

中西医结合执业医师 执业助理医师资格

考试指南

吴润秋 何清湖 主编

中医古籍出版社

中西医结合执业医师·执业助理医师 资格考试指南

审 定：尤昭玲

主 编：吴润秋 何清湖

副主编：刘建和 舒 兰

编 委：王孟清 卢 敏 朱、骅 伍菊英

刘克丽 刘丽芳 肖长津 邹春盛

张 烨 林 洁 彭海櫟

中 医 古 籍 出 版 社

责任编辑：杜杰慧

封面设计：于建军

图书在版编目（CIP）数据

中西医结合执业医师执业助理医师资格考试指南/吴润秋，何清湖主编. - 北京：中医古籍出版社，1999.10
ISBN 7-80013-879-8

I. 中… II. ①吴… ②何… III. 中西医结合-医师-资格考核-指南 IV. R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字（1999）第 64114 号

中医古籍出版社出版发行

（100700 北京东直门内北新仓 18 号）

全国各地新华书店经销

北京昌平星城印刷厂印刷

850×1168 毫米 32 开本 21 印张 508 千字

1999 年 10 月第 1 版 1999 年 10 月第 1 次印刷

印数：0001—5000 册

ISBN 7-80013-879-8/R·875

定价：36.00 元

前 言

经过 15 年的努力,《中华人民共和国执业医师法》由第九届全国人大常委会第三次会议于 1998 年 6 月 26 日正式通过,并于 1999 年 5 月 1 日开始实施。这是总结我国建国 40 多年以来医师管理工作的经验而形成的第一部有关医师管理工作的法规,它第一次以法律的形式确定了我国医师的职责和地位、医师的权利和义务、医师执业资格考试制度以及医师执业注册制度。这对于加强医师队伍的建设,提高医师的职业道德和业务素质,保障医师的合法权益,保护人民健康,促进和保障我国医疗卫生事业的健康发展,具有十分重要的意义。

医师资格考试作为国家实行医师执业准入的一种制度,已在国际上普遍推行。现在,在我国实施这种制度,是实行市场经济的必然选择,同时也是与国际接轨的需要。我国医师队伍庞大,据不完全统计,我国现有从事医疗、预防、保健工作的各级各类医师 150 余万人,其中中西医结合医师约 12000 人,已经成为医师队伍中的一支生力军。根据《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出的“中西医要加强团结,互相学习,取长补短,共同提高,促进中西医结合”的方针,以及我国《医疗机构管理条例》关于中西医结合医疗机构(包括中西医结合医院、门诊部、诊所)的设置和当前我国中西医结合医学专业开办的实际情况,为了保证中西医结合医生按照《中华人民共和国执业医师法》规定,参加国家执业医师资格考试,国家中医药管理局委托中国中西医结合学会牵头,组织全国相关学科的专家编写了《中西医结合执业医师、执业助理医师资格考试大纲》,规定了考试的细目与要点。为了更好地帮助考生全面、系统而又有重点、有针对性地复习,熟悉考试内容与考试题型,提高应试能力,国家

中医药管理局所属中医古籍出版社，组织有关专家编写了《中西医结合执业医师、执业助理医师资格考试指南》。

《中西医结合医师资格考试方案》所规定的考试科目中，基础部分占考试内容的 15% ~ 25%，其考试大纲与相应级别的中医医师资格考试大纲相同；临床部分占考试内容的 65% ~ 75%，包括《中西医结合内科学》、《中西医结合外科学》、《中西医结合妇产科学》和《中西医结合儿科学》4 个科目。这本指南即针对这 4 门学科，紧紧围绕考试大纲和指定蓝本教材进行编写，尽量精炼文字，突出重点，眉目清楚，让考生受益。同时，根据命题要求，全部考试采用客观性选择题，主要采用 A 型（包括 A₁、A₂）和 B 型题，我们在考试大纲规定的范围内，模拟试题，以帮助考生练习，熟悉知识和题型，并可检验自己掌握知识的程度，达到最佳复习效果。

执业医师和执业助理医师要求掌握的知识难度不同，考试大纲规定了不同的细目与要点。从总体来说，执业助理医师的考试范围是在执业医师的细目与要点中删除一部分内容，极个别的地方也增补了一些内容。书中应试指南和模拟试题，凡未加 * 或 △ 者，为执业医师和执业助理医师共同掌握的内容。加 * 者，仅为执业医师所掌握的内容；加 △ 者，仅为执业助理医师所掌握的内容。特此说明！

由于时间仓促，加上水平所限，不足之处在所难免，请各位专家和读者批评、指正！

吴润秋 何清湖

1999 年 9 月于长沙

目 录

前言

一、中西医结合医师资格考试方案	(1)
二、中西医结合内科应试指南	(5)
三、中西医结合内科模拟试题	(190)
四、中西医结合外科应试指南	(270)
五、中西医结合外科模拟试题	(347)
六、中西医结合妇科应试指南	(406)
七、中西医结合妇科模拟试题	(465)
八、中西医结合儿科应试指南	(534)
九、中西医结合儿科模拟试题	(581)

一、中西医结合医师资格考试方案

(一) 考试目的

测试符合《中华人民共和国执业医师法》考试条件者，作为执业医师和执业助理医师必须具备的相关医学专业的基本理论、基本知识和基本技能，注重临床的考核。

(二) 考试分级

分为两级：执业医师资格考试和执业助理医师资格考试。

(三) 考试内容

1. 执业医师

(1) 基础部分：中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学、西医生理学、病理学、药理学；

(2) 临床部分：中西医结合内科、中西医结合外科、中西医结合妇科、中西医结合儿科；

(3) 其它：卫生法规（包括执业医师法、药品管理法、传染病防治法、医疗事故处理办法、医务人员医德规范及实施办法等）。

2. 执业助理医师

(1) 基础部分：中医基础学、中药学、方剂学、西医解剖学、生理学；

(2) 临床部分：中西医结合内科、中西医结合外科、中西医结合妇科、中西医结合儿科；

(3) 其它：卫生法规（包括执业医师法、药品管理法、传染

病防治法、医疗事故处理办法、医务人员医德规范及实施办法等)。

(四) 考试方法

考试全部采用客观性选择题，主要采用 A (A_1 、 A_2)、B 型题。

执业医师资格考试总题量为 450 ~ 600 题，执业助理医师资格考试总题量为 300 ~ 450 题。其中，基础部分占 15 ~ 25%，临床部分占 65 ~ 75%，其它约 5%。

(五) 考试时间

执业医师 2 天，助理医师 1 天。

(六) 教材蓝本

基础部分：同中医执业医师或执业助理医师教材，即高等中医院校五版教材。

临床部分：湖南科技出版社（长沙）出版的中西医结合临床专业系列教材《中西医结合内科学》、《中西医结合外科学》、《中西医结合妇科学》、《中西医结合儿科学》。

(七) 题型说明

A 型题与 B 型题的组成均分为题干（即问题）与选项（即备选答案）两大部分。

1. **A_1 型题** 每道试题由一个题干与 ABCDE 五个备选答案组成，五个备选答案中只有一项是最佳答案（即正确答案）。答题时，须按题干的要求，从五个备选答案中肯定或否定一项，作为正确答案。

例 1：其性“重浊”的邪气是：()

- A. 寒邪 B. 暑邪 C. 燥邪
D. 火邪 E. 湿邪

答案：E（肯定一项）

例 2：下列哪项不是形成脾气虚损的原因？（ ）

- A. 饮食所伤 B. 禀赋素虚
C. 久病耗伤 D. 劳倦过度
E. 房劳过度

答案：E（否定一项）

2. A₂ 型题 以一个简要病例或两个以上相关因素作为题干，与 ABCDE 五个答案组成试题，答题方法与 A₁ 型题相同。

例 3：患者，男，35 岁。健忘失眠，眩晕耳鸣，五心烦热，胁痛腰酸，口干咽燥，舌红少津，脉细数。其证候是：（ ）

- A. 肾阴虚证 B. 心阴虚证
C. 肝肾阴虚证 D. 肝血虚证
E. 肺肾阴虚证

答案：C

例 4：患者，男，15 岁。阵发性右上腹绞痛，恶心呕吐，腹部平软。应首先考虑的是：（ ）

- A. 胰腺炎 B. 胃痉挛
C. 肝 癌 D. 胆道蛔虫症
E. 肾结石

答案：D

3. B 型题（配伍题） 试题结构是一组备选答案在前，至少二个题干在后，所有题干共同一组备选答案。答题时，要求为每个题干选择一个正确答案。每个备选答案可以选用一次或一次以上，也可以一次也不选用。

- 例 5：A. 肝阳化风 B. 热极生风
C. 阴虚动风 D. 血虚生风

E. 外感风邪

1. 颈项强直、角弓反张的病机是：答案：B
2. 潮热盗汗、手足蠕动的病机是：答案：C

二、中西医结合内科应试指南

第一单元 传染病

(一) 细菌性痢疾

1. 病原学与中医病因病机

(1) 病原学 痢疾杆菌系革兰氏阴性杆菌。能产生内毒素、细胞毒素和肠毒素(外毒素),其中志贺氏痢疾杆菌尚可产生神经毒素(外毒素)。

(2) 中医病因病机 痢疾发病多由外感湿热与疫毒之邪,或内伤于饮食,尚与情志异常有关。邪食阻肠,传导失司,与气血搏结,脂血败伤,化为赤白脓血。总之,痢疾病位在大肠,病在下焦,但又与中焦脾胃关系密切。

2. 流行过程特点

①传染源:菌痢病人和带菌者。②传染途径:主要通过染菌食物与饮水经口传染,也可经手接触间接传染。③易感者:普遍易感,病后无稳定的免疫力。④流行季节:全年可流行,夏季多见。

3. 临床表现

(1) 临床分型 ①急性普通型:早期表现为急起畏寒、头痛、发热、恶心、呕吐,食欲不振;腹泻与阵发性腹痛,以左下腹为较明显,可有压痛;排脓血便,量少,伴明显里急后重。②急性轻型:发热不高或不发热,全身中毒症状较轻,腹泻,多为

糊状或粘液大便，可无脓血；腹痛、里急后重也不明显或缺如。

③急性重型：中毒症状严重，腹泻频繁甚至肛门失禁，排血脓粘液便；腹痛、压痛及里急后重均显著；往往呈脱水、衰竭状态，血压可下降，严重者可发生休克。

④中毒性菌痢：本型以重度毒血症（高热等）、中毒性休克（血压下降等）和中毒性脑病（呼吸、神志改变）为特征，根据其病理侧重不同而又分为休克型（周围循环衰竭）与脑水肿型（呼吸衰竭）两型。

⑤慢性菌痢：急性菌痢迁延不愈，病程超过2个月；主要为腹胀，食欲不振，腹泻与便秘交替发生，也有为长期腹泻粘液便，时有少量脓血掺杂；可有贫血及营养障碍；有时可呈现急性菌痢症状；也可仅有大便培养痢疾杆菌阳性，结肠镜检查可见病理改变，称为慢性隐匿型菌痢。

(2) 中医痢疾病主要证候 痢疾的特点如下：①湿热痢：痢下赤白粘冻或见脓血；②疫毒痢：痢下鲜紫脓血，或神昏痉厥；③寒湿痢：痢下白多赤少，或纯为白冻；④阴虚痢：痢下赤白脓血，量少难出；⑤虚痢：泻下稀薄或稀粘，或见滑脱不禁；⑥休息痢：时发时止，经年不愈。

4. 实验室检查

(1) 粪便检查 外观为鲜红色粘冻状或脓血便，量少，不臭。显微镜检查，可见大量脓细胞及红细胞，并有巨噬细胞。细菌培养可检出痢疾杆菌。

(2) 血象检查 急性期病人可有白细胞总数及中性粒细胞分类百分比中度增高。

(3) 乙状结肠镜检查 慢性菌痢在镜下可见结肠粘膜呈颗粒状改变，可有粘膜溃疡及息肉、疤痕等。

* (4) 其他检查 如采用免疫荧光菌球法等。

5. 诊断

(1) 普通型菌痢 根据流行病学资料、腹泻脓血便、腹痛、

里急后重以及粪检结果作诊断。

(2) 慢性菌痢 主要依据大便异常、过去有急性菌痢病史和乙状结肠镜检查发现慢性菌痢的粘膜改变等。

(3) 中毒性菌痢 ①流行期学龄前小儿突发高热，并有休克或脑水肿表现。②直肠拭子或生理盐水灌肠采样检查，可发现红细胞与白细胞。③应排除脑炎等其他致高热、惊厥的疾病。

6. 西医治疗

(1) 一般菌痢的治疗 ①一般治疗：消化道隔离，饮食宜清淡低脂易消化的流质或半流，纠正脱水、酸中毒和电解质失衡。以及降温、解痉、镇静、安眠等对症处理。②抗菌治疗：复方新诺明、庆大霉素、氨苄青霉素、吡哌酸、四环素或土霉素等。

(2) 中毒性菌痢的抢救 ①抗休克：主要是扩充血容量与纠正酸中毒。②治疗脑水肿，抢救呼吸衰竭。③人工冬眠：适用于有高热、反复惊厥或伴有血压降低、肢端苍白发绀的重型病例。④抗胆碱能药物的应用：常用 654-2。⑤血管活性剂的使用：多数是小血管痉挛，应使用血管扩张剂，如多巴胺。若在扩容、纠酸并使用扩血管药不能回升血压时，可考虑使用血管收缩剂如阿拉明等，或与多巴胺联合应用。⑥肾上腺皮质激素的应用：可缓解中毒症状，减轻脑水肿，改善循环功能。⑦抗菌治疗：应用氯霉素、庆大霉素、氨苄青霉素等，一般宜联合使用，经静脉滴注分次给药。

7. 辨证论治 痢疾病的辨证施治首先须察虚实辨寒热，同时注意兼证与变证。实证、热证治宜清热化湿解毒，兼以调气行血导滞，此时忌用收涩止泻之品。虚证、寒证治宜温补脾肾，固涩止痢。总之，治痢的一般规律是初痢宜通，久痢宜涩；痢下赤多则须重用血药，痢下白多则须重用气药。始终须要照顾胃气，不可攻伐太过。①湿热痢：治宜清热化湿解毒、调气行血导滞，方用芍药汤加减。②疫毒痢：治宜清热凉血、解毒化积，方用白

头翁汤合芍药汤加味；③寒湿痢：治宜温化寒湿、调气和血，方用胃苓汤加味；④阴虚痢：治宜养阴泄热、清肠止痢，方用黄连阿胶汤加味；⑤虚寒痢：治宜温中散寒、燥湿止痢，方用附子理中汤加味；⑥休息痢：治宜健脾温中、清肠化湿，兼以调和营卫，方用连理汤加味。

8. 预防 预防应从控制传染源、切断传染途径和增强人群免疫力三方面开展防疫工作。

（二）霍 乱

1. 病原学 霍乱的病原体为霍乱弧菌。霍乱弧菌有两个生物型，即古典生物型和埃尔托生物型。前者引起霍乱，后者引起副霍乱。霍乱弧菌为革兰氏阴性菌。它所产生的外毒素即霍乱肠毒素为主要致病因素；菌体裂解后所释放的内毒素、酶、代谢产物及其他毒素也可有一定的致病作用。

2. 流行过程特点 ①传染源：病人及带菌者。②传播途径：霍乱由口感染，主要经水、食物、生活接触传播。水和食物污染可造成流行。苍蝇的媒介作用也不可忽视。③易感者：人群普遍易感，病后有一定的免疫力，但不持久。接种免疫时间为3~6个月。④发病季节：霍乱在我国的发病一般在5~11月，7~10月为高峰。

3. 实验室检查及诊断

（1）实验室检查

①血液检查：血浆比重与红细胞压积升高。白细胞可增至 $25 \times 10^9/L \sim 60 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞及大单核细胞增多。

②尿液检查：可有蛋白、红细胞、白细胞及管型。

③细菌学检查：吐泻物直接涂片染色可发现弧菌；悬滴镜检查发现弧菌的流星式穿梭运动，加入一滴霍乱免疫血清后，运动停止，凝结成块；用免疫荧光菌球试验，可快速查及霍乱弧菌。镜

检同时可作细菌培养，有利于进一步确诊及鉴定分型。

(2) 诊断依据 ①凡具有下列其中之一者即可确诊：a. 凡有吐泻症状，粪便培养阳性者；b. 流行期间疫区内，症状典型，但粪便培养阴性而无其他原因可查者；c. 有可疑的腹泻症状，培养阴性，而血清凝集试验升高。②具有下列两项之一者，属疑似病例：a. 在流行期间，有腹泻症状及接触史，但原因不明者；b. 在非流行期间，症状典型，而病菌检查尚未肯定前。疑似病人也应作传染病报告、隔离及消毒处理。应作大便培养，每日1次，若连续3次阴性则可作否定诊断的更正报告。

临床上可分为前驱期、呕吐期、脱水期和恢复期。

4. 西医治疗

(1) 一般治疗 按肠道传染病隔离，对急性期与恢复期，确诊与疑似病人应分别隔离，应随时消毒和终末消毒。处于极期时暂禁食，病情好转后逐渐改为流汁、半流质，普通饮食。

(2) 补液疗法

①静脉补液：a. 液体选择：先用2:1液（2份生理盐水和1份等渗碱—1.4%碳酸氢钠或1.87%乳酸钠），待血压回升后改用3:2:1液（3份5%葡萄糖，2份生理盐水和1份等渗碱）。酸中毒严重者，可增加碱性溶液量。脱水基本纠正，尿量增加后即时补钾，中、重型病人日补钾3~6g。b. 输液量及输液速度：根据脱水程度的轻、中、重型，决定补液量，轻型3000~4000ml，中型4000~8000ml，重型8000~12000ml。液体速度先快后慢，中型以上病例头2小时快速输入2000~4000ml。病情改善后，逐渐减慢输液速度。

②口服补液：适用于轻型、中型以上经静脉补液后病情好转，脱水纠正者。口服液处方：葡萄糖20g，氯化钠3.5g，枸橼酸三钠2.9g，氯化钾1.5g，加开水1000ml。

③病原治疗：首选四环素，强力霉素疗效相仿。最好根据药

敏试验选择抗菌素。喹诺酮类如氟哌酸、氟嗪酸等也有效。

④其他治疗：剧烈腹泻者可用氢化考的松静脉滴注或用复方樟脑酊等。肌肉痉挛者可局部热敷、按摩及针刺疗法。呕吐腹痛者可用阿托品或针刺等。

***5. 辨证论治** ①湿热中阻证，治以清热化湿和中，方用燃照汤；②寒湿阻滞证，治以解表散寒、芳香化湿，方用藿香正气散；③寒湿中阻证，治以温中健脾化湿，方用实脾饮；④津气欲脱证，治以益气敛津、涩肠止泻，方用生脉散加味；⑤阳气欲脱证，治以益气敛阴、回阳固脱，方用参附汤合生脉散加味。

***6. 预防** ①控制传染源：如隔离治疗；②切断传播途径，如消毒、消灭苍蝇等；③降低人群易感性：如进行预防接种。

(三) 伤 寒

1. 病原学与中医病因病机

(1) 病原学 伤寒沙门菌（简称为伤寒杆菌）是本病的病原体。伤寒杆菌不产生外毒素，菌体裂解时，释放内毒素，对本病的发病起着重要的作用。

(2) 中医病因病机 我国的中医学所称的“伤寒”，是指许多热性疾病的总称，与现代医学的伤寒与副伤寒，具有不同的含义。伤寒属于“湿温”病范畴。中医认为本病由湿热病邪入侵机体所致，以中焦脾胃为病变中心。初期内外合邪以卫气同病为主，表解后邪留气分，困阻中焦，若郁久化燥，则可传入营血。

2. 流行过程特点

(1) 传染源 伤寒杆菌只能感染人类，病原体主要从粪便排出，患者从潜伏期直到病愈恢复后，疾病全过程都可排菌，具有传染性。但是病程2-4周之间的排菌量最大，传染性最强。

(2) 传播途径 通过污染的水或食物，日常生活接触，苍蝇或蟑螂等媒介传递病原菌而传播，粪至口途径而传播。

(3) 人群易感性 以青年与少年儿童为多。病后能获得持久的免疫力，很少有第二次发病者。伤寒与副伤之间没有交叉免疫力。

(4) 流行特征 ①季节性：夏秋季为多。②年龄：青少年及儿童为多见。③流行地区：目前我国城市中的伤寒病例一般为散发，并呈小灶性分布，或偶有小规模暴发流行。④流行形式：a. 散发性发病：以日常生活接触而感染为多。b. 流行：水源污染可造成水型流行。水型暴发的病人发病日期集中在一个最长的潜伏期内，有饮用同一污染水源史。

3. 临床表现 潜伏期为7~60天，一般为8~14天。潜伏期长短与感染菌有关。

典型伤寒的自然病程约为4周左右，可分为4期。

①初期：相当于病程第1周。发热是最早出现的症状，常伴全身不适，乏力，食欲减退，头痛，腹部不适等。病情逐渐加重，体温呈阶梯上升，可在5~7天内到39~40℃。发热前可有畏寒，少有寒战，出汗不多。②极期：病程的第2~3周。常伴有伤寒的典型表现，肠出血与肠穿孔等并发症亦较多在本期发生。a. 高热：稽留热为典型的热型，少数可呈弛张型或不规则热型。高热常持续2周左右，高峰可达39~40℃，亦有超过40℃者。b. 消化道症状：食欲不振，腹胀，腹部不适或有隐痛，以右下腹为明显，亦可有轻压痛。多呈便秘，少数可有腹泻。c. 神经精神系统症状：病人虚弱，精神恍惚，表现淡漠，呆滞，反应迟钝，听力减退。严重者可出现谵妄、昏迷。d. 循环系统症状：相对缓脉（脉搏加快与体温上升不相称）。e. 肝脾肿大。f. 皮疹：病程第7~12天，出现皮肤淡红色的小斑丘疹（玫瑰疹）分布以胸腹部为多。③缓解期：病程第3~4周。体温逐渐下降。病人仍觉虚弱，症状减轻。④恢复期：病程第5周。体温回复正常，食欲好转，症状及体征均回复正常。通常需1个月左右才完