

临床执业医师 考试必备丛书

专业综合

LINCHUANG ZHIYE YISHI
KAOSHI BIBEI CONGSHU
ZHUANYE ZONGHE

(上册)

张卓伟 吕敏丽 主编

紧扣考试大纲 涵盖重点难点
精选历年试题 提升考试能力

山西出版集团
山西科学技术出版社

国家医学考试教材
临床执业医师资格考试

临床执业医师 考试必备丛书

专业综合

UNIVERSITY OF MEDICINE
EXAMINATION SERIES
STUDY GUIDE

(上册)

第1版 第1次印刷

国家医学考试教材 临床执业医师资格考试
考试必备丛书 专业综合(上册)

人民卫生出版社
RENMING JIANGYU CHUBANSHE

· 临床执业医师考试必备丛书 ·

专业综合

(上册)

主编 张卓伟 吕敏丽

图书在版编目 (CIP) 数据

临床执业医师考试必备丛书. 专业综合/张卓伟, 吕敏丽主编. —太原: 山西科学技术出版社, 2011. 5

ISBN 978 - 7 - 5377 - 3877 - 4

I. ①临… II. ①张… ②吕… III. ①临床医学 - 医师 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 058387 号

临床执业医师考试必备丛书

专业综合

- 主 编 张卓伟 吕敏丽
出 版 山西出版集团·山西科学技术出版社
(太原市建设南路 21 号 邮编: 030012)
发 行 山西出版集团·山西科学技术出版社
(电话: 0351 - 4922121)
经 销 各地新华书店
印 刷 太原市新华胶印厂
邮 箱 sxkjs_ gys@ 126. com
电 话 0351 - 4922063 (编辑室)
开 本 889 毫米 × 1194 毫米 1/48
印 张 20. 5
字 数 706 千字
版 次 2011 年 5 月第 1 版
印 次 2011 年 5 月太原第 1 次印刷
书 号 ISBN 978 - 7 - 5377 - 3877 - 4
定 价 30. 00 元 (上、下册)
-

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与发行部联系调换。

前 言

改革开放以来，我国医学事业迅猛发展，医师队伍逐年壮大，医师培养制度不断完善，社会对执业医师的综合素质要求越来越高。因此，各类资格考试辅导材料也相伴而生。

根据职业资格考试的特点，结合考生实际，为了便于考生能在较短时间内提纲挈领，抓住要害，掌握关键，突出重点，有的放矢地做好应试准备，我们编写了这套考试指导书，这套书包括《基础综合》、《专业综合》。其中《专业综合》分为上、下两册。

本书以《执业医师资格考试大纲》为指导，以人民卫生出版社出版的教科书为基础，遵循科学、严谨、客观、规范的原则，严格按照实际考试的科目划分进行编写，突出科学性、针对性、指导性、实用性，具有条目清晰、内容集中、表述精练、篇幅浓缩的特点，能够有效地帮助考生进行考前复习，尽快掌握和熟悉考试重点。

鉴于时间仓促，本书内容难免有不当或遗漏之处，诚请各位读者批评指正。

目 录

第一章 症状与体征	1
第二章 呼吸系统疾病	26
第一节 慢性阻塞性肺疾病	26
第二节 肺动脉高压与肺源性心脏病	37
第三节 支气管哮喘	46
第四节 支气管扩张	54
第五节 肺炎	57
第六节 肺脓肿	65
第七节 肺结核	70
第八节 肺癌	77
第九节 肺血栓栓塞症	85
第十节 呼吸衰竭	91
第十一节 急性呼吸窘迫综合征与多器官 功能障碍综合征	99
第十二节 胸腔积液、脓胸	108
第十三节 胸部损伤	117
第三章 循环系统疾病	123
第一节 心力衰竭	123
第二节 心律失常	128
第三节 高血压	139
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	145
第五节 心脏瓣膜病	161
第六节 感染性心内膜炎	172

2 专业综合

第七节	心肌疾病	178
第八节	心包疾病和心脏损伤	184
第九节	休克	191
第十节	周围血管疾病	200
第四章	消化系统疾病	207
第一节	食管、胃、十二指肠疾病	207
第二节	肝脏疾病	230
第三节	胆道疾病	256
第四节	胰腺疾病	266
第五节	肠道疾病	276
第六节	阑尾炎	305
第七节	直肠肛管疾病	314
第八节	消化道大出血	317
第九节	腹膜炎	325
第十节	腹外疝	336
第十一节	腹部损伤	342
第五章	泌尿系统（含男性生殖系统）	353
第一节	尿液检查	353
第二节	肾小球疾病	356
第三节	泌尿、男性生殖器感染	364
第四节	肾结核	369
第五节	尿路结石	373
第六节	泌尿、男性生殖系统肿瘤	379
第七节	泌尿系统梗阻	387
第八节	泌尿系统损伤	393
第九节	泌尿、男性生殖系统先天性畸形 及其他疾病	399
第十节	肾功能不全	402

第六章 女性生殖系统疾病	412
第一节 女性生殖系统解剖	412
第二节 女性生殖系统生理	416
第三节 妊娠生理	420
第四节 妊娠诊断	423
第五节 孕期监护与孕期保健	425
第六节 正常分娩	428
第七节 正常产褥	432
第八节 病理妊娠	434
第九节 妊娠合并症	460
第十节 遗传咨询、产前筛查、产前诊断	466
第十一节 异常分娩	466
第十二节 分娩期并发症	475
第十三节 异常产褥	480
第十四节 女性生殖系统炎症	483
第十五节 外阴上皮非瘤样病变	489
第十六节 女性生殖器官肿瘤	490
第十七节 妊娠滋养细胞疾病	505
第十八节 生殖内分泌疾病	508
第十九节 子宫内膜异位症和子宫腺肌病	515
第二十节 女性生殖器损伤性疾病	518
第二十一节 不孕症与辅助生殖技术	520
第二十二节 计划生育	521
第二十三节 妇女保健	528

第一章 症状与体征

本章重点

咯血与呕血的鉴别；心脏瓣膜区常见杂音的听诊要点及临床意义；胆红素的正常代谢；多尿、少尿、无尿、尿失禁、夜尿增多的概念和临床意义；各种意识障碍的临床表现。

一、发热

1. 发热分为：低热 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ ；中等度热 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ ；高热 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ ；超高热 41°C 以上。

2. 热型。

(1) 稽留热：是指体温明显升高，在 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上，24 小时内体温波动相差不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

(2) 弛张热：是指 24 小时内体温波动相差超过 2°C ，但最低点未达正常水平的体温曲线类型。常见败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症、感染性心内膜炎。

(3) 间歇热：体温骤然升达高峰，持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期可持续 1 天至数天，如此高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4) 回归热：是指急升型高热持续数日后自行骤降，但数日后又再出现的体温曲线类型。见于回归热、霍奇金病、周期热等。

(5) 波状热：是指体温逐渐上升达 39°C 或以上，发热数日后逐渐下降，数日后又再发热数日的热型。见于布氏杆菌病、结缔组织病、肿瘤等。

(6) 不规则热：指发热病人体温曲线无一定规律的热型。见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎。

二、咳嗽与咳痰

1. 咳嗽性质：无痰或痰量很少为干咳，见于急性咽喉炎、肺结核等。伴有痰液为湿咳，见于 COPD、肺脓肿等。

2. 痰的性状和量：脓痰有恶臭气味，提示有厌氧菌感染；黄绿色或翠绿色痰提示铜绿假单胞菌感染；痰白黏稠、牵拉成丝、难以咳出，提示白色念珠菌感染；粉红色泡沫痰是肺水肿的特征。

三、咯血

1. 咯血与呕血的鉴别。

咯血与呕血的鉴别

	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性糜烂性出血性胃炎、胆道出血
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽	上腹不适、恶心呕吐
出血方式	咯出	呕出，可为喷射状
血色	鲜红	棕黑色、暗红色，有时鲜红色
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
反应	碱性	酸性
黑粪	除非咽下，否则没有	有，可为柏油样便，呕血停止后持续数日
出血后痰性状	常有血痰数日	无痰

2. 咯血颜色和性状：肺结核、肺脓肿、出血性疾病，颜色为鲜红；铁锈色血痰主要见于肺炎球菌、大叶性肺

炎；砖红色胶冻样痰见于克雷白杆菌肺炎；二尖瓣狭窄淤血一般为暗红色。

四、发绀

常见原因及发病机制。

1. 血液中脱氧血红蛋白增多：呼吸系统疾病中见于气道阻塞、肺实质与肺间质疾病，通气、换气功能障碍时。心血管系统中见于心力衰竭和发绀型先天性心脏病。此外还常见于休克时，动脉供血不足，是常见的缺血性发绀；吸入气中氧分压低。

2. 血液中存在异常血红蛋白衍化物。

五、呼吸困难

1. 肺源性呼吸困难：呼吸器官病变所致，主要表现为下面三种形式。

(1) 吸气性呼吸困难：表现为喘鸣，吸气时胸骨、锁骨上窝及肋间隙凹陷，即三凹征。常见于喉、气管狭窄，如炎症、水肿、异物和肿瘤等。

(2) 呼气性呼吸困难：呼气相延长，伴有哮鸣音，见于支气管哮喘和阻塞性肺病。

(3) 混合性呼吸困难：见于肺炎、肺纤维化、大量胸腔积液、气胸等。

2. 心源性呼吸困难：见于左心功能不全所致心源性肺水肿，其临床特点：患者有严重的心脏病史；混合性呼吸困难，卧位及夜间明显；肺底部可出现中、小湿啰音，并随体位而变化；X线显示心影有异常改变，肺门及其附近充血或兼有肺水肿症。

3. 中毒性呼吸困难：各种原因所致的酸中毒，均可使血中 CO_2 升高、pH 降低，刺激外周化学感受器或直接兴奋呼吸中枢，增加呼吸通气量，表现为深而大的呼吸困难；呼吸抑制剂如吗啡、巴比妥类等中毒时，也可抑制呼

4 专业综合

吸中枢，使呼吸浅而慢。

4. 血源性呼吸困难：重症贫血可因红细胞减少，血氧不足而致气促，尤以活动后显剧；大出血或休克时，因缺血及血压下降，刺激呼吸中枢而引起呼吸困难。

5. 神经精神性与肌病性呼吸困难：重症脑部疾病如脑炎、脑血管意外、脑肿瘤等直接累及呼吸中枢，出现异常的呼吸节律，导致呼吸困难；重症肌无力危象引起呼吸肌麻痹，导致严重的呼吸困难；另外，癔症也可出现呼吸困难，其特点是呼吸显著频速、表浅，因呼吸性碱中毒常伴有手足搐搦症。

六、语音震颤

1. 语音震颤减弱或消失：肺泡内含气量过多（肺气肿）；支气管阻塞（阻塞性肺不张）；大量胸腔积液或气胸；胸膜高度增厚粘连；胸壁皮下气肿。

2. 语音震颤增强：肺泡内有炎症浸润，肺组织实变使语颤传导良好（大叶性肺炎实变期，肺阻塞）；接近胸膜的肺内有巨大空腔，声波在空洞内产生共鸣，尤其是当空洞周围有炎症浸润并于胸壁粘连时，则更有利于声波传导，使语音震颤增强（空洞型肺结核、肺脓肿）。

七、叩诊音

胸部异常叩诊音及临床意义。

1. 正常胸部叩诊音为清音，但各部位略有不同，也可呈浊音、鼓音，正常青年人还可出现实音。

2. 异常浊音或实音：见于肺组织含气量减少、不含气的呼吸病变。

（1）肺部病变：肺炎、肺结核、肺栓塞、肺部肿瘤和肺部广泛纤维化等。

（2）胸膜病变：胸腔积液、胸膜肿瘤和胸膜肥厚等。

（3）胸壁病变：胸壁水肿、胸壁结核和胸壁肿瘤等。

3. 过清音：见于肺弹性减弱而含气量增多时，如肺气肿等。

4. 鼓音：见于肺内含气量明显增多。

(1) 肺部疾病：肺结核巨大空洞、肺脓肿、肺部肿瘤、肺大泡等。若空洞巨大，位置表浅且腔壁光滑或张力性气胸的患者，叩诊时局部呈鼓音，但因具有金属音回响，故又称空瓮音。

(2) 其他疾病：气胸、膈疝等。

5. 浊鼓音：见于肺泡壁松弛，肺泡含气量减少的情况，如肺不张、肺炎充血或消散期、肺水肿等，局部叩诊时可呈现一种兼有浊音和鼓音特点的混合型叩诊音。

八、啰音

1. 湿啰音形成机理是由于气体在通过呼吸道时，如果呼吸道内有分泌物（如痰、渗出液、血液、黏液、脓液等），会形成水泡，水泡破裂后产生。

2. 湿啰音特点为呼吸音的附加音断续而短暂，一次常连续多个出现，于呼气时或吸气时终末为明显，有时也出现于呼气早期，部位较恒定，性质不易变，中、小水泡音可同时存在，咳嗽后可减轻或消失。

3. 按部位分类。

(1) 局部性：肺部炎症、肺结核、支气管扩张等。

(2) 两侧弥散性：两侧肺底部湿啰音见于心功能不全所致的肺淤血；双侧广泛性湿啰音见于急性肺水肿、支气管肺炎、慢性支气管炎等；肺尖啰音见于肺结核。

九、水肿

1. 发病机制：毛细血管流体静压增高，血浆胶体渗透压降低，微血管壁通透性增高，淋巴回流受阻。

2. 临床意义。

(1) 心源性水肿：风湿病、高血压病、梅毒等各种病

因，及瓣膜、心肌等各种病变引起的充血性心力衰竭、缩窄性心包炎等。

(2) 肾源性水肿：急性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、肾盂肾炎衰竭期、肾动脉硬化症、肾小管病变等。

(3) 肝源性水肿：肝硬化、肝坏死、肝癌、急性肝炎等。

(4) 营养不良性水肿：如继发性摄食不足（神经性厌食 严重疾病时的食欲缺乏、胃肠疾患、妊娠呕吐、精神神经疾患、口腔疾患等）、消化吸收障碍（消化液不足、肠道蠕动亢进而吸收面积减少等）、排泄或丢失过多（大面积烧伤和渗出、急性或慢性失血、蛋白尿等）以及蛋白质合成功能受损、严重弥漫性肝疾患等。

(5) 结缔组织病所致的水肿：常见于红斑狼疮、硬皮病及皮炎等。

(6) 变态反应性水肿：如血清病等。

(7) 特发性水肿：多见于妇女，往往与月经的周期性有关。

(8) 其他：贫血性水肿、妊娠中毒性水肿。

十、心前区震颤

心前区震颤的临床意义

时期	部位	常见病变
收缩期	胸骨右缘第 2 肋间	主动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第 2 肋间	肺动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第 3、4 肋间	室间隔缺损
舒张期	心尖部	二尖瓣狭窄
连续性	左胸部第 2 肋间，靠近胸骨左缘处	动脉导管未闭

十一、心浊音界

心浊音界变化及临床意义。

1. 左心室增大：心左界向左下扩大，心腰加深接近直角，使心脏浊音区呈靴形，或称“主动脉型”。此情况可见于主动脉瓣关闭不全、高血压性心脏病等。

2. 右心室增大：轻度增大时，仅心脏绝对浊音界增大，相对浊音界增大不明显。显著性增大时，相对浊音界向两侧扩大，但由于心脏同时沿长轴发生顺钟向转位，因此向左增大较显著。常见于肺源性心脏病等。

3. 左、右心室增大：心浊音界向两侧扩大，且左界向左下扩大，呈普大型。常见于扩张型心肌病、重症心肌炎、全心衰竭。

4. 左心房增大：左心房显著增大时，胸骨左缘第3肋间心浊音界向外扩大，使心腰部消失甚或膨出。二尖瓣狭窄时，左心房及肺动脉均扩大，心腰部饱满或膨出，心脏浊音界的外形成为梨形，或称“二尖瓣型”。

5. 主动脉扩张或升主动脉瘤：第1、2肋间心浊音区增宽，常伴收缩期搏动。

6. 心包积液：心包积液达一定量时，心脏浊音界向两侧扩大，其相对浊音区与绝对浊音区几乎相同，坐位时呈三角烧瓶形。但患者取仰卧位时，心底部浊音区明显增宽，心尖部浊音区可变小。这种心脏浊音界随体位改变而变化的特点，是鉴别心包积液还是全心扩大的要点之一。

十二、心音

心音的组成。

1. 第一心音：发生在心缩期，标志心室收缩期的开始。于心尖搏动处（前胸壁第5肋间隙左锁骨中线内侧）听得最清楚。其产生：①心室收缩时，血流急速冲击房室瓣而折返所引起的心室壁振动。②房室瓣关闭，瓣膜叶片

与腱索紧张等引起的振动。③血液自心室射出撞击主动脉壁和肺动脉壁引起的振动。心室收缩力愈强，第一心音愈响。

2. 第二心音：发生在心舒期，标志着心室舒张期的开始，它分为主动脉音和肺动脉音两个部分，分别在主动脉和肺动脉听诊区（胸骨左、右缘第2肋间隙）听得最清楚。它是由主动脉瓣和肺动脉瓣迅速关闭，血流冲击，使主动脉和肺动脉壁根部以及心室内壁振动而产生。

3. 第三心音：在心室舒张早期，随着房室瓣的开放，心房的血液快速流入心室，引起心室壁和腱索的振动而产生。可在大部分儿童及约半数的青年人听到，不一定表示异常。

4. 第四心音：由于心房收缩，血流快速充盈心室所引起的振动，又称心房音。一般听诊很难发现。

十三、心音分裂

第二心音分裂。

1. 生理性分裂：无明显临床意义。多数人于深呼吸末因胸腔负压增加，右心回心血流增加，右室排血时间延长，左右心室舒张不同步，使肺动脉瓣关闭明显延迟，因而出现S2分裂。常见于正常儿童和青少年，与呼吸密切相关，呼气时消失，吸气时出现，尤以吸气末明显。

2. 通常分裂：最常见的种类。见于右心室排血时间延长，使肺动脉瓣关闭明显延迟，如完全性右束支传导阻滞、肺动脉瓣狭窄、二尖瓣狭窄等。或左室射血时间缩短，主动脉瓣关闭时间提前，如二尖瓣关闭不全、室间隔缺损等。

3. 固定分裂：指S2分裂不受呼吸的影响，间隔时间固定。见于先心病房间隔缺损。

4. 反常分裂：指主动脉关闭迟于肺动脉瓣，吸气时分

裂变窄，呼气时变宽。见于完全性左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

十四、心脏杂音

(一) 产生机制

正常血流呈层流状态，不发出声音。当血流加速，异常血流通道或血流管径异常，以及血黏度改变等，均可使层流转变为湍流或旋涡而冲击心壁、大血管壁、瓣膜、腱索等，使之振动而在相应部位产生杂音。

1. 血流加速：运动，高热，甲亢、贫血。
2. 瓣膜开口口径或大血管通道狭窄：二尖瓣狭窄，瓣膜关闭不全。
3. 异常血流通道：室间隔缺损，动脉导管未闭。
4. 心脏内异物或异常结构：心室内腱索，乳头肌断裂。
5. 大血管瘤样扩张：动脉瘤。

(二) 听诊要点

1. 杂音出现的时间：收缩晚期、全收缩期及舒张期杂音都有病理意义。
2. 杂音的部位和传导：如二尖瓣狭窄的杂音在心尖部最响，一般很少传导。二尖瓣关闭不全的杂音在心尖部最响，向腋下传导。
3. 杂音的强度。
4. 杂音频率。
5. 呼吸、体位、瓦尔萨尔瓦氏动作（紧闭声门后用力呼气）、运动、心动周期长度改变及某些影响血流动力学的药物的影响。

(三) 临床意义

1. 收缩期杂音。