



金英杰医学®  
JINYINGJIE.COM



2020 临床 执业（助理）医师考试

# 王牌直播 核心考点精学笔记

- ◆ 核心考点
- ◆ 习题跟踪
- ◆ 名师精讲
- ◆ 重难剖析



金英杰独家资料（电子版）

# 金英杰直播学院

临床重点学科

整理教辅：白果老师

2019 年 11 月 12 日

# 循环系统

## 第五节.动脉导管未闭

1. 到1年，在解剖学上应完全闭合。若持续开放，成动脉导管未闭。（80%在3个月闭合）
2. 病理分型：①管型；②漏斗型；③窗型；
3. 一、左向右分流-主动脉缺陷，生长发育迟缓  
二、左向右分流，肺动脉高压=P2亢进  
三、左向右分流，肺动脉高压=肺淤血=感染  
四、差异性青紫  
五、胸骨左缘第二肋间连续“机器”样杂音，占整个收缩与舒张期。  
六、周围血管体征，水冲脉，枪击音，指甲床毛细血管搏动（脉压差增大引起）
4. X线表现：左房左室增大
5. 心导管检查：肺动脉含氧量高于右心室
6. 并发症：感染性动脉炎、充血性心力衰竭、心内膜炎
7. 治疗：生后一周（新生儿期）内使用消炎痛=吲哚乙酸，一周后介入

### ※法洛四联症（四种畸形）：

1. 右室流出道狭窄（对病情影响最大，相对狭窄）；
  2. 室间隔缺损；  
（1+2可确诊）；
  3. 主动脉骑跨；
  4. 右心室肥厚
- 症状：持续性青紫（最早出现，发绀）；蹲踞；杂音（2.3.4）；P2减弱（唯一一个减弱的）；  
并发症（脑血栓，脑脓肿）；  
重点临床表现：阵发性缺氧发作（呼吸困难，抽搐，晕厥，昏迷）。原因：肺动脉梗阻  
辅助检查：1.X线：靴型心，肺动脉段凹陷（唯一）  
2. 心电图：电轴右偏，右心室肥大  
3. 超声心动图（确诊）  
4. 心导管检查血氧含量：股动脉氧含量减低  
5. 心血管造影

治疗：缺氧发作的治疗：取胸膝位，给新福林，或心得安（减轻肌肉痉挛）（使心跳减慢）  
禁用洋地黄（强心药）

6~12个月行根治术

重点：

	房间隔缺损	室间隔缺损	动脉导管未闭	法四
青紫	潜伏性青紫	潜伏性青紫	差异性青紫	持续性青紫
肋间	胸左缘2.3肋间	3.4肋间	第2肋间	胸左缘2.3.4肋间

杂音	喷射性收缩期杂音	全收缩期杂音	连续性“机器”样杂音	粗糙喷射性收缩期杂音
其他特征			差异性紫绀，周围血管体征	
P2	亢进	亢进	亢进	减弱
X线	右心房及右心室增大	双侧信使增大	左心房及左心室增大	右心室增大
并发症	肺炎	肺炎	肺炎	脑血栓，脑脓肿
治疗	介入	介入/手术	介入/手术，消炎痛	一期根治手术，新福林，心得安

## 第九章.消化系统疾病

解剖生理：

胃：成水平状，易发生溢奶

肠：成人长的5~7倍；肠系膜柔软而长；粘膜下组织松弛；无明显结肠袋；升结肠与后壁固

定差=====易发生肠扭转，肠套叠

- 1.三个月以下小儿不宜喂淀粉类食物
- 2.最先出现胰蛋白酶，最后出现淀粉酶
- 3.在母体内肠道无细菌，出生后数小时出现，受食物成分影响
- 4.纯母乳以双歧杆菌（合成VitK）为主，大便金黄色不臭
- 5.人工（大便干灰臭）或混合喂养（软黄，臭加重），以大肠杆菌为主

## 先天幽门狭窄

1. 临床表现：无胆汁的喷射性呕吐（**突出症状**）、右上腹肿块似橄榄形（特有体征）、胃蠕动波、黄疸、消瘦、脱水及电解质紊乱。
2. 检查：腹部B超—首选无创检查（幽门管长≥17mm可诊断）  
特有X线表现—确诊（幽门胃窦鸟嘴状、十二指肠球部压迹呈蕈征、双肩征）
3. 治疗：及早手术（幽门环肌切开术）

## 先天性巨结肠（助理不考）

1. 表现：排便延迟、顽固性便秘、腹胀（出生后24-48小时内无胎便），呕吐（含少量胆汁）、营养不良、发育迟缓，直肠指诊后可排气排便。
2. 并发症：小肠结肠炎（最常见）、肠穿孔、继发感染。
3. 检查：  
简便—立位腹平片

首选—钡剂灌肠（梗阻呈漏斗状）；

确诊—直肠粘膜活检。

4. 鉴别：

先天性巨结肠=出生 48 小时无便+腹胀、便秘、有脐疝+哭声、反应正常

先天性甲减=出生 48 小时无便+腹胀、便秘、有脐疝+哭声、反应不正常

## 小儿腹泻病

1. 小儿腹泻病是一组由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为特点的消化道综合征，多见于 6 个月-2 岁的婴幼儿，夏季发病率高。

2. 常见的病原体：病毒性肠炎—轮状病毒（婴幼儿秋冬季腹泻的常见病原体），细菌性肠炎—致腹泻大肠杆菌。

3. 临床分期和共同表现

按病程：急性（2 周以内）、迁延性（2 周—2 个月）、慢性（2 个月以上）。

按病情：轻型、重型（消化道症状+脱水、水电解质酸碱平衡紊乱）。

等渗性脱水最常见；

低渗性脱水以周围循环衰竭、休克为突出表现。

代谢性酸中毒表现：

轻中重——中度呼吸深大、口唇樱桃红、精神萎靡、烦躁；

重度呼吸深快、节律不等、口唇发绀、昏睡、昏迷。

低钾表现（神经肌肉兴奋性增高）——腱反射减弱或消失，腹胀，肠鸣音减少，心音低钝，心电图 T 波低平、出现 U 波。

低钙低镁表现（血钙<1.85mmol/L, Mg<0.58 mmol/L）——手足抽搐、惊厥。 4. 几种常见类型肠炎的临床表现特点

代谢性酸中毒的临床表现及分度

	轻度	中度	重度
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	13~18mmol/L	9~13mmol/L	< 9mmol/L
呼吸改变	呼吸稍快	呼吸深大	呼吸深快，节律不整，有烂苹果味
口唇颜色	正常	樱桃红	发绀
神经状态	正常	精神萎靡，烦躁不安	昏睡，昏迷

4. 几种常见类型肠炎的临床表现：

病原体 大便特点 大便镜检

轮状病毒：9.10.11 月（秋天），上感，便“三多”（次数多，量多，水分多）蛋花汤、无腥臭 有脂肪球、少白细胞、无红细胞

诺如病毒：寒冷+餐馆+腹泻+阵发性腹痛；11 月~2 月

产毒性细菌：6.7.8 月，量多水样或蛋花汤样，混有粘液 无白细胞（无脓血便）

侵袭性细菌：有粘液、脓血、腥臭 大量脓细胞和红细胞

出血坏死性肠炎：赤豆汤样便

金葡菌：黄或暗绿色，水样、粘液多 大量脓细胞、成簇革兰阳性球菌

伪膜性小肠结肠炎，难辨芽孢杆菌：黄或黄绿色，水样，可有假膜排出 有假膜（便里有膜）

真菌：大便有豆腐渣样细块（菌落） 真菌芽孢和假菌丝

※必考总结

		大便特点	大便镜检
病毒性	轮状病毒	蛋花汤、无腥臭	有脂肪球、少白细胞、无红细胞
	诺如病毒	大便量中等，为稀便或水样便	无异常
细菌性	产毒性大肠杆菌	量多，水样或蛋花汤样，混有黏液	无白细胞，无红细胞
	致病性大肠杆菌	黄绿色/蛋花汤，年也多，发霉臭味	少量白细胞
	侵袭性大肠杆菌	有粘液，有脓血，有腥臭	大量脓细胞和红细胞
	出血性大肠杆菌	血水便，有特殊臭味	大量红细胞
抗生素诱发	金黄色葡萄球菌	暗绿色，水样，粘液较多	大量脓细胞和成簇的革兰氏阳性球菌
	难辨芽孢杆菌	黄或黄绿色，水样，可有假膜排出	有假膜排出
	真菌	大便有豆腐渣样细块	真菌芽孢和假菌丝

## 5. 诊断与鉴别诊断

- (1) 大便无或偶见白细胞：生理性腹泻，多见于 6 个月以内婴儿，食欲好、不影响发育，出大便次数增多外无其他症状，添加辅食后大便正常。
- (2) 大便有较多白细胞：坏死性肠炎（大便暗红、糊状--赤豆汤样、全身中毒症状重）。

## 6. 治疗

- (1) 饮食疗法：不提倡禁食，继续饮食；严重呕吐者可禁食 4-6 小时（不禁水）。
- (2) 纠正水电质紊乱、酸碱平衡（最重要）：口服补液（QRS 为 2/3 张液）、静脉补液。
- (3) 药物治疗：抗生素、微生态疗法（双歧杆菌、嗜酸乳杆菌、粪链球菌等）、肠粘膜保护剂（蒙脱石粉/思密达）、避免用止泻剂（如洛哌啶醇，抑制胃肠蠕动、增加毒素吸收和细菌繁殖）。

低钾血症：

有 K<sup>+</sup>有力量；无 K<sup>+</sup>力量差

临床表现：最早四肢肌无力，最严重呼吸肌无力

低钙血症：

手足抽搐和惊厥

## 泌尿系统疾病

## 一、 小儿泌尿系统生理特点

各年龄段尿量、少尿、无尿标准

年龄	正常尿量(ml/24h)	少尿(ml/24h)	无尿(ml/24h)
----	--------------	------------	------------

婴儿期	400-500	<200	<50
幼儿期	500-600		
学龄前期	600-800	<300	
学龄期	800-1400	<400	

## 二、急性肾小球肾炎

1.病因：A组β溶血性链球菌，免疫复合型肾小球肾炎（3型）

2.临床表现：

前驱感染：90%以上，1~4周前有呼吸道（化脓性扁桃体炎）及皮肤感染（脓皮病）

水肿：最早最常见；下行性；非凹陷性；

急性肾炎=血尿、蛋白尿、少尿、水肿、高血压、C3下降。

3.辅助检查：

血清补体测定：C3下降，8周回复正常

※严重表现：（早期1~2周以内）1.严重循环充血；2.高血压脑病，血管渗透性增高而发生

脑水肿； 3.肾衰

※肾炎孩子+心衰表现=循环充血；首选呋塞米

※肾炎孩子+血压极高+惊厥=高血压脑病；首选硝普钠

※肾炎孩子+尿少+尿素氮增高=急性肾衰；首选呋塞米，无效透析

4. 治疗：自限性疾病，无需特异治疗，休息、对症治疗（感染是用青霉素，利尿首选呋塞米，降压首选硝苯地平，）。自限=不用激素

压下床，沉上学，尿检正常去锻炼

## 三、肾病综合征

### 1.临床表现：

肾炎肾病综合征=大量蛋白尿（最基本）、低蛋白血症、高脂血症、水肿+血尿、少尿、高血压、C3 下降（ $C3 < 0.8$ ）。

### 2.临床表现：水肿（始于眼睑），凹陷性

### 2.并发症：

感染最常见（肺炎链球菌为主），电解质紊乱（低钠最常见、低钾、低钙），低血容量（休克），血栓（肾静脉血栓最常见—突发肉眼血尿、腰痛）。

### 3. 实验室检查：1.尿液分析：（1）常规检查：+++以上持续两周以上；

（2）蛋白定量： $> 50\text{mg}/(\text{kg},\text{d})$

2.血清蛋白，胆固醇和肾功能测定：血清白蛋白浓度 $< 25/\text{L}$ ；

胆固醇 $> 5.7\text{mmol}/\text{L}$ ；

### 4.治疗：初治病例诊断确定后尽早用泼尼松治疗。

（1）短程疗法：疗程共 8 周，易于复发，国内少用。（不选）

（2）中、长期疗法：用于各种类型的 NS。中程疗法必须达 6 个月，用于初治；

长程疗法达 9 个月，用于复发。

原则：起始量足、缓慢减药、长期维持

疗效判断：

足量 4 周后：有效-中程；无效-免疫抑制剂；停不下来（依赖）-免疫抑制剂；复发-长程；

一年三次-免疫抑制剂

# 造血系统疾病

## 小儿造血及血象特点

### 1. 胚胎期造血:

中胚叶造血期: 胚胎第三周出现卵黄囊造血。

肝脾造血期: 胚胎 6-8 周出现造血组织, 成为胎儿中期的主要造血部位。胚胎

第 8 周脾脏开始造血。

骨髓造血期: 胚胎第 6 周出现骨髓, 胎儿 4 个月才开始造血活动, 出生 2-5 周后成为唯一的造血场所。

### 2. 血象特点:

中性粒细胞和淋巴细胞比例相等的两个时期: 出生 4-6 天、4-6 岁。4-6 天以前和 4-6 岁以后以中性粒细胞为主, 4-6 天和 4-6 岁之间以淋巴细胞为主。

### 二、贫血

	MCV(fl)	MCH(pg)	MCHC(%)	常见疾病
正常	80~94	28~32	32~38	
大细胞性贫血	> 94	> 32	32~38	巨幼细胞贫血
正常细胞性贫血	80~94	28~32	32~38	再障, 失血性贫血
单纯小细胞性贫血	< 80	< 28	32~38	慢性感染, 肾脏疾病
小细胞低色素贫血	< 80	< 28	< 32	缺铁性贫血, 地中海贫血

1. 血红蛋白底线值 6-59 个月为 110g/L。

2. 大细胞贫血 MCV>94fl, 小细胞低色素贫血 MCV<80fl (平均红细胞体积) 3. 生理性贫血:

出生 3 个月左右

4. 缺铁性贫血 (1) 病因: 成人—铁丢失过多, 孩子—铁摄入不足, 6 个月—2 岁最常见。

(2) 表现：皮肤黏膜苍白（唇、口腔、加床最明显）、异食癖、烦躁或萎靡、记忆力减退、反甲等。

(3) 检查：血象—小细胞多，中心淡染区。

铁代谢—血清铁（SI）下降、血清铁蛋白下降。（4）诊断：最早最敏感指标—血清铁蛋白下降，主要指标—血清铁下降，体内缺铁初期最可靠指标—骨髓小粒可染铁消失。所有指标均低，只有总铁结合力升高。

(5) 治疗：口服二价铁（亚铁），网织红升高代表补铁有效但不能停药，血红蛋白正常后继续服用铁剂 6-8 周；早产儿 2 个月左右补铁预防。

#### 5. 营养性巨幼红细胞性贫血

(1) 病因：摄入不足（羊乳）、长期喝羊乳。

(2) 表现：6 个月-2 岁多见，毛发稀黄、皮肤出血点或瘀斑、面色蜡黄、手足不规则震颤，舌炎出现较早。

(3) 检查：全血细胞减少，MVC>94fl, 中性粒细胞分叶过多；骨髓核分叶过多。

巨幼贫---老浆幼核，缺铁贫---老核幼浆。

(4) 治疗：维生素 B12 和叶酸，有精神症状者一定先补维生素 B12 后补叶酸（叶酸加重精神症状）。连续至血象恢复正常（治疗的停药指针）



**金英杰医学**  
JINYINGJIE.COM

**医学培训领导品牌**

致力于建立完整的医学服务产业链



金鹰直播课



王牌直播课



北京金英杰医考课程

## 金英杰直播，让学习更容易

全国免费咨询热线：**400-900-9392**    客服及投诉电话：**400-606-1615**

地址：北京市海淀区学清路甲38号金码大厦B座22层