

国医药卫生类农村医学专业教材

农村医学

农村医学专业 实践技能实训

主 编 梁振华



第四军医大学出版社

国家卫生健康委员会 农村医学专业教材

农村医学专业 实践技能实训

主编 周海英

中国医药出版社

全国医药卫生类农村医学专业教材

农村医学专业实践技能实训

主 编 梁振华

副主编 吴 苇 王景舟 骆公生

编 者 (按姓氏笔画排序)

王景舟 (贵州省毕节市卫生学校)

吴 苇 (南昌市卫生学校)

骆公生 (长沙卫生职业学院)

高宗轶 (山西省晋中市卫生学校)

郭太兵 (云南省大理卫生学校)

黄 艳 (贵州省毕节市卫生学校)

梁振华 (山西省晋中市卫生学校)

蒋淑芳 (山西省晋中市卫生学校)

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

农村医学专业实践技能实训/梁振华主编. —西安:第四军医大学出版社, 2012.4

全国医药卫生类农村医学专业教材

ISBN 978-7-5662-0135-5

I. ①农… II. ①梁… III. ①农村卫生-医学院校-教材 IV. ①R127

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第062450号

农村医学专业实践技能实训

主 编 梁振华

责任编辑 张永利

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路17号(邮编:710032)

电 话 029-84776765

传 真 029-84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 蓝田立新印务有限公司

版 次 2012年4月第1版 2012年4月第1次印刷

开 本 787×1092 1/16

印 张 16.25

字 数 350千字

书 号 ISBN 978-7-5662-0135-5/R·992

定 价 39.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

出版说明

2010年教育部颁布《中等职业学校专业目录》(2010修订版),新增农村医学专业,以承担为农村医疗单位培养合格医务人员的责任,但教学实施过程中缺乏一套实用、适用的教材。为此,第四军医大学出版社联合中国职教学会教学工作委员会、中华预防医学会职业教育分会,按照研究先行、实践支撑的科学原则,完成农村医学专业课程的研究工作,其后组织全国40余所职业院校于2011年7月正式启动国内首套“全国医药卫生类农村医学专业教材”的编写工作。

本套教材的编写思想强调两个“转变”、三个“贴近”,即由传统的“以学科体系为引领”向“以解决基层岗位实际问题为引领”的转变,由“以学科知识为主线”向“基层实际应用技能为主线”转变;坚持“贴近学生、贴近岗位、贴近社会”,最终构建集思想性、科学性、先进性、启发性和适用性相结合的农村医学专业教材体系。同时,为满足农医专业学生参加临床执业助理医师资格考试的需求,教材设计了“案例分析”和“考点链接”模块,通过选编临床典型案例和高频考点并进行解析,以加深学生对重点、考点内容的理解,并提高其实际应用能力。

全套教材包括公共基础课、专业基础课、专业课、选修课、毕业实习与技能实习5个模块,共31门课程,主要供农村医学专业及其他医学相关专业使用,亦可作为基层医务人员的培训教材。

全国医药卫生类农村医学专业教材 建设委员会

主任委员 刘 晨

副主任委员 赵昌伦 宾映初 曹文元 朱爱军

委 员 (按姓氏笔画排序)

马永林 邓鼎森 石海兰 刘 敏

苏传怀 杨海根 吴 明 吴 敏

何海明 宋立富 张 展 张来平

张金来 张惊湖 陈德军 邵兴明

金 花 胡月琴 格根图雅 郭尧允

菅辉勇 崔玉国 符史干

序

太湖之滨，烟波浩渺，鱼米之乡，“二泉映月”委婉、舒缓、宁静、快乐、执着、激昂，感悟历史沧桑与幸福向往，名曲中外扬。十年前的昨天，来自全国的医学教育精英在此共议大事，筹划“卫生保健”专业的建设；十年后的今天，群英再聚首，同商“农医”专业的开拓发展，我们为之喝彩鼓掌。

农村，有着我国最广大的人口群体，“新农合”惠民政策正在深入人心，为百姓交口称道。为百姓的健康，培养身边下得来、留得住、干得好的农村医生，中国预防医学会公共卫生职教分会担重担、勇创新，组织全国开设此专业的院校齐心协力、智慧汇聚，使“农医”专业的建设应时而生、应势而长，使国家的惠民大计落地、生根、开花，将结出丰硕果实。这炫丽的花朵，恰绿叶相托，第四军医大学出版社捧上一片事业爱心、待人诚心，尽全力支持本专业的研究、开发和教材建设，并已见成效。

本套教材是教育部2010年确定开设“农医”专业后的第一套教材，有着很大的创新要求。它依据教育部专业目录与专业简介（2010版），以及此基础上公卫职教分会的研究结果——教改性教学方案而编写；它将医学教育与职业教育相结合，满足岗位需要；它适合学生、教师、院校的实际情况，具有可操作性。为此，陈锦治理事长、学会的核心院校领导和老师们共同努力，第四军医大学出版社鼎力支持，分析了本专业的教育目标、教育层次、岗位特征、学制学时、教学特点、学生状况以及执业资格准入标准等多个因素，提出了初中毕业起点学生获得农村医生执业（助理执业医师标准以上）能力的课程结构与基本教学内容。相信在教学实践中，老师们将结合实际做出进一步地探索与发展，以培养出合格的新型农村医生，发展医学服务事业，造福百姓，完成社会、时代所赋予的重任。

“农医”专业的课程与教材建设宛如柔韧多彩的江南乐曲与质朴高亢的秦腔汇成的一个春天的曲目，它会得到全国不同地区院校师生们的喜爱与爱护，它将是大家共同创造的“农医”专业的美好明天。

刘 晨

2012年3月28日于北京

前 言

《农村医学专业实践技能实训》主要是为农村医学专业毕业生参加执业助理医师考试提供平台,以提高考试通过率为目的,培养学生实际动手和操作能力及综合运用所学知识分析和解决问题能力的一本教材,是农村医学专业学生的选修课程之一,属于医学专业课程。

全书贴近专业,以临床专业《诊断学》《内科学》《外科学》教材中所涉及的基层常见病及临床常用理论为基础,培养学生分析问题,判断问题及解决问题的能力;贴近临床,以临床常用的操作和技能为教学重点,培养学生的实践动手能力;贴近考试,学习内容紧密结合执业助理医师考试大纲,通过文字、图表及考试举例,强化掌握大纲所规定的所有常见病的诊断、基本体格检查、操作及辅助检查。

本课程总学时为 68 学时,参照《执业助理医师技能实训》分为六章:第一章职业素质培养,贯穿教材始终;第二、三章病史采集及病例分析多以表格及例题形式展现,内容简洁明了;第四、五章的体格检查及基本操作也以表格形式呈现具体步骤,注意事项突出强调,让学生对细节部分加深印象;第六章辅助检查以图片形式直观描述,让学生真正做到有针对性的掌握。本书为中职农村医学生操作培训考核和临床技能规范化训练提供了理论依据,可作为中职卫生学校农村医学专业学生参加执业助理医师技能考核参考用书。

本书的编写工作得到了各参编单位领导以及第四军医大学出版社教材建设部老师的关心、支持和帮助,部分内容参考了各种版本的《诊断学》和《临床执业助理医师实践技能应试》等教材,在此一并表示诚挚的谢意。

由于参与编写的人员较多,工作经历及编写经验参差不齐,本书虽经多次讨论、修改和审校,仍难免存在疏漏与不足,恳请广大教师和学生提出宝贵意见并予以指正,以利于我们今后不断改进。

梁振华

2012.3

目 录

第一章 职业素质	(1)
第二章 病史采集	(4)
第一节 发热	(5)
第二节 疼痛	(7)
第三节 咳嗽与咳痰	(14)
第四节 咯血	(17)
第五节 呼吸困难	(19)
第六节 心悸	(21)
第七节 水肿	(23)
第八节 恶心与呕吐	(25)
第九节 呕血与便血	(27)
第十节 腹泻	(31)
第十一节 黄疸	(33)
第十二节 消瘦	(34)
第十三节 无尿、少尿与多尿	(36)
第十四节 血尿	(38)
第十五节 惊厥	(39)
第十六节 意识障碍	(41)
第三章 病例分析	(44)
第一节 慢性阻塞性肺疾病	(45)
第二节 肺炎	(47)
第三节 支气管哮喘	(49)
第四节 肺结核	(52)
第五节 胸部闭合性损伤	(54)
第六节 原发性高血压	(56)
第七节 冠心病	(59)
第八节 心力衰竭	(62)
第九节 休克	(65)
第十节 胃炎	(67)
第十一节 消化性溃疡	(69)
第十二节 肛门、直肠良性病变	(71)



第十三节	肝硬化	(74)
第十四节	胆石病、胆道感染	(77)
第十五节	急性胰腺炎	(80)
第十六节	急腹症	(83)
第十七节	消化系统肿瘤	(91)
第十八节	腹部闭合性损伤	(97)
第十九节	腹外疝	(99)
第二十节	病毒性肝炎	(100)
第二十一节	细菌性痢疾	(103)
第二十二节	急、慢性肾小球肾炎	(104)
第二十三节	尿路感染	(107)
第二十四节	贫血	(109)
第二十五节	白血病	(111)
第二十六节	甲状腺功能亢进症	(114)
第二十七节	糖尿病	(116)
第二十八节	系统性红斑狼疮	(119)
第二十九节	脑血管病	(121)
第三十节	四肢长管状骨骨折和大关节脱位	(125)
第三十一节	急性一氧化碳中毒	(136)
第三十二节	急性有机磷杀虫药中毒	(137)
第三十三节	小儿腹泻	(139)
第三十四节	小儿常见发疹性疾病	(141)
第三十五节	软组织急性化脓性感染	(144)
第三十六节	乳房疾病	(145)
第四章	体格检查	(149)
第一节	体格检查的基本方法	(149)
第二节	一般状况检查	(151)
第三节	头颈部检查	(156)
第四节	胸部检查	(159)
第五节	腹部检查	(169)
第六节	脊柱、四肢、肛门检查	(176)
第七节	神经系统检查	(179)
第五章	基本操作	(182)
第一节	手术区消毒和铺巾	(182)
第二节	换药	(183)
第三节	戴无菌手套	(185)
第四节	穿、脱隔离衣	(187)
第五节	穿、脱手术衣	(188)

第六节 吸氧术	(190)
第七节 吸痰术	(191)
第八节 插胃管	(193)
第九节 三腔二囊管止血法	(195)
第十节 导尿术	(196)
第十一节 动静脉穿刺术	(199)
第十二节 胸腔穿刺术	(200)
第十三节 腹腔穿刺术	(203)
第十四节 外科手术基本操作——切开、止血、缝合、打结与拆线	(206)
第十五节 开放性伤口的止血、包扎	(213)
第十六节 清创术	(217)
第十七节 脊柱损伤患者的搬运	(218)
第十八节 四肢骨折现场急救外固定技术	(219)
第十九节 人工呼吸和胸外心脏按压	(221)
第二十节 简易呼吸器的使用	(223)
第六章 辅助检查	(225)
第一节 心电图检查	(225)
第二节 X线影像诊断	(235)
参考文献	(245)

第一章 职业素质

职业素质是作为一名合格医师所必备的素质，也是实践技能考试的重要内容。职业素质贯穿于整体考核全过程。为了各位学生能够顺利地有关医德医风的考核，取得满意成绩，我们将医德医风考核的重要相关内容整理如下。

一、医德医风之风范

医德医风是指执业医师应具有的医学道德和风尚。它属于医学职业道德的范畴。

医学作为一种特殊职业，面对的是有思想、有感情的人类。因此，执业医师在职业活动中，不仅在医疗技术上要逐渐达到精良，而且面对一个个的患者还需要有亲切的语言、和蔼的态度、高度的责任感和高尚的医学道德情操，只有这样才能使自己成为德才兼备的医学人才，才能成为一个受人民群众尊敬爱戴的医生。

执业医师要达到医德医风的优良，必须接受医学道德教育和进行自我道德修养，并且要求：

1. 要提高对医学道德的不伤害原则、有利原则、尊重原则和公正原则的认识和理解，并用这些基本原则指导自己的执业活动，把医疗技术和医学理论统一起来。

2. 要认真履行以下医学道德规范。

(1) 救死扶伤，实行社会主义的人道主义。时刻为患者着想，千方百计为患者解除病痛。

(2) 尊重患者的人格和权利，对待不同层次患者，都应一视同仁。

(3) 文明礼貌服务。

(4) 廉洁奉公。自觉遵守纪律，不以医谋私。

(5) 为患者保守医密，实行保护性医疗。

(6) 互学互尊，团结协作。正确处理同行同事间的关系。

(7) 严谨求实，奋发进取。钻研医术，精益求精。不断更新知识，提高技术水平。

3. 要在执业活动中，不断提高履行上述医学道德基本原则和规范的自觉性和责任感。

4. 医学生在参加执业助理医师资格考试的过程中，必须时刻想到并注意体现医德医风内容。考生进入考场就是置身于临床工作实践环境，一定要体现出作为一名合格医生应有的职业道德风范。衣着得体，化妆适度，语言有素，落落大方。说话要有礼貌，考场的所有工作人员都是我们的老师，必须尊敬。对考官说话要诚恳，给考官（患者）



以亲切、朴实、大方之感。

二、沟通能力之体现

医师在执业活动中,要加强医患沟通,不断地提高沟通能力和沟通效果,这也是职业素质的重要组成部分和要求。

医患沟通使医患双方更好地互相了解和理解,有利于诊疗活动的进行,进而使医疗质量和服务水平得以提高,并且促进患者的康复。

医患关系的融洽,沟通常起到十分重大的作用。在考试过程中,必须以身临“临床实践”的心态。面对“患者”实施体格检查,切不可错误地认为是在模型人身上进行表演,一定要把模型人视为“真正的患者”,带着深厚的感情,严谨、细心、准确地完成各项基本技术操作。

(一) 体格检查考试时

1. 在实施某项体格检查之前,一定要亲切地向患者(考官)说明这项检查的目的,在体格检查过程中可能会给患者带来哪些不适,希望患者予以配合。

2. 在体格检查过程中,必须时刻注意动作轻柔,尽最大努力减轻或减少给患者带来的不适。

3. 当体格检查完毕,要协助患者穿好衣服,整理好身盖的被子。并同时表示感谢其良好地配合,也可同时询问还有何要求没有。

(二) 基本操作考试时

1. 在实施某项基本操作之前,一定要亲切地向患者(考官)说明这项操作在疾病诊治中的目的和如何进行,可能会给患者带来哪些不适。患者了解情况之后,自然会较好的予以配合。

2. 在操作过程中,必须时刻注意动作准确,尽最大努力减轻或减少给患者带来的不适,边操作边观察。如,穿刺前的麻药注射要体现“一针技术”;插入导尿管、胃管前,要充分涂抹润滑剂,插入时用力不可过猛;换药揭掉原有敷料时,要注意方向、层次、轻柔等。

3. 操作完毕,要注意包扎得当,协助患者穿好衣服,整理好身上盖的被子。同时向患者交代可能会出现哪些不适(如疼痛、瘙痒等)。最后要向患者表示感谢其良好地配合,同时询问还有何要求,使患者感到温暖,心安。

三、人文关怀之渗透

医学起源于他人关怀、人类关怀的需要,它与人文有着天然不可分割的联系。执业医师有必要重塑和提升人文素质,高扬人文精神的旗帜,积极开展人文关怀,使医学沿着健康的方向发展。

医师要对患者实施人文关怀,应该做到:

1. 具备一定的医学人文素质,在此基础上逐渐培养医学人文精神的理念和开展医学人文精神的实践即医学人文关怀的实践。为此执业医师要学习和丰富自己的医学人文知识,以提高其医学人文素质。

2. 要树立医学人文精神的理念，即对患者健康和生命权利的敬畏，关爱患者的生命价值，尊重患者的人格和尊严，维护患者的自主性。

3. 要进行医学人文精神的实践即医学人文关怀的实践，具体表现在：

(1) 要改变单纯的生物医学模式，树立生物 - 心理 - 社会的整体医学模式，即在医疗卫生保健活动中，既要重视患者的躯体疾病，又要了解和关注患者的心理状态和所处的社会环境。以整体的观点对待疾病和患者，防止局部的、片面的观点。

(2) 在医疗卫生保健服务活动中，要以患者为中心，时刻把患者的健康和生命利益放在首位，当患者的利益需要服从社会利益时也要使患者利益的损失降低到最低程度。

(3) 提供热诚、负责的最优化服务，即执业医师要改变患者“求医”的观念，要对患者开展热诚、负责的服务；同时，在医疗卫生保健服务中，对患者采取的措施应当是在当时的医学科学发展水平和客观条件下痛苦最小、耗费最少、效果最好和安全度最高的方案。

医患之间的人文关怀无处不在，处处皆是。在考试时主要注意语言和藹，切忌粗话。在要求患者作某些必要配合时，多用“请”字，即“请您这样”，等等。防避语言生硬、冷淡而影响了彼此间的信任。

(梁振华)

第二章 病史采集

在（执业助理）医师实践考试第一站中，首先遇到的就是“病史采集”。考核病史采集，其精髓为症状的询问。如果对主要症状的询问，能做到较全面、遗漏少，则病史采集这一站也就结果圆满了。

病史采集，即问诊，是通过医生与患者进行提问与回答了解疾病发生与发展的过程。通过病史采集及配合相应的体格检查，即可做出初步诊断。问诊的内容包括：

一、现病史

首先要询问诱因。大多数考生对咳嗽、呕吐这些主诉问得比较全面，但是总忘记问诱因。给分标准是只要提到诱因二字，就全给这1分。然后询问病情发生发展，范围和要求。接下来要询问诊疗经过，一般是2分，几乎有一半的考生忘记，给分标准是只要提到经过两字就给0.5分。只要问到做过哪些检查，用过何种药物，就给满分。

二、相关病史

主要是指既往史、个人史、家族史和该疾病有关的一些内容，比如上消化道出血，就要问有没有肝炎、肝硬化，血吸虫接触史（这点很容易忘），饮酒史等等。每个疾病都要问药物过敏史，否则这1分就白扣了。另外还有2分是问诊是否条理和是否围绕主诉询问。

三、病史采集试题解答时注意以下几点

1. 先看年龄、性别、病史长短，考虑常见病、多发病。

2. 现病史，围绕主诉展开，详细询问

（1）先问病因及诱因 如外伤、中毒、感染及环境改变、饮食失调等。

（2）其次询问主要症状 从主诉中最后加重症状问起，然后按主要症状先后顺序进行问诊，问清症状出现的部位、性质、程度，与其他因素的关系（疾病发生、发展及变化全过程）等。

（3）伴随症状 与主要症状相伴随，逐一鉴别（鉴别诊断依据）。

3. 两部分一定要分条分项写，字迹务必清晰工整。一天上百份考卷批下来，再看到写成一团一团的，考官不会给你慢慢找“诱因、发病、缓解、诊疗经过”，第一眼看不到就扣分了。卷面不整洁，字写得难看的更吃亏。

第一节 发 热

一、知识要点

(一) 概念

发热是指机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时，体温升高超过正常范围，称为发热（fever）。

(二) 病因与分类

临床上大致将发热原因分为感染性与非感染性两大类。

1. 感染性发热 指各种病原体（如病毒、细菌、肺炎支原体、真菌、寄生虫等）引起的感染导致的发热。

2. 非感染性发热 包括无菌性坏死物质的吸收；抗原-抗体反应；内分泌代谢障碍；皮肤散热减少；体温调节中枢功能失常；自主神经功能失调等引起的发热。

(三) 临床表现

1. 临床分度 按口测法标准，将发热高低划分为：低热（ $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ ）；中等度热（ $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ ）；高热（ $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ ），超高热（ 41°C 以上）。

2. 临床分期 按体温发展过程分为以下三期：

(1) 体温上升期 体温上升方式可分为骤升型和渐升型，表现为肌肉酸痛，干燥，无汗，寒战等。

(2) 高热期 体温达高峰，表现为皮肤潮红、灼热，呼吸加快、加深，出汗等。

(3) 体温下降期 体温下降方式可分为骤降型和渐降型，表现为大汗淋漓等。

3. 热型及临床意义 见表2-1。

表2-1 常见热型及临床意义

分型	特点	临床意义
稽留热	体温恒定地维持在 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上，达数天或数周。24小时内体温波动范围不超过 1°C	见于大叶性肺炎、伤寒等
弛张热	体温常在 39°C 以上，24小时内波动范围超过 2°C ，最低体温都在正常水平以上	见于败血症、风湿热、重度肺结核等
间歇热	体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，高热期与无热期反复交替出现	见于疟疾、急性肾盂肾炎等
回归热	体温急骤上升至 39°C 或以上，数天后又骤然下降至正常水平，高热期与无热期规律性交替	见于回归热、霍奇金病等
波状热	体温逐渐升达 39°C 或以上，数天后逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复多次	见于布鲁菌病
不规则热	发热的体温曲线无一定规律	见于结核病、风湿热、渗出性胸膜炎等



二、问诊要点

1. 应询问发热时间、季节。发热情况（缓急）、病程、程度（热度高低）、频度（间歇或持续）、诱因等。
2. 应询问有无畏寒、大汗或盗汗等。
3. 应询问多系统症状，是否伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛；腹痛、呕吐、黄疸；尿频、尿急、尿痛；皮疹、出血、头痛、肌肉痛，关节痛；昏迷等。
4. 应询问患病以来的精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。
5. 应询问治疗经过（药物、剂量、病情演变过程），特别是抗生素、退热药、糖皮质激素、强心苷等用药情况。
6. 应询问传染病接触史、疫情水源地居住史、手术史、流产或分娩史、职业特点等。

三、考试举例

简要病史：患者，女，18岁，发热伴鼻塞3天就诊。

要求：作为住院医师，围绕以上主诉，请叙述应如何询问该患者现病史及相关的内容。

诊断：急性上呼吸道感染，问诊内容如下：（总分15分）

（一）现病史（10分）

1. 根据主诉及相关鉴别询问（7分）

- （1）询问体温多少，是否持续发热，有无寒战等。（2分）
- （2）询问鼻塞的性质和鼻分泌物情况。（2分）
- （3）询问发病诱因及有无打喷嚏、咳嗽、咽痛、头痛及肌肉酸痛等其他伴随症状。（2分）

（4）询问饮食、睡眠、二便、体重变化情况。（1分）

2. 诊疗经过（3分）

- （1）询问是否到过医院就诊，做过哪些检查。（2分）
- （2）询问用过何种药物及其他方法治疗，效果如何。（1分）

（二）相关病史（3分）

1. 询问是否有药物过敏史。（1.5分）
2. 询问与该病有关的其他病史，既往耳鼻喉科病史。（1.5分）

（三）问诊技巧（2分）

1. 条理性差、不能抓住重点。（-0.5分）
2. 没有围绕病情询问。（-0.5分）
3. 问诊语言不恰当。（-0.5分）
4. 暗示性问诊。（-0.5分）