



执业医师资格考试通关系列

医师资格考试

中西医结合执业医师资格考试 实践技能拿分考典

阿虎医考研究组 编

2019



全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

中西医结合执业医师资格考试 实践技能拿分考典

阿虎医考研究组 编

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合执业医师资格考试实践技能拿分考典/阿虎医考研究组编. —北京: 中国中医药出版社, 2018. 12

执业医师资格考试通关系列

ISBN 978 - 7 - 5132 - 5121 - 1

I. ①中… II. ①阿… III. ①中西医结合 - 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 (2018) 第 162319 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

肥城新华印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

开本 787 × 1092 1/16 印张 20.5 字数 446 千字

2018 年 12 月第 1 版 2018 年 12 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 5121 - 1

定价 78.00 元

网址 www.cptcm.com

答疑热线 010 - 86464504

购书热线 010 - 89535836

维权打假 010 - 64405753

微信服务号 zgzyycbs

微商城网址 <https://kdt.im/LIdUGr>

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

天猫旗舰店网址 <https://zgzyycbs.tmall.com>

如有印装质量问题请与本社出版部联系 (010 - 64405510)

版权专有 侵权必究

前言

执业医师资格考试于每年2月报名，分为实践技能考试和医学综合笔试两部分。所有考生必须先通过6月举行的实践技能考试，才有资格继续参加8月下旬（“一年两试”试点地区按具体安排执行）举行的医学综合笔试。

实践技能考试为三站式考试。第一站病案（例）分析，每人随机抽取2道病例分析题，在答题卡上进行笔试，答题时间60分钟，总分40分，该部分权重最大，是需要重点复习的部分。第二站为基本操作，是实际操作，操作过程还需回答考官的提问，操作时间总计15分钟，总分30分。第三站为临床答辩，每人随机抽取4道题，答题时间总计15分钟，总分30分，该部分为口试。三站总计100分，达到60分即可通过实践技能考试。于7月份可上网查询实践技能考试成绩，通过者才能参加8月份的综合笔试考试。

为了帮助报考中西医结合执业医师实践技能考试的广大考生在短时间内熟练掌握大纲要求的各项内容，顺利通过实践技能考试，我们按照《中西医结合执业医师资格实践技能考试大纲》和《国家医师资格考试实践技能考试指导·中西医结合执业医师》，根据历年真卷将考点去粗取精，归纳总结成本书，突出应试模式。让考生能够轻松通过本阶段考试，安心复习医学综合笔试内容。

本书根据实践技能考试的顺序分为三站，每站以【考点汇总】为中心，前有考试样题及答题模板，考点后附有实战演练。实战演练的题目均来自最近几年的真题，题量大，考点全面，方便考生熟悉考试题型与解答方法。【考点汇总】为每一站的重点内容，以“★”作为重点标注，★★★最为重要，表明该考点为高频考点；★★次之，表明该考点较为重要；★最次，表明近几年考过1次；近几年未出现过的考点则一笔带过，不作标注。以此提醒考生着重复习，强化记忆。

根据我们对近年来真题的研究归纳，总结考点及出题规律，可以看出，实践技能考试重点突出，重要内容反复考察。考生只要熟记星标考点，勤加练习，则不难通过实践技能考试。

为了帮助记忆，本书将复杂的医考考点内容以表格形式呈现，简洁精练，各个考

点之间的异同点也一目了然，这样可以极大地简化复习过程，让考生在最短的时间内掌握最核心的内容，真正做到踏进考场胸有成竹。

最后，衷心祝愿大家考试顺利！

目 录

第一站 病案（例）分析	(1)
第二站 基本操作	(159)
第一部分 中医技术操作	(161)
一、针灸常用腧穴定位	(161)
二、针灸临床技术操作	(166)
三、中医望、闻、切诊技术的操作	(181)
第二部分 体格检查	(190)
第三部分 西医基本操作	(213)
第三站 临床答辩	(229)
第一部分 中医问诊答辩	(231)
第二部分 中医答辩	(234)
一、疾病的辨证施治	(234)
二、针灸常用腧穴主治	(237)
三、针灸异常情况处理	(244)
四、常见急症的针灸治疗	(246)
第三部分 西医答辩	(251)
第四部分 临床判读	(299)
一、心电图	(299)
二、X线片	(303)
三、实验室检查	(306)

病案（例）分析

病案（例）分析分值表

	考试项目	所占分值
病案（例）分析1（内科） 病案（例）分析2（外、妇、 儿科） 各20分，共计40分 考试方法：书面笔试 考试时间：60分钟	中医疾病诊断	2
	中医证候诊断	2
	西医诊断	2
	西医诊断依据	4
	中医治法	2
	方剂	2
	药物组成、剂量及煎服法	2
	西医治疗原则与方法	4
	合计	20

通关技巧

考生依据题目所提供的中医四诊、查体、辅助检查等临床资料，以书面形式答出中医疾病诊断、中医证候诊断、西医诊断、西医诊断依据、中医治法、方剂、药物组成、剂量及煎服方法、西医治疗原则与方法（药物、手术等）。

1. 中医疾病诊断（2分） 以题干中描述的第一症状为判断要点，结合中医四诊确定疾病诊断。

2. 中医证候诊断（2分） 根据题干中描述的中医四诊信息综合归纳分析，可从八纲和脏腑辨证角度初步分析，结合大纲中疾病的证型名称确定证型诊断，要求证型名称必须与大纲中原有名称保持一致。

3. 西医诊断（2分） 结合病史、症状、体征、辅助检查结果确定疾病诊断。

4. 西医诊断依据（4分） 从病史、症状、体征、辅助检查结果四个方面来写即可。

5. 中医治法（2分） 根据疾病和证型诊断，设立中医治法，一般为2个四字的专业中医治法词汇。

6. 方剂（2分） 根据考点内容熟记正确的方剂名称，原方名后添加“加减”二字。

7. 药物组成、剂量及煎服法（2分）

（1）组成原方主体用药要求基本书写，根据题目具体情况进行相关药物的加减，不能出现与证型明显不符的药物。

（2）剂量一般书写临床常用剂量，常用药物以10~15g为基本剂量，有明确毒副作用的药物需要在规定剂量以内。注意写明特殊煎煮方法。

（3）煎服法基本都可使用“三剂，水煎服。日一剂，早晚分服”的模板回答。

8. 西医治疗原则与方法（4分） 大部分疾病可按照下面的顺序来写：①一般治疗。②对症治疗。③病因治疗。④手术治疗。

(一) 考试介绍

本站为技能考试中分值最高的部分。考试涉及的知识点主要是中西医结合内科学、中西医结合外科学、中西医结合妇科学及中西医结合儿科学的内容。要求考生在 60 分钟内完成 2 道病案(例)分析试题,每题 20 分,共 40 分。

【样题 1】

病案(例)摘要:徐某,男,70 岁,已婚,农民。2012 年 10 月 11 日初诊。患者常年体弱多病,近日胸骨体中段附近出现闷痛,可放射至左肩、无名指。疼痛一般持续 3 分钟左右,舌下含服硝酸甘油可缓解。既往有吸烟史 30 年。现症:心悸而痛,胸闷气短,甚则胸痛彻背,心悸汗出,畏寒,肢冷,下肢浮肿,腰酸无力。

查体: T: 36.3℃, P: 80 次/分, R: 20 次/分, BP: 120/70mmHg。心界不大,心率 80 次/分,律齐,各瓣膜区未闻及杂音。舌淡白,脉沉细。

辅助检查:心电图示:窦性心律, $V_1 \sim V_4$ 导联 S-T 段压低 0.1mV, T 波低平。肌钙蛋白 I (-)。

要求:根据上述摘要,在答题卡上完成书面分析。

【样题 2】

病案(例)摘要:侯某,男,30 岁,干部。2015 年 1 月 18 日初诊。患者进食大量油腻食物 2 小时后出现右上腹持续性胀痛并向右肩背部放射。现症:肋腹疼痛难忍,伴恶心呕吐,发热恶寒,口苦咽干,皮肤黄染,便秘尿赤。

查体: T: 38.5℃, P: 80 次/分, R: 20 次/分, BP: 115/75mmHg。右上腹压痛及肌紧张,可摸到肿大之胆囊,墨菲征阳性。舌质红,苔黄腻,脉弦滑。

辅助检查:血常规:白细胞 $12.5 \times 10^9/L$,中性粒细胞 82%。血清转氨酶轻度升高。B 超示胆囊增大、囊壁增厚,胆囊内多个强回声光团伴声影。

要求:根据上述摘要,在答题卡上完成书面分析。

答题时间:60 分钟。

【参考答案】

1. 中医疾病诊断:胸痹。

中医证候诊断:心肾阳虚证。

西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病(心绞痛)。

西医诊断依据:①患者常年体弱多病,有吸烟史 30 年。②胸骨体中段附近出现闷痛,可放射至左肩、无名指。疼痛一般持续 3 分钟左右,舌下含服硝酸甘油可缓解。心界不大,心率 80 次/分,律齐,各瓣膜区未闻及杂音。③心电图示:窦性心律, $V_1 \sim V_4$ 导联 S-T 段压低 0.1mV, T 波低平。肌钙蛋白 I (-)。

中医治法:益气壮阳,通络止痛。

方剂:参附汤合右归丸加減。

药物组成、剂量及煎服法：人参 12g，附子 9g（先煎），熟地黄 24g，山药 12g，山茱萸 9g，枸杞子 12g，菟丝子 12g，鹿角胶 12g（烊化兑服），杜仲 12g，肉桂 6g，当归 9g。三剂，水煎服。日一剂，早晚分服。

西医治疗原则及方法：

(1) 发作时的治疗：①休息。②药物治疗：硝酸甘油、硝酸异山梨酯舌下含化。

(2) 缓解期的治疗：① β 受体阻滞剂（美托洛尔、比索洛尔）、硝酸酯制剂（硝酸异山梨酯、5-单硝酸异山梨酯）、钙通道阻滞剂（维拉帕米、硝苯地平、地尔硫草）、曲美他嗪，应用调脂药和抗血小板药。

2. 中医疾病诊断：胁痛。

中医证候诊断：肝胆湿热证。

西医诊断：胆石症。

西医诊断依据：①进食油腻食物后出现右上腹持续性胀痛并向右肩背部放射。②右上腹压痛及肌紧张，可摸到肿大之胆囊，墨菲征阳性。③血清转氨酶轻度升高，B超示胆囊增大、囊壁增厚，胆囊内多个强回声光团伴声影。

中医治法：清热利湿。

方剂：龙胆泻肝汤加减。

药物组成、剂量及煎服法：龙胆草 6g，黄芩 9g，栀子 9g，泽泻 12g，木通 6g，当归 3g，生地黄 9g，柴胡 6g，生甘草 6g，车前子 9g（包煎）。三剂，水煎服。日一剂，早晚分服。

西医治疗原则及方法：①非手术治疗：解痉，止痛，消炎利胆，应用抗生素，纠正水、电解质紊乱及酸碱失衡等。②手术治疗：胆囊切除术。

（二）考点汇总

I. 内科疾病

考点 1★ ★ ★ 急性上呼吸道感染

【诊断】

(1) 主要根据病史、症状及体征，结合周围血象并排除其他疾病，如过敏性鼻炎、伤寒等，可做出诊断。病毒分离及免疫荧光技术对明确病因诊断有帮助。

(2) 检查

①血常规：病毒性感染可见白细胞计数一般正常或偏低，淋巴细胞比例相对增高。细菌感染时，白细胞计数及中性粒细胞增高，甚则见核左移。

②病毒分离：有助于确诊。

③荧光技术检测：阳性者有助于早期诊断。

④血清学检查：有助于早期诊断。

【西医治疗】

(1) 抗病毒治疗：金刚烷胺、吗啉胍等。

(2) 抗细菌治疗：头孢氨苄、罗红霉素等。

(3) 对症治疗：①发热、头痛、肢体酸痛者，用复方阿司匹林片。②鼻塞流涕者，用扑尔敏，或1%的麻黄素；咳嗽者，用克咳敏或氯化铵棕色合剂。③声嘶、咽痛者，可雾化吸入治疗，或口含华素片。

【中医辨证论治】

证型	证候	治法	方剂	组成
风寒束表	恶寒重发热轻，无汗，头痛，流涕喉痒，咳嗽，口不渴，苔薄白而润，脉浮紧	辛温解表	荆防败毒散加减	人参败毒草芎芍，羌独柴前枳桔同，生姜薄荷煎汤服，祛寒除湿功效宏，若须消散疮毒肿，去参加入荆防风
风热犯表	身热著微恶寒，汗出不畅，咳嗽痰黄，口干而渴，苔微黄，脉浮数	辛凉解表	银翘散或葱豉桔梗汤加减	银翘散主上焦疴，竹叶荆蒡豉薄荷，甘桔芦根凉解法；葱豉桔梗山栀翘，薄荷竹叶甘草饶
暑湿伤表	身热，微恶风，头昏重，咳嗽痰黏，胸闷脘痞，渴不多饮，苔薄黄腻，脉濡数	清暑祛湿解表	新加香薷饮加减	三物香薷豆朴先，散寒化湿功效兼，若益银翘豆易花，新加香薷祛暑煎
气虚感冒	恶寒较甚，咳痰无力，身楚倦怠，气短懒言，舌淡苔白，脉浮而无力	益气解表	参苏饮加减	参苏饮内用陈皮，枳壳前胡半夏齐，干葛木香甘桔茯，内伤外感此方宜
阴虚感冒	头痛身热，微恶风寒，无汗，心烦，口渴咽干，舌红少苔，脉细数	滋阴解表	加减葳蕤汤加减	加减葳蕤用白薇，豆豉生葱桔梗随，草枣薄荷共八味，滋阴发汗此方魁

考点2★★慢性阻塞性肺疾病（2016年版大纲新增考点）

【诊断】

(1) 任何有呼吸困难、慢性咳嗽或痰多的患者，并且有暴露于危险因素的病史，需考虑慢性阻塞性肺疾病（COPD）。COPD的诊断需进行肺功能检查，吸入支气管扩张剂之后 $FEV_1/FVC < 70\%$ 表明存在气流受限，即可诊断。

(2) 检查

①肺功能检查：是判断持续气流受限的主要客观指标。使用支气管扩张剂后， $FEV_1/FVC < 70\%$ 可确定为持续气流受限。肺总量和残气量增高，肺活量减低，表明肺过度充气。

②胸部X线：早期胸片可无异常，以后可出现肺纹理增粗、紊乱等，也可出现肺气肿。

③胸部CT：可见慢阻肺小气道病变、肺气肿及并发症的表现，但其主要意义在于排除其他具有相似症状的呼吸系统疾病。

④血气分析：对确定发生低氧血症、高碳酸血症、酸碱平衡失调以及判断呼吸衰竭的类型有重要价值。

【西医治疗】

(1) 稳定期：①教育和劝导戒烟；因职业或环境粉尘、刺激性气体所致者，应脱离污染环境。②支气管扩张剂。③祛痰药。④对重度和极重度患者（Ⅲ级和Ⅳ级）及反复加重的患者，常用沙美特罗加氟替卡松、福莫特罗加布地奈德。⑤长期家庭氧疗。

(2) 急性加重期：①确定病因及病情严重程度，根据严重程度确定治疗。②支气管舒张剂同稳定期治疗。③低流量吸氧。④抗生素。⑤糖皮质激素。

【中医辨证论治】

证型	证候	治法	方剂	组成
实喘	风寒壅肺	喘逆胸胀，痰黏色白，恶寒发热无汗，口不渴	宣肺散寒	麻黄汤合华盖散加减 麻黄汤中臣桂枝，杏仁甘草四般施；华盖杏甘配麻黄，苏子陈皮茯苓桑
	表寒肺热	喘逆上气，胸胀，息粗鼻扇，痰黏，形寒身热，口渴	解表清里，化痰平喘	麻杏石甘汤加减 仲景麻杏石甘汤，辛凉宣肺清热良，邪热壅肺咳喘急，有汗无汗均可尝
	痰热郁肺	喘咳胸胀痛，痰黏色黄，身热有汗，渴喜冷饮	清热化痰，宣肺平喘	桑白皮汤加减 桑皮汤治肺热喘，苓梔贝杏苏连半
	痰浊阻肺	喘而胸满闷，痰黏难咯，呕恶食少，口黏不渴	祛痰降逆，宣肺平喘	二陈汤合三子养亲汤加减 二陈汤用半夏陈，苓草梅姜一并存；三子养亲祛痰方，芥苏莱菔共煎汤
	肝气乘肺	遇情志刺激而诱发，息粗气憋，咽中如室	开郁降气平喘	五磨饮子加减 四磨饮子七情侵，人参乌药及槟沉，去参加入木香枳，五磨饮子白酒斟
虚喘	肺气虚耗	气怯声低，咳声低弱，自汗畏风	补肺益气养阴	生脉散合补肺汤加减 生脉麦味与人参；补肺五味与参芪，熟地紫菀配桑皮
	肾虚不纳	呼多吸少，气不得续，汗出肢冷，口咽干燥	补肾纳气	金匱肾气丸合参蛤散加减 肾气丸补肾阳虚，地黄山药及茱萸，苓泽丹皮合桂附，水中生火在温煦；人参、蛤蚧
	正虚喘脱	张口抬肩，鼻扇气促，不能平卧，汗出如珠	扶阳固脱，镇摄肾气	参附汤送服黑锡丹配合蛤蚧粉 人参、附子；黑锡丹中蔻硫黄，桂附棟木沉茴香，芦巴故纸阳起石，降逆平喘镇浮阳；蛤蚧粉

考点3★★★ 慢性肺源性心脏病

【诊断】

- ①X线：肺、胸基础疾病及急性肺部感染的特征、肺动脉高压及右心室增大。
- ②心电图：右心室肥大。
- ③超声心动图：右室内径增大，流出道增宽，肺动脉内径增大，右室前壁厚度增加。多普勒超声心动图显示三尖瓣反流和右室收缩压增高。

④动脉血气分析：呼吸衰竭时， $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 伴有 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

【西医治疗】

(1) 急性加重期：①控制感染。②氧疗。③控制心力衰竭：利尿药（氢氯噻嗪 + 螺内酯）、正性肌力药（西地兰）、血管扩张药（钙拮抗剂、一氧化氮等）。④控制心律失常。⑤抗凝治疗。⑥治疗并发症：肺性脑病、消化道出血。

(2) 缓解期：①呼吸锻炼。②增强机体抵抗力。③家庭氧疗。

【中医辨证论治】

证型	证候	治法	方剂	组成
急性期	痰浊壅肺	健脾益肺，化痰降气	苏子降气汤加减	苏子降气半夏归，前胡桂朴草姜随，上实下虚痰咳喘，或加沉香去肉桂
	痰热郁肺	清肺化痰，降逆平喘	越婢加半夏汤加减	越婢汤中有石膏，麻黄生姜加枣草，风水恶风一身肿，水道通调肿自消
	痰蒙神窍	涤痰开窍，息风止痉	涤痰汤加减，另服安宫牛黄丸或至宝丹	参苓橘半连茹草，枳实菖枣星麦冬；安宫牛黄开窍方，苓连梔郁朱雄黄，犀角珍珠冰麝箔，热闭心包功效良；至宝朱砂麝息香，雄黄犀角与牛黄，金银二箔兼龙脑，琥珀还同玳瑁良
	阳虚水泛	温肾健脾，化饮利水	真武汤合五苓散加减	真武附苓术芍姜；五苓散治太阳腑，白术泽泻猪茯苓
缓解期	肺肾气虚	补肺纳肾，降气平喘	补肺汤加减	补肺五味与参芪，熟地紫菀配桑皮
	气虚血瘀	益气活血，止咳化痰	生脉散合血府逐瘀汤加减	生脉麦味与人参；血府当归生地桃，红花枳壳膝芎饶，柴胡赤芍甘桔梗，血化下行不作癆

考点4★★★ 支气管哮喘

【诊断】

(1) 反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽。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。上述症状和体征可经治疗缓解或自行缓解。除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。症状不典型者具备以下1项：支气管激发试验阳性；支气管舒张试验阳性；呼气流量峰值（PEF）变异率 $\geq 20\%$ 。

(2) 检查

①痰液：涂片镜检可见较多嗜酸性粒细胞。

②血液：嗜酸性粒细胞增高。合并呼吸道感染时可有白细胞及中性粒细胞增高。

③通气功能检测：呼气量、呼气量与肺活量比值、最大呼气中期流速、呼气峰值流速均降低。肺活量减少，残气量、功能残气量和肺总量增加，残气量与肺总量比值增大。

④支气管激发试验：FEV₁下降 >20%，为激发试验阳性。

⑤支气管舒张试验：阳性诊断标准：FEV₁较用药前增加 15% 或以上，且其绝对值增加 200mL 或以上；PEF 较治疗前增加 60L/min 或增加 ≥20%。

⑥动脉血气分析：哮喘发作严重时，PaO₂下降，PaCO₂下降，pH 上升而呈呼吸性碱中毒。

⑦胸部 X 线：早期发作见肺透亮度增加，反复发作或并发呼吸道感染，可见肺纹理增加及炎性浸润阴影，可并发肺不张、气胸或纵隔气肿。

【西医治疗】

(1) 常用药物：①糖皮质激素。②β₂受体激动剂。③白三烯受体拮抗剂。④茶碱类。⑤抗胆碱药物。⑥抗 IgE 治疗。⑦变应原特异性免疫疗法。

(2) 中度及重度急性发作治疗：①氧疗。②速效 β₂受体激动剂。③茶碱。④糖皮质激素。⑤机械通气。

【中医辨证论治】

证型	证候	治法	方剂	组成
发作期	寒哮	呼吸急促，喉中哮鸣有声，痰稀色白，形寒畏冷	温肺散寒，化痰平喘	射干麻黄汤加減
	热哮	气粗息涌，呛咳，喉中哮鸣，口渴喜饮，面赤口苦	清热宣肺，化痰定喘	麻杏石甘汤加減
缓解期	肺虚	喘促气短，自汗畏风，痰稀色白，多因气候变化而诱发	补肺固卫	玉屏风散加減
	脾虚	倦怠无力，食少便溏，面色萎黄，痰黏咳吐不爽	健脾化痰	六君子汤加減
	肾虚	息促气短，呼多吸少，形瘦神疲，腰酸腿软，畏寒肢冷	补肾纳气	金匱肾气丸或七味都气丸加減

考点 5★★★ 肺炎

【诊断】

(1) 根据病史、症状和体征，结合 X 线检查和痰液、血液检查，可明确诊断。病原菌检测是确诊各型肺炎的主要依据。

(2) 检查

①周围血象：大多数细菌性肺炎，血中白细胞总数可增高，以中性粒细胞增加为

主。通常有核左移或细胞内出现毒性颗粒。病毒性肺炎白细胞计数可正常、稍高或偏低,淋巴细胞增多,血沉通常在正常范围。肺炎支原体感染时,周围血白细胞总数正常或稍高,细胞分类正常。血沉常增快,常伴轻度贫血、网织红细胞增多。

②病原体:痰涂片:在抗菌药物使用前有意义。培养:鉴别和分离出病菌株。

③X线:肺炎球菌肺炎:早期见肺纹理增粗或受累的肺段、肺叶稍模糊,后见大片炎症浸润阴影或实变影。肋膈角可有少量胸腔积液。葡萄球菌肺炎:肺段或肺叶实变,其内有空洞,或小叶状浸润中出现单个或多发的液气囊腔;某处炎性阴影消失而在另一部位出现新的病灶,或单一病灶融合成大片阴影。肺炎支原体肺炎:肺部多种形态的浸润影。

【西医治疗】

(1) 一般治疗:注意休息,高蛋白饮食,保持空气流通,注意隔离消毒,多喝水。

(2) 病因治疗

①细菌性肺炎:肺炎球菌肺炎:青霉素 G。葡萄球菌肺炎:半合成青霉素或头孢菌素。克雷白杆菌肺炎:头孢噻肟钠/头孢他啶联合妥布霉素/阿米卡星。军团菌肺炎:首选红霉素,亦可与利福平联合用药。

②病毒性肺炎:利巴韦林、阿昔洛韦等。

③肺炎支原体肺炎:大环内酯类。

④肺炎衣原体肺炎:红霉素。

⑤真菌性肺炎:氟康唑、两性霉素 B 等。

(3) 支持疗法:如咳嗽、咳痰用止咳化痰药等。

(4) 感染性休克的治疗:控制感染,补充血容量,纠正酸中毒,血管活性药及糖皮质激素的应用,纠正水、电解质紊乱及酸碱失衡。

(5) 局部治疗:雾化吸入、局部灌注。

【中医辨证论治】

证型	证候	治法	方剂	组成
邪犯肺卫	咳嗽咳痰,痰黏色黄,发热重,恶寒轻,无汗,口渴微渴	疏风清热,宣肺止咳	三拗汤或桑菊饮加减	三拗汤用麻杏草,宣肺平喘效不低;桑菊饮中桔杏翘,芦根甘草薄荷饶
痰热壅肺	咳嗽,咳痰黄稠,高热不退,口渴烦躁,溲赤便干	清热化痰,宽胸止咳	麻杏石甘汤合千金苇茎汤加减	麻杏石甘;苇茎汤方出千金,桃仁薏苡冬瓜仁,肺痈痰热兼瘀血,化浊排脓病自宁
热闭心神	咳嗽气促,痰声辘辘,烦躁,神昏谵语,高热不退	清热解毒,化痰开窍	清营汤加减	清营汤治热传营,身热烦渴眠不宁,犀地银翘玄连竹,丹麦清热更护阴

续表

证型	证候	治法	方剂	组成
阴竭阳脱	高热骤降，大汗，气急肢冷，神志恍惚，舌淡青紫，脉微欲绝	益气养阴，回阳固脱	生脉散合四逆汤加减	生脉麦味与人参；四逆汤中附草姜，阳衰寒厥急煎尝
正虚邪恋	干咳少痰，咳嗽声低，气短神疲，手足心热，自汗，虚烦不眠	益气养阴，润肺化痰	竹叶石膏汤加减	竹叶石膏汤人参，麦冬半夏甘草临，再加粳米同煎服，暑烦热渴脉虚寻

考点6★★★ 肺结核

【诊断】

(1) 具有以下几种情况时，应考虑本病，并进一步检查以确诊：①有与排菌肺结核患者密切接触史。②起病隐匿，病程迁延，或呼吸道感染抗炎治疗无效或效果不显著。③长期低热。④咯血或痰中带血。⑤肺部听诊锁骨上下及肩胛间区闻及湿啰音或局限性哮鸣音。⑥存在结核病好发危险因素。⑦出现结节性红斑、疱疹性角膜炎、风湿性关节炎等过敏反应表现。⑧既往有淋巴结核等肺外结核病史。

(2) 检查：①结核分枝杆菌检查：确诊的主要方法。②影像学检查。胸部 X 线检查：原发型肺结核可见原发灶、淋巴管炎和肺门或纵隔肿大的淋巴结组织成哑铃状病灶；急性血型播散型肺结核可见分布均匀，大小、密度相近的粟粒状阴影；继发型肺结核可见浸润型病灶、干酪样病灶、空洞、纤维钙化的硬结病灶。胸部 CT：有助于发现微小或隐蔽区病变及与孤立性结节的鉴别诊断。③结核菌素试验：是诊断有无结核感染的参考指标。呈阳性反应常表示为活动性结核病。④纤维支气管镜检查：支气管结核表现为黏膜充血、溃疡、糜烂、组织增生、形成瘢痕和支气管狭窄。⑤ γ -干扰素释放试验：检测结核感染。

【西医治疗】

(1) 抗结核化学药物治疗

①基本原则：早期、联合、适量、规律、全程。

②常用药：第一线杀菌药物有异烟肼、利福平、链霉素和吡嗪酰胺，第二线抑菌药物有乙胺丁醇、对氨基水杨酸钠。

(2) 糖皮质激素：毒性症状过重时与抗结核药同用。

(3) 对症治疗

①发热、盗汗等毒性症状：抗结核治疗，高热时可给小量退热药口服或物理降温等，盗汗甚者睡前服阿托品。

②咳嗽、咳痰：可不用药，但剧咳时服喷托维林或可待因，痰多黏稠者可用稀化痰液的药物。

③痰中带血或少量咯血：维生素 K、卡巴克络等。

④大咯血：垂体后叶素 + 25% 葡萄糖；输血；局部止血。

(4) 手术治疗。

【中医辨证论治】

证型	证候	治法	方剂	组成
肺阴亏损	干咳,痰黏带血,午后手足心热,口咽干燥	滋阴润肺	月华丸加减	月华丸方擅滋阴,二冬二地沙贝苓,山药百部胶三七,獭肝桑菊保肺金
阴虚火旺	咳呛气急,痰黏,咯血,五心烦热,性急易怒	滋阴降火	百合固金汤合秦艽鳖甲散加减	百合固金二地黄,玄参贝母桔草藏,麦冬芍药当归配,喘咳痰血肺家伤;秦艽鳖甲治风劳,地骨柴胡及青蒿,当归知母乌梅合,止嗽除蒸敛汗超
气阴耗伤	咳嗽无力,气短声低,午后潮热,自汗盗汗	益气养阴	保真汤加减	保真治癆功不小,二冬八珍川芎少,莲心知柏骨陈皮,柴胡朴芪五味枣
阴阳两虚	咳逆喘息,少气,自汗盗汗,肢冷形寒,五更泄泻	滋阴补阳	补天大造丸加减	补天大造参术芪,归芍山药远志依,枣仁枸杞紫河车,龟鹿茯苓大熟地

考点7★★ 原发性支气管肺癌

【诊断】

(1) 对于下列情况之一的人群(特别是40岁以上男性长期或重度吸烟者)应提高警惕,及时进行排癌检查:①刺激性咳嗽2~3周而抗感染、镇咳治疗无效。②原有慢性呼吸道疾病,近来咳嗽性质改变者。③近2~3个月持续痰中带血而无其他原因可以解释者。④同一部位反复发作的肺炎。⑤原因不明的肺脓肿,无毒性症状,无大量脓痰,无异物吸入史,且抗感染治疗疗效不佳者。⑥原因不明的四肢关节疼痛及杵状指(趾)。⑦X线显示局限性肺气肿或段、叶性肺不张。⑧肺部孤立性圆形病灶和单侧性肺门阴影增大者。⑨原有肺结核病灶已稳定,而其他部位又出现新增大的病灶者。

(2) 检查:①胸部X线:中央型:一侧肺门类圆形阴影,肿块与肺不张、阻塞性肺炎并存时,可呈现“S”型征象。周围型:局限性小斑片状阴影,肿块周边可有毛刺、切迹和分叶,可见偏心性癌性空洞。细支气管-肺泡癌:结节型和弥漫型两种表现。②痰脱落细胞检查:诊断肺癌的重要方法之一。③纤维支气管镜检:诊断肺癌的主要方法。④取得病变部位组织,进行病理学检查,对肺癌的诊断具有决定性意义。

【西医治疗】

①手术治疗。②化学药物治疗。③放射治疗。④其他如支气管动脉灌注化疗、经纤维支气管介入等。⑤生物缓解调节剂,如干扰素等。⑥分子靶向治疗。