

助理醫師實踐技能病例分析試題

病例分析 1

[病例摘要] 男性，63岁，工人，发热、咳嗽五天

患者五天前洗澡受凉後，出現寒战，体温高达 40℃，伴咳嗽、咳痰，痰量不多，為白色粘痰。無胸痛，無痰中帶血，無咽痛及关节痛。门诊給双黄连及退热止咳药後，体温仍高，在 38℃到 40℃之间波動。病後纳差，睡眠差，大小便正常，体重無变化。既往体健，個人史、家族史無特殊。

体检：T38.5℃,P100 次/分，R20 次/分，Bp120/80mmHg。发育正常，营养中等，神清，無皮疹，浅表淋巴結不大，頭部器官大体正常，咽無充血，扁桃体不大，颈静脉無怒张，气管居中，胸廓無畸形，呼吸平稳，左上肺叩浊，語颤增强，可闻湿性罗音，心界不大，心率 100 次/分，律齐，無杂音，腹软，肝脾未及。

化验 Hb130g/L,WBC11.7?10⁹/L,分叶 79%，嗜酸 1%，淋巴 20%,plt210?10⁹/L,尿常规(-)，便常规(-)

[分析]

一、诊断及诊断根据(8 分)

(一)诊断

左侧肺炎(肺炎球菌性也許性大)

(二)诊断根据

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

二、鉴别诊断(5 分)

其他类型肺炎：干酪性肺炎，革兰阴性杆菌肺炎，葡萄球菌肺炎等

2.急性肺脓肿

3.肺癌

三、深入检查(4 分)

1.X 线胸片

2.痰培养+药敏试验

四、治疗原则(3 分)

1.抗感染：抗生素

2.對症治疗

病例分析 2

[病例摘要] 男性，4 個月，咳嗽 35 天，气喘 12 天。

患儿 35 天前無明显诱因咳嗽，無发热，静點頭孢唑啉等治疗無效，12

天前咳嗽加重，伴有喘促，呈阵发性，用头孢哌酮、舒喘灵和洋地黄强心治疗，病情时轻时重，近2天咳嗽加重。发病后患儿精神较差，吃奶可，睡眠欠平稳，大便4-5次/日。有奶瓣，尿量尿色可，体重增长1kg，平素有夜惊，多汗史。既往体健，第2胎第1产，足月顺产，母乳喂养，未添加鱼肝油、钙剂及辅食。

查体：T37.2℃,P186次/分，R70次/分，Bp80/50mmHg，体重8kg，身长63cm，头围40cm，胸围39cm，前囟2×2cm，发育正常，营养中等，急性重病容，烦躁，自动体位，皮肤略苍白，无黄染、皮疹及出血点，皮下脂肪充盈，分布均匀，全身浅表淋巴结未触及，头颅外形正常，枕秃(+)，眼睑无浮肿，巩膜无黄染，咽充血，口周发绀，呼吸急促，鼻扇(+)，三凹征(+)，胸廓无畸形，双肺可闻及喘鸣音及中细湿罗音。皮肤无发花，心界不大，心率186次/分，律齐，腹平软，肝肋下3cm，无压痛，脾及边，肠鸣音正常，双下肢轻度可凹性水肿，布氏征(-)，双巴氏征(-)

化验：血常规：Hb91g/L,RBC: 4.23×10¹²/L,WBC11.0×10⁹/L,分叶65%，淋巴35%，plt135×10⁹/L。尿粪常规正常

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断支气管肺炎：心力衰竭

(二)诊断根据

1.先有上感体现咳嗽等,以喘憋、烦躁、呼吸急促、发热为重要体现

2.查体：口周发绀，鼻扇征(+)，三凹征(+)，两肺可闻及喘鸣音及湿罗音,有心衰体征：呼吸增快>60次/分，心率明显增快(>180次/分),心音低钝,肝大,双下肢水肿

3.化验血 WBC 数及中性分叶粒细胞增高

二、鉴别诊断(5分)

1.病毒性肺炎

2.葡萄球菌肺炎

3.支原体肺炎

三、深入检查(4分)

1.查病原体（细菌培养和血清抗体）

2.血气分析、X线胸片

3.肝肾功能、血电解质

4.心电图、超声心动图

四、治疗原则(3分)

1.病原治疗：抗生素

2.心衰治疗：强心、利尿、扩血管剂

3.对症治疗：吸氧、祛痰、解痉平喘 4.糖皮质激素的应用：重要是平喘解痉

病例分析 3

[病例摘要] 女性，59岁，间断咳嗽、咳痰5年，加重伴咯血2个月。

患者 5 年前受涼後低熱、咳嗽、咳白色粘痰，予以抗生素及祛痰治療，1 個月後症狀不見好轉，體重逐漸下降，後拍胸片診為“浸潤型肺結核”，肌注鏈霉素 1 個月，口服利福平、雷米封 3 個月，症狀逐漸減輕，遂自行停藥，此後一直咳嗽，少許白痰，未再復查胸片。2 個月前勞累後咳嗽加重，少許咯血伴低熱、盜汗、胸悶、乏力又來診。病後進食少，二便正常，睡眠稍差。既往 6 年前查出血糖高，間斷用過降糖藥，無藥物過敏史。

查體 T37.4°C,P94 次/分，R22 次/分，BP130/80mmHg，一般稍弱，無皮疹，淺表淋巴結未觸及，巩膜不黃，氣管居中，兩上肺呼吸音稍減低，並聞及少許濕羅音，心叩不大，心率 94 次/分，律齊，無雜音，腹部平軟，肝脾未觸及，下肢不腫。

化驗：血 Hb110g/L,WBC4.5?10⁹/L,N53%,L47%,plt210?10⁹/L,ESR35mm/h,空腹血糖 9.6mmol/L,尿蛋白（-），尿糖（++）

[分析]

一、診斷及診斷根據(8 分)

(一)診斷

1.肺結核（浸潤型？慢性纖維空洞型？）

2.糖尿病 2 型

(二)診斷根據

1.5 年結核病史，治療不徹底，近 2 個月來加重伴咯血，血沉快

2.查體，有低熱，兩肺上部有異常體征

3.有糖尿病史，目前空腹血糖明顯高於正常，尿糖（++）

二、鑑別診斷(5 分)

1.支氣管擴張

2.肺膿腫

3.肺癌

三、深入檢查(4 分)

1.X 線胸片

2.痰找結核菌，必要時經纖維支氣管鏡取分泌物找結核菌，支氣管內膜活檢，血清結核抗體檢測

3.檢查胰島功能：胰島素釋放試驗，餐後 2 小時血糖，糖化血紅蛋白測定

四、治療原則(3 分)

1.正規抗結核治療，堅持規則、適量、足療程治療，聯合用藥，注意肝功能

2.積極治療糖尿病：最佳加用胰島素

病例分析 4

[病例摘要] 男性，30 岁，低热伴右侧胸痛一周

患者一周前無明顯誘因出現午後低熱，體溫 37.5°C，夜間盜汗，伴右側胸痛，深呼吸時明顯，不放射，與活動無關，未到醫院檢查，自服止痛藥，于 3

天前胸痛減輕，但胸悶加重伴氣短，故來醫院檢查，發病來進食無變化，二便正常，睡眠稍差，體重無明顯變化。既往體健，否認有結核病親密接觸史，吸煙。

查體：T37.4°C, P84 次/分，R20 次/分，Bp120/80mmHg，一般狀況可，無皮疹，全身淺表淋巴結未觸及，巩膜不黃，咽(-)，頸軟，氣管稍左偏，頸靜脈無怒張，甲狀腺(-)，右側胸廓稍膨隆，右下肺語顫減弱，右下肺叩濁，呼吸音減弱至消失，心界向左移位，心右界叩不清，心率 84 次/分，律齊，無雜音，腹平軟，無壓痛，肝脾未及，下肢不腫。

[分析]

一、診斷及診斷根據(8 分)

(一)診斷

右側胸腔積液：結核性胸膜炎也許性大

(二)診斷根據

1.低熱、盜汗，由開始胸痛明顯（干性胸膜炎）到有積液後的胸痛減輕，ESR 快

2.右側胸腔積液征：氣管、心臟左移，右下肺語顫減弱，叩濁，呼吸減低至消失

二、鑑別診斷(5 分)

1.腫瘤性胸腔積液

2.心力衰竭致胸腔積液

3.低蛋白血症致胸腔積液

4.其他疾病(如 SLE)致胸腔積液

三、深入檢查(4 分)

1.胸片

2.胸部 B 超胸水定位

3.胸腔穿刺，胸水常規、生化和細菌、病理學檢查

4.PPD 或血清結核抗體測定

5.肝腎功能檢查，包括血漿蛋白

四、治療原則(3 分)

1.病因治療：抗結核藥

2.胸腔穿刺放胸水，合理應用糖皮質激素

病例分析 5

[病例摘要]

男性，35 岁，尿频、尿急、尿痛伴血尿 6 月余

6 個月前無明顯誘因漸出現尿频、尿急、尿痛，約一小時排尿一次，排尿初始及終末為肉眼血尿，偶伴小血塊，無低熱、盜汗、腰痛。在當地醫院行尿液檢查有多數紅、白細胞，予以“氟哌酸”“環丙沙星”等口服，療效不明顯。現膀胱刺激症狀反而加重，約半小時排尿一次。發病以來食欲正常，大便正常。平素體健，否認肝炎、肺結核等病史，無藥物過敏史。吸煙，1 包/天；飲酒，半斤/天。家

族史無特殊。

体检：发育正常，营养中等。皮肤、巩膜無黄染，浅表淋巴結不大。心、肺、腹未見异常。左肾区轻微叩击痛。双肾未扪及。双输尿管走行区無压痛，未扪及包块，膀胱区無压痛，左阴囊附辜尾可扪及直径 2.5cm 大小不规则硬結，与阴囊皮肤無粘连，压痛不明显，双输精管粗硬，不光滑。直肠指诊：前列腺不大，质地较硬，表面不光滑。脊柱四肢未見异常。

化验：血常规正常，尿蛋白（++），紅细胞满视野，白细胞 20-30 個/高倍，血沉 15mm/h，肝肾功能無异常。胸片：右上肺陈旧結核病灶。B 超：左肾内部正常构造消失，可探及多种大小不等液性区，肾实质变薄并有破壞。右肾未見异常，右输尿管下段扩张，膀胱容量不不小于 50ml。腹平片(-)，静脉尿路造影：左肾未显影，右肾显影，构造功能正常，右输尿管全長显影，下段扩张明显。膀胱显影，容量小。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8 分)

(一)诊断左肾結核、左附辜結核、前列腺結核、膀胱挛缩

(二)诊断根据

- 1.男性，尿频、尿急、尿痛伴初始及终末血尿
- 2.尿常规有较多紅、白细胞，尿蛋白(++)，一般抗感染药物無效，左副辜尾硬結，双侧输精管粗硬，前列腺不大质硬，不光滑
- 4.胸片：右上肺有陈旧性結核病灶 5.B 超、IVP 提醒左肾結核

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.非特异性膀胱炎
- 2.泌尿系肿瘤
- 3.泌尿系外伤

三、深入检查(4 分)

晨尿检查結核杆菌，持续三天

四、治疗原则(3 分)

- 1.联合用抗結核药物治疗两周後行左肾切除
- 2.术後继续联合用药抗結核治疗
- 3.左附辜尾結核經抗結核治疗後，無效時可手术切除

病例分析 6

[病例摘要] 男性，61 岁，漸進性活動後呼吸困难五年，明显加重伴下肢浮肿一种月

五年前，因登山時突感心悸、气短、胸闷，休息约 1 小時稍有缓和。後来自覺体力日漸下降，稍微活動即感气短、胸闷，夜间時有憋醒，無心前区痛。曾在當地诊断為“心律不整”，服药疗效不好。一种月前感冒後咳嗽，咳白色粘痰，气短明显，不能平卧，尿少，颜面及两下肢浮肿，腹胀加重而来院。既往二拾余年前发现高血压(170/100mmHg)未經任何治疗，八年前有阵发心悸、气短发作；無結核、肝炎病史，無長期咳嗽、咳痰史，吸烟 40 年，不饮酒。

查体 T37.1℃,P72 次/分, R20 次/分, Bp160/96mmHg, 神清合作, 半卧位, 口唇轻度发绀, 巩膜無黄染, 颈静脉充盈, 气管居中, 甲状腺不大; 两肺叩清, 左肺可闻及细湿罗音, 心界两侧扩大, 心律不整, 心率 92 次/分, 心前区可闻 III/6 级收缩期吹风样杂音; 腹软, 肝肋下 2.5cm, 有压痛, 肝颈静脉反流征(+), 脾未及, 移动浊音(-), 肠鸣音减弱; 双下肢明显可凹性水肿。

化验: 血常规 Hb129g/L,WBC6.7×10⁹/L,尿蛋白(++), 比重 1.016, 镜检(-), BUN: 7.0mmol/L,Cr: 113umol/L,肝功能 ALT56u/L,TBIL: 19.6umol/L。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8 分)

(一)诊断

高血压性心脏病: 心脏扩大, 心房纤颤, 心功能 IV 级

2.高血压病 III 期(2 级, 极高危险组)

3.肺部感染

(二)诊断根据

1.高血压性心脏病: 高血压病史长, 未治疗; 左心功能不全(夜间憋醒, 不能平卧); 右心功能不全(颈静脉充盈, 肝大和肝颈静脉反流征阳性, 双下肢水肿); 心脏向两侧扩大, 心律不整, 心率>脉率

2.高血压病 III 期(2 级, 极高危险组)二十余年血压高(170/100mmHg);目前 Bp160/100mmHg; 心功能 IV 级

3.肺部感染: 咳嗽, 发热, 一侧肺有细小湿罗音

二、鉴别诊断(5 分)

1.冠心病 2.扩张性心肌病 3.风湿性心脏病二尖瓣关闭不全

三、深入检查(4 分)

1.心电图、超声心动图

2.X 线胸片, 必要时胸部 CT

3.腹部 B 超 1 分

4.血 A/G, 血 K⁺, Na⁺, Cl⁻

四、治疗原则(3 分)

1.病因治疗: 合理应用降血压药

2.心衰治疗: 吸氧、利尿、扩血管、强心药 3.对症治疗: 控制感染等

病例分析 7

[病例摘要] 男性, 60 岁, 心前区痛一周, 加重二天

一周前开始在骑车上坡时感心前区痛, 并向左肩放射, 经休息可缓和, 二天来走路快时亦有类似状况发作, 每次持续 3-5 分钟, 含硝酸甘油迅速缓和, 为诊治来诊, 发病以来进食好, 二便正常, 睡眠可, 体重无明显变化。既往有高血压病史 5 年, 血压 150-180/90-100mmHg, 无冠心病史, 无药物过敏史, 吸烟拾几年, 1 包/天, 其父有高血压病史。

查体: T36.5℃, P84 次/分, R18 次/分, Bp180/100mmHg

，一般状况好，無皮疹，浅表淋巴結未触及，巩膜不黄，心界不大，心率 84 次/分，律齐，無杂音，肺叩清，無罗音，腹平软，肝脾未触及，下肢不肿。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8 分)

(一)诊断

1.冠心病：不稳定性心绞痛(初发劳力型)

心界不大窦性心律心功能 I 级

2.高血压病III期(3 级，极高危险组)

(二)诊断根据

1.冠心病：經典心绞痛发作，既往無心绞痛史，在一种月内新出現的由体力活動所诱发的心绞痛，休息和用药後能缓和查体：心界不大，心律齐，無心力衰竭体现

2.高血压病III期(3 级，极高危险组) 血压到达 3 级，高血压原则(收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$)而未发现其他引起高血压的原因，有心绞痛

二、鉴别诊断(5 分)

1.急性心肌梗死

2.反流性食管炎

3.心肌炎、心包炎

4.夹层動脉瘤

三、深入检查(4 分)

1.心绞痛時描记心电图或作 Holter

2.病情稳定後，病程不小于 1 個月可作核素运动心肌显像

3.化验血脂、血糖、肾功能、心肌酶谱

4.眼底检查，超声心动图，必要時冠状動脉造影

四、治疗原则(3 分)

1.休息，心電监护

2.药物治疗：硝酸甘油、消心痛、抗血小板汇集药

3.疼痛仍犯時行抗凝治疗，必要時 PTCA 治疗

病例分析 8

[病例摘要] 男性，65 岁，持续心前区痛 4 小時。

4 小時前即午饭後突感心前区痛，伴左肩臂酸胀，自含硝酸甘油 1 片未見好转，伴憋气、乏力、出汗，二便正常。既往高血压病史 6 年，最高血压 160/100mmHg，未规律治疗，糖尿病病史 5 年，一直口服降糖药物治疗，無药物過敏史，吸烟，每日 20 支左右，不饮酒。

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

化验：Hb134g/L,WBC9.6×10⁹/L,分类：中性分叶粒 72%，淋巴 26%，單核 2%，plt250×10⁹/L,尿蛋白微量，尿糖(+),尿酮体(-)，鏡檢(-)

[分析]

一、诊断及诊断根据

(一)诊断

- 1.冠心病急性心肌梗死心不大心律齐急性左心衰竭
- 2.高血压病III期（1级，极高危险组）
- 3.糖尿病 2 型

(二)诊断根据 1.老年男性，持续心绞痛 4 小时不缓和，口服硝酸甘油無效

2.有急性左心衰体现：憋气、半卧位，口唇稍发绀，两肺底细小湿罗音

3.高血压病III期（1级、极高危险组），有糖尿病和吸烟等冠心病危险原因

二、鉴别诊断(5 分)

- 1.心绞痛
- 2.高血压心脏病
- 3.夹层动脉瘤

三、深入检查(4 分)

- 1.心电图、心肌酶谱
- 2.床旁胸片、超声心动图
- 3.血糖、血脂、血电解质、肝肾功能、血气分析

四、治疗原则(3 分)

- 1.心電监护和一般治疗：包括吸氧等
- 2.治疗急性左心衰竭和止痛（吗啡或哌替啶）、利尿剂、血管扩张剂
- 3.溶栓和抗凝治疗
- 4.糖尿病治疗可加用胰岛素
- 5.高血压暂不处理，注意观测

病例分析 9

[病例摘要] 男性，55 岁，胸骨後压榨性痛，伴惡心、呕吐 2 小时

患者于 2 小时前搬重物时忽然感到胸骨後疼痛，压榨性，有濒死感，休息与口含硝酸甘油均不能缓和，伴大汗、惡心，呕吐過两次，為胃内容物，二便正常。既往無高血压和心绞痛病史，無药物過敏史，吸烟 20 余年，每天 1 包

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

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

[分析]

一、诊断及诊断根据(8 分)

(一)诊断

冠心病急性前壁心肌梗死室性期前收缩心界不大心功能 I 级

(二)诊断根据

1. 經典心绞痛而持续 2 小時不缓和，休息与口含硝酸甘油均無效，有吸烟史
(危險原因)

2. 心電图示急性前壁心肌梗死，室性期前收缩
3. 查体心叩不大，有期前收缩，心尖部有 S4

二、鉴别诊断(5 分)

1. 夹层動脉瘤
2. 心绞痛
3. 急性心包炎

三、深入检查(4 分)

1. 继续心電图检查，观测其動态变化
2. 化验心肌酶谱
3. 凝血功能检查，以备溶栓抗凝治疗
4. 化验血脂、血糖、肾功
5. 恢复期作運動核素心肌显像、心血池、Holter、超声心動图检查，找出高
危原因，作冠状動脉造影与介入性治疗

四、治疗原则(3 分)

1. 绝对卧床休息 3-5 天，持续心電监护，低脂半流食，保持大便畅通
2. 溶栓治疗：发病 6 小時内，無出凝血障碍及溶栓禁忌证，可用尿激酶、链
激酶或 t-PA 溶栓治疗；抗凝治疗：溶栓後用肝素静滴，口服阿司匹林
3. 吸氧，解除疼痛：哌替啶或吗啡，静滴硝酸甘油；消除心律失常：利多卡
因
4. 有条件 and 必要時行介入治疗

病例分析 10

[病例摘要] 男性，55 岁，胸骨後压榨性痛，伴惡心、呕吐 2 小時

患者于 2 小時前搬重物時忽然感到胸骨後疼痛，压榨性，有濒死感，休息与
口含硝酸甘油均不能缓和，伴大汗、惡心，呕吐過两次，為胃内容物，二便正常。
既往無高血压和心绞痛病史，無药物過敏史，吸烟 20 余年，每天 1 包

查体：T36.8℃,P100 次/分，R20 次/分，BP100/60mmHg，急性痛苦病容，
平卧位，無皮疹和紫紺，浅表淋巴結未触及，巩膜不黄，颈软，颈静脉無怒张，
心界不大，心率 100 次/分，有期前收缩 5-6 次/分，心尖部有 S4，肺清無罗音，
腹平软，肝脾未触及，下肢不肿。

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

[分析]

一、诊断及诊断根据(8 分)

(一)诊断：冠心病急性前壁心肌梗死室性期前收缩心功能 I 级

(二)诊断根据：

1.經典心絞痛而持續 2 小時不緩和，休息與口含硝酸甘油均無效，有吸煙史
(危險原因)

2.心電圖示急性前壁心肌梗死，室性期前收縮

3.查體心叩不大，有期前收縮，心尖部有 S4

二、鑑別診斷(5 分)

1.夾層動脈瘤

2.心絞痛

3.急性心包炎

三、深入檢查(4 分)

1.繼續心電圖檢查，觀測其動態變化

2.化驗心肌酶譜

3.凝血功能檢查，以備溶栓抗凝治療

4.化驗血脂、血糖、腎功

5.恢復期作運動核素心肌顯像、心血池、Holter、超聲心動圖檢查，找出高危險原因，作冠狀動脈造影與介入性治療

四、治療原則(3 分)

1.絕對臥床休息 3-5 天，持續心電監護，低脂半流食，保持大便暢通

2.溶栓治療：發病 6 小時內，無出凝血障礙及溶栓禁忌證，可用尿激酶、鏈激酶或 t-PA 溶栓治療；抗凝治療：溶栓後用肝素靜滴，口服阿司匹林

3.吸氧，解除疼痛：哌替啶或嗎啡，靜滴硝酸甘油；消除心律失常：利多卡因

4.有條件和必要時行介入治療

病例分析 11

[病例摘要] 男性，75 岁，间断上腹痛 10 余年，加重 2 周，呕血、黑便 6 小时

10 余年前開始無明顯誘因間斷上腹脹痛，餐後半小時明顯，持續 2-3 小時，可自行緩和。2 周來加重，納差，服中藥後無效。6 小時前突覺上腹脹、惡心、頭暈，先後兩次解柏油樣便，共約 700g，並嘔吐咖啡樣液 1 次，約 200ml，此後心悸、頭暈、出冷汗，發病來無眼黃、尿黃和發熱，平素二便正常，睡眠好，自覺近期體重略下降。既往 30 年前查體時發現肝功能異常，經保肝治療後恢復正常，無手術、外傷和藥物過敏史，無煙酒嗜好

查體：T36.7℃,P108 次/分，R22 次/分，Bp90/70mmHg，神清，面色稍蒼白，四肢濕冷，無出血點和蜘蛛痣，全身淺表淋巴結不大，巩膜無黃染，心肺無異常。腹平軟，未見腹壁靜脈曲張，上腹中輕壓痛，無肌緊張和反跳痛，全腹未觸及包塊，肝脾未及，腹水征(-)，腸鳴音 10 次/分，雙下肢不腫。

化驗：Hb：82g/L,WBC5.5×10⁹/L，分類 N69%，L28%，M3%，plt: 300×10⁹/L，大便隱血強陽性。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断

- 1.胃溃疡，合并出血
- 2.失血性贫血，休克初期

(二)诊断根据

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

二、鉴别诊断(5分)

- 1.胃癌 2.肝硬化，食管胃底静脉曲张破裂出血 3.出血性胃炎

三、深入检查(4分)

- 1.急诊胃镜
- 2.X线钡餐检查(出血停止后)
- 3.肝肾功能

四、治疗原则(3分)

- 1.对症治疗
- 2.抗溃疡病药物治疗
- 3.内镜止血、手术治疗

病例分析 12

[病例摘要]

男性，45岁，反复黑便三周，呕血一天

三周前，自觉上腹部不适，偶有嗝气，反酸，口服甲氰咪胍有好转，但发现大便色黑，次数大体同前，1-2次/天，仍成形，未予注意，一天前，进食辣椒及烤馒头后，自觉上腹不适，伴恶心，并有便意如厕，排出柏油便约600ml，并呕鲜血约500ml，当即晕倒，家人急送我院，查Hb48g/L，收入院。发病以来乏力明显，睡眠、体重大体正常，无发热。70年代在农村插队，79年发现HbsAg(+)，有“胃溃疡”史，常用制酸剂。否认高血压、心脏病史，否认结核史，药物过敏史。

查体：T37℃，P120次/分，BP90/70mmHg，重病容，皮肤苍白，无出血点，面颊可见蜘蛛痣2个，浅表淋巴结不大，结膜苍白，巩膜可疑黄染，心界正常，心率120次/分，律齐，未闻杂音，肺无异常，腹饱满，未见腹壁静脉曲张，全腹无压痛、肌紧张，肝脏未及，脾肋下10cm，并过正中线2cm，质硬，肝浊音界第VII肋间，移动性浊音阳性，肠鸣音3-5次/分

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断

- 1.上消化道出血：
- 2.食管静脉曲张破裂出血也许性大
- 3.肝硬化门脉高压、腹水

(二)诊断根据

1.有乙肝病史及肝硬化体征（蜘蛛痣、脾大、腹水）2.出血诱因明确，有呕血、柏油样便 3.腹部移动性浊音（+）

二、鉴别诊断(5分)

- 1.胃十二指肠溃疡
- 2.胃癌
- 3.肝癌
- 4.胆道出血

三、深入检查(4分)

肝功能检查，乙肝全套、AFP、血常规

2.影像学检查：B超、CT，缓解时可作食管造影 3.内镜检查

四、治疗原则(3分)

- 1.禁食、输血、输液
- 2.三腔二囊管压迫
- 3.经内镜硬化剂注射及血管套扎术止血 4.贲门周围血管离断术

病例分析 13

[病例摘要] 女性，49岁，大便次数增长、带血3个月

3月前无明显诱因，排便次数增多，3-6次/天，不成形，间断带暗红色血迹。有中、下腹痛，无明显腹胀及恶心呕吐。无发热，进食可。近来明显乏力，体重下降约4kg。为深入诊治收入院。

既往体健，家族中无类似疾病患者。

查体：T37.2℃,P78次/分，R18次/分，BP120/80mmHg

一般状况稍差，皮肤无黄染，结膜苍白，浅表淋巴结未及肿大。心肺无明确病变。腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，腹软，无压痛，无肌紧张，肝脾未及。右下腹似可及约4×8cm²质韧包块，可推进，边界不清，移动性浊音(-)，肠鸣音大体正常，直肠指诊未及异常。

辅助检查：大便潜血(+)，血WBC4.6×10⁹/L，Hb86g/L，入院后查血CEA42ng/mL。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断结肠癌

(二)诊断根据

- 1.排便习惯变化，便次增长
- 2.暗红色血便，便潜血(+)
- 3.右下腹肿块
- 4.伴消瘦、乏力

二、鉴别诊断(5分)

- 1.炎症性肠病
- 2.回盲部结核

3.阿米巴痢疾

三、深入检查(4分)

- 1.钡剂灌肠造影
- 2.结肠镜检
- 3.腹部B超

四、治疗原则(3分)

- 1.病理证明後行根治性手术
- 2.辅助化疗

病例分析 14

[病例摘要] 男性，52岁，上腹部隐痛不适2月

2月前開始出現上腹部隱痛不適，進食後明顯，伴飽脹感，食欲逐渐下降，無明顯惡心、嘔吐及嘔血，當地醫院按“胃炎”進行治療，稍好轉。近半月自覺乏力，體重較2月前下降3公斤。近曰大便色黑。來我院就診，查2次大便潛血(+)，查血Hb96g/L，為深入診治收入院。

既往：吸煙，10支/天，其兄死於“消化道腫瘤”。

查體：一般狀況尚可，淺表淋巴結未及腫大，皮膚無黃染，結膜甲床蒼白，心肺未見異常，腹平坦，未見胃腸型及蠕動波，腹軟，肝脾未及，腹部未及包塊，劍突下區域深壓痛，無肌緊張，移動性濁音(-)，腸鳴音正常，直腸指檢未及異常。

輔助檢查：上消化道造影示：胃竇小彎側似見約2cm大小龕影，位於胃輪廓內，周圍粘膜炎性粗糙，腹部B超檢查未見肝異常，胃腸部分檢查不滿意。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断胃癌

(二)诊断根据

- 1.腹痛、食欲下降、乏力、消瘦
- 2.結膜蒼白、劍突下深壓痛
- 3.上消化道造影所見
- 4.便潛血2次(+)

二、鉴别诊断(5分)

1.胃溃疡 2.胃炎

三、深入检查(4分)

- 1.胃镜检查，加活体组织病理
- 2.CT：理解肝、腹腔淋巴結狀況
- 3.胸片

四、治疗原则(3分)

- 1.開腹探查，胃癌根治術
- 2.輔助化療

病例分析 15

[病例摘要] 男性，44岁，工人，右上腹疼六個月，加重伴上腹部包块一月

六個月前無明显诱因出現右上腹钝痛，為持续性，有時向右肩背部放射，無惡心呕吐，自服去痛片缓和。一月来，右上腹痛加重，服止痛药效果不好，自覺右上腹饱满，有包块，伴腹胀、纳差、惡心，在當地醫院就诊，B超显示肝脏占位性病变。為深入明确诊治，转我院。患者发病来，無呕吐、腹瀉，偶有发热(体温最高37.8℃)大小便正常，体重下降约5公斤。既往有乙型肝炎病史数年，否认疫区接触史，無烟酒嗜好，無药物過敏史，家族史中無遗传性疾病及类似疾病史。

查体：T36.7℃、P78次/分，R18次/分，Bp110/70mmHg，发育正常，营养一般，神清合作，全身皮肤無黄染，巩膜轻度黄染，双锁骨上窝未及肿大淋巴结，心肺(-)。腹平软，右上腹饱满，無腹壁静脉曲张，右上腹压痛，無肌紧张，肝脏肿大肋下5cm，边缘钝，质韧，有触痛，脾未及Murphy's sign(-)，腹叩鼓音，無移动性浊音，肝上界叩诊在第五肋间，肝区叩痛，听诊肠鸣音8次/分，肛门指诊未及异常

辅助检查：

Hb89g/L,WBC5.6×10⁹/L,ALT84IU/L,AST78IU/L,TBIL30μmol/L,DBIL10μmol/L,ALP188IU/L,GGT64IU/L,A-FP880ng/ml,CEA24mg/ml。B超：肝右叶实质性占位性病变，8cm，肝内外胆管不扩张。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断肝癌(原发性，肝细胞性)

(二)诊断根据

- 1.右上腹痛逐月加重，伴纳差，体重下降
- 2.乙型肝炎病史
- 3.巩膜轻度黄染，TBIL上升，GGT上升，A-FP上升 4.B超所見

二、鉴别诊断(5分)

- 1.转移性肝癌
- 2.肝内其他占位病变：血管瘤，腺瘤等

三、深入检查(4分)

- 1.上消化道造影，钡灌肠检查
- 2.CT3.必要時行肝穿刺活检

四、治疗原则(3分)

- 1.手术
- 2.介入治疗
- 3.肝移植

病例分析 16

[病例摘要] 男性，53岁，無痛性、進行性皮肤黄染伴皮肤瘙癢半月入院

半月前，患者自覺全身皮膚瘙癢，數後來，偶爾發現皮膚發黃，伴尿色深，但無明顯納差、腹痛及發熱等表現，因既往有膽石症病史，故自行服用消炎利膽片及頭孢拉啶膠囊，黃疸未見消退，並有加重趨勢，遂來院就診傳染科，門診檢查：

ALT145IU/L,AST105IU/L,ALP355IU/L,GGT585IU/L,Tbil80 μ mol/L,Dbil68 μ mol/L,Glu7.80mmol/L,B超提醒肝內膽管擴張，膽囊 13×8×6cm³,肝外膽道受氣體影響顯示不清，發病以來體重下降 3kg。否認既往肝炎、結核、胰腺病史，否認藥物過敏史

查體：T36.8℃,P70次/分，Bp110/79mmHg，發育良好，營養中等，全身皮膚黃染，有瘙癢，無出血點及皮疹，淺表淋巴結不大，巩膜黃染，頸軟，無抵禦，甲狀腺不大，心界大小正常，心律齊，未聞雜音，雙肺清，未聞及干湿性羅音，腹平軟，全腹未及壓痛及肌緊張，肝脾未及，右上腹可觸及雞蛋大小腫物，壓之不適，腸鳴音 3-5 次/分。

輔助檢查：Hb102g/L,WBC10.5×10⁹/L,中性 73%，淋巴 24%，單核 3%，尿膽紅素(+)，尿膽原(+)，便 Rt(-),HbsAg(-),肝功能、B超檢查已如上述。。

[分析]

一、診斷及診斷根據(8分)

(一)診斷梗阻性黃疸：胰頭或壺腹周圍癌也許性大

(二)診斷根據

- 1.無痛性進行性黃疸，伴體重下降
- 2.尿膽紅素陽性，Dbil及GGT均增高
- 3.右上腹可扪及腫大之膽囊，B超示肝內膽道擴張

二、鑑別診斷(5分)

內科黃疸病因，瘀膽性肝炎、病毒性肝炎

2.膽道結石梗阻：一般有疼痛及炎症表現

3.少見狀況：拾二指腸壺腹周圍炎症，結核，淋巴結腫大等

三、深入檢查(4分)

1.CT，反復B超檢查：膽道及胰頭部狀況

2.拾二指腸鏡，有條件時作：ERCP

3.PTC(經皮經肝胆道造影)

四、治療原則(3分)

1.手術減黃

2.手術切除腫瘤

病例分析 17

[病例摘要] 女性，61岁，全身皮肤黄染，大便颜色变浅近一月入院。

1月前無明顯誘因，出現明顯黃疸，皮膚瘙癢，伴有輕度腹痛，無明顯發熱，經對症治療後即緩和，反復發作時尿色深黃，大便顏色變淺，體重、食欲、睡眠無明顯變化。6年前曾因膽囊結石行膽囊切除術，術後恢復順利。

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

本院 B 超：肝内胆管扩张，直径 0.4-0.6cm，肝总管直径 0.8cm，胆总管内未见结石。

实验室检查：WBC $11.4 \times 10^9/L$,HGB $134g/L$,中性粒细胞 78%，尿胆红素 6mg/dl.GGT $252IU/L$,TBIL $233\mu mol/L$,DBIL $141.2\mu mol/L$ 。

[分析]

一、诊断及诊断根据(8 分)

(一)诊断梗阻性黄疸待查：胆道肿瘤
胆道结石待除外

(二)诊断根据

- 1.黄疸伴有大便颜色变浅
- 2.血清直接胆红素(DBIL)升高，尿胆红素阳性
- 3.B 超示肝内胆管扩张
- 4.胆囊结石手术史，黄疸伴有轻度腹痛

二、鉴别诊断(5 分)

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

三、深入检查(4 分)

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

四、治疗原则(3 分)

- 1.手术探查切除肿瘤或引流
- 2.体外引流：经皮经肝胆道引流

备注：此题较难：手术病理证明为肝门胆管癌

病例分析 18

[病例摘要] 男性，15 岁，因发热、食欲减退、恶心 2 周，皮肤黄染 1 周来诊患者 2 周前无明显诱因发热达 38℃，无发冷和寒战，不咳嗽，但感全身不适、乏力、食欲减退、恶心、右上腹部不适，偶尔呕吐，曾按上感和胃病治疗无好转。1 周前皮肤出现黄染，尿色较黄，无皮肤瘙痒，大便正常，睡眠稍差，体重无明显变化。既往体健，无肝炎和胆石病史，无药物过敏史，无输血史，无疫区接触史。

查体：T $37.5^{\circ}C$ ，P80 次/分，R20 次/分，Bp120/75mmHg，皮肤略黄，无出血点，浅表淋巴结未触及，巩膜黄染，咽(-)，心肺(-)，腹平软，肝肋下 2cm，质软，轻压痛和叩击痛，脾侧位刚及，腹水征(-)，下肢不肿。

化验：血 Hb $126g/L$,WBC $5.2 \times 10^9/L$,N65%,L30%,M5%,plt $200 \times 10^9/L$ ，网织红细胞 1.0%，尿蛋白(-)，尿胆红素(+)，尿胆原(+)，大便颜色加深，隐血(-)

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断

黄疸原因待查：急性黄疸型肝炎也許性大 4分

(二)诊断根据

- 1.发热、全身不适、乏力、食欲減退、惡心呕吐、右上腹不适等黄疸前期体现，1周後出現黄疸
- 2.查体发现皮肤、巩膜黄染，肝脾肿大，肝区有压痛和叩击痛
- 3.验尿：胆紅素及尿胆原均阳性 1分

二、鉴别诊断(5分)

- 1.鉴别黄疸型肝炎的类型
- 2.溶血性黄疸
- 3.肝外阻塞性黄疸

三、深入检查(4分)

- 1.肝功能（包括血胆紅素）
- 2.肝炎病毒學指標
- 3.腹部 B超

四、治疗原则(3分)

- 1.一般治疗：休息、多种维生素、严禁饮酒等
- 2.抗病毒治疗：包括干扰素、拉咪夫定等
- 3.护肝药物
- 4.中醫药

病例分析 19

[病例摘要] 男性，21岁，咽部不适3周，浮肿、尿少1周

3周前咽部不适，轻咳，無发热，自服氟哌酸不好。近1周感双腿发胀，双眼睑浮肿，晨起時明显，同步尿量減少，200-500ml/日，尿色較紅。于外院查尿蛋白(++), RBC、WBC 不详，血压增高，口服“阿莫仙”、“保肾康”症状無好转来诊。发病以来精神食欲可，轻度腰酸、乏力，無尿频、尿急、尿痛、关节痛、皮疹、脱发及口腔溃疡，体重3周來增長 6kg。既往体健，青霉素過敏，個人、家族史無特殊。

查体：T36.5℃,P80次/分，R18次/分，Bp160/96mmHg,無皮疹，浅淋巴結未触及，眼脸水肿，巩膜無黄染，咽紅，扁桃體不大，心肺無异常，腹软，肝脾不大，移動性浊音(-)，双肾区無叩痛，双下肢可凹性浮肿。

化验 血 Hb140g/L,WBC: 7.7×10⁹/L, plt: 210×10⁹/L,尿蛋白(++), 定量 3g/24小時，尿 WBC0-1/高倍,RBC: 20-30/高倍，偶見顆粒管型，肝功能正常，Alb35.5g/L,BUN: 8.5mmol/L,Scr: 140umol/L。血 IgG、IgM、IgA 正常，C3: 0.5g/L,ASO: 800IU/L，乙肝兩對半(-)

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断急性肾小球肾炎(链球菌感染后)4分

(二)诊断根据

1.在咽部感染后2周发生少尿,浮肿(眼睑、下肢),尿色红,血压高(160/96mmHg)

2.化验尿蛋白(++),有镜下血尿(RBC20-30/高倍),化验血有氮质血症, C3低

3.链球菌感染史和 ASO 高

二、鉴别诊断(5分)

1.其他病原体感染后急性肾炎,如病毒性肾炎

2.膜增殖肾小球肾炎

3.IgA 肾病

4.急进性肾小球肾炎 5.全身系统性疾病肾脏受累,如系统性红斑狼疮肾炎

三、深入检查(4分)

1.腹部 B 超双肾大小

2.ANA 谱

3.必要时肾活检

四、治疗原则(3分)

1.一般治疗:卧床休息,低盐饮食等

2.抗感染治疗、对症治疗:利尿消肿,降压等

3.中医药治疗:若进展发生急性肾衰时可透析治疗

病例分析 20

[病例摘要] 男性,9岁,浮肿、血尿10天,进行性少尿8天

患儿10天前晨起发现双眼睑浮肿,尿色发红。8天前尿色变浅,但尿量进行性减少,每日130-150ml,化验血肌酐498.6 μ mol/L,拟诊为“肾实质性肾功能不全”,曾给扩容、补液、利尿、降压等处理,病情仍重。3天前甘露醇和中草药交替灌肠,口服氧化淀粉及速尿治疗,尿量增至300-400ml/日。患儿两月来有咽部不适,无用药史,患病以来精神食欲稍差,大便正常,睡眠可。既往曾患“气管炎、咽炎”,无肾病史。

查体: T36.9 $^{\circ}$ C, P90次/分, R24次/分, Bp145/80mmHg,发育正常,营养中等,重病容,精神差,眼睑浮肿,结膜稍苍白,巩膜无黄染。咽稍充血,扁桃体 I $^{\circ}$ -II $^{\circ}$ 肿大,未见脓性分泌物,粘膜无出血点。心肺无异常。腹稍膨隆,肝肋下2cm,无压痛,脾未及,移动性浊音(-),肠鸣音存在。双下肢可凹性水肿。

化验: Hb83g/L, RBC2.8 \times 10¹²/L,网织红1.4%, WBC11.3 \times 10⁹/L,分叶82%,淋巴16%,单核2%, plt207 \times 10⁹/L, ESR110mm/h,尿蛋白(++),红细胞10-12/高倍,白细胞1-4/高倍,比重1.010, 24小时尿蛋白定量2.2g。血生化: BUN36.7mmol/L,肌酐546.60 μ mol/L,总蛋白60.9g/L,白蛋白35.4g/L,胆固醇4.5mmol/L,补体C30.48g/L,抗ASO: 800IU/L.

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断

- 1.急性肾小球肾炎
- 2.急性肾功能不全

(二)诊断根据

1.急性肾小球肾炎先有咽部感染，临床体现少尿，血尿。查体：血压高，眼睑浮肿，双下肢可凹性水肿，尿蛋白(++), 尿红细胞增多，血补体(C3)减低，ASO高

2.急性肾功能不全：尿少，血 BUN 和肌酐明显升高

二、鉴别诊断(5分)

- 1.病毒性肾炎
- 2.膜增殖性肾炎
- 3.急进性肾炎
- 4.IgA 肾病 5.肾前性肾功能不全

三、深入检查(4分)

- 1.血气、血电解质
- 2.B超
- 3.X线胸片
- 4.必要时肾活检

四、治疗原则(3分)

- 1.抗感染
- 2.利尿
- 3.降压
- 4.严格液体管理，限制水量

病例分析 21

[病例摘要] 女性，67岁，多饮、多食、消瘦拾余年，下肢浮肿伴麻木一种月

拾年前无明显诱因出现烦渴、多饮，饮水量每日达 4000ml，伴尿量增多，主食由 6 两/日增至 1 斤/日，体重在 6 个月内下降 5kg，门诊查血糖 12.5mmol/L，尿糖(++++)，服用降糖药物治疗好转。近一年来逐渐出现视物模糊，眼科检查“轻度白内障，视网膜有新生血管”。一种月来出现双下肢麻木，时有针刺样疼痛，伴下肢浮肿。大便正常，睡眠差。既往 7 年来有时血压偏高，无药物过敏史，个人史和家族史无特殊。

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

化验：血 Hb123g/L,WBC6.5×10⁹/L,N65%,L35%,plt235×10⁹/L,尿蛋白(+),尿糖

(+++), WBC0-3/高倍, 血糖 13mmol/L, BUN7.0mmol/L

[分析]

一、诊断及诊断根据(8分)

(一)诊断

- 1.糖尿病 2 型: 白内障, 糖尿病周围神经病变, 糖尿病肾病
- 2.高血压病 I 期 (2 级, 中危组)

(二)诊断根据

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

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

二、鉴别诊断(5分)

- 1.糖尿病 1 型
- 2.肾性高血压
- 3.肾病综合征

三、深入检查(4分)

- 1.24 小时尿糖、尿蛋白定量
- 2.糖化血红蛋白及胰岛素和 C 肽释放试验
- 3.肝肾功能检查, 血脂检查
- 4.眼科检查
- 5.B 超和超声心动图

四、治疗原则(3分)

- 1.积极治疗糖尿病: 控制饮食、调整降糖药、合适运动
- 2.对症治疗: 肾脏、神经、眼科等合并症的处理
- 3.控制血压: 降压药物, 低盐饮食

病例分析 22

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

32 年前因骑跨伤后“下尿路狭窄”, 间断发作尿频、尿急、尿痛, 有时伴腰痛、发热, 经抗炎和对症治疗好转, 平均每年发作 1-2 次。入院前 2 天无明显诱因发热达 38°C - 39°C , 无寒战, 伴腰痛、尿频、尿急、尿痛, 无肉眼血尿, 无浮肿, 自服氟哌酸无效, 为深入诊治入院。发病来饮食可, 大便正常, 睡眠好, 体重无明显变化。既往 47 年前患“拾二指肠溃疡”, 经治疗已愈, 无结核病密切接触史, 无药物过敏史。

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

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。

如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/638041124005007003>