



关注金英杰医学教育，
获取更多考试干货！

一、头痛

知识概要

1. 临床特点

发病情况	急性起病伴发热者常为感染性疾病所致
	急剧而持续性头痛,并有不同程度的意识障碍而不伴发热者常提示颅内血管性疾病,如蛛网膜下腔出血
	长期反复发作性头痛或搏动性头痛多为血管性头痛或神经官能症
	慢性进行性头痛伴有颅内压增高的症状应考虑颅内占位性病变
	情绪紧张而发病者多为肌紧张性头痛
头痛部位	偏头痛及丛集性头痛多为单侧
	高血压性头痛多在额部或整个头部
	颅内深在性病变所致头痛多向病灶同侧放射
	全身性疾病所致头痛多为全头部痛
	五官科疾病所致头痛多为浅表性,且局限于前额、眼眶或颞部
头痛的程度与性质	脑膜刺激性头痛如脑膜炎、蛛网膜下腔出血多剧烈持续
	脑肿瘤所致头痛常为轻中度钝痛
	肌紧张性头痛多为紧缩或钳夹样痛
头痛发生时间与持续时间	颅内占位性病变所致头痛往往清晨加重
	鼻窦炎的头痛常发生于清晨或上午
	女性偏头痛常与月经期有关
加重、减轻或激发头痛的因素	咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身使颅内高压性头痛加剧
	平卧能使低颅压性头痛缓解
	肌紧张性头痛可因活动按摩颈肌而逐渐缓解

2. 伴随症状

伴有 脑膜刺激征者	提示有脑膜炎或蛛网膜下腔出血
伴有 剧烈呕吐者	提示颅内压增高,头痛在呕吐后减轻者见于偏头痛
伴有 眩晕者	提示小脑肿瘤、椎-基底动脉供血不足
伴有 发热者	常见于颅内或全身感染性疾病
伴有 视力障碍者	可见于青光眼或脑瘤
慢性进行性头痛伴有 精神症状者	应注意颅内肿瘤
慢性头痛突然加剧并伴有 意识障碍者	提示可能发生脑疝
伴有 癫痫病作者	可见于脑血管畸形、脑瘤、颅内寄生虫病
伴有 神经功能紊乱症状者	可为神经功能性头痛

应试流程

诱因/病因	劳累、情绪波动、外伤等
症状特点	疼痛出现时间、部位、范围、性质(持续性、间歇性)、程度及持续时间、加重或缓解因素
伴随症状	是否伴发热、呕吐、眩晕、焦虑、失眠、视力改变等
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如头颅CT或MRI、脑脊液检查等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如止痛药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——高血压、癫痫、颅脑外伤病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:主要症状——诱因,起病情况,头痛部位,头痛的程度与性质,头痛发生时间与持续时间,加重、减轻或激发头痛的因素。

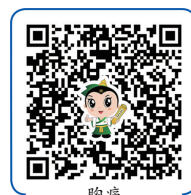
真题演练

简要病史:女性,26岁。突发性头痛4小时,神志不清2小时家属送来急诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无剧烈运动、咳嗽、用力排便、外伤、情绪激动。(1分)	
(2)头痛:具体部位、性质、持续时间、程度、加重或缓解因素。(2分)	
(3)神志不清:程度及其演变过程。(2分)	
(4)伴随症状:有无发热、恶心、呕吐(是否为喷射性呕吐);有无语言障碍、呼吸困难;有无颈强直、肢体活动障碍。(2分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:头颅CT或MRI、脑脊液检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过止痛药物治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	

<p>(二) 其他相关病史(3分)</p> <p>1. 有无药物过敏史。(1分)</p> <p>2. 与该病有关的其他病史:有无类似发作史;有无脑动脉瘤或脑血管畸形、脑外伤、高血压病史;有无烟酒嗜好;有无精神神经系统疾病家族史;月经史、婚育史。(2分)</p>
<p>二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)</p>
<p>(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)</p>
<p>(二) 能够围绕病情询问。(1分)</p>

二、胸痛

知识概要



胸痛

1. 临床特点

诱因、起病缓急	发病的缓急,严重程度;胸痛的持续时间,有无放射痛。胸痛与劳动、呼吸、咳嗽、吞咽、情绪激动有无关系,对于纵隔性胸痛发生部位、性质和放射特点的询问有助于鉴别心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层的诊断;有无发病的诱因及加重与缓解的方式
疼痛部位	带状疱疹:成簇水疱沿一侧肋间神经分布伴剧痛
	肋骨软骨炎:单个或多个肿胀隆起,有压痛、咳嗽、深呼吸或患侧上肢大幅度活动时疼痛加重
	食管、纵隔病变:胸痛多位于胸骨后,进食或吞咽时加重
	心绞痛、心肌梗死:胸骨后,常放射至左肩、左臂内侧,达无名指与小指
	主动脉夹层:胸痛位于胸背部,向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢
	肝胆及膈下脓肿引起者多有右下胸痛,侵犯膈肌中心部时放射至右肩部
性质	肺尖部癌引起疼痛多以肩部、腋下为主,向上肢内侧放射
	刀割样痛或灼痛,剧烈难忍——如带状疱疹
	烧灼痛——如食管炎
	压榨样、绞窄样痛并有重压窒息感——如心绞痛
	剧烈并有恐惧、濒死感——如心肌梗死
	尖锐刺痛或撕裂痛——如干性胸膜炎
持续时间	突然发生胸背部难忍撕裂样剧痛——如主动脉夹层
	突发胸部剧痛或绞痛,常伴呼吸困难与发绀——如肺栓塞
持续时间	心绞痛:3~5分钟,一般不超过15分钟;心肌梗死:>30分钟

加重、减轻或激发的因素	心绞痛:劳累,体力活动,精神紧张可诱发;休息,含服硝酸甘油可缓解
	胸膜炎:深呼吸、咳嗽、喷嚏可加剧
	反流性食管炎:餐后出现,平卧或弯腰可诱发,H ₂ 受体拮抗剂(H ₂ RA)、质子泵抑制剂(PPI)可缓解

2. 伴随症状

伴有咳嗽、咳痰和(或)发热	常见于气管、支气管和肺部疾病
伴有呼吸困难	常提示病变累及范围较大,如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞等
伴有咯血	主要见于肺栓塞、支气管肺癌、结核等
伴有苍白、大汗、血压下降或休克	多见于心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉瘤破裂和大块肺栓塞等
伴有吞咽困难	多提示食管疾病,如反流性食管炎等

应试流程

诱因/病因	劳累、感染、情绪波动、外伤等
症状特点	起病缓急,胸痛程度、部位、范围、性质,无放射痛、持续时间;影响疼痛的因素(体力活动、精神紧张)和呼吸、咳嗽、体位、吞咽有无关系
伴随症状	有无发热、咳嗽、咳痰、咯血、吞咽困难、呼吸困难、休克表现等
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如心电图、胸部X线、心肌损伤标记物等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如止痛药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——高血压、高血脂、糖尿病、心脏病、结核病史) 传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:主要症状——诱因,起病缓急,疼痛部位、性质、持续时间、加重、减轻或激发的因素。

真题演练

简要病史:男性,56岁。发作性胸痛1年,活动后气短10天门诊就诊。患“糖尿病”6年。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分

一、问诊内容(13分)

(一) 现病史(10分)

1. 根据主诉及相关鉴别询问(7分)

(1) 发病诱因: 有无过度劳累、饱餐、情绪激动、受凉。(1分)

(2) 胸痛: 部位、程度、性质, 有无放射痛、发作频率及持续时间, 加重或缓解因素(与活动、体位及呼吸的关系)。(2分)

(3) 呼吸困难(气短): 出现的时间及程度, 是阵发性还是持续性; 有无夜间发作, 加重或缓解因素。(2分)

(4) 伴随症状: 有无发热、咳嗽、咳痰; 有无心悸、多汗; 有无反酸、腹胀; 有无双下肢水肿。(2分)

2. 诊疗经过(2分)

(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 心电图、胸部X线、心肌损伤标记物检查。(1分)

(2) 治疗情况: 是否用过硝酸甘油等药物治疗, 疗效如何。(1分)

3. 一般情况(1分)

发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)

(二) 其他相关病史(3分)

1. 有无药物过敏史。(0.5分)

2. 糖尿病治疗情况。(0.5分)

3. 与该病有关的其他病史: 有无高血压、血脂异常史; 有无食管疾病; 有无慢性呼吸系统疾病病史; 有无烟酒嗜好; 有无冠心病家族史。(2分)

二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)

(一) 条理性强, 能抓住重点。(1分)

(二) 能够围绕病情询问。(1分)

三、腹痛

知识概要

1. 问诊要点

诱因、起病缓急	急性起病考虑腹腔脏器的急性炎症、空腔脏器的阻塞或扩张、脏器的破裂或扭转等
	慢性起病考虑腹腔脏器的慢性炎症、消化道运动障碍、消化性溃疡等
部位	胃、十二指肠和胰腺疾病腹痛多在中上腹部
	胆囊炎、胆石症、肝脓肿腹痛多在右上腹部
	急性阑尾炎腹痛多在右下腹部
	小肠病变腹痛在脐部或脐周
	结肠疾病腹痛多在下腹或左下腹部
	膀胱炎、妇科急腹症腹痛多在下腹部
弥漫性腹痛则多为弥漫性腹膜炎	



腹痛

性质	腹痛的性质与病变性质密切相关
	绞痛多为空腔脏器痉挛、扩张或梗阻所致
	烧灼痛多与化学物刺激有关,如胃酸
	剧烈刀割样疼痛多为脏器穿孔或严重炎症所致
	持续钝痛可能为实质脏器牵张或腹膜外刺激所致
	隐痛或胀痛反映病变轻微,可能为脏器轻度扩张或包膜牵扯等所致
发作时间	餐后出现腹痛多为胆胰疾病、胃部肿瘤、消化不良等
	周期性、节律性上腹痛主要见于胃、十二指肠溃疡
	与月经来潮有关的腹痛多与子宫内膜异位症有关
加重、减轻或激发的因素	暴饮、暴食或酗酒腹痛常为胰腺炎之诱因
	胆囊炎或胆石症常有发作前进油腻饮食史
	膝胸位或俯卧位,可使十二指肠雍滞症的腹痛、呕吐等缓解
	反流性食管炎患者在躯体前屈时剑突下烧灼痛加重,直立位时减轻

2. 伴随症状

伴有 发热、寒战	提示炎症存在
伴有 黄疸	多为肝胆或胰腺疾病
伴有 休克,同时有贫血	可能是脾或异位妊娠破裂,无贫血者可能为胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血坏死性胰腺炎
伴有 呕吐	提示食管、胃肠病变,伴反酸、嗝气者提示胃、十二指肠病变或胃炎
伴有 血尿	可能为泌尿系统疾病

应试流程

诱因/病因	外伤、不洁饮食、暴饮暴食等
症状特点	发作缓急、病程、部位、性质(持续性、间歇性)、范围、发生时间和进食的关系,疼痛和体位的关系,加重或缓解因素
伴随症状	有无伴腹泻、便秘、恶心呕吐、反酸;有无伴血尿、尿痛;皮肤、巩膜有无伴黄染
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如 血常规、粪常规及隐血、腹部超声 等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如 止痛药 等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病—— 消化系统病史、尿路结石史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:主要症状——诱因,起病缓急,部位,性质,发作时间,加重、减轻或激发的因素。

真题演练

简要病史-1:女性,45岁。上腹绞痛6小时急诊就诊,既往有“胆石病”病史1年。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一) 现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无进食油腻食物、暴饮暴食、饮酒、服用药物、劳累及精神因素。(1分)	
(2)腹痛:程度、发作频率及持续时间;有无放射痛及转移,加重或缓解因素。(2分)	
(3)伴随症状:有无发热、寒战、胸痛、胸闷、心悸、头晕、出汗(2分);有无腹胀、呕吐、腹泻或停止排气排便(1分);有无尿痛、尿色及尿量改变(1分)。	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规、尿常规、血淀粉酶、尿淀粉酶、腹部超声、心电图检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过解痉止痛剂、抑酸剂治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二) 其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史。(0.5分)	
2.胆石病治疗情况。(0.5分)	
3.与该病有关的其他病史:有无类似发作史;有无心血管疾病、消化性溃疡、肝病、胰腺疾病、肾病病史;有无手术史;月经与婚育史。(2分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	
(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)	
(二) 能够围绕病情询问。(1分)	

简要病史-2:女性,36岁。突发右下腹痛伴恶心、呕吐2小时急诊就诊。有过“妇科良性肿瘤”病史。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	

评分标准	总分 15 分
一、问诊内容(13分)	
(一) 现病史(10分)	
1. 根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1) 发病诱因:有无剧烈运动、突然改变体位、用力排便。(1分)	
(2) 腹痛:性质、程度、持续时间;有无放射痛,与体位的关系;加重或缓解因素。(2分)	
(3) 呕吐:次数、量,呕吐物性状、气味,呕吐与恶心的关系。(2分)	
(4) 伴随症状:有无寒战、发热、头晕、心悸、大汗、腹泻;有无阴道出血。(2分)	
2. 诊疗经过(2分)	
(1) 是否曾到医院就诊,做过哪些检查:腹部及妇科超声、血常规检查。(1分)	
(2) 治疗情况:是否用过止痛药、止吐药治疗;疗效如何。(1分)	
3. 一般情况(1分)	
发病以来饮食、睡觉、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二) 其他相关病史(3分)	
1. 有无药物过敏史。(1分)	
2. 与该病有关的其他病史:有无盆腔包块病史;有无盆腔炎病史;有无胃肠道疾病史;有无腹部手术史;妇科肿瘤诊疗情况。(1分)	
3. 月经是否规律;有无停经史。(1分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	
(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)	
(二) 能够围绕病情询问。(1分)	

四、关节痛

知识概要

1. 问诊要点

诱因	痛风性关节炎急性发作常出现在暴饮暴食后
	风湿热发病前 1~6 周有链球菌感染史(扁桃体炎、咽炎);外伤;感染
起病的缓急、 出现时间	急性起病——急性痛风性关节炎、外伤性关节炎、急性化脓性关节炎等
	慢性起病——类风湿关节炎、强直性脊柱炎等



关节痛

疼痛部位	初发时,90%侵犯单一关节,仅位于第一趾关节
	大关节对称性、游走性疼痛多见于风湿热
	以近端指间关节、掌指关节或腕关节等上肢关节为主的疼痛,多见于类风湿关节炎
	以膝、踝关节等下肢关节为主的疼痛,多见于脊柱关节炎、反应性关节炎等
	手指远端指间关节疼痛可见于骨关节炎
疼痛范围和程度	局限性剧烈疼痛见于外伤、关节内骨折、韧带撕裂、痛风、骨肉瘤、尤文肉瘤等
	局部轻度疼痛见于陈旧性关节外伤
	弥漫性剧烈疼痛见于急性化脓性关节炎、关节内大血肿
	弥漫性轻度疼痛见于关节结核、类风湿关节炎、红斑狼疮关节炎、骨关节炎等

2. 伴随症状

伴有 高热、畏寒、局部红肿灼热	见于化脓性关节炎
伴有 低热、乏力、盗汗、消瘦	见于结核性关节炎
全身小关节对称性疼痛伴有晨僵和关节畸形	见于类风湿关节炎
关节疼痛呈游走性伴有心肌炎、舞蹈病	见于风湿热
伴有 尿酸酸 升高同时有局部红肿、灼热	见于痛风
伴有 皮肤红斑、光过敏 、低热和多器官损害	见于系统性红斑狼疮
伴有 皮肤紫癜、腹痛、腹泻	见于关节受累型过敏性紫癜

应试流程

诱因/病因	气候因素、负重、饮酒、高嘌呤饮食、外伤、受凉、服用药物等
症状特点	起病缓急、病程、性质(是否游走和对称性)、程度和天气、活动的关系
伴随症状	是否有发热、皮疹、肌肉疼痛、肌无力、肌萎缩、关节畸形;有无淋巴结肿大、肝脾肿大
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、尿常规、抗核抗体等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如抗炎药、激素等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病—— 关节外伤史、关节感染史、结核病史、风湿病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点(运动、负重)、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:主要症状——诱因,起病的缓急,患病时间,病程的长短,疼痛部位、性质和程度,缓解和加重的因素。

真题演练

简要病史:女性,19岁。关节痛伴面颊部红斑11天门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无外伤、感染、服用药物、日光照射或接触化学试剂。(1分)	
(2)关节痛:部位、性质、程度、出现时间,皮温;有无红肿,加重或缓解因素。(2分)	
(3)面颊部红斑:外形、大小,两边是否对称,局部有无不适(如疼痛、瘙痒),与日晒的关系;其他部位有无皮疹。(2.5分)	
(4)伴随症状:有无发热;有无口腔溃疡、脱发;有无口干和眼干;有无皮肤黏膜出血。(1.5分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规、尿常规、抗核抗体、皮肤科检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过非甾体抗炎药物或激素类药物治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二)其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史;有无光过敏史。(1分)	
2.与该病有关的其他病史:有无心脏病、肾病和出血性疾病、风湿性疾病病史;有无皮肤病病史;月经史;有无遗传性疾病家族史。(2分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	
(一)条理性强,能抓住重点。(1分)	
(二)能够围绕病情询问。(1分)	

五、腰背痛

知识概要

1.问诊要点



诱因	外伤、感染、炎症、先天性疾病、肿瘤、精神性因素、内脏疾病引起的牵涉性疼痛等
起病的缓急、患病时间、病程的长短	外伤或感染患者可准确指出疼痛时间，慢性累积性腰部损伤者仅能述说大概时间；疼痛出现缓急因不同疾病而异；腰背外伤，脏器急性病变（如肾结石、胆道胰腺疾病）起病急骤；腰椎结核、腰肌劳损等起病缓慢
疼痛部位	脊柱及软组织病变引起的腰背痛多在病变部位。如颈胸背疼痛应考虑是否因胸膜肺部病变所致；中腰背部疼痛考虑胃肠、胰腺及泌尿系统疾病；腰骶疼痛则应注意前列腺、子宫、附件等病变
性质和程度	腰椎骨折和腰肌急性扭伤多为锐痛，化脓性炎症呈跳痛，腰肌陈旧性损伤为胀痛，肾结石则感腰部绞痛。急性外伤、炎症、泌尿系统结石、脊柱肿瘤压迫神经根等疼痛剧烈；腰肌慢性劳损、肌纤维组织炎和盆腔脏器炎症引起的疼痛一般轻微模糊
缓解和加重的因素	腰肌劳损多在劳累和活动过多时加重，休息时缓解；风湿性腰背痛常在天气变冷或潮湿阴冷的环境工作时诱发；盆腔妇科疾病引起者常在月经期加重；腰椎间盘突出者在咳嗽、喷嚏和用力大小便时加重

2. 伴随症状

伴有 脊柱畸形	外伤后畸形则多因脊柱骨折，错位所致；自幼则有畸形多为先天性脊柱疾病所致；缓慢起病者见于脊柱结核和强直性脊柱炎
伴有 活动受限	见于脊柱外伤、强直性脊柱炎、腰背部软组织急性扭挫伤
伴有 长期低热	见于脊柱结核、类风湿关节炎
伴有 高热	见于化脓性脊柱炎和椎旁脓肿
伴有 尿频、尿急	见于尿路感染、前列腺炎或前列腺肥大
腰背剧痛伴有 血尿	见于肾或输尿管结石
伴有 嗝气、反酸、上腹胀痛	见于胃、十二指肠溃疡或胰腺病变
伴有 腹泻或便秘	见于溃疡性结肠炎或克罗恩病
伴有 月经异常、痛经、白带过多	见于宫颈炎、盆腔炎、卵巢及附件炎症或肿瘤

应试流程

诱因/病因	外伤、用力不当、受凉等
症状特点	起病缓急、病程、性质（是否游走和对称性）、程度和天气及活动的关系
伴随症状	是否伴有脊柱畸形、活动受限；是否有低热、盗汗；是否有尿痛、血尿（女性月经是否异常）
诊疗经过	<p>诊：是否到医院做过检查（如腰椎 X 线或 CT、MRI 等）？做了哪些检查？</p> <p>疗：是否到医院做过治疗？用了哪些药物（如止痛药、非甾体类解热镇痛药、激素等）？疗效如何？</p>
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况

相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病—— 感染史、结核病史、风湿病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:起病的缓急,患病时间,病程的长短,疼痛部位、性质和程度,缓解和加重的因素。

真题演练

简要病史:女孩,14岁。反复腰痛伴低热、盗汗6个月门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别的询问(7分)	
(1)发病诱因:有无外伤、手术、过度劳累;有无呼吸道感染、季节因素。(1分)	
(2)腰痛:具体部位、性质、程度、起病缓急,发作频率;有无放射痛;是否呈进行性加重,加重或缓解因素。(2分)	
(3)低热、盗汗:体温变化规律,盗汗特点。(2分)	
(4)伴随症状:有无全身乏力;有无间歇性跛行;有无下肢麻木乏力;有无尿频、尿急、尿痛、血尿。(2分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规、尿常规、血沉、PPD试验、腰椎X线(或CT、MRI)检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过止痛药物治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二)其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史。(0.5分)	
2.与该病有关的其他病史:有无尿路感染、结石、肿瘤病史;有无结核病史或与结核病患者接触史,月经史。(2.5分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	

(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)

(二) 能够围绕病情询问。(1分)

六、颈肩部痛(助理不考)

知识概要



1. 问诊要点

起病时间	第一步的问诊,如外伤、感染等病人可以 准确说出疼痛时间 ,慢性疲劳损伤仅能说出大概时间,但大多能准确说出疼痛加重的时间
起病缓急	疼痛出现的缓急因不同疾病而异, 颈部外伤、感染性病变起病急骤 ,如交通事故所致颈部急性损伤。 颈部姿势不正 所致疼痛往往也呈 急性发病 状态,如 颈椎小关节紊乱综合征 常于 晨起 突然发病, 颈部软组织慢性疲劳损伤 起病 缓慢
疼痛部位	不同疼痛部位,相关引发的疾病有所不同。 颈椎及其软组织病变 引起的疼痛多在 病变部位 。 枕大神经炎 的压痛部位在枕外隆突旁 斜方肌附着点 。粘连性肩关节囊炎的压痛部位多在肱二头肌间沟、肩峰端、肩胛冈上肌、肩胛冈下肌部位
疼痛的性质	疼痛的性质可 初步判断病变的性质 ,骨折和急性扭伤多为 锐痛 ,化脓性炎症呈 跳痛 ,颈部软组织慢性劳损为 胀痛 ,颈椎间盘突出压迫神经根的疼痛致 放电样疼痛 。粘连性肩关节囊炎有时也表现为 锐痛
疼痛的程度	急性外伤、炎症、突出的间盘压迫神经根、粘连性肩关节囊炎等的疼痛剧烈,往往 难以忍受,影响睡眠 。颈部软组织慢性劳损引起的疼痛一般 轻微模糊 ,甚至感觉头部昏昏沉沉
疼痛的诱因及缓解因素	粘连性肩关节囊炎常于 局部受凉时发病 ,局部温热治疗可以缓解。颈椎间盘突出压迫神经根的疼痛每于急、慢性损伤后发病,颈部制动可使之缓解。颈部软组织慢性劳损在颈椎 过度疲劳时发病 ,休息及理疗可缓解
疼痛的演变过程	颈部软组织慢性劳损可以反复发作,经去除诱发因素可得到良好缓解及治愈。粘连性肩关节囊炎表现为自愈过程。颈椎病可表现为进行性加重

2. 伴随症状

伴 上肢放射痛	神经根型颈椎病
伴 四肢无力	脊髓型颈椎病
伴 头晕	椎动脉型颈椎病活动颈椎时
伴 交感神经兴奋或抑制症状	交感神经型颈椎病
伴 肩关节活动明显受限	粘连性肩关节囊炎
伴 头痛	枕大神经炎

应试流程

诱因/病因	外伤史、长期 伏案工作史 、局部 受凉史 等
症状特点	起病时间、缓急、疼痛部位、性质、程度、诱因及缓解因素、演变过程

续表

伴随症状	是否伴有上肢放射痛、四肢无力、头晕、交感神经兴奋或抑制症状、肩关节活动明显受限、头痛
诊疗经过	诊:患病以来是否到医院就诊?做过哪些检查(如颈椎X线平片、CT、MRI等)?结果如何?
	疗:治疗和用药情况(如是否局部理疗),疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况
相关病史	有无药物和食物过敏史
	既往史有无结核、肝炎、糖尿病、肿瘤病史及其他慢性病史
	有无颈肩部外伤及手术史、职业特点;(女性)月经和婚育史

第一
考
站

模拟真题

简要病史:男性,51岁。颈肩部疼痛并向右上肢放射,加重5天。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
<p>(一)现病史(10分)</p> <p>1.根据主诉及相关鉴别问诊(7分)</p> <p>(1)起病情况:颈部是否受伤,是否颈部过度疲劳,包括睡眠姿势等可能引起发病的因素;起病的缓急,疼痛是否持续存在;有无缓解和缓解因素,包括体位、制动等。(3分)</p> <p>(2)疼痛的性质和程度:是急性锐痛还是持续性胀痛,有无伴随症状,疼痛的程度如何。(2.5分)</p> <p>(3)疼痛的部位:最明显的疼痛部位是颈部还是肩部。(1.5分)</p> <p>2.诊疗经过(2分)</p> <p>(1)是否到医院就诊,做过哪些检查。如影像学检查、神经电生理检查、实验室检查等。(1分)</p> <p>(2)治疗情况,是否用药物治疗或者局部理疗,疗效如何。(1分)</p> <p>3.一般情况(1分)</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)</p>	
<p>(二)其他相关病史(3分)</p> <p>1.既往有无颈肩部外伤或手术史。(1分)</p> <p>2.既往有无类似发病病史。(1分)</p> <p>3.有无结核病、风湿病或类风湿病病史。(0.5分)</p> <p>4.有无肿瘤等遗传家族史。(0.5分)</p>	
二、问诊技巧	

(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)

(二) 能够围绕病情询问。(1分)

第四节 咳嗽与咳痰



知识概要

1. 问诊要点

诱因	接触冷空气、刺激性气体后出现的咳嗽见于哮喘、变应性咳嗽或嗜酸性粒细胞性支气管炎
发病缓急和持续时间	急性咳嗽<3周;亚急性咳嗽3~8周;慢性咳嗽≥8周。急性咳嗽最常见的病因为普通感冒;亚急性咳嗽最常见的原因是感冒后咳嗽;反复发生的、常常出现于秋冬季的咳嗽是慢性支气管炎诊断的重要线索
咳嗽的性质、程度与音色	咳嗽无痰或痰量极少称为干性咳嗽,咳嗽伴有咳痰称为湿性咳嗽;咳嗽程度是重是轻,是单声性咳还是连续性咳,或者发作性剧咳,是否嗅到各种不同异味时咳嗽加剧,对咳嗽原因的鉴别有重要意义

2. 痰液的性质及量

黏液性痰	多见于急性支气管炎、支气管哮喘及大叶性肺炎的初期,也可见于慢性支气管炎、肺结核等
浆液性痰	见于肺水肿
脓性痰	见于化脓性细菌性下呼吸道感染
血性痰	由于呼吸道黏膜受侵害、损害毛细血管或血液渗入肺泡所致
痰量增多	常见于支气管扩张、肺脓肿和支气管胸膜瘘,且排痰与体位有关,痰量多时静置后出现分层现象:上层为泡沫,中层为浆液或浆液脓性,下层为坏死物质
恶臭痰	提示有厌氧菌感染
铁锈色痰	典型肺炎球菌肺炎的特征
黄绿色或翠绿色痰	提示有铜绿假单胞菌感染
痰白黏稠且牵拉成丝难以咳出	提示有真菌感染
大量稀薄浆液性痰中含粉皮样物	提示有棘球蚴病(包虫病)
粉红色泡沫痰	肺水肿的特征
日咳数百至上千毫升浆液泡沫痰	需考虑肺泡癌的可能
砖红色胶冻样痰	可见于肺炎克雷伯杆菌肺炎

3. 伴随症状

伴有 发热	常见于呼吸道感染、肺结核、肺脓肿等
伴有 胸痛	常见于肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、自发性气胸、肺栓塞等
伴有 呼吸困难	常见于喉部疾病、阻塞性肺气肿、支气管哮喘、大量胸腔积液、气胸、肺淤血、肺水肿、气管或支气管异物等
伴有 咯血	见于肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、肺癌、二尖瓣狭窄等
伴有 杵状指(趾)	主要见于支气管扩张症、慢性肺脓肿、脓胸、支气管肺癌等
伴有 哮鸣音	见于支气管哮喘、喘息型支气管炎、心源性哮喘、气管与支气管异物等
伴有 大量脓痰	见于支气管扩张、肺脓肿以及支气管胸膜瘘等

应试流程

诱因/病因	劳累、受凉、淋雨、感冒等
症状特点	发病缓急, 时间长短; 咳嗽节律、音色与影响因素; 痰液的颜色、性状、量、气味、是否带血
伴随症状	有无发热、胸痛、呼吸困难、咯血, 有无杵状指, 局部淋巴结有无肿大
诊疗经过	诊: 是否到医院做过检查(如 血常规 等)? 做了哪些检查?
	疗: 是否到医院做过治疗? 用了哪些药物(如 抗菌药 等)? 疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容: 诱因、起病缓急和持续时间; 咳嗽的性质、程度与音色; 痰的性质、颜色、气味和量。

真题演练

简要病史: 男性, 63岁。间断咳嗽、咳痰3年, 痰中带血2周门诊就诊。吸烟史44年。	
要求: 作为住院医师, 请按照标准住院病历要求, 围绕以上主诉, 写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间: 11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	

(一) 现病史(10分)

1. 根据主诉及相关鉴别询问(7分)

- (1) 发病诱因: 有无受凉、劳累。(1分)
- (2) 咳嗽: 性质、音色、程度, 发生的时间和规律, 加重或缓解因素。(1分)
- (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。(1.5分)
- (4) 咯血: 痰中带血的性状和量。(1.5分)
- (5) 伴随症状: 有无发热、盗汗、胸痛; 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。

(2分)

2. 诊疗经过(2分)

- (1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 血常规、胸部 X 线(或 CT) 检查。(1分)
- (2) 治疗情况: 是否用过抗菌、止咳、祛痰及止血药物治疗; 疗效如何。(1分)

3. 一般情况(1分)

发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)

(二) 其他相关病史(3分)

- 1. 有无药物过敏史。(0.5分)
- 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、血液病及肿瘤病史, 工作性质及环境。(2.5分)

二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)

(一) 条理性强, 能抓住重点。(1分)

(二) 能够围绕病情询问。(1分)

第五节 咯血



知识概要

喉及喉部以下的呼吸道任何部位的出血, 经口腔咯出即为咯血。

1. 问诊要点

诱因	常见诱因有呼吸、咳嗽、咳痰、胸闷、心悸、长期吸烟等。青年咯血多见于肺结核、支气管扩张症、风湿性心瓣膜病二尖瓣狭窄等。40 岁以上长期大量吸烟要警惕支气管肺癌
咯血量	每日咯血在 100 mL 以下为小量, 100~500 mL 为中量, 500 mL 以上(一次咯血超过 300 mL) 为大量。大量咯血见于肺结核空洞、支气管扩张症和慢性肺脓肿。支气管肺癌的咯血主要表现为持续或间断痰中带血, 少有大咯血。慢性支气管炎和支原体肺炎咳嗽剧烈时可偶有痰中带血或血性痰

颜色和性状	肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、出血性疾病咯血颜色鲜红
	铁锈色痰主要见于肺炎球菌大叶性肺炎
	砖红色胶冻样痰主要见于肺炎克雷伯杆菌肺炎
	二尖瓣狭窄肺淤血咯血一般为暗红色
	左心衰竭肺水肿时咳浆液性粉红色泡沫痰
	并发肺梗死时咳黏稠暗红血痰

2. 伴随症状

伴有 发热	多见于支原体肺炎、肺脓肿、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、支气管肺癌等
伴有 胸痛	多见于肺炎球菌肺炎、肺结核、肺栓塞(梗死)、支气管肺癌等
伴有 呛咳	多见于支原体肺炎、肺栓塞(梗死)、支气管肺癌等
伴有 脓痰	多见于支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核、继发性细菌感染等
伴有 皮肤黏膜出血	见于血液病、风湿病及肺出血型钩端螺旋体病和流行性出血热等
伴有 杵状指	多见于支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌等
伴有 黄疸	多见于钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺栓塞等

应试流程

诱因/病因	劳累、呼吸道感染、外伤等
症状特点	咯血程度、持续时间,咯血的量、颜色和性状
伴随症状	有无发热、盗汗、胸痛、呼吸困难、咳嗽、咳痰,有无皮肤黏膜出血,尿液有无改变
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如胸部X线或CT、痰病原学等)?做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如止血药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史 既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——有无心肺疾病;有无血液疾病;有无结核病史及结核病人接触史) 毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史、吸烟史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:主要症状——诱因、咯血量、颜色和性状,与体位的关系,每日量、每次量,加重的时间及因素。

真题演练

简要病史:男性,59岁。咳嗽1个月余,间断咯血1周门诊就诊。

要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11 分钟	
评分标准	总分 15 分
一、问诊内容(13 分)	
(一) 现病史(10 分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7 分)	
(1)发病诱因:有无受凉、劳累、上呼吸道感染。(1 分)	
(2)咳嗽:性质、音色、程度,发生的时间和规律,加重或缓解因素;有无咳痰,痰的性状和量。(2.5 分)	
(3)咯血:性状、颜色和量;发作频率及持续时间。(1.5 分)	
(4)伴随症状:有无声音嘶哑;有无发热、胸痛;有无心悸、呼吸困难、晕厥;有无其他部位出血;有无双下肢水肿。(2 分)	
2.诊疗经过(2 分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:胸部 X 线(或 CT)检查、痰病原学及细胞学检查、支气管镜检查。(1 分)	
(2)治疗情况:是否用过抗菌、止咳、止血药物治疗;疗效如何。(1 分)	
3.一般情况(1 分)	
发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1 分)	
(二) 其他相关病史(3 分)	
1.有无药物过敏史。(0.5 分)	
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。(2.5 分)	
二、问诊技巧(2 分)(★不写入答题纸上)	
(一) 条理性强,能抓住重点。(1 分)	
(二) 能够围绕病情询问。(1 分)	

第六节 呼吸困难

知识概要

呼吸困难是指患者主观感到空气不足、呼吸费力,客观上表现呼吸运动用力,严重时可出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸,甚至发绀、呼吸辅助肌参与呼吸运动,并且可有呼吸频率、深度、节律的改变。引起呼吸困难的原因繁多,主要为呼吸系统和心血管系统疾病。

1.问诊要点

诱因	劳力性呼吸困难是心力衰竭的早期表现 ,也见于肺功能不全者;接触过敏原、烟雾或冷空气后出现发作性呼吸困难者常见于哮喘;剧烈咳嗽后出现胸痛,应除外气胸
----	--



呼吸困难

起病的缓急、患病时间、病程的长短	气胸、肺栓塞、气管异物所致的呼吸困难起病最快,哮喘、急性左心衰竭次之;慢性病程常见于慢性疾病,如慢性阻塞性肺疾病(COPD)、哮喘、慢性充血性心力衰竭、贫血等
发作的时间和形式	出生后即出现呼吸困难者常见于先天性心脏病;秋冬季发作者常见于 COPD;于花粉季节发作者常见于哮喘;夜间发作者多见于慢性充血性心力衰竭和哮喘;是吸气性呼吸困难还是呼气性呼吸困难

2. 伴随症状

伴有哮鸣音	见于支气管哮喘、心源性哮喘,突发重度呼吸困难见于急性喉水肿、气管异物、大面积肺栓塞、自发性气胸
伴有意识障碍	见于脑出血、脑膜炎、休克性肺炎、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、肺性脑病、急性中毒等
伴有胸痛	见于大叶性肺炎、急性渗出性胸膜炎、肺梗死、急性心肌梗死、支气管肺癌等
伴有发热	见于肺炎、肺脓肿、肺结核、胸膜炎、急性心包炎等感染性疾病
伴有咳嗽、脓痰	见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿并发感染、化脓性肺炎、肺脓肿等
伴有泡沫样痰	见于急性左心衰竭和有机磷中毒

应试流程

诱因/病因	外伤、活动、呼吸道感染等
症状特点	起病缓急、程度、性质(是吸气性或呼气性);加重、缓解因素和体位、活动的关系
伴随症状	有无发热,有无胸痛、咳嗽、咳痰、咯血等
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、胸部 X 线或 CT、心电图等)? 做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗? 用了哪些药物(如支气管扩张药物等)? 疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史 既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——高血压病、心脏病、支气管炎、肺部疾病史) 传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点(如粉尘或刺激性气体接触史)、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:呼吸困难的诱因,起病缓急,患病时间,病程的长短,发作的时间和形式,有无夜间呼吸困难,加重或缓解因素(与活动和体位的关系)。

真题演练

简要病史:女性,23岁。发热、胸痛7天,呼吸困难3天。胸部 X 线片示“左侧中等量胸腔积液”。

要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。

时间:11 分钟	
评分标准	总分 15 分
一、问诊内容(13 分)	
<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:有无劳累、受凉、上呼吸道感染。(1 分)</p> <p>(2) 发热:程度和具体的体温;有无畏寒或寒战。(2 分)</p> <p>(3) 胸痛:具体部位、性质、程度;有无放射痛,加重或缓解因素(与呼吸、体位和活动的关系)。(1 分)</p> <p>(4) 呼吸困难:程度;有无夜间呼吸困难,加重或缓解因素(与活动和体位的关系)。(1 分)</p> <p>(5) 伴随症状:有无咳嗽、咳痰、咯血;有无盗汗;有无心悸、双下肢水肿。(2 分)</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、胸部 X 线(或胸部 CT)、PPD 试验、胸腔积液检查。(1 分)</p> <p>(2) 治疗情况:是否行胸腔穿刺抽液,抽液次数及量;是否用过抗感染或抗结核药物治疗;疗效如何。(1 分)</p> <p>3. 一般情况(1 分)</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1 分)</p>	
<p>(二) 其他相关病史(3 分)</p> <p>1. 有无药物过敏史。(1 分)</p> <p>2. 与该病有关的其他病史:有无慢性肺部疾病、心脏病病史;有无与肺结核患者接触史、卡介苗接种史;工作性质及环境;有无烟酒嗜好;月经与婚育史。(2 分)</p>	
二、问诊技巧(2 分)(★不写入答题纸上)	
(一) 条理性强,能抓住重点。(1 分)	
(二) 能够围绕病情询问。(1 分)	

第七节 心悸



知识概要

心悸是一种自觉心脏跳动的不适感或心慌感,心率可快可慢。其原因较多,除心脏本身疾病外,某些全身疾病也可引起,还有生理性和病理性之分。病理性者见于心室肥大、甲状腺功能亢进、心律失常及心脏神经症等。

1. 问诊要点

诱因	有无剧烈运动;患者有无嗜好浓茶、咖啡、过度吸烟和饮酒史;有无服用药物史,如阿托品;有无心脏疾病或其他脏器疾病
起病的缓急、患病时间、病程的长短	了解患者 心悸发作为阵发性或持续性,发作和终止是突然的还是渐缓的,以及病程的长短 。如心悸呈突发突止,多与心律失常有关,此时应详细追问心悸发作时患者的主观感觉,如有无心动过速、过缓或不规则的感觉,是否伴有意识改变及周围循环障碍,以便做出初步的诊断

2. 伴随症状

伴有胸痛	冠心病、心肌炎、心包炎、心脏神经官能症等
伴有发热	见于急性传染病、风湿热、感染性心内膜炎等
伴有晕厥或抽搐	高度房室传导阻滞、病态窦房结综合征等
伴有贫血	见于各种原因引起的急性失血、慢性贫血
伴有呼吸困难	见于急性心肌梗死、心肌炎、心包炎、心力衰竭、重度贫血等
伴有消瘦及出汗	见于甲亢
伴有头晕、耳鸣	注意有无高血压
伴有气短、胸闷、烦躁、疲乏、失眠以及焦虑等	见于心脏神经症

应试流程

诱因/病因	劳累、情绪波动、药物、剧烈活动等
症状特点	起病缓急,性质(间歇性或阵发性),发作频率、持续时间、与活动的关系,加重或缓解因素
伴随症状	是否伴心前区疼痛不适、呼吸困难、咳嗽咳痰,是否伴头痛、头晕,是否伴发热、多汗
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如心电图、心脏超声、甲状腺功能等)?做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如抗心律失常药物等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史 既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——高血压病、心脏病、慢性呼吸系统疾病、贫血、甲亢及神经官能症病史) 传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:发作方式,持续时间,频率,加重或缓解因素。

真题演练

简要病史:女性,22岁。心悸、消瘦4个月门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无劳累、精神紧张、生活不规律;有无服用药物。(1分)	
(2)心悸:发生的时间与频率,是否突发突止,与活动及休息的关系,加重或缓解因素。(2分)	

<p>(3) 消瘦:体重下降的程度与速度。(1分)</p> <p>(4) 伴随症状:有无怕热、多汗、手颤、情绪改变;有无易饥、多食;有无口渴、多饮、多尿(2分);有无发热、咳嗽、咯血;有无腹泻。(1分)</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:心电图、胸部X线、心脏超声、甲状腺超声。(1分)</p> <p>(2) 治疗情况:是否用过抗甲状腺药物、抗心律失常药物治疗;疗效如何。(1分)</p> <p>3. 一般情况(1分)</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大小便情况。(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:有无结核病、糖尿病、心脏病、肿瘤、慢性腹泻、贫血史;有无甲状腺功能亢进症家族史;月经与婚育史。(2.5分)</p>
<p>二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)</p>
<p>(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)</p>
<p>(二) 能够围绕病情询问。(1分)</p>

第八节 水肿



知识概要

水肿是指血管外的组织间隙有过多液体积聚导致的组织肿胀。

1. 问诊要点

诱因	如急性链球菌感染后肾小球肾炎发生水肿前1~3周可有呼吸道感染表现,特发性水肿与月经周期有关
部位	首先发生水肿的部位和发生顺序及与体位的关系:局部水肿主要为局部静脉、淋巴回流或毛细血管通透性增加所致,如肢体血栓形成、丝虫病、局部炎症、创伤或过敏;全身性水肿则主要是心源性、肾源性、营养不良性、肝源性水肿及内分泌性水肿
水肿起病的缓急、患病时间、病程的长短	肾源性水肿发生速度多较快,心源性、肝源性、营养不良性及内分泌性多较缓慢

2. 常见水肿的临床特点

	心源性	肝源性	肾源性	营养不良性	内分泌性
开始水肿的部位	从足部开始,下垂部位明显	从踝部开始	从眼睑或足部开始	从足部开始	胫前或眼眶周围
可凹性	是	是	是	是	是或否
是否伴有胸腹水	常见	常见	可见	常见	少见
发展速度	缓慢	缓慢	迅速	缓慢	缓慢
伴随症状、体征	心脏增大、肝大、颈静脉怒张	肝脾大、黄疸、肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张	高血压、尿量减少	消瘦、体重下降、皮下脂肪减少	怕冷、反应迟钝或心悸、多汗、便秘、腹泻

3. 伴随症状

伴有 肝大	可为心源性、肝源性与营养不良性,同时伴颈静脉怒张或者为心源性
伴有 重度蛋白尿	常为肾源性,轻度蛋白尿,也可见于心源性
伴有 呼吸困难与发绀	提示心脏病、上腔静脉阻塞综合征等
伴有 表情淡漠、怕冷、声音嘶哑和食欲不振	提示甲状腺功能减退
与月经周期有关,伴有失眠、烦躁、思想不集中	提示经前期紧张综合征
伴有 消瘦、体重减轻者	见于营养不良
伴有 局部皮肤增厚	内分泌性水肿
伴有 少尿、血尿、夜尿增多	肾源性水肿

应试流程

诱因/病因	运动、外伤等
症状特点	发生快慢、进展速度,水肿部位、程度、性质(凹陷性、非凹陷性),加重、缓解因素
伴随症状	有无高血压、血尿、蛋白尿,有无胸闷、憋气、发绀、呼吸困难,有无皮肤黄染、食欲不振、厌油、腹胀,有无长期腹泻、消瘦、体重减轻,近期有无服药史
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如胸部X线、心电图、超声心动图等)?做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如吃过利尿剂及洋地黄类药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史 既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——心肺疾病病史、肝脏病史、肾病史、营养不良性疾病病史) 传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:发生的缓急、程度,开始水肿的部位与体位的关系,是否为凹陷性及对称性;有无颜面部水肿,加重或缓解因素。

真题演练

简要病史:男性,44岁。双下肢水肿2个月,气短2周门诊就诊,既往有“风湿性心脏瓣膜病”病史8年。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	

(一) 现病史(10分)

1. 根据主诉及相关鉴别询问(7分)

(1) 发病诱因: 有无劳累、情绪激动、感染。(1分)

(2) 水肿: 发生的缓急、程度, 是否为凹陷性及对称性; 有无其他部位水肿, 加重或缓解因素(与活动及体位的关系)。(2分)

(3) 呼吸困难(气短): 出现的时间及程度, 是阵发性还是持续性; 有无夜间发作, 加重或缓解因素(与活动及体位的关系)。(2分)

(4) 伴随症状: 有无发热、咳嗽、咳痰、咯血; 有无胸痛、胸闷、心悸; 有无晕厥; 有无腹胀、腹痛; 有无尿量减少(1.5分); 有无关节肿胀、皮肤红斑及皮下结节(0.5分)。

2. 诊疗经过(2分)

(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查: 胸部X线、心电图、超声心动图检查。(1分)

(2) 治疗情况: 是否用过利尿剂及洋地黄类药物治疗; 疗效如何。(1分)

3. 一般情况(1分)

发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)

(二) 其他相关病史(3分)

1. 有无药物过敏史。(0.5分)

2. “风湿性心脏瓣膜病”诊治情况。(0.5分)

3. 与该病有关的其他病史: 有无高血压疾病史; 有无反复上呼吸道感染、心律失常疾病史; 有无肝病、肾病、营养不良史; 有无烟酒嗜好; 有无心脏病家族史。(2分)

二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)

(一) 条理性强, 能抓住重点。(1分)

(二) 能够围绕病情询问。(1分)

第九节 恶心与呕吐



知识概要

恶心为上腹部不适和紧迫欲吐的感觉, 可伴有皮肤苍白、出汗、流涎、血压下降及心动过缓等迷走神经兴奋的症状, 常为呕吐的前奏。呕吐是通过胃的强烈收缩迫使胃或部分小肠内容物经食管、口腔而排出体外的现象。两者均为复杂的反射动作, 可由多种原因引起。

1. 问诊要点

诱因	进食、药物、精神因素、咽部刺激、酗酒、晕车船等
起病的缓急、患病的时间、病程的长短	急性起病还是缓慢起病; 晨起呕吐见于早期妊娠、肾衰竭等; 晚上或夜间呕吐见于幽门梗阻; 精神性呕吐和颅内高压性呕吐, 前者恶心症状很轻或缺如, 而后者以喷射状呕吐为特点

续表

与进食的关系	进食过程中或餐后即刻呕吐,可能为幽门管溃疡或精神性呕吐
	餐后1小时以上呕吐称为延迟性呕吐,提示胃张力下降或胃排空延迟
	餐后较久或数餐后呕吐,见于幽门梗阻
	餐后近期呕吐,特别是集体发病者,多由食物中毒所致
呕吐物的性质	带发酵、腐败气味提示胃潴留;带粪臭味提示低位小肠梗阻
	不含胆汁说明梗阻平面多在十二指肠乳头以上,含多量胆汁则提示在此平面以下
	含有大量酸性液体者多有胃泌素瘤或精神性呕吐和颅内高压性呕吐
	上消化道出血常为咖啡渣样呕吐物

2. 伴随症状

伴有全腹痛、腹泻	急性胃肠炎、细菌性食物中毒、霍乱、副霍乱等
伴有右上腹痛、发热、寒战、黄疸	胆囊炎、胆石症
伴有头痛、喷射性呕吐	颅内压增高、青光眼
伴有眩晕、眼球震颤	前庭器官疾病
已婚育龄妇女伴有停经	早孕

应试流程

诱因/病因	不洁饮食
症状特点	呕吐缓急(持续性、间歇性);病程长短;呕吐程度,呕吐的频率;呕吐与进餐的关系,呕吐的特点(吐前恶心,不伴恶心,突发喷射状呕吐);呕吐物的量、性状、颜色、气味
伴随症状	有无腹泻、腹胀,有无发热、寒战、食欲不振、消瘦乏力,有无皮肤、巩膜黄染,有无头痛、头晕、意识障碍
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、尿常规、腹部超声等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如抗生素、止吐药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:诱因,起病的缓急,患病时间,病程的长短,与进食的关系,呕吐发生的时间、频率;是否为喷射性,呕吐物的性质(如气味、性状等)和量,加重或缓解因素。

真题演练

简要病史:女性,29岁。停经50天,恶心、呕吐15天,门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一) 现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无饮食不当(不洁饮食、进食刺激性食物)、精神因素。(1分)	
(2)停经与恶心、呕吐发生的关系;月经周期与量;有无痛经。(2分)	
(3)呕吐:起病缓急,发生的时间、频率;是否为喷射性,呕吐物的气味、性状和量,加重或缓解因素。(2分)	
(4)伴随症状:有无咽痛、发热;有无乏力、头晕、头痛、心悸;有无腹痛、腹泻。(2分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:尿妊娠试验、腹部及妇科超声检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过止吐药物治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二) 其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史。(1分)	
2.与该病有关的其他病史:有无胃肠道疾病病史;有无精神、神经系统疾病病史。(1分)	
3.婚育史、性生活史。(1分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	
(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)	
(二) 能够围绕病情询问。(1分)	

第十节 呕血与便血



一、呕血

知识概要

呕血是指由上消化道疾病(屈氏韧带以上的消化器官,包括食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰疾病)或全身性疾病造成的上消化道出血,血液经口腔呕出,常伴有黑便。

1. 问诊要点

是否为呕血	明确是否为呕血,注意排除口腔、鼻咽部出血和咯血
诱因	是否有 饮食不洁、大量饮酒、毒物或特殊药物摄入史
颜色	有助推测出血的部位和速度,如 食管病变或出血量大、出血速度快者多为鲜红或暗红色 ;胃内病变或出血量小、出血速度慢者多呈咖啡色
呕血量	出血量在 10%~20% 时可有头晕、无力等表现
	出血量在 20% 以上时可有冷汗、四肢厥冷、心慌、脉快等急性失血表现
	出血量在 30% 以上时可有脉搏细弱、血压下降、呼吸急促、休克等周围循环衰竭表现

2. 伴随症状

伴有 上腹痛	青年人具有一定周期性和节律性的慢性上腹痛——消化性溃疡;中老年人无明显规律的上腹痛并伴有厌食、消瘦或贫血——胃癌
伴有 脾大	肝硬化或肝癌
伴有 黄疸、发热	伴右上腹绞痛者,可能由肝胆疾病引起伴全身皮肤黏膜出血倾向者,见于败血症及钩端螺旋体疾病
伴有 皮肤黏膜出血	血液疾病及凝血功能障碍的疾病
伴有 头晕、黑矇、口渴、冷汗	提示血容量不足,伴有肠鸣音、黑便者,提示有活动性出血

应试流程

诱因/病因	饮酒、粗糙食物、激惹性药物(如非甾体抗炎药) 等
症状特点	呕血的发病缓急、发作次数、持续时间、呕血量、性状、颜色;加重或缓解因素
伴随症状	有无头晕、心悸、出汗、口渴、尿量减少;有无发热;有无腹痛、呕吐、反酸;有无皮肤、巩膜黄染
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如 血常规、粪常规及隐血、肝肾功能、胃镜 等)?做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如 止血药 等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病—— 消化性溃疡、肝硬化、食管静脉曲张破裂出血、出血性胃炎、反流性食管炎、胃癌、痔、肛裂病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:起病的缓急,患病时间,病程的长短,呕血的颜色,呕血量,加重或缓解因素。患者全身情况如何;有无口渴、头晕、黑矇、心悸、出汗、脉快、血压下降等。

真题演练

简要病史:女性,75岁。乏力、腹胀2年。呕血、黑便3小时。既往有反复肝功能异常20年。

要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11 分钟	
评分标准	总分 15 分
一、问诊内容(13 分)	
(一) 现病史(10 分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7 分)	
(1)发病诱因:有无饮酒、进食粗糙或刺激性食物、服用药物、劳累或剧烈呕吐。(1 分)	
(2)腹胀:具体部位、程度,乏力的程度。(1 分)	
(3)呕血:次数、量、具体颜色,是否混有食物。(2 分)	
(4)黑便:次数、量、具体性状。(1 分)	
(5)伴随症状:有无腹痛(性质,加重或缓解因素);有无发热、头晕、心悸、其他部位出血及意识障碍。(2 分)	
2.诊疗经过(2 分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规、粪常规及隐血、肝肾功能、腹部超声、胃镜检查;结果如何。(1 分)	
(2)治疗情况:是否禁食、输液、应用抑酸剂、输血、内镜治疗;疗效如何。(1 分)	
3.一般情况(1 分)	
发病以来饮食、睡眠、小便及近期体重变化情况。(1 分)	
(二) 其他相关病史(3 分)	
1.有无药物过敏史。(1 分)	
2.肝功能异常诊治情况。(1 分)	
3.与该病有关的其他病史:婚育史和月经史;有无消化性溃疡、肝硬化、血液系统疾病及肿瘤病史;有无输血史;有无地方病和流行病区居住史;有无肿瘤家族史。(1 分)	
二、问诊技巧(2 分)(★不写入答题纸上)	
(一) 条理性强,能抓住重点。(1 分)	
(二) 能够围绕病情询问。(1 分)	

二、便血

知识概要

便血是指消化道出血、血液经肛门排出。便血颜色可呈黑色、鲜红和暗红,少量出血不造成粪便颜色改变,须经隐血试验才能确定者,称为隐血。

1. 问诊要点

诱因	是否有 饮食不洁、进食辛辣刺激、生冷等食物史 ;是否有服药史或集体发病;便血的颜色及其与大便的关系有助于推测出血部位、速度及可能的病因
颜色和量	颜色可因出血部位不同、 出血量多少以及血液在肠腔内停留时间长短而异 。便血量有助于推测出血量,但由于粪便量的影响,需结合患者全身表现才能大致估计失血量



便血

2. 伴随症状

腹痛	慢性周期性上腹痛、出血后腹痛减轻者,见于消化性溃疡
	上腹痛或伴有黄疸者,可能为胆道出血
	下腹痛伴排便或脓血便,便后腹痛减轻者,多见于细菌性痢疾、溃疡性结肠炎、阿米巴痢疾等疾病
里急后重	可能为 肛门、直肠疾病,或痢疾、溃疡性结肠炎及直肠癌等疾病
发热	便血伴发热常见于传染性疾病 ,如败血症、流行性出血热、钩端螺旋体病,也可见于恶性肿瘤
全身出血倾向	便血伴皮肤黏膜出血者,可见于急性传染性疾病及血液疾病 ,如流行性出血热、白血病、血小板减少性紫癜或过敏性紫癜、血友病等
皮肤改变	皮肤有蜘蛛痣及肝掌者,便血可能与肝硬化有关 ;皮肤与黏膜出现成簇的毛细血管扩张,提示患者可能有遗传性毛细血管扩张症
腹部肿块	应考虑结肠癌、肠结核、肠套叠、克罗恩病及小肠良、恶性肿瘤等

应试流程

诱因/病因	劳累、饮酒、粗糙食物、激惹性药物等
症状特点	发病缓急、发作次数、持续时间、便血量、性状及颜色,缓解或加重因素,其与大便的关系
伴随症状	有无头晕、心悸、出汗、口渴、尿量减少;有无发热;有无腹痛、呕吐、反酸;有无皮肤、巩膜黄染
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、粪常规及隐血、胃镜、肠镜或消化道造影检查等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如止血药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——消化性溃疡、肝硬化、出血性胃炎、反流性食管炎、胃癌、痔、肛裂病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:起病的缓急,患病时间,病程的长短,便血的颜色,便血量。血中是否混有黏液、脓液或粪便,加重或缓解因素。患者全身情况如何,有无口渴、头晕、黑矇、心悸、出汗、脉快、血压下降等。

真题演练

简要病史:男性,42岁。间断上腹痛3年,黑便1天门诊就诊。

要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11 分钟	
评分标准	总分 15 分
一、问诊内容(13 分)	
(一) 现病史(10 分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7 分)	
(1)发病诱因:有无饮酒、饮食不当(不洁饮食、进食刺激性食物)、精神因素、劳累、季节因素及服用药物。(1 分)	
(2)腹痛:具体部位、性质、程度;有无周期性及规律性;有无放射痛,加重或缓解因素;发作频率及持续时间。(2 分)	
(3)黑便:性状、次数和量。(2 分)	
(4)伴随症状:有无恶心、呕吐、呕血;有无反酸、腹泻;有无头晕、心悸、多汗。(2 分)	
2.诊疗经过(2 分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规、粪常规及隐血、胃镜检查。(1 分)	
(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。(1 分)	
3.一般情况(1 分)	
近期饮食、睡眠、小便及体重变化情况。(1 分)	
(二) 其他相关病史(3 分)	
1.有无药物过敏史。(0.5 分)	
2.与该病有关的其他病史:有无胃炎、消化性溃疡、慢性肝病、肿瘤病史;有无手术史;有无烟酒嗜好;有无肿瘤家族史。(2.5 分)	
二、问诊技巧(2 分)(★不写入答题纸上)	
(一) 条理性强,能抓住重点。(1 分)	
(二) 能够围绕病情询问。(1 分)	

第十一节 腹泻与便秘



腹泻

一、腹泻

知识概要

腹泻指排便次数增多,粪质稀薄,或带未消化的食物或黏液、脓血。每日排便 3 次以上,或每天粪便总量大于 200 g,粪便含水量大于 85%,则可认为是腹泻。**腹泻分为急性和慢性两种,腹泻超过 2 个月者属慢性腹泻。**按病因可分为分泌性、渗透性、渗出性和动力性腹泻。

1. 问诊要点

诱因	是否有 不洁饮食、旅行、聚餐 等;是否与摄入脂肪有关或与紧张、焦虑有关
-----------	--

续表

起病的缓急、患病时间、病程的长短	急性腹泻多由肠道感染性疾病、肠道非特异性炎性疾病、急性中毒、全身性感染等所致；慢性腹泻多由胃部疾病、肠道慢性感染、肠道非感染性病变、肠道肿瘤、肠道内瘘、胰腺疾病、肝胆疾病等所致
次数和性质	急性感染性腹泻，每天排便次数可多达10次以上，如为细菌感染，常有黏液血便或脓血便。阿米巴痢疾的粪便呈暗红色或果酱样。慢性腹泻，每天排便次数多，可为稀便，亦可带黏液、脓血，见于慢性痢疾、炎症性肠病及结肠、直肠癌等。粪便中带黏液而无病理成分者常见于肠易激综合征
与腹痛的关系	急性腹泻常有腹痛，尤以感染性腹泻较为明显。小肠疾病的腹泻疼痛常在脐周，便后腹痛缓解不明显，而结肠疾病则疼痛多在下腹，且便后疼痛常可缓解。分泌性腹泻往往无明显腹痛
加重或缓解的因素	禁食后腹泻停止或显著减轻见于渗透性腹泻；禁食后腹泻仍然持续存在见于分泌性腹泻

2. 伴随症状

伴发热	急性感染，如急性细菌性痢疾、伤寒或副伤寒，肠结核、肠道恶性肿瘤，以及结肠癌、克罗恩病、溃疡性结肠炎急性发作期等
伴里急后重	直肠病变，如急性痢疾、直肠癌等
伴皮疹或皮下出血	败血症、伤寒或副伤寒、麻疹、过敏性紫癜等
伴关节痛或肿胀	自身免疫性疾病如克罗恩病、溃疡性结肠炎、系统性红斑狼疮、肠结核等

应试流程

诱因/病因	不洁饮食(腹泻)；感染、压力、饮食、重大事件刺激等(便秘)；用药史
症状特点	起病的缓急，病程，性质(持续性、间歇性)；大便的次数和量，粪便的性状、颜色；加重或缓解的因素
伴随症状	是否伴有寒战高热、腹痛、恶心呕吐；是否伴有里急后重；有无脱水症状
诊疗经过	诊：是否到医院做过检查(如血常规、粪常规及隐血、肿瘤标记物等)？做了哪些检查？ 疗：是否到医院做过治疗？用了哪些药物(如抗菌药、止泻药等)？疗效如何？
一般情况	患病以来饮食、睡眠、小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史 既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——不洁食物史、毒物接触史) 传染病接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史；(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容：每日大便次数、量、性状，加重或缓解因素，与其他症状之间的关系。

真题演练

简要病史：女性，63岁。间断左下腹痛、腹泻伴消瘦2个月门诊就诊。

要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。

时间:11 分钟

评分标准

总分 15 分

一、问诊内容(13 分)

(一) 现病史(10 分)

1. 根据主诉及相关鉴别询问(7 分)

- (1) 发病诱因:有无饮食不当(不洁饮食、进食刺激性食物)、劳累、精神因素、服用药物。(1 分)
- (2) 腹泻:每日排便次数、量及性状;有无里急后重;加重或缓解因素;粪便有无特殊气味。(2 分)
- (3) 腹痛:性质、程度,发作频率及持续时间,与排便的关系;有无放射痛,加重或缓解因素。(1 分)
- (4) 消瘦:体重下降程度和速度。(1 分)
- (5) 伴随症状:有无发热、盗汗、头晕、乏力;有无腹胀、恶心、呕吐。(2 分)

2. 诊疗经过(2 分)

- (1) 是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规、粪常规及隐血、肿瘤标记物、结肠镜或钡灌肠 X 线检查。(1 分)
- (2) 治疗情况:是否用过抗生素治疗;疗效如何。(1 分)

3. 一般情况(1 分)

发病以来饮食、睡眠、小便情况。(1 分)

(二) 其他相关病史(3 分)

1. 有无药物过敏史。(0.5 分)

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;月经史和婚育史;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。(2.5 分)

二、问诊技巧(2 分)(★不写入答题纸上)

(一) 条理性强,能抓住重点。(1 分)

(二) 能够围绕病情询问。(1 分)

二、便秘(助理不考)

知识概要

便秘是指排便次数明显减少,7 天内排便次数少于 3 次,无规律,粪质干硬,有排便困难感的病理现象,可分为功能性和器质性便秘。

1. 问诊要点

诱因	是否与 饮食因素、消化不良 或与紧张、焦虑有关
起病的缓急、患病时间、病程的长短	急性便秘多有腹痛、腹胀,甚至恶心、呕吐,多见于各种原因的肠梗阻 ;慢性便秘多无特殊表现
大便性质	排出粪便坚硬如羊粪
与腹痛的关系	排便时可有 左腹部或下腹痉挛性疼痛与下坠感 ,常可在左下腹触及痉挛的乙状结肠



2. 伴随症状和体征

伴呕吐、腹胀、肠绞痛	提示肠梗阻
伴腹部肿块	结肠肿瘤、肠结核及克罗恩病
腹泻与便秘交替	肠结核、溃疡性结肠炎、肠易激综合征等
伴生活环境改变、精神紧张	多为功能性便秘

应试流程

诱因/病因	不洁饮食(腹泻);感染、压力;用药史
症状特点	便秘发生的时间,病程的长短,每日大便次数、量、性状,加重或缓解因素
伴随症状	有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹部包块;肠型;有无便血及贫血
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、粪常规及隐血、肿瘤标记物等)?做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如泻药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病—— 直肠癌、肛裂、毒物接触史)
	传染病接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:便秘发生的时间,病程的长短;每日大便次数、量、性状;加重或缓解因素;与其他症状之间的关系。

真题演练

简要病史:患者,女,35岁。便秘12个月,加重1周门诊就诊。该患者可能为功能型便秘。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:劳累及精神因素,近期服药情况。(1分)	
(2)主要症状特点:便秘起病的缓急,病程,性质(持续性、间断性),大便的次数和量,粪便的性状、颜色;有无加重或缓解的因素;肛周情况。(3分)	
(3)伴随症状:有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛;有无腹部包块;肠型;有无便血、贫血等。(3分)	

<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。(1分)</p> <p>(2) 治疗情况,疗效评估;患者是否依赖泻药。(1分)</p> <p>3. 一般情况(1分)</p> <p>发病以来饮食、睡眠、小便和体重变化情况。(1分)</p>
<p>(二) 其他相关病史(3分)</p> <p>1. 有无药物过敏史;有无特殊服药史(抗抑郁药)。(1分)</p> <p>2. 与该病有关的其他病史:月经史和婚育史;既往有无类似病史;有无消化系统疾病;职业特点;生活环境。(2分)</p>
<p>二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)</p>
<p>(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)</p>
<p>(二) 能够围绕病情询问。(1分)</p>

第十二节 黄疸



知识概要

黄疸是由于血清内胆红素浓度增高(高胆红素血症)而引起皮肤及巩膜黄染的症状和体征。正常血清总胆红素为 $1.71\sim 17.1\ \mu\text{mol/L}$ 。胆红素在 $17.1\sim 34.2\ \mu\text{mol/L}$,临床不易察觉,称为隐性黄疸;超过 $34.2\ \mu\text{mol/L}$ ($2\ \text{mg/dl}$)时,巩膜及皮肤出现黄染,称为显性黄疸。

1. 问诊要点

是否为黄疸	了解 皮肤、黏膜发黄与饮食的关系 ,以便与高胡萝卜素血症等进行鉴别,应注意与皮肤苍白、球结膜下脂肪等相区别。 应仔细检查巩膜有无黄染及尿色有无改变
起病的缓急、患病时间、病程的长短	起病急或缓,是否有多人同时发病, 外出旅游史、药物使用史、酗酒史、肝病史 等。同时多人发病常见于病毒性肝炎。了解黄疸持续的时间与波动情况, 以利于区别梗阻性和肝细胞性黄疸
对全身状况的影响	肝细胞性黄疸的程度与肝功能损害程度呈正相关 ;先天性胆红素代谢障碍者一般情况良好
贫血及酱油色尿史	急性溶血时,有发热、寒战等表现 ,并有不同程度的贫血及酱油色尿,肝细胞性黄疸和梗阻性则没有
皮肤瘙痒、黄染程度及粪、尿颜色如何	肝细胞性黄疸者,皮肤、黏膜浅黄色至深黄色,可伴有轻度皮肤瘙痒。 胆汁瘀积性黄疸则表现为皮肤暗黄色,完全阻塞者颜色更深,甚至呈黄绿色 ,并有皮肤瘙痒及心动过速,尿色深,粪便颜色变浅或呈白陶土色

2. 伴随症状

伴有 发热	急性胆管炎、肝脓肿、钩端螺旋体病、败血症、大叶性肺炎等
伴有 右上腹剧痛	胆道结石、肝脓肿或胆道蛔虫病、急性化脓性胆管炎等
伴有 持续性右上腹钝痛或胀痛	病毒性肝炎、肝脓肿、肝癌等

伴有 肝大	病毒性肝炎、急性胆道感染或胆道阻塞
伴有 胆囊肿大	提示胆总管梗阻
伴有 脾大	病毒性肝炎、钩端螺旋体病、败血症、疟疾、肝硬化、溶血性贫血、淋巴瘤等
伴有 腹水	肝硬化、肝癌等
伴有 消化道出血	肝硬化、壶腹癌等

应试流程

诱因/病因	输血、药物、胆道结石等
症状特点	起病缓急、特点(进行性、波动性、间歇性)、皮肤巩膜黄染程度及色泽;缓解或加重因素
伴随症状	寒战高热、腹痛、腹胀、食欲不振、恶心、呕吐、乏力;是否有蜘蛛痣、皮下出血;是否伴陶土样便;是否伴浓茶色或酱油色尿
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、尿常规、粪常规、肝肾功能、肿瘤标记物等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如保肝药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——有无肝炎或与肝炎病人接触史;有无胆道系统疾病史;有无输血、服药史;是否吃过胡萝卜、柑橘等可致黄染食物)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:发病诱因,黄疸出现的部位、时间,加重或缓解因素,颜色,皮肤是否瘙痒,二便如何。

真题演练

简要病史:男性,59岁。皮肤瘙痒伴尿色深黄3个月门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无进食油腻食物、饮酒、劳累、服用药物。(1分)	
(2)皮肤瘙痒:部位、程度;有无皮肤黄染。(2分)	

<p>(3)小便:尿量;有无尿频、尿急。(1分)</p> <p>(4)大便:性状,颜色有无变浅或呈白陶土样。(1分)</p> <p>(5)伴随症状:有无恶心、呕吐、食欲减退、腹痛、腹胀、腹泻;有无发热、畏寒、头晕、心悸;有无皮肤黏膜出血。(2分)</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、尿常规、粪常规、肝肾功能、肿瘤标记物、腹部超声检查。(1分)</p> <p>(2)治疗情况:是否用过保肝药治疗;疗效如何。(1分)</p> <p>3.一般情况(1分)</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况。(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:有无肝胆疾病、胰腺疾病、血液病、寄生虫病、肿瘤及遗传性疾病病史;有无手术或输血史;有无与病毒性肝炎患者接触史;有无肿瘤家族史。(2.5分)</p>
<p>二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)</p>
<p>(一)条理性强,能抓住重点。(1分)</p>
<p>(二)能够围绕病情询问。(1分)</p>

第十三节 消瘦



知识概要

消瘦是指由于各种原因造成体重低于正常低限的一种状态。通常认为体重低于标准体重的10%或BMI<18.5就可诊断为消瘦,体重减轻为最主要的临床表现。

1.问诊要点

诱因和病程	体重下降的时间和范围
程度	体重下降的程度、皮肤松弛的情况、皮下脂肪的减少、衣物宽大等

2.伴随症状

伴有 食欲亢进	甲状腺功能亢进症、糖尿病、嗜铬细胞瘤
伴有 长期发热	结核病、慢性化脓性感染:如肝脓肿、传染性疾病、结缔组织病
伴有 腹泻	慢性肠炎、慢性痢疾、肠结核、短肠综合征、乳糖酶缺乏症
伴有 黄疸	肝、脾、胰腺等疾病

应试流程

诱因/病因	劳累、营养不良、恶性疾病等
症状特点	体重下降的时间和程度;与平时比较可出现衣服变大、裤腰带变松、皮下脂肪减少、皮肤松弛等变化;与食欲的关系(亢进、正常、减退)

续表

伴随症状	是否伴发热;是否怕热多汗、盗汗;是否有恶心、呕吐、腹痛、腹泻
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如甲状腺功能、血糖、心电图、甲状腺超声等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如抗甲状腺药、降糖药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——糖尿病、甲亢病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史;有无服用减肥药(女性多见);抑郁病家族史、糖尿病家族史

第一
考
站

张老师温馨提醒

核心问诊内容:体重下降多少,与平时比较衣服变大、裤腰带变松、皮下脂肪减少、皮肤松弛等变化情况。食量比平时增加(或减少)情况,饮食量与体重变化的关系。

真题演练

简要病史:男性,21岁。多食、消瘦伴心悸3个月门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无精神紧张、劳累、生活不规律;有无服用药物。(1分)	
(2)多食:食量增加的具体情况;有无易饥。(1分)	
(3)消瘦:体重下降的程度及速度。(1分)	
(4)心悸:发生的时间与频率,是否突发突止,与活动及休息的关系;加重或缓解因素。(1.5分)	
(5)伴随症状:有无怕热、多汗、手颤、情绪改变;有无口渴、多饮、多尿。(2.5分)。	
2.诊疗经过(2分)	
(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、甲状腺超声检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过抗甲状腺药物治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
发病以来睡眠及大小便情况。(1分)	
(二)其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史。(0.5分)	
2.与该病有关的其他病史:有无结核病、糖尿病、消化道疾病、心脏病病史;有无甲状腺功能亢进症家族史。(2.5分)	

二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)

(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)

(二) 能够围绕病情询问。(1分)

第十四节 无尿、少尿与多尿



无尿、少尿与多尿

知识概要

正常成人24小时尿量为1 000~2 000 mL。24小时尿量大于2 500 mL称为多尿;24小时尿量少于400 mL或少于17 mL/h称为少尿;24小时尿量少于100 mL或12小时完全无尿则称为无尿。

1. 问诊要点

诱因	外伤、感染、感冒等疾病
起病的缓急、患病时间、病程的长短	开始出现尿量异常的时间,每天的尿量及排尿次数、尿色、夜尿次数和尿量多少

2. 伴随症状

少尿(无尿)	伴肾绞痛	见于肾动脉血栓形成或栓塞、肾结石等
	伴心悸气促,胸闷不能平卧	见于心功能不全
	伴大量蛋白尿、水肿、高脂血症和低蛋白血症	见于肾病综合征
	伴有乏力、纳差、腹水和皮肤黄染	见于肝肾综合征
	伴血尿、蛋白尿、高血压和水肿	见于急性肾炎和急进性肾炎
	伴有发热,腰痛,尿频、尿急及尿痛	见于急性肾盂肾炎
	伴有进行性排尿困难	见于前列腺肥大
多尿	伴有烦渴多饮、排低比重尿	见于尿崩症
	伴有多饮、多食和消瘦	见于糖尿病
	伴有高血压、低血钾和周期性麻痹	见于原发性醛固酮增多症
	伴有酸中毒、骨痛和肌麻痹	见于肾小管性酸中毒
	少尿数天后出现多尿	见于急性肾小管坏死恢复期
	伴有神经症症状	可能为精神性多饮

应试流程

1. 少尿和无尿

诱因/病因	感染、劳累、饮水、剧烈运动、外伤等
症状特点	起病缓急;每天的排尿次数及尿量,尿的性状、颜色,开始时间
伴随症状	水肿、腰痛、排尿困难;有无伴血尿、脓尿;有无尿频、尿急、尿痛;有无下腹憋胀感

续表

诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如尿常规、肝肾功能、腹部超声等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如利尿药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——心脏疾病、肝脏疾病、泌尿系统疾病病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

第一
考
站

张老师温馨提醒

核心问诊内容:尿的颜色、尿量(每日、每次)、开始时间;有无血尿、脓尿;有无尿频、尿急、尿痛;有无下腹憋胀感。

2.多尿

诱因/病因	颅脑外伤、糖尿病、药物(利尿药、肾毒性药物)等
症状特点	起病缓急,病程,每天的排尿次数及尿量,夜间排尿的次数和夜间尿量
伴随症状	是否伴发热、口渴、多饮、多食、消瘦;是否尿痛、尿频
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、尿常规、血糖、尿糖等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如降糖药、抗生素等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——糖尿病史、肾病病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:与饮水有无关系;每次尿量,每日尿量;是否伴有烦渴、消瘦、心悸、多食。

真题演练

简要病史:女性,58岁。全身进行性水肿3个月,尿量减少1周门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无劳累、感染、服用药物。(1分)	

<p>(2) 水肿:首发部位、发展顺序、发展速度,以及范围和程度;是否凹陷性;是否对称性;加重或缓解因素(与活动及体位的关系)。(2.5分)</p> <p>(3) 排尿情况:尿量减少情况及具体尿量;有无泡沫尿及尿色改变;有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难。(1.5分)</p> <p>(4) 伴随症状:有无心悸、呼吸困难;有无纳差、皮肤黄染、腹胀;有无怕冷、反应迟钝;有无发热、皮疹、光过敏。(2分)</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:尿常规、肝肾功能、腹部超声检查。(1分)</p> <p>(2) 治疗情况:是否用过利尿剂治疗;疗效如何。(1分)</p> <p>3. 一般情况(1分)</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况。(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:有无心脏病、肺部疾病、肝病、肾病、甲状腺疾病病史;有无肿瘤、营养不良史;月经与婚育史。(2.5分)</p>
<p>二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)</p>
<p>(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)</p>
<p>(二) 能够围绕病情询问。(1分)</p>

第十五节 尿频、尿急与尿痛



知识概要

尿频、尿急与尿痛即为尿路刺激征,为膀胱颈和膀胱三角区受刺激所致。尿路刺激征是某些泌尿系疾病的重要症状,其病因包括泌尿系统感染、肾小球肾炎及结石症等疾病。

1. 问诊要点

<p>诱因</p>	<p>卫生习惯、劳累、受凉或月经期、不洁性交史、妇产科疾病史、化疗药物使用史、泌尿系统有创医疗操作史与精神因素的关系等</p>
<p>起病的缓急、患病时间、病程的长短</p>	<p>了解尿频的程度,单位时间的排尿频率(每小时或每天的排尿次数),每次排尿间隔时间和每次排尿量,尿痛的部位和时间;排尿时耻骨上区痛多为膀胱炎,排尿结束时尿道内或尿道口痛多为尿道炎</p>

2. 伴随症状

<p>伴有高热、畏寒、肾区叩击痛,可伴或不伴尿路刺激征</p>	<p>急性肾盂肾炎</p>
<p>伴有可无全身症状,仅表现为尿路刺激征</p>	<p>急性膀胱炎、急性尿道炎</p>
<p>伴有常伴尿频、尿急、尿痛,常伴乏力、低热、盗汗等结核中毒症状</p>	<p>肾结核</p>
<p>伴有伴尿道口脓性分泌物及红肿</p>	<p>性传播疾病</p>

续表

伴有直肠指诊前列腺肿大,前列腺质韧,有明显触痛,会阴部酸胀,肛门下坠,耻骨上隐痛并向腹股沟放射	急性前列腺炎
伴有尿线细、进行性排尿困难	前列腺增生

应试流程

诱因/病因	卫生习惯、不洁性交史、妇科疾病等
症状特点	起病缓急,持续时间;每天的排尿次数及尿量;尿的颜色及性状;加重或缓解因素
伴随症状	是否伴发热;有无排尿困难;有无尿潴留或尿失禁;有无腰部或下腹部疼痛
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如尿常规、血常规、尿培养、肾功能等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如抗生素等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——有无糖尿病史、结石病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

- (1)尿频核心问诊内容:排尿频率,每次排尿量。
(2)尿痛核心问诊内容:性质、程度和出现时间,加重或缓解因素。

真题演练

简要病史:女性,44岁。尿频、尿急、尿痛1周门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无劳累、受凉或憋尿;有无接受导尿,尿道器械检查。(1分)	
(2)尿频:排尿频率,每次排尿量,夜尿次数。(1.5分)	
(3)尿急:程度,有无尿失禁。(0.5分)	
(4)尿痛:部位、性质、程度、出现的时间。(2分)	
(5)伴随症状:有无尿色改变、排尿困难;有无寒战、发热、盗汗;有无腰痛、腹痛及放射痛。(2分)	

<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:尿常规、血常规、尿培养、肾功能检查。(1分)</p> <p>(2)治疗情况:是否用过抗生素治疗;疗效如何。(1分)</p> <p>3.一般情况(1分)</p> <p>发病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况。(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.有无尿路感染反复发作史。(0.5分)</p> <p>3.与该病有关的其他病史:有无结核病、糖尿病、尿路结石、盆腔疾病病史;有无外伤、手术史;月经与婚育史。(2分)</p>
<p>二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)</p>
<p>(一)条理性强,能抓住重点。(1分)</p>
<p>(二)能够围绕病情询问。(1分)</p>

第十六节 血尿



知识概要

血尿包括镜下血尿及肉眼血尿,前者指离心沉淀后的尿液镜检每高倍视野有红细胞3个以上,后者指尿呈洗肉水色或血色。

1.问诊要点

诱因	外伤、感染;是否进食可引起 红色尿的药物或食物
血尿颜色	鲜红色血尿见于膀胱及后尿道病变,暗红色血尿见于肾脏疾病
尿中含血量	含血量少时,呈显微镜血尿,见于尿路结石、尿路感染、内科疾病;大量血尿,呈肉眼血尿,见于泌尿系肿瘤、损伤、前列腺增生等; 肾脏病变的血尿中可见三角形、锥状血块 。输尿管病变所致血尿,含长条形血块,膀胱病变血块呈盘状,排出后易碎,尿道病变的血尿无血块
与排尿的关系	血尿发生于排尿起始段,为初血尿,见于前尿道疾病;血尿发生于排尿的终末段为终末血尿,见于后尿道病变、前列腺病变、膀胱颈部及三角区病变;全程血尿,见于膀胱颈部以上尿路病变 。尿道溢血与排尿动作无关,病变位于尿道括约肌以下

2.伴随症状

伴有肾绞痛	见于肾、输尿管结石
伴有尿流中断	见于膀胱和尿道结石
伴有尿频、尿急	见于膀胱炎和尿道炎
伴有水肿、高血压、蛋白尿	见于肾小球肾炎
伴有乳糜尿	见于丝虫病、慢性肾盂肾炎
伴有皮肤黏膜出血	见于血液病或某些感染性疾病

应试流程

诱因/病因	外伤、感染、结石
症状特点	起病缓急,持续时间;血尿性质(全程血尿、初始血尿、终末血尿);加重或缓解因素
伴随症状	是否伴发热、腰痛;有无尿痛;有无盗汗
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如尿常规、血常规、肝肾功能、腹部超声等)?做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如利尿剂、止血药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——尿路结石病史、结核病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:尿色,有无血凝块,是否为全程血尿,呈间歇性或持续性。

真题演练

简要病史:男性,22岁。肉眼血尿1周,少尿2天门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无感染、剧烈运动、泌尿道器械检查、服用药物。(1分)	
(2)血尿:具体尿色;有无血凝块;是否为全程血尿,呈间歇性或持续性。(2分)	
(3)少尿:尿量减少情况及具体尿量。(1分)	
(4)伴随症状:有无泡沫尿;有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难;有无发热、咯血、腰痛、皮疹、关节痛;有无其他部位出血;有无恶心、呕吐、水肿、心悸、呼吸困难。(3分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:尿常规、血常规、肝肾功能、腹部超声检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过利尿剂及止血药治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
发病以来饮食、睡眠、大便及体重变化情况。(1分)	
(二)其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史。(0.5分)	
2.与该病有关的其他病史:有无高血压、肝病、肾病及尿路结石病史;有无出血性疾病及结缔组织病病史;有无手术及外伤史;有无肾脏疾病家族史。(2.5分)	

二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)

(一) 条理性强,能抓住重点。(1分)

(二) 能够围绕病情询问。(1分)

第十七节 痫性发作与惊厥



抽搐与惊厥

知识概要

痫性发作与惊厥均属于不随意运动。痫性发作是全身或局部成群骨骼肌非自主的抽搐和强烈收缩,常可引起关节运动和强直。当肌群收缩表现为强直性和阵挛性时,称为惊厥。惊厥表现的抽搐一般为全身性、对称性、伴有或不伴有意识丧失。

1. 问诊要点

诱因	心律失常、睡眠不足、疲劳、饥饿、便秘、饮酒、闪光、感情冲动和一过性代谢紊乱等都能激发,过度换气或过度饮水对某些患者也有诱发作用
年龄、病程	小儿多见于原发性癫痫、小儿高热惊厥、产伤、脑炎、先天性脑发育障碍。成人多见于脑血管疾病、脑肿瘤、全身中毒性疾病,如尿毒症、肝性脑病、酒精中毒及风湿病、神经症等
意识障碍、时间、影响因素	发作时有无意识障碍、外伤、大小便失禁;发作时的姿态、面色、声音、肢体抽搐部位和抽动次数;发作时间(清晨、醒时、睡时、饥饿时等)、持续时间、对环境的反应;发作时的环境状态和因素;发作后的表现(意识、肢体瘫痪、失语、遗忘、头痛等)

2. 伴随症状

伴有脑膜刺激征	脑膜炎、蛛网膜下腔出血
伴有血压增高	高血压病、肾炎、子痫、铅中毒
伴有瞳孔扩大及舌咬伤	癫痫大发作
伴有意识丧失	见于癫痫大发作、重症颅脑疾病
伴有发热	小儿的急性感染、胃肠功能紊乱、重度失水

应试流程

诱因/病因	感染、中毒、外伤、情绪波动等
症状特点	发病的缓急,持续时间;病情程度;四肢自主运动和肌张力;有无意识丧失、舌咬伤;有无两眼上翻、牙关紧闭、发绀;有无口吐白沫;加重或缓解因素
伴随症状	是否发热、头痛、呕吐;是否伴视力变化;有无胸痛、心悸、气短等
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、尿常规、脑脊液检查等)?做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗?用了哪些药物(如止惊药等)?疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况

相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病—— 糖尿病、高血压、脑部疾病病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:抽搐发作过程如何,有无意识丧失、舌咬伤,有无两眼上翻、牙关紧闭、发绀,有无口吐白沫。

真题演练

简要病史:男孩,1岁2个月。发热3天,惊厥1次急诊入院。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无外伤、受凉、饮食不当。(0.5分)	
(2)发热:程度、具体体温;有无寒战。(1分)	
(3)惊厥:发作时的表现、持续时间;发作时有无意识障碍、大小便失禁、发绀。(2分)	
(4)发热与惊厥的关系;惊厥出现的时间;惊厥发作时的体温;发作后的意识状态。(2分)	
(5)伴随症状:有无咳嗽、流涕;有无呕吐、腹泻;有无哭闹、烦躁;有无皮疹。(1.5分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过退热及止惊药物治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二)其他相关病史(3分)	
1.出生史,喂养史,生长发育情况。(1分)	
2.有无药物过敏史、预防接种史。(1分)	
3.与该病有关的其他病史:有无类似发作史;有无与传染病者接触史;有无发热惊厥家族史。(1分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	
(一)条理性强,能抓住重点。(1分)	
(二)能够围绕病情询问。(1分)	

张老师温馨提醒

凡是小儿均需问喂养史、生长发育史和预防接种史。

第十八节 眩晕(助理不考)



知识概要

眩晕是因机体对空间定位障碍而产生的一种动性或位置性错觉,患者感到自身或周围环境物体旋转或摇动的一种主观感觉障碍,常伴有客观的平衡障碍,一般无意识障碍。

1. 问诊要点

诱因	劳累、服药、精神因素、神经、耳鼻喉、内科疾病
性质、程度、持续时间	急性起病单次发作持续时间较长,多见于前庭神经炎,急性起病多次复发,多见于椎基底动脉系统 TIA、梅尼埃病

2. 伴随症状

伴有耳鸣、听力下降	见于前庭器官疾病、第八脑神经病及肿瘤
伴有恶心、呕吐	梅尼埃病、晕动病
伴有共济失调、眼球震颤	小脑、颅后凹或脑干病变

应试流程

诱因/病因	劳累、外伤、服药等
症状特点	出现时间、程度、持续时间、发作频度,加重或缓解因素
伴随症状	是否伴发热、耳鸣、听力下降等;是否有恶心、呕吐;是否有肢体麻木、视力下降、头痛、平衡失调等
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、血生化、头颅 CT、颈椎 X 线片等)? 做了哪些检查? 疗:是否到医院做过治疗? 用了哪些药物(如止吐药等)? 疗效如何?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况
相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病——有无耳部感染史、颅脑外伤病史等;有无心血管疾病、肝肾疾病、糖尿病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:眩晕发作时间、频率、性质及持续时间,加重或缓解因素。

真题演练

简要病史:女,53岁。突发眩晕伴呕吐10小时门诊就诊。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:有无劳累、精神因素、服用药物及外伤。(1分)	
(2)头晕:发作时间、频率、性质及持续时间;加重或缓解因素。(2分)	
(3)呕吐:次数,呕吐物的性状及量,与头晕的关系。(2分)	
(4)伴随症状:有无耳鸣、听力减退、视物旋转、站立或行走不稳;有无心悸、发热、出汗、口周及四肢麻木、视力改变。(2分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血常规、血生化、头颅CT、颈椎X线检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否用过止吐药物治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二)其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史。(0.5分)	
2.与该病有关的其他病史:有无晕车、晕船、中耳炎及高血压、冠心病、严重肝肾疾病、糖尿病病史;月经及婚育史。(2.5分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	
(一)条理性强,能抓住重点。(1分)	
(二)能够围绕病情询问。(1分)	

第十九节 意识障碍



知识概要

意识障碍是指人对周围环境及自身状态的识别和觉察能力出现障碍。多由于高级中枢功能活动受损所引起,可表现嗜睡、意识模糊、昏睡和谵妄,严重的意识障碍为昏迷(轻度昏迷、中度昏迷、深度昏迷)。

1. 问诊要点

诱因	多由意外因素引起,如 中毒、外伤、低血糖 等
	也见于慢性疾患的急性并发症 ,如高血压动脉硬化引起的急性脑血管病、冠心病导致的 Adams-Stokes 综合征等
	有无头颅创伤史 ;有无饮酒史;室内有无火炉、通风的情况
起病的缓急、患病时间、病程的长短	急骤发生的多见于意外因素,或慢性疾病的急性加重
	渐进加重的多见于中毒性或代谢性脑病、中枢神经系统感染等
	冬天要考虑一氧化碳(CO)中毒,夏天要考虑中暑
	意识障碍波动性大、时轻时重者,以中毒性或代谢性脑病多见

2. 伴随症状

伴有呼吸缓慢	见于吗啡、巴比妥类药物中毒或黏液性水肿相关病
伴有瞳孔散大	见于脑疝、氰化物中毒等
伴有瞳孔缩小	见于吗啡类、巴比妥类、有机磷杀虫药中毒等
伴有心动过缓	见于房室传导阻滞、吗啡类中毒、颅高压、毒蕈中毒
伴有高血压	见于高血压脑病、脑出血
伴有低血压	见于休克
伴有皮肤、黏膜发绀	见于硝基苯、亚硝酸盐、麻醉药品服用史,毒品吸入史
伴有皮肤出血、黄疸	见于肝胆疾病或溶血病;皮肤瘀点者应注意败血症、流行性脑膜炎、亚急性细菌性心内膜的病史特征;口唇呈樱红色提示 CO 中毒
伴有脑膜刺激征	见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等
伴有水肿	见于肾病、甲状腺功能减退等病

张老师温馨提醒

先发热,后有意识障碍见于重症感染;先有意识障碍,后发热见于脑出血、蛛网膜下腔出血等。

应试流程

诱因/病因	劳累、情绪波动、外伤、药物、毒物等
症状特点	发病的缓急,持续时间;意识障碍程度,加重或缓解因素
伴随症状	是否伴随发热、头痛、呕吐;是否伴肢体抽动或肌力变化;有无瞳孔变化等
诊疗经过	诊:是否到医院做过检查(如血常规、肝肾功能、血糖、留取血或呕吐物送病理学检查、颅脑 CT 等)? 做了哪些检查?
	疗:是否到医院做过治疗? 用了哪些药物(如补液、抗生素等)?
一般情况	患病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况

相关病史	药物过敏史
	既往病史(过去有无类似发作或类似疾病—— 高血压、颅脑外伤病史)
	传染病接触史、毒物接触史、疫水疫区接触史、职业特点、手术史;(女性)月经和婚育史

张老师温馨提醒

核心问诊内容:意识障碍发生时间、程度和持续时间。

真题演练

简要病史:男性,60岁。神志不清伴全身出汗半小时家人送来急诊。既往有“糖尿病”病史8年。	
要求:作为住院医师,请按照标准住院病历要求,围绕以上主诉,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容并写在答题纸上。	
时间:11分钟	
评分标准	总分 15分
一、问诊内容(13分)	
(一)现病史(10分)	
1.根据主诉及相关鉴别询问(7分)	
(1)发病诱因:降糖药物使用情况;有无服用其他药物;有无饮食不当、过度运动。(2分)	
(2)意识障碍:发生缓急、程度、持续时间、进展情况。(1分)	
(3)出汗:部位、程度、发生前有无饥饿感。(1分)	
(4)伴随症状:意识障碍前有无头痛、头晕;有无呼吸困难、胸闷、心悸;有无恶心、呕吐;呼气时有无烂苹果味或大蒜味。(3分)	
2.诊疗经过(2分)	
(1)是否曾到医院就诊,做过哪些检查:血糖、尿糖、心电图检查。(1分)	
(2)治疗情况:是否进行补液及胰岛素治疗;疗效如何。(1分)	
3.一般情况(1分)	
近期饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。(1分)	
(二)其他相关病史(3分)	
1.有无药物过敏史。(0.5分)	
2.糖尿病治疗情况,血糖监测情况。(0.5分)	
3.与该病有关的其他病史:有无类似发作史;有无心脏病、高血压、脑血管疾病、肝病及其他内分泌系统疾病病史。(2分)	
二、问诊技巧(2分)(★不写入答题纸上)	
(一)条理性强,能抓住重点。(1分)	
(二)能够围绕病情询问。(1分)	

第二部分 病例分析



题库演练



直播体验课

考纲要求

(一) 呼吸系统疾病	1.慢性阻塞性肺疾病;2.肺炎;3.支气管哮喘;4.支气管扩张(助理不考);5.肺结核;6.肺癌;7.呼吸衰竭(助理不考);8.血胸和气胸;9.肋骨骨折;10.肺栓塞;11.胸腔积液(恶性、结核性)(助理不考);12.脓胸(助理不考)
(二) 心血管系统疾病	1.冠状动脉性心脏病;2.心力衰竭;3.心律失常(助理不考);4.高血压;5.心脏瓣膜病(助理不考);6.结核性心包炎(助理不考)
(三) 消化系统疾病	1.胃食管反流病;2.食管癌;3.胃炎;4.消化性溃疡;5.消化道穿孔;6.胃癌;7.肝硬化;8.肝癌(助理不考);9.胆石病、胆道感染;10.急性胰腺炎;11.溃疡性结肠炎(助理不考);12.肠梗阻;13.结、直肠癌;14.肠结核(助理不考);15.结核性腹膜炎;16.急性阑尾炎;17.肛管、直肠良性病变;18.腹外疝;19.腹部闭合性损伤:肠(助理不考)、肝、脾、肾损伤;20.消化道出血;21.非酒精性脂肪性肝病(助理不考);22.克罗恩病(助理不考)
(四) 血液系统疾病	1.缺铁性贫血;2.再生障碍性贫血;3.急性白血病;4.淋巴瘤(助理不考);5.特发性血小板减少性紫癜(助理不考)
(五) 泌尿系统疾病	1.急性肾小球肾炎;2.慢性肾小球肾炎;3.尿路感染;4.尿路结石(助理不考);5.良性前列腺增生症(助理不考);6.慢性肾脏病(慢性肾衰竭)(助理不考)
(六) 代谢、内分泌系统	1.甲状腺功能亢进症;2.单纯性甲状腺肿(助理不考)(20年新大纲已删除);3.糖尿病;4.甲状腺功能减退症(助理不考)
(七) 运动系统疾病	1.四肢长管状骨骨折;2.大关节脱位;3.颈椎病(助理不考);4.腰椎间盘突出症(助理不考)
(八) 风湿免疫性疾病	1.系统性红斑狼疮;2.类风湿关节炎
(九) 神经系统	1.脑出血;2.脑梗死;3.蛛网膜下腔出血(助理不考);4.急性硬膜外血肿(助理不考);5.颅骨骨折(助理不考)
(十) 女性生殖系统疾病	1.异位妊娠;2.盆腔炎性疾病;3.宫颈癌(助理不考);4.子宫肌瘤(助理不考);5.卵巢癌(助理不考);6.卵巢囊肿蒂扭转或破裂(助理不考);7.前置胎盘(助理不考);8.胎盘早剥(助理不考);9.妊娠期高血压疾病(助理不考);10.自然流产(助理不考);11.子宫内膜癌(助理不考);12.产后出血(助理不考);13.子宫内膜异位症(助理不考)
(十一) 儿科疾病	1.小儿肺炎;2.小儿腹泻病;3.维生素D缺乏性佝偻病(助理不考);4.小儿常见发疹性疾病:麻疹、风疹(助理不考)、幼儿急疹、水痘、手足口病(助理不考)、猩红热(助理不考);5.小儿惊厥(助理不考);6.新生儿黄疸(助理不考)
(十二) 传染病	1.病毒性肝炎(助理只考甲肝、乙肝、丙肝);2.细菌性痢疾;3.流行性脑脊髓膜炎(助理不考);4.艾滋病(助理不考);5.肾综合征出血热(助理不考)
(十三) 其他	1.浅表软组织化脓性感染;2.急性乳腺炎;3.乳腺癌;4.一氧化碳中毒;5.急性有机磷农药中毒;6.镇静催眠药中毒(助理不考)

答题纸样式：

临床类病例分析答题纸

姓名：_____ 题组号：_____

准考证：_____ 试题编号：_____

医师() 助理医师() (请本人在考试级别后括号内打√)

得分：_____ 签字：_____

答题：(请用蓝色或黑色钢笔或圆珠笔答题)

要求：根据以上病例摘要，请将初步诊断及诊断依据(如果有两个以上诊断，应分别列出诊断依据)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

一、诊断

二、诊断依据

三、鉴别诊断

四、进一步检查

五、治疗原则

【万能公式】

病例分析四要点(22分)条理清晰得2分	
一、初步诊断及 诊断依据(8分)	<p>1.初步诊断:根据病例摘要找出最可能的诊断(4分),先定系统后定疾病</p> <p>先定系统,通过主诉把系统定下来,这样诊断就有了方向。然后在系统里找几个类似疾病,做鉴别诊断。(诊断其实就是:病史+阳性症状+阳性体征+阳性辅助检查,最终归纳为一个疾病,我们叫归纳法。然后再用所诊断出来的疾病,去解释病历中所出现的所有症状与体征,解释得通,说明我们诊断正确;解释不通应考虑诊断错误或还有其他疾病)</p> 
	<p>诊断的书写:</p> <p>①主要疾病诊断;②伴随疾病诊断;③原始疾病诊断 (如:急性右颞部硬脑膜外血肿;左侧第二肋骨骨折;I型糖尿病)</p>
	<p>分级、分型(如果有一定要写)</p>
	<p>2.诊断依据(4分)</p> <p>①年龄、性别、起病缓急、诱因 ②主诉及主要现病史 ③阳性查体体征 ④阳性辅助检查</p>
	<p>注意:诊断最重要,如果诊断错了,后面全错</p>
二、鉴别诊断(5分)	<p>1.写出与初步诊断密切相关且容易混淆的几种常见病</p> <p>2.写出所需鉴别疾病的主要鉴别依据、主要检查(各地要求不同)</p> <p>新大纲考官评分标准,不要求大家写出鉴别诊断与初步诊断的鉴别点。但是由于评分考官的习惯,建议大家还是简要地写出两种疾病的鉴别点。通过病史、症状、体征和辅助检查与初步诊断相鉴别</p>
	<p>3.书写要点</p> <p>①本器官其他病变 ②临近部位病变 ③相同症状的其他病变</p>
	<p>注意:千万不要写英文缩写,要写正规的中文病名</p>
三、进一步检查(4分)	<p>1.诊断项目</p> <p>①常规检查(体液检查) ②生化检查(功能检查) ③形态学检查 ④病理学检查 ⑤免疫学检查 ⑥肿瘤标记物检查</p> <p>(进一步检查分为首选检查和确诊检查。进一步检查应该要求两个方面:有效、经济。能用费用少的检查方式,就不要用贵的)</p>

<p>三、进一步检查(4分)</p>	<p>2.诊断步骤</p> <p>①确立诊断的检查项目</p> <p>②排除鉴别诊断项目的检查</p> <p>③为了解病情发展程度而需进行的检查</p> <p>④因为疾病的分型需进行的检查</p> <p>⑤提供治疗依据的检测项目</p> <p>注意:一定不要忘记,三大常规、X线、心电图检查</p>
<p>四、治疗原则(5分)</p>	<p>1.一般性治疗:休息,饮食,营养,纠正水、电解质酸碱平衡,监护</p> <p>2.病因治疗:细菌——抗感染;结核——抗结核;肿瘤——手术、放疗、化疗、生物疗法</p> <p>3.对症治疗</p> <p>4.支持疗法(具体写上支持治疗项目)</p> <p>(要重点写明治疗原则,且要主次分明)</p> <p>注意:要求的是治疗原则,不要求写出具体用药、用法、用量、怎么用。很多学员画蛇添足增加用法,很容易写错,且写正确也不得分</p>

第一节 呼吸系统疾病



【应试工具箱】

项目	正常值(意义见实验室检查)
WBC	$(4\sim 10)\times 10^9/L$
中性分叶核粒细胞	50%~70%
动脉血氧分压(PaO ₂)	95~100 mmHg(12.6~13.3 kPa)
动脉血氧饱和度(SaO ₂)	95%~98%
动脉血二氧化碳分压(PaCO ₂)	35~45 mmHg, 平均值 40 mmHg
pH	7.35~7.45, 平均 7.40
标准碳酸氢盐(SB)	22~27 mmol/L(第9版《内科学》为22~26 mmol/L), 平均 24 mmol/L
实际碳酸氢盐(AB)	22~27 mmol/L(第9版《内科学》为22~26 mmol/L)
缓冲碱(BB)	45~55 mmol/L, 平均 50 mmol/L
剩余碱(BE)	正常值为0±2.3。全血BE(BEb)和细胞外BE(BE _{ect} , BEHb5)两种正常值为(-3~+3) mmol/L
FEV ₁ /FVC	>70%

一、慢性阻塞性肺疾病(COPD)

知识概要

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续气流受限为特征的疾病,气流受限



不完全可逆,呈进行性发展,肺功能检查对确定气流受限有重要意义。

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	中老年、长期大量吸烟史
症状	慢性反复咳嗽、咳痰、喘息,气短或呼吸困难
体征	可出现桶状胸及叩诊过清音;急性加重时,干、湿性啰音可增加
辅助检查	肺功能检查:FEV ₁ /FVC<70%(最主要)
	胸部 X 线检查:早期胸片可无异常变化,随病情进展可出现两肺纹理增粗、紊乱,合并肺气肿可见胸廓扩张,肋间隙增宽,两肺野透亮度增加
	血气分析:对确定发生低氧血症、高碳酸血症、酸碱平衡失调以及判断呼吸衰竭的类型有重要价值
	其他:合并细菌感染时,血白细胞计数升高,痰培养可检出病原菌

【诊断公式】

- 1.老年吸烟+咳、痰、喘(气短)+桶状胸+过清音+肺功能=慢性阻塞性肺疾病
- 2.老年人+咳、痰、喘(3个月2年)=慢性支气管炎
- 3.老年人+咳、痰、喘(3个月2年)+桶状胸+过清音=肺气肿
- 4.慢性呼吸系统病史(呼衰表现)+右心衰体征=肺源性心脏病

鉴别诊断	特点
哮喘	以发作性喘息为主要表现;常见于儿童或青少年,以弥漫性哮鸣音为主;肺功能可正常或表现为阻塞性通气障碍;支气管扩张试验或激发试验阳性;吸入激素和支气管舒张药效果良好
支气管扩张	大量脓性痰;反复咯血;肺部固定性湿性啰音,可有杵状指;胸部 X 线片可见囊状改变;HRCT 可确诊
肺结核	有结核中毒症状;胸部 X 线片以上肺病变多见,可见空洞、纤维条索、钙化等表现
肺癌	可有多年吸烟史,多表现为刺激性干咳,可有痰中带血,胸部 X 线片可见肺内块状或结节状阴影,抗生素治疗不能完全消散,CT、痰脱落细胞学检查、纤维支气管镜有助于确诊

【进一步检查】

- 1.肺功能检查 是 COPD 诊断的金标准,对疾病严重程度评价、疾病进展、预后及治疗反应等有重要意义。
- 2.胸部 X 线检查 主要用于鉴别诊断和确定有无并发症。
- 3.血气分析 对确定发生低氧血症、高碳酸血症、酸碱平衡失调以及判断呼吸衰竭的类型有重要价值。
- 4.痰培养+药敏 COPD 合并细菌感染时,痰培养可能检出病原菌,指导抗生素的应用。
- 5.怀疑肺心病的患者,还应做心电图检查,看到肺性 P 波有提示意义。

【治疗原则】

- 1.稳定期治疗
 - (1)加强疾病教育,戒烟。
 - (2)支气管舒张药、抗胆碱药、β₂ 肾上腺素受体激动剂、氨茶碱等。

- (3) 祛痰药。
(4) 糖皮质激素。

2. 急性加重期治疗

- (1) 确定急性期的病因及严重程度。
(2) 根据病情决定门诊或住院治疗。
(3) 支气管舒张药同稳定期治疗。
(4) 持续性低流量、低浓度吸氧。
(5) 抗生素(选择常见病原菌类型及药物敏感的抗生素)。
(6) 糖皮质激素(联合 β_2 肾上腺素受体激动剂畅通气道)。
(7) 祛痰药。

【补充要点】

1. 分级诊断 I 级(轻度)、II 级(中度)、III 级(重度)、IV 级(极重度)。

肺功能分级	患者肺功能 FEV ₁ 占预计值的百分比(FEV ₁ %pred)
GOLD 1 级:轻度	FEV ₁ %pred ≥ 80%
GOLD 2 级:中度	50% ≤ FEV ₁ %pred < 80%
GOLD 3 级:重度	30% ≤ FEV ₁ %pred < 50%
GOLD 4 级:极重度	FEV ₁ %pred < 30%

张老师温馨提醒

一秒钟用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%预计值)是评估 COPD 严重程度的常用指标;30, 50, 80:评价程度;一秒率用于诊断;预计值代表分度。

2. 分期诊断 急性加重期、稳定期。

(1) **急性加重期**:指在疾病过程中,短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重、痰量增多,呈脓性或黏液脓性,可伴发热等症状。

(2) **稳定期**:指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微。

真题演练

病例摘要:男性,78岁。间断咳嗽、咳痰10余年,发热伴呼吸困难4天。

患者10余年前开始出现咳嗽、咳痰,多以秋冬季明显。病情严重时咳脓性痰,并伴气短,一般经抗感染、祛痰及口服“茶碱缓释片”等治疗症状可好转。4天前受凉后出现发热、寒战,咳嗽加重、咳痰增多,呈脓性,并出现憋气,夜间仅能半卧位休息。本次发病以来食欲正常,大小便正常,睡眠差。否认高血压病史及药物过敏史,否认遗传病家族史。吸烟40年,每日20支,戒烟2年。

查体:T 38.5℃,P 106次/分,BP 136/87 mmHg,神志清楚,半卧位,喘息状。口唇发绀,颈静脉无怒张。双肺叩诊呈过清音,双肺可闻及散在哮鸣音,右下肺可闻及湿性啰音。心界不大,心率106次/分,律齐,未闻及杂音及附加音。腹平软,无压痛,肝脾肋下未触及,移动性浊音(-),双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 148 g/L,WBC 14.5×10⁹/L,N 0.86,Plt 285×10⁹/L;动脉血气分析(鼻导管吸氧1 L/min)示:pH 7.23,PaCO₂ 56 mmHg,PaO₂ 58 mmHg,HCO₃⁻ 28.5 mmol/L;胸部X线片示:右下肺可见斑片状渗出影,双肺透亮度增高,膈肌低平。

续表

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。	
时间:15分钟	
评分标准	总分 22分
一、初步诊断(4分) <ol style="list-style-type: none"> 1.右下肺肺炎(2分) 2.慢性阻塞性肺疾病(1.5分) 3.Ⅱ型呼吸衰竭(0.5分) 	
二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分) <ol style="list-style-type: none"> 1.右下肺肺炎(2分) <ol style="list-style-type: none"> (1)发热、寒战、咳嗽、脓性痰。(0.5分) (2)查体:右下肺湿性啰音。(0.5分) (3)血常规:白细胞总数及中性粒细胞比例增加。(0.5分) (4)胸部X线片示:右下肺渗出性病变。(0.5分) 2.慢性阻塞性肺疾病(1.5分) <ol style="list-style-type: none"> (1)慢性咳嗽。(0.5分) (2)双肺叩诊呈过清音,双肺闻及哮鸣音。(0.5分) (3)双肺透亮度增高,膈肌低平。(0.5分) 3.Ⅱ型呼吸衰竭:pH 7.23,PaCO₂ 56 mmHg,PaO₂ 58 mmHg,HCO₃⁻ 28.5 mmol/L。(1.5分) 	
三、鉴别诊断(5分) <ol style="list-style-type: none"> 1.支气管哮喘。(1.5分) 2.支气管扩张症。(1.5分) 3.肺结核。(1分) 4.肺癌。(1分) 	
四、进一步检查(4分) <ol style="list-style-type: none"> 1.肝、肾功能,血电解质。(0.5分) 2.心电图,超声心动图。(0.5分) 3.痰病原菌培养及药敏。(1分) 4.肺功能检查(治疗后)。(2分) 	
五、治疗原则(4分) <ol style="list-style-type: none"> 1.休息,持续低流量吸氧,止咳、祛痰。(1分) 2.静脉点滴广谱抗生素。(1分) 3.使用支气管舒张剂,短期使用糖皮质激素。(1分) 4.必要时机械通气。(1分) 	

二、肺炎

知识概要

肺炎指终末气道、肺泡和肺间质的炎症。可由**感染**(细菌、病毒、真菌、寄生虫等)、理化因素、免疫损伤、过敏及药物等所致。按解剖分类可分为大叶性肺炎、小叶性肺炎、间质性肺炎。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	受凉、淋雨、疲劳、醉酒、感冒等
症状	先有寒战,继而高热,体温可达 39~40℃,常呈稽留热。全身肌肉酸痛、患侧胸痛、呼吸增快、咳嗽、咳铁锈色痰
体征	口角可有疱疹,肺实变时叩诊呈浊音,触觉语颤增强,可闻及支气管呼吸音;消散期可闻及湿啰音
辅助检查	WBC 升高、胸部 X 线片可见阴影

【诊断公式】

病史(受凉)+症状(咳嗽,咳痰,胸痛)+体征(语颤增强,肺部啰音)+辅助检查(WBC 升高,胸部 X 线片有阴影)

青壮年+受凉+高热+湿啰音+铁锈色样痰+胸部 X 线片表现=大叶性肺炎

婴幼儿+咳、喘+呼吸困难体征(鼻翼扇动+三凹征)=支气管肺炎

儿童+阵发性刺激性咳嗽+肌痛+青霉素或头孢无效+胸部 X 线片表现=支原体肺炎

突发高热+胸痛+肌肉酸痛+脓血痰+胸部 X 线片表现=葡萄球菌肺炎

老年+高热+咳砖红色胶冻痰+胸部 X 线片表现=克雷伯杆菌肺炎

鉴别诊断	特点
肺结核	多为慢性病程,可有长期低热、盗汗等结核中毒症状,咳嗽、咳痰,常有咯血。胸部 X 线片示病变多在肺尖或锁骨下方,密度不匀。痰找结核菌、痰培养、纯化蛋白衍生物(PPD)阳性。一般抗菌治疗无效
急性肺脓肿	多有口咽部感染史,有畏寒、高热、咳嗽、咳黏液脓痰。咳出大量脓臭痰。听诊支气管呼吸音,靠近胸膜的空洞触觉语颤增强。血白细胞计数明显增高,核左移,痰培养阳性,胸部 X 线片可见圆形透亮区或气-液平面的脓腔
肺癌	多见于老年人,多有长期重度吸烟史,咳嗽,多为阵发性刺激性呛咳,无痰或少许泡沫痰。肿瘤标记物、X 线、CT、痰脱落细胞学检查有助于诊断,病理学检查有确诊意义

【进一步检查】

- 1.病原学检查(痰培养+药敏试验,痰涂片抗酸染色,血培养)。
- 2.动脉血气分析。
- 3.胸部 X 线检查。
- 4.肝、肾功能,血电解质,血糖。
- 5.必要时胸部 CT。

【治疗原则】

- 1.对症治疗及支持治疗 退热、止咳、祛痰、吸氧等。
- 2.抗感染治疗 使用敏感抗生素,必要时联合用药。

3. 有感染中毒性休克者 应抗休克治疗,必要时应用糖皮质激素。
 4. 并发症治疗。

【补充要点】

肺炎链球菌	高热、 咳铁锈色痰 , 胸部 X 线片示 :肺叶或 肺段实变 , 无空洞 肺实变体征
金黄色葡萄球菌	高热、 脓血痰 (黄脓、血色)、气急、胸部 X 线片示:小叶浸润, 早期空洞 , 脓胸 ,可见液气囊腔 毒血症症状 、 休克
肺炎克雷伯杆菌	砖红色胶冻状痰 , 胸部 X 线片示 :肺叶或肺段实变,蜂窝状脓肿, 叶间隙下坠
铜绿假单胞菌	毒血症症状明显,脓痰,可呈 蓝绿色 ; 胸部 X 线片示 :弥漫性支气管炎,早期肺脓肿
厌氧菌	腥臭痰 多发性肺脓肿
军团菌	高热、肌痛、相对缓脉

张老师温馨提醒

在肺炎的诊断中应该注意左侧还是右侧,在治疗的过程中不要忘记抗生素治疗,但是如果不能确定病原体,就不要写具体的抗生素。

真题演练

病例摘要:男性,30岁。发热伴咳嗽、咳痰5天,呼吸困难1天。

患者5天前受凉后出现发热,最高体温38.8℃,伴寒战,咳嗽、咳痰,痰为少量黄色黏痰,无咯血、胸痛,1天来活动后出现呼吸困难。自服“感冒药”治疗无好转。发病以来精神、饮食正常,大小便正常。既往体健。无烟酒嗜好,无遗传家族病史。

查体:T 38.6℃,P 95次/分,R 22次/分,BP 120/75 mmHg。皮肤未见出血点和皮疹,浅表淋巴结未触及肿大,巩膜无黄染。右下肺叩诊浊音,可闻及支气管呼吸音,双肺未闻及干湿性啰音。心界不大,心率95次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,无压痛,肝脾肋下未触及,无双下肢水肿。

实验室检查:血常规:Hb 125 g/L,WBC $14.5 \times 10^9/L$,杆状核 0.08,N 0.85,Plt $225 \times 10^9/L$ 。动脉血气分析:pH 7.47,PaCO₂ 32 mmHg,PaO₂ 58 mmHg, HCO₃⁻ 22.5 mmol/L。

胸部 X 线片:右肺下野大片状致密影,未见空洞及胸腔积液征象。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

1. 右下肺炎(答“肺炎”得1.5分)(3分)
2. I型呼吸衰竭(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.右下肺炎(4分)
 - (1)青年男性,急性发病,发热伴咳嗽、咳黄黏痰。(1分)
 - (2)有呼吸困难症状。(0.5分)
 - (3)右下肺实变体征(病变部位叩诊浊音,闻及支气管呼吸音)。(1分)
 - (4)血白细胞总数及中性粒细胞比例增高,核左移。(1分)
 - (5)胸部X线片示右肺下野大片状致密影。(0.5分)
2. I型呼吸衰竭(1分)
 - (1)有急性呼吸困难症状。(0.5分)
 - (2)动脉血气分析 PaO₂ 低于 60 mmHg, PaCO₂ 降低。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.肺脓肿。(2分)
- 2.肺结核。(2分)

四、进一步检查(5分)

- 1.血电解质,血糖,肝、肾功能。(1分)
- 2.痰培养+药敏试验,血培养+药敏试验。(1分)
- 3.痰涂片抗酸染色,PDD 试验。(1分)
- 4.必要时胸部 CT 检查。(1分)
- 5.必要时支气管镜检查。(1分)

五、治疗原则(4分)

- 1.休息、退热、止咳、祛痰。(1分)
- 2.吸氧。(1分)
- 3.广谱抗菌药物抗感染治疗。(1.5分)
- 4.必要时机械通气。(0.5分)

三、支气管哮喘

知识概要

支气管哮喘是由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症与气道高反应性有关。**慢性气道炎症是支气管哮喘的本质,气道高反应性是支气管哮喘最重要的特征。**临床表现为反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间及凌晨发作或加重,多数患者可自行缓解或经治疗后缓解。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	多与接触变应原、冷空气、化学性刺激、上呼吸道感染、运动等有关
症状	反复发作性喘息、气急、胸闷或咳嗽,典型症状为发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难。症状可在数分钟内发生,并持续数小时至数天,可经治疗缓解或自行缓解;夜间及凌晨发作或加重是支气管哮喘的临床特征。以咳嗽为唯一症状的不典型哮喘称为咳嗽变异性哮喘
体征	典型的体征是双肺可闻及广泛的哮鸣音,呼气音延长
辅助检查	支气管激发试验或运动试验阳性;支气管舒张试验阳性;昼夜峰流速变异率≥20%

【诊断公式】

青少年+过敏史+发作性喘憋+满肺哮鸣音+激发试验+自行缓解=支气管哮喘

鉴别诊断	特点
心源性哮喘	引起的喘息样呼吸困难常见于急性左心衰竭,多有高血压、冠心病、风心病等基础心脏病史,表现为端坐呼吸、咳粉红色泡沫痰,双肺可闻及广泛的哮鸣音及水泡音,左心扩大、心率增快、心尖部可闻及奔马律。胸片可见心脏增大,肺淤血征
COPD	多见于中老年人;常有长期大量吸烟史;以慢性咳嗽、咳痰为主要表现
支气管肺癌	消瘦;可有咯血;常于单侧出现固定性哮鸣音;胸部X线片、CT、支气管镜检查等可明确
急性过敏性肺炎	突发的呼吸困难;多有粉尘短期大量接触史;无哮鸣音;HRCT表现为弥漫的粟粒样结节或毛玻璃影

【进一步检查】

1.肺功能检查

- (1)支气管激发试验(BPT)静息时。
- (2)支气管舒张试验(BDT)发作时——较为特异。

- 2.血气分析 判断病情。
- 3.特异性变应原检测。
- 4.胸部X线检查等。
- 5.痰培养等其他检查。

【治疗原则】

- 1.慢性持续期的治疗 **脱离过敏原;支气管舒张药**和(或)吸入糖皮质激素,持续监测病情变化。
- 2.急性发作期治疗 氧疗;**使用支气管舒张药(短效)**;早期全身应用糖皮质激素;抗感染治疗;严重时机械通气。重度哮喘发作时应注意补液,纠正酸中毒,纠正电解质紊乱,抗生素治疗,及时处理并发症。
- 3.糖皮质激素 中度哮喘可口服,重度哮喘发作时应足量、短程、静脉应用。
- 4.其他 脱敏治疗等。

张老师温馨提醒

哮喘一般会对花粉、宠物等变应原有过敏反应,因哮喘有过敏史,往往父母有过敏体质或过敏病史。哮喘的发作还有一个最大的特点就是自行缓解。

真题演练

病例摘要:女性,28岁。间断喘息伴咳嗽、咳痰3年,再发2天。

患者3年来在气候变化时,间断发作喘息、咳嗽,咳少许白色黏痰。无发热、盗汗,无咯血,无胸痛、心悸。喘息发作时在当地诊断按“上呼吸道感染”治疗,症状可缓解。每年发作次数不定,缓解期间无明显不适症状。2天前受凉后喘息再次发作,伴咳嗽,无咳痰,轻微活动即感胸闷、气促,夜间症状严重,需高枕卧位。发病以来精神、食欲、睡眠差,大小便正常,体重无明显变化。否认过敏性疾病病史。无烟酒嗜好。否认遗传家族病史。

查体:T 36.8℃,P 96次/分,R 26次/分,BP 116/70 mmHg。坐位,喘息状,表情焦虑,精神差。皮肤潮湿。口唇无发绀。全身浅表淋巴结未触及。胸廓无畸形,双侧触觉震颤减弱,双肺叩诊过清音,可闻及呼吸相哮鸣音,未闻及湿性啰音和胸膜摩擦音。心界不大,心率96次/分,律齐。各瓣膜听诊区未闻及杂音。双下肢无水肿。

实验室检查:动脉血气分析:pH 7.45, PaO₂ 70 mmHg, PaCO₂ 35 mmHg, HCO₃⁻ 23 mmol/L, SaO₂ 91%。

<p>要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。</p>	
<p>时间:15分钟</p>	
<p>评分标准</p>	<p>总分 22 分</p>
<p>一、初步诊断(3分)</p> <p>支气管哮喘急性发作期(仅答“支气管哮喘”或“哮喘”得2分)(3分)</p>	
<p>二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分)(4分)</p> <p>1.青年女性,反复发作喘息伴咳嗽、咳痰,再发伴胸闷、气促2天。(1分)</p> <p>2.症状发作与气候变化、受凉有关。缓解期无不适症状。(1分)</p> <p>3.查体:喘息状,双肺闻及呼气相哮鸣音,双侧触觉震颤减弱,双肺叩诊过清音。(2分)</p>	
<p>三、鉴别诊断(4分)</p> <p>1.急性左心衰竭。(1分)</p> <p>2.慢性阻塞性肺疾病。(1分)</p> <p>3.变态反应性肺浸润。(1分)</p> <p>4.支气管结核或气管异物。(1分)</p>	
<p>四、进一步检查(5分)</p> <p>1.血常规(嗜酸性粒细胞计数+百分比)。(0.5分)</p> <p>2.心电图,必要时超声心动图。(0.5分)</p> <p>3.胸部X线片。(0.5分)</p> <p>4.肺功能检查(支气管舒张试验)。(2.5分)</p> <p>5.皮肤变应原检测(病情控制后)。(0.5分)</p> <p>6.纤维支气管镜(必要时)。(0.5分)</p>	
<p>五、治疗原则(6分)</p> <p>1.休息、吸氧,脱离变应原。(1分)</p> <p>2.支气管舒张剂+静脉或口服糖皮质激素缓解症状。(2分)</p> <p>3.病情稳定后规律使用吸入型糖皮质激素+支气管舒张剂。(2分)</p> <p>4.必要时机械通气治疗。(0.5分)</p> <p>5.哮喘的健康教育与管理。(0.5分)</p>	

四、支气管扩张(助理不考)

知识概要

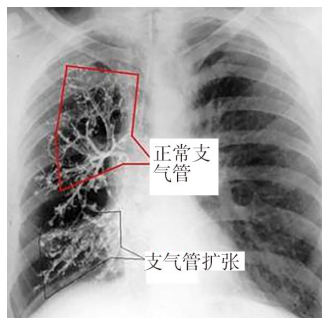
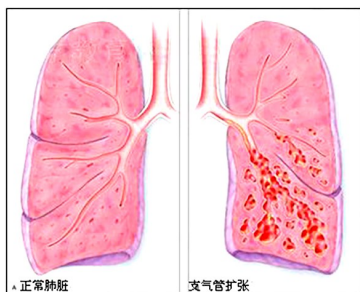
支气管扩张大多继发于急性、慢性呼吸道感染和支气管阻塞后,反复发生支气管炎症,导致管壁结构破坏,引起支气管异常扩张。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	呼吸道感染较常见(幼年感染过麻疹、百日咳等)
症状	慢性咳嗽、咳大量脓痰(典型表现)、反复咯血
体征	病变重或感染时出现下胸部、背部固定持久的局限性湿啰音,有时有哮鸣音。部分患者伴有杵状指
辅助检查	胸部 X 线片示:卷发影。高分辨率 CT(HRCT):临床用的广泛,可以确诊



【诊断公式】

慢性咳嗽+咳大量脓痰+反复咯血+固定湿啰音+胸片示双轨征、卷发影=支气管扩张

鉴别诊断	特点
慢性支气管炎	多发生在中年以上的患者,多为白色黏液痰,一般无反复咯血史。听诊双肺可闻及散在干湿啰音
肺脓肿	起病急,有高热、咳嗽、咳大量脓臭痰;X 线检查可见局部浓密炎症阴影;内有空腔液平
肺结核	有结核中毒症状;上肺湿性啰音较常见;X 线检查以上肺病变多见;可见空洞、纤维索条、钙化等表现
先天性肺囊肿	影像检查显示多个边界纤细的圆形或椭圆形阴影,壁较薄,周围组织无炎症表现

【进一步检查】

- 1.血常规。
- 2.胸部 X 线检查。
- 3.支气管造影。
- 4.胸部 CT 检查(HRCT)。
- 5.必要时支气管镜检查。
- 6.痰培养和药敏试验。

【治疗原则】

- 1.治疗原发和基础病变。
- 2.控制感染。
- 3.应用支气管舒张药、改善通气等。
- 4.祛痰排痰、通畅引流痰液。
- 5.必要时手术治疗。

真题演练

病例摘要:女性,38岁。间断咳嗽、咳痰伴咯血5年,发热,咳脓痰3天。

患者5年前“感冒”后出现咳嗽、咳黄脓痰,伴发热,咳少量鲜血,于当地医院就诊考虑“右下叶肺炎”,给予“抗感染及止血”治疗后症状消失。其后曾3次出现类似症状住院治疗,胸部X线片均示“右下叶肺炎”,均经抗感染及对症治疗好转。3天前受凉后再次出现发热,伴咳嗽、咳脓痰,无咯血、胸痛及呼吸困难。否认肺结核、心脏病及糖尿病病史。无烟酒嗜好。无遗传病家族史。

查体:T 37.8℃,P 85次/分,R 20次/分,BP 130/80 mmHg。口唇无发绀,皮肤、黏膜未见出血点和皮疹,浅表淋巴结未触及肿大,巩膜无黄染。右下肺叩诊浊音,右下肺可闻及湿性啰音。心界不大,心率85次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,无压痛,肝脾肋下未触及,移动性浊音(-),无双下肢水肿。实验室检查:血常规Hb 126 g/L,WBC $12.5 \times 10^9/L$,N 0.85,Plt $245 \times 10^9/L$ 。胸部X线片:右下肺野肺纹理紊乱,伴有斑片状阴影及数个囊状阴影。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.右下肺支气管扩张(仅答“支气管扩张”得1.5分)(2.5分)
- 2.右下肺炎(仅答“肺炎”得1分)(1.5分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.右下肺支气管扩张(3分)
 - (1)青年患者,慢性病程。(0.5分)
 - (2)反复咳嗽、咳脓痰、咯血,同一部位反复肺部感染。(1分)
 - (3)右下肺湿性啰音。(0.5分)
 - (4)胸部X线片示右下肺下野可见囊状阴影。(1分)
- 2.右下肺炎(2分)
 - (1)发热伴咳嗽、咳脓痰。(0.5分)
 - (2)血常规示白细胞及中性粒细胞比例升高。(0.5分)
 - (3)胸部X线片示右下肺下野斑片状阴影。(1分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.肺结核。(1分)
- 2.支气管肺癌。(1分)
- 3.肺脓肿。(1分)
- 4.肺囊肿。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.血电解质,血糖,肝、肾功能。(1分)
- 2.痰培养+药敏试验。(1分)
- 3.痰涂片抗酸染色,PPD试验。(1分)
- 4.胸部高分辨CT检查。(1分)
- 5.必要时支气管镜检查。(1分)

五、治疗原则(4分)

- 1.休息、止咳、祛痰。(1分)
- 2.抗感染治疗。(1分)
- 3.必要时手术治疗(肺叶切除)。(1分)
- 4.提高机体免疫力(流感疫苗、肺炎球菌疫苗接种等)。(1分)

五、肺结核

知识概要

结核病是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病,可侵及许多脏器,以肺部结核感染最为常见。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	肺结核患者接触史,糖尿病免疫抑制药应用。青少年较多
症状	起病慢,可有低热、盗汗、乏力、食欲下降、体重减轻,可伴有咯血或痰中带血。呼吸道感染症状经抗炎治疗无效或效果不显著
体征	可有锁骨上下及肩胛间区叩诊浊音,听诊可有支气管肺泡呼吸音和湿啰音,伴胸膜炎时可闻及胸膜摩擦音或有胸腔积液体征
辅助检查	继发型肺结核的常见X线检查表现,包括浸润性病灶,如云雾状,边缘模糊,密度相对较淡;干酪样病灶,密度相对较高,且不均一;空洞即形成不同形状的透亮区;PPD(++++)

【诊断公式】

- 1.咳嗽、咳痰、咯血+结核中毒症状+抗生素治疗不好转=肺结核
- 2.低热、盗汗、乏力、体重下降=结核中毒症状
- 3.儿童+轻微症状+胸片哑铃状结构=原发型肺结核
- 4.结核+胸腔积液(叩诊浊音、语颤消失)=结核性胸膜炎

鉴别诊断	特点
肺炎	起病急,高热、寒战,气急;胸部X线片常局限于一叶;抗生素治疗有效;PPD(-)
肺癌	肺癌多发生于40岁以上人群,多无毒性症状;胸部X线片结核球周围可有卫星灶、钙化,而肺癌病灶边缘常有切迹、毛刺(应与结核球鉴别)
肺脓肿	肺脓肿空洞多位于肺下叶,其周围炎症浸润较严重,空洞内常有液平;结核空洞多位于肺上叶,多为薄壁空洞,其中少有液平;肺脓肿发病急,高热,咳大量脓痰;白细胞明显升高。抗生素治疗有效,PPD(-)

【进一步检查】

- 1.胸部X线、CT检查。
- 2.痰结核分枝杆菌检查。
- 3.痰涂片抗酸染色直接镜检有助于诊断。
- 4.痰培养具有较高的敏感性和特异性。
- 5.结核菌抗原和抗体检测。

- 纤维支气管镜检查。
- 结核菌素试验 PPD。

【治疗原则】

- 抗结核药物 原则是早期、联合、适量、规律和全程用药。
- 对症治疗 严重结核毒性症状者,可在应用有效抗结核药物的同时加用糖皮质激素,以减轻症状,必要时手术治疗。
- 支持治疗。

张老师温馨提醒

大家要注意,只要出现“低热、盗汗”,咱们就要想到结核与艾滋病,再考虑咯血,结核病人接触史,诊断结核不难。但是如果“低热、盗汗”+不洁性交要考虑艾滋病。

真题演练

病例摘要:男性,39岁。咳嗽、咳痰4周。

患者4周前受凉后出现咳嗽。咳少量白黏痰,无发热、盗汗,无胸痛、咯血、呼吸困难,口服“头孢呋辛、克拉霉素”等抗感染治疗,无明显效果,胸部X线片示:右肺下叶背段见不规则斑片状阴影,其内可见空洞,无液平,发病以来,大小便正常,体重下降约3kg。既往糖尿病病史6年,口服降糖药治疗,空腹血糖波动于7~8mmol/L。否认高血压、心脏病病史。无药物过敏史。无烟酒嗜好。否认遗传病家族史。

查体:T 36.4℃,P 86次/分,R 24次/分,BP 120/70mmHg。体型消瘦,皮肤、巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音稍粗,未闻及干、湿性啰音及胸膜摩擦音。心率86次/分,律齐,未闻及杂音,腹平软,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿。

胸部X线检查:右上肺下叶背段(结核好发部位)见不规则斑片状阴影,其内可见空洞,无液平。

实验室检查:血常规:Hb 126g/L,RBC $7.5 \times 10^{12}/L$,N 0.70,L 0.26,ESR 75mm/h。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分22分

一、初步诊断(4分)

- 右上肺浸润性肺结核(3分)
- 2型糖尿病(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 右上肺浸润性肺结核(4分)
 - 青年男性,亚急性起病。(0.5分)
 - 咳嗽、咳痰4周,抗生素治疗无效,体重下降。(1分)
 - 糖尿病血糖控制不理想,为结核好发因素。(1分)
 - 血常规正常,ESR显著增快。(0.5分)
 - 胸部X线片示:右上肺下叶背段(结核好发部位)见不规则斑片状阴影,其内可见空洞,无液平。(1分)
- 2型糖尿病:糖尿病病史,口服降糖药治疗,空腹血糖高。(1分)

三、鉴别诊断(3分)

- 1.肺炎。(1分)
- 2.肺脓肿。(1分)
- 3.肺癌。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.痰病原学检查(涂片抗酸染色、细菌培养+药敏)。(1.5分)
- 2.PPD 试验、结核抗体。(1分)
- 3.肝、肾功能,血糖、糖化血红蛋白。(1.5分)
- 4.胸部 CT,必要时行支气管镜检查。(1分)

五、治疗原则(5分)

- 1.休息,加强营养支持治疗。(1分)
- 2.按“早期、联合、规律、全程、适量”的原则行抗结核治疗(仅答“抗结核治疗”得2分)。(3分)
- 3.积极治疗糖尿病。(1分)

六、肺癌

知识概要

支气管肺癌是起源于支气管黏膜、腺体或肺泡上皮的恶性肿瘤,发病率和死亡率已居所有恶性肿瘤之首。吸烟是肺癌最重要的致病因素。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	40岁以上多发,男性多见,吸烟、致癌因子、空气污染		
症状	咳嗽(刺激性,以干咳为主,抗炎、镇咳治疗效果不佳)、痰中带血、胸闷、气急、原因不明的体重下降等		
体征	一般无明显阳性体征;可有胸腔积液和杵状指等		
辅助检查	胸部 X 线	中心型肺癌	直接征象多为一侧肺门类圆形阴影,边缘毛糙,可有分叶或切迹等表现。与肺不张、阻塞性肺炎并存时,可呈现反“S”形征象,有诊断意义。间接征象由于肿块在气管内生长,可使支气管完全或部分阻塞,可形成局限性肺气肿、肺不张、阻塞性肺炎和继发性肺脓肿等征象
		周围型肺癌	多呈孤立的类球形病灶,大多数为单发。肿块周边可有毛刺、切迹和分叶,如发生癌性空洞,多呈偏心性,内壁不规则,凹凸不平。可伴有肺门淋巴结肿大

续表

辅助检查	纤维支气管镜检查	可直接观察支气管内病变,看到肿物及管壁浸润,取病理学检查的标本
	针吸细胞学检查	细针穿刺肺活检,活组织病理学检查是确诊的金标准

【诊断公式】

中老年人+吸烟史+刺激性咳嗽(或痰中带血)+毛刺(边缘不整齐)+消瘦=肺癌

鉴别诊断	特点
肺结核	常见于青少年,可有结核中毒症状,PPD 试验(+),抗结核治疗有效
肺炎	肺癌阻塞性炎症发病慢,多无中毒症状,抗生素治疗吸收缓慢而不完全,但常于同一部位反复出现
肺脓肿	中毒症状多较重
肺良性肿瘤	纤维支气管镜检查及经皮肺活检有助于鉴别

【进一步检查】

- 1.胸部 X 线、CT、MRI 等影像检查。
- 2.痰脱落细胞检查。
- 3.肿瘤标记物检查。
- 4.纤维支气管镜活检。
- 5.胸腔积液的细胞和病理检查。
- 6.必要时开胸肺活检。

【治疗原则】

- 1.手术治疗首选。
- 2.放疗。
- 3.化疗。
- 4.生物免疫治疗。
- 5.中医中药治疗。

张老师温馨提醒

- (1)肺癌可有低热、消瘦、痰中带血、抗生素无效,不要误诊为肺结核。
- (2)老年人+肺段以上+鳞癌+淋巴转移=中央型肺癌。
- (3)年轻人+肺段以下+腺癌+血道转移=周围型肺癌。

真题演练

病例摘要:男性,57岁。室内装饰工人,因咳嗽、咳痰3个月,痰中带血2周入院。

患者3个月前无明显诱因出现刺激性咳嗽,咳少量灰白色黏痰,伴右胸背胀痛,无发冷、发热、心悸、盗汗。曾于附近医院按呼吸道感染服用抗生素及消炎止咳中药,疗效不显著。2周来间断痰中带血,有时血多痰少,但无大量咯血,即来院就诊。发病以来无明显消瘦,近日稍感疲乏,食欲尚可,大小便正常。既往无肺炎、结核病史。吸烟30余年,每天25支。近6年从事室内装修业务工作。

查体:T 37℃,P 85次/分,R 20次/分,BP 125/85 mmHg。发育正常,营养中等,神清合作,皮肤巩膜无黄染。双侧锁骨上未触及肿大淋巴结,气管中位,无声嘶。双胸廓对称,叩清音,右上肺可闻及干性啰音,无湿性啰音,左肺呼吸音正常,心率85次/分,律齐,无杂音。腹平软,未触及肝脾或肿物。未见杵状指,膝反射正常。未引出病理征。

续表

<p>辅助检查:Hb 125 g/L,WBC 8.1×10^9/L,胸部 X 线片示:右上肺前段有一约 4 cm×4 cm 大小椭圆形块状阴影,边缘模糊毛糙,可见细短的毛刺影。</p>	
<p>要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。</p>	
<p>考试时间:15 分钟</p>	
评分标准	总分 22 分
<p>一、初步诊断(3 分)</p> <p>右上肺原发性支气管肺癌(3 分)</p>	
<p>二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分)(5 分)</p> <p>1.老年男性,刺激性咳嗽,咳少量灰白色黏痰 3 个月,伴右胸背胀痛,间断少量咯血 2 周,抗感染治疗无效。(2 分)</p> <p>2.有长期的吸烟史;从事装修行业,有长期挥发性化学制剂吸入史。(0.5 分)</p> <p>3.查体:右上肺可闻及干性啰音,无湿性啰音。(1 分)</p> <p>4.辅助检查:胸部 X 线片示右上肺前段有一约 4 cm×4 cm 大小椭圆形块状阴影,边缘模糊毛糙,可见细短的毛刺影。(1.5 分)</p>	
<p>三、鉴别诊断(5 分)</p> <p>1.肺炎。(2 分)</p> <p>2.慢性支气管炎。(2 分)</p> <p>3.肺结核。(1 分)</p>	
<p>四、进一步检查(4 分)</p> <p>1.痰脱落细胞学检查。(1 分)</p> <p>2.肿瘤标记物。(1 分)</p> <p>3.胸部 CT 检查。(1 分)</p> <p>4.纤支镜活组织检查。(0.5 分)</p> <p>5.腹部超声检查。(0.5 分)</p>	
<p>五、治疗原则(5 分)</p> <p>1.手术切除,如患者情况许可,无远处转移,应开胸手术切除病变肺叶。(3 分)</p> <p>2.化疗、放疗配合,根据病情及病理结果选用,并可加用中药及免疫调节剂等综合治疗。(2 分)</p>	

七、呼吸衰竭(助理不考)

知识概要

呼吸衰竭是指各种原因引起的肺通气和(或)换气功能严重障碍,导致缺氧伴(或不伴)二氧化碳潴留,从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	慢性肺部疾病史
症状	呼吸困难是呼吸衰竭最早出现的症状,可表现为频率、节律和幅度的改变,缺氧可致发绀,急性缺氧可出现精神症状
体征	多有发绀,肺部原发疾病的体征
辅助检查	I型呼吸衰竭:PaO ₂ <60 mmHg,PaCO ₂ 降低或正常。 II型呼吸衰竭:PaO ₂ <60 mmHg,PaCO ₂ ≥50 mmHg

【诊断公式】

- 1.老年患者+慢性呼吸系统病史+紫绀+血气分析=呼吸衰竭
- 2.慢性呼吸系统病史+意识障碍=肺性脑病
- 3.PaO₂<60 mmHg I型呼衰(重症肺炎诱发——急性)
- 4.PaO₂<60 mmHg+PaCO₂≥50 mmHg II型呼衰(慢阻肺诱发——慢性)

鉴别诊断	特点
支气管哮喘	青年人,过敏史,喘息,呼吸困难,哮鸣音,支气管激发试验阳性
支气管扩张	慢性咳嗽、反复咳痰、大量咯血,进一步检查 HRCT
左心衰竭	心脏病史、极度呼吸困难、端坐位、咳粉红色泡沫痰,两肺肺部湿啰音
肺癌	老年人、呼吸困难、痰中带血、消瘦,进一步确诊 CT

【进一步检查】

- 1.血气分析。
- 2.肺功能检查。
- 3.胸部 X 线等影像学检查。
- 4.血常规、电解质及酸碱平衡等检查。

【治疗原则】

- 1.通畅气道,改善 CO₂ 潴留,增加通气量
 - (1)呼吸中枢兴奋剂,支气管扩张剂。
 - (2)呼吸道的湿化和雾化治疗。
 - (3)机械通气治疗。
- 2.氧气治疗。
- 3.病因治疗,如抗感染治疗。
- 4.酸碱失衡和电解质紊乱的治疗。
- 5.防治消化道出血。
- 6.营养支持。

【补充要点】

- 1.依动脉血气分析结果和发病机制不同分为两类
 - (1) I 型呼吸衰竭。
 - (2) II 型呼吸衰竭。
- 2.依发病缓急、病程长短分为急性和慢性呼吸衰竭。
- 3.按病变部位可分为中枢性和周围性呼吸衰竭。

张老师温馨提醒

动脉血气分析是诊断和判断呼吸衰竭程度的重要指标。一定要注意写分型。

真题演练

病例摘要:男性,69岁。咳嗽、咳痰38年,活动后胸闷4年,加重3天。

患者于38年前开始每年冬春两季出现咳嗽、咳黄痰,可伴发热、喘憋,在当地诊所使用抗生素和氨茶碱治疗,可缓解。4年前出现活动后胸闷气促,偶伴夜间阵发性呼吸困难。双下肢反复水肿,间断服用利尿剂治疗。3天前患者受凉后咳嗽加重,伴发热,38.3℃,咳黄黏痰,同时喘憋加重,夜间不能平躺。自服头孢氨苄不缓解,并逐渐出现意识障碍,嗜睡。家属送来急诊。既往有高血压史10年,最高160/90 mmHg,未规律服药。吸烟史50余年,25支/天。

查体:T 38.2℃,P 86次/分,R 25次/分,BP 150/80 mmHg。对声音有反应,无法对话。口唇发绀,球结膜水肿,颈静脉充盈,双肺可闻及散在哮鸣音,右下肺湿性啰音,心脏检查未见异常;腹膨隆,肝脾未触及,移动性浊音可疑;双下肢胫前可凹性水肿,病理征(-)。

实验室检查:血常规 RBC $4.4 \times 10^{12}/L$,WBC $13.1 \times 10^9/L$,N 79%,Hb 125 g/L,Plt $125 \times 10^9/L$;尿常规及粪常规正常;血气分析 pH 7.24,PaCO₂ 88 mmHg,PaO₂ 50 mmHg。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.慢性阻塞性肺疾病,急性加重(1分)
肺性脑病(0.5分)
- 2.慢性肺源性心脏病(1分)
高血压病2级 高危(0.5分)
- 3.Ⅱ型呼吸衰竭(0.5分)
呼吸性酸中毒(0.5分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

1.慢性阻塞性肺疾病,急性加重 肺性脑病:老年男性,慢性病程,急性加重。咳嗽、咳痰38年,活动后胸闷4年,加重3天,目前有意识障碍。(1.5分)

2.慢性肺源性心脏病 高血压病2级 高危(2.5分)

(1)既往吸烟50余年,25支/天,高血压史10年。(1分)

(2)查体:T 38.1℃,R 25次/分,BP 150/80 mmHg。无法对话,口唇发绀,肺部哮鸣音和湿性啰音;颈静脉充盈,双下肢水肿。(1.5分)

3.Ⅱ型呼吸衰竭 呼吸性酸中毒:辅助检查 WBC $13.2 \times 10^9/L$,N 79%。血气分析:pH 7.24,PaCO₂ 88 mmHg,PaO₂ 51 mmHg。(1分)

三、鉴别诊断(5分)

- 1.肺癌。(1.5分)
- 2.支气管哮喘。(1.5分)
- 3.肺结核。(1.5分)
- 4.脑血管疾病。(0.5分)

四、进一步检查(4分)

- 1.电解质、肝肾功能。(0.5分)
- 2.胸部X线、CT检查。(1分)
- 3.痰涂片、痰培养。痰找结核杆菌、结核杆菌培养。(1分)
- 4.头颅CT。(0.5分)
- 5.心电图、心肌酶、BNP。(0.5分)
- 6.病情稳定后,肺功能检查,超声心动图检查。(0.5分)

五、治疗原则(4分)

- 1.呼吸支持:合理氧疗,必要时机械通气。(1分)
- 2.抗感染治疗。(1分)
- 3.合理应用支气管扩张剂,解痉平喘。(0.5分)
- 4.合理利尿。(0.5分)
- 5.纠正酸碱平衡紊乱。(0.5分)
- 6.防治消化道出血,营养支持,对症治疗。(0.5分)

八、血胸和气胸

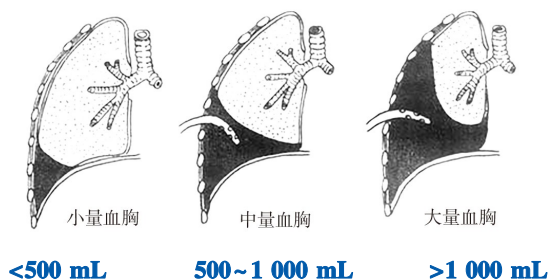
(一)血胸

知识概要

各种不同原因导致的胸腔内出血称为血胸。血胸可以单独存在,也可与气胸同时存在,称为血气胸。



血胸



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	胸部外伤史
症状	失血或失血性休克的症状
体征	伤侧呼吸运动减弱,气管向健侧移位,肋间隙饱满,叩诊实音,呼吸音减弱或消失
辅助检查	影像征象:胸部 X 线片可见少量积液,伤侧肋膈角变钝,液面不超过膈顶;中量积液液平面达到肺门水平;大量积液液平面超过肺门水平

【诊断公式】

胸部外伤史+气管偏移+患侧叩诊浊音+呼吸音减弱+胸片示肋膈角消失、弧形高密度影=血胸

鉴别诊断	特点
结核性胸膜炎	一般均有慢性病史及结核病史
恶性胸腔积液	无外伤史,胸部 X 线片、CT 常有肺内占位,可助鉴别
自发性气胸	大多有慢性病史,肺大泡及非特异性炎症瘢痕等,胸部 X 线片、CT 常有助于鉴别
开放性气胸	有外伤史,患侧肺部萎缩,纵隔移位,胸部 X 线片、CT 常有助于鉴别

【进一步检查】

1. 常规检查 血常规、便常规、尿常规,定时测血压等。
2. 病情平稳后行胸部 CT 检查。
3. 必要时行胸腔穿刺以利于诊断和鉴别诊断。
4. 必要时行开胸探查术,以利于诊断和治疗。

【治疗原则】

1. 胸腔引流用于中等以上的出血,用于排出积血,促进肺复张。
2. 抗生素预防感染。
3. 开胸探查 进行性血胸、临床症状加重,旨在直视出血情况,采取止血措施。
4. 凝固性血胸、感染性血胸必要时行手术治疗。

真题演练

病例摘要:男性,23岁。左胸刀刺伤1小时,胸痛、胸闷。既往体健,无药物过敏史。

查体:T 36℃,P 110次/分,R 24次/分,BP 110/80 mmHg,身高 176 cm,体重 60 kg。一般状况差,肢端凉,左侧胸部有一伤口,无活动性出血,左肺呼吸音减弱,无啰音,无摩擦音。

辅助检查:Hb 106 g/L,RBC $3.62 \times 10^{12}/L$,HCT 30%。

胸部 X 线片示:左胸透过度减低。

CT:可见左胸气胸线及弧形积液影(见下图)。



续表

<p>要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。</p>	
<p>时间:15 分钟</p>	
<p>评分标准</p>	<p>总分 22 分</p>
<p>一、初步诊断(4 分)</p> <p>1. 外伤性血胸(2 分)</p> <p>2. 开放性气胸(2 分)</p>	
<p>二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣 1 分)(6 分)</p> <p>1. 外伤性血胸(4 分)</p> <p>(1) 血红蛋白低、血细胞比容低。(1 分)</p> <p>(2) 患者有明确外伤史。(1 分)</p> <p>(3) 胸部 CT 可见气胸线及胸腔积液。(2 分)</p> <p>2. 开放性气胸(2 分)</p> <p>(1) 胸部 X 线片示:左胸透过度减低。左胸部有一伤口。(1 分)</p> <p>(2) 左胸呼吸音减低。(1 分)</p>	
<p>三、鉴别诊断(4 分)</p> <p>1. 自发性气胸。(2 分)</p> <p>2. 结核性胸膜炎。(1 分)</p> <p>3. 恶性胸腔积液。(1 分)</p>	
<p>四、进一步检查(2 分)</p> <p>1. 测中心静脉压,明确是否有出血性休克。(1 分)</p> <p>2. 检查凝血机制,除外血液疾病。(1 分)</p>	
<p>五、治疗原则(6 分)</p> <p>1. 镇静止痛。(1 分)</p> <p>2. 补血补液纠正血容量。(1 分)</p> <p>3. 行胸腔闭式引流。(2 分)</p> <p>4. 观察引流量,如果怀疑活动出血应该考虑手术探查。(2 分)</p>	

(二)气胸

知识概要

胸膜腔是不含气体、密闭、潜在性的腔隙。当气体进入胸膜腔造成积气时,称为气胸。气胸是常见的急症,男性发病率多于女性。

依据胸腔压力的分类

<p>闭合性气胸</p>	<p>胸内压低于大气压,发生闭合性气胸时胸膜腔内积气量的多少取决于患侧肺萎缩的严重程度</p>
<p>开放性气胸</p>	<p>胸壁外伤破损,外界空气经胸壁伤口缺损处,随呼吸自由进出胸膜腔,胸膜腔内压几乎等于大气压</p>



张力性气胸

为气管、支气管或肺损伤处形成活瓣,气体随每次吸气进入胸膜腔并积累增多,导致胸膜腔压力高于大气压,又称为高压性气胸

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	多有胸部外伤史;少数气胸为自发性气胸
症状	胸闷、憋气、呼吸困难,严重者可出现发绀等;气体挤压肺引起的呼吸困难
体征	伤侧呼吸运动减弱,气管向健侧移位,肋间隙饱满,叩诊鼓音,呼吸音减弱或消失;张力性气胸可有皮下气肿
辅助检查	X线检查可见伤侧胸腔大量积气,肺萎陷和胸膜腔积气,纵隔移向健侧。张力性气胸时,还可见纵隔和皮下气肿征象

【诊断公式】

1.胸部外伤史+呼吸困难+胸廓饱满+气管偏移+叩诊鼓音+呼吸音减弱+胸部X线片示肺压缩=闭合性气胸

2.胸部外伤史+极度呼吸困难+皮下气肿+气管偏移+叩诊鼓音+呼吸音消失=张力性气胸

3.胸部开放性伤口+明显呼吸困难+气管偏移+纵隔扑动+叩诊鼓音+呼吸音消失=开放性气胸

鉴别诊断	特点
慢性阻塞性肺疾病与支气管哮喘	多有吸烟、慢性肺病史及过敏接触史,感染后病情加重。支气管哮喘可急性发作,之后自行好转。肺功能检查及过敏原检测有助于鉴别
急性心肌梗死	患者亦有突然胸痛、胸闷,甚至呼吸困难、休克等临床表现,但常有高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病病史
肺血栓栓塞症	患者可有咯血、低热和晕厥,并常有下肢或盆腔血栓性静脉炎、骨折、手术、脑卒中、心房颤动等病史,或发生于长期卧床的老年患者
肺大疱	通常起病缓慢,呼吸困难并不严重,而气胸症状多突然发生

【进一步检查】

- 1.常规检查 血常规、粪常规、尿常规,定时测血压等。
- 2.胸部X线检查 气胸显示患者胸腔充满气体,肺脏被压迫或萎缩。
- 3.诊断性胸腔穿刺。
- 4.病情平稳后行胸部CT检查。
- 5.其他检查 如血气分析等。

【治疗原则】

- 1.少量气胸(积气量在30%以下)尤其是首次发生的气胸无需特殊处理,可酌情给予镇静、镇痛等药物。
- 2.大量气胸(积气量在30%以上)或者复发性气胸,需要进行胸膜腔穿刺,抽尽积气或行胸腔闭式引流术,促使肺尽早膨胀,部分患者需要手术治疗。(参考14版《实用外科学》1374页)
- 3.开放性气胸的处理
 - (1)给氧,补充血容量,纠正休克。
 - (2)清创、缝合胸壁伤口,阻断空气进入胸腔的通路,缓解呼吸困难的状况。
 - (3)尽快做胸腔闭式引流,避免发生张力性气胸,促使肺尽快复张。
 - (4)怀疑有胸腔内脏器损伤或进行性出血时,则需开胸探查手术。
 - (5)给予抗生素,鼓励患者咳嗽排痰,早期活动,预防感染。

4. 张力性气胸的急救处理 **紧急时亦需立即胸腔穿刺排气。**

5. 胸腔穿刺 适用于经内科治疗无效的气胸,如开放性气胸、血气胸、双侧气胸、复发性气胸、张力性气胸引流失败者等。

张老师温馨提醒

血气胸往往都有外伤史,不要漏掉肋骨骨折的诊断。

真题演练

病例摘要:女性,38岁。外伤后胸痛,呼吸困难,咯血2小时。

患者2小时前在乘坐高速行驶的汽车时,因紧急刹车,右胸撞击在汽车的铁杆上,当即感到右前胸痛难忍,呼吸困难,咯血数口,后呼吸困难逐渐加重,随即送来医院。既往体健。无手术、外伤史及药物过敏史。无传染病患者接触史。

查体:T 37.3℃,P 132次/分,R 30次/分,BP 96/60 mmHg。神志清楚,口唇发绀。气管明显向左侧偏移,颈、胸部可触及广泛握雪感。右胸廓膨隆,触痛明显,无骨擦感,叩诊呈鼓音,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,Babinski征(-)。

胸部X线片示:胸部皮下气肿明显,右肺被压缩90%以上,纵隔明显左移,肋骨未见骨折,双侧肋膈角清晰。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(5分)

1. 右侧张力性气胸(仅答“气胸”得3分)(4分)
2. 右肺损伤(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

1. 右侧张力性气胸(4分)
 - (1) 右胸外伤史,呼吸困难进行性加重。(1分)
 - (2) 呼吸频率、心率显著增快,口唇发绀。(1分)
 - (3) 气管明显向左侧偏移,颈、胸部皮下气肿,右肺叩诊鼓音,呼吸音消失。(1分)
 - (4) 胸部X线片示:右侧气胸(右肺被压缩90%以上)。(1分)
2. 右肺损伤(1分)
 - (1) 胸部外伤史。(0.5分)
 - (2) 咯血。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

1. 开放性气胸。(2分)
2. 闭合性气胸。(2分)

四、进一步检查(4分)

- 1.诊断性胸腔穿刺。(2分)
- 2.病情平稳后行胸部CT检查。(2分)

五、治疗原则(4分)

- 1.立即行右侧胸腔穿刺减压或闭式引流。(1分)
- 2.保持呼吸道通畅,吸氧。(1分)
- 3.应用抗生素预防感染。(1分)
- 4.镇痛。(0.5分)
- 5.必要时开胸探查。(0.5分)

九、肋骨骨折

知识概要

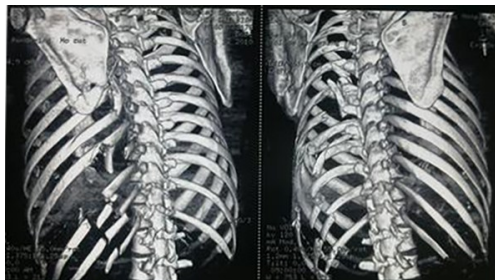
肋骨共有12对,分别于胸部两侧,前与胸骨、后与胸椎相连,构成一个完整的胸廓。无论是闭合性胸部损伤还是开放性胸部损伤,并发肋骨骨折最为常见,约占胸廓骨折的90%。肋骨骨折常发生在第4~7肋。第1~3肋较短,且有肩胛骨、锁骨保护,不易骨折。第11~12肋为浮肋,活动度大,骨折少见。



肋骨骨折

应试流程

【诊断及诊断依据】



病史	胸部外伤史
症状	胸部肿胀、疼痛,呼吸功能障碍等表现
体征	局部压痛或挤压痛,骨擦感 多根多处肋骨骨折可有浮动胸壁和反常呼吸运动体征
辅助检查	主要依据胸部X线片。血气分析可出现动脉氧分压降低、二氧化碳分压增高

【诊断公式】

- 1.胸部外伤史+胸廓挤压征阳性+骨擦音或骨擦感=肋骨骨折
- 2.胸部外伤史+反常呼吸+胸廓挤压征阳性+骨擦音或骨擦感=闭合性多根多处肋骨骨折

鉴别诊断	特点
肋软骨炎	20~30岁及40~50岁患者多见。临床表现为受累的软骨膨隆、肿大,有明显的自发性疼痛和压痛,局部无红、热改变
胸部带状疱疹	具有特征性水疱,发疹前可有轻度乏力、低热、纳差等全身症状,患处皮肤自觉灼热感或者神经痛,触之有明显的痛觉敏感,持续1~3天,亦可无前驱症状即发疹
胸腹腔脏器合并损伤	具有对应脏器损伤的临床表现,症状较重

【进一步检查】

- 1.胸部X线检查。
- 2.CT检查。

3.必要时血气分析。

【治疗原则】

1.单纯肋骨骨折治疗原则

- (1)止痛。
- (2)清理呼吸道分泌物。
- (3)胸壁固定。

2.多根多处肋骨骨折治疗原则

- (1)镇痛。
- (2)保持呼吸道通畅。
- (3)胸壁外牵引固定术。**
- (4)明显呼吸困难时,气管插管机械通气。
- (5)手术胸壁内固定。

张老师温馨提醒

肋骨骨折中有一点几乎是必考的内容,大家务必注意,反常呼吸是多根肋骨多处骨折最大的特点。在治疗时大家首先考虑的就是消除反常呼吸——固定胸壁。

真题演练

病例摘要:男性,47岁。跌倒后右胸痛2小时,心悸、乏力1小时。

2小时前患者洗澡滑倒,右侧季肋部撞在浴缸边缘,撞伤时感觉局部有“咔嚓”声,剧烈疼痛,严重影响呼吸。休息1小时疼痛不缓解,逐渐出现乏力、头晕,眼前发黑,憋气,由他人搀扶步入急诊就诊。患者受伤后无晕厥,无意识不清,伤后未进食,未排大小便。身体其他部位没有受伤,既往无高血压、糖尿病、心脏病病史及呼吸系统疾病史,无凝血障碍。无烟酒嗜好。无遗传病家族史。

查体:T 37.2℃,P 120次/分,R 25次/分,BP 100/60 mmHg。右侧弯腰前屈被动体位。气管居中。右侧季肋部皮肤轻度挫伤,局部可见腋前线至腋后线第7~8肋骨区域面积3 cm×3 cm皮下瘀血。胸廓挤压试验阳性,可闻及骨摩擦音,无皮下气肿,右侧胸部叩诊呈实音,听诊呼吸音减弱,其他区域叩诊呈清音,听诊呼吸音清晰,未闻及干湿性啰音。心界不大,心率120次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,无压痛,肝脾肋下未触及,移动性浊音(-),无双下肢水肿。

实验室检查:血常规 Hb 120 g/L,RBC $4.0 \times 10^{12}/L$,WBC $11.6 \times 10^9/L$,Plt $287 \times 10^9/L$ 。肝肾功能正常,出凝血功能正常。

胸部正位X线片:右侧第8肋骨骨折伴错位,右下肺外高内低致密影。胸部CT平扫:右侧第8肋骨骨折伴错位,胸腔下部可见弧形致密影。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(5分)

- 1.右侧肋骨骨折(2分)
- 2.右侧血胸(2分)
- 3.右胸壁软组织挫伤(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(4分)

1. 右侧肋骨骨折(1.5分)
 - (1) 明确右胸外伤史。(0.5分)
 - (2) 局部有骨摩擦音。(0.5分)
 - (3) 胸部X线片及CT明确有肋骨骨折。(0.5分)
2. 右侧血胸(1.5分)
 - (1) 右胸外伤后出现进行性心慌、乏力、头晕、心率增快等低血容量症状。(0.5分)
 - (2) 右下肺叩诊呈实音,呼吸音量低(胸腔积液体征)。(0.5分)
 - (3) 胸部X线片及CT均提示右侧胸腔积液。(0.5分)
3. 右胸壁软组织挫伤(1分)
 - (1) 右胸外伤史。(0.5分)
 - (2) 局部皮肤挫伤,皮下淤血。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

1. 肺挫伤。(2分)
2. 腹部闭合性损伤。(2分)

四、进一步检查(3分)

1. 右侧胸腔积液超声定位及诊断性穿刺。(1.5分)
2. 腹部B超。(1.5分)

五、治疗原则(6分)

1. 胸部包扎固定。(1分)
2. 对症治疗;吸氧,镇痛。(1.5分)
3. 行右侧胸腔穿刺引流或胸腔闭式引流术。(1.5分)
4. 必要时开胸手术探查。(1分)
5. 应用抗生素预防感染。(1分)

十、肺栓塞

知识概要

肺栓塞(PE)是以各种栓子阻塞肺动脉系统为其发病原因的一组疾病或临床综合症的总称,包括肺血栓栓塞症(PTE)、脂肪栓塞综合征、羊水栓塞、空气栓塞等,其中PTE是肺栓塞的主要类型。



肺栓塞

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	原发性危险因素多由 遗传变异 引起如抗凝血酶缺乏、先天性异常纤维蛋白原血症 继发性 危险因素常见于 创伤/骨折、外科手术 后、脑卒中、肾病综合征
症状	①不明原因的 呼吸困难及气促 ,尤以活动后明显;② 胸痛 ,可呈胸膜炎性胸痛或心绞痛样疼痛; ③ 晕厥 ,可为PTE的唯一或首发症状;④ 烦躁不安、惊恐甚至濒死感 ;⑤ 咯血 常为小量咯血,大咯血少见;⑥ 咳嗽、心悸 等

<p>体征</p>	<p>①呼吸系统:呼吸急促(最常见),发绀,肺部可闻及哮鸣音和(或)细湿啰音,偶可闻及血管杂音;②循环系统:心率增快,血压下降甚至休克,颈静脉充盈或异常搏动,肺动脉瓣区第二心音(P₂)亢进或分裂,三尖瓣区收缩期杂音;③其他:可伴发热,多为低热,少数患者有 38℃ 以上的发热,有合并肺不张和胸腔积液时出现相应的体征。</p>
<p>辅助检查</p>	<p>螺旋 CT:直接征象:肺动脉内的低密度充盈缺损、轨道征;间接征象:肺野楔形密度增高影,条带状高密度区或盘状肺不张。放射性核素肺通气/灌注扫描:典型征象是呈肺段分布的肺灌注缺损,并与通气显像不匹配。</p>

【诊断公式】

下肢骨折或妊娠患者+突发呼吸困难、胸痛、咯血+ $P_2 > A_2$ = 肺血栓栓塞

鉴别诊断	特点
<p>冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)</p>	<p>多有心绞痛病史,冠脉造影可见冠状动脉粥样硬化、管腔阻塞证据,心肌梗死时心电图和心肌酶水平有相应的特征性动态变化</p>
<p>肺炎</p>	<p>多有寒战、高热、咳脓性痰、外周血白细胞显著增高、中性粒细胞比例增加等,经抗菌治疗有效</p>
<p>原发性肺动脉高压</p>	<p>无肺动脉腔内占位征,放射性核素肺灌注扫描正常或呈普遍放射性稀疏</p>
<p>主动脉夹层</p>	<p>患者多有高血压,胸痛较剧烈,胸片常显示纵隔增宽,心血管超声和胸部 CT 造影检查可见主动脉夹层征象</p>
<p>其他原因</p>	<p>所致的晕厥、休克和胸腔积液如迷走反射性、脑血管性、心律失常等其他原因所致的上述疾病</p>

【进一步检查】

1. 血浆 D-二聚体(D-dimer)。
2. 动脉血气分析。
3. 心电图。
4. 胸部 X 线片。
5. 超声心动图。
6. 下肢深静脉超声。
7. 肺动脉造影。

【治疗原则】

1. **一般处理与呼吸循环支持治疗**:监测呼吸、心率、血压、静脉压、心电图及动脉血气的变化;卧床休息,保持大便通畅,避免用力,以防深静脉血栓脱落;可适当使用镇静、止痛、镇咳等相应的对症治疗。

2. **抗凝治疗**:可有效防止血栓复发和再形成,是血流动力学稳定肺血栓栓塞症的基础治疗,常用药物有普通肝素、低分子肝素、华法林等。

3. 溶栓治疗

- (1) 溶栓时机:溶栓的时间窗一般为 14 天以内,但若近期有新发肺血栓栓塞征象者可适当延长。
- (2) 常用药物:尿激酶、链激酶、重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)。
- (3) 监测指标:每 2~4 小时测定一次凝血酶原时间或活化部分凝血活酶时间。

模拟真题

病例摘要:男性,71岁。左股骨干骨折1月余,咳嗽、喘憋3天。

1个月前摔伤致左股骨干骨折,卧床保守治疗。3天前患者用力大便后突然出现咳嗽、喘憋,并呈进行性加重。随呼吸加重既往有高血压21年,血压最高时达170/112mmHg,血压控制尚可。无药物过敏史及手术、外伤史。有烟酒嗜好。

查体:T 36.9℃,P 110次/分,R 23次/分,BP 138/80mmHg。神志清楚,急性病面容,口唇有轻度发绀,巩膜无黄染。双肺呼吸音粗,可闻及哮鸣音及湿啰音,以肺底最明显。心界向左侧扩大,心率110次/分,律齐。各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹部检查无异常,双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 126 g/L, WBC $11.0 \times 10^9/L$, N 0.65, Plt $250 \times 10^9/L$ 。

胸片提示双侧少量胸腔积液。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.肺栓塞(2分)
- 2.高血压(1分)
- 3.左股骨干骨折后(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.肺栓塞
 - (1)老年男性,高血压病史21年,有烟酒嗜好。有外伤及长期卧床史。(1分)
 - (2)用力排便后突然出现咳嗽、喘憋,并进行性加重。(1分)
 - (3)双肺呼吸音粗,肺底可闻及哮鸣音及湿啰音。(1分)
 - (4)胸片提示双侧少量胸量积液。(1分)
- 2.高血压Ⅲ级 很高危
 - (1)老年男性,高血压史21年,血压最高时达170/112mmHg。(0.5分)
 - (2)有烟酒嗜好。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.自发性气胸。(1分)
- 2.急性心肌梗死。(1分)
- 3.主动脉夹层动脉瘤破裂。(1分)
- 4.肺炎。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.心电图。(1分)
- 2.血气分析。(1分)
- 3.D-二聚体。(1分)
- 4.超声心动图。(1分)
- 5.多层螺旋CT肺动脉造影(1分)

五、治疗原则(4分)

- 1.一般治疗吸氧,保持呼吸道通畅,疼痛剧烈者给予吗啡或度冷丁注射。(1分)
- 2.溶栓疗法 应早期给予溶栓治疗,常用制剂为链激酶和尿激酶。(1分)
- 3.抗凝疗法 轻中度肺栓塞或溶栓治疗后行抗凝治疗。(1分)
- 4.控制好血压。(0.5分)
- 5.必要时手术治疗。(0.5分)

十一、胸腔积液(恶性、结核性)(助理不考)

知识概要

在正常情况下,胸膜腔脏层胸膜和壁层胸膜表面有一层很薄的液体,在呼吸运动时起润滑作用。任何因素使胸膜腔内液体形成过快或吸收过缓,即产生胸腔积液,简称胸水。



胸腔积液
(恶性、结核性)

应试流程

【诊断及诊断依据】

病因	胸膜毛细血管内静水压增高、胸膜通透性增加、胸膜毛细血管内胶体渗透压降低、壁层胸膜淋巴引流障碍、损伤
症状	①少于300ml时可无症状,可有刺激性干咳,患侧胸痛,于吸气时加重 ②大于500ml时,可出现呼吸困难 ③炎症引起的渗出这,可有发热;非炎症所致漏出者,常有心衰、水肿等;恶性的可有胸痛、消瘦和原发肿瘤的症状
体征	少量:无明显体征或仅见患侧胸廓呼吸动度减弱 中至大量:可见呼吸浅快,患侧呼吸运动受限,肋间隙丰满,心尖搏动及气管移向健侧,语音震颤和语音共振减弱或消失,在积液区可叩得浊音或实音,积液区上方有时可听到支气管呼吸音
辅助检查	胸腔积液检查、胸部X线、超声、胸膜活检、胸腔镜或开胸活检、支气管镜

【诊断公式】

限制性呼吸困难+肺部叩诊实音+语音震颤减弱+呼吸音消失=胸腔积液

鉴别诊断	特点
结核性胸膜炎	多有结核中毒症状,胸腔积液 ADA 及 γ 干扰素多增高
类肺炎性胸腔积液(肺炎、肺脓肿和支气管扩张)	多有不同疾病所致感染征象,胸腔积液葡萄糖和 pH 降低
恶性肿瘤侵犯胸膜(肺癌、乳腺癌)	有血痰、发热、胸痛、呼吸困难、体重下降明显等症状,胸腔积液生长速度快,多呈血性,CEA 明显升高
风湿性疾病(SLE、类风湿关节炎等)	多为双侧胸腔积液,有风湿病自身特点
充血性心力衰竭	多为双侧胸腔积液
肝硬化	多伴腹水及肝功能损害、侧支循环开放等症状
肾病综合征	多为双侧,有大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症

渗出液和漏出液的鉴别

指标	渗出液	漏出液
外观	草黄色多见,多有凝块;血性胸水多见于结核、肿瘤和肺栓塞	透明清亮,静置不凝
相对密度(比重)	>1.018	1.016~1.018
细胞计数	>500×10 ⁶ /L	<100×10 ⁶ /L
蛋白定量试验	>30 g/L	<30 g/L
细胞分类	各种细胞增多(以中性、淋巴为主)	以淋巴细胞和间皮细胞为主
葡萄糖定量	低于血糖水平	与血糖水平相似
细菌学检查	可找到病原菌	阴性
积液/血清总蛋白比值	>0.5	<0.5
积液/血清 LDH 比值	>0.6	<0.6
LDH	>200U/L;LDH>500U/L 常提示为恶性肿瘤或并发细菌感染	<200U/L
疾病	炎症、结核、肿瘤、SLE	心力衰竭、肝硬化腹水、肾病综合征

【进一步检查】

- 1.胸水检查(细胞计数、蛋白质、糖、病原体、免疫学检查、肿瘤标志物等)。
- 2.胸部 X 线,少量游离性胸腔积液,胸部 X 线片仅见肋膈角变钝;积液量增多时显示向外、向上的弧形上缘的积液影。
- 3.超声检查,确定有无胸腔积液的首选检查。
- 4.胸膜活检,病因诊断有重要意义。
- 5.支气管镜;对有咯血或疑有气道阻塞者可行此项检查。

【治疗原则】

胸腔积液为胸部或全身疾病的一部分,病因治疗尤为重要。渗出性胸腔积液除病因治疗外,胸腔反复抽液是其重要的治疗之一;出液常在纠正病因后可吸收。

(一)结核性胸膜炎

知识概要

结核性胸膜炎多由结核分枝杆菌从原发综合征的肺门及纵隔淋巴结经淋巴管逆流到达胸膜腔,或血行播散或邻近胸膜的结核病灶直接破溃使结核分枝杆菌及其代谢产物直接进入胸膜腔引起的胸膜炎。

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	结核病史、结核病接触史
症状	①发热、盗汗、乏力、全身不适等 结核中毒症状 ;②可有干咳、胸痛;③大量胸腔积液时可有胸闷、气促

续表

体征	干性胸膜炎可有胸膜摩擦音,积液量少可无体征。液量多时可有患侧胸廓饱满、呼吸运动减弱,气管及心脏向健侧移位,患侧语颤减弱,叩诊呈浊音或实音,呼吸音减弱或消失
辅助检查	胸腔积液检查 、胸部 X 线、 超声 、 胸膜活检 、胸腔镜或开胸活检、支气管镜

【诊断公式】

结核病史+胸腔积液(叩诊浊音、语颤消失)=结核性胸膜炎

鉴别诊断	特点
类肺炎性胸腔积液	多有不同疾病所致感染征象,胸腔积液葡萄糖和 pH 降低
恶性肿瘤侵犯胸膜	有血痰、发热、胸痛、呼吸困难、体重下降明显等症状,胸腔积液生长速度快,多呈血性,CEA 明显升高
风湿性疾病(SLE、类风湿关节炎等)	多为双侧胸腔积液,有风湿病自身特点
充血性心力衰竭	多为双侧胸腔积液
肝硬化	多伴腹水及肝功能损害、侧支循环开放等症状
肾病综合征	多为双侧,有大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症

【进一步检查】

1. 胸水检查(细胞计数、蛋白质、糖、病原体、免疫学检查、肿瘤标志物等)。
2. 胸部 X 线,少量游离性胸腔积液,胸部 X 线片仅见肋膈角变钝;积液量增多时显示向外、向上的弧形上缘的积液影。
3. 超声检查,确定有无胸腔积液的首选检查。
4. 胸膜活检,病因诊断有重要意义。
5. 支气管镜:对有咯血或疑有气道阻塞者可行此项检查。

【治疗原则】

1. 一般治疗 包括休息、营养支持和对症治疗。
2. 抽液治疗抽液后可减轻中毒症状,减轻肺及心脏、血管的受压而改善呼吸。
3. 抗结核治疗。
4. 糖皮质激素。

模拟真题

病例摘要:女性,29岁。咳嗽、咳痰伴发热2月,痰中带血半月,胸闷7天。

2月前无明显诱因出现咳嗽、咳少量白色粘痰或脓痰,伴有发热,体温:37.2~37.8℃,多于午后出现,次日早晨可自行恢复正常,无恶寒、头痛,口服“止咳祛痰颗粒”,效果不佳。半月前出现痰中带血,为鲜红色血丝,咯血量1~5mL/d不等,无胸痛、呼吸困难及无鼻出血。7天前出现胸闷,活动后加重。否认传染病接触史,无烟酒嗜好。无遗传病家族史。

查体:T 37.5℃,P 82次/分,R 18次/分,BP 128/76mmHg。神志清楚,皮肤黏膜无黄染,口唇无发绀,浅表淋巴结未触及肿大。气管稍偏右侧,左侧胸廓饱满,左下肺呼吸音减弱或消失,左侧肩胛骨第8肋间以下叩诊呈实音。心界不大,心率83次/分,律齐。各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹部检查无异常,双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 129 g/L, WBC 6.0×10⁹/L, N 0.52, L 0.47, Plt 205×10⁹/L, ESR 72mm/h。

胸片:左肺下叶背段密度不均匀的渗出性阴影,左肋膈角消失。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。	
时间:15 分钟	
评分标准	总分 22 分
一、初步诊断(4 分) <ol style="list-style-type: none"> 1. 左下肺结核(2 分) 2. 左侧胸腔积液(结核性)(2 分) 	
二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣 1 分)(5 分) <ol style="list-style-type: none"> 1. 左下肺结核 <ol style="list-style-type: none"> (1) 青年女性,亚急性病程。(0.5 分) (2) 咳嗽、咳痰、咯血伴午后低热,止咳祛痰药物治疗无效。(1 分) (3) 血沉加快,血淋巴细胞比例增高。(0.5 分) (4) 左下肺呼吸音减弱或消失,左侧肩胛骨第 8 肋间以下叩诊呈实音。(0.5 分) (5) 胸片:左肺下叶背段密度不均匀的渗出性阴影。(0.5 分) 2. 左侧胸腔积液(结核性) <ol style="list-style-type: none"> (1) 青年女性,胸闷一周,活动后加重。(0.5 分) (2) 气管稍偏右侧,左侧胸廓饱满。(1 分) (3) 胸片:左肋膈角消失。(0.5 分) 	
三、鉴别诊断(4 分) <ol style="list-style-type: none"> 1. 肺炎。(1 分) 2. 支气管扩张。(1 分) 3. 肺脓肿。(1 分) 4. 支气管肺癌。(1 分) 	
四、进一步检查(5 分) <ol style="list-style-type: none"> 1. 痰病原学检查:痰涂片抗酸染色、痰结核杆菌培养+药敏、痰真菌培养。(1 分) 2. 胸部 CT 检查。(1 分) 3. 支气管镜。(1 分) 4. 血电解质及肝肾功能。(1 分) 5. 胸腔穿刺抽胸水化验。(1 分) 	
五、治疗原则(4 分) <ol style="list-style-type: none"> 1. 休息、加强营养,对症处理。(1 分) 2. 抗结核治疗,遵循“早期、规律、全程、适量、联合”的原则。(1 分) 3. 必要时使用糖皮质激素治疗。(1 分) 4. 胸腔穿刺抽胸水,以减轻症状。(1 分) 	

(二) 恶性胸腔积液

知识概要

恶性胸腔积液可为原发性恶性胸膜间皮瘤直接引起,也可由肺癌、乳腺癌及其他部位恶性肿瘤胸膜转移所致。

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	老年男性、慢性病程、恶病质
症状	多有原发肿瘤的表现,后可有血痰、发热、胸痛、呼吸困难、体重下降明显等症状
体征	呼吸运动受限,肋间隙丰满,心尖搏动及气管移向健侧,语音震颤和语音共振减弱或消失
辅助检查	胸腔积液检查、超声、胸膜活检、胸腔镜或开胸活检、支气管镜

【诊断公式】

中老年人+呼吸困难+血性胸腔积液+远处转移征象(锁骨上淋巴结肿大、上腔静脉阻塞综合征)=恶性胸腔积液

主要与良性胸腔积液相鉴别(见结核性胸膜炎)

【进一步检查】

- 1.胸水检查(肿瘤标志物、乳酸脱氢酶测定)。
- 2.胸膜活检可确诊。
- 3.超声检查,确定有无胸腔积液的首选检查。
- 4.胸部 X 线,少量游离性胸腔积液,胸部 X 线片仅见肋膈角变钝;积液量增多时显示向外、向上的弧形上缘的积液影。
- 5.支气管镜:对有咯血或疑有气道阻塞者可行此项检查。

【治疗原则】

- 1.原发病治疗。
- 2.反复胸腔穿刺抽液。
- 3.化学性胸膜固定术。

模拟真题

病例摘要:男性,61岁。咳嗽、咳痰伴间断咯血半年,胸闷、呼吸困难1月余。

半年前无明显诱因出现咳嗽、咳痰,为白色泡沫痰,偶有痰中带血丝样痰咳出。不伴有胸痛、粉红色泡沫痰,无午后潮热、盗汗、黄痰、鼻部出血、晕厥、恶心、呕吐、黑便、反酸烧心等症状,无夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸等症状。1月前逐渐出现胸闷、呼吸困难,并逐渐加重。有烟酒嗜好。否认疟疾、伤寒、肝炎、结核等传染病史,否认“糖尿病”和“高血压”病史。自述发病来体重减轻5公斤。

查体:T 37.9℃,P 83次/分,R 20次/分,BP 122/88mmHg。神志清楚,精神萎靡,口唇有轻度发绀,巩膜无黄染,双侧瞳孔等大、等圆。气管稍偏左侧,右侧胸廓饱满,语颤减弱,右侧呼吸音减弱或消失。心率83次/分,律齐。各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹部检查无异常,双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 102g/L, WBC $6.7 \times 10^9/L$, N 0.65, Plt $297 \times 10^9/L$ 。

胸片提示右侧肋膈角消失,右肺靠近肺门部阴影。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

1. 中央型肺癌(右侧)(1.5分)
2. 胸腔积液(恶性)(1.5分)
3. 贫血(轻度)(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

1. 中央型肺癌
 - (1) 老年男性,有半年咳嗽、咳痰及咯血史,有烟酒嗜好。(1分)
 - (2) 体重减轻5公斤。(0.5分)
 - (3) 胸片提示右肺靠肺门部阴影。(0.5分)
2. 右侧胸腔积液(恶性)
 - (1) 老年男性,胸闷、呼吸困难1月余。(0.5分)
 - (2) 胸腔积液体征(气管稍偏左侧,右侧胸廓饱满,语颤减弱,右侧呼吸音减弱或消失)。(1分)
 - (3) 胸片提示右侧肋膈角消失。(0.5分)
3. 贫血
血常规:Hb 102 g/L。(1分)

三、鉴别诊断(4分)

1. 肺结核。(1分)
2. 肺炎。(1分)
3. 肺部良性肿瘤。(1分)
4. 纵隔淋巴瘤。(1分)

四、进一步检查(5分)

1. 痰细胞学检查。(1分)
2. 胸部CT、MRI检查。(1分)
3. 支气管镜检查。(1分)
4. 血清肿瘤标记。(1分)
5. 必要时抽取胸水化验。(1分)

五、治疗原则(4分)

1. 一般治疗 休息、加强营养等支持治疗。(1分)
2. 明确诊断后手术治疗。(1分)
3. 放、化疗及中医中药治疗。(1分)
4. 胸腔穿刺抽液,以减轻症状。(0.5分)
5. 生物免疫治疗。(0.5分)

十二、脓胸(助理不考)

知识概要

脓胸多由肺部炎症直接累及胸膜引起各种病变,或胸外脏器的炎症通过血行或淋巴道播散至胸膜引起的感染性胸膜炎症。



脓胸

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	急性:肺内、胸腔内、纵隔内 感染 ,或者脓毒血症或败血症 慢性:急性脓胸 、胸腔内异物、合并气管和食管瘘或特殊病原菌导致
症状	急性: 高热、脉快、呼吸急促、食欲缺乏、胸痛、白细胞增多等 全身感染症状 慢性: 常有长期低热、食欲减退、消瘦、贫血、低蛋白血症等 全身慢性中毒症状 (一般无盗汗)
体征	急性: 胸闷、咳嗽、呼吸道症状,触诊 患侧语颤减弱,叩诊为浊音,听诊呼吸音减弱或消失 ,严重的伴发发绀和休克 慢性: 有时尚有气促、咳嗽、 咳脓痰 等症状。少数患者会发生 杵状指(趾)
辅助检查	胸部X线检查患部显示有致密阴影。若有大量积液,患侧呈 大片浓密阴影,纵隔向健侧移位 。超声检查有助于脓胸诊断和定位穿刺。 胸腔穿刺抽得脓液 是最确切的诊断措施

【诊断公式】

感染病史+高热、胸痛、咳嗽+语颤减弱+纵隔健侧移位+呼吸音减弱+X线致密阴影=急性脓胸
急性脓胸病史+低热、消瘦、低蛋白血症+咳脓痰+纵隔健侧移位+X线致密阴影=慢性脓胸

鉴别诊断	特点
肺脓肿	壮年急性起病,有高热、咳嗽、咳大量脓臭痰,体征于脓肿大小有关,慢性脓肿常有杵状指,X线平片显示浓密的炎性阴影中有空腔、气液平面胸腔积液和血培养可确诊
血胸	胸部外伤史,失血或失血性休克症状,伤侧呼吸运动减弱,气管健侧移位,胸部X线显示肋膈角消失、弧形高密度影
结核性胸膜炎	一般均有慢性病史及结核病史
恶性胸腔积液	无外伤史,胸部X线平片、CT常有肺内占位,可帮助鉴别

【进一步检查】

- 1.常规检查:血常规、粪常规、尿常规、定时测血压等。
- 2.胸部X线平片检查。
- 3.超声检查有助于诊断和定位穿刺。
- 4.胸腔穿刺抽脓出液。

【治疗原则】

急性脓胸:

- 1.根据致病菌对药物的敏感性**选用抗生素**。
- 2.彻底排净脓液,使肺早日复张。反复穿刺抽出脓液,必要时进行**胸腔闭式引流**。
- 3.控制原发感染,**全身支持治疗**。

慢性脓胸:

- 1.原则是**改善全身症状**,消除中毒症状和营养不良;消灭致病原因,消除脓腔;尽力使受压的肺复张,恢复肺功能。
- 2.必要时采取**手术**,如胸膜纤维板剥脱术、胸廓成形术等。

模拟真题

病例摘要:男性,65岁。胸闷、胸痛10天,发热5天。

患者于10余天前从高处摔下,当时摔伤右胸部,伤时觉右胸部疼痛,但未进行任何处理。10天来逐渐出现胸闷、胸痛,活动后加重。5天前出现发热,体温波动在37.5~38.6℃。来诊后行胸片示右侧大量胸腔积液(包裹),右侧多发肋骨骨折。患者入院时已经无胸痛,肋骨骨折错位并不明显。

查体:T 38.1℃,P 92次/分,R 22次/分,BP 130/80mmHg。神志清楚,急性病面容,口唇有轻度发绀,巩膜无黄染。气管轻度移向左侧,右胸部叩诊浊音,右肺呼吸音消失。心界不大,心率92次/分,律齐。各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹部检查无异常,双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 138 g/L, WBC $15.4 \times 10^9/L$, N 0.78。

胸腔穿刺可见浑浊液体。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22 分

一、初步诊断(4分)

- 1.急性脓胸(3分)
- 2.右侧多发肋骨骨折(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.急性脓胸
 - (1)老年男性,10天前有外伤史。(0.5分)
 - (2)患者出现胸闷、胸痛、发热等症状。(0.5分)
 - (3)气管轻度移向左侧,右胸部叩诊浊音,右肺呼吸音消失。(1分)
 - (4)胸腔穿刺可见浑浊液体。(1分)
 - (5)血常规提示白细胞及中性粒细胞偏高。(1分)
- 2.右侧多发肋骨骨折
入院后胸片提示右侧多发肋骨骨折。(1分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.肺脓肿。(1分)
- 2.肺栓塞。(1分)
- 3.血胸。(1分)
- 4.支气管胸膜瘘。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.B超检查或CT检查。(2分)
- 2.必要时复查胸片。(1分)
- 3.胸腔穿刺并作涂片镜检、细菌培养及抗生素敏感试验。(2分)

五、治疗原则(4分)

- 1.控制原发感染,全身支持治疗:如补充营养和维生素,注意水和电解质的平衡等。(1分)
- 2.根据致病菌对药物的敏感性,选用有效抗生素。(1分)
- 3.彻底排净脓液,使肺早日复张;及早反复胸腔穿刺,并向胸膜腔内注入抗生素。必要时行胸膜腔闭式引流术。(1分)
- 4.固定肋骨骨折、必要时手术固定。(1分)

第二节 心血管系统疾病



【应试工具箱】

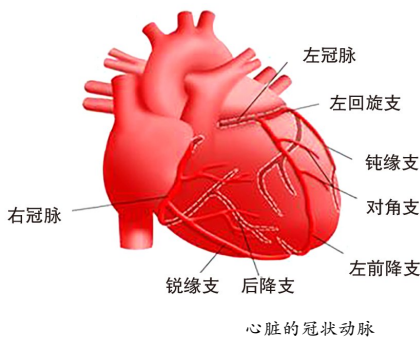
项目	正常值(意义详见实验室检查)
总胆固醇(TC)测定	①合适水平: $<5.20\text{ mmol/L}$;②边缘水平: $5.23\sim 5.69\text{ mmol/L}$;③升高: $>5.72\text{ mmol/L}$
三酰甘油(TG)	$0.56\sim 1.70\text{ mmol/L}$
高密度脂蛋白(HDL)	$1.03\sim 2.07\text{ mmol/L}$
低密度脂蛋白(LDL)	①合适水平 $\leq 3.12\text{ mmol/L}$;②边缘水平 $3.15\sim 3.61\text{ mmol/L}$;③升高 $>3.64\text{ mmol/L}$
心肌肌钙蛋白 T(cTnT)	① $0.02\sim 0.13\text{ }\mu\text{g/L}$;② $>0.2\text{ }\mu\text{g/L}$ 为临界值;③ $>0.5\text{ }\mu\text{g/L}$ 可以诊断为急性心肌梗死(AMI)
肌酸激酶(CK)	酶偶联法($37\text{ }^\circ\text{C}$),男性 $38\sim 174\text{ U/L}$,女性 $26\sim 140\text{ U/L}$
肌酸激酶同工酶(CK-MB)	CK-MB $<5\%$

知识概要

一、冠状动脉性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病简称冠心病,主要是由于冠状动脉粥样硬化所致。动脉粥样硬化使血管狭窄、闭塞或(和)因冠状动脉功能性改变(痉挛)导致心肌缺血、缺氧或坏死均可引发冠心病。

(一)心绞痛



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	劳累、情绪激动、饱食、受寒、急性循环衰竭等为常见的诱因 危险因素:年龄、家族史、吸烟、血脂异常等
----	---

症状	<p>部位：主要在胸骨上段、中段之后，有手掌大小范围，界限不很清楚。常放射至左肩、左臂</p> <p>性质：胸痛常为压迫、发闷或紧缩性，偶伴濒死的恐惧感</p> <p>持续时间：在2~5分钟内逐渐消失，一般不超过15~30分钟</p> <p>缓解方式：一般在停止原来诱发病状的活动后即缓解。舌下含服硝酸甘油也能在几分钟内使之缓解</p>
体征	心绞痛发作时常见心率增快、血压升高、表情焦虑、皮肤冷或出汗
辅助检查	<p>静息心电图检查：稳定型心绞痛患者静息心电图50%是正常的，最常见的心电图异常是ST-T改变，包括ST段压低（水平型或下斜型）；心绞痛发作时心电图检查：常见ST段压低0.1mV以上，发作缓解后恢复</p> <p>心电图负荷试验：运动负荷试验，药物负荷试验</p> <p>冠状动脉造影：目前诊断冠心病最准确的方法</p>

【诊断公式】

1. 中老年+发作性胸痛(2~5分钟)+服硝酸甘油缓解+心电图ST压低=心绞痛
2. 中老年+发作性胸痛(30分钟以上)+服硝酸甘油不缓解+心电图ST抬高=心肌梗死

鉴别诊断	特点
急性心肌梗死	急性病程，剧烈胸痛伴大汗>30分钟，休息或含服硝酸甘油不能缓解，常伴休克、心律失常及心力衰竭，并有发热。心电图呈动态演变，心肌坏死标记物升高
肋间神经痛和肋软骨炎	累及第1~2肋间，刺痛或灼痛，多持续性，咳嗽、用力呼吸可加剧，沿神经径处有压痛。见于带状疱疹、颈椎病等
心脏神经症	症状多在劳力之后出现，而不在劳力的当时，含服硝酸甘油无效或在10多分钟后才“见效”，常伴有心悸、疲乏及其他神经衰弱的症状
不典型疼痛	食管疾病、膈疝、消化性溃疡、肠道疾病和颈椎病等相鉴别

【进一步检查】

1. 继续心电图检查，以观察其动态变化。
2. 血清心肌酶和肌钙蛋白测定。
3. 化验血常规、血脂、血糖、肾功能和血电解质。
4. 凝血功能检查，以备溶栓和抗凝治疗。
5. 超声心动图检查。
6. 冠状动脉造影与介入治疗。

【治疗原则】

治疗原则是治疗动脉粥样硬化的各种危险因素，积极改善冠状动脉供血和减轻心肌耗氧。

1. 发作时的治疗

- (1) 休息。
- (2) **药物治疗**：硝酸酯类、β受体阻滞剂、钙通道阻断剂、抗血小板药、抗凝治疗。

2. 缓解期治疗

- (1) 控制冠心病危险因素：如高血脂症、肥胖、吸烟、高血压、糖尿病、痛风，可以少饮酒。
- (2) 生活要有规律，避免过度劳累，保证充分休息，根据病情安排适当的体力活动。
- (3) 治疗伴随的其他系统疾病：如胆囊疾病、溃疡病、颈椎病、食管炎等。这些疾病的发作常可诱发心绞痛。

3. 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)。

4.冠状动脉旁路移植术。

【补充要点】

1.稳定型心绞痛 又称稳定型劳力性心绞痛,多在冠状动脉固定性狭窄的基础上,由于心肌负荷增加引起的心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧,导致心绞痛发作。其发作的程度、频率、性质及诱发因素在1个月以上无显著变化。

2.不稳定型心绞痛

(1)原为稳定型心绞痛,在1个月内疼痛发作的频率增加、程度加重、时限延长以及硝酸酯类药物缓解作用减弱。

(2)1个月之内新发生的心绞痛。

(3)休息状态下发作的心绞痛或较轻微活动即可诱发。

(4)由于贫血、感染、甲亢、心律失常等原因诱发的心绞痛称之为继发性不稳定型心绞痛。

张老师温馨提醒

近几年考查冠心病的试题往往都会给一张心电图让我们判断,一定要结合临床表现和病史的情况综合判断,同时要结合第三站的学习内容去分析试题。

真题演练

病例摘要:男性,56岁。反复发作性胸痛2年。

患者2年来反复发作性胸骨后疼痛,呈压迫感,多因情绪激动或劳累诱发,每次发作3~5分钟,休息后自行缓解,无头晕、头疼,偶有腹胀、反酸,曾到当地医院就诊,多次做心电图大致正常。患病以来,生活和活动如常,睡眠可,大小便正常,体重无变化。既往有糖尿病病史,口服降糖药及控制饮食治疗。无药物过敏史。

查体:T 36.5℃,P 80次/分,R 18次/分,BP 130/70 mmHg。神志清楚,无颈静脉怒张,双侧颈部未闻及血管杂音。双肺呼吸音清晰,心界不大,心率80次/分,律齐,未闻及心脏杂音。腹平软,无压痛,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿,双侧足背动脉搏动对称。

实验室检查:CK 175 U/L,CK-MB 3%,cTnT 0.02 μg/mL。空腹血糖 7.8 mmol/L。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

1.冠心病(0.5分)

稳定型心绞痛(2分)

心功能 I 级(NYHA)(0.5分)

2.2型糖尿病(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(4分)

1.冠心病、稳定型心绞痛、心功能 I 级(NYHA)(3.5分)

(1)中年女性,有糖尿病史。(0.5分)

(2)胸痛发作频率、程度、时限、诱发因素稳定。(1.5分)

(3)心电图及心肌坏死标记物正常。(1分)

(4)心功能 I 级;活动量不受限。(0.5分)

2.2型糖尿病:有糖尿病病史,空腹血糖增高。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.急性心肌梗死。(1.5分)
- 2.不稳定型心绞痛。(1.5分)
- 3.胃食管反流病。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.心电图负荷试验。(1.5分)
- 2.超声心动图。(1分)
- 3.血常规,血电解质,肝、肾功能,血脂检查。(1分)
- 4.必要时行冠状动脉CTA或造影检查。(0.5分)
- 5.胃镜。(1分)

五、治疗原则(5分)

- 1.去除诱因,糖尿病饮食,适度运动。(0.5分)
- 2.使用长效硝酸酯、β受体阻滞剂、钙通道阻滞剂缓解疼痛。(1.5分)
- 3.抗血小板聚集药物治疗。(1分)
- 4.必要时行冠状动脉介入治疗。(0.5分)
- 5.控制血糖。(1分)
- 6.冠心病二级预防。(0.5分)

(二)心肌梗死

应试流程

【诊断及诊断依据】



病史	血脂异常、高血压、吸烟、糖尿病
诱发	饱餐、体力活动、情绪激动、血压剧升或用力大便时
症状	以新发生心绞痛或原有心绞痛加重最为突出;患者常有烦躁不安、出汗、恐惧、胸闷或有濒死感;胸痛是最先出现的症状,多发生于清晨,疼痛部位和性质与心绞痛相同,程度较重,持续时间较长,休息和舌下含服硝酸甘油片多不能缓解
体征	心律失常:以室性心律失常最多(死因),尤其是室性期前收缩,房室传导阻滞和束支传导阻滞也较常见;低血压与休克;心力衰竭,左或(和)右
体征	除极早期血压可增高外,几乎都有血压下降,心界可正常也可轻度至中度增大,心率多增快,少数也可减慢,可有各种心律失常,心尖区第一心音减弱,可出现第四心音奔马律,可闻及心包摩擦音,有的可有休克或心力衰竭的体征
辅助检查	心肌坏死标记物;血常规;C反应蛋白(CRP);血沉(ESR);游离脂肪酸等

【诊断公式】

- 1.病史(心绞痛,动脉粥样硬化病史)+心前区疼痛(濒死感,大于30分钟)+心电图(ST弓背抬高)+心肌坏死标记物(肌钙、肌红蛋白升高)=心肌梗死
- 2.老年人+阵发性胸骨后疼痛=冠心病
- 3.中老年+发作性胸痛(2~5分钟)+服硝酸甘油缓解+心电图ST压低=心绞痛

鉴别诊断	特点
心绞痛	疼痛部位和性质相似,但心绞痛程度较轻,持续时间一般不超过 30 分钟,一般无并发症,无心肌酶和心电图的动态改变
主动脉夹层	发作时血压可以升高,疼痛一开始即达到高峰,根据夹层累及的部位不同,疼痛可放射至背部、腹部、腰部和下肢;X 线检查、超声心动图、CT 或磁共振成像检查有助于鉴别
肺栓塞	可突发胸痛、气急、咯血或休克;Ⅱ导联心电图无 Q 波,心电图改变短暂而快速,肌酸激酶和乳酸脱氢酶不增高,放射性核素肺血流扫描有助于鉴别
急性心包炎	疼痛与发热同时出现,呼吸和咳嗽时加重,有心包摩擦音,心电图除 aVR 外,其他导联均有 ST 段弓背向下抬高,T 波无倒置,无异常 Q 波出现;超声心动图可鉴别
各种急腹症	如急性胰腺炎、消化性溃疡穿孔、急性胆囊炎、胆石症等均有上腹痛,可能伴休克,但不难鉴别

【进一步检查】

- 1.继续心电图检查,以观察其动态变化。
- 2.心肌坏死标记物测定。
- 3.化验血常规、血脂、血糖、肾功能和血电解质。
- 4.凝血功能检查,以备溶栓和抗凝治疗。
- 5.超声心动图检查。
- 6.冠状动脉造影与介入治疗。

【治疗原则】

- 1.监护和一般治疗
 - (1)休息。
 - (2)吸氧。
 - (3)监测。
 - (4)护理。
- 2.止痛治疗 吗啡或哌替啶,硝酸酯类。
- 3.抗血小板、抗凝治疗。
- 4.再灌注治疗
 - (1)溶栓治疗尿激酶(UK)、链激酶(SK)、重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)。
 - (2)紧急经皮冠状动脉介入术[直接经皮冠状动脉介入疗法(PCI术)]。
- 5.早期应用 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂。
- 6.心律失常、心衰、低血压、休克及其他并发症的治疗。
- 7.心肌梗死的二级预防。

【补充要点】

心肌梗死的定位诊断

I、aVL 高侧壁心肌梗死	$V_1 \sim V_6$ 广泛前壁心肌梗死
II、III、aVF 下壁心肌梗死	$V_5 \sim V_6$ 前侧壁心肌梗死
$V_1 \sim V_3$ 前间壁心肌梗死	$V_7 \sim V_9$ 正后壁心肌梗死
$V_3 \sim V_5$ 前壁心肌梗死	$V_3R \sim V_5R$ 右室心肌梗死

急性心肌梗死 Killip 分级法

I 级	无明显心功能损害证据
II 级	轻、中度心力衰竭,主要表现为肺底啰音(<50%肺野)、第三心音及胸部 X 线片上肺淤血表现

Ⅲ级	重度心力衰竭(肺水肿), 啰音>50%的肺野
Ⅳ级	血流动力学异常, 如心源性休克

张老师温馨提醒

(1) 在心肌梗死诊断时, 务必要加上“急性”和“Killip”分级。还有心肌梗死本身就属于冠心病的诊断范畴, 不要忘记带“冠心病”。

(2) 心肌梗死往往伴心律失常、糖尿病、高血压等二级诊断。

真题演练

病例摘要: 男性, 67岁。反复胸痛7年, 伴喘憋、胸闷1个月, 加重2天。

患者7年前开始反复出现胸痛, 为左侧前胸部针刺样疼痛, 每次发作含服硝酸甘油后持续约10分钟可缓解, 每周发作1~2次, 平素口服中成药治疗(具体不详), 日常活动不受影响。近1个月来胸痛发作较前频繁, 每日均有发作, 含服硝酸甘油后约半个小时可缓解, 伴活动后喘憋, 活动耐力逐渐下降, 夜间平卧入睡时常有憋醒, 无尿少, 无下肢水肿。近2天来上述症状加重, 轻微活动后即有喘憋、胸闷, 夜间不能平卧入睡。无发热, 无咳嗽、咳痰, 无腹痛、腹泻。服用硝酸甘油后胸痛、胸闷等症状持续不缓解, 遂就诊于急诊。发病以来, 精神差, 睡眠差, 大小便如常, 体重未见明显变化。既往无糖尿病、高血压病史。吸烟20年, 20支/日。

查体: T 36.6℃, P 103次/分, R 20次/分, BP 136/70 mmHg。神志清, 双下肺闻及湿啰音。心界不大, 心率103次/分, 律齐, 心尖部可闻及S₃奔马律。腹软, 无压痛, 肝脾肋下未触及。双下肢无水肿。

实验室检查: CK 467 U/L, CK-MB 39.7 U/L, cTnT 1.87 ng/mL。

心电图: V₁~V₆导联ST段压低。

要求: 根据以上病例摘要, 请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断, 应分别列出各自诊断依据, 未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间: 15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

1. 冠心病(1分)

急性非ST段抬高型心肌梗死(2分)(仅答“急性心肌梗死”得1分)

2. 急性左心衰竭(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误, 诊断依据不得分; 未分别列出各自诊断依据, 扣1分)(5分)

1. 冠心病, 急性非ST段抬高型心肌梗死(3分)

(1) 老年男性, 长期大量吸烟史。(0.5分)

(2) 劳累相关的胸痛, 2天来症状加重, 含服硝酸甘油持续不缓解。(1.5分)

(3) 心肌酶及cTnT升高, 心电图表现ST段压低。(1分)

2. 急性左心衰竭(2分)

(1) 有渐进性呼吸困难, 夜间不能平卧。(1分)

(2) 双肺可闻及啰音。(0.5分)

(3) 心尖部可闻及S₃奔马律。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.不稳定型心绞痛。(1.5分)
- 2.肺栓塞。(1.5分)
- 3.慢性阻塞性肺疾病。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.NT-proBNP。(1分)
- 2.超声心动图。(1分)
- 3.胸部X线片。(1分)
- 4.血脂、血糖、血气分析、D-二聚体。(1分)
- 5.冠状动脉造影。(1分)

五、治疗原则(4分)

- 1.休息、吸氧、心电监护。(1分)
- 2.心肌再灌注治疗。(1.5分)
- 3.纠正心衰治疗(利尿剂等),控制液体摄入量。(1分)
- 4.冠心病二级预防。(0.5分)

二、心力衰竭

知识概要

心力衰竭是一种复杂的临床综合征,是由于各种原因引起的初始心肌损伤,引起心脏结构和功能的变化,最后导致心脏泵血功能低下。

分型:根据心力衰竭的发展速度,可分为急性和慢性心力衰竭,慢性心力衰竭占多数。

(一)慢性心力衰竭



心力衰竭

应试流程

【诊断及诊断依据】

1.左心衰竭

病史	心脏病史(如心脏瓣膜病)
	感染:呼吸系统感染是最常见、最重要的诱因
症状	心律失常:各种类型的快速性心律失常以及严重的缓慢性心律失常
	呼吸困难是左心衰竭较早出现的主要症状。典型表现是劳力性呼吸困难,夜间阵发性呼吸困难和端坐呼吸,咳嗽、咳痰和咯血,坐位或立位时咳嗽可减轻或停止;痰通常为浆液性,白色泡沫状;发生急性肺水肿时,可有粉红色泡沫痰
体征	一般以左室增大为主,可闻及舒张早期奔马律, P_2 亢进,心尖部可闻及收缩期杂音
	肺部体征:肺底湿性啰音是左心衰竭的主要体征
辅助检查	胸部X线显示肺淤血

2.右心衰竭

病史	心脏病史(如心脏瓣膜病)
症状	胃肠道疾病症状,肾脏疾病症状,肝区疼痛
体征	心脏体征: 可表现为 右室肥大 ,亦可表现为全心扩大。可闻及右室舒张早期奔马律
	肝颈静脉反流征 ,颈静脉怒张是右心衰竭的早期体征,肝大,皮下水肿出现早
	淤血性肝大和压痛;常发生在皮下水肿出现之前, 是右心衰竭最重要和较早出现的体征之一
	水肿是右心衰竭的典型体征 。首先出现在足、踝、胫骨前,向上延及全身,发展缓慢
	胸腔积液和腹水
辅助检查	腹部超声

3.全心衰竭:同时具有左、右心衰竭的临床表现。

【诊断公式】

- 1.长期心脏病史+心排量减低+肺循环淤血(心源性哮喘、呼吸困难)=慢性左心衰
- 2.长期心脏病史+心排量降低+体循环淤血(颈静脉怒张、肝大、腹水、双下肢水肿)=慢性右心衰竭
- 3.慢性左心衰竭+慢性右心衰竭=慢性全心衰竭

鉴别诊断	特点
支气管哮喘	多见于青少年有过敏史,发作时双肺可有典型的哮鸣音,咳出黏稠痰后呼吸困难可缓解
心包积液	颈静脉怒张、肝大、下肢水肿,结合超声心动图或胸部CT进行鉴别
肝硬化腹水	肝病史,无颈静脉怒张

【进一步检查】

- 1.血、尿常规,肝、肾功能,血电解质,动脉血气分析,甲状腺功能等。
- 2.**BNP可作为心力衰竭严重程度的判定指标(B型尿钠肽BNP)。**
- 3.心电图检查心力衰竭本身无特异性变化,但有助于心脏基本病变的诊断。
- 4.超声心动图可了解心脏形态、定量或定性房室内径、心脏收缩功能、左室射血分数等重要信息。
- 5.X线检查可用于判断房室增大的情况及肺淤血的严重程度。
- 6.核素心室造影及核素心肌灌注显像。

【治疗原则】

- 1.病因治疗和消除诱因。
- 2.休息、限制体力活动、限制钠盐摄入等一般治疗。
- 3.强心、利尿、扩血管等药物治疗。
- 4.晚期考虑心脏移植(慢性心力衰竭)。

【补充要点】

美国纽约心脏病协会(NYHA)分级

I级	体力活动 不受限 , 日常活动 不引起过度的乏力、呼吸困难或心悸
II级	体力活动 轻度 受限,休息时无症状,日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛
III级	体力活动 明显 受限,休息时无症状,轻于日常的活动即可引起上述症状
IV级	不能从事任何体力活动, 休息时亦有 充血性心衰或心绞痛症状,任何体力活动后均加重

(二)急性心力衰竭

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	心脏病病史
症状	突发严重的呼吸困难,端坐呼吸,大汗,面色灰白或发绀,咳粉红色泡沫痰,可有神志模糊
体征	双肺满布湿性啰音和哮鸣音,第一心音减弱,心率快,同时可闻及室性奔马律,肺动脉瓣第二心音亢进
辅助检查	胸部 X 线显示肺淤血

【诊断公式】

1.心脏病史+急性肺水肿(咳粉红色泡沫痰)=急性左心衰竭

2.鉴别诊断 **主要应与支气管哮喘相鉴别。**哮喘多见于青少年,无心脏病史及心脏体征,常在春秋季节发作,有过敏史,肺内满布哮鸣音,对麻黄碱、肾上腺皮质激素和氨茶碱等有效。

【进一步检查】

- 1.血、尿常规,肝、肾功能,电解质,动脉血气分析。
- 2.BUP。
- 3.动态观察心电图。动态监测血清心肌坏死标记物。
- 4.胸部 X 线及超声心动图检查。

【治疗原则】

- 1.体位**取坐位,双腿下垂。**
- 2.吸氧。
- 3.镇静,对于低血压或休克、慢性肺部疾病、呼吸抑制者禁用**吗啡。**
- 4.**快速利尿。**
- 5.血管扩张剂首选硝普钠。
- 6.强心药避免在急性心肌梗死发病 24 小时内应用(如合并快速房颤可慎用);禁用于高度二尖瓣狭窄、窦性心动过缓等。
- 7.**氨茶碱解除支气管痉挛。**
- 8.其他疗法,如糖皮质激素、静脉放血、主动脉内球囊反搏等患者。

张老师温馨提醒

急性左心衰记忆口诀:端坐位双腿下垂,强心利尿打吗啡。血管扩张氨茶碱,激素结扎来放血。

真题演练

病例摘要:男性,70岁。发作性胸痛10年。加重伴喘憋3天。患者10年前开始出现发作性胸痛,为胸骨后至咽部烧灼样不适,多于劳累时出现,持续几分钟。休息后可以迅速缓解。偶有心悸,无双下肢水肿,曾于外院就诊。心电图示部分导联ST段改变,查体诊断不详,未经系统治疗。3天前因受凉后出现胸痛加重,发作次数增多,伴喘憋、气短、全身乏力,夜间不能平卧,活动后加重,并有食欲差、恶心,无呕吐,有咳嗽,咳少量黏痰,小便量少,遂来就诊。发病以来,精神、睡眠尚可,近期体重较前略有增加(具体不详)。既往无高血压、糖尿病及消化性溃疡史。有吸烟史30年,半包/日,已戒10年。无饮酒史。无高血压、冠心病家族史。

续表

<p>查体:T 36.5 ℃,P 102 次/分,R 25 次/分,BP 138/86 mmHg。半卧位,咽无充血,扁桃体无肿大。未见颈动脉异常搏动,未触及甲状腺肿大。双下肺可闻及少量湿性啰音,无胸膜摩擦音。心音界向左下扩大,心率 102 次/分,律齐,心尖部 S₁ 减弱,可闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音及 S₁ 奔马律,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:Hb 125 g/L,RBC 4.1×10¹²/L,WBC 6.6×10⁹/L,N 0.62,Plt 162×10⁹/L,SCr 22.83 mmol/L ,K⁺ 4.89 mmol/L。</p> <p>心电图:窦性心律,普通导联 ST-T 改变。</p>	
<p>要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。</p>	
时间:15 分钟	
评分标准	总分 22 分
一、初步诊断(5 分)	
1. 冠心病(1 分) 不稳定型心绞痛(2 分)	
2. 急性左心衰竭(2 分)	
二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣 1 分)(4 分)	
1. 冠心病,不稳定型心绞痛(2 分) (1)老年男性,慢性病程。(0.5 分) (2)劳累相关的胸痛。(0.5 分) (3)胸痛的发作频率增加。(0.5 分) (4)ECT 示普通导联 ST-T 改变。(0.5 分)	
2. 急性左心衰竭(2 分) (1)有进行性呼吸困难,尿量减少。(1 分) (2)半卧位,双下肺可闻及少量湿性啰音。(0.5 分) (3)心界向左下扩大,心率增快,心尖部闻及 S ₁ 奔马律,S ₁ 减弱。(0.5 分)	
三、鉴别诊断(4 分)	
1. 急性心肌梗死。(1 分) 2. 心脏瓣膜病。(1 分) 3. 心肌病。(1 分) 4. 慢性阻塞性肺疾病。(1 分)	
四、进一步检查(5 分)	
1. NT-proBNP。(1 分) 2. 心肌损伤标志物。(1 分) 3. 动态观察心电图。(0.5 分) 4. 超声心动图。(1 分) 5. 胸部 X 线片。(0.5 分) 6. 血脂、血糖、血气分析、凝血功能检查。(1 分)	

五、治疗原则(4分)

1. 卧床休息,吸氧,心电监护。(1分)
2. 心肌再灌注治疗,改善心肌供血。(1.5分)
3. 纠正心衰治疗(利尿剂等),控制液体入量。(1分)
4. 冠心病二级预防。(0.5分)

三、心律失常(助理不考)

知识概要

心律失常多由器质性心脏病引起,是心脏病患者死亡的主要原因之一。



心律失常

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	心脏器质性疾病,正常人。诱发因素:烟、酒、咖啡、运动及精神刺激等	
症状	心律失常的特点:初发情况、发作的频率与起止方式、持续时间	
	伴随症状:黑矇或晕厥、呼吸困难、胸痛以及咯血等	
体征	心界、心率、心律、心音强度、心脏杂音及附加音均有助于心律失常的诊断	
辅助检查	窦速	心电图显示窦性P波,P波速率>100次/分
	窦缓	心率减慢(<60次/分),常同时伴随发生窦性心律不齐
	阵发性室上性心动过速	QRS波呈室上性,快而整齐,房室折返者多在QRS波后见到逆行P波,而房室结折返室上速者QRS波后无P波,节律快而规则,QRS形态一般正常
	室速	①频率多在100~250次/分,节律可不齐;②QRS波群宽大畸形,时限通常>0.12秒;③如能发现P波,并且P波频率慢于QRS频率,PR无固定关系(房室分离),则可明确诊断
	室颤	波形、振幅与频率均极不规则,无法辨认QRS波、ST段与T波
	心房颤动	正常P波消失,代以大小不等,形状各异的颤动波(f波);房颤波的频率为350~600次/分;心室率绝对不规则,QRS波一般不增宽
辅助检查	房室传导阻滞	一度房室传导阻滞:心电图主要表现为PR间期延长,成人PR间期>0.20秒
		二度房室传导阻滞:①二度I型房室传导阻滞:P波规律出现,PR间期逐渐延长,直到1个P波后脱漏1个QRS波群,漏搏后房室传导阻滞得到一定改善,PR间期又趋缩短,之后又复延长,如此周而复始地出现,称为文氏现象;②二度II型房室传导阻滞:表现为PR间期恒定,部分P波后无QRS波群
		三度房室传导阻滞:心电图表现为P波与QRS波毫无关系,心房率快于心室率。如为交界性逸搏心律,QRS形态正常,频率一般为40~60次/分;如为室性逸搏心律,QRS宽大畸形,频率一般为20~40次/分。交界性逸搏心律多见

【诊断公式】

- 1.第一心音强弱不等+心律绝对不齐+脉搏短绌+P波消失=房颤
- 2.阵发性心慌+突发突止+逆行P波,心率150~250次/分=阵发性室上性心动过速
- 3.提前出现的宽大畸形QRS波=室早
- 4.突发心慌+3个连续的室早波+心室夺获+室性融合波=室速
- 5.PR间期>0.20秒+PR间期恒定+全部下传=一度房室传导阻滞
- 6.PR间期逐渐延长直到QRS波脱落=二度I型房室传导阻滞
- 7.PR间期固定不变,QRS波成比例脱落(2:1,3:2)=二度II型房室传导阻滞
- 8.心律规整+心率约40次/分+大炮音+A-S综合征=三度房室传导阻滞

鉴别诊断:各型直接相互鉴别。

【进一步检查】

- 1.血常规及血生化 了解有无贫血、感染以及血液病。
- 2.脑CT 除外脑血管和脑部疾病。
- 3.腹部超声及肝功能检查 除外肝病。
- 4.血糖检查 除外低血糖发作。

【治疗原则】

- 1.一般治疗 病因和诱因的治疗;吸氧;镇静等。
- 2.药物治疗 抗心律失常药物。
- 3.必要时介入治疗和手术治疗。

张老师温馨提醒

- (1)历年考查心律失常主要考查房颤、室上速、室早、室速。
- (2)心律失常在考试中往往属于二级诊断,很难有主诊内容,大家不要忘记写主要诊断。

真题演练

病例摘要:男性,75岁。头晕6年,反复心悸3个月。

患者6年前间断劳累后出现头晕,测血压值升高,最高为190/80 mmHg,不规则服用降压药物,血压不平稳。3个月前无诱因反复出现心悸,伴胸闷,无晕厥及胸痛。发病以来饮食正常,入睡困难,大小便正常,否认冠心病、肝炎、肾病和肺部疾病史。无高血压家族史,吸烟45年,每天20支,少量饮酒。

查体:T 37℃,P 66次/分,R 18次/分,BP 186/76 mmHg。神志清楚,口唇发绀。甲状腺无肿大,双肺呼吸音清晰。心界不大,心率66次/分,律不齐,可闻及早搏,时呈二联律,心率正常,未闻及心脏杂音,无心包摩擦音,腹部平软,无压痛,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿。

心电图:可见提前出现宽大畸形的QRS波,其前未见P波,时呈二联律。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.单纯收缩期高血压,3级很高危(3分)
- 2.室性期前收缩(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(4分)

- 1.单纯收缩期高血压,3级很高危(2.5分)
 - (1)老年男性,吸烟史。(1分)
 - (2)有头晕。(0.5分)
 - (3)仅收缩压增高。最高190/80 mmHg。(0.5分)
 - (4)3级高血压,有1个以上危险因素。(0.5分)
- 2.室性期前收缩(1.5分)
 - (1)高血压史,心悸伴胸闷。(0.5分)
 - (2)听诊心律不齐,可闻及早搏,时呈二联律。(0.5分)
 - (3)心电图可见提前出现宽大畸形的QRS,其前未见P波,时呈二联律。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.冠心病。(1分)
- 2.脑血管病。(1分)
- 3.慢性心力衰竭。(1分)
- 4.继发性高血压。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.动态心电图。(1分)
- 2.超声心动图。(1分)
- 3.胸部X线检查,腹部超声检查。(1分)
- 4.血糖,血电解质,肝、肾功能,血常规,尿常规。(1分)
- 5.头颅CT。(1分)

五、治疗原则(5分)

- 1.戒烟酒、限钠盐饮食。(1分)
- 2.长期降压治疗。(1.5分)
- 3.纠正心律失常。(1.5分)
- 4.调整睡眠。(1分)

四、高血压

知识概要

高血压可分为原发性和继发性两大类。原发性高血压,又称高血压病。高血压病影响重要器官如心、脑、肾的功能,最终可导致这些器官的功能衰竭。

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	家族史、老年人较为常见
症状	起病缓慢,早期常无症状
体征	早期无特异体征,后期出现心、脑、肾等靶器官损害体征



高血压病

【高血压分级】

类别	收缩压 (mmHg)	关系	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
1级(轻度)高血压	140~159	和(或)	90~99
2级(中度)	160~179	和(或)	100~109
3级(重度)	≥180	和(或)	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	和	<90

注:当收缩压和舒张压分属于不同分级时,以较高的级别作为标准。以上标准适用于任何年龄的成年男性和女性

2017年,美国心脏病学会等11个学会提出了新的高血压诊断(≥130/80 mmHg)和治疗目标值(<130/80 mmHg),这对高血压的早防早治具有积极意义。

张老师温馨提醒

测一次血压高不能诊断为高血压。诊断高血压须安静、非药物、非同日测3次,收缩压值≥140 mmHg和(或)舒张压≥90 mmHg,方可诊断为高血压。诊断高血压分级应当以历史最高值为准。(参考9版《内科学》P247页)

【高血压危险分层】

其他危险因素和病史	高血压 (mmHg)		
	1级(收缩压 140~159 和(或)舒张压 90~99)	2级(收缩压 160~179 和(或)舒张压 100~109)	3级(收缩压 ≥180 和(或)舒张压 ≥110)
无	低危	中危	高危
1~2个其他危险因素	中危	中危	很高危
≥3个危险因素或靶器官损害	高危	高危	很高危
临床并发症或合并糖尿病	很高危	很高危	很高危

高血压危险分层——危险因素、靶器官损害、伴随临床疾病

危险因素	收缩压和舒张压的水平(1~3级)
	年龄:男性>55岁,女性>65岁
	吸烟
	总胆固醇>5.72 mmol/L(220 mg/dl)
	糖耐量受损和(或)空腹血糖受损
	早发心血管疾病家族史(发病年龄男性<55岁,女性<65岁)

续表

靶器官损害	左心室肥厚(心电图、超声心动图或 X 线检查)	
	蛋白尿(尿微量白蛋白 30~300 mg/24 h 或白蛋白/肌酐 \geq 30mg/g)和(或)血肌酐水平轻度升高。(男性:115~133 μ mol/L;女性:107~124 μ mol/L)	
	超声或 X 线检查证实有动脉粥样硬化斑块(颈、髂、股或主动脉)	
	视网膜普遍或灶性动脉狭窄	
伴随临床疾病	脑血管疾病	缺血性脑卒中,脑出血,短暂性脑缺血发作(TIA)
	心脏疾病	心肌梗死,心绞痛,冠状动脉血供重建,充血性心力衰竭
	肾脏疾病	糖尿病肾病,肾功能衰竭(男性:肌酐 $>$ 133 μ mol/L;女性:肌酐 $>$ 124 μ mol/L;尿蛋白 \geq 300 mg/24 h)
	周围血管疾病	主动脉夹层,外周血管疾病
	视网膜病变	出血或渗出,视盘水肿
	糖尿病	—

【诊断公式】

头晕+既往病史+收缩压 \geq 140 mmHg 和(或)舒张压 \geq 90 mmHg=高血压

鉴别诊断	特点
肾病变	急性肾小球肾炎多见于青少年,有急性起病及链球菌感染史,有发热、血尿、水肿病史
	慢性肾小球肾炎有反复水肿病史、蛋白尿出现早而血压升高相对轻、眼底病变不明显等特点
肾动脉狭窄	可为单侧或双侧性。药物治疗无效。体检时在上腹部或背部肋脊角处可闻及血管杂音。肾动脉造影可明确诊断
嗜铬细胞瘤	血压波动明显,阵发性血压升高伴心动过速、头痛。在血压升高期间测定血或尿中儿茶酚胺及其代谢产物香草杏仁酸显著增高

张老师温馨提醒

高血压亚急症是指血压显著升高但不伴有靶器官损害。病人可以有血压明显升高引起的症状,如头痛、胸闷、鼻出血和烦躁不安等。

【进一步检查】

- 1.24 小时监测动态血压。
- 2.血浆肾素活性、血尿酸固酮除外原发性醛固酮增多症。
- 3.心电图、动态心电图了解心脏供血及结构改变。心脏多普勒超声。
- 4.尿常规、血糖、电解质、肾功能及眼底检查监测靶器官损害。
- 5.胸部 X 线除外肺部疾病(主动脉缩窄)。
- 6.腹部 CT 除外肾上腺肿物。
- 7.放射性核素检查了解心肌病变程度。

8.其他:眼底检查,血脂检查,动脉多普勒超声,双肾及肾上腺多普勒超声或腹部CT。

【治疗原则】

- 1.减轻体重、合理膳食(限盐)、戒酒或限制饮酒、戒烟以及增加运动等。
- 2.确定有效的治疗方案:治疗要个体化。有效控制24小时血压,避免血压波动。
- 3.长期坚持治疗:尤其在血压控制后仍应继续治疗,不可随意停药或改变治疗方案。
- 4.防治并发症。

张老师温馨提醒

- (1)高血压主要的考查点在二级诊断中,往往多合并其他疾病或自身并发症,请大家一定要注意。
- (2)分级及危险分层需要大家列出。如果记不住,一定要注意很高危。
- (3)高血压的诊断分级“就高不就低的原则”,收缩压和舒张压只要一个达到标准即可。
- (4)高血压是三高的一种,故在治疗中对应三低“低盐低脂低糖”饮食。
- (5)一定要注意进一步检查不要忘记眼底检查。
- (6)单纯收缩期高血压也可按收缩压水平分为1、2、3级。

真题演练

病例摘要:男性,66岁。突发胸痛伴大汗、呕吐2小时。

患者2小时前与邻居发生口角,情绪激动时突发胸闷痛,持续30分钟,并向前肩部放射,自行含服硝酸甘油片未能缓解,随之出现气短,恶心、呕吐2次,为胃内容物,伴大汗。急来就诊。既往有高血压10年,最高血压180/110 mmHg。无肝病。吸烟30年,每天20~30支,少量饮酒。否认高血压家族史。

查体:T 36℃,P 98次/分,R 18次/分,BP 150/96 mmHg。痛苦面容,口唇无发绀,浅表淋巴结未触及,甲状腺无肿大。双肺呼吸音清晰。心界不大,心率98次/分,律齐,A₂>P₂,心音稍低,未闻及心脏杂音,腹平软,无压痛,肝脾肋下未触及。双下肢无水肿。

实验室检查:入院即刻采血,肌钙蛋白测定阴性。

心电图:V₃~V₅导联ST段背弓向上抬高0.5 mV。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.冠心病(0.5分)
 - 急性前壁心肌梗死(2分)
 - 心功能I级(Killip分级)(0.5分)
- 2.高血压3级,很高危(只答高血压,扣0.5分)(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.冠心病,急性前壁心肌梗死,心功能I级(Killip分级)(4分)
 - (1)老年男性,急性发病,有高血压及吸烟史。(0.5分)
 - (2)情绪激动时发作胸痛,持续时间长,有放射痛,含服硝酸甘油后不能缓解,伴恶心、呕吐及大汗。(2分)

- (3) 查体:痛苦面容,心音稍低。(0.5分)
 (4) 心电图:V₃~V₅导联ST段抬高。(0.5分)
 (5) 心功能I级(Killip分级):双肺呼吸音清晰。(0.5分)
 2. 高血压3级,很高危(1分)
 (1) 高血压病史10年,最高血压180/110 mmHg,为3级。(0.5分)
 (2) 吸烟史,合并心肌梗死。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

1. 心绞痛。(1分)
2. 急性肺栓塞。(1分)
3. 主动脉夹层。(1分)
4. 急性胆道疾病。(1分)

四、进一步检查(4分)

1. 监测心肌坏死标记物及心电图变化。(1分)
2. 肝、肾功能,电解质,血糖,血脂,动脉血气分析,凝血功能。(1分)
3. 超声心动图。(1分)
4. 胸部X线检查,腹部超声。(0.5分)
5. 必要时行冠状动脉造影。(0.5分)

五、治疗原则(5分)

1. 卧床休息,吸氧,心电监护,低盐、低脂饮食,戒烟。(1分)
2. 解除疼痛(如杜冷丁、吗啡、硝酸酯类药物等)。(0.5分)
3. 抗凝及抗血小板聚集药物治疗。(1分)
4. 心肌再灌注治疗(静脉溶栓或冠状动脉介入治疗)。(1分)
5. 长期降压治疗。(0.5分)
6. 对症治疗。(0.5分)
7. 冠心病二级预防。(0.5分)

五、心脏瓣膜病(助理不考)

知识概要

心脏瓣膜病是指心脏瓣膜解剖或功能异常导致的心脏疾病,是我国一种常见的心脏病,其中以风湿热导致的瓣膜损害最为常见。



应试流程

【诊断及诊断依据】

1. 二尖瓣狭窄

病史	风湿性疾病
症状	呼吸困难,咯血,干咳,声嘶等

续表

体征	二尖瓣面容, 心尖搏动正常或不明显, 心尖区舒张期震颤, 可触及右心室收缩期抬举样搏动, 中重度狭窄时心浊音界呈梨形
	心尖区可闻及第一心音亢进和开瓣音, 心尖区有低调的、隆隆样、舒张中晚期递增型杂音, 局限, 不传导
	肺动脉高压和右心室扩大的心脏体征 (P ₂ 亢进或分裂, Graham Steel 杂音, 三尖瓣区收缩期吹风样杂音)
辅助检查	X 线检查 左房、右室扩大, 心影梨形
	心电图“二尖瓣型 P 波”, P 波>0.12 秒, 伴切迹。QRS 示电轴右偏和右心室肥厚
	超声心动图(确诊) M 型示二尖瓣城墙样改变

2. 二尖瓣关闭不全

病史	风湿性疾病
症状	急性可迅速出现急性左心衰, 甚至发生急性肺水肿或心源性休克。慢性可出现疲乏无力、呼吸困难、左心衰竭或全心衰竭
体征	急性第二心音肺动脉瓣亢进, 心尖区可闻及低调, 呈递减型收缩期杂音, 严重反流可出现心尖区第三心音和短促舒张期隆隆样杂音
	典型的二尖瓣脱垂为随喀喇(失调)音之后的收缩晚期杂音(最具有特征性)。腱索断裂杂音似海鸥鸣或乐音性
辅助检查	X 线检查 左室收缩时, 左房反向膨出; 左房左室、右室大(晚期)。全心衰——球形心
	心电图 急性者心电图正常, 窦性心动过速常见
	超声心动图(确诊) 二尖瓣脱垂; 二尖瓣前叶 CD 段呈“吊床样”波形

3. 主动脉瓣狭窄

病史	风湿性疾病
症状	呼吸困难、心绞痛(心)、晕厥(脑)等
体征	心尖搏动相对局限, 持续有力; 第一心音正常, 第二心音主动脉瓣成分延迟, 第二心音逆分裂
	在胸骨右缘第 1~2 肋间可闻及收缩期递增-递减型喷射性杂音, 向颈部传导, 常伴收缩期震颤
辅助检查	X 线检查 心影正常或左心室轻度增大, 左心房可能轻度增大, 晚期可有肺淤血征象
	心电图 重度狭窄者有左心室肥厚伴 ST-T 继发性改变和左心房大
	超声心动图 是明确诊断和判定狭窄程度的重要方法。左室肥厚、动脉瓣增厚、狭窄

4. 主动脉瓣关闭不全

病史	风湿性疾病
症状	急性可出现急性左心衰竭和低血压
	慢性可有心悸、心前区不适、头部强烈搏动感、左心室衰竭、心绞痛、体位性头晕等

体征	急性 第一心音减低 ,第二心音肺动脉瓣成分增强,第三心音常见
	可有 Austin-Flint (A-F) 杂音
	慢性收缩压升高,舒张压下降, 点头征 (DeMusset 征) , 股动脉枪击音 (Traube 征) , 听诊器压迫股动脉可闻及双期杂音 (Duroziez 征) 和 毛细血管搏动征 ,心尖搏动向左下移位,心尖呈抬举性搏动
	高调 叹气样递减型舒张早期杂音 ,在坐位并前倾和深呼气时易听到
辅助检查	X 线检查 急性:心脏大小正常 。常有肺淤血和肺水肿征 慢性:心胸比率增大 。主要为左心室增大,可累及整个主动脉弓,严重呈瘤样扩张。左心衰竭时见肺淤血征
	超声心动图 摇椅征 :M 型超声 见舒张期二尖瓣前叶或室间隔纤细扑动 ,为主动脉瓣关闭不全可靠征象

【诊断公式】

1.核心诊断公式

(1)呼吸困难(劳力性、端坐呼吸)+大咯血+粉红色泡沫痰+心尖舒张期隆隆样杂音+梨形心=二尖瓣狭窄

(2)左心衰(急性或慢性)+收缩期吹风样杂音=二尖瓣关闭不全

(3)呼吸困难+心绞痛+晕厥(三联征)+收缩期喷射样杂音=主动脉瓣狭窄

(4)心悸+心绞痛+夜间阵发性呼吸困难+A-F 杂音+周围血管征=主动脉瓣关闭不全

2.特点

瓣膜病变	出现时期	瓣膜状态	杂音性质
二尖瓣狭窄	舒张期	开	隆隆样
二尖瓣关闭不全	收缩期	关	吹风样
主动脉瓣狭窄	收缩期	开	喷射样
主动脉瓣关闭不全	舒张期	关	叹气样

例如:胸骨左缘第 3 肋间隙舒张期叹气样杂音+毛细血管搏动征(+)= 主动脉瓣关闭不全

【进一步检查】

1.二尖瓣狭窄辅助检查 胸部 X 线、心电图、超声心动图、食管超声、心导管检查等。

2.二尖瓣关闭不全辅助检查 胸部 X 线、心电图、超声心动图、左心室造影检查。

3.主动脉瓣狭窄辅助检查 胸部 X 线、心电图、超声心动图、心导管检查。

4.主动脉瓣关闭不全辅助检查 胸部 X 线、心电图、超声心动图、放射性核素心室造影、主动脉造影检查。

【治疗原则】

1.避免和控制诱因。

2.治疗原发性心脏病。

3.并发症处理。

4.必要时介入和手术治疗。

张老师温馨提醒

- (1) 二尖瓣狭窄主要是由风湿病引起的,故考查二尖瓣狭窄往往需要增加“风湿性瓣膜性心脏病”的诊断。
- (2) 二尖瓣狭窄最常见的并发症是房颤,所以在二级诊断中不要忘记房颤。
- (3) 几乎大多数瓣膜病的确诊都是超声心动图,大家切记。在治疗中复律、控率是重点,必要时手术治疗。

真题演练

病例摘要:女性,33岁。活动后胸闷、气急3年余。加重伴发热半月余。患者3年前开始于活动后感胸闷,气急。偶夜间憋醒,需坐起方能缓解。伴有咳嗽。半月前因受凉而发热。体温波动于37.5~38.5℃,轻咳,当地医院给予抗生素治疗4天后体温正常。停药后又发热,伴关节痛,且胸闷,气急症状加重,伴有咳嗽,咳白色黏液痰。曾在小学时期有过关节红、肿、热、痛。行规范治疗。家族史无特殊。

查体:T 38.9℃,P 90次/分,R 22次/分,BP 110/68 mmHg,半坐位,轻度贫血貌,皮肤无黄染,双手指甲床有针尖样出血点,无皮疹,颈静脉充盈,双下肺可闻及少量湿性啰音,心界向左扩大,心率90次/分,律齐,P₂亢进,心尖部可闻及4/6级收缩期杂音、中度舒张期杂音,主动脉瓣第二听诊区可闻及舒张期叹气样杂音,腹平软,肝肋下未触及,脾肋下可触及,双下肢水肿(+).

实验室检查:血常规:Hb 96 g/L,WBC 13.0×10⁹/L,N 0.86,Plt 210×10⁹/L,尿常规:尿红细胞30~40/HP,尿蛋白(+).

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

1. 风湿性心脏瓣膜病二尖瓣狭窄伴关闭不全(1.5分)
 - 主动脉关闭不全(1分)
 - 心功能IV级(NYHA分级)(0.5分)
2. 感染性心内膜炎(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

1. 风湿性心脏瓣膜病,二尖瓣狭窄伴关闭不全,主动脉瓣关闭不全,心功能IV级(3分)
 - (1) 青年女性,慢性病程,既往膝关节红肿病史。(0.5分)
 - (2) 活动后胸闷、气急,偶有夜间憋闷,需坐起方能缓解,伴有咳嗽,此次因发热症状加重。(1分)
 - (3) 查体:心率90次/分,P₂亢进,心尖部可闻及4/6级收缩期杂音,中度舒张期杂音,主动脉瓣第二听诊区可闻及舒张期叹气样杂音。(1.5分)
2. 感染性心内膜炎(2分)
 - (1) 有心脏瓣膜病,持续发热伴关节痛。(0.5分)
 - (2) 查体:T 38.9℃,轻度贫血貌,双手指甲床有针尖样出血点,脾肋下可触及。(1分)
 - (3) 血白细胞及中性粒细胞比例升高,中度贫血,尿红细胞30~40/HP,尿蛋白(+).(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.风湿热。(2分)
- 2.先天性心脏病。(1分)
- 3.肺结核。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.血沉,抗“O”;肝肾功能,NT-ProBNP。(1分)
- 2.血培养—药敏试验,免疫学检查(类风湿因子,血清补体)。(1分)
- 3.胸部X线片。(1分)
- 4.超声心动图。(1分)
- 5.心电图。(1分)

五、治疗原则(4分)

- 1.一般治疗:减轻体力活动,限制钠盐。(0.5分)
- 2.心衰治疗:扩血管、利尿。(1分)
- 3.抗微生物治疗:经验用药或根据血培养药物敏感试验选择用药,应早期、足量、长疗程。(2分)
- 4.必要时手术治疗。(0.5分)

六、结核性心包炎(助理不考)

知识概要

结核性心包炎的发生多由胸腔内淋巴结核、胸膜或腹膜结核病经淋巴转移继发而来,也可由心包附近的干酪液化淋巴结直接破溃入心包腔引起或全身血行播散所致。临床常见渗出和缩窄2个时期。



结核性心包炎

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	多有结核病史。结核中毒症状低热、盗汗等
症状	渗出性:呼吸困难是心包积液最突出的症状。患者可呈端坐位,呼吸浅快,面色苍白,可有发绀
	纤维蛋白性:心前区疼痛与呼吸运动有关,可放射至颈部、左肩、上腹部
体征	胸骨左缘第3、4肋间可闻及心包摩擦音(蛋白渗出)
	心包积液征(Ewart征);脉压可变小(渗出性)
	心脏压塞征;心包缩窄征;奇脉
辅助检查	心电图:主要表现为除aVR和V ₁ 外,所有导联ST段弓背向下抬高
	超声心动图:诊断心包积液简便、安全、灵敏和可靠的无创性方法
	胸部X线片:可出现心影增大呈烧瓶状,心尖部可见心包钙化
	心包穿刺和心包积液分析:心包积液抗酸染色阳性、结核杆菌培养阳性、结核杆菌聚合酶链反应(PCR)阳性、ADA水平明显升高有助于诊断结核性心包炎

张老师温馨提醒

Ewart 征,奇脉,心包压塞 Beck 三联征(低血压、心音低弱、颈静脉怒张)。抢救——心包穿刺。

【体征大集合】

心包摩擦音	胸骨左缘第 3、4 肋间可闻及心包摩擦音,双相性,坐位、身体前倾、深吸气时易听到。心包摩擦音为纤维素性心包炎的特征性体征
心包积液征	心脏浊音界向两侧扩大,心尖搏动弱,心音遥远而低沉。大量心包积液时可于左肩胛骨下出现浊音及左肺受压迫所引起的支气管呼吸音,称心包积液征
心脏叩击音	少数患者于胸骨左缘第 3、4 肋间可闻及心包叩击音
心脏压塞	表现为颈静脉怒张、肝大、腹水、下肢水肿、奇脉等
心包缩窄	表现为颈静脉怒张、肝大、腹水、下肢水肿、心率增快,可见 Kussmaul 征

【诊断公式】

结核+心包积液征(呼吸困难+心前区疼痛+心界扩大+肝大+腹水+下肢水肿)=结核性心包炎

鉴别诊断	特点
急性非特异性心包炎	常有上呼吸道感染史,起病多急骤,可反复发作;持续发热,胸痛剧烈,心包摩擦音明显且出现早,白细胞计数正常或增高,淋巴细胞占多数;血培养阴性
化脓性心包炎	常有原发感染灶;可伴明显败血症表现;白细胞计数明显增高,中性粒细胞占多数;心包积液量较多呈脓性,血培养可阳性
肿瘤性心包炎	常无发热,少有胸痛;常无心包摩擦音,白细胞计数正常或轻度增高;心包积液多为血性,淋巴细胞多,无细菌;血培养阴性
心脏损伤后综合征	有手术、心肌梗死、心脏创伤等心脏损伤史;可反复发作;常有发热、胸痛,少有心包摩擦音;淋巴细胞较多,无细菌;血培养阴性

【进一步检查】

- 1.血、尿常规,肝肾功能,电解质,血糖、血脂等。
- 2.痰涂片、痰培养。
- 3.PPD 试验。
- 4.ESR。
- 5.心包积液常规、生化、涂片染色,普通细菌培养,抗酸染色,结核杆菌培养,找肿瘤细胞。
- 6.心电图。

【治疗原则】

- 1.一般治疗(休息、对症治疗) 卧床休息至体温消退,缓解胸痛可给予镇静剂、布洛芬等。
- 2.抗结核治疗,同肺结核。“早期、规律、全程、适量、联合”原则。
- 3.心包积液较多时可适当辅以糖皮质激素治疗。
- 4.急性心包填塞时,心包穿刺抽液是解除压迫症状的有效措施。
- 5.缩窄性心包炎主要治疗手段是外科治疗。

真题演练

病例摘要:男性,66岁。低热、乏力及双下肢水肿半年,加重1个月。

患者半年前感冒后出现低热,体温波动在37.2~37.5℃,伴乏力,双下肢水肿。曾自服消炎药、利尿药(具体不详)症状略有改善。1个月前无明显诱因自觉上述症状加重,上腹部闷胀,活动后喘憋,经常有心前区尖锐性疼痛。患者自发病以来,睡眠差,无咳嗽、咯血及胸痛,大、小便正常。既往糖尿病6年,控制饮食,平时不监测血糖。有多饮、消瘦。无高血压病史,否认肝炎等传染病史。自诉青霉素过敏。无烟酒嗜好。

查体:T 37.5℃,P 96次/分,R 23次/分,BP 110/76 mmHg。神志清楚,消瘦,半卧位,可见颈静脉怒张。浅表淋巴结未触及肿大。甲状腺不大,未触及肿物,无血管杂音。双肺呼吸音粗,未闻及干、湿性啰音。心界向两侧扩大,心率95次/分,心律齐,心音遥远,未闻及杂音及心包摩擦音。腹软,无压痛,肝肋下4cm,质软,无压痛,脾未触及,移动性浊音可疑。双下肢可凹性水肿。无奇脉。

辅助检查:超声心动图示中等量心包积液。心脏X线片示左右心缘变直,可见心包钙化。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分22分

一、初步诊断(4分)

- 1.心包积液(2分)
- 2.结核性心包炎(1分)
- 3.2型糖尿病(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.心包积液(2分)
 - (1)查体:T 37.5℃,心界向两侧扩大,心音遥远。肝肋下4cm,质软,无压痛。移动性浊音可疑。双下肢可凹性水肿。(1分)
 - (2)辅助检查:超声心动图示中等量心包积液。心脏X线片见左右心缘变直,可见心包钙化。(1分)
- 2.结核性心包炎:老年男性,慢性病程,隐匿起病。低热、乏力、双下肢水肿半年,加重1个月。(1.5分)
- 3.2型糖尿病:既往糖尿病6年,未监测血糖。(1.5分)

三、鉴别诊断(3分)

- 1.肿瘤性心包炎。(1分)
- 2.病毒性心包炎。(1分)
- 3.化脓性心包炎。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.血、尿常规,肝、肾功能,电解质,血糖、血脂等。(1分)
- 2.痰涂片、痰培养。(1分)
- 3.PPD试验。(1分)
- 4.ESR。(0.5分)
- 5.心包积液常规、生化、涂片染色,普通细菌培养,抗酸染色,结核杆菌培养,找肿瘤细胞。(1分)
- 6.心电图。(0.5分)

五、治疗原则(5分)

- 1.明确诊断后尽早抗结核治疗。(2分)
- 2.如出现急性心脏填塞,应行心包穿刺缓解症状。(1.5分)
- 3.心包缩窄时应早期手术治疗。(1.5分)

第三节 消化系统疾病



【应试工具箱】

项目	正常值(意义详见实验室检查)
血清总蛋白和清蛋白、球蛋白比值	正常成人血清 总蛋白 60~80 g/L ,清蛋白 40~55 g/L,球蛋白 20~30 g/L, A/G 为(1.5~2.5) : 1
血清前清蛋白	1岁 100 mg/L;1~3岁 168~281 mg/L;成人 280~360 mg/L
血氨	谷氨酸脱氨酶法:11~35 $\mu\text{mol/L}$
血清胆固醇和胆固醇酯	总胆固醇 2.86~5.98 mmol/L ;胆固醇酯 2.34~3.38 mmol/L
血清总胆红素(STB)	成人 3.4~17.1 $\mu\text{mol/L}$
血清结合胆红素(CB)与非结合胆红素(UCB)	结合胆红素 0~6.8 $\mu\text{mol/L}$,非结合胆红素 1.7~10.2 $\mu\text{mol/L}$
ALT(丙氨酸氨基转移酶)	10~40 U/L (第9版《诊断学》教材为 5~40 U/L)
AST(门冬氨酸氨基转移酶)	10~40 U/L (第9版《诊断学》教材为 8~40 U/L;ALT/AST \leq 1)
碱性磷酸酶(ALP)	<40~110 U/L
γ -谷氨酰转移酶(γ -GT, GGT)	连续监测法:<50 U/L
甲胎蛋白测定(AFP)	血清<25 $\mu\text{g/L}$
癌胚抗原测定(CEA)	血清<5 $\mu\text{g/L}$
糖链抗原 19-9(CA19-9)	酶联免疫吸附测定(ELISA)血清 CA19-9<3.7万 U/L
癌抗原 125(CA125)	ELISA 血清<3.5万 U/L
雌激素受体(ER)和孕激素受体(PR)	(-)

粪常规

一般性状	鲜血便见于直肠息肉、直肠癌、肛裂及痔疮等	
	柏油样便见于消化道出血	
	白陶土样便见于各种原因引起的胆管阻塞患者	
	米泔样便见于重症霍乱、副霍乱患者	
	细条样便多见于直肠癌	
	当肠道下段有病变,如痢疾、溃疡性结肠炎、局限性肠炎、结肠或直肠癌常表现为脓性及脓血便;阿米巴痢疾以血为主,血中带脓,呈暗红色稀果酱样;细菌性痢疾则以黏液及脓为主,脓中带血	
	稀糊状或水样便大量黄绿色稀汁样便(3 000 mL或更多),并含有膜状物时见于假膜性肠炎	
	慢性肠炎、胰腺疾病、结肠或直肠癌溃烂时有恶臭。阿米巴肠炎粪便呈血腥臭味。脂肪及糖类消化或吸收不良时粪便呈酸臭味	
显微镜检查	白细胞	小肠炎时白细胞数量一般<15/HP,细菌性痢疾时可见大量白细胞、脓细胞或小吞噬细胞。过敏性肠炎、肠道寄生虫病时可见较多嗜酸性粒细胞
	红细胞	当下消化道出血、痢疾、溃疡性结肠炎、结肠和直肠癌时,粪便中可见到红细胞
化学检查	粪便隐血试验(OB 试验)	
	参考值:定性	
	临床意义:对消化道出血鉴别诊断有一定意义	
必考点提示:OB 试验持续性阳性(1 个月)提示消化系统癌症,一定先考虑胃癌		

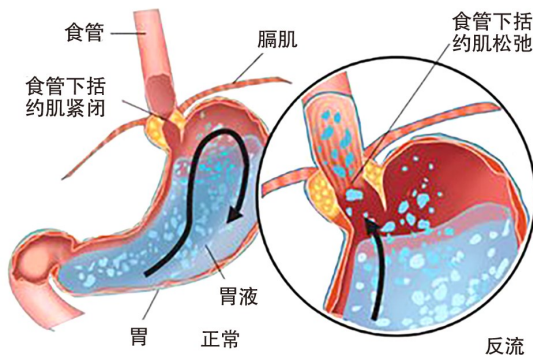
一、胃食管反流病

知识概要

胃食管反流病是指胃十二指肠内容物反流入食管引起的不适症状和(或)并发症的一组疾病。其主要症状为胃灼热、反流、胸痛等。



胃食管反流病



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	多种原因造成的消化道动力障碍及抗反流机制损伤	
症状	胃灼热、反酸、反食等典型反流症状	
体征	胸骨后疼痛、嗝气、吞咽困难、慢性咳嗽、咽部疼痛等	
辅助检查	内镜检查	如发现有食管下段黏膜破损,并能排除其他原因引起的食管病变,则反流性食管炎的诊断可以确定
	食管 pH 监测	是确定反流的重要手段,为有无食管内过度酸反流提供客观证据,尤其对症状不典型、没有黏膜破损,或有典型症状但药物治疗无效者更具有诊断价值。 pH <4.0——诊断 质子泵抑制剂试验治疗:对于内镜下无食管炎或未行内镜检查者有相当重要的诊断价值

【诊断公式】

烧心反流(反酸)+胸骨后疼痛+胃镜示反流性食管炎=胃食管反流病

鉴别诊断	特点
贲门失弛缓症	可以有进食困难,但是病史往往较长,症状可以时轻时重,造影有食管近段扩张,远端呈典型“鸟嘴征”
食管癌	早期偶有吞咽食物哽噎、停滞或异物感,胸骨后闷胀或疼痛。中晚期有进行性吞咽困难,转移侵犯时可有胸背疼痛等,晚期可出现消瘦、贫血、营养不良或恶病质等,转移时可有浅表淋巴结肿大等
消化道溃疡	特殊的疼痛节律及消化道内镜可以鉴别

【进一步检查】

1. 消化道内镜检查。
2. 24 小时食管 pH 监测。
3. 食管下段测压。
4. 上消化道 X 线钡餐造影。
5. 胸部增强 CT 检查。
6. 食管脱落细胞检查等。

【治疗原则】

1. 一般治疗 改变生活方式(如戒烟,避免饱餐,禁酒,避免高脂饮食、刺激性食物)。
2. 抬高床头,避免进餐后立即卧床。
3. 药物治疗 抑酸治疗;促动力药;胃黏膜保护药;维持药物治疗。
4. 内镜治疗。
5. 外科手术治疗。
6. 并发症的治疗。

张老师温馨提醒

反酸、嗝气、烧心——内镜确诊。

真题演练

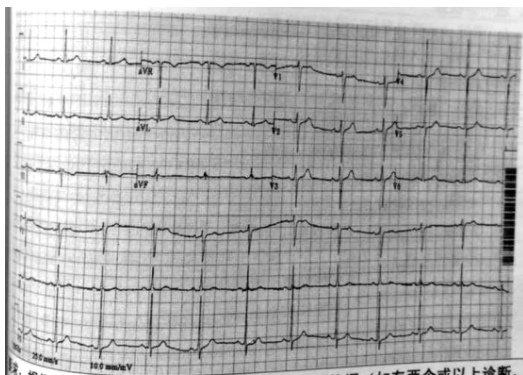
病例摘要:男性,67岁,间断反酸,烧心6年,症状频繁发作伴胸痛1个月。

患者6年前开始间断出现反酸,烧心。夜间或进食后明显,自服“雷尼替丁”治疗,症状可缓解,未系统诊治。近1个月来上述症状频繁发作伴胸骨后疼痛,疼痛与进食后明显,时有咽部异物感,自服“雷尼替丁”后症状未完全缓解,发病以来食欲可,睡眠及尿、便正常,体重无明显变化,既往体健,无特殊用药史。吸烟40余年,20支/天。

查体:T 36.2℃,P 78分,R 17/分,BP 135/85 mmHg,身高155 cm,体重78 kg。浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。心界不大,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,全腹无压痛,肝脾肋下未触及,未触及包块,Murphy征(-)。双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 125 g/L,RBC $4.3 \times 10^{12}/L$,WBC $4.9 \times 10^9/L$,Plt $175 \times 10^9/L$,粪常规:镜检(-),隐血(-)。

心电图见下图:



要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22 分

一、初步诊断(4分)

胃食管反流病(答“反流性食管炎”得3分)(4分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分)(4分)

- 1.老年男性,肥胖,慢性病程近期加重。(1分)
- 2.间断反酸、烧心,夜间或进食后明显,加重伴胸骨后疼痛。(2分)
- 3.以往服用雷尼替丁后症状可缓解。(0.5分)
- 4.心电图大致正常。(0.5分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.消化性溃疡。(1分)
- 2.食管肿瘤。(1分)
- 3.贲门失弛缓症。(1分)
- 4.冠状动脉粥样硬化性心脏病。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.胃镜(必要时黏膜活检病理检查)。(2.5分)
- 2.上消化道X线钡剂造影检查。(1分)
- 3.必要时行食管pH检测及食管动力检查。(1分)
- 4.酌情查血糖,胸部X线片,超声心动图。(0.5分)

五、治疗原则(5分)

- 1.调整生活方式,减轻体重,戒烟。(1.5分)
- 2.首选质子泵抑制剂。(2分)
- 3.抑酸剂按需治疗或维持治疗。(0.5分)
- 4.酌情应用促胃肠动力药或黏膜保护药。(0.5分)
- 5.酌情抗反流手术治疗。(0.5分)

二、食管癌

知识概要

食管癌是常见的消化道肿瘤。目前,其病因尚未完全明确,可能与吸烟、饮酒及致癌物、促癌物的摄入有关,男多于女,发病年龄多在40岁以上。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	年龄40岁以后多发	
症状	早期偶有吞咽食物哽噎、停滯或异物感,胸骨后闷胀或疼痛。中晚期有进行性吞咽困难,转移侵犯时可有胸背疼痛等,晚期可出现消瘦、贫血、营养不良或恶病质等,转移时可有浅表淋巴结肿大等	
体征	早期无特殊体征,晚期可有远处转移表现,如锁骨上淋巴结肿大等	
辅助检查	食管钡餐造影	早期无典型表现。中晚期表现为不规则充盈缺损或龛影,病变段食管僵硬
	细胞学检查	食管拉网采集细胞检查,常用于普查,对早期诊断有意义,分段拉网尚可定位
	内镜	是诊断食管癌最直接的方法,活组织病理学检查可确诊
	CT检查	有助于显示肿瘤外侵及淋巴结转移情况

【诊断公式】

喜吃热烫+进食哽噎感(早期)+进行性吞咽困难(中晚期)+钡餐检查阳性结果=食管癌

鉴别诊断	特点
食管炎	早期食管癌无吞咽困难,只有进食不适感时,应与食管炎鉴别
贲门失弛缓症	可以有进食困难,但是病史往往较长,症状可以时轻时重,造影有食管近段扩张,远端呈典型“鸟嘴征”
胃食管反流病(GERD)	内镜检查+组织学活检可明确

【进一步检查】

- 1.胸部CT 明确是否已经侵犯周围组织及是否有纵隔淋巴结转移。

- 2.骨扫描 排除骨转移。
- 3.头颅 CT 排除脑转移。

【治疗原则】

- 1.首选手术治疗,延长生命、改善生活质量。
- 2.晚期患者给予营养支持、放射治疗或对症治疗,缓解痛苦。

张老师温馨提醒

进行性吞咽困难——食道癌。进行性呼吸困难——呼吸窘迫。进行性排尿困难——前列腺增生。

真题演练

病例摘要:男性,66岁。胸骨后疼痛10个月,吞咽困难半年。

患者10个月前无明显诱因出现胸骨后隐痛不适,进食时明显,无放射痛,未就诊。半年前出现吞咽困难,开始为进食馒头出现,近2个月进食米粥亦有困难,今日进食后呕吐,胸骨后疼痛加重。无反酸、烧心、口苦,自服莫沙必利无缓解。发病以来食欲减退,睡眠及大小便可,体重下降8kg。吸烟,每天20支,不饮酒。喜热烫食物。

查体:T 36.7℃,P 85次/分,R 18次/分,BP 130/80 mmHg。左侧锁骨上可触及蚕豆大淋巴结,质地较硬。睑结膜苍白。双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。心界不大,心率85次/分,律齐。腹平软,无压痛、反跳痛。肝脾肋下未触及。双下肢轻度凹陷水肿。

实验室检查:血常规:Hb 80 g/L,RBC $2.8 \times 10^{12}/L$,WBC $8.5 \times 10^9/L$,N 0.66,Plt $280 \times 10^9/L$ 。粪常规:镜检(-),隐血(+)。尿常规(-)。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分22分

一、初步诊断(4分)

食管癌(进展期)(仅答“食管癌”得3分,答“贲门癌或交界部肿瘤”得3分)(4分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分)(5分)

- 1.老年男性,喜食热烫食物,有吸烟史。(1分)
- 2.进行性吞咽困难、胸骨后疼痛,伴消瘦、呕吐。(2分)
- 3.睑结膜苍白,左锁骨上可触及肿大淋巴结。(1分)
- 4.实验室检查提示贫血,粪隐血阳性。(1分)

三、鉴别诊断(5分)

- 1.贲门失弛缓症。(1.5分)
- 2.胃食管反流病。(1.5分)
- 3.食管良性肿瘤。(1分)
- 4.其他原因引起的食管良性狭窄。(1分)

四、进一步检查(4分)

- 1.胃镜+黏膜活组织病理学检查。(2分)
- 2.胸部CT。(1分)
- 3.腹部B超或上腹部增强CT,血肿瘤标志物。(0.5分)
- 4.必要时左锁骨上淋巴结病理检查。(0.5分)

五、治疗原则(4分)

- 1.酌情放疗、化疗。(1.5分)
- 2.酌情手术治疗。(1分)
- 3.内镜介入治疗(如内镜下食管支架置入)。(1分)
- 4.对症及支持治疗。(0.5分)

三、胃炎

知识概要

胃炎是多种不同病因导致的胃黏膜发生炎症性损伤。根据病程分急性和慢性两种,慢性比较常见。

(一)急性胃炎

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	有药物损伤和应激创伤
症状	上腹痛、恶心、呕吐和食欲缺乏是急性胃炎的常见症状
	由药物和应激引起的急性胃炎,多数可出现内镜下急性糜烂出血性的表现,严重者可发生急性溃疡并大量出血
	烧伤所致者称 Curling 溃疡,中枢神经系统病变所致者称 Cushing 溃疡,主要表现为呕血和黑便
体征	急性感染或食物中毒引起的急性胃炎,常同时合并肠炎,称急性胃肠炎,多表现为上腹痛、恶心、呕吐和食欲缺乏伴腹泻,可出现脱水,甚至低血压
	腐蚀性胃炎常出现上腹剧痛、频繁呕吐、寒战、高热
辅助检查	胃镜检查: 以多灶性糜烂、浅表溃疡和出血灶为特征的急性胃黏膜病变

【诊断公式】

急性病程+不洁饮食/非甾体抗炎药服用史+上腹不适或隐痛+黑便=急性胃炎

鉴别诊断	特点
急性胆囊炎	常在进食油脂食物后急性起病,出现右上腹剧烈绞痛,阵发性加剧,常放射至右肩或右背部;Murphy 征阳性,超声可提示诊断
急性胰腺炎	多有暴饮暴食或饮酒史,主要表现在上腹剧烈疼痛,可向腰背部放射,呕吐后腹痛不缓解,血、尿淀粉酶明显升高,超声、CT 可提示诊断
急性阑尾炎	急性起病,转移性右下腹痛,麦氏点压痛,白细胞计数及中性粒细胞比例增高
消化道溃疡	特殊的疼痛节律及消化道内镜可以鉴别



胃炎

【进一步检查】

- 1.一般应在出血后**24~48小时内进行胃镜检查**。
- 2.排除诊断 腹部超声、腹部CT。

【治疗原则】

- 1.去除病因,合理膳食,减少食物对胃黏膜刺激,减轻胃负担。对有原发病而疑有急性胃黏膜病损者,应预防性应用H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂。
- 2.细菌感染引起者应用抗生素。
- 3.药物治疗 应用抑制胃酸分泌的H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂。
- 4.对症处理,解痉,镇痛治疗。
- 5.一旦发生大出血应迅速采取综合措施抢救,应补充血容量、纠正休克。

真题演练

病例摘要:男性,45岁。上腹部隐痛1周,黑便2天。

患者1周前开始感上腹部隐痛,进餐后明显,自服胃药(具体不详)后症状有所改善。近2天排黑便,每日1次,成形,量不多,无呕吐,头晕,心悸。发病以来进食稍差,睡眠及尿量均不正常,近期体重无明显变化。1个月前诊断为“高血压”,2周前开始口服阿司匹林及降压药治疗。否认胃肠道疾病和慢性肝病病史。其父患高血压病。

查体:T 36℃,P 82次/分,BP 145/90 mmHg。浅表淋巴结未触及肿大,结膜无苍白,巩膜无黄染。双肺未闻及干湿性啰音,心界不大,心率82次/分,律齐。腹平软,剑突下轻度压痛,无反跳痛,未触及腹部包块,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 120 g/L,RBC $4.0 \times 10^{12}/L$,WBC $8.2 \times 10^9/L$,分类正常,Plt $105 \times 10^9/L$ 。粪常规:黑色成形便,镜检(-),隐血(+).

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(3分)

- 1.急性糜烂出血性胃炎(或“非甾体抗炎药相关性胃病”或“急性胃黏膜病变”)(答“上消化道出血”得1分,答“急性胃炎”得1.5分)(2.5分)
- 2.高血压1级,低危(0.5分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(6分)

- 1.急性糜烂出血性胃炎(5分)
 - (1)中年男性,急性病程,服用阿司匹林后发病。(1.5分)
 - (2)以餐后上腹隐痛,黑便为主要临床表现。近期无体重下降。(1.5分)
 - (3)剑突下轻度压痛。(0.5分)
 - (4)黑色成形便,粪隐血阳性,镜检无异常。(1.5分)
- 2.高血压1级 低危(1分)
 - (1)高血压病史及家族史。(0.5分)
 - (2)查体:BP 145/90 mmHg。(0.5分)

三、鉴别诊断(3分)

- 1.消化性溃疡。(2分)
- 2.胃癌。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.胃镜,酌情活组织病理学检查。(2.5分)
- 2.幽门螺杆菌检测。(1.5分)
- 3.监测血常规、BUN。(1分)

五、治疗原则(5分)

- 1.流食或半流食,避免刺激性饮食,酌情补液。(0.5分)
- 2.酌情减量或停用阿司匹林。(0.5分)
- 3.应用质子泵制剂或 H₂ 受体拮抗剂。(1.5分)
- 4.应用胃黏膜保护剂,如米索前列醇。(1分)
- 5.如有幽门螺杆菌感染,择期根除治疗。(1分)
- 6.降压治疗。(0.5分)

(二)慢性胃炎

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	慢性上腹痛
症状	上腹痛或不适、上腹胀、早饱、嗝气、恶心等消化不良症状
	自身免疫性胃炎患者可伴有贫血及其他维生素 B ₁₂ 缺乏的表现
体征	一般无特殊体征,部分患者上腹部压痛
辅助检查	确诊必须依靠胃镜检查及胃黏膜活组织病理学检查
	幽门螺杆菌检测有助于病因诊断
	怀疑自身免疫性胃炎者应检测相关自身抗体及血清促胃液素(胃泌素)等

【诊断公式】

1.慢性病程+上腹不适+嗝气、恶心=慢性胃炎

2.鉴别诊断

- (1)需要与消化性溃疡、胃癌、肝、胆、胰疾病相鉴别。
- (2)消化性溃疡、早期胃癌可通过胃镜或 X 线胃造影诊断。
- (3)肝、胆、胰等疾病可通过超声、CT 等检查协助诊断。

【进一步检查】

- 1.胃镜及活组织病理学检查 是最可靠的诊断方法。
- 2.幽门螺杆菌检测。
- 3.自身免疫性胃炎应做壁细胞抗体和内因子抗体检查。

【治疗原则】

一般治疗:消除和避免刺激因素,戒烟酒,避免服用对胃有刺激性的食物及药物等。

- 1.消除或削弱攻击因子

- (1) 根除幽门螺杆菌。
- (2) 抑酸或抗酸治疗。
- (3) 促动力剂可减少胆汁反流。
2. 增强胃黏膜防御 胶体铋、铝碳酸制剂、硫糖铝等。
3. 促动力剂 多潘立酮、西沙必利、莫沙必利等。
4. 自身免疫性胃炎无特异治疗,有恶性贫血者需注射维生素 B₁₂。
5. 轻、中度异型增生者应定期随访,重度异型增生需内镜下切除。

【补充要点】

	A 型胃炎	B 型胃炎
别称	自身免疫性胃炎、慢性胃体炎	慢性多灶萎缩性胃炎、慢性胃窦炎
累及部位	胃体、胃底	胃窦
基本病理变化	胃体黏膜萎缩、腺体减少	胃窦黏膜萎缩、腺体减少
发病率	少见	很常见
病因	多由自身免疫性反应引起	幽门螺杆菌感染(90%)
贫血	常伴有,甚至恶性贫血	无
血清 VitB₁₂	↓↓(恶性贫血时吸收障碍)	正常
抗内因子抗体 IFA	+(占 75%)	无
抗壁细胞抗体 PCA	+(占 90%)	+(占 30%)

张老师温馨提醒

(1)慢性胃炎分为慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎,其中慢性萎缩性胃炎又分为 A、B 两型,大家记得要会区分。

(2)区分慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎要靠胃镜检查:慢性浅表性胃炎——红白相间以红为主;慢性萎缩性胃炎——红白相间以白为主。

真题演练

病例摘要:男性,66岁。反复上腹隐痛10年,再发1个月。

患者10年前开始反复出现上腹隐痛,餐后明显,有时伴腹胀及嗝气,无呕吐及反酸,未予治疗。1个月前因发热服用“退烧药”后症状再发,自服“胃药”(具体不详),效果不佳。近期食欲减退,大、小便正常,体重略下降。既往无其他疾病。母亲患消化道肿瘤,已故。

查体:T 36.0℃,P 68次/分,R 18次/分,BP 126/70 mmHg。浅表淋巴结未触及肿大,巩膜无黄染。双肺未闻及干湿性啰音。心率68次/分,律齐。腹平软,剑突下轻度压痛,无反跳痛,腹部未触及包块,肝脾肋下未触及。双下肢没有水肿。

实验室检查:血、尿、粪常规均(-)。

胃镜检查:胃黏膜皱襞变平、黏膜变薄,胃窦散在点状糜烂,其他无异常。

活检病理学检查提示:胃窦黏膜慢性炎,可见糜烂,固有腺体减少。腹部超声:肝胆胰脾未见异常。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15 分钟	
评分标准	总分 22 分
一、初步诊断(2 分) 慢性萎缩性胃炎(仅答出“慢性胃炎”得 1.5 分)(2 分)	
二、诊断依据(6 分) 1.老年患者,慢性病程。(1 分) 2.间断性上腹隐痛,餐后明显,食欲减退,无反酸。(2 分) 3.剑突下轻度压痛。(1 分) 4.胃镜及活检病理结果符合萎缩性胃炎。腹部超声示:肝胆胰脾未见异常。(2 分)	
三、鉴别诊断(4 分) 1.胃癌。(2 分) 2.消化性溃疡。(1.5 分) 3.慢性胆囊炎、胆石病。(0.5 分)	
四、进一步检查(5 分) 1.定期行胃镜及活组织病理学检查。(2.5 分) 2.幽门螺杆菌检测。(1.5 分) 3.心电图、血常规、粪常规+隐血。(1 分)	
五、治疗原则(5 分) 1.合理饮食,尽量避免刺激性食物和对胃黏膜有损伤作用的药物。(1 分) 2.应用胃黏膜保护剂及促胃动力剂。(1.5 分) 3.若有幽门螺杆菌感染,则行根除治疗。(1.5 分) 4.对症治疗,定期随访。(1 分)	

四、消化性溃疡

知识概要

消化性溃疡是指胃肠道黏膜被自身消化而形成的溃疡,以胃、十二指肠球部溃疡常见。



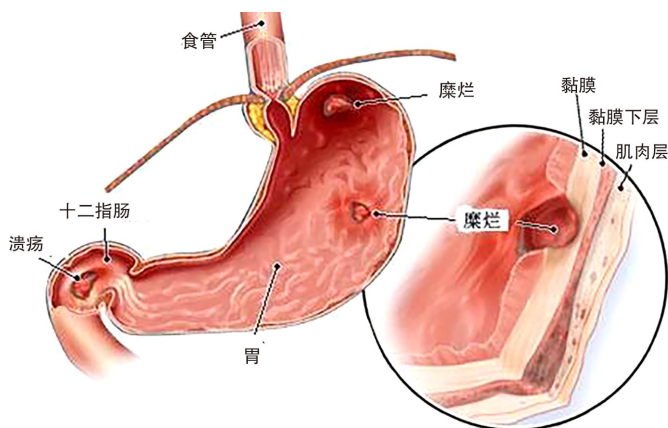
消化性溃疡

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	慢性腹痛,诱因常为饮食和起居不规律
症状	上腹痛是主要症状, 慢性过程 ,可达数年至数十年; 周期性发作,常呈季节性 ,多在秋冬或冬春之交发病 节律性 ,与进食相关,十二指肠溃疡表现为 饥饿痛,进食后缓解 胃溃疡 表现为 餐后发生疼痛 ,经 1~2 小时逐渐缓解
体征	溃疡活动时上腹部可有局限性压痛,缓解期无明显体征

辅助 检查	内镜检查	直接观察、摄影,还可在直视下活检做病理检查
	幽门螺杆菌检测	¹³ C 或 ¹⁴ C 尿素呼气试验,快速尿素酶试验,组织病理学检查等
	X 线钡餐造影	龛影是溃疡的直接征象
	粪常规+隐血	辅助诊断
	胃液分析	主要用于促胃液素(胃泌素)瘤的辅助诊断



【诊断公式】

- 1.慢性周期性饱餐痛(进食—疼痛—缓解)= 胃溃疡
- 2.慢性周期性饥饿痛、夜间痛(疼痛—进食—缓解)= 十二指肠溃疡
- 3.胃/十二指肠溃疡+呕血黑便+血压下降=消化性溃疡并发出血
- 4.有或无消化性溃疡病史+突发剧烈上腹痛+板状腹+X 线示膈下游离气体=消化性溃疡并发穿孔
- 5.十二指肠溃疡+呕吐宿食+振水音=十二指肠溃疡并发幽门梗阻

鉴别诊断	特点
功能性消化不良	症状酷似消化性溃疡,但 X 线钡餐造影和胃镜检查可完全正常或只有轻度胃炎
促胃液素瘤	导致在不典型部位发生多发性、难治性溃疡。普通制酸药物治疗不好
胃癌	疼痛无规律,病程较短,进展较快,抗酸疗效差,内镜和活组织病理学检测可鉴别
胆囊炎和胆石症	疼痛位于右上腹,放射至背部,常与进食油腻食物有关,常伴发热和黄疸易于鉴别

【进一步检查】

- 1.胃镜及活组织病理学检测 是确诊消化性溃疡首选的检查方法。
- 2.幽门螺杆菌检测。
- 3.怀疑胃泌素瘤时应做胃液分析和血清胃泌素测定。
- 4.X 线钡餐检查 龛影是直接征象,对溃疡有确诊价值;局部压痛、十二指肠球部激惹和球部变形、胃大弯侧痉挛性切迹均为间接征象,仅提示可能有溃疡。
- 5.粪常规+潜血试验。
- 6.腹部超声。

【治疗原则】

- 1.一般治疗 避免过劳和精神紧张,调整饮食,戒烟、酒等。
- 2.药物治疗 如抑制胃酸分泌的药物、保护胃黏膜药物、根除幽门螺杆菌等。

(1)根除幽门螺杆菌:三联疗法(一种PPI/胶体次枸橼酸铋+两种抗生素)、四联疗法(PPI+胶体次枸橼酸铋+两种抗生素)。

(2)抗酸分泌:H₂受体拮抗剂、PPI。

(3)保护胃黏膜:硫糖铝、胶体次枸橼酸铋、米索前列醇。

3.预防溃疡复发。

4.必要时手术治疗。

张老师温馨提醒

(1)十二指肠溃疡:疼痛—进食—缓解。

(2)胃溃疡(GU):进食—疼痛—缓解。

真题演练

病例摘要:男性,48岁。间断上腹部隐痛10年,再发伴呕吐3天。

患者10年前开始无明显诱因反复出现上腹部隐痛,以剑突下为著,伴反酸、嗝气、腹胀,疼痛多于季节交替、夜间发生。自服“雷尼替丁”、“碳酸铝镁”后症状可缓解。3天来症状再发,伴腹胀、反复呕吐隔夜食物,呕吐物量大。发病以来食欲、睡眠欠佳,大便量减少,尿正常,体重无明显变化。有吸烟史,不饮酒。

查体:T 36.5℃,P 90次/分,R 18次/分,BP 110/70 mmHg,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90次/分,律齐,腹平软,上腹深压痛,肝脾肋下未触及,未触及包块,振水音(+),移动性浊音(-)。双下肢无水肿。

实验室检查:血常规:Hb 131 g/L,RBC 4.7×10¹²/L,WBC 6.2×10⁹/L,N 0.65,Plt 195×10⁹/L。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.十二指肠溃疡(答“消化性溃疡”得2.5分)(3分)
- 2.幽门梗阻(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(4分)

- 1.十二指肠溃疡(3分)
 - (1)中年男性,慢性病程,反复发作。(1分)
 - (2)节律性上腹痛,夜间发作为主,抑酸药物及胃黏膜保护药治疗有效(2分)
- 2.幽门梗阻:发作伴有腹胀、呕吐宿食,上腹深压痛,振水音(+).(1分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.胃癌。(1.5分)
- 2.肠梗阻。(1分)
- 3.胆石病、胆囊炎。(1分)
- 4.慢性胃炎、胃溃疡(答出一项即得分)。(0.5分)

四、进一步检查(答出“上消化道 X 线钡餐造影”扣 2 分)(6 分)

1. 胃镜,必要时胃黏膜活组织病理检查。(2 分)
2. 血糖及电解质、动脉血气分析。(1 分)
3. 立位腹部 X 线平片。(1 分)
4. 幽门螺杆菌相关检测。(0.5 分)
5. 腹部 B 超或上腹部 CT 检查。(1 分)
6. 肿瘤标志物检测。(0.5 分)

五、治疗原则(4 分)

1. 禁食。(1 分)
2. 营养支持治疗,维持水电解质平衡。(0.5 分)
3. 胃肠减压。(0.5 分)
4. 静脉应用抑酸剂治疗。(1.5 分)
5. 必要时手术治疗。(0.5 分)

五、消化道穿孔**知识概要**

消化道穿孔最常见的是胃、十二指肠穿孔。急性穿孔是胃、十二指肠溃疡常见的严重并发症之一,其中急性十二指肠溃疡穿孔常见于前壁,胃溃疡穿孔多见于胃小弯。

**应试流程****【诊断及诊断依据】**

病史	多数患者既往有胃病或胃溃疡病史
症状	突然发作的剧烈腹痛,初起时多位于上腹部,随后迅速蔓延至全腹,常伴有轻度休克症状,可伴有恶心、呕吐、发热等
体征	腹部检查有明显的腹膜刺激征,腹肌高度强直,呈板状;叩诊肝浊音界消失或缩小,肠鸣音减弱或消失
辅助检查	腹部 X 线检查:一般采用立位,可发现膈下游离气体 诊断性腹腔穿刺:必要时采用,可抽出含胃内容物的消化液

【诊断公式】

消化性溃疡+突发上腹痛+剧烈腹膜刺激征+腹部立位平片示膈下游离气体=消化道穿孔

鉴别诊断	特点
急性胰腺炎	腹痛多位于上腹中部或偏左,血、尿淀粉酶多显著升高,CT 检查多可明确
急性胆囊炎	表现为右上腹绞痛,持续性痛,Murphy 征阳性。超声检查多可明确
急性阑尾炎	表现为转移性右下腹痛,结合超声、CT 检查多可明确

【进一步检查】

1. 腹部 X 线检查 采用立位,可发现膈下游离气体,若患者有休克症状,则可右侧卧位床旁拍片,显示左侧上腹游离气体。
2. 诊断性腹腔穿刺 若抽出含有消化液及食物残渣的混合液体,可明确诊断。

【治疗原则】

1.非手术治疗

持续胃肠减压,维持水、电解质和酸碱平衡,加强营养代谢支持,静脉应用抑酸剂,全身应用广谱抗生素,严密观察病情变化。

2.手术治疗

(1)穿孔修补术:适用于一般状态差,伴重要脏器严重疾病;穿孔时间长,超过8小时;腹腔内炎症较重及胃、十二指肠严重水肿;估计根治手术风险大者。

(2)根治性手术:适用于患者一般情况好,穿孔在8小时内,主要术式有胃大部切除术、穿孔修补加选择性迷走神经切断术等。

张老师温馨提醒

胃溃疡四大并发症:出血、穿孔、幽门梗阻与癌变。

真题演练

病例摘要:男性,30岁。餐后突发上腹部剧痛12小时。

12小时前晚餐后突然出现上腹部“刀割”样疼痛,呈持续性,伴恶心,呕吐。30分钟后腹痛波及右下腹,逐渐弥漫至全腹,自服止痛药无效。发病以来未进食,未排尿、排便。既往有十二指肠溃疡病史4年,未正规治疗。无药物过敏史及手术、外伤史。无烟酒嗜好。

查体:T 38.9℃,P 118次/分,R 26次/分,BP 135/80 mmHg。神志清楚,痛苦面容,屈曲体位。浅表淋巴结未触及肿大,巩膜无黄染,口唇无发绀。心肺检查未见异常。腹平坦,腹式呼吸消失,全腹明显压痛、反跳痛,肌紧张呈板样,肝脾触诊不满意,肝浊音界消失,移动性浊音(±),听诊未闻及肠鸣音。

实验室检查:血常规:Hb 126 g/L, WBC $21.0 \times 10^9/L$, N 0.88, Plt $280 \times 10^9/L$ 。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.十二指肠溃疡穿孔(3分)
- 2.急性弥漫性腹膜炎(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.十二指肠溃疡穿孔(3分)
 - (1)餐后突发上腹部“刀割”样疼痛,腹痛很快波及右下腹,全腹。(1分)
 - (2)十二指肠溃疡病史,未正规治疗。(1分)
 - (3)查体:肝浊音界消失,腹膜炎体征。(1分)
- 2.急性弥漫性腹膜炎(2分)
 - (1)体温38.9℃,腹式呼吸消失,板样腹,全腹有压痛、反跳痛,肠鸣音消失。(1分)
 - (2)血白细胞总数及中性粒细胞比例增高。(1分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.急性阑尾炎。(1分)
- 2.急性胆囊炎。(1分)
- 3.急性胰腺炎。(1分)
- 4.急性肠梗阻。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.立位腹部X线片。(2分)
- 2.腹部CT或B超。(1分)
- 3.血、尿淀粉酶测定。(1分)
- 4.诊断性腹腔穿刺。(1分)

五、治疗原则(4分)

- 1.禁饮食,胃肠减压。(0.5分)
- 2.补液,维持水电解质平衡。(1分)
- 3.急症手术治疗(溃疡穿孔修补术)。(1分)
- 4.抗菌药物治疗。(1分)
- 5.术后正规抗溃疡药物治疗。(0.5分)

六、胃癌

知识概要

胃癌是源自胃黏膜上皮的恶性肿瘤,主要是胃腺癌。好发年龄在50岁以上,男女发病率之比为2:1。在我国的西北与东部沿海地区胃癌发病率比南方地区明显要高。



胃癌

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	胃溃疡、慢性萎缩性胃炎、胃息肉、黑便或大便潜血阳性病史	
症状	早期多无症状,进展期可有上腹疼痛、食欲缺乏、体重下降和头晕、乏力等	
体征	主要体征为腹部肿块,上腹部压痛;晚期可有锁骨上淋巴结肿大和腹腔转移的体征	
辅助检查	粪隐血检查	持续性粪隐血阳性有提示意义
	肿瘤标记物	如CA19-9,CEA,但缺乏特异性
	X线钡餐造影	主要表现为充盈缺损,边缘欠规则或腔内龛影,胃壁僵硬失去蠕动等
	内镜检查	大多数胃癌通过内镜检查加活组织病理学检查可得到正确诊断

【诊断公式】

老年人+上腹不适+黑便+左锁骨上淋巴结肿大+体重减轻=胃癌

鉴别诊断	特点
消化性溃疡	可有类似胃部不适的症状,但溃疡病的季节性明显,多为饥饿痛,伴反酸、胃灼热
慢性胃炎	长期间歇发作,与进食不当有关,有进展为胃癌的可能
胃肉瘤	胃镜+活组织病理学检查有助于鉴别

【进一步检查】

- 1.血常规,粪常规+隐血试验,肝、肾功能。
- 2.胃肠 X 线钡餐造影。
- 3.胃镜检查 同时取组织标本,送病理检查。
- 4.CT 检查 可了解肝或腹腔淋巴结有无转移和转移情况与部位,以协助制订治疗计划。

【治疗原则】

- 1.对症治疗。
- 2.手术治疗 尽量行根治性手术,如无法行根治性手术,必要时可行姑息手术。
- 3.化学治疗 胃癌对化疗具有低至中等程度的敏感性。最常采用术后辅助化疗。
- 4.放射治疗 胃癌对放射线敏感性低,多数学者不主张术前放疗,可行术中放疗。
- 5.免疫治疗。
- 6.中药治疗。

张老师温馨提醒

不明原因的体重下降(消瘦),无痛性出血,不明原因出血,无痛性淋巴结肿大,都应考虑癌症的可能。

真题演练

病例摘要:女性,48岁。间断上腹痛4个月,呕吐1天。

患者4个月来无明显诱因间断感上腹隐痛,伴嗝气,无规律性,无反酸。自服“胃黏膜保护剂”后症状改善不明显,1天来呕吐胃内容物3次。发病以来食欲差,大便色深,体重下降约6kg。近期未服用其他药物,无烟酒嗜好。

查体:T 35.6℃,P 89次/分,R 18次/分,BP 110/65 mmHg。神志清楚,贫血貌,巩膜无黄染。心肺查体无异常。腹平软,剑突下压痛(+),无反跳痛,可疑触及1个包块,质硬、触痛(+),肝脾肋下未触及,Murphy征(-),移动性浊音(-),肠鸣音3次/分。双下肢无水肿。

血常规:Hb 90 g/L,RBC $3.5 \times 10^{12}/L$,WBC $6.8 \times 10^9/L$,N 0.64,L 0.35,Plt $250 \times 10^9/L$ 。粪常规:镜检(-),隐血(+).

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.胃癌(答“胃恶性肿瘤”亦得3分)(3分)
- 2.贫血(中度)(1分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.胃癌(胃恶性肿瘤)(4分)
 - (1)中年女性,慢性病程。(0.5分)
 - (2)间断上腹隐痛,无规律性,胃黏膜保护剂治疗效果欠佳,1天来呕吐3次,大便色深,体重明显减轻。(1.5分)
 - (3)剑突下压痛,触及可疑包块、质硬。(2分)
- 2.贫血(中度);贫血貌,便隐血(+)。血常规检查符合贫血改变。(1分)

三、鉴别诊断(3分)

- 1.消化性溃疡。(1分)
- 2.慢性胃炎。(1分)
- 3.慢性胰腺炎。(1分)

四、进一步检查(5分)

- 1.胃镜+活组织病理学检查。(2分)
- 2.腹部超声或CT检查。(1分)
- 3.幽门螺杆菌检测。(1分)
- 4.肝、肾功能,肿瘤标记物(如CEA)。(0.5分)
- 5.胸部X线检查。(0.5分)

五、治疗原则(5分)

- 1.休息,限制饮食,补液。(1分)
- 2.酌情手术治疗。(2分)
- 3.酌情放化疗。(1分)
- 4.如有幽门螺杆菌感染,择期根除治疗。(1分)

七、肝硬化

知识概要

肝硬化是由一种或多种原因引起的,以肝组织弥漫性纤维化、假小叶形成和再生结节为组织学特征的进行性慢性肝脏疾病。临床上有多系统受累,以肝功能损害和门静脉压力增高为主要临床表现,晚期可以合并消化道出血、肝性脑病、肝肾综合征、水电解质紊乱、腹水感染、原发性肝癌等并发症。



肝硬化

应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	多有病毒性肝炎、长期饮酒、血吸虫病等病史
症状	乏力、出血倾向、贫血、恶心、呕吐、食欲缺乏、腹胀、腹水形成、黄疸等
体征	慢性病容、蜘蛛痣、毛细血管扩张、肝掌、男性乳腺发育、脾大、门脉侧支循环建立和开放、腹水征阳性

续表

辅助检查	影像学检查	上消化道 X 线钡餐造影检查食管静脉曲张可见 虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损及纵行黏膜皱襞增宽
	腹水检查	一般为漏出液,并发自发性腹膜炎,腹水 Rivalta 试验阳性,白细胞计数增多
	内镜检查	直接确定食管及胃底有无静脉曲张 ——诊断门脉高压最可靠指标,了解程度
	腹腔镜检查	见肝表面有大小不等的结节和纤维间隔等,可活检。 肝脏穿刺活检——确诊

【诊断公式】

- 1.肝病史+门脉高压(脾大、腹水)+蜘蛛痣+超声肝脏缩小=肝硬化
- 2.中年患者+上消化道出血+肝硬化=食管胃底静脉曲张破裂出血

鉴别诊断	特点
与引起肝大的疾病鉴别	淤血性肝大、肝血吸虫病、肝包虫病等
与引起腹水的疾病鉴别	结核性腹膜炎、缩窄性心包炎等
与其他疾病鉴别	溃疡病、胃癌等

【进一步检查】

- 1.肝功能及生化检查。
- 2.肝炎病毒学检查 可检测到病毒性肝炎血清标记物。
- 3.腹水检查 有助于鉴别诊断。
- 4.上消化道 X 线钡餐造影 食管静脉曲张时,食管可见**虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损**;胃底静脉曲张时可见菊花样充盈缺损。
- 5.内镜检查 可观察曲张静脉的部位、数量及程度。
- 6.腹腔镜检查 可直接观察到肝脏外形、表面、色泽、边缘及脾脏情况,且可进行目标穿刺活检。
- 7.肝穿刺活组织检查 **假小叶形成**是确定诊断的依据。

【治疗原则】

- 1.一般治疗 休息,调整饮食,以高热量、优质蛋白、维生素丰富而易消化的食物为宜;肝功能严重损害或出现肝性脑病时,应禁食或限制蛋白质摄入;腹水患者应选用少盐或无盐饮食;避免烟酒和粗糙食物;忌用损害肝脏的药物。
- 2.保肝药物治疗。
- 3.腹水的治疗 限制钠、水的摄入;合理应用利尿剂;提高血浆胶体渗透压;自身腹水浓缩回输;经颈静脉肝内门体分流术。
- 4.门脉高压症的手术治疗。
- 5.并发症治疗。

张老师温馨提醒

大家要区分肝硬化与病毒性肝炎的诊断,病毒性肝炎有明确的乙肝感染史,转氨酶增高及肝炎相关指标(+),肝硬化有门脉高压的表现和假小叶的形成。最大最显著的特征是活检有假小叶的出现。

真题演练

病例摘要:男性,47岁。腹胀半年,加重伴双下肢水肿1个月。

患者半年前开始出现腹胀,劳累后明显,偶有心悸、胸闷,乏力,未诊治,近一个月上述症状加重,并出现双下肢水肿,于门诊就诊。发病以来食欲减退,大便不成形,尿色黄,近2~3天尿量为500 mL/d,体重无明显变化。既往2年前体检时发现“脂肪肝”,未治疗。否认传染性疾病史。无手术外伤史。大量饮酒25年,不吸烟,否认传染病家族史。

查体:T 35.7℃,P 80次/分,R 23次/分,BP 130/70 mmHg。神志清楚。慢性病容。面部可见皮肤毛细血管扩张,浅表淋巴结未触及肿大,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心界不大,心率80次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。全腹膨隆,无压痛及反跳痛,肝脾触诊不满意,液波震颤(+),双下肢呈凹陷性水肿。

实验室检查:血常规:Hb 90 g/L,RBC $3.1 \times 10^{12}/L$,WBC $6.9 \times 10^9/L$,N 0.58,Plt $85 \times 10^9/L$,ALT 57 U/L,AST 85 U/L,总蛋白 65 g/L,白蛋白 24 g/L,CR $110 \mu\text{mol/L}$ 。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.酒精性肝硬化失代偿期(仅答“肝硬化”得2分)(3分)
- 2.腹水(0.5分)
- 3.脾功能亢进(0.5分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(5分)

- 1.酒精性肝硬化失代偿期(2分)
 - (1)中年男性,慢性病程。有脂肪肝及长期大量饮酒史。(0.5分)
 - (2)腹胀、乏力,食欲减退,尿量减少,双下肢水肿。可见皮肤毛细血管扩张。(1.5分)
- 2.腹水:慢性病容。全腹膨隆,无压痛及反跳痛,肝脾触诊不满意,液波震颤(+).(1分)
- 3.脾功能亢进:实验室检查:血中性粒细胞正常,血红蛋白浓度、红细胞及血小板计数减少。(2分)

三、鉴别诊断(3分)

- 1.其他病因导致的肝硬化(如病毒性肝炎肝硬化、自身免疫性肝硬化)。(0.5分)
- 2.结核性腹膜炎。(0.5分)
- 3.心源性水肿。(1分)
- 4.肾源性水肿。(0.5分)
- 5.布·加综合征。(0.5分)

四、进一步检查(5分)

- 1.血脂,血电解质,凝血功能,肝炎病毒标志物及自身抗体。(1分)
- 2.腹部及血管B超或CT检查(1.5分)
- 3.腹腔穿刺,腹水常规、生化、ADA、病理学及细胞学检查。(1.5分)
- 4.心电图及超声心动图检查。(0.5分)
- 5.胃镜检查。(0.5分)

五、治疗原则 (5分)

1. 休息,戒酒,限盐限水,避免粗糙及刺激性食物。(0.5分)
2. 输注白蛋白。(1.5分)
3. 联合应用排钾及保钾利尿剂。(1分)
4. 酌情放腹水,维持水电解质酸碱平衡。(1分)
5. 应用保肝及降门脉压药物。(1分)

八、肝癌(助理不考)

知识概要

肝癌即肝细胞或肝内胆管上皮细胞发生的恶性肿瘤,可分为原发性和继发性两大类。是我国常见的恶性肿瘤之一。



应试流程

【诊断及诊断依据】

既往史	可有肝炎、肝硬化病史
症状	起病隐匿,早期缺乏典型症状,中晚期可有肝区疼痛(可放射至右肩和右背部)、食欲减退、乏力、消瘦、低热、腹胀、贫血、黄疸等症状
体征	早期无特异体征,中晚期可有肝大等 皮肤、巩膜黄染,肝大质硬,表面呈结节状。晚期可有腹水体征
特异指标	血清 AFP 大于 400 ng/mL 持续 4 周以上;大于 200 ng/mL 持续 8 周以上;AFP(+)无症状——亚临床肝癌 肝穿刺活检——金标准

【诊断公式】

乙肝病史+右上腹痛加重+肝大+硬肿块+体重下降+AFP↑+超声占位=肝癌

鉴别诊断	特点
继发性肝癌	病情发展缓慢,AFP 一般阴性,结合病理证据可明确
肝血管瘤	绝大多数病人无任何症状,AFP 阴性,结合超声检查可诊断。必要时可查肝动脉造影等明确诊断
肝硬化	肝脏体积多缩小,无占位性病变,AFP 仅轻度升高
活动性肝炎	肝病活动时 AFP 可能短暂升高,但 AFP 与 ALT 呈平行或同步关系
肝脓肿	多有感染病史,必要时在超声引导下进行诊断性穿刺

【进一步检查】

1. 甲胎蛋白(AFP)和癌胚抗原(CEA)的测定。
2. 腹部超声、CT、MRI 和选择性肝动脉造影等影像学检查。
3. 肝穿刺活检。

【治疗原则】

1. 手术切除 适用于全身情况良好、肿瘤局限者。
2. 姑息性治疗 如选择性肝动脉化疗栓塞、癌灶局部冷冻、微波热凝、无水酒精注射和射频、激光等

治疗,均有一定的疗效。

3. 综合治疗 包括化学药物治疗、放射治疗、免疫治疗和中医中药治疗。

张老师温馨提醒

- (1) 肝癌的解析思路其实很明了: 乙肝→肝硬化→肝癌→肝性脑病→死亡。
(2) 同理: 吸烟→COPD→肺心病或肺癌→肺性脑病→死亡。

真题演练

病例摘要: 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、咳痰。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, 剑突下 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/L, WBC 2.4×10⁹/L, N0.65, Plt60×10⁹/L, 粪常规; 镜检(一), 隐血(一)。血总胆红素 38.5umol/L, 直接胆红素 23.2umol/L, 白蛋白 28g/L, 球蛋白 38g/L, ALT 60U/L, AST 98U/L, PT14.5 秒(对照 13 秒), HBsAg(+), AFP 412ng/ml。

腹部 B 超: 肝右叶近肝门见一大约 7.0cm×5.5cm 病变, 边界不清, 内部回声。

要求: 根据以上病例摘要, 请将初步诊断、诊断依据(两个以上诊断, 应分别列出各自诊断依据, 未分别列出扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间: 15 分钟

评分标准

总分 22 分

一、初步诊断(4 分)

1. 原发性肝癌(2 分)
2. 乙型肝炎肝硬化(失代偿期)
门静脉高压(1.5 分)
脾胃大, 脾功能亢进(0.5 分)

二、诊断依据(初步诊断错误、诊断依据不得分; 未分别列出各自诊断依据, 扣 1 分)(5 分)

1. 原发性肝癌
 - (1) 中年男性, 慢性病程, 有乙型肝炎病毒感染史。(0.5 分)
 - (2) 持续性右上腹痛、低热、体重下降。(0.5 分)
 - (3) 黄疸, 肝大、质硬。(0.5 分)
 - (4) 血 AFT 增高。(1 分)
 - (5) B 超提示肝脏占位性病变。(1 分)
2. 乙型肝炎肝硬化(失代偿期) 门静脉高压, 脾大, 脾功能亢进。
 - (1) HBsAg(+) 病史。(0.5 分)
 - (2) 蜘蛛痣、巩膜黄染、腹壁静脉曲张、脾大、腹水征阳性。(0.5 分)
 - (3) 血白细胞、血小板减少, 低白蛋白血症, 白/球蛋白倒置。(0.5 分)

三、鉴别诊断(4分)

- 1.肝脓肿(2分)
- 2.转移性肝癌(1.5分)
- 3.其他肝脏肿瘤或病变(0.5分)

四、进一步检查(5分)

- 1.上腹部增强CT或MRI检查。(2分)
- 2.血HBVDNA。(1分)
- 3.腹腔穿刺,腹水常规、生化、细胞学、病原学检查。(1分)
- 4.其他肿瘤标志物检查(如CEA)。(0.5分)
- 5.胸部X线片或胸部CT。(0.5分)

五、治疗原则(4分)

- 1.经肝动脉栓塞、化疗。(1分)
- 2.酌情考虑外科手术治疗。(1分)
- 3.酌情抗病毒治疗。(1分)
- 4.酌情放射及其他局部治疗。(0.5分)
- 5.利尿、纠正低蛋白血症,对症治疗。(0.5分)

九、胆石病、胆道感染

知识概要

胆石病、胆道感染是指胆结石病变与胆囊急、慢性炎症的总称。前者分为胆囊结石病、胆总管结石病、肝胆管结石病;后者分为急性胆囊炎、慢性胆囊炎、慢性结石性胆囊炎、急性胆管炎、慢性胆管炎、急性梗阻性化脓性胆管炎等疾病。胆石病与胆道感染互为因果关系。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	进油腻食物——疼痛
症状	胆囊炎表现为 胆绞痛,右上腹或剑突下发作性疼痛 ,向右腰背部或右肩放射,伴恶心、呕吐、发热
	胆管炎表现是“ 腹痛、寒战高热、黄疸 ”等三联征 急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)表现为 五联征(三联征加上休克、精神症状)
体征	体征右上腹压痛、肌紧张、 Murphy征阳性(特有)
辅助检查	血常规示白细胞计数增高,中性粒细胞比例上升;超声所见 胆囊增大、壁增厚

【诊断公式】

- 1.阵发性右上腹绞痛+有或无黄疸+超声示强回声团、后伴声影=胆石症
- 2.阵发性右上腹绞痛+墨菲征阳性+无黄疸+超声示胆囊内强回声团、后伴声影=胆囊结石
- 3.阵发性右上腹痛绞痛+黄疸+超声示胆管内强回声团、后伴声影=胆管结石
- 4.阵发性右上腹绞痛+墨菲征阳性+超声示胆囊增大、壁增厚(双边征)=急性胆囊炎
- 5.夏柯三联征(右上腹痛+寒战高热+黄疸)=急性胆管炎
- 6.雷诺五联征(夏柯三联征+血压下降+精神神经症状)=急性化脓性梗阻性胆管炎

鉴别诊断	特点
胃十二指肠溃疡或穿孔	有右上腹痛应鉴别,既往多有溃疡病史,如并发穿孔则为突发的剧烈腹痛,伴有明显腹膜炎体征,呈“板状腹”,立位腹平片可见膈下游离气体
急性胰腺炎	腹痛剧烈,常于进食后发作,但多位于上腹中部偏左,有腹膜炎体征,血清淀粉酶显著升高
胆总管结石、胆管炎	可同时并存,有腹痛、发热和黄疸即夏柯三联征的表现

【进一步检查】

- 1.血常规、肝、肾功能、电解质。
- 2.超声检查 可显示胆囊肿大、壁增厚及结石光团和声影。
- 3.X线检查 如需与消化道穿孔、肠梗阻鉴别可用。
- 4.血、尿淀粉酶测定 与急性胰腺炎鉴别。
- 5.CT检查。

【治疗原则】

- 1.手术治疗 适应证包括:
 - (1)有症状的、伴有慢性胆囊炎的胆囊结石。
 - (2)急性胆囊炎,症状较重,或有胆囊坏死、穿孔者。
- 2.非手术治疗 包括禁食、抗炎、解痉止痛、静脉输液等措施,待急性胆囊炎的症状缓解后可择期手术。

张老师温馨提醒

大家注意结石是可以动的——结石到哪里炎症到哪里。

急性胆囊炎→急性胆管炎→急性化脓性梗阻性胆管炎→胰腺炎。

真题演练

病例摘要:女性,56岁。反复右上腹胀痛3年,加重伴发热2天。

3年前因右上腹痛被诊断为胆石症,于外院行“保胆取石”手术。术后症状一度缓解。约半年后腹痛复发,逐渐加重,多于油腻饮食后发作,无发热及黄疸。2天前午饭后即感右上腹胀痛,向后背放射,伴恶心,未呕吐,自觉发热伴寒战,前来就诊。既往无心脏、肝、肾病史。

查体:T 39℃,P 90次/分,R 24次/分,BP 130/80 mmHg。神清合作,皮肤、巩膜轻度黄染,浅表淋巴结未触及肿大,心肺未见异常。腹平坦,可见右肋缘下小切口瘢痕,未见肠型及蠕动波,右上腹轻度压痛,无肌紧张或反跳痛,Murphy征(+),肝脾肋下未触及,全腹未触及肿物,肠鸣音3次/分。

实验室检查:血常规 Hb 140 g/L,WBC $12.1 \times 10^9/L$,N 0.90,Plt $126 \times 10^9/L$ 。

腹部B超:胆囊稍缩小,壁增厚、粗糙,内可见多个细小沙粒样结石影,部分位于胆囊颈;肝外胆管稍增粗,有小结石影;胰腺未见明显异常。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(如有两个及以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出者扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(4分)

- 1.胆石病:胆囊结石、胆管结石(仅答“胆囊结石”得1分,仅答“胆管结石”得1分)(2分)
- 2.胆道感染:急性胆囊炎,急性胆管炎(仅答“急性胆囊炎”得1分,仅答“急性胆管炎”得1分)(2分)

二、诊断依据(初步诊断错误,诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(6分)

- 1.胆石病:胆囊结石,胆管结石(3分)
 - (1)右上腹反复胀痛3年。有“保胆取石”手术史。(1分)
 - (2)腹部B超显示胆囊壁增厚,粗糙,囊内可见细小结石影。(1分)
 - (3)腹部B超显示肝外胆管增粗,有小结石影。(1分)
- 2.胆道感染:急性胆囊炎,急性胆管炎(3分)
 - (1)近期出现右上腹胀痛,向后背放射,伴恶心,发热伴寒战。(1分)
 - (2)查体:T 39℃,皮肤、巩膜轻度黄染,右上腹压痛,Murphy征(+).(1分)
 - (3)血白细胞总数及中性粒细胞比例增高。(1分)

三、鉴别诊断(3分)

- 1.急性胰腺炎。(1分)
- 2.消化性溃疡。(1分)
- 3.肝脓肿。(1分)

四、进一步检查(4分)

- 1.CT或MRCP(磁共振胰胆管造影)。(1分)
- 2.肝功能和血、尿淀粉酶、尿常规(尿三胆)检查。(2分)
- 3.必要时胃镜检查。(1分)

五、治疗原则(5分)

- 1.禁食,输液。(2分)
- 2.应用抗生素,术前准备。(1分)
- 3.手术治疗:胆囊切除术,胆总管探查术(或鼻胆管引流)。(2分)

十、急性胰腺炎

知识概要

急性胰腺炎是多种原因导致的胰酶在胰腺内被激活直接引起胰腺组织自身消化后出现以水肿、出血甚至坏死为特点的炎症反应。临床以急性上腹痛及血淀粉酶或脂肪酶增高为特点。病变程度轻重不等,多数患者病情轻,预后好。



应试流程

【诊断及诊断依据】

病史	病史饮酒、暴饮暴食、胆石症病史
症状	突发剧烈腹痛,多位于上腹正中偏左,可放射至腰背部,伴恶心、呕吐、发热、肠麻痹等症
体征	明显的腹膜炎体征,肠鸣音减弱或消失,腹部有移动性浊音。严重者腹部有瘀斑
辅助检查	血尿淀粉酶增高,血脂肪酶升高,血白细胞升高,血钙降低

【分型】

轻症	患者有持续而剧烈的上腹部痛,恶心、呕吐、轻度发热、上腹压痛,但无腹肌紧张,同时有血清淀粉酶和(或)尿淀粉酶明显升高,排除其他急腹症,即可以诊断
----	---

重型	临床症状: 四肢厥冷、烦躁不安 、皮肤呈斑点状等休克症状
	体征: 腹膜刺激征、腹肌强直, Grey-Turner 征(格雷特纳征)或 Cullen 征(卡伦征)
	实验室检查: 血钙明显下降 2 mmol/L 以下, 血糖 > 11.2 mmol/L (无糖尿病史), 血尿淀粉酶突然下降
	腹腔诊断性穿刺发现高淀粉酶活性的腹水

【诊断公式】

1. 暴饮暴食、慢性胆道病史+骤发剧烈上腹痛+后腰背部放射+WBC 轻度升高+血尿淀粉酶=急性胰腺炎(单纯型)

2. 胰腺炎+Grey-Turner 征(左侧腹青紫斑)、Cullen 征(脐周青紫斑)+腹膜刺激征+低 Ca+高糖+腹穿(洗肉水样)=急性胰腺炎(出血坏死型/重型)

鉴别诊断	特点
消化性溃疡急性穿孔	有典型的溃疡病史, 腹痛突然加重, 腹肌紧张, 肝浊音界消失, X 线检查发现膈下有游离气体可资鉴别
急性胆囊炎和胆石病	常有胆绞痛病史, 疼痛位于右上腹部, 常放射至右肩部, Murphy 征阳性, 血、尿淀粉酶轻度升高。腹部超声及 X 线胆道造影可明确诊断
心肌梗死	有冠心病史, 突起发病, 疼痛有时限于上腹部。心电图显示心肌梗死图像, 血清心肌酶升高。血、尿淀粉酶正常
急性肠梗阻	腹痛为阵发性, 呕吐, 腹胀, 肠鸣音亢进, 有气过水声, 无排气, 可见肠型。腹部 X 线检查可发现液气平面

【进一步检查】

1. 血、尿淀粉酶。肝、肾功能, 电解质, 血糖, 血脂, 血气分析。
2. C-反应蛋白 反映组织损伤和炎症的非特异性标记物。
3. 血清脂肪酶 血清脂肪酶多在起病 24~72 小时后开始上升, 持续 7~10 天, 对就诊较晚的急性胰腺炎患者有诊断价值, 并且特异性也较高。
4. 影像学检查 腹部立位 X 线、**腹部超声和增强 CT**。

【治疗原则】

1. 一般治疗 禁食, 胃肠减压, 静脉输液, 积极补充血容量, 注意维持热能供应, 维持水、电解质和酸碱平衡。
2. 止痛 **腹痛患者可给予哌替啶。**
3. 抑酸治疗 静脉给予 H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂。
4. 抗感染治疗(喹诺酮类抗生素)。
5. 必要时手术治疗。
6. 支持治疗。

张老师温馨提醒

胆道疾病的疼痛禁用吗啡, 可以用杜冷丁。

真题演练

病例摘要:女性,65岁。持续性上腹痛2天,伴发热5小时。

患者2天前进油腻食物后出现上腹部持续性疼痛,疼痛剧烈,不能平卧,服用“酵母片”及“颠茄片”无效。近5小时感发热,尿色发黄。既往曾患胆石病多年,间断口服药物治疗。

查体:T38.5℃,P108次/分,R26次/分,BP86/60mmHg。神志恍惚,肢端皮温低,浅表淋巴结未触及,巩膜黄染。双肺听诊无异常,心率108次/分,律齐。腹部膨隆,腹肌紧张,全腹压痛及反跳痛,肝脾触诊不满意,Murphy征阳性,肝浊音界存在,移动性浊音阳性,肠鸣音减弱。

实验室检查:血常规:Hb122g/L,RBC4.0×10¹²/L,WBC19.5×10¹²/L,N0.90,Plt250×10⁹/L。CK-MB 20U/L,TnT 0.01ng/ml(正常值<0.05ng/ml)。血淀粉酶365U/L。

腹部B超:胆囊多发结石,胆管扩张,胰腺肿大,弥漫性低回声改变,腹腔积液。

要求:根据以上病例摘要,请将初步诊断、诊断依据(两个以上诊断,应分别列出各自诊断依据,未分别列出扣分)、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。

时间:15分钟

评分标准

总分 22分

一、初步诊断(3分)

- 1.重症急性胰腺炎(答出“急性胰腺炎”得2分)
- 2.胆石病伴胆系感染(或胆囊炎)(仅答“胆石病”得1分)

二、诊断依据(初步诊断错误、诊断依据不得分;未分别列出各自诊断依据,扣1分)(6分)

- 1.重症急性胰腺炎
 - (1)老年患者,急性病程。(0.5分)
 - (2)进食油腻食物后出现剧烈的持续性上腹部疼痛,伴发热。(1分)
 - (3)体温达38.5℃,心率快,呼吸急促,血压下降。神志恍惚,肢端皮温低,巩膜黄染,腹肌紧张,全腹压痛及反跳痛阳性,腹水征阳性,肠鸣音减弱。(1.5分)
 - (4)血淀粉酶升高,血白细胞总数及中性粒细胞比例升高。(1分)
 - (5)腹部B超:胆囊结石,胆管扩张,胰腺肿大,弥漫性低回声改变,腹腔积液。(1.5分)
- 2.胆石病伴胆系感染(或胆囊炎):既往胆石病病史;Murphy征阳性;腹部B超,胆囊多发结石,胆管扩张。血白细胞总数及中性粒细胞比例升高。(0.5分)

三、鉴别诊断(3分)

- 1.消化性溃疡穿孔(1分)
- 2.急性肠梗阻(1分)
- 3.急性心肌梗死或冠心病(1分)

四、进一步检查(4分)

- 1.检测血淀粉酶或血脂肪酶,腹水淀粉酶测定。(1分)
- 2.肝、肾功能,血电解质(尤其血钙)及动脉血气分析。(1分)
- 3.腹部增强CT(或腹部MRI),MRCP。(1分)
- 4.立位腹部X线平片。(0.5分)
- 5.心电图或复查心肌损伤标志物。(0.5分)