

2011

国家执业医师资格考试指定用书

最精辟 最实用 最简洁 最有效

临床医师 实践技能应试指导

本书专家组 编

- ★ 权威执考用书
- ★ 13年经验指导
- ★ 贴近考试实战
- ★ 凸显得分要点

赠200元
学习卡

光盘



中国协和医科大学出版社

国家执业医师资格考试

(2011 版)

临床医师实践技能 应试指导



国家医考网
www.guojiayikao.com

可订购任何一门课程
¥200.00

国家医师资格考试

临床执业医师 临床执业助理医师 中医执业医师 中医执业助理医师 中西医结合执业医师 中西医结合执业助理医师 西医综合 初级护士

中国协和医科大学出版社医学考试培训中心张博士团队
权威师资阵容 全真视频 24小时专家答疑

24小时热线: **400-650-0069**

卡号: F22011157566 密码:

使用流程说明:

1. 登录国家医考网 www.guojiayikao.com, 进入张博士医学考试网, 注册填写真实信息;
2. 刮开学习卡的密码, 点击功能菜单, 进入在线购书, 输入卡号和密码, 购买课程;
3. 请将此卡卡号和密码赠送给您的同学和好友。

注意: ①所有赠送的学习卡不能叠加使用, 仅限一人一卡使用; ②本卡严禁出售。

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

(2011 国家执业医师资格考试) 临床医师实践技能应试指导 / 本书专家组编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2011. 1

ISBN 978 - 7 - 81136 - 421 - 7

I. ①2… II. ①国… III. ①临床医学 - 医师 - 资格考核 - 自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 213151 号

国家执业医师资格考试 临床医师实践技能应试指导 (2011 版)

编 者: 本书专家组

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: 三河华晨印务有限公司

开 本: 787 × 1092 1/16 开

印 张: 22.25

字 数: 500 千字

版 次: 2011 年 1 月第一版 2011 年 1 月第一次印刷

印 数: 1—10000

定 价: 50.00 元 (含光盘)

ISBN 978 - 7 - 81136 - 421 - 7/R · 421

(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十三个年头。这项制度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。

随着社会的发展，执业医师资格考试在形式上和内容上都在不断的修整与完善，逐步突出对医师综合素质的要求，强调医学模式的转变和以人为本、依法行医的观念，强调临床思维和解决实际问题的能力的培养，注重应用，强化对执业医师知识、能力、素质的全面、综合的考核，考试中测试考生综合应用能力的题目增至50%，知识记忆题降至20%，分析理解的题目为30%。为帮助考生在繁忙的临床实践期间更有效地复习，更加方便的了解与掌握执业医师资格考试的要求，提高考生分析问题、解决问题能力，从而顺利通过考试，中国协和医科大学出版社推出了《国家执业医师资格考试应试系列丛书》，十三年来，中国协和医科大学出版社在这套《丛书》的出版过程中，以及每年与广大考生读者反馈交流的工作中，摸索出了我国执业医师资格考试的基本规律，积累了丰富的编写应试丛书的经验，为考生提供了不同层次、不同阶段和不同需求的应试参考书。

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、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《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。在多次考生读者座谈会上，凡用过这套应试指导的考生均感到获益匪浅，一致予以好评，并认为今后在做低年住院医师期间，本书仍会对他们有所帮助。

《临床医师实践技能应试指导（2011版）》在去年的基础上进行了调整，将疏漏之处一一查漏补缺，且更加强调实际操作能力、系统运用知识和解决问题的能力，并注重医德医风、政策法规等职业素质修养。

“当医生就当好医生，当好医生就读协和医书”，拥有十三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

2011年1月1日

前言

我们编写《临床医师实践技能应试指导》的目标是：通过一月时间的复习，让有医学背景的考生得以通过技能考试。

准备实践技能考试，要避免两个误区：一是在技能上花太多的时间，技能考试通过后才开始准备综合笔试。由于实践技能考试是考试的第一关，有很多考生在技能考试前把所有精力都放在了准备实践技能考试的复习上，几乎不复习综合笔试，这是一种十分有害的做法，造成年年考试技能过，综合笔试年年考不过。正确的做法应该是把实践技能中所有能与笔试内容相对应的部分全部糅合在一起复习。二是，根本不准备技能考试，完全靠找熟人过关。诚然，因为技能是否过关由各考点的考官自己掌握，有不少考生完全凭关系就能过关。但试想一下，一点书都不看，技能第一站的病史采集和病例分析都不会答，将来在行医过程中迟早会因为病历的不严谨而被患者抓住把柄，考试是督促我们被动学习的有力武器。因此自己花费一个月的时间，把我们出版的这本书及光盘看完，就算为自己努力吧。随着对考生动手能力要求的提高和知识的全面要求以及各考点考试纪律的加强，“人情分”会逐渐压缩，通过率也会有所降低。

那么，何时开始复习实践技能呢？合适的技能复习时间是从技能考试前一月开始。复习太早，忘得太快，考前还得再复习，得不偿失。

用多长时间复习实践技能比较科学是困扰很多考生的一大难题。凭我们多年从事医师资格考试辅导的经验，最好的复习方法是3+1复习方法，即用3个月复习综合笔试，临近技能考试前准备技能考试1月。试想一下，技能考试需要多少分过关：60分！并没有要求过高的分数，也不像综合笔试没有固定的分数线。

下面，重点阐述考生最为关心的几个问题

一、2011年临床类考试将发生重大变化 根据2010年版《医师资格考试大纲》的变化及2010年实践技能的考试题目的变化，2011年国家医师资格考试实践技能考试内容将做出相应调整。临床类别的执业医师和执业助理医师资格考试原三站的考试形式不变，考试内容覆盖面更广，每站考试的题目数增加，越考越细。以第二考站的体格检查为例，新大纲实施前一般只考一道题目，新大纲实施后往往考3到4道题目。

考试总时间比以往延长，其中临床类别延长为65分钟。临床类别实践技能考试调整内容如下。

1. 第一考站病史采集和病例分析内容不变，项目增加。病例分析考试时间和试题分值调整。考试时间由原11分钟延长为15分钟，分值由20分调整为22分。新大纲中增加的B超部分，在病例分析中作为辅助检查的形式进行考核。

2. 第二考站的体格检查和基本操作技能是作为一名合格医生应具有的基本操作能力，其分值增加，均由18分提高到20分，试题设计中增加医德医风、医师职业素质考察，共4分。全身体检重点考核查体的系统性和触诊、叩诊的手法。

3. 第三考站执业医师增加了CT片和B超项目，助理不考。考试时间由18分钟减至15分钟。

4. 执业助理医师的实践技能考试形式和考试时间与执业医师基本相同，考试内容相对减少。2011年临床类别实践技能考试可能方案如下表。

2011 年临床类别实践技能考试可能方案一览表

考站	考试项目		考试时间 (分钟)		分值 (分)		考试方法
第一 考站	病史采集		11	26	15	37	答题卡笔试
	病例分析		15		22		
第二 考站	体格检查		13	24	20	40	模拟人操作、考生互检
	基本操作技能		11		20		
第三 考站	心肺听诊	试题 1	15	23	4	多媒体	
		试题 2			4		
	影像	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				65 分钟		100 分
过关分数				60 分			

二、2011 年医师资格考试实践技能考试（临床类）考试流程及注意事项如下：

考生报名、……………（卫生局）

领取准考证



考生候考（候考室）……………（各考点指定的考试基地，下同）

点名，宣布考试纪律



考生抽取题组号，将题组号填入评分手册



引导员将考生带入相应考场，参加三站考试

考毕，离开考场

三、参加实践技能考试时间：2011 年医师资格考试实践技能考试全国统一考试时间 7 月 1 日～7 月 15 日。各个考点在此时间范围内自行安排，一般都选择 7 月 2 日（周六）、3 日（周日），9 日（周六）、10 日（周日），执业和助理分开考试。

四、实践技能临考注意事项

1. 注意本人准考证上的考试日期和考试时间，开考前 30 分钟到达考场。不熟悉考试地点的，可以提前了解，以免误考。

2. 证件齐全：准考证及本人身份证明（包括身份证、临时身份证、军官证和文职干部证）；物品齐全：如：钢笔（或圆珠笔）、口罩、帽子、工作服、听诊器，口腔类考生自带离体牙等。

3. 考生应当在候考室候考，并保持安静，不影响其他考生的考试。进入考场应当保持良好的心态、饱满的精神面貌参加考试。

4. 听从考场工作人员的安排,遵守考试纪律。
5. 考生换站必须有工作人员引导,保持考场秩序。

五、实践技能考试三站特点及要求、举例、评分标准和答题标准讲评

第一站考试

(一) 第一站考试特点及要求

时间短,要抓紧。病史采集与病例分析时间紧迫,要有足够的心理准备和保障足够快的速度。

1. 要争取先进考场。
2. 拿到手册和答题纸要立即写下名字及考号及考试类别。

(二) 病史采集举例、评分标准和答题标准讲评

1. 病史采集举例

【第一站】(时间 26 分钟,总分 37 分)

病史采集(时间 11 分钟,满分 15 分)

题目:病史采集,女性 34 岁,低热,四肢关节痛 7 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,写出应如何询问该患者现病史及相关病史的内容

2. 评分标准

初步诊断(仅供考官参考,不记分):关节结核

评分要点:(总分 15 分)

(1) 问诊内容(13 分)

1) 现病史(10 分)

①根据主诉及相关鉴别询问(8 分)

每次发作诱因:长距离行走、受凉、季节 2 分;

疼痛性质,全身其他关节疼痛情况,双膝活动障碍 2 分;

疼痛缓解因素 1 分;

发病间隔时间、每次发作持续时间,有无发热、皮疹 2 分;

二便、睡眠、饮食、体重变化 1 分。

②诊疗经过(2 分)

关节痛经过何种治疗,效果如何 1 分;

相关检查:双膝 X 线片结果,化验 1 分

2) 相关病史(3 分)

有无药物过敏史 1.5 分

有无结核病史及风湿病史 1.5 分

(2) 问诊技巧(2 分)

1) 条理性强、能抓住重点 1 分

2) 结合病情询问 1 分

3. 答题思路及答题标准讲评

本题病史采集答题标准讲评分析如下:

(1) 现病史

1) 根据主诉(主要症状+时间)及相关鉴别问诊。

①病因、诱因 1 分——只要写这几个字就得一分,在诊断明确的情况下,能写出来当然更好,但一定不能求满,因为毕竟给的时间有限。

②主要症状的特点主诉 2 分——这个需要根据主诉围绕去问,如此题需要答:疼

痛性质, 全身其他关节疼痛情况, 双膝活动障碍。

③伴随症状 2分——这个需要你根据初步诊断去答, 好在分值不高, 你可以想到什么写些什么, 如此题需要答: 发病间隔时间、每次发作持续时间, 有无发热、皮疹。

④全身状态, 即发病后一般状态 2分——任何题只要写饮食、睡眠有无改变、二便是否正常、体重有无改变, 都是得分的。

2) 诊+疗经过

①是否到医院看过? 作过哪些检查? 1分——只要这样写就可得分。

②服用过何种药物? 效果如何? 1分——只要这样写就可得分。

(2) 相关病史

1) 其他有关病史 1.5分——只要能引发此病的疾病均可写上, 如此题需要答: 有无结核病史及风湿病史。

2) 药物过敏史、手术史(一定要提及!) 1.5分——只要这样写就可得分。

通过上述的举例, 是否对第一站的考试充满信心, 考试并不难, 只要你掌握规律, 而这个规律我们已帮你总结好, 你现在只需将我们的书带回家, 认真阅读, 即可用短时间顺利通过考试。

(三) 病例分析举例、评分标准和答题标准讲评

1. 病例分析举例

【第一站】(时间26分钟, 总分37分)

病例分析(时间15分钟, 满分22分)

女性, 26岁, 已婚。腹痛、腹泻、发热、呕吐20小时于2009年3月12日入院。

患者于入院前24小时, 在路边餐馆吃饭, 半天后, 出现腹部不适, 呈阵发性并伴有恶心, 自服654-2等对症治疗, 未见好转, 并出现呕吐胃内容物, 发热及腹泻数次, 为稀便, 无脓血, 体温 $37\sim 38.5^{\circ}\text{C}$, 来我院急诊, 查便常规阴性, 按“急性胃肠炎”予颠茄、黄连素等治疗, 晚间, 腹痛加重, 伴发热 38.6°C , 腹痛由胃部移至右下腹部, 仍有腹泻, 夜里再来就诊, 查血象 $\text{WBC } 21\times 10^9/\text{L}$, 急收入院。既往体健, 无肝肾病史, 无结核及疫水接触史, 无药物过敏史。月经史13(1/27~28), 末次月经2009.2.25。

查体: $\text{T}38.7^{\circ}\text{C}$, $\text{P}120$ 次/分, $\text{BP } 100/70\text{mmHg}$, 发育营养正常, 全身皮肤无黄染, 无出血点及皮疹, 浅表淋巴结不大, 眼睑无水肿, 结膜无苍白, 巩膜无黄染, 颈软, 甲状腺不大, 心界大小正常, 心率120次/分, 律齐未闻及杂音, 双肺清, 未闻干湿啰音, 腹平, 肝脾未及, 无包块, 全腹压痛以右下腹麦氏点周围为著, 无明显肌紧张, 肠鸣音10~15次/分。

辅助检查: $\text{Hb } 162\text{g/L}$, $\text{WBC } 24.6\times 10^9/\text{L}$, 中性分叶0.86, 杆状0.08, 尿常规(-), 大便常规: 稀水样便, $\text{WBC } 3\sim 5/\text{Hp}$, $\text{RBC } 0\sim 2/\text{Hp}$, 肝功能正常。

2. 评分标准

(1) 诊断及诊断依据(9分)

1) 诊断(5分)

急性阑尾炎(化脓性) 5分

2) 诊断依据(4分)

①转移性右下腹痛 1分

②右下腹固定压痛、反跳痛 2分

③发热, 白细胞增高 1分

(2) 鉴别诊断(5分)

1) 急性胃肠炎、细菌性痢疾 2分

2) 尿路结石感染 2分

3) 急性盆腔炎 1分

(3) 进一步检查 (4分)

1) 复查大便常规, 血常规 2分

2) B超: 回盲区, 阑尾形态 2分

(4) 治疗原则 (4分)

1) 抗感染治疗

2) 开腹探查、阑尾切除术

3. 答题思路及答题标准讲评

(1) 诊断 (注意关键词)

题干关键词, 考试中可直接用铅笔在原题关键词下划线。

现病史中“腹痛由胃部移至右下腹部”, 查体中“全腹压痛以右下腹麦氏点周围为著”, 辅助检查第1行“WBC $24.6 \times 10^9/L$, 中性分叶 0.86”我们知道: 转移性右下腹痛 + 麦氏点压痛 + WBC $\uparrow$ 、N $\uparrow$ = 急性阑尾炎 (单纯性、化脓性、坏疽及穿孔型、阑尾周围脓肿)

直接写答案: 急性阑尾炎 (化脓性) 5分

(2) 诊断依据 (4分)

直接将上述三行关键词按序列出, 答案就在上面, 画好线后, 照抄即可。

1) 一般资料 (包括年龄、性别、职业等), 如此题可添加青年女性

2) 症状、转移性右下腹痛

3) 体征、麦氏点压痛

4) 辅助检查以及既往相关病史、WBC $\uparrow$ 、N $\uparrow$

(3) 鉴别诊断 (本系统, 相关系统) (5分)

1) 要围绕所诊断疾病的部位及特征写出最相关或最易误诊的疾病, 包括已能排除和还不能完全排除的病变, 一般要 3~4 种

2) 简要说明鉴别、排除的理由

同类急腹症的几种病, 俗话就是肚子痛的病 + 妇科病 (题干中为青年女性), 想想非常好回答。此题需要答: 急性胃炎、急性肠炎、输尿管结石、黄体破裂、宫外孕 (异位妊娠) 等, 思路清晰就感觉简单了!

(4) 进一步检查 (一般 + 特殊检查) (4分)

目的是进一步明确诊断, 所以一定要围绕诊断进行。如此题需要答:

血尿粪常规、(提示: 这可是入院三大常规哦) 只要这样写就可得分。

腹部 B 超及立位平片、(提示: 腹痛的影像学检查) 只要这样写就可得分。

尿 HCG 测定、(提示: 与异位妊娠鉴别) 只要这样写就可得分。

血尿淀粉酶测定 (提示: 与胰腺炎鉴别) 只要这样写就可得分。

总结起来不外乎三大常规 + 影像学 + 生化检查, 考试时按此顺序思考解答即可。

(5) 治疗 (4分)

治疗原则: 病情监护、吸氧, 对症治疗 (几乎适用于所有题目, 写上就得分) 只要这样写就可得 2 分

急性阑尾炎要做手术这是一般患者也明白的常识, 写上术前准备、手术切除。只要这样写就可得 2 分

【第二站】

（一）第二站考试特点及要求

第二站是整个技能考试的核心，给分的标准完全由受过培训的考官凭对考生的感觉主观判断，他认为你像一个医生就会给你高分，他认为你根本不像一个医生，就会给你很低的分。一个合格的医生，首先是一个合格的人，一个有礼貌有涵养的人，其次才是你的具体操作水平。很多考生不了解这一点，认为自己水平高，牛气哄哄，趾高气扬，这样的考生可以想象考官可以给你多少分。有的考生打扮得像一个卖烧饼的，身上脏，还有臭味，考官一看就认为你不适合做医生，有的考生不会和考官交流，没有基本的礼貌，考官也不会给很高的分。

自2009年起体格检查以崭新的多个系统、分项检查方式考察，考察点更为全面、细致，要求广大考生复习中严格要求自己，全面复习。实践技能具体评分标准主要包括以下4项，考生需留意A、D两项中与模特或模型的沟通与爱伤意识，共占1分，注意不到就会扣分。

A. 查体前，爱伤意识。（0.5分）注意态度、语言（告知）、动作。

B. 检查内容。

C. 方法正确（4分）。

D. 查体结束，爱伤意识。（0.5分）注意态度、语言（告知）、动作。

如何才能在这一站取得高分呢？首先，要把自己打扮成一个合格的医生的模样，一言一行，一招一式，都要体现一个准医生的样子。穿上干净整洁的白大衣，把听诊器挂在脖子上，进门一个鞠躬，一个微笑，缓解气氛，平静心情。一定要有礼貌！自我介绍：老师您好：我是※※！从哪家医院来的！什么科室的！临床经验不足，请多关照！（人情分）。第二站的时间较充分，不要慌，一边想一边答！从2006年开始，在第二站增加了考核医德医风，医患关系的内容，查看考生有无“爱伤意识”，必须引起各位考生的高度重视。考生要把考试当成实际工作场景，具备对患者的同情、关爱和尊重，在检查或操作前，主动介绍检查或操作的内容以及患者应当如何配合，在检查中和检查后对患者给予肯定和感谢等，避免丢分。答题前一定注意听清楚、听完整考官给出的题义。考生在第二考站如果没有听清楚考官的读题，可以要求其重复读题。不能以口述代替实际操作。具体说来，有以下要求：

1. 体格检查

（1）呼吸：检查时要注意让处于患者未意识到的状态。

（2）脉搏：注意检测位置，时间要超过半分钟。

（3）血压：检测前要注意检查血压计，看是否打开。

（4）浅表淋巴结：

1) 注意顺序：耳前→耳后→乳突区等。

2) 描述形状、体积，要用常见物品，如鸡蛋大小等。

3) 要掌握肿瘤各部位转移的淋巴结特点：如乳癌、肺癌及胃癌易往何处转移；腹股沟、滑车上淋巴结肿大见于什么？颈部淋巴结肿大破溃见于什么？

（5）皮肤检查为2009年大纲新增内容：注意一下色泽、光洁度、弹性、淤斑、充血及出血。

（6）甲状腺/气管：①注意前后手法的区别；②检查侧叶时要注意固定；③考试中可能会问及：甲状腺双侧及单侧肿大有什么意义？气管移位的原因（回答要注意：①患侧移位见于胸膜疾病；②对侧移位见于血胸、气胸或液胸）。

（7）血管检查：注意几个音，几个脉及各自出现的原因及特点；检查颈动脉时不要两

侧同时进行以免中断脑部血供。

(8) 胸部:

肺

视诊: 重点看呼吸频率及节律

触诊: 增加了乳房触诊, 要注意: ①顺序; ②乳房的固定; ③胸大肌检查和乳头检查。

胸部触诊要注意: ①用掌侧缘; ②震颤测定要对称进行, 并交叉检测一下; ④要注意胸廓的扩张度。要了解: 一侧呼吸运动减弱说明什么: 一侧语颤增强(减弱)说明什么?

叩诊: ①一定要注意叩诊手法; ②注意不同体位手法不同; ③叩移动度之前要先叩一下正常肺下界; ④要了解肺移动度正常为多少, 减少说明什么; 叩诊呈浊音说明什么。

听诊: ①耳机声音不要放太大, 会听不清; ②要会分清几种音: 支气管呼吸音、肺泡呼吸音、支-肺泡呼吸音、干啰音、喘鸣音、湿啰音、捻发音、胸膜摩擦音。考试时会给你提供听诊部位, 要利用部位的导向作用。

心脏

视诊: 注意心前区有无隆起及凹陷

触诊: 心尖搏动位置: 要了解正常心尖搏动位置, 变化范围, 什么叫异常搏动? 在哪些情况下会出现。

叩诊:

- 1) 确定锁骨中线。
- 2) 顺序要清楚。
- 3) 特殊心形的意义要了解。

听诊:

- 1) 听诊区的位置和顺序。
- 2) 心脏杂音, 要反复听, 可能考试时会问心脏杂音传导的方向特点。
- 3) 舒张期(收缩期)杂音的意义。
- 4) 奔马律的意义。

(9) 腹部检查:

视诊:

- 1) 注意胃肠型和蠕动波的区别。
- 2) 看腹壁静脉(上腔静脉阻塞、下腔静脉阻塞和门脉高压时的各自特点)。
- 3) 腹部膨隆、凹陷、不对称等各自说明什么? 炎症性肿瘤性腹部膨隆有何不同。

触诊: 重点在肝脾触诊。

- 1) 手法。
- 2) 要与患者配合好, 嘱其呼吸。
- 3) 了解触及肝下缘可能是什么问题?(两个方面: ①肝大; ②肝位置下移。)

听诊: 移动性浊音出现说明什么? 脊肋角叩击痛说明什么?

(10) 神经检查: 病理征、脑膜刺激征为重点。

(11) 肛门直肠: 先试括约肌松紧度, 再检测四壁, 观察手指附着物特征; 了解各检查体位特点, 何时应用何体位。

2. 基本操作技能

有很多考生没有在没有条件开展各种基本操作的医疗单位工作, 根本没有见过这些操作; 另有不少考生虽在大医院工作, 但带教老师担心出问题或者病人少, 致使刚刚毕业的医生没有实际操作的机会, 导致很多考生心里发虚, 洋相百出。为了在短期内提高成绩,

要在考过的考生或有经验的专门培训技能的老师的亲自指导下，多做多练。更为重要的是，一进考场要先弄清楚备物处的地方，以免紧张找不到；取物时要注意治疗车上的物品是否齐全（有治疗车），特别是小物件容易遗漏，如胶带，棉签，棉球等；开各种包时要看清内里的物品是否齐全，因为反复使用，备物处会有遗漏；开包时要注意绑包的带子，将之整理成一团，以免下一步操作会将其带入，污染里面的器械；胸腔穿刺包和腹腔穿刺包开完两层后，拿洞巾时要注意看清胶管所在，动作要慢，不要带出胶管或让胶管跳出；掉在地上的器械不要再使用了，要到备物处重取；最好是穿短袖的工作服去考试，如考隔离衣时卷袖子就不用了，还可以防止袖子没有卷好，掉下来的话就要扣分了；口罩、帽子没有的话，可以口述，让考官知道你带好了，就不会扣分；每个操作前都要有一个检查机器的动作。

1) 消毒：重点了解甲状腺、阑尾手术和胃切除的消毒范围；了解会阴、小儿皮肤、黏膜处用何消毒。

2) 戴手套：一定要掌握。

3) 电除颤：①电极位置；②用湿盐水纱布包电极；③注意安全，旁人不要接触。

4) 简易呼吸器的使用：注意放置位置，加压的频率和周期。

5) 心电图机：知道几个电极导联的连接就行了（电极颜色相对应）（大纲无要求，了解）。

6) 换药：别忘了准备工作；敷料盖上后胶带的正确粘法；换药时敷料粘在伤口上怎么办（保持创口不受新的损伤）；了解新鲜肉芽和感染性创口的鉴别；了解为什么感染性创口还要无菌操作（防止混合感染）。

7) 手术衣与隔离衣：注意有菌区和无菌区的划分。

8) 手术区铺巾法：注意顺序。

9) 吸氧：鼻导管深度（鼻翼到耳垂）；氧气的湿化；吸氧流量（4~5L）。

10) 吸痰：先将管口关闭，到位后再打开吸痰；每次吸痰不超过15秒。

11) 胃管：要知道适应证；胃管插入多深；如何断定进入胃内。

12) 导尿：知道男女尿道长度；消毒不能用普通消毒剂；先关闭尿管，插入膀胱后再开放尿管；了解留置导尿的适应证和采用何种尿管。

（二）体格检查举例、评分标准、答题思路及答题标准讲评

【第二站】（时间24分钟，总分40分）

体格检查（时间13分钟，满分20分）

1. 体格检查考题一

（1）题目：锁骨上淋巴结检查 7分

（2）体格检查考题评分标准：

A. 查体前：爱伤意识。态度、语言（告知）、动作。

B、C. 告知被检查者正确体位、姿势（1分）。

请被检查者取坐位（或仰卧位），考生站在被检查者对面，嘱其头部稍向前屈。

检查手法正确（3分）

检查者先将自己的双手揉擦暖和（1分），然后用左手触摸被检查者右侧锁骨上淋巴结，右手触摸被检查者左侧（1分），由浅部逐渐触摸至锁骨后深部（1分）。

D. 查体结束，爱伤意识。态度、语言（告知）、动作。

（3）体格检查考题答题思路及答题标准讲评：

A、D两项中与模特或模型的沟通与爱伤意识，共占1分。

B. 医生检查患者，注意两者的位置：考生站在被检查者对面，被检查者取坐位（或

仰卧位) (1分)。

C. 检查手法正确 (3分)。

搓手暖手、由浅至深。

2. 体格检查考题二

(1) 题目: 胸膜摩擦感 5分

(2) 体格检查考题二评分标准:

A. 查体前, 爱伤意识。态度、语言 (告知)、动作。

B、C. 检查方法、内容正确。

操作手法同胸廓触诊, 部位常于胸廓的下前侧部, 当被检查者吸气和呼气时均可触及。

D. 查体结束, 爱伤意识。态度、语言 (告知)、动作。

(3) 体格检查考题二答题思路及答题标准讲评:

A、D 两项中与模特或模型的沟通与爱伤意识, 共占 1 分

B、C 检查方法、内容正确。

手法同胸廓触诊, 注意部位常于胸廓的下前侧部, 既然是胸膜摩擦感, 自然吸气和呼气时可触及。

3. 体格检查考题三

(1) 题目: 右肺下界移动度叩诊 10分

(2) 体格检查考题三评分标准:

A. 查体前, 爱伤意识。态度、语言 (告知)、动作。

B. 叩诊手指动作、方法正确 (5分)。

以左中指的第一、二指节作为叩诊板指, 平紧贴于叩击部位表面 (2分), 右手中指指端为叩诊锤, 垂直方向叩击左手中指第二指骨的前端或末端指关节 (1分), 以右腕关节和掌指关节活动为主, 避免肘关节和肩关节参与活动 (1分), 叩击动作要灵活、短促, 富有弹性, 叩击后右手中指立抬起, 在同一部位叩诊可连续 2~3 下 (1分)。



C. 肺下界移动范围叩诊方法正确 (4分)

被检查者取坐位在平静呼吸时, 检查者先于被检查者右肩胛线上叩出肺下界的位置 (1分), 做标记。

然后告知被检查者作深吸气后并屏住呼吸的同时, 沿该线继续向下叩诊, 当由清音变为浊音时, 即为深吸气时的肺下界的最低点, 做标记 (1分)。

当被检查者恢复平静呼吸时, 再告知做深呼气并屏住呼吸, 然后由上向下叩诊, 直至清音变为浊音, 即为深呼气时的肺下界的最高点做标记, 由此测量出的最高点与最低点之间的距离为肺下界移动度 (1分)。

能讲述最高至最低点之间距离即为肺下界移动度 (正常为 6~8cm) (1分)。

D. 查体结束, 爱伤意识。态度、语言 (告知)、动作。

(3) 体格检查考题三答题思路及答题标准讲评:

A、D 两项中与模特或模型的沟通与爱伤意识, 共占 1 分。

B. 叩诊手指动作、方法正确 (5 分) (一定要掌握, 叩诊题目抽中概率较大) 方法见上文 (1 分) ①正确姿势; ②错误姿势; ③间接叩诊的姿势; ④正确方向; ⑤错误方向。

C. 肺下界移动范围叩诊方法正确 (4 分) 肺下界移动度相当于深呼吸时横膈移动范围。方法见上文。

检查肺下界移动度一般叩肩胛线处, 也可叩锁骨中线或腋中线处。正常人肺下界移动度 6~8cm。肺下界移动度减少见于肺气肿、肺不张、肺纤维化、肺水肿和肺部炎症等。气胸、胸腔积液、胸膜肥厚或膈肌麻痹时肺下界移动度也减少 (1 分)。

(三) 基本操作技能举例、评分标准、答题思路及答题标准讲评

1. 基本操作技能举例

【第二站】(时间 24 分钟, 总分 40 分)

基本操作技能 (时间 11 分钟, 满分 20 分)

右半结肠手术前消毒 20 分

2. 评分标准

(1) 消毒区域 (范围) 选择正确 (4 分);

消毒范围: 下至大腿上 1/3、会阴部, 上至剑突, 两侧至腋中线。

(2) 持消毒器械方法正确 (2 分);

右手持卵圆钳夹住消毒纱球, 浸蘸消毒液。

(3) 消毒方法正确 (4 分)。

自手术区中心切口线两侧依次向外消毒。

(4) 穿手术衣 (3 分)。

双手提起衣领两端, 抖开全衣, 两手臂同时伸入袖筒; 提出腰带双手交叉向对侧后, 让他人系结。

(5) 戴无菌手套 (5 分)。

打开手套包, 取出手套, 取出手套, 左手捏住手套反折处, 右手对准手套 5 指插入戴好。(2 分)

已戴手套的右手, 除拇指外 4 指插入另一手套反折处, 左手顺势戴好手套, 两手分别把反折部翻至手术衣袖口上。(3 分)

(6) 提问: 甲状腺手术区消毒范围 (2 分)

答: 上至下颌、下口唇线, 两侧至颈、颈项交界及锁骨上窝, 下至两乳头连线。

3. 答题思路及答题标准讲评

技能测试大多用医学教学模拟人进行, 方法与体格检查类似。要注意不要忘记准备工作, 其中戴手套的方法一定要掌握好, 因为多数操作都要涉及到。本部分考试仍然要高度注意爱伤意识, 开始时交待操作的意义、目的, 希望配合。操作结束时, 整理被服。无菌观念要贯穿始终 (包括自备的帽子、口罩、白大衣, 操作前穿戴好)。

本题考的是右半结肠手术前消毒 20 分

(1) 消毒区域 (范围) 选择正确 (4 分)。

消毒范围: 下至大腿上 1/3、会阴部, 上至剑突, 两侧至腋中线。

简单而言, 距切口 15cm 都是消毒范围, 四肢手术要求跨关节。以下常见手术区消毒, 希望大家了解。

头部手术皮肤消毒范围: 头及前额。

颈部手术皮肤消毒范围：上至下唇，下至乳头，两侧至斜方肌前缘。

胸部手术皮肤消毒范围：（侧卧位）前后过中线，上至锁骨及上臂 1/3 处，下过肋缘

上腹部手术皮肤消毒范围：上至乳头、下至耻骨联合，两侧至腋中线。

下腹部手术皮肤消毒范围：上至剑突、下至大腿上 1/3，两侧至腋中线。

（2）持消毒器械方法正确（2 分）。

右手持卵圆钳夹住消毒纱球，浸蘸消毒液。——注意卵圆钳头端保持向下。

（3）消毒方法正确（4 分）。

自手术区中心切口线两侧依次向外消毒。——由中央到地方

（4）穿手术衣（3 分）。

双手提起衣领两端，抖开全衣，两手臂同时伸入袖筒；提出腰带双手交叉向对侧后，让他人系结。——提一抖一伸一叉——好潇洒！

（5）戴无菌手套（5 分）。

打开手套包，取出手套，取出手套。左手捏住手套反折处，右手对准手套 5 指插入戴好（2 分）。

已戴手套的右手，除拇指外 4 指插入另一手套反折处，左手顺势戴好手套，两手分别把反折部翻至手术衣袖口上（3 分）。

平时注意多多练习，习惯即成自然。

（6）提问：甲状腺手术区消毒范围（2 分）。

答：上至下颌、下口唇线，两侧至颈、颈项交界及锁骨上窝，下至两乳头连线。

【第三站】

第三站考试特点及要求

第三站是通过计算机考查（时间 15 分钟，总分 23 分），带着耳机。主要包括心肺听诊、X 线片、心电图和医德医风。有的是听，有的是看，全是选择题，相对比较容易。

第三考站考生在监考人员监督下输入准考证号和题组号后考试答题。一旦回答结束后不得再次输入。

时间不够的情况下只能强化记住几种心电图和胸部 X 线片及 CT 片特点。

第一部分 心肺听诊

心房颤动：房颤特点“三不”，快慢不一，律不齐，强弱不等无规律，脉率定比心率低。可反复听。

二尖瓣狭窄：二尖瓣窄杂音断，舒张隆隆低局限。一音亢进 P_2 强，开瓣音响伴震颤。

临场应试技巧：

气管异物或肿瘤——吸气性呼吸困难；喘——哮鸣音；慢支或哮喘——呼气性哮鸣音；气胸、胸腔积液、结核性胸膜炎——呼吸音降低。

心尖区听诊：二尖瓣狭窄——舒张期隆隆样杂音；二尖瓣关闭不全——收缩期吹风样杂音；气急不能平卧——奔马律；先心病（动脉导管未闭）——胸骨左缘第二肋间，连续性机器样杂音；心前区——心包摩擦音。

第二部分 心电图

记住这句话，你就会看心电图：宽窄，齐不齐（看 QRS 波）快慢（看心率）高低（R 波，S 波）。

1. 宽：室早。前面几个正常的波，接着一个波提前（注意：这时候 R 波变宽），接下去又是正常的波。

2. 窄，特别不齐：房颤。心房颤动 P 无踪，小 f 波乱哄哄。三百五至六百次，P-R 间期极不均。所有的 P-P，Q-Q，R-R，S-S，T-T 都没规律，也就是乱七八糟。

3. 窄, 相对不齐: 房早。前面几个正常的波, 接着一个波提前 (注意: 这个波的 pqrst 形状是正常的, 只是提前), 接下去又是正常的波。

4. 慢, 窄, 齐: 窦缓。每个心动周期都大于 5 个格 (是左右的横格)。

5. 不快不慢: 正常。几个波和导联共 3 个周期, 分成几行。

6. 窦性心动过速: 快、窄、齐, 心率 100 ~ 150 次/分。每个心动周期都小于 3 个格 (是左右的格)。

7. 室上性心动过速: 快、窄、齐, 心率 150 ~ 250 次/分。

阵发性室上性心动过速: 突发突止。

8. 三度房室传导阻滞: 宽, 慢 (一个 P 也放不响)。

以上是看 QRS 波

9. 左室肥大: 只要看 V_5 大于 5 格, 也是上下纵的 5 格。

10. 右室肥大: 只要看 V_1 大于 2 格, 是上下纵的 2 格。

11. 心肌梗死: 找出 QS 波就可, ST 抬高、红旗飘飘。注意: 前壁看 V_{123456} ; 下壁看 II, III, aVF

12. 典型心肌缺血: V_{456} 的 ST 段下移

以上是看高低。

好记吧! 只要记住上面的 12 点, 考心电图就不难了。

第三部分 影像

记忆技巧 (口诀助记): 大叶肺, 白一片; 小叶肺, 小白斑; 中央肺癌在肺门; 周围肺癌在周边。

小肠大肠鉴别歌诀: 大肠四周围成框, 空肠回肠框内藏; 结肠袋带肠脂垂, 三大特点记心上。

泌尿系结石歌诀: 输尿管细又长, 上起肾盂下连膀; 三处狭窄要记住, 起始越髂穿膀胱; 结石下降易滞留, 请君快喝排石汤。

常考易混 X 线片的鉴别

1. 肺炎只考实变期的片, 中、下叶实变 X 线片的鉴别: 中叶实变会挡住右心室, 下叶实变能看到右心室影。

2. 右肺上叶合并肺门肿块与右肺上叶肺炎的重要鉴别要点: 看水平裂, 前者右肺上叶萎缩, 水平裂为“S”状; 后者的水平裂仍为水平的一直线。

3. 大量气胸与中央型肺癌重要鉴别要点: 看是否还存在肺纹理, 大量气胸者肺纹理消失, 中央型肺癌仍存在肺纹理。

4. 游离性胸腔积液、液气胸与肺炎: 游离性胸腔积液的外上缘为外高内低的弧形; 液气胸的上缘为一液体水平面; 肺炎的肋膈角仍然存在。

5. 一侧肺大量胸腔积液与一侧肺不张: 看纵隔的位置及健侧的大小, 前者健侧面积小, 纵隔向健侧偏; 后者健侧面积大, 纵隔向患侧偏。

6. 典型浸润型肺结核和大叶性肺炎: 前者云絮状、密度不均匀较淡、边界模糊不清, 可有结节影或两肺同时发病; 后者致密、均匀、大片影, 一般单侧。

7. 普大型心影: 左右心弓消失, 心影呈烧瓶状, 见于心包积液; 扩大的心影, 能看到左右心弓的存在, 见于心脏扩大, 如房缺、室缺等。

8. 消化道穿孔: 立位片, 气体上浮到膈面与肝或胃之间, 显示为透明的新月形气体影, 只有薄薄的一层。

温馨提示: 答题技巧仅为便于广大考生顺利通过技能第一关, 是纯粹的应试技巧, 大家在临床工作中万不可机械照搬。

第四部分 医德医风（职业素质）

医生是与人打交道的职业，交流能力应是基本能力之一。医生在行医过程中，什么样的复杂局面都可能遇上，遇上酒醉、聋哑等特殊病人怎么办，怎样减轻绝症病人的心理负担，怎样告知病人、家属病情，男性医生要给女性病人查体时的注意点等等。

总之，只要用心学习并掌握一些考试技巧，实践技能考试是很容易通过的。有信心未必赢，没信心一定输。勤奋努力，充满自信，相信自己，你能行！

六、实践技能考试发展的方向

技能考试可能成为医师资格考试的最后一关，也可能成为最难过关的一关。据国家医学考试中心正在与美国接轨的可靠消息，极有可能在不远的将来实行三段式考试。三段式考试是美国医师执照考试（USMLE）的模式，在医学生的大学本科二年级结束考第一段，课程包括生理学、生物化学、病理学、药理学、医学微生物学、医学免疫学、卫生法规、预防学、医学心理学、医学伦理学；在大学本科五年级结束考第二段，课程包括内科、外科、妇产科、儿科等四门临床课；在大学本科毕业一年后考第三段，就是现在的实践技能考试，但内容会增加很多。第一、二阶段的考试均实行计算机化考试，只有通过了第一、二段考试的考生才有可能参加第三阶段的考试。看来，随着医师资格考试改革的深入，考试难度将会增加，目前最容易的实践技能考试将成为最难通过的一关。今后一段时间内，将继续开发和使用计算机病例模拟考试，实现标准化病人（SP）的培养和使用，以便客观、逼真地模拟临床环境，使考生与模拟患者进行交互地诊断、治疗和监控的过程，公平、有效地对考生的临床思维和诊疗决策等临床能力进行科学评价。在实践技能考试中实现计算机病例模拟考试，实现客观结构化临床考试（5站以上），逐步建立完善的临床客观结构化多站考试模式（OSCE）。实现综合笔试计算机化考试。

编者

2010年12月