



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒



(欢迎扫码关注****考试资讯公众号)



(欢迎扫码关注**老师微信号)

2022 医师实践技能考试模拟试题：48 个经典病例分析及答案 (上)

1.高血压性心脏病病例分析

[病例摘要]

男性，61 岁，渐进性活动后呼吸困难五年，明显加重伴下肢浮肿一个月

五年前，因登山时突感心悸、气短、胸闷，休息约 1 小时稍有缓解。以后自觉体力日渐下降，稍微活动即感气短、胸闷，夜间时有憋醒，无心前区痛。曾在当地诊断为“心律不整”，服药疗效不好。一个月前感冒后咳嗽，咳白色粘痰，气短明显，不能平卧，尿少，颜面及两下肢浮肿，腹胀加重而来院。既往二十余年前发现高血压(170/100mmHg)未经任何治疗，八年前有阵发心悸、气短发作；无结核、肝炎病史，无长期咳嗽、咳痰史，吸烟 40 年，不饮酒。

查体：T37.1℃，P72 次/分，R20 次/分，Bp 160/96mmHg，神清合作，半卧位，口唇轻度发绀，巩膜无黄染，颈静脉充盈，气管居中，甲状腺不大；两肺叩



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

清, 左肺可闻及细湿罗音, 心界两侧扩大, 心律不整, 心率 92 次/分, 心前区可闻Ⅲ/6 级收缩期吹风样杂音;腹软, 肝肋下 2.5cm, 有压痛, 肝颈静脉反流征(+), 脾未及, 移动浊音(-), 肠鸣音减弱;双下肢明显可凹性水肿。

化验: 血常规 Hb129g/L, WBC 6.7×10^9 /L, 尿蛋白(++), 比重 1.016, 镜检 (-), BUN: 7.0mmol/L, Cr: 113 μ mol/L, 肝功能 ALT 56u/L, TBIL: 19.6 μ mol/L.

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

- 1.高血压性心脏病: 心脏扩大, 心房纤颤, 心功能 IV 级
- 2.高血压病Ⅲ期(2 级, 极高危险组)
- 3.肺部感染

(二)诊断依据

- 1.高血压性心脏病: 高血压病史长, 未治疗;左心功能不全(夜间憋醒, 不能



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



平卧);右心功能不全(颈静脉充盈, 肝大和肝颈静脉反流征阳性, 双下肢水肿);心脏向两侧扩大, 心律不整, 心率>脉率

2.高血压病Ⅲ期(2级, 极高危险组) 二十余年血压高(170/100mmHg); 现在 Bp 160/100mmHg;心功能 IV 级

3.肺部感染: 咳嗽, 发烧, 一侧肺有细小湿罗音

二、鉴别诊断(5分)

1.冠心病

2.扩张性心肌病

3.风湿性心脏病二尖瓣关闭不全

三、进一步检查(4分)

1.心电图、超声心动图

2.X线胸片, 必要时胸部 CT

3.腹部 B 超 1分

4.血 A/G, 血 K⁺, Na⁺, Cl⁻





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

四、治疗原则(3 分)

1.病因治疗：合理应用降血压药

2.心衰治疗：吸氧、利尿、扩血管、强心药

3.对症治疗：控制感染等

2.左侧肺炎病例分析

[病例摘要]

男性，63 岁，工人，发热、咳嗽五天

患者五天前洗澡受凉后，出现寒战，体温高达 40℃，伴咳嗽、咳痰，痰量不多，为白色粘痰。无胸痛，无痰中带血，无咽痛及关节痛。门诊给双黄连及退热止咳药后，体温仍高，在 38℃到 40℃之间波动。病后纳差，睡眠差，大小便正常，体重无变化。既往体健，个人史、家族史无特殊。

体检：T38.5℃， P100 次/分，R20 次/分，Bp120/80mmHg.发育正常，营养中等，神清，无皮疹，浅表淋巴结不大，头部器官大致正常，咽无充血，扁桃体不大，颈静脉无怒张，气管居中，胸廓无畸形，呼吸平稳，左上肺叩浊，语颤增



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

强，可闻湿性罗音，心界不大，心率 100 次/分，律齐，无杂音，腹软，肝脾未及。

化验：Hb130g/L，WBC11.7 $\times$ 10⁹/L，分叶 79%，嗜酸 1%，淋巴 20%，plt 210 $\times$ 10⁹/L，尿常规(-)，便常规(-)

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

左侧肺炎(肺炎球菌性可能性大)

(二)诊断依据

- 1.发病急，寒战、高热、咳嗽、白粘痰
- 2.左上肺叩浊，语颤增强，可闻及湿性罗音
- 3.化验血 WBC 数增高，伴中性粒细胞比例增高

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.其他类型肺炎：干酪性肺炎，革兰阴性杆菌肺炎，葡萄球菌肺炎等



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.急性肺脓肿

3.肺癌

三、进一步检查(4 分)

1.X 线胸片

2.痰培养+药敏试验

四、治疗原则(3 分)

1.抗感染：抗生素

2.对症治疗

3.急性一氧化碳中毒病例分析

[病例摘要]

男性，65 岁，昏迷半小时

半小时前晨起其儿子发现患者叫不醒，未见呕吐，房间有一煤火炉，患者一人单住，昨晚还一切正常，仅常规服用降压药物，未用其他药物，未见异常药瓶。既往有高血压病史 5 年，无肝、肾和糖尿病史，无药物过敏史





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

查体: T36.8°C, P98 次/分, R24 次/分, Bp160/90mmHg, 昏迷, 呼之不应, 皮肤粘膜无出血点, 浅表淋巴未触及, 巩膜无黄染, 瞳孔等大, 直径 3mm, 对光反射灵敏, 口唇樱桃红色, 颈软, 无抵抗, 甲状腺(-), 心界不大, 心率 98 次/分, 律齐, 无杂音, 肺叩清, 无罗音, 腹平软, 肝脾未触及, 克氏征(-), 布氏征(-), 双巴氏征(+), 四肢肌力对称

化验: 血 Hb130g/L, WBC6.8×10⁹/L, N68%, L28%, M4%, 尿常规(-), ALT: 38IU/L, TP: 68g/L, Alb: 38g/L, TBIL: 18umol/L, DBIL: 4umol/L, Scr: 98umol/L, BUN: 6mmol/L, 血 K+: 4.0mmol/L, Na+: 140mmol/L, Cl-: 98mmol/L

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

1.急性一氧化碳中毒

2.高血压病 I 期(1 级, 中危组)

(二) 诊断依据



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.急性一氧化碳中毒患者突然昏迷，查体，见口唇樱桃红色，无肝、肾和糖尿病病史及服用安眠药等情况，房间内有一煤火炉，有一氧化碳中毒来源，无其他中毒证据

2.高血压病Ⅰ期(1级，中危组) 血压高于正常，而未发现引起血压增高的其他原因，未见脏器损害的客观证据

二、鉴别诊断(5分)

1. 脑血管病

2.其他急性中毒：安眠药等中毒

3. 全身性疾病致昏迷：肝昏迷，尿毒症昏迷，糖尿病酮症酸中毒昏迷

三、进一步检查(4分)

1.碳氧血红蛋白定性和定量试验

2.血气分析

3.脑CT

四、治疗原则(3分)





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.吸氧，有条件高压氧治疗

急性心肌梗死 糖尿病 2 型病例分析

[病例摘要]

男性，65 岁，持续心前区痛 4 小时。

4 小时前即午饭后突感心前区痛，伴左肩臂酸胀，自含硝酸甘油 1 片未见好转，伴憋气、乏力、出汗，二便正常。既往高血压病史 6 年，最高血压 160/100mmHg，未规律治疗，糖尿病病史 5 年，一直口服降糖药物治疗，无药物过敏史，吸烟 10 年，每日 20 支左右，不饮酒。

查体：T37℃，P100 次/分，R24 次/分，Bp150/90mmHg，半卧位，无皮疹及出血点，全身浅表淋巴结不大，巩膜无黄染，口唇稍发绀，未见颈静脉怒张，心叩不大，心律 100 次/分，律齐，心尖部 II/6 级收缩期吹风样杂音，两肺叩清，两肺底可闻及细小湿罗音，腹平软，肝脾未及，双下肢不肿。

化验：Hb134g/L，WBC9.6×10⁹/L，分类：中性分叶粒 72%，淋巴 26%，单核 2%，

plt 250×10⁹/L，尿蛋白微量，尿糖(+)，尿酮体(-)，镜检(-)





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

[分析]

一、诊断及诊断依据

(一)诊断

1.冠心病 急性心肌梗死 心不大 心律齐 急性左心衰竭

2.高血压病Ⅲ期(1 级, 极高危险组)

3.糖尿病 2 型

(二)诊断依据 1.老年男性, 持续心绞痛 4 小时不缓解, 口服硝酸甘油无效

2.有急性左心衰表现: 憋气、半卧位, 口唇稍发绀, 两肺底细小湿罗音

3.高血压病Ⅲ期(1 级、极高危险组), 有糖尿病和吸烟等冠心病危险因素

二、鉴别诊断(5 分)

1.心绞痛

2.高血压心脏病

3.夹层动脉瘤





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

三、进一步检查(4 分)

1.心电图、心肌酶谱

2.床旁胸片、超声心动图

3.血糖、血脂、血电解质、肝肾功能、血气分析

四、治疗原则(3 分)

1.心电监护和一般治疗：包括吸氧等

2.治疗急性左心衰竭和止痛(吗啡或哌替啶)、利尿剂、血管扩张剂

3.溶栓和抗凝治疗

4.糖尿病治疗可加用胰岛素

5.高血压暂不处理，注意观察

4.胃癌病例分析

[病例摘要]

男性，52 岁，上腹部隐痛不适 2 月



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2月前开始出现上腹部隐痛不适，进食后明显，伴饱胀感，食欲逐渐下降，无明显恶心、呕吐及呕血，当地医院按"胃炎"进行治疗，稍好转。近半月自觉乏力，体重较2月前下降3公斤。近日大便色黑。来我院就诊，查2次大便潜血(+)，查血Hb96g/L，为进一步诊治收入院。

既往：吸烟20年，10支/天，其兄死于"消化道肿瘤"。

查体：一般状况尚可，浅表淋巴结未及肿大，皮肤无黄染，结膜甲床苍白，心肺未见异常，腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，腹软，肝脾未及，腹部未及包块，剑突下区域深压痛，无肌紧张，移动性浊音(-)，肠鸣音正常，直肠指检未及异常。

辅助检查：上消化道造影示：胃窦小弯侧似见约2cm大小龛影，位于胃轮廓内，周围粘膜僵硬粗糙，腹部B超检查未见肝异常，胃肠部分检查不满意。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8分)

(一)诊断 胃癌

(二)诊断依据

1.腹痛、食欲下降、乏力、消瘦



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.结膜苍白、剑突下深压痛

3.上消化道造影所见

4.便潜血 2 次(+)

二、鉴别诊断(5 分)

1.胃溃疡

2.胃炎

三、进一步检查(4 分)

1.胃镜检查，加活体组织病理

2.CT：了解肝、腹腔淋巴结情况

3. 胸片

四、治疗原则(3 分)

1.开腹探查，胃癌根治术

2.辅助化疗





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.防治脑水肿、改善脑组织代谢

3.对症治疗：保证气道通畅，防止误吸，预防感染

4.防治并发症和预防迟发性神经病变

5.梗阻性黄疸：胰头或壶腹周围癌病例分析

[病例摘要]

男性，53岁，无痛性、进行性皮肤黄染伴皮肤瘙痒半月入院

半月前，患者自觉全身皮肤瘙痒，数日后，偶然发现皮肤发黄，伴尿色深，但无明显纳差、腹痛及发热等表现，因既往有胆石症病史，故自行服用消炎利胆片及头孢拉定胶囊，黄疸未见消退，并有加重趋势，遂来院就诊传染科，门诊检查：ALT 145IU/L，AST 105IU/L，ALP 355IU/L，GGT 585IU/L，Tbil 80μmol/L，Dbil 68μmol/L，Glu 7.80 mmol/L，B超提示肝内胆管扩张，胆囊13×8×6cm³，肝外胆道受气体影响显示不清，发病以来体重下降3kg。否认既往肝炎、结核、胰腺病史，否认药物过敏史，查体：T36.8℃，P70次/分，Bp110/79mmHg，发育良好，营养中等，全身皮肤黄染，有搔痕，无出血点及皮疹，浅表淋巴结不大，巩膜黄染，颈软，无抵抗，甲状腺不大，心界大小正常，



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



心律齐，未闻杂音，双肺清，未闻及干湿性罗音，腹平软，全腹未及压痛及肌紧张，肝脾未及，右上腹可触及鸡蛋大小肿物，压之不适，肠鸣音 3-5 次/分。

辅助检查：Hb102g/L，WBC 10.5×10^9 /L，中性 73%，淋巴 24%，单核 3%，尿胆红素(+)，尿胆原(+)，便 Rt(-)，HbsAg(-)，肝功能、B 超检查已如上述。

[分析]

6.右输尿管结石病例分析

[病例摘要]

男性，55 岁，右侧腰痛伴血尿 3 个月

3 个月前，右侧腰部胀痛，持续性，活动后出现血尿并伴轻度尿急、尿频、尿痛。去医院就诊，反复化验尿中有较多红细胞、白细胞，给予抗炎治疗。1 月前 B 超发现右肾积水，来我院就诊，腹平片未见异常。静脉尿路造影(IVP)右肾中度积水，各肾盏成囊状扩张，输尿管显影，左肾正常。发病以来，食欲及大便正常。近 2 年来有时双足趾红肿痛，疑有“痛风”，未作进一步检查。否认肝炎，结核等病史。吸烟 30 余年，1 包/日

查体：发育正常，营养良好，皮肤巩膜无黄染，浅表淋巴结不大，心肺无异常。





腹平软，肝脾、双肾未及，右肾区压痛(+)，叩痛(+)。右输尿管走行区平脐水平，有深压痛。

化验：血常规正常，尿 pH5.0，尿蛋白(+)，RBC30-50/高倍，WBC2-4/高倍，血肌肝 141umol/L，尿素 8.76mmol/L，尿酸 596mmol/L(正常 90-360mmol/L)，肝功能正常，电解质无异常。24hr 尿酸定量 1260mg(正常<750)。B 超：右肾盂扩张，皮质厚度变薄，未见结石影，右输尿管上段扩张，内径 1.2-1.5cm。左肾未见明显异常。膀胱镜检查正常。右逆行造影，插管至第 5 腰椎水平受阻，注入造影剂在受阻水平有一 2.6cm×1.5cm 大小充盈缺损，上段输尿管显著扩张。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

- 1.右输尿管结石(尿酸结石)
- 2.右肾积水，肾功能轻度受损

(二)诊断依据

- 1.右侧腰痛，活动后血尿，既往疑有"痛风"病史





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2. 右肾区压、叩痛, 右输尿管走行区有深压痛

3. B 超及 IVP 所见: 右肾积水, 右输尿管充盈缺损, 上段输尿管扩张

4.血尿酸及尿尿酸均增高, 尿 pH5.0.

二、鉴别诊断(5 分)

1.输尿管肿瘤

2.阑尾炎

3.尿路感染

三、进一步检查(4 分)

1.CT 检查

2.输尿管镜检查

四、治疗原则(3 分)

1.碎石治疗或输尿管切开取石

2.术后积极采取预防结石复发的措施





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

7.胃癌病例分析

[病例摘要]

男性，52岁，上腹部隐痛不适2月

2月前开始出现上腹部隐痛不适，进食后明显，伴饱胀感，食欲逐渐下降，无明显恶心、呕吐及呕血，当地医院按“胃炎”进行治疗，稍好转。近半月自觉乏力，体重较2月前下降3公斤。近日大便色黑。来我院就诊，查2次大便潜血(+)，查血Hb96g/L，为进一步诊治收入院。

既往：吸烟20年，10支/天，其兄死于“消化道肿瘤”。

查体：一般状况尚可，浅表淋巴结未及肿大，皮肤无黄染，结膜甲床苍白，心肺未见异常，腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，腹软，肝脾未及，腹部未及包块，剑突下区域深压痛，无肌紧张，移动性浊音(-)，肠鸣音正常，直肠指检未及异常。

辅助检查：上消化道造影示：胃窦小弯侧似见约2cm大小龛影，位于胃轮廓内，周围粘膜僵硬粗糙，腹部B超检查未见肝异常，胃肠部分检查不满意。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8分)



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

(一)诊断 胃癌

(二)诊断依据

1.腹痛、食欲下降、乏力、消瘦

2.结膜苍白、剑突下深压痛

3.上消化道造影所见

4.便潜血 2 次(+)

二、鉴别诊断(5 分)

1.胃溃疡

2.胃炎

三、进一步检查(4 分)

1.胃镜检查，加活体组织病理

2.CT：了解肝、腹腔淋巴结情况

3. 胸片





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

四、治疗原则(3 分)

1.开腹探查，胃癌根治术

2.辅助化疗

8.急性前壁心肌梗死病例分析

[病例摘要]

男性，55 岁，胸骨后压榨性痛，伴恶心、呕吐 2 小时

患者于 2 小时前搬重物时突然感到胸骨后疼痛，压榨性，有濒死感，休息与口含硝酸甘油均不能缓解，伴大汗、恶心，呕吐过两次，为胃内容物，二便正常。既往无高血压和心绞痛病史，无药物过敏史，吸烟 20 余年，每天 1 包

查体：T36.8℃，P100 次/分，R20 次/分，BP100/60mmHg，急性痛苦病容，平卧位，无皮疹和紫绀，浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，颈软，颈静脉无怒张，心界不大，心率 100 次/分，有期前收缩 5-6 次/分，心尖部有 S4，肺清无罗音，腹平软，肝脾未触及，下肢不肿。

心电图示：STV1-5 升高，QRSV1-5 呈 Qr 型，T 波倒置和室性早搏。

[分析]



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断: 冠心病

急性前壁心肌梗死

室性期前收缩

心功能 I 级

(二)诊断依据:

1. 典型心绞痛而持续 2 小时不缓解, 休息与口含硝酸甘油均无效, 有吸烟史(危险因素)
2. 心电图示急性前壁心肌梗死, 室性期前收缩
3. 查体心叩不大, 有期前收缩, 心尖部有 S4

二、鉴别诊断(5 分)

1. 夹层动脉瘤
2. 心绞痛





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

3. 急性心包炎

三、进一步检查(4 分)

1. 继续心电图检查，观察其动态变化
2. 化验心肌酶谱
3. 凝血功能检查，以备溶栓抗凝治疗
4. 化验血脂、血糖、肾功
5. 恢复期作运动核素心肌显像、心血池、Holter、超声心动图检查，找出高危因素，作冠状动脉造影与介入性治疗

四、治疗原则(3 分)

1. 绝对卧床休息 3-5 天，持续心电监护，低脂半流食，保持大便通畅
2. 溶栓治疗：发病 6 小时内，无出凝血障碍及溶栓禁忌证，可用尿激酶、链激酶或 t-PA 溶栓治疗；抗凝治疗：溶栓后用 肝素静滴，口服阿司匹林
3. 吸氧，解除疼痛：哌替啶或吗啡，静滴硝酸甘油；消除心律失常：利多卡因
4. 有条件和必要时行介入治疗





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

9.缺铁性贫血 消化道肿瘤病例分析

[病例摘要]

男性, 56 岁, 心慌、乏力两个月

两个月前开始逐渐心慌、乏力, 上楼吃力, 家人发现面色不如以前红润, 病后进食正常, 但有时上腹不适。不挑食, 大便不黑, 小便正常, 睡眠可, 略见消瘦, 既往无胃病史。

查体: T36.5℃, P96 次/分, R18 次/分, Bp130/70mmHg, 贫血貌, 皮肤无出血点和皮疹, 浅表淋巴结不大, 巩膜无黄染, 心界不大, 心率 96 次/分, 律齐, 心尖部 II/6 级收缩期吹风样杂音, 肺无异常, 腹平软, 无压痛, 肝脾未及, 下肢不肿。

化验: Hb75g/L, RBC $3.08 \times 10^{12}/L$, MCV76fl, MCH24pg, MCHC26%, 网织红细胞 1.2%, WBC $8.0 \times 10^9/L$, 分类中性分叶 69%, 嗜酸 3%, 淋巴 25%, 单核 3%, plt: $136 \times 10^9/L$, 大便隐血(+), 尿常规(-), 血清铁蛋白 6 $\mu g/L$, 血清铁 50 $\mu g/dl$, 总铁结合力 450 $\mu g/dl$ 。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

(一)诊断

1.缺铁性贫血

2.消化道肿瘤可能大

(二)诊断依据

1.贫血症状:心慌、乏力;小细胞低色素性贫血;大便隐血(+);有关铁的化验支持诊断

2.病因考虑消化道肿瘤:依据:中年以上男性,有时胃部不适,但无胃病史;逐渐发生贫血,体重略有减轻

二、鉴别诊断(5分)

1.消化性溃疡或其他胃病

2.慢性病性贫血

3.海洋性贫血

4.铁粒幼细胞性贫血

三、进一步检查(4分)



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

- 1.骨髓检查和铁染色
- 2.胃镜及全消化道造影、钡灌肠或纤维肠镜
- 3.血清癌胚抗原 CEA)
- 4.腹部 B 超或 CT

四、治疗原则(3 分)

- 1.去除病因，若为消化道肿瘤应尽快手术
- 2.补充铁剂
- 3.若手术前贫血仍重，可输浓缩红细胞

10.肺结核病倒分析

[病例摘要]

女性，59 岁，间断咳嗽、咳痰 5 年，加重伴咯血 2 个月。

患者 5 年前受凉后低热、咳嗽、咳白色粘痰，给予抗生素及祛痰治疗，1 个月后症状不见好转，体重逐渐下降，后拍胸片诊为"浸润型肺结核"，肌注链霉素 1 个月，口服利福平、雷米封 3 个月，症状逐渐减轻，遂自行停药，此后一直咳嗽，





少量白痰，未再复查胸片。2 个月前劳累后咳嗽加重，少量咯血伴低热、盗汗、胸闷、乏力又来诊。病后进食少，二便正常，睡眠稍差。既往 6 年前查出血糖高，间断用过降糖药，无药物过敏史。

查体：T37.4℃，P94 次/分，R22 次/分，BP130/80mmHg，一般稍弱，无皮疹，浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，气管居中，两上肺呼吸音稍减低，并闻及少量湿罗音，心叩不大，心率 94 次/分，律齐，无杂音，腹部平软，肝脾未触及，下肢不肿。

化验：血 Hb 110g/L，WBC 4.5 $\times$ 10⁹/L，N 53%，L47%，plt 210 $\times$ 10⁹/L，ESR 35mm/h，空腹血糖 9.6mmol/L，尿蛋白(-)，尿糖(++)

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断 1.肺结核(浸润型?慢性纤维空洞型?)

2.糖尿病 2 型

(二)诊断依据

1.5 年结核病史，治疗不彻底，近 2 个月来加重伴咯血，血沉快





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.查体，有低热，两肺上部有异常体征

3.有糖尿病史，现在空腹血糖明显高于正常，尿糖(++)

二、鉴别诊断(5 分)

1.支气管扩张

2.肺脓肿

3.肺癌

三、进一步检查(4 分)

1.X 线胸片

2.痰找结核菌，必要时经纤维支气管镜取分泌物找结核菌，支气管内膜活检，血清结核抗体检测

3.检查胰岛功能：胰岛素释放试验，餐后 2 小时血糖，糖化血红蛋白测定

四、治疗原则(3 分)

1.正规抗结核治疗，坚持规则、适量、足疗程治疗，联合用药，注意肝功能





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.积极治疗糖尿病：最好加用胰岛素

11.不稳定性心绞痛(初发劳力型) 高血压病 3 级病例分析

[病例摘要]

男性，60 岁，心前区痛一周，加重二天

一周前开始在骑车上坡时感心前区痛，并向左肩放射，经休息可缓解，二天来走路快时亦有类似情况发作，每次持续 3-5 分钟，含硝酸甘油迅速缓解，为诊治来诊，发病以来进食好，二便正常，睡眠可，体重无明显变化。既往有高血压病史 5 年，血压 150-180/90-100mmHg，无冠心病史，无药物过敏史，吸烟十几年，1 包/天，其父有高血压病史。

查体：T36.5℃，P84 次/分，R18 次/分，Bp180/100mmHg，一般情况好，无皮疹，浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，心界不大，心率 84 次/分，律齐，无杂音，肺叩清，无罗音，腹平软，肝脾未触及，下肢不肿。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.冠心病：不稳定性心绞痛(初发劳力型)

心界不大 窦性心律 心功能 I 级

2.高血压病Ⅲ期(3 级，极高危险组)

(二)诊断依据

1.冠心病：典型心绞痛发作，既往无心绞痛史，在一个月新出现的由体力活动所诱发的心绞痛，休息和用药后能缓解 查体：心界不大，心律齐，无心力衰竭表现

2.高血压病Ⅲ期(3 级，极高危险组)血压达到 3 级，高血压标准(收缩压 ≥ 180 mmHg)而未发现其他引起高血压的原因，有心绞痛

二、鉴别诊断(5 分)

1.急性心肌梗死

2.反流性食管炎

3.心肌炎、心包炎

4.夹层动脉瘤





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

三、进一步检查(4 分)

- 1.心绞痛时描记心电图或作 Holter
- 2.病情稳定后，病程大于 1 个月可作核素运动心肌显像
- 3.化验血脂、血糖、肾功能、心肌酶谱
- 4.眼底检查，超声心动图，必要时冠状动脉造影

四、治疗原则(3 分)

- 1.休息，心电监护
- 2.药物治疗：硝酸甘油、消心痛、抗血小板聚集药
- 3.疼痛仍犯时行抗凝治疗，必要时 PTCA 治疗

12.急性重症胰腺炎病例分析

[病例摘要]

女性，60 岁，上腹痛 2 天





2 天前进食后 1 小时上腹正中隐痛, 逐渐加重, 呈持续性, 向腰背部放射, 仰卧、咳嗽或活动时加重, 伴低热、恶心、频繁呕吐, 吐出食物、胃液和胆汁, 吐后腹痛无减轻, 多次使用止痛药无效。发病以来无咳嗽、胸痛、腹泻及排尿异常。既往有胆石症多年, 但无慢性上腹痛史, 无反酸、黑便史, 无明确的心、肺、肝、肾病史, 个人史、家族史无特殊记载。

查体: T39°C, P104 次/分, R19 次/分, Bp130/80mmHg, 急性病容, 侧卧卷曲位, 皮肤干燥, 无出血点, 浅表淋巴结未触及, 巩膜无黄染, 心肺无异常, 腹平坦, 上腹部轻度肌紧张, 压痛明显, 可疑反跳痛, 未触及肿块, Murphy 征阴性, 肝肾区无明显叩痛, 移动性浊音可疑阳性, 肠鸣音稍弱, 双下肢不肿。

化验: 血 Hb120g/L, WBC22×10⁹/L, N86%, L14%, plt110×10⁹/L. 尿蛋白(±), RBC2-3/高倍, 尿淀粉酶 32U(Winslow 法), 腹平片未见膈下游离气体和液平, 肠管稍扩张, 血清 BUN7.0mmol/L.

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断 急性重症胰腺炎

(二)诊断依据





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

- 1.急性持续性上腹痛，向腰背部放射，伴恶心、呕吐，吐后腹痛不减
- 2.查体有上腹部肌紧张，压痛，可疑反跳痛和腹水征及麻痹性肠梗阻征象
- 3.化验血 WBC 数和中性比例增高、腹平片结果不支持肠穿孔和明显肠梗阻
- 4.既往有胆结石史

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.溃疡病急性穿孔
- 2.急性肠梗阻
- 3.急性胃炎
- 4.慢性胆囊炎急性发作

三、进一步检查(4 分)

- 1.腹部 B 超和 CT 扫描
- 2.若有腹水，则应穿刺化验及腹水淀粉酶活性测定
- 3.血清淀粉酶活性、血糖、血 Ca^{2+} 、 K^{+} 、 Na^{+} 、 Cl^{-}



4. 血气分析、血清正铁白蛋白

5. 肝肾功能

四、治疗原则(3 分)

1. 减少胰腺外分泌: 禁食和胃肠减压; 抑制胰腺分泌药物如生长抑素

2. 对抗胰酶活性药物(抑肽酶、加贝酯)

3. 抗生素

4. 支持疗法: 输液、营养支持、镇痛

5. 必要时手术治疗

13. 梗阻性黄疸待查: 胆道肿瘤病例分析

[病例摘要]

女性, 61 岁, 全身皮肤黄染, 大便颜色变浅近一个月入院。

1 月前无明显诱因, 出现明显黄疸, 皮肤瘙痒, 伴有轻度腹痛, 无明显发热, 经对症治疗后即缓解, 反复发作时尿色深黄, 大便颜色变浅, 体重、食欲、睡眠无明显变化。6 年前曾因胆囊结石行胆囊切除术, 术后恢复顺利。





查体：发育营养正常，巩膜、皮肤明显黄染，浅表淋巴结无肿大，心肺正常，上腹部可见手术瘢痕，腹平坦，未见肠型蠕动波，剑突下轻压痛，无反跳痛或肌紧张，肝脾未及，未扪及包块，Murphy 征(-)，无移动性浊音，肠鸣正常。[医学教育网 搜集 整理]

本院 B 超：肝内胆管扩张，直径 0.4-0.6cm，肝总管直径 0.8cm，胆总管内未见结石。实验室检查：WBC $11.4 \times 10^9/L$ ，HGB $134g/L$ ，中性粒细胞 78%，尿胆红素 6mg/dl.GGT $252IU/L$ ，TBIL $233\mu mol/L$ ，BDIL $141.2\mu mol/L$ 。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断 梗阻性黄疸待查：胆道肿瘤

胆道结石待除外

(二)诊断依据

1.黄疸伴有大便颜色变浅

2.血清直接胆红素(DBIL)升高，尿胆红素阳性

3.B 超示肝内胆管扩张





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

4.胆囊结石手术史，黄疸伴有轻度腹痛

二、鉴别诊断(5 分)

1. 内科黄疸病因，瘀胆性肝炎、病毒性肝炎
2. 胆道炎症或结石
3. 肝胰肿瘤

三、进一步检查(4 分)

1. 影像学检查：CT 或 MRI
2. 必要时以 PTC (经皮经肝胆道造影)协助

四、治疗原则(3 分)

1. 手术探查 切除肿瘤或引流
2. 体外引流：经皮经肝胆道引流

备注：此题较难：手术病理证实为肝门胆管癌：

14.胃溃疡，合并出血病例分析



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



[病例摘要]

男性，75 岁，间断上腹痛 10 余年，加重 2 周，呕血、黑便 6 小时

10 余年前开始无明显诱因间断上腹胀痛，餐后半小时明显，持续 2-3 小时，可自行缓解。2 周来加重，纳差，服中药后无效。6 小时前突觉上腹胀、恶心、头晕，先后两次解柏油样便，共约 700g，并呕吐咖啡样液 1 次，约 200ml，此后心悸、头晕、出冷汗，发病来无眼黄、尿黄和发热，平素二便正常，睡眠好，自觉近期体重略下降。既往 30 年前查体时发现肝功能异常，经保肝治疗后恢复正常，无手术、外伤和药物过敏史，无烟酒嗜好

查体：T36.7℃，P108 次/分，R22 次/分，Bp90/70mmHg，神清，面色稍苍白，四肢湿冷，无出血点和蜘蛛痣，全身浅表淋巴结不大，巩膜无黄染，心肺无异常。腹平软，未见腹壁静脉曲张，上腹中轻压痛，无肌紧张和反跳痛，全腹未触及包块，肝脾未及，腹水征(-)，肠鸣音 10 次/分，双下肢不肿。

化验：Hb：82g/L，WBC 5.5×10^9 /L，分类 N69%，L28%，M3%，plt：300 $\times 10^9$ /L，大便隐血强阳性。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

(一)诊断

- 1.胃溃疡, 合并出血
- 2.失血性贫血, 休克早期

(二)诊断依据

- 1.周期性、节律性上腹痛
- 2.呕血、黑便, 大便隐血阳性
- 3.查体上腹中压痛, 四肢湿冷, 脉压变小
- 4.Hb82g/L(<120g/L)

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.胃癌
- 2.肝硬化, 食管胃底静脉曲张破裂出血
- 3.出血性胃炎

三、进一步检查(4 分)





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.急诊胃镜

2.X 线钡餐检查(出血停止后)

3.肝肾功能

四、治疗原则(3 分)

1.对症治疗

2.抗溃疡病药物治疗

3.内镜止血、手术治疗

15.胆总管结石 化脓性胆管炎病例分析

[病例摘要]

男性，69 岁，右上腹痛反复发作 3 年。绞痛伴发热、寒战、皮肤黄染 1 天

6 年前因"胆囊结石、胆囊炎"行胆囊造瘘术，3 月后切除胆囊，术后胆绞痛症状消失。3 年前开始出现右上腹绞痛，多于进食油腻后引起，无发热及黄疸。近 2 年腹痛发作频繁，偶有寒战、发热，无黄疸。半年前右上腹绞痛，伴轻度皮肤黄





染，尿色深，经输液治疗后缓解。一天前突感右上腹绞痛，伴寒战、高烧，体温 39°C ，且皮肤巩膜黄染，急诊入院。

既往无心脏、肝、肾疾患，无肝炎或结核史。

查体： $T39^{\circ}\text{C}$ ，P88 次/分，BP100/70mmHg.神清合作，皮肤巩膜黄染，腹平坦，可见右肋缘下及上腹旁正中切口瘢痕，未见肠型及蠕动波，右上腹压痛，无肌紧张或反跳痛，未扪及肿物或肝脾，肠鸣音可闻，胆红素 $30\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素 $14.90\mu\text{mol/L}$ ，余肝功能、电解质均在正常范围，Hb 150g/L ，WBC $29.7\times 10^9/\text{L}$ ，PLT $246\times 10^9/\text{L}$ 。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

1.胆总管结石

2.并发：化脓性胆管炎

梗阻性黄疸

(二)诊断依据





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.反复发作右上腹绞痛，近期出现 Charcot 三联征

2.DBIL(直胆)及 WBC 升高

3.有胆囊结石二次手术史

二、鉴别诊断(5 分)

1.胆道损伤导致的狭窄、梗阻

2.胆道下端肿瘤

三、进一步检查(4 分)

1.B 超、CT

2.发作期避免应用 ERCP 或 PTC

四、治疗原则(3 分)

1.抗感染措施

2.急诊开腹探查，总胆管探查，引流





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

备注: B 超: 肝大小形态正常, 肝内胆管可见扩张, 内径 0.7cm, 胆总管内径 2.1cm, 壁增厚, 于其下端可探及一 1.6×1.2cm 结石

16.糖尿病 2 型病例分析

[病例摘要]

女性, 67 岁, 多饮、多食、消瘦十余年, 下肢浮肿伴麻木一个月

十年前无明显诱因出现烦渴、多饮, 饮水量每日达 4000ml, 伴尿量增多, 主食由 6 两/日增至 1 斤/日, 体重在 6 个月内下降 5kg, 门诊查血糖 12.5mmol/L, 尿糖(++++) , 服用降糖药物治疗好转。近一年来逐渐出现视物模糊, 眼科检查"轻度白内障, 视网膜有新生血管".一个月来出现双下肢麻木, 时有针刺样疼痛, 伴下肢浮肿。大便正常, 睡眠差。既往 7 年来有时血压偏高, 无药物过敏史, 个人史和家族史无特殊。

查体: T36℃, P78 次/分, R18 次/分, Bp160/100mmHg, 无皮疹, 浅表淋巴结未触及, 巩膜不黄, 双晶体稍混浊, 颈软, 颈静脉无怒张, 心肺无异常。腹平软, 肝脾未触及, 双下肢可凹性浮肿, 感觉减退, 膝腱反射消失, Babinski 征(-)。





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

化验: 血 Hb123g/L, WBC 6.5×10^9 /L, N65%, L35%, plt 235×10^9 /L, 尿蛋白(+), 尿糖(+++), WBC0-3/高倍, 血糖 13mmol/L, BUN7.0mmol/L

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

1.糖尿病 2 型: 白内障, 糖尿病周围神经病变, 糖尿病肾病

2.高血压病 I 期(2 级, 中危组)

(二)诊断依据

1.糖尿病 2 型及并发症: ①有典型糖尿病症状: 多饮、多尿、多食、消瘦, 起病缓慢, 相对较轻。②空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 。③糖尿病史 10 年以上, 有白内障。④下肢麻木, 时有针刺样疼痛, 感觉减退, 膝腱反射消失, 支持糖尿病周围神经病变。⑤糖尿病史 10 余年以上, 尿蛋白(+)

2.高血压病 I 期(2 级, 中危组): 血压高于正常, 无脏器损害客观证据

二、鉴别诊断(5 分)



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.糖尿病 1 型

2.肾性高血压

3.肾病综合征

三、进一步检查(4 分)

1.24 小时尿糖、尿蛋白定量

2.糖化血红蛋白及胰岛素和 C 肽释放试验

3.肝肾功能检查, 血脂检查

4.眼科检查

5.B 超和超声心动图

四、治疗原则(3 分)

1.积极治疗糖尿病: 控制饮食、调整降糖药、适当运动

2.对症治疗: 肾脏、神经、眼科等合并症的处理

3.控制血压: 降压药物, 低盐饮食





17.慢性肾盂肾炎急性发作病例分析

[病例摘要]

男性, 65 岁, 间断尿频、尿急、尿痛、腰痛和发热 32 年, 再发加重 2 天

32 年前因骑跨伤后"下尿路狭窄", 间断发作尿频、尿急、尿痛, 有时伴腰痛、发热, 经抗炎和对症治疗后好转, 平均每年发作 1-2 次。入院前 2 天无明显诱因发热达 38°C-39°C, 无寒战, 伴腰痛、尿频、尿急、尿痛, 无肉眼血尿, 无浮肿, 自服氟哌酸无效, 为进一步诊治入院。发病来饮食可, 大便正常, 睡眠好, 体重无明显变化。既往 47 年前患"十二指肠溃疡", 经治疗已愈, 无结核病密切接触史, 无药物过敏史。

查体: T38.9°C, P120 次/分, R20 次/分, Bp120/80mmHg, 急性热病容, 无皮疹, 浅表淋巴结未触及, 巩膜不黄, 眼睑不肿, 心肺无异常, 腹平软, 下腹部轻压痛, 无肌紧张和反跳痛, 肝脾未触及, 双肾区叩痛(+), 双下肢不肿。

化验: 血 Hb132g/L, WBC28.9×10⁹/L, 中性分叶 86%, 杆状 5%, 淋巴 9%, 尿蛋白(+), WBC 多数/高倍, 可见脓球和白细胞管型, RBC5-10/高倍。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

(一)诊断 慢性肾盂肾炎急性发作

(二)诊断依据

- 1.反复发作的尿路刺激症状，伴腰痛、发热，病程迁延。本次发病急剧，有下尿路引流不畅因素
- 2.下腹部轻压痛，双肾区叩痛(+)
- 3.血 WBC 数 and 中性粒细胞比例均增高，尿蛋白(+)，尿 WBC 多数，可见脓球和 WBC 管型

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.下尿路感染
- 2.肾、尿路结核
- 3.尿道综合征
- 4.慢性肾小球肾炎

三、进一步检查(4 分)

- 1.血培养、尿培养、尿细菌菌落计数+药敏试验





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.肾功能(BUN, Scr, 尿浓缩试验, 尿渗透压, 血尿?2-MG)

3.泌尿系影像学检查(IVP), B 超

四、治疗原则(3 分)

1.抗感染治疗: 合理有效抗生素

2.去除诱因, 防止复发

18.急性弥漫性腹膜炎、急性胰腺炎病例分析

[病例摘要]

男性, 50 岁, 骤发剧烈上腹痛, 伴腹胀、恶心、呕吐一天

患者于发病当天无明显诱因突然发作剧烈腹痛, 初起时觉剑突下偏右呈发作性胀痛, 腹痛迅速波及全腹部转成持续性, 刀割样剧烈疼痛, 并向后背放射, 伴恶心、呕吐, 吐出胃内容物。发病以来未曾排便及排气, 并且不敢翻身也不敢深呼吸, 更不敢使腹部受压。12 小时前腹痛加重并出现烦躁不安, 憋气, 伴体温升高遂来急诊。三年前查体, 发现胆囊结石, 从无症状, 未予治疗。既往无类似腹痛, 无溃疡病史。





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

查体：体温 38.9℃，BP110/80mmHg，P110 次/分，R32 次/分。急病容，右侧卧位，全身皮肤及巩膜可疑黄染，头颈心肺(-)，全腹胀隆，伴明显肌紧张及广泛压痛，反跳痛。肝脾触诊不满意，肝浊音界在右第六肋间，移动性浊音(±)，肠鸣音弱。

辅助检查：Hb96.1g/L，WBC18.9×10⁹/L，AST 211U/L，BUN 9.9mmol/L，TBIL 30μmol/L，DBIL 12μmol/L，血钙 1.75mmol/L。卧位腹平片示肠管充气扩张，肠间隙增宽。B 超：肝回声均匀，未发现异常病灶，胆囊 7×3×2cm 大小，壁厚 0.4cm，内有多发强光团，回声后有声影，胆总管直径 0.9cm，胰腺形态失常，明显肿大，尤其以胰头、胰体明显，胰周多量液性暗区，胰管增粗。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

1.急性弥漫性腹膜炎：急性胰腺炎

2. 胆囊炎、胆石症

(二)诊断依据



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.急性上腹痛，向后腰背部放射，伴恶心呕吐，发烧

2.全腹肌紧张，压痛，反跳痛，有可疑腹水征

3.WBC 升高，血钙下降

4.影像学检查所见：B 超、腹平片

二、鉴别诊断(5 分)

1.消化道穿孔

2.急性胆囊炎

3.急性肠梗阻

三、进一步检查(4 分)

1.血尿淀粉酶

2.腹腔穿刺，腹水常规及淀粉酶测定

3.腹部 CT

四、治疗原则(3 分)



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.禁食，胃肠减压

2.适当应用抗生素及生长抑素类制剂

3.密切观察病情，有感染征象时，可手术探查

备注：腹腔穿刺抽出多量血性液体，淀粉酶 1240U/L，血淀粉酶 2347U/L，尿淀粉酶 960U/L

19.梗阻性黄疸-胆总管结石病例分析

[病例摘要]

男性，50岁，主因间歇发作性腹痛，黄疸，发热3个月而入院

患者3个月前无明显诱因，餐后突然上腹痛，向后背、双肩部放射，较剧烈，伴发烧38℃左右，次日发现巩膜、皮肤黄染，于当地医院应用抗生素及利胆药物后，症状缓解。随后2个月又有类似发作2次，仍行消炎，利胆、保肝治疗，症状减轻。为求进一步明确诊断和治疗来我院。半年前因“慢性胆囊炎、胆囊结石”行胆囊切除术。无烟酒嗜好，无肝炎、结核病史





查体：一般情况好，发育营养中等，神清，合作。巩膜、皮肤黄染，浅表淋巴结无肿大，头颈心肺无异常。腹平软，肝脾未触及，无压痛或反跳痛 Murphy 征(-)，肝区无叩痛，移动性浊音(-)，肠鸣音正常

实验室检查：WBC $5.0 \times 10^9/L$ ，BHb161g/L，尿胆红素(-)，TBIL(总胆红素) $29.8 \mu\text{mol/L}$ ，(正常值 1.7-20.00)，DBIL(直接胆红素) $7.3 \mu\text{mol/L}$ (正常值 <6.00)；

B 超：肝脏大小形态正常，实质回声欠均匀，为脂肪肝之表现，胆总管内径约 1.2cm，可疑扩大，未见结石影，但未探及十二指肠后段及末端胆总管

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断 梗阻性黄疸：胆总管结石

(二)诊断依据

- 1.间歇发作性腹痛，伴有黄疸、发烧
- 2.餐后发作上腹痛，向后背及肩部放射，为胆绞痛之表现
- 3.有胆囊结石病史
- 4.实验室检查有轻度黄疸所见





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

5.B 超示胆总管可疑扩大

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.内科黄疸的病因，如肝细胞性、溶血性、药物性黄疸
- 2.肿瘤：胰头癌、壶腹周围癌，以渐进性无痛性黄为主

三、进一步检查(4 分)

- 1.发作时重复血尿便常规及肝功、胆红素检查
- 2.影像学检查：CT、钡餐
- 3.必要时以 ERCP 或内镜超声协助

四、治疗原则(3 分)

- 1.开腹探查 总胆管切开探查，引流
- 2.或 EPT 手术

备注：总胆管下端结石，经 ETP 切开取石

20.急性阑尾炎病例分析



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

[病例摘要]

女性，26岁，已婚。腹痛、腹泻、发热、呕吐20小时

于2001年3月12日入院患者于入院前24小时，在路边餐馆吃饭，半天后，出现腹部不适，呈阵发性并伴有恶心，自服654-2等对症治疗，未见好转，并出现呕吐胃内容物，发热及腹泻数次，为稀便，无脓血，体温37-38.5℃，来我院急诊，查便常规阴性，按"急性胃肠炎"予颠茄、黄连素等治疗，晚间，腹痛加重，伴发热38.6℃，腹痛由胃部移至右下腹部，仍有腹泻，夜里再来就诊，查血象WBC $21 \times 10^9/L$ ，急收入院。

既往体健，无肝肾病史，无结核及疫水接触史，无药物过敏史。月经史13(1/27-28)，末次月经2001.2.25。

查体：T38.7℃，P120次/分，BP 100/70mmHg，发育营养正常，全身皮肤无黄染，无出血点及皮疹，浅表淋巴结不大，眼睑无浮肿，结膜无苍白，巩膜无黄染，颈软，甲状腺不大，心界大小正常，心率120次/分，律齐未闻及杂音，双肺清，未闻干湿罗音，腹平，肝脾未及，无包块，全腹压痛以右下腹麦氏点周围为著，无明显肌紧张，肠鸣音10-15次/分。

辅助检查：Hb 162g/L，WBC $24.6 \times 10^9/L$ ，中性分叶86%，杆状8%，尿常规(-)，大便常规：稀水样便，WBC3~5/高倍，RBC0~2/高倍，肝功能正常。



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断 急性阑尾炎(化脓性)

(二)诊断依据

- 1.转移性右下腹痛
- 2.右下腹固定压痛、反跳痛
- 3.发热，白细胞增高

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.急性胃肠炎、菌痢
- 2.尿路结石感染
- 3.急性盆腔炎

三、进一步检查(4 分)

- 1.复查大便常规，血常规





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.B 超：回盲区，阑尾形态

四、治疗原则(3 分)

1.抗感染治疗

2.开腹探查、阑尾切除术

21.异位妊娠破裂出血病例分析

[病例摘要]

女性，29 岁，下腹剧痛，伴头晕、恶心 2 小时

于 2000 年 11 月 5 日急诊入院平素月经规律，4-5/35 天，量多，无痛经，末次月经 2000.9.17，于 10 月 20 日开始阴道出血，量较少，色暗且淋漓不净，四日来常感头晕、乏力及下腹痛，二天前曾到某中医门诊诊治，服中药调经后阴道出血量增多，但仍少于平时月经量。今晨上班和下午 2 时有 2 次突感到下腹剧痛，下坠，头晕，并昏倒，遂来急诊月经 14 岁初潮，量中等，无痛经。25 岁结婚，孕 2 产 1，末次生产 4 年前，带环 3 年。既往体健，否认心、肝、肾等疾患。

查体：T36℃，P 102 次/分，BP 80/50mmHg，急性病容，面色苍白，出冷汗，可平卧。心肺无异常。外阴有血迹，阴道畅，宫颈光滑，有举痛，子宫前位，正



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

常大小，稍软，可活动，轻压痛，子宫左后方可及 $8\text{cm} \times 6\text{cm} \times 6\text{cm}$ 不规则包块，压痛明显，右侧(-)，后陷凹不饱满。

化验：尿妊娠(±)，Hb 90g/L ，WBC $10.8 \times 10^9/\text{L}$ ，Plt $145 \times 10^9/\text{L}$ 。B超：可见宫内避孕环，子宫左后 $7.8 \times 6.6\text{cm}$ 囊性包块，形状欠规则，无包膜反射，后陷凹有液性暗区。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8分)

(一)诊断

1.异位妊娠破裂出血

2.急性失血性休克

(二)诊断依据

1.有突发下腹痛，伴有急性失血和休克表现

2.有停经史和阴道不规则出血史

3.宫颈举痛，子宫左后可触及包块



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

4.B 超可见囊性包块，后陷凹有液性暗区

二、鉴别诊断(5 分)

1. 卵巢滤泡或黄体囊肿破裂
2. 外科急腹症：急性阑尾炎、穿孔
3. 内科腹痛：急性肠炎、菌痢

三、进一步检查(4 分)

1. 后穹窿穿刺
2. 尿、粪常规
3. 必要时内镜超声协助

四、治疗原则(3 分)

1. 输液，必要时输血，抗休克
2. 开腹探查，清洗腹腔，左输卵管切除





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

备注：手术所见：腹腔内积血 $700\pm\text{ml}$ ，子宫稍大，软，左输卵管增粗，直径约 $1\pm\text{cm}$ ，壶腹部膨胀充血，可见 1cm 大小破口，周围有血块。探查腹腔，取出血块约 500ml ，其中有绒毛样组织，约 $3\times 3\text{cm}$ (如孕 50 天的胎囊)，右附件(-)，行左侧输卵管切除。输血 400ml ，术后平稳。术后病理：输卵管壶腹妊娠破裂。

22.心包堵塞(血心包)病例分析

[病例摘要]

男性，30 岁，半小时前因车祸(车速 180km/h)发生闭合性胸部损伤

既往体健：无心肺疾疾患。

查体：Bp $90/80\text{mmHg}$ ，呼吸急促，40 次/分，脉搏整 130 次/分。神清合作，痛苦状，呼吸困难，浅弱，脉搏快弱，有奇脉，颈静脉怒张，充盈明显，气管正中，双肺呼吸音清晰，叩清，无罗音，心律整，心音遥远，未闻及病理性杂音。腹部及四肢大致正常，无病理反射引出。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.心包堵塞(血心包)

2.心脏破裂(不能除外心包堵塞型)

(二)诊断依据

BECK 三联症(静脉压升高, BP 下降, 脉细快) 4 分

二、鉴别诊断(5 分)

1.心脏损伤: 心前区疼痛, 似心梗样表现, EKG ST、T 波改变, 心律失常, CPK-MB 上升, LDH1 上升, LDH2 上升, UCG 改变

2.心脏破裂: 多见穿透伤, 低血容量休克, 血胸型。心包堵塞型少见。快速休克死亡

3.大血管破裂: 进行性出血, 快速死亡

4.室间隔破裂、瓣膜、乳头肌损伤: 有杂音, 急性心衰征, 超声心动图可确诊

三、进一步检查(4 分)

1.EKG: 磷酸肌酸激酶-同功酶(CPK-MB)和酸脱氢酶

2.超声心动图





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

3.胸大片正侧位 CT

4.心包穿刺(最主要, 既是诊断又是抢救治疗的第一步)

四、治疗原则(3 分)

1.抗休克治疗, 输血、输液、镇静、止痛、吸 O₂

2.心包穿刺, 心包引流

3.尽早开胸探查(CVP16cmHrO 以上。升压药, 扩张血管药, 输血输液抗休克无效时, 或心包持续进行性出血者)

4.抗生素防治感染

23.右侧胸腔积液: 结核性胸膜炎病例分析

[病例摘要]

男性, 30 岁, 低热伴右侧胸痛一周

患者一周前无明显诱因出现午后低热, 体温 37.5℃, 夜间盗汗, 伴右侧胸痛, 深呼吸时明显, 不放射, 与活动无关, 未到医院检查, 自服止痛药, 于 3 天前胸痛





减轻，但胸闷加重伴气短，故来医院检查，发病来进食无变化，二便正常，睡眠稍差，体重无明显变化。既往体健，否认有结核病密切接触史，吸烟 10 年。

查体：T37.4℃，P 84 次/分，R 20 次/分，Bp 120/80mmHg，一般情况可，无皮疹，全身浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，咽(-)，颈软，气管稍左偏，颈静脉无怒张，甲状腺(-)，右侧胸廓稍膨隆，右下肺语颤减弱，右下肺叩浊，呼吸音减弱至消失，心界向左移位，心右界叩不清，心率 84 次/分，律齐，无杂音，腹平软，无压痛，肝脾未及，下肢不肿。

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一) 诊断

右侧胸腔积液：结核性胸膜炎可能性大

(二)诊断依据

- 1.低热、盗汗，由开始胸痛明显(干性胸膜炎)到有积液后的胸痛减轻，ESR 快
- 2.右侧胸腔积液征：气管、心脏左移，右下肺语颤减弱，叩浊，呼吸减低至消失

二、鉴别诊断(5 分)





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.肿瘤性胸腔积液

2.心力衰竭致胸腔积液

3.低蛋白血症致胸腔积液

4.其他疾病(如 SLE)致胸腔积液

三、进一步检查(4 分)

1.胸片

2.胸部 B 超胸水定位

3.胸腔穿刺，胸水常规、生化和细菌、病理学检查

4.PPD 或血清结核抗体测定

5.肝肾功能检查，包括血浆蛋白

四、治疗原则(3 分)

1.病因治疗：抗结核药

2.胸腔穿刺放胸水，合理应用糖皮质激素





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

24.Graves 病 甲亢性心脏病病例分析

[病例摘要]

女性，32 岁，多食、多汗、易怒 1 年，劳累后心慌、气短 2 个月

1 年前与家人生气后，感心慌，易饥，食量由原来的 5 两/日增至 1 斤/日，同时怕热多汗，说话多，易怒、失眠，逐渐发现双眼突出，梳头困难，蹲下站起时困难，查 T3600ng/dl(RIA 法)，T420.5μg/dl，TSH<0.015?IU/ml，给予口服他巴唑 30mg/日，分三次口服，1 月后病情好转，半年前自行停药，2 个月前再次出现多汗、多食，劳累后心慌、气短明显，夜间有时憋醒。病后大便每日两次，成形便，体重减轻 8kg.既往体健，无药物过敏史，月经初潮 14 岁，4-6 天/30 天，近一年闭经，家中无类似患者。

查体：T37℃，P110 次/分，R26 次/分，Bp110/60mmHg，发育正常，消瘦，自动体位，皮肤潮湿，浅表淋巴结不大，眼球突出，闭合障碍，唇无紫绀，甲状腺Ⅱ°肿大，质软，无结节，两上极可及震颤，可闻血管杂音，无颈静脉怒张，双肺正常，心界稍向左扩大，心率 150 次/分，律不齐，心尖部可闻及Ⅱ/6 级收缩期杂音，腹软，无压痛，肝脾肋下未及，无移动性浊音，肠鸣音正常，双下肢不肿，双膝、跟腱反射亢进，双 Babinski 征(-)。

[分析]



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断

1.Graves 病

2.甲亢性心脏病：心脏大，心房纤颤，心功能Ⅲ级

(二)诊断依据

1.Graves 病：①病史：多食、多汗、消瘦、怕热、肌无力、闭经、易怒。②查体：心率快，脉压大，眼球突出，甲状腺肿大，有震颤及血管杂音。③曾有 T3、T4 增高和他巴唑治疗有效

2.甲亢性心脏病①有 Graves 病。②劳累后心慌、气短明显，夜间有憋醒。③心界稍向左大，心率 150 次/分，有脱落脉，提示心房纤颤

二、鉴别诊断(5 分)

1.继发甲亢

2.单纯性甲状腺肿

3.自主性高功能甲状腺腺瘤





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

4.冠心病

三、进一步检查(4 分)

1.T3、T4、TSH 和 TGAb、TPOAb

2.心电图和超声心动图

3.心肌酶谱和肌电图

4.血 K⁺、Na⁺、Cl⁻

四、治疗原则(3 分)

1.抗甲状腺药物治疗

2.控制心衰：利尿，强心，扩血管

3.其他治疗：低盐、禁碘饮食和对症处理

25.急性有机磷农药中毒病例分析

[病例摘要]

女性，35 岁，昏迷 1 小时



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

患者 1 个小时前因与家人不和，自服药水 1 小瓶，把药瓶打碎扔掉，家人发现后 5 分钟病人腹痛、恶心，并呕吐一次，吐出物有大蒜味，逐渐神志不清，急送来诊，病后大小便失禁，出汗多。既往体健，无肝、肾、糖尿病史，无药物过敏史，月经史、个人史及家族史无特殊。

查体：T36.5℃，P60 次/分，R30 次/分，Bp110/80mmHg，平卧位，神志不清，呼之不应，压眶上有反应，皮肤湿冷，肌肉颤动，巩膜不黄，瞳孔针尖样，对光反射弱，口腔流涎，肺叩清，两肺较多哮鸣音和散在湿罗音，心界不大，心率 60 次/分，律齐，无杂音，腹平软，肝脾未触及，下肢不肿。

化验：血 Hb125g/L，WBC7.4×10⁹/L，N68%，L30%，M2%，plt156×10⁹/L

[分析]

一、诊断及诊断依据(8 分)

(一)诊断 急性有机磷农药中毒

(二)诊断依据

1.呕吐物有大蒜味是有机磷农药中毒的特点，临床表现腹痛、恶心、呕吐、大汗等，并迅速神志不清



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP

移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

2.查体发现肌颤，瞳孔呈针尖样，流涎，两肺哮鸣音和湿罗音，心率慢等毒蕈碱样表现和烟碱样表现

3.无其他引起昏迷的疾病史

二、鉴别诊断(5 分)

1.全身性疾病致昏迷：肝昏迷，尿毒症昏迷，糖尿病酮症酸中毒昏迷

2.其他急性中毒：安眠药等中毒

3.脑血管病

三、进一步检查(4 分)

1.血胆碱酯酶活力测定

2.血气分析

3.肝肾功能、血糖、血电解质

四、治疗原则(3 分)

1.迅速清除体内毒物：洗胃、导泻





2.特效解毒剂 胆碱酯酶复活剂：解磷定应用等;抗胆碱药：阿托品的应用

3.对症治疗：包括维持正常心肺功能、保持呼吸道通畅，氧疗、必要时人工呼吸机等

