

2023 全科主治医师教材变动汇总

第二篇 相关专业知识

第十章 妇科疾病

第一节 月经病

一、功能失调性子宫出血

4. 辅助诊断（2023 年增变：增加两条、变一个字的顺序）

2022:

- (1) 诊断性刮宫：可作子宫内膜病理检查并达到止血目的。
- (2) 宫腔镜检查：可提高宫腔病变的诊断率，排除宫腔内病变，如子宫内膜息肉、子宫内膜癌等。
- (3) 超声检查：了解子宫大小、形状，宫腔内有无赘生物及子宫内膜厚度等。
- (4) 基础体温测定：是测定是否排卵的简易可行方法。基础体温呈单相型，提示无排卵；排卵 后高温期短或升高幅度低于正常，提示黄体发育不全；高温相下降缓慢，在月经期仍未降到正常，提示黄体萎缩不全。
- (5) 宫颈黏液结晶检查：经前出现羊齿植物叶状结晶提示无排卵。
- (6) 阴道脱落细胞涂片检查：一般表现为中、高度雌激素影响。
- (7) 激素测定。

2023:

- (1) 全血细胞计数、凝血功能检查。
- (2) 尿妊娠试验或血 hCG 检测：除外妊娠相关疾病。
- (3) 诊断性刮宫：可作子宫内膜病理检查并达到止血目的。
- (4) 宫腔镜检查：可提高宫腔病变的诊断率，排除宫腔内病变，如子宫内膜息肉、子宫内膜癌等。
- (5) 超声检查：了解子宫大小、形状，宫腔内有无赘生物及子宫内膜厚度等。
- (6) 基础体温测定：是测定是否排卵简易可行的方法。基础体温呈单相型，提示无排卵；排卵 后高温期短或升高幅度低于正常，提示黄体发育不全；高温相下降缓慢，在月经期仍未降到正常，提示黄体萎缩不全。
- (7) 宫颈黏液结晶检查：经前出现羊齿植物叶状结晶提示无排卵。
- (8) 阴道脱落细胞涂片检查：一般表现为中、高度雌激素影响。

(9) 激素测定。

三、闭经

【概述】

【诊断要点】

【处理要点】

2023 年变

2022:

【概述】根据闭经出现的时间分为原发性和继发性闭经。原发性闭经是指年龄超过 16 岁，女性第二性征已发育，月经还未来潮，或年龄超过 14 岁尚无女性第二性征发育者。继发性闭经是指正常月经建立后月经停止 6 个月，或按自身原来月经周期计算停经 3 个周期以上者。

原发性闭经常见原因包括：

1. 全身性疾病 如青春期前后严重的营养不良、重症结核病。
2. 青春期前的先天性肾上腺皮质增生、肾上腺皮质肿瘤。
3. 发生在青春期前的垂体肿瘤。
4. 先天性卵巢缺如或结构不良 如特纳综合征。
5. 生殖器先天畸形 如无子宫、实体子宫、处女膜闭锁、阴道闭锁、宫颈闭锁等。

继发性闭经常见原因包括：

1. 下丘脑性闭经 如长期营养缺乏造成的贫血、结核、癌症、机体对营养物质的需要量相对 加而摄入不足；其次精神过度紧张、恐惧、忧伤、过度劳累、气候环境改变、手术休克、畏惧妊娠或 子心切等；此外，运动过多以及某些药物如长期服用奋乃静、利血平等可导致闭经。
2. 垂体性闭经 如垂体肿瘤、希恩综合征、闭经-溢乳综合征等。
3. 卵巢性闭经 如卵巢功能早衰、卵巢功能性肿瘤、多囊卵巢综合征。
4. 子宫性闭经 如刮宫术后宫腔粘连、子宫内膜功能层损伤，子宫内膜切除术后，

子宫内膜：

核，化脓性子宫内膜炎。

【诊断要点】

1. 病史发育史、家族史，有无急慢性疾病，有无精神刺激或生活环境的改变，有无产后大出血史和产后感染史，有无刮宫史和口服避孕药史。
2. 全面的体格检查和妇科检查，特别应注意发育和营养状况，脂肪和阴毛、腋毛的分布情况，第二性征发育情况和有无生殖道先天畸形。
3. 除一般化验检查外，根据需要做一些特殊检查：如阴道脱落上皮检查、基础体温测量及性激素测定，有些患者需要作染色体核型分析。

【处理要点】针对不同的病因给予恰当的治疗；激素类药物应在妇科医师明确诊断之后使用。

2023

【概述】根据闭经出现的时间分为原发性和继发性闭经。原发性闭经是指年龄超过 16 岁，女性第二性征已发育，月经还未来潮，或年龄超过 14 岁尚无女性第二性征发育者。继发性闭经是指正常月经建立后月经停止 6 个月，或按自身原来月经周期计算停经 3 个周期以上者。

按生殖轴病变和功能失调部位分类，闭经可分为下丘脑闭经、垂体性闭经、卵巢性闭经、子宫性闭经以及下生殖道发育异常导致的闭经。WHO 也将闭经分为三型：I 型为无内源性雌激素发生，卵泡刺激素（FSH）水平正常或低下，催乳素（PRL）正常水平，无下丘脑-垂体器质性病变的证据；II 型为有内源性雌激素产生，FSH 及 PRL 水平正常；III 型为 FSH 升高，提示卵巢功能衰竭。

【诊断要点】

1. 病史发育史、家族史，有无急慢性疾病，有无精神刺激或生活环境的改变，有无产后大出血史和产后感染史，有无刮宫史和口服避孕药史。
2. 全面的体格检查和妇科检查，特别应注意发育和营养状况，脂肪和阴毛、腋毛的分布情况，第二性征发育情况和有无生殖道先天畸形。
3. 除一般化验检查外，根据需要做一些特殊检查：①功能试验：药物撤退试验、垂体兴奋试验；②激素测定：血甾体激素测定、催乳素及垂体促性腺激素测定等；③影像学检查：盆腔超声、子宫输卵管造影、CT、MRI、静脉肾盂造影；④宫腔镜检查、腹腔镜检查、阴道脱落上皮检查、基础体温测量及性激素测定；⑤有些患者需要做染色体核型分析。

【处理要点】

1. **全身治疗** 积极治疗全身性疾病，提高机体体质，供给足够营养，保持标准体重。
2. **激素治疗** 明确病变环节及病因后，给予相应激素治疗以补充体内激素不足或拮抗剂过多达到治疗目的。
3. **辅助生殖技术**。
4. **手术治疗** 针对各种器质性病因，采用相应的手术治疗。

第二节 妇科炎症

三、阴道炎

(二) 外阴阴道假丝酵母菌病

【诊断要点】

3. 辅助检查 (2023 年变)

2022: 若在分泌物中找到假丝酵母菌的芽孢及菌丝即可确诊。

2023: 若在分泌物中找到假丝酵母菌的芽孢和/或菌丝即可确诊。

(三) 细菌性阴道病

【处理要点】 (2023 年变)

2022:

1. 局部治疗 甲硝唑栓剂，1 次/d，共 7~10 日。

2. 口服用药 甲硝唑 400mg，2 次/d，7 日为一疗程；或甲硝唑 2g 顿服；或克林霉素 300mg，2 次/d，连服 7 日。

2023:

1. 局部治疗 甲硝唑栓剂 200mg，1 次/d，连用 7 日。或 2%克林霉素软膏阴道涂抹，每次 5g，

每晚 1 次，连用 7 日。

2. 口服用药 甲硝唑 400mg，2 次/d，7 日为一疗程；或甲硝唑 2g 顿服，每日 1 次，连用 3 日；或 克林霉素 300mg，2 次/d，连服 7 日。

四、宫颈炎

【诊断要点】

5. 白细胞检测 (2023 年变):

2022:

5. 白细胞检测 宫颈管脓性分泌物涂片作革兰氏染色, 中性粒细 >10 /高倍视野。

2023:

5. 白细胞检测 宫颈管脓性分泌物涂片作革兰氏染色, 中性粒细胞 >30 个/高倍视野。阴道分泌物湿片检查白细胞 >10 个/高倍视野。

第三节 子宫内膜异位症

【诊断要点】

2023 年删:

4. 鉴别诊断

(1) 卵巢恶性肿瘤: 病情发展迅速, 腹痛、腹胀为持续性。除有盆腔包块外, 常有腹水。

(2) 盆腔炎性包块: 多有急性盆腔感染和反复感染发作史, 平时也有腹部隐痛, 可伴发热和白 细胞增高, 抗感染治疗有效。

第五节 异位妊娠

2023 年变:

2022:

【概述】异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一, 发病率约为 $1/100$, 是孕妇的主要死亡原因之一。

2023:

【概述】异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一, 发病率约为 $2\% \sim 3\%$, 是孕妇的主要死亡原因之一。

第六节 常见肿瘤

二、子宫颈癌

【概述】

2023 年变:

2022:

子宫颈癌简称为宫颈癌。子宫颈癌是常见的妇科恶性肿瘤之一。

2023:

子宫颈癌简称为宫颈癌。子宫颈癌是常见的妇科恶性肿瘤。(2023 删去之一)

【健康指导】

2023 年增加：6. 推广 HPV 预防性疫苗接种。

三、子宫内膜癌

【发病危险因素】

3. 遗传因素

2022:

约 20%内膜癌患者有本病家族史。

2023:

约 5%内膜癌患者有本病家族史。

第十一章 儿科疾病

第一节 新生儿疾病

一、新生儿黄疸

【概述】

2023 年变：段落顺序调整、增加部分内容

2022:

【概述】由于体内胆红素的累积引起皮肤或其他器官黄染的现象称为黄疸。新生儿出现黄疸，应辨别为生理性或病理性。

生理性黄疸是新生儿出生后 2~14 日内，单纯由于新生儿胆红素代谢特点所致，无临床症状，肝功能正常，血清未结合胆红素增加。足月儿血清胆红素不超过 220.6 $\mu\text{mol/L}$ (12.9mg/dl)，早产儿不超过 255 $\mu\text{mol/L}$ (15mg/dl)。足月儿生理性黄疸多于生后 2~3 日出现，生后 4~5 日为高峰，7~10 日消退。早产儿生理性黄疸可延长至 2~4 周消退。

新生儿黄疸出现下列情况之一时要考虑为病理性黄疸：①生后 24 小时之内出现黄疸，胆红素浓度 >102 $\mu\text{mol/L}$ (6mg/dl)；②足月儿血清胆红素浓度 >220.6 $\mu\text{mol/L}$ (12.9mg/dl)，早产儿 >255 $\mu\text{mol/L}$ (15mg/dl)；③血清结合胆红素 >26 $\mu\text{mol/L}$ (1.5mg/dl)；④血清胆红素每日上升 85 $\mu\text{mol/L}$ (5mg/dl)；⑤黄

疸持续时间较长，超过 2~4 周，或进行性加重。

1. 分类 新生儿病理性黄疸的分类与儿童相同。按其发病机制可分为红细胞破坏增多（溶血性黄疸）、肝脏胆红素代谢功能低下（肝细胞性黄疸）和胆汁排出障碍（梗阻性黄疸）三大类。按实验室测定总胆红素和结合胆红素浓度增高的程度，可分为高未结合胆红素血症、高结合胆红素血症或混合性高胆红素血症。

2. 病因

（1）胆红素生成过多：常见于新生儿同族免疫性溶血（如 Rh 血型不合、ABO 血型不合等）、红细胞酶缺陷（如 G-6PD 缺陷、丙酮酸激酶缺陷等）、红细胞增多症、体内出血、母-胎或胎-胎之间输血、严重感染性疾病（如败血症、脑膜炎等）以及肠肝循环增多（如喂养延迟、母乳性黄疸等）。

2023:

【概述】由于体内胆红素的累积引起皮肤或其他器官黄染的现象称为黄疸。

1. 分类 新生儿出现黄疸，应辨别为生理性或病理性。（由第 4 段提前至第 2 段）

生理性黄疸是新生儿出生后 2~14 日内，单纯由于新生儿胆红素代谢特点所致，无临床症状，肝功能正常，血清未结合胆红素增加。足月儿血清胆红素不超过 220.6 $\mu\text{mol/L}$ （12.9 mg/dl ），早产儿不超过 255 $\mu\text{mol/L}$ （15 mg/dl ）。足月儿生理性黄疸多于生后 2~3 日出现，生后 4~5 日为高峰，5~7 日消退，最迟不超过 2 周。早产儿黄疸多于生后 3~5 日出现，5~7 日达高峰，7~9 日消退，最长可延迟到 3~4 周。

新生儿黄疸出现下列情况之一时要考虑为病理性黄疸：①生后 24 小时之内出现黄疸，胆红素浓度 $>102\mu\text{mol/L}$ （6 mg/dl ）；②足月儿血清胆红素浓度 $>220.6\mu\text{mol/L}$ （12.9 mg/dl ），早产儿 $>255\mu\text{mol/L}$ （15 mg/dl ）；③血清结合胆红素 $>26\mu\text{mol/L}$ （1.5 mg/dl ）；④血清胆红素每日上升 85 $\mu\text{mol/L}$ （5 mg/dl ）；⑤黄疸持续时间较长，超过 2~4 周，或进行性加重。

2. 病因

（1）胆红素生成过多：常见于新生儿同族免疫性溶血（如 Rh 血型不合、ABO 血

型不合等)、

红细胞酶缺陷(如G-6PD缺陷、丙酮酸激酶缺陷等)、红细胞增多症、**血管外溶血**、母-胎或胎-胎之间输血、严重感染性疾病(如败血症、脑膜炎等)以及肠肝循环增多(如喂养延迟、母乳性黄疸等)。

4. 引起新生儿病理性黄疸的主要疾病

2023 年变

2022:

(3) 母乳性黄疸: 大约 1% 母乳喂养的婴儿可发生母乳性黄疸, 其特点是非溶血性未结合胆红素增高, 常与生理性黄疸重叠且持续不退, 血清胆红素可高达 342 μ mol/L (20mg/dl), 婴儿一般状态良好, 无引起黄疸的其他病因。黄疸多于生后 3~8 日出现, 1~3 周达高峰, 6~12 周消退, 停止母乳喂哺后 3~5 日, 如黄疸明显减轻或消退将有助于诊断。目前认为是由于母乳内 **β -葡萄糖醛酸苷酶** 活性过高, 使胆红素在肠道重吸收增加而引起母乳性黄疸。

2023:

(3) 母乳性黄疸: 大约 1% 母乳喂养的婴儿可发生母乳性黄疸, 其特点是非溶血性未结合胆红素增高, 常与生理性黄疸重叠且持续不退, 血清胆红素可高达 342 μ mol/L (20mg/dl), 婴儿一般状态良好, 无引起黄疸的其他病因。黄疸多于生后 3~8 日出现, 1~3 周达高峰, 6~12 周消退, 停止母乳喂哺后 3~5 日, 如黄疸明显减轻或消退将有助于诊断。目前认为是由于母乳内 **β 葡萄糖醛酸糖苷酶** 活性过高, 使胆红素在肠道重吸收增加而引起母乳性黄疸。

【处理要点】

2023 年变、增、删:

2022:

【处理要点】

1. 光照疗法适用于高未结合胆红素血症。未结合胆红素在光的作用下发生变化, 转化为水溶性物质, 经胆汁或尿排出体外。光疗的作用部位在皮肤浅层组织。
2. 换血疗法主要用于重症同族免疫性溶血症(新生儿溶血症)。

3. 药物治疗

(1) 白蛋白（或血浆）：与游离未结合胆红素结合，减少后者与脑细胞的结合。

(2) Y-球蛋白：治疗新生儿同族免疫性溶血症，主要作用于网状内皮系统。

2023:

【处理要点】

1. **光照疗法** 适用于高未结合胆红素血症。未结合胆红素在光的作用下发生变化，转化为水溶性物质，经胆汁或尿排出体外。光疗的作用部位在皮肤浅层组织。

2. 药物治疗

(1) 白蛋白（或血浆）：与游离未结合胆红素结合，减少后者与脑细胞的结合。

(2) **纠正代谢性酸中毒**：应用 5%碳酸氢钠提高血 pH，以利于未结合胆红素与白蛋白的联结。

(3) **肝酶诱导剂**：能诱导 UDPGT 酶活性、增加肝脏结合和分泌胆红素的能力。

(4) **静脉用免疫球蛋白**：可阻断单核巨噬细胞系统 Fc 受体，抑制吞噬细胞破坏已被抗体致敏的红细胞。

3. **换血疗法** 主要用于重症同族免疫性溶血症（新生儿溶血症）。（由第 2 条变成第 3 条）

【健康指导】

2023 年增：（增加第 3 条）

2022:

【健康指导】

1. 对低体重儿、窒息儿、母婴血型不合患儿以及其他易发生重症黄疸者，生后应进行血清胆红素监测。

2. 加强社区新生儿访视工作，及早发现病理性黄疸，及时转诊治疗。

2023:

【健康指导】

1. 对低体重儿、窒息儿、母婴血型不合患儿以及其他易发生重症黄疸者，生后应进行血清胆红素监测。

2. 加强社区新生儿访视工作，及早发现病理性黄疸，及时转诊治疗。

3. Rh 阴性妇女在流产或分娩 Rh 阳性第一胎后，应尽早注射相应的抗 Rh 免疫蛋白，以中和进入母血的 Rh 抗原。临床上目前常用的预防方法是对 RhD 阴性妇女在孕 28 周和分娩 RhD 阳性胎儿后 72 小时内分别肌内注射抗 D 球蛋白 300ug，使第二胎不发病的保护率高达 95%，使近年来欧美国家中 Rh 溶血新生儿需要换血治疗的数量明显减少。国内已开始该抗 D 免疫球蛋白的研制和引进，将用于 Rh 溶血病的预防。

二、新生儿破伤风

【病因和发病机制】

2023 年删：

2022：

【病因和发病机制】破伤风杆菌是一种革兰氏阳性厌氧菌，具有芽孢，对外界环境的抵抗力 极强。新生儿主要通过脐部感染破伤风杆菌引起本病，多是由于旧法接生、新法接生消毒不严或 未严格执行无菌操作引起，也可因生后脐部感染发病。抽搐是由于破伤风杆菌毒素与神经细胞 结合后导致身体产生痉挛症状。反复抽搐会造成重要脏器（特别是脑、心、肾）缺氧，引起严重 后果。

2023：

删除此段

【诊断要点】

1. 临床表现

2023 年增：

2022：

1. 临床表现 一般在生后 4~7 日左右发病。首发症状表现为不能吸乳。早期可有烦躁不 安，继而牙关紧闭、眉举额皱、口角上牵，出现苦笑面容。病情进展则出现全身抽搐。此过程发展甚 快，多在 24 小时内完成。抽搐严重者角弓反张、频发窒息，可出现尿潴留及便秘。痉挛发作时患儿 神志清楚为本病的特点。任何轻微刺激即可诱发痉挛。无发热或低热，高热者多由于并发症或严重抽搐所致。

经合理治疗 1~4 周后痉挛逐渐减轻，发作间隔时间延长，能吮乳，完全恢复约需 2~3 个月。

2023:

1. **临床表现** 一般在生后 4~7 日左右发病。首发症状表现为不能吸乳，**如用压舌板压舌时，用力越大，张口越困难，称为压舌试验阳性，有助于早期诊断。**早期可有烦躁不安，继而牙关紧闭、眉举额皱、口角上牵，出现苦笑面容。病情进展则出现全身抽搐。此过程发展甚快，多在 24 小时内完成。抽搐严重者角弓反张、频发窒息，可出现尿潴留及便秘。痉挛发作时患儿神志清楚为本病的特点。任何轻微刺激即可诱发痉挛。无发热或低热，高热者多由于并发症或严重抽搐所致。经合理治疗 1~4 周后痉挛逐渐减轻，发作间隔时间延长，能吮乳，完全恢复约需 2~3 个月。

【处理要点】

2023 年变:

2022:

【处理要点】

1. **护理** 将患儿置于安静、避光的环境，尽量减少刺激。咽部分泌物太多时应吸痰。注意喂乳不宜过多、过快，以免引起呕吐或窒息；喂乳困难者应在充分镇静条件下插胃管鼻饲，以免喉痉挛。严重患儿最好禁食 5~10 日，由静脉维持营养。

2. **抗毒素** 应用破伤风抗毒素 (TAT)。争取早期使用 10000~20000U 静脉滴注或肌肉注射，

或 3000U 脐周注射，用前须做皮肤过敏试验；或破伤风免疫球蛋白 (TIG) 500U 肌肉注射，**新生儿可不用皮试。(红色字体 2023 年删除)**

3. **止痉药** 控制痉挛是治疗该病的关键。

4. **抗生素的应用** 青霉素每日可用 20 万 U/kg，或用头孢菌素，用药 7~10 日，或用至抽搐停止后 24 小时。有并发症时，加用广谱抗生素，并延长青霉素的用药时间。

2023:

【处理要点】

1. **护理** 将患儿置于安静、避光的环境，尽量减少刺激。咽部分泌物太多时应吸痰。注意喂乳不宜过多、过快，以免引起呕吐或窒息；喂乳困难者应在充分镇静条件下插胃管鼻饲，以免喉痉挛。痉挛期应暂禁食，由静脉维持营养。脐部用3%过氧化氢清洗，涂抹碘伏。

2. **抗毒素** 应用破伤风抗毒素（TAT）。争取早期使用10000~20000U 静脉滴注或肌肉注射，或3000U 脐周注射，用前须做皮肤过敏试验；或破伤风免疫球蛋白（TIG）500U 肌肉注射。

3. **止痉药** 控制痉挛是治疗该病的关键。

（1）地西泮：首选，每次0.3~0.5mg/kg，缓慢静脉注射，5分钟内即可达有效浓度，但半衰期短，不适合维持治疗，每4~8小时1次。

（2）苯巴比妥：首次负荷量为15~20mg/kg，缓慢静脉注射；维持量为每日5mg/kg，每12~24小时1次，静脉注射。可与地西洋交替使用。

（3）10%水合氯醛：每次0.5ml/kg，胃管注入或灌肠，常作为发作时临时用药。

4. **抗生素的应用** 青霉素每日可用20万U/kg，2次/d；或甲硝唑，首剂15mg/kg，以后7.5mg/kg，每12小时1次，静脉滴注，7~10日，可杀灭破伤风杆菌。

三、新生儿缺氧缺血性脑病

【诊断要点】

2023年变：（序号编排）

2022：

【诊断要点】临床表现：

1. 轻度出生24小时内症状最明显，表现为过度兴奋，易激惹，肢体可出现颤动，肌张力正常或增高，拥抱反射和吸吮反射稍活跃，一般无惊厥，呼吸规律，瞳孔无改变。脑电图正常。多在1天内症状好转，3~5天内恢复正常，预后佳。
2. 中度24~72小时内症状最明显，嗜睡，反应迟钝，肌张力降低，拥抱反射和吸吮反射减弱，常有惊厥，呼吸可能不规律，瞳孔可能缩小，脑电图呈低电压，惊厥活动症状在3天内已很明显。约2周内消失，存活者可能留有后遗症。

3. 重度出生至 72 小时症状最明显，神志不清，肌张力降低，拥抱反射和吸吮反射消失，反复发生惊厥，呼吸不规律，瞳孔不对称，对光反射消失，脑电图呈现暴发抑制或等电位波形。病死率高，常并发多脏器功能障碍或衰竭，常留有后遗症。

2023:

【诊断要点】

1. 临床表现

(1) 轻度：出生 24 小时内症状最明显，表现为过度兴奋，易激惹，肢体可出现颤动，肌张力正常或增高，拥抱反射和吸吮反射稍活跃，一般无惊厥，呼吸规律，瞳孔无改变。脑电图正常。多在 1 天内症状好转，3~5 天内恢复正常，预后佳。

(2) 中度：24~72 小时内症状最明显，嗜睡，反应迟钝，肌张力降低，拥抱反射和吸吮反射减弱，常有惊厥，呼吸可能不规律，瞳孔可能缩小，脑电图呈低电压，惊厥活动症状在 3 天内已很明显。约 2 周内消失，存活者可能留有后遗症。

(3) 重度：出生至 72 小时症状最明显，神志不清，肌张力降低，拥抱反射和吸吮反射消失，反复发生惊厥，呼吸不规律，瞳孔不对称，对光反射消失，脑电图呈现暴发抑制或等电位波形。病死率高，常并发多脏器功能障碍或衰竭，常留有后遗症。

2023 年增：(P234 【诊断要点】后新增表 11-1；新增 2. 诊断标准)

根据新生儿的意识、肌张力、原始反射改变、有无惊厥、病程及预后将 HIE 分为轻、中、重三度 (表 11-1)。

表 11-1 HIE 分度

分度	轻度	中度	重度
意识	激惹	嗜睡	昏迷
肌张力	正常	减低	松软
原始反射			
拥抱反射	活跃	减弱	消失
吸吮反射	正常	减弱	消失
惊厥	可有肌阵挛	常有	有,可呈持续状态
中枢性呼吸衰竭	无	有	明显
瞳孔改变	扩大	缩小	不等大,对光反射迟钝
EEG	正常	低电压,可有痫样放电	爆发抑制,等电位
病程及预后	症状在 72 小时内消失,预后好	病程 14 日内消失,可能有后遗症	数天至数周死亡,症状可持续数周,病死率高,存活者多有后遗症

2. 诊断标准 根据《新生儿缺氧缺血性脑病诊断标准（2005 年）》：①有明确的可导致胎儿宫内窘迫的异常产科病史，以及严重的胎儿宫内窘迫表现（胎心率 <100 次/min，持续 5 分钟以上和/或羊水 III 度污染），或者在分娩过程中有明显窒息史；②出生时有重度窒息，指 Apgar 评分 1 分钟 ≤ 3 分，并延续至 5 分钟时仍 ≤ 5 分和出生时脐动脉血气 pH ≤ 7.00 ；③出生后不久出现神经系统症状，并持续至 24 小时以上，如意识改变（过度兴奋、嗜睡、昏迷）、肌张力改变（增高或减弱）、原始反射异常（吸吮、拥抱反射减弱或消失），病重时可有惊厥、脑干症状（呼吸节律改变、瞳孔改变、对光反射迟钝或消失）和前囟张力增高；④排除电解质紊乱、颅内出血和产伤等原因引起的抽搐，以及宫内感染、遗传代谢性疾病和其他先天性疾病所引起的脑损伤。同时具备以上 4 条者可确诊，第④条暂时不能确定者可作为拟诊病例。

【处理要点】

2023 年变：

2022：

【处理要点】

1. 支持疗法①供氧；②纠正酸中毒；③纠正低血糖；④纠正低血压；⑤控制液量。
2. 控制惊厥
3. 治疗脑水肿

2023:

【处理要点】

1. 支持疗法 ①维持良好的通气功能是支持疗法的中心，保持 $\text{PaO}_2 > 60 \sim 80 \text{mmHg}$ 、 PaCO_2 和 pH 在正常范围；根据血气结果给予不同方式的氧疗。②维持脑和全身良好的血流灌注是支持 疗法的关键措施，避免脑灌注过低、过高或波动。低血压可用多巴胺、多巴酚丁胺等血管活性药物 使血压维持在正常范围，以保证充足、稳定的脑灌注。③维持血糖在正常范围。

2. 控制惊厥首选苯巴比妥，负荷量为 20mg/kg ，于 $15 \sim 30$ 分钟静脉滴注，若不能控制惊厥，1 小时后可加 10mg/kg ， $12 \sim 24$ 小时后给维持量，每日 $3 \sim 5 \text{mg/kg}$ 。肝功能不良者改用苯妥英钠， 剂量同苯巴比妥。顽固性抽搐者加用咪达唑仑，每次 $0.1 \sim 0.3 \text{mg/kg}$ ，静脉滴注；或加用水合氯醛 50mg/kg ，灌肠。

3. 治疗脑水肿避免输液过量是预防和治疗脑水肿的基础，每日液体总量不超过 $60 \sim 80 \text{ml/kg}$ 。颅内压增高时，首选利尿剂呋塞米，每次 $0.5 \sim 1 \text{mg/kg}$ ，静脉注射；严重者可用 20%甘露醇，每次 $0.25 \sim 0.5 \text{g/kg}$ ，静脉注射，每 $6 \sim 12$ 小时 1 次，连用 $3 \sim 5$ 天。一般不主张使用糖皮质激素。

4. 亚低温治疗是指用人工诱导方法将体温下降 $2 \sim 5^\circ\text{C}$ ，以降低能量消耗、减少细胞外谷氨 酸、氧化反应而达到保护脑细胞作用。应用指征为中、重度足月 HIE 新生儿；有头部或全身亚低温 2 种；治疗窗应于生后 6 小时内，即二次能量衰竭期间，且越早疗效越好，持续 72 小时。

5. 其他治疗重组人类促红细胞生成素、干细胞等治疗尚处于临床试验阶段。

第二节 呼吸道疾病

一、急性上呼吸道感染

【处理要点】（2023 年变）

【健康指导】（2023 年删）

【并发症】（2023 年增）

2022:

【处理要点】

1. 一般治疗休息、多饮水；注意呼吸道隔离；预防并发症。

2. 病因治疗选用抗病毒药物。

(1) 三氮唑核苷，又称昔病毒唑（利巴韦林），具有广谱抗病毒作用，疗程为3~5日。

(2) 如病情重、有继发细菌感染，或有并发症者可选用抗生素。流行性感冒可用磷酸奥司他韦。

3. 对症治疗

(1) 高热：退热措施包括药物和物理降温。可口服对乙酰氨基酚或布洛芬，亦可用冷敷、湿温敷降温。

(2) 对发生高热惊厥者，可予镇静、止惊等处理。

4. 中成药治疗

【健康指导】 主要依靠加强体格锻炼、增强抵抗力；提倡母乳喂养，防治佝偻病及营养不良；多饮水，保证睡眠。避免去人多拥挤的公共场所。

2023:

【处理要点】

1. 一般治疗休息、多饮水；注意呼吸道隔离；预防并发症。

2. 病因治疗 对病毒感染多采用中药治疗，细菌感染则用抗菌药物。

(1) 抗病毒药物：急性上呼吸道感染以病毒感染多见，单纯的病毒性上呼吸道感染属于自限性疾病。普通感冒目前尚无特异性抗病毒药物，部分中药制剂有一定的抗病毒疗效。若为流感病毒感染，可用磷酸奥司他韦口服，每次2mg/kg，2次/d。

(2) 抗菌药物：细菌性上呼吸道感染或病毒性上呼吸道感染继发细菌感染者可选用抗生素治疗，常选用青霉素类、头孢菌素类或大环内酯类抗生素。

3. 对症治疗

(1) 高热：退热措施包括药物和物理降温。可口服对乙酰氨基酚或布洛芬，亦可用冷敷、湿温敷降温。

(2) 对发生高热惊厥者，可予镇静、止惊等处理。

(3) 鼻塞者可酌情给予减充血剂，咽痛可予咽喉含片。

【并发症】 以婴幼儿多见，病变若向邻近器官组织蔓延可引起中耳炎、鼻窦炎、

咽后壁脓肿、扁桃体周围脓肿、颈淋巴结炎、喉炎、支气管炎及肺炎等。年长儿若患 A 组 β 溶血性链球菌咽峡炎，以后可引起急性肾小球肾炎和风湿热，其他病原体也可引起类风湿病等结缔组织病。

二、小儿肺炎

2023 年变：

2022：

【概述】肺炎是小儿的一种主要常见病，尤多见于婴幼儿，也是婴儿时期的主要死亡原因。就全球而言，肺炎致死者占 5 岁以下小儿死亡总数的 1/4~1/3。小儿肺炎是发展中国家 5 岁以下儿童死亡的主要原因。

目前对于肺炎的临床诊断分类，主要是依据病理形态、病原体和病程。

1. 按病理分类多年来沿用的按病理形态可分为：大叶肺炎、支气管肺炎、间质肺炎、毛细支气管炎等。其中以支气管肺炎最为多见。

2. 按病原体分类

(1) 细菌性肺炎：由肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌、大肠杆菌、B 组和 A 组链球菌、肺炎杆菌、铜绿假单胞菌等引起。

(2) 病毒性肺炎：由腺病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒、副流感病毒、巨细胞病毒、麻疹病毒等引起。

(3) 真菌性肺炎：多由白念珠菌、曲霉菌、球孢子菌等感染引起。

(4) 支原体肺炎。

(5) 衣原体肺炎。

(6) 非感染因素引起的肺炎：吸入性肺炎（由于羊水、食物、异物等吸入引起）、过敏性肺炎、嗜酸细胞性肺炎、类脂性肺炎、脱屑性肺炎等。

3. 按病程分类大部分肺炎为急性过程，在发病后 1 个月以内者称为急性肺炎。有营养不良、佝偻病等并发症以及存在免疫缺陷的患儿，病程容易迁延。病程长达 1~3 个月，称为迁延性肺炎；超过 3 个月，称为慢性肺炎。

4. 按病情分类根据是否有呼吸系统以外的系统受累，分为轻症肺炎和重症肺炎。

5. 从病原和抗生素合理使用的角度，可分为社区获得性肺炎（CAP）和院内

获得性肺炎

(HAP)。CAP 是指无明显免疫抑制的患儿在医院外或住院 48 小时内发生的肺炎。HAP 是指住院 48 小时后发生的肺炎。

【诊断要点】

(1) 呼吸系统：轻症仅以呼吸系统症状为主，大多起病较急，主要症状为发热、咳嗽、气促。典型临床表现包括：①发热：热型不定，多为不规则发热，亦可为弛张热或稽留热；新生儿、重度营养不良儿可不发热或体温不升。②咳嗽：较频繁，在早期可为刺激性干咳，以后咳嗽有痰。新生儿早产儿则表现为口吐白沫。③气促：多发生于发热、咳嗽之后，呼吸加快，每分钟可达 40~80 次，并有鼻翼扇动，重者呈点头状呼吸、三凹征、唇周发绀。肺部体征：早期可不明显或仅呼吸音粗糙，以后可闻及固定的中、细湿啰音，叩诊正常；但当病灶融合扩大累及部分或整个肺叶时，则出现相应的肺实变体征。WHO 诊断呼吸急促的标准：小于 2 个月的幼婴， $R \geq 60$ 次/min；2~12 个月的婴儿， $R \geq 50$ 次/min；1~5 岁， $R \geq 40$ 次/min；5 岁以上， $R \geq 30$ 次/min。重症肺炎除呼吸系统外，还可累及循环、神经和消化等系统。

(2) 循环系统：可发展为心力衰竭，表现为：①呼吸突然加快， $R \geq 60$ 次/min；②心率突然加快， $HR > 180$ 次/min；③极度烦躁不安，明显发绀，面色发灰，指（趾）甲微血管充盈时间延长；④心音低钝，奔马律，颈静脉怒张；⑤肝脏迅速增大；⑥尿少或无尿，颜面、眼睑或双下肢水肿。

(3) 并发症：最常见的并发症为不同程度的脓胸、肺不张。长期肺不张或反复发作的肺炎，可导致支气管扩张。其他并发症有心力衰竭、中毒性脑病、呼吸衰竭等。

【处理要点】应采取综合措施，积极控制炎症，改善肺的通气功能，防止并发症。

(一) 病原治疗

1. 抗生素经肺穿刺研究资料表明，绝大多数重症肺炎是由细菌感染引起，或在病毒感染的基础上合并细菌感染，故需采用抗生素治疗。使用原则如下。

(1) 根据病原菌选用敏感的药物。

(2) 早期治疗。

- (3) 联合用药。
- (4) 选用渗入下呼吸道浓度高的药物。
- (5) 足量、足疗程，重症宜经静脉途径给药。

我国原卫生部对轻症肺炎推荐使用头孢菌素。该类物质抗菌谱广，抗菌活性强，特别是对产酶耐药菌的感染疗效好。支原体肺炎应选用大环内酯类（红霉素族）药物。

用药时间应持续至体温正常后 5~7 日，即临床症状基本消失后 3 日。葡萄球菌肺炎比较顽固，易于复发及产生并发症，疗程宜长，一般于体温正常后继续用药 2 周，疗程 6 周。合并脑膜炎应至少用药 4 周。

2. 抗病毒治疗目前尚无理想的抗病毒药物。流感引起的肺炎可应用磷酸奥司他韦。

（二）对症治疗

1. 吸氧疗法。
2. 保持呼吸道通畅（体位及吸痰等）。
3. 心力衰竭的治疗。
4. 感染性休克、脑水肿、呼吸衰竭的治疗及纠正水、电解质与酸碱平衡紊乱。
5. 治疗并发症。

【健康指导】

1. 保持室内空气流通、湿润。
2. 保持呼吸通畅，及时清除上呼吸道分泌物。
3. 少量多次饮水、勤拍背，以利于痰液排出。
4. 饮食应予易消化、易吸收的食物。

2023:

【概述】肺炎是小儿的一种主要常见病，尤多见于婴幼儿，也是婴儿时期的主要死亡原因。就全球而言，肺炎致死者占 5 岁以下小儿死亡总数的 1/4~1/3。小儿肺炎是发展中国家 5 岁以下儿童死亡的主要原因。

【病因】

- (1) **细菌性肺炎：**由肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌、大肠埃希菌、B

组和 A 组链球菌、肺炎杆菌、铜绿假单胞菌等引起。

(2) 病毒性肺炎：呼吸道合胞病毒占首位，其次为腺病毒 3、7 型，流感病毒，副流感病毒 1、2、3 型，鼻病毒、巨细胞病毒和肠道病毒。

(3) 真菌性肺炎：多由白念珠菌、曲霉菌、球孢子菌等感染引起。

(4) 支原体肺炎：由肺炎支原体所致。

(5) 衣原体肺炎：由沙眼衣原体、肺炎衣原体和鹦鹉热衣原体引起。

(6) 非感染因素引起的肺炎：吸入性肺炎（由于羊水、食物、异物等吸入引起）、坠积性肺炎、嗜酸细胞性肺炎（过敏性肺炎）、类脂性肺炎、脱屑性肺炎等。

【诊断要点】

1. 临床表现

(1) 呼吸系统：轻症仅以呼吸系统症状为主，大多起病较急，主要症状为发热、咳嗽、气促。典型临床表现包括：①发热：热型不定，多为不规则发热，亦可为弛张热或稽留热；新生儿、重度营养不良儿可不发热或体温不升。②咳嗽：较频繁，在早期可为刺激性干咳，以后咳嗽有痰。新生儿早产儿则表现为口吐白沫。③气促：多发生于发热、咳嗽之后，呼吸加快，每分钟可达 40~80 次，并有鼻翼扇动，重者呈点头状呼吸、三凹征、唇周发绀。肺部体征：早期可不明显或仅呼吸音粗糙，以后可闻及固定的中、细湿啰音，叩诊正常；但当病灶融合扩大累及部分或整个肺叶时，则出现相应的肺实变体征。WHO 诊断呼吸急促的标准：小于 2 个月的幼婴， $R \geq 60$ 次/min；2~12 个月的婴儿， $R \geq 50$ 次/min；1~5 岁， $R \geq 40$ 次/min；5 岁以上， $R \geq 30$ 次/min。重症肺炎除呼吸系统外，还可累及循环、神经和消化等系统。

(2) 循环系统：可发展为心力衰竭，表现为：①呼吸突然加快， $R > 60$ 次/min；②心率突然加快， $HR > 180$ 次/min；③极度烦躁不安，明显发绀，面色发灰，指（趾）甲微血管充盈时间延长；④心音低钝，奔马律，颈静脉怒张；⑤肝脏迅速增大；⑥尿少或无尿，颜面、眼睑或双下肢水肿。

(3) 神经系统：在确诊肺炎后出现下列症状与体征，可考虑为缺氧中毒性脑病：①烦躁、嗜睡、眼球上窜、凝视；②球结膜水肿、前囟隆起；③昏睡、昏迷、惊厥；④瞳孔改变，对光反射迟钝或消失；⑤呼吸节律不规整，呼吸、心搏解

离（有心搏，无呼吸）；⑥有脑膜刺激征，脑脊液检查除压力增高外，其他均正常。在肺炎的基础上，除外热性惊厥、低血糖、低血钙及中枢神经系统感染（脑炎、脑膜炎），如有①②项则提示脑水肿，伴其他一项以上者可确诊。

（4）消化系统，严重者发生缺氧中毒性肠麻痹时，表现为频繁呕吐、严重腹胀、呼吸困难加重，听诊肠鸣音消失。重症患儿还可呕吐咖啡样物，大便潜血阳性或柏油样便。

（5）并发症：早期合理治疗者并发症少见。若延误诊断或病原体致病力强，则可引起并发症，如胸腔积液（如脓胸）、脓气胸、肺大疱、肺不张、支气管扩张等。

2. 辅助检查

（1）外周血检查：①白细胞检查：细菌性肺炎白细胞计数升高，中性粒细胞增多，并有核左移现象，胞质可有中毒颗粒。病毒性肺炎的白细胞计数大多正常或偏低，亦有少数升高者，时有淋巴细胞增高或出现异型淋巴细胞。②C反应蛋白（CRP）：细菌感染时血清CRP值多上升，非细菌感叹时则上升不明显。③降钙素原（PCT）：细菌感染时可升高，抗菌药物治疗有效时，可迅速下降。

（2）病原学检测：①细菌学检查：细菌培养和涂片；血清学检测肺炎链球菌荚膜多糖抗体水平；荧光多重PCR检测细菌特异基因。②病毒学检查：病毒分离；病毒抗体检测；病毒抗原检测；病毒特异性基因检测等。

（3）胸部X线检查：早期肺纹理增强，透光度减低；以后两肺下野、中内带出现大小不等的点状或斑片状影，或融合成大片状阴影，甚至波及节段。

【处理要点】应采取综合措施，积极控制炎症，改善肺的通气功能，防止并发症。

（一）病原治疗

1. 抗生素经肺穿刺研究资料表明，绝大多数重症肺炎是由细菌感染引起，或在病毒感染的基础上合并细菌感染，故需采用抗生素治疗。使用原则如下。

（1）有效和安全是选择抗菌药物的首要原则。

（2）在使用抗菌药物前应采集合适的呼吸道分泌物或血标本进行细菌培养和药物敏感试验，以指导治疗；在未获培养结果前，可根据经验选择敏感药物。

（3）选用的药物在肺组织中应有较高的浓度。

(4) 轻症患者口服抗菌药物有效且安全，对重症肺炎或因呕吐等致口服难以吸收者，可考虑胃肠道外抗菌药物治疗。

(5) 适宜剂量、合适疗程。

(6) 重症患儿宜静脉联合用药。

2. 根据不同病原选择抗菌药物①肺炎链球菌：青霉素敏感者首选青霉素或阿莫西林；青霉素中介者，首选大剂量青霉素或阿莫西林；耐药者首选头孢曲松、头孢噻肟、万古霉素；青霉素过敏者选用大环内酯类，如红霉素等。②金黄色葡萄球菌：甲氧西林敏感者首选苯唑西林或氯唑西林，耐药者选用万古霉素或联用利福平。③流感嗜血杆菌：首选阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦。④大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌：不产超广谱β-内酰胺酶菌(ESBLs)首选头孢他啶、头孢哌酮；

产ESBLs菌首选亚胺培南、美罗培南。⑤铜绿假单胞菌：首选替卡西林/克拉维酸。⑥卡他莫拉菌：首选阿莫西林/克拉维酸。⑦肺炎支原体和衣原体：首选大环内酯类抗生素，如阿奇霉素、红霉素及罗红霉素。

3. 用药时间一般用至热退且平稳、全身症状明显改善、呼吸道症状部分改善3~5日。葡萄

球菌肺炎比较顽固，易于复发及产生并发症，疗程宜长，一般于体温正常后继续用药2~3周，疗程≥6周。合并脑膜炎应至少用药4周。

4. 抗病毒治疗目前尚无理想的抗病毒药物。流感引起的肺炎可应用磷酸奥司他韦。

三、支气管哮喘

2023年变

2022:

【诊断要点】

1. 症状咳嗽和喘息呈阵发性发作，以夜间和清晨为重。发作前可有流涕、打喷嚏和胸闷。发作时呼吸困难，呼气相延长伴有喘鸣声，严重病例呈端坐呼吸，恐惧不安，大汗淋漓，面色青灰。

2. 体格检查可见三凹征，肺部满布哮鸣音。严重者气道广泛堵塞，哮鸣音反

可消失。肺部粗湿啰音时现时隐，在剧烈咳嗽后或体位变化时可消失，提示湿啰音的产生是由气管内的分泌物所致。一些患儿有过敏史及过敏家族史。根据症状严重程度，可分为间歇发作及轻、中、重度发作。

另外，儿童哮喘可无喘息症状，仅表现为反复咳嗽和慢性咳嗽，称为咳嗽变异性哮喘。常在夜间和清晨发作，运动可加重咳嗽。部分患儿最终发展为典型哮喘。

2023:

【诊断要点】

(1) 儿童哮喘诊断标准

1) 反复喘息、咳嗽、气促、胸闷，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、呼吸道感染、运动以及过度通气（如大笑和哭吵）等有关，常在夜间和/或凌晨发作或加剧。

2) 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性，以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。

3) 上述症状和体征经抗哮喘治疗有效，或自行缓解。

4) 除外其他疾病所引起的喘息、咳嗽、气促和胸闷。

5) 临床表现不典型者（如无明显喘息或哮鸣音），应至少具备以下 1 项：

A. 证实存在可逆性气流受限：①支气管舒张试验阳性：吸入速效 β 受体激动剂（如沙丁胺醇 压力定量气雾剂 200~400 μ g）15 分钟之后 FEV₁ 增加 \geq 12%；②抗感染治疗后肺功能改善：给予吸入型糖皮质激素和/或抗白三烯药物治疗 4~8 周后，FEV₁ 增加 \geq 12%。

B. 支气管激发试验阳性。

C. PEF 日间变异率（连续监测 2 周） \geq 13%。

符合第 1)~4) 条或第 4)、5) 条者，可以诊断为哮喘。

(2) 咳嗽变异性哮喘诊断标准

1) 咳嗽持续 $>$ 4 周，常在运动、夜间和/或凌晨发作或加重，以干咳为主，不伴有喘息。

2) 临床上无感染征象，或经较长时间抗生素治疗无效。

3) 抗哮喘药物诊断性治疗有效。

4) 排除其他原因引起的慢性咳嗽。

5) 支气管激发试验阳性和/或 PEF 日间变异率(连续监测 2 周) $\geq 13\%$ 。

6) 个人或一、二级亲属特应性疾病史, 或变应原检测阳性。

以上 1) ~4) 项为诊断基本条件。

第三节 消化道疾病

一、小儿腹泻

【病因】

2023 年删

2022:

1. 易感因素

(1) 小儿消化系统特点: 消化系统发育不成熟。

(2) 机体防御功能差。

2023:

删除此部分

二、肠套叠

【诊断要点】

【处理要点】

2023 年变、增

2022

【诊断要点】

1. 临床表现主要表现为阵发性哭闹、腹痛、呕吐, 便血, 腹部肿块。

(1) 腹痛: 特点为间歇性绞痛。患儿突然出现阵发性的哭闹, 发出异样的高声哭叫, 伴四肢乱动, 这是一种腹痛的表现, 经过 10~20 分钟后可恢复平静, 甚至可入睡, 但隔不多时又有反复发作。部分病例仅表现阵发性呻吟、烦躁不安或面色苍白等。

(2) 呕吐: 几乎全部婴儿及 80% 以上的年长儿有呕吐。婴儿发生呕吐较早, 吐出物为奶块或所进之食物。早期呕吐为肠系膜牵拉所产生的反向作用所致。较

晚期呕吐物可为胆汁。

(3) 便血：可在发病最初 2~3 小时出现，也可能 24 小时内不出现。典型大便为果酱样大便。

(4) 腹部检查：早期腹部平坦、软、无压痛。仔细扪诊在右上腹部多可触及腊肠状肿块，稍可活动。患儿不合作时不易触到。

2. 检查

(1) 腹部 B 超诊断肠套叠是最重要的无创性诊断方法。肠管横断扫描显示“同心圆”。

(2) 结肠注气 X 线检查，并可进一步行空气灌肠复位。

【处理要点】

1. 非手术治疗空气灌肠复位。早期诊断的患儿多可经空气灌肠复位，预后良好。故早期诊断极为重要。

2. 手术治疗 晚期肠套叠患儿需手术治疗。

2023

【诊断要点】

1. 临床表现主要表现为阵发性哭闹、腹痛、呕吐，便血，腹部肿块。

(1) 腹痛：特点为间歇性绞痛。患儿突然出现阵发性的哭闹，发出异样的高声哭叫，伴四肢乱动，这是一种腹痛的表现，经过 10~20 分钟后可恢复平静，甚至可入睡，但隔 5~10 分钟或更长时间后又有反复发作。(2023 年变) 部分病例仅表现阵发性呻吟、烦躁不安或面色苍白等。

(2) 呕吐：几乎全部婴儿及 80% 以上的年长儿有呕吐。婴儿发生呕吐较早，吐出物为奶块或所进之食物。早期呕吐为肠系膜牵拉所产生的反向作用所致。较晚期呕吐物可为胆汁。晚期可吐粪便样液体，说明有肠管梗阻。(2023 年增)

(3) 便血：可在发病最初 2~3 小时出现，也可能 24 小时内不出现。典型大便为果酱样大便。

(4) 腹部检查：早期腹部平坦、软、无压痛。仔细扪诊在右上腹部多可触及腊肠状肿块，稍可活动。患儿不合作时不易触到。

(2023 年增) (5) 全身情况：患儿在早期一般情况尚好，体温正常，无全身中

毒症状。随着病程延长，病情加重，并发肠坏死或腹膜炎时，全身情况恶化，常有严重脱水、高热、嗜睡、昏迷及休克等中毒症状。

2. 检查

(1) 腹部 B 超：是诊断肠套叠最重要的无创性诊断方法。肠管横断扫描显示“同心圆”。

(2) B 超监视下水压灌肠。(2023 年增)

(3) 结肠注气 X 线检查，并可进一步行空气灌肠复位。

【处理要点】

1. 非手术治疗灌肠疗法。肠套叠在 48 小时内的患儿多可经空气灌肠复位，预后良好。故早期诊断极为重要。

2. 手术治疗肠套叠超过 48~72 小时的患儿，或虽时间不长但病情严重疑有肠坏死或穿孔者，以及小肠型肠套叠均需手术治疗。(2023 年变)

第四节 肾脏疾病

一、急性肾小球肾炎

2023 年变

2022:

【概述】急性肾小球肾炎常简称急性肾炎，广义上包括了一组以起病急、血尿、高血压、水肿并常伴尿量减少、肾小球滤过率减低为特点的一组肾小球疾病。在小儿时期绝大多数为急性链球菌感染后肾小球肾炎。

本病在小儿中多有典型临床表现，常呈良性自限过程，预后好。少数病程延长，个别还可因急性期伴严重合并症而死亡，故应加强对本病之防治。

【诊断要点】

1. 临床表现

急性肾炎发病前多有呼吸道或皮肤的链球菌前驱感染史，经 1~3 周无症状间歇期后发病。间

歇期长短与前驱感染部位有关：呼吸道感染者 6~12 日，皮肤感染者 14~28 日。

(1) 典型病例为急性起病，主要表现为血尿、水肿、血压高和程度不等的肾功能受累。50%~57% 的患儿为肉眼血尿。

(2) 轻症则临床症状不明显，仅表现为镜下血尿。

(3) 急性期并发症：常见有三种，即严重循环系统充血状态（常造成心力衰竭、肺水肿）、高血压 脑病、急性肾衰竭。

2. 实验室检查

(1) 尿液检查：血尿几乎见于所有患儿。早期多为肉眼血尿，后转为镜下血尿。一般多有蛋白尿。

(2) 血补体测定：90%以上的患儿病程早期血中总补体及 C3 显著下降，6~8 周后恢复正常。

【处理要点】本病主要为对症治疗。治疗原则是纠正病理生理变化及生化异常，防治急性期 并发症，保护肾功能，以利其恢复。

1. 急性期宜卧床休息 2~3 周，直至肉眼血尿消失、水肿减退、血压恢复。饮食方面，水肿、高 血压者限盐，氮质血症者限蛋白低于 0.5g/ (kg · d)，有少尿及循环充血者限水。

2. 消除感染灶常选用链球菌敏感的青霉素；过敏者改用红霉素。疗程 10~14 日。

3. 降压。

【健康指导】

1. 预后急性链球菌感染后肾炎患儿一般预后好。急性期住院的患儿中除并发急性肾衰竭 者外，几乎无死亡。

2. 预防积极防治呼吸道和皮肤的感染。

2023:

【概述】急性肾小球肾炎常简称急性肾炎，广义上包括了一组以起病急，多有前驱感染，以血 尿为主，伴不同程度蛋白尿，可有水肿、高血压、或肾功能不全等特点的肾小球疾病。在儿童时期绝 大多数为急性链球菌感染后肾小球肾炎。

本病在儿童中多有典型临床表现，常呈良性自限过程，预后好。少数病程延长，个别还可因急 性期伴严重合并症而死亡，故应加强对本病的防治。

【病因】大多数属 A 组乙型溶血性链球菌急性感染后引起的免疫复合物性肾

小球肾炎。其他细菌，如草绿色链球菌、肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌、流感嗜血杆菌等；病毒，如柯萨奇病毒 B4 型、ECHO 病毒 9 型、麻疹病毒、腮腺炎病毒、乙型肝炎病毒、巨细胞病毒、EB 病毒、流感病毒等；还有疟原虫、肺炎支原体、白念珠菌、丝虫、钩虫、血吸虫、弓形虫、梅毒螺旋体、钩端螺旋体等也可导致急性肾炎。

【诊断要点】

1. 临床表现

急性肾炎发病前多有呼吸道或皮肤的链球菌前驱感染史，经 1~3 周无症状间歇期后发病。间歇期长短与前驱感染部位有关：呼吸道感染者 6~12 日，皮肤感染者 14~28 日。

(1) 典型病例为急性起病，主要表现为血尿、水肿、血压高和程度不等的蛋白尿。50%~57%的患儿为肉眼血尿。

(2) 轻症则临床症状不明显，仅表现为镜下血尿。

(3) 急性期并发症：常见有三种，即严重循环系统充血状态（常造成心力衰竭、肺水肿）、高血压脑病、急性肾衰竭。

2. 实验室检查

(1) 尿液检查：血尿几乎见于所有患儿。早期多为肉眼血尿，后转为镜下血尿。一般多有蛋白尿。

(2) 血补体测定：80%~90%及以上的患儿血清 C3 显著下降，至第 8 周后 94%的患儿恢复正常。

【处理要点】本病主要为对症治疗。治疗原则是纠正病理生理变化及生化异常，防治急性期并发症，保护肾功能，以利其恢复。

1. 急性期宜卧床休息 2~3 周，直至肉眼血尿消失、水肿减退、血压恢复。饮食方面，水肿、高血压者限盐，氮质血症者限蛋白低于 0.5g/(kg·d)，有少尿及循环充血者限水。

2. 消除感染灶常选用链球菌敏感的青霉素；过敏者改用红霉素。疗程 10~14 日。

3. 对症治疗利尿、降压。

【健康指导】防止感染是预防急性肾炎的根本。减少呼吸道及皮肤感染，对

急性扁桃体炎、猩红热及脓疱疮患儿应尽早、彻底地用青霉素或其他敏感性抗生素治疗。A组溶血性链球菌感染后1~3周内应定期检查尿常规，及时发现和治疗本病。

二、肾病综合征

2023年变、删

2022

【概述】肾病综合征是由于肾小球滤过膜对血浆蛋白的通透性增高，大量白蛋白自尿中丢失并引起一系列病理生理改变的一种临床状态。

【诊断要点】

1. 主要临床表现具有以下四大特点

- (1) 大量蛋白尿：尿蛋白定性 \geq +++。蛋白定量 $>50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。
- (2) 低白蛋白血症：血清白蛋白 $<30\text{g/L}$ 。
- (3) 高脂血症：血胆固醇 $>5.7\text{mmol/L}$ (220mg/dl)。
- (4) 明显水肿。

2. 合并症

(1) 感染：是本病最常见的合并症，也是本病死亡的主要原因。细菌性感染既往以肺炎球菌感染为多见，近年杆菌亦见增加。可发生于呼吸道、泌尿道、皮肤及腹膜。患儿对病毒感染亦较敏感，尤其在接受皮质激素、免疫抑制剂治疗时，当并发水痘、带状疱疹时病情较平常为重。

(2) 低血容量：部分患儿血容量低；即使血容量不低者，也可因低白蛋白血症、血浆胶体渗透压低而致循环系统呈不稳定状态。某些诱因也易导致低血容量。表现为血压偏低，直立性低血压，口渴，甲床血循环差，偶可出现低血容量休克。

(这两段2023年删除)

【处理要点】临床上目前主要是以肾上腺皮质激素为主的综合治疗。

1. 肾上腺皮质激素（以下简称激素）激素是目前小儿原发肾病综合征的首选药。

临床上初治者给予泼尼松治疗，常分两个阶段：

(1) 诱导缓解阶段：足量泼尼松 $2\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，最大剂量为 60mg/d ，一般足量不少于4周，最长8周。

(2) 巩固维持阶段：隔日晨顿服，1.5mg/kg（最大剂量 60mg/d），连续 4 周，如蛋白持续阴性，改以每 2~4 周减量 2.5~5mg 维持，至 0.5~1mg/kg 时维持 3 个月，以后每 2 周减量 2.5~5mg 直至停药。总疗程一般不长于 6 个月。

2023

【概述】肾病综合征是由于肾小球滤过膜对血浆蛋白的通透性增高，大量白蛋白自尿中丢失并引起一系列病理生理改变的一种临床状态。

【诊断要点】

主要临床表现具有以下四大特点

- (1) 大量蛋白尿：尿蛋白定性 \geq （+++）。蛋白定量 $>50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。
- (2) 低白蛋白血症：血清白蛋白浓度 $\leq 25\text{g/L}$ 可诊断为肾病综合征的低蛋白血症。
- (3) 高脂血症：血胆固醇 $>5.7\text{mmol/L}$ （220mg/dl）。
- (4) 明显水肿，开始于眼睑，以后逐渐遍及全身，呈凹陷性。

【处理要点】

临床上目前主要是以肾上腺皮质激素为主的综合治疗。

1. 肾上腺皮质激素（以下简称激素）（激素二字删除）是目前儿童原发肾病综合征的首选药。临床上初治者给予泼尼松治疗，常分两个阶段：

(1) 短程疗法：足量泼尼松 $2\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，最大剂量为 $60\text{mg}/\text{d}$ ，共 4 周。4 周后不管效果如何，均改为泼尼松 $1.5\text{mg}/\text{kg}$ ，隔日晨顿服，共 4 周，全疗程共 8 周，然后骤然停药。

(2) 中、长程疗法：可用于各种类型的肾病综合征。先以泼尼松 $2\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，最大量 $60\text{mg}/\text{d}$ ，分次服用。若 4 周内尿蛋白转阴，则自转阴后至少巩固 2 周方始减量，以后改为隔日 $2\text{mg}/\text{kg}$ 早餐后顿服，继续用 4 周，以后每 2~4 周总量中减 $2.5\sim 5\text{mg}$ ，直至停药。疗程必须达到 6 个月（中程疗法）。开始治疗后 4 周尿蛋白未转阴者可继续服至尿蛋白转阴后 2 周，一般不超过 8 周。以后再改为隔日 $2\text{mg}/\text{kg}$ ，早餐后顿服，继续用 4 周，以后每 2~4 周减量一次，直至停药，疗程 9 个月（长程疗法）。

第五节 神经系统疾病

一、儿童癫痫

病名

【概述】

【诊断要点】

2023 年变：

2022：

一、小儿癫痫

【概述】癫痫是多种原因所致的慢性脑功能异常综合征，是小儿神经系统常见疾病之一。临床表现为反复发作的突发性和一过性脑功能障碍。其发作是由于大脑神经元异常放电引起的，表现为意识、运动、感觉、情感及认知等方面的短暂异常。我国人群癫痫发病率约为 7%，其中半数以上在 5 岁内起病。

1. 病因

(1) 原发性：即未能找到任何获得性致病因素，病因与遗传因素密切相关。

(2) 继发性或症状性：具有明确的继发性病因。

(3) 隐源性：指高度怀疑为症状性，但尚未找到确切病因。包括：①先天性脑发育异常：如脑回畸形、胼胝体阙如、灰质异位等；②后天获得性脑损伤：包括围生期脑病、脑血管病、中枢神经系统感染、中毒、颅脑外伤或占位性病变、神经免疫或变性疾病、系统性疾病或代谢、内分泌紊乱所致的脑损伤等。

2. 分类癫痫发作的分类由国际抗癫痫联盟于 1981 年制定。主要基于癫痫发作的临床表现及发作期脑电图改变，分为部分性发作、全身性发作和分类不明的各种发作三大类。

【诊断要点】常见癫痫发作的临床表现如下：

1. 简单部分运动性发作表现为癫痫灶对侧肢体或面部抽搐。口、唇、拇指、示指最常受累。

发作时意识不丧失。若局限性癫痫灶的异常放电由一侧扩散至对侧大脑半球，则抽搐变为全身性，并有意识丧失，称为继发性泛化。

2. 复杂部分性发作包括两种及两种以上简单部分性发作，并有程度不等的意识障碍及自动症。发作时常有精神、意识、运动、感觉及自主神经等方面的症状。

可持续数分钟至数小时。常伴自动症，即在意识不清情况下出现的无目的、无意义、不合时宜的不自主动作，发作后不能回忆。

3. 全身性强直-阵挛发作又称大发作。表现为突然意识丧失，随即全身强直阵挛性抽搐，伴呼吸暂停、发绀、瞳孔散大，发作持续1~5分钟，发作后嗜睡。

2023:

一、儿童癫痫

【概述】癫痫是多种原因所致的慢性脑功能异常综合征，是儿童神经系统常见疾病之一。临床表现为反复发作的突发性和一过性脑功能障碍。其发作是由于大脑神经元异常放电引起的，表现为意识、运动、感觉、情感及认知等方面的短暂异常。我国人群癫痫发病率约为4%~7%，其中60%的患者起源于儿童时期。

1. 病因癫痫的病因目前分为遗传性、结构性、感染性、免疫性、代谢性和病因未明6类。

2. 分类癫痫的分类由国际抗癫痫联盟于1981年制定。2017年，该机构正式提出了癫痫的新分类体系，包括病因分类及癫痫发作、癫痫类型分类，对确定癫痫病因、选择治疗策略及评估患儿病情与预后均有重要价值。根据发作起始的临床表现和脑电图特征进行分类，主要分为局灶性发作、全面性发作和起始不明的发作。

【诊断要点】一般按照病史与查体、脑电图检查、影像学检查收集诊断证据。癫痫的诊断可分为五个步骤：①确定癫痫发作及癫痫诊断：即判断临床发作性事件是否为癫痫发作以及是否复合癫痫新定义。符合以下任一情况即可诊断为癫痫：至少两次间隔>24小时的非诱发性（或反射性）发作；一次非诱发性（或反射性）发作，而且未来10年内再次发作风险与两次非诱发性发作后再发风险相当（至少60%）；诊断为某种癫痫综合征。②确定癫痫发作类型：根据临床发作和脑电图表现，对癫痫发作进行分类。③确定癫痫及癫痫综合征类型：根据患儿的临床发作、脑电图特征，同时考虑神经影像学、年龄、预后等因素进行癫痫综合征诊断。④确定癫痫病因。⑤确定功能障碍和共患病。

三、化脓性脑膜炎

【诊断要点】

3. 神经影像学

2023 年增

2023:

3. 神经影像学 头颅 MRI 较 CT 更能清晰地反映脑实质病变, 在病程中重复检查能发现并发症并指导干预措施的实施。

【处理要点】

2023 年变:

2022:

【处理要点】治疗原则为及时、足量、足疗程地使用易透过血脑屏障的抗菌药物, 以静脉用抗菌药为主。

1. 肺炎链球菌脑膜炎大多对青霉素敏感, 故以此为首选药。可加用氨苄西林。
2. 流感嗜血杆菌脑膜炎氨苄西林作首选药, 再按药敏情况用药。对耐药药株可用第 3 代头孢菌素, 需选用易透过血脑屏障的药物, 如头孢曲松或头孢噻肟。

2023:

【处理要点】

1. 抗生素治疗

(1) 治疗原则: 及时、足量、足疗程地使用易透过血脑屏障的抗菌药物, 以静脉用抗菌药为主。

(2) 病原菌明确前抗生素的选择: 先采用覆盖最可能病原菌的经验性抗生素治疗。生后 2~3 周的早期新生儿, 推荐氨苄西林+头孢噻肟; 晚期新生儿, 推荐万古霉素加头孢噻肟或者头孢他啶; 对于生后 1 个月以上的患儿, 推荐万古霉素加一种三代头孢霉素(头孢曲松或头孢噻肟)为初始治疗方案。

(3) 病原菌明确后的抗生素选择

1) 肺炎链球菌脑膜炎: 由于目前半数以上的肺炎链球菌对青霉素耐药, 故应继续按照上述病原菌未明确方案选药。仅当药物敏感试验提示致病菌对青霉素敏感, 可改用青霉素 20 万~40 万单位/(千克·天)。

2) 脑膜炎球菌: 首选青霉素, 少数耐青霉素者需要选用第三代头孢菌素。

3) 流感嗜血杆菌脑膜炎: 氨苄西林作首选药, 再按药敏情况用药。对耐药药株

可用第三代头孢菌素联合美罗培南，或选用氯霉素。需选用易透过血脑屏障的药物，如头孢曲松或头孢噻肟。

第 川崎病

【概述】

2023 年变

男女比例变化：

2022：男女比例为 1.5：1

2023：男女比例为 1.83：1

【病理】

2023 年增

2022：

2. 病理本病基本病理变化为全身性血管炎。在病程的不同阶段累及各种大小的血管，冠状动脉易于受累，病变通常严重并明显影响预后。

2023：

【病理】本病基本病理变化为全身性血管炎。在病程的不同阶段累及各种大小血管，冠状动脉易于受累，病变通常严重并明显影响预后。病理过程分为四期：

I 期：约 1~9 天，小动脉周围炎症，冠状动脉主要分支血管壁上的小营养动脉和静脉受到侵犯。心包、心肌间质及心内膜炎症浸润，包括中性粒细胞、嗜酸性粒细胞及淋巴细胞。

II 期：约 12~25 天，冠状动脉主要分支全层血管炎，血管内皮水肿、血管壁平滑肌层及外膜炎性细胞浸润。弹力纤维和肌层断裂，可形成血栓和动脉瘤。

III 期：约 28~31 天，动脉炎症逐渐消退，血栓和肉芽肿形成，纤维组织增生，内膜明显增厚，导致冠状动脉部分或完全阻塞。

IV 期：数月至数年，病变逐渐愈合，心肌瘢痕形成，阻塞的动脉可能再通。

【诊断要点】

3. 眼结合膜充血（2023 年变）:

2022: 3. 眼结合膜充血

2023: 3. 眼结合膜充血，非化脓性。

【处理要点】 2023 年变

【健康指导】 2023 年变

2022:

【处理要点】

1. 阿司匹林可减轻急性炎症反应，解聚血小板。一般每日 30~50mg/kg，分 2~3 次服用，热退后 3 日逐渐减量，约定 2 周左右减至每日 3~5mg/kg，维持 6~8 周；有冠状动脉病变者，应延长用药时间，直至冠状动脉恢复正常。有巨大冠状动脉瘤者可能需要终身小剂量服用。

2. 大剂量丙种球蛋白静脉滴注可阻断急性炎症反应并具预防冠状动脉病变作用。剂量为 1~2g/kg 于 8~12 小时内由静脉缓慢输入，可同时应用阿司匹林，联合用药已使冠状动脉并发症发生率大幅度下降。

3. 抗凝治疗除使用阿司匹林外，可加用其他抗凝药物。

【健康指导】预后和随访：川崎病为自限性疾病，多数预后良好，未经治疗的患儿，并发冠状动脉瘤者可达 20%~25%；自大剂量丙种球蛋白静脉滴注应用于本病治疗后，冠状动脉病变发生率已大幅度下降至 2%~8%。巨型冠状动脉瘤预后不良，常因冠状动脉狭窄、血栓形成并发心肌梗死，或冠状动脉瘤发生破裂导致猝死，病死率约为 0.5%。本病愈后 1~2 年内，应定期复查心电图和超声心动图。

2023:

【处理要点】

1. 阿司匹林可减轻急性炎症反应，解聚血小板。一般每日 30~50mg/kg，分 2~3 次服用，热退后 3 日逐渐减量，约定 2 周左右减至每日 3~5mg/kg，维持 6~8 周；有冠状动脉病变者，应延长用药时间，直至冠状动脉恢复正常。有巨大冠

脉瘤者可能需要终身小剂量服用。

2. 大剂量丙种球蛋白静脉滴注可阻断急性炎症反应并具预防冠状动脉病变作用。剂量为 1~2g/kg 于 8~12 小时内由静脉缓慢输入，可同时应用阿司匹林，联合用药已使冠状动脉并发症 发生率大幅度下降。

3. 糖皮质激素不宜单独使用。针对丙种球蛋白治疗无效，或存在丙种球蛋白耐药风险的患 儿可考虑早期使用糖皮质激素，可与阿司匹林和双嘧达莫合并应用。醋酸泼尼松剂量为每日 1~ 2mg/kg，用药 2~4 周逐渐减量停药。

4. 其他治疗

(1) 抗血小板聚集：除阿司匹林外，可加用双嘧达莫，每日 3~5mg/kg。如合并严重冠状动脉 病变和血小板增多者可选择阿司匹林联合氯吡格雷加强血小板聚集。

(2) 对症治疗。

(3) 心脏手术。

【健康指导】预后和随访：川崎病为自限性疾病，多数预后良好，复发率大约 1%~2%。无冠 状动脉病变患儿于出院后 1、3、6 个月及 1~2 年进行一次全面检查（包括体格检查、心电图和超声 心动图）。未经治疗的患儿，应长期密切随访，每 6~12 个月一次。

第八节 小儿常见传染病

二、麻疹

【诊断要点】

2023 年变、

2023 年删：删除并发症段落、鉴别诊断段落

2022:

【诊断要点】

1. 流行病学麻疹以冬春季节发病为多，潜伏期 6~18 日，患者是唯一传染源。患 者在潜伏 期末 2~3 日至出疹后 5 日内均有传染性，如并发肺炎，则延至出疹后 10 日。

2. 临床表现

(1) 前驱期：出疹前 3~4 日出现发热、流涕、咳嗽、流泪、畏光、结膜炎和麻疹黏膜斑。麻疹黏膜斑在两颊黏膜上，相对下磨牙处及唇内侧面，呈沙粒大小，灰白色斑点，是早期诊断的主要依据。

(2) 出疹期：发热 3~4 日后出现皮疹，持续 3~5 日。皮疹特点为先见于耳后、发际、颈部、面部、躯干、四肢，最后达至手掌和足底，同时全身症状加重。体温高热不退，咳嗽加重。

(3) 恢复期：出疹 3~5 日后，发热渐退，皮疹按出疹顺序逐渐消退，出疹部位有糠麸样脱屑和棕色瘢痕色素沉着，1~2 周后可完全消失。

3. 并发症常见的并发症有肺炎、中耳炎、喉炎、心肌炎、脑炎。肺炎可以由麻疹病毒本身引起，为间质性病变，亦可继发细菌感染的支气管肺炎。喉炎和支气管炎亦常见，可为麻疹病毒所致。呼吸道并发症多发生在麻疹的极期。麻疹较其他出疹性疾病更易发生神经系统的并发症，可出现在出疹前、出疹后，甚至恢复期；麻疹病毒可直接侵犯脑组织或神经组织，从而出现神经系统症状、体征，病情与麻疹轻重无关。心肌炎是少见的严重并发症，但一过性心电图改变常见。(2023 此段删除)

4. 辅助检查

(1) 血常规：白细胞总数减少，淋巴细胞相对增多。并发细菌感染时白细胞总数和中性粒细胞均增高。

(2) 前驱期鼻黏膜涂片可见多核巨细胞，免疫荧光法测定麻疹病毒特异性抗体阳性，具有早期诊断价值。

(3) 血清麻疹病毒抗体测定或双份血清抗体 ≥ 4 倍升高，有助于诊断。

(4) 疑有肺部病变时应作胸部 X 线检查；疑有心脏病变时应作心电图检查；疑有神经系统病变应作脑脊液检查。

5. 鉴别诊断发热出疹在儿科常见，应根据流行病学、临床表现、发热与皮疹的关系、皮疹的特征及相关的检查结果进行鉴别诊断。幼儿急疹一般热退后疹出；风疹和肠道病毒感染的皮疹没有麻疹明显，发热和病情较轻；猩红热为小红丘疹，似“鸡皮样”；药疹一般为服用某种药物后发生，停药后皮疹消退；对于不典型麻疹，皮疹轻，鉴别诊断确实存在一定困难。(2023 此段删除)

【处理要点】目前对麻疹病毒无特效抗病毒药物。无并发症者无需住院，给予对

症治疗，如高热时可适当给予退热剂，烦躁时可应用镇静剂，入量不足时可适当给予静脉补充液体。有并发症时应住院，针对并发症给予相应治疗。

2023:

【诊断要点】

1. 流行病学麻疹以冬春季节发病为多，潜伏期 6~18 日，患者是唯一传染源。患者在潜伏期末 2~3 日至出疹后 5 日内均有传染性，如并发肺炎，则延至出疹后 10 日。

2. 临床表现

(1) 前驱期：出疹前 3~4 日出现发热、流涕、咳嗽、流泪、畏光、结膜炎和麻疹黏膜斑。麻疹黏膜斑在两颊黏膜上，相对下磨牙处及唇内侧面，呈沙粒大小，灰白色斑点，是早期诊断的主要依据。

(2) 出疹期：发热 3~4 日后出现皮疹，持续 3~5 日。皮疹特点为先见于耳后、发际，渐及颈部、面部，自上而下蔓延至躯干、四肢，最后达至手掌和足底，皮疹初为红色斑丘疹，呈充血性，疹间可见正常皮肤，不伴痒感以后部分融合成片，颜色加深呈暗红。同时全身症状加重。体温高热不退，咳嗽加重，伴嗜睡或烦躁不安，重者有谵妄、抽搐。

(3) 恢复期：出疹 3~4 日后，发热渐退，皮疹按出疹顺序逐渐消退，出疹部位有糠麸样脱屑和棕色瘢痕色素沉着，7~10 日后可完全消失。

3. 辅助检查

(1) 血常规：白细胞计数减少，淋巴细胞相对增多。并发细菌感染时白细胞计数和中性粒细胞均增高。

(2) 前驱期鼻黏膜涂片可见多核巨细胞，免疫荧光法测定麻疹病毒特异性抗体阳性，具有早期诊断价值。

(3) 血清麻疹病毒抗体测定或双份血清抗体 ≥ 4 倍升高，有助于诊断。

(4) 疑有肺部病变时应作胸部 X 线检查；疑有心脏病变时应作心电图检查；疑有神经系统病变应作脑脊液检查。

【处理要点】目前对麻疹病毒无特效抗病毒药物。无并发症者无需住院，给予对

症治疗，如高热时可适当给予退热剂，烦躁时可应用镇静剂，**频繁剧咳可应用镇咳剂或雾化吸入**，入量不足时可适当给予静脉补充液体。有并发症时应住院，针对并发症给予相应治疗。

三、风疹

鉴别诊断 **2023 年删**

2022:

4. 鉴别诊断幼儿急疹具有高热和高热骤退时出疹而高热时无症状和体征的特点，据此可与风疹相鉴别。传染性单核细胞增多症可见皮疹，淋巴结肿大，末梢血中有异常淋巴细胞可与风疹鉴别。药疹与风疹很难鉴别，特征性的淋巴结肿大支持风疹的诊断。

2023:

删除此段

五、水痘

并发症 **2023 年删**

鉴别诊断 **2023 年删**

实验室检查 **2023 年增**

2022: **删除这两段**

3. 并发症一般水痘并发症较少。但应注意继发皮肤细菌感染；水痘脑炎可出现在出疹后或出疹前，临床表现与一般脑炎相似；水痘肺炎多发生在免疫缺陷的患者，于正常小儿少见；其他少见的并发症还有肝炎、关节炎、血小板减少性紫癜等；尚有水痘患儿并发瑞氏综合征的报告。

4. 鉴别诊断脓疱病，皮肤皮疹为化脓性疱疹，尤其是水痘皮疹继发细菌感染时更要与此症鉴别。手足口病，为肠道病毒柯萨奇 A 型病毒所致，手、足、臀部及四肢可见比较坚实的丘疹和疱疹，口腔黏膜也可见疱疹和溃疡。丘疹样荨麻疹，皮疹呈红丘疹，无水疱和疱疹结痂过程。

2023: **增加一段**

3. 实验室检查

(1) 外周血白细胞计数：白细胞总数正常或稍低。

(2) 疱疹刮片：刮取新鲜疱疹基底组织和疱疹液涂片，瑞氏染色见多核巨细胞；苏木素-伊红染色可查到细胞核内包涵体。亦可取疱疹液直接荧光抗体染色查病毒抗原。

(3) 病毒分离。

(4) 血清学检查：血清水痘病毒特异性 IgM 抗体检测，可帮助早期诊断。

六、流行性腮腺炎

【诊断要点】【实验室检查】【处理要点】2023 年变、删

2022:

1. 流行病学流行性腮腺炎通过飞沫传播，患者和隐性感染者为传染源。人群对本病普遍易感，多发生于学龄前和学龄期儿童。潜伏期 14~21 日，腮腺肿大前 6 日至肿大后 9 日之内均有传染性。全年可发病，以冬春季为高发期。

2. 临床表现腮腺肿大前常有不同程度的发热、头痛、全身不适等前驱症状；腮腺肿大可先一侧而后波及对侧，或可双侧同时肿大，也可一侧肿大；可以颌下腺肿大为主；腮腺肿大以耳垂为中心，呈弥漫性，边缘不清，坚韧有弹性，表面皮肤不红肿，有疼痛和触痛，张口、咀嚼或进食酸性食物时疼痛加重。腮腺管口（位于上颌第 2 磨牙相对的颊黏膜上）红肿、突起，有助于诊断。腮腺肿大 8~10 日后消退。

3. 并发症脑膜脑炎常见于腮腺肿大前或腮腺肿大消退后 2 周，临床表现为发热、头痛、呕吐，可以有或没有脑膜刺激症状，脑脊液呈无菌性脑膜炎改变，预后良好。睾丸炎多发性在青少年，多为单侧，伴有发热、局部红肿热痛，双侧可影响生育能力；女孩可见卵巢炎。合并胰腺炎时，可有腹泻、发热、呕吐、腹痛和上腹压痛。

4. 实验室检查血常规检查，白细胞总数可正常，偏低或偏高；血清淀粉酶测定值可轻或中度升高。

5. 鉴别诊断急性化脓性腮腺炎，多由金黄色葡萄球菌感染所致，患儿可有高热，

腮腺部位红 肿，压痛，挤压后可见腮腺口处有脓液流出；急性淋巴结炎，耳后、颈浅上和下颌角淋巴结发炎肿大， 伴有周围组织水肿时应与腮腺炎相鉴别。

（2023 此段删除）

【处理要点】. 本病为自限性疾病，主要是对症治疗，可服用板蓝根冲剂。

2023:

1. 流行病学流行性腮腺炎通过飞沫传播，患者和隐性感染者为传染源。人群对本病普遍易感，多发生于学龄前和学龄期儿童。潜伏期 14~25 日，腮腺肿大前 6 日至肿大后 9 日之内均有传 染性。全年可发病，以冬春季为高发期。

2. 临床表现腮腺肿大前常有不同程度的发热、头痛、全身不适等前驱症状；腮腺肿大可先一侧 而后波及对侧，或可双侧同时肿大，也可一侧肿大；可以以颌下腺肿大为主；腮腺肿大以耳垂为中 心，呈弥漫性，边缘不清，坚韧有弹性，表面皮肤不红肿，有疼痛和触痛，张口、咀嚼或进食酸性食物时疼痛加重。腮腺管口（位于上颌第 2 磨牙相对的颊黏膜上）红肿、突起，有助于诊断。腮腺肿大可持续 5 日左右逐渐消退。

3. 实验室检查血常规检查，白细胞计数可正常，偏低或偏高；血清淀粉酶测定值可轻度或中 度升高。于病程早期，自唾液、血液、脑脊液、尿液标本中分离出腮腺炎病毒，可以确诊。

【处理要点】本病为自限性疾病，主要是对症治疗，可服用板蓝根冲剂。对高热、头痛和并发 睾丸炎者可予解热止痛药物。睾丸肿痛时可用丁字带托起。发病早期可使用利巴韦林 10~15mg/（kg·d）。对重症患者可短期使用肾上腺皮质激素治疗，疗程 3~5 日。

七、猩红热

【诊断要点】

并发症、鉴别诊断：2023 年删

2022:

3. 并发症在猩红热急性期可并发心肌炎，在恢复期可并发急性肾小球肾炎。高度

怀疑有并发症存在可做心电图或尿常规检查。

5. 鉴别诊断要与麻疹等出疹性传染病相鉴别。金黄色葡萄球菌引起的猩红热样皮疹，持续时间短，皮疹消退后无脱屑，全身症状无减轻，可找到感染病灶，细菌培养为金黄色葡萄球菌。

2023:

删除这两段

第十二章 眼科疾病

第一节 屈光不正

一、近视

【概述】

2023 年变

2022:

根据近视度数的不同,可分为轻度近视(小于 $-3.00D$)、中度近视($-3.00D\sim-6.00D$)和高度近视(大于 $-6.00D$)三种。依据近视眼的进展情况和有无眼底病变,又分为单纯性近视和病理性(变性)近视,后者又称为恶性近视或变性近视。

2023:

根据近视度数的不同,可分为轻度近视(小于 $-3.25D$)、中度近视($-3.25D\sim-6.00D$)和高度近视(大于 $-6.00D$)三种。依据近视眼的进展情况和有无眼底病变,又分为单纯性近视和病理性近视,后者又称为恶性近视或变性近视。

【诊断要点】

3. 眼位 2023 年变

2022:

3. 眼位 近视眼患者视近时不需调节,久之集合功能减弱,易发生外隐斜或外斜视。

2023:

3. 眼位 近视眼患者视近时不用或少用调节,久之集合功能减弱,易发生外隐斜或外斜视。

二、远视

【概述】2023 年变

2022:

根据远视度数的不同，分为轻度远视（小于+3.00D）、中度远视（+3.00D~+6.00D）和高度远视（大于+6.00D）。轻度远视多与发育有关，中度和高度远视常与遗传有关。远视度数较高者易诱发弱视。

2023:

根据远视度数的不同，分为轻度远视（ $\leq +3.00D$ ）、中度远视（+3.25D~+5.00D）和高度远视（ $> +5.00D$ ）。轻度远视多与发育有关，中度和高度远视常与遗传有关。远视度数较高者易诱发弱视。

三、散光

【概述】2023 年变

2022

【概述】散光是由于眼球各子午线屈折力不同，眼睛在不用调节时，平行光线进入眼睛后不能在视网膜上形成焦点和清晰的图像，因此远、近视力均不正常，并常有重影、视物模糊和视力疲劳感。根据其发生机制的不同，分为弯曲性散光和指数性散光。前者多由于角膜弯曲度改变引起，如圆锥角膜、角膜变性以及眼部手术等；指数性散光则是由于晶状体各部分的屈光指数异常所致。根据各个子午线弯曲程度一致与否，又分为规则散光和不规则散光两类。规则散光是指屈光力最大的和最小的两个子午线相互垂直，可用镜片矫正，多见于先天发育异常、白内障手术后或角膜移植手术后。在规则散光中依据其屈光状态，分为单纯远视散光、单纯近视散光、复性远视散光（两个垂直子午线远视度数不同）、复性近视散光（两个垂直子午线近视度数不同）和混合散光（一子午线为远视，另一子午线为近视）等。不规则散光则表现为各个子午线的弯曲度不相同，难以用镜片矫正，如角膜斑翳、圆锥角膜等，有时眼部手术也可引起不规则散光。

2023

【概述】散光是由于眼球各子午线屈折力不同，眼睛在不用调节时，平行光线进入眼睛后不能在视网膜上形成焦点和清晰的图像，因此远、近视力均不正常，并常有重影、视物模糊和视力疲劳感。根据其发生机制的不同，分为弯曲性散光和指数性散光。前者多由于角膜弯曲度改变引起，如圆锥角膜、角膜变性以及眼部手术等；指数性散光则是由于晶状体各部分的屈光指数异常所致。两条主子午线的位置关系又分为规则散光和不规则散光两类。规则散光是指屈光力最大的和最小的两个子午线相互垂直，可用镜片矫正，多见于先天发育异常、白内障手术后或角膜移植手术后。在规则散光中依据其屈光状态，分为单纯远视散光、单纯近视散光、复性远视散光（两个垂直子午线远视度数不同）、复性近视散光（两个垂直子午线近视度数不同）和混合散光（一子午线为远视，另一子午线为近视）等。不规则散光则表现为各个子午线的弯曲度不相同，最大子午线与最小子午线不相互垂直，难以用镜片矫正，如角膜斑翳、圆锥角膜等，有时眼部手术也可引起不规则散光。

五、弱视

【概述】2023 年变

2022:

1. 斜视性弱视由于眼位偏斜，双眼不能对同一物体聚焦，大脑视皮质中枢就抑制由斜视眼传入的视觉冲动，久之导致弱视。
2. 屈光参差性弱视由于两眼屈光度相差较大，在两眼黄斑区形成的物像清晰度不同，融合困难，大脑皮质中枢只能抑制来自屈光不正较大侧眼的物像，日久发生弱视。
3. 形觉剥夺性弱视在婴幼儿时期由于角膜混浊、上睑下垂、先天性白内障等因素，使光线不能充分进入眼内，剥夺了该眼黄斑部接受正常光刺激的机会，视功能发育受到抑制而发生弱视。
4. 屈光不正性弱视由高度屈光不正者没有戴矫正眼镜所致，多见于高度远视或散光者。

2023:

1. 斜视性弱视由于眼位偏斜，双眼不能对同一物体聚焦，大脑视皮质中枢就抑制由斜视眼传入的视觉冲动，久之导致弱视，发生在单眼性斜视，一般最佳矫正视力下降。
2. 屈光参差性弱视由于两眼屈光度相差较大，在两眼黄斑区形成的物像大小及清晰度不等，融合困难，大脑皮质中枢只能抑制来自屈光不正较大侧眼的物像，日久发生弱视。
3. 形觉剥夺性弱视在婴幼儿时期由于角膜混浊、上睑下垂、先天性白内障等因素，使光线不能充分进入眼内，剥夺了该眼黄斑部接受正常光刺激的机会，视功能发育受到抑制而发生弱视。
4. 屈光不正性弱视由高度屈光不正者没有戴矫正眼镜所致，多见于高度远视或散光者，常为双侧性，两眼最佳矫正视力相等或相近。

七、老视

病名、【概述】2023 年变

2022:

七、老视眼

【概述】人的眼睛就像是一部能自动调节焦距的照相机，晶状体和睫状肌起着主要调节作用。看近时睫状肌收缩，晶状体悬韧带放松，晶状体变膨大，屈光力加大；看远时睫状肌放松，晶状体悬韧带收缩，晶状体变得平一点，屈光力减少。由于这种调节作用，使得远处或近处的物体均能清晰地成像于视网膜上。随着年龄的增长，晶状体逐渐硬化，睫状肌功能减退，导致调节能力逐渐下降，使得看近处物体的清晰度愈来愈差，近点逐渐远移，出现阅读或近距离工作困难，表现为近视力减退，阅读时常将目标放得远一些才能看清楚，这种现象称为老视眼，俗称老花眼。老视眼是人眼衰老的一种生理现象，依照原有屈光状态的不同，老视眼的开始时间也不尽相同。正视眼者发生老视眼的时间常始于40岁左右，远视者发生较早，近视者发生较晚。

2023:

七、老视

【概述】人的眼睛就像是一部能自动调节焦距的照相机，晶状体和睫状肌起着主要调节作用。看近时睫状肌收缩，晶状体悬韧带放松，晶状体变膨大，屈光力加大；看远时睫状肌放松，晶状体悬韧带收缩，晶状体变得平一点，屈光力减少。由于这种调节作用，使得远处或近处的物体均能清晰地成像于视网膜上。随着年龄的增长，晶状体逐渐硬化，弹性减弱，睫状肌功能减退，导致调节能力逐渐下降，使得看近处物体的清晰度愈来愈差，近点逐渐远移，出现阅读或近距离工作困难，表现为近视力减退，阅读时常将目标放得远一些才能看清楚，这种现象称为老视，俗称老花眼。老视是人眼衰老的一种生理现象，依照原有屈光状态的不同，老视的开始时间也不尽相同。正视眼者发生老视的时间常始于40岁左右，远视者发生较早，近视者发生较晚。

第二节 感染性眼病

一、睑腺炎症

【概述】2023年变

2022:

【概述】眼睑位于眼球表面，构成眼球的天然保护屏障。眼睑内富含腺体，主要有睫毛汗腺

(Moll腺)、睫毛毛囊的皮脂腺(Zeis腺)和深层的睑板腺。Moll腺和Zeis腺位于眼睑睫毛囊附近，开口于睑缘睫毛毛囊处，微生物通过开口处进入腺体，引起急性或慢性炎症，称之为外睑腺炎，又称麦粒肿。睑板腺位于睑板组织深处，开口于睑缘处，微生物感染后引起内睑腺炎。如果睑腺组织内分泌物滞留，引起腺体肿大，称为睑板腺囊肿，又称为霰粒肿。

2023:

【概述】眼睑位于眼球表面，构成眼球的天然保护屏障。眼睑内富含腺体，主要有睫毛汗腺

(Moll腺)、睫毛毛囊的皮脂腺(Zeis腺)和深层的睑板腺。Moll腺和Zeis腺位于眼睑睫毛囊附近，开口于睑缘睫毛毛囊处，微生物通过开口处进入腺体，引起急性或慢性炎症，称之为外睑腺炎，又称麦粒肿。睑板腺位于睑板组织深处，

开口于睑缘处，微生物感染后引起内睑腺炎。**眼睑炎是眼睑腺体的一种急性化脓性炎症，通常将眼睑炎称为麦粒肿**，如果睑腺组织内分泌物潴留，引起腺体肿大，称为睑板腺囊肿，又称为霰粒肿。

二、睑缘炎

【处理要点】

3. 眦部睑缘炎 **2023 年变**

2022:

3. 眦部睑缘炎用 0.5%硫酸锌点眼，可阻止摩-阿氏双杆菌产生的蛋白溶解酶侵蚀组织。局部再涂以抗生素药或黄降汞眼膏治疗。口服复合维生素 B 有助于恢复。

2023:

3. 眦部睑缘炎用 0.5%硫酸锌点眼，可阻止摩-阿氏双杆菌产生的蛋白溶解酶侵蚀组织。局部再涂以抗生素药或黄降汞眼膏治疗。口服复合**维生素 B 或 B12** 有助于恢复。

三、急性流行性出血性结膜炎

【诊断要点】 **2023 年变**

2022:

1. 起病急速，潜伏期短；在接触传染源后，可在 24~48 小时内发病。常为双眼先后或同时发病。主诉有剧烈异物感、流泪、畏光和眼痛等症状。

2023:

1. 起病急速，潜伏期短；在接触传染源后，可在 **18~48** 小时内发病。常为双眼先后或同时发病。主诉有剧烈异物感、流泪、畏光和眼痛等症状。

六、单纯疱疹病毒性角膜炎

【概述】 **2023 年变**

2022:

【概述】感染性角膜疾病是常见的致盲性眼病，细菌、病毒、真菌等微生物均可引起角膜的感染。其中以单纯疱疹病毒性角膜炎最为常见，并呈逐年上升趋势。

病原体是单纯疱疹病毒 I 型，临床特点为反复发作、病程长、治疗反应差和致盲率高。人类单纯疱疹病毒感染分为原发感染和复发感染，前者常见于婴幼儿，表现为全身发热，耳前淋巴结肿大，眼睑水肿，口唇疱疹，结膜充血，角膜表面水疱或树枝状溃疡，痊愈后病毒终生潜伏于人体内，伺机复发。复发感染常由于发热、疲劳或紫外线照射等诱发，表现为典型的病毒性角膜炎改变，如浅层树枝状或地图状角膜炎，深层的角膜基质炎或前葡萄膜炎等。

2023:

【概述】感染性角膜疾病是常见的致盲性眼病，细菌、病毒、真菌等微生物均可引起角膜的感染。其中以单纯疱疹病毒性角膜炎最为常见，并呈逐年上升趋势。病原体眼部和口唇多数为单纯疱疹病毒 I 型 (HSV-1)，少数为单纯疱疹病毒 II 型 (HSV-2)，临床特点为反复发作、病程长、治疗反应差和致盲率高。人类单纯疱疹病毒感染分为原发感染和复发感染，前者常见于婴幼儿，表现为全身发热，耳前淋巴结肿大，眼睑水肿，口唇疱疹，结膜充血，角膜表面水疱或树枝状溃疡，痊愈后病毒终生潜伏于人体内，伺机复发。复发感染常由于发热、疲劳或紫外线照射等诱发，表现为典型的病毒性角膜炎改变，如浅层树枝状或地图状角膜炎，深层的角膜基质炎或前葡萄膜炎等。

第三节 青光眼

国内健康人的平均眼压 2023 年变

2022:

国内健康人的平均眼压为 16mmHg，正常范围是 10~21mmHg (1mmHg=0.133kPa)。

2023:

国内健康人的平均眼压为 15.8mmHg，标准差 2.6mmHg。

一、闭角型青光眼

【概述】2023 年变

2022

【概述】闭角型青光眼是由于周边虹膜阻塞了小梁网，使房水外流受阻，引起眼压升高。在临床上分为急性和慢性闭角型青光眼 2 种，其中以急性闭角型青光

眼最为常见。

2023

【概述】闭角型青光眼是由于周边虹膜阻塞了小梁网，**或与小梁产生永久性粘连，使房水外流受阻，引起眼压升高。**在临床上分为急性和慢性闭角型青光眼 2 种，其中以急性闭角型青光眼最为常见。

第四节 白内障

2. 膨胀期 **2023 年变**

2022:

2. 膨胀期 晶状体混浊逐渐加重，视力有一定减退；由于晶状体肿胀，致使前房变浅，有青光眼体质者，易诱发青光眼急性发作。

2023:

2. 膨胀期 晶状体混浊逐渐加重，视力有一定减退；由于晶状体肿胀，致使前房变浅，**有闭角型**青光眼体质者，易诱发青光眼急性发作。

第五节 眼部化学性烧伤与异物伤

一、眼部化学性烧伤

【概述】 **2023 年变**

2022

【概述】为常见的眼科急症，主要由于眼部意外接触化学物品的溶液、粉尘或气体所致，主要受累组织有眼睑、结膜和角膜。酸性物质对蛋白质有凝固作用，能阻止酸性物质继续向深层眼组织渗透；碱性物质能溶解脂肪和蛋白质，使组织分解坏死，很快向深层组织渗透，所以碱性烧伤的后果很严重。

2023

【概述】为常见的眼科急症，主要由于眼部意外接触化学物品的溶液、粉尘或气体所致，主要受累组织有眼睑、结膜和角膜。**酸性物质对蛋白质有凝固作用，浓度较低时，仅有刺激作用；强酸能够使组织蛋白凝固坏死，凝固蛋白气道屏障作用，能阻止酸性物质继续向深层眼组织渗透；**碱性物质能溶解脂肪和蛋白质，使组织分解坏死，很快向深层组织渗透，所以碱性烧伤的后果很严重。

【处理要点】 2023 年变、增（增加 6-7 条）

2022:

【处理要点】

1. 立即在现场利用自来水或生理盐水进行彻底冲洗，在冲洗时应翻转眼睑，转动眼球，力求将结膜囊内的化学物质彻底清除。

2. 条件允许时采用中和法冲洗，即碱性烧伤时采用 3%硼酸水冲洗，酸性烧伤时采用 2%苏打水冲洗。碱烧伤患者局部应用维生素 C，可促进角膜胶原合成；每次结膜下注射 2ml，每日 1~2 次。或口服维生素 C，每次 100~200mg，3 次/d。

3. 应用 1%阿托品眼膏散瞳。

4. 眼局部或全身应用糖皮质激素，以抑制炎症反应和新生血管形成。

5. 病情较重者，应请专科医师诊治。

2023:

【处理要点】

1. 立即在现场利用自来水或生理盐水进行彻底冲洗，在冲洗时应翻转眼睑，转动眼球，力求将结膜囊内的化学物质彻底清除。

2. 条件允许时采用中和法冲洗，即碱性烧伤时采用 3%硼酸水冲洗，酸性烧伤时采用 2%苏打水冲洗。碱烧伤患者局部应用维生素 C，可促进角膜胶原合成；每次结膜下注射 2ml，1~2 次/d。或口服维生素 C，每次 100~200mg，3 次/d。

3. 应用 1%阿托品眼膏散瞳。

4. 眼局部或全身应用糖皮质激素，以抑制炎症反应和新生血管形成。但在伤后 2~3 周，角膜有溶解作用，应停用。

5. 病情较重者，应请专科医师诊治。

6. 局部或联合全身应用抗生素控制感染。

7. 2 周内都应该使用降眼压药。

三、眼部异物伤

【处理要点】 2023 年变

2022:

1. 结膜异物 翻转眼睑，用生理盐水棉棒拭去异物，并点抗生素眼药水预防感染。

2023:

1. 结膜异物 表面麻醉剂滴眼后，翻转眼睑，用生理盐水棉棒拭去异物，或结膜囊冲洗并点抗生素眼药水预防感染。

第六节 眼底病

二、糖尿病视网膜膜病变

2023 年增

增加表 12-2、12-3

表 12-2 糖尿病性视网膜膜病变的临床分期

病变	严重程度	眼底表现
非增生型(单纯性)	I	以后极部为中心,出现微血管瘤和小出血点
	II	出现黄白色硬性渗出及出血斑
	III	出现白色棉绒斑和出血斑
增生型	IV	眼底有新生血管或并有玻璃体积血
	V	眼底新生血管和纤维增殖
	VI	眼底新生血管和纤维增殖,并发牵拉性视网膜脱离

表 12-3 糖尿病性视网膜膜病变国际临床分级标准(2002 年)

病变严重程度	散瞳眼底检查所见
无明显视网膜病变	无异常
轻度 NPDR	仅有微血管瘤
中度 NPDR	微血管瘤,存在轻于重度 NPDR 的表现 出现下列任一改变,但无 NPDR 的表现
重度 NPDR	①任一象限中有多于 20 处视网膜内出血 ②在 2 个以上象限有静脉串珠样改变 ③在 1 个以上象限有显著的视网膜内微血管异常
PDR	出现以下一种或多种改变:新生血管形成,玻璃体积血或视网膜前出血
糖尿病性黄斑水肿分级	
无明显糖尿病性黄斑水肿	后极部无明显视网膜增厚或硬性渗出
轻度糖尿病性黄斑水肿	后极部存在部分视网膜增厚或硬性渗出,但远离黄斑中心
中度糖尿病性黄斑水肿	视网膜增厚或硬性渗出接近黄斑但未涉及黄斑中心
重度糖尿病性黄斑水肿	视网膜增厚或硬性渗出涉及黄斑中心

NPDR:非增生型糖尿病性视网膜膜病变;PDR:增生型糖尿病性视网膜膜病变

【处理要点】

3. 激光疗法

2022:

3. 激光疗法周边部视网膜出现缺血性改变时，考虑激光光凝治疗，目的是破坏患病的视网膜组织，阻止视网膜病变恶化。根据具体病变程度，分别采用全视网膜光凝或黄斑部格栅状光凝治疗。

2023:

3. 激光疗法周边部视网膜出现缺血性改变时，考虑激光光凝治疗，目的是破坏患病的视网膜组织，阻止视网膜病变恶化。根据具体病变程度，**重度非增殖型糖尿病视网膜病变（NPDR）和增生型糖尿病视网膜病变（PDR）**可选用全视网膜光凝，如有黄斑水肿，对于局部黄斑水肿，可行局部光凝，对于弥漫性、囊性黄斑水肿可行黄斑部格栅状光凝。

三、视网膜动脉阻塞

【概述】2023 年增

2022:

【概述】视网膜动脉是视网膜内层营养的唯一来源，由于该动脉属于终末动脉，分支间无吻合，一旦阻塞，其供应区视网膜发生急性缺氧，造成视功能严重损害。本病多发生于伴有心血管病的中、老年人。发病急骤，多为单眼发病，男性略多于女性。主要相关因素有动脉血栓形成（胆固醇栓子、血小板栓子、钙化栓子或脂肪栓子等）、视网膜动脉硬化或痉挛、动脉炎症、血液黏稠度升高等。根据阻塞部位的不同，临床上可分为视网膜中央动脉阻塞、视网膜分支动脉阻塞和视网膜睫状动脉阻塞。

2023:

【概述】视网膜动脉是视网膜内层营养的唯一来源，由于该动脉属于终末动脉，分支间无吻合，一旦阻塞，其供应区视网膜发生急性缺氧，造成视功能严重损害。本病多发生于伴有心血管病的中、老年人。发病急骤，多为单眼发病，男性略多于女性。主要相关因素有动脉血栓形成（胆固醇栓子、血小板栓子、钙化栓子或脂肪栓子等）、视网膜动脉硬化或痉挛、动脉炎症、血液黏稠度升高等。根据阻塞部位的不同，临床上可分为视网膜中央动脉阻塞、视网膜分支动脉阻塞和视网膜睫状动脉阻塞、**视网膜毛细血管前微动脉阻塞、视网膜中央动脉慢性供血不足。**

四、视网膜静脉阻塞

【处理要点】2023年变

2022:

1. 抗凝血药可首选纤溶制剂，例如尿激酶、链激酶、纤维蛋白溶酶、蛇毒抗栓酶等。抗血小板凝集剂有阿司匹林肠溶片或潘生丁。

2023:

1. 目前无有效的药物治疗，不宜用止血剂、抗凝剂及血管扩张剂，应查找全身病因，治疗系统性疾病。

第十三章 耳鼻咽喉科疾病

第一节 耳部疾病

一、外耳道炎

【概述】2023年删

【病因】2023年删

2022:

【概述】外耳道炎包括局限性和弥漫性两种。局限性外耳道炎又称外耳道疔，为外耳道软骨段的皮肤、皮脂腺、毛囊的局限性感染，常为单发，亦可多发，夏季较常见，常见于儿童和青少年，糖尿病患者发病率高。弥漫性外耳道炎简称外耳道炎，系外耳道皮肤的非特异性炎症。多发于夏秋季节。

病因

(1) 外耳道疔为金黄色葡萄球菌感染所致；弥漫性外耳道炎的致病菌为金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、铜绿假单胞菌、变形杆菌以及病毒、真菌等。

(2) 外伤或不良的挖耳习惯致外耳道皮肤损伤，细菌入侵感染。

(3) 外耳道淋雨进水、游泳、洗澡进水、外耳道冲洗液、外耳道湿疹的渗液以及慢性中耳炎持续的脓液，长时间在外耳道滞留、浸泡。

(4) 高温、潮湿、外耳道狭窄、皮脂腺分泌过少、耵聍缺乏等，降低了外耳道抗感染能力。

(5) 糖尿病、慢性便秘、内分泌紊乱及身体衰弱者易患病。

2023:

删除此部分

【处理要点】2. 全身治疗 2023 年删

2022:

2. 全身治疗

(1) 口服头孢拉定，成人 0.5g，4 次/d，严重者可肌肉注射或静脉滴注抗生素。

(2) 耳痛严重者加服镇痛或镇静剂。

2023:

删除此部分

二、化脓性中耳炎

整体编辑顺序、内容等 2023 年变

2022:

【概述】化脓性中耳炎是中耳黏膜化脓性炎症。据其发病急缓和病程久暂等特点，将其分为 急性化脓性中耳炎和慢性化脓性中耳炎两种。

【病因】

(1) 急性化脓性中耳炎常是上呼吸道感染的并发症，可经鼓膜及血行感染致病，常见致病菌为 链球菌、葡萄球菌、肺炎球菌等。

(2) 慢性化脓性中耳炎多因急性化脓性中耳炎治疗不及时、不适当、不彻底，或鼻咽部邻近器 官的炎症病灶反复发作而引发。其致病菌以变形杆菌、铜绿假单胞菌多见，其次为金黄色葡萄球 菌、链球菌等。

【诊断要点】

1. 急性化脓性中耳炎诊断要点

(1) 近期感冒史，高热、寒战且有耳堵、头痛。

(2) 鼓膜充血、肿胀，或膨隆，或穿孔流脓。如穿孔小可有闪光搏动性溢脓——灯塔征。流脓 后耳痛减轻。

(3) 听力检查可发现传导性耳聋。

(4) 伴急性乳突炎者，乳突区可有红肿压痛。

2. 慢性化脓性中耳炎的诊断要点

(1) 症状包括耳溢液，为间断性，或长期持续不停，为黏液脓，或稀薄或黏稠。听力损失程度不等，部分患者可出现耳鸣。

(2) 检查可发现鼓膜穿孔，纯音听力测试示传导性或混合性听力损失。颞骨高分辨率 CT 扫描提示炎症主要局限于鼓室或可见黏膜增厚、肉芽生长等病损。

(3) 胆脂瘤型：①持续性耳流臭脓、鼓膜松弛部边缘性穿孔、穿孔内可见白色鳞片状物，有的可见外耳道后上壁塌陷；②听力为传导性聋，晚期可为混合性聋；③可伴患侧头痛、头晕；④影像学检查示鼓室及乳突区有边缘整齐锐利的透光区——胆脂瘤空洞；⑤胆脂瘤破坏邻近组织，可导致颅内外并发症。

3. 急、慢性中耳炎的主要并发症

(1) 耳后骨膜下脓肿：①长期耳流脓史，近期出现耳痛，耳流脓减少或增加；②乳突区皮肤软组织红肿，压痛，并有波动感。

(2) 迷路炎：①慢性化脓性中耳乳突炎病史；②头晕、视物旋转、恶心、呕吐、平衡失调；③瘘管试验可为阳性；④听力下降明显，常为感音神经性聋。

(3) 面神经麻痹：①慢性中耳乳突炎病史；②患侧面部运动功能障碍，患侧眼睑不能闭合且鼻唇沟消失，龇牙时口角偏向健侧，患侧无额纹；③影像学检查示乳突骨质破坏。

(4) 耳源性脑膜炎：①急、慢性化脓性中耳乳突炎病史；②头痛、高热寒战、烦躁不安、恶心、呕吐、谵语、昏迷、抽搐；③颈强直，病理反射克尼格征、巴氏征阳性；④腰穿脑脊液压力升高、混浊，细胞数增多，以多形核白细胞为主；脑脊液生化检查，糖含量降低，蛋白含量增高，氯化物减少。细菌培养可为阳性。

(5) 耳源性脑脓肿：①继发于胆脂瘤型中耳乳突炎；②患者畏寒、发热、头痛、恶心、呕吐、精神不振、表情淡漠，乃至昏迷，脉搏迟缓，与体温的升高不一致；③腰穿压力增高，视神经盘水肿；④颞叶脓肿者可出现对侧偏瘫、感觉性失语症或命名性失语症；⑤小脑脓肿者可出现肌张力消失，共济失调，眩晕，恶心，呕吐，中枢性眼颤；⑥头颅 CT 和 MRI 可明确脑脓肿的诊断和部位。

【处理要点】

1. 急性化脓性中耳炎处理要点 (1) 全身应用足量抗菌药物。

(2) 局部先用 3%双氧水清洗净外耳道脓液，然后再应用抗菌药物消炎滴耳剂，如环丙沙星滴耳剂、氧氟沙星滴耳剂。

(3) 1%麻黄素生理盐水滴鼻，以减轻咽鼓管咽口肿胀，以利于咽鼓管的通气引流。

2. 慢性化脓性中耳炎处理要点原则为控制感染，通畅引流，清除病灶，恢复听力，消除病因。

(1) 药物治疗，引流通畅者，以局部用药为主，炎症急性发作时，宜全身应用抗生素。

(2) 手术治疗，中耳有肉芽或息肉，或耳镜下虽未见明显肉芽或息肉，而经正规药物治疗无效，CT 示乳突病变明显者，应作乳突开放+鼓室成形术，中耳炎症已完全吸收，遗留鼓膜紧张部中央性穿孔者，可行单纯鼓室成形术。

3. 对并发症的处理要点

(1) 对颅内外并发症处理原则是手术清除病灶，通畅引流，抗菌消炎加对症治疗，二期再做乳突根治中耳成形术。

(2) 对耳源性化脓性脑膜炎的处理原则是，在足量抗菌药物控制下，乳突探查术加支持治疗，注意水、电解质平衡。二期再行乳突根治中耳成形术。

(3) 对耳源性脑脓肿的处理原则是，首先与颅脑外科合作处理脑脓肿；控制颅内压高（降颅内压），在大量抗菌药物控制下，再择期行乳突探查清除病灶，通畅引流，行乳突根治鼓室成形术。

【健康指导】

1. 加强身体锻炼，增强体质，防止上呼吸道感染，及时治疗邻近器官病灶；鼓膜外伤穿孔时禁止耳内滴药或进水及污物是防止急性化脓性中耳炎的重要措施。

2. 慢性化脓性中耳炎可引发严重的颅内外并发症（如耳后骨膜下脓肿、迷路炎、侧窦周围炎和脓肿、脑膜炎、脑脓肿等），故及时适当的治疗是十分必要的。

2023:

【概述】化脓性中耳炎是中耳黏膜化脓性炎症。据其发病急缓和病程久暂等特点，将其分为

急性化脓性中耳炎和慢性化脓性中耳炎两种。**慢性化脓性中耳炎临床类型分为单**

纯型、骨疡型和胆脂瘤型。

【病因】

(1) 急性化脓性中耳炎常是上呼吸道感染的并发症，可经鼓膜及血行感染致病，常见致病菌为链球菌、**流感嗜血杆菌**、葡萄球菌、肺炎球菌等。

(2) 慢性化脓性中耳炎多因急性化脓性中耳炎治疗不及时、不适当、不彻底，或鼻咽部邻近器官的炎症病灶反复发作而引发。其致病菌以变形杆菌、铜绿假单胞菌多见，其次为金黄色葡萄球菌、链球菌等。

【诊断要点】

急性化脓性中耳炎诊断要点

(1) 近期有感冒史，高热、寒战且有耳堵、头痛。

(2) 鼓膜充血、肿胀，或膨隆，或穿孔流脓。如穿孔小可有闪光搏动性溢脓—灯塔征。流脓后耳痛减轻。

(3) 听力检查可发现传导性耳聋。鼓膜穿孔排脓后耳聋反而减轻。

(4) 伴急性乳突炎者，乳突区可有红肿压痛。

【处理要点】

1. 急性化脓性中耳炎处理要点 (1) 全身应用足量抗菌药物。

(2) 局部：鼓膜穿孔后先用 3%双氧水清洗净外耳道脓液，然后再应用抗菌药物消炎滴耳剂，如环丙沙星滴耳剂、氧氟沙星滴耳剂。

(3) 1%麻黄素生理盐水滴鼻，以减轻咽鼓管咽口肿胀，以利于咽鼓管的通气引流。

2. 慢性化脓性中耳炎处理要点原则为控制感染，通畅引流，清除病灶，恢复听力，消除病因。

(1) 药物治疗，引流通畅者，以局部用药为主，炎症急性发作时，宜全身应用抗生素。

(2) 手术治疗，中耳有肉芽或息肉，或耳镜下虽未见明显肉芽或息肉，而经正规药物治疗无效，CT 示乳突病变明显者，应作乳突开放+鼓室成形术，中耳炎症已完全吸收，遗留鼓膜紧张部中央性穿孔者，可行单纯鼓室成形术。

3. 并发症处理要点

(1) 对颅内外并发症处理原则是手术清除病灶，通畅引流，抗菌消炎加对症治

疗，二期再行乳突根治中耳成形术。

(2) 对耳源性化脓性脑膜炎的处理原则是，在足量抗菌药物控制下，乳突探查术加支持治疗，注意水、电解质平衡。二期再行乳突根治中耳成形术。

(3) 对耳源性脑脓肿的处理原则是，首先与颅脑外科合作处理脑脓肿，控制颅内压高(降颅内压)，在大量抗菌药物控制下，再择期行乳突探查清除病灶，通畅引流，行乳突根治鼓室成形术。

【预防】普及有关正确擤鼻涕及哺乳的卫生知识；积极防治上呼吸道感染和呼吸道传染病；有鼓膜穿孔或鼓室置管者避免参加游泳等可能导致耳内进水的活动。

【健康指导】

加强身体锻炼，增强体质，防止上呼吸道感染，及时治疗邻近器官病灶，鼓膜外伤穿孔时禁止耳内滴药或进水及污物是防止急性化脓性中耳炎的重要措施。

三、梅尼埃病

整体编辑顺序、内容等 2023 年变、删

2022

【概述】梅尼埃病又称膜迷路积水，系内耳膜迷路水肿导致的以发作性眩晕、波动性耳聋和耳鸣为主要表现的内耳疾病。一般为单耳发病，青壮年多见。

梅尼埃病的病因不明，可能与先天性内耳异常、自主神经功能紊乱、病毒感染、变态反应、内分泌紊乱、盐和水代谢失调等有关。目前普遍认为内淋巴回流受阻或吸收障碍是主要的致病原因，如内淋巴管狭窄或堵塞；自主神经功能紊乱可致内耳小血管痉挛，导致迷路微循环障碍，组织缺氧，内淋巴生化特性改变，渗透压增加而引起膜迷路积水。(2023 年删

)

【诊断要点】

1. 典型症状是发作性眩晕、波动性耳聋、耳鸣。

(1) 眩晕：特点是突然发作，剧烈眩晕，呈旋转性，即感到自身或周围物体旋转，头稍动即觉眩晕加重。同时伴有恶心、呕吐、面色苍白等自主神经功能紊乱症状。数小时或数天后眩晕减轻而渐消失。间歇期可数周、数月或数年，一般在间歇期内症状完全消失。

(2) 耳鸣：绝大多数病例在眩晕前已有耳鸣，但往往未被注意。耳鸣多为低频音，轻重不一。

一般在眩晕发作时耳鸣加剧。

(3) 耳聋：早期常不自觉，一般在发作期可感听力减退，多为一侧性。患者虽有耳聋但对高频音又觉刺耳，甚至听到巨大声音即感十分刺耳，此现象称重振。在间歇期内听力常恢复，但当再次发作时听力又下降，即出现一种特有的听力波动现象。晚期，听力可呈感音神经性聋。

(4) 其他：眩晕发作时或有患侧耳胀满感或头部沉重、压迫感。

2. 检查

(1) 前庭功能检查：发作时可见强弱不等的水平型或水平旋转型自发性眼震，前庭功能检查于反复发作后可见患侧前庭功能可能减退，亦可能表现正常或过敏。

(2) 听力检查：患侧常为感音神经性聋，早期听力以低频听力损失为主，屡发后高频听力也随之下降，晚期则高频听力下降明显；重振现象常是本病特点之一，即患耳响度的增加较声级的增加为快。

(3) 甘油试验：禁食2小时后，每公斤体重给予50%的甘油3ml，一次服下，服药前及服药后每小时做纯音测听1次，如为梅尼埃病，2~3小时后常可出现听力提高15dB以上，为阳性，同时其他症状也随之暂时改善。阳性有诊断意义，但阴性不排除本病。

(4) 耳蜗电图检查：SP/AP比值>40%者有临床意义。

【健康指导】

1. 患者应保持良好心态，注意劳逸结合。
2. 注意低盐饮食。
3. 疾病发作时应平卧，以避免发生危险。（2023年删）

2023

三、梅尼埃病

【概述】梅尼埃病又称膜迷路积水，系内耳膜迷路水肿导致的以发作性眩晕、波

动性耳聋和 耳鸣为主要表现的内耳疾病。一般为单耳发病，青壮年多见。

【诊断要点】

1. 典型症状是发作性眩晕、波动性耳聋、耳鸣及耳胀满感。

2. 检查

(1) 前庭功能检查：发作时可见强弱不等的水平型或水平旋转型自发性眼震，前庭功能检查于反复发作后可见患侧前庭功能可能减退，亦可能表现正常或过敏。

(2) 听力检查：患侧常为感音神经性聋，早期听力以低频听力损失为主，屡发后高频听力也随之下降，晚期则高频听力下降明显；重振现象常是本病特点之一，即患耳响度的增加较声级的增加为快。耳蜗电图检查：SP/AP>40%者有临床意义。

(3) 甘油试验：按 1.2~1.5g/kg 甘油加等量生理盐水或果汁空腹服下，服药前及服药后每小时做纯音测听 1 次，如为梅尼埃病，2~3 小时后常可出现听力提高 16%以上，为阳性，同时其他症状也随之暂时改善。阳性有诊断意义，但阴性不排除本病。

(4) 颞骨 CT。

(5) 膜迷路 MRI。

第二节 鼻部疾病

一、鼻炎

整体编辑顺序、内容等 2023 年变

2022:

【概述】急性鼻炎就是普通感冒，由病毒感染所致。常见致病病毒有鼻病毒、腺病毒、流感病毒等，可继发细菌感染。其诱因因为受凉、过劳、烟酒过度等致身体抵抗力下降的因素，局部病灶如鼻中隔偏曲、慢性鼻炎、慢性扁桃体炎、腺样体肥大等因素。

【诊断要点】

1. 起病时鼻痒、打喷嚏，随即鼻塞逐渐加重，鼻涕增多，嗅觉减退，伴全身不适、低热及头痛等 症状。

2. 局部检查可见鼻黏膜充血肿胀。总鼻道或鼻底有较多分泌物，早期如清水样，

渐为黏液样，后期为黏稠状，继发感染时为脓性。

3. 需与流感、变应性鼻炎、血管运动性鼻炎、加重性传染病等鉴别。

【处理要点】

1. 全身治疗多饮水、休息。

(1) 早期对症治疗：解热止痛用复方阿司匹林，必要时服用。

(2) 抗病毒中药应用：速效感冒胶囊 1~2 粒，3 次/d；或板蓝根冲剂 1 包，3 次/d。

(3) 合并细菌感染时，全身应用抗菌药物治疗。

2. 局部治疗 1%麻黄素生理盐水滴鼻，以减轻鼻塞症状，改善鼻腔通气引流功能（用药一般 不超过 7 日）。

【健康指导】坚持经常锻炼身体，提倡冷水洗澡，适应寒冷，以提高人体体质和抵抗能力是防止急性鼻炎的根本措施。

(二) 慢性鼻炎

【概述】慢性鼻炎是因为急性鼻炎未行适当治疗，或治疗不彻底，及由反复发作的急性鼻炎 发展迁延而来的慢性鼻腔炎症，临床上将其分为慢性单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎两种。其相关 致病因素包括：

1. 局部因素①鼻腔、鼻窦慢性疾病影响，如慢性化脓性鼻窦炎、鼻中隔偏曲等；②邻近器官 的病灶，如慢性扁桃体炎、腺样体肥大影响鼻腔正常的通气引流功能；③长期应用萘甲唑啉等血管 收缩剂，引起血管后扩张作用明显，也损害鼻黏膜纤毛黏液输送功能。

2. 环境因素空气污染、粉尘或有害的化学气体长期刺激。

3. 全身因素贫血、结核等慢性疾病，营养不良，内分泌失调，吸烟饮酒过度。

【诊断要点】

(1) 慢性单纯性鼻炎：①间歇性、交替性鼻塞；②黏液性分泌物；③下鼻甲黏膜充血，光滑润泽 柔软，有弹性；④对 1%麻黄素反应敏感。

(2) 慢性肥厚性鼻炎：①持续性鼻塞；②黏脓性分泌物；③下鼻甲黏膜暗红、肥大、肥厚或表面 不平滑，严重者呈桑椹样变，坚实感弹性差；④对 1%麻黄素反应不良。

【处理要点】

1. 病因治疗去除环境、全身和局部等致病因素和疾病。
2. 局部治疗①慢性单纯性鼻炎用 1%麻黄素生理盐水滴鼻以利于收敛鼻腔，通气引流，清除症状（用药一般不超过 7 日）及局部激素鼻喷剂；②慢性肥厚性鼻炎也可用 1%麻黄素生理盐水滴鼻以利于收敛鼻腔，通气引流及局部激素鼻喷剂；③手术：对局部用药效果不好者，可用激光、微波、电灼、冷冻等治疗，也可用下甲骨折移位术或下甲黏膜部分切除术治疗。

2023:

（一）急性鼻炎

【概述】急性鼻炎由病毒感染引起的鼻腔黏膜急性炎性疾病。

【诊断要点】

起病时鼻痒、打喷嚏，随即鼻塞逐渐加重，鼻涕增多，嗅觉减退，伴全身不适、低热及头痛等症状。局部检查可见鼻黏膜充血肿胀。总鼻道或鼻底有较多分泌物，早期如清水样，渐为黏液样，后期为黏稠状，继发感染时为脓性。

【处理要点】

1. 全身治疗多饮水、休息。
2. 局部治疗①鼻用减充血剂：1%麻黄素生理盐水滴鼻，以减轻鼻塞症状，改善鼻腔通气引流功能（用药一般不超过 7 日）。②鼻用糖皮质激素：目前临床治疗鼻炎、鼻窦炎的首选局部用药。
3. 其他治疗亦可采用中医中药疗法辅助治疗。

【健康指导】

1. 增强抵抗力坚持经常锻炼身体。
2. 避免接触感染源流感流行期间应避免与患者密切接触，少出入公共场所，注意室内通风。

（二）慢性鼻炎

【概述】慢性鼻炎是因为急性鼻炎未行适当治疗，或治疗不彻底，及由反复发作的急性鼻炎发展迁延而来的慢性鼻腔炎症，临床上将其分为变应性鼻炎和非变应性鼻炎两种。

【诊断要点】 1. 变应性鼻炎

(1) 临床表现

- 1) 鼻痒：是鼻黏膜感觉神经末梢受到刺激后发生于局部的特殊感觉。合并变应性结膜炎时也可有眼痒和结膜充血，有时可伴有外耳道、软腭及咽部发痒。
- 2) 喷嚏：为反射性动作。呈阵发性发作，从几个、十几个或数十个不等，多在晨起或夜晚发作 或接触变应原后即刻发作。
- 3) 鼻涕：大量清水样鼻涕，是鼻分泌亢进的特征性表现。
- 4) 鼻塞：程度轻重不一，可表现为间歇性或持续性，单侧、双侧或两侧交替性鼻塞。
- 5) 嗅觉障碍：由于鼻黏膜水肿明显，部分患者尚有嗅觉减退。

(2) 检查

- 1) 前鼻镜或鼻内镜检查：鼻黏膜特征性表现为苍白、水肿，亦可表现为充血或浅蓝色，下鼻甲 尤为明显。鼻腔常见水样分泌物。
- 2) 查找致敏变应原：可供选择的方法有变应原皮肤点刺试验 (skin prick test, SPT)、鼻黏膜激发试验和体外变应原特异性 IgE 检测。该三种方法中以皮肤点刺试验临床上最为常用，体外变应原特异性 IgE 检测包括血清和鼻分泌物特异性 IgE 检测。

2. 非变应性鼻炎

(1) 临床表现：男女均可发病，一般多发于中青年女性，环境因素如温度、气压、刺激性气体等 均可激发鼻部症状。鼻塞、流涕、喷嚏、鼻痒等较为多见，但也有以某种症状为主者，如有以流涕为 主者，也有以鼻塞为主者。常年发病，与常见的变应原，特别是空气传花粉的播散期没有关联。

(2) 检查：临床检查常常容易与变应性鼻炎相混。鼻腔黏膜，特别是下鼻甲黏膜可呈现水肿、 充血等，鼻腔常有水样或黏稠样分泌物潴留。非变应性鼻炎缺乏特异性诊断方法。主要依靠排除方法诊断。应详细询问病史，了解发病时 的精神状态、环境因素和发病时间，并要考虑到内分泌和某些药物的影响。可考虑：
①与常见变应 原无明显关联但却与某种（些）刺激，主要是温度、情绪和刺激性气体密切相关的喷嚏、流涕、鼻塞 等；②变应原皮肤点刺试验和血清特异性 IgE 检测结果为阴性；③除外感染性、药物性、结构性鼻炎（如鼻中隔偏曲等）；④鼻分泌物涂片及外周血中嗜酸性粒细胞不升高。

二、变态反应性鼻炎

三个环节 2023 年删

2022:

本病属 I 型变态反应。其发病有三个主要环节：①机体致敏；②介质细胞脱颗粒；③鼻黏膜组织反应。

2023:

2023 删除

三、鼻出血

【诊断要点】 2023 年删

2022:

【诊断要点】

1. 出血可发生在鼻腔的任何部位，但以鼻中隔前下区（利特尔区）最为多见，有时可见喷射性或搏动性小动脉出血。鼻腔后部出血常迅速流入咽部，从口吐出。一般说来，局部疾患引起的鼻出血，多限于一侧鼻腔；而全身疾病引起者，可能两侧鼻腔内交替出血。

2. 通过前鼻镜检查不能发现出血部位，如出血不剧，可行后鼻镜或光导纤维鼻咽镜检查。鼻窦内出血，血液常自鼻道或嗅裂流出。除了寻找出血点外，并做必要的全身检查（测量血压、血常规检查、出血时间及凝血时间测定、毛细血管脆性试验及血小板计数等）。有时尚需与有关科室共同会诊，寻找病因。

2023:

2023 删除

【处理要点】 2023 年变

2022:

【处理要点】 1. 一般原则

(1) 对患者应予安慰。

(2) 严重鼻出血可使大脑皮层供血不足，患者常出现烦躁不安，可注射镇静剂；一般用巴比妥类药物，但对老年人以用地西洋或异丙嗪为宜。心力衰竭及肺源性心脏病患者鼻出血时，忌用吗啡，以免抑制呼吸。

(3) 已出现休克症状者，应注意呼吸道情况，对合并有呼吸道阻塞者，应首先解除阻塞，同时进行有效的抗休克治疗。

2. 局部止血方法按病因和病情的不同区别对待，常见方法如下。

(1) 指压法：用手指捏紧两侧鼻翼。

(2) 收敛法：用浸以1%麻黄素棉片置入鼻腔。

(3) 烧灼法：使用化学药物、电灼、激光、微波、射频等。

(4) 冷冻止血法。

(5) 翼腭管注射法（腭大孔注射法）。

(6) 填塞法：凡士林纱条、明胶海绵、气囊、高分子聚合物等。

3. 全身治疗

(1) 半坐位休息。注意补充营养，给予高热量易消化饮食。对老年人或出血较多者，注意有无失血性贫血、休克、心脏损害等情况，并及时处理。失血严重者，须予输血、输液。

(2) 寻找出血病因，进行病因治疗。

(3) 给予足够的维生素C、维生素K、维生素PP，并给予适量的镇静剂。

(4) 适当应用止血剂，如抗血纤溶芳酸、6-氨基己酸、酚磺乙胺或云南白药等。

(5) 反复鼻腔填塞时间较长者，应加用抗生素控制感染。

4. 手术疗法手术治疗可酌情采用。

2023:

【处理要点】

1. 一般原则

(1) 患者采取坐位或半卧位，嘱患者尽量不要将血液咽下。

(2) 已出现休克症状者，应注意呼吸道情况，对合并有呼吸道阻塞者，应首先解除阻塞，同时进行有效的抗休克治疗。

2. 局部止血方法按病因和病情的不同区别对待，常见方法如下。

(1) 填塞法：适用于出血较剧、渗血面较大或出血部位不明者。常用凡士林纱条、明胶海绵、气囊、高分子聚合物等。

(2) 血管结扎法：对严重出血者可用此法。

(3) 烧灼法：适用于反复小量出血且明确出血点者。使用化学药物、电灼、激光、微波、射频等，烧灼范围越小越好，烧灼后局部涂以软膏。

(4) 血管栓塞法：对顽固性鼻出血者可采用此法。血管内栓塞治疗是将导管经股动脉插管，通过导管将微导管送至病变部位，应用数字减影血管造影和超选择栓塞技术，找到责任血管并栓塞。

3. 全身治疗引起鼻出血的原因多种多样，出血的程度亦有不同。因此，鼻出血的治疗不应仅仅是鼻腔止血。对由于鼻腔、鼻窦有复杂病变或因全身疾病引起的鼻出血以及出血量较大者，应视病情采取必要的全身治疗。视病情轻重可口服、肌内注射或静脉应用止血剂，适当补充维生素，有贫血或休克者应纠正贫血或抗休克治疗。严重者须住院观察，注意失血量和可能出现的贫血或休克。鼻腔填塞可致血氧分压降低和二氧化碳分压升高，故对老年患者应注意心、肺、脑功能，必要时给予吸氧。

4. 手术治疗可酌情采用。

【健康指导】2023 年删

2022

【健康指导】

1. 健康饮食，多吃维生素含量高的食物。

2. 反复出血者应到医院就诊以查明原因。

2023:

2023 删除

四、鼻窦炎

(一) 急性鼻窦炎

2023 年变：变化较大

(一) 急性鼻窦炎

【概述】急性鼻窦炎是鼻窦黏膜的一种急性化脓性感染，主要病因如下。

1. 全身病因多由全身抵抗力降低所致，如过度疲劳、受寒、受湿、上呼吸道感染等。

2. 局部病因

(1) 鼻腔疾病：急慢性鼻炎、鼻中隔偏曲、鼻息肉等妨碍了鼻窦通气引流。

(2) 邻近器官的感染病灶：扁桃体炎、腺样体肥大、牙源性感染等。

(3) 直接感染：鼻窦外伤、游泳时用力擤鼻致污水挤入鼻窦，鼻腔填塞物置留时间过长、高空飞行气压骤变等。

【诊断要点】

1. 常有上感或急性鼻炎病史，近日原症状加重，畏寒发热等。

2. 患侧持续性鼻塞感，伴有大量脓性分泌物或黏液性鼻涕。

3. 头部压痛特点一般前组鼻窦炎头痛部位在前额部和面颊部，后组鼻窦炎头痛多位于枕后部和头颅深部。局部常有压痛。头痛时间：额窦炎者，晨起重，午后轻，晚上消失；上颌窦炎者，晨起轻，午后重。

4. 鼻腔检查可见鼻黏膜充血，前组鼻窦炎在中鼻道、后组鼻窦炎在嗅裂有脓性或黏脓性分泌物。

5. 影像学检查可见窦腔密度增高，积脓者可见液平面。

附：常见鼻窦影像学检查特征如下：

(1) 液平面：反抛物线影。

(2) 囊肿：正抛物线影。

(3) 窦腔黏膜增厚：环形阴影。

(4) 真菌团块：钙化灶。

(5) 恶性肿瘤：骨质破坏。

【处理要点】

1. 一般治疗同上感和急慢性鼻炎，给1%麻黄素滴鼻剂滴鼻以利鼻腔、鼻窦通气引流，注意休息。

2. 抗感染治疗给足量敏感的抗生素。

3. 上颌窦积脓者行上颌窦穿刺，生理盐水冲洗，窦内注入抗生素治疗。

4. 局部理疗红外线或超短波理疗，促进炎症消退吸收。

5. 病因治疗如牙源性上颌窦炎的病灶牙的处理等。

【健康指导】增强体质，改善生活工作环境，及时治疗急性鼻炎的上呼吸道感染，及时治疗鼻腔、咽部、牙齿的各种慢性疾病，保持鼻腔鼻窦的通气引流通畅。

2023

（一）急性鼻窦炎

【概述】急性鼻窦炎是鼻窦黏膜的一种急性化脓性感染，严重者可累及骨质和周围组织及邻近器官。

【诊断要点】

1. 常有上感或急性鼻炎病史，近日原症状加重，畏寒发热等。
2. 患侧持续性鼻塞感，伴有大量脓性分泌物或黏液性鼻涕。
3. 头部压痛特点一般前组鼻窦炎头痛部位在前额部和面颊部，后组鼻窦炎头痛多位于枕后部和头颅深部。局部常有压痛。头痛时间：额窦炎者，晨起重，午后轻，晚上消失；上颌窦炎者，晨起轻，午后重。
4. 鼻腔检查可见鼻黏膜充血，前组鼻窦炎在中鼻道、后组鼻窦炎在嗅裂有脓性或黏脓性分泌物。
5. 影像学检查可见窦腔密度增高，积脓者可见液平面。

【处理要点】

1. 一般治疗同上感和急慢性鼻炎，给1%麻黄素滴鼻剂滴鼻以利鼻腔、鼻窦通气引流，注意休息。
2. 抗感染治疗给足量敏感的抗生素。
3. 上颌窦积脓者行上颌窦穿刺，生理盐水冲洗，窦内注入抗生素治疗。
4. 病因治疗如牙源性上颌窦炎的病灶牙的处理等。

【健康指导】增强体质，改善生活工作环境，及时治疗急性鼻炎的上呼吸道感染，及时治疗鼻腔、咽部、牙齿的各种慢性疾病，保持鼻腔鼻窦的通气引流通畅。

（二）慢性化脓性鼻窦炎

【处理要点】1. 内科治疗 2023 年变

2022

【处理要点】

1. 内科治疗

- (1) 1%麻黄素生理盐水滴鼻以收敛鼻腔，改善鼻腔鼻窦的通气引流功能。
- (2) 伯克纳或雷诺考特喷雾以抗炎消肿。吉诺通口服可促进鼻腔纤毛功能。
- (3) 上颌窦穿刺，生理盐水冲洗，将上颌窦内脓汁冲洗出去，同时将抗菌药物注入窦内。
- (4) 置换法：用负压吸引，将窦内积液吸出排除，将抗菌药等消炎收敛的药物滴入鼻腔导入鼻窦。

2023

【处理要点】

1. 药物治疗 首选。推荐使用鼻用糖皮质激素和鼻腔冲洗治疗 3 个月，如疗效不佳则可以考虑鼻内镜手术治疗。术后应当定期随访，并继续给予鼻用糖皮质激素联合鼻腔冲洗治疗。同时，针对部分难治性患者，应根据患者具体情况酌情给予小剂量大环内酯类抗生素的个体化治疗。

2023 年删：附：中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南（2018）

2022:

附：中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南（2018）

一、定义

CRS 是鼻窦黏膜的慢性炎性疾病，病程超过 12 周。

二、分型

CRS 在临床上可以分为两种类型：①慢性鼻窦炎不伴鼻息肉（chronic rhinosinusitis without nasal polyps, CRSsNP）；②慢性鼻窦炎伴有鼻息肉（chronic rhinosinusitis with nasal polyps, CRSwNP）。这是目前国际广泛采用的分型模式，简便实用。

CRS 根据炎性细胞浸润情况分为：①中性粒细胞浸润为主；②嗜酸性粒细胞浸润为主；③淋巴细胞/浆细胞浸润为主；④混合型。也有文献报道将 CRS 分为嗜酸性粒细胞性和非嗜酸性粒细胞性，但尚缺乏统一的分型参考标准，其临床应用

还需要进一步探索。

三、诊断

1. 症状

(1) 主要症状：鼻塞，黏性或黏脓性鼻涕。

(2) 次要症状：头面部胀痛，嗅觉减退或丧失。

诊断时以上述两种或两种以上相关症状为依据，其中主要症状中的鼻塞、黏性或黏脓性鼻涕 必具其一。

2. 检查

(1) 鼻内镜检查：来源于中鼻道、嗅裂的黏性或黏脓性分泌物，鼻黏膜充血、水肿或有息肉。

(2) 影像学检查：鼻窦 CT 扫描可显示窦口鼻道复合体和/或鼻窦黏膜炎性病变。

MRI 对不同

类型 CRS 的鉴别诊断具有一定意义。

(3) 实验室检查：主要包括外周血、鼻腔分泌物和病理组织中的嗜酸性粒细胞计数。目前具有 临床可操作性和对预后判断有较明确意义的是外周血和病理组织中嗜酸性粒细胞百分比，尤其是 后者。有学者认为如果组织嗜酸性粒细胞占总炎性细胞的百分比大于 10%，则该组织表现为嗜酸 性粒细胞性炎症。有研究将外周血嗜酸性粒细胞占白细胞总数的百分比大于 5.65%作为诊断嗜 酸性粒细胞性 CRSwNP 的截断值，另有研究提出 3.05%为截断值，前者特异度更高。诊断时依据

临床症状、鼻内镜检查、鼻窦 CT 扫描结果进行。在有条件的单位可以进行实验室检查，从而细化

免疫病理学诊断分型。鼻窦 CT 检查不能作为 CRS 诊断的唯一依据。儿童 CRS 诊断应以症状、鼻

内镜检查为主，并严格掌握 CT 扫描指征。

四、药物治疗

1. 糖皮质激素糖皮质激素具有显著的抗炎、抗水肿和免疫抑制作用，是 CRS 药物治疗体系 中最重要的药物，主要包括全身（口服）和局部（鼻用）两种用药方式。

(1) 鼻用糖皮质激素：临床推荐鼻用糖皮质激素作为 CRS 的一线首选治疗药物，疗程不少于

12 周。大量随机对照研究和 Meta 分析表明，CRS 患者术前应用鼻用糖皮质激素可以改善症状，减少手术出血；术后应用鼻用糖皮质激素可以减少复发。鼻用糖皮质激素一般每日使用 1~2 次，每侧鼻腔至少 100ug，长期持续用药（>12 周）以维持疗效。术后患者通常在第一次清理术腔后开始用药，根据术腔恢复情况，持续用药 3~6 个月。

(2) 口服糖皮质激素：临床仅推荐对 CRSwNP 患者，尤其是严重复发性鼻息肉患者，可给予短期口服糖皮质激素治疗。短期口服糖皮质激素可迅速缩小鼻息肉体积，缓解临床症状，亦称“药物性息肉切除”。但口服糖皮质激素治疗 CRSwNP 的临床疗效难以维持，可导致息肉复发。不建议

对 CRSsNP 患者应用。口服糖皮质激素治疗。不推荐静脉或鼻内注射糖皮质激素治疗 CRS。

2. 大环内酯类药物大环内酯类药物主要应用于常规药物治疗效果不佳、无嗜酸性粒细胞增多、血清总 IgE 水平不高，且变应原检测阴性的 CRSsNP 患者。临床推荐小剂量 14 元环大环内酯类药物长期 15/服，疗程不少于 12 周。成人剂量为 250mg/d（常规剂量的 1/2）。

3. 抗菌药物 CRS 稳定期不推荐抗菌药物治疗，急性发作时可参考《国家抗微生物治疗指南

（第 2 版）推荐的急性鼻窦炎治疗方案。针对 CRS 急性发作，轻症患者酌情使用抗菌药物。重症患者首选口服阿莫西林或头孢呋辛酯，疗程 7~10 天；备选治疗包括口服阿莫西林/克拉维酸、头孢克洛、头孢丙烯或左氧氟沙星等。

4. 抗组胺药和抗白三烯药对于伴有 AR 的 CRS 患者，临床推荐应用第二代口服抗组胺药或鼻用抗组胺药，疗程不少于 2 周。对于伴有支气管哮喘、阿司匹林耐受不良、嗜酸性粒细胞增多的 CRS 患者，口服抗白二烯药在综合治疗中可发挥积极作用，疗程不少于 4 周。

5. 黏液溶解促排剂在 CRS 的综合治疗中，临床推荐黏液溶解促排剂作为辅助治疗药物。

6. 减充血剂持续性严重鼻塞和 CRS 急性发作时，患者可短期使用鼻腔局部减充血

剂，疗程 <7d。儿童应使用低浓度的鼻用减充血剂，并尽量做到短期、间断、按需用药。

五、手术治疗

1. 适应证 CRS 有以下情况之一者可手术治疗：①影响窦口鼻道复合体或各鼻窦引流的明显解剖学异常；②影响窦口鼻道复合体或各鼻窦引流的鼻息肉；③原则上须经过不少于 12 周的规范化药物治疗后，症状改善不满意；④出现颅、眶等并发症。

2. 手术方式 ESS 是围绕窦口鼻道复合体进行的，强调在修正鼻腔异常结构和清除病变的基础上完整保留鼻窦黏膜。应遵循的手术原则包括：①手术入路尽可能选择自然通道；②功能性理念要贯穿于手术的整个过程，即在彻底清除不可逆病变的基础上尽可能保护正常结构，核心是对黏膜的保护，减少鼻窦骨面的裸露；③手术中尽可能使用咬切钳和吸切器，以减少对黏膜的撕扯。按照手术进路可将术式分为从前向后进路（Messerklinger 术式）和从后向前进路（Wigand 术式）。

2023:

删除此部分

五、鼻腔、鼻窦肿瘤

【概述】2023 年变

2022:

【概述】鼻腔、鼻窦肿瘤包括良性、恶性两种。良性肿瘤主要有血管瘤、乳头状瘤和骨瘤。恶性肿瘤主要有鳞状细胞癌、腺癌、恶性淋巴瘤、乳头状瘤恶变，其次是恶性黑色素瘤、嗅神经母细胞瘤、恶性脑膜瘤、恶性纤维组织细胞瘤和横纹肌肉瘤等。肿瘤病因不明，但危害很大。2023 年删除这句

2023:

【概述】鼻腔、鼻窦肿瘤包括良性、恶性两种。良性肿瘤主要有血管瘤、乳头状瘤和骨瘤。恶性肿瘤主要有鳞状细胞癌、腺癌、恶性淋巴瘤、乳头状瘤恶变，其次是恶性黑色素瘤、嗅神经母细胞瘤、恶性脑膜瘤、恶性纤维组织细胞瘤和

横纹肌肉瘤等。

【处理要点】2023 年删

【健康指导】2023 年删

2022:

【处理要点】

1. 良性肿瘤行手术切除就可治愈。
2. 恶性肿瘤采取放疗-手术-放疗的综合治疗。恶性淋巴瘤采用化疗、放疗综合性治疗。
3. 乳头状瘤和各种恶性肿瘤治疗后，均要坚持随访，若发现复发或转移，应及时处理。

【健康指导】

1. 定期体检，争取肿瘤早期发现，早期治疗，提高疗效。
2. 治疗后的患者要坚持随访观察和必要的后续治疗。

2023:

删除此部分

第三节 咽喉部疾病

一、慢性咽炎

【概述】2023 年删

2022:

1. 局部因素

- (1) 急性咽炎转成慢性。
- (2) 周围器官病灶的刺激，如鼻炎、鼻窦炎、慢性扁桃体炎、龋齿等。

2. 全身因素各种慢性疾病，如贫血、下呼吸道慢性炎症、心血管疾病后，或受到心理因素（生气、着急、情绪激动）的刺激后，可继发本病。

3. 环境习惯影响如空气污染、烟酒嗜好。

2023:

删除此部分

【处理要点】

2. 局部治疗 2023 年变

2022:

2. 局部治疗

- (1) 复方硼砂溶液漱口，含服碘含片、华素片、六神丸、西瓜霜等药物。
- (2) 用硝酸银或电凝固法烧灼增生的淋巴组织。

2023

2. 局部治疗

(1) 慢性单纯性咽炎：常用复方硼砂溶液、呋喃西林溶液、复方氯己定含漱液等含漱。含漱时头后仰、张口发“啊”声，使含漱液能清洁咽后壁。亦可含服碘喉片、薄荷喉片及中成药含片。

(2) 慢性肥厚性咽炎：除上述治疗外，可用激光、低温等离子等治疗，若淋巴滤泡增生广泛，治疗宜分次进行。亦可用药物（硝酸银）、冷冻或电凝固法治疗，但治疗范围不宜过广。

(3) 萎缩性咽炎与干燥性咽炎：用 2%碘甘油涂抹咽部，可改善局部血液循环，促进腺体分泌。维生素 A、维生素 B、维生素 C、维生素 E 可促进黏膜上皮生长。

二、扁桃体炎

(一) 急性扁桃体炎

【诊断要点】

4. 并发症 2023 年删

2022:

4. 并发症

(1) 局部并发症：常见的有扁桃体周围炎和扁桃体周围脓肿，急性中耳炎、咽旁间隙感染、脓肿，急性淋巴结炎等。

(2) 全身并发症：常见的有风湿热、急性关节炎、心肌炎及急性肾炎等。

2023:

删除此部分

【处理要点】 2023 年变

2022:

【处理要点】

1. 多饮水、进流食，注意休息。
2. 抗感染治疗全身用药，首选青霉素类抗生素；局部用复方硼砂溶液漱口，碘含片含服。
3. 对症治疗高热、咽痛剧烈者可用水杨酸类制剂解热止痛。

2023:

【处理要点】

1. 一般疗法本病具有传染性，故患者要适当隔离。卧床休息，进流质饮食及多饮水，加强营养及疏通大便，咽痛较剧或高热时，可口服解热镇痛药。
2. 抗生素应用为主要治疗方法，首选青霉素，根据病情轻重，决定给药途径。若治疗 2~3 天后病情无好转，高热不退，应分析其原因，改用其他种类抗生素。或酌情使用糖皮质激素。
3. 局部治疗常用复方硼砂溶液、复方氯己定含漱液、1: 5000 呋喃西林溶液漱口或其他有抗菌作用的含漱液。
4. 中医中药中医理论认为本病系内有痰热，外感风火，应疏风清热，消肿解毒。常用银翘柑橘汤或用清咽防腐汤。
5. 手术治疗本病有反复发作的倾向。因此，对已有并发症者，应在急性炎症消退后施行扁桃体切除术。

(二) 慢性扁桃体炎

【诊断要点】 2023 年删

2022:

6. 可存在风湿性关节炎、风湿热、心脏病、肾炎、长期低热等并发症。

2023:

删除此部分

【处理要点】 2023 年变

2022:

【处理要点】 1. 保守治疗

- (1) 锻炼身体，增强体质，提高机体抵抗能力。
 - (2) 用复方硼砂溶液等漱口，给碘含片，应用大佛喉露等消炎止痛剂。
2. 手术治疗行扁桃体切除术。伴腺样体肥大、阻塞呼吸者，应同时行腺样体刮除。

2023:

【处理要点】

1. 非手术疗法

- (1) 本病治疗不应仅限于抗菌药物，而应结合免疫疗法或抗变应性措施，包括使用有脱敏作用的细菌制品（如用链球菌变应原和疫苗进行脱敏），以及各种增强免疫力的药物，如注射胎盘球蛋白、转移因子等。
- (2) 局部涂药、隐窝灌洗及激光疗法等均有人试用，远期疗效不理想。
- (3) 加强体育锻炼，增强体质和抗病能力。

2. 手术疗法临床上多采用等离子刀行扁桃体切除术。

【健康指导】 2023 年删

2022:

【健康指导】慢性扁桃体炎是人体常见的感染病灶之一，也是常见自身免疫性疾病的变应原，故应及时根治。

2023:

删除此部分

三、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

【处理要点】

1. 非手术治疗 2023 年变

2022:

【处理要点】

1. 非手术治疗

- (1) 侧卧睡眠。
- (2) 减肥。
- (3) 睡眠时佩戴正压通气机或口腔矫形器（阻鼾器）或舌保留装置。

2023:

【处理要点】

1. 非手术治疗

- (1) 侧卧睡眠、减肥、戒烟、戒酒、白天避免过度劳累等。
- (2) 睡眠时佩戴无创正压通气机或口腔矫形器（阻鼾器）或舌保留装置。
- (3) 药物治疗：尚无疗效确切的药物。

四、鼻咽癌

【概述】 2023 年删

2022:

【概述】我国是鼻咽癌高发地区之一，以广东省发病率最高。发病年龄多在 40～60 岁，男多于女。病因可能与遗传因素、病毒因素（主要是 EB 病毒感染）和环境因素有关。

2023:

删除此部分

【健康指导】 2023 年删

2022:

【健康指导】对鼻塞、耳堵、涕中带血、颈淋巴结肿大的患者，应想到鼻咽癌的可能性，要及时 请专科医师检查会诊。

2023:

删除此部分

五、急性喉炎

【概述】 2023 年变

2022:

【概述】急性喉炎是喉黏膜的急性炎症，常为上呼吸道感染的一部分。病因主要

有： 1. 感染多为感冒后继发细菌感染。

2. 职业因素 工业粉尘、有害气体刺激。

3. 用声不当或用声过度。

4. 异物或手术器械损伤等。

2023:

【概述】急性喉炎是喉黏膜的急性卡他性炎症，常为上呼吸道感染的一部分。

【健康指导】 2023 年变

2022

【健康指导】小儿急性喉炎较易发生呼吸困难，应引起重视。

2023:

【健康指导】成人急性喉炎通过改善生活方式，一般可自愈。小儿急性喉炎较易发生呼吸困 难，应引起重视。

六、急性会厌炎

【概述】 2023 年变

2022:

【概述】急性会厌炎是喉声门上黏膜和黏膜下组织的急性化脓性炎症，又称声门上喉炎。成 人和儿童都可发病。有时其病后病情进展迅速，短时间内会出现窒息死亡，应引起重视。病因主要 为 B 型嗜血流感杆菌，其他尚有葡萄球菌、链球菌和肺炎球菌等，也可与病毒感染有关。全身变态 反应也可引起或加重会厌、皱襞的高度水肿。2023 年删除此部分

2023:

【概述】急性会厌炎是喉声门上黏膜和黏膜下组织的急性化脓性炎症，又称声门上喉炎。成 人和儿童都可发病。

【健康指导】2023 年删

2022:

1. 锻炼身体以增强体质。

2023:

删除此部分

七、喉癌 2023 年变、删

2022:

【概述】喉癌是耳鼻咽喉科比较常见的恶性肿瘤，发病率占全身癌瘤的 1%~5%，在耳鼻咽喉科恶性肿瘤中占第 3 位。近 40 年来，发病率有增多的趋势。男多于女，发病年龄以 40~60 岁最多。喉癌的组织学分类以鳞癌最多，占 90%；其次是腺癌，占 2%；其他还有基底细胞癌、低分化癌、恶性淋巴瘤、纤维肉瘤等。其病因不清，可能与吸烟、饮酒、空气污染、职业因素（长期接触石棉、芥子气、镍等致癌物）、EB 病毒感染、癌前病变、放射线、性激素及其受体、微量元素、癌基因的激活和抗癌基因的失活等因素有关。（2023：删除此部分）

【诊断要点】

1. 详问病史声嘶是主要症状。但对有喉部不适、疼痛等症状也要详细分析，不可轻易放过。
2. 病理组织学检查是喉癌诊断的根本依据及时行表面麻醉下间接喉镜、放大喉镜录像或纤维喉镜等检查（检查区域包括会厌喉面、舌面、会厌、皱襞、室带、声带、喉室和声门下区）。喉镜检查发现喉黏膜肿胀、粗糙、糜烂、溃疡、结节、突起、包块等，应排除炎症，及早在表面麻醉下咬取活组织标本，做病理组织学检查，以明确诊断。喉癌患者的声带固定，多是喉肌肉受侵的反映。
3. 颈部检查喉外形变宽大，喉体活动无摩擦感，甲状腺变大、变硬则可能浸润扩大超过喉体边界。颈部淋巴结肿大、变硬固定，则是淋巴转移的证据。
4. X 线喉正侧位、CT、MRI 扫描，胸大片检查对明确病变范围和设计治疗、手术方案等大有裨益。

【处理要点】

1. 一般主张手术加放疗综合治疗。
2. 病变广泛，波及喉咽且肿瘤分化程度较低者，则行放疗加手术再加放疗。
3. 化疗起诱导、辅助、姑息治疗作用。常选用氨甲蝶呤（MTX）、顺氯氨铂（DDP）、博来霉素（BLM）等药物。

4. 免疫治疗

（1）重组细胞因子：如白细胞介素-2（IL-2）、干扰素、肿瘤坏死因子（TNF）等。

（2）过继转移免疫细胞：如淋巴细胞活化杀伤细胞（LAK）、肿瘤浸润的淋巴细胞（TIL）等。

（3）单克隆抗体及其偶联物。

（4）肿瘤分子疫苗。

【健康指导】

1. 若能早期发现，早期治疗，喉癌预后良好，治愈率很高。
2. 对可疑病例，及早请上级专科医院会诊，以期尽早诊断、治疗，获得好的疗效。
3. 对治疗后的病例应随访观察，做必要的后续治疗。（2023：删除此部分）

2023:

【诊断要点】

1. 详问病史声嘶是主要症状，亦可有咳嗽、疼痛、咽喉不适、异物感、血痰或咯血、进食呛咳、呼吸困难及吞咽困难等症状。
2. 喉镜检查发现喉黏膜肿胀、粗糙、糜烂、溃疡、结节、突起、包块等，应排除炎症，及早在表面麻醉下咬取活组织标本，做病理组织学检查，以明确诊断。喉癌患者的声带固定，多是喉肌肉受侵的反映。
3. 颈部检查喉外形变宽大，喉体活动无摩擦感，甲状腺变大、变硬则可能浸润扩大超过喉体边界。颈部淋巴结肿大、变硬固定，则是淋巴转移的证据。
4. CT、MRI 扫描 CT 增强扫描可以明确喉癌侵犯范围，MRI 对软组织显示更加明确，在血管及软组织结构受累时可选择使用。

八、咽喉气管、食管异物

【概述】 2023 年删

2022:

病因主要有:

1. 小儿喉的防御反射功能不健全。
2. 饮食不慎，玩耍嬉戏，边吃边玩，进食时哭笑打闹，容易误吸。
3. 老年人没有或缺失牙齿，咀嚼不全，感觉迟钝，容易误咽。
4. 不良生活或工作习惯，如经常口中含物，遇突然情况，很容易误吸或误咽。
5. 全麻或昏迷患者的护理不当，患者可吸入呕吐物或松动的假牙。
6. 异物性质包括植物性的如果核、瓜子、花生等；动物性的如鱼刺、鱼骨、肉骨、鸡骨、肉块、鸡肉等；非生物性的如别针、铁钉、笔帽、纽扣、玩具、义齿等。

2023:

删除此部分

九、食管腐蚀伤

【概述】 2023 年变

2022:

【概述】食管腐蚀伤是指误吞或吞服强酸、强碱等腐蚀剂后引起的口、咽与食管损害。腐蚀剂一般分为强酸（硫酸、盐酸、硝酸等）和强碱（氢氧化钠、石灰水、氨水等）两大类。

2023

【概述】食管腐蚀伤是指误吞或吞服强酸、强碱等腐蚀剂后引起的口、咽与食管损害。腐蚀剂一般分为强酸（硫酸、盐酸、硝酸等）和强碱（氢氧化钠、**氢氧化钾、碳酸氢钠**等）两大类。

【诊断要点】 2023 年删

2022:

【诊断要点】

1. 急性期①疼痛：可出现咽痛及胸骨后疼痛；②吞咽困难：一般能进流食，严重者滴水难进，唾液外溢；③声嘶、喉阻塞：因喉黏膜水肿所致，常发生于误吞 1~

2 日左右；④病情严重者有发热、 休克等全身中毒症状。

2. 缓解期约在急性期后 1~2 周，上述症状明显减轻，饮食逐渐恢复正常。

3. 狭窄期病情严重，病变达肌层的患者，在病程的第 3~4 周，可发现吞咽困难。

2023:

删除此部分

【健康指导】2023 年变

2022:

【健康指导】

1. 应重视预防工作。对于强酸、强碱等腐蚀性物质，一定要严格管理。

2. 食管狭窄的患者由于生活不便，多次反复治疗，易对生活产生厌倦，应适时鼓励患者树立接 连治疗和战胜疾病的信心。

2023:

【健康指导】

应重视预防工作。加强对强酸或碱性等腐蚀剂的存放管理，容器上要有醒目的标记，最好专人保管，上锁存放。家庭应用的腐蚀性物质，一定要放在儿童接触不到的地方，特别指出，不要用饮料瓶装，随意放置，以防意外发生。

第四节 耳聋

【概述】2023 年删

2022:

【概述】

耳聋是由于各种原因引起的听力损失或听力减退的统称。听力损失较轻者称之为重听。

2023:

删除此部分

【分类】2023 年删一段

2022:

本章第一节化脓性中耳炎就是传导性聋的代表。这里仅对感音神经性聋的突发性耳聋和老年性耳聋的诊断治疗要点和健康指导做简要论述。

2023:

删除此部分

【处理要点】 2023 年删

2022

【处理要点】

1. 突发性耳聋处理要点

(1) 糖皮质激素治疗为首选方法，可以选择泼尼松 1ng/kg，连续 3~5 天或激素局部鼓室内注射治疗。

(2) 扩张血管，改善微循环，可用 654-2、丹参、当归、低分子右旋糖酐、尼莫地平药。

(3) 营养神经药物，如维生素 B1、维生素 B12，三磷酸腺苷 (ATP)。

(4) 抗血栓形成剂和纤维溶栓剂，如东菱克栓酶、尿激酶。

(5) 改善内耳代谢药物，如辅酶 A、腺苷辅酶 B12。

(6) 配合高压氧治疗。

2. 老年性耳聋的处理要点

(1) 口服扩张血管药及营养神经药，延缓听力衰退。

(2) 耳聋发展到一定程度时，可选配适当的助听器。

2023:

删除此部分

【健康指导】 2023 年变

2022:

2. 老年人应加强身体锻炼，增强体质，保持良好心态，延缓衰老，这些都是防止老年性耳聋的措施。

2023:

2. 老年人应加强身体锻炼，增强体质，保持良好心态。

第十四章口腔疾病

第二节慢性龈缘炎

【处理要点】2023 年增两条

2023:

3. 牙龈外形，龈缘变厚，龈乳头圆润肥大。
4. 牙龈质地，牙龈松软脆弱，缺乏弹性。

第四节慢性牙周炎

【概述】2023 年变

2022:

【概述】慢性牙周炎是由微生物所引起的牙周支持组织的慢性感染性疾病。由牙龈长期存在的慢性炎症向深部牙周组织扩展而成，导致牙周袋形成、附着丧失和牙槽骨吸收，最终导致牙齿松动甚至拔除，它是我国成年人牙齿丧失的首要原因。其致病的局部促进因素有菌斑、牙石、食物嵌塞、不良修复体、牙排列不齐及解剖形态的异常等。遗传因素、吸烟、内分泌功能紊乱、糖尿病和精神压力等是疾病发生的全身易感因素。

2023:

【概述】慢性牙周炎是由微生物所引起的牙周支持组织的慢性感染性疾病。由牙龈长期存在的慢性炎症向深部牙周组织扩展而成，导致牙周袋形成、附着丧失和牙槽骨吸收，最终导致牙齿松动甚至拔除，它是我国成年人牙齿丧失的首要原因。其致病的局部促进因素有菌斑、牙石、食物嵌塞、不良修复体、牙排列不齐及解剖形态的异常等。

第五节 复发性口腔溃疡

【诊断要点】2023 年变

2022:

【诊断要点】

1. 轻型口疮好发于黏膜无角化或角化较差的区域，如唇内侧、舌尖、舌缘、颊部、软腭等部位，较少发生在附着龈和硬腭等角化良好的黏膜。溃疡一般为一至数个，直径在 2~3mm，发作时溃疡有“凹、红、黄、痛”特征。圆形或椭圆形浅表溃疡，中央凹陷，基底不硬，表面有黄白色伪膜，边缘整齐，周围有红晕，

剧烈烧灼痛，7~10日愈合，愈合后不留瘢痕。

2. 口炎型口疮此型口疮的好发部位、形态与病程与轻型口疮相似，只是溃疡数明显增加，可达十余个或更多，直径小于2mm，散在分布，不从集成簇，疼痛更为明显，伴有淋巴结肿大、头痛、发热等症状。

3. 腺周口疮好发于口角区黏膜，并可发生在腭舌弓、软腭和悬雍垂等部位。溃疡数一般1~2个，直径大，可达1~3cm左右，溃疡深及黏膜下层直至肌层，中央凹陷，边缘隆起，呈紫红或暗红色，扪之较硬，病程可达数月，愈合后留有瘢痕。

4. 鉴别诊断（2023：删除此部分）

（1）伴有眼、生殖器与皮肤等部位损害的轻型口疮和口炎型口疮，应到有关专科会诊以与白塞病相鉴别。

（2）腺周口疮应与癌性溃疡、创伤性溃疡相鉴别。癌性溃疡周围浸润，质硬，边缘不整齐，底部呈菜花状。创伤性溃疡周围炎症不明显，边缘可隆起，底部平，或有肉芽组织，形态与损伤因素契合。

（3）对溃疡经久不愈者，应转到专科医院确诊治疗。

2023:

【诊断要点】

1. 轻型口疮好发于黏膜无角化或角化较差的区域，如唇内侧、舌尖、舌缘、颊部、软腭等部位，较少发生在附着龈和硬腭等角化良好的黏膜。溃疡一般为一至数个，直径在2~3mm，发作时溃疡有“凹、红、黄、痛”特征。圆形或椭圆形浅表溃疡，中央凹陷，基底不硬，表面有黄白色伪膜，边缘整齐，周围有红晕，剧烈烧灼痛，7~10日愈合，愈合后不留瘢痕。

2. 口炎型口疮此型口疮的好发部位、形态与病程与轻型口疮相似，只是溃疡数明显增加，可达十余个或更多，直径约2mm，不超过5mm，散在分布，不从集成簇，疼痛更为明显，伴有淋巴结肿大、头痛、发热等症状。

3. 腺周口疮 又称为重型阿弗他溃疡，好发于口角区黏膜，并可发生在腭舌弓、软腭和悬雍垂等部位。溃疡数一般1~2个，直径大，可达1~3cm，溃疡深及黏膜下层直至肌层，中央凹陷，边缘隆起，呈紫红或暗红色，扪之较硬，病程可达数月，愈合后留有瘢痕。

【处理要点】2023 年变

2022:

(3) 局部封闭: 对持久不愈或疼痛明显的溃疡, 可用曲安奈德 5~10mg/ml、盐酸泼尼松龙混悬液 25mg/ml 加等量 1%普鲁卡因液, 每次 0.5~1ml, 溃疡下局部浸润, 每周 1~2 次。

2. 全身治疗以对因治疗、减少复发、促进愈合为主要原则。

免疫抑制剂①地塞米松片: 每片 0.75mg, 每次 1/2~1 片, 3 次/d, 口服。②泼尼松片: 每片 5mg, 每次 0.5~3 片, 2 次/d, 口服。长期使用后要逐步减量, 不可骤停, 以免引起撤药反应。

2023:

(3) 局部封闭: 对持久不愈或疼痛明显的溃疡, 可用曲安奈德或盐酸泼尼松龙混悬液加等量 1%普鲁卡因液, 溃疡下局部浸润。

2. 全身治疗以对因治疗、控制症状、减少复发、争取缓解为主要原则。糖皮质激素具有抗过敏、减少炎性渗出、抑制组胺释放等作用, 但长期大量使用可出现类似肾上腺皮质功能亢进症的不良反应, 常用药物为泼尼松片。

第六节口腔白斑病

【概述】2023 年变

2022

【概述】口腔白斑病即口腔白斑, 是口腔黏膜上的一种不能诊断为任何其他疾病的明显的白色病变。属癌前病变, 约 3%~5%发生癌变。发病因素与长期大量烟草刺激、白念珠菌感染、维生素 A 和 B 族维生素缺乏、局部微循环障碍、喜烫食和酸辣食物、喜嚼槟榔等局部理化刺激等有关。

2023

【概述】口腔白斑病是口腔黏膜上以白色为主的损害, 不能擦去也不能以临床和组织病理学的方法诊断为其他可定义的疾病, 属癌前病变。发病因素与长期大量烟草刺激、白念珠菌感染、维生素 A 和 B 族维生素缺乏、局部微循环障碍、喜烫食和酸辣食物、喜嚼槟榔等局部理化刺激等有关。

【诊断要点】2023 年变

2022:

【诊断要点】

1. 好发部位为颊，多位于咬合线处；其次为唇，常位于患者衔烟的习惯部位；舌、口角区、前庭沟、腭、牙龈也有发生。
2. 患者感觉患部有粗糙感、刺痛、味觉减退、局部发硬，溃疡时出现自发痛和刺激痛，也可无症状或轻度不适感。
3. 根据临床表现不同，可分为以下几种：
 - (1) 斑块状：病损表现为白色或灰白色斑块，平或稍高出黏膜表面，略粗糙。
 - (2) 颗粒状：在充血的黏膜上白色病损区呈颗粒状突起，表面不平。
 - (3) 疣状：病损表现为乳白色，增厚而隆起，呈刺状或绒毛状突起，粗糙，质稍硬。
 - (4) 溃疡状：在增厚的白色斑块上，出现糜烂或溃疡。
4. 以下情况，有癌变倾向者，应及时转专科医院，以明确诊断、及时治疗。
 - (1) 60 岁以上者。
 - (2) 不吸烟的年轻女性。
 - (3) 白斑位于舌缘、舌腹、口底及口角部位，属于危险区。
 - (4) 疣状、颗粒状、溃疡和糜烂型易恶变。
 - (5) 同时伴有白念珠菌感染者。

2023:

【诊断要点】

1. 好发部位为颊，多位于咬合线处；舌部次之，也可发生于唇、腭、牙龈及口底也有发生。
2. 患者感觉患部有粗糙感、刺痛、味觉减退、局部发硬，溃疡时出现自发痛和刺激痛，也可无症状或轻度不适感。
3. 根据临床表现不同分类
 - (1) 斑块状：病损表现为白色或灰白色斑块，平或稍高出黏膜表面，略粗糙。
 - (2) 颗粒状：在充血的黏膜上白色病损区呈颗粒状突起，表面不平。本型白斑多数可查到白念珠菌感染。

(3) 疣状：病损表现为乳白色，增厚而隆起，呈刺状或绒毛状突起，粗糙，质稍硬。

(4) 溃疡状：在增厚的白色斑块上，出现糜烂或溃疡。

(5) 皱纸状：多发生于口底及舌腹。病损呈灰白色或白垩色，边界清楚，表面粗糙，如皱纸。

【处理要点】2023 年变

2022:

【处理要点】

1. 去除刺激因素。
2. 0.1%~0.3%维 A 酸软膏局部涂布。
3. 维生素 A 每次 2.5 万 U，3 次/d，口服。
4. 对溃疡型、疣状、颗粒状白斑，应手术切除全部病变并送病理检查。
5. 在治疗过程中，白斑有增生、硬结、溃疡等改变应及时切除并送病理检查。

2023:

【处理要点】

1. 去除刺激因素。
2. 局部治疗对于非充血、糜烂的病损可用 0.1%~0.3%维 A 酸软膏局部涂搽。
3. 药物治疗内服鱼肝油、维生素 A 口服或中药治疗。
4. 手术治疗对溃疡型、疣状、颗粒状白斑，应手术切除全部病变并送病理检查，在治疗过程中，白斑有增生、硬结、溃疡等改变应及时切除并送病理检查。

第七节智齿冠周炎

【概述】2023 年变

2022:

【概述】智齿冠周炎指智牙（第三磨牙）萌出不全或阻生时牙冠周围软组织发生炎症。以下颌智牙冠周炎多见，常以急性炎症形式出现，炎症可扩散引起咬肌间隙、翼下颌间隙、咽旁间隙等感染或扁桃体周围脓肿的发生。

2023:

【概述】智齿冠周炎指智齿（第三磨牙）萌出不全或阻生时牙冠周围软组织发生

炎症。以下颌智齿冠周炎多见，常以急性炎症形式出现，炎症可扩散引起咬肌间隙、翼下颌间隙、咽旁间隙等感染或扁桃体周围脓肿的发生。人类在进化过程中，下颌骨体逐渐缩短，致使第三磨牙萌出时缺少足够的空间而不能正常萌出，出现第三磨牙阻生，而阻生的或正在萌出的第三磨牙牙冠被牙龈部分或全部覆盖，构成较深的盲袋，食物残渣进入盲袋后不易清除。冠周盲袋中的温度和湿度有利于细菌生长繁殖。当冠周软组织受到牙萌出的压力，咀嚼时对颌牙的咬伤，造成局部血供障碍，致病菌乘虚侵入。在机体抵抗力较强时，局部症状可以不明显，而当因工作疲劳、睡眠不足、月经期、分娩后或由其他伤病引发机体抵抗力下降时，冠周炎可急性发作。

【处理要点】2023年变

2022:

【处理要点】

1. 常用0.9%氯化钠溶液、1%~3%的过氧化氢溶液交替冲洗龈袋，擦干局部，用探针蘸少量碘甘油入龈袋内，1~3次/d。
2. 用0.12%~2%氯己定液含漱1分钟，3次/d。
3. 根据局部炎症及全身反应程度，选择抗生素类药物及全身支持疗法。
4. 冠周脓肿形成或有并发症者，应及时转专科医院治疗。

2023:

【处理要点】

1. 急性期以消炎、镇痛、建立引流及对症处理为主。
 - (1) 全身治疗：应注意休息，进流质饮食，勤漱口，应用抗生素控制感染。
 - (2) 局部治疗：用钝头冲洗针交替使用3%过氧化氢溶液和生理盐水行冠周盲袋冲洗，然后在隔湿条件下，用探针蘸碘酚或10%碘合剂烧灼盲袋。适当的物理治疗，有辅助镇痛、消炎和改善张口的作用。若有冠周脓肿形成，应在局麻下切开脓肿，置入橡皮条或碘仿纱条引流，感染波及邻近间隙，还应作感染间隙的切开引流术。
2. 慢性期应以祛除病因为主，可消除盲袋或拔牙。急性炎症消退后，根据下颌第三磨牙具体情况，进行龈瓣盲袋切除或拔牙术。垂直阻生牙萌出后，若与对颌

牙能够建立较好的咬合关系，可切除覆盖牙冠的龈瓣以助其正常萌出。若预计施行龈瓣切除术也不能消除盲袋，则应拔除病灶牙。并发有面颊痿者，拔牙后多能自行愈合，如不愈合则要搔刮痿管或做痿管切除术。若开口度改善缓慢，多因上颌第三磨牙伸长，咀嚼时经常刺激下颌牙冠周软组织，故可在局麻下拔除上颌第三磨牙，消除刺激因素，则开口度可迅速改善。

第十五章 皮肤病与性传播疾病

第一节 病毒性皮肤病

一、带状疱疹

2023 年变：删除【概述】增加【病因】

2022:

【概述】带状疱疹由水痘-带状疱疹病毒感染所致，俗称缠腰龙。（2023 年删）

2023:

【病因】水痘-带状疱疹病毒引起水痘后，病毒潜伏在神经细胞中，再度活化引起带状疱疹。（2023 年增）

【健康指导】2023 年删

2022:

【健康指导】带状疱疹是单侧沿神经分布的皮肤病，不对称，所谓“缠腰龙长对头，人有生命危险”的说法是毫无道理的。但是对某些肿瘤患者或免疫功能低下的患者，带状疱疹的皮疹可以出现在对侧，较泛发，应注意及时治疗。早期诊断，应用抗病毒药物，对预防疱疹后疼痛及皮疹扩散都有意义。

2023:

删除此部分

二、单纯疱疹

2023 年变：删除【概述】增加【病因】

2022:

【概述】单纯疱疹是由人类单纯疱疹病毒感染所引起的病毒性皮肤病。

(2023 年删)

2023:

【病因】由单纯疱疹病毒 I 型 (HSV-1) 和 II 型 (HSV-2) 引起, HSV-1 型多在 5 岁以下的幼

儿, HSV-2 型主要在成人。(2023 年增)

【处理要点】2023 年变

2022:

【处理要点】

1. 阿昔洛韦口服, 每次 200mg, 5 次/d, 连服 5~7 日。严重者可静脉滴注, 也可服中药, 如板蓝根冲剂等。对复发性单纯疱疹可减量至 100mg, 3 次/d, 连服 2~3 个月。

2. 口唇疱疹可外用 1%喷昔洛韦软膏。疱疹性龈口炎可用 0.1%新洁尔灭 (苯扎溴铵) 溶液或

0.1%阿昔洛韦溶液漱口。

2023:

【处理要点】

1. 阿昔洛韦口服, 每次 200mg, 5 次/d, 连服 7~10 日, 严重者可静脉滴注。也可服中药, 如板蓝根冲剂等。对复发性单纯疱疹可减量至 100mg, 3 次/d, 连服 2~3 个月。

2. 口唇疱疹可外用 1%喷昔洛韦软膏。疱疹性龈口炎可用 0.1%苯扎溴铵 (新洁尔灭) 溶液或

0.1%阿昔洛韦溶液漱口。

三、疣 (寻常疣、扁平疣、跖疣)

2023 年变:

删除【诊断要点】、【健康指导】

增加【临床表现】

2022:

【诊断要点】

1. 寻常疣俗称“瘊子”“刺瘊子”，好发于手、足背和指（趾）、头面颈部、上肢等处，黄豆或豌豆大小，灰白色或乌褐色，表面角化粗糙呈乳头状，触之坚硬，数目不等，一个至数个。一般无自觉症状，有自行消退倾向。疣体也可长期存在。
2. 扁平疣也称静扁平疣，青少年多见。好发于面部、手背及上肢，为米粒大、绿豆大的扁平淡褐色丘疹，表面光滑，搔抓后有明显的同形反应现象。一般无自觉症状，或有轻度瘙痒。病程较长，有自行消退倾向，也可长期存在。
3. 跖疣是发生在足底的寻常疣。因为足底常受到挤压，该处角质层又厚，因此跖疣并不像寻常疣般隆起，而是形成境界清楚的表面粗糙的污灰色皮疹，刮去表面粗糙的角质物，可见出血点。跖疣有时可以数个融合形成较大皮疹。注意其与胼胝的区别，更注意可能与胼胝同时存在。皮疹常伴有触痛及压痛。

【健康指导】

1. 疣俗称“瘊”，民间流传瘊有“公瘊”“母瘊”之分，治疗时必须去除母瘊才能治愈，这是不科学的。
2. 不要用手搔抓或抠掉疣体以企图治愈，这样既能引起继发感染，又能造成病毒的自身接种，出现同形现象。

（2023年删）

2023:

【临床表现】多发生在手部，黄豆大小或更大的灰褐色、棕色或皮色丘疹，表面粗糙，质硬。

（2023年增）

四、传染性软疣

2023年:

删除【概述】、【诊断要点】、【健康指导】

增加【临床表现】

2022:

【概述】传染性软疣由痘病毒中的传染性软疣病毒感染引起，可通过直接接触或接触污染的毛巾等传染。该病也可以通过性接触传染，所以其中一部分属于性传播疾病。

【诊断要点】好发于躯干、四肢。皮疹为粟粒至豆大的半球形丘疹，顶部可见脐窝状凹陷，呈正常肤色或珍珠母色，中心凹陷处能挤出乳酪状小体，有光泽。无自觉症状或有轻度瘙痒。传染性软疣发生在阴股部、肛周及大腿内侧时，由性接触传染，属性传播疾病。

【处理要点】局部皮肤消毒后用无菌小镊子夹疣体，将软疣小体从顶部凹陷中挤出，涂 2.5% 碘酊；或者用电烧、激光、冷冻除掉整个疣体。

(2023 年删)

2023:

【临床表现】3~5mm 的半球形灰色丘疹，中央有凹陷，内含乳白色干酪样的软疣小体，儿童好发于手背、四肢、躯干及面部，性接触传播者见于生殖器、臀部、下腹部等。

(2023 年增)

第二节 真菌性皮肤病

一、手癣和足癣

【诊断要点】

1. 根据皮肤损伤特点，临床上分为 3 种类型：

2023 年变

2022

(1) 间擦型/浸渍型：指（趾）间潮湿、发白，有湿润性脱屑、瘙痒。可继发糜烂及细菌感染致局部红、肿、痛。

(2) 水疱型：掌（跖）出现粟粒大至绿豆大水疱，壁厚，瘙痒。继发细菌感染时，出现化脓、周围红肿。

2023

(1) **间擦型/浸渍糜烂型**：指（趾）间潮湿、发白，有湿润性脱屑、瘙痒。可继发糜烂及细菌感染致局部红、肿、痛。

(2) 水疱型：掌（跖）出现针尖大小水疱，壁厚，瘙痒。继发细菌感染时，出现化脓、周围红肿。

【处理要点】2023 年变

2022:

【处理要点】

1. 浸渍型用粉剂、油剂及霜剂抗真菌外用药，糜烂时用 1/8000 高锰酸钾溶液湿敷之后用氧化 锌油等药物。
2. 水疱型可用外涂复方苯甲酸擦剂及其他抗真菌制剂。水疱破裂时应用油剂。
3. 鳞屑角化型则用 5%水杨酸软膏或 30%~40%尿素软膏外涂或封包。
4. 严重时口服特比萘芬片剂（又称丁克）或伊曲康唑胶囊。

2023:

【处理要点】

1. 浸渍糜烂型用粉剂、油剂及霜剂抗真菌外用药，糜烂时用 3%硼酸溶液湿敷之后，渗出减少 后再用氧化锌粉等药物。
2. 水疱型可用唑类霜剂或溶液等。
3. 鳞屑角化型则用 5%水杨酸软膏或 30%~40%尿素软膏外涂或封包。
4. 严重时口服特比萘芬片剂或伊曲康唑胶囊。继发细菌感染使用抗生素，癣菌疹使用抗过敏 药物。

二、体股癣

2023 年删：【概述】、【健康指导】

2023 年变：【诊断要点】【处理要点】

2022:

【概述】体癣是指发生在除头皮、毛发、掌跖、甲板以外的平滑皮肤上的皮肤癣菌感染；在股 部、臀部及外生殖器附近皮肤的体癣称为股癣。（2023 年删）

【诊断要点】开始为红斑、红丘疹，逐渐向外扩展，形成半环形、弧形，边界清楚，边缘隆起；可见丘疹、丘疱疹、小水疱，中心变平或渐愈，边缘继续扩大，可有轻度色素沉着。好发于夏季，自觉瘙 痒。真菌直接镜检可见菌丝。

【处理要点】与手、足癣相同。股癣避免用刺激性较强的外用药。

【健康指导】

1. 注意个人卫生，常洗澡，换内衣内裤，不乱穿他人内衣内裤。
2. 单纯皮质固醇软膏如氟轻松、皮炎平等不治疗体股癣。（2023年删）

2023:

【诊断要点】开始为红斑、红丘疹，逐渐向外扩展，形成半环形、弧形，边界清楚，边缘隆起；可见丘疹、丘疱疹、小水疱，中心变平或渐愈，边缘继续扩大，可有轻度色素沉着。好发于夏季，自觉瘙痒。真菌直接镜检可见菌丝和/或孢子。

【处理要点】与手、足癣相同。外用药物治疗为主，股癣避免用刺激性较强的外用药。

1. 抗真菌药物2周以上，皮损消退后继续用1~2周防复发。
2. 口服药物伊曲康唑或特比萘芬。

三、头癣

【诊断要点】2. 白癣、3. 黑点癣 2023年变

【处理要点】2023年变

2022:

2. 白癣学龄前儿童多见。头部皮肤损伤呈圆形或不规则形灰白色鳞屑斑，边缘清楚，病发根部有白色菌鞘包绕，常在距头皮2~4mm处折断，青春期后可自愈，不留瘢痕。尤其是曾经接触过患病的猫、狗者，易形成脓癣，化脓，破溃，愈后形成瘢痕及秃发。真菌镜检可见排列紧密的发外小孢子，真菌培养多为铁锈色小孢子菌和犬小孢子菌。滤过紫外线灯检查有亮绿色荧光。

3. 黑点癣儿童和成人均可发病。起初头皮为点状炎性鳞屑性斑片，稍痒，病发在距头皮1~2mm处或出头皮即折断，留下黑色小点；部分患者愈后有小片状瘢痕，引起局灶性永久性脱发。真菌镜检病发内有大量小孢子呈链状排列，培养多为紫色毛癣菌或断发毛癣菌。滤过紫外线灯检查无荧光。该菌可引起皮肤及甲病变。

【处理要点】

1. 洗每日用热水或硫磺皂洗头一次。

2. 剃尽可能把头发全部剃除，每周一次。
3. 煮定时对患者使用过的毛巾、枕套、帽子等物品煮沸消毒。
4. 擦外用 5%~10%硫磺软膏、酮康唑、特比萘芬或其他抗真菌外用制剂，2 次/d。
5. 服服用灰黄霉素、酮康唑、特比萘芬、伊曲康唑抗真菌药物中的一种。

2023:

2. **白癣** 学龄前儿童多见。头部皮肤损伤呈圆形或不规则形灰白色鳞屑斑，边缘清楚，病发根部有白色菌鞘包绕，常在距头皮 2~4mm 处折断，青春期后可自愈，**不造成永久性脱发**，不留 瘢痕。
3. **黑点癣** 儿童和成人均可发病。起初头皮为点状炎性鳞屑性斑片，稍痒，**病变出头皮即折断**，留下黑色小点；愈后常有点状萎缩性瘢痕，引起局灶性永久性脱发。真菌镜检病发内有圆形孢子呈链状排列，培养多为紫色毛癣菌或断发毛癣菌。滤过紫外线灯检查无荧光。该菌可引起皮肤及甲病变。

【处理要点】

1. **洗**每日用 2%酮康唑洗剂或硫磺皂洗头一次，连用 8 周。
2. **剃**尽可能**将病发**全部剃除，每周 1 次，**连续 8 周**。
3. **煮**定时对患者使用过的毛巾、枕套、帽子等物品煮沸消毒。
4. **擦**外用 5%~10%硫磺软膏、酮康唑、**1%**特比萘芬或其他抗真菌外用制剂，每天 2 次，**连用 8 周**。
5. **服**服用**特比萘芬或伊曲康唑抗真菌药物中的一种**。

四、甲癣

【健康指导】（2023 年删）

2022:

【健康指导】积极治疗手、足癣。甲癣治疗时间长，一般在 3~6 个月，应坚持治疗。

2023:

删除此部分

五、花斑癣

【概述】（2023 年删）

2022:

【概述】花斑癣俗称汗斑，由糠秕马拉色菌引起的皮肤表浅角质层的真菌感染。

2023:

删除此部分

六、念珠菌病

2023 年删：【概述】、【健康指导】

2023 年变：【诊断要点】【处理要点】

2022:

六、念珠菌病

【概述】念珠菌病是由念珠菌属（主要是白念珠菌）引起的皮肤、黏膜及内脏器官的急性、亚急性及慢性感染。念珠菌正常情况下就可能定植在人体的皮肤、口腔、消化道、阴道等处，当身体免疫力下降时，就可能发生念珠菌感染。

（2023 年删）

【诊断要点】

1. 念珠菌病口腔黏膜包括颊、齿龈、软硬腭等黏膜出现白色凝乳状的假膜，基底潮红或轻度糜烂，俗称鹅口疮。检查假膜可见大量孢子及假菌丝。
2. 念珠菌性外阴阴道炎是妇女常见病，大约 60%~70%的妇女一生中都有一次或数次外阴及阴道念珠菌感染。表现为外阴及阴道黏膜潮红，有白色凝乳状的假膜，白带增多，外阴瘙痒，性交疼痛。检查假膜可见大量孢子及假菌丝。本病性接触是重要传播途径之一，治疗中应注意男女双方同时治疗。
3. 念珠菌性龟头包皮炎多见于包皮过长者。龟头及包皮内侧面潮红，也可有散在的红丘疹，出现白色凝乳状的假膜，显微镜检查假膜可见大量孢子及假菌丝。本病性接触是重要传播途径之一，治疗中应注意男女双方治疗。包皮过长者应切除过长的包皮。
4. 皮肤念珠菌病皮肤念珠菌性间擦疹发生在腹股沟皱褶处、臀沟、肛周、腋窝、乳房下部及脐周等处。皮肤大片潮红糜烂，边缘清楚有鳞屑，部分可见白色凝

乳状的假膜。糖尿病患者、肥胖者、儿童尿布皮炎者更容易继发此病。

【处理要点】

1. 口服药成人用量：伊曲康唑每日 200mg，连续 7 日；氟康唑每日 150mg，1~3 日；特比萘芬 每日 250mg，7~14 日。
2. 念珠菌性外阴阴道炎可外用制霉菌素栓剂、咪康唑栓剂、克霉唑（三苯甲咪唑）栓剂等。口腔念珠菌病可用制霉菌素溶液含漱。皮肤念珠菌病及念珠菌性龟头包皮皮炎可外用特比萘芬霜剂、益康唑霜剂、咪康唑霜剂等。

【健康指导】

1. 加强个人卫生，对内衣、内裤定期消毒。
2. 不乱用含有皮质激素类的药品，有糖尿病的患者应积极治疗糖尿病。（2023 年删）

2023:

【诊断要点】

1. **口腔念珠菌病** 病口腔黏膜包括颊、齿龈、软硬腭等黏膜出现白色凝乳状的假膜，基底潮红或轻度糜烂，俗称鹅口疮。检查假膜可见大量孢子及假菌丝。
2. **外阴阴道念珠菌病** 接触传染，育龄期女性多见。表现为外阴及阴道黏膜红肿，有白色豆渣样、凝乳状或水样的白带，外阴瘙痒，性交疼痛。检查假膜可见大量孢子及假菌丝。本病性接触是重要传播途径之一，治疗中应注意男女双方同时治疗。
3. **念珠菌性包皮龟头炎** 多见于包皮过长者。龟头及包皮内侧面潮红，也可有散在的红丘疹，出现白色凝乳状的假膜，显微镜检查假膜可见大量孢子及假菌丝。本病性接触是重要传播途径之一，治疗中应注意男女双方治疗。包皮过长者应切除过长的包皮。
4. **念珠菌性间擦疹** 皮肤念珠菌性间擦疹发生在腹股沟皱褶处、臀沟、肛周、腋窝、乳房下部及脐周等处。皮肤大片潮红糜烂，边缘清楚有鳞屑，部分可见白色凝乳状的假膜。糖尿病患者、肥胖者、儿童尿布皮炎者更容易继发此病。
5. **念珠菌性甲沟炎及甲真菌病** 浸水工作者和糖尿病患者多发，甲沟炎表现为甲沟红肿、痛、痒。甲真菌病表现为甲板增厚浑浊、白斑、横沟或凹凸不平。

【处理要点】

1. 口服药成人用量：伊曲康唑 200mg/d，连续 7 日；氟康唑 150mg/d，1~3 日；特比萘芬 250 毫克/天，7~14 岁日。

2. 外阴阴道念珠菌病可外用制霉菌素栓剂、咪康唑栓剂、克霉唑栓剂等。口腔念珠菌病可用制霉菌素溶液含漱。念珠菌性间擦疹及念珠菌性龟头包皮炎可外用特比萘芬霜剂、益康唑霜剂、咪康唑霜剂等。

第三节 湿疹皮炎类皮肤病

一、湿疹

2023 年删：【概述】、【诊断要点】2. 鉴别诊断

2022：

【概述】湿疹是由多种内外因素引起的皮肤炎症。具有明显的渗出倾向，瘙痒显著，皮疹多形，反复发作，慢性期则呈苔藓化。

【诊断要点】

2. 鉴别诊断

(1) 急性湿疹与接触性皮炎鉴别：接触性皮炎有明确的接触史，发生于接触部位，皮肤损伤境界清楚，多为急性经过，除去病因后易治愈。

(2) 慢性湿疹与神经性皮炎鉴别：神经性皮炎常发于颈部、肘、膝关节伸侧及骶尾部，呈典型的苔藓样变，无渗出倾向，瘙痒呈阵发性。(2023 年删)

2023

删除此部分

二、神经性皮炎

2023 年删：【概述】

2022：

【概述】

以阵发性剧痒和皮肤苔藓样改变为特征的慢性炎症性皮肤病。

2023：

删除此部分

三、接触性皮炎

2023 年删：【概述】

2022:

【概述】接触性皮炎是皮肤或黏膜接触某些物质后，在接触部位发生的急性或慢性皮炎。它分为原发性刺激性及变态反应性两种。有些人接触某些物质后，在光照下引起皮肤反应，这种光接触性皮炎，也属接触性皮炎的一种。

2023:

删除此部分

四、药物性皮炎

2023 年删：【概述】

2023 年变：【处理要点】第 3 条

2022:

【概述】药物性皮炎是指药物通过各种途径如口服、注射、吸入、栓剂等方式进入人体后引起的皮肤黏膜的炎症性反应，严重者可累及内脏。（2023 年删）

【处理要点】

3. 轻症患者可给抗组胺药如氯苯那敏、赛庚啶、开瑞坦、皿治林等；也可加用维生素 C 口服或静脉滴注。

2023:

【处理要点】

3. 轻症患者可给抗组胺药如氯苯那敏、赛庚啶、氯雷他定（开瑞坦）、咪唑斯汀（皿治林）等；也可加用维生素 C 口服或静脉滴注。

第四节物理性皮肤病

一、冻疮

2023 年删：【概述】 【健康指导】

2022:

【概述】冻疮是在寒冷季节机体对长时间寒冷发生的末梢部位一种特异性局部炎症反应。温度转暖后可以自愈。冻疮的发生与个体等多因素有关，且并非起病于最寒冷的时间，有时与遗传有关。

【健康指导】

1. 加强锻炼，增强体质，促进血液循环。
2. 入冬后提前注意保温，戴好手套、口罩、耳罩，穿好鞋袜，手套鞋袜不易过紧。
3. 过去有冻疮病史者入冬后更要注意自己的保暖问题，预防复发。

2023:

删除此部分

二、痱子

2023 年删：【概述】 【健康指导】

2023 年变：【诊断要点】第 2 条变化

2023 年增：【诊断要点】增加第 4 条、【处理要点】第 4 条

2022:

【概述】痱子是由于温度过高、湿度过大，机体多汗而不易蒸发，汗液潴留，汗管阻塞、破裂，汗液外渗等引起的周围表浅组织炎症。（2023 年删）

【诊断要点】

1. 红痱子（红色粟粒疹）发生在高热、高湿度环境中，好发部位在衣服遮盖的胸、背、乳房下、腋窝、肘窝及儿童面部、臀部等，常泛发多处，为针头大小、密集的红丘疹及丘疱疹，有瘙痒及灼热感。
2. 白痱子（晶形粟粒疹，水晶痱子）发生在高热、高湿度环境中，好发部位在衣服遮盖的胸、背及颈部，皮疹为表浅的针头大小、发亮的小水疱，疱壁薄，疱液清，易破裂，无炎症，无自觉症状。
3. 深痱子（深部粟粒疹）发生在长时间炎热的环境中，好发部位在躯干、颈部，皮疹为不痒的、苍白的、硬性丘疱疹和丘疹，直径为 1~3mm，可感染化脓。

【处理要点】

1. 离开高温高湿环境，使周围凉爽通风。
2. 外用痱子粉、炉甘石洗剂、1%薄荷酊。
3. 感染时加用外用的或口服的抗生素。
4. 中药治疗。

【健康指导】

1. 加强工作环境和居室的降温通风。

2. 衣服宜宽大、吸汗，便于汗液蒸发。
3. 经常洗澡，保持皮肤清洁干燥。
4. 如发生痱子，及时处理，避免继发感染。（2023年删）

2023:

【诊断要点】

1. 红痱（红色粟粒疹）发生在高热、高湿度环境中，好发部位在衣服遮盖的胸、背、乳房下、腋窝、肘窝及儿童面部、臀部等，常泛发多处，为针头大小、密集的红丘疹及丘疱疹，有瘙痒及灼热感。
2. 白痱（晶形粟粒疹，水晶痱子）发生在高热、高湿度环境中，好发部位在衣服遮盖的胸、背及间擦部位，皮疹为表浅的针头大小、发亮的小水疱，疱壁薄，疱液清，易破裂，无炎症，无自觉症状。
3. 深痱（深部粟粒疹）发生在长时间炎热的环境中，好发部位在躯干、颈部，皮疹为不痒的、苍白的、硬性丘疱疹和丘疹，直径为1~3mm，可感染化脓。
4. 脓痱（脓疱性粟粒疹）好发于儿童头颈部等皮肤褶皱，顶端有针尖浅脓疱的密集丘疹。

【处理要点】

1. 离开高温高湿环境，使周围凉爽通风。
2. 外用痱子粉、炉甘石洗剂、1%薄荷酊。
3. 感染时加用外用的或口服的抗生素。
4. 瘙痒明显加用抗过敏药物。
5. 中药治疗。

三、鸡眼

2023年删：【概述】、【诊断要点】鉴别诊断、【健康指导】

2022:

【概述】鸡眼是足部皮肤因长期摩擦或受挤压所产生的圆锥形鸡眼状角质增生损害。

【诊断要点】

2. 鉴别诊断应与跖疣及胼胝相鉴别。本病发生部位与跖疣相似，但跖疣是病毒感

染，表面是粗糙的污灰色皮损，无环状角质增生，疼痛较轻。胼胝为扁平片状角质增生性斑，边缘不清，注意相互鉴别。

【健康指导】

1. 不穿过挤、过硬的鞋。
2. 如足部有某种畸形，应及时治疗。

2023:

删除此部分

四、胼胝

2023 年删：【概述】、【健康指导】

2022:

【概述】胼胝是局部皮肤因受长期的挤压、摩擦而引起的局限性的、扁平的片状增生。本病少数与足部畸形或手部的某种特殊职业有关。

【健康指导】

1. 纠正足部畸形。
2. 改变与职业有关的操作。
3. 穿着大小合适舒适的鞋，必要时内置厚软的鞋垫。

2023:

删除此部分

五、多形性日光疹

2023 年删：【概述】、【健康指导】

2022:

【概述】多形性日光疹是一种与日光有关的过敏性多形皮肤损害的皮肤病。

【健康指导】避免阳光直接照射皮肤，特别是暴露部位应使用遮光剂。

2023:

删除此部分

第五节 痤疮

【概述】

2023 年删：【概述】

2022：

【概述】痤疮是青春期常见的皮肤病。由多种因素引起，主要由于雄性激素分泌过盛而引起 皮脂腺排泄皮脂增多，毛囊角化，造成毛孔阻塞，再加上局部痤疮杆菌感染等造成毛囊皮脂腺的慢性炎症。

2023：

删除此部分

【病因】

2023 年增：【病因】

【病因】暂不清楚，可能与遗传、雄激素、饮食情绪、痤疮丙酸杆菌、免疫炎症等有关。

【诊断要点】

2023 年变：【诊断要点】第 1 条

2022：

【诊断要点】

1. 皮肤损伤特点多为与毛囊一致的丘疹，有开放的黑色粉刺，有圆头的红丘疹及脓头丘疹。

部分患者还有结节、囊肿及瘢痕。几种皮肤损伤可同时存在，时轻时重。

2023：

【诊断要点】

1. 皮肤损伤特点多为与毛囊一致的丘疹，有开放性的黑头粉刺、闭合性白头粉刺，有圆头的

红丘疹及脓头丘疹。部分患者还有结节、囊肿及瘢痕。几种皮肤损伤可同时存在，时轻时重。

第六节 斑秃

【概述】

2023 年删：【概述】

2022:

【概述】斑秃俗称鬼剃头，是突然发生的无自觉症状的局限性脱发。本病的发生常与突然的精神刺激，惊吓，内分泌失调等因素有关。

2023:

删除此部分

第七节 玫瑰痤疮

第七节：删除酒渣鼻，增加玫瑰痤疮

2022:

酒渣鼻

【概述】酒渣鼻是发生在面部（鼻部、两颊、前额、颞部）的红斑、丘疹、脓疱，最后导致鼻赘的一种常见皮肤病。

【诊断要点】

1. 红斑期开始以面部中央区特别是鼻部发红，慢慢扩大到两颊、前额、颞部。早期有时发红，有时正常，反复发作后，红斑持久不退，并伴有毛细血管扩张。
2. 丘疹脓疱期在红斑的基底上，反复不断地出现丘疹、脓疱，毛细血管扩张也不断加重。
3. 鼻赘期经反复多年鼻部皮脂腺增大，鼻部结缔组织增生，导致其表面高低不平，整个鼻部变大，形成鼻赘。
4. 本病常发生在中年以上的男女，女性发病多于男性，但病情严重者特别是晚期发生鼻赘者，多数是老年男性。

【处理要点】

1. 内服药四环素类，包括四环素和米诺环素，用法为少量长期，四环素 250mg，2 次/d，4~6 周；米诺环素 50mg，2 次/d，4~6 周；也可配合甲硝唑 0.2g，2 次/d，4~6 周。B 族维生素酌情应用。
2. 外用药 1%~3%甲硝唑霜，5%过氧化苯甲酰霜，含硫磺的洗剂等。
3. 物理治疗包括电解疗法、冷冻疗法、激光疗法等对治疗毛细血管扩张有效。
4. 手术疗法对鼻赘和严重的毛细血管扩张有效。
5. 中药治疗。

【健康指导】

1. 避免胃肠功能紊乱特别是便秘。
2. 少用或不用刺激性食物如辛辣。
3. 不饮酒，避免情绪激动。
4. 面部毛囊虫感染较重者，应给予相应治疗。

2023:

玫瑰痤疮

【诊断要点】

本病常发生在中年以上的男女，女性发病多于男性，但病情严重者特别是晚期发生鼻赘者，多数是老年男性。

1. 红斑毛细血管扩张型开始以面部中央区特别是鼻部发红，慢慢扩大到两颊、前额、颞部。

早期有时发红，有时正常，反复发作后，红斑持久不退，并伴有毛细血管扩张。

2. 丘疹脓疱型在红斑的基底上，反复不断地出现丘疹、脓疱，毛细血管扩张也不断加重。

3. 鼻赘型经反复多年鼻部皮脂腺增大，鼻部结缔组织增生，导致其表面高低不平，整个鼻部变大，形成鼻赘。

【处理要点】

1. 内服药①四环素类，包括四环素和米诺环素，用法为少量长期，四环素 250mg，2 次/d，4~6 周；米诺环素 50mg，2 次/d，4~6 周；也可配合甲硝唑 0.2g，2 次/d，4~6 周。②异维 A 酸：二线用药。③羟氯喹。④β 受体阻滞剂。⑤抗焦虑药物。

2. 外用药夫西地酸，1%克林霉素，1%~3%甲硝唑霜，5%过氧化苯甲酰霜，含硫磺的洗剂等。

3. 物理治疗包括电解疗法、冷冻疗法、激光疗法等对治疗毛细血管扩张有效。

4. 手术疗法对鼻赘和严重的毛细血管扩张有效。

5. 中药治疗。

第八节 白癜风

【概述】2023 年删：2022：

【概述】白癜风是一种后天性的目前还原因不明的局部色素脱失性皮肤病。

2023：

删除此部分

【诊断要点】2023 年变：

2022：

【诊断要点】

1. 皮肤损害为局限性的色素脱失性乳白色斑，大小不等，形状不一，边缘清楚；根据白斑出现的数量、位置分为局限型、泛发型、节段型。
2. 白斑边缘部分色素较正常皮肤稍深。
3. 白斑区内毛发可变白。
4. 无自觉症状。少数患者可以自愈，多数患者可由局限型泛发全身，其原因不清。

(2023 年删)

2023

【诊断要点】

1. 皮肤损害为局限性的色素脱失性乳白色斑，大小不等，形状不一，边缘清楚；根据白斑出现的数量、位置分为局限型、泛发型、节段型、非节段型（散发型、泛发型、面肢端型、黏膜型）、混合型、未定类型。
2. 白斑边缘部分色素较正常皮肤稍深。
3. 白斑区内毛发可变白。
4. 无自觉症状。少数患者可以自愈。

第九节 荨麻疹

【概述】2023 年删：

【病因】2023 年增：

2022：

【概述】荨麻疹是一种常见的皮肤病，它是由皮肤、黏膜小血管扩张及渗透压增高而出现的一种局限性、一过性的水肿反应。病因复杂，常见原因有食物、药物、感染、内脏疾病、动植物因素、物理因素及精神因素等。依病程分为急性

荨麻疹和慢性荨麻疹，后者病程常超过 6 周 以上。（2023 年删）

2023:

【病因】病因包括食物、感染、药物、外界接触物等，多数原因不明。（2023 年增）

【诊断要点】【处理要点】

2023 年变：【诊断要点】3. 几种特殊类型的荨麻疹（2）【处理要点】4.

2022:

【诊断要点】

3. 几种特殊类型的荨麻疹

（2）寒冷性荨麻疹：分为两种：一种为遗传性，婴儿期发病，于受冷后数小时发生泛发性风团，同时可有发热、寒战、头痛、关节痛等症状，被动转移试验和冰块试验都为阴性；另一种为获得性，发生在任何年龄，在接触冷风、冷水等后数分钟，于外露部位或接触冷物部位出现瘙痒性水肿或风团，被动转移试验和冰块试验均为阳性。

【处理要点】

4. 当出现喉部水肿、呼吸困难及过敏性休克时，立即皮下或肌肉注射 0.1%肾上腺素，同时静脉应用氢化可的松或地塞米松。

2023:

【诊断要点】

3. 几种特殊类型的荨麻疹

（2）冷接触荨麻疹：分为两种：一种为遗传性，婴儿期发病，于受冷后数小时发生泛发性风团，同时可有发热、寒战、头痛、关节痛等症状，被动转移试验和冰块试验都为阴性；另一种为获得性，发生在任何年龄，在接触冷风、冷水等后数分钟，于外露部位或接触冷物部位出现瘙痒性水肿或风团，被动转移试验和冰块试验均为阳性。

【处理要点】

4. 当出现喉部水肿、呼吸困难及过敏性休克时，立即皮下或肌肉注射 0.1%肾上腺素

腺素,同时静脉应用氢化可的松或地塞米松,支气管严重痉挛时静脉注射氨茶碱,严重呼吸道阻塞时需气管切开,心搏骤停时行胸外按压。

第十节 银屑病

【概述】2023年删:

【诊断要点】【处理要点】

2023年变:【诊断要点】2. 脓疱型 3. 关节病型【处理要点】2. 局部治疗(4)

2022:

【概述】银屑病(俗称牛皮癣)是一种常见的红斑鳞屑性慢性复发性皮肤病。我国人群抽样调查,患病率为0.12%~1.2%,北方高于南方,在不同地区差异很大。病情常有季节性,多数患者的病情冬天较重,夏天较轻。(2023年删)

【诊断要点】

2. 脓疱型分为泛发型与局限型二型。基本损害为红斑上出现粟粒大小黄色浅表性无菌性脓疱,严重者可急性、全身性出现密集脓疱,脓疱可融合成脓糊,常伴有发热等全身症状。病情好转后,可出现典型银屑病皮肤损伤;局限型者主要发生于掌跖部,出现常反复发作的脓疱及脱屑。

3. 关节病型有银屑病皮肤损伤,并发生类似风湿性关节炎症状,关节症状与皮肤损伤同时加重或减轻。主要表现为手、足、腕、踝、肘及膝等关节肿胀、疼痛,重者可造成关节强直变形。

【处理要点】

2. 局部治疗

(4) 生物制剂治疗在目前为初期阶段。

2023:

【诊断要点】

2. 脓疱型

分为泛发型与局限型二型。基本损害为红斑上出现粟粒大小黄色浅表性无菌性脓疱,严重者可出现急性、全身性出现密集脓疱,脓疱可融合成脓糊,常伴有发热等全身症状。病情好转后,可出现典型银屑病皮肤损伤;局限型者主要发生于掌跖部,出现常反复发作的脓疱及脱屑。

3. 关节病型有银屑病皮肤损伤,并发生类风湿关节炎表现,关节症状与皮肤损

伤同时加重或减轻。主要表现为手、足、腕、踝、肘及膝等关节肿胀、疼痛，重者可造成关节强直变形。

【处理要点】

2. 局部治疗

(4) 生物制剂适用于常规治疗无效的患者。

第十一节 细菌性皮肤病

一、脓疱疮

【概述】、【健康指导】 2023 年删：

【病因】 2023 年增：

2022：

【概述】脓疱疮民间俗称“黄水疮”，是夏秋季最常见的皮肤病之一。病原菌绝大多数为金黄色葡萄球菌，亦可由乙型溶血性链球菌或两者混合感染引起。

(2023 年删)

【健康指导】

1. 注意个人卫生，保持清洁。
2. 做好消毒隔离，预防传染。(2023 年删)

2023：

【病因】金黄色葡萄球菌和/或乙型溶血性链球菌引起，高温、多汗、皮肤破损促进细菌入侵繁殖。(2023 年增)

二、毛囊炎

【概述】、【健康指导】 2023 年删：

【病因】 2023 年增：

2022：

【概述】此病为毛囊的化脓性炎症，最常见的病原菌是金黄色葡萄球菌。(2023 年删)

【健康指导】

1. 注意个人卫生，保持皮肤清洁。
2. 避免搔抓及皮肤损伤。

3. 加强锻炼注意营养，提高机体抵抗力。（2023 年删）

2023:

【病因】凝固酶阳性金黄色葡萄球菌等细菌或真菌感染引起，高温、多汗、长期使用糖皮质激素是诱发因素。（2023 年增）

第十二节 性传播疾病

一、梅毒

【概述】、【处理要点】 2023 年删：

【病原体】【健康指导】 2023 年增：

【诊断要点】 2023 年变：【诊断要点】 2. 二期梅毒； 3. 晚期梅毒

2022:

【概述】梅毒是由梅毒螺旋体引起的一种慢性全身性传播疾病。分为先天性和后天性两类。本节介绍后天性梅毒。（2023 年删）

【诊断要点】

早期梅毒（一期和二期，病期在 2 年以内）（2023 年删）

1. 一期梅毒潜伏期 2~4 周，平均 3 周。

2. 二期梅毒

(1) 发生在感染后 7~10 周。

3. 晚期梅毒（三期梅毒）

(2) 树胶样肿：初为皮下结节，渐发展与皮肤粘连成浸润性肿块，中心可破溃形成溃疡。

(4) 神经梅毒：一般发生在感染后 5~15 年，可有梅毒性脑膜炎、脊髓痨、麻痹性痴呆等，也有无症状性神经梅毒（脑脊液梅毒血清反应阳性）。

(6) 梅毒血清试验：非特异性试验（如 VDRL、USR 及 RPR 等）大部分为阳性，注意不少其他疾病也可引起梅毒血清非特异性试验阳性，所以非特异性反应阳性并非全部是梅毒。特异性试验（如 FTA-ABS、TPHA 等）为阳性诊断梅毒的可靠性大，一般临床上两种试验同时检测。

【处理要点】

1. 治疗原则早期、足量、规则用药，治疗后要定期随访。

2. 治疗方法

(1) 早期梅毒（包括一期、二期及早期潜伏梅毒）苄星青霉素 G240 万 U，分两侧臀部肌肉注射，1 次/周，共 2~3 次；或普鲁卡因青霉素 G，80 万 U，1 次/d，肌肉注射，连续 10~15 日，总量 800 万~1200 万 U。对青霉素过敏者可应用盐酸四环素，500mg，4 次/d (2g/d)，口服，连续 15 日，或多西环素 100mg，2 次/d，口服，连续 15 日；或红霉素，用法同盐酸四环素。

(2) 晚期梅毒（包括三期皮肤、黏膜、骨骼梅毒，晚期潜伏梅毒或不能确定病期的潜伏梅毒）及二期复发梅毒。苄星青霉素 G40 万 U，分两侧臀部肌肉注射，1 次/周，连续 3 周，共 3 次，总量 720 万 U；或普鲁卡因青霉素 G，80 万 U，1 次/d，肌肉注射，连续 20 日为一疗程。也可根据情况休药，两周后进行第 2 疗程。对青霉素过敏者可应用盐酸四环素 500mg，4 次/d (2g/d)，口服，连续 30 日，或多西环素 100mg，2 次/d，口服，连续 30 日；或红霉素，用法同盐酸四环素。参照原卫生部性病治疗方案，应转卫生局批准的性病治疗医院治疗。（2023 年删）

2023:

【病原体】梅毒螺旋体。（2023 年增）

【诊断要点】本病由后天感染梅毒螺旋体所致。绝大多数患者有不洁性交史或配偶感染了本病。

1. 一期梅毒潜伏期 2~4 周，平均 3 周。

2. 二期梅毒

(1) 发生在感染后 9~12 周。

一期和二期为早期梅毒，病期在 2 年以内。（2023 年增）

3. 晚期梅毒（三期梅毒）发生在感染 2 年以上者。此期的皮肤黏膜损害如下。

(2) **梅毒性树胶肿**：初为皮下结节，渐发展与皮肤粘连成浸润性肿块，中心可破溃形成溃疡。

(4) **神经梅毒**：一般发生在感染后 3~20 年，可有梅毒性脑膜炎、脊髓痨、麻痹性痴呆等，也有无症状性神经梅毒（脑脊液梅毒血清反应阳性）。

(6) **梅毒血清试验**：非特异性试验（如 VDRL、TRUST 及 RPR 等）大部分为阳性，注意不少其他疾病也可引起梅毒血清非特异性试验阳性，所以非特异性反应阳

性并非全部是梅毒。特异性试验（如 FTA-ABS、TPPA 等）为阳性诊断梅毒的可靠性大，一般临床上两种试验同时检测。

【健康指导】

- （1）发现后尽早就医，避免发生严重并发症。
- （2）性伴侣同时治疗，治疗期间避免性生活。
- （3）一般治疗后第 3、6、9、12、18、24、36 个月进行复查。
- （4）复发需再次治疗。（2023 年增）

二、淋病

【概述】、【处理要点】 2023 年删：

【病原体】【健康指导】 2023 年增：

2022：

【概述】 淋病是由淋病双球菌感染引起的，主要发生在泌尿生殖系统，也可引起多器官感染的传染病。

【处理要点】 处理原则为及时、足量、规范用药，治疗后随访。淋菌性尿道炎、宫颈炎、直肠炎：头孢曲松 250mg，单次肌肉注射；或大观霉素 2g（宫颈炎 4g），单次肌肉注射；头孢噻肟 1g，单次肌肉注射或转卫生局批准的治疗性病医院治疗。（2023 年删）

2023：

【病原体】 淋病奈瑟菌。

【健康指导】

- （1）避免高危性行为，注意公共用具卫生。
- （2）出现相关症状尽早就医。
- （3）淋病患者日常用具不和其他人混用，及时使用高温（60℃加热 1 分钟）等方式消毒，避免 传染。
- （4）妊娠期女性淋病患者有导致胎儿感染风险，及时至正规医院治疗。
- （5）治愈后可再次感染，再次感染需再次治疗。（2023 年增）

三、尖锐湿疣

【概述】、【处理要点】 2023 年删：

【病原体】【健康指导】 2023 年增：

2022：

【概述】本病又称性病疣，是由人乳头瘤病毒引起的一种性传播疾病。

【处理要点】

1. 外用药疗法主要是足叶草酯。5%鬼臼毒素酊外用，2 次/d，连用 3 日，停药 4 日，为一疗程，可用 1~3 个疗程。50%三氯醋酸溶液外用，1 次/d，用药 6 次未愈则应改用其他疗法。5-氟尿嘧啶软膏外用，1 次/d。5%咪喹莫特霜，每周 3 次，外用，用药 6~10 小时后洗掉，最多使用 16 周。还有 20%足叶草脂酊等。
2. 手术治疗适用于单发或巨大的尖锐湿疣。
3. 物理治疗激光治疗、冷冻治疗、电烧治疗等。（2023 年删）

2023：

【病原体】人乳头瘤病毒。

【健康指导】

1. 避免高危性行为。
2. 出现相关症状尽早就医。
3. 妊娠期患者及时到正规医院治疗。
4. 治愈后可再次感染，需进行正规治疗。（2023 年增）

四、非淋菌性尿道炎（黏液脓性宫颈炎）

【概述】【健康指导】 2023 年删：

【病因】 2023 年增：

2022：

【概述】非淋菌性尿道炎（黏液脓性宫颈炎）的临床表现在男性有尿道炎症状，在女性有黏液脓性宫颈炎的症状，但涂片或培养不能发现淋球菌的尿道炎或黏液脓性宫颈炎，广义通称为非淋菌性尿道炎（黏液脓性宫颈炎）。病原体主要是沙眼衣原体和支原体。非淋菌性尿道炎（黏液脓性宫颈炎）是性传播疾病，发病患者数占我国统计的 7 种性病之首。

【健康指导】

1. 治疗期间禁止性生活。
2. 夫妻间、性伴侣间应同时治疗。
3. 治愈后应避免不洁性接触，否则仍可复发。（2023 年删）

2023:

【病因】沙眼衣原体感染致病。（2023 年增）

五、生殖器疱疹

【概述】2023 年删:

【病因】2023 年增:

【诊断要点】2023 年变:

2022:

【概述】生殖器疱疹是由单纯疱疹病毒感染（主要是单纯疱疹病毒二型）引起的一种性传播疾病。（2023 年删）

【诊断要点】

2. 原发性生殖器疱疹潜伏期为 3~14 日，外生殖器或肛门周围有群簇或散在的小水疱，2~ 4 日后破溃形成糜烂或浅溃疡面，自觉疼痛。

2023:

【病因】单纯疱疹病毒感染泌尿生殖器及肛周皮肤黏膜引起的性传播疾病。（2023 年增）

【诊断要点】

2. 初发性生殖器疱疹潜伏期为 2~14 日，外生殖器或肛门周围有群簇或散在的小水疱，2~ 4 日后破溃形成糜烂或浅溃疡面，自觉疼痛。

六、阴虱病

【概述】【健康指导】2023 年删:

【病因】2023 年增:

2022:

【概述】阴虱病是由于阴虱的寄生、叮咬所致的一种性传播疾病。虱病在人体有三种：头虱、体虱和阴虱。阴虱寄生在人的阴毛、肛毛，偶尔可见于腋毛，甚至眉毛和睫毛。

【健康指导】

1. 阴虱病患者在未治愈前，应暂停性生活。
2. 普及性病防治知识，避免非婚性行为。
3. 注意个人卫生，防止间接感染。（2023 年删）

2023:

【病因】阴虱寄生于人体，虱用口器刺入皮肤吸血造成的损伤和毒性分泌物刺激而致病。（2023 年增）

七、性传播疾病的传播途径、预防与健康指导

七、性传播疾病的预防与健康指导：

变为“七、性传播疾病的传播途径、预防与健康指导”

【传播途径】2023 年增：

2023:

【传播途径】主要为各种性接触传播，包括异性和同性，也可通过接触被污染的衣服、物品传播，部分性传播疾病可通过胎盘、产道和母乳传播，梅毒等可通过接触血液的医疗操作器械传播，包括人工授精、器官移植等。（2023 年增）

第十六章 精神疾病与精神卫生

第一节 概述

二、精神疾病的常见病因

1. 遗传与环境因素，因素精神疾病中的两大常见病、多发病—精神分裂症和情感性精神障碍，均有明显的遗传因素，但精神疾病多为多基因遗传病，由遗传与环境共同作用。分子遗传学发现，相同的遗传变异可能在不同的人导致不同的精神疾病。精神疾病是脑发育相关的遗传问题，取决于遗传与环境的相互作用。表观遗传学发现外界环境，如童年的教养方式、饮食、滥用药物、应激等，

可促发疾病易感性。【2023 年变】

2. 神经发育异常与感染在个体发育早期由于遗传和环境因素的相互作用，影响了特定脑区（或环路）的发育，导致神经发育异常，而不同脑区发育异常则分化为各种精神疾病。多种病原体如梅毒螺旋体、HIV、弓形虫感染等可透过血脑屏障，干扰大脑正常发育，产生精神神经症状。【2023 年变】

3. 心理社会因素不良的生活事件如意外事故、灾难等以及一些持续的紧张、矛盾状态如遭遇挫折、患病、婚变等均可影响机体正常的心理生理功能，削弱机体免疫功能和心理防御能力，诱发心身疾病乃至精神疾病。某些具有不良性格特征者，在外界有害因素作用下易罹患精神疾病，如有敏感、多疑、孤僻、内向、不合群等性格倾向的人易患精神分裂症；而过于拘谨、胆小、犹豫不决性格者，患强迫症的比率增高；而性格坚强、稳定且适应力和耐受力好者，在外界不良因素冲击下，应对良好而不易出现精神疾病。【2023 年变】

四、精神疾病的症状

1. 认知过程障碍：（3）⑤注意狭窄：注意的广度和范围显著缩小。【2023 年增】

（4）②记忆增强：病理性记忆增强，对病前遗忘的事都能回忆起来，包括细节【2023 年增】

第二节 精神分裂症

【处理要点】中【2023 年删：临床分型大段内容】

第三节 心境（情感）障碍

2. 抑郁发作（1）症状：通常包括 3 大核心症状：①心境低落；②兴趣减退；③快感缺失。心理症状群包括：思维迟缓、认知功能损害、负性认知模式、自责自罪、自杀观念与行为、精神运动性迟滞或激越、焦虑、精神病性症状、自知力缺乏。躯体症状群包括：睡眠障碍、自主神经功能紊乱症状、进食紊乱、精力下降、性功能障碍。

（2）抑郁发作分类

3) 重度抑郁发作：3 条核心症状都具备且有至少 4 条其他症状，患者社会、工作、生活能力严重受损。

4) 伴精神病性症状：符合中、重度抑郁发作，并且存在妄想、幻觉或抑郁性木僵。妄想一般涉及自罪、贫穷或灾难；听幻觉常为诋毁或指责的声音；嗅幻觉多为污物腐肉的气味。以上 4 种不同严重程度抑郁的诊断均要求至少持续 2 周。

【2023 年变】

第五节 神经症性障碍

2. 焦虑障碍的临床表现和诊断要点 (1) ③发作突然，历时短暂，一般 5~20 分钟，很少超过 1 小时。发作时意识清晰，发作过后患者自觉一切如常，能回忆发作经过。【2023 年变】

(2) 1) 精神性焦虑：表现为对未来可能发生的、难以预料的某种危险或不幸事件的经常担心。这种担心可以是不能被患者明确意识到的对象和内容；也可以是某一二件非现实的威胁；或生活中可能发生于他自身或亲友的不幸事件。例如，担心子女出门发生车祸等。故患者常有恐慌的预感，终日心烦意乱，坐卧不宁，忧心忡忡，注意力难以集中，对日常生活中的事物失去兴趣。

2) 躯体性焦虑：包括运动性不安和肌肉紧张。表现为搓手顿足，来回走动，紧张不安，不能静坐，可见眼睑、面肌或手指震颤，或患者自感战栗。有的患者双眉紧锁，面肌或肢体肌肉紧张、疼痛，或感到肌肉抽动、疲乏。

3) 自主神经功能增强：常有心悸、胸闷、气促、头晕、多汗、咽部梗塞感、胃部不适、尿频、女性月经紊乱、性功能减退等。这些症状反过来又会成为患者担心的内容，以致加重焦虑，形成恶性循环。

4) 其他症状：可合并疲劳、抑郁、恐惧等，但不是疾病的主要临床相。表现为惶恐、易惊吓、对外界刺激出现过度（惊跳）反应、入睡困难、易惊醒等。

【2023 年变】

3. 焦虑障碍的诊断

(1) 惊恐障碍

3) 病程标准：至少 1 次的惊恐发作后 1 个月存在：①持续担心再次发作；②担心发作的后果和可能不良影响；③与发作相关的行为改变。【2023 年变】

第十七章 康复医学

第一节 基本概念

一、康复的基本概念

2023 年删：综上所述，可归纳出康复内涵的五个要素：

1. 康复 是老年病和慢性病者，有功能缺失和障碍致影响日常生活、学习、工作和社会生活的残疾人病员。
2. 康复的领域包括医疗康复（身体功能康复）、教育康复、职业康复、社会康复等方面，便促进残疾人全面康复。
3. 康复的措施包括所有能消除或减轻身体功能障碍的措施，及有利于教育康复、职业康复和社会康复实施的措施。不但使用医学技术，而且也使用社会学、也理学、教育学、工程学、信息学等方面的技术，并包括政府政策、立法等举措。
4. 康复的 实现全面康复，使残疾人和伤病员能融入社会，在家庭和社会中过有意义的生活，从而改善生活质置为康复的最高目标。
5. 康复的提拱 提供康复医疗、训练和服务的不仅有专业的康复工作者，而且也包括社区的力量，而残疾人及其家属也参与康复工作的计划与实施。

二、康复治疗原则

康复治疗强调早期介入、综合实施、主动参与、全程干预。

1. 早期介入 对于 急 危 重 症 患 者 ， 康复要与临床救治同步；临床科室的患者，入院后 床边康为早期康复。
2. 综合实施采取一切可以使用的有效方法和手段。
3. 主动参与清醒患者在确保安全前提下，尽可能参与康复治疗。
4. 全 程 干 预 脊 髓 损 伤 、高血压、糖尿病等造成的功能障碍常需要长期的康复治疗。【2023 年增】

五、社区康复【2023 年删：的概念】

1. 概 念 “社区康复”一词是从英语“community based rehabilitation”翻译过来的，简称 CBR，字面上的意思是指“以社区为基础的康复”或“以社区为基地的康复”。按照英语的原意，“社区”是指一个范围较小的局部地区，这个地区是由具有共同社会特征的人们所居住的（社会特征是指政治、法律、宗教、经济、文化背景等特征），因而也就形成了一个“小社会”。在中国，社区相当于城市 的街道或农村的村镇。社区康复也称为“基层康复”。“社区康复”按 1981

年 WHO 康复专家委员会的定义是指“在社区的层次上采取的康复措施，这些措施是利用和依靠社区的人力资源而进行的，包括依靠有缺陷、弱能、残障的人员本身，以及他们的家庭和社会。”结合中国的实际情况，制定出具有中国社区康复工作特点的内容：“社区康复或基层康复，是指依靠社区（城市的街道，农村的村镇）本身的人力资源，建设一个有基层社团、基层卫生人员、民政人员、志愿人员、残疾者家属和残疾者本人参加的基层康复系统，在社区（基层）对残疾进行普查、预防和康复的工作，使分散在基层的残疾者得到基本的康复服务。”1994年，联合国教科文组织、世界卫生组织、国际劳工组织联合发表了关于社区康复（CBR）的意见书，将社区康复定义为“社区康复是社区发展的一项策略，是使所有残疾人得到康复、具有平等的机会和达到社会一体化。”

2. 社区康复的服务对象包括所有需要救治的患者。（1）各种原因引起的功能障碍者，包括所有不能正常发挥身体、心理和社会功能的躯体、内脏、精神、心理等方面的各种疾患。（2）慢性病、亚健康人群。（3）随着老年人口比例增加，老年人群将成为康复医学的一个主要对象。

3. 社区康复的工作内容（1）康复预防：一级预防，采取宣传、咨询、检查、预防接种、预防事故、合理用药等方法；二级预防，早期发现病、伤、残，早期采取有效手段进行治疗；三级预防，采用各种治疗手段最大限度地减少残疾或残障给个人、家庭和社会造成的影响。（2）康复治疗：通过基层康复技术可及的各种有效治疗方法，最大限度地改善病、伤、残者的功能障碍。

4. 中国社区康复工作的特点需要康复服务的人群数量大，基层医疗资源利用不足，部分居民就医意识差。依靠社区资源（人、财、物、技术），为本社区病、伤、残者（特别是恢复期和慢性期的对象）开展就地康复服务，是分级诊疗中基层首诊的基础。强调发动社区、家庭和患者参与，以医疗、教育、社会、职业等全面康复为目标；不足是受场地、设备和技术等条件的限制，对病情复杂患者需转诊至上级医院。

5. 工作模式的概念和内涵（1）政府起主导作用，充分发挥全科医生的骨干作用。（2）社区服务保障模式是由民政部门负责，对社区内功能障碍的患者，实施收容和康复的服务保障模式。（3）社区卫生服务模式是以社区卫生部门医疗服务为主的模式。（4）家庭病床模式是一种以医护人员的医疗服务为主的模式，在

家庭中建立病床，开展家庭康 复服务。

6. 全科医生在社区康复工作中的作用社区康复是全科医生工作中的重要内容。
全科医生 在社区康复中的作用：①执行社区康复工作计划，建立健康与康复档案 ；②组织参加残疾人普查； ③参加和建立社区康复站，指导和参加康复医疗工作；④负责康复医疗咨询、康复评定、治疗和转 诊工作；⑤培训、指导康复治疗师工作，建立一支物理治疗师（包括运动治疗师）、作业治疗师、言语 治疗师等的队伍。【2023 年变】

第二节 康复评定

一、康复评定种类

康复评定种类包括：①关节活动范围测定；②肌力评定；③肌张力评定；④平衡与协调功能评 定；⑤步态分析；⑥感觉功能评定；⑦认知功能评定；⑧言语与 吞咽功能评定；⑨心理功能评定；⑩心 肺功能评定；⑪ 日常生活活动能力与社会功能评定；⑫ 神经、肌肉电生理学检查，包括肌电图、神经 传导速度测定，诱发电位、强度时间曲线测定等；⑬ 国际功能、残疾、健康分类（ICF）。
【2023 年变】

二、关节活动范围测定

2. 测定方法 被检查者处于解剖学中立位，将量角器的轴心放在代表关节旋转中心的骨性标 志点上或肢体的纵轴上，量角器近端臂为固定臂，远端臂为移动臂。测量时以人体解剖位为各关 节的起始位置，移动活动臂，量角器两臂之间的夹角为该关节的活动范围。【2023 年变】

三、徒手肌力检查

徒手肌力检查是肌力测定的一种检查方法。徒手肌力检查法（MMT）用于评定肌肉、骨骼系 统及周围神经系统受损的程度和范围。通常采用 6 级肌力分级标准：
【2023 年变】

四、平衡与协调功能评定

（一）平衡功能评定 平衡功能评定是了解人体在各种运动中能自动地调整并维持姿势的能力。分为静态平衡和动态平衡。三级平衡简易评定法：【2023 年增】

3. 三级平衡为他动动态平衡即在他 A 一定外力推动下仍能保持平衡。【2023 年删】

（二）协 调 能 力 评 定

协调性练习旨在恢复和发展神经肌肉的协调能力。主要用于神经系统和运动系统伤病者。

协调性包括运动中的协同肌之间的协调，上下肢的运动协调，四肢和躯干、两侧【2023年删】

五、常见的病理步态分析

常见病理步态

1. 偏瘫步态：常见于脑卒中。
2. 共济失调步态：常见于小脑共济失调者。
3. 剪刀步态：常见于脑瘫、截瘫患者。【2023年变】
4. 慌张步态：常见于帕金森病、基底节病变者。
5. 疼痛步态步行时为避免疼痛，患肢尽量缩短支撑期，尽快移到健侧，步幅缩小。常见于腰或下肢疼痛疾病【2023年删】

七、我国残疾分类【2023年变】

1. 五类残疾分类（1987年全国残疾人抽样调查使用）①视力残疾；②听力、言语残疾；③智力残疾；④肢体残疾；⑤精神残疾。
2. 六类残疾分类（2006年第二次全国残疾人抽样调查）①视力残疾；②听力残疾；③言语残疾；④智力残疾；⑤肢体残疾；⑥精神残疾。【2023年变】

第三节 康复治疗技术

【2023年增】

一、康复治疗的人员组成

康复治疗由多个专业人员共同组成，包括康复医师、康复治疗师（物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、心理治疗师等）、康复护士、文体治疗师、康复工程技术人员、社会工作者等共同负担康复医疗任务，进行综合的、全面的康复治疗。各种治疗和训练协调进行并贯彻始终。

二、康复治疗的内容及适应证

2. 康复治疗适应证（1）神经系统疾病：脑卒中、颅脑损伤、脊髓损伤、脑性瘫痪、脊髓灰质炎后遗症、神经炎、神经痛等。（2）肌肉骨关节病：各类关节炎、肌炎、肌腱韧带损伤、颈椎病、腰椎病、骨折、手外伤等。（3）心肺疾病：冠心病、慢性阻塞性肺疾病等。（4）感染性疾病：软组织、骨关节、内脏器官、

伤口等感染性疾病。（5）其他：糖尿病、骨质疏松症、儿童脑瘫、烧伤、癌症等。【2023 年增】

三、物理治疗

3. 牵引技术：

C1 颈椎牵引（见第四节常见病的康复治疗部分）。

C2 腰椎牵引：又称为骨盆牵引，适用于腰椎间盘突出症，脊柱小关节紊乱，及其他患者。1 体位：一般用仰卧位。腰椎上段病变可采取直腿平卧牵引。……直至功能完全恢复或不再改善。【2023 年删】

4. 牵张训练

基本方法

1) 手法被动牵张：由治疗师用力并控制牵张方向、速度、强度和持续时间，持续时间至少 15~30s/次，多次重复。2 机械被动牵张：可采用滑轮系统、夹板等，持续时间可 20 分钟。3 主动抑制：患者在牵张前和过程中放松肌肉并使之展长，使阻力降低至最小。4 自我牵张：利用自身重量为牵张力进行，牵张强度和持续时间与被动牵张相同。【2023 年删】

5. 有氧训练

2) 运动时间：除去准备活动和整理活动外，靶强度的运动时间至少维持 20~30 分钟。运动时间与运动强度成反比。在特定运动总量的前提下，运动强度越大，所需要的时间越短。在没有医学监护的条件下，一般采用减小运动强度和延长时间的办法，提高训练安全性。【2023 年变】

6. 呼吸训练 是指保证呼吸道通畅、提高呼吸肌功能、促进排痰和痰液引流、改善肺和支气管组织血液代谢、加强气体交换效率的训练方法。

（1）腹式呼吸训练：强调膈肌呼吸，以改善异常呼吸模式，用于慢支肺气肿或阻塞性肺疾病患者。患者取卧位或坐位（前倾依靠位）；也可采用前倾站位；椅后依靠位。【2023 年变】

腹部放松，经鼻缓慢深吸气，吸气时意念将气体吸往腹部。呼气时将气缓慢吹出，同时收缩腹肌增加腹内压，促进横膈上抬，把气体尽量呼出。卧位吸气时可用双手置于腹部，随吸气双手随腹部膨隆而向外扩张；呼气时腹部塌陷，同时双手逐渐向腹部加压，促进横膈上移。也可将两手置放于肋弓，在呼气时加缩小胸廓，

促进气体排出。此外还可呼气法，即采用仰卧位，两足置于床板上，呼气时抬高臀部，利用腹内脏器的重量将迫使横膈上抬；吸气时还原，U!增加潮气量。呼气与吸气的比例大致为=20: 1，强调适当深呼吸，减慢呼吸频率，提高通气效率。练习 3~4 次，休息片刻再练，逐步做到习惯于在活动中进行膈式呼吸。【2023 年删】

2) 缩唇呼气法：指在呼气时施加阻力的训练方法，用于慢支肺气肿或阻塞性肺疾病的患者，以适当增加气道阻力，减轻或防止病变部位支气管在呼气时过早塌陷，从而改善呼气过程，减少肺内残气量。【2023 年变】

7. 步行训练：包括体位引流，胸部叩击、震颤。

1. 体位引流：是利用重力促进各个肺段内的分泌物排出。根据病变部位采用不同的引流……由肺内冲出的高速气流，促使分泌物移动，随咳嗽排出体外【2023 年删】

9. 转移训练：(1) 床上转移训练：侧向移动训练；仰卧位-侧卧位转移训练。(2) 卧位-坐位转移训练。(3) 坐位转移训练：轮椅（或椅）-椅转移训练；轮椅-床转移训练。(4) 坐位-站立位转移训练。【2023 年删：大量解释内容】

10. 神经肌肉促进技术

(1) Bobath 技术的核心是通过控制关键点，运用反射性抑制模式，利用生理或病理反射调节肌肉收缩反应，即各种功能性技能都是以姿势控制、翻正反应、平衡反应和其他保护性反应，以及伸手、抓握和松开等基本模式为基础。中枢性治疗的关键控制异常运动模式。为此可 UZ 通过姿势与动的基本模式，诱发出非随意反应，从而达到调节肌张力或引出所需要运动的目的。【2023 年删】

(5) 运动再学习是把中枢神经系统损伤后恢复运动功能的训练视为一种再学习或重新学习的治疗方法。此法利用学习和动机理论及在人类运动科学和运动技能的研究结果，在强调患者主观参与和认知重要性的前提下，着重按照运动学习的信息加工理论和现代化运动学习的方法，对患者进行再教育，恢复其运动功能。【2023 年删】

1. 电疗法使用不同频率电刺激所进行的治疗方法。(1) 低频电：采用频率为 0~1000Hz 的电刺激治疗疾病的方法，包括直流电疗法、感应电疗法、电兴奋疗法、间动电疗法、经皮电神经刺激疗法、神经肌肉电刺激疗法、功能性电刺激疗法等。

主要作用包括镇痛、消炎、加速伤口愈合、促进肌肉功能、改善自主神经功能等。其中最常用的包括：①神经肌肉电刺激；②经皮电神经刺激；③功能性电刺激。

【2023 年删除解释部分内容】

(2) 中频电：包括等幅正弦中频电疗法、调制中频电疗法、干扰电疗法、音乐电疗法等。①等幅中频电疗法：频率为 1000~20 000Hz (1~20kHz) 的等幅正弦电流，俗称音频电疗法。作用包括：镇痛、促进血液循环、软化瘢痕、松解粘连等。②调制中频电疗法，主要作用包括镇痛、促进血液循环、锻炼骨骼肌、提高平滑肌张力、消炎、神经调节等。③干扰电疗法：两路频率为 4000Hz 与 4000Hz ±100Hz (差频 0~100Hz) 的正弦交流电通过两组电极交叉输入人体，在人体内交叉处形成干扰场，称为干扰电流。干扰电疗法具有一般中频电疗法的生物学效应。因电流交叉作用于人体；最大的电场强度发生于电极之间的电流交叉处，作用范围较大。【2023 年删】

12. 光疗法 (1) 红外线疗法：短波红外线波长为 760nm 至 1.5 μm，长波红外线波长为 1.5~1000 μm。治疗作用包括：【2023 年增】

13. 超声疗法利用超声波的特性治疗疾病，主要作用包括：①减低神经兴奋性，镇痛、解痉作用；②加强组织血液循环，促进水肿吸收；③提高结缔组织弹性，软化瘢痕组织，松解粘连、缓解挛缩；④刺激组织生物合成和再生修复，加速骨痂生长愈合；⑤调节血管和内脏器官功能。【2023 年变】

四、作业治疗

2. 治疗作用①改善躯体感觉和运动功能；②改善感知和认知功能；③改善心理状态；④提高生活独立能力。【2023 年删除解释部分内容】

五、言语治疗

1. 定义言语治疗是指通过各种手段对言语障碍患者进行的针对性治疗，其目的是改善言语功能，使患者重新获得最大沟通与交流能力。方法有言语训练或借助于交流替代设备，如交流板、交流手册、手势语等。【2023 年增】

2. 失语症的治疗 (1) 治疗目标：①轻度失语：大部分都能恢复工作，生活自理。②中度失语：日常生活自理的交流水平。③重度失语：尽可能发挥残存能力以减轻家庭帮助。(2) 治疗时机：患者意识清楚，病情稳定。(3) 言语训练：包

括语音训练、听理解训练、口语表达训练（单词、句子和短文训练）阅读理解及朗读训练以及书写训练。（4）实用交流能力训练：包括实用交流促进技术、交流策略、代偿手段训练等。【2023年删除解释部分内容】

六、康复工程

康复工程是现代生物医学工程的一个主要分支，是利用现代工程技术，对残疾人进行测盘和评估，然后按照代偿或/和适应的原则，设计和生产出能减轻他们的残疾和改善他们独立生活能力的产品的现代工極学技术，主要矫形器、助行器和轮椅。无障碍设施一般也归纳在康复工程的范畴。【2023年删】

2. 矫形器是装配于人体外部，通过力的作用，以预防、矫正畸形，补偿神经-肌肉功能或骨关节功能。其中，用于躯干和下肢的也称为支具，用于上肢的也称为夹板。其治疗作用主要包括：固 定和矫正；稳定和支持；保护和免负荷；代偿和助动。【2023年变】

3. 助行器

（5）步行器

1) 助架器：是三边形（前面和左右两侧）的金属框架，一般用铝合金材料制成，有些带有脚轮。步行器可支持体重便于站立或步行，其支撑面积大，稳定性好。

【2023年增】

2) 固定型：适用于下肢损伤或骨折不允许负重者。

3) 交互型：体积较小，无脚轮，可调节高度。适用于立位平衡差，下肢肌力差的患者或老年人。

4) 前方有轮型：用于上肢肌力差，单侧或整个提起步行器有困难者，此时前轮着地，提起步行器后脚向前推即可。

5) 老年人用步行车：有四个轮，移动容易。此车适用于步行不稳的老年人，但使用时要注意身 体保持与地面垂直，否则易滑倒。【2023年变】

七、康复治疗的主要适应证

1. 神经系统疾病. 脑卒中、烦恼损伤、脊髓损伤、背髓灰质炎后遗症、神经炎、神经

2. 骨关节病各类关节炎、肌炎、颈椎病、腰椎病、骨折、手外伤等。

3. 肺疾病：冠心病、慢性阻塞性肺疾患等。

4. 感染性疾病软组织、骨关节、内脏器官、伤口等感染性疾病。
5. 其他糖尿病、骨质疏松症、小儿脑瘫、烧伤等。【2023 年删】

第四节 常见病的康复

一、脑卒中【2023 年删：的康复】

(一) 急性期 急性期亦为软瘫期，约持续 1~2 周。急性期的康复治疗是经临床治疗（原发病的治疗，合并症 治疗，控制血压、血糖、血脂等治疗）后的基础上，患者病情稳定 48 小时后开始进行，即当患者生命 指征稳定，临床症状不再继续发展时，康复应尽早开始。【2023 年变】

2. 治疗措施与方法

(3) 床上活动：①双手叉握上举运动：双手叉握，偏瘫侧拇指置于健侧拇指掌指关节之上 (Bobath 握手)，在 健 侧 上 肢 的 帮 助 下 ， 作 双 上 肢 伸 肘、肩关节前屈、上 举 运 动 。② 翻 身 ： 向 偏 瘫 侧 翻 身 呈 偏 瘫 侧 卧 ， 双 手 叉 握、伸肘、肩前屈 90 %健侧下肢屈膝屈髋、足踩在床面上，头转向偏瘫侧，健侧 上肢带动偏瘫侧上肢向偏瘫侧转动，并带动躯干向偏瘫侧转，同时健侧足踏在床面用力使得骨盆 和下肢转向偏瘫侧；向健侧翻身呈健侧卧，动作要领同前，只是偏瘫侧下肢的起始位需他人帮助， 健侧卧的肢位摆放同前。③桥式运动（仰卧位屈膝、屈髋、挺腹运动）：仰卧位 ， 上肢放于体侧，双下肢屈髋屈膝，足平踏于床面，伸髋使臀部抬离床面，尽量维持住该姿势 5~10 秒。【2023 年删：钟】④促进腹式呼吸：脑卒中患者卧床后腹肌收缩活动与张力明显降低，表现为胸式呼吸，治疗师需要促进其肋部向下、 向内运动，被动地使胸廓恢复正常位置，有利于纠正为腹式呼吸。【2023 年增】

(6) 运动想象疗法：可用于脑卒中恢复的任何阶段，在想象中执行具体动作（不产生肢体活 动），但要求患者有一定的认知功能。【2023 年变】

(二) 恢复早期

脑卒中恢复早期（亚急性期）是指发病后的 3~4 周 ， 此期患者从偏瘫侧肢体弱的屈肌与伸肌共 同运动到痉挛明显，患者能主动活动偏瘫肢体，但肌肉活动均为共同运动。本期的主要治疗目标 除前述的预防常见并发症以外，应抑制肌痉挛、促进分离运动恢复，加强偏瘫侧肢体的主动活动并 与日常生活活动能

力训练相结合，同时注意减轻偏瘫肢体肌痉挛的程度和避免加强异常运动模式（上肢屈肌痉挛模式和下肢伸肌痉挛模式）。【2023 年增】

中国传统疗法常用的有针刺和按摩等方法。部位选择偏瘫侧上肢伸肌和下肢屈肌，以改善其相应的功能。【2023 年变】

11. 减重步行训练可在偏瘫侧下肢不能适应单腿支撑的前提下进行训练，通过支持部分体重使得下肢负重减轻，又使患侧下肢尽早负重。12. 机器人辅助下步行训练可借助机器人减重系统调整患者在动力平台的负重程度，提高步行能力，保证训练中步态的对称性。13. 强制性运动疗法主要用于大脑卒中患者上肢功能的恢复。【2023 年增】

（四）恢复后期

7. 支具和矫形器的应用必要的手部支具、患足矫形器和助行器等的应用，有助于提高患者独立生活能力。【2023 年变】

（六）脑卒中特殊临床问题的处理

2. 肌痉挛与关节挛缩【2023 年变】

大多数脑卒中患者在运动功能恢复的过程中都会出现不同程度的骨骼肌张力增高，主要是由于上运动神经元受损后引起的牵张反射亢进所致，表现为偏瘫侧上肢屈肌张力增高和下肢伸肌张力增高，常用的治疗方法有神经肌肉促进技术中的抗痉挛方法，正确的体位摆放（包括卧位和坐位）和紧张性反射的利用，口服肌松药物，局部注射肉毒毒素等。挛缩是脑卒中患者长时间骨骼肌张力增高，受累关节不活动或活动范围小使得关节周围软组织短缩、弹性降低，表现为关节僵硬，常用的治疗方法有抗痉挛体位和手法的应用，被动活动与主动参与（患肢负重），矫形支具的应用。

6. 压疮 脑卒中患者发生压疮主要是由于某一体位时间过长，使得局部长时间受压迫，血液循环障碍造成皮肤组织缺血坏死。定时翻身（1 次/2h），减轻局部压力充气垫应用，清洁床面和皮肤护理，注意营养可以预防压疮的发生。对已出现的压疮应及时解除压迫，进行疮面处理，紫外线治疗和增加营养，必要时考虑外科治疗。【2023 年变】

（七）康复治疗的基本原则

1. 选择最佳的早期康复介入时机。

2. 康复治疗计划是建立在康复评定的基础上，由康复治疗小组共同制订，并在治疗方案实施过程中逐步加以修正和完善。

3. 康复治疗贯穿于脑卒中治疗的全过程，做到循序渐进。

4. 康复治疗必须有脑卒中患者的主动参与及其家属的配合，并与日常生活和健康教育相结合。

5. 采用综合康复治疗，包括物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理治疗、传统康复治疗 and 康复工程方法等。【2023 年变】

二、颈椎病【2023 年删：的康复】

颈椎病是中老年常见病，是一种进展缓慢的颈椎退行性疾病。其病理变化为椎间盘脱水、变薄，椎间隙变窄，椎间关节失稳，骨刺形成，椎间孔变形、变小等，导致压迫或刺激脊神经根、椎动脉、脊髓、交感神经等，引起一系列临床症状。

（一）颈椎病的主要分型【2023 年删：及临床表现】

1. 神经根型此型临床最多见。多为下颈段椎间盘退行性病变压迫或刺激神经根所致。临床表现为颈、肩、背痛，重者阵发性剧痛，上肢麻木，手无力或肌萎缩等。检查：颈肌紧张，颈椎旁、冈上窝、肩胛区压缩，颈神经牵拉征（+），前臂和手的感觉减退，肱二、三头肌反射降低，握力减弱，大鱼际肌、骨间肌萎缩等。

6. 混合型两种及两种以上颈椎病类型并存。【2023 年增】

（二）康复治疗内容及方法

1. 卧床休息适用于症状严重的患者，减轻颈椎负荷，利于症状减轻或消除。2. 物理因子治疗改善颈部血液循环，消除炎症、水肿，镇痛，减轻粘连，解除痉挛，调节自主神经功能，促进神经肌肉功能恢复。治疗方法包括直流电离子导入、低频和/或中频电疗、高频电疗、磁疗、针灸、超声电导靶向透皮给药治疗、高电位治疗等。【2023 年变】

2) 牵引时间：每次牵引时间以 15~30 分钟较为合适，1 次/d，20~30 次为一个疗程。【2023 年变】

三、慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病中出现程度不等的肺功能障碍，是致残的主要原因。早期康复治疗可改善肺功能，延缓病理进展，保持呼吸道通畅，提高生活质量，延长生命。方法包括：（1）呼吸训练：建立腹式呼吸模式；胸廓畸形的姿势练习。（2）

排痰训练：体位引流；胸部叩击、震颤；咳嗽训练；物理因子治疗。（3）运动训练：上下肢训练；呼吸肌训练。（4）中国传统康复方法：医疗体操；针灸等。

（5）自然物理因子治疗：日光浴；冷水浴。（6）日常生活指导：能量节约技术；营养；心理行为矫正。（7）健康教育：长期低流量吸氧；预防感冒；戒烟。

【2023 年变】

四、神经源性膀胱 【2023 年删：的康复】

维持膀胱内正常压力、预防和处理好反流是治疗神经源性膀胱的关键点。【2023 年变】

康复治疗方法

（5）外科手术：上述治疗无效者，可考虑外科手术治疗。【2023 年变】

五、压疮的康复治疗 压疮的治疗首先应明确并去除产生压疮的原因，否则即使给予了正确的局部和全身治疗也很难达到治疗的目的。【2023 年变】

2. 局部治疗

（2）**局部抗生素及生长因子的使用**：引起感染的细菌种类较多，其中铜绿假单胞菌常见且难控制，多数细菌对常用抗生素耐药。控制感染的主要方法是加强局部换药，应用浸透到半湿的生理盐水敷料，创口引流要好；必要时可用 2% 硼酸溶液，3%过氧化氢溶液冲洗创面。同时，根据全身症状和细菌培养结果，可考虑全身使用敏感抗生素控制感染。【2023 年变】

（4）**手术治疗**：III度和IV度压疮通过非手术治疗虽然能治愈，但耗时较长（长达数月）。所以对长期非手术治疗不愈合、创面肉芽老化、边缘有瘢痕组织形成、合并有骨关节感染或深部窦道形成者，应采用手术治疗。

创口的早期闭合可减少液体和营养物质的流失，改善患者的全身健康状况，并使其早日活动及重返社会。压疮的手术方法包括直接闭合、皮肤移植、皮瓣、肌皮瓣和游离瓣，复杂性逐渐增加，但要对患者整体情况及修复能力进行评估后进行，压疮的预防【2023 年整体删除】

第十八章 中医药技术

第一节 中医药的治疗原则与主要治法

一、中医药的治疗原则

(六) 同病异治与异病同治 1. 同病异治指同一种疾病由于病邪性质不同，机体反应有异，疾病发展的阶段不同，其病机和疾病性质也不一样，应根据具体情况加以治疗。如同为感冒，可有风寒、风热、暑热、气虚等不同，治法亦不同。 2. 异病同治指不同的疾病在其病情发展过程中出现相同的病机变化或同一性质的证候，可以采用相同的治疗。如久泄脱肛、崩漏、子宫脱垂、胃下垂等几种截然不同的疾病，如果辨证均符合中气下陷这一证型，则治法皆可用益气升提的补中益气汤。【2023 年增】

二、中医药治疗的主要治法

基本治法包括：汗、吐、下、和、温、清、补、消“八法”。【2023 年增】

(七) 吐法 吐法也叫催吐法，是利用药物涌吐的性能，引导病邪或有毒物质从口中吐出的一种治疗方法。《素问·阴阳应象大论》说：“其高者，因而越之。”它适用于食积停滞胃脘、顽痰留滞胸膈、痰涎阻塞于气道而病邪有上涌之势者，或误食毒物尚在胃脘等病证。此外，有时吐法还可以代替升提法，用于雇闭或妊娠胞阻等病证。 1. 适用范围吐法多用于病情严重急迫，必须迅速吐出积滞或毒物的实证。但因邪有寒热之分，又有邪实正气未伤和邪实正气已伤的不同。因此，吐法的具体运用一般可分为四类：寒药吐法，适用于热邪郁滞于上的病证；热药吐法，适用于寒邪郁滞于上的病证；峻药吐法，适用于邪实于上，病势急迫的病证；缓药吐法，适用于邪实正虚，病在上焦，且须采用吐法的病证。 2. 注意事项 (1) 吐法是一种急救的方法，用之得当，收效迅速；用之不当，最易伤正气，故必须慎用。(2) 临床中凡见病势危笃、老弱气衰、失血证、喘证、幼儿及孕妇或产后气血虚弱者，均不得用吐法。(3) 一般以一吐为快，不宜反复使用。(4) 凡给予催吐剂时，吐后宜进稀粥等以自养，禁食辛辣、硬性食物，防止七情刺激、房室劳倦，谨避风寒。【2023 年变】

四、针灸的治疗原则

1. 治病求本是在治疗疾病时要抓住疾病的根本原因，采取针对性治疗，分清标本缓急。在临床治疗疾病时，先治本还是先治标，或标本同治应以具体病情而定急则治其标，缓则治其本”。当标病与本病俱重时，采用标本兼治，是应用治标与治本的基本原则。 2. 三因制宜是指因时、因地、因人制宜。即根据就诊时间、空间和人文环境，而制订个性化治疗方案。如春夏之季，阳气

升发，气血趋向体表，病邪多浅表；秋冬之季，气血潜藏于内，病邪多在深部。故春夏宜浅刺，少用灸法；秋冬宜深刺，多用灸法。寒冷地区多用温灸，且壮数较多；而温热地区，少用灸法。体质虚弱、皮肤薄嫩、对针刺敏感者，针刺手法宜轻；体质强壮、皮肤粗厚、针感较迟钝者，针刺手法宜重。【2023年变】

第十九章 常用临床检验

第一节 临床检验标本采集

二、尿标本

尿标本按检测的要求正确收集、留取、保存，对保证检验结果的准确性十分重要。成年女性留尿时，应避开月经期，防止阴道分泌物混入。尿标本收集和保存常用以下几种方法：

1. 晨尿 作尿常规检查、化学检查以收集清晨首次尿（即过夜尿）为好，能反映肾浓缩功能（尿比重）。清晨首次尿也可用于检测细胞及管型。新鲜尿液最好半小时内及时送检，搁置过久易致成分降解，影响尿沉渣检查结果。【2023年变】

2. 餐后尿 门诊患者的临时检查，一般为餐后2小时的留尿，对病理性糖尿、蛋白尿检查较敏感。【2023年删：随意】

第二节 血液学检查

一、血细胞学基本参数及临床意义

(四) 白细胞分类计数 1. 白细胞分类计数正常参考区间（表19-1）

表 19-1 5种白细胞正常百分数和绝对值

细胞类型	占白细胞总数的百分数	绝对值/($10^9 \cdot L^{-1}$)
中性粒细胞(N)	50~70	2.04~7.6
嗜酸性粒细胞(E)	0.5~5.0	0.05~0.5
嗜碱性粒细胞(B)	0.0~1.0	0.0~0.1
淋巴细胞(L)	20~40	0.8~4.0
单核细胞(M)	3~8	0.12~0.8

【2023年变】

二、止血与凝血障碍检查

1. 毛细血管脆性试验又称为束臂试验。毛细血管壁完整性与本身的结构、功能，血小板的数量、质量，以及体液因素等密切相关。在对静脉血流施加一定压力时，毛细血管即可破裂而出现出血点。故本试验后出血点的数目可反映毛细血管受损的程度。参考范围：束臂法，男性 0~5 个，女性 0~10 个。本试验见出血点增多的临床意义：

(1) 毛细血管疾病：遗传性出血性毛细血管扩张症、过敏性紫癜等。【2023 年删：维生素 C 或维生素 PP 缺乏、感染、中毒等。】

(2) 血小板数量减少：如原发性或继发性血小板减少症等。

(3) 血小板功能障碍：如血小板病、血小板无力症等。

(4) 其他：肝肾疾患、严重凝血障碍、维生素 C 缺乏症、高血压、糖尿病等。

【2023 年增】

2. 出血时间 (BT) 测定出血时间是指皮肤微血管经人工刺破后，血液流出到自行停止的时间。出血时间延长主要见于以下情况：【2023 年变：“测定”二字由标题改到文章内了】

(1) 血小板大量减少或血小板功能异常：为 BT 延长的主要原因，如血小板减少性紫癜、急性白血病、再生障碍性贫血、肝硬化、脾功能亢进造成的血小板减少等。【2023 年变】

(2) 毛细血管本身病变：如遗传性出血性毛细血管扩张症 (HHT) 等。【2023 年变】

3. 凝血时间 (CT) 测定血液凝固时间是指自血液接触试管壁开始到在体外发生凝固的时间。主要用于判定内源性凝血途径中各种凝血因子是否缺乏，功能是否正常，或者有无抗凝物质增多。凝血时间延长主要见于凝血活酶生成不良，低凝血酶原血症，低纤维蛋白原血症，体内抗凝血物质增多等。【2023 年变：“测定”二字由标题改到文章内了】

6. 血浆凝血酶原时间 (PT) 测定 PT 为外源性凝血系统检查项目中较为灵敏和常用的筛选试验。待测者的测定值较正常对照值延长 3 秒以上才有临床意义。

凝血酶原时间比值 (PTR) 0.82 ~ 1.15 秒。【2023 年变】

三、血液流变学检查

血液流变学主要研究血液在血管中流动的规律，血液中有形成分 (细胞) 的变形性和无形成分 (血浆) 的流动性对血液流动的影响。

1. 全血黏度测定

(1) 全血黏度增高：见于冠心病、心肌梗死、高血压、脑血管疾病、糖尿病、高脂血症、恶性肿瘤、肺源性心脏病、真性红细胞增多症、多发性骨髓瘤、原发性巨球蛋白血症、烧伤等。

(2) 全血黏度减低：见于贫血、严重失血。【2023年增】

第三节 尿液检查

一、一般检查

(一) 24小时尿量

1. 生理性多尿成人24小时尿量超过2500ml；儿童24小时尿量大于3000ml者为多尿。如饮水过多，静脉输入盐水、葡萄糖，使用利尿剂等。【2023年增】

2. 病理性增多 见于糖尿病、尿崩症、慢性肾炎、急性肾衰竭的多尿期、黏液性水肿、原发性甲状腺功能亢进、慢性肾盂肾炎、高血压性肾病、肾小管中毒等。

3. 生理性少尿 成人24小时尿量少于400ml，如饮水少或出汗多等情况。【2023年增】

(三) 尿液酸碱度 一般均用含酸碱指示剂的试条测定尿酸度，并以pH表示。受食物、药物和多种疾病影响。【2023年增】

二、尿化学检查

(一) 尿蛋白 1. 生理性蛋白尿无泌尿系统器质性病变，因剧烈运动、发热、紧张等应激状态所致的一过性蛋白尿，为生理性蛋白尿。多见于青少年，尿蛋白定性试验多不超过(+)，定量检查不超过500mg/24h【2023年变】

(三) 尿酮体 参考范围：阴性。尿中出现酮体常见于：1. 糖尿病酮尿酸中毒由糖利用异常所致，常伴有酸中毒。酮尿是糖尿病性昏迷的前期指标，酮尿出现时多伴有高糖血症和糖尿。【2023年变】

三、尿沉渣检查

(一) 细胞临床意义

3. 不同的上皮细胞对泌尿系统疾病有定位诊断的价值。肾小管上皮细胞增多提示肾小管病变；移行上皮细胞数量增多提示膀胱炎、肾盂肾炎；鳞状上皮细胞增多主要见于尿道炎。【2023年变】

(二) 管型临床意义 1. 透明管型剧烈运动后及高热、心衰患者可见少量透明管型。大量透明管型见于肾实质性病变。【2023年变】小球肾炎、肾病综合征、肾盂肾炎、恶性高血压、药物中毒导致的肾实质性病变、肾出血等。【2023年删】

第四节 粪便检查

一、一般检查

1. 稀汁便因肠蠕动亢进或分泌增多所致，见于各种感染性腹泻或非感染性腹泻，尤其是急性肠炎。小儿肠炎常为绿色稀汁样便；假膜性肠炎常为大量黄色稀汁样便并含有膜状物；艾滋病伴发肠道隐孢子虫感染时可排出大量稀水样便。【2023年变】

二、显微镜检查

2. 食物残渣正常人粪便中一般无食物残渣。腹泻及消化吸收不良时，粪便中脂肪滴大量增多。每视野中脂肪滴2个UZ下为化)；4~5个为(+)；中等量为(++)；大量为(+ ++)。【2023年删】

第五节 临床生化检查

一、肝功能检查

(一) 酶学检查

2. 天冬氨酸转氨酶 (AST) 【2023年变】

(1) 肝细胞损伤、慢性肝炎、肝硬化，AST往往升高；在肝炎恢复期，AST恢复正常的时间迟于ALT。

(2) 心肌梗死时，血清中AST活力增高，发病后6~8小时显著增高，18~24小时达到高峰，约4~5天恢复正常。【2023年变】

6. 单胺氧化酶 (MAO) (1) 急性坏死性肝炎、肝硬化(80%以上)、肝癌伴肝硬化时MAO明显升高。【2023年变】

二、肾功能检查

2. 血尿素氮(BUN) (1) 蛋白质代谢终末产物，粗略观察肾小球的滤过功能。(2) 血尿素氮增高 1) 肾前性少尿：严重脱水、心脏循环功能衰竭等导致的血容量不足、肾灌注不足导致少尿，肌酐升高不明显，称为肾前性氮质血症。 2) 器质性

肾功能损害：原发性肾小球肾炎、肾盂肾炎、间质肾炎等导致肾衰竭；急性肾衰竭肾功能受损不严重时，尿素氮可不变化，因此不能作为早期肾功能指标，但在慢性肾衰竭尤其是尿毒症期，BUN增高程度与病情严重性一致，肾衰竭期血尿素氮 $>20\text{mmol/L}$ 。3) 蛋白质分解或摄入过多：创伤、手术、高蛋白饮食等。

【2023年变】

三、血糖及其代谢产物测定

3. 糖化血红蛋白测定糖化血红蛋白反应速度主要取决于血糖浓度及血糖与血红蛋白的接触时间。其糖化反应过程缓慢且相对不可逆，不受短时间内血糖水平波动的影响。因此，在高血糖及血糖、尿糖水平波动较大时更有诊断意义。(1) 诊断和监控糖尿病：可反映测定2~3个月内平均血糖水平；控制糖尿病后其下降要比血糖和尿糖晚3~4周。(2) 鉴别诊断：鉴别糖尿病性高血糖及应激性高血糖，前者水平多增高，后者正常。【2023年变】

四、心肌酶检查

1. 肌酸激酶 (CK) (1) 心肌梗死：肌酸激酶是诊断急性心肌梗死较灵敏的血清酶，能用于早期诊断(约78%的患者在发作后3~8小时开始升高，100%的患者10~36小时左右达到高峰，3~4天恢复正常)，诊断效率高(阳性率95%，有些心电图不易诊断的心肌梗死CK多数增高)，特异性强(不受肝病影响，但易受标本溶血的影响)，可判断梗死面积及预后。但对心肌梗死后期诊断价值不大。

【2023年变】

4. 心肌肌钙蛋白T(cTnT) 目前肌钙蛋白为检测非ST段抬高心肌梗死(NSTEMI)最佳的心肌标记物。【2023年变】

急性心肌梗死发病后3~6小时cTnT升高，10~24小时达峰，峰值为参考值的30~40倍，10~15天恢复。【2023年增】

八、无机离子检查

1. 钾 (K^+) 正常参考区间为 $3.5 \sim 5.5\text{mmol/L}$ 。
2. 钠 (Na^+) 正常参考区间为 $135 \sim 145\text{mmol/L}$ 。
3. 氯 (Cl_-) 正常参考区间为 $95 \sim 105\text{mmol/L}$ 。

4. 钙 (Ca²⁺) 正常参考区间: 总钙为 2.25 ~ 2.58mmol/L, 转离子为 1.10 ~ 1.34mmol/L。

5. 镁 (Mg) 正常参考区间为 0.6 ~ 1.4mmol/L。

6. 磷 (P) 正常参考区间为 0.97 ~ 1.62mmol/L。【2023 年变】

九、血液 pH 及血气分析

1. 血液 pH pH>7.45 为碱血症, pH 7.35 为酸血症。

2. 氧分压 (PO₂) 低于 60mmHg (8kPa) 提示有呼吸衰竭。【2023 年变】

【2023 年删: 低于 4.0kPaUZ 下即有生命危险。】

3. 氧饱和度 (SaO₂) 是指血液在一定条件下, HbO₂ 占全部血红蛋白的百分比值, 其随 PO₂

第六节 临床免疫学检查

二、常用抗原抗体凝集反应

(一) 类风湿因子 (RF) 乳胶凝集试验 类风湿因子是抗变性 IgG 抗体, 主要是 IgM 型, 无种属特异性, 可起自身抗原作用。RF 在类风湿关节炎患者的阳性率约 70%, 高效价的 RF 阳性患者病变活动重, 病情进展较快, 不易缓解, 预后较差, 且伴有严重的关节外表现。大部分患者血清中 RF 效价与关节炎严重程度相平行。【2023 年变】

(三) C 反应蛋白 (CRP) 测定

4. 器质性疾病时明显升高, 功能性疾病时不升高。

5. 妊娠期 CRP 较高。【2023 年增】

三、肿瘤标志物检查

(三) 前列腺特异抗原测定 前列腺特异抗原 (PSA) 是一种由前列腺分泌的单链糖蛋白, 在前列腺癌时可见 PSA 水平明显升高。前列腺癌时, 60% ~ 90% 患者血清 PSA 水平明显升高; 外科切除术后, 90% 的患者血清 PSA 水平明显降低。若又见 PSA 水平升高, 即有转移或复发的可能。良性前列腺瘤、前列腺肥大或急性前列腺炎时, 约有 14% 的患者血清 PSA 水平升高, 应注意鉴别。

【2023 年变】

第二十章 肿瘤防治

第一节 肿瘤概述

一、肿瘤的定义与分类

(二) 肿瘤分类 根据**生物学特征**及对人体危害的大小,肿瘤可分为良性、恶性、**交界性**,鉴别的主要依据是分化、转移、复发等表现。【2023年增】

【2023年删:亦有介于两者之间的交界性肿瘤。】

二、肿瘤病因

(一) 外在因素

1. 生活方式因素

(2) 酒:人类饮酒已有几千年历史。人类的长期经验早已熟知少量饮酒能增强血液循环,轻度兴奋神经系统,活络关节肌肉。近年医学研究证明,少量饮酒可以减少心血管疾病和肿瘤的病死率以及缓解某些病痛。但在法国及日本等大量饮酒的国家所作的调查研究发现,过量饮酒使某些癌症的发生率与病死率升高。这一结论对于我国具有相当重要的现实意义:①我国沿海及北方地区民间饮酒量很大,虽然以全国平均水平来衡量酒的消耗与世界各国相比并不高,但是在相当大的人群范围里却是很高的。②已证实与饮酒有关的肝癌、食管癌在我国许多地区高发。③近年来我国人群,特别是经常赴宴者中饮酒量增加很快,与世界饮酒总趋势减少正相反,估计以后会有不良后果。酒精饮料可分为3类:啤酒、葡萄酒、白酒。这3类酒精饮料的制造、来源、化学组成有很大区别,但是其致癌作用,如折算为乙醇则大体相当。饮酒量每日超过乙醇40g就为过量或大量饮酒。为预防肿瘤,对策是推广低度酒和提倡适量饮酒,对已知含明显致癌物的某种酒应予禁饮。因为酒的主要成分是乙醇,主要致癌物是其代谢产物乙醛,绝大多数东方人,由于酶系的关系,饮酒后肝脏及血液内乙醛的浓度较高且持续较久。**酗酒**与肝癌及食管癌、贲门癌、胃癌及口腔癌、上喉部癌症的增加有很大的关系。【2023年删:过量的】

2. 化学因素 化学致癌物质可直接致癌称为直接致癌物,或其在体内所形成的中间产物可能致癌称为**间接致癌物**。例如,石棉工人中的肺癌和间皮瘤、氯乙烯聚合工人中的肝血管肉瘤,橡胶工业中暴露于溶剂的工人发生的髓性白血病等。近年来,人们日益关注环境中化学致癌物及其与人类健康的关系,并进

行了大量的研究。【2023 年增】

3. 物理因素 目前已经肯定的物理致癌因素包括电离辐射、紫外线辐射和某些矿物纤维如石棉。【2023 年变】

电离辐射可造成细胞 DNA 的单链或双链断裂,在修复过程中发生染色体畸变或错位而导致细胞恶性变。白血病、肺癌、皮肤癌、甲状腺癌、乳腺癌、骨肿瘤、多发性骨髓瘤及淋巴瘤等可能与之有关。此外,经常接触放射性核素的工作人员,如铀矿工人,也可能因接受超标准剂量的电离辐射而引发癌症。紫外线与皮肤癌、灼伤与瘢痕癌、石棉与肺癌的关系亦属此类。【2023 年删:其他】

4. 生物因素 在生物致癌因素中研究最多的是致癌病毒,也包括一些细菌和寄生虫。许多动物肿瘤可由病毒诱发已成定论,以致这些病毒皆以可诱发之肿瘤命名,如鸡肉瘤病毒、兔纤维瘤病毒、小鼠乳腺肿瘤病毒等。目前已经证实肿瘤病毒中有癌基因的存在。DNA 致癌病毒中编码产物为核内致癌蛋白,可使受染细胞癌变。在 RNA 致癌病毒中可编码转化蛋白使细胞癌变或整合于宿主细胞癌基因附近,激活细胞癌基因,使之高度表达。这些病毒在人群中感染率甚高,它们与人类肿瘤的关系密切,如 EB 病毒与伯基特淋巴瘤及鼻咽癌的关系、乳头状瘤病毒与宫颈癌的关系、乙肝及丙肝病毒与肝癌的关系等。幽门螺杆菌感染与非贲门部胃癌、华支睾吸虫感染与胆管细胞型肝癌、日本血吸虫感染与结直肠癌的关系提示此类细菌或寄生虫感染亦属生物致癌因素。【2023 年增】

三、肿瘤病理

1. 肿瘤发生发展阶段 肿瘤的发生是一个多因素、多基因、多阶段性的过程。肿瘤发生的启动阶段是正常细胞经致癌因素作用后发生基因改变的过程。发生肿瘤启动的细胞具有向恶性细胞转变的风险。肿瘤发生的促进阶段是指发生了基因改变的启动细胞在特定条件下(如促癌因子的作用)发生选择性克隆扩增、获得肿瘤细胞的某些表型,形成了在病理形态学上可以鉴别的病灶。在促进阶段初期,人体可自身修复而纠正,具可逆性;但在后期,“受损基因”不断累积造成不可逆的形态及功能失常,逃脱免疫监视进入增殖失控阶段。在进展因素作用下,癌前状态的细胞再次发生遗传物质不可逆性改变,并获得异质性增加、增殖和侵袭能力增强等生物学特征。核型不稳定性和染色体异常是进展期的标志。【2023 年增】

2. 肿瘤分期 用于评价肿瘤的扩散程度。肿瘤的大小、数目、侵袭范围、部位、区域淋巴结及 周边淋巴结受侵情况、远处转移的发生与否是临床分期的重要依据，也是判断预后的重要标志。应据此对患者采取不同的治疗措施。各种肿瘤均有不同的分期方法及分期标准，例如大肠癌，常用 Duckes 分期等。目前为大家普遍接受的是 TNM 分期。【2023 年增】

3. 肿瘤分类 属于组织学分类。一般根据其组织学分化方向（组织来源）与生物学行为进行分类。一般将肿瘤分为上皮性肿瘤、间叶组织肿瘤、淋巴造血组织肿瘤、骨组织肿瘤及神经组织肿瘤等。虽然各类肿瘤中各包含一大批不同肿瘤，但它们的许多临床特点及生物学行为有许多相似之处。因此这种分类对临床是适用的。近年 WHO 肿瘤分类不仅以病理学形态改变为基础，更结合临床免疫组化和分子遗传学改变等。【2023 年变】

4. 肿瘤分型 是指肉眼标本的分型或 X 线所见的分型。根据肉眼或 X 线所见，将肿瘤（特别是癌）分成若干型，以利于临床诊断、治疗及预后的判断。如在我国将 X 线征象与大体标本相结合，将食管癌分为髓质型、蕈伞型、溃疡型及缩窄型，它们各有不同的 X 线表现及大体特点，放疗敏感性不同，预后也有差异。但是有些肿瘤，也采用组织学分型，如将乳腺纤维腺瘤分成管内型及管周型，将大肠腺瘤分为绒毛状腺瘤、管状腺瘤、混合型腺瘤等，有利于临床治疗及对预后的判断。【2023 年变】

6. 肿瘤转移 具有局部浸润和远处转移能力是恶性肿瘤最重要的生物学特点。恶性肿瘤一般生长迅速，呈浸润性生长而破坏周围组织，通常无包膜，细胞分化差，组织与细胞形态与原正常组织相差很大，组织结构紊乱，细胞和形状不规则，深染，核仁增大，核分裂象增多。根据细胞形态和肿瘤组织结构，上皮组织来源的恶性肿瘤尚可分为鳞形细胞癌、腺癌及介于两者之间或无法分辨其组织来源的未分化癌及两者兼而有之的腺鳞癌等。但肿瘤的生物学行为并不与之相吻合，分化较好的肿瘤亦可能在早期即发生转移。分化差的肿瘤手术有时亦能根治。【2023 年增】

第二节 肿瘤临床表现与诊断

一、肿瘤的临床表现

肿瘤临床表现因肿瘤所在的部位或涉及的器官不同而不同，更因病期早晚的不同

而异。

1. 肿瘤原发症状及全身症状 早期肿瘤可以没有任何症状。稍后,开始出现无病因可解释的 发热、消瘦、食欲减退、黄疸等非特异性全身症状,而后症状逐步明朗。因肿瘤生长而产生的局部症 状:如疼痛,可因肝癌生长、肝包膜受到牵拉引起疼痛,肺癌侵及胸膜引起疼痛,胰腺癌压迫腹腔神 经丛引起疼痛等;梗 阻,如胃癌引起幽门梗阻,肠癌导致肠梗阻,喉癌造成声门阻塞等;出血,如膀 胱 癌引起血尿,肠癌发生便血,支气管肺癌可有咯血等;压迫,如肿瘤引起的 上腔静脉综合征;其他如 溃疡、病理分泌物等。【2023 年增】

二、肿瘤的诊断

对于肿瘤,不但要求正确诊断还要求早期诊断。疾病诊断的主要依据首先是各种 实验室检查、影像学检查、内镜检查、组织学或细胞学检查等。完整的肿瘤临床 诊断应包括肿瘤的发生部位、病理诊断、临床分期及分子分型。【2023 年增】

(一) 实验室检查

1. 常 规 化 验 项 目 如 血 、 尿 、 便 常 规 、 肝 肾 功 能 等 。 【 2 0 2 3 年 增 】

(四) 病理学检查

病理学检查是诊断肿瘤最可靠的依据,除因取材不当外,在有经验的病理医师手 中误诊的可 能性很小。活体组织多来自切除的肿瘤或淋巴结、内镜下取得的组 织以及各种穿刺取得的组织。除手术切除所得的组织外,活组织检查为侵入性 检查且有导致肿瘤播散之虑,故在各种非侵入性检查已有可能使肿瘤被确诊时, 活组织检查已不再强调。肿瘤细胞易于脱落,故凡发生于与外界 沟通之腔道中 的肿瘤,皆有可能从该腔道之分泌物或排泄物中检测到肿瘤细胞。不过有临床实 用 价值的仍只是痰脱落细胞检查对支气管肺癌的诊断。

肿瘤的诊断往往需要综合临床表现、肿瘤标志物检查、影像诊断、内镜检查 及病理或细胞学检 查的结果加以分析,并注意排除非肿瘤性疾病及注意鉴别良、 恶性才能确立。确定肿瘤的诊断是肿瘤专科医师的工作,全科医师要善于发现 可疑的肿瘤患者并将其及时转诊到大型综合或专科医院。【2023 年变】

第三节 肿瘤治疗

二、肿瘤治疗方法

8. 介入治疗是近年来迅速发展的一门融放射诊断学和临床治疗学于一体的

学科。在放射学诊断设备引导下，通过微小创口将特定器械导入人体病变部位进行治疗，可分为血管性介入治疗和非血管性介入治疗。【2023 年增】

四、疗效判断

1. 靶病灶的评估 【2023 年变】【2023 年删：近期世界卫生组织提出肿瘤治疗近期客观反应的标准如下；】

(1) 完全缓解 (complete response, CR): 所有靶病灶消失，全部病灶淋巴结短直径必须减少至 $<10\text{mm}$ 。

(2) 部分缓解 (partial response, PR): 病灶直径之和减少至少 30% (以基线水平为参考)。

(3) 疾病进展 (progressive disease, PD): 靶病灶直径之和相对增加至少 20% (以整个治疗过程中所有测量的靶病灶直径之和的最小值为参照) 除此之外，必须满足直径之和的绝对值增加至少 5mm (注：新出现的病灶也视为疾病进展)。

(4) 病灶稳定 (stable disease, SD) : 靶病灶直径减少的程度未达到 PR，或增加的程度未达到 PD。

2. 非靶病灶的评估

(1) 完全缓解 (CR): 所有非靶病灶消失，且肿瘤标志物恢复至正常水平，所有淋巴结为非病理尺寸 (短径 $<10\text{mm}$)。

(2) 非完全缓解或非疾病进展: 存在一个或多个非靶病灶和/或持续存在肿瘤标志物水平超过正常水平。

(3) 疾病进展 (PD): 已存在的非靶病灶出现明确进展 (注：新出现的病灶也视为疾病进展)。

3. 总的疗效评价根据靶病灶、非靶病灶的变化情况及有无新病灶综合得出。因为癌症根治性治疗后即使能达到肿瘤消失的临床近期效果，但仍潜在复发或转移的可能。鉴于较多的复发转移发生在 3~5 年之内，5 年以后复发转移明显减少，故临床上多以治疗后的 5 年生存率作为判断癌症治疗的指标，而不采用治愈率。【2023 年变】

第四节 癌症疼痛和姑息治疗

一、癌症疼痛

（二）癌症疼痛评估的原则与步骤

癌痛评估是合理、有效地进行止痛治疗的前提，应当遵循“常规、量化、全面、动态”评估的原则。步骤如下：【2023年增】

1. 相信患者的主诉。
2. 全面询问疼痛及相关病史。
3. 注意患者的状态，分析有关心理-社会因素。
4. 仔细体格检查。

5. 评估患者的疼痛程度。疼痛程度评估方法包括：数字分级法（NRS）、根据主诉疼痛程度分级法（VRS）或目测模拟法（VAS）等数十种。其中数字分级法，即0~10分评分法，是推荐的疼痛程度量化评估方法。根据疼痛对患者生活质量的影响程度的调查结果显示，数字分级法与轻度、中度和重度三级疼痛相对应的疼痛程度数字评分值分别为1~3分，4~6分和7~10分。

二、止痛药物治疗的基本原则

（一）按阶梯给药 所谓癌痛治疗的三阶梯方法就是在对癌痛的性质和原因作出正确评估后，根据患者的疼痛程度和原因适当选择相应的镇痛剂。①轻度疼痛应主要选用解热镇痛类的镇痛剂，并可合用辅助药物；②中度疼痛则应选用弱阿片类药物；③重度疼痛则应选用强阿片类药物，并可合用辅助药物。中度疼痛也可考虑使用强阿片类药物，如果患者诊断为神经病理性疼痛，应考虑合用三环类抗抑郁药、抗惊厥类药等辅助药物。【2023年变】

第五节 肿瘤康复与预防

一、肿瘤康复

美国国立癌症研究院将肿瘤康复明确划分为：社会心理支持、体能优化、职业辅导（帮助患者恢复生活技能）、社会功能优化4个方面。【2023年增】

肿瘤患者经过积极的治疗大多数能取得一定的缓解，部分患者可获治愈。康复治疗对这些患者来说十分重要，而且是全科医师的工作重点。肿瘤患者营养消耗大于正常人，在治疗期间，除不能饮食者外，宜用富于营养、易于消化吸收的食物，一般不必忌口。当患者不能正常饮食时应关注其热能总量的摄入，必要时由肠外途径给予补充。治疗期间患者宜多休息，但无需终日卧床，可作些轻微的活动；治疗结束后更应逐步增加体力活动，鼓励患者自理生活和做一定的

体育锻炼。对于躯体功能的康复，目前的措施主要有：康复护理、运动疗法、造血功能康复、职业康复、形象康复等。【2023年增】

对肿瘤患者的心理情况必须给予极大的关注。最常遇到的问题是是否应该将病情告诉患者自己。心理学家的意见是应该婉转地将病情逐步告诉患者，但同时应指出治疗可能获得的效果，以使患者能积极配合治疗争取最好的疗效。对于晚期患者亦应尽可能地给予心理上的支持和积极的减症治疗，使患者减少身心两方面的痛苦。当然对于过度抑郁的患者可能尚需辅以一定的药物治疗。对于手术或放疗、化疗结束后的患者应为他们制定定期复查的计划，并督促和配合执行。心理治疗分为个体与团体，大致可包括认知行为疗法、支持性心理疗法、叙事疗法、尊严治疗等。【2023年增】

康复治疗还应该包括为肿瘤患者回归社会所做的准备。鼓励肿瘤患者康复后恢复工作，一般地说除过重的体力劳动外，肿瘤患者康复后应能胜任其原有的工作。当然这还包括社会对肿瘤患者康复后回归社会的欢迎的态度。适度的照顾是应该的，过多的同情反而会削弱患者的自信。