



一本引导医考复习方向
和启发命题思路的辅导书。

—— 顾恒

中医执业(含助理)医师 资格考试实践技能过关教程

2010



第四军医大学出版社

“知无涯” 医师资格考试历年考点解析系列丛书——

总主编 顾 恒

中医执业（含助理）医师资格考试 实践技能过关教程

第四军医大学出版社
西 安

内容提要

本书以2009年新版中医类医师资格考试实践技能考核大纲为基础,以历年试题为线索对考点进行解析,为考生复习提供了很好的参考依据。

图书在版编目(CIP)数据

中医执业(含助理)医师资格考试实践技能过关教程/王志丹主编. - 西安:第四军医大学出版社,2010.3
“知无涯”医师资格考试过关教程丛书
ISBN 978-7-81086-766-5

I. 中… II. 王… III. 中医师-资格考核-自学参考资料 IV. R2

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第041921号

中医执业(含助理)医师资格考试实践技能过关教程

主 编:王志丹

责任编辑:朱德强

出版发行:第四军医大学出版社

地 址:西安市长乐西路17号(邮编:710032)

电 话:029-84776765

传 真:029-84776764

网 址:<http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷:北京盛世双龙印刷有限公司

版 次:2010年1月第1版 2010年1月第1次印刷

开 本:850×1168 1/16

印 张:18

字 数:420千字

书 号:ISBN 978-7-81086-766-5/R·666

定 价:57.00元

(版权所有 盗版必究)

(本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换)

盗版举报电话:010-63854589 029-84776769

独辟蹊径

——献给 2010 年考生

颐 恒

本书经过数年实考检验，效果有目共睹。2010 年版邀请王志丹、刘庆贺等老师主笔，融入他们独特的教学理念，把中医技能考核三站与笔试融合为一个整体，取得了非常好的效果。实践证明，使用本书的考生通过率均远远高于全国平均水平，其中的缘由如下：

首先，理念独特。几位老师把中医整体观念融入到教学中，把技能考核三站与笔试融合为一个整体，特别是技能环节必须和综合笔试结合起来。本书 2010 版继续体现这一特色。

其次，切中要害，完全与实考接轨，读完本书后再走进考场绝无陌生之感。对于第一次参加考试的考生而言，拿到一本技能复习用书后哪些该熟练掌握，哪些根本不需要看，心理没底。而本书根本没有废话，列出来的文字就是试卷或口答必须回答的内容。

第三，克服紧张心理至关重要。第二站得分不高并非知识掌握不牢，乃心理紧张之故。不该犯的错误都犯了、考前记得牢牢的知识一进考场就哑口无言、手都不知道往哪里放等等，根本就在于心理紧张。

第四，再次奉劝：尽管只有通过技能考核才有资格参加笔试，但为了取得笔试资格，在技能考核环节以非正常的方式过关，掩耳盗铃的苦果将会在笔试环节吞下。要想达到笔试过关的最终目的，技能环节就必须扎实复习。

笔者从事医师资格考试考前辅导和相关资料的编写工作多年，2008、2009 年是最有收获和突破的一年，从教学理念、教学方法到图书编写思路都有了质的变化，相信 2010 年版新书将以崭新的面目展现给广大考生，对此我们充满信心。

荆棘鸟论坛（www.thornbbs.com）和“颐恒老师医考课堂”（www.yihenglaoshi.com）将广大考生提供全方面的网络支持。

2009 年 12 月于北京颐家公馆

2009 年实践技能考核启示录

顾恒 刘庆贺

2009 年国家对中医类(中医专业和中西医结合专业)医师资格考试大纲实践技能部分进行了较大幅度的调整,更加注重实际操作能力的考核。纵观 2009 年中医类技能考题,我们可以得出以下启示:

第一,调整心态。医师资格考试不是选拔精英,而是为了保证从事或将要从事临床工作的医生具有的平均素质或最低要求,是一种门槛式、准入式要求的考试,整体难度不需畏惧。只是因为考生既往所学或目前工作性质、专业范围等原因,对这种全科式、依据课本有标准答案式的考试有欠缺,所以这也是一个促进我们学习的过程。医生毕竟是一个特殊的行业,设立这样的考试也是国际惯例。拿出一定的时间和精力踏踏实实地学习是过关的最好的方法、也是唯一途径。我们非常愿意为有这种态度的考生负责,本书所有的努力也是为这样的考生服务的。

第二,中医和中西医结合差异较大。中医类资格考试包括中医执业(含师承)、中医执业助理(含师承)、中西医结合执业、中西医结合执业助理四个专业类别,尽管四个专业类别的大纲要求接近,在考试范围、考试侧重和难度上则有各自特色和差别。尤其是 2009 年考题对中医和中西医结合专业要求的差异更大,所以我们从 2010 年开始将中医和中西医结合专业分开编写。由于助理和执业的差异很小,考生可以对照大纲要求复习(附录五),不要做无用功。

第三,侥幸心理万不可存。实践技能三站都是随即抽题,考题涵盖了大纲全部范围,以第一站为例,同时进场的 100 名考生不会有重题。这时候,所谓“重点”、“非重点”毫无意义。在第二、三站中,每个题签上面只有 4~5 个题目,并且每道题目分值都不小,所以押题之类的复习方法很容易走偏。尽管实践技能的考试有运气的成分存在,但我们复习必须做运气最差的打算。

第四,技能和综合笔试越来越一体化。从实践技能和笔试的大纲、历年考题综合比较,不难看出,两者之间重复内容多,只是形式的不同。譬如,中医病症范围的要求与中医内科笔试基本一致;西医病症范围的要求与笔试内容基本相同;针灸穴位的治疗配伍、实验室检查在笔试中同样出现。纵观实践技能考试三站,第一站的病历分析,即围绕主诉问诊的临床思维,第二站的动手操作,第三站的综合提问等等,都在笔试中再次经历。所以我们建议考生一定要将复习时间提前,尽量多、快、好、省的整体解决实践和综合笔试,争取一步到位。这是我们的目标,也希望考生在仔细了解考试内容和自己的欠缺之后,制定出适合自己的备考计划。

第五,对于第一次参加医师考试的考生,建议先把本书的“考场观摩”至少看三遍,揣摩一下实践考试的题目形式、内容和感觉。2009 年中医类技能考题变动较大,最好能找到参加过考试的考生仔细问问怎么考、考什么、考场的现实情况是什么样的,以致入场、抽签、排队、考官等等具体细节,以求能在自己脑子里大概想象出考试的真实情景,建立起一个感性的认识,这样复习起来更有感觉和效果。而且,这种模拟想象能让你在真实考试时保持一种良好状态,不至于出现紧张失忆之类的失误。

一年一度的执业医师考试又拉开序幕了,参加考试就像参加战斗,一本好辅导教材的价值,就像一把好的武器,让你得心应手,事半功倍,能让考生的努力得到最大的回报。而过关之首要全面分析,分析自己的欠缺,分析我们的对手,分析我们的武器。以上五点,就是在考试准备之前,真实的评估自己,认清对手的要求和过关条件,树立起正确的心态,根据自己的实力、时间和精力,制定适宜的计划,并认真实行和完成。

最后,欢迎大家登陆: www.thornbbs.com (荆棘鸟论坛—国内首家医学考试原创论坛)发表自己的见解。

知与能的结合

——关于高效实用本书的建议

顾恒 刘庆贺

对付考试是要动脑子的，绝非单纯的死记硬背。从近两年医师考试真题看，越来越趋向于临床分析问题和解决问题的能力考察，而不是单纯的记忆了。而且，这种能力不仅体现在考试内容的记忆和运用上，同时也体现在考前准备的自我评估、应试策略、复习侧重、记忆方法、时间分配、计划执行等等方面。我们的教学团队所进行的努力，也是如何将这种能力的提高渗入到辅导教材编写和授课中，以求对每个考生做到个性的满足和帮助，这也是不断促使我们努力提高的动力之一。如果本书只是考试内容的罗列，培训只是照本宣科的讲解，那就太没有什么价值和意义了，也不需要我们的存在了。

经过六年执业医师考试的教材编写、考前培训和真题分析，顾恒老师带领的培训和资料编写团队越来越接近医师考试的奥义。本书是多年一线实战的结晶，其唯一目的就是一切围绕实践技能的考试内容，模拟现实考场和考题，抓重点，抓关键，讲历届考生常犯的错误，以求最大程度的帮助考生通过考试。

下面要谈的就是针对实践技能考核特点如何结合本书来安排复习的问题。

第一站，病历书写。

考生若没有住院医师的工作经历，会对病历形式有些陌生，可以先多看下本书“考场观摩”中的标准病历，一定要清楚这站考试时抽完题目之后要写些什么内容。

病历的格式实际就是从搜集信息，到诊断依据、病机分析、鉴别、最终诊断，到治疗。目的是考察考生是否具有临床思维能力，也就是从接触病人、到诊断、到开处方的能力。这是对一个医生最基本的要求。

本书完全依照新大纲提供了大量详细的病历，涵盖了各个考试病症。并且均取材于历年真题，同时，对必写的中医的辨病要点、辨证要点、鉴别、分型、治法方剂，以及西医的病名概念、诊断依据、鉴别和处理原则都做到了具体而不失精炼的概括和讲解。因为该部分内容同时会在第三站的临床答辩中出现，所以我们根据历年真题的汇总和各个病症的特点，针对性的指出了其中的重点和注意事项。总而言之，大纲中的考试内容都可以在本书中找到最清晰、精炼、具体的描述。特别要着重强调的是，本书提供的答案来源于评分标准，不可遗漏。

第一站的关键是诊断。40分（师承35分）中和诊断无关、可以就地取材的内容有5分左右：现病史、既往史、体格检查、实验室检查，按所给病历照抄即可，只要不抄错位置。但主诉、辨病依据、诊断依据、病证鉴别、治疗都和诊断有关，而且是得分的主要所在。中医的证候诊断、病因病机分析、治法虽然和诊断没直接关系，但也会受其影响。所以一定要把握好该疾病的概念特点和诊断依据。由于中医病名多以症状命名，对兼杂出现的症状要辨别主次，同时兼顾西医诊断。

本站考试时间有60分钟，不用太着急。多用心看本书中的规范病历，体会其中的材料总结、规范用语和内容分类，尤其是中医的病因病机分析。要学会如何利用中基、中诊的概念，规范的分析描述，不然即使证候诊断对了，有时还是拿不到或拿不全病因病机分析的分，这种情况并不少见。

另外，考虑到背诵量和考试需要，本部分没有收录方剂的具体药物组成，建议考生根据笔试方剂内容，将方剂背诵提前，对于病症分型中超出大纲要求的方剂，以大纲范围内的方剂为基础进行加减，最大程度地减少背诵量。

第二站，基本操作。

本站分体格检查和西医操作两部分。分值为25分。考察考生的动手操作能力，也是实践技能的特色，是笔试所无法替代的内容。本书尽量多的选取了历年真题，按照大纲要求的内容，全面系统的讲解了体格检查、西医操作和中医操作。复习中需要注意以下几点：

第一，考试不仅要求实际操作到位而且要用语言把相关的内容表达出来。在该站内容复习时，要经常有实战和模拟的想象。虽然本书尽量得把该部分的文字口语化，方便考生表达，但我们还是建议考生阅读时最好读出声来，变成自己习惯的语言表达，同时手脚要比划，就像考试现场一样。这样做，多感官同时信息刺激，更容易记忆，并且和实考情景

相吻合,避免到考场说和做不能统一,或者出现欠缺、不到位、不准确等等。见到考官即成哑巴是历年考生存在的问题。

要注意每道题的细节和注意事项,经常出现考生知道答案,操作也比较熟练,但还是拿不到满意的分数。本书在每项考点下都加注了“考生常见错误、原因及纠正方法”,不仅是参考真题标准答案后的细节提示,也是多名主考官的心得,更是我们多年实践技能培训的经验累积。

有关针灸的考题,包括穴位定位(第二站考核内容)和功能主治(第三站考核内容)。有些是单纯记忆,并不需要动手的,能早点背诵一定要提早安排。这样对综合笔试更有益处。

2010版首次配备操作光盘是本书的最大亮点。西医部分操作完全按照西医的规范进行,采用过程式教学讲解时本套光盘独特之处,有效的解决了考生学习操作时“照葫芦画不成瓢”的问题。如果还需要了解更多详细步骤,敬请登陆:www.yihenglaoshi.com(顾恒老师医考课堂),观看课堂视频讲解。

第三站,临床答辩。

本站包含了病史采集、临床问答和辅助检查临床判读三个方面内容。分值由以前的30分增加到35分。其中必有一道5分的题为检验或影像或心电图内容。

病史采集考察的是问诊能力。题目给出的病历一般是病人的性别、年龄和主诉,要求考生围绕现病史、既往史、家族史、过敏史、烟酒史、生育史等等展开。需要注意的是,问诊是为了进一步了解病情,以便进行鉴别和诊断,具体的问诊内容要围绕主诉展开。要知道,你面对的考官都是临床一线的副主任医师级别以上的医生,问诊不要发散得太过,只需要在专业人士面前显示出思维的逻辑性和问诊的目的性。本书列举了多组病史采集真题及答案,并且进行了清晰明了的分类,若能根据采集要点仔细揣摩,体会其中各细目的内容规律,10分的题拿到7分以上应无大碍。

临床问答实际是第一站病历书写的延伸,因为摆脱了病历格式的要求,所以内容范围比第一站要更广阔些。考生在这个项目的准备上,以本书第一站中各病症的要点为首要基础,然后通过本书第三站临床问答下的分组真题进行扩展、变化和增进。这两方面的结合,是我们总结出的最妥善的方法了。这也是为什么我们提出实践技能考试要和笔试联系在一起、整体筹划的原因。对中西医病症的了解和掌握,从第一站到第三站,然后到笔试,以致作为对一个合格临床医生的要求,都是必须的。而且,这一站是问答题,和笔试的选择题,难度高了几个等级的。

辅助检查涉及到西医的诊断依据,在本书的附录中均可了解到其临床意义并进行相应的背诵。

知与能的完善结合是保障成功的两只手,缺一不可。本书编写过程中也融入了这个理念,一方面,保证本书全面覆盖大纲要求的知识点,并尽力进行提炼,在编排中做到条目、内容清晰明了,希望最大程度减少考生的记忆量。另一方面,全部真题讲解,最大程度贴近真实的考试,并且配合各章节的辅导讲义、重点提示、注意事项、考官点睛、考生常见错误分析和纠正等等形式,真正解决考生切实存在的疑问和盲目,给考生以最有力的支持和帮助。

考试的顺利通过是老师、教材和考生共同努力的结果,本书汇聚了一批培训第一线老师的多年心血,就让我们用此书作为对广大考生的最大支持,祝福考生,善用此书,多思考,用心准备必能顺利通过考试!

解读技能考试大纲

2009 版大纲，中医执业医师与助理医师考核整体内容基本一致，只是难度略有区别。

一、考试内容

第一站：辨证论治

提供一个病例资料，要求考生完成病历书写、辨证分析（病因、病机、病位、病性）、中医类证鉴别（助理医师不要求），西医诊断依据、中医治法、方药（方名、药物剂量、煎服法等）、中医调护内容或必要的诊疗计划内容。

对于病历书写涉及到的内容，执业医师考核范围有中医病症有 53 个，西医病种有 49 个；助理医师考核范围有中医病症有 46 个，西医病种有 42 个，其中以内科为主，增加了妇科、外科、骨科的病种，其中骨科的病名中医西医使用一样的名称。请考生注意本书附录的考试大纲。

第二站：基本操作

(1) 体格检查（内科基本体格检查）

(2) 中医基本操作 1

中医操作 2

(3) 西医基本操作

第二站操作部分，体格检查是一致的，要求考生会熟练进行体格检查。并努力做到规范。执业医师针灸内容要掌握 80 个穴位的定位、主治病症、刺灸方法，掌握 14 个临床上常见的急症针灸技术操作，在这里注意，除了针对病名的治疗原则和穴位外，还要知道这些病症辨证分型后的治疗原则和取穴。助理医师掌握的穴位数与执业医师一样，急症针刺技术涉及 11 个病种。其他针灸操作要求一样。拔罐技术、推拿技术执业医师与助理医师要求一样，在推拿操作中除了掌握手法外，还要针对某些疾病或某些部位会操作。西医操作内容执业医师与助理医师一样，都是 10 个方面的内容，考生应熟练掌握。

第三站：临床答辩

(1) 病史采集；

(2) 中医临床问答；

（师承和确有专长考生要结合其专业进行）

(3) 中西医双重诊断答辩；

(4) 西医临床问题或辅助检查临床判读答辩。

临床答辩中，采集病史要求是一样的，今年考试增加了中西医双重诊断的内容，其实这一项并不难，根据给出的病历说出中医病名、证候名和西医的病名就行了，关键是审题，并正确回答；中医知识题和西医知识题基本相同，要争取回答出来。

二、考试方式

(1) 考生在指定考试地点，随机分别抽取各站考试试题，分别完成各站考试；

(2) 第一站，为书面辨证论治；

(3) 第二站，由考生相互进行体格检查和中医、西医基本操作；

(4) 第三站：现场答辩。

三、考试时间与各站分数有调整

站次	具有规定学历人员 (中医执业、助理)			师承和专长人员 (中医执业、助理)			中西医结合人员 (执业、助理) 考试内容		
	考试内容	考试时间 (分钟)	分数	考试内容	考试时间 (分钟)	分数	考试内容	考试时间 (分钟)	分数
一	辨证论治	60	40	辨证论治	60	35	辨证论治	60	40

站次	具有规定学历人员 (中医执业、助理)			师承和专长人员 (中医执业、助理)			中西医结合人员 (执业、助理) 考试内容		
	考试内容	考试时间 (分钟)	分数	考试内容	考试时间 (分钟)	分数	考试内容	考试时间 (分钟)	分数
二	体格检查	5	7	体格检查	15	7	体格检查	15	10
	中医操作		8	中医操作		8	中医操作		10
	中医操作		8	中医操作		8			
	西医操作		7	西医操作		7	西医操作		10
三	病史采集	15	10	病史采集	15	15	病史采集	10	10
	中医答辩		10	中医答辩		10	中医答辩		10
	中医答辩		10	中医答辩		10	西医答辩		10

四、考试评析

医师资格实践技能考试的具体组织形式和内容分别以《医师资格实践技能考试实施细则(试行)》和《医师资格实践技能考试大纲(试行)》为依据。实践技能考试是评价申请医师、助理医师资格者,是否具备执业所必须的基本技能的考试。基本技能包括实践操作和思辨能力。

实践技能考试采用三站式考试的方式。考区、考点视考生规模设立实践技能考试基地,考生在实践技能考试基地依次通过“三站”接受实践技能的测试。每位考生必须在同一考试基地内完成全部考站的测试。

考生持“医师资格实践技能准考证”应试,并根据准考证上所注携带必需物品(如本人有效身份证、工作服、口罩、帽子以及口腔类所需的离体牙等)。考试基地设候考厅,考生在候考厅等待测试,等待考试过程中不得外出,不得使用任何通讯工具。考试基地设考试引导员,负责引导考生进入每个考站。

医师资格实践技能考试总分为100分,60分合格。

医师资格考试分实践技能考试和医学综合笔试两部分。实践技能考试由国家医学考试中心和国家中医药管理局中医医师资格认证中心统一命题,省级医师资格考试领导小组负责组织实施;医学综合笔试部分采取标准化考试方式并实行全国统一考试,由国家医学考试中心和国家中医药管理局中医医师资格认证中心承担国家一级的具体考试业务工作。

考试分为两级四类,即执业医师和执业助理医师两级,每级分为临床、中医、口腔、公共卫生四类。中医类包括中医、民族医和中西医结合。根据2009年实践技能考试要求,结合新编考试大纲的内容,我们总结特点中医类别执业医师与执业助理医师在病历书写、临床操作、临床答辩中的形式和内容大致相似,执业级别比执业助理级别难度略有增加。在考核中突出了中医知识内容,虽然在病历书写和临床知识答辩中有西医知识,但难度不大,在体格检查和操作中,中医内容和西医知识均为大纲要求考试的内容,但中医操作要求的难度和广度比较高;考生如果中医的知识尤其辨证施治、方剂用药、针灸穴位等掌握不牢,这样的考生通过考试的概率就太低了。

为了弥补考生知识缺陷,我们要求考生在复习中一定要掌握自己报考类别的考纲内容,并认真参照本书内容,将所学知识融会贯通,抓住重点,相互借鉴,这样才能视野开阔,知识全面,就能取得较好的分数。

考场题型和答题说明

一、考场题型

第一站 病历书写

辨证论治题

刘某, 男性, 35 岁, 已婚, 工人, 于 2007 年 3 月 1 日初诊。

患者于 3 天前, 因天气变化, 受凉后而发鼻塞, 流涕, 咳嗽, 咽痛, 骨节酸痛。测 $T38.5^{\circ}\text{C}$, 不出汗, 口不渴, 饮食及二便正常。查体: $T38.5^{\circ}\text{C}$, $P100$ 次/分, $R20$ 次/分, $BP120/80\text{mmHg}$, 神清语利, 精神可, 形体适中, 咽部充血, 扁桃体不大, 心肺(-), 双下肢浮肿, 舌苔薄白而润, 脉浮。化验室检查: 白细胞计数 $1.6 \times 10^9/\text{L}$, 中性 85%, 淋巴 15%。胸部 X 片示: 未见明显异常。

依据上述病例内容, 按住院病例书写要求, 在答题卡上完成书面论治。

中医执业考生: 与水肿鉴别。

第二站 基本操作题

1. 请演示腹部移动性浊音的检查方法。
2. 说出太冲、合谷定位, 主治病症。
3. 如何取寸口脉。
4. 请演示穿手术衣的全过程。

第三站 临床答辩题

1. 简要病史: 男性, 15 岁, 眼睑、颜面浮肿 7 天。

请围绕以上主诉, 口述该患者现病史及相关病史应询问的内容。

2. 阴黄与阳黄如何鉴别。
3. 气胸的 X 线表现。

4. 安某, 男, 71 岁。已婚, 工人。2007 年 11 月 2 日初诊。患者平素体弱, 体倦懒言, 时有胃脘不适, 进食量少。因两天前不慎进油炸食品过量多而出现胃痛加重, 肠鸣, 今日排出柏油色大便 2 次, 伴心悸, 头晕, 面色苍白, 体倦乏力。查体: $T: 36.4^{\circ}\text{C}$, $R: 20$ 次/分, $P: 98$ 次/分, $BP: 90/55\text{mmHg}$, 面色苍白, 上腹部有轻压痛, 肠鸣音亢进。舌淡红, 苔薄白, 脉细弱。血常规: $\text{Hb } 72\text{g/L}$, $\text{RBC } 3.6 \times 10^{12}/\text{L}$, $\text{WBC } 5.9 \times 10^9/\text{L}$, 大便潜血(++++).

请作出本病的中医病症诊断及西医疾病诊断。

二、答题说明

第一站 病历书写

病历书写就是辨证论治。就是给出简易病历, 考生们按病历书写格式进行完成。本部分以考核大纲所要求的中西病种为例, 进行病历书写和病例分析, 这是考试的重点。中医执业医师有中医鉴别诊断, 答题时要按照一般书写格式、中医辨病辨证依据、病因病机分析、中医病证鉴别、西医诊断依据、中医诊断、西医诊断、治法、方药及剂量用法都要书写, 助理医师不考鉴别诊断。

本书分别列举了一个病历, 并参照考试评分要求完成了病历书写, 考生在考试当中应遵循相应的答题模式。因为每个病名的证型较多, 知识面广, 我们同时增加了每个病种的知识考核重点和考官的评价分析, 还有近年的重点证型, 为考生顺利完成好第一站的病历书写打下了良好的基础。

考生常犯的错误如下:

1. 答卷忘记写名字, 心理紧张之故;
2. 对病历的基本判断错误, 如上呼吸道感染误诊为肺炎, 中医鼓胀误诊为积聚;
3. 中医证候诊断不对;
4. 中医治法代表方剂不正确;
5. 中药剂量不对;
6. 字迹太草考官看不清。

第二站 基本操作

第二站考核体格检查和中西医操作,体格检查主要的是西医的内容,所有的考生都要考,中医操作按考试类别不同重点不同,西医操作也有所区别。本书我们系统的介绍了体格检查和中西医操作的重点内容,以考题为目的,引出考核知识和应掌握的操作要点,便于考生掌握,提纲挈领,记忆简单,操作实用。

考生常犯的错误如下:

1. 太紧张忘了操作内容;
2. 模拟检查和操作不认真;
3. 针灸穴位不知道;
4. 不善于边操作边向考官说明操作要点;
5. 不注意举一反三太死板。

第三站 临床答辩

第三站临床答辩考核的重点是病史采集的能力,和中西医基本知识,还有医技检查结果。病史采集要求考生能够根据给出的简要病史,系统的从现病史和相关病史两部分进行正确的问诊,尤其是现病史中,要能根据主诉进行询问:①发病可能的原因和诱因;②各种症状的发生发展变化情况;③伴随症状;④各种检查诊断治疗用药的病史资料。相关病史也不要忽略。虽然问诊的格式和思路一致,但问诊突出的核心不同,本书依据每个病历进行了举例,供考生借鉴。

另一个考核重点是临床知识问答,也就是我们所应掌握的中西医基本知识,我们也进行了举例,并对相关重点内容进行了指导,这部分内容要和病历分析中的辅导内容相结合,新增加了中西医双重诊断,更加贴近临床,符合技能考试要求,也是我们更应该掌握的内容,考试大纲中涉及到的中医、西医病症内容都要看到。在临床答辩中也会问一些针灸穴位的定位和主治内容,考生不必慌张,对针灸穴位而言,第二站考核重点在于会正确取穴,第三站考核重点在于了解相关理论知识。

考生常犯的错误如下:

1. 心理紧张;
2. 采集病史层次不清;
3. 不会按系统应用术语;
4. 基础知识掌握深度不够;
5. 不了解一些化验影像检查的意义;
6. 知识不全面,对内科病历的诊断了解的多,对外科、妇科、儿科的问题回答模糊或诊断错误。

卷面分值与答题注意事项

第一站 辨证论治

执业医师和助理医师所要求的考试内容有所区别，中医执业助理医师不要求对中医病证鉴别，中医执业医师和助理医师均不要求西医鉴别诊断和西医治疗。

本书分别列举了一个病历，并参照考试评分要求完成了病历书写，是考生在考试当中必须遵循的答题模式。因为每个病名的证型较多，知识面广，所以增加了每个病种的知识考核重点和考官的评价分析，为考生顺利完成好第一站的病历书写打下了良好的基础。

本站回答在 60 分钟内完成。

第二站 基本操作

体格检查是所有考生必考的，中医类考生至少二道中医操作题（尤其是针灸操作题），还有西医操作题。

本书系统介绍了体格检查和中、西医操作的基本内容，以考题为目的，引出考核知识和应掌握的操作要点，便于考生掌握，提纲挈领，记忆简单，操作实用。

本站回答在 15 分钟内完成。

第三站 临床答辩

临床答辩考核的重点是病史采集的能力，要求考生能够根据指出的简要病史系统的从现病史和相关病史两部分进行正确的问诊，尤其是现病史中，要能根据主诉进行询问①发病可能的原因和诱因；②出现的可能症状及各种症状的发生发展变化情况；③各种诊疗情况以及诊断与鉴别诊断可借鉴的病史资料；④患者的其他情况，从而掌握疾病发生发展变化的全面情况。

虽然问诊的格式和思路一致，但问诊突出的核心不同，为此我们依据每个病历进行了举例，供考生借鉴。

另一个考核重点是临床知识问答，也就是我们所应掌握的中西医基本知识，我们也进行了举例，并由作者对相关重点内容进行了指导，这部分内容要和病历分析中的辅导内容相结合，更容易掌握。中西医双重诊断题只要求对提供的病历答出中医病名和证候、还有西医病名。要知道常用的理化检查的临床意义和正常值。

本站回答在 15 分钟内完成。

实践技能考场观摩

——2009年试题范例及参考答案

一、中医执业医师

第一站 辨证论治

刘某，女，40岁，已婚，工人。2008年11月9日初诊。

患者素有发作性喘息痰鸣史10年。7天前因气候变冷而突发喘息，喉中痰鸣，胸闷如塞，经中西药治疗，严重喘息已不存在，但仍有轻微喘息，气短，语声低微，自汗畏风，咯痰清稀色白，乏力。T：36.8℃，P：80次/分，R：20次/分，BP：110/70mmHg。神志清楚，面白，气管居中，两肺散在哮鸣间，以呼气为主，无湿啰，心率80次/分，律整，无杂音，双下肢无水肿，舌淡，苔白，脉细弱。血常规：白细胞 $6.7 \times 10^9/L$ ，中性60%，淋巴33%，嗜酸性粒细胞6%。胸片：心肺未见异常。心电图正常。

答题要求：1、根据上述病例摘要，在答题卡上完成书面辨证论治。

2、鉴别诊断请与喘证相鉴别。

考试时间：60分钟

参考答案

中医辨病依据：患者素有发作性喘息痰鸣史10年。7天前因气候变冷而突发喘息，喉中痰鸣，胸闷如塞，但仍有轻微喘息，故为哮病。

中医辨证依据：

患者症见轻微喘息，气短，语声低微，自汗畏风，咯痰清稀色白，乏力。面白，舌淡，苔白，脉细弱，诊断为哮病缓解期，辨证为肺虚证。

病因病机分析：哮病日久，寒痰伤肺，肺气不足，肺气上逆，升降失司故现轻微喘息，气短，语声低微，自汗畏风，咯痰清稀色白，乏力。面白。舌淡，苔白脉细弱肺虚证。

鉴别诊断：

喘证是指由于外感或内伤，导致肺失宣降，肺气上逆或气无所主，肾失摄纳，以致呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧为特征的病证，应与哮病鉴别。喘指气息而言，为呼吸气促困难，甚则张口抬肩，摇身撷肚。哮指声响而言，必见喉中哮鸣有声，有时亦伴有呼吸困难。喘未必兼哮，而哮必兼喘。本患者素有发作性喘息痰鸣史10年。7天前因气候变冷而突发喘息，喉中痰鸣，胸闷如塞，经中西药治疗，严重喘息已不存在，但仍有轻微喘息，故为哮病。

西医诊断依据：

1、发作性喘息痰鸣史10年。7天前因气候变冷而突发喘息，喉中痰鸣。

2、双肺散在哮鸣音，以呼气为主。

3、胸片：心肺膈未见异常，心电图正常。

4、血常规：嗜酸性粒细胞6%。

入院诊断：

中医疾病诊断：哮病 缓解期

中医证候诊断：肺虚证

西医诊断：支气管哮喘

中医治法：补肺固卫

方剂：玉屏风散加味

药物组成、剂量及煎服法：

黄芪10g 炒白术9g 防风10g 党参10g 半夏10g 紫菀15g 冬花15g 五味子10g 炙甘草6g 川贝10g 杏

仁 10g。

三剂，水煎服。日一剂，早晚分服。

第二站 基本操作

一、请演示克匿格征的检查方法。

- 1、患者仰卧，下肢于髌、膝关节处屈曲成直角。
- 2、检查者于膝关节处试行伸直其小腿，如果出现疼痛而伸直受限，大、小腿间夹角小于 135 度，则为阳性。

二、请演示手术区皮肤消毒的全过程。

- 1、先用 2.5% 碘酊棉球或小纱布团以切口为中心向周围皮肤顺序涂擦两遍。
- 2、待干后再用 70% 酒精涂擦 2~3 遍，以充分脱碘。
- 3、消毒范围应包括手术切口周围 15cm 的区域。
- 4、如有腹部手术，可先滴少许碘酊于脐孔，以延长消毒时间。
- 5、消毒步骤应该自上而下，自切口中心向外周，涂擦时应稍用力，方向应一致，不可遗漏空白或自处周返回中心部位。对感染伤口或肛门等处手术，则应自手术区外周向感染伤口或会阴肛门处。

三、请说出心绞痛的治法和气滞血瘀的配穴。

- 1、治法：通阳行气，活血止痛。以手厥阴、手少阴经穴为主。
- 2、气滞血瘀的配穴：血海、太冲。

四、如何操作夹持进针法。

用严格消毒的左手拇、食二指夹住针身下端，将针尖固定在所刺腧穴的皮肤表面位置，右手捻动针柄，将针刺入腧穴。此法适用于长针的进针。

第三站 临床答辩

试题一、患者，男，72 岁，活动后气短、心悸半年，伴下肢浮肿 1 周。

要求：请围绕以上主诉，口述该患者现病史及相关病史应询问的内容。

一、问诊内容

(一) 现病史

- 1、根据主诉了解从发病到就诊前疾病的发生、发展、变化、诊治经过以及相关的鉴别诊断
 - (1) 询问发病时间、起病缓急、病因和诱因；
 - (2) 了解心慌胸闷、下肢浮肿等主要症状的发生、发展、程度及演变情况；
 - (3) 是否有眩晕、痞满、恶心呕吐、小便短少、喘促不能平卧，或形寒肢冷，倦怠乏力等伴随症状？
 - (4) 结合中医十问了解目前疾病的情况。

2、诊疗经过

- (1) 是否到医院诊治？是否做过心电图、24 小时动态心电图、心超等检查？
- (2) 用过何种药物治疗？如何用法？效果如何？

(二) 相关病史

- 1、与该病史相关的病史：泌尿系统感染、系统性红斑狼疮、高血压、冠心病、糖尿病等病史；传染病接触史；
- 2、既往类似病史、家族史、药物食物及其它物质过敏史。

问诊有层次有技巧。

试题二、肝郁气滞证型胁痛的证机概要、治法及代表方剂是什么？

答：证机概要：肝失调达，气机郁滞，络脉失和。

治法：疏肝理气。

代表方剂：柴胡疏肝散。

试题三、请说出心绞痛的主穴并其刺法。

1、主穴：内关 阴郄 膻中。

2、刺法：毫针刺，用泻法。

试题四 中西医双重诊断答辨。

安某，男，71岁。已婚，工人。2007年11月2日初诊。患者平素体弱，体倦懒言，时有胃脘不适，进食量少。因两天前不慎进油炸食品过量多而出现胃痛加重，肠鸣，今日排出柏油色大便2次，伴心悸，头晕。面色苍白，体倦乏力。查体：T：36.4℃，R：20次/分，P：98次/分，BP：90/55mmHg。面色苍白，上腹部有轻压痛，肠鸣音亢进。舌淡红，苔薄白，脉细弱。血常规：Hb 72g/L，RBC $3.6 \times 10^{12}/L$ ，WBC $5.9 \times 10^9/L$ ，大便潜血（++++）。

答：中医疾病诊断：血证 便血

证候诊断：脾不统血证

西医诊断：上消化道出血

二、中医执业助理医师

第一站 辨证论治

（根据给出的病例资料，按住院病例的书写格式完成书面辨证施治）

李某，男，42岁，已婚，干部，于2008年9月4日就诊。

患者3年前因劳累后出现头晕、头重如蒙，休息后逐渐缓解，不伴头痛、呕吐，当时测血压165/100mmHg，间断服用“尼群地平”、“天麻丸”，症状反复发作，血压波动于130~160/80~100mmHg之间，未作系统检查及治疗。6天前患者劳累后再次出现头晕、头重如蒙，恶心、乏力、纳差，未经诊治，症状间断发作，故来诊。现症见：头晕，头重如蒙、恶心、乏力、纳差。既往体健，否认药物过敏史。平素喜食肥甘。查体T：36.2℃，P：81次/分，R：20次/分，BP：170/105mmHg，神志清，体型超力，心界不大，心率81次/分，律齐，上腹部或肾区未闻及血管杂音，舌质淡红，苔白腻，脉滑。头颅CT未见异常，心电图正常。

参考答案

一般资料：李某，男，42岁，干部，于2007年3月4日就诊。

主诉：反复发作头晕、头重3年，复发6天。

现病史：患者3年前因劳累后出现头晕、头重如蒙，休息后逐渐缓解，不伴头痛、呕吐，当时测血压165/100mmHg，间断服用“尼群地平”、“天麻丸”，症状反复发作，血压波动于130~160/80~100mmHg之间，未作系统检查及治疗。6天前患者劳累后再次出现头晕、头重如蒙，恶心、乏力、纳差，未经诊治，症状间断发作，故来诊。现症见：头晕，头重如蒙、恶心、乏力、纳差。

既往史：既往体健。

过敏史：否认药物过敏史。

其他情况：无特殊情况。

体格检查：T：36.2℃，P：81次/分，R：20次/分，BP：170/105mmHg。

整体情况：神清语利，发育正常，营养良好，体型超力，查体合作。舌质淡红，苔白腻，脉滑。

皮肤黏膜：未见异常。

头颈胸腹：头颈未见异常，心界不大，心率81次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音；上腹部或肾区未闻及血管杂音。

脊柱四肢：未见异常

生理反射存在，病理反射未引出。

实验室检查：头颅CT未见异常，心电图正常。

辨病辨证依据：

中医辨病依据：根据患者头晕、头重如蒙，恶心，乏力，纳差等临床表现，可诊断为眩晕。

中医辨证依据：根据患者头晕，头重如蒙，恶心，乏力，纳差，舌质淡红，苔白腻，脉滑，辨为痰湿中阻证。

病因病机分析：患者平素喜食肥甘，复因劳倦，伤于脾胃，健运失司，以致水谷不化，聚湿生痰，痰湿中阻，则清阳不升，浊阴不降，故头晕，头重如蒙；痰浊中阻，脾阳不振，则恶心，食欲不振；苔白腻，脉滑，均为痰湿中阻之象。

西医诊断依据：

1. 反复发作头晕、头重3年，复发6天，由劳累诱发。
2. 查体：体型超力，血压170/105mmHg，心率81次/分，律齐，上腹部或肾区未闻及血管杂音。
3. 实验室检查：头颅CT未见异常，心电图正常。

诊断：

中医诊断：眩晕

痰湿中阻

西医诊断：高血压病（2级，中危）

治法：化痰祛湿，健脾和胃

方药：半夏白术天麻汤加减

半夏15g 陈皮12g 白术15g 苡仁20g 天麻15g 茯苓12g 竹茹12g 郁金12g 大枣6g

服法：水煎服，每日1剂，每次150ml，每日2次。

调护：避免劳累，调畅情志，忌油腻。

第二站 基本操作

试题一、请演示锁骨上淋巴结的触诊。

答：检查锁骨上淋巴结时，让被检查者取坐位或卧位，头部稍向前屈，检查者以左手触诊右侧，右手触诊左侧，由浅部逐渐触摸至锁骨后深部。

正常情况下，淋巴结较小，直径多在0.2~0.5cm之间，质地柔软，表面光滑，与毗邻组织无粘连，不易触及，亦无压痛。发现淋巴结肿大时，应注意其部位、大小、硬度、压痛、活动度、有无粘连。

试题二、演示胸外心脏按压部位、深度和频率。

答：部位 成人和儿童：胸部正中乳头连线水平。婴儿：紧贴乳头连线下方水平。

深度 成人1.5~2英寸；儿童和婴儿约胸廓的1/3~1/2。

频率 约100次/min；

将患者仰卧于硬板床或地上。

胸外心脏按压时抢救者应紧靠患者胸部一侧，将手掌根贴在胸骨下部（胸部正中乳头连线水平），另一手掌叠放在这一只手手背上手指翘起脱离胸壁，也可用两手手指交叉抬手指。

抢救者双肘关节伸直，双肩在患者胸骨上方正中，肩手保持垂直用力向下按压，按压的方向与胸骨垂直每次按压后，手不离开原来位置，放松使胸骨恢复到按压前的位置。

儿童可单掌或双掌按压。婴儿的按压部位在胸骨上两乳头连线与胸骨正中线交界点下一横指，抢救者用中指和无名指按压，不可用力过猛。

试题三、操作合谷穴的定位、并说出主治病症和针刺方法？

答：1、定位：在手背，第1、第2掌骨间，当第2掌骨桡侧中点处。简便取穴法：以一手的拇指指间关节横纹，放在另一手拇指之间的指蹼缘上，当拇指尖下是穴。

2、主治病症：①头痛，目赤肿痛，齿痛，鼻衄，口眼歪斜，耳聋等头面五官诸疾；②发热恶寒等外感病症，热病无汗或多汗；③经闭、滞产等妇产科病症。

3、刺法：直刺0.5~1寸，可灸。

试题四、呕吐的治法，主穴以及泛酸干呕的配穴。

答题要点：1、治法：和胃降逆，理气止呕。以手厥阴、足阳明经穴及相应募穴为主。

- 2、主穴：内关、足三里、中脘。
- 3、操作：足三里平补平泻，内关、中脘用泻法。
- 4、泛酸干呕者，加公孙。

第三站 临床答辩

试题一、患者，女，52岁，心悸失眠，善惊易恐1个月。

答题要求：请围绕以上主诉，口述该患者现病史及相关病史应询问的内容。

一、问诊内容

(一) 现病史

1、根据主诉了解从发病到就诊前疾病的发生、发展、变化、诊治经过以及相关的鉴别诊断

- (1) 询问发病时间、起病缓急、病因和诱因；
- (2) 了解心悸失眠，善惊易恐等主要症状的发生、发展、程度及演变情况；
- (3) 是否有坐卧不安、多梦易惊、恶闻声响、食少纳呆、倦怠乏力等伴随症状？
- (4) 结合中医十问了解目前疾病的情况。

2、诊疗经过

- (1) 是否到医院诊治？是否做过心电图、24小时动态心电图检查？
- (2) 用过何种药物治疗？如何用法？效果如何？

(二) 相关病史

- 1、与该病史相关的病史：上呼吸道感染、病毒性心肌炎、高血压等病史；传染病接触史；
- 2、既往类似病史、家族史、药物食物及其它物质过敏史。

二、问诊技巧

- (一) 条理性好，抓住重点；
- (二) 围绕主诉询问；
- (三) 问诊语言恰当；
- (四) 无暗示性问诊。

试题二、阳黄有哪几个证型？各型的治法是什么？

- 答：1. 热重于湿证，治法：清热通腑，利湿退黄。
2. 湿重于热证，治法：利湿化浊运脾，佐以清热。
3. 肝胆郁热证，治法：疏肝泄热，利胆退黄。
4. 疫毒炽盛证（急黄），治法：清热解毒，凉血开窍。

试题三、水肿如何辨阴水还是阳水？

答：阳水以风邪、疮毒、水湿之邪为主，发病急、病程短，肿势多由眼睑面部开始，自上而下或及全身，肿势皮肤绷紧光亮，按之凹陷即起，可见有表证热证，病属表证属实证。

阴水以饮食劳倦及禀赋不足久病不愈致脾肾亏损为主，发病缓病程长，或由阳水转化，肿由足踝开始，自下而上侵及全身，皮肤松弛按之凹陷不易恢复，伴见脾肾不足证，属里属虚或虚实夹杂。

阳水不愈可转为阴水，阴水复感外邪可呈现阳水的证候，成为本虚标实之证。

试题四、男性。56岁，已婚，工人，2007年11月7日初诊。

患者2天前因受凉出现发热，头痛，鼻塞，流涕。未诊治。今日见恶寒重，发热轻，无汗，头痛，肢节酸重，鼻塞声重。吐痰稀薄色白，就诊。查体：T：36.4℃，P：70次/分，R：20次/分，BP：130/80mmHg。精神可，咽部充血，扁桃体不大，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。舌苔薄白而润，脉浮紧。胸片：心肺未见异常。

请作出中西医双重诊断。

答：诊断：