



题号	临床执业医师 实践技能 第一站
3	<p>病例分析: 男,45 岁。消瘦 3 个月, 患者 3 个月前开始无明显诱因出现消瘦, 体重在 3 个月内下降 10 公斤, 伴烦效证件渴、多饮, 日饮水约 3000ml, 日间无明显尿量增多, 夜间排尿次数较前增加, 约 24 次, 无尿急、尿痛及排尿困难。平素工作紧张、应酬多、运动少, 喜甜食和油腻食物。父亲患有 2 型糖尿病查体:T36.3℃, P76 次分, R16 次/分, BP130/80mmHg。身高 165cm, 体重 78kg。口唇及舌黏膜较干燥。双肺呼吸音清晰, 未闻及干湿性啰音。心率 76 次/分, 律齐, 心音正常, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。实验室检查: 尿糖(+), 尿酮体(-), 尿蛋白(-)。</p> <p>解析: 2 型糖尿病</p>
4	<p>病例分析: 女,34 岁, 下腹痛伴发热 1 天患者平素月经规律, 无痛经, 末次月经 6 天前, 1 天前出现下腹持续性坠痛, 向腰骶部放射, 伴发热, 体温最高 39.6℃。自服“阿莫西林胶囊”2 粒, 无改善, 急诊入院。查体:T39.2℃, P100 次分, R20, BP106/60, 心率 100 次分。腹软, 移动性浊音(-), 肠鸣音正常。妇科检查: 外阴: 经产式; 阴道: 脓性分泌物多, 有异味; 宫颈: 充血, 举痛(+), 宫颈管有脓性分泌物; 宫体: 前位, 稍大, 质中, 活动可, 有压痛; 附件: 右侧增厚, 有压痛, 左侧未触及明显异常。实验室检查: 血常规: Hb 100g/L, WBC14.0×10^9 L, N0.90, Plt210×10^9 L 尿 hCG 检测(-) 妇科 B 超见异常。</p> <p>解析: 急性盆腔炎</p>
5	<p>病史采集: 女孩,7 岁。发热 3 天, 皮疹 2 天, 门诊就诊</p> <p>(一) 现病史 (10 分)</p> <p>(1) 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>①发病诱因: 有无劳累、外伤和感染。</p> <p>②发热: 程度、热型, 有无寒战。</p> <p>③皮疹: 出疹顺序, 几天出齐, 皮疹的颜色, 形状。</p> <p>④伴随症状: 有无咳嗽、头痛、呕吐有无乏力、盗汗, 有无咯血、胸痛、呼吸困难, 有无头痛和肌肉酸痛</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>①是否医院就诊过, 做过哪些检查</p> <p>②治疗情况: 用药哪些药物疗效如何</p> <p>3. 一般情况</p> <p>发病以来睡眠、饮食、大小便、体重等情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>①出生史, 喂养史, 生长发育情况。</p> <p>②有无药物过敏史。预防接种史。</p> <p>③与该病有关的其他病史: 有无类似发作史, 有无传染病接触。</p>

6	<p>案例分析: 女,34 岁,下腹痛伴发热 1 天,末次月经 6 天前,1 天前出现下腹持续性坠痛,向腰骶部放射,伴发热,体温最高 39.6℃。自服“阿莫西林胶囊”2 粒,无改善,急诊入院。查体:T39.2℃,P100 次分,R20 次/分,BP106/60mmHg,营养中等,心率 100 次分,腹软,肝脾肋下未触及,下腹有压痛,移动性浊音(-)。妇科检查:外阴:经产式:阴道:脓性分泌物多,有异味;宫颈:充血,举痛(+),宫颈管有脓性分泌物;宫体:前位,稍大,质中,活动可,有压痛;附件:右侧增厚,有压痛,左侧未触及明显异常。实验室检查;血常规:Hb10g/L,WBC14.0×10⁹ L,N0.90,Plt210×10⁹ L 尿 hCG 检测(-)妇科 B 超:子宫及双附件未见明显异常。</p> <p>解析: 急性盆腔炎</p>
7	<p>案例分析: 女 50 岁 阴道不规则血性分泌物 4 月 伴有恶臭 阴道栓塞治疗无效果 来院就诊阴道检查可见洗肉样分泌物, 子宫口菜花样 中央有溃疡 右侧韧带有结节。查血 Hb87 RBC3.7 WBC9.5 Plt375</p> <p>解析: 宫颈癌</p>
8	<p>病史采集: 男性, 25 岁, 发热, 咳嗽, 咳痰 4 天门诊就诊;</p> <p>一、现病史</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、劳累。</p> <p>(2) 发热: 程度和热型, 有无寒战。</p> <p>(3) 咳嗽: 性质、音色、程度, 发生的时间和规律, 加重或缓解因素。</p> <p>(4) 咳痰: 痰的性状和量。</p> <p>(5) 伴随症状: 有无乏力、盗汗, 有无咯血、胸痛、咽痛、呼吸困难, 有无头痛和肌肉酸痛。</p> <p>2.诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p> <p>3.一般情况: 近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>二、其他相关病史</p> <p>1.有无药物过敏史。</p> <p>2.与该病相关的其他病史: 有无慢性肺部疾病、心脏病病史。有无传染病接触史。工作性质及环境, 有无烟酒嗜好。</p> <p>案例分析: 男性, 38 岁, 反复上腹痛 10 年, 再发一周, 黑便 2 天。 患者 10 年前冬季出现上腹痛, 多为饥饿痛, 无放射体反酸, 进食后症状减轻, 此后常于季节交替后出现, 口服雷尼替丁后症状可以减轻, 一周前因为进食不当</p>

	<p>再次出现上述的症状, 因为工作较忙未及时就诊, 两天出现黑色不成形大便 4 次, 总量约 1000ml 左右, 自觉腹痛减轻, 但感到头晕、心悸, 发病以来食欲睡眠尚可, 体重没有减轻, 否认肝胆疾病, 近期没有服用药物, 没有过敏史, 外伤史偶尔饮酒, 吸烟 5 年, 10 支/日。</p> <p>T 36.度 P/100 次分, R/22/分, BP95/60mmHG 神志清, 查体合作, 贫血貌 皮肤未见血点和蜘蛛痣, 没见肝掌浅表淋巴结未触及肿大, 巩膜无感染双肺呼吸清晰, 心界不大, 心率 100 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音, 腹平软, 剑突下深压痛, 无反腹痛, 没触及包块, 肝脾肋骨下未触及, MUMPHY 征阴性, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 8 次每分, 双下肢无水肿。血常规,Hb90g/L RBC3.2*10¹²/L wbc 9.8*10⁹ 的 9 次方/L NO.070 0.30 PLT250*10⁹ 的 9 次方/L 粪常规黑色不成形, 镜检 - 隐血+</p> <p>解析: 上消化道出血 十二指肠溃疡出血 失血性贫血</p>
<p>9</p>	<p>病史采集: 女、8 岁, 发热、咳嗽 3 天 男性, 25 岁, 发热, 咳嗽, 咳痰 4 天门诊就诊;</p> <p>一、现病史</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、劳累。</p> <p>(2) 发热: 程度和热型, 有无寒战。</p> <p>(3) 咳嗽: 性质、音色、程度, 发生的时间和规律, 加重或缓解因素。</p> <p>(4) 伴随症状: 有无咳痰、乏力、盗汗, 有无咯血、胸痛、咽痛、呼吸困难, 有无头痛和肌肉酸痛。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p> <p>3. 一般情况: 近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>二、其他相关病史</p> <p>1. 出生史, 喂养史, 生长发育情况。</p> <p>2. 有无药物过敏史。预防接种史。</p> <p>3. 与该病有关的其他病史: 有无类似发作史, 有无传染病接触。</p> <p>病例分析: 病例分析: 女, 8 岁, 底伴食就减退, 消瘦 1 个月者 1 个月前无明显诱因出现腹胀, 逐渐加重, 伴食欲减退, 消瘦。无阴道流血, 已的经 15 年。28 岁结, GP1=1 年前妇科查体无明显异常。否认消化、呼吸, 心血管系统疾病及结核病史查体 7370°C, P68 次/分, R20 次/分, BP110/70mmHg。一般状况差。全身浅表淋巴结未触</p>

	<p>及,心肺检查未见异常,腹部膨隆,左下腹触之饱满,深压痛(+无反跳痛,肝肋下未触及,移动性浊音(+). 如科检查:外阴已产式,阴道光滑通畅,宫颈及宫体缩小。左附件区可触 5cmx4cm 实性肿物,表面凹凸不平,活动差,右附件区未触及异常,宫骶带有教在结节状物,无触痛。直肠黏膜光滑,指套无染血。</p> <p>解析: 卵巢癌</p>
11	<p>病史采集: 女 46 岁, 关节炎疼痛。门诊就诊, 间断出现头枕部皮下求??2 年</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无外伤、手术、过度劳累, 有无呼吸道感染。</p> <p>(2) 关节痛: 有无局部皮肤发红和皮温升高, 有无肿胀, 与关节活动的关系, 发展情况, 有无功能障碍, 加重或缓解因素。</p> <p>(3) 伴随症状: 有无乏力, 心悸、气促, 有无皮肤红斑, 有无其他关节肿痛, 有无晨僵。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、血沉、C 反应蛋白、右膝关节 X 线片。(</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抗菌药物及退热、止痛药物治疗, 疗效如何。</p> <p>3. 一般情况</p> <p>近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无风湿性关节炎和类风湿关节炎病史, 有无结核病史与结核病患者接触史。</p> <p>病例分析: 女, 65 岁。发热伴腰痛 3 天。患者 3 天前五明显诱因突起畏寒、寒战, 随后发热, 服用“退热药”(具体不详), 提问一度下降, 之后再次升高, 活动是感右侧腰痛, 为持续性胀痛, 无阵发性加重。尿频, 白天感全身乏力、恶心, 无呕吐、腹痛、腹泻。发病以来睡眠差, 出现血糖升高 5 年, 未规律治疗。五烟酒嗜好。配偶及子女无**史。查体: T38.7℃, P102 次/分, R20 次/分, BP135/85mmHg, 未见出血点和皮疹。浅表淋巴结未触及肿大。颜面无水肿, 结膜无黄染, 甲状腺不大。双肺未闻及干湿性啰音。心界不大, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软, 无压痛, 肝脾肋下未触及肿大, 移动性浊音阴性。右肾区叩击痛 (+)。双下肢无水肿。实验室检查: 血常规: Hb112g/L, RBC3.65x10¹²/L, Plt276x10⁹/L。尿常规: RBC10-15/HP, WBC40-50/HP, 酮体 (-), 亚硝酸盐 (+)。粪常规 (-)。</p> <p>解析: 急性肾盂肾炎 2 型糖尿病</p>

14	<p>病例分析: 男, 75 岁。进行性排尿困难 5 年, 不能排尿 4 小时, 患者 5 年前无明显诱因逐渐出现排尿困难, 伴尿频、尿急、夜尿次数增多, 严重时每晚 4~6 次, 偶伴有尿失禁, 无血尿 1 年前曾在感冒后出现过一次严重的排尿困难, 排尿呈滴沥状, 住发热, 到医院诊, 诊断为“急性前列腺炎”) 给予抗炎(具体不详)治疗缓解。近半年尿困难明显加重, 排尿费力。4 小时前出现不能排尿(发病以来睡眠差。查体: T36℃, P80 次/分, R18 次/, BP140/85mmhg。神志清楚, 表情痛苦。颜面无水肿, 浅表淋巴结未触及肿大。专科查体: 双肾区无明显叩击痛膀胱区隆起, 外生殖器正常。直肠指诊: 膀胱极度充盈, 膀胱内尿量约 100ml, 膀胱内可见 1 枚强回声光团, 后伴声影, 直径约 15cm, 位置随体位改变而改变。</p> <p>解析: 良性前列腺增生症 急性尿潴留 膀胱结石</p>
15	<p>病史采集: 女, 59 岁。剪短咳嗽、咳痰、痰中带血 3 年。</p> <p>一、问诊内容</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、劳累、上呼吸道感染。</p> <p>(2) 咯血: 痰中带血的量和颜色。此次咯血的急缓、性状和量。</p> <p>(3) 咳痰: 痰的性状和量, 有无异味。有无季节性, 加重或缓解因素。</p> <p>(4) 咳痰: 痰的性状和量。</p> <p>(5) 伴随症状: 有无发热、盗汗, 有无心悸、晕厥、呼吸困难, 有无其他部位出血, 有无双下肢水肿。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、胸部 X 线片(或胸部 CT)、支气管镜。</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抗菌药物、止咳、祛痰及止血药物治疗, 疗效如何。</p> <p>3. 一般情况发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无幼年呼吸道感染病史(麻疹肺炎、百日咳等), 有无肺结核、心脏病、肝病、肾病及血液病病史。工作性质及环境, 有无烟酒嗜好。月经史。婚育史。</p>
16	<p>病史采集: 男, 16 岁。发热, 咽痛伴有咳嗽 5 天门诊就诊</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问 (7 分)</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、劳累。</p> <p>(2) 咳嗽: 性质、音色、程度, 发生的时间和规律, 加重或缓解因素。</p> <p>(3) 咽痛: 性质、程度, 加重或缓解因素(与吞咽的关系)。</p> <p>(4) 伴随症状: 有无咳痰、乏力、盗汗, 有无咯血、胸痛、呼吸困难, 有无头痛和肌肉酸痛。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p>



	<p>3.一般情况: 近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>二、其他相关病史</p> <p>1.有无药物过敏史。</p> <p>2.与该病相关的其他病史: 有无慢性肺部疾病、心脏病病史。有无传染病接触史。有无烟酒嗜好。</p>
17	<p>病例分析: 男,57岁,右上腹痛3个月,发热10天患者3个月前无明显诱因出现右上腹持续性胀痛,无放射,逐渐加重,未诊治10天前发热,体温最高达37.8℃,伴乏力、腹胀、纳差、尿少、尿黄。无咳嗽痰。近日自觉腹围较前增加,发病以来睡眠不佳,大便如常,体重下降4kg。既往发现HBsAg(+)10年,无烟酒嗜好。无遗传病家族史查体:T37.4℃,P90次/分,R18次/分,BP100/70mmHg.巩膜轻度黄染胸前可见蜘蛛痣,浅表淋巴结未触及肿大。双肺未闻及干湿性啰音,心界不大,心率90次/分,律齐,腹部膨隆,脐周可见静脉曲张,无压痛及反跳痛,肝肋下3cm,到突下4cm,质硬,无触痛,Murphy征(-),脾肋下3cm,移动性浊音(+).双下肢轻度凹陷性水肿实验室检查:血常规:Hb128g/L,RBC4.7×10¹²几L,wBC24×10⁹。几几L,N065P60=10L,两席规:镜检(-),隐血(-)。血总胆红素38.5mol/L,直接胆红素23.2ym/L,自蛋白28g/L,球蛋白38g/L,ALT60U/L,AST98UL,PT14.5秒(对照13秒),HBAg(+),AFP412ng/ml部B超:肝右叶近肝门见一大小约70cm×5.5cm病变,边界不清,内部回声。</p> <p>解析: 原发性肝癌 乙肝后肝硬化</p>
20	<p>病史采集: 男46岁,乏力腹痛2年,呕血黑便6小时急诊,大量饮酒15年。</p> <p>(一) 现病史(10分)</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、饮食不当(不洁饮食、进食刺激性食物)、饮酒、劳累、精神因素及服用药物。</p> <p>(2) 腹痛: 性质、程度、规律、持续时间,有无放射及转移,加重或缓解因素。</p> <p>(3) 呕血: 次数及量,呕吐物的颜色。是否混有食物。</p> <p>(4) 黑便: 次数,大便性状及量。</p> <p>(5) 伴随症状: 有无发热、头晕、心悸、出汗、反酸。</p> <p>2.诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊,做过哪些检查: 血常规、粪常规及隐血试验、胃镜。(1分)</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抑酸剂、抗酸剂、黏膜保护剂治疗,疗效如何。</p> <p>3.一般情况发病以来饮食、睡眠、小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1.有无药物过敏史。</p> <p>2.与该病有关的其他病史: 有无类似发作史,有无消化性溃疡、肿瘤、慢性肝病</p>



	<p>病史。有无肿瘤家族史。</p> <p>病例分析：男 73，间断性呼吸困难 2 年，加重 3 月，2 年前劳累后气短乏力，轻度咳嗽，休息 2-3 小时缓解，近 3 个月呼吸困难，咳嗽加重，轻度活动后胸闷、憋气，不能缓解，双下肢水肿，无咳血胸痛，食欲差，睡眠差，偶盗汗，大小便正常，无过往病史，吸烟 48 年。37.5 摄氏度，P98，R20,BP130/75，颈静脉怒张，双肺呼吸音弱，心界扩大，腹略膨隆，质软，无压痛，双下肢轻度凹陷性水肿。心影呈烧瓶状，可见心包钙化。</p> <p>解析：结核性心包炎 双侧胸腔积液</p>
21	<p>病史采集：女 20 岁，心悸，消瘦 2 周</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别问诊</p> <p>(1) 病因、诱因：有无受凉、精神紧张、生活不规律，有无服用药物</p> <p>(2) 消瘦：体重下降的程度与速度</p> <p>(3) 多汗：程度。部位及发生的时间</p> <p>(4) 心悸：发生的时间、脉率快慢，是否规整，加重或缓解因素。</p> <p>(5) 伴随症状：有无怕热、颈部变粗，眼部不适或突眼，有无情绪改变。</p> <p>2.诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查：甲状腺功能、血糖、心电图、甲状腺 B 超。</p> <p>(2) 治疗用药情况：是否用过抗甲状腺药物治疗，疗效如何</p> <p>3.一般情况</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>二、相关病史</p> <p>1.有无药物食物过敏史</p> <p>2.与该病相关的病史：有无结核病、糖尿病、慢性腹泻、心脏病史，有无甲状腺功能亢进家族史。</p>
24	<p>病史采集：女孩，一岁三个月，发热惊厥 1 天，急诊入院！</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因：有无受凉、饮食不当。</p> <p>(2) 发热：程度、有无寒战。</p> <p>(3) 惊厥：持续时间、发作时间、发作表现，惊厥前的体温，发作时有无意识丧失、大小便失禁、发绀。</p> <p>(4) 惊厥停止后的精神状态。</p> <p>(5) 伴随症状：有无咳嗽、头痛、呕吐，有无皮疹。</p> <p>2.诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p> <p>3.一般情况</p> <p>近期精神状态、饮食、睡眠及大小便情况。</p> <p>(二) 其他相关病史 (3 分)</p> <p>1.出生史，喂养史，生长发育情况。</p> <p>2.有无药物过敏史。预防接种史。</p>

3. 与该病有关的其他病史: 有无类似发作史, 有无传染病接触。有无热性惊厥家族史。

病例分析: 女, 56 岁, 右上腹腹痛, 寒战, 高热 3 天, 有嗜睡, 大便颜色变浅, 尿黄, 既往有反复发作史, 禁食休息后自行缓解……

题干不全没有办法诊断

第二站: 基本操作: 18 号背部脂肪瘤换药!

换药:

换药前操作者应洗手, 戴好帽子和口罩

首先, 用手揭开固定的胶布, 然后移去外层敷料; 在放置敷料时应注意, 敷料的放置方法。

一般情况下敷料有两层, 分: 外层敷料和内层敷料; 在拆除患者敷料时: 外层敷料是直接用手揭下, 然后将敷料的内侧面面向上放入到污物碗中; 而内层敷料需要用镊子取出, 放置到污物碗中时, 要内侧面面向下放置。

拆除患者敷料后, 需要观察伤口情况; 观察时应向考官口述以下内容:

①观察伤口有无合并感染, 如: 脓性分泌物、红肿、坏死组织等; ②有无新鲜肉芽组织生长, 愈合情况是否良好; ③伤口内有无活动性出血等。

口述伤口情况后, 选用碘伏棉球由内向外消毒伤口, 消毒范围为距离伤口周围皮肤 3~5cm 的区域, 一共消毒 2 遍。若伤口有分泌物, 可用生理盐水反复清洗。在消毒时, 一只镊子仅用于传递换药碗中物品, 另一镊子专用于接触伤口。

最后用无菌敷料覆盖并固定。贴胶布方向, 应与肢体或躯干长轴垂直, 长短适宜。

体格检查 25 号: 甲状腺检查, 肺部间接叩诊, 腹部包块触诊

体检: 甲状腺检查

甲状腺触诊

触诊: 甲状腺较小(如 I 度肿大)时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。

甲状腺较大(如 II 度及以上肿大)时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

肺部间接叩诊 1. 以左中指的第一、二节作为叩诊板指, 平紧贴于叩击部位表面, 右手中指以右腕关节和指掌关节活动叩击左手中指第二指骨的前端或第一、第二之间的指关节。

2. 顺序正确: 首先检查前胸, 由锁骨上窝开始, 自第一肋间隙从上至下逐一肋间隙进行叩诊, 其次检查侧胸壁, 嘱被检查者举起上臂置于头部, 自腋窝开始向下叩诊至肋缘。医学教育网搜集整理最后叩诊背部, 嘱被检查者向前稍低头, 双手交叉抱肘, 自上至下进行叩诊, 叩诊时应左右、上下、内外对比叩音的变化。

腹部包块触诊

腹部包块触诊主要是做腹部的深部触诊和双手触诊

触诊前, 被检者应取仰卧位, 双腿屈曲, 充分暴露腹部, 检查者站立于右侧。

检查者右手掌从被检者从正常区域向包块开始, 做深部滑行触诊, 力度要使腹壁



	<p>压陷 2cm 以上, 然后指端逐渐移向包块, 滑动方向应与包块长轴垂直。</p> <p>注意事项:</p> <p>若包块不易触及时, 可作双手触诊, 检查者将左手置于包块后部, 并将包块向右手方向推动, 再以右手感知包块性质。</p> <p>容易触及包块后, 应注意包块的位置、大小、形态、硬度、移动度、有无触痛、搏动感等。</p>
25	<p>病例分析: 男性, 38 岁。反复上腹痛 10 年, 再发 1 周, 黑便 2 天患者 10 年前于冬季开始出现上腹痛, 多为饥饿痛, 有夜间痛, 无放射, 伴反酸, 进食后症状可以减轻。此后常于季节交替时出现上述症状, 口服“雷尼替丁”后症状可缓解。1 周前因进食不当, 再次出现上述症状, 因工作较忙未及时就诊。2 天来出现黑色不成形便共 4 次, 总量约 1000ml 左右, 自觉腹痛减轻, 但感头晕、心悸力。发病以来, 食欲、睡眠尚可, 体重无减轻。否认肝胆疾病史, 近期末服用药物, 无药物过敏史及手术、外伤史。偶饮酒, 吸烟 5 年, 10 支/日查体: T36.0℃, P100 次/分, R22 次/分, BP95/60mmHg。神志清, 查体合作贫血貌, 皮肤未见出血点及蜘蛛痣, 未见肝掌, 浅表淋巴结未触及肿大。巩膜无黄染。双肺呼吸音清晰, 心界不大, 心率 100 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音腹平软, 剑突下深压痛, 无反跳痛, 未触及包块, 肝脾肋下未触及, Murphy 征阴性移动性浊音阴性, 肠鸣音 8 次/分。双下肢无水肿。实验室检查: 血常规: Hb90g/L, RBC3.2×10^{12} 几 L, WBC9.8×10^9 几 L, NO.70L0.30, Plt250×10^9 L。粪常规: 黑色不成形便, 镜检(-), 隐血(+)</p> <p>解析: 上消化道出血 十二指肠溃疡出血 失血性贫血</p>
28	<p>病史采集: 男 52 岁, 左上腹痛伴腹胀 4 小时, 急诊。</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无饮食不当(不洁饮食、进食刺激性食物)、劳累及精神因素, 近期服药情况。</p> <p>(2) 腹痛: 性质、程度, 与排便的关系, 有无放射痛及放射部位, 加重或缓解因素。</p> <p>(3) 腹胀: 程度, 加重缓解因素</p> <p>(4) 伴随症状: 有无发热、盗汗、头晕、乏力, 有无腹胀、恶心、呕吐。</p> <p>2. 诊疗经过 (2 分)</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、粪常规及隐血试验、肿瘤标志物, 结肠镜或结肠钡剂造影。(1 分)</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抗菌药物治疗, 疗效如何。</p> <p>3. 一般情况: 发病以来饮食、睡眠及小便情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无结核病、炎症性肠病、细菌性或阿米巴痢疾、肠</p>

	<p>道肿瘤病史。有无疫区居住史。有无手术、外伤史。有无肿瘤家族史。</p>
29	<p>病史采集: 女,70 岁。左上腹痛伴腹泻 1 个月, 门诊。</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无饮食不当(不洁饮食、进食刺激性食物)、劳累及精神因素, 近期服药情况。</p> <p>(2) 腹痛: 性质、程度, 与排便的关系, 有无放射痛及放射部位, 加重或缓解因素。</p> <p>(3) 腹泻: 每日排便次数、粪便量及性状(需询问有无形状改变、便血及脓液), 有无里急后重。</p> <p>(4) 伴随症状: 有无发热、盗汗、头晕、乏力, 有无腹胀、恶心、呕吐。</p> <p>2. 诊疗经过(2 分)</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、粪常规及隐血试验、肿瘤标志物, 结肠镜或结肠钡剂造影。(1 分)</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抗菌药物治疗, 疗效如何。</p> <p>3. 一般情况: 发病以来饮食、睡眠及小便情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无结核病、炎症性肠病、细菌性或阿米巴痢疾、肠道肿瘤病史。有无妇科疾病病史。有无疫区居住史。有无手术、外伤史。有无肿瘤家族史。</p>
31	<p>病史采集: 女,70 岁。车祸后短暂神志不清、失忆 3 小时, 急诊就诊。</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 受伤情况: 受伤过程、具体部位和程度。</p> <p>(2) 意识障碍(神志不清): 发生的时间、程度、持续时间及其演变过程。</p> <p>(3) 有无呼吸、脉搏、血压变化。</p> <p>(4) 伴随症状: 有无呕吐(是否喷射性)、四肢抽搐、外耳道和鼻孔流血(或液), 有无肢体活动障碍。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p> <p>3. 一般情况</p> <p>近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p>

	<p>2. 与该病有关的其他病史: 有无癫痫、高血压及心脏病病史, 有无精神神经系统疾病家族史。</p> <p>病例分析: 男, 65 岁。发作性胸痛 3 天, 加重 4 小时</p> <p>边者 3 天前劳累时出现心前区钝痛, 放射至颈部和左上臂, 持续 5~10 分钟, 硝酸甘油片 5 分钟后缓解, 未就诊。4 小时前上述症状加重, 呈持续性压榨样剧痛, 伴胸闷、心悸、恶心, 无呕吐, 含服硝酸甘油 2 片后无缓解, 遂送来急诊。发前以来无发热及咯血, 大小便正常, 既往无高血压及糖尿病病史。吸烟史 40 年, 约 20 查体: T36.7°C, P58 次/分, R18 次/分, BP120/70mmHg, 神志清楚。口唇无发绀, 颈静脉无怒张。双肺呼吸音清, 未闻及干、湿性啰音, 心界不大, 心率 8 次/分, 心律不齐, 心音减弱, 未闻及杂音。腹平软, 肝脾肋下未触及。双下肢无水肿。</p> <p>实验室检查: 肌钙蛋白 T(cTnT) 1.0ng/ml (正常值 < 0.05ng/ml)。HDL-C 53mmol/L, LDL-C 1.9mmol/L</p> <p>解析: 冠心病 急性下壁心肌梗死 二度二型房室传导阻滞</p>
32	<p>病例分析: 女, 29 岁。劳累后胸闷、气促 6 个月, 加重 2 周。患者近 6 个月来常于劳累、精神紧张时出现胸闷、气促, 偶有无咳嗽、咳痰和胸痛。近 2 周因工作劳累胸闷、憋气较前加重。2 卧, 咳嗽、咳少量白色泡沫痰, 无下肢水肿, 遂来院诊治。既往有史。未婚, 月经正常。无烟酒嗜好。无高血压、心脏疾病家族史。查体: T36.5°C, P106 次/分, R20 次/分, BP130/60mmHg 未见出血点和皮疹, 浅表淋巴结未触及肿大, 巩膜无黄染, 甲状腺及少许湿啰音, 心界向左下扩大, 心率 106 次/分, 律齐, 心尖隆样杂音, 主动脉瓣第二听诊区可闻及舒张期叹气样杂音。腹平触及, 双下肢无水肿。要求: 根据以上病历摘要, 请将初步诊断、诊断依据(如有两</p> <p>解析: 主动脉瓣关闭不全</p>

33	<p>病情分析:男,28 岁。发热伴咳嗽、活动后气短 3 个月,加重 1 月,患者 3 个月前无诱因出现午后潮热,体温 38.7℃,嗽、咳少量白痰及盗汗,当地医院按“上感”治疗,咳嗽未见好转,体温在 37.3℃-37.8℃,咳嗽逐渐加重,干咳为主,偶有须中带血丝,伴活动后气短、乏力,且进行性加重。1 周来不能平卧,无腹胀、腹痛。发病以来神差,食欲欠佳,大便正常,尿量减少,体重下降 3kg。特殊查体:T37.5℃,P116 次分,R22 次/分,BP90/70 mmHg。半卧位,口唇无发绀。颈静脉怒张。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,心界向两侧扩大,心率 116 次/分,律齐,心音低而遥远,未闻及心脏杂音。腹平软,肝肋下 2cm,无压痛,肝颈静脉回流征(+).脾肋下未触及,移动性浊音阴性。双下肢轻度凹陷性水肿。气时脉搏减弱。胸部 X 线片:左上肺可见小片状及斑点状阴影,心影明显向两侧扩大</p> <p>解析:左上肺浸润性肺结核、结核性心包炎</p>
34	<p>病情分析:男,20 岁,处伤罗右房痛,呼吸困难,咯血 1 小时者 1 小时前在乘坐高速大巴车时,因紧急阿车,右胸撞在座椅靠背上,随即感到右前胸剧烈疼痛,咯血数口,呼吸困难,随后呼吸困难逐渐加重,立即送来医院。既往体健,无手术、外伤史及药物过敏史查体:T37.3℃,P128 次/分,R30 次/分,BP92/60 mmHg,神志清楚,口发绀。气管明显向左侧偏移,颈、胸部可触及广器气部右膨隆,轻触痛无骨擦感,叩诊(F 呼吸音消失。心界不大,心率 128 次/分,律齐,各膜听诊区未闻及杂音,腹部平软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,肠鸣音正常。四肢活动正常,Babinsky 征阴性胸部 X 线片:胸部度学明显,右肺被压缩 90%以上,纵明显左移,肋骨折,双侧助隔...</p> <p>解析:胸部闭合性损伤,右侧张力性气胸</p>
35	<p>病情分析:男 65 岁,反复咳嗽,咳痰痰中带血 15 年,发热 5 天。15 年前感冒后发热、咳嗽、黄粘痰,痰中带血。胸片提示肺部感染,按肺炎治疗有所好转,3 天前受凉咳嗽加重,黄浓痰,有臭味,发热,气喘,无带血。精神状态差,吸烟 30 年,15-20 只每天,戒烟已 10 年,T38.1, P87,R23,消瘦,精神差,双手可见杵状指。胸部 ct,右肺中叶及双肺下叶多发囊性阴影,可见双轨征,双下肺散在斑片状模糊影。</p> <p>解析:双侧支气管扩张 双肺炎</p>

37	<p>病史采集: 男,50 岁。便血 2 个月,门诊就诊。</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无劳累、饮食不当(不洁饮食、进食刺激性食物)、服用药物(1 分)。</p> <p>(2) 便血: 量, 间歇性或持续性, 有无黏液、脓液, 血与粪便是否相混。</p> <p>(3) 伴随症状: 有无恶心、呕吐、呕血、腹痛、腹泻或便秘, 有无肛门疼痛、里急后重(2.5 分)。有无发热、头晕、心悸。</p> <p>2.诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p> <p>3.一般情况</p> <p>发病以来饮食、睡眠、小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1.有无药物过敏史。</p> <p>2.与该病有关的其他病史: 有无细菌性痢疾、痔、肛裂、炎症性肠病病史。有无疫区居住史。有无肿瘤家族史。</p> <p>病例分析: 女,31 岁。干咳伴发热 2 个月患者 2 个月前无明确诱因出现干咳和发热,体温 37.5℃-38.3℃,发热多于午后出现,体温可自行下降,但不能降至正常,伴乏力、食欲减退、盗汗。先后多次口服感冒药,疗效甚微当地医院疑诊“肺炎”,给予“头孢类”抗生素治疗,病情仍无明显好转发病以来,精神、睡眠及大小便无明显异常,体重下降 2kg。未婚,未育,月经史无特殊。父母健在。查体:T379℃,P88 次/分,R18 次/,BP126/68mmhg。慢性病容,瘦长体型,颈静脉无怒居中。右上肺呼吸音较低,实验室检查:血常规:RBC3.8×10^{12} 几 L,Hb102gL,WBC7.4×10^9 L,L0.42No55,Pit272x10/L:ESR54mm/h 胸部 X 线片:右上肺大片高密度不均匀影,有小空洞形成。</p> <p>解析: 右上肺结核</p>
39	<p>病例分析: 男 67 岁, 突发语言不利伴右侧肢体无力 2 小时, 2 小时前突然右侧肢体无力, 跌倒, 语言含糊, 四肢抽搐, 恶心呕吐大小便失禁。高血压 30 年, 最高血压 150/110,脑梗 4 年, 查体 36.8 摄氏度, P78,R18, BP130/80 左, 140/8 右, 嗜睡, 构音不清, 心电图未见异常。</p> <p>解析: 脑出血</p> <p>陈旧性脑梗死</p> <p>高血压, 极高危</p>



41	<p>病史采集: 男 36 岁, 反复上腹痛 2 年, 呕吐三天, 急诊。</p> <p>(一) 现病史 (10 分)</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问 (7 分)</p> <p>(1) 发病诱因: 有无剧烈运动、突然改变体位、用力排便。(2 分)</p> <p>(2) 腹痛: 性质、程度、持续时间, 有无放射, 与体位的关系, 加重或缓解因素。(2 分)</p> <p>(3) 呕吐: 次数、量, 呕吐物性状、气味, 呕吐与恶心的关系。(1 分)</p> <p>(4) 伴随症状: 有无寒战、发热、头晕、心悸、大汗、腹泻, 有无阴道流血。(2 分)</p> <p>部位、性质、程度 (次数、缓急)、时间规律, 影响因素。</p> <p>2. 诊疗经过 (2 分)</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 腹部 B 超、血常规。(1 分)</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过止痛药、止吐药治疗, 疗效如何。(1 分)</p> <p>3. 一般情况: 发病以来精神状态、饮食及小便情况。(1 分)</p> <p>(二) 其他相关病史 (3 分)</p> <p>1. 有无药物过敏史。(0.5 分)</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无腹部手术史。(1.5 分)</p> <p>病例分析, 男 40 岁, 突发头痛呕吐意识模糊 1 小时, 一小时前排便后枕顶部炸裂剧烈疼痛, 恶心、喷射性呕吐 3 次, 面色苍白, 冷汗, 意识模糊, 吸烟 10 余年, 偶饮酒。查体 37.4 摄氏度, P82, R24, BP140/90, 体型肥胖, 查体不合作, 心率 82。专科查体, 亲昏迷, 双侧瞳孔等大 2.5MM, 对光反射迟钝, 眼球向左凝视, 双侧腱反射减弱。</p> <p>解析: 蛛网膜下腔出血</p>
42	<p>病史采集: 男 58 岁, 间断腹痛 3 年, 黑便 1 天就诊。</p> <p>(一) 现病史 (10 分)</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、饮食不当 (不洁饮食、进食刺激性食物)、饮酒、劳累、精神因素及服用药物。</p> <p>(2) 腹痛: 性质、程度、规律、持续时间, 有无放射及转移, 加重或缓解因素。</p> <p>(3) 黑便: 次数, 大便性状及量。</p> <p>(4) 伴随症状: 有无发热、头晕、心悸、出汗、反酸。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、粪常规及隐血试验、胃镜。(1 分)</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抑酸剂、抗酸剂、黏膜保护剂治疗, 疗效如何。</p> <p>3. 一般情况发病以来饮食、睡眠、小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无类似发作史, 有无消化性溃疡、肿瘤、慢性肝病病史。有无肿瘤家族史。</p>

44	<p>病史采集: 女, 45 岁, 右上腹绞痛 3 小时, 急诊就诊。既往有“胆石病”病史 3 年。</p> <p>(一) 现病史 (10 分)</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、饮食不当 (不洁饮食、进食刺激性食物)、饮酒、劳累、精神因素及服用药物。</p> <p>(2) 腹痛: 性质、程度、规律、持续时间, 有无放射及转移, 加重或缓解因素。</p> <p>(3) 伴随症状: 有无发热、头晕、心悸、出汗、反酸。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、粪常规及隐血试验、胃镜。(1 分)</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抑酸剂、抗酸剂、黏膜保护剂治疗, 疗效如何。</p> <p>3. 一般情况发病以来饮食、睡眠、小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无类似发作史, 有无消化性溃疡、肿瘤、慢性肝病病史。有无肿瘤家族史。</p>
45	<p>病例分析: 老年男性, 反复反酸烧心 5 年, 加重伴吞咽困难 2 月, 服用奥美拉唑, 症状缓解, 体重无改变, 食欲好, 辅助检查血常规正常, 胸片正常, 大便常规正常, 隐血阴性……诊断胃食管反流病, 我诊断成了反流性食管炎了, 不知道可不可以得分...</p> <p>解析: 胃食管反流病</p>

46	<p>病例分析: 女, 59 岁。头晕、乏力、活动后心悸 2 月余, 加重 1 周。患者 2 月余前无明显诱因出现头晕、乏力, 上三层楼时出现心悸, 需要中途休息, 同时家人发现其面色苍白, 无出血表现, 一直未予诊治。近 1 周来头晕、乏力加重, 发病以来, 饮食和睡眠正常, 不挑食, 大小便正常, 体重下降 5kg, 既往体健, 无胃病和肝、肾疾病病史。无烟、酒嗜好。5 年前绝经, 无阴道流血, 育有 1 子。无流产和早产史。无遗传病家族史。查体: T36.5℃, P105 次/分, R22 次/分, BP130/80mmHg。贫血貌, 皮肤未见出血点和皮疹, 浅表淋巴结未触及肿大。睑结膜苍白, 巩膜未见黄染, 口唇苍白, 舌乳头正常。双肺未见异常, 心界不大, 心率 105 次/分, 律齐。腹软, 上腹中部轻压痛。肝脾肋下未触及, 双下肢无水肿。实验室检查: 血常规: Hb76g/L, RBC3.1x10¹²/L, MCH24pg, MCHC28%, WBC7.8x10⁹/L, N0.70, L0.25, M0.05, Plt355x10⁹/L, 网织红细胞 0.013。尿常规 (-)。粪常规: 黄色成行, 镜检 (-), 粪隐血 (+), 血清铁蛋白 5ug/L, 总铁结合力 88umol/L。</p> <p>解析: 缺铁性贫血</p>
47	<p>病史采集: 女, 47 岁。双下肢水肿半年, 加重半个月, 门诊就诊, 既往有高血压; 要求: 作为住院医师, 请围绕以上简要病史, 将应该询问的患者现病史及相关</p> <p>(一) 现病史</p> <ol style="list-style-type: none">1. 根据主诉及相关鉴别询问<ol style="list-style-type: none">(1) 发病诱因: 有无劳累、受凉、感染、精神紧张。(2) 水肿: 首先出现的部位、时间及程度, 是否对称性, 是否凹陷性, 其他部位有无水肿。加重或缓解因素。(3) 伴随症状: 有无头晕、头痛、晕厥, 有无心悸、胸闷。有无咳嗽、咳痰、胸痛, 有无腹胀、腹痛。有无尿量及尿色改变2. 诊疗经过<ol style="list-style-type: none">(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。(2) 治疗情况。 <p>(二) 其他相关病史</p> <ol style="list-style-type: none">1. 有无药物过敏史。2. “冠心病”诊治情况。3. 与该病有关的其他病史: 有无高血压, 有无肝病、肾病、营养不良史, 有无血脂异常、糖尿病病史。有无冠心病家族史

48

病史采集: 男 44 岁 发作性心悸 4 月 加重 3 小时。

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因: 有无情绪激动、刺激性饮食、劳累、感染。

(2) 心悸: 发作频率及持续时间, 是否突发突止。加重或缓解因素。

(3) 伴随症状: 有无头晕、晕厥, 有无乏力、胸闷、胸痛。有无咳嗽、咳痰。有无易饥、多食、出汗。

2. 诊疗经过 (2 分)

(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗情况。

(二) 其他相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 有无高血压、心脏病病史, 有无慢性肺部疾病病史, 有无肝病、肾病、甲状腺功能亢进症病史。有无烟酒嗜好。

病例分析: 32 岁。反复皮肤出血点、瘀斑半年, 月经量增多 3 个月。前患者无明显诱因出现全身皮肤散在出血点、瘀斑, 以四肢多见, 不高出皮面, 不褪色。无鼻出血、牙龈出血, 无血尿、血便、黑便及月经量增多。无力、骨痛。出血点、瘀斑可自行消退, 但反复出现, 未引起患者重视。见异常, 衣曾多, 经期延长至 9~10 天, 无腹痛。曾在基层 见异常, 未查血常规。予口服药(具体不详)治疗, 无明显好转。近仍多, 并渐感头晕、乏力, 活动后心悸。病程中无脱发、皮疹、口腔精神食欲尚可, 大小便正常, 睡眠可, 体重无明显变化。既往体健勿过敏史。已婚, 育有一子, 健康。36.7°C, P102 次/分, R20 次/分, BP100/60 mmHg 贫血貌, 全身散在出血点和数处瘀斑, 浅表淋巴结未触及肿大。巩膜无黄染, 咽无充血, 见黏膜出血, 扁桃体不大。胸骨无压痛, 双肺呼吸音清。心界正 级收缩期吹风样杂音。腹软, 肝脾肋下未触及。四肢及关节无肿。血常规: Hb87g/L, MCV76n, MCH24pg, MCHC28%, W 75, L0.25, Plt 11×10^9 L。粪常规、尿常规均未见异常。骨髓 显活跃, 粒: 红=1:1.8, 粒系占 40%, 各阶段形态和比例正 熟红细胞形态偏小, 中心淡染区扩大, 巨核细胞 103 个, 分类 1/25, 颗粒巨占 225, 产板巨 125, 裸巨占 125, 散在血

解析: 特发性血小板减少性紫癜

<p>49</p>	<p>病例分析: 关节肿痛 3 个月,加重 1 周患者 3 个月前无明显诱因出现双侧腕关节肿胀,伴轻度疼痛,晨僵约 10 分钟。女,28 岁近 1 周关节肿胀加重。患者自觉脱发明显,体重 3 个月下降约 2 公斤,尿中泡沫多。发病以来患者食欲好,无腹痛、腹泻,无尿频、尿急、尿痛,无口干、眼干。2 年前体检发 2 现外周血白细胞减少,未予诊治查体:T36.5℃,P80 次/分,R18 次/分,BP125/80mmHg。双侧面部红斑,直径约 1cm 左右,略高于皮面。浅表淋巴结未触及肿大。头发略稀疏,双眼睑水肿,巩膜无黄染。舌面及颊黏膜未见溃疡。双肺未闻及干湿性啰音。心率 80 次/分,律齐,未闻及杂音。肝脾肋下未触及,移动性浊音(-)。双踝关节肿胀,双手及双腕关节弥漫性肿胀,双下肢轻度凹陷性水肿实验室检查:血常规:Hb120g/L,WBC3.0×10^9 L,Plt200×10^9 L。抗核抗体 1:640 正常值<1:40)。类风湿因子 50IU/ml(正常值 0~30IU/ml)。补体 C30.20g/L(正常值 0.8~1.5g/L),C40.03g/L(正常值 0.2~0.6g/L)。尿 RBC7~10/HP,尿蛋白(+++),尿蛋白定量 2.06g24h</p> <p>解析: 类风湿关节炎</p>
<p>50</p>	<p>病例分析: 女,45 岁,反复多关节肿痛 6 年,加重伴乏力 患者 6 年前无明显诱因出现多关节肿痛。伴双手晨僵,持续约 1 小时,未诊治。1 周来出现双手、双腕关节肿痛加重,无发热。发病以来,大小便及眠均正常,体重无明显变化。既往体健,无外伤史。无烟酒嗜好。无遗传病家族史查体:T36.8℃ .P90 次/分,R18 次/分,BP135/70mmHg。轻度贫血貌肤未见出血点和皮疹,浅表淋巴结未触及肿大,睑结膜苍白,巩膜无黄染,口唇略苍白,舌面正常,甲状腺不大。双肺未闻及干湿性啰音。心分,律齐。腹平软。无压痛,肝脾肋下未触及,移动性浊关节肿胀,双手指轻度尺偏畸形,双腕活动受限,双膝关节肛验()。双下肢无水肿。实验室检查血常规:Hb80g/L,RBC33×10^9 L,WBC7.5×10^9 L,分类正常,t345$\times 10^9$ L,血清 RF(+). 肝、肾功能正常,类常规(-)。尿常规(-)。双手关节 X 线片(如图):双手近端指间关节间隙变窄。</p> <p>解析: 类风湿关节炎</p>
<p>52</p>	<p>病例分析: 男 45, 右肩部摔伤疼痛 2 小时查体:肩关节空虚 x 线:肩关节? 肱骨大结节骨皮质不连续伴移位..</p> <p>解析: 右肩关节脱位</p>



<p>53</p>	<p>女性 58 岁，夜尿增多，五年伴恶心呕吐半个月，患者五年前</p> <p>病例分析：起无明显诱因出现夜尿增多，3-4 次/夜，每次尿量较多（具体不详），夜间尿量多于白天尿量，无水肿、尿色变化，无尿频、尿急、尿痛及排尿困难，三年前发现血压高，最高，160/90mmHg，规律服用“硝苯地平控释片”，血压控制于 130-140/70-80mmHg，近半个月来自觉食欲减退，恶心，尖端呕吐胃内容物，无呕吐及黑便，伴全身乏力，上楼梯时感气短，不伴夜间阵发性呼吸困难，发病以来无发热，皮疹，脱发及关节痛，大便如常，近一个月体重下降约一公斤，20 余年前曾间断口服“龙胆泻肝丸”三年，无烟酒嗜好，无高血压及肾脏疾病家族史。</p> <p>查体：36.8℃，P90 次/分，R19 次/分，BP155/100mmHg，贫血貌，皮肤未见出血和皮疹，浅表淋巴结未触及肿大。颜面无水肿，睑结膜苍白，巩膜无黄染，咽无充血，扁桃体无肿大，甲状腺不大，双肺未闻及干湿啰音。心界不大，心率 90 次/分，率齐，二尖瓣听诊区闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音，腹平软，无压痛，肝脾肋下未触及，移动性浊音（-），双下肢无水肿。</p> <p>实验室检查：血常规 HB77g/L，RBC2.5x10¹² 次方，MCV84fl，MCH28pg，WBC7.1x10⁹ 的九次方/L，SCR848Umol/L，BUN37.5mmo/L，TP64g/L，Alb37g/L，钾 1.72mmol/L，磷 2.43mmol/L，CO₂CP16mmol/L。egfR5ml/min1.73 平方米。尿常规 RBC0-1/HP,蛋白（+），尿蛋白质定量 0.3g/24h。</p> <p>此题应该就是病例分析题：</p> <p>解析：诊断：慢性肾脏病（5 期） 肾性高血压 肾性贫血 高钾血症 代谢性酸中毒</p>
<p>57</p>	<p>病史采集：男,25 岁。发现四肢皮肤紫做 5 天,门诊就诊。要求:作为住院医师,请围绕以上简要病史,将应该询问的患者现病史及相关病史的内容写在答题纸上。</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>（1）发病诱因：有无感染（特别是呼吸道感染），有无进食鱼、虾、蛋等异性蛋白食品及服用某些药物，有无虫咬、受凉。</p> <p>（2）皮肤紫癜：颜色、数量，是否高出皮面，有无瘙痒。除四肢外，其他部位皮肤有无类似情况。</p> <p>（3）伴随症状：有无腹痛、便血和血尿、关节痛，有无发热、面色苍白、乏力、鼻出血、牙龈出血。</p> <p>2.诊疗经过</p> <p>（1）是否曾到医院就诊，做过哪些检查：血常规、尿常规、粪常规及隐血试验等。</p> <p>（2）治疗情况：是否用过止血药物治疗，疗效如何。</p> <p>3.一般情况：发病以来饮食、睡眠和体重变化情况。</p> <p>（二）其他相关病史</p> <p>1.有无药物过敏史。</p> <p>2.与该病有关的其他病史：有无类似发作史，有无出血性疾病、过敏性疾病病史。有无出血性疾病家族史。</p>

	<p>案例分析: 女婴,4 个月。烦躁、哭闹 1 个月患儿 1 个月前无明显诱因出现烦躁不安,爱哭闹,以睡前明显。睡眠时间少,轻刺激即惊醒,常出现易惊,多汗。无发热、咳嗽、呕吐、腹泻。发病以来,精神饮食如常。大小便正常。G1P1,36 周顺产,冬季出生,出生体重 2700g。生后母乳喂养 2 个月后改为混合喂养,未加其他辅食及鱼肝油。按时预防接种。2 个月余会抬头,母孕期体健,未服用钙剂及维生素制剂。否认抽搐史。查体:T37℃,P110 次/分,R35 次/分,BP75/45mmHg。体重 6.0kg。睡眠状态,稍动即惊醒,可见下颏及手抖动。全身皮肤温暖,无出血点、黄染。皮下脂肪厚 0.7cm,头部枕骨有压乒乓球样感觉,头围 40cm,前囟 2.5cm×2.5cm。头发稀少、黄,枕秃明显。未出牙。呼吸平稳,双肺呼吸音清。心率 110 次/分,律齐,未闻及杂音。腹软,肝肋下 1.0cm,质软,脾未触及。</p> <p>解析: 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病</p>
58	<p>病史采集: 女,40 岁。发现皮肤出血点,班斑伴胸骨压痛 10 天,门诊就诊。要求: 作为住院医师,请围绕以上简要病史,将应该询问的患者现病史及相关病史的内容写在答题纸上</p> <p>现病史:</p> <p>(1) 针对皮肤瘀斑伴胸骨压痛本身问诊</p> <p>1) 病因诱因: 询问患者近期是否有电离辐射、化学物质如苯等接触史。2) 主诉相关: 瘀斑都出现在哪些部位, 是否突起, 胸骨压痛时疼痛程度及性质, 是否有面色苍白、疲乏、困倦和软弱无力, 且呈进行性发展, 是否有牙龈出血、月经过多,。3) 伴随症状: 是否伴有头晕、头痛、肝脾及淋巴结肿大。4) 全身状态: 是否有低热、盗汗, 食欲、睡眠是否是否有变化。</p> <p>(2) 诊疗经过问诊:</p> <p>1) 来诊前是否到其他医院就诊? 是否骨髓穿刺、血常规检查, 结果如何? 2) 用过哪些药物治疗, 是否用过止血、镇痛药物, 效果如何?</p> <p>既往史: (1) 相关病史: 有无结核、肿瘤病史, 有无传染病接触史。(2) 药物、食物过敏史、外伤及手术史。(3) 有无相关遗传病史。</p>
59	<p>病史采集: 男,32,发热伴双侧颈部和腹股沟淋巴结肿大 10 天, 门诊。</p> <p>(一) 现病史</p> <p>(1) 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>①发病诱因: 有无劳累、外伤和感染。</p> <p>②发热: 程度、热型, 有无寒战。</p> <p>③淋巴结肿大: 肿大淋巴结如何发现, 大小和数量, 有无疼痛, 是否呈进行性肿大。其他部位淋巴结有无肿大(如症状改为“发热伴面部红斑”, 需要问到面部红斑的外形, 大小, 两边是否对称, 有无疼痛、瘙痒等, 与日晒的关系, 其他部位有无皮疹等)。</p> <p>④伴随症状: 有无盗汗、消瘦, 有无皮肤瘙痒、苍白和皮疹。</p>



	<p>(2) 诊疗经过</p> <p>①是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>②治疗情况。</p> <p>(3) 一般情况</p> <p>发病以来饮食、睡眠及大小便情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>①有无药物过敏史。</p> <p>②与该病有关的其他病史: 有无血液病、结缔组织病和结核病。有无相关疾病家族史。</p>
63	<p>病例分析: 男,66 岁。排便次数增加、间断脓血便 5 个月。患者于 5 个月前无明显诱因出现排便次数增加,大便由 1 次/天增加为 3~4 次,常为稀便,间断有脓血便,伴便不尽感。无恶心、呕吐、反酸。发病以来睡眠稍差,体重下降 3kg。既往有高血压病史 5 年,最高为 170/110mmHg。吸 20 余年,30 支/天。父亲患高血压。查体:T36.4℃,P98 次/分,R22 次/分,BP165/110mmHg。一般状况可,巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,心率 98 次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,无压痛,未及肝脾肋下未触及。移动性浊音(-),肠鸣音 4~6 次/分。无杵状指,双无水肿,直肠指检:距肛缘 3cm 于膝胸位 1~7 点范围可触及肿物,侵及肠壁半周隆起,指套染血。实验室检查:血常规:Hb110g/L,WBC$7.5 \times 10^9/L$,N0.60,Plt$145 \times 10^9/L$。根据以上病历摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个或以上诊断应分别列出各自诊断依据)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在纸上。</p> <p>解析: 直肠癌 高血压 3 级, 极高危</p>
65	<p>病史采集: 男性, 22 岁, 间断咳嗽, 喘息 5 年, 加重 4 天门诊就诊</p> <p>一、问诊内容</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无受凉、劳累、误吸。</p> <p>(2) 咳嗽: 性质、音色、程度, 发生的时间和规律。加重或缓解因素。</p> <p>(3) 喘息: 喘息的频率与呼吸的关系。</p> <p>(4) 发热: 程度和热型, 有无寒战。</p> <p>(5) 伴随症状: 有无咯血、呼吸困难, 有无盗汗、乏力。</p> <p>2.诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规, 痰病原学检查、胸部 X 线片(或胸部 CT)。</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抗菌药物治疗, 疗效如何。</p> <p>3.一般情况: 近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1.有无药物过敏史。</p> <p>2.与该病有关的其他病史: 有无鼻窦炎、牙周脓肿等感染灶, 有无支气管扩张、肺结核病史, 有无长期卧床史, 有无皮肤化脓性感染。有无烟酒嗜好。</p>

106	<p>病例分析: 41, 男 40 岁, 突发头痛呕吐意识模糊 1 小时, 一小时前排便后枕顶部炸裂剧烈疼痛, 恶心、喷射性呕吐 3 次, 面色苍白, 冷汗, 意识模糊, 吸烟 10 余年, 偶饮酒。查体 37.4 摄氏度, P82, R24, BP140/90, 体型肥胖, 查体不合作, 心率 82。专科查体, 亲昏迷, 双侧瞳孔等大 2.5MM, 对光反射迟钝, 眼球向左凝视, 双侧腱反射减弱, 急诊头颅 CT 不能上了。</p> <p>解析: 蛛网膜下腔出血</p>
144	<p>病史采集: 意识障碍, 被发现是在室内。</p> <ol style="list-style-type: none"> 根据主诉及相关鉴别询问 <ol style="list-style-type: none"> 受伤情况: 受伤过程、具体部位和程度。 意识障碍 (神志不清): 发生的时间、程度、持续时间及其演变过程。 有无呼吸、脉搏、血压变化。 伴随症状: 有无呕吐 (是否喷射性)、四肢抽搐、外耳道和鼻孔流血 (或液), 有无肢体活动障碍。 诊疗经过 <ol style="list-style-type: none"> 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。 治疗情况。 一般情况 <p>近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <ol style="list-style-type: none"> 其他相关病史 <ol style="list-style-type: none"> 有无药物过敏史。 与该病有关的其他病史: 有无癫痫、高血压及心脏病病史, 有无精神神经系统疾病家族史。 <p>病例分析: 夜间尿频, 排尿困难, B 超见前列腺肿大, 光滑, 膀胱有强回声影。 良性前列腺增生 急性尿潴留 膀胱结石</p>
	<p>病史采集:, 女 59 岁, 间断咳嗽、咳痰, 痰中带血三年。</p> <p>一、问诊内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 现病史 <ol style="list-style-type: none"> 根据主诉及相关鉴别询问 <ol style="list-style-type: none"> 发病诱因: 有无受凉、劳累、上呼吸道感染。 咯血: 痰中带血的量和颜色。此次咯血的急缓、性状和量。 咳嗽: 痰的性状和量, 有无异味。有无季节性, 加重或缓解因素。 咳痰: 痰的性状和量。 伴随症状: 有无发热、盗汗, 有无心悸、晕厥、呼吸困难, 有无其他部位出血, 有无双下肢水肿。 诊疗经过 <ol style="list-style-type: none"> 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、胸部 X 线片 (或胸部 CT)、



	<p>支气管镜。</p> <p>(2) 治疗情况: 是否用过抗菌药物、止咳、祛痰及止血药物治疗, 疗效如何。</p> <p>3. 一般情况发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无幼年呼吸道感染病史 (麻疹肺炎、百日咳等), 有无肺结核、心脏病、肝病、肾病及血液病病史。工作性质及环境, 有无烟酒嗜好。月经史。婚育史。</p> <p>病例分析女 59, 头晕乏力, 活动后心悸 2 月, 加重 1 周, 2 月前无诱因头晕乏力, 上三楼心悸, 面色苍白。近一周来头晕乏力加重, 饮食如厕正常, 体重下降 5kg, 五年前绝经, 无阴道流血。查体 36.5 摄氏度, P105, R22.BP130/80mmhg, 贫血貌, 口唇苍白, 腹软, 上腹中部轻压痛。实验室检查血清铁蛋白 5mg/L, 血清铁 6umol/L</p> <p>解析: 缺铁性贫血</p>
?	<p>病史采集: 男, 15 岁, 口干, 多饮一周, 恶心, 呕吐一天。</p> <p>(一) 现病史 (10 分)</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问、</p> <p>(1) 发病诱因: 有无精神因素、劳累、服用药物。</p> <p>(2) 烦渴多饮: 口渴情况, 饮水量增加情况。</p> <p>(3) 呕吐: 次数、量, 呕吐物性状、气味, 呕吐与恶心的关系。</p> <p>(5) 伴随症状: 有无易饥、多食。有无易情绪激动、心悸、怕热多汗, 有无大便次数增加, 有无发热、咳嗽、盗汗。</p> <p>2. 诊疗经过</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p> <p>3. 一般情况: 发病以来睡眠情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无糖尿病、结核病、消化系统及肿瘤病史。、有无糖尿病家族史。</p> <p>病例分析: 患者 1 周前无原因出现口干, 多饮, 每日饮水 3000 毫升, 喜欢含糖碳酸饮料, 尿量增多, 夜尿 2-3 次。1 天前饮用可乐出现恶心、呕吐, 呕吐物为胃内容物, 门诊就诊。体重下降 10 斤。既往身体健康, 无家族病史。查体: T36.8 度, P112 次/分, BP90/70mmhg。身高 165cm, 体重 50KG。眼窝稍凹陷, 皮肤干燥, 弹性较差, 浅表淋巴结未触及肿大。呼吸深快, 双肺未闻及干湿性啰音。心界不大。腹平软, 无压痛, 肝脾肋下未触及, 双下肢无水肿。实验室检查: 呕吐物隐血 (-)。</p> <p>1 型糖尿病</p>





	<p>病史采集: 反复发作心悸 2 年, 加重一个月</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1. 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>(1) 发病诱因: 有无情绪激动、刺激性饮食、劳累、感染。</p> <p>(2) 心悸: 发作频率及持续时间, 是否突发突止。加重或缓解因素。</p> <p>(3) 伴随症状: 有无头晕、晕厥, 有无乏力、胸闷、胸痛。有无咳嗽、咳痰。有无易饥、多食、出汗。</p> <p>2. 诊疗经过 (2 分)</p> <p>(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查。</p> <p>(2) 治疗情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>1. 有无药物过敏史。</p> <p>2. 与该病有关的其他病史: 有无高血压、心脏病病史, 有无慢性肺部疾病病史, 有无肝病、肾病、甲状腺功能亢进症病史。有无烟酒嗜好。</p> <p>病例分析: 前晨练时出现心悸, 持续约 2 小时后自行缓解, 不伴胸痛、胸闷反复无突发突止特点, 发作时未自数脉搏, 以后类似症状发作反复出作 1 次。近 1 个月心悸发作较前频繁, 伴胸闷, 持续时间延长缓解, 发作时曾查心电图(如下图)。既往高血压病史 10 余 mmHg, 坚持服药治疗, 血压控制尚可。吸烟 30 年, 15~202℃, P98 次/分, R18 次/分, BP56/96mmHg。神志清楚。肿大。双肺未闻及干湿性啰音。心界不大, 心率 1112 次/分, 珍区未闻及杂音。腹平软, 无压痛, 肝脾肋下未触及。双下....</p> <p>解析: 阵发性室上性心动过速</p>
	<p>病史采集: 喘息+发热, 鼻炎病史 8 年。</p> <p>(一) 现病史</p> <p>(1) 根据主诉及相关鉴别询问</p> <p>①发病诱因: 有无接触过敏原、受凉。</p> <p>②呼吸困难(喘息): 程度、持续时间和发作频率, 有无季节性, 有无夜间发作, 有无喘鸣, 加重或缓解因素(与体位及活动的关系)。</p> <p>③发热: 程度和热型, 有无畏寒或寒战。</p> <p>④伴随症状: 有无咳嗽、咳痰、咯血、胸痛, 有无心悸、双下肢水肿, 有无大汗、意识障碍。</p> <p>(2) 诊疗经过</p> <p>①是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、胸部 X 线片、肺功能(支气管舒张试验)、心电图、过敏原试验。</p> <p>②治疗情况: 是否用过抗菌药物、糖皮质激素和支气管扩张药物治疗, 疗效如何。</p> <p>(3) 一般情况</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。</p> <p>(二) 其他相关病史</p> <p>①有无药物、食物过敏史。</p> <p>②与该病有关的其他病史: “鼻炎”的具体诊治情况。有无慢性肺部疾病、心脏病病史。有无烟酒嗜好。有无过敏性疾病家族史。</p> <p>病例分析: 宫外孕破裂出血+失血性贫血+休克?</p> <p>无题干没有办法诊断</p>

病情分析: 男 67 岁, 突发语言不利伴右侧肢体无力 2 小时, 2 小时前突然右侧肢体无力, 跌倒, 语言含糊, 四肢抽搐, 恶心呕吐大小便失禁。高血压 30 年, 最高血压 150/110, 脑梗 4 年。36.8 摄氏度, P78,R18, BP130/80 左, 140/8 右, 嗜睡, 构音不清。心电图未见异常。

脑血出血
陈旧性脑梗死
高血压 3 级, 很高危