

E类模考岗位专业知识部分（答案+解析）

护理岗

**(案例分析题)** 患儿，女，6岁。3天前开始发热，伴咳嗽、流涕、结膜充血。今晨发现患儿耳后、发际、颈部有红色斑丘疹，疹间皮肤正常。患儿睑结膜充血，口腔黏膜红，体温40℃，精神差，心、肺听诊正常。

- (1) 患儿可能的诊断是什么？
- (2) 诊断依据是什么？
- (3) 请列出护理计划。

解析：

(1) 诊断：麻疹

(2) 诊断依据：符合麻疹所述临床表现①发热：热性不一，多为中度以上发热；②上呼吸道感染症状：发热同时出现咳嗽、喷嚏、眼部充血，特别是流涕、结膜充血、眼睑水肿③出疹特点：麻疹典型出疹期表现：皮疹先出于耳后、发际、渐及额、面、颈部，自上而下蔓延至躯干、四肢，皮疹初为红色斑丘疹，疹间可见正常皮肤，体温突然升高达40-40.5℃，伴嗜睡。

(3) 护理计划

要达到的护理目标：①患儿体温降至正常；②患儿皮疹消退，皮肤完整、无感染；③患儿住院期间得到充足的营养；④患儿不发烧并发症或发生并发症时得到及时处理。

相应护理措施：①生活护理：卧床休息至皮疹消退、体温正常；②降低体温：用小剂量退热剂或温水擦浴；③保持皮肤黏膜完整性；④监测病情；⑤预防感染传播。

**(实务题)** 王某，女，45岁。以“面色苍白、头晕，乏力1个月，鼻出血7天”为主诉收入院。骨髓检查报告显示急性早幼粒细胞白血病。住院期间给予维A酸加三氧化二砷诱导分化治疗，第十天病人出现头痛，喷射状呕吐，视物模糊，烦躁。身体评估：37℃，脉搏92次/分，呼吸18次/分，血压155/85mmHg；全身皮肤见大片瘀斑，球结膜出血。血象：红细胞 $2.2 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白56g/L，白细胞 $2.0 \times 10^9/L$ ，血小板 $11 \times 10^9/L$ ；凝血实验：血浆凝血酶原时间20秒，纤维蛋白0.5g/L，3P实验阳性(血浆鱼精蛋白副凝试验)

问题：

- (1) 此病人最可能发生了什么并发症
- (2) 还需要收集病人的哪些资料
- (3) 请写出该病人主要的护理措施

解析:

(1)此病人最可能发生的并发症为:颅内出血。

(2)还需要收集病人的:血象、骨髓象。

(3)护理措施:①观察体温、脉率、口腔、皮肤有无出血、骨髓象的变化,以及肺部感染情况,贫血加重的征象及昏迷等颅内出血的征象;②保证休息、活动和睡眠;③饮食护理:给予高蛋白、高维生素、高热量饮食。少量多次饮食,保证饮水量;④输血或输血浆的护理:病人全血减少或贫血明显,遵医嘱输血或血浆,以恢复机体抵抗力;⑤严密观察生命体征和精神状况。

### 西医临床岗

(案例分析题)男性,65岁,持续心前区痛4小时。4小时前即午饭后突感心前区痛,伴左肩臂酸胀,自含硝酸甘油1片未见好转,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,无药物过敏史,吸烟10年,每日20支左右,不饮酒。查体:T37℃,P100次/分,R24次/分,Bp150/90mmHg,半卧位,无皮疹及出血点,全身浅表淋巴结不大,巩膜无黄染,口唇稍发绀,未见颈静脉怒张,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,WBC9.6×10<sup>9</sup>/L,分类:中性分叶粒72%,淋巴26%,单核2%,plt 250×10<sup>9</sup>/L,尿蛋白微量,尿糖(+),尿酮体(-),镜检(-)

问题:

1. 诊断及诊断依据

2. 鉴别诊断

3. 进一步检查

4. 治疗原则

解析:

诊断及诊断依据:【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。【诊断依据】①老年男性,持续心绞痛4小时不缓解,口服硝酸甘油无效;②有急性左心衰表现: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因素。

鉴别诊断:①心绞痛;②高血压心脏病;③夹层动脉瘤。

进一步检查：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。

治疗原则：①心电监护和一般治疗：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，注意观察。

(实务题) 女性，59岁，间断咳嗽、咳痰5年，加重伴咯血2个月。患者5年前受凉后低热、咳嗽、咳白色粘痰，给予抗生素及祛痰治疗，1个月后症状不见好转，体重逐渐下降，后拍胸片诊为“浸润型肺结核”，肌注链霉素1个月，口服利福平、雷米封3个月，症状逐渐减轻，遂自行停药，此后一直咳嗽，少量白痰，未再复查胸片。2个月前劳累后咳嗽加重，少量咯血伴低热、盗汗、胸闷、乏力又来诊。病后进食少，二便正常，睡眠稍差。既往6年前查出血糖高，间断用过降糖药，无药物过敏史。

查体：T37.4℃，P94次/分，R22次/分，BP130/80mmHg，一般稍弱，无皮疹，浅表淋巴结未触及，巩膜不黄，气管居中，两上肺呼吸音稍减低，并闻及少量湿罗音，心叩不大，心率94次/分，律齐，无杂音，腹部平软，肝脾未触及，下肢不肿。

化验：血Hb 110g/L，WBC 4.5×10<sup>9</sup>/L，N 53%，L47%，plt 210×10<sup>9</sup>/L，ESR 35mm/h，空腹血糖9.6mmol/L，尿蛋白(-)，尿糖(++)

问题：

1. 诊断及诊断依据

2. 鉴别诊断

3. 进一步检查

4. 治疗原则

解析：

诊断及诊断依据：【诊断】①肺结核(浸润型?慢性纤维空洞型?)；②糖尿病2型。【诊断依据】①5年结核病史，治疗不彻底，近2个月来加重伴咯血，血沉快；②查体，有低热，两肺上部有异常体征；③有糖尿病史，现在空腹血糖明显高于正常，尿糖(++)。

鉴别诊断：①支气管扩张；②肺脓肿；③肺癌。

进一步检查：①X线胸片；②痰找结核菌，必要时经纤维支气管镜取分泌物找结核菌，支气管内膜活检，血清结核抗体检测；③检查胰岛功能：胰岛素释放试验，餐后2小时血糖，糖化血红蛋白测定。

治疗原则：①正规抗结核治疗，坚持规则、适量、足疗程治疗，联合用药，注意肝功能；②积极治疗糖尿病：最好加用胰岛素。

## 中医医临床岗

(案例分析题)姜某,女,49岁,已婚,教师。2018年3月21日初诊。患者月经紊乱1年,经量多,色淡黯,面色晦暗,精神萎靡,形寒肢冷,腰膝酸冷,纳呆腹胀,大便溏薄,面浮肢肿,夜尿多,带下清稀,舌胖嫩,边有齿痕,苔薄白,脉沉细无力。

根据上述病例,回答下列问题:

- (1)患者目前的中医病名诊断、辨证分型,并简述辨病辨证依据。
- (2)治法及处方(包括主方、组成、剂量)。

解析:

(1)中医病名诊断:绝经前后诸证。辨病分析:患者为49岁妇女,七七之年,主症为月经紊乱,与绝经前后诸证的诊断依据相一致。

辨证分型:肾阳虚证。辨证分析:患者月经紊乱伴月经量多,色淡黯,形寒肢冷,腰膝酸冷,为肾阳虚惫的典型临床表现。患者七七之年,肾气渐衰,天癸渐竭,推测因平素阳虚,则导致命门火衰加剧。肾阳虚,封藏失司,冲任不固,不能制约经血则月经紊乱,月经量多,经色淡黯,肾阳衰惫,命门火衰,阳气不能外达,经脉失于温煦,故面色晦暗,精神萎靡,形寒肢冷,腰为肾之府,肾阳虚不能温暖腰膝,则腰膝酸冷,肾阳虚膀胱开合失司,故夜尿多。命门火衰不能温煦脾阳,故纳呆腹胀,大便溏薄;脾肾阳气俱虚,不能温运水液,水液内停,故面肢浮肿,水液下注任脉,发为带下清稀。舌胖嫩,有齿痕,脉沉细无力为阳虚水停之象。

(2)治法:温肾扶阳。

处方:右归丸加减。

药物:炮附子<sup>(先煎)</sup>9g;肉桂9g;熟地黄20g;山药15g;  
山茱萸15g;菟丝子<sup>(包煎)</sup>15g;鹿角胶<sup>(烊化)</sup>9g;枸杞子15g;

当归10g;盐炒杜仲10g;补骨脂10g;莲子10g;

7副,日一剂,水煎两次,分两次温服。

(实务题)刘某,男,37岁,已婚,干部。2018年2月15日初诊。患者便血1个月,便血色鲜红,量较多,血便不相混,便时肛门内有肿物外脱,便后肿物自行回纳。肛门灼热,潮湿瘙痒,重坠不适,但无明显疼痛。平素嗜酒,喜食辛辣之品。查体:肛门指诊于截石位3、7、11点处可触及表面光滑、无压痛的柔软团块。肛门镜下可见齿线以上深紫色的黏膜隆起。舌苔黄腻,脉弦数。

根据上述病例,回答下列问题:

- (1)对患者进行辨病辨证分析,并给出中医内治法的指导。

(2)若患者经内服药物治疗后效果不好,请给出其他疗法的治疗建议,并简述步骤。

解析:

(1)辨病:痔 内痔 II度。辨病依据:患者的无痛性便血,血色鲜红,不与粪便相混,且有脱出的表现,首先辨为痔。又患者经指诊在母痔区有凸起的柔软团块,肛门镜下可确定具体部位在齿线以上,故可判定为内痔。患者痔核脱出仅发生在排便时,便后可自行还纳,故为II度内痔。

辨证:湿热下注证。辨证依据:患者便血色鲜红,量多,肛门灼热潮湿,为湿热下注证的典型临床表现。患者平素嗜酒,喜食辛辣之品,则损伤脾胃,湿热内盛。湿热下迫大肠,湿热与血相搏,气血纵横,筋脉交错,结滞不散而成痔。热迫血妄行,故便血色鲜红,量较多;湿热下注则肛门灼热,潮湿瘙痒,重坠不适。舌苔黄腻,脉弦数为湿热之象。

治法:清热利湿止血。

代表方:脏连丸加减。

药物:黄连 10g;黄芩 15g;生地黄 20g;赤芍 10g;

当归 10g;槐角 10g;槐花 15g;荆芥穗 15g;

地榆炭 15g;仙鹤草 15g;

7副,日一剂,水煎两次,分两次温服。

(2)若患者经内服药物治疗后效果不好,建议患者使用消痔灵注射法,步骤如下:

取侧卧位,以碘伏作常规消毒、铺巾,局部麻醉后,在肛门镜下暴露痔核,再用碘伏消毒黏膜及痔核,然后以不同浓度的消痔灵注射液分四个步骤注射:

第一步:痔上动脉区注射。即在母痔核上方正常黏膜下每点注射 1:1 浓度的消痔灵液 2~3ml。

第二步:痔区黏膜下层注射。在痔核中部进针到肌层有肌性抵抗感后,边退针边注射,再将药液以扇形注射到黏膜下层的痔血管丛中,以痔核呈弥漫性肿胀为度,每个痔核注射药液 3~6ml。

第三步:痔区黏膜固有层注射。第二步注射完毕,缓慢退针,待感有落空感时,为针尖退至肥厚的黏膜肌板上方的标志,注药 1~2ml,使黏膜呈水泡状即可。

第四步:洞状静脉区注射。以 1:1 药液在齿线稍上方内痔区作扇形注射,一般注药 1~3 ml。

按上述四步注射完一个痔核后,同法注射其他痔核,一次注射总量 15~30ml。注射完毕后取出肛门镜将痔核送回肛内,填入凡士林纱条,压以塔形纱布,胶布固定。