

西医综合考点背诵手册(下册)

主 编 北京大学医学部专家组

编 写 双博士考研西医综合科目课题组

总策划 胡东华

西南师范大学出版社

Southwest China Normal University Press

前言

本书针对西医综合考点细致零碎庞杂的特点,为考生解决花费时间多,收效甚微的难题。多种记忆方法是本书最大特色,我们只要找对了方法得高分就会轻而易举!总有一种方法适合你。

本书将考试内容和多种记忆方法有机穿插在一起包括:

1. 兴趣记忆。主要是通过编故事、游戏、口诀、谐音等方式把枯燥的东西变得生动具体,本书在这方面发挥得淋漓尽致,利用谐音或者意义编的顺口溜,便于总结和对比的大括号、表格等。比如【记忆方法】一三五,二四六;【解析】血浆为1个5%,组织液为3个5%,为一三五;细胞外液为20%,内液40%,总体液为60%,为二四六。
2. 联想记忆。使用接近联想、关系联想和对比联想进行记忆。将相关知识联

想成一个小片段,如《病理》中局部的炎症水肿的作用的记忆方法是:减弱敌方兵力(稀释)带来军粮(营养物质)武器(抗体,补体,纤维素),带走俘虏(病原微生物和毒素)

3. 理解记忆。将内容解释透彻明白。这部分本书都给出了记忆方法。

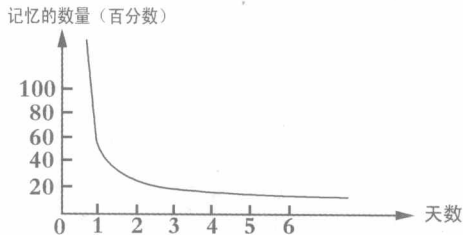
4. 反复记忆。遗忘的规律是先快后慢。因此掌握后还要不断反复记忆。本书可以作为口袋书,考生可以利用零碎时间反复记忆背诵。

5. 协同记忆。记忆过程中,手、脑、口、耳等共同参与,效果会更好。

6. 系统概括记忆。在对材料分析的基础上,用列表、提纲的方式把知识条理化,系统化。这样可提高记忆效果。本书整体就是表格形式。

本书对于考生来说只是起到抛砖引玉的作用,考生完全可以根据自己的情况开掘我们大脑神奇的记忆功能。

“艾宾浩斯遗忘曲线”(如图)描述人的遗忘规律:遗忘的数量是先多后少,遗忘的速度是先快后慢。遗忘开始与学习结束,刚开始显得尤其明显,尽早复习是关键。



复习方法往往比复习本身更重要。只有全面掌握知识点,才能在考试中拿到高分;而掌握全面知识点的关键就在于正确、有效的学习方法和应试技巧。这一切都可以在双博士里实现!

相信“一切皆有可能”,相信你能创造考研奇迹!

第五部分 外科学

第一章 外科总论	(308)
第二章 胸部外科	(388)
第三章 普通外科	(404)
第四章 泌尿、男生殖系统外科	(476)
第五章 骨外科	(497)

内 科 学 科 内 容

第一章 内 科 学 科 内 容

内 科 学 科 内 容 是 指 内 科 学 科 内 容 的 一 部 分

第四部分 内 科 学 科 内 容

内 科 学 科 内 容 是 指 内 科 学 科 内 容 的 一 部 分	内 科 学 科 内 容 是 指 内 科 学 科 内 容 的 一 部 分
内 科 学 科 内 容 是 指 内 科 学 科 内 容 的 一 部 分	内 科 学 科 内 容 是 指 内 科 学 科 内 容 的 一 部 分
内 科 学 科 内 容 是 指 内 科 学 科 内 容 的 一 部 分	内 科 学 科 内 容 是 指 内 科 学 科 内 容 的 一 部 分

第五篇 内科学疾病

第一章 消化系统疾病和中毒

一、胃食管反流病的病因、临床表现、诊断和治疗

1. 病因:

包括内因和外因,内因食管抗反流机制减弱,外因反流物对食管粘膜的攻击

食管抗反流屏障障碍	包括食管下括约肌(LES),膈肌脚,膈食管韧带,食管与胃底间的锐角(His角)等。其中最主要的是LES的功能状态。一过性LES松弛(TLESR),目前认为TLESR是GERD的主要原因
食管清除作用减弱	食管可以通过自发和继发食管蠕动清除食管内的食物,该作用减弱,可导致食物残留,对食管产生损害
食管粘膜屏障	食管粘膜屏障功能减弱(吸烟、饮酒、抑郁),食管对反流物的抵抗作用减弱

反流物对食管粘膜的损伤作用	胃酸和胃蛋白酶,以及非结合性的胆盐和胰酶都可以对食管粘膜造成损伤
---------------	----------------------------------

【细节记忆】 食管粘膜屏障:由食管上皮表面粘液、不移动水层和表面 HCO_3^- 、复层鳞状上皮等构成

2 临床表现

烧心和反酸	烧心是指胸骨后或剑突下烧灼感,常由胸骨下段向上延伸。反胃是指胃内容物在无恶心和不用力的情况下涌入口腔,本病反流物多呈酸性,也称反酸。
吞咽困难和吞咽痛	①食管痉挛或功能紊乱,症状呈间歇性;②少部分患者吞咽困难是因为食管狭窄,此时吞咽困难可呈持续性进行性加重;③有严重食管炎或食管溃疡,可伴疼痛。
胸骨后痛	胸骨后或剑突下。严重时可为剧烈疼痛,可放射到后背,胸部,肩部,颈部,耳后,此时酷似心绞痛。(注意和心绞痛鉴别)
其他	部分患者诉咽部不适,有异物感,棉团感或阻塞感,但无真正吞咽困难,称癔球症。反流物吸入气管和肺可反复发生肺炎,甚至出现肺间质纤维化。

3. 诊断

①有明显的反流症状;②内镜下可能有反流性食管炎的表现;③食管过度反酸的客观证据。

4. 治疗

一般治疗	抬高床脚 15~20cm,睡前不宜进食;避免进食可能降低 LES 压的食物,药物及影响胃排空延迟的药物
H ₂ 受体拮抗剂(H ₂ RA)	如西咪替丁,雷尼替丁,法莫替丁等。适用于轻,中度患者。按治疗消化性溃疡常规用量
促胃肠动力药	增加 LES 压力,改善食管蠕动功能,促进胃排空。主要为西沙必利;适用于轻,中度患者
质子泵抑制剂(PPI)	包括奥美拉唑,兰索拉唑,潘妥拉唑等。抑酸作用较强,作用优于 H ₂ RA。适用于症状重,有严重食管炎的患者
抗酸药	用于症状轻,间歇发作的患者,为临时缓解症状用

【记忆方法】 任何疾病的治疗都是根据疾病的病因或所产生的病理变化而提出的。对于本病,胃酸是一个重要的致病因素,所以抗酸治疗是主要的治疗方

法;如 H_2 受体拮抗剂(H_2RA),质子泵抑制剂(PPI),抗酸药等。同时促进胃的排空,也有利于疾病的治疗,所以促胃肠动力药也是常用的药物。

二、慢性胃炎的分类、病因、临床表现、诊断、鉴别诊断和治疗

1. 分类

- 浅表性(非萎缩性)
- 萎缩性
 - 多灶性萎缩性胃炎(B型胃炎,慢性胃炎)
 - 自身免疫性胃炎(A型胃炎,慢性胃炎)
- 特殊类型

A型胃炎和B型胃炎比较

	多灶萎缩性胃炎	自身免疫性胃炎
部位	胃窦为主	胃体部
大体改变	萎缩性改变在胃内呈多灶性分布	胃粘膜萎缩
病因	幽门螺杆菌感染引起的慢性浅表性胃炎发展而来	自身免疫引起

过去命名	B 型胃炎	A 型胃炎
伴恶性贫血	无	常有,由于内因子丧失,VitB ₁₂ 吸收不良引起
胃酸	可正常或减少	明显减少

2. 病因

- 感染:HP 感染
- 自身免疫:壁细胞抗体,内因子抗体
- 饮食和环境
- 其他:十二指肠液反流、酗酒、服用 NSAID

3. 临床表现:

消化不良症状	上腹饱胀不适,以进餐后为甚,无规律性隐痛,嗝气,反酸,烧灼感,食欲不振,恶心,呕吐等
A 型胃炎	厌食和体重减轻,可伴有贫血
典型恶性贫血	舌炎,舌萎缩和周围神经病变如四肢感觉异常,特别是在两足
上消化道出血	少数人,且量少

4. 诊断

- ①确诊主要依靠胃镜检查 and 胃粘膜活检
- ②为 A 型胃炎应检测内因子抗体和抗壁细胞抗体。
- ③并有恶性贫血时可发现巨幼细胞性贫血, 应做维生素 B₁₂ 测定和维生素 B₁₂

吸收实验

5. 治疗

Hp 感染慢性胃炎	具有以下情况者进行根除 Hp 的治疗: ①明显异常的慢性胃炎 ②有胃癌家族史 ③伴弥漫性十二指肠炎症 ④消化不良症状经常规治疗疗效差者。
消化不良症状的治疗	功能性消化不良的经验治疗: 抑酸、促胃肠动力药、胃粘膜保护药
自身免疫性胃炎的治疗	无特异性治疗, 恶性贫血者注射维生素 B ₁₂
异型增生的治疗	积极治疗, 定期随访, 防止癌变, 对重度者给予预防性手术

三、消化性溃疡的发病机制、临床表现,诊断、鉴别诊断、并发症、治疗和并发症的治疗

1. 发病机制

Hp 感染	Hp 凭借毒力因子的作用,在胃型粘膜(胃和有胃化生的十二指肠粘膜)定植,诱发局部炎症和免疫反应,损害局部粘膜的防御-修复机制
非甾体抗炎药	破坏粘膜屏障,使粘膜防御和修复作用受损。包括对粘膜局部的损伤作用和抑制环氧合酶,从而限制了前列腺素的合成。
胃酸-胃蛋白酶	胃酸,胃蛋白酶对自身的消化作用
其他因素	①吸烟②遗传③急性应激④胃十二指肠运动异常

2. 临床表现

症状	疼痛	上腹痛为主要症状,可为钝痛,灼痛,胀痛或剧痛,但也可仅有饥饿样不适。疼痛具有一定的节律性
	其他	反酸、嗝气、上腹胀痛
体征	上腹部局限性轻压痛	

【细节记忆】胃溃疡和十二指肠溃疡比较

	胃溃疡(GU)	十二指肠溃疡(DU)
好发部位	胃小弯	球部
发病年龄	中老年	青壮年
发病机制	主要是保护因素下降	主要是侵袭因素增强
Hp 检出率	80%~90%	90%~100%
胃酸改变	MAO 和 BAO 正常下降	MAO 和 BAO 升高
与应激关系	不明显	明显
疼痛	餐后 0.5~1h 疼痛→餐前缓解→ 进餐后 1h 再痛	餐前痛→进餐后缓解→餐后 2~4h 再痛→进餐后缓解。夜间痛多见
癌变	癌变率 1%	否
复发率	低	高
临床表现 共同特点	①慢性过程反复发作;②发作呈周期性 with 缓解期相互交替,季节性(秋冬与冬春之交易发病);③发作时上腹痛呈节律性	

特殊类型的消化性溃疡

复合溃疡	胃和十二指肠同时发生的溃疡,复合性溃疡幽门梗阻率较单独的 GU 或 DU 高
幽门管溃疡	发生于幽门管,胃酸一般增多,缺乏典型溃疡的周期性和节律性疼痛,餐后上腹痛多见,对抗酸药反应差,容易出现呕吐或幽门梗阻,穿孔及出血等并发症较多
球后溃疡	发生于十二指肠球部以下的溃疡,多具有十二指肠球部溃疡的特点,但夜间疼痛和背部放射疼痛更多见,对药物反应差,容易并发出血。球后溃疡超越十二指肠第二段常提示有促胃液瘤存在
巨大溃疡	直径大于 2cm,治疗反应差,愈合时间慢,易发生慢性穿透和穿孔
老年人消化性溃疡	症状多不典型,位于胃体上部或高位的溃疡以胃巨大溃疡多见,需与胃癌鉴别
无症状性溃疡	可无症状,以出血和穿孔等并发症为首发症状,多见于老年人

3. 诊断

病史+X线钡餐检查,内镜检查,确诊有赖于胃镜检查。

X线钡餐检查

- 直接征象:龛影对溃疡诊断有确诊价值。良性溃疡凸出于胃十二指肠钡剂轮廓之外,在其周围常见一光滑环堤
- 间接征象:胃大弯痉挛性切迹,十二指肠球部激惹和球部畸形等,间接征象仅提示有溃疡

胃镜检查:呈圆形或卵圆形,偶尔也呈线状,边缘光滑,局部充满灰黄色或白色,周围粘膜可有充血,水肿,有时见皱襞向溃疡集中。内镜下溃疡可分活动期(A),愈合期(H)和瘢痕期(S)三个病期,其中每个病期又可分1和2两个阶段。

4. 鉴别诊断

(1)胃癌

	胃溃疡	胃癌
X线检查	龛影位于胃腔之外,边缘规整,皱襞呈放射状排列,无中断	龛影位于胃腔之内,边缘不整,龛影周围胃壁强直,呈结节状,向溃疡聚集的皱襞有融合中断现象