

配赠人机对话模拟答题系统

2008年“知无涯”丛书被“爱爱医论坛”评选为“年度最佳复习资料”

2009 临床执业医师资格考试 历年考点解析（下）

主编 王振江 郭雅卿 王海鹏

- 严格遵照新大纲编排，诠释最新命题方向
- 领跑医考辅导用书之黑马
- 八步学习法指导考生改进学习方法
- 开辟医考辅导之先河

被中国发行协会评选为
2008年度全行业优秀畅销品种



第四军医大学出版社

第1版

2009

临床执业医师资格考试 历年考点解析 (下)

主编 王军 副主编 王军 王军 王军

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

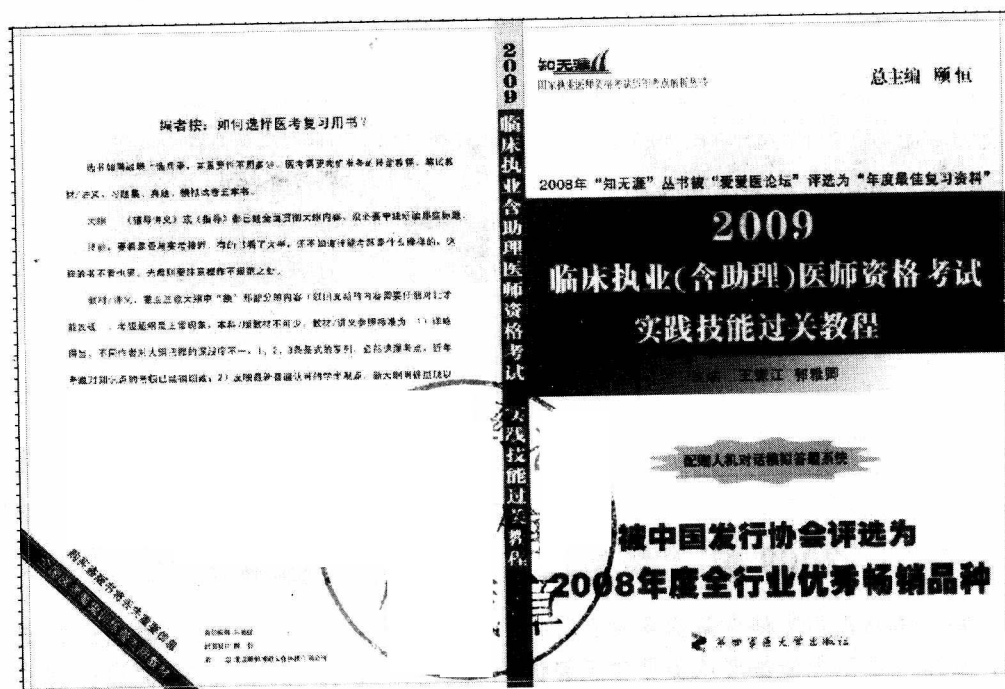
中国医药出版社

2007、2008 年被中国发行协会连续评选为

“年度全行业优秀畅销品种”

被国内最大的医学论坛“爱爱医”网友评选为

“2008 年医师资格考试最佳复习资料”



2009 版“知无涯”医学考试丛书之一

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1. 临床执业医师资格考试辅导讲义 | 定价: 178.00 元 |
| 2. 临床助理医师资格考试辅导讲义 | 定价: 110.00 元 |
| 3. 临床执业(含助理)医师资格考试实践技能过关教程 | 定价: 42.00 元 |
| 4. 中医/中西医结合医师资格考试实践技能过关教程 | 定价: 40.00 元 |
| 5. 中西医结合医师资格考试过关教程 | 定价: 120.00 元 |

全国各地新华书店、医药书店、考试书店经销，具体经销单位请登陆网站 www.yixuepx.com “走进出版社”栏目查询。当地购书不便的考生可直接与本书作者单位或第四军医大学出版社联系邮购。邮购免收邮资，需要快递者加 10 元/本的快递费用或者书到后自行支付快递费用。

地址：北京市丰台区青塔西路 58 号院（珠江峰景）16 号楼 503 室

收款人：杨兴菊

电话：010-63814096

传真：010-63854589

网址：www.yixuepx.com

开辟医考辅导之先河

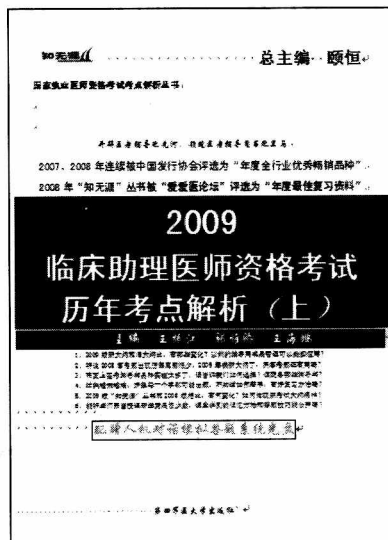
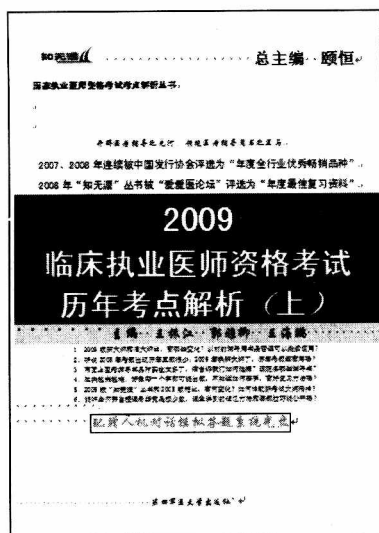
领跑医考辅导资料之黑马

2007、2008 年被中国发行协会连续评选为

“年度全行业优秀畅销品种”

被国内最大的医学论坛“爱爱医”网友评选为

“2008 年医师资格考试最佳复习资料”



2009 版“知无涯”医学考试丛书之二

- | | |
|----------------------------|----------|
| 1、临床执业医师资格考试历年考点解析 | 定价: 97 元 |
| 2、临床助理医师资格考试历年考点解析 | 定价: 58 元 |
| 3、中医执业医师资格考试历年真题解析 | 定价: 58 元 |
| 4、中医助理医师资格考试历年真题解析 | 定价: 48 元 |
| 5、口腔执业医师资格考试历年考点解析 | 定价: 52 元 |
| 6、口腔助理医师资格考试历年考点解析 | 定价: 38 元 |
| 7、中西医结合执业医师资格考试历年真题解析 | 定价: 58 元 |
| 8、中西医结合助理医师资格考试历年真题解析 | 定价: 52 元 |
| 9、临床执业医师资格考试考前冲刺必练 5000 题 | 定价: 72 元 |
| 10、临床执业医师资格考试考前冲刺必练 3000 题 | 定价: 48 元 |

全国各地新华书店、医药书店、考试书店经销，具体经销单位请登陆网站 www.yixuepx.com “走进出版社”栏目查询。当地购书不便的考生可直接与本书作者单位或第四军医大学出版社联系邮购。邮购免收邮资，需要快递者加 10 元/本的快递费用或者书到后自行支付快递费用。

地址：北京市丰台区青塔西路 58 号院（珠江峰景）16 号楼 503 室

收款人：杨兴菊

电话：010-63814096

传真：010-63854589

网址：www.yixuepx.com

开辟医考辅导之先河 领跑医考辅导资料之黑马

被国内最大的医学论坛“爱爱医”网友评选为
“2008 年医师资格考试最佳复习资料”

知无涯 2009 年国家执业医师资格考试

主 编··· 顾 恒··· 王 斌 江··· 郭 登 卿···

临·床·执·业·医·师·

跟踪最新命题动态····· 展示实践综合题型
试题+考点解析+光盘····· 全景式还原考场+

第四军医大学出版社

2009 版“知无涯”医学考试丛书之三

- | | | |
|-----------------|--------|----------|
| 1、临床执业医师资格考试 | 考前押题密卷 | 定价: 35 元 |
| 2、临床助理医师资格考试 | 考前押题密卷 | 定价: 25 元 |
| 3、中医执业医师资格考试 | 考前押题密卷 | 定价: 35 元 |
| 4、中医助理医师资格考试 | 考前押题密卷 | 定价: 35 元 |
| 5、口腔助理医师资格考试 | 考前押题密卷 | 定价: 35 元 |
| 6、中西医结合执业医师资格考试 | 考前押题密卷 | 定价: 35 元 |
| 7、中西医结合助理医师资格考试 | 考前押题密卷 | 定价: 35 元 |

全国各地新华书店、医药书店、考试书店经销，具体经销单位请登陆网站 www.yixuepx.com “走进出版社”栏目查询。当地购书不便的考生可直接与本书作者单位或第四军医大学出版社联系邮购。邮购免收邮资，需要快递者加 10 元/本的快递费用或者书到后自行支付快递费用。

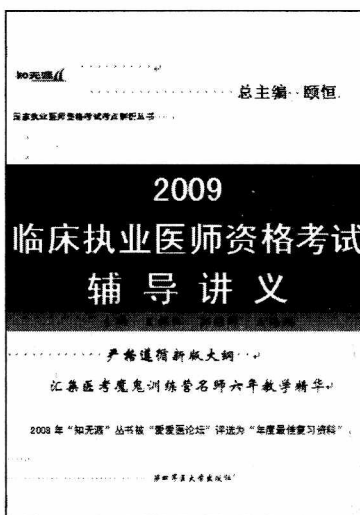
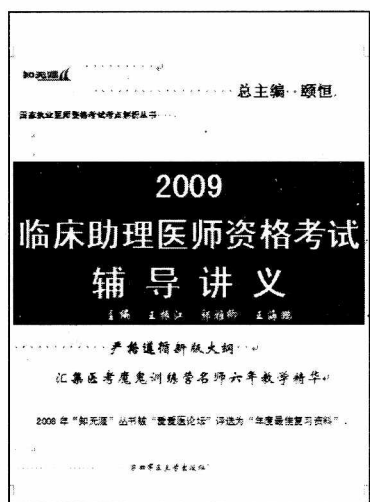
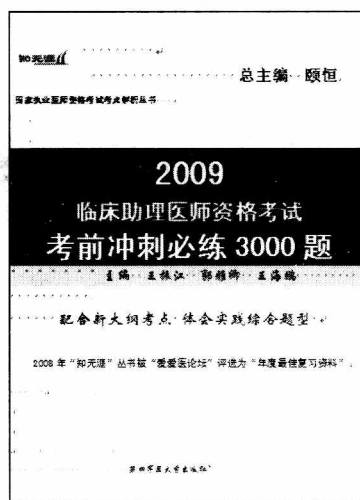
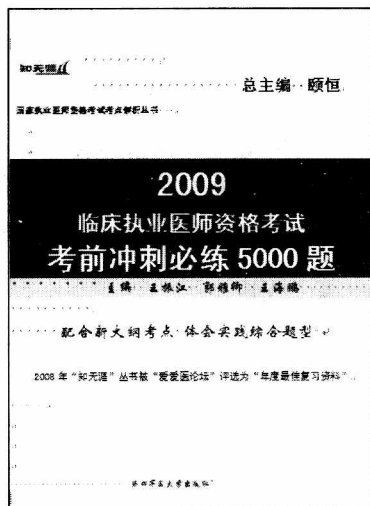
地址：北京市丰台区青塔西路 58 号院（珠江峰景）16 号楼 503 室

收款人：杨兴菊

电话：010-63814096 传真：010-63854589 网址：www.yixuepx.com

2009 版“知无涯”家族新成员

1. 临床执业医师资格考试考前冲刺必练 5000 题 定价: 72 元
2. 临床助理医师资格考试考前冲刺必练 3000 题 定价: 48 元
3. 临床执业医师资格考试辅导讲义 定价: 178 元
4. 临床助理医师资格考试辅导讲义 定价: 110 元



全国各地新华书店、医药书店、考试书店经销，具体经销单位请登陆网站 www.yixuepx.com “走进出版社”栏目查询。当地购书不便的考生可直接与本书作者单位或第四军医大学出版社联系邮购。邮购免收邮资，需要快递者加 10 元/本的快递费用或者书到后自行支付快递费用。

地址：北京市丰台区青塔西路 58 号院（珠江峰景）16 号楼 503 室

收款人：杨兴菊

电话：010-63814096 传真：010-63854589 网址：www.yixuepx.com

目 录

上 册 考点扫描与复习方法

如何使用本书, 助您顺利过关——顾恒老师答考生问	(I)
--------------------------------	-------

大纲具体新哪里了? 选择复习资料该怎么办? 历年考题还有用吗? 等等困惑...

八步学习法全攻方略	(V)
-----------------	-------

为保证您顺利通过, 也为保证您使用本书之效果, 请务必遵照以下八步进行!

知行合一, 不辍耕耘——王振江老师的三点建议	(VIII)
------------------------------	----------

开卷评估——2009 年执业医师资格考试复习前专用测试卷	(1)
------------------------------------	-------

先研读本书前言、目录, 然后开始做题。记住, 300 道题要一天内做完, 不能停顿。要想今年过关, 绝不允许自己开小差。八步复习法的首要步骤是知己知彼, “知己”谓了解自己目前的基础和水平, “知彼”谓了解考题的难度和命题风格。“临床助理医师资格考试复习前专用测试试卷 (2009)”以新考试大纲考核目的为依据, 结合近年考题精心设计而成。以下注意事项切记, 如果只把它当作一套普通的试卷随随便便做做, 效果折扣 50%。

第一部分 专业综合 (上) 症状、体征	(49)
---------------------------	--------

新大纲对专业综合部分把内、外、妇科的内容全面整合, 按照人体系统排列, 提高了知识综合性要求。相对于旧大纲, 考试知识点的增、删、移、换调整最大。不是简单的位置调整而是考核理念转变的具体体现。如果还按照旧大纲的思路安排复习, 可能会出现答题思路与新大纲答题要求短路现象, 分内、外科之前记得牢牢的知识, 搅和到一起怎么就乱了呢?

第一部分 专业综合 (下) 疾病	(55)
------------------------	--------

第一篇 呼吸系统	(55)
----------------	--------

第二篇 心血管系统	(81)
-----------------	--------

第三篇 消化系统	(108)
----------------	---------

第四篇 泌尿系统 (含男性生殖系统)	(149)
--------------------------	---------

第五篇 女性生殖系统	(167)
------------------	---------

第六篇 血液系统	(207)
----------------	---------

第七篇 内分泌系统	(220)
-----------------	---------

第八篇 精神神经系统 (上)	(235)
----------------------	---------

第八篇 精神神经系统 (下)	(249)
----------------------	---------

第九篇 运动系统	(258)
----------------	---------

第十篇 儿科学	(275)
---------------	---------

第十一篇 传染病与性传播疾病	(312)
----------------------	---------

第十二篇 其他	(324)
---------------	---------

第二部分 基础综合	(342)
新大纲把原来基础医科目(生理、病理、药理、生化)学和公共科目(法规、心理、伦理、预防)整合为基础综合部分,法规和预防医学部分内容几乎是重新编写。药理学部分增添了多种新药的药理作用 and 用法,删除了一些临床上弃用的毒副作用较大的药物。病理和生化新增考点为……	
第一篇 生物化学	(342)
第二篇 生理学	(355)
第三篇 医学微生物学	(368)
第四篇 医学免疫学	(377)
第五篇 病理学	(384)
第六篇 药理学	(396)
第七篇 卫生法规	(410)
第八篇 预防医学	(418)
第九篇 医学心理学	(428)
第十篇 医学伦理学	(434)

下 册 考点精讲

不仅对历年涉及到的考点进行全面剖析,更主要是通过研究考题揭示考试命题动向,类似这样的文字“考点提示,儿科补液为历年考试重点”、“预产期的计算每年必考”反映了授课名师团队多年对考题研究的成果。

第一部分 专业综合(上) 症状、体征	(439)
第一部分 专业综合(下) 疾病	(445)
第一篇 呼吸系统	(445)
第二篇 心血管系统	(470)
第三篇 消化系统	(491)
第四篇 泌尿系统(含男性生殖系统)	(520)
第五篇 女性生殖系统	(533)
第六篇 血液系统	(577)
第七篇 内分泌系统	(587)
第八篇 精神神经系统(上)	(600)
第八篇 精神神经系统(下)	(609)
第九篇 运动系统	(616)
第十篇 儿科学	(635)
第十一篇 传染病与性传播疾病	(663)
第十二篇 其他	(670)
第二部分 基础综合	(683)
第一篇 生物化学	(683)
第二篇 生理学	(691)
第三篇 医学微生物学	(704)
第四篇 医学免疫学	(713)
第五篇 病理学	(721)

第六篇 药理学	(734)
第七篇 卫生法规	(750)
第八篇 预防医学	(757)
第九篇 医学心理学	(763)
第十篇 医学伦理学	(767)

第三部分 实践综合

本篇为新大纲增加内容,模拟临床门诊、病房、急诊设计病例。做完前面的“临床执业医师资格考试复习前专用测试试卷(2009)”,会发现临床情景思维题不同于传统的A3/A4型题,没有临床实践经历,也许就只能瞎蒙答案了,“知无涯”丛书系列《临床执业医师资格考试考前冲刺必练5000题》正是弥补这一不足……

增值服务

1. 医考讲坛(随书配赠)

涉及报名、考前信息、资料选择、复习方法、考生经验、答题技巧、新大纲解读、命题方向预测等十个方面的内容。前期工作准备充分,后面的复习就不会出现误差。

2. 临床执业医师资格考试人机对话模拟测试系统(CD-ROM光盘,随书配赠)

两套高度仿真近年原卷,助您整体把握命题思路。还有部分极为重要的考点解析安排在光盘中,如果您使用的是盗版书,将丢失大量重要信息。

下 册 考 点 精 讲

第一部分 专业综合 (上)

常见症状与体征

【考点精讲】

第一章 全身

1. (2003)

【解析】稽留热是指体温恒定地维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平，达数天或数周，24h 内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。弛张热又称败血症热型，体温常在 39°C 以上，波动幅度大，24h 内体温波动范围超过 2°C 但都在正常水平以上，常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。间歇热指体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期可持续 1 天至数天，如此高热期与无热期反复交替出现，常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。波状热指体温逐渐上升达 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。不规则热发热的体温曲线无一定规律，可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。（《诊断学》第 7 版 P18）

2. (2002)

【解析】白细胞致热原属于内源性致热源，如白介素、肿瘤坏死因子和干扰素等。可以通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点，使调定点上升，体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动，使产热增多，散热减少。B、C、D、E 均为外源性致热源，不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢，而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性细胞和单核-吞噬细胞系统，使其产生并释放内源性致热源引起发热。（《诊断学》第 7 版 P16）

3. (2002)

【解析】参考第 15 题。体温在 39°C 以上，24 小时内波动范围大于 2°C ，体温最低时仍高于正常，符合弛张热特点。（《诊断学》第 7 版 P18）

4. (2002)

【解析】参考第 15 题。一天内体温波动大于 2°C ，最低体温高于正常，符合弛张热特点。（《诊断学》第 7 版 P18）

5. 起传染性发热的生物病原体或其产物，称为外源性致热源。致热源细胞被激活后所形成并释放的致热原称为内源性致热源（EP），为不耐热的小分子蛋白质，致热作用容易被破坏，当 EP 到达下丘脑后，使下丘脑释

放某些介质，使体温调定点上移引起发热，这些介质称为中枢发热介质。外源性致热源不能通过血脑屏障，可激活血液中的中性粒细胞和单核细胞。（《诊断学》第 7 版 P16）

6. (2005)

【解析】白细胞致热原属于内源性致热源，如白介素、肿瘤坏死因子和干扰素等。可以通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点，使调定点上升，体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动，使产热增多，散热减少。注意 B 为易混淆项。（《诊断学》第 7 版 P16）

7. (2005)

【解析】稽留热指体温恒定地维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 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 ，常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。（《诊断学》第 7 版 P18）

8. (2006)

【解析】白介素、肿瘤坏死因子和干扰素均为内源性致热源，可通过脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢的调定点。病原微生物属于外源性致热源，不直接作用体温中枢，而是激活单核巨噬细胞产生内致热源作用体温中枢引起发热。（《诊断学》第 7 版 P16）

9. (2002)

【解析】皮肤黏膜出血是因机体止血或凝血功能障碍所引起，通常以全身性或局限性皮肤黏膜自发性出血或损伤后难以止血为临床特征。皮肤黏膜出血表现为血液淤积于皮肤或黏膜下，形成红色或暗红色斑，压之不褪色，视出血面积大小可分为瘀点、紫癜和瘀斑。皮疹加压时可褪色或消失。（《诊断学》第 7 版 P21）

10. (2001)

【解析】过敏性紫癜的皮肤紫癜特点为四肢或臂部有对称性、高出皮肤（荨麻疹或丘疹样）紫癜，可伴有痒感，关节痛及腹痛，累及肾脏时可有血尿。（《诊断学》第 7 版 P22）

11. (2006)

【解析】食过多桔子、南瓜等均可造成血中胡萝卜素增高，超过 2.5g/L 时，可使皮肤黄染，黄染首先出现于手

掌、足底、前额及鼻部皮肤,一般不出现巩膜和口腔黏膜 | 黄染,血中胆红素不高。(《诊断学》第7版 P84)

第二章 颈胸部

1. 答案: (2003)

【解析】湿啰音满布双肺—急性肺水肿,严重支气管肺炎。两侧肺底湿啰音—心衰所致肺淤血、支气管肺炎。局限性湿啰音—局部病变、结核、支扩,高调提示空洞存在。细小湿啰音—支气管炎或细支气管炎。(《诊断学》第7版 P126)

2. 答案: (2002)

【解析】胸膜摩擦音是当胸膜面由于炎症、纤维素渗出而变得粗糙时随呼吸可出现的音响。胸膜摩擦音吸气和呼气均可听到,以吸气末或呼气初最清楚,屏气时消失。深呼吸或在听诊器体件上加压时,摩擦音的强度可增加。胸膜摩擦音最常听到的部位是前下侧胸壁,因呼吸时该区域的呼吸动度最大。其很少在肺尖部听及,可随体位的变动消失或复见。胸膜摩擦音常发生于纤维索性胸膜炎、肺梗死、胸膜肿瘤及尿毒症等患者。(《诊断学》第7版 P128)

3. 答案: (2002)

【解析】大叶性肺炎实变期,语音震颤和语音共振明显增强,叩诊为浊音或实音,并可听到支气管呼吸音。如病变累及胸膜则可听到胸膜摩擦音。肺组织实变,无肺不张,故无气管移位。(《诊断学》第7版 P130)

4. 答案: (2003)

【解析】啰音是呼吸音以外的附加音,该音正常情况下并不存在,故非呼吸音的改变,按性质的不同可分为干啰音和湿啰音。干啰音系由于气管、支气管或细支气管狭窄或部分阻塞,空气吸入或呼出时发生湍流所产生的声音,其作为一种持续时间较长带乐性的呼吸附加音,音调较高,持续时间较长,吸气及呼气时均可听及,但以呼气时为明显,干啰音的强度和性质易改变,部位易交换,在瞬间内数量可明显增减。发生于主支气管以上大气道的干啰音,有时不用听诊器亦可听及,谓之喘鸣。(《诊断学》第7版 P126)

5. 答案: (2003)

【解析】语音震颤的强弱主要取决于气管、支气管是否通畅,胸壁传导是否良好而定,一般来说,发音强、音调低、胸壁薄以及支气管至胸壁距离近者语音震颤强,反之则弱,此外,语音震颤在两侧前后的上胸部和肩胛间区及左右胸骨旁第1、2肋间隙部位最强,于肺底最弱。语颤增强见于:①肺泡内有炎症浸润,因肺组织实变使语颤传导良好,如大叶性肺炎实变期、大片肺梗死等;②接近胸膜的肺内巨大空腔,如空洞型肺结核、肺脓肿等。语音震颤减弱或消失常见于:①肺泡内含气量过多,如肺气肿;②

支气管阻塞,如阻塞性肺不张;③大量胸腔积液或气胸;④胸膜高度增厚粘连;⑤胸壁皮下气肿。(《诊断学》第7版 P119)

6. 答案: (2004)

【解析】见《诊断学》第7版 P119

7. 答案: (2004)

【解析】正常胸部叩诊为清音。由于肺上叶的体积较下叶小,含气量较少,且上胸部的肌肉较厚,故前胸上部较下部叩诊音相对稍浊;因右肺上叶较左肺上叶为小,且惯用右手者右侧胸大肌较左侧为厚,故右肺上部叩诊音亦相对稍浊;由于背部的肌肉、骨骼层次较多,故背部的叩诊音较前胸部稍浊;右侧腋下部因受肝脏的影响叩诊音稍浊,而左腋前线下方有胃泡的存在,故叩诊呈鼓音,又称Traube's鼓音区。(《诊断学》第7版 P121)

8. 答案: (2004)

【解析】青年男性,突发右侧胸痛,气促,大汗淋漓,且有活动作为诱因,应考虑气胸,进一步的体检发现气管左偏,右胸叩空瓮音,呼吸音消失支持此诊断。(《诊断学》第7版 P131)

9. 答案: (2005)

【解析】正常肺组织叩诊音是清音;肝脏、心脏部位的胸部叩诊时可出现浊音以及实音;在胃泡区叩诊为鼓音。过清音见于肺气肿时,是一种病理状态,正常青年人胸部不会出现此音。(《诊断学》第7版 P121, 123)

10. 答案: (2005)

【解析】语音震颤的强弱取决于气管、支气管是否通畅,胸壁传导是否良好。阻塞性肺气肿时肺泡内含气量过多,语音震颤减弱或消失。肺脓肿与空洞型肺结核产生肺内空腔,肺梗死与支气管肺炎有炎症浸润,利于声波传导,语颤增强。(《诊断学》第7版 P119)

11. 答案: (2003, 2005)

【解析】肺部局限性湿啰音,仅提示该部的局部病变,如肺炎、肺结核或支气管扩张等。两侧肺底湿啰音多见于心力衰竭所致的肺淤血和支气管肺炎等。如两肺野布满湿啰音,则多见于急性肺水肿和严重支气管炎。(《诊断学》第7版 P127)

12. 答案: (2005)

【解析】肺源性呼吸困难主要是呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍导致的缺氧和(或)二氧化碳潴留引起,临床上分为吸气性呼吸困难,呼气性呼吸困难和混合性呼吸困难。吸气性呼吸困难见于各种原因引起的喉、气

管、大支气管的狭窄与阻塞,如气管异物。呼气性呼吸困难是由于肺泡弹性减弱和(或)小支气管狭窄阻塞(痉挛或炎症)所致。常见于支气管哮喘、喘息型慢支、阻塞性肺气肿合并感染等。(《诊断学》第7版 P32)

13. (2006)

【解析】二尖瓣狭窄,肺静脉压力升高,肺循环与支气管循环之间形成侧支,在支气管黏膜下层形成支气管静脉曲张,此种血管破裂,咯血量常较多。(《诊断学》第7版 P27)

14. (2006)

【解析】语颤强弱取决于气管、支气管是否通畅,胸壁传导是否良好。语音震颤减弱或消失主要见于:①肺泡内含气量过多,如肺气肿;②支气管阻塞,如阻塞性肺不张;③大量胸腔积液或气胸;④胸膜高度增厚粘连;⑤胸壁皮下气肿。阻塞性肺不张时支气管阻塞致语颤减弱;肺炎、肺梗死时由于肺组织实变使语颤传导良好。(《诊断学》第7版 P119)

15. (2006)

【解析】在肺泡壁松弛,肺泡含气量减少的情况下,如肺炎充血期或消散期,局部叩诊呈现一种兼有浊音和鼓音特点的混合性叩诊音,称为浊鼓音。(《诊断学》第7版 P123)

16. (2006)

【解析】湿啰音系由于吸气时气体通过呼吸道内的分泌物如渗出液、痰液、血液、黏液和脓液等,形成的水泡破裂所产生的声音,故又称水泡音。或认为由于小支气管壁因分泌物粘着而陷闭,当吸气时突然张开重新充气所产生的爆裂音。湿啰音多于吸气时明显,断续而短暂,部位恒定。B、C、D、E均为干啰音特点。(《诊断学》第7版 P126)

17. (2006)

【解析】患者呼气延长,双肺哮鸣者,为呼气性呼吸困难,主要是由于肺泡弹性减弱和(或)小支气管的痉挛或炎症所致。常见于慢性支气管炎(喘息型)、慢性阻塞性肺气肿、支气管哮喘、弥漫性泛细支气管炎等。(《诊断学》第7版 P32)

18.

19.

20.

【解析】(1)语颤减弱或消失见于:①肺泡含气过多:如肺气肿;②气道阻塞:如阻塞性肺不张;③大量胸腔积液或积气;④胸膜高度增厚粘连;⑤胸壁水肿或皮下气肿。(2)语颤增强见于:①肺组织炎性实变:如肺炎球菌肺炎实变期、肺梗死;②肺内巨大空洞:接近胸壁,声波在空洞内共鸣,尤其洞周有炎性浸润,增强声波传导,如空洞性肺结核、肺脓肿。

第三章 心脏

1. (2002, 2003)

【解析】心脏杂音是指在心音与额外心音之外,在心脏收缩或舒张过程中的异常声音。其产生机制:正常血流呈层流状态。在血流加速、异常血流通道、血管管径异常等情况下,可使层流转变为湍流或漩涡而冲击心壁、大血管壁、瓣膜、腱索等使之振动而在相应部位产生杂音。血流速度加快,可出现杂音或使原有杂音增强。(《诊断学》第7版 P143)

2. (2002, 2003)

【解析】奇脉是指吸气时脉搏明显减弱或消失,系左心室搏血量减少所致。当有心脏压塞或心包缩窄时,吸气时一方面由于右心舒张受限,回心血量减少而影响右心排血量,右心室排入肺循环的血量减少,另一方面肺循环受吸气时胸腔负压的影响,肺血管扩张,致使肺静脉回流入左心房血量减少,因而左室排血量也减少。这些因素形成吸气时脉搏减弱,甚至不能触及,故又称“吸停脉”。(《诊断学》第7版 P149)

3. (2002)

【解析】主动脉瓣关闭不全时左心室的舒张期不仅接受

左心房流入的血液,而且接受从主动脉反流的血液,左心室舒张末期容量增加,左心室心搏血量增加,使左心室出现代偿性肥厚和扩张,进而引起左心衰竭,使动脉舒张压降低,脉压增大。(《诊断学》第7版 P154)

4. (2002, 2003)

【解析】①Austin-Flint杂音:重度主动脉瓣关闭不全可以产生心尖部舒张期隆隆样杂音,是在重度主动脉瓣反流患者心尖部闻及的舒张期隆隆样杂音,类似二尖瓣狭窄所致的杂音,但二尖瓣完全正常。60%以上的中重度主动脉瓣反流患者可出现Austin-Flint杂音,但在轻度患者中却很少闻及。②Graham-Steel杂音:肺动脉瓣舒张期杂音,由肺动脉扩张引起的相对性关闭不全所致。主动脉关闭不全时周围血管征常见:随心脏搏动的点头征(DeMusset征)、股动脉枪击音(Traube征)、听诊器轻压股动脉闻及双期杂音(Duroziez征)。(《诊断学》第7版 P147)

5. (2002)

【解析】奇脉常见于心包压塞。大量心包积液或急性心包积液量较大时可以出现急性心包压塞而危及生命。(《诊断学》第7版 P149)

6. 【答案】E (2003)

【解析】交替脉系节律规则而强弱交替的脉搏。一般认为系左室收缩力强弱交替所致是左心衰竭的重要体征。常见于高血压性心脏病、急性心肌梗死和主动脉瓣关闭不全等。水冲脉常见于甲状腺功能亢进、严重贫血、脚气病、主动脉瓣关闭不全、先天性心脏病动脉导管未闭、动静脉瘘等。正常脉波降支发生于心室舒张期，在降支上有一切迹称重搏脉，来源于主动脉瓣关闭，血液由外周向近端折回后又向前，以及主动脉壁弹性回缩，使血流持续流向外周动脉所致。（《诊断学》第7版 P149）

7. 【答案】E (2004)

【解析】震颤为触诊时手掌感到的一种细小震动感，与在猫喉部摸到的呼吸震颤类似，又称猫喘。震颤的发生机制与杂音相同，系血液经狭窄的口径或循异常的方向流动形成涡流造成瓣膜、血管壁或心腔壁震动传至胸壁所致。在一般情况下，震颤见于某些先天性心血管病或狭窄性瓣膜病变，而瓣膜关闭不全时较少有震颤，仅在房室瓣中度关闭不全时可触及震颤震颤是器质性心血管疾病的特征性体征。除右心（三尖瓣及肺动脉瓣）所产生的震颤外，震颤在深呼吸后较易触及。临床上触及震颤均可认为心脏有器质性病变。（《诊断学》第7版 P134）

8. 【答案】A (2004)

【解析】见下表。（《诊断学》第7版 P135）

心前区震颤的临床意义

部位	时相	常见病变
胸骨右缘第2肋间	收缩期	主动脉瓣狭窄
胸骨左缘第2肋间	收缩期	肺动脉瓣狭窄
胸骨左缘第3~4肋间	收缩期	室间隔缺损
胸骨左缘第2肋间	连续性	动脉导管未闭
心尖区	舒张期	二尖瓣狭窄
心尖区	收缩期	重度二尖瓣关闭不全

9. 【答案】E (2004)

【解析】二尖瓣狭窄听诊可闻及局限于心尖区的低调、隆隆样、舒张中晚期递增型杂音，左侧卧位时更明显，这是二尖瓣狭窄最重要而又特征性的体征。二尖瓣关闭不全心尖区可闻及响亮粗糙、音调较高的3/6级以上全收缩期吹风样杂音，向左腋下和左肩胛下区传导。主动脉瓣关闭不全在主动脉瓣第二听诊区可闻及叹气样、递减型、舒张期杂音，向胸骨左下方和心尖区传导，以前倾坐位最易听清。三尖瓣狭窄胸骨左缘第4、5肋间或剑突附近有紧随开瓣音后的，较二尖瓣狭窄杂音弱而短的舒张期隆隆样杂音，伴舒张期震颤。肺动脉瓣狭窄总是合并其他瓣膜损害，临床表现为后者掩盖。（《诊断学》第7版 P152）

10. 【答案】E (2004)

【解析】见下表。（《诊断学》第7版 P133）

心尖搏动移位的常见病理因素

因素	心尖搏动移位	临床常见疾病
心脏因素		
左心室增大	向左下移位	主动脉瓣关闭不全等
右心室增大	向左侧移位	二尖瓣狭窄等
左、右心室增大	向左下移位，伴心浊音界两侧扩大	扩张型心肌病
右位心	心尖搏动位于右侧胸壁	先天性右位心
心外的因素		
纵隔移位	心尖搏动向患侧移位 心尖搏动移向病变对侧	一侧胸膜增厚或肺不张等 一侧胸腔积液或气胸等
横膈移位	心尖搏动向左外侧移位 心尖搏动移向内下，可达第6肋间	大量腹水等，横膈抬高使心脏横位 严重肺气肿等，横膈下移使心脏垂位

11. 【答案】E (2004)

【解析】第一心音强弱不等常见于心房颤动和完全性房室传导阻滞。前者当两次心搏相近时第一心音增强，相距远时则第一心音减弱；后者当心房心室几乎同时收缩时第一心音增强，又称“大炮音”，其机制是当心室收缩正好即刻出现在心房收缩之后（心电图上表现为QRS波接近P波出现），心室在相对未完全舒张和未被血液充分充盈的情况下，二尖瓣位置较低，急速的心室收缩使二尖瓣迅速和有力地关闭使第一心音增强。（《诊断学》第7版 P140）

12. 【答案】E (2002)

【解析】固定分裂指第二心音分裂不受吸气、呼气的影响，第二心音分裂的两个成分时距较固定。固定性第二心音分裂为房缺典型表现。房间隔缺损时，虽然呼气时右心房回心血量有所减少，但由于存在左房向右房的血液分流，右心血流仍然增加，排气时间延长，肺动脉瓣关闭明显延迟，致第二心音分裂；当吸气时，回心血流增加，但右房压力暂时性增高同时造成左向右分流稍减，抵消了吸气导致的右心血流增加的改变，因此其第二心音分裂的时距较固定。（《诊断学》第7版 P141）

13. 【答案】E (2003)

【解析】颈静脉怒张，肝肿大，双下肢压陷性水肿是体循环淤血表现，提示右心衰，右心衰由肺动脉高压所致，常见者有肺心病及二尖瓣狭窄晚期，从备选答案看只能选

C。且由于右心室扩大可在三尖瓣区闻及三尖瓣相对关闭不全的收缩期吹风样杂音。(《诊断学》第7版 P155)

14. (2003)

【解析】二尖瓣狭窄时通过主动脉瓣的血流量减少,故心尖部第二心音不会增强。(《诊断学》第7版 P152)

15. (2006)

【解析】二尖瓣关闭不全时,心尖区可闻及响亮粗糙、音调较高的3/6级以上全收缩期吹风样杂音,杂音向左腋下或左肩胛下传导;后叶损害为主者,杂音向胸骨左缘和心底部传导。第一心音常减弱,第二心音可亢进和分裂。(《诊断学》第7版 P153)

16. (2006)

【解析】主动脉瓣关闭不全时,主动脉瓣第二听诊区可闻及叹气样、递减型、舒张期杂音,向胸骨左下方和心尖区传导,以前倾坐位最易听清。(《诊断学》第7版 P154)

17. (2004)

【解析】心房颤动时心脏听诊第一心音强度变化不定,心律极不规则。当心室率快时可发生脉短绌,原因是许多心室搏动过弱以致未能开启主动脉瓣,或因动脉血压波太小,未能传导至外周动脉。(《内科学》第7版 P195)

18. (2004)

【解析】二尖瓣关闭不全时,心尖区可闻及响亮粗糙、音调较高的3/6级以上全收缩期吹风样杂音,杂音向左腋下或左肩胛下传导;后叶损害为主者,杂音向胸骨左缘和心底部传导。第一心音常减弱,第二心音可亢进和分裂。(《诊断学》第7版 P153)

19. (2001)

【解析】心尖区触及舒张期震颤,最可能的是二尖瓣狭窄,二尖瓣狭窄时心尖区第一心音亢进。(《诊断学》第7版 P135)

20. (2005)

【解析】反常分裂又称逆分裂,指主动脉瓣关闭迟于肺动脉瓣,吸气时分裂变窄,呼气时变宽,见于完全性左束支传导阻滞及主动脉瓣狭窄或重度高血压。肺动脉高压和完全性右束支传导阻滞时,右室排气时间延长,使肺动脉瓣关闭明显延迟,出现通常分裂。固定分裂指第二心音分裂不受吸气、呼气的影响,第二心音分裂的两个成分时距较固定,见于先心病房间隔缺损。(《诊断学》第7版 P140)

21. (2006)

【解析】心悸、心前区不适、头部剧烈搏动感等。在心尖区可闻及舒张中和/或晚期隆隆样杂音(Austin flint杂音)。心脏搏动的点头征(Musset征),双期杂音(Duroziez征),股动脉枪击音(Traube征)是脉压差增大的体征,可见于主动脉瓣关闭不全;视网膜出血时典型者为有白色中心的梭形出血斑,此种白色中心由未成熟的白细胞聚集而成。称为Roth斑。脉短绌是房颤的体征。Ewart征表现为左肩胛下角触诊语颤增强,叩诊浊音,听诊支气管呼吸音,是心包积液的体征。(《诊断学》第7版 P154)

22. (2006)

【解析】超声心动图对诊断心包积液简单易行,迅速可靠。M型或二维超声心动图中均可见液性暗区以确定诊断。(《内科学》第7版 P349)

23. (《诊断学》第7版 P570) (2006)

【解析】心包穿刺抽液量第一次不宜超过200ml,重复抽液可渐增到300~500ml。抽液速度要慢,过快、过多,短期内使大量血回心可导致肺水肿。

24. (2006)

【解析】主动脉瓣狭窄在胸骨右缘第二肋间可闻及3/6级以上收缩期粗糙喷射性杂音呈递增递减型,向颈部传导。主动脉瓣区第二心音减弱,由于左室射血时间延长,可在呼气时间及第二心音逆分裂。因左心室显著肥厚致舒张功能减退,顺应性下降而使心房为增强排气而收缩加强,因此心尖区有时可闻及第四心音。(《诊断学》第7版 P153)

25. (2006)

【解析】中心性发绀一般可分为肺性发绀和心性混合性发绀。发绀型先天性心脏病患者由于心与大血管间存在异常通道,部分静脉血未经过肺的氧合,经异常通道进入体循环。其他选项均属于肺通气和/或换气功能障碍所致发绀。(《诊断学》第7版 P30)

26. (2006)

27. (2006)

28. (2006)

【解析】瘦长体型者(特别是站立或坐位)使横膈下移,心脏呈垂位,心尖搏动移向内下,心尖搏动位于左锁骨中线外第6肋间。

29. (2006)

30. (2006)

31. (2006)

第四章 腹部

1. (2006)

【解析】门脉高压引起的食管胃底静脉曲张破裂可引起

呕血,当出血量较少或在胃内停留时间长,则因血红蛋白与胃酸作用形成酸化正铁血红蛋白,呕吐物可呈咖啡渣

样,为棕褐色。移动性浊音指的是因体位不同而出现腹部浊音区变动的现象,是发现有无腹腔积液的重要检查方法。当腹腔内游离腹水在1000ml以上时,可查出移动性浊音。肝脏病变时可产生移动性浊音。(《诊断学》第7版P38)

2. (2002)

【解析】门静脉系统与腔静脉之间存在许多交通支,门静脉高压时门静脉回流受阻导致这些交通支开放,主要侧支循环为食管和胃底静脉曲张,为门静脉系的胃左、胃短静脉与腔静脉系的奇静脉之间胃底和食管黏膜下静脉开放。门脉高压导致食管胃底静脉曲张和门脉高压性胃病,是肝硬化合并上消化道出血的重要原因。(《诊断学》第7版P179)

3. (2002)

【解析】门脉高压症的手术治疗的目的主要是减低门脉系统压力和消除脾亢。(《诊断学》第7版P149)

4. (2001)

【解析】慢性粒细胞白血病由于脾大而自觉左上腹坠胀感,常以脾大为最显著体征,往往就医时已达脐或脐以下,质地坚实、平滑,无压痛。如果发生脾梗死,则脾区压痛明显,并有摩擦音。肝脏明显肿大较少见。(《内科学》第7版P609)

5. (2006)

【解析】如24h尿量少于100ml,12h完全无尿称为无尿。放大量腹水后,大量水分渗入组织间隙和浆膜腔,血容量减少,肾血流减少,导致肾前性肾衰。(《诊断学》第7版P59)

6. (2006)

【解析】便血颜色可呈鲜红、暗红或黑色。少量出血不造成粪便颜色改变,须经隐血试验才能确定者,称为隐血。消化道每日出血在5ml以下者,无肉眼可见的粪便颜色改变,称为隐血便,隐血便须用隐血试验才能确定,使用抗人血红蛋白单克隆抗体的免疫学检测,可以避免其假阳性。(《诊断学》第7版P39)

7. (2006)

【解析】巨大卵巢囊肿与腹水的鉴别点:①卵巢囊肿时肠管被囊肿压挤至两侧,因此仰卧位时其浊音在腹中部,鼓音区在腹两侧,与腹水不同。②卵巢囊肿的浊音不呈移动性;③尺压试验也可鉴别,即当患者仰卧时,用一硬尺横置于腹壁上,检查者两手将尺下压,如为卵巢囊肿,则腹主动脉的搏动可经囊肿壁传到硬尺,使尺发生节奏性跳动;如为腹水,则搏动不能被传导,硬尺无此种跳动。(《诊断学》第7版P174)

8. (2006)

【解析】一次大量放腹水,腹压急剧降低,大量渗出,有效循环血量迅速减低,引起肾血流量减少。(《诊断学》第7版P59)

9. (2006)

【解析】尿液内含有一定量的红细胞,称为血尿,可呈淡红色云雾状、洗肉水样或混有血凝块。每升尿液中含血量超过1ml,即可出现淡红色,称肉眼血尿。如尿液外观变化不明显,离心沉淀后,镜检时每高倍镜视野红细胞平均>3个,称为镜下血尿。当血红蛋白和肌红蛋白出现于尿中,可使尿液呈浓茶色、红葡萄酒色或酱油色,无沉淀,镜检无红细胞。(《诊断学》第7版P317)(2003)

10. (2005)

【解析】黄疸是由于血清中胆红素升高致使皮肤、黏膜和巩膜发黄的症状和体征。正常血清总胆红素为1.7~17.1 $\mu\text{mol/L}$ (0.1~1mg/dl),胆红素在17.1~34.2 $\mu\text{mol/L}$ (1~2mg/dl),临床不易察觉,称为隐性黄疸,超过34.2 $\mu\text{mol/L}$ (2mg/dl)时出现临床可见黄疸。按病因学分类可分为溶血性黄疸、肝细胞性黄疸、胆汁淤积性黄疸(旧称阻塞性黄疸或梗阻性黄疸)、先天性非溶血性黄疸。阻塞性黄疸时血结合胆红素升高,尿胆红素试验(+),尿胆原(-)。(《诊断学》第7版P50)

11. (2005)

【解析】发热、黄疸、贫血、网织红细胞升高及尿检支持溶贫。食蚕豆后出现溶贫应考虑G-6PD缺乏,高铁血红蛋白还原试验为其筛选试验。(《诊断学》第7版P267)

第五章 神经与四肢

1. (2003)

【解析】中度昏迷表现为对重度疼痛刺激可有反应,防御反射、角膜反射减弱,瞳孔对光反射迟钝,眼球无转动,呼吸、脉搏、血压等生命体征出现轻度变化。腱反射消失。

2. (2006)

【解析】浅昏迷时,对痛刺激和不适体位尚有反应,腱反射和肌张力仍亢进;由于患者不能合作,扑翼样震颤无法引出。深昏迷时,各种反射消失,肌张力降低,瞳孔常散大。可出现阵发性惊厥、踝阵挛和换气过度。脑电图明显异常。

第一部分 专业综合 (下) 疾病

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 慢性阻塞性肺疾病 (COPD)

【考点精讲】

1. 慢性支气管炎

【解析】慢性支气管炎的病因尚不完全清楚,可能是多种因素长期相互作用的结果。①有害气体和有害颗粒,如香烟、烟雾、粉尘、刺激性气体(二氧化硫、二氧化氮、氯气、臭氧等);理化因素如刺激性烟雾、粉尘、大气污染的慢性刺激,可为慢支的诱发因素。②感染因素,病毒、支原体、细菌等感染是慢性支气管炎发生发展的重要原因之一。③免疫、年龄和气候等因素均与慢性支气管炎有关,寒冷空气有利于继发感染,老年人呼吸道容易反复感染。④过敏因素与慢支也有一定关系,喘息型慢性支气管炎患者往往有过敏史。(《内科学》第7版 P60,《病理学》第6版 P168)

2. 肺气肿

【解析】肺气肿治疗目的在于改善呼吸功能。肺气肿时,肺弹性成分大量破坏,肺回缩力减小,弹性阻力减小,顺应性增大,患者表现为呼气困难,会导致肺通气功能降低。改善呼吸功能的主要措施为进行呼吸肌功能锻炼,作腹式呼吸,缩唇深慢呼气,以加强膈肌等呼吸肌的活动,从而改善呼吸肌功能。积极防治婴幼儿和儿童期的呼吸系统感染,可能有助于减少以后 COPD 的发生。祛痰药对痰不易咳出者可应用。有气急症状者可适当应用舒张支气管药物。对明显低氧血症患者,可进行长期家庭氧疗,每天 10~15 小时 1~2L/min 的吸氧,可减轻呼吸困难,延长生存期。(《生理学》第6版 P143 《内科学》第7版 P68)

3. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期

【解析】A、B、C、D、均为慢支急性发作期的治疗措施,控制呼吸道感染为主要措施。感染常见病原菌有流感嗜血杆菌、肺炎链球菌等,治疗上可选用青霉素类(青霉素 G、氨苄西林阿莫西林)、大环内酯类(红霉素、罗红霉素)、氟喹诺酮类(环丙沙星、氧氟沙星)、第一、二代头孢菌素(头孢唑啉、头孢克洛)。重症呼吸道和肺部感染常以革兰阴性感染为主,治疗则选用第三代头孢菌素(头孢曲松、头孢噻肟、头孢他定)。而糖皮质激素是目前治疗支气管哮喘最有效的药物,并多主张采用吸入疗法。

重点关注:慢支并发肺部感染的用药。(《内科学》第7版 P66)

4. 肺动脉高压

【解析】由于肺气肿病变引起肺血管床减少及缺氧致肺动脉痉挛、血管重塑,导致肺动脉高压、右心室肥厚扩大,最终发生右心功能不全

5. 慢性支气管炎急性发作

【解析】慢性支气管炎急性发作患者经广谱抗生素治疗好转后再次发热,口腔有白色念珠菌感染,考虑为继发的二重感染,治疗应选用抗真菌药。红霉素为大环内酯类抗菌药,是支原体、衣原体感染的首选用药,对真菌不敏感;氯霉素对真菌无效;青霉素对真菌无作用;环丙沙星属于喹诺酮类药物,对真菌无效;两性霉素 B 是多烯类抗深部真菌抗生素,目前是治疗深部真菌感染的首选药物。(《药理学》第7版)

6. 慢性阻塞性肺疾病

【解析】慢支的主要临床表现是(咳)嗽、咳(痰)伴(喘)息,咳白色泡沫痰或黏液痰,急(急)性发作伴有细菌感染时咳黄色脓性痰,且咳嗽加重,痰量增加。

7. 慢性阻塞性肺疾病

【解析】当有阻塞性肺气肿时,可见胸廓呈桶状,肋间隙增宽,呼吸动度减弱,语音共振减弱,双肺叩诊呈过清音,肺下界下移,并移动度变小。心浊音界缩小或消失,肝浊音界下移。肺泡呼吸音普遍性减弱,呼气相延长,双肺底仍可听到湿啰音。

考点提示:本题应为诊断学部分题。(《诊断学》第7版 P123)

8. 慢性阻塞性肺疾病

【解析】根据 RV/TLC% 结合肺泡氮浓度测定,对阻塞性通气功能障碍所致肺气肿做判定,一般认为正常 RV/TLC $\leq 35\%$, $>40\%$ 示有肺气肿。(RV 为残气量,即最大呼气末尚存留于肺内不能再呼出的气体量。TLC 为肺总量,即肺所能容纳的最大气体量。肺总量等于肺活量与残气量之和。)慢支大/小气道有明显阻塞时,一秒钟用力呼气容积 (FEV1)/用力肺活量 (FVC) 降低 ($<70\%$)。吸入