



国家医学考试中心唯一推荐用书

2012
修订版

国家医师资格考试 实践技能应试指南

临床执业医师

医师资格考试指导用书专家编写组



人民卫生出版社



国家医学考试中心唯一推荐用书

2012
修订版

国家医师资格考试 实践技能应试指南

临床执业医师

医师资格考试指导用书专家编写组

卫人网 exam.ipn
www.ipmph.com

免费赠送
6~8小时 网络辅导课程及随课同步练习试卷

抵扣现金
购买网络辅导班、科目包及试卷包可抵扣现金 20~30元

卡号: ETEXPRKAGJ 密码:

使用方法: 登录卫人网考试频道(exam.ipmph.com)→注册会员并登录→进入赠卡激活区→输入卡号、密码→激活赠卡

温馨提示:

1. 此卡在本年度本类考试结束前激活使用有效;
2. 激活多张赠卡只能获得一次赠品,但抵扣现金时多张赠卡可累加使用;
3. 此卡在卫人网其他频道通用,还可用于人民卫生出版社图书防伪验证。

客服热线: 4006-300-567 服务邮箱: exam@pmph.com

2012医学考试
大礼包

人民卫生出版社
防伪灯下可见“蓝线”

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家医师资格考试 实践技能应试指南. 临床执业医师/
医师资格考试指导用书专家编写组编写. —北京: 人民
卫生出版社, 2012. 1

ISBN 978-7-117-15189-4

I. ①国… II. ①医… III. ①临床医学—医师—资
格考试—自学参考资料 IV. ①R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 242223 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。

国家医师资格考试 实践技能应试指南 临床执业医师

编 写: 医师资格考试指导用书专家编写组

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: 北京市后沙峪印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 30

字 数: 758 千字

版 次: 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15189-4/R·15190

定价 (含光盘): 65.00 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)

目 录

第一章 职业素质.....	1
一、医德医风.....	1
二、沟通能力.....	2
三、人文关怀.....	2
第二章 病史采集.....	4
一、发热.....	5
二、疼痛.....	9
三、咳嗽与咳痰	21
四、咯血	24
五、呼吸困难	27
六、心悸	30
七、水肿	33
八、恶心与呕吐	35
九、呕血与便血	37
十、腹泻与便秘	42
十一、黄疸	46
十二、消瘦	49
十三、无尿、少尿与多尿.....	51
十四、尿频、尿急与尿痛.....	56
十五、血尿	58
十六、惊厥	61
十七、意识障碍	64
第三章 病例分析	68
一、慢性阻塞性肺疾病	69
二、肺炎	72
三、支气管哮喘	75
四、支气管肺癌	78

五、呼吸衰竭	80
六、结核病	84
七、胸部闭合性损伤	97
八、高血压	100
九、心律失常	108
十、冠心病	122
十一、心力衰竭	131
十二、心脏瓣膜病	137
十三、休克	146
十四、胃食管反流病	150
十五、胃炎	154
十六、消化性溃疡	157
十七、溃疡性结肠炎	160
十八、肛门、直肠良性病变	164
十九、肝硬化	168
二十、胆石病、胆道感染	172
二十一、急性胰腺炎	176
二十二、急腹症	183
二十三、消化系统肿瘤	196
二十四、腹部闭合性损伤	210
二十五、腹外疝	215
二十六、病毒性肝炎	217
二十七、细菌性痢疾	224
二十八、艾滋病	228
二十九、急、慢性肾小球肾炎	232
三十、尿路感染	236
三十一、慢性肾衰竭	239
三十二、尿路梗阻	243
三十三、贫血(缺铁性贫血、再生障碍性贫血、溶血性贫血)	249
三十四、特发性血小板减少性紫癜	257
三十五、白血病	261
三十六、甲状腺疾病	266
三十七、糖尿病	272
三十八、系统性红斑狼疮	278
三十九、类风湿关节炎	283
四十、四肢长管状骨骨折和大关节脱位	286
四十一、一氧化碳中毒	301

四十二、有机磷杀虫药中毒·····	304
四十三、化脓性脑膜炎(流行性脑脊髓膜炎)·····	307
四十四、脑血管疾病·····	311
四十五、闭合性颅脑损伤(急性硬膜外血肿)·····	319
四十六、妇科肿瘤·····	322
四十七、小儿腹泻·····	329
四十八、营养性维生素 D 缺乏性佝偻病 ·····	333
四十九、小儿常见发疹性疾病·····	335
五十、软组织急性化脓性感染·····	339
五十一、乳房疾病:急性乳腺炎、乳腺囊性增生症、乳房肿瘤 ·····	341
第四章 体格检查 ·····	347
一、一般检查·····	348
二、头颈部·····	352
三、胸部·····	354
四、腹部·····	361
五、脊柱、四肢、肛门·····	365
六、神经系统·····	366
七、生殖器、肛门 ·····	367
第五章 基本操作 ·····	369
一、手术区消毒和铺巾·····	369
二、换药·····	369
三、戴无菌手套·····	370
四、穿、脱隔离衣 ·····	371
五、穿、脱手术衣 ·····	371
六、吸氧术·····	372
七、吸痰术·····	373
八、插胃管·····	374
九、三腔二囊管止血法·····	375
十、导尿术·····	376
十一、动、静脉穿刺术 ·····	377
十二、胸腔穿刺术·····	379
十三、腹腔穿刺术·····	380
十四、腰椎穿刺术·····	381
十五、骨髓穿刺术·····	382
十六、手术基本操作:切开、止血、缝合、打结与拆线·····	383
十七、开放性伤口的止血包扎·····	386

十八、清创术·····	388
十九、脊柱损伤的搬运·····	390
二十、四肢骨折现场急救外固定技术·····	390
二十一、人工呼吸·····	390
二十二、胸外心脏按压·····	391
二十三、电除颤·····	391
二十四、简易呼吸器的使用·····	392
第六章 辅助检查 ·····	393
一、心电图检查·····	393
二、普通 X 线影像诊断 ·····	403
三、超声诊断·····	417
四、CT 影像诊断 ·····	421
五、实验室检查·····	429

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,下面就三个方面的素质提出要求。

一、医德医风

医德医风是指执业医师应具有医学道德和风尚,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。执业医师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,而人的健康和生命又是世界万物中最宝贵的。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和担负起“救死扶伤,治病救人”的光荣使命,也才能成为一个受人民群众爱戴的医生。

医学职业道德是从事医学职业的人们在医疗卫生保健工作中应遵循的行为原则和规范的总和。因此,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,并且要求做到:

(一) 要提高对医学道德的基本原则即不伤害原则、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职业活动;同时,要提高对医疗卫生保健实践中伦理问题的敏感性及运用上述基本原则分析和解决伦理问题,把医疗技术和医学伦理统一起来。

(二) 要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。时刻为病人着想,千方百计为病人解除病痛。
2. 尊重病人的人格和权利,对待病人,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、关心和体贴病人。
4. 廉洁奉公。自觉遵纪守法,不以医谋私。
5. 为病人保守医密,实行保护性医疗,不泄露病人隐私与秘密。
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。

(三) 在执业活动中,要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和养成良好的医学道德行为、习惯和风尚。

(四) 随着生物医学的进步,医学高技术迅速发展,过去医学未曾涉及的领域而今成了医务人员活动的舞台,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。这种增大了的力量可以被正确使用,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,而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或向健康方向发展。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,以保障或促进医学科学的发展。

二、沟通能力

这里的沟通是指人际沟通,而人际沟通又是指人与人以全方位的信息交流以达到人际间建立共识、分享利益并发展人际关系的过程。执业医师在职业活动中,要与其他医务人员、医院管理人员、医院后勤人员、特别是患者及患者家属进行沟通。在此重点阐述医患间的沟通。

医患沟通使医患双方更好地了解和理解,有利于诊治、护理的进行,进而使医疗质量和服务水平得以提高以及促进病人的康复。同时,由于医学技术的进步,大量的诊疗设备介入医疗实践活动中,使医生的诊断、治疗越来越有效,然而医生对这些设备的依赖性也逐渐增强,这样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,并且医生重视的只是疾病。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。前者是建立在语言文字的基础上,又分为口头和书面沟通;后者是通过某些媒介和具体行为,又分为肢体语言和行为沟通等。

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:

(一) 在语言沟通时,执业医师要使用科学、通俗而易于患者理解的语言;使用亲切、温暖、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、焦虑、烦躁、忧虑等不良心理因素的患者使用安慰性语言,使其安心地配合治疗;对那些长期住院、治疗效果不显著而着急、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等;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病人难以理解的医学术语等。同时,执业医师还要善于集中注意力而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、意识到自身偏颇或不当时还能保持沉默、得理让人而不与患者发生争执。

(二) 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真实想法;另一方面执业医师也要注意自己的仪表、仪态、手势、手姿、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和沟通效果,这也是职业素质的重要组成部分和要求。

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。我国古称“医乃仁术”,誉医生为“仁爱之士”。以上说明,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,医务人员受生物医学模式的支配,加之随着临床医学分科的细化而形成医生只是面对人体的一个系统乃至一个器官的局面和医学技术的飞速发展导致技术至上主义的

滋长以及市场化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等,从而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。

执业医师要对患者实施人文关怀,应该要做到:

(一) 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——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,以提高其医学人文素质。

(二) 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。

(三) 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,又要了解和关注病人的心理状态和社会环境,以整体的观点对待疾病和病人,防止局部的、片面的观点。

(2) 在医疗卫生保健服务活动中,要以病人为中心,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

病史采集是医师通过对患者或相关知情人员(如家属和同事等)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。病史资料的完整性、准确性和可靠性对疾病的诊断和处理是极其重要的,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。若想实现上述目的,注意病史采集的内容和病史采集的技巧是极其重要的,否则可能会造成临床工作中的误诊和漏诊。为了做好病史采集工作及确保病史资料的完整性、准确性和可靠性,将分别介绍病史采集的内容和病史采集的技巧如下:

【病史采集的内容】

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊 内容包括:

(1) 发病可能的病因和诱因。

(2) 根据主诉症状进行纵向询问。

(3) 有助于鉴别诊断的横向询问,即伴随症状询问。

(4) 现病史五项,即发病以来饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况,以便了解病人的一般情况。若病人患病时间很短,甚至不超过1天,体重不会有变化者,可以免询问体重变化情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?应询问到医院做过的检查项目和可能的检查结果。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?应具体询问治疗的方法和药物,有无疗效?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史 包括相关的既往患病史、相关的个人史和家族史,女性必要时询问月经、婚育史等。

【病史采集的技巧】

(一) 条理性强,要抓住重点

病史采集一定要以主诉症状为重点,先由简易问题(通常为开放性问诊)询问开始,灵活运用所学基础理论和基本知识,经过思维和判断,逐步深入进行有目的、有层次、有顺序地纵向询问,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。如一位发热的病人,应以发热为询问的重点,询问发热的可能诱因、起病的缓急、病程的长短、加重或缓解的因素,询问热度和发热的特点,以确定热型,把发热问深、问透。然后再进行有助于鉴别诊断的横向询问,即伴随症状询问,如伴有寒战,见于肺炎球菌肺炎、败血症等;伴明显头痛,见于颅内感染、颅内出血等;伴有胸痛,常见于肺炎球菌肺炎、胸膜炎等;伴有腹痛,可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性阑尾炎等;伴尿痛、尿频、尿急,见于尿路感染等。还有一些伴随症

状,不一一列举。

(二) 要紧密围绕病情询问

在病史采集过程中,病人所谈的内容一定要紧密围绕病情,以免离题太远,影响病史采集效果。这里面有一个重要的问题,就是医患沟通的技巧问题,这是能做到紧密围绕病情询问的重要保证。

(三) 运用思维和判断

在病史采集过程中,要不断将采集到的信息运用思维和联想,对资料加以分析、综合和判断,逐步形成对患者可能的诊断意见,而不是单纯笔录的被动过程。问诊过程一定要自始至终并贯彻临床思维的原则。

(四) 病史采集语言要通俗易懂,避免暗示性语言和逼问

在病史采集过程中,一定要用通俗易懂的语言,避免使用病人不易懂的医学术语生硬的询问,如“鼻窦炎”和“里急后重”等,因为这些术语即使是对文化程度较高的病人来说,也难免被理解错误,以致结果可能会带来一个不准确的病史资料,导致诊断错误。在病史采集过程中,还应避免使用暗示性语言和逼问,若使用暗示性语言和逼问,这样更会带来一个不准确的病史资料,导致诊断错误。

(五) 注意病史采集过程中的态度

医师必须对病人有高度的责任心和同情心,态度要和蔼可亲,耐心体贴,在病史采集一开始就主动形成一种体贴入微及宽松和谐的气氛,这对顺利完成病史采集是非常重要的。

上述病史采集的内容和病史采集的技巧适用于所有症状、体征和疾病。关于病史采集的内容将在下面分别予以介绍。

一、发 热

【基本知识】

(一) 概述

发热是指人的体温超过正常高限而言,是体温调节异常的结果。人的正常体温是随测量部位不同而异,腋温为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,口温为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛温为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常人体温常可有变异,一般上午体温较低,下午体温略高,24 小时内波动幅度不超过 1°C ;妇女排卵后体温较高,月经期体温较低;运动或进食后体温略高;老年人体温略低。

正常人体的产热和散热保持动态平衡。由于各种原因导致产热增加和散热减少,体温超过正常,则出现发热。一般来说发热是机体有较强反应能力的一种表现,发热本身可以增强机体内吞噬细胞的活动及肝脏的解毒功能。但另一方面发热可给人体带来不适和危险,如常发生头痛、无力、全身酸痛,严重发热可因大量出汗而引起脱水和电解质紊乱,可因心率快而诱发或加重心力衰竭,体温在 42°C 以上可使一些酶的活力丧失,使大脑皮层产生不可逆的损害,最后导致昏迷,直至死亡。

(二) 常见病因

发热的病因通常分为感染性和非感染性两大类,而以感染性更常见。

1. 感染性发热

(1) 急、慢性传染病。

(2) 急、慢性全身性或局灶性感染性疾病。

各种病原体包括细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、原虫、寄生虫等。

2. 非感染性发热

(1) 风湿性疾病:①风湿热;②结缔组织病:如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、成人斯蒂尔(Still's)病、多发性肌炎、混合性结缔组织病等。

(2) 恶性肿瘤:①各种恶性实体瘤;②血液系统恶性肿瘤:如白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等。

(3) 无菌性组织坏死:①内脏梗死:如心肌梗死、肺栓塞、脾梗死;②大面积组织损伤:如烧伤、大手术等。

(4) 内分泌及代谢疾病:如甲状腺功能亢进症(包括甲状腺危象)、嗜铬细胞瘤及严重脱水等。

(5) 中枢神经系统疾病:如脑出血、脑外伤、脑肿瘤、中枢神经系统变性疾病等。

(6) 物理因素:如中暑、日射病、放射线病等。

(7) 变态反应:①药物热;②溶血:如药物引起的溶血和血型不合输血引起的溶血等。

(8) 其他:如植物神经功能紊乱影响正常体温调节,可产生功能性发热,包括:①感染后热;②神经功能性低热。

(三) 临床特点

1. 发热的分度

根据体温的高低不同,将发热分为如下四度:

(1) 低热:温度为 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$

(2) 中等热:温度为 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$

(3) 高热:温度为 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$

(4) 超高热:温度为 41°C 以上

2. 发热的分期、常见热型及临床意义 自发病起可分为前驱期、体温上升期、高热期和体温下降期。

(1) 前驱期:根据发热病因的不同,此期可持续数小时至数天不等,表现各异,多数为全身不适、乏力、头痛、四肢酸痛和食欲不振等。

(2) 体温上升期:有骤升和渐升之别,体温骤升者常伴有寒战,见于肺炎球菌肺炎和疟疾等;渐升者则开始先呈低热,数天内上升到高热,见于伤寒等。

(3) 高热期:指发热的最高阶段,可见皮肤潮红而灼热,呼吸和心跳加速等。其持续时间随病因不同而异,如疟疾仅数小时,肺炎球菌肺炎为数天,而伤寒可达数周。其体温曲线即热型亦因病因不同而异,不同的疾病有不同的特殊热型,但由于抗生素、肾上腺糖皮质激素和解热药的应用及个体的差异等原因,有时热型可不典型。常见的热型如下:①稽留热:体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上达数天或数周,24 小时内波动范围不超过 1°C 。见于肺炎球菌肺炎和伤寒等;②弛张热:因常见于败血症,故又称败血症热型,体温常在 39°C 以上,而波动幅度大,24 小时内波动范围达 2°C 以上,但最低体温仍高于正常水平。除见于败血症外,还可见于风湿热、重症肺结核和化脓性炎症等;③间歇热:体温骤升达高峰,持续数小时后,骤降至正常,经过 1 天至数天后,又骤然升高,如此高热期与无热期反复交替发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等;④波状热:体温逐渐升高达 39°C 或以上,持续数天后逐渐下降至正常水平,数天后又逐渐上升,如此反复交替发作多次。常见于布氏杆菌病;⑤回归热:体温骤升达 39°C 以上,持续数天后又骤降至正常水平,数天后又骤然升高,持续数天后又骤降,如此反复发作。可见于回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等;⑥不规则热:发热无一定规律。见于结核病、风湿热、支气管炎等。

(4) 体温下降期:此期常表现多汗和皮肤潮湿。有骤降和渐降两种方式。体温在数小时内降至正常为骤降,常见于疟疾、肺炎球菌肺炎和输血反应等。体温在数天内降至正常为渐降,常见于伤寒、风湿热等。

【病史采集要点】

(一) 现病史

1. 针对发热本身的问诊

(1) 询问发热的可能诱因、起病的缓急、病程的长短、加重或缓解的因素:急性起病,发热病程少于两周者为急性发热,主要由感染引起;两周以上体温在 38°C 以上的高热为长期发热,常由感染、肿瘤和结缔组织病引起,但仍以感染为主;体温在 38°C 以内的非生理性发热,持续1个月以上者,称慢性低热,可能是器质性低热,也可能是功能性低热。

(2) 询问热度和发热的特点,以确定热型,对发热的诊断和鉴别诊断有帮助。如上所述稽留热见于伤寒、肺炎球菌肺炎等;弛张热见于败血症、风湿热、重症肺结核和化脓性炎症等;间歇热见于疟疾、急性肾盂肾炎等;波状热见于布氏杆菌病;回归热见于疾病回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等;不规则热见于结核病、风湿热、支气管炎等。但由于抗生素、肾上腺糖皮质激素和解热药的应用及个体差异等,有时使热型变得不典型,问诊时应注意。

2. 相关鉴别问诊

(1) 伴有寒战:①一次性寒战:即先寒战后发热,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;②反复性寒战:见于疟疾、败血症、急性胆囊炎、感染性心内膜炎、钩端螺旋体病和某些淋巴瘤。

(2) 伴出血现象:见于肾综合征出血热、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、钩端螺旋体病、炭疽、鼠疫等。

(3) 伴明显头痛:见于颅内感染、颅内出血等。

(4) 伴有胸痛:常见于肺炎球菌肺炎、胸膜炎、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。

(5) 伴有腹痛:可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性阑尾炎、肠结核、肠系膜淋巴结结核、肝脓肿、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。

(6) 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。

(7) 伴有明显的肌肉痛:可见于多发性肌炎、皮肌炎、旋毛虫病、军团菌病、钩端螺旋体病等。

(8) 伴有皮疹:见于如下情况:①发疹性传染病:发热与皮疹出现的时间常有固定关系:发热1天出现皮疹,见于水痘;2天后出现皮疹,见于猩红热;3天后出现皮疹,见于天花;4天后出现皮疹,见于麻疹;5天后出现皮疹,见于斑疹伤寒;6天后出现皮疹,见于伤寒。②非传染性疾病:常见于风湿热、药物热、系统性红斑狼疮、败血症等。

(9) 伴有黄疸:常见于病毒性肝炎、恶性组织细胞病、胆囊炎、化脓性胆管炎、钩端螺旋体病、败血症和其他严重感染、急性溶血等。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊,做过哪些检查?如血常规、尿常规、粪常规、外周血中性粒细胞碱性磷酸酶(NAP)染色、胸部X线片或CT检查、腹部B型超声或CT检查、肝肾功能检查、免疫学检查(包括ANA谱、免疫球蛋白、补体等)、骨髓检查、各种病理学检查等,检查结果如何?

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?包括各种抗生素治疗的疗效和肾上腺糖皮质激素或免

疫抑制剂的疗效等。

4. 患病以来的一般情况问诊 包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等,即现病史五项,以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

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,女性月经婚育情况,有无流产史等。

4. 有无相关遗传性疾病家族史。

【例题 1】

简要病史:女性,25岁,2天来高热伴尿痛来急诊就诊。

初步诊断:急性尿路感染。问诊内容如下:

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因:如妇女卫生状况差及劳累等。

(2) 体温升高和变化情况,有无寒战。

(3) 尿痛的性质(烧灼痛、刺痛)及与排尿时间的关系,是否伴尿频、尿急和排尿困难。

(4) 尿的颜色变化(如出现血尿或混浊状脓尿)。

(5) 有无腰痛。

(6) 发病以来饮食、睡眠、大便和体重变化情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?如到医院做尿常规、血常规、尿细菌学检查和肾脏B超检查等,检查结果如何?

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?如是否应用过抗生素治疗,若用过,是哪些抗生素?疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史:既往有无类似发作,有无糖尿病、结核病、妇科病病史或服用免疫抑制药物史,月经和婚育史及不洁性交史等。

【例题 2】

简要病史:男性,52岁,2天来发热伴右下肢皮肤红、痛来门诊就诊。

初步诊断:右下肢丹毒。问诊内容如下:

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因:如有无足癣、皮肤局部破损等。

(2) 体温升高和变化情况,有无寒战。

(3) 右下肢皮肤红、痛的特点,如范围大小、边界是否清楚,有无肿胀、流液,疼痛性质,对行走和右下肢活动有无影响。

(4) 有无全身中毒症状,如全身乏力、疼痛,食欲减退等。

(5) 发病以来大便、小便和睡眠情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查? 如到医院做血常规检查和局部细菌学检查等, 检查结果如何等?

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 如是否应用过抗生素治疗, 若用过, 是哪些抗生素? 疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作, 有无糖尿病、丝虫病、局部皮肤病病史或服用免疫抑制药物史等。

二、疼 痛

头 痛

【基本知识】

(一) 概述

头痛是指颅内或颅外疾病对头部疼痛敏感结构的刺激, 造成头颅上半部(眉毛、耳轮上部、枕外隆突连线以上)的疼痛。

对疼痛敏感的头颅结构包括颅外结构(头皮、皮下组织、肌肉、帽状腱膜、骨膜、黏膜、颅外血管)和颅内结构(颅内动脉、静脉、静脉窦、脑膜、V、X、XI对脑神经、颈₁₋₂神经、丘脑感觉中继核等组织)。上述某一或数个结构一旦受累, 就可产生头痛。

(二) 常见原因

按疾病累及头部疼痛结构和不同, 头痛可分为 8 类:

1. 颅与颅外结构疾病 颅骨、眼(青光眼等)、口腔、五官科(副鼻窦、乳突)炎症或肿瘤或肉芽肿等疾病。

2. 外伤性头痛 颅脑外伤、脑震荡后综合征。

3. 血管性头痛 继发性血管性头痛(发热、缺血性和出血性脑血管病、Tolosa-Hunt 综合征、高血压、重度子痫前期、癫痫后、中枢神经系统血管炎和颞动脉炎、贫血、真性红细胞增多症、缺氧、高二氧化碳血症等)。

原发性血管性头痛(偏头痛、丛集性头痛)

4. 肌源性头痛 继发性肌收缩性头痛; 原发性肌收缩性头痛(紧张性头痛)。

5. 脑膜疾病 流行性脑脊髓膜炎, 流行性乙型脑炎等各种急性和慢性脑膜炎和脑膜脑炎、脑膜癌病、蛛网膜下腔出血。

6. 脑脊液动力学变化 颅内压增高、交通性、阻塞性和正常压力性脑积水、颅内占位病灶(各种脑瘤、囊虫病和包虫病等寄生虫病、脑脓肿、转移瘤、肉芽肿等)、颅低压性头痛。

7. 反射性头痛——咳嗽性头痛。

8. 精神性头痛——癔病性头痛、妄想等精神性头痛、抑郁性头痛。

(三) 临床特点

头痛可局限于某一侧、枕部或全头部。

双颞或枕部持续性钝痛或头部束带紧扎样头痛, 无搏动性也无恶心、呕吐、畏光和畏声。疼痛部位有压痛。不影响日常生活的头痛, 则为肌收缩性头痛(紧张性头痛)。

颞侧或双颞侧,全头部的搏动样头痛,头痛持续数小时或1天。头痛时伴恶心、呕吐,甚至腹泻、面色变白等自主神经症状,且有畏光和(或)畏声,睡眠后减轻,反复发作,此为血管性头痛。

出现下列表现之一者应高度疑为器质性病变的头痛,应深入检查:①首次发作剧烈头痛。②亚急性起病头痛,数周内持续性进行加重。③头痛过程逐渐出现视乳头水肿。④头痛伴有强迫头位。⑤慢性头痛过程出现癫痫、言语障碍、瘫痪等神经系统损害。

强迫头位,头位变化时头痛加重或意识障碍,见于四脑室肿瘤、寄生虫、后颅窝或颅脊交界处肿瘤。

头痛伴有视神经乳头水肿和恶心、呕吐,见于各种原因造成的颅内压增高或高血压脑病。

直立后数分钟头痛逐渐加重,平卧后头痛缓解、脑脊液压力低于70mmH₂O,则为颅低压性头痛。

头痛时有发热、脑膜刺激症,见于各类脑膜炎,蛛网膜下腔出血,此时脑脊液检查有鉴别意义。

头痛伴脑实质损害症状和体征(偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、癫痫、失语、认知障碍、意识障碍等)。见于脑出血、脑炎、脑肿瘤、脑挫裂伤。

【病史采集要点】

现病史:详细了解头痛的各种基本特征,对诊断十分重要。

1. 针对头痛本身的问诊,询问头痛起病的快慢(急性头痛、慢性间歇性头痛),头痛部位,头痛性质、头痛持续时间,头痛程度。如为慢性头痛,则应询问头痛有无间歇发作、次数和日期。

头痛程度各人的忍受程度不一,但从无头痛患者,突然出现严重头痛,则应特别重视颅内器质性疾病。

2. 相关鉴别问诊

患病以来的伴随症状,诱发加重和缓解因素。有时提供病因的依据,所以尽可能仔细询问。

(1) 伴有畏光、畏声、恶心、呕吐的反复发作的头痛,以血管性头痛中的偏头痛为多见。

(2) 头痛伴有反复呕吐者颅内压增高应考虑。有发作性视幻觉性偏头痛或视觉皮质的局限器质性疾病的头痛。

(3) 直立可使低颅压头痛增剧。腰穿后头痛为低颅压头痛。

(4) 有视力减退应注意青光眼、眼科疾病、垂体瘤。

(5) 有耳部流脓、脓涕、颞部疼痛者应考虑五官科疾病。有涕中带血者应注意鼻咽癌。头痛伴发热者应注意各种急性或慢性脑膜炎。

(6) 头痛伴发脑实质损害表现(偏瘫、偏盲、癫痫、失语、意识障碍等)应注意脑血管意外、脑炎、脑肿瘤。

(7) 有强迫头位者则应考虑四脑室占位。

3. 诊疗经过问诊

在外做过哪些检查:血常规、头颅CT/MR、脑脊液检查结果。血压、眼压和五官科检查结果。经过哪些治疗,疗效如何?

患病以来的一般情况问诊:

(1) 遗传家族史。

(2) 长期疫区居住史、性病和冶游史。