

4.痰瘀互结证——治法:化痰散结,活血逐瘀。

修改:治法:理气化痰,活血逐瘀。

P934

不孕症

考点一概念、分类

女性不孕症是指夫妇同居,配偶生殖功能正常,未避孕1年而未妊娠者。婚后未避孕而未妊娠者称为原发性不孕;曾有妊娠而后同居未避孕1年未妊娠者称为继发性不孕。在我国,不孕症的发病率为7%~10%。

考点二 西医病因

不孕症,女方因素约占45%,男方因素约占35%,其中部分是男女双方都存在不孕的因素,无法查清原因的约占20%。女性不孕症因素中,以排卵障碍和输卵管因素居多,其他因素有免疫因素、子宫因素、宫颈因素、外阴及阴道因素及不明原因。

修改:

概念、分类

不孕症是指女性无避孕性生活至少12个月而未孕。分为原发性和继发性两类,其中既往从未有过妊娠史,无避孕且从未妊娠者称为原发性不孕;后者指既往有过妊娠史,而后无避孕连续12个月未妊娠者。我国不孕症发病率为7%~10%。原发性不孕相当于中医学“全不产”“绝产”“绝嗣”“绝子”等,继发性不孕为“断续”。

西医病因

不孕症病因有女方因素、男方因素或不明原因等。女方因素占60%~70%,男方因素占10%~30%,不明原因占10%~20%。在女性不孕中,盆腔因素约占35%,排卵障碍占25%~35%。

P936

3.肾虚证——治法:温肾养血益气,调补冲任。方药:温胞饮。

修改:治法:温肾益气,调补冲任。方剂:温肾丸。

P936

4.肝郁证

修改:肝气郁结证

P936

5.痰湿证

修改:痰湿壅阻证

P936

6.血瘀证

修改:瘀滞胞宫证

P936

7.湿热证

修改:湿热内蕴证

P938

第一节 避孕

2.阴虚血瘀证——治法:滋阴化瘀止血。

修改:治法:养阴清热,化瘀止血。

P939

4.瘀热互结证——治法:凉血化瘀止血。

修改:治法:清热凉血,化瘀止血。

第八篇

中西医结合儿科学

第一章 儿科学基础

第一节 小儿年龄分期与生长发育

P945

修改:小儿体格生长指标(原:体格发育常用指标)

2岁至青春前期体重:年龄 \times 2(kg)+8(kg)

2~12岁身高(长)的估算公式为:身高(cm)=7 \times 年龄+75

P947

删除:生长发育规律

P949

删除:稚阴稚阳学说的意义

第三节 小儿喂养与保健

P950

修改:断母乳12个月左右为最合适的断母乳时间,最迟不超过2岁。若正值夏季炎热或小儿患病之时,应适当推迟断母乳。

删除:考点二能量、营养物质、水的生理需要

P951

删除:各年龄保健原则及重点、传染病管理

增补:计划免疫

应注意按期完成各种预防接种,建立预防接种档案。1岁内婴儿需完成卡介苗、脊髓灰质炎三型混合疫苗、百日咳、白喉、破伤风类毒素混合制剂、麻疹减毒疫苗及乙型肝炎病毒疫苗等预防接种。此外,根据流行地区、季节,进行乙型脑炎疫苗、流行性脑脊髓膜炎疫苗、风疹疫苗、流感疫苗、腮腺炎疫苗、甲型肝炎病毒疫苗等的接种。

第四节 小儿诊法概要

P953

修改:指纹诊查的方法及临床意义

观察指纹是儿科的特殊诊法,适用于3岁以下小儿。正常小儿的指纹隐约可见,色泽淡紫,纹形伸直,不超过风关。临床根据指纹的浮沉、色泽、推之是否流畅及指纹到达的部位来辨证。并以“浮沉分表里,红紫辨寒热,淡滞定虚实,三关测轻重”作为辨证纲领。

1.浮沉分表里浮,为指纹显露;沉,为指纹深隐。即以指纹显隐来分辨疾病的表里。

2.红紫辨寒热红,为红色,即指纹显红色,主寒证;紫,紫色,指纹显紫色,主热证。

3.淡滞定虚实淡,为推之流畅,主虚证;滞,为推之不流畅,复盈缓慢,主实证。

4.三关测轻重根据指纹所显现的部位判别疾病的轻重,达风关者病轻,达气关者稍重,达命关者病重。若“透关射甲”即指纹穿过了风、气、命三关达到指甲的部位,则病情危笃。

指纹诊法在临床有一定的诊断意义。但若纹证不符时,当“舍纹从证”。

P955

删除:5.按虚里

增补:考点四 问诊的主要内容及临床意义(助理不考)(助理新加内容)

第五节 儿科辨证的意义

P955

增补:

《素问·至真要大论》已建立了五脏辨证的基础,《金匱要略》创立了根据脏腑病机进行辨证的方法

第二章 新生儿疾病

第二节 新生儿寒冷损伤综合征

P996 删除:考点四中医辨证论治

第四章 循环系统疾病

第一节 病毒性心肌炎

P979

删除:病原学诊断依据、确诊依据

第五章 消化系统疾病

第三节 胃炎(增补)

一、西医诊断及鉴别诊断

(一) 诊断

急性胃炎无特征性临床表现,诊断主要依靠病史、体检、临床表现及内镜检查。慢性胃炎诊断及分类主要根据胃镜下表现和病理组织学检查。

(二) 鉴别诊断

1.消化性溃疡 儿童消化性溃疡的症状和体征不典型。新生儿和婴儿多见继发性溃疡,发病急,首发症状为消化道出血和穿孔,原发性以胃溃疡多;幼儿期胃和十二指肠溃疡发病率相等,常见进食后呕吐,间歇发作脐周及上腹部疼痛,少见成人那种烧灼感,食后减轻;学龄前及学龄期以原发性十二指肠溃疡多见,表现为反复发作性脐周及上腹部胀痛、烧灼感,也有仅表现为贫血、粪便隐血试验阳性。若素食3天后检查粪便隐血试验阳性提示溃疡有活动性。纤维胃镜检查是当前诊断溃疡病准确率最高的办法。

2.急性胰腺炎 主要临床表现为上腹疼痛、恶心、呕吐,血清及尿淀粉酶常增高。儿童重症急性胰腺炎腹痛剧烈,早期就可出现全身中毒症状,可有明显的腹膜炎、血性腹水。

3.肠蛔虫症 常有不固定腹痛、偏食、异食癖、恶心、呕吐等消化功能紊乱症状,有时出现全身过敏症状。往往有吐、排虫史,粪便查找虫卵,驱虫治疗有效等可协助诊断。

4.肠痉挛 婴儿多见,可出现反复发作的阵发性腹痛,腹部无异常体征,排气、排便后可缓解。

5.心理因素 所致非特异性腹痛是一种常见的儿童期身心疾病。其发生与情绪改变有关。表现为

弥漫性、发作性腹痛,持续数十分钟或数小时而自行缓解,可伴有恶心、呕吐等症状。临床和辅助检查往往无阳性表现。

二、中医辨证论治

采用八纲辨证,注意辨寒热虚实。治疗宜采用消食导滞、温散寒邪、清热化湿、疏肝理气、温中补虚、养阴益胃等方法,使气机宣通,脾胃调和,通则不痛。

1. 乳食积滞

证候:胃脘胀满,疼痛拒按,暖腐吞酸,甚则呕吐,呕吐物多为酸臭乳块或不消化食物。舌质红,苔厚腻,脉滑。

治法:消食消乳,和胃止痛。

方药:伤食用保和丸加减;伤乳用消乳丸加减。

2. 寒邪犯胃

证候:胃脘冷痛,遇寒痛甚,喜温喜按,纳少便溏,口淡流涎。舌质淡,苔白,脉沉紧。

治法:温散寒邪,和胃止痛。

方药:香苏散合良附丸加减。

3. 湿热中阻

证候:胃脘灼痛拒按,胸腹痞满,口黏纳呆,甚者呕吐,吐物酸臭,头身重着,口干尿赤,舌质红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热化湿,理气止痛。

方药:黄连温胆汤加减。

4. 肝气犯胃

证候:胃脘胀痛连胁,胸闷暖气,甚者呕吐酸苦,大便不畅,得暖气、矢气则舒,遇烦恼郁怒则痛作或痛甚,苔薄白,脉弦。

治法:疏肝理气,和胃止痛。

方药:柴胡疏肝散加减。

5. 脾胃虚寒

证候:胃脘隐隐作痛,绵绵不断,喜暖喜按,得食则减,时吐清水,面色无华,神疲乏力,手足欠温,大便溏薄,甚则便血。舌质淡,苔白,脉细弱或沉缓。

治法:温中健脾,益气和胃。

方药:黄芪建中汤加减。

6. 胃阴不足

证候:胃脘隐隐灼痛,似饥而不欲食,口燥咽干,五心烦热,消瘦乏力,口渴思饮,大便干结,舌红少津,脉细数。

治法:养阴益胃,和中止痛。

方药:益胃汤加减。

第四节 小儿腹泻病(原:小儿腹泻)

P984

增补:常见类型肠炎的临床特点

1. 轮状病毒肠炎 呈散发或者小流行,经粪-口传播,也可通过气溶胶形式经呼吸道感染致病。潜伏期1~3天,多发生于6~24个月的婴幼儿。起病急,常伴发热等上呼吸道感染症状,无明显感染中毒症状。病初1~2天常发生呕吐,随后出现腹泻。大便呈黄色水样或蛋花汤样。为自限性疾病,自然病程3~8天。

2. 诺如病毒肠炎 暴发高峰多见于寒冷季节。诺如病毒为集体机构急性暴发性胃肠炎的首要病原。感染后潜伏期多为12~36小时,急性起病。首发症状多为阵发性腹痛、恶心、呕吐和腹泻,全身症状有畏

寒、发热、头痛、乏力、肌痛等。吐泻频繁者可发生脱水等症。本病为自限性疾病,症状持续 12~72 小时。

3.产毒性细菌引起的肠炎 多发生在夏天。潜伏期 1~2 天,起病较急。轻症仅大便次数增多,性状轻微改变。重症腹泻频繁,量多,镜检无白细胞。伴呕吐,常发生脱水、电解质及酸碱平衡紊乱。本病为自限性疾病,自然病程一般 3~7 天。

4.侵袭性细菌引起的肠炎 你多见于夏季。潜伏期长短不等。根据病原菌侵袭肠段部位不同,临床特点各异。一般表现为急性起病,高热,腹泻频繁,大便黏液状,带脓血,有腥臭味。常伴恶心、呕吐、腹痛和里急后重。大便镜检有大量白细胞和数量不等的红细胞。粪便培养可找到相应的致病菌。

5.抗生素相关性腹泻

(1)金黄色葡萄球菌肠炎 多继发于大量使用抗生素后,表现为发热、呕吐、腹泻,不同程度的中毒症状、脱水、电解质紊乱,甚至发生休克。典型大便为暗绿色,量多带黏液,少数为血便。大便镜检有大量脓细胞和成簇的革兰阳性球菌。

(2)假膜性小肠结肠炎 由难辨梭状芽孢杆菌引起。几乎各种抗生素均能引起(除万古霉素和胃肠道外用的氨基糖苷类抗生素),可在用药 1 周或迟至停药后 4~6 周发病。表现为腹泻,轻症大便每日数次,停用抗生素后很快痊愈。重症腹泻频繁,黄绿色水样便,可有假膜排出。可引起血便,出现脱水、电解质紊乱和酸中毒。大便厌氧菌培养、组织培养法检测细胞毒素可助诊断。

(3)真菌性肠炎多 为白色念珠菌所致。2 岁以下婴儿多见。常并发于其他感染,或肠道菌群失调时。病程迁延,常伴鹅口疮。大便次数增多,黄色稀便,泡沫较多,有时可见豆腐渣样细块(菌落)。大便镜检有真菌孢子和菌丝。

删除:重度脱水伴有休克的补液方法(此部分助理不考)

第六章 泌尿系统疾病

P990

删除:考点六 严重病例的西医处理原则(此部分助理不考)

第七章 神经系统疾病(原神经肌肉系统疾病)

P997

删除:第一节 化脓性脑膜炎(助理不考)

P1002

增补:癫痫(此部分内容助理增补)

第九章 造血系统疾病

P1014

删除:第二节 特发性血小板减少性紫癜

P1023

删除:风湿热(此部分内容助理删除)

第二节 免疫性血小板减少症(增补)

一、西医发病机制

急性免疫性血小板减少症(急性 ITP)大多与前驱病毒感染有关。血小板膜糖蛋白与病毒等病原微生物之间可能存在相同或相似的抗原决定簇,当病毒感染后机体产生的抗病毒抗体可与血小板膜抗原发生交叉反应而使血小板膜损伤而被单核-巨噬细胞系统破坏,使血小板寿命缩短导致血小板减少。此外,抗病毒抗体与相应抗原形成免疫复合物附着于血小板表面,亦可导致血小板破坏增加。急性 ITP 患者血小板相关抗体(PAIgG)明显升高。近年研究显示,急性 ITP 时 T 细胞亚群的基因表达发生明显变化。

二、中医病因病机

小儿素体正气亏虚是发病之内因,外感风热时邪及其他异气是发病之外因。本病多为本虚标实之证,病位主要在心、肝、脾、肾四脏,其主要病机在于热、虚、瘀。

三、临床表现

1.急性型多见于1~6岁小儿,男女发病数无差异。病前1~3周或同时有急性病毒感染史,如上呼吸道感染、流行性腮腺炎、水痘、风疹、麻疹、传染性单核细胞增多症等,偶有因接种疫苗后发生。起病急骤,出血症状较重,以自发性皮肤和/或黏膜出血为突出表现,瘀点、瘀斑呈针尖至米粒大,遍布全身,而以四肢多见。常见鼻衄、牙龈出血,呕血、便血少见,偶见肉眼血尿。青春期女孩可有月经过多。重者可有面色苍白、贫血和循环衰竭,偶见失血性休克。少数患者可有结膜下和视网膜出血。颅内出血者约占1%。出血严重者可致贫血。淋巴结不肿大。肝脾偶见轻度肿大。

2.慢性型病程超过6个月者为慢性型,多见于学龄前及学龄期儿童。大多数患儿起病缓慢,出血症状较轻,出血部位限于皮肤、黏膜,很少有内脏出血,脾脏可轻度肿大。出血症状及血小板减少时轻时重,或发作与缓解交替。有30%~50%的病例发病数年后可自然缓解。

四、诊断与鉴别诊断

1.诊断本病根据病史、临床表现和实验室检查,即可做出诊断。临床以出血为主要症状,血小板计数 $<100\times 10^9/L$,急性型大多 $<20\times 10^9/L$ 。骨髓巨核细胞计数增多或正常,胞体大小不一,以小型为多,幼稚型和/或成熟未释放型巨核细胞比例增加。血清中检出抗血小板抗体。

2.鉴别诊断

(1)过敏性紫癜紫癜多见于下肢、臀部皮肤,为出血性斑丘疹,呈对称分布,伸侧面多于屈侧面,血小板不减少。常伴有荨麻疹及不同程度的关节痛和腹痛。

(2)再生障碍性贫血以贫血为主要表现,除出血及血小板减少外,呈全血细胞减低现象,红细胞、白细胞总数及中性粒细胞减少,网织红细胞不高。骨髓系统生血功能减低,三系造血细胞均减少,巨核细胞减少或极难查见。

五、中医辨证论治

本病的辨证以八纲辨证为主,兼用脏腑辨证。根据起病的缓急和临床不同的证候,分清实证、虚证、虚实夹杂证。

1.血热伤络

证候:起病急骤,皮肤出现瘀斑瘀点,色红鲜明,常密集成片,伴有齿衄鼻衄,偶有尿血,面红目赤,心烦口渴,便秘尿少,舌红,苔黄,脉数。

治法:清热解毒,凉血止血。

方药:犀角地黄汤加减。

2.气不摄血

证候:皮肤、黏膜瘀斑瘀点反复发作,色青紫而暗淡,伴鼻衄齿衄,神疲乏力,面色萎黄或苍白无华,食欲不振,大便溏泄,义晕心悸,舌淡红,苔薄,脉细弱。

治法:益气健脾,摄血养血。

方药:归脾汤加减。

3.阴虚火旺

证候:皮肤黏膜散在瘀点瘀斑,下肢尤甚,时发时止,颜色鲜红,伴齿衄、鼻衄或尿血,低热盗汗,手足心热,心烦额红,口干咽燥,舌红少苔,脉细数。

治法:滋阴清热,凉血宁络。

方药:大补阴丸合茜根散加减。

4.气滞血瘀

证候:病程缠绵,出血反复不止,皮肤紫癜色暗,面色晦暗,舌暗红或紫或边有紫斑,苔薄白,脉细涩。

治法:活血化瘀,理气止血。

方药:桃仁汤加减。

六、调护

- 1.急性期或出血量多时,卧床休息,限制患儿活动,消除紧张情绪。
- 2.大出血者,应绝对卧床休息,密切注意患儿的生命体征变化。
- 3.避免外伤和跌仆碰撞,防止创伤和颅内出血。
- 4.注意饮食调护,避免进食粗纤维或坚硬食品。

第十章 内分泌疾病

儿童期糖尿病(执业增补)

一、诊断与鉴别诊断

1.诊断标准①空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L。②随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L。③糖耐量试验中120分钟血糖 ≥ 11.1 mmol/L。凡符合上述任何一条即可诊断为糖尿病。儿童1型糖尿病一旦出现临床症状、尿糖阳性、空腹血糖达7.0 mmol/L以上和随机血糖在 ≥ 11.1 mmol/L以上,一般不需做OGTT就能确诊。

2.鉴别诊断

(1)肾性糖尿病 无糖尿病症状,多在体检筛查尿常规时发现,血糖及胰岛素分泌正常。

(2)非糖尿病性葡萄糖尿症 如Fanconi综合征、肾小管酸中毒、胱氨酸尿症或重金属中毒等患儿都可发生糖尿,主要依靠空腹血糖测定,必要时可进行糖耐量试验。

(3)假性高血糖 短期大量食入或输入葡萄糖液或应激状态时,可有尿糖和/或血糖一过性增高。

(4)其他还原糖尿症 尿液中果糖和戊糖等其他还原糖均可使斑氏试液呈色,用葡萄糖氧化酶法检测尿液可以鉴别。

二、中医辨证论治

主要按照八纲辨证结合脏腑辨证进行辨证论治。

1.肺热津伤

证候:口渴多饮,随饮随渴,舌燥咽干,尿频量多,舌尖红,苔薄黄少津,脉洪数或细数。

治法:清热润肺,生津止渴。

方药:玉女煎加减。

2.胃燥津伤

证候:多食善饥,口渴多饮,形体消瘦,大便燥结,小便频数,舌红,苔黄,脉数。

治法:清胃泻热,养阴保津。

方药:白虎加人参汤合增液汤加减。

3.肾阴亏损

证候:尿频量多,口干舌燥,或渴而多饮,五心烦热,头昏乏力,腰膝酸软,形体消瘦,舌红,脉细数。

治法:滋阴补肾,生津清热。

方药:六味地黄丸加减。

4.阴阳两虚

证候:小便频数,混浊如脂膏,甚则饮一洩一,腰膝酸软,头晕耳鸣,咽干唇燥,面容憔悴,耳轮干枯,四肢欠温,大便清薄,舌淡,苔白而干,脉沉细无力。

治法:育阴温阳,阴阳双补。

方药:金匮肾气丸加减。

第十一章 免疫系统疾病(原第十一章变态反应、结缔组织病)

P1181

增补:

第九节 皮肤黏膜出血(此部分内容助理增补)

第十二章 营养性疾病

第一节 小儿肥胖症

P1033

修改:诊断

小儿肥胖的诊断标准尚不统一,目前国内外常采用的指标有两个:身高标准体重(weight-for-height)和体重指数(body mass index, BMI)。

(1)身高标准体重法 体重大于参照人群(同性别、同身高人群)体重的20%便可诊断为肥胖。体重超过按照身高计算的标准体重的20%~29%为轻度肥胖,超过30%~49%为中度肥胖,超过50%以上的为重度肥胖。应注意除外继发性肥胖。

(2)体质指数法(BMI) 是体重和身高平方的比值(kg/cm^2)。小儿BMI随年龄性别而有差异,评价时可查阅图表,若BMI值在P85~P95为超重,超过P95为肥胖。

第三节 维生素D缺乏性佝偻病

增补:西医发病机制

维生素D缺乏性佝偻病可以看成是机体为维持血钙水平而对骨骼造成的损害。

维生素D缺乏造成肠道吸收钙、磷减少,血钙水平降低,以致甲状旁腺功能代偿性亢进,PTH分泌增加,以动员骨释放出钙、磷,使血清钙浓度维持在正常或接近正常的水平;但PTH同时也抑制肾小管重吸收磷,使尿磷排出增加,血磷降低。

当血清钙、磷浓度不足时,髓软骨正常生长和钙化受阻,软骨细胞失去增殖、分化的正常程序,骨髓端临时钙化带被新形成、未钙化的骨样组织沉积,失去正常形态,成为参差不齐、不规则的阔带,骨髓端增厚,向两侧膨出,形成临床所见的肋骨串珠和手、足镯等征,骨的生长停滞不前。

扁骨和长骨骨膜下的骨质也矿化不全,骨皮质逐渐为不坚硬的骨样组织代替,骨膜增厚,骨质疏松,容易受肌肉牵拉和重力影响而发生弯曲变形,甚至发生病理性骨折。

颅骨骨化障碍表现为颅骨变薄和软化、颅骨骨样组织堆积出现方颅。

P1037

删除:考点二 发病机制

第四节 维生素D缺乏性手足搐搦症

P1040

增补:西医发病机制

本病的病因与维生素D缺乏性佝偻病相同,而血清钙离子降低则为其直接原因。当血清总钙量降至 $1.75\sim 1.88\text{mmol/L}$ ($7\sim 7.5\text{mg/dL}$),或钙离子降至 1.0mmol/L (4mg/dL)以下时,即可出现抽搐症状。血钙降低时,甲状旁腺受刺激而显示出继发性功能亢进,分泌较多的甲状旁腺素,使尿磷的排泄增加,并使骨骼脱钙而补充血钙不足,故当甲状旁腺代偿功能不足时,血钙不能维持正常水平则发病。

删除:考点一 中医病因病机

第十三章 感染性疾病

第五节 水痘

P1049

删除:诊断

修改:毒炽气营 方药:清胃解毒汤加减

第六节 手足口病

P1057

删除:考点五 常见并发症(助理不考)

第八节 中毒型细菌性痢疾

P1054

增补:辅助检查

- 1.大便常规病初可正常,以后出现脓血黏液便,镜检有成堆脓细胞、红细胞和吞噬细胞。
- 2.大便培养可分离出痢疾杆菌。
- 3.外周血象白细胞总数多增高至 $(10\sim 20)\times 10^9/L$ 以上。中性粒细胞为主,并可见核左移。
- 4.免疫学检测目前应用荧光物质标记的痢疾杆菌特异性多价抗体来检测大便标本中的致病菌,方法各异,都较快速,但特异性有待进一步提高。
- 5.特异性核酸检测采用核酸杂交或 PCR 可直接检查粪便中的痢疾杆菌核酸。

第九节 传染性单核细胞增多症

P1055

删除:诊断

删除:第八节 传染性单核细胞增多症(此部分内容助理删除)

第十四章 寄生虫病

第一节 蛲虫病

P1062

删除:考点三 防治方法

增补:治疗及预防

(一)治疗

1.治疗原则 蛲虫病的治疗主要在于杀虫止痒。采用内服与外治结合的方法,还要重视预防,防治结合,才能达到根治的目的。

2.常用驱虫药物

(1)恩波吡维胺 是治疗蛲虫的首选药物。剂量为 $5\text{mg}/\text{kg}$ (最大量 0.25g),睡前1次顿服,2~3周后重复1次。

(2)噻嘧啶为广谱高效驱虫药。剂量为 $11\text{mg}/\text{kg}$ (最大量 1g),睡前1次顿服,2周后重复1次。

(3)甲苯达唑 是目前治疗 蛲虫病主要药物之一,疗效佳,副作用少。每次 100mg ,每日2次,连服3日。2周后重复1次。

3.局部外用药 每次排便后或睡前,用温水洗净肛门。再涂以2%氧化氨基汞软膏或10%氧化锌软膏,既可止痒,又可减少自身再感染;或用双羟萘酸噻嘧啶栓剂,每粒 0.2g ,每晚塞肛1粒,连用3~5日;或用蛲虫软膏,每晚涂肛周及肛门,连用7日。

(二)预防

1.强调预防为主,培养良好的卫生习惯,饭前便后洗手,勤剪指甲,保持双手清洁,纠正吮指等不良习惯。

2.加强卫生宣传,婴幼儿尽早穿连裆裤,玩具、用具等经常清洗消毒,改善环境卫生,切断传播途径。

P1062

增补:第二节 蛲虫病(此部分内容助理增补)

第十五章 小儿危重症的处理

第二节 脓毒性休克(原感染性休克(助理不考))

第十六章 中医相关病证

P1066

删除:咳嗽

慢性咳嗽(增补)

一、辨病思路

本病辨证主要是辨风、痰、虚证。风有外风与内风之分,外风为感受风寒或风热之邪,临床以外感风热证候多见;内风则为外感风邪,因脏腑虚损或特禀体质,导致风邪稽留体内,内伏于肺而成,以刺激性咳嗽为主,干咳少痰,可突然发作,咽痒咽干,遇冷空气、油烟、灰尘等容易诱发。痰证需辨别痰湿与痰热,痰湿蕴肺证,痰多色白,或喉间痰鸣,舌质淡,苔白腻;痰热郁肺证,痰黄黏稠难咯,舌质红,苔薄黄或黄腻。虚证有肺气虚、肺阴虚、脾气虚之分,肺气虚证可见咳声无力,汗多,易感冒;肺阴虚证可见干咳无痰,或痰少而黏,口渴咽干;脾气虚证可见久咳不愈,面白神疲,纳少便溏。

引起儿童慢性咳嗽的病因较多,常见病因有咳嗽变异性哮喘、上气道咳嗽综合征和呼吸道感染后咳嗽、胃食管反流性咳嗽等。儿童慢性咳嗽的辨证除了八纲辨证及脏腑辨证外,还强调辨证与辨病相结合。咳嗽变异性哮喘,常因宿痰为患,肺气升降失司所致,症见咳嗽日久不愈,晨起、夜间咳甚,伴有鼻痒、喷嚏、流涕,治以化痰宣肺、降逆止咳;上气道咳嗽综合征,多属风邪伏于肺窍,肺气不宣,邪郁化热而致,症见咳嗽痰涎,鼻塞流涕,咽痒清嗓,舌红,苔薄黄,治以疏风清热、宣肺通窍;胃食管反流性咳嗽病因为食积气滞,胃失通降,母病及子,肺胃之气上逆而咳,症见咳嗽多在日间和直立位,口苦反酸,嗝气,胸痛,治以降逆止咳。

二、中医辨证论治

1. 风伏肺络证

证候:久咳,早晚咳嗽为主,遇冷空气或活动后加重,干咳为主,痰少,鼻塞,流涕,喷嚏,清嗓,舌质淡红,苔薄白,脉浮数。过敏体质,多有过敏性疾病家族史。

治法:疏风通窍,宣肺止咳。

方药:三拗汤合苍耳子散加减。

2. 痰湿蕴肺证

证候:久咳,痰多色白,喉间痰鸣,胸闷纳呆,口不渴,神疲肢倦,大便溏薄,舌质淡,苔白腻,脉滑或指纹紫滞。

治法:燥湿化痰,肃肺止咳。

方药:二陈汤合三子养亲汤加减。

3. 痰热郁肺证

证候:久咳痰多,痰稠色黄难咯,大便干结,舌质红,苔黄腻,脉滑数或指纹紫滞。

治法:清肺化痰,肃肺止咳。

方药:清气化痰汤加减。

4. 肝火犯肺证

证候:咳嗽日久不愈,晨起及夜间明显,咽痒阵咳,情志变化时咳甚,胸胁胀痛,烦躁易怒,舌红,苔少,脉弦细。

治法:清肝泻肺,化痰止咳。

方药:黛蛤散合泻白散加减。

5.肺脾气虚证

证候:咳嗽日久,咳声无力,痰白清稀,面白神疲,气短懒言,自汗恶风,反复感冒,纳少便溏,舌质淡,苔白,脉沉细。

治法:健脾补肺,培土生金。

方药:异功散合玉屏风散加减。

6.阴虚肺燥证

证候:咳嗽日久,无痰或痰少而黏,口渴咽干,手足心热,舌质红,苔薄白,脉细数。

治法:养阴清热,润肺止咳。

方药:沙参麦冬汤加减。

第四节 积滞

P1069

删除:考点二 临床表现 考点三 诊断与鉴别诊断

增补:辨病思路

本病应与厌食进行鉴别。厌食表现为长期食欲不振,厌恶进食,一般无脱腹胀满、大便酸臭等症。积滞是以不思乳食,食而不化,脘腹胀满,嗳气酸腐,大便溏薄或秘结酸臭为特征的消化道疾病。临诊时应详细询问患儿食欲好坏、腹胀时间、大便情况,并应询问喂养方式、喂养情况。本病证往往有伤乳、伤食史,临床除积滞主症外,可伴有烦躁不安,夜间哭闹或呕吐等症。大便常规化验检查,可见不消化食物残渣或脂肪滴。

腹胀是积滞的主要临床表现,而引起腹胀的原因比较复杂,内科疾病可以引起,如感染性疾病,低氧血症,水、电解质紊乱及酸碱平衡失调等,同时腹胀也是外科疾病的一种表现,如下消化道梗阻、气腹、血腹、肿瘤等。应注意临床症状特点以明确原发疾病,血常规、血培养、血生化、神经系统检查等有利于诊断相关疾病。

便秘(增补)

一、中医病因病机

小儿便秘的常见病因有饮食因素、情志因素、燥热内结、气血亏虚等。其主要病位在大肠,病机关键是大肠传导失常。

1.乳食积滞小儿脾常不足,乳食不知自节,若喂养不当,饥饱失常,或过食辛辣香燥、油煎炙烤、生冷肥甘之品,或偏食挑食等,皆可损伤脾胃,致运化失常,乳食停滞中焦,久而成积,积热蕴结而致腑肠传导失常,引起便秘。

2.燥热内结温热病后,燥热伤阴,或肺热下移大肠,或过用辛温药物,或恣食炙烤辛辣之物,伤津耗液,或胎热素盛,肠道燥热等,均可导致肠胃积热,耗伤津液,燥热内结,肠道干涩,传导不利,粪质干燥坚硬,难于排出而便秘。

3.气机郁滞小儿肝常有余,若所欲不遂,情志不舒,肝气郁结,气机郁滞,或情绪紧张,气机郁结,或久坐不动,气机不利,均可致腑气郁滞,通降失常,糟粕内停,不得下行,而致便秘。

4.气血亏虚小儿脏腑娇嫩,形气未充,若禀赋不足,气亏血少,或进食过少,气血生化乏源,或吐衄便血,或壮热大汗,或因病过用发汗、通利、燥热之剂,耗气损阴伤津,致身体虚弱,气血虚衰。气虚则脾胃运化传导无力,血虚则津液不足以滋润大肠,均可致大便下行不利,糟粕难行而便秘。

二、中医辨证论治

(一)治疗原则

本病以润肠通便为基本法则。

(二)分证论治

1.乳食积滞证

证候:大便干结,排便困难,脘腹胀满,不思乳食,或恶心呕吐,手足心热,心烦,睡眠不安,小便短黄,舌红苔黄厚,脉沉有力,指纹紫滞。

治法:消积导滞,清热和中。

方药:积实导滞丸加减。

2.燥热内结证

证候:大便干硬,排出困难,甚至秘结不通,面红身热,口干口臭,或口舌生疮,腹胀腹痛,小便短赤,舌质红,苔黄燥,脉滑数,指纹紫滞。

治法:清热导滞,润肠通便。

方药:麻子仁丸加减。

3.气机郁滞证

证候:大便闭涩,暖气频作,肠鸣矢气,胸胁痞闷,腹中胀痛,舌质红,苔薄白,脉弦,指纹滞。

治法:疏肝理气,导滞通便。

方药:六磨汤加减。

4.气血亏虚证

证候:粪质干结,或并不干硬,虽有便意,但努挣乏力,难于排出;汗出气短,便后疲乏,神倦懒言,面白无华,唇甲色淡,头晕心悸,健忘,多梦,舌淡,苔白,脉弱,指纹淡。

治法:补气养血,润肠通便。

方药:黄芪汤合润肠丸加减。

尿血(增补)

一、中医病因病机

小儿尿血病因主要有感受外邪、饮食所伤、禀赋不足、脏腑虚损。病位在肾与膀胱。病机关键为热伤血络,或气不摄血,导致血溢脉外,随尿排出。

二、辨病思路

血尿的病因可分为泌尿系统本身器质或功能改变,全身性疾病或尿路邻近器官疾病等三类,临床诊断先确定是否为真性血尿,若为真性血尿,应注意鉴别血尿的来源,注意区别肾小球性血尿和非肾小球性血尿。

三、中医辨证论治

1.辨证 尿血的辨证以八纲辨证为主,结合脏腑辨证,其中辨别虚实甚为关键。实证尿血发病急、病程短、尿色鲜红,根据病史及全身症状又有风热伤络、下焦湿热的不同;虚证尿血起病缓或病程长,尿色淡红,有阴虚、气虚或脾肾两虚的不同。

2.治疗原则 治疗上实证尿血以祛邪为主,

在疏风散邪、清热利湿的基础上,佐以凉血止血;虚证尿血则以扶正为要,在补中益气、滋阴清热的基础上,配以凉血、固涩之法。

3.证治分类

(1)风热伤络

证候:起病较急,尿色鲜红,恶风,常有皮肤紫癜,颜色鲜明,偶有腹痛,关节痛。舌红,苔薄黄,脉浮数。

治法:疏风散邪,清热凉血。

方药:连翘败毒散加减。

(2)下焦湿热

证候:起病急骤,尿色鲜红,或伴发热,口渴喜饮,遍身酸痛,少腹胀痛。舌质红,苔黄腻,脉滑数,指纹紫滞。

治法:清热利湿,凉血止血。

方药:小蓟饮子加减。

(3)脾不摄血

证候:久病尿血,面色萎黄,食少,体倦乏力,气短声低,或兼齿衄、肌衄。舌淡,脉细弱。

治法:补中健脾,益气摄血。

方药:归脾汤加减。

(4)脾肾两虚

证候:尿血淡红,小便频数,纳食减少,精神疲惫,面色苍黄,气短声低,头晕耳鸣,腰膝酸软,形寒肢冷,便溏或见浮肿,伴齿衄、肌衄。舌质淡,苔白,脉沉弱。

治法:健脾固肾。

方药:济生肾气丸加减

(5)阴虚火旺

证候:尿血反复,迁延日久,足心热,或有低热、颧红、盗汗,形体消瘦,口干多饮。舌红,苔少或光剥苔,脉细数。

治法:滋阴清热,凉血止血。

方药:知柏地黄丸加减。

P1076

新增:第七节 汗证(此部分内容助理增补)



第九篇

针灸学

第一章 经络系统 第三节 考点二增补

奇经八脉的主要作用体现在三个方面,一是统率、主导作用;二是沟通、联络作用;三是蓄积、渗灌作用。

第五节 十二经筋 原文后增补

经筋还有刚筋、柔筋之分。刚(阳)筋分布于项背和四肢外侧,以手足阳经经筋为主;柔(阴)筋分布于胸腹和四肢内侧,以手足阴经经筋为主。

第二章 经络学说的临床应用

第一节 经络的作用 不考

第四章 第二节 考点二 增补

头面颈项部经穴主治规律	
分部	主治
前头、侧头区	眼、鼻病,前头及侧头部病
后头区	神志、头部病
项区	神志、咽喉、眼、头项病
眼区	眼病
鼻区	鼻病
颈区	舌、咽喉、气管、颈部病

胸腹背腰部经穴主治规律		
前	后	主治
胸膈部	上背部	肺、心(上焦)病
胁腹部	下背部	肝、胆、脾、胃(中焦)病
少腹部	腰尻部	前后阴、肾、肠、膀胱(下焦)病

第五章 特定穴

五输穴、郄穴、下合穴、交会穴 不考

八会穴 1.分布特点和组成

八会穴表增补

八会	脏	腑	气	血	筋	脉	骨	髓
穴位	章门	中脘	膻中	膈俞	阳陵泉	太渊	大杼	绝骨
经属	足厥阴肝经	任脉	任脉	足太阳膀胱经	足少阳胆经	手太阴肺经	足太阳膀胱经	足少阳胆经

2.临床应用

原文后增补

此外《难经·四十五难》记载：“热病在内者，取其会之穴也。”提示八会穴还可治疗相关的热病。

原穴、络穴、八会穴 助理不考

第七章

尺泽 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸，或点刺出血。

列缺 增补

【操作】向肘部斜刺 0.5~0.8 寸。

太渊 增补

【操作】避开桡动脉，直刺 0.3~0.5 寸。

鱼际 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

少商 增补

【操作】浅刺 0.1 寸，或点刺出血。

第八章

商阳 增补

【操作】浅刺 0.1 寸，或点刺出血。

合谷 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。孕妇不宜针。

手三里 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

曲池 增补

【操作】直刺 1.0~1.5 寸。

肩髃 修改为 肩髃(手阳明经与阳跷脉的交会穴)

肩髃 增补

【操作】直刺或向下斜刺 0.8~1.5 寸。

迎香 增补

【操作】略向内上方斜刺或平刺 0.3~0.5 寸。

第九章

地仓 增补

【操作】斜刺或平刺 0.3~0.8 寸，可向颊车穴透刺。

颊车 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸，或向地仓穴透刺 1.5~2 寸。

下关 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

头维 不考

天枢 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

归来 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

足三里 增补

【操作】直刺1~2寸。

上巨虚 增补

【操作】直刺1~2寸。

条口 新增

【定位】在小腿外侧,犊鼻下8寸,犊鼻与解溪连线上。

【主治】①下肢痿痹,转筋。②肩臂痛。③腕腹疼痛。

【操作】直刺1~1.5寸。

丰隆 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

内庭 增补

【操作】直刺或斜刺0.5~0.8可灸。

第十章

隐白 增补

【操作】浅刺0.1寸。

公孙 增补

【操作】直刺0.6~1.2寸。

三阴交 修改为 三阴交(足三阴经的交会穴)

三阴交 增补

【操作】直刺1~1.5寸。孕妇禁针。

阴陵泉 增补

【操作】直刺1~2寸。

血海 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

第十一章

少海 增补

【操作】直刺0.5~1寸。

通里 增补

【操作】直刺0.5~1寸。

阴郄 增补

【操作】直刺0.3~0.5寸。

神门 增补

【操作】直刺0.3~0.5寸。

少冲 增补

【操作】浅刺0.1寸,或点刺出血。

第十二章

少泽 增补

【操作】斜刺0.1寸或点刺出血。孕妇慎用。

后溪 增补

【操作】直刺0.5~1寸。治手指挛痛可透刺合谷穴。

养老 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。

天宗 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~1 寸遇到阻力不可强行进针。

听宫 增补

【操作】微张口,直刺 0.5~1 寸。

第十三章

睛明 增补

【操作】嘱患者闭目,医者左手轻推眼球向外侧固定,右手缓慢进针,紧靠眶缘直刺 0.5~1 寸。遇到阻力时,不宜强行进针,应改变进针方向或退针。不捻转,不提插(或只轻微地捻转和提插)。出针后按压针孔片刻,以防出血。针具宜细,消毒宜严。禁灸。

攒竹 增补

【操作】可向眉中或向眼眶内缘平刺或斜刺 0.5~0.8 寸,或直刺 0.2~0.3 寸。禁灸。

肺俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。热证宜点刺放血。

心俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

膈俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

肝俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

脾俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

肾俞 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

大肠俞 增补

【操作】直刺或斜刺 0.8~1.2 寸。

次髎 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

天柱 不考

委中 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,或用三棱针点刺腓静脉出血。针刺不宜过快、过强、过深,以免损伤血管和神经。

承山 增补

【操作】直刺 1~2 寸。不宜过强地刺激,以免引起腓肠肌痉挛。

昆仑 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。孕妇禁用,经期慎用。

申脉 增补 申脉(八脉交会穴,通阳跷脉;足太阳经与阳跷脉的交会穴)

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

束骨 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

至阴 增补

【操作】浅刺 0.1 寸。胎位不正用灸法。

第十四章

涌泉 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。针刺时要防止刺伤足底动脉弓。临床常用灸法或药物贴敷。

太溪 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

照海 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

复溜 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

第十五章

曲泽 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,或三棱针点刺出血。

郄门 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

内关 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。注意穴位深层有正中神经。

劳宫 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。为急救要穴之一。

第十六章

中渚 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

外关 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

支沟 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

肩髃 增补

【操作】直刺 0.8~1.5 寸。

翳风 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

丝竹空 增补 (手、足少阳经的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸;不灸。

第十七章

听会 不考

阳白 增补 (足少阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸。

风池 增补 (足少阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】向鼻尖方向斜刺 0.8~1.2 寸。

肩井 新增

(手、足少阳经与阳维脉的交会穴)

【定位】在肩胛区,第 7 颈椎棘突与肩峰最外侧点连线的中点。

【主治】①颈项强痛,肩背疼痛,上肢不遂。②难产、乳痈、乳汁不下等妇产科及乳房疾患。③瘰疬。

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,切忌深刺、捣刺。孕妇禁用。

环跳 增补（足少阳经与足太阴经的交会穴）

【操作】直刺 2~3 寸。

风市 增补

【操作】直刺 1~2 寸。

阳陵泉 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

悬钟 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

丘墟 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

足临泣 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

第十八章

大敦 增补

【操作】浅刺 0.1~0.2 寸，或点刺出血。

行间 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

太冲 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

期门 增补（肝募穴；足厥阴经与足太阴经的交会穴）

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

第十九章

腰阳关 增补

【操作】直刺或向上斜刺 0.5~1 寸。

大椎 增补（督脉与足三阳经的交会穴）

【操作】直刺或向上斜刺 0.5~1 寸。

哑门 增补（督脉与阳维脉的交会穴）

【操作】伏案正坐位，头微前倾，项肌放松，向下颌方向缓慢刺入 0.5~1 寸。不可向上斜刺或深刺，以免刺入枕骨大孔，伤及延髓。

百会 增补（督脉与足太阳经的交会穴）

【操作】平刺 0.5~0.8 寸，升阳固脱多用灸法。

水沟 增补（督脉与手、足阳明经的交会穴）

【操作】向上斜刺 0.3~0.5 寸，强刺激；或指甲按掐。

印堂 增补

【操作】平刺 0.3~0.5 寸，或三棱针点刺出血。

第二十章

中极 增补（膀胱之募穴；任脉与足三阴经的交会穴）

【操作】直刺 1~1.5 寸，应在排尿后针刺，以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

关元 增补（小肠之募穴；任脉与足三阴经的交会穴）

【操作】直刺 1~1.5 寸，应在排尿后针刺，以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

气海 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸，孕妇慎用。

神阙 增补

【操作】此穴禁针,多用艾条灸或隔盐灸。

中脘 增补 (胃之募穴;八会穴之腑会;任脉与手少阳经、手太阳经、足阳明经的交会穴)

【操作】直刺1~1.5寸。

膻中 增补

【操作】直刺0.3~0.5寸,或平刺。

廉泉 增补 任脉与阴维脉的交会穴

【操作】向舌根斜刺0.5~0.8寸。

承浆 增补 (任脉与督脉及手、足阳明经的交会穴)

【操作】斜刺0.3~0.5寸。

第二十一章

四神聪 增补

【操作】平刺0.5~0.8寸。

太阳 增补

【操作】直刺0.3~0.5寸,或点刺出血。

夹脊 增补

【操作】直刺0.5~1寸,或梅花针叩刺。

外劳宫 增补

【操作】直刺0.5~0.8寸。

十宣 增补

【操作】直刺0.1~0.2寸,或点刺出血。

内膝眼 新增

【定位】在膝部,髌韧带内侧凹陷处的中央。

【主治】①膝痛,腿痛。②脚气等下肢病证。

【操作】向膝中斜刺0.5~1寸,或透刺对侧膝眼。

胆囊 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

阑尾 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

第二十二章

第三节 增补

针刺的方向、角度和深度,是对毫针刺入皮下后的具体操作要求。正确的针刺角度、方向和深度,是增强针感、提高疗效、防止意外的关键。

考点一 方向

针刺的方向是指针刺时针尖所朝的方向。针刺方向是否正确,是决定针刺疗效的因素之一。确定针刺的方向主要根据以下三方面:

- 1.依经脉循行定方向 根据治疗需要使用的针刺补泻手法,采用顺经脉而刺的补法,或逆经脉而刺的泻法。如“迎随补泻”手法,补法针尖须与经脉循行的方向一致;泻法针尖则与经脉循行的方向相反。
- 2.依腧穴位置定方向 根据腧穴的局部解剖,针刺某些穴位时,必须朝向某一特定方向进针。如哑门穴,针尖应朝下颌方向缓慢刺入;廉泉穴,针尖应朝向舌根方向缓慢刺入;背部膀胱经第1侧线腧穴,针尖一般朝向脊柱方向等。

依病性、病位定方向 根据病位的深浅、病性的虚实,选择针尖朝向阳经刺或朝向阴经刺。另外,为使针感达到病变所在的部位,即达到“气至病所”的目的,针尖应朝向病所。

第四节 考点二 修改

1.概念 得气,古称“气至”,近称“针感”,是指毫针刺入腧穴一定深度后,施以提插或捻转等行针手法,使针刺部位获得“经气”感应,谓之得气。

针下是否得气,可以从患者对针刺的感觉和反应、医者对刺手指下的感觉等两方面加以判断。当针刺得气时,患者的针刺部位有酸、麻、胀、重等自觉反应,有时可出现局部的热、凉、痒、痛、蚁行等感觉,或呈现沿着一定的方向和部位传导和扩散现象。少数患者还会出现循经性肌肤跳动、震颤等反应,有的还可见到针刺腧穴部位的循经性皮炎带或红、白线状现象。当患者有自觉反应的同时,医者的刺手亦能体会到针下沉紧、涩滞或针体颤动等反应。若针刺后未得气,则患者无任何特殊感觉或反应,医者刺手亦能感觉到针下空松、虚滑。“轻滑慢而未来,沉涩紧而已至……气之至也,如鱼吞钩饵之浮沉;气未至也,如闲处幽堂之深邃”(《标幽赋》)是对得气与否所作的形象描述。

2.临床意义 得气是施行针刺产生治疗作用的关键,是判断患者经气盛衰、取穴准确与否的依据,是施行守气、行气和补泻手法的基础。得气与否、气至的迟速,不仅关系到针刺的治疗效果,而且可以借此窥测疾病的预后。《灵枢·九针十二原》之“刺之要,气至而有效”表明了针刺得气的重要意义。一般而言,得气迅速时,临床疗效较好;得气较慢时效果就差;若不得气时,就难以取效;若经反复施用各种候气、催气手法后,经气仍不至者,多属正气衰竭,预后极差;若初诊不得气或得气缓慢,经使用正确的针刺方法治疗之后,开始得气或得气较快,表示患者正气恢复,预后良好。《金针赋》所谓“气速效速,气迟效迟”即为此意。但也应当注意,得气的强弱也因人因病而异,如一般体弱者得气宜弱,健壮者得气宜强,痹证者宜针感强些,面肌痉挛宜针感弱些。

在临床上针刺不得气时,要分析经气不至的原因。检查取穴定位是否准确,针刺角度、深浅是否适宜,手法运用是否恰当,据此重新调整腧穴的针刺部位、角度、深度和相应手法。若经过上述调整仍不得气,则可采用留针候气法等待气至。留针期间亦可间歇运针,施以提插、捻转等手法,以促气至。也可使用催气法。

第五节 疾徐补泻 迎随补泻 呼吸补泻 开阖补泻 不考

第六节

气胸 助理不考

刺伤脑与脊髓 助理新增

第六节 增补

外周神经损伤

外周神经损伤是指针刺操作不当造成相应的神经干的损伤。

1.原因使用粗针强刺激,或出现触电感后仍然大幅度的提插,造成神经及神经干的损伤。

2.症状刺中神经干或神经根时,会出现触电样针感。当神经受损后,多出现麻木、灼痛等症状,甚至出现神经分布区域及所支配脏器的功能障碍或未梢神经炎等症状。

3.处理一旦出现神经损伤症状,勿继续提插捻转,应缓慢出针。可应用B族维生素类药物治疗。严重者可在相应经络腧穴上进行B族维生素类药物穴位注射,或根据病情需要应用激素冲击疗法以对症治疗。

4.预防针刺神经干附近穴位时,手法宜轻;出现触电感时,不可再使用强刺激手法。

第七节 针刺注意事项

考点一 修改为 患者状态的宜忌

考点二 考点三内容合并 标题修改为 施术部位的宜忌

考点四 修改为 考点三 病情的宜忌

第二十三章

第一节 增补

考点五 引热外行

艾火的温热能使皮肤腠理开放,毛窍通畅,引热外行。《医学入门·针灸》曰:“热者灸之,引郁热之气外发。”灸法可用于治疗某些实热病证,如疔肿、带状疱疹、丹毒、甲沟炎等。对阴虚发热也可使用灸法,如选用膏肓、四花穴等治疗骨蒸潮热、虚劳咳嗽。

第二十七章

面痛 新增

考点一 面痛的辨证论治

本病病位在面部,与手、足三阳经密切相关。外感邪气、情志内伤、久病或外伤成瘀等,均可导致面部经络气血痹阻,经脉不通,从而产生面痛。面痛以实证为多见,亦有虚实夹杂之证。

主症面部突然发作疼痛,呈闪电样、刀割样、针刺样、电灼样剧烈疼痛,痛时可引起面部肌肉抽搐,多伴有面部潮红、流泪、流涎、流涕等,常因说话、吞咽、刷牙、洗脸、冷刺激、情绪变化等诱发。一般持续数秒至数分钟。发作次数不定,间歇期无症状。疼痛以面颊、上下颌和舌部最明显,轻触鼻翼、颊部和舌可以诱发,称为扳机点。

根据疼痛部位进行经络辨证:眼部痛为三叉神经第1支即眼支痛,主要属足太阳经病证;上颌部痛为三叉神经第2支即上颌支痛,下颌部痛为三叉神经第3支即下颌支痛,上颌、下颌部痛主要属手、足阳明和手太阳经病证。

兼遇寒则甚,舌淡,苔白,脉浮紧者为外感风寒;兼痛处有灼热感,舌红,苔薄黄,脉浮数者为外感风热;兼有外伤史,或病程日久,痛点多固定不移,舌暗或有瘀斑,脉细涩者为气血瘀滞;兼烦躁易怒,口渴便秘,舌红,苔黄,脉数者为肝胃郁热;兼形体消瘦,颧红,脉细数无力者为阴虚阳亢。

考点二 面痛的治法

疏通经络,祛风止痛。取手足阳明和足太阳经穴为主。

考点三 面痛的处方

主穴 攒竹、四白、下关、地仓、合谷、太冲、内庭

配穴 眼部疼痛配丝竹空、阳白、外关;上颌支痛配颧髁、迎香;下颌支痛配承浆、颊车、翳风。外感风寒配风池、列缺;外感风热配曲池、外关;气血瘀滞配内关、三阴交;肝胃郁热配行间、内庭;阴虚阳亢配风池、太溪。

方义 面部诸穴为局部取穴,可疏通面部经络;合谷、太冲分属手阳明、足厥阴经,两经循行均上达于面部,“面口合谷收”,合谷与太冲相配为“四关”穴,可祛风通络,止痛定痉;内庭为足阳明经荥穴,与面部腧穴相配,可清泻阳明热邪,疏通阳明经气血。

考点四 面痛的治疗操作

1.基本刺灸方法 毫针泻法。针刺时宜先取远端穴,重刺激。面部腧穴在急性期宜轻刺。风寒证可酌情加灸。

2.其他治疗

(1)皮内针法 在面部寻找扳机点,将揲针刺入,外以胶布固定,埋藏2~3日更换揲针。

(2)耳针法取面颊、额、颌、神门。毫针刺或用埋针法或压丸法。

(3)刺络拔罐法取颧髁、地仓、颊车,用三棱针点刺后留罐。

P1136

第二节 腰痛(助理不考) 修改为 第二节腰痛

第三节 痹证(助理不考) 修改为 第三节痹证

坐骨神经痛 新增

考点一 坐骨神经痛的辨证论治

坐骨神经痛病位主要在足太阳、足少阳经脉和经筋。其发生与感受外邪、跌仆损伤等有关。感受风寒湿邪或湿热下注,痹阻经脉,腰部跌仆闪挫,损伤筋脉,均可导致经络不通,气血瘀滞而发生本病。本病以实证为主,也有虚证及虚实夹杂之证。

主症腰或臀、大腿后侧、小腿后外侧及足外侧的放射样、电击样、烧灼样疼痛。腰部病变使神经根受压迫或刺激引起者为根性坐骨神经痛；坐骨神经干受压迫或刺激引起者为干性坐骨神经痛。

疼痛以下肢后侧为主者，为足太阳经证；以下肢外侧为主者，为足少阳经证。

腰腿冷痛重着，遇冷加重，舌质淡，苔白滑，脉沉迟者为寒湿证；腰腿疼痛剧烈，痛处固定不移，有外伤史，舌质紫暗，脉涩者为瘀血阻络证；痛势隐隐，喜揉喜按，舌淡，脉细者为气血不足证。

考点二 坐骨神经痛的治法

通经止痛。循经取足太阳、足少阳经穴为主。

考点三 坐骨神经痛的处方

主穴足太阳经证：腰夹脊秩边委中承山昆仑足少阳经证：腰夹脊环跳阳陵泉悬钟丘墟配穴寒湿证配命门、腰阳关；瘀血阻络证配血海、阿是穴；气血不足证配足三里、三阴交。

方义 腰夹脊穴是治疗腰腿痛的要穴，可疏通局部气血。治病求本，分别取足太阳、足少阳经诸穴，可以疏导本经痹阻不通之气血，达到“通则不痛”的目的。

考点四 坐骨神经痛的治疗操作

基本刺灸方法 毫针虚补实泻法。秩边、环跳以针感沿腰腿部足太阳、足少阳经向下传导为佳，但不宜多次重复。

第二十九章

蛇串疮 助理不考

颈椎病 助理新增

P1157 第三节 颈椎病(助理不考)修改为 第三节 颈椎病



第十篇

诊断学基础

第一章 症状学

第一节 发热

P938

增补:发热的概念

发热是指机体在致热原的作用下,或各种原因引起体温调节中枢功能障碍,导致体温升高超出正常范围

P939

修改:发热的临床分度 以口腔温度为标准,可将发热分为:低热为 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$;中等度热为 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$;高热为 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热为 41°C 以上。

第二节 头痛

P940

增补:头痛的概念

头痛是指局限于头颅上半部的疼痛,主要有额、顶、颞及枕部的疼痛,是临床常见的症状之一。

增补:头痛的伴随症状 伴脑膜刺激征见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血

修改:头痛的伴随症状

伴发热体温升高与头痛同时出现见于脑炎、脑膜炎等感染;先头痛后出现发热见于脑出血、脑外伤等。

第三节 胸痛

增补:胸痛的概念

胸痛是指颈部与上腹之间的不适或疼痛,主要是由胸部疾病引起,有时腹腔疾病也可引起胸痛。胸痛的程度因个体痛阈差异而不同,与病情轻重程度不完全一致。

第四节 腹痛

P942

增补:腹痛的概念

腹痛为临床常见症状,多由腹部脏器疾病所致,少数也可由腹腔外及全身性疾病引起腹痛按性质可分为器质性和功能性两种,按病情缓急可分为急性腹痛和慢性腹痛属外科范畴的急性腹痛也称“急腹症”,其特点是发病急、进展快、变化多、病情重,诊断延误或治疗不当会给病人带来生命危险

第五节 咳嗽与咳痰

P944

增补:咳嗽的概念

咳嗽是机体的防御性神经反射,有利于清除呼吸道分泌物、吸入物和异物。痰是气管、支气管的病理分泌物或肺泡内渗出液,借助咳嗽反射将其排出体外称为咳痰

修改:

1.干性咳嗽见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、气管受压、支气管异物、支气管肿瘤、胸膜炎、二尖瓣狭窄、肺癌等。

2.湿性咳嗽见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、空洞型肺结核等。(常见疾病删除慢性咽喉炎)

第六节 咯血

增补:咯血的概念

喉及喉以下的呼吸道及肺脏等任何部位的出血,经咳嗽动作从口腔咯出称为咯血。少量咯血可表现为痰中带血,大咯血时血液从口鼻涌出,常可阻塞呼吸道,造成窒息死亡,是内科急症之一。

修改:咯血的病因

其他 如血小板减少性紫癜、白血病、血友病、肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等。

P945

增补:咯血的量及其性状 咯血铁锈色血痰可见于典型的肺炎链球菌肺炎。

修改:咯血的伴随症状

伴发热见于肺结核、肺炎链球菌性肺炎、肺脓肿、肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等;

第七节 呼吸困难

增补:一呼吸困难的定义

呼吸困难是指患者主观上感到空气不足,呼吸费力;客观上表现为呼吸频率、节律与深度的异常,严重时出现鼻翼扇动、发绀、端坐呼吸及辅助呼吸肌参与呼吸活动。

修改:呼吸困难的病因

2.循环系统疾病 各种原因所致的急慢性左心衰竭、心包填塞、原发性动脉高压等等。

4.血液系统疾患 如严重疾病如重度贫血、高铁血红蛋白血症等。

P946

修改:

2.心源性呼吸困难 主要由左心衰竭引起,临床上主要有三种表现形式:

4.中毒性呼吸困难

(2)药物及中毒 如吗啡、巴比妥类药物及有机磷农药中毒时,可抑制呼吸中枢,致呼吸减慢,也可呈潮式呼吸。一氧化碳、氰化物中毒时均可引起呼吸加快

5.精神或心理性呼吸困难 见于癔症、抑郁症患者。其特点是呼吸非常频速和表浅,并常因换气过度而发生呼吸性碱中毒,出现口周、肢体麻木和手足搐搦,经暗示疗法可使呼吸困难减轻或消失

增补:呼吸困难的问诊要点及临床意义

1.发病情况 注意询问是突发性还是渐进性,是吸气困难、呼气困难或吸气和呼气均困难,还应询问有无药物、毒物摄入史及外伤史。

2.发病诱因 劳力后出现呼吸困难,常见于心力衰竭早期、慢性阻塞性肺疾病、尘肺和先天性心脏病;呼吸困难于卧位时加重见于心力衰竭,直立时加重而仰卧位时缓解见于左房黏液瘤,健侧卧位时加重见于胸腔积液

3.伴随症状

(1)伴发热:见于肺炎、肺脓肿、胸膜炎、肺结核、急性心包炎等;

- (2) 伴咳嗽、咳痰:见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿合并感染、肺脓肿等;
- (3) 伴咯粉红色泡沫样痰:见于急性左心衰竭;
- (4) 伴大量咯血:常见于肺结核、支气管扩张症、肺癌等;
- (5) 伴胸痛:见于肺炎链球菌性肺炎、渗出性胸膜炎、自发性气胸、支气管肺癌、肺梗死、急性心肌梗死、纵隔肿瘤等;
- (6) 伴意识障碍:见于脑出血、脑膜炎、尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、各种中毒等。

第八节 水肿

增补:水肿的概念

人体组织间隙有过多液体积聚,导致组织肿胀称为水肿可分为全身性水肿和局部性水肿过多液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时,称全身性水肿;而液体积聚在局部组织间隙时,称局部性水肿当体腔内有液体积聚时称为积液,如胸腔积液、心包积液、腹腔积液等,是水肿的特殊形式

修改:水肿的病因

局部性水肿见于各种组织炎症、静脉回流受阻(静脉血栓形成、静脉炎等)、淋巴回流受阻(丝虫病、淋巴管炎、肿瘤压迫等)及血管神经性水肿。

P947

修改:水肿的临床表现

肾源性水肿特点为早晨起时眼睑或颜面水肿,以后发展为全身水肿,伴有血尿、少尿、蛋白尿、管型尿、高血压、贫血等表现

修改:水肿的问诊要点及临床意义

1. 水肿开始的部位及发展顺序
2. 既往病史,尤其是心、肝、肾及内分泌等疾病史是否有使用肾上腺皮质激素、睾酮、雌激素等药物史

删减:第九节 皮肤黏膜出血 全部内容

第十节 恶心与呕吐

P948

增补:恶心与呕吐的概念

恶心是一种上腹部不适、欲吐的感觉,可伴有流涎、出汗、皮肤苍白、心动过缓、血压下降等迷走神经兴奋的症状;呕吐是指胃或部分小肠内容物通过胃的强烈收缩,经食管或口腔排出体外的现象。恶心常为呕吐的前奏,一般恶心后随即呕吐,但两者也可单独存在。

第十一节 呕血与黑便

P949

增补:呕血与黑便的概念

呕血是因上消化道及其邻近器官/组织疾病,或全身性疾病导致上消化道出血,血液经口腔呕出黑便是血液经过肠道时,血红蛋白中的铁与肠内硫化物结合,生成硫化铁而使粪便呈黑色呕血和黑便是上消化道出血的主要症状,呕血均伴有黑便,但黑便不一定伴有呕血。

增补:呕血与黑便的临床表现

幽门以上的出血常表现为呕血和黑便,出血量大,呕吐物呈鲜红色或暗红色,常混有血块;出血量少,呕吐物呈咖啡色或棕褐色,或只有黑便幽门以下的出血常无呕血,只表现为黑便上消化道大出血时,可出现头昏、心悸、乏力、口渴、出冷汗、心率加快、血压下降等循环衰竭的表现

第十二节 黄疸

P950

修改:胆红素的正常代谢途径

2.肝内转变 游离胆红素在肝细胞内与葡萄糖醛酸结合形成葡萄糖醛酸胆红素,称为结合胆红素(CB)结合胆红素为水溶性,增多时可通过肾小球滤过,从尿中排出。

修改:溶血性黄疸

实验室检查特点:血清总胆红素增多,以非结合胆红素为主,结合胆红素基本正常或轻度增高,尿胆原增多,尿胆红素阴性,大便颜色变深具有溶血性贫血的改变,如贫血、网织红细胞增多、血红蛋白尿、骨髓红细胞系增生旺盛等。

胆汁淤积性黄疸(阻塞性黄疸)

实验室检查特点:血清结合胆红素明显增多尿胆原减少或阴性,尿胆红素阳性尿色深,大便颜色变浅。

P951

修改:黄疸的问诊要点及临床意义

病程 黄疸快速出现者常见于急性病毒性肝炎、急性中毒性肝炎、胆石症、急性溶血等;黄疸持续时间长者见于慢性溶血、肝硬化、肿瘤等;黄疸进行性加重者,要考虑胰头癌、胆管癌、肝癌;黄疸波动较大者常见于胆总管结石等

第十三节 抽搐

增补:抽搐的概念

抽搐是指一块或一组肌肉快速、重复性、不自主地阵挛性或强直性收缩抽搐发作时一般是全身性的,伴有或不伴有意识丧失

修改:抽搐的病因

非感染性疾病①外伤:产伤、脑挫伤、脑血肿等②肿瘤:原发性肿瘤(如脑膜瘤、神经胶质瘤等)及转移性脑肿瘤③血管性疾病:脑血管畸形、高血压脑病、脑栓塞、脑出血等④癫痫。

第十四节 意识障碍

P952

增补:意识障碍的概念

意识障碍是指当弥漫性大脑皮质或脑干网状结构发生损害或功能抑制时,机体对自身状态和客观环境的识别与觉察能力出现障碍

修改:意识障碍的病因

2.全身性疾病

(1)感染性疾病 见于全身严重感染性疾病,如伤寒、中毒性菌痢、重型肝炎、流行性出血热、钩端螺旋体病、中毒性肺炎、败血症等

(2)非感染性疾病 ①心血管疾病:阿-斯综合征、重度休克等②内分泌疾病:甲状腺危象、黏液性水肿性昏迷、糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷、低血糖性昏迷、垂体性昏迷等③代谢性脑病:尿毒症昏迷、肝性脑病、肺性脑病等。

修改:昏睡是一种比嗜睡重的意识障碍,患者近乎不省人事,处于熟睡状态,不易唤醒。

P953

增补:意识障碍的问诊要点及临床意义

1.既往史 询问有无高血压、心脏病、肝脏病、肾脏病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、慢性阻塞性肺疾病、颅脑外伤、肿瘤、癫痫等病史,有无手术、外伤、中毒及药物过敏史等

2.发病诱因 询问糖尿病患者降糖药或胰岛素的用量、肝脏病患者应用镇静剂等情况,有无在高温或烈日下工作等诱因

3.伴随症状①伴发热:先发热后有意识障碍,见于脑膜炎、脑炎、败血症等;先有意识障碍后发热,见

于脑出血、蛛网膜下腔出血、脑肿瘤、脑外伤等②伴呼吸缓慢:见于吗啡、巴比妥类、有机磷杀虫剂等中毒、颅内高压等③伴瞳孔散大:见于脑疝、脑外伤、颠茄类、酒精、氰化物等中毒,癫痫,低血糖昏迷等④伴瞳孔缩小:见于脑桥出血,吗啡类、巴比妥类及有机磷杀虫剂等中毒⑤伴高血压:见于高血压脑病、脑梗死、脑出血、尿毒症等⑥伴心动过缓:见于颅内高压症、房室传导阻滞、甲状腺功能减退症、吗啡类中毒等⑦伴脑膜刺激征:见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

第二章 问诊

增补:问诊的方法与注意事项

1. 问诊的方法

医生对患者首先从礼节性谈话开始,自我介绍,明确患者本次就诊目的,根据不同患者的具体情况,采用不同类型的提问方式,语言要通俗易懂,避免使用医学术语,可用开放性或直接提问,避免诱导式或暗示性、责难性、连续性提问及杂乱无章的重复提问每一部分病史询问结束时要进行归纳总结对危重患者询问要简明扼要,迅速,并立即进行抢救

2. 问诊的注意事项

问诊时环境要安静;仪表、礼节和友善的举止;态度要和蔼、亲切、同情和耐心,应对患者适当微笑或赞许地点头示意;交谈时采取适当的姿势表示对患者的尊重和理解;不乱解释,不要不懂装懂,也不要简单回答“不知道”,可以提供自己所知道的情况供患者参考;问诊时记录要尽量简单、快速,并与患者作必要的眼神交流;问诊结束时,应感谢患者的合作

第三章 检体诊断

第一节 基本检查法

P956

增补:视诊的内容和方法

视诊是检查者用眼睛来观察被检者全身或局部表现的检查方法视诊既能观察全身的一般状态,如年龄、发育、营养、意识状态、面容与表情、体位、姿态、步态等,又能观察局部体征,如皮肤、黏膜、五官、头颈、胸廓、腹部、脊柱、肌肉、骨骼、关节等外形特点但对特殊部位则需借助特殊仪器进行检查

在体格检查中,视诊适用范围广,使用器械少,得到的体征最多,常能提供重要的诊断资料和线索视诊时应注意:①应在间接日光下或灯光下进行,但观察皮疹或黄疸时必须在自然光线下进行,观察搏动、肿物、某些器官的轮廓时以侧面光线为宜;②在温暖环境中进行,被检者采取适宜的体位,裸露全身或检查部位,如需要可配合做某些动作;③应按一定顺序,系统、全面而细致地对比观察;④应结合触诊、叩诊、听诊、嗅诊等检查方法,综合分析、判断,使检查结果更具有临床意义

修改

浅部触诊用一手轻轻放在被检查部位,利用掌指关节和腕关节的协同配合,轻柔地进行滑动触摸。主要用于检查体表浅在病变,如关节,软组织,浅部的动脉、静脉、神经,阴囊和精索等

深部触诊主要用于腹腔内病变和脏器的检查嘱患者平卧,屈膝,张口平静呼吸检查者立于右侧,用温暖的一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部组织进行触诊。深部滑行触诊主要适用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查

第二节 全身状态检查

P959

修改:10. 面具面容 面部呆板、无表情,似面具样。见于帕金森病、脑炎等

增补:11. 贫血面容 面色苍白,口唇色淡,表情疲惫见于各种原因所致的贫血

P960

修改:间歇性跛行行走时,因下肢突发疼痛而停止前行,休息后继续前行见于闭塞性动脉硬化、高血压动脉硬化等

增补:跨阈步态患足下垂,行走时先将膝关节、髋关节屈曲,使患肢抬很高才能起步,如跨越门槛之势见于腓总神经麻痹出现的足下垂患者

第四节 淋巴结检查

P962

修改

检查某部淋巴结时,应使该部皮肤和肌肉松弛,以利于触摸。如发现有肿大的浅表淋巴结,应记录其位置、数目、大小、质地、移动度,表面是否光滑,有无粘连,局部皮肤有无红肿、压痛和波动,是否有瘢痕、溃疡和瘰管等,同时应注意寻找引起淋巴结肿大的病灶。

第五节 头部检查

P962

修改:眼部检查

1.眼睑检查时注意观察有无红肿、浮肿,睑缘有无内翻或外翻,睫毛排列是否整齐及生长方向,两侧眼睑是否对称,上睑抬起及闭合功能是否正常。

P963

增补:角膜检查

角膜边缘出现灰白色混浊环,称为老年环,是类脂质沉着所致,多见于老年人或早老症。

修改:调节反射与集合反射嘱被检查者注视 1m 以外的目标(通常为检查者的示指尖),然后逐渐将目标移至距被检查者眼球约 10cm 处,同时观察双眼瞳孔的变化情况,由看远逐渐变为看近,即由不调节状态到调节状态时,正常反应是双侧瞳孔逐渐缩小(调节反射)、双眼球向内聚合(集合反射)。当动眼神经受损害时,调节和集合(辐辏)反射消失。

修改:眼球凹陷 双侧眼球凹陷见于重度脱水,老年人由于眶内脂肪萎缩而有双侧眼球后退;单侧眼球凹陷见于 Homer 综合征或眶尖骨折。

P964

修改:鼻窦 额窦、筛窦、上颌窦和蝶窦,统称为鼻窦。鼻窦区压痛多为鼻窦炎。蝶窦因解剖位置较深,不能在体表检查到压痛。

第六节 颈部检查

P965

修改:颈动脉搏动增强,常见于主动脉瓣关闭不全、高血压、甲状腺功能亢进症及严重贫血等。(删除发热)

第七节 胸壁及胸廓检查

P966

修改:胸廓一侧或局限性变形 胸廓一侧膨隆多见于大量胸腔积液、气胸等;一侧平坦或下陷见于肺不张、肺纤维化、广泛性胸膜增厚和粘连等;胸廓局限性隆起见于心脏明显增大、大量心包积液、肋骨骨折等。

修改:脊柱畸形引起的胸廓改变常见于脊柱结核、强直性脊柱炎、胸椎疾患等。

修改:乳房检查视诊 乳头有血性分泌物见于乳管内乳头状瘤、乳腺癌。

修改:急性乳腺炎时乳房红、肿、热、痛,常局限于一侧乳房的某一象限触诊有明显压痛的硬块。

第八节 肺和胸膜检查

P967

增补:3.呼吸运动 健康人在平静状态下呼吸运动平稳而有节律,胸廓两侧动度一致、对称

(1)呼吸运动减弱或消失①一侧或局部:见于大叶性肺炎、中等量以上胸腔积液或气胸、胸膜增厚或粘连、一侧肺不张等②双侧:见于慢性阻塞性肺气肿、两侧肺纤维化、双侧大量胸腔积液、呼吸肌麻痹等。

(2)呼吸运动增强①局部或一侧:见于健侧的代偿②双侧:见于酸中毒大呼吸、剧烈运动

P968

增补:肺上界 即肺尖的上界,其内侧为颈肌,外侧为肩胛带。自斜方肌前缘中部叩诊为清音,逐渐叩向外侧,变为浊音时为肺上界外侧终点;然后再由中部向内侧叩,由清音变为浊音时为肺上界内侧终点。此清音带的宽度即为肺尖的宽度,正常为4~6cm,右侧较左侧稍窄。肺上界变窄见于肺尖有结核、肿瘤、纤维化、萎缩或胸膜增厚等;肺上界增宽见于气胸、肺大泡、肺气肿等,叩诊可呈鼓音或过清音。

修改:肺泡呼吸音 此为气体进出肺泡产生的声音,正常人除了可听到支气管呼吸音及支气管肺泡呼吸音的部位外,其余肺部任何区域都可听到。

修改:

病理性支气管呼吸音 在正常肺泡呼吸音部位听到支气管呼吸音,亦称管状呼吸音主要见于:肺组织实变,如大叶性肺炎实变期等;肺内大空洞,如肺结核、肺脓肿、肺癌形成空洞时;压迫性肺不张,见于胸腔积液、肺部肿块等使肺组织受压发生肺不张时。

病理性支气管肺泡呼吸音 在正常肺泡呼吸音的区域听到支气管肺泡呼吸音常见于肺实变区域较小且与正常肺组织掺杂存在,或肺实变部位较深并被正常肺组织所遮盖。

P969

增补:水泡音可分为大、中、小湿啰音和捻发音。捻发音常见于肺炎或肺结核早期、肺淤血、肺泡炎等,也可见于正常老年人或长期卧床者。

P970

修改:儿童时期患慢性风湿性心脏瓣膜病伴右心室增大者。

第九节 心脏、血管检查

P971

修改:二尖瓣区位于心尖搏动最强处,又称心尖区。

三尖瓣区位于胸骨下端左缘,即胸骨左缘第4、5肋间处。

修改:心音性质改变:心肌有严重病变时,心肌收缩力明显减弱,致使S₁失去其原有特征而与S₂相似,同时因心搏加速使舒张期明显缩短致收缩期与舒张期时间几乎相等,此时听诊S₁、S₂酷似钟摆的“滴答”声,称为钟摆律。如钟摆律时心率超过120次/分,酷似胎儿心音,称为胎心律,提示病情严重。以上两者可见于大面积急性心肌梗死和重症心肌炎等。

心音分裂:①S₁分裂:当左、右心室收缩明显不同步时,可出现S₁分裂,在二、三尖瓣听诊区都可听到,但以胸骨左下缘较清楚,多见于二尖瓣狭窄等,偶见于儿童及青少年②S₂分裂:临床上较常见,由主、肺动脉瓣关闭明显不同步所致,在肺动脉瓣区听诊较明显可见于青少年,尤以深吸气更明显。临床上最常见的S₂分裂,见于右室排血时间延长,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),或左心室射血时间缩短,主动脉关闭时间提前(如二尖瓣关闭不全、室间隔缺损等)时。

P972

修改:2.出现的时期 按杂音出现的时期不同,可分为:①收缩期杂音:出现在S₁与S₂之间②舒张期杂音:出现在S₂与下一个心动周期的S₁之间③连续性杂音:连续出现于收缩期及舒张期,并不为S₂打断④双期杂音:收缩期和舒张期都出现,但不连续,性质不一致。舒张期杂音及连续性杂音均为器质性,收缩期杂音可为功能性

P974

修改:重搏脉指正常脉搏后均有一次较弱的脉搏可触及,见于伤寒、败血症、低血容量休克等。

第十节 腹部检查

P976

增补:液波震颤

检查时患者仰卧,医师用手掌面贴于患者一侧腹壁,另一手四指并拢屈曲,用指端迅速叩击对侧腹壁,如腹腔内有大量游离液体(3000~4000 mL以上),则贴于腹壁的手掌可感到液波的冲击,称为液波震颤或波动感。为防止腹壁本身的震动传至对侧,可让另一人将手掌尺侧缘轻压于患者脐部腹中线上,即可阻止腹壁震动的传导。

P977

修改 2.腹部肿块触诊 腹腔脏器的肿大、异位、肿瘤、囊肿或脓肿、炎性组织粘连或肿大的淋巴结等均可形成肿块。如触到肿块要鉴别其来源于何种脏器,上腹中部肿块多来源于胃或胰腺的肿瘤,右肋下肿块常与肝胆有关,两侧腹部的肿块常为结肠肿瘤;是炎症性还是非炎症性,炎性肿块压痛明显,如肝炎、肝脓肿、阑尾周围脓肿等,而非炎性肿块压痛轻微或不明显;是实质性还是囊性,实质性肿块质地可柔软、中等硬或坚硬,见于炎症、结核和肿瘤,而囊性肿块触之柔软,见于脓肿或囊肿等;是良性还是恶性,良性肿块多为圆形且表面光滑,而形态不规整、表面凹凸不平及坚硬者多为恶性;在腹腔内还是在腹壁上,还须注意肿块的位置、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度、与邻近器官的关系等。

P978

修改:胃泡鼓音区 胃泡鼓音区位于左前胸下部,上界为膈及肺下缘,下界为肋弓,左界为脾脏,右界为肝左缘。

第十三节 神经系统检查

P980

增补:脑神经检查

1. 视神经

(1) 视神经检查包括视力、视野和眼底检查。

(2) 视野反映黄斑中央凹以外的视网膜及视觉通路的功能,视觉通路的任何部位受到损害,都可引起视野缺损。

(3) 眼底检查需要用检眼镜,观察视乳头、视网膜、视网膜血管、黄斑有无异常。视乳头水肿常见于颅内肿瘤、视神经受压迫等,如颅内出血、脑膜炎、脑炎等引起的颅内压增高,视网膜出血常见于高血压、出血性疾病等。视网膜有渗出物可见于高血压、慢性肾炎、妊娠高血压综合症等。原发性视神经萎缩见于球后神经炎或肿瘤。

2. 动眼神经

动眼神经位于中脑,支配上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌、上睑提肌、瞳孔括约肌和睫状肌。

动眼神经麻痹可表现为上睑下垂;眼球转向外下方,有外斜视和复视;眼球不能向上、向下、向内转动;瞳孔扩大;对光反射、调节反射、集合反射消失。常见于颅底肿瘤、结核性脑膜炎、脑出血合并脑疝等

3. 三叉神经

三叉神经位于脑桥,主要支配面部感觉和咀嚼运动

三叉神经刺激性病变时,可出现三叉神经痛,常表现为突然发作的一侧面部剧痛,可在眶上孔、上颌孔和颞孔三处有压痛点,且按压时可诱发疼痛。

4. 面神经

(1) 面神经主要支配面表情肌和分管舌前 2/3 味觉。面神经核位于脑桥,分上、下两部分:上部受双侧大脑皮质运动区支配,下部仅受对侧大脑皮质运动区支配。

(2) 中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法, 见下表

	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
病因	核上组织(包括皮质、皮质脑干纤维、内囊、脑桥等)受损	面神经核或面神经受损
临床表现	病灶对侧颜面下部肌肉麻痹, 可见鼻唇沟变浅, 露齿时口角下垂(或称口角歪向病灶侧), 不能吹口哨和鼓腮等	病灶同侧全部面肌瘫痪, 从上到下表现为不能皱额、皱眉、闭目, 角膜反射消失, 鼻唇沟变浅, 不能露齿、鼓腮、吹口哨, 口角下垂(或称口角歪向病灶对侧)
临床意义	多见于脑血管病变、脑肿瘤和脑炎等	多见于受寒、耳部或脑膜感染、神经纤维瘤引起的周围型面神经麻痹, 此外, 还可出现舌前2/3味觉障碍等

删除: 中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法(下图)

修改: 皮质型 特点为上肢或下肢感觉障碍, 并有复合感觉障碍, 见于大脑皮层感觉区损害。

增补: 运动功能检查

随意运动 指受意识支配的动作, 由大脑皮质通过锥体束支配骨骼肌来完成。检查的重点是肌力。

增补: 共济运动

(1) 检查方法 指鼻试验、对指试验、轮替动作、跟-膝-胫试验、闭目难立试验等

(2) 临床意义 正常人动作协调、稳准, 如动作笨拙和不协调时称为共济失调, 可分为三种: ① 感觉共济失调: 与视觉有关, 睁眼时减轻, 闭眼时加重, 伴有深感觉障碍, 常见于感觉系统病变, 如多发性神经炎、亚急性脊髓联合变性、脊髓空洞症等。② 小脑性共济失调: 与视觉无关, 不受睁眼与闭眼的影响, 伴有肌张力降低、眼球震颤等, 常见于小脑疾病。③ 前庭性共济失调: 以平衡障碍为主, 伴有眩晕、恶心、呕吐及眼球震颤, 常见于梅尼埃病、脑桥小脑角综合征等。

P981 删除: 中枢性与周围性瘫痪的鉴别

第四章 实验室检查

第一节 血液的一般检查

P985

修改: 一、血红蛋白测定和红细胞计数, 红细胞形态变化

(一) 参考值

血红蛋白(Hb): 男性130~175 g/L; 女性 115~150 g/L。

红细胞(RBC): 男性 $(4.3\sim5.8)\times 10^{12}/L$; 女性 $(3.8\sim5.1)\times 10^{12}/L$ 。

(二) 临床意义 红细胞及血红蛋白增多

单位容积循环血液中血红蛋白量、红细胞数高于参考值高限。诊断标准: 成年男性Hb>180 g/L, RBC> $6.5\times 10^{12}/L$; 成年女性Hb>170g/L, RBC> $6.0\times 10^{12}/L$ 。

P986

修改: 二、白细胞计数和白细胞分类计数, 中性粒细胞核象变化

(一) 参考值 白细胞总数: 成人 $(3.5\sim9.5)\times 10^9/L$ 。

修改: 临床意义

成人白细胞数> $9.5\times 10^9/L$ 称为白细胞增多, < $3.5\times 10^9/L$ 称为白细胞减少。白细胞总数的增减主要受中性粒细胞数量的影响。

修改: 减少中性粒细胞绝对值< $1.5\times 10^9/L$ 称为粒细胞减少症, < $0.5\times 10^9/L$ 称为粒细胞缺乏症

增补: 异形淋巴细胞正常人外周血中偶可见到(<2%)。增多主要见于病毒感染性疾病, 如传染性单

核细胞增多症、流行性出血热等。

P987

修改:四、血小板计数 参考值 $(125\sim 350)\times 10^9/L$ 。

增补:六、C反应蛋白(CRP)检测

CRP是一种能与肺炎链球菌C-多糖发生反应的急性时相反应蛋白。主要由肝脏产生,广泛存在于血清和其他体液中,具有激活补体、促进吞噬和免疫调理的作用。CRP测定对炎症、组织损伤、恶性肿瘤等疾病的诊断及疗效观察有重要意义。

1.参考值 免疫扩散法:血清 $<10\text{ mg/L}$ 。

2.临床意义 CRP增高见于各种急性化脓性炎症、菌血症、组织坏死、恶性肿瘤等的早期。可作为细菌感染与非细菌感染、器质性与功能性疾病的鉴别指标,一般细菌性感染、器质性疾疾病CRP增高。

第二节 血栓与止血检查

P988

修改:1.血浆D-二聚体测定 参考值 $0\sim 0.256\text{ mg/L}$

修改:④动脉血栓栓塞的预防、心脏换瓣术后,INR为 $2.0\sim 3.5$ 。

第四节 肝脏病常用的实验室检查

P990

删除 血氨测定

修改:血清蛋白电泳参考值 醋酸纤维素膜法:白蛋白 $0.62\sim 0.71(62\%\sim 71\%)$; α_1 球蛋白 $0.03\sim 0.04(3\%\sim 4\%)$; α_2 球蛋白 $0.06\sim 0.10(6\%\sim 10\%)$;任球蛋白 $0.07\sim 0.11(7\%\sim 11\%)$;球蛋白 $0.09\sim 0.18(9\%\sim 18\%)$ 。

第五节 肾功能检查

P992

修改:肾小球滤过率(GFR)测定

1.参考值男性: $125\pm 15\text{ mL/min}$;女性:约低10%

2.临床意义

GFR减低见于各种原发性、继发性肾脏疾病。GFR是反映肾功能最灵敏、最准确的指标

修改:参考值男性 $149\sim 416\ \mu\text{mol/L}$,女性 $89\sim 357\ \mu\text{mol/L}$ 。

第六节 常用生化检查

P994

增补:葡萄糖耐量试验临床意义③确定空腹血糖受损(IFG) FBG $6.1\sim 6.9\text{ mmol/L}$, 2hPG $<7.8\text{ mmol/L}$ 。

P995

修改:血清总胆固醇(TC)测定

参考值 合适水平: $<5.18\text{ mmol/L}$ 边缘水平: $5.18\sim 6.19\text{ mmol/L}$ 。增高: $>6.22\text{ mmol/L}$ 。

修改:血清甘油三酯(TG)测定 参考值 合适范围: $<1.70\text{ mmol/L}(150\text{ mg/dL})$

边缘升高: $1.70\sim 2.25\text{ mmol/L}(150\sim 199\text{ mg/dL})$ 升高: $\geq 2.26\text{ mmol/L}(200\text{ mg/dL})$

修改:低密度脂蛋白(LDL)测定 参考值 合适范围: $<3.37\text{ mmol/L}(130\text{ mg/dL})$ 。边缘升高 $3.37\sim 4.12\text{ mmol/L}(130\sim 159\text{ mg/dL})$ 。升高: $\geq 4.14\text{ mmol/L}(160\text{ mg/dL})$ 。

P996

修改:血清钾测定 参考值 $3.5\sim 5.3\text{ mmol/L}$ 。

修改:血清钠测定 参考值 $137\sim 147\text{ mmol/L}$

修改:血清氯测定 参考值96~108 mmol/L。

修改:血清钙测定 参考值血清总钙:2.2~2.7mmol/L;离子钙:1.10~1.34mmol/L。

第七节 酶学检查

P997

修改:急性胰腺炎发病后2~3小时血清AMS开始增高,12~24小时达高峰,2~5天后恢复正常。如达3500 U/L应怀疑此病,超过5000 U/L即有诊断价值。尿AMS于发病后12~24小时开始增高,尿中AMS活性可高于血清中的1倍以上,多数患者2~10天后恢复到正常

P998

修改:

急性心肌梗死(AMI)CK在发病后3~8小时开始增高,10~36小时达高峰,3~4天后恢复正常,是AMI早期诊断的敏感指标之一。在AMI病程中,如CK再次升高,提示心肌再次梗死。

增补:

脑钠肽(BNP)主要由心肌细胞分泌的利尿钠肽家族的成员,又称B型利钠肽,具有排钠、排尿,舒张血管作用。心功能障碍能够极大地激活利钠肽系统,心室负荷增加导致BNP释放,形成BNP前体(pro-BNP),再裂解为无活性的、半衰期为60~120分钟的氨基末端BNP前体(NT-pro-BNP)和有活性的、半衰期仅为20分钟的BNP释放入血。BNP的释放与心衰程度密切相关。

1.参考值 BNP1.5~9.0 pmol/L,判断值>22 pmol/L(100 ng/L);NT-pro-BNP<125 pg/mL。

2.临床意义

(1)心衰的诊断、监测和预后评估 BNP升高对心衰具有极高的诊断价值临床上,NT-pro-BNP>2000 pg/mL,可以确定心衰治疗有效时,BNP水平可明显下降。若BNP水平持续升高或不降,提示心衰未得到纠正或进一步加重。

(2)鉴别呼吸困难 通过测定BNP水平可以准确筛选出非心衰患者(如肺源性)引起的呼吸困难,BNP在心源性呼吸困难升高,肺源性呼吸困难不升高。

(3)指导心力衰竭的治疗 BNP对心室容量敏感,半衰期短,可以用于指导利尿剂及血管扩张剂的临床应用;还可以用于心脏手术患者的术前、术后心功能的评价,帮助临床选择最佳手术时机。

第八节 免疫学检查

P999

修改:血清免疫球蛋白测定参考值成人血清IgG 7.0~16.0 g/L;IgA 0.7~5.0 g/L;IgM 0.4~2.8 g/L;IgD 0.6~2 mg/L;IgE 0.1~0.9 mg/L。

修改:补体C₃测定参考值单向免疫扩散法0.85~1.7 g/L。

P1000

修改:血清癌抗原125(CA125)测定

参考值 RIA、ELISA:男性及50岁以上女性<2.5万 U/L;20~40岁女性<4.0万 U/L(RIA)。

P1001

修改:可提取性核抗原抗体谱测定改为 抗Sm抗体、抗SSA抗体谱测定

抗可提取性核抗原多肽(ENA)抗体是针对细胞核中可提取性核抗原的自身抗体,包括抗核糖核蛋白抗体、抗酸性核蛋白(Sm)抗体、抗SSA抗体等。对这些自身抗体的检测,可用于自身免疫性疾病的诊断和鉴别诊断。

1.参考值免疫印迹试验(IBT):阴性

2.临床意义

(1)抗Sm抗体 阳性抗Sm抗体为SLE所特有,疾病特异性达99%,但敏感性低。

(2)抗SSA抗体 阳性干燥综合征中阳性率最高,敏感性达96%;在亚急性皮肤性狼疮、新生儿狼疮

等疾病中也有很高的阳性率;还可见于类风湿关节炎、SLE 等。

第九节 尿液检查

P1003

修改:尿沉渣计数临床意义白细胞数增多见于泌尿系感染,如肾盂肾炎及急性膀胱炎;红细胞数增多见于急、慢性肾炎。

第五章 心电图诊断

P1009

修改:PR 间期 成年人心率在正常范围时,PR 间期为 0.12~0.20 s。PR 间期受年龄和心率的影响,年龄小或心率快时 PR 间期较短,老年人或心动过缓时较长,但一般不超过 0.22 s。

第二节 心电图测量及正常心电图

修改:ST 段 正常情况下,ST 段多为一等电位线。在任何导联,ST 段下移不应超过 0.05 mV;ST 段抬高在 V_2 、 V_3 导联男性不超过 0.2 mV,女性不超过 0.15 mV,其他导联均不应超过 0.1 mV。

ST 段水平型及下垂型压低见于心肌缺血;ST 段压低也见于低血钾、洋地黄作用、心室肥厚及室内传导阻滞等相邻 ST 段上抬超过正常范围且弓背向上,见于急性心肌梗死、变异型心绞痛、室壁瘤;弓背向下的抬高见于急性心包炎。

第三节 常见异常心电图

P1012

修改:左心房肥大 心电图表现为 P 波增宽($>0.11s$),常呈双峰型,双峰间期 $\geq 0.04s$,以 I、II、aVL 导联上最为显著;在 V_1 导联上, $P_{tf} \leq 0.04mm \cdot s$ 。上述 P 波改变多见于二尖瓣狭窄,故称“二尖瓣型 P 波”,也可见于各种原因引起的左心衰竭、心房内传导阻滞等。

修改:心肌缺血

1. 稳定型心绞痛 面对缺血区的导联上出现 ST 段水平型或下垂型下移 $\geq 0.1mV$,T 波低平、双向或倒置,时间一般小于 15 分钟。

2. 变异型心绞痛 常于休息或安静时发病,心电图可见 ST 段抬高,常伴有 T 波高耸,对应导联 ST 段下移。

3. 慢性冠状动脉供血不足 在 R 波占优势的导联上,ST 段呈水平型或下垂型压低 $>0.05 mV$;T 波低平、双向或倒置。

P1013

删除:窦性心动过速、窦性心动过缓、窦性停搏、病态窦房结综合征的心电图表现

修改:室性期前收缩的心电图表现

(1) 提早出现宽大畸形的 QRS 波群,其前无相关的 P 波或 P 波

(2) QRS 时限常 $\geq 0.12s$

(3) T 波方向与 QRS 主波方向相反

(4) 有完全性代偿间歇。

修改:交界性期前收缩的心电图表现

(1) 提前出现的 QRS 波群,形态基本正常。

(2) 出现逆行 P 波,可在 QRS 之前($P'R < 0.12s$),或 QRS 之后($RP' < 0.20s$),或与 QRS 相重叠。

(3) 常有完全性代偿间歇。

P1014

删除:9.室性心动过速的心电图表现

删除:11.心室颤动的心电图表现

修改:房室传导阻滞的心电图表现

(1)一度房室传导阻滞①窦性P波规律出现,其后均有QRS波群②PR间期延长 $\geq 0.21s$ 。(老年人 $> 0.22s$)

(2)二度I型房室传导阻滞 ①窦性P波规律出现。②PR间期进行性延长,直至出现一次QRS波群脱落(P波后无QRS波群),其后PR间期又趋缩短,之后又逐渐延长,直至QRS脱落,周而复始。③QRS脱落所致的最长RR间期,短于任何两个最短的RR间期之和。④QRS波群时间、形态大多正常。

(3)二度II型房室传导阻滞 ①窦性P波规律出现,PR间期恒定(正常或延长)。②部分P波后无QRS波群(发生心室漏搏)。③房室传导比例一般为3:2、4:3等。

(4)三度房室传导阻滞(完全性房室传导阻滞) ①P波和QRS波群无固定关系,PP与RR间距各有其固定的规律性。②心房率 $>$ 心室率③QRS波群形态正常或宽大畸形。

增补:血钾异常

1.高钾血症的心电图表现

(1)早期出现QT时间缩短,T波高尖,双支对称,基底部变窄,即“帐篷状”T波。

(2)随着高钾血症的加重,可出现QRS波增宽,幅度下降,P波形态逐渐消失,可出现“窦性传导”。

(3)ST段下降 >0.05 mV。

(4)严重高钾时,可出现房室传导阻滞、室内传导阻滞、窦性停搏、室速、室扑、室颤及心脏停搏等。

2.低钾血症的心电图表现

(1)ST段压低,T波低平或倒置。

(2)U波增高,以 V_2 、 V_3 导联上最明显,可 >0.1 mV。U波振幅可与T波等高,呈驼峰状,或 $U>T$,或T、U波融合。

(3)T波与U波融合时,QU间期明显延长。

(4)严重低钾时,可出现各种心律失常,如房室传导阻滞,频发、多源性期前收缩、甚至室速和尖端扭转性室速等。

第六章 影像学检查

第一节 超声诊断

P1016

删除:扩张性心肌病的异常心电图(如下图)

增补:主动脉瓣关闭不全的异常声像图及心功能评价

(1)二维超声心动图表现 在左室长轴及主动脉根部短轴切面上,可见主动脉瓣反射增强、舒张期主动脉瓣闭合不良、左室容量负荷过重的表现。

(2)M型超声心动图表现 ①心底部探查,主动脉根部前后径增宽,运动幅度增大,舒张期闭合线呈双线,距离 >2 mm若闭合线出现扑动现象,是血液反流的有力证据②左室探查,可见左室容量负荷过重的改变,表现为左室内径扩大,流出道增宽,室间隔和左室后壁呈反向运动。

(3)多普勒超声心动图表现 舒张期可见五彩反流束自主动脉瓣口流向左室流出道。

第三节 放射性核素检查

P1021

删除:考点一、脏器显像检查

第十一篇

药理学

P1258 修改:

“第一节 药物对机体的作用”改为“第一节 药物效应动力学”

P1260 修改:

“第二节 机体对药物的作用”改为“第一节 药物代谢动力学”

P1260 修改:

“考点二 解痉常用药”改为“考点二 合成解痉药”

P1260 增补:

考点三 药物作用的主要机制(受体激动药与拮抗药的基本概念)(助理不考)

药物作用的主要机制主要分为**受体机制**和**非受体机制**两大类。

(一)受体机制

大多数药物是通过和生物机体大分子成分的相互作用而产生药理学作用的。这些相互作用改变了所作用的相关大分子的功能,从而引发生物化学和生理学变化,导致药物的特异性效应。这些和药物发生相互作用的大分子即是受体。因此,受体是大多数药物的作用靶点,它与药物的相互作用是大多数药物产生药理作用的机制。

1.受体(receptor)是存在于细胞膜或细胞内的一种能选择性地同相应的递质、激素、自体活性物质或药物等相结合,并能产生特定生理效应的大分子物质(主要为糖蛋白或脂蛋白,也可以是核酸或酶的一部分)。

2.受体激动药与拮抗药

药物是否和特异性受体有亲和力是能否激活或阻断受体的前提。但和受体结合后能产生多大的效应则决定于药物激活受体的能力,即内在活性大小。根据药物的内在活性,可把作用于受体的药物分为激动药、拮抗药和部分激动药三类。

(1)激动药(agonist):是指对受体既有亲和力又有很强的内在活性,因而能有效激活受体,产生激动效应。根据内在活性大小,又分完全激动药及部分激动药。如**吗啡是阿片受体完全激动药**,能发挥强大镇痛效应。但有的药物虽对其特异性受体有亲和力,能和受体结合,但内在活性弱,最大效应低于激动药,这类药物称为部分激动药(partialagonist)。这类药物单独应用可产生效应,但与同一受体的激动药合用时,能拮抗激动药的效应。如**喷他佐辛是阿片受体的部分激动药**,单独应用有较强的镇痛作用,但与吗啡合用时,则减弱吗啡单用时的镇痛作用。

(2)拮抗药(antagonist):又称阻滞药(blockers),是指具有较强的亲和力,而无内在活性的药物。这些药物与受体结合后不能产生该受体兴奋的效应,却占据了受体而拮抗激动药兴奋该受体的作用。如阿托品与M受体结合后,拮抗乙酰胆碱及毛果芸香碱的作用,表现出胃肠平滑肌松弛等。拮抗药按作用性质分为竞争性拮抗药和非竞争性拮抗药两类。

1)竞争性拮抗药(competitiveantagonist)可与激动药竞争相同受体,拮抗激动药的作用,且其拮抗作用可随增大激动药浓度而逆转,而激动药仍可达到与其单用时相同的最大效应,故拮抗作用是可逆的。一

定量的竞争性拮抗药存在时,再测定激动药的累计浓度效应曲线,可见量效曲线平行右移,斜率和最大效应不变。

2)非竞争性拮抗药(noncompetitiveantagonist)能不可逆地作用于某些部位而妨碍激动药与受体结合,并拮抗激动药的作用。其拮抗作用也可通过增大激动药浓度而逆转,但激动药不断提高浓度仍不能达到与其单独使用时相同的最大效应。一定量的非竞争性拮抗药存在时,再测定激动药的累计浓度效应曲线,可见量效曲线下移,斜率降低,最大效应降低。

(二)非受体机制

除了作用于受体外,某些药物还可通过其他机制产生药理学效应,如影响酶活性、影响离子通道、影响细胞的代谢、影响免疫功能及通过简单的理化作用等。

P1262 增补:

3.特殊人群因素

(1)儿童 人体的许多生理功能、体液或脂肪与体重的比例、血浆蛋白含量、代谢酶的活性等,因年龄不同可出现较大差异,从而影响药物的药效学和药动学。

①药物的吸收:新生儿胃液的pH较低,胃内容物的排出也比较需要时间,药物的吸收比较慢。但**B-内酰胺类抗生素药物也因此在胃内的分解减少**,吸收反而较成人好。

②药物的分布:新生儿的血浆蛋白低于成年人,因此当给予蛋白质结合率高的药物时,游离型药物的浓度会增加,易引起毒性反应。

③药物的代谢:新生儿期肝脏功能尚未完全发育好,但随后一年内即可发育成熟,而其肝脏的重量占体重的比例较成人高(1~2岁最高),因此,对某些药物来说(如茶碱类),婴儿期以后的肝脏代谢功能按体重计算,则相对较成人高。新生儿期的硫酸结合功能与成人无异,但甘氨酸和葡萄糖醛酸的结合功能还比较差,因此,新生儿对胆红素、氯霉素结合代谢不足,**易发生高胆红素血症和灰婴综合征**。

④药物的排泄:新生儿的肾小球滤过率和肾小管分泌机能都比较差,因此**对氨基糖苷类和青霉素类的清除率比较低**,需要6个月才能达到成人水平。

(2)老年人 老年人由于生理功能逐渐减退,血浆蛋白浓度降低,肝血流和肝药酶的活性降低,肾血流、肾小球滤过和肾小管功能减弱而使药物的消除减慢,虽然对药物的吸收功能也降低,但综合结果是水中的游离型药物浓度增多,作用或毒性增强。

(3)女性 女性有月经、妊娠、分娩、哺乳期等特点,用药时应注意。月经期和妊娠期禁用泻药和抗凝血药,以免月经过多、流产、早产或出血不止。有些药物能通过胎盘进入胎儿体内,对胎儿生长发育和活动造成影响,严重的可导致畸胎,故妊娠期用药应十分慎重。**临产前禁用吗啡,以免抑制胎儿的呼吸**。哺乳期用药应注意某些药物从乳汁排出影响乳儿。

P1266 增补:

考点二 胆碱酯酶复活药

氯解磷定(pralidoximechloride, PAM-Cl)溶解度大,溶液稳定,无刺激性,制成注射剂供肌内或静脉注射;不良反应少,价格低廉,**为首选药**。

氯解磷定进入有机磷酸酯类中毒者体内,分子中带正电荷的季铵氮与被磷酰化的胆碱酯酶的阴离子以静电引力相结合,脂基以共价键与中毒酶的磷酰基相结合,所形成的复合物经裂解形成无毒的磷酰化氯解磷定从尿中排出,使胆碱酯酶游离出来而恢复水解ACh的活性。氯解磷定还能与体内游离的有机磷酸酯类直接结合,形成磷酰化氯解磷定由尿排出,从而阻止其继续与胆碱酯酶结合,避免了中毒过程的发展。

P1269 修改:

“考点一 眼科常用药”改为“考点一 合成散瞳药”

P1282 修改:

“第十章 抗帕金森病药”改为“第十章 抗中枢神经系统退行性病”

P1282 增补:

第二节 治疗阿尔茨海默病药

考点一 石杉碱甲的作用、应用、不良反应

石杉碱甲(huperzineA,哈伯因,huperzine)是我国学者于1982年从中药千层塔中分离得到的一种生物碱,1994年被卫生部批准为治疗早老年性痴呆症的药。

1.作用 属于高选择性、强效、可逆性中枢AChE抑制药。能显著改善老年性记忆障碍及老年痴呆患者的记忆和认知能力。

2.应用 用于各型痴呆的治疗。

3.不良反应 恶心、头晕、多汗、腹痛、视物模糊等。严重心动过缓、低血压、心绞痛、哮喘、肠梗阻病人慎用。

考点二 美金刚的作用、应用、不良反应

美金刚(memantine)是第一个FDA批准用于治疗AD的药物。

1.作用 属于非竞争性NMDA受体拮抗药。能改善中度至重度AD患者的认知能力和日常生活能力。

2.应用 用于治疗中晚期重症AD。

3.不良反应 轻微眩晕、不安、头重、口干等。

P1287 增补:

4.日夜百服宁(助理不考) 是含有对乙酰氨基酚的复方解热镇痛药,主要用于减轻感冒发热、头痛、鼻塞、咳嗽等症状。

P12894 增补:

考点三 厄贝沙坦的作用、应用、不良反应

厄贝沙坦(irbesartan)为长效、强效的AngII受体拮抗药。作用比氯沙坦强约10倍,持续24h以上。

1.作用 降低血压。选择性地与AT₁受体结合,阻断AngU引起的血管收缩及促进醛固酮分泌。长期用药还能抑制心肌肥厚和血管壁增厚。

2.应用 各型高血压,也可用于高血压合并糖尿病肾病患者,能减轻肾损害。

3.不良反应 头晕、高血钾和与剂量相关的体位性低血压。孕妇及哺乳期妇女禁用。

P1294 增补:

考点 美托洛尔的降压作用、应用、不良反应

1.作用 降低血压。作用机制可能是:①减少心输出量:本品为选择性 β_1 受体阻断药,通过阻断心脏 β_1 受体,使心肌收缩力减弱。②抑制肾素分泌:通过阻断肾小球旁器部位的 β_1 受体,抑制肾素-血管紧张素系统。

2.应用 用于高血压,对伴有心输出量偏高或血浆肾素活性增高者以及伴有冠心病者更适宜。

3.不良反应 神经系统常见眩晕、精神抑郁等;心血管系统常见心率减慢、传导阻滞、心衰加重等。

P1299 增补:

考点四 美托洛尔的作用、应用

1.作用 抗心律失常,通过阻滞心脏的 β_1 受体而发挥抗心律失常作用。

(1)降低自律性,对窦房结、心房内传导组织及浦肯野纤维,可减慢4相自动除极化速率,降低自律性,在运动和情绪激动时作用明显。也能抑制儿茶酚胺引起的迟后除极而防止触发活动。

(2)减慢传导,大剂量时,除 β 受体阻滞作用外,还有膜稳定作用,减慢0相Na⁺内流,使0相除极化速率降低,减慢房室结及浦肯野纤维的传导速度。

(3)延长房室结ERP,明显延长房室结的ERP,与减慢房室结传导的作用构成其抗室上性心律失常的作用基础。

2.应用

- (1) **室上性**心律失常,如心房颤动、心房扑动及阵发性室上性心动过速等。
- (2) 焦虑、甲状腺功能亢进等引起的**窦性心动过速**。
- (3) **室性**心律失常,特别是对由于运动和情绪激动引起的疗效显著。
急性心肌梗死,长期使用可减少心律失常的发生及再梗死率,从而降低病死率。

P1302 增补:

“血管紧张素 II 受体(AT₁)阻滞药”后加“(助理不考)”。

P1312 增补:

“考点二 多潘立酮的作用、应用、不良反应”后加“(助理不考)”。

P1329 增补:

考点二 不良反应

1.四环素

①局部刺激:口服常引起消化道症状,饭后服用可减轻症状;肌内注射可致剧痛及局部坏死,禁用;易致静脉炎,应稀释后静脉滴注。

②二重感染:常见的有白色念珠菌引起的鹅口疮、难辨梭菌引起的伪膜性肠炎等。

③影响骨、牙的生长:四环素类能造成恒齿永久性棕色色素沉着,还可抑制婴幼儿的骨骼生长。**孕妇、哺乳期妇女及 8 岁以下儿童禁用本类药物。**

④其他:长期大量(>4g/d) 静脉滴注可造成严重肝损害,亦可加剧原有的肾功能不全。偶见过敏反应。

2.氯霉素

①抑制骨髓造血功能:是氯霉素的主要毒性反应,包括可逆性的血细胞减少、再生障碍性贫血。用药期间应定期检查血象。

②灰婴综合征:大剂量使用氯霉素易引起腹胀、呕吐、呼吸抑制乃至皮肤灰白、紫绀,最后循环衰竭、休克,称**灰婴综合征**。

③其他:胃肠道反应,长期应用也会引起二重感染。少数病人可出现神经炎、中毒性神经病或皮疹、药热、血管神经性水肿等过敏反应。

P1332 修改:

“考点二 降低抗菌药耐药性的措施”改为“抗菌药的合理应用”



第十二篇

传染病学

第一章 传染病学总论

第一节 感染与免疫

P1139 修改:保护性免疫下的“(1)固有免疫”改为“(1)非特异性免疫”、“(2)适应性免疫”改为“(2)特异性免疫”。

第二节 传染病的流行过程

P1140 增加:传播途径下加第八条医源性感染,具体如下:

(8)医源性感染 指在医疗工作中人为造成的某些传染病的传播。一类是指易感者在接受治疗、预防、检验措施时,由于所用器械受医护人员或其他工作人员的手污染而引起的传播,如乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病等;另一类是药品或生物制品受污染而引起的传播,如输注因子 VII 引起的艾滋病。

P1141 增加:影响流行过程的因素增加第三条个人行为因素,具体如下:

3.个人行为因素 人类自身不文明、不科学的行为和生活习惯,也有可能造成传染病的发生与传播,这些行为和习惯往往体现在旅游、打猎、集会、日常生活、豢养宠物等过程中。因此,个人旅游应有的防病准备、公共场合的卫生防范、居家卫生措施、自身健康教育均显示其重要性。

第三节 传染病的特征

P1141 增加:流行病学特征下增加第四条外来性,具体如下:

(4)外来性 是指在国内或地区内原来不存在,而从国外或外地通过外来人口或物品传入的传染病,如霍乱。

第五节 传染病的治疗

P1143 增加:治疗方法里增加第五条中医药治疗,具体如下:

中医药(traditionalChinesemedicine)在传染性疾病预防方面,尤其是病毒性疾病预防方面已显示出较好的疗效。中医药在减轻症状、缓解病情进展方面有一定的作用,如治疗传染性非典型肺炎疗效得到了世界卫生组织的承认,其精华为辨证论治。但对细菌感染和寄生虫病的病原体直接清除作用不理想,中医药宝库还有待进一步去探索和发掘,为世界医学的发展作出贡献。

第六节 传染病的预防

P1143 修改:管理传染源的第三条进行修改,具体如下:

3.传染病报告制度是预防、控制传染病的重要措施,必须严格遵守。疾病预防控制机构、医疗机构和采供血机构及其执行职务的人员发现法定的传染病疫情或者其他传染病暴发、流行以及突发原因不明的传染病时,应当遵循疫情报告属地管理原则,按照国务院规定的或者国务院卫生行政部门规定的内容、程序、方式和时限报告。所有公民均为义务报告人。

P1143 修改:切断传播途径进行修改,具体如下:

对于各种传染病,尤其是消化道传染病、虫媒传染病和寄生虫病,切断传播途径通常是起主导作用的预防措施。其主要措施包括隔离和消毒。

1. 隔离

隔离是指将患者或病原携带者妥善地安排在指定的隔离单位,暂时与人群隔离,积极进行治疗、护理,并对具有传染性的分泌物、排泄物、用具等进行必要的消毒处理,防止病原体向外扩散的医疗措施。要特别重视医院内的标准预防。隔离的种类有以下几种:

(1) 严密隔离 对传染性强、病死率高的传染病,如霍乱、鼠疫、狂犬病等,应住单人病房,严密隔离。

(2) 呼吸道隔离 对由患者的飞沫和鼻咽分泌物经呼吸道传播的疾病,如传染性非典型肺炎、流感、流脑、麻疹、白喉、百日咳、肺结核等,应作呼吸道隔离。

(3) 消化道隔离 对由患者的排泄物直接或间接污染食物、食具而传播的传染病,如伤寒、菌痢、甲型肝炎、戊型肝炎、阿米巴病等,最好能在一个病房中只收治一个病种,否则应特别注意加强床边隔离。

(4) 血液-体液隔离 对于直接或间接接触感染的血及体液而发生的传染病,如乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、钩端螺旋体病等,在一个病房中只住由同种病原体感染的患者。

(5) 接触隔离 对病原体经体表或感染部位排出,他人直接或间接与破损皮肤或黏膜接触感染引起的传染病,如破伤风、炭疽、梅毒、淋病和皮肤的真菌感染等,应作接触隔离。

(6) 昆虫隔离 对以昆虫作为媒介传播的传染病,如乙脑、疟疾、斑疹伤寒、回归热、丝虫病等,应作昆虫隔离。病室应有纱窗、纱门,做到防蚊、防蝇、防蟥、防虱和防鼠等。

(7) 保护性隔离 对抵抗力特别低的易感者,如长期大量应用免疫抑制剂者、严重烧伤患者、早产婴儿和器官移植患者等,应作保护性隔离。在诊断、治疗和护理工作中,尤其应注意避免医源性感染。

2. 消毒

消毒是切断传播途径的重要措施。狭义的消毒是指消灭污染环境的病原体,广义的消毒则包括消灭传播媒介在内。消毒有疫源地消毒(包括随时消毒和终末消毒)及预防性消毒两大类。消毒方法包括物理消毒法和化学消毒法等,可根据不同的传染病选择采用。

第二章 病毒感染

第一节 病毒性肝炎

P1151 修改:病毒性肝炎的诊断进行了修改,具体如下:

1. 诊断

(1) 急性肝炎起病较急,常有畏寒、发热、乏力、食欲缺乏、恶心、呕吐等急性感染症状。肝大,质偏软,ALT显著升高。黄疸型肝炎血清胆红素正常或 $>17.1\mu\text{mol/L}$,尿胆红素阳性。黄疸型肝炎可有黄疸前期、黄疸期、恢复期三期经过,病程不超过6个月。

(2) 慢性肝炎病程超过半年或发病日期不明确而有慢性肝炎症状、体征、实验室检查改变者。常有乏力、厌油、肝区不适等症状,可有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、胸前毛细血管扩张、肝大质偏硬、脾大等体征。根据病情轻重及实验室指标改变等可综合评定为轻、中、重三度。

(3) 重型肝炎(肝衰竭)主要有肝衰竭综合征表现。急性黄疸型肝炎病情迅速恶化,2周内出现II度以上肝性脑病或其他重型肝炎表现者,为急性肝衰竭;15天至26周出现上述表现者为亚急性肝衰竭;在慢性肝病基础上出现的急性肝功能失代偿为慢加急性(亚急性)肝衰竭。在肝硬化基础上出现的重型肝炎为慢性肝衰竭。

(4) 淤胆型肝炎起病类似急性黄疸型肝炎,黄疸持续时间长,症状轻,有肝内梗阻的表现。

肝炎肝硬化多有慢性肝炎病史。有乏力、腹胀、尿少、肝掌、蜘蛛痣、脾大、腹水、双下肢水肿、胃底-食管下段静脉曲张、白蛋白下降、A/G倒置等肝功能受损和门脉高压表现。

P1152 增加:管理传染源下面增加对 HBV 感染育龄期及妊娠期妇女的管理,具体如下:

①有生育要求的 CHB 患者,若有治疗适应证,应尽量在孕前应用 IFN 或 NAs 治疗。如意外怀孕,应用 IFN-a 者应终止妊娠;应用 NAs 者,应选择替诺福韦(TDF)或替比夫定(LdT)抗病毒治疗。

②妊娠中、后期如果患者 HBVDNA 载量 $>2 \times 10^6$ IU/mL,在与患者充分沟通、知情同意的基础上,于妊娠 24~28 周开始予 TDF、LdT 抗病毒治疗,产后停药,可母乳喂养。应用 TDF 时,母乳喂养不是禁忌证。

③男性育龄期患者应用 IFN-a 治疗应在停药后 6 个月方可生育,应用 NAs 治疗对生育的影响及传播意义尚无证据表明利弊。

第二节 流行性感冒

P1155 修改:流行性感冒控制传染源部分隔离时间修改为 1 周或热退后 2 日。

第三节 高致病性禽流感

P1156 修改:高致病性禽流感的潜伏期修改为“潜伏期一般为 1~7 日,通常为 2~4 日。”

P1157 增加:实验室检查及其他检查增加骨髓穿刺检查,具体如下:

骨髓穿刺检查

骨髓穿刺检查示细胞增生活跃,见反应性组织细胞增生伴出血性吞噬现象。

P1158 增加:治疗增加抗生素治疗,具体如下:

抗生素治疗

在明确或有充分证据提示继发细菌感染时使用,可选用氟喹诺酮类或大环内酯类抗生素。

第四节 传染性非典型肺炎

P1158 删除:删除传染性非典型肺炎部分。

第四节 艾滋病

P1162 增加:传播途径增加一条,具体如下:

(4)其他途径 接受 HIV 感染者的人工授精,医务人员被 HIV 污染的针头刺伤或皮肤破损处受污染等。目前尚无证据证明一般日常生活接触、食物、水、昆虫能够传播本病。

P1162 修改:流行特征进行了修改,具体如下:

1981 年美国首次报道艾滋病。联合国艾滋病规划署估计,截至 2017 年底,全球现存活 HIV/AIDS 患者 3690 万例,当年新发 HIV 感染者 180 万例,有 2170 万例正在接受高效联合抗反转录病毒治疗(highly-active antiretroviral therapy, HAART, 俗称“鸡尾酒疗法”,又称抗反转录病毒治疗)。在继续推行综合、强化的干预措施基础上,提出“90-90-90 策略”,即存活的 HIV/AIDS 患者 90% 被检测出,诊断的 HIV/AIDS 患者 90% 接受规范的 HAART,治疗的 HIV/AIDS 患者 90% 达到病毒被抑制。并规划到 2020 年,将年新发感染人数控制在 50 万以下。截至 2017 年底,我国报告的现存活 HIV/AIDS 患者 758610 例,当年新发现 HIV/AIDS 患者 134512 例(其中 95% 以上均是通过性途径感染),当年报告死亡 30718 例。

P1163 增加:实验室检查与其他检查增加其他检查,具体如下:

4.其他检查

X 线检查有助于了解肺部并发肺孢子菌、真菌、结核杆菌感染及卡波西肉瘤等情况。

P1163 删除:删除艾滋病的治疗部分。

P1164 修改:艾滋病的预防进行修改,具体如下:

1.管理传染源

做好疫情报告工作,积极开展抗艾滋病病毒治疗,对高危人群进行普查,患者的血、排泄物和分泌物应进行消毒,加强国境检疫。

2.切断传播途径

加强宣传教育,加强血液制品管理。推广使用一次性注射器。严格消毒医疗器械。提倡高危人群使

用安全套。注意对 HIV 感染孕妇的产科干预防治。不共用牙刷、剃须刀等。

3. 保护易感人群

目前尚无成功应用于易感者的疫苗。

第五节 流行性出血热

P1166 增加:临床表现下加临床分型,具体如下:

临床分型:根据发热高低、中毒症状轻重和出血、休克、肾功能损害严重程度的不同,临床上可分为 5 型:①轻型:体温 39℃ 以下,中毒症状轻,除出血点外无其他出血现象,肾损害轻,无休克和少尿。②中型:体温 39~40℃,中毒症状较重,有明显球结膜水肿,病程中收缩压低于 90mmHg 或脉压小于 30mmHg,有明显出血和少尿,尿蛋白(+++).③重型:体温>40℃,中毒症状及渗出体征严重,可出现中毒性精神症状,并出现休克,有皮肤瘀斑和腔道出血,休克和肾损害严重,少尿持续 5 天以内或无尿 2 天以内。④危重型:在重型基础上合并出现以下情况之一者:难治性休克;有重要脏器出血;少尿超过 5 天或无尿 2 天以上,BUN 超出 42.84mmol/L(120mg/dL);出现心力衰竭、肺水肿;出现脑水肿、脑出血或脑疝等中枢神经合并症;严重继发感染。⑤非典型型:发热 38℃ 以下,皮肤黏膜可有散在出血点,尿蛋白(±),血、尿特异性抗原或抗体阳性者。

P1167 删除:发热期治疗,删除第一条一般治疗部分。

第六节 狂犬病

P1169 修改:狂犬病的病原学不耐热部分进行修改,具体如下:

不耐热,100℃ 加热 2 分钟可灭活。在冰冻干燥条件下可保存数年。

第七节 流行性乙型脑炎

P1172 增加:在第四点后遗症期后增加第五点并发症(原来第五点临床分型变为第六点),具体如下:

5. 并发症

以支气管肺炎最常见,多因昏迷患者呼吸道分泌物不易咳出,或应用人工呼吸器后引起。其次为肺不张、败血症、尿路感染、褥疮等。重型患者可因应激性溃疡致上消化道大出血。

P1173 删除:删除血清学检查中的第四条中和试验。

第三章 细菌感染

第一节 流行性脑脊髓膜炎

P1178 修改:暴发性的第一型“败血症休克型”改为“休克型”、“慢性败血症型”改为“慢性型”。

第二节 伤寒

P1181 修改:潜伏期修改为 3~60 天。

P1181 修改:典型伤寒初期于“5~7 日内达到 39℃ 或以上”改为“于 3~7 日内达 39℃ 或以上”。

P1181 修改:典型伤寒极期皮疹表现部分“患者于第 6~12 病日可出现玫瑰疹”修改为“患者于病程第 7~14 日皮肤出现暗红色小斑丘疹,称为玫瑰疹”。

P1181 删除:删除不典型伤寒第五条顿挫型。

P1181 增加:增加不典型伤寒小儿伤寒、老年人伤寒型,具体如下:

(5) 小儿伤寒 不同的年龄阶段发病特点不同,年龄越小,临床表现越不典型。学龄儿童多为轻型,表现与成人相近。婴幼儿的临床表现不典型,起病急,中毒症状重,发热多呈不规则热型,腹痛、腹泻、呕吐等胃肠道症状明显,肝脾大常见,玫瑰疹和相对缓脉少见,白细胞计数常增多。儿童患者病情较轻,病程短,易并发支气管肺炎,较少并发肠出血、肠穿孔,病死率低。

(6) 老年人伤寒 临床表现常不典型。发热不很高,但持续时间长,虚弱明显,常并发支气管肺炎、中毒性心肌炎或心力衰竭、持续性胃肠功能紊乱,病程长,恢复慢,病死率高。

P1183 增加:并发症的治疗增加中毒性心肌炎的治疗,具体如下:

(3)中毒性心肌炎 卧床休息,注意输液量和速度,营养心肌治疗。必要时应用糖皮质激素。有心衰者,可酌情使用小剂量毛花苷 C 等强心剂。

第三节 细菌性痢疾

P1184 修改:发病机制部分,原来“少量(200个)细菌”改为“10-100个细菌”。

P1184 修改:潜伏期修改为“潜伏期一般为1~4日,短者可为数小时,长者可达7日。”

P1185 增加:急性细菌性痢疾第二条后增加重型菌痢(原来第三条中毒性菌痢变为第四条),具体如下:

(3)重型菌痢 多见于老年、体弱和营养不良的患者。急起发热,腹泻每天30次以上,为稀水脓血便,偶尔排出片状假膜,甚至大便失禁,腹痛、里急后重明显。后期可出现严重腹胀及中毒性肠麻痹,常伴呕吐,严重失水可引起外周循环衰竭。部分病例以中毒性休克为突出表现者,则体温不升,常有酸中毒和水、电解质平衡紊乱。少数患者可出现心、肾功能不全。

P1185 增加:粪便常规检查“镜下可见大量脓细胞或白细胞”后加“(≥15个/高倍视野)”,为“镜下可见大量脓细胞或白细胞(≥15个/高倍视野)”。

P1185 增加:血象检查中增加白细胞的具体数字:(10~20)×10⁹/L。

P1186 修改:“疗程一般不短于5~7天”修改为“疗程为3~5日”。

第五节 结核病

P1190 增加:此节新增,具体如下:

结核病(tuberculosis)是结核分枝杆菌(*Mycobacterium tuberculosis*)引起的慢性感染性疾病,可累及全身多个脏器,以肺结核(pulmonary tuberculosis)最为常见,占各器官结核病总数的80%-90%,是最主要的结核病类型。痰中排菌者称为传染性肺结核病,除少数可急起发病外,临床上多呈慢性过程。

考点一 病原学

结核分枝杆菌在分类学上属于放线菌目(Actinomycete)、分枝杆菌科、分枝杆菌属(*Mycobacterium*)。分枝杆菌属包含结核分枝杆菌、非结核分枝杆菌和麻风分枝杆菌。分枝杆菌所致感染中,结核分枝杆菌感染的占90%。结核分枝杆菌再分为人结核分枝杆菌、牛结核分枝杆菌、非洲分枝杆菌和田鼠分枝杆菌等类型。其中人结核分枝杆菌为人类结核病的病原体,而免疫接种常用的卡介苗(*Bacille Calmette Guerin*, BCG)则来源于牛结核分枝杆菌,利用人结核分枝杆菌与牛结核分枝杆菌的抗原交叉免疫原性提供免疫保护。

结核分枝杆菌不易染色,但经品红加热染色后不能被酸性乙醇脱色,故称抗酸杆菌。

结核分枝杆菌是专性需氧菌,最适宜生长的温度为37℃。结核分枝杆菌对营养要求较高,在特殊的培养基中才能生长,常用的培养基为罗氏培养基。结核分枝杆菌培养生长缓慢,增殖周期为15~20小时,至少需要2~4周才有可见菌落。培养是确诊结核病的重要手段,但往往耗时过长,给临床工作带来了较大影响。

考点二 流行病学

1. 传染源

开放性肺结核患者的排菌是结核传播的主要来源。

2. 传播途径

(1)呼吸道传播 主要为患者与健康人之间经空气传播。患者咳嗽排出结核分枝杆菌悬浮在飞沫中,当被人吸入后即可引起感染。

(2)消化道传播 饮用带菌生奶经消化道感染。

(3)垂直传播 患病孕妇经胎盘引起母婴间传播。

(4)其他途径传播经皮肤伤口感染和上呼吸道直接接种。

后三种传播途径均极罕见。

3. 易感人群

生活贫困、居住拥挤、营养不良等因素是社会经济落后地区人群结核病高发的原因。免疫抑制状态患者尤其好发结核病。

4. 流行特征

世界卫生组织《2017年全球结核病报告》指出:目前罹患结核病的人数不断下降,但全球的结核病负担仍然很重,2016年全年新发病例1040万,167万人死于结核病,估计仍有40%的患病者未获得诊断和治疗。艾滋病与结核病共感染以及耐药结核病是目前威胁全球结核病防控的两大主要问题。

据世界卫生组织估计,目前我国结核病的年发患者约为90万,占全球年发患者病例数的8.6%,仅次于印度和印度尼西亚,居世界第三位。我国每年新发生的耐药结核病患者数仅次于印度,高耐药率是我国结核病难以控制的原因之一。我国虽不属于艾滋病高发地区,但耐药结核(MDR-TB)问题日益严重。2016年我国新发肺结核患者中MDR-TB比例为7.1%,而复治肺结核患者中MDR-TB比例高达24%。

考点三 发病机制与病理

1. 发病机制

吸入肺泡的结核分枝杆菌可被吞噬细胞吞噬和杀灭。巨噬细胞与树突状细胞吞噬结核分枝杆菌后可以提呈结核抗原,并且释放细胞因子,引起局部免疫反应。结核分枝杆菌可以继续感染新的吞噬细胞并逐渐深入肺泡上皮。此后炎症细胞被募集至病灶处,巨噬细胞逐渐分化并最终形成分层结构的结核结节或结核肉芽肿(tuberculous granuloma)。随着肉芽肿外周的纤维致密化,进入肉芽肿的血管消失,加剧了巨噬细胞的泡沫化,形成干酪样坏死(caseous necrosis),大部分感染者体内的结核分枝杆菌可以处于静止状态持续存活,处于结核潜伏感染状态。

结核感染的发病机制中,由T细胞介导的细胞免疫(cell mediated immunity, CMI)对结核病发病、演变及转归产生决定性影响。迟发性变态反应(delay type hypersensitivity, DTH)则是宿主对结核分枝杆菌形成免疫应答的标志。DTH是德国微生物学家Robert Koch在1830年观察到的重要现象,故而称为Koch现象。

2. 病理

结核病是一种慢性病变,其基本病变包括:

- (1) 渗出型病变常常是病变组织内菌量多、致敏淋巴细胞活力高和变态反应强的反映。
- (2) 增生型病变当病灶内菌量少而致敏淋巴细胞数量多,则形成结核病的特征性病变——结核结节。中央为巨噬细胞衍生而来的朗汉斯巨细胞,周围由巨噬细胞转化来的类上皮细胞成层排列包绕。增生型病变的另一种表现是结核性肉芽肿,是一种弥漫性增生型病变。
- (3) 干酪样坏死为病变进展的表现。坏死区域逐渐出现肉芽组织增生,最后成为纤维包裹的纤维干酪性病灶。

上述三种基本病理改变可以相互转化、交错存在,很少有单一病变独立存在,而以某一种病理改变为主。

考点四 临床表现

原发性结核感染后结核分枝杆菌可向全身传播,可累及肺脏、胸膜以及肺外器官。免疫功能正常的宿主往往将病灶局限在肺脏或其他单一的脏器,而免疫功能较弱的宿主往往造成播散性结核病或者多脏器受累。除结核病患者外,一般人群中的结核病约80%的病例表现为肺结核,15%表现为肺外结核,而5%则两者均可累及。

1. 肺结核的症状和体征

(1) 全身症状 发热为肺结核最常见的全身中毒性症状,多数为长期低热,每于午后或傍晚开始,次晨降至正常,可伴有倦怠、乏力、夜间盗汗,或无明显自觉不适。有的患者表现为体温不稳定,于轻微劳动

后体温略见升高,虽经休息半小时以上仍难平复。妇女于月经期前体温增高,月经后亦不能迅速恢复正常。当病灶急剧进展扩散时则出现高热,呈稽留热或弛张热,可有恶寒,但很少有寒战。

(2)呼吸系统症状 浸润性病灶患者咳嗽轻微,干咳或仅有少量黏液痰。有空洞形成时痰量增加,若伴继发感染,则痰呈脓性。合并支气管结核则咳嗽加剧,可出现刺激性呛咳,伴局限性哮鸣或喘鸣。1/3~1/2 患者在不同病期内有咯血。此外,重度毒血症症状和高热可引起气急,广泛肺组织破坏、胸膜增厚和肺气肿时也常发生气急,严重者可并发肺心病和心肺功能不全。

(3)体征 取决于病变性质、部位、范围或程度。粟粒性肺结核偶可并发急性呼吸窘迫综合征,表现为严重呼吸困难和顽固性低氧血症。病灶以渗出型病变为主的肺实变,且范围较广或为干酪性肺炎时,叩诊呈浊音,听诊闻及支气管呼吸音和细湿啰音。继发性肺结核好发于上叶尖后段,故听诊于肩胛间区闻及细湿啰音,有较大提示性诊断价值。空洞性肺结核病变位置浅表而引流支气管通畅时有支气管呼吸音或伴湿啰音;巨大空洞可闻及带金属调的空瓮音。慢性纤维空洞性肺结核的体征有患侧胸廓塌陷、气管和纵隔移位、叩诊音浊、听诊呼吸音降低或闻及湿啰音,以及肺气肿征象。支气管结核患者可闻及局限性哮鸣音,于呼气或咳嗽末较为明显。

2. 肺外结核的临床类型和表现

肺结核是结核病的主要类型,其他如淋巴结结核、骨关节结核、消化系统结核、泌尿系统结核病、生殖系统结核以及中枢神经系统结核构成整个结核病的疾病谱。腹腔内结核病变,包括肠结核、肠系膜淋巴结结核及输卵管结核等,在发展过程中往往涉及其邻近腹膜而导致局限性腹膜炎。肾结核(Renaltuberculosis)占肺外结核的15%,系结核分枝杆菌由肺部等原发病处经血行播散至肾脏所引起,起病较为隐匿,多在原发性结核感染后5~20年才发病,多见于成年人,儿童少见。女性生殖系统结核则可在出现不明原因的月经异常、不孕等情况下发现。结核性脑膜炎则可表现为头痛、喷射性呕吐、意识障碍等中枢神经系统感染症状。总之,结核病是一个全身性的疾病,肺结核仍是结核病的主要类型,但其他系统的结核病亦不能忽视。

考点五 实验室检查与其他检查

1. 细菌学检查

痰结核分枝杆菌检查是确诊肺结核最特异性的方法。

(1)涂片抗酸染色镜检 快速简便。在我国非结核分枝杆菌尚属少数,因此抗酸杆菌阳性则肺结核诊断基本成立。

(2)细菌培养 在未治疗的胸结核患者痰菌培养的敏感性和特异性均高于涂片检查,涂片阴性或诊断有疑时培养尤其重要。

(3)分子生物学检测 聚合酶链反应(PCR)技术可以将标本中微量的结核菌DNA加以扩增。结核病近年来出现了突破,其标志就是以XpertMTB/RIF为代表的盒式诊断技术。该技术可直接从患者新鲜痰液或冻存痰液中检测结核分枝杆菌并判定其对利福平的耐药性,全程约2小时即可获得结果。由于95%以上的利福平耐药菌株有基因rpoB突变,而大部分利福平耐药菌株同时对异烟肼耐药,因此XpertMTB/RIF不仅可鉴定是否为利福平耐药菌株,又可在一定程度上判断是否为MDR-TB菌株。XpertMTB/RIF的灵敏度为92.2%,特异度为99.2%。

2. 影像学检查

X线影像表现取决于病变类型和性质。原发型肺结核的典型表现为肺内原发灶、淋巴管炎和肿大的肺门或纵隔淋巴结组成的哑铃状病灶。急性血行播散型肺结核在X线胸片上表现为散布于两肺野、分布较均匀、密度和大小相近的粟粒状阴影。继发型肺结核的X线表现复杂多变,成云絮片状,或斑点(片)结节状。干酪样病变密度偏高而不均匀,常有透亮区或空洞形成。胸部CT有助于发现隐蔽区病灶和孤立性结节的鉴别诊断。X线影像学检查对于诊断肠道结核、泌尿系统结核、生殖系统结核以及骨关节结核亦具重要价值。

3. 免疫学检查

(1) 结核菌素试验(TST) 目前我国推广的方法系国际通用的结核菌素纯蛋白衍化物(purified protein derivative, PPD)皮内注射法。将 PPD5IU (0.1mL) 注入左前臂内侧上、中 1/3 交界处皮内,使局部形成皮丘。48~96 小时(一般为 72 小时)观察反应,结果判断以局部硬结直径为依据: $<5\text{mm}$ 阴性反应, $5\sim 9\text{mm}$ 一般阳性反应, $10\sim 19\text{mm}$ 中度阳性反应, $\geq 22\text{mm}$ 或不足 20mm ,但有水疱或坏死为强阳性反应。然而,即使 PPD 与卡介苗(BCG)存在交叉反应,在接种卡介苗的人群中无结核感染亦可出现 PPD 皮试阳性,因此特异性低。

2. 特异性结核抗原 近年来,在临床上应用更多的是以 T 细胞为基础的 7 干扰素释放试验(interferon-gamma release assays, IGRAs),比结核菌素试验有更高的敏感性与特异性,可以反映机体是否存在结核感染。试验阳性反映患者体内存在结核分枝杆菌特异的效应 T 细胞,结合临床上是否存在结核感染的症状和病灶,可辅助诊断潜伏性结核感染或活动性结核感染。

考点六 诊断与鉴别诊断

1. 诊断

(1) 病史和临床表现 凡遇下列情况者应高度警惕结核病的可能性:①反复发作或迁延不愈的咳嗽咳痰,或呼吸道感染经抗炎治疗 3~4 周仍无改善;②痰中带血或咯血;③长期低热或所谓“发热待查”;④体检肩胛间区有湿罗音或局限性哮鸣音;⑤有结核病诱因或好发因素,尤其是糖尿病、免疫功能低下疾病或接受胰岛素和免疫抑制剂治疗者;⑥关节疼痛和皮肤结节性红斑等变态反应性表现;⑦有渗出性胸膜炎、肛瘘、长期淋巴结肿大、既往史以及有家庭开放性肺结核密切接触史者。

(2) 潜伏性结核感染(LTBI)的诊断 潜伏性结核感染是宿主感染结核分枝杆菌后尚未发病的一种特殊状态,以皮肤结核菌素试验或 7 干扰素释放试验阳性而无活动性结核的临床表现和影像学改变为特征。

(3) 活动性结核的诊断 肺结核确诊病例、临床诊断病例和疑似病例。

1) 确诊病例:包括干酪样坏死、仅培养阳性肺结核和仅病理学提示为结核病变者三类。其中涂阳肺结核病例需符合下列三项之一:①2 份痰标本直接涂片抗酸杆菌镜检阳性;②1 份痰标本直接涂片抗酸杆菌镜检阳性加肺部影像学检查符合活动性肺结核影像学表现;③1 份痰标本直接涂片抗酸杆菌镜检阳性加 1 份痰标本结核分枝杆菌培养阳性。培养阳性肺结核需同时符合下列两项:①痰涂片阴性;②肺部影像学检查符合活动性肺结核影像学表现加 1 份痰标本结核分枝杆菌培养阳性。

2) 临床诊断病例:亦称为涂阴肺结核,即三次痰涂片阴性,同时需符合下列条件之一者:①胸部影像学检查显示与活动性肺结核相符的病变且伴有咳嗽、咳痰、咯血等肺结核可疑症状;②肺部影像学检查显示与活动性肺结核相符的病变且结核菌素试验强阳性或 T-干扰素释放试验阳性;③胸部影像学检查显示与活动性肺结核相符,且肺外病灶的组织病理学检查提示为结核病变者;④三次痰涂片阴性的疑似肺结核病例经诊断性治疗或随访观察可排除其他肺部疾病者。

3) 疑似病例:以下两种情况属于疑似病例:①5 岁以下儿童,有肺结核可疑症状同时有与涂阳肺结核患者密切接触史;②仅胸部影像学检查显示与活动性肺结核相符的病变。

(4) 肺外结核的诊断 肺外结核累及的系统、脏器、部位及病变类型多样,确诊需要病变部位的浆膜腔积液及活检标本中获得细菌学证据,因上述标本获取过程困难,同时结核分枝杆菌阳性率较痰标本低,因此肺外结核较难实现病原学确诊。为提高早期诊断率,通常需结合病史、临床表现、实验室及其他检查、诊断性抗结核治疗效果综合诊断。

(5) 结核病的诊断分类 在诊断中应同时确定类型和按记录程序正确书写。目前我国肺结核分类法(按病变部位)见下表。

中国肺结核分类法(按病变部位)	
分类	分类标准
原发性肺结核(代号:I型)	为原发结核感染所致的临床病症,包括原发复合征及胸内淋巴结结核

血行播散型肺结核(代号:Ⅱ型)	包括急性血行播散型肺结核(急性粟粒型肺结核)及亚急性、慢性血行播散型肺结核
继发型肺结核(代号:Ⅲ型)	肺结核中的一个主要类型,包括浸润性、纤维空洞性及干酪性肺炎等
气管、支气管结核(代号:Ⅳ型)	包括气管、支气管黏膜及黏膜下层的结核病
结核性胸膜炎(代号:Ⅴ型)	临床上已排除其他原因引起的胸膜炎,包括结核性干性胸膜炎、结核性渗出性胸膜炎、结核性脓胸

2. 鉴别诊断

(1) 肺癌 中央型肺癌常有痰中带血,肺门附近有阴影,与肺门淋巴结结核相似。周围型肺癌可呈球状、分叶状阴影,需与结核球鉴别。肺癌多见于40岁以上男性,多有刺激性咳嗽、胸痛和进行性消瘦。胸片上结核球周围可有卫星灶、钙化,而肺癌病灶边缘常有切迹、毛刺。胸部CT对鉴别有帮助。结合痰结核菌、脱落细胞检查及纤维支气管镜检查 and 活检等能及时鉴别。肺癌和肺结核可有并存,需注意发现。

(2) 肺炎 肺门淋巴结结核不明显或原发灶周围存在大片渗出,病变波及整个肺叶并将肺门掩盖时,以及继发型肺结核主要表现为渗出性病变或干酪性肺炎时,需与细菌性肺炎鉴别。细菌性肺炎起病急,伴高热、寒战、胸痛、气急,X线片上病变常局限于一个肺叶或肺段,血白细胞总数、中性粒细胞增多,抗生素治疗有效可协助鉴别。肺结核还须与其他病原体肺炎鉴别,如肺炎支原体肺炎,关键是病原学检测是重要的鉴别证据。

(3) 肺脓肿 空洞多见于肺下叶,脓肿周围的炎症浸润较严重,空洞内常有液平面。肺结核空洞则多发生在肺上叶,空洞壁较薄,洞内很少有液平面或仅见浅液平。此外,肺脓肿起病急,高热,大量痰,痰中无结核杆菌,但有多种其他细菌,血白细胞总数和中性粒细胞数增高,抗菌药物治疗有效。慢性纤维空洞合并感染时易与慢性肺脓肿混淆,后者痰结核菌试验阴性,鉴别不难。

(4) 支气管扩张 有慢性咳嗽、咳脓痰及反复咯血史,需与继发型肺结核鉴别。X线胸片多无异常发现或仅见局部肺纹理增粗或卷发状阴影,CT有助于确诊。应当警惕化脓性支气管扩张症可引发结核感染,细菌学检测时应考虑到结核感染的可能。

(5) 非结核分枝杆菌肺病 非结核分枝杆菌(nontuberculous mycobacteria, NTM)指结核和麻风分枝杆菌以外的所有分枝杆菌,其中NTM肺病临床和X线表现类似肺结核。鉴别诊断依据菌种鉴定。

(6) 其他疾病 伤寒、白血病、纵隔淋巴瘤等与结核病有诸多相似之处,具体需要结合患者临床表现、体征及辅助检查加以鉴别。

考点七 预防

1. 建立防治系统 根据我国结核病疫情,为搞好防治工作,仍须强调建立、健全和稳定各级防痨机构,负责组织洽、管、防、查的系统和全程管理,按本地区疫情和流行病学特点,制订防治规划,并开展防痨宣传,教育群众养成良好的文明卫生习惯,培训防痨业务技术人员,推动社会力量参与和支持防痨事业。

2. 早期发现和彻底治疗患者 从当地疫情实际出发,对服务性行业、学校、托幼机构及儿童玩具工作人员等定期健康检查1~2年1次。在疫情已经控制的地区可开展重点线索调查,而主要应该是门诊因症就诊病例的发现和诊断,避免漏诊和误诊。查出必治,治必彻底,只有彻底治疗患者,大幅度降低传染源密度,才能有效降低感染率和减少发病。

3. 疫苗 结核是慢性感染性疾病,化学治疗很难治愈而不复发,因此采用疫苗预防是最好的策略。但目前尚无理想的结核病疫苗。广泛使用的疫苗是卡介苗,是一种无毒牛结核分枝杆菌活菌疫苗,自1921年用于预防结核病以来,虽被积极推荐和推广,但迄今对它的作用和价值仍有争论。目前比较普遍的看法是BCG尚不足以预防感染,但可以显著降低儿童发病及其严重性,特别是结核性脑膜炎等严重结核病减少,并可减少此后内源性恶化的可能性。WHO已将BCG列入儿童扩大免疫计划。我国结核病感染率和发病率仍高,推行BCG接种仍有现实意义。由于疫苗的预防价值有限,根据我国结核病疫情,建

立完善的防治系统至关重要。各级防治系统着眼于早期发现和彻底治疗患者,查出必治,治必彻底,及时正确治疗,防止耐药慢性病例的形成和积累,不仅是临床治疗的目标,亦是预防工作的中心环节。

第六节 布鲁菌病

新增:此节为新增疾病。

布鲁菌病(brucellosis)又称波状热,是布鲁菌(*Brucella*)感染引起的自然疫源性疾病,临床上以长期发热、多汗、乏力、肌肉和关节疼痛、肝、脾及淋巴结肿大为主要特点。

考点一 病原学

布鲁菌属是一组革兰阴性短小杆菌,兼性细胞内寄生,没有鞭毛,不形成芽孢或荚膜。根据储存宿主、生化、代谢和免疫学的差异分类,布鲁菌属至少包括6个种19个生物型:牛种(流产布鲁菌,*B. abortus*)、猪种(*B. suis*)、羊种(马尔他布鲁菌,*B. melitensis*)、犬种(*B. canis*)、绵羊附睾种(*B. ovis*)及沙林鼠种(*B. neotomae*)。其中前四种对人类致病,其致病力有所差异,近年来不断发现新的生物种。

布鲁菌含20余种蛋白抗原和脂多糖,其中脂多糖在致病中起重要作用。该菌在自然环境中生存力较强,在乳及乳制品、皮毛中能生存数月,在病畜的分泌物、排泄物及死畜的脏器中能生存4个月左右。对常用的物理消毒方法和化学消毒剂敏感,湿热60P或紫外线照射20分钟即死亡。

考点二 流行病学

1. 传染源

目前已知有60多种家畜、家禽、野生动物是布鲁菌的宿主。与人类有关的传染源主要是羊、牛及猪,其次是犬、鹿、马、骆驼等。布鲁菌病首先在染菌动物间传播,造成带菌或发病,然后波及人类。

2. 传播途径

(1)经皮肤及黏膜接触传染 直接接触病畜或其排泄物、阴道分泌物、娩出物。在饲养、挤奶、剪毛、屠宰以及加工皮、毛、肉等过程中没有注意防护,可经受损的皮肤或眼结膜感染;也可间接接触病畜污染的环境及物品而感染。

(2)经消化道传染 食用含菌的乳类、水和食物而受到感染。

(3)经呼吸道传染 病菌污染环境后形成气溶胶,可经呼吸道感染。

(4)其他 如苍蝇携带、蝉虫叮咬也可传播本病。人与人之间罕有传播。

3. 易感人群

人群普遍易感,病后可获较强免疫力,因此再次感染者很少。疫区居民可因隐性感染而获免疫。

4. 流行特征

该病为全球性疾病,来自100多个国家每年上报WHO的布鲁菌病超过50万例,实际发病数远高于上报数。我国于20世纪60年代到70年代曾进行了大规模的动物布鲁菌感染的防治,使发病率显著降低,但自20世纪90年代中期起疫情持续快速上升,布鲁菌病成为报告发病率上升速度最快的传染病之一。2016年报告47139例,主要流行于西北、东北、青藏高原及内蒙古等牧区。变化趋势体现为由牧区向半牧半农区甚至农区转变,聚集暴发向散在发病转变。每年该病发病高峰位于春夏之间,与动物产仔季节有关。我国以牛种菌和羊种菌为主要的病原体。

考点三 发病机制与病理

本病的发病机制较为复杂,细菌、毒素以及变态反应均不同程度地参与疾病的发生和发展过程。

布鲁菌自皮肤或黏膜侵入人体,随淋巴液到达淋巴结,细菌在胞内生长繁殖,形成局部原发病灶。细菌在吞噬细胞内大量繁殖导致吞噬细胞破裂,随之大量细菌进入淋巴液和血液循环形成菌血症。在血液里细菌又被血流中的单核细胞吞噬,并随血流带至全身,在肝、脾、淋巴结、骨髓等处的单核-吞噬细胞系统内繁殖,形成多发性病灶。在机体各因素的作用下,病原菌释放出内毒素及菌体其他成分,可造成临床上的菌血症、毒血症和败血症。内毒素在病理损伤、临床症状方面起着重要作用。机体免疫功能正常,通过细胞免疫及体液免疫清除病菌而获痊愈。如果免疫功能不健全,或感染的菌量大、毒力强,则部分细菌被吞噬细胞吞噬带入各组织器官形成新感染灶,感染灶的细菌生长繁殖再次入血,导致疾病复发,如此反

复成为慢性感染。此外,变态反应可引起病理损伤。

本病的病理变化极为广泛,几乎所有组织器官均可被侵犯,其中以单核-吞噬细胞系统最为常见。在急性期常有弥漫性细胞增生;慢性期则可出现由上皮细胞、巨噬细胞、浆细胞及淋巴细胞组成的肉芽肿。其他如心血管系统、运动系统、生殖系统、神经系统等均常有轻重不等的病变。

考点四 临床表现

潜伏期一般为1~3周,平均2周,也可长至数月甚至1年以上。临床上可分为急性感染和慢性感染,病程6个月以内为急性感染,超过6个月则为慢性感染。

1. 急性感染

多缓慢起病,主要症状为发热、多汗、乏力、肌肉和关节疼痛、睾丸肿痛等。发热多为不规则热,仅有5%~20%的患者出现典型波状热。波状热的热型特点为:发热2~3周后,间歇数天至2周,发热再起,反复多次,故本病又被称为“波状热”。多汗亦为本病突出的症状之一,常于夜间或凌晨热退时大汗淋漓。几乎全部病例都有乏力症状。肌肉和关节痛常较剧烈,为全身肌肉和多发性、游走性大关节疼痛,也可表现为滑膜炎、腱鞘炎、关节周围炎。部分患者脊柱受累,以腰椎为主,主要表现为腰痛。另外,布鲁菌病可累及泌尿生殖系统,男性表现为睾丸炎及附睾炎。女性可为卵巢炎。睾丸肿痛具特征性,占男性患者的20%~40%,多为单侧。肝、脾、淋巴结肿大常见。其他尚可有头痛、神经痛、皮疹等。

2. 慢性感染

可由急性期发展而来,也可无急性期病史而直接表现为慢性。本期表现更是多种多样,基本上可分两类:一类是全身性非特异性症状,类似神经症和慢性疲劳综合征;另一类是器质性损害,其中以骨骼-肌肉系统最为常见,如大关节损害、肌腱挛缩等。神经系统病变也较常见,如周围神经炎、脑膜炎等。泌尿生殖系统病变也可见到,如睾丸炎、附睾炎、卵巢炎等。此外,布鲁菌病可以局限在几乎所有的器官,最常局限在骨、关节、中枢神经系统,表现为相应的临床症状和体征,如脊柱炎、肝脓肿、脾脓肿、肺炎、肾小球肾炎、胸膜炎等,胸腔积液的改变类似结核性胸膜炎。

3. 并发症和后遗症

(1) 血液系统 可见贫血、白细胞和血小板减少、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血以及噬血细胞综合征。

(2) 眼睛 可见葡萄膜炎、视神经炎、视神经盘水肿及角膜损害,多见于慢性布鲁菌病。

(3) 神经及精神系统 3%~5%的患者可出现脑膜炎、脑膜脑炎、脊髓炎、多发性神经根神经病等神经系统并发症。部分患者还可出现精神症状。

(4) 心血管系统 主要为心内膜炎,病死率较高。此外,偶可见心肌炎、心包炎、主动脉炎等。

(5) 运动系统 部分患者表现为关节疼痛、畸形和功能障碍等,骨骼肌肉持续不定的钝痛,反反复复,迁延不愈,有的发展成为关节强直、肌肉挛缩、畸形和瘫痪等。

(6) 其他 妊娠妇女罹患布鲁菌病如不进行抗菌治疗,流产、早产、死产均可发生。

考点五 实验室检查及其他检查

1. 外周血象

白细胞计数正常或偏低。淋巴细胞相对或绝对增加,可出现少数异型淋巴细胞。红细胞沉降率在急性期加快,慢性期则正常或偏高,持续增高提示有活动性。

2. 病原学检查

取血液、骨髓、组织、脑脊液等做细菌培养,急性期培养阳性率高。

3. 免疫学检查

(1) 平板凝集试验 虎红平板凝集试验(RB-PT)或平板凝集试验(PAT)结果为阳性,用于初筛。

(2) 试管凝集试验(SAT) 滴度为1:100(++)及以上;或病程1年以上,滴度1:50(++)及以上;或半年内有布鲁菌疫苗接种史,滴度达1:100(++)及以上者为阳性。

(3) 补体结合试验(CFT) 滴度1:10(++)及以上为阳性。

(4) 抗人球蛋白试验滴度 1:400(++)及以上为阳性。

(5) 酶联免疫吸附试验(ELISA) 1:320 为阳性,可分别定量检测特异性 IgG、IgM 和 IgA 型抗体水平,灵敏性和特异性均较好。

4. 特殊检查

并发骨关节损害者可行 X 线、CT、MRI 等影像学检查。有心脏损害可查心电图和心肌酶。有肝损伤可做肝功能检查。对于肿大的淋巴结必要时可做淋巴结活检。有脑膜或脑实质病变者可做脑脊液及脑电图检查。脑膜炎时脑脊液的变化类似结核性脑膜炎:脑脊液中淋巴细胞增多,蛋白质增多,葡萄糖轻度减少,细菌培养及抗体检测均可出现阳性。

考点六 诊断与鉴别诊断

1. 诊断

急性感染可通过流行病学史、临床表现和实验室检查诊断:

- ① 流行病学接触史:有传染源密切接触史或疫区生活接触史。
- ② 具有该病临床症状和体征并排除其他疑似疾病。
- ③ 实验室检查:病原分离、试管凝集试验、ELISA 等检查阳性。

凡具备①、②项和第③项中的任何一项检查阳性即可确诊为布鲁菌病。慢性感染者和局灶性感染者诊断有时相当困难,获得细菌培养结果最为可靠。

2. 鉴别诊断

本病急性感染应与长期发热性疾病进行鉴别,特别是同时有多汗、关节疼痛、肝脾肿大者,如伤寒、结核、类风湿关节炎、淋巴瘤、胶原病等。慢性感染则需与慢性骨关节病、神经症、慢性疲劳综合征等进行鉴别。

考点七 治疗

1. 急性感染

(1) 对症和一般治疗 注意休息,在补充营养的基础上,给予对症治疗。高热者可用物理方法降温,持续不退者可用退热剂;合并睾丸炎者,可短期加用小剂量糖皮质激素;合并脑膜炎者需给予脱水治疗。

(2) 病原治疗 应选择能进入细胞内的抗菌药物,并且治疗原则为早期、联合、规律、适量、全程,必要时延长疗程,防止复发和慢性化,减少并发症的发生。

① 成人及 8 岁以上儿童 WHO 推荐首选多西环素(又称强力霉素)(每次 100mg,每天 2 次,口服 6 周)联合利福平(每次 600~900mg,每天 1 次,口服 6 周);或多西环素(每次 100mg,每天 2 次,口服 6 周)联合链霉素(每次 1000mg,每天 1 次,肌内注射 2~3 周)。如果不能使用上述的药物或效果不佳,可采用多西环素联合复方新诺明治疗,也可采用利福平联合氟喹诺酮类药物。

② 8 岁以下儿童 可采用利福平联合复方新诺明治疗,也可采用利福平联合氨基糖苷类药物治疗。

③ 孕妇 可采用利福平联合复方新诺明治疗。如果在妊娠 2 周内发生布鲁菌病,选用三代头孢菌素类药物联合复方新诺明治疗,可减少妊娠中断的发生。药物治疗对孕妇存在潜在危险性,应权衡利弊使用。

④ 并发症 存在合并症者一般可考虑应用三联或三联以上药物治疗,并需适当延长疗程。合并中枢神经系统并发症者,需采用易于透过血-脑屏障的药物,可应用多西环素、利福平联合复方新诺明或头孢曲松治疗;合并心内膜炎,也可采用上述治疗方案,但常需同时采取瓣膜置换术,疗程也应当延长;合并脊柱炎,可采用多西环素、利福平联合链霉素(2~3 周)或庆大霉素(1 周),总疗程至少 3 个月或以上,必要时需外科手术治疗。

2. 慢性感染

治疗较为复杂,包括病原治疗、脱敏治疗及对症治疗。

(1) 病原治疗 与急性感染的治疗相同,必要时需要重复治疗几个疗程。

(2) 脱敏治疗 采用少量多次注射布鲁菌抗原的方式,避免引起剧烈的组织损伤,又可起到一定的

脱敏作用。

(3) 对症治疗 根据患者的具体情况采取相应的治疗方法。

考点八 预防

对疫区的传染源进行检疫,治疗或捕杀病畜,加强畜产品的消毒和卫生监督,做好高危职业人群的劳动防护和菌苗接种。对流行区家畜普遍进行菌苗接种可防止本病流行。必要时可用药物预防。

第四章 消毒与隔离

第二节 医院感染

P1193 增加:医院感染的标准增加一条,具体如下:

(6) 医务人员在医院工作期间获得的感染。

P1193 新增:不属于医院感染增加一条,具体如下:

(5) 潜在感染激活(如带状疱疹、梅毒、结核)。

P1193 新增:增加临床常见的医院感染,具体如下:

3. 临床常见的医院感染

虽然医院感染发生的部位不同,病原体亦有多种,但严重影响患者医疗安全、有措施可以控制的常见医院感染主要包括四种:①中心导管相关血流感染;②呼吸机相关肺炎;③尿管相关尿路感染;④手术部位感染。

(1) 中心导管相关血流感染 血流感染包括原发血流感染和继发血流感染。原发血流感染指有细菌学证据的血流感染,而没有明确的其他部位感染。CLABSI 特指留置中心导管大于 2 天,留置期间或拔除导管 48 小时内发生的原发血流感染。

原发血流感染的诊断标准:

标准 1:患者有 1 个或多个血培养检出致病菌,且与其他部位感染无关。

标准 2:患者具备以下症状或体征之一:发热($>38^{\circ}\text{C}$)、寒战、低血压,且上述症状、体征以及实验室阳性结果与其他部位感染无关,并具备以下标准之一:不同时间(48 小时内)采集的 2 次或以上血培养发现常见皮肤污染菌,如类白喉杆菌、芽孢杆菌、丙酸杆菌属、凝固酶阴性葡萄球菌(包括表皮葡萄球菌)、草绿色链球菌、气球菌属、微球菌属。

(2) 呼吸机相关肺炎 呼吸道感染一直占我国医院感染的首位,但呼吸机相关肺炎(VAP)的具体发病率尚不清楚。由于机械通气显著增加了患者发生肺炎的机会,因此欧美等国家对 VAP 进行了主动监测。美国国家医疗安全网络(National Healthcare Safety Network, NHSN)报告,2012 年共监测到 VAP 3957 例,感染率为 0.0~4.4/千置管日,且多数病原菌为耐药细菌。因此,临床对 VAP 应高度重视。

肺炎的诊断依赖于影像学、临床和实验室检查结果。VAP 特指气管插管患者机械通气超过 2 天,患者插管期间或拔除插管 48 小时内发生的肺炎。呼吸机相关肺炎的诊断标准:

1) 症状、体征、实验室证据 至少符合下列之一:①发热($>38^{\circ}\text{C}$),无其他已知的原因;②白细胞增多($>12\times 10^7/\text{L}$)或白细胞减少($<4\times 10^7/\text{L}$);③年龄 ≥ 70 岁者,精神状态改变,无其他已知的原因。且至少具备以下 2 项:①新出现的脓痰,或痰的性质改变,呼吸道分泌物增加,或吸痰增加;②新发或加重的咳嗽、呼吸困难、呼吸急促;③啰音或支气管呼吸音;④换气恶化(如氧饱和度降低、需氧量增加或通气需求增加)。

2) 影像学证据 2 套或多套胸片,至少符合下列之一:①新发或进行性或持续性浸润、实变、空洞形成;②若患者无心肺基础疾病(如呼吸窘迫综合征、肺水肿、慢性阻塞性肺疾病),一次确定的胸片即可。

(3) 尿管相关尿路感染 尿管相关尿路感染是常见的医院感染之一,尿路感染处理不及时,常导致膀胱炎、肾盂肾炎、革兰阴性菌血症、前列腺炎、附睾炎、睾丸炎等并发症。因此,我们必须充分重视尿管相关尿路感染,特别是有尿路操作时,应采取有效措施,预防感染发生。

(4)手术部位感染 手术部位感染是指发生在切口或手术深部器官或腔隙的感染,如切口感染、器官脓肿、腹膜炎等,不包括术后与手术操作无关的感染,如术后肺炎、尿路感染等。手术部位感染分为表浅切口感染、深部切口感染和器官/腔隙感染。手术部位感染是外科常见的并发症,美国 NHSN2014 年监测数据显示,SSI 总体感染率为 0.743%,我国学者报道的感染率因手术部位不同而呈现显著不同。虽然手术室空气层流技术、灭菌技术、保护屏障、手术技巧、围术期抗菌药物使用等控制措施不断改善,但 SSI 依然是重要的医院感染,造成的发病率、病死率仍是外科面临的难题。

P1194 增加:增加标准预防操作原则,具体如下:

3.标准预防操作原则

(1)标准预防针对所有为患者实施诊断、治疗、护理等操作的全过程。不论患者是否传染病患者,都要采取标准预防。

(2)标准预防技术包括洗手、戴手套、穿隔离衣、戴防护眼镜和面罩等基本措施。

(3)医务人员进行有可能接触患者体液、血液的诊疗和护理操作时必须戴手套。操作完毕,脱去手套后应立即洗手,必要时进行手消毒。

(4)在诊疗、护理操作过程中,有可能发生血液、体液飞溅到医务人员面部时,医务人员应当戴具有防渗透性能的口罩、防护眼镜;有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员身体时,还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

(5)医务人员手部皮肤发生破损,在进行有可能接触患者血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层手套。戴手套操作过程中,要避免已经污染的手套触摸清洁区域或物品。

(6)医务人员进行侵袭性诊疗、护理操作过程中,要保证充足的光线,并特别注意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或划伤。

(7)使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的锐器盒,或者利用针头处理设备进行处理,也可以使用具有安全性能的注射器、输液器等医用锐器,以防刺伤。

(8)立即清洁污染的环境。

(9)禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套。禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

(10)保证废弃物的正确处理。要求运输废弃物的人必须戴厚质乳胶清洁手套,处理体液废弃物必须戴防护眼镜。



第十三篇

医学伦理学

P1198 删除:

第二章 医学伦理学的历史发展

P1198 增补:

第二章 中国医学的道德传统

第一节 中国古代医学家的道德境界

张仲景是汉代著名医学家。他反对“孜孜汲汲，惟名利是务”的不良风气，救治病人不分贵贱贫富，“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄”。他任长沙太守时，仍不忘为百姓诊治疾病。鉴于当时朝廷规定，太守不能进民众屋舍，不能外出给百姓看病，他便每逢初一、十五大开衙门，不问政事，而让患病的百姓入堂，在公堂上为患者诊治疾病，被尊称为“坐堂大夫”。

孙思邈是唐代著名医学家，视病人如亲人，无欲无求，普同一等，先发大慈侧隐之心，不管昼夜寒暑，饥渴疲劳，一心救助。在《备急千金要方》中，他设专篇论述医德与医术的关系，对医生在为患者诊治疾病中的道德要求做出了详细说明。如“论大医习业”“论大医精诚”提出的医德原则和医德规范成为中国传统医德的重要内容，成为后世医家行为的规范，成为激励后世医家践行医德的精神力量。

第二节 中国现代医学家的道德境界

张孝骞被尊为“医圣”、“协和”泰斗、“湘雅”轩辕，对患者极端负责，以诊治疑难病症闻名内科学界。他说：“每一个病例都是一个研究课题。”他格外重视搜集、分析临床第一手资料，有用记录本记录疑难病例的习惯，其中详细记录着患疑难疾病患者的姓名、年龄、病案号、病情、各种检查、初步诊断、医学界有关文献和逐步确诊的过程。协和医院的图书馆就保存着他诊治疑难病症写下的 56 本记录。他将“戒、慎、恐、惧”作为自己的座右铭，教导学生：“我们诊治病人就要有‘如临深渊，如履薄冰’的态度，一定要认真仔细，避免误诊漏诊、延误病情。病人以性命相托，我们怎能不诚惶诚恐？”他的临床思维和诊治式是“和病人在一起，他说：“在患者面前，我们永远是个小学生。”

林巧稚是著名妇产科专家。她看病的最大特点是：不论患者是高级干部还是贫苦农民，都同样认真，同样负责，一丝不苟。她将一件件善事，做在一位位患者身上。她深入农村，针对妇女的疾病进行调查研究，组织全国性的滴虫阴道炎的防治和大规模的宫颈癌的普查工作。她一生没有结婚，却亲自接生了 50000 多个婴儿，被尊称为“万婴之母”。她说：“生平最爱听的声音，就是婴儿出生后的第一声啼哭。”1984 年，逝世前，她留下遗嘱，将毕生积蓄 3 万元人民币捐给协和医院托儿所。

第三节 中国当代医学家的道德境界

屠呦呦是共和国勋章、诺贝尔生理学或医学奖、联合国教科文组织生命科学研究金奖等许多殊荣获得者，为人类健康事业做出了巨大贡献。她六十多年潜心中医药科技创新，勇于克服困难，在研究发现青

蒿素的过程中经历了 190 次失败。在动物实验成功后的关键环节,她和助手在自己身上做试验,成为青蒿素人体试验的首批志愿者。青蒿素应用于临床,挽救了千百万人的生命。她说:“这是中医中药走向世界的一项荣誉,它属于科研团队中的每一个人,属于中国科学家群体。”已年近 90 岁高龄的屠呦呦仍不懈努力,解决了青蒿素药物治疗疟疾中出现的耐药难题,并探索出了青蒿素药物新的适应证。

钟南山是我国“公共卫生事件应急体系建设的重要推动者”。2003 年初春,传染性非典型性肺炎疫情严峻,在广州专门接纳“非典”患者的医院不堪重负的情况下,钟南山带领呼吸病研究所的医务人员挺身而出,要求“把重病人都送到我这里来”。他亲临一线,直接面对“非典”患者,率先摸索出一套有效防治“非典”的方案,使广东卫生行政部门及时制定救治方案提供了决策依据,使广东成为全球“非典”患者治愈率最高、死亡率最低的地区之一。这一方案被世界卫生组织认为对全世界抗击“非典”有指导意义,成为通用的救治方案。如今 82 岁的钟南山院士,仍坚守在临床一线,参与门诊、会诊、查房工作。

P1206 增补:

第三节 医学道德范畴

考点一、权利与义务

1. 患者权利是指患者在患病就医期间所拥有的权利和应该享受的利益,也称患者权益。患者权利包括:平等享有医疗的权利,获得自己所患疾病真实情况、共同参与诊断和医疗方案的制订和实施等知情同意的权利,监督医疗过程的权利,对个人隐私保密的权利,拒绝治疗、拒绝参加临床试验的权利。

2. 医务人员权利是维护、保证患者普遍、平等的医疗权利的实现,促进患者的身心健康,是以履行义务为前提的。在有利于患者疾病诊治的前提下,医务人员的权利具有一定的自主性。自主性包括:有权对患者的疾病做出判断,采取必要的治疗措施;有权根据病情的需要开具诊断证明;有权要求患者或患者家属配合诊治。在特殊情况下,医师还享有干涉权。如患者的自主选择意向违背社会利益、他人利益、自身根本利益时,医师可干涉患者的权利,使患者的选择无效。

3. 医务人员义务和责任是一致的,包括:为患者诊治疾病,尽最大的努力为患者服务;为患者解除躯体痛苦和精神上的痛苦;向患者、患者家属说明病情、诊断、治疗和预后;面对疫情和重大自然灾害,进入疫区、灾区抢救伤员,保护群众健康。

考点二、情感与良心

1. 医学道德情感是医务人员对患者、对医疗卫生工作的职业态度和内心体验,是建立在对患者的生命和健康高度负责基础上的。医务人员的情感有三个特点:医学职业的特殊性、理智性、纯洁性。医务人员情感的内容包括:①同情感:见到患者的遭遇和不幸,在自己的情感上产生怜悯之情,产生愿为其解除病痛的感觉;②责任感;③事业感。

2. 医学道德良心是医务人员道德情感的深化,是医务人员在履行义务的过程中,形成的道德责任感和自我评价能力。医德良心的特点是:存在于医务人员意识之中的对患者和社会负责的强烈的道德责任内心深处进行自我评价的能力。

医德良心的作用:医疗行为前的选择作用,医疗行为中的监督作用,医疗行为后的评价作用。

考点三、审慎与保密

考点四、荣誉与幸福

P1210 增补:

第三节 正确处理医务人员之间关系的道德原则

考点一、互相尊重

医务人员之间虽然在职务上有上级和下级之别,在专业分工上有差异,但为患者服务的目标是一致的,在政治地位、民主权利、人格尊严是平等的。

考点二、互相支持

分工明确、相互依赖是现代医疗活动的鲜明特点。医务人员只有互相支持,形成合力,才能实现正确

诊断、有效治疗。

考点三、互相监督

在医疗活动中,任何疏忽、差错,都会危及患者的健康和生命。医务人员互相监督,可以避免疏忽,防范差错和事故。

考点四、互相学习

医务人员的资历、专业、技能、经验不尽相同,虚心向他人学习,取他人之长补己之短,是医学职业的美德。

P1213 增补:

临床治疗的道德要求

考点一、诊治急症病人的道德要求

1. 诊治急症患者,随机性强,时间性强,协作性强。
2. 争分夺秒,全力抢救;及时与家属沟通,敢于承担风险;与相关科室医务人员密切配合。

考点二、中医治疗的道德要求

1. 帮助患者建立对中医治疗的认知。治疗前,讲解中医治疗的目的、方法、会出现的感觉,征得患者同意后,方可实施治疗。
2. 中医治疗大多是一位医生为一位患者服务,医生要尊重患者的隐私。
3. 尽量减轻患者痛苦。由于针灸、推拿、刮痧、刺络、拔罐均在非麻醉条件下进行,而患者对中医治疗的认知、对疼痛的耐受存在个体差异,医生在操作中态度要和蔼、手法要精准、动作要轻。
4. 确保安全。对饥饿、疲劳、精神高度紧张的患者,应在其进食、休息、解除紧张心理后再施行针灸、刮痧、刺络、拔罐等治疗。当个别患者出现“晕针”“晕血”反应时,切忌慌乱,应及时采取有效措施,最大限度地解除患者的不良反应。

考点三、药物治疗的道德要求

1. 对症下药,剂量安全 首先明确疾病的诊断和药物的性能、适应证和禁忌证,然后选择治本或标本兼治的药物。剂量要因人而异,既要看到近期效果,也要注意远期效果、不良影响。
2. 合理配伍,细致观察 要掌握药物的配伍禁忌。在用药过程中,不管是联合还是单独用药,都应细致观察,了解药物的疗效和毒副作用,并随着病情的变化调整药物种类、剂量,以取得较好的治疗效果和防止药源性疾病的发生。
3. 节约费用,公正分配 在确保疗效的前提下尽量节约费用。进口药、贵重药的使用要根据病情的轻重缓急全面考虑,做到公正分配,秉公处方。

考点四、手术治疗的道德要求

1. 手术前,严格掌握手术指征,征得病人知情同意,认真做好术前准备。
2. 手术中,关心病人,体贴入微;态度严肃,作风严谨;精诚团结,密切协作。
3. 手术后,严密观察,精心护理,减轻患者痛苦,促进患者康复。

考点五、心理治疗的道德要求

1. 掌握和运用心理治疗的知识、技巧,给病人以心理支持。
2. 以健康、稳定的心理状态去影响和帮助病人。
3. 为病人的隐私保密。

考点六、康复治疗的道德要求

1. 理解病人,热爱康复工作。康复不仅是临床治疗的延续和扩展,而且是防止疾病复发的重要方法。
2. 躯体康复与心理康复并重。重视康复期病人的躯体痛苦与心理创伤。针对病人的情况,制定躯体与心理共同康复的综合康复治疗方。对有自卑、焦虑、悲观情绪的病人进行心理疏导。
3. 密切合作。康复医生、护理、技术人员密切合作;与病人家属配合;与社会工作者、特殊教育人员协作。

考点七、临终关怀的道德要求

1. 尊重患者的人格、权利。
2. 照护为主,缓解患者的疼痛。
3. 给患者以心理支持。
4. 给患者家属以安慰。

解 英杰医学®
WWW.JINYINGJIE.COM



第十四篇

卫生法规

P1242 删除及增补:

删除第七章《医疗事故处理条例》标题及其所属内容

增补:

第七章 《医疗纠纷预防和处理条例》

第一节 概述

考点一、医疗纠纷的概念

本条例所称医疗纠纷,是指医患双方因诊疗活动引发的争议。

考点二、医疗纠纷的处理原则

处理医疗纠纷,应当遵循公平、公正、及时的原则,实事求是,依法处理。

考点三、医疗纠纷的合作共治中的部门责任

县级以上人民政府应当加强对医疗纠纷预防和处理工作的领导、协调,将其纳入社会治安综合治理体系,建立部门分工协作机制,督促部门依法履行职责。

卫生主管部门负责指导、监督医疗机构做好医疗纠纷的预防和处理工作,引导医患双方依法解决医疗纠纷。

司法行政部门负责指导医疗纠纷人民调解工作。

公安机关依法维护医疗机构治安秩序,查处、打击侵害患者和医务人员合法权益以及扰乱医疗秩序等违法犯罪行为。

财政、民政、保险监督管理等部门和机构按照各自职责做好医疗纠纷预防和处理的相关工作。

第二节 医疗纠纷的预防

考点一、预防医疗纠纷的原则

国家建立医疗质量安全管理体制,深化医药卫生体制改革,规范诊疗活动,改善医疗服务,提高医疗质量,预防、减少医疗纠纷。在诊疗活

动中,医患双方应当互相尊重,维护自身权益,应当遵守有关法律、法规的规定。

医疗机构及其医务人员在诊疗活动中应当以患者为中心,加强人文关怀,严格遵守医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范、常规,恪守职业道德。

考点二、医疗机构的职责

医疗机构应当对其医务人员进行医疗卫生法律、法规、规章和诊疗相关规范、常规的培训,并加强职业道德教育。

医疗机构应当加强医疗风险管理,完善医疗风险的识别、评估和防控措施,定期检查措施落实情况,及时消除隐患。

医疗机构应当制定并实施医疗质量安全管理体制,设置医疗服务质量监控部门或者配备专(兼)职

人员,加强对诊断、治疗、护理、药事、检查等工作的规范化管理,优化服务流程,提高服务水平。

医疗机构应当按照国务院卫生主管部门制定的医疗技术临床应用管理规定,开展与其技术能力相适应的医疗技术服务,保障临床应用安全,降低医疗风险;采用医疗新技术的,应当开展技术评估和伦理审查,确保安全有效、符合伦理。开展手术、特殊检查、特殊治疗等具有较高医疗风险的诊疗活动,医疗机构应当提前预备应对方案,主动防范突发风险。

医疗机构应当依照有关法律、法规的规定,严格执行药品、医疗器械、消毒药剂、血液等的进货查验、保管等制度。禁止使用无合格证明文件、过期等不合格的药品、医疗器械、消毒药剂、血液等。

医疗机构应当建立健全医患沟通机制,对患者诊疗过程中提出的咨询、意见和建议,应当耐心解释、说明,并按照规定进行处理;对患者就诊疗行为提出的疑问,应当及时予以核实、自查,并指定有关人员与患者或者其近亲属沟通,如实说明情况。

医疗机构应当建立健全投诉接待制度,设置卫生法规统一的投诉管理部门或者配备专(兼)职人员,在医疗机构显著位置公布医疗纠纷解决途径、程序和联系方式等,方便患者投诉或者咨询。

考点三、医务人员的责任

医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术,或者开展临床试验等存在一定危险性、可能产生不良后果的特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意;在患者处于昏迷等无法自主作出决定的状态或者病情不宜向患者说明等情形下,应当向患者的近亲属说明,并取得其书面同意。紧急情况下不能取得患者或者其近亲属意见的,经医疗机构负责人或者授权的负责人批准,可以立即实施相应的医疗措施。

医疗机构及其医务人员应当按照国务院卫生主管部门的规定,填写并妥善保管病历资料。因紧急抢救未能及时填写病历的,医务人员应当在抢救结束后**6小时内**据实补记,并加以注明。任何单位和个人不得篡改、伪造、隐匿、毁灭或者抢夺病历资料。

考点四、患者的权利与义务

患者有权查阅、复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用以及国务院卫生主管部门规定的其他属于病历的全部资料。

患者要求复制病历资料的,医疗机构应当提供复制服务,并在复制的病历资料上加盖证明印记。复制病历资料时,应当有患者或者其近亲属在场。医疗机构应患者的要求为其复制病历资料,可以收取工本费,收费标准应当公开。

患者死亡的,其近亲属可以依照规定,查阅、复制病历资料。

患者应当遵守医疗秩序和医疗机构有关就诊、治疗、检查的规定,如实提供与病情有关的信息,配合医务人员开展诊疗活动。

第三节 医疗纠纷的处理

考点一、医疗纠纷的处理途径

发生医疗纠纷,医患双方可以通过下列途径解决:

1. 双方自愿协商;
2. 申请人民调解;
3. 申请行政调解;
4. 向人民法院提起诉讼;
5. 法律、法规规定的其他途径。

考点二、医疗纠纷中患者的权利

发生医疗纠纷,医疗机构应当告知患者或者其近亲属下列事项:

1. 解决医疗纠纷的合法途径;
2. 有关病历资料、现场实物封存和启封的规定;

3.有关病历资料查阅、复制的规定。

患者死亡的,还应当告知其近亲属有关尸检的规定。

考点三、病历资料、现场实物等的封存与处理

发生医疗纠纷需要封存、启封病历资料的,应当在医患双方在场的情况下进行。封存的病历资料可以是原件,也可以是复制件,由医疗机构保管。病历尚未完成需要封存的,对已完成病历先行封存;病历按照规定完成后,再对后续完成部分进行封存。医疗机构应当对封存的病历开列封存清单,由医患双方签字或者盖章,各执一份。病历资料封存后医疗纠纷已经解决,或者患者在病历资料封存满3年未再提出解决医疗纠纷要求的,医疗机构可以自行启封。

疑似输液、输血、注射、用药等引起不良后果的,医患双方应当共同对现场实物进行封存、启封,封存的现场实物由医疗机构保管。需要检验的,应当由双方共同委托依法具有检验资格的检验机构进行检验;双方无法共同委托的,由医疗机构所在地县级人民政府卫生主管部门指定。

疑似输血引起不良后果,需要对血液进行封存保留的,医疗机构应当通知提供该血液的血站派员到场。现场实物封存后医疗纠纷已经解决,或者患者在现场实物封存满3年未再提出解决医疗纠纷要求的,医疗机构可以自行启封。

患者死亡,医患双方对死因有异议的,应当在患者死亡后48小时内进行尸检;具备尸体冻存条件的,可以延长至7日。尸检应当经死者近亲属同意并签字,拒绝签字的,视为死者近亲属不同意进行尸检。不同意或者拖延尸检,超过规定时间,影响对死因判定的,由不同意或者拖延的一方承担责任。尸检应当由按照国家有关规定取得相应资格的机构和专业技术人员进行。医患双方可以委派代表观察尸检过程。

考点四、医疗纠纷的人民调解

申请医疗纠纷人民调解的,由医患双方共同向医疗纠纷人民调解委员会提出申请;一方申请调解的,医疗纠纷人民调解委员会在征得另一方同意后进行调整。申请人可以以书面或者口头形式申请调解。书面申请的,申请书应当载明申请人的基本情况、申请调解的争议事项和理由等;口头申请的,医疗纠纷人民调解员应当当场记录申请人的基本情况、申请调解的争议事项和理由等,并经申请人签字确认。

医疗纠纷人民调解委员会获悉医疗机构内发生重大医疗纠纷,可以主动开展工作,引导医患双方申请调解。医疗纠纷人民调解委员会调解医疗纠纷,不得收取费用。

当事人已经向人民法院提起诉讼并且已被受理,或者已经申请卫生主管部门调解并且已被受理的,医疗纠纷人民调解委员会不予受理;已经受理的,终止调解。

医疗纠纷人民调解委员会应当自受理之日起30个工作日内完成调解。需要鉴定的,鉴定时间不计入调解期限。因特殊情况需要延长调解期限的,医疗纠纷人民调解委员会和医患双方可以约定延长调解期限。超过调解期限未达成调解协议的,视为调解不成。

医患双方经人民调解达成一致的,医疗纠纷人民调解委员会应当制作调解协议书。调解协议书经医患双方签字或者盖章,人民调解员签字并加盖医疗纠纷人民调解委员会印章后生效。达成调解协议的,医疗纠纷人民调解委员会应当告知医患双方可以依法向人民法院申请司法确认。

考点五、医疗损害鉴定

医疗纠纷人民调解委员会、卫生主管部门调解医疗纠纷,需要进行医疗损害鉴定以明确责任的,由医患双方共同委托医学会或者司法鉴定机构进行鉴定,也可以经医患双方同意,由医疗纠纷人民调解委员会、卫生主管部门委托鉴定。

医学会或者司法鉴定机构接受委托从事医疗损害鉴定,应当由鉴定事项所涉专业的临床医学、法医学等专业人员进行鉴定;医学会或者司法鉴定机构没有相关专业人员的,应当从规定的医疗损害鉴定专家库中抽取相关专业专家进行鉴定。

医疗损害鉴定专家库由设区的市级以上人民政府卫生、司法行政部门共同设立。专家库应当包含医学、法学、法医学等领域的专家。

鉴定费预先向医患双方收取,最终按照责任比例承担。

医学会或者司法鉴定机构开展医疗损害鉴定,应当执行规定的标准和程序,尊重科学,恪守职业道德,对出具的医疗损害鉴定意见负责,不得出具虚假鉴定意见。

考点六、医疗纠纷的行政调解

医患双方申请医疗纠纷行政调解的,应当参照人民调解的规定向医疗纠纷发生地县级人民政府卫生主管部门提出申请。

卫生主管部门应当自收到申请之日起**5个工作日内**作出是否受理的决定。当事人已经向人民法院提起诉讼并且已被受理的,或者已经申请医疗纠纷人民调解委员会调解并且已被受理的,卫生主管部门不予受理;已经受理的,终止调解。

卫生主管部门应当自受理之日起**30个工作日内**完成调解。需要鉴定的,鉴定时间不计入调解期限。超过调解期限未达成调解协议的,视为调解不成。

医患双方经卫生主管部门调解达成一致的,应当签署调解协议书。

第四节 法律责任

考点一、医疗机构的法律责任

医疗机构篡改、伪造、隐匿、毁灭病历资料的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员,由县级以上人民政府卫生主管部门给予或者责令给予降低岗位等级或者撤职的处分,对有关医务人员责令**暂停6个月以上1年以下执业活动**;造成严重后果的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予或者责令给予开除的处分,对有关医务人员由原发证部门吊销执业证书;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

医疗机构及其医务人员有下列情形之一的,由县级以上人民政府卫生主管部门责令改正,给予警告,并处**1万元以上5万元以下罚款**;情节严重的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予或者责令给予降低岗位等级或者撤职的处分,对有关医务人员可以责令**暂停1个月以上6个月以下执业活动**;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

- 1.未按规定制定和实施医疗质量安全管理制度的;
- 2.未按规定告知患者病情、医疗措施、医疗风险、替代医疗方案等;
- 3.开展具有较高医疗风险的诊疗活动,未提前预备应对方案防范突发风险;
- 4.未按规定填写、保管病历资料,或者未按规定补记抢救病历;
- 5.拒绝为患者提供查阅、复制病历资料服务;
- 6.未建立投诉接待制度、设置统一投诉管理部门或者配备专(兼)职人员;
- 7.未按规定封存、保管、启封病历资料和现场实物;
- 8.未按规定向卫生主管部门报告重大医疗纠纷;
- 9.其他未履行本条例规定义务的情形。

考点二、鉴定机构、尸检机构的法律责任

医学会、司法鉴定机构出具虚假医疗损害鉴定意见的,由县级以上人民政府卫生、司法行政部门依据职责没收违法所得,并处5万元以上10万元以下罚款,对该医学会、司法鉴定机构和有关鉴定人员责令**暂停3个月以上1年以下医疗损害鉴定业务**,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予或者责令给予降低岗位等级或者撤职的处分;情节严重的,该医学会、司法鉴定机构和有关鉴定人员5年内不得从事医疗损害鉴定业务或者撤销登记,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予或者责令给予开除的处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

尸检机构出具虚假尸检报告的,由县级以上人民政府卫生、司法行政部门依据职责没收违法所得,并处5万元以上10万元以下罚款,对该尸检机构和有关尸检专业技术人员责令**暂停3个月以上1年以下尸检业务**,对直接负责的主管人

员和其他直接责任人员给予或者责令给予降低岗位等级或者撤职的处分;情节严重的,撤销该尸检机构和有关尸检专业技术人员的尸检资格,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予或者责令给予开除的处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

考点四、医疗纠纷人民调解员的法律责任

医疗纠纷人民调解员有下列行为之一的,由医疗纠纷人民调解委员会给予批评教育、责令改正;情节严重的,依法予以解聘:

1. 偏袒一方当事人
2. 侮辱当事人;
3. 索取、收受财物或者牟取其他不正当利益;
4. 泄露医患双方个人隐私等事项。

考点四、卫生行政机关及人员的法律责任

县级以上人民政府卫生主管部门和其他有关部门及其工作人员在医疗纠纷预防和处理工作中,不履行职责或者滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,由上级人民政府卫生等有关部门或者监察机关责令改正;依法对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

P1245 删除及增补:

删除:第八章《中华人民共和国中医药条例》

增补:第八章《中华人民共和国中医药法》

第一节 概述

考点一、《中医药法》制定目的、适用范围

1. 制定目的继承和弘扬中医药,保障和促进中医药事业发展,保护人民健康。
2. 适用范围适用的对象范围:本法所称中医药,是包括汉族和少数民族医药在内的我国各民族医药的统称,是反映中华民族对生命、健康和疾病的认识,具有悠久历史传统和独特理论及技术方法的医药学体系。适用的时间范围:自 2017 年 7 月 1 日起施行。

考点二、发展中医药事业的原则、方针

中医药事业是我国医药卫生事业的重要组成部分。国家大力发展中医药事业,实行中西医并重的方针,建立符合中医药特点的管理制度,充分发挥中医药在我国医药卫生事业中的作用。

特别强调发展中医药事业应当遵循中医药发展规律,坚持继承和创新相结合,保持和发挥中医药特色和优势,运用现代科学技术,促进中医药理论和实践的发展。鼓励中医、西医相互学习,相互补充,协调发展,发挥各自优势,促进中西医结合。

第二节 中医药服务

考点一、中医药服务体系和能力建设

县级以上人民政府应当将中医医疗机构建设纳入医疗机构设置规划,举办规模适宜的中医医疗机构,扶持有中医药特色和优势的医疗机构发展。合并、撤销政府举办的中医医疗机构或者改变其中医医疗性质,应当征求上一级人民政府中医药主管部门的意见。

政府举办的综合医院、妇幼保健机构和有条件的专科医院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院,应当设置中医药科室。

县级以上人民政府应当采取措施,增强社区卫生服务站和村卫生室提供中医药服务的能力。

国家支持社会力量举办中医医疗机构。社会力量举办的中医医疗机构在准入、执业、基本医疗保险、科研教学、医务人员职称评定等方面享有与政府举办的中医医疗机构同等的权利。

考点二、中医诊所、中医医师的准入管理制度

举办中医医疗机构应当按照国家有关医疗机构管理的规定办理审批手续,并遵守医疗机构管理的有关规定。

举办中医诊所的,将诊所的名称、地址、诊疗范围、人员配备情况等报所在地县级人民政府中医药主管部门备案后即可开展执业活动。中医诊所应当将本诊所的诊疗范围、中医医师的姓名及其执业范围在诊所的明显位置公示,不得超出备案范围开展医疗活动。

从事中医医疗活动的人员应当依照《中华人民共和国执业医师法》的规定,通过中医医师资格考试取得中医医师资格,并进行执业注册。中医医师资格考试的内容应当体现中医药特点。

以师承方式学习中医或者经多年实践,医术确有专长的人员,由至少两名中医医师推荐,经省、自治区、直辖市人民政府中医药主管部门组织实践技能和效果考核合格后,即可取得中医医师资格;按照考核内容进行执业注册后,即可在注册的执业范围内,以个人开业的方式或者在医疗机构内从事中医医疗活动。国务院中医药主管部门应当根据中医药技术方法的安全风险拟订本款规定人员的分类考核办法,报国务院卫生行政部门审核、发布。

考点三、保持中医药服务的特色

开展中医药服务,应当以中医药理论为指导,运用中医药技术方法,并符合国务院中医药主管部门制定的中医药服务基本要求。

中医医疗机构配备医务人员应当以中医药专业技术人员为主,主要提供中医药服务;经考试取得医师资格的中医医师按照国家有关规定,经培训、考核合格后,可以在执业活动中采用与其专业相关的现代科学技术方法。在医疗活动中采用现代科学技术方法的,应当有利于保持和发挥中医药特色和优势。

社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站以及有条件的村卫生室应当合理配备中医药专业技术人员,并运用和推广适宜的中医药技术方法。

考点四、中医药服务的政策支持、保障

县级以上人民政府应当发展中医药预防、保健服务,并按照国家有关规定将其纳入基本公共卫生服务项目统筹实施。

县级以上人民政府应当发挥中医药在突发公共卫生事件应急工作中的作用,加强中医药应急物资、设备、设施、技术与人才资源储备。

医疗卫生机构应当在疾病预防与控制中积极运用中医药理论和技术方法。

考点五、中医医疗广告管理

医疗机构发布中医医疗广告,应当经所在地省、自治区、直辖市中医药主管部门审查批准;未经审查批准,不得发布。发布的中医医疗广告内容应当与经审查批准的内容相符合,并符合《中华人民共和国广告法》的有关规定。

考点六、中医药服务的监督

县级以上人民政府中医药主管部门应当加强对中医药服务的监督检查,并将下列事项作为监督检查的重点:

1. 中医医疗机构、中医医师是否超出规定的范围开展医疗活动;
2. 开展中医药服务是否符合国务院中医药主管部门制定的中医药服务基本要求;
3. 中医医疗广告发布行为是否符合本法的规定。

中医药主管部门依法开展监督检查,有关单位和个人应当予以配合,不得拒绝或者阻挠。

第三节 中药保护与发展

考点一、中药材质量管理制度

国家制定中药材种植养殖、采集、贮存和初加工的技术规范、标准,加强对中药材生产流通全过程的质量监督管理,保障中药材质量安全。

国家鼓励发展中药材规范化种植养殖,严格管理农药、肥料等农业投入品的使用,禁止在中药材种植过程中使用剧毒、高毒农药,支持中药材良种繁育,提高中药材质量。

国家建立道地中药材评价体系,支持道地中药材品种选育,扶持道地中药材生产基地建设,加强道地中药材生产基地生态环境保护,鼓励采取地理标志产品保护等措施保护道地中药材。

国务院药品监督管理部门应当组织并加强对中药材质量的监测,定期向社会公布监测结果。国务院有关部门应当协助做好中药材质量监测有关工作。

采集、储存中药材以及对中药材进行初加工,应当符合国家有关技术规范、标准和管理规定。

国家鼓励发展中药材现代流通体系,提高中药材包装、仓储等技术水平,建立中药材流通追溯体系。药品生产企业购进中药材应当建立进货查验记录制度。中药材经营者应当建立进货查验和购销记录制度,并标明中药材产地。

考点二、中药饮片管理制度

国家保护中药饮片传统炮制技术和工艺,支持应用传统工艺炮制中药饮片,鼓励运用现代科学技术开展中药饮片炮制技术研究。

对市场上没有供应的中药饮片,医疗机构可以根据本医疗机构医师处方的需要,在本医疗机构内炮制、使用。医疗机构应当遵守中药饮片炮制的有关规定,对其炮制的中药饮片的质量负责,保证药品安全。医疗机构炮制中药饮片,应当向所在地设区的市级人民政府药品监督管理部门备案。

根据临床用药需要,医疗机构可以凭本医疗机构医师的处方对中药饮片进行再加工。

考点三、促进中药制剂发展管理制度

生产符合国家规定条件的来源于古代经典名方的中药复方制剂,在申请药品批准文号时,可以仅提供非临床安全性研究资料。具体管理办法由国务院药品监督管理部门会同中医药主管部门制定。古代经典名方,是指至今仍广泛应用、疗效确切、具有明显特色与优势的古代中医典籍所记载的方剂。具体目录由国务院中医药主管部门会同药品监督管理部门制定。

国家鼓励医疗机构根据本医疗机构临床用药需要配制和使用中药制剂,支持应用传统工艺配制中药制剂,支持以中药制剂为基础研制中药新药。

医疗机构配制中药制剂,应当依照《中华人民共和国药品管理法》的规定取得医疗机构制剂许可证,或者委托取得药品生产许可证的药品生产企业、取得医疗机构制剂许可证的其他医疗机构配制中药制剂。委托配制中药制剂,应当向委托方所在地省、自治区、直辖市人民政府药品监督管理部门备案。医疗机构对其配制的中药制剂的质量负责;委托配制中药制剂的,委托方和受托方对所配制的中药制剂的质量分别承担相应责任。

医疗机构配制的中药制剂品种,应当依法取得制剂批准文号。但是,仅应用传统工艺配制的中药制剂品种,向医疗机构所在地省、自治区、直辖市人民政府药品监督管理部门备案后即可配制,不需要取得制剂批准文号。

第四节 中医药人才培养与科学研究、中医药传承与文化传播

考点一、完善学历教育

国家完善中医药学校教育体系,支持专门实施中医药教育的高等学校、中等职业学校和其他教育机构的发展。中医药学校教育的培养目标、修业年限、教学形式、教学内容、教学评价及学术水平评价标准等,应当体现中医药学科特色,符合中医药学科发展规律。

考点二、增强人才培养的针对性

中医药教育应当遵循中医药人才成长规律,以中医药内容为主,体现中医药文化特色,注重中医药经典理论和中医药临床实践、现代教育方式和传统教育方式相结合。

考点三、鼓励中医药师承教育

国家发展中医药师承教育,支持有丰富临床经验和专业技术专长的中医医师、中药专业技术人员在执业、业务活动中带徒授业,传授中医药理论和技术方法,培养中医药专业技术人员。

考点四、鼓励中医药科学研究

国家鼓励科研机构、高等学校、医疗机构和药品生产企业等,运用现代科学技术和传统中医药研究方法,开展中医药科学研究,加强中西医结合研究,促进中医药理论和技术方法的继承和创新。国家采取措施支持对中医药古籍文献、著名中医药专家的学术思想和诊疗经验以及民间中医

药技术方法的整理、研究和利用。国家鼓励组织和个人捐献有科学研究和临床应用价值的中医药文献、秘方、验方、诊疗方法和技术。

国家采取措施,加强对中医药基础理论和辨证论治方法,常见病、多发病、慢性病和重大疑难疾病、重

大传染病的中医药防治,以及其他对中医药理论和实践发展有重大促进作用的项目的科学研究。

考点五、中医药传承

对具有重要学术价值的中医药理论和技术方法,省级以上人民政府中医药主管部门应当组织遴选本行政区域内的中医药学术传承项目和传承人,并为传承活动提供必要的条件。传承人应当开展传承活动,培养后继人才,收集整理并妥善保存相关的学术资料。属于非物质文化遗产代表性项目的,依照《中华人民共和国非物质文化遗产法》的有关规定开展传承活动。

国家建立中医药传统知识保护数据库、保护名录和保护制度。中医药传统知识持有人对其持有的中医药传统知识享有传承使用的权利,对他人获取、利用其持有的中医药传统知识享有知情同意和利益分享等权利。

考点六、中医药文化传播

县级以上人民政府应当加强中医药文化宣传,普及中医药知识,鼓励组织和个人创作中医药文化和科普作品。

开展中医药文化宣传和知识普及活动,应当遵守国家有关规定。任何组织或者个人不得对中医药作虚假、夸大宣传,不得冒用中医药名义牟取不正当利益。

广播、电视、报刊、互联网等媒体开展中医药知识宣传,应当聘请中医药专业技术人员进行。

第五节 保障措施与法律责任

考点一、中医药事业发展的政策支持与条件保障

县级以上人民政府应当为中医药事业发展提供政策支持和条件保障,将中医药事业发展经费纳入本级财政预算。

县级以上人民政府及其有关部门制定基本医疗保险支付政策、药物政策等医药卫生政策,应当有中医药主管部门参加,注重发挥中医药的优势,支持提供和利用中医药服务。

县级以上人民政府及其有关部门应当按照法定价格管理权限,合理确定中医医疗服务的收费项目和标准,体现中医医疗服务成本和专业技术价值。

县级以上地方人民政府有关部门应当按照国家规定,将符合条件的中医医疗机构纳入基本医疗保险定点医疗机构范围,将符合条件的中医诊疗项目、中药饮片、中成药和医疗机构中药制剂纳入基本医疗保险基金支付范围。

考点二、中医药标准体系

国家加强中医药标准体系建设,根据中医药特点对需要统一的技术要求制定标准并及时修订。中医药国家标准、行业标准由国务院有关部门依据职责制定或者修订,并在其网站上公布,供公众免费查阅。国家推动建立中医药国际标准体系。

考点三、中医药行政部门的法律责任

县级以上人民政府中医药主管部门及其他有关部门未履行本法规定的职责的,由本级人民政府或者上级人民政府有关部门责令改正;情节严重的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员,依法给予处分。

考点四、中医医疗机构的法律责任

违反本法规定,中医诊所超出备案范围开展医疗活动的,由所在地县级人民政府中医药主管部门责令改正,没收违法所得,并处一万元以上三万元以下罚款;情节严重的,责令停止执业活动。

中医诊所被责令停止执业活动的,其直接负责的主管人员自处罚决定作出之日起五年内不得在医疗机构内从事管理工作。医疗机构聘用上述不得从事管理工作的人员从事管理工作的,由原发证部门吊销执业许可证或者由原备案部门责令停止执业活动。

考点五、中医医师(考核取得)的法律责任

违反本法规定,经考核取得医师资格的中医医师超出注册的执业范围从事医疗活动的,由县级以上人民政府中医药主管部门责令暂停六个月以上一年以下执业活动,并处一万元以上三万元以下罚款;情节严重的,吊销执业证书。