

孙经武 周忠民 王东 主编

临床执业医师

实践技能考试

通关宝典

(2009 + 光盘)



复习指导

紧扣2009年考试大纲

实战模拟

历年真题+标准答案

光盘

体格检查+基本操作考试示范影像



化学工业出版社
生物·医药出版分社

孙经武 周忠民 王东 主编

临床执业医师 实践技能考试

通关宝典

(2009 + 光盘)



化学工业出版社

生物·医药出版分社

·北京·

本书由执业医师技能考试考官和考试辅导老师编写，内容紧扣最新考试大纲，详细而系统地论述了各站考试需要掌握的重点知识、考试技巧、注意事项，并通过对真题的评分要点进行分析的形式列出了考试重点和考试中应注意的细节。该书指导性和参考性较强，适合参加执业医师实践技能考试的考生阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

临床执业医师实践技能考试通关宝典. 2009/孙经武, 周忠民, 王东主编. —北京: 化学工业出版社, 2009.3.
ISBN 978-7-122-04427-3

I. 临… II. ①孙…②周…③王… III. 临床医学-医师-资格考试-自学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 204217 号

责任编辑: 赵兰江 蔡 红
责任校对: 陈 静

文字编辑: 戴小玲
装帧设计: 关 飞

出版发行: 化学工业出版社 生物·医药出版分社
(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 装: 三河市延风印装厂

787mm×1092mm 1/16 印张 24 字数 693 千字 2009 年 4 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686) 售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 53.00 元

版权所有 违者必究

编写人员

主 编：孙经武 周忠民 王 东

副主编：马振滨 田春梅 崔景晶 石斗飞 刘晓娜

编 者：（以姓氏笔画为序）

于江泳 马振滨 马锋振 王 东 王 涛

王 震 王学彬 王学霞 石斗飞 卢克新

田春梅 刘于嫣 刘云启 刘仁同 刘同刚

刘建伟 刘晓娜 衣香明 孙经武 孙建荣

李 鹏 李海英 杨延冬 张 贝 张 林

张 洁 张文生 周忠民 夏国华 徐 军

徐文虎 郭光红 崔景晶

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5年实践技能考试情况，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。为此，我们组织了多年从事临床教学工作 and 多次担任实践技能考试考官的临床教师，编写了这本以“紧扣大纲、系统规范、考用结合、简洁时效”为特色的考试辅导书。

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，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，尽可能少的篇幅，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使诊疗水平得到质的飞跃。

本书在编写时，把与大纲内容相对应的考题分别列出，并请相关专业的专家进行了深入分析，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，把相关步骤做了条理、详尽的划分，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、注意事项等问题做了简要叙述，既有利于临床工作，又是考官所提问题的基本答案。

为方便考生考前练习，本书还配有光盘，光盘主要内容是在医学模拟人身上进行操作的影像，场景完全符合考试模式，让考生有身临其境的感觉。光盘配有同步解说，严格按照评分标准解说每一步操作方法及其得分要点，可使初学者尽快掌握操作手法，也会使考生在考前进一步学习和规范体格检查和临床操作。

为了考生实践技能水平的提高和顺利通过考试，我们从各个方面做了不懈的努力，由于时间比较紧，编写内容多，疏漏和不当之处在所难免，恳请同行专家和广大考生批评指正。

编 者
2009年2月

目 录

第一篇 考试大纲与应试技巧

第一章 考试大纲	1	第三节 体格检查得分要领	7
第二章 应试技巧	4	第四节 操作技能常见误区	7
第一节 病史采集技巧	4	第五节 辅助检查结果判读技巧	9
第二节 病例分析思路	4		

第二篇 复习纲要与真题解析

第一章 病史采集	11	第十三节 食管反流病	118
第一节 病史采集内容	11	第十四节 慢性胃炎	120
第二节 发热	12	第十五节 消化性溃疡	122
第三节 疼痛	18	第十六节 消化道肿瘤	124
第四节 水肿	32	第十七节 病毒性肝炎	131
第五节 呼吸困难	34	第十八节 溃疡性结肠炎	133
第六节 咳嗽与咳痰	37	第十九节 肛门、直肠良性病变	135
第七节 咯血	40	第二十节 腹外疝	140
第八节 恶心与呕吐	43	第二十一节 急性胰腺炎	143
第九节 呕血	45	第二十二节 肾小球肾炎	145
第十节 便血	47	第二十三节 泌尿系统感染	148
第十一节 腹泻与便秘	50	第二十四节 慢性肾衰竭	150
第十二节 黄疸	52	第二十五节 前列腺增生	152
第十三节 消瘦	54	第二十六节 贫血	154
第十四节 心悸	57	第二十七节 特发性血小板减少性紫癜	160
第十五节 惊厥	59	第二十八节 白血病	162
第十六节 意识障碍	60	第二十九节 甲状腺功能亢进症	165
第十七节 血尿	64	第三十节 甲状腺肿瘤	167
第十八节 无尿、少尿、多尿	66	第三十一节 糖尿病	169
第十九节 尿频、尿急、尿痛	68	第三十二节 系统性红斑狼疮	171
第二章 病例分析	70	第三十三节 类风湿关节炎	173
第一节 慢性阻塞性肺疾病	70	第三十四节 一氧化碳中毒	174
第二节 支气管哮喘	72	第三十五节 细菌性痢疾	176
第三节 呼吸衰竭	75	第三十六节 化脓性脑膜炎	178
第四节 肺炎	77	第三十七节 脑血管意外	179
第五节 肺癌	80	第三十八节 有机磷农药中毒	185
第六节 结核病	82	第三十九节 胆囊结石、胆囊炎	187
第七节 高血压病	89	第四十节 急腹症	189
第八节 冠心病	92	第四十一节 腹部闭合性损伤	193
第九节 心律失常	97	第四十二节 异位妊娠	196
第十节 心力衰竭	105	第四十三节 尿路结石	198
第十一节 心瓣膜病	109	第四十四节 胸部闭合性损伤	201
第十二节 休克	115	第四十五节 骨折与脱位	204

第四十六节	闭合性颅脑损伤	206	第十九节	电除颤	294
第四十七节	小儿腹泻	208	第二十节	简易呼吸器的使用	296
第四十八节	营养性维生素 D 缺乏性佝偻病	211	第二十一节	动静脉穿刺术	297
第四十九节	小儿常见发疹性疾病	213	第二十二节	手术基本操作——切开、止血、缝合、打结与拆线	298
第五十节	软组织急性化脓性感染	215	第二十三节	清创术	303
第五十一节	乳房疾病	218	第二十四节	四肢骨折现场急救外固定技术	305
第五十二节	妇科肿瘤	220	第五章	心电图判读	307
第五十三节	艾滋病	225	第一节	心电图诊断指导	307
第三章	体格检查	228	第二节	正常心电图	308
第一节	血压测量	228	第三节	房性期前收缩	309
第二节	眼的检查	229	第四节	室性期前收缩	310
第三节	浅表淋巴结检查	231	第五节	窦性心动过速	312
第四节	颈部检查	233	第六节	窦性心动过缓	313
第五节	胸部视诊	235	第七节	阵发性室上性心动过速	314
第六节	胸部触诊	238	第八节	室性心动过速	315
第七节	胸部叩诊	240	第九节	心室颤动	316
第八节	胸部听诊	242	第十节	心房纤颤	316
第九节	心脏视诊	244	第十一节	三度房室传导阻滞	317
第十节	心脏触诊	246	第十二节	左心室肥厚	319
第十一节	心脏叩诊	247	第十三节	右心室肥厚	321
第十二节	心脏听诊	249	第十四节	心肌缺血	322
第十三节	外周血管检查	251	第十五节	心肌梗死	322
第十四节	腹部视诊	253	第六章	X 线片判读	325
第十五节	腹部听诊	255	第一节	正常胸部正位片	325
第十六节	腹部触诊	257	第二节	肺炎	327
第十七节	腹部叩诊	264	第三节	肺癌	329
第十八节	神经系统检查	266	第四节	气胸	330
第四章	基本操作技能	271	第五节	胸腔积液	332
第一节	手术区消毒	271	第六节	肺结核	333
第二节	伤口换药	272	第七节	心脏扩大	334
第三节	戴无菌手套	273	第八节	正常腹部平片	335
第四节	穿脱隔离衣	274	第九节	肠梗阻	335
第五节	穿脱手术衣	275	第十节	消化道穿孔	336
第六节	吸氧术	276	第十一节	消化道造影	337
第七节	吸痰术	277	第十二节	肢体骨折	341
第八节	插胃管术	278	第七章	CT 影像诊断	343
第九节	导尿管	279	第一节	脑梗死	343
第十节	胸腔穿刺术	280	第二节	脑出血	344
第十一节	腹腔穿刺术	283	第三节	颅脑外伤	345
第十二节	腰椎穿刺术	285	第四节	肝癌	347
第十三节	骨髓穿刺术	286	第五节	脾脏损伤	347
第十四节	开放性伤口的止血包扎	288	第六节	肝脏损伤	348
第十五节	脊柱损伤的搬运	290	第七节	肾脏损伤	349
第十六节	人工呼吸	290	第八节	急性胰腺炎	349
第十七节	胸外心脏按压	292	第八章	超声诊断	351
第十八节	三腔二囊管止血法	293			

第一节	肝硬化	351	第七节	肾功能	366
第二节	急性胆囊炎	352	第八节	乙肝病毒免疫标志物	367
第三节	胆囊结石	353	第九节	血气分析	368
第四节	肾结石	355	第十节	脑脊液常规、生化检查	369
第九章	实验室检查结果判读	356	第十一节	胸水、腹水常规、生化检查	370
第一节	血、尿、粪常规	356	第十二节	凝血功能检查	370
第二节	痰液检验	360	第十三节	心肌坏死标志物	371
第三节	血生化	361	第十四节	骨髓常规检查	372
第四节	血清铁与总铁结合力	363	第十五节	肿瘤标志物	373
第五节	血脂、血糖	363	第十六节	血、尿 HCG 检测	375
第六节	肝功能	365			

第一篇 考试大纲与应试技巧

第一章 考试大纲

一、执业素质

- (一) 医德医风
- (二) 沟通能力
- (三) 人文关怀

二、病史采集

- (一) 发热
- (二) 疼痛
头痛、胸痛、腹痛、关节痛、腰背痛
- (三) 咳嗽与咳痰
- (四) 咯血
- (五) 呼吸困难
- (六) 心悸
- (七) 水肿
- (八) 恶心与呕吐
- (九) 呕血与便血
- (十) 腹泻与便秘
- (十一) 黄疸
- (十二) 消瘦
- (十三) 无尿、少尿与多尿
- (十四) 尿频、尿急与尿痛
- (十五) 血尿
- (十六) 惊厥
- (十七) 意识障碍

三、病例分析

1. 慢性阻塞性肺疾病；2. 肺炎；3. 支气管哮喘；4. 肺癌；5. 呼吸衰竭；6. 结核病（肺结核、结核性胸膜炎、结核性心包炎、结核性腹膜炎、肠结核）；7. 胸部闭合性损伤（肋骨骨折、血胸和气胸）；8. 高血压病；9. 心律失常；10. 冠心病；11. 心力衰竭；12. 心脏瓣膜病；13. 休克；14. 胃食管反流病；15. 胃炎；16. 消化性溃疡；17. 溃疡性结肠炎；18. 肛门、直肠良性病变；19. 肝硬化；20. 胆石病、胆道感染；21. 急性胰腺炎；22. 急腹症（急性阑尾炎、消化道穿孔、肠梗阻、异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转、卵巢囊肿破裂、急性盆腔炎）；23. 消化系统肿瘤（食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、肝癌、胰腺癌）；24. 腹部闭合性损伤（肝、胆、脾、肠、肾损伤）；25. 腹外疝；26. 病毒性肝炎（甲型病毒性肝炎、乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎）；27. 细菌性痢疾；28. 获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）；29. 急、慢性肾小球肾炎；30. 尿路感

2 第一篇 考试大纲与应试技巧

染；31. 慢性肾衰竭；32. 尿路梗阻（尿路结石、前列腺增生）；33. 贫血（缺铁性贫血、再生障碍性贫血、溶血性贫血）；34. 特发性血小板减少性紫癜；35. 白血病；36. 甲状腺疾病（甲状腺功能亢进症、甲状腺肿瘤）；37. 糖尿病；38. 系统性红斑狼疮；39. 类风湿关节炎；40. 四肢长管状骨骨折和大关节脱位；41. 一氧化碳中毒；42. 有机磷中毒；43. 化脓性脑膜炎（流行性脑脊髓膜炎）；44. 脑血管疾病（脑出血、脑梗死）；45. 闭合性颅脑损伤（急性硬膜外血肿）；46. 妇科肿瘤（子宫肌瘤、宫颈癌、卵巢癌）；47. 小儿腹泻；48. 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病；49. 小儿常见发疹性疾病（麻疹、风疹、幼儿急疹、水痘、猩红热）；50. 软组织急性化脓性感染；51. 乳房疾病（急性乳腺炎、乳腺囊性增生病、乳房肿瘤）。

四、体格检查

（一）一般检查

1. 全身状况 生命征（体温、脉搏、呼吸、血压）、发育（包括身高、体重、头围）、体型、营养状态、医师状态、面容、体位、姿势、步态。

2. 皮肤。

3. 淋巴结。

（二）头颈部

1. 眼 外眼检查（包括眼睑、巩膜、结膜、眼球运动）、瞳孔的大小与形状、对光反应（直接、间接）、集合反应。

2. 口 咽部、扁桃体。

3. 颈部 血管、甲状腺、气管。

（三）胸部

1. 胸部视诊

（1）胸部的体表标志包括骨骼标志、垂直线标志、自然陷窝、肺和胸膜的界限。

（2）胸壁、胸廓与乳房。

（3）呼吸运动、呼吸频率、呼吸节律。

2. 胸部触诊 胸廓扩张度、语音震颤、胸膜摩擦感。

3. 胸部叩诊 叩诊方法、肺界叩诊、肺下界移动度。

4. 胸部听诊 听诊方法、正常呼吸音、异常呼吸音、啰音、胸膜摩擦音。

5. 乳房检查 视诊、触诊。

6. 心脏视诊 心前区隆起与凹陷、心尖搏动、心前区异常搏动。

7. 心脏触诊 心尖搏动及心前区异常搏动、震颤、心包摩擦感。

8. 心脏叩诊 心界叩诊及左锁骨中线距前正中线距离的测量。

9. 心脏听诊 心脏瓣膜听诊区、听诊顺序、听诊内容（心率、心律、心音、心音改变、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音）。

10. 外周血管检查

（1）脉搏 脉率、脉律。

（2）血管杂音 静脉杂音、动脉杂音。

（3）周围血管征 枪击音等。

（四）腹部

1. 腹部视诊 腹部体表标志及分区；腹部外形、腹围；呼吸运动；腹壁静脉；胃肠型和蠕动波。

2. 腹部触诊 腹部紧张度；压痛及反跳痛；肝脾触诊及测量方法；腹部包块；液波震颤；振水音。

3. 腹部叩诊 腹部叩诊音；肝浊音界；移动性浊音；肋脊角叩击痛；膀胱叩诊。

4. 腹部听诊 肠鸣音；血管杂音。

(五) 脊柱、四肢、肛门

脊柱检查 脊柱弯曲度；脊柱活动度；脊柱压痛与叩击痛。

(六) 神经**1. 神经反射**

(1) 深反射 跟腱、肱二头肌、膝反射。

(2) 浅反射 腹壁反射。

2. 病理反射 Babinski 征。

3. 脑膜刺激征 颈强直、Kernig 征、Brudzinski 征。

五、基本操作

1. 手术区消毒；2. 换药；3. 戴无菌手套；4. 穿、脱隔离衣；5. 穿、脱手术衣；6. 吸氧术；7. 吸痰术；8. 插胃管；9. 三腔二囊管止血法；10. 导尿术；11. 动、静脉穿刺术；12. 胸腔穿刺术；13. 腹腔穿刺术；14. 腰椎穿刺术；15. 骨髓穿刺术；16. 手术基本操作（切开、止血、缝合、打结与拆线）；17. 开放性伤口的止血包扎；18. 清创术；19. 脊柱损伤的搬运；20. 四肢骨折现场急救外固定技术；21. 人工呼吸；22. 胸外心脏按压；23. 电除颤；24. 简易呼吸器的使用。

六、辅助检查**(一) 心电图**

1. 正常心电图；2. 窦性心动过速；3. 窦性心动过缓；4. 房性期前收缩；5. 心房颤动；6. 阵发性室上性心动过速；7. 室性期前收缩；8. 室性心动过速；9. 心室颤动；10. 房室传导阻滞；11. 左、右束支传导阻滞；12. 左、右心室肥厚；13. 典型心肌缺血；14. 急性心肌梗死。

(二) 普通 X 线影像诊断

1. 正常胸部正位片；2. 肺炎；3. 气胸；4. 胸腔积液；5. 浸润型肺结核；6. 肺癌；7. 心脏增大（二尖瓣型、主动脉型和普大型）；8. 正常腹部平片；9. 肠梗阻；10. 消化道穿孔；11. 泌尿系阳性结石；12. 上（下）消化道造影；13. 骨折（长骨骨折）。

(三) 超声诊断

1. 肝硬化；2. 急性胆囊炎；3. 胆囊结石；4. 肾结石。

(四) CT 影像诊断

1. 肝癌；2. 急性胰腺炎；3. 腹部外伤（肝、脾、肾损伤）；4. 颅脑外伤（颅骨骨折、急性硬膜外血肿、急性硬膜下血肿）；5. 脑出血；6. 脑梗死。

(五) 实验室检查

1. 血常规、尿常规、粪常规；2. 痰液检验（病原学、细胞学）；3. 血清电解质；4. 凝血功能检查（PT、APTT、血浆纤维蛋白原）；5. 血清铁与总铁结合力、铁蛋白；6. 血脂；7. 心肌坏死标志物（CK、CK-MB、肌钙蛋白）；8. 血糖；9. 血淀粉酶、尿淀粉酶；10. 肝功能；11. 肾功能；12. 乙肝病毒免疫标志物；13. 血气分析；14. 脑脊液常规及生化检查；15. 胸水常规及生化检查；16. 腹水常规及生化检查；17. 骨髓常规检查；18. 肿瘤标志物（AFP、CEA、ER、PR、CA19-9、CA125）；19. 血 HCG、尿 HCG 检测。

（王 东 崔景晶）

第二章 应试技巧

第一节 病史采集技巧

病史采集是第一站的两大内容之一，分值为 15 分，只要掌握问诊的基本技巧，均可达到 10 分以上，若是遇到比较熟悉的症状，得到 13 分以上非常容易。

病史采集题是由大纲要求的症状和疾病综合起来的，一般有 80 多道题让考生抽取。回答很有技巧，在进行任何症状的病史采集时，遵循以下“公式”，便可得到 10 分以上。

一、现病史

考题给出主诉，如：胸痛 2 个月。

考生应接着按顺序询问以下内容。

1. 主要症状的特点 包括所给症状的出现部位、性质、持续时间和程度等。如：胸痛主要出现在哪个部位，持续性的还是阵发性的，疼痛发作时，是一种什么样的感觉，每次发作有多长时间。

2. 病因与诱因 根据给出的症状，询问相应的基本病因和发作的诱发因素。如：胸痛大多在什么情况下发生，你认为与哪些情况有关系。

3. 伴随症状 是鉴别诊断的依据，是指在主要症状基础上的一系列其他症状。如：除胸痛以外还有没有身体其他部位的异常感觉，是何种感觉，胸部除疼痛外还有无其他不适感。

4. 病情的发展与演变 包括所给主要症状的变化和新症状的出现。如：胸痛发作的频率有何变化，疼痛的程度有无变化，每次发作的时间有无变化，发作时有无出现其他异常感觉。

5. 诊疗经过 包括以前的辅助检查及其结果、诊断、治疗措施、所用药物的名称、剂量、时间和疗效。如：以前做过哪些检查，结果怎样，以前医师诊断为何种疾病，用过哪些药物，效果如何。

6. 一般情况 询问病后的精神、体力状态、食欲及食量、睡眠、大小便情况。如：患病以来精神状态怎样，吃饭情况怎样，体重有无明显变化，睡眠情况如何，大小便有没有改变。

二、既往史

不论抽到何种症状，既往史的询问方法及内容不变，记住相应问题即可。

1. 相关病史 指本次患病以前的身体情况和所患疾病，即主诉所列时间以前的病情。如：本次患病之前身体情况怎样，有没有患过其他疾病，有没有患过传染病。

2. 药物过敏史、手术史、外伤史 指本次就诊前的药物、食物过敏情况，手术、外伤情况。如：以前是否有用药过敏的情况，若有，对何种药物过敏，有没有做过手术，有没有受过较重的外伤。

单会运用上述“公式”还是不够的，考生要得到高分还需要运用症状学的知识，通过逻辑推理来分析具体病例，这就需要以第二篇第一章的内容作基础，掌握其中所列症状的特点，在病史采集中才不至于挂一漏百，真正做到游刃有余。

第二节 病例分析思路

一般会有 100 个病例由考生随机抽取，病例分析中要注意五点：诊断、诊断依据、鉴别诊

断、进一步检查和治疗原则。

一、诊断

如果说病史采集是按照逻辑推理方法，由一个点（症状）演变到面（许多症状）的过程，而病例分析则是把整个病例的面（许多症状、体征、辅助检查）综合归纳成一个点（诊断）的过程。

病例分析过程比病史采集简单，归纳过程中要注意以下几点。

- (1) 全面把握 即抓住病史、症状、体征及辅助检查中提供的每一个线索。
- (2) 由面到点 即先定大方向再定点。
- (3) 有主有次 即先抓住特征性症状或体征，再参照其他线索。
- (4) 各个击破 即逐一排除各个需要鉴别的疾病。

例如：主诉黑粪3天，则大方向是消化道出血；如果有慢性肝炎病史，有腹水、脾大体征，则可诊断为肝硬化，其中腹水、脾大属于肝硬化特征性的症状或体征；没有上腹痛，不考虑消化道溃疡；没有消瘦、乏力，不考虑胃癌；没有进食刺激性食物（如乙醇等），不考虑急性胃黏膜出血。

此外，考试大纲中要求掌握的各个系统中的疾病并不多，考题中的诊断不会超出大纲所列疾病，因而很容易判断出来，特别是外科及妇产科，其病种较少，一旦抽到，可立刻断定是什么疾病。

还需要注意的是：诊断一定要写全，要主次有序。如，慢性支气管炎、心力衰竭（心衰）的病历诊断要写为：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Ⅳ级。以上诊断虽多，但均为一个诊断。若既往史中有高血压、糖尿病病史，应列为第2、第3诊断。

一些基础化验值也应知道，如血钾低，则在诊断中应加上另一诊断：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的可能，注意诊断开头还要加上脑外伤；脾破裂可以有被膜下出血，可以在伤后1周才出现出血性休克症状，考试中要加以注意。

二、诊断依据

诊断依据一定要用病史及辅助检查中所给的资料，按照诊断的顺序对应列出。病例中提到的一些特征性症状、体征和辅助检查结果，甚至既往史都是诊断的重要依据。在列举诊断依据时要遵循以下思路。

1. 相关病史 特别是与第一诊断密切相关的重大疾病及发病时间，作为次要诊断的疾病及发病时间也要列举。

2. 主诉内容 包括主要症状及发病时间，常常可以直接运用主诉内容。

3. 阳性体征 主要是支持第一诊断的阳性体征，按视、触、叩、听的顺序列举。

4. 辅助检查 列出对本疾病有诊断或确诊意义的辅助检查结果。

理清上述思路后，还要注意抓住重点，切忌长篇大论，诊断依据不是鉴别诊断，没有必要把阴性症状、体征和辅助检查结果列进去。

如诊断为冠心病（急性冠脉综合征）和高血压病（3级 极高危险组）的诊断依据如下。

- (1) 有高血压病史8年，血压（BP）最高180/110mmHg。
- (2) 活动时胸痛3年，加重3天。每次持续数分钟，休息后缓解。
- (3) 查体：血压170/110mmHg，主动脉瓣听诊区第二心音亢进，未闻及杂音。
- (4) 心电图提示V₄~V₆导联ST段水平压低，T波倒置。心脏超声心动图提示左心室前壁室壁运动减弱。

三、鉴别诊断

鉴别诊断就是围绕所给症状的部位、特征列出相近的几种疾病，大多列2~4种，如果没把

6 第一篇 考试大纲与应试技巧

握，可以多列几种疾病，以防失分。由于考生临床经验较少，或没有形成正确的临床思维，往往出现偏差，与答案相差甚远。在列举鉴别诊断时要遵循以下思路。

1. 症状拓展法 围绕所给症状列举相关疾病，如胸痛症状，要考虑到可以引起胸部疼痛不适的各种疾病：心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层、急性心包炎、急性胸膜炎、肺动脉栓塞、心脏神经官能症等。

2. 诊断拓展法 围绕自己确定的诊断列举相近疾病，如诊断为高血压病，鉴别诊断就是继发性高血压病：肾实质性高血压、肾血管性高血压、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症、主动脉缩窄等。

3. 资料拓展法 围绕辅助检查中重要的阳性结果列举相关疾病，如血压增高的病人检查结果中出现 BUN、Cr 的明显增高，如果认为是高血压并发肾脏损害，就要与肾实质性高血压鉴别；如果认为是肾脏实质性高血压，就要与高血压并发肾脏损害相鉴别。

四、进一步检查

题目中一般只提供一部分辅助检查资料，能为明确诊断提供基本的支撑资料，但要进一步明确诊断、明确疾病的严重程度、并发症情况，还必须进一步完善相关辅助检查，考试中不能毫无目的地列举检查项目，也不是多多益善，要应需而做，遵循以下思路。

1. 符合鉴别诊断的需要 为了排除相近的疾病，进一步明确诊断，需要相应的临床资料，如诊断冠心病心绞痛，要排除心肌梗死，在心电图的基础上，还应该抽血化验心肌坏死标记物，心电图无特征性 ST 段弓背向上抬高和动态演变，不能排除非 ST 段抬高型心肌梗死，若心肌坏死标记物也不高，结合胸痛特点和持续时间，才能完全排除心肌梗死。

2. 符合判断并发症的需要 为了判断有无相关并发症出现，要做相关辅助检查，如诊断冠心病急性心肌梗死，要做心脏超声心动图，目的是明确有无室壁瘤、乳头肌功能失调或断裂、心脏破裂等并发症，当然也可以判断心脏功能情况。

3. 符合病情判断的需要 为了明确疾病的严重程度，为下一步确定治疗方案提供证据，要做相关辅助检查，如诊断为冠心病、心绞痛，进行冠状动脉造影术检查，可以明确冠状动脉狭窄的部位、程度，为下一步确定药物治疗、冠脉内置入支架治疗、外科手术治疗提供客观依据。

4. 符合了解病情演变的需要 为了检测治疗效果，了解疾病的演变情况，要做相关辅助检查。如诊断为冠心病、心绞痛，要做 24h 动态心电图检查；诊断为高血压病，要做 24h 动态血压监测；诊断为冠心病、急性心肌梗死，要动态观察心肌坏死标记物；诊断为糖尿病，要动态监测血糖变化等。

五、治疗原则

描述治疗原则，要遵循层次分明、主次有序的原则，没有必要列举具体的治疗药物、剂量、用法等。

1. 层次分明 不要乱七八糟地堆砌治疗方法，要按层次列举，如急性心肌梗死的治疗原则是再灌注治疗、一般治疗、解除疼痛，而不要把介入治疗、溶栓治疗、外科手术治疗与一般治疗、解除疼痛并列起来。

2. 主次有序 主要的治疗方法往往是得分点，次要的治疗尽管列举了不少，可不一定有分，在考试时间有限的情况下，先列举重要的治疗，后列举次要的治疗应该是大有好处的。如急性心肌梗死的治疗，先列再灌注治疗、解除疼痛、预防和治疗心律失常和心力衰竭、监护和一般治疗，最后即使忘记并发症的治疗和恢复期处理，也不会丢失太多的分数。

以上对病例分析的解题思路进行了提炼和总结，只是帮助考生如何运用所学知识来轻松答题，要得高分必须认真复习第二篇第二章的内容，全面掌握了考试大纲中要求的各种疾病的特点，成功通过病例分析考试就是水到渠成的事了。

最后提醒考生要有时间观念，第一站病史采集和病例分析考试时间为 21min，考试中要保持

清醒的头脑和敏捷的思维，看清问题后要立即作答，不可犹豫，拖延时间会导致交卷时完不成所有问题的解答。

第三节 体格检查得分要领

一、谦逊有礼、认真听题

体格检查是第二站第一部分内容，考生要与考官直接面对面交流，考生给考官的第一印象是影响考官评分的第一个环节，考生进入考场后应对考官表示尊重、友好，注意言谈举止等细节，一个微笑、一个鞠躬、一句谦逊有礼的话语，都会给考官留下良好的印象，同时也会缓解自己的紧张情绪，有利于自己的发挥。

回答问题前，一定要听清楚、听完整考官提出的要求，若是没有听清楚，可以请考官把题目和要求重复一遍。如：请你在寒冷的环境下为病人行腹部查体。就应该注意到“寒冷”两个字，在查体前应该搓搓手，查体中应尽量减少病人腹部暴露面积，查体结束后应为病人盖好被子或衣服，否则就会丢掉非技术因素的2分。

二、查看物品、体现爱伤

在进行体格检查前要查看所需物品、器械是否齐全。因为每一组考官要为抽到不同查体部位的考生监考，有时候很多物品、器械堆放在一起。考生要把自己查体所需要的物品、器械挑选出来，放在手边；有时候会缺少某些器械、物品，考生要在查体前告知考官或服务人员，及时准备，不至于查体中用到了才说，显得被动、不连贯。

医务工作者在医疗活动中要有爱伤观念，体现对病人的人文关怀。大多数考生认为考试面对的是医学模拟人，就不注意这一点。人文关怀在每一个体格检查中都是得分点，所以应该把爱伤观念融入到每一个查体考试中，把它作为必不可少的一部分。来到医学模拟人前应该说：“你好！由于诊断和治疗的需要，我要为你做腹部的体格检查，请你配合，查体过程中若有什么不舒服请立即告诉我，谢谢！”另外要有关心病人的动作，如：搓搓手、轻轻帮病人解开衣服、尽可能减少暴露等。查体结束前应该说：“好了！检查结束了，谢谢你的合作！”为“病人”盖好被子或衣服。

体格检查结束后最好立即把用过的物品、器械放到原处，切忌把听诊器、棉签等习惯性地装入自己的口袋，给考官和以后的考生带来不便。

三、讲做结合、把握要点

在查体过程中，最好边做边讲，把做的步骤一一讲清，因为有时候考官从某个角度注视你的操作，你的肢体可能会挡住考官的视线，尽管考官没有看清你的操作，但听见你的叙述，也会给分。若是查体前没有发现缺少某些器械、物品，查体过程中又要用到，可以取相近物品代替，并告诉考官应该用何种器械或物品，如：查足部的病理征要用到棉签，服务人员又一时拿不过来，就可以用叩诊锤柄部代替，告诉考官应该用棉签，这样一般也不会被扣分。

体格检查考试的最后一个环节是回答问题，问题大多与体格检查内容有关，如考腹部触诊，问题可能是：腹部有局限性压痛，考虑什么？炎性包块和肿瘤性包块在触诊时各有什么特点？如果有腹肌紧张和反跳痛，有何临床意义？考生在复习体格检查要点时，还应该复习相关知识点，我们在第二篇第三章中特意编写了相关问题供考生复习，在考试中注意分清主次，回答问题时能够把握要点，回答问题这2分就能够轻松得到。

第四节 操作技能常见误区

基本操作技能是第二站第二部分考试内容，由评判体格检查的考官读题、提问、评分，考试

过程中仍然要做到谦逊有礼、认真听题、察看物品、体现爱伤观念、讲做结合、把握要点。本节将监考、评分多年来考生失分的错误之处列举出来，提醒考生不要出现类似的错误。

1. 手术区消毒 很多考生不了解某种手术消毒的范围，考题中反复出现甲状腺手术、阑尾炎手术、胃大部切除术的手术区消毒，考生应熟记其消毒范围，边做边讲，不至于失分。另外，要了解会阴区、小儿皮肤、黏膜处用何种消毒液消毒。

2. 伤口换药 认真听题，要求戴无菌手套换药的不要忘记戴手套。分清感染伤口还是清洁伤口，消毒顺序不能颠倒。考虑有厌氧菌感染的不要忘记用双氧水冲洗。注意两把镊子使用中的区别，夹棉球的镊子不能在手的上方。粘贴胶布固定敷料时不能绕肢体旋转一圈对接。

3. 戴无菌手套 选取大小合适的手套，若只有偏小的手套，向考官说明，以免戴不上时被认为是技术问题而扣分。左右手的手套要分清，不要在操作时换来换去。注意无菌观念，有菌面、无菌面要分清。戴上后要拉展平整，不要皱皱巴巴就开始操作。

4. 穿脱隔离衣 题中要求的是传染病隔离病房中的隔离衣，不是一般的隔离衣，平时不进传染病房，很少应用，更应该多练习几次。清洁面始终要对向穿衣者。先穿进两上肢再扣领扣、系腰带。脱隔离衣时注意顺序，不要忘记双手、前臂的消毒。

5. 穿脱手术衣 展开手术衣时不要拿倒，很多考生抓住了下面，领子、袖子接近了地面。抓住领子后要用抖开衣服，否则双上肢无法顺利伸进袖子中。要双手交叉向后传递腰带。连台手术时注意脱手术衣的顺序。

6. 吸氧术 考场中用到的装置可能是氧气瓶，也可能是中心供氧装置。考生应该熟悉不同装置的连接方法。了解鼻导管应该插多深（鼻翼到耳垂）。注意氧气的湿化，吸氧的流量。

7. 吸痰术 吸痰时要将患者的头转向一侧。吸痰管折叠导管末端或开放侧孔先进入，将吸痰管由口颊部插至咽部，在患者吸气时将吸痰管插入气管。插入一定深度时，立即放开导管折叠处或封闭侧孔，进行吸痰。吸痰时动作要轻柔，并将吸管左右旋转。每次插入吸痰时间不超过15秒。

8. 插胃管 插管前不要忘记胃管前端用石蜡油润滑。估计插到咽部时嘱病人做吞咽动作配合，尽管是模拟人，也要与他说话。插完后要通过抽、听、看来判断胃管远端是否在胃内。

9. 导尿术 第一遍消毒以尿道口为中心，由外向内，从上到下（女患者顺序是阴阜、前庭、大小阴唇、尿道口，男患者是阴阜、阴囊、阴茎）。第二遍从内到外消毒1次。历年均有考生将导尿管插入女模拟人阴道中的错误，尿道在阴道前方。插入深度：女性6~8cm，男性15~20cm。

10. 胸腔、腹腔、腰椎穿刺术 穿刺前和结束时均要测量血压，操作前和操作结束时，考生要告诉考官，需要测量病人血压，如果考官说不用测，再做下一步操作。胸腔穿刺（胸穿）抽气与胸穿抽液时的体位不同，考生要注意听题。消毒范围要超过15cm。胸穿沿下一肋骨上缘进针，为什么？腹穿首次放液不能超过多少？脑脊液压力的正常范围是多少？考生一定要将这些常考的题目及答案记熟。

11. 骨髓穿刺术 除戴口罩、帽子、戴无菌手套外，还应穿手术衣，考生要把穿手术衣说出来，等待考官答复。拔出穿刺针前要放入针芯、消毒皮肤。骨髓的抽吸量为0.1~0.2ml。

12. 开放性伤口的止血、包扎 考生要分清清洁伤口还是污染伤口，否则易把消毒的顺序搞反。听题时要听清楚有无厌氧菌感染的可能，决定是否需要用双氧水冲洗。

13. 人工呼吸 首先不要忘记清除呼吸道内的异物或分泌物，摘除口腔内活动义齿。一手托起病人下颌，尽量使其头后仰，另一手置于病人前额保持病人头部后仰位置，同时以拇指和食指将病人的鼻孔捏闭。一次吹气完毕后，立即与病人口部脱离，轻轻抬起头部，面向病人胸部，吸入新鲜空气，以便做下一次人工呼吸。吹气频率：成人为14~16次/分，儿童18~20次/分，婴幼儿30~40次/分。

14. 胸外心脏按压 很多考生按压位置偏左侧，认为心脏在左侧就压左侧，这是错误的，应

选择剑突以上 3~5cm 处，即胸骨中、下 1/3 的交界处为按压点。按压时肘关节不要弯曲。按压幅度为使胸廓下陷 3~5cm。频率为 80~100 次/分。

15. 电除颤 除颤前要在电极板上涂导电糊或裹盐水纱布，没有准备上述物品时要叙述。两个电极板不能混放，心尖部电极板与心底部电极板要区别开。要有调定放电量、充电、放电三个明显可见的步骤。

16. 简易呼吸器的使用 面罩球囊呼吸器的呼吸活瓣中间有一圈小孔的地方要向下，接好后，拿手试一下是否出气。双手挤球囊的出气量是 1000ml 左右，单手挤球囊的出气量是 600ml 左右。

第五节 辅助检查结果判读技巧

一、心电图判读技巧

(1) 考题多为非全部导联的心电图，只给出心电图最具特征的导联，如长的 II 导联、V₁、V₆ 导联等。首先看是哪一个导联的心电图。

(2) 边看心电图，边在考试大纲要求的测试项目中搜寻结果，答案一般不会超出考试大纲，所以不用考虑大纲以外较复杂的诊断。

(3) 先看有没有规律出现的 P 波，其方向在 II 导联是否向上，若向上多为窦性 P 波；看其振幅、时限，来判断有无左房、右房肥大；看其频率是否为 60~100 次/分，判断是否有窦性心动过速或过缓。

(4) 看 PR 段是否延长，超过 0.20 秒且后面都有 QRS 波群为一度房室传导阻滞，二度 I 型房室传导阻滞为 RR 间期逐渐缩短直至一个 QRS 波群脱落，二度 II 型房室传导阻滞为 RR 间期恒定不变，突然一个 QRS 波群脱落。

(5) P 波若与其后的 QRS 波群没有恒定关系且 P 波频率大于 QRS 波群频率，为三度房室传导阻滞。

(6) 看到 QRS 波群不宽，频率极快，在 160~250 次/分，看不到窦性 P 波，就可诊断为阵发性室上性心动过速。

(7) 窦性 P 波消失，代之以大小不等的小锯齿形波，QRS 波群节律不规则，就可诊断为心房颤动。

(8) V₁ 导联 S 波很深，V₆ 导联 R 波很高，就要想到左心室肥厚；相反的，就要考虑到右心室肥厚。

(9) ST 段压低，T 波低平或倒置是心肌缺血的标志；相关导联 ST 段弓背向上抬高或出现病理性 Q 波是急性心肌梗死的标志。

(10) 最后，不要忘记“正常心电图”也是一个诊断，不要只往病理性心电图诊断上考虑，忘记正常心电图。

二、X 线片判读技巧

(1) 看到一张 X 线片，只在考试大纲内的诊断中搜寻结果，一般不会超出考试大纲，所以不用考虑大纲以外较复杂的诊断。

(2) 看到有肺部实变影的 X 片，要考虑到肺炎，中、下叶实变要鉴别，中叶实变能挡住右心室，下叶实变挡不住右心室。

(3) 右肺上叶炎症要与右肺上叶合并肺门占位性病变鉴别，右肺上叶炎症时水平裂为水平直线，占位性病变时上叶萎缩，水平裂变为“S”形。

(4) 液气胸要与肺炎鉴别，液气胸肋膈角消失，上缘为一液平面，肺炎时肋膈角锐利。

(5) 胸片中肺野呈云雾状，密度不均匀，边界较模糊，可见结节影，考虑浸润性肺结核；胸