

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

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

中医执业医师资格考试备考指导/《中医执业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 - 350 - 7

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 199815 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
河北欣航测绘院印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/32 印张 14 字数 362 千字
2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 350 - 7 册数 5000

*

总定价 268.00 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，为方便考生应考，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	(82)
第三单元	消化系统疾病	(194)
第四单元	泌尿系统疾病	(276)
第五单元	血液系统疾病	(301)
第六单元	内分泌及代谢疾病	(350)
第七单元	急性中毒	(392)
第八单元	神经系统疾病	(410)

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. 病因和发病机制
2. 临床表现
3. 诊断与鉴别诊断
4. 治疗

（二）慢性支气管炎

1. 病因和发病机制
2. 临床表现、分型和分期
3. 并发症、诊断与鉴别诊断
4. 治疗

细目二：阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病

（一）阻塞性肺气肿

1. 病因和发病机制
2. 临床表现、X 线检查及诊断
3. 治疗原则

（二）慢性肺源性心脏病

1. 病因和发病机制
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. 病因和发病机制
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、实验室检查及其他检查
4. 诊断与鉴别诊断
5. 治疗

细目五：肺结核

1. 病原学
2. 发病机制、病理
3. 临床类型
4. 临床表现
5. 实验室及其他检查
6. 诊断与鉴别诊断
7. 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、病理和分类
2. 临床表现、实验室检查及其他检查
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，多于短期内恢复，如迁延不愈或反复发作可演变成慢性支气管炎。常见于寒冷季节或气温突变之时。

（一）病因和发病机制

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。常见的病毒是合胞病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒等；常见的致病细菌是肺炎球菌、流感嗜血杆菌、链球菌和葡萄球菌。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（如二氧化硫、二氧化氮、氨气、氯气等）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) 诊断和鉴别诊断

1. 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。

2. 鉴别诊断

(1) 流行性感 起病急骤，全身症状较显著，发热较高，常有流行情况，白细胞数正常或偏低。并依据病毒分离和血清学检查，可供鉴别。

(2) 急性上呼吸道感染 鼻咽部症状较明显，一般无咳嗽、咳痰，胸部无异常体征。

(3) 其他疾病 支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种疾病可伴有急性支气管的症状，应详细检查，以资鉴别。

(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。临床上以长期反复发作的咳嗽、咳痰或

伴有喘息为特征。严重时可并发阻塞性肺气肿和肺源性心脏病。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）病因和发病机制

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，吸烟能使支气管上皮纤毛变短、不规则，纤毛运动发生障碍，降低局部抵抗力，削弱肺泡吞噬细胞的吞噬、灭菌作用，又能引起支气管痉挛，增加气道阻力而利于感染。据上海市防治慢性支气管炎协作组于 1972 年普查结果，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。其患病率在高山区比平原为高，北方较南方高，可能与气候寒冷有关。寒冷空气刺激呼吸道，除减弱上呼吸道黏膜的防御功能外，还能通过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，可促进继发感染。

（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。在患者痰液中嗜酸性粒细胞数量与组胺含量都有增高的倾向，说明部分患者与过敏因素有关。

2. 内因

(1) 呼吸道局部防御及免疫功能减低 正常人呼吸道具有完善的防御功能；对吸入空气具有过滤、加温和湿润的作用；气管、支气管黏膜的纤毛运动以及咳嗽反射等，能净化或排除异物和过多的分泌物；细支气管和肺泡中的巨噬细胞能吞噬和消灭入侵细菌；呼吸道的分泌物中还存在分泌性免疫球蛋白 A (SIgA)，有抗病毒和细菌作用，因此在正常情况下，下呼吸道能始终保持无菌状态。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，肌注。链霉素每日2次，每次0.5g，肌注。感染较重者可用青霉素400万~600万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 气雾湿化吸入或加复方安息香，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：阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病

一、阻塞性肺气肿

肺气肿是指终末细支气管远端（呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）的气腔弹性减退，过度膨胀、充气和肺容积增大，同时伴有气道周围肺泡壁的破坏。肺气肿的这种改变使肺的弹性回缩力减低，呼气时由于胸膜腔压力增加而使气道过度萎陷，造成不可逆的气道阻塞。具有气流阻塞特征的慢性支气管炎和/或肺气肿统称为慢性阻塞性肺疾病（简称慢阻肺，COPD）。肺气肿按其发病原因可分为非阻塞性肺气肿和阻塞性肺气肿两大类。

非阻塞性肺气肿包括4种类型：①老年性肺气肿；②间质性肺气肿；③代偿性肺气肿；④瘢痕性肺气肿（灶性肺气肿）。

阻塞性肺气肿是由于支气管慢性炎症或其他原因逐渐引起的细支气管狭窄，气道阻力增加，终末细支气管远端气腔过度膨胀、充气，伴气腔壁的破坏而产生，是慢性支气管炎最常见并发症，也是肺气肿中最常见的一种。一般病程较长，发展缓慢，若不及时治疗，可导致慢性肺源性心脏病。

（一）病因和发病机制

1. 病因 引起慢性支气管炎的各种因素如感染、大气污染、吸烟、职业性粉尘、有害气体的长期吸入、过敏等均可引起阻塞

性肺气肿。

2. 发病机制

(1) 支气管慢性炎症,使细支气管管腔狭窄,形成不完全阻塞,产生单向活瓣作用,吸气时气体容易进入肺泡,呼气时胸腔内压增加,支气管过度缩小、塌陷,阻碍气体排出,肺泡腔内气体滞留,致使肺泡明显膨胀,压力升高。

(2) 肺泡壁毛细血管受压,血液供应减少,肺组织营养障碍,引起肺泡壁弹性减低,促成肺气肿。

(3) 慢性炎症破坏小支气管软骨,使气道失去支气管正常的支架作用,引起呼气时支气管过度缩小陷闭,阻碍气体排出,肺泡内积聚多量气体,使肺泡明显膨胀和压力升高。

(4) 支气管慢性炎症使白细胞和巨噬细胞释放的蛋白分解酶增加,损伤肺组织和肺泡壁,致使多个肺泡融合成肺大泡或肺气肿。

(二) 临床表现

1. 症状 慢性支气管炎并发肺气肿时,在原有咳嗽、咳痰症状基础上出现逐渐加重的呼吸困难。初起仅在劳动、上楼或登山爬坡时有气促,随着病情的发展,在平地活动时,甚至在静息时也感气促。当慢性支气管炎急性发作时,气道阻塞加重,胸闷、气促加重,并可发生低氧血症和/或高碳酸血症,出现头痛、嗜睡、神志恍惚等呼吸衰竭的症状。

2. 体征 胸部过度膨隆,呈桶状胸,膈肌运动受限,叩诊呈过清音,心浊音界缩小或不易叩出;听诊心音遥远,呼吸音减弱,呼气延长。并发肺部感染时,两肺干、湿啰音明显。晚期患者呼吸困难加重,常采取身体前倾位,颈、肩部辅助呼吸肌参与呼吸运动,呼吸时常呈缩唇呼气,有口唇发绀及肺动脉高压、右心室肥厚,甚至出现颈静脉怒张、下肢浮肿等右心衰竭的体征。

(三) X线检查

胸腔前后径增大,肋间隙增宽,肺野透亮度增加,横膈降