
2016 实践技能病例分析

重要提示

- 1、不要背题号，所有题目是打乱的。
- 2、执业一共 62 题，从 63 开始重复
- 3、助理一共 54 道，从 55 开始重复
- 4、助理和执业一样，执业多考 8 道题。

金英杰医学，

医学零负担课程全免费

病例分析

试题编号：28

病历摘要：

男性，68岁。左小腿前内侧皮肤红肿伴发热3天。

患者4天前剪趾甲时损伤左足拇趾皮肤，未予处理。3天前开始出现左小腿前内侧皮肤红，面积约手掌大小，红肿区域逐渐扩大，局部烧灼样疼痛，伴畏寒、发热。无咳嗽、咳痰。发病以来睡眠稍差，饮食、大小便正常。既往体健，无高血压、糖尿病病史，有“足癣”病史20年。否认传染病接触史。无烟酒嗜好，无遗传病家族史。

查体：T 39℃，P 106次/分，R 24次/分，BP 135/85mmHg。皮肤巩膜无黄染，口唇无发绀，左腹股沟内侧下方可触及2cm直径肿大淋巴结，触痛明显。双肺呼吸音清，未闻及啰音。心界不大，心率106次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，肝脾肋下未触及。左小腿前内侧皮肤可见片状红疹，微隆起，色鲜红，面积约12cm×10cm，局部皮温高。左足拇趾皮肤小裂口，已闭合，未化脓，左足趾间潮湿，有水泡。

实验室检查：血常规：Hb 130g/L，WBC $16.5 \times 10^9/L$ ，N 0.89，Plt $285 \times 10^9/L$ 。

初步诊断：

1. 左侧小腿丹毒
2. 左足真菌感染

鉴别诊断：

1. 急性蜂窝织炎
2. 急性淋巴管炎
3. 甲沟炎

进一步检查：

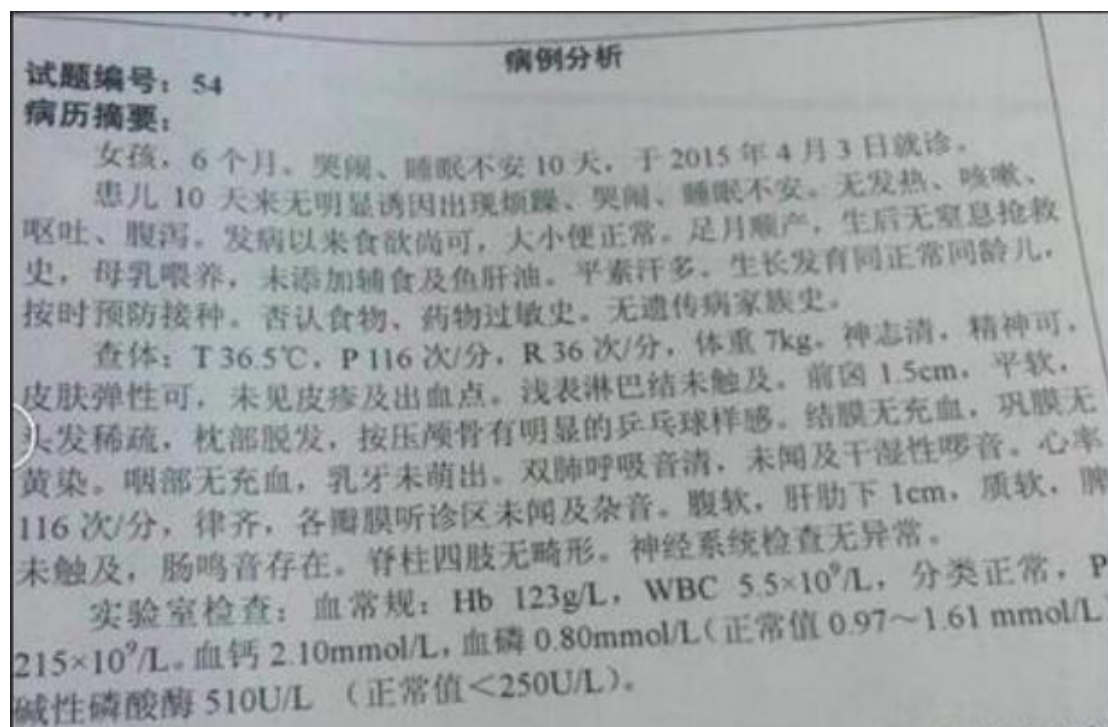
1. 尿常规
2. 血生化 肝肾功能血糖

治疗：

1. 一般处理 物理疗法，窄波紫外线照射
2. 抗菌药物 首选青霉素

3.抗真菌药物 硝酸咪康唑

4.外科治疗



诊断：

1. 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病（活动期）
2. 低钙血症

鉴别诊断：

1. 营养不良
2. 其他佝偻病

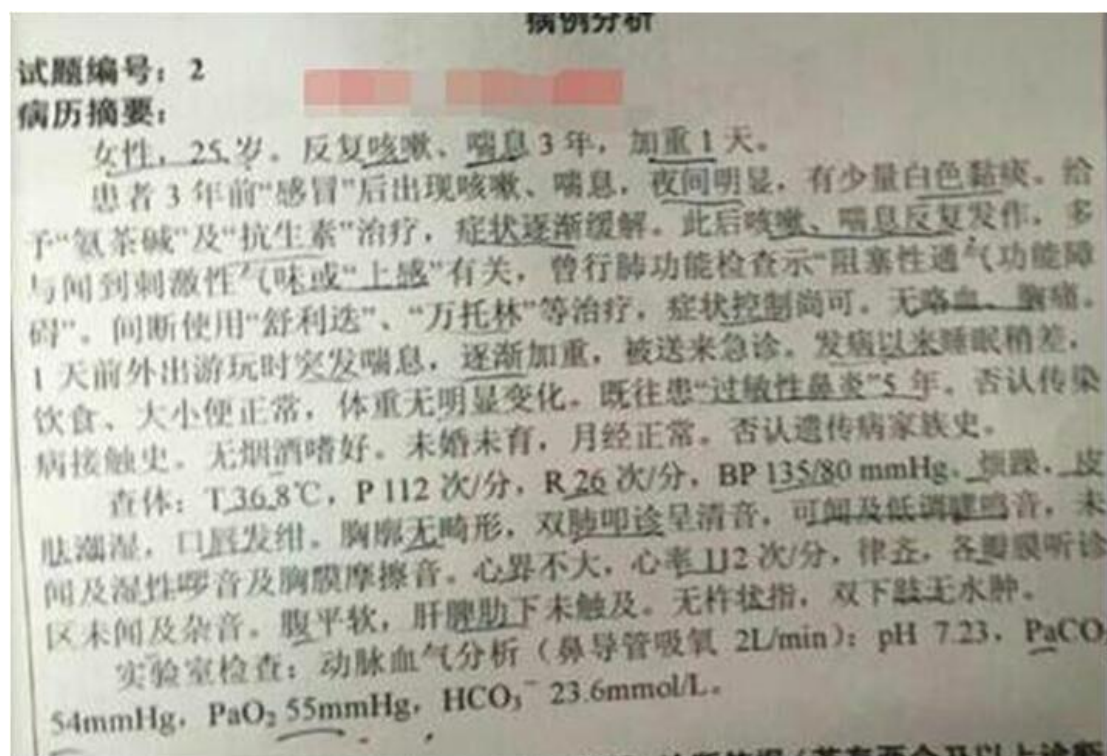
进一步检查：

1. 血生化
2. 骨骼 X 线

治疗：

1. 控制活动期 口服维生素 D 50~125ug/d

2.加强营养，添加辅食，户外活动，适当补钙。



诊断：

- 1.支气管哮喘急性发作期
- 2.呼吸衰竭（II型）
- 3.呼吸性酸中毒
- 4.过敏性鼻炎

鉴别诊断：

- 1、急性支气管炎
- 2、COPD
- 3、心力衰竭
- 4、过敏性肺炎


进一步检查：

- 1、肺功能检查
- 2、血气分析
- 3、心电图
- 4、过敏原皮试

治疗原则：

- 1.休息，持续低流量吸氧。
- 2.联合使用抗生素
- 3.雾化吸入支气管扩张剂、糖皮质激素
- 4.静脉使用糖皮质激素
- 5.纠正酸碱平衡紊乱，维持水电解质平衡
- 6.必要时机械通气治疗

病历摘要：
男性，43岁。车祸后右大腿疼痛、活动障碍4小时。
患者4小时前开车时与其它汽车相撞，事故后右大腿出现畸形，疼痛、不敢活动，有一创口，出血较多，急诊就诊。伤后无意识障碍，无恶心、呕吐。既往体健，无高血压、心脏病病史，无手术、外伤史，无药物过敏史，无遗传病家族史。
查体：T 36.9℃，P 120次/分，R 20次/分，BP 80/60mmHg。神志清楚，表情淡漠，口唇苍白。胸部压痛（-），双肺未闻及干湿性啰音。心界不大，心率120次/分，律齐。腹平软，无压痛，肝脾肋下未触及，移动性浊音（-）。
专科查体：右大腿中段有一长约5cm创口，有活动出血，创口内可见骨折断端，局部肿胀，压痛（+），有异常活动，右足背动脉搏动减弱，右足趾感觉运动无异常。
右股骨正侧位X线片见图。



初步诊断

- 1.右股骨多段开放性粉碎性骨折
- 2.失血性休克
- 3.血管损伤

鉴别诊断：

- 1.粗隆间骨折

2. 腕关节脱位

进一步检查：

1. 血常规 2. 肝肾功能、电解质、凝血功能
3. 交叉配血 4. 乙肝、丙肝、梅毒、HIV
5. 心电图、腹部 B 超

治疗：

1. 建立静脉通道，扩容。
2. 患肢临时消毒包扎，止血固定
3. 术前检查，预防性抗生素。
4. 急诊手术治疗，手术复位内固定。

医担课程全免费

病例分析

试题编号：19

病历摘要：

女性，42岁。乏力、腹胀3年，加重伴发热10天。

患者3年前无明显诱因出现乏力、全腹胀满，进食后加重，伴双下肢轻度水肿。无腹痛、呕吐、黑便。尚能坚持工作，未诊治。10天前腹胀加重，伴腹痛、发热，体温 $38^{\circ}\text{C}\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 。发病以来食欲差，睡眠不佳，尿色黄，大便可，体重增加2kg。

查体：T 38°C ，P 104次/分，R 18次/分，BP 100/70mmHg。慢性病容，颈部可见蜘蛛痣。浅表淋巴结未触及肿大，巩膜黄染。双肺呼吸音正常。心率104次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部明显膨隆，腹壁静脉显露。全腹压痛(+)，轻度反跳痛，肝脾触诊不满意，液波震颤(+)。双下肢水肿(+)。

实验室检查：血常规：Hb 110g/L，RBC $3.5\times 10^{12}/\text{L}$ ，WBC $8.5\times 10^9/\text{L}$ ，N 0.90，Plt $45\times 10^9/\text{L}$ 。血总胆红素 $48.5\mu\text{mol}/\text{L}$ ，直接胆红素 $23.2\mu\text{mol}/\text{L}$ ，白蛋白27g/L，球蛋白36g/L，ALT 38U/L，AST 58U/L。HBsAg(+)。血BUN $10.5\text{mmol}/\text{L}$ ，Cr $76.5\mu\text{mol}/\text{L}$ 。AFP $18\mu\text{g}/\text{ml}$ 。

要求：根据以上病历摘要，请将初步诊断、诊断依据（若有两个及以上诊断

初步诊断：

1. 慢性病毒性肝炎
2. 乙型肝炎肝硬化失代偿期

3.腹水

4.自发性弥漫性腹膜炎

5.脾功能亢进

鉴别诊断：

1.其他原因导致的肝硬化（酒精性肝硬化、自生免疫性等）

2.结核性腹膜炎

3.心源性水肿

4.肾源性水肿

进一步检查：

1.血电解质、凝血功能检查 2.肝炎病毒标志物检查

3.腹水生化及微生物培养+药敏 4.腹部B超、胸部X线

治疗原则：

1.卧床休息、饮食疗法

2.静脉补充白蛋白，酌情使用利尿剂

3.静脉使用抗生素

4.酌情放腹水，维持水电解质酸碱平衡

5.应用保肝及降低门脉高压药物。

病例分析

题编号：39

病历摘要：

男性，38岁。头晕、乏力、面色苍白3个月，加重伴心悸1周。患者3个月前无明显诱因出现头晕、乏力，自己发现面色不如以前红，未予诊治。近1周来症状加重伴活动后心悸，曾到医院检查示血红蛋白（具体不详），仍未治疗。发病以来进食情况无变化，大、小便正常。常，无鼻出血和牙龈出血，体重无明显变化。3年前曾因消化性溃疡行胃大部切除、胃空肠吻合术，术后进食量下降，无痔和肝、肾。平素进肉食少，爱饮浓茶，饮酒16年，每日饮白酒3至5两，酒，不吸烟。无遗传病家族史。

查体：T 36.8℃，P 92次/分，R 18次/分，BP 120/80mmHg。贫血貌，未见出血点和皮疹，浅表淋巴结未触及肿大。睑结膜苍白，巩膜无黄染，舌乳头正常。双肺呼吸音清晰，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率92次/分，律齐，心尖部可闻及收缩期吹风样2/6级杂音。上腹部无压痛，腹平软，无压痛，肝脾肋下未触及，双下肢无水肿，神经系统检查正常。

实验室检查：血常规：Hb 75 g/L，MCV 70fl，MCH 25pg，MCHC 320 g/L，N 0.70，L 0.27，Plt 355×10⁹/L，网织红细胞 0.015。尿常规和隐血（-）。

初步诊断：

1. 缺铁性贫血
2. 胃大部切除术后

鉴别诊断：

1. 慢性病性贫血
2. 地中海贫血
3. 铁粒幼细胞贫血

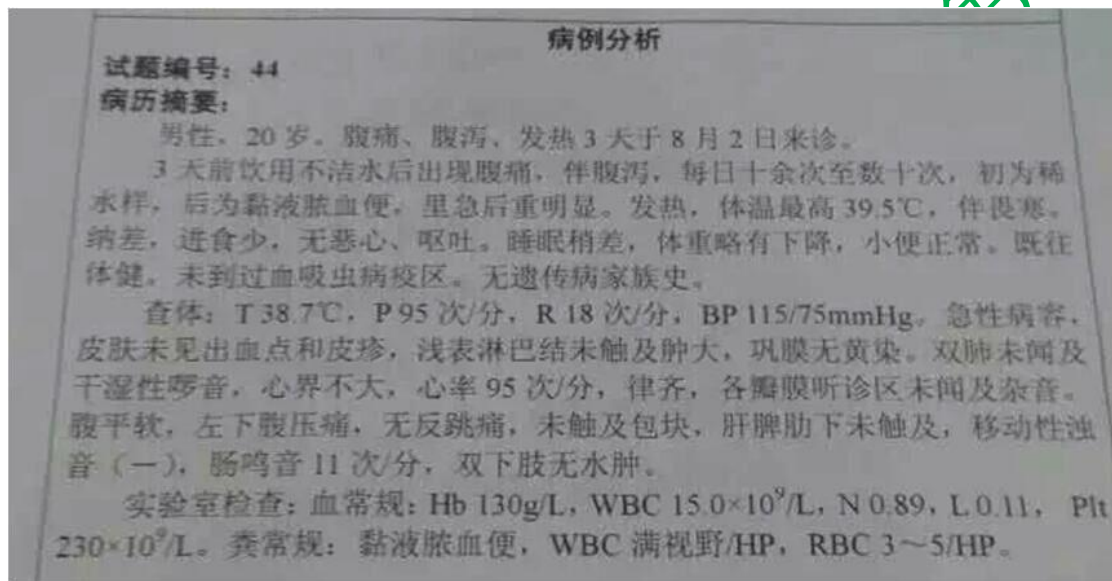
进一步检查：

1. 肝肾功能、电解质
2. 骨髓细胞学+铁染色
3. 胃镜、肠镜
4. 腹部B超

5.癌胚抗原（CEA）检测

治疗原则：

- 1.加强营养，调整饮食结构
- 2.补充铁剂
- 3.尽快查找病因，针对病因治疗，
- 4.必要时输注浓缩红细胞



初步诊断：

急性细菌性痢疾

鉴别诊断：

- 1.急性阿米巴痢疾
- 2.细菌性食物中毒
- 3.急性胃肠炎
- 4.炎症性肠病

进一步检查：

- 1.血电解质，肝肾功能

2.粪培养+药敏

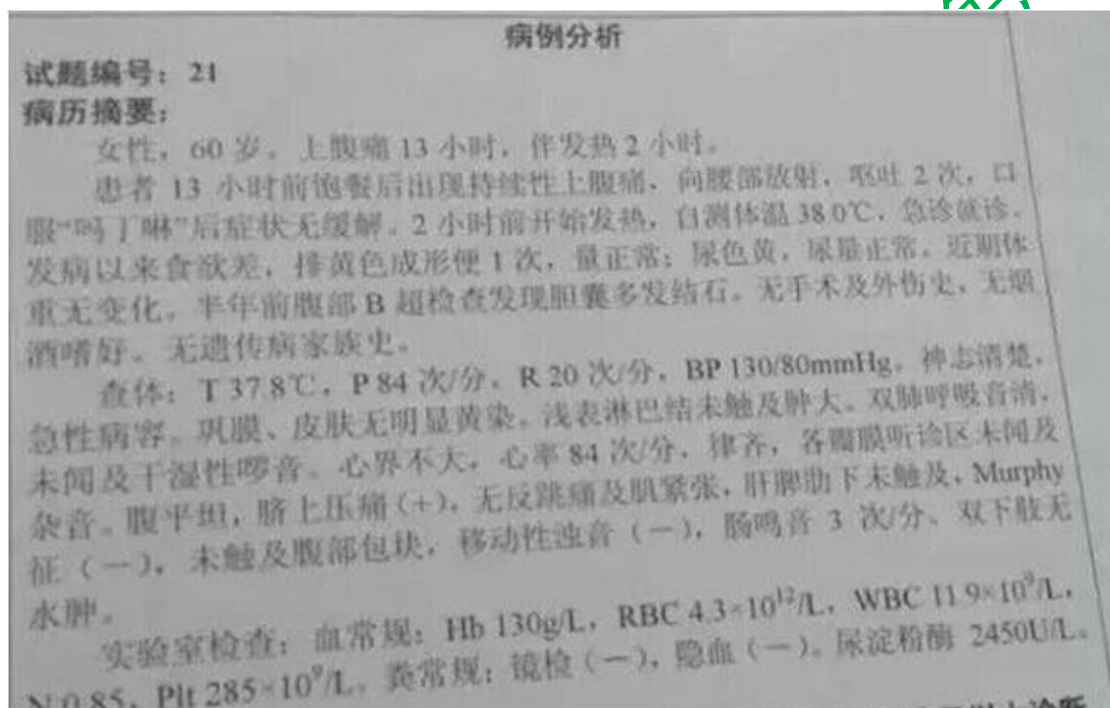
治疗原则：

1.清淡流质饮食

2.敏感抗菌药物治疗，首选喹诺酮类，并根据药敏调整

3.补液，维持水电解质酸碱平衡

4.消化道隔离至粪培养连续 2 次阴性。



初步诊断：

1.急性胰腺炎

2.胆石病

鉴别诊断：

1.急性胆囊炎

2.急性胃炎

3.消化性溃疡

4.急性心肌梗死

进一步检查：

- 1.血电解质，肝肾功能 2.检测血淀粉酶、心肌酶谱
- 3.腹部 CT 4.心电图

治疗原则：

- 1.卧床休息，禁食水，必要时胃肠减压
- 2.止痛、补液，支持治疗，维持水电解质酸碱平衡
- 3.抑制胰液分泌，使用生长抑素或类似物
- 4.抑制胃酸分泌，使用奥美拉唑或其他质子泵抑制剂
- 5.治疗胆石病

课程全免费

病例分析

试题编号：16

病历摘要：

女性，70岁。食欲下降，上腹胀5年，伴头晕、心悸1年。患者5年前开始无明显诱因出现食欲下降，有时上腹胀，伴恶心、嗝气。近1年来出现头晕、心悸，活动时明显。发病以来大小便正常，体重下降3kg，既往体健。

查体：T 36.5℃，P 100次/分，R 18次/分，BP 105/70 mmHg。神志清楚。贫血貌，皮肤粗糙。浅表淋巴结未触及肿大。巩膜可疑黄染，舌面光滑，舌质红，舌乳头消失。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心率100次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，剑突下深压痛，肝脾肋下未触及，未触及包块，移动性浊音（-）。双下肢无水肿。

实验室检查：血常规：Hb 81g/L，RBC $2.0 \times 10^{12}/L$ ，MCV 105fl，MCH 36pg，WBC $3.5 \times 10^9/L$ ，N 0.68，Plt $90 \times 10^9/L$ 。粪常规：镜检（-），隐血（-）。肝功能：ALT、AST、白蛋白正常，总胆红素 41.2μmol/L，直接胆红素 8μmol/L。肾功能正常。血 PCA（壁细胞抗体）（+），IFA（内因子抗体）（+）。

初步诊断：

- 1.慢性胃炎（A型）
- 2.巨幼红细胞性贫血

鉴别诊断：

1.慢性萎缩性胃炎

2.自身免疫性胃炎

进一步检查：

1.肝肾功能、电解质检查

2.胃镜及活组织检查

3.幽门螺杆菌检测

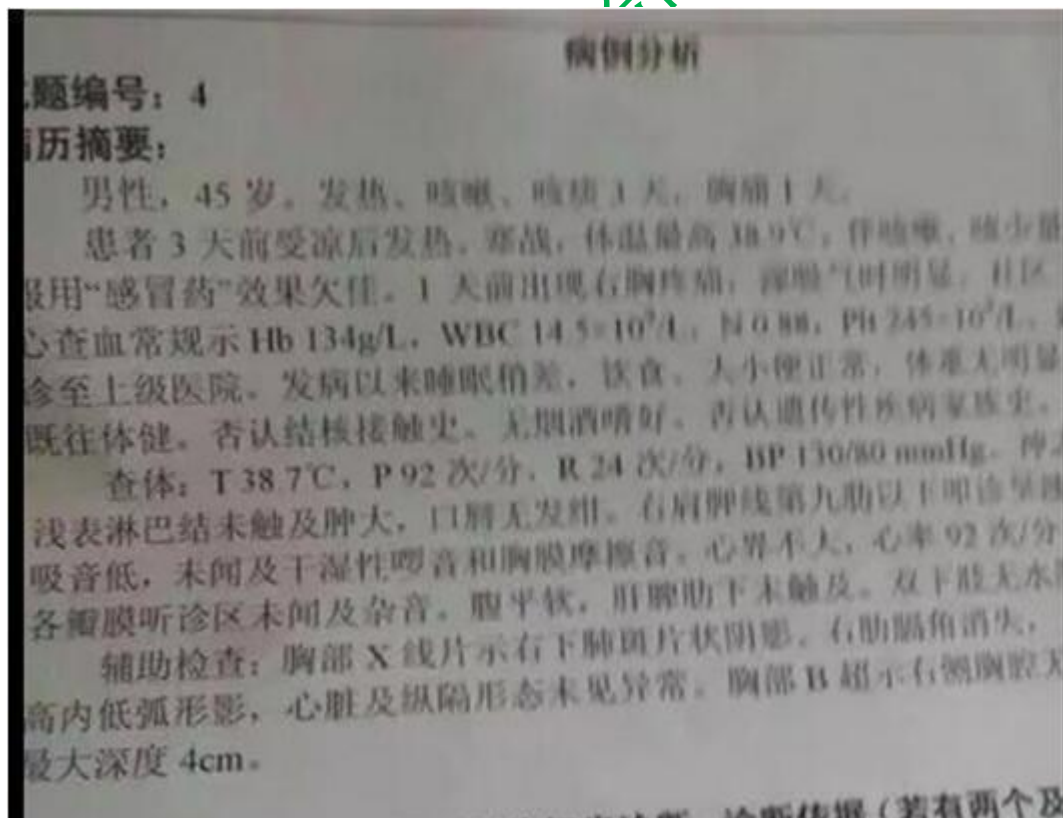
治疗原则：

1.戒烟酒，避免刺激性食物

2.对症治疗：抑酸治疗，促胃动力

3.注射维生素 B12

医担课程全免费



初步诊断：

1.右下肺炎

2.右侧胸腔积液

鉴别诊断：

1.其他病原体所致肺炎

2.干酪性肺炎

3.急性肺脓肿

4.非感染性肺病

进一步检查：

1.血常规，肝肾功能，电解质

2.痰涂片革兰染色，痰培养+药敏

3.痰涂片找抗酸杆菌

4.胸部 CT，心电图

治疗原则：

1.休息

2.对症治疗：止咳化痰，必要时退热治疗

3.静脉使用抗生素

4.全身中毒症状重时，可酌情使用糖皮质激素

医考零负担 课程全免费
金英杰医学

考试时间：11 分钟

病例分析

试题编号：46

病历摘要：

男性，70岁。头晕、左侧肢体无力3小时。
患者3小时前早晨醒来后感到头晕、左侧肢体无力伴麻木，逐渐加重。无耳鸣、视物旋转、视物模糊、头痛、恶心、呕吐。既往有高血压病史2年，血压波动在140~160/90~100mmHg，未服降压药治疗；糖尿病病史1年余，口服二甲双胍治疗，平时未监测血糖。否认冠心病、房颤等病史，否认药物过敏及手术、外伤史。无吸烟史。

查体：T 36.3℃，P 92次/分，R 19次/分，BP 160/95mmHg。双肺呼吸音清晰，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率92次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平软，肝脾肋下未触及。专科查体：意识清晰，查体合作，对答切题，言语清晰、流利。双侧眼球运动正常，未见眼球震颤，两侧瞳孔直径均为3mm，对光反射灵敏。双侧额纹对称，左侧鼻唇沟较右侧浅，伸舌时口角右偏，左侧鼓腮不能，伸舌左偏。左侧上肢肌力为2级，下肢肌力3级，右侧上下肢体肌力5级，左侧肱二、三头肌反射较对侧活跃，左侧Babinski征可疑阳性。左侧面部和肢体针刺觉较右侧明显减退。

辅助检查：就诊后急诊头颅CT未见明显异常。

初步诊断：

1. 右侧脑梗死
2. 2型糖尿病
3. 原发性高血压（2级，很高危）

鉴别诊断：

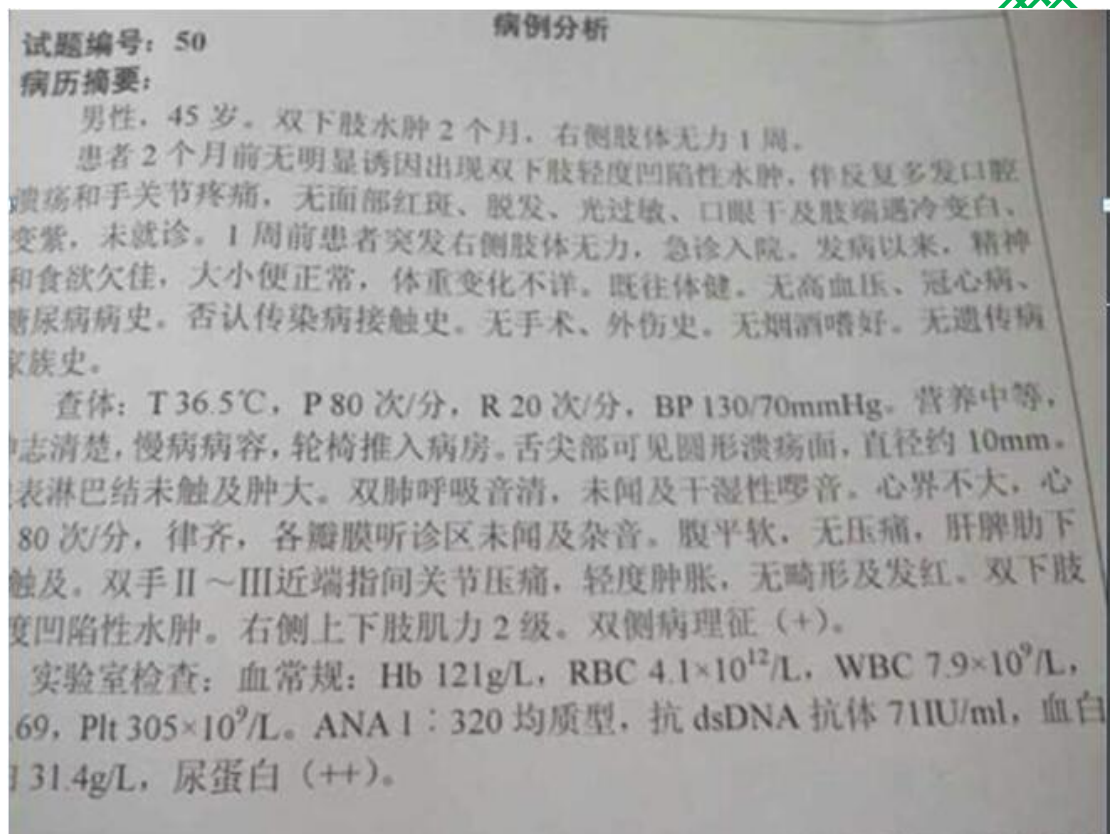
1. 脑栓塞
2. 脑出血
3. 蛛网膜下腔出血

进一步检查：

1. 脑脊液常规和生化
2. 血凝检查
3. 血常规、血生化

治疗原则：

- 1.一般治疗，卧床休息。
- 2.控制血压，应该达到 $\leq 140/90$ mm Hg
- 3.静脉给予 rtPA 溶栓治疗 4.低分子肝素抗凝治疗
- 5.低分子右旋糖酐静脉滴注 6.阿司匹林 100mg 每日一次
7. 控制血糖 8.必要时外科治疗



初步诊断:

1. 系统性红斑狼疮
2. 狼疮性肾炎
3. 狼疮脑病
4. 低蛋白血症

鉴别诊断:

1. 原发性干燥综合征

2.原发性肾小球肾炎

进一步检查

1.血常规，尿沉渣镜检，24小时尿蛋白定量

2.X线，胸部CT

3.超声心动图

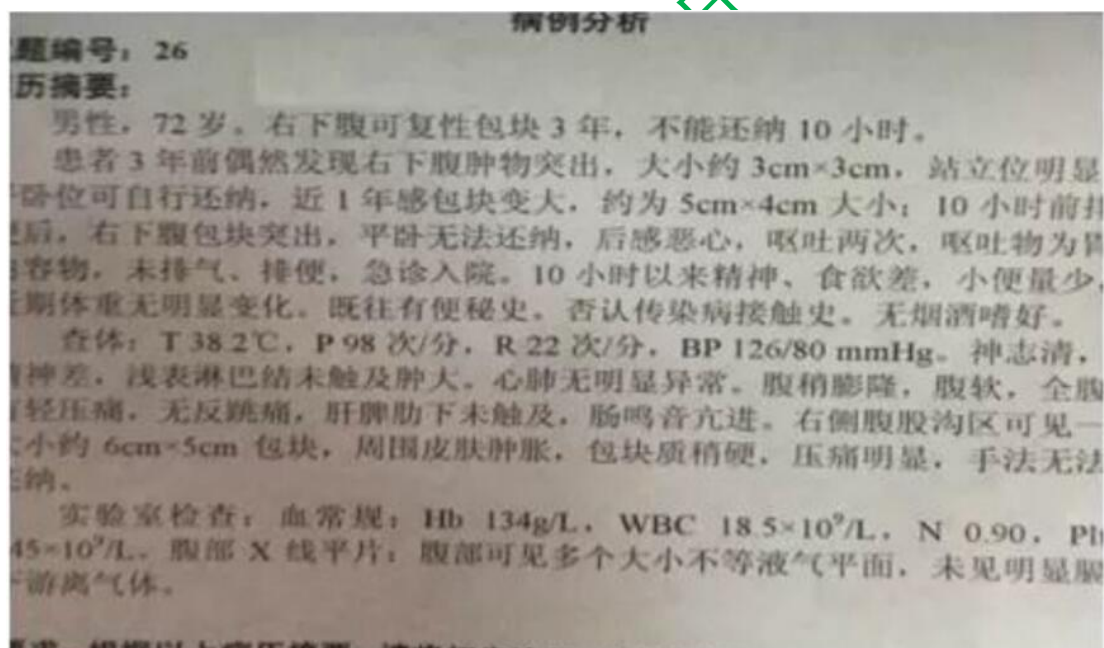
4.补体检测

治疗原则：

1.糖皮质激素，大剂量激素 1mg/kg.d

2.免疫抑制剂，环磷酰胺

本课程全免费



初步诊断：

1.右侧腹股沟疝（嵌顿性）；

2.肠梗阻

鉴别诊断：

1.睾丸鞘膜积液； 2.精索鞘膜积液

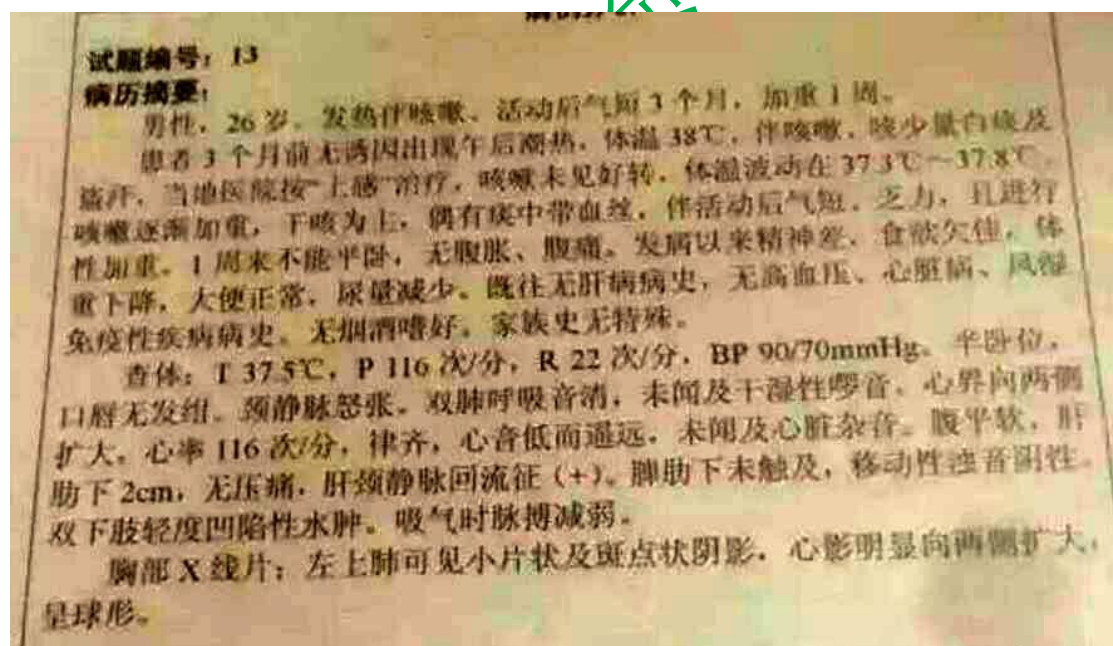
进一步检查：

1. 疝造影术
2. 肿物 B 超检查
3. 心、肺功能检查，心电图
4. 血糖、肝肾功能检查

治疗措施：

1. 手术治疗；
2. 患者白细胞升高，抗生素治疗，头孢三代。
3. 卧床休息，高蛋白营养饮食，多吃新鲜水果蔬菜。

病例分析第 13 号题



一、初步诊断：

1. 左上肺肺结核（浸润性）
2. 结核性心包炎
3. 心包积液

二、鉴别诊断：

- 1.心力衰竭，尤其是右心衰竭
- 2.细菌性肺炎所致心包积液
- 3.病毒性肺炎所致心包积液
- 4.心包肿瘤所致心包积液

三、进一步检查：

- 1.结核菌素试验+痰结核分枝杆菌检查
- 2.心电图检查
- 3.超声心动图
- 4.心包诊断性穿刺行病原学检查
- 5.血电解质+血气分析
- 6.肝、肾功能检查

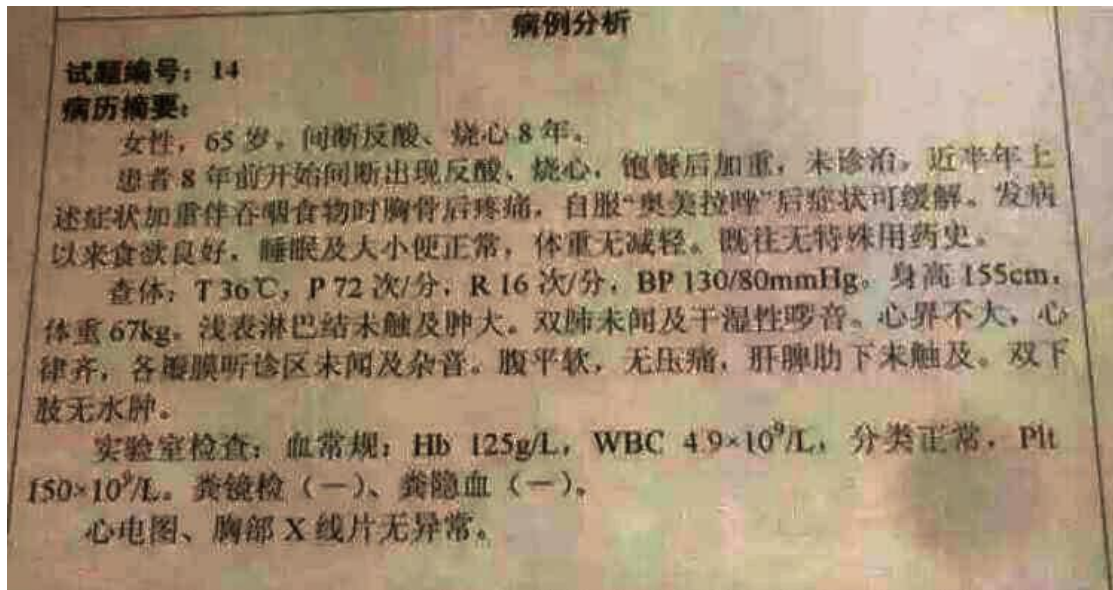
四、治疗原则：

- 1.迅速心包穿刺，缓解心包压塞
- 2.必要时可行外科心包开窗引流，解除心脏压塞
- 3.正规抗结核治疗
- 4.纠正血电解质和酸碱平衡和血气紊乱
- 5.高蛋白、高维生素饮食

医考零负担 课程全免费

医考零负担

病例分析第 14 号题



一、初步诊断：胃食管反流病

二、鉴别诊断

1.食管炎（真菌性、药物性）

2.食管癌

3.食管贲门失迟缓症

4.消化性溃疡

三、进一步检查

1.胃镜或食管X线钡餐

2.24小时食管PH值监测

3.食管测压

四、治疗原则：

1.促胃动力药：多潘立酮

2.抑酸药：PPI 或 H₂ 受体阻滞剂

3.药物治疗不佳可考虑外科抗反流手术

4.患者教育

- (1) 白天进食后不易立即卧床休息
- (2) 睡前 2 小时不易进食，可将床头抬高 15 ~ 20cm
- (3) 避免使用高脂肪饮食、巧克力、咖啡、浓茶等
- (4) 戒烟及禁酒

病例分析第 22 号题

试题编号：22
病历摘要：
男性，69 岁。腹痛、腹胀伴排气排便减少 2 个月，加重伴呕吐 2 天。
患者 2 个月前正常饮食后出现腹痛、腹胀，伴肛门排气排便较少，不伴恶心、呕吐、反酸等，自行使用“开塞露”后可排出少量颗粒样大便，症状稍缓解。上述症状反复发作。2 天前腹痛、腹胀加重，伴呕吐 1 次，呕吐物以宿食为主。既往高血压病史 10 余年，血压最高 170/95mmHg。2 年前“中风”一次，治疗后好转，未服抗凝药物。否认传染病接触史。吸烟 40 年，10 支/日，饮酒 40 年，100ml/日。无遗传病家族史。
查体：T 37.1℃，P 92 次/分，R 20 次/分，BP 165/85 mmHg。神志清，精神可，急性病容，皮肤、巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，心肺查体无明显异常，腹部明显膨隆，未见胃肠型及蠕动波，全腹压痛，以中下腹为主，无反跳痛及肌紧张。肝脾肋下未触及，未触及包块。Murphy 征（-），移动性浊音（±），叩诊鼓音，肠鸣音减少。双下肢无水肿。
实验室检查：血常规：Hb 102g/L，WBC $10.5 \times 10^9/L$ ，N 0.84，Plt $110 \times 10^9/L$ 。血 K⁺ 4.2mmol/L，Na⁺ 135mmol/L，Cl⁻ 98mmol/L，HCO₃⁻ 23mmol/L。尿常规正常。
腹部 X 线平片：肠腔积气扩张，左上腹及右中腹可见多个液气平面。腹部 B 超：肝胆脾胰肾未见异常，肠腔扩张并肠间积液。

一、初步诊断：

- 1.急性肠梗阻（机械性不完全性单纯性低位小肠梗阻）
- 2.高血压病 2 级 很高危
- 3.贫血（轻度）

二、鉴别诊断

- 1.绞窄性肠梗阻

2.麻痹性肠梗阻

3.高位性肠梗阻

4.完全性肠梗阻

三、进一步检查：

1.呕吐物和粪便检查

2.腹腔诊断性穿刺或灌洗术

3.心电图和肝、胆、肾 B 超检查

4.肝、肾功能检查

5.结肠镜或钡剂灌肠检查（排除回盲部肿瘤）

6.复查腹部 X 线

四、治疗原则：

1.胃肠减压、纠正水、电解质、酸碱失衡，吸氧、抗生素

2.抗生素治疗：喹诺酮类，静脉应用

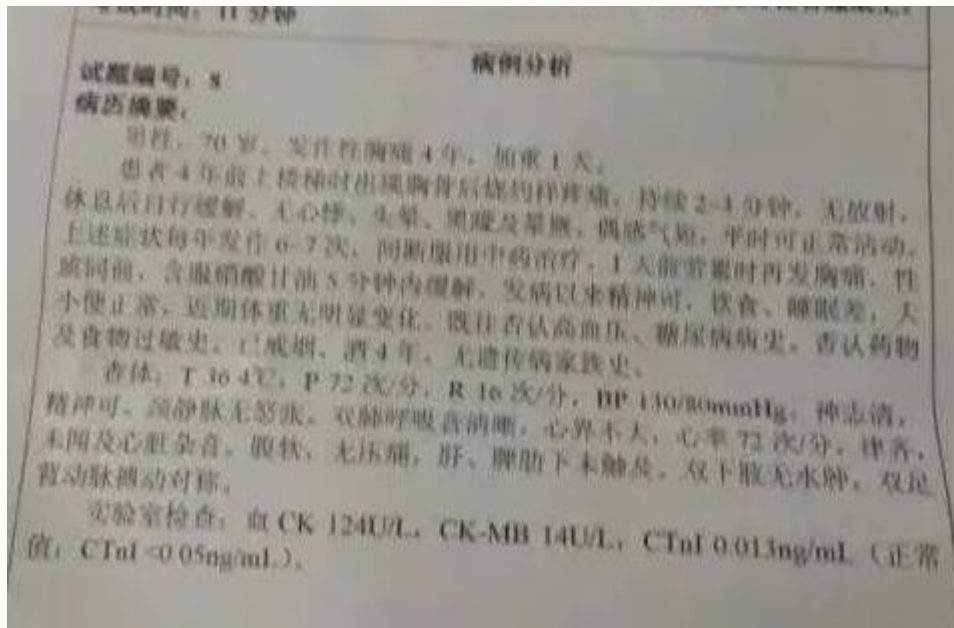
3.严密观察，病情一旦加重或出现绞窄体征立即剖腹探查

4.手术治疗：

(1) 如有绞窄可行肠段切除术

(2) 如有肿瘤可同时行肿瘤切除和淋巴清扫

(3) 如肿瘤不能摘除，可行肠造口或肠外置术



初步诊断：

- 1、冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 2、稳定型心绞痛

鉴别诊断：

- 1、不稳定型心绞痛
- 2、心肌梗死
- 3、急性肺栓塞

进一步检查

- 1、心肌坏死标志物、心电图
- 2、血气分析、D-二聚体
- 3、X线和肺增强CT
- 4、冠脉造影

治疗：

- 1、卧床休息、吸氧、心电监护、戒烟

- 2、解除疼痛治疗
- 3、抗血小板聚集
- 4、硝酸甘油
- 5、冠心病二级预防

病例分析第 22 号题

病例分析

试题编号：27

病历摘要：

男性，27岁。腹部疼痛4小时。

患者4小时前开车时不慎与大货车追尾，腹部撞击在方向盘上。腹部持续性剧烈疼痛，恶心，呕吐胃内容物1次，无呼吸困难、志不清。受伤前2小时曾进餐，伤后未排大小便。既往体健，无肝病、无高血压、心脏病病史。无烟酒嗜好。无遗传病家族史。

查体：T 37℃，P 115次/分，R 25次/分，BP 105/65mmHg。痛苦面容。皮肤未见出血点，浅表淋巴结未触及肿大，甲状腺不大，双肺未闻及干湿性啰音。心界不大，心率115次/分，听诊区未闻及杂音。腹略膨隆，全腹压痛、肌紧张，反跳痛未触及，肝浊音界消失，移动性浊音(+)，肠鸣音未闻及。双肾区叩击痛(-)，脊柱、骨盆无畸形、压痛。四肢活动自如。

实验室检查：血常规：Hb 120g/L，RBC $3.8 \times 10^{12}/L$ ，WBC $12 \times 10^9/L$ ，Plt $125 \times 10^9/L$ 。

一、初步诊断：

- 1.腹部闭合性损伤（肠破裂）
- 2.急性弥漫性腹膜炎

二、鉴别诊断

- 1.胰腺损伤

2.十二指肠损伤

3.结肠损伤

4.肝破裂

三、进一步检查：

1.血、尿淀粉酶

2.胰腺 CT

3.肝、脾、肾 B 超、心电图

4.腹腔诊断性穿刺或灌洗术

5.血电解质和血气分析、肝、肾功能检查

6.血型 and 交叉配血

7.乙肝五项+梅毒、艾滋病抗体

四、治疗原则：

1.一般处理：禁食、水，纠正水、电解质紊乱

2.应用抗生素

3.急诊手术

病例分析第 40 号题

医考零负担 课程全免费
金英杰医学、

病例分析

试题编号：40

病历摘要：

男性，35岁。头晕、心悸、皮肤黏膜出血半个月，发热、咳嗽3天。

患者半个月前无明显诱因出现头晕、心悸，刷牙时牙龈出血，有时见四肢皮肤有出血点，家人发现其面色苍白，未到医院检查。3天来发热，体温达38℃以上，无寒战，伴咳嗽，无咳痰，自服“感冒药”无好转。发病以来进食好，无挑食，大小便正常，体重无明显变化。既往体健，无放射线和毒物接触史，无药物过敏史。无遗传病家族史。

查体：T 38.5℃，P 105次/分，R 20次/分，BP 120/80mmHg。贫血貌，四肢和胸部皮肤散在出血点，浅表淋巴结未触及肿大。睑结膜苍白，巩膜无黄染，口唇苍白，牙龈少量渗血，舌乳头正常，甲状腺不大。胸骨无压痛，双肺叩诊清音，右下肺可闻及少量湿性啰音。心界不大，心率105次/分，律齐。腹平软，无压痛，肝脾肋下未触及。双下肢无水肿。

实验室检查：血常规：Hb 67g/L，RBC $2.2 \times 10^{12}/L$ ，MCV 86fl，MCH 32pg，MCHC 35%，WBC $1.5 \times 10^9/L$ ，N 0.30，L 0.65，M 0.05，Plt $15 \times 10^9/L$ ，网织红细胞0.003（绝对值 $6.6 \times 10^9/L$ ）。血清铁蛋白320μg/L，血清铁50μmol/L，总铁结合力40μmol/L。粪常规和隐血（-）。尿常规（-），尿Rous试验阴性。

一、初步诊断：

- 1、再生障碍性贫血
- 2、右下肺炎

二、鉴别诊断：

- 1.阵发性血红蛋白尿 2.骨髓增生异常综合征
- 3.自身抗体介导的全血细胞减少 4.急性白血病

三、进一步检查

- 1.骨髓穿刺
- 2.CD4：CD8 细胞比值检查
3. Th1 :Th2 型细胞比值检查
- 4.血清 IL-2 、 IFN-γ 、 TNF 水平检查

四、治疗原则：

- 1.一般治疗：预防感染、避免出血、杜绝接触危险因素

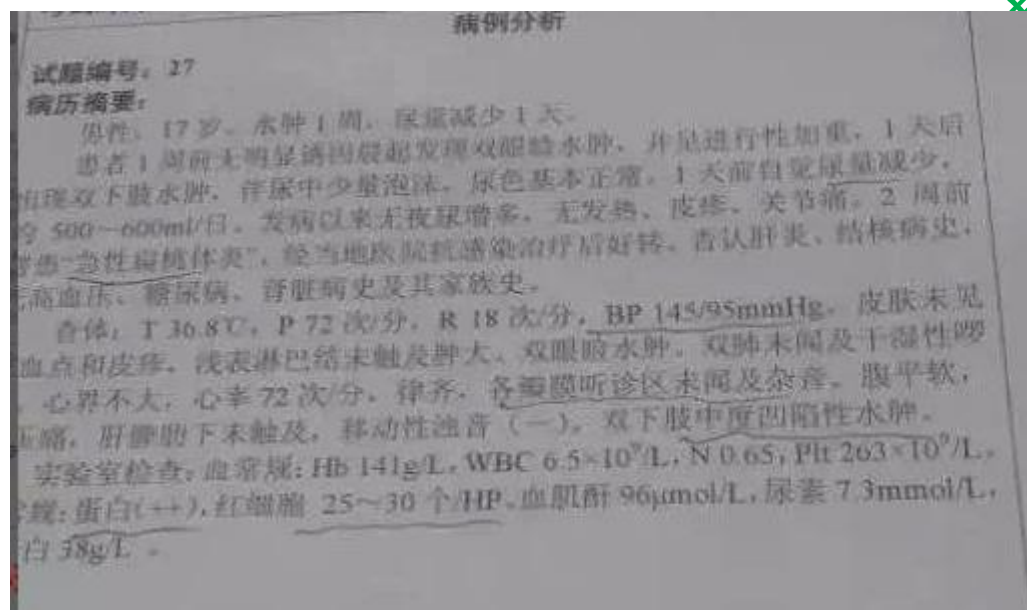
预防性给以抗真菌治疗

2. 对症治疗：纠正贫血、控制出血、控制感染

3. 免疫抑制治疗

4. 促造血治疗

5. 造血干细胞移植



初步诊断：急性肾小球肾炎

鉴别诊断：

1、急进性肾小球肾炎

2、慢性肾小球肾炎

3、过敏性紫癜肾炎

进一步检查

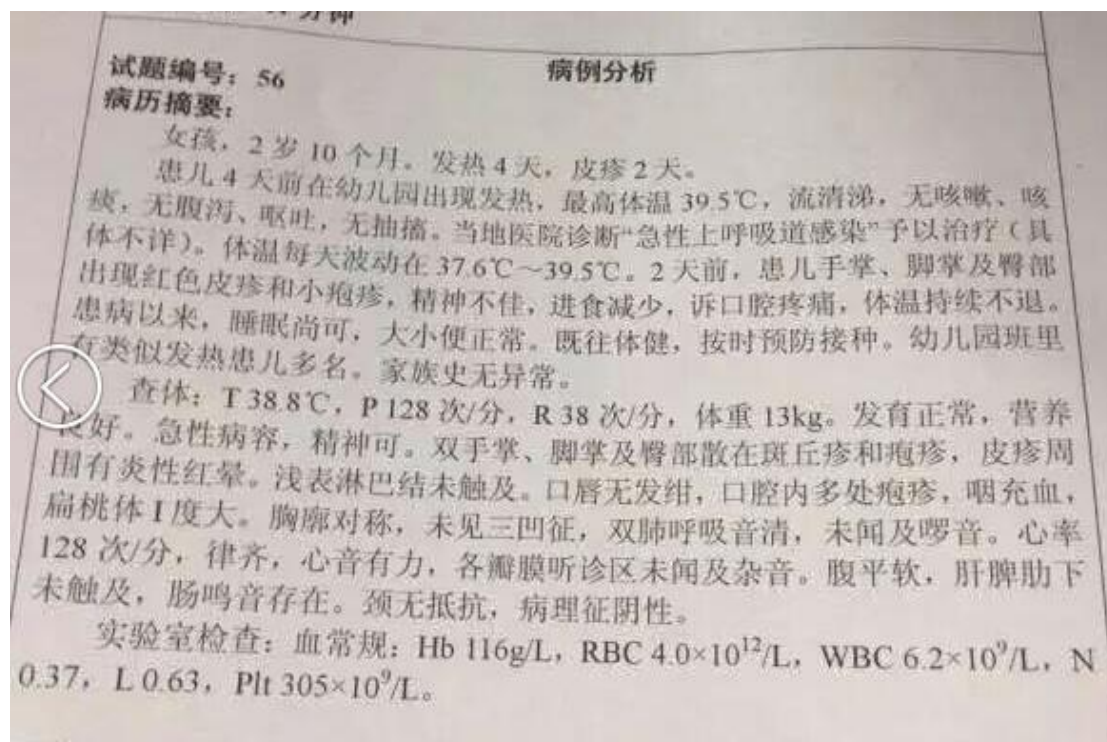
1、尿红细胞位相、24小时尿蛋白定量

2、动态监测肾功能

3、自身抗体、肝炎病毒标志物

治疗：

- 1、一般治疗：休息，限制水、钠摄入
- 2、对症治疗：利尿、降压
- 3、如肾功能恶化，必要时行透析治疗



初步诊断:

- 1.手足口病 (普通型)
- 2.急性扁桃体炎

鉴别诊断

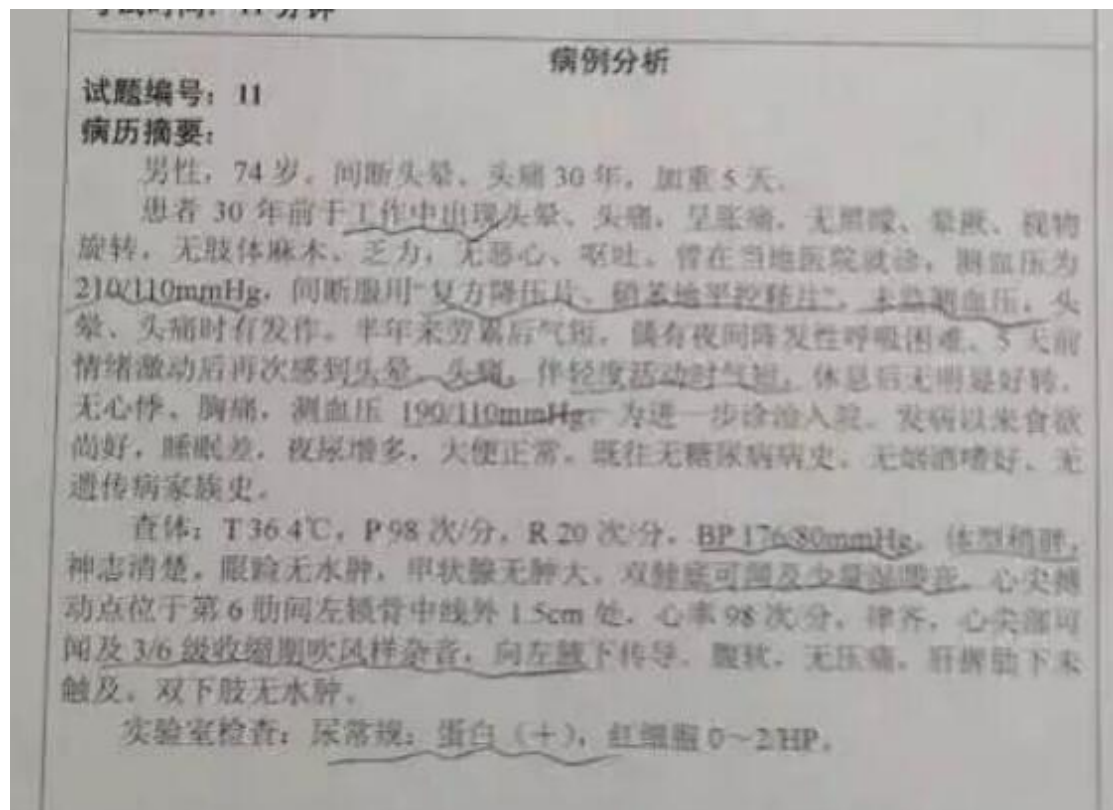
- 1.麻疹 2.风疹
- 3.幼儿急疹 4.水痘

进一步检查

- 1.血常规
- 2.血清学检查, 相关病毒特异性 IgM 抗体监测
- 3.病毒抗原监测 4.病毒分离

治疗原则

对病毒所致的出疹性疾病，暂无特殊药物，主要为对症治疗，加强护理和预防并发症。发生并发症者，积极治疗相关性并发症。



初步诊断:

- 1.原发性高血压(3级, 很高危)
- 2.二尖瓣关闭不全
- 3.高血压肾病
- 4.心力衰竭

考试时间：11分钟

病例分析

试题编号：26

病历摘要：

女性，45岁。尿频、尿急、尿痛伴肉眼血尿3天。

患者3天前劳累后出现尿频、尿急、尿痛，伴尿色发红，未见血丝及凝血块，无发热及腰痛。既往2型糖尿病病史5年，应用胰岛素治疗，血糖控制情况不详；反复尿频、尿急2年，每年发作2~3次，不伴发热，口服抗生素治疗症状可好转。无高血压、肾脏疾病家族史。

查体：T 36.5℃，P 72次/分，R 16次/分，BP 125/75mmHg。皮肤未见出血点和皮疹，浅表淋巴结未触及肿大。咽无充血，双扁桃体无肿大。双肺未闻及干湿性啰音。心率72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，双肾区叩击痛（-）。双下肢无水肿。

实验室检查：血常规：Hb 125g/L，WBC $6.5 \times 10^9/L$ ，N 0.65，Plt $253 \times 10^9/L$ 。血生化：葡萄糖 12.6mmol/L，尿素 6.6mmol/L，肌酐 $77 \mu\text{mol/L}$ 。尿常规：葡萄糖（++），红细胞 3~5个/HP，白细胞 40~50个/HP，亚硝酸盐（+），白细胞管型（-）。

要求：根据以上病历摘要，请将初步诊断、诊断依据、鉴别诊断、进一步检查

初步诊断：

1. 急性膀胱炎
2. 2型糖尿病

鉴别诊断：

1. 泌尿系结核
2. 慢性肾盂肾炎急性发作
3. 尿道综合征

进一步检查：

1. 尿培养检查
2. 尿找结核菌、真菌等除外其他感染源
3. 血肌酐、尿渗透压、尿NAG酶、双肾B超及肾盂造影

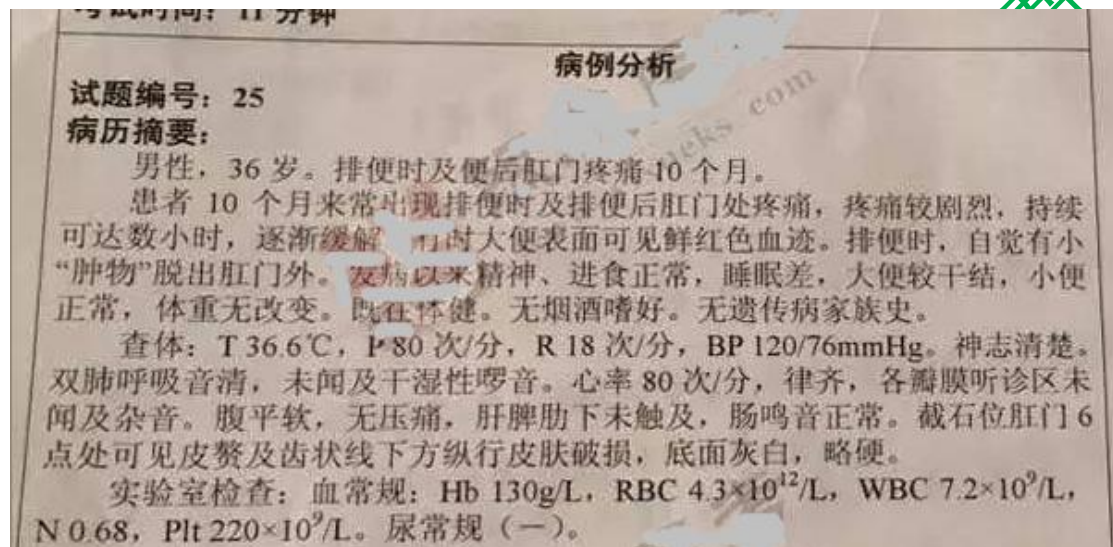
治疗原则：

1. 用药前作尿细菌培养和菌落计数，并参考药物敏感试

验，在未得到尿培养结果前应选用革兰阴性杆菌有效的药物。

2.应选用血尿药物浓度均高的药物。

3.用药后症状消失，尿常规检查无异常，尿菌阴转，疗程结束后一周及一个月后复查尿菌阴性可视为治愈。



一、初步诊断

肛裂

二、鉴别诊断

1.肛痿

2.肛周脓肿

3.痔

4.肛周恶性肿瘤并感染

三、进一步检查

1.直肠指诊、直肠镜

2.血肿瘤标志物(如CEA)检测

3.盆腔 B 超，或 CT 或 MRI

四、治疗原则

1.局部温水坐浴、定期换药

2.应用抗生素

3.手术

病例分析

试题编号：5

诊断：左上肺肺结核（浸润性）

病历摘要：
女性，35 岁。发热、咳嗽 2 周。
患者 2 周前无明显诱因出现发热、咳嗽，体温 37.6℃~38℃，以下午为著，咳少量白黏痰，伴乏力，无胸痛、咯血、呼吸困难，无盗汗。门诊血常规示 Hb 126g/L，WBC $8.5 \times 10^9/L$ ，分类正常，Plt $183 \times 10^9/L$ 。胸部 X 线片示“左肺上叶斑片状阴影，其内可见数个小透亮区，未见液平”。曾自服“头孢呋辛”治疗 1 周，效果欠佳。发病以来食欲差，大小便正常，体重下降约 2kg，睡眠尚可。无烟酒嗜好，无遗传病家族史。
查体：T 37.8℃，P 88 次/分，R 18 次/分，BP 110/74mmHg。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。双肺未闻及干湿性啰音。心界不大，心率 88 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，移动性浊音（-）。双下肢无水肿。
实验室检查：血沉 56mm/h。

诊断：左上肺结核（浸润性）

鉴别诊断：

- 1.肺脓肿
- 2.支气管肺癌
- 3.支气管扩张

进一步检查：

- 1.痰涂片抗酸染色、痰结核菌培养。
- 2.痰涂片革兰染色、痰细菌培养+药敏
- 3.PPD 皮试。

4.必要时胸部 CT。

5.必要时支气管镜检查。

治疗原则：

1.休息、加强营养支持。

2.抗结核治疗（早期、适量、联合、规律、全程）。

病例分析

试题编号：10

病历摘要：

女性，58岁。间断右上腹痛6年，突发腹痛伴寒战、高热、皮肤黄染1天。患者6年前因“胆囊结石”行胆囊切除术。术后间断右上腹痛，多于进食油腻食物后发生，无发热及皮肤黄染。近2年腹痛发作频繁，偶有寒战、发热，无皮肤黄染。1天前突发右上腹痛，程度剧烈，伴寒战、发热，且皮肤巩膜黄染，尿量少、色深，急诊入院。无心、肾疾病病史，无肝炎或结核病史。

查体：T 39.1℃，P 112次/分，R 26次/分，BP 90/48mmHg。神志清楚，精神差，皮肤巩膜黄染，四肢皮肤湿冷，心肺未见异常。腹平坦，可见右上腹旁正中切口瘢痕，未见肠型及蠕动波，右上腹压痛，无肌紧张、反跳痛，肝脾未触及，未触及肿物，肠鸣音可闻及。双下肢无水肿。

实验室检查：Hb 150g/L，WBC $29.7 \times 10^9/L$ ，N 0.89。血总胆红素 52.4 $\mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素 34.9 $\mu\text{mol/L}$ 。

诊断：

1.急性梗阻性化脓性胆管炎

2.胆囊切除术后

鉴别诊断

1.肝脓肿

2.急性胰腺炎

3.急性肠梗阻

4.急性消化道穿孔

进一步检查

1.腹部 B 超或 CT 或 MRCP。

2.立体腹位 X 线平片。

3.肝功能，血电解质。

4.血、尿淀粉酶。

治疗原则

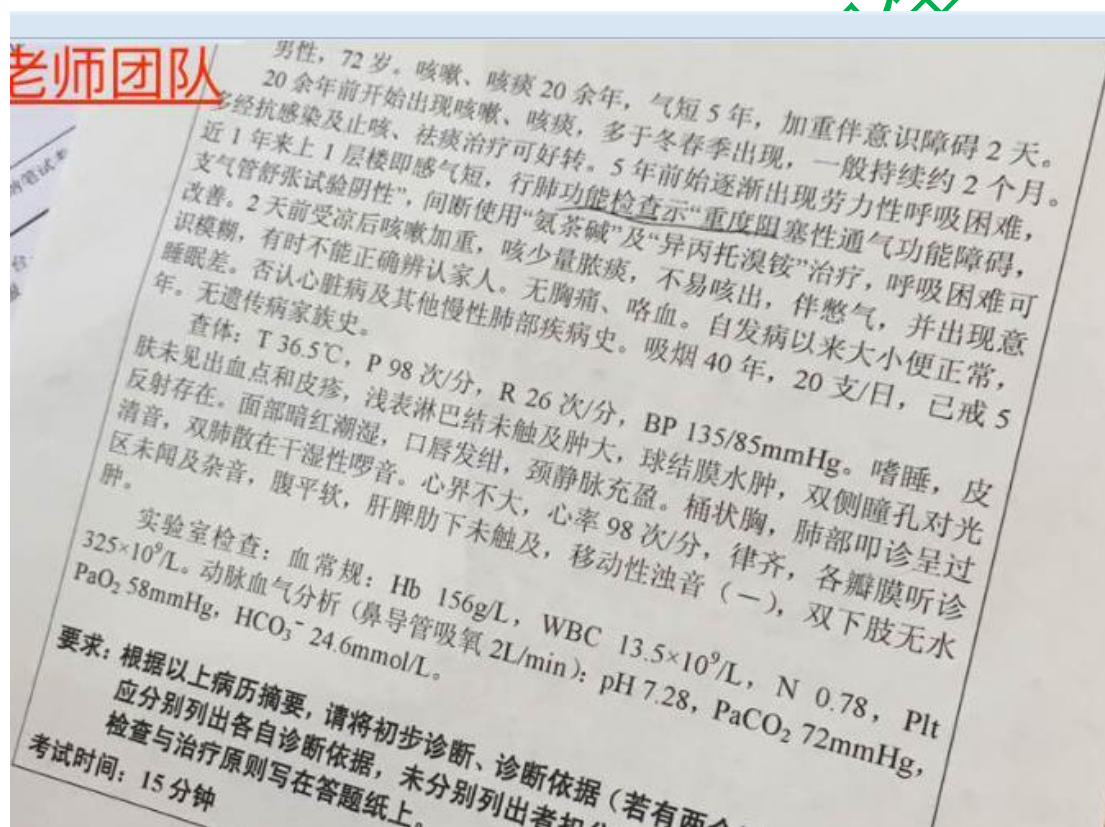
1.急症胆管减压引流手术或 ENBD 或

PTCD。

2.积极抗感染，抗休克治疗。

3.有条件可内镜介入治疗。

全免费



诊断

①COPD 急性发作

②2型呼吸衰竭

③肺性脑病

④心功能3级（NYHA）

鉴别诊断

1.支气管哮喘。 2.支气管扩张。 3.左心衰竭。

进一步检查

1.胸部X线片。 2.痰涂片革兰染色，痰培养+药敏。
3.ECG、UCG。 4.血气分析。
5.肝肾功能、电解质。 6.病情缓解后可行肺功能检查。

治疗原则

1.休息、持续低流量吸氧。
2.联合使用抗菌药物。
3.静脉使用糖皮质激素。
4.联合使用支气管舒张剂治疗。
5.纠正水、电解质和酸碱紊乱。可使用利尿剂改善患者的右心衰竭。
6.必要时考虑机械通气治疗。

金英杰医学
医考零负担课程全免费

病例分析

试题编号：32

病历摘要：

男性，25岁。发热1周，加重伴乏力、出血倾向3天。

患者1周前无明显诱因开始发热伴全身酸痛，轻度咳嗽，无咳痰，最高体温38.2℃，无寒战，曾在当地化验血象异常（具体不详），予“感冒药”等治疗无效。3天来上述症状加重伴乏力，有两次鼻出血和刷牙时牙龈出血。发病以来进食减少，睡眠差，大小便正常，体重无明显变化。既往体健，无结核和胃病史，无药物过敏史。无遗传病家族史。

查体：T 38.7℃，P 105次/分，R 20次/分，BP 120/80mmHg，轻度贫血貌，前胸和四肢皮肤可见出血点，两侧颈部和右腹股沟区均可触及数个肿大淋巴结，最大为2.5cm×2.0cm大小，均活动好，无压痛，巩膜无黄染，口唇稍苍白，甲状腺不大。胸骨压痛（+），双肺叩诊清音，左下肺可闻及少许湿性啰音。心界不大，心率105次/分，律齐。腹平软，无压痛，肝肋下1.5cm，脾肋下1cm，移动性浊音（-）。双下肢无水肿。

实验室检查：血常规：Hb 80g/L，RBC $2.7 \times 10^{12}/L$ ，WBC $1.5 \times 10^9/L$ ，分类见原始细胞占0.28，POX染色（-），Plt $20 \times 10^9/L$ ，网织红细胞占0.001。尿常规（-），粪常规（-），粪隐血（+）。

初步诊断：急性白血病

鉴别诊断：

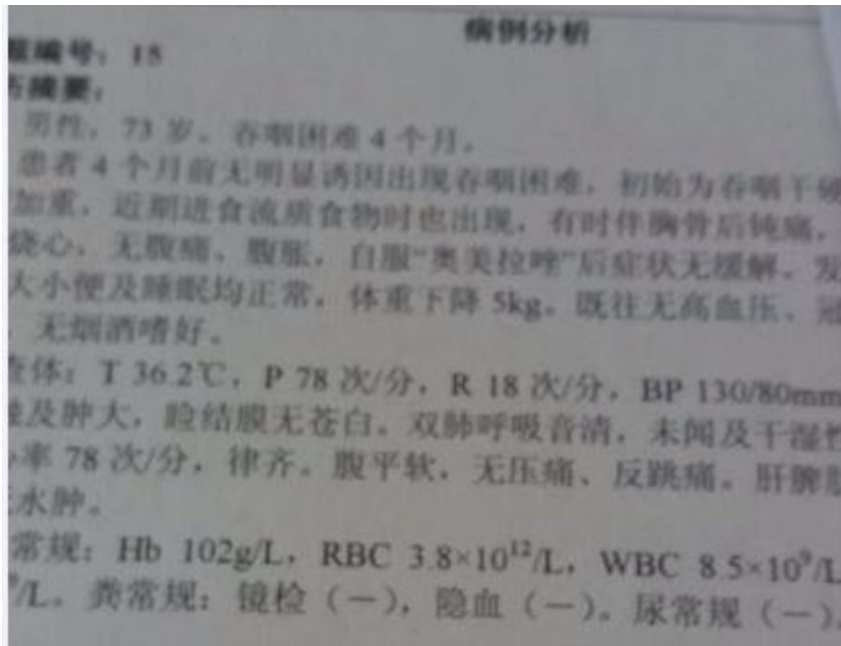
- 1、骨髓增生异常综合征
- 2、再生障碍性贫血

进一步检查：

- 1、骨髓细胞学检查
- 2、血生化
- 3、腹部B超

治疗原则：

- 1、诱导分化治疗
- 2、注意休息、合理饮食
- 3、完全缓解后加用化疗。



初步诊断：

- 1.食管癌
- 2.失血性贫血

鉴别诊断

- 1.食管炎 2.食管憩室
- 3.食管静脉曲张 4.食管良性肿瘤
- 5.贲门失迟缓症

进一步检查

- 1.胸部 CT
- 2.骨扫描
- 3.头颅 MRI

治疗原则

- 1.除晚期丧失机会的病例外，均应首选手术治疗，延长生命、改善生活质量

2.晚期病例给予营养支持，放射治疗或对症治疗，缓解痛苦。

男,右上胸部被汽车急刹车撞伤急诊入院。

查体: t: 36.8。 p140次每分。呼吸38次每分。血压84.65。神清合作,痛苦状。呼吸急促,口唇发绀,颈静脉怒张。气管移向左侧,右胸廓饱满。右侧呼吸运动弱。挤压右胸壁可及骨擦音(第56肋)局部压痛。右侧叩诊鼓音呼吸音消失,未闻及罗音,左肺呼吸音粗,右心界叩诊不清, 心音较弱, 未闻及杂音。腹部平软,无压痛肌紧张,肠鸣音正常, 肝脾未及, 下肢无浮肿,四肢活动正常,病理反射(--)。

诊断：

- 1、胸部闭合性损伤
- 2、右侧多根多处肋骨折
- 3、右张力性气胸
- 4、创伤性休克

鉴别诊断：

该患者有明确外伤史，体征典型，辅助检查支持，无需鉴别。

进一步检查：

- 1.测中心静脉压，明确是否有出血性休克。
- 2.检查出凝血机制，除外血液疾病。

治疗原则：

- 1.镇静止痛。
- 2.补血、补液、纠正血容量。

3.胸壁牵引或肋骨固定纠正畸形，并行胸腔闭式引流。

4.观察引流量，如果怀疑活动出血应该考虑手术探查。

病例分析

试题编号：45

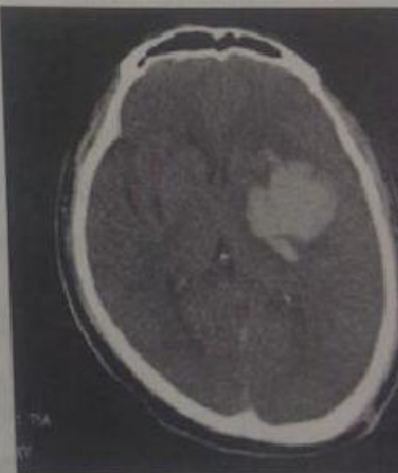
病历摘要：

男性，65岁。言语不能、右侧肢体无力2小时。

患者于2小时前早晨被家人唤醒后，发现不能言语，右侧肢体无力，尚能听懂他人言语，右侧口角流涎。无肢体抽搐，无大小便失禁。急诊就诊。头颅CT检查如图，发现“高血压”1年，未治疗。否认糖尿病病史。吸烟30年，每日20支。家族中无类似病史。

查体：T 36.8℃，P 88次/分，R 18次/分，BP 200/105mmHg。嗜睡，皮肤和巩膜无黄染，未见肝掌及蜘蛛痣，浅表淋巴结未触及肿大。心肺查体未见异常。腹平软，无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及，移动性浊音阴性。双下肢无水肿。神经系统检查：双侧瞳孔等大等圆，直径3mm，对光反射灵敏，右侧鼻唇沟浅，口角左偏，伸舌右偏，右侧上下肢肌力分别为1和2级。右侧偏身痛觉减退，右侧Babinski征(+)，颈软，脑膜刺激征阴性。

实验室检查：血常规：Hb 128g/L，WBC $7.8 \times 10^9/L$ ，N 0.70，L 0.30，Plt $150 \times 10^9/L$ 。血糖和肝、肾功能正常。



初步诊断：

1.左侧脑出血（基底节区）

2.高血压病3级（很高危）

鉴别诊断

1.脑梗死

2.在病因诊断方面鉴别

(1) 脑血管畸形

(2) 脑淀粉样血管病

进一步检查

1.CT/MRI 检查/脑血管造影（DSA）

2.血管炎的抗体检查

3.脑脊液常规生化检查

4.周围血液成分的检查

5.血糖、血脂等生化检查

治疗原则

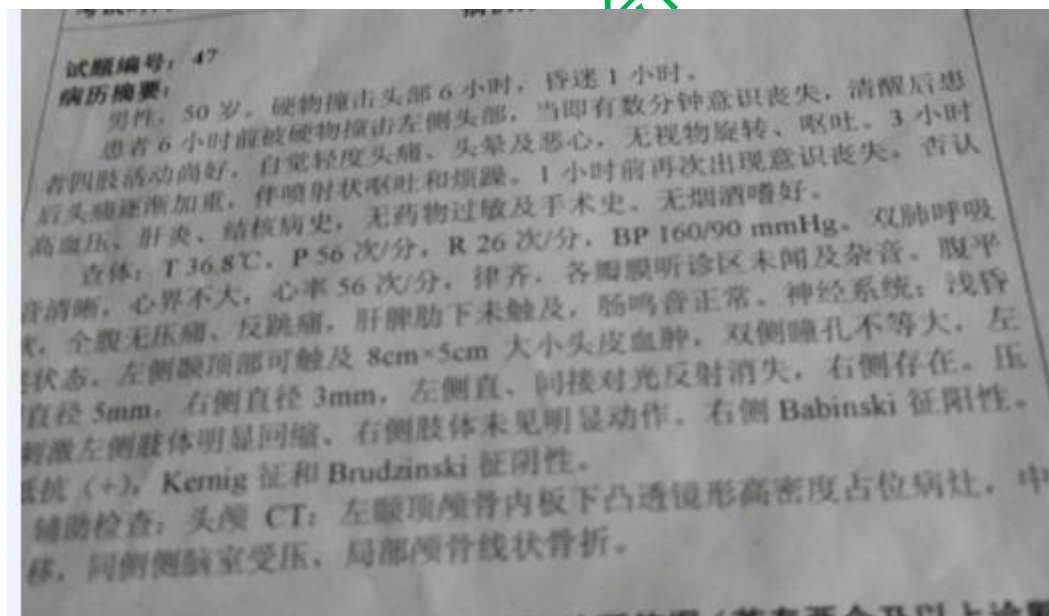
1.告知病情，绝对卧床休息。

2.低盐饮食，加用降压药物控制血压

3.降颅压 20%甘露醇 250mL，每 6-8 小时一次

4.支持治疗，保持水、电解质的平衡

5.观察病情 如血肿的出血量增多、意识障碍等



初步诊断:

1.闭合性颅脑损伤

2.硬膜外血肿

3.小脑幕切迹疝

4.颅骨骨折

鉴别诊断

急性硬膜下血肿

进一步检查

1.定时复查头颅 CT，以决定手术时机

2.血常规、凝血功能、血型和血生化

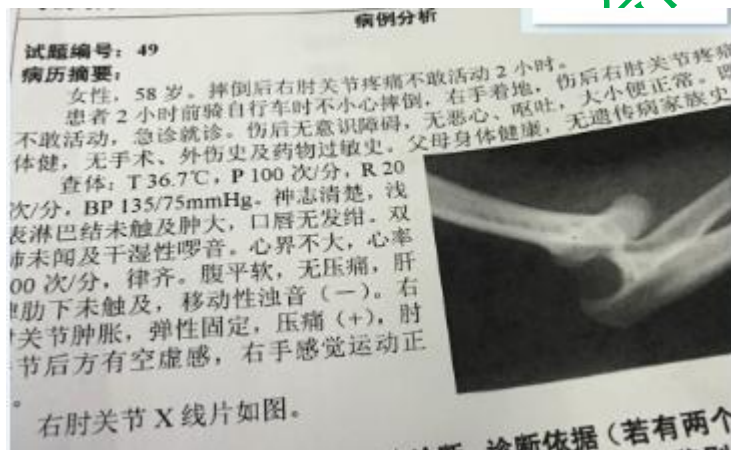
3.X 线胸腹平片除外复合伤

4.必要时复查 CT

治疗

1、及时手术治疗

2、甘露醇



初步诊断：右肘关节脱位

鉴别诊断：肱骨髁上骨折

进一步检查：

1.X 线检查

2.CT

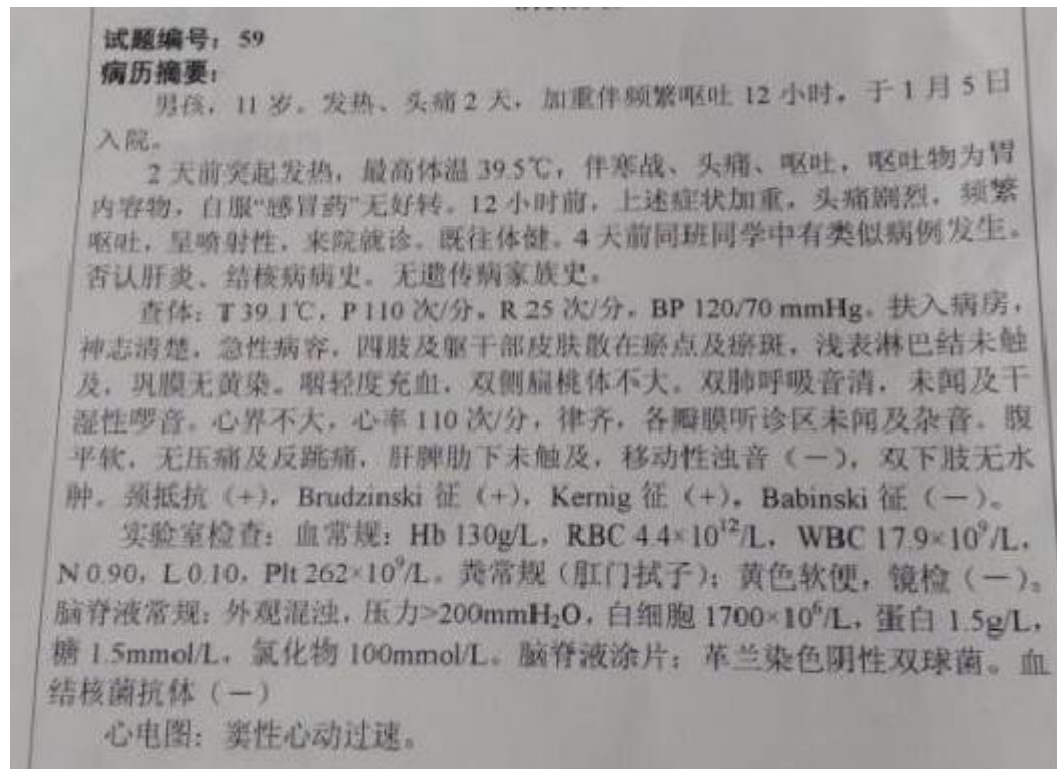
3.MRI 检查

治疗原则：

1.复位技术

2.固定

3.康复锻炼



初步诊断:

1.流行性脑脊髓膜炎

2.窦性心动过速

鉴别诊断

1.其他化脓性脑膜炎

2.肾综合征出血热

进一步检查

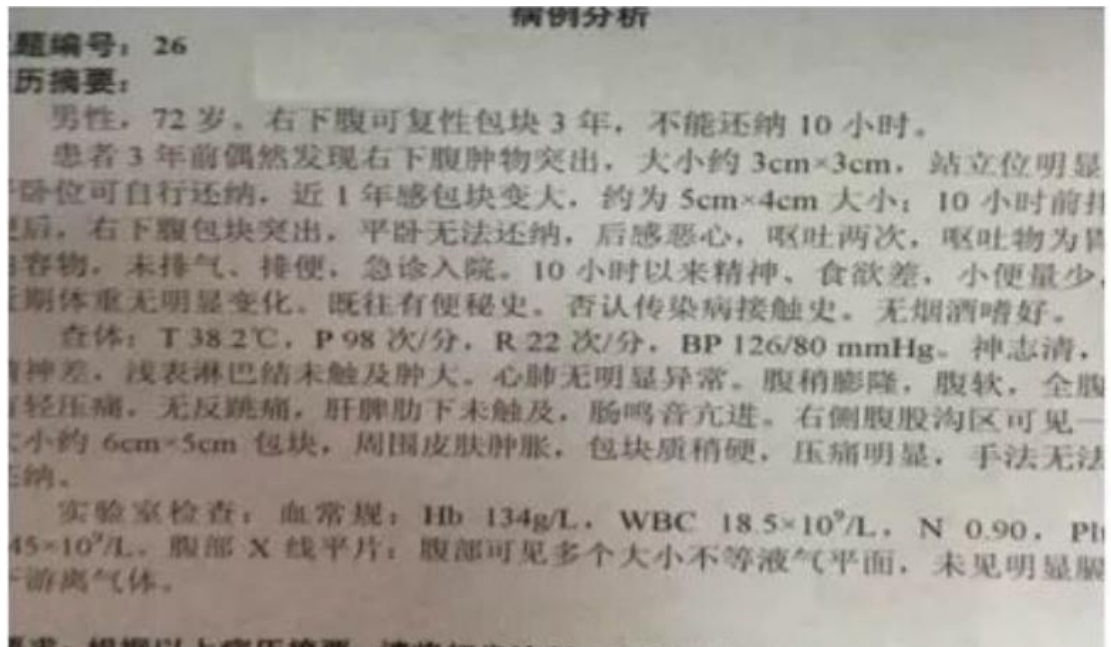
1.腰穿脑脊液检查

治疗原则

1.病原治疗 首选青霉素治疗, 800万U, 每日3次静

脉输入，疗程 5-7 日

2. 对症治疗 急性期用甘露醇静脉快速输入，以减轻脑水肿。高热、烦躁可用退热、镇静药。



诊断：

1、右侧腹股沟疝（嵌顿疝）

2、肠梗阻

治疗：

1、卧床休息，高蛋白饮食。

2、手术治疗

3、抗生素

男性，23岁。腹痛1天，右下腹痛4小时。
患者1天前进食后出现脐周隐痛，自服“胃药”及卧床休息后略缓解。小时前无明显诱因出现右下腹持续性疼痛，伴恶心，干呕，症状持续不缓解。发病以来睡眠稍差，未进食，未排大便，尿少色深，体重无明显变化。既往体健。否认传染病接触史。无烟酒嗜好。
查体：T 37.8℃，P 100次/分，R 24次/分，BP 120/95mmHg。急性病浅表淋巴结未触及肿大，口唇无发绀。胸廓无畸形。双侧呼吸动度一致，肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率100次/分，律齐，膜听诊区未闻及杂音。腹平，肝脾肋下未触及。右下腹肌紧张，有压痛跳痛，肠鸣音3次/分。双下肢无水肿。
实验室检查：血常规：Hb 134g/L，WBC $21.7 \times 10^9/L$ ，N 0.94 $245 \times 10^9/L$ 。

初步诊断：

- ①急性化脓性阑尾炎
- ②感染性休克

鉴别诊断：

- 1.消化性溃疡穿孔 2.右侧输尿管结石
- 3.急性胃肠炎 4.肠梗阻

进一步检查：

- 1.尿、粪常规检查 2.腹部B超检查
- 3.X线平片检查

治疗原则

- 1.应用抗感染性药物 2.手术治疗，行阑尾切除

男性，66岁。排便次数增加、间断脓血便5个月。
患者于5个月前无明显诱因出现排便次数增加，大便由1次/天增加为3~5次/天，常为稀便，间断有脓血便，伴便不尽感。无恶心、呕吐、反酸。发病以来睡眠稍差，体重下降3kg。既往有高血压病史5年，最高为170/110mmHg。吸烟20余年，30支/天。父亲死于高血压。
查体：T 36.4℃，P 98次/分，R 22次/分，BP 165/110mmHg。一般状况可，皮肤巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率98次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，无压痛，未触及包块，肝脾肋下未触及。移动性浊音(-)，肠鸣音4~6次/分。无杵状指，双下肢无水肿。
直肠指检：距肛缘3cm于膝胸位1~7点范围可触及肿物，侵及肠壁半周，边缘隆起，指套染血。
实验室检查：血常规：Hb 110g/L，WBC $7.5 \times 10^9/L$ ，N 0.60，Plt $145 \times 10^9/L$ 。
要求：根据以上临床摘要，请写出：

初步诊断：

- ① 直肠癌 ② 失血性贫血 ③ 高血压2级（中危）

鉴别诊断：

1. 结肠炎症性疾病 2. 结肠息肉

进一步检查：

1. 腹部X线平片和钡餐灌肠造影 2. 结肠镜检查

查

3. 腹部B超或CT

治疗原则

1. 手术治疗 2. 不能切除时，行乙状结肠造瘘
3. 辅助治疗 放化疗和免疫治疗等。

病历摘要:

男孩, 1岁3个月。发热、咳嗽3天, 气促1天。

患儿3天前受凉后出现发热, 最高体温 39.8°C , 咳嗽, 为连声咳, 无腹泻、呕吐, 无抽搐。当地医院诊断“急性上呼吸道感染”予以治疗(具体不详), 效果不佳, 体温波动在 $38.2\sim 39.8^{\circ}\text{C}$ 。入院前1天, 患儿体温持续不退, 咳嗽加重, 伴气促, 精神差, 纳差, 急诊入院。发病以来, 大小便正常。既往体健。按时预防接种, 否认药物过敏史, 家族史无特殊。

查体: $T 38.7^{\circ}\text{C}$, $P 136$ 次/分, $R 48$ 次/分。发育正常, 营养不良。急性病容, 精神差。皮肤未见皮疹, 浅表淋巴结未触及。可见鼻翼扇动, 咽充血, 扁桃体I度大。胸廓对称, 呼吸急促, 三凹征(+), 双肺呼吸音粗, 可闻及固定细湿啰音。心率 136 次/分, 律齐, 心音有力, 未闻及杂音。腹软, 肝脾未触及, 肠鸣音存在。双下肢无水肿, 神经系统检查无异常。

实验室检查: $\text{WBC } 16.2 \times 10^9/\text{L}$, $\text{N } 0.72$, $\text{L } 0.28$, $\text{CRP } 31\text{mg/L}$ 。

初步诊断:

支气管肺炎(细菌感染可能性大)

鉴别诊断

- 1.急性支气管炎
- 2.支气管异物
- 3.支气管哮喘
- 4.肺结核

进一步检查

- 1.病原学检查
- 2.胸部X射线
- 3.生化检查
- 4.必要时检测血气分析, 以指导治疗

治疗原则

- 1.一般治疗和护理
- 2.抗生素治疗

3.对症治疗

病例分析

试题编号：53

病历摘要：

男孩，1岁5个月，发热、腹泻4天于2015年12月3日入院。

患儿4天前开始无明显诱因出现发热，体温38℃，腹泻，当日大便7次，为黄色稀水样便，无黏液及脓血，无腥臭味，呕吐2次，非喷射样，呕吐物为胃内容物。3天前曾到医院检查，粪常规未见异常，给予“金双歧”及“蒙脱石散”治疗，无明显效果。仍有反复发热，大便每日5~8次，性状同前。发病以来进食差，小便量少，睡眠尚可，未测体重。既往体健，否认肺炎及腹泻等病史。母乳喂养，已经添加米粉、蛋黄等辅食，按时预防接种，否认药物过敏史。家族中无类似患者，无遗传病家族史。

查体：T 37℃，P 132次/分，R 34次/分，BP 90/60mmHg。精神萎靡，皮肤弹性差，未见出血点和皮疹，浅表淋巴结未触及。睑结膜略苍白，巩膜无黄染，哭无眼泪，口唇干燥略苍白，双肺未闻及啰音，心率132次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，无压痛，未触及包块，肝脾肋下未触及，肠鸣音活跃。颈无抵抗，病理征阴性。

实验室检查：血常规：Hb 96g/L，RBC $4.0 \times 10^{12}/L$ ，MCV 72fl，MCH 21pg，MCHC 24%，网织红细胞 0.015，WBC $7.5 \times 10^9/L$ ，分类正常，Plt $305 \times 10^9/L$ ，CRP 正常。粪常规：镜检（-），隐血（-）。尿常规（-）。

初步诊断：

1. 婴幼儿腹泻（轮状病毒性肠炎）

2. 重度脱水

鉴别诊断

1. 生理性腹泻

2. 细菌性痢疾

3. 坏死性小肠炎

4. 小肠吸收障碍的腹泻

进一步检查

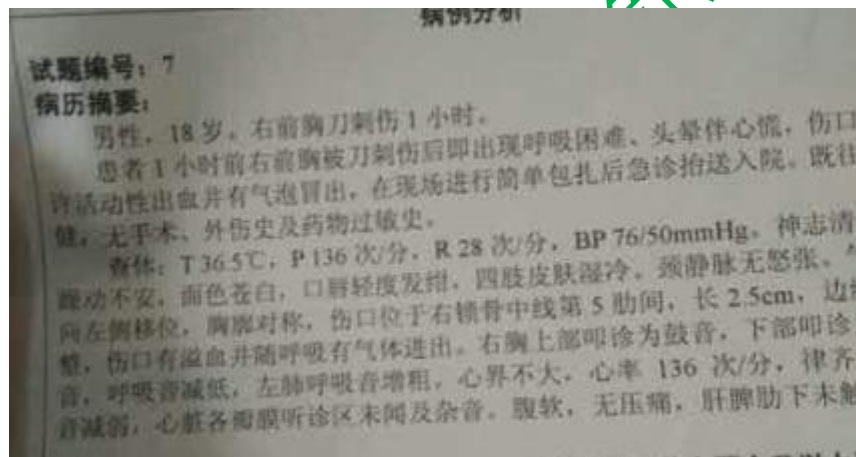
1. 粪便查轮状病毒抗原、抗体，必要时 粪便培养，

以明确病原

- 2.血气分析，以了解酸中毒的程度
- 3.查肝肾功能，以了解重度脱水对肝肾 功能的影响
- 4.监测血气分析、血电解质的动态变化，以指导治疗

治疗原则

- 1.纠正脱水（静脉补液）
- 2.纠正酸中毒 按公式计算补 NaHCO_3 的量，先给予半量，再根据病情与血气 分析结果考虑是否继续补充
- 3.有尿后补钾 根据血钾结果，调整补 钾量



初步诊断:

- ①右开放性气胸②创伤性休克③右侧血胸

鉴别诊断:

- 1.闭合性气胸
- 2.交通性气胸
- 3.张力性气胸
- 4.肺大疱

进一步检查

1.CT 2.MRI

3.检查出凝血机制

4.血型、交叉配血

5.乙肝、梅毒、艾滋病抗体检测

治疗原则

1.镇静止痛

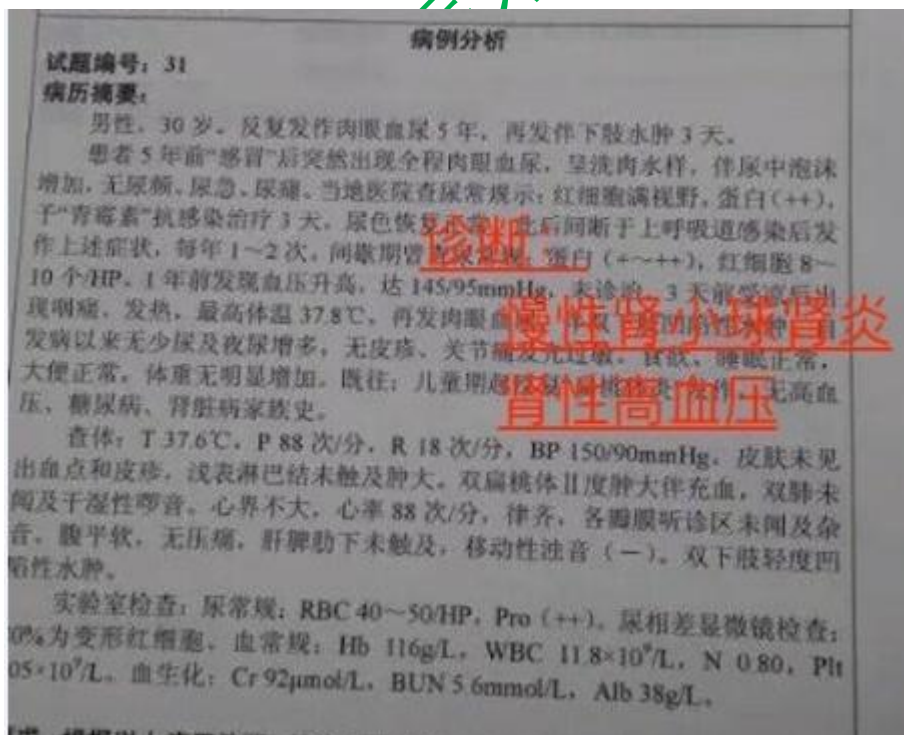
2.补血、补液纠正血容量

3.胸壁牵引或肋骨固定纠正畸形，并行胸腔闭

式引流

4.观察引流量，如果怀疑活动出血应该考虑手

术探查



初步诊断:

1.慢性肾小球肾炎

2.肾性高血压

3.扁桃体炎

鉴别诊断：

1.继发性肾小球肾炎

2.高血压肾损害

3.其他肾小球肾炎

4.慢性肾盂肾炎

进一步检查：

1.尿红细胞位相

2.乙肝五项、抗核抗体谱

3.双肾 B 超

4.24 小时尿蛋白定量及肾小管功能

治疗原则：

1.严密检查肾功能情况下运用 ACEI 类药物，小剂量

开始，联合应用钙离子拮抗剂，控制血压在

130/80mmHg 一下

2.限制饮食中蛋白质和磷的摄入

3.避免感染、劳累和肾毒性药物的应用

4.活检明确病理类型，进一步制定治疗方案

女性，35岁。颈部增粗1年。
患者1年前无明显诱因发现颈项增粗，以颈前明显，无进行性加重，多食、怕热、多汗、心悸，无脾气暴躁，无恶心、呕吐、腹痛等。重视。发病以来，精神、睡眠可，大、小便正常，体重无明显减轻。既往体健，无高血压、肝病和心脏病病史。长期在山区居住，无烟酒嗜好。家族无遗传病史。
查体：T 36.5℃，P 70次/分，R 18次/分，BP 110/68mmHg。皮肤无皮疹，浅表淋巴结未触及肿大，巩膜无黄染。甲状腺Ⅱ度肿大，未触及结节，无压痛，未闻及血管杂音。双肺未闻及干湿啰音，心率70次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部平软，脾肋下未触及，移动性浊音（-）。双下肢无水肿。双手平举试验阴性。
实验室检查：甲状腺功能：T₃ 2.0nmol/L（参考值：1.6~3.0 nmol/L），FT₃ 7.5pmol/L（参考值：6.0~11.0 pmol/L），TSH 4mU/L（参考值：0.3~2.77 mU/L）。

初步诊断：

单纯性甲状腺肿

鉴别诊断

- 1.亚急性甲状腺炎
- 2.结节性毒性甲状腺肿
- 3.甲状腺自主高功能腺瘤

进一步检查

- 1.TSH 抗体检查
- 2.甲状腺 B 超
- 3.肘静脉压测定

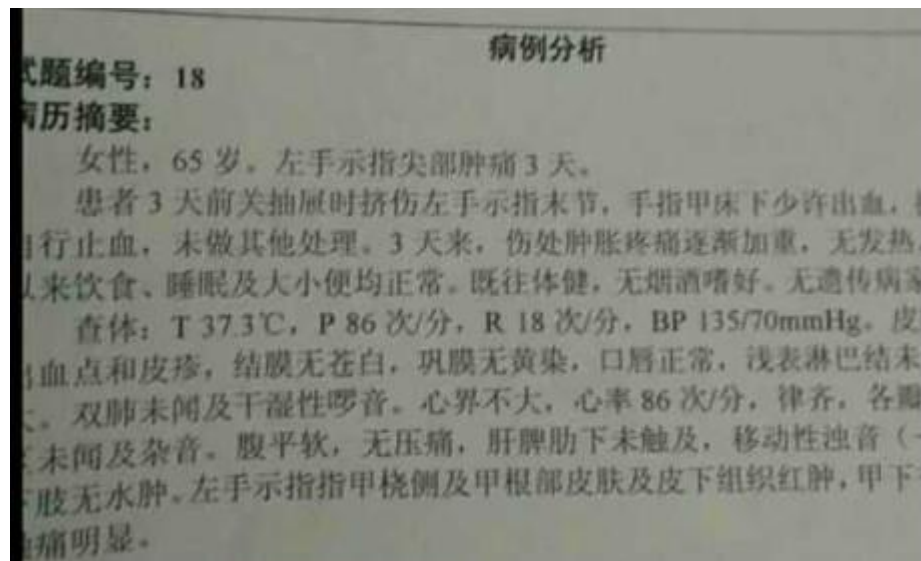
4.眼科检查

治疗原则

- 1.一般性治疗
- 2.甲亢伴发甲亢性心脏病，甲亢应做根除性治疗

3.如有心功能不全，可加用洋地黄制剂

4.对症处理



初步诊断：甲沟炎

鉴别诊断

- 1.脓性指头炎
- 2.其他各种软组织感染
- 3.气性坏疽

进一步检查

- 1.血、尿常规，有无白细胞计数上升、核左移；尿糖是否阳性等
- 2.血生化 肝肾功能及血糖测定等
- 3.伤口分泌物或脓液细菌培养和药物敏感试验
- 4.指头炎指骨坏死应拍指骨X线片

治疗原则

- 1.抗菌药物 应及时应用，若必要可再根据细菌培养

和药物敏感试验结果选用 抗生素

2.局部处理 如理疗、药物湿敷、切开 引流、拔甲术等，根据病情决定

3.改善全身情况 如糖尿病患者需控制 血糖；低蛋白血症者应予补充等

号：17
要：：
性，68岁。右乳头皮肤脱屑、结痂、糜烂6个月。
者6个月前开始出现右乳头皮肤脱屑，皮屑深面有“渗液”，后结痂，
皮后创面红，呈糜烂样。右乳头有瘙痒和烧灼感，无疼痛和发热，未
糜烂面积逐渐增大，门诊收入院。发病以来睡眠好，饮食、大小便正
重无明显变化。既往体健，无高血压、糖尿病病史。否认传染病接触
烟酒嗜好。有哺乳史，已绝经。无遗传病家族史。
体：T 36.8℃，P 80次/分，R 20次/分，BP 135/85mmHg。皮肤巩膜
，口唇无发绀。胸廓无畸形，双肺呼吸音清，未闻及啰音和胸膜摩擦
界不大，心率80次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，
下未触及。右乳头表面皮肤糜烂，触之易出血，左乳头未见异常，
触及肿块，双侧腋窝未触及肿大淋巴结。
室检查：血常规：Hb 120g/L，WBC $7.0 \times 10^9/L$ ，N 0.68，Plt $235 \times 10^9/L$

初步诊断：右乳头湿疹样乳癌

诊断鉴别：

- 1.纤维腺瘤
- 2.乳腺囊性增生病
- 3.乳腺导管扩张症

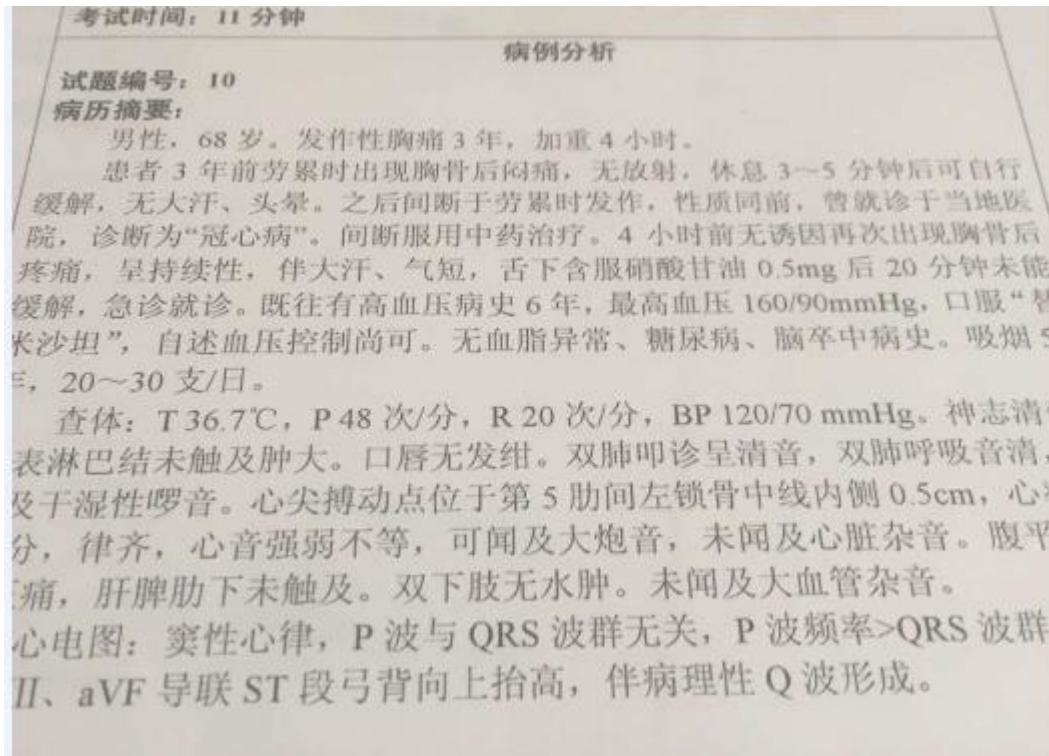
进一步检查

- 1.B超检查
- 2.钼靶X射线检查
- 3.针吸细胞学检查
- 4.核心针穿刺活检

治疗原则

- 1.积极术前准备行乳腺癌改良根治术
- 2.术后化疗与放疗、内分泌治疗、靶向治疗等综

合治疗，可提高疗效。



初步诊断:

- ①冠状动脉粥样硬化性心脏病 ②急性下壁心肌梗死
- ③心功能 1 级 (Killip) ④心律失常

鉴别诊断:

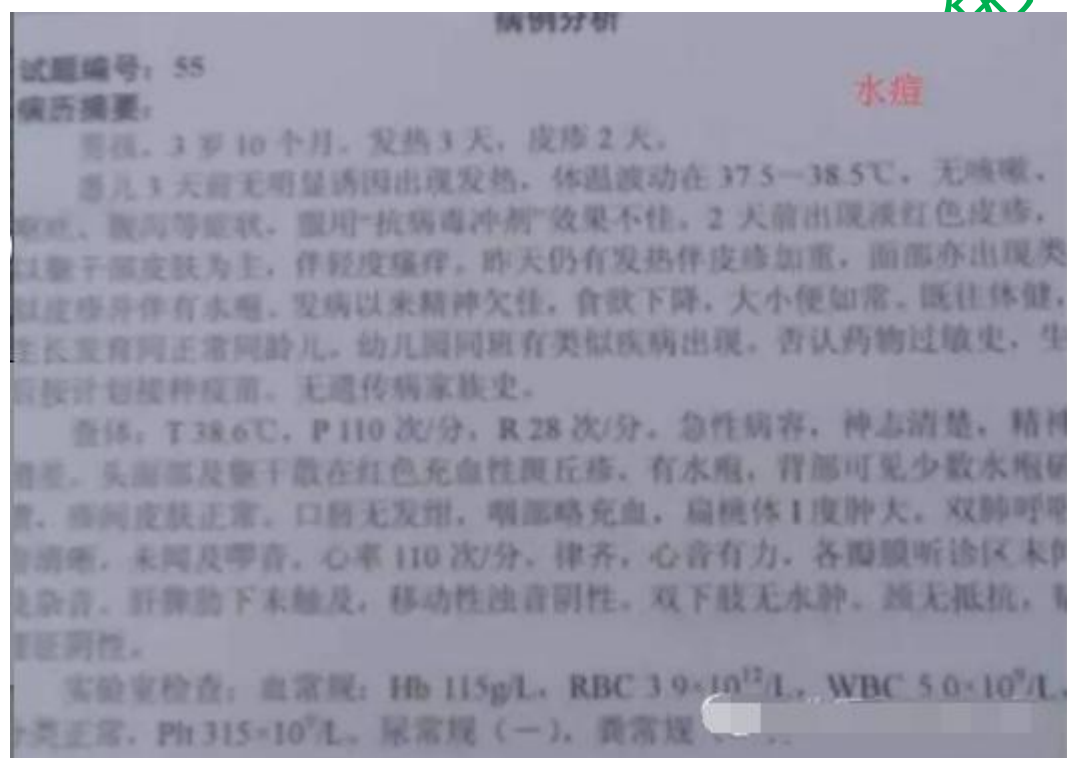
- 1.心绞痛 2.主动脉夹层 3.急性肺动脉栓塞
- 4.急腹症 5.急性心包炎
- 6.除循环系统外因素引起的高血压

进一步检查:

- 1.动态观察心电图和心肌坏死标记物
- 2.超声心电图
- 3.放射性核素检查 4.血气分析及 D-二聚体
- 5.腹部 B 超

治疗原则

- 1.一般治疗 休息、吸氧、监测、护理
- 2.解除疼痛 吗啡，硝酸酯制剂
- 3.抗凝及抗血小板聚集药物 阿司匹林
- 4.再灌注治疗，溶栓和（或）介入治疗
- 5.对症治疗 控制心律失常，改善心功能



初步诊断:

- 1.水痘
- 2.扁桃体炎

鉴别诊断

- 1.麻疹
- 2.风疹
- 3.幼儿急疹

4.猩红热

进一步检查

1.血常规

2.血清学检查，相关病毒特异性 IgM 抗体监测

3.病毒抗原监测

4.病毒分离

5.有并发症的病例，选择 X 线片、颅脑 CT、MRI、心

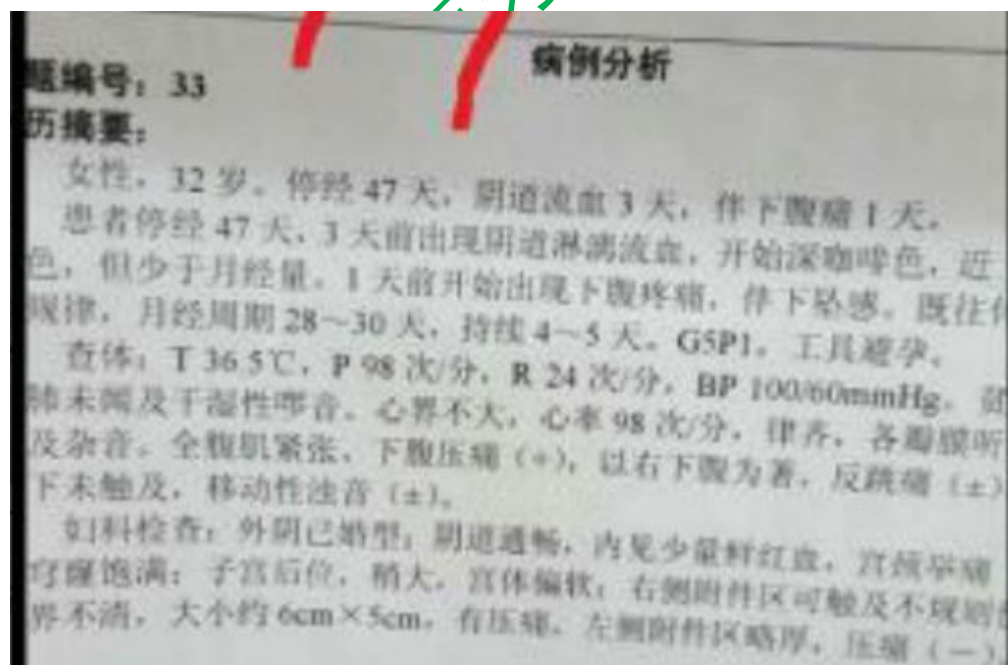
电图、脑脊液、血生化等 检查

治疗原则

对病毒所致的出疹性疾病，暂无特殊药 物，主要为

对症治疗，加强护理和预防 并发症。发生并发症者

，积极治疗相关 性并发症。



初步诊断：异位妊娠

鉴别诊断

- 1.流产 2.卵巢囊肿蒂扭转 3.黄体囊肿破裂
- 4.急性输卵管炎 5.急性阑尾炎

进一步检查

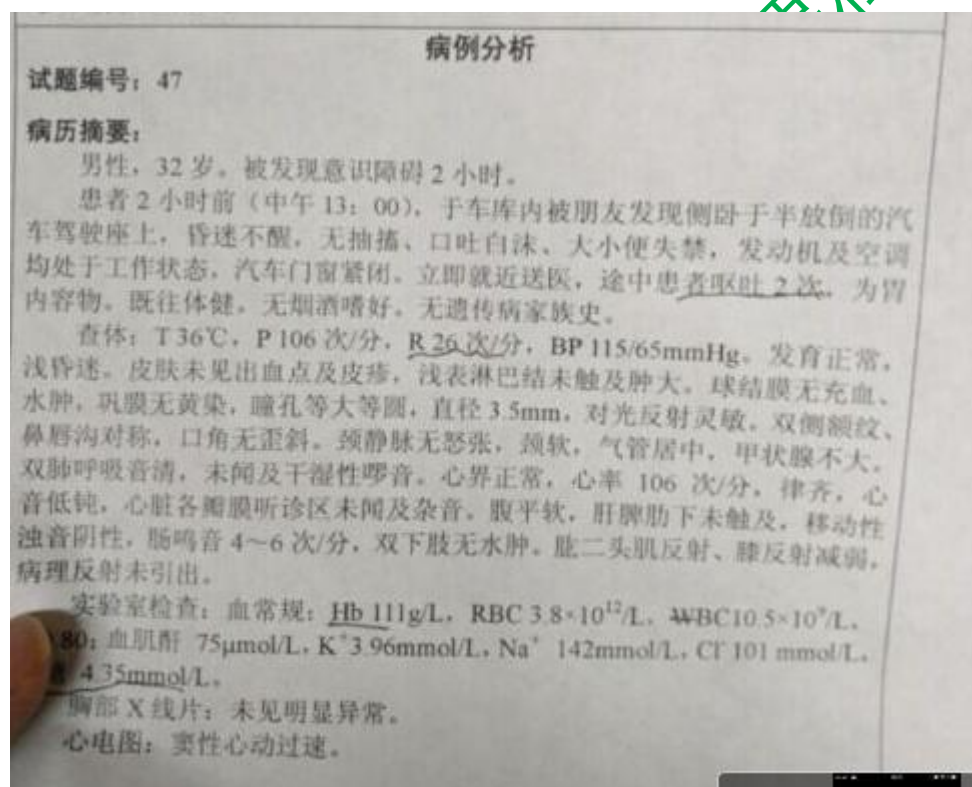
- 1.血 β -hCG 检测 2.B 型超声检查
- 3.阴道后穹窿穿刺 4.术前化验

治疗原则

异位妊娠的治疗包括期待疗法、药物治疗和手

术治疗。

课程全免费



初步诊断：急性一氧化碳中毒

鉴别诊断：

- 1.脑出血
- 2.有机磷农药中毒
- 3.巴比妥类药物中毒

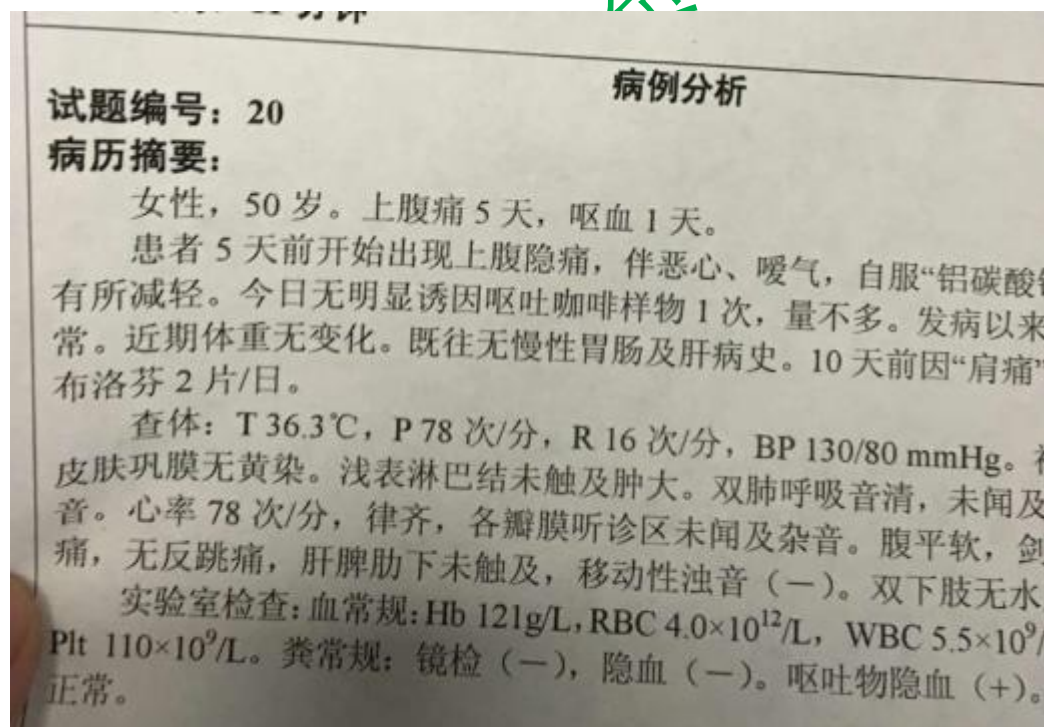
进一步检查：

- 1.血液 COHb 测定
- 2.血糖及血电解质检测
- 3.排泄物或呕吐物的毒物及其代谢物测定
- 4.脑电图检查

治疗原则：

- 1.将患者移至空气新鲜处休息，注意保暖，保持呼吸道通畅。
- 2.纠正缺氧。
- 3.防止脑水肿。

医担课程全免费



初步诊断：

急性糜烂出血性胃炎（非甾体抗炎药所致）

鉴别诊断：

1.急性胆囊炎

2.急性胰腺炎

3.急性阑尾炎

进一步检查：

一般应在出血后 24~48 小时内进行胃镜检查。腐

蚀性胃炎急性期禁忌行胃镜检查，静止期可见瘢痕形

成和胃变形

病历摘要

女性，22岁。被发现意识障碍伴呼吸困难1小时。

患者1小时前（8月3日14:00）被家人发现倚墙半躺在自家厨房，呼之不应，口吐白沫，呼吸急促。家人紧急就近送医，进行输液及吸氧等处理后急送我院。家人描述患者3小时前曾与恋人激烈争吵。此前进食正常，大小便及睡眠均正常，体重无明显变化。既往体健，无心脏病、高血压病史，无肝病、糖尿病病史。无烟、酒嗜好。无遗传病家族史。

查体：T 36.5℃，P 130次/分，R 28次/分，BP 135/78mmHg。神志不清，全身皮肤潮湿，未见出血点和皮疹，浅表淋巴结未触及肿大。巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，直径1mm。口角无偏斜，呼气有明显大蒜味。甲状腺不大。双肺可闻及广泛湿性啰音。心界不大，心率130次/分，律齐，未闻及杂音。腹平软，肝脾肋下未触及，移动性浊音（-）。四肢远端发绀、花斑样改变，可见肌肉颤动，肌张力略高，双下肢无水肿。病理反射未引出。

实验室检查：血常规：Hb 118g/L，RBC $3.7 \times 10^{12}/L$ ，WBC $11.3 \times 10^9/L$ ，N 0.86，Plt $136 \times 10^9/L$ 。血Cr $65 \mu\text{mol}/L$ ，BUN $11.4 \text{mmol}/L$ ， K^+ $4.30 \text{mmol}/L$ ， Na^+ $140 \text{mmol}/L$ ， Cl^- $97 \text{mmol}/L$ ， Ca^{2+} $2.42 \text{mmol}/L$ ，血糖 $5.5 \text{mmol}/L$ 。血气分析（吸氧5升/分）：pH 7.43， $PaCO_2$ 29.5mmHg ， PaO_2 47mmHg ，BE $-7 \text{mmol}/L$ 。

心电图：大致正常心电图。

初步诊断：

1. 有机磷农药中毒

2. 一型呼吸衰竭

鉴别诊断：

1. 中毒

2.催眠药中毒

3.脑出血

进一步检查：

- 1.监测血常规、尿常规，粪常规+OB
- 2.监测肝肾功能、血电解质及血气变化
- 3.监测胆碱酯酶活力
- 4.床旁心电图、胸片。

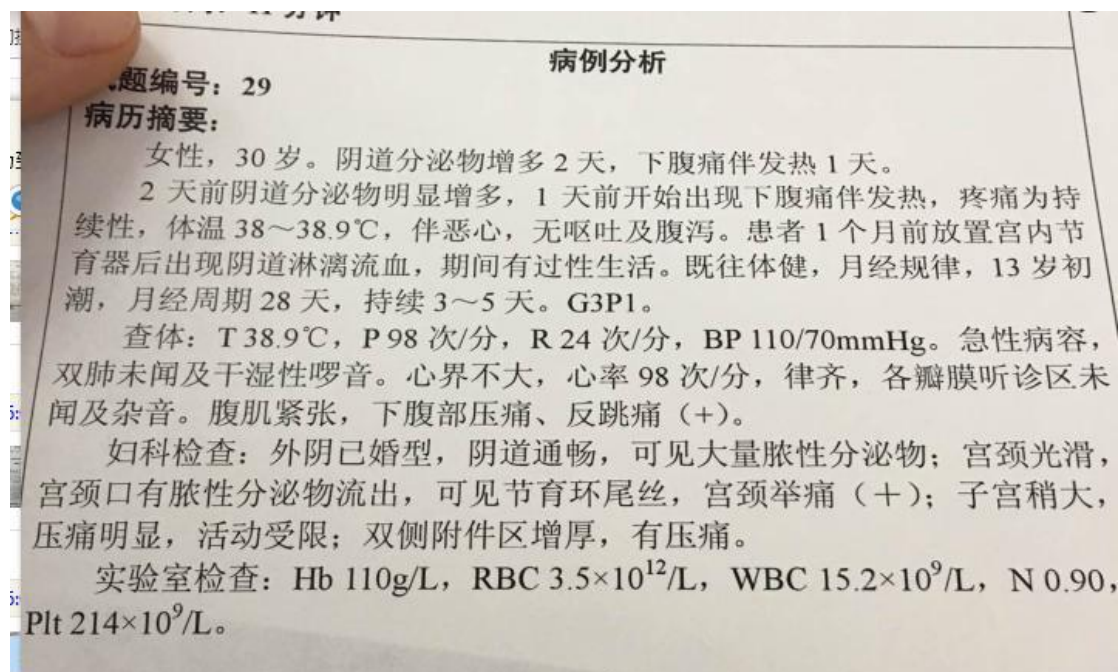
治疗原则：

1.迅速清除毒物 脱去被污染的衣物，用肥皂水清

洗被污染的皮肤，洗胃

2.解毒药的应用：

- (1) 胆碱酯酶复活剂
- (2) 抗胆碱药阿托品的使用



初步诊断：

1.急性盆腔炎

2.宫内节育器

鉴别诊断

1.急性阑尾炎 2.异位妊娠 3.卵巢囊肿蒂扭

转或破裂

进一步检查

1.B 型超声

2.宫颈管分泌物细菌培养+ 药物敏感实验

3.查血细胞沉降率及 C 反应蛋白

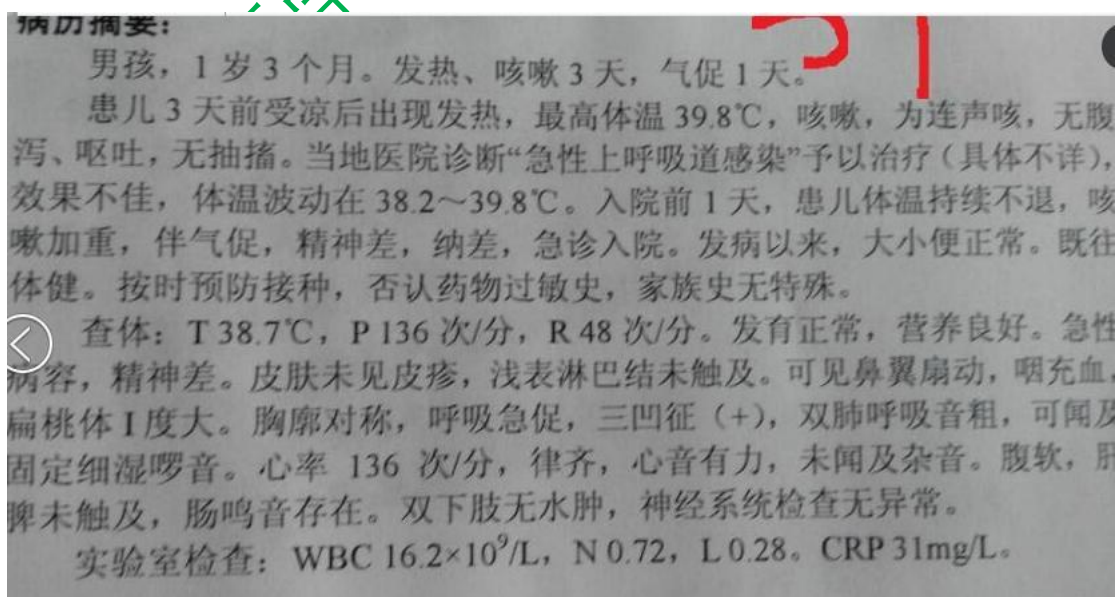
治疗原则

1.卧床休息，半卧位，物理降温

2.静脉滴注抗生素，在细菌培养+ 药物敏感实验结

果未报告前，尽量选用光谱抗生素，联合用药。并

兼顾需氧及厌氧菌。



初步诊断：支气管肺炎

鉴别诊断

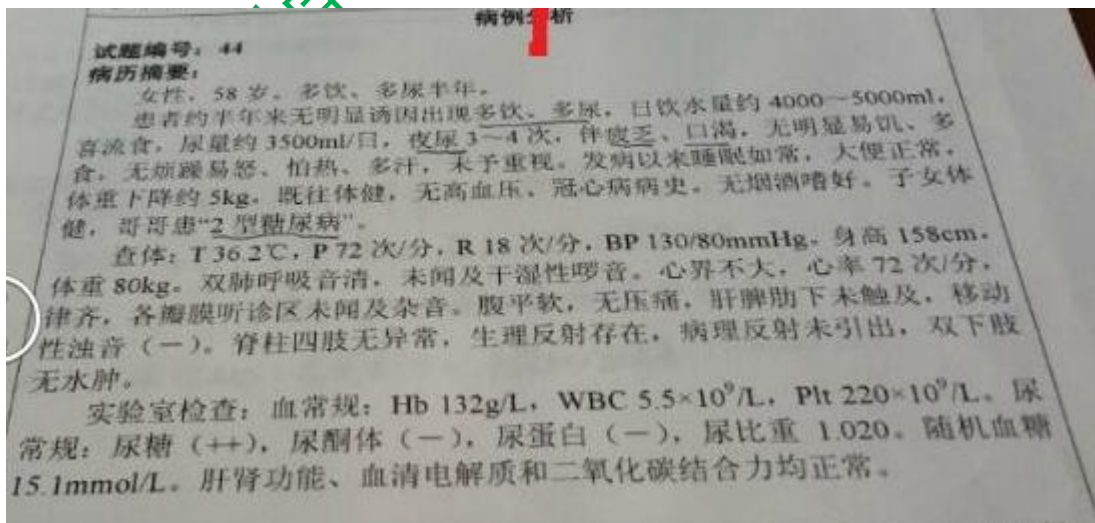
- 1.急性支气管炎
- 2.支气管异物
- 3.支气管哮喘
- 4.肺结核

进一步检查

- 1.病原学检查
- 2.胸部 X 射线
- 3.生化检查
- 4.必要时检测血气分析，以指导治疗

治疗原则

- 1.一般治疗和护理
- 2.抗生素治疗
- 3.对症治疗



初步诊断: 2型糖尿病

鉴别诊断

1.1 型糖尿病

2.肾性糖尿

3.肾盂肾炎

进一步检查

1.空腹及餐后 2 小时血糖测定和 OGTT

2.糖化血红蛋白

3.胰岛素释放试验，C 肽释放试验

4.并发症检查

治疗原则

1.糖尿病健康教育

2.医学营养治疗

3.体育锻炼

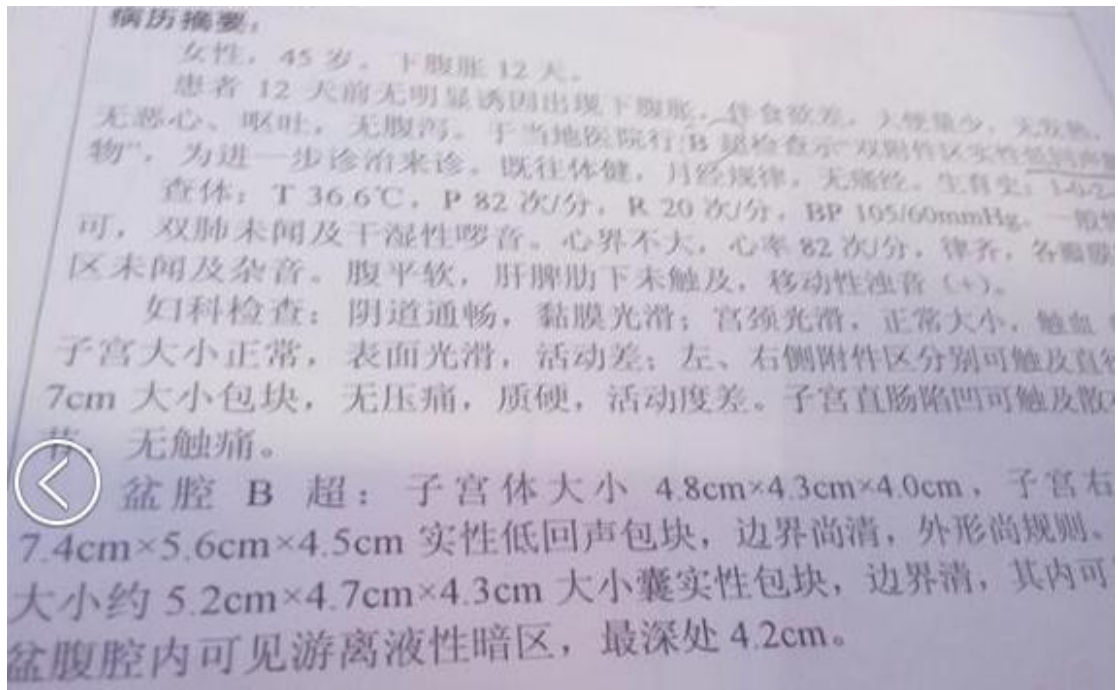
4.病情检测

5.口服降糖药

以下为助理不考

医考零负担课程全免费

金英杰医学



初步诊断：双侧卵巢癌

鉴别诊断：

1. 子宫内膜异位症
2. 结核性腹膜炎
3. 卵巢转移性肿瘤

进一步检查：

1. B超超声检查
2. 血清CA125检测
3. 腹水查肿瘤细胞
4. 术后常规化验

治疗原则

及时剖腹探查手术。行肿瘤细胞减灭术。术后

辅以化疗

病例分析第6号题

病例分析

编号：6

摘要：

男性，55岁。间断咳嗽、咳痰伴发热半年，加重1周。

患者半年前无诱因出现刺激性咳嗽，给予止咳、祛痰治疗后症状略后间断出现咳嗽、咳痰症状，有时伴有发热，每于发作时静脉应用抗了症状可缓解，曾2次行胸部X线片检查均提示右肺上叶肺炎。1周加重，咳黄痰，伴发热，最高体温38.5℃。血常规：Hb125g/L，W $1.0 \times 10^9/L$ ，N0.88。胸部X线片示“右上肺大片状致密阴影，水平裂明显5”。给予静脉滴注“头孢”治疗，4天后体温恢复正常，痰量明显减少，为反。发病以来精神、食欲尚可，大小便正常，体重下降约5kg。既往体健，否认高血压、心脏病、糖尿病病史。吸烟20余年，20支/日。否认遗传病家族史。

查体：T 37.6℃，P 78次/分，R 18次/分，BP 120/80mmHg，口唇无发绀。浅表淋巴结未触及肿大。右上肺叩诊浊音，呼吸音减低，语音共振减弱，双肺未闻及干湿性啰音。心界不大，心率78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。双下肢无水肿。

要求：根据以上病历摘要，请将初步诊断、诊断依据（若有两个及以上诊断，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。

考试时间：15分钟



一、初步诊断：

1.右侧原发性肺癌

2.右上肺阻塞性肺炎

3.右上肺阻塞性肺不张

【影像学检查】

1. 胸部 X 线正侧位片 是常用的筛查方法,可发现大部分肺内病灶。中心型肺癌早期 X 线胸片可无异常征象。当癌肿阻塞支气管,受累的肺段或肺叶出现肺炎征象。支气管管腔被癌肿完全阻塞,可产生相应的肺叶或一侧全肺不张。癌肿转移到肺门及纵隔淋巴结可出现肺门阴影或纵隔阴影增宽,不张的上叶肺与肺门肿块联合可形成“反 S 征”影像。纵隔转移淋巴结压迫膈神经时,可见膈肌抬高,透视可见膈肌反常运动。气管隆突下肿大的转移淋巴结,可使气管分

二、鉴别诊断：

1.肺结核

2.支气管肺炎

3.肺炎球菌肺炎

4.肺部良性肿瘤

三、进一步检查：

1.胸部 CT 或 MRI 检查

2.支气管镜和痰液细胞学检查

3.支气管内超声引导针吸活检术

4.正电子发射断层扫描(PET)

5.超声检查：肝、肾上腺、淋巴结

6.痰细菌培养+药敏

7.血生化（电解质）检查

8.血气分析

四、治疗原则：

1.休息、吸氧、高蛋白饮食

2.抗生素：根据痰培养结果选择有效抗生素

3. 早期外科手术+淋巴清扫（炎症控制之后）

4. 根据情况进行术前和术后放疗

5. 根据情况进行术前和术后化疗

6. 如果有条件可行靶向治疗

考试时间: 11 分钟

试题编号: 9

病例分析

病历摘要:

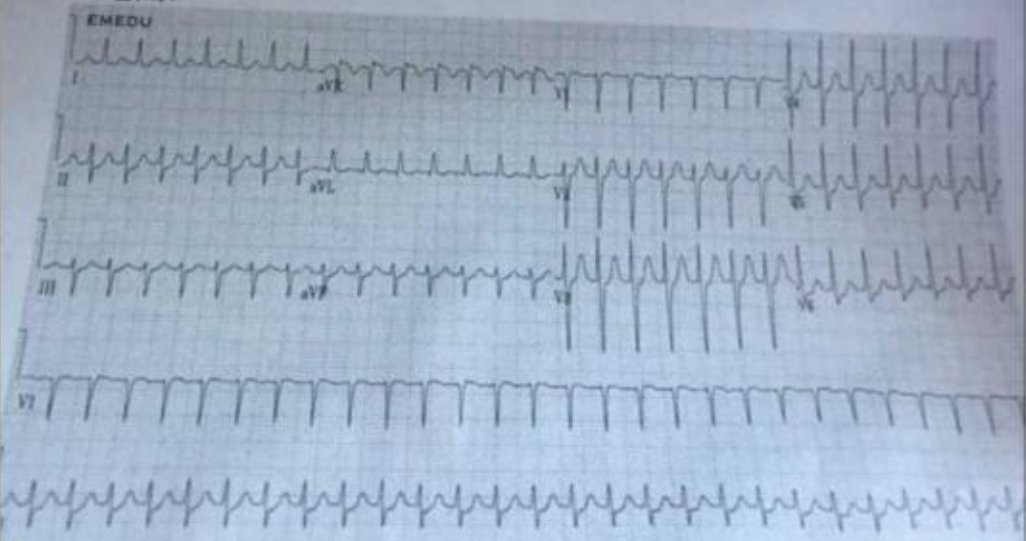
男性, 58 岁。间断心悸 2 年, 再发伴胸闷 1 小时。

患者 2 年来间断发作心悸, 伴咽部不适, 每次持续 2~5 分钟不等, 自然自行好转。曾于外院就诊, 常规 ECG 检查正常, 未曾服药。半年前因“感冒”曾有一次心悸发作, 无黑矇、胸闷, 持续约 10 分钟亦自行好转, 再于外院行胸部 X 线片、ECG 检查均未见异常。今天晨练中再发心悸, 伴咽部异物感、胸闷、头晕、恶心, 无呕吐, 无黑矇和晕厥, 随即来院就诊。发病来饮食、睡眠、大小便正常, 体重无变化。既往有 2 型糖尿病病史 2 年, 服二甲双胍、阿卡波糖治疗, 1 个月前测空腹血糖 6.8mmol/L, 糖化血红蛋白 6.6%。吸烟 20 年, 30 支/日, 偶饮酒。否认遗传病家族史。

查体: T 36.5℃, P 187 次/分, R 24 次/分, BP 100/70 mmHg。颈部可见快速动脉搏动, 双侧颈动脉未闻及血管杂音, 甲状腺无肿大。呼吸音清, 未闻及干湿性啰音。心界不大, 心率 187 次/分, 律齐, S₁ 强且定, 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: 血常规: Hb 137g/L, RBC $4.55 \times 10^{12}/L$, WBC $9.5 \times 10^9/L$, Plt $174 \times 10^9/L$ 。

心电图:



初步诊断:

1. 心律失常: 阵发性室上性心动过速

2. 2 型糖尿病

鉴别诊断:

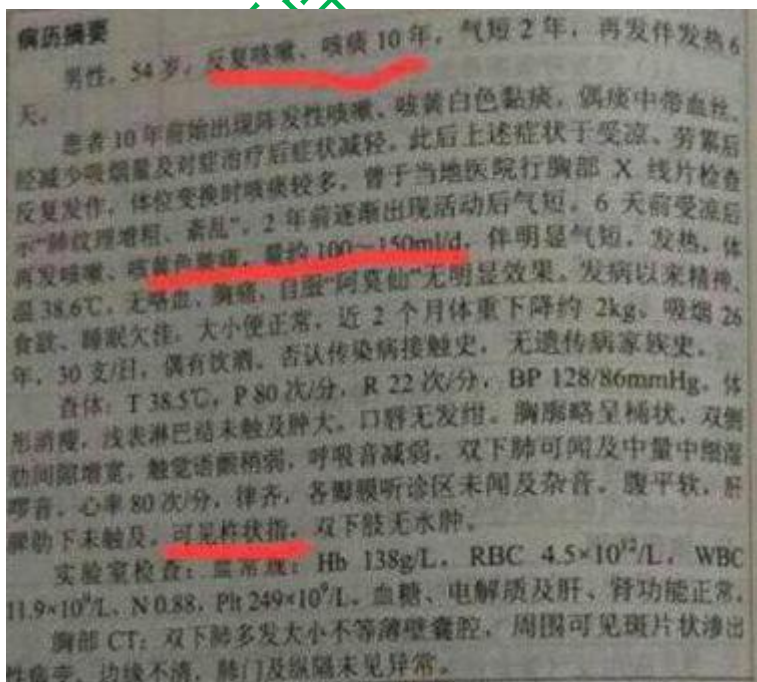
1. 窦性心律失常
2. 室性心律失常
3. 1 型糖尿病
4. 急性应激状态

进一步检查:

1. 血常规及血生化
2. 脑 CT
3. 腹部超声及肝功能检查
4. 尿糖测定
5. 血糖测定和 OGTT
6. 糖化血红蛋白
7. 果糖胺
8. 胰岛素释放试验
9. C 肽释放试验
10. 并发症检查

治疗原则

1. 一般治疗 休息、吸氧、监测、护理
2. 药物或其他措施复律治疗
3. 糖尿病治疗的五个要点：医学营养治疗、运动疗法、血糖监测、药物治疗和 糖尿病教育



初步诊断：

- 1.双侧支气管扩张
- 2.双下肺肺炎

鉴别诊断:

- 1.肺结核 2.慢性支气管炎
- 3.慢性肺脓肿 4.肺囊肿

进一步检查

- 1.痰涂片革兰染色，痰涂片抗酸染色，痰、血细菌培养+药敏
- 2.胸部高分辨 CT。

治疗原则

- 1.休息、对症治疗（退热、祛痰、止血等）。
- 2.抗感染治疗 首选广谱抗生素。根据病原检查或治疗效果调整抗感染治疗方案。
- 3.症状缓解后可注意使用肺炎球菌疫苗 和流感疫苗。

金英杰医学 医考零负担 课程全免费

病历摘要:

男性, 55岁。间断心悸、胸闷10年, 加重1周。

患者10年前开始出现劳累后心悸、胸闷。3年来间断出现夜间发作性呼吸困难, 在当地诊所诊断为“心肌缺血”, 间断服用“复方丹参片”治疗。近年来活动耐量进行性降低, 1个月来轻微活动即感心悸和胸闷。1周前受凉后咽痛、咳嗽, 心悸、胸闷加重, 偶有夜间憋醒, 坐起后缓解, 无发热、咯血。发病以来精神可、食欲差, 睡眠不佳, 尿量少, 大便正常。既往曾有四肢关节游走性疼痛及膝关节肿胀, 否认糖尿病、高血压、血脂异常病史, 无外伤、手术史。无药物过敏史。无烟酒嗜好。无遗传病家族史。

查体: T 37.0°C, P 89 次/分, R 18 次/分, BP 120/70mmHg, 神志清楚, 精神略差。浅表淋巴结未触及肿大。双颧绀红, 口唇无苍白及发绀, 咽无充血, 双侧扁桃体不大, 甲状腺不大, 无颈静脉怒张。双肺底可闻及中等量湿啰音。心界扩大, 心率 108 次/分, 心律绝对不齐, 心音强弱不等, 心前区可闻及 3/6 级收缩期吹风样杂音和舒张中晚期隆隆样杂音。腹平软, 无压痛、反跳痛, 肝脾肋下未触及。双下肢无水肿, 四肢关节无红肿。

超声心动图: 左房内径 61mm。二尖瓣前叶呈“城墙样”改变, 后叶舒张期同向运动, 瓣叶回声增强, 二尖瓣瓣口面积 1.2cm²。闭合不良。彩色多普勒示二尖瓣中重度反流。

初步诊断:

- ①风湿性心脏瓣膜病
- ②二尖瓣狭窄
- ③心功能 3 级 (NYHA)
- ④心律失常: 心房颤动

鉴别诊断:

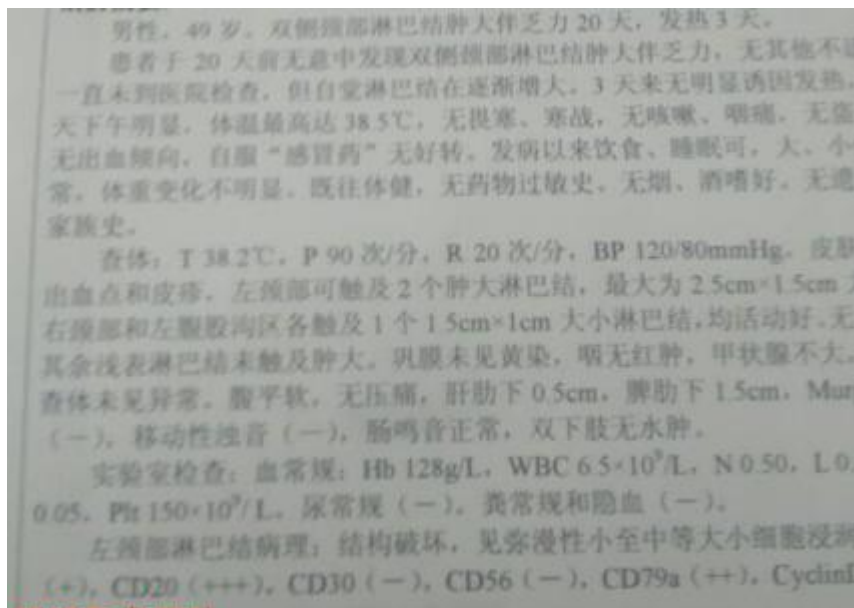
- 1.心绞痛 2.主动脉夹层 3.急性动脉栓塞
- 4.急腹症 5.急性心包炎
- 6.除循环系统外因素引起的高血压

进一步检查:

- 1.动态观察心电图和心肌坏死标记物
- 2.超声心电图
- 3.放射性核素检查 4.血气分析及 D-二聚体

治疗原则

- 1.一般治疗 休息、吸氧、监测、护理 ；
- 2 非药物治疗 戒烟、吸氧，限钠盐、 脂肪摄入，减
体重
3. 介入治疗
- 4.对症治疗 控制心律失常，改善心功能



初步诊断：

- ①非霍奇金淋巴瘤 IV期
- ②Burkitt 淋巴瘤可能性大

鉴别诊断

- 1.霍奇金淋巴瘤
- 2.系统性红斑狼疮
- 3.淋巴结结核
- 4.白血病

进一步检查：

- 1.淋巴结病理组织学检查

2.血常规、肝肾功能

3.骨髓细胞学检查和骨髓活检

4.血清学检查

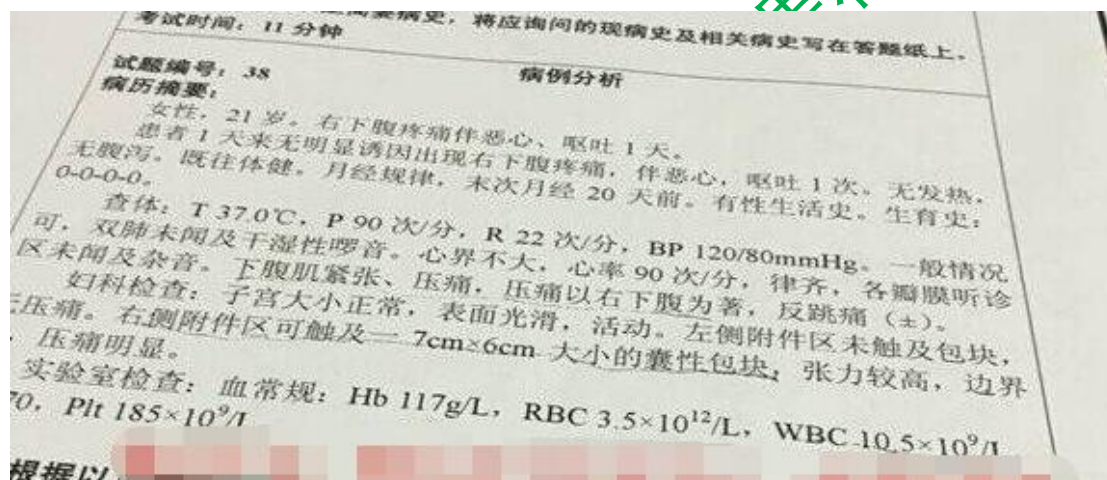
治疗原则：

1.根据淋巴瘤的类型和分期选择化疗方 案

2.必要时行造血干细胞移植

初步诊断：右侧卵巢囊肿蒂扭转（良性）

病例分析第 38 号题



二、鉴别诊断：

1.卵巢肿瘤

2.输卵管肿瘤

3.子宫内膜异位征

4.子宫肌瘤

三、进一步检查

1.B 超

2.腹腔镜检查

3.血清 Ca125 检查

4.术中快速病理学检查

5.术前常规检查

四、治疗原则：

1.一般治疗：吸氧、止痛、建立静脉通道

2.急症手术，切除病变卵巢

3.术中快速冰冻病理切片检查，如恶性应做 LN 清扫

4.恶性者术后应化疗

课程全免费

病情分析

试题编号：36

病历摘要：

女性，46岁。月经量增多3年，加重伴乏力半年。

患者3年前开始出现月经量增多，经期延长，伴尿频，无痛经。近半年来症状逐渐加重，并出现乏力、头晕。本次月经已持续10天，自服“止血药”治疗，出血未停止，来院就诊。既往体健。月经周期正常，生育史：2-0-0-2。其母亲有“子宫肌瘤切除术”史。

查体：T 36.5℃，P 99次/分，R 26次/分，BP 110/76 mmHg。神志清楚。面色苍白。双肺未闻及干湿性啰音。心率99次/分，律齐。腹平软，肝脾肋下未触及。

专科检查：外阴已婚型；阴道通畅，少量暗红色血液自宫颈口流出；宫颈光滑；子宫前位，增大如孕3月大小，表面可触及多个结节状突起，质硬，无压痛；双侧附件区未触及异常包块，无压痛。

实验室检查：血常规：Hb 70g/L，RBC $2.8 \times 10^{12}/L$ ，WBC $7.9 \times 10^9/L$ ，N 0.65，Plt $305 \times 10^9/L$ 。

初步诊断：

1.子宫肌瘤（多发性）

2.失血性贫血

鉴别诊断

1.妊娠子宫

2.子宫腺肌病

3.卵巢肿瘤

4.子宫肌瘤恶变

进一步检查

1.肝肾功能、血清铁、铁蛋白和总铁结合力检查

2.腹部 B 超

3.诊断性刮宫并送病理检查

4.完善术前检查

治疗原则：

1.子宫肌瘤切除术

2.补充铁剂，必要时输血

病例分析

试题编号：60

病历摘要：

男性，32岁。发热伴咳嗽、进行性胸闷、气促3周。

患者3周前无明显诱因出现发热，体温最高38.0℃，无明显畏寒、寒战，伴干咳，逐渐出现胸闷气促，进行性加重，无头痛、恶心、呕吐、胸痛等其他不适。1周前到当地医院就诊，胸部CT提示“两肺弥漫间质性病变，呈磨玻璃样”，给予头孢呋辛和左氧氟沙星抗感染治疗症状无好转，为进一步诊治来院。发病以来精神欠佳，食欲可，睡眠稍差，小便正常，时有腹泻，大便每日3~5次，稀便，无黏液和脓血，体重下降3公斤左右。既往体健，否认心肝肾疾病、慢性呼吸系统疾病及肿瘤等病史。无免疫抑制类药物应用史。无烟酒嗜好。有同性性行为史。否认遗传病家族史。

查体：T 38.2℃，P 115次/分，R 30次/分，BP 125/75mmHg。神志清，精神欠佳。全身皮肤巩膜无黄染，未见皮疹，浅表淋巴结未触及肿大。口唇轻度发绀，双肺未闻及干湿性啰音。心界不大，心率115次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，双下肢无水肿。

实验室检查：HIV抗体初筛试验阳性。淋巴细胞分类计数：CD4阳性细胞计数66/μl，CD4/CD8 0.14。血气分析：PaO₂ 58mmHg，PaCO₂ 36mmHg。

初步诊断：

1.艾滋病

2.呼吸衰竭 (I 型)

3.肺孢子菌肺炎

鉴别诊断：

1.慢性腹泻

2.结核病

3.肿瘤

进一步检查：

1.血常规

2.肝功能、肾功能

3.腹部 B 超、胸部 X 线

4.病毒、特异性抗原、抗体检查

5.抗 HIV、HIVRNA、CD4+淋巴细胞计数

治疗原则：

1.对症治疗：休息 维持水、电解质平衡

2.抗 HIV 治疗：DAT+3TC+NVP

金英杰医学、医考零负担课程全免费

男性，16岁，学生。乏力、食欲减退、尿黄1周。

患者1周前开始出现乏力、纳差、厌油腻，恶心，时有呕吐，为非喷射性，呕吐物为胃内容物，小便呈浓茶样，伴发热，T 37.8℃，无畏寒、寒战、头痛、腹痛、腹泻。当地医院就诊，给予对症处理，3天后体温正常，为进一步诊治来院。发病以来，精神欠佳，睡眠稍差，大便正常，体重无明显下降。既往体健。3周前外出旅游时，曾吃海鲜、喝生水。无服药史。无烟嗜好。否认传染性疾病史，无遗传病家族史。

查体：T 37.8℃，P 82次/分，R 18次/分，BP 115/75mmHg。神志清，精神欠佳。全身皮肤巩膜重度黄染，未见皮疹，浅表淋巴结未触及肿大。肺未闻及干湿性啰音，心界不大，心率82次/分，律齐。腹平软，无压痛、反跳痛，肝肋下3cm，质中，脾肋下未及，肝区叩击痛(+)，移动性浊音(-)，双下肢无水肿。

实验室检查：血 ALT 830U/L，AST 380U/L，TBil 102μmol/L，DBil 84μmol/L，TP 80g/L，Alb 45g/L。尿常规：尿胆红素(+)，尿胆原(+)，尿蛋白(-)。抗HAV-IgM阳性。

初步诊断：

急性甲型病毒性肝炎（黄疸型）

鉴别诊断

1. 有否其他嗜肝病毒感染
2. 药物性肝炎
3. 其他原因引起的肝损伤，如酒精性肝病、非酒精性脂肪肝。进一步检查

1. 应检测 HBV HCV HDV HEV 抗原抗体，以除外合并其他肝炎病毒感染

2. 血常规

3. 生化检查

4. 凝血功能检查

治疗原则

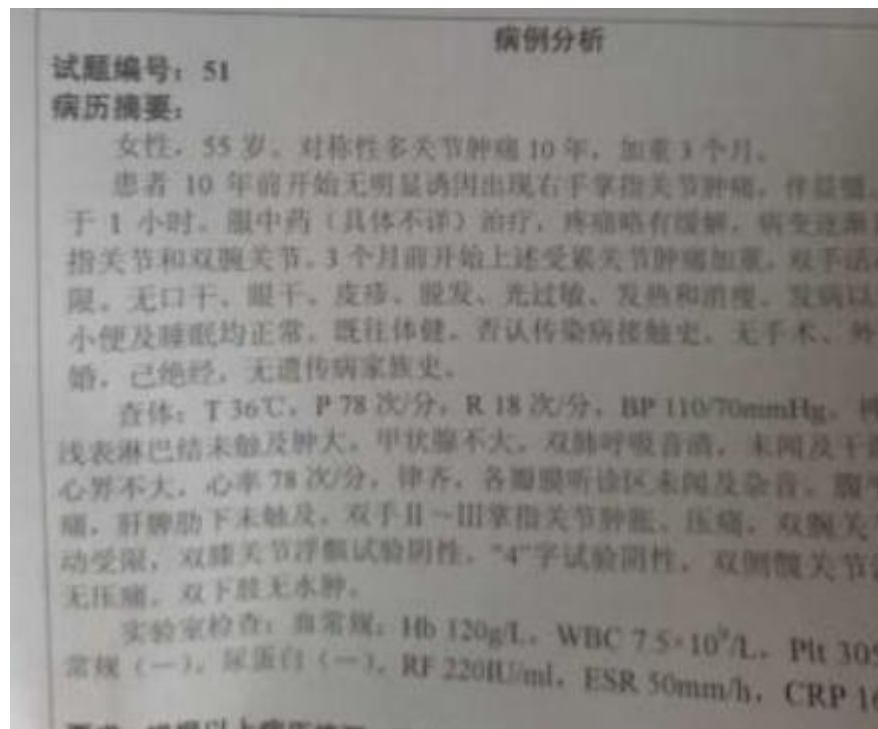
1. 一般治疗 急性肝炎早期住院或就地 隔离治疗，卧床休息。慢性肝炎活动期 应适当休息，转重者应卧床休息及住院治疗。急性期宜进食清淡易消化的食物，慢性肝炎宜进食高蛋白、低脂肪、高 维生素食物，适当摄取碳水化合物。应绝

对禁酒（包括含酒精的饮料、食品及 药物）；适当应用保肝药物

2.搞好环境卫生和个人卫生

3.抗病毒治疗

4.如黄疸持续不退应警惕发展为重肝， 可用血浆置换等人工肝支持治疗， 必要时须进行肝移植



初步诊断：

类风湿性关节炎

鉴别诊断：

1.其他弥漫性结缔组织病

2.感染性关节炎

3.强直性关节炎

进一步检查：

1.抗 CCP 抗体

2.ANA 和抗 ENA 抗体

3.ESR 和 CRP

4.双手和双髌的 X 线片

治疗原则：治疗目的是改善症状，控制病情进展，保护关节功能。积极改变病情

药物；且规律用药，注意药物不良反应。

金英杰医学，医考零负担课程全免费