第一图书网, tushu007.com

<<国家医师资格考试临床执业助理医师实 >

图书基本信息

书名：<<国家医师资格考试临床执业助理医师实践技能应试指南>>

13位ISBN编号：9787117097512

10位ISBN编号：7117097515

出版时间：2008-1

出版时间：人民卫生

作者：本社

页数：189

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：http://www.tushu007.com

内容概要

为了加强我国医师队伍建设，提高医师的职业道德和业务素质，保障医师的合法权益，保护人民健康，国家颁布了《中华人民共和国执业医师法》，并于1999年11月正式举行了我国首次执业医师资格考试，这标志着我国医师资格考试制度的建立，使我国医师队伍的规范化管理跃上了新台阶。

医学作为一门实践性很强的学科，不仅要求医师具有系统的医学理论知识，还必须具有熟练的医学专业技能。

根据《中华人民共和国执业医师法》和卫生部《医师资格考试暂行办法》规定：医师资格考试包括医学综合笔试和实践技能考试两部分。

实践技能考试是医师资格考试必不可少的重要组成部分，是评价申请医师资格者是否具备执业所必须的临床思维能力和临床操作能力的重要手段。

为了加强我国医师队伍建设，提高执业医师的业务素质，使执业医师的实践技能操作逐渐步入科学化、规范化、标准化的轨道，帮助广大考生搞好考前训练，我们组织有关专家编写了这本《临床执业助理医师实践技能应试指南》。

实践技能考试采用多站测试方式。

第一考站：病史采集与病例分析。

考试方法主要采用笔试。

第二考站：体格检查、基本操作技能及医德医风。

考试是在考生进行操作时或操作后，提出相关问题。

第三考站：辅助检查结果分析，主要采用多媒体考试方法，包括心肺听诊、X线片、心电图。

《国家医学考试中心推荐用书：国家医师资格考试临床执业助理医师实践技能应试指南（2008年版）》按照卫生部医师资格考试委员会颁布的《医师资格实践技能考试大纲》要求进行编写，着重强调对临床思维方式及处理问题的能力的培养与训练，同时介绍了相关的临床基本操作规程。

书后配有教学光盘（CD-ROM），演示考试要求的病史采集与病例分析、体格检查与基本操作技能及辅助检查结果判读。

我们期望《国家医学考试中心推荐用书：国家医师资格考试临床执业助理医师实践技能应试指南（2008年版）》的出版与发行，不仅对于考生顺利通过执业医师考试有所助益，而且对于提高广大读者的临床实践技能水平以及提高整体医疗服务质量能够发挥积极的促进作用。

书籍目录

第一章　病史采集与病列分析第一节　病史采集一、发热二、疼痛（头痛、胸痛、腹痛、关节痛）三、水肿四、呼吸困难五、咳嗽与咳痰六、咯血七、恶心与呕吐八、呕血九、便血十、腹泻十一、黄疸十二、消瘦十三、心悸十四、惊厥十五、意识障碍（昏迷、嗜睡、狂躁、谵妄）十六、少尿、多尿、血尿十七、休克（感染性、失血性、心源性、过敏性）第二节　病例分析一、肺炎二、结核病三、高血压病四、冠状动脉粥样硬化性心脏病五、消化性溃疡六、消化道肿瘤七、病毒性肝炎八、急、慢性肾小球肾炎九、泌尿系统感染十、贫血十一、甲状腺功能亢进十二、糖尿病十三、一氧化碳中毒十四、细菌性痢疾十五、脑血管意外十六、农药中毒十七、胆囊结石、胆囊炎十八、急腹症（肠梗阻、消化道穿孔、胰腺炎）十九、腹部闭合性损伤（肝、胆、脾、肠、肾破裂）二十、异位妊娠二十一、胸部闭合性损伤（肋骨骨折、血胸和气胸）二十二、四肢长管状骨骨折和大关节脱位第二章　体格检查与基本操作技能第一节　体格检查一、基本检查方法二、一般检查三、头部四、颈部五、胸部六、腹部七、肛门、直肠、外生殖器八、脊柱、四肢及关节九、神经系统第二节　基本操作技能一、腹膜腔穿刺术二、导尿术三、气管插管术四、胃肠减压术五、现场心肺复苏术六、呼吸机的临床应用七、急救止血术八、氧化雾化吸入术九、脊柱损伤现场搬运十、外科基本操作——清创缝合术十一、穿无菌手术衣、戴无菌手套十二、外科手术后拆线法十三、换药术十四、穿、脱隔离衣第三章　辅助检查结果判读第一节　心电图一、正常心电图二、房性期前收缩三、室性期前收缩四、窦性心动过缓五、心房颤动第二节　X线片一、正常胸部正位片二、肺炎三、气胸四、胸腔积液五、典型浸润型肺结核六、心脏扩大七、正常腹部平片八、肠梗阻九、消化道穿孔十、肢体骨折正、侧位片第三节　实验室检查结果判读一、血、尿、粪常规二、痰液检验三、血清钾四、血清钠五、血清氯六、血清总钙七、血清无机磷八、血清铁及总铁结合力九、血糖十、血、尿淀粉酶（AMS）十一、肝功能十二、肾功能十三、乙肝病毒免疫标志物十四、脑脊液常规及生化检查

章节摘录

第一节 病史采集 病史采集是医师通过对患者或知情人员（如家属、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。
完整和准确的病史资料对疾病的诊断和处理有极其重要的意义，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。
病史采集在临床上是通过问诊实现的，若不注意问诊的技巧和方法，很可能得不到临床诊断和处理所必须的详细而准确的病史资料，成为临床工作中误诊和漏诊的重要原因。
因此，为了保证病史采集的顺利进行及采集的病史资料的可靠性和完整性，下面介绍病史采集中需要掌握的最基本的技巧与方法。
（一）问诊要抓住重点，条理分明 病史采集一般应从主诉开始，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。
例如，一主诉腹痛的病人，应以腹痛为问诊重点，首先询问病人腹痛的部位和发生的时间，继而深入询问腹痛的性质，是否放射，什么情况下腹痛加重，什么情况下腹痛会减轻等，即把腹痛症状问深问透，然后再询问腹痛伴随症状，以利鉴别诊断，如腹痛伴发热、黄疸多提示胆囊炎或病毒性肝炎；腹痛伴恶心、呕吐和腹泻多提示急性胃肠炎；腹痛伴尿频、尿急和尿痛可能为泌尿系感染；腹痛伴休克多数考虑外科急腹症等。
（二）要紧密围绕病情询问 在病史采集过程中，病人所谈内容一定要紧密围绕病情，不要离题太远，而且还应包括该病的诊疗经过，如是否到医院看过、做过哪些检查、治疗情况和疗效如何，以及与该病有关的其他病史，如既往病史、个人史、月经史、婚姻生育史和家族史等。
（三）一定要询问现病史五项 饮食、大便、小便、睡眠和体重变化，不要遗漏，以了解病人的整体情况。
（四）问诊语言要通俗易懂 要用通俗易懂的语言询问，避免使用病人不易懂的医学术语生硬地询问，如问病人是否鼻子出血，不要用医学术语是否“鼻衄”，问病人是否总想大便和总有拉不完的感觉，不要用医学术语是否有“里急后重”等，因为这些医学术语即使是对文化程度较高的病人来说，也难免发生理解错误，以致结果可能会带来一个不准确的病史资料，引起诊断的错误。
（五）避免暗示性问诊和逼问 为了保证病史资料的准确可靠性，一定要避免暗示性问诊和逼问。
暗示性问诊是一种能为病人提供带倾向性特定答案的问诊方式，如“你的上腹痛能在进食后减轻吗？”，“你的上腹痛能在进食油腻后加重吗？
”等，若病人为满足医师的想法而随声附合，可能会带来错误的答案，而正确的问诊应该是“你的上腹痛在什么情况下会减轻或加重呢？
”。
另外，当问诊过程中病人回答的问题与医师的想法有差距时，更不能进行逼问，以逼迫病人同意医师的想法，这样势必严重影响结果的可靠性，正确的方法应该是耐心地启发引导病人，使其思考、回忆，从而得到满意而可靠地回答。
（六）注意问诊时的态度 医师对病人必须有高度的同情心和责任感，态度要和蔼可亲，耐心体贴，绝对禁忌审问式地讯问病史。
这一点对保证病史采集的顺利完成非常重要，常常由于各种不安心情，医师开始采集病史时病人往往不能很顺畅有序地说出自己的病情，因此医师在问诊开始时就应主动创造一种体贴入微及宽松和谐的环境氛围，使病人感到医师的亲切和可信，有信心与医师合作，这对顺利完成病史采集是极其重要的。
上述病史采集的技巧与方法适用于各种不同疾病的病史采集。
关于病史采集的详细内容，在下面将分别予以具体介绍。
一、发热 概述 1.概念发热是指致热原直接作用于体温调节中枢、体温中枢功能紊乱或各

种原因引起的产热过多、散热减少，导致体温升高超过正常范围的情形。

正常人体温一般为36～37°C，成年人清晨安静状态下的口腔体温在36.3～37.2°C；肛门内体温36.5～37.7°C；腋窝体温36～37°C。

按体温状况，发热分为：低热：37.3～38°C；中等度热：38.1～39~C：；高热：39.1～41°C；超高热：41°C以上。

2.发热的原因 临床上大致可分为由各种病原体感染所致感染性发热与非感染性发热两大类，其中前者多见。

3.发热的过程一般分三个阶段：体温上升期、高热期、体温下降期。

4.发热的热型 （1）稽留热：体温恒定维持在39～40°C以上的高水平，达数天或数周。24小时内体温波动范围不超过1°C。

（2）弛张热：体温高峰常在39°C以上，波动幅度大，24小时内波动范围超过2°C，但都在正常水平以上。

（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，无热期持续1天至数天，高热期与无热期反复交替出现。

（4）波状热：体温逐渐上升达39°C或以上，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。

（5）回归热：体温急剧上升至39°C或以上，持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期和无热期各持续若干天后规律性交替1次。

（6）不规则发热：发热的体温曲线无一定规律。

5.发热的伴随症状不同原因、不同疾病而可伴随不同症状，常见的有： （1）寒战：常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应。

（2）结膜充血：见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病。

（3）单纯疱疹：口唇单纯疱疹多见于急性发热性疾病，常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。

（4）淋巴结肿大：常见于传染性单核细胞增多症、风疹。淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

（5）肝脾肿大：常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

（6）出血：发热伴皮肤粘膜出血可见于重症感染及某些急性传染病，也可见于某些血液病，如急性白血病、恶性组织细胞病等。

（7）关节肿痛：常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

（8）皮疹：常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。

（9）昏迷：先发热后昏迷常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎。中毒性痢疾、中暑等；先昏迷后发热见于脑出血、巴比妥类中毒等。

病史采集要点 1.发热的过程及特点起病缓急和患病时间（病程），起病诱因。

2.热度、发热的特点热型（稽留热、弛张热、间歇热、波状热、回归热、不规则发热），高峰出现时间，发热持续时间，加重或缓解因素。

3.发热的伴随症状是否有寒战、结膜充血、单纯疱疹、淋巴结肿大、肝脾肿大、出血、关节肿痛、皮疹、昏迷等。

4.治疗反应特别注意应用抗生素、抗结核药物、激素等情况。

5.患病以来的一般情况精神、食欲、体重改变、睡眠、大小便情况。

6.相关病史旅行史、接触史、流行病史（如疑有传染病）；药物应用史、过敏史；创伤、手术、流产史；性病接触史；糖尿病、结核病、结缔组织病史等。

题例 简要病史：患者女性，63岁，5天来发热伴牙痛。

本例患者最可能是牙部感染引起发热，因此病史采集内容如下： 1.现病史 （1）根据主诉及相关鉴别询问 ·发热：试表体温多少度，是持续性发热还是间断性发热，发热有无规律，以便

确定热型。
牙痛的性质和特点：包括自发性痛、阵发性或持续性痛、疼痛的强度、疼痛的部位和是否放射及疼痛与冷热或咀嚼的关系。
· 发病诱因、伴随症状（如是否伴寒战、牙龈肿胀或溢脓等），以利于鉴别诊断。
· 发病以来饮食、睡眠、大便和小便及体重变化，以了解患者全身一般情况。
（2）诊疗经过 · 发病以来是否到医院看过，曾做过哪些检查。
· 曾做过哪些治疗，疗效如何。
2.相关病史 （1）药物过敏史。
（2）与该病有关的其他病史：既往是否有龋齿、牙齿松动、牙龈肿痛等病史。
二、疼痛（头痛、胸痛、腹痛、关节痛） （一）头痛 概述 1.概念头痛通常是指头颅内外各种性质的疼痛，包括五官及颈椎疾病所产生的牵涉性痛以及其他头部神经痛。
颅外各层组织及毗邻组织对疼痛均敏感，颅内组织对痛觉敏感的只限于部分血管及软、硬脑膜。
传导颅内外痛觉的神经主要是三叉、舌咽、迷走神经，面神经的中间神经，颈1～3神经根。
颅内外的痛敏结构受到各种因素损害时，可引起多种性质的头痛。
头痛不仅是神经系统疾病最常见的症状，也是其他系统疾病常见的伴发症状之一。
2.头痛的常见原因 （1）颅内病变：如脑肿瘤、脑出血、颅内高压症、各种脑动脉炎和静脉窦炎等。
（2）邻近器官病变：如鼻窦炎、中耳炎、青光眼等。
（3）功能性或精神性疾病：如颅内外血管扩张引起的偏头痛，颅颈部肌肉收缩所致的紧张性头痛，以及失眠、抑郁、焦虑等神经症所致头痛。
（4）全身疾病：如发热、低氧、低血糖、中毒、癫痫大发作及使用血管扩张药之后也可引起头痛。
3.头痛的分类 （1）根据发病缓急可分为急性头痛（病程在2周内）、亚急性头痛（病程在3个月内）和慢性头痛（病程长于3个月）。
急性起病的第一次剧烈头痛多为器质性病变，尤需提高警惕，进一步查明病因。
（2）根据头痛严重程度可分为轻、中和重度头痛。
（3）根据病因可分为原发性头痛（如偏头痛、丛集性头痛、紧张性头痛等）和继发性头痛（如脑外伤、感染、肿瘤等所致的头痛）。
病史采集要点 1.起病年龄青春期、青年发病常见于偏头痛、紧张性头痛。
老年人发病常见于高血压头痛、颞动脉炎等。
2.头痛出现时间脑肿瘤、副鼻窦炎常发生于清晨或上午，紧张性头痛常于午后开始，丛集性头痛常在晚间发生。
3.头痛部位全头痛多见于脑肿瘤、腰穿后头痛、紧张性头痛。
一侧头痛常见于偏头痛、颞动脉炎、颅内动脉瘤、耳、鼻性头痛。
前头部疼痛常见于丛集性头痛、眼性头痛、三叉神经第一支痛。
后头部疼痛常见于蛛网膜下腔出血、紧张性头痛、枕大神经痛、后颅窝肿瘤、颈性头痛。
部位不定的头痛常见于精神性头痛。
4.头痛性质偏头痛、各种原因致血管扩张性头痛多呈搏动性。
紧张性头痛多感头部发紧似钳夹。
颅、颈神经痛常呈电击样或放射样。
蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿常呈刀割、钻痛样。
5.头痛持续时间颅、颈神经痛多为数秒至数分钟。
偏头痛、紧张型头痛多持续2～3小时或1～2天。
低颅压头痛、耳、鼻性头痛多持续数天。
脑肿瘤多呈持续进行性头痛。
卒中样发作且持续剧痛常见于蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿。
6.头痛诱发及加重因素咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身可使颅内高压性头痛、血管性头痛、颅内感染

性头痛及脑肿瘤性头痛加剧。
紧张性头痛可因精神紧张加剧。
颈肌急性炎症所致的头痛可因颈部运动而加剧。
7.头痛伴随症状伴呕吐者提示为颅内压增高，头痛在呕吐后减轻者可见于偏头痛。
伴眩晕者见于小脑病变、椎一基底动脉供血不足。
伴发热者常见于感染性疾病，包括颅内或全身性感染。
伴焦虑、失眠者见于紧张性头痛。
伴神经系统局灶体征者见于脑肿瘤、硬膜下血肿、颅内动脉瘤等颅内器质性疾病。
题例　简要病史：患者女性，35岁，1个月来头痛伴脓性鼻涕。
本例患者最可能是急性鼻窦炎引起头痛，病史采集内容如下：　1.现病史　（1）根据主诉及相关鉴别询问　·头痛的部位（多位于额部和面部）、头痛发生的时间与持续时间（有规律的早晨头痛）、头痛的性质和程度（中等程度、胀痛性）、头痛发生的诱因等，以便了解头痛的特点。
·脓性鼻涕的颜色、量，有无异常气味，是否伴鼻出血和鼻堵。
·有无发热、牙痛、视力改变和眼痛，以利于鉴别诊断。
·发病以来饮食、睡眠、大便和小便及体重变化，以了解患者全身一般情况。
（2）诊疗经过　·发病以来是否到医院看过，曾做过哪些检查。
·曾做过哪些治疗，穿刺引流后是否能减轻头痛。
2.相关病史　（1）药物过敏史。
（2）与该病有关的其他病史：既往有无鼻炎和反复上呼吸道感染史，有无糖尿病和自身免疫病及免疫缺陷病史等。
（二）胸痛　概述　1.概念胸痛主要由胸部疾病引起，少数由其他部位的病变所致。
各种刺激因子刺激胸部的感觉神经纤维产生痛觉冲动，并传至大脑皮质的痛觉中枢引起胸痛。
有时来自内脏的痛觉冲动直接激发脊髓体表感觉神经元，也可引起胸部相应体表区域的痛感，称放射痛或牵涉痛。
由于个体对疼痛的敏感性差异，胸痛的程度与原发疾病的病情轻重并不完全一致。
2.病因引起胸痛的原因主要为胸部疾病：　（1）胸壁疾病：急性皮炎、皮下蜂窝织炎、带状疱疹等。
（2）心血管疾病：心绞痛、急性心肌梗死、心肌炎、急性心包炎、主动脉瘤、主动脉窦瘤破裂、夹层动脉瘤等。
（3）呼吸系统疾病：胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、肺癌等。
（4）纵隔疾病：纵隔炎、纵隔脓肿、纵隔肿瘤及反流性食管炎等。
（5）其他：膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。
病史采集要点　1.发病年龄青壮年胸痛应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病，在40岁以上应注意心绞痛、心肌梗死与肺癌。
2.胸痛部位包括疼痛的部位及放射的部位。
胸壁疾病的特点为疼痛的部位局限，局部有压痛。
炎症性疾病尚伴有局部红、肿、热表现。
带状疱疹是成簇水疱沿肋间神经分布伴剧痛，疱疹不越过体表中线。
非化脓性肋骨软骨炎多侵犯第一、第二肋软骨，对称或非对称性，呈单个或多个隆起，局部皮色正常，有压痛，咳嗽、深呼吸或上肢大幅度活动时疼痛加剧。
食管及纵隔病变，胸痛多位于胸骨后，进食或吞咽时加重。
心绞痛和心肌梗死的疼痛多在心前区，与胸骨后或剑突下，疼痛常放射在左肩、左臂内侧，达无名指与小指，亦可放射于左颈与面颊部，以为牙痛。
夹层动脉瘤疼痛位于胸背部，向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢。
自发性气胸、胸膜炎、肺栓塞和肺梗死的胸痛多位于患侧腋前线与腋中线附近，后二者如累及肺底、膈胸膜，则疼痛也可放射至同侧肩部。
肺尖部肿瘤（肺上沟癌、Pancoast癌）以肩部、腋下痛为主，向上肢内侧放射。

3.胸痛性质带状疱疹呈刀割样痛或灼痛，剧烈难忍。
食管炎则为烧灼痛。
心绞痛呈绞窄性并有重压窒息感；心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧及濒死感。
干性（纤维素性）胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛。
肺癌常为胸部闷痛，而Pancoast癌疼痛则呈火灼样，夜间尤甚。
夹层动脉瘤为突然发生胸背部难忍撕裂样剧痛。
肺栓塞和肺梗死亦为突然剧烈刺痛或绞痛，常伴有呼吸困难与发绀。
4.持续时间平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致疼痛为阵发性；炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。
如心绞痛发作时间短，而心肌梗死疼痛持续时间长且不易缓解。
5.影响疼痛的因素包括发生诱因、加重与缓解因素。
劳累、体力活动、精神紧张，可诱发心绞痛发作，休息、含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯，可使绞痛缓解，而对心肌梗死则无效。
胸膜炎和心包炎的胸痛则可因深呼吸与咳嗽而加剧。
反流性食管炎胸骨后灼痛，饱餐后出现，仰卧或俯卧位加重，服用抗酸剂和促动力药后可减轻或消失。
6.伴随症状 （1）吞咽困难或咽下痛者，提示食管疾病，如反流性食管炎。
（2）伴呼吸困难者，提示较大范围病变，如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞、急性左心衰竭等。
（3）伴苍白、大汗、血压下降或休克表现时，多考虑心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺梗死。
题例 简要病史：患者男性，68岁，1个半月来间断左侧前胸痛。
本例患者胸痛最可能是冠心病、心绞痛，病史采集内容如下： 1.现病史 （1）根据主诉及相关鉴别询问 ·左侧前胸痛范围（心前区、胸骨后），疼痛性质，放射部位，每次发作诱因、持续时间、缓解方法和发作频率，以便了解胸痛特点。
·胸痛与呼吸、咳嗽、体位及吞咽的关系，以及有无发热、咳嗽、咳痰、咯血和呼吸困难，以利于鉴别诊断。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:http://www.tushu007.com