

医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书

2010

第五版

中医/中西医结合 实践技能

模拟考场与应试技巧

主 编 郑 艳 戴淑青 王福荣



- 纵览历年真题
- 把握命题趋势
- 指导复习方向



军事医学科学出版社

· 医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书 ·

2010 中医/中西医结合实践技能 模拟考场与应试技巧

· 第五版 ·

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内容提要

执业(助理)医师资格考试(中医、中西医结合)实践技能考试分为三站,第一站辨证论治中增加了对中医治疗具有疗效和优势的常见病、多发病的试题,并根据考试标准规范了病历书写术语,时间为60分钟;第二站扩大西医及动手操作能力的考核范围,增加推拿试题,时间15分钟;第三站将“病史采集”调整为“中医问诊能力”,新增了临床判读样题和双重诊断样题,使整本资料更加符合考试新大纲的要求,时间15分钟。考试总时间90分钟。三站考试总计100分,只有达及格线的考生方有资格参加综合笔试。考生及格线按照当年考试的总体水平按比例制定。

图书在版编目(CIP)数据

2010 中医/中西医结合实践技能模拟考场与应试技巧/郑艳,戴淑青,王福荣主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2009.11

(医师资格考试历年真题纵览与考点评析丛书)

ISBN 978-7-80245-392-0

I. 2... II. ①郑... ②戴... ③王... III. ①中国医药学-资格考核-自学参考资料
②中西医结合-资格考核-自学参考资料 IV. R2 R45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 188177 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:北京冶金大业印刷有限公司

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:13.25

字 数:319 千字

版 次:2010 年 1 月第 5 版

印 次:2010 年 1 月第 1 次

定 价:35.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

本书编写说明

本书在前版书稿的基础上,结合 2009 年中医(中西医结合)执业(助理)资格实践技能考试真题,进行了部分试题的添加和修改,突出了新大纲的调整方向和考试趋势。考试第一站辨证论治中增加了对中医治疗具有疗效和优势的常见病、多发病的试题,并根据考试标准规范了病历书写术语;第二站扩大西医及动手操作能力的考核范围,增加推拿试题;第三站将“病史采集”调整为“中医问诊能力”,新增了临床判读样题和双重诊断样题,使整本资料更加符合考试新大纲的要求。

考官如是说

技能考核相对于笔试来说,各部分要求明确,规律性较强,而且历年考题重复性高,只要掌握好作为一名临床医生必须掌握的基础知识,应该说过关不是一件很难的事。然而,这毕竟是执业医师考试的第一步,而且是和考官面对面的考试,有些考生难免紧张,会出不该出的错误,所以,对历年真题有所了解,做到心中有数,是必需的。只要纵览过历年的真题,再对大纲的内容全面复习,考试就不会有太大的问题。

中医、中西医结合医师资格实践技能考试共分为三站,分别为辨证论治、基本操作和临床答辩,考生必须完成1—3站考试,达到60分才为考试合格。2009年国家对技能考试大纲进行了调整,主要内容包括:①取消了师承和确有专长人员测试的所有西医内容;②取消了中医医师资格第一站辨证论治考试中的双重诊断要求,需要测试的西医相关知识,调整到第三站考试中作为必答题测试;③调整、扩展了中医病证、西医病种的测试数量,将中医治疗具有疗效和优势的常见病、多发病,纳入了测试范围。主要增加中医病证:痢病、癃闭、阳痿、内伤发热、癌病、痉证、痿证、乳癖、蛇串疮、痔、脱疽、痛经、带下病、胎漏、产后发热、不孕症、水痘、肺炎咳喘、腰椎间盘突出症、桡骨下端骨折;主要减少中医病证:急惊风、疳积、有机磷中毒、积聚、臌胀;④扩展了针灸操作和针灸急症应用测试范围;⑤进一步明确了针灸技术应用能力、针灸异常情况处理、拔罐操作要求;⑥进一步明确了推拿技术操作的测试范围;⑦将“病史采集”调整为“中医问诊能力”,在第三站测试;⑧调整了辅助检查结果临床判读测试范围;⑨临床操作中明确要求考生进行实物操作。下面将考试中需要注意的事项分别予以介绍。

第一站

第一站为辨证论治考试,提供一个病例资料,要求考生依据所提供的中医四诊等临床资料按照住院病历的书写格式,以笔答形式完成主诉、现病史、既往史、中医辨病辨证依据(含病因病机分析)、中医病证鉴别(限于中医执业医师)、中医诊断、治法、方剂名称、药物组成、剂量及煎服法的书写。中西医结合考生还要完成体格检查、辅助检查、西医诊断依据、西医鉴别诊断、西医疾病诊断及西医治疗原则与方法(药物、手术等)的书写。时间60分钟,分值为40分。2009年第一站考试项目评分如下:

考试项目 报考类别		评 分 标 准					
		中医执业学历	中医执业医师承	中西医结合执业	中医助理学历	中医助理师承	中西医结合助理
主诉		1	1	1	1	1	1
现病史		2	2	2	2	2	2
既往史		1	1	1	1	1	1
体格检查		//	//	1	//	//	1
辅助检查		//	//	1	//	//	1
中医辨病辨证依据		8	8	5	8	8	5
中医病证鉴别		5	5	//	//	//	//
西医诊断依据		//	//	6	//	//	6
西医鉴别诊断		//	//	4	//	//	4
入院 诊断	中医疾病诊断	5	5	2	5	5	2
	中医证候诊断	5	5	2	6	6	2
	西医诊断	//	//	3	//	//	3
中医疗法		4	4	2	6	6	2
方剂名称		3	3	2	3	3	2
药物组成、剂量及煎服法		6	6	3	8	8	3
西医治疗原则与方法		//	//	5	//	//	5
合计		40	40	40	40	40	40
西医内容分值		//	//	20	//	//	20

由上表可以看出,第一站的得分重点在中医辨病辨证依据(含病因病机分析)。而中医考生重点还有中医治法、方剂名称、药物组成、剂量及煎服法;中西医结合考生重点还有西医诊断依据、鉴别诊断和西医治疗原则与方法。所以在这 60 分钟时间内,考生可以根据得分的重点不同而合理安排时间,即要将时间多投入到重点当中,不要在得分少的项目上拖沓时间。主诉、现病史、既往史、体格检查及实验室检查诸项内容全都在所给的病历资料中,只要放松心情,理清思路,快速、仔细地将内容看好,逐项分清,这些都是送分的项目。而中医辨病辨证依据(含病因病机分析),则需要在平时积累的中医基础理论的基础上,根据病历资料中所提供的四诊内容,进行分析、讨论、归纳,得出正确的答案,这是需要花大力气的地方。至于中医诊断,要包括中医病名诊断及证候诊断,西医诊断名称要规范,主要诊断放在第一位,其他诊断放在后面。中医病证鉴别诊断,从 2007 年开始在试卷上标明了具体与哪个病证相鉴别,这样,起码避免了错误的病证鉴别,从某一方面降低了考试难度,但鉴别内容的书写,则要靠平时的基础积累了。治则治法要根据中医证候诊断来确立,相应的代表方剂可以加减,但方剂名称必需准确,具体用药和剂量,要体现君臣佐使的用药特点,不得无依据超量使用,书写煎服方法,特殊药品要说明先煎后下等要求,调护包括用药和康复过程中应该注意的问题。对于中西医结合类考生,西医诊断依据及鉴别诊断,必须在良好的西医基础知识下,充分利用手头的病历资料,逐项进行,不可漏项。

第一站考试是面对试卷进行的,考试时间最长,考生要放松心态,面对试卷上的病例资料,要当成你平时工作时采集的资料,坦然待之。另外,切记书写过程中的字迹一定要清晰,因为这也直接影响整个卷面的分数。只要大家做到这些,相信会顺利完成第一站的考试。

第二站

第二站为基本操作考试,采取实际操作方式,考试时间为 15 分钟,分值为 30 分。具体内容
为中医(学历):体格检查和西医操作各 1 题、中医操作 2 题;中医(师承):中医操作 3 题;中西医
结合:体格检查 2 题、中医操作 1 题、西医操作 1 题。2009 年第二站考试项目评分如下:

具有规定学历人员 (中医执业、助理)				师承或确有专长人员 (中医执业、助理)				中西医结合人员 (执业、助理)			
考试 内容	考试 分数	考试 方法	考试 时间	考试 内容	考试 分数	考试 方法	考试 时间	考试 内容	考试 分数	考试 方法	考试 时间
中医 操作	10	实际 操作	15 分钟	中医 操作	10	实际 操作	15 分钟	中医 操作	10	实际 操作	15 分钟
中医 操作	10			中医 操作	10			体格 检查	5	考生 互查	
				中医 操作	10						
体格 检查	5			考生 互查	体格 检查			//	体格 检查	5	
西医 操作	5	实际 操作		西医 操作	//			西医 操作	5	实际 操作	

体格检查是我们平时做为一名医生接诊病人必做的,只要平时工作中接诊病人时是严格按照常规操作去做的,那么考试时就不会有太大的问题,一般第二站的考试是同性别两个考生为一组,其中一位考生将另一位考生做为病人进行操作,边操作边讲解。如果我们平时就能做好各部位、各系统的检查,注意掌握好视、触、叩、听的相关内容,在考试过程中能放松心态,就当是平时的工作,过关应该不会太难。但我们在监考过程中仍会看到不少考生过度紧张,操作手法生硬,甚至忘记了如何操作,所以建议考生在考试前应该相互之间多做些查体操作,一定要熟练掌握好技巧,做到胸有成竹,考试时就不会太紧张了。

自 2006 年新大纲以来,中医操作部分增加了针灸方面的内容,而很多考生疏忽了这部分内容的复习,丢分较多,其实针灸部分内容只要复习得当,还是很容易拿分的。比如,针灸穴位的定位,有的考生感觉对穴位定位的描述过于繁琐,很不好背,其实,只要你把穴位所在的位置找对了,即使口头描述不是很确切,考官也会给分的,切不可因为文字背得不熟,而放弃答题。至于穴位的主治,只要掌握好穴位的定位、归经、经络的走行及某些特殊作用,你就可以从容地说上来,如“下关”穴位在面部,按其局部的作用,理当可以治疗面部病证(如牙关不利、三叉神经痛等),又如“合谷”穴,虽位于手上,因为此穴为手阳明经穴位,而手阳明经走头面部,所以根据远端循经取穴,可以治疗头面部疾病(如头痛、齿痛、口眼歪斜等)。所以复习这类题时,不可死记硬背,而是应该在牢固的中医基础之上,灵活掌握,在考场上也要根据平时积累的知

识灵活发挥,切忌一味地回忆所背的内容,一旦回忆不起来,就冷场的情况。另外,常见急症针灸技术应用题,要求说出治法、主穴、操作三方面内容,其中治法包括治则及何经穴位为主两方面内容,答题时很多考生漏掉何经为主这方面的内容,应注意,主穴方面尽量多答,但只要主要的答上了,就给分,不要因为想不起某一个穴位,而一味地回忆,浪费时间,你可以找相近作用的穴位多答几个,可能就碰对了,而操作方面,只要掌握虚补实泻,根据穴位的作用灵活掌握就可以了。其它还有中医临床技术操作及针灸异常情况处理等方面的题,还需在考试之前反复操作练习,理清步骤,才能做到有条不紊,考场上不会慌乱。对于易产生分歧的急症操作,考生复习时要以第7版教材为准。

西医操作技术一定要操作规范,每一个步骤不能落,要有严格的无菌观念。在操作过程中一边规范地进行操作,一边向考官简单扼要地描述操作的要点,如同平时工作那样,将考场视做工作场所,做到心中不乱,才能取得更好的成绩。

第二站考试的特点是面对考官,操作为主,并同时做简短扼要的描述。而且是两个同性别的考生为一组进行,所以在一个考生操作答题时,另一个考生还有时间考虑题目。另外,在配合好同组考生答题的同时,也要注意同伴的答题情况,毕竟考题重复性较高,或许同伴的答题对自己也是有帮助的。另外,面对考官要端正心态,认真操作、答题,与考试无关的废话不要说,一是浪费时间,二是容易给考官留下不好的印象。如有的考生强调自己复习不好,请考官手下留情等,这些话都是不该说的。只要认真答题,考官自会公正判分的。

第三站

第三站为临床答辩考试,考试时间为15分钟。具体内容为:(1)中医问诊答辩,(2)中医答辩,(3)双重诊断答辩或西医答辩,(4)临床判读。2009年第三站考试项目评分如下:

具有规定学历人员 (中医执业、助理)				师承或确有专长人员 (中医执业、助理)				中西医结合人员 (执业、助理)				
考试内容	考试分数	考试方法	考试时间	考试内容	考试分数	考试方法	考试时间	考试内容	考试分数	考试方法	考试时间	
中医问诊答辩	8	中医答辩	15分钟	中医问诊答辩	8	现场口试	15分钟	中医问诊答辩	10	现场口试	15分钟	
中医答辩	8			中医答辩	8			中医答辩	10			
双重诊断答辩	8			中医答辩	8							
西医答辩或临床判读	6			中医答辩	6			西医答辩	8			
				临床判读	//			临床判读	7			

从表中可以看出中医问诊答辩和中医答辩部分占分值相对较大,故考生应该在这方面多下些功夫。中西医结合考生尚需考有关西医答辩部分。

中医问诊答辩即原来的病史采集部分,是让考生根据试题提供的“患者主诉”回答如何询问现病史及相关病史,主要是考察考生病史采集的能力和采集病历的完整性、熟练性,是对第一站辨证论治书面考试考生“问诊”水平的进一步考核。其中包括:1. 现病史:(1)根据主诉了解从发病到就诊前疾病的发生、发展变化、诊治经过及相关的鉴别诊断,如:询问发病时间、起病缓急、病因和诱因;与体力活动、进食、情绪等的关系;了解主要症状与伴随症状的发生、发展、程度及演变情况等;是否有与主症相关的症状;并结合中医十问了解目前疾病的情况。(2)诊疗经过:是否到医院就诊,是否做过相关的化验及特殊检查等,用过何种药物治疗,如何用法,效果如何等。2. 相关病史包括(1)与该病有关的其他病史:既往有无类似病史、有无家族史、及与本病相关的病史等。(2)既往有无药物、食物过敏史、有无烟酒嗜好等。另外,在答题时,要注意问诊技巧:要条理性好,能抓住重点;要围绕病情询问;问诊语言要恰当。

临床知识答辩方面的题,涉及面较广,需要考生系统地学习和掌握有关基本知识。中医答辩主要包括疾病的辨证施治;诊断依据;病证鉴别;辨证要点;治疗原则;方剂、药物等,尤其涉及大纲中的病种诊治题量较多,考生应该对这些病种的诊断、鉴别诊断、治法方药等牢固掌握。另外,有关西医病种的诊断、治疗原则及辅助检查结果的临床意义,题量也较大,新增的双重诊断题和临床判读题,需要考生熟练地掌握好这方面的知识,其实这也是作为临床医生平时在临床工作中常做的,只要考前对有关基础知识、基本诊断和鉴别诊断知识及常用辅助检查结果、临床意义等做一下全面复习,相信会取得较好成绩的。

第三站考试的特点是和考官面对面答题,考生容易产生紧张心理,但只要克服紧张心理,这种形式的考试也有其优势,因为口头答题有相当大的灵活性,可以随时更正错误,现场发挥,所以在充分复习的基础上,坦然面对考官,相信会顺利过关的。

考生如是说

在临床工作一年后,我参加了国家执业医师资格考试,并取得了不错的成绩。对于临床技能考试的复习准备过程,我有些备考的经验和方法与各位师弟师妹们一起分享,希望能对今年参加考试的同行们有所帮助。

(一)明确复习目标

“凡事预则立,不预则废”,所以明确的目标是做好应考复习的重要前提,只有复习的目标明确,复习过程中才能积极地调动大脑的潜力,提高记忆的效率和准确度,使时间的浪费减到最少。复习开始之前我们需要了解包括政策信息、考试内容、科目、题型、难度与过关率等相关的考试信息,这样才能冷静下来进行思考,明确此次复习备考的目标。制定复习计划时间要从容,准备越早越好,最好从三月份进入复习,临时抱佛脚的代价往往是二进宫、三进宫。

1. 全面把握大纲的要求

考试大纲是复习备考的必不可少的参考资料,我们往往对它不够重视,其实熟悉和掌握大纲的基本要求是明确复习内容的基本步骤。考试大纲详细规定了各科目考查的内容、重点和要求,而且大纲所规定的内容和重点与临床实际和学校里学习中的内容和重点是有差异的。由于不同专业的临床要求不同、内容详略不同,或者使用的教材版本不同,平时在学习过程中所学习的内容,常常和考试大纲有出入。平时临床用不到、一般考试不考的内容,大纲却常常作为考点或重点内容要求。因此,在开始复习之前,都有必要仔细地阅读考试大纲的内容和要求,了解大纲对专业内容的要求和明确复习范围。在实际复习过程中,有不少考生没有做好这项工作,复习到一定阶段常常出现越复习越不知道复习什么,也不知道复习了有用没用的情况,有的考生甚至因此丧失了参加考试的信心。

2. 认真分析复习的重点

了解和把握大纲要求是开始复习工作的第一步,在此基础上,考生还应当结合自身的学习情况进行认真的分析。每个考生经过几年的专业学习和临床工作,对各门课程知识的掌握和临床操作都有一定的基础,但是,也存在着对某些内容总是有的方面记得清楚,而另一些方面则较为模糊的情况。通过对大纲的学习,对照自己对各门课程的掌握情况,仔细分析自己的强项和弱项,细致地将自己掌握的不牢固的课程、章节、知识点等总结出来,这些内容就是复习的重点内容。

还有一个方法可以发现复习重点,那就是多看历年题目,模拟训练。启动复习前,将历年题目,特别是近两三年的试题规规矩矩做一遍,一定要完全凭自己的基础答题,不要翻书,在做题过程中出错的地方一般就是自己的弱点,在复习时就应当作为重点来对待,不仅要知道什么是正确的,还要搞清错误的是怎么回事,这样举一反三,全面复习重点。但是使用这种方法发现的重点往往比较分散,可以作为对前一种方法的补充,在复习进行到一定程度,也可对复习效果进行自我检查时使用。在制定复习计划和进行复习备考的过程中,还有一个问题值得重视,即合理的休息和调整。执考复习是一个漫长的高强度的学习过程,任务繁重而时间相对较为紧张。一些考生为了赶时间,不惜放弃最起码的休息时间,结果使自己身心疲惫,复习效果

还不好。合理的休息和调整是人体的基本需求,古人说“文武之道,一张一弛”,既要会紧张学习,又要会放松休息,劳逸结合,保持充沛的精力,才会达到学习的最佳境界,否则很难坚持到底。

(二) 借鉴往年考生复习备考经验

近两年中医执业医师考试的内容和形式虽然有了较大调整,但是把历年考点彻底钻研明白,把哪个症型都理顺了,百变不离其宗,即使大纲、考题再变化,你也可以从容面对。因此,借鉴往年考生的复习备考经验还是很有帮助的。往届考生经过了执业医师考试全过程的锻炼,对复习备考的过程往往有比较成熟的认识和经验,尤其是在合理安排时间、确定复习重点、适应考试环境等方面,可以帮助新考生合理地安排复习计划、设定复习目标,并获得对考试环境的初步认识和了解,提高应试技巧。下面简单介绍中医执业医师实践技能考试的备考方法:

第一站:病历书写

病历书写不要看的太难。一般是随机抽样,内容大致是一个正常大病历的错乱排序,一般不是很乱,最难的就是要让自己总结主诉。这方面考生一定要下工夫。尤其是对于伴随症状,及多个诊断的病历主诉,要注意。

下来就是整理相关内容按正常病历格式化,内容一定是考题上存在的。

考题的内容范围据当场问卷调查,辨证比较简单,证型也典型。但是还是需要考生有比较深厚的基本功,所以平时还是好好看书。方剂背不过不要紧,重要的是大体写几味药,剂量也不做严格考核。格式和参考书上一致。

第二站:临床操作

这一关的分数就不如第一站的好拿了,因为有主观方面的因素在里边,不过应对还是要沉着,今年是四道题目,分别是体格检查一道、西医操作一道和中医操作题二道,考试类别不同,试题分布也不同。除师承外,技能考核环节越来越突出西医及动手操作能力,如前辈考过的有“试述各听诊区的准确位置以及听诊顺序”,“脊柱叩击痛检查”等。而中医方面的考察也比较难,范围不定,2009年的考试中又增加了推拿的试题范围。因为是当场口试和实际操作,所以印象之中的东西不能条理地表达出来,并且考官还会问一些旁及的内容,这就给实际应考增加了难度,因此我们在考试的时候不要怯场。记住:你面对的是个病人,不是考官,这样心理上就能打胜仗。对于这一关复习时候一定要全面,注意平时多操练,考试前相互之间多做些查体操作,熟练掌握好技巧,做到胸有成竹,考试时就不会太紧张了。在新版本的中医诊断学上可以找到好多考试的内容。

第三站:中医问诊,临床答辩,医德医风

1. 中医问诊即原来的病史采集是关于问诊的基本功考查。内容是出一段看似比较散乱的症候群,然后结合自己的分析进行条理化问诊。不过中医考生还应该把舌象脉象问清问准确。

2. 临床答辩又有中医答辩和西医答辩之分,主要考察考生的基本功也就是记忆的背功。题目大多是常见病,多发病的内容,中医考试题型主要有三种:a. 简述某某病的主证,治法,方药。b. 简述某某病的病因,病机。c. 简述某某病的各个证型主证,治法,方药。西医答辩主要包括西医病种的诊断、治疗原则及辅助检查结果的临床意义等等。

a 型题目近年来考得最多,属于常规考题。如果运气不好的话可能会抽到 b 型题目。相对来说是逐级犯难。从历年考题来看,后两类题目的出题范围大多在一些病因比较重要、临床表现鉴别难度大的病种之列。比如 c 型题目可能集中在腹泻,痢疾,痹证等。

答辩这类题目的时候应该特别注意的是,考生应该把主证和有些副证与舌象、脉象答全。尤其是舌象、脉象特别重要,这是近年来对于中医类考生考察的重要内容之一。

一般答完后考官不会难为考生,但是不能忽略的是主观因素的存在,比如前辈答完气血亏虚的方药是归脾汤后,考官会问一些问题,比如归脾汤中木香的配伍意义是什么(行气以防滋脾)?考生遇到这种问题的时候一般要乐观,不是很难。当然不全是特殊配伍之类,也会问及舌象脉象的临床意义,比如风湿热痹证的脉象是滑数,而临床湿热征候也可以见于濡数脉,应该区别并回答准确,也会提出一些临床方面与本题目相关的问题。所以我们在复习的时候应该全面一些。

3. 关于医德医风的考核以前对于我们年轻医师来说还是比较陌生的,答题主要是临场发挥,我们一定要坚持“一切为病人服务”和“以病人为中心”的原则,在日常工作中养成良好的医疗行为习惯。当然近年来会出一些关于医疗体制改革方面和医患关系方面的题目,我们要时刻关注与医疗有关的法律法规和政策。

最后要提醒大家的就是考试的时候一定要沉着,大方,不能怯场。因为医师考试实践考核不但考察理论知识,同时还在考察我们年轻医师的心理素质。面对考官一定要从容,其实他还有个角色就是病人。尤其注意对考官一定彬彬有礼,上来先说句:“老师好”之类的礼貌用语,第一印象在主观考试部分也很重要!而且现在注重与患者的交流部分,讲究人文关怀,所以态度、语气等方面要多加注意。还要注意一些小细节,比方在进行触诊时,动作要轻柔,手不要太凉,要时时刻刻为病人着想。

(三) 做好应试的准备工作

经验表明,考前的自我调整对临场发挥的水平有重要影响。在考试开始前一周左右,应当自觉地进行一系列的自我调整,使身体处于较佳状态,保持充沛的体力和精力,以保证考试的顺利进行。需要注意的问题有:

1. 调整作息時間,保证睡眠

考前一周,复习备考的疲劳程度达到峰值,体力和精力在前一阶段复习过程中已经过长期消耗,必须保证基本的八小时睡眠时间,以使体力和精力得到恢复,以满足考试的需要。虽然部分同学会感觉还有很多内容没掌握好,急于在这一周内进行突击复习,但是,精神的过度紧张和体力的过度消耗对考试的影响常常要大于这一周突击复习的收获。

2. 调整复习内容,巩固复习成果,适当降低学习强度

考前一周,复习的重点不应放在全面复习方面,而应当放在巩固已有复习成果,强化记忆已经发现的知识弱点方面,争取牢固掌握。通过对整个复习过程的回顾和总结,进一步使已掌握的知识系统化和条理化。尽量不要在记忆新知识点方面花费太多的时间。适当降低学习的强度,适当延长学习休息间隔,充分发挥大脑潜在的自组织的特点和优势。可以反复观看技能考试配套光盘,不断细化操作规范。最好找个搭档,模拟一遍系统查体和一些基本操作,这样可以更好地适应考试环境。

3. 调整身心状态,恢复精力和体力

长达数月的紧张学习,使人身身心疲惫。在考前最后一周应当注意身心的自我调整,除保证休息、改善营养外,还应当进行适当的运动和娱乐活动,以增强体力和放松过度紧张的精神状态。比如,每天安排半小时进行散步,抽出一小部分时间听听音乐,看看杂志等。但同时也应当避免进行大运动量和长时间的锻炼和娱乐。

4. 保持平常心,冷静地对待考试

执考是医师准入制度的一次考试,是对自己前一阶段复习成果的检验,是对平时临床工作的一次系统总结,要以平常心冷静地对待考试,充分运用自己的考试经验,发挥自己最好的知识水平。既不能过于轻浮,觉得自己掌握得不错有点飘飘然,也不能心存恐慌,仓促上阵,昏昏然不知所措。执考的整个过程对于每一位考生来说都是一笔宝贵的财富,在摘取胜利果实的时刻,平静的心态和丰收的硕果才是最大的享受,这也是一名合格的医生必须具有的心理素质。

目 录

第一站 辨证论治	(1)
第二站 基本操作	(44)
第一单元 体格检查	(44)
第二单元 中医操作	(50)
第三单元 心肺复苏及无菌操作	(58)
第三站 临床答辩试题	(65)
第一单元 病史采集	(65)
第二单元 面试答题	(76)
模拟题一	(85)
模拟题二	(88)
模拟题三	(91)
模拟题四	(95)
模拟题五	(99)
模拟题六	(102)
模拟题七	(105)
模拟题八	(108)
模拟题九	(111)
模拟题十	(114)
常见中医病症的辨证应用	(117)
常用针灸穴位临床应用	(126)
常用方剂巧记歌诀	(137)
附录一 中医、中西医结合病历书写基本规范(试行)	(163)
附录二 中医类医师资格考试实践技能考核大纲	(165)
附录三 医务人员应当遵循的医德规范和法律法规文件	(194)

第一站 辨证论治

【试题一】

范某,女,50岁,已婚,工人。2006年6月8日初诊。

1年前出现反复上腹痛,烧灼样疼痛,多于夜间发生,夜间睡眠时可痛醒,饮食后可缓解,伴口干口苦,未曾诊治。1周前症状加重,于今日来诊。症见:上腹疼痛,伴恶心返酸,口苦,脘闷,纳呆,尿赤,大便干,无黑便。平素喜食辛辣厚味。

查体:T 37℃,P 80次/分,R 18次/分,BP 120/70 mmHg,神志清楚,面红,心肺听诊无明显异常,剑突下轻压痛,无反跳痛及腹肌紧张,肝脾未触及,舌红苔黄腻,脉滑数。

辅助检查:血常规:WBC $8 \times 10^9/L$,中性:60%,淋巴:22%,Hb:100 g/L。肝功能正常。大便常规+潜血(-)。钡餐:十二指肠球部龛影。

答题要求:1. 根据上述病例摘要,在答题卡上完成书面辨证论治。

2. 鉴别诊断:请与胰腺炎相鉴别(中西医结合执业医师),请与胁痛相鉴别(中医执业医师)。

【参考答案】

患者姓名:范某 性别:女 年龄:50岁 职业:工人 婚况:已婚

主诉:反复上腹痛1年,加重1周。

现病史:1年前出现反复上腹痛,烧灼样疼痛,多于夜间发生,夜间睡眠时可痛醒,饮食后可缓解,伴口干口苦,未曾诊治。1周前症状加重,于今日来诊。症见:上腹疼痛,伴恶心返酸,口苦,脘闷,纳呆,尿赤,大便干,无黑便。

既往史、个人史、过敏史、婚育史、家族史:平素喜食辛辣厚味。

体格检查:T 37℃,P 80次/分,R 18次/分,BP 120/70 mmHg。

一般情况:神色:面红,形态:无异常,语声:无异常,气息:无异常,舌象:舌质红,苔黄腻。脉象:脉滑数。

皮肤、黏膜、全身浅表淋巴结:无异常。

头部及其器官:无异常。

颈项:无异常。

胸部(胸廓、肺部、心脏、血管):无异常。

腹部(肝、脾):剑下轻压痛。

二阴、脊柱四肢:无异常。

神经系统:无异常。

实验室检查:血常规:WBC $8 \times 10^9/L$,中性:60%,淋巴:22%,Hb:100 g/L。肝功能正常。大便常规+潜血(-)。钡餐:十二指肠球部龛影。

中医辨病辨证依据(含病因病机分析):以胃脘痛为主症,诊断为胃痛。本病当属祖国医学胃痛范畴,证属湿热中阻,嗜食辛辣,中焦湿热,失于疏泄,故胃脘痛,口苦。湿热中阻,升降

失常,故脘闷纳呆,恶心。热邪伤津,故尿赤,便干。舌红,苔黄腻,脉滑数亦为湿热中阻之象。

中医鉴别诊断:胃痛可与胁痛相鉴别,后者以胁部疼痛为主症,可伴发热恶寒,或目黄肤黄,或胸闷太息,极少伴嘈杂泛酸、嗳气吐腐,可资鉴别。

西医诊断诊据:

1. 反复上腹痛 1 年,加重 1 周。
2. 查体:剑突下压痛,无反跳痛及腹肌紧张。
3. 钡餐:十二指肠球部龛影。

西医鉴别诊断:应与胰腺炎相鉴别,后者亦可见反复上腹痛,后期可见胰腺功能不全表现,胰腺外分泌功能试验可协助诊断,影像学检查见胰腺肿大,血清淀粉酶学检查可见异常。

诊断:

中医疾病诊断:胃痛 中医证型诊断:湿热中阻

西医诊断:十二指肠球部溃疡

中医治法:清化湿热,理气和胃

方药:清中汤加减

黄连 10 g	栀子 10 g	半夏 10 g	茯苓 15 g
陈皮 10 g	草豆蔻 10 g	甘草 6 g	

三剂,水煎服。日一剂,早晚分服。

西医治疗原则及方法:1. 生活规律,饮食规律,忌辛辣刺激饮食,戒烟酒

2. 抑制胃酸,保护胃黏膜药物

3. 筛查幽门螺杆菌,如阳性,应杀灭幽门螺杆菌治疗

4. 内科治疗无效或伴严重并发症患者及时手术治疗

签名:

【试题二】

刘某某,男,22 岁,学生,未婚。2003 年 1 月 28 日初诊。

5 天前因参加同学生日聚会赴酒店就餐,5 小时后出现腹痛阵阵,痛而拒按,便后腹痛暂缓,3 日前又出现便下赤白脓血,黏稠如胶冻,微腥臭,肛门灼热,里急后重感,小便短赤,遂来诊。

查体:T:38.1℃,P:90 次/分,R:16 次/分,BP:120/80 mmHg,神志清,面色略红,精神不振,腹部平软,左下腹有轻度压痛,舌红舌苔黄腻,脉滑数。

辅助检查:血常规:WBC:12 × 10⁹/L,N:85%;大便镜检有大量脓细胞、红细胞及巨噬细胞。

答题要求:1. 根据上述病例摘要,在答题卡上完成书面辨证论治。

2. 鉴别诊断:请与溃疡性结肠炎相鉴别(中西医结合执业医师),请与泄泻相鉴别(中医执业医师)。

【参考答案】

患者姓名:刘某 性别:男 年龄:22 岁 职业:学生 婚况:未婚

主诉:阵发性腹痛 5 天,脓血便 3 天。

现病史:5天前因参加同学生日聚会赴酒店就餐,5小时后出现腹痛阵阵,痛而拒按,便后腹痛暂缓,3日前又出现便下赤白脓血,黏稠如胶冻,微腥臭,肛门灼热,里急后重感,小便短赤,遂来诊。

既往史、个人史、过敏史、婚育史、家族史:无异常

体格检查:T:38.1℃,P:90次/分,R:16次/分,BP:120/80 mmHg。

一般情况:神色:面色略红,精神不振;形态:无异常;语声:无异常;气息:无异常;舌象:舌质红,苔黄腻。脉象:脉滑数。

皮肤、黏膜、全身浅表淋巴结:无异常

头部及其器官:无异常

颈项:无异常

胸部(胸廓、肺部、心脏、血管):无异常

腹部(肝、脾):左下腹轻压痛

二阴、脊柱四肢:无异常

神经系统:无异常

实验室检查:血常规:WBC: $12 \times 10^9/L$,N:85%;大便镜检有大量脓细胞、红细胞及巨噬细胞。

中医辨病辨证依据(含病因病机分析):有不洁饮食史,腹痛,里急后重,大便次数多,泻下赤白脓血便属痢疾病。饮食不洁,湿热疫毒之邪内侵,壅塞肠中,导致气血壅滞,肠道传导失司,发为本病。湿热之邪壅滞肠中,气机不畅,传导失常,故腹痛,里急后重;湿热熏灼肠道,脂络受损,气血瘀滞,化为脓血,故下痢赤白;湿热下注,则肛门灼热,小便短赤;舌质红,苔黄腻,脉滑数亦为湿热之象。

中医鉴别诊断:痢疾以大便次数增多,腹痛,里急后重,痢下赤白粘冻为主症,当与泄泻相鉴别。两者都有腹痛,大便次数增多,但后者大便溏薄,粪便清稀,或如水,或完谷不化,而无赤白脓血便,腹痛多伴肠鸣,少有里急后重感。

西医诊断依据:

1. 有饮食不洁史;
2. 有腹痛,腹泻脓血便,里急后重等症状;
3. 发热、左下腹压痛;
4. 血常规白细胞总数增高,中性粒细胞亦显著增高;大便镜检可见大量红细胞、脓细胞及巨噬细胞。

西医鉴别诊断:本病当与溃疡性结肠炎相鉴别,后者亦可表现为腹泻、黏液脓血便、腹痛,但可伴外周关节炎、结节性红斑、口腔复发性溃疡等多种肠外表现,粪便检查无痢疾杆菌,X线钡灌肠、结肠镜检查可协助诊断。

诊断:

中医疾病诊断:痢疾 中医证型诊断:湿热痢

西医诊断:急性细菌性痢疾

中医治法:清肠化湿。

方药:芍药汤加减。

白芍 30 g 黄芩 12 g 黄连 12 g 当归 10 g