

颐恒®

2012



“鱼，众所欲也；渔，吾所予也；砥砺求索兼得之道。”

——总主编 颐恒

总主编 颐 恒
主 编 郭雅卿

国家执业医师资格考试 临床助理医师历年考点解析



YZLI0890146890

随书配赠防盗版光盘

购书时请务必索取



第四军医大学出版社

国家执业医师资格考试

临床助理医师历年考点解析

总主编	顾恒		
主 编	郭雅卿		
副主编	李海燕	尹中信	王 宇
	李少春	王 炜	
编 委	郭雅卿	李海燕	尹中信
	王 宁	李少春	王 炜



YZLI0890145890

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

临床助理医师历年考点解析/郭雅卿主编. —西安:第四军医大学出版社, 2012. 1

(国家执业医师资格考试/顾恒主编)

ISBN 978 - 7 - 5662 - 0079 - 2

I. ①临… II. ①郭… III. ①临床医学 - 医师 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 268996 号

临床助理医师历年考点解析

主 编 郭雅卿
责任编辑 王 娥
执行编辑 相国庆
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 陕西金德佳印务有限公司
版 次 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 次印刷
开 本 850 × 1168 1/16
印 张 38.75
字 数 1300 千字
书 号 ISBN 978 - 7 - 5662 - 0079 - 2/R · 951
定 价 69.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

开卷有益——关于 2012 版修订说明与使用方法

颐 恒

正确使用本书乃过关之首要——把习题放在第一位，把教材放在第二位，通过习题来学习、掌握知识是本书 2012 版修订的核心指导思想。否则你会辜负我们教学团队对 2012 版进行的苦心修订！

——致有幸成为本书读者的考生

本书从 2008 年第二版就强调：“千万不要指望原题的重复。”不听劝告的考生因此而吃了大亏，甚至把失败的责任归结到本书——“考到的原题太少、太少了！”因此非常有必要说明 2012 版修订情况。

2012 版是总结了网校 2011 年教学经验之大成而做出的全面更新。将使用多年的“八部学习法”赋予了全新的含义，《历年考点解析》不再单纯是一本练习题了！

先说命题者——当前的命题方向是灵活多变、多考点综合、要求知其然并知其所以然（死记硬背的题少）、极少有原题重复、新考点增加等，考生不调整学习思路肯定是死路一条。

再说考生——其一，被淘汰的 73% 的考生中，新考生连三成都不到，屡考不过者越来越多；其二，工作忙，复习时间少；其三，心浮气躁的社会大环境，容不得考生静心学习。

矛盾一直在比坚固和锋利，考生只有四分之一成为胜利者，怎么办？

唯有改进我们的学习方法，适应出题者的命题思路和要求，于是乎，2012 版开篇将以前随书配赠的《医考讲坛》列入正文，学习方法的介绍、考试命题方向预测、上年原题选登等，把大家带入医考复习的正确轨道。其中要特别注意“八部学习法”的内涵——医考不仅考知识，也体现对一个医生综合素质的考核，包括报名、选购复习用书、制订学习计划、选择辅导老师、改进学习方法、做题等各个方面。接下来，根据 2011 考题的思路和风格，设计了一套“复习前评估测试卷”，一定要测试一遍，不在于当下得多少分，也不在于哪道题的对错，而是培养学习的压力和欲望，将压力变为动力！

至于 2012 版的核心内容——各系统的历年考题和答案、解析的编排也发生了巨变。拿到书你会疑惑：颐恒老师一直坚持认为题紧跟答案会人为割裂思维过程，怎么 2012 版也变成了题和答案解析紧跟了？

那只是你看到了表面。因为老师知道，所谓“指导”“指南”“讲义”，都太厚了，你根本没时间详细看一遍，或者说想仔仔细细看一遍，但在 9 月份之前看不完。既然如此，我们不如干脆撇开那些厚厚的教材，直接从历年考题着手开始复习。假如你从呼吸系统开始复习，翻开书看到第 1 题：“随着抗生素广泛应用，引起细菌性肺炎的病原体最主要的变化是”，有点印象，那就选个答案吧！管它对不对。即使不会也没关系，瞎蒙一个答案总可以吧！随即直接开始看题后面紧跟着的解析，看懂了，答案自然就出来了，每个章节后面有【答案集锦】，还是对一下答案吧，如果答对了，说明这个知识点就已经基本掌握握了；如果答案是乱蒙的，解析也没看懂，那就翻开教材仔细揣摩吧，这时你会发现，《考点解析》的章节、每个知识点标题次序和《综合笔试辅导讲义》是同步的，同样一个章节下的标题，《考点解析》展示的是历年试题，《综合笔试辅导讲义》展示的是知识内容，很容易找到你要钻研的知识点。总之，我们把题放在第一位，把教材放在第二位，通过习题来学习、掌握知识是 2012 版修订的核心指导思想。一道题代表一个或几个知识点，就这样一个知识点一个知识点地突破吧。以前，看完书一做题还是什么都不会的感觉实在太痛苦了。用这种方法试一个章节，你会发现，学习效率高得多。

如果您嫌上面的文字啰唆，请登录我们的网站（www.yihenglaoshi.com）“公告栏”，其中在“导学”课程部分有一段视频，专门介绍“八部学习法”，可助您学习事半功倍。

如果您是网校学员，请务必遵照网校要求的学习方法进行。别自搞一套。

总之，理解了 2012 版修订的核心涵义，离过关就不远了！

目 录

医考讲坛

- 第一讲 医考政策信息须知 (1)
科目比例、题型题量、过关率、报考人数、历年分数线、考题难度
- 第二讲 顾恒老师答考生问 (2)
拨开云雾，方见坦途
- 第三讲 复习方法指南 (5)
2012年全新版“八步复习法”解读
- 第四讲 如何选择复习用书 (6)
推荐用书目录
- 第五讲 透视2011年考题，把握复习方向 (7)
历年真题永远是复习的航标
- 第六讲 感受最新命题思路 (10)
2011年考题选登
- 第七讲 2011年临床执业（助理）考点集锦 (12)
对对你上年的答案就知道亏吃在哪里
- 第八讲 你的学习效率为什么一直低下 (15)
北京医考特训营挖掘你的潜能
- 第九讲 名师导航 (15)
顾恒老师博客美文选登和网校课程介绍

考点解析

- 临床执业医师资格考试复习前评估测试卷（2012） (17)
- 第一部分 基础综合 (41)
- 第一篇 生理学 (41)
- 第二篇 生物化学 (51)
- 第三篇 病理学 (59)
- 第四篇 药理学 (71)
- 第五篇 卫生法规 (89)
- 第六篇 预防医学 (107)
- 第七篇 医学心理学 (121)
- 第八篇 医学伦理学 (138)
- 第二部分 专业综合与实践综合 (148)
- 预备篇 症状与体征 (148)
- 第一篇 呼吸系统 (163)
- 第二篇 心血管系统 (207)

第三篇	消化系统	(238)
第四篇	泌尿系统	(284)
第五篇	女性生殖系统	(308)
第六篇	血液系统	(376)
第七篇	内分泌系统	(386)
第八篇	精神神经系统	(401)
第九篇	运动系统	(436)
第十篇	儿科学	(480)
第十一篇	传染病学与性传播疾病	(557)
第十二篇	其他	(577)
第十三篇	外科总论	(588)
2012 年顾恒老师网校课程介绍		(610)

第一讲 医考政策信息须知

一、总分和题型

助理 总分 300 分, 300 道单项选择题。

执业 总分 600 分, 600 道单项选择题。

二、考试科目及各科分值

临床类包括公共科目、基础科目、临床科目三个版块。

公共科目: 卫生法规、预防医学、医学心理学、医学伦理学, 12% ;

基础科目: 生理、病理、药理、生化、微免 (助理不考), 13% ;

临床科目: 内科、外科、妇产科、儿科, 75% 。

表 1 各系统分值比例如下

	执业	比例	助理分值	比例
呼吸	35 分	6%	20 分	
消化	75 分	12.5%	40 分	
循环	40 分	6.5%	25 分	28.5%
妇产科	62 分	10.3%	31 分	
儿科	58 分	9.7%	29 分	20%
运动	25 分	4%	13 分	
精神	15 分	2.5%	8 分	
神经	20 分	3.5%	12 分	
传染	20 分	3.5%	10 分	
肾脏	20 分	3.5%	10 分	
血液	20 分	3.5%	10 分	
内分泌	10 分	1.8%	5 分	
风湿中毒	10 分	1.8%	5 分	
其他 (含外总)	35 分	6%	17 分	
诊断	5 分	1%	5 分	
基础医学	78 分	13%	30 分	10%
人文 (3 科)	42 分	7%	20 分	6.7%
预防医学	30 分	5%	10 分	3.3%

三、题型

全部采用以选择题为代表的客观型试题。分 A1、A2、A3、A4、B1 五种题型。

四、试题难度

助理级别考核目标为大学专科毕业后取得一年临床经验的水平, 执业级别则为本科毕业后取得一年临床经验的水平。试卷总体难度比例大致为“三基”知识 30%, 知识综合题 50%, 知识应用题 20%。

五、历年分数线和通过率

表 2 2001—2011 年执业医师综合笔试分数线

年 份	04	05	06	07	08	09	10	11
临床执业医师	328	335	360	350	359	345	351	
临床助理医师	168	173	183	180	178	160	170	

表3 历年执业医师实践技能报考人数和通过人数(万人)

年份	2004	2005	2006	2007	2008	2009	10	11
报名	54	66	75	78	79	82	91	100
通过	41	48	55	56	57	58	64	72

表4 历年医师考试综合笔试报考人数(万人)和通过率

年份	04	05	06	07	08	09	10	11
报名	41	48	55	56	57	58	64	72
通过	17	18	19	20	21	22	25	27
通过率(%)	32	30	25	25	25	26	27	27

(注:计算通过率时加入了技能人数)

第二讲 顾恒老师答考生问

1. 辅导书种类多,老师是否可列出一个明确、有效的用书目录?

答:每年因为被辅导书误导的考生确实很普遍,因为信息不对称,考生选择辅导资料时犹如雾里看花。目前医考辅导书由于作者队伍良莠不齐,有的编写者根本没有研究过医考命题,打着所谓“专家”的名义,实际上转包给在读研究生甚至是本科生编写,尤其是习题类辅导书,直接关系到考生的复习的方向。我们教学团队经过8年教学研究,结合考生的实践检验,列出了一个推荐书目(详见第五讲)。尤其介绍了各种辅导书的特点和推荐理由,依照这个推荐用书目录选用,省心省时效果好。

2. 据考过的人反映,近年原题重复率也很低,是不是历年真题没有必要做了?

答:有考试经验者都熟知一个复习秘诀,“历年真题永远是最好的教材”,“只要把握了真题的精髓就找到了考试的命题规律”。这两句话适用于任何考试,医考自然也不例外。至于没有历年考题的重复,只能说明投机心理过重,指望背答案过关,而不是真正去掌握知识。没有历年考题重复也是事实,但考点重复率接近80%。尽管命题思路和方式转变很大,但万变不离其宗。只要灵活掌握了历年真题揭示的考点,把每一项为什么对、为什么错都搞懂,考试过关就不是问题了。医考已经有10个年头了,考点已经出得差不多了,只能重复旧题目的考点。不过需要注意:

(1) 从开考以来,有关部门从来没有发布过历年真题及其答案。尤其是2007年以后的真题还处于严格保密状态,能见到的多是2006年以前的真题。网上所谓的2011、2010、2009“真题”多是考点回忆,由于不是考试原题,无法体会考题设计思路,所以说指导学习的价值并不大。

(2) 答案由作者自行解答,难免出现理解偏差,答案争议在所难免。如:

【考题举例】

男,45岁,推销员,急诊入院,自述半小时前突感气紧、胸闷、心悸、头晕、出汗,自认为生命垂危,要求紧急处理。近1个月来这种情况发生过3次,每次持续0.5~1小时,发病间隙期一切正常,发病与饮食无明显关系。

1. 最大可能的诊断是

- A. 癔症发作 B. 低钾血症 C. 惊恐发作 D. 心肌梗死 E. 癫痫

2. 最有助于鉴别诊断的项目是

- A. 追问起病诱因 B. 心电图 C. 脑电图 D. 血钾测定 E. 脑CT

3. 最适宜的急诊处理是

- A. 输入葡萄糖 B. 补钾 C. 暗示治疗 D. 卡马西平治疗 E. 安定注射

也许考生见到的答案为AAC、CAC等,而实际上本题的正确答案是CBE。

3. 工作太忙,从什么时间开始复习好?以及如何合理安排复习时间?

答:我们一直要求考生及早复习,越早越好。有的人担心复习过早,容易忘记,这种想法是极其幼稚的。

因为医考涉及的知识量大、科目多,假设只花三四个月的时间,基础比较差的考生,可能一遍书都看不完,晚了肯定来不及,被淘汰就理所当然。根据我们的教学体会,最好要保证半年以上的复习时间。我们网校学员成绩表明,早准备的学员通过率都比较高。想在短短两三个月之内搞突击,除非你的基础非常好,比如,在校研究生、一本以上院校刚毕业。

很多考生从5月份才开始复习,往往是从呼吸系统开始,然后循环、消化、内分泌、妇产科、儿科,神经、精神、传染什么的,到复习基础科目的时候,差不多已经是8月底、9月初了,尤其最后70多分的公共科目,基本上就不看书了,随便做几道历年考题算是复习了。这样毫无章法的复习,从一开始就已经注定了结果!我们教学团队对学员的要求是,至少保证4~5个月时间的综合笔试复习,1个月时间的技能。并且每周的复习时间不能少于12个小时。按照每周6天计算,每天要保证2个小时。特别要注意制定复习计划这个环节。建议大家登录我们网络课堂网站(www.yihenglaoshi.com),认真听“导学”部分。

4. 从临床科目开始复习好还是从基础科目开始复习好?

答:我们教学团队经过近8年的教学探索,发现无论从临床科目开始复习还是从基础科目开始复习都是不妥当的。因为从临床科目开始(绝大部分考生的选择),复习不到一半的时候发现前面都快忘光了,还得从头来,其中的缘由就是没有把握疾病的发生发展机制,落入了死记硬背的窠臼;而从基础科目开始复习,为什么多是落榜生的选择,其中的缘由就是他们发现基础分丢得太多了,但真正自己埋头看基础科目的时候,发现不是书中的文字不入脑的问题,而是能否看懂的问题!所以效果都很差。我们教学团队推荐的学习方法是,临床科目和医学基础科目同步进行,预防和人文学科放到最后学。只要翻看我们2012版《临床执业/助理医师综合笔试辅导讲义》,就能体会其中的奥妙。当你学习一个系统时,从解剖、生理开始,然后是病理、药理,最后是临床疾病,一条线下来,效果自然会比基础、临床割裂开学要强得多。

5. 有的科目,比如生化、免疫、统计、精神病等看不懂,怎么办?

答:钻牛角尖等于浪费时间。实在看不懂还不如干脆放弃,相信生化、免疫、统计之类,绝大部分人都头疼。反正都不会,不如腾出点时间学习其他科目。但精神病学不要放弃,只要掌握了其中的关键点,拿分比内、外科要容易得多。这点听过顾恒老师讲课的考生都有体会。

6. 人们都说现在的考题很灵活,是怎么回事?

答:所谓“灵活”,简而言之就是死记硬背的知识少了,基础知识少了,类似“最”“主要”“典型”“常见”等题眼词在考题中很少很少了,取代的是“以上错误的是”“不包括”“哪项处理措施不妥”等逆向思维词。具体地说,包括三种形式,一是多个考点综合;二是紧密结合临床实践;三是逆向思维题比例加大。

举一道考题来说明:

【考题举例】

女,29岁。体重60kg,双下肢臀部及会阴烧伤,有水疱伴疼痛,部分呈黄色,入院后最初8小时的补液量是

- A. 6200ml B. 2800ml C. 3100ml D. 2100ml E. 4200ml

一道题涉及三个考点:烧伤面积的计算,补液总量和前8个小时补一半。

再看紧密结合临床实践,还是举题来说明:

【考题举例】

女,65岁,颈后皮肤红肿7天,初起时为小片皮肤硬肿,3cm×2cm,有多个浓点,随后皮肤肿胀范围增大,出现浸润性水肿,局部疼痛加重,表面皮肤呈紫褐色,范围6cm×5cm,T 38.9℃,来院就诊,拟手术治疗,不正确的处理方法是:

- A. 清除化脓及失活组织 B. 切口应超过病变边缘 C. 不可一期缝合
D. 沿皮纹做一横行切口 C. 切口内可填塞纱布

【考题举例】

发育正常男婴,用牛奶喂养,一般每天应给予8%糖牛奶为600ml,对该男婴还用另补充的给水量是

- A. 200ml B. 250ml C. 300ml D. 100ml E. 200ml

对婴儿配方奶粉的考核,历年都是告诉你孩子多少千克,问需要8%糖牛奶多少、还需要加水多少。而这道题反过来问,得先算出来这个男婴为6kg,然后算出需要水分总量为900ml,最后才能得出300ml这个答案。

这还有一种考题也叫描述性考题,题干中出现类似:“关于……的描述,错误的是”的表述,也是今后

的命题方法之一。面对这样的考题,没有投机取巧的办法。恰恰是考题的灵活性提高了考试的难度,显然,诸如很多考生喜欢的“鼠尿味=苯丙酮尿症”“肘后三角关系正常=肱骨髁上骨折”“通贯手=唐氏综合征”之类的题眼词,在以后的考试中不会有什么实际效果了。

7. 基础科目和人文学科、预防医学等内容实在太多,也很难看懂,怎么复习效果好?

答:除前面提到的生化、免疫、统计等极少数科目外,其他科目绝不可放弃。医学基础科目和人文学科、预防医学一共150分(助理60分),放弃等于要从450分中拿到360分,相当于要答对80%的临床题。恰恰相反,从近两年考题看,还加大了对基础知识的考核,很多临床科目试题涉及的往往是发病机制、用药机制和生理机制等。另外,考题灵活,紧密结合临床,如果有扎实的理论基础,很多题可以分析推导出答案来。正因为如此,我们的辅导课程已经全面改革,加大基础科目的比重。2012版《辅导讲义》更是体现了基础和临床融合的命题思路:在每个系统疾病讲解前先安排解剖、生理、病理、药理的内容。

另外,公共科目占12%,很多人一看内容多,以前又没有学过,就放弃了,这是错误的。其实,公共科目考题难度并不大,我们网校的学员只要认真听课,都能获得一个理想的分数。

8. 我已经“二进宫”了,再不过就要下岗了,想报个辅导班试试,但听有人说辅导班效果并不理想,所谓“保过班”更是都说上当,想听听老师的意见?

答:师傅领进门,修行靠个人。有的培训机构因为办学目的不纯,迎合考生投机取巧心理,搞什么“保过班”,其骗术手段可以说再低劣不过,但仍有很多“二进宫”、“三进宫”考生宁可信其有,不可信其无,指望“万一”,结果只有一种——上当受骗!正规辅导班,比如10天以上的正规面授教学,还有课时更长的网络教学,只要参加就会有收获,比自己蒙头学的效果肯定要好。但从我们教学团队近三年的教学成绩看,网络视频教学的效果要远远高于面授教学,其中的原因就是授课时间长、开课早。

9. 平时工作太忙了,老师能给我们划重点吗?

答:所谓“重点”已经不是秘密。在2012版《顾恒老师医考讲坛课堂笔记》一书中,我们把把常考的知识点单独记录下来,覆盖了80%以上的考点。需要提醒大家的是,现在考题非常灵活,必须真正掌握了这些考点,并能够灵活运用才能确保过关。有关介绍在第五讲推荐用书中。

10. 《历年考题考点解析》《考前过关突破5000题/3000题》《考前评估测试卷》三者是什么关系?可不可以只重点做其中一本?

答:三者是互为补充的关系。《历年考题考点解析》通过考题的形式来揭示1999年以来的考过的知识点,是复习过程中同步练习题的最佳选择,但难免有覆盖不全面或者个别考题过时嫌疑;《考前过关突破5000题/3000题》以最近三年的考题为依据设计,紧跟最新命题动向,对重要考点还着重讲解,但考题难度较大,属于拔高水平的一种练习题,适宜于完成《历年考题考点解析》练习之后,如果一开始复习就使用它作为同步练习用就不合适了;《考前摸底测试卷》则适应于考前1~3周的模拟测试用,达到拾遗补缺的作用。所以三本书没有哪本更重要,而是都应该认真完成,并且按照学习不同阶段使用。

11. 如果选择参加考前辅导班,网络教学和面授教学,哪种方式效果好?

答:老师能够指明复习方向、解答疑惑和指导学习方法,对提高成绩是有一定辅助作用的。但绝不可视之“救星”。老师只能起到“拐杖”和“航灯”的作用,路还需要自己去走。指望老师“画重点、押题”都会失望而归。目前各地举办的辅导班有面授和网络视频两种形式。大家可以根据自己的实际情况,如时间、财力、学习偏好等选择。标准如下:

(1) 有周密的教学计划。一般来说从事过多年教学者组织的辅导,效果要好一些;

(2) 课时充足。面授课堂一般不会超过80课时(10天),而网络教学往往达到200课时以上。从这个角度说,参加网络课堂教学效果要好一些;

(3) 针对性强。某个学科领域的专家不一定是医学考试的辅导行家,和上年考题的思路是否合拍是唯一标准;

(4) 课堂气氛。无论是网络还是面授,听半小时还没有什么收获,纯粹是耽误时间。当然,迎合课堂气氛,那种很热闹的课堂也不会有实质的收获。

从我们网校多年来组织的教学班次来看,按照效果优劣排序如下:特训营>网络视频>短期面授。

为了帮助大家体验各家网校的授课方式,现将国内医考网校的试听地址摘登如下:

卫人网(人民卫生出版社举办) <http://examtraining.hrhexam.com/...ion?dropCityid=1058>

颐恒老师医考讲坛 <http://yihenglaoshi.com/video/>

医学教育网 <http://www.med66.com/asp/wangxiao/yishi/>

环球教育职业在线 <http://www.edu24ol.com/search.asp?word=临床执业医师>

好医生 <http://store.haoyisheng.com/fudao/>

张博士网校 <http://wangxiao.xiehezhangboshi.com/>

文都教育 <http://edu.wendu.com/video/view.aspx?infol=67>

金英杰 <http://wx.jyingjie.com/>

医考通 <http://www.ikaoton.com/>

第三讲 复习方法指南

传统复习套路为：看书→做题→看书→再做题。结果是第一遍复习无论看得多么的扎实，做题还是云里雾里。宝贵的时间就这样白白浪费，并且学了后面忘了前面。2012年，我们教学团队将“八步复习法”赋予了全新的涵义——教学理念全面更新。

第一步 充分准备，周密计划

做好以下10件事：

1. 列好一个详细的学习计划，保证每天学习不少于2小时，每周6天。
2. 调整心态，克服心浮气躁的毛病。世界上从来没有救世主，“买答案”要被骗，“保过”要被忽悠。
3. 至少、至少5月1日前全面进入正规的复习状态。
4. 准备好一套适合自己的辅导书，包括技能教程及光盘、笔试讲义、历年考题、5000题/3000题、模拟试卷等。
5. 先从笔试开始复习，中间穿插技能，绝不是先过技能再看笔试。
6. 临床科目与基础科目（不含公共科目）同步进行。
7. 养成不在习题上做答案的习惯。准备一个错题本，错题至少要做三遍，并且要通过看书或听课把错题涉及的知识点彻底搞懂。
8. 把一章学懂学透了再进行下一个章节，切忌水过地皮湿。
9. 虚心、再虚心接收老师指导。颐恒老师网络视频为首选，自制力差者最好参加北京特训营。
10. 找一个现实中的学习伙伴（不是网络虚拟网友），共同进步，相互监督，局部营造一个浓厚学习氛围。

第二步 开卷评估

启动复习前先进行模拟测试。记住，执业600道题必须在两天内完成。不能停顿，更不能1天完成。助理300道题则必须在1天内完成。

“临床执业医师资格考试复习前专用测试试卷（2012）”和“临床或助理医师资格考试复习前专用测试试卷（2012）”以新考试大纲考核目标为依据，结合最新年考题精心设计，安排在《历年考点解析》一书中。注意以下事项：

1. 独立完成，不要翻书。不会很正常，蒙答案也没关系。
2. 在规定的时间内完成，边做题边体会命题风格是检测的目的。
3. 哪道题的答案纯粹是蒙的，别忘了用“×”做个标记，哪道题是犹豫不决的，用“？”做个标记。这种标记法在以后做任何习题都要用到，因为画“×”、“？”就是你的薄弱环节，提高分数就靠这些错题不再出错。
4. 把直接在书上做答案的习惯改过来，因为所有的题还需要做第二遍。埋怨资料太少、题太少都是因为直接在书上做答案造成的。
5. 完成后评估分数不是主要的，其实在做题的过程中心里就已经有个大概。
6. 测试的目的是评估目前的水平，没必要当即追究每道题的正确答案，因为9月初还要做一遍，到时再追究不迟。

第三步 有计划听视频课程

最好从3月份之前就开始学习,其实只需要坚持每天听1~2个小时就可以,看书的确很枯燥,但听我们的网络,可以保证学习兴趣,特别是要按照网校制订的学习计划进行,比如先听心血管系统,千万别自行其是。听课时,要跟平时上课一样,准备好笔记本,课本(辅导讲义),认真做笔记。没有听懂的地方,退回来再听一遍。一次听完一个病讲解再进行下一步——做题。

第四步 分章节练习考题

听完一个病(一般是一节)的讲解以后,就可以直接做题——《历年考点解析》,而不是研读教材/讲义。因为老师已经把本节当中涉及的绝大部分考点都讲到了。做完题后,你会发现这一章或一节的考点和难点一目了然。遇到不懂之处还可以通过重复听课和研读讲义来解决。

第五步 研读《综合笔试辅导讲义》

你会发现,课似乎听懂了,但《历年考点解析》一书中还有相当一部分考题做不对,有的题还是晕晕乎乎。这时需要结合解析,研读《综合笔试辅导讲义》,甚至再听一遍视频来解决,如果还解决不了,那就到网站“答疑区”咨询吧!

第六步 突破重点难点

从近年考题看,《历年考点解析》难度不够,真题比之要难得多,这时,可以通过《临床执业医师资格考试考前冲刺必练5000题》(助理为3000题)强化,达到牢固掌握。

第七步 整理错题

关注错题、避免再错是提高得分的关键步骤。完成一个学科/系统的复习后,要把以前的错题再做一遍。做题切忌又从头再来,再做前面做好了标记的错题,你会发现,即使当时重点注意了,再做第二遍甚至第三遍,差错照样还很多。

第八步 模拟测试

前七步没有完成前切忌安排模拟测试。安排在考试前两周左右,选择3~4套模拟试卷。可提高10~20分。可以达到拾遗补缺的效果,但关键是要选好一套模拟试卷,第四军医大学版《考前评估测试卷》将在7月份推出。

第四讲 如何选择复习用书

毫无疑问,复习之首要是要选择一套对路的辅导用书,包括大纲、教材(指导/讲义)、习题、模拟试卷等。而核心是教材,目前市面上的指导/指南/讲义等都属于教材类,首先介绍选择教材的标准:

1. 与大纲完全配套,详略得当。从这两年考题看,考点涉及非常细致,那种罗列条条框框方式编写方式因为重点突出很符合考生的口味,但实际上“重点突出”最容易误导考生。

2. 与考题相结合,把握最新命题思路。过来人都有这样的感受:看完一遍书后,一做题发现还是几乎什么都不会,第一遍书好像白看一样。其根本就是对考试命题思路没有把握,复习过于表浅:看到的很少出题,出题的点大多是不在意的!如果重要知识点和难点后面紧跟有代表性的试题,无疑复习效果要得多。

3. 插图、表格等知识总结性内容有助于记忆。如果一本教材,满篇是密密麻麻的文字,估计看不到三页就厌倦了,更谈不上牢固记忆。

如果实在不好把握,最简单的办法就是把所有教材一字排开,找自己感觉学得最好的两个章节对照,觉得哪个适合于你,就选哪个版本,谁的推荐都不听!

结合我们教学团队多年的辅导经验,推荐书目和推荐理由介绍如下:

一、临床实践技能板块

1. 《临床实践技能辅导讲义》 四军医大版

【推荐理由】直接从近年真题切入,围绕考题答案展开,还原技能考场实景,重点突出、针对性强、图文并茂。不同于撒大网式的课本。配套操作光盘独树一帜。是颐恒书系中最精彩的一册。配合免费视频教学更是服务于考生的最好体现。

二、中医/中西医结合实践技能板块

1. 《颐恒老师医考中西医结合/中医实践技能辅导讲义》 四军医大版

【推荐理由】直接从历年真题切入，围绕答案展开，还原技能考场实景，重点突出、针对性强，图文并茂。完全不同于撒大网式的课本。配套操作光盘独树一帜。是颐恒书系中最精彩一部。

三、临床执业医师笔试板块

1. 《临床执业医师/助理医师综合笔试辅导讲义一》 四军医大版

【推荐理由】以近年真题为主线，揭示命题方向，图文并茂。重要考点都配对应道考题，做到考点与考题融合，提高复习效率。

2. 《临床执业医师资格考试历年考点解析》 四军医大版

【推荐理由】“历年真题永远是应对任何考试的最好教材”。体现了贴近实考的要求，揭示命题规律的金标准，解析详尽，反映命题方向。每年都在上年考题的基础上做大幅度更新，反映了最新命题方向和思路。针对近年考试命题已经避开历年真题的重复情况，纠正死记硬背答案的倾向，更突出考点的重要性。

3. 《临床执业考试过关突破 5000 题》 四军医大版

【推荐理由】考题难度与真题非常接近，“很别扭”是做完题后的共同感受。看着容易，一做就错！绝大部分试题配有详细解释文字，可以作为提高分数的好帮手。

4. 《临床执业医师考试考前评估卷》 四军医大版

【推荐理由】全景式考前实考模拟，押题率高。考题难度、考试次序、卷面风格与真题极为接近。

5. 《临床执业医师考试模拟试题精析》 人卫版

【推荐理由】全部内容出自考试命题专家之手，解析到位。

6. 颐恒老师医考讲坛课堂笔记（临床） 四军医大版

【推荐理由】教学精华的体现，随身携带，随时可阅读。

四、临床助理医师笔试板块

1. 《临床执业医师/助理医师综合笔试辅导讲义一》 四军医大版

【推荐理由】以近年真题为主线，揭示命题方向，图文并茂。重要考点都配对应考题，做到考点与考题融合，提高复习效率。

2. 《临床助理医师资格考试历年考点解析》 四军医大版

【推荐理由】“历年真题永远是应对任何考试的最好教材”。体现了贴近实考的要求，揭示命题规律的金标准，解析详尽，反映命题方向。每年都在上年考题的基础上做大幅度更新，反映了最新命题方向和思路。针对近年考试命题已经避开历年真题的重复情况，纠正死记硬背答案的倾向，更突出考点的重要性。

3. 《临床助理考试过关突破 3000 题》 四军医大版

【推荐理由】考题难度与真题非常接近，“很别扭”是做完题后的共同感受。看着容易，一做就错！绝大部分试题配有详细解释文字，可以作为提高分数的好帮手。

4. 《临床助理医师考试考前评估卷》 四军医大版

【推荐理由】全景式考前实考模拟，押题率高。考题难度、考试次序、卷面风格与真题极为接近。

5. 《临床助理医师考试模拟试题精析》 人卫版

【推荐理由】全部出自考试命题专家手笔，解析到位。

6. 颐恒老师医考讲坛课堂笔记（临床） 四军医大版

【推荐理由】教学精华的体现，随身携带，随时可阅读。

第五讲 透视 2011 年考题，把握复习方向

总结 2011 年临床执业（包括助理）医师资格考试，我们教学团队注意到以下几点变化值得关注：

1. 四个单元科目次序再次打乱、一卷多式组卷。
2. 历年原题重复率仍然走低，但考点重复率超过 70%。
3. 秉承灵活多变的命题思路，力求与临床实践接轨。
4. 基础科目与临床科目完全融合，认为基础科目分值降低是对考试命题方向的莫大误解。
5. 整体难度与上年持平并略有增加。

把握了以上复习方向,对我们应对2012年医考命题就指明了复习的航标。

重要提示: 本文将列举大量考题来说明命题思路,如果只是关注那些考题你是否能做对,那阅读本文的目的就本末倒置了。

本讲【考题举例】答案参见本书“2012年考前评估测试卷第四单元”。

第一,秉承灵活多变的命题思路,力求与临床实践接轨——今后命题的大方向。

【考题举例】

1. 男,31岁。因低热、咳嗽、痰中带血1月余,诊断左上肺结核,现正规抗结核治疗(2HRZE/4HR)已4个月,近1周末纳差,肝功能检查示ALT较正常升高4倍,此时应采取的最佳措施是

- A. 加用护肝药 B. 停抗结核药物 C. 改用HE+链霉素
D. 改用HE+对氨基水杨酸 E. 改用HE+左氧氟沙星

类似这种完全来自临床实践的考题,靠死记硬背教材,简直不可想象。很多考生反映考题偏、难,本质是脱离临床实践,机械背书、呆板做题的缘故。以致考点重复N次,转换一种问法,你还是不会答题。老师曾见到一位上年考生介绍经验:“难产处理不好记,历年基本上剖宫产是正确答案”。事实恰恰相反,目前临床一线专家一直对居高不下的剖宫产持反对观点,假若你是命题专家,会编出一道剖宫产为处理结果的题来吗?

针对这一大方向,我们教学团队的建议是注意积累。平时处理病人时,联想到考试会如何考,积累并记录下来。曾建议过几名学员这样做,都取得了良好的效果。

第二,考题灵活,要求考生知其然并知其所以然——学懂才能做对题。

【考题举例】

2. 室间隔缺损及动脉导管未闭的患儿喉返神经受压迫出现的声音嘶哑,最可能的原因是

- A. 肺动脉显著扩张 B. 左、右心室扩张 C. 左心室扩大 D. 右心室扩大 E. 右心房扩大

其实这道题和2009年、2010年考题完全是一个考点的重复。

【考题举例】

3. 室间隔缺损时不会出现的改变是(2009、2010)

- A. 左室增大 B. 右房增大 C. 右室增大 D. 肺动脉凸出 E. 左心房增大

为什么说这两道题是完全是一样的?!也许考生对室缺的X线表现只记住了左、右室均增大,也许考过两次,终于记住了是右心房不会增大。但是由于没有牢固掌握先心病的血流动力学原理,考题改为室间隔缺损及动脉导管未闭的患儿喉返神经受压迫出现的声音嘶哑的原因,照样只是望题兴叹而已!何况这种题何止三、五十道!记得我们网校一位学员考完后来信说:“能否做对这种题一下就把考生分成了三六九等。”

显然,以后考试通过的唯一途径就是真才实学,绝非投机取巧。死记硬背诸如“肘后三角关系正常=肘髁上骨折”“通贯手=唐氏综合征”之类的题眼词,可以肯定,得分将永远在合格线下徘徊。

第三,历年原题重复率仍然走低,但考点重复率超过70%——陷阱无限!

【考题举例】

4. 下列恶性肿瘤中应用化疗疗效最好的是

- A. 肾母细胞瘤 B. 肝癌 C. 子宫内膜癌 D. 睾丸精原细胞瘤 E. 肾癌

2011年考题非常出乎意料,有接近10%的考题基本上是历年原题的重复,但更多的是历年考点的重复,但就是这种重复,很多考生掉进了命题人的大陷阱。比如上题,很多考生顺手就选了肾母细胞瘤,因为题太熟悉了。可考完一翻书就后悔不迭——怎么又错了!所以,我们教学团队建议考生研读《历年考点解析》时一定要注意,我们的书名叫《历年考点解析》而不是《历年真题解析》。我们网校公布了考题答案,如果你是2011年考生,只要登录网站 www.yihenglaoshi.com 后,进入“综合笔试资源区”就可以浏览到,你会发现,掉进了陷阱可能还不知道!

第四,基础与临床完全融合,认为基础科目分值降低是对考试命题方向的莫大误解。

【考题举例】

5. 男,83岁。近20年来间断餐后上腹不适,暖气,无反酸。胃镜示胃体黏膜皱襞明显减少,红白相间,以白为主。该患者胃黏膜分泌功能的主要变化可能是

- A. 胃泌素减少 B. 碳酸氢盐增加 C. 内因子增加 D. 胃酸减少 E. 胃蛋白酶原增加

6. 男, 45岁, 发现HBsAg阳性10余年, 间断ALT异常, 乏力, 双下肢水肿2年, 查体: 肝掌阳性, 前胸可见散在数颗蜘蛛痣, 血ALb 28g/L, 最可能存在的特征性肝脏组织学病理改变是:

- A. 肝细胞脂肪样变 B. 肝细胞气球样变 C. 假小叶形成
D. 桥接坏死 E. 肝细胞碎片状坏死

7. 男, 36岁, 间断上腹痛5年, 空腹时出现, 餐后缓解, 查¹³C尿素呼气试验阳性, 最适合该患者的用于联合治疗方案的药物是

- A. 颠茄 B. 甲氧米胍 C. 法莫替丁 D. 铝碳酸镁 E. 奥美拉唑

8. 男, 42岁乏力低热3个月, 咳嗽, 咳痰, 体重下降。用青霉素、环丙沙星治疗3周症状无缓解, 有静脉吸毒史2年, 查体: 消瘦、颌下及腋下多个肿大淋巴结, 胸部X线示: 间质性肺炎。该患者所患疾病可能的病原体是

- A. 真菌 B. 病毒 C. 支原体 D. 衣原体 E. 细菌

上述4道考题, 分别属于生理、病理、药理和微生物考题, 出现在执业考试的第四单元。正因为都是病例题, 才造成了考生的莫大误解, 这几道题恰恰反映了考试命题的新思路——基础与临床融合。为了适应这一命题思路, 我们教学团队在2010就开始着手教学模式的改革, 所以大家可以看到, 无论是面授还是网络课堂, 尤其是网络课堂, 基础科目所占的课时比例远远超过大纲要求的13%, 并且在教学中要求老师结合临床实践讲授。2012版《临床执业/助理医师综合笔试辅导讲义》独特之处也在于此——将基础和临床全面融合, 每个系统都是从解剖、生理、病理、药理开始, 奠定好基础以后再进入临床各种疾病的临床表现、诊断和治疗。

第五, 预防医学与人文学科万万不可放弃——25%的分值照样需要用心和方法。

【考题举例】

9. 某学者对某社区进行有关吸烟与肺癌研究, 选择了不吸烟1306名, 少量吸烟1255, 中等吸烟1951名, 大量吸烟400名, 随访观察10年, 然后比较各组肺癌情况, 这种研究称

- A. 病例对照 B. 实验研究 C. 生态学研究 D. 现况调查 E. 队列研究

10. 麻醉药品的处方保存

- A. 3年 B. 5年 C. 2年 D. 1年 E. 4年

11. 把病人的健康放在首位, 切实为病人谋利益, 符合的医学伦理学原则的是

- A. 不伤害原则 B. 公益原则 C. 尊重原则 D. 有利原则 E. 公正原则

根据最新大纲考核要求, 预防医学分值比例占5% (30/15分), 相当于呼吸系统的分值。人文学科占7% (助理占5%), 合计12% (72分), 基本相当于呼吸系统+心血管系统的分值。很多考生因为时间计划的原因, 到最后无可奈何地用做一些历年考题的方法代替复习。结果可想而知, 所以每年成绩报告分析表明, 预防和人文学科的得分率跟基础医学差不多。

有意思的是, 考前2周, 我们网校众多学员纳闷, 做最后一套模拟试卷怎么会突然比前两套要多考20多分, 考题整体难度并没有变化呀! 其中的原因就是最后学习了人文学科和预防医学, 学到了很多以前只能靠蒙答案的知识。比如, 考题举例9, 病例对照、队列研究和实验研究研究, 每年必考, 只要把握了病例对照—寻找病因、队列研究—病因明确, 探寻结果、实验研究—比较疗效, 无论考题怎么出, 答案都一目了然。比如, 考题举例10, 只要记住“麻3精2”, 肯定又多得1分。考题举例11, 如果你没有学懂医学伦理学的四项基本原则概念的真实内涵, 选D (有利原则) 就再正常不过了——这就是只看字面意思、乱蒙答案的结果!

以上几点看法是通过研究2011年考题总结出来的几点看法, 结合我们教学团队多年教学体会, 提出以下建议:

1. 复习应及早开始, 过了5月份再动手, 多半又是重复昨天的故事。
2. 工作忙只是提前找理由, 只要合理规划, 并每天坚持, 过关并没有传言的那么难。
3. 八部学习法是我们教学团队多年研究并经过实践检验的一套完整复习方法, 效果与传统复习法有本质区别, 按照其步骤复习, 半月以后自有不同感受。请参照《医考讲坛》(网校可以免费下载和浏览)。
4. 复习用书要慎重选择。我们教学团队推荐的辅导用书目代表近年考生的经验和教训。
5. 使用本书前, 专用测试卷的成绩代表当前的基础, 考前再测结果则是真实水平的反映。
6. 模拟测试须在全面系统复习完成后 (大概8月下旬以后) 再进行, 切不可拔苗助长。所谓“押题试卷”只是针对考点和命题思路接近真题, 不可死背答案和指望押中原题。

7. 无论是否选择参加考前辅导班, 请登录我们的视频网站 (www.yihenglaoshi.com), 听完我们教学团队精心开办的免费“导学班”后, 定有意外之收获。

第六讲 感受最新命题思路

1. 心室颤动导致不可逆性脑损害, 其发作至少持续

- A. 1~3 分钟 B. 7~9 分钟 C. 30 秒 D. 4~6 分钟 E. 10 分钟

2. 右心感染性心内膜炎最常见的栓塞部位是

- A. 肺动脉 B. 冠状动脉 C. 肾动脉 D. 大脑中动脉 E. 下肢动脉

3. 慢性阻塞性肺疾病急性发作最常见的原因是

- A. 空气污染 B. 感染 C. 过敏 D. 治疗不规律 E. 气候变化

4. 成人重度肥胖是指体重超过正常体重

- A. 40% B. 20% C. 50% D. 10% E. 30%

5. 下列疾病中, 最容易并发骨筋膜室综合征的是

- A. 肩关节后脱位 B. 桡骨远端骨折 C. 股骨干骨折 D. 肱骨髁上骨折 E. 髋关节后脱位

6. 肩关节脱位时, 肱骨头最容易脱出的方向是

- A. 外侧 B. 前方 C. 内侧 D. 上方 E. 后方

7. 骨折切开复位比闭合复位的最大优点是

- A. 制动时间缩短 B. 降低感染风险 C. 达到解剖复位 D. 缩短骨折愈合时间 E. 减少骨折部位创伤

8. 拾物试验阳性见于

- A. 肩关节结核 B. 踝关节结核 C. 髋关节结核 D. 膝关节结核 E. 腰椎结核

9. 关于第 3 心音, 正确的描述是

- A. 性质清脆 B. 在心尖部外侧听诊最清楚 C. 正常成人均可闻及
D. 产生于舒张晚期 E. 音调低

10. 血源性肺脓肿最常见的病原体是

- A. 流感嗜血杆菌 B. 肺炎克雷白杆菌 C. 肺炎链球菌 D. 铜绿假单胞菌 E. 金黄色葡萄球菌

11. 下列属于输注血小板禁忌证的是

- A. 骨髓造血功能衰竭 B. 血小板功能障碍 C. 血小板减少患者手术前输注血小板
D. 血栓性血小板减少性紫癜 E. 大量输血所致的稀释性血小板减少

12. 心脏骤停最重要的诊断依据是

- A. 桡动脉搏动消失 B. 手足抽搐 C. 心音消失 D. 呼吸断续 E. 呼之不应

13. 胫骨平台骨折, 最容易引起的并发症是

- A. 骨筋膜室综合征 B. 缺血性骨坏死 C. 骨化性肌炎 D. 骨折不愈合 E. 创伤性关节炎

14. 治疗社区获得性肺炎时, 可覆盖非典型病原体的抗生素是

- A. 头孢菌素类 B. 糖肽类 C. 青霉素类 D. 大环内酯类 E. 氨基糖苷类

15. 常见后纵隔肿瘤是

- A. 脂肪瘤 B. 神经源性肿瘤 C. 淋巴瘤 D. 胸腺瘤 E. 畸胎瘤

16. 下列属于糖尿病自主神经病变表现的是

- A. 直立性低血压 B. 动眼神经麻痹 C. 肌张力减低 D. 共济失调 E. 肢端感觉异常

17. 关于骨软骨瘤临床表现的叙述, 正确的是

- A. 一般无症状, 生长缓慢的骨性突起 B. 肿物与周围界线不清 C. X 线检查可见骨膜反应
D. 肿块明显, 皮肤有静脉怒张 E. 生长较快, 伴明显疼痛

18. 肺炎病原体最不见的入侵途径是

- A. 血性播散 B. 邻近部位蔓延 C. 定植菌误吸 D. 飞沫吸入 E. 淋巴道感染

19. 桡骨头半脱位常用的处理方法是

- A. 切开复位, 内固定
D. 切开复位, 外固定
- B. 手法复位, 石膏外固定
E. 手法复位, 三角巾悬吊
- C. 手法复位, 无须制动固定
20. 治疗顽固性心力衰竭首先进行的处理是
A. 做血液超滤
D. 静脉应用血管扩张剂
- B. 是用非洋地黄类强心药
E. 寻找病因
- C. 联合应用利尿剂
21. 下列疾病中, 最可能于凌晨反复出现咳嗽和气短症状的是
A. 慢性肺脓肿
B. 慢性支气管炎
C. 支气管哮喘
D. 肺结核
E. 支气管扩张
22. 现已被公认的诊断支气管扩张的主要方法是
A. 肺功能
B. 支气管造影
C. 肺组织病理
D. 支气管镜
E. HRCT
23. 体检发现单侧肺底部湿性啰音, 且长期固定存在的情况最常见于
A. 支气管扩张
B. 慢性阻塞性肺疾病
C. 心力衰竭
D. 肺结核
E. 特发性肺纤维化
24. 左心房增大合并明显肺动脉高压时心界呈
A. 普大形
B. 三角烧瓶形
C. 球形
D. 梨形
E. 靴形
25. 原发性甲状腺功能减退症血中升高的是
A. TT_3
B. FT_3
C. TRAb
D. rT_3
E. TSH
26. 提示室性心动过速的特征性心电图改变是
A. QRS 波群电交替
B. 室性融合波
C. P 波与 QRS 波群传导比例为 1:2
D. QRS 波群至逆传 P 波的时间 ≤ 0.01 秒
E. 心动过速由房性期前收缩诱发
27. 肺血栓栓塞症的继发性病理因素中属于独立因素的是
A. 创伤
B. 年龄
C. 骨折
D. 口服避孕药
E. 肿瘤家族史
28. 染色体检查结果为 (15; 17) 的白血病类型是
A. AML - M3
B. AML - M2
C. CML
D. AML - M5
E. ALL
29. 控制中枢性尿崩症多尿的药物首选
A. 氯磺丙脲
B. 垂体后叶素
C. 鞣酸加压素
D. 去氨加压素
E. 氢氯噻嗪
30. 胸骨左缘第 3 肋间舒张期叹气样杂音见于
A. 二尖瓣关闭不全
B. 主动脉瓣关闭不全
C. 主动脉瓣狭窄
D. 肺动脉瓣狭窄
E. 二尖瓣狭窄
31. 急性心肌梗死时肌肉注射哌替啶的单次用量为
A. 50 ~ 100mg
B. 20 ~ 40mg
C. 160 ~ 200mg
D. 110 ~ 150mg
E. 5 ~ 10mg
32. 区分 1 型和 2 型糖尿病最有意义的检查是
A. 血酮体水平测定
B. 血浆胰岛素水平测定
C. 糖化血红蛋白测定
D. 口服葡萄糖耐量试验
E. 糖尿病相关抗体测定
33. 女孩, 1 岁。发现心脏杂音半年。查体: 发育、营养较差, 无发绀, 胸骨第 2、3 肋间可闻及 2~3 级收缩期杂音。P₂ 亢进、分裂。肺、腹无异常。胸部 X 线片示: 右心房、右心室增大, 肺动脉段凸出, 肺野充血, 课件“肺门误导”。最可能的初步诊断是
A. 肺动脉狭窄
B. 房间隔缺损
C. 室间隔缺损
D. 法洛四联症
E. 动脉导管未闭
34. 对糖尿病患者进行术前准备, 说法正确的是
A. 禁食患者需维持血糖轻度升高状态
B. 能以饮食控制病情者还需应用降糖药
C. 口服长效降糖药者需在术前一天停药
D. 酮症酸中毒患者无需处理, 可接受急诊手术
E. 平时应用胰岛素者, 术晨不能停用
35. 对糖尿病患者进行术前准备, 说法正确的是
A. 禁食患者需维持血糖轻度升高状态
B. 能以饮食控制病情者还需应用降糖药
C. 口服长效降糖药者需在术前一天停药
D. 酮症酸中毒患者无需处理, 可接受急诊手术
E. 平时应用胰岛素者, 术晨不能停用
36. 下列哪项不是冠心病的危险因素
A. 饮酒
B. 血脂
C. 吸烟
D. 性别
E. 年龄
37. 室颤导致不可逆损害, 其发作至少持续