

2023 年临床助理医师实践技能教材变动汇总

第二章 病史采集

【病史采集的内容】

（一）现病史

3. 一般情况（2023 年变化）

2022 年：患病以来精神、饮食、睡眠、大小便和体重变化情况，即现病史五项，以便了解患者的一般情况。若患者患病时间很短，甚至不超过 1 天，体重不会有变化者，可以免询问体重变化情况，若考虑与疾病有关，可询问近期体重变化情况。

2023 年：患病以来精神、饮食、睡眠、大小便和体重变化情况，即现病史五项，以便了解患者的一般情况。若现病史中已经有关于精神、饮食、睡眠、大小便和体重变化情况，则在此不必重复询问；若患者患病时间很短，甚至不超过 1 天，体重不会有变化者，可以免询问体重变化情况，若考虑与疾病有关，可询问近期体重变化情况。

【病史采集的技巧】

（二）要紧密围绕病情询问

2022 年：在病史采集过程中，患者所谈的内容一定要紧密围绕病情，以免离题太远，影响病史采集效果。这里面有一个重要的问题，就是医患沟通的技巧，这是做到紧密围绕病情询问的重要保证。

2023 年：在病史采集过程中，患者所谈的内容一定要紧密围绕病情，以免离题太远，影响病史采集效果。还要对采集到的病史资料适时进行小结、确认和澄清。这里面有一个重要的问题，就是医患沟通的技巧，这是做到紧密围绕病情询问的重要保证。

（三）运用思维和判断（2023 年变化）

2022：在病史采集过程中，要不断将采集到的信息运用思维和联想，对资料加以分析、综合和判断，逐步形成对患者可能的诊断意见，而不是单纯笔录的被动过程。问诊过程一定要自始至终贯彻临床思维分析的原则。

2023：在病史采集过程中，要不断将采集到的信息运用思维和联想，对资料加以分析、综合和判断，逐步形成对患者可能的诊断意见，即从“症状”上升至“疾

病”，而不是单纯笔录的被动过程。问诊过程一定要自始至终贯彻临床思维分析的原则。

一、发热

2. 发热的分期、常见热型及其临床意义（2023年变化）

2022：（1）前驱期：根据发热病因的不同，此期可持续数小时至数天不等，表现各异，多数为全身不适、乏力、头痛、四肢酸痛和食欲缺乏等。

2023：删除这部分内容。

2022年：体温上升期：有骤升和缓升之别。体温骤升者常伴有寒战，见于肺炎链球菌肺炎和疟疾等；缓升者则开始先呈低热，数天内上升到高热，见于伤寒等。

2023年：体温上升期：常有全身不适、乏力、头痛、四肢酸痛和食欲缺乏等。

体温上升有骤升和缓升之别。体温骤升者常伴有寒战，见于肺炎链球菌肺炎和疟疾等；缓升者则开始先呈低热，数天内上升到高热，见于伤寒等。

十二、消瘦

（二）常见病因和临床特点

2. 消化与吸收障碍（2023年变化）

2022年：（1）口腔、咽部及食管疾病：自身免疫性或核黄素等缺乏的反复口腔溃疡、舌炎；

2023年：（1）口腔、咽部及食管疾病：自身免疫性或维生素B₂等缺乏的反复口腔溃疡、舌炎；

【病史采集要点】

（一）现病史

2. 相关鉴别问诊（2023年变化）

2022：发热、皮疹、关节痛、干燥综合征，常发生在自身免疫性疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、白塞综合征等。

2023：发热、皮疹、关节痛、口干，常发生在自身免疫性疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、白塞综合征等。

十六、痫性发作与惊厥

（三）临床特点（2023年变化）

2022：癫痫持续状态指短时间内频繁发作，全身性发作在两次之间意识不恢复，

单次发作至少持续 30 分钟以上。

2023：癫痫持续状态指短时间内频繁发作，全身性发作在两次之间意识不恢复，单次发作至少持续 30 分钟。

第四章 基本操作

八、脓肿切开术

【操作步骤】（2023 年变化）

2022 年：5. ……待脓液排出后，以手指伸入脓腔，探查其大小、位置及形状，据此考虑延长切开。

2023 年：5. ……待脓液排出后，以手指伸入脓腔，探查其大小、位置及形状，据此考虑是否延长切开。

十九、心肺复苏

（一）胸外心脏按压及人工呼吸

操作步骤：

2022 年：首先评估现场环境安全，检查患者是否意识消失、呼吸停止、脉搏消失，时间不超过 10 秒。呼喊别人帮助的同时，置患者于平卧位，躺在硬板床或地上，去枕，解开衣扣，松解腰带。基础生命支持程序 CAB（胸外按压—开放气道—人工呼吸）。术者站立或跪在患者身体一侧，两只手掌根重叠置于患者胸骨中下 1/3 处，男性在两乳头连线中点。肘关节伸直，借助身体之重力向患者脊柱方向按压。按压应使成人及儿童胸骨下陷 5~6cm 或胸部前后径的 1/3（婴儿胸骨下陷约 4cm）后，突然放松。按压频率为 100~120 次/min。单人抢救时，每按压 30 次，做口对口人工呼吸 2 次（30：2）。用纱布或手帕清除患者口鼻分泌物及异物，保持呼吸道通畅。一手抬起患者颈部，使其头部后仰，另一手压迫患者前额保持其头部后仰位置，使患者下颌和耳垂连线与床面垂直；一手将患者的下颌向上提起，另一手以拇指和示指捏紧患者的鼻孔。

2023 年变动：首先评估现场环境安全，检查患者是否意识消失、呼吸停止、脉搏消失，时间不超过 10 秒。呼喊别人帮助的同时，置患者于平卧位，躺在硬板床或地上，去枕，解开衣扣，松解腰带。基础生命支持程序 CAB（胸外按压—开放气道—人工呼吸）。术者站立或跪在患者身体一侧，两只手掌根重叠置于患者胸骨中下 1/3 处，男性在两乳头连线中点。肘关节伸直，借助身体之重力向患者

脊柱方向按压。按压应使成人及儿童胸骨下陷 5~6cm 或胸部前后径的 1/3（婴儿胸骨下陷约 4cm）后，突然放松。按压频率为 100~120 次/min。单人抢救时，每按压 30 次，做口对口人工呼吸 2 次（30：2）。开放气道用仰头举颏法，将一只手置于患者的前额，轻压患者的头部使后仰，将另一只手示指和中指指尖置于患者下颌骨的下方，提起下颏开放气道，使下颌和耳垂连线与地面垂直。用纱布或手帕清除患者口鼻分泌物及异物，保持呼吸道通畅。口对口人工呼吸时，一只手将患者的下颏向上提起，

第五章 辅助检查

二、X 线平片影像诊断

（五）浸润性肺结核（2023 变动）

2022：（2）干酪性肺炎：急性空洞表现为“虫蚀样”。

2023：（3）结核性空洞：急性空洞表现为“虫蚀样”。（此特点由干酪性肺炎修改到了结核性空洞）

（九）肠梗阻（2023 新增）

2022：肠梗阻是肠内容物运行障碍所致的急腹症，一般分为机械性、动力性和血运性三类。

2023：肠梗阻是肠内容物运行障碍所致的急腹症，一般分为机械性、动力性和血运性三类。影像学上又可分为单纯性、绞窄性和麻痹性肠梗阻。

第六章 案例分析

第一节 呼吸系统

一、慢性阻塞性肺疾病

（二）病因、发病机制和病理改变

2022 年为：病因和发病机制

2023 年为：病因、发病机制和病理改变

2022 年：无

2023 年为：上述致病因素通过炎症机制、蛋白酶-抗蛋白酶失衡机制、氧化应激机制以及自主神经功能失调、营养不良、气温变化等参与 COPD 的发生发展。

二、支气管哮喘

【进一步检查】

1、肺功能检查：

2022 年为：发作时表现为阻塞性通气功能障碍：FEV₁/FVC、FEV₁、PEF 等下降。支气管舒张试验阳性（FEV₁，改善率大于 12%，绝对值增加 200ml）。发作间期肺功能正常的患者可表现为支气管激发试验阳性。呼气流量峰值（PEF）及其变异率测定结果 >20%，提示存在气道可逆性改变。

2023 年为：发作时表现为阻塞性通气功能障碍：FEV₁/FVC、FEV₁、PEF 等下降。支气管舒张试验阳性（FEV₁改善率 ≥12%；绝对值增加，≥200ml）。发作间期肺功能正常的患者可表现为支气管激发试验阳性。呼气流量峰值（PEF）周变异率测定结果 >20%，或 PEF 平均每日昼夜变异率 >10%，提示存在气道可逆性改变。

五、肺癌

（四）临床表现

5. 辅助检查

（1）周围型肺癌

2022 年为：伴肺不张或阻塞性肺炎时，

2023 年为：右上叶中央型肺癌伴肺不张或阻塞性肺炎时

七、血胸和气胸

血胸

（二）临床表现

4. 辅助检查

2022 年为：胸部 X 线片及 CT 可显示胸腔积液影及气胸线，合并气胸时可见气胸线。

2023 年为：胸部 X 线片及 CT 可显示胸腔积液影，合并气胸时可见气胸线。

气胸

1. 闭合性气胸（2023 删）

2022 年为：为便于临床观察和处理，根据临床表现把自发性气胸分成稳定型和不稳定型。稳定型：呼吸频率 <24 次/min；心率 60~120 次/min；血压正常；呼吸空气时 SaO₂ >90%；两次呼吸之间说话成句。不符合这些条件的为不稳定型。

2023 年为：无

【治疗原则】

6. 气胸并发症的处理

(1) 血气胸

2022 年为：开胸结扎出血的血管

2023 年为：开胸或胸腔镜下结扎出血的血管

第二节 心血管系统

一、心力衰竭

(二) 分类

3.

2022 年为：3. 按射血分数结果分为射血分数降低的心衰和射血分数保留的心衰
心脏射血分数降低，导致心排血量下降并有充血的表现，即为射血分数降低的心衰。射血分数正常或接近正常，因舒张功能障碍使左室充盈压增高，肺循环出现高压和淤血，称为射血分数保留的心衰，见于原发性限制型心肌病、原发性肥厚型心肌病等。

2023 年为：3. 按射血分数结果分为射血分数降低的心衰、射血分数轻度降低的心衰和射血分数保留的心衰 心室射血分数 $\leq 40\%$ ，导致心排血量下降并有充血的表现，即为射血分数降低的心衰。射血分数 $\geq 50\%$ ，因舒张功能障碍使左室充盈压增高，肺循环出现高压和淤血，称为射血分数保留的心衰，见于原发性限制型心肌病、原发性肥厚型心肌病等。射血分数在 41%~49%，称为射血分数轻度降低的心衰。

慢性心力衰竭

【治疗原则】

3. 药物治疗：

(3)

2022 年为：注意心动过缓、低血压，支气管痉挛性疾病、心动过缓、二度及以上房室传导阻滞患者禁用。

2023 年为：注意心动过缓、低血压，支气管痉挛性疾病、二度及以上房室传导阻滞患者禁用。

(5) 钙通道阻滞剂

2022 年为：(5) 钙通道阻滞剂：后负荷增加的舒张功能不全时可以考虑应用，主要用于肥厚型心肌病。

2023 年为：无

二、冠状动脉性心脏病

(二) 分类

2022 年为：但近年来临床多将本病分为急性冠脉综合征(ACS)和慢性冠脉病(CAD)两大类。

2023 年为：近年来临床多将本病分为急性冠脉综合征(ACS)和慢性稳定型冠心病(CAD) [或慢性冠脉综合征(CCS 大类。)]两大类

稳定型心绞痛

1. 危险因素：

2022 年为：年龄、家族史、吸烟、血脂异常等。

2023 年为：年龄、**男性或绝经后女性**、家族史、吸烟、血脂异常、高血压、糖尿病、肥胖等。

心肌梗死

3. 症状 (2) 胸痛

2022 年为：**最先出现的症状，多发生于清晨**，疼痛部位和性质与心绞痛相同，但诱因多不明显，程度较重，持续时间较长，休息和舌下含服硝酸甘油片多不能缓解。

2023 年为：疼痛部位和性质与心绞痛相同，但诱因多不明显，程度较重，持续时间较长，休息和舌下含服硝酸甘油片多不能缓解。

4. 伴随症状

2022 年为：(6) 心力衰竭：主要是急性左心衰竭，出现呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁等症状，严重者可发生肺水肿，**随后可有颈静脉怒张、肝大、水肿等右心衰竭表现。**

2023 年为：(6) 心力衰竭：主要是急性左心衰竭，出现呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁等症状，严重者可发生肺水肿。

5. 体征 (3)

2022年为:其他并发症时相关的体征:AMI引起的心力衰竭称为泵衰竭。按Killip分级法分为:I级—尚无明显心力衰竭;II级—有左心衰竭,肺部湿啰音<50%肺野;III级—有急性肺水肿,全肺可闻干、湿啰音;IV级—有心源性休克。

2023年为:其他并发症时相关的体征:AMI引起的心力衰竭称为泵衰竭。按Killip分级法分为:I级—尚无啰音及 S_3 ; II级—肺部湿啰音<50%肺野,可有或无 S_3 ; III级—双侧肺湿啰音均超过50%肺野,常有肺水肿; IV级—有心源性休克。

【治疗原则】

(3) 解除疼痛 1)

2022年为:①镇痛剂:吗啡5~10mg皮下注射,罂粟碱0.03~0.06g肌内注射或口服;

2023年为:镇痛剂:吗啡5~10mg皮下注射

(4) 抗栓、抗凝治疗 1)

2022年为:氯吡格雷75~300mg

2023年为:氯吡格雷300~600mg

(5) 再灌注心肌

1) 介入治疗(PCI)

2022年为:ST段抬高和新出现左束支传导阻滞

2023年为:ST段抬高和新出现束支传导阻滞

(7) 控制休克

1)

2022年为:补充血容量,用右旋糖酐或5%~10%葡萄糖液静脉滴注。

2023年为:有血容量不足证据的,补充血容量,用右旋糖酐或5%~10%葡萄糖液静脉滴注。

2)

2022年为:升压药:多巴胺[起始剂量3~5ug/(kg·min)]或多巴酚丁胺[起始剂量3~10ug/(kg·min)]静脉滴注。

2023年为:升压药:去甲肾上腺素(起始剂量2~8 μ g/min)。多巴胺[起始剂量3~5ug/(kg·min)]

三、高血压

【基本知识】

(二) 定义与分类

1. 定义

2022 年为：收缩压 ≥ 140 mmHg 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg。

2023 年为：非同日 3 次以上收缩压 ≥ 140 mmHg 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg。

(四) 危险分层

1. 用于分层的危险因素

(8)

2022 年为：高同型半胱氨酸 $\geq 10 \mu\text{mol/L}$ 。

2023 年为：血同型半胱氨酸水平升高。

2. 用于分层的靶器官损害

(1)

2022 年为：(1) 左心室肥厚(心电图或超声心动图提示)

1) 心电图 Sokolow-Lyon $\geq 38\text{mV}$ 或 Cornell $> 2440\text{mm}\cdot\text{ms}$ 。

2) 超声心动图 LVMI：男 $\geq 125\text{g/m}^2$ ，女 $\geq 120\text{g/m}^2$ 。

2023 年为：(1) 左心室肥厚(心电图或超声心动图提示)

(五) 危险因素

6 和 7

2022 年为：无

2023 年为：6. 遗传因素。7. 睡眠呼吸暂停综合征。

【治疗原则】

(二) 降压药物治疗

3. 降压药物种类

(4) ACEI

2022 年为：高钾血症、妊娠妇女和双侧肾动脉狭窄患者禁用。

2023 年为：高钾血症、妊娠妇女、肌酐明显升高和双侧肾动脉狭窄患者禁用。

6. 高血压急症的处理

(2) 降压药的选择

2022 年为：2) 硝酸甘油开始时以 $5\sim 10\ \mu\text{g}/\text{min}$ 的速率静脉滴注，然后每 $5\sim 10$ 分钟增加滴注速率至每分钟 $20\sim 50\ \mu\text{g}$ 。

2023 年为：2) 硝酸甘油开始时以 $5\sim 10\ \mu\text{g}/\text{min}$ 的速率静脉滴注，然后每 $5\sim 10$ 分钟根据血压水平调整滴注速率。

第四节 泌尿系统

三、尿路感染

(三) 急性膀胱炎

【鉴别诊断】(2023 变+删除)

2022 年：根据临床表现，有发热（往往 $>39^\circ\text{C}$ ）或腰痛、肾区叩压痛或尿中有白细胞管型者，多为肾盂肾炎。

经抗生素治疗后症状消失，但不久又复发者多为肾盂肾炎（多在停药后 6 周内）。

用单剂量抗菌药治疗无效或复发者多为肾盂肾炎。

2023 年：根据临床表现，有发热（体温多在 38°C 以上）或腰痛、肾区叩压痛或尿中有白细胞管型者，多为肾盂肾炎。

经抗生素治疗后症状消失，但不久（多在停药后 6 周内）又复发者多为肾盂肾炎。

【治疗原则】(2023 删除)

删除“单剂量疗法”整段内容。

第六节 血液系统

三、急性白血病

【诊断要点】

2022：(2) 骨髓中原始细胞应 $\geq 30\%$ 。（现在 WHO 规定 $\geq 20\%$ ）

2023：(2) 骨髓检查原始细胞应 $\geq 20\%$ 。可确定诊断。

第七节 代谢、内分泌系统

一、甲状腺功能亢进症

【诊断要点】

3. 特殊类型 (2023 年变化)

2022 年：(6) 妊娠期甲状腺功能亢进症：由于妊娠期雌激素增加，TBG 增加引起

TT、TT₄增高，检测 FT₃、FT₄、TSH 可明确诊断。

2023 年：(6) 妊娠期一过性甲状腺毒症：是由于高浓度绒毛膜促性腺激素 (hCG) 刺激甲状腺 TSH 受体所致。通常在妊娠早期发病，14~18 周缓解。

【治疗原则】

(七) 妊娠期甲亢的治疗 (2023 年变化)

2022 年：首选 PTU300mg/d，维持量 50~150mg/d，维持甲状腺功能在正常范围的高限。

2023 年：妊娠期应使用最小剂量的 ATD，控制目标为 FT₄ 和 TT₄，接近或轻度高于正常参考范围上限，TSH 水平不作为控制目标。甲状腺功能监测在妊娠早期每 1~2 周 1 次，中晚期每 2~4 周 1 次，达到目标值后每 4~6 周 1 次。

二、糖尿病

7. 并发症治疗原则

3) 纠正电解质及酸碱平衡失调 (2023 年变化)

2022：补碱指征：血气分析 pH>7.1 者，经足量补液及胰岛素治疗后酸中毒即可纠正，不需用碱性药物。血 pH<7.1，HCO₃⁻<5mmol/L，将 5%碳酸氢钠 84ml 加注射用水至 300ml 配成 1.4%等渗溶液，一般给药 1~2 次。

2023：补碱指征：血气分析 pH>7.1 者，经足量补液及胰岛素治疗后酸中毒即可纠正，不需用碱性药物。血 pH<7.1，HCO₃⁻<5mmol/L，将 5%碳酸氢钠 84ml 加注射用水至 300ml 配成 1.4%等渗溶液，或采用等渗碳酸氢钠溶液 (1.25%~1.40%) 300ml，一般给药 1~2 次。

(2) 高渗高血糖综合征

3) 补液种类 (2023 年变化)

2022：当血糖下降至 16.7mmol/L 时开始输入 5%葡萄糖液，并按每 2~4g 葡萄糖加入 1U 胰岛素计算。

2023：当血糖下降至 13.9mmol/L 时开始输入 5%葡萄糖液，并按每 2~4g 葡萄糖加入 1U 胰岛素计算。

第八节 神经系统

一、脑出血

【治疗原则】

6. 高血压颅内血肿手术治疗（2023 年变化）

2022：①小脑出血血肿 > 10ml（血肿 > 20ml 或有脑干受压征象应紧急手术清除血肿，否则随时可发生脑疝而死亡）。

2023：①小脑出血血肿 > 10ml，或有脑干受压征象应紧急手术清除血肿，否则随时可发生脑疝而死亡。

第九节 运动系统

一、四肢长骨状骨骨折

胫腓骨干骨折

治疗方案（2023 年变化）

2022 年：1. 无移位的胫腓骨干骨折 采用小夹板或石膏固定。

3. 不稳定的胫腓骨干双骨折 6 周后，取消牵引，改用小腿功能支架固定，或行石膏固定，10~12 周后可扶双拐下地部分负重行走。

2023 年：1. 无移位的胫腓骨干骨折采用石膏固定。

3. 不稳定的胫腓骨干双骨折 6 周后，取消牵引，改用小腿功能支架固定，或行石膏固定。若牢固固定，术后 4~6 周后可扶双拐下地部分负重行走。

第十节 风湿免疫性疾病

二、类风湿关节炎

临床特点

2022 年：治疗目的是改善症状、控制炎症、阻止关节破坏。

2023 年：治疗目的是改善症状、控制炎症、阻止关节破坏和预防残疾。

鉴别诊断（2023 年变化）

2022 年：3. 银屑病关节炎 属于脊柱关节炎，多数患者为不对称的少关节炎，少数患者多关节炎受累，受累部位可包括外周关节或中轴关节，RF 和抗 CCP 抗体多为阴性。

4. 痛风 超声或双能 CT 发现特征性改变有助于痛风诊断。

2023 年：3. 银屑病关节炎 属于脊柱关节炎，患者可表现为不对称的少关节炎，或者多关节炎，受累部位可包括外周关节或中轴关节，RF 和抗 CCP 抗体多为阴性。

4. 痛风 超声或双能 CT 发现尿酸盐沉积的特征性改变有助于痛风诊断。

治疗原则（2023 年变化）

2022 年：类风湿关节炎的治疗以改善症状、根除炎症、控制病情进展、保护关节功能为目的

传统合成 DMARDs 治疗效果不满意或预后不良者，宜尽早使用生物制剂或靶向合成 DMARDs 治疗。

2023 年：类风湿关节炎的治疗以改善症状、根除炎症、控制病情进展、保护关节功能、**预防残疾**为目的

传统合成 DMARDs 治疗效果不满意或预后不良者，宜尽早使用生物制剂或靶向合成 DMARDs 治疗。**传统合成 DMARDs 常与生物制剂或靶向合成 DMARDs 联合使用。**

第十一节 儿科疾病

一、儿童肺炎（2023 年变化）

【治疗原则】

2022 年：3. 对症治疗 有烦躁、口周发绀者应吸氧；清除鼻腔分泌物及吸痰；雾化吸入；必要时机械通气。

2023 年：3. 对症治疗 有烦躁、口周发绀者应吸氧；清除鼻腔分泌物及吸痰；雾化吸入；必要时机械通气。**低钾血症者应补充钾盐。缺氧中毒性肠麻痹时应禁食并行胃肠减压。高热患者应予以物理降温或药物退热。**

6. 生物制剂 重症患儿可酌情给予血浆和静脉注射免疫球蛋白。

二、儿童腹泻病

药物治疗（2023 年变化）

2023 年：**抗分泌治疗**。（新增）

三、儿童常见发疹性疾病

（一）麻疹

1. 典型麻疹（前驱期）（2023 年变化）

2022 年：④ 偶见皮疹、红斑。

2023 年：④ **非特异症状，如全身不适、食欲减退、精神不振等。婴儿可有呕吐、腹泻等消化道症状，偶见皮疹、红斑。**

第十二节 传染病

一、病毒性肝炎

【治疗原则】

(二) 慢性乙型肝炎 (2023 年变化)

2022 年：治疗的总体目标是最大限度地长期抑制或清除 HBV

应用干扰素 α 治疗， $ALT \geq 10 \times ULN$ 且 $ALT \leq 10 \times ULN$ ，总胆红素 $\leq 2 \times ULN$

2023 年：治疗的总体目标是最大限度地长期抑制 HBV

应用干扰素 α 治疗， $ALT \leq 10 \times ULN$ ，总胆红素 $\leq 2 \times ULN$

(三) 丙型肝炎 (2023 年变化)

2023 年：目前，已有多个 DAA 药物上市，包括索磷布韦/维帕他韦、艾尔巴韦/格拉瑞韦及来迪派韦/索磷布韦等，可依据病毒基因型及诊断选择药物、确定疗程。

(新增)