

国家中医药管理局中医师资格认证中心
指定用书

中医执业助理医师资格考试 备考指导

内

科

学

《中医执业助理医师资格考试备考指导》编委会 编

依据全新大纲编写

中国中医药出版社

中医执业医师资格考试备考指导

内 科 学

《中医执业医师资格考试备考指导》编委会 编

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

中医执业助理医师资格考试备考指导 / 《中医执业助理医师资格考试备考指导》编委会编. —北京: 中国中医药出版社, 2008. 1

ISBN 978 - 7 - 80231 - 351 - 4

I. 中… II. 中… III. 中医师 - 资格考核 - 自学参考资料
IV. R2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 199816 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 64405750

北京市卫顺印刷厂印刷

各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/32 印张 12.25 字数 316 千字

2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 351 - 4 册数 5000

*

总定价 213.00 元

网址 www.cptcm.com

如有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

读者服务部电话 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

编写说明

医师资格考试是行业准入考试，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考试。

医师资格考试分医学综合笔试和实践技能考试两部分。医学综合笔试部分采取标准化考试方式并实行全国统一考试，由卫生部国家医学考试中心和国家中医药管理局中医师资格认证中心承担国家一级的具体考试业务工作。实践技能考试由省级医师资格考试领导小组组织实施。

2004年1月17日国家中医药管理局局长办公会议对中医、中西医结合医师资格考试大纲的修订做了重要指示，国家中医药管理局中医师资格认证中心做了大量工作，对中医、中西医结合执业医师资格考试大纲进行认真修订，为方便考生应试，我们依据最新大纲编写了《中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试备考指导》，并成为国家中医药管理局中医师资格认证中心指定用书。兹就关于《中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试备考指导》有关事宜说明如下。

一、中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试大纲是编写《中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试备考指导》的唯一依据，因此我们认真研究了中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试大纲，弄清大纲对各知识点的要求，将中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试大纲要

求的知识点完整地体现在备考指导中。本着简洁方便的原则，大纲没有要求的，备考指导尽量不涉及其内容，以便考生复习。

二、《中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试备考指导》以考试科目为单位分别成册。每册以单元为纲，内含大纲要求、备考辅导及练习提高三部分，练习提高部分的习题按 A1 型题、A2 型题及 B1 型题列出，后附参考答案，使考生在了解大纲要求的前提下复习，复习后再通过习题练习提高。

由于《中医、中西医结合执业（助理）医师资格考试备考指导》的编写涉及人员较多，因此可能会出现一些与我们的初衷不一致的问题，请广大读者认真学习考试大纲，把握其核心内容，以便顺利通过考试。

《中医、中西医结合执业（助理）医师
资格考试备考指导》编委会

2008 年 1 月

目 录

第一单元	呼吸系统疾病	(1)
第二单元	循环系统疾病	(70)
第三单元	消化系统疾病	(166)
第四单元	泌尿系统疾病	(244)
第五单元	血液系统疾病	(258)
第六单元	内分泌及代谢疾病	(303)
第七单元	急性中毒	(342)
第八单元	神经系统疾病	(359)

第一单元 呼吸系统疾病

【大纲要求】

细目一：支气管炎

（一）急性气管 - 支气管炎

1. 病因
2. 临床表现
3. 诊断及治疗

（二）慢性支气管炎

1. 病因
2. 临床表现、分型和分期
3. 并发症
4. 诊断与鉴别诊断
5. 治疗

细目二：慢性肺源性心脏病

1. 病因
2. 临床表现及并发症
3. 实验室及其他检查
4. 诊断与鉴别诊断
5. 治疗

细目三：支气管哮喘

1. 病因
2. 临床表现
3. 诊断与鉴别诊断

4. 治疗
5. 危重哮喘的处理

细目四：肺炎

1. 病因
2. 临床表现
3. 并发症
4. 诊断与鉴别诊断
5. 治疗

细目五：肺结核

1. 病原学
2. 临床类型
3. 临床表现
4. 实验室及其他检查
5. 诊断与鉴别诊断
6. 治疗及大咯血的紧急处理

细目六：原发性支气管肺癌

1. 病因
2. 临床表现
3. 诊断与鉴别诊断
4. 治疗

【备考辅导】

细目一：支气管炎

一、急性气管 - 支气管炎

急性气管 - 支气管炎是由感染、物理化学刺激或变态反应引起的气管 - 支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状为咳嗽、咳痰。多在寒冷季节或气温突变之时诱发。

(一) 病因

1. **感染** 引起急性上呼吸道炎症的病毒或细菌可蔓延引起本病，常在病毒感染的基础上继发细菌感染。

2. **物理化学因素** 吸入过冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾等，可引起气管-支气管黏膜的急性炎症。

3. **变态反应** 常见的变应原，如花粉、有机粉尘、真菌孢子等的吸入；钩虫、蛔虫的幼虫在肺内移行；或对细菌蛋白质过敏，引起气管、支气管的过敏性炎症反应，均可导致本病。

(二) 临床表现

起病较急，常先有急性上呼吸道感染症状。当炎症累及气管、支气管黏膜，则出现咳嗽、咳痰，先为干咳或少量黏液性痰，后可转为黏液脓性，痰量增多，咳嗽加剧，偶见痰中带血。如支气管发生痉挛，可出现程度不等的气促。胸部检查可无明显体征，或两肺呼吸音增粗，散在干、湿性啰音。啰音的部位常不恒定，咳痰后可减少或消失。全身症状一般较轻，可有发热，体温 38°C 左右，多于3~5日降至正常。咳嗽和咳痰可延续2~3周才消失。如迁延不愈，日久可演变为慢性支气管炎。

(三) 诊断

主要根据病史及临床症状。急性起病，咳嗽、咳痰，两肺散在干、湿啰音，白细胞计数正常或稍高，X线检查无异常发现，可做出临床诊断；对病毒和细菌的检查，可确定病因诊断。

(四) 治疗

1. **一般治疗和对症治疗** 休息、保暖、多饮水、进易消化富有营养的饮食。干咳剧烈时，可用喷托维林每日3次，每次25mg口服；如效果不佳时，可用可待因每日3次，每次15~30mg口服，但要避免久用成瘾。痰稠不易咳出时，可用氯化铵每日3次，每次0.3~0.6g口服。如有支气管痉挛时，可用氨茶碱每日3次，每次0.1g口服。高热可服阿司匹林等。

2. **抗菌药物** 合并细菌感染时，可根据感染程度，选用适

当抗菌药物口服或注射治疗。如磺胺类、红霉素、乙酰螺旋霉素、麦迪霉素、青霉素等，或其他敏感的抗生素。

二、慢性支气管炎

慢性支气管炎简称慢支，是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。本病为多发病、常见病，多见于中、老年人，寒冷地区患病率较高。

（一）病因

慢性支气管炎的病因多而复杂，一般将病因分为外因和内因两个方面。

1. 外因

（1）感染因素 病毒和细菌感染都与慢支的发生、发展及反复加重有密切关系。常见致病菌以流感嗜血杆菌、肺炎球菌、甲型链球菌及奈瑟球菌 4 种为最多见；病毒以流感病毒、鼻病毒、黏液病毒、腺病毒和呼吸道合胞病毒为多见。在机体防御功能低下时，病毒的感染可引起支气管黏膜损伤，为细菌的继发感染创造条件。

（2）吸烟 现今公认吸烟为慢支最主要的发病因素，吸烟者慢支患病率高于不吸烟者 2 倍；吸烟越多，患病率越高。

（3）理化因素 刺激性烟雾、粉尘、大气污染（如二氧化碳、二氧化氮、氯气等）的慢性刺激，均可使支气管黏膜发生慢性炎症，削弱呼吸道的防御功能，为细菌的入侵提供有利条件，从而促使本病的发生。

（4）气候 寒冷常为慢支发作的重要原因和诱因，慢支发病及急性加重常见于冬季。寒冷空气刺激呼吸道，减弱上呼吸道黏膜的防御功能，反射引起支气管平滑肌收缩、黏膜血液循环障碍和分泌物排出困难等而引起继发感染。

（5）过敏因素 喘息型慢支患者有过敏史者较多。许多抗原性物质，如尘埃、尘螨、细菌、真菌、寄生虫、花粉以及化学

气体等，都可成为过敏因素而致病。

2. 内因

(1) 呼吸道局部防御及免疫功能减低 全身或呼吸道局部的防御及免疫功能减弱，可为慢支提供发病的内在条件。老年人常因呼吸道的免疫功能减退，免疫球蛋白减少，组织退行性变，肾上腺皮质激素分泌减少，呼吸道的防御功能退化，单核吞噬细胞系统机能衰退等导致患病率较高。

(2) 植物神经功能失调 表现为支气管黏膜的迷走神经感受器反应性增高，副交感神经功能亢进，对正常人不起作用的微弱刺激，可引起支气管收缩痉挛、分泌物增多，而产生咳嗽、咳痰、气喘等症状。

(二) 临床表现

1. 症状 本病发病多缓慢，病程较长。主要表现可概括为“咳”、“痰”、“喘”，但以长期反复咳嗽为最突出，并逐渐加重。冬季或气候骤变时加剧，气温转暖和夏季时缓解。

(1) 咳嗽 一般清晨起床后咳嗽较多，白天较少，临睡前有阵咳或排痰。

(2) 咳痰 痰量以清晨为多，这是由于夜间睡眠后管腔内蓄积痰液，加之副交感神经相对兴奋，支气管分泌物增多，因而起床后或体位变动时引起刺激性排痰所致。痰液一般为白色黏液或泡沫性，偶有带血。急性发作伴有细菌感染时，则变为黏液脓性痰，咳嗽加剧，痰量增多。

(3) 喘息或气短 喘息型慢性支气管炎有支气管痉挛时可引起喘息，常伴哮鸣音。早期无气短表现，反复发作数年，并发阻塞性肺气肿时，可伴有活动后气短。

2. 体征 早期可无异常体征，有时在肺底部可听到散在干、湿啰音，常于咳嗽后减少或消失，当有继发感染时，啰音明显增加。喘息型慢性支气管炎发作时，可听到哮鸣音及呼气延长，并发肺气肿时则有肺气肿体征。

3. 临床分型和分期

(1) 分型

①单纯型：主要表现为咳嗽、咳痰。

②喘息型：除咳嗽、咳痰外，尚有喘息症状，并伴有哮鸣音。

(2) 分期

①急性发作期：指在1周内出现脓性或黏液脓性痰，痰量明显增多，或伴有发热等炎症表现，或“咳”、“痰”、“喘”等症状任何一项明显加剧。

②慢性迁延期：指有不同程度的“咳”、“痰”、“喘”等症状，迁延到1个月以上者。

③临床缓解期：经治疗或自然缓解，症状基本消失或偶有轻微咳嗽和少量痰液，保持2个月以上者。

(三) 并发症

1. 阻塞性肺气肿 为慢支最常见的并发症，主要病理改变为肺脏充气过度，终末细支气管远端部分（包括呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）膨胀、破裂，肺脏的通气和气体交换功能均遭受严重破坏。随着病情加重，逐渐出现低氧血症和二氧化碳潴留。患者除原发病的症状外，突出表现为气急、胸闷，活动后加剧。胸廓因前后径增大而呈桶状，呼吸运动减弱，触诊语颤减弱。叩诊呈过清音，心浊音界缩小或消失，肝浊音界下移。听诊心音遥远，呼吸音普遍减弱，呼气延长，并发感染时肺部可有湿啰音出现，缺氧明显时出现紫绀。部分病例可并发肺源性心脏病。至晚期，常因并发感染使病情迅速恶化，发生心力衰竭或呼吸衰竭。

2. 支气管扩张 慢性支气管炎反复发作，支气管黏膜充血、水肿，形成溃疡，管壁纤维增生，管腔或多或少变形、扩张或狭窄。扩张部分多呈柱状变化，极易并发感染，患者常咳大量脓性痰或反复咯血。

(四) 诊断和鉴别诊断

1. 诊断 主要根据病史和症状。凡有咳嗽、咳痰或伴喘息，每年发病持续3个月，连续2年或以上，并排除其他心、肺疾病（如肺结核、尘肺、支气管哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病、心功能不全等）时，可做出诊断。如每年发病持续不足3个月，而有明确的客观检查依据（如X线、呼吸功能等），亦可诊断。

2. 鉴别诊断

(1) 肺结核 多见于青壮年；常有长期午后低热、疲乏、消瘦、盗汗等症状及不同程度的咯血；咳嗽、咳痰无明显季节性；痰内可查到结核菌；X线肺部可见结核病灶。

(2) 支气管哮喘 常于幼年或青年时发病；一般无慢性咳嗽、咳痰史，有发作性的带有哮鸣音的急性呼气性呼吸困难；发作时两肺满布哮鸣音，缓解后可无症状和体征；常有个人或家族过敏性疾病史；血液可有IgE增高；支气管解痉剂有效。

(3) 支气管扩张 具有咳嗽、咳痰反复发作的特点，并发感染时有大量脓痰或有反复多少不等量的咯血史；肺部湿啰音多为单侧性，常见于下部且较固定；可有杵状指（趾）。X线检查常见下肺纹理粗乱或呈卷发状，支气管造影可以明确诊断。

(4) 肺癌 患者年龄常在40岁以上，特别是有多年吸烟史；发生刺激性咳嗽，常伴痰中带血，或慢性咳嗽有性质改变；X线检查可发现有块状阴影或结节状阴影或阻塞性肺炎，经抗生素治疗未能完全消散，应考虑肺癌的可能；行脱落细胞及纤维支气管镜等检查，以明确诊断。

(五) 治疗

1. 急性发作期及慢性迁延期的治疗

(1) 控制感染 视感染的主要致病菌和严重程度选用敏感的抗菌药物治疗。单一用药或联合用药，肌肉、静脉注射或口服，一般7~10日为1疗程。

①青霉素与链霉素合用，为慢性支气管炎急性发作时的常用

药。青霉素每日 2~3 次，每次 80 万~160 万 U，皮试后肌注。链霉素每日 2 次，每次 0.5g，皮试后肌注。感染较重者可用青霉素 200 万~400 万 U 静滴。

②复方磺胺甲噁唑每日 2 次，每次 2 片，口服。

③严重感染时，可选用氨苄西林、羧苄西林，或头孢菌素类，注射给药，或者根据痰培养选择敏感的抗生素。

感染彻底控制后，及时停用广谱抗菌药物，以免长期应用引起副作用，如菌群失调、双重感染，或细菌产生耐药性。

(2) 祛痰、镇咳 对急性发作期患者在抗感染治疗同时，应用祛痰、止咳药物，以改善症状。迁延期患者尤应坚持用药，以求消除症状。本病不宜单用止咳药物，因痰液不能咳出，反可加重病情。应用祛痰剂促进痰液排出，有利于感染的控制。临床常用的药物有氯化铵、溴己新等。

(3) 解痉、平喘 喘息型慢性支气管炎常选用解痉平喘药物，如氨茶碱，口服，或沙丁胺醇每日 3 次，每次 2~4mg，口服，或二羟丙茶碱，口服，或氨茶碱 0.25g 加入 5% 葡萄糖液 40ml 中静脉缓慢注射。此外，糖皮质激素如泼尼松、地塞米松等，可改善喘息型慢支患者的通气功能，从而减轻症状，但必须是在有效抗菌药应用的前提下使用。

(4) 气雾疗法 气雾湿化吸入可稀释气管内的分泌物，有利排痰。如痰液黏稠不易咳出，目前超声雾化吸入多采用抗生素加祛痰剂，对呼吸道排痰有帮助，可加强局部消炎及稀化痰液的作用。

2. 缓解期的治疗 免疫调节剂如核酪注射液（麻疹病毒疫苗的培养液）、卡介菌多糖核酸注射液和必思添（克雷白杆菌提取的糖蛋白）等对预防继发感染，减少发作可能有一定的效果，有条件可以试用。

细目二：慢性肺源性心脏病

简称肺心病。它是指肺部、胸廓或肺动脉的慢性病变引起肺循环阻力增高，导致肺动脉高压及右心负担加重，造成右心室肥大，最后发生右心衰竭的一种心脏病。

本病是我国比较常见的一种心脏病，多发生于 40 岁以上的劳动人民，绝大多数是从慢性支气管炎、阻塞性肺气肿发展而来的。本病常年存在，多在冬季由于呼吸道感染而导致呼吸衰竭和心力衰竭，病死率较高。

（一）病因

1. 支气管、肺疾病 以慢性支气管炎并发阻塞性肺气肿最常见，约占 80% ~ 90%。其次为支气管哮喘、支气管扩张、重症肺结核、尘肺及先天性肺囊肿所并发的肺气肿或肺纤维化。

2. 胸廓运动障碍性疾病 较少见。严重的脊柱后、侧凸，脊椎结核，类风湿性关节炎，胸膜广泛粘连或胸廓成形术后等造成的严重胸廓或脊柱畸形，均可引起肺不张、肺血管扭曲或闭塞，久之形成肺纤维化或并发肺气肿，从而发展为肺心病。

3. 肺血管疾病 甚少见。累及肺动脉的过敏性肉芽肿病，广泛或反复发生的多发性肺小动脉栓塞及肺小动脉炎，以及原因不明的原发性肺动脉高压症，均可使肺小动脉狭窄、阻塞，引起肺动脉高压和右心室负荷过重，而发展成为肺心病。

4. 呼吸中枢功能障碍造成通气不足 包括原发性肺泡通气不足、慢性高原病、呼吸中枢损害等。

（二）临床表现

本病发展缓慢，分为代偿和失代偿 2 个阶段：

1. 肺、心功能代偿期（包括缓解期）

（1）肺部原发疾病表现 ①患者常有长期慢性咳嗽、咳痰或喘息病史，逐渐出现乏力、呼吸困难，活动后心悸、气短加重；②肺气肿体征；③由于肺或支气管病变，肺部听诊常有干、

湿啰音。

(2) 肺动脉高压和右心室肥大体征 ①肺动脉瓣区第二心音亢进(提示肺动脉高压);②房室瓣区出现收缩期杂音或剑突下的心脏收缩期搏动,多提示有右心室肥厚、扩大。

2. 肺、心功能失代偿期(急性加重期) 多由急性呼吸道感染所诱发。除上述症状加重外,相继出现呼吸衰竭和心力衰竭。

(1) 呼吸衰竭 急性呼吸道感染为常见诱因。主要表现为缺氧和二氧化碳潴留症状。

①低氧血症:除胸闷、心悸、心率增快和紫绀外,严重者可出现头晕、头痛、烦躁不安、谵妄、抽搐和昏迷等症状。

②二氧化碳潴留:头痛,多汗,失眠,夜间不眠,日间嗜睡,出现睡眠规律倒错。重症出现幻觉、神志恍惚、烦躁不安、精神错乱和昏迷等精神、神经症状,以致死亡。

(2) 心力衰竭 以右心衰竭为主。心悸、心率增快、呼吸困难及紫绀进一步加重,上腹部胀痛、食欲不振、少尿。右心衰竭主要表现为体循环淤血,颈静脉明显怒张,肝肿大伴有压痛,肝颈静脉回流征阳性,下肢水肿明显,并可出现腹水,此时静脉压明显升高,循环时间延长。因右心室肥大使右房室瓣相对关闭不全,在胸骨左缘第四、五肋间隙可听到收缩期杂音,严重者可出现舒张期奔马律。也可出现各种心律失常,特别是房性心律失常。病情严重者可发生休克。少数患者亦可出现急性肺水肿或全心衰竭。

(三) 并发症

1. 肺性脑病 由慢性肺、胸疾病伴有呼吸功能衰竭,出现缺氧、二氧化碳潴留而引起精神障碍、神经症状的一组综合征。为肺心病死亡的首要原因。

2. 酸碱平衡失调及电解质紊乱 呼吸衰竭时,由于动脉血二氧化碳分压升高,血液碳酸浓度增加,呼吸性酸中毒一般是普

遍存在的。然而，往往由于体内代偿情况的不同或并存其他疾病的影响，还可出现各种不同类型的酸碱平衡失调及电解质紊乱。如肺心病急性加重期，治疗前，往往是呼吸性酸中毒并发代谢性酸中毒及高钾血症；治疗后，又易迅速转为呼吸性酸中毒并发代谢性碱中毒及低钾、低氯血症，而加重神经系统症状。

3. 心律失常 多表现为房性早搏及阵发性室上性心动过速，也可有房性扑动及心房颤动。少数病例由于急性严重心肌缺氧，可出现心室颤动以至心脏骤停。洋地黄毒性作用及低钾血症也较易诱发心律失常。

4. 休克 是肺心病较常见的严重并发症及致死原因之一。其发生原因有：中毒性休克，由于严重呼吸道-肺感染、细菌毒素所致微循环障碍引起；心源性休克，由严重心力衰竭、心律失常或心肌缺氧性损伤所致心排血量锐减引起；失血性休克，由上消化道出血引起。

5. 消化道出血 缺氧、高碳酸血症及循环淤滞可使上消化道黏膜糜烂、坏死，发生弥漫性渗血；或因高碳酸血症时，胃壁细胞碳酸酐酶的活性增加以及糖皮质激素的应用等，使氢离子释出增多，产生应激性溃疡而出血。

6. 其他 功能性肾功能衰竭、弥散性血管内凝血等。

(四) 实验室和其他检查

1. 血液检查 红细胞计数和血红蛋白可增高，血细胞比容正常或偏高；全血黏度和血浆黏度常增加，红细胞电泳时间常延长；并发感染时，白细胞计数和中性粒细胞增加。部分患者可有肝、肾功能异常，如丙氨酸转氨酶增高和尿素氮、肌酐增高等。电解质随着病情的不同阶段，酸碱失衡的情况可出现高钾、低钠、低钾或低氯、低钙、低镁等变化。

2. 血气分析 呼吸衰竭时， $\text{PaO}_2 < 8.0\text{kPa}$ ， $\text{PaCO}_2 > 6.7\text{kPa}$ ；pH 值正常、降低或升高，视机体对酸碱代偿情况而有不同。