

门诊病房忙不停，孰知执考熬夜灯

抛却怨言真英雄，忍得寂寞铸良医

一搜二记三苦练，笑夺证书三百题

考点搜记篇

国家执业医师资格考试 临床助理医师 直通车

主编 魏保生



NLIC 2970621807

2011

购书网赠3套押题卷(www.mekang.com)

考点搜记篇（记忆者的乐园）——名师锁定考点，“两点三步复习法”引导执考潮流

命题规律篇（出题者的绝招）——59种命题题型破解命题规律，海量经典习题铸就举一反三能力

题库押题篇（盗版者的宠儿）——强化巩固，万道题目一网打尽，5年验证效果显著



科学出版社

www.sciencep.com

2011 国家执业医师资格考试

临床助理医师直通车

考点搜记篇

主 编 魏保生
副主编 朱月香 张书红



NLIC 2970621807

科学出版社

北京

● 版权所有 侵权必究 ●

举报电话:010-64030229,010-64034315,13501151303(打假办)

内 容 简 介

《2011 国家执业医师资格考试·临床助理医师直通车·考点搜记篇》贯彻“两点三步复习法”的教学理念:寻找考点;记忆考点。第一步,通读辅导书(或教材),领悟大纲精髓,以便心中有数;第二步,熟做真题,识破出题玄机,以便掌握命题思路;第三步,巩固练习,有的放矢地做习题和模拟题,以便从容应对考试。

本套丛书的特点是:精讲,只要考点,不要面面俱到;速记,只要牢记,不要循规蹈矩;真题,只要思路,不要盲人摸象;规律,只要技巧,不要挑灯夜战;巧练,只要过关,不要高分满分;押题,只要胆识,不要畏缩不前。

本套丛书之所以能在夹缝中成长并畅销而成很多为国家执业医师资格考试发愁考生的首选品牌,缘于作者孜孜不倦地钻研医考的精神和解决考试问题的能力,特别是其独创的“两点三步复习法”、破解的 59 种命题题型以及高效的海量题库,是其制胜的三大法宝。【考点搜记篇】——精解了全部考纲的知识点(寻找考点),使读者有效地复习;独创和精练的“记忆考点”方法(画龙点睛),使复习变得有趣和有效。【命题规律篇】——破解的 59 种命题题型,完全符合命题思路,为考试复习指明方向;经典习题铸就举一反三的能力。【题库押题篇】——题量充足(1 万余道习题,含病例题近千道),覆盖面广,成为考生顺利通过的保证。

本书主要适合参加执业医师考试的考生使用,也可以供参加统考西医综合、专业技术资格考试(职称考试)的人员及本科生使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床助理医师直通车·考点搜记篇 / 魏保生主编. —北京:科学出版社,2010. 10
(2011 国家执业医师资格考试)

ISBN 978-7-03-029173-8

I. 临… II. 魏… III. 临床医学—医师—资格考核—自学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 195163 号

策划编辑:黄相刚 李国红 / 责任编辑:李 植 / 责任校对:朱光兰
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号
邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2010 年 10 月第 一 版 开本:787×1092 1/16
2010 年 10 月第一次印刷 印张:41 1/2
印数:1—6 000 字数:1 358 000

定价:64.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

《2011 国家执业医师资格考试·临床助理医师 直通车·考点搜记篇》编委

(按姓氏汉语拼音排序)

白秀萍	陈红燕	杜喜平	方文英	韩水鱼	洪惠
贾竹清	蒋峰	李蒙	李海辉	李苗地	连风梅
刘钊	刘敏	刘红旗	刘庆华	刘彦才	刘艳芬
牛换香	齐欢	王建国	王建平	王力芳	王献民
魏云	魏立强	魏保生	吴佚苹	阎丽娟	尤蔚
于丹	袁浙临	张书红	周翠	朱月香	

序一 从医师考试命题规律谈 2011 年 医师考试复习方向与应考策略

一、首度揭示命题规律——59 种内容题型完全符合(真实考题)

直通车系列首度揭示 59 种考试内容题型(注意:A1、A2、A3、A4 和 B 型题称之为形式题型):

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| 第 1 种 命题规律之“氨基酸”题型 | 第 31 种 命题规律之“目的”题型 |
| 第 2 种 命题规律之“包括”题型 | 第 32 种 命题规律之“器官”题型 |
| 第 3 种 命题规律之“必须”题型 | 第 33 种 命题规律之“神经”题型 |
| 第 4 种 命题规律之“标志”题型 | 第 34 种 命题规律之“适应证”题型 |
| 第 5 种 命题规律之“标准”题型 | 第 35 种 命题规律之“首先”题型 |
| 第 6 种 命题规律之“表现”题型 | 第 36 种 命题规律之“首选”题型 |
| 第 7 种 命题规律之“并发症”题型 | 第 37 种 命题规律之“数值(正常值、范围、时间、
年龄)”题型 |
| 第 8 种 命题规律之“症原体”题型 | 第 38 种 命题规律之“特点与特征”题型 |
| 第 9 种 命题规律之“不”题型 | 第 39 种 命题规律之“文件”题型 |
| 第 10 种 命题规律之“不良反应”题型 | 第 40 种 命题规律之“细胞”题型 |
| 第 11 种 命题规律之“不能”题型 | 第 41 种 命题规律之“细菌”题型 |
| 第 12 种 命题规律之“部位”题型 | 第 42 种 命题规律之“药物”题型 |
| 第 13 种 命题规律之“产物”题型 | 第 43 种 命题规律之“依据”题型 |
| 第 14 种 命题规律之“成分”题型 | 第 44 种 命题规律之“因素”题型 |
| 第 15 种 命题规律之“错误”题型 | 第 45 种 命题规律之“引起”题型 |
| 第 16 种 命题规律之“典型”题型 | 第 46 种 命题规律之“由于”题型 |
| 第 17 种 命题规律之“定义”题型 | 第 47 种 命题规律之“原料”题型 |
| 第 18 种 命题规律之“发生”题型 | 第 48 种 命题规律之“原因”题型 |
| 第 19 种 命题规律之“共同”题型 | 第 49 种 命题规律之“原则”题型 |
| 第 20 种 命题规律之“构成与组成”题型 | 第 50 种 命题规律之“诊断”题型 |
| 第 21 种 命题规律之“机制”题型 | 第 51 种 命题规律之“征”题型 |
| 第 22 种 命题规律之“基本”题型 | 第 52 种 命题规律之“症状”题型 |
| 第 23 种 命题规律之“激素”题型 | 第 53 种 命题规律之“指标”题型 |
| 第 24 种 命题规律之“见于”题型 | 第 54 种 命题规律之“治疗”题型 |
| 第 25 种 命题规律之“鉴别区别”题型 | 第 55 种 命题规律之“主要”题型 |
| 第 26 种 命题规律之“禁忌”题型 | 第 56 种 命题规律之“属于”题型 |
| 第 27 种 命题规律之“来源”题型 | 第 57 种 命题规律之“综合应用(病例题)”题型 |
| 第 28 种 命题规律之“来自”题型 | 第 58 种 命题规律之“最”题型 |
| 第 29 种 命题规律之“例外”题型 | 第 59 种 命题规律之“作用与功能”题型 |
| 第 30 种 命题规律之“酶”题型 | |

二、2010 年考试特点细析

1. 新大纲的“自我保护”现象

有些明显是新大纲、新的指导教材上才能找到答案的题目,换言之,这在新大纲以前的考试书上,甚至教材上也找不到的题目。这也在情理之中,一方面,既然是新大纲,就得按照新大纲来命题;另一方面,也给了那些

盲目复习的考生一个教训,同时也让考试中心的权威发挥得淋漓尽致——别人说了都不算。

当然,这种题目主要体现在预防医学、伦理学、卫生法规和医学心理学这几门公共课上面。大家也不必过于紧张。

但是要特别指出的是,由于内、外科是重新按照系统进行编排的,有时候难以辨别是内科题还是外科题。

2. 考点的“引号外文”现象

凡是教材或者指导材料上有引号的地方和有外文简称的地方都是很容易考查的地方。如果大家把教材上所有有引号的地方和有外文(包括综合征、人名和外文简称)的地方都仔细看一遍,相信肯定能命中几道题。

3. 考点的“依依不舍”现象

原题重复率虽然不是很高,但是同一个考点反复地考,特别是基础医学重复最明显。

看来命题者真的是喜欢老朋友了,或者说命题的风格没有多大的改变!

4. 考点的“两极分化”现象

简单的题,令人吃惊。

难的题,也让人吃惊。主要体现在“三太”,即太细、太偏和太新(超出大纲范围)。

细节决定成败,所以看书的时候一定要注意细节。

5. 考点的“云集”现象

因为不同学科命题的老师总会有其自身的特点,这也会在命题上反映出来。今年出现最多的是“诊断”、“属于”、“最”、“比较”和“治疗”。每年一定要考的是:“数值”、“部位”和“定义”题目。

6. 考点的“羊肉串”现象

把某一学科或者某一篇的内容串联起来考,我风趣地叫它“羊肉串”。

7. 考点的“一口井”现象

对于一个章节的内容,深入地考,我形象地称之为“一口井”。

8. 考点的“按图索骥”现象

命题者特别青睐书本中的图表。因此,复习的时候应该对所有的图表都引起足够的重视。

9. 考题的“天马行空”现象

每年都有超出大纲内容的题目,这是命题者的特权。

10. 考点的“左邻右舍”现象

也就是说同一个考点从不同的角度考查。

11. 考点的“神出鬼没”现象

越来越多的迹象表明,内科学的考点是以病例的形式出现。所以,不可能直接从课本上找到答案。从某种程度上讲,难度加大。A3 和 A4 病例题基本上都属于这种现象。

12. 考题的“公说公有理,婆说婆有理”现象

可以说题目没有标准答案,因为从不同的角度,不同人的理解会有不同的结果。

三、直通车丛书为你征战 2011 指明正确方向

(1) 每门课程都不可偏废,当然还是要按照大纲要求的分值进行时间分配。各科目互不相干,分别由不同的科目老师出题,两套卷最后由秘书随机组卷。

(2) 对于“三太”:太细、太偏和太新的内容,复习的时候要着重“细”,同时还意味着要注意相似考点的对比,例如,溃疡性结肠炎和克罗恩病的对比,肺癌和肺结核、直疝和斜疝的对比等。

(3) 针对考点的“依依不舍”现象:由于原题重复率高,因此,所有的真题都应该弄清楚,达到耳熟能详的地步,不要认为老的题目就没有用;而且对于真题的相关选项要掌握,出题者往往用修改题型(例如把 A1 型题目改成 A2 或者 A3 和 A4 型题目)和把选项改成问题等方法进行考查。

(4) 由于考点的“云集”现象,在复习的时候,处处和时时注意 59 种题型。

(5) 针对考点的“一口井”现象和考点的“羊肉串”现象:要善于总结,这正是《题库押题篇》所做的,大家要仔细阅读。

(6) 考点的“按图索骥”和“引号、外文”:凡是课本出现表格和图的地方都要弄清楚,甚至示意图也要弄清

楚。例如,各种肾炎的图示。凡是出现引号或者外文综合征、人名、简写的地方都应该特别留意。

(7) 考题的“天马行空”现象:如果有时间,可以复习一下基础课程,当然不必期望能“猜中”这些超出大纲的内容,不必为了这几道题目而费太多的时间和为此烦恼。

(8) 如果有精力和财力,那么把第 7 版教材通读一遍也会有帮助。

(9) 针对越来越多的病例题,对于鉴别诊断部分一定要注意。特别要注意两种情况:一个症状由不同的疾病引起;一种疾病有不同的临床表现。

(10) 针对没有标准答案的题目,大家只好碰运气了。

四、万变归宗——两点三步复习法帮你成功过关

1. 两点三步法概述

所谓两点就是“寻找考点,记忆考点”。

三步法(各章击破,正反馈):第一步,做真题,找寻出题命题的规律;第二步,模板式看书(带着问题看书);第三步,题库覆盖。

特别注意:按照每一章节,重复上述过程。

2. 如何寻找考点

- (1) 历年真题。
- (2) 辅导老师。
- (3) 看书的时候运用 59 种题型或者“非医学关键词”。
- (4) 大量做题。

3. 如何做题

- (1) 第一要点:按照章节进行。
- (2) 真题要一网打尽,不厌其烦,举一反三。
- (3) 最好做有解析的题。
- (4) 不要盲目轻信答案,即使是权威图书也有错误。
- (5) 吃透考点,采取“各个击破”的方法。

魏保生

2010 年 9 月于北京

序二 “医”如翻掌,一战而定

难道考取一张证书就这么难吗?难道比医治千奇百怪的病人更难吗?答案不言自明。但是,我们确实也看到了许许多多考了两次、三次,甚至六次、七次的考生。难道他们比别人笨吗?难道命运偏偏对他们不公平吗?答案当然也是“No”。不管你是第一次参加执业医师资格考试,还是多次参加,你都有一个愿望,那就是:一次过关!那么,怎样才能像标题所说:“医”如翻掌,闯关取证一战而定呢?

任何事物都是有规律的,只是由于种种原因过去没人发现而已。执业医师资格考试也不例外,造成它难以通过的原因是:第一,内容多而散,考试内容包括十几门课程,这是大家有目共睹的;第二,时间少,临床工作导致大家没有太多的时间复习;第三,考试难度加大,因为参加考试的人越来越多,而考试通过的比例保持不变;第四,命题规律难以掌握,你不知道出题老师怎么出题。

对于以上四点,前三点你大概无能为力,你能做的就是发现考试规律,高效突破。幸运的是,2011 国家执业医师资格考试直通车系列问世了。该丛书突破了以往辅导书籍的构架,借鉴了考研西医综合的成功经验,提出了“过关而不要高分”的口号。

本丛书贯彻“两点三步复习法”的教学理念:寻找考点;记忆考点;第一步,通读辅导书(或教材),领悟大纲精髓,以便心中有数;第二步,熟做真题,识破出题玄机,以便掌握命题思路;第三步,巩固练习,有的放矢地做习题和模拟题,以便从容应对考试。

本丛书以考试大纲为蓝图、以历届真题为核心、以最新教材为依托、以参加多年执考辅导老师的讲义为制胜点,透彻分析和总结出了 59 种题型,首次揭开了执业医师考试出题和命题的规律,使读者做到知己知彼,百战不殆。本丛书精解了全部考试要求的知识点(“寻找考点”),使读者有效地复习;精练但又覆盖了所有的考点。每一节的题目就是考试大纲的要求,可以节省读者宝贵的时间。

独创和精练的“记忆考点”方法(画龙点睛),使复习变得有趣和有效。在机械无聊的复习中,有趣的记忆提示使读者耳目一新,轻松上阵。同时笔者也希望本书起到启发的作用,激发读者的灵感,从而发现更多、更好的记忆方法。

本丛书的特点:精讲,只要考点,不要面面俱到;速记,只要牢记,不要循规蹈矩;真题,只要思路,不要盲人摸象;规律,只要技巧,不要挑灯夜战;巧练,只要过关,不要高分满分;押题,只要胆识,不要畏畏缩缩。

整套丛书分为三篇:《考点搜记篇》、《命题规律篇》和《题库押题篇》。

《考点搜记篇》按照大纲和学科对考点搜索精讲,综合考点,画龙点睛。

记忆方法和举例如下:

1. 理解记忆

(1) Crohn 病是节段性“全肠壁”的坏死,所以,会发生穿孔;而溃疡性结肠炎是肠壁“表浅”的病理损害,所以很少有穿孔。因为病理是临床的基础,提起两种疾病,首先要想到它们的病理。

(2) 酸碱平衡的根本是 HCO_3^- 与 H_2CO_3 的比值为 20:1,因为二氧化碳进入血液后迅速转变成碳酸,然后分解成碳酸氢根和氢离子,所以,碳酸氢根的浓度会大于碳酸的浓度。分子增大(代谢性)或者分母减小(呼吸性)是碱中毒,分子减小(代谢性)或者分母增大(呼吸性)是酸中毒。

(3) 蛋白质变性后的理化和生物学性质改变:溶解度降低,生物活性丧失,易被蛋白酶水解,黏度升高,结晶能力消失。变性是蛋白质空间结构的改变,所以,变性蛋白质分子之间互相靠近,导致黏度升高而溶解度降低,不能结晶(因为结晶要求的条件严格,至少分子排列要规则),一些原来特定排列、受保护的酶活性中心暴露而容易被蛋白酶破坏。

(4) 辅基:因为是“基”,所以不能与酶分开。

(5) 各种竞争性抑制记忆的关键是搞清 K_m 的意义: K_m 与亲和力成反比,竞争性抑制中由于有竞争,因此, K_m 升高(亲和力降低);非竞争性抑制不影响亲和力,所以 K_m 不变;反竞争性抑制反而使得亲和力升高,所以, K_m 降低;竞争性抑制中虽然有竞争,但是不影响 $V_{\max}$ (没有抑制剂的时候);非竞争性抑制因为不能释放出产物,所以

$V_{\max}$ 不能达到最大(没有抑制剂的时候);反竞争性抑制也影响产物的生成,所以 $V_{\max}$ 降低。

2. 机械记忆:一些数值没有更好的办法进行记忆,只能死记。例如,血液的 pH 范围是 7.35 ~ 7.45, $[\text{HCO}_3^-]/[\text{H}_2\text{CO}_3]$ 是 20:1,通气/血流为 0.84。书中会提示你哪些数值必须记住,因为它们在应用中起重要作用:pH 范围只要为 7.35 ~ 7.45,就意味着 $[\text{HCO}_3^-]/[\text{H}_2\text{CO}_3]$ 是 20:1,但是不一定没有酸碱平衡的失调。例如, $[\text{HCO}_3^-]$ 和 $[\text{H}_2\text{CO}_3]$ 都升高,虽然 pH 正常,但是有代谢性碱中毒和呼吸性酸中毒。

3. 综合记忆(归纳)

(1) 嘧啶包括 C、U、T(胞嘧啶、尿嘧啶、胸腺嘧啶)。

(2) 先要看是转运外源物质还是内源物质,然后是看转运什么物质, TG 还是 CE? CM 是运输外源性 TG 及 CE 的主要形式, VLDL 是运输内源性 TG 的主要形式, LDL 是转运内源性胆固醇的主要方式。

(3) 嘧啶和嘌呤记忆

1) 嘧啶是“秘密”(嘧)制定(啵),所以参与的“人”(原子)少,只有六个,他们按照顺时针方向“坐开”,同时只有两个是主要“人物”(氮)坐在一和三的位置。

2) 尿嘧啶:尿的排泄器官是肾脏,肾脏是近似圆,像氧的符号,所以是两个氧,坐在重要人物(氮)的两旁。

3) 胞嘧啶:一个“暴君”(更重要的氮),与第一个“重要人物”(第一个氮)对坐(在第四位),形成对峙。

4) 胸腺嘧啶:胸腺容易退化,所以不重要的($-\text{CH}_3$)坐在五的位置。

5) 嘌呤 = 飘零,散开,所以比嘧啶多 3 个原子,共 9 个。

6) 第一个环仍然是“重要人物”(氮)坐在一和三的位置,不过是逆时针方向“坐开”。第二个环是两个重要人物(氮)按照顺时针方向对坐。

7) 腺嘌呤:闲(腺)出一个重要人物(氮),在六位。

8) 鸟嘌呤:“鸟人”把六位的重要位置占领,把闲的重要人物推到二位,自己却是个尿 - 肾 - 圆 - 氧的符号。

(4) 问病史的提纲:因症鉴,诊治变;饮食、睡眠、大小便。因(病因)症(症状)鉴(鉴别诊断的症状),诊(包括就诊时间、地点、检查、诊断)治(治疗)变(疗效及病情变化进展)。

(5) 先天性非溶血性黄疸

1) Gilbert 综合征:肝细胞摄取 UCB 功能障碍及微粒体内葡萄糖醛酸转移酶不足,使血 UCB 增高。

2) Crigler-Najjar 综合征:肝细胞缺乏葡萄糖醛酸转移酶,使 UCB 不能形成 UB, UCB 增高,可出现核黄疸。

3) Rotor 综合征:肝细胞对摄取 UCB 和排泄 CB 存在先天性障碍, UCB 和 CB 均增高。

4) Dubin-Johnson 综合征:肝细胞对 CB 及某些阴离子(如靛青绿、X 线造影剂)向毛细胆管排泄时出现障碍,血 CB 增加。

G:功能障碍——Gilbert; C:催化(酶)——Crigler-Najjar; R:摄入——Rotor; D:丢(排泄)——Dubin-Johnson。

4. 联想记忆

(1) Bruton 综合征是 B 细胞免疫缺陷,因为两者的头一个字母都是“B”; Ferguson 疝修补术是修复前壁的,因为前的英文是 front,两个的英文单词第一个字母都是“F”。

(2) 晾(亮)——晾(晃亮)出来(赖)本色,原来是鸡蛋酥。也可以理解和联系记忆:支链氨基酸(缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸)和芳香族氨基酸(苯丙氨酸和色氨酸)体内不能合成(注意:酪氨酸可以由苯丙氨酸转变而来,所以又叫做半必需氨基酸);苏氨酸 = “输”氨酸,必须由外来输入;赖氨酸 = 赖(皮)氨酸,需要给予。

(3) 生酮氨基酸的酮,发音同“铜”,铜可发“亮”,所以亮氨酸是生酮氨基酸。

(4) 胆碱参与卵磷脂,因为胆和卵都是圆的;乙醇胺参与脑磷脂,联系“乙脑”。

(5) HDL 是惟一的有好处的脂蛋白, HDL 的“H”可以联想成“health”(健康),所以,对机体有好处。

5. 谐音记忆

(1) “怕黑”——“帕”金森综合征是“黑质”的病变。

(2) “能文能武”——“舞”蹈病是纹状体的病变。

(3) 起始密码: AUG, 联想“哎(A)哟(U)急(G)了, 开始(起始)吧”。

(4) Mallory 小体:在酒精中毒性肝炎时,肝细胞核周胞质中可形成大小不等、形状不规则的玻璃样小团块,是由于酒精破坏引起。其本质为角蛋白微丝。EM 为细丝状密集团块,称 Mallory 小体。马干杯酒吃角蛋白微丝:马(马氏小体)干(肝脏)杯酒(酒精)吃角蛋白微丝。

(5) Russell 小体(鲁塞尔):见于肾小管上皮细胞的玻璃样小滴变性,位于浆细胞胞质中,其本质为蓄积的免疫球蛋白(浆细胞粗面内质网内),EM 表现为均质红染小球状物质,称 Russell 小体。神人卢梭的儿子是免疫球蛋白:神(肾)人卢梭(鲁塞尔小体)的儿子是免疫球蛋白。

(6) (磷)中毒时脂肪变主要发生于肝小叶周边;磷发音同“邻”,所以在边缘。

6. 归类(分类)记忆

(1) 有“S”的疾病都是严重的疾病:AIDS(艾滋病)、ARDS(呼吸窘迫综合征)、SARS(非典)。

(2) 病理上的结节有结核结节、矽结节、伤寒结节和血吸虫结节。

7. 对比(比较)记忆

(1) 三最:含量最多的是 rRNA,寿命最短的是 mRNA,分子质量最小的是 tRNA。

(2) 递氢体必然是递电子体,但是递电子体不一定是递氢体。

(3) 关于肿瘤:实质少而间质多的硬,实质多而间质少的软。

(4) 心内膜炎形成的血栓容易脱落,而风湿形成的血栓不容易脱落(大概是免疫反应形成的东西牢固而感染形成的东西容易脱落,就像感染可以痊愈一样)。

8. 类比记忆

(1) 肉芽组织的结构为“三多一少”:毛细血管多、成纤维细胞和肌纤维母细胞多(兼有平滑肌细胞和成纤维的两种细胞的形态和功能特点)、炎性细胞多(吞噬和免疫功能)、胶原纤维少。

(2) 瘢痕组织“三少一多”:水分和炎细胞少、毛细血管少、成纤维细胞少、胶原纤维多。

(3) 白色血栓(延续性血栓的头部)、混合血栓(延续性血栓的主要体部)、红色血栓(延续性血栓的尾部);颜色渐深,即白色(头)—混合(白色和红褐色交替)—红(尾)。也可以联系政治记忆:先是国民党“白色”统治,然后是“白色”统治下的共产党的“红色”秘密活动的混合时期,最后是共产党胜利的“红色”时期。

(4) 大叶性肺炎病变各期:①充血水肿期(1~2天);②红色肝样变期(3~4天);③灰色肝样变期(5~6天);④溶解消散期(1周后)。记忆的要点是:颜色渐浅(充血—红色—灰色—溶解)。

9. 口诀(歌诀)记忆

(1) 尿素的生成过程:“俺”的“鸟”,“呱”的一声“惊”吓你的“鸟”尿“尿”,即氨+鸟氨酸→瓜氨酸→精氨酸→鸟氨酸+尿素。

(2) 生成一碳单位的氨基酸:敢死去阻塞—贪官(敢—甘;死—丝;阻—组;塞—色;一贪——碳)。

(3) 小儿的运动发育:①抬头,3~4个月;②坐,6个月独坐;③爬,8~9个月;④站,8个月;⑤走,10个月。

口诀:3 抬 6 坐 8 爬站,10 个月可扶走。

(4) 运动发育表现如下的规律:①“头尾”发展,即运动功能自头端向足端发展(唇、眼、颈、腰、上肢到下肢);②泛化→集中;③近→远,即协调运动先出现于最近身躯的肌群而后发展到四肢;④“正性”的动作(抓握、站起、往前走前)先于相反的动作(放下、坐下、停步);⑤粗动作→细动作。

口诀:头尾、近远、粗细、泛化到集中、正性优先。

(5) 儿童类风湿病多关节型特点:(口诀)多关节,小到大,先游走,后固定,搞破坏,多变形。

10. 趣味记忆

(1) Southern blot 测定 DNA;Northern blot 测定 RNA;Western blot 测定蛋白质。southern、northern、western (东)南西北,因为当时东方国家科技相对落后,所以几乎没有贡献。

(2) 细胞外液中阳离子主要是 Na^+ 、 K^+ 、 Ca^{2+} ,阴离子主要是 Cl^- 、 HCO_3^- 、 HPO_4^{2-} ;细胞内液中阳离子主要是 K^+ 、 Na^+ 、 Ca^{2+} ,阴离子主要是 HPO_4^{2-} 和蛋白质。电解质成分内外有别,同人一样内秀(K^+)外贤(咸,NaCl)。

(3) 凋亡调节基因和 DNA 修复调节基因:①bcl-2(B 细胞淋巴瘤)抑制细胞凋亡;②bax 促进细胞凋亡。记住“1”是 leukemia 白血病的简称,就可以推断其功能:癌细胞的细胞凋亡出现问题,所以,抑制细胞凋亡会导致肿瘤;bax 联想 max(去见马克思——死亡),所以 bax 促进死亡(细胞凋亡)。

(4) 一般检查包括性别、年龄、体温、呼吸、脉搏、血压、发育与营养、意识状态、面容表情、体位姿态、步态、皮肤和淋巴结等。新(性别)年(年龄)发鱼(发育)、意(意识状态)大利面(面容表情)条、提子(体位姿态)、冰欺凌(淋巴结)、布(步态)匹(皮肤)。不含 4 个生命体征。

(5) 蜘蛛痣的分布及大小:多出现于上腔静脉分布的区域内,如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处。其大小不一,直径可由帽针头大到数厘米以上。蜘蛛喜欢向上爬——上腔静脉。

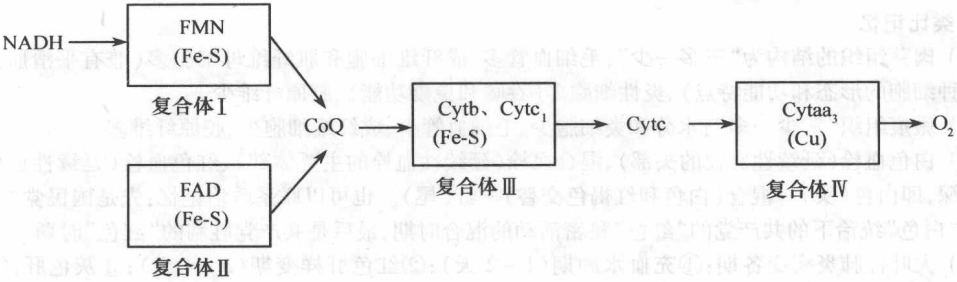
(6) 头部的运动异常,在一般视诊时即可发现,如头部活动受限,见于颈椎疾患;头部不随意地颤动,见于震颤麻痹(Parkinson 病);与颈动脉搏动一致的点头运动,称 Musset 征,见于严重主动脉瓣关闭不全;Musset = music set,按照脉搏的节奏自制音乐——主动制作。

(7) 双侧眼球突出见于甲状腺功能亢进。患者除突眼外,还有以下眼征:①Stellwag 征,瞬目减少;②Graefe 征,眼球下转时上睑不能相应下垂;③Mobius 征,表现为集合运动减弱,即目标由远处逐渐移近眼球时,两侧眼球不能适度内聚;④Joffroy 征,上视时无额纹出现。单侧眼球突出,多由于局部炎症或眶内占位性病变所致,偶见于颅内病变。Stellwag——瞬目;Graefe——ground,眼球下转;Mobius——看目标;Joffroy——皱纹。

(8) 当严重代谢性酸中毒时,亦出现深而慢的呼吸,此因细胞外液碳酸氢根不足,pH 降低,通过肺脏排出 CO₂进行代偿,以调节细胞外酸碱平衡之故,见于糖尿病酮中毒和尿毒症酸中毒等,此种深长的呼吸又称之为 Kussmaul 呼吸。Kussmaul 呼吸——像 kiss 一样,又深又长。

11. 轮廓记忆

两条呼吸链:



12. 图表(绘图)记忆

(1) 临床常见热型及临床意义

热型	体温升降方式	高峰温度	高峰时间	无热期	规律性	临床意义
稽留热	不定	39℃ 以上	数天或数周	无	持续高热,24 小时波动 <1℃	大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期
弛张热	骤升骤降	39℃ 以上	不长	无	波动幅度大,24 小时波动 >2℃	败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症
间歇热	骤升骤降	不定	数小时	1 至数天	高热期与无热期反复交替	疟疾、急性肾盂肾炎
波状热	缓升渐降	39℃ 以上	数天	数天	反复多次	布氏杆菌病
回归热	骤升骤降	39℃ 以上	数天	数天	高热期与无热期规律性交替	回归热、霍奇金病、周期热
不规则热	不定	不定	不定	不定	无规律	结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎

(2) 三种黄疸的鉴别

	溶血性黄疸	肝细胞性黄疸	胆汁淤积性黄疸
病因	溶血	肝细胞损害	胆汁淤积
发生机制	大量非结合胆红素形成并潴留	肝细胞处理未结合胆红素能力下降,部分结合胆红素反流入血	胆道阻塞,胆汁中结合胆红素反流入血
黄疸特点	轻度,浅柠檬色	浅黄至深黄不等	暗黄色至黄绿色
其他临床表现	粪色加深,急、慢性溶血表现	疲乏、食欲减退,甚至出血倾向	伴皮肤瘙痒及心动过速,尿色深,粪便颜色变浅,呈白陶土色

续表

	溶血性黄疸	肝细胞性黄疸	胆汁淤积性黄疸
实验室检查	未结合胆红素增加为主,结合胆红素及其代谢无代偿性增加,溶血检查阳性	血结合胆红素与未结合胆红素均增加,尿结合胆红素阳性,尿胆原增高,不同程度肝功能损害	血结合胆红素增加,血清碱性磷酸酶增加
总胆红素	增加	增加	增加
结合胆红素	正常	增加	明显增加
结合胆红素/总胆红素	<15%~20%	>30%~40%	>50%~60%
尿胆红素	-	+	+
尿胆原	增加	轻度增加	减少或消失
ALT、AST	正常	明显增高	可增高
ALP	正常	增高	明显增高
GGT	正常	增高	明显增高
PT	正常	延长	延长
对维生素 K 反应	无	差	好
胆固醇	正常	轻度增加或降低	明显增加
血浆蛋白	正常	白蛋白降低,球蛋白升高	正常

(3) 四种心音的比较

	第一心音(S_1)	第二心音(S_2)	第三心音(S_3)	第四心音(S_4)
时相	心室等容收缩期	心室等容舒张期	心室快速充盈期末	心室舒张末期
心电图位置	QRS 波群开始后 0.02~0.04s	T 波终末或稍后	T 波后 0.12~0.18s	QRS 波群前 0.06~0.08s
产生机制	二尖瓣和三尖瓣的关闭	血流突然减速,主动脉瓣和肺动脉瓣关闭	血流冲击室壁(房室瓣、腱索和乳头肌)	心房收缩,房室瓣及相关结构突然紧张振动
音调	较低顿	较高而脆	低钝而重浊	低调、沉浊
强度	较响	较 S_1 弱	弱	弱
历时	较长(0.1s)	较短(0.08s)	短(0.04s)	短
最响部位	心尖部	心底部	仰卧位心尖部及其内上方	心尖部及其内侧
临床意义	正常成分	正常成分	部分正常儿童和青少年	正常情况下听不到

13. 以点带面

(1) 肝脏首先生成的是游离的胆红素(正因为游离,才又叫做“未结合”胆红素,又因为存在氢键而不能直接与重氮试剂反应,才叫做间接胆红素),水溶性小(所以与清蛋白结合而运输),所以不能通过尿排出,但是其脂溶性大,故能通过细胞膜而有脑毒性;结合胆红素因为结合了葡萄糖醛酸,所以水溶性大,能随尿排出,重氮试剂反应直接阳性,但是不能通过细胞膜。

(2) 包含体是病理组织学诊断病毒性肺炎的重要依据,包含体:呼吸道合“胞”病毒在胞“质”内=胞质;“巨”细胞病毒在细胞“核”内=巨核;“腺”病毒在细胞“核”内=腺(体)核(心)。

14. 形象记忆

(1) 蛋白质的结构可以用跳绳来形象记忆:绳子从一端到另外一端的一个一个的绳节排列的顺序就是一级结构,局部绕个圈形成二级结构,两手拿的地方放到一起形成锌指结构(一个模序,二级结构),整个绳子(不论如何绕)而形成的结构就是三级结构,两根或者更多的绳子放到一起就是四级结构。每一根就是亚单位。把两个绕成圈的地方(二级结构)放到一起就是一个结构域。

(2) α -螺旋想象:右手拿一根麻花,一口吃掉 3.6 个节(3.6 个氨基酸)。

15. 比喻记忆

(1) 镰状细胞贫血发生的根本原因是血红蛋白的一级结构发生了差错,人血红蛋白 β 亚基的第6位氨基酸应该是谷氨酸,而在镰状细胞贫血的血红蛋白中却是缬氨酸。本是水溶性的血红蛋白,就会聚集成丝,相互黏着,导致红细胞变形成镰刀状而极易破裂,产生贫血。6月份,镰刀本应该是割谷子(谷氨酸),却歇了[缬(念:Xie)氨酸],因此,得了镰状细胞贫血。

(2) 环状结构中1,4-糖苷键就像两个人亲密地手拉手,这种现象在人类社会是主流,所以是“主”链,1,6-糖苷键就像两个人头顶脚,这种现象毕竟是少数,所以是“支”链。

(3) 瘤细胞到达局部淋巴结后,先聚集于“边”缘窦,以后累及整个淋巴结,“农村包围城市”。

16. 实例记忆

(1) Chaddock 征:用竹签在外踝下方足背外缘,由后向前划至跖跗关节处,阳性表现同 Babinski 征。
Chaddock——Chaduck——查鸭子(脚丫子)——足面巴氏征。

(2) Oppenheim 征:医生用拇指及示指沿被检者胫骨前缘用力由上向下滑压,阳性表现同 Babinski 征。
Oppenheim——On——胫骨上面。

(3) Gordon 征:检查时用手以一定力量捏压腓肠肌,阳性表现同 Babinski 征。Gordon——戈登——踞腿——胫骨下面。

(4) Gonda 征:将手置于被检者足外侧两趾背面,向跖面按压后突然放松,阳性表现同 Babinski 征。
Gonda——弓足背。

17. 中英趣记

(1) Duroziez 双重杂音:以听诊器鼓形胸件稍加压力于股动脉可闻及收缩期与舒张期双期吹风样杂音,即 Duroziez 杂音;Duroziez——Double,双重杂音。

(2) 无痛性胆囊增大征(Courvoisier 征)阳性;Courvoisier——caviar,鱼子酱,胆囊内装满了鱼子酱——无痛性胆囊增大征。

18. 记忆误区

(1) 酮体是酸性物质,所以乙酰乙酸、 β -羟丁酸是酮体;但是,丙酮是酮体,而丙酮酸不是酮体。

(2) HMGCoA 还原酶(而不是 HMGCoA 合成酶)是胆固醇合成的限速酶。

本丛书之所以能夹缝中成长并畅销而成为很多为“执考”发愁考生的首选品牌,缘于主编孜孜不倦地钻研医考的精神和解决考试问题的能力,特别是其独创的“两点三步复习法”、破解的 59 种命题题型以及高效的海量题库是其制胜的三大法宝。

【考点搜记篇】——精解了全部考纲的知识点(寻找考点),使读者有效地复习;独创和精炼的“记忆考点”方法(画龙点睛),使复习变得有趣和有效。

【命题规律篇】——破解的 59 种命题题型,完全符合命题思路,为考试复习指明方向;经典习题铸就举一反三的能力。

【题库押题篇】——题量充足(1 万余道习题,含病例题近千道),覆盖面广,成为考生顺利通过的保证。

《考点搜记篇》、《命题规律篇》和《题库押题篇》相互呼应,成为一体,帮助忙碌的考生迅速过关取胜。

通过系统、全面、真实、科学、准确、有效而又有趣的辅导,加上你的努力,我们有理由相信你一定能在激烈的竞争中脱颖而出,拿到高分,顺利到达理想的彼岸。

如有问题和建议,请登陆 <http://www.mekang.com> 或者发电子邮件至 guru11071@sina.com;同时,在网站上你也能发现一些有用的信息和资料。

魏保生

2010 年 9 月于北京

目 录

第一部分 基础综合

第一篇 生物化学

第一章 蛋白质的化学	(1)
第二章 维生素	(3)
第三章 酶	(4)
第四章 糖代谢	(6)
第五章 生物氧化	(9)
第六章 脂类代谢	(11)
第七章 氨基酸的代谢	(14)
第八章 核酸的结构、功能与核苷酸代谢	(17)
第九章 基因信息的传递	(18)
第十章 癌基因与抑癌基因	(21)
第十一章 信号转导	(22)
第十二章 肝生物化学	(22)

第二篇 生理学

第一章 细胞的基本功能	(26)
第二章 血液	(29)
第三章 血液循环	(32)
第四章 呼吸	(40)
第五章 消化和吸收	(43)
第六章 能量代谢和体温	(45)
第七章 肾脏的排泄功能	(46)
第八章 神经系统的功能	(49)
第九章 内分泌	(55)
第十章 生殖	(58)

第三篇 病理学

第一章 细胞、组织的适应、损伤和修复	(59)
第二章 局部血液循环障碍	(62)
第三章 炎症	(63)
第四章 肿瘤	(65)
第五章 心血管系统疾病	(68)
第六章 呼吸系统疾病	(70)
第七章 消化系统疾病	(72)
第八章 泌尿系统疾病	(75)
第九章 内分泌系统疾病	(76)
第十章 乳腺及女性生殖系统疾病	(77)

第十一章 常见传染病和寄生虫病	(77)
第十二章 性病	(80)

第四篇 药 理 学

第一章 总论	(82)
第二章 传出神经系统药	(82)
第三章 局部麻醉药	(85)
第四章 中枢神经系统药	(86)
第五章 心血管系统药	(88)
第六章 利尿药与脱水药	(89)
第七章 抗过敏药	(90)
第八章 呼吸系统药	(90)
第九章 消化系统药	(91)
第十章 子宫兴奋药	(91)
第十一章 血液和造血系统药	(92)
第十二章 激素类药	(93)
第十三章 抗微生物药	(94)
第十四章 抗寄生虫药	(97)

第五篇 医学心理学

第一章 绪论	(98)
第二章 医学心理学基础	(99)
第三章 心理卫生	(105)
第四章 心身疾病	(106)
第五章 心理评估	(107)
第六章 心理治疗	(109)
第七章 医患关系	(112)
第八章 患者的心理问题	(113)

第六篇 医学伦理学

第一章 绪论	(115)
第二章 医学道德的规范体系	(117)
第三章 医疗活动中的人际关系道德	(120)
第四章 预防医学道德	(123)
第五章 临床医学实践中的道德	(124)
第六章 医学道德的修养和评价	(126)

第七篇 预 防 医 学

第一章 绪论	(128)
第二章 医学统计学方法	(129)
第三章 人群健康研究中的流行病学原理与方法	(135)
第四章 临床预防服务	(138)
第五章 人群健康与社区卫生	(143)
第六章 卫生服务体系与卫生管理	(154)

第八篇 卫 生 法 规

第一章 执业医师法	(159)
-----------------	-------

第二章 医疗机构管理条例	(161)
第三章 医疗事故处理条例	(162)
第四章 母婴保健法	(163)
第五章 传染病防治法	(164)
第六章 艾滋病防治条例	(165)
第七章 突发公共卫生事件应急条例	(167)
第八章 药品管理法	(167)
第九章 麻醉药品和精神药品管理条例	(168)
第十章 处方管理办法	(169)
第十一章 献血法	(172)

第二部分 专业综合

第九篇 症状与体征

第一章 发热	(175)
第二章 咳嗽与咳痰	(176)
第三章 咯血	(176)
第四章 呼吸困难	(177)
第五章 发绀	(178)
第六章 呼吸频率、深度及节律变化	(179)
第七章 语音震颤	(179)
第八章 叩诊音	(180)
第九章 呼吸音	(180)
第十章 啰音	(181)
第十一章 胸膜摩擦音	(182)
第十二章 水肿	(182)
第十三章 心悸	(183)
第十四章 胸痛	(183)
第十五章 颈静脉怒张	(184)
第十六章 心前区震颤	(184)
第十七章 心界	(184)
第十八章 心音	(185)
第十九章 心脏瓣膜听诊区及心脏杂音	(186)
第二十章 心包摩擦音	(189)
第二十一章 脉搏	(189)
第二十二章 恶心与呕吐	(189)
第二十三章 进食哽噎、疼痛、吞咽困难	(190)
第二十四章 腹痛	(191)
第二十五章 腹泻	(192)
第二十六章 呕血及便血	(193)
第二十七章 蜘蛛痣	(194)
第二十八章 黄疸	(195)
第二十九章 腹水	(197)
第三十章 肝大	(198)
第三十一章 脾大	(198)
第三十二章 尿路刺激征	(199)
第三十三章 排尿异常	(199)

第三十四章 血尿	(199)
第三十五章 异常白带	(200)
第三十六章 异常阴道流血	(200)
第三十七章 下腹部肿块	(201)
第三十八章 外阴瘙痒	(202)
第三十九章 淋巴结肿大	(203)
第四十章 紫癜	(203)
第四十一章 脑膜刺激征	(204)
第四十二章 锥体束征	(204)
第四十三章 头痛	(204)
第四十四章 意识障碍	(205)

第十篇 呼吸系统

第一章 慢性阻塞性肺疾病	(206)
第二章 肺动脉高压与肺源性心脏病	(207)
第三章 支气管哮喘	(208)
第四章 呼吸衰竭	(210)
第五章 肺炎球菌肺炎	(211)
第六章 肺癌	(213)
第七章 支气管扩张	(215)
第八章 肺结核	(216)
第九章 结核性胸膜炎	(218)
第十章 胸部损伤	(220)
第十一章 脓胸	(222)

第十一篇 心血管系统

第一章 心肺复苏	(224)
第二章 慢性心力衰竭	(224)
第三章 急性心力衰竭	(226)
第四章 心律失常	(226)
第五章 风湿性心脏瓣膜病	(227)
第六章 感染性心内膜炎(IE)	(228)
第七章 原发性高血压	(230)
第八章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(232)
第九章 心绞痛	(232)
第十章 急性心肌梗死	(233)
第十一章 病毒性心肌炎	(235)
第十二章 心肌病	(235)
第十三章 急性心包炎	(236)
第十四章 休克	(237)
第十五章 下肢静脉疾病	(242)

第十二篇 消化系统

第一章 食管癌	(245)
第二章 急性胃炎	(246)
第三章 慢性胃炎	(246)
第四章 消化性溃疡	(247)