

图书基本信息

书名：<<2011年公卫医师实践技能应试指导>>

13位ISBN编号：9787811364330

10位ISBN编号：7811364336

出版时间：2011-1

出版时间：中国协和医科大学出版社

作者：《2011公卫医师实践技能应试指导(含公卫助理医师)》专家组 编

页数：229

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

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。

执业医师考试的范围广，内容多，且近年来我国执业医师资格考试的内容逐步调整，进一步突出了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，更加方便地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。

《公卫(含助理)医师实践技能应试指导(2011版)》在去年的基础上进行了修订，将疏漏之处——查漏补缺，且更加强调实际操作能力，系统运用知识分析和解决问题的能力。

对于公卫助理医师不做要求的内容用“。

”做出标注。

书籍目录

第一章 临床基本技能 第一节 体格检查 一、一般检查 二、胸部 三、腹部 四、神经系统 第二节 辅助检查结果判读 一、X线片 二、实验室检查结果判定 第三节 急救技术 一、吸氧术 二、人工呼吸 三、胸外心脏按压术 第四节 疾病及案例 一、鼠疫 二、霍乱 三、艾滋病 四、麻疹 五、流行性出血热 六、肺结核 七、流行性乙型脑炎 八、流行性感冒 九、伤寒、副伤寒 十、病毒性肝炎 十一、细菌性痢疾 十二、阿米巴痢疾 十三、流行性脑脊髓膜炎 十四、高血压 十五、糖尿病 十六、脑卒中 十七、有机磷农药中毒 十八、亚硝酸盐食物中毒 十九、一氧化碳中毒 二十、苯中毒第二章 公共卫生调查与分析能力 第一节 现场调查概述 一、现场调查设计 二、现场样品采集、保存和运输 三、调查资料的整理与分析 四、现场调查报告的撰写和主要内容 第二节 有关传染病常用调查 一、传染病暴发疫情调查 二、传染病个案调查 三、居民漏报调查 四、感染率调查 五、案例 第三节 有关免疫计划的调查 一、接种率调查 二、疫苗接种反应调查 三、人群免疫状况调查 第四节 慢性非传染性疾病预防调查 一、调查设计 二、调查实施步骤 三、血液样品采集、测定指标和方法 四、常用的体格测量指标和方法第三章 公共卫生现场处置能力

章节摘录

插图：(3) 肺的边界1) 肺上界即肺尖的上界，叩诊方法自斜方肌前缘中央开始，逐渐叩向外侧和内侧，直至清音变浊为止。

正常人其内侧为颈肌，外侧为肩胛带。

两者之间距离即肺尖的宽度，为5~6cm。

2) 肺前界正常人右肺前界在胸骨线位置，左肺前界在胸骨旁线第4~6肋间隙处相当于心绝对浊音界。

3) 肺下界正常人平静呼吸时肺下界锁骨中线在第6肋间隙，腋中线在第8肋间隙，肩胛线在第10肋间隙。

4) 肺下界移动度相当于深呼吸时横膈移动范围。

首先叩出平静呼吸时肺下界，然后嘱受检者作深吸气并且屏住气，同时向下叩肺下界，做一标记。

待受检者恢复平静呼吸后再嘱其作深呼气，并且屏住，再叩肺下界。

深吸气和深呼气两个肺下界之间的距离即肺下界移动度。

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为6~8cm。

4.听诊受检查者取坐位或仰卧位，口微张开以免空气通过口唇发出声音，保持呼吸均匀。

从肺尖开始由上而下、从前胸到侧胸再听背部，应左右、上下进行对比。

发现异常时可嘱受检者深呼吸或咳嗽再听诊，注意有无变化。

(1) 正常呼吸音1) 支气管呼吸音为呼吸气流在声门、气管或主支气管形成湍流所产生的声音，如同将舌抬起经口呼气所发出的“ha”的声音，该声音吸气相短呼气相长。

正常人在喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎和第1、2胸椎附近可闻及支气管呼吸音。

2) 肺泡呼吸音为呼吸气流在细支气管和肺泡内进出所致。

吸气时气流经支气管进入肺泡，使肺泡由松弛变为紧张，呼气时肺泡由紧张变为松弛。

肺泡的这种弹性变化和气流的移动形成肺泡呼吸音。

肺泡呼吸音很像上齿咬下唇吸气时发出的“Fu”的声音，为一种柔软吹风样性质，该声音吸气相比呼气相声音较响，音调较高且时间较长。

正常人胸部除支气管呼吸音部位和支气管肺泡呼吸音部位外其余部位均可闻及肺泡呼吸音。

正常人的肺泡呼吸音的强弱与呼吸深浅、肺组织弹性大小、胸壁厚薄以及受检者的年龄性别有关。

肺组织较多且胸壁较薄的部位肺泡呼吸音较强，如乳房下部、肩胛下部和腋窝下部，而肺尖和肺下边缘则较弱，矮胖者肺泡呼吸音较瘦长者弱，男性肺泡呼吸音较女性强，儿童肺泡呼吸音较老年人强，因为儿童胸壁较薄且肺泡富有弹性，而老年人肺泡缺乏弹性。

3) 支气管肺泡呼吸音又称混合呼吸音，兼具支气管呼吸音和肺泡呼吸音的特点。

吸气音与肺泡呼吸音相似，但音调较高且较响亮。

呼气音与支气管呼吸音相似，但强度较弱，音调较低，时间较短。

正常人在胸骨两侧第1、2肋间，肩胛间区的第3、4胸椎水平及右肺尖可听到支气管肺泡呼吸音。

其他部位听及支气管肺泡呼吸音提示有病变存在。

(2) 语音共振语音共振与语音震颤产生机制与检查方法相似，但前者凭听觉感受，后者凭触诊感受的振动，故前者更为灵敏。

语音共振检查时嘱受检查者发出“yi”长音或发出“1、2、3”，同时用听诊器听语音，听诊时应上下左右比较。

正常人听到的语音共振音节含糊难辨。

语音共振增强时强度和清晰度均增强。

若受检者用耳语发音，用听诊器可以在胸壁上听到极微弱的音响，称为耳语音。

5.异常呼吸音(1) 异常肺泡呼吸音1) 肺泡呼吸音减弱或消失可在局部、单侧或双肺出现。

肺泡呼吸音减弱或消失可见于肺泡通气量减少、气体流速减慢或呼吸音传导障碍。

编辑推荐

《2011公卫医师实践技能应试指导(含助理医师)》：权威执考用书，13年经验指导，贴近考试实战，凸显得分要点。

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>