



我所奉献的不是捷径，而是用汗水
和赤诚帮大家播下收获的种子。

——顾恒

国家执业医师资格考试 临床实践技能辅导讲义

临床执业医师和临床助理医师通用

免费赠送

《医考讲坛》
及操作光盘



第四军医大学出版社

2011 年国家执业医师资格考试

临床实践技能辅导讲义

(配操作光盘)

总 主 编	颐 恒		
主 编	郭雅卿	张勇峰	
副 主 编	张丽敏	胡丽萍	李海燕
	齐欣荣	杨 洁	佟 燕

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

2011 年国家执业医师资格考试——临床实践技能辅导讲义/
郭雅卿, 张勇峰主编. —西安: 第四军医大学出版社, 2011. 1
ISBN 978 - 7 - 81086 - 902 - 7

I. 2... II. ①郭... ②张... 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 204787 号

2011 年国家执业医师资格考试——临床实践技能辅导讲义

总 主 编 顾 恒
主 编 郭雅卿 张勇峰
责任编辑 土丽艳
执行编辑 李俊功
出版发行 第四军医大学出版社
地 址 西安市长乐西路 17 号(邮编: 710032)
电 话 029 - 84776765
传 真 029 - 84776764
网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>
印 刷 西安永惠印务有限公司
版 次 2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷
开 本 850 × 1168 1/16
印 张 27.5
字 数 600 千字
书 号 ISBN 978 - 7 - 81086 - 902 - 7/R · 795
定 价 62.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

《过关教程》改名为《辅导讲义》之要义

——2011 版介绍

颐恒老师医考讲坛首席讲师、医考辅导丛书总主编 颐 恒

颐恒老师医考辅导团队除面向全国开办网络视频教学外，还在北京、河北、河南、安徽、陕西、广西、广东、山东、山西等多个省市举办面授培训。经过 2007—2010 四年实考检验，取得了明显成效。其学员通过率均远远高于全国平均水平。在图书编写方面，更是总结教学经验，不断完善，每年更新，2011 年版结合 2010 年考试情况再次重新编写。本书前三版书名为《过关教程》，2011 版改名为《辅导讲义》，绝非简单的书名变更，而是编写理念完全变革。

首先，继续秉承完全与实考接轨之理念。2011 版在结合 2010 年考题采用三站式体例编写基础上，保持考题难度和形式与实考完全一致。既不是考题罗列，也不是枯燥的文字描述，而是注重知识的系统、完整、图文并茂。如果与 2010 版对照，可以说是完全不同的两本书。

其次，每个章节都结合了近两年的教学经验，注重学习实效，真正体现名师辅导之内涵。阅读本书犹如老师在你面前娓娓道来。比如开篇，介绍完一系列复习方法后，安排一套全真试卷，要求我们进入复习前先体验技能考核过程和试题类型难度。当然，有和没有考试经历者，感受会大不相同。因为试卷完全按照 2010 考题编排，除了为考生领略新的命题思路和风格，评估差距外，更主要的是培养学习兴趣和增加压力。接下来，摘录了考试大纲的完整内容，目的是为了帮考生了解考核的范围。再接下来汇集了多位考官的评卷体会，还有一位优秀考生的成功经验，目的是为了帮助考生吸取经验教训，避免重复他人的错误。然后学习每一站的具体内容，老师则在前面都编写了一段导语，告诉各部分内容的学习方法。最后，编写了两套模拟试题，以检验学习效果。

第三，提高得分能力是本书编写之最终目的。对于第一次参加考试的考生而言，哪些该熟练掌握，哪些只需要理解就达到了学习目的，必须心中有数。本书把笔答或口答得分点的内容单独列在前面，把需要理解的内容放在【名师讲解】中，从而实现胸有成竹。如病例分析，例题中的鉴别诊断和进一步检查，评分要求只需列出病名和项目。至于鉴别诊断的依据和进一步检查的原因，固然可以帮助理解、巩固知识，但判卷老师并不需要这些文字。如果详细列出理由之一二三，无疑是浪费时间，更何况，病例分析答题时间很紧张！至于第二站，更是 2011 版精华所在，站位、体位、手法、步骤、口述内容、结束语几乎是手把手教你如何在考官面前一气呵成！

第四，操作光盘的内容和形式突破传统模式。很多考生单纯地认为通过光盘“照葫芦画瓢”就可以说会操作，但结果大相径庭。只是表面动作做得像，但很容易被考官一眼看穿，因为只是动作形似而神不至。而本书光盘在 2010 年基础上全部重新拍摄制作，更注重操作中的易错处的讲解和操作的连贯性，力求帮助考生达到专业、规范操作要求。另外，还将第三站心肺听诊、X 线诊断和 B 超、CT 等加入，保证了本书的系统完整。

第五，注意为综合笔试奠定基础。历年诸多考生走入误区，把技能和综合笔试割裂开，7 月份之前几乎不涉及综合笔试的复习，而我们设计的学习计划完全相反，技能环节主张“答题技巧 + 结合笔试”，将技能复习时间缩短到 4 周，把更多的复习时间安排到综合笔试。比如病史采集只要掌握了“答题公式”，多半分数就已经到手；考生最挠头的心电图判读可以在 2 小时内掌握。

论语云：“敏而好学，不耻下问”。尽管通过几年的教学实践，我们总结了一定的教学经验，并取得可观成效，2011 年我们教学团队还将继续到全国各地巡讲，希望与各地考生成为朋友，共同进步。

2010 年冬初于北京房山

目 录

实践技能过关必读（一）——实践技能复习四大误区	(1)
实践技能过关必读（二）——来自评卷老师的答题技巧	(5)
实践技能过关必读（三）——考生经验介绍	(7)
体验实践技能考场——开卷有益	(11)
临床实践技能考试大纲（2011）	(20)

第一站 病史采集与病例分析

第一部分 病史采集	(27)
-----------------	------

病史采集就是平时接诊、问诊的内容，考 17 个症状，15 分。学好本章并不难，套用答题公式基本上可以拿到 9 分。

第一章 病史采集答题要领	(27)
第二章 发热	(29)
第三章 疼痛	(29)
第四章 咳嗽与咳痰	(34)
第五章 咯血	(35)
第六章 呼吸困难	(36)
第七章 心悸	(37)
第八章 水肿	(38)
第九章 恶心与呕吐	(39)
第十章 呕血与便血	(41)
第十一章 腹泻与便秘	(43)
第十二章 黄疸	(45)
第十三章 消瘦	(46)
第十四章 无尿、少尿与多尿	(47)
第十五章 尿频、尿急、尿痛	(48)
第十六章 血尿	(49)
第十七章 惊厥	(49)
第十八章 意识障碍——昏迷	(50)
第十九章 强化练习	(51)

第二部分 病例分析	(54)
-----------------	------

病例分析部分从 2010 年开始由 20 分增加到 22 分，考试时间尽管延长到 15 分钟，但答题时间还是比较紧张。大纲涵盖的疾病包括了 113 种病。100 人同时进场考试，抽到的试题没有重复。从答题情况看，除诊断依据外，其他三个环节出现的错误有：诊断不全面，进一步检查不完整，治疗原则详略不当等。

第一章	病例分析答题要领	(54)
第二章	呼吸系统疾病	(57)
第三章	循环系统疾病	(81)
第四章	消化系统疾病	(107)
第五章	血液系统疾病	(152)
第六章	泌尿系统疾病	(163)
第七章	内分泌系统疾病	(175)
第八章	风湿与免疫系统疾病	(183)
第九章	中毒	(188)
第十章	损伤	(193)
第十一章	运动系统疾病	(202)
第十二章	神经系统疾病	(214)
第十三章	传染病及性传播疾病	(219)
第十四章	女性生殖系统疾病	(224)
第十五章	儿科疾病	(235)
第十六章	软组织急性化脓性感染	(244)
第十七章	B 超检查	(246)
第十八章	实验室检查	(248)

第二站 体格检查与临床操作

第三部分	体格检查	(265)
------	------	-------

很多、很多的考生在考官面前演示只是那几个形似而神未至的动作，答题完毕后面面对考官笑而不答的神态而无所适从。显然，对查体要领和精髓掌握之肤浅是通病。原因何在？……

第一章	一般检查	(265)
第二章	头部检查	(276)
第三章	颈部检查	(278)
第四章	胸部检查	(280)
第五章	心脏检查	(291)
第六章	腹部检查	(294)
第七章	脊柱、四肢关节及肛门检查	(307)
第八章	神经系统检查	(312)

第四部分	基本操作技能	(316)
------	--------	-------

临床操作部分对动手能力的考核要求更高，要求步骤有条不紊，操作手法熟练。尤其无菌要求贯穿临床操作始终。其中清创缝合、打结、三角巾包扎、穿脱隔离衣、导尿是难点。为了方便记忆，将临床操作划分为：无菌、护理、穿刺、急救四个版块。

第一章	无菌板块	(316)
第二章	护理板块（吸痰、吸氧、插胃管、导尿）	(321)
第三章	穿刺板块（胸腔穿刺、腹腔穿刺、腰椎穿刺、骨髓穿刺、动静脉穿刺）	(327)
第四章	急救板块（清创缝合、骨折、心肺复苏、简易呼吸器、电除颤、止血包扎、外科基本操作）	(333)

第三站 辅助检查结果判读与医德医风

第五部分 心肺听诊 (347)

心肺听诊难度较大,占8分。从患者身上听到的杂音和考试中模拟器发出的声音毕竟还是有差别,学习中一定要多听,训练音感。另外还要注意听诊部位和题干的提示。

第一章 肺部听诊 (347)

第二章 心脏听诊 (348)

第六部分 X线片判读 (353)

X线片判读只考三道题,6分,但从2010年开始,X线读片更注重与临床实践接轨。大部分考题直接来自临床一线图片,没有一定的基本功就很容易被混淆。尤其是执业考生,绝非具备“看图说话”的能力就能蒙对答案,而是必须掌握X线读片的基本知识。因此学习中需要注意……

第一章 概述 (353)

第二章 呼吸系统 (354)

第三章 循环系统 (359)

第四章 腹部平片 (361)

第五章 四肢骨折 (368)

第七部分 心电图 (373)

心电图名词概念多、数值多,内容庞杂,上学期间能真正掌握者凤毛麟角。尽管技能只占7分,从2010年开始,心电图考核与临床实践完全接轨,全部改为12导联心电图判读。为了帮助广大考生真正学会心电图,“颐恒老师医考讲坛”专门录制3个小时的免费视频课程,由郭雅卿老师全程讲解。

第一章 心电图入门基础 (373)

第二章 异常心电图快速诊断入门 (379)

第三章 心电图鉴别诊断 (385)

第八部分 CT检查 (400)

助理医师不考CT检查。学习难度较大。在第一站中,考题完全来自临床实际病例,准确诊断比较困难。对于CT检查的学习,首先要通过熟悉CT影像解剖来进行。

第一章 CT技术基本原理与应用 (400)

第二章 CT解剖基础 (401)

第三章 CT诊断 (404)

第九部分 医德医风 (412)

职业素质在第三站考试方式为人机对话。只有2分,备选答案模棱两可,绝不可认为是送分题。

考核内容涉及卫生法规和医学伦理。

实践技能考前实战模拟

实践技能考核考前实战模拟（1）——临床助理医师	（416）
实践技能考核考前实战模拟（2）——临床执业医师	（423）

实践技能过关必读（一） ——实践技能复习的四大误区

颐 恒

误区一：走捷径

据不完全统计，80%的考生有在技能环节走捷径过关的想法和行动，但走捷径的结果会怎么样呢？事情还得从“2010年实践技能考题泄露的新闻”说起！

2010年医师资格考试最大的波澜，莫过于7月4日北京《新京报》报道所谓“实践技能考题泄露”的新闻，尽管各家看法不一，有关部门也采取了一定的紧急应对措施，但留给我们的思考确实是后来者需要知晓的：

1. 至今在网上还可以下载到的150套考题及答案到底效果如何？
2. 是不是用到复习技能的时间和精力可以大大节约了？
3. 2011年是不是还可以下载到技能考题答案汇编？

事情的原委是这样的：7月1日开考，到2号考题基本上覆盖了，很多考生会回忆起当时的考题，然后发布到各大网站或论坛。有勤学者把答案从辅导书上摘录下来再汇集到一起就成了当年的考题答案汇编。后面再考的就可以钻考试制度中先抽考题号的漏洞。比如抽到20号题，只要在进场前把20号题结结实实狂背一通，就OK了！因为技能考试一般要经历10~15天，3号及以后考试的，可以说基本成了走程序。

于是乎，上面的问题成了一个不能不去关心的事情，因为涉及公平。

首先明确，上面三个问题的答案都是否定的。新闻发布第2天，有关部门立即采取了应对措施，比如候考时不准携带任何资料进入，抽到的考题号加10为真正考题的题号等。稍微过过脑子就会清楚这一漏洞很容易堵住。试想想，如果抽到的题号是50号，结果让你答60号题，如果没有扎扎实实复习，结果会怎么样？不晕倒才怪！2011年这条道算是堵死了。至于其他捷径，考试环节很难再出现了。

然后再来说那150套考题及答案到底效果问题。先看病例分析，基本上是根据往年考题或自己的主观回忆，记录一个主诊断而已。而绝大部分考题的诊断并非只有一个，遗漏第二、三诊断等于白白丢分，何况，后来我们发现居然有20%之多的主诊断根本不对！比如，很多考生抽到的慢性粒细胞白血病，满篇答案中根本找不到。这也是很多考生当时自认为答得不错，结果技能被淘汰的重要原因。其次，第二站，网上的答案几乎是根据2008年以前（旧大纲）试题及答案整理出来的，与今年考题答案有差异，以“清创术”为例，就可以了解结果之差异。网上的答案是这样的：

1. 对患者进行告知清创的目的，意义以及配合的内容。
2. 物品准备 消毒钳，镊子，缝合针，缝合线，持针器，剪刀，生理盐水，75%酒精或碘伏，双氧水，消毒纱布，胶布，棉球，注射器，2%的利多卡因。
3. 戴好帽子，口罩，并洗手。
4. 伤口用纱布覆盖。先清洗外口周围的组织。用3%的双氧水冲洗伤口后再用生理盐水冲洗，反复清洗，清除坏死组织和异物，然后用0.5%的碘伏消毒伤口内外。
5. 如果伤口较深，创伤较大用2%的利多卡因局部麻醉后消毒缝合。

6. 缝合后伤口的处理 用 75% 的酒精在已缝合伤口上消毒一次, 再以无菌纱布覆盖伤口, 胶布固定。

提问: 为什么先清创后缝合?

答: 清除异物和坏死组织, 避免感染, 促进愈合。

而评分标准为:

(总分 20 分, 全过程任何步骤违反无菌操作原则, 一处扣 2 分)

一、戴口罩、帽子、无菌手套 (2 分)

1. 戴口罩、帽子 鼻孔不外露, 头发不外露。(1 分)

2. 戴无菌手套 打开手套包, 取出手套, 左手捏住手套翻折部, 右手插入右手手套内, 暂不处理右手手套翻折部。已戴手套的右手, 除拇指外 4 指插入左手手套翻折部, 左手插入戴好手套, 交替戴翻起手套翻折部。(1 分)

二、伤口处理 (14 分)

1. 用无菌纱布覆盖伤口, 用肥皂水刷洗伤口周围皮肤。(1 分)

2. 移去伤口纱布, 3% 双氧水及生理盐水反复清洗伤口, 初步检查伤口。(2 分)

3. 脱手套, 考生洗手, 消毒手臂 (可口述)。(1 分)

4. 伤口区域皮肤消毒 2~3 遍, 铺洞巾。(1 分)

5. 穿手术衣 (可口述), 戴无菌手套。(2 分)

6. 用 2% 利多卡因沿伤口行局部麻醉。(1 分)

7. 清理伤口 (如果考生行伤口缝合, 扣 2 分); 修剪创缘皮肤, 去除异物及失活组织 (2 分), 生理盐水及 3% 双氧水再次冲洗伤口 (1 分), 伤口内置引流物 (1 分)。

8. 清创后伤口处理: 用酒精等消毒液纱布将伤口周围皮肤消毒一次 (1 分), 消毒纱布或棉垫覆盖伤口, 胶布固定 (1 分)。

三、提问 (2 分)

1. 哪些开放性伤口考虑清创后一期缝合? (1 分)

答: 伤口 6~8 小时内 (0.5 分); 伤口污染轻的不超过 12 小时 (0.25 分); 头面部伤口在 24~48 小时内可考虑一期缝合 (0.25 分)。

2. 清创的目的是什么? (1 分)

答: 最大程度减少伤口的污染, 为组织愈合创造良好条件。

四、职业素质 (2 分)

1. 操作前能以和蔼的态度告知患者清创的目的, 取得患者的配合, 消除患者焦虑紧张的情绪。操作时动作要轻柔规范, 体现爱护患者意识, 操作结束后告知患者相关注意事项。(1 分)

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

显然, 如果照搬网上答案, 得分不会超过 10 分。何况, 考官还会考察考生在具体操作过程中的熟练程度和手法的专业性!

至于还有不少的考生通过各种关系找考官照顾 (主要是第二站, 直接提到 35 分以上, 而凭真本事能考到 32 分者算不错的), 我们观点很明确, 一个连技能都不能直接面对的考生, 还谈什么笔试! 多年实考也证明, 技能走捷径的考生 90% 以上会被笔试刷下来。

误区二: 割裂技能三站之间及技能与综合笔试的关系

历年有诸多考生 7 月份之前几乎不涉及综合笔试的复习, 其理由很简单: “只有技能通过才能考笔试。”用 3~4 个月时间复习通过率高达 70% 的技能, 用不到 2 个月的时间复习通过率不到 35% 的综合笔试, 本末倒置的结果不言而喻。

首先, 我们看看技能三站之间的关系。人体本身就是一个有机的整体, 疾病诊断不例外, 我们的医考试题也不可能摆脱。以病例分析为例, 体征涉及第二站的查体, 如果不了解胸膜摩擦音的形成机制和检查方法, 那又如何掌握胸膜炎这一疾病呢? 如果不懂得心包摩擦感和胸膜摩擦感的不同检查方法和鉴别, 那又如何鉴

别心包积液与胸膜炎呢？至于影像检查结果判读和心电图判读，如果没有扎实的基本功，又如何在第一站病例分析中准确答题？反过来说，第一站的病例分析也为第三站奠定了基础，如果题干中提示“中老年男性，腹痛，大便带血，排便困难，消瘦”，X线读片结果无疑要选择“直肠癌”。

其次，我们再看技能与综合笔试的关系。上面提到的“心包摩擦感和胸膜摩擦感”，很多考生只是学会做那两个动作，当考官问“二者如何鉴别”时，因为没有扎实理论功底（综合笔试部分的内容），很多人只能目瞪口呆。要知道，现在的评分标准已经有很大不同了，仅会那两个动作，考官是不会给你满意分数的。所以很多人说实践技能内容太琐碎了，根本背不过来！其实质还是没有掌握疾病机制的缘故。再比如心电图，几乎所有的考生都认为心血管系统难学，其中的缘由就是被心电图难住了。可以说，没有心电图做基础，整个心血管系统几乎无法往下学习。基于此，我们教学团队一直主张医考复习不应该从技能开始，而是从笔试开始，中间穿插技能学习。如复习呼吸系统时，同步把技能部分的胸部查体、胸部X线判读学完。这时你会发现，技能复习相对简单，笔试复习在技能考试前也初步学习了一轮。实践已经证明效果非常良好，6月份之前（技能考试之前）报考我们网校的学员通过率远远高于7月份之后报名者，遗憾的是，技能考试之后报名参加学习者要远远多于前者。可见学习方法之重要！

误区三：看看光盘就可以学会技能操作

很多考生误认为查体就是手法+动作，操作是在模拟人上比划，只要步骤不乱、口述完整就可以了。但实际上现在的考题和评分要求完全不是这么回事。

首先说查体的20分。检查前包括检查者站位、患者体位、交代病情、手法轻柔等受伤意识要求高达5~6分，考核作为一个医生的职业素养。检查过程中的手法要求准确、到位、娴熟、专业。如果没有接受过专业指导和训练，仅是对照光盘学习出来的手法很容易被考官一眼看穿。以叩诊为例，板指的要求为：左手中指第2指节紧贴于叩诊部位，其他手指稍微抬起，勿与体表接触。右手指要求为：自然弯曲，用中指指端叩击左手中指末端指关节处或第2节指骨的远端（1分）。叩击方向应与叩击部位的体表垂直，叩击时应以腕关节和掌指关节的活动为主，叩击动作要灵活、短促、富有弹性，叩击后右手中指应立即抬起，以免影响对叩诊音的判断（1分）。在同一部位可连续叩击2~3下（1分）。接受专业训练与否，考生一出手考官就能看出来。

其次说临床操作。除对职业素质要求外，操作还有更严格的要求，如无菌意识贯穿始终，操作规范、专业等。如换药时，卵圆钳未能一直保持后端高、前端低，考官当即就能判断出该考生没有接受过正规的专业训练。

误区四：死记硬背

绝大部分考生会认为技能考试的细节多如牛毛，死记硬背多少算多少。其实不然。病例分析全部来自临床一线，只要认真实习过的考生都不会认为病例分析的难度有多大。体格检查细节多、需要鉴别的点多，但只要把握了体征的形成机制是不需要死记硬背的，比如前面提到的“心包摩擦音和胸膜摩擦音鉴别”，如果死记硬背答案“心包摩擦音为心前区或胸骨左缘第3、4肋间收缩期和舒张期均可闻及与心搏一致的类似纸张摩擦声音，屏气时不消失；胸膜摩擦音一般于吸气末或呼气初较为明显，屏气时消失。”估计谁也超不过3天的记忆，但把握了形成机制，胸膜腔出现积液，胸膜与呼吸相关，屏气时消失，而心包积液与呼吸无关，故屏气时不消失。这样来学，内容再多又何妨！

综上所述，我们万万不可抱有侥幸心理，踏实学习才是唯一坦途。当然，技能复习也不是没有技巧可言，现概括如下：

1. 不犯前人的错误 考题从有限的题库中组合，100道病史采集、150道病例分析、30项基本操作、60项体格检查、20种心肺听诊、40张X线片、36张心电图、20道医德医风题。抽题可能存在所谓“运气”，但指望运气是完全错误的，不要轻易放过任何一个环节。尤其是应考技巧很关键。建议大家认真研读技能考官的评卷心得和上年考生经验介绍，实考证明，只要掌握了这些诀窍，就会少犯错误或不犯错误。

2. 熟练掌握答题公式 第一站答题时间比较紧张。病史采集部分先掌握答题公式，熟背考点是提高得分

的关键。尽管病例分析考核的是知识综合运用能力，疾病的诊断、诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则需要一定的知识功底。但诊断正确是首要，只要把书中所列答题公式熟练掌握，诊断就不会出错。

3. 第二站技能操作，按照站位、体位、手法、步骤、口述的顺序答题，把书中所列内容熟练掌握，给考官的印象则是干脆利索，因为你说的就是考官要听到的。需要注意的是，目前市面上的操作示范光盘多采用后期配音的方式，缺乏真实感，无法达到老师亲自示范、亲自讲解之效果，建议几个考生在一起练习，相互评判。由于实际操作与考试评分标准存在差异，临床专业医师指导一般只能保证操作准确，而对评分的关键点把握往往需要临床专业技能考官或技能专业辅导老师才能做到。尤其是一些仪器设备，必须亲自操作一遍才有体会。最好要找机会把全部器械都操练一遍。

4. 第三站心肺听诊部分，每年丢分最多，建议考生佩戴耳机反复练习。医德医风也不是纯粹的送分题。心电图部分因为已经全部采用全导联心电图，必须真正学会才能做对题。好在我们网络课堂面向全国考生讲授心电图，登录“颐恒老师医考讲坛（www.yihenglaoshi.com）”可以免费下载到视频课件！X线片基本固定不变，得分不难。

老子曰：“合抱之木，生于毫末；九层之台，起于累土；千里之行，始于足下。”

医考复习同理！

实践技能过关必读（二） ——来自评卷老师的答题技巧

顾恒老师导语

本文汇集了多位实践技能考官的评卷体会。避免重犯前人答题中的错误也是提高考分的有效措施。

2010年评分标准和以前有很大不同，只要正确就给正分，而不是以前出现错误来扣分的评分方式。比如，诊断白血病，治疗只要写了“化疗”就给分，治疗哪怕写成“手术治疗”也不倒扣分。

一、病史采集

1. 现病史 首先要问诱因，评分标准是提到“诱因”二字，就给1分。然后问主要症状特点，尽量多写些，往往这里扣分比较多。接下来要问诊疗经过，几乎有一半的考生忘记，给分标准是只要提到“经过”两字就给1分。只要问到做过哪些检查、用过何种药，就给全分。

2. 相关病史 主要是指既往史、个人史、家族中和该疾病有关的一些内容，比如上消化道出血，就要问有没有肝炎、肝硬化，血吸虫病（这点很容易忘），饮酒史等。每个疾病都要问药物过敏史，否则这分就白扣了。

说实话，总结的那个答题公式很管用，层次清楚，项目全面，只要卷面字迹清晰工整，分肯定低不了。评卷老师一天上百份卷批下来，根本没心情去找“诱因、发病、缓解、诊疗经过”等得分点（词），看不到就没分了。卷面不整洁，字写得难看的更吃亏。还有2分，问诊条理和是否围绕主诉询问，实际上就是考官印象分。

二、病例分析

1. 诊断 因为病例分析的症状都很典型，第一诊断答错的很少，但是辅助诊断遗漏的多，现在执业医师的考题很少只有一个单一的诊断，80%的考题都有2个以上的诊断结果，最多的有7个诊断结果。助理相对好一些，但也要注意，辅助诊断的分其实并不难拿到。比如，高血压要分级、分危险组，糖尿病要分1型、2型，Hb低就要写贫血，钾低就要写低钾血症。宁多勿少是得分之秘诀。

2. 诊断依据 只要把提供的病史阳性体征照抄即可。这里出问题极少。

3. 鉴别诊断 鉴别诊断部分没有太多讨巧的办法，需要平时的知识积累。答全的唯一办法是把本系统或与主要症状相关的疾病都写上。这里不需要写鉴别的理由，很多考生写了，考官也不会多给分。

4. 进一步检查 还是答不全，比如，胰腺炎，要做B超、CT，但血象、电解质中的钙也是衡量疾病严重程度的指标。有没有继发的器官损害还要看肝功能、肾功能、ECG。如果没把握，就按照疾病开临时医嘱，三大常规，ECG，胸片。总之，只要能想到有点关系的都写上。采点给分是所有判卷的原则，所以考生一定要把最重要的，也是分值最高的，也是评卷人找的，写在最前面。

5. 治疗原则 只要按照一般治疗，对症治疗、手术治疗等套路来写，得分就不会低。

最后还要强调：字迹一定要工整、卷面整洁，否则冤枉丢分。

三、第二站共同的注意事项

1. 注意仪表和礼貌 考生与考官直接面对面交流难免紧张，但考生给考官的第一印象是影响考官评分的第一个环节，进入答题现场后，应注意礼节、言谈、举止等细节问题，一个鞠躬，一个微笑，一句谦逊礼貌的话都会给考官留下较好的印象；刚进场时往往是考生最容易紧张、发蒙的时候，这时几句谦逊礼貌的话语

可以缓解紧张的气氛,使考生紧张的心情平静下来,更利于考试的发挥。

2. 注意爱伤意识和提高动手能力 第二站加大了对考生实际操作能力的考查要求。要求考生边操作边叙述,操作细节不能演示清楚时可以结合叙述,或者叙述完后怕有遗漏可以要求操作一遍。爱伤意识是很多考生容易忽视的内容,交代病情、告之如何配合、术后交代注意事项等内容占分比例很大。

3. 不要过分看重考官提问 由于第二站考核着重强调的是动手能力和爱伤意识、无菌意识,对一些偏门的问题,不要太在意,因为只占 2 分。

4. 关于物品、仪器、设备 取物时要注意治疗车上的物品是否齐全,特别是小物件容易遗漏;开各种包时要看清包里的物品是否齐全;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;掉在地上的器械要到备物处重取;最好是穿短袖的工作服(白大褂)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;戴口罩、帽子可以口述;操作前都要有检查仪器设备的步骤,尤其是带管子的都要检查通气是否通畅。

四、操作部分容易失分的考点

1. 消毒 甲状腺、阑尾手术和胃切除的消毒范围基本上不会出错,须注意对会阴、小儿皮肤、黏膜处用何消毒液、消毒操作细节,如涂擦消毒液的次序。

2. 戴无菌手套 戴手套是多项操作中不可少的步骤,很多考生只注意操作部分内容而忽视了无菌原则。考题评分中对无菌原则要求极为严格,规定“全过程任何步骤违反无菌操作原则,一处扣 2 分”。

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 失分最多的题,检查者的站位、EC 手法、放置位置、按压的频率和周期。

5. 清创缝合 包括持刀、走刀、出刀、缝合、打结。手法要熟练,要在考官面前展现出你受过专业训练;单手、双手、器械三种打结法都要会。

6. 换药 注意清洁伤口和感染伤口换药本质不同,持镊子要注意头朝下。

7. 手术衣与隔离衣 注意步骤不要错乱,多穿几次就熟练了。

8. 手术区铺巾法 注意拿法和次序。

9. 吸氧 连接方法、鼻导管插多深(鼻翼到耳垂);吸氧流量调节(4~5L)。

10. 吸痰 先将管口关闭,插入后再打开吸痰。

11. 胃管 胃管插入多深;如何断定进入胃内。

12. 导尿 女性尿道口要消毒 2 遍;留置导尿时,见尿液流出后再插入的深度至少要 6cm。

13. 胸穿、腰穿、腹穿 无菌意识和爱伤意识扣分最多,步骤不能遗漏和颠倒。

14. 止血包扎 各部位三角巾包扎缠绕方法不同。

15. 野外四肢骨折固定 注意夹板长度和各种固定方法。

五、体格检查部分容易失分的考点

1. 全身淋巴结触诊的部位、手法和顺序。

2. 甲状腺前面、后面触诊的手法。

3. 心脏的触诊、叩诊。

4. 胸膜摩擦感、心包摩擦感及胸膜摩擦音、心包摩擦音的鉴别方法。

5. 肺下界移动度检查。

6. 移动性浊音检查。

7. 脾脏触诊手法和脾大小的测量。

8. 膀胱触诊、叩诊。

9. 肝脏单手、双手触诊和勾手触诊的手法、墨菲征阳性的表述。

实践技能过关必读（三）

——考生经验介绍

颐恒老师导语

本文来自山西运城苗春波、河北邯郸尤薇薇、深圳史艳波三位考生复习实践技能的体会。对于2011年考生有非常之借鉴意义，现摘录给广大考生分享。

山西运城苗春波

我属于“二进宫”的那类考生，去年差10分。尽管当初上学考四级就很清楚，最好的参考书莫过于历年真题，尤其是带有解析的那种。但临床工作繁忙，还是希望找到一本重点突出，针对性强的辅导书。但书店的复习资料种类实在太多，不知道选谁家的好！因为有上年的教训，报完名后一直为买什么样的辅导书发愁（我感觉2009年没有过就跟辅导书选择不当有很大关系，因为当年考题和我用辅导书的方向有很大偏差）。到书店浏览时无意中发现了颐恒老师主编的《临床执业医师资格考试历年考点解析》。研读时发现其简单明了，试题的思路和真题很合拍，如获至宝！尤其是实践技能，跟当时考试的感觉几乎一样，所以我的实践技能部分，只用不到一个月的时间就高分通过，下面我结合如何看书来介绍一下复习技能的方法。

着重说说第一站吧，因为2010第一站的复习，跟2009年完全是两个套路，以前是眉毛胡子一把抓，找不到重点，理不清头绪。2010年轻松多了。

先说病史采集。病史采集占15分，比较简单，颐恒老师总结了一个现成的“公式”可以套用，归纳得非常好。公式如下：

1. 现病史

- (1) 病因及诱因：受凉、饮食、情绪、劳累等。
- (2) 主要症状的特点（如发病急缓，出现时间，持续时间，加重或缓解因素，性质，部位等）。
- (3) 伴随症状（各种疾病的鉴别诊断）。
- (4) 全身状态：即发病以来饮食、睡眠、大小便及体重的改变。
- (5) 诊疗经过：发病以来是否到医院检查过，做过哪些治疗，效果如何等。

2. 既往史

- (1) 药物过敏史，手术史（必写，也是最容易遗忘的部分）。
- (2) 相关病史（有无类似疾病的发作）。

只要花几分钟的时间记住这个公式，然后直接套用就可以了。这其中有三部分（就是括弧里面的）是要我们自己充实的，就是主要症状的特点，伴随症状以及相关病史。书中针对大纲要求的17种症状做了归纳，可以节省不少的时间。比如，疼痛，就要记住疼痛的特点，疼痛发生的急缓、出现的时间、部位、范围、疼痛的性质、程度、持续时间、加重或缓解因素等。同时疼痛部位不一样，考虑的内容还略有不同，比如头痛，就要考虑是不是与上呼吸道感染有关，有无咳嗽、发热等；腹痛，是不是和饮食及体位有关，有无转移性疼痛；胸痛，考虑是不是呼吸系统或者循环系统，有无牵扯痛、放射痛等；关节痛，就要考虑免疫系统或者外伤等因素，要看有无红肿热痛，有无游走性，有无关节畸形等。

第二部分是病例分析，22分，比较头痛。书中根据历年考题和疾病典型特征总结出了很好的诊断公式，比如：午后低热=结核，转移性右下腹痛=阑尾炎等。大体的判断相对容易，但是想多拿分也不容易，比如

贫血、休克、低钾血症等，很容易遗漏。再比如，好不容易诊断出肺炎，但题中说“胸片显示右肺片状影”，诊断必须写“右上肺炎”。否则，分数就这样被一分一分扣掉。刚开始复习的时候往往担心诊断出错，但后来发现，背了那些诊断公式，再做几道题后，就知道主诊断一般不会错，容易丢分的恰恰是辅助诊断和后面的鉴别诊断、治疗原则。尤其是鉴别诊断、进一步检查和治疗加起来有 10 多分（比诊断及进一步检查占分多），所以在这里要多说两句：

1. 诊断及诊断依据 主诊断一般不会错，但往往是因为诊断写的不全面被扣分，所以要尽量多写，考官判卷都是按点给分。比如，Hb 95g/L 就要写上贫血，BP 90/60mmHg 就得写上休克等。诊断依据失分少，只要把所有阳性体征和检查结果写上，就不会有大问题。

2. 鉴别诊断 刚开始做题时可以说是无从下手，写出来的和答案一对照，大方向没错，但往往不是答案上的那几个病，能碰对一两个算不错。我觉得需要一定的知识积累，对某个系统疾病有一个整体的认识，比如呼吸系统，诊断为肺结核，鉴别诊断则需要考虑肺炎、肺癌、支气管扩张等。另外，只需要写出鉴别诊断就可以了，不需要写鉴别分析，写多了也是浪费时间，关于这一点是后来参加辅导课的时候才知道的，否则还不知道要走多少弯路。

3. 进一步检查 和鉴别诊断一样，也是写不全或写不对路。多看和多做几道题后，大致就会有些眉目，主要是对于鉴别诊断有帮助的项目，如血、尿、粪常规，超声、心电图等，以及针对性地检查，如骨髓检查、冠脉造影等。本书把各系统疾病常用的检查都总结出来了，非常实用。

4. 治疗原则 若按照框框来写，无非是一般治疗，对症治疗，手术或者放化疗等，但这样答得不了几分，必须写得详细些，比如，胃溃疡手术治疗，要写上“手术治疗：开腹探查，穿孔修补或胃大部切除术。”

这样答题，第一站就基本没有问题了。另外，第一站答题的时间很紧，要快点写。

第二站，体格检查和基本操作技能。

因为我是搞外科的，第二站是强项，看了看考题和答案就轻松过关了，就不谈了！

第三站，辅助检查结果判断。

首先要感谢颐恒老师举办的网络课堂，我觉得颐恒老师和郭雅卿老师为我们考生做了件功德无量的好事，他们网校有 3 个小时的心电图视频课件，郭老师讲的，可以免费下载到，我就是这样学会的心电图，在学校学了好几轮没有学会，这次终于学会啦！还有那个心肺听诊课件也很好！

河北邯郸尤薇薇

因为邯郸的地域优势，2010 年颐恒老师来我们邯郸讲课了，我有幸聆听了老师教诲。第二站是我的薄弱环节，只是实习的时候稀里糊涂学了点皮毛。

第二站这 40 分可以说是最难拿的，就说面对考官这一条，没有人敢说自己不紧张。我的一个同学，平时学得比谁都好，就是因为紧张，技能就没有通过！靠实习时候的那点皮毛远远不够，这是我最大的体会！一直在临床一线的可能要沾点光，可怜的是那些偏僻的基层医生，连仪器设备都没见过，真不知道他们是怎么考的！复习这部分内容，首先要有正规的操作光盘，要有同步讲解的那种。先一个一个去模拟，切实一步步地去做，不要单纯地想，然后再根据书上写的要点逐一去背诵，当然，掌握了发病机制才记得牢固，死记硬背谁也背不过。这本书最大的优点就是“写的就是考官想听到的得分点”，没有废话。我考的时候，没有边做边说，而是先口述一遍，然后再实际操作。考官说了一句话，至今我还记忆犹新：“跟标准答案几乎一模一样，手法很专业，接受过专门训练吧！”所以建议大家技能操作还是参加一个面授辅导班比较好，自己对照光盘学的，那是很容易被考官看出来属于业余水平。这一点，我的体会很深，比如，血压测量，谁不会呀！可考试要求的细节实在太多了：首先应该告知患者放松，安静状态下保持至少 5 分钟，暴露右臂，坐位或卧位均应保持心脏与肱动脉平齐，袖带扎绑松紧度合适（容一指），要测量两次，而且要间隔至少一分钟，最后，倾斜 45°角关闭血压计等。也许考这道自认为最简单不过的题，还不如考心脏叩诊呢！操作手法就更不用说了，甲状腺触诊，我自认为当初学得不错，上课时自告奋勇上台演示，做完了，颐恒老师评语居然是：“掐脖子功练得不错！”所以，我收获最大的是第二站，那就是：操作必须要有老师手把手教，不到现场根本不知道自己的错误在哪里，还以为自己做得挺好呢！

我认为颐恒老师编写的技能辅导书最大亮点也是操作光盘，跟别的光盘完全不同，不单单有正确动作演示，还有常见错误手法分析讲解。专业性和得分能力一下就提升上来了。

广东深圳史艳波

2009年，本人从一所只能算是三流的医学院校本科毕业，跟很多考生一样，属于自制力很差的那类人，英语四级就是靠参加个辅导班才过关的。因为周围同事考执业医师几乎是考2、3次才过关的，加上医院规定，两次不过就下岗，所以不敢轻视。于是乎年底就开始浏览有关网站，关注考试信息，尤其是对有关参考书的信息更是丝毫不放过。浏览网页时，顺便把所有执业医师网络课堂的网站都熟悉了。说实话，有几家网校还是办得不错的，网络课堂的优势是可以自己选择时间听课，解决了上班与学习的矛盾，并且都有很多老师讲课的免费片段。经过反复对比，最终还是选择了颐恒老师网络课堂（老师们都是站着讲课，写板书，而其他的同类课堂老师坐在那里念讲义的居多，听一会儿就烦了）。下面我来谈谈学习第三站、尤其是学习心电图的体会。

第三站总共23分，X/CT线片6分，医德医风2分，题比较简单，不过有一定的运气成分，我同事抽到一个颅骨骨折CT片和液气胸片，都没答对。比较麻烦的是听诊和心电图。听诊2道题8分，只能自己去听，慢慢体会，刚开始我想找来那种带讲解的授课录像或录音听，后来找了一家网校的视频授课，看完才知道还得靠自己多听，自己去体会，没有什么好办法。

心电图就大不一样了，考2道题7分。估计90%的人上学的时候都没学明白。听参加上年考试的同事说，考的跟以前完全不一样，都不是很典型的那种图，12个导联摆在眼前，没有基本功是做不对题的，一下把我吓毛了。幸运的是，颐恒老师网校有3个小时视频课件，郭老师讲的，从机制开始讲起，然后是速记口诀（一定要背过），最后是考题练习。我看了2遍就完全学会了，不得不佩服郭老师的授课水平，发自内心的说，郭老师不仅人长得美，听她讲课更是如沐春风！