

# 住院医师规范化培训结业临床实践能力 考核标准方案（2023 版） （儿科）

## 一、考核形式及考站设置

儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核采取国际通行的客观结构化临床考核(Objective Structured Clinical Examination, OSCE)方式,共设置 6 个独立考站(见表 1),分别为:临床技能操作、人文沟通、病史采集、体格检查、病历书写和病例分析,建议考试总时长不少于 100 分钟。考试使用标准化病人(Standardized Patients,以下简称 SP),临床技能操作在医学模拟人上进行实际操作。

表 1 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核方案

考站	考核内容	考核形式与方法	时间(分钟)	分值(分)	占比(%)	合格标准
技能操作	根据 2022 年版《住院医师规范化培训内容与标准》要求的基本技能操作内容,任选一项进行考核	医学模拟人	10	100	15	各站分数合计≥60分~80分
人文沟通	向家长交代病情或特殊检查治疗前谈话	口试(考官或 SP 扮演患儿家长)	10	100	10	
病史采集	儿内科各专科实际病例	SP	15	100	15	
体格检查	儿科大查体	SP 或医学模拟人	30	100	25	
病历书写	根据所查病人,书写首次病程日志	笔试	40	100	20	
病例分析	对于所查病例进行诊断分析与鉴别诊断	口试	15	100	15	
合格分值不得低于低标准线,高标准线为建议标准(可高于该标准)。						

## 二、各考站设置及具体要求

### (一) 各考站设置。

表 2 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核考站设置

考站名称		设备	人员	考场空间
第 1 站	技能操作	2套桌椅、依据选定操作内容准备模拟设备、评分表、计时器、备用纸和笔	每组考官 2 人	可容纳 4 人
第 2 站	人文沟通	4 套桌椅、评分表、计时器、备用纸和笔 考生用和考官用的两种考核资料	每组考官 2 人、 考官或 SP 扮演患儿家长	可容纳 4 人
第 3 站	病史采集	4 套桌椅、评分表、计时器、备用纸和笔	每组考官 2 人、 标准化病人 (SP)	可容纳 4 人及一张查体床
第 4 站	体格检查	查体床、模拟人、压舌板、计时器、听诊器, 血压计、手电筒、棉花签、叩诊锤、(无菌)手套、速干手消毒液、污物桶、评分表、备用纸和笔	每组考官 2 人、 标准化病人 (SP) 或医学模拟人	同病史采集考场
第 5 站	病历书写	数套桌椅、计时器、评分表、答题纸、备用纸和笔	考官 2 名, 考务人员 1~2 名	根据考核组数*设置空间, 容纳人数为组数的 2 倍, 考生间保持足够间距, 防止交流。
第 6 站	病例分析	4 套桌椅、计时器、评分表、备用纸和笔	每组考官 2 人	同病史采集考场
*注: 组数为同时开展相同考站的数目。				

### (二) 第一考站: 临床技能操作。

1. 考核内容。根据 2022 年版《住院医师规范化培训内容与标准》要求的基本技能操作内容, 任选一项进行考核。

2. 考核形式。在模具上操作。
3. 考核试题。以心肺复苏为例，样题及评分表见附件 1。
4. 考核时长。10 分钟。
5. 考核人员。每组考官 2 人。
6. 场地设备。单独设立一个房间，可容纳 4 人、2 套桌椅，有进行选定操作内容的模拟设备、评分表、备用纸和笔。
7. 考核评分。2 名考官根据评分表独立评分。满分 100 分。

## （二）第二考站：人文沟通。

1. 考核内容。考核住院医师与患儿家长的沟通技巧、人文职业素养以及表达能力等。住院医师向家长交代病情或特殊检查治疗前谈话。

2. 考核形式。口试，考官或 SP 扮演患儿家长。考生用 1~2 分钟阅读提示信息 and 资料（时间包含在总时间内），然后按试题明示的要求与考官或 SP 扮演的患儿家长进行沟通。

3. 考核试题。样题及评分表见附件 2。
4. 考核时长。10 分钟。
5. 考核人员。每组考官 2 人，考官或 SP 扮演患儿家长。
6. 场地设备。单独设立一个房间，可容纳 4 人、4 套桌椅、考生用和考官用的两种考核资料、评分表、备用纸和笔。
7. 考核评分。2 名考官根据评分表独立评分。满分 100 分。

## （三）第三考站：病史采集。

1. 考核内容。儿科疾病的病史采集。考核住院医师医学知识掌握和综合应用。

2. 考核形式。采用 SP。

3. 考核试题。病种为住院医师规范化培训细则要求病种，样题及评分表见附件 3、4。

4. 考核时长。15 分钟。

5. 考核人员。每组考官 2 人、SP 或医学模拟人。

6. 场地设备。单独设立一个房间，至少可容纳 4 人包括 4 套桌椅和一张查体床、评分表、备用纸和笔。

7. 考核评分。2 名考官根据评分表独立评分。满分 100 分。

#### （四）第四考站：体格检查。

1. 考核内容。考核住院医师准确高效地完成体格检查。儿科疾病体格检查的完整过程，其中体检内容包括与考核案例相关的重点身体部位的检查。

2. 考核形式。采用 SP。

3. 考核试题。建议病种为住院医师规范化培训细则要求病种。样题及评分表见附件 3、5。

4. 考核时长。30 分钟。

5. 考核人员。每组考官 2 人、SP 或医学模拟人。

6. 场地设备。和病史采集在一个房间，压舌板、听诊器、血压计、手电筒、棉花签、叩诊锤、直尺、软尺、笔、（无菌）手套、速干手消毒液、污物桶、评分表、备用纸和笔。

7. 考核评分。2 名考官根据评分表独立评分。满分 100 分。

#### （五）第五考站：病历书写。

1. 考核内容。考核住院医师的文字组织和概括能力、临床

思维应用和知识应用能力，考核住院医师对病史资料的整理、归纳、分析、书写的综合能力。考核相关医疗文书书写，主要包括主观总结的病例特点、诊断与鉴别诊断、诊疗计划等。

2. 考核形式。笔试形式。按照实际考站要求书写相关医疗文书。

3. 考核试题。样题及评分表见附件 3、6。

4. 考核人员。每组考官 2 人，1~2 名考务人员。

5. 考核时长。40 分钟。

6. 场地设备。空间可容纳病例考核组数 2 倍的人数，考生间隔至少 1 米，防止交流；“病历书写”规定格式的空白答题纸、评分表、备用纸和笔。

7. 考核评分。考官 2 名，满分 100 分。

#### （六）第六考站：病例分析。

1. 考核内容。对于所查病例进行分析诊断，考核评价住院医师对疾病的诊断、鉴别诊断、处置、预后判断过程中的临床思维与决策、总结概括、语言表达等能力。

2. 考核形式。口试。

3. 考核试题。题干+提问的形式。根据儿科住院医师培训细则中关于病种要求，事先设计案例和问题。住院医师要求总结病史资料、提出诊断思路、制定治疗计划，并回答针对专业知识的提问和病例相关的权衡决策以及职业素养的提问。要点是在面临多种治疗方案时，选择最合适病人的决策。样题及评分表见附件 3、7。

4. 考核人员。每组考官 2 人。
5. 考核时长。15 分钟。
6. 场地设备。同病史采集考场，评分表、备用纸和笔。
7. 考核评分。2 名考官根据评分表独立评分。满分 100 分。

### 三、 结果评定

#### (一) 通过标准。

1. 各站分数合计 $\geq 60$ 分~80分者为通过。合格分值低标准线为国家标准（不得低于该标准），高标准线为建议标准（可高于该标准）。

2. 以上标准仅作为推荐，各考区可依据具体情况自行调整。

#### (二) 成绩认定。

1. 考核结束后立即召开全体考官会议，反馈、汇总考核情况，重点审核并确定未通过者：由主考官陈述理由，经过集体讨论，获得多数考官同意。全部成绩由总考官签字认定。

2. 当次考试成绩在规定时间内报上级行政主管部门。

### 四、 具体实施

#### (一) 命题。

##### 1. 命题人员。

各考区成立考核专业组，并由一名专家担任负责人，统一组织考核基地联合组建命题专家组进行命审题、组卷、制卷。命题专家应经过培训，按考核方案要求，掌握出题范围、题型和难易度，确定内容和考核方法，配有标准答案和评分标准。

## 2. 试题设计。

同考区各考核基地使用统一考题。各站试题数量根据考试批次安排设定，不得少于每半天一套试题，各批次之间不得重复，并应准备至少 1 套备用卷。

试题应在考试前保密印制或制作成电子材料，制作考试材料应由专人负责，全程在保密监控下进行。

## （二）场地。

### 1. 考核基地。

各考区根据情况设立 1~2 个考核基地，经过认定的考核基地，原则上设在专科委员会主、副委员所在单位。各考核基地教育主管部门负责人和各考核专业负责人同为考核基地负责人，接受考核指导小组领导。

采用统一考题、统一考核形式与标准进行集中考核，以保证考核的公平性和同质性。

### 2. 站点准备。

按照各考站设置具体要求准备相应设备、材料。

以半天完成 20 名考生（20 名/半天）六站考核为例的“儿科住院医师规范化培训结业实践能力考核方案”所需设施如下：

考场：6 间（技能操作 1 间、人文沟通 1 间。病史采集、体格检查、病例分析在同一考场进行，同时开展 4 组，需要 4 间）。

病历书写室：1 间（可容纳至少 10 人，每人间距 1 米）。

存包处：1 间。

集合室：2 间，分别用于病例分析考后集合和人文及技能

操作考后集合。

候考室：1间，报到后统一到候考室候考。

避免不同考站学生见面。

按实际各站考核时间，技能操作及人文沟通均为 10 分钟（9 分钟考核+1 分钟换站），病史采集、体格检查、病历书写及病例分析 4 站总和时间应不少于 100 分钟，故考核组数安排为 1 组技能操作、1 组人文沟通对应 5 组病史采集、5 组体格检查、5 组病历书写及 5 组病例分析。为减少学生及考官换站等候时间，建议 6 站考核同时进行。根据可行性，6 个考站实际考试顺序建议为：技能操作、人文沟通、病史采集、体格检查、病历书写及病例分析。原则为考生考完技能操作和人文沟通后考核其他 4 站，为防止其他 4 站考官等候，可以同时先考核最后 5 名考生，此 5 名考生考核病例后单独去一个集合室，其余 15 名考生考完后再完成人文沟通和技能操作。考核方案实施示例可参见下表 4。



表 4 儿科住院医师规范化培训结业实践能力考核方案示例

考号	技能操作 (10)	考号	人文沟通 (10)	考号	病史采集 (15)	体格检查 (30)	病历书写 (40)	病例分析 (15)
1	7:45-7:55	1	7:55-8:05	16	8:00-8:15	8:15-8:45	8:45-9:25	9:30-9:45
2	7:55-8:05	2	7:45-7:55	17	8:00-8:15	8:15-8:45	8:45-9:25	9:30-9:45
3	8:05-8:15	3	8:15-8:25	18	8:00-8:15	8:15-8:45	8:45-9:25	9:30-9:45
4	8:15-8:25	4	8:05-8:15	19	8:00-8:15	8:15-8:45	8:45-9:25	9:30-9:45
5	8:25-8:35	5	8:35-8:45	20	8:00-8:15	8:15-8:45	8:45-9:25	9:30-9:45
6	8:35-8:45	6	8:25-8:35	1	8:45-9:00	9:00-9:30	9:30-10:10	10:30-10:45
7	8:45-8:55	7	8:55-9:05	2	8:45-9:00	9:00-9:30	9:30-10:10	10:30-10:45
8	8:55-9:05	8	8:45-8:55	3	8:45-9:00	9:00-9:30	9:30-10:10	10:30-10:45
9	9:05-9:15	9	9:15-9:25	4	8:45-9:00	9:00-9:30	9:30-10:10	10:30-10:45
10	9:15-9:25	10	9:05-9:15	5	8:45-9:00	9:00-9:30	9:30-10:10	10:30-10:45
11	9:25-9:35	11	9:35-9:45	6	9:45-10:00	10:00-10:30	10:30-11:10	11:30-11:45
12	9:35-9:45	12	9:25-9:35	7	9:45-10:00	10:00-10:30	10:30-11:10	11:30-11:45
13	10:00-10:10	13	10:10-10:20	8	9:45-10:00	10:00-10:30	10:30-11:10	11:30-11:45
14	10:10-10:20	14	10:00-10:10	9	9:45-10:00	10:00-10:30	10:30-11:10	11:30-11:45
15	10:20-10:30	15	10:30-10:40	10	9:45-10:00	10:00-10:30	10:30-11:10	11:30-11:45
16	10:30-10:40	16	10:20-10:30	11	10:45-11:00	11:00-11:30	11:30-12:10	12:10-12:25
17	10:40-10:50	17	10:50-11:00	12	10:45-11:00	11:00-11:30	11:30-12:10	12:10-12:25
18	10:50-11:00	18	10:40-10:50	13	10:45-11:00	11:00-11:30	11:30-12:10	12:10-12:25
19	11:00-11:10	19	11:10-11:20	14	10:45-11:00	11:00-11:30	11:30-12:10	12:10-12:25
20	11:10-11:20	20	11:00-11:10	15	10:45-11:00	11:00-11:30	11:30-12:10	12:10-12:25

### （三）人员。

#### 1. 考官。

各考区负责考官遴选和培训，考官须经培训合格后持证上岗，考前须再次培训。对考生分组应采取回避原则，即考官回避本单位考生。每个分组必须至少有1名外单位考官。

##### （1）考官遴选。

考官须具备以下条件：①积极参与住院医师规范化培训和考核工作，关心、理解住培医师；②原则上应具有副高及以上相应临床学科职称；③对考生保持公正公平的态度，严格执行考核标准，认真履行考官职责；④考官应严格遵守并签署保密协议，承担相应的保密责任。

##### （2）考官培训。

考官日常培训内容应包括国家住院医师规范化培训制度、《住院医师规范化培训内容与标准》、《住院医师规范化培训结业临床实践能力考核标准方案（2023版）》、考官制度、执考要求、评分等；考前培训应按分配的考核任务进行分组培训，由指定的考站组长负责召集该站考官进行培训，培训重点是评分细则的一致性，具体包括熟悉考核病例（或主题）的内容；按照要求进行角色扮演的练习；对照评分细则进行一致性评分练习与讨论。

#### 2. 考务人员。

考务人员须经过培训，熟知考规考纪及实施程序，正确执行

考试规程，恰当处理考试过程中出现的各种问题。考务人员应严格遵守保密协议，承担相应的保密责任。

### 3. 患儿准备。

(1) SP: 按考生数目准备标准化病人并提前进行培训，予以编号。

(2) 考前以抽签形式决定住院医师的待考病人编号。

### 4. 考生。

在考前 30 分钟，对参加考核的全体考生进行考站设置、考核程序、考核内容的要点和注意事项、考场纪律等方面的培训。

### (四) 实施保障。

1. 临床实践能力考核时间由各省卫生健康行政部门根据国家考核计划统一发文确定，采取统一考核方案、统一考核时间、统一考核标准、统一考核培训等“四统一”模式开展，确保考核同质化。

2. 各考区应加强组织领导，完善工作机制，认真落实好考核各项工作，确保考核顺利进行，考核时适当组织巡考。

3. 各考区应制定、完善本考区考核实施方案，包括考核经费使用方案、考官培训方案、考务实施方案、应急方案等，确保考核有序开展。

附件：1. 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核（第

- 1 考站)
2. 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 2 考站)
3. 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 3、4、5、6 考站) 病史采集、体格检查、病历书写 (首次病程记录)、病历分析样题
4. 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 3 考站) 病史采集评分表
5. 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 4 考站) 体格检查评分表
6. 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 5 站) 病历书写 (首次病程记录) 评分表
7. 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 6 站) 病历分析评分表

## 附件 1

# 儿科住院医师规范化培训结业临床 实践能力考核（第 1 考站）

## 技能操作样题（心肺复苏）

### 一、题干（儿科）

**场景：**你是院内应急响应团队成员，一位 8 岁儿童在医院楼道内突然倒地，接到电话后你在数秒内到达现场，看到一位旁观者正在进行单纯按压式 CPR，展示你接下来该怎样做？

### 二、问答题

（一）对儿童患者实施高质量心肺复苏时需做到哪些要素？（必答项 5 项）

1. 在识别心脏骤停后 10 秒内开始胸外按压。
2. 胸外按压速率为 100~120 次/分（必答项）。
3. 按压深度至少为胸外前后径的三分之一，大约 5 厘米（必答项）。
4. 每次按压后胸廓完全回弹（必答项）。
5. 胸外按压中断时间控制在 10 秒以内（必答项）。
6. 人工通气时胸廓隆起（必答项）。
7. 避免过度通气。

（二）如未建立高级气道，简述单人及双人施救者对儿童进行 CPR 时，胸外按压和人工通气比例及频率？

1. 单人操作时胸外按压与人工通气按照 30：2 进行，胸

外按压频率 15~18 秒完成 30 次按压胸外按压。

2. 双人按压与通气的比例改为 15:2, 即 7~9 秒完成 15 次按压。

3. 人工通气持续时间 1 秒, 两次通气之间须间隔 1 秒。

(三) 多名施救者对儿童进行 CPR 时, 承担胸外按压、人工通气的角色责任有哪些?

1. 胸外按压者应每 2 分钟评估 1 次大动脉搏动及自主呼吸, 用时 5~10 秒之间, 匀速按压且 7~9 秒完成 15 次按压, 感到疲劳前须轮换按压者。

2. 人工通气操作者应打开并保持气道开放, 实施有效人工通气, 观察并向按压者反馈质量。

### 三、评分表（心肺复苏）

考生姓名：

准考证号：

满分：100分

得分：

评分项目	具体内容	分值	扣分（原因）
快速判断	判断现场环境安全	2	
	大声呼救并拍打双肩	2	
呼救	向救援部门说清楚下列事项：		
	1. 事由（发生了什么）	2	
	2. 具体地点	2	
	3. 求助者姓名和联系方式	2	
	4. 准备如何处理，请携带 AED 或除颤仪	2	
评估	触摸大动脉搏动（颈/肱/股）5~10秒（触摸时需大声计数，并注意手法是否正确），同时评估有无自主呼吸	5	
胸外心脏 按压	病人平卧于坚硬的平面上：		
	1. 按压部位正确	5	
	2. 按压手法和姿势正确	5	
	3. 按压频率 100~120 次/分（每按压 30 次约 15~18s）	5	
	4. 按压深度：婴儿 4cm，儿童 5cm，成人/青少年至少 5cm 不超过 6cm （每 30 次按压至少 23 次符合标准）	5	
	5. 按压后必须让胸廓充分回弹（每 30 次按压至少 23 次符合标准）	5	
清理口腔	检查口腔是否通畅，并清理口腔异物	4	
口对口 人工呼吸	1. 压额抬颌手法充分开放气道	4	
	2. 施救者的嘴包住被救者的口鼻或口（口对口需捏住鼻子）	4	
	3. 吹气时间和呼气时间各 1 秒	4	
	4. 吹气时可见胸廓抬起	4	
	5. 避免过度通气	4	
其他要求	儿童单人复苏时，胸外按压与人工呼吸比例为 30:2	4	
	尽量减少胸外按压的中断，其停顿时间 < 10s	4	
	心肺复苏过程需遵循上述正确流程	4	
简易呼吸器 的使用	1. 连接方法正确（连接时间 < 15s，拼凑式连接扣分）	4	
	2. 面罩大小选择合适	4	
	3. 使用手法正确，面罩方向正确	4	
	4. 能够做到有效通气	4	
提问	上述问答题中选 1~2 个提问	6	

考官签字：\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

## 附件 2

# 儿科住院医师规范化培训结业临床 实践能力考核（第 2 考站）

## 第一部分：人文沟通样题

### 一、考生卷

患儿男，6 岁。主因“间断发热 2 个月”入院。

#### 病情介绍：

患儿间断发热 2 个月，伴贫血，昨日入院后经家长同意，完善了骨髓穿刺检查，今日血检室电话通知骨穿未成功，需要再次穿刺。

**要求：**针对此病人，你作为住院医师，与家长沟通。

患儿发热伴贫血，骨髓穿刺是必要的检查，告知家长昨日的骨穿未成功。需要再次穿刺，协助诊断。征得家长的同意并签署知情同意书。

#### 提示：

骨穿未成功的原因有操作者的技术原因，也可能与疾病本身有关。沟通过程说明骨穿的必要性及对疾病诊断的重要性。



## 二、考官卷

患儿男，6岁。主因“间断发热2个月”入院。

### 病情介绍：

患儿间断发热2个月，伴贫血，昨日入院后经家长同意，完善了骨髓穿刺检查，今日血检室电话通知骨穿未成功，需要再次穿刺。

**要求：**针对此病人，你作为住院医师，与家长沟通。

患儿发热伴贫血，骨髓穿刺是必要的检查，告知家长昨日的骨穿未成功。需要再次穿刺，协助诊断。征得家长的同意并签署知情同意书。

### 评分要点：

沟通过程首先告知骨穿未成功的消息，阐明再次骨穿的必要性及对疾病诊断的重要性，语言通俗，态度亲和关爱。

### 提问提示：

质疑不成功的原因是实习医生做的。

是否承诺这次必须成功。

要求主任亲自操作。

## 第二部分:人文沟通评分表

考生姓名:            准考证号:            满分: 100分            得分:

项目	评分项目	分值	扣分(原因)
开始阶段 (10分)	自我介绍	4	
	确认家长身份	3	
	仪表仪容	3	
沟通内容 (40分)	基本病情介绍	10	
	准确清楚表达题目中要求的内容	2	
	阐明进一步诊疗的必要性或病情变化	6	
	阐明进一步诊疗的风险或病情的变化	6	
	阐明不同意/不配合诊疗的相关风险	6	
	请家长签署病情告知或知情同意书	5	
	其它	5	
沟通技巧 (25分)	语言技巧	15	
	非语言沟通能力	10	
医德医风(5分)		5	
沟通效果 (15分)	应变能力	4	
	控制和判断能力	4	
	掌握时间	4	
	沟通对象的感受	3	
综合评价(5分)		5	
合计		100	

考官签字: \_\_\_\_\_

日期:    年 月 日

### 附件 3

## 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 3、4、5、6 考站) 病史采集、体格检查、 病历书写 (首次病程记录)、病历分析样题

### 一、病例摘要

患儿男，10 岁 6 月，入院日期：2019 年 10 月 23 日。

主诉：发热伴咳嗽 8 天。

现病史：入院前 8 天患儿接触患有呼吸道感染的同学后出现发热，体温波动在 38.5℃ 左右，每天热峰 1~2 次，同时伴有轻咳，干咳为主，无喘息，自行口服退热及止咳药，未就诊。入院前 5 天，患儿体温高峰升至 39.5℃，热峰 3~4 次/天，咳嗽加重，为阵发性咳嗽，少痰，无胸痛、咯血，无喘憋及呼吸困难。当日就诊于我院门诊，化验血常规+CRP：快速 C-反应蛋白 13mg/L，白细胞  $7.86 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分率 61.1%，淋巴细胞百分率 30.9%；胸片提示右肺内带可见模糊片絮状影，诊断“肺炎”。予“阿奇霉素”静点 5 天，患儿仍间断发热，咳嗽无明显好转。今日门诊复查血常规+CRP：快速 C-反应蛋白 14mg/L，白细胞  $6.88 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分率 61.1%，淋巴细胞百分率 28.5%；肺炎支原体 IgM 抗体：阳性，为进一步诊治，以“肺炎”收入院。

患儿自发病以来，精神状态良好，体力情况良好，食欲食量一般，睡眠情况良好，体重无明显下降，二便正常。

个人史：第 1 胎第 1 产，足月顺产，出生体重 3.85Kg，

否认出生时窒息抢救史，新生儿期体健。

**喂养史：**生后母乳喂养，6个月加辅食，饮食习惯正常。

**发育状况：**智体力发育同正常同龄儿。

**预防接种史：**按期预防接种。

**既往史：**既往体健。

**传染病接触史：**否认肝炎、结核等传染病接触史。

**过敏史：**否认药物过敏史。对桃子过敏。

**家族史：**父亲38岁，母亲36岁，现均体健。母孕晚期曾有妊娠期糖尿病，未予治疗。否认遗传病家族史。

**入院查体：**体温36.8℃，呼吸23次/分，脉搏102次/分，血压102/65mmHg。神志清，精神反应可，呼吸平稳，未见鼻翼扇动及三凹征，全身皮肤未见皮疹、出血点，卡疤(+)。全身浅表淋巴结未触及肿大。咽充血，双侧扁桃体I度肿大，表面无脓性分泌物。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心音有力，律齐，未闻及病理性杂音。腹部平软，无压痛，肝脾未触及。神经系统查体未见明显异常。双下肢不肿，四肢末梢暖。

**辅助检查：**

2019年10月18日：末梢五分类+CRP：快速C-反应蛋白13mg/L，白细胞 $7.86 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分率61.1%，淋巴细胞百分率30.9%。

2019年10月18日：胸片：两肺纹理增多，模糊，两下肺为

著，右肺内带可见模糊片絮状影，肺门著明。诊断意见：肺炎。

2019年10月23日：血常规+CRP：快速C-反应蛋白14mg/L，白细胞 $6.88 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分率61.1%，淋巴细胞百分率28.5%。

2019年10月23日：肺炎支原体IgM抗体：阳性。

## 二、首次病程日志

### （一）病例特点。

#### 1. 起病情况。

学龄期男童，起病急，病史8天，起病前有感冒患者接触史。

#### 2. 主要症状。

以发热、咳嗽为主要表现，咳嗽为阵发性干咳。门诊予阿奇霉素静点治疗效果不佳。

#### 3. 查体。

神志清楚，精神反应可，呼吸平稳，未见鼻翼扇动及三凹征，全身皮肤未见皮疹、出血点，卡疤(+)。全身浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心音有力，律齐，未闻及病理性杂音。腹部平软，无压痛，肝脾未触及。

#### 4. 既往史、家族史。

既往体健，家族史无特殊。

## 5. 辅助检查。

血常规：白细胞总数正常，中性粒细胞分类为主，CRP稍高。

胸片：两肺纹理增多，模糊，两下肺为著，右肺内带可见模糊片絮状影。

肺炎支原体 IgM 抗体：阳性。

## （二）诊断及鉴别诊断

1. 支原体肺炎：患儿为学龄期男童，病程中以发热及阵发性咳嗽为主要表现，干咳无痰、无喘息发作，查体时肺部体征不明显，化验血常规：白细胞计数正常，中性粒细胞分类为主，CRP 稍高，病程 8 天时查支原体抗体 IgM 阳性，胸片提示右肺片絮状阴影，故考虑支原体肺炎。但患儿在门诊已静点 5 天阿奇霉素抗感染治疗，疗效欠佳，入院后需进一步完善支原体 DNA、肺 CT 等协诊。

## 2. 鉴别诊断。

（1）细菌性肺炎：患儿表现为高热、咳嗽，血常规白细胞分类以中性为主，CRP 升高，静点阿奇霉素 5 天效果欠佳，细菌性肺炎不排除。但患儿虽发热超过 1 周，其精神状态尚可，双肺未闻及明显水泡音，且白细胞总数不高，故不支持细菌性肺炎，待入院后完善 PCT、痰培养及血培养等检查协诊。

（2）病毒性肺炎：患儿为年长儿，秋冬季起病，病初

有感冒患儿接触史，之后出现高热、咳嗽，故病毒性肺炎不排除，尤其注意流感病毒、腺病毒等。其化验血常规白细胞不高，CRP 仅轻度升高，阿奇霉素抗感染效果欠佳，更应注意病毒感染可能，待入院后完善呼吸道病毒抗原协诊。

（3）肺结核：患儿表现为发热、咳嗽，肺部体征相对较轻，阿奇霉素治疗效果欠佳，应考虑肺结核的可能。但患儿既往接种过卡介苗，否认结核病接触史，卡疤阳性，无长期低热、盗汗、乏力、体重减轻等病史，胸片上未见肺门淋巴结肿大表现，故不支持，入院后进一步完善 PPD 试验及 T-SPOT 协助鉴别。

### （三）诊疗计划。

1. 监测体温及呼吸情况，必要时给予吸氧、心电监测，给予呼吸道管理。

2. 抗感染可予阿奇霉素或四环素类药物（需签字告知），根据病情变化及病原学检查结果调整抗生素应用。

3. 完善血常规、生化、凝血功能、PCT、肺 CT 等评估患儿情况，查 PPD、痰培养、呼吸道病毒抗原、支原体 DNA 等协助明确病原及指导治疗。

4. 请示上级医师指导治疗。

5. 向家长详细交待病情。

### 三、入院后进一步检查结果

血常规：白细胞  $10.66 \times 10^9/L$ ，中性 59.9%，淋巴 27%，血色素 121g/L，血小板  $190 \times 10^9/L$ 。CRP14mg/L。

血生化：正常。

血沉：14 mm/h。

支原体抗体：1：320。

肺炎支原体核酸及耐药突变位点检测：MP-DNA 阳性(+)，MP 耐药阳性(+)。

72 小时 PPD 试验：阴性。

痰培养：未见细菌生长。

呼吸道病毒抗原检测：阴性。

肺部 CT：肺支气管血管束增多，肺透光度均匀，右肺下叶肺野内可见云絮状高密度病灶，内可见支气管充气征，肺门区未见明显病灶，心影正常。气管及隆突形态、位置正常，大血管形态、位置正常，腔静脉后软组织增厚，余纵隔内未见肿大淋巴结。印象：右下肺炎。

#### 四、考官提问

##### （一）支原体肺炎的常见临床特点。

以发热和咳嗽为主要表现。中高度发热多见，病初大多呈阵发性干咳，少数有黏痰，咳嗽会逐渐加剧，个别患儿可出现百日咳样痉咳，病程可持续 2 周甚至更长。多数患儿精神状况良好，多无气促和呼吸困难，而婴幼儿症状相对较重，可出现喘息或呼吸困难。年长儿肺部湿啰音出现



相对较晚，可有肺部实变体征。

## （二）难治性支原体肺炎的定义。

是指支原体肺炎经大环内酯类抗菌药物正规治疗 7 d 及以上，临床征象加重、仍持续发热、肺部影像学加重者，可考虑为难治性支原体肺炎。

（三）简述支原体肺炎的治疗药物选择（可提问重症和/或耐药者）。

1. 大环内酯类抗菌药物为目前治疗儿童 MPP 的首选抗菌药物。停药依据临床症状、影像学表现以及炎性指标决定，不宜以肺部实变完全吸收和抗体阴性或 MP-DNA 转阴作为停药指征。

2. 非大环内酯类抗菌药物：对于耐大环内酯类抗菌药物者，可以考虑其他抗菌药物。如四环素类、氟喹诺酮类仍然保持着对 MP 的强大抑菌活性与临床疗效，但须注意监测不良反应。

3. 混合感染的治疗：MP 对呼吸道黏膜上皮完整性的破坏可能为其他病原的继发感染创造条件。若有合并其他病原微生物的证据，则参照 CAP 指南选择联用其他抗菌药物。

4. 糖皮质激素：普通 MPP 无需常规使用糖皮质激素，但对急性起病、发展迅速且病情严重的 MPP，尤其是难治性支原体肺炎可考虑使用全身糖皮质激素。

（四）支原体肺炎应用支气管镜灌洗治疗的适应证。

支原体对气道损害较大，容易引起呼吸道黏液阻塞，甚至较大的支气管塑形分泌物栓塞，少数可有支气管炎症性狭窄甚至肉芽增生所致闭塞，及时解除呼吸道阻塞对减轻高热等症状、促进肺复张、减少后遗症的发生有重要意义。

#### （五）支原体肺炎的后遗症。

支原体肺炎在急性期后可出现反复呼吸道感染、慢性咳嗽及哮喘。病情严重者可引起持续的肺不张、支气管扩张、感染后闭塞性细支气管炎、单侧透明肺、闭塞性细支气管炎伴机化性肺炎、肺纤维化等。

## 附件 4

## 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 3 考站) 病史采集评分表

考生姓名：      准考证号：      满分：100 分      得分：

	考核项目	内容	满分	扣分(原因)
病史采集	一般项目	医生自我介绍、核对家长信息	5	
		姓名、年龄、性别、职业	5	
	现病史	起病情况与患病时间(明确主诉)	5	
		病因与诱因	5	
		主要症状特点(出现的部位、性质、持续时间、程度、加重与缓解因素)	15	
		病情的发展与演变(主要症状变化及新出现的症状)	10	
		诊治经过(诊疗单位、诊治措施、用药剂量及效果)	10	
		伴随症状(包括重要的阴性症状)	10	
		病后的一般状况(精神、食欲、体重、二便、睡眠)	5	
	既往史	既往健康状况、曾患疾病、外伤、手术、过敏史	5	
	个人史	新生儿期情况, 喂养史、生长发育、预防接种史	5	
	家族史	特别是与本病相关的疾病	5	
问诊技巧	问诊有条理和重点, 体现诊断思维	5		
综合素质, 医德医风	仪表整洁、语言文明、爱伤观念、与病人交流的能力	10		
合 计			100 分	

考官签字：\_\_\_\_\_

日期：    年    月    日

## 附件 5

## 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 4 考站) 体格检查评分表

考生姓名：            准考证号：            满分：100 分            得分：

考核项目	内容		满分	扣分(原因)	
准备工作	准备检查用具、手消毒和患儿沟通意图		2		
体格检查	生命体征	T、P、R、BP	3		
	一般状况	意识、发育、营养、体位、面容、步态、查体配合否	2		
	皮肤粘膜	水肿、黄疸、出血、皮疹、蜘蛛痣等	2		
	头部	头颅	畸形、压痛、头围、囟门、毛发	8	
		眼	结膜、巩膜、角膜、瞳孔，调节、辐辏反射		
		耳	外形、分泌物、乳突压痛、粗测听力		
		鼻	外形与通气、鼻中隔与鼻粘膜、鼻旁窦		
		口	口唇、口腔粘膜、牙齿及牙龈、舌、咽部		
	颈部	外形、血管、气管、甲状腺	5		
	淋巴结	头颈部、锁骨上、腋下、腹股沟、滑车上、腠窝	7		
	肺部	望诊	胸廓有无畸形、是否对称、肋缘是否外翻，呼吸动度及节律	2	
		触诊	胸壁及胸骨压痛、皮下气肿、胸廓扩张度、语音震颤、胸膜摩擦感	4	
		叩诊	双肺叩诊音、肺下界、肺底移动度	5	
		听诊	呼吸音、罗音、胸膜摩擦音、语音共振	5	
	心脏	MCL 测量		2	
		望诊	心前区有无膨隆、搏动范围	2	
		触诊	心脏震颤、心尖搏动、心包摩擦感	3	
叩诊		心相对浊音界	8		
听诊		心率、节律、心音、杂音、额外心音、心包摩擦音	4		
腹部	望诊	外形、腹壁静脉、胃肠型及蠕动波	2		
	听诊	肠鸣音、振水音、血管杂音	2		
	叩诊	腹部叩诊音、肝脾肾区叩击痛、移动性浊音	4		
	触诊	腹壁紧张、压痛、反跳痛、包块、麦氏点、肝、脾、Murphy 征	8		
脊柱四肢	畸形、肌张力、肌力、关节活动度	5			
神经系统	腱反射、颈抵抗、Kernig 征、Brudzinski 征、Babinski 征、Oppenheim 征	5			
其他	综合素质	仪表整洁、操作熟练、检查顺序	5		
	人文关怀	爱伤观念、与病人沟通的能力	5		
注	总计 100 分，30 分钟内完成，未按时完成扣 5 分		100 分		

考官签字：\_\_\_\_\_

日期：    年 月 日

## 附件 6

## 儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 (第 5 站) 病历书写 (首次病程记录) 评分表

考生姓名：            准考证号：            满分：100 分    得分：

项目	病历书写内容要求	满分	扣分	扣分细则
病例特点	归纳简单明了、重点突出	10		不符合评分要求 扣 3 分/项
	简要病史与入院记录采集信息一致	8		漏项或错项 扣 3 分/项
	对疾病诊断有意义的体格检查描述正确、到位	6		漏项或错项 扣 2 分/项
	与疾病相关的辅助检查结果描述正确、到位	6		漏项或错项 扣 2 分/项
诊断分析与鉴别诊断	诊断依据概括简洁完整，内容不空洞、不堆砌	6		漏项或错项 扣 2 分/项
	各项诊断均有病史、体检、辅助检查的支持	5		不符合评分要求 扣 2 分/项
	诊断主次排序正确	10		不符合评分要求 扣 2 分/项
	鉴别诊断结合主要诊断展开，分析有条理	10		不符合评分要求 扣 2 分/项
	未出现与诊断无关的鉴别诊断	4		不符合评分要求 扣 4 分
诊疗计划	针对病情制订具体明确的诊治计划，体现出诊治的整体思路	10		不符合评分要求 扣 3 分/项
	诊疗计划与相关诊断对应	9		不符合评分要求 扣 3 分/项
	体现患者病情个体化原则	6		不符合评分要求 扣 6 分
总体要求	首次病程录整体书写简洁扼要，临床思路清晰	6		不符合评分要求 扣 6 分
	书写规范、字迹清楚、无错别字、页面整洁	4		不符合评分要求 扣 2 分/项
合计		100		

考官签字： \_\_\_\_\_

日期：    年 月 日

儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核  
病历书写答题纸

考生姓名：      准考证号：      满分：100分      得分：

首次病程记录

一、病例特点：

二、诊断与鉴别诊断：

三、诊疗计划：

医师签字：\_\_\_\_\_

附件 7

儿科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核  
(第 6 站) 病历分析评分表

考生姓名：            准考证号：            满分：100 分    得分：

病历分析考核内容	满分	扣分	扣分细则
正确提出进一步的检查与理由	20		非常合理 (不扣分) 较为合理 (扣 5 分)
正确提出进一步的治疗与理由	20		合理 (扣 10 分) 较不合理 (扣 15 分)
与考核疾病相关的问题	20		不合理 (扣 20 分)
表达能力的逻辑性	10		非常清楚 (不扣分)
回答问题的准确度	10		基本清楚 (扣 2 分)
分析问题的针对性	10		部分清楚 (扣 5 分)
临床思维能力总评	10		稍有知道 (扣 7 分)
			不清楚 (扣 10 分)
合计	100		

考官签字： \_\_\_\_\_

日期：    年    月    日