

第六章 呼吸系统

无变化。

第七章 心血管系统

第一节 原发性高血压

(三) 诊断

2. 高血压病的危险分层 (2023 删)

2022: 心电图: ... 女性 $\geq 120\text{g}/\text{m}^2$

2023: 删除

(四) 降压治疗原则和特殊人群的降压问题

1. 特殊人群的降压问题

(8) 高血压急症 (2023 年变)

2022 年: ②控制性降压: 高血压急症时短时间内血压急剧下降, 有可能使重要器官的血流灌注明显减少, 应采取逐步控制性降压, 即开始的 24 小时内将血压降低 20%~25%, 48 小时内血压不低于 160/100mmHg。如果降压后发现重要器官的缺血表现, 血压降低幅度应更小些。在随后的 1~2 周内, 再将血压逐步降到正常水平。

2023 年: ②控制性降压: 高血压急症时短时间内血压急剧下降, 有可能使重要器官的血流灌注明显减少, 应采取逐步控制性降压, 即开始的 1 小时内将平均动脉压降低 20%~25%, 其后 2~6 小时内逐渐降至不低于 160/100mmHg。如果降压后发现重要器官的缺血表现, 血压降低幅度应更小些。在随后的 24~48 小时内, 再将血压逐步降到正常水平。

第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病

一、心绞痛

(五) 辅助检查

7. 冠状动脉造影 (2023 年删)

2022 年: 采用微创介入的方法将导管插入冠状动脉口, 直接向冠状动脉内注射含碘对比剂, 同时记录 X 线电影信息, 是冠状动脉病变影像学诊断的“金标准”。

2023 年: 采用微创介入的方法将导管插入冠状动脉口, 直接向冠状动脉内注射

含碘对比剂,同时记录 X 线电影信息。

(六) 稳定型心绞痛的治疗

3. 血运重建治疗 (2023 年变)

2022 年: (2) 冠状动脉旁路移植手术 (coronary artery bypass graft, CABG): 也是冠状动脉血运重建治疗的重要手段。合并糖尿病、充血性心力衰竭的严重多支血管病变患者,以及 SYNTAX 积分超过 32 分的左主干病变患者应首选 CABG。

2023 年: (2) 冠状动脉旁路移植手术 (coronary artery bypass graft, CABG): 也是冠状动脉血运重建治疗的重要手段。合并糖尿病、充血性心力衰竭的严重多支血管病变患者,以及冠状动脉病变很复杂的患者应首选 CABG。

第三节 心脏瓣膜病

二、二尖瓣关闭不全

(二) 临床表现

2. 体征 (2023 年删)

2022 年: (1) 听诊: 二尖瓣关闭不全患者的主要体征是心尖部粗糙的全收缩期吹风样杂音,向腋下或左肩胛下角传导,部分患者伴有震颤。二尖瓣关闭不全的杂音一般不受呼吸影响,但突然站立和 Valsalva 动作可使杂音增强,而下蹲则使杂音减弱。

2023 年: (1) 听诊: 二尖瓣关闭不全患者的主要体征是心尖部粗糙的全收缩期吹风样杂音,向腋下或左肩胛下角传导,部分患者伴有震颤。二尖瓣关闭不全的杂音一般不受呼吸影响。

(三) 辅助检查

1. 超声心动图 (2023 年删)

2022 年: 多普勒超声心动图是诊断和评估二尖瓣关闭不全最精确的无创检查方法。多普勒超声还能测定肺动脉收缩压。超声心动图还可发现左心房扩大和/或收缩加强;左心室可能呈高动力状态。做系列超声心动图可以早期发现无症状二尖瓣关闭不全患者的左心室功能减退。重度二尖瓣反流的超声心动图诊断标准是:有效瓣膜反流口面积 $\geq 40\text{mm}^2$ 或瓣膜反流量每心搏 $\geq 60\text{ml}$,伴左房、左室增大。二尖瓣脱垂的超声心动图诊断标准是:在胸骨旁长轴切面和其他切面,二尖瓣瓣叶脱垂入二尖瓣瓣环 $\geq 2\text{mm}$ 。经食管超声心动图用于瓣膜修复手术中即时评价手

术效果。三维超声心动图能够提供更多解剖、功能信息有助于阐明二尖瓣关闭不全机制。运动超声心动图有助于定量运动前后的二尖瓣关闭不全程度的改变。

2023年：多普勒超声心动图是诊断和评估二尖瓣关闭不全最精确的无创检查方法。多普勒超声还能测定肺动脉收缩压。超声心动图还可发现左心房扩大和/或收缩加强；左心室可能呈高动力状态。做系列超声心动图可以早期发现无症状二尖瓣关闭不全患者的左心室功能减退。经食管超声心动图用于瓣膜修复手术中即时评价手术效果。

四、主动脉瓣关闭不全

(二) 临床表现

2. 体征 (2023年增)

2022年：(1) 听诊：主动脉瓣关闭不全典型的杂音是舒张期吹风样递减型杂音，坐位前倾时于胸骨左缘最明显。

2023年：(1) 听诊：主动脉瓣关闭不全典型的杂音是舒张期叹气样或吹风样递减型杂音，坐位前倾时于胸骨左缘最明显。

(三) 辅助检查

1. 超声心动图 (2023年删)

2022年：是目前诊断和评价主动脉瓣关闭不全最重要的无创检查方法。M型超声示舒张期二尖瓣前叶或室间隔高频扑动是主动脉瓣关闭不全的特征性表现。重度主动脉瓣反流的超声心动图诊断标准是：有效瓣膜反流口面积 $\geq 30\text{mm}^2$ 或瓣膜反流量 $\geq 60\text{ml}/\text{心搏}$ ，伴左室增大。超声心动图还可测定左心室功能(左室收缩末内径、舒张末内径及射血分数)、心脏的腔径大小和左心室肥厚的程度，是确定手术时机的重要手段。经食管超声用于探查主动脉夹层和感染性心内膜炎的赘生物，以及用于在主动脉瓣修复术中评价修复效果。三维超声及组织多普勒超声可能提供更多信息用于判断主动脉瓣反流的严重程度及指导治疗。

2023年：是目前诊断和评价主动脉瓣关闭不全最重要的无创检查方法。M型超声示舒张期二尖瓣前叶或室间隔高频扑动是主动脉瓣关闭不全的特征性表现。超声心动图还可测定左心室功能(左室收缩末内径、舒张末内径及射血分数)、心脏的腔径大小和左心室肥厚的程度，是确定手术时机的重要手段。经食管超声用于探查主动脉夹层和感染性心内膜炎的赘生物，以及用于在主动脉瓣修复术中评价

修复效果。

第八章 消化系统

无变化

第九章 泌尿、男性生殖系统

第三节 慢性肾脏病（慢性肾衰竭）

（三）慢性肾脏病临床分期（2023年删与增）

2022年：1. 以往根据肾功能受损的不同程度把慢性肾衰竭从轻到重分为以下几个阶段：

（1）肾功能不全代偿期：当肾单位受损未超过正常的50%（肌酐清除率50~80ml/min），有贮备的肾功能代偿而不出现血尿素氮等代谢产物增高，血肌酐维持在正常水平，除有夜尿增多外，无任何临床症状。

（2）肾功能不全失代偿期：肾单位受损超过50%（肌酐清除率50~20ml/min），血肌酐达133~442 μmol/L(1.5~5mg/dl)，血尿素氮超过7.1mmol/L(20mg/dl)，患者可有无力、食欲缺乏、轻度贫血等临床表现。

（3）肾衰竭期：血肌酐升到442~707 μmol/L(5~8mg/dl)，肌酐清除率降低到20~10ml/min，血尿素氮上升达17.9~28.6mmol/L(50~80mg/dl)，患者出现贫血、水电解质酸碱平衡紊乱等各系统的多种临床表现。

（4）尿毒症期：血肌酐达707 μmol/L(8mg/dl)以上，肌酐清除率降到10ml/min以下，血尿素氮超过28.6mmol/L(80mg/dl)，患者有明显的酸中毒、贫血及严重的全身各系统症状。

2023年：删除

2022年：血尿素氮受诸多因素如蛋白质入量、发热及消化道出血等的影响很大，不能单独作为衡量肾功能受损轻重的指标。

2023年：应注意单纯GFR轻度下降[60~89ml/(min·1.73m²)]而无肾损害表现者不能认为存在CKD。只有当GFR<60ml/(min·1.73m²)才按CKD3期对待。血尿素氮受诸多因素如蛋白质入量、发热及消化道出血等的影响很大，不能单独作为衡量肾功能受损轻重的指标。

（五）各系统临床表现

3. 心血管系统（2023 年增）

2022 年：大部分慢性肾衰竭患者有不同程度的高血压。多因水钠潴留引起，也可因血浆肾素增高所致。

2023 年：心血管病变是 CKD 患者常见的并发症和最主要的死因，死亡率占尿毒症死因的 45%~60%。大部分慢性肾衰竭患者有不同程度的高血压。多因水钠潴留引起，也可因血浆肾素增高所致。

（六）非透析疗法的原则与内容

2. 维持水、电解质平衡，纠正酸中毒（2023 年变）

2022 年：在无水肿、钠潴留及高血压的患者，每天盐摄入量不超过 6~8g。如有明显水肿、高血压，钠摄入量限制在 2~3g/d（氯化钠摄入量 5~6g/d）。慢性肾功能不全患者常有高血钾，应积极处理。当血钾 $>5.5\text{mmol/L}$ 时，可用聚磺苯乙烯（降钾树脂）口服。患者如有酸中毒亦应积极纠正。

2023 年：合并高血压或水肿时，钠摄入量 $<2\text{g/d}$ （氯化钠摄入量 $<5\text{g/d}$ ）。当 GFR 下降至 $20\sim 25\text{ml}/(\text{min}\cdot 1.73\text{m}^2)$ 或更低时，易出现高血钾，应积极处理，同时避免使用可引起高钾血症的药物，如 ACEI/ARB、保钾利尿剂等。当血钾 $>5.5\text{mmol/L}$ 时，可用聚磺苯乙烯（降钾树脂）口服。患者如有酸中毒，亦应积极纠正。

第十章 女性生殖系统

第二节 病理妊娠

二、早产

（三）诊断与鉴别诊断

1. 诊断（2023 变）

2022：伴宫颈展平 $\geq 80\%$ ，子宫颈扩张 1cm 以上，诊断为早产临产

2023：伴宫颈的进行性改变，子宫颈扩张 1cm 以上，宫颈容受 $\geq 80\%$ ，诊断为早产临产

第三节 妊娠合并内、外科疾病

三、妊娠期糖尿病

（二）临床表现及诊断

4. 妊娠期糖尿病的诊断 (大变)

第十一章 血液系统

第三节 输血

一、常见血液成分的特性和临床应用

(一) 全血 (2023 新增)

2022: 全血输注作为临床治疗……。

2023: 全血输注作为临床治疗……占比已低于 1%。

(六) 去除白细胞的血液成分 (2023 变)

2022: 其主要用于: ①多次妊娠或反复输血已产生白细胞抗体引起发热反应的患者; ②需长期反复输血的患者。

2023: 其主要用于: ①多次妊娠或反复输血患者; ②非溶血性发热输血反应患者。

第十二章 内分泌系统

无变化

第十三章 精神、神经系统

第二节 精神障碍

(六) 精神障碍分类与诊断

1. 精神障碍分类 (2023 年删除)

2022: 2019 年 4 月 ICD-11 也由 WHO 正式公布的 ICD-10 精神与行为障碍的主要分类如下

2023: 由 WHO 正式公布的 ICD-10 精神与行为障碍的主要分类如下

二、精神分裂症 (2023 变动, 涉及处较多)

2022 年: 副作用

2023 年: 不良反应

第十四章 运动系统

无变化

第十五章 儿科疾病

第一节 新生儿与新生儿疾病

一、新生儿分类

1. 根据出生时胎龄分类 (2023 年新增)

2022 年: 早产儿可再分为: 胎龄 $34^{+0} \sim 36^{+6}$ 周者为晚期早产儿, 胎龄 $28^{+0} \sim 31^{+6}$ 者为极早产儿, 胎龄 <28 周为超早产儿。

2023 年: 早产儿可再分为: 胎龄 $34^{+0} \sim 36^{+6}$ 周者为晚期早产儿, 胎龄 $32^{+0} \sim 33^{+6}$ 周者为中期早产儿, 胎龄 $28^{+0} \sim 31^{+6}$ 者为极早产儿, 胎龄 <28 周为超早产儿。

2. 根据出生体重分类 (2023 年变动)

2022 年: ①正常出生体重儿: 是指出生体重在 2500~3999g 的新生儿。

⑤巨大儿: 是指出生体重 ≥ 4000 g 的新生儿。

2023 年: ①正常出生体重儿: 是指出生体重在 2500~4000g 的新生儿。

⑤巨大儿: 是指出生体重 >4000 g 的新生儿。

四、新生儿黄疸

(五) 治疗 (2023 年变动)

2022 年: 核黄疸

2023 年: 胆红素脑病

第五节 儿童消化系统疾病

儿童腹泻病

(二) 临床表现 (2023 年变动)

2022 年: D. 低钙血症和低镁血症: 指血清钙 <1.85 mmol/L, 血清镁 <0.58 mmol/L。

2023 年: D. 低钙血症和低镁血症: 指血清钙 <1.75 mmol/L, 血清镁 <0.58 mmol/L。

(五) 儿童液体疗法

2. 水、电解质、酸碱平衡紊乱的定义和临床表现

4) 低钙、低镁血症: (2023 年变动)

2022 年: 血钙 <1.85 mmol/L, 血镁 <0.58 mmol/L, 二者常同时存在。

2023 年: 血钙 <1.75 mmol/L, 血镁 <0.58 mmol/L, 二者常同时存在。

第六节 儿童呼吸系统疾病

二、儿童肺炎

(二) 急性支气管炎

1. 临床表现

(3) 重症肺炎的表现

2) 神经系统: (2023 年删除)

2022 年: ⑥脑膜刺激征阳性, 脑脊液检查除压力增高外

2023 年: ⑥脑脊液检查除压力增高外

第十六章 传染病

第一节 病毒性肝炎

(一) 临床表现

2.慢性感染 (2023 变动)

2022 年: 或原有乙型、丙型、丁型肝炎或 HBsAg 携带史

2023 年: 或原有乙型、丙型、丁型、戊型肝炎或 HBsAg 携带史

第十七章 性传播疾病

第二节 梅毒

三、诊断与治疗

1.实验室诊断依据 (2023 变动)

2022 年: (4) 若脐血或新生儿血中 RPR 高于母血 4 倍, 可诊断新生儿受染

2023 年: (4) 若脐血或新生儿血中 RPR 或 TRUST 高于母血 4 倍, 可诊断新生儿

受染

第十八章 其他

无变化