

2013版

应试型复习——抓重点，抢时间

医师资格考试

中西医结合执业助理医师资格考试

拿分考典

(医学综合笔试部分)

《中西医结合执业助理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

中西医结合执业助理医师资格考试 拿分考典

(医学综合笔试部分)

《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

中西医结合执业助理医师资格考试拿分考典/《中西医结合执业助理医师资格考试拿分考典》编委会编. —北京: 中国中医药出版社, 2013. 5

ISBN 978 - 7 - 5132 - 1400 - 1

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 (2013) 第 067740 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
三河市双峰印刷有限公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 31.5 字数 882 千字
2013 年 5 月第 1 版 2013 年 5 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 1400 - 1

*

定价 89.00 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/
官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

内 容 提 要

本书按照中西医结合执业助理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。

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	17
第三单元 呼吸系统疾病	27
第四单元 泌尿系统疾病	38
第五单元 血液及造血系统疾病	46
第六单元 内分泌与代谢疾病	54
第七单元 风湿性疾病	60
第八单元 神经系统疾病	62
第九单元 理化因素所致疾病	69
第十单元 肺系病证	72
第十一单元 心系病证	74
第十二单元 脾系病证	75
第十三单元 肝系病证	78
第十四单元 肾系病证	80
第十五单元 气血津液病证	81
第十六单元 肢体经络病证	87
第二篇 中西医结合外科学	89
第一单元 外科感染	89
第二单元 损伤	92
第三单元 泌尿、男性生殖系统疾病	95
第四单元 中医外科证治概要	97
第五单元 肛门直肠疾病	99
第六单元 体液与营养代谢	100
第七单元 急腹症	102
第八单元 乳腺疾病	105
第九单元 胃、十二指肠溃疡的外科治疗	107
第十单元 甲状腺疾病	109
第十一单元 肿瘤	111
第十二单元 无菌术	114
第十三单元 麻醉	115
第十四单元 皮肤及性传播疾病	117
第十五单元 腹外疝	121
第十六单元 门静脉高压症	122
第十七单元 周围血管疾病	123
第十八单元 输血	125

第十九单元 围手术期处理	126
第三篇 中西医结合妇产科学	127
第一单元 月经病	127
第二单元 妊娠病	131
第三单元 女性生殖系统炎症	137
第四单元 产后病	139
第五单元 女性生殖器官肿瘤	142
第六单元 女性生殖系统解剖	143
第七单元 女性生殖系统生理	145
第八单元 不孕症	146
第九单元 子宫内膜异位症及子宫腺肌病	147
第十单元 正常分娩	148
第十一单元 正常产褥	150
第十二单元 分娩期并发症	151
第十三单元 子宫脱垂	151
第十四单元 外阴上皮内非瘤样病变	152
第十五单元 计划生育	153
第十六单元 治法概要	154
第十七单元 妊娠生理	154
第十八单元 产前保健	156
第四篇 中西医结合儿科学	157
第一单元 儿科学基础	157
第二单元 呼吸系统疾病	162
第三单元 消化系统疾病	166
第四单元 感染性疾病	169
第五单元 变态反应、结缔组织病	174
第六单元 泌尿系统疾病	178
第七单元 循环系统疾病	182
第八单元 中医相关病证	183
第九单元 营养性疾病	186
第十单元 造血系统疾病	188
第十一单元 新生儿疾病	190
第十二单元 神经肌肉系统疾病	191
第十三单元 小儿危重症的处理	192
第十四单元 寄生虫病	193
第十五单元 小儿常见心理障碍	194
第十六单元 内分泌疾病	194
第五篇 中医基础理论	196
第一单元 中医学理论体系的主要特点	196
第二单元 五脏	197

第三单元	病因	200
第四单元	阴阳学说	202
第五单元	五行学说	204
第六单元	六腑	206
第七单元	病机	207
第八单元	精、气、血、津液	209
第九单元	经络	212
第十单元	防治原则	215
第十一单元	发病	217
第十二单元	奇恒之腑	218
第十三单元	体质	219
第十四单元	藏象学说	219
第十五单元	精气学说	219
第十六单元	养生与寿夭	220
第六篇 中医诊断学		221
第一单元	绪论	221
第二单元	脏腑辨证	221
第三单元	八纲辨证	230
第四单元	气血津液辨证	234
第五单元	问诊	236
第六单元	望诊	244
第七单元	望舌	251
第八单元	脉诊	255
第九单元	闻诊	258
第十单元	按诊	261
第七篇 诊断学基础		263
第一单元	症状学	263
第二单元	实验室诊断	268
第三单元	检体诊断	278
第四单元	心电图诊断	297
第五单元	影像诊断	301
第六单元	病历与诊断方法	307
第七单元	问诊	308
第八篇 药理学		309
第一单元	药物作用的基本原理	309
第二单元	抗生素	311
第三单元	抗心绞痛药	314
第四单元	抗慢性心功能不全药	315
第五单元	糖皮质激素	316
第六单元	拟胆碱药	318

第七单元	抗胆碱药	319
第八单元	拟肾上腺素药	320
第九单元	抗肾上腺素药	322
第十单元	抗心律失常药	323
第十一单元	抗高血压药	324
第十二单元	利尿药、脱水药	326
第十三单元	抗精神失常药	327
第十四单元	抗帕金森病药	329
第十五单元	镇痛药	330
第十六单元	解热镇痛药	331
第十七单元	镇静催眠药	332
第十八单元	抗癫痫药	333
第十九单元	抗组胺药	334
第二十单元	血液系统药	334
第二十一单元	消化系统药	336
第二十二单元	呼吸系统药	337
第二十三单元	降血糖药	339
第二十四单元	合成抗菌药	340
第二十五单元	抗结核病药	341
第二十六单元	抗真菌药与抗病毒药	342
第二十七单元	抗恶性肿瘤药	343
第二十八单元	抗甲状腺药	344
第二十九单元	有机磷酸酯类中毒与解救	345
第三十单元	抗菌药物的耐药性	345
第九篇 中药学		347
第一单元	清热药	347
第二单元	解表药	352
第三单元	补虚药	356
第四单元	化痰止咳平喘药	362
第五单元	止血药	365
第六单元	活血化瘀药	367
第七单元	利水渗湿药	370
第八单元	理气药	372
第九单元	祛风湿药	373
第十单元	化湿药	376
第十一单元	泻下药	377
第十二单元	平肝息风药	378
第十三单元	安神药	381
第十四单元	收涩药	383
第十五单元	温里药	385
第十六单元	消食药	386
第十七单元	驱虫药	387

第十八单元	开窍药	387
第十九单元	攻毒杀虫止痒药	388
第二十单元	中药的用药禁忌	389
第二十一单元	中药的配伍	390
第二十二单元	中药的剂量与用法	391
第二十三单元	药性理论	392
第十篇	方剂学	394
第一单元	解表剂	394
第二单元	清热剂	396
第三单元	补益剂	399
第四单元	理血剂	403
第五单元	温里剂	405
第六单元	泻下剂	407
第七单元	祛湿剂	408
第八单元	和解剂	412
第九单元	治风剂	414
第十单元	理气剂	416
第十一单元	治燥剂	417
第十二单元	安神剂	418
第十三单元	祛痰剂	420
第十四单元	消食剂	421
第十五单元	表里双解剂	422
第十六单元	总论	423
第十七单元	固涩剂	424
第十八单元	祛暑剂	425
第十九单元	开窍剂	426
第二十单元	驱虫剂	427
第十一篇	针灸学	428
第一单元	经络系统	428
第二单元	腧穴的定位方法	429
第三单元	特定穴	430
第四单元	内科病证的针灸治疗	431
第五单元	足阳明胃经、腧穴	434
第六单元	足太阳膀胱经、腧穴	435
第七单元	足少阴肾经、腧穴	437
第八单元	手太阴肺经、腧穴	438
第九单元	足太阴脾经、腧穴	438
第十单元	督脉、腧穴	439
第十一单元	任脉、腧穴	440
第十二单元	奇穴	441
第十三单元	足少阳胆经、腧穴	442

第十四单元	手少阴心经、腧穴	443
第十五单元	手阳明大肠经、腧穴	444
第十六单元	手太阳小肠经、腧穴	445
第十七单元	手厥阴心包经、腧穴	445
第十八单元	足厥阴肝经、腧穴	446
第十九单元	手少阳三焦经、腧穴	447
第二十单元	妇儿科病证的针灸治疗	447
第二十一单元	五官科病证的针灸治疗	448
第二十二单元	皮外骨伤科病证的针灸治疗	449
第二十三单元	毫针刺法	449
第二十四单元	灸法	451
第二十五单元	腧穴的主治特点	452
第二十六单元	腧穴的分类	453
第二十七单元	治疗总论	453
第二十八单元	经络学说的临床应用	454
第二十九单元	拔罐法	454
第十二篇	传染病学	455
第一单元	传染病学总论	455
第二单元	病毒感染	456
第三单元	细菌感染	467
第四单元	消毒与隔离	476
第十三篇	医学伦理学	477
第一单元	绪论	477
第二单元	医学道德的规范体系	478
第三单元	医患关系道德	480
第四单元	临床诊疗工作中的道德	481
第五单元	医学道德的评价、教育和修养	482
第六单元	医学伦理学的形成和发展	483
第七单元	医学伦理学的理论基础	484
第八单元	生命伦理学	485
第九单元	医学科研工作的道德	487
第十四篇	卫生法规	488

第一篇 中西医结合内科学

第一单元 循环系统疾病



重点提示

本单元是出题的热点，每年考试所占分值较大，应重点复习。首先对于几种病的中医病因病机以及诊断都应了解。其次因考试题型多为A2型题，所以复习的重点在于各个病的辨证论治。尤其是心力衰竭、心绞痛、心肌梗死，出题率较高。对于各类心脏疾病要熟悉西药的用药。

考点集合

一、心力衰竭

1. 基本病因

(1) 原发性心肌损害：①缺血性心肌损害：冠心病心肌缺血和（或）心肌梗死是最常见原因之一。②心肌炎和心肌病。③心肌代谢障碍性疾病：糖尿病心肌病最常见。

(2) 心脏负荷过重：①压力负荷（后负荷）过重——高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄。②容量负荷（前负荷）过重——心脏瓣膜关闭不全，血液反流；左、右心或动静脉分流性先天性心血管病（间隔缺损、动脉导管未闭）。

2. 诱因 ①感染。②心律失常。③过度劳累与情绪激动。

3. 心力衰竭分期及心功能分级（2011）

I级：患者患有心脏病，但日常活动量不受限制，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的限制，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衰的症状，体力活动后加重。

二、急性心力衰竭

1. 西医病因、发病机制 ①急性弥漫性心肌损害（大面积急性心肌梗死，急性心肌缺血，缺血性心脏病）；②急性机械性阻塞；③心脏负荷突然加重；④神经内分泌激活；⑤心肾综合征；⑥慢性心衰的急性失代偿。

2. 临床表现

(1) 早期表现：劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难（2009）、睡觉需用枕头抬高头部等；检查可发现左心室增大、闻及舒张早期或中期奔马律、 P_2 亢进、两肺有湿啰音。

(2) 急性肺水肿：①突发严重呼吸困难、端坐呼吸；频繁咳嗽并咯出大量粉红色泡沫样血痰；极重者可神志模糊。②血压一过性升高；随病情持续，血压下降；严重者可出现心源性休克。③心率增快，心尖区第一心音减弱，肺动脉瓣区第二心音亢进。

(3) 心源性休克：①持续低血压；②组织低灌注状态：皮肤湿冷、苍白和紫绀；心动过速 ($HR > 110/min$)；尿量显著减少 ($< 20ml/h$)；意识障碍；③血流动力学障碍；④低氧血症和代谢性酸中毒。

(4) 其他：①昏厥，主要见于急性心排血量受阻或严重心律失常患者。②心脏骤停。

3. 诊断

(1) 急性左心衰竭：常见临床表现是急性左心衰竭所致的呼吸困难，系由肺淤血所致。BNP/NT-proBNP 是心衰的生物标志物。

(2) 急性右心衰竭：以体循环淤血为主要表现。

(3) 急性左心衰竭严重程度分级

①Killip 法：I 级：无心衰；II 级：有心衰，两肺中下部有湿啰音，占肺野下 $1/2$ ，可闻及奔马律，X 线胸片有肺淤血；III 级：严重心衰，有肺水肿，细湿啰音遍布两肺（超过肺野下 $1/2$ ）；IV 级：心源性休克，低血压（收缩压 $90mmHg$ ），紫绀，出汗，少尿。

②临床程度分级

急性左心衰的临床程度分级

分级	皮肤	肺部啰音
I 级	干、暖	无
II 级	湿、暖	有
III 级	干、冷	无/有
IV 级	湿、冷	有

4. 西医治疗原则

降低左心房压和（或）左心室充盈压；增加左心室心搏量；减少循环血量；减少肺泡内液体渗入，保证气体交换。

5. 急性左心衰竭的一般处理 ①体位：静息时明显呼吸困难者端坐位。②四肢交换加压。③吸氧：适用于低氧血症和呼吸困难明显（尤其指端 $SaO_2 < 90\%$ ）者。④做好救治的准备工作，开放至少 2 根静脉通道，并保持通畅，必要时采用深静脉穿刺置管。⑤饮食易消化，总量控制，少量多餐（6~8 次/日）；应用袢利尿剂时不要过分限制钠盐摄入量。⑥出入量管理：每天液体摄入量一般在 1500ml 以内，不超过 2000ml。保持每天水出入量负平衡约 500ml。

6. 急性左心衰竭的药物治疗

(1) 镇静剂：吗啡（伴 CO_2 潴留者不宜，伴明显和持续低血压、休克、意识障碍、COPD 等患者禁忌使用，老年患者慎用或减量）、哌替啶。

(2) 支气管解痉剂：氨茶碱、二羟丙茶碱（不宜用于冠心病如 AMI 或不稳定型心绞痛所致的急性心衰患者，不可用于伴心动过速或心律失常者）。

(3) 利尿剂：适用于急性心衰伴肺循环和（或）体循环明显淤血以及容量负荷过重的患者。首选袢利尿剂（呋塞米、托拉塞米、布美他尼）；噻嗪类利尿剂、保钾利尿剂（阿米洛利、螺内酯）等仅作为袢利尿剂的辅助/替代药物或联合用药。

(4) 血管扩张药物：可用于急性心衰早期。收缩压 $> 110mmHg$ 的急性心衰患者通常可以安全使用， $90 \sim 110mmHg$ 的患者谨慎使用， $< 90mmHg$ 的患者禁忌使用。主要有硝酸酯类、硝普钠、重组人 B 型利钠肽（rhBNP）、乌拉地尔、酚妥拉明，但钙拮抗剂不推荐用于急性心衰

的治疗。

(5) 正性肌力药物：适用于低心排量综合征，血压较低和对血管扩张药物及利尿剂不耐受或反应不佳者尤其有效。①洋地黄类（毛花苷 C）；②多巴胺；③多巴酚丁胺；④磷酸二酯酶抑制剂（米力农、氨力农）；⑤左西孟旦（钙增敏剂）。

急性左心衰的临床程度分级

收缩压	肺淤血	推荐的治疗方法
>100mmHg	有	利尿剂（呋塞米）+ 血管扩张剂（硝酸酯类、硝普钠、重组人 B 型利钠肽、乌拉地尔）
90 ~ 100mmHg	有	血管扩张剂和（或）正性肌力药（多巴胺、多巴酚丁胺、磷酸二酯酶抑制剂） 此情况为心源性休克：①在血流动力学监测（主要采用床边漂浮导管法）下进行治疗；②适当补充血容量；③应用正性肌力药物如多巴胺，必要时加用去甲肾上腺素；④如效果仍不佳，应考虑肺动脉插管监测血流动力学和使用主动脉内球囊反搏和心室机械辅助装置；肺毛细血管楔压高者可在严密监测下考虑多巴胺基础上加用少量硝普钠、乌拉地尔
<90mmHg	有	

7. 急性右心衰竭的治疗

(1) 右心室梗死伴急性右心衰竭：①扩容，如存在心源性休克，在检测中心静脉压的基础上首先大量补液。②禁用利尿剂、吗啡和硝酸甘油等血管扩张剂，以避免进一步降低右心室充盈压。③如右心室梗死同时合并广泛左心室梗死，则不宜盲目扩容，以防止造成急性肺水肿；如存在严重左心室功能障碍和 PCWP 升高，不宜使用硝普钠，应考虑主动脉内球囊反搏（IABP）治疗。

(2) 急性大块肺栓塞所致急性右心衰竭：①止痛，吗啡或哌替啶。②吸氧，鼻导管或面罩给氧（6 ~ 8L/min）。③溶栓，常用尿激酶或人重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-PA），停药后应继续肝素治疗，改用华法林口服数月。④经内科治疗无效的危重患者（如休克）予介入治疗。

8. 非药物治疗 主动脉内球囊反搏；机械通气；其他如血液净化治疗、外科手术等。

三、慢性心力衰竭

1. 临床表现

(1) 左心衰竭：以肺淤血及心排量降低致器官低灌注表现为主。①劳力性呼吸困难（左心衰最早出现的症状，卧位加重）、夜间阵发性呼吸困难（可伴心源性哮喘）；咳嗽、咳痰、咯血；乏力、疲倦、头昏、心慌等（2008）。②两肺底湿啰音与体位变化有关，心源性哮喘时两肺可闻及哮鸣音；胸腔积液时有相应体征；心脏扩大、心率加快，肺动脉瓣区第二音亢进、心尖区舒张期奔马律和（或）收缩期杂音、交替脉等。

(2) 右心衰竭：以体循环静脉淤血的表现为主。①内脏淤血而致腹胀、食欲不振、恶心、呕吐、肝区胀痛、少尿等。②颈静脉怒张和（或）肝-颈静脉反流征阳性；黄疸、肝大伴压痛；周围性紫绀；下垂部位凹陷性水肿；胸水和（或）腹水；右心室显著扩大，三尖瓣收缩期杂音。

(3) 全心衰竭：左、右心衰竭均存在，有肺淤血、心排量降低和体循环淤血的相关症状和体征。由左心衰发展为全心衰时，因右心排量减少，呼吸困难可有不同程度的减轻。

2. 实验室检查及其他检查

(1) 常用生化检查：①血浆脑钠肽（BNP）。②电解质（低钠血症、低钾血症、高钾血

症)。③肝、肾功能(转氨酶和胆红素升高、血肌酐升高、高尿酸血症)。④血浆白蛋白(肾淤血和/或低灌注营养不良——低白蛋白血症);严重右心衰时极高的静脉压——失蛋白肠病(如未能及时手术纠治的法洛征);过度利尿——高白蛋白血症。

(2) 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, 血流动力学检查见左心衰竭时 PCWP > 14mmHg, 右心衰竭时静脉压 > 150mmHg。

3. 诊断标准

(1) ESC 心力衰竭的定义(2008 年制订): ①慢性心衰的症状: 静息或活动时气急和(或)乏力; ②水液潴留的体征: 包括肺底湿啰音、胸腔积液、颈静脉怒张、踝部水肿、肝大等; ③静息时心脏结构或功能异常的客观证据: 包括心脏增大、第三心音、心脏杂音、超声心动图异常、BNP 增高等。以上 3 项每项同时存在 1 种或 1 种以上证据。

(2) 射血分数正常的心力衰竭的诊断(中国 2009 年制订): ①有充血性心力衰竭的体征或症状, 并排除心脏瓣膜病、缩窄性心包炎和其他非心脏疾病。②左心室收缩功能正常或轻度异常(LVEF > 45% 和左心室舒张末期容积指数 < 97ml/m²)。③左心室舒张功能异常即左心室充盈压升高的证据。

(3) 诊断慢性心衰主要根据详细病史和体格检查; 胸片、心电图和超声心动图是关键的辅助检查; 当患者发生呼吸困难, 不能排除慢性心衰时, 应测定 BNP 或 NT-proBNP, 但最终诊断须结合所有临床资料。

4. 液体潴留及其严重程度判断 短时间内体重增加, 体重、颈静脉充盈程度、肝-颈静脉反流征、肺和肝充血的程度(肺部啰音, 肝大)、下肢和骶部水肿、腹部移动性浊音等。

5. 心力衰竭的分期与分级 ①A 期: 患有冠心病、高血压或糖尿病但仍没有左心室功能受损、心肌肥厚或心腔几何形态变形的患者。②B 期: 已经有左心室肥厚和(或)左心室功能受损, 但仍无症状的患者。③C 期: 有心脏结构改变, 目前或既往曾有慢性心衰症状的患者(大多数属此类)。④D 期: 需要特殊干预治疗的难治性心衰。

6. 西医治疗

(1) 一般治疗: 去除或缓解基本病因; 去除诱因; 改善生活方式; 干预心血管损害的危险因素; 密切观察病情及定期随访。

(2) 药物治疗: ①抑制神经内分泌激活——血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、 β 受体阻滞剂; ②改善血流动力学——利尿剂(2002, 2004, 2008)、地高辛(已在应用 ACEI 或 ARB、 β 受体阻滞剂和利尿剂治疗, 而仍持续有症状的慢性收缩性心衰患者)。

(3) 其他: ①醛固酮受体拮抗剂; ②血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB); ③环腺苷酸(cAMP)依赖性正性肌力药, 包括 β 肾上腺素能激动剂如多巴胺、多巴酚丁胺, 以及磷酸二酯酶抑制剂如米力农等。

7. 中医辨证论治

(1) 心肺气虚——补益心肺

证候: 心悸, 气短, 肢倦乏力, 动则加剧, 神疲咳喘, 面色苍白, 舌淡或边有齿痕, 脉沉细或虚数。

方药: 养心汤合补肺汤加减。若寒痰内盛, 可加款冬花、苏子温化寒痰; 肺阴虚较重, 可加沙参、玉竹、百合养阴润肺等。

(2) 气阴亏虚——益气养阴

证候: 心悸, 气短, 倦怠乏力, 面色苍白, 动辄汗出, 自汗或盗汗, 头晕, 面颧暗红, 夜寐不安, 口干, 舌质红或淡红苔薄白, 脉细数无力或结或代。

方药: 生脉散合酸枣仁汤加味。

(3) 气虚血瘀——益气活血，疏肝通络

证候：心悸气短，胸胁满闷或作痛，胁下痞块或颈部青筋显露，面色晦暗，唇青甲紫，舌质紫暗或有瘀点，脉细涩或结、代。

方药：人参养荣汤合桃红四物汤加减。若有腹水鼓胀，可酌加己椒蒴黄丸、葫芦瓢，或牵牛子、舟车丸等，中病得下即止。

(4) 阳虚饮停——益气温阳，蠲饮平喘

证候：心悸，喘息不能卧，颜面及肢体浮肿，或伴胸水、腹水，脘痞腹胀，形寒肢冷，大便溏泄，小便短少，舌淡胖或暗淡，苔白滑，脉沉细无力或结、代（2006）。

方药：真武汤加减。如喘促明显，加参蛤散。

(5) 心肾阳虚——温补心肾

证候：心悸，气短乏力，动则气喘，身寒肢冷，尿少浮肿，腹胀便溏，面颧暗红，舌质红少苔，脉细数无力或结、代（2006）。

方药：桂枝甘草龙骨牡蛎汤合金匱肾气丸加减。腰膝酸软，头晕耳鸣，步履无力，为肾精亏损，选右归丸加减；兼阴虚较甚，口干咽燥，午后升火，选左归丸化裁。

(6) 痰饮阻肺——宣肺化痰，蠲饮平喘

证候：咳喘痰多，或发热形寒，倚息不得平卧；心悸气短，胸闷，动则尤甚，尿少肢肿，或静脉显露。舌淡或略青，舌苔白腻或黄腻，脉弦滑或滑数。

方药：三子养亲汤合真武汤加减。痰黄便秘者，麻杏石甘汤合真武汤加减，可加礞石滚痰丸等涤痰畅中；痰涎稀白，小青龙汤合真武汤加减；阴虚痰饮，外邪引动者，千金苇茎汤合真武汤加减。

四、心律失常的分类

(1) 按发生机制分类：①激动形成异常——窦房结心律失常（窦性心动过缓、窦性心动过速、窦性停搏、窦性心律不齐）；②异位心律——主动性异位心律（期前收缩、阵发性心动过速、心房扑动、心房颤动、心室扑动、心室颤动）、被动性异位心律（逸搏、逸搏心律）。②激动传导异常：生理性干扰及房室分离、病理性——传导阻滞（窦房传导阻滞、房内传导阻滞、房室传导阻滞、室内传导阻滞）、房室间传导途径异常（预激综合征）。

(2) 按发生时心率快慢：①快速性心律失常——期前收缩、心动过速、扑动和颤动等。②缓慢性心律失常——窦性心动过缓、窦房传导阻滞、窦性停搏、房室传导阻滞、病态窦房结综合征等。

五、快速性心律失常

1. 西医病因 ①无器质性心脏病，如室上性心动过速、期前收缩。②器质性心脏病，如室性心动过速（扩张型心肌病、冠心病心肌梗死、梗死后心功能不全）、房颤和房扑（心瓣膜病、冠心病、高血压心脏病、心肌病、肺心病、甲状腺功能亢进）等。

2. 临床表现

(1) 阵发性室上性心动过速：呈阵发性，心率在160次/分以上，心悸、胸闷、头晕、乏力、胸痛或紧压感。偶可晕厥，可诱发心绞痛甚至心肌梗死、脑血栓形成。

(2) 期前收缩：频发者可有悸、胸闷、头晕、乏力等。听诊有心脏提前搏动。

(3) 心房纤颤：心悸、胸闷、头晕、乏力等。听诊心音强弱不等、心律绝对不规则、脉搏短绌。

(4) 室性心动过速：非持续性室速（发作时间短于30秒，能自行终止）通常无症状。持续性室速（发作时间超过30秒，需药物或电复律始能终止）常伴有明显血流动力学障碍与心

肌缺血。临床症状见低血压、少尿、晕厥、气促、心绞痛等。

3. 心电图诊断

(1) 室上性心动过速：①心率快而规则，阵发性多 160 ~ 220 次/分，非阵发性 70 ~ 130 次/分。②P 波形态与窦性不同，出现在 QRS 波群之后则为房室交界性心动过速；当心率过快时，P 波往往与前面的 T 波重叠，无法辨认，故统称为室上性心动过速。③QRS 波群形态通常为室上型，亦可增宽、畸形（室内差异性传导、束支阻滞或预激综合征）。④ST-T 波无变化，发作中也可以倒置（频率过快而引起的相对性心肌供血不足）。

(2) 期前收缩：①房性期前收缩——提早出现的 P' 波，形态与窦性 P 波不同；P' - R > 0.12 秒；QRS 形态正常，亦可增宽（室内差异性传导）或未下传；代偿间歇不完全。②房室交界性期前收缩——提前出现的 QRS 波，而其前无相关 P 波，如有逆行 P 波可出现在 QRS 之前、之中或之后；QRS 形态正常，也可因发生差异性传导而增宽；代偿间歇多完全。③室性期前收缩——QRS 提早出现，宽大、畸形或有切迹，时间达 0.12 秒；T 波亦宽大，其方向与 QRS 主波方向相反；代偿间歇完全。

(3) 室性心动过速：3 个或以上的室性期前收缩连发；②常没有 P 波或 P 波与 QRS 无固定关系，且 P 波频率比 QRS 波频率缓慢；频率多为 150 ~ 220 次/分，室律略有不齐；偶有心室夺获或室性融合波。

(4) 房颤与房扑：①房颤——P 波消失，代之以大小不等、形态不同、间隔不等的 f 波，频率为 350 ~ 600 次/分；QRS 波、T 波形态为室上性，但 QRS 可增宽畸形（室内差异传导）；大多数房颤心室率快而不规则，多在 160 ~ 180 次/分；当心室率极快而无法辨别 f 波时，主要根据心室率完全不规则及 QRS 与 T 波形状变异诊断。②房扑——P 波消失，代之以连续性锯齿样 F 波（各波大小、形态相同，频率规则，250 ~ 350 次/分）；QRS 波群及 T 波均呈正常形态，但偶尔可因室内差异性传导、合并预激综合征，或伴束支传导阻滞，使其增宽并畸形；③未经治疗的心房扑动，常呈 2:1 房室传导。

4. 西医治疗

(1) 药物治疗

①窦性心动过速：首选 β 受体阻滞剂，选用维拉帕米或地尔硫草。

②房性期前收缩：症状十分明显者考虑使用 β 受体阻滞剂；可诱发室上速、房颤的给予维拉帕米、普罗帕酮以及胺碘酮等。

③阵发性室上性心动过速：急性发作——颈动脉按摩；维拉帕米静脉注入、普罗帕酮缓慢静脉推注、腺苷或三磷酸腺苷静脉快速推注、胺碘酮缓慢静脉推注。防止发作——经导管射频消融术根治，予普罗帕酮，必要时伴以阿替洛尔或美托洛尔。

④房颤及房扑：房颤一般分为阵发性房颤、持续性房颤、永久性房颤。永久性房颤常用地高辛和 β 受体阻滞剂，控制不满意可以换用地尔硫草或维拉帕米，个别难治者可选用胺碘酮或行射频消融改良房室结，慢-快综合征患者需安置起搏器后用药。房颤心律转复——药物复律和电复律。房扑的治疗原则同房颤。

⑤室性期前收缩：酌选美西律、普罗帕酮； β 受体阻滞剂，如阿替洛尔或美托洛尔；利多卡因或胺碘酮）。

⑥室性心动过速：如发生低血压、休克、心绞痛、充血性心力衰竭或脑血流灌注不足，迅速施行直流电复律。无血流动力学障碍的持续性室性心动过速，首先给予利多卡因；也可静脉注射索他洛尔、普罗帕酮，或胺碘酮。持续性室速伴心功能不全者，首选胺碘酮。

(2) 非药物治疗：心脏电复律、埋藏式心脏复律除颤器（ICD）、导管射频消融术（RF-CA）、外科治疗。

5. 中医辨证论治