

## 中医全科医师中级《相关专业知识》知识点辅导

### 知识点：闻诊

1. 名词：谵语、郑声、金实不鸣、金破不鸣谵语：神识不清，语无伦次，声高有力——热扰神明（实证）郑声：神识不清，语言重复，时断时续，声音低弱——心气大伤（虚证）金实不鸣：新病音哑或失音，属实证，多是外感风寒或风热，寒热二气交相袭肺，或痰浊雍滞，以致肺气不宣，清肃失职金破不鸣：久病音哑或失音，属虚证，常是精气内伤，肺肾阴虚，虚火灼金，以致津枯肺损，声音难出 2. 哮与喘的区别与联系喘：呼吸困难，气促，甚则张口抬肩，不能平卧实证：病邪壅塞肺气，气机不利虚证：肺虚不能主气，肾虚不能纳气哮：呼吸急促，喉中有痰鸣声，时发时止宿痰内伏，复感外邪 3. 白喉的咳声特点：咳声如犬吠

### 知识点：问诊

1. 《十问歌》内容一问寒热二问汗，三问头身四问便。五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨。九问旧病十问因，再兼服药参机变。妇女尤必问经期，迟速闭崩皆可见。再添片语告儿科，天花麻疹全占验。2. 问寒热：恶寒发热、但热不寒、但寒不热、寒热往来的主病恶寒发热：恶寒发热并见，多见于外感表证但寒不热：只怕冷而不发热，有虚实之分；实寒：寒邪直接侵袭，损伤机体阳气（新病）寒：素体阳虚，不能温煦肌表（久病）——畏寒但热不寒：只发热不怕冷，见于里热证，根据发热的特点分为三种类型：①壮热：持续高热，体温超过 39℃ 以上，多见于里热实证，为阳盛热实，邪正剧争的表现，常伴有高热、大汗、大渴、脉洪大，俗称为“四大症状”②潮热：发热象潮水一样有一定的规律阳明潮热——热结于大肠湿温潮热——湿遏热伏阴虚潮热——阴虚生内热③微热：热势较低，多在 37—38℃ 之间，见于阴虚证、气虚证或疟疾寒热往来：恶寒发热交替而作，邪正分争在半表半里，少阳病或疟疾少阳病：寒热往来无定时——外感病达半表半里阶段疟疾：寒热往来，发有定时——邪伏膜原，定时而发

### 知识点：八纲辨证

1. 不属于八纲范畴的是标本；表证的临床表现是恶寒发热，头身疼痛，喷嚏，鼻塞；表证 多见于外感伤病期；属于表证辨证要点的是新起恶寒，或恶寒发热并见，脉浮；不属于表证临床表现的是咳嗽吐痰；属于里证辨证要点的是见于外感疾病中、后期阶段；对里证认识正确的是多见于内伤杂病；表证与里证的辨证要点是脉浮与脉沉。2. 半表半里的特有表现是胸胁苦满；“寒热”的鉴别要点是对寒热的喜恶；热证的辨证要点是恶热喜冷，口渴欲饮，面赤；寒证的临床表现是舌淡，苔白而润；不属于热证临床表现的是面白尿清；热证的舌象表现是舌红苔黄腻；热证的脉象表现是数脉；不属于寒证与热证鉴别要点的是头痛与不痛；虚证的临床表现是久病势缓；不属于实证的临床表现的是五心烦热。3. 不属于虚证临床表现的是腹胀满不减；不属于实证辨证要点的是久病；不属于虚证和实证鉴别要点的是汗出的有无；不属于阳证表现的是舌淡胖嫩；阳虚证的临床表现是畏寒肢冷；阴虚的临床表现的是两颧潮红、五心烦热；阳虚证的舌象表现是舌淡胖苔白滑；阳虚证的临床表现是畏寒喜暖；亡阳汗出的临床表现是冷汗淋漓；不属于亡阴临床表现的是神情淡漠。4. 亡阳的临床意义是大失血等阴血消亡而阳随阴脱；不属于亡阳证临床表现的是面赤舌干；不属于“证候相兼”的是表寒证；八纲中表里寒热虚实的错杂关系，可以表现为表寒里热证、上热下寒证、里虚表实证；寒证化热的临床意义是阳气旺盛；热证转寒的临床意义是邪气过盛，耗伤正气；证候真假的所谓“真”主要是指与疾病内在本质相符的证候；证候真假常出现于疾病的危重阶段；真寒假热证的临床意义是阴盛格阳；不属于真寒假热证临床表现的是口渴而喜饮。5. 表证的临床表现是新起恶寒发热；里证的临床表现是腹痛下利清谷；辨别表证与里证的依据是是否恶寒发热；辨别寒证与热证的依据是是否小便清长；实热证汗出的临床特点是蒸蒸汗出；阴虚热证汗出的临床特点是睡时汗出；患者胸腹胀满，按之疼痛，腹满不减，其临床意义是实证；患者胸腹胀满，按之不痛，腹满时减，其临床意义是虚证。

### 知识点：脉诊

1. 脉诊的“寻”法是指用力不轻不重按寸口；根据《灵枢·终始》篇中的人迎、寸口诊法，若人迎大于寸口脉4倍者，称为外格；仲景《伤寒杂病论》中三部诊法是指诊寸口、太溪、趺阳；遍诊法首见于《内经》；“有神”之脉象的临床表现是有力柔和；医生手指用力不轻不重，按至肌肉以察脉象的方法称为中取；切脉指法中，不轻不重，委曲求之，称为寻；受气候的影响，平脉在夏季的临床表现是稍洪。

### 知识点：气血津液辨证

1. 气虚证的临床意义是机体气生成不足，消耗太过；不属于气虚证临床意义的是五志过极；不属于气虚证临床表现的是畏寒肢冷；气虚证的临床表现是气短声低，少气懒言，精神疲惫，体倦乏力；气陷证的临床表现是脘腹坠胀；不属于气不固证临床表现的是脱肛；气逆证的临床表现是咳嗽频作，呼吸喘促，呃逆，嗝气不止，或呕吐、呕血；气滞证的临床表现是胀闷疼痛。2. 不属于气滞证临床表现的是痛处按之有形；不属于血虚证临床表现的是肢体浮肿；血瘀证的临床表现是刺痛；不属于血虚证临床意义的是气机不调，升降失常、两颧潮红；血虚证的辨证要点是颜色淡白，脉细；血虚证的临床表现是颜面、眼睑、口唇、舌质、爪甲的颜色淡白；不属于血瘀病因的是阴虚；血瘀证面色的临床表现是面色黧黑；不属于血瘀证疼痛临床表现的是时轻时重。

### 知识点：头颈部淋巴结检查

耳前、耳后、枕后、颌下、颌下、颈前、颈后、锁骨上浅表淋巴结 1、中三指合并，滑动触诊打圈，两圈左右 2、颈前、颈后时，摸哪边头侧向哪边报读：耳前、耳后、枕后、颌下、颌下、颈前、颈后、锁骨上浅表淋巴结均未见肿大。

### 知识点：心脏检查

视诊：视线要与腹部水平 1、心前区（无凹陷、隆起）2、心尖搏动位置（左侧第五肋间锁骨中线内0.5-1cm）若看到则先定为锁骨中线，若未看到则报读：视诊未见心尖搏动 3、心尖搏动范围直径（约2-2.5cm）看到搏动再说触诊：1、心尖搏动位置（同上）若视诊未见，则此处要比划锁骨中线 2、心尖搏动范围（同上）3、心尖搏动强度（正常）4、抬举性心尖搏动（无）5、心前区震颤（无）注：要说出位置！小鱼际，胸骨左缘 3、4、5 肋间隙以及主动脉瓣区（胸骨右缘第二肋间隙）和肺动脉瓣区（胸骨左缘第二肋间隙）6、心包摩擦感（无）小鱼际，胸骨左缘第4肋间隙叩诊：1、心脏相对浊音界左到右，下到上，外向内。左：心尖外2~3cm开始，由外向内，每次移动约1cm，直至第2肋右：先叩出肝上界（右锁骨中线，从第肋间开始叩，一般位于右锁骨中线第5肋间隙）；在肝上界的上一肋间，由外向内叩出浊音界，直至第2肋间。报读：肝上界位于右锁骨中线第5肋间隙，心界无扩大。2、测量左侧第4肋间的心浊音界（一般为到前正中线距离为5~6cm）报读：左侧第4肋间的心相对浊音界为前正中线左侧\*cm处听诊：1、心率（正常60~100次/分）在心尖区听30s 2、沿各瓣膜听诊区：二尖瓣（心尖部）、肺动脉瓣（胸骨左缘第2肋间隙）、主动脉瓣（胸骨右缘第2肋间隙）、主动脉瓣第二（胸骨左缘第3或4肋间隙）、三尖瓣（胸骨体下端左缘）报读：各瓣膜听诊区未闻及杂音；第一、二心音无增强或减弱，无分裂；无第三心音；无额外心音；心率齐 3、心包摩擦音（无）胸骨左缘第4肋间隙

### 知识点：腹部检查

（注：顺序一定为视、听、叩、触）视诊：1、腹部外形（平坦或稍凹陷）2、腹壁静脉（无曲张）3、呼吸运动（腹式呼吸或不明显）4、皮肤（无皮疹、紫纹、疤痕）5、胃肠蠕动波（无）听诊：1、肠鸣音（无亢进或减弱，一般4~5次/分）在右下腹部，可选脐右侧，听1min 2、血管杂音（无）腹主动脉1个点，肾动脉2个点，髂动脉2个点叩诊：1、腹部呈鼓音按左下腹、左上腹、右上腹、右下腹的顺序叩诊 2、胃鼓音区（存在）左前胸下部肋缘以上，下界为肋弓，右界为肝左缘 3、肝区叩诊痛（无）正常人肝上界第5肋间隙，下界位

于右季肋下缘。左手掌平放于肝区，右手握掌叩击左手背，用轻到中度的力量。只叩击一次！

4、肾区叩击痛（无）背部：肋脊点两边各1次、手法同肝区

5、肝上界右锁骨中线第5肋间隙，比划6、移动性浊音（无）仰卧，顺脐平面，从脐部开始向左叩，直至音变浊，固定扳指位置不离开皮肤。受试者右侧卧位，重新叩诊该处；保持右侧卧位，向右侧移动叩诊，直达浊音区，固定扳指位置，受试者左侧卧位，再次叩诊，浊音不变。

触诊：1、腹壁紧张度（软）2、包块（无）以上两项都要进行浅触和深触（双手重叠法），绕脐周逆时针围绕一周。

3、压痛、反跳痛（无，若有要说明部位）2~3个手指并拢逐渐深压（反跳痛迅速抬起）。前部共7个点，季肋，上输尿管，中输尿管各2个，再加上麦氏点。背部：肋脊、肋腰两对点

4、肝（未触及）左手掌自后腰部后方（11, 12肋骨及其稍下位置）向前托起肝，大拇指张开固定于季肋上，右手掌平放于受试者右侧腹壁。右手移动时左手一面向前推。

两条线：1、髂前上棘连线水平和右腹直肌外侧交界处开始，逐渐上移至右季肋缘；2、脐水平逐渐上移至剑突。

5、Murphy征（阴性）左手掌平放与右季肋缘部，拇指放在胆囊点（腹直肌外缘与肋弓交界处），其余指与肋骨垂直交叉，受试者深吸气时拇指向肋弓内屈。

6、脾（未触及）左手掌至于受试者左胸下部第9~11肋处，将脾脏向前托起，右手掌与肋弓呈垂直方向，自脐平面右方由下斜上左上至左肋弓。

7、振水音（无）听诊器放在脐上正中，右手右侧冲击压触诊。背部：1、肾区叩击痛：肋脊点两边各1次、手法同肝区 2、肾区压痛：肋脊、肋腰两对点

### 知识点：中医康复学的概念

中医康复学是在中医学理论指导下，研究中医康复学基本理论、治疗方法及其应用的一门学科。中医康复学是中医学的重要组成部分，是随着中医学发展而逐渐形成的一门新兴的综合型学科。它是以中医基础理论为指导，运用中药、针灸、推拿、气功、饮食、自然、物理、等多种方法，针对病残、伤残诸证和老年、慢性病证等的病理特点，进行辨证康复的综合应用学科。中医学中最早使用了“康复”一词。《尔雅·释诂》谓：“康，安也。”《尔雅·释言》又谓：“复，返也。”故康复的含意为恢复平安或健康。明代龚廷贤的《万病回春》载一老人病残三十多年，“膝趾肿痛，不能动履”，已成“痼病”，经“复沉潜诊视，植方投剂，获效如响，不旬日而渐离榻，又旬日而能履地，又旬日而康复如初”。可见，“康复”还包含有重新恢复参加社会生活能力的意思。在古代，中医学古籍中的“康复”主要是指疾病的治愈和恢复、精神情志的康复及正气的复原。现代的康复是指综合地、协调地应用医学、社会、职业等措施，减轻各疾病、损伤和年老体衰所带来的后果。康复的对象为伤残者、老年病、慢性疑难病患者，目标是全面康复、整体康复。整个康复治疗，要求尽量帮助患者能够恢复到最佳状态，尽量提高患者的活动功能，以改善生活自理能力，使之重返生活，更好地回归社会。

### 知识点：医康复学的学科特点

1、预防与康复结合预防，即“治未病”。中医康复医学始终坚持综合的防治思想和方法，进行着预防、治疗、康复于一体的实践。如气功导引、食物调养、药物调摄、泉水饮浴、情志调适等方法，既能施于未病之先又能用于既病之后，既可用于养生防病又可用于医疗康复。

2、长于功能康复：中医具有详于脏腑功能而略于人体解剖结构的特点，故在治疗上强调功能的恢复。

3、注重利用自然：自然界中的空气、阳光、泉水、高山、森林、天然药、食物等，均可用来为康复服务，这是中医康复学历来所强调的。

4、外治与内治结合：如常用的针灸康复法、推拿康复法为外治；中医情志康复法、中药康复法为内治，取外治和内治之所长，综合运用，灵活施治。

5、药疗与食治并举：中医学认为“药食同源”，首重食治，包括食疗、食补、食养，而后药治，常常药食并用，以取得理想的临床效果。

6、提倡形神共养：疾患导致机体不得康复，不外乎重在伤形，或重在伤神，或由形及神，或由神及形，故必须善于调整形神关系。

7、强调动静结合：心神宜静，形体宜动，即养心调神以静为主，

形体保养以动为主，动静兼修，方收康复之效。

### 知识点：康复评定的特点：

广泛使用量表法，强调分析性评定与综合性评定相结合，重视专项的综合评定，分期反复进行评定

### 知识点：康复评定的基本原则

选择正确的评定方法（根据评定目的选择评定方法，选择信度，高效的评定方法，根据障碍选择评定方法，全面性与针对性结合，适当选择评定内容，根据客观条件选择评定方法），确定恰当的评定时机，营造优良的评定环境，实施专人的检查评定，加强医患的密切合作

### 知识点：病毒性肝炎

1、病毒性肝炎的定义：由多种肝炎病毒引起的，以肝脏损害为主的一组全身性传染病。特点：1) 分为甲乙丙丁戊型；2) 临床表现相似，以疲乏、食欲减退、厌油、肝功能异常为主；3) 部分出现黄疸；4) 甲和戊表现为急性感染，经粪一口途径传播；5) 乙丙丁型多为慢性感染，少数病例发展为肝硬化或肝癌，主要经血液、体液等胃肠外途径传播

2、病毒性肝炎的病原体：肝炎病毒（嗜肝病毒）。3、甲型肝炎病毒（HAV）：RNA病毒，分为7个基因型，但只有一个抗原系统（I型）。IgM是近期感染的标志，IgG是既往感染或免疫接种后的标志。得一次就不会再得了。4、乙型肝炎病毒（HBV）：DNA病毒。电镜下有三种形式：1) 大球形颗粒（Dane颗粒）：由包膜与核心组合，是完整的乙肝病毒，具有传染性。包膜内含表面抗原HBsAg，糖蛋白与细胞脂质；核心内含环状DNA、DNA聚合酶（DNAP）、核心抗原（HBcAg）—病毒核心复制的主体；2) 小球形颗粒；3) 丝状或核状颗粒。后两种均由表面抗原组成，为空心包膜，不含核酸，无感染性。5、HBV基因组由不完全环状双链DNA组成，长链（负链）和短链（正链）。长链含有4个开放读码框（ORF）：S、C、P、X区。6、S区分为前S1、前S2和S三个编码区，分别编码前S1蛋白、前S2蛋白和HBsAg。HBsAg为小分子蛋白或主蛋白；pre-S2与HBsAg合称为中分子蛋白；三个蛋白合称为大分子蛋白。前S蛋白具有很强的免疫原性，可用于制备乙肝疫苗。7、C区由前C基因和C基因组成，编码HBeAg和HBcAg。\*当前C基因1896位核苷酸发生变异，不能生成HBeAg，形成HBeAg阴性的前C区变异株。但病毒复制可能仍然活跃。8、P区是最长的读码框。编码DNAP，RNA酶H等，参与HBV的复制。9、X区编码HBxAg。HBxAg具有反式激活作用，促进HBV的复制，可能在原发性肝细胞癌中其重要作用。10、HBV的突变：多为沉默突变，无生物意义。有意义的有：S基因，前C及C区启动子（\*HBeAg阴性/抗HBe阳性乙肝），P区（复制缺陷或复制水平的降低，产生耐药性）。11、HBV的抗原抗体系统（重点）：三对抗原抗体（表面抗原抗体s，核心抗原抗体c，E抗原抗体）；12、乙肝两对半：5项指标——大三阳：1) 3) 5) 阳性；小三阳：1) 4) 5) 阳性 1) HBsAg:最早出现（1~2W）；本身无传染病，具有抗原性；存在提示有感染，可持续终生；2) HBsAb: HBsAg转阴后出现是一种保护性抗体 3) HBeAg:一般见于HBsAg阳性血清中；是病毒复制，高传染性的标志 4) 抗HBe:病毒复制处于静止状态，传染性降低。一种情况例外：\*前C区变异，不能生产HBeAg。eAg血清转换：HBeAg消失而抗HBe产生。转换后提示病毒复制处于静止状态，传染性降低。（重点掌握）5) 抗HBc: IgM和IgG; IgM:近期感染，IgG:曾经感染。（HBcAg存于Dane核心，游离少，外周血较少检测得到，所以乙肝两对半）13、HBV生物分子标记：1) HBVDNA:病毒复制、传染性的直接标志。可判断病毒复制、传染大小、抗病毒疗效；2) HBVDNAP:主要标志（临床不用）14、丙肝病毒（HCV）：RNA病毒，6个基因型；我国1b(56.8%)+2a(24.1%) 15、抗HCV不是保护性抗体，而是感染性指标。IgM持续阳性提示病毒复制。HCV RNA是病毒感染的直接标志，类似HBVDNA的作用。16、丁型肝炎（HDV）：缺陷RNA病毒，在血液中由HBsAg包被，复制表达及引起肝损伤须有HBV或其他嗜肝DNA病毒辅佐。HDV和HBV可以同时感染，但大部分为重叠感染（有时间先后）。17、HDVAg: HDV唯一的抗原成分，因此仅

有一个血清型。抗 HDV 非保护性抗体。HDVRNA 为最 直接证据。18、戊型肝炎 (HEV)：RNA 病毒，血液中检测不到 HEVAg，存在于肝细胞浆中。抗 HEVIgM 和 IgG 均可作为近期感染的标志。19、流行病学：甲肝与戊肝类似，乙肝与丙、丁肝同，甲、戊：急性、经粪口传播，可暴发，秋冬散发，全球不均衡；但甲可终生，戊不持久。乙、丙：乙肝传播：垂直和水平传染，但垂直传染（母婴）为主；丙肝主要靠输血 20、甲肝发病机制：HAV→经口→胃肠道→血流（病毒血症）→肝脏复制→经胆汁排入肠道→经 粪便排出 21、乙肝发病机制：分为四个阶段——免疫耐受（携带不发病），免疫清除（抗病 毒治疗期，在肝中打架），低复制（潜伏下来），再活跃期（抵抗力下降，病毒再活跃，又打）。50 年：急性感染，慢性肝炎，肝硬化，肝癌，死亡。

### 知识点：流行性感

1、流感病毒是一种 RNA 病毒。病毒包裹中有两种重要的糖蛋白——血凝素 (HA) 和神经氨酸酶 (NA)。NA 的作用：协助释放病毒颗粒，促其粘附于呼吸道上皮细胞，此外还能促进病毒颗粒的播撒。HA 的作用：在病毒进入宿主细胞过程中起着重要的作用 2、流行特点：突然发生，迅速传播 1) 甲型流感一般每隔 10 到 15 年就会发生一次抗原性转变 (Antigenic shift), 一般表现 为 HA 和 (或) NA 的抗原性发生突然而完全的质变，产生一个新的亚型，因人类对其缺乏免疫力，可引发世界性大流行。2) 甲型流感亚型内部一般 2 到 3 年会发生一次抗原漂移 (antigenic shift)，主要是 HA 和 (或) NA 内氨基酸序列的点突变并逐渐积累。3) 乙型流感病毒只有抗原漂移，无抗原转变，因新旧病原仍有联系，无法分亚型。4) 乙型以局部流行为主，丙型则为散发、

### 知识点：艾滋病

1、概念：艾滋病是获得性免疫缺陷综合征 (AIDS)，由人免疫缺陷病毒 (HIV) 引起的慢性传染病。主要经性接触、血液及母婴传播。HIV 主要侵犯、破坏 CD4+T 淋巴细胞导致机体免疫细胞功能受损乃至缺陷，最终并发各种严重机会性感染和恶性肿瘤。2、最常见恶性肿瘤：卡波济肉瘤；最常见机会感染：卡氏肺菌肺炎。3、HIV 病毒为单链 RNA 病毒，类脂包膜中嵌有 g120 (外膜糖蛋白) 和 g40 (跨膜糖蛋白)。、临床表现：潜伏期平均 9 年，可短至数月，长达 15 年。1) 急性期：以发热最为常见。2) 无症状期：具有传染性。3) (艾滋病前期) 艾滋病期：CD4T 淋巴细胞计数明显下降， $<200/mm^3$ 。5、检查：HIV1/HIV2 抗体检测是 HIV 感染诊断的金标准。6、治疗：高效抗反转录病毒治疗 (HAART)：由于用一种抗病毒药物容易诱发 HIV 变异，产生耐 药性，目前主张联合用药称为~。7、抗 HIV 药物：核苷类反转酶抑制剂、非核苷类反转酶抑制剂、蛋白酶抑制剂、整合酶抑制剂。

### 知识点：心身疾病

心身疾病是一组发生发展与心理社会因素密切相关，但以躯体症状表现为主的疾病，主要特点包括：①心理社会因素在疾病的发生与发展过程中起重要作用；②表现为躯体症状，有器质性病理改变或已知的病理生理过程；③不属于躯体形式障碍。根据美国心理生理障碍学会制定的心身疾病的分类如下：1、皮肤系统的心身疾病有神经性皮炎、瘙痒症、斑秃、牛皮癣、慢性荨麻疹、慢性湿疹等。2、骨骼肌肉系统的心身疾病有类风湿性关节炎、腰背疼、肌肉疼痛、痉挛性斜颈、书写痉挛。3、呼吸系统的心身疾病有支气管哮喘、过度换气综合症、神经性咳嗽。4、心血管系统的心身疾病有冠状动脉硬化性心脏病、阵发性心动过速、心律不齐、原发性高血压或低血压医学|教育网搜集、偏头痛、雷诺病。5、消化系统的心身疾病有胃、十二指肠溃疡、神经性呕吐、神经性压食、溃疡性结肠炎、幽门痉挛、过敏性结肠炎。6、泌尿生殖系统月经紊乱、经前期紧张症、功能性子宫出血、性功能障碍、原发性痛经、功能性不孕症。7、内分泌系统甲状腺功能亢进症、糖尿病、低血糖、阿狄森病。8、神经系统的心身疾病有痉挛性疾病、紧张性头痛、睡眠障碍、自主神经功能失调症。9、耳鼻喉科的心身疾病有梅尼埃综合征、喉部异物感。10、眼科的心身疾病有原发性青光眼、眼

睑痉挛、弱视等。11、口腔科的心身疾病有特发性舌痛症、口腔溃疡、咀嚼肌痉挛等。12、其他与心理因素有关的疾病有癌症和肥胖症等。以上各类疾病，均可在心理应激后起病、情绪影响下恶化，心理治疗有助于病情的康复。

### 知识点：神经症性障碍

神经症是一组主要表现为焦虑、抑郁、恐惧，强迫、疑病症状，或神经衰弱症状的精神障碍。本障碍有一定人格基础，起病常受心理社会（环境）因素影响。症状没有可证实的器质性病变作基础，与病人的现实处境不相称，但病人对存在的症状感到痛苦和无能为力，自知力完整或基本完整，病程多迁延。各种神经症性症状或其组合可见于感染、中毒、内脏、内分泌或代谢和脑器质性疾病，称神经症样综合征。【症状标准】至少有下列1项：①恐惧；②强迫症状；③惊恐发作；④焦虑；⑤躯体形式症状；⑥躯体化症状；⑦疑病症状；⑧神经衰弱症状。【严重标准】社会功能受损或无法摆脱的精神痛苦，促使其主动求医。【病程标准】符合症状标准至少已3个月，惊恐障碍另有规定。【排除标准】排除器质性精神障碍、精神活性物质与非成瘾物质所致精神障碍、各种精神病性障碍，如精神分裂症、偏执性精神病，及心境障碍等。※恐惧症（恐怖症）是一种以过分和不合理地惧怕外界客体或处境为主的神经症。病人明知没有必要，但仍不能防止恐惧发作，恐惧发作时往往伴有显著的焦虑和自主神经症状。病人极力回避所害怕的客体或处境，或是带着畏惧去忍受。【诊断标准】（1）符合神经症的诊断标准；（2）以恐惧为主，需符合以下4项：①对某些客体或处境有强烈恐惧，恐惧的程度与实际危险不相称；②发作时有焦虑和自主神经症状；③有反复或持续的回避行为；④知道恐惧过分、不合理，或不必要，但无法控制；（3）对恐惧情景和事物的回避必须是或曾经是突出症状；（4）排除焦虑症、分裂症、疑病症。

### 知识点：询问病史的道德要求

（一）举止端庄，态度热情在询问病史时，医生举止端庄、态度热情，可以使患者、患者家属产生信赖感和亲切感，这不仅能使患者的紧张心理得以缓解，而且有利于患者倾诉病情、告知与疾病有关的隐私，从而获得全面可靠的病史资料。（二）全神贯注，语言得当1. 全神贯注。在询问病史时，医生的精神集中而冷静，语言通俗、贴切而礼貌，能使患者增强信心和感到温暖，从而有利于医生准确地掌握病情。2. 语言得当。询问病史还要避免专业性、强难以理解的术语，避免使用惊叹、惋惜、埋怨的语言，防止增加病人的心理负担。忌用生硬、粗鲁、轻蔑的语言，防止引起患者的反感、引发医患纠纷。（三）耐心倾听，正确引导1. 耐心地倾听。医生不要轻易打断患者的陈述或显得不耐烦，要耐心地倾听，善于综合分析。2. 避免机械听记。如果患者的述说离题太远或病人不善于表达自己的病情，医生应巧妙地引导患者转到关于疾病的陈述上来，或专找患者的关键问题询问清楚，避免机械地听记。3. 避免有意识的暗示或诱导。医生还要避免有意识地暗示或诱导患者提供希望出现的资料，避免问诊走向歧途，以致造成漏诊或误诊。4. 询问与疾病有关的隐私时，要首先讲明目的与意义和为病人保密的原则。

### 知识点：体格检查的道德要求

（一）全面系统、认真细致全面系统、认真细致，就是要求医生在体格检查过程中，要按照一定的顺序检查而不遗漏部位和内容，不放过任何疑点。（二）关心体贴、减少痛苦遇疾病缠身、心烦体虚和焦虑恐惧的患者，需要医生关心体贴、减少痛苦。医生的检查动作要敏捷、手法要轻柔，敏感部位用语言转移患者的注意力，不要长时间检查一个部位和让患者频繁地改变体位，更不能我行我素、动作粗暴，以免增加患者的痛苦。（三）尊重患者、心正无私在体格检查时，注意力集中，要根据专业的界限依次暴露和检查一定的部位，在检查异性、畸形病人时态度要庄重，遇不合作或拒绝检查的患者，不要勉强，待做好工作再查或容易检查的先查。为异性、畸形患者体检时，不允许有轻浮、歧视的表情或语言。

### 知识点：辅助检查的道德要求

（一）从诊断要求出发，目的纯正辅助检查要从患者所患疾病诊断的实际出发。为了做出及时、正确的诊断，在患者可以耐受的前提下，医生即使作多项检查、反复检查，也是无可指责的。但是，简单检查能解决问题，就不得作复杂而危险的检查；少数几项检查能得出结论的，就不要做更多的检查。（二）知情同意，尽职尽责医生确定了辅助检查的项目后，一定要向患者和家属讲清楚检查的目的和意义，让其理解并表示同意后再行检查。特别是一些比较复杂、费用比较昂贵或危险较大的检查，更应得到患者的理解和同意。（三）综合分析，切忌片面辅助检查能够使医务人员更深入、更细致、更准确地认识疾病，为疾病的诊断提供重要依据，特别是一些疾病如癌症的早期，在没有明显症状和体征时，辅助检查可有助于及早诊断和治疗。要注意将辅助检查的结果同病史、体格检查资料综合分析，防止片面夸大辅助检查在诊断中的作用。（四）密切联系，加强协作辅助检查分别在不同的医技科室或研究室进行，而各医技科室和研究室都有自己的专业特长，医技人员应利用自己的特长主动开展工作，在自己专业领域不断进取，更好地为临床服务。临床医生与医技人员的目标是一致的，在辅助检查中两者是直接相联的，因此双方既要承认对方工作的相对独立性和重要性，又要相互协作、共同完成对患者的诊断任务。

### **知识点：药物治疗的道德问题**

1. 对症用药，剂量适宜医生必须首先明确疾病的诊断和药物的性能、适应症和禁忌症，然后选择治本或治标的药物。如果疾病诊断未明确且病情较重时，或者诊断明确而一时尚没有可供选择的治本或标本兼治的药物，可以暂时应用治标药物，以减轻病痛和避免并发症。但是，医生要警惕治标药物导致的对疾病的本质的掩盖，防止延误病情与治疗发生意外。医生在对症用药的前提下，要因人而异地掌握药物剂量。由于用药剂量与病人年龄、体重、体质、重要脏器的功能状况、用药史等多种因素有关，医生应具体了解病人的情况，努力使用药量既在体内达到最佳治疗量，又不至于发生蓄积中毒，给病人带来危害。2. 仔细观察，合理配伍在联合用药时，合理配伍可以提高病人抵御疾病的能力，也可以克服或对抗一些药物的副作用，从而既使药物发挥更大的疗效又使药物的毒副作用减少。要达到合理配伍，首先要掌握药物的配伍禁忌。其次要先限制药味数，否则，滥用联合用药，药物的拮抗作用既可能给病人带来近期危害，也会给日后的治疗设置障碍。在用药过程中，无论是联合或单独用药，都应细致观察，了解药物的疗效和副作用，并随着病情的变化调整药物的剂量、种类，以取得较好的治疗效果和防止药源性疾病的发生。用药中不细致观察，或在观察中发现了问题不及时采取措施，都是不符合道德要求的。3. 节约费用，公正分配在用药物治疗时，医生应在确保疗效的前提下尽量节约病人的费用。进口药、贵重药数量少、价格高，使用这些药物时要根据病情的轻重缓急等进行全面考虑，做到公正分配，公平处理。4. 严守法规，接受监督医生在用药治疗中，要执行我国执业医师法第二十五条规定，使用经国家批准使用的药品、消毒剂，严格遵守国家制定的《药品管理法》、《麻醉药品管理条例》、《医疗用药、限制性剧药管理规定》等法规，除正当治疗外，不得使用麻醉药品、毒副反应大的药品。医生在用药的过程中，应随时接受护士、药剂人员和患者的监督，以便尽早发现不当或错误的处方、医嘱。

### **知识点：突发公共卫生事件的预防与应急准备**

十条 国务院卫生行政主管部门按照分类指导、快速反应的要求，制定全国突发事件应急预案，报请国务院批准。省、自治区、直辖市人民政府根据全国突发事件应急预案，结合本地实际情况，制定本行政区域的突发事件应急预案。第十一条 全国突发事件应急预案应当包括以下主要内容：（一）突发事件应急处理指挥部的组成和相关部门的职责；（二）突发事件的监测与预警；（三）突发事件信息的收集、分析、报告、通报制度；（四）突发事件应急处理技术和监测机构及其任务；（五）突发事件的分级和应急处理工作方案；（六）突发事件预防、现场控制，应急设施、设备、救治药品和医疗器械以及其他物资和技术的储备与调度；（七）

突发事件应急处理专业队伍的建设和培训。第十二条 突发事件应急预案应当根据突发事件的变化和实施中发现的问题及时进行修订、补充。第十三条 地方各级人民政府应当依照法律、行政法规的规定，做好传染病预防和其他公共卫生工作，防范突发事件的发生。县级以上各级人民政府卫生行政主管部门和其他有关部门，应当对公众开展突发事件应急知识的专门教育，增强全社会对突发事件的防范意识和应对能力。第十四条 国家建立统一的突发事件预防控制体系。县级以上地方人民政府应当建立和完善突发事件监测与预警系统。县级以上各级人民政府卫生行政主管部门，应当指定机构负责开展突发事件的日常监测，并确保监测与预警系统的正常运行。第十五条 监测与预警工作应当根据突发事件的类别，制定监测计划，科学分析、综合评价监测数据。对早期发现的潜在隐患以及可能发生的突发事件，应当依照本条例规定的报告程序和时限及时报告。第十六条 国务院有关部门和县级以上地方人民政府及其有关部门，应当根据突发事件应急预案的要求，保证应急设施、设备、救治药品和医疗器械等物资储备。第十七条 县级以上各级人民政府应当加强急救医疗服务网络的建设，配备相应的医疗救治药物、技术、设备和人员，提高医疗卫生机构应对各类突发事件的救治能力。设区的市级以上地方人民政府应当设置与传染病防治工作需要相适应的传染病专科医院，或者指定具备传染病防治条件和能力的医疗机构承担传染病防治任务。第十八条 县级以上地方人民政府卫生行政主管部门，应当定期对医疗卫生机构和人员开展突发事件应急处理相关知识、技能的培训，定期组织医疗卫生机构进行突发事件应急演练，推广最新知识和先进技术。

#### **知识点：突发公共卫生事件的报告与信息发布**

第十九条 国家建立突发事件应急报告制度。国务院卫生行政主管部门制定突发事件应急报告规范，建立重大、紧急疫情信息报告系统。有下列情形之一的，省、自治区、直辖市人民政府应当在接到报告 1 小时内，向国务院卫生行政主管部门报告：（一）发生或者可能发生传染病暴发、流行的；（二）发生或者发现不明原因的群体性疾病的；（三）发生传染病菌种、毒种丢失的；（四）发生或者可能发生重大食物和职业中毒事件的。国务院卫生行政主管部门对可能造成重大社会影响的突发事件，应当立即向国务院报告。第二十条 突发事件监测机构、医疗卫生机构和有关单位发现有本条例第十九条规定情形之一的，应当在 2 小时内向所在地县级人民政府卫生行政主管部门报告；接到报告的卫生行政主管部门应当在 2 小时内向本级人民政府报告，并同时向上级人民政府卫生行政主管部门和国务院卫生行政主管部门报告。县级人民政府应当在接到报告后 2 小时内向设区的市级人民政府或者上一级人民政府报告；设区的市级人民政府应当在接到报告后 2 小时内向省、自治区、直辖市人民政府报告。第二十一条 任何单位和个人对突发事件，不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。第二十二条 接到报告的地方人民政府、卫生行政主管部门依照本条例规定报告的同时，应当立即组织力量对报告事项调查核实、确证，采取必要的控制措施，并及时报告调查情况。第二十三条 国务院卫生行政主管部门应当根据发生突发事件的情况，及时向国务院有关部门和各省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门以及军队有关部门通报。突发事件发生地的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门，应当及时向毗邻省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门通报。接到通报的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门，必要时应当及时通知本行政区域内的医疗卫生机构。县级以上地方人民政府有关部门，已经发生或者发现可能引起突发事件的情形时，应当及时向同级人民政府卫生行政主管部门通报。第二十四条 国家建立突发事件举报制度，公布统一的突发事件报告、举报电话。任何单位和个人有权向人民政府及其有关部门报告突发事件隐患，有权向上级人民政府及其有关部门举报地方人民政府及其有关部门不履行突发事件应急处理职责，或者不按照规定履行职责的情况。接到报告、举报的有关人民政府及其有关部门，应当立即组织对突发事件隐患、不履行或者不按照规定履行突发事件应急处理职责的情况进行调查处理。对举报突发事件有



功的单位和个人，县级以上各级人民政府及其有关部门应当予以奖励。第二十五条 国家建立突发事件的信息发布制度。国务院卫生行政主管部门负责向社会发布突发事件的信息。必要时，可以授权省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门向社会发布本行政区域内突发事件的信息。信息发布应当及时、准确、全面。