

颐恒®

颐恒网校名师讲堂



主编 颐恒 等

临床执业医师综合笔试 辅导讲义(上)

中国  广播电视出版社
CHINA RADIO & TELEVISION PUBLISHING HOUSE

颐恒网校名师讲堂

临床执业医师综合笔试辅导讲义

主 编	颐 恒	郭雅卿	王 宇
副主编	马慧荣	李少春	李海燕
编 者	尹中信	张亚敏	赵志强
	刘秀坤	刘萌萌	张 俊
	孟红波	王 炜	石少慧
	苗春旭	吕 剑	李 力

图书在版编目 (CIP) 数据

临床执业医师综合笔试辅导讲义: 全 2 册/顾恒等
主编. —北京: 中国广播电视出版社, 2014. 1
(顾恒网校名师讲堂)
ISBN 978-7-5043-7023-5

I. ①临… II. ①顾… 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 (2013) 第 253108 号

责任编辑 毛冬梅
封面设计 李博研
责任校对 毛冬梅

临床执业医师综合笔试辅导讲义

主 编 顾恒 等
出版发行 中国广播电视出版社
电 话 010-86093580 010-86093583
社 址 北京市西城区真武庙二条 9 号
邮 编 100045
网 址 www.crtpt.com.cn
电子信箱 crtpt8@sina.com

经 销 全国各地新华书店
印 刷 保定铭泰达印刷有限公司

开 本 850 毫米×1197 毫米 1/16
字 数 2565 (千) 字
印 张 109.5
版 次 2014 年 1 月第 1 版 2014 年 1 月第 1 次印刷
印 数 1~5000 册

书 号 ISBN 978-7-5043-7023-5
定 价 260 元 (全 2 册)

(版权所有 翻印必究·印装有误 负责调换)

众里寻她千百度，蓦然回首，吾依旧

——2014 开篇寄语——

最新版《临床执业/助理医师综合笔试辅导讲义》映入眼帘，我们就会发现出版社怎么换了？别担心！这不是重点，仅是网校发展战略调整的一个环节，重要的是依旧是原来的教学团队，依旧是各位老师的辛勤教学。但2014年是网校大变革的一年，全部体现在这套辅导书上，重点有以下变化：

1. 加入了全部2013年考试真题；
2. 根据本科第8版教材更新了众多内容；
3. 在贯彻大纲的前提下，融入了网校多年的教学理念，把基础与临床完全彻底融合；
4. 双色印刷，装帧精美，一册在手，赏心悦目；
5. 图文并茂，临床与基础并重。

医考越来越趋向于考察临床分析问题和解决问题的能力，而不是单纯的记忆。而且对于考生而言，这种能力不仅体现在知识的记忆和运用上，同时也体现在对考前准备、自我评估、应试策略、复习侧重、记忆方法、时间分配、计划执行等等综合能力上。如果只是把考试内容从教材摘抄过来，考前辅导只是照本宣科，那就没有存活的意义，也不需要我们辅导老师的存在了。

我们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和考前辅导教学之中，以求对每位考生做到个性的满足与帮助，这更是促使我们教学团队不断努力，提高的动力。

至于如何把本书的作用真正发挥出来，建议广大考生还是登录网校官方网站：www.yihenglaoshi.com，听老师的视频讲解。毕竟文字表达的内涵远非口传心授所及。

顾恒

2013年12月4日于北京

使用本书注意事项

“辅导讲义”即传统意义上的教材或指导、指南，尽管放心使用，不过需要注意，本书有以下特点：

1. 为贯彻新大纲考核要求，在力争不遗漏考点的基础上，除帮助理解记忆外，原则上不增加考纲之外的内容。
2. 为帮助考生理解，增加了发病机制、用药机制内容，不一定考到，但对理解、记忆大有帮助，这也是本书厚达 1700 页的原因。
3. 为帮助考生领略医考命题思路，绝大部分考点之下都罗列一二个有代表性的考题，也是避免书读两遍，一做题还是两眼发黑的现象发生。
4. 为帮助记忆，对容易混淆的内容穿插了大量对比性的表格，还有解剖、生理、病理等插图，图文并茂既可帮助记忆，更可提高阅读兴趣。

针对上述特点，使用本书时注意以下事项：

1. 参加面授的同学最好通读一遍教材后再进入课堂，带着问题来上课，效果才有保证。
2. 参加视频课堂(www.yihenglaoshi.com)的同学，务必把重点内容熟练后再进入视频课堂学习。边听课、边做笔记(我们网络课堂的电脑屏幕上不显示授课讲义，懂得教育学基本原理者都知道展示讲义的后果)，听完一章或一节，24 小时内必须配套使用《临床执业医师历年考点解析与解题思路》进行巩固性练习，否则 80% 的内容又丢之脑后。
3. 讲义中的习题一定要先独立思考，哪怕是蒙答案，也要先给出一个后再去对答案。
4. 完全靠自我复习的考生请按照“八步学习法”进行，效果会好一些。
5. 如发现书中有差错，请通过以下方式告知老师，以帮助更多的同伴，老师在此先表示感谢。

E-mail: 395032584@qq.com

手机短信: 13785232158 (只收短信，谢绝来电)

目 录

上 册

拥医道之缜密, 秉四季之幻化, 寻颐恒之桃花源——2013 年考题感悟录	(1)
圆梦颐恒网校	(3)

第一部分 基础医学

医学基础科目表面看分值降低了, 而实际上是与临床科目融合, “知其然, 还要知其所以然” 是目前命题大方向。所以要加大基础科目和人文学科的复习力度。为此, 颐恒老师医考讲坛专为考生开设了一堂复习方法指导课, 登录网校: www.yihenglaoshi.com 即可免费下载到。听完以后或许会有“听君一席话, 胜读十年书”之感!

第一篇 生理学

第一章 细胞的基本功能 (见心血管系统相关章节)	(7)
第二章 血液 (见血液系统相关章节)	(7)
第三章 血液循环 (见心血管系统相关章节)	(7)
第四章 呼吸 (见呼吸系统相关章节)	(7)
第五章 消化和吸收 (见消化系统相关章节)	(7)
第六章 能量代谢和体温 (能量代谢见内分泌相关章节、体温见症状部分)	(7)
第七章 尿的生成和排出 (见泌尿系统相关章节)	(7)
第八章 神经系统的功能 (见神经系统相关章节)	(7)
第九章 内分泌 (见内分泌系统相关章节)	(7)
第十章 生殖 (见泌尿和女性生殖系统相关章节)	(7)

第二篇 生物化学

第一章 蛋白质的结构与功能	(8)
第二章 核酸的结构与功能	(11)
第三章 酶	(15)
第四章 糖代谢	(20)
第五章 生物氧化	(25)
第六章 脂类代谢	(28)
第七章 氨基酸代谢	(33)
第八章 核苷酸代谢	(38)
第九章 遗传信息的传递	(40)
第十章 蛋白质的生物合成	(45)
第十一章 基因表达调控	(47)
第十二章 信息物质、受体与信号转导	(51)
第十三章 重组 DNA 技术	(54)
第十四章 癌基因与抑癌基因	(57)
第十五章 血液生化	(58)

第十六章 肝胆生化	(60)
第十七章 维生素	(63)
 第三篇 病理学	(65)
第一章 细胞、组织的适应、损伤和修复	(65)
第二章 局部血液循环障碍	(73)
第三章 炎症	(80)
第四章 肿瘤 (见外科总论相关章节)	(85)
第五章 心血管系统疾病 (见心血管系统相关章节)	(85)
第六章 呼吸系统疾病 (见呼吸系统相关章节)	(85)
第七章 消化系统疾病 (见消化系统相关章节)	(85)
第八章 泌尿系统疾病 (见泌尿系统相关章节)	(85)
第九章 内分泌系统疾病 (见内分泌系统相关章节)	(85)
第十章 自身免疫性疾病 (见其他相关章节)	(85)
第十一章 乳腺及女性生殖系统疾病 (见其他—乳腺疾病及妇产科相关章节)	(85)
第十二章 常见传染病及寄生虫病 (见传染病与性传播疾病相关章节)	(85)
第十三章 艾滋病、性传播疾病 (见传染病与性传播疾病相关章节)	(86)
第十四章 淋巴造血系统疾病 (见血液系统相关章节)	(86)
 第四篇 药理学	(87)
第一章 药物效应动力学	(87)
第二章 药物代谢动力学	(89)
第三章 胆碱受体激动药	(91)
第四章 抗胆碱酯酶药和胆碱酯酶复活药	(93)
第五章 M 胆碱受体阻断药	(95)
第六章 肾上腺素受体激动药	(97)
第七章 肾上腺素受体阻断药	(100)
第八章 局部麻醉药	(103)
第九章 镇静催眠药 (见神经系统相关章节)	(104)
第十章 抗癫痫药和抗惊厥药 (见神经系统相关章节)	(104)
第十一章 抗帕金森病药 (见神经系统相关章节)	(104)
第十二章 抗精神失常药 (见精神系统相关章节)	(104)
第十三章 镇痛药	(104)
第十四章 解热镇痛抗炎药	(107)
第十五章 钙拮抗药 (见心血管系统相关章节)	(108)
第十六章 抗心律失常药 (见心血管系统相关章节)	(108)
第十七章 治疗充血性心力衰竭的药物 (见心血管系统相关章节)	(109)
第十八章 抗心绞痛药 (见心血管系统相关章节)	(109)
第十九章 抗动脉粥样硬化药 (见心血管系统相关章节)	(109)
第二十章 抗高血压药 (见心血管系统相关章节)	(109)
第二十一章 利尿药 (见心血管系统相关章节)	(109)
第二十二章 作用于血液及造血器官的药物 (见血液系统相关章节)	(109)
第二十三章 组胺受体阻断药 (见消化系统相关章节)	(109)
第二十四章 作用于呼吸系统的药物 (见呼吸系统相关章节)	(109)
第二十五章 作用于消化系统的药物 (见消化系统相关章节)	(109)

第二十六章 肾上腺皮质激素类药物 (见内分泌系统相关章节)	(109)
第二十七章 甲状腺激素和抗甲状腺素药 (见内分泌系统相关章节)	(109)
第二十八章 胰岛素和口服降血糖药 (见内分泌系统相关章节)	(109)
第二十九章 β -内酰胺类抗生素	(110)
第三十章 大环内酯类及林可霉素类抗生素	(112)
第三十一章 氨基苷类抗生素	(113)
第三十二章 四环素类及氯霉素	(115)
第三十三章 人工合成的抗菌药	(116)
第三十四章 抗真菌药和抗病毒药	(119)
第三十五章 抗结核病药 (见传染病与性传播疾病相关章节)	(119)
第三十六章 抗疟药 (见传染病与性传播疾病相关章节)	(119)
第三十七章 抗恶性肿瘤药	(120)
第五篇 医学微生物学	(123)
第一章 微生物的基本概念	(123)
第二章 细菌的形态与结构	(123)
第三章 细菌的生理	(127)
第四章 消毒与灭菌	(129)
第五章 噬菌体	(131)
第六章 细菌的遗传与变异	(131)
第七章 细菌的感染与免疫	(132)
第八章 细菌感染的检验方法与防治原则	(136)
第九章 病原性球菌	(137)
第十章 肠道杆菌	(141)
第十一章 弧菌属	(143)
第十二章 厌氧性细菌	(144)
第十三章 棒状杆菌属	(146)
第十四章 分枝杆菌属	(147)
第十五章 放线菌属和奴卡菌属	(148)
第十六章 动物源性细菌	(148)
第十七章 其他细菌	(150)
第十八章 支原体	(153)
第十九章 立克次体	(154)
第二十章 衣原体	(155)
第二十一章 螺旋体	(156)
第二十二章 真菌	(158)
第二十三章 病毒的基本性状	(160)
第二十四章 病毒的感染和免疫	(161)
第二十五章 病毒感染的检查方法	(164)
第二十六章 呼吸道病毒	(165)
第二十七章 肠道病毒	(167)
第二十八章 肝炎病毒	(169)
第二十九章 黄病毒	(173)
第三十章 出血热病毒	(174)
第三十一章 疱疹病毒	(175)

第三十二章 逆转录病毒·····	(176)
第三十三章 其他病毒·····	(178)
第三十四章 亚病毒·····	(179)
第六篇 医学免疫学 ·····	(180)
第一章 绪论·····	(180)
第二章 抗原·····	(181)
第三章 免疫器官·····	(184)
第四章 免疫细胞·····	(185)
第五章 免疫球蛋白·····	(188)
第六章 补体系统·····	(191)
第七章 细胞因子·····	(193)
第八章 白细胞分化抗原和粘附分子·····	(196)
第九章 主要组织相容性复合体及其编码分子·····	(197)
第十章 免疫应答·····	(199)
第十一章 黏膜免疫·····	(201)
第十二章 免疫耐受·····	(202)
第十三章 抗感染免疫·····	(204)
第十四章 超敏反应·····	(205)
第十五章 自身免疫和自身免疫性疾病·····	(208)
第十六章 免疫缺陷病·····	(210)
第十七章 肿瘤免疫·····	(211)
第十八章 移植免疫·····	(213)
第十九章 免疫学检测技术·····	(215)
第二十章 免疫学防治·····	(217)
 第二部分 人文医学	
第七篇 医学心理学 ·····	(221)
第一章 绪论·····	(221)
第二章 心理学基础·····	(223)
第三章 心理卫生·····	(236)
第四章 心身疾病·····	(238)
第五章 心理评估·····	(242)
第六章 心理治疗·····	(247)
第七章 医患关系·····	(254)
第八章 患者心理问题·····	(256)
 第八篇 医学伦理学 ·····	(260)
第一章 绪论·····	(260)
第二章 医学伦理学的规范体系·····	(262)
第三章 医疗活动中的人际关系道德·····	(265)
第四章 临床诊疗实践道德·····	(268)

第五章 临终关怀和死亡伦理·····	(271)
第六章 公共卫生道德·····	(274)
第七章 医学科研道德·····	(275)
第八章 医学高科技伦理·····	(276)
第九章 医务人员的医学伦理素质的养成与行为规范·····	(282)
第九篇 卫生法规·····	(285)
第一章 绪论·····	(285)
第二章 公共卫生法·····	(286)
第三章 医疗法·····	(299)
第四章 药事法·····	(337)

第三部分 预防医学

第十篇 预防医学·····	(353)
第一章 绪论·····	(353)
第二章 医学统计学方法·····	(354)
第三章 流行病学原理与方法·····	(367)
第四章 临床预防服务·····	(384)
第五章 社区公共卫生·····	(400)
第六章 卫生服务体系与卫生管理·····	(418)

第四部分 临床医学

呼吸、消化、循环是复习的重点,三大系统分值比例达 25%;妇产科、儿科各占 10%,历年平均得分率还不如三大系统;一些所谓“小科目”,如传染病、神经病、精神病加起来本身占到了 8%,但给考生的感觉可远远不止这个数字,只是因为不会的考题太多;泌尿系统中的肾炎病理分型、血液系统中的白血病分型、内分泌系统中的甲亢、运动系统的骨折损伤处理从来都是学习的难点,更是历年必考的重点,必须攻克;外总更是外科的主线,水电解质紊乱、输血、感染、烧伤哪年都得出上将近 20 分的考题。

第十一篇 全身症状与体征·····	(425)
第十二篇(上) 呼吸系统——基础·····	(437)
第一章 呼吸系统的解剖概要·····	(437)
第二章 呼吸系统生理学·····	(438)
第三章 呼吸系统病理学·····	(443)
第四章 呼吸系统临床药理·····	(450)
第五章 呼吸系统症状与体征·····	(452)
第十二篇(下) 呼吸系统——疾病·····	(468)
第六章 肺炎·····	(468)
第七章 肺脓肿·····	(483)

第八章 肺结核	(487)
第九章 支气管扩张症	(494)
第十章 支气管哮喘	(498)
第十一章 慢性阻塞性肺疾病	(506)
第十二章 肺动脉高压与肺源性心脏病	(512)
第十三章 肺血栓栓塞症	(517)
第十四章 肺癌	(522)
第十五章 呼吸衰竭	(526)
第十六章 急性呼吸窘迫综合征与多器官功能障碍综合征	(534)
第十七章 胸腔积液、脓胸	(538)
第十八章 气胸、血胸	(547)
第十九章 肋骨骨折	(551)
第二十章 原发性纵隔肿瘤	(553)
 第十三篇(上) 心血管系统——基础	(555)
第一章 心血管系统解剖	(555)
第二章 细胞的基本功能和心血管生理	(558)
第一单元 细胞的基本功能	(558)
第二单元 心血管生理	(564)
第三章 心血管病理	(575)
第四章 心血管药理	(580)
(一) 钙拮抗药	(580)
(二) 抗心律失常药	(582)
(三) 治疗充血性心力衰竭的药物	(584)
(四) 抗心绞痛药	(588)
(五) 抗动脉粥样硬化药	(590)
(六) 抗高血压药	(591)
(七) 利尿药	(595)
第五章 心血管系统症状与体征	(599)
第六章 心电图回顾	(614)
 第十三篇(下) 心血管系统——临床	(615)
第七章 急性心包炎	(615)
第八章 心肌疾病	(618)
第九章 感染性心内膜炎	(625)
第十章 心脏瓣膜病	(630)
第十一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(645)
第十二章 高血压	(670)
第十三章 周围血管疾病	(682)
第十四章 心律失常	(691)
第十五章 心脏骤停	(708)
第十六章 心力衰竭	(713)
 第十四篇(上) 消化系统——基础	(724)
第一章 消化系统解剖	(724)

第二章 消化系统生理学.....	(724)
第三章 消化系统病理.....	(731)
第四章 消化系统临床药理.....	(738)
第五章 消化系统常见临床症状与体征.....	(740)
 第十四篇(下) 消化系统——临床.....	(763)
第六章 食管、胃、十二指肠疾病.....	(763)
第七章 肝脏疾病.....	(784)
第八章 胆道疾病.....	(807)
第九章 胰腺疾病.....	(814)
第十章 肠道疾病.....	(822)
第十一章 阑尾炎.....	(846)
第十二章 直肠肛管疾病.....	(850)
第十三章 消化道大出血.....	(856)
第十四章 腹膜炎.....	(863)
第十五章 腹外疝.....	(871)
第十六章 腹部损伤.....	(876)

拥医道之缜密,秉四季之幻化,寻颐恒之桃花源

——2013 年考题感悟录

2013 年医考一结束,随便问一个考生:“今年考题感觉如何?”几乎都会这样回答:“难度不小”“太活了”!为什么给考生留下这样的感觉?

记得考前授课,因为授课模式的更新,有不少学员很不适应,因为一道题讲完了,老师就是不告诉你那道题的答案是什么,为此遭到很多同学的误解。为此,老师反复强调这句话:“当你们看到今年考题就知道了为什么要这样讲课!依照那种传统的授课模式,你们会傻眼的!”事实已经证明,2013 年考题不再是考知识内容,更是考我们的临床思维能力。

如何体现的呢?来看一道题:

【考题举例】

(1~2 题共用题干)

男孩,9 岁。不规则发热 40 天。查体:皮肤黏膜少许出血点,肝脾中度肿大,浅表淋巴结轻度肿大。精神差,无头痛及呕吐。脑膜刺激征及病理反射阴性。无黑便和腹泻。Hb50g/L,外周血白细胞、血小板、红细胞计数均明显降低,未发现异常细胞。

1. 该患者最可能的诊断是

A. 缺铁性贫血 B. 失血性贫血 C. 溶血性贫血 D. 急性白血病 E. 再生障碍性贫血

2. 确诊该疾病的检查是

A. 血清铁 B. 血压 C. Coombs 实验 D. 骨髓涂片 E. Rou's 实验

临床思维程序解析如下:

对于疾病的诊断,首先应从临床特点中选取 1 条或 2 条最重要、客观又便于鉴别的症状为出发点进行鉴别诊断。从正面分析,找出能全面合理解释该病例每一个临床特点的疾病。另外,还应从侧面分析,排除有关类似疾病,从而得出可能性最大的诊断。本病例中,以贫血作为诊断的出发点比较恰当合理,病例既有贫血症状,又有贫血的实验室证据。因为发热和肝脾肿大涉及到的疾病很多,鉴别意义不大。

从贫血出发进一步分析,贫血按照病因分为失血性、溶血性和红细胞生成低下三类。该病例有发热、肝脾和淋巴结肿大,无明显失血,故可基本排除失血性贫血。患儿发热、皮肤黏膜出血点、白细胞和血小板降低,不能用常见的溶血性贫血解释。患儿年龄较长,无明显营养缺乏史,而贫血程度较重,所以营养性贫血可能性不大。因有肝脾和淋巴结肿大可以排除再生障碍性贫血。基于以上考虑,诊断急性白血病比较合理。因为符合急性白血病基本症状:发热、贫血、皮肤黏膜出血点和肝脾和淋巴结肿大。骨髓涂片检查可以确诊。

临床上遇到的多数病例,大多数可以提出正面诊断,然后与类似疾病相鉴别,做出可靠诊断。同时,诊断要力求完整,不仅要做出主要诊断,而且要做出合并疾病的诊断。还应定出疾病分期,如急性期、慢性期、恢复期、后遗症期和严重程度。有并发症的病例应做出并发症的诊断。因为疾病分期、严重程度、类型、并发症的诊断与治疗 and 预后直接关系。比如,上述病例的完整诊断应为急性淋巴细胞白血病 L1 型。

从上述考题可以看出,执业医师资格考试答题就是考核临床思维过程。考试命题越来越和临床实践相接近。病例题大量增加(即 A2、A3/A4 型题由以前的 34% 增加到 44%)只是表面,更主要的是题干设计的内容直接来源于临床一线,备选答案更是要求临床如何做,就得如何答,并且还必须懂得为什么这么处理。这就要求我们必须把课本上的知识真正学会了,而且能够构建一套完整的临床思维体系,把知识灵活运用到临床实践中,才有可能把题作对。

近年来为什么多之又多的考生在分数线以下并不远的地方屡次徘徊(据统计,差及格线 20 分以内者占 67%),

其原因就在于过分强调并一味死记硬背所谓的“重点”, 复习的广度和深度没有达到新大纲的考核要求, 未建立完整的知识体系, 培养正确的临床思维模式。假如不明白这一点, 再考 N 回, 结果都一样。而我们网校从 2011 年开始, 就注重临床与基础兼顾的教学方式, 培养学员建立正确的临床思维模式。

因为这一点太重要了, 但很多考生还是无法理解当前的考题怎么会考到临床思维的?

我们来回顾一下临床思维程序: 采集病史→初步诊断→针对性检查→排除(鉴别诊断)→确诊→选择合理的治疗方案。而考题就是围绕这些步骤来设计的, 每一步都有很大的出题空间。比如病史采集, 涉及到症状和体征, 视、触、叩、听四步检查, 不要以为这是技能考试的内容, 综合笔试也是考查重点, 类似“干性胸膜炎呼吸音出现……”之类的考题, 谁又不头痛呢! 再比如初步诊断, 遇到“最可能的诊断是……”, 考查的就是鉴别诊断的基本功, 再比如针对性的检查, 无非是“首选的检查、确诊的检查”等容易混淆的内容, “急性坏死性胰腺炎首选的检查和确诊的检查是?” 几乎年年考类似问题。在分析、综合的基础上, 排除相关疾病, 然后确诊, 即对疾病的诊断和鉴别诊断能力直接体现出医师水平和能力高低, 这一步是考察医师思维能力的核心。在 2013 年的试卷中体现得淋漓尽致。我们再举道考题来体会一下, 应考思维模式与临床思维模式那点点很细微的差异。

【考题举例】

3. 男孩, 2 岁, 自幼咳嗽、气急, 生长发育落后。查体: 胸骨左缘上方可闻及收缩期杂音。心导管检查发现肺动脉血氧含量高于右心室。最可能的诊断是

- A. 肺动脉狭窄 B. 房间隔缺损 C. 肺动脉高压 D. 法洛四联症 E. 动脉导管未闭

表面看, 这道题只是一道症状鉴别诊断的考题, 但本质上是考察考生基础是否牢固、临床思维是否缜密, 首先要根据基本症状——咳嗽、气急, 生长发育落后; 体征——心脏杂音, 展开临床思维, 得出一个初步的诊断。第一步, 整体考虑, 根据题干, 该患儿的主要症状和体征, 与之相关的疾病主要有:

1. 肺动脉狭窄
2. 房间隔缺损
3. 动脉导管未闭
4. 法洛四联症

第二步, 鉴别诊断, 一一排除。根据题干提供的进一步检查, “心导管检查发现肺动脉血氧含量高于右心室”, 根据心脏血流动力学原理(如图 1), 正常情况下肺动脉血来自右心室, 含氧量应该是相等的, 既然肺动脉血氧含量高于右心室, 说明肺动脉有另外的一条通道接收来自主动脉的动脉血, 导致血氧含量增高, 而肺动脉狭窄、房间隔缺损、法洛四联症, 无另外通道, 故肺动脉的血氧含量不会发生变化, 因此本患者应诊断为动脉导管未闭。

类似考题, 也许感觉着不难, 乃至很多考生走出考场时还感觉挺不错, 自行估分 360/180 (及格线) 以上没问题, 但结果却往往大跌眼镜, 其缘由在于不是通过全面、严密的分析综合等逻辑思维得出的答案, 而是根据死记硬背的几个关键词去匹配结果。

实考反映难, 那为何我们的学员反映不难。这正是因为我们的教学团队给医考辅导教学乃至整个医学课堂引入了全新的理念, 听过我们授课的学员, 体会最深的莫过于“听君一席话, 胜读十年书”, 枯燥的医学课堂同样可以享受到快乐——收获知识的快乐!

“拥医道之缜密, 秉四季之幻化, 寻颐恒之桃花源。”

有志者, 和我们一起来享受这份快乐吧!

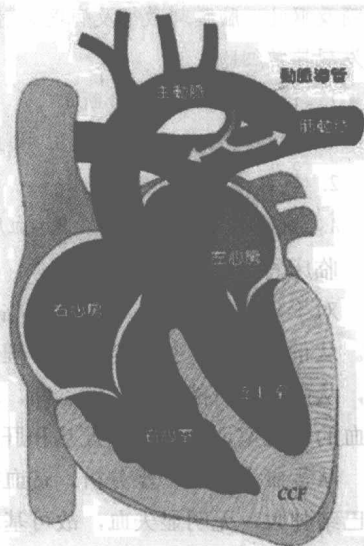


图 1 动脉导管未闭血液动力学

顾国恒

2013 年 12 月于北京

【考生经验】

历年学员高分者甚众，但基础稍差、考过多次后付出艰苦努力才通过的学员更有借鉴意义。吕剑的考后感言，没有豪言壮语，朴实的字里行间中凝聚了宝贵的学习经验，值得后来的每位考生借鉴。

圆梦颐恒网校

吕 剑（网校特训营学员）

执业医师成绩一公布，看到 QQ 群里一片歌舞升平，喜报连连，相信颐恒网校的所有老师们的心情亦是非常激动。这两天特意去了网校留言板看看，很多学员都写下了自己的切身感受，有沉着稳定型，有激情奔放型，有涓涓细水型，当然也有短小精干型——就两字“感谢”。

在欢笑背后，我看到了少部分学员的哀伤，除了安慰和鼓励，总觉得想和他们说点什么。正好网校的张老师前日联系，委托我写点复习经验，当做是给网校里没能顺利通过的学员们一点帮助。原本不敢写，一来是怕写的不好，误导了别人；二来是怕写着写着就变成了炫耀个人经历，落得个高调的帽子。最后还是下了决心，只要能给大家一点点微薄的帮助，也算是回报了网校所有老师们和曾经帮助过我的学员们。

按照惯例，先回顾自己的医考之路。2004 年，大学毕业进了一个小门诊部工作，当时关于临床执业医师的信息，一片空白，2006 年听了同学的拉拢，第一次感受医考，灰头土脸的回来了，2007 年放弃；2008 年闲来无事，又考了一次，惨败而归，2009 年放弃；2010 年，被同事拉去发动第三次进攻，败的连成绩都没敢查，2011 年放弃；2012 年元旦，医务科通知，必须得拿到证才能考中级职称！囧……可能大家觉得我怎么什么政策都不懂，似乎对执业医师证一点也不在乎？对！单位不要证，领导不懂，自己还能混；没有压力，当然没有动力！

没有压力，就没有动力！这可是医考成功关键的一步。

话说 2012 年 1 月下旬，去了书店买书，遇到了生命中的贵人——颐恒老师，当然他是笑眯眯的印在书的封面上，看了几天书，感觉不错，就报名网络全程班，接着报特训营，然后考试，最后成功了。

下面的一堆话，算是我学习经验，尽量争取简练一些，因人而异，甚至有一些是违背了颐恒老师的教导，甚为惶恐。

第一，信心。

谁都知道信心很重要，备战医考，跟着颐恒网校学习，一定要对自己有信心。2 月份刚进优秀学员群，“苗大姐”出了几道题，我一道都不会，可有人说他可是去年的 420 高分，咱就服了。幸运的是我认识了遵义的白铁智，这兄弟鼓励了我，说只要认真学，肯定没问题，然后，信心在向我微笑 ing……

第二，标准的学习计划表并严格落实。

网校定期会公布学习计划表，可以根据自己的作息时间和工作时间进行调整。不管如何制定适合自己的计划表，最重要的一点，就是严格落实。十八大报告做得再好，也得下面去落实，否则，这计划表就是一张纸，毫无意义。每天打开电脑前，先看一眼自己的计划表进行的程度，做到心中有数。这里强调一下，必须每天看一眼，可别落实了一个月，后面就随心所欲的乱学。学习计划表，当然也包括晨练，去过特训营的，都知道每天早上 6 点起床、跑步、做养生调养的好处，请问有几个学员回来后一直坚持、雷打不动呢？反正我是每天坚持跑了，不给自己找理由，北京 20 天能跑，为什么回家就不跑？跑步锻炼身体，有一个良好的精神状态很重要，更重要的是锻炼自己的毅力，养成做事严格规范的习惯。

第三，营造良好的学习环境

不一定要有多么宽敞明亮的空间,但必须要安静!试问,坐着看课件,旁边你家属嗑着瓜子看着电视唱着歌,能静下心?学习之前,就得跟家属约法三章,大小家务事一概不做,人情世故一概不去,逛街唱歌一概不陪,不然你的临床表现就是——多动症。当然还得劳逸结合。

第四,视频课件和讲义、考题结合。

有人把《综合笔试辅导讲义》这本宝书,当成了查答案的工具,或者拿来做题。一年下来,这书兴许还能打个8折当成新的卖出去。《综合笔试辅导讲义》是一切考点知识的源泉,所有老师们讲到的、没讲到的都在书上。一个晚上看3、4个课件为什么正好?我看一个课件,同时还要把《综合笔试辅导讲义》原原本本,一个字一个字的读,记住,是“读”,不是“看”。一目十行的本事,别用在这里哦,亲。书看完后,就把讲义上的几道题做一下,看完讲义就得做《历年考点解析》,每个章节的题目有多有少,建议合理分配时间,争取第二天做完。后期关于《5000题》(注:2014年改为《5400题》),把所有课件听完,考点解析全部做完以后,才开始做,不要随意地一会做考点解析,一会做《5000题》,容易乱,学习就是个从易到难的过程,先学扎马步,再学野马分鬃;《考点解析》到《5000题》走的就是这个过程,得遵守学习规律。

第五,忌闭门造车

这一点非常、非常、非常的重要。2月初我刚进优秀学员群,没自信,也不敢吭声回答问题,怕人家笑我。后来想想大家都一样,都是来求学的,没有三六九等。得敢于发问,得敢于质疑,得敢于挑战。我跟特训营的室友李万勇、黄远志认识之后,我们三搞了个小QQ群,就用来互相沟通交流,我出一道有价值的题,他俩不会,我教了,他俩就欠我一分,时间一长,我们互相欠了很多分,这不就是拿了很多分么?咋国家发展还得改革开放呢,这学习也是一样,你坐在家照镜子,你能知道自己是高富帅还是矮挫穷?多跟别人交流,既要当学生,也要当老师,我这一年下来,认识了很多同学,都是在互相沟通交流中得到进步的。学习要开放,要动态,互相鼓励互相监督,此乃其乐无穷也。

第六,相信颐恒网校,听从老师的教导。

一切行动听指挥是我党我军的优良传统,只要打开颐恒网校网站你就能感受到军人丰富,既然来了就不能例外。有少数学员,手里除了我们颐恒网校的资料,还有什么张博士、贺教授等等从别处弄来的东西。一天,某学员拿来一道别的培训班的题问我,矛盾就出来了,两家答案不一致,问我怎么办?我说你是少林寺的和尚就安心敲木鱼,别去惦记着武当派的太极,小心走火入魔,做一件事就专心做,适当的看看人家的东西可以理解,问题是你有那么多精力同时学两家功夫吗?少林功夫强还是武当功夫棒?纠结死你!

最后给今年没能通过的和新来的学员再说几句,再多眼睛看的酸,失败不可怕,可怕的是自己败的莫名其妙。以为自己很认真,做了无用功都不知道。大家都一样,都是从失败的地方爬起来的,不存在谁智商高低,我们又不是颐恒老师,记忆力那么好,练就了过目不忘的绝活。只要坚持学了,坚持落实了,心无旁骛,别被自己吓倒,知识的掌握就是潜移默化的。遇到过不去的坎就找老师谈谈心,找不到老师,找几个朋友谈,QQ群也不是规定不许聊天。医考路的确很辛苦,说起来也就大半年时间。今年没拼过去,明年再来一次。只要坚持学习,肯定会有进步,总有一天会把这该死的医考给干掉!别不自信,这是自然规律,你想违背也违背不了。

第一部分 基础医学

【导学】

——基础与临床融合，知其然并知其所以然

基础综合包括人文学科和医学基础部分，其中人文学科 7%，医学基础 13%，合计 20%。从近年考试成绩看，得分率低于平均水平，原因无外乎是难度大、易遗忘。但本质上是当今考题已经很难明确界定是基础类考题还是临床类考题，加上考生误以为基础部分分值低而不重视等。特别值得注意的是，从 2010 到 2013 年考题看，医学基础学部分出现了病例分析题。基于此，为了适应新的命题方向，我们网校编写《临床笔试辅导讲义》将临床科目和基础科目实现融合。