

医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书

2013 (第八版)

临床执业(含助理)医师 实践技能

模拟考场与应试技巧

◎主编 程卫平 王元涛 赵玲俊◎

纵览历年真题

把握命题趋势

指导复习方向

国家卫生和计划生育委员会“十二五”规划教材
全国高等医药类院校临床医学专业第五轮规划教材

2013

临床执业（含助理）医师 实践技能

模拟考场与应试技巧

主 编 李 强 副主编 王 强 王 强

临床执业医师实践技能

临床助理医师实践技能

临床执业医师实践技能

临床助理医师实践技能

临床执业医师实践技能

临床助理医师实践技能

临床执业医师实践技能

· 医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书 ·

2013 临床执业(含助理)医师实践技能 模拟考场与应试技巧

(第八版)

主 编 程卫平 王元涛 赵玲俊
副主编 路艳花 傅 晓 张秀伦 邢鹂健
王政霞 陈玉洁 尚 昆 周 晶
孙 锋
编 委 (以姓氏笔画为序)
王元涛 王政霞 邢骊健 孙 锋
张秀伦 陈玉洁 尚 昆 周 晶
赵玲俊 傅 晓 路艳花
主 审 周

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

内容提要

本书紧扣 2013 年卫生部医师资格考试委员会和国家医学考试中心制订的考试大纲,吸收了新近出版的人民卫生出版社《诊断学》(第七版)内容,书中把与大纲内容相对应的考题分别列出,并根据往年考试评分标准,列出每一步骤、方面的判分标准,供考生参考;另一方面,根据临床需要,把全身体格检查的内容做了详尽的描述,便于考生在今后的临床工作中参考;此外,还对考试中考官经常提问的问题做了简要的叙述,最后编写了 10 套模拟试题。考试第二站、第三站内容配有光盘,光盘主要内容包括体格检查,基本操作技能,心肺听诊、X 线、心电图阅读以及医德医风内容,场景完全模拟真实考试,让考生有身临其境的感觉。

图书在版编目(CIP)数据

2013 临床执业(含助理)医师实践技能模拟考场与应试技巧/程卫平, 王元涛, 赵玲俊主编.

-8 版. -- 北京: 军事医学科学出版社, 2013.3

ISBN 978-7-5163-0151-7

I. ①2… II. ①程… ②王… ③赵… III. ①临床医学-医师-资格考试-自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 053669 号

策划编辑: 赵艳霞 责任编辑: 吕连婷

出版人: 孙宇

出版: 军事医学科学出版社

地址: 北京市海淀区太平路 27 号

邮编: 100850

联系电话: 发行部: (010)66931049

编辑部: (010)66931039, 66931038, 66931053

传真: (010)63801284

网址: <http://www.mmssp.cn>

印装: 北京宏伟双华印刷有限公司

发行: 新华书店

开本: 787mm × 1092mm 1/16

印张: 29

字数: 713 千字

版次: 2013 年 4 月第 8 版

印次: 2013 年 4 月第 1 次

定价: 50.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

执业医师考试的内容包括实践技能考试和医学理论考试两部分,实践技能考试通过后方能参加医学理论考试。综合分析近几年的实践技能考试情况,每年有相当一部分考生在实践技能考试中被淘汰,没有获得参加医学理论考试的资格,而且,总通过率呈下降趋势。为此,我们组织了多年从事临床教学工作和多次担任实践技能考试考官的临床教师,编写了这本《2013 临床执业(含助理)医师实践技能模拟考场与应试技巧》辅导书,既适用于参加国家临床执业医师考试人员,也适用于参加助理医师资格考试的人员,也可作为从事临床医师工作人员的参考用书。

本书紧扣 2013 年卫生部医师资格考试委员会和国家医学考试中心制订的考试大纲,吸收了新近出版的人民卫生出版社《诊断学》(第七版)内容,先介绍了执业医师考试的流程、技能考试组成,各站答题技巧,然后根据考试流程分章节编写,系统规范地阐述了病史采集、病例分析、体格检查、基本操作技能和辅助检查结果判读的方法、步骤、注意事项、考试技巧,用最简洁的语言,使考生在最短的时间内,系统掌握、全面提高临床实践技能,在轻松应对考试的同时诊疗水平也会得到质的飞跃。

在编写时,把与大纲内容的相对应考题分别列出,并根据往年考试评分标准,列出每一步骤、方面的判分标准,供考生参考;另一方面,根据临床需要,把全身体格检查的内容做了详尽的描述,便于考生在今后的临床工作中参考;此外,还对相关操作的适应证、禁忌证、注意事项、以及考试中考官经常提问的问题做了简要的叙述,既有利于临床工作,又是考官所提问题的常用答案。

为方便考生考前练习,最后编写了最新的 10 套模拟试题,其中考试第三站内容,全部配有光盘,光盘主要内容是心肺听诊、X 线、心电图阅读以及医德医风内容,场景完全模拟真实考试,让考生有身临其境的感觉。

本书在编写过程中得到了许多同行的支持与帮助,特别是历年来参加考试的考生们,给我们提出了很多中肯的意见和建议,在此一并表示感谢。由于时间限制和编者水平有限,书中难免有错误和不妥之处,望广大读者批评指正。

程卫平
2013 年 4 月

医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书

- ◆2013 临床执业医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第九版)
- ◆2013 临床助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第九版)
- ◆2013 临床执业(含助理)医师实践技能模拟考场与应试技巧(第八版)
- ◆2013 中医执业医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第七版)
- ◆2013 中医执业助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第八版)
- ◆2013 中西医结合执业医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第七版)
- ◆2013 中西医结合助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第八版)
- ◆2013 中医/中西医结合实践技能模拟考场与应试技巧(第八版)
- ◆2013 口腔助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第七版)
- ◆2013 临床执业医师资格考试临考押题试卷及解析
- ◆2013 临床助理医师资格考试临考押题试卷及解析
- ◆2013 中西医结合执业医师资格考试临考押题试卷
- ◆2013 中西医结合助理医师资格考试临考押题试卷
- ◆2013 中医执业医师资格考试临考押题试卷及解析
- ◆2013 中医助理医师资格考试临考押题试卷及解析
- ◆2013 口腔执业医师资格考试临考押题试卷
- ◆2013 口腔助理医师资格考试临考押题试卷

目 录

第一部分	执业医师考试介绍及应试技巧	(1)
第一章	执业医师资格考试介绍	(1)
第二章	执业医师实践技能考试概述	(1)
第三章	各站答题技巧	(3)
第四章	关于技能复习及考试的一点意见	(11)
第五章	职业素质	(12)
第二部分	病史采集与病历分析	(19)
第一章	病史采集	(19)
第二章	病历分析	(69)
第三部分	体格检查与基本技能操作	(279)
第一章	全身体格检查全过程	(279)
第二章	全身体格检查要点	(285)
第三章	执业医师技能考试体格检查分项考核要点	(289)
第四章	基本技能操作	(306)
第四部分	辅助结果判读	(329)
第一章	心电图	(329)
第二章	X线片	(342)
第三章	CT检查	(360)
第四章	实验室检查	(372)
第五章	超声诊断	(421)
第五部分	模拟试卷	(424)
试卷一		(424)
试卷二		(427)
试卷三		(430)
试卷四		(432)
试卷五		(435)
试卷六		(438)

试卷七 (441)

试卷八 (444)

试卷九 (447)

试卷十 (450)

第一部分 执业医师考试介绍及应试技巧

第一部分

第一章 执业医师资格考试介绍

一、医师资格考试的性质

医师资格考试是世界各国普遍采用的行业准入形式,也是《执业医师法》和医师管理制度的核心内容。执业资格是专业技术人员依法独立工作或开业所必需的,由国家认可和授予的个人学识、技术和能力的资质证明。执业资格考试是检验应试者是否具备从事某一特定行业所必需的资格、是否达到从事某一特定岗位工作的最基本要求。它要求应试者通过考试后,能直接胜任该岗位的大多数工作,并具有该行业特有的基本经验。

1998年6月26日第九届全国人民代表大会常务委员会第三次会议通过的《中华人民共和国执业医师法》,从法律上规定了国家实行医师资格考试制度。

二、考试分级与分类

医师资格考试分为两级四类,即医师和助理医师两级;每级分为临床、中医(包括中医、民族医、中西医结合)、口腔、公共卫生四类。

三、考试内容与科目

考试方式分为实践技能考试和医学综合笔试。只有通过了实践技能考试,才能参加医学综合笔试。执业医师考试测试基础科目、专业科目和公共科目三部分。笔试采用客观性选择题,书面考试,考试总题量为640题,助理医师资格考试总题量为330题。

医师资格考试的内容、考试形式以卫生部医师资格考试委员会审定颁布的《医师资格考试大纲》为依据。

第二章 执业医师实践技能考试概述

一、考试形式

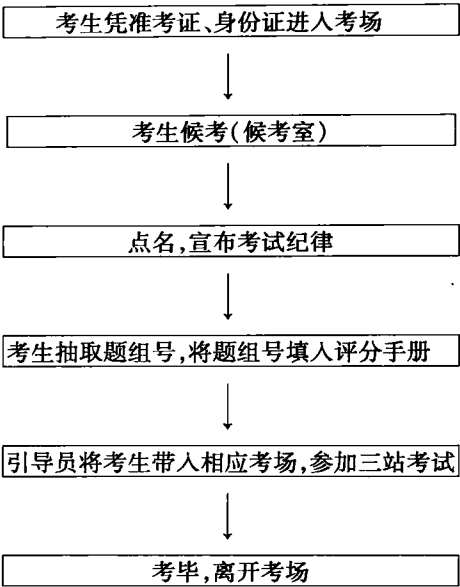
国家执业医师实践技能考试(临床类)设立三站考试,测试时间总共65分钟。

1. 第一考站:病史采集与病例分析。用答题卡进行笔试。
2. 第二考站:基本技能操作与体格检查。考生采用医学模拟人进行基本技能操作,考生互相之间进行体格检查。考官在考生进行操作时或操作后进行提问,考生回答。
3. 第三考站:计算机多媒体考试。内容有心肺听诊、X线片判读、心电图判读、CT阅

图、B 超阅图,以及医德医风题。

二、考试流程

见表。



三、考核实施方案

考站	考试项目		考试时间(分钟)		分值(分)		考试方法
第一考站	病史采集		11	26	15	37	笔试
	病历分析		15		22		
第二考站	体格检查		13	24	20	40	操作考试
	基本操作技能		11		20		
第三考站	心肺听诊	试题 1	15		4	23	多媒体考试
		试题 2			4		
	影像	试题 1			2		
		试题 2			2		
		试题 3			2		
	心电图	试题 1			3		
		试题 2			4		
	医德医风				2		
	合 计				65		

第三章 各站答题技巧

一、第一站考试

考试时间 26 分钟,没有多余时间思考,务必抓紧时间。以往很多考生就因为在规定时间内没有完成被淘汰。

(一)病史采集

执业医师技能考试不是直接面对患者去问,而是将你要问诊的过程和内容记录下来,即在病历中应当反映的内容,所以一定要按照考试的要求去做。该部分考试时间 11 分钟,总分 15 分。

1. 病史采集的考试通常会先给出一个简单的病例。(执业医师技能考试大纲的测试症状共 17 项,一般有 100 多道题让考生抽签,应当掌握答题的思路和方法,按提纲顺序逐一列出答案。)

2. 理解答题要求,回答两个内容:

(1)如何询问现病史

按照提纲进行:①病因、诱因;②主要症状的特点;③伴随症状;④全身状态,发病后的一般情况;⑤诊疗经过。分析给出的简单病例,按具体疾病可能的病因、诱因,按具体的症状学、鉴别诊断学要求进行询问,不要忘记询问发病后的一般情况和诊疗经过。

(2)如何询问相关病史

包括:①药物过敏史,手术史(一定要提及,每年的评分标准都有此项);②相关病史,既往史。

注意:对相关病史必须结合题目,询问与具体疾病有关的或需要鉴别的内容。不能千篇一律,死记硬背。

3. 问诊技巧是如何体现的

(1)问诊有无条理性,是否重点突出?

(2)是否围绕病情询问?

如果在答题中不能体现以上要求,则给考官不足的印象。所以考生应注意:①尽量按照提纲顺序进行回答,问诊中一定要条理性强,想好了再写,不要过后再乱加。②保持卷面的整洁,字迹清晰可辨。③提高准确性、逻辑性。围绕主诉来询问,单靠一个主诉是不能作出诊断的,但还是有倾向性的,如:24 岁女性,发热、咯血,结核的可能性较大;而 45 岁男性,发热、咯血,则考虑为肺癌,两者采集的倾向则有所区别。

4. 病史采集模板

(一)现病史

包括以下 5 个部分。

1. 根据主诉及相关鉴别询问:①病因、诱因;②主要症状的特点;③伴随症状;④全身状态:即发病后一般状态(发病以来饮食睡眠、大小便及体重变化情况)。

2. 诊疗经过:①是否到医院看过?曾做过哪些检查?②做过哪些治疗?治疗效果如何?

(二)既往史(相关病史)

1. 相关病史:既往有无吸烟饮酒、类似发作及家族史等。
2. 药物过敏史、手术史(一定要提及,每年的评分标准都有此项)。

(三)问诊

问诊过程中一定要条理性强,想好了再写,不要过后再乱加,因此失分。

(四)围绕主诉来询问

单靠一个主诉是不能作出诊断的,但还是有倾向性的,如:24岁女,发热、咳血,结核的可能性较大,而45岁男,发热、咳血则考虑为肺癌,两者采集的倾向则有所区别,这些还是要靠知识积累的。

总之,采集时如按照上面的方式,大部分分值已到手。需要说明的是,诊断结果正确与否不作为评分的依据。只要采集的项目和内容不缺即可。

(二)病历分析

病历分析中重点抓分要注意三点:诊断、诊断依据和进一步检查。

每份病历分析题均提供病历摘要,根据摘要内容进行分析、讨论。要得出正确答案,首先要有基本的临床医学知识和实践经验,还需要有一定的技巧,实际上就是正确的逻辑思维方法。应试医师应按四个步骤分析病例,简要回答相关问题:

1. 诊断及诊断依据

(1)诊断:这是最难的一项,也是最关键的第一步。在每份病历摘要中,主要有三个部分:主诉、现病史、查体和辅助检查,应循序阅读、分析。

①主诉:主诉很简短,往往只有一两句话,但这是病例的主要症状表现,是浓缩的病历。读完主诉后应试医师对本例病人所患疾病会有初步了解和一个大致的范围。例如,“反复发作性右上腹痛半年”,应联想到引起右上腹痛的各种病变:消化性溃疡、肝胆系疾病、右半结肠病变和右尿路疾患等;若主诉是“胸痛、咳嗽、咯血2个月”,自然首先考虑是呼吸系统病变;又如主诉是“排便次数增加,大便带血3个月”,就会想到下消化道疾患,注意结肠和直肠的相应表现;有“尿频、尿急、尿痛伴发热1天”主诉的病例,尿路感染的可能性就很大。所以阅读完主诉后,对本例疾病的可能部位、性质等要有初步的了解。主诉前的性别、年龄也有一定的参考意义。

②现病史:是对主诉的进一步描述和说明,使可疑诊断范围缩小。例如,右上腹痛病例,半年前初次发作是由一次油腻饮食引起,继而有黄疸、发热,则疑诊的范围集中到胆道系统了;若右上腹痛与季节有关,伴有反酸、胃灼热,夜间或饥饿时明显,则应想到消化性溃疡。在其他医院的检查、治疗情况,也是有助于诊断的。

③查体和辅助检查:是诊断的具体客观指标,如大便次数增加,便中带血病例,查体触及右下腹包块,大便潜血(+),血红蛋白过低,则很可能是结肠肿瘤。有一点应予说明,病例摘要中辅助检查多不全,只能提供旁证。若辅助检查很全面,即可直接明确诊断,就不需要进一步检查了。

根据上述三项内容,应试医师应该能够对所分析的病例作出初步诊断,完成关键的一步。

诊断一定要写全,要主次有序。如慢支的病例诊断要写:①慢性支气管炎合并感染;

②阻塞性肺气肿;③肺源性心脏病;④心功能几级。要注意病史及辅检中提供的每个线索,各个系统中的疾病并不多,很容易判断出来。总之,诊断一定要写全。一些基本化验值也应知道,如血钾低,则在诊断中应加上低钾血症;一些疾病的基本特征是要掌握的,如膈下游离气体,则为消化道穿孔;外伤后出现昏迷及中间清醒期,则为硬膜外血肿,如有瞳孔的改变则考虑有脑疝出现,注意诊断前面还要加上脑外伤;脾破裂可以有被膜下出血,可以在伤后一周才出现出血性休克症状,要加以注意。

(2)诊断依据:就是把作出诊断的理由和根据,一定要用病史及辅检中给的资料,按症状、体征和各项支持初步诊断的辅助检查顺序列出,结合该具体疾病病理特点分析,给出诊断的依据。

2. 鉴别诊断:将你在病历分析过程中曾疑疾病排除,或还不能完全排除的疾患逐一列出,并简要阐明需要鉴别的原因和可初步排除的理由。要围绕着病变的部位及特征写出几种疾病,一般写三四种,例如溃疡病穿孔病例,应与其他急腹症如急性胆囊炎、急性胰腺炎、肠梗阻或急性阑尾炎等相鉴别。

3. 进一步检查:内容不外乎以下三方面内容,一是为了明确诊断,二是为了鉴别诊断排除某些疾病,三是拟订治疗方案所需做的检查。例如,初步诊断是胃癌,但尚需与胃溃疡病、胃息肉、胃炎相鉴别,则应进一步做胃镜检查(可取组织做病理以明确诊断)、CT(看一下肝、腹腔转移)、胸片(有无肺转移)。咳嗽、咯血、发热病例,已摄X线胸片疑为肺癌,尚需与肺结核、肺炎、气管炎或良性肿瘤鉴别,则需做痰液检查(包括细菌学和细胞学检查)、胸部CT以及气管镜检查等。

4. 治疗原则:根据诊断及病情,列出药物、手术等内外科治疗原则和简单的方案,如:应用抗生素、抗感染治疗;输血、输液、抗休克治疗;开腹探查、阑尾切除和骨折复位、石膏托外固定等,逐一列出。注意重点写治疗原则,并且分清主次,不要忘记支持治疗,及一些预防复发、健康教育等项目。

★ 常见病例分析模板

(一) 慢性阻塞性肺疾病

老年人 + 咳、痰、喘 = 慢性支气管炎

桶状胸 + 过清音 = 肺气肿

老年患者 + 咳、痰、喘 + 桶状胸 + 过清音 + 肺功能 = COPD

慢性呼吸系统病史 + 右心衰体征 = 肺心病

(二) 肺炎

青壮年 + 受凉 + 高热 + 湿啰音 + 铁锈色样痰 = 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

发绀 + 鼻扇征(+)、三凹征(+) + 两肺可闻及喘鸣音及湿啰音 + 呼吸快、心率快 = 左心衰

肝大 + 双下肢水肿 = 右心衰

儿童 + 阵发性刺激性咳嗽 + 关节痛 = 支原体肺炎

(三) 支气管哮喘

青少年 + 过敏性鼻炎 + 发作性喘憋 + 满肺哮鸣音 = 支气管哮喘

(四)肺癌(助理不考)

中老年人 + 吸烟史 + 刺激性咳嗽(或痰中带血) + 毛刺(边缘不整齐) = 肺癌

(五)呼吸衰竭(助理不考)

老年患者 + 慢性呼吸系统病史 + 紫绀 + 血气 = 呼吸衰竭

$\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ = I 型呼吸衰竭

$\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg} + \text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ = II 型呼吸衰竭

$\text{pH} < 7.35$ = 酸中毒

$\text{pH} > 7.35$ = 碱中毒

慢性呼吸系统病史 + 意识障碍 = 肺性脑病

(六)结核病、肺结核、结核性胸膜炎、肠结核

低热、盗汗、乏力、体重下降 = 结核中毒症状

咳嗽、咳痰、咯血 + 结核中毒症状 + 抗生素治疗不好转 = 肺结核

胸廓膨隆 + 气管偏 + 语颤减弱 + 叩浊 + 呼吸音减弱 + 心界移位 + 心界叩不清 = 胸腔积液体征

结核中毒症状 + 胸腔积液体征 = 胸腔积液:结核性胸膜炎可能性大

胸腔积液 + 心包积液 + 腹腔积液 = 多浆膜腔积液

肺结核病史 + 心包炎体征 = 结核性心包炎可能性大

心包炎体征:

颈静脉怒张 + 肝颈静脉回流征阳性 + 肝大 + 心音低钝 = 心包积液

心尖负性搏动 + 心脏浊音界不大 + 心音低钝 = 缩窄性心包炎

陈旧结核病灶 + 膀胱刺激征 + 肾实质变薄并有破坏 = 泌尿系结核

膀胱刺激征:尿频、尿急、尿痛

(七)胸部闭合性损伤(肋骨骨折、血胸和气胸)

胸外伤 + 骨擦音 = 肋骨骨折

胸外伤 + 广泛皮下气肿(或握雪感) + 气管偏、叩鼓、呼吸音消失 + 高压气体 = 张力性气胸

胸外伤 + 气管移位、叩浊、呼吸音减弱 + 液性暗区 + 肋膈角消失 + 弧形高密度影 = 胸腔积液(血胸)

(八)高血压病

按患者的心血管危险绝对水平分层

危险因素和病史 = 1 级

$\text{SBP} 140 \sim 159 \text{ mmHg}$ 或 $\text{DBP} 90 \sim 99 \text{ mmHg}$ = 2 级

$\text{SBP} 160 \sim 179 \text{ mmHg}$ 或 $\text{DBP} 100 \sim 109 \text{ mmHg}$ = 3 级

$\text{SBP} \geq 180$ 或 $\text{DBP} \geq 110 \text{ mmHg}$ = 4 级

I : 无其他危险因素,低危

II : 1 ~ 2 个危险因素,中危

III : ≥ 3 个危险因素或靶器官损害或糖尿病,高危

IV : 并存临床情况,极高危

劳力性呼吸困难 + 夜间憋醒 + 不能平卧 = 左心功能不全

颈静脉充盈 + 肝大和肝颈静脉反流征阳性 + 双下肢水肿 = 右心功能不全

(九) 心律失常(助理不考)

青中年患者 + 阵发性心慌 + 突发突止 + ECU(QRS 波室上型 + 未见明显 P 波) = 阵发性室上速

(十) 冠心病

中老年患者 + 吸烟史 + 胸痛 > 30 分钟 + 服用硝酸甘油不缓解 + ST 段弓背抬高 = 心肌梗死

①V₁ ~ V₆ 广泛前壁心肌梗死

②V₁ ~ V₃ 前间壁心肌梗死

③V₃ ~ V₅ 局限前壁心肌梗死

④Ⅱ、Ⅲ、aVF 下壁心肌梗死

中老年患者 + 吸烟史 + 胸痛 3 ~ 5 分钟 + 服用硝酸甘油缓解 + ST 段水平下移 = 心绞痛

(十一) 心力衰竭

高血压 + 呼吸困难(活动后、夜间阵发、端坐呼吸) + 肺部干湿啰音 + 左心扩大 = 左心衰竭

水肿(踝水肿、重度水肿、四肢凹陷性水肿、体重增加) + 胸腔积液 + 肝大、肝颈征(+) = 右心衰竭

(十二) 心脏瓣膜病

主要瓣膜杂音

出现时期	开关瓣	杂音性质
二狭舒张期	开	隆隆样
二闭收缩期	关	吹风样
主狭收缩期	开	喷射样
主闭舒张期	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

(十三) 休克

出血 + P ↑、Bp ↓ + 四肢湿冷、脉压变小 = 失血性休克

P > 100 次/分 + R > 20 次/分 + Bp 90/70mmHg + 脉压 ≤ 20mmHg = 休克早期

青年 + 上呼吸道感染症状 + 急性左心衰竭 + 心界扩大 = 心肌炎

P ↑、Bp ↓ + 脉搏细速、四肢发凉 = 休克体征

左心衰竭 + 休克体征 = 心源性休克

(十四) 胃食管反流病(助理不考)

反酸 + 胸骨后烧灼感 + 胃镜食管下段红色条样糜烂带 = 反流性食管炎

(十五) 胃炎

饮食不洁或刺激物 + 腹痛、腹胀 + 除外其他典型腹部疾病 = 急性胃炎

(十六)消化性溃疡

周期性、节律性上腹痛 + 呕血、黑便 = 胃溃疡

(十七)溃疡性结肠炎(助理不考)

脓血便 + 消瘦 + 结肠镜示“全结肠溃疡,多发息肉” = 溃疡性结肠炎

(十八)肛门、直肠良性病变

肛门疼痛、便血 + 暗紫色肿物、质硬 = 血栓性外痔

(十九)肝硬化

中年患者 + 乙肝病史 + 蜘蛛痣 + 脾大 + 移动性浊音阳性 = 肝硬化

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

(二十)胆石病、胆道感染(修改内容)

Charcot 三联征 + B 超(强回声光团) = 胆石症 + 化脓性胆管炎 + 梗阻性黄疸

(二十一)急性胰腺炎

暴饮暴食、慢性胆道病史 + 骤发剧烈上腹痛 + 后腰背部放射 + 腹膜刺激征 + 白细胞
↑ + 血钙↓ + AST↑ = 急性胰腺炎

胰腺炎 + Grey - Turner 征(左侧腹青紫斑)、Cullen 征(脐周青紫斑) + 腹穿(洗肉水样) = 急性胰腺炎(出血坏死型)

(二十二)急腹症(急性阑尾炎、异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转、卵巢囊肿破裂、急性盆腔炎、肠梗阻、消化道穿孔)

转移性右下腹痛 + 麦氏点压痛 + 白细胞↑、N↑ = 急性阑尾炎

阴道出血 + 绒毛膜促性腺激素(+) + 停经史 + 剧烈腹痛 = 宫外孕(异位妊娠)

溃疡病史 + 剑突下突发剧痛 + 腹膜刺激征 + 膈下可见游离气体 = 溃疡穿孔(弥漫性腹膜炎)

腹痛、吐、胀、闭 + 气影/液平 = 肠梗阻

女性 + 排便后(体位变化) + 突发下腹痛 + 张力较高的囊性肿物 = 卵巢囊肿蒂扭转
刮宫手术史 + 白带异常 + 下腹痛 + 脓血性分泌物 + 宫颈举痛(+) = 急性盆腔炎

(二十三)消化系统肿瘤(食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、肝癌、胰腺癌)

喜吃热烫 + 进行性吞咽困难 + 胸骨后烧灼样疼痛 + 进食哽噎感 = 食管或贲门癌

体重减轻 + 大龛影 + 黏膜僵硬粗糙 = 胃癌

体重下降 + 排便习惯改变 + 便潜血 + CEA = 结肠癌

乙型肝炎病史 + 右上腹痛加重 + 体重下降 + A - FP↑ + B 超占位 = 肝癌

无痛性进行性黄疸 + 体重下降 + 尿胆红素阳性 + 肿大胆囊 + 肝内胆道扩张 = 梗阻性黄疸:胰头癌可能性大

(二十四)腹部闭合性损伤[胆(助理不考)、肝、脾、肠(助理不考)、肾损伤]

右上腹外伤史 + 右上腹腹痛(向右肩放射) + 腹膜刺激体征和移动性浊音 + 血红蛋白↓
= 肝破裂

左季肋部外伤史 + 全腹痛 + 腹腔内出血 = 脾破裂

腹中部外伤 + 腹膜刺激体征 + 腹腔穿刺有少量淡黄色液体 = 腹部闭合性损伤:肠管破裂

腰部外伤 + 血尿 = 肾外伤

(二十五)腹外疝

老年男性 + 腹压增高 + 右下腹肿物(站立明显,平卧缩小) + 进入阴囊 = 腹股沟斜疝

(二十六)病毒性肝炎[甲型病毒性肝炎、乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎(助理不考)]

发热 + 黄染 + 肝大 + 肝区有压痛和叩击痛 + 尿胆红素(+) + 尿胆原(+) = 黄疸原因待查:急性黄疸型肝炎可能性大

(二十七)细菌性痢疾

脓血便 + 里急后重 + 发热 = 腹泻原因待诊:慢性菌痢可能性大

(二十八)艾滋病

发热、乏力、消瘦 + 输血史、冶游史 + 抗 HIV(+) = 艾滋病

(二十九)急、慢性肾小球肾炎

咽部感染史 + 青少年 + 血尿 + 尿蛋白 + (水肿眼睑颜面) + 血压高补体 $C_3 \downarrow$ = 急性肾小球肾炎

血尿 + 蛋白尿 + 水肿 + 高血压 > 1 年 = 慢性肾小球肾炎

(三十)尿路感染(修改内容)

已婚女性 + 发热 + 膀胱刺激征 = 下泌尿道感染

尿路损伤史 + 尿路刺激征反复发作史 + 腰痛、发热 + 肾区叩痛 + 血白细胞 = 慢性肾盂肾炎急性发作

中年女性 + 腰痛 + 发热 + 脓性尿、管型尿 = 肾盂肾炎

(三十一)慢性肾衰竭(助理不考)

乏力、厌食 + 尿蛋白(++)、红细胞(++) + $Cr \uparrow$ + 影像学表现 = 慢性肾功能衰竭

(三十二)尿路梗阻(尿路结石、前列腺增生)(助理不考)

活动后血尿 + 腰部绞痛 + B 超/X 线 = 输尿管结石

老年男性 + 进行性排尿困难 + 排尿费力 + 滴沥 + 直肠指检 = 良性前列腺增生

(三十三)贫血(缺铁性贫血、再生障碍性贫血、溶血性贫血)(助理不考)

青年女性 + 月经过多 + 小细胞低色素性贫血 + 血清铁 $\downarrow$ = 缺铁性贫血

贫血 + 出血 + 三系减少 + NAP = 慢性再生障碍性贫血可能性大

贫血表现 + 黄染 + Coombs 试验(+) = 自身免疫性贫血

(三十四)特发性血小板减少性紫癜(助理不考)

青年女性 + 出血 + 血小板降低 = 血小板减少原因待查、ITP 可能性大

(三十五)白血病

发热 + 出血 + 胸骨压痛 + 感染 + 贫血 + 原、幼细胞 = 白血病

发热 + 出血 + 全血细胞减少 + 早幼粒细胞 = 早幼粒细胞白血病

早幼粒细胞白血病 + 多部位出血 + PT 延长 + 纤维蛋白原降低 + FDP 增高 + 3P 试验阳性 = DIC

(三十六)甲状腺疾病[甲状腺功能亢进、甲状腺肿瘤(助理不考)]

怕热多汗、性情急躁 + 心悸 + 体重下降 + 甲状腺肿大 + 眼球突出 + 脉率加快,脉压增大 = 甲状腺功能亢进

青年女性 + 甲状腺肿物 + B 超结节 = 甲状腺肿物:甲状腺腺瘤? 甲状腺癌待除外

