

国家执业医师资格考试指定用书

权威指定

临床助理医师 实践技能应试指导

2014

本书专家组 编

全新考纲
全新改版
权威执考
全面覆盖

赠200元

京师网校学习卡

京师杏林
全国课堂
推荐教材

光盘



中国协和医科大学出版社

2014
版

国家执业医师资格考试

临床助理医师 实践技能应试指导

本书专家组 编

参编人员名单 (按姓氏笔画为序)

丁国芳	于健春	马良坤	王文静	王以朋	王任直
王国镇	王登峰	卢欣	白刚	刘暴	刘炳岩
刘晓清	刘震宇	孙阳	朱峰	朱惠娟	严雪敏
余可谊	吴斌	吴春虎	宋伟	宋英娜	张雪哲
李健	李正红	李明喜	杨明	邵池	陈适
范中杰	金征宇	姜玉新	赵维纲	袁涛	康维明
曹冬焱	黄宇光	黄晓明	彭理	曾勇	曾现伟
管宇宙	蔡莹莹	潘慧			



中国协和医科大学出版社
Peking Union Medical College Press

图书在版编目 (CIP) 数据

临床助理医师实践技能应试指导: 2014 版 / 本书专家组编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2014. 1

ISBN 978 - 7 - 81136 - 986 - 1

I. ①临… II. ①本… III. ①临床医学 - 医师 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 252595 号

国家执业医师资格考试
临床助理医师实践技能应试指导 (2014 版)

编 者: 本书专家组
策划编辑: 张 宇
责任编辑: 田 奇

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: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787 × 1092 1/16 开
印 张: 15.75
字 数: 400 千字
版 次: 2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷
印 数: 1—10000
定 价: 55.00 元 (含光盘)

ISBN 978 - 7 - 81136 - 986 - 1

(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)

出版说明

我国执业医师资格考试已经进入第 16 个年头。这项政策对于加强我国医师队伍建设,提高执业医师的综合素质,保护医师合法权益,规范医师管理制度,完善医师培养制度,发挥了积极的作用。

为了更好地适应医学模式的转变和医学科学的发展,符合国家对卫生人才的需求,坚持以岗位胜任力为改革导向,2013 年卫生部医师资格考试委员会颁布了最新修订的《国家执业医师考试大纲》。

临床类考试新大纲中,实践技能考试重点考查考生动手操作能力和综合运用所学知识分析问题、解决问题的能力。在原来《大纲》的基础上,根据临床医师工作流程和疾病诊治思路,新大纲按照职业素质、病史采集、体格检查、基本操作、辅助检查和病例分析重新编排六部分内容,加强对临床基本功的考核。根据国内疾病谱的变化,调整了病史采集与病例分析的项目,加强对临床常见症状、常见疾病、多发病的临床思维能力进行考核,删减了专科性较强、诊断有难度的疾病。随着科学技术的发展,辅助检查在疾病的诊断、治疗、疗效判断等方面发挥的作用越来越大,为减少对疾病的误诊和漏诊,加强临床实验室检查和 CT 检查结果应用的考核。

医学综合考试进一步体现医学人文和预防医学的重要性,改变原来《大纲》框架,重新整合为医学基础医学综合、医学人文综合、预防医学综合、临床医学综合四部分。基础医学综合,根据各学科的发展特点,对考核内容进行了增删、修改。医学伦理学和卫生法规中将《医疗机构从业人员行为规范》和《精神卫生法》等法规的明确规定和具体要求作为医师准入考核的一部分,强调依法执业,创建和谐医患环境。临床医学综合更加强调对临床必需掌握的专业理论与临床知识应用的考核,专业综合将以记忆和理解为主要考核方式的症状、体征内容整合到疾病的系统考核之中;减少对疾病定义、概念的考核。在原按系统整合的基础上,实现临床各专业从形式到内容的完全整合;对疾病各个方面的要求更系统,加大对疾病发病原因、发病机制到预防的考核,进一步体现基础与临床的结合;根据疾病谱的变化,增删了疾病种类。实践综合重点考核考生综合运用基本理论和专业知识处理实际问题的能力,与临床医师的实际工作任务相契合。以临床症状或体征为导引,根据不同临床情景,分析问题,解决问题,提高临床思维能力考核的要求。

为了帮助广大考生适应新大纲的要求,我们组织相关专家在认真学习、分析、理解新大纲的基础上,对我社出版的系列考试图书进行了全面的修订。

这套《丛书》由中国医学科学院、北京协和医学院、哈尔滨医科大学、河北医科大学、山西医科大学、北京中医药大学、中日友好医院、北京市中西医结合医院等单位的专家编写,并邀请了专职从事执业医师资格考试研究的培训专家进行审定。该书的特点是:紧扣最新版《国

家执业医师资格考试大纲》、以规划教材为基础、以临床能力为重点,侧重于知识、理论的综合运用,以考试必需、够用为准则。

“当医生就当好医生,当好医生就讀协和医书”,拥有16年执业医师考试书出版经验的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,我们期望它对广大考生顺利通过执业考试有所助益,而且对我国医学教育以及医学事业的发展做出积极的贡献。

中国协和医科大学出版社

2013年12月

目 录

第一章 职业素质	1	三、穿、脱手术衣	47
一、医德医风	1	四、戴无菌手套	49
二、沟通能力	2	五、外科手术基本操作	49
三、人文关怀	3	六、清创术	51
第二章 病史采集	4	七、开放性伤口的止血包扎	52
一、发热	4	八、脓肿切开术	53
二、疼痛	5	九、换药与拆线	54
三、咳嗽与咳痰	8	十、吸氧术	56
四、咯血	9	十一、吸痰术	57
五、呼吸困难	10	十二、胃管置入术	58
六、心悸	12	十三、导尿术	59
七、水肿	12	十四、静脉穿刺术	60
八、恶心与呕吐	13	十五、胸腔穿刺术	61
九、呕血与便血	14	十六、腹腔穿刺术	62
十、腹泻	15	十七、脊柱损伤的搬运	63
十一、黄疸	16	十八、四肢骨折现场急救外 固定技术	63
十二、消瘦	17	十九、心肺复苏	66
十三、无尿、少尿与多尿	18	二十、简易呼吸器的使用	68
十四、尿频、尿急与尿痛	19	二十一、穿、脱隔离衣	69
十五、血尿	20	第五章 辅助检查	71
十六、抽搐与惊厥	21	第一节 心电图	71
十七、意识障碍	22	一、正常心电图	71
第三章 体格检查	24	二、窦性心动过速	71
一、一般检查	24	三、窦性心动过缓	72
二、头颈部	28	四、房性期前收缩	75
三、胸部	30	五、心房颤动	76
四、腹部	39	六、阵发性室上性心动过速	76
五、脊柱、四肢、肛门	43	七、室性期前收缩	76
六、神经	43	八、室性心动过速	76
第四章 基本操作	46	九、心室颤动	81
一、手术区消毒、铺巾	46	十、房室传导阻滞	81
二、手术刷手法	47		

十一、急性心肌梗死	85
第二节 X线平片影像诊断	86
一、正常胸部正位片	86
二、肺炎	87
三、典型浸润型肺结核	88
四、肺癌	90
五、心脏扩大	91
六、气胸	92
七、胸腔积液	92
八、正常腹部平片	94
九、消化道穿孔	94
十、肠梗阻	95
十一、泌尿系统阳性结石	96
十二、肢体骨折正、侧位片	98
第三节 颅脑 CT 影像诊断	98
一、颅脑外伤	98
二、脑出血	99
三、脑梗死	100
第四节 实验室检查	100
一、血、尿、粪常规	100
二、血沉	104
三、凝血功能及纤溶活性检查	105
四、痰液病原学检验	106
五、脑脊液常规及生化检查	107
六、胸水、腹水常规检查	108
七、胸水、腹水生化检查	108
八、肝功能	109
九、肾功能	110
十、血清电解质	111
十一、血糖	113
十二、血脂	113
十三、心肌损伤标志物	115
十四、血、尿淀粉酶 (AMS)	116
十五、血清铁、总铁结合力、 铁蛋白	116
十六、乙肝病毒免疫标志物	117
十七、血气分析	118
十八、肿瘤标志物	119

十九、血、尿人绒毛膜促性腺

激素 (hCG) 检测	121
-------------------	-----

第六章 病例分析

第一节 呼吸系统

一、慢性阻塞性肺疾病	122
------------------	-----

二、支气管哮喘	124
---------------	-----

三、肺炎	126
------------	-----

四、肺结核	129
-------------	-----

五、血胸	132
------------	-----

六、气胸	133
------------	-----

七、肋骨骨折	135
--------------	-----

第二节 心血管系统

一、心力衰竭	136
--------------	-----

二、冠状动脉粥样硬化性 心脏病	141
--------------------------	-----

三、原发性高血压病	145
-----------------	-----

第三节 消化系统

一、食管癌	148
-------------	-----

二、胃炎	149
------------	-----

三、消化性溃疡	153
---------------	-----

四、消化道穿孔	156
---------------	-----

五、胃癌	158
------------	-----

六、肝硬化	159
-------------	-----

七、胆石病、胆道感染	162
------------------	-----

八、急性胰腺炎	164
---------------	-----

九、肠梗阻	166
-------------	-----

十、结、直肠癌	167
---------------	-----

十一、结核性腹膜炎	170
-----------------	-----

十二、急性阑尾炎	171
----------------	-----

十三、肛门、直肠良性疾病	173
--------------------	-----

十四、腹外疝	176
--------------	-----

十五、腹部闭合性损伤	178
------------------	-----

第四节 泌尿系统 (含男性生殖

系统)	183
-----------	-----

一、急性肾小球肾炎	183
-----------------	-----

二、慢性肾小球肾炎	185
-----------------	-----

三、尿路感染	187
--------------	-----

第五节 女性生殖系统

一、异位妊娠	188
二、急性盆腔炎	190
第六节 血液系统	191
一、缺铁性贫血	191
二、再生障碍性贫血	193
三、急性白血病	196
第七节 代谢、内分泌系统	199
一、甲状腺功能亢进症	199
二、糖尿病	202
第八节 神经系统	204
一、脑出血	204
二、脑梗死	207
第九节 运动系统	210
一、四肢长管状骨骨折	210
二、大关节脱位	211

第十节 风湿免疫性疾病	215
系统性红斑狼疮	215
第十一节 儿科疾病	219
一、肺炎	219
二、腹泻	221
三、小儿常见发疹性疾病	224
第十二节 传染病	228
一、病毒性肝炎	228
二、细菌性痢疾	232
第十三节 其他	235
一、软组织急性化脓性感染	235
二、急性乳腺炎	236
三、乳腺癌	237
四、一氧化碳中毒	238
五、急性有机磷农药中毒	240

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。医德医风考试主要通过案例考试进行。例如：患者，中年女性，欲行腰穿，如何给患者解释，或者门诊接诊一脾气暴躁患者，如何接诊等等。总结其案例考试特点，主要分为以下类型：

（一）操作解释题

题面可以包括骨穿、腰椎穿刺、胸腔穿刺、腹腔穿刺、动脉穿刺、导尿、插胃管等基本操作，需要医生向患者解释操作的情况。其答题一般规律多包括以下几点：

1. 解释操作目的和用处。
2. 向患者简要描述操作过程。
3. 告知患者操作十分安全。
4. 不同操作或不同患者的个体化宣教。

例如：题目为“老年男性患者尿潴留，欲行导尿术，术前宣教”，按照上述规律，应该回答如下：

1. 解释导尿术的目的是为患者解除尿潴留，解除尿潴留后将感觉轻松。
2. 简要描述导尿术操作过程。
3. 告知患者尿管柔软，不会损伤其他组织，十分安全。
4. 因老年男性患者插尿管可能失败，告知患者若失败也可有其他方法处理。

（二）体格检查题

题目可包括体格检查的各个方面，如心脏查体、腹部、胸部查体，测量血压等方面。其答题规律一般多包括以下方面：

1. 向患者解释检查的目的和意义，取得患者的同意。
2. 接触患者部位应该温暖，如双手、听诊器、叩诊锤等。
3. 充分暴露检查视野，但应注意保护患者。同时应注意患者隐私，男性医师若检查异性敏感部位，则应有异性第三者医务人员在场。
4. 考虑患者的舒适度和容纳度。
5. 不同操作或不同患者的个体化宣教。

例如：题目为“青年女性患者心脏查体”，按照上述规律，应该回答如下：

1. 向患者解释心脏检查的目的和意义，以及涉及的器械，取得患者的同意。
2. 接触患者的双手、听诊器部位应该温暖。
3. 充分暴露检查野，但注意保护患者。注意患者隐私，男性医师检查异性敏感部位时应有异性第三者医务人员在场。
4. 考虑患者的舒适度和容纳度，以患者的舒适体位为准。

5. 听诊杂音时可请患者呼吸配合。

(三) 解释病情题

题目主要包括向患者解释病情时遇到的各种问题,如解释黄疸原因、腹痛原因、胸痛原因等。其答题规律一般多包括以下方面:

1. 告诉患者不要过度紧张,临床症状可能由多种原因引起。
2. 建议患者行进一步检查。
3. 告知患者即时复诊和下一步处理。

例如:题目为“患者黄疸,如何解释病情”,按照上述规律,应该回答如下:

1. 告诉患者不要过度紧张,黄疸可能由多种原因引起,不一定是肝硬化、肝癌。
2. 建议患者行进一步检查。
3. 告知患者即时复诊。

(四) 接诊题

题目主要包括临床接诊患者时遇到的各种问题,如遇到医疗纠纷、不理智的患者家属等。其答题规律一般多包括以下方面:

1. 言语安慰。
2. 告知患者疾病诊疗过程中存在一定困难和难度,取得谅解。
3. 若发生被殴打事件,可指出患者的错误,绝对不能还手,但可寻找证人。
4. 向上级报告。
5. 对患者的诊疗应不受上述事件的影响。

例如:题目为“遇到情绪激动的家属,被殴打后处理”,按照上述规律,应该回答如下:

1. 言语安慰患者和家属情绪。
2. 告知患者疾病诊疗过程中存在一定困难和难度,取得谅解。
3. 若发生被殴打事件,指出患者的错误,绝对不能还手,但可寻找证人。
4. 上报医务科。
5. 对患者的诊疗应不受上述事件的影响,应更加细心。

总之,医德医风考试应牢记以下原则:多解释,勤沟通,男查女,要庄重。若被打,不还手,医与患,换位思。

二、沟通能力

沟通分为医患沟通和医医沟通等多个部分,下面主要介绍医患沟通技巧。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。需要指出的是,医患沟通,沟通是手段,相互理解是目的。医患沟通要遵循以下原则:

1. 平等、尊重 尊重患者的人格和权利,学会换位思考。在实践中,要关心患者的疾苦,设身处地地了解患者的困难。

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。在实践中,应尊重患者知情权,全面介绍病情。

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。在实践中,应因病情的轻重、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。

5. 遇到不能理解的患者, 不要激化矛盾。

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, 对人类的解放与自由的追求。一句话, 人文关怀就是关注人的生存与发展。就是关心人、爱护人、尊重人。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。

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。

所以总结医患沟通与人文关怀的注意事项如下: 预做准备、设定目标、相互尊重、善用方法、注意倾听、同情伤思。

第二章 病史采集

一、发 热

概述

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 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。发热按病因分类有感染性发热、肿瘤性发热、自身免疫病发热、物理性发热等。

病史采集要点

1. 症状特征

① 发热的诱因：受凉、外伤等。

② 病程：起病缓急和患病时间。

③ 发热的程度和持续时间：低热、中等热、高热或超高热。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。

④ 性质和特点：热型（稽留热、弛张热、间歇热、波状热、回归热、不规则热）。

(1) 稽留热 体温恒定维持在 39°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) 不规则热 发热的体温曲线无一定规律。

⑤ 加重和缓解方式

2. 合并症状 发热为全身症状组，合并症状较多。

可询问呼吸、消化、泌尿、运动、神经系统等系统表现。每组按照疼痛、分泌物过多、出血、特殊症状为顺序询问。故应询问胸痛、咳嗽、咳痰、咯血、腹痛、腹泻、尿频、尿急、尿痛、关节疼痛、头痛，此外还应询问发热的特殊表现，如：寒战等。

(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、流行性感胃等。

(4) 淋巴结增大 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。

3. 诊治经过 是否曾到医院、治疗经过及药效评价。

4. 一般情况 自患病以来, 饮食、睡眠、大小便及体重变化。

5. 基础病史 既往病史、该症状相关既往病史、传染病接触史、职业特点、烟酒嗜好、药物过敏史、手术史、流产或分娩史、月经生育史、家族史等。

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龈部感染引起发热, 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

概述

疼痛分为头痛、胸痛、腹痛、关节痛、腰背痛。

1. 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. 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。

3. 腹痛由腹部脏器疾病、腹腔外疾病及全身性疾病造成，可为器质性或功能性。

4. 关节痛是临床上常见的症状，是关节病变的主要症状，机械性和化学性刺激均可引起关节痛。

5. 腰背痛在风湿性疾病和脊柱退行性病变中占有突出位置，尤其在从事体力劳动者中常见，是劳动力丧失的一个重要原因。疼痛的病因主要是外伤、肿瘤、出血或缺血、炎症、空腔脏器痉挛、扭转等。

病史采集要点

1. 症状特征 疼痛均有其类似的问诊特点。

① 诱因：头痛（咳嗽、活动颈部、精神因素等）、胸痛（活动、劳累、咳嗽、进食等）、腹痛（进食、排便等）、关节痛（外伤、运动等）、腰背痛（外伤、运动等）。

② 病程：

头痛：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）。

腹痛：急性或慢性。

③ 部位

头痛：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。

胸痛：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1、第2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心前区，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。

腹痛：表浅或深在；放射方向（右肩，左肩臂，右肩胛下区，左腰部，腹股沟）；腹痛部位是否随时间而转移。

关节、腰背痛：类风湿关节炎最常影响腕、掌指、近端指间以及跖趾关节等，但较少影响远端指间关节，而骨性关节炎受累部位多见于远端指间关节，较少影响掌指关节及腕关节。关节痛是单关节或多关节，单关节最多见于结核性关节炎及感染性关节炎，而类风湿关节炎早期可呈单关节炎或少关节炎，但随着病情进展，往往多关节受累。反复结晶性关节炎多为不对称性，类风湿关节炎多呈对称性；感染性关节炎也多为不对称性。

◎ 程度

头痛：严重程度可分为轻、中和重度头痛。

关节、腰背痛：类风湿关节炎及系统性红斑狼疮多可耐受，逐渐加重，而痛风则剧烈难忍，当日或1~2日达高峰。

◎ 持续时间

头痛：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。

胸痛：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。

关节、腰背痛：类风湿关节炎多为缓进，而痛风的典型发作则常为夜间突然发生。

◎ 加重、缓解方式

头痛：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。

胸痛：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。

腹痛：腹痛发生时间，与进餐的关系（餐后减轻，餐后发作或加重，油餐能否诱发腹痛）。腹痛与呼吸和体位的关系。骤发或逐渐发生；持续性、复发性或间歇性；骤然缓解或逐渐缓解。

◎ 性质特点

头痛：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。

胸痛：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。

腹痛：隐痛、钝痛、烧灼样痛、剧痛、阵发性绞痛。胀痛、刺痛、刀割样，有无反射痛。

◎ 频率

2. 合并症状 疼痛多有具体部位，故应注意症状的部位和邻近器官的关系。每组按照疼痛、分泌物过多、出血、特殊症状为顺序询问。

头痛：与全身症状、神经系统、消化系统表现相关联（发热、寒战、恶心、呕吐、眩晕、意识不清）。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。

胸痛：与心血管、呼吸、消化系统表现相关联（咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、心悸、腹痛、腹泻）。伴吞咽困难或咽下痛者，提示食管疾病，如反流性食管炎。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。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。

腹痛：与呼吸、消化系统表现相关联（恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便血、呕血、黄疸等）。

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。

关节痛：与全身、运动系统表现相关联（发热、皮疹、肌肉疼痛、肌无力、肌萎缩、皮下结节、贫血、淋巴结增大、肝脾大等）。

腰背痛：与全身、运动系统表现相关联（发热、寒战、肌痛、无力、关节疼痛等）。

3. 诊治经过 是否曾到医院、治疗经过及药效评价。

4. 一般情况 自患病以来，饮食、睡眠、大小便及体重变化。

5. 基础病史 既往病史、该症状相关既往病史、传染病接触史、职业特点、烟酒嗜好、药物过敏史、手术史、流产或分娩史、月经婚育史、家族史等。

三、咳嗽与咳痰

概述

咳嗽是一种保护性反射动作。通过咳嗽反射能有效清除呼吸道内的分泌物或进入气道内的异物。但是，长期、频繁、剧烈咳嗽影响工作、休息，引起呼吸肌疼痛，则属病理现象。咳痰是通过咳嗽动作将呼吸道内病理性分泌物排出口腔外的病态表现。其病因为呼吸道疾病、胸膜疾病、心血管疾病、中枢神经因素和药物因素。

病史采集要点

1. 症状特征

◎ **诱因**（呼吸、异味、胸闷、心悸等）、**病程**：突然出现的发作性咳嗽，常见于吸入刺激性气体所致急性咽喉炎、气管与支气管异物、百日咳、气管或支气管分叉部受压迫刺激（如肿瘤或增大淋巴结）等；少数支气管哮喘，也可表现为发作性咳嗽，在嗅到异味或夜间更易出现，而并无明显呼吸困难（咳嗽变异性哮喘）。长期慢性咳嗽多见于慢性呼吸道疾病，如慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿、肺结核等。

◎ 程度、持续时间

◎ **加重、缓解方式**：咳嗽往往于清晨或夜间变动体位时加剧，并伴咳痰。左心衰竭、肺结核夜间咳嗽明显，可能与夜间肺淤血加重及迷走神经兴奋性增高有关。

◎ **性质特点**：咳嗽无痰或痰量甚少，称干性咳嗽，见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、喉及肺结核、二尖瓣狭窄、原发性肺动脉高压等。咳嗽伴有痰液称湿性咳嗽，见于慢性支气管炎、肺炎、肺脓肿、支气管扩张症、空洞型肺结核、支气管胸膜瘘等。

咳嗽的音色：指咳嗽声音的特点，如：①咳嗽声音嘶哑，多见于声带炎、喉炎、喉癌和喉返神经麻痹等；②金属音调咳嗽，见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌、淋巴瘤、结节病压迫气管等；③阵发性连续剧咳伴有高调吸气回声（鸡鸣样咳嗽），见于百日咳，会厌、喉部疾患和气管受压；④咳嗽声音低微或无声，见于极度衰弱或声带麻痹患者。

痰的性质和量：急性呼吸道炎症时痰量较少，而支气管扩张症、肺脓肿、支气管胸膜瘘时痰量较多，且排痰与体位有关。脓痰有恶臭气味者，提示有厌氧菌感染。黄绿色或翠绿色痰，

提示铜绿假单胞菌（绿脓杆菌）感染；痰白黏稠、牵拉成丝难以咳出，提示有白色念珠菌感染；大量稀薄浆液性痰中含粉皮样物，提示棘球蚴病（包虫病）。日咳数百至上千毫升浆液泡沫样痰，还应考虑弥漫性肺泡癌的可能。

④ 频率

2. 合并症状 咳嗽与咳痰为呼吸系统症状。故应首先询问呼吸、心血管系统症状：咯血、呼吸困难、心悸。此外，还应注意全身症状。咳嗽患者伴：①发热，多见于呼吸系统（上呼吸道、下呼吸道）感染、胸膜炎、肺结核等；②胸痛，多见于各种肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、肺梗死和自发性气胸；③呼吸困难，见于喉水肿、喉肿瘤、支气管肺癌、支气管哮喘、慢性阻塞性肺病、重症肺炎、肺结核、肺间质纤维化大量胸腔积液、气胸及肺淤血、肺水肿、心源性哮喘、气管与支气管异物等；④大量脓痰，见于支气管扩张症、肺脓肿、肺囊肿合并感染和支气管胸膜瘘等；⑤咯血，见于肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌、二尖瓣狭窄、肺含铁血黄素沉着症等；⑥杵状指（趾），主要见于支气管扩张症、肺脓肿（尤其是慢性）、支气管肺癌和脓胸等。

3. 诊治经过 是否曾到医院、治疗经过及药效评价。

4. 一般情况 自患病以来，饮食、睡眠、大小便及体重变化。

5. 基础病史 既往病史、该症状相关既往病史、传染病接触史、职业特点、烟酒嗜好、药物过敏史、手术史、流产或分娩史、月经婚育史、家族史等。

四、咯 血

概述

咯血病因：支气管疾病、肺部疾病、心血管疾病，其他全身性出血性疾病。

病史采集要点

1. 症状特征 症状的诱因、病程、症状部位、程度、持续时间、性质和特点、发作频率、加重方式、缓解方式。

④ 诱因（呼吸、咳嗽、咳痰、胸闷、心悸等）、病程：青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张症、风湿性心瓣膜病二尖瓣狭窄等。40岁以上长期大量吸烟者（纸烟20支/日×20年以上者），要高度警惕支气管肺癌。

④ 部位、程度：每日咯血量在100ml以下为小量，100~500ml为中量，500ml以上（或者一次咯血在300~500ml者）为大量。大量咯血见于肺结核空洞、支气管扩张症和慢性肺脓肿。支气管肺癌的咯血主要表现为持续或间断痰中带血，少有大咯血。慢性支气管炎和支原体肺炎咳嗽剧烈时可偶有痰中带血或血性痰。

④ 持续时间

④ 加重、缓解方式

④ 性质特点：首先问出是咳出的还是呕出的，以明确是咯血还是呕血。鉴别时需首先查口腔与鼻咽部，观察局部有无出血灶，鼻出血多自鼻前庭流出，在鼻中隔下方可发现出血灶。鼻腔后部出血经后鼻孔沿软腭及咽后壁下流，患者感到咽后壁有异物感。用鼻咽镜检查，可确诊。参考病史、特征及其他方面的检查，对咯血和呕血进行鉴别。肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、支气管结核、出血性疾病，咯血颜色鲜红；铁锈色痰主要见于肺炎球菌大叶性肺炎、肺吸虫病和肺泡出血；砖红色胶冻样血痰主要见于肺炎杆菌肺炎。二尖瓣狭窄肺淤血咯血一般为鲜红色，左心衰竭肺水肿时咳浆液性粉红色泡沫样痰，并发肺梗死时咳黏稠暗红血痰。