

# 消化系统

- 急性胃炎

最主要的病因：急性应激

腐蚀性胃炎急性发作期禁忌行胃镜检查

- 慢性胃炎

B型胃炎——HP幽门螺旋杆菌感染是最主要的病因。

A型胃炎——因自身免疫病，影响维生素B12吸收，导致恶性贫血。

胃镜检查：

浅表性胃炎：多为局限性，红白相间，黏膜粗糙不平

萎缩性胃炎：黏膜失去正常颜色，呈淡红、灰色，呈弥漫性，黏膜变薄，有上皮细胞增生和明显的肠化生。

治疗：根除幽门螺杆菌

- 消化性溃疡

HP感染和服用非甾体类抗炎药是它的并列病因。直接原因是胃酸、胃蛋白酶，自身消化。

Du多发生于十二指肠球部，Gu以胃角和胃窦小弯常见

临床表现：Du空腹夜间痛，Gu餐后痛。

- 3.幽门螺杆菌检测

- （1）侵入：胃镜取材，包括快速尿素酶试验（简单、费用低，为首选方法）、组织学检查和幽门螺杆菌培养；

- （2）非侵入：13C 或 14C 呼气试验，粪便检测及血清学检查。13C 或 14C 尿素呼气试验敏感且特异性高，无需胃镜，用于根治后复查首选。

特殊类型的消化性溃疡：

✚ 复合性：同时发生。

✚ 幽门管溃疡：缺乏周期和节律，餐后剧烈，制酸疗效差，易出现幽门梗阻。

✚ 球后溃疡：十二指肠球部以下，夜间和背部放射痛，内科疗效差。

✚ 巨大溃疡：大于 2cm

✚ 老年性溃疡：无症状多见，以巨大溃疡多见。

并发症中，穿孔的细节：剧痛，膈下游离气体。诊断学易考：肝浊音界消失

## ● 幽门梗阻

秒杀词：呕吐，宿食，振水音。

抗酸：PPI，奥美拉唑。常用三联疗法的抗生素克拉霉素，甲硝唑，阿莫西林。

## ● 胃癌

早期往肉里面长，有一点点突起仅粘膜及粘膜下。中期变平，晚期到达浆膜层。

内科癌症多淋巴转移，妇科大多直接蔓延。

➤ 早期胃癌 I 型（息肉样型）；

➤ II 型（浅表型）最常见，包括 II a 型（浅表隆起型），II b 型（浅表平坦型）

II c 型（浅表凹陷型）。

➤ III 型（溃疡型）：黏膜糜烂比 II c 型深，但不超过粘膜下层。

## ● 肝硬化

病理重点在假小叶。

临床表现及并发症

### （一）代偿期

临床症状较轻，肝大及质地改变，部分有脾肿大、肝掌和蜘蛛痣。肝功能正常或有轻度异常。

### （二）失代偿期（肝损+门脉高压）

#### 1. 肝功能损害表现

全身症状：乏力、体重下降

消化系统症状：恶心、呕吐、食欲不振、腹胀

出血倾向：牙龈、皮肤出血、紫癜，女性月经过多

内分泌：雌激素的灭活功能减退，男性乳房发育，女性月经失调，闭经、不孕、蜘蛛痣，肝掌

肝细胞性黄疸

#### 2. 门静脉高压三大症状

1、门体侧支循环开放，食管胃底静脉曲张，腹壁静脉扩张等

## 2、脾大

3、腹水：肝硬化最突出的临床表现。白蛋白低，球蛋白增高，白比球比例降低或倒置（正常A/G为1.5~2.5: 1），出现蜘蛛痣。

肝硬化的腹水一般来说是漏出液，除非并发感染（腹膜炎）为渗出液。血性腹水则暗示癌症

**中医辨证：朝宽暮急等于朝轻暮重，脉无力说明必有虚。**

### ● 原发性肝癌

**强调进行性肝大，疼痛。**

考试易考：肝癌的筛查选用超声（2cm以上），强调小选用造影，强调特异性选用甲胎蛋白。

### ● 溃疡性结肠炎

特点：弥漫性、连续性

结肠癌发生于左边时，影响大便，右边时不影响。

鉴别诊断：菌痢，阿米巴，血吸虫都能找到病原体；克罗恩可见非连续性、非弥漫性病变，且非血便。

病情严重程度：

①轻型——腹泻<4次/日，便血轻或无，无发热，贫血无或轻，血沉正常；

②中型——4-6次；

③重型——腹泻频繁（>6次/日），有明显黏液脓血便，有发热（体温>

38℃）、脉速等，血沉加快、血红蛋白下降。

### 上消化道出血

屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠以及胰管和胆道等病变引起的出血。

出血量：五的倍数——阳（>5ml）黑（50~100ml）呕（250~300ml）心

（400~500）周（>1000ml）

### ● 慢性肾小球肾炎（慢性肾炎）

病理：双肾一致性的肾小球病变。

蛋白尿：尿蛋白多在1~3g/d

### ● 肾病综合征

1.临床症状：“三高一低”是经典的NS症状。

大量蛋白尿；低蛋白血症；水肿；高脂血症。

糖皮质激素应用注意起始足量每公斤一毫克每天，时间要长，缓慢减药，糖皮质激素不行就抑制免疫。

检查：

1.尿常规及24小时尿蛋白定量：尿蛋白定性多+++~++++，定量>3.5g/24h。

2.血浆白蛋白 $\leq 30\text{g/L}$ 。

3.肾活检是确定肾组织病理类型的唯一手段

## ● 尿路感染

感染途径：上行感染——尿路感染的主要途径，约占95%，大肠杆菌为主。

（革兰阳性菌以葡萄球菌最为常见）

（1）尿频、尿急、尿痛、尿道烧灼感=急性膀胱炎

（2）高热寒战+尿路刺激征+腰痛+脓尿、白细胞管型=急性肾盂肾炎

（3）急性肾盂肾炎史+间歇性尿频、排尿不适+腰痛+低热=慢性肾盂肾炎

三、检查：

1.尿常规：尿沉渣镜检白细胞>5个/高倍视野称为白细胞尿。

2.尿细菌培养：真性菌尿（确诊意义）——①新鲜中段尿细菌培养计数 $\geq 10^5$  / ml；

②膀胱穿刺尿培养阳性。

无症状性菌尿=无症状但有菌

尿道综合征：有症状但无菌

## ● 慢性肾衰

■ 心衰是最常见死亡原因

■ 血液系统：红细胞生成素（EPO）缺乏，导致肾性贫血。

■ 其他可理解为肾衰的表现。

■ 骨骼：骨性肾病。

## ● 急性肾损伤：肾前性（血）、肾性（肾实质）、肾后性（尿路梗阻）

# 血液系统

## ● 缺铁性贫血

主要原因：丢失过多即慢性失血

特殊表现：异食癖

检查：铁代谢——总铁结合律升高大于 $64.4\mu\text{mol/L}$ ，游离原卟啉升高大于

$0.9\mu\text{mol/L}$ ，血清铁蛋白低于 $12\mu\text{g/L}$ ，血清铁小于 $8.95\mu\text{mol/L}$ ，转铁蛋白饱和度降低，小于15%。



新考纲提出除口服铁剂外还可以注射右旋糖酐铁：注射用铁量（mg）=（需到达的血红蛋白浓度-患者血红蛋白浓度） $\times 0.33 \times$  患者体重（kg）

## ● 继发性再障

雷老师拓展知识——巨核细胞是血小板的前身，白细胞主要以中性粒为主，网织红细胞是红细胞前期。

继发性再障最常见病因是氯霉素，化学因素苯最多见。

诊断公式：贫血貌+出血倾向+感染+三系减少=再障

1. 非重型再障：三系减少

2. 重型再障血象：①网织红细胞绝对值小于 $15 \times 10^9/L$

②中性粒细胞小于 $0.5 \times 10^9/L$

③血小板小于 $20 \times 10^9/L$

重型再障治疗尽早使用免疫抑制剂，环孢素，抗淋巴/胸腺细胞球蛋白等。骨髓移植是根治最佳方法。

非重型再障首选雄激素：康力龙、丙酸睾酮等。

## 白细胞减少症与粒细胞缺乏症

概述：

外周血白细胞数低于 $4.0 \times 10^9/L$ 称为白细胞减少症；

中性粒细胞绝对值低于 $2.0 \times 10^9/L$ 为粒细胞减少症，

低于 $0.5 \times 10^9/L$ 时为粒细胞缺乏症。

急性白血病（AL）

分为急性淋巴细胞白血病（ALL）、急性髓细胞白血病（AML）两大类。

临床表现：①贫血、②发热，早期表现。③出血全身各处，M3易并发DIC；颅内出血是最常见死亡原因。

**急性白血病诊断公式**

发热+出血倾向+贫血+胸骨压痛+骨髓象原始和幼稚细胞达20%以上=急性白血病

临床表现：白血病细胞浸润症状

（1）淋巴结和肝脾大

（2）骨痛：**胸骨下段压痛。特异性体征**

（3）中枢神经系统白血病（CNSL）：白血病最常见的髓外浸润部位

**检查：**

骨髓象（确诊价值）：多增生活跃，原始和（或）幼稚细胞占20%以上（WHO分类），白血病性原始细胞形态异常。

Auer小体（奥氏小体）阳性急粒（AML），有独立诊断意义。

阴性为急淋；

**治疗：**化疗是主要方法，完全缓解后造血干细胞移植。

#### • 慢性髓细胞性白血病【慢粒（CML）】

曼丽屁股大中间低，在费城被枪击。

曼丽：慢性粒细胞白血病。

屁股大：巨脾。

中间低：中性粒细胞碱性磷酸酶低。

费城：费城染色体阳性。

枪击：羟基脲治疗首选

慢粒最典型和突出的症状：进行性脾肿大或巨脾。

**脾肿大分三级：轻度：伤寒 中度：肝硬化 重度：慢粒**

慢粒最典型和突出症状是进行性脾肿大或巨脾。

## ➤ 检查

中性粒细胞碱性磷酸酶（NAP）减低或阴性：诊断慢粒

## ➤ 治疗：着重于慢性期早期

羟基脲—化疗首选：特异性抑制DNA合成

其他：甲磺酸伊马替尼：着重于慢性期早期

骨髓移植(异基因造血干细胞移植)——根治

## ● 原发免疫性血小板减少症(ITP)

病因

1.感染

2.免疫因素：自身抗体致敏的血小板被单核-巨嗜细胞系统过度吞噬破坏是ITP发病的

主要机制。

3.脾：脾脏是血小板抗体产生的主要部位,也是破坏的主要场所。

4.其他：雌激素抑制血小板生成。

检查

1.血小板：急性型在 $20 \times 10^9$ 以上，慢性型 $50 \times 10^9/L$

2.骨髓象：

①急性型骨髓巨核细胞数量轻度增加或正常,幼稚巨核细胞增加。慢性型骨髓巨核细胞显著增加。②巨核细胞发育成熟障碍③有血小板形成的巨核细胞显著减少。④红系及粒、单核系统正常。

诊断公式

感染史+出血倾向+血小板降低,红白细胞计数正常=原发免疫性血小板减少症

治疗

(1)糖皮质激素：为一线药物。首选，泼尼松口服,严重者静滴地塞米松或甲泼尼龙龙。

(2)脾切除：①糖皮质激素治疗3~6个月无效。②糖皮质激素需大剂量(30mg/d)以上维持者。③使用糖皮质激素有禁忌者。④ $^{51}Cr$ 扫描脾区放射指数增高

(3)免疫抑制剂：不作首选。适用于糖皮质激素及脾切除疗效不佳或无反应者。如：环



磷胺、长春新碱。

(4)急症处理：常用方法：①血小板悬液输注。②静注丙种球蛋白。③血浆置换。④大剂量甲泼尼龙。

适应证：①血小板低于 $10 \times 10^9/L$ 者。②出血严重、广泛者。③疑有或已发生颅内出血者。

④近期将实施手术或分娩者。

### ● 骨髓增生异常综合征（MDS）

是一组起源于造血干细胞,以血细胞病态造血,高风险向急性髓系白血病(AML)转化为特征。

FAB将MDS分为5型：

难治性贫血(RA) -贫血为主,进展慢

环形铁粒幼细胞难治性贫血(RAS)-贫血为主,进展慢

难治性贫血伴原始细胞增多(RAEB)-三系减少,易转为白血病

难治性贫血伴原始细胞增多转变型(RAEB-t)-三系减少,易转为白血病

慢性粒-单核细胞性白血病（CMML）-贫血为主，脾大

几乎所有的MDS患者有贫血症状。——慢粒前身必有

➤ 检查：

血象和骨髓象：持续性( $\geq 6$ 个月)一系或多系血细胞减少：血红蛋白 $< 110g/L$ 、中性粒

细胞 $< 1.5 \times 10^9/L$ 、血小板 $< 100 \times 10^9/L$ 。骨髓增生度在活跃以上。

➤ 治疗：①支持治疗②促造血③诱导分化④生物反应调节剂⑤去甲基化药物：延迟向急性髓细胞白血病转化。⑥联合化疗⑦造血干细胞移植：目前唯一治愈 MDS可能性。

## 内分泌与代谢疾病

甲亢

GD患者：又称Graves，特点是抗体阳性（前面一个TgAB，后面是TPOAb）。



体征：甲状腺弥漫性，对称性肿大，可有震颤并伴有血管杂音。（考细节）

检查：FT3，FT4能直接反映甲状腺功能状态，敏感性更优。

治疗：1.抗甲状腺药物——硫脲类和咪唑类（丙硫氧嘧啶）

2.辅助药物：洛尔和碘化物。去年考过——抑制释放甲状腺素的是：碘化物。

## 甲减

最常见的原因是自身免疫损伤。

临床表现：从年龄上背，年纪小的影响发育，大脑骨骼等；如果成人就是怕冷（阳虚象），黏液性水肿——特殊表现。

检查：FT4降低，TSH增高——诊断必备指标。

治疗：补左甲状腺素LT4为首选药。如果亚临床甲减TSH大于10mU/L，也要补LT4；

如果昏迷要补LT3（提到即刻补充甲状腺素，首选LT3）。

## 亚急性甲状腺炎

最常见病因，柯萨奇病毒，特点是一侧肿大，只是个炎症，前期合并甲亢，后期合并甲减。

临床表现特殊记：一侧肿大压痛明显，更强调痛。

特殊记忆：检查中甲功表现为特征性分离：甲状腺腺泡破坏阶段，血清T3，T4水平一过性增高，甲状腺摄碘131率显著降低，呈特征性分离。

治疗先治疗炎症，再治疗甲亢。

中医病名“癭痛”

## 慢性淋巴性甲状腺炎

最有意义的指标就是抗体阳性，这个病多伴甲减，最可靠的金标准就是细胞学检查。

HT桥本（为代表），两侧肿，又硬抗体阳性（像橡皮那么硬，但是不痛）

治疗：补甲状腺制剂。

## 糖尿病

并发症有一堆时不时会考：急性并发症酮症酸中毒：深大呼吸烂苹果味。（诊断学基础里面但凡见到深大呼吸就是酸中毒。）慢性并发症心脑血管病，下肢动脉硬化闭塞症。

## 检查:

诊断的主要依据是血糖测定FPG，如果无法确诊加做葡萄糖耐量实验OGTT，

糖化血红蛋白GHbA1可反映取血前8-12周的平均血糖，**强调监测**!!!

鉴别1型或2型糖尿病用胰岛素c肽，**直接反映胰岛细胞功能。**

空腹血糖定7mmol/L，其他都是11.1 mmol/L，糖化血红蛋白GHbA1 $\geq$ 6.5%

治疗：基础是控制饮食，内科用药四类：

- ①带个糖字（拜糖平）抑制小肠吸收糖
- ②**磺脲**类促进胰岛素释放
- ③**减少胰岛素抵抗**，增加敏感选xx酮，罗格列酮。
- ④双胍类药物（**二型首选，三高应用**）促利用。
- ⑤非磺脲类（瑞格列奈）用于二型餐后高血糖阶段。

一型必选胰岛素，二型新诊断的，或口服降糖无效也用胰岛素。

## 二、并发症

- （1）急性并发症：**酮症酸中毒（呼吸深大，呼气有烂苹果味）**；高渗高血糖综合征（血糖 $\geq$ 33.3mmol/L，血浆渗透压升高，严重脱水和意识障碍）。
- （2）感染性并发症：皮肤化脓性感染、真菌感染（女性常见）、**肺结核**、泌尿道感染。
- （3）慢性并发症：

- ①**大血管病变**——主要为糖尿病性冠心病、脑血管病、下肢动脉硬化闭塞症；
- ②**微血管病变**——糖尿病肾病（1型患者死因）、糖尿病性视网膜病变、心肌病；
- ③神经病变——**周围神经病变**（**对称性，多见于下肢：感觉异常，手套感，袜套感**），动眼神经、展神经麻痹及自主神经病变、中枢神经系统并发症等；
- ④糖尿病足。

**糖尿病酮症酸中毒：补液，小剂量胰岛素（0.1U/kg.h）**

## 慢性并发症

- ①血压应该控制在**130/80mmHg**。若尿蛋白达1g/24h，血压应该控制在

**125/75mmHg。**

首选A类。

中医辨证论治“消渴”

病位：肺、胃、肾，以肾为关键。

基本病机：**阴津亏损、燥热偏胜**；

以**阴虚为本，燥热为标**。迁延日久，变生他症。

### 血脂异常

高密度脂蛋白高点好，其他都要低！！

特殊表现：**眼睛黄色瘤角膜环，和脂血症眼底病变。**

用药首选**他汀**类。

## 二、检查

### 1.血脂：

(1) 血清胆固醇TC $\geq$ 6.2mmol/L为升高。

(2) 甘油三酯TG $\geq$ 2.3mmol/L为升高。

### 2.脂蛋白：

(1) 低密度脂蛋白-胆固醇LDL-C $\geq$ 4.1mmol/L为升高。

(2) 高密度脂蛋白-胆固醇HDL-C $<$ 1.0mmol/L为降低。

## 高尿酸血症与痛风

### 一、诊断

1. (中年男性)+关节炎表现+血尿酸高+(尿酸盐结晶)=痛风

2. 男性和绝经后女性血尿酸 $>420\mu\text{mol/L}$  (7.0mg/dl)、绝经前女性 $>350\mu\text{mol/L}$

(5.8mg/dl)=高尿酸血症。

### 二、检查

1. 男性和绝经后女性**血尿酸 $>420\mu\text{mol/L}$  (7.0mg/dl)、绝经前女性 $>350\mu\text{mol/L}$**

**(5.8mg/dl)。**

### 2.尿酸

3. **滑囊液检查：穿刺或活检痛风石，发现尿酸盐结晶。为痛风诊断的“金标准”。**

### 四、治疗

- 1.一般治疗：避免高嘌呤食物，戒酒类，每日饮水2000ml以上。
- 2.急性期：①秋水仙碱（特效药）；②非甾体抗炎药（NSAID），消化性溃疡禁用；③糖皮质激素。
- 3.发作间歇期和慢性期治疗：促进尿酸排泄（丙磺舒），抑制尿酸合成（别嘌醇）。
- 4.肾脏病变：碱化尿液，多饮多尿。避免使用噻嗪类利尿剂（速尿、利尿酸）

更多干货  
扫码获取

