

国家中医药管理局中医师资格认证中心
指定用书

中西医结合执业助理医师资格考试 备考指导

中西医结合内科学

《中西医结合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

中西医结合执业医师资格考试备考指导

中西医结合内科学

《中西医结合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

中西医结合执业助理医师资格考试备考指导 / 《中西医结合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 - 353 - 8

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 199818 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

北京鑫正大印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/32 印张 10 字数 257 千字

2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 353 - 8 册数 5000

*

总定价 205.00 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	(54)
第三单元	消化系统疾病	(106)
第四单元	泌尿系统疾病	(158)
第五单元	血液及造血系统疾病	(196)
第六单元	内分泌与代谢疾病	(232)
第七单元	风湿性疾病	(250)
第八单元	神经系统疾病	(265)
第九单元	理化因素所致疾病	(290)

第一单元 呼吸系统疾病

【大纲要求】

细目一：慢性支气管炎

1. 西医病因及中医病因病机
2. 诊断
3. 西医治疗
4. 辨证论治

细目二：支气管哮喘

1. 西医病因、中医病因病机
2. 临床表现
3. 诊断，与心源性哮喘的鉴别
4. 西医治疗
5. 辨证论治

细目三：肺炎球菌肺炎

1. 分类
2. 西医病原学、病理及中医病因病机
3. 临床表现、并发症
4. 诊断及鉴别诊断
5. 西医治疗
6. 辨证论治

细目四：肺结核

1. 西医病原学、病理及中医病因病机
2. 流行病学

3. 临床表现
4. 诊断及鉴别诊断
5. 西医治疗
6. 辨证论治
7. 预防

细目五：原发性支气管癌

1. 西医病因、病理及中医病因病机
2. 实验室及其他检查
3. 早期诊断与鉴别诊断
4. 西医治疗
5. 辨证论治

细目六：慢性肺源性心脏病

1. 西医病因、中医病因病机
2. 临床表现及并发症
3. 诊断
4. 西医治疗
5. 辨证论治

【备考辅导】

细目一：慢性支气管炎

一、概念

慢性支气管炎是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息等反复发作的慢性过程为特征，常并发阻塞性肺气肿，甚至肺源性心脏病。

本病与中医学的“久咳”病相类似，归属于中医学“咳嗽”、“喘证”等范畴。

二、西医病因病理

慢性支气管炎的病因较为复杂，往往是多种因素长期相互作用的结果。

1. **遗传因素** 本病有一定的遗传倾向。

2. **感染因素** 呼吸道感染是慢性支气管炎发病与急性发作的重要原因，以病毒多见，病毒感染后，可继发细菌感染。常见的细菌有奈瑟球菌、绿色链球菌、肺炎球菌及流感嗜血杆菌。

3. **吸烟** 长期吸入有害气体或每日吸烟在 20 支以上者，其慢性支气管炎患病率比不吸烟者高两倍以上。

4. **气候因素** 慢性支气管炎患者对气候的变化非常敏感，冬季发病率可达 50% 以上。

5. **理化因素** 化学气体如氯、二氧化氮、二氧化硫等烟雾，对支气管黏膜有刺激和细胞毒性作用，使黏膜腺体分泌增加，痰量增多。

6. **过敏因素** 过敏因素与慢性支气管炎的发病也有一定关系。

7. **自主神经功能失调** 约半数患者有自主神经功能失调表现，多表现为副交感神经亢奋，交感神经功能低下，从而使支气管分泌亢进，临床表现痰多、咳嗽或喘息。

早期表现为小气道不同程度的上皮细胞变性、坏死、增生，鳞状上皮化生，杯状细胞增生，黏膜及黏膜下层炎症细胞浸润，管壁黏膜水肿，分泌物增多，管壁有不同程度的炎性改变。

病变继续发展，气管、支气管腺体由正常浆液腺泡占多数逐渐发展成黏液腺泡占多数，浆液腺泡及混合腺泡所占比例甚少。支气管黏膜上皮表面的纤毛变短，其修复功能下降。支气管壁被炎症细胞反复浸润，导致充血、水肿、纤维组织增生，支气管平滑肌增厚，弹力纤维遭破坏，管腔狭窄，支气管软骨萎缩变性，部分被结缔组织所取代。

三、中医病因病机

1. **外邪侵袭** 外感六淫之邪侵袭肌表，或从口鼻而入，或从皮毛而侵，内合于肺，肺失肃降，肺气不宣，痰浊滋生，痰浊阻肺，故可引起咳喘、咳痰。

2. **肺脏虚弱** 久咳伤肺，肺气不足，复因外邪侵袭，清肃失职，积液成痰，痰湿阻肺，致使咳喘缠绵不愈。

3. **脾虚生痰** 久病不愈，耗伤脾气，脾失健运，聚湿生痰。痰浊上渍于肺，壅塞气道，肺失宣降，而致咳嗽痰多。

4. **肾气虚衰** 肾主纳气，肾气虚弱，吸入之气不能经肺下纳于肾，肺气上逆，而表现为咳嗽喘促，动则愈甚。久病不愈，必伤于阴，肾阴亏耗，津液不能上滋肺金，或虚火上扰，灼伤肺阴，肺失滋润，而致咳喘。

本病常因暴咳迁延未愈，邪恋伤肺，使肺脏虚弱，气阴耗伤，肺气不得宣降，故长期咳嗽、咳痰不愈，日久累及脾肾。病情多为虚实夹杂，正虚多以气虚为主或兼阴虚，痰饮停聚为实，或偏寒，或偏热，日久夹瘀。其病位在肺，涉及脾、肾。

四、诊断

1. **诊断要点** 临床上以咳嗽、咳痰为主要症状，或伴有喘息，每年发病累计3个月，并连续2年或以上。并除外其他心肺疾病，如支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、尘肺、心功能不全等。

2. 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，尚具有喘息症状，并伴有哮鸣音。

3. 分期

(1) **急性发作期** 指在1周内出现脓性或黏液脓性痰，痰

量明显增加，或伴有发热等炎症表现。或在1周内“咳”、“痰”或“喘”等症状中任何一项明显加剧。

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

(3) 临床缓解期 指病情自然缓解或经治疗后症状基本消失，或偶有轻微咳嗽和少量痰液，保持两个月以上者。

五、西医治疗

、1. 急性发作期

(1) 控制感染 抗生素使用原则为及时、有效，感染控制后即予停用，以免产生耐药和二重感染。在未获得明确病原诊断前，所用抗生素应覆盖主要致病菌。常用抗生素可选用 β 内酰胺类、大环内酯类、喹诺酮类等。

(2) 祛痰镇咳 除刺激性干咳外，一般不宜单用镇咳药物。常用的药物有盐酸氨溴索（沐舒坦）、必嗽平、氯化铵、棕色合剂。

(3) 解痉平喘 适用于喘息型患者急性发作，或合并肺气肿者，常用药物有氨茶碱、博力康尼，也可应用吸入型支气管扩张剂，如喘康速或溴化异丙托品。

2. 缓解期 主要是加强体质的锻炼，提高自身抗病能力，也可使用免疫调节剂，如卡介苗。

六、中医辨证论治

(一) 实证

多见于急性发作期。

1. 风寒犯肺证

证候：咳喘气急，胸部胀闷，痰白量多，伴有恶寒或发热，无汗，口不渴，舌苔薄白而滑，脉浮紧。

治法：宣肺散寒，化痰止咳。

方药：三拗汤加减。

2. 风热犯肺证

证候：咳嗽频剧，气粗或咳声嘶哑，痰黄黏稠难出，胸痛烦闷，兼有鼻流黄涕，身热汗出，口渴，便秘，尿黄，舌苔薄白或黄，脉浮或滑数。

治法：清热解表，止咳平喘。

方药：麻杏石甘汤加减。

3. 痰浊阻肺证

证候：咳嗽，咳声重浊，痰多色白而黏，胸满窒闷，纳呆，口黏不渴，甚或呕恶，舌苔厚腻色白，脉滑。

治法：燥湿化痰，降气止咳。

方药：二陈汤合三子养亲汤加减。

4. 痰热郁肺证

证候：咳嗽，气息喘促，胸中烦闷胀痛，痰多色黄黏稠，咯吐不爽或痰中带血，渴喜冷饮，面红咽干，尿赤，便秘，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，宣肺止咳。

方药：桑白皮汤加减。

5. 寒饮伏肺证

证候：咳嗽，喘逆不得卧，咳吐清稀白沫痰，量多，冷空气刺激加重，甚至面浮肢肿，常兼恶寒肢冷，微热，小便不利，舌苔白滑或白腻，脉弦紧。

治法：温肺化饮，散寒止咳。

方药：小青龙汤加减。

(二) 虚证

多见于缓解期及慢性迁延期。

1. 肺气虚证

证候：咳嗽气短，痰涎清稀，反复易感，倦怠懒言，声低气怯，面色㿔白，自汗畏风，舌淡苔白，脉细弱。

治法：补肺益气，化痰止咳。

方药：补肺汤加减。

2. 肺脾气虚证

证候：咳嗽气短，倦怠乏力，咳痰量多易出，面色晄白，食后腹胀，便溏或食后即便，舌苔薄白或薄白腻，舌质胖，边有齿痕，脉细弱。

治法：补肺健脾，止咳化痰。

方药：玉屏风散合六君子汤加减。

3. 肺肾阴虚证

证候：咳喘气促，动则尤甚，痰黏量少难咯，伴口咽发干，潮热盗汗，面赤心烦，手足心热，腰酸耳鸣，舌红苔薄黄，脉细数。

治法：滋阴补肾，润肺止咳。

方药：沙参麦冬汤合六味地黄丸加减。

细目二：支气管哮喘

一、概念

支气管哮喘是由多种细胞（如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、中性粒细胞和T淋巴细胞、气道上皮细胞等）和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症使易感者对各种激发因子具有气道高反应性，并可引起气道狭窄。表现为反复发作性的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和（或）清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗后缓解。

本病与中医的“哮病”相类似。

二、西医病因病理

1. 病因及发病机制

(1) 病因 哮喘的病因还不十分清楚，大多认为与多基因遗

传有关，同时受环境因素和遗传因素的双重影响。调查资料表明，哮喘亲属发病率高于群体发病率，且亲缘关系越近，患病率越高，患者病情越严重。环境因素主要包括某些激发因素：①吸入物：吸入物包括特异性和非特异性两类。前者如花粉、尘螨、动物毛屑、真菌等；后者包括硫酸、氨气、氯气、工业粉尘、油烟、甲醛、甲酸、煤气、二氧化硫等。②感染：细菌、病毒、支原体、寄生虫、原虫等感染。③食物：鱼类、虾、蟹、牛奶、蛋类等。④药物：阿司匹林、普萘洛尔（心得安）等。⑤其他：剧烈运动、气候骤然变化、妊娠、月经、精神因素、接触工业染料、农药等也可诱发哮喘。

(2) 发病机制 哮喘的发病机制较复杂，目前仍不完全清楚。主要与免疫学机制、气道炎症、气道高反应性、神经机制有关。

2. 病理 哮喘早期，很少有器质性改变。随着疾病的发展，肉眼可见肺膨胀及肺气肿，肺柔软疏松有弹性，支气管和细支气管内有黏稠痰液及黏液栓。支气管壁增厚，黏膜充血肿胀，形成皱襞，黏液栓塞致局部肺不张。显微镜下见气道上皮下嗜酸性粒细胞、中性粒细胞、淋巴细胞、肥大细胞、肺泡巨噬细胞浸润，支气管内分泌物潴留，气道黏膜下组织水肿，微血管扩张，通透性增加，纤毛上皮剥离，基底膜露出，杯状细胞增生等病理改变。支气管哮喘长期反复发作，致支气管平滑肌细胞增生肥厚，气道上皮细胞下纤维化，基底膜增厚，导致气道重构和周围肺组织对气道的支持作用消失。

三、中医病因病机

哮喘的发生因宿痰内伏于肺，由于复感外邪、饮食、情志，劳倦等诱因，诱动内伏之宿痰，致痰阻气道，肺气上逆而发哮喘。

哮喘的病位在肺，而与脾、肾、肝、心密切相关。哮喘的病

理因素以痰为主，痰的产生主要由于肺不布津，脾运失健，肾不主水，以致津液凝聚成痰，伏藏于肺，成为发病的潜在“宿根”，遇各种诱因而引发。

四、临床表现

1. 症状 发病时表现为发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难，或发作性胸闷和咳嗽，严重者被迫采取坐位，或端坐呼吸，干咳或咳大量白色泡沫痰，甚至出现紫绀、汗出。咳嗽变异性哮喘则仅有咳嗽症状。哮喘严重发作，持续 24 小时以上，经治疗不缓解者，称为“哮喘持续状态”，患者呼吸困难加重，发绀，大汗淋漓，面色苍白，四肢厥冷，因严重缺氧，二氧化碳潴留而致呼吸衰竭。

2. 体征 哮喘发作时胸部呈过度充气状态，双肺广泛哮鸣音，呼气音延长。轻度哮喘或哮喘发作严重时，肺部可无哮鸣音。哮喘发作严重时出现心率增快、奇脉、胸腹部反常运动和发绀。合并呼吸道感染时，肺部可听到湿啰音。非发作期可无阳性体征。

五、诊断和鉴别诊断

(一) 诊断标准

1. 反复发作喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理及化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。

2. 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。

3. 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

4. 症状不典型者（如无明显喘息或体征）应至少具备以下一项试验阳性。①支气管激发试验或运动试验阳性；②支气管扩张试验阳性〔一秒钟用力呼气容积（FEV₁）增加 15% 以上，且

FEV₁ 增加绝对值 > 200ml]; ③最大呼气流量 (PEF) 日内变异率或昼夜波动率 ≥ 20%。

5. 除外其他疾病所引起的喘息、胸闷和咳嗽。

(二) 鉴别诊断

左心衰竭时可出现心源性哮喘。心源性哮喘多有高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、风湿性心脏病和二尖瓣狭窄等病史和体征。常咳粉红色泡沫痰, 左心扩大, 心率增快, 心尖部可闻及奔马律, 双肺可闻及广泛哮鸣音及湿啰音。

六、西医治疗

1. 支气管舒张剂

(1) β_2 受体激动剂 β_2 受体激动剂为治疗哮喘急性发作的首选药。沙丁胺醇、特布他林、非诺特罗等, 属短效 β_2 受体激动剂。丙卡特罗、沙美特罗和福莫特罗等属长效 β_2 受体激动剂, 长效 β_2 受体激动剂适用于夜间哮喘。

(2) 茶碱类 氨茶碱、控释型茶碱是治疗哮喘的有效药物。

(3) 抗胆碱药物 包括异丙托溴铵、泰乌托品、654-2、东莨菪碱等。

2. 抗炎药 糖皮质激素是当前防治哮喘最有效的药物, 可分为吸入、口服和静脉用药。

吸入剂: 吸入治疗是目前推荐长期抗炎治疗哮喘的最常用方法, 包括倍氯米松、氟地卡松和布地奈德等。

口服剂: 泼尼松 (强的松)、泼尼松龙 (强的松龙)。用于吸入糖皮质激素无效或需要短期加强的患者, 可大剂量短疗程 (每日 30 ~ 40mg) 应用。

静脉用药: 重度至严重哮喘发作时应及早应用琥珀酸氢化可的松、地塞米松、甲基泼尼松龙。症状缓解后逐渐减量, 然后改口服和吸入雾化剂维持。

七、中医辨证论治

(一) 发作期

1. 寒哮证

证候：呼吸急促，喉中哮鸣有声，胸膈满闷如塞，咳不甚，咯吐不爽，痰稀薄色白，面色晦滞带青，口不渴或渴喜热饮，天冷或受寒易发，形寒畏冷，初起多兼恶寒、发热、头痛等表证，舌苔白滑，脉弦紧或浮紧。

治法：温肺散寒，化痰平喘。

方药：射干麻黄汤加减。

2. 热哮证

证候：气粗息涌，咳呛阵作，喉中哮鸣，胸高胁胀，烦闷不安，汗出，口渴喜饮，面赤口苦，咳痰色黄或色白，黏浊稠厚，咯吐不利，舌质红，苔黄腻，脉滑数或弦滑。

治法：清热宣肺，化痰定喘。

方药：定喘汤加减。

(二) 缓解期

1. 肺虚证

证候：喘促气短，语声低微，面色晄白，自汗畏风，咳痰清稀色白，多因气候变化而诱发，发前喷嚏频作，鼻塞流清涕，舌淡苔白，脉细弱或虚大。

治法：补肺固卫。

方药：玉屏风散加味。

2. 脾虚证

证候：倦怠无力，食少便溏，面色萎黄无华，痰多而黏，咯吐不爽，胸脘满闷，恶心纳呆，或食油腻易腹泻，每因饮食不当而诱发，舌质淡，苔白滑或腻，脉细弱。

治法：健脾化痰。

方药：六君子汤加味。