



国家医学考试中心唯一推荐用书


2011 修订版

# 国家医师资格考试

## 实践技能应试指南

### 临床执业助理医师

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

2011 修订版

# 国家医师资格考试 实践技能应试指南

临床执业助理医师

医师资格考试指导用书专家编写组

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 临床执业助理  
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, 2010. 12

ISBN 978-7-117-13832-1

I. ①国… II. ①医… 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(2010)第 224826 号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	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 临床执业助理医师

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](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 22

字 数: 562 千字

版 次: 2010 年 12 月第 1 版 2010 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13832-1/R · 13833

定价(含光盘): 50.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

## 编写组名单

主 编 马明信 孙靖中

编 者 (按姓氏笔画排列)

于 峰	马明信	马 榕	王 雪	王 虹	王 萍
王勤环	孔北华	史本康	刘 刚	吕愈敏	孙铁铮
孙靖中	许 卫	严仲瑜	张 倩	张齐钧	张志泰
张卓莉	张瑞萍	李本富	李延青	李海潮	李 兵
苏壮志	陈江天	陈 红	陈 适	周 炜	林汉华
欧晋平	武 汉	金 丹	金自孟	段德生	郝晓光
徐宇伦	郭燕燕	曹 茜	梁金锐	蒋雨平	熊盛道
魏来临					

## 出版说明

为深入贯彻《中华人民共和国执业医师法》，根据医师执业的实际需要，国家医学考试中心（以下简称中心）组织医学教育、医学考试和教育测量专家研究提出了临床、口腔、公共卫生执业医师、执业助理医师准入的基本要求，包括基本素质、基础理论和基本知识、基本技能，要求申请医师资格者不仅要具有较高的医学专业知识和能力，还要具有必要的人文素养。根据医师准入基本要求，中心于2008年组织对原《医师资格考试大纲》作了修改和补充，卫生部医师资格考试委员会已于2009年正式颁布并施行。

《医师资格考试大纲》包括实践技能考试大纲和医学综合笔试大纲两部分。医学综合笔试部分将大纲考核的内容整合为基础综合、专业综合和实践综合三部分。为帮助考生有效地掌握其执业所必须具备的基础理论、基本知识和基本技能，具有综合应用能力，能够安全有效地从事医疗、预防和保健工作，根据新大纲的要求和特点，中心组织专家精心编写了医师资格考试系列指导丛书。

本系列指导丛书包括临床、口腔、公卫执业医师和执业助理医师二级三类的《医学人文概要》、《医师资格考试医学综合笔试应试指南》、《医师资格考试实践技能应试指南》、《医师资格考试模拟试题解析》共19本。通过使用，专家和广大考生反映良好，并对系列丛书提出了修改建议，中心再次组织有关专家对部分章节进行修订。为使考生更加全面了解医师资格考试，临床执业医师和临床执业助理医师《医师资格考试医学综合笔试应试指南》《医师资格考试实践技能应试指南》增加考生须知相关内容。《模拟试题解析》增加大量已公布的试题，帮助考生全面熟悉考试题型，并更好地掌握相关知识。

为了确保指导用书的内容和质量，专家们参阅了国内外权威教材，吸取了国内外公认的实际工作中普遍应用的新知识、新技能。经过修订，本系列指导丛书紧扣新大纲，内容科学，突出重点，结构合理，逻辑性强，有利于考生进行应试复习。

诚恳地希望广大考生在应用中发现问题，给予指正。

国家医学考试中心

2010年12月

# 国家医师资格考试实践技能考试

## 应试须知

实践技能考试是国家医师资格考试的重要组成部分,只有通过实践技能考试者才能有资格参加医学综合笔试部分。实践技能考试重点是考查应试者实际动手和操作能力及综合运用所学知识分析问题和解决问题的能力。考查内容包括职业素质、病史采集、病例分析、体格检查、基本操作和辅助检查六个部分,具体内容及某些具体例题等均已在这本书中进行了全面而详细地介绍。为了更好地帮助应试者进一步提高临床实践技能水平,并顺利通过实践技能考试,现将医师资格考试实践技能考试介绍如下。

### 一、职业素质

职业素质是作为一个合格医师所必须具备的素质,是实践技能考试的重要内容。

在国家医师资格考试的实践技能考试中,除在第三站以多媒体考试形式针对某些医德医风的问题,在计算机上根据题目要求进行作答外,还专门在第二站的体格检查和基本操作技能考试中加入了职业素质的考查内容,其目的是考查应试者在整个体格检查和基本操作过程中的良好医患关系(沟通能力)、爱伤意识(人文关怀)和医德医风等医师应具备的职业素质。在既往进行的体格检查和基本操作的实践技能考试中,常发现有的应试者注意不够,这实际上是作为一个合格医师在日常工作中必须具备和应当达到的基本素质。所以考试也是对应试者的鞭策和促进。

### 二、病史采集

病史采集是医师诊治疾病的第一步,是获取病史资料的重要手段,一个可靠的病史资料对疾病的诊断和处理是极其重要的。因此具有全面、系统、正确地采集病史的能力是作为一个合格医师所必须具备的基本技能。

在目前情况下,国家医师资格考试实践技能考试中,病史采集仍然是采用纸笔考试形式,即给予一个简要病史(包括性别、年龄和主要症状加时间及就诊场景,例如:女性,25岁,2天来高热伴尿痛来急诊就诊),要求应试者围绕以上简要病史,将如何询问患者现病史及相关病史的内容写在答题纸上。病史采集考查的重点是病史采集的内容和病史采集的技巧两方面。有关病史采集的内容和技巧已在本书第二章“病史采集”中写得很清楚,而且在每个具体症状的病史采集中还附有例题,这些例题模拟了实践技能考试试题,应当认真阅读。关于病史采集技巧的考查,采用纸笔考试形式是很难考查的,但是条理性是否强、能否抓住重点、能否围绕病情询问等技巧,从笔答案卷的字里行间还是可以清楚可辨的。根据既往病史采集的考试情况看,发现有些应试者未能注意到这个问题,尽管答出的内容都对,亦无遗漏,但条理性较乱、重点不



突出或未能紧密围绕病情询问,也是要扣分的。这往往说明应试者的基本功还不扎实,临床思维也比较混乱,应当进一步提高。

### 三、病例分析

具有对内科、外科、妇科、儿科各类常见病、多发病的诊断、处理能力也是作为一个合格医师所必须具备的基本技能,即考查应试者综合运用所学知识分析问题和解决问题的能力。

在目前情况下,国家医师资格考试的实践技能考试中,病例分析也仍然是采用纸笔考试形式,即给予一个病例摘要(包括主诉、病史、体格检查、辅助检查等),要求应试者根据病例摘要内容进行分析,将初步诊断及诊断依据、鉴别诊断、进一步检查与治疗原则写在答题纸上。病例分析重点考查应试者综合运用所学知识分析问题和解决问题的能力。相关内容已在本书第三章“病例分析”中写得很清楚,而且在每个具体疾病的病例分析中还附有例题,这些例题模拟了考试试题,应当认真阅读。然而,根据既往实践技能考试中病例分析的考试情况看,有如下问题还应引起应试者的高度重视,这些问题即使在日常临床医疗工作中也是常常遇到的:①诊断依据问题:诊断依据是作出初步诊断的理由和根据,应按症状、体征和各项支持诊断的辅助检查顺序列出,并要求应用整理加工后的语言,把病例摘要全部照抄下来不能算作是诊断依据,另外若有几个初步诊断的话,应分别写出诊断依据,不能混在一起写,这样才能说明条理分明,思维清晰;②鉴别诊断问题:鉴别诊断是列出在本病例分析过程中曾疑及的一些主要疾病,不能把不沾边的一些疾病都罗列出来;③进一步检查:进一步检查主要是为了鉴别诊断和明确诊断应做的检查,不能进行“大包围”检查,特别是一些贵重的检查。否则都说明应试者的基本功还不扎实,临床思维能力有待加强。

### 四、体格检查

具有系统、规范地进行体格检查的能力也是作为一个合格医师所必须具备的基本技能。熟练掌握系统、规范的体格检查方法会有助于迅速而准确地对疾病做出诊断、正确的判断病情变化,并指导对实验室、器械检查等辅助检查手段的准确选择。

在国家医师资格考试的实践技能考试中,除在第三站以多媒体考试形式,针对心肺听诊在计算机上根据题目要求对给出的声音进行辨别外,体格检查的考查方式主要是给予一组体格检查考试项目(例如:1. 腋测法测体温;2. 甲状腺检查;3. 心脏叩诊),要求应试者直接在被检者身上进行查体操作,并根据提问回答相应问题。体格检查的考查重点是考察应试者对体格检查的内容掌握是否全面、手法是否规范、检查结果是否准确及对体格检查的有关正常值和病态体征的临床意义等问题是否完全掌握等。因此应试者应对体格检查进行全面、规范化训练,并对相关问题进行认真准备,实际上这不仅是实践技能考试的需要,更重要的是作为一个合格的医师在临床上必须具备的终生需要的基本功。

### 五、基本操作

作为一个合格医师必须具备临床基本操作技能。

在国家医师资格考试的实践技能考试中,基本操作技能的考试还不能在真实病人身上进行,因此必须在医用模拟人或医用模块上进行,试题一般是一个简要病例(例如:患者因乙状结肠梗阻,需行剖腹探查术,现已进入手术室,平卧于手术台上。你作为换好洗手衣的住院医师,请给予左下腹经腹直肌切口消毒、铺巾),要求应试者作为住院医师,根据简要病例要求进行操

作。基本操作的考查重点是应试者的实际动手操作能力。因此,尽管是在医用模拟人或医用模块上进行基本操作技能考试,但是也要与在真实病人身上进行基本操作一样。在考试过程中,若未经考官允许而以口述或手势比划替代动手操作者,不得分,因为基本操作技能考试就是考查应试者的实际动手操作能力,任何口述或手势比划都是不能替代动手操作的。

## 六、辅助检查

作为一个合格医师必须具备正确判读辅助检查的技能。

辅助检查包括心电图检查、影像学检查(X线片,临床执业医师还有B型超声和CT)及实验室检查,辅助检查对疾病做出正确诊断和判断病情变化等有重要帮助和重要参考价值。

在国家医师资格考试的实践技能考试中,心电图检查和影像学检查(X线片,临床执业医师还有CT)的考查除在第三站以多媒体考试形式针对给予的有关图像,在计算机上根据题目要求进行作答外,还在病例分析考试时的病例摘要中附有心电图图像、X线片,临床执业医师还有CT检查图像等,要求会正确判读。而实验室检查则不专门设立独立的考试,而是全部出现在病例分析考试时的病例摘要中,要求应试者能熟练记忆正常值及其临床意义。

## 七、国家医师资格考试实践技能考试(临床类别)考试项目、考试时间、分值一览表

考站	考试项目		分值 (分)		考试时间 (分钟)	
第一站	病史采集		15	37	11	26
	病例分析		22		15	
第二站	体格检查		20	40	13	24
	基本操作技能		20		11	
第三站	心肺听诊	试题 1	4	23	15	
		试题 2	4			
	影像(X线)	试题 1	2			
		试题 2	2			
		试题 3	2			
	心电图	试题 1	3			
试题 2		4				
	医德医风		2			
合计			100		65	

最后希望各位应试者认真复习,不要相信所谓“考前真题”等各种谎言,诚信参试。

国家医学考试中心



# 目 录

<b>第一章 职业素质</b> .....	1
一、医德医风.....	1
二、沟通能力.....	2
三、人文关怀.....	2
<b>第二章 病史采集</b> .....	4
一、发热.....	5
二、疼痛.....	9
三、咳嗽与咳痰.....	19
四、咯血.....	22
五、呼吸困难.....	25
六、心悸.....	29
七、水肿.....	31
八、恶心与呕吐.....	34
九、呕血与便血.....	36
十、腹泻.....	41
十一、黄疸.....	43
十二、消瘦.....	45
十三、无尿、少尿与多尿.....	48
十四、血尿.....	53
十五、惊厥.....	56
十六、意识障碍.....	59
<b>第三章 病例分析</b> .....	62
一、慢性阻塞性肺疾病.....	63
二、肺炎.....	66
三、支气管哮喘.....	69
四、结核病.....	72
五、胸部闭合性损伤.....	79
六、高血压病.....	82
七、冠心病.....	88
八、心力衰竭.....	97

九、休克	103
十、胃炎	107
十一、消化性溃疡	110
十二、肛门、直肠良性病变	114
十三、肝硬化	117
十四、胆石病、胆道感染	121
十五、急性胰腺炎	125
十六、急腹症	131
十七、消化系统肿瘤	143
十八、腹部闭合性损伤	152
十九、腹外疝	155
二十、病毒性肝炎	157
二十一、细菌性痢疾	163
二十二、急、慢性肾小球肾炎	167
二十三、尿路感染	172
二十四、贫血(缺铁性贫血、再生障碍性贫血)	175
二十五、白血病	181
二十六、甲状腺功能亢进症	186
二十七、糖尿病	191
二十八、系统性红斑狼疮	198
二十九、脑血管疾病	202
三十、四肢长管状骨骨折和大关节脱位	211
三十一、急性一氧化碳中毒	226
三十二、有机磷杀虫药中毒	229
三十三、小儿腹泻	232
三十四、小儿常见发疹性疾病	237
三十五、软组织急性化脓性感染	240
三十六、乳房疾病:急性乳腺炎、乳腺囊性增生症、乳房肿瘤	242
<b>第四章 体格检查</b>	<b>248</b>
一、基本检查方法	248
二、一般检查	249
三、头颈部	253
四、胸部	255
五、腹部	262
六、脊柱、四肢、肛门	266
七、神经系统	267
<b>第五章 基本操作</b>	<b>269</b>
一、手术区消毒和铺巾	269

二、换药	269
三、戴无菌手套	271
四、穿、脱隔离衣	271
五、穿、脱手术衣	272
六、吸氧术	272
七、吸痰术	273
八、插胃管	274
九、三腔二囊管止血法	275
十、导尿术	276
十一、静脉穿刺术	278
十二、胸腔穿刺术	279
十三、腹腔穿刺术	280
十四、外科手术基本操作	281
十五、开放性伤口的止血包扎	284
十六、清创术	286
十七、脊柱损伤患者的搬运	288
十八、四肢骨折现场急救外固定技术	288
十九、人工呼吸	289
二十、胸外心脏按压	289
二十一、简易呼吸器的使用	290
<b>第六章 辅助检查</b>	<b>291</b>
一、心电图检查	291
二、普通 X 线影像诊断	297
三、实验室检查	308

# 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:

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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的了解和理解,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,这样在医患之间出现了有形的医疗机器,医疗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:

1. 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,常有不妥、焦虑、烦躁、忧虑等不良心理因素的患者使用安慰性语言,使其安心的配合治疗;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。另外,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。

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,以便更准确的了解患者真实想法;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,医务人员受生物学模式的支配,加之随着临床医学分科的细化而形成一

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成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:

1. 要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。

2. 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。

3. 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、负责地最优化服务,即执业医师要改变患者“求医”的观念,要对患者开展热诚、负责地服务;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。病史资料的完整性和准确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。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。

#### 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。
- (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,先由简易问题询问开始,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）要紧围绕病情询问

在病史采集过程中，病人所谈的内容一定要要紧围绕病情，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，这是能作到要紧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，要不断对采集到的信息进行思维和联想，对资料加以分析、综合和判断，逐步形成对病人可能的诊断意见，而不是单纯笔录的被动过程。

## （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，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  $1^{\circ}\text{C}$ ；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  $42^{\circ}\text{C}$  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)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) 中等热度: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  $41^{\circ}\text{C}$  以上。

2. 发热的分期和常见热型 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  $1^{\circ}\text{C}$ 。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  $39^{\circ}\text{C}$  以上,而波动幅度大,24小时内波动范围达  $2^{\circ}\text{C}$  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  $39^{\circ}\text{C}$  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  $39^{\circ}\text{C}$  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,如间歇热型和回归热型,常见于疟疾、肺炎球菌肺炎和输血反应等。体温