



医师资格考试
历年考题纵览丛书

总主编 金宇

2007

中医/中西医结合

实践技能模拟考场

与过关指导

主 编 王志丹 赵永辰 宋清江

(第二版)

ZHONGYI ZHONGXIYI JIEHE SHIJIAN JINENG

MONI KAOCHANG YU GUOGUAN ZHIDAO



军事医学科学出版社

医师资格考试历年考题纵览丛书

丛书总主编:金宇

中医/中西医结合实践技能 模拟考场与过关指导

(第二版)

主 编	王志丹	赵永辰	宋清江	
副主编	车虎森	赵秀君	白晓莉	孟晓敏
编 者	李国臣	李秀女	宋宝丽	宋玉琳
	刘文英	刘亚丽	张 磊	马占学
	邢 坤	付淑秀	李艳梅	崔哲刚

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内容提要

医师资格考试(中医、中西医结合)实践技能考试分为三站,第一站要求考生根据给出的简要病史资料,按照住院病历的书写格式,以笔答形式完成辨证施治,时间为60分钟。第二站要求考生模拟完成体格检查和中医、西医操作技术,时间15分钟。第三站要求考生完成病史采集和临床知识问答,时间15分钟。考试总时间90分钟。三站总计100分,60分为及格。及格考生方有资格参加综合笔试。

图书在版编目(CIP)数据

中医/中西医结合实践技能模拟考场与过关指导/王志丹,赵永辰,宋清江主编.

-北京:军事医学科学出版社,2006.12

(医师资格考试历年考题纵览丛书)

ISBN 978-7-80121-895-7

I. 中… II. ①王…②赵…③宋… III. ①中医师-资格考核-自学参考资料
②中西医结合-医师-资格考核-自学参考资料 IV. R2

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第124645号

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)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,66884402 转 6213,6216,6315

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:北京北方印装厂

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:10

字数:240千字

版次:2007年1月第2版

印次:2007年1月第3次

定价:18.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

本书2006年初第一版面市后,由于编写视角独特新颖,受到了考生的一致好评,帮助众多的考生轻松地通过了技能考核关。鉴于考试大纲调整,我们再次组织具有多年临床实践经验和教学经验的专家,依据卫生部、国家中医药管理局出版的最新大纲和规划教材,结合以往考生在实践中出现的问题,针对性地编著了中医、中西医结合医师资格实践技能考试辅导材料,使大家学有重点。

中医、中西医结合医师资格实践技能考试分为三站,第一站要求考生根据给出的病历资料,按照住院病历的书写格式,以笔答形式完成辨证施治,时间60分钟。第二站要求考生模拟操作完成一项体格检查、一项中医和西医基本操作,时间15分钟。第三站要求考生面向考官完成采集病史、临床知识问答,时间15分钟。三站综合记分,一般60分为合格。

中医类执业医师考核虽然细分为中医执业医师、中医执业助理医师、中西医结合执业医师、中西医结合执业助理医师,但只是考核重点和知识比例有所区别,并且考核模式是一样的,理论知识和操作要求也大致相同,所以我们将试题混合编辑在一起,目的是开阔视野,互相借鉴,更多地掌握实践操作知识,提高操作技能。

参与本书编写的专家均参与过往年的技能考核的评定工作,认真研究和分析了2006年新的考核大纲和考生们在考场上存在的问题,针对性地提出了技能考核技巧。据我们的经验,相当一部分考生并非知识没有掌握,而是由于心理紧张、对考题陌生等原因被淘汰,所以为帮助考生适应考场气氛,我们改变传统的教材式编写体例,而是按照实际考核的模式分为三站编写,同时增加了考生答卷评析和答卷指导。有如临考之感,故本书取名为“模拟考场”。

本书编写过程中,难免出现一些纰漏和错误,我们诚心欢迎大家提出批评改正意见。欢迎广大考生登录网站:yixue.bdedu.cn(网络实名:医学考试)查询更多信息和观摩技能授课实况录像。

金 宇

2007年1月

目 录

模拟考场一	(1)
模拟考场二	(5)
模拟考场三	(9)
模拟考场四	(13)
模拟考场五	(17)
模拟考场六	(21)
模拟考场七	(25)
模拟考场八	(29)
模拟考场九	(34)
模拟考场十	(37)
模拟考场十一	(41)
模拟考场十二	(45)
模拟考场十三	(48)
模拟考场十四	(51)
模拟考场十五	(55)
模拟考场十六	(59)
模拟考场十七	(63)
模拟考场十八	(66)
模拟考场十九	(70)
模拟考场二十	(73)
模拟考场二十一	(76)
模拟考场二十二	(79)
模拟考场二十三	(82)
模拟考场二十四	(86)
模拟考场二十五	(90)
模拟考场二十六	(94)
模拟考场二十七	(98)
模拟考场二十八	(102)
模拟考场二十九	(105)
模拟考场三十	(109)
模拟考场三十一	(113)
模拟考场三十二	(117)

模拟考场三十三	(121)
模拟考场三十四	(125)
模拟考场三十五	(129)
助理医师考生试卷点评与考场指导	(133)
执业医师试卷点评与考场指导	(138)
附录一 中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)	(143)
附录二 中医类医师资格考试实践技能考核大纲	(144)
附录三 医务人员应当遵循的医德规范和法律法规文件	(154)

模拟考场一

第一站 辨证论治题

(根据给出的病例资料,按住院病例的书写格式完成书面辨证施治)

刘某,男性,35岁,已婚,工人,于2006年3月1日就诊。

患者于3天前因天气变化受凉后引发怕冷、鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛,不出汗,时测T:38.5℃,次日又感头痛、骨节酸痛,未做系统检查及治疗,今天来我院就诊。现症见:恶寒发热、无汗、鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛、头痛、骨节酸痛,口不渴,饮食及二便正常。既往体健,无其他病史、传染病史及药物过敏史。查体:T:38.5℃,P:100次/分,R:20次/分,BP:120/80 mmHg,神清语利,精神可,形体适中。咽部充血,双扁桃体不大。双肺叩清音,双肺呼吸音清晰,未闻干湿性啰音。双下肢无水肿。舌苔薄白而润,脉浮。实验室检查:血白细胞计数 $4.6 \times 10^9/L$,中性85%,淋巴15%。胸部X线片示:未见明显异常。

第二站 基本操作题

(模拟操作或演示下列问题)

1. 脉搏的触诊方法及注意事项。
2. 寸口诊脉法中“寸、关、尺”如何定位?请操作说明。
3. 取“曲池”穴并简述定位,主治病证与针刺操作(答出三项主治病证可得满分)。

第三站 临床答辩题

(病史采集题要求根据简要病史口述应如何采集病史,问答题请直接回答)

1. 简要病史:李某,男性,15岁,眼睑、颜面水肿7天。
2. 阴黄与阳黄如何鉴别?
3. 支气管哮喘的诊断要点是什么?

参考答案

第一站 病例分析

一般资料:刘某,男性,35岁,已婚,工人,于2006年3月1日就诊。

主诉:恶寒发热3天。

现病史:患者于3天前因天气变化受凉后引发怕冷、鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛,不出汗,时测T:38.5℃,次日又感头痛、骨节酸痛,未做系统检查及治疗,今天来我院就诊。现症见:恶寒发热、无汗、鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛、头痛、骨节酸痛,口不渴,饮食及二便正常。

既往史:既往体健,无其他病史及传染病史。

过敏史:无药物过敏史。

其他情况:无特殊记载。

体格检查:T:38.5℃,P:100次/分,R:20次/分,BP:120/80 mmHg。

神清语利,精神可,形体适中,体态如常。舌苔薄白而润,脉浮。咽部充血,双扁桃体不大。全身皮肤无黄染,浅表淋巴结无肿大及压痛。气管居中,甲状腺不大。胸廓对称无畸形,双侧语颤音正常,双肺叩清音,肺肝相对浊音界在右侧第5肋间隙,双肺呼吸音清晰,未闻干湿性啰音;心前区无隆起,叩诊心界不大,心率100次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音;腹部平软,无压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及,腹部叩鼓音,无移动性浊音,肠鸣音正常。脊柱四肢无畸形,双下肢无水肿。生理反射存在,病理反射未引出。

实验室检查:血白细胞计数 $4.6 \times 10^9/L$,中性85%,淋巴15%。胸部X线片示:未见明显异常。

辨病辨证依据:

中医辨病依据:根据患者恶寒发热、无汗、鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛、头痛、骨节酸痛等,中医诊断为感冒。

中医辨证依据:根据患者恶寒发热、无汗、鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛、头痛、骨节酸痛,口不渴,舌苔薄白而润,脉浮等,辨为风寒束表证。

病因病机分析:因风寒外束,卫阳被郁,腠理闭塞,故恶寒发热,头痛,无汗,鼻塞,流清涕;清阳不展,络脉失和则头痛、骨节酸痛;肺气不宣故咳嗽、咽痛;口不渴,舌苔薄白而润,脉浮为风寒束表,邪在肺卫之象。

中医病证鉴别:感冒是感受触冒风邪,邪犯卫表导致的以鼻塞,流涕,喷嚏,咳嗽,头痛,发热,全身不适,脉浮为主要临床表现的外感疾病。本病有天气变化受凉的诱因,虽有咳嗽症状但与发热,头痛,鼻塞,流清涕,咽痛,骨节酸痛,无汗等表寒症状并见故诊断为风寒感冒而不诊断为咳嗽。

西医诊断依据:

(1)有天气变化受凉的诱因。

(2)临床症状:恶寒发热、无汗、鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛、头痛、骨节酸痛等。

(3)体征:T:38.5℃,咽部充血。

(4)实验室检查:血白细胞计数: $4.6 \times 10^9/L$,中性85%,淋巴15%。

西医鉴别诊断:本病需与流行性感冒鉴别。流行性感冒常有明显的流感接触史,全身症状较重,高热,眼结膜炎症状明显,但鼻咽部症状较轻,可资鉴别。

诊断:

中医诊断:感冒

风寒束表

西医诊断:上呼吸道感染

治法:辛温解表

方药:荆防达表汤加减

荆芥10g 防风15g 苏叶6g 豆豉10g 葱白10g 杏仁6g 前胡10g 桔梗6g
橘红15g 甘草6g 生姜3片

服法:水煎服,每日1剂,每次150ml,每日2次。

调护:

(1)饮食宜清淡。

(2)避风寒,防外感。

西医治疗原则:

- (1) 一般治疗:休息、忌烟、多饮水,保持室内空气流通。
- (2) 抗菌药物治疗:合并细菌感染常选青霉素、第一代头孢菌素或大环内酯类。
- (3) 抗病毒药物治疗:可选利巴韦林或病毒灵等。

第二站 基本操作题

1. 答:检查脉搏时,必须选择浅表的动脉,一般多用桡动脉。在特殊情况下,也可检查颞动脉、颈动脉、肱动脉、股动脉和足背动脉。检查者手指并拢,以食指、中指和无名指指腹平放于桡动脉近手腕处,仔细感觉脉搏搏动情况。两侧均需触诊,以作对比。正常人两侧差异很小,难以觉察。某些疾病时,两侧脉搏出现明显差异。例如,头臂型多发性大动脉炎,桡动脉两侧脉搏强弱不等,或一侧无脉搏(多为左侧)。有些疾病如胸腹主动脉型多发性大动脉炎、主动脉缩窄等,脉搏上下肢强弱不等,故检查时还应作上下肢脉搏对比,并应同时作上下肢血压测量。

检查脉搏应注意脉搏的速率、节律、紧张度、强弱、波形和动脉壁的情况。

2. 答:诊脉下指时,首先用中指按在掌后高骨内侧关脉部位,接着用食指按关前的寸脉部位,无名指按关后的尺脉部位,三指应呈弓形,指头平齐,以指腹接触脉体,用指腹感觉较为灵敏。布指的疏密要和患者的身长相适应。

3. 答:定位:曲肘成直角,在肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线中点。

主治:①手臂痹痛,上肢不遂等上肢病证;②热病;③高血压病;④癫狂;⑤腹痛,吐泻等胃肠病证;⑥咽喉肿痛、齿痛、目赤肿痛等五官热性病证;⑦瘾疹、湿疹、瘰疬等皮、外科疾患。

操作:直刺0.5~1寸。

第三站 临床答辩题

1. 答:采集要点:

(1) 现病史

根据主诉及相关鉴别询问:

- ① 眼睑、颜面水肿的发生、发展、程度及演变情况。
- ② 是否有四肢水肿、发热、恶寒、肢体酸楚、咽喉红肿疼痛、咳喘等伴随症状。
- ③ 问日小便量、颜色,有无尿频、尿急、尿痛等症状。
- ④ 诊疗经过,是否到医院诊治过,是否做过血常规、尿常规等检查;使用过哪些药物,效果如何。

(2) 既往史

- ① 与该病有关的其他病史:如乳蛾、疮毒、紫癜病史等。
- ② 既往类似病史及家族史。
- ③ 药物过敏史。

2. 答:阳黄黄色鲜明,发病急,病程短,常伴发热,口干苦,舌苔黄腻,脉象弦数;阴黄黄色晦暗,病程长,病势缓,常伴纳少、乏力、舌淡、脉沉迟或细缓。

3. 答:

- (1) 有家族史、过敏史或哮喘发作史。

- (2) 表现为突然发生的呼气性呼吸困难伴哮鸣音或发作性胸闷和咳嗽。
- (3) 支气管解痉剂治疗有效。
- (4) 血液中 IgE 以及嗜酸性粒细胞的数量有助于诊断及分型。

模拟考场二

第一站 辨证论治题

(根据给出的病例资料,按住院病例的书写格式完成书面辨证施治)

任某,女,43岁,已婚,工人,于2001年5月11日就诊。

患者2天前在外就餐食油腻后出现右肋阵发性疼痛,并放射至右肩背部,伴恶心、呕吐,曾服用“维生素B₆”、“越鞠保和丸”,无明显好转,遂前来就诊。现症见:右肋肋疼痛,伴后背疼痛,口苦咽干,恶心,纳呆,小便黄赤,大便不爽。患者既往体健,无肝炎及结核病史,无药物过敏史,平素喜食辛辣厚味。T:37.3℃,P:80次/分,R:18次/分,BP:125/80 mmHg,神志清,精神不振,墨菲征(+),腹部无压痛及反跳痛,未见肠型及蠕动波,肝脾肋下未触及,舌红苔黄腻,脉弦滑。血白细胞:12.0×10⁹/L,中性75%,淋巴23%。B超示:胆囊壁增厚。肝功能正常。

第二站 基本操作题

(模拟操作或演示下列问题)

1. 血压的间接测量法。
2. 晕厥的针灸治法,取穴(主穴答出三个穴位可得满分)。
3. 请演示戴无菌手套的基本操作。

第三站 临床答辩题

(病史采集题要求根据简要病史口述应如何采集病史,问答题请直接回答)

1. 简要病史:赵某,男性,49岁,间歇性头晕、头痛8年,加重2年。
2. 中风的病因病机是什么?
3. 简述血糖升高的临床意义。

参考答案

第一站 病例分析

一般资料:任某,女,43岁,已婚,工人,于2001年5月11日就诊。

主诉:右肋发作性疼痛2天。

现病史:2天前在外就餐食油腻后出现右肋阵发性疼痛,并放射至右肩背部,伴恶心、呕吐,曾服用“维生素B₆”、“越鞠保和丸”,无明显好转,遂前来就诊。现症见:右肋肋疼痛,伴后背疼痛,口苦咽干,恶心,纳呆,小便黄赤,大便不爽。

既往史:既往体健,无肝炎及结核病史。

过敏史:未发现。

其他情况:无特殊情况。

体格检查:T:37.3℃,P:80次/分,R:18次/分,BP:125/80 mmHg。

发育正常, 营养良好, 神清合作, 自动体位。舌红苔黄腻, 脉象弦滑。全身皮肤无黄染及出血点, 浅表淋巴结无肿大及压痛。气管居中, 甲状腺不大。胸廓对称无畸形, 双侧语颤音正常, 双肺叩清音, 肺肝相对浊音界在右侧第 5 肋间隙, 双肺呼吸音清; 心前区无隆起, 叩诊心界不大, 心率 72 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音; 腹部平坦, 腹部无压痛无反跳痛, 未见肠型及蠕动波墨菲征(+), 肝脾肋下未触及, 腹部叩鼓音, 无移动性浊音, 肠鸣音正常。脊柱四肢无畸形, 四肢无水肿。生理反射存在, 病理反射未引出。

实验室检查:

血白细胞: $12.0 \times 10^9/L$, 中性 75%, 淋巴 23%。肝功能正常。B 超示: 胆囊壁增厚。

辨病辨证依据:

中医辨病依据: 患者表现为右肋肋疼痛, 伴后背疼痛, 口苦咽干, 恶心, 纳呆等, 故可诊断为胁痛。

中医辨证依据: 根据患者右肋肋疼痛, 伴后背疼痛, 口苦咽干, 恶心, 纳呆, 小便黄赤, 大便不爽, 舌红苔黄腻, 脉象弦滑等, 辨为肝胆湿热证。

病因病机分析: 患者长期食用辛辣厚味之品, 酿湿生热, 湿热郁于肝胆, 失于疏泄, 气阻络痹, 故右胁痛连背; 胆汁上泛于口, 故口苦; 湿热中阻, 中焦气机不利, 升降失常, 运化失调, 故恶心、纳呆; 热邪伤津, 故小便黄赤; 湿热阻滞大肠故大便不爽; 舌红苔黄腻, 脉弦滑为肝胆湿热之象。

中医病证鉴别: 胁痛是指以一侧或两侧肋肋部疼痛为主要表现的病证, 应与悬饮鉴别。本病患者有进食油腻食物的诱因, 且无咳嗽、咳痰、患侧肋间饱满等悬饮症状, 故可与悬饮鉴别。

西医诊断依据:

(1) 右肋发作性疼痛 2 天, 且与进食油腻食物有关。

(2) 查体: 墨菲征(+).

(3) 实验室检查: 血白细胞: $12.0 \times 10^9/L$, 中性 75%, 淋巴 23%。肝功能正常。B 超示: 胆囊壁增厚。

西医鉴别诊断: 急性胆囊炎易误诊为高位急性阑尾炎。前者的疼痛在右上腹部, 而后者在右腰部或右下腹上方, 且急性胆囊炎在肋缘下可触及胀大的胆囊, 并有胆囊触痛征, 可与阑尾炎鉴别。

诊断:

中医诊断: 胁痛

肝胆湿热

西医诊断: 急性胆囊炎

治法: 清热利湿

方药: 龙胆泻肝汤加减

龙胆草 6 g 栀子 12 g 黄芩 12 g 通草 12 g 泽泻 15 g 车前草 15 g 川楝子 12 g 青皮 6 g 郁金 12 g 茵陈 15 g 金钱草 15 g

服法: 水煎服, 每日 1 剂, 每次 150 ml, 每日 2 次。

调护: 调畅情志, 忌辛辣油腻。

西医治疗原则:

(1) 饮食治疗: 禁食, 静脉补液及胃肠减压。

(2)控制感染:可选氨苄青霉素、头孢菌素等。

(3)解痉镇痛:可肌注阿托品。

第二站 基本操作题

1. 答:被检查者半小时内禁烟,在安静环境下休息 5~10 分钟,取仰卧或坐位。通常测右上肢血压,右上肢裸露伸直并轻度外展,肘部置于心脏同一水平,将气袖均匀紧贴皮肤缠于上臂,使其下缘在肘窝以上约 3 cm,气袖之中央位于肱动脉表面。检查者扪及肱动脉搏动后,将听诊器胸件置于搏动点上(不能塞在气袖下)准备听诊。然后,向袖带内充气,边充气边听诊,待肱动脉搏动消失,再升高 20~30 mmHg 后,缓慢放气,双眼视线随汞柱下降,平视汞柱表面,根据听诊结果读出血压值,当听到动脉搏动第一响时为收缩压;当声音消失时的血压值即舒张压。收缩压与舒张压之差为脉压,舒张压加 1/3 脉压为平均动脉压。

2. 答:

治法:苏厥醒神。以督脉及手厥阴经穴为主。

主穴:水沟、中冲、涌泉、足三里。

3. 答:戴手套前先核对手套袋面上的手套号码和灭菌日期。

(1)将手套袋摊开,取出滑石粉包,将粉擦于手掌和手背指间

(2)一手掀起口袋开口处,另一手捏住手套翻折部分(手套内面)取出手套,对准五指戴上。

(3)掀起另一支袋口,以戴无菌手套的手指插入另一支手套的翻边内面(手套外面)同法将手套戴好。

(4)将手套的翻转部分套在工作服衣袖外面。

第三站 临床答辩题

1. 答:采集要点:

(1)现病史

根据主诉及相关鉴别询问:

①发病诱因。

②头晕、头痛的性质,程度,部位,发作时间。

③伴随症状,如恶心、呕吐、发热、耳鸣、眼花、心悸等。

④发病以来的一般情况:体重、饮食情况、小便情况等。

⑤诊疗经过:是否就诊过,相应的辅助检查及结果,接受过何种治疗及效果。

(2)相关病史

①有关的其他病史:有否高血压病史及家族史,有否继发性高血压的疾病因素。

②药物过敏史。

2. 答:本病多是在内伤积损的基础上,复因劳逸失度、情志不遂、饮酒饱食或外邪侵袭等触发,引起脏腑阴阳失调,血随气逆,肝阳暴张,内风旋动,夹痰夹火,横窜经络,蒙蔽神窍,从而发生卒然昏仆、半身不遂诸症。

3. 答:

(1)糖尿病。

- (2) 其他内分泌疾病,如生长激素异常增高,皮质醇增多症,甲状腺功能亢进,嗜铬细胞瘤等。
- (3) 应激性高血糖,如颅内压增高,心肌梗死等。
- (4) 药物性血糖升高,如噻嗪类利尿药。

模拟考场三

第一站 辨证论治题

(根据给出的病例资料,按住院病例的书写格式完成书面辨证施治)

李某,男,42岁,已婚,干部,于2004年3月4日就诊。

患者3年前因劳累后出现头晕、头重,休息后缓解,不伴头痛、呕吐,当时血压165/100 mmHg,服“尼群地平”、“天麻丸”后缓解,其间反复发作,未作系统检查及治疗。6天前患者劳累后又出现头晕、头重,恶心、乏力、食欲不振,遂来诊。现症见:头晕,头重如蒙,恶心、纳呆,伴视物模糊。既往体健,无传染病史及药物过敏史。患者平素喜食肥甘。T:36.2℃,P:81次/分,R:20次/分,BP:170/105 mmHg。神志清,体态偏胖,心界不大,心率78次/分,律齐,舌质淡红,苔白腻,脉滑。头颅CT未见异常,心电图正常。

第二站 基本操作题

(模拟操作或演示下列问题)

1. 表浅淋巴结的检查方法。
2. 取“十宣”穴并简述其定位,主治与针刺操作。
3. 请演示穿隔离衣的操作程序。

第三站 临床答辩题

(病史采集题要求根据简要病史口述应如何采集病史,问答题请直接回答)

1. 简要病史:患者男,40岁,昏迷、呕吐物有大蒜味两小时。
2. 水肿的治疗原则是什么?
3. 简述气胸的X线表现。

参考答案

第一站 病例分析

一般资料:李某,男,42岁,已婚,干部,于2004年3月4日就诊。

主诉:反复发作头晕、头重3年,复发6天。

现病史:患者3年前因劳累后出现头晕、头重,休息后缓解,不伴头痛、呕吐,当时血压165/100 mmHg,服“尼群地平”、“天麻丸”后缓解,其间反复发作,未作系统检查及治疗。6天前患者劳累后又出现头晕、头重,恶心,乏力,食欲不振,伴视物模糊。现症见:头晕,头重如蒙,恶心、纳呆,伴视物模糊。

既往史:既往体健,无传染病史。

过敏史:无药物过敏史。

其他情况:无特殊情况。

体格检查:T:36.2℃,P:81次/分,R:20次/分,BP:170/105 mmHg。

发育正常,营养良好,体态偏胖,神清语利,查体合作。舌质淡红,苔白腻,脉滑。全身皮肤黏膜及巩膜无黄染及出血点,周身浅表淋巴结无肿大及压痛。颈软无抵抗,气管居中,甲状腺不大。胸廓对称无畸形,双侧呼吸动度一致,双肺叩清音,肺肝相对浊音界在右侧第5肋间隙,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音;心率81次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音;腹部平坦,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,全腹叩鼓音,无移动性浊音,肠鸣音正常。脊柱无畸形,四肢无水肿,四肢肌力正常。生理反射存在,病理反射未引出。

实验室检查:

头颅CT未见异常,心电图正常。

辨病辨证依据:

中医辨病依据:根据患者头晕、头重如蒙,恶心,乏力,食欲不振,伴视物模糊等临床表现,可诊断为眩晕。

中医辨证依据:根据患者头晕,头重如蒙,恶心,乏力,食欲不振,视物模糊,舌质淡红,苔白腻,脉滑,辨为痰湿中阻证。

病因病机分析:患者平素喜食肥甘,复因劳倦,伤于脾胃,健运失司,以致水谷不化精微,聚湿生痰,痰湿中阻,则清阳不升,浊阴不降,故头晕,头重如蒙;痰浊中阻,脾阳不振,则恶心,食欲不振;苔白腻,脉滑,均为痰湿中阻之象。

中医病证鉴别:眩晕是情志不遂、饮食不节、久病体虚等引起的以头晕眼花为主要临床表现的病证,应与中风鉴别。本病患者以头晕、头重如蒙为主,并未仆倒且无口舌歪斜,半身不遂等中风表现,故可与中风鉴别。

西医诊断依据:

(1)反复发作头晕、头重3年,复发6天,由劳累诱发。

(2)查体:体态偏胖,血压170/105 mmHg,心率81次/分,律齐。

(3)实验室检查:头颅CT未见异常,心电图正常。

西医鉴别诊断:本病应与肾脏疾病和嗜铬细胞瘤引起的继发性高血压相鉴别。此患者无泌尿系统病征或肾功能损害;无内分泌、代谢功能障碍病征;腹部和腰背部未闻及血管杂音,故可排除肾脏疾病引起的继发性高血压。嗜铬细胞瘤引起的高血压呈阵发性或持续性,血压升高多伴有心动过速、剧烈头痛、呕吐,历时数分钟或数天,一般降压药物治疗无效,发作间歇血压可正常,超声、CT、磁共振可以确诊,亦不难鉴别。

诊断:

中医诊断:眩晕

痰湿中阻

西医诊断:高血压病2级

治法:化痰祛湿,健脾和胃

方药:半夏白术天麻汤加减

半夏15g 陈皮12g 白术15g 苡仁20g 天麻15g 茯苓12g 竹茹12g 郁金12g 大枣6g

服法:水煎服,每日1剂,每次150ml,每日2次。

调护:调畅情志,忌生冷油腻。

西医治疗原则:

(1)非药物治疗:减轻体重,减少钠盐摄入,补充钙和钾盐,减少脂肪摄入,限制饮酒,增加运动。

(2)降压药物治疗:原则上应将血压降到患者能最大耐受的水平,目前一般主张血压控制目标值至少 $<140/90$ mmHg。本病可采用两种降压药联合的治疗方案,如利尿剂与 β -受体阻滞剂;利尿剂与ACEI或ARB;二氢吡啶类钙拮抗剂与 β -受体阻滞剂;钙拮抗剂与ACEI或ARB。

第二站 基本操作题

1. 答:检查表浅淋巴结时,主要使用触诊,应按一定的顺序进行,以免发生遗漏。一般顺序为耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颈后三角、颈前三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腠窝等。

(1)检查颈部淋巴结时可站在被检查者背后,手指紧贴检查部位,由浅及深进行滑动触诊,嘱被检查者头稍低,或偏向检查侧,以使皮肤或肌肉松弛,有利于触诊。

(2)检查锁骨上窝淋巴结时,让被检查者取坐位或卧位,头部稍向前屈,检查者以左手触诊右侧,右手触诊左侧,由浅部逐渐触摸至锁骨后深部。

(3)检查腋窝淋巴结时应以手扶被检查者前臂稍外展,检查者以右手检查左侧,以左手检查右侧,由浅及深触诊至腋窝顶部。

(4)检查滑车上淋巴结时,以左(右)手扶托被检查者左(右)前臂,以右(左)手向滑车上由浅及深进行触摸。

(5)检查腹股沟淋巴结时,被检查者仰卧位两下肢稍屈曲,检查者站在右侧,先触摸腹股沟韧带下方水平组淋巴结,再触摸股上部大隐静脉起始处的垂直组淋巴结。

2. 答:

定位:在手十指尖端,距指甲游离缘0.1寸,左右共10穴。

主治:①昏迷;②癫痫;③高热;咽喉肿痛;④手指麻木。

操作:浅刺0.1~0.2寸,或点刺出血。

3. 答:

(1)手持衣领,从衣架上取下隔离衣,清洁面面向自己,将衣领的两端向外折齐,对齐肩缝,露出袖肩内口。

(2)右手持衣领,左手伸入袖内,右手将衣领向上拉,同时举手使袖轻轻抖至臂上,使左手露出。

(3)换左手持衣领,右手伸入袖内,依上法露出右手,手不可触及隔离衣的污染面。

(4)双手持领下衣领,顺着边缘向后,将领扣扣好,系扣时污染的袖口不可触及衣领和面部及帽子。

第三站 临床答辩题

1. 答:采集要点:

(1)首先应根据主诉,了解发病到就诊前疾病的发生、发展变化,诊治经过及相关鉴别诊断。重点是询问发病时间,了解昏迷前的生活习惯、精神状态,是否有不愉快事件,是否服用过药物,身边是否遗留药品、药袋及吃剩下的物品,有无特殊气味。询问呕吐物的量、性状及呕吐