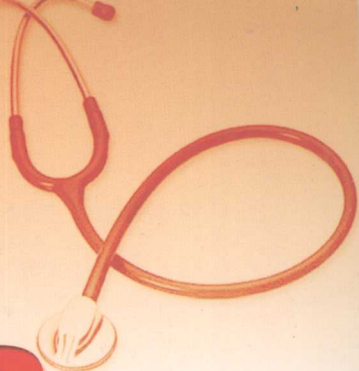


想记住却记不住，请乘记忆宝马 ▶ 考点搜记篇
想窍门却找不到，请驾窍门奥迪 ▶ 真题揭秘篇
想考但考不过，请坐考试奔驰 ▶ 题库押题篇



2009

国家执业医师资格考试 临床助理医师 直通车

主编 萧 劲

考点搜记篇

三丈医书学医难
百种医考前程远
早读晚练辛苦泪
不取证书誓不还



科学出版社
www.sciencep.com

附赠20元网络学习卡

2009 国家执业医师资格考试

临床助理医师直通车

· 考点搜记篇 ·

主 编 萧 劲
副主编 牛换香

科 学 出 版 社

北 京

● 版权所有 侵权必究 ●

随书赠送医学教育网价值 20 元的网络学习卡(见封三),凡无此卡者为非法出版物。

举报电话:010-64030229,010-64034315,13501151303(打假办)

内 容 简 介

《2009 国家执业医师资格考试临床助理医师直通车》贯彻“两点三步法”的教学理念:寻找考点、记忆考点;第一步通读辅导(或者教材),领悟大纲精髓,以便心中有数;第二步熟做真题,识破出题玄机,以便掌握命题思路;第三步巩固练习,有的放矢地做习题和模拟,以便从容应对考试。

本套书精解了全部考试要求的知识点(“寻找考点”),使读者有效地复习;精炼但又覆盖了所有的考点。每一节的题目就是考试大纲的要求,可以节省读者宝贵的时间。独创和精炼的“记忆考点”方法(画龙点睛),使复习变得有趣和有效。同时也激发读者的灵感,从而发现更多、更好的记忆方法。

本套书的特点是:精讲,只要考点,不要面面俱到;速记,只要牢记,不要循规蹈矩;真题,只要思路,不要盲人摸象;规律,只要技巧,不要挑灯夜战;巧练,只要过关,不要高分满分;押题,只要胆识,不要畏畏缩缩。

本书按照大纲和学科对考点搜索精讲、综合考点画龙点睛,与《真题揭秘篇》和《题库押题篇》相互呼应,帮助考生迅速过关取胜,主要适合参加执业医师考试的考生使用,也可以作为统考西医综合、专业技术资格考试(职称)的考生及本科生使用。

图书在版编目(CIP)数据

2009 国家执业医师资格考试临床助理医师直通车·考点搜记篇/萧劲主编.
—北京:科学出版社,2009
ISBN 978-7-03-023379-0

I. 2… II. 萧… III. 临床医学—医师—资格考核—自学参考资料 IV. R4
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 176481 号

责任编辑:向小峰 农 芳 / 责任校对:包志虹
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号
邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009 年 1 月第 一 版 开本:787×1092 1/16
2009 年 1 月第一次印刷 印张:31 3/4
印数:1—6 000 字数:1 037 000

定价:54.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈明辉〉)

《2009 国家执业医师资格考试临床助理医师 直通车》编委

(按姓氏汉语拼音排序)

白秀萍	陈红燕	杜喜平	方文英	洪 惠	贾竹清
蒋 峰	李 蒙	李海辉	连风梅	刘 钊	刘 敏
刘红旗	刘庆华	刘彦才	刘艳芬	牛焕香	齐 欢
王建国	王建平	王力芳	魏 云	魏立强	吴佚革
萧 劲	阎丽娟	尤 蔚	于 丹	袁浙临	周 翠

“医”如翻掌，一战而定

难道考取一张证书就这么难吗？难道比医治千奇百怪的病人更难吗？答案不言自明。但是，我们确实也看到了许许多多考了两次、三次，甚至六次、七次的考生。难道他们比别人笨吗？难道命运偏偏对他们不公平吗？答案当然也是“No”。不管你是第一次参加执业医师资格考试，还是多次参加，你都有一个愿望，那就是：一次过关！那么，怎样才能像标题所说：“医”如翻掌，闯关取证一战而定呢？

任何事物都是有规律的，只是由于种种原因过去没人发现而已。执业医师考试也不例外，造成它难以通过的原因是：第一，内容多而散，考试内容包括十几门课程，这是大家有目共睹的；第二，时间少，临床工作导致大家没有太多的时间复习；第三，考试难度加大，因为参加考试的人越来越多，而考试通过的比例保持不变；第四，命题规律难以掌握，你不知道出题老师怎么出题。

对于以上四点，前三点你大概无能为力，你能做的就是发现考试规律，高效突破。幸运的是，《2009 国家执业医师资格考试临床助理医师直通车》问世了。该丛书突破了以往辅导书籍的构架，借鉴了考研西医综合和中医综合的成功经验，提出了“过关而不要高分”的口号。

《2009 国家执业医师资格考试临床助理医师直通车》贯彻“两点三步法”的教学理念：寻找考点、记忆考点。第一步，通读辅导书（或教材），领悟大纲精髓，以便心中有数；第二步，熟做真题，识破出题玄机，以便掌握命题思路；第三步，巩固练习，有的放矢地做习题和模拟题，以便从容应对考试。

本套丛书以考试大纲为蓝图，以历届真题为核心、以最新教材为依托、以参加多年执考辅导老师的讲义为制胜点，透彻分析和总结出了 59 种题型，首次揭开了执业医师考试出题和命题的规律，使读者做到知己知彼，百战不殆。本套书精解了全部考试要求的知识点（“寻找考点”），使读者有效地复习；精炼但又覆盖了所有的考点。每一节的题目就是考试大纲的要求，可以节省读者宝贵的时间。

独创和精练的“记忆考点”方法（画龙点睛），使复习变得有趣和有效。在机械无聊的复习中，有趣的记忆提示使读者耳目一新，轻松上阵。同时笔者也希望本书起到启发的作用，激发读者的灵感，从而发现更多、更好的记忆方法。

本套丛书的特点：精讲，只要考点，不要面面俱到；速记，只要牢记，不要循规蹈矩；真题，只要思路，不要盲人摸象；规律，只要技巧，不要挑灯夜战；巧练，只要过关，不要高分满分；押题，只要胆识，不要畏畏缩缩。

整套丛书分为三篇：《考点搜记篇》、《真题揭秘篇》和《题库押题篇》。

《考点搜记篇》按照大纲和学科对考点搜索精讲，综合考点，画龙点睛。

记忆方法和举例如下：

1. 理解记忆

(1) Crohn 病是节段性“全肠壁”的坏死，所以，会发生穿孔；而溃疡性结肠炎是肠壁“表浅”的病理损害，所以很少有穿孔。因为病理是临床的基础，提起两种疾病，首先要想到它们的病理。

(2) 酸碱平衡的根本是 HCO_3^- 与 H_2CO_3 的比值为 20:1，因为二氧化碳进入血液后迅速转变成碳酸，然后分解成碳酸氢根的浓度和氢离子，所以，碳酸氢根的浓度会大于碳酸的浓度。分子增大（代谢性）或者分母减小（呼吸性）是碱中毒，分子减小（代谢性）或者分母增大（呼吸性）是酸中毒。

(3) 蛋白质变性后的理化和生物学性质改变：溶解度降低，生物活性丧失，易被蛋白酶水解，黏度升高，结晶能力消失。变性是蛋白质空间结构的改变，所以，变性蛋白质分子之间互相靠近，导致黏度升高而溶解度降低，不能结晶（因为结晶要求的条件严格，至少分子排列要规则），一些原来特定排列、受保护的酶活性中心暴露而容易被蛋白酶破坏。

(4) 辅基：因为是“基”，所以不能与酶分开。

(5) 各种竞争性抑制记忆的关键是搞清 K_m 的意义： K_m 与亲和力成反比，竞争性抑制中由于有竞争，因此， K_m 升高（亲和力降低）；非竞争性抑制不影响亲和力，所以 K_m 不变；反竞争性抑制反而使得亲和力升高，所以， K_m 降低；竞争性抑制中虽然有竞争，但是不影响 $V_{\max}$ （没有抑制剂的时候）；非竞争性抑制因为不能释放出产物，所以

· i ·

$V_{\max}$ 不能达到最大(没有抑制剂的时候);反竞争性抑制也影响产物的生成,所以 $V_{\max}$ 降低。

2. 机械记忆:一些数值没有更好的办法进行记忆,只能死记。例如,血液的 pH 范围是 7.35 ~ 7.45, $[\text{HCO}_3^-]/[\text{H}_2\text{CO}_3]$ 是 20:1,通气/血流为 0.84。书中会提示你哪些数值必须记住,因为它们在实际应用中起重要作用:pH 范围只要为 7.35 ~ 7.45,就意味着 $[\text{HCO}_3^-]/[\text{H}_2\text{CO}_3]$ 是 20:1,但是不一定没有酸碱平衡的失调。例如, $[\text{HCO}_3^-]$ 和 $[\text{H}_2\text{CO}_3]$ 都升高,虽然 pH 正常,但是有代谢性碱中毒和呼吸性酸中毒。

3. 综合记忆(归纳)

(1) 嘧啶包括 C、U、T(胞嘧啶、尿嘧啶、胸腺嘧啶)。

(2) 先要看是转运外源物质还是内源物质,然后看转运什么物质, TG 还是 CE? CM 是运输外源性 TG 及 CE 的主要形式, VLDL 是运输内源性 TG 的主要形式, LDL 是转运内源性胆固醇的主要方式。

(3) 嘧啶和嘌呤记忆

1) 嘧啶是“秘密”(嘧)制定(啶),所以参与的“人”(原子)少,只有六个,他们按照顺时针方向“坐开”,同时只有两个是主要“人物”(氮)坐在一和三的位置。

2) 尿嘧啶:尿的排泄器官是肾脏,肾脏是近似圆,像氧的符号,所以是两个氧,坐在重要人物(氮)的两旁。

3) 胞嘧啶:一个“暴君”(更重要的氮),与第一个“重要人物”(第一个氮)对坐(在第四位),形成对峙。

4) 胸腺嘧啶:胸腺容易退化,所以不重要的(—CH₃)坐在五的位置。

5) 嘌呤 = 飘零,散开,所以比嘧啶多 3 个原子,共 9 个。

6) 第一个环仍然是“重要人物”(氮)坐在一和三的位置,不过是逆时针方向“坐开”。第二个环是两个重要人物(氮)按照顺时针方向对坐。

7) 腺嘌呤:闲(腺)出一个重要人物(氮),在六位。

8) 鸟嘌呤:“鸟人”把六位的重要位置占领,把闲的重要人物推到二位,自己却是个尿 - 肾 - 圆 - 氧的符号。

(4) 问病史的提纲:因症鉴,诊治变;饮食、睡眠、大小便。因(病因)症(症状)鉴(鉴别诊断的症状),诊(包括就诊时间、地点、检查、诊断)治(治疗)变(疗效及病情变化进展)。

(5) 先天性非溶血性黄疸

1) Gilbert 综合征:肝细胞摄取 UCB 功能障碍及微粒体内葡萄糖醛酸转移酶不足,使血 UCB 增高。

2) Crigler-Najjar 综合征:肝细胞缺乏葡萄糖醛酸转移酶,使 UCB 不能形成 UB, UCB 增高,可出现核黄疸。

3) Rotor 综合征:肝细胞对摄取 UCB 和排泄 CB 存在先天性障碍, UCB 和 CB 均增高。

4) Dubin-Johnson 综合征:肝细胞对 CB 及某些阴离子(如靛青绿、X 线造影剂)向毛细胆管排泄时出现障碍,血 CB 增加。

G:功能障碍——Gilbert; C:催化(酶)——Crigler-Najjar; R:摄入——Rotor; D:丢(排泄)——Dubin-Johnson。

4. 联想记忆

(1) Bruton 综合征是 B 细胞免疫缺陷,因为两者的头一个字母都是“B”;Ferguson 疝修补术是修复前壁的,因为前的英文是 Front,两个的英文单词第一个字母都是“F”。

(2) 晾(亮)——晾(明亮)出来(赖)本色,原来是鸡蛋酥。也可以理解和联系记忆:支链氨基酸(缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸)和芳香族氨基酸(苯丙氨酸和色氨酸)体内不能合成(注意:酪氨酸可以由苯丙氨酸转变而来,所以又叫做半必需氨基酸);苏氨酸 = “输”氨酸,必须由外来输入;赖氨酸 = 赖(皮)氨酸,需要给予。

(3) 生酮氨基酸的酮,发音同“铜”,铜可发“亮”,所以亮氨酸是生酮氨基酸。

(4) 胆碱参与卵磷脂,因为胆和卵都是圆的;乙醇胺参与脑磷脂,联系“乙脑”。

(5) HDL 是惟一的有好处的脂蛋白, HDL 的“H”可以联想成“Health”(健康),所以,对机体有好处。

5. 谐音记忆

(1) “怕黑”——“帕”金森综合征是“黑质”的病变。

(2) “能文能武”——“舞”蹈病是纹状体的病变。

(3) 起始密码: AUG, 联想“哎(A)哟(U)急(G)了, 开始(起始)吧”。

(4) Mallory 小体:在酒精中毒性肝炎时,肝细胞核周围胞质中可形成大小不等、形状不规则的玻璃样小团块,是由于酒精破坏引起。其本质为角蛋白微丝。EM 为细丝状密集团块,称 Mallory 小体。马干杯酒吃角蛋白微丝;马(马氏小体)干(肝脏)杯酒(酒精)吃角蛋白微丝。

(5) Russell 小体(鲁塞尔):见于肾小管上皮细胞的玻璃样小滴变性,位于浆细胞胞质中,其本质为蓄积的免疫球蛋白(浆细胞粗面内质网内),EM 表现为均质红染小球状物质,称 Russell 小体。神人卢梭的儿子是免疫球蛋白;神(肾)人卢梭(鲁塞尔小体)的儿子是免疫球蛋白。

(6) (磷)中毒时脂肪变主要发生于肝小叶周边;磷发音同“邻”,所以在边缘。

6. 归类(分类)记忆

(1) 有“S”的疾病都是严重的疾病:AIDS(艾滋病)、ARDS(呼吸窘迫综合征)、SARS(非典)。

(2) 病理上的结节有结核结节、矽结节、伤寒结节和血吸虫结节。

7. 对比(比较)记忆

(1) 三最:含量最多的是 rRNA,寿命最短的是 mRNA,分子质量最小的是 tRNA。

(2) 递氢体必然是递电子体,但是递电子体不一定是递氢体。

(3) 关于肿瘤:实质少而间质多的硬,实质多而间质少的软。

(4) 心内膜炎形成的血栓容易脱落,而风湿形成的血栓不容易脱落(大概是免疫反应形成的东西牢固而感染形成的东西容易脱落,就像感染可以痊愈一样)。

8. 类比记忆

(1) 肉芽组织的结构为“三多一少”:毛细血管多、成纤维细胞和肌纤维母细胞多(兼有平滑肌细胞和成纤维的两种细胞的形态和功能特点)、炎性细胞多(吞噬和免疫功能)、胶原纤维少。

(2) 瘢痕组织“三少一多”:水分和炎细胞少、毛细血管少、成纤维细胞少、胶原纤维多。

(3) 白色血栓(延续性血栓的头部)、混合血栓(延续性血栓的主要体部)、红色血栓(延续性血栓的尾部);颜色渐深,即白色(头)—混合(白色和红褐色交替)—红(尾)。也可以联系政治记忆:先是国民党“白色”统治,然后是“白色”统治下的共产党的“红色”秘密活动的混合时期,最后是共产党胜利的“红色”时期。

(4) 大叶性肺炎病变各期:①充血水肿期(1~2天);②红色肝样变期(3~4天);③灰色肝样变期(5~6天);④溶解消散期(1周后)。记忆的要点是:颜色渐浅(充血—红色—灰色—溶解)。

9. 口诀(歌诀)记忆

(1) 尿素的生成过程:“俺”的“鸟”,“呱”的一声“惊”吓你的“鸟”尿“尿”,即氨+鸟氨酸→瓜氨酸→精氨酸→鸟氨酸+尿素。

(2) 生成一碳单位的氨基酸:敢死去阻塞一贪官(敢—甘;死—丝;阻—组;塞—色;一贪—一碳)。

(3) 小儿的运动发育:①抬头,3~4个月;②坐,6个月独坐;③爬,8~9个月;④站,8个月;⑤走,10个月。

口诀:3抬6坐8爬站,10个月可扶走。

(4) 运动发育表现如下的规律:①“头尾”发展,即运动功能自头端向足端发展(唇、眼、颈、腰、上肢到下肢);②泛化→集中;③近→远,即协调运动先出现于最近身躯的肌群而后发展到四肢;④“正性”的动作(抓握、站起、往前走前)先于相反的动作(放下、坐下、停步);⑤粗动作→细动作。

口诀:头尾、近远、粗细、泛化到集中、正性优先。

(5) 儿童类风湿病多关节型特点:(口诀)多关节,小到大,先游走,后固定,搞破坏,多变形。

10. 趣味记忆

(1) Southern Blot 测定 DNA;Northern Blot 测定 RNA;Western Blot 测定蛋白质。Southern、Northern、Western (东)南西北,因为当时东方国家科技相对落后,所以几乎没有贡献。

(2) 细胞外液中阳离子主要是 Na^+ 、 K^+ 、 Ca^{2+} ,阴离子主要是 Cl^- 、 HCO_3^- 、 HPO_4^{2-} ;细胞内液中阳离子主要是 K^+ 、 Na^+ 、 Ca^{2+} ,阴离子主要是 HPO_4^{2-} 和蛋白质。电解质成分内外有别,同人一样内秀(K^+)外贤(咸,NaCl)。

(3) 凋亡调节基因和 DNA 修复调节基因:①bcl-2(B 细胞淋巴瘤)抑制细胞凋亡;②bax 促进细胞凋亡。记住“l”是 leukemia 白血病的简称,就可以推断其功能:癌细胞的细胞凋亡出现问题,所以,抑制细胞凋亡会导致肿瘤;bax 联想 max(去见马克思——死亡),所以 bax 促进死亡(细胞凋亡)。

(4) 一般检查包括性别、年龄、体温、呼吸、脉搏、血压、发育与营养、意识状态、面容表情、体位姿态、步态、皮肤和淋巴结等。新(性别)年(年龄)发鱼(发育)、意(意识状态)大利面(面容表情)条、提子(体位姿态)、冰激凌(淋巴结)、布(步态)匹(皮肤)。不含 4 个生命体征。

(5) 蜘蛛痣的分布及大小:多出现于上腔静脉分布的区域内,如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处。其大小不一,直径可由帽针头大到数厘米以上。蜘蛛喜欢向上爬——上腔静脉。

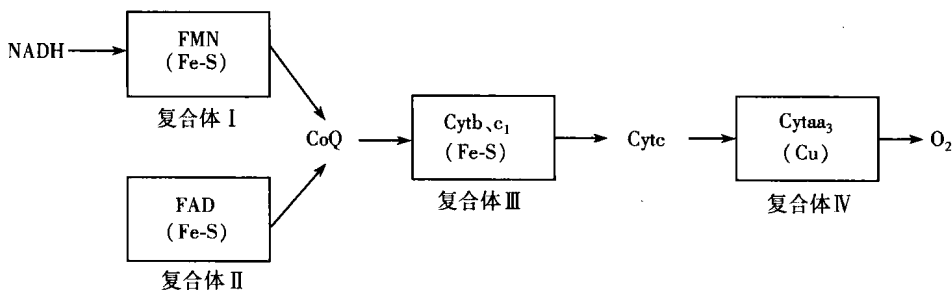
(6) 头部的运动异常,在一般视诊时即可发现,如头部活动受限,见于颈椎疾患;头部不随意地颤动,见于震颤麻痹(Parkinson病);与颈动脉搏动一致的点头运动,称Musset征,见于严重主动脉瓣关闭不全;Musset = Music set,按照脉搏的节奏自制音乐——主动制作。

(7) 双侧眼球突出见于甲状腺功能亢进。患者除突眼外,还有以下眼征:①Stellwag征,瞬目减少;②Graefe征,眼球下转时上睑不能相应下垂;③Mobius征,表现为集合运动减弱,即目标由远处逐渐移近眼球时,两侧眼球不能适度内聚;④Joffroy征,上视时无额纹出现。单侧眼球突出,多由于局部炎症或眶内占位性病变所致,偶见于颅内病变。Stellwag——瞬目;Graefe——ground,眼球下转;Mobius——看目标;Joffroy——皱纹。

(8) 当严重代谢性酸中毒时,亦出现深而慢的呼吸,此因细胞外液碳酸氢不足,pH降低,通过肺脏排出 CO_2 进行代偿,以调节细胞外酸碱平衡之故,见于糖尿病酮中毒和尿毒症酸中毒等,此种深长的呼吸又称之为Kussmaul呼吸。Kussmaul呼吸——像kiss一样,又深又长。

11. 轮廓记忆

呼吸链:



12. 图表(绘图)记忆

(1) 临床常见热型及临床意义

热型	体温升降方式	高峰温度	高峰时间	无热期	规律性	临床意义
稽留热	不定	39℃以上	数天或数周	无	持续高热,24小时波动<1℃	大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期
弛张热	骤升骤降	39℃以上	不长	无	波动幅度大,24小时波动>2℃	败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症
间歇热	骤升骤降	不定	数小时	1至数天	高热期与无热期反复交替	疟疾、急性肾盂肾炎
波状热	缓升渐降	39℃以上	数天	数天	反复多次	布氏杆菌病
回归热	骤升骤降	39℃以上	数天	数天	高热期与无热期规律性交替	回归热、霍奇金病、周期热
不规则热	不定	不定	不定	不定	无规律	结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎

(2) 三种黄疸的鉴别

	溶血性黄疸	肝细胞性黄疸	胆汁淤积性黄疸
病因	溶血	肝细胞损害	胆汁淤积
发生机制	大量非结合胆红素形成并潴留	肝细胞处理未结合胆红素能力下降,部分结合胆红素反流入血	胆道阻塞,胆汁中结合胆红素反流入血
黄疸特点	轻度,浅柠檬色	浅黄至深黄不等	暗黄色至黄绿色
其他临床表现	粪色加深,急、慢性溶血表现	疲乏、食欲减退,甚至出血倾向	伴皮肤瘙痒及心动过速,尿色深,粪便颜色变浅,呈白陶土色

续表

	溶血性黄疸	肝细胞性黄疸	胆汁淤积性黄疸
实验室检查	未结合胆红素增加为主,结合胆红素及其代谢无代偿性增加,溶血检查阳性	血结合胆红素与未结合胆红素均增加,尿结合胆红素阳性,尿胆原增高,不同程度肝功能损害	血结合胆红素增加,血清碱性磷酸酶增加
总胆红素	增加	增加	增加
结合胆红素	正常	增加	明显增加
结合胆红素/总胆红素	<15%~20%	>30%~40%	>50%~60%
尿胆红素	-	+	+
尿胆原	增加	轻度增加	减少或消失
ALT、AST	正常	明显增高	可增高
ALP	正常	增高	明显增高
GGT	正常	增高	明显增高
PT	正常	延长	延长
对维生素 K 反应	无	差	好
胆固醇	正常	轻度增加或降低	明显增加
血浆蛋白	正常	白蛋白降低球蛋白升高	正常

(3) 四种心音的比较

	第一心音(S_1)	第二心音(S_2)	第三心音(S_3)	第四心音(S_4)
时相	心室等容收缩期	心室等容舒张期	心室快速充盈期末	心室舒张末期
心电图位置	QRS 波群开始后 0.02~0.04s	T 波终末或稍后	T 波后 0.12~0.18s	QRS 波群前 0.06~0.08s
产生机制	二尖瓣和三尖瓣的关闭	血流突然减速,主动脉瓣和肺动脉瓣关闭	血流冲击室壁(房室瓣、腱索和乳头肌)	心房收缩,房室瓣及相关结构突然紧张振动
音调	较低顿	较高而脆	低顿而重浊	低调、沉浊
强度	较响	较 S_1 弱	弱	弱
历时	较长(0.1s)	较短(0.08s)	短(0.04s)	短
最响部位	心尖部	心底部	仰卧位心尖部及其内上方	心尖部及其内侧
临床意义	正常成分	正常成分	部分正常儿童和青少年	正常情况下听不到

13. 以点带面

(1) 肝脏首先生成的是游离的胆红素(正因为游离,才又叫做“未结合”胆红素,又因为存在氢键而不能直接与重氮试剂反应,才叫做间接胆红素),水溶性小(所以与清蛋白结合而运输),所以不能通过尿排出,但是其脂溶性大,故能通过细胞膜而有脑毒性;结合胆红素因为结合了葡萄糖醛酸,所以水溶性大,能随尿排出,重氮试剂反应直接阳性,但是不能通过细胞膜。

(2) 包含体是病理组织学诊断病毒性肺炎的重要依据,包含体:呼吸道合“胞”病毒在胞“质”内=胞质;“巨”细胞病毒在细胞“核”内=巨核;“腺”病毒在细胞“核”内=腺(体)核(心)。

14. 形象记忆

(1) 蛋白质的结构可以用跳绳来形象记忆:绳子从一端到另外一端的一个一个的绳节排列的顺序就是一级结构,局部绕个圈形成二级结构,两手拿的地方放到一起形成锌指结构(一个模序,二级结构),整个绳子(不论如何绕)而形成的结构就是三级结构,两根或者更多的绳子放到一起就是四级结构。每一根就是亚单位。把两个绕成圈的地方(二级结构)放到一起就是一个结构域。

(2) α -螺旋想象:右手拿一根麻花,一口吃掉 3.6 个节(3.6 个氨基酸)。

15. 比喻记忆

(1) 镰状细胞贫血发生的根本原因是血红蛋白的一级结构发生了差错,人血红蛋白 β 亚基的第6位氨基酸应该是谷氨酸,而在镰状细胞贫血的血红蛋白中却是缬氨酸。本是水溶性的血红蛋白,就会聚集成丝,相互黏着,导致红细胞变形成镰刀状而极易破裂,产生贫血6个月,镰刀本应该是割谷子(谷氨酸),却歇了[缬(念:Xie)氨酸],因此,得了镰状细胞贫血。

(2) 环状结构中1,4-糖苷键就像两个人亲密地手拉手,这种现象在人类社会是主流,所以是“主”键,1,6-糖苷键就像两个人头顶脚,这种现象毕竟是少数,所以是“支”键。

(3) 瘤细胞到达局部淋巴结后,先聚集于“边”缘窦,以后累及整个淋巴结,“农村包围城市”。

16. 实例记忆

(1) Chaddock征:用竹签在外踝下方足背外缘,由后向前划至跖跗关节处,阳性表现同Babinski征。Chaddock——Chaduck——查鸭子(脚丫子)——足面巴氏征。

(2) Oppenheim征:医生用拇指及示指沿被检者胫骨前缘用力由上向下滑压,阳性表现同Babinski征。Oppenheim——On——胫骨上面。

(3) Gordon征:检查时用手以一定力量捏压腓肠肌,阳性表现同Babinski征。Gordon——戈登——咯腿——胫骨下面。

(4) Gonda征:将手置于被检者足外侧两趾背面,向跖面按压后突然放松,阳性表现同Babinski征。Gonda——弓足背。

17. 中英趣记

(1) Duroziez双重杂音:以听诊器鼓形胸件稍加压力于股动脉可闻及收缩期与舒张期双期吹风样杂音,即Duroziez杂音;Duroziez——Double,双重杂音。

(2) 无痛性胆囊增大征(Courvoisier征)阳性;Courvoisier——caviar,鱼子酱,胆囊内装满了鱼子酱——无痛性胆囊增大征。

18. 记忆误区

(1) 酮体是酸性物质,所以乙酰乙酸、 β -羟丁酸是酮体;但是,丙酮是酮体,而丙酮酸不是酮体。

(2) HMGCoA还原酶(而不是HMGCoA合成酶)是胆固醇合成的限速酶。

《真题揭秘篇》分两部分:①真题分章节辅导,【看“真题”——识破出题玄机】(按照章节详细解答真题);②真题按照题型辅导,【取“真经”探询命题思路】(根据真题的类型寻找出题命题规律)。

常见命题题型(注意与考试题型有区别)如下:①数值(正常值、范围、时间);②最;③部位;④酶;⑤氨基酸;⑥原料;⑦并发症;⑧产物;⑨适应证;⑩禁忌;⑪共同;⑫特点;⑬特征;⑭典型;⑮机制;⑯目的;⑰细胞;⑱器官;⑲成分;⑳构成;㉑不良反应;㉒标准;㉓指标;㉔标志;㉕激素;㉖属于;㉗定义;㉘包括;㉙来源;㉚首选;㉛原因;㉜依据;㉝症状;㉞药物;㉟首先;㊱引起;㊲征;㊳概念;㊴诊断;㊵文件;㊶原则;㊷因素;㊸见于;㊹神经;㊺来自;㊻表现;㊼主要;㊽必须;㊾由于;㊿治疗;①错误;②作用;③不能;④不;⑤发生;⑥细菌;⑦综合应用;⑧鉴别区别;⑨其他。

《题库押题篇》按照每一学科分为两部分:【举一反三——察真题,背考点】,把真题只保留题干和正确选项,使得考生反复接触考点;【一网打尽——押考点,猜考题】,以便考生确实能灵活应用考点,做到“学得会、考得高”。

《考点搜记篇》、《真题揭秘篇》和《题库押题篇》相互呼应,成为一体,帮助忙碌的考生迅速过关取胜。

通过我们系统、全面、真实、科学、准确、有效而又有趣的辅导,加上你的努力,我们有理由相信你一定能在这激烈的竞争中脱颖而出,拿到高分,顺利到达理想的彼岸。

如有问题和建议,请登陆<http://www.mekang.com>或者Email至guru11071@sina.com;同时,在网站上你能发现一些有用的信息和资料。

目 录

第一篇 生 理 学

第一章 细胞的基本功能	(1)
第二章 血液	(4)
第三章 血液循环	(7)
第四章 呼吸	(15)
第五章 消化和吸收	(18)
第六章 能量代谢和体温	(20)
第七章 尿的生成和排出	(21)
第八章 神经系统的功能	(24)
第九章 内分泌	(30)
第十章 生殖	(33)
第十一章 衰老	(34)

第二篇 生 物 化 学

第一章 蛋白质的化学	(35)
第二章 核酸的化学	(36)
第三章 酶	(38)
第四章 维生素	(39)
第五章 糖代谢	(41)
第六章 生物氧化	(44)
第七章 脂类代谢	(46)
第八章 蛋白质的分解代谢	(49)
第九章 核酸代谢	(52)
第十章 蛋白质的生物合成	(54)
第十一章 肝生物化学	(55)
第十二章 钙、磷代谢	(58)
第十三章 酸碱平衡	(60)

第三篇 病 理 学

第一章 组织、细胞的适应、损伤和修复	(62)
第二章 局部血液循环障碍	(65)
第三章 炎症	(66)
第四章 肿瘤	(68)
第五章 心血管系统疾病	(71)
第六章 呼吸系统疾病	(73)
第七章 消化系统疾病	(75)
第八章 泌尿系统疾病	(78)

第九章 乳腺及女性生殖系统疾病	(79)
第十章 常见传染病及寄生虫病	(79)

第四篇 药 理 学

第一章 总论	(83)
第二章 传出神经系统药	(83)
第三章 局部麻醉药	(86)
第四章 中枢神经系统药	(87)
第五章 心血管系统药	(89)
第六章 利尿药与脱水药	(90)
第七章 抗过敏药	(91)
第八章 呼吸系统药	(91)
第九章 消化系统药	(92)
第十章 子宫兴奋药	(92)
第十一章 血液和造血系统药	(93)
第十二章 激素类药	(94)
第十三章 抗微生物药	(95)
第十四章 抗寄生虫药	(98)

第五篇 内 科 学

第一章 常见症状与体征	(99)
第二章 血细胞数量的改变	(121)
第三章 呼吸系统疾病	(123)
第四章 循环系统疾病	(134)
第五章 消化系统疾病	(145)
第六章 泌尿系统疾病	(155)
第七章 造血系统疾病	(164)
第八章 内分泌及代谢疾病	(171)
第九章 风湿性疾病	(175)
第十章 理化因素所致疾病	(177)
第十一章 神经系统疾病	(181)
第十二章 精神疾病	(186)

第六篇 外 科 学

第一章 复苏	(190)
第二章 围手术期处理	(190)
第三章 体液平衡与补液	(192)
第四章 外科营养	(195)
第五章 输血	(196)
第六章 外科感染	(199)
第七章 损伤	(204)
第八章 外科休克	(209)
第九章 多器官功能不全综合征	(213)
第十章 肿瘤	(216)
第十一章 颈部疾病	(220)
第十二章 乳房疾病	(222)
第十三章 腹外疝	(224)

第十四章 急性化脓性腹膜炎	(226)
第十五章 腹部损伤	(228)
第十六章 胃、十二指肠外科疾病	(230)
第十七章 肠疾病	(233)
第十八章 直肠肛管疾病	(238)
第十九章 肝疾病与门脉高压症	(239)
第二十章 胆道疾病	(243)
第二十一章 胰腺疾病	(244)
第二十二章 周围血管疾病	(246)
第二十三章 颅脑疾病	(247)
第二十四章 胸部疾病	(251)
第二十五章 泌尿、男性生殖系统损伤	(257)
第二十六章 泌尿、男性生殖系统感染	(260)
第二十七章 尿石症	(262)
第二十八章 泌尿、男性生殖系统肿瘤	(265)
第二十九章 泌尿系梗阻	(267)
第三十章 泌尿、男性生殖系统其他疾病	(269)
第三十一章 骨折	(269)
第三十二章 关节脱位	(273)
第三十三章 骨与关节感染性疾病	(274)
第三十四章 骨肿瘤	(278)
第三十五章 劳损性疾病	(279)

第七篇 妇 产 科 学

第一章 女性生殖系统解剖	(282)
第二章 女性生殖系统生理	(286)
第三章 妊娠生理	(290)
第四章 妊娠诊断	(294)
第五章 产前检查及孕期卫生	(296)
第六章 正常分娩	(299)
第七章 正常产褥	(305)
第八章 妊娠病理	(307)
第九章 妊娠合并症	(318)
第十章 异常分娩	(320)
第十一章 分娩期并发症	(326)
第十二章 产褥感染	(330)
第十三章 妇科病史及检查	(331)
第十四章 女性生殖系统炎症	(334)
第十五章 女性生殖器肿瘤	(337)
第十六章 妊娠滋养细胞疾病(GTD)	(345)
第十七章 子宫内膜异位症	(347)
第十八章 月经失调	(348)
第十九章 女性生殖器损伤性疾病	(353)
第二十章 女性性传播疾病	(355)
第二十一章 不孕症	(358)
第二十二章 计划生育	(360)

第八篇 儿 科 学

第一章 绪论	(367)
第二章 儿科基础	(368)
第三章 新生儿与新生儿疾病	(375)
第四章 营养性疾病	(379)
第五章 消化系统疾病	(384)
第六章 呼吸系统疾病	(389)
第七章 循环系统疾病	(394)
第八章 小儿造血系统疾病	(401)
第九章 泌尿系统疾病	(406)
第十章 神经系统疾病	(410)
第十一章 风湿性疾病	(414)
第十二章 内分泌系统疾病	(416)
第十三章 遗传性疾病	(417)
第十四章 小儿结核病	(419)

第九篇 卫 生 法 规

第一章 医疗与妇幼保健监督管理法规	(422)
第二章 疾病控制与公共卫生监督管理法规	(427)
第三章 血液与药品监督管理法规	(428)

第十篇 预 防 医 学

第一章 人类的环境	(432)
第二章 环境与健康	(432)
第三章 保护环境促进健康	(433)
第四章 空气与健康	(433)
第五章 生活饮用水与健康	(435)
第六章 食物与健康	(436)
第七章 生产环境与健康	(438)
第八章 社会环境与健康	(441)
第九章 医学统计方法	(442)
第十章 流行病学方法	(448)
第十一章 卫生保健	(451)
第十二章 自我保健与群体保健	(454)
第十三章 健康教育	(455)
第十四章 疾病发生的要素和防治	(456)
第十五章 传染病的防治	(457)
第十六章 地方病的防治	(459)
第十七章 食物中毒的防治	(460)
第十八章 恶性肿瘤的防治	(462)
第十九章 心脑血管疾病的防治	(463)
第二十章 医源性疾病的防治	(463)

第十一篇 医 学 心 理 学

第一章 绪论	(465)
--------------	-------

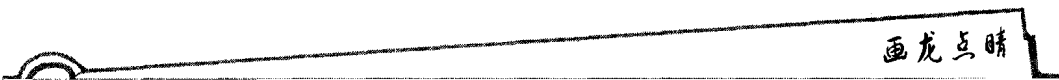
第二章	医学心理学基础	(466)
第三章	心理卫生	(472)
第四章	心身疾病	(473)
第五章	心理评估	(474)
第六章	心理治疗	(476)
第七章	病人心理	(479)
第八章	医患关系	(480)

第十二篇 医学伦理学

第一章	医学与医学伦理学	(482)
第二章	医学伦理学的规范体系	(483)
第三章	医患关系	(487)
第四章	医德修养与医德评价	(488)
第五章	医学伦理学文献	(489)

第一篇 生 理 学

第一章 细胞的基本功能



画龙点睛

画龙点睛

钾位于细胞内(细胞内 K^+ 的浓度约为细胞外的 30 倍) = 家(钾)里是安静的;钠在外面是要动的(细胞外 Na^+ 的浓度约为细胞内的 12 倍) = 拿(钠)东西要动。

河豚毒能阻断 Na^+ 通道,四乙基铵能阻断 K^+ 通道。

画龙点睛

那个河豚有毒 = 钠个河豚有毒,把两者联系起来。

1. 钠泵意义

(1) 钠泵活动造成的细胞内高 K^+ , 是许多代谢反应进行的必需条件。

(2) 细胞内高 K^+ 、低 Na^+ 能阻止细胞外水分大量进入细胞,对维持细胞的正常体积、形态和功能具有一定意义。

画龙点睛

水和钠总是在一起的,钠到哪里,水就到哪里,所以,在判断临床的脱水类型时非常有帮助。

(3) 建立势能贮备,供其他耗能过程利用。

2. 出胞与入胞:是大分子的物质或固态、液态的物质团块进行转运的方式。

二、细胞的兴奋性和生物电现象

(一) 细胞的生物电现象(两种表现形式)

1. 静息电位

(1) 极化:细胞在安静(未受刺激)时,膜两侧所保持的内负外正的状态称为膜的极化。

(2) 超极化:静息电位的数值向膜内负值增大的方向变化。

(3) 去极化或除极化:使静息电位的数值向膜内负值减小的方向变化。

(4) 复极化:细胞受刺激后,细胞膜先发生除极化,然后再向正常安静时膜内所处的负值恢复。

画龙点睛

关键是记住正常细胞就处于“极化”状态,也就是正常就带电,而且是内负外正。负加大就是“超”极化,负减小就是“去”或者“除”极化,恢复原来就“复”极化。

2. 动作电位 = 锋电位(一次短促而尖锐的脉冲样变化) = 细胞兴奋的标志

(1) 有“全或无”现象:一旦产生,大小和形状不再随着刺激的强弱和传导距离的远近而改变。

(2) 有不应期:由于绝对不应期的存在,动作电位不可能发生融合。

(二) 生物电现象的产生机制

1. 静息电位 = K^+ 平衡电位

当促使 K^+ 外流的浓度差和阻止 K^+ 外移的电位差这两种力量达到平衡时,膜对 K^+ 的净通量为零,于是不再有 K^+ 的跨膜净移动,而此时膜两侧的电位差也就稳定于某一数值不变,此电位差为 K^+ 平衡电位。

2. 动作电位 = Na^+ 平衡电位

(1) 当细胞受到一个阈刺激(或阈上刺激)时,电压门控性 Na^+ 通道开放,膜对 Na^+ 的通透性突然增大,并且超过了膜对 Na^+ 的通透性, Na^+ 迅速大量内流,以致膜内负电位因正电荷的增加而迅速消失。

(2) 由于膜外高 Na^+ 所形成的浓度势能,使得 Na^+ 在膜内负电位减小到零电位时仍可继续内移,进