



(欢迎扫码关注“执业医师考试信息网”公众号)

2020 年临床执业医师实践技能考试 第三考站基本操作真题解析汇总

(7 月 10 日)

2020 年临床执业医师实践技能考试知识点解析——半月板检查：

1.半月板旋转挤压试验

嘱患者仰卧位，膝关节屈曲，检查者一手放在关节间隙处做触诊，另一手握住足根后，再对膝关节联合施加外旋和外翻应力的同时，逐渐伸直，膝关节出现疼痛，提示外侧半月板撕裂

2.研磨实验

嘱患者俯卧位，膝关节屈曲成 90 度，检查者将小腿用力下压，并且做内旋和外旋运动，使股骨与胫骨关节面之间发生摩擦，若外旋产生疼痛，提示为内侧半月板损伤，此后将小腿上提并做内旋和外旋运动，如外旋时引起疼痛，提示为内侧副韧带损伤

3.过伸试验

膝关节完全伸直并轻度过伸时半月板破裂处受牵引或挤压而产生疼痛





4.过屈实验

将膝关节极度屈曲，破裂的后角被卡住，而产生疼痛

5.蹲走实验

嘱病人蹲下走鸭步并不时变换方向，如蹲走时出现响声及膝部疼痛不适，说明半月板后角破裂

2020 年临床执业医师实践技能考试知识点解析——腹穿放液：

1.根据病情和需要可取平卧位、半卧位或稍左侧卧位，并尽量使病人舒适，以便能耐受较长手术时间。

2.选择适宜的穿刺点

- ①左下腹部脐与髂前上棘连线的中、外 1/3 交点处，不易损伤腹壁动脉；
- ②侧卧位穿刺点在脐水平线与腋前线或腋中线交叉处较为安全，常用于诊断性穿刺；
- ③脐与耻骨联合连线的中点上方 1.0cm，稍偏左或偏右 1——1.5cm 处，无重要器官且易愈合；
- ④少数积液或包裹性积液，可在 B 超引导下定位穿刺。





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

3.戴无菌手套，穿刺部位常规消毒及盖洞巾，用 2%利多卡因自皮肤至腹膜壁层做局部麻醉。

4.术者用左手固定穿刺都皮肤，右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁，然后倾斜 45°——60°进 1——2cm 后再垂直刺于腹膜层，待感针峰抵抗感突然消失时，表示针头已穿过腹膜壁层即可抽取腹水，并将抽出液放入试管中送检。作诊断性穿刺时，可直接用 20ml 或 50ml 注射针及适当针头进行。大量放液时，可用 8 号或 9 号针头，并在针尾接一橡皮管，再夹输液夹子以调节速度，将腹水引入容器中以备测量和化验检查。注意放液不宜过多过快，肝硬化患者一般一次不宜超过 3000ml。

2020 年临床执业医师实践技能考试知识点解析——股动脉穿刺：

- 1.穿刺点定位：左手示指、中指在腹股沟区股动脉搏动明显处(腹股沟韧带中点下方)定位。
- 2.右手持注射器，在两指间垂直刺入，见鲜红色血液直升入注射器。
- 3.抽取需用量的动脉血。
- 4.快速拔出注射器立即插入软木塞或橡皮塞。
- 5.压迫穿刺点至少 5 分钟(口述)，穿刺点覆盖敷料，标本立即送检。

2020 年临床执业医师实践技能考试知识点解析——男患者导尿术：



扫二维码下载 环球网校移动课堂 APP 移动学习 职达未来



微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

1.准备好相应物品，核对患者信息，洗手消毒杀菌

操作者洗手，按需将用物准备齐全，携至患者床旁，核对患者，并做好解释，以取得配合。酌情关闭门窗，围帘或屏风遮挡患者。保持合适的室温，光线充足。戴帽子、口罩帮患者脱#侧裤腿，盖在近侧腿部上方，对腿用盖被遮盖，协助患者取屈膝仰卧位，两腿略外展，暴露外阴。

2.外阴区消毒

在患者两腿间打开无菌导尿包外层。将垫巾置于患者臀下。操作者左手戴手套，将弯盘置于患者两大腿间近会阴处。将碘伏棉球置于治疗碗内，右手持血管钳夹取碘伏棉球，依次消毒阴阜、阴茎、阴囊。然后左手用无菌纱布裹住阴茎将包皮向后推，暴露尿道口。自尿道口向外后旋转擦拭尿道口、龟头及冠状沟，最后再?消毒尿道口。每个棉球只用一次，污棉球置于弯盘内。移去所有物品，保留垫巾，脱手套。

3.尿道口区域消毒

打开无菌导尿包内层。操作者戴无菌手套，铺洞，使洞巾和无菌导尿包布内层形成一无菌区。检查导尿管球囊，用无菌液体石蜡润滑导尿管段超过 1/2 长度，将导尿管放入治疗碗内。将碘伏棉球置于另一治疗碗内。将弯盘置于患者两大腿间近会阴处。用无菌纱布裹住阴茎并提起，将包皮向后推，暴露尿道口。右手持血管钳夹取碘伏棉球次消毒尿道口、龟头及冠状沟，最后再次消毒尿道口。每个棉球只用一次。





4.插导尿管

(1)普通导尿管：嘱患者张口呼吸。操作者固定阴茎的左手不松开阴茎并使之与腹壁呈 60° 角，右手用另一血管钳夹住普通导尿管前端 3—5cm 处缓缓插入尿道，插入尿道 20—22 cm，相当于导尿管的 $1/2$ 长度，见尿流出至弯盘，缓慢抽出至无尿液流出后，再插入 2cm 左右。根据导尿目的完成导尿。撤下洞巾，擦净外阴，移去所有物品。集尿袋固定于床旁，保持引流通畅。

(2)气囊导尿管：插管方法同普通导尿管，见尿液流出后再插入 5—7cm(基本插到导尿管分叉处)，夹闭导尿管。根据导尿管上注明的气囊容积向气囊注入等量的生理盐水，轻拉导尿管有阻力感，即证明导尿管固定于膀胱内。导尿管与集尿袋连接，放开夹闭的导尿管，将尿液引流至集尿袋内。导尿成功后将包皮复位，撤下洞巾，擦净外阴，移去所有物品。集尿袋固定于床旁，保持引流通畅。

5.收尾工作

询问患者感协助患者穿好裤子，取舒适卧位，整理用物，向患者交代注意事项。操作者洗手，做好记录。

2020 年临床执业医师实践技能考试知识点解析——小儿灌肠：

1.不保留灌肠法





微信扫码刷题



免费约直播领资料



免费订阅考试提醒

(1)大量不保留灌肠

①协助病人取左侧卧位(根据肠道解剖位置,借助重力作用使溶液顺利流入肠腔),脱裤至膝部,右腿屈膝,左腿自然伸直,臀部移至床边,将橡胶布和治疗巾(或一次性尿布)垫于臀下,弯盘置臀边。如病人肛门括约肌失去控制能力,可取仰卧位,臀下置便盆,勿暴露病人下肢,盖好被子。

②挂灌肠筒于输液架上,液面距肛门 40——60cm,润滑肛管前端,将肛管与灌肠筒上的玻璃接管相接,放出少量液体,排出管内气体,用止血钳夹紧橡胶管,左手持手纸分开病人臀部,显露肛门,按解剖特点插管,即先向前,再右后,轻轻插入直肠 10cm 左右,松开止血钳,固定肛管,使溶液缓缓流入。

③观察内液面下情况,如溶液流入受阻,可稍移动肛管,必要时检查有无粪块阻塞。若病人有便意,应将灌肠筒适当放低,减慢流速,减轻腹压。

④待溶液将流尽时,夹住橡胶管,用卫生纸包住肛管拔出放入弯盘内,擦净肛门。病人平卧尽可能保留 5——10 分钟后排便,以利粪便软化。

⑤便毕观察大便情况,必要时留取标本送验。

⑥记录结果。

(2)小量不保留灌肠





①润滑肛管前端，用注洗器吸取溶液，连接肛管，排气后夹住肛管，轻轻插入直肠内 10 cm 左右，松开止血钳，将溶液缓缓注入，灌毕，将肛管末端抬高，使溶液全部注入，然后反折肛管，轻轻拔出，放于弯盘内。

②嘱病人平卧尽可能保留 10——15 分钟后排便。

(3)清洁灌肠：反复多次进行大量不保留灌肠，第一次用肥皂水灌肠，排便后，再用生理盐水灌肠，至排出液清洁无粪块为止，注意灌肠时压力要低。灌肠应在检查或手术前 1 小时完成，禁用清水反复多次灌洗，以防水电解质紊乱。

2.保留灌肠

(1)肠道病患者在晚间睡眠前灌入为宜，灌肠时臀部应抬高 10cm，利于药液保留，卧位根据病变部位而定，如慢性痢疾病变多在乙状结肠和直肠，故采用左侧卧位为宜，阿米巴痢疾病变多见于回盲部，应采取右侧卧位，以提高治疗效果。

(2)其它操作同小量不保留灌肠，但入肛管要深，约 15cm，溶液流速宜慢，压力要低(液面距肛门不超过 30cm)，以便于药液保留。

(3)折管拔出后，以卫生纸在肛门处轻轻按揉，嘱病人保留 1 小时以上，以利药物吸收，并做好记录。

2020 年临床执业医师实践技能考试知识点解析——气管插管：





成人气管插管(经口)操作流程

(一)摆放体位：病人取仰卧位，用抬颊推额法，以寰枕关节为转折点使头部尽量后仰，以便使镜片和气管在一条直线上。

(二)加压去氮给氧：使用简易呼吸器面罩加压给氧，交予助手给病人吸 100%纯氧 2 — 3 分钟，使血氧饱和度保持在 95%以上，插管时暂停通气。

(三)准备导管：选择相应规格的气管导管，用注射器检查充气套囊是否漏气，在导管内放入导丝并塑型，在气管导管前端和套囊涂好润滑油。

(四)准备喉镜：气管导管准备好后，选择合适形状和大小的喉镜镜片，检查光源后关闭，放置备用。

(五)准备牙垫、固定胶布和听诊器。

(六)暴露声门：打开喉镜，操作者用右手拇、食指拨开病人上下齿及口唇，左手紧握喉镜柄，把镜片送入病人口腔的右侧向左推开舌体，以避免舌体阻挡视线，切勿把口唇压在镜片与牙齿之间，以免造成损伤。然后，缓慢地把镜片沿中线向前推进，暴露病人的口、悬雍垂、咽和会厌，镜片在会厌和舌根之间，挑起会厌，暴露声门。

(七)插入气管导管：操作者用右手从病人右口角将气管导管沿着镜片插入口腔，并对准声门送入气管内，请助手帮助将导丝拔除，继续将导管向前送入一定深度，插管时导管尖端距





门齿距离通常在 21——23cm。注意气管导管不可送入过深，以防止进入单侧主支气管造成单侧通气。操作过程中如声门暴露不满意，可请助手从颈部向后轻压喉结，或向某一侧轻推，以取得最佳视野。

(八)确认导管位置：给导管气囊充气后，立即请助手用简易呼吸器。通气，在通气时观察双侧胸廓有无对称起伏，并用听诊器听诊双肺尖，以双肺呼吸音对称与否判断气管导管的位置正确无误。

(九)固定导管：放置牙垫后将喉镜取出，用胶布以“八字法”将牙垫和气管导管固定于面颊

。

