

# 2022年 病例分析实战 演练

章自立





2022年病  
例分析实  
战演练

**章自立**

病例分析中的小细节

细节见真章...



## 2022年病例分析实战演练



### 初步诊断

- 1.诊断名要写**疾病的全称**，不要写“简称”，不要写“英文缩写”。
- 2.病例中明确了“成对脏器”病变在左侧or右侧时，诊断疾病名称前要加上**左侧or右侧**。
- 3.**心脏瓣膜病**，在诊断病名前面，要写“风湿性心脏病”。
- 4.**急性心肌梗死**的诊断名前，要加“冠心病/冠状动脉粥样硬化性心脏病”。



## 2022年病例分析实战演练



5. 诊断心力衰竭时，要记得做“NYHA”分级。心梗合并心衰病人要做“killip”分级。
6. 诊断为高血压时，要做“分级”和“危险分层”。
7. 特别注意：题干病例中明确因既往某种手术引起的疾病的，诊断中要写“XXX术后”。
8. 最容易被忽视的次要诊断是贫血。如果病例中明确了贫血病因的，诊断名要写出病因，并对贫血作出分度。



## 2022年病例分析实战演练



### 鉴别诊断

1.写鉴别诊断时，尽可能多写几个，因为多写不扣分，漏写扣分。

鉴别诊断只需要写疾病的名称，不需要写鉴别点。

2.鉴别诊断尽可能写同一个系统的疾病。

3.如果要写跨系统的疾病，其主要症状应与诊断相同。

4.同一种疾病，不同亚型之间可以相互鉴别。

5.同一种疾病，原发性可以与继发性相互鉴别。



6.肿瘤类的疾病，写鉴别诊断时：**恶性肿瘤**可以与**良性肿瘤**鉴别，**原发与转移（继发性）**肿瘤鉴别。

7.**原发性疾病**与**继发性疾病**可以相互鉴别。



2022年病  
例分析实  
战演练

**章自立**

病例分析实战演练

特立独行的案例



## 2022年病例分析实战演练



### 弥漫性毒性甲状腺肿

**实战模拟：**女性，25岁，多食、消瘦3个月，发热、咽痛2天，神志不清半小时。患者3个月前无明显诱因出现易饥多食及明显消瘦，伴怕热、多汗及心悸。约1个月前在外院诊断为“甲亢”，给予药物治疗（具体方案不详），但患者服药不规律，病情无明显好转。2天前患者着凉后出现发热、咽痛，伴轻咳、流清涕，自服感冒药（具体不详）后症状无改善，逐渐出现烦躁、焦虑不安。半小时前神志不清。既往体健，月经规律。无相关疾病家族史。



## 2022年病例分析实战演练



**查体：** T 39.5℃， P 145次/分， R 26次/分， BP 130/60mmHg。昏迷，急性病容，呼吸急促，皮肤湿润，大汗淋漓。突眼（-），双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射存在，口唇、甲床无发绀。咽红，双侧扁桃体无肿大。颈软，气管居中，颈动脉无异常搏动，颈静脉无怒张。甲状腺弥漫性Ⅲ度肿大，质软，无结节，双侧上极均可闻及明显血管杂音。双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音。心界不大，心率145次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部未见明显异常。生理反射存在，病理反射未引出。

## 2022年病例分析实战演练



**实验室检查：**甲状腺功能（1个月前）示：FT<sub>3</sub>、FT<sub>4</sub>及TRAb明显升高，TSH明显下降。心电图：窦性心动过速。



## 弥漫性毒性甲状腺肿

### 一、初步诊断

- 1.弥漫性毒性甲状腺肿，甲状腺危象；
- 2.上呼吸道感染。

### 二、诊断依据

按照模板书写



## 三、鉴别诊断

- 1.亚急性甲状腺炎
- 2.结节性毒性甲状腺肿
- 3.甲状腺自主高功能腺瘤
- 4.单纯性甲状腺肿



### 四、进一步检查

1.血常规，血培养。2.血生化检查（肝、肾功能，电解质）；3.胸部X线/CT检查。4.头颅CT或MRI。5.甲状腺<sup>131</sup>I率测定；6.甲状腺B超检查/多普勒；7.甲状腺放射性核素扫描。



### 五、治疗原则

- 1.抗感染治疗;
- 2.抗甲状腺药物 (ATD) 治疗;
- 3.碘剂治疗;
- 4.应用 $\beta$ 受体阻滞剂;
- 5.糖皮质激素治疗;
- 6.如常规治疗不满意, 可考虑行血液透析治疗。

# 2022年病例分析实战演练



糖尿病

考点精讲

糖尿病 = “三多一少” (多饮、多食、多尿和体重减轻)

症状 + 血糖诊断标准[空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ , 随机血糖

$\geq 11.1\text{mmol/L}$ , OGTT试验餐后2小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ]

# 2022年病例分析实战演练



空腹血糖数值 (FPG) :



糖负荷后2h血糖 (2hPG) :







## 2022年病例分析实战演练



**实战模拟：**男孩，15岁，多饮1周，恶心、呕吐2天，意识模糊2小时。患者1周前无明显诱因出现口干、多饮。每日饮水约3500ml，饮可乐约1500ml，尿量增多，夜尿2~3次。2天前出现恶心、呕吐，呕出物为胃内容物，无腹痛、腹泻，无发热。2小时前家属发现患者意识模糊，急诊就诊。发病以来，精神差，睡眠尚可，大便正常，体重下降约5公斤。既往体健，无烟酒嗜好，喜饮含糖碳酸饮料。无遗传病家族史。



## 2022年病例分析实战演练



**查体：** T 36.8℃， P 112次/分， R 28次/分， BP 90/60mmHg。身高165cm， 体重50kg， 神志淡漠， 问答不应题， 眼窝稍凹陷， 皮肤干燥， 弹性较差， 浅表淋巴结未触及肿大。巩膜无黄染， 甲状腺不大。呼吸深大， 双肺未闻及干湿性啰音， 心界不大， 心率112次/分， 律齐， 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软， 无压痛， 肝脾肋下未触及， 双下肢无水肿。

## 2022年病例分析实战演练



**实验室检查：**血常规：Hb 150g/L，WBC  $10.5 \times 10^9/L$ ，N 0.78，PLT  $200 \times 10^9 /L$ ，随机血糖28.0mmol/L ( $< 11.1$ )。尿常规：尿糖 (+++)，酮体 (+++)，尿蛋白 (-)。尿亚硝酸盐 (++)，尿沉渣镜检WBC 20~30/HP ( $< 5$ 个)。呕吐物隐血 (-)。



## 一、初步诊断

1.1型糖尿病； 2.糖尿病酮症酸中毒； 3.尿路感染。

## 二、诊断依据

按照模板进行书写（略）

## 三、鉴别诊断

1.2型糖尿病。

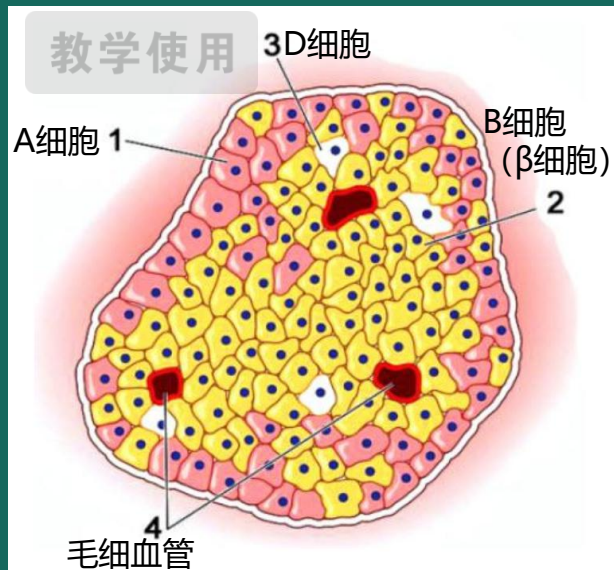
2.肾性糖尿。

3.尿崩症。



### 四、进一步检查

- 1.动脉血气分析。
- 2.监测血糖、尿酮体、血电解质等。
- 3.空腹及餐后2小时血糖、胰岛素或C肽释放试验（酮症纠正后）。



胰岛结构图

**1型糖尿病：**胰岛 $\beta$ 细胞破坏，胰岛素绝对缺乏。

**2型糖尿病：**胰岛素抵抗为主， $\beta$ 细胞功能缺陷，到胰岛素进行性分泌不足。

**胰岛素释放试验：**口服葡萄糖后测胰岛素水平，反映胰岛素释放功能。

**C肽释放试验**

胰岛素原分解

→ 1分子胰岛素

→ 1分子C肽



4.糖化血红蛋白，胰岛细胞抗体。尿细菌培养 + 药物敏感  
试验。



## 五、治疗原则

1. 静脉滴注生理盐水大量补液；
2. 小剂量胰岛素静脉滴注治疗，根据血糖调整；
3. 维持电解质、酸碱平衡；
4. 糖尿病健康教育（饮食、运动、自我监测等）和饮食治疗；
5. 抗感染治疗。





谢谢  
大家

THANKS





正保医学教育网  
www.med66.com