

2024 深圳医顺考前再助力

各系统疾病分期及治疗汇总



呼吸系统

表 1 COPD 严重程度的分度

分度	FEV ₁ 占预计值的百分比 “%”
轻度 1 级	≥80%
中度 2 级	50%~80%
重度 3 级	30%~50%
极重度 4 级	<30%

【巧记：30 30 50 80】

表 2 支气管哮喘急性发作期的分期及特点

分期	脉率（次/分）	PaO ₂ （mmHg）	PaCO ₂ （mmHg）	其他特点
轻度	<100	正常	正常	\
中度	100~120	60~80	正常	\
重度	>120	<60	↑	出现奇脉
危重	>120 /变慢不规则	<60	↑	①无奇脉 ②嗜睡、意识模糊； 寂静胸；胸腹矛盾运动

表 3 肺癌组织学分类

分类	特点
非小细胞癌	腺癌 好发周围型，女性多见；淋巴转移为主；易累及胸膜，出现胸水 （目前腺癌发病率已超鳞癌）
	鳞癌 好发中央型，好发吸烟男性；淋巴转移为主，血行远处转移晚；病理特点：高分化的角化珠 【巧记：水仙花边浇边淋】
小细胞癌	又称燕麦细胞癌，中央型多见；淋巴转移为主，早期就有血行远处转移→骨，脑；能分泌神经内分泌颗粒→大量抗利尿激素→顽固低钠；病理特点：低分化假菊形结构 【巧记：小姑娘拿假菊花】

深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队）过关微信：18926039219

消化系统

表1 胃癌的 TNM 分期

分期	特点
T: 肿瘤浸润深度 【巧记: 1 黏 2 肌 3 浆】	T ₁ 局限于黏膜、黏膜下层
	T ₂ 累及肌层
	T ₃ 累及浆膜层
	T ₄ 侵犯周围组织
N: 淋巴结的转移情况 【巧记: 2 个以下 N ₁ , 3~6 个 N ₂ 】	N ₀ 无淋巴结转移
	N ₁ 1~2 个区域淋巴结转移
	N ₂ 3~6 个区域淋巴结转移
	N ₃ ≥7 个区域淋巴结转移
M: 远处转移	M ₀ 无远处转移
	M ₁ 有远处转移



表2 结、直肠癌病理分期

TNM 分期	结、直肠癌	胃癌
原发肿瘤的浸润深度	T ₁ 侵犯黏膜及黏膜下层	侵犯黏膜、黏膜下层
	T ₂ 侵犯肌层	侵犯肌层
	T ₃ 侵犯浆膜层	侵犯浆膜层
	T ₄ 侵犯浆膜层和其他组织	侵犯浆膜层和其他组织
区域淋巴结转移	N ₀ 无区域淋巴结转移	无区域淋巴结转移
	N ₁ 1~3 个区域淋巴结转移	1~2 个区域淋巴结转移
	N ₂ ≥4 个区域淋巴结转移	3~6 个区域淋巴结转移
远处转移	M ₀ 无	无
	M ₁ 有	有

【巧记: T→1 黏 2 肌 3 浆; 结肠癌, 三个字就是 3 个以下 N₁; 胃癌, 两个字就是 2 个以下 N₁】

表3 肝性脑病分期及表现

深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关 QQ: 800183671

分期	临床表现	有无扑翼震颤	脑电图
0 期 潜伏期	基本正常	无	正常
1 期 前驱期	轻度性格改变和行为异常	可有	正常
2 期 昏迷前期	明显行为异常, 睡眠倒错, 肌张力增高, 腱反射亢进	典型	异常
3 期 昏睡期	能叫醒, 一直在睡, 可出现增高, 腱反射亢进	可有	异常

4 期	昏迷期	叫不醒，一直在睡	无	异常
-----	-----	----------	---	----

【巧记：1 轻 2 倒错 3 昏睡 4 昏迷，2 期典型不会算】

深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关电话: 400-881-9811



女性生殖系统

表 1 妊娠期高血压疾病分类及临床表现

分类	诊断特点	处理
妊娠期高血压 (1 个)	只有血压高，产后 12 周内可自行恢复	观察随诊
子病前期 (2 个)	血压高+蛋白尿 血压没到 160/110mmHg 轻度子病前期 血压 $\geq$ 160/110mmHg (任一) 重度子病前期 (先兆子病)	先用硫酸镁解痉，再进一步治疗
子病 (3 个)	血压高+蛋白尿+特有抽搐	

表 2 胎盘早剥分级

分级	表现、特点	处理
0 级 (轻度)	分娩以后回顾诊断	-
I 级 (轻度)	有阴道流血，无胎儿窘迫	积极治疗；足月可阴道试产
II 级 (中度)	有胎儿窘迫	立即终止妊娠
III 级 (重度)	出现休克/DIC	

【巧记：1 出血 2 窘迫 3 休克，23 必手术】

表 3-1 宫颈上皮内瘤变 CIN 分级和治疗

CIN 分级	特点	治疗
CIN I (轻)	上皮不典型 (异型) 增生在上皮下 1/3	观察随访
CIN II (中)	上皮不典型 (异型) 增生 1/3~2/3	根据宫颈活检 有生育要求→宫颈锥切； 无生育要求做→子宫全切
CIN III (重)	上皮不典型 (异型) 增生 $>$ 2/3 累及全层，未突破基底膜→原位癌	

表 3-2 SIL 的 WHO 两分类法

分类	病理特点	转归	治疗	相当于 CIN
低级别鳞状上皮内病变 (LSIL)	细胞核轻度紊乱 核分裂像少 累及下 1/3	大多可自然消退	自然随访	CIN I
高级别鳞状上皮内病变 (HSIL)	细胞核明显紊乱 核分裂像多 累及 $\geq 2/3$	有癌变倾向	有生育要求 → 宫颈锥切、 消融治疗; 无生育要求 → 筋膜外子宫切除	CIN II、CIN III

表 4 宫颈癌的完整分期及治疗

分期				治疗	巧记
I 期	肿瘤局限于宫颈;根据肿瘤浸润深度,以5mm 为界把 I 期分为 I A、I B	I A<5mm I B≥5mm (再加看肿瘤直径)	I A ₁ : ≤3mm	筋膜外子宫全切术	我爱一个膜
			I A ₂ : 3mm~5mm	改良子宫切除+淋巴结清扫	我爱二两肉
			I B ₁ : 肿瘤直径<2cm	广泛子宫切除+淋巴结清扫	I B II A 选广泛
			I B ₂ : 肿瘤直径 ≥2cm, <4cm		
			I B ₃ : 肿瘤直径 ≥4		
II 期	II A: 侵犯阴道上方 2/3	从 II B 起不手术; 选择放疗,以放疗为主		II B 开始不动手	
II B: 侵犯宫旁组织、韧带					
III 期	III A: 侵犯阴道下方 1/3				
IV 期	III B: 侵犯骨盆壁				
	远处转移				
深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队)					
过关微信: 18926039219					

表 5 子宫内膜癌分期和治疗

分期	浸润范围		治疗
I 期	侵犯子宫肌层	$< 1/2$ 肌层 (浅肌层): I A	筋膜外子宫切除+双附件切除术 (从 I B 期开始术后加用放疗)
		$\geq 1/2$ 肌层 (深肌层): I B	



II 期	侵犯宫颈间质		改良广泛子宫切除+ 双附件切除术
III 期	侵犯附件、阴道、盆腔	III A: 侵犯附件	肿瘤细胞减灭术
		III B: 侵犯阴道	
		III C: 侵犯盆腔淋巴结 (III C1) 腹主动脉旁淋巴结 (III C2)	
IV 期	远处转移	IV A: 转移到直肠、膀胱	
		IV B: 其他远处转移	
【巧记：一半肌，二宫间，阴道盆 ABC，A 直膀】			【巧记：1 膜 2 改良， 别忘切附件，34 减灭术， I B 开始加放疗】

表 6 卵巢癌的分期

分期	浸润范围	巧记
I 期	肿瘤局限于卵巢、输卵管	一侧 A 两侧 B 冲洗有癌就选 C
	IA: 局限于一侧输卵管、卵巢, 腹腔冲洗无癌细胞	
	IB: 局限于两侧输卵管、卵巢, 腹腔冲洗无癌细胞	
II 期	扩散至盆腔	1 附件 2 盆腔 3 腹膜 4 远处
	IC: 局限于一侧/两侧输卵管、卵巢, 腹腔冲洗有癌细胞	
III 期	扩散至盆腔外	
IV 期	远处转移	

表 7 侵蚀葡萄胎和绒癌的分期

深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关 QQ: 800183671

分期	特点
I 期	病变局限于子宫
II 期	病变局限于生殖系统 (附件、阴道等)
III 期	转移至肺
IV 期	转移至其他部位, 主要死于脑转移

表 8-1 子宫脱垂的临床分度

I 度	I 度轻	宫颈口向下脱出没到处女膜 < 4cm	I 看膜
	I 度重	宫颈口向下脱出到达处女膜	
	II 度轻	只有宫颈向下脱出了	II 看口



II度		阴道口	
	II度重	宫颈和部分宫体向下脱出了阴道口	
III度	宫颈+全部宫体向下脱出了阴道口		III全脱
表 8-2 子宫脱垂的 POP-Q 分期			
分度		内容	
0度		无脱垂	
I度		脱垂的最远端位于处女膜上 1cm	
II度		脱垂的最远端位于处女膜外≤1cm	
III度		脱垂的最远端位于处女膜外>1cm	
IV度		下生殖道完全翻出阴道口	

儿科系统

表 1 小儿分期及特点

分期	时间	特点
胎儿期	受精卵形成-胎儿出生 (约 40 周)	前 12 周易受外界影响, 出现流产、畸形、夭折、遗传性疾病等
围生期	妊娠 28 周-产后 1 周	(1) 小儿死亡率最高时期 (2) 评价一个国家医疗卫生水平的指标
新生儿期 (爸爸新鲜期)	脐带结扎-产后 4 周	(1) 脐带结扎到产后 1 周称早期新生儿期, 此时小儿死亡率第二高 (2) 此期属于婴儿期一部分
婴儿期	从出生-1 周岁 深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关电话: 400-881-9811	(1) 生长发育最快时期, 第一次生长发育高峰期 (2) 易出现营养障碍性疾病 (需求大, 但吸收功能不健全) (3) 生后 5-6 个月, 母体获得 IgG 抗体逐渐消失, 出现免疫真空期, 易出现感染性疾病 (4) 意外事故少见 (不会走) 【发育最快, 易得病, 意外少】
幼儿期	从 1 周岁-3 周岁	(1) 仍易出现营养障碍性疾病 (需求大, 功能不健全, 食物转换; 婴幼儿期易出现障碍性疾病) (2) 易出现意外事故 (会走) (3) 语言发育最关键时期【巧记: 语言自我 1-3】
学龄前期	从 3 周岁-6、7 岁	(1) 意外事故多见, 营养障碍性疾病少见 (2) 智力发育、性格形成最关键时期

2024年深圳医顺教育
考前终极串讲班



长按二维码, 马上购买

		【巧记：智力发展 7 岁前】
学龄期 (小学)	男：6、7 岁-13 岁 女：6、7 岁-11 岁	免疫性疾病、近视、龋齿开始增多， 心理、行为问题也开始增多
青春期 (中学)	男：13、14-19、20 岁 女：11、12-17、18 岁	(1) 女孩青春期比男孩早 2 年 (2) 生长发育第 2 个高峰 (3) 生殖系统迅速发育形成第二性征

总结考点：

1. 死亡率第一高→**围生期**；第二高→**早期新生儿期**
2. 生长发育两个高峰→**婴儿期**、**青春期**
3. 语言发育最关键→**幼儿期**（1-3 岁）；智力发育最关键→**学龄前期**（7 岁前）
4. 意外事故少→**婴儿期**；意外事故多→**幼儿期**、**学龄前期**；
5. 营养障碍性疾病多→**婴儿期**、**幼儿期**；营养障碍性疾病少→**学龄前期**
6. 易出现感染性疾病：生后 **5-6 个月** 婴儿期
7. 心理、生理行为问题开始增多：**学龄期**

深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队）过关微信：18926039219



表 2 小儿生长发育常用指标

年龄	体重	身高	头围	胸围
出生	3.25kg	50cm	34cm	32cm
6 个月	7.5kg	65cm	-	-
1 岁	10kg	75cm	46cm	46cm
2 岁	12kg	87cm	48cm	49cm
相关公式	3~12 个月 = (月龄 + 9) / 2 1~6 岁 = 年龄 × 2 + 8	2~6 岁 = 年龄 × 7 + 75	2 岁后胸围 = 头围 + 年龄 - 1	

表 3 转乳期辅食的添加

时间	特点	种类
1~3 个月	汁	果汁、菜汁，及时补维生素 D、补钙
4~6 个月	泥	果泥、菜泥+鱼泥+米糊+蛋黄，及时补含铁强化米粉（无肝泥）
7~9 个月	末	肉末菜沫+烂面+肝泥+蛋
10~12 个月	碎	各种碎状食物

【巧记：果菜鱼泥和米糊，没有肝泥要补铁，烂面肉菜沫，此时有肝泥】

表 4 维生素 D 缺乏性佝偻病临床表现及特点

分期	表现及特点	辅助检查
早期（初期）	表现不特异，出现神经兴奋性增高表现（夜间啼哭、烦躁多汗、枕秃）	血钙、血磷、X 线都正常，但此时 25(OH) D ₃ 已下降
活动期（激期）	出现各种骨骼畸形： 1. 3~6 个月出现颅骨	1. 血钙稍低，血磷明显下降，钙磷乘积 < 30

	软化（乒乓球感）【巧记：软骨散】 2. 6个月开始出现腕踝骨骼畸形 【巧记：手足镯】 3. 7~8个月骨组织增生出现方颅 【巧记：八方来财】 4. 1岁出现：X、O形腿、鸡胸、肋骨串珠肋隔沟 【巧记：一瓶XO和鸡腿】	2. 碱性磷酸酶（AKP）升高 3. X线：长骨干骺端钙化带消失，呈毛刷样杯口状改变 4. 最特异：25（OH）D ₃ 明显下降 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队） 过关QQ: 800183671
恢复期	-	X线：临时钙化带致密、增重新出现
后遗症期	留有少许骨骼畸形	正常

表 5-1 营养不良的老分度

老分度	皮褶厚度（cm）	体重下降百分比
I度（轻度）	0.4~0.8cm	15%~25%
II度（中度）	<0.4cm	25%~40%
III度（重度）	消失	>40%

表 5-2 营养不良分度新标准

新分类	诊断指标	分度
体重低下	体重低于同性别同年龄-2SD	低于-2SD 是轻度 低于-2SD~-3SD 是中度 低于-3SD 是重度
生长迟缓	身高低于同性别同年龄-2SD	
消瘦	体重低于同性别同身高-2SD	

表 6 新生儿 Apgar 评分

评分内容	评分		
	0分	1分	2分
皮肤（外观）	全身青紫、苍白	四肢紫，躯干红	全身四肢躯干都红
心率	无	<100次/min	≥100次/min
呼吸	无	微弱、浅慢、不规则	好、规则、哭声响
弹足插鼻（对刺激反应）	无反应	有些反应（如皱眉）	反应好（哭、喷嚏）
四肢肌张力	四肢松弛	四肢略屈曲	四肢屈曲，活动好

表 7 新生儿缺血缺氧性脑病分度及特点



分度	重要表现	原始反射表现
轻度	神经兴奋性增高（淡漠、激惹交替）	活跃
中度	惊厥、嗜睡	减弱
重度	频繁惊厥、昏迷	消失

表 8 麻疹临床分期和表现

临床分期	临床表现
潜伏期	平均 10d 左右，症状轻
前驱期 (出疹前期)	1. 有发热、有口腔、眼的球结膜充血 2. 有诊断意义：口腔黏膜充血粗糙→麻疹黏膜斑（Koplik 斑）。
出疹期	1. 发热 3~4 天后此时体温高出疹（热盛疹出） 2. 出疹顺序：耳后发际开始出疹→面部→躯干→四肢 【巧记：三思而后行，热盛疹出是麻疹】
恢复期	有脱屑，有色素沉着（恢复 2 个有）



表 9 猩红热临床分期及特点

分期	临床特点
前驱期	发热、咽痛、充血（杨梅舌、草莓舌）
出疹期	1. 发热第 2 天从颈部、腋下开始出疹，然后全身弥漫发红出疹。 2. 典型特点：疹子和疹子之间无正常皮肤。 3. 触摸有：鸡皮、砂纸感。 4. 典型表现：口周苍白圈；帕氏线（Pastia 线）→疹子更密集。
恢复期	有大片状脱皮，无色素沉着（有色素沉着是麻疹）

表 10 结核性脑膜炎分期和临床表现

分期	临床表现
早期（前驱期）	神经兴奋性增高，淡漠激惹交替
中期（脑膜刺激征期）	惊厥+典型脑膜刺激征（颈项强直克氏征）+脑神经损害
晚期（昏迷期）	频繁惊厥、昏迷

表 11 小儿腹泻病的临床分型

临床分型	特点
轻型腹泻	只有胃肠道症状，无电解质紊乱及全身中毒症状
重型腹泻	胃肠道症状+有电解质紊乱及全身中毒症状→低钾、低镁、代酸、嗜睡、休克等

表 12 小儿脱水的分度

脱水程度分类	泪和尿	精神状态和四肢	丢失量	补液总量
轻度脱水	有泪有尿	精神稍差、尚可；	30~50ml/kg	90~120ml/kg

<5%		四肢温暖		【巧记：就要亲儿子】
中度脱水 5%~10%	少泪少尿	精神明显不足、萎靡；四肢发凉	50 ~ 100ml/kg	120ml~150/kg
重度脱水 >10%	无泪无尿	精神极差出现昏迷、休克；四肢厥冷，皮肤花纹	100 ~ 120ml/kg	150~180ml/kg

- (1) 脱水程度看最严重的表现下诊断；
(2) 脱水程度决定补液总量=基础需要量+丢失量

表 13 儿童支气管哮喘治疗

深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关微信: 18926039219

分期	治疗
急性发作期	首选吸入短效 β_2 受体激动剂 (沙丁胺醇、特布他林) 如要使用氨茶碱治疗, 不单用, 不静滴, 易中毒, 配合其他药物口服使用
慢性持续期	首选吸入糖皮质激素 ICS
病情严重	全身静脉用糖皮质激素
机械通气指征: 矛盾运动/昏迷意识障碍/ $\text{PaCO}_2 \geq 65\text{mmHg}$ (成人是 45)	

表 14 室间隔缺损分类

分类	缺损直径	特点
小型室缺	<5mm	又叫 Roger 病, 无症状, 基本正常【巧记: 小五哥】
中型室缺	5~10mm	左心室、右心室大 (以左室更明显)
大型室缺	>10mm	左心室、右心室大 (以右室更明显), 易发生艾森曼格综合征

表 15 小儿各年龄段尿量、少尿、无尿标准 单位: (ml/24h)

尿量 (每日, 单位 ml)	婴儿期	幼儿期	学龄前期	学龄期	成人
正常	400~500	500~600	600~800	800 ~ 1400	1000~2000
少尿	<200		<300	<400	<400
无尿	<50				<100

【巧记：二少爷呜呜哭，四嫂一无所有】

表 16 肾病的临床分型



临床分型	共同特点	重要区别点
单纯型肾病综合征（学龄前儿童多见）	只有三蛋一水表现（大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇、水肿）	无其他表现
肾炎型肾病综合征（年长儿好发）	也有三蛋一水表现（大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇 >5.7 、水肿） 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队） 过关 QQ: 800183671	除了4个基本表现外，满足以下任何一条即可诊断肾炎型肾病： 1. 尿中红细胞 ≥ 10 个/HP 2. 3-7岁血压 $\geq 120/80$ mmHg；7-13岁血压 $\geq 130/90$ mmHg 3. 血尿素氮（BUN） > 8.9 mmol/L 4. C3补体下降 <0.8 g/L

表 17 贫血的分度

贫血分度	非新生儿（ >28 天）	新生儿（ <28 天）
轻度	>90 正常值以下	120~144
中度	60~89	90~119
重度	30~59	60~89
极重度	<30	<60
口诀	【巧记：9, 6, 3, 3】	【巧记：9, 6, 3, 3再加3】

代谢、内分泌系统

表 1 颈部淋巴结的分区

淋巴结分区	位置
I 区	颌下、颌下淋巴结区
II 区	颈内静脉上群淋巴结
III 区	颈内静脉中群淋巴结
IV 区	颈内静脉下群淋巴结
V 区	颈后三角淋巴结
VI 区（中央区）	颈总动脉内缘至气管旁淋巴结

巧记：1下2颈上，3中4颈下，5后6颈总

表 2 亚甲炎的主要变化

亚甲炎分期	T_3 、 T_4 特点	TSH 特点	I^{131} 摄取（摄碘能力）
甲状腺毒症期（早期、甲亢期）	$\uparrow$	$\downarrow$	$\downarrow$ （摄碘分离现象）
甲状腺功能减退期（加减期）	$\downarrow$	$\uparrow$	逐渐恢复
甲状腺功能恢复期	逐渐正常	逐渐正常	逐渐正常



表3 甲状腺癌分类

分类	特点
乳头状癌	1. 中年女性、儿童最常见的甲状腺癌 2. 特点：淋巴转移很早，但预后最好 3. 典型特征：滤泡上皮细胞可见砂粒体（钙盐）沉积
滤泡状癌	易侵犯血管
未分化癌	恶性最高，预后最差
髓样癌	1. 来自于甲状腺滤泡旁细胞，是一种神经内分泌肿瘤，可出现类癌综合症 2. 其标志物有“降钙素” 3. 典型特征：细胞间质内有量淀粉样沉积，细胞浆有粉染物质。 【巧记：累了睡觉盖粉被子】

表4 甲状腺癌的TNM分期

TNM分期	特点
原发肿瘤的浸润深度	T₀ 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队）过关电话：400-881-9811 未发现原发肿瘤
T₁	肿瘤限于甲状腺，最大直径<2 cm
T₂	肿瘤限于甲状腺，最大直径≥2 cm 且≤4 cm
T₃	肿瘤限于甲状腺，最大直径>4 cm
T_{4a}	适度进展性疾病
T_{4b}	远处转移
区域淋巴结转移	N₀ 未发现区域淋巴结转移 N₁ 区域淋巴结转移
远处转移	M₀ 无远处转移 M₁ 有远处转移

表5 分化型甲状腺癌的临床分期

分期	55 岁以下	55 岁及以上
I 期	任何 TNM ₀	T _{1~2} N _{0~1} M ₀

II 期	任何 TNM1	$T_1 \sim T_2 N_1 M_0, T_3 N M_0$
III 期		$T_{4a} N M_0$
IVA 期		$T_{4b} N M_0$
IVB 期		$T N M_1$

表 6 甲状腺癌手术方式选择

依据	手术方式
先看肿瘤直径	<1cm: 甲状腺患侧腺叶切除术 1~4cm: 甲状腺患侧腺叶切除术+峡部切除术 >4cm: 甲状腺全切除术
再看分期 深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关微信: 18926039219	I 期: 甲状腺患侧腺叶切除术+峡部切除术 II 期: 甲状腺患侧腺叶切除术+峡部切除术+对侧大部切除术 III 期: 甲状腺全切除术
最后看淋巴结转移	无淋巴结转移: 甲状腺患侧腺叶切除术+峡部切除术 有淋巴结转移: 甲状腺全切除术
1. 只切患侧腺叶: 肿瘤<1cm 2. 甲状腺患侧腺叶和峡部: 肿瘤直径 1~4cm、I 期、无淋巴结转移 3. 切患侧腺叶+峡部+对侧大部分: II 期 4. 甲状腺全切: 直径>4cm、III 期、有淋巴结转移	

神经、精神系统

表 1 颅底骨折分类及临床表现

分类	临床表现
颅前窝骨折	(眼) 可见眼眶周围淤血、淤青“熊猫眼”+脑脊液鼻漏
颅中窝骨折	(耳) 可见脑脊液耳漏, 也可有耳朵流出血性液体, 出现脑脊液鼻漏
颅后窝骨折	(耳后) 可见耳后乳突部有淤血瘀斑 (Battle 征)

表 2 癫痫的分类和特点

分类	特点
局部发作: 癫痫部分发作 (只是一侧脑有异常放电)	(1) Jackson 癫痫: 从一侧的眼、面→肩→上下肢 (2) 视物变形症: 指看
单纯部分发作 (无意识障碍)	



 深圳医顺大苗老师教学团队 临床考前提分600题讲解  码上购买	东西时高低远近大小发生了变化（精神性发作）
	复杂部分发作（有意识障碍）
	只要是部分发作，首选卡马西平【巧记：三部马车】
	大发作（强直阵挛发作）
全身发作：癫痫全面发作（两侧脑有异常放电）	“羊角疯” 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队） 过关 QQ: 800183671
	小发作（失神发作）【孙悟空搬救兵】
	（1）表现：发作时无诱因，口吐白沫，角弓反张，意识丧失，瞳孔散大
	（2）治疗首选药：丙戊酸钠；次选：苯妥英钠【巧记：大雾又阴天】
	（1）表现：突发两眼直视前方呼之不应，清醒后继续先前活动，不能回忆
	（2）典型脑电图：出现棘慢波（3周/s）
	（3）治疗药物首选：丙戊酸钠；次选：乙琥胺【巧记：小雾见蚂蚁】

循环系统

表1 Killip 分级

分级	分级标准
I 级	无肺部啰音
II 级	肺部有啰音，但范围 $<1/2$ 肺野（两肺底有啰音）
III 级	肺部有啰音，但范围 $>1/2$ 肺野（两肺布满啰音/急性肺水肿）
IV 级	出现休克、意识障碍

【巧记：一无二啰半，三肿四休克】

表2 NYHA 分级

分级	分级标准
I 级	一般体力活动（日常家务、常速步行 1.5 公里、上坡、上 3 楼）无心悸气短
II 级	休息时无症状，一般体力活动有心悸气短（轻度受限）
III 级	休息时无症状，小于一般体力活动就有心悸气短（明显

	受限) (上 2 楼, 稍微活动就有明显受限)
IV 级	休息时也有症状 (端坐呼吸, 无法平卧)
【巧记: 一无二轻三明显, 四级不动也困难】	

表 3 心衰分期

分期	心脏症状及临床表现	UCG 观察心脏结构改变
阶段 A (前心衰阶段)	无	无
阶段 B (前临床心衰阶段)	无	有
阶段 C (临床心衰阶段)	有	有
阶段 D (难治性心衰阶段)	有	有
预后极差, 治疗靠寻找病因, 心脏移植		
阶段 C 才开始出现临床表现, NYHA2 级才开始有临床表现 (阶段 C 至少相当于 NYHA2 级)		

表 4 房室传导阻滞分度特点及治疗

分度	心电图特点	治疗
一度	只有 P-R 间期 $>0.2s$ (超过了一个大格), 无 QRS 脱落	看到缓慢找阿异, 心梗中毒不用异; 药物无效起搏器
二度	I 型	P-R 间期逐渐延长 (进行性延长/越来越长) + 直到一个 QRS 波脱落 (文氏现象)
	II 型	P-R 间期固定延长, 每 3~5 个 P 波后就有 1 个 QRS 波脱落 (莫氏现象)
三度	心房跳心房, 心室跳心室, (房室分离) P 波与 QRS 波不相关; 阻滞部位靠上 $\rightarrow$ 在希氏束附近 $\rightarrow$ 心室率 40-60; 阻滞部位靠下 $\rightarrow$ 心室率 <40 次/min, 出现 “大炮音” (心室心房同时收缩) (下壁心肌梗死最易导致)	首选 (最佳) 人工心脏起搏器 临时起搏器: 发病 $<7d$ 永久起搏器: 发病 $>7d$

表 5 心脏骤停临床分期

类别	具体表现
前驱期	症状不明显
终末事件期	症状明显, 出现明显胸痛、呼吸困难
心脏骤停期	出现意识丧失, 大动脉 (颈、股动脉) 搏动消失, 脑血流中断 10s 即出现意识丧失
生物学死亡期	出现了不可逆脑损伤, 只要心脏骤停达 4-6 分钟, 就出现不可逆脑损害

表 6-1 高血压的分级

分类	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
正常血压	<120	和 <80



正常高值	120~139	和/或	80~89
高血压	≥140	和/或	≥90
高血压分级	涨“20”		涨“10”
1级高血压	140~159	和/或	90~99
2级高血压	160~179	和/或	100~109
3级高血压	≥180	和/或	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	同时有	<90
发生机制：老年人大动脉管壁硬化导致			

【巧记：140、160、180（20），90、100、110（10）】

收缩压和舒张压不是同一级别：以最高下诊断。

表 6-2 高血压的分期

分期	标准
I 期	无心、眼、肾表现
II 期	有左心肥大、眼动脉变窄、蛋白尿
III 期	有心衰、眼视乳头水肿出血、肾衰

【巧记：1 无 2 大 3 衰】

表 6-3 高血压分层

危险因素	1 级高血压	2 级高血压	3 级高血压
0 个危险因素（无）	低危	中危	高危 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队） 关微信：18926039219
1~2 个危险因素	中危	中危	很高危
≥ 3 个危险因素或有靶器官损害	高危	高危	很高危
出现心脑血管肾的合并症（并	很高危	很高危	很高危

2024深圳医顺教育临床医师

考前实战模拟冲刺卷



识别二维码，马上订购

发症)			
①高血压只要有心脑血管肾的合并症：很高危 ②3级高血压只要有危险因素：很高危 ③比大小：最大“1”=低危；最大“2”=中危；最大“3”=高危			

表 7-1 血脂密度分类

分类	特点/治疗
LDL-低密度脂蛋白（坏）	把脂蛋白从肝脏运到全身血管 核心成分：LDL-C（低密度脂蛋白胆固醇） 目标：冠心病要把 LDL-C < 1.8mmol/L
VLDL-极低密度脂蛋白（坏）	把脂蛋白从肝脏运到全身血管
HDL-高密度脂蛋白（好）	把脂蛋白从全身血管运到肝脏，进行清除（血管清道夫）

表 7-2 临床分型

分类	特点/治疗
高胆固醇 TC ≥ 6.2mmol/L 【巧记：肝胆同窗 6.2】	①首选治疗药物：他汀类→属于 HMG-CoA 还原酶抑制剂 ②汀类严重不良反应：横纹肌溶解→肌肉疼痛，肌酶升高 【巧记：他又横胆子又大】
高甘油三酯 TG ≥ 2.3mmol/L 【巧记：加油通过 2.3】	首选治疗药物：贝特类 【巧记：吃扇贝】

表 8 心脏瓣膜病杂音音调特点

心脏瓣膜病	听诊位置	哪一期	是否传导	杂音特点
二尖瓣狭窄	心尖区	舒张期	不传导	递增，隆隆样
二尖瓣关闭不全	心尖区	收缩期	前往左，后心底	一贯性，吹风样
主动脉瓣狭窄	胸骨左缘第 3 肋、胸骨右缘第 2 肋	收缩期	颈部	先递增，后递减，喷射样
主动脉瓣关闭不全	胸骨左缘第 3 肋、胸骨右缘第 2 肋	舒张期	胸骨左缘心尖部	递减，叹气样或吹风样

表 9 休克分度

深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队） 过关 QQ: 800183671



分期	休克代偿期	休克失代偿期	
	轻度休克（早期）	中度休克（中期）	重度休克（晚期）
收缩压	正常或稍高	70~90mmHg	<70mmHg 或测不到
脉搏	<100 次/min	100~200 次/min	摸不到
尿量	略少	少尿	无尿
皮肤	发凉	发冷	四肢厥冷
神志、表情	神志清楚，表情痛苦	神志尚清楚，表情淡漠	意识模糊，甚至昏迷
失血量	<20% (800ml)	20%~40% (800~1600ml)	>40% (1600ml)

正常人每公斤体重血量 70~80ml

表 10 血栓闭塞性脉管炎和动脉硬化性闭塞症临床分期

分期	特点	
I 期	-	无明显症状，踝/肱指数<0.9
II 期	局部缺血期	出现间歇性跛行，>200m 跛行为 II a 期；<200m 跛行为 II b 期
III 期	营养障碍期	出现静息痛，夜间痛
IV 期	组织坏死期	出现坏死，踝/肱指数<0.3

巧记：二缺血跛行，三夜间障碍 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队）过关电话：400-881-9811

其他

表 1 烧伤深度鉴别和处理

	I°	浅 II°	深 II°	III°
损伤	表皮浅层，表皮生发层健在	损伤表皮生发层以及真皮乳头层（真皮浅层）	损伤真皮乳头下层（真皮深层）	全层皮肤
表现	红斑状、烧灼感	1. 大水不一的水疱 2. 创面红润 3. 痛觉敏感，疼痛明显	1. 小水疱 2. 创面红白相间 3. 痛觉迟钝	1. 无水疱 2. 蜡白、焦黄、有焦痂+痛觉消失 3. 树枝状栓塞的血管
处理	1. 3~7d 可痊愈；不留瘢痕	1. 不去除疱皮（不清）	1. 疱皮去除（清创） 2. 小面积包扎疗：	有休克：纠正休克后，一次或多次切痂，靠植皮愈合



2. 不算烧伤面积, 不补液	创) 2. 针吸 水 消毒包扎 3. 不 留 痕 痕, 有色素 沉着	内层油纱覆盖, 外 层用吸水敷料均匀 包扎(不加压包扎) 3. 面、颈、会阴、 大面积不包扎(暴 露法) 4. 留瘢痕
----------------	---	---

诊断思路: 看有无水疱

(1) 无水疱: 红斑状→Ⅰ°烧伤; 有焦痂, 无痛觉, 树枝状栓塞的血管→Ⅲ°烧伤

(2) 有水疱

①水疱大小不一, 痛觉敏感, 创面红润→浅Ⅱ°烧伤(真皮乳头层, 即真皮浅层)→不去疱皮

②小水疱, 痛觉迟钝, 创面红白相间→深Ⅱ°烧伤(真皮乳头层下层, 即真皮深层)→去疱皮

表2 烧伤严重性分度

分度	总面积	Ⅱ° 面积	Ⅲ° 面积
轻度	-	<10%	-
中度	-	10%~30%	或<10%
重度	30%~50%	30%~50%	或10%~20%
特重 度	≥50%	≥50%	或≥20%

【巧记: 1135, 112, 不算Ⅰ面积, 就高不就低】

表3 乳腺癌的TNM分期

TNM分期			
T	T ₁ : ≤2cm T ₂ : 2~5cm (含5) T ₃ : >5cm T ₄ : 侵及皮肤/胸壁/ 炎性乳癌, 不计大小	N (N ₀ ~N ₂ 指同侧腋窝淋巴结情况) N ₀ : 无淋巴结肿大 N ₁ : 有淋巴结肿大, 可推动 N ₂ : 有淋巴结肿大, 出现融合、粘连 N ₃ : 同侧锁骨上、胸骨旁淋巴结肿大	M M ₀ : 无远处转移 M ₁ : 有远处转移

【巧记: T225】

【巧记: N无有动融合】

TNM组合分期

(1) Ⅰ期: T₁N₀M₀ (最轻)。

(2) Ⅱ期: 余下情况。

(3) Ⅲ期: N≥2/T+N≥4 M₀。

(4) Ⅳ期: 有M₁。

深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关微信: 18926039219

表4 有机磷农药中毒的分度

中毒	胆碱酯酶活性
----	--------

2024深圳医顺教育临床医师

考前实战模拟冲刺卷



识别二维码, 马上订购

程度	
轻	70%~50%
中	50%~30%
重	30%以下

表5 CO中毒的分度

分度	COHb 浓度 (%)	临床表现
轻度	10~20	头晕、乏力、恶心
中度	20~40	胸闷气短、视物不清、运动失调、意识障碍
重度	40~60	昏迷、呼吸抑制、肺水肿

运动系统

表1 二期愈合分期

分期	特点	完成时间
血肿炎症机化期	无菌性炎症	2周完成
原始骨痂形成期	膜内化骨快；软骨内化骨慢；骨折线隐约可见	3~6个月 (12~24周)
骨痂改造塑形期	1. 在应力轴线上成骨细胞活跃→使新骨生成； 2. 在应力轴线外破骨细胞活跃→使多余骨痂吸收 3. 破骨和成骨细胞同时作用下完成。看不到骨折线 Wolff定律：骨折的愈合总是沿着骨折端承受的应力方向生长	1~2年 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队） 过关 QQ: 800183671



表2 股骨颈骨折的分类

分类	特点
按移位程度分	I型 不完全骨折 II型 完全骨折，无移位 III型 完全骨折，部分移位

(Garden 分型)		
	IV 型	完全骨折，完全移位 深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关电话: 400-881-9811
按骨折线方向分	Pauwels 角: 两侧髌嵴与骨折线的延长线形成的夹角, 角度越小越稳定 【巧记: 外有小三, 内人打我】	
	$<30^\circ$	外展型→稳定性骨折→保守治疗
	$>50^\circ$	内收型→不稳定性骨折→手术治疗
按骨折线部位分	头下型 (股骨头下骨折)	最易发生缺血性骨坏死
	经颈型 (经股骨颈骨折)	易发生缺血性骨坏死或骨折不愈合
	基底部型 (股骨颈基底骨折)	缺血性骨坏死率低, 易愈合

血液系统

表 1 急性髓系白血病的分类

分型	具体内容	巧记
M_1	急性粒细胞白血病未分化型	【巧记: 一味而补】
M_2	急性粒细胞白血病部分分化型	
M_3	急性早幼粒细胞白血病→早幼粒细胞 $\geq 30\%$	【巧记: 3 早 5 单 4 粒单】
M_4	急性粒-单核细胞白血病→粒细胞 $\geq 20\%$ 、单核细胞 $\geq 20\%$	
M_5	急性单核细胞白血病→单核细胞 $\geq 80\%$	



表 2 慢性粒细胞白血病的临床分期

分期	特点
慢性期	脾大, 外周血或骨髓中原始粒细胞 $<10\%$
加速期	脾大, 新出现发热、体重下降说明进入加速期; 外周血或骨髓中原始粒细胞 $\geq 10\%$
急变期	外周血或骨髓中原始粒细胞 $\geq 20\%$ 或髓外细胞浸润

【巧记：慢粒慢性小于 10，大 10 发热加速期，20 以上急变期】

表 3 MDS 的 FAB 分型

FAB 分型	血中原始细胞	骨髓原始细胞	治疗
RA (难治性贫血)			
RAS (难治性贫血 + 环形铁粒幼细胞)	<1%	<5% 深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关微信: 18926039219	纠正贫血, 无需化疗
RAEB (难治性贫血 + 原始细胞增多)	<5%	5%~20%	小剂量阿糖胞苷化疗
RAEB-T (难治性贫血 + 环形铁粒幼细胞 + 原始细胞增多 + Auer 小体)	≥5%	>20%而<30% (20%~30%)	
CMMML			

2024深圳医顺教育临床医师
考前实战模拟冲刺卷



识别二维码, 马上订购

(慢性粒-单核细胞白血病)	深圳医顺教育 (大苗老师教学管理团队) 过关 QQ: 800183671
---------------	--------------------------------------

总结: 血中有环形铁粒幼细胞→RAS【巧记: 大S带环】
既有环形铁粒幼细胞, 还有 Auer 小体→RAEB-T【巧记: 小体带T】

表 4-1 非霍奇金淋巴瘤恶性程度分类

分类	分型
高度恶性	先找高度恶性淋巴瘤→小无裂细胞型、免疫母细胞型、淋巴母细胞型淋巴瘤 【巧记: 小无裂母是高度】
中度恶性	再找中度恶性淋巴瘤→弥漫小裂细胞型、滤泡大裂细胞型淋巴瘤 【巧记: 弥漫大胞是中度】
低度恶性	最后找低度恶性淋巴瘤→小淋巴细胞型、滤泡小裂细胞型淋巴瘤 【巧记: 小淋、小裂是低度】

表 4-2 淋巴瘤的临床分期

分期	标准	巧记方法
I 期	只有 1 个淋巴结肿大	只有一个 1 期
II 期	只能在膈肌之上或膈肌之下出现多个淋巴结肿大	只上只下是 2 期
III 期	膈上和膈下都出现淋巴结肿大 累及脾脏是 III S 期	上下都有是 3 期 累及脾脏 3S
IV 期	累及肺、肝、骨髓、盆腔是 IV 期	肺肝骨髓盆 4 期

表 5 多发性骨髓瘤的分期

类别	第一种分期: 看 Hb	第二种分期: 看 $\beta 2$ 微球蛋白 (值同血钾)
	85~100g/L	3.5~5.5mg/L
分期	I 期: Hb > 100g/L II 期: Hb 85~100g/L III 期: Hb < 85g/L	I 期: < 3.5mg/L II 期: 3.5~5.5mg/L III 期: > 5.5mg/L

多发性骨髓瘤分组 (看血肌酐)

- A 组: 血肌酐 < 177 $\mu\text{mol/L}$
- B 组: 血肌酐 $\geq 177 \mu\text{mol/L}$

泌尿系统

表 1 急进性肾小球肾炎的电镜下免疫分型

分型	名称	特点	巧记
I 型	抗基底膜 (GBM) 型/ 原位免疫复合合物型	免疫荧光: 线条样沉积	I 型抗膜线条样



II型	免疫复合物型/循环免疫复合物型	免疫荧光：颗粒状沉积	II型循环颗粒状
III型	无（寡）免疫复合物型	特有抗体：抗中性粒细胞胞浆（ANCA）抗体（+）	III型安卡无免疫

表2 膀胱癌分期及治疗

分期	侵犯部位	治疗
表浅膀胱癌	Tis 原位癌+Ta 无浸润癌+T ₁ 期	表浅膀胱癌、T ₁ 期膀胱癌、单个带蒂的乳头状癌非浸润性膀胱癌→首选经尿道膀胱肿瘤电切术（TURBT）+膀胱灌注
T ₁ 期	侵犯黏膜固有层（皮下结缔组织）	
T ₂ 期	侵犯肌层（T _{2a} →浅肌层；T _{2b} →深肌层）	T ₂ 期无浸润按T ₁ 处理→电切 T ₂ 期有浸润按T ₃ 处理→根治
T ₃ 期	侵犯浆膜层和膀胱周围组织	只要看到T ₃ 期/有浸润/多发/反复发作膀胱癌→选择膀胱癌治疗最根本手术：膀胱根治术（全切术）
T ₄ 期	远处转移到子宫、阴道、前列腺	放化疗

【巧记1：1固2肌3周（浆）4转】 【巧记2：一生只爱一个表】

【巧记3：1电2看3根治，有浸润就根治】

表3 前列腺癌的分期及治疗

分期	治疗
T ₁ 期：手术标本中偶发小病灶	观察随访
T ₂ 期：局限于前列腺包膜内	T _{1b} 、T ₂ 首选根治性前列腺切除
T ₃ 期	T ₃ 、T ₄ 不做根治性前列腺切除术



T ₄ 期：远转移到骨、直肠、膀胱等	过关电话：400-881-9811 官方客服QQ：800183671 官方客服微信：18510219616  2024深圳医顺教育临床医师 考前实战模拟冲刺卷  识别二维码，马上订购	选择去势治疗（药物去势→比卡鲁胺；手术去势→切睾丸）
-------------------------------	---	----------------------------

表4 肾损伤分型、特点及处理

分型	特点	处理方法
肾挫伤	最轻微的类型；临床表现很轻，大部分症状不明显，部分人可出现镜下血尿	观察休息，可自愈
肾部分裂伤	明显肉眼血尿 深圳医顺教育（大苗老师教学管理团队）过关 微信：18926039219	绝对卧床休息 2~4 周，积极对症治疗可恢复
肾全层裂伤	明显肉眼血尿+尿外渗（肾周血肿）	立即手术
肾蒂损伤	最严重类型，短时间大出血、休克死亡，血尿很不明显的类型	立即手术

表5 急性肾衰分类及病因

分类	病因	具体内容
肾前性肾功能不全	各种原因导致肾脏灌注（血供）不足（全身血容量减少导致）	常见疾病：休克、大出血、心衰、肝硬化大量放腹水
肾实质性肾功能不全	各种原因导致急性肾小管坏死	和药物（氨基糖苷类、龙胆泻肝丸）、毒物（增强 CT 用的造影剂）、溶血（抗体）有关
肾后性肾功能不全	各种原因导致泌尿系统梗阻	结石、泌尿系统肿瘤、前列腺增生

表6 慢性肾功能不全的分期

我国分期	常用血肌酐分期（Scr） （ $\mu\text{mol/L}$ ）	美国 CKD 分期	看两肾之和的肾小球滤过率（GFR）
------	---------------------------------------	-----------	-------------------

	($<100 \mu\text{mol/L}$ 正常)			$[\text{ml}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)]$ ($120\text{ml}/\text{min}$ 左右正常)
-	-	-	CKD1	>90
代偿期	<133	=	CKD2	$60\sim89$
失代偿期 (氮质血症期)	$133\sim442$	=	CKD3	$30\sim59$
肾衰竭期	$442\sim707$	=	CKD4	$15\sim29$
尿毒症期	>707	=	CKD5	<15

【巧记 1：我国分 4 期：不全代偿 133，不全失代 442，肾衰肌酐 707，707 上尿毒症】
 【巧记 2：美国分 5 期：15、15、30、60、90】

(深圳医顺教育大苗老师为您独家整理提供，版权所有)

深圳医顺大苗老师教学团队

临床考前提分600题讲解



码上购买

2024年深圳医顺教育

考前终极串讲班



长按二维码，马上购买