

# 临床医师五大系统必备口诀

## 一、呼吸系统

- 1、慢性肺心病并发症：肺脑酸碱心失常，休克出血 DIC
- 2、控制哮喘急性发作的治疗方法两碱激素色甘酸、肾上抗钙酮替芬
- 3、重度哮喘的处理：“一补二纠氨茶碱、氧疗两素兴奋剂” 一补——补液，二纠——纠正酸中毒、纠正电解质紊乱，氨茶碱——氨茶碱静脉注射或静脉滴注，氧疗——氧疗，“两素”——糖皮质激素、抗生素“兴奋剂”—— $\beta_2$ 受体兴奋剂雾化吸入
- 4、感染性休克的治疗：“休感激、慢活乱，重点保护心肺肾”
  - “休”——补充血容量，治疗休克
  - “感”——控制感染
  - “激”——糖皮质激素的应用
  - “慢”——缓慢输液，防止出现心功不全
  - “活”——血管活性物质的应用
  - “乱”——纠正水、电解质和酸碱紊乱
- 5、慢性支气管炎相鉴别的疾病：“爱惜阔小姐”
  - “爱”——肺癌
  - “惜”——矽肺及其他尘肺
  - “阔”——支气管扩张
  - “小”——支气管哮喘
  - “姐”——肺结核
- 6、与慢性肺心病相鉴别的疾病：“冠丰园”（此为上海一家有名的食品公司）冠心病、风

湿性心瓣膜病、原发性心肌病

## 7、肺结核的鉴别诊断“直言爱阔农”

“直”——慢性支气管炎

“言”——肺炎

“爱”——肺癌

“阔”——支气管扩张

“农”——肺脓肿

8、大叶性肺炎七绝充血水肿红色变，灰色肝变溶解散，胸痛咳嗽铁锈痰，呼吸困难肺实变。

9、小叶性肺炎老弱病残混合感，细支气管为中心化脓性炎。

10、慢性肺心病并发症：肺脑酸碱心失常，休克出血 DIC。

11、支气管歌诀主支气管左和右，各有特点要记住；左支细长右粗短，异物坠落多入右。

13、感染性休克的治疗：“休感激、慢活乱，重点保护心肺肾”；

“休”——补充血容量，治疗休克；

“感”——控制感染；

“激”——糖皮质激素的应用；

“慢”——缓慢输液，防止出现心功不全；

“活”——血管活性物质的应用；

“乱”——纠正水、电解质和酸碱紊乱

14、呼吸衰竭变化有七：脑心肾血及呼吸，水电酸碱较复杂，血气分析是机理，紫绀抽搐嗜睡昏迷，给氧通气抢救第一。

15、流行性感冒：流感病毒呈球形，分为三型甲乙丙。甲型病毒易变异，产生亚型致流行上感。症状多较轻，全身中毒症状重。鼻塞流涕与干咳，寒热头痛酸痛困。老幼体弱防肺炎，隔离护理对

症则

16、急性上呼吸道感染症状——鼻塞清涕身不适，咽痒后痛稠鼻涕。体征——鼻分泌多黏膜肿，咽喉充血肺无异。实验室检查——病毒多见细菌少，细菌感染高中粒。（中性粒细胞增多）治疗——伤风胶囊病毒灵，发热头痛辨证治。

17、急性支气管炎上呼吸道先感染，继而胸胀又咳嗽。体温不高或低热，干湿罗音呈分散。透视只见纹理粗，白C升高或不变。数日数周症消失，抗菌止咳并化痰。

18、慢性支气管炎咳嗽咳痰或伴喘，程逾两年有间断。两肺罗音纹理粗，痰检细菌有球杆，大量中性粒细胞，止咳解痉加祛痰，发作抗菌参药敏，锻炼戒烟并保暖。

19、支气管哮喘胸闷伴喘重气喘，缓时正常发突然。过敏感染是诱因，满肺哮鸣高嗜酸。解痉抗菌抗过敏，减敏有效先寻原。

20、支气管哮喘与心源性哮喘的鉴别支气管哮喘：支哮反复因过敏，冬春多见时不定。终末咳出少粘痰，双肺布满干罗音。肺野清晰或气肿，有效平喘宜解释。心源性哮喘：心喘阵发是心病，常在夜间阵发性。重者紫绀红泡痰。肺底较多湿罗音。左心增大肺淤血，治疗关键应强心。

21、肺炎肺炎球菌最常见，铁锈色痰是特点。高热胸痛咳脓痰，叩诊浊音强语颤。白细胞高痰有菌，致密阴影呈片。消散病期多罗音，阴影变淡至全散。肺球首选青霉素，阴杆休克宜多联。胸痛剧烈患侧卧，胶布固定痛可减。

22、肺结核 1、表现：乏力消瘦发病慢，午后潮热咳血痰。涂片培养结核菌，OT 强阳助诊断。浸润干酪或空洞，纤维钙化 X 线见。2、分型原发型：I 型原发哑铃灶，（原发综合征，胸片中的哑铃型病灶）肺门淋巴见幼年。（常见于幼儿少年期）血行播散型：II 型浸润干燥型，粟粒阴影肺满点。浸润型：III 型浸润干酪性，絮状阴影尤肺尖。慢纤洞型：IV 型空洞气管移，肺纹柳状症明显。慢纤洞型：V 型胸水胸膜厚，另名结核胸膜炎。3、治疗原则：

抗痨早期要适量，规律全程并多联。用药：异烟利福链霉素，（异烟肼、利福平、利福定、利福喷丁）乙胺吡嗪是一线。（乙胺丁醇、吡嗪酰胺）用法：半至两年日顿服，巧定联数与时间。

23、支气管扩张长期咳嗽多脓痰,间接咯血肺感染局限湿音杵状指，阴影卷发成囊环肺部 CT 碘造影，纤支镜查都诊断抗菌祛痰加止血，体位引流极相关

24、肺气肿慢咳气促活动重，叩诊过清桶状胸。隙宽亮高横膈降，通气量少残气充。除因对症止咳喘，氧疗并练呼吸功。

25、肺脓肿寒热胸痛与咳嗽，大量脓痰闻恶臭。白球增高有细菌，脓腔液平影浓厚。青红灭滴或头孢，雾化祛痰加引流。

26、自发气胸突然胸痛闷咳喘，呼吸极难烦不安患侧光强纵隔移，叩诊鼓音肋饱满，限动抽气除病因，吸氧通便防感染。

27、成人呼吸窘迫综合征原病治程呼吸难，气促 35 有紫绀（R）35 次/分）肺泡血管弥漫损，毛玻片状泛实变。正压给氧加激素，去除病因抢时间。

28、肺栓塞突发胸痛呼吸难，发热咳嗽血性痰。胸片病变不明显，血管造影助诊断。除因对症止剧痛，肝素抗凝酶溶栓。

29、慢性肺心病并发症：肺脑酸碱心失常,休克出血 DIC

## 二、循环系统

1、心力衰竭的诱因：感染紊乱心失常过劳剧变负担重贫血甲亢肺栓塞治疗不当也心衰

2、右心衰的体征：三水两大及其他解释：三水：水肿、胸水、腹水两大：肝肿大和压痛、颈静脉充盈或怒张其他：右心奔马律、收缩期吹风性杂音、紫绀

3、洋地黄类药物的禁忌症：肥厚梗阻二尖窄急性心梗伴心衰二度高度房室阻预激病窦不应

该

4、房性早搏心电图表现：房早 P 与窦 P 异 P-R 三格至无级代偿间歇多不全可见房早未下传

5、心房扑动心电图表现：房扑不于房速同，等电位线 P 无踪大 F 呈锯齿状，形态大小间隔匀 QRS 不增宽，F 不均称不纯

6、心房颤动心电图表现：心房颤动 P 无踪小 f 波乱纷纷三百五至六百次 P-R 间期极不均 QRS 当正常增宽合并差传导

7、房室交界性早搏心电图表现：房室交界性早搏 QRS 同室上 P 必逆行或不见 P-R 小于点一二

8、阵发性室上性心动过速的治疗：刺迷胆碱洋地黄，升压电复抗失常（注：“刺迷”为刺激迷走神经）

9、继发性高血压的病因：两肾原醛嗜铬瘤、皮质动脉和妊高注：“两肾”——肾实质性高血压、肾血管性高血压；“原醛”——原发性醛固酮增多症；“嗜铬瘤”——嗜铬细胞瘤；“皮质”——皮质醇增多症；“动脉”——主动脉缩窄；“妊高”——妊娠高血压

10、心肌梗塞的症状：疼痛发热过速心恶心呕吐失常心低压休克衰竭心

11、心梗与其他疾病的鉴别：痛哭流涕、肺腑之言注：“痛”——心绞痛；“流”——主动脉瘤夹层分离；“肺”——急性肺动脉栓塞；“腑”——急腹症；“言”——急性心包炎

12、心梗的并发症：心梗并发五种症动脉栓塞心室膨乳头断裂心脏破梗塞后期综合症

13、主动脉瓣狭窄的表现：难、痛、晕超声心动图：A 峰：爱玩，睡的比较晚，出现于舒张晚期，代表“舒张晚期心室充盈最大值”；E 峰代表“舒张早起心室充盈最大值”。

14.心肌梗死定位：前间 123，局前 345，前侧 567，广前 1-5，下间 123，下侧 567，见下加 II、III、avF，见侧加 I、avL，正后有 78，高侧 L8。（1—V1）

15. 心肌酶学检查：①肌钙蛋白 I (cTnI)：我们三人 11 月 24 号请假去玩，7 到 10 天才能回来。(I 我们，3-4h 升高，11-24h 达高峰，7 到 10 天降至正常) ②肌钙蛋白 T (cTnT)：他们三人这一两天恐怕不能来上课，估计十天半个月回不来 (T 他们，24-48h 达高峰，10-14 天降至正常) ③肌红蛋白：小白 2 点开始发烧，12h 还没退烧，1 到 2 天恐怕不能去上学 (2h 内升高，12h 达最高峰，24-48h 恢复正常) ④CK-MB：小梅和我说好下午四点约会，现在 16 点 24 分还没来，我打算 3、4 天不理她了。(心肌酶学 4h 内升高，16-24h 达高峰，3-4 天恢复正常)

16. 二尖瓣狭窄：二哥是大侠，还吃梨。(二—二尖瓣狭窄，哥—格氏杂音，梨—梨形心)

17. 主动脉关闭不全：主人伤风感冒很多天，没有退烧，终于得了个慢性主动脉关闭不全 (慢性主动脉关闭不全病因：主—主动脉瓣二瓣化，风—风湿性心脏病，退—退行性瓣叶钙化，心—感染性心内膜炎) (奥不全知---主动脉关闭不全--Austin-Flint 杂音)

18. 心肌病分类：吃饭限制了，就不再肥了，身体也不扩张了，导致心律失常也好了 (女人减肥) 注：限制—限制型心肌病，肥—肥厚型心肌病，扩张—扩张型心肌病，致心律失常型心肌病。

19. 心肌炎 (科萨奇 B 组病毒) 两菌、两体、两虫 (感染性因素) ---细菌、真菌，螺旋体、立克次体，原虫、蠕虫。

20. 冠心病的临床表现：平时无体征，发作有表情，焦虑出汗皮肤冷，心律加快血压升，交替脉，偶可见，奔马律，杂音清，逆分裂，第二音。

21. 扩张型心肌病一大二薄三弱四小一大：心腔变大，主要为左室；二薄：室壁变薄；三弱：运动幅度减弱；四小：射血分数 (EF) 减小

22. 新旧血压单位换算 血压 mmHg，加倍再加倍，除 3 再除 10，即得 kpa 值。例如：收缩压 120mmHg 加倍为 240，再加倍为 480，除以 3 得 160，再除以 10，即 16kpa；反之，

血压 kpa 乘 10 再乘 3, 减半再减半, 可得 mmHg 值。

23.关于心电轴口对口, 向左走; 尖对尖, 向右偏

24.钾离子对心电图的影响: 将 T 波看成是钾离子的 TENT(帐篷), 血钾浓度降低时, T 波下降, 甚至倒置, 出现 U 波; 血钾浓度升高时, T 波也升高。

25.心源性水肿和肾源性水肿的鉴别: 心足肾眼颜, 肾快心源慢。心坚少移动, 软移是肾源。蛋白血管尿, 肾高眼底变。心肝大杂音, 静压往高变。第一句是开始部位, 第二句是发展速度, 三四句是水肿性质, 后四句是伴随症状。"肾高"的"高"指高血压,"心肝大"指心大和肝大。

26.左心衰临床表现: 端坐位, 腿下垂, 强心利尿打吗啡, 血管扩张氨茶碱, 激素结扎来放血激素, 镇静, 吸氧。

27.抗高血压药利尿杯阻,阻钙抑酶加阻 a

28.抗高血压药注意: (1)酶尿不用孕.(2)杯阻不能肺.(3)尿杯不用糖尿病.(4).心衰不用钙杯

29.急性肺水肿治疗口诀: 坐起来打三针(吗啡、速尿、氨茶碱)

30.法洛四联症歌诀肺动脉窄, 主动脉跨, 膜部缺损, 右心室大。

31.高血压降压药物禁忌: 口诀: 酶尿不用孕, 倍阻不能肺, 尿倍不糖尿, 心衰不钙杯。

解释: ACEI 影响胎儿发育, 利尿减少血容量, 不用于孕妇;  $\beta$  阻剂可引起支气管收缩, 不用于哮喘及 COPD; 噻嗪类利尿剂及  $\beta$  阻剂不用于糖尿病, 前者干扰糖耐量, 后者可掩盖低血糖症状; 钙离子及  $\beta$  阻剂不能用于心衰, 会使心衰加重。

32.动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病口诀: 心梗与其它疾病的鉴别: 痛哭流涕, 肺腑之言。

解释: 痛---心绞痛; 流--主动脉夹层、动脉瘤; 肺---急性肺栓塞; 言---急性心包炎。

33.先心病瓣膜杂音口诀: 二三不闭像吹风, 二三狭窄响隆隆; 主脉不闭在叹气, 动脉导管像机器。

解释:二尖瓣关闭不全:全收缩期吹风样高调一贯型杂音,在心尖区最响。三尖瓣关闭不全:杂音为高调、吹风样和全收缩期,在胸骨左下缘或剑突区最响,右心室显著扩大占据心尖区时,在心尖区最明显。二尖瓣狭窄:心尖区有低调的隆隆样舒张中晚期杂音,局限,不传导。三尖瓣狭窄:胸骨左缘第4、5肋间或剑突附近有紧随开瓣音后的,较二尖瓣狭窄杂音弱而短的舒张期隆隆样杂音,伴舒张期震颤。主动脉关闭不全:杂音为与第二心音同时开始的高调叹气样递减型舒张早期杂音,坐位并前倾和深呼气时易听到。动脉导管未闭:典型的体征是胸骨左缘第2肋间听到响亮的连续性机器样杂音,伴有震颤。

34.心脏杂音分级收缩杂音分6级,Ⅲ级以上有意义。I级最轻听仔细,Ⅱ级听诊较容易。Ⅲ级较响器质性,震颤响亮是IV级。V级很响贴胸壁,VI级震耳须远离。舒张杂音不分级,听见就算有意义。解析:舒张期杂音不分级,听见即有意义。收缩期杂音2级以下为功能性,3级以上为器质性医学。心脏杂音分级 I级:最轻、微弱,仔细才能听到。(I级最轻听仔细) II级:轻度,不太响亮,较易听到。(II级听诊较容易) III级:中度,较响亮。(III级较响器质性) IV级:响亮,伴震颤。(震颤响亮是IV级) V级:很响,离开胸壁听不到。(V级很响贴胸壁) VI级:极响,震耳,离开胸壁亦能听到。(VI级震耳须远离)

35.洋地黄类药物临床应用的禁忌症:简易口诀肥厚梗阻二尖窄急性心梗伴心衰二度高度房室阻预激病窦不应该

36.抗高血压药物应用注意事项口诀----简称‘四不’ 口诀酶尿不用孕;杯阻不能肺;尿杯不用糖尿病;心衰不用钙杯。口诀具体解释为:利尿剂因减少血容量,不应用于孕妇;ACE抑制剂影响胎儿也勿用。B受体阻滞剂不能用于哮喘及COPD,因可以引起支气管狭窄。噻嗪类利尿剂及B受体阻滞剂不用于糖尿病,前者干扰糖耐量,后者可掩盖低血糖症状。钙离子及B受体阻滞剂不能用于心衰

37.心电图口诀总结口诀:房早撇,室早阔,窦缓二十五,窦速十五格,房扑很规整,房颤

不论个，左室(肥大)五五二百五,右室(肥大)又偏一刀(导)切，II/I有P臭的远，II/IIPR差不多，III度阻滞各顾各，室上速比10少，室速就是室早多，左阻左偏Q群宽I, L, 5导R波切右阻VIM型T波倒置下了河，心梗T倒(置)ST变，急性异Q要出现，前臂要在3到5；(前)间壁1至3导间，侧壁1L和56广泛前壁一溜烟，下壁II,III加F,后壁12T波尖，缺血ST多下移，典型可见T着宽。

解析：房早撇(前有异常P波即P“)，室早阔(QRS波形宽大畸形，代偿完全)，窦缓二十五(RPRR间隔大于25小格)，窦速十五格(PRRR间隔小于15小格)，房扑很规整(F波形形态大小一致，节律规则，以固定比例下传)，房颤不论个(F波形形态大小不致，节律不规则，RR间期绝对不整)，左室(肥大)五五二百五(V5导联R波高度>5大格mV)，右室(肥大)又偏一刀(导)切(V1导联R波高度>1.0mV电轴右偏)，II/I有P臭的远(II度I型房室传导阻滞P波与QRS渐远至脱落)，II/IIPR差不多(II度II型房室传导阻滞，脱落前PR间期基本相等)，III度阻滞各顾各(P波与QRS均规则，但相互无关联)，室上速比10少(RR间期<10小格)，室速就是室早多(QRS波群宽大畸形，连续出现。140——200次/分)，左阻左偏Q群宽(左束支完全性传导阻滞，电轴左偏，QRS波增宽)I, L, 5导R波切(1、L和V5导联R波宽大、顶端有切记)右阻VIM型(rsR"波形)，T波倒置下了河，心梗T倒(置)ST变(弓背向上抬高)，急性异Q要出现，(Qs.Qr,qR、Q波时间>0.04s,深度>1/4R)前臂要在3到5(V3——V5出现异常Q波)；(前)间壁1至3导间(V1——V3出现异常Q波)，侧壁1L和56(1L,V5,V6出现异常Q波)广泛前壁一溜烟(V1——V3出现异常Q波)，下壁II,III加F(II,III加F出现异常Q波)，后壁12T波尖(V1,V2R波增高、T波高耸,V7——V9出现异常Q波)，缺血ST多下移(ST段普遍下移>0.05mV)，典型可见T着宽。(倒置T波较深，升支与降支对称，称为宽状T波)

### 三、内分泌系统

1.OHA 有如下几类:

①磺脲类:刺激胰岛素分泌,降糖作用好;

②双胍类:不刺激胰岛素分泌,降低食欲;

③葡萄糖苷酶抑制剂:等等。记忆第一类药物时可如此联想:磺,皇,皇帝,所以甲苯磺丁脲是第一代。而格列本脲(优降糖)格列甲脲(美比哒)等第二代可联想成还珠格格。

2.SLE 诊断要点面盘光, 关口精血浆, 肾免疫抗

3.甲减的口诀

上联: 畏冷乏力肌肤冷

下联: 脱发落眉不出汗

横批: 一幅笨相

4.老年人+不明原因消瘦+房颤=淡漠型甲亢 TSH 受体抗体(TRAb)=Graves 病 TPOAb 及 TGAb 明显升高=桥本

5.分离现象=亚急性甲状腺炎

6.甲状腺肿块+颈部淋巴结肿大=甲状腺癌

7.声嘶, 呼吸吞咽困难等压迫症状+甲状腺肿块=甲状腺癌

8.糖尿病性视网膜病变:一瘤二血出三絮四积血五增六失明 I 期: 微血管瘤 (20 个以下), 可有出血; II 期: 微血管瘤增多, 出血并有硬性渗出; III 期: 出现棉絮状软性渗出。以上 3 期 (I ~ III 期) 为早期非增殖型视网膜病变。IV 期: 新生血管形成, 玻璃体积血; V 期: 机化物增生; VI 期: 继发性视网膜脱离, 失明。

9.类风湿关节炎诊断标准记住 “12346 结节拍片阳”

“ 1——晨僵持续至少每天 1 小时

2——2 对称性关节肿

3——有 3 个或 3 个以上的关节肿

4——这些诊断需具备 4 点

6——这次症状出现 6 周以上

结节有类风湿结节拍片阳 X 线改变 (有骨质疏松和关节间隙狭窄)“

10.风湿性疾病的分类:

弥漫性结缔组织病 (CTD): 肌干化风狼系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、原发性干燥综合征、系统性硬化病、多肌炎/皮肌炎

11.甲状腺毒症表现:

甲状腺毒症表现, 烦躁易怒还失眠; 怕热多汗心手抖; 多食易饥伴消瘦。

12.甲亢危象: 甲亢危象, 上吐下泻, 高热大汗, 谵妄昏迷

#### 四、血液系统

1.贫血的细胞形态学分类: 大的幼儿坐小的地铁,正好站在我的面前

大: 大细胞性贫血 (MCV > 100)

幼: 巨幼细胞贫血

小: 小细胞低色素性贫血 (MCV < 80MCHC < 32)

铁: 缺铁性贫血正: 正细胞性贫血 (MCV80-100)

站: 再生障碍性贫血

2.铁代谢: 二价铁吸收, 三价铁运输, 二价铁被利用

3.急性非淋巴细胞白血病按照 FAB 分类:

故事: 一对结婚多年的夫妻, 没有生育, 妻子天天买补品来吃, 这一天, 这个丈夫就对妻子

说：“你不要一味而补了，三年了，你早该有了，四年前礼单也收了，我担心六月的红花能否带来七月最后的希望”。

解释一下：你不要一（M1）味（未分化型）而（M2）补（部分分化型）了，三（M3）年了，你早有（早幼粒细胞）了，四（M4）年前礼单（粒单核细胞）也收了，我（M5）担（单核细胞）心六（M6）月的红（红白血病）花能否带来七（M7）月最后（巨核细胞白血病）的希望。

4.关于贫血的，贫血细胞按照形态学分类，骨髓增生异常综合征，大细胞性，巨幼贫，缺铁性贫血，正细胞性，再生障碍性，急性失血。

口诀如下：他的曾生，是个大的幼儿，带着两粒铁珠，坐小的喜洋洋地铁，摔了一下，正在急性流血。

5.NHL 主要细胞来源之 T 细胞来源需要重点掌握的 T 细胞来源非霍奇金淋巴瘤(NHL)：小淋扭曲肉芽肿；免疫间变上皮样。

【解释】小淋：小淋巴细胞性（T）淋巴瘤；扭曲：扭曲性淋巴细胞淋巴瘤；肉芽肿：蕈样肉芽肿-Sezary 综合征；免疫：免疫母细胞肉瘤（T）；间变：间变性大细胞淋巴瘤；上皮样：淋巴上皮样细胞淋巴瘤。

6.淋巴瘤类型对应的染色体易位

(1)套滤泡边缘，111418【从左到右，数字两边就是边缘。套细胞性淋巴瘤--t(11;14)；滤泡性淋巴瘤--t (14;18)；边缘区淋巴瘤--t(11;18)】

(2)弥漫大 B314【弥漫大 B 细胞淋巴瘤----又弥漫又大的一个圆----圆周率 ( $\pi$ , Pi) ----3.14----t (3;14)】；

(3)Burkitt814【Burkitt 淋巴瘤---Bus----巴士----814----t(8;14)】Ba 要死就太不吉利了

(4)间变二百五(2,5)【间变性大细胞淋巴瘤----既奸诈又易变----整个人就是个二百五(2,5)】

----t(2;5)】

6.慢性粒细胞白血病染色体及分子生物学特征口诀:

曼丽她舅的两个儿子脾气大在费城被枪杀。

解释:曼丽:CML 舅:9 两个儿子:22 费城:Ph 被:BCRPh 染色体(费城染色体)是CML的特征性异常染色体,检出率为90%-95%,其中绝大多数为t(9;22)(q34;q11),称典型异位,异位在断点外形成BCR/ABL融合基因

7.白血病口诀汇总口诀:急淋用VP,染色两阴性,长春泼尼松,柔红左旋用。非淋用DA,染色两只羊,柔红阿胞苷,阿糖三尖杉(HA方案)特别M2、3基因有异常,M2四个二,8和21,M3后减1,15和17。M2叫一头M3叫劈喽。DIC-M3治疗反式维甲酸。淋巴糖原染(急淋反应糖原+)、抑制是急单。急淋无阿氏,非淋有小体。

解析:急性白血病分为急性淋巴细胞白血病和急性非淋巴细胞白血病急淋:VP指长春新碱(VCR),泼尼松(Prednisone),两阴性指细胞化学染色POX,SB为阴性。急非淋:DA指柔红霉素(D)阿糖胞苷(A),两只羊POX,SB为阳性。M2:t(8;21)(q22;q22)M3:t(15;17)(q22;q21)一头指ETO劈(P)喽(L)指PML/PARaM3易发生DIC治疗用反式维甲酸糖原染色:急淋是阳性单核细胞白血病抑制阿氏小体(Auer)只出现急非淋

## 五、消化系统

### 1.咽歌诀

咽部分三鼻口喉,前壁开口气食流;

上通鼓室下通喉,吞咽闭气不用愁。

### 2.食管与胃歌诀

食管三段颈胸腹，三个狭窄要记住；

胃居剑下左上腹，二门二弯又三部；

贲门幽门大小弯，胃底胃体幽门部；

小弯胃窦易溃疡，及时诊断莫延误。

### **3.小肠歌诀**

小肠弯又长，盘曲在腹腔；

上段十二指，中下空回肠；

全长约五米，空回二三量。

### **4.十二指肠歌诀**

四部升降下和升，右包胰头“C”字型；

降部后内有乳头，胆总胰管同开口。

### **5.大肠歌诀**

大肠四周围成框，空肠回肠框内藏；

结肠袋带肠脂垂，三大特点记心上；

盲肠位居右髂窝，阑尾根部连于盲；

麦兰二氏两个点，升横降乙接直肠。

### **6.阑尾歌诀**

阑尾末端不固定，回肠前后下也行；

盲肠后下较常见，三带集中阑尾根。

### **7.肝歌诀**

肝为消化腺，位于膈下面；

其内三管系，胆汁产其间。

若问最高点，五肋锁中线。

### 8.肝下面“H”沟歌诀

右后下腔前胆囊，左后静脉前肝园；

横为肝门交通口，动脉神经肝管穿；

下面分为四个叶，左右方叶和尾状。

### 9.胰腺歌诀

胰腺头致体尾连，颜色灰红质地软；

正付胰管通胰头，内外分泌功能全。

### 10.胰腺炎治疗

禁食减压要输液，止痛抑酸抗感染；

如是重症加监护，营养与生长抑素。

### 11.甲亢危象表现

甲亢危象，上吐下泻；高热大汗，谵妄昏迷

### 12.肠伤寒、肠结核、阿米巴痢疾、细菌性痢疾的溃疡形态

可以如下记忆:

上街啊，挤！怎么上街？先直走然后拐弯进超市买地图！

解释:上:肠伤寒；街:肠结核；啊:阿米巴痢疾；挤:细菌性痢疾。

下面是形态记忆:

直走:肠伤寒溃疡与肠长轴平行，所以“直走”；

拐弯:肠结核溃疡呈环形，与长轴垂直，所以“拐弯”；

超市:阿米巴痢疾溃疡呈烧瓶样，口小底大，所以联想成超市；

地图:细菌性痢疾溃疡呈地图状。

再加一点儿内容:按照这样的顺序, 也可以把几种溃疡的好发部位记下来, 不过这个没啥口诀, 只是肠道的正常走形。

肠伤寒:回肠末端 (回肠下端集合和孤立淋巴小结病变最常见和明显)

肠结核:回盲部

阿米巴痢疾:盲肠和升结肠

细菌性痢疾:大肠, 尤以乙状结肠和直肠为重。

关注公众号领取更多



关注视频号, 每天看直播课

