

题号	中西医助理医师 实践技能 第一站
1	<p>癫痫, 湿疹</p> <p><b>解析: 信息不全, 无法诊断。</b></p>
3	<p>溃疡性结肠炎鉴别诊断:</p> <p><b>解析:</b> 1. 慢性细菌性痢疾: 有急性菌痢病史, 粪便分离出痢疾杆菌, 结肠镜检查取黏液脓性分泌物培养的阳性率 较高, 抗菌药物治疗有效</p> <p>2. 阿米巴肠炎: 主要侵及右侧结肠, 也可累及左侧_结肠溃疡较深, 边缘潜行, 溃疡间结肠黏膜正常。粪便或结肠镜溃疡处取活检, 可发现阿米巴的包囊或滋养体。抗阿米巴治疗有效。</p> <p>3. 大肠癌: 多见于中年之后, 肛门指检可触及包块, 纤维结肠镜检、X 线钡剂灌肠检查对鉴别有 价值。</p> <p>4. 克罗恩病: 其与溃疡性结肠炎同属炎症性肠病, 为一种慢性肉芽肿性炎症。病变可累及胃肠道各 部位, 而以末段回肠及其邻近结肠为主, 多呈节段性、非对称性分布。临床主要表现为腹 痛、腹泻、瘻管、肛门病变和不同程度的全身症状。</p> <p>5. 血吸虫病: 有疫水接触史, 常有肝脾大, 粪便检查可发现血吸虫卵, 孵化毛蚴阳性。直肠镜检查 在急性期可见黏膜黄褐色颗粒, 活检黏膜压片或组织病理检查发现血吸虫虫卵。</p> <p>6. 肠易激综合征: 粪便可有大量黏液, 但无脓血。X 线钡剂灌肠及结肠镜检查无器质性病变。常伴有神 经官能症。</p>
4	<p><b>题号: 未知</b></p> <p>慢阻肺: 肾虚不纳 肠梗阻: 寒凝肠腑</p> <p><b>题号: 未知</b></p> <p>湿疹, 脾虚湿蕴证, 除湿胃苓汤</p> <p><b>解析: 1. 中医疾病诊断: 喘证</b></p> <p>中医症候诊断: 肾虚不纳证</p> <p>西医诊断: 慢性阻塞性肺病</p> <p>西医诊断依据: 慢性和进行性加重的呼吸困难、咳嗽和咳痰。慢性咳嗽和咳痰常先于气流受限多年而存在。体征: 1. 桶状胸。部分患者呼变浅, 频率增快, 严重者可有缩唇呼吸等。2. 触诊双侧语颤减弱。3. 叩诊肺部过清音, 心浊音界缩小, 肺下界和肝浊音界下降。4. 听诊两肺呼吸音减弱, 呼气延长, 部分患者可闻及湿性啰音和 (或) 干性啰音。(三) 根据 FEV1 / FV、FEV1% 预计值和症状可对 COPD 的严重程度进行分级</p> <p>中医治法: 补肾纳气</p>



方剂: 金匮肾气丸合参蛤散加减

药物组成: 地黄、山药、山茱萸(酒炙)、茯苓、牡丹皮、泽泻、桂枝、附子(制)、牛膝(去头)、车前子(盐炙)。辅料为蜂蜜

西医治疗措施: 稳定期治疗: 1. 教育和劝导患者戒烟; 因职业或环境粉尘、刺激性气体所致者, 应脱离污染环境。2. 支气管扩张剂: (1)  $\beta_2$  肾上腺素受体激动剂短效制剂如沙丁胺醇气雾剂, 每次 100~200ug (1~2 喷)。

(2) 抗胆碱能药短效制剂如异丙托溴铵气雾剂。(3) 茶碱类如氨茶碱, 每次 0.1g, 每日 3 次。3. 祛痰药如盐酸氨溴索。4. 对重度和极重度患者(III 级和 IV 级) 及反复加重的患者, 长期吸入糖皮质激素与长效  $\beta_2$  肾上腺素受体激动剂联合制剂常用沙美特罗加氟替卡松、福莫特罗加布地奈德。

5. 长期家庭氧疗(LTOT) 可提高生活质量和生存率。急性加重期治疗:

1. 支气管舒张剂同稳定期治疗。2. 低流量吸氧。4. 抗生素, 阿莫西林、克拉维酸、头孢唑肟、头孢呋辛、左氧氟沙星、莫西沙星, 较重者可用第三代头孢菌素, 如头孢曲松钠。5. 糖皮质激素。口服泼尼松龙 30~40mg/d, 也可静脉给予甲泼尼龙 40~80mg, 每日 1 次。连续 5~7 天。

2. 中医疾病诊断: 腹痛

中医症候诊断: 肠腑寒凝证

西医诊断: 肠梗阻

西医诊断依据: 痛、呕、胀、闭是各类肠梗阻共同的四大症状。腹部体征变化。腹部 X 线检查见肠管的液气平面可诊断。

中医治法: 温中散寒, 通里攻下

方剂: 温脾汤加减

药物组成: 大黄 15 克, 当归 9 克, 干姜 9 克, 附子 6 克, 人参 6 克, 芒硝 6 克, 甘草 6 克

西医治疗措施: 一、非手术治疗 (1) 禁食与胃肠减压。(2) 纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。(3) 应用抗生素。(4) 灌肠疗法。(5) 颠簸疗法。(6) 穴位注射阿托品, 嵌顿疝的手法复位回纳, 腹部推拿按摩等。二、手术治疗。

3. 中医疾病诊断: 湿疹

中医症候诊断: 脾虚湿蕴证

西医诊断: 湿疹

西医诊断依据: 根据病史、皮损特点及病程诊断。

中医治法: 健脾利湿

方剂: 除湿胃苓汤加减

药物组成: 防风、苍术、白术、赤茯苓、陈皮、厚朴、猪苓、山栀、木通、泽泻、滑石 9g, 甘草、薄荷各 3g

西医治疗措施: 1. 全身治疗: (1) 抗组胺类药物如扑尔敏、赛庚啶、息斯敏、西替利嗪、氯雷他定等, 必要时可两种配合或交替使用。(2) 镇静剂 如 5% 溴化钠、冬眠灵等。(3) 非特异性脱敏疗法, 可静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 或 10% 硫代硫酸钠, 每日 1 次, 每次 10mL, 10 次为 1 个疗程。(4) 普鲁卡因静脉注射 0.25% 普鲁卡因注射液 10~20mL 加维生素 C 0.5g, 静脉注射, 每日 1 次。用药前需作普鲁卡因皮试。(5) 皮质类固醇激素 (6) 抗生素应用青霉素、大环内酯类抗生素、喹诺酮类抗生素。

	<p>2. 局部治疗: 如醋酸铅、3%硼酸溶液、高锰酸钾溶液、炉甘石洗剂或粉剂外搽。</p>
6	<p><b>题号: 未知</b></p> <p>三某, 女, 33岁, 已婚, 教师。2017年6月5日初患者昨日外出受凉, 今晨起出现发热, 微恶寒, 汗出不畅, 头胀痛, 咽喉肿痛。</p> <p>查体: T: 38.3℃, P: 102次/分, R: 20次/分, BP: 110/70 mmHg。急性病容, 流涕, 口干渴, 双肺呼吸音清, 未闻及干、湿性啰音。舌尖红, 苔薄白微黄, 脉浮数。</p> <p>辅助检查: 血常规: 白细胞 <math>4.5 \times 10^9</math> /L, 中性粒细胞 42%, 淋巴细胞 56%。胸部X。</p> <p><b>解析: 信息不全, 无法诊断。</b></p> <p>周某, 男, 16岁, 学生。2017年9月12日初患者1天前出现右下腹痛, 呈持续性, 家长自行给予头孢克洛口服, 效果差。病情逐渐加重, 并呈全腹痛, 伴恶心, 无法进食, 恶寒发热, 故来诊。</p> <p>查体: T: 39℃, P: 120次/分, R: 20次/分, 90/60 mmHg 两肺呼吸音, 闻及干、湿性啰音, 全腹压痛, 以麦氏点为重, 有反跳痛及腹肌紧张, 肠鸣音弱, 试验阳性。舌红绛, 苔黄厚, 脉洪数。</p> <p>辅助检查: 血常规: 白细胞 <math>20.2 \times 10^9</math> /L, 中性粒细胞 912%</p> <p><b>解析:</b></p> <p>中医疾病诊断: 肠痈 中医症候诊断: 热毒证 西医诊断: 急性阑尾炎 西医诊断依据: 转移性右下腹疼痛是典型阑尾炎的特点, 一般即可作出诊断。麦氏点压痛, 腹部有反跳痛及腹肌紧张, 肠鸣音弱, 是阑尾炎的特征性体征。 中医治法: 通腑排毒, 养阴清热 方剂: 大黄牡丹汤合透脓散加减 药物组成: 大黄、芒硝、桃仁、丹皮、冬瓜仁 西医治疗措施: 手术治疗。</p>

7	<p>题号未知:</p> <p>1. 病毒性肝炎。2. 小儿肺炎。</p> <p><b>解析: 信息不全, 无法诊断。</b></p>
8	<p>1. 肺炎—咳嗽—热闭心神——清营汤</p> <p>2. 湿疹—湿疮—热毒浸淫——萹薹渗湿汤合三妙丸</p> <p><b>解析:</b></p> <p>1. 中医疾病诊断: 咳嗽</p> <p>中医症候诊断: 热闭心神证</p> <p>西医诊断: 肺炎</p> <p>西医诊断依据: 根据病史、症状和体征, 结合 X 线检查和痰液、血液检查, 不难做出明确诊断。病原菌检测是确诊各型肺炎的主要依据。</p> <p>中医治法: 清热解毒, 化痰开窍</p> <p>方剂: 清营汤加减</p> <p>药物组成: 犀角(代)、生地黄、玄参、竹叶心、麦冬、丹参、黄连、金银花和连翘</p> <p>西医治疗措施: (一) 一般治疗: 注意休息, 保持室内空气流通, 注意隔离消毒, 预防交叉感染。(二) 病因治疗: 尽早应用抗生素是治疗感染性肺炎的首选治疗手段。(三) 支持疗法: 对症治疗。(四) 感染性休克的治疗。(五): 局部治疗。1. 雾化吸入。2. 局部灌注。</p> <p>2. 中医疾病诊断: 湿疮</p> <p>中医症候诊断: 湿热浸淫证</p> <p>西医诊断: 湿疹</p> <p>西医诊断依据: 根据病史、皮损特点及病程诊断。</p> <p>中医治法: 清热利湿</p> <p>方剂: 萹薹渗湿汤合三妙丸加减</p> <p>药物组成: 萹薹、薏苡仁、赤茯苓、黄柏、丹皮、泽泻、滑石、通草</p> <p>西医治疗措施: 1. 全身治疗: (1) 抗组胺类药物如扑尔敏、赛庚啶、息斯敏、西替利嗪、氯雷他定等, 必要时可两种配合或交替使用。(2) 镇静剂 如 5% 溴化钠、冬眠灵等。(3) 非特异性脱敏疗法, 可静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 或 10% 硫代硫酸钠, 每日 1 次, 每次 10mL, 10 次为 1 个疗程。(4) 普鲁卡因静脉注射 0.25% 普鲁卡因注射液 10~20mL 加维生素 C 0.5g, 静脉注射, 每日 1 次。用药前需作普鲁卡因皮试。(5) 皮质类固醇激素(6) 抗生素应用青霉素、大环内酯类抗生素、喹诺酮类抗生素。</p>

10	<p><b>摘要 1</b> 肺炎-咳嗽-痰热壅肺</p> <p><b>摘要 2</b> 乳腺增生-乳癖-冲任失调</p> <p><b>解析:</b></p> <p>1. 中医疾病诊断: 咳嗽 中医症候诊断: 痰热壅肺证 西医诊断: 肺炎 西医诊断依据: 根据病史、症状和体征, 结合 X 线检查和痰液、血液检查, 不难做出明确诊断。病原菌检测是确诊各型肺炎的主要依据。 中医治法: 清热化痰, 宽胸止咳 方剂: 麻杏石甘汤合千金苇茎汤加减 药物组成: 麻黄、杏仁、甘草、石膏、苇茎、薏苡仁、瓜瓣、桃仁 西医治疗措施: (一) 一般治疗: 注意休息, 保持室内空气流通, 注意隔离消毒, 预防交叉感染。(二) 病因治疗: 尽早应用抗生素是治疗感染性肺炎的首选治疗手段。(三) 支持疗法: 对症治疗。(四) 感染性休克的治疗。(五): 局部治疗。1. 雾化吸入。2. 局部灌注。</p> <p>2. 中医疾病诊断: 乳癖 中医症候诊断: 冲任失调证 西医诊断: 乳腺增生病 西医诊断依据: (1) 中青年妇女, 常伴有月经不调。(2) 乳房胀痛, 有周期性, 常发生或加重于月经前期, 经后可减轻或消失。(3) 双侧或单侧乳房内有肿块, 常为多发性, 呈数目不等、大小不一、形态不规则的结节状, 质韧而不硬, 推之能移, 有压痛。(4) 部分病人可有乳头溢液, 呈黄绿色、棕色或血性, 少数为无色浆液。(5) 钼靶 X 线乳房摄片、B 型超声波检查、分泌物涂片细胞学检查、活体组织病理切片检查等均有助于诊断。 中医治法: 调理冲任, 温阳化痰, 活血散结 方剂: 二仙汤加减 药物组成: 仙茅、仙灵脾、巴戟天、当归、黄柏、知母 西医治疗措施: 1. 药物治疗 (1) 维生素类药物 可口服维生素 B6 与维生素 E, 或口服维生素 A。(2) 激素类药物常可选用黄体酮、达那唑、丙酸睾酮等。2. 手术治疗</p>
11	<p><b>摘要 1</b> 周某, 男, 53 岁, 工程师。2017 年 9 月 5 日初 患者平素心悸不安, 形寒肢冷, 时有胸闷气短, 未及时诊治。近两日, 胸闷气短尤甚, 来院就诊, 现症: 心悸不安, 胸闷气短, 动则尤甚, 面色苍白, 形寒肢冷, 舌淡苔白, 脉沉。</p> <p><b>摘要 2</b> 周某, 男, 53 岁, 已婚, 教师。2017 年 6 月 16 日初 患者 5 年前出现肘膝弯曲部皮肤潮红、丘疱疹, 灼热瘙痒, 抓破渗液流脂水。经治疗后仍反复发作, 现局部皮损潮红, 丘疹, 可见鳞屑, 瘙痒, 抓后糜烂渗</p>

	<p>出, 伴纳少, 腹胀便溏易疲劳; 舌淡胖, 苔白腻, 脉濡缓。</p> <p><b>解析:</b></p> <p>1. 无西医相关查体与辅助检查, 无法诊断。</p> <p>2. 中医疾病诊断: 湿疹 中医症候诊断: 脾虚湿蕴证 西医诊断: 湿疹 西医诊断依据: 根据病史、皮损特点及病程诊断。 中医治法: 健脾利湿 方剂: 除湿胃苓汤加减 药物组成: 防风、苍术、白术、赤茯苓、陈皮、厚朴、猪苓、山栀、木通、泽泻、滑石 9g, 甘草、薄荷各 3g 西医治疗措施: 1. 全身治疗: (1) 抗组胺类药物如扑尔敏、赛庚啶、息斯敏、西替利嗪、氯雷他定等, 必要时可两种配合或交替使用。(2) 镇静剂 如 5% 溴化钠、冬眠灵等。(3) 非特异性脱敏疗法, 可静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 或 10% 硫代硫酸钠, 每日 1 次, 每次 10mL, 10 次为 1 个疗程。(4) 普鲁卡因静脉注射 0.25% 普鲁卡因注射液 10~20mL 加维生素 C 0.5g, 静脉注射, 每日 1 次。用药前需作普鲁卡因皮试。(5) 皮质类固醇激素(6) 抗生素应用青霉素、大环内酯类抗生素、喹诺酮类抗生素。 2. 局部治疗: 如醋酸铅、3% 硼酸溶液、高锰酸钾溶液、炉甘石洗剂或粉剂外搽。</p>
12	<p><b>摘要 1</b> 原发性支气管肺癌-肺癌-痰湿瘀结-导痰汤</p> <p><b>摘要 2</b> 湿疹-湿疮-脾虚湿蕴-除湿胃苓汤</p> <p><b>解析:</b></p> <p>1. 中医疾病诊断: 肺癌 中医症候诊断: 痰湿毒蕴证 西医诊断: 原发性支气管肺癌 西医诊断依据: 根据临床表现症状及相关的辅助检查。 中医治法: 祛湿化痰, 清热解毒 方剂: 导痰汤加减 药物组成: 半夏、橘红、白茯苓、甘草(炙)、天南星(炮, 去皮)、枳实 西医治疗措施: 1. 手术治疗。2. 化疗。3. 放疗。4. 其他疗法, 如动脉灌注、腔内放疗。5. 生物制剂。如白介素、干扰素等。6. 分子靶向治疗。如贝伐单抗、吉非替尼等。 2. 中医疾病诊断: 湿疹 中医症候诊断: 脾虚湿蕴证 西医诊断: 湿疹 西医诊断依据: 根据病史、皮损特点及病程诊断。</p>



	<p>中医治法: 健脾利湿</p> <p>方剂: 除湿胃苓汤加减</p> <p>药物组成: 防风、苍术、白术、赤茯苓、陈皮、厚朴、猪苓、山栀、木通、泽泻、滑石 9g, 甘草、薄荷各 3g</p> <p>西医治疗措施: 1. 全身治疗: (1) 抗组胺类药物如扑尔敏、赛庚啉、息斯敏、西替利嗪、氯雷他定等, 必要时可两种配合或交替使用。(2) 镇静剂 如 5% 溴化钠、冬眠灵等。(3) 非特异性脱敏疗法, 可静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 或 10% 硫代硫酸钠, 每日 1 次, 每次 10mL, 10 次为 1 个疗程。(4) 普鲁卡因静脉注射 0.25% 普鲁卡因注射液 10~20mL 加维生素 C 0.5g, 静脉注射, 每日 1 次。用药前需作普鲁卡因皮试。(5) 皮质类固醇激素 (6) 抗生素应用青霉素、大环内酯类抗生素、喹诺酮类抗生素。</p> <p>2. 局部治疗: 如醋酸铅、3% 硼酸溶液、高锰酸钾溶液、炉甘石洗剂或粉剂外搽。</p>
16	<p>摘要 1</p> <p>周某, 男, 53 岁、已婚, 经理。2017 年 3 月 11 日初诊</p> <p>患者 5 年前因活动后出现心悸、气促就诊, 超声心动图检查提示扩张型心肌病, 未正规治疗。2 年来呼吸困难逐渐加重, 双下肢凹陷性水肿。近 2 周来出现稍动辄喘, 夜间喘息不得平卧, 心悸, 食欲减退, 畏寒肢冷, 腹胀, 尿少, 下肢浮肿。</p> <p>查体: T: 36.8℃, P: 120 次/分, R: 28 次/分, BP: 120/70mmHg 口唇青紫, 半卧位。颈静脉怒张, 两肺底可闻及湿啰音, 心浊音界向两侧扩大, 以向左下扩大为主, 心率心音奔马律; 腹软, 肝肋下 3cm, 剑突下 5cm, 表面光滑, 轻触痛, 肝颈静脉回流征阳性, 下肢凹陷性水肿。舌暗淡, 舌苔白滑, 脉细弱数。</p> <p>辅助检查: NT-proBNP 1259pg/mL; 胸部 X 线片示: 心影普大型, 肺淤血, 两侧胸腔积液。超声心动图示: 左心室扩大, 室壁变薄, 左心室普遍收缩功能减弱, LVEF 30%</p> <p>摘要 2</p> <p>王某, 女, 53 岁, 已婚, 职员。2018 年 3 月 10 日初诊</p> <p>患者 6 个月前因经期淋雨涉水, 连月来出现月经紊乱, 月经停闭 3 个月于 2018 年 2 月 10 日骤然暴下, 色黯质稠, 夹有血块, 经来小腹胀痛, 血块排出后痛减, 淋漓不止, 持续至今。</p> <p>查体: T: 36.8℃, P: 90 次/分, R: 18 次/分, BP: 16/78mmHg。基础体温: 单相型。显异常。经前诊刮病理提示, 子宫内膜</p> <p><b>解析:</b></p> <p>1. 中医疾病诊断: 喘证</p> <p>中医症候诊断: 阳性饮停证</p> <p>西医诊断: 慢性心力衰竭</p> <p>西医诊断依据: 扩张型心肌病病史; 现症呼吸困难加重, 下肢指凹性水肿, 稍动辄喘, 夜间喘息不得平卧, 心悸, 为右心衰的典型症状。体征颈静脉怒张、心浊音界扩大、肝颈静脉回流征阳性, 下肢凹陷性水肿, 右心衰体征。心电图、胸部 X 线检查、及血浆脑钠肽的检查结果。可进行诊断。</p>

	<p>中医治法: 益气温阳, 蠲饮平喘 方剂: 真武汤加减 药物组成: 茯苓、芍药、生姜、附子、白术 西医治疗措施: (一) 一般治疗: 去除或缓解基本病因; 去除诱发因素; 改善生活方式; 干预心血管损害的危险因素; 密切观察病情演变及定期随访。(二) 药物治疗: 1. 抑制神经内分泌激活 (1) 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) (2) 受体阻滞剂。2. 改善血流动力学 (1) 利尿剂。(2) 地高辛。3. 其他药物 (1) 醛固酮受体拮抗剂 (2) 血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB) (3) 环腺苷酸 (cAMP) 依赖性正性肌力药 (三) 非药物治疗 1. 心脏再同步化治疗 (CRT) 2. 埋藏式心律转复除颤器 (ICD) 3. 手术治疗。</p> <p>2. 无西医相关查体与辅助检查, 无法诊断。</p>
20	<p>摘要 1 胃炎, 慢性胃炎, 肝胃不和 摘要 2 闭经, 痰湿阻滞 解析: 1. 中医疾病诊断: 胃痛 中医症候诊断: 肝胃不和 西医诊断: 慢性胃炎 西医诊断依据: 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应检测相关 A 身抗体及血清胃泌素。 中医治法: 疏肝理气, 和胃止痛 方剂: 柴胡疏肝散加减 药物组成: 陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草 西医治疗措施: 1. 根除幽门螺杆菌。2. 不良症状的治疗①饱胀为主要症状者予胃动力药: 如胃复安、吗丁啉、西沙必利。②有恶性贫血时, 给予维生素 B12 肌注。③胃痛明显可用抑酸分泌药物 (H2 受体拮抗剂, 如 H2RA; 质子泵抑制剂, 如 PPI) 或碱性抗酸药如氢氧化铝等。3. 胃黏膜保护药, 药物有胶态次枸橼酸铋、硫糖铝等。4. 手术治疗。</p>





24	<p><b>题号 24</b></p> <p>王某, 女, 53 岁, 已婚, 演员。2017 年 2 月 5 日初 患者反复腹泻 10 余年, 平素每日大便 2~3 次, 质谢薄, 近半年来症状加重。 现症: 每... 于黎明之前即感脐腹作痛, 肠鸣即泻, 腹泻约 5-6 次, 完谷不化, 腹部喜暖, 泻后则安... 形寒肢冷, 腰酸膝软, 舌淡苔白, 脉沉细。</p> <p>病案(例)摘要 2: 王某, 女, 50 岁, 已婚, 无业。2018 年 3 月 21 日初... 患者既往月经正常, 2 年前出现月经紊乱, 经量时少时多, 近半年来, 时而畏寒恶风时而潮热汗出, 腰酸乏力, 头晕耳鸣, 五心烦热, 末次月经: 2018 年 2 月 26 日, 持续 3 天, 舌淡苔薄, 脉沉细。</p> <p><b>解析: 无西医相关查体与辅助检查, 无法诊断。</b></p>
34	<p><b>摘要 1</b></p> <p>周某, 男, 53 岁, 个体, 23018 年 3 月 3 日初诊 患者半年来不明原因出现泡沫尿, 最起眼验水肿, 逐渐蔓延至全身水肿。头晕, 心悸, 气促, 腰部冷痛酸重, 形寒, 神疲, 面色灰</p> <p>查体: T: 36.8℃, P: 86 次/分, R: 22 次/分, BP: 160/90mmhg 神志清, 面色萎黄, 眼睑浮肿, 两下肺呼吸音低, 叩诊呈浊音。心界无扩大, 心率 86 次/分, 律齐, 未闻及杂音, 移动性浊音阳性, 腰背及双下肢浮肿, 按之凹陷不易恢复, 舌质淡, 舌节白腻, 脉沉弱,</p> <p>辅助检查: 尿蛋白(+++), 颗粒管型 3~5 个/HP, 2 小时尿蛋白定量 45g, 血浆蛋白总蛋白 42g/L, 白蛋白 20g/L, 胆固醇 7.3mmol/L, 低密度脂蛋白 3.4mmol/L, 血常规肾功 能正常, 超声示胸水、腹水。肾穿刺: 膜性肾病</p> <p><b>摘要 2</b></p> <p>花某, 女, 5 岁, 2018 年 1 月 1 日初 患儿 10 天前出现发热, 体温 38℃ 左右, 咳嗽, 气促, 就诊于附近诊所, 静脉滴注抗生素等药治疗 7 天, 发热渐退, 咳嗽未见明显缓解。现症: 咳嗽气急, 干咳少痰, 五心烦热, 面色潮红, 午后低热, 时有盗汗</p> <p>查体: T: 37.4℃, P: 103 次/分, R: 25 次/分。面色潮红, 双肺可闻及湿音。舌质红, 无苔, 脉细数。</p> <p>辅助检查: 血常规: 白细胞: 12.6×10<sup>9</sup> /L, 中性粒细胞 75%, 淋巴细胞 22%、胸部 X 线片示: 双肺可见散在斑片状阴影。</p> <p><b>解析:</b></p> <p>1. 中医疾病诊断: 水肿 中医症候诊断: 肾阳衰微证 西医诊断: 肾病综合征</p>

	<p>西医诊断依据: (1) 大量蛋白尿 (&gt;3.5g/d)。 (2) 低蛋白血症 (血浆白蛋白专 30g/L)。 (3) 明显水肿。 (4) 高脂血症。</p> <p>中医治法: 温肾助阳, 化气行水</p> <p>方剂: 济生肾气丸合真武汤加减</p> <p>药物组成: 茯苓、芍药、生姜、附子、白术</p> <p>西医治疗措施: 1. 一般治疗 (1) 休息 (2) 饮食治疗: 应给予正常量优质蛋白饮食, 水肿时应低盐 (&lt;3g/d) 饮食。 2. 对症治疗 (1) 利尿消肿, 常用药物有: ①噻嗪类利尿剂, 常用氢氯噻嗪。②潴钾利尿剂, 可与噻嗪类利尿剂合用, 常用氨苯蝶啶。③祥利尿剂, 常用呋塞米 (速尿)。 (2) 减少尿蛋白, 血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂。 3. 免疫调节治疗 (1) 糖皮质激素, 常用药物为泼尼松 1mg/(kg·d), 口服 8 周, 必要时可延长至 12 周; (2) 细胞毒药物, 临床常使用的细胞毒药物有环磷酰胺、氮芥。 (3) 环孢素。 (4) 麦考酚吗乙酯。</p> <p>2. 中医疾病诊断: 咳嗽</p> <p>中医症候诊断: 阴虚肺热证</p> <p>西医诊断: 小儿肺炎</p> <p>西医诊断依据: 根据临床有发热、咳嗽、气促或呼吸困难, 肺部有较固定的中、细湿啰音。胸片有斑片影, 可协助诊断。</p> <p>中医治法: 养阴清肺, 润肺止咳</p> <p>方剂: 沙参麦冬汤加减</p> <p>药物组成: 沙参、麦冬、玉竹、甘草、桑叶、白扁豆、天花粉</p> <p>西医治疗措施: (一) 病因治疗, 根据不同病原选择药物。 1. 细菌感染宜采用抗生素治疗。 2. 病毒感染可选用三氮唑核苷 (病毒唑), 每日 10mg/kg, 肌注或静脉滴注, 亦可超声雾化吸入, 对合胞病毒、腺病毒有效。 (二) 对症治疗, 1. 氧疗。 2. 保持呼吸道通畅。雾化吸入。</p>
--	--

题号	中西医助理医师 实践技能 第二站
7	<p>题号未知</p> <p>1. 舌诊临床意义。 2. 心肺复苏方法。 3. 双侧浅表淋巴结触诊。 4. 肝脏双手触摸法。</p> <p><b>解析:</b></p> <p>1. 舌诊的临床意义</p> <p>舌诊简便易行, 舌象的变化能较客观准确地反映病情, 可作为诊断疾病、了解病情的发展变化和辨证的重要依据。舌诊在几千年的临床实践中, 不断经受考验, 甚至有人认为舌诊较之脉诊更为重要且可靠。舌诊的临床意义有以下几个方面。 1. 分辨病位浅深 2. 区别病邪性质 3. 判断邪正盛衰 4. 分析病势进退 5. 推测病情预后。</p> <p>2. 心肺脑复苏术分三个阶段: ①基本生命支持阶段: 是初步生命急救, 包括心跳呼吸停止的判断与人工循环、气道开放和人工通气。②高级心脏生命支持阶段: 应用辅助设备及特殊技术恢复和保持自主呼吸和心跳。包括建立人工气道、人工正压通气、持续人工循环、给予复苏药物。③延长生命支持阶</p>

段: 保护大脑、脑复苏及复苏后疾病的预防。包括多器官功能支持、脑保护与冬眠、促清醒、ICU床旁重症监护、确诊并祛除病因、开放气道、重建呼吸与循环。本节主要介绍心肺复苏术的第一阶段——基本生命支持阶段。

3. 检查某部淋巴结时, 应使该部皮肤和肌肉松弛, 以利于触摸。

检查左颌下淋巴结时, 将左手置于被检查者头顶, 使头微向左前倾斜, 右手四指并拢, 屈曲掌指及指间关节, 沿下颌骨内缘向上滑动触摸。检查右侧时, 两手换位, 让被检查者向右前倾斜。

检查颈部淋巴结时, 检查者站在被检查者背后, 让患者的头向前倾, 并稍向检查的一侧倾斜, 然后用手指紧贴检查部位, 由浅入深进行滑动触诊。

检查锁骨上窝淋巴结时, 检查者面对患者(可取坐位或仰卧位), 用右手检查患者的左锁骨上窝, 用左手检查其右锁骨上窝。检查时将食指与中指屈曲并拢, 在锁骨上窝进行触诊, 并深入锁骨后深部。

检查右腋窝淋巴结时, 检查者右手握被检查者右手, 向上屈肘外展抬高约 45°, 左手并拢, 掌面贴近胸壁向上逐渐达腋窝顶部滑动触诊, 然后依次触诊腋窝后壁、外侧壁、前壁。触诊腋窝后壁时应在腋窝后壁肌群仔细触诊, 触诊腋窝外侧壁时应将患者上臂下垂, 检查腋窝前壁时应在胸大肌深面仔细触诊。同样方法检查左侧腋窝淋巴结。

检查右侧滑车上淋巴结时, 检查者以右手握被检查者右手腕, 以右(左)手在其肘骨上髁两横指许、肱二头肌内侧滑动触诊。

检查腹股沟淋巴结时, 被检查者仰卧, 检查者用手指在腹股沟平行处进行触诊。

4. 肝脏触诊方法: 检查时被检者取仰卧位, 双腿稍屈曲, 使腹壁松弛, 医师位于被检者右侧, 将右手掌平放于被检者右侧腹壁上, 腕关节自然伸直, 四指并拢, 掌指关节伸直, 以食指前端的桡侧或食指与中指指端对着肋缘, 自髂前上棘连线水平, 分别沿右锁骨中线、前正中线自下而上触诊。被检者吸气时, 右手随腹壁隆起抬高, 但上抬速度要慢于腹壁的隆起, 并向季肋缘方向触探肝缘。呼气时, 腹壁松弛并下陷, 触诊手应及时向腹深部按压, 如肝脏肿大, 则可触及肝下缘从手指端滑过。若未触及, 则反复进行, 直至触及肝脏或肋缘。为提高触诊效果, 可用双手触诊法, 检查者用左手掌托住被检者右后腰, 左手拇指张开置于右肋缘, 右手方法不变。检查肝左叶有无肿大, 可在腹正中线上由脐平面开始自下而上进行触诊。如遇腹水患者, 可用沉浮触诊法。在腹部某处触及肝下缘后, 应自该处起向两侧延伸触诊, 以了解整个肝脏和全部肝下缘的情况。

题号

中西医助理医师 实践技能 第三站

题号未知:

1. 女, 7岁, 腹痛, 镇邪, 发热1天入院。
2. 男, 73岁, 少尿, 无尿入院, 有慢性肾小球肾炎3年。
3. 胆囊结石临床表现和体征。
4. 断针平皮肤的处理方法。

**解析:**

1、2题问诊顺序具体参见如下格式。

现病史

1. 主要症状的特点: 根据主诉及相关鉴别问诊病因、诱因。(主要症状特点: 诱因、病程、部位、性质、程度、持续时间、加重和缓解方式、发作频率。)

2. 伴随症状。能够引起该症状的疾病的临床表现, 即鉴别诊断要点。

3. 诊疗经过: 是否到医院就诊, 诊疗经过, 效果。

4. 全身状态: 饮食、睡眠、大小便、精神状况、体重变化, 相关病史

1. 既往病史、其他有关病史。

2. 传染病接触史、药物过敏史、手术史。

3. 烟酒嗜好等。

4. 家族史。

5. 如为女性, 经带胎产也要询问。

6. 根据具体疾病询问相关病史。

3. 胆囊结石分为静止性结石和有症状结石, 前者主要在体格检查、手术或尸体解剖时偶然发现。后者只有少数人出现, 常表现为急性或慢性胆囊炎的临床表现, 主要表现为胆绞痛。常见诱因为高脂肪饮食、暴饮暴食、过度疲劳等, 伴有恶心、呕吐等消化系统症状。另外, 有一部分病人只有上腹部钝痛。体格检查时有上腹部压痛及 Murphy 征阳性。

4. 断针: 若残端与皮肤面相平或稍低, 尚可见到残端时, 可用手向下挤压针孔两旁皮肤, 使残端露出体外, 再用镊子取出。

7