

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

诊断学基础

《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

诊断学基础

《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 8.5 字数 217 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	症状学	(1)
第二单元	问 诊	(33)
第三单元	检体诊断	(37)
第四单元	实验室诊断	(167)
第五单元	心电图诊断	(215)
第六单元	影像诊断	(229)
第七单元	病历与诊断方法	(261)

第一单元 症状学

【大纲要求】

细目一：发热

1. 发热的病因
2. 发热的临床表现
3. 发热的伴随症状

细目二：胸痛

1. 胸痛的病因
2. 胸痛的问诊要点

细目三：腹痛

1. 腹痛的病因
2. 腹痛的问诊要点

细目四：咳嗽与咯痰

1. 咳嗽的病因
2. 咳嗽与咯痰的问诊要点

细目五：咯血

1. 咯血的概念
2. 咯血的病因
3. 咯血的问诊要点
4. 咯血与呕血的鉴别

细目六：呼吸困难

1. 呼吸困难的概念
2. 呼吸困难的病因

3. 呼吸困难的临床表现

4. 呼吸困难的伴随症状

细目七：恶心与呕吐

1. 恶心与呕吐的病因

2. 恶心与呕吐的问诊要点

细目八：呕血与黑便

1. 呕血与黑便的概念

2. 呕血与黑便的病因

3. 呕血与黑便的问诊要点

细目九：黄疸

1. 黄疸的概念

2. 各型黄疸的病因、临床表现及实验检查特点

细目十：抽搐

1. 抽搐的病因

2. 抽搐的问诊要点

细目十一：意识障碍

1. 意识障碍的病因

2. 嗜睡、昏睡、昏迷、意识模糊、谵妄的临床表现

3. 意识障碍的伴随症状

【备考辅导】

细目一：发热

一、病因

(一) 感染性发热

各种病原体所引起的感染均可引起感染性发热，见下表。

感染性发热的常见疾病

病原体	疾 病
病毒	病毒性上呼吸道感染、病毒性肝炎、流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、麻疹、流行性感、流行性腮腺炎、水痘等
细菌	伤寒、结核病、布鲁菌病、细菌性心内膜炎、肺炎链球菌性肺炎、猩红热、急性细菌性痢疾、丹毒、流行性脑脊髓膜炎等
支原体	肺炎支原体肺炎
立克次体	斑疹伤寒、恙虫病
螺旋体	钩端螺旋体病、回归热
真菌	放线菌病、念珠菌病、隐球菌病
寄生虫	疟疾、急性血吸虫病、阿米巴肝病

(二) 非感染性发热

1. 无菌性坏死物质的吸收 ①机械性、物理性或化学性损害，如大手术、内出血、大面积烧伤等。②因血管栓塞或血栓形成而引起心肌、肺、脾等脏器的梗死或肢体坏死等。③组织细胞坏死与细胞破坏，如肿瘤坏死、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

2. 抗原-抗体反应 如风湿热、血清病、药物热、结缔组织疾病等。

3. 内分泌与代谢障碍 如甲状腺功能亢进症、严重脱水等。

4. 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞病以及慢性心功能不全而引起低热。

5. 体温调节中枢功能失常 ①物理性：如中暑；②化学性：如安眠药中毒；③机械性：脑出血、脑外伤等，直接损害体温调节中枢，使其功能失常而发热。

6. 植物神经功能紊乱 由于植物神经紊乱，影响正常的体温调节过程，使产热大于散热，体温升高，属功能性发热，临床上常表现为低热。

二、临床表现

(一) 发热的临床分度

按发热的高低可分为：①低热：37.5℃~38℃；②中等度热：38.1℃~39℃；③高热：39.1℃~41℃；④超高热：41℃以上。

(二) 发热过程

发热一般可分为3个阶段。

1. **体温上升期** 临床表现为疲乏无力、肌肉酸痛、畏寒或寒战、皮肤苍白并干燥无汗等症状。体温上升有两种方式：①骤升型：体温在几小时内达到39℃~40℃或以上，常伴有寒战，小儿易伴有惊厥。见于肺炎链球菌性肺炎、疟疾、败血症、流感、急性肾盂肾炎、输液反应或某些药物反应等。②缓升型：体温于数日内缓慢上升达高峰，多不伴寒战。见于伤寒、结核病等。伤寒初期体温以阶梯状上升为特征。

2. **高热持续期** 临床表现为皮肤潮红而灼热，产热与散热在较高水平上保持平衡。由于体温增高，基础代谢率增高，病人呼吸加快加强，心率增快，可有出汗。此期可持续数小时（如疟疾）、数日（如肺炎、流感）或数周（如伤寒极期）。

3. **体温下降期** 由于机体的防御作用及适当治疗，内生致热原的作用逐渐减弱、消失，产热减少，散热增多，体温开始下降。此期表现为出汗多、皮肤潮湿。降温的方式有两种：

(1) **骤降** 体温于数小时内迅速下降至正常，有时甚至可低于正常，伴有大汗。见于疟疾、肺炎链球菌性肺炎、急性肾盂肾炎及输液反应等。

(2) **渐降** 体温于数日内逐渐降至正常，如伤寒缓解期、风湿热等。

(三) 热型

临床常见的热型有下列数种：

1. **稽留热** 体温持续于 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上, 达数日或数周, 24 小时波动范围不超过 1°C 。见于肺炎链球菌性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等的发热极期。

2. **弛张热** 体温在 39°C 以上, 但波动幅度大, 24 小时内体温温差达 2°C 以上, 最低时一般仍高于正常水平。常见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症等。

3. **间歇热** 高热期与无热期交替出现, 体温波动幅度可达数度, 无热期(间歇期)可持续 1 日至数日, 反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. **回归热** 体温骤然升至 39°C 以上, 持续数日后又骤然下降至正常水平, 高热期与无热期各持续若干日后即有规律地交替一次。见于回归热、霍奇金病、周期热等。

5. **波状热** 体温逐渐升高达 39°C 或以上, 数天后逐渐下降至正常水平, 数天后再逐渐升高, 如此反复多次。见于布鲁菌病。

6. **不规则热** 发热无一定规律, 可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

根据不同的热型有助于发热病因的诊断与鉴别诊断, 但须注意, 由于抗生素、解热镇痛抗炎药与糖皮质激素的广泛应用, 可使一些疾病的热型变为不典型。此外, 热型也和个体反应有关, 年龄、营养状态均可影响热型。如老年人体克型肺炎时可仅有低热或无发热。

(四) 伴随症状

1. **伴寒战** 常见于肺炎链球菌性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、疟疾等。

2. **伴意识障碍** 常提示中枢神经系统的疾患。

3. **伴咳嗽、咯痰** 多考虑肺、支气管炎。

4. **伴腹泻** 要考虑肠道感染, 如肠炎、痢疾等。

5. **伴尿频、尿急、尿痛** 常考虑尿路感染。

6. 伴皮疹 应注意是否为急性出疹性传染病如水痘、麻疹、猩红热、伤寒、斑疹伤寒及药物热等。

7. 伴口唇单纯疱疹 常见于肺炎链球菌性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性感冒等。

8. 伴眼结膜充血 多见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

细目二：胸痛

一、病因

1. 胸壁疾病 ①皮肤及皮下组织病变：蜂窝组织炎、乳腺炎等。②肌肉病变：外伤、劳损、肌炎等。③肋骨病变：肋软骨炎、肋骨骨折、肋骨挫伤等。④肋间神经病变：肋间神经炎、带状疱疹等。

2. 心血管疾病 ①冠心病：心绞痛、心肌梗死等。②心包、心肌病变：心包炎、肥厚型心肌病等。③血管病变：胸主动脉瘤、主动脉夹层、肺梗死等。④心脏神经症。

3. 呼吸系统疾病 ①支气管及肺部病变：支气管肺癌、肺炎、肺结核累及胸膜。②胸膜病变：胸膜炎、自发性气胸、胸膜肿瘤等。

4. 其他原因 ①食管疾病：食管炎、食管癌等。②纵隔疾病：纵隔气肿、纵隔肿瘤。③腹部疾病：肝脓肿、胆囊炎、胆石症、膈下脓肿等。

二、问诊要点

1. 发病年龄与病史 青壮年胸痛，应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病，40岁以上者应多考虑心绞痛、心肌梗死与肺癌等。此外，尚需问及既往有无心脏病、高血压病、动脉硬化病史，有无肺及胸膜疾病史和胸部手术史，有无大

量吸烟史等。

2. 胸痛的部位 胸壁疾病所致的胸痛常固定于病变部位,局部常有压痛;胸壁皮肤炎症在罹患处皮肤伴有红、肿、热等改变。带状疱疹是成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴胸痛,疱疹不超过体表正中线。非化脓性肋软骨炎多侵犯第1、2肋软骨,患部隆起,但局部皮肤正常,有压痛。心绞痛与急性心肌梗死的疼痛常位于胸骨后或心前区,疼痛常牵涉至左肩背、左臂内侧达无名指及小指。食管、膈和纵隔肿瘤的疼痛也位于胸骨后,常伴进食或吞咽时加重。自发性气胸、急性胸膜炎和肺梗死的胸痛多位于患侧的腋前线及腋中线附近。

3. 胸痛的性质 带状疱疹呈阵发性的灼痛或刺痛。肌痛常呈酸痛。骨痛呈刺痛。食管炎常呈灼痛或灼热感。心绞痛常呈压榨样痛,可伴有窒息感。心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感。干性胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛,伴呼吸时加重,屏气时消失。肺梗死为突然剧烈刺痛或绞痛,常伴有呼吸困难与发绀。

4. 胸痛持续时间 平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致疼痛为阵发性,如心绞痛发作时间短暂,而心肌梗死疼痛持续时间长且不易缓解。炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。

5. 胸痛的诱因与缓解因素 心绞痛常因劳累、体力活动或精神紧张而诱发,含服硝酸甘油可迅速缓解,而对心肌梗死的胸痛则无效。心脏神经症的胸痛在体力活动后反而减轻。胸膜炎、自发性气胸的胸痛则可因深呼吸与咳嗽而加剧。胸壁疾病所致的胸痛常于局部压迫或胸廓活动时加剧。食管疾病的胸骨后疼痛常于吞咽食物时出现或加剧。返流性食管炎的胸骨后烧灼痛,在服用抗酸剂后减轻或消失。

6. 伴随症状 ①伴咳嗽、咯痰:见于气管、支气管、肺或胸膜疾病。②伴咯血:见于肺炎、肺脓肿、肺梗死或支气管肺癌。③伴呼吸困难:提示肺部较大面积病变,如肺炎链球菌性肺

炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎或其他重症心、肺疾病。④伴吞咽困难：提示食管疾病。⑤伴面色苍白、大汗、血压下降或休克：多考虑急性心肌梗死、主动脉夹层或大块肺栓塞等严重疾病。

细目三：腹痛

一、病因

1. 腹部疾病

(1) 腹膜炎 由胃、肠穿孔引起者最常见。腹痛的特点为：疼痛一般位于炎症所在部位，病变部位有压痛、反跳痛与腹肌紧张，肠蠕动的音减弱或消失。

(2) 腹腔脏器炎症 如急性或慢性胃炎、肠炎、胰腺炎、阑尾炎和盆腔炎等。一般腹痛部位与病变脏器的体表投影相符。

(3) 空腔脏器梗阻或扩张 如肠梗阻、胆石症、胆道蛔虫病、泌尿道结石梗阻等。腹痛常为阵发性剧烈绞痛。

(4) 脏器扭转或破裂 急性扭转如肠扭转、肠系膜或大网膜扭转、卵巢囊肿扭转，急性内脏破裂如肝脾破裂、异位妊娠破裂等。急性扭转及内脏破裂时可引起剧烈的绞痛或持续性疼痛。

(5) 腹腔或脏器包膜牵张 如手术后或炎症后腹膜粘连；实质性脏器因病变肿胀，导致包膜张力增加而发生腹痛，如肝炎、肝淤血、肝癌等。

(6) 化学性刺激 消化性溃疡，可因胃酸作用而发生刺痛或灼病。

(7) 肿病压迫与浸润 多见于演进中的腹腔恶性肿瘤压迫或浸润感觉神经而引起。

2. 胸腔疾病的牵涉痛 如肺炎、心绞痛、急性心肌梗死、急性心包炎、肺梗死、胸膜炎、食管裂孔疝等，疼痛可牵涉腹部，类似急腹症。

3. 全身性疾病 如尿毒症时毒素刺激腹腔浆膜引起腹痛。少数糖尿病酮症酸中毒可引起腹痛，酷似急腹症。铅中毒时则引起肠绞痛。

4. 其他原因 如荨麻疹时胃肠黏膜水肿，过敏性紫癜时的肠管浆膜下出血等。

二、问诊要点

1. 既往史及年龄 既往史对腹痛的病因诊断十分重要。如反复发作的节律性上腹痛病史有助于消化性溃疡的诊断；胆石症、泌尿道结石史，有助于胆绞痛、肾绞痛的诊断；结核性腹膜炎史与腹部手术史有利于腹膜粘连性腹痛的诊断；肠道寄生虫病史有助于肠道寄生虫病性腹痛的诊断。此外，儿童要多考虑肠道蛔虫症及肠套叠。青壮年则以消化性溃疡、阑尾炎多见。中老年人则应警惕恶性肿瘤的可能。

2. 腹痛部位 一般来说腹痛的部位常与投影于该部位的腹腔脏器病变一致。如胃及十二指肠疾病、急性胰腺炎疼痛多在中上腹部；肝、胆疾患疼痛位于右上腹；急性阑尾炎早期疼痛在脐周或上腹部，数小时后转移至右下腹；小肠绞痛位于脐周；结肠疾病疼痛多位于下腹或左下腹；膀胱炎、盆腔炎症及异位妊娠破裂，疼痛在下腹部；空腔脏器穿孔后引起弥漫性腹膜炎则为全腹痛。肺炎、心肌梗死等可因病变刺激相应脊髓节段的传入神经纤维出现牵涉性腹痛。也有腹痛呈弥漫性与不定位性，如结核性腹膜炎、腹膜转移癌、腹膜粘连、结缔组织病等。

3. 腹痛的性质与程度 消化性溃疡常有慢性、周期性、节律性中上腹隐痛或灼痛，如突然呈剧烈的刀割样、烧灼样持续性疼痛，可能并发急性穿孔；并发幽门梗阻者为胀痛，于呕吐后减轻或缓解。胆石症、泌尿道结石及肠梗阻的绞痛相当剧烈，病人常呻吟不已，辗转不安。剑突下钻顶样痛是胆道蛔虫梗阻的特征。肝癌疼痛多呈进行性锐痛。慢性肝炎与淤血性肝肿大（如

右心衰竭、缩窄性心包炎)多为持续性胀痛。肠寄生虫病多呈隐痛或绞痛。肝、脾破裂,异位妊娠破裂可出现腹部剧烈绞痛或持续性疼痛。持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹肌紧张或板状腹,提示为急性弥漫性腹膜炎。

4. 诱发、加重或缓解腹痛的因素 胆囊炎或胆石症发作前常有进食油腻食物史。急性胰腺炎发作前则常有暴饮暴食、酗酒史。服碱性药缓解者,见于十二指肠溃疡。肠炎引起的腹痛常于排便后减轻,而肠梗阻腹痛于呕吐或排气后缓解。

5. 腹痛的伴随症状 ①伴寒战、高热:提示急性炎症,可见于急性化脓性胆管炎、肝脓肿、腹腔脏器脓肿等。②伴黄疸:提示肝、胆、胰腺疾病,急性溶血等。③伴血尿:多见于尿路结石。④伴休克:常见于急性腹腔内出血、急性胃肠穿孔、急性心肌梗死、中毒性菌痢等。⑤伴呕吐、腹胀、停止排便排气:提示胃肠梗阻。⑥伴腹泻:提示为肠道炎症、吸收不良,亦见于慢性胰腺及肝脏疾病。⑦伴血便:急性者见于急性菌痢、肠套叠、绞窄性肠梗阻、急性出血性坏死性结肠炎、过敏性紫癜等;慢性者可见于慢性菌痢、肠结核、结肠癌等;柏油样便提示上消化道病变;鲜血便提示下消化道病变。⑧伴反酸、嗝气:提示为慢性胃炎或消化性溃疡。

细目四:咳嗽与咯痰

一、病因

1. 呼吸道病病 从鼻咽部至小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时,均可引起咳嗽与咯痰。如咽、喉、气管、支气管黏膜受到刺激性气体、各种炎症、粉尘、出血、肿瘤、异物等因素刺激,均可引起咳嗽与咯痰。

2. 胸膜疾病 胸膜炎或胸膜受刺激(如自发性气胸、胸腔穿刺)时,可引起咳嗽。

3. 心血管疾病 如二尖瓣狭窄或其他原因所致的肺淤血与肺水肿, 肺泡及支气管内有浆液性或血性浆液性漏出物, 可引起咳嗽与咯痰。

4. 中枢神经因素 随意性咳嗽起源于大脑皮质, 皮质冲动传至延髓咳嗽中枢, 引起咳嗽动作。大脑皮质也能在一定程度上抑制咳嗽反射。

二、问诊要点

1. 咳嗽的性质

(1) 干性咳嗽 指咳嗽无痰或痰量甚少。常见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、轻症肺结核、肺癌等。

(2) 湿性咳嗽 指带痰液的咳嗽。常见于慢性咽喉炎、慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、空洞型肺结核。

2. 咳嗽出现的时间与节律 突然发生的咳嗽, 常见于吸入刺激性气体所致急性咽喉炎、气管与支气管异物。阵发性咳嗽见于支气管异物、支气管哮喘、支气管淋巴结结核、支气管肺癌、百日咳等。长期慢性咳嗽见于慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿、空洞型肺结核等。晨咳或夜间平卧时(即改变体位时)加剧并伴咯痰, 常见于慢性支气管炎、支气管扩张和肺脓肿等病。左心衰竭、肺结核夜间咳嗽明显, 可能和夜间肺淤血加重及迷走神经兴奋性增高有关。

3. 咳嗽的音色 对提示诊断有一定意义。声音嘶哑的咳嗽多见于声带炎、喉炎、喉癌, 以及肺癌、扩张的左心房或主动脉瘤压迫喉返神经。犬吠样咳嗽多见于喉头炎症水肿或气管受压。带有鸡鸣样吼声常见于百日咳。

4. 痰的性质与量 痰的性质可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性、浆液血性、血性等。急性呼吸道炎症时痰量较少; 支气管扩张、空洞型肺结核、肺脓肿等痰量常较多; 支气管扩张与肺脓肿患者痰量多时, 痰可出现分层现象: 上层为泡沫, 中层为