

王东 刘云启 王文明 主编



临床执业医师 实践技能考试 通关宝典

(2011+光盘)

复习
指导

紧扣考试

实战
模拟

典型例题及解析

光盘

体格检查、临床基本操作演示



化学工业出版社
生物·医药出版分社



第2版 2011年12月第1次印刷 16开

临床执业医师 实践技能考试 通关宝典

[2011+增值]



笔试题型



临床执业医师实践技能



临床执业医师、临床助理执业医师

中国中医药出版社

王东 刘云启 王文明 主编

临床执业医师 实践技能考试

通关宝典

(2011+光盘)



化学工业出版社
生物·医药出版分社

· 北京 ·

本书内容紧扣最新考试大纲,详细而系统地论述了各站考试需要掌握的重点知识、考试技巧、注意事项,并通过对真题的评分要点进行分析的形式列出了考试重点和考试中应注意的细节。该书适合参加执业医师实践技能考试的考生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

临床执业医师实践技能考试通关宝典. 2011/王东, 刘云启, 王文明主编. —北京: 化学工业出版社, 2011.1
ISBN 978-7-122-10100-6

I. 临… II. ①王…②刘…③王… III. 临床医学-医师-资格考核-自学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 240728 号

责任编辑: 赵兰江
责任校对: 陈 静

装帧设计: 史利平

出版发行: 化学工业出版社 生物·医药出版分社 (北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)
印 刷: 北京云浩印刷有限责任公司
装 订: 三河市宇新装订厂
787mm×1092mm 1/16 印张 14½ 字数 456 千字 2011 年 1 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888(传真: 010-64519686) 售后服务: 010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价: 38.00 元

版权所有 违者必究

编写人员

主 编	王 东	刘云启	王文明		
副主编	石斗飞	李海英	彭新国	刘晓娜	马锋振
编 者	于江泳	马振滨	马锋振	王 东	王 震
	王文明	王学彬	王学霞	石斗飞	卢克新
	田春梅	刘云启	刘同刚	刘艳妮	刘晓丽
	刘晓娜	衣香明	许 昌	孙建荣	纪 冰
	李 鹏	李淑珍	李海英	杨延冬	张 贝
	张 林	张 洁	张文生	范万峰	赵豹猛
	段 伟	夏国华	徐 军	徐文虎	郭光红
	彭新国	崔守永	崔景晶		

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，实践技能考试合格后方能参加医学理论考试。综合分析近5年实践技能考试情况，每年有相当一部分考生在实践技能考试中被淘汰，没有获得参加医学理论考试的资格。为此，我们组织了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，编写了这本以“紧扣大纲、系统规范、考用结合、简洁时效”为特色的考试辅导书。

本书紧扣卫生部医师资格考试委员会和国家医学考试中心制订的考试大纲，根据考试流程分章节编写，系统规范地阐述了病史采集、病例分析、体格检查、基本操作技能和辅助检查结果判读的方法、步骤、注意事项、考试技巧，用最为简洁的语言，尽可能少的篇幅，使考生在最短的时间内，系统掌握、全面提高临床实践技能，在轻松应对考试的同时使诊疗水平得到质的飞跃。

本书在编写时，把与大纲内容相对应的往年考题分别列出，并请相关专业的专家进行了深入分析，列出每一步骤、方面的得分要点，供考生参考；另一方面，根据临床需要，对相关步骤做了条理、详尽的划分，便于考生在今后的临床工作中参考。

为方便考生考前练习，本书还配有光盘，光盘主要内容是在医学模拟人身上进行操作的影像，场景完全符合考试模式，让考生有身临其境的感觉。光盘配有同步解说，严格按照评分标准解说每一步操作方法及其得分要点，可使初学者尽快掌握操作手法，也会使考生在考前进一步学习和规范体格检查及临床操作。

为了考生实践技能水平的提高和顺利通过考试，我们从各个方面做了不懈的努力，由于时间比较紧，编写内容多，疏漏和不当之处在所难免，恳请同行专家和广大考生批评指正。

编者

滨州医学院临床学院

2010年12月

目 录

第一章 应试技巧	1
第一节 病史采集技巧	1
第二节 病例分析思路	1
第三节 体格检查得分要领	3
第四节 操作技能常见误区	4
第五节 辅助检查结果判读技巧	5
第二章 病史采集	7
第一节 病史采集内容	7
第二节 发热	8
第三节 疼痛	9
第四节 咳嗽与咳痰	15
第五节 咯血	17
第六节 呼吸困难	18
第七节 心悸	19
第八节 水肿	20
第九节 恶心与呕吐	21
第十节 呕血与便血	22
第十一节 腹泻与便秘	24
第十二节 黄疸	26
第十三节 消瘦	27
第十四节 无尿、少尿、多尿	28
第十五节 尿频、尿急、尿痛	29
第十六节 血尿	30
第十七节 惊厥	31
第十八节 意识障碍	32
第三章 病例分析	34
第一节 慢性阻塞性肺疾病	34
第二节 肺炎	35
第三节 支气管哮喘	37
第四节 肺癌	38
第五节 呼吸衰竭	40
第六节 结核病	41
第七节 胸部闭合性损伤	45
第八节 高血压病	46
第九节 心律失常	48
第十节 冠心病	51
第十一节 心力衰竭	53
第十二节 心瓣膜病	55
第十三节 休克	58
第十四节 胃食管反流病	60
第十五节 慢性胃炎	61
第十六节 消化性溃疡	62
第十七节 溃疡性结肠炎	63
第十八节 肛门、直肠良性病变	64
第十九节 胆囊结石、胆囊炎	66
第二十节 急性胰腺炎	68
第二十一节 急腹症	69
第二十二节 消化系统肿瘤	74
第二十三节 腹部闭合性损伤	78
第二十四节 腹外疝	80
第二十五节 病毒性肝炎	81
第二十六节 细菌性痢疾	82
第二十七节 急、慢性肾小球肾炎	83
第二十八节 泌尿系统感染	85
第二十九节 慢性肾衰竭	86
第三十节 尿路结石	87
第三十一节 前列腺增生	89
第三十二节 贫血	90
第三十三节 特发性血小板减少性紫癜	93
第三十四节 白血病	94
第三十五节 甲状腺疾病	96
第三十六节 糖尿病	99
第三十七节 系统性红斑狼疮	100
第三十八节 类风湿关节炎	101
第三十九节 骨折与脱位	102
第四十节 一氧化碳中毒	103
第四十一节 有机磷农药中毒	104
第四十二节 化脓性脑膜炎	105
第四十三节 脑卒中	106
第四十四节 急性硬脑膜外血肿	110
第四十五节 妇科肿瘤	111
第四十六节 小儿腹泻	113
第四十七节 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病	115
第四十八节 小儿常见发疹性疾病	116
第四十九节 软组织急性化脓性感染	119
第五十节 乳房疾病	120
第五十一节 获得性免疫缺陷综合征	122

第四章 体格检查	124		
第一节 一般检查	124	第八节 心脏检查	134
第二节 生命征检查	124	第九节 外周血管检查	137
第三节 皮肤检查	125	第十节 腹部检查	138
第四节 浅表淋巴结检查	126	第十一节 肛门指诊	144
第五节 头部检查	127	第十二节 脊柱与四肢检查	144
第六节 颈部检查	129	第十三节 神经反射检查	147
第七节 胸肺部检查	129		
第五章 基本操作技能	151		
第一节 手术区消毒	151	第十三节 腹腔穿刺术	157
第二节 伤口换药	151	第十四节 腰椎穿刺术	157
第三节 戴无菌手套	152	第十五节 骨髓穿刺术	158
第四节 穿、脱隔离衣	152	第十六节 手术基本操作	159
第五节 穿、脱手术衣	152	第十七节 开放性伤口的止血包扎	160
第六节 吸氧术	153	第十八节 清创术	161
第七节 吸痰术	153	第十九节 脊柱损伤的搬运	162
第八节 插胃管术	153	第二十节 四肢骨折现场急救外固定技术	162
第九节 三腔二囊管止血法	154	第二十一节 人工呼吸	163
第十节 导尿术	154	第二十二节 胸外心脏按压	164
第十一节 动静脉穿刺术	155	第二十三节 电除颤	164
第十二节 胸腔穿刺术	156	第二十四节 简易呼吸器的使用	165
第六章 心电图判读	166		
第一节 心电图诊断指导	166	第九节 心室颤动	174
第二节 正常心电图	166	第十节 心房颤动	174
第三节 房性期前收缩	168	第十一节 三度房室传导阻滞	175
第四节 室性期前收缩	169	第十二节 左心室肥厚	176
第五节 窦性心动过速	170	第十三节 右心室肥厚	177
第六节 窦性心动过缓	171	第十四节 心肌缺血	178
第七节 阵发性室上性心动过速	172	第十五节 心肌梗死	179
第八节 室性心动过速	172		
第七章 X线片判读	181		
第一节 正常胸部正位片	181	第七节 心脏扩大	189
第二节 肺炎	183	第八节 正常腹部平片	190
第三节 肺癌	184	第九节 肠梗阻	190
第四节 气胸	185	第十节 消化道穿孔	191
第五节 胸腔积液	187	第十一节 消化道造影	192
第六节 肺结核	187	第十二节 肢体骨折	195
第八章 CT影像诊断	197		
第一节 脑梗死	197	第五节 脾脏损伤	200
第二节 脑出血	198	第六节 肝脏损伤	200
第三节 颅脑外伤	198	第七节 肾脏损伤	201
第四节 肝癌	199	第八节 急性胰腺炎	201
第九章 超声诊断	203		
第一节 肝硬化	203	第三节 胆囊结石	205
第二节 急性胆囊炎	204	第四节 肾结石	206

第十章	实验室检查结果判读	208
第一节	血、尿、粪常规	208
第二节	痰液检验	210
第三节	血生化	211
第四节	血清铁与总铁结合力	212
第五节	血脂、血糖	212
第六节	肝功能	213
第七节	肾功能	214
第八节	乙肝病毒免疫标志物	215
第九节	血气分析	215
第十节	脑脊液常规、生化检查	216
第十一节	胸水、腹水常规、生化检查	217
第十二节	凝血功能检查	217
第十三节	心肌坏死标志物	218
第十四节	骨髓常规检查	219
第十五节	肿瘤标志物	219
第十六节	血、尿 HCG 检测	220
光盘说明		221

第一章 应试技巧

第一节 病史采集技巧

病史采集是第一站的两大内容之一,分值为15分,只要掌握问诊的基本技巧,均可达到10分以上,若是遇到比较熟悉的症状,得到13分以上非常容易。

病史采集题由大纲要求的症状和疾病综合起来的回答很有技巧,在进行任何症状的病史采集时,遵循以下“公式”,便可得到10分以上。

一、现病史

考题给出主诉,如:胸痛2个月。

考生应接着按顺序询问以下内容。

1. 主要症状的特点:包括所给症状的出现部位、性质、持续时间和程度等。如:胸痛主要出现在哪个部位,持续性的还是阵发性的,疼痛发作时,是一种什么样的感觉,每次发作有多长时间。

2. 病因与诱因:根据给出的症状,询问相应的基本病因和发作的诱发因素。如:胸痛大多在什么情况下发生,你认为与哪些情况有关系。

3. 伴随症状:是鉴别诊断的依据,是指在主要症状基础上的一系列其他症状。如:除胸痛以外还有没有身体其他部位的异常感觉,是何种感觉,胸部除疼痛外还有无其他不适感。

4. 病情的发展与演变:包括所给主要症状的变化和新症状的出现。如:胸痛发作的频率有何变化,疼痛的程度有无变化,每次发作的时间有无变化,发作时有无出现其他异常感觉。

5. 诊疗经过:包括以前的辅助检查及其结果、

诊断、治疗措施、所用药物的名称、剂量、时间和疗效。如:以前做过哪些检查,结果怎样,以前医师诊断为何种疾病,用过哪些药物,效果如何。

6. 一般情况:询问病后的精神、体力状态、食欲及食量、睡眠、大小便情况。如:患病以来精神状态怎样,吃饭情况怎样,体重有无明显变化,睡眠情况如何,大小便有没有改变。

二、既往史

不论抽到何种症状,既往史的询问方法及内容不变,记住相应问题即可。

1. 相关病史:指本次患病以前的身体情况和所患疾病,即主诉所列时间以前的病情。如:本次患病之前身体情况怎样,有没有患过其他疾病,有没有患过传染病。

2. 药物过敏史、手术史、外伤史:指本次就诊前的药物、食物过敏情况,手术、外伤情况。如:以前是否有用药过敏的情况,若有,对何种药物过敏,有没有做过手术,有没有受过较重的外伤。

单会运用上述“公式”还是不够的,考生要得到高分还需要运用症状学的知识,通过逻辑推理来分析具体病例,这就需要以本书第二章的内容作基础,掌握其中所列症状的特点,在病史采集时才不至于挂一漏百,真正做到游刃有余。

第二节 病例分析思路

病例分析为第一站第二部分,考试时间为15分钟,分值为22分。病例分析中要注意五点:诊断、诊断依据、鉴别诊断、进一步检查和治疗原则。

一、诊断

如果说病史采集是按照逻辑推理方法,由一个

点(症状)演变到面(许多症状)的过程,而病例分析则是把整个病例的面(许多症状、体征、辅助检查)综合归纳成一个点(诊断)的过程。

病例分析过程比病史采集简单,归纳过程中要注意以下几点。

(1) 全面把握:即抓住病史、症状、体征及辅

助检查中提供的每一个线索。

(2) 由面到点：即先定大方向再定点。

(3) 有主有次：即先抓住特征性症状或体征，再参照其他线索。

(4) 各个击破：即逐一排除各个需要鉴别的疾病。

例如：主诉黑粪3天，则大方向是消化道出血；如果有慢性肝炎病史，有腹水、脾大体征，则可诊断为肝硬化，其中腹水、脾大属于肝硬化特征性的症状或体征；没有上腹痛，不考虑消化道溃疡；没有消瘦、乏力，不考虑胃癌；没有进食刺激性食物（如乙醇等），不考虑急性胃黏膜出血。

此外，考试大纲中要求掌握的各个系统中的疾病并不多，考题中的诊断不会超出大纲所列疾病，因而很容易判断出来，特别是外科及妇产科，其病种较少，一旦抽到，可立刻断定是什么疾病。

还需要注意的是：诊断一定要写全，要主次有序。如，慢性支气管炎、心力衰竭（心衰）的病历诊断要写为：慢性支气管炎合并感染；阻塞性肺气肿；肺源性心脏病；心功能Ⅳ级。以上诊断虽多，但均为一个诊断。若既往史中有高血压、糖尿病病史，应列为第2、第3诊断。

一些基础化验值也应知道，如血钾低，则在诊断中应加上另一诊断：低钾血症。一些疾病的基本特征是要掌握的，如：膈下游离气体，则为消化道穿孔；外伤后出现昏迷及中间清醒期，则为硬膜外血肿，如有瞳孔的改变则考虑有脑疝的可能，注意诊断开头还要加上脑外伤；脾破裂可以有被膜下出血，可以在伤后1周才出现出血性休克症状，考试中要加以注意。

二、诊断依据

诊断依据一定要用病史及辅助检查中所给的资料，按照诊断的顺序对应列出。病例中提到的一些特征性症状、体征和辅助检查结果，甚至既往史都是诊断的重要依据。在列举诊断依据时要遵循以下思路。

1. 相关病史：特别是与第一诊断密切相关的重大疾病及发病时间，作为次要诊断的疾病及发病时间也要列举。

2. 主诉内容：包括主要症状及发病时间，常常可以直接运用主诉内容。

3. 阳性体征：主要是支持第一诊断的阳性体征，按视、触、叩、听的顺序列举。

4. 辅助检查：列出对本疾病有诊断或确诊意义的辅助检查结果。

理清上述思路后，还要注意抓住重点，切忌长

篇大论，诊断依据不是鉴别诊断，没有必要把阴性症状、体征和辅助检查结果列进去。

如诊断为冠心病（急性冠脉综合征）和高血压病（3级、极高危险组）的诊断依据如下。

(1) 有高血压病史8年，血压（BP）最高180/110mmHg。

(2) 活动时胸痛3年，加重3天。每次持续数分钟，休息后缓解。

(3) 查体：血压170/110mmHg，主动脉瓣听诊区第二心音亢进，未闻及杂音。

(4) 心电图提示 $V_4 \sim V_6$ 导联ST段水平压低，T波倒置。心脏超声心动图提示左心室前壁室壁运动减弱。

三、鉴别诊断

鉴别诊断就是围绕所给症状的部位、特征列出相近的几种疾病，大多列2~4种，如果没把握，可以多列几种疾病，以防失分。由于考生临床经验较少，或没有形成正确的临床思维，往往出现偏差，与答案相差甚远。在列举鉴别诊断时要遵循以下思路。

1. 症状拓展法：围绕所给症状列举相关疾病，如胸痛症状，要考虑到可以引起胸部疼痛不适的各种疾病：心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层、急性心包炎、急性胸膜炎、肺动脉栓塞、心脏神经官能症等。

2. 诊断拓展法：围绕自己确定的诊断列举相近疾病，如诊断为高血压病，鉴别诊断就是继发性高血压：肾实质性高血压、肾血管性高血压、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症、主动脉缩窄等。

3. 资料拓展法：围绕辅助检查中重要的阳性结果列举相关疾病，如血压增高的病人检查结果中出现BUN、Cr的明显增高，如果认为是高血压并发肾脏损害，就要与肾实质性高血压鉴别；如果认为是肾脏实质性高血压，就要与高血压并发肾脏损害相鉴别。

四、进一步检查

题目中一般只提供一部分辅助检查资料，能为明确诊断提供基本的支撑资料，但要进一步明确诊断、明确疾病的严重程度、并发症情况，还必须进一步完善相关辅助检查，考试中不能毫无目的地列举检查项目，也不是多多益善，要应需而做，遵循以下思路。

1. 符合鉴别诊断的需要：为了排除相近的疾病，进一步明确诊断，需要相应的临床资料，如诊断冠心病心绞痛，要排除心肌梗死，在心电图的基础上，还应该抽血化验心肌坏死标记物，心电图无特征性ST段弓背向上抬高和动态演变，

不能排除非 ST 段抬高型心肌梗死,若心肌坏死标记物也不高,结合胸痛特点和持续时间,才能完全排除心肌梗死。

2. 符合判断并发症的需要:为了判断有无相关并发症出现,要做相关辅助检查,如诊断冠心病急性心肌梗死,要做心脏超声心动图,目的是明确有无室壁瘤、乳头肌功能失调或断裂、心脏破裂等并发症,当然也可以判断心脏功能情况。

3. 符合病情判断的需要:为了明确疾病的严重程度,为下一步确定治疗方案提供证据,要做相关辅助检查,如诊断为冠心病、心绞痛,进行冠状动脉造影术检查,可以明确冠状动脉狭窄的部位、程度,为下一步确定药物治疗、冠脉内置入支架治疗、外科手术治疗提供客观依据。

4. 符合了解病情演变需要:为了检测治疗效果,了解疾病的演变情况,要做相关辅助检查。如诊断为冠心病、心绞痛,要做 24h 动态心电图检查;诊断为高血压病,要做 24h 动态血压监测;诊断为冠心病、急性心肌梗死,要动态观察心肌坏死标记物;诊断为糖尿病,要动态监测血糖变化等。

五、治疗原则

描述治疗原则,要遵循层次分明、主次有序的原则,没有必要列举具体的治疗药物、剂量、用

法等。

1. 层次分明:不要乱七八糟地堆砌治疗方法,要按层次列举,如急性心肌梗死的治疗原则是再灌注治疗、一般治疗、解除疼痛,而不要把介入治疗、溶栓治疗、外科手术治疗与一般治疗、解除疼痛并列起来。

2. 主次有序:主要的治疗方法往往是得分点,次要的治疗尽管列举了不少,可不一定有分,在考试时间有限的情况下,先列举重要的治疗,后列举次要的治疗应该是大有好处的。如急性心肌梗死的治疗,先列再灌注治疗、解除疼痛、预防和治疗心律失常和心力衰竭、监护和一般治疗,最后即使忘记并发症的治疗和恢复期处理,也不会丢失太多的分数。

以上对病例分析的解题思路进行了提炼和总结,只是帮助考生如何运用所学知识来轻松答题,要得高分必须认真复习第三章的内容,全面掌握了考试大纲中要求的各种疾病的特点,成功通过病例分析考试就是水到渠成的事了。

最后提醒考生要有时间观念,第一站病史采集和病例分析考试时间为 21min,考试中要保持清醒的头脑和敏捷的思维,看清问题后要立即作答,不可犹豫,拖延时间会导致交卷时完不成所有问题的解答。

第三节 体格检查得分要领

2010 年体格检查考题与往年比较,较大的变化是每一考题考查的查体项目增多,多考查 3~4 个查体项目,分值由原来的 18 分,变为 20 分。考生考前要认真复习,全面掌握所有考试大纲中包含的查体项目。

一、谦逊有礼、认真听题

体格检查是第二站第一部分内容,考生要与考官直接面对面交流,考生给考官的第一印象是影响考官评分的第一个环节,考生进入考场后应对考官表示尊重、友好,注意言谈举止等细节,一个微笑、一个鞠躬、一句谦逊有礼的话语,都会给考官留下良好的印象,同时也会缓解自己的紧张情绪,有利于自己的发挥。

回答问题前,一定要听清楚、听完整考官提出的要求,若是没有听清楚,可以请考官把题目和要求重复一遍。如:请你在寒冷的环境下为病人行腹部查体。就应注意到“寒冷”两个字,在查体前应该搓搓手,查体中应尽量减少病人腹部暴露面积,查体结束后应为病人盖好被子或衣服,否则就会丢掉非技术因素的 2 分。

二、查看物品

在进行体格检查前要查看所需物品、器械是否齐全。因为每一组考官要为抽到不同查体部位的考生监考,有时候很多物品、器械堆放在一起。考生要把自己查体所需要的物品、器械挑选出来,放在手边;有时候会缺少某些器械、物品,考生要在查体前告知考官或服务人员,及时准备,不至于查体中用到了才说,显得被动、不连贯。

体格检查结束后最好立即把用过的物品、器械放到原处,切忌把听诊器、棉签等习惯性地装入自己的口袋,给考官和以后的考生带来不便。

三、讲做结合、把握要点

在查体过程中,最好边做边讲,把做的步骤一一讲清,因为有时候考官从某个角度注视你的操作,你的肢体可能会挡住考官的视线,尽管考官没有看清你的操作,但听见你的叙述,也会给分。若是查体前没有发现缺少某些器械、物品,查体过程中又要用到,可以取相近物品代替,并告诉考官应该用何种器械或物品,如:查足部的

病理征要用到棉签,服务人员又一时拿不过来,就可以用叩诊锤柄部代替,告诉考官应该用棉签,这样一般也不会被扣分。

体格检查考试的最后一个环节是回答问题,问题大多与体格检查内容有关,如考腹部触诊,问题可能是:腹部有局限性压痛,考虑什么?炎性包块和肿瘤性包块在触诊时各有什么特点?如果有腹肌紧张和反跳痛,有何临床意义?考生在复习体格检查要点时,还应该复习相关知识点,我们在第二篇第三章中特意编写了相关问题供考生复习,在考试中注意分清主次,回答问题时能够把握要点,回答问题这2分就能够轻松得到。

四、体现爱伤和职业素质

医务工作者在医疗活动中要有爱伤观念,体现对病人的人文关怀。大多数考生认为考试面对的是医学模拟人,就不注意这一点。人文关怀在每一个体格检查中都是得分点,所以应该把爱伤观念融入到每一个查体考试中,把它作为必不可少

的一部分。来到医学模拟人前应该说:“你好!由于诊断和治疗的需要,我要为你做腹部的体格检查,请你配合,查体过程中若有什么不舒服请立即告诉我,谢谢!”另外要有关心病人的动作,如:搓搓手、轻轻帮病人解开衣服、尽可能减少暴露等。查体结束前应该说:“好了!检查结束了,谢谢你的合作!”为“病人”盖好被子或衣服。

2009年体格检查评分标准中职业素质一项占2分,其评分标准如下。

(1)体检前能向患者告知。与患者沟通时态度和蔼,体检中动作轻柔,能体现爱护患者意识。体检结束后能告知,有体现关爱患者的动作(1分)。

(2)着装(工作服)整洁,仪表举止大方,语言文明,体检认真细致,表现出良好的职业素质(1分)。

第四节 操作技能常见误区

基本操作技能是第二站第二部分考试内容,由评判体格检查的考官读题、提问、评分,考试过程中仍然要做到谦逊有礼、认真听题、查看物品、体现爱伤观念、讲做结合、把握要点。本节将监考、评分多年来考生失分的错误之处列举出来,提醒考生不要出现类似的错误。

1. 手术区消毒:很多考生不了解某种手术消毒的范围,考题中反复出现甲状腺手术、阑尾炎手术、胃大部切除术的手术区消毒,考生应熟记其消毒范围,边做边讲,不至于失分。另外,要了解会阴区、小儿皮肤、黏膜处用何种消毒液消毒。

2. 伤口换药:认真听题,要求戴无菌手套换药的不要忘记戴手套。分清感染伤口还是清洁伤口,消毒顺序不能颠倒。考虑有厌氧菌感染的不要忘记用双氧水冲洗。注意两把镊子使用中的区别,夹棉球的镊子不能在手的上方。粘贴胶布固定敷料时不能绕肢体旋转一圈对接。

3. 戴无菌手套:选取大小合适的手套,若只有偏小的手套,向考官说明,以免戴不上时被认为是技术问题而扣分。左右手的手套要分清,不要在操作时换来换去。注意无菌观念,有菌面、无菌面要分清。戴上后要拉展平整,不要皱皱巴巴就开始操作。

4. 穿脱隔离衣:题中要求的是传染病隔离病房中的隔离衣,不是一般的隔离衣,平时不进传

染病房,很少应用,更应该多练习几次。清洁面始终要对向穿衣者。先穿进两上肢再扣领扣、系腰带。脱隔离衣时注意顺序,不要忘记双手、前臂的消毒。

5. 穿脱手术衣:展开手术衣时不要拿倒,很多考生抓住了下面,领子、袖子接近了地面。抓住领子后要用力抖开衣服,否则双上肢无法顺利伸进袖子中。要双手交叉向后传递腰带。连台手术时注意脱手术衣的顺序。

6. 吸氧术:考场中用到的装置可能是氧气瓶,也可能是中心供氧装置。考生应该熟悉不同装置的连接方法。了解鼻导管应该插多深(鼻翼到耳垂)。注意氧气的湿化,吸氧的流量。

7. 吸痰术:吸痰时要将患者的头转向一侧。吸痰管折叠导管末端或开放侧孔先进入,将吸痰管由口颊部插至咽部,在患者吸气时将吸痰管插入气管。插入一定深度时,立即放开导管折叠处或封闭侧孔,进行吸痰。吸痰时动作要轻柔,并将吸管左右旋转。每次插入吸痰时间不超过15s。

8. 插胃管:插管前不要忘记胃管前端用液状石蜡润滑。估计插到咽部时嘱病人做吞咽动作配合,尽管是模拟人,也要与他说话。插完后要通过抽、听、看来判断胃管远端是否在胃内。

9. 导尿术:第一遍消毒以尿道口为中心,由外向内,从上到下(女患者顺序是阴阜、前庭、

大小阴唇、尿道口，男患者是阴阜、阴囊、阴茎)。第二遍从内到外消毒1次。历年均有考生将导尿管插入女模拟人阴道中的错误，尿道在阴道前方。插入深度：女性6~8cm，男性15~20cm。

10. 胸腔、腹腔、腰椎穿刺术：穿刺前和结束时均要测量血压，操作前和操作结束时，考生要告诉考官，需要测量病人血压，如果考官说不用测，再做下一步操作。胸腔穿刺（胸穿）抽气与胸穿抽液时的体位不同，考生要注意听题。消毒范围要超过15cm。胸穿沿下一肋骨上缘进针，为什么？腹穿首次放液不能超过多少？脑脊液压力的正常范围是多少？考生一定要将这些常考的题目及答案记熟。

11. 骨髓穿刺术：除戴口罩、帽子、戴无菌手套外，还应穿手术衣，考生要把穿手术衣说出来，等待考官答复。拔出穿刺针前要放入针芯、消毒皮肤。骨髓的抽吸量为0.1~0.2ml。

12. 开放性伤口的止血、包扎：考生要分清清洁伤口还是污染伤口，否则易把消毒的顺序搞反。听题时要听清楚有无厌氧菌感染的可能，决定是否需要用双氧水冲洗。

13. 人工呼吸：首先不要忘记清除呼吸道内的异物或分泌物，摘除口腔内活动义齿。一手托起

病人下颌，尽量使其头后仰，另一手置于病人前额保持病人头部后仰位置，同时以拇指和食指（示）指将病人的鼻孔捏闭。一次吹气完毕后，立即与病人口部脱离，轻轻抬起头部，面向病人胸部，吸入新鲜空气，以便做下一次人工呼吸。吹气频率：成人14~16次/分，儿童18~20次/分，婴幼儿30~40次/分。

14. 胸外心脏按压：很多考生按压位置偏左侧，认为心脏在左侧就压左侧，这是错误的，应选择剑突以上3~5cm处，即胸骨中、下1/3的交界处为按压点。按压时肘关节不要弯曲。按压幅度为使胸廓下陷3~5cm。频率为80~100次/分。

15. 电除颤：除颤前要在电极板上涂导电糊或裹盐水纱布，没有准备上述物品时要叙述。两个电极板不能混放，心尖部电极板与心底部电极板要区别开。要有调定放电量、充电、放电三个明显可见的步骤。

16. 简易呼吸器的使用：面罩球囊呼吸器的呼吸活瓣中间有一圈小孔的地方要向下，接好后，拿手试一下是否出气。双手挤球囊的出气量是1000ml左右，单手挤球囊的出气量是600ml左右。

第五节 辅助检查结果判读技巧

一、心电图判读技巧

(1) 考题多为非全部导联的心电图，只给出心电图最具特征的导联，如长的II导联、V₁、V₆导联等。首先看是哪一个导联的心电图。

(2) 边看心电图，边在考试大纲要求的测试项目中搜寻结果，答案一般不会超出考试大纲，所以不用考虑大纲以外较复杂的诊断。

(3) 先看有没有规律出现的P波，其方向在II导联是否向上，若向上多为窦性P波；看其振幅、时限，来判断有无左房、右房肥大；看其频率是否为60~100次/分，判断是否有窦性心动过速或过缓。

(4) 看PR段是否延长，超过0.20秒且后面都有QRS波群为一度房室传导阻滞，二度I型房室传导阻滞为RR间期逐渐缩短直至一个QRS波群脱落，二度II型房室传导阻滞为RR间期恒定不变，突然一个QRS波群脱落。

(5) P波若与其后的QRS波群没有恒定关系且P波频率大于QRS波群频率，为三度房室传导阻滞。

(6) 看到QRS波群不宽，频率极快，在160~250次/分，看不到窦性P波，就可诊断为阵发性室上性心动过速。

(7) 窦性P波消失，代之以大小不等的小锯齿形波，QRS波群节律不规则，就可诊断为心房颤动。

(8) V₁导联S波很深，V₆导联R波很高，就要想到左心室肥厚；相反的，就要考虑到右心室肥厚。

(9) ST段压低，T波低平或倒置是心肌缺血的标志；相关导联ST段弓背向上抬高或出现病理性Q波是急性心肌梗死的标志。

(10) 最后，不要忘记“正常心电图”也是一个诊断，不要只往病理性心电图诊断上考虑，忘记正常心电图。

二、X线片判读技巧

(1) 看到一张X线片，只在考试大纲内的诊断中搜寻结果，一般不会超出考试大纲，所以不用考虑大纲以外较复杂的诊断。

(2) 看到有肺部实变影的X片，要考虑到肺

炎，中、下叶实变要鉴别，中叶实变能挡住右心室，下叶实变挡不住右心室。

(3) 右肺上叶炎症要与右肺上叶合并肺门占位性病变鉴别，右肺上叶炎症时水平裂为水平直线，占位性病变时上叶萎缩，水平裂变为“S”形。

(4) 液气胸要与肺炎鉴别，液气胸肋膈角消失，上缘为一液平面，肺炎时肋膈角锐利。

(5) 胸片中肺野呈云雾状，密度不均匀，边界较模糊，可见结节影，考虑浸润性肺结核；胸片中肺野两侧面积不相等，纵隔偏向一侧，考虑面积小的一侧为肺不张。

(6) 左右心弓消失，心影呈“烧瓶状”，考虑心包积液；心影扩大，左右心弓没有消失，考虑心脏扩大。

(7) 腹部平片显示有大量气体影和液平，考虑肠梗阻；气体浮到膈面与肝、胃之间，呈透明的新月形气体影，考虑为消化道穿孔形成气腹。

(8) 骨折较易辨认，一般不会失分；正常胸部片也经常考到，考试时也要想到。

三、实验室检查结果判读

实验室检查结果不作为单独考试项目，往往出现在病例分析题中，对于内科专业的考生来说，考纲中大多是平时临床工作中常用的检查，没有必要费很多时间复习，但对于一些平时在外科、眼科、耳鼻喉科或放射科等科室中工作的考生来说，就要多费些时间来复习这一部分。

本书的第十章对考试大纲要求的实验室检查的正常值范围、临床意义做了详细汇总，可以帮助考生在较短的时间内掌握这部分内容。

第二章 病史采集

第一节 病史采集内容

一、一般项目

一般项目包括姓名、性别、年龄、婚姻、职业、民族、住址、籍贯、出生地、工作单位、入院日期。

二、主诉

主诉包括病人就诊时感觉最痛苦的症状或最明显的体征及其持续的时间。确切的主诉常可提供对某系统疾病的诊断线索。主诉应力求简练，不能用疾病名称作为主诉，但对当前无症状表现，诊断资料和入院目的又十分明确的患者，也可用以下方式记述主诉，如：经检验白血病复发，要求入院化疗；持续时间是指首次症状或体征发现到就诊的时间。慢性疾病以数年或数月计算；急性疾病应以天、时、分计算。

三、现病史

现病史是病史中的主体部分，记录患者患病后的全过程，即疾病的发生、发展及演变。

1. 起病时间及发病情况：起病时间通常是指首次出现症状或发现疾病的具体时间，起病形式可分为急性、慢性或隐匿起病。

2. 病因及诱因：指本次发病的病因（感染、外伤、中毒）和可能的诱因（如环境改变、情绪的激动、气候变化、饮食失调等）。

3. 主要症状特点：包括主要症状的部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素。

4. 病情的发展与演变：患病过程中主要症状的变化或新症状的出现，病情是逐渐加重还是减轻，或是病情发生明显转变。

5. 伴随症状：在主要症状的基础上，是否同时出现其他症状，这些伴随症状常常是鉴别诊断的可靠依据。

6. 诊断及治疗经过：就诊前已接受的其他医疗单位的检查及结果，治疗方法及药物名称、剂量、疗程及疗效。

7. 病后饮食起居及一般情况：包括精神、体力状态、食量、食欲、大小便、体温变化、体重变化及睡眠情况。

四、既往史

(1) 过去健康状况。

(2) 曾经患过的疾病，传染病史及传染病接触史。

(3) 手术史及外伤史。

(4) 过敏史及特殊用药史。

(5) 预防接种史。

(6) 输血史。

五、系统回顾

系统问询患者各个系统可能出现的症状和体征，有助于了解患者的某个系统是否发生过疾病，以及这些已发生过的疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。

1. 呼吸系统：有无咳嗽、咳痰、咯血等，有无胸痛及呼吸困难等。

2. 循环系统：有无心悸、心前区疼痛、呼吸困难，有无咳嗽、咯血、咳痰及水肿等。

3. 消化系统：有无口腔疾病、嗝气、反酸、腹胀、腹痛、腹泻及大便颜色的改变、食欲改变、恶心及呕吐、皮肤黏膜黄染、体重改变等。

4. 泌尿系统：有无尿急、尿频、尿痛、血尿及尿色变化，有无腰痛、水肿及出血史。

5. 造血系统：有无乏力、头晕、眼花、耳鸣、烦躁、记忆力减退、心悸、舌痛、异食癖；皮肤黏膜有无苍白、黄染、出血点、瘀斑、血肿等。

6. 内分泌系统及代谢：有无畏寒、怕热、多汗、乏力、头痛、视力障碍、心悸、烦渴、多尿、多食、水肿等。

7. 神经系统：有无头痛、失眠或嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动障碍、定向力障碍，有无性格改变、情绪状态的改变等。

8. 肌肉骨骼系统：有无肢体麻木、肌肉疼痛、痉挛、瘫痪等；有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折、关节脱位、先天性缺陷等。

六、个人史

1. 社会经历：包括出生地、居住地区和居留

时间,所居住地有无地方病流行;受教育程度、经济状况和业余爱好。

2. 职业及工作条件:包括工种、劳动环境,对有接触有毒物质可能的病人应询问接触情况及时间。

3. 习惯及嗜好:包括起居生活卫生习惯、饮食规律、烟酒摄入量和持续时间,有无吸食麻醉毒品等。

4. 冶游史:有无不洁性交史,有无淋病等性病史。

七、婚姻史

是否结婚,结婚年龄,配偶健康状况,性生活情况等;有无离婚及婚次。

八、月经史

初潮年龄、经期及月经周期天数,经血量、色及有无痛经、白带及异味。末次月经及闭经日期、绝经年龄,记录格式如下。

初潮年龄行经期(天) 月经周期(天) 末次月经时间(LMP)或绝经年龄。

九、生育史

生育史包括孕次、生育次数、流产(人工或自然流产)、难产、死产、手术产、围生期感染及计划生育情况等。

十、家族史

家族史包括双亲、兄弟、姐妹及子女的健康状况,有无遗传性疾病及同类疾病。

第二节 发 热

【复习纲要】

1. 起病时间及发病情况:发热开始的具体时间,是急性起病还是缓慢起病。感染性发热、抗原-抗体反应发热、无菌性坏死物吸收发热多为急性起病,但也可以是亚急性或慢性起病。

2. 病因及诱因:发热前有无明显原因,如劳累、受凉;有无感染表现,如肺炎球菌性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、感染性心内膜炎、肠炎或皮肤化脓性感染、输血或输液反应等;有无开放性外伤,包括头部外伤等。

3. 主要症状特点

(1) 应询问发热的高低,是低热($37.3\sim 38.0^{\circ}\text{C}$)、中等发热($38.1\sim 39.0^{\circ}\text{C}$)还是高热($39.1\sim 41.0^{\circ}\text{C}$)或超高热(41°C 以上);询问发热持续时间;是自行退热还是药物或物理退热。

(2) 尽可能了解是哪种热型

① 稽留热:体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上。24h内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

② 弛张热:体温常在 39°C 以上,24h内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

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(间歇期)可持续1天至数天,如此高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

④ 波状热:体温逐渐上升至 39°C 或 39°C 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。常见于布氏菌病。

⑤ 回归热:体温急剧上升至 39°C 或 39°C 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地交替一次。见

于回归热、霍奇金病、周期热等。

⑥ 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。

4. 病情发展与演变:了解发热是否经过三个阶段。

(1) 体温上升期:体温上升有两种方式。

① 骤升型:体温在几小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战。小儿多伴有惊厥。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液反应或某些药物反应等。

② 缓升型:体温逐渐上升,在数日内达高峰,多不伴寒战。见于伤寒、结核病、布氏菌病。

(2) 高热期:指体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间的长短可因病因不同而有差异,如疟疾可持续数小时,大叶性肺炎、流行性感冒可持续数天,伤寒则可持续数周。

(3) 体温下降期:体温下降有两种方式。

① 骤降:指体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,常伴有大汗淋漓。见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应等。

② 渐降:指体温在数天内逐渐降至正常,见于伤寒、风湿热等。

5. 伴随症状

(1) 发热伴有神经症状,如头痛、昏迷、惊厥、脑膜刺激征等,应考虑各种脑膜炎、中暑、脑血管意外、蛛网膜下腔出血等。

(2) 发热伴咳嗽、胸痛、气促、咯血、咳痰等呼吸道症状,提示有支气管、肺或胸膜疾病。

(3) 发热伴有肋脊角、腰肋部疼痛及尿频、脓尿、血尿者,提示泌尿系统疾病。

(4) 发热伴有关节痛或关节炎者,提示有结缔