预计值是评价 COPD 严重程度的良好指标 RV/TLC（残气量/肺总量）>40%，诊断阻塞性肺气肿有重要意义；肺部 X 线检查，早期胸片无改变，晚期出现非特异性改变	★ ★ ★
12	COPD 治疗	1.稳定期：首选支气管扩张剂（β ₂ 受体激动剂、抗胆碱药、茶碱类）；糖皮质激素、祛痰药、长期家庭氧疗 2.急性加重期：支气管扩张剂、低流量吸氧、抗生素、糖皮质激素、机械通气	★ ★ ★
13	COPD 预防	戒烟	★
14	慢性肺源性心	支气管、肺疾病（慢阻肺、支气管哮喘、支扩、肺结核、间	★

	脏病病因	质性肺疾病等)；胸廓运动障碍性疾病(严重胸廓或脊柱畸形)；肺血管疾病	★
15	慢性肺源性心脏病临床表现	1.肺、心功能代偿期 2.肺、心功能失代偿期(呼吸衰竭、右心衰竭)	★ ★ ★
16	慢性肺源性心脏病治疗	1.肺、心功能代偿期(增强免疫、加强锻炼和营养,可给长期家庭氧疗) 2.肺、心功能失代偿期(控制感染、控制呼吸衰竭、控制心力衰竭、防治并发症)	★ ★ ★
17	支气管哮喘临床表现	1.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,夜间及凌晨发作和加重 2.发作时双肺可闻及广泛的哮鸣音	★ ★ ★
18	支气管哮喘检查	首选肺功能(FEV1/FVC、支气管舒张试验、支气管激发试验、呼气峰流速等)、动脉血气分析 胸部X线:可见两肺透亮度增加,呈过度通气状态	★ ★ ★
19	支气管哮喘治疗	1.最根本是脱离变异源 2.缓解哮喘发作:支气管舒张药,如(β2受体激动剂、抗胆碱药、茶碱类) 控制和预防哮喘发作(抗炎药):糖皮质激素、白三烯调节剂(孟鲁司特)、酮替芬 3.急性期:治疗目的是尽快缓解气道阻塞,纠正低氧血症,恢复肺功能。 4.重度哮喘:首先补液。持续雾化吸入β2受体激动剂,或合并抗胆碱药,或静脉滴注氨茶碱或沙丁胺醇。注意维持水电解质平衡,纠正酸碱失衡。给予补碱,氧疗,如病情恶化缺氧不能纠正,进行无创通气或机械通气。	★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
20	社区获得性肺炎	在医院外患的感染性肺实质炎症包括具有明确潜伏期的病原体感染而入院后平均潜伏期内发病的肺炎。肺炎链球菌、克雷伯杆菌	★ ★
21	医院获得性肺炎	指患者入院时不存在,也不处于潜伏期,而入院48小时后在医院内发生的肺炎。链球菌	★ ★
22	支原体肺炎临床表现	潜伏期2~3周,起病比较缓慢,有乏力、发热、头痛、肌痛咽痛等表现。阵发性干咳为本病特点,咳嗽时间较长,咳嗽时可有少量黏液痰或脓痰,发热可持续2~3周,体温恢复正常后可仍有咳嗽。胸膜可有纤维蛋白渗出和少量渗液,可有胸膜摩擦音	★
23	肺结核治疗方案	初治涂阳含初治涂阴有空洞形成或粟粒型肺结核 1.强化期:异烟肼、利福平、吡嗪酰胺和乙胺丁醇,顿服,2个月。 2.巩固期:异烟肼、利福平,顿服,4个月 复治涂阳:1.强化期:异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、链霉素和乙胺丁醇,1/日,2个月 2.巩固期:异烟肼、利福平,乙胺丁醇,1/日,6-10个月	★ ★ ★ ★ ★ ★

		初治涂阴 1. 强化期：异烟肼、利福平、吡嗪酰胺，1/日，2个月 2. 巩固期：异烟肼、利福平，1/日，4个月	★ ★			
24	异烟肼(H)副作用	周围神经炎、肝损害	★			
25	利福平(R)副作用	肝损害	★			
26	链霉素(S)副作用	听力障碍、眩晕、肾损害	★			
27	吡嗪酰胺(Z)副作用	肠胃不适、肝损害、高尿酸血症、关节痛	★			
28	乙胺丁醇(E)副作用	球后视神经炎	★			
29	对氨基水杨酸钠副作用	胃肠不适、过敏反应、肝损害	★			
30	呼吸衰竭分型	I型呼衰 PaO ₂ <60mmHg, PaCO ₂ 不高 换气障碍常见肺炎 II型呼衰 PaO ₂ <60mmHg, 且 PaCO ₂ >50mmHg 通气障碍常见疾病 COPD	★ ★ ★			
31	呼吸衰竭治疗	I型呼衰：高浓度吸氧>35%（吸氧浓度=21+4×氧流量） II型呼衰：低浓度吸氧<30%	★ ★ ★			
32	慢性左心衰竭临床表现	肺循环淤血 1、呼吸困难：劳力性呼吸困难（最早出现）-端坐呼吸-夜间阵发性呼吸困难-急性肺水肿，最严重的形式 2、咳嗽、咳痰、咯血：早期泡沫痰，晚期粉红色泡沫痰 3、缺血、缺氧：乏力、疲倦、少尿，肾损害表现 4、肺部体征：湿啰音（双肺底）啰音随着体位的变化而改变。 5、心脏体征：肺动脉瓣区第二心音亢进及舒张期奔马律 6、交替脉	★ ★ ★			
33	慢性右心衰竭临床表现	体循环淤血：1、呼吸困难、咳嗽咳痰不明显 ；2、颈静脉怒张：肝颈征阳性具有特征性；3、胃肠道淤血：腹胀、恶心、呕吐最常见症状；4、肝脏肿大；5、胸水、腹水：胸水多为双侧，单侧以右侧多见；6、三尖瓣区收缩期杂音；7、奇脉	★ ★ ★			
34	慢性心力衰竭治疗	1.一般治疗（生活方式管理、休息与活动、病因治疗） 2.药物治疗（利尿剂、RAAS 抑制剂、β受体拮抗剂、正性肌力药） 3.非药物治疗（CRT、ICD、LVAD、心脏移植）	★ ★ ★ ★			
35	高血压分级	类别 正常血压	收缩压 <120	和	舒张压 <80	★ ★ ★

		正常高值	120-139	和(或)	80-89			
		高血压	≥140	和(或)	≥90			
		高血压 1 级 (轻度)	140-159	和(或)	90-99			
		高血压 2 级 (中度)	160-179	和(或)	100-109			
		高血压 3 级 (重度)	≥180	和(或)	≥110			
		单纯收缩期高血压	≥140	和	<90			
36	高血压的并发症	脑血管疾病、心力衰竭和冠心病、慢性肾衰竭、主动脉夹层、眼底病变					★	★
37	高血压眼底病变的严重程度	I 级: 视网膜动脉变细; II 级: 视网膜动脉狭窄动脉交叉压迫; III 级: 眼底出血, 棉絮状渗出; IV 级: 出血或渗出物伴视乳头水肿					★	★
38	肾实质高血压	先有肾病, 再有高血压。肾实质损害重					★	
39	高血压肾病	先有高血压、再有肾损害, 肾实质损害轻					★	
40	高血压危险分层	危险因素	1 级	2 级	3 级		★	
		无危险因素	低危	中危	高危		★	
		1-2	中危	中危	很高危		★	
		≥3	高危	高危	很高危			
		临床并发症或合并糖尿病	很高危	很高危	很高危			
41	高血压治疗	非药物治疗	I 级高血压如无糖尿病、靶器官损害为主要治疗 1、限制盐: 每日食盐不超过 6g 为宜。 2、减少脂肪摄入, 补充适量蛋白质。多吃蔬菜和 3、限制饮酒				★	★
		药物治疗	2 级或以上患者 (≥160/100mmHg) 原则: 小剂量、联合用药、长效制剂、个体化。降压 以下。合并糖尿病血压降至 130/80mmHg 以下。有 β 受体阻滞剂, 降至 130/80mmHg 以下。老年收缩 耐受可降至 140mmHg					
42	降压药物的选择和应用	合并心力衰竭			选择 ACE 抑制剂、利尿			★
		老年人收缩期高血压患者			选择利尿剂、CCB			★
		合并糖尿病、蛋白尿或轻、中度肾功能不全者			ACEI 或 ARB			★
		心梗后患者			ACEI 或 β 受体阻滞剂、			
		对伴有脂质代谢异常			不宜选用 β 受体阻滞剂			
		伴妊娠者			不宜选用 ACEI 或 ARB			
		合并支气管哮喘、DM			不宜选择 β 受体阻滞剂			
合并传导障碍			不宜用 β 受体阻滞剂					
43	一度房室阻滞临床表现	通常无症状					★	

44	二度房室阻滞 临床表现	可引起心搏脱漏,可有心悸症状,也可无症	★ ★		
45	三度房室阻滞 临床表现	1.取决于心室率的快慢与伴随病变,症状包括疲倦、乏力、头晕、晕厥、心绞痛、心力衰竭。 2.合并室性心律失常、患者可感到心悸不适。 3.当一、二度房室阻滞突然进展为完全性房室阻滞,因心室率过慢导致脑缺血,患者可出现暂时性意识丧失,甚至抽搐,称为 Adams Strokes 综合征,严重者可致猝死。	★ ★ ★		
46	二度 I 型房室传导阻滞心电图表现	①PR 间期进行性延长、直至一个 P 波受阻不能下传心室。 ②相邻 RR 间期进行性缩短,直至一个 P 波不能下传心室。 ③包含受阻 P 波在内的 RR 间期小于正常窦性 PP 间期的两倍。 最常见的房室传导比率为 3:2 和 5:4。QRS 波群呈束支传导阻滞图形。	★ ★		
47	三度(完全性)房室传导阻滞心电图表现	①心房与心室活动各自独立、互不相关; ②心房率快于心室率,心房冲动来自窦房结或异位心房节律(房性心动过速、扑动或颤动); ③心室起搏点通常在阻滞部位稍下方。如位于希氏束及其近邻,心室率 40~60 次/分,QRS 波群正常,心律亦较稳定;如位于室内传导系统的远端,心室率可低至 40 次/分以下,QRS 波群增宽,心室律亦常不稳定。	★ ★		
48	二度 II 型房室传导阻滞心电图临床表现	心房冲动传导突然阻滞,PR 间期恒定不变。下传搏动的 PR 间期大多正常。当 QRS 波群增宽,形态异常时,阻滞位于希氏束浦肯野系统。若 QRS 波群正常,阻滞可能位于房室结内。	★ ★		
49	房室传导阻滞治疗	1.一度房室阻滞与二度 I 型房室阻滞心室率不太慢者,无需特殊治疗	★		
		2.二度 II 型与三度房室阻滞如心室率显著缓慢,伴有明显症状或血流动力学障碍,甚至 Adams-Strokes 综合征发作者,应给予起搏治疗。	★ ★ ★		
		3.对于症状明显、心室率缓慢者,应及早给予临时性或永久性心脏起搏治疗。	★ ★		
50	渗出液和漏出液的区别		漏出液	渗出液	★
		原因	液体漏出	炎症所致	★
		外观	淡黄、不凝固	草黄或血性,可自凝	★
		胸腔积液/血清蛋白	<0.5	>0.5	
		白细胞计数	<100×10 ⁶ /L	>500×10 ⁶ /L	
		细胞分类	淋巴细胞为主	中性、红细胞为主	
		LDH	<200U	>200U	
		胸腔积液/血清 LDH	<0.6	>0.6	
		比重	<1.018	>1.018	
		蛋白质	<30g/L	>30g/L	
粘蛋白试验 (Rivalta)	(-)	(+)			
51	正性肌力药(洋地黄药物)适应	最佳指征一伴快速房颤、房扑的收缩性心衰,包括扩张型心肌病、二尖瓣或主动脉瓣病变、陈旧性心肌梗死及高血压性心	★ ★		

	症	脏病所致慢性心衰。			
52	正性肌力药(洋地黄药物)禁忌症	预激综合征伴房颤、病态窦房结综合征、严重心动过缓、房室传导阻滞、肥厚型梗阻型心肌病、主动脉瓣狭窄、急性心梗 24h 内、风心病二狭伴肺水肿		★ ★	
53	洋地黄中毒处理	1) 立即停药		★	
		2) 单发室性期前收缩、一度房室传导阻滞等停药后常自行消失		★	
		3) 对快速性心律失常者：如血钾浓度低可用静脉补钾；(不可电复律因易致室颤)；如血钾不低可用利多卡因或苯妥英钠			
		4) 有传导阻滞及慢性心律失常：用阿托品。			
54	急性左心衰治疗	体位：坐位、双腿下垂，减少回血量 吸氧：高流量吸氧，用酒精目的是降低肺泡表面张力 吗啡：镇静、减少躁动、减少氧耗 利尿剂：首选呋塞米，有利于减轻心脏负荷，扩张肺静脉，缓解肺水肿 扩血管：硝普钠—高血压危象所致的急性心衰 硝酸甘油—扩张小静脉，降低回心血量 强心：毛花苷静脉给药适用于快速心室率的心房颤动并心室扩大伴左心功能不全		★ ★ ★	
55	冠状动脉粥样硬化性心脏病药物治疗	调整血脂药物、抗血小板药物、溶栓药物、抗凝药物、对症治疗		★ ★	
56	稳定性心绞痛诊断金标准	冠脉造影		★ ★	
57	劳力性心绞痛	运动诱发，休息或含服硝酸甘油后，疼痛迅速缓解		★	
58	初发型劳力性心绞痛	首发症状 1-2 个月内、很轻的体力活动可诱发		★	
59	恶化型劳力性心绞痛	同等程度劳累诱发的胸痛次数、严重程度、持续时间更长或更频繁		★	
60	变异型心绞痛(静息心绞痛)	心绞痛发作时出现暂时性 ST 段抬高，发作机制是冠状动脉痉挛		★	
61	稳定型心绞痛发作时的治疗	1.休息：立刻休息，多在停止活动后症状逐渐消失 2.使用硝酸酯制剂		★ ★	
62	稳定型心绞痛缓解期的治疗	1.调节生活方式；2.改善缺血，减轻症状的药物(β受体阻滞剂、硝酸酯类、钙通道阻滞剂)；3.预防心梗，改善预后的药物(阿司匹林、氯吡格雷、β受体阻滞剂、他汀类、ACEI\ARB)			
63	不稳定型心绞痛的临床表现	诱发心绞痛的体力活动阈值突然或持久降低 心绞痛的部位、频率、严重程度、持续时间、症状均不同 可在静息、夜间发生心绞痛 硝酸甘油只能暂时或不能完全缓解症状		★ ★	
64	不稳定型心绞痛和稳定型心		稳定型心绞痛	不稳定型心绞痛	★
		冠脉动脉	稳定的粥样斑块 冠脉固定狭窄	不稳定的粥样斑块继发出血、破裂、痉挛、血栓形成 冠脉非固定狭窄	★ ★

	绞痛的鉴别	劳力负荷	劳力负荷增加可诱发心绞痛，停止活动后症状消失	劳力负荷可诱发心绞痛，休息也可发作 劳力负荷终止后胸痛不缓解			
		硝酸甘油	92%患者可缓解	往往不能缓解			
65	不稳定心绞痛的药物治疗	缓解疼痛	硝酸甘油——疗效差 非二氢吡啶类 CCB——变异型心绞痛首选 CCB β受体阻滞剂——降低心肌耗氧，减少心梗		★ ★ ★		
		抗血小板	阿司匹林 氯吡格雷-植入支架者至少与阿司匹林联用 12 个月				
		抗凝治疗	中高危 UA 患者——普通肝素、低分子肝素				
		调脂治疗	所有 UA 均应尽早使用他汀类				
		ACEI/ARB	长期应用可降低心血管事件发生率				
66	心衰分级		心力衰竭的 NYHA 分级	急性心梗泵衰竭的 Killip 分级	★ ★ ★		
		适用范围	单纯性左心衰，收缩性心衰	急性心肌梗死的心功能			
		I 级	平时活动无症状	无明显心衰，无肺部啰音			
		II 级	平时活动有症状	肺部啰音<50%肺野			
		III 级	小于平时一般活动有症状	肺部啰音>50%肺野（急性肺水肿）			
		IV 级	休息时有症状	有心源性休克（BP<90mmHg）			
67	急性心梗的心电图定位诊断	心梗定位	梗死部位		★ ★ ★		
		前间壁	V1、V2、V3				
		前壁	V3、V4、V5				
		前侧壁	V5、V6				
		广泛前壁	V1——V6				
		高侧壁	I、aVL				
		下壁	II、III、aVF				
68	ST 抬高型心肌梗死实验室检查	指标	开始升高	高峰	恢复正常	备注	★ ★
		肌红蛋白	2h 内	12H	24-48H	升高最早	
		肌钙蛋白 I	3-4h	11-24H	7-10d	敏感指标	
		肌钙蛋白 T	3-4h	24-48H	10-14d	敏感指标	
		肌酸激酶同工酶（CK-MB）	4h 内	16-24H	3-4d	特异性最高	
69	ST 抬高型心肌梗死心电图变化	特征性改变	宽而深大的病理性 Q 波，ST 段弓背向上抬高，T 波倒置。			★ ★	
		动态改变	起病数 h 内，异常高大 T 波。数 h 后，ST 段弓背向上抬高数小时-2 日出现病理性 Q 波，数周-数月，T 波倒置可永存				
70	ST 抬高型心肌梗死临床表现	先兆	以初发型心绞痛、恶化型心绞痛最突出			★	
		心律失常	多在起病 1-2 天，以 24h 内室早多见。 室颤是心肌梗死早期的死因（下壁心梗易发生房室传导阻滞，前壁心梗易发生室性心律失常）			★ ★	

		低血压、休克	疼痛时血压下见常见； 心脏搏出量下降引起心源性休克	
		心力衰竭	多为急性左心衰，少数为急性右心衰	
		心脏体征	浊音界可增大，心率增快。第一心音减弱。 可有心包摩擦音。心尖区 SM 或收缩中晚期喀喇音	
71	ST 抬高型心肌梗死并发症	1.乳头肌功能失调或断裂；2.心脏破裂；3.栓塞；4.心室壁瘤； 5.心肌梗死后综合征		★ ★
72	ST 抬高型心肌梗死解除疼痛治疗	心肌再灌注	是解除疼痛最有效的方法	★
		强镇痛剂	杜冷丁 50-100mg 肌注或吗啡 2-4mg 静注	★
		硝酸酯类	扩张冠脉，增加冠脉血流量，降低心室前负荷。 下壁、右室心肌梗禁用，因影响右室充盈导致低血压	★
		B 受体阻滞剂	可减少心肌耗氧，改善氧供，缩小梗死面积，降低病死率 无禁忌，应在 24h 内尽早口服	
73	ST 抬高型心肌梗死抗血小板抗凝	抗血小板	各种冠脉综合征均需使用阿司匹林、氯吡格雷	★
		抗凝治疗	肝素——作为溶栓治疗的辅助药 凝血酶抑制剂比伐卢定用于介入治疗的术中抗凝	★
74	ST 抬高型心肌梗死溶栓治疗	总原则	无条件施行 PCI 者，如无禁忌症应立即（30min 内）溶栓	★
		适应症	两个以上相邻导联 ST 段抬高，起病 <12h，患者年龄 <75 岁 广泛 ST 段抬高心梗，时间在 12-24h	★ ★
		禁忌症	脑——脑卒中，脑血管时间 <6 个月，颅内肿瘤 血管——血压 >180/110，主动脉夹层，正在使用抗凝药 内脏——活动性内脏出血 2-4 周 手术——大手术 <3 周，不能压迫的大血管穿刺 <2 周	
75	ST 抬高型心肌梗死控制休克治疗	补充血容量	用右旋糖苷，但如中心静脉压 >18cmH ₂ O 应停止补液	★ ★
		升压药	多巴胺、多巴酚丁胺	★
		血管扩张剂	上述处理血压不升，PCWP 增高，心排量低，用硝普钠、硝酸甘油	
		反搏术	急性心梗伴心源性休克者，应行主动脉内球囊反搏术	
76	消除心律失常	室早、室速	首选利多卡因，反复发作选用胺碘酮	★
		室速药物治疗无效	同步直流电除颤	★
		室颤	非同步直流电除颤	★
		缓慢心律失常	阿托品	
		高度阻滞伴血流学障碍	人工起搏	
		室上速	洋地黄、维拉帕米、美托洛尔、胺碘酮	
		室上速药物无效	同步直流电除颤	
77	扩张型心肌病病理特点	左室或双室扩大，伴充血性心衰，脏扩大，室壁变薄		★
78	肥厚型心肌病病理特点	左室非对称性肥厚，尤其室间隔肥厚，无心腔扩大		★
79	扩张型心肌病症状	充血性心衰的症状和体征		★
80	肥厚型心肌病	劳力性夜间阵发性呼吸困难		★

	症状	房颤——最常见的心律失常 晕厥猝死——运动员、青少年		★
81	扩张型心肌病体征	心脏扩大；第三、四心音、奔马律；可闻及心尖部杂音		★
82	肥厚型心肌病体征	心脏轻度增大,可闻及第四心音；常闻及心尖部收缩期杂音；左室流出道梗阻于胸骨左缘第3-4肋间听到粗糙的喷射性收缩期杂音		★ ★
83	扩张型心肌病胸片	心影增大，心胸比>50%。可出现肺淤血、肺水肿、肺动脉高压征象		★
84	肥厚型心肌病胸片	提示心影可正常大小或左心室增大		★ ★
85	扩张型心肌病超声心动图	最重要的检查；早期左室轻度扩大。后期各心腔均扩大，以左室扩大为著。室壁运动减弱，心肌收缩功能减弱。		★
86	肥厚型心肌病超声心动图	最主要诊断手段。 心室不对称肥厚,而无心室腔增大 舒张期室间隔达15mm(正常7-11) 室间隔厚度与左室后壁厚度之比>1.3		★ ★
87	病毒性心肌炎病毒	最常见为柯萨奇B组病毒。常见病毒：孤儿病毒、脊髓灰质炎病毒		★ ★
88	病毒性心肌炎临床表现	病史	约半数发病前1-3周有病毒感染等前驱症状	★ ★
		症状	心悸、胸痛、呼吸困难、水肿甚至阿斯综合征	
		体检	心律失常——与发热不平行的心动过速，各种心律失常 心衰的表现——肺部啰音、颈静脉怒张、肝大	
89	病毒性心肌炎辅助检查	心电图	各种心律失常，特别是室性心律失常、房室传导阻滞 合并有心包炎可有ST段上升 严重心肌损害时可出现病理性Q波	★ ★
		心肌酶学	升高(TnT、TnI、CK-MB) 血沉增快，C反应蛋白阳性	
		心内膜活检	确诊有赖于心内膜、心肌或心包组织内检出病毒	
90	急性心包炎临床	症状	1、胸骨后、心前区疼痛—急性纤维素性炎心包炎	★

	床表现		2、呼吸困难—渗出性心包炎最突出特征	★	
		体征	心包摩擦音最具诊断价值，呈抓刮样粗糙的高频音多位于心前区，以胸骨左缘第3、4肋间最为明显。 Ewart征：大量心包积液时，在左肩胛骨下可出现浊音及支气管呼吸音 Beck三联征：低血压、心音低弱、颈静脉怒张		
91	纤维蛋白心包炎和渗出性心包炎鉴别		纤维蛋白性心包炎	渗出性心包炎	★
		症状	心前区疼痛（主要症状）	呼吸困难（最突出症状）	★
		体征	心包摩擦音	心界向两侧扩大 Ewart征、心包叩击音	★
		压塞	快速心包积液时可出现	快速心包积液时可出现	
92	急性心包炎 X线胸片	X线胸片阴性	积液量<250ml，儿童<150ml	★	
		纤维蛋白性心包炎	积液量少，诊断价值不大	★	
		渗出性心包炎	积液量较大，可有阳性结果（烧瓶心）		
93	急性心包炎心电图	1、除avR导联外，其它ST段弓背向下抬高 2、无病理性Q波，无QT间期延长 3、QRS波低电压			★ ★
94	急性心包炎治疗	治疗原发病	应明确病因，治疗原发病，必要时行心包减压+引流	★	
		心包穿刺	若发生心脏压塞应行心包穿刺排液以缓解症状 第一次抽液不超过100-200ml，后增加到300-500ml 抽液速度要慢，如过快过多，可导致肺水肿	★ ★	
95	二尖瓣狭窄病因	风湿热最常见，A组B溶血性链球菌咽峡炎导致的全身性结缔组织炎症			★ ★
96	二尖瓣狭窄分度	正常二尖瓣面积4-6cm ² 轻度1.5-2.0cm ² 中度1.0-1.5cm ² 重度≤1cm ²			★ ★
97	二尖瓣狭窄临床表现	1、呼吸困难是最常见的早期症状 2、咯血，通常见于严重二狭 3、咳嗽、声嘶 二尖瓣面容，S1亢进、开瓣音 Graham-Stell杂音：当肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全在胸骨左缘第2肋间闻及舒张早期叹气样杂音 典型体征：心尖区舒张中晚期隆隆样杂音			★ ★ ★
98	二尖瓣狭窄 X线检查	1.可见左房增大，左心缘变直，右心缘有双房影，晚期可见右心室增大； 2.肺淤血、间质性肺水肿； 3.主动脉弓缩小，肺动脉主干突出，右心室增大，心脏呈梨形			★ ★
99	二尖瓣狭窄并	心房颤动—最常见心律失常、早期并发症，心排量减少			★

	发症	20%-25% 血栓栓塞—脑栓塞最常见，栓子来源于扩大的左心房伴房颤 急性肺水肿—严重并发症 右心衰竭—晚期并发症 肺部感染—易合并肺部感染	★
100	二尖瓣狭窄治疗	大咯血：坐位、镇静剂、利尿剂降低肺动脉压 急性肺水肿：治疗原则同急性左心衰 急性房颤：有血流动力学障碍立即电复律 预防栓塞：二狭合并房颤，长期口服华法林抗凝 手术治疗：经皮球囊二尖瓣成形术（首选方法） 人工瓣膜置换术	★ ★ ★

专业实践知识

题号	预测题干	预测答案	标星
1	慢性心力衰竭辅助检查	X线检查、超声心动图、利钠肽、心-肺运动试验、有创性血流动力学检查、心电图	★★
2	慢性心力衰竭程度的判定	心功能1级日常活动量不受限(无症状)。 心功能2级一般日常体力活动轻度受限。 心功能3级一般日常体力活动明显受限,低于一般活动即可引起心衰症状。 心功能4级不能从事任何体力活动,在休息状态下亦存在心功能不全症状。	★★★★
3	慢性心力衰竭主要应与以下疾病相鉴别	1. 支气管哮喘 2. 肾性水肿 3. 肝硬化腹水伴下肢水肿	★★
4	慢性心力衰竭的利尿剂	1. 袢利尿剂:呋塞米; 2. 噻嗪类利尿剂:氢氯噻嗪(双氢克尿塞); 3. 保钾利尿剂:①螺内酯(安体舒通);②氨苯蝶啶。	★★★★
5	慢性心力衰竭 RAAS 抑制剂的应用	1)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI) 2)血管紧张素受体阻滞剂(ARB) 3)醛固酮受体拮抗剂的应用	★★★★
6	心力衰竭正性肌力药	1)洋地黄类药物; 2)非洋地黄类正性肌力药	★★
7	顽固性心力衰竭的治	1)强效利尿剂和血管扩张制剂及正性肌力药物联合	★★

	疗	应用 2)血液滤过或超滤 3)心脏再同步化治疗 4)心脏移植	
8	舒张性心力衰竭的治疗	1) β 受体拮抗剂 2) 钙通道阻滞剂 3)ACEI: 4)维持窦性心律, 5)肺淤血症状--静脉扩张剂(硝酸盐制剂)或利尿剂	★★
9	急性心力衰竭临床表现	1.突发严重呼吸困难,频率达每分钟 30~40 次,强迫坐位、面色灰白、发绀、大汗、烦躁 2.频繁咳嗽,咳粉红色泡沫状痰。 3.两肺满布湿啰音和哮鸣音,心尖部第一心音减弱,频率快,可闻及舒张期奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进。	★★★★
10	急性心力衰竭治疗	1.体位; 2.吸氧; 3.吗啡; 4.快速利尿; 5.血管扩张剂; 6.正性肌力药; 7.机械辅助	★★★★
11	阵发性室上性心动过速急性发作期治疗	(1)刺激迷走神经; (2)药物治疗:腺苷、维拉帕米、洋地黄、 β 受体阻滞剂; (3) 直流电复律 (4)射频消融术	★★
12	永久起搏器植入适应证	(1)心脏传导阻滞; (2)病态窦房结综合征 (3)反复发作的颈动脉窦性昏厥和(或)心室停搏。 (4)异位快速心律失常,药物治疗无效者	★★
13	临时起搏器植入适应证	(1).可逆病因导致的有血流动力学障碍的心动过缓, (2)外科手术前后的“保护性”应用 (3)心脏病的诊断	★★
14	稳定型心绞痛发作时的治疗	1.休息 2.药物治疗: (1) 硝酸甘油; (2)硝酸异山梨酯	★★★★
15	稳定型心绞痛缓解期的治疗	1.生活方式的调整 2.药物治疗: 改善缺血、减轻症状的药物:(1) β 受体阻滞剂; (2)硝酸酯制剂; (3)钙通道阻滞剂; (4)曲美他嗪 预防心肌梗死,改善预后的药物有:(1)阿司匹林;(2)氯吡格雷;(3) β 受体阻滞剂;(4)他汀类药物;(5) ACEI 或 ARB. 3.血管重建治疗	★★★★
16	酒精急性中毒分期	1.兴奋期; 2.共济失调期; 3.昏迷期	★★
17	COPD 急性加重期的治疗	持续低流量吸氧;支气管扩张剂; 抗感染治疗	★★★★
18	COPD 痰多者不宜选用	强镇咳剂止咳,不宜用地西洋	★★
19	II 型呼吸衰竭给氧原则	低浓度持续给氧	★★★★
20	机械通气指征	①意识障碍;②呼吸频率过快(> 35~40 次/分)或过	★★★★

		慢(< [6~8次/分)或呼吸节律异常;③呼吸性酸中毒进行性加重;④严重氧合障碍, 氧合指数< 300mmHg.	
21	缺氧可引起脑部	脑细胞功能障碍、毛细血管通透性增加、脑水肿,	★
22	CO ₂ 潴留可使脑部	脑脊液 H ⁺ 浓度增加,影响脑细胞代谢, 亦可使脑血管扩张,加重脑水肿。	★
23	X线胸片诊断慢性肺源性心脏病的主要依据	肺动脉高压征: 右下肺动脉干横径≥15mm;右下肺动脉干横径与气管横径之比≥1.07;肺动脉段突出,其高度≥3mm;中央动脉扩张,外周血管纤细,形成“残根”征;右心室增大征。	★★
24	慢性肺心病心力衰竭的患者利尿剂应用原则	小剂量、间断和联合使用	★★
25	COPD 患者稳定期的治疗	①教育和劝导患者戒烟、脱离污染环境;②支气管舒张剂(如按需吸入沙丁胺醇、吸入抗胆碱能药及口服茶碱类药物);③对重度和极重度,反复加重的患者可长期吸入糖皮质激素与长效β ₂ 受体激动剂联合制剂;④口服祛痰药;⑤长期家庭氧疗。	★★★
26	慢性肺心病应用强心剂的指征	①感染已被控制,呼吸功能已改善,利尿药不能得到疗效而反复水肿的心衰患者;②以右心衰竭为主要表现,而无明显感染者;③合并急性左心衰竭者	★★★
27	支气管哮喘的诊断标准	①反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽,多有诱因;②发作时散在或双肺弥漫哮鸣音,呼气相为主,呼气相延长;③治疗后症状可缓解或自行缓解;④症状不明显者可行肺功能检查;⑤排除其他疾病。另外,在夜间及凌晨发作和加重常是哮喘的特征之一,哮喘常伴发过敏性鼻炎。	★★★
28	地西洋等镇静药可能会引起	呼吸抑制	★
29	普萘洛尔可能会引起	支气管痉挛	★
30	消化性溃疡最常见的并发症包括	出血、穿孔、幽门梗阻、癌变	★★
31	哮喘具体机制为	气道黏膜水肿,气道壁炎性细胞浸润;腺体分泌亢进、黏液清除障碍以及气道平滑肌痉挛等	★★
32	慢性阻塞性肺气肿的发病机制为	肺毛细血管大量减少;肺泡弹性回缩力下降;肺泡壁破坏,肺泡融合。	★★
33	危重度哮喘患者的临床表现主要包括:	不能讲话;胸腹矛盾运动;嗜睡、意识模糊;哮鸣音减弱乃至无,脉率变慢或不规则;无奇脉;pH降低。	★★
34	肺炎旁胸腔积液或脓胸的治疗原则是	控制感染、引流胸腔积液及促使肺复张,恢复肺功能。	★★★
35	治疗结核性胸膜炎。	全身三联抗结核十局部抽水十高营养休息及口服糖皮质激素	★★★
36	抽液时出现“胸膜反	立即停止抽液,使患者平卧,必要时皮下注射 0.1%	★★★

	应”，应	肾上腺素 0.5ml,密切观察病情,注意血压变化,防止休克。	
37	洋地黄中毒引起的房颤	严禁使用电复律	★
38	洋地黄中毒引起的房颤	严禁使用电复律	★
39	控制房颤心室率的药物包括	洋地黄制剂、 β -受体阻滞剂及非二氢吡啶钙通道阻滞剂,对心衰患者钙通道阻滞剂不适用	★★
40	导致冠心病的主要危险因素:	高龄、性别(男性高于绝经期前女性)、高血压、血脂异常、吸烟、糖尿病和糖耐量异常、超重和肥胖、体力活动少、高热量的饮食方式、遗传因素等。	★★
41	常见的心力衰竭诱因有	感染,心律失常,水、电解质和酸碱平衡紊乱,妊娠,分娩,过度劳累,情绪激动,输液过多过快,创伤及手术等。	★★
42	一般情况高血压控制目标值	<140/90mmHg,	★★
43	对于糖尿病或慢性肾脏病合并高血压者血压目标值	<130/80mmHg。	★★
44	诊断瓣膜病的可靠方法	超声心动图	★★
45	肾动脉狭窄或主动脉缩窄的重要体征之一	腹部血管杂音	★★
46	硝酸甘油及二氢吡啶类钙拮抗剂均可引起	反射性心率增快	★
47	患者有胸闷、气短症状,颈静脉怒张,心界扩大,提示	心包积液、右心功能不全。	★★
48	心包积液可凭什么确诊	超声心动图	★★
49	奇脉指	大量积液患者在触诊时桡动脉搏动呈吸气性显著减弱或消失、呼气时复原的现象。	★★
50	心包积液可靠的体征有	叩诊心界扩大,坐位、卧位有变化、奇脉	★★