

2009 国家执业医师资格考试用书
遵循新编大纲 贴近实际考试

临床医师实践技能 应试指导

LINCHUANG YISHI SHIJIANJINENG
YINGSHIZHIDAO

《临床医师实践技能应试指导》专家组 编

- ★ 重视新增内容
- ★ 贴近不同考生
- ★ 精确复习范围
- ★ 提升考试成绩

赠20元
免费学习卡



中国协和医科大学出版社

国家执业医师资格考试

(2009 版)

临床医师实践技能 应试指导

《临床医师实践技能应试指导》专家组 编

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家执业医师资格考试临床医师实践技能应试指导: 2009 版/《临床医师实践技能应试指导》专家组编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2009. 1

ISBN 978 - 7 - 81136 - 122 - 3

I. 国… II. 临… 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 198704 号

国家执业医师资格考试 临床医师实践技能应试指导 (2009 版)

编 者:《临床医师实践技能应试指导》专家组
责任编辑:谢 冰 谢 阳

出版发行:中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销:新华书店总店北京发行所
印 刷:三河华晨印务有限公司

开 本: 787 × 1092 毫米 1/16 开
印 张: 23.5
字 数: 550 千字
版 次: 2009 年 1 月第一版 2009 年 1 月第一次印刷
印 数: 1—30000
定 价: 50.00 元 (含光盘)

ISBN 978 - 7 - 81136 - 122 - 3/R · 122

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前言

中国协和医科大学出版社伴随全国参加执业医师资格考试的同仁经历了十年光阴，摸索了我国执业医师资格考试的基本规律，积累了丰富的编写应试丛书的经验，为考生提供了不同层次、不同阶段和不同需求的应试参考书。

2009 年是我国执业医师资格考试发生变化的一年。《考试大纲》的修订及指导思想的转变，将明显提高考试质量和考试难度。但经过三年的准备，协和出版社给考生提供了一套符合考试的思想，遵循新大纲的应试丛书，帮助考生获得全面复习，重点突破和把握规律的实用知识。

本套丛书的实践技能类分册强调实际操作能力，系统运用知识分析和解决问题的能力，并注重医德医风、政策法规等职业素质修养。临床执业医师、执业助理医师增加了常用检查的内容，如 CT、腹部 B 超等。口腔执业医师、执业助理医师扩展了病例分析涵盖的内容。公共卫生执业医师、执业助理医师增加了应对突发公共卫生事件的处理等。

临床医师指导图书分基础综合、专业综合和实践综合三部分，强调以疾病为中心，紧密联系工作实际和工作场景。专业综合按症状和体征依系统进行编写，将内、外、妇、儿等学科整合为各个系统，体现临床实际。实践综合按临床场景、症状与体征、常见病、多发病进行编写，训练考生运用基本理论和专业知识处理实际问题的能力。

口腔医师指导根据资格准入要求增加新知识、新技术，注重口腔疾病的预防。

公卫医师指导图书增加了“学校卫生”部分内容，扩大了“突发公共卫生事件”的新内容，临床综合部分按疾病进行编写，扩大了复习范围，强调临床知识和技能复习。

“当医生就当好医生，当好医生就读协和医书”，协和出版社为全国争当好医生的读者，提供这套全面、准确、实用的应试丛书，必将获得广大考生的检验和客观评价，我们期待多有读者受益匪浅。

中国协和医科大学出版社
2009 年 1 月 1 日

目 录

第一章 职业素质	(1)	四、肺癌	(57)
一、医德医风	(1)	五、呼吸衰竭	(60)
二、沟通能力	(1)	六、结核病	(62)
三、人文关怀	(2)	七、胸部闭合性损伤	(72)
第二章 病史采集	(3)	八、高血压病	(77)
一、发热	(4)	九、心律失常	(80)
二、疼痛	(6)	十、冠状动脉粥样硬化性 心脏病	(90)
三、咳嗽与咳痰	(15)	十一、心力衰竭	(94)
四、咯血	(17)	十二、心脏瓣膜病	(100)
五、呼吸困难	(19)	十三、休克	(107)
六、心悸	(21)	十四、胃食管反流病	(111)
七、水肿	(22)	十五、胃炎	(112)
八、恶心与呕吐	(23)	十六、消化性溃疡	(116)
九、呕血与便血	(25)	十七、溃疡性结肠炎	(119)
十、腹泻与便秘	(31)	十八、肛门、直肠良性 病变	(122)
十一、黄疸	(34)	十九、肝硬化	(124)
十二、消瘦	(37)	二十、胆石病、胆道感染	(126)
十三、无尿、少尿与多尿	(38)	二十一、急性胰腺炎	(129)
十四、尿频、尿急与尿痛	(41)	二十二、急腹症	(131)
十五、血尿	(42)	二十三、消化系统肿瘤	(140)
十六、惊厥	(43)	二十四、腹部闭合性损伤	(152)
十七、意识障碍	(45)	二十五、腹外疝	(158)
第三章 病例分析	(48)	二十六、病毒性肝炎	(161)
一、慢性阻塞性肺疾病	(49)	二十七、细菌性痢疾	(164)
二、肺炎	(52)		
三、支气管哮喘	(55)		

二十八、艾滋病	(168)	五十一、乳房疾病	(245)
二十九、急、慢性肾小球 肾炎	(170)	第四章 体格检查	(248)
三十、尿路感染	(175)	一、一般检查	(248)
三十一、慢性肾功能衰竭	(176)	二、头颈部	(252)
三十二、尿路梗阻	(179)	三、胸部	(254)
三十三、贫血	(182)	四、腹部	(265)
三十四、特发性血小板 减少性紫癜	(185)	五、脊柱、四肢、肛门	(269)
三十五、白血病	(188)	六、神经	(270)
三十六、甲状腺疾病	(192)	第五章 基本操作技能	(273)
三十七、糖尿病	(198)	一、手术区消毒	(273)
三十八、系统性红斑狼疮	(200)	二、换药	(273)
三十九、类风湿关节炎	(204)	三、戴无菌手套	(274)
四十、四肢长管状骨骨折和 大关节脱位	(207)	四、穿、脱隔离衣	(275)
四十一、一氧化碳中毒	(212)	五、穿、脱手术衣	(275)
四十二、有机磷中毒	(215)	六、吸氧术	(276)
四十三、化脓性脑膜炎 (流行性脑脊髓 膜炎)	(217)	七、吸痰术	(277)
四十四、脑血管疾病	(220)	八、胃插管术	(278)
四十五、闭合性颅脑损伤	(225)	九、三腔二囊管止血法	(279)
四十六、妇科肿瘤	(228)	十、导尿术	(280)
四十七、小儿腹泻	(233)	十一、动、静脉穿刺术	(281)
四十八、营养性维生素 D 缺乏性佝偻病	(237)	十二、胸腔穿刺术	(282)
四十九、小儿常见发疹性 疾病	(240)	十三、腹腔穿刺术	(283)
五十、软组织急性化脓性 感染	(243)	十四、腰椎穿刺术	(284)
		十五、骨髓穿刺术	(285)
		十六、外科手术基本操作	(286)
		十七、开放性伤口的止血 包扎	(288)
		十八、清创术	(289)
		十九、脊柱损伤的搬运	(290)
		二十、四肢骨折现场急救 外固定技术	(290)

二十一、现场心肺复苏术	(291)	十、消化道穿孔	(329)
二十二、电除颤	(293)	十一、泌尿系阳性结石	(330)
二十三、简易呼吸器的 使用	(294)	十二、上、下消化道造影	(331)
第六章 辅助检查	(295)	十三、肢体骨折正、 侧位片	(334)
第一节 心电图	(295)	第三节 B 型超声检查	(336)
一、正常心电图	(295)	一、肝硬化	(336)
二、窦性心动过速	(296)	二、急性胆囊炎	(337)
三、窦性心动过缓	(296)	三、胆囊结石	(337)
四、房性期前收缩	(299)	四、肾结石	(338)
五、心房颤动	(300)	第四节 CT 检查	(339)
六、阵发性室上性心动 过速	(300)	一、肝癌	(339)
七、室性期前收缩	(300)	二、急性胰腺炎	(339)
八、室性心动过速	(300)	三、腹部外伤	(340)
九、心室颤动	(305)	四、颅脑外伤	(341)
十、房室传导阻滞	(305)	五、脑出血	(341)
十一、左右束枝传导阻滞	(310)	六、脑梗死	(342)
十二、左、右心室肥厚	(313)	第五节 实验室检查	(343)
十三、典型心肌缺血	(315)	一、血、尿、粪常规	(343)
十四、急性心肌梗死	(315)	二、痰液检验	(347)
第二节 X 线片	(318)	三、血清电解质	(347)
一、正常胸部正位片	(318)	四、凝血功能检查	(349)
二、肺炎	(319)	五、血清铁、总铁结合力、 铁蛋白	(350)
三、气胸	(320)	六、血脂	(351)
四、胸腔积液	(321)	七、心肌坏死标志物	(352)
五、典型浸润型肺结核	(323)	八、血糖	(353)
六、肺癌	(324)	九、血、尿淀粉酶 (AMS)	(354)
七、心脏扩大	(325)	十、肝功能	(354)
八、正常腹部平片	(327)	十一、肾功能	(356)
九、肠梗阻	(327)		

十二、乙肝病毒免疫 标志物	(357)	十六、骨髓常规检查	(361)
十三、血气分析	(358)	十七、肿瘤标志物	(363)
十四、脑脊液常规及 生化检查	(359)	十八、血、尿人绒毛膜促 性腺激素 (hCG) 检测	(364)
十五、胸腔积液和腹腔 积液常规及生化 检查	(360)	计算机病例模拟 (CCS) 考试介绍	(366)

第一章 职业素质

一、医德医风

医德医风是指医务人员在医疗实践活动中所遵循的行为规范、行为准则、工作态度、工作作风。医务人员应树立救死扶伤、忠于职守，爱岗敬业、满腔热忱，开拓进取、精益求精，乐于奉献、文明行医的行业风尚，这是医务人员应具备的思想品质，是指导医务人员从事医疗活动的行为准则。具体包括以下几点：

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. 尊重患者的人格与权利，对待患者，不分民族、性别、职业、地位、财产状况，都应一视同仁。
3. 文明礼貌服务。举止端庄，语言文明，态度和蔼，同情、关心和体贴患者。
4. 廉洁奉公。自觉遵纪守法，不以医谋私。
5. 为患者保守秘密。
6. 互学互尊，团结协作。
7. 严谨求实，奋发进取，钻研医术，精益求精。

二、沟通能力

医患沟通指在医疗卫生和保健工作中，医患双方围绕伤病、诊疗、健康及相关因素等主题，以医方为主导，通过多途径的交流，科学地指引患者的诊疗，建立双方相互尊重、理解和信任的医患关系。医生与患者充分而恰当的沟通即是采集疾病信息的重要方式，也是与患者建设和谐人际关系的重要手段。医患沟通的目的在于正确诊断疾病、有效治疗疾病、融洽医患关系、妥善解决纠纷。

做好与患者的沟通需要遵循以下几项原则：

1. 人际平等、互相尊重 尊重患者的人格和权利，与患者平等沟通，能从患者的角度理解和思考。
2. 有效传递信息 以患者能理解的语言向其提供全面、真实的信息，帮助其做出有利于治疗和康复正确的决定。
3. 正确运用人际沟通的技巧和途径 与患者沟通宜因不同的教育背景、文化传统、生活环境而采取不同的语言或非语言沟通形式。因病情的轻重、复杂程度选择不同的沟通方式。
4. 正确安排沟通的时机和选择沟通的环境 尽量在双方心情平静，状态良好时沟通，并选择良好的物理、人际和人文环境中沟通。
5. 面对面沟通时的注意事项 沟通前预先做好准备，设定目标，设计恰当的过渡。适度运用眼神、手势、表情及其他肢体语言。讲话时控制好语音、语调、语速，并注意聆听患

者的陈述，重视和认同患者的痛苦和遭遇。

三、人文关怀

人文关怀就是对人的生存状况的关怀、对人的尊严与符合人性的生活条件的肯定，亦即对人的关心、爱护和尊重。医学人文关怀是指在医护过程中，医务人员以人道的精神对患者的生命与健康、权利与需求、人格与尊严予以真诚的关心与关注。

1. 人文关怀的意义

(1) 人文关怀是与患者沟通的前提 人文关怀通过医护人员的诊治行为加强与患者间的沟通，促进医患间的理解与支持，达到最佳的治疗。

(2) 人文关怀是患者治疗过程的合理需求 在注重医疗质量和技术水平的基础上，医疗卫生机构应注重人性化医疗卫生服务，在进行医患沟通的过程中，首先要深入了解患者的心理需求，给予人文关怀，以良好的形象、和蔼的态度、温和体贴的语言、端庄文雅的举止，给患者一个既可以信任，又能舒展心灵感受的倾诉对象，满足患者合理的治疗需求，增强医患双方之间的融洽，有利于减轻患者的疾苦和促进康复。

(3) 人文关怀的根本目的是为患者服务 医疗服务是围绕患者提供服务的行业，医疗服务过程中应从患者的利益出发，以最短有效的疗程，减少患者痛苦、损伤及心理创伤，要求以患者为中心，将关怀意识融入整个医疗过程中，贯穿于医疗服务过程的每个细节之中。

2. 人文关怀的表现 具体而言，医生的人文关怀表现在：

(1) 给患者以足够的尊重和同情，善于与患者沟通。

(2) 富于爱心，寻求与患者情感上的共鸣。

(3) 体恤患者的痛苦，同情患者的困难。

(4) 尊重患者的想法，耐心打消患者的顾虑。

(5) 努力让患者获得肉体 and 心灵的健康，尽可能人道地满足患者及家属的身体的、心理社会的以及精神方面的需要。

第二章 病史采集

病史采集是医师通过对患者或知情人员（如家属、同事等）的系统询问而获取病史资料的过程，是医师诊治疾病的第一步。完整和准确的病史资料对疾病的诊断和处理有极其重要的意义，它不仅可提示医师体格检查时的查体重点及为进一步进行实验室检查和辅助检查提供线索，而且更重要的是在临床工作中有一部分疾病仅通过病史采集即可基本确立诊断。病史采集在临床上是通过问诊实现的，若不注意问诊的技巧和方法，很可能得不到临床诊断和处理所必须的详细而准确的病史资料，成为临床工作中误诊和漏诊的重要原因。因此，为了保证病史采集的顺利进行及采集的病史资料的可靠性和完整性，下面介绍病史采集中需要掌握的最基本的技巧与方法。

一、问诊要抓住重点，条理分明

病史采集一般应从主诉开始，要以主诉症状为重点，先由简易问题询问开始，逐步深入进行有目的、有层次、有顺序地询问，把主诉症状问深问透，然后再针对与鉴别诊断相关的阳性或阴性症状进行询问。例如，一主诉腹痛的患者，应以腹痛为问诊重点，首先询问患者腹痛的部位和发生的时间，继而深入询问腹痛的性质，是否放射，什么情况下腹痛加重，什么情况下腹痛会减轻等，即把腹痛症状问深问透，然后再询问腹痛伴随症状，以利鉴别诊断，如腹痛伴发热、黄疸多提示胆囊炎或病毒性肝炎；腹痛伴恶心、呕吐和腹泻多提示急性胃肠炎；腹痛伴尿频、尿急和尿痛可能为泌尿系感染；腹痛伴休克多数考虑外科急腹症等。

二、要紧密围绕病情询问

在病史采集过程中，患者所谈内容一定要紧密围绕病情，不要离题太远，而且还应包括该病的诊疗经过，如是否到医院看过、做过哪些检查、治疗情况和疗效如何，以及与该病有关的其他病史，如既往病史、个人史、月经史、婚姻生育史和家族史等。

三、一定要询问现病史五项

饮食、大便、小便、睡眠和体重变化，不要遗漏，以了解患者的整体情况。

四、问诊语言要通俗易懂

要用通俗易懂的语言询问，避免使用患者不易懂的医学术语生硬地询问，如问患者是否鼻子出血，不要用医学术语是否“鼻衄”，问患者是否总想大便和总有拉不完的感觉，不要用医学术语是否有“里急后重”等，因为这些医学术语即使是对文化程度较高的患者来说，也难免发生理解错误，以致结果可能会带来一个不准确的病史资料，引起诊断的错误。

五、避免暗示性问诊和逼问

为了保证病史资料的准确可靠性，一定要避免暗示性问诊和逼问。暗示性问诊是一种能为患者提供带倾向性特定答案的问诊方式，如“你的上腹痛能在进食后减轻吗？”，“你的上腹痛能在进食油腻后加重吗？”等，若患者为满足医师的想法而随声附和，可能会带来错误的答案，而正确的问诊应该是“你的上腹痛在什么情况下会减轻或加重呢？”。另外，当问诊过程中患者回答的问题与医师的想法有差距时，更不能进行逼问，以逼迫患者同意医师的

想法,这样势必严重影响结果的可靠性,正确的方法应该是耐心地启发引导患者,使其思考、回忆,从而得到满意而可靠地回答。

六、注意问诊时的态度

医师对患者必须有高度的同情心和责任感,态度要和蔼可亲,耐心体贴,绝对禁忌审问式地讯问病史。这一点对保证病史采集的顺利完成非常重要,常常由于各种不安心情,医师开始采集病史时患者往往不能很顺畅有序地说出自己的病情,因此医师在问诊开始时就应主动创造一种体贴入微及宽松和谐的环境氛围,使患者感到医师的亲切和可信,有信心与医师合作,这对顺利完成病史采集是极其重要的。

上述病史采集的技巧与方法适用于各种不同疾病的病史采集。关于病史采集的详细内容,在下面将分别予以具体介绍。

一、发 热

◆ 概述

1. 概念 发热是指致热原直接作用于体温调节中枢、体温中枢功能紊乱或各种原因引起的产热过多、散热减少,导致体温升高超过正常范围的情形。

正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,成年人清晨安静状态下的口腔体温在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$;肛门内体温 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$;腋窝体温 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

按体温状况,发热分为:低热: $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$;中等度热: $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$;高热: $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热: 41°C 以上。

2. 发热的原因 临床上大致可分为由各种病原体感染所致感染性发热与非感染性发热两大类,其中前者多见。

3. 发热的过程 一般分三个阶段:体温上升期、高热期、体温下降期。

4. 发热的热型

(1) 稽留热 体温恒定维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24小时内体温波动范围不超过 1°C 。

(2) 弛张热 体温高峰常在 39°C 以上,波动幅度大,24小时内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。

(3) 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,无热期持续1天至数天,高热期与无热期反复交替出现。

(4) 波状热 体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又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。

(5) 回归热 体温急剧上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期和无热期各持续若干天后规律性交替1次。

(6) 不规则发热 发热的体温曲线无一定规律。

5. 发热的伴随症状 不同原因、不同疾病而可伴随不同症状,常见的有:

(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、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应。

(2) 结膜充血 见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病。

(3) 单纯疱疹 口唇单纯疱疹多见于急性发热性疾病, 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、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

(6) 出血 发热伴皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病, 也可见于某些血液病, 如急性白血病、恶性组织细胞病等。

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

❖ 病史采集要点

1. 发热的过程及特点 起病缓急和患病时间(病程), 起病诱因。

2. 热度、发热的特点 热型(稽留热、弛张热、间歇热、波状热、回归热、不规则发热), 高峰出现时间, 发热持续时间, 加重或缓解因素。

3. 发热的伴随症状 是否有寒战、结膜充血、单纯疱疹、淋巴结肿大、肝脾肿大、出血、关节肿痛、皮疹、昏迷等。

4. 治疗反应 特别注意应用抗生素、抗结核药物、激素等情况。

5. 患病以来的一般情况 精神、食欲、体重改变、睡眠、大小便情况。

6. 相关病史 旅行史、接触史、流行病史(如疑有传染病); 药物应用史、过敏史; 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。

❖ 题例

简要病史: 患者, 女性, 63岁, 5天来发热伴牙痛。

本例患者最可能是牙部感染引起发热, 因此病史采集内容如下:

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问

1) 发热 试表体温多少度, 是持续性发热还是间断性发热, 发热有无规律, 以便确定热型。

2) 牙痛的性质和特点 包括自发性痛、阵发性或持续性痛、疼痛的强度、疼痛的部位和是否放射及疼痛与冷热或咀嚼的关系。

3) 发病诱因、伴随症状(如是否伴寒战、牙龈肿胀或溢脓等), 以利于鉴别诊断。

4) 发病以来饮食、睡眠、大便和小便及体重变化, 以了解患者全身一般情况。

(2) 诊疗经过

1) 发病以来是否到医院看过, 曾做过哪些检查。

2) 曾做过哪些治疗, 疗效如何。

2. 相关病史

- (1) 药物过敏史。
- (2) 与该病有关的其他病史 既往是否有龋齿、牙齿松动、牙龈肿痛等病史。

二、疼 痛

(一) 头痛

◆ 概述

1. 概念 头痛通常是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性痛以及其他头部神经痛。颅外各层组织及毗邻组织对疼痛均敏感,颅内组织对痛觉敏感的只限于部分血管及软、硬脑膜。传导颅内外痛觉的神经主要是三叉、舌咽、迷走神经,面神经的中间神经,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之一。

2. 头痛的常见原因

- (1) 颅内病变 如脑肿瘤、脑出血、颅内高压症、各种脑动脉炎和静脉窦炎等。
- (2) 邻近器官病变 如鼻窦炎、中耳炎、青光眼等。
- (3) 功能性或精神性疾病 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、焦虑等神经症所致头痛。
- (4) 全身疾病 如发热、低氧、低血糖、中毒、癫痫大发作及使用血管扩张药之后也可引起头痛。

3. 头痛的分类

- (1) 根据发病缓急可分为急性头痛(病程在2周内)、亚急性头痛(病程在3个月内)和慢性头痛(病程长于3个月)。急性起病的第一次剧烈头痛多为器质性病变,尤需提高警惕,进一步查明病因。
- (2) 根据头痛严重程度可分为轻、中和重度头痛。
- (3) 根据病因可分为原发性头痛(如偏头痛、丛集性头痛、紧张性头痛等)和继发性头痛(如脑外伤、感染、肿瘤等所致的头痛)。

◆ 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 全头痛多见于脑肿瘤、腰穿后头痛、紧张性头痛。一侧头痛常见于偏头痛、颞动脉炎、颅内动脉瘤、耳、鼻性头痛。前头部疼痛常见于丛集性头痛、眼性头痛、三叉神经第一支痛。后头部疼痛常见于蛛网膜下腔出血、紧张性头痛、枕大神经痛、后颅窝肿瘤、颈性头痛。部位不定的头痛常见于精神性头痛。
4. 头痛性质 偏头痛、各种原因致血管扩张性头痛多呈搏动性。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、硬膜下血肿常呈刀割、

钻痛样。

5. 头痛持续时间 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。脑肿瘤多呈持续进行性头痛。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. 头痛伴随症状 伴呕吐者提示为颅内压增高，头痛在呕吐后减轻者可见于偏头痛。伴眩晕者见于小脑病变、椎-基底动脉供血不足。伴发热者常见于感染性疾病，包括颅内或全身性感染。伴焦虑、失眠者见于紧张性头痛。伴神经系统局灶体征者见于脑肿瘤、硬膜下血肿、颅内动脉瘤等颅内器质性疾病。

❖ 题例

简要病史：患者，女性，35岁，头痛伴脓性鼻涕1个月。

本例患者最可能是急性鼻窦炎引起头痛，病史采集内容如下：

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问

1) 头痛的部位（多位于额部和面部）、头痛发生的时间与持续时间（有规律的早晨头痛）、头痛的性质和程度（中等程度、胀痛性）、头痛发生的诱因等，以便了解头痛的特点。

2) 脓性鼻涕的颜色、量，有无异常气味，是否伴鼻出血和鼻塞。

3) 有无发热、牙痛、视力改变和眼痛，以利于鉴别诊断。

4) 发病以来饮食、睡眠、大便和小便及体重变化，以了解患者全身一般情况。

(2) 诊疗经过

1) 发病以来是否到医院看过，曾做过哪些检查。

2) 曾做过哪些治疗，穿刺引流后是否能减轻头痛。

2. 相关病史

(1) 药物过敏史。

(2) 与该病有关的其他病史 既往有无鼻炎和反复上呼吸道感染史，有无糖尿病和自身免疫病及免疫缺陷病史等。

(二) 胸痛

❖ 概述

1. 概念 胸痛主要由胸部疾病引起，少数由其他部位的病变所致。各种刺激因子刺激胸部的感觉神经纤维产生痛觉冲动，并传至大脑皮质的痛觉中枢引起胸痛。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。由于个体对疼痛的敏感性差异，胸痛的程度与原发疾病的病情轻重并不完全一致。

2. 病因 引起胸痛的原因主要为胸部疾病：

(1) 胸壁疾病 急性皮炎、皮下蜂窝织炎、带状疱疹等。

(2) 心血管疾病 心绞痛、急性心肌梗死、心肌炎、急性心包炎、主动脉瘤、主动脉

窦瘤破裂、夹层动脉瘤等。

(3) 呼吸系统疾病 胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、肺癌等。

(4) 纵隔疾病 纵隔炎、纵隔脓肿、纵隔肿瘤及反流性食管炎等。

(5) 其他 膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。

❖ 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的部位局限，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，疱疹不越过体表中线。非化脓性肋骨软骨炎多侵犯第一、第二肋软骨，对称或非对称性，呈单个或多个隆起，局部皮色正常，有压痛，咳嗽、深呼吸或上肢大幅度活动时疼痛加剧。食管及纵隔病变，胸痛多位于胸骨后，进食或吞咽时加重。心绞痛和心肌梗死的疼痛多在胸前区，与胸骨后或剑突下，疼痛常放射在左肩、左臂内侧，达无名指与小指，亦可放射于左颈与面颊部，以为牙痛。夹层动脉瘤疼痛位于胸背部，向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢。自发性气胸、胸膜炎、肺栓塞和肺梗死的胸痛多位于患侧腋前线与腋中线附近，后二者如累及肺底、膈胸膜，则疼痛也可放射至同侧肩部。肺尖部肿瘤（肺上沟癌、Pancoast 癌）以肩部、腋下痛为主，向上肢内侧放射。

3. 胸痛性质 带状疱疹呈刀割样痛或灼痛，剧烈难忍。食管炎则为烧灼痛。心绞痛呈绞窄性并有重压窒息感；心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧及濒死感。干性（纤维素性）胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛。肺癌常为胸部闷痛，而 Pancoast 癌疼痛则呈火灼样，夜间尤甚。夹层动脉瘤为突然发生胸背部难忍撕裂样剧痛。肺栓塞和肺梗死亦为突然剧烈刺痛或绞痛，常伴有呼吸困难与发绀。

4. 持续时间 平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致疼痛为阵发性；炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。如心绞痛发作时间短，而心肌梗死疼痛持续时间长且不易缓解。

5. 影响疼痛的因素 包括发生诱因、加重与缓解因素。劳累、体力活动、精神紧张，可诱发心绞痛发作，休息、含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯，可使绞痛缓解，而对心肌梗死则无效。胸膜炎和心包炎的胸痛则可因深呼吸与咳嗽而加剧。反流性食管炎胸骨后灼痛，饱餐后出现，仰卧或俯卧位加重，服用抗酸剂和促动力药后可减轻或消失。

6. 伴随症状

(1) 吞咽困难或咽下痛者，提示食管疾病，如反流性食管炎。

(2) 伴呼吸困难者，提示较大范围病变，如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞、急性左心衰竭等。

(3) 伴苍白、大汗、血压下降或休克表现时，多考虑心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺梗死。

❖ 题例

简要病史：患者，男性，68 岁，1 个半月来间断左侧前胸痛。

本例患者胸痛最可能是冠心病、心绞痛，病史采集内容如下：

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问

1) 左侧前胸痛范围(心前区、胸骨后),疼痛性质,放射部位,每次发作诱因、持续时间、缓解方法和发作频率,以便了解胸痛特点。

2) 胸痛与呼吸、咳嗽、体位及吞咽的关系,以及有无发热、咳嗽、咳痰、咯血和呼吸困难,以利于鉴别诊断。

3) 发病以来饮食、睡眠、大便和小便及体重变化,以了解患者全身一般情况。

(2) 诊疗经过

1) 发病以来是否到医院看过,曾做过哪些检查。

2) 曾做过哪些治疗,胸痛发作时口含硝酸甘油的疗效如何。

2. 相关病史

(1) 药物过敏史。

(2) 与该病有关的其他病史 既往有无高血压、高血脂、糖尿病、心脏病、结核病史,个人史中的工作性质和吸烟、饮酒等嗜好。

(三) 腹痛

❖ 概述

1. 概念 由腹部脏器疾病、腹腔外疾病及全身性疾病造成的腹部疼痛。可为器质性,也可功能性。多分为急性和慢性两种。

2. 病因 急性腹痛多由腹腔器官急性炎症、胃肠道溃疡空腔脏器阻塞或扩张、脏器扭转或破裂、腹膜炎症、腹腔内血管阻塞、过敏性紫癜腹壁疾病、胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛及全身性疾病所致。慢性腹痛多由腹腔脏器的慢性炎症、空腔脏器的张力变化、腹腔脏器的扭转或梗阻、脏器包膜的牵张、中毒与代谢障碍、肿瘤压迫及浸润和胃肠神经功能紊乱所致。

3. 发生机制 腹痛发生可分为内脏性腹痛、躯体性腹痛和牵涉痛三种基本机制。内脏性腹痛疼痛部位不确切、疼痛感觉模糊,常伴恶心、呕吐、出汗等其他自主神经兴奋症状;躯体性腹痛定位准确、程度剧烈而持续、可有局部腹肌强直、腹痛可因咳嗽、体位变化而加重;牵涉痛具有体神经传导特点,疼痛程度剧烈,部位明确,局部有压痛、肌紧张及感觉过敏等。

4. 腹痛的表现 要注意腹痛部位、腹痛性质和程度、诱发因素、发作时间与体位的关系。

5. 伴随症状 腹痛伴有发热、寒战者显示有炎症存在,见于急性胆道感染、胆囊炎、肝脓肿、腹腔脓肿,也可见于腹腔外疾病。腹痛伴黄疸者可能与肝胆胰疾病有关。急性溶血性贫血也可出现腹痛与黄疸。腹痛伴休克,同时有贫血者可能是腹腔脏器破裂(如肝、脾或异位妊娠破裂);无贫血者则见于胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血坏死性胰腺炎。腹腔外疾病如心肌梗死、肺炎也可有腹痛与休克,应特别警惕;伴呕吐者提示食管、胃肠病变,呕吐量大提示胃肠道梗阻;伴反酸、嗝气者提示胃十二指肠溃疡或胃炎;伴腹泻者提示消化吸收障碍或肠道炎症、溃疡或肿瘤。此外,腹痛伴血尿者可能为泌尿系疾病