

2013

国家执业医师资格考试



播种生活，收获习惯
播种性格，收获命运

播种习惯，收获性格

——总主编 顾恒

总主编 顾 恒
主 编 郭雅卿 魏若晶

顾 恒®

临床实践技能 辅导讲义

临床执业、助理医师通用

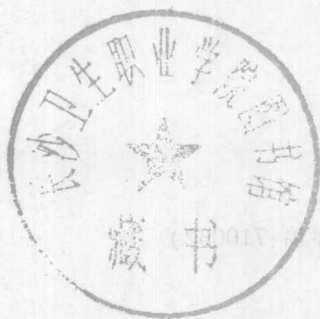


第四军医大学出版社

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 魏若晶
副 主 编 樊峰萍 张宝付 张勇峰
李海燕 尹中信



长沙卫生职业学院图书馆



CW0068584

126/539

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

临床实践技能辅导讲义/郭雅卿,魏若晶主编.—西安:第四军医大学出版社,2013.1

(国家执业医师资格考试)

ISBN 978-7-5662-0295-6

I. ①临… II. ①郭… ②魏… 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(2012)第 299827 号

临床实践技能辅导讲义

主 编 郭雅卿 魏若晶

责任编辑 朱德强

执行编辑 童 彧

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 陕西天意印务有限责任公司

版 次 2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 次印刷

开 本 850×1168 1/16

印 张 28.75

字 数 970 千字

书 号 ISBN 978-7-5662-0295-6/R·1163

定 价 66.00 元

版权所有 侵权必究 第四军医大学出版社

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

关于技能复习, 颐恒老师答考生问	(1)
解读 2013 年新版实践技能大纲	(3)
评卷老师的告诫	(4)
技能复习容易走入的四大误区	(6)
历年考生的经验和教训	(8)
如何避免实践技能“阴沟翻船”——颐恒老师送给全国考生一堂视频课的说明	(12)
2013 招生班次简介	(13)

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

第一章	病史采集答题要领	(14)
第二章	发热	(16)
第三章	疼痛	(17)
第四章	咳嗽与咳痰	(22)
第五章	咯血	(23)
第六章	呼吸困难	(25)
第七章	心悸	(26)
第八章	水肿	(27)
第九章	恶心与呕吐	(29)
第十章	呕血与便血	(30)
第十一章	腹泻与便秘	(33)
第十二章	黄疸	(34)
第十三章	消瘦	(36)
第十四章	无尿、少尿与多尿	(37)
第十五章	尿频、尿急、尿痛	(38)
第十六章	血尿	(39)
第十七章	惊厥	(40)
第十八章	意识障碍——昏迷	(40)
第十九章	强化练习	(41)

病例分析部分 22 分，考试时间 15 分钟。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 病例分析答题思路	(48)
第二章 呼吸系统疾病	(52)
第三章 循环系统疾病	(83)
第四章 消化系统疾病	(112)
第五章 血液系统疾病	(158)
第六章 泌尿系统疾病	(172)
第七章 内分泌系统疾病	(185)
第八章 风湿与免疫系统疾病	(192)
第九章 中毒	(198)
第十章 运动系统疾病	(202)
第十一章 神经系统疾病	(215)
第十二章 传染病及性传播疾病	(223)
第十三章 女性生殖系统疾病	(232)
第十四章 儿科疾病	(244)
第十五章 软组织急性化脓性感染	(253)
第十六章 B超检查	(255)
第十七章 实验室检查	(257)

第三部分 体格检查

(272)

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	(272)
第二章 头部检查	(283)
第三章 颈部检查	(286)
第四章 胸部检查	(289)
第五章 心脏检查	(302)
第六章 腹部检查	(306)
第七章 脊柱、四肢关节及肛门检查	(319)
第八章 神经系统检查	(325)

第四部分 基本操作技能

(330)

临床操作部分对动手能力的要求更高，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、急救四个板块。

第一章 无菌板块	(330)
第二章 护理板块（吸痰、吸氧、插胃管、导尿）	(340)
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）	(349)
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）	(355)

第五部分 心肺听诊

(368)

心肺听诊难度大。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。

第一章 肺部听诊	(368)
第二章 心脏听诊	(369)

第六部分 X线片判读

(376)

X线片判读考3道题,直接来自临床一线图片,容易混淆。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。

第一章 概述	(376)
第二章 呼吸系统	(377)
第三章 循环系统	(382)
第四章 腹部平片	(385)
第五章 四肢骨折	(392)

第七部分 心电图

(397)

心电图名词概念多、数值多,内容庞杂,学习难度大。考题全部改为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。登录官方网站即可免费浏览或下载到全部课程。

第一章 心电图入门基础	(397)
第二章 异常心电图快速诊断入门	(402)
第三章 心电图鉴别诊断	(409)

第八部分 CT检查

(424)

助理医师不考CT检查。学习难度较大。并且在第一站的考题也有体现,加之来自临床真实病例,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	(424)
第二章 CT解剖基础	(425)
第三章 CT诊断	(428)

第九部分 医德医风

(436)

考核内容涉及卫生法规和医学伦理,通过一个临床场景来考核作为一名医生的职业素养。备选答案模棱两可,2分,但绝不可认为是送分题。

临床实践技能模拟考场

(440)

实践技能模拟考场答案及名师解析

(445)

关于技能复习，颐恒老师答考生问

提问一：平时复习得挺好，同学之间提问感觉也不错，可是考试当天一见到考官就紧张得不行，发挥不出来，有何解决办法？

答：考前心理紧张再正常不过，遇到考官更是六神无主。不过可以换位思考一下：第一，我是考生，心理紧张，其他考生同样。第二，假若我是考官，凭什么故意为难考生？第三，遇到有问必答、对答如流的考生，当然要给高分。所以解决办法很简单，找个同伴，相互当考官，相互对练，相互挑毛病。一个人蒙头学，不紧张才怪！

还有一个更好的办法，2013年，我们网校将到全国各地组织技能面授课堂（具体安排请登录网站 www.yihenglaoshi.com 查询），老师建议克服困难来听这堂面授课。很多时候，老师点拨一下，比你一个月都强。仔细读一读后文关于考生的经验教训就能体会到。

提问二：2013年版新大纲和2012版比，变化有哪些？

答：本书有专门章节介绍，请阅读“解读2013版实践技能大纲”。核心就一点：考核理念调整为首位，考核内容是次要的。

提问三：技能各站是按总分划定及格线，还是各站卡小分？达到60分是不是就肯定过关了？

答：简单地说，就是各站累积总分达到60分就过关。即合格线是按照各站总成绩计算的，目前还没有卡小分的要求（不排除以后会这样规定）。需要注意的是，卫生部规定60分及格，但是考虑到技能考核的淘汰机制（请参阅网上视频授课内容）——当天淘汰制，60分及格只是一个相对数字，跟当天的考生整体水平、考官尺度把握有关。所以我们网校的教学最低目标是65分。

提问三：“技能包过班”有何“秘诀”？

答：只要宣传“包过”就是商业包装和炒作，谁相信谁上当！至于过关“秘诀”“速成”，老师可以负责任地说，任何一门科学知识的学习都没有捷径可言。任何学习方法也是以付出汗水为前提的。但由于各地考风考纪差异，媒体把个别地区、极少数考官的不端行为放大，扰乱了考生的应考心态。2012年严格的考纪，让很多地区的考生因为习惯找关系而措手不及。

提问四：查体和操作部分，考官的评分要求是口述为主还是操作为主，还是要边做边说？如果担心自己动手能力差，该怎么办？

答：根据实践技能考核实施办法（即“考官手册”）的要求，查体和操作答题方式分为口述、操作和边操作边口述三种。因为客观实际情况不一样，各地答题要求有较大的差距，比如心肺复苏，有的考区不用口述，直接操作即可，而有的考区，要求口述即可。但总体上来说，绝大部分考区和考题都要求边操作边口述。从目前来看，考生最常见的错误就是“做”与“说”不能有机结合。根据评分要求，查体和临床操作更强调动手能力，如果操作手法到位、步骤条理，考官给分尺度就较宽。如果只会口述，则给考官一种背书的印象，得分就会不理想（少数要求口述的考题除外）。正是这些要求难倒了很多考生，也是很多考生心理紧张的重要原因。针对考生动手能力差的问题（可以负责任地说，差之程度比想象的要严重得多），我们网校到各地技能面授就是因此而开设的。听过我们2012年网上技能答题技巧课程和面授课程的学员都深有体会。

2012年，有很多考生在临考试前不久才看到了我们网校的免费视频，本来以为复习时间很少，但是结合本书，学到了很多答题技巧（如答题公式、心电图口诀等），从而技能轻松过关。有关详情请登录网站查询。

提问五：实践技能部分需要用多少时间来学习？怎么复习才能事半功倍？

答：如果是首次参加医考，技能复习时间至少要保证3周，但也不要超过6周。可以根据自己的基础来

定。特别要注意,因为觉得自己没有考试经验,把大量时间用于技能环节的复习是大错特错的,要把主要精力用于笔试。如果是参加过一两次考试的老手,2~4周足够。但“阴沟翻船”者往往是这一群体。

只要按照我们网校老师指导的学习方法复习,即可达到事半功倍的效果。

提问六:是不是只看顾恒老师编写的《临床执业/助理医师实践技能辅导讲义》这本书就不用复习其他教材了?

答:本书独特之处就在于针对性超强,并且每年要根据考试命题方向改版。历年实考已经证明,使用本书考生的通过率远远高于全国平均水平。本书覆盖了技能考试99%以上的考点,复习时只要把握到了书中考点,过关可保无忧。当然,限于篇幅,极个别问题不可能面面俱到(主要是考官提问),遇到不懂之处,可以参考《临床执业/助理医师综合笔试辅导讲义》和七版本科《诊断学》。

另外,针对2013年考试大纲调整和往年考生的经验教训,网校编写了“临床实践技能模拟考场”,让考生体会考试的感觉,尤其是配套的光盘,还原心电图、X线、心肺听诊考试实景,可确保实考时胸有成竹。

提问七:第一次参加考试,如何处理好技能与笔试的关系?

答:第一次报考的考生,片面理解“首先要技能过关才有资格参加笔试”的规定。于是乎花费大量精力来复习技能,甚至在技能考试前几乎不复习笔试内容,等到技能考试后甚至技能合格线公布后才开始复习笔试。结果为时已晚。正确的方法是:留出3~6周时间复习复习技能,其他时间用于复习笔试,并且技能和笔试要穿插进行。

提问八:相对于2012版,本书2013版有哪些更新?

答:从大纲看,技能部分的章节内容似乎变动不是很大,只是调整了几个病例分析和增删极个别的操作项目。有的考生似乎认为看旧版书问题不大。在此有必要说明一下本书2013版的变化情况:

1. 增加了“解读2013版大纲”,帮助考生了解技能变化和调整复习方法。
2. 附“临床实践技能考试大纲(2013与旧大纲对照版)”反映新旧大纲的变化。
3. “模拟考场”按照新大纲考核要求重新组织试卷,同时反映了执业和助理的异同之处。并对考题答案进行了详尽解析。
4. “顾恒老师答考生问”完全更新并增加新内容,更贴切考试实际。
5. “历年考生的经验教训”全部更新并反映了2012年学员的经验和教训,与当前实考更为接轨。
6. “评卷老师的告诫”也是根据2012年考试情况重新编写,反映了最新评分政策。
7. 病史采集变动较小,但病例分析完全按照2013版大纲重新编排,采用的病例考题及答案绝大部分更换为2012年考试原题及答案。
8. 查体部分除增加新的检查项目外,还对部分图片和考官提问予以更新。尤其是增加了“考生常见错误”,对提高考生的得分能力极为有益。
9. 操作部分变化更大,除大纲变化因素外(调整操作项目),还根据上年考生的考试情况,对“考生常见错误”全部予以更新。可以帮助考生减少丢分情况的发生。
10. 增加了心电图、X线/CT的图片,从顾恒老师医考讲坛官方网站(www.yihenglaoshi.com)即可下载到高清版,保证了学习效果。
11. 医德医风部分内容也有更新。
12. 配套视频除修订光盘内容外,就如何复习技能,顾恒老师还专门为考生开设了一堂复习方法指导课程,免费面向全国考生开放,也是本书2013版的最大亮点。登录顾恒老师医考讲坛官方网站“实践技能板块”即可免费下载或浏览(www.yihenglaoshi.com)。

解读 2013 年新版实践技能大纲

请登录“颐恒老师医考讲坛”官方网址：www.yihenglaoshi.com（实践技能区）浏览名师讲解视频（免费）和有关文档。



颐恒老师医考讲坛

高清全屏 把名师请回家 体验收获知识的快乐!

实践技能区

>> 总论

- 颐恒老师解读“2013临床实践技能考试新大纲”
- 临床实践技能免费视频课程（第一站及概述）
- 临床实践考核实施方案
- 千万别迷信“技能考题汇总”！！
- 关于技能复习，颐恒老师答考生问

更多>>

>> 技能面授班

- 为什么老师建议学员一定要参加技能面授？
- 实践技能各站分值、实践、考核方式

更多>>

>> 第一站

- 病例分析诊断公式（简化版）

更多>>

>> 第二站

- 临床实践技能考官提问集锦及模拟测试卷

更多>>

评卷老师的告诫

顾恒老师导学

本文汇集了多位实践技能考官的评卷体会。多年老调重弹，只要不重犯前人的错误，得分就不会低。

一、病史采集

顾恒网校总结的那个答题公式，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，问诊条理性和是否围绕主诉询问，实际上就是考官印象分。

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 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。

二、病例分析

先说一条总的原则：多写不扣分！评分标准年年微调，比如加分制和扣分制，是完全不同的，加分制是只要正确就给正分，扣分制则是出现错误来扣分。现在采用的是加分制评分，以白血病治疗为例，现在只要写了“化疗”就给分，哪怕写成“手术治疗”也不倒扣分。所以鼓励考生多写，只要碰到了答案考官就给分。

1. 诊断 因为病例分析的症状都很典型，第一诊断答错得很少，但是辅助诊断遗漏得多，现在的考题很少只有一个单一的诊断，七成以上的考题都有2个以上的诊断结果，最多的有7个诊断结果。助理相对少一些，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。宁多勿少是得分的秘诀。

2. 诊断依据 评分标准变了，以前只要把提供的病史阳性体征照抄就可以得分，但现在几乎不给分，要求诊断结果和诊断依据一一对应。在考题后面的答题要求上有很明确的说明，“如有两个以上诊断，应分别列出各自诊断依据”，很多考生没有看到就照老方法，照搬阳性体征和指标，两三分就白扔了。

3. 鉴别诊断 鉴别诊断需要知识积累。所谓答题技巧也就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，写了，也不会多加分。阅卷的时候看到很多试卷都写出了鉴别的理由，估计是跟使用的辅导教材有关。不多拿到分不说，更主要的是浪费了宝贵的答题时间。借此告诉考生，选择辅导书很重要，本书年年改版的目的也就是紧跟考试政策。

4. 进一步检查 答题基本上围绕三个方面展开，一般检查和确诊检查，还有反应病情变化的检查。这样才能完整、全面。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。

5. 治疗原则 一定要按照一般治疗，对症治疗、药物治疗和手术治疗的套路来写，但只写这些还只能拿到一半的分，需要尽量细化，比如，手术治疗要写明手术方式，如左半结肠癌切除术；药物治疗要说明治疗用药原则，如支原体肺炎抗生素治疗要写明用大环内酯类。

最后还要强调：字迹一定要工整，卷面要整洁，否则会冤枉丢分。

三、查体注意事项

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 新大纲加大了对考生实际操作能力的考查要求。标准的考试要求不完全像考生所理解的边操作边叙述,而是操作细节不能演示清楚时可以结合叙述。爱伤意识是很多考生容易忽视的内容,包括交代病情、告之如何配合、术后交代注意事项等内容,贯穿查体和操作的全过程,评分标准中有一项职业素养的考核,即指爱伤意识,在第二站中至少占4分。

3. 查体手法规范问题 “行家一出手便知有没有”,很多考生一出手,考官就能看出是否接受过专业培训,临床是否经常操作,分基本上就给了,后面再怎么做好、怎么流畅口述都是次要的!所以,考生一定首先保证手法规范、到位。比如滑动触诊,必须是指腹接触,这要用心体会,而不是机械地用手指头摸。

4. 考官提问 考官提问有一定的运气成分,遇到偏门的问题,不要太在意。查体和操作各占2分。每年考前和考试中颐恒网校都有考官提问集锦,一定要在考前熟练掌握。

四、操作部分要特别注意无菌操作和准备工作

这部分扣分很严格,考生丢分非常严重。比如开包前后要特别注意包里面的器械,只要一动手就意味着无菌操作的开始;掉在地上的器械要到备物处重取或者告诉考官已经污染应更换;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。

关于查体和操作的常见失误,颐恒老师教学团队把考试过程中常见的错误总结出来了,分列到每个查体和操作项目下,这是一件很有意义的工作,只要把这些错误避免了,得分就不会低。

技能复习容易走入的四大误区

顾 恒

依照惯例,我们的团队每年从5月下旬开始到整个6月份都要到全国各地讲授面授课程。授课过程遇到了形形色色的考生,面对一个70%过关率的技术考试,有的人紧张得不得了,有的人在“阴沟里翻船”,有的稀里糊涂过关,有的人找关系,等等。可以说有超过一半的考生走入了技能复习的误区。本文意在抛砖引玉,希望引起考生重视。

误区一:思想上不重视,大多数人想着走捷径

考过一两次技能的考生,往往不知深浅地认为技能简单。尽管老师在考前一再呼吁:“千万、千千万小心‘阴沟里翻船’。”但是,每年“走麦城”的考生不在少数。以我们网校学员为例,2012年就有124名学员翻船,对他们以后的自信心的打击几乎是毁灭性的,甚至就此远离自己心仪的职业。对此,老师再次告诫:一定要紧跟学校的教学安排,别自搞一套。网校对技能的教学非常重视,并且教学方法独特。只要跟着网校学习,尤其是参加3天的面授班学习,过关的概率在98%以上。

相对于思想上不重视的考生而言,那些想着找捷径的考生,老师的评价是:简直无可救药了。

毋庸置疑,大部分考生在技能环节有走捷径过关的想法和行动。鉴于媒体刊载过所谓“实践技能考题泄露”新闻,2012年,考前背答案的漏洞被堵住了,唯一的办法就是通过找关系通关。由于某些地区确实存在这一现象,通过媒介一放大,把严肃的国家级考试搅得乌七八糟。通过各种关系找考官加分主要是第二站,直接提到35分以上。对此,老师的观点很明确,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%以上会被笔试卡下来。所以,我们反对网校学员在技能环节走捷径。道理也很简单,国家最终是以笔试成绩作为合格标准的。很多考生说,“我不担心技能,就是笔试过不了”,反映的就是“搬起石头砸自己的脚”的做法。

误区二:把技能复习与综合笔试复习割裂开

历年有诸多考生7月份之前很少涉及综合笔试的复习,理由很简单:“只有技能通过才能考笔试。”用3~4个月时间来复习通过率高达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,其结果不言而喻。每年到七月底,网校遇到报名参加笔试辅导的考生,几乎都无可奈何地问:“时间还来得及吗?”

当然,随着考试经验的丰富,这种不知死活的考生越来越少,但还是没有真正认识到位。比如心电图,很多人认为技能才7分,就满不在乎。但一旦笔试复习到心血管系统,就卡住了。因为没有心电图基础,整个心血管系统几乎无法往下进行。还比如X线,很多考生认为简单,认为就是看图说话,实际上在笔试部分,X线占了很大比重。前面介绍的考生经验,江苏苏州的那位学员的经验值得借鉴。基于此,我们教学团队一直主张医考复习应该从笔试开始,中间穿插技能学习。如复习心血管系统时,同步把技能部分的检查查体、X线判读学完,当然心电图更是不能留死角。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显著。5月份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。2013年,我们网校技能课程安排全面改革,5月下旬开始都各地进行技能面授课程,6月下旬推出网上答题技巧视频课程。而在此之前安排的全部是综合笔试的内容。

误区三:不知深浅地跟着录像学技能操作,手法错误惨不忍睹

近年,到各地上技能面授课程,遇到考生操作手法不规范的问题,其严重程度超乎我们所有老师的想象。可见平时大家都不重视作为一名医生应具备的基本功的训练。很多考生误认为查体就是手法+背书,操作也

就是在模拟人上比划比划而已。但评分标准绝非如此简单。

先看查体。检查前,包括检查者站位、患者体位、交代病情、手法轻柔等爱伤意识要求,占5分左右,考核的是医生的职业素养。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指指骨的远端(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,考生一出手考官便知。有位考官说过一句话反映了当前考生的手法欠缺:“抽到叩诊,不用看,先扣2分”。老师开始以为是开玩笑,后来不得不信。

其次,临床操作除对职业素质要求外,还有更严格的要求,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。后面做得再好,口述再完整,基本上就是五六分打发你了!

误区四:迷信网上考题汇总及答案,被淘汰还不知原因

每年7月2号开始,网上关于技能考试的考题汇总粉墨登场了。等到4号以后,网上连答案都“全活”了。诸多的考生把网上的考题汇总及答案当做过关法宝,殊不知就是这个东西害了多少人!

先说病例分析,因为只是考生根据自己的回忆,根本不是考题原貌,所以给出的答案只是某个人的主管印象,只给出一个单一的主诊断,至于鉴别、进一步检查和治疗和评分标准就无从考证了,更可恨的是,主要诊断还有将近10%左右居然是错的,后面的分基本上就没几分了。在前面介绍的考生经验教训,辽宁沈阳那位同学就是迷信网上的答案而吃了大亏。

再说查体和操作,除考官提问还有些借鉴意义之外,其他的内容都是辅导书内容重写罗列,又有多大意义呢?再说,操作和查体考的是动手能力,罗列那些文字也只是缘木求鱼而已。

最后说心电图、X线等内容,没有原题做参考,正确与否无从考证。

总之,对于网上的考题汇总,正确的方法是考前浏览一遍,拾遗补缺。

“合抱之木,生于毫末;九层之台,起于累土;千里之行,始于足下。”万不可抱有侥幸心理,踏实学习才是唯一坦途。我们教学团队积累了十年的医考辅导经验,奉献给考生的知识都是经过实考检验的。无论通过网络还是通过面授课堂,老师们带来的不仅有知识,还有更多更多……

历年考生的经验和教训

顾恒老师导学

我们教学团队到全国各地授课为本书的编写奠定了坚实的基础，每年考试结束后都会有诸多学员介绍了复习体会。本书摘录了七位考生的经验和教训，对2013年考生有非常之借鉴意义。

河北邯郸支莉（2012年北京特训营学员）——病史采集万能公式

可以说，顾恒老师介绍的复习方法跟我们传统的学习方法是两个套路，以前是眉毛胡子一把抓，理不清头绪。看看病史采集吧，掌握了那个万能公式，至少9分轻松到手，时间短（全部内容不用1个小时就完全搞定），见效快（11分稳拿）。

顾恒老师总结的“公式”针对98%以上的考题可套用，归纳得非常好：

1. 现病史

- (1) 病因及诱因：受凉、饮食、情绪、劳累、药物、外伤等。
- (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（诊断学上的那些症状）。
- (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、家族史、吸烟史、饮酒史等。
- (2) 相关病史（有无类似疾病及本系统疾病的发作）。

记住这个公式，直接套用，基本上9分到手。其中有三部分，就是主要症状的特点，伴随症状以及相关病史需要填充点内容。总结的17种症状各自特点，比如，疼痛，主要症状特点要把握疼痛的特点，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。疼痛部位不同，考虑的思路也不同，比如腹痛，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，有无牵涉痛、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。

广东广州郝婷婷（2012年网络全程班学员）——病例分析诊断公式“准、全、精”

22分的病例分析，大纲涉及108种疾病，可以说大部分考生的精力都浪费在这里。因为你不知道抽到的是哪个病。现在网上有诊断公式，因为可以基本保证诊断不出错，很是流行。比如：低热盗汗=肺结核，疼吐胀闭=肠梗阻等，针对八成左右的考题问题不大，但只能保证基本诊断不出错。我可以告诉你，网上流行的诊断公式有点复杂，顾恒老师总结的更简单、实用。在这本书技能上发布的就是流行得最广的一种，但跟老师实际授课内容有差异。并且，要拿到理想分数，光靠诊断公式是远远不够的。结合2012的复习过程，来谈点看法。

1. 诊断及诊断依据 主诊断因为有诊断公式做依托，一般不会出错。但如果你抽到一道类似“狼肺”的考题就麻烦了。往往是因为诊断不全面被扣分，所以要尽量多写，因为顾恒老师反复强调过，评卷时多写不扣分。比如，Hb 90g/L，就要写上“贫血”（当然要加上是失血性还是营养性），BP 80/60mmHg就得写上“休克”等。另外注意要写准确，比如好不容易得出一个肺炎的诊断，但题中说“胸片显示右肺上部片状影”，就要完整的写“右上肺炎”。另外，完全没想到的是，自认为最容易拿分的诊断依据居然丢分，原来以为只要

把所有阳性体征和检查结果写上,分就到手了,但评分标准变了,要求依据要紧跟在每个诊断的后面,胡乱罗列,分就白丢了。

2. 鉴别诊断 这部分内容需要一定的理论功底,如果只看技能辅导书,答题就有可能无从下手,凭感觉写出来的东西和答案一对照,能对上的不多,能碰对一两个算不错。我觉得老师要求我们复习从笔试开始,非常有道理,那样,对疾病有一个整体的认识,比如呼吸系统,诊断为肺结核,鉴别诊断则需要从咳嗽、咳痰入手,需要与都有咳嗽咳痰症状的肺炎、肺癌、支气管扩张等鉴别。另外,只需要写出鉴别诊断名称,不需要写鉴别的理由,写多了也是浪费时间,关于这一点,老师在网络和面授课堂上反复强调,所以说,老师可以帮助我们少走很多弯路。我的体会是,尽量挤时间去听老师的面授课,比自己看书强万倍(一点没夸张,只有听过老师讲课的人才能感受到,在这里说多少都是废话。我以前听人家说他是顾恒老师的粉丝,我都持之一笑,等听完课,自己成了粉条了)。

3. 进一步检查 丢分的原因主要是写不全。但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,多罗列一些,往往能得分。顾恒老师对各系统的常用检查做了系统总结,按照套路写,分就到手了。

4. 治疗原则 如果不仔细考虑,以为无非是写些一般治疗,对症治疗,手术或者放化疗就可以了,但这样得不了几分,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。”

需要着重强调的是,第一站答题的时间很紧,要合理安排好时间,一般病史采集不到8分钟就可以写完,这样,病例分析的时间就有18分钟了。要不然,写不完肯定拿不到高分。

顾恒老师亲自讲授的技能技巧班课程,一定要认真、完整地听一遍,里面介绍的答题思路和方法对我们启发很大。

河北石家庄魏珍(2011年第一期北京特训营学员)——查体一定要让老师手把手教

我是网校2011年北京特训营学员,但是在辅助科室工作,第二站自然是薄弱环节,可以说第二站都是在北京特训营学会的。有意思的是,我们的技能几乎都是在玩的过程学会的。经过紧张的一天理论学习,累不说,脑子都大了,特训营晚上就安排了技能操作课程。尽管已经过去很长时间了,但当时的学习场景跟昨天发生的一样历历在目。

记得第一次上技能课,顾恒老师说,大家先来量个血压吧!我想,谁不会呀!可等老师把答案一公布,我们都傻眼了——8分的题,能拿4分是高手。标准答案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),两眼平视读数,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,帮助患者整理衣物等等。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,淋巴结触诊,我同桌自认为学得不错,自告奋勇上台演示。自我感觉不错,但顾恒老师的评语是:“跟按摩师傅学的还是跟按摩小姐学的?”原来那同学的手法现在看来实在是别扭,当时以为他做得不错呢!所以,我学习技能操作的最大体会就是,查体和操作必须要由老师手把手地教,还要找个同伴扎扎实实地练习。否则到了考场不知道自己错在哪里,还自以为做得挺好呢!石家庄技能考试要求两个考生互查,要求超严,跟我一起进场的那个姐们,做腹部触诊,正如老师课上所说——整个一乱摸!考官当下就直摇头,跟她说:“同伴在你身上怎么做的,你没有体会?”

我考的时候,没有边做边说,而是按照老师交代的答题方法——先口述一遍,然后再实际操作。考官的评价让我自鸣得意了好长时间:“手法很专业,接受过专门训练吧!”所以,我建议学弟学妹们技能操作还是参加老师的面授辅导比较好,自己对照光盘学的,那是很容易被考官看出来业余水平。不过,不要参加那种老师表演式讲课的那种班,因为我听过很多、很多的免费公开课,深深感受到那种讲课方法的弊端,你只是看到了,听到了,真正做起来,还是不会!

湖南长沙高文丽(2012年网络全程班学员)——临床操作,出手就给分

6月份,顾恒老师亲自来长沙上课,很荣幸,有机会面对面听到了老师的教诲,收获自不待言,尤其是临

床操作。作为基层医生,很多设备都没摸过,如何动手就是很大的问题,更不要说规范操作了。老师的教学方法很独特,我就把教我们心肺复苏的过程写出来吧。

老师问:“长沙考点是哪家医院?是用标准心肺复苏模拟人考还是用橡皮人替代?”——结合当地实际情况,老师可谓用心良苦。

我们答:“在市一医院和三医院考,用的是标准心肺复苏模拟人,按压不到位就不响。”

老师问:“大家是否接受过‘2010版心肺复苏指南’培训?”

——老师结合考生实际水平讲授,收获最大,班上50来人,只有十几个说接受过培训,还有3个就在急诊科工作。

老师:“下面播放心肺复苏录像,然后请2位同学上台演示。”

对照课本看了2遍视频后,我有幸被老师点名上台演示,那位在急诊科的学员当考官。结果老师的评语就一句话:“这就是通过视频学习临床操作的结果。”做得怎么样就别说了,丢死人了——丢三落四不说,老师的评语很简洁:“考官一看就是生手!”

过去快半年了,当时的场景还历历在目,老师手把手地纠正和规范我们的动作:用标准心肺复苏模拟人考试,就是还原临床急救现场的一个过程,不用口述,上来就直接操作是正确的答题方法。按照新版复苏程序CAB的次序,双乳连线定位后即迅速按压30次,必须保证不少于100次/分的频率,速度还要保持均匀,保持双臂垂直和用上身的力量按压,才能保证按压到位。

我们的收获就在于,老师一点拨,这么多人几乎在几分钟内就做得有模有样。我更幸运,抽到的就是这道题,做起来自然不慌不忙,做完以后,有个考官说:“这是三天来见到操作最标准的考生。”

河北保定李立安(2012年网络全程班学员)——心电图诊断全靠真功夫

心电图只有两道题,估计没有几个人上学的时候整明白了。今年考的心电图都不是很典型的那种,12个导联看着脑子就犯晕。没有扎实的基本功根本做不对题。幸运的是,我完整地听完了郭老师讲的心电图课程,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。真佩服郭老师,几个小时就让我学了几年不会的知识,发自内心的说,郭老师的课,百听不厌!听完她讲的心电图,分绝对跑不了。

同时,我还建议大家听听顾恒老师亲自讲授的心电图课程,老师的教心电图方法可以说很另类,总结那几句口诀真的很管用,背不过,他敢用教鞭抽你。顾恒老师还有句话很经典:“心电图是学习心血管系统的基础,没有心电图做基础,心血管系统就不可能学好。”我觉得今年能顺利过关,就跟心血管系统学得好关系密切,而能够学好心血管,就因为学会了心电图和心血管用药。

河南郑州张林峰(2012年第四期北京特训营学员)——学会心肺听诊的秘诀

今年的心肺听诊考题有变化,取消了以前的红色标记点,你得自己去找听诊部位。当然,找不对地方,就听不到声音。耳朵上功夫就显现出来了,我学会听诊的秘诀如下:

1. 先要把网校诊断学中的听诊部分学好,了解心肺音发生的基本原理。尹老师讲这部分机制很到位,对后面学习笔试也有好处。
2. 再听郭老师讲心肺听诊,因为有点基础了,听郭老师讲课就不再费劲了。我走了弯路,先听郭老师的课程,听了2遍还似懂非懂,后来听完诊断学,就彻底理解了。
3. 网校提供下载的习题就是郭老师课堂上讲的,再做意义不大,但是技能技巧班上那张第三站模拟测试系统光盘上的听诊练习,很有考试感觉,运气好的话,你会碰到原题。

江苏苏州章黎丽(2012年第四期北京特训营学员)——X线/CT可有用啦

两次失败的经历,2012年再不过,真是无脸见爹娘了。技能当然要确保100%。问老师该怎么办?老师只是告诉我一定要报名参加了技能技巧班的学习。那自然二话不说了,学呗!没想到无意插柳成荫——不经意间把X线学明白了,对后面的笔试学习帮助实在太大了。

比如说龛影,以前就是跟人瞎念这个名词,也不知道真正的含义,现在明白了机理,就太简单了!病理机制和造影原理,根本就不用背了。再看各种类型的胃癌,什么肿块型、溃疡型、浸润型就简单得不能再简

单了。明白了这个机制，后面看结肠癌的片子就一通百通了。还有胸片，如果你把握了肺炎和肺结核 X 线片的差异，什么片状影、结节影、虫蚀样等名词就不是一个空洞的概念了；还比如心脏 X 线片，梨形心、烧瓶心、靴形心只要你懂得机理，什么心腰饱满、心腰相对凹陷就都迎刃而解了。而这些内容都是笔试考试的重点，更是难点，学起来就轻松多了。

回头仔细想来，顾恒老师安排课程真可谓用心良苦。技能授课水平就不说了，比如，通过 X 线诊断的学习，就为后面的笔试奠定了非常好的基础。在此结合一年的学习体会，想告诉学弟学妹们，自己蒙头学和有老师带着学，区别实在太大了。不然，就不会浪费前面 2 年的时光。

最后，建议老师，下年最好把 CT 也讲讲吧，我想很多人跟我一样——肝胆脾肾根本分不清！

辽宁沈阳籍中成（2012 年网络班学员）——“阴沟里翻船”的教训

我就是老师所说阴沟翻船的典型代表。考前也注意到了老师说的，2012 考试变化大，纪律严格，千万别阴沟翻船。但没太在意，从 2010 年开始考，基本上都是高分通过。更主要的是，在沈阳市工作，拐个弯就能认识很多考官。就是因为麻痹大意，2012，我居然翻船了！晴天霹雳，一直不敢跟老师说。是我们沈阳教学辅导站的负责人告诉老师的。感觉太对不起老师了，因为 2011 年笔试之前，老师警告过我，2012 又反复强调要慎待技能考试，我只好把教训写出来，以求得老师谅解和继续接纳我这不争气的学生。

说实话，沈阳的技能考试这几年一直不是很严格，前几年成绩可谓半真半假，大家都找关系，我当然不例外，年年就是这样过来的，2012 年没想到，找到的那个关系，7 月 1 号那天告诉我，“今年技能考试形势有变，你得自己考了”。一下就蒙头了，当时的心理，正如老师说的，“喊天天不应，喊地地不灵”。没办法，自己考吧。

病史采集还可以，套套公式，丢分不多。病例分析太倒霉了。抽了一个结核性胸膜炎，我答成了肺癌。诊断错了，后面自然没几分了。第二站，腋窝淋巴结检查、肺下界移动度检查、胸部体表标志。做完淋巴结检查，考官问了一句：“平时做过吗？”，把我问毛了，因为在五官科工作，平时确实不做这些，显然是手法不规范。因此心情大受影响，操作抽到是清创术，本来超过 8 小时，不应该缝合，我居然麻利地缝上了！第三站，就别提了，心肺听诊一直靠蒙。心电图，只有一个有把握，第三站一共才得了 12 分。表面看是运气不好，实际上是学得太肤浅。

另外，笔试两次没过，差距都在 10 分之内，所以一直看笔试的内容，考前 1 周才把书翻出来看了看，操作看了一遍光盘，没做题。3 号下午考的，网上关于技能的考题漫天飞，浏览了一下，没发现跟去年有多大不同！可以说，我就是被网上的东西坑苦了。那些东西都是个人感觉的答案，谁也不知道对错，那道病例分析我就是按照网上的答案写的，没想到是错的。所以，我最痛心的教训就是——千万别抱有侥幸心理，要做最坏的打算。我后来听说，有人为技能花了 2000 多块，照样没过。必须把书上的知识都学会了，过关才有把握。还有就是：不听老师言，吃亏在考前！