

国家执业医师资格考试指定用书

临床助理医师 复习精粹

2015

本书专家组 编

⚙ 紧扣新版执考大纲 ⚙

⚙ 参照八版教材修订 ⚙

新大纲
最新版

★★★★★
赠300元
京师网校
学习卡



中国协和医科大学出版社

国家执业医师资格考试

2015
版

临床助理医师复习精粹

本书专家组 编

主 编 费叶萍 张 毅

编者名单 (按姓氏拼音排序)

陈 俊	陈 巧	陈 琴	陈思凡	陈晓清	初 明	崔立华	崔玲玲
丁丝露	董广艳	费叶萍	何康敏	何艳新	何子骏	贺 星	柯小亮
李 波	李 超	李 慧	李宏罡	李兆生	李正红	刘 锐	梁 源
沈丽萍	苏翠丹	孙 谏	孙慧慧	汤 浩	汤凤明	王 丰	王 静
王 喆	王登峰	王雪丽	王桂洋	王海丹	王昊天	王卫平	王文静
王永宁	王玉静	王子熹	王宗玉	魏 俊	文 平	吴春虎	夏文丽
夏文英	夏小雨	肖 然	修丽娟	徐 雯	徐保峰	徐慧薇	许 佳
许文华	薛新丽	闫卓红	严思益	杨 寒	杨 婧	杨 明	杨国林
杨国勇	杨琳琳	杨雪莲	杨页多	杨永生	叶康杰	伊怀文	伊丽琪
尹向云	于运勇	袁晓玢	张 争	周 岩	周 莹	周 宇	朱 佩
朱林惠	朱思霖						



中国协和医科大学出版社
Peking Union Medical College Press

图书在版编目 (CIP) 数据

临床助理医师复习精粹: 2015 / 本书专家组编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2015. 1
ISBN 978-7-5679-0225-1

I. ①临… II. ①本… 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 (2014) 第 290906 号

国家执业医师资格考试
临床助理医师复习精粹 (2015 版)

编 者: 本书专家组
责任编辑: 张 宇

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 三河市华晨印务有限公司

开 本: 850×1168 1/16 开
印 张: 34.5
字 数: 890 千字
版 次: 2015 年 1 月第 1 版 2015 年 1 月第 1 次印刷
印 数: 1—4000
定 价: 82.00 元

ISBN 978-7-5679-0225-1

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前言

临床执业助理医师资格考试是评价申请临床执业助理医师资格者是否具备执业所必需的临床专业知识与工作能力的考试。要求申请医师资格考试的考生不仅要有较高的医学专业知识和能力,还要有必要的人文素养。

在新版《国家执业助理医师资格考试大纲》中,一是进一步体现医学人文和预防的重要性,二是进一步强调依法执业的理念,将《抗菌药物临床应用管理办法》等的明确规定和具体要求纳入考试的一部分。基础医学综合部分更加注重适用性和实用性,强调疾病的预防与人文关怀。部分知识点进行归类调整,原运动系统中的类风湿性关节炎和其他中的系统性红斑狼疮等独立归类到风湿免疫性疾病中。临床医学综合取消了临床症状和体征这一内容,而将其整合到疾病的系统考试之中,减少对疾病定义、概念的考核,加大了对病因、发病机制和预防的考核。

考试方向多元化,内容丰富,综合性更强。为适应考生的岗位需求,本书紧扣新大纲,内容全面,逻辑性强,有利于考生进行应试复习。本书深度剖析新《大纲》,在原有的基础上,更注重适用性和实用性,突出一些常见病、多发病、慢性病和地方病。本书编写精炼有序,直击考试重点,同时紧密结合大纲变化,顺应命题趋势,对潜在出题点做出预测,考生参考此书复习可事半功倍,达到效果和效率的双重收获。

2015版《临床助理医师复习精粹》进行了全面修订与改版。此次改版参考八版规划教材对全书进行审校,对书中陈旧知识(尤其是临床医学综合部分)进行了大量修订,纠正了部分错、漏之处。重新设计了排版样式,使版面更加紧凑,便于读者查对。同时也降低成本以减轻读者负担。

《临床助理医师复习精粹》具有三大特色。

特色一:重点标记突出。书中采取多种特殊标记帮助考生区分重难点,具体可参考下表。

种类	解释说明	作用	举例
★	★★—需要掌握内容 ★★★—需要重点掌握内容	有效区分大纲对知识点要求等级,使复习省时省力	腹部损伤:1. 诊断要点(★★★)
着重号	需要重点掌握的词语、关键词下面加着重号	提示此处需要重点掌握,是潜在的考点	B超检查:主要用于诊断肝、脾、胰、肾的损伤
阴影	“最”字样的考点采取加阴影的方式强调	加强考生复习时的印象,避免考生痛失得分	首先处理对生命威胁最大的损伤
波浪线	易考考点下加波浪线	护理措施中需要注意的数据、操作注意事项、适应证和禁忌证等,都是考试常考的考点,考生要特别注意	肝破裂手术治疗的基本要求是彻底清创、确切止血、消除胆汁溢漏和建立通畅的引流



特色二：巧妙记忆显著。本书重点难记知识点下面配有“巧妙记忆”，用简明扼要的词语或顺口溜帮助考生总结记忆，此种方式也是同类辅导图书中另辟蹊径的一种做法，为本书的另一亮点。

特色三：经典习题辉映。每节课后精选历年代表性考题，与本节考点遥相呼应，相辅相成，既能帮助考生巩固和加强记忆，也可以使考生实际运用复习知识指导做题。

面对每天繁复的工作而无暇复习的考生来说，一本好的复习资料尤为重要，本书对您来说是个不错的选择。相信考生通过对《临床助理医师复习精粹》的充分复习，定能在考试中取得良好的成绩。

最后，诚恳的希望广大考生在应用中发现问题，给予指正。

本书专家组

2014. 11



临床助理医师资格考试复习指导和命题规律

第一节 临床助理医师资格考试之复习方法

做题摸底总结→粗读教材→听老师讲解→做高频真题→选择性背诵教材→模拟测试

第一步：做题，体会考题思路

五步复习法的首要是知己知彼，所谓“知己”就是了解自己目前的基础水平，所谓“知彼”就是了解考题的难度和命题风格。以下是你考试做题的注意事项切记，效果显著。

一定要独立完成，不要翻书。不会没关系，蒙答案也没关系。

1. 成套试卷，一定要用1~2天的时间完成1套。边做题边体会命题风格是最关键的。

2. 哪道题的答案纯粹是瞎蒙的，用“×”做个标记，哪道题是犹豫不决的，用“？”做个标记。记住：这种标记法在以后做任何考题都要用到，因为画“×”、“？”就是你的薄弱环节，提高分数全靠这些题不再出错。

3. 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。

4. 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。

五步复习法是先了解考什么，再带着问题看教材。所以要求考生先做题，哪些是考点？哪些是难点？哪些内容是易错的？知道这些后再去看书的效果和传统的看书、做题、看书之复习法相比，不可同日而语。

具体方案就是以章或某个系统为单位，先不看书而是直接做题，做完本章或某个系统的全部考题后，再复习该章节教材内容，一章一章的循环。

不要认为还没有复习就做题会耽误时间，单纯认为做也是蒙答案。实际上这一步的关键在于把握考试命题点，并不在于做对多少题，这一步可以解决传统复习方法的障碍：第一遍复习因为没有方向，看完书后做题，就会发现还是一团迷雾，也就是说第一遍几乎是浪费时间。需要注意的是，做对了某道题，说明掌握了这个知识点（蒙对的不算），做题无疑是自己的薄弱环节。通过做题把握本章出

题的重点、难点。

第二步：粗读教材，把握考点

第一步让我们知道了考点在哪里？接下来就是按照考点的方向和带着那些问题研读教材。根据总结真题练习的结果，开始分章节复习，建立一个完整的知识体系，同时突出重点和薄弱环节。但是临床科目，很多病例题因为涉及的知识点有时候很细，按照过去背条条框框的复习方法根本无法把握答案的来龙去脉。

研读过程中，要注意把前面做过的习题，涉及到的考点在教材或指导上勾画出来，切记：没有做对的题（包括蒙对答案的题）要做好重点标记。通过系统复习和勾划考点，重点注意哪些做题过程中没有掌握的知识点。把握哪些是常考知识点（重点），哪些是一般知识点。

中国协和医科大学出版社出版的《临床助理医师应试习题集》，该书严格遵循新大纲，以近年真题为主线补充了历年遗漏的考试知识点。

第三步：高频考题再练，牢固掌握

已经做过一遍的高频考题，尽管做第三遍还会有20%左右的考题照样出错，要求考生必须再次巩固。结合习题梳理本章考点是这一步的关键。建议考生可以配套做《临床助理医师应试习题集》中的相关经典试题。

第四步：选择性背诵教材，强化记忆考点

第五步：模拟测试，整理易错题

关注错题、避免再错是提高得分的关键步骤。把以前的错题再做一遍（以前做对的题就没有必要再耽误时间了，前面告诉大家划叉和画勾的作用就体现出来了）。复习一遍后，切忌又从头再来，时间已经不多。把前面做好了标记的错题（除了在习题书上做好标记外，还要记住一定在课本相应的知识点处做好标记）。你会发现，即使当时重点注意



了这些错题,做第二遍甚至第三遍差错照样还很多。这一步是提高得分的关键。

考前模拟,拾遗补缺。没研读一遍教材的考生,切不可进行模拟测试,一般安排考试前4周左右,选择3~5套模拟试卷。关键是要选好一套模拟试卷,否则适得其反。最后准备考试阶段可提高20~50分。模拟试卷可以选用中国协和医科大学出版社出版的《临床助理医师模拟试卷》《临床助理医师冲刺试卷》。

总之,五步复习法与之最大的区别在于教材与

习题相结合,强调从方法着手直接切入考点,同时强调通读一遍教材,并且把通读教材的程序放在中间,其目的是避免无的放矢的地毯式复习。

经过实践检验,运用五步复习法,快则2个月,慢则4个月。临床助理医师资格考试做对80%的试题,一次通过,不会有问题。中国协和医科大学出版社出版的《临床助理医师应试习题集》完全按照这一思路编写。按照上述步骤复习,实践半月其效自显。

第二节 重点考点列举及巧妙记忆

1. 乳房的淋巴回流,外中入胸肌,上入尖锁上,二者皆属腋。内侧胸骨旁,吻合入对侧。内下入膈上,吻合腹前上膈下,联通肝上面。深入胸肌间或尖,前者又称 Rotter 结。

2. 烧伤患者早期胃肠道营养,少食多餐,先流后干,早期高脂,逐渐增糖,蛋白量宽。

3. 烧伤补液,先快后慢,先盐后糖,先晶后碱,见尿补钾,适时补碱。

4. 烧伤新九分法,头、颈、面3、3、3(9%×1);手、臂、肱5、6、7(9%×2);躯干、会阴27(9%×3);臀为5足为7,小腿、大腿13、21(9%×5+1%)。

5. 手的皮肤管理,手掌正中三指半,剩尺神经一指半,手背挠尺各一半,正中占去三指尖半。

6. 肱骨髁上骨折,肱髁上折多儿童,伸屈两型前者众。后上前下斜折线,尺挠侧偏两端重。侧观肘部呈靴形,但与肘脱实不同。牵引反旋再横挤,端提屈肘骨合拢。屈肘固定三四周,末端血运防不通。屈型移位侧观反,手法复位亦不同。

7. 休克可以概括为“三字四环节五衰竭”:三字——缩、扩、凝,即:微血管收缩、微血管扩张、弥散性血管内凝血。四环节——即:休克发生的原因、发病机制、病理变化及其转归。五衰竭——即:急性呼衰、心衰、肾衰、脑衰、肝衰。

8. 一个骨折的患者只要出现“呼吸困难”就是发生了脂肪栓塞。

9. 只要题中出现“用健手托患肢肘部,头偏向患侧”就是锁骨骨折。

10. 只要出现“肘后关系正常”的就是伸直型肱骨髁上骨折。

11. 老年人摔倒+髋部疼痛——股骨颈骨折。

12. 外旋畸形45°~60°——股骨颈骨折。

13. 骨盆分离挤压试验阳性——骨盆骨折。

14. 杜加征阳性或方肩畸形——肩关节脱位。

15. 5岁以下小孩的父亲或母亲牵拉小孩手臂,小孩出现哭闹——桡骨头半脱位。

16. 伸肌腱牵拉试验(Mills征)阳性——肱骨外上髁炎。

17. “手指弹响”或“握拳尺偏”试验阳性——手部狭窄性腱鞘炎。

18. 中老年男性弯腰搬东西时出现,直腿抬高试验及加强试验阳性——腰椎间盘突出症。

19. 间歇性跛行——腰椎管狭窄症。

20. “关节弹响”“休息痛”“翻手”——骨关节炎。

21. “骶髂关节压痛”“竹节样变”“HLA-B27阳性”——强直性脊柱炎。

22. 类风湿因子(RF)阳性——类风湿。

23. 拾物试验阳性——脊柱结核。

24. “4字试验”“髋关节过伸试验”“托马斯Thomas征”——髋关节结核。

25. 窄小或宽广的蒂与正常骨相连——骨软骨瘤。

26. X线显示边界清楚的透亮区——骨囊肿。

27. X线呈肥皂泡样改变——骨巨细胞瘤。

28. “肿瘤表面皮温增高,静脉怒张”“X线可见Codman三角或呈日光射线形态”——骨肉瘤。

29. 引起急性胃炎最主要的病因——非甾体抗炎药。

30. 治疗急性胃炎,消化性溃疡,效果、疗效最好的药是——质子泵抑制剂(PPI):奥美拉唑,兰索拉唑,质子泵抑制剂只有提高抗生素对HP的疗效,本身没有抑制HP的作用,只有铋剂有抑制HP的作用。

31. 肝昏迷的患者最早的临床表现是——性格改变。



32. 早期发现直肠癌最重要的检查是——直肠指诊。

33. 肠结核好发部位——回盲部；

34. 克罗恩病好发部位——回肠末端；

35. 溃疡性结肠炎好发部位——直肠、乙状结肠；

36. 中毒性巨结肠好发部位——横结肠。

37. X线出现“跳跃症”——肠结核；

38. X线出现“鹅卵石、铺路石、纵行溃疡”——克罗恩病。

39. Charcot 三联征（腹痛、寒战高热、黄疸——顺序不能变）提示——肝外胆管结石；

在 Charcot 的基础上出现精神症状，出现休克则是雷诺五联征提示——急性化脓性梗阻性胆管炎。

40. 急性胆管炎——饮食油腻食物。

41. 急性胰腺炎——暴饮暴食饮酒。

42. 墨菲征阳性——胆囊炎，无墨菲征为胆结石。

43. 老年人好发——直疝；年轻人——斜疝；中年女性——股疝。

44. 心功能分级：killip 分级——急性心肌梗死；NYHA 分级——非急性心梗。

45. 能够引起低血钾的药物——呋塞米（速尿）。

46. 急性心肌梗死最常见的心律失常——室性期前收缩（室早）。

47. 二尖瓣狭窄最严重的并发症——急性肺水肿。

48. 扩张型心肌病主要见于——年轻人。

49. 婴幼儿最常见的贫血——缺铁性贫血。

50. 白血病：有胸骨下疼痛——急粒；有牙龈的浸润—— M_5 、急单；有神经系统的改变，肝、脾大——急淋；最容易发生 DIC—— M_3 ；NSE 非特异性染色阳性，被氟化钠抑制—— M_5 。

51. 小儿传染病的传染性总结：麻疹——出疹前 5 日至出疹后 5 日均有传染性；水痘——出疹前 1 日至疱疹全部结痂时均有传染性；流行性腮腺炎——腮腺肿大前 1 日至消肿后 3 日均具传染性。

52. 麻疹、水痘、百日咳：唯一传染源——病人；猩红热、中毒性痢疾：传染源——病人和带菌者；流行性腮腺炎：传染源——病人、隐性感染者。

53. 月经血、腹腔内出血、胸腔内出血均为不凝血。

54. “十月怀胎，一朝分娩”新解。十月怀胎可以帮助我们记忆胎儿期的时间范围，即月指的是妊娠月（4 周或 28 天），10 个月就是 40 周，280 天。

新生儿期是妊娠月的延续，即 28 天。

55. 胎儿发育巧记忆：妊娠 2 月胎心动，4 月孕妇感胎动，5 月可听胎心音，6 月脏器已发育，6 月出生肺未熟，9 月出生可存活。

56. 通过胎儿的身长和体重判断有可能的妊娠周数，通过如下规律记忆：妊娠 28 周末：胎儿身长约 35cm，体重约 1000g。胎儿身长以后每 4 周长 5cm，通过这种方法可以推算 32 周、36 周、40 周的身长。

57. 胎头拨露与胎头着冠对比记忆：在宫缩间歇期，胎头回缩即为拨露、胎头不回缩即为着冠。

58. 重点记忆骨盆三个平面的形状，骨盆入口横椭圆形、中骨盆平面纵椭圆形、骨盆出口两个不在同一平面的三角区。中骨盆横径，即坐骨棘间径平均值约为 10cm；骨盆出口横径，即坐骨结节间径平均值约为 9cm。这两条径线是经常用到的径线，需要重点记忆。

59. 骨盆径线的正常值可以记忆四个数字：23、25、18、8，分别是髂棘间径、髂嵴间径、骶耻外径、坐骨结节间径的最低值，如果低于某个数字，提示其对应的径线异常。可用于异常骨盆的判断和病历分析中骨盆的判断。

60. 产后子宫恢复巧记忆——“产后 1 日底平脐，10 日降至骨盆里，内膜修复需 4 周，胎盘附着（处）6 周毕。”

61. 将流产与早产、足月产、过期产联系起来记忆。妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 为流产。妊娠满 27 周至不满 37 周为早产，妊娠满 37 周至不满 42 周为足月产，妊娠超过 42 周为过期产。

62. 流产的鉴别主要抓住宫口是否扩张和有无组织胚胎物排出两点进行分析。先兆流产，宫颈口未开，妊娠产物未排出；不全流产，宫颈口已扩张，妊娠产物已部分排出体外，不断有血液自宫颈口内流出；完全流产，宫颈口已关闭，妊娠产物已完全排出；难免流产，宫颈口已扩张，但组织尚未排出。

63. 放液量记忆：尿潴留，胸腔积液、积气每次放液均不超过 1000ml；羊水过多时每次放液不超过 1500ml；腹腔积液时，每次放腹水为 4000 ~ 6000ml。

64. 关于羊水注意：羊水量大于 2000ml 为羊水过多，羊水量小于 300ml 为羊水过少，一次放羊水量不超过 1500ml。

65. 妊娠合并心脏病：心功能 I ~ II 级的产妇可以妊娠，产后可以哺乳；心功能 III ~ IV 级的产妇不宜妊娠，产后不宜哺乳。

66. 小儿、成人缺铁性贫血，孕妇合并缺铁性



贫血治疗均首选口服硫酸亚铁,服用时间为餐后。

67. 产后出血与晚期产后出血的区别:产后出血指产后24小时内,晚期产后出血指产后24小时后,也有产后6周发病的;产后出血的主要原因是子宫收缩乏力,晚期产后出血的主要原因是胎盘、胎膜残留。

68. 急性肾小球肾炎患儿水肿消退、血压降至正常、肉眼血尿消失后,可下床轻微活动或户外散步;尿内红细胞减少、血沉正常可上学,但需避免体育活动;Addis计数正常后恢复正常生活。

69. 小儿急性肾小球肾炎最常见的致病菌是A

第三节 历年易考易错考点总结

在每年临床助理医师考试中都会有新的考点出现,但是无论出现多少新考点,这些临床助理医师考试最容易出错的还是这些最基础、最常考的考点。现列举一些最容易出错的考点,希望引起大家注意。

1. 脑疝致命的原因是:脑干受压。
2. 消化性溃疡最常见的并发症是:出血。
3. 脑出血和蛛网膜下腔出血的重要区别点为:有无定位体征。
4. 银环蛇咬伤致死主要原因:呼吸衰竭。
5. 洋地黄中毒所致的室性期前收缩,治疗应首选:苯妥英钠。
6. 急性肺脓肿的治疗原则:积极抗感染,辅以体位引流。
7. 毒蛇咬伤最有效的局部早期处理是:胰蛋白酶局部注射或套封。
8. 抢救巴比妥类中毒所致呼吸衰竭的首要措施是:保持呼吸道通畅,人工辅助呼吸。
9. 对溺水所致呼吸心跳骤停者,其紧急处理措施是:人工呼吸和胸外心脏按压。
10. 重度哮喘时,应采取哪些措施:吸氧,改善通气支气管解痉控制感染纠正水和电解质平衡失调,应用糖皮质激素。
11. 风心病二尖瓣狭窄发生房颤后,常见的并发症是:动脉栓塞。
12. 重度哮喘时,每日氨茶碱静脉滴注的剂量不宜超过:1.5g。
13. 重度支气管哮喘,一般抢救措施是:静脉滴注氨茶碱,静脉滴注糖皮质激素,氧气吸入,静脉补充液体。
14. 支气管哮喘发作期禁用:吗啡。
15. 支气管哮喘的临床特征是:反复发作阵发

组 β 溶血性链球菌,小儿风湿热与A组乙型溶血性链球菌感染密切相关。

70. 肾衰竭少尿期的水、电解质、酸碱平衡失调可简单地记为“三高、三低”,三高即高钾、高磷、高镁,三低为低钠、低钙、低氯。多尿期水、电解质、酸碱平衡失调为低钠、低钾。

71. 滴虫、假丝酵母菌、老年性三种阴道炎的白带特点分别是:呈稀薄泡沫状、豆腐渣状、黄水样或脓血性白带;阴道灌洗液分别是酸性、碱性和酸性溶液。

性呼气性呼吸困难。

16. 毒蛇咬伤最有效的早期治疗方法:单价抗蛇毒血清。
17. 急性原发性肺脓肿特征性的临床表现是:大量脓臭痰。
18. 肺结核小量咯血(痰中带血丝)的处理是:安静休息,消除紧张情绪。
19. 抢救大咯血窒息时,最关键的措施是:立即采用解除呼吸道梗阻的措施。
20. 肺结核大咯血,最危险的并发症:窒息。
21. 浸润型肺结核大咯血采取:患侧卧位。
22. 慢性支气管炎急性发作期治疗最主要的措施是:控制感染。
23. 突然发作的吸气性呼吸困难,临床上最常見于:气管内异物或梗阻。
24. 哪一种疾病,最易发生呼吸衰竭:阻塞性肺气肿。
25. 高血压患者发生心力衰竭的最早症状是:劳力性呼吸困难。
26. 诊断急性肺水肿,最有特征意义的表现是:重呼吸困难伴粉红色泡沫痰。
27. 诊断右心功能不全时,最可靠的体征是:颈静脉怒张,肝颈静脉回流征阳性。
28. 呼吸困难最常见于:左心功能不全。
29. 哪种情况产生急性肺水肿时,宜用吗啡:急性心肌梗死伴持续性疼痛。
30. 心源性哮喘与支气管哮喘主要不同点是:心脏扩大伴奔马律。
31. 心功能不全最早的体征是:舒张期奔马律。
32. 左心衰最严重的表现是:肺水肿。
33. 右心衰竭的主要临床表现是:体循环静脉淤血及水肿。



34. 急性肺水肿最有特征性的表现是：咳大量粉红色泡沫痰。

35. 产生左心衰竭的临床表现，主要是：肺淤血，肺水肿。

36. 呼吸困难最早出现于：左心衰竭。

37. 室上性心动过速最多发生于什么：无器质性心脏病。

38. 用刺激迷走神经的方法，可以纠正的心律失常是：阵发性室上性心动过速。

39. 预激综合征最常伴发：室上性心动过速。

40. 预激综合征最主要的特征是：QRS 波群开始部粗钝。

41. 诊断室速最有力的心电图证据是：出现心室夺获或室性融合波。

42. 表现为心动过缓-心动过速综合征的患者，最好选用：安装按需型人工心脏起搏器。

43. 室速伴严重血流动力学障碍时，终止发作首选措施是：电复律。

44. 三度房室传导阻滞伴短阵室性心动过速，首选：心室起搏。

45. 左、右束支阻滞，治疗应选用：安置心脏起搏器。

46. 三度房室传导阻滞易引起：阿-斯综合征。

47. 房颤发生后易引起：体循环动脉栓塞。

48. 二尖瓣狭窄早期大咯血的原因是：支气管静脉破裂。

49. 哪一种食物中毒以神经系统症状为主要临床表现，且病死率高：肉毒杆菌食物中毒。

50. 哪种心脏病，不宜使用血管扩张剂：心包填塞征。

51. 二尖瓣狭窄合并房颤，心室率 120 次/分，首选治疗是：西地兰控制心室率。

52. 心绞痛及昏厥常见于：主动脉瓣狭窄。

53. 二尖瓣狭窄窦性心律由于过劳而发生急性肺水肿，最恰当的治疗是：呋塞米。

54. 二尖瓣狭窄引起肺水肿的原因主要是：左心衰竭。

55. 风湿性心脏瓣膜病致死的主要原因是：心力衰竭。

56. 二尖瓣狭窄最早出现的症状是：劳力性呼吸困难。

57. 洋地黄中毒伴缓慢性心律失常时选用：阿托品。

58. 重度哮喘是指严重哮喘发作至少持续时间是：24 小时以上。

59. 洋地黄中毒常见的心电图表现是：室性期

前收缩二联律。

60. 心力衰竭引起的室性期前收缩，未经药物治疗应首选：洋地黄。

61. 急性心肌梗死并发心源性休克的主要原因是：心排血量急剧降低。

62. 急性心肌梗死早期（24 小时内）死亡主要原因是：心律失常。

63. 急性心肌梗死时缓解疼痛宜用：吗啡。

64. 硝酸甘油缓解心绞痛主要是由于：直接扩张冠状动脉。

65. 急性心肌梗死患者心电监护示“室颤”，立即进行抢救，第一步应行：非同步直流电除颤。

66. 心脏猝死患者一半以上见于：冠心病。

67. 血压突然升高，剧烈头痛，抽搐，昏迷的患者，诊断可能是：高血压脑病。

68. 高血压病最常见的死亡原因是：脑血管意外。

69. 什么表现最能提示急进性高血压：视力迅速减退，视网膜出血及渗出或视盘水肿。

70. 治疗高血压危象，哪一种药物应考虑首选：硝普钠。

71. 心包填塞与右心功能不全，哪项在鉴别上最有意义：奇脉。

72. 急性心包积液时最突出的症状是：呼吸困难。

73. 猝死较多见于哪种心肌病：肥厚型梗阻性心肌病。

74. 哪种疾病引起的休克其外周血管阻力将明显下降：革兰阴性杆菌败血症。

75. 男性，20 岁。肌注青霉素后突然昏倒，血压测不到，最主要的抢救措施是：立即静脉注射肾上腺素。

76. 休克的基本原因是：有效循环血量不足，脏器的微循环灌注不良。

77. 引起心源性休克最常见的病因是：急性心肌梗死。

78. 哪种休克单独使用血管收缩药效果好：过敏性休克。

79. 提示胃穿孔最有意义的根据是：气腹征象。

80. 一般在服毒后几小时内洗胃最有效：4~6 小时内。

81. 上消化道大出血最常见的原因是：消化性溃疡。

82. 出血坏死型胰腺炎的特征是：脐部及腰部皮肤呈青紫色。

83. 急性腹痛伴休克，最常见的病因是：急性



坏死型胰腺炎。

84. 肝昏迷患者,躁动不安和抽搐,选用下列哪种药物治疗最合适:安定。

85. 对肾病综合征最有效的治疗药物是:糖皮质激素。

86. 肾病综合征最常见的并发症是:感染。

87. 尿毒症患者纠正酸中毒后发生抽搐,最迅速有效的治疗措施是:静注葡萄糖酸钙。

88. 尿毒症患者病情危重的表现是:心包炎。

89. 尿毒症最常见的死亡原因是:心功能不全。

90. 治疗尿毒症心功能不全的最有效方法是:透析。

91. 慢性粒细胞性白血病发生急性左上腹剧痛,首先考虑的诊断为:脾梗死。

92. 在我国糖尿病死亡的主要原因是:脑血管意外、冠心病。

93. 脊髓休克时,出现什么症状:双下肢瘫痪或四肢瘫痪,并肌张力低下,反射消失,尿潴留。

94. 高血压性脑出血最好发的部位是:基底神经节。

95. 脑出血最常见的部位是:内囊外侧部。

96. 脑出血最常见的病因为:高血压。

97. 高血压脑出血最常见的诱发因素为:情绪激动或用力过度。

98. 急性脑血管疾病伴脑疝形成,最急需的措施是:静脉滴注甘露醇。

99. 高颅内压患者做腰椎穿刺放脑脊液后,突然呼吸停止。这是因为诱发了:小脑扁桃体疝。

100. 颞叶钩回疝出现同侧瞳孔散大的常见原因是:动眼神经受压。

101. 枕大孔疝出的组织是:小脑扁桃体。

102. 枕大孔疝与颞叶钩回疝的主要鉴别点是:早期出现呼吸骤停。

103. 蛛网膜下腔出血最常出现:脑膜刺激征。

104. 治疗脑水肿:尽早使用肾上腺皮质激素。

105. 重金属中毒时用下列哪一种解毒药效果最好:二巯丁二钠。

106. 脑出血的急性期治疗为:降血压,甘露醇降颅内压,保持水、电解质平衡,抗生素预防、治疗感染。

107. 蛛网膜下腔出血最常见的原因:先天性脑底动脉瘤。

108. 脑血栓形成最常见的病因是:脑动脉粥样硬化。

109. 蛛网膜下腔出血最可靠的诊断依据是:均匀血性脑脊液。

110. 蛛网膜下腔出血急性期的治疗选用:尼莫地平。

111. 造成癫痫的常见原因:产伤、颅内肿瘤、脑炎、脑囊虫病。

112. 脑梗死急性期主张不用血管扩张药,是因为可引起:脑内盗血现象。

113. 脑血栓形成治疗应选用:低分子右旋糖酐。

114. 在急性脑血管病中,起病最急的是:脑栓塞。

115. 全面性强直-阵挛性发作时,首先要:注意呼吸道通畅。

116. 癫痫持续状态是指:全面性强直-阵挛性发作频繁出现,间歇期仍意识不清。

117. 四肢开放性损伤合并大血管损伤使用止血带时,连续阻断血流时间不得超过:60分钟。

118. 治疗敌敌畏急性中毒的胆碱酯酶复能剂是:双复磷。

119. 有机磷农药中毒所致的呼吸肌瘫痪应选用:解磷定。

120. 急性有机磷农药中毒发生肺水肿时,首要抢救措施是:静注阿托品。

121. 急性有机磷农药中毒死因,最主要的是:呼吸衰竭。

122. 急性一氧化碳中毒时,首要的治疗方法:氧气疗法。

123. 下肢远端严重活动性出血时,止血带扎在哪个部位最合适:大腿中1/3。

124. 外伤性血胸简便而又可靠的诊断方法是:胸腔穿刺。

125. 在创伤急救止血时,常用的止血方法有:指压止血法,压迫包扎法,止血带止血法,加垫屈肢止血法。

126. 创伤性窒息的特征是:面部、眼结膜上、胸部淤血。

127. 胸部外伤后,胸壁软化,主要病理生理紊乱为:二氧化碳潴留、缺氧。

128. 开放性气胸的急救,首先要:迅速封闭胸壁创口。

129. 严重多根多处肋骨骨折的紧急处理是:胸壁加压包扎。

130. 张力性气胸急救措施为:粗针头排气减压。

131. 腹部外伤合并出血性休克时,主要的处理原则是:在积极治疗休克的同时手术探查止血。

132. 前胸刀刺伤休克颈静脉怒张,首先应考



虑：心包填塞。

133. 腹腔损伤行腹腔穿刺，抽出不凝血，应诊断为：实质性脏器破裂。

134. 高位小肠梗阻除腹痛外，主要症状是：呕吐。

135. 胃穿孔的 X 线检查所见为：膈下游离气体。

136. 急性阑尾炎临床症状发生的顺序一般是：先上腹痛，后恶心或呕吐，再右下腹痛。

137. 单纯性阑尾炎的腹痛性质是：隐痛或钝痛。

138. 急性坏疽性阑尾炎，当阑尾壁全层坏疽后，腹痛性质是持续性胀痛。

139. 急性阑尾炎，当腹痛尚未转移到右下腹前，在诊断上具有重要意义的是：压痛已固定在右下腹。

140. 急性胰腺炎时，血淀粉酶升高的规律为：发病后 2~12 小时升高，24~48 小时达高峰。

141. 胆管结石急性发作和急性胆管炎典型的三

联征是：突发剑突下偏右阵发性绞痛伴畏寒、发热、黄疸

142. 急性枕骨大孔疝与小脑幕裂孔疝最主要的区别是：剧烈头痛。

143. 哪种肾外伤最常出现血尿：肾裂伤。

144. 胸外电击除颤时，电极板安放的位置应在：右第二肋间前胸壁，心尖区或心尖区后胸壁。

145. 颅内压增高的三联征是：头痛、呕吐、视盘水肿。

146. 诊断心脏骤停迅速可靠的指标是：大动脉搏动消失。

147. 心跳停止时间是指：循环停止到重建人工循环的时间。

148. 复苏处理要争分夺秒，最主要的目的是：为迅速恢复脑的血液循环。

149. 一旦确诊为心脏骤停，必须争取在几分钟内重建呼吸和循环：4~6 分钟。

150. 心肺复苏后，最容易出现继发性病理改变是：脑缺氧性损害。

第四节 临床助理医师必考的病史

在每年临床助理医师考试中都会有新的疾病病例题出现，但是每年都有很多多年来重复常考的病史，最常考最容易出错的 40 个病史，希望引起大家注意。

1. 男性，25 岁，反复上腹痛 2 年，黑便 2 天：十二指肠球部溃疡合并上消化道出血。

2. 男性，54 岁，乏力、腹胀 5 年余，呕血，黑便 3 天，神志不清 1 天：肝硬化，肝性脑病。

3. 女性，69 岁，昏迷 4 小时，高血压病史 15 年：急性脑出血。

4. 女性，65 岁，咳粉红色泡沫样痰 4 小时。既往高血压病史 30 年：急性左心衰。

5. 男性，60 岁，突发胸骨后压榨性疼痛 2 小时，血压下降 1 小时：急性心肌梗死，心源性休克。

6. 女性，68 岁，发热、腹泻 5 天，伴意识障碍 4 小时，既往有糖尿病史多年，未系统治疗：糖尿病高渗性昏迷。

7. 女性，40 岁，上腹痛伴消瘦半年，呕血半天：胃癌。

8. 女性，62 岁，突发上腹痛 72 小时，伴寒战、高热、巩膜黄染 24 小时：急性梗阻性化脓性胆管炎，胆总管结石。

9. 男性，18 岁，左上腹部外伤 10 天，突发心慌、出虚汗，4 小时：腹部闭合性损伤，脾破裂，

失血性休克。

10. 男性，23 岁，上腹疼痛伴呕吐 2 天：急性胃炎。

11. 女性，70 岁，间断性双膝关节疼痛 15 年，加重伴双膝关节内翻畸形 5 年：双膝关节退行性骨关节炎。

12. 男性，28 岁，抗生素静滴治疗急性扁桃体炎过程中突发寒战：输液反应。

13. 男性，30 岁，恶心、呕吐、腹痛，停止排气、排便 3 天：肠梗阻。

14. 男性，26 岁，发作性心悸 3 年，再发 1 小时：阵发性室上性心动过速。

15. 男性，64 岁，咳嗽、咳痰加重 2 天，神志不清 1 天，既往患慢性支气管炎 20 年：肺性脑病。

16. 男性，36 岁，突发性左侧胸痛伴呼吸困难 6 小时：左侧气胸。

17. 女性，54 岁，间断性便血、大便次数增多和大便不畅感 2 个月：直肠癌。

18. 男性，62 岁，发作性胸痛 3 个月：冠心病，心绞痛。

19. 女性，25 岁，转移性右下腹疼痛 3 小时：急性阑尾炎。

20. 男性，40 岁，腹部外伤后神情淡漠、皮肤苍白 9 小时：失血性休克，腹部外伤。



21. 女性, 40岁, 间断性上腹痛10年, 阵发性腹痛伴呕吐2天: 幽门管溃疡伴幽门梗阻。

22. 农民, 41岁, 昏迷口唇樱桃红色1小时: 急性一氧化碳中毒。

23. 女性, 60岁, 进行性吞咽困难伴消瘦8个月: 食管癌。

24. 男性, 18岁, 恶心、呕吐、尿黄10日余, 伴发热2天: 急性肝炎。

25. 女性, 20岁, 颜面水肿5天: 急性肾小球肾炎。

26. 男性, 26岁, 咳嗽2周、咯血1周: 肺结核。

27. 男性, 40岁, 便后滴血1月: 内痔出血。

28. 女性, 30岁, 腹痛、腹泻5年, 脓血便1年, 复发1周入院: 慢性菌痢。

29. 女性, 35岁, 心悸、眼胀伴体重减轻1月余: 甲状腺功能亢进症。

30. 女性, 32岁, 胸闷、低热、盗汗, 伴双下肢水肿3个月: 结核性心包炎, 心包积液。

31. 女性, 34岁, 突发性胸痛、憋气、咯血10小时: 肺栓塞。

32. 男性, 35岁, 反复发作性上腹痛10余年, 突发剧烈疼痛2小时: 消化性溃疡穿孔。

33. 女性, 29岁, 腰痛、血尿2天: 尿路结石。

34. 9岁女孩, 突发寒战、高热(39°C 以上)伴左膝关节肿痛2天: 左膝化脓性关节炎。

35. 女性, 64岁, 巩膜、皮肤进行性黄染3周, 陶土色大便1周: 梗阻性黄疸、壶腹周围癌。

36. 男性, 25岁, 反复发作喘息1年, 再次发作1天: 支气管哮喘。

37. 男性, 67岁, 间断咳嗽、咳痰10余年, 近1周加重: 慢性支气管炎急性发作期。

38. 男性, 28岁, 间断性咯血1周: 支气管扩张。

39. 男性, 42岁, 口渴、多尿、多食、消瘦1年余: 糖尿病。

40. 男性, 60岁, 进油腻食物后右上腹不适伴恶心、呕吐2天: 急性胆囊炎。

第五节 新大纲新命题细析和支招

一、新大纲新命题细析

1. 新大纲的“权威性”现象 有些明显是新大纲、新的指导教材上才能找到答案的题目, 换言之, 这在新大纲以前的考试书上, 甚至教材上也找不到的题目。这也在情理之中, 一方面, 既然是新大纲, 就得按照新大纲来命题; 另一方面, 也给了那些盲目复习的考生一个教训, 同时也让考试中心的权威发挥得淋漓尽致——别人说了都不算。

2. 考点的“引号和英文”现象 凡是教材或者指导上有引号的地方和有英文简称的地方都是很容易考察的地方。如果大家把教材上所有有引号的地方和有外文(包括综合征、人名和外文简称)的地方都仔细的看一遍, 相信肯定能命中几道题。

3. 考点的“重现”现象 原题重复率虽然不是很高, 但是同一个考点反复地考。因为命题者多年来变化不大, 主要是北京大学医学部与北京协和医学院的医考专家等牵头命题, 所以命题的风格没有多大的改变!

4. 考点的“易难分化性”现象 简单的题, 令人吃惊。难的题, 也让人吃惊: 主要体现在“三太”: 太细、太偏和太新(超出大纲范围)。细节决定成败, 所以看书的时候一定要注意细节。

5. 考点的“聚集性”现象 因为不同学科命题的老师总会有其自身的特点, 这也会在命题上反映出来。今年出现最多的是“诊断”“属于”“最”“比较”和“治疗”。每年一定要考的是: “数值”“部位”和“定义”题目。

6. 考点的“串珠”现象 把某一学科或者某一篇的内容串连起来考, 我们趣味地叫它“串珠”, 也就是我们常说的“纵线”和“横线”。

7. 考点的“逐年深挖”现象 对于一个章节的内容, 每年毕竟不能总考一样的考点, 所以每年都会继续挖掘和深入地考察, “逐年深挖”现象是考生的拦路虎, 是难点。

8. 考题的“超纲”现象 每年都有超出大纲内容的题目。特别是相关疾病的治疗和护理的新进展, 命题者每年会有意无意地设计考题, 这是命题者的特权。

10. 考点的“多重性”现象 也就是说同一个考点从不同角度的考察。

11. 考点的“隐藏性”现象 越来越多的迹象表明, 内科学的考点是以病例的形式出现。所以, 不可能直接从课本上找到答案。从某种程度上讲, 难度加大。 A_3 和 A_4 病例题基本上都属于这种现象。

12. 考题的“尚未确定”现象 可以说没有标准答案的题目, 因为从不同的角度不同人的理解会



有不同的结果。

二、新大纲新命题支招

1. 每门课程不可偏废，当然还是要按照大纲要求的分值进行时间分配。各科目互不相干，分别由不同的科目老师出题，两套卷最后由秘书随机组卷。

2. 对于“三太” 太细、太偏和太新的内容，复习的时候要着重“细”，同时还意味着要注意相似考点的对比。

3. 针对考点的“重复”现象 由于原题重复率高，因此，所有的真题都应该弄清楚，达到耳熟能详的地步，不要认为老的题目就没有用；而且对于真题的相关选项要掌握，出题者往往修改题型（例

如把 A_1 型题目改成 A_2 或者 A_3 和 A_4 型题目）和把选项改成问题等方法进行考察。

4. 考题的“超纲”现象 有时间的话，可以复习一下基础课程，当然不必期望能“猜中”这些超出大纲的内容，不必为了这几道题目而费太多的时间和为此烦恼。

5. 针对越来越多的病例题，对于鉴别诊断部分一定要注意。特别注意两种情况：一个症状有不同的疾病引起；一种疾病有不同的临床表现。

6. 针对没有标准答案的题目，大家只好碰运气了。

7. 各章击破，做真题，找寻出题、命题的规律；带着问题看书；反复练习题库，强化覆盖考点。

第六节 心理调节

一、考试前

每年九月的医师资格考试对证书找工作或转正的同志而言都是一个煎熬。在短短的 1 天时间里，我们要把自己几年积累的专业知识充分地发挥出来，其压力可想而知。除了扎实的基础外，我们还需要有良好的心理素质。

首先：在考试前，要尽量为自己创造一个良好的外部环境。你不要去在乎诸如“黑色的九月”之类吓人的称呼，不要让这些扰乱自己的正常心理，造成心理上的紧张；以防对医师资格考试产生恐惧心理。

其次：应该放松去考就行了，要能够放下包袱，轻装上阵，从而较好地发挥出了自己的水平。在日常学习中，不要胡思乱想，尽量用实实在在的事情去填满你的时间，比如学习、打球，不要让自己有时间去胡思乱想。在紧张的复习中，关键要保持一颗平常心。比如即使进考场前非常紧张，你也要尽量静下心来。

不要总以为“临阵磨枪，不快也光”，其实能不能考好，已经早在平时的学习和复习中决定了。考前短期的准备和临场发挥的作用是十分有限的。充分认识到这一点，就不会把太多的希望寄托在临考的准备和临场的发挥上，特别提醒，不要相信考前或考中的答案之类的高风险或骗局。

在最后的冲刺阶段，要注重“复习成就感”，就好比侠客决斗前，都是先把马步扎稳一样。基础知识的难度不大，但非常重要。最后的复习，把考

试的基础点再过一遍，是比较游刃有余的，不会耗费太多的精力，容易有成就感。

如果你让自己每天的复习内容容易完成，进度很明确，就会感觉自己已经将各个科目的基本点都串了一遍，很系统，并且心中有数。这种感觉非常有利于克服考试焦虑，并且把握你可以把握的，才是正常发挥或超常发挥的基本条件。

二、考试中

一般医师考试考生为了赶快做完试卷题目，于是就分秒必争，做完一题之后，马上做下一题。虽然考试时间对考试结果影响很大，但是这种方法不妥当。因为回答一个问题的思考模式并不一定适合其他的问题，必须让头脑冷静下来。为了以新的思考模式去回答下一题，就必须暂停 5 或 10 秒钟，在心中暗示自己“又顺利解决一题”，同时认真地读下一道题，使头脑改变思路，这种表面上看来似乎是浪费时间的做法，实际上却是在节省时间。

绝对答不出的问题，就干脆放弃，这叫“弃卒保帅”。绝对答不出的题，磨半天也是徒劳，放弃它，而在会做的题上确保高分，才是执考获胜的战术。那么如何决定是否放弃呢？考试时，放弃问题后所剩的三分之二时间，可用来做其他的题目，以把放弃的分数弥补回来。

做不出来时，先留下记号，继续答下一个题目。一旦遇到难题无法再继续下去时，应暂时放弃，先做其他的题目比较理想，但是在做下一题时，先替前面的问题做一些备忘，下次再重新检查时，可节



省重新阅读该内容的时间,省去了重复的思考。

突然忘记时,千万不要慌张。考试时常会出现这种情况:本来某个题目记得很清楚,可是突然什么也记不起来。这时切记不要慌乱,可以放松一下,也可以想想该项知识内容在书的哪一部分,这部分又有哪些知识等。这样的回忆会使你茅塞顿开。

举棋不时时,坚持第一印象。考试中常会遇到

一题有几个答案,而自己又不能肯定哪个是正确的情况,这时应选择先想到的那个。接触一道题后想到的第一个答案,往往是我们因长期练习而产生的本能反应,选择它,正确的概率会相对大一些。

请学习本书配套的“80学时 京师讲堂”。京师课堂网站地址 www.jsxlmed.com,如需获得免费试听可拨打电话 400-6888-261,申请开通试听。



目 录

第一部分 基础医学综合

第一章 生物化学	(1)	第二节 局部血液循环障碍	(35)
第一节 蛋白质的化学	(1)	第三节 炎症	(38)
第二节 维生素	(2)	第四节 肿瘤	(40)
第三节 酶	(3)	第五节 心血管系统疾病	(44)
第四节 糖代谢	(4)	第六节 呼吸系统疾病	(46)
第五节 生物氧化	(6)	第七节 消化系统疾病	(48)
第六节 脂类代谢	(7)	第八节 泌尿系统疾病	(50)
第七节 氨基酸代谢	(8)	第九节 内分泌系统疾病	(52)
第八节 核酸的结构、功能与核苷酸 代谢	(10)	第十节 乳腺及女性生殖系统疾病	(54)
第九节 肝生物化学	(11)	第十一节 常见传染病及寄生虫病	(56)
第二章 生理学	(12)	第四章 药理学	(59)
第一节 细胞的基本功能	(12)	第一节 总论	(59)
第二节 血液	(14)	第二节 传出神经系统药	(60)
第三节 血液循环	(15)	第三节 局部麻醉药	(64)
第四节 呼吸	(18)	第四节 中枢神经系统药	(65)
第五节 消化和吸收	(20)	第五节 心血管系统药	(69)
第六节 能量代谢和体温	(22)	第六节 利尿药与脱水药	(71)
第七节 肾的排泄功能	(24)	第七节 抗过敏药	(73)
第八节 神经系统的功能	(26)	第八节 呼吸系统药	(73)
第九节 内分泌	(30)	第九节 消化系统药	(74)
第十节 生殖	(32)	第十节 子宫平滑肌药	(74)
第三章 病理学	(33)	第十一节 血液和造血系统药	(75)
第一节 细胞、组织的适应、损伤和 修复	(33)	第十二节 激素类药	(77)
		第十三节 抗微生物药	(79)
		第十四节 抗寄生虫药	(82)

第二部分 医学人文综合

第一章 医学心理学	(84)	第四节 心身疾病	(88)
第一节 绪论	(84)	第五节 心理评估	(88)
第二节 医学心理学基础	(85)	第六节 心理治疗	(89)
第三节 心理卫生	(87)	第七节 医患关系	(92)



第八节 患者的心理问题	(92)
第二章 医学伦理学	(94)
第一节 伦理学与医学伦理学	(94)
第二节 医学伦理学的基本原则与规范	(95)
第三节 医疗人际关系伦理	(95)
第四节 临床诊疗伦理	(97)
第五节 临终关怀与死亡的伦理	(98)
第六节 公共卫生伦理	(99)
第七节 医务人员医学伦理素质的养成与行为规范	(100)
第三章 卫生法规	(101)
第一节 执业医师法	(101)
第二节 医疗机构管理条例	(104)
第三节 医疗事故处理条例	(105)
第四节 母婴保健法及其实施办法	(107)
第五节 传染病防治法	(108)
第六节 艾滋病防治条例	(111)

第七节 突发公共卫生事件应急条例	(112)
第八节 药品管理法	(113)
第九节 麻醉药品和精神药品管理条例	(114)
第十节 处方管理办法	(115)
第十一节 献血法	(116)
第十二节 侵权责任法(医疗损害责任)	(117)
第十三节 放射诊疗管理规定	(117)
第十四节 抗菌药物临床应用管理办法	(119)
第十五节 医疗机构临床用血管理办法	(121)
第十六节 精神卫生法	(122)
第十七节 人体器官移植条例	(124)
第十八节 疫苗流通和预防接种管理条例	(125)

第三部分 预防医学综合

预防医学	(128)
第一节 绪论	(128)
第二节 医学统计方法	(129)

第三节 流行病学原理和方法	(132)
第四节 临床预防服务	(139)
第五节 社区公共卫生	(141)

第四部分 临床医学综合

专业综合	(148)
第一章 呼吸系统	(148)
第一节 慢性阻塞性肺疾病	(148)
第二节 慢性肺源性心脏病	(150)
第三节 支气管哮喘	(152)
第四节 呼吸衰竭	(154)
第五节 肺炎	(157)
第六节 肺癌	(159)
第七节 支气管扩张	(162)
第八节 肺结核	(162)
第九节 胸腔积液	(165)
第十节 气胸	(166)
第十一节 血胸	(166)

第十二节 肋骨骨折	(167)
第十三节 脓胸	(167)
第二章 心血管系统	(168)
第一节 心脏骤停	(168)
第二节 心力衰竭	(169)
第三节 心律失常	(173)
第四节 心脏瓣膜病	(176)
第五节 自体瓣膜感染性心内膜炎	(179)
第六节 原发性高血压	(180)
第七节 冠状动脉性心脏病	(182)
第八节 病毒性心肌炎	(188)
第九节 心肌病	(189)
第十节 急性心包炎	(190)

