

2009

内科主治医师资格考试
历年真题解析与实战模拟

感受——

真正的人机对话试题



“知无涯”

全国卫生专业技术资格考试历年真题解析与实战模拟丛书

总主编 顾 恒

2009

内科主治医师资格考试历年真题解析与实战模拟

主 编	郭 明	薛 华		
副主编	于占标	王咏梅	王得超	尹 茹
	程 勇	潘焕军	樊文萍	陈 俭
编 者	王四宝	王宝勇	冯 欣	许金有
	陈立英	张 芳	郭雅卿	梁 伟
	黄昱湘	梁 璐		

人机对话版 / 配赠人机对话模拟考试光盘

内 容 提 要

本书囊括了内科主治医师资格考试 2001 年以来的大部分考试真题，并对这些考题提供了参考答案，部分难度较大的考题进行了适当解析。

图书在版编目 (CIP) 数据

内科主治医师资格考试历年真题解析与实战模拟 / 郭明, 薛华主编. — 西安: 第四军医大学出版社, 2008. 1

(卫生专业技术资格考试历年真题解析与实战模拟丛书)

ISBN 978 - 7 - 81086 - 470 - 1

I. 内… II. 谢… III. 内科 - 资格考试 - 模拟 IV. R5 - 44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 014600 号

内科主治医师资格考试历年真题解析与实战模拟

主 编: 郭 明 薛 华

责任编辑: 朱德强

出版发行: 第四军医大学出版社

地 址: 西安市长乐西路 17 号 (邮编: 710032)

电 话: 029 - 84776765

传 真: 029 - 84776764

网 址: <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷: 三河市佳星印装有限公司

版 次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 12 月第 2 次印刷

开 本: 787 × 1092 1/16

印 张: 35. 5

字 数: 550 千字

书 号: ISBN 978 - 7 - 81086 - 470 - 1/R · 369

定 价: 72.00 元

(版权所有 盗版必究)

(本社图书凡缺\损\倒\脱页者, 本社发行部负责调换)

开卷必读

“知无涯”考试丛书总主编

/医考魔鬼训练营首席讲师 顾 恒

全国卫生专业技术资格考试（简称主治医师考试）绝大部分专业从2008年开始四个单元全部改为人机对话考试，除此之外，各专业考试大纲考核范围均有局部调整，考核要求越来越接近临床实践：突出病例分析题，突出考生在临床工作中所应该具备的技能、思维方式和对已有知识的综合应用能力。这种考试要求和题型的变化使考生叫苦不迭，加之被某些过时的所谓“权威”复习资料误导，结果可想而知。

很显然，靠死记硬背是不可能过关的，笔者作为常年在医学教学一线的老师，一直从事考前卫生资格考试的培训工作，结合多年的体会，谈几点经验，希望对大家有所裨益。

1. 思想上一定要重视，保证充足的复习时间。尽管是考生目前所从事的专业领域，但内容繁多，考题灵活性强，历年考生考后议论很多，比如超纲、难度过大、考题太偏等等。这些都是自认为基础扎实或仓促应考的结果。少于两个月的考前突击背书或者蒙头做题的办法都是失败的教训。每年淘汰率不低于60%，而这个群体主要集中于基层医院，其中最主要的原因就是考前轻视，考后埋怨。

2. 通过熟悉往年考题，掌握考试题型、难度和考核要求。考试都是选择题，但考生只熟悉传统的A型题（单选题）、B型题（配伍题）、X型题（多选题），而对新增的B2型题（多项配伍题）、A3/A4型题（病例串题）及不确定项题极为不适应。针对这些薄弱环节本书后文有专题介绍。作为本书之特色所在，建议考生务必认真研读。

3. 多听取上年考生的经验教训。近年的考题难度逐步加大。如果说采用笔试答题，考生还能适应难度的话，机考方式让绝大部分考生措手不及，在电脑前考试和在纸制试卷前的思维感觉有很大的不同，尤其是回答后一问不能返回看前文，造成“思维急刹车”使很多考生无法忍受。为什么很多考生反映时间不够，就是此缘故。

4. 复习教材必须对路。几乎每年考生一直疑惑：为什么试卷中那么多题在《指导》中找不到答案？其中的原因除临床时间不够外，主要还是考前复习用书的深度不够。总结近几年的经验，建议考生不妨认真研读规划七、八年制本硕连读教材。

5. 一定要选准备考练习题。考前适当做些练习题非常必要。但是选择什么样的习题决定了考生的复习方向。这是目前考生最为疑惑和吃亏之处。尤其被一些不负责任的过时参考书误导，考后悔之已晚。“知无涯”历年真题丛书是在分析历年考题的基础上总结命题规律，结合考生的实际需要，吸取往年考生的经验和教训编写的。2008年的实考检验已经证明：题型、难度、思路最接近真题。有关体会后文有考生经验介绍，认真研读定能起到事半功倍之效。

6. 内科主治医师考试内容非常庞杂，考试范围各亚专业差异非常大，复习前一定要仔细研究大纲，否则复习了很多非本专业的考试内容而无端浪费时间和精力，请考生务必认真理解本书所标“★”的真实含义。避免走入误区，比如：

误区：带*的是报考大内科，大外科的考试范围。

正确：内科与外科大纲对考试范围的划分不一样！

外科分为普外、骨外等8个亚专业，即8个专业的基础知识、相关专业知识考试范围、试卷完全一样。基础知识考试范围为大纲中的基础知识部分，即在科目一栏标注1的部分，这一部分在大纲中是单独列出的。相关专业知识与往年一样，考试范围是8个专业中标记有星号的部分，其实也就是在科目一栏标注了2+3的部分。也就是说每个专业的考生考相关专业知识时，要看8个专业中的相关内容。专业知识考试范围是今年的较大变动，不再象往年一样考8个专业的内容，而只考本专业的内容，即骨外考生只考大纲中骨外科的内容，包括骨外科大纲中标有3和2+3的内容。专业实践能力都清楚。

内科则大不相同，内科有单独的相关专业知识大纲，考试范围就是大纲中列出的部分，需要注意的是，大内科没有单独列出大纲，考大内科的考生在考专业知识、专业实践能力时，需要看其他内科亚专业中的标有星号的部分。具体考试方案如下：

科 目	考试范围	科 目	考试范围
基础 知识	熟悉药理学、微生物学、生理学、病理学、病理生理学、生物化学等基础学科的相关内容，如药物的作用机制与副作用、感染性疾病的病原微生物、常见内科疾病的病理类型与发病机制。了解一些疾病的解剖生理基础，如先天性与瓣膜性心脏病、物质与能量代谢异常以及一些细胞与分子生物学异常等	专业 知识	掌握内科各专业常见疾病与急症的临床表现、诊断方法、依据或标准，需要鉴别的疾病、治疗原则与措施，并熟悉其发病诱因与危险因素、常见的合并症及其防治
相关 专业 知识	掌握实验室诊断学、影像学等在内科疾病中的应用、适应证与禁忌证等，外科与妇产科疾病等与内科疾病有关鉴别诊断或治疗的内容等，并了解遗传学的遗传规律、流行病学的理论与方法在内科中的应用等	专业 实践 能力	掌握体检诊断、症状学、与问诊有关的知识、正常与常见疾病的心电图，熟悉内科其他常见器械检查的适应证与应用范围、禁忌证及注意事项

7. 人机对话是考生的薄弱环节，也是本书的特色。非亚专业考试内容已经在大纲本书各章节中标明。咨询电话：010-63814096

2008年10月于北京

2008 年考生经验介绍（内科专业）

考生叶梓梅：了解哪些知识不是本专业考的太重要了

考内科主治又分了很多亚专业，考前一定要仔细研究考试大纲，《考试指导》只是一个大概提示，其实很多病不考。比如我是报考呼吸病专业的，呼吸的内容固然都是要考的，但其他消化、心血管、肾病之类的很多病根本不需要复习，大纲要求很明确但指导书混编在一起，哪些疾病该仔细看，哪些该略看，需要仔细对照大纲，非常麻烦。要是按大纲要求编排并标明考核要求的书就好了！

考生张菁：超纲题很多

考题跟大纲出入较大，很多题目超纲。根本找不到答案。尤其是相关专业知识连免疫、解剖知识都考到了，很是为难人。事前没有看到，答题纯粹靠蒙。相互交流的答案也是五花八门，不知道该听谁的。要是标准答案或者有老师指导就好了。

考生李丽萍：平时积累很重要

不考重点，考次要的东西。考得太细太专了，仅靠临床经验还不够，必须要有相当的理论功底。考前以为凭自己那么长时间的临床经验，应该有把握，但考后才觉得真正有把握的题并不多。幸亏手头有本《实用内科学》，平时闲在时经常翻阅，没想到考到了很多。所以参加这种考试平时积累很重要。

考生刘雪梅：复习题非常重要，千万别选错了。

考题覆盖面广，有难度！书店里卖的那些所谓“习题集”误导者居多，尤其是那些没有按照当年大纲编写的，打着根据最新考试大纲编写的幌子，可把我坑苦了。考题与那些模拟题根本不是一个路子。尤其是人机对话考题根本不是那些书列的那样！只有历年真题还算是沾些边。建议后来的考生注意了，买书前一定要向上年考生问问考题是怎么样的，可别听书店的人瞎忽悠。那些书上的题包括及网上的模拟题都很简单，以至于误以为考题不过如此，没有认真复习，所以感觉题难！

告诉大家选参考资料的秘诀：就看书里有没有那种 7 个以上备选答案、病例一大串串的考题，如果没有就是过时的旧版书，建议别买。

考生王近六：必须细看教科书

第二单元相关专业知识和第四单元实践能力太难了。考完最大的感觉就是题目出的太细太专，不过大部分题目在教科书上还是找得到答案的；最亏的地方就是复习时把大部分时间花在考试指导上了，回头想来，细看教科书的话应该效果更好的。还是要把教科书吃透。不考重点，考次要的东西。辅导书只能作为一种参考，主要还是要看教科书。做了些模拟题，沾边的实在太少。最可恶的是，有的习题书内容跟上年完全一样，只是换个封面。通过今年的考试才知道啥叫上当！

考生石巧美：关注新进展

考前看了两遍六版《内科学》，找了些配套习题做了一遍，考后觉得很后悔，应该多

看点最新进展。因为题目不是全在教科书上的，考了不少新进展的内容。感受最深的是：复习时一定得前后联系，多记笔记，比如：复习到血液系统，哪些病会有脾脏肿大，那些不会有，考场上类似这样前后知识连贯的考题很多。课本上未必会有但考试内容里面有。指导书空洞些，是原则方面东西，主要还是要看课本，总的来说考时几分钟，台下十年功！指望考前背几天书过不了这考试。当然做些习题有好处。

考生韩彦：做真题和做题的方法都很重要

临床工作非常之忙，真正复习都已经到了4月份，只好主要以做题为主，做错了，去看看相关内容，这样也记得牢些，感觉做真题很重要，其中考试中有些相同的题。《指导》配合做题，有详细解释的习题更要认真看。做题的方法：凡是做错的题或者虽然做对了但是不知道为什么对或者虽然对答对这道题有100%的信心可是对题目里某些备选答案的知识点比较陌生，那么就在题号上划个圈做个标记，然后把《教材里》相关的内容仔细看一遍。看的过程中要把自认为的考试重点在书上标记出来。

考生章良：人机对考题（病例思维题）不能返回检查，还倒扣分，太难了。

第一次参加考试，时间太紧张了。尽管考前做了模拟题，但感觉还是时间不够。尤其那种病例串题，答案都象又不象，要把正确答案都选出来除非做过此题，而且读完题干时间就差不多到了。以前为了公平，要求标准化答题，几乎是单项选择，但今年的题目变成了全部是多项选择，多项选择的答案必然有主观因素，答案的正确性是仁者见仁，智者见智。今年人机对话难度太大，钻牛角尖，第四单元考的10多个病种几乎是少见病。考主治应该是考常见病，多发病为主。有刁难考生的嫌疑。另外题干出现后，第一问基本是让你去胡猜，就像大海捞针。紧接着的辅助检查像羊拉屎一样，一点一点给，作题时不能再退回去看前面的辅助检查。而且没有说明总题量（考后才知道是50个小题），不好分配时间，就算你作完后还剩余很多时间，也不能退回去检查、修改，有点像霸王款。每个提问竟然备有8个甚至更多备选答案，而平常见到只有4个或5个备选答案，难度增加太大，何况还要倒扣分，这样难度更大。让人一下子难以适应。

考生楚涵：考试范围必须清楚

我报考的专业是神经病学，但实际上的考试内容不止是神经病学。请考神经病学的朋友切记：考试关键的复习是内科学和部分诊断学内容，相信从事5年神经内科工作的朋友对神经病学的解剖、生理和临床技能经验应该没问题的，但试题的前三门均是大内科的，平时不怎么接触，考试的很多内容是很基础的，如病理学和影像学等。最后要求是每门都要及格，不是算总分。

仔细看考纲的话会发现，内容要点后有1~3的数字，1是基础知识，2是相关专业知识，3是专业知识。所以大家看到的基础知识考试就是1那部分。而专业后面开始的2代表了相关专业知识（包括各位报考的亚专业中的2和各亚专业必须全部要求掌握内容中的2），而象各亚专业中非本专业人员不需掌握的知识大家可以看到全是3，这部分题目非此专业的不用复习，当然在专业知识考试中不会考！所以根据以上的判断结合之前的说明，专业知识只考本专业的内容，而不是以前的各专业混在一起。

2008 年使用“知无涯”丛书的考生体会

下文摘自考生来信和本部网站留言，我们摘登了部分有代表性的考生体会。如觉得有自我标榜的嫌疑，不妨找找上年考生核实和听听他们的意见。

考生常亮

书店里面有关考主治的习题很多，初看时怀疑四军医大版“知无涯”丛书为什么跟其他书完全不一样？因为以前没有听说过这家出版社，没敢买，第二次去买的时候，留了个心眼，找来去年考过师兄同往，师兄只说一句话：“好像去年的题就是这个摸样的”。还真别说，今年考题尽管书里的原题很少，但思路完全一样，周围都说考题太难了，我没有这感觉，尤其是第四单元，因为熟悉套路，并没有感觉太难。

考生金华源

前几年参加过执业医师考试，用的就是顾恒老师编写的历年真题，考主治了，一看又是顾恒老师编写的书，连想都没想就买回去研读了。说实话，主治比执业医师难多了，书中不如执业医师考试原题多。今年四单元一次全过，比我们那帮难兄难弟比强多了，我觉得他们跟看书不当有相当关系。

考生丘志鹏

我是从网上看到图书介绍然后邮购的，跟出版社电话联系时有幸跟顾恒老师通上了话，我问：“时间太紧，怎么复习最有效”。老师让我先别看书，干脆直接做题，做题配合看书，遇到不懂就再找答案、找依据，并且一定要弄懂知识点的来龙去脉，过一周再看看这道题是否印象清楚。还真别说，考的就是那些似是而非的知识，我第一次考就全部幸运通过（分都不高）多亏了老师的指导。

考生何晓飞

我的同事用的都不是四军医大版“知无涯”考试用书，她们还笑话我另类。我当时也是忐忑不安。但考试结果证明我的选择是对的，尽管考试原题不多，但难度和题型跟考题完全一致，我们一起参加考试的4个人只有我是四门一次通过。而她们都至少挂一门。

考生孔力建

把书都买齐了，光复习题就买了四个版本，都看了几眼，当时最反感的就是四军医大版“知无涯”系列：题型完全不同、难度大、字小，加之没听说过（名气小），就扔一边了。但考后才知道怎么回事了：只有这本书跟考题最接近。后悔！明年再战吧！

考生李利国

每章前面对考试范围都标有“★★★★★”、“★★★”、“★”，太好了！节省了很多时间。后来我干脆先做这本习题，再看书。我报考的是消化专业，对于消化以外其他专业知识，只要是这本书里对某个病没有标“★★★★★”就不用看了。

卫生专业技术资格考试题型介绍

考试题型如下：

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. A1 型题（单句型最佳选择题） | 5. B1 型题（标准配伍题） |
| 2. A2 型题（病例摘要型最佳选择题） | 6. B2 型题（扩展配伍题） |
| 3. A3 型题（病例组型最佳选择题） | 7. X 型题（多选题） |
| 4. A4 型题（病例串型最佳选择题） | 8. 不定项选择题 |

（一）A1 型题

单句型最佳选择题，此题型对基础、临床有较宽的适用性。传统题型，不再举例。

（二）A2 型题

病历摘要最佳选择题：多用来考查临床技能和知识，对基础学科此题型也很适用。题干用一个叙述性主体（如简要的病历），有 5 个供选择的备选答案组成，也可以象 A1 型题一样，设成标准和否定型。

题例 1：女，35 岁，患肺结核已 3 年，治疗不规则，2 天前受凉后发热，T 38℃，体检无明显异常，胸片示两上肺片状阴影，伴不规则透亮区，为判断肺结核是否有活动，下列哪项有意义

- | | |
|-------------|--------------|
| A. 痰结核杆菌阳性 | B. 胸片上有空洞性病变 |
| C. 胸片上浸润性病灶 | D. 发热等结核中毒症状 |
| E. 血沉增高 | |

（三）A3 型题

病历组最佳选择题：试题结构是以病历为中心的描述，然后提出 2~3 个相关的问题，每个问题均以此病历为背景，提出测试要点，每个测试要点（问题）由 5 个备选答案共同组成，但备选答案只有一个是正确的。试题也可以采用 A1 中的否定型。

题例 2：女，50 岁，午后发热伴咳嗽痰中带血 1 周，体检：左肩胛间区有湿罗音，血沉 50mm/h，血白细胞 10.0×10^9 ，NO.78，胸片示左上肺斑片阴影伴 1cm × 1cm 透光区。

（1）最可能的诊断是（C）

- | | |
|-----------|-----------|
| A. 支原体肺炎 | B. 肺炎球菌肺炎 |
| C. 浸润型肺结核 | D. 肺真菌病 |
| E. 支气管肺癌 | |

（2）确诊的首选检查是（D）

- | |
|-----------|
| A. 胸部 CT |
| B. 胸部核磁共振 |
| C. 结核菌素试验 |

- D. 痰找抗酸杆菌
- E. 痰细胞学检查

(四) A4 型

病历串型最佳选择题：此题也同样适用于基础学科考试，试题以叙述一个病历为背景，而后根据病情发展提出 4~9 个相关问题，每问有 5 个被选答案组成，但只有一个标准答案，每个问题可以选用 A1 型题中讲的标准或否定型。

题例 3：男，55 岁，气急、干咳 2 周，有高血压病史 5 年，有长期吸烟史，体检：气管居中，心律齐，120 次/min，A2 > P2，右胸叩呈浊音，呼吸音消失，肝肋下 3cm，X 线胸片示右侧大量胸腔积液，心电图电轴左偏，左室高电压，尿常规蛋白（+）

(1) 诊断首先考虑 (A)

- A. 肺癌胸膜转移
- B. 结合性胸腔积液
- C. 高血压心脏病心力衰竭度
- D. 肝硬化、肝性胸水
- E. 肾癌胸膜转移

(2) 若胸水检查为血性，找到腺癌细胞，为找原发病灶最有价值的辅助检查是 (B)

- A. 胸部体层摄影
- B. 胸部 CT
- C. 同位素扫描
- D. 彩色超声波
- E. 支气管造影

(3) 假设信息：再进行化疗过程中出现右下肢肿胀、疼痛，符合深静脉炎表现，次日突感气急、胸闷和心前区痛，成进行性加重，明显紫绀，不能平卧，心率 120 次/min，心界向右下扩大，左下呼吸音低，心电图示：窦性心动过速，电轴明显右偏，不完全性右束支传导阻滞，目前最有可能的并发症是 (C)

- A. 急性左心衰
- B. 急性心肌梗死
- C. 肺栓塞
- D. 窒息
- E. 肺癌恶化，压迫大气道

(五) B1 型

标准配伍型，可用于临床、基础学科考试，可有效地测试各相关学科知识。试题首先给出 5 个备选答案，备选答案后再提问，每问在备选答案中选^Ⅱ一个正确答案，每个备选答案可被选用数次或一次，也可以不选。

题例 4：a. X 线胸片见单个薄壁圆形阴影；b. X 线胸片呈大片状阴影内有个空洞伴液平；c. X 线胸片呈有偏心空洞，内壁凸凹不平；d. X 线胸片上部有小片状阴影伴空洞；e. X 线胸片大片状阴影，在肺叶或肺段分布；

- (1) 细菌性肺炎 (E)
- (2) 肺癌 (C)
- (3) 肺结核 (D)

(六) B2 型题

扩展配伍题：基本同 B1 型题，只是备选答案由 B1 型的 5 个增到 8 个答案，因增加了

备选答案，提高了试题的难度和可信度。

题例 5: a. 肺结核球; b. 肺曲菌病; c. 肺炎性假瘤; d. 肺错构瘤; e. 淋巴瘤样肉芽肿病; f. 肺脓肿; g. 肺癌; h. 肺囊肿继发感染; i. 支气管腺瘤; j. 肺隔离症

根据下列病历的症状和 X 线征象，最可能的诊断是：

(1) 男，65 岁，刺激干咳伴痰血 3 个月。X 线胸片示右上叶前段 3cm × 2.5cm 块影，分叶状，边缘有短毛刺 (G)

(2) 女，40 岁，无症状，健康体检发现胸片右下肺外带约 3cm × 3cm，密度不均匀呈爆米花样钙化影 (D)

(七) X 型题

多选题：由一个题干和 5 个备选答案组成，选出的备选正确答案可以是 2-5 个，此题型可广泛用于基础和临床试题。

题例 6：渗出性胸腔积液特点有 (ABCDE)

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| A. 比重 > 1.018 | B. Rivalta (+) |
| C. 白细胞 > 500/mm ³ | D. 胸液/血清 LDH > 0.6 |
| E. 葡萄糖 < 1.11mmol/L | |

(八) 案例分析题 (不定项选择题)

案例分析题是一种模拟临床情境的串型不定项选择题，用以考查考生在临床工作中所应该具备的技能、思维方式和对已有医学知识的综合应用能力。侧重考查考生对病情的分析、判断及其处理能力，还涉及到对循证医学的了解情况。考生的答题情况在很大程度上与临床实践中的积累有关。

试题内容包括两个维度，一个维度是就诊的时间点 (初诊、复诊、急诊和住院治疗)；另一个维度是医生的临床任务，包括采集病史、体格检查、解释实验室检查结果、鉴别诊断、提出可能的诊断、评价病情的严重性、分析病因及发病机制、处理病情和预后。不同就诊时间点考查的临床任务重点有所不同，例如初诊更强调采集病史和体格检查，而复诊注重的是疾病的确诊、治疗和预后。

试题由一个病例和多个问题组成。开始提供一个模拟临床情景的病例，内容包括：患者的性别、年龄 (诊断需要时可加上患者的职业背景)、就诊时间点、主诉、现病史、既往史和家族史。其中主要症状不包括需体格检查或实验室检查才可得到的信息。随后的问题根据临床工作的思维方式，针对不同情况下应该进行的临床任务提出。问题之间根据提供的信息可以具有一定的逻辑关系，随着病程的进展，问题之前可以提供新的信息。

每道案例分析题至少 3~12 问。每问的备选答案至少 6 个，最多 12 个，正确答案及错误答案的个数不定 (≥1)。考生每选对一个正确答案给 1 个得分点，选错一个扣 1 个得分点，直至扣至本问得分为 0。案例分析题的答题过程是不可逆的，即进入第二问后不能再返回修改第一问的答案。

题例 7：患者，男性，60 岁，18 时参加聚餐，饮 39 度白酒 259ml (平时饮同类酒 400ml 而不醉) 半小时后，出现阵发性腹痛伴恶心，于 20 时来院急诊，有高血压病史 8 年，平时服心痛定 10mg，每日 3 次，血压波动在 20~24/12~13.3kpa，平时无胸闷心绞

痛，体检：体温 36.8 摄氏度，脉搏 90 次/分，呼吸 22 次/分，血压 20/10kpa。心律齐，肺听诊无异常，腹软，剑突下压痛弱阳性，无腹肌紧张，四肢活动正常。

第一问：急诊时应当考虑哪些急诊病？

1. 急性胃炎
- 2 急性胆囊炎
- 3 急性胰腺炎
- 4 心绞痛
- 5 急性胃肠炎
- 6 高血压
- 7 急性心肌梗塞
- 8 脑血管意外
- 9 急性肠炎
- 10 胃穿孔
- 11 急性酒精中毒

第二问：进一步体检，病人神志清楚，颈软无抵抗，心肺听诊无异常，腹软，上腹部无明显压痛反跳痛，无包块，墨非氏征阴性，叩诊肝浊音界存在，四肢运动正常，病理征阴性，血淀粉酶正常 WBC $11 \times 10^9/L$ ，NO.78 肌磷酸激酶（CK）100 单位/L，此时可排除下列那些疾病？

- 1 急性胃炎
- 2 急性胆囊炎
- 3 急性胰腺炎
- 4 急性心肌梗塞
- 5 心绞痛
- 6 脑血管意外

第三问：病人仍有剑突下轻压痛，经局部按摩疼痛减轻，莫非氏征阴性，确诊为急性心肌梗塞，此时急诊措施包括哪些？

- 1 绝对卧床
- 2 持续吸氧
- 3 度冷丁 75mg 肌注
- 4 持续心电监护
- 5 持续静脉点滴硝酸甘油
- 6 定期翻身

第四问：经度冷丁 75mg 肌注及休息吸氧静脉点滴硝酸甘油综合处理后，胸痛仍持续 5 小时未能彻底缓解，拟行静脉溶栓。下列哪些是溶栓适应症：

- 1 年龄 60 岁
- 2 发病 5 小时
- 3 急性下壁心肌梗塞
- 4 有高血压病
- 5 饮酒后

6 无心律失常

第五问：经静脉点滴尿激酶 120 万单位后，疼痛迅速缓解，以下那些是冠脉再通的指标：

- 1 疼痛迅速缓解
- 2 心电图恢复正常
- 3 出现 Q 波.
- 4 ST 段下降大于 50%
- 5 心肌酶峰提前
- 6 冠脉造影血管畅通

第六问：经静脉点滴尿激酶 120 单位后，出现频发早搏及阵发性心动过速，此时处理要点？

- 1 利多卡因 80mg 静注继之以 2mg/分利多卡因静脉滴注
- 2 静脉观察暂不处理
- 3 加大硝酸甘油静滴的量
- 4 应用镇静剂
- 5 停用抗凝剂

了解人机对话考试

人机对话考试采用计算机这一现代化工具，突破了传统考试方法表达试题形式的限制，它可以利用声音、录像、图形等多媒体形式，真正做到视觉和听觉相结合，文字和画面相结合，借助典型病例和各种生动的画面（如典型体征、X线、心电图、超声心动图等）营造接近临床实际的环境，通过计算机显示，考生边观察边分析边判断边回答问题，能较全面、真实地反映出考生解决临床问题的能力和水平，从而对卫生专业技术人员进行正确评价，更好地实现资格考试实施的初衷，为选拔卫生专业技术人才提供更合理、更科学的依据。

人机对话的考试方式还可以准确地控制考试时间，设定的时间一旦用尽后，计算机将自动收卷，任何考生无法继续作答，确保了考试时间对所有考生的公平性。同时，人机对话考试在某一层面也测试了考生运用现代化工具的能力，是国内外医学考试发展的方向。

对于临床实践能力测试评估科学化研究和探索，在西方特别是英美国家已经有很长的历史，而且从未停止过。以美国专科医师证书考试为例，侧重考查知识的应用和解决问题的能力。测试内容以案例分析为主，通过考察对常见病、多发病及常见急症处理，以及一些复杂案例的处理，来鉴定考生对相应核心知识及技术的掌握。人机对话考试在越来越多的证书考试中得到普遍应用，美国普通内科医师证书考试2003年开始启动人机对话考试，考试题型全部为最佳项选择题，对基本常识概念的考查只占很小的部分；重点考查考生对信息的综合理解判断能力，75%以上的题目涉及病案分析，题干内容一般包括简要的病情陈述，病史介绍，列表、图片等。共包括四个部分，每部分有60道题；每部分答题时间为2小时。考试时间（包括练习、正式答题、休息时间）大约持续10个小时；重点考查考生的临床思维能力和解决问题的能力。

在我国，承担卫生专业技术资格人机对话考试工作的卫生部人才交流服务中心，已多次邀请医学专家、教育测量学专家就如何考查卫生专业技术人员对知识的综合应用及临床实践能力，进行了大量调研。人机对话考试的新题型（案例分析题）将主观题客观化，一方面继承了选择题的优点，如高信度和高效度，快速出成绩，更容易做数据分析并提供信息反馈等；另一方面，案例分析题着重考查考生综合应用知识的能力，通过计算机实现作答的不可逆性，更接近现实临床情景。

在2008年度卫生专业技术资格考试中，实行人机对话考试的科目时间每个单元为1.5小时。对于参加考试的卫生专业技术人员而言，除掌握专业知识和专业实践能力外，还应掌握计算机的基本操作，熟悉人机对话考试形式、题型和特点，方能取得好成绩。

与纸笔考试不同的是，在人机对话考试中的某些特定情形下，考生作答操作是“不可逆”的。在进行“专业知识”科目考试时，在某一题型（如“单选题”）的测试过程中，考生是可以随时查看、修改此题型内任何一题的选择答案的，而一旦确认完成作答、

进入新的题型时（如结束“单选题”，进入“共用题干单选题”），考生将不能退回到前一测试题型（“单选题”）进行查看和修改答案。在进行“专业实践能力”科目考试时，针对每道案例分析题，只有完成前一个问题才能看到下一问题，并且在确定进入下一问题后是无法对前面问题的作答进行查看和修改的（如当确认完成“第1问”，进入“第2问”后，考生无法查看或修改其“第1问”的选择）。这种情况下，考生既要认真作出回答，也要特别注意合理安排考试时间。在人机对话考试整个过程中，计算机屏幕下方会显示答题进度和考试剩余时间，方便考生控制答题速度和掌握时间。具体题型及题量以实际考试为准。

计算机操作水平：人机对话考试较纸笔考试只是测试形式的一种转变，其测试目标仍然是考生的专业知识掌握情况和实际应用能力，而非考生的计算机知识或操作能力。人机对话考试系统提供的是一种接近“傻瓜式”的操作，在整个考试过程，考生通过简单的键盘和鼠标操作就能完成作答，因此并不需要过多的担心。即便如此，考前熟悉考试系统操作和题型仍然是必要的。在考前，卫生部人才交流服务中心将会提供给考生人机对话考试真实场景预演，让考生熟悉考试环境，了解考试题型，具体情况请适时关注中国卫生人才网（www.21wecan.com）。

复习注意事项：和纸笔考试一样，考生复习的主要依据是考试大纲。由全国知名专家组成的专家委员会每年都会根据学科进展和岗位需求变化对考试大纲进行修订，并依据考试大纲进行命题。在中级全科医学、临床医学的大纲中，专业知识部分涵盖的考试范围是经专家论证后认为一个考生要成为一名主治医师应该具备的知识和技能；专业实践能力部分的大纲内容则列举了该专业的常见病种诊断及处理原则。

人机对话考试主要考查考生在临床环境中对知识的应用能力，而不是书本的死记硬背。试题题干内容多数以病例描述为主，考生通过阅读病例，在病例中提取重要信息，然后进行分析诊断作答。因此，“临阵磨枪，不快也光”的复习模式并不适用于这种考试。考生应该注意日常工作中专业知识和实践技能的积累，特别应有意识地加强自己病例分析能力的培养。

目 录

第一篇	内科主治医师考试基础知识单元考题选登（各专业通用）	(1)
第二篇	医学伦理学（各专业通用）	(4)
第三篇	症状与体征（各专业通用）	(7)
第四篇	传染病学专业	(30)
第五篇	呼吸病学专业	(82)
第六篇	心血管病学专业	(154)
第七篇	消化病学专业	(200)
第八篇	内分泌学专业	(249)
第九篇	血液病学专业	(278)
第十篇	肾脏病学专业	(338)
第十一篇	风湿性疾病与免疫学专业	(419)
第十二篇	职业病学专业	(467)
第十三篇	神经病学专业	(470)
第十四篇	人机对话模拟考试光盘（随书配赠）	

第一篇

2007 年内科各专业基础知识单元和相关专业知识单元考题选登

1. PPD 阴性见于下列哪种疾病
 - A. 原发型肺结核
 - B. 空洞型肺结核
 - C. 急性血型播散型肺结核
 - D. 结核性胸腔积液
 - E. 淋巴结核
2. 在缺氧环境中,结核菌
 - A. 生长较旺盛
 - B. 繁殖旺盛
 - C. 不繁殖,可生存 2~4 月
 - D. 不繁殖,可生存一段时间
 - E. 不能生存
3. 肺结核复发用药
 - A. INH
 - B. PZA
 - C. SM
 - D. EMB
 - E. 左氧氟沙星
4. 正常主动脉瓣口面积
 - A. $>0.5\text{cm}^2$
 - B. $>0.75\text{cm}^2$
 - C. $>1.00\text{cm}^2$
 - D. $>2.00\text{cm}^2$
 - E. $>3.00\text{cm}^2$
5. 肺炎治疗有效时,症状检查顺序为
 - A. 发热、咳嗽、WBC、胸片
 - B. 发热、WBC、咳嗽、胸片
 - C. 咳嗽、WBC、胸片、发热
 - D. WBC、发热、咳嗽、胸片
 - E. 发热、咳嗽、胸片、WBC
6. 流行性乙型脑炎发生时间
 - A. 5~7 月
 - B. 6~8 月
 - C. 7~9 月
 - D. 8~10 月
 - E. 12~3 月
7. Graves 病不正确的是
 - A. 多发结节
 - B. 复视
 - C. 流泪
 - D. 浸润型突眼
 - E. 局限性粘液水肿
8. 正常时,肾小管吸收肾小球滤过液总量为
 - A. 1%
 - B. 10%
 - C. 50%
 - D. 90%
 - E. 99%
9. Fe 吸收见于
 - A. 胃
 - B. 十二指肠
 - C. 空肠下段
 - D. 回肠
 - E. 乙状结肠
10. 深反射见于
 - A. 掌反射
 - B. 下颌反射
 - C. 腹壁反射
 - D. 角膜反射
 - E. 足趾反射
11. 年轻人禁水 12 小时后,尿比重
 - A. 1.000
 - B. 1.005
 - C. 1.010
 - D. 1.020
 - E. 1.025
12. 放射性 ^{131}I 用于
 - A. 甲亢危象