

2005年国家执业医师资格考试 应试教材

GUOJIAZHIIYIYISHIZIGEKAOSHI
YINGSHIJIAOCAI

实践技能

临床执业（助理）医师

国家执业医师资格考试应试教材编写组 编



新世界出版社
NEW WORLD PRESS



国家执业医师资格考试应试教材

实 践 技 能

临床执业(助理)医师

《国家执业医师资格考试应试教材》编写组 组编

主 编 王贵娟 司秋菊

副主编 邱淑珍 池书平 韩建民 马方红

编 者(按姓氏笔画排列)

马方红 王贵娟 冯亚琴 卢秀娥

石凤梧 司秋菊 叶永成 李 帆

池书平 陈素欣 邱淑珍 康建省

韩建民

新世界出版社

图书在版编目(CIP)数据

国家执业医师资格考试应试教材：实践技能 / 王贵娟
编. —北京：新世界出版社，2003.4

ISBN 7 - 80187 - 007 - 7

I. 国... II. 王... III. 医师 - 资格考核 - 教材
IV. R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 023589 号

国家执业医师资格考试应试教材·实践技能

作 者：国家执业医师资格考试应试教材编写组

责任编辑：蒋胜 张敬

封面设计：易 红

出版发行：新世界出版社

社 址：北京市西城区百万庄大街 24 号(100037)

总编室电话：(010)68995424 (010)68326679(传真)

发行部电话：(010)68995968 (010)68998733(传真)

本社中文网址：www.nwp.com.cn

本社英文网址：www.newworld - press.com

印 刷：北京通州区京华印刷制版厂

经 销：新华书店

开 本：787 × 1092 1/16

字 数：468 千字 印张：21 1/2

版 次：2004 年 3 月第 2 版 2005 年 3 月北京第 3 次印刷

书 号：ISBN 7 - 80187 - 007 - 7/G · 009

定 价：80.00 元

新世界版图书，版权所有，侵权必究。

新世界版图书，印装错误可随时退换。

前 言

为了加强我国医师队伍建设,提高医师的综合素质和业务水平,保障医师的合法权益,保护人民健康,国家颁布了《中华人民共和国执业医师法》,并于1999年开始实行医师资格考试、注册制度。

医学作为一门实践性很强的学科,实践技能考试是医师资格考试一个必不可少的重要组成部分,是评价申请医师资格者是否具有执业所必须的临床思维能力和临床操作能力的重要手段。为了指导考生进行实践技能考试及复习应考,我们组织有关专家编写了这套《国家执业医师资格考试应试教材·实践技能》,本书严格按照卫生部资格考试委员会颁布的最新版《医师资格考试大纲(实践技能部分)》进行编写。内容力求科学、客观、权威和规范,实用性强,可供申请医师资格实践技能考试的考生、考官和其他卫生技术人员使用、参考。

2005年对该书作了重大修订、调整,在研究分析执业医师历年考试内容的基础上,配套了体格检查、基本操作技能及X线片、心电图判读光盘,光盘的内容反映了最新的考试动态与考试精神,便于考生短期内复习、掌握操作要领,轻松应考。

参加本书编写和审阅工作的人员都是具有丰富临床和考务工作经验的专家、教授。

此外,书后附有《临床执业(助理)医师资格考试大纲(实践技能部分)》,请考生根据自己所报考的类别和级别对照大纲把握复习内容和范围。

由于时间紧迫,书中不足之处在所难免,望读者批评指正。

预祝广大考生顺利通过考试!

《国家执业医师资格考试应试教材》编写组

2005年3月

目 录

第一部分 病史采集与病例分析

第一单元 病史采集	1
第一节 发热	2
第二节 疼痛(头痛、胸痛、腹痛、关节痛)	5
第三节 咳嗽与咳痰	14
第四节 咯血	16
第五节 呼吸困难	18
第六节 心悸	20
第七节 恶心与呕吐	21
第八节 呕血与便血	24
第九节 腹泻	27
第十节 黄疸	30
第十一节 消瘦	32
第十二节 水肿	34
第十三节 惊厥	36
第十四节 意识障碍	38
第十五节 尿量异常(少尿与多尿)和血尿	41
第十六节 休克	46
第二单元 病例分析	50
第一节 肺炎	50
第二节 肺癌	52
第三节 结核病	56
第四节 高血压病	60
第五节 冠心病	63
一、无症状型冠心病	63
二、心绞痛	64
三、心肌梗死	66
四、缺血性心肌病型冠心病	68
五、猝死型冠心病	69
第六节 消化性溃疡	71
第七节 消化道肿瘤	75
一、胃癌	75
二、原发性肝癌	78
三、结肠癌	81
四、直肠癌	84
第八节 病毒性肝炎	86

第九节 急、慢性肾小球肾炎	90
一、急性肾小球肾炎	90
二、慢性肾小球肾炎	91
第十节 泌尿系统感染	93
第十一节 贫血	96
第十二节 白血病	99
第十三节 甲状腺功能亢进	103
第十四节 糖尿病	106
第十五节 一氧化碳中毒	108
第十六节 细菌性痢疾	110
第十七节 流行性脑脊髓膜炎	113
第十八节 脑血管意外	116
一、短暂脑缺血发作	116
二、脑梗死	117
三、脑出血	119
四、蛛网膜下腔出血	120
第十九节 农药中毒	122
第二十节 胆囊结石、胆囊炎	124
第二十一节 急腹症	126
一、肠梗阻	127
二、消化道穿孔	130
三、急性胰腺炎	132
第二十二节 腹部闭合性损伤(肝、胆、脾、肠、肾破裂)	135
第二十三节 异位妊娠	138
第二十四节 尿路结石	141
第二十五节 胸部闭合性损伤	143
一、肋骨骨折	143
二、气胸	144
三、血胸	145
第二十六节 四肢长管状骨骨折和大关节脱位	147
一、四肢长管状骨骨折	147
二、四肢大关节脱位	149
第二十七节 闭合性颅脑损伤	151
第二十八节 小儿腹泻	154
第二十九节 性传播疾病	157
一、梅毒	157
二、淋病	160
三、非淋球菌性尿道炎	161
四、尖锐湿疣	162
五、软下疳	163

六、生殖器疱疹	163
七、性病性淋巴肉芽肿	165
八、获得性免疫缺陷综合征	165

第二部分 体格检查、基本操作技能及医德医风

第一单元 体格检查	169
第一节 一般检查与头颈部检查	169
一、血压	169
二、浅表淋巴结	170
三、眼部检查	171
四、颈部检查	172
第二节 胸部检查	173
一、胸、肺部视诊	173
二、胸、肺部触诊	176
三、胸、肺部叩诊	177
四、胸、肺部听诊	178
五、心脏视诊	180
六、心脏触诊	181
七、心脏叩诊	181
八、心脏听诊	183
九、外周血管检查	187
第三节 腹部检查	189
一、腹部视诊	189
二、腹部触诊	191
三、腹部叩诊	193
四、腹部听诊	194
第四节 神经系统检查	195
一、深反射、浅反射	195
二、脑膜刺激征	196
三、锥体束病理反射	196
第二单元 基本操作技能	197
第一节 手术区消毒	197
第二节 伤口换药	198
第三节 戴无菌手套	199
第四节 穿脱隔离衣	200
第五节 穿脱手术衣	200
第六节 吸氧术	201
第七节 吸痰术	203
第八节 插胃管	203
第九节 导尿术	204

第十节	胸腔穿刺术	205
第十一节	腹膜腔穿刺术	206
第十二节	腰椎穿刺术	207
第十三节	骨髓穿刺术	209
第十四节	开放性伤口的止血包扎	210
第十五节	脊柱损伤的搬运	211
第十六节	人工呼吸	212
第十七节	胸外心脏按压	212
第十八节	心内注射	213
第十九节	电除颤	214
第二十节	简易呼吸器的使用	216
第三单元	医德医风	218
第一节	社会主义医德规范	218
第二节	社会主义医德领域	219
第三节	社会主义医德维护	222
第四节	医德评价	229

第三部分 辅助检查结果判读

第一单元	心电图	231
第一节	正常心电图	231
第二节	房性期前收缩	237
第三节	室性期前收缩	238
第四节	窦性心动过速	239
第五节	窦性心动过缓	239
第六节	阵发性室上性心动过速	240
第七节	心房纤颤	241
第八节	Ⅲ度房室传导阻滞	242
第九节	左、右心室肥厚	243
第十节	心肌梗死	245
第十一节	典型心肌缺血	247
第二单元	X线片	249
第一节	正常胸部正位片	249
第二节	肺炎	250
一、大叶性肺炎		250
二、支气管肺炎		251
三、肺脓肿		252
第三节	肺占位性病变	253
第四节	气胸及液气胸	255
一、气胸		255
二、液气胸		256
第五节	胸腔积液	257

第六节 典型浸润型肺结核	258
第七节 心脏增大	261
第八节 正常腹部平片	263
第九节 肠梗阻	264
第十节 消化道穿孔	266
第十一节 消化道造影	267
一、食管癌	267
二、胃溃疡	268
三、胃癌	269
四、十二指肠溃疡	271
五、肠结核	272
六、结肠癌	273
第十二节 肢体骨折的正、侧位片	274
第三单元 实验室检查	276
第一节 血常规	276
一、红细胞计数(RBC)	276
二、血红蛋白测定(Hb、HGB)	276
三、白细胞计数(WBC)及白细胞分类计数(DC)	277
四、红细胞比容(Ht、HCT、PCV)	278
五、红细胞其他参数	278
六、血小板计数及相关参数	279
第二节 尿常规	280
一、干化学试纸条技术和自动分析法	280
二、尿沉渣显微镜检查	282
第三节 粪常规	283
一、一般性状检查	283
二、显微镜检查	284
三、便隐血试验(OB)	284
第四节 痰液检查	284
一、一般性状检查	284
二、显微镜检查	285
第五节 血清钾	286
第六节 血清钠	286
第七节 血清氯	287
第八节 血清钙	287
第九节 血清无机磷	287
第十节 血清铁和总铁结合力	288
一、血清铁	288
二、总铁结合力	288
第十一节 血清脂质和脂蛋白	288
一、血清总胆固醇(Tch)	289

二、血清甘油三酯(TG)	289
三、血清脂蛋白	289
第十二节 血糖	290
第十三节 血、尿淀粉酶	290
第十四节 肝功能	291
一、血清总蛋白和白蛋白、球蛋白比值	291
二、血清总胆红素(STB)	291
三、血清结合胆红素(CB)与非结合胆红素(UCB)	291
四、血清氨基转移酶	292
五、血清碱性磷酸酶(ALP)	292
六、 γ -谷氨酰转移酶(GGT, γ -GT)	293
第十五节 乙型肝炎病毒免疫标志物	293
第十六节 肾功能	294
一、血清尿素氮(BUN)	294
二、血清肌酐(SCr)	294
三、血清尿酸(SUA)	295
四、血清 β_2 -微球蛋白(β_2 -M)	295
五、尿中 β_2 -微球蛋白	295
第十七节 血气分析	295
一、动脉血氧分压(P_{aO_2})	295
二、动脉血氧饱和度(SaO_2)	296
三、动脉血氧含量(CaO_2)	296
四、肺泡-动脉血氧分压差($P(A-a)O_2$)	296
五、动脉血二氧化碳分压(P_{aCO_2})	296
六、标准碳酸氢(SB)	296
七、实际碳酸氢(AB)	296
八、缓冲碱(BB)	297
九、剩余碱(BE)	297
十、血pH值	297
十一、血浆二氧化碳含量($T-CO_2$)	297
第十八节 脑脊液检查	298
一、常规检查	298
二、生化检查	299
第十九节 浆膜腔积液检查	299
附录(一) 临床执业(助理)医师资格实践技能考试——模拟试题及评分要点	301
附录(二) 临床执业医师医师资格考试大纲(实践技能部分)	307
附录(三) 临床执业助理医师医师资格考试大纲(实践技能部分)	310

第一部分

病史采集与病例分析

第一单元 病史采集

病史采集是医师通过对患者或知情人员(如家属、同事及发病现场人员等)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。病史采集在临床上是通过问诊实现的,一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常在单独问诊中就能对许多病人提出相当准确的诊断。因此,完整和准确的病史资料对了解疾病的发生、发展情况,及对疾病的诊断和治疗具有极其重要的意义。若不注意问诊的基本要点、技巧和方法,很可能得不到临床诊断和治疗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基本要点与方法。

(一)条理分明,从主诉开始

病人就诊时,会向医生倾诉许多痛苦。作为医生一定要抓住病人感受最主要的痛苦或最明显的症状和体征,即主诉。这也是患者就诊最主要的原因。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。

(二)抓住重点,从现病史入手

现病史是病史采集中的主体部分,它记述了病人患病后疾病的发生、发展及演变的全过程。在询问病史时要围绕这一主题进行详细询问,它包括以下七个内容:

1. 起病情况与患病的时间 有的疾病起病急骤,有的则缓慢。患病时间是指从起病到来就诊或入院的时间。

2. 主要症状的特点 包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素,了解这些特点对探索疾病所在的器官以及病变的部位、范围和性质很有帮助。

3. 病因与诱因 问诊时应尽可能地了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如气候变化、环境改变、情绪、劳累和起居饮食失调等)。

4. 病情的发展与演变 包括患病过程中主要症状的改变或新症状的出现,都可视作病情的发展与演变。如慢性肺结核合并肺气肿的患者,在衰竭、乏力、轻度呼吸困难的基础上,突然感到剧烈的胸痛和严重的呼吸困难,应考虑自发性气胸的可能。

5. 伴随症状 在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状,这些伴随症状常常是诊断和鉴别诊断的重要依据。如发热伴胸痛、咳铁锈色痰就可以作为诊断大叶性肺炎的重要

依据。并依此鉴别其他原因引起的发热。

6. 诊治经过 病人于本次就诊前已经受过其他医疗单位诊治时,则应询问已经施行过什么诊断措施及获得什么结果;若已进行治疗则应问明使用过的药物名称、剂量和疗效,以备作本次制定治疗方案的参考。

7. 病程中的一般情况 即病人患病后的精神、体力状态,食欲及食量的改变,睡眠与大小便的情况等,这部分内容对全面估量病人的预后以及采取什么辅助治疗措施是十分有用的。

(三)循序渐进,系统全面采集病史

以上两项重要内容主诉和现病史采集后,接下来不要忽略了相关病史如个人史、既往史、婚姻史和家族史。女性病人还要注意询问月经史、生育史。这些病史的采集为疾病的诊断可提供重要的线索。

(四)客观准确,真实了解病情

病人所谈内容一定要紧密围绕病情,如果离题太远医生要正确引导,不可暗示、诱问、逼问或重复提问,注意目的性、逻辑性、系统性和真实性。不能生硬地压抑病人的思路,并用医生主观的推测去取代病人的亲身感受。这样会歪曲实际的病情经过,在病史采集中设置人为的障碍。只有病人的亲身感受和病情变化的实际过程才能为诊断提供客观的依据。并注意及时核实病人陈述中不确切或有疑问的情况,如时间和病情之间的相关关系,以免含糊地记录于病历之中,减损了病史的真实度。

(五)态度和蔼,紧密医患关系

医师对病人必须有高度的同情心和责任感,态度要和蔼可亲,耐心体贴,视病人如亲人。杜绝使用对病人有不良刺激的语言和表情,绝对禁忌审问式地讯问病史。避免使用病人不易懂的医学术语生硬地询问,要用通俗易懂的语言询问,如问病人是否总想大便和总有便不完的感觉,不要用医学术语“里急后重”问病人。这样会缩短医患距离、紧密医患关系,取得病人配合,顺利完成病史采集。

下面我们就常见症状的病史采集做一介绍:

第一节 发 热

【概述】

体温是指机体内部的温度。正常人的体温由大脑皮层和下丘脑的体温调节中枢所控制,并通过神经、体液因素调节产热和散热过程,使其保持动态的平衡,故正常人的体温相对恒定。任何原因使体温升高超过正常范围,称为发热(fever)。

在临床实践中,常用体温计测体表温度来观察体温的变化。正常人体温口测法一般为 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛测法为 $36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$,腋测法为 $36.0 \sim 37.0^{\circ}\text{C}$ 。

临床分度:低热 $37.3 \sim 38.0^{\circ}\text{C}$,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。

引起发热的病因很多,临床上分为感染性和非感染性两大类。

(一)感染性发热

占发热病因的多数(约占 $50\% \sim 60\%$),为各种病原体如细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫、衣原体等引起的感染。细菌感染约占发热病因的 43% ,病毒感染约占发热病因的 6% 。

(二)非感染性发热

指由非病原体的物质引起的发热,主要有以下几方面:

1. 无菌性坏死组织吸收 常见于:

(1)物理、化学或机械性损伤 如大面积烧伤、创伤、大手术后的组织损伤、内出血等。

(2)组织坏死及细胞破坏 如心肌、肺、脾梗死或肢体坏死及恶性肿瘤、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

2. 变态反应 变态反应时形成抗原抗体复合物可致发热,如风湿病、药物热、血清病等。

3. 内分泌与代谢疾病 如甲状腺功能亢进症时产热增多,大量失水和失血时散热减少。

4. 体温调节中枢功能失常 见于中枢神经系统受到严重损害的疾病,如中暑、重度安眠药中毒、脑出血、脑外伤等。

5. 某些直接导致皮肤散热减少的疾病 如广泛性皮炎、鱼鳞病等,慢性心功能不全时,皮肤散热亦减少。

6. 自主神经功能紊乱 由于自主神经功能紊乱,影响正常的体温调节所致,属功能性发热,多为低热,常见的有月经前低热、妊娠期低热、感染后低热、夏季低热等。

【病史采集】

(一)发热的缓急、诱因及影响因素

急性传染病起病急,如细菌、病毒引起的感染性发热;大部分非感染性发热起病较缓,如恶性肿瘤、结缔组织疾病等。中暑引起的发热常由于环境温度过高所致。

(二)年龄与性别

麻疹、水痘、风疹、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢等发热常见于儿童。功能性发热如月经前发热或妊娠期发热见于女性。

(三)发热的热型及临床意义

1. 稽留热 持续高热,体温维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,24小时内体温波动范围不超过 1°C ,可持续数天至数周。见于肺炎球菌肺炎、伤寒高热期等。

2. 弛张热 又称败血症热。体温在 39°C 以上,24小时内波动范围超过 2°C ,但体温最低时,高于正常。常见于败血症、脓毒血症、重症肺结核、感染性心内膜炎、风湿热等。

3. 间歇热 体温突然升高达到 39°C 以上,持续数小时又迅速降至正常,经过数小时或数天间歇后,体温又突然升高,如此反复交替出现。见于急性肾盂肾炎、疟疾等。

4. 波状热 体温在数小时内逐渐上升至 39°C 或以上,经数天降至正常,持续数天后又开始发热,如此反复多次。常见于布氏杆菌病。

5. 回归热 体温急骤上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常,高热期与无热期各持续若干天后规律性交替出现。见于回归热、霍奇金(Hodgkin)病。

(四)发热的伴随症状

1. 发热伴寒战 常见于肺炎球菌肺炎、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、败血症、疟疾、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、急性溶血、药物热、输液反应等。

2. 发热伴结膜充血 多见于麻疹、流行性出血热、咽结膜热、钩端螺旋体病等。

3. 发热伴淋巴结肿大 见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、白血病、淋巴瘤、布氏杆菌病等。

4. 发热伴肝脾肿大 多见于病毒性肝炎、肝胆系感染、疟疾、急性血吸虫病、风湿病、白血病、淋巴瘤、布氏杆菌病等。

5. 发热伴皮肤粘膜出血 可见于重症感染及某些急性传染病,如败血症、感染性心内膜炎、流行性出血热、病毒性肝炎、钩端螺旋体病等;亦可见于某些血液病,如急性白血病、急性再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

6. 发热伴皮疹 常见于麻疹、水痘、风疹、风湿病、药物热等。

7. 发热伴昏迷 先发热后昏迷常见于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等。先昏迷后发热见于脑出血、巴比妥类中毒等。

(五) 相关病史

传染病发热多有季节性、流行性、地域性等特点,如流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性感冒、中毒性菌痢、流行性出血热、病毒性肝炎及结核病等。感染性发热多有肺部感染、胆系感染、泌尿系感染等感染病史。

(六) 治疗经过

特别注意应用抗生素、激素、解热镇痛药及抗结核药等药物的疗效。

(七) 其他

注意询问患病以来的一般情况如精神、食欲、体重改变、睡眠、大小便情况。

【题例】

简要病史:患者男性,33岁。主因高热伴寒战、咳嗽及胸痛2天入院。

本例患者最可能是肺炎引起的发热。

(一) 现病史

1. 根据主诉展开询问

- (1) 测试体温,了解发热的程度、时间、有无规律,并确定热型。
- (2) 发热出现的缓急,诱因(受寒、淋雨史),影响因素及病情的演变。
- (3) 仔细询问伴随症状如寒战、咳嗽(有无铁锈色痰)及胸痛的特点。并注意意识有无变化。
- (4) 发病以来精神、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(血常规、胸大片)?
- (2) 曾做过哪些治疗(尤其注意询问抗生素、激素的应用)?疗效如何?

(二) 相关病史

1. 与该病有关病史,如是否有流行性感冒、中毒性菌痢、流行性出血热、病毒性肝炎及结核病、感染病史、血液病史等。

2. 药物过敏史。

【思考题】

1. 什么是发热?
2. 引起发热的病因有哪些?
3. 试述发热的临床分度。
4. 临床上常见发热的热型有几种?

第二节 疼痛(头痛、胸痛、腹痛、关节痛)

一、头 痛

【概述】

头痛(headache)是指额、顶、颞及枕部的疼痛。很多疾病都可有头痛症状,但多数无特殊意义,如发热时常常伴有头痛,随原发病的好转或痊愈而消失,疲劳、精神紧张亦可引起头痛。反复发作的、持续的或渐进性加重的头痛,可能是某些器质性疾病的信号。引起头痛的病因很多:

(一)颅内病变

1. 感染 各种病原微生物引起的脑膜炎、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、脑梗死、高血压脑病、脑供血不足、脑血管畸形等。
3. 占位性病变 脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内囊虫病或包虫病等。
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。

(二)颅外病变

1. 颅骨疾病 颅底凹入症、颅骨肿瘤等。
2. 三叉神经、舌神经及枕大神经痛等。
3. 颈椎病及颈部其他疾病。
4. 眼、耳、鼻和牙疾病所致的头痛 如青光眼、中耳炎、鼻窦炎和牙髓炎等。

(三)全身性疾病

1. 急性感染 如流行性感、肺炎、细菌性痢疾、伤寒等发热性疾病。
2. 心血管疾病 如高血压病。
3. 中毒 如一氧化碳、有机磷、酒精、铅中毒等。
4. 其他 低血糖、肺性脑病、肝性脑病、尿毒症、贫血、系统性红斑狼疮、中暑、月经期及绝经期头痛等。

(四)神经官能症

神经衰弱及癔病。

【病史采集】

(一)发病急缓与年龄

急性的头痛见于发热、颅内出血(如蛛网膜下腔出血)、急性感染、脑炎、脑脓肿及中暑等。慢性头痛多见于眼、耳、鼻和牙疾病所致的头痛、颅脑外伤等。慢性进行性头痛伴有颅内高压表现者,应注意颅内占位性病变。慢性头痛突然加剧并伴有意识障碍者,提示可能发生脑疝。青春期、青年发病常见于偏头痛、肌紧张性头痛。老年人发病常见于高血压头痛。

(二)头痛部位

偏头痛、丛集性头痛、耳及鼻性头痛多在一侧;高血压引起的头痛多在额部或整个头部。

全头痛多见于脑肿瘤、腰穿后头痛、紧张性头痛及全身性或颅内感染性疾病的头痛。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。颅外病变所致的头痛多较局限及表浅，常在刺激点近处或神经分布区内，如枕大神经痛局限在枕部；颅内病变所致的头痛较深而弥散。

（三）头痛程度与性质

头痛的轻重程度与病情严重性无平行关系。三叉神经痛、偏头痛及有脑膜刺激征的疼痛最为剧烈；脑肿瘤的头痛多较轻；血管性头痛多为胀痛、搏动性痛；神经痛多为电击、烧灼样痛或刺痛；肌收缩性头痛多为重压感、钳夹或戴紧帽感；神经官能症头痛的性质多不定；蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿的头痛常呈刀割样、钻痛样。

（四）头痛发生与持续的时间

神经性头痛多短暂；颅内占位性病变引起的头痛多为持续性，往往清晨加剧；丛集性头痛常在晚间发生；紧张性头痛常于午后开始；鼻窦炎引起的头痛常于清晨或上午发生，逐渐加重至午后减轻；女性偏头痛常与月经周期有关；偏头痛、紧张性头痛多持续2~3小时或1~2天；低颅压头痛，耳、鼻性头痛多持续数天。

（五）影响头痛的因素

用力、转体、摇头、咳嗽等可加剧血管性、颅内高压性、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛；颈肌收缩性头痛可经按摩颈肌而减轻；丛集性头痛在直立时可减轻、饮酒时可诱发；偏头痛于应用麦角胺后常可缓解或经睡眠而好转；低头可使鼻窦炎引起的头痛加重。

（六）伴随症状

头痛伴发热常见于全身感染性疾病（包括颅内感染）；伴剧烈喷射状呕吐提示颅内压增高；头痛伴眩晕见于小脑肿瘤、椎一基底动脉供血不足等；伴视力障碍见于青光眼、脑肿瘤等；伴脑膜刺激征阳性提示脑膜炎、蛛网膜下腔出血等；伴癫痫发作提示脑血管畸形、脑肿瘤、脑内寄生虫病等；伴神经功能紊乱症状可能是神经官能症性头痛；头痛一侧有流泪、鼻塞、出汗等者为丛集性头痛；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。

（七）相关病史

有家族史者多为偏头痛。并注意询问颅脑外伤史；癫痫病史；高血压病史；眼、耳、鼻和牙疾病病史等。

（八）其他

注意询问治疗经过、相应的检查及患病以来的一般情况如精神、食欲、体重改变、睡眠、大小便情况。

【题例】

简要病史：患者女性，30岁，突发剧烈的头痛1小时。

本例患者最可能是蛛网膜下腔出血引起的头痛，病史采集内容如下：

（一）现病史

1. 根据主诉展开询问

（1）头痛的起病（急）、部位（多位于后头部）、头痛发生的时间与持续时间、头痛的性质和