

应试型复习——抓重点，抢时间

医师资格考试

中西医结合执业医师资格考试 拿分考典

《中西医结合执业医师资格考试拿分考典》编委会 编



重点提示——怎么多拿分

考点集合——考题从哪出

经典真题——真题什么样

全国百佳图书出版单位

中国中医药出版社

中西医结合执业医师资格考试 拿分考典

《中西医结合执业医师资格考试拿分考典》编委会 编

中国中医药出版社
· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合执业医师资格考试拿分考典/《中西医结合执业医师资格考试拿分考典》编委会编. —北京: 中国中医药出版社, 2012. 5

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0815 - 4

I. ①中… II. ①中… III. ①中西医结合 - 医师 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R2 - 031

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 041710 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
三河西华印务有限公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 36.25 字数 1014 千字

2012 年 5 月第 1 版 2012 年 5 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0815 - 4

*

定价 88.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

书店网址 csln.net/qksd/

内 容 提 要

本书按照中西医结合执业医师资格考试最新考试大纲的要求，分析了近年来两千余道考试真题，认真总结考试和命题规律后精心编写而成，是复习应考的必备辅导书。

在编写结构上分为重点提示、考点集合和经典真题三部分。重点提示概要分析该单元的历年考试频率，提示重点内容和时间分配，把握好复习的大方向。考点集合按照考试大纲的要求对细目全面展开，重点突出，对常考及今后较可能考的知识点详细叙述，标出该考点在考试中出现的年份，对需要重点记忆的知识点以下划线形式突出。经典真题是该单元往年考过的典型试题，皆为易考知识点，具有很高的参照价值。

在编排顺序上打破常规的以大纲为序，依据大多数考生对最开始复习的内容用功最深、效果最好这一特点，全书按照历年考点出题频率的顺序编写，便于考生进行**应试型复习**，事半功倍，有的放矢，在有限的复习时间里冲刺最好的成绩。

考生顺序阅读，既可全面掌握考试大纲，准确把握命题方向，重点掌握重要考点，又可以通过往年真题体验，并适应考试的出题思路和风格。

编写说明

国家执业医师资格考试是评价申请医师资格者是否具备从事医师工作所必需的专业知识与技能的行业准入考试。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。

中医执业医师资格考试分为实践技能考试和医学综合笔试两部分。实践技能考试一般在每年的7月举行，医学综合笔试于9月中旬举行，具体时间以卫生部医师资格考试委员会公告时间为准。中医执业医师考试时间为2天，分4个单元；中医执业助理医师考试时间为1天，分2个单元，每单元均为两个半小时。笔试全部采用选择题形式，共有A1、A2、A3、A4、B1五种题型。中医执业助理医师适当减少或不采用A3型题。中医执业医师资格考试总题量约为600题，中医执业助理医师资格考试总题量约为300题。

根据卫生部执业医师资格考试中心最新统计数据，2008~2011年全国中医执业医师资格考试的通过率平均为55.6%，中医执业助理医师资格考试的通过率平均为17.8%。与往年的数据相比，考试通过率下降，可见考试难度有所加大。

2009年，卫生部医师资格考试委员会批准实施新修订的《医师资格考试大纲（2009年）》。考试新大纲改变了过去以传统学科为基础的考试模式，采用了按系统、疾病为基础的考试模式，对学科进行了整合，加强考察考生动手操作能力和综合运用所学知识解决问题的能力。但大纲编排结构和顺序与传统学科划分不符，部分内容机械地按系统、疾病划分之后却失去了学科的系统性，也增加了复习的难度。

为了帮助广大考生做好考前复习，我社近年来组织了权威专家，并充分吸取历届考生的经验，对考试的命题规律和考试特点进行了精心分析研究，严格按照考试大纲的要求，出版了这套中医执业医师资格考试辅导系列用书，分别为《拿分考典》《真题解析》《考前冲刺》《押题秘卷》4大系列，每个系列4本书，对应中医、中医助理、中西医、中西医结合助理。

中医执业医师资格考试辅导系列用书紧扣考试大纲，以历年试题为编写的基本依据，内容的安排在考虑知识点全面性的基础之上，特别针对历年考试通过率不高的现状，重点加强复习的应试效果，使考生在有限时间内扎实掌握必考常考的重要知识点，从整体上提高考试的通过率。

编委会

目 录

第一篇 中西医结合内科学	1
第一单元 循环系统疾病	1
第二单元 消化系统疾病	13
第三单元 呼吸系统疾病	25
第四单元 泌尿系统疾病	39
第五单元 内分泌与代谢疾病	49
第六单元 血液及造血系统疾病	56
第七单元 神经系统疾病	66
第八单元 内科常见危重症	71
第九单元 风湿性疾病	75
第十单元 理化因素所致疾病	80
第二篇 中西医结合外科学	84
第一单元 绪论	84
第二单元 外科感染	84
第三单元 损伤	88
第四单元 急腹症	92
第五单元 胃与十二指肠溃疡的外科治疗	95
第六单元 肛门直肠疾病	97
第七单元 泌尿、男性生殖系统疾病	99
第八单元 甲状腺疾病	101
第九单元 乳腺疾病	103
第十单元 门静脉高压症	105
第十一单元 休克	106
第十二单元 肿瘤	107
第十三单元 腹外疝	110
第十四单元 输血	111
第十五单元 周围血管疾病	112
第十六单元 中医外科证治概要	114
第十七单元 消化道大出血的诊断与处理原则	115
第十八单元 麻醉	116
第十九单元 无菌术	118
第二十单元 围术期处理	119
第二十一单元 体液与营养代谢	120
第二十二单元 肠道炎性疾病的外科治疗	122
第二十三单元 重症救治与监测	122
第二十四单元 疼痛与治疗	123

第二十五单元 内镜、腔镜及显微、移植技术	124
第三篇 中西医结合妇产科学	125
第一单元 绪论	125
第二单元 月经病	125
第三单元 妊娠病	130
第四单元 妊娠合并疾病	137
第五单元 女性生殖系统炎症	140
第六单元 妇产科常用特殊检查	144
第七单元 产后病	147
第八单元 常见产后并发症	149
第九单元 产时胎儿窘迫与胎膜早破	150
第十单元 正常分娩	151
第十一单元 子宫内膜异位症及子宫腺肌病	152
第十二单元 不孕症	153
第十三单元 女性生殖器官肿瘤	154
第十四单元 妇产科疾病的病因与发病机制	156
第十五单元 产时病	157
第十六单元 常见产时并发症	158
第十七单元 正常产褥	159
第十八单元 女性生殖器官损伤性疾病与发育异常	160
第十九单元 外阴色素减退及外阴瘙痒	160
第二十单元 妊娠滋养细胞疾病	161
第二十一单元 盆腔淤血综合征	163
第二十二单元 诊断概要	163
第二十三单元 女性生殖系统生理	165
第二十四单元 计划生育	166
第二十五单元 治法概要	168
第二十六单元 女性生殖系统解剖	169
第二十七单元 妊娠生理	170
第二十八单元 孕期监护及保健	170
第二十九单元 妇产科常用手术	171
第四篇 中西医结合儿科学	173
第一单元 儿科学基础	173
第二单元 呼吸系统疾病	177
第三单元 消化系统疾病	182
第四单元 感染性疾病	184
第五单元 变态反应、结缔组织病	190
第六单元 泌尿系统疾病	195
第七单元 循环系统疾病	198
第八单元 中医相关病证	200
第九单元 神经系统疾病	203

第十单元	营养性疾病	206
第十一单元	造血系统疾病	209
第十二单元	新生儿疾病	211
第十三单元	小儿危重症的处理	212
第十四单元	小儿常见心理障碍	213
第十五单元	寄生虫病	214
第五篇	诊断学基础	216
第一单元	症状学	216
第二单元	实验室诊断	222
第三单元	检体诊断	233
第四单元	心电图诊断	256
第五单元	影像诊断	260
第六单元	病历与诊断方法	267
第七单元	问诊	268
第六篇	传染病学	269
第一单元	传染病学总论	269
第二单元	病毒性肝炎	271
第三单元	细菌性痢疾	274
第四单元	艾滋病	276
第五单元	流行性脑脊髓膜炎	279
第六单元	流行性出血热	281
第七单元	伤寒	283
第八单元	霍乱	286
第九单元	传染性非典型肺炎	289
第十单元	消毒与隔离	292
第七篇	药理学	294
第一单元	药物作用的基本原理	294
第二单元	抗生素	296
第三单元	抗心绞痛药	301
第四单元	抗慢性心功能不全药	302
第五单元	糖皮质激素	304
第六单元	拟胆碱药	305
第七单元	抗胆碱药	306
第八单元	拟肾上腺素药	308
第九单元	抗肾上腺素药	310
第十单元	镇静催眠药	311
第十一单元	抗癫痫药	312
第十二单元	抗精神失常药	313
第十三单元	抗帕金森病药	315
第十四单元	镇痛药	316

第十五单元	有机磷酸酯类中毒与解救	318
第十六单元	解热镇痛药	318
第十七单元	抗组胺药	319
第十八单元	利尿药及脱水药	320
第十九单元	抗高血压药	322
第二十单元	抗心律失常药	324
第二十一单元	血液系统药	325
第二十二单元	消化系统药	327
第二十三单元	呼吸系统药	328
第二十四单元	抗甲状腺药	329
第二十五单元	降血糖药	330
第二十六单元	合成抗菌药	331
第二十七单元	抗结核病药	333
第二十八单元	抗真菌药与抗病毒药	334
第二十九单元	抗菌药物的联合应用	334
第八篇 中药学		336
第一单元	清热药	336
第二单元	解表药	343
第三单元	补虚药	347
第四单元	化痰止咳平喘药	355
第五单元	泻下药	359
第六单元	化湿药	361
第七单元	利水渗湿药	364
第八单元	理气药	366
第九单元	温里药	369
第十单元	止血药	371
第十一单元	活血化瘀药	373
第十二单元	平肝息风药	377
第十三单元	安神药	380
第十四单元	祛风湿药	382
第十五单元	收涩药	385
第十六单元	消食药	387
第十七单元	中药的用药禁忌	389
第十八单元	中药的配伍	390
第十九单元	中药的剂量与用法	391
第二十单元	驱虫药	392
第二十一单元	开窍药	393
第二十二单元	药性理论	394
第二十三单元	攻毒杀虫止痒药	396
第二十四单元	拔毒化腐生肌药	397

第九篇 方剂学	399
第一单元 总论	399
第二单元 补益剂	400
第三单元 清热剂	404
第四单元 温里剂	409
第五单元 理气剂	411
第六单元 理血剂	414
第七单元 解表剂	417
第八单元 和解剂	421
第九单元 祛湿剂	423
第十单元 泻下剂	427
第十一单元 治燥剂	429
第十二单元 固涩剂	431
第十三单元 祛痰剂	433
第十四单元 治风剂	436
第十五单元 安神剂	438
第十六单元 开窍剂	439
第十七单元 祛暑剂	440
第十八单元 消食剂	441
第十九单元 驱虫剂	443
第二十单元 涌吐剂	444
第十篇 针灸学	445
第一单元 经络系统的组成	445
第二单元 腧穴的定位方法	447
第三单元 针灸治疗	447
第四单元 足阳明胃经、穴	450
第五单元 足太阴脾经、穴	452
第六单元 足少阴肾经、穴	452
第七单元 手阳明大肠经、穴	453
第八单元 内科病证	454
第九单元 妇儿科病证	456
第十单元 头面躯体痛证	457
第十一单元 皮外骨伤、五官科病证	458
第十二单元 常用奇穴	460
第十三单元 手太阴肺经、穴	461
第十四单元 手厥阴心包经、穴	461
第十五单元 足厥阴肝经、穴	462
第十六单元 足太阳膀胱经、穴	463
第十七单元 足少阳胆经、穴	464
第十八单元 手少阴心经、穴	465
第十九单元 手少阳三焦经、穴	466
第二十单元 手太阳小肠经、穴	467

第二十一单元	督脉、穴	467
第二十二单元	任脉、穴	468
第二十三单元	毫针刺法	469
第二十四单元	常用灸法	471
第二十五单元	腧穴的主治特点和规律	473
第二十六单元	腧穴的分类	473
第二十七单元	其他针法	474
第二十八单元	经络的作用和经络学说的临床应用	474
第十一篇 中医基础理论		476
第一单元	中医学理论体系的主要特点	476
第二单元	五脏	477
第三单元	病因	480
第四单元	病机	483
第五单元	精、气、血、津液、神	486
第六单元	六腑	489
第七单元	阴阳学说	490
第八单元	五行学说	492
第九单元	经络	494
第十单元	防治原则	497
第十一单元	奇恒之腑	498
第十二单元	发病	499
第十三单元	精气学说	500
第十二篇 中医诊断学		502
第一单元	绪论	502
第二单元	脏腑辨证	502
第三单元	问诊	510
第四单元	望诊	518
第五单元	望舌	527
第六单元	病性辨证	531
第七单元	八纲辨证	535
第八单元	脉诊	538
第九单元	闻诊	542
第十单元	六经辨证	544
第十一单元	卫气营血辨证	547
第十二单元	三焦辨证	548
第十三单元	按诊	548
第十三篇 医学伦理学		550
第一单元	绪论	550
第二单元	医学道德的规范体系	551
第三单元	医学道德的评价、教育和修养	553

第四单元	临床诊疗工作中的道德	554
第五单元	医患关系道德	555
第六单元	医学科研工作的道德	557
第七单元	医学伦理学的形成和发展	557
第八单元	医学伦理学的理论基础	559
第九单元	生命伦理学	560
 第十四篇	 卫生法规	 562

肝大。

(3) 全心衰竭：右侧心力衰竭继发于左侧心力衰竭而形成的全心衰竭，当右侧心力衰竭出现之后，右心排血量减少，因此阵发性呼吸困难等肺淤血症状反而有所减轻。

2. 心功能分级 (2011)

I 级：患者有心脏病但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

II 级：心脏病患者的体力活动受到轻度限制，休息时无自觉症状，但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

III 级：心脏病患者的体力活动明显受限，小于平时一般活动即引起上述症状。

IV 级：心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心力衰竭的症状，体力活动后加重。

(四) 诊断及鉴别诊断

1. 诊断

(1) 首先有明确的器质性心脏病，如冠心病、高血压心脏病、风湿性心脏病等病史。

(2) 心力衰竭的症状是重要诊断依据。疲乏、无力等由于心排血量减少而引起的症状无特异性，诊断价值不大，而左侧心力衰竭的肺淤血引起不同程度的呼吸困难，右侧心力衰竭的体循环淤血引起的颈静脉怒张、肝大、水肿等则是诊断心力衰竭的重要依据。

(3) 辅助检查：X 线检查可见心影增大、肺淤血征象等。超声心动图检查见心脏腔室扩张，心脏功能异常改变。放射性核素检查见左心室射血分数下降，血流动力学检查左心室衰竭时 PCWP > 14mmHg，右侧心力衰竭时静脉压 > 150mmHg。

2. 鉴别诊断

(1) 支气管哮喘：本病多见于青年人有过敏史，咳白色黏痰，肺部听诊以哮鸣音为主。

(2) 心包积液、缩窄性心包炎时，同样可引起肝大、下肢水肿等表现，超声心动图检查可确诊。

(3) 肝硬化腹水伴下肢水肿：除基础心脏病体征有助于鉴别外，非心源性肝硬化不会出现颈静脉怒张等上腔静脉回流受阻的体征。

(五) 西医治疗

1. 一般治疗 包括基本病因治疗和消除诱因、改变生活方式。

2. 利尿药 通过排钠排水对缓解淤血症状，减轻水肿有十分显著的效果。①噻嗪类利尿药（氢氯噻嗪）。②袢利尿药（呋塞米）。③保钾利尿药（螺内酯、氨苯蝶啶、阿米洛利）。

3. 血管紧张素转换酶抑制药（ACEI）和血管紧张素 II 受体拮抗药 降低心力衰竭患者代偿性神经-体液的不利影响，限制心肌、小血管的重构。

4. β 受体阻滞药 改善心肌重构，防治心肌病的发展。可选用具有心脏选择性的 β_1 受体阻滞药，如美托洛尔、比索洛尔，或者 β 兼 α_1 受体阻滞药卡维地洛。

5. 正性肌力药物 增强心肌的收缩力。①洋地黄类。②肾上腺能受体兴奋药（多巴胺、多巴酚丁胺）。③磷酸二酯酶抑制药（氨力农和米力农）。

6. 醛固酮拮抗药 促进心肌重塑，从而抑制心力衰竭的发展，如螺内酯。

7. 其他 舒张性心力衰竭的治疗。

(六) 辨证论治

1. 心肺气虚

症见：心悸，气短，乏力倦怠，胸闷，头晕，活动后加重，面色苍白，舌淡或边有齿痕，脉沉细。

治法：益气补心养肺。

方药：保元汤合补肺汤加減。

2. 气阴两虚

症见：心悸，气短，疲乏，动则汗出，自汗或盗汗，头晕心烦，口干颧红，舌红少苔，脉细数无力或结代。

治法：益气养阴安神。

方药：天王补心丹或生脉散加減。

3. 气虚血瘀

症见：心悸气短，胸闷胸痛，颈部青筋暴露，肋下痞块，神疲乏力，食少腹胀，下肢浮肿，面色晦暗，唇甲青紫，舌质淡暗或有瘀点、瘀斑，脉涩或结代。

治法：益气活血通脉。

方药：血府逐瘀汤合补阳还五汤加減。

4. 心肾阳虚

症见：心悸不安，气短乏力，动则气喘，身寒肢冷，尿少浮肿，腹胀便溏，面色灰青，腰膝酸软，舌质淡胖或边有齿痕，脉沉细无力。

治法：温肾纳气补心。

方药：金匱肾气丸加減。

5. 阳虚水泛

症见：心悸气喘或不得卧，咯吐泡沫痰，面肢浮肿，畏寒肢冷，烦躁出汗，颜面灰白，口唇青紫，尿少腹胀，或伴胸水、腹水，舌淡胖苔白滑，脉沉迟无力。

治法：温阳化气利水。

方药：真武汤加減。

6. 水凌心肺

症见：咳喘气促，倚息难以平卧，咳痰稀白，心悸，肢体面目浮肿，尿少，怯寒肢冷，面唇青紫，舌质胖暗苔白滑，脉沉细。

治法：温阳利水平喘。

方药：真武汤合葶苈大枣泻肺汤加減。

7. 阴竭阳脱

症见：心悸喘憋不得卧，呼吸急促，张口抬肩，烦躁不安，大汗淋漓，四肢厥冷，精神萎靡，颜面发绀，尿少或无尿，舌淡胖而紫，脉沉细欲绝。

治法：回阳救阴固脱。

方药：参附汤合生脉散加減。

（七）预防

1. 防止初始的心肌损伤。
2. 防止心肌进一步损伤。
3. 防止心肌损伤的恶化。

二、心律失常

（一）常见心律失常

1. 诊断 心律失常性质的确诊大多要靠心电图，但相当一部分病人可根据病史和体征做出初步诊断。详细追问发作时心率、节律（规则与否、漏搏感等），发作起止与持续时间。发作时有无低血压、昏厥或近乎昏厥、抽搐、心绞痛或心力衰竭等表现，以及既往发作的诱因、

频率和治疗经过,有助于判断心律失常的性质。

2. 治疗

(1) 窦性心动过速:一般不必治疗,必要时用 β 受体阻滞药。

(2) 窦性心动过缓:无症状的窦性心动过缓通常无须治疗。如因心率过慢,出现心排量不足的症状,可用阿托品、麻黄碱或异丙肾上腺素等药物。

(3) 窦性停搏:治疗可参照窦性心动过缓。

(4) 窦房传导阻滞:治疗参照病态窦房结综合征。

(5) 病态窦房结综合征:若患者无心动过缓的有关症状无须治疗,仅定期随诊观察。对于有症状的病态窦房结综合征患者,应接受起搏器治疗(2011)。

(6) 房性期前收缩:通常无须治疗。当有明显症状或因房性期前收缩触发室上性心动过速时应给予治疗。治疗药物包括镇静药、 β 受体阻滞药等,亦可选用洋地黄或钙通道阻滞药。

(7) 房性心动过速。

(8) 心房扑动:最有效的终止心房扑动的方法是直流电复率。

(二) 辨证论治

1. 快速性心律失常

心神不宁——镇惊定志,养心安神——安神定志丸加减。

气血不足——补血养心,益气安神——归脾汤加减。

阴虚火旺——滋阴清火,养心安神——天王补心丹加减。

气阴两虚——益气养阴,养心安神——生脉散加减。

痰火扰心——清热化痰,宁心安神——黄连温胆汤加减。

心脉瘀阻——活血化瘀,理气通络——桃仁红花煎加减。

心阳不振——温补心阳,安神定悸——参附汤合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。

2. 缓慢性心律失常

心阳不足——温补心阳,通脉定悸——人参四逆散合桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。

心肾阳虚——温补心肾,温阳利水——参附汤合真武汤加减。

气阴两虚——益气养阴,养心通脉——炙甘草汤加减。

痰浊阻滞——理气化痰,宁心通脉——涤痰汤加减。

心脉痹阻——活血化瘀,理气通络——血府逐瘀汤加减。

三、心搏骤停

(一) 常见病因

在西方国家,心脏猝死中至少有80%由冠心病及其并发症所致。25%冠心病患者以心脏猝死为首发临床表现。

(二) 诊断及治疗

1. 诊断 左室射血分数低于30%是冠心病猝死的最强的预测因素。依据患者的临床表现,实验室检查做出诊断。

2. 治疗 ①人工呼吸。②胸外按压。③除颤和复律。④药物治疗。

四、原发性高血压

(一) 西医发病相关因素及中医病因病机

1. 西医相关发病因素 遗传因素、发病因素。

2. 中医病因病机 中医对该病病机的认识不外乎风、火、痰、瘀、虚,与肝、脾、肾的

关系密切。气血阴阳失调 (2005), 脉络失养, 或清阳不升, 或痰、火扰动清窍而发病。肝火上炎、肝阳上亢、痰湿中阻、瘀血阻络、肝肾阴虚或肾阴精不足是导致气血阴阳失调的关键。其病性为本虚标实, 在病情发展过程中, 各种病因病机相互影响, 可致虚实夹杂。

(二) 临床表现、高血压分级

1. 临床表现

(1) 缓进型高血压: 早期多数患者无症状, 或仅有轻度头部不适。随病情发展, 患者可表现为头晕, 头痛而胀, 耳鸣, 失眠, 健忘, 乏力, 易激动及神经质等。

(2) 急进型高血压: 多在中、青年发病, 血压突然显著升高, 舒张压持续在 130 ~ 140mmHg 或更高。其症状明显, 病情严重, 发展迅速, 以视网膜病变明显和肾功能恶化快为特点。

(3) 高血压急症: 高血压危象、高血压脑病。

2. 高血压分级。

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
理想血压	< 120	< 80
正常血压	< 130	< 85
正常高值	130 ~ 139	85 ~ 89
1 级高血压 (“轻度”)	140 ~ 159	90 ~ 99
亚组: 临界高血压	140 ~ 149	90 ~ 94
2 级高血压 (“中度”)	160 ~ 179	100 ~ 109
3 级高血压 (“重度”)	≥ 180	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	< 90
亚组: 临界收缩期高血压	140 ~ 149	< 90

(三) 诊断及鉴别诊断

1. 诊断 凡动脉血压持续升高达到高血压诊断标准, 即成人 (年龄 ≥ 18 岁) 在安静状态未服药情况下, 非同日 2 次测量动脉收缩压 ≥ 140mmHg 和 (或) 舒张压 ≥ 90mmHg, 并可排除继发性高血压者, 可诊断为高血压病, 确诊后尚需进一步分级及危险分层。

2. 鉴别诊断

(1) 肾实质病变: 包括急、慢性肾小球肾炎, 狼疮性肾炎, 肾盂肾炎, 肾结核, 多囊肾等。

(2) 肾动脉狭窄: 由肾动脉非特异性炎症、纤维肌性发育不全或动脉粥样硬化引起。

(3) 嗜铬细胞瘤: 血压增高期测定血或尿中肾上腺素、去甲肾上腺素或其他代谢产物香草基杏仁酸 (VMA), 如显著增高, 提示嗜铬细胞瘤; 血压升高期进行酚妥拉明降压试验有助于诊断。超声、同位素以及 CT 检查可以显示肿瘤部位。

(4) 原发性醛固酮增多症: 高血压、多饮、多尿、肌无力或麻痹、血钾降低、尿钾和醛固酮增多、血浆肾素活性低、螺内酯 (安体舒通) 试验阳性、血和尿中醛固酮增多具有诊断意义。超声、同位素、CT 均可定位诊断。

(四) 西医治疗

1. 非药物治疗 如减肥、控制体重、低盐饮食 (食盐 6g/d 左右)、不饮酒、参加适当体育运动等, 适用于各型高血压患者。

2. 降压药物治疗 适用于经药物治疗无效者及中、重度高血压患者。

(1) 利尿药：如用氢氯噻嗪。

(2) β 受体阻滞药：适用于轻、中度高血压患者，如阿替洛尔、美托洛尔。

(3) 钙拮抗药：适用于轻、中度高血压。尤其适用于老年人高血压、收缩期高血压及伴有心脑血管血管并发症者。如用硝苯地平、尼群地平、地尔硫草和维拉帕米等，心动过缓、房室传导阻滞者忌用。

(4) 血管紧张素转化酶抑制药（ACEI）：如卡托普利和依那普利（2003）。

(5) 血管紧张素受体 II 拮抗药（ARB）：缬沙坦。

(6) α 受体阻滞药：如哌唑嗪。

（五）辨证论治

1. 肝阳上亢

症见：眩晕头痛且胀，或跳痛，遇烦劳恼怒加重，耳鸣，失眠多梦，肢麻震颤，腰膝酸软，舌红苔黄，脉弦细数。

治法：平肝潜阳。

方药：天麻钩藤饮加减（2006，2011）。

2. 痰湿内盛

症见：头痛眩晕，头重如蒙，胸脘痞闷，恶心欲吐，或呕吐痰涎纳呆，便溏，舌胖质淡，苔白厚腻，脉弦数。

治法：祛痰降浊。

方药：半夏白术天麻汤加减。

3. 瘀血内停

症见：眩晕头痛，失眠健忘，偏身麻木，胸闷，面唇紫暗，舌暗有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀。

方药：血府逐瘀汤加减。

4. 肝肾阴虚

症见：头晕头痛，耳鸣，腰膝酸软，两目干涩，盗汗，舌红少苔，脉弦细或细数（2005）。

治法：滋补肝肾。

方药：杞菊地黄丸加减（2006）。

5. 肾阳虚衰

症见：眩晕头痛而空，耳鸣耳聋，腰膝酸软，遗精带下，舌淡苔薄，脉沉细无力。

治法：温补肾阳。

方药：济生肾气丸加减。

（六）预防

改变不良的饮食习惯，限制钠盐摄入（每日食盐摄入宜在 13g 左右），适当增加钾的摄入，改变不合理的膳食结构，防止肥胖和超重，戒烟酒等。有明显家族史者，进行定期检查和随访。

五、冠状动脉粥样硬化性心脏病

（一）定义

冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）系冠状动脉粥样硬化使血管腔阻塞，导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。本病与冠状动脉功能性改变（血管痉挛）一起统称为冠状动脉性心脏病，简称冠心病，亦名缺血性心脏病。