

医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书

2009



临床执业(含助理)医师 实践技能模拟考场与应试技巧

主 编 程卫平 王海涛

第四版

- 纵览历年真题
- 把握命题趋势
- 指导复习方向



军事医学科学出版社

· 医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书 ·

2009 临床执业(含助理)医师实践技能 模拟考场与应试技巧

(第四版)

主 编 程卫平 王海涛
副主编 王元涛 傅晓 张晓晖 张颜波
王 峰 魏 丽
编 委 (以姓氏笔画为序)
于克波 王 峰 王元涛 王海涛
马立兴 朱 亮 李元民 张秀伦
张晓晖 张颜波 范永华 赵 同
程卫平 傅 晓 路艳花 管洪旭
魏 丽
主 审 周 丽

III

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内容提要

本书紧扣 2009 年卫生部医师资格考试委员会和国家医学考试中心制订的考试大纲,吸收了新近出版的人民卫生出版社《诊断学》(第七版)内容,书中把与大纲内容相对应的考题分别列出,并根据往年考试评分标准,列出每一步骤、方面的判分标准,供考生参考;另一方面,根据临床需要,把全身体格检查的内容做了详尽的描述,便于考生在今后的临床工作中参考;此外,还对考试中考官经常提问的问题做了简要的叙述,最后编写了 10 套模拟试题,其中考试第三站内容全部配有光盘,光盘主要内容包括心肺听诊、X 线、心电图阅读以及医德医风内容,场景完全模拟真实考试,让考生有身临其境的感觉。

图书在版编目(CIP)数据

2009 临床执业(含助理)医师实践技能模拟考场与应试技巧/程卫平,王海涛主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2008.12

(医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书)

ISBN 978-7-80245-169-8

I. 2... II. ①程...②王... III. 临床医学-医师-资格
考核-自学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 198087 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038,
86702759,86703183

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:北京市顺义兴华印刷厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:16.25

字 数:359 千字

版 次:2009 年 1 月第 4 版

印 次:2009 年 1 月第 1 次

定 价:35.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

执业医师考试的内容包括实践技能考试和医学理论考试两部分,实践技能考试通过后方能参加医学理论考试。综合分析近几年的实践技能考试情况,每年有相当一部分考生在实践技能考试中被淘汰,没有获得参加医学理论考试的资格,而且,总通过率呈下降趋势。为此,我们组织了多年从事临床教学工作和多次担任实践技能考试考官的临床教师,编写了这本《2009 临床执业(含助理)医师实践技能模拟考场与应试技巧》辅导书,既适用于参加国家临床执业医师考试人员,也适用于参加助理医师资格考试的人员,也可作为从事临床医师工作人员的参考用书。

本书紧扣 2009 年卫生部医师资格考试委员会和国家医学考试中心制订的考试大纲,吸收了新近出版的人民卫生出版社《诊断学》(第七版)内容,先介绍了执业医师考试的流程、技能考试组成、各站答题技巧,然后根据考试流程分章节编写,系统规范地阐述了病史采集、病例分析、体格检查、基本操作技能和辅助检查结果判读的方法、步骤、注意事项、考试技巧,用最为简洁的语言,使考生在最短的时间内,系统掌握、全面提高临床实践技能,在轻松应对考试的同时诊疗水平也会得到质的飞跃。

在编写时,我们把与大纲内容相对应的考题分别列出,并根据往年考试评分标准,列出每一步骤、方面的判分标准,供考生参考;另一方面,根据临床需要,把全身体格检查的内容做了详尽的描述,便于考生在今后的临床工作中参考;此外,还对相关操作的适应证、禁忌证、注意事项,以及考试中考官经常提问的问题做了简要的叙述,既有利于临床工作,又是考官所提问题的常用答案。

为方便考生考前练习,最后编写了 10 套模拟试题,其中考试第三站内容全部配有光盘,光盘主要内容包括心肺听诊、X 线、心电图阅读以及医德医风内容,场景完全模拟真实考试,让考生有身临其境的感觉。

本书在编写过程中得到了许多同行的支持与帮助,特别是历年来参加考试的考生们,给我们提出了很多中肯的意见和建议,在此一并表示感谢。由于时间限制和编者水平有限,书中难免有错误和不妥之处,望广大读者批评指正。

程卫平 王海涛
2008 年 12 月

医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书

- ◆2009 临床执业医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第五版)
- ◆2009 临床助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第五版)
- ◆2009 临床执业(含助理)医师实践技能模拟考场与应试技巧(第四版)
- ◆2009 中医执业医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第三版)
- ◆2009 中医助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第四版)
- ◆2009 中西医结合执业医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第三版)
- ◆2009 中西医结合助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第四版)
- ◆2009 中医/中西医结合实践技能模拟考场与应试技巧(第四版)
- ◆2009 临床执业医师资格考试历年考点串讲与答题技巧(第二版)
- ◆2009 临床助理医师资格考试历年考点串讲与答题技巧(第二版)
- ◆2009 口腔助理医师资格考试历年真题纵览与考点评析(第三版)
- ◆2009 临床执业医师资格考试临考押题试卷
- ◆2009 临床助理医师资格考试临考押题试卷
- ◆2009 中西医结合执业医师资格考试临考押题试卷
- ◆2009 中西医结合助理医师资格考试临考押题试卷
- ◆2009 中医执业医师资格考试临考押题试卷
- ◆2009 中医助理医师资格考试临考押题试卷
- ◆2009 口腔执业医师资格考试临考押题试卷

目 录

第一部分	执业医师考试介绍及应试技巧	(1)
第一章	执业医师资格考试介绍	(1)
第二章	执业医师实践技能考试概述	(1)
第三章	各站答题技巧	(3)
第三章	关于技能复习及考试的一点意见	(5)
第二部分	病史采集与病例分析	(7)
第一章	病史采集	(7)
第二章	病例分析	(48)
第三部分	体格检查与基本技能操作	(141)
第一章	全身体格检查全过程	(141)
第二章	全身体格检查要点	(146)
第三章	执业医师技能考试体格检查分项考核要点	(150)
第四章	基本技能操作	(167)
第四部分	辅助结果判读	(180)
第一章	心电图	(180)
第二章	X线片	(194)
第三章	CT检查	(213)
第五部分	模拟试卷	(225)
试卷一		(225)
试卷二		(228)
试卷三		(230)
试卷四		(233)
试卷五		(236)
试卷六		(239)
试卷七		(241)
试卷八		(245)
试卷九		(248)
试卷十		(251)

第一部分 执业医师考试介绍及应试技巧

第一章 执业医师资格考试介绍

一、医师资格考试的性质

医师资格考试是世界各国普遍采用的行业准入形式,也是《执业医师法》和医师管理制度的核心内容。执业资格是专业技术人员依法独立工作或开业所必需的,由国家认可和授予的个人学识、技术和能力的资质证明。执业资格考试是检验应试者是否具备从事某一特定行业所必需的资格、是否达到从事某一特定岗位工作的最基本要求。它要求应试者通过考试后,能直接胜任该岗位的大多数工作,并具有该行业特有的基本经验。

1998年6月26日第九届全国人民代表大会常务委员会第三次会议通过的《中华人民共和国执业医师法》,从法律上规定了国家实行医师资格考试制度。

二、考试分级与分类

医师资格考试分为两级四类,即医师和助理医师两级;每级分为临床、中医(包括中医、民族医、中西医结合)、口腔、公共卫生四类。

三、考试内容与科目

考试方式分为实践技能考试和医学综合笔试。只有通过了实践技能考试,才能参加医学综合笔试。执业医师考试测试基础科目、专业科目和公共科目三部分。笔试采用客观性选择题,书面考试,考试总题量为640题,助理医师资格考试总题量为330题。

医师资格考试的内容、考试形式以卫生部医师资格考试委员会审定颁布的《医师资格考试大纲》为依据。

第二章 执业医师实践技能考试概述

一、考试形式

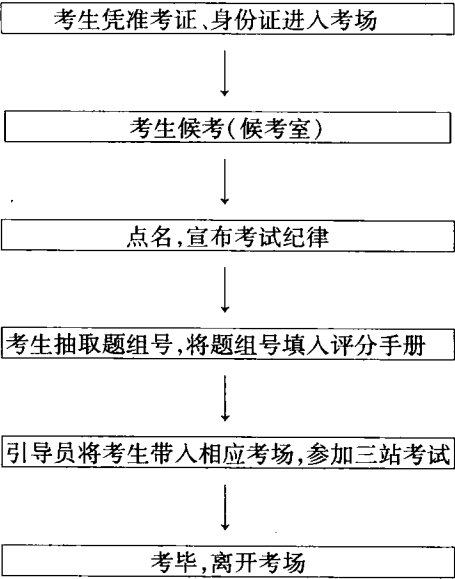
国家执业医师实践技能考试(临床类)设立三站考试,测试时间总共60分钟。

1. 第一考站:病史采集与病例分析。用答题卡进行笔试。
2. 第二考站:基本技能操作与体格检查。考生采用医学模拟人进行基本技能操作,考生互相之间进行体格检查。考官在考生进行操作时或操作后进行提问,考生回答。
3. 第三考站:计算机多媒体考试。内容有心肺听诊、X线片判读、心电图判读以及医德医

风题。

二、考试流程

见表。



三、考核实施方案

考站	考试项目		分值		考试时间(分钟)		考试设备	考试方法
第一考站	病史采集		15	35	10	21	试题卡	笔试
	病例分析		20		11			
第二考站	基本技能操作		18	36	11	21	医学模型	实作、 口试
	体格检查 1		18		10		考生互检	
第三考站	体格 检查 2	心脏听诊	29		18		电脑多 媒体	机试
		肺部听诊						
	心电图							
	X 线片							
	医德医风							
合计			100 分		60 分钟			

第三章 各站答题技巧

一、第一站考试

考试时间 21 分钟,没有多余时间思考,务必抓紧时间。以往很多考生就因为在规定的时间没有完成被淘汰。

(一) 病史采集

执业医师技能考试不是直接面对患者去问,而是将你要问诊的过程和内容记录下来,即在病历中应当反映的内容,所以一定要按照考试的要求去做。该部分考试时间 10 分钟,总分 15 分。

1. 病史采集的考试通常会先给出一个简单的病例。(执业医师技能考试大纲的测试症状共 17 项,一般有 100 多道题让考生抽签,应当掌握答题的思路和方法,按提纲顺序逐一列出答案。)

2. 理解答题要求,回答两个内容:

(1) 如何询问现病史

按照提纲进行:①病因、诱因;②主要症状的特点;③伴随症状;④全身状态,发病后的一般情况;⑤诊疗经过。分析给出的简单病例,按具体疾病可能的病因、诱因,按具体的症状学、鉴别诊断学要求进行询问,不要忘记询问发病后的一般情况和诊疗经过。

(2) 如何询问相关病史

包括①药物过敏史,手术史(一定要提及,每年的评分标准都有此项);②相关病史,即往史。

注意:对相关病史必须结合题目,询问与具体疾病有关的或需要鉴别的内容。不能千篇一律,死记硬背。

3. 问诊技巧是如何体现的

(1) 问诊有无条理性,是否重点突出?

(2) 是否围绕病情询问?

如果在答题中不能体现以上要求,则给考官不足的印象。所以考生应注意:①尽量按照提纲顺序进行回答,问诊中一定要条理性强,想好了再写,不要过后再乱加。②保持卷面的整洁,字迹清晰可辨。③提高准确性、逻辑性。围绕主述来询问,单靠一个主诉是不能作出诊断的,但还是有倾向性的,如:24 岁女性,发热、咯血,结核的可能性较大;而 45 岁男性,发热、咯血,则考虑为肺癌,两者采集的倾向则有所区别。

(二) 病例分析

病例分析中重点抓分要注意三点:诊断、诊断依据和进一步检查。

每份病例分析题均提供病例摘要,根据摘要内容进行分析、讨论。要得出正确答案,首先要有基本的临床医学知识和实践经验,还需要有一定的技巧,实际上就是正确的逻辑思维方法。应试医师应按四个步骤分析病例,简要回答相关问题:

1. 诊断及诊断依据

(1) 诊断:这是最难的一项,也是最关键的第一步。在每份病例摘要中,主要有三个部分:

主诉、病史、查体和辅助检查,应循序阅读、分析。

①主诉:主诉很简短,往往只有一两句话,但这是病例的主要症状表现,是浓缩的病历。读完主诉后应试医师对本例病人所患疾病会有初步了解和一个大致的范围。例如,“反复发作性右上腹痛半年”,应联想到引起右上腹痛的各种病变:消化性溃疡、肝胆系疾病、右半结肠病变和右尿路疾患等;若主诉是“胸痛、咳嗽、咯血2个月”,自然首先考虑是呼吸系统病变;又如主诉是“排便次数增加,大便带血3个月”,就会想到下消化道疾患,注意结肠和直肠的相应表现;有“尿频、尿急、尿痛伴发热1天”主诉的病例,尿路感染的可能性就很大。所以阅读完主诉后,对本例疾病的可能部位、性质等要有初步的了解。主诉前的性别、年龄也有一定的参考意义。

②现病史:是对主诉的进一步描述和说明,使可疑诊断范围缩小。例如,右上腹痛病例,半年前初次发作是由一次油腻饮食引起,继而有黄疸、发热,则疑诊的范围集中到胆道系统了;若右上腹痛与季节有关,伴有反酸、胃灼热,夜间或饥饿时明显,则应想到消化性溃疡。在其他医院的检查、治疗情况,也是有助于诊断的。

③查体和辅助检查:是诊断的具体客观指标,如大便次数增加,便中带血病例,查体触及右下腹包块,大便潜血(+),血红蛋白过低,则很可能是结肠肿瘤。有一点应予说明,病例摘要中辅助检查多不全,只能提供旁证。若辅助检查很全面,即可直接明确诊断,就不需要进一步检查了。

根据上述三项内容,应试医师应该能够对所分析的病例作出初步诊断,完成关键的一步。

诊断一定要写全,要主次有序。如慢支的病历诊断要写:慢性支气管炎合并感染;阻塞性肺气肿;肺源性心脏病;心功能几级。要注意病史及辅检中提供的每个线索,各个系统中的疾病并不多,很容易判断出来。总之,诊断一定要写全。一些基本化验值也应知道,如血钾低,则在诊断中应加上低钾血症;一些疾病的基本特征是要掌握的,如膈下游离气体,则为消化道穿孔;外伤后出现昏迷及中间清醒期,则为硬膜外血肿,如有瞳孔的改变则考虑有脑疝出现,注意诊断前面还要加上脑外伤;脾破裂可以有被膜下出血,可以在伤后一周才出现出血性休克症状,要加以注意。

(2)诊断依据:就是把作出诊断的理由和根据,一定要用病史及辅检中给的资料,按症状、体征和各项支持初步诊断的辅助检查顺序列出,结合该具体疾病病理特点分析,给出诊断的依据。

2. 鉴别诊断:将你在病例分析过程中曾疑及并排除,或还不能完全排除的疾患逐一列出,并简要阐明需要鉴别的原因和可初步排除的理由。要围绕着病变的部位及特征写出几种疾病,一般写三四种,例如溃疡病穿孔病例,应与其他急腹症如急性胆囊炎、急性胰腺炎、肠梗阻或急性阑尾炎等相鉴别。

3. 进一步检查:内容不外乎以下三方面内容,一是为了明确诊断,二是为了鉴别诊断排除某些疾病,三是拟订治疗方案所需做的检查。例如,初步诊断是胃癌,但尚需与胃溃疡病、胃息肉、胃炎相鉴别,则应进一步做胃镜检查(可取组织做病理以明确诊断)、CT(看一下肝、腹腔转移)、胸片(有无肺转移)。咳嗽、咯血、发热病例,已摄X线胸片疑为肺癌,尚需与肺结核、肺炎、气管炎或良性肿瘤鉴别,则需做痰液检查(包括细菌学和细胞学检查)、胸部CT以及气管镜检查等。

4. 治疗原则:根据诊断及病情,列出药物、手术等内外科治疗原则和简单的方案,如:应用

抗生素、抗感染治疗;输血、输液、抗休克治疗;开腹探查,阑尾切除和骨折复位,石膏托外固定等,逐一列出。注意重点写治疗原则,并且分清主次,不要忘记支持治疗,及一些预防复发、健康教育等项目。

二、第二站考试

本站是考生与考官直接面对面的交流,考生给考官的第一印象是影响考官评分的第一个环节,所以考生进入答题现场后,一定要注意礼节、言谈、举止等。给考官留下较好的印象起码可以缓解紧张的气氛,更有利于考生的发挥。对考试大纲的把握以及本书所涉及的考试要点的掌握,更能做到“手中有粮,心中不慌”,从容地完成所要求的操作,但操作中的技巧还需注意。例如答题前一定要听清楚、听完整考官所出的题义。切忌还没完全听懂题义就开始草率作答。如某患者因铁钉扎伤脚,请你换药。很多考生换了半天药,却漏掉了污染性伤口换药才是考核的关键点。

本站考察注重考生的实际操作能力,考生要把考试当成实际工作场景,一般要求考生在模拟人体上边操作边叙述,考生一定要按考官要求做,细节之处一定要演示清楚并叙述完整。考生比较容易紧张的是考官提问,一般提问的内容有以下几种情况:一是根据必须掌握的知识点事先设定好的,二是考生答题要点没有完全叙述清楚考官补充追问的问题。本书给出了一些考官常问的问题,多数涉及各种操作的注意事项、适应证、禁忌证,某一重要体征的病理意义和生理意义,一些操作检查的具体数值,一些专用的术语、专业名词等,考生复习时要注意这些要点。

操作中体现出对患者的同情、关爱和尊重,在检查前,主动介绍检查的内容以及患者应当如何配合,在检查中和检查后对患者给予肯定和感谢等。如血压的检查,一般认为比较简单,但很多考生遗漏了一项内容,就是测完血压后要给患者(模拟人)整理好衣袖,因此而丢分很可惜。操作取物时要注意治疗车上的物品是否齐全,特别是开各种包时要看清包内的物品是否齐全,每一步的操作都要注意和体现无菌观念,让考官一看就感觉你适合做临床工作。

三、第三站考试

要求强化记住几种X线片、CT片和心电图特点,检验结果分析不单独考核。

进行X线诊断时,一定要结合临床资料判别,综合影像学信息与临床、实验室检查,对病变特点进行归纳,而作出诊断。看片时要按顺序观察、注意全面观察,结合正常结构影像,掌握常见病变征象,熟悉病变诊断。心电图主要正常值要强化掌握,分析步骤为心律、心率、心电图轴,结合各波形特点、常见典型心电图诊断要点,给出诊断。考核医德医风、医患关系的内容,查看考生有无“爱伤意识”,必须引起各位考生的高度重视。

第三章 关于技能复习及考试的一点意见

复习的问题,首先,选择合适的复习资料,必须明确复习资料并不在于多而在于精,任何一个版本的复习资料都是根据大纲编写的,要想把大纲要求的点掌握透、说明白,就要完整细致地消化吸收,选择编写完整、观点正确的资料,无论对要进行的考试,还是将来要伴随终生的临床实践,都大有裨益。从技能考试来看,实际上还是以实际临床工作为主,很多都是工作中常

见的技能,所以复习的时候要注意技能中那些小的细节问题,往往这些就是得分点。仔细看技能操作,很多都是一环扣一环,一些基本技能合在一起的。如腰穿,腰穿前考测量血压的方法,消毒范围,无菌术,戴手套,还有的要求穿手术衣等,都是一些技能合在一起的,复习的时候要注意不同的技能的关联。还要注意结合临床,该项技能如何操作才最容易使被检者接受,还能易于有阳性发现,有什么临床意义,诊断什么疾病,如何操作才是规范的等等。

考试注意的问题,还是要强调以人为本、人文意识,考生面对的虽然是模拟人,还是要解释要进行的技能操作的意义,并说明注意事项。考病史采集和病例分析时注意审题,不要想当然地提笔就写,减少修改,字迹清晰工整,保持卷面整洁。技能操作注意顺序,口述的时候要注意条理理性。读片时要分析选项,如腹部平片,典型的有液气平面,肠梗阻确定,但如果注意到还有个选项是肠梗阻伴穿孔,就要注意了,再仔细看片,如果看到膈下游离气体,选肠梗阻就错了。听诊也是一样,要注意分析题干。有往年真题如下,女,23岁,咳嗽,胸痛,有结核病史,问心前区能听到什么。常规考虑心前区听的是心音,4个选项,3个都是关于心音的,分析,咳嗽、胸痛应该是肺脏胸膜的问题,有结核病史。考虑是肺结核或结核性胸膜炎,能听到的应该是呼吸方面的胸膜摩擦音等,心音选项选哪个都是错的。

总之,医师资格考试是一个入门考试,考的都是基础知识,不会考一些偏题、难题。所以对基础知识的掌握非常重要。操作时,动作要到位,给考官的印象觉得你适合做医生。希望考生在全面复习的前提下,认真看模拟题,先自己答题,再根据评分标准给自己评分,然后看看自己哪些方面没掌握好,多训练几次就会提高答题技巧。只要用心学习并掌握一些考试技巧,实践技能考试是很容易通过的。祝大家成功!

(王海涛 程卫平 于克波)

第二部分 病史采集与病例分析

第一章 病史采集

一、发热

(一) 概述

1. 概念:发热是指体温超出正常范围。机体在致热原的作用下,通过提高体温调定点,引起体温升高。正常人在24小时内下午体温较早晨稍高,剧烈活动、劳动或进餐后体温可略升高,但一般波动不超过 1°C 。不同的测量方法所得正常体温值不同,口测法为 $36.0\sim 37.2^{\circ}\text{C}$;肛测法为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$;腋测法为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。临床上常用腋测法。根据发热程度可分为:①低热,口腔温度不超过 38°C ,常见于活动性肺结核、风湿热;②中等热,口腔温度在 $38\sim 38.9^{\circ}\text{C}$,常见于急性感染;③高热,口腔温度在 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$,见于急性感染;④超高热,口腔温度超过 41°C ,见于中暑。

2. 病因

(1)感染性:是最主要、最常见的原因,可为急性、慢性、全身或局部的感染;可为细菌、病毒、真菌、螺旋体、立克次体、支原体或原虫所致。

(2)非感染性发热

①无菌性坏死物质的吸收:术后、内出血、烧伤、心肌梗死、肺梗死、脾梗死、肢体坏死、癌、白血病、淋巴瘤、溶血反应。

②抗原-抗体反应:风湿热、血清病、药物热、结缔组织病。

③内分泌障碍:甲亢、重度失水。

④皮肤散热减少:广泛性皮炎、鱼鳞癣以及慢性心功能不全,多为低热。

⑤体温调节中枢功能失常(中枢性发热):物理性:中暑;化学性:安眠药物中毒;机械性:脑出血、硬膜下出血、脑震荡、颅骨骨折。

⑥自主神经功能紊乱:产热 $>$ 散热,多为低热。

3. 发热的表现及特点

(1)体温上升期:此期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等。

机理:皮肤苍白是因体温调节中枢发出的冲动经交感神经而引起皮肤血管收缩、浅层血流减少所致,甚或伴有皮肤温度下降。由于皮肤散热减少刺激皮肤的冷觉感受器并传至中枢引起畏寒。中枢发出的冲动再经运动神经传至运动终板,引起骨骼肌不随意的周期性收缩,发生寒战及竖毛肌收缩,使产热增加,产热大于散热,使体温上升。

体温上升有两种方式:

①骤升型:体温在几小时内达到 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴寒战。小儿易伴惊厥。见于疟疾、

大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液反应或某些药物反应。

②缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,多不伴畏寒。见于伤寒、结核病、布氏杆菌病等。

(2)高热期:体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间的长短可因病因不同而有差异。如疟疾可持续数小时,大叶性肺炎、流行性感冒可持续数天,伤寒则可为数周。

此期体温已达到或略高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动,故寒战消失;皮肤血管由收缩转为舒张,使皮肤发红并有灼热感;呼吸加快变深;开始出汗并逐渐增多。使产热与散热过程在较高水平上保持相对平衡。

(3)体温下降期:由于病因的消除,致热原的作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降到正常水平,产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常水平。表现为出汗多,皮肤潮湿。

体温下降有两种方式:

①骤降:体温数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,伴大汗淋漓。见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应。

②渐降:体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒。

4. 发热的伴随症状

(1)寒战:常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、药物热、钩端螺旋体病、急性溶血或输血反应。

(2)结膜充血:见于麻疹、流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。

(3)单纯疱疹:常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。

(4)淋巴结肿大:常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

(5)肝脾肿大:常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤、黑热病、急性血吸虫病等。

(6)出血:可见于某些重症感染、某些急性传染病及血液病,如急性白血病等。

(7)关节肿痛:常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

(8)皮疹:常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。

(9)昏迷:先发热后昏迷见于流行性脑脊髓膜炎、斑疹伤寒、中毒性痢疾、中暑、流行性乙型脑炎等;先昏迷后发热见于脑出血、巴比妥类中毒。

(二)病史采集要点

1. 病因诱因:有无创伤、受凉。

2. 主要症状特点:热度、病程、性质(持续性还是间断性),发热规律(稽留热还是弛张热),持续时间,加重或缓解因素。

3. 伴随症状:有无寒战、结膜充血、淋巴肿大、肝脾肿大、出血、昏迷。

4. 全身状态:发病以来饮食、睡眠、大小便及体重变化情况。

5. 诊疗经过:发病以来是否到医院检查过,曾做过哪些检查和治疗,治疗是否有效。

6. 相关病史:旅行史、接触史、流行病史;创伤、手术、流产史;性病接触史;糖尿病、结核病、结缔组织病史等。

7. 药物过敏史,手术、外伤史。

(三) 题例

简要病史:男性,20岁,2天来发热伴鼻塞。

初步诊断:急性上呼吸道感染。

病史采集要点:(总分15分)

1. 问诊内容(13分)

(1) 现病史(10分)

根据主诉及相关鉴别询问(8分)

①试表,体温多少度,是否持续发热,有无寒战,以确定热型。(2分)

②鼻塞的性质和鼻分泌物情况。(2分)

③发病诱因及有无打喷嚏、咳嗽、咽痛、头痛等其他伴随症状。(2分)

④饮食、睡眠、二便、体重变化情况。(2分)

诊疗经过(2分)

①是否到医院看过,做过哪些检查。(1分)

②用过何种药物及其他治疗,效果如何。(1分)

(2) 相关病史(3分)

①药物过敏史。(1分)

②与该病有关的其他病史:既往耳鼻喉科病史。(2分)

2. 问诊技巧(2分)

(1)条理性强、能抓住重点。(1分)

(2)能够围绕病情询问。(1分)

二、头痛

(一) 概述

1. 概念:头痛指头颅内外各种性质的疼痛,包括五官及颈椎疾病所产生的牵涉痛以及头部神经痛。颅外各层及毗邻组织对疼痛均敏感,颅内组织只有部分血管及软、硬脑膜对痛觉敏感。传导颅内外痛觉的神经主要是三叉神经、舌咽神经、迷走神经、颈₁₋₃神经根。颅内外的痛敏结构受到各种因素损害时,可引起多种性质的头痛。头痛不仅是神经系统疾病最常见的症状,也是其他系统疾病常见的伴发症状。

2. 头痛的常见病因

(1) 颅内病变

①感染:脑膜炎、脑膜脑炎、脑炎、脑脓肿等。

②血管病变:蛛网膜下腔出血、脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、高血压脑病等。

③占位性病变:脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内寄生虫病等。

④颅脑外伤:脑震荡、脑挫伤、硬膜下血肿、颅内血肿、脑外伤后遗症等。

⑤其他:偏头痛、丛集性头痛、头痛型癫痫等。

(2) 邻近器官病变:如鼻窦炎、中耳炎、青光眼等。

(3) 功能性或神经性疾病:如颅内外血管扩张引起的偏头痛,颅颈部肌肉收缩所致的紧张性头痛,以及失眠、抑郁、焦虑等神经症所致的头痛。

(4) 全身疾病:如发热、低氧、低血糖、中毒、癫痫大发作,使用血管扩张药物之后也可引起

头痛。

(二) 病史采集要点

1. 起病年龄: 青春期、青年发病常见于偏头痛、紧张性头痛。老年人发病常见于高血压头痛、颞动脉炎等。

2. 头痛出现的时间: 脑肿瘤、副鼻窦炎常发生于清晨或上午, 紧张性头痛常于午后开始, 丛集性头痛常在晚间发生。

3. 头痛部位: 单侧或双侧、前额或枕部、局部或弥散、颅内或颅外对病因的诊断有重要价值。如偏头痛及丛集性头痛多在一侧, 颅内病变的头痛常为深在性且较弥散, 颅内深部病变的头痛部位不一定与病变部位相一致, 但疼痛多向病灶同侧放射。高血压引起的头痛多在额部或整个头部。全身性或颅内感染性疾病的头痛, 多为全头痛。蛛网膜下腔出血或脑脊髓膜炎除头痛外, 尚有颈痛。眼源性头痛为浅在性且局限于眼眶、前额或颞部。鼻源性或牙源性也多为浅表性疼痛。

4. 头痛性质: 偏头痛、各种原因导致血管扩张性头痛呈搏动性。紧张性头痛多感头部发紧似钳夹。颅、颈神经痛常呈电击样或放射样。蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿头痛常呈刀割、钻顶样痛。

5. 头痛持续的时间: 颅、颈神经痛多为数秒至数分钟, 偏头痛、紧张型头痛多持续 2~3 小时或 1~2 天, 低颅压头痛, 耳、鼻性头痛多持续数天, 脑肿瘤多呈进行性头痛, 卒中样发作且持续剧痛常见于蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿。

6. 头痛诱发及加重因素: 咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身可使颅内高压性头痛、血管性头痛、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛加剧。紧张性头痛可因精神紧张加剧。颈肌急性炎症所致的头痛可因颈部运动而加剧。

7. 头痛的伴随症状对判断疾病有重要的意义: ①头痛伴剧烈呕吐为颅内压增高, 头痛在呕吐后减轻者见于偏头痛; ②头痛伴眩晕者见于小脑肿瘤、椎-基底动脉供血不足; ③头痛伴发热者常见于感染性疾病, 包括颅内或全身性感染; ④慢性进行性头痛, 伴精神症状者应注意颅内肿瘤; ⑤慢性头痛突然加剧并有意识障碍者提示可能发生脑疝; ⑥头痛伴视力障碍者可见于青光眼或脑肿瘤; ⑦头痛伴脑膜刺激征者提示有脑膜炎或蛛网膜下腔出血; ⑧头痛伴癫痫发作者可见于脑血管畸形、脑内寄生虫病或肿瘤; ⑨头痛伴神经功能紊乱症状者可能是神经功能性头痛。

(三) 题例

简要病史: 男性, 48 岁, 间歇性头痛、头晕 2 年。

初步诊断: 高血压病。

病史采集要点: (总分 15 分)

1. 问诊内容(13 分)

(1) 现病史(10 分)

根据主诉及相关鉴别询问(8 分)

①头晕、头痛的性质、程度、部位及发作时间。(3 分)

②伴随症状: 恶心、呕吐、发热、耳鸣、目花、心悸等。(2 分)

③诱因。(2 分)

④饮食、睡眠、二便、体重变化情况。(1 分)

诊疗经过(2分)

①是否到过医院就诊,做过哪些检查。(1分)

②治疗情况如何。(1分)

(2)相关病史(3分)

①有无高血压病史及家族史。(1分)

②有无继发性高血压疾病的因素:肾小球肾炎、嗜铬细胞瘤等。(1分)

③吸烟和饮酒史、职业。(0.5分)

④有无药物过敏史。(0.5分)

2. 问诊技巧(2分)

(1)能围绕病情询问。(1分)

(2)条理性强,能抓住重点,问诊思路清晰。(1分)

三、胸痛

(一)概述

1. 概念:各种致病因素刺激胸部的感觉神经纤维,产生痛觉冲动传至大脑皮质的痛觉中枢引起的症状称为胸痛。有时来自内脏的痛觉冲动直接激发脊髓体表感觉神经元,也可引起胸部相应体表区域的痛感,称放射痛或牵涉痛。

2. 病因

(1)胸壁疾病:①皮肤及皮下组织病变;②肌肉病变;③肋骨病变;④肋间神经病变。

(2)心血管疾病:①冠心病;②心包、心肌病变;③血管病变:胸主动脉瘤、主动脉夹层、心肌梗死等;④心脏神经症。

(3)呼吸系统疾病:①支气管及肺部病变:支气管肺癌、肺炎、肺结核累及胸膜;②胸膜病变:胸膜炎、自发性气胸、胸膜肿瘤等。

(4)其他原因:①食管疾病;②纵隔疾病:纵隔气肿、纵隔肿瘤;③腹部疾病:肝脓肿、胆囊炎、胆石症、膈下脓肿等。

3. 伴随症状

(1)胸痛伴有血流动力学改变(低血压或颈静脉怒张):提示致命性胸痛,如心包填塞、张力性气胸、急性心肌梗死、巨大肺栓塞、主动脉夹层动脉瘤、主动脉瘤破裂、充血性心力衰竭及大量心包积液等。

(2)胸痛伴有呼吸困难:见于气胸、纵隔气肿、胸膜炎、肺栓塞、肺动脉高压、心肌梗死、主动脉瓣病变、肺炎等。

(3)胸痛伴有腰背痛:见于腹腔脏器及主动脉夹层动脉瘤。

(4)胸痛伴吸气加重:应考虑胸膜炎、肺炎、肺梗死、气胸、纵隔气肿、食管穿孔等。

(5)胸痛伴有吞咽加重:应考虑食管、纵隔及心包疾病。

(二)病史采集要点

1. 发病年龄:青壮年胸痛应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病,在40岁以上应注意心绞痛、心肌梗死与肺癌。

2. 胸痛部位:包括疼痛的部位及放射的部位。胸壁疾病的特点为疼痛部位局限,局部有压痛。炎症性疾病尚伴有局部红、肿、热表现。带状疱疹是成簇水疱沿肋间神经分布伴剧痛,疱