



国家医师资格考试辅导用书

2011修订版

实践技能 高频考点及典型例题

临床执业医师

编写 专家组



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国家医师资格考试辅导用书

2011 修订版

实践技能

高频考点及典型例题

临床执业医师

编写 专家组

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

2011 实践技能 高频考点及典型例题. 临床执业医师/专家组编写. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 2

ISBN 978-7-117-14007-2

I. ①2… II. ①专… III. ①临床医学-医师-资格考核-自学参考资料 IV. ①R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 000573 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

本书本印次内封贴有防伪标。请注意识别。

2011 实践技能

高频考点及典型例题

临床执业医师

编 写: 专家组

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 22

字 数: 555 千字

版 次: 2011 年 2 月第 1 版 2011 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14007-2/R · 14008

定 价: 49.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

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。根据近几年实践技能考试情况分析,每年都有一部分考生在考试中被淘汰,失去了继续参加医学理论考试的机会,这不能不引起考生的足够重视。本书由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依据最新《医师资格考试大纲》编写。

本丛书面市后陆续收到考生的宝贵建议,为更好地适应和满足广大考生的复习需要,我们在2010年版的基础上,进行了全面修订,对2010年版中存在的某些疏漏和差错进行了更正。2011年版的内容将更加完善、更加实用。我们希望此修订版以更高的质量和新的面貌呈现在广大考生面前。

本书系统高效、考用结合,根据考试流程分章编写,系统简洁地总结了职业素质、病史采集、病例分析、体格检查、基本操作和辅助检查结果判读的方法、步骤、注意事项、考试技巧,用表格形式提炼常考点,使考生能在最短的时间内,系统全面地提高临床实践技能,轻松通过考试。

本书采用高频考点+典型例题的编写形式,能有效地帮助考生梳理常考点,通过例题进行消化掌握,使考生能尽快适应考试的状态和要求。

协助参加编写人员还包括:王婷婷、胡在斌、潘峰、乔海玲、李利娟、李秀红、韩珍、韩彬、温晴、李为、包凌燕、刘静、刘英、郭瑞、程佳、刘治国、王薇、汪萍、王欣、马芳芳、史根生、刘治佳、李敏、刘超、王爽、刘亚红、郭海权、王艳、高伟、王秀辉、王立志、王国峰、郭宏洁、朱金春、高佳、刘雪、郭苗、张青波、陈岩、方文杰、刘美玲等。他们在本书的编写过程中付出了辛勤劳动,在此表示感谢!

诚恳希望您对本书提出宝贵意见,期待与您的沟通 yszgbxz@126.com。

编 者

目 录

第一章 职业素质.....	1
第二章 病史采集.....	4
第一单元 发热	4
第二单元 疼痛	7
第三单元 咳嗽与咳痰	23
第四单元 咯血	25
第五单元 呼吸困难	28
第六单元 心悸	30
第七单元 水肿	33
第八单元 恶心与呕吐	37
第九单元 呕血与便血	40
第十单元 腹泻与便秘	44
第十一单元 黄疸	48
第十二单元 消瘦	50
第十三单元 无尿、少尿与多尿	52
第十四单元 尿频、尿急与尿痛	55
第十五单元 血尿	57
第十六单元 惊厥	60
第十七单元 意识障碍	62
第十八单元 发绀	65
第三章 病例分析.....	68
第一单元 慢性阻塞性肺疾病(COPD)	68
第二单元 肺炎	71
第三单元 支气管哮喘	77
第四单元 肺癌	80
第五单元 呼吸衰竭	83
第六单元 结核病	86
第七单元 胸部闭合性损伤	95

第八单元 高血压	99
第九单元 心律失常	106
第十单元 冠心病	113
第十一单元 心力衰竭	122
第十二单元 心脏瓣膜病	127
第十三单元 休克	133
第十四单元 胃食管反流病	136
第十五单元 胃炎	139
第十六单元 消化性溃疡	140
第十七单元 溃疡性结肠炎	146
第十八单元 肛门、直肠良性病变	148
第十九单元 肝硬化	150
第二十单元 胆石病、胆道感染	154
第二十一单元 急性胰腺炎	156
第二十二单元 急腹症	161
第二十三单元 消化系统肿瘤	168
第二十四单元 腹部闭合性损伤	177
第二十五单元 腹外疝	180
第二十六单元 病毒性肝炎	182
第二十七单元 细菌性痢疾	184
第二十八单元 艾滋病	186
第二十九单元 急、慢性肾小球肾炎	188
第三十单元 尿路感染	192
第三十一单元 慢性肾衰竭	195
第三十二单元 尿路梗阻	197
第三十三单元 贫血	201
第三十四单元 特发性血小板减少性紫癜	209
第三十五单元 白血病	212
第三十六单元 甲状腺功能亢进症	216
第三十七单元 糖尿病	220
第三十八单元 系统性红斑狼疮	225
第三十九单元 类风湿关节炎	229
第四十单元 四肢长管状骨骨折和大关节脱位	233
第四十一单元 一氧化碳中毒	236
第四十二单元 有机磷中毒	239
第四十三单元 化脓性脑膜炎(流行性脑脊髓膜炎).....	242
第四十四单元 脑血管疾病	245

第四十五单元 闭合性颅脑损伤	249
第四十六单元 妇科肿瘤	251
第四十七单元 小儿腹泻	255
第四十八单元 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病	259
第四十九单元 小儿常见出疹性疾病	261
第五十单元 软组织急性化脓性感染	264
第五十一单元 乳房疾病	266
第四章 体格检查	269
第一单元 一般检查	269
第二单元 头颈部	271
第三单元 胸部	273
第四单元 腹部	280
第五单元 脊柱、四肢、肛门	283
第六单元 神经系统	284
第五章 基本操作	287
第一单元 手术区消毒和铺巾	287
第二单元 换药	289
第三单元 戴无菌手套	291
第四单元 穿、脱隔离衣	292
第五单元 穿、脱手术衣	293
第六单元 吸氧术	294
第七单元 吸痰术	295
第八单元 插胃管	297
第九单元 三腔二囊管止血法	298
第十单元 导尿术	299
第十一单元 动、静脉穿刺术	302
第十二单元 胸腔穿刺术	303
第十三单元 腹腔穿刺术	306
第十四单元 腰椎穿刺术	308
第十五单元 骨髓穿刺术	310
第十六单元 手术基本操作	312
第十七单元 开放性伤口的止血包扎	315
第十八单元 清创术	318
第十九单元 脊柱损伤的搬运	320
第二十单元 四肢骨折现场急救外固定技术	321

第二十一单元 人工呼吸	322
第二十二单元 胸外心脏按压	323
第二十三单元 电除颤	324
第二十四单元 简易呼吸器的使用	324
第六章 辅助检查	326
第一单元 心电图	326
第二单元 普通 X 线影像诊断	330
第三单元 CT 影像诊断	338

第一章 职业素质

执业医师的职业素质是指与职业要求相应的素质,包括以下三个方面:

一、医 德 医 风

医德医风是指执业医师应具有医学道德风尚,它属于医学职业道德的范畴。

医学作为一种特殊职业,担负着维护和促进人类健康的使命,关系到人的健康利益和生命。因此,执业医师不仅要在医疗技术上逐渐达到精良,而且面对患者还要有亲切的态度、合适的语言、高度的责任感和高尚的医学道德情操,只有这样,才能使自己担负起“救死扶伤,治病救人”的光荣使命。

医学职业道德是从事医学职业的人们在工作中应遵循的行为原则和规范的总和。因此,执业医师要具备优良的医德医风,必须接受医学道德教育和进行自我道德修养,并且要做到:

1. 提高对医学道德的基本原则的认识和理解,基本原则即不伤害原则、尊重原则、有利原则和公正原则,用这些基本原则指导自己的执业活动;同时,要提高对医疗卫生保健实践中伦理问题的敏感性及分析和解决伦理问题的能力,把医疗技术和医学伦理统一起来。

2. 认真履行卫生部制定的以下医学道德规范

(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) 为患者保守医疗秘密,实行保护性医疗,不泄露患者的隐私与秘密。

(6) 互学互尊,团结协作,正确处理同行同事的关系。

(7) 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. 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,逐渐形成良好的医学道德信念,并养成良好的医学道德行为、习惯和风尚。

4. 随着生物医学的进步,医学技术迅速发展。过去未曾涉及的领域而今成了医务人员关注的焦点,现在人们可以操纵基因、精子、卵子、受精卵、胚胎、人脑、人体和控制人的行为等。这种能力可以被正确使用,也可以被滥用,对此应如何控制?而且这种力量的影响可能涉及这一代、下一代以及后几代人,这一代人的利益和子孙后代的利益发生冲突怎么办?……出现了不少医学道德难题,这些难题不解决,就会影响医学的进一步发展。因此,执业医师应结合自己的专业,增强对本专业中出现的医学道德难题的敏感性,进而去分析和研究解决的办法,以促进医学的发展。

二、沟通能力

沟通是指人际沟通,即人与人以全方位的信息交流达到人际间建立共识、分享利益并发展人际关系的过程。执业医师在执业活动中,要与很多人打交道,包括其他医务人员、医院管理人员、医院后勤人员,特别是要与患者及其家属进行沟通。在此重点阐述医患间的沟通。

医患沟通使医患双方更好地相互理解,有利于进行诊治、护理,进而使医疗质量和服务水平得以提高,从而促进患者的康复。同时,由于医学技术的进步,大量的诊疗设备使医师的诊断治疗越来越有效,然而医师对这些设备的依赖性也逐渐增强,由于在医患之间出现了有形的医疗机器或设备,致使医患双方的思想交流减少,相互之间感情也容易淡漠,即医患关系在一定程度上被物化了,并且医师重视的只是疾病。因此,医患沟通可以弥补上述缺陷,也可以消除双方的误会、减轻医患关系的紧张以及减少医患矛盾或纠纷,进而有利于建立和谐的医患关系。

根据信息载体的不同。医患沟通分为语言沟通和非语言沟通两种形式。语言沟通是建立在语言文字的基础上,又分为口头沟通和书面沟通;非语言沟通是通过某些媒介和具体行为,又分为肢体语言沟通和行为沟通等。

在医患沟通中,除要求双方要建立在平等、尊重、诚实和互信的基础上外,还要求执业医师做到:

1. 在语言沟通时,执业医师要使用科学且易于患者理解的语言;使用亲切、有礼貌的语言。同时,对那些在诊治中有疑惑的患者使用解释性语言;对那些由于疾病缠身,常有不安、烦躁、忧虑等不良心理因素的患者使用安慰性语言;对那些长期住院,治疗效果不显著而信心不足的患者,要使用鼓励性语言,使其树立战胜疾病的信心;对那些病情危重而预后不良的患者,要使用保护性语言等。在医患沟通时,执业医师切忌使用简单、生硬、粗俗、模棱两可的语言以及患者难以理解的医学术语等。同时,执业医师还要善于耐心倾听患者的诉说,不要在沟通时心不在焉或轻易打断患者的诉说,并且在患者情绪激动、语言过激时还能保持得理让人而不与患者发生争执。

2. 在非语言沟通时,执业医师一方面要善于观察患者的非语言信息并消除患者的顾虑而鼓励其用语言表达出来,以便更准确地了解患者的真实想法;另一方面,执业医师也要注意自己的仪表、手势、眼神、情绪、声音等对患者的影响,即要通过无声的语言传递对患者的关怀和照顾,使患者增强战胜疾病的信心和力量,而不要因此引起误会而使患者多疑,甚至产生悲观失望心理。

总之,执业医师要加强医患沟通,不断地提高沟通能力,这也是执业素质要求的重要组成部分。

三、人文关怀

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。人文关怀是医学的本质特征,也是医学的核心理念。

长期以来,医务人员受生物学模式的支配,加之随着临床医学分科的细化,形成一个医师只是面对一个系统,甚至一个器官的局面。医学技术的飞速发展导致技术至上主义的滋长,市场化的发展导致医疗卫生保健机构把追求更大的经济利益作为服务的潜在动力。削弱了医务人员对患者的人文关怀。因此,执业医师有必要重塑和提升人文素质,高举人文精神的旗帜,

积极开展人文关怀,使医学沿着健康的方向发展。执业医师要对患者实施人文关怀,应该要做到:

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,如医学与哲学、医学伦理学、医学心理学、医学社会学、医学史、医学美学、卫生法学等医学与人文科学相互交融、结合与统一的学科,以提高自己的医学人文素质。

2. 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. 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减低到最小限度,

(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。

第二章 病史采集

第一单元 发 热

正常人的体温由于受到体温调节中枢的调控,并在神经、体液因素的影响下,使产热和散热过程动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。

一、高频考点

【高频考点1】引起发热的原因

发热的病因在临床上可分为感染性与非感染性两大类,以感染性多见。

感染性发热	各种病原体,如细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染		
非感染性发热	无菌性坏死物质的吸收		
	抗原-抗体反应		
	内分泌与代谢疾病		
	皮肤散热减少		
	体温调节中枢功能失常	物理性:例如中暑	
		化学性:例如重度安眠药中毒	
		机械性:例如脑出血、脑震荡等。这类发热以高热无汗为特点	
	自主神经功能紊乱	属功能性发热范畴,常见的功能性低热	原发性低热
			感染后低热
			夏季低热
			生理性低热

【高频考点2】发热的分度

按发热的高低可分为:

低热	37.3~38℃	高热	39.1~41℃
中等发热	38.1~39℃	超高热	41℃以上

【高频考点3】热型

稽留热	指体温恒定地维持在39~40℃及以上,持续数天或数周,24小时内体温波动范围不超过1℃。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期
-----	---

续表

弛张热	又称败血症热型。体温常在 39℃ 以上,波动幅度大,24 小时内波动范围超过 2℃,但最低温度都在正常水平以上。常见于风湿热、化脓性炎症等
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,无热期可持续 1 天至数天,高热期与无热期反复交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等
波状热	体温逐渐上升达 39℃ 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。常见于布氏杆菌病
回归热	体温急剧上升至 39℃ 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病等
不规则热	发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等

二、病史采集要点

(一) 现病史

1. 针对发热本身的问诊

(1) 发热的可能诱因、起病的缓急、体温及其变化特点、病程的长短、加重及缓解的因素。

急性起病,发热病程少于 2 周,称急性发热	主要由感染引起
发热 2 周以上,体温在 38℃ 以上为长期发热	常由感染、肿瘤和结缔组织病引起
体温在 38℃ 以内的非生理性发热,持续 1 个月以上	慢性低热,可能是器质性低热,也可能是功能性低热

(2) 确定热型

稽留热	伤寒、肺炎球菌肺炎	波状热	布氏杆菌病
弛张热	风湿热、败血症、重症肺结核和化脓性炎症	回归热	霍奇金淋巴瘤、回归热
间歇热	疟疾、急性肾盂肾炎	不规则热	结核病、支气管炎、风湿热

2. 相关鉴别问诊

伴有寒战	一次性寒战	先寒战后发热,发热后不再发生寒战,见于肺炎球菌肺炎、输血反应、输液反应
	反复性寒战	见于急性胆囊炎、钩端螺旋体病、败血症、感染性心内膜炎、疟疾和某些恶性淋巴瘤
伴有明显的肌肉痛	可见于多发性旋毛虫病、军团菌病、皮炎、肌炎、钩端螺旋体病等	
伴明显头痛	见于颅内感染、颅内出血等	
伴有胸痛	常见于胸膜炎、肺炎球菌肺炎、肺脓肿等。在心包炎、心肌炎、急性心肌梗死时也可有发热伴胸痛	
伴有腹痛	可见于急性细菌性痢疾、急性肠结核、肠系膜淋巴结结核、胆囊炎、肝脓肿、急性阑尾炎、急性病毒性肝炎、急性腹膜炎及腹部肿瘤,如淋巴瘤、肝癌、结肠癌等	
伴尿痛、尿频、尿急	见于急慢性肾盂肾炎、急性膀胱炎、肾结核等	
伴有黄疸	常见于病毒性肝炎、胆囊炎、化脓性胆管炎、恶性组织细胞病、钩端螺旋体病、败血症和其他严重感染、急性溶血等	

续表

伴有皮疹	出疹性传染病	发热 1 天出现皮疹	水痘
		发热 2 天出现皮疹	猩红热
		发热 3 天出现皮疹	天花
		发热 4 天出现皮疹	麻疹
		发热 5 天出现皮疹	斑疹伤寒
		发热 6 天出现皮疹	伤寒
	非传染性疾病	常见于败血症、风湿热、系统性红斑狼疮、药物热等	
伴有出血现象	见于肾病综合征出血热、某些血液病(如急性白血病、恶性组织细胞病、急性再生障碍性贫血)、弥散性血管内凝血、炭疽、钩端螺旋体病、鼠疫等		

3. 诊疗经过问诊

- (1) 患者曾做过哪些检查? 检查结果如何?
- (2) 治疗及用药、疗效。包括各种抗生素治疗的疗效和肾上腺皮质激素或免疫抑制剂的治疗疗效等。

4. 患病的一般情况 如饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等。

(二) 相关既往史及其他病史的问诊

1. 既往有无结核病、肝炎、结缔组织病、糖尿病和肿瘤等疾病史;有无传染病接触史;有无药物和食物过敏史;有无外伤、手术史。
2. 有无长期疫区居住史;有无烟酒嗜好;性病和冶游史。
3. 爱人健康状况,月经婚育情况,有无流产史等。
4. 有无相关遗传病家族史。

三、典型例题

【典型例题 1】 病历分析:男性,64 岁,发热伴右下肢皮肤红、痛 1 天。

要求:你作为住院医师,按照标准住院病历要求,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。

初步诊断:右下肢丹毒

解析:评分要点(总分 15 分)

问诊内容(13 分)

(一) 现病史(10 分)

1. 根据主诉及相关鉴别询问(8 分)
 - (1) 发病诱因,是否有足癣、皮肤破损等。(1 分)
 - (2) 发热情况、具体体温,有无寒战。(2 分)
 - (3) 下肢皮肤红、痛的特点,如范围、边界是否清楚,是否有肿胀、流液,疼痛性质,对步行有无影响。(2 分)
 - (4) 伴随症状:有无全身中毒症状。(2 分)
 - (5) 二便、饮食、睡眠情况。(1 分)
2. 诊疗经过(2 分)
 - (1) 是否曾到医院就诊,做过哪些检查。(1 分)

(2) 治疗情况如何。(1 分)

(二) 相关病史(3 分)

1. 有无药物过敏史。(1 分)

2. 与该病有关的其他病史 有无类似发作,有无糖尿病、肝病、丝虫病病史。(2 分)

问诊技巧(2 分)

1. 条理性强、能抓住重点。

2. 能够围绕病情询问。

【典型例题 2】 病历分析:男性患者,28 岁,右侧胸痛、咳嗽半个月,发热 48 小时。

要求:你作为住院医师,按照标准住院病历要求,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。

初步诊断:右侧结核性渗出性胸膜炎

解析:评分要点(总分 15 分)

问诊内容(13 分)

(一) 现病史(10 分)

1. 根据主诉及相关鉴别询问(8 分)

(1) 发病诱因,有无理化因素刺激、过劳等。

(2) 胸痛性质、是否放射、缓解与加重的因素。

(3) 胸壁有无压痛。

(4) 咳嗽的性质、与胸痛是否有关,有无咳痰及性质。

(5) 发热情况:热型、体温、有无寒战。

(6) 二便、饮食、睡眠情况。

2. 诊疗经过(2 分)

(1) 曾是否到医院就诊,做过哪些检查?

(2) 治疗用药情况。

(二) 相关病史(3 分)

1. 是否有药物过敏史。

2. 有无心脏病史和结核病病史及结核病接触史。

问诊技巧(2 分)

1. 条理性强,能抓住重点。

2. 能够围绕病情询问。

第二单元 疼 痛

头 痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛。可见于多种疾病,大多无特异性,但反复发作或持续的头痛可能提示某些器质性疾病,应认真检查。

一、高频考点

【高频考点 1】 头痛的常见病因

颅内病变	感染、血管病变、占位性病变、颅脑外伤、其他(如偏头痛、丛集性头痛、头痛型癫痫、腰椎穿刺后及腰椎麻醉后头痛)
颅外病变	颅骨疾病、颈部疾病、神经痛、其他(如眼、耳、鼻和齿疾病所致的头痛)
全身性疾病	急性感染、心血管疾病、中毒、其他(如尿毒症、低血糖、贫血、肺性脑病、系统性红斑狼疮、月经及绝经期头痛、中暑等)
神经症	如神经衰弱及癔症性头痛

【高频考点2】引起头痛的机制

1. 血管因素 各种原因引起的颅内外血管的收缩、扩张以及血管受牵引或伸展(颅内占位性病变对血管的牵引、挤压)。
2. 脑膜受刺激或牵拉。
3. 具有痛觉的脑神经(V、VI、X三对脑神经)和颈神经被刺激、挤压或牵拉。
4. 头、颈部肌肉的收缩。
5. 五官和颈椎病变。
6. 生化因素及内分泌紊乱。
7. 神经功能紊乱。

【高频考点3】常见疾病引起头痛的疼痛部位

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。

偏头痛及丛集性头痛	一侧
高血压引起的头痛	多在额部或整个头部,往往具有搏动性
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	浅在性且局限于眼眶、前额或颞部
鼻源性或牙源性头痛	浅表性疼痛

【高频考点4】头痛出现的时间与持续时间

颅内占位性病变	清晨加剧
鼻窦炎的头痛	清晨或上午
丛集性头痛	晚间发生
女性偏头痛	与月经期有关
脑肿瘤头痛	持续性、可有长短不等的缓解期

【高频考点5】头痛的主要伴随症状

呕吐	剧烈呕吐	颅内压增高
	呕吐后减轻	偏头痛
眩晕	小脑肿瘤、椎-基底动脉供血不足	
发热	感染性疾病,包括颅内或全身性感染	
慢性进行性头痛出现精神症状	颅内肿瘤	

续表

慢性头痛突然加剧并有意识障碍	脑疝
视力障碍	青光眼或脑肿瘤
脑膜刺激征	脑膜炎或蛛网膜下腔出血
伴癫痫发作	脑血管畸形、脑内寄生虫病或脑肿瘤
伴神经功能紊乱症状	神经功能性头痛

二、病史采集要点

1. 针对头痛本身的问诊 询问头痛起病的急缓、部位、性质、持续时间、严重程度。如为慢性头痛,应询问头痛间歇发作的频率、次数和日期。
2. 相关鉴别问诊 患病以来的伴随症状、诱发加重和缓解的因素。

伴有畏光、畏声、恶心、呕吐的反复发作性头痛	偏头痛多见
伴发脑实质损害表现(偏瘫、偏盲、癫痫、失语、意识障碍等)	注意脑血管意外、脑炎、脑肿瘤
伴发热	各种急性或慢性脑膜炎
有强迫头位者	四脑室占位
反复呕吐	颅内压增高
直立	低颅压头痛加剧
腰穿后头痛	低颅压头痛
视力减退	青光眼、眼科疾病、垂体瘤
耳部流脓、脓涕、颞部疼痛	五官科疾病
涕中带血	鼻咽癌

3. 诊疗经过 曾做过的检查的结果,包括血常规、头颅 CT/MRI、脑脊液检查。血压、眼压和五官科检查结果。是否经过治疗,疗效如何。

4. 患病以来的一般情况问诊

- (1) 家族遗传史。
- (2) 长期疫区居住史、性病史和冶游史。
- (3) 头颅外伤史。

外伤史	颅内硬膜下血肿、脑外伤	冶游史	梅毒
家族史	偏头痛	牧区	包虫病和囊虫病

胸 痛

胸痛主要由胸部疾病所致,少数由其他疾病引起。各种化学、物理因素及刺激因子均可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。

一、高频考点

【高频考点1】引起胸痛的常见病因

1. 心源性胸痛