

1、抗疟原虫治疗

①杀灭红细胞内裂体增殖疟原虫的药物：氯喹、青蒿素及其衍生物、磷酸咯萘啶、哌喹、盐酸氨酚喹啉、盐酸甲氟喹。

②杀灭红细胞内疟原虫配子体和迟发型子孢子的药物：磷酸伯氨喹、他非诺喹(特芬喹)。

2、疟疾的临床表现

①间日疟和卵形疟的潜伏期 13~15 天，三日疟 24~30 天，恶性疟 7~12 天。

②疟疾的典型症状：突发性寒战、高热和大量出汗。随后体温迅速上升，通常可达 40℃ 以上，伴头痛、全身酸痛、乏力，但神志清醒。随后开始大量出汗，体温骤降，持续时间为 30 分钟至 1 小时。各种疟疾的两次发作之间都有一定的间歇期。间日疟和卵形疟 48 小时，三日疟 72 小时，恶性疟 36~48 小时。

③脑型疟是恶性疟的严重临床类型，亦偶见于间日疟。主要表现为剧烈头痛、发热，常出现不同程度的意识障碍。脑型疟的病情凶险，病死率较高。

④恶性疟病人于短期内发生肾损害，甚至引起急性肾衰竭。

⑤输血后疟疾的表现与蚊传疟疾相同，不会复发。经母婴传播的疟疾常于出生后 1 周左右发病，亦不会复发。

⑥再燃是由血液中残存的疟原虫引起的，因此，四种疟疾都有发生再燃的可能性。

复发是由寄生于肝细胞内的迟发型子孢子引起的，只见于间日疟和卵形疟。

3、急性胰腺炎

①急性水肿型，较多见，病变可累及部分或整个胰腺，以尾部为多见。胰腺肿大、充血、水肿和炎症细胞浸润，可有轻微的局部坏死。

②急性出血坏死型：相对较少，胰腺内有灰白色或黄色斑块的脂肪组织坏死，出血严重者，胰腺呈棕黑色并伴有新鲜出血，坏死灶外周有炎症细胞浸润。

4、慢性支气管炎的表现

缓慢起病，病程长，反复急性发作而病情加重。主要症状为咳嗽、咳痰，或伴有喘息或气急。早期多无异常体征，急性发作期可在背部或双肺底听到干湿啰音，咳嗽后可减少或消失。如合并哮喘可闻及广泛哮鸣音并伴呼气期延长。

5、支气管哮喘的临床表现

(1) 症状：①典型表现：发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽是其
主要症状。常在夜间及凌晨发作和加重，可在数分钟内发作，经数小时至数天。用支气管舒
张药后或自行缓解。

②咳嗽变异性哮喘：以咳嗽为唯一的症状。

③运动性哮喘，一些患者尤其是青少年，症状在运动后出现，称为运动性哮喘。

(2) 体征：发作时胸部叩诊呈过清音，可闻及广泛的哮鸣音，呼气延长。重度哮喘发作
时，哮鸣音也可消失，被称为“沉默肺”，常提示病情危重。同时还可出现心率增快、奇脉、
胸腹矛盾运动和发绀。

6、支气管哮喘急性发作期分级

临床特点	轻度	中度	重度	危重
症状	步行或上楼时气短、可有焦虑	稍事活动气短，讲话常中断，时有焦虑	休息时气短，端坐呼吸，单字表达，常有焦虑、烦躁	不能讲话，嗜睡或意识模糊
哮鸣音	散在，呼吸末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱乃至无

7、呼吸衰竭分类

	I 型呼衰	II 型呼衰
血气结果	PaO ₂ <60mmHg, PaCO ₂ 正常或降低	PaO ₂ <60mmHg, PaCO ₂ >50mmHg
机制	肺换气功能障碍	肺通气功能障碍
常见疾病	严重肺部感染，间质性肺疾病、急性肺栓塞	COPD 最常见

8、洋地黄中毒的处理

发生洋地黄中毒后应立即停药。单发性室性期前收缩、一度房室传导阻滞等停药后常自行消失；对快速性心律失常者，如血钾浓度低则可用静脉补钾，如血钾不低可用利多卡因或

苯妥英钠。电复律一般禁用，因易致心室颤动。有传导阻滞及缓慢性心律失常者可用阿托品皮下或静脉注射，一般不需安置临时心脏起搏器。

9、原发性支气管肺癌临床表现

- ①原发肿瘤引起症状和体征 刺激性干咳、咯血、气短和喘鸣、发热、体重下降。
- ②肺外胸内扩展引起的症状和体征：胸痛、侵犯喉返神经引起声音嘶哑、侵犯食管引起咽下困难或食管食管瘘、胸水、上腔静脉阻塞综合征；侵犯颈交感神经(肺上沟瘤，Pancoast 癌)引起 Horner 综合征。
- ③胸外转移引起的症状和体征：可转移至中枢神经系统、骨骼、肝、胰腺、胃肠道、肾上腺和腹膜后淋巴结出现相应的临床表现。淋巴结转移以锁骨上最多见。
- ④胸外表现又称副癌综合征，表现为肥大性肺性骨关节病、异位促性腺激素、分泌促肾上腺皮质激素样物、分泌抗利尿激素、神经肌肉综合征、高钙血症、类癌综合征。

10、社区获得性肺炎诊断依据

- ①新近出现的咳嗽、脓性痰等；
- ②发热；
- ③肺实变体征；
- ④WBC $>10\times 10^9/L$ 或 $<4\times 10^9/L$ ，伴或不伴中性粒细胞核左移；
- ⑤胸部 X 线检查示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变。

以上 1~4 项中任何 1 项+第 5 项，可作出诊断。

11、左心衰竭的症状

左心衰竭：以肺循环淤血及心排量降低表现为主。

症状：

(1)程度不同的呼吸困难：

- ①劳力性呼吸困难：是左心衰竭最早出现的症状。
- ②端坐呼吸：肺淤血达到一定的程度时，患者不能平卧。
- ③夜间阵发性呼吸困难：患者已入睡后突然因憋气而惊醒，被迫采取坐位，呼吸深快。

④急性肺水肿：是“心源性哮喘”的进一步发展，是左心衰呼吸困难最严重的形式。

(2)咳嗽、咳痰、咯血。

(3)乏力、疲倦、头晕、心慌。

(4)少尿及肾功能损害

12、急性肾盂肾炎的表现和特点

(1)全身症状

发热、寒战、头痛、全身酸痛、恶心、呕吐等，体温多在 38.0C 以上，多为弛张热，也可呈稽留热或间歇热。部分患者出现革兰阴性杆菌败血症。

(2)泌尿系症状

尿频、尿急、尿痛、排尿困难、下腹部疼痛、腰痛等。腰痛程度不一，多为钝痛或酸痛。部分患者下尿路症状不典型或阙如。

(3)体格检查

除发热、心动过速和全身肌肉压痛外，还可发现一侧或两侧肋脊角或输尿管点压痛和(或)肾区叩击痛。

13、急性肾盂肾炎的感染途径

(1)上行感染

最常见。病原菌经由尿道上行至膀胱，甚至输尿管、肾盂引起的感染称为上行感染。

(2)血行性感染

不常见。病原菌通过血运到达肾脏和尿路其他部位引起的感染。常发生在机体免疫力极差或原有严重尿路梗阻者，多为金黄色葡萄球菌菌血症引起。

(3)淋巴管感染

很少见。

(4)直接感染

罕见。外伤或邻近脏器感染细菌直接侵入尿路引起炎症。

14、急性膀胱炎的临床表现

(1) 尿路刺激征

起病突然，有明显尿频、尿急、尿痛，膀胱、尿道痉挛，严重时类似尿失禁，常不能离开便器，难以忍受。排尿期尿道烧灼感，排尿终末期疼痛加剧，会阴部、耻骨上区疼痛、膀胱区轻压痛。病情严重者可并发急性前列腺炎，但一般全身症状不明显。

(2) 尿液检查

尿液混浊，尿液中有脓细胞，常见终末血尿，有时为全程血尿。

(3) 单纯性膀胱炎

炎症局限于黏膜层，常无发热，白细胞计数不增高，亦不伴有全身症状。当并发急性肾盂肾炎或前列腺炎、附睾炎时才有高热。

15、急性膀胱炎的检查方法

(1) 实验室检查

尿液检查：①尿常规白细胞计数 ≥ 10 个/HP，可有红细胞，但无管型；②尿沉渣涂片革兰染色，WBC $\geq 15\sim 20$ 个/HP；③中段尿培养，菌落 $\geq 10^8$ /L。

(2) 其他辅助检查

如有尿道脓性分泌物，应行涂片检查以排除淋病奈瑟菌感染，必要时可在感染急性期后或感染控制后行膀胱镜检查，或在发病后行B超、X线检查排除尿路结石等病因或诱发和并发因素。

16、急性膀胱炎的鉴别诊断

(1) 急性肾盂肾炎

主要表现为尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，尿液检查可有脓细胞和红细胞，但常伴有发热等全身感染症状，有腰痛及肾区叩压痛。

(2) 滴虫性膀胱炎

主要表现为尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，但病人常有不洁性交史。尿道多有分泌物，且分泌物检查可找到滴虫。

(3) 急性前列腺炎

主要表现为尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，并有耻骨上疼痛。病人常有不同程度的排尿困难，且直肠指检可发现前列腺肿大伴压痛。

(4) 间质性膀胱炎

主要表现为尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，并有耻骨上疼痛。耻骨上膀胱区疼痛与压痛尤其明显，膀胱充盈时加剧。尿常规检查多数正常，极少脓细胞。

(5) 腺性膀胱炎

临床表现为尿频、尿急、尿痛、排尿困难和血尿，B超检查可显示为膀胱内占位性病变或膀胱壁增厚等非特异性征象，膀胱镜检查 and 黏膜活组织检查可有助于鉴别。

(6) 输尿管下段结石

输尿管结石降至膀胱壁间段时也可产生膀胱刺激症状。如同时合并感染，则不易与膀胱炎鉴别。通过 KUB 平片及 IVU 可以显示结石的部位并判断有无合并梗阻。