



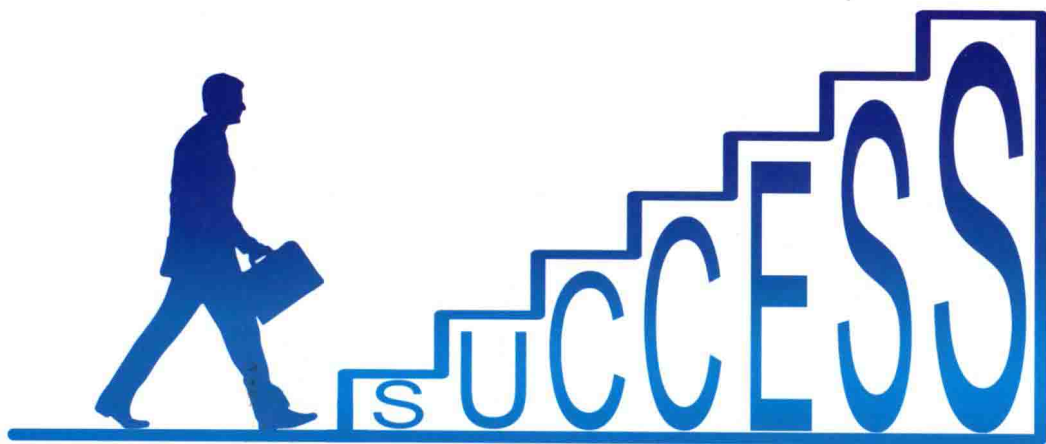
颐恒网校名师课堂丛书·卫生资格考试辅导系列

总主编 颐恒

内科学主治医师资格考试 强化训练题库

主 编◎张 红 杨淑光 崔维刚 南宗焕

不是做内科学题就能通过主治考试
不是所有临床实践能力题都能蒙对
不是所有辅导用书都符合主治考试



辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

颐恒网校名师课堂丛书·卫生资格考试辅导系列

内科学主治医师资格考试 强化训练题库

主 编 张 红 杨淑光 崔维刚 南宗焕

副主编 刘 伟 张 源 李成立 吕志敏

崔 建 付金栋 王 慧 冷 静

主富浩 王婷婷

编 者 刘加强 张海燕 何 燕 姚永远

张丽丽 付 蓉 刘 涛 苏 萌

张雪梅 陈 垚 胡晓丽 王 静

乔利华 陈文静 刘 超 高兴晓

徐淑娟 王 鹏 张晓君 潘晓枫

刘伟_(小) 王光东 庄 园 吕 芳



辽宁科学技术出版社

LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

内容简介

根据国家卫生人才交流考试中心发布的内科学主治医师资格考试大纲,我们专门组织专家编写了《内科学主治医师资格考试强化训练题库》。本书根据最近五年考试真题和相关教材,结合网校多年的教学经验,广泛听取了考生和考官的建议编写而成。旨在通过真题分析,找出命题规律,以衡量考生对本专业知识掌握的程度,从中找出自己的薄弱环节。本书为参加2017年内科学主治医师资格考试的必备考试类用书。

图书在版编目(CIP)数据

内科学主治医师资格考试强化训练题库/张红等主编. —沈阳:辽宁科学技术出版社, 2016.12

ISBN 978-7-5591-0038-2

I. ①内… II. ①张… III. ①内科学—资格考试—习题集 IV. ①R5—44

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第288218号

内科学主治医师资格考试强化训练题库

版权所有 侵权必究

出版发行:辽宁科学技术出版社

(地址:沈阳市和平区十一纬路29号 邮编:110003)

联系电话:024-23284376/010-88019650

传 真:010-88019377

E-mail: fushichuanmei@mail.lnpgc.com.cn

印刷者:北京美图印务有限公司

经销者:各地新华书店

幅面尺寸:185mm×260mm

字 数:1568千字

出版时间:2017年1月第1版

印 张:49.75

印刷时间:2017年1月第1次印刷

责任编辑:李俊卿

封面设计:何睿烨

版式设计:天地鹏博

责任校对:梁晓洁

封面制作:何睿烨

责任印制:高春雨

如有质量问题,请速与印务部联系 联系电话:010-88019750

ISBN 978-7-5591-0038-2

定 价:98.00元

磨刀不误砍柴工

——谈主治医师考试复习应注意的几个问题

顾 恒

全国卫生专业技术资格考试（简称“主治医师考试”）统一分为“基础知识”、“相关知识”、“专业知识”和“专业实践能力”4个单元，改用“人机对话”方式进行。从近三年的考题可以看出，考题越来越接近临床实践：突出了病例分析题，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。这种紧密结合实践的考试要求和题型的变化让考生感觉难度明显加大，加之被某些过时的所谓“权威”复习资料推波助澜，基层医师通过率可想而知。显然，应对这一层次的考试绝不能靠考前突击，死记硬背课本来通关。作为常年在教学一线的老师，结合近几年从事医学考试辅导工作的体会，谈几点看法，希望能够帮助到考生。

首先，思想上要重视，保证一定的复习时间。尽管考核范围属于考生所熟悉的专业领域，但考题灵活性强，故历年考后议论很多，比如超纲、难度大、题偏等等。这些无一不是仓促应考的结果。少于两个月的考前突击背书，或者闷头做题注定会失败。尽管60分及格，但全国平均及格率一直在40%左右，并且还是按照单元分别计算的，如果按照4个单元一次通过计算，及格率比40%还要低得多。而被淘汰的群体主要集中于基层医院（当然也是报考人数集中的群体），其中最主要的原因就是考前对此考试的难度和要求不够了解。

其次，要掌握考试题型、难度和要求。尽管都是选择题，但考生往往只熟悉传统的A型题（单选题）、A3/A4型题（B1型题、B2型题、X型题都已经删除），而对不定项选择题以及机考方式由于没有认真练习过，往往会措手不及。因为在电脑前考试和在纸制试卷前的思维感觉本身就有区别，加之回答后一问时不能返回看前文，造成“思维急刹车”。很多考生反映时间不够，就是缺乏实战模拟之缘故。针对这一薄弱环节，本书后文有专题总结，也是本书之特色所在，建议考生认真研读。

第三，选择合适对路的复习教材。为什么每年都有考生反映超纲题不少？其中的原因主要还是复习的深度不够。总结近几年的经验，我们网校推荐考生研读八年制规划教材。

第四，适当做一定的练习题。考前练习非常必要，但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。一些不负责任的参考书打着“人机对话版”、“最新大纲版”等名号误导考生，考后才知题不对路，悔之已晚。我们这套强化训练题库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，吸取了往年考生的经验和教训编写的。经过近年的实考检验已经证明：题型、难度、思路最接近真题。有关经验和体会，后文有考生经验介绍，要认真研读，定能起到事半功倍之效。尤其是人机对话试题，凝聚了我们授课老师的教学精华，目前国内对该类试题的开发和设计除命题专家外很少有人涉及，所以也只有本书敢说“感受真正的人机对话试题”。

第五，对于内科和外科专业的考生，一定要熟悉所报考专业的考核范围。内科和外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，复习前务必仔细研究大纲，否则会复习了很多非本专业的考试内容而无端浪费时间和精力。本书为帮助考生熟悉大纲，对每一个疾病都用“★”标记。

最后，温馨提示：我们网校从事多年医学考试教学，在考试教学辅导方面积累了丰富的经验。在老师的带领下学习，比自己闷头看书要强百倍的道理不难理解。建议大家扫描下面的二维码，聆听老师对主治医师考试的复习指导经验。



2016 年 11 月于北京

第四单元临床能力（案例分析题）考核应知应会 ABC

全国卫生专业技术资格考试（主治医师考试）分为 A1 型题、A2 型题、A3/A4 型题和案例分析题（不定项选择题）。早年还考过 B 型题和 X 型题。其中，难度最大的莫过于案例分析题。

据不完全统计，未过关者中有 70% 是在第四单元被卡下来的。什么原因呢？答案就在于不了解案例分析题）考核的应知应会 ABC。

A. 应知：案例分析题（不定项选择题）完全不同于其他题型

B. 应知：答题须知

C. 应会：考试经验和教训

一、应知：充分了解案例分析题（不定项选择题）完全不同于其他题型。

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、主诉、现病史、既往病史和有关的家族史。其中主要症状不包括需要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，随着病症的进展，问题之前可以提供新的信息。

每道案例分析题 4~12 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 0.5 分点，选错一个倒扣 0.5 点，直至扣至本

问得分为零。

最让考生无法适应的是，答题过程不可逆，即进入第二问后不能再返回阅读和修改第一问的答案。

考题举例如下：

【考题举例】

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 20/12 ~ 13.3kPa，平时无胸闷心绞痛。体检：体温 36.8℃，脉搏 90 次/min，呼吸 22 次/min，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？

- A. 急性胃炎
- B. 急性胆囊炎
- C. 急性胰腺炎
- D. 心绞痛
- E. 急性胃肠炎
- F. 高血压
- G. 急性心肌梗死
- H. 脑血管意外
- I. 急性肠炎
- J. 胃穿孔
- K. 急性酒精中毒

（注：考生回答完第一问后，不可返回阅读和修改，下同）

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，墨菲征阴性，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 $11 \times 10^9/L$ ，N 0.78，肌酸激酶（CK）100U/L，此时可排除下列哪些疾病？

- A. 急性胃炎
- B. 急性胆囊炎
- C. 急性胰腺炎
- D. 急性心肌梗死
- E. 心绞痛
- F. 脑血管意外
- G. 消化道肿瘤

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

- A. 绝对卧床
- B. 持续吸氧
- C. 度冷丁 75mg 肌注
- D. 持续心电监护
- E. 持续静脉点滴硝酸甘油
- F. 定期翻身
- G. 利多卡因注射

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证？

- A. 年龄 60 岁
- B. 发病 5 小时
- C. 急性下壁心肌梗死
- E. 有高血压病
- F. 饮酒后
- G. 无心律失常

第五问：经静脉点滴尿激酶 120 万 U 后，疼痛迅速缓解，以下哪些是冠脉再通的指标？

- A. 疼痛迅速缓解

- B. 心电图恢复正常
- C. 出现 Q 波
- D. ST 段下降大于 50%
- E. 心肌酶峰提前
- F. 冠脉造影血管畅通

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

- A. 利多卡因 80mg 静注，继之以 2mg/min 利多卡因静脉滴注
- B. 住院观察，暂不处理
- C. 加大硝酸甘油静滴的量
- D. 应用镇静剂
- E. 停用抗凝剂
- F. 华法林治疗

二、应知：答题须知

人机对话考试采用声音、图像、录像等多媒体形式，真正做到了视觉和听觉结合，文字和画面结合，借助典型病例和各种生动的画面（如典型体征、X 线/CT、B 超、心电图等）营造接近临床实景的环境。通过计算机显示，要求考生边分析、边判断、边回答问题，从而可以全面真实反映考生的临床实践能力和水平。

至于有的考生埋怨：“为什么不能退回去？”那么，你是否想到，如果你下达给护士医嘱的指令已经执行，还能返回修改吗？

1. 计算机屏幕显示的操作须知很简单：如图 1。

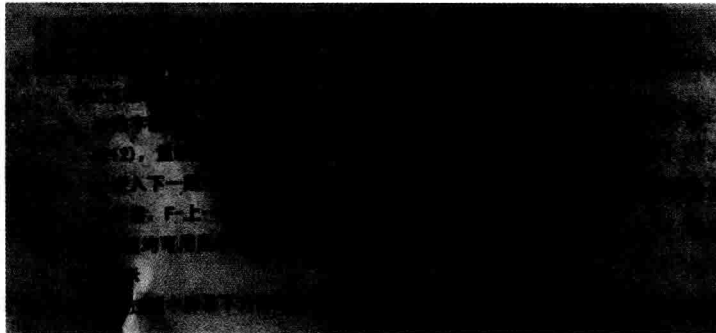


图 1

2. 摘要一直显示到结束：摘要显示位于屏幕上部，一般用于显示所考察案例描述性文字，在本案例的提问没有结束之前始终存在，以便随时为考生提供信息；当下一案例题出现后其自动消失，如图 2。

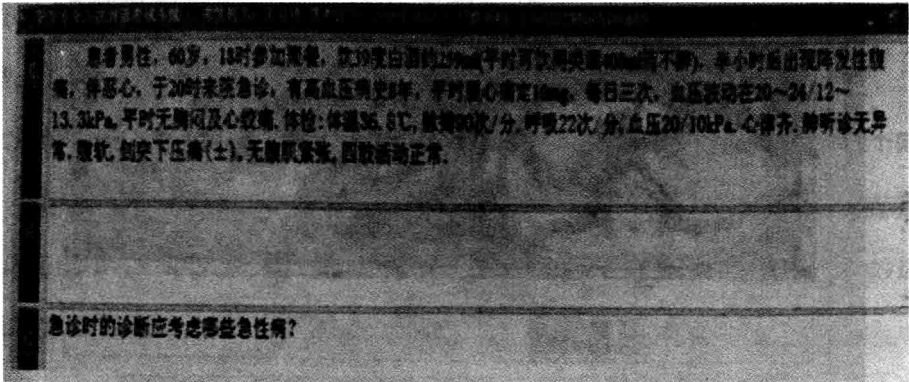


图 2

3. 提示、提问及答题操作部分答题完毕即不能返回：该部分位于屏幕中部；提示，即结合所提问题，提供一些参考资料，会反映病情变化或辅助检查的结果。提问，即需考生回答的问题，通常有 6~12 个备注答案，考生根据所提供的备选答案直接作答。如图 3。

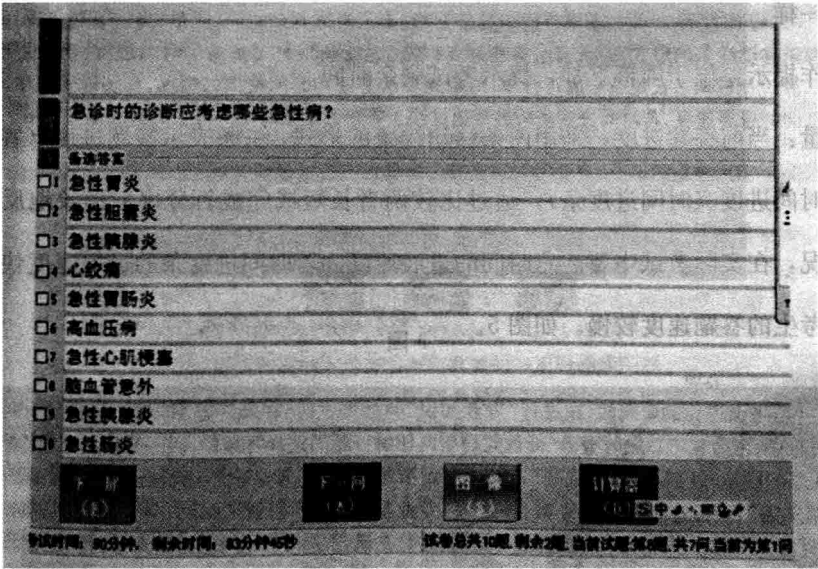


图 3

分别解释如下：

(1) 图片显示：图片可以是医学影像，也可以是心电图、脑电图、病理切片及实物图片等。作为答题的参考资料，当屏幕右下方提示可调用图片时，用鼠标点击或按相关键即换屏显

示图片，如图 4。

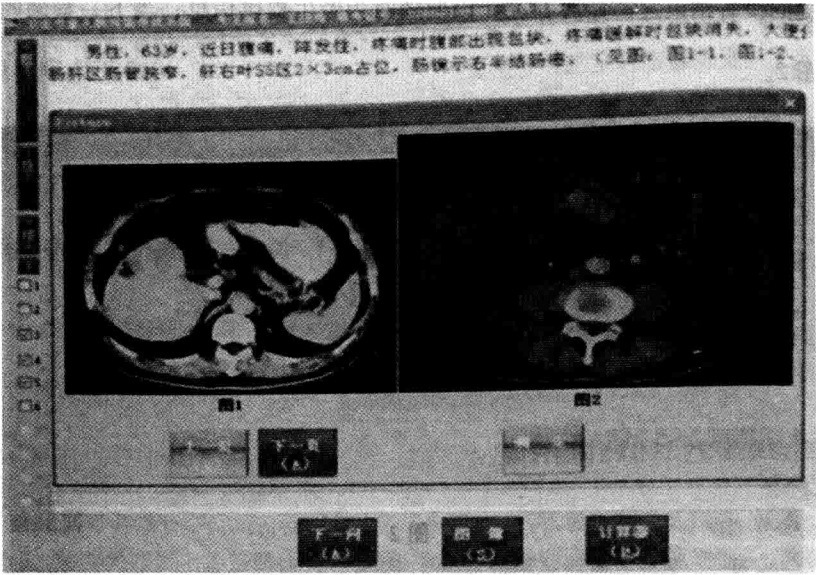


图 4

(2) 计算器的调用：考试过程中，有些试题可能需要进行简单的四则运算，如：单位转换、计量计算等，这时可以用。鼠标点击或按相关键在屏幕上调用“计算器”，其使用方法与普通计算器一样。

(3) 操作提示：位于屏幕下部，提示考试剩余时间。

(4) 题量：当前答题进度，采用两条移动线条的形式，一条表示答题进度（答题进度条）；另一条表示时间进度（时间进度条），通过比较两者长短或完成百分率，形象地反映答题与时间使用的情况，在实际考试中要注意时间的进展速度。若时间进度条的进展速度快于答题进度条时，反映考生的答题速度较慢。如图 5。

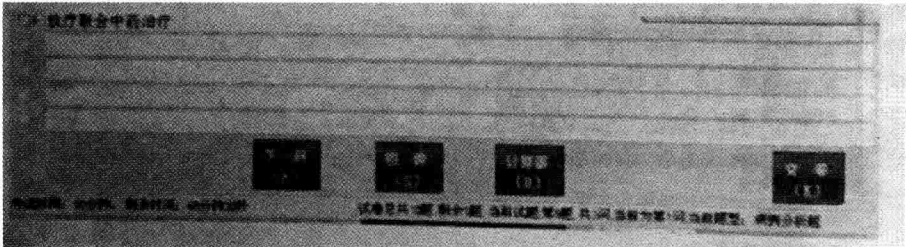


图 5

4. 注意事项

(1) 考试进程的单向性：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“不定项选择题”），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。

(2) 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个问题，并且在确定进入下一个问题后，则无法对前面问题的作答进行查看和修改（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，图6），因此，考生须谨慎、认真作答。

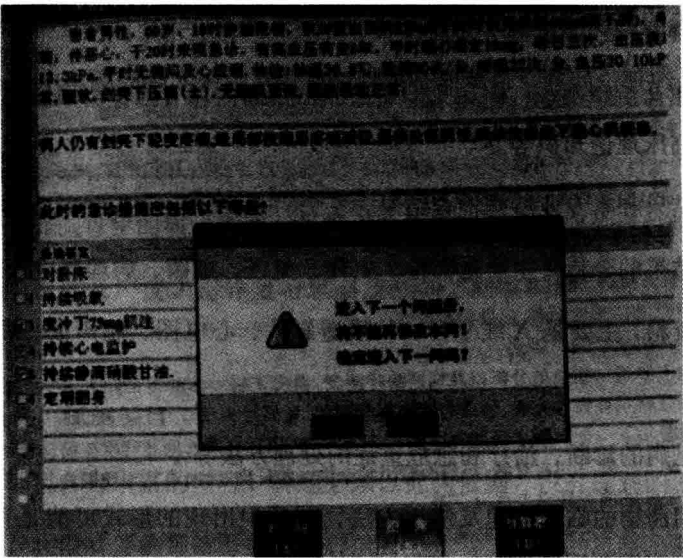


图 6

考试进程为“只可前进，不可后退”单向操作的原则，主要出于三方面的考虑：一是模拟临床、贴近临床，如医生下了医嘱，护士已执行，就无法更改了；二是因考试进程的单向性，使命题思路大为拓宽，题间互为关联，一环扣一环，令考生感觉如在现实工作中对患者进行检查、诊断、治疗；三是由于试题提问序贯性的特点，试题后面的提问往往已经明示或暗示出前面提问的答案，因此不允许考生再返回去进行修改。经多年的实践证明，考试进程单向性是完全符合卫生专业资格考试的特点。

(3) 中断考试：考生考试进程中因特殊原因，征得监考同意，可以由监考按相关键中断考试，如非机器故障，下一次考试必须使用同一台机器，并只能选择断点续考。

三、应会：第四单元（实践能力）解题技巧

第一，试题将围绕着某个病例逐步引申出有关的一系列临床问题。

如通过一个病例摘要，围绕着“胡言乱语、行为异常 2 小时”的某些问题，从急诊室接诊患者开始，直至诊疗方案，引出了一系列问题，可涉及疾病的临床表现、病史采集、精神状况检查以及病程演变过程中的检查、诊断和处理等。

第二，试题全部来自真实病例。试题以实际的临床病例为基础，通过适当“加工”而成。常见以下 9 个方面的内容：

1. 本专业相关的基础理论，如解剖学、生理学、生物化学、病理学和免疫学等。试题中出现的形式可能是纯理论问题，也可能是把理论贯穿在临床实际问题之中。
2. 本专业的临床理论知识等。
3. 常规检查结果和本专业特殊检查结果。
4. 常用检查结果的分析，主要是临检、生化、免疫、细菌、病理等检查。
5. 常见图像资料，主要是 X 线平片、X 线造影片、心电图、超声波、CT、MRI、核素检查等。
6. 本专业常见病的诊断、治疗和急危重症的处理方法等。
7. 本专业常用药物的临床药理及使用方法，试题中出现的形式可能是直接提问有关药理问题，或是通过如何选择药物来测试考生的临床药理知识。
8. 常见手术的适应证、禁忌证、术前准备、术后处理和术后常见并发症。
9. 与本专业相关的其他临床问题。

第三，每一个病例试题，上一个问题与下一个问题之间往往有紧密的连贯性，一环扣一环，因此在解答问题时要注意温故，联想前面曾经回答过的问题。若解题思路出现偏差，根据此规律及时予以调整。

历年考生关于第四单元（实践能力）答题经验和体会

“案例分析题”难度大，经过这些年的总结，我们网校收集了部分学员答题的经验和体会，总结如下。

1. 请教既往的考试者，吸取经验教训。

2. 思路由模糊到明朗化。

考题主要通过病例的分析以及病情治疗演变，得出正确的诊断及治疗方案。一般是对诊断所需信息逐渐补充和完善，思路由模糊逐渐明朗，最后给出诊疗意见。所以每一个病例题中，上一个问题与下一个问题之间紧密连贯，一环扣一环，因此在解答问题时要联想前面曾经回答过的问题。由于不能返回再看题，对前面给出的条件印象模糊，思路难免会出现偏差。

3. 每年度的演示题至少练习三遍。

中国卫生人才网提供每年的演示考题，尽管不会再考这些题，但是通过试题分析，可以了解所报考专业考试的深度及广度，指导复习思路及范围。回答问题应慎重行事，绝非谁选的多，得分就高。

4. 利用已知条件，抓纲编目。

试题中每一问都包含有丰富的内容，解题必须以此为依据，没有提到的不得轻易衍生。最常出现的错误就是，在没有正确理解考题的内容就开始作答。正确的思路是利用试题中现有条件，尽可能及时地把零散的资料归纳为特点，抓纲编目，准备答题。

5. 紧密结合临床实践，牢记规范操作和按照公认的观点答题。

因为考题完全模拟临床实际，一道病例题显示在考生面前，从本质上讲就是一个活生生的病例。如果将自己置身于临床，站在自己面前的就是一个描述病情的真实患者，回答问题一定要从实际出发。当然，所在医院的条件不同，要求不同，传统习惯也不同，实际工作中的方法也会有所区别。但作为考生，必须按照规范的要求来做，往往错误就出现在这里，甚至是致命的。试题源于实践，又高于实践。另外，注重诊疗原则和规范。答题应遵循目前公认的治疗原则和观点，切勿以最近某学术会议的观点，如可以采用某种药物进行治疗，疗效满意等等，就

按照此观点去答题，往往不能得分。

6. 准确理解题意，把握提问的关键词含义所在。

(1) 区别提问中常见的限定性词：如“哪些检查”与“哪（何）种检查”，“哪些诊断”与“哪（何）种诊断”，“哪些治疗”与“哪（何）种治疗”，“主要原因”与“可能的原因”，“主要诊断”与“考虑哪些诊断”，“可考虑”与“首先考虑”等提问词，它们直接提示选择的数量及要求，前者是多项，后者是单项。

(2) 注意提问中非限定性词：如“什么检查”“什么诊断”“怎样治疗”“怎样选择检查项目”等，这些提问可能是一种也可能是两种以上的答案。

(3) 注意逆向思维提问：提问中大多数是如何选择正确选项，但有时提问则属于逆向思维。如“下列哪项是错误的”“不包括哪些”等等。答题时，要特别小心。

7. 慎重作答，没有把握的就不选。

评分标准是选了正确答案得分，选了错误答案扣分，漏选正确答案不得分。而考试是程序化的，一旦考生作出检查、诊断和处理的选择并按了“下一步”之后便不能退回进行修改，完全模仿临床实际设计。由于每一个正确答案都占有一定的分数，因此在“力求多答”还是“只选择有把握的选项（错选要扣分）”之间，要慎重选择，三思而行。我们的体会是“没把握的就不选”。常见的几种答题模式难以得高分：①沾边就选，尽量多选，致使错答较多。相当于在临床中的这几种疾病都有可能，哪种疾病也不排除，似乎面面俱到却解决不了实际问题，不能给予明确的治疗计划。②过分谨慎，能不选则不选，宁可只选择准确的，从而漏选。③过分强调临床经验，针对个别症状与个别转归提出自己的独特诊断和见解，造成误诊。

8. 诊断与鉴别诊断是答题的关键环节。

只要这一步不出纰漏，后面的治疗顺理成章。

9. 合理分配时间。

90 分钟时间，大概 50 个小题，屏幕下方的时间记录要及时关注。

内科主治医师应考必读

内科主治医师考试属于历年考试难度最大、报考人数最多、通过率偏低的专业。原因很多，其中之一与考生不熟悉考试规则和命题特点有关。我们网校结合这些年的辅导经验，摘录以下几个问题，望考生关注。

一、四个单元各考哪些内容？各单元的题型是哪些？

尽管主治医师考试命题都分为基础知识、相关专业知识、专业知识和专业实践能力四个单元，但是，内、外、妇、儿等专业的考试命题范围是大有区别的。尤其是内科和外科，四个单元的考核内容和分亚专业的方法大不相同。

- 第一单元 基础知识，题型全部为单选题。
- 第二单元 相关专业知识，题型全部为单选题。
- 第三单元 专业知识，题型全部为单选题。
- 第四单元 专业实践能力，题型为单选题+不确定选择题。

内科四个单元的考试内容如下：

科目	考试范围	科目	考试范围
基础知识	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	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，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	实验室诊断学、影像学等在内科疾病诊断中的应用，适应证与禁忌证等，外科与妇产科疾病等与内科疾病有关的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	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，熟悉内科常见器械检查的适应证与应用范围、禁忌证及注意事项

二、内科如何区分亚专业

内科共分为以下 12 个亚专业：

- | | |
|------------|-----------|
| • 1. 内科学 | 2. 呼吸内科 |
| • 3. 心血管内科 | 4. 消化内科 |
| • 5. 肾内科 | 6. 血液内科 |
| • 7. 内分泌内科 | 8. 风湿免疫内科 |
| • 9. 神经内科 | 10. 传染病学 |
| • 11. 结核病学 | 12. 职业病 |

需要注意两点：

第一单元和第二单元，各亚专业通用。考试病种范围参见大纲。

第三单元和第四单元，各亚专业完全不同，考试病种范围参见大纲。

【提请注意】

内科与外科大纲对各亚专业考试范围的划分完全不一样，为避免考生走入误区，说明如下：

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，“内科学”没有单独列出大纲，报考“内科学”的考生在考专业知识、专业实践能力时，需要看所有标记★的内容。

温馨提示：本书为了体现大纲考核要求，用“★”做出了标记：

没有用“★”做标记的考题，表示只属于所报考亚专业的考试范围，报考其他亚专业考生不需要掌握。

用一个“★”标记，表示只属于所报考亚专业和内科学专业的考试范围，其他亚专业考生不需要掌握。

用“★★★”标记，表示报考内科所有专业的考生要求掌握，即相当于共同考试的内容。

三、内儿科各专业该如何复习才有效果？

1. 夯实基础，首先学好发病机制（第一单元），故需要扎实的解剖、生理、病理、药理学基础。

2. 第二单元属于各专业通用内容，虽然难度不大，但属于看到就有分的内容。难度比执业医师深不了多少。第三单元难度不大，极少出现失误。

3. 要想突破第四单元（专业实践能力）——失误最多的单元，需多做练习。

（1）如知识掌握深度不够，需要学习《实用内科学》。

（2）做题时必须结合临床实践。

4. 看什么书？做什么题？目前流行的考题有哪些？