

2023 全科主治医师教材变动汇总

第一篇 基础知识

第一章 全科医学概论

第一节 全科医学

一、全科医学的概念

1. 定义（2023 年增）

2023 年：1. 定义 全科医学又称家庭医学，是临床医学的二级学科，是面向个人、家庭与社区，整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会学科相关内容于一体的综合性医学专业学科，其范围涵盖各种年龄、性别、器官系统以及各类健康问题和疾病。

3. 主要特征（2023 年增）

（5）高度重视服务艺术：全科医学在强调医学科学的同时，还十分注重服务的艺术性，表现为：以维护个体长远的整体健康为己任，注重人胜于疾病，注重伦理胜于病理，注重满足患者的需要胜于疾病的诊疗。

第二节 全科医疗

一、全科医疗的定义（2023 年增）

2023 年：全科医疗是将全科/家庭医学理论应用于患者、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务，是社区卫生服务中的主要医疗服务形式。这是一种综合了许多学科领域内容的一体化的临床专业。

二、全科医疗服务的基本特征

3. 综合性照顾（2023 年增）

2023 年：3. 综合性照顾这一特征是全科医学的“全方位”或“立体性”的体现，即：就服务对象而言，不分年龄、性别和疾患类型；就服务领域和内容而言，包括医疗、预防、康复、保健和健康管理等；就服务层面而言，涉及生理、心理和社会文化各个方面；就服务范围而言，涵盖个人、家庭与社区，要照顾社区中所有的单位、家庭与个人，无论其在种族、社会文化背景、经济情况和居住环境等方面有何不同；就服务手段而言，可利用一切对服务对象有利的方式与工具，包括现代医学、传统医学或替代医学。因此全科医疗呈现着一体化服务（integrated care）。

4. 连续性照顾（2023 年变）

2022 年：建立**完整**的健康档案，使每个服务对象的健康与疾病资料获得完整准确的记录和充分利用。

2023 年：建立**动态化**的健康档案，使每个服务对象的健康与疾病资料获得完整准确的记录和充分利用。

5. 协调性照顾（2023 年增）

2023 年：他应了解社区的健康资源，如健康促进协会、**社区管理人员**、志愿者队伍、托幼托老机构、营养餐厅、护工队伍等

第三节 全科医生

一、概述

5. 全科医生的历史使命（2023 年变）

2022 年：该报告号召各国医学界、政府和公众“审查医学目的”，敦促将对“治愈和高科技”医学的优先选择转移到“照顾医学”，重点是**公共卫生和预防**。

2023 年：该报告号召各国医学界、政府和公众“审查医学目的”，敦促将对“治愈和高科技”医学的优先选择转移到“照顾医学”，重点是**预防疾病和维护、促进健康**。

2022 年：重塑医生形象

2023 年：**建立全科医生制度**

第四节 临床预防

一、概述

1. 临床预防的概念（2023 年变）

2022 年：临床预防又称个体预防，是**预防医学的重要组成部分**，是**医务工作者（包括医生、护士）在临床医疗服务过程中对导致健康损害的主要危险因素进行评价的基础上，对患者、无症状“患者”和健康人实施的个体预防的干预措施**，是在临床环境条件下向他们提供的以**第一级预防**和**第二级预防**为主的、**治疗与预防一体化的卫生保健服务**。

2023 年：临床预防又称为个体预防，是指在临床条件下，由临床医务工作者（医生、护士等）向患者、无症状患者及健康人提供的**预防、医疗、保健、康复为一体的综合性卫生服务**，是在临床环境下的一级预防和二级预防的结合。

2. 临床预防的特征（2023 年增）

（6）强调患者、家庭和社会共同参与。

3. 临床预防的优势（2023 年变）

2022 年：（1）易实施，具有及时性、针对性和有效性：利用患者就诊的时机提供预防服务可行性最好，医生在每次应诊过程中或多或少皆可开展部分临床预防工作。临床医务工作者占整个卫生队伍的大多数，如果每位医务工作者都能在医疗卫生服务过程中把预防保健与日常医疗工作有机结合，进行个体化的健康教育和咨询，及时纠正服务对象的不良生活方式，提高他们的自我保健意识和能力，其收效将比群体预防更大。（2）有利于提高服务对象的依从性：一般来说，人们在就医时往往觉察到自己具有某些健康问题，对自身健康较为关注，因此就医者对医务工作者的建议或忠告有较好的依从性；尤其是全科医生与服务对象（患者或健康人）之间在地域和时间等方面存在着可及性，可以进行充分的人际沟通，更便于做好健康教育和健康咨询工作。（3）全科医生提供临床预防具有独特优势：临床医生尤其是全科医生比其他卫生工作者更多地直接接触服务对象，对他们的生理、心理变化以及基本状况和背景情况（如家庭、婚姻、子女、工作、经济状况等）易于了解，而且全科医生在医疗卫生服务过程中所遇到的大部分卫生问题都属于早期，更易于实施早发现和早诊断，并可通过随访进一步了解服务对象的健康状况和行为改变情况，及时有针对性地提出改进建议。

2023 年：（1）能力优势：全科医生掌握临床医学知识与技能的同时也具有预防保健的知识与技能，如健康教育、行为干预、协助诊治以及康复治疗等，为开展临床一级、二级和三级预防奠定了良好的基础。（2）角色优势：对于患者及其家庭而言，全科医生既是医生，又是健康监护人、教育者、咨询者和卫生服务协调者。全科医生的多重卫生服务角色，有利于他们为居民提供临床预防照顾。对于社区或社会而言，全科医生不仅是其中的成员，还是社区健康的组织与监测者，以及服务团队的管理者和社区卫生服务的中坚力量。全科医生在社区的特殊地位，有利于开展相关资源的协调工作，有效利用家庭资源、卫生资源和社会支持，保障患者得到更有效的诊疗和康复。（3）职责优势：全科医生为居民提供协调性照顾、综合性照顾、社区健康照顾、家庭健康照顾、临床预防照顾等，皆含有疾病的临床预防内容。全科医疗的基本原则和全科医生的职责，也有利于他们开展临

床预防服务。(4) 关系优势：全科医生比其他卫生工作者更多、更直接地接触服务对象，对他们的生理、心理变化以及基本状况和背景情况（如家庭、婚姻、子女、工作、经济状况等）更了解，而且在医疗卫生服务过程中遇到的大部分卫生问题都属于早期，更易于实施早发现和早诊断，并可通过随访进一步了解服务对象的健康状况和行为改变情况，及时有针对性地提出改进建议。

二、实施方法（2023 年变）

2022 年：临床预防服务的对象主要是患者、健康人和无症状的高危人群。在选择具体的预防措施时应针对不同对象采用相应的实施方法，并且是临床医务工作者在日常临床医疗服务工作中能够提供的预防服务内容。目前，常用的方法主要有：①对就医者的健康教育与健康咨询；②筛检与周期性健康检查；③免疫预防；④化学预防；⑤临床营养指导等。

1. 健康教育与咨询对就医者教育是一种特定的干预方式，在强调患者参与管理的全科医疗中，这种干预的作用在于对个体患者的针对性。

(1) 患者评估：为了加强针对性，必须首先评估患者的需要，应了解：①患者的性别及其处于生命周期的哪个阶段；②患者家庭/社会角色；③患者对疾病的认识与观念；④患者与疾病有关的不良生活方式与行为；⑤患者对教育内容的理解程度；⑥患者的主观需求和客观需要；⑦病人有什么可利用的资源；⑧教育内容的优先顺序。了解这些问题，是确定适宜的教育内容与方式的基础。

(2) 讨论发现适宜的管理目标：全科医生的患者教育是配合其管理目标进行的。这些目标包括正确用药、适当休息、降压、降糖、降脂、戒（减）烟、减重（运动/合理膳食）、改善心情，改善家庭关系、家庭环境和社交状况等，每次应使之个体化、可操作、重点突出、循序渐进；同时要重视患者的自主权，关注相应的经济因素（达到成本-效益最大化）；并争取家庭、亲友及社区的支持。

(3) 教育方式：①面谈：是最直接和最基本的患者教育方式。通过面谈，评估患者生理上和情绪上的需要，以及其他激发教育需求的因素。②健康教育处方：以医嘱形式印制的文字材料，对患者进行用药知识和生活方式指导。③环境与媒体：是间接的患者教育方式。将诊所布置成患者教育的环境，以壁报、专栏、录像播放和各种通俗读物的方式吸引候诊患者的注意力，利用候诊患者的“无意注意”进行知识的熏陶；并激发患者的兴趣，从而为医生的针对性教育提供信息基

础。2. 筛检与周期性健康检查

(1) 概念：筛检是应用快速简便的检验、检查或其他手段，对未识别的疾病或缺陷作出推断性鉴定，从外表健康者中查出可能患某病者。筛检试验不是诊断，对阳性和可疑阳性者应当指定就医，以进一步诊断并做必要的治疗。筛检不仅可以早期发现可疑疾病，还可以发现高危人群，以便及早控制危险因素，避免疾病的发生。筛检的主要类型有：

1) 人群筛检：对象为整个人群，适合患病率很高的疾病。如妇女的乳腺癌、宫颈癌普查。

2) 目标（选择性）筛检：对象为某一高危人群，如：铅作业工人的职业病筛检。

3) 机会性筛检：又称个案发现，是医生主动对就诊患者进行一些检查、测验等，发现患者就诊原因外的疾病，达到早期发现、早期诊断和早期治疗之目的，如门诊进行高血压及其合并症筛检；是大力提倡的全科医生在日常门诊中经常从事的二级预防工作，与其他筛检方法相比，具有经济、有效、针对性强、患者满意度高等优点。

4) 周期性健康检查是运用格式化的健康筛检表格，针对不同年龄、性别而进行的终身健康检查计划。它比其他筛检方法更具科学性、系统性和针对性，是各国全科/家庭医生日常诊疗中的重要工作内容。(2) 确定筛检和周期性健康检查项目的原则：①该疾病和健康问题是当前重大的卫生问题（如患病率高或危害严重者）；②该疾病应有有效的诊断与治疗方法；③对该疾病自然史了解较清楚，早期治疗效果好；④有适当的检测技术，此技术安全、方便、易行，易于被接受；⑤检验费用低廉，符合成本-效益原则。

2023年：临床预防服务的对象主要是患者、健康人和无症状的高危人群。在选择具体的预防措施时应根据不同对象采用相应的实施方法，并且是临床医务工作者在日常临床医疗服务工作中能够提供的预防服务内容。目前，常用的方法主要有：①健康咨询；②病例发现；③疾病筛查；④周期性健康检查；⑤免疫预防；⑥化学预防等。

1. 健康咨询

(1) 概念：健康咨询是指通过收集求医者的健康危险因素，与求医者共同制订改变不健康行为的计划，督促求医者执行干预计划等，促使他们自觉采纳有益于

健康的行为和生活方式，减轻或消除影响健康的危险因素，预防疾病、促进健康、提高生活质量。健康咨询是在临床场所，尤其是初级卫生保健场所帮助个体和家庭改变不良行为最常用的一种健康教育方式，是临床预防服务中最主要的内容。

（2）方法：可表述为“5A”模式，是医务人员在临床场所为患者提供健康咨询的五个基本步骤。

1) 评估 (assess)：评估病情、技能、知识、自信心等。

2) 劝告 (advise)：提供有关健康危害的相关信息和行为改变的益处等。

3) 共识 (agree)：对个人健康目标的设定表示赞同，共同设定某个改善健康行为的目标。

4) 协助 (assist)：为患者找出行动可能遇到的障碍，帮助其确定正确的策略、技巧或方法等。

5) 安排随访 (arrange)：明确随访的时间、方式和行动计划。“5A”模式适用于几乎所有行为改变的健康咨询，但在进行不同行为改变咨询时，其每个步骤的干预内容有所不同。由于人们的行为可处于行为改变的不同阶段，在实施“5A”模式时，可以从任何一个步骤开始。

2. 病例发现又称为机会性筛查，是指在全科医疗应诊过程中，根据患者的特点，针对性运用体检或辅助检查，发现患者就诊直接原因以外的其他疾病。例如，一名45岁男性患者因咳嗽就诊，全科医生可根据其明显肥胖和高血压家族史等特点，给予检查血压、血糖、血脂、肾功能及心电图检查等。病例发现是全科医生在门诊中易于执行的早期诊断措施，对疾病的预防可收到事半功倍的效果。

3. 疾病筛查

（1）概念：疾病筛查是指运用简便、快速的体格检查、实验室或其他辅助检查，在健康人群中发现有健康缺陷的个体或未被识别的患者。筛查的目的是在危险人群中筛出疾病的早期患者，以便早期诊断，及时进行治疗。

（2）应用原则：①被筛查的疾病或缺陷是当地重大的卫生问题；②对被筛查的疾病有进一步确诊的方法和条件；③对发现并确诊的患者和高危人群有条件进行有效的干预和治疗，并有统一规定的治疗标准；④被筛查的疾病或某种危险因素有可供识别的早期症状和体征或检测指标；⑤筛查试验必须快速、简便、经济、安全、可靠、有效并易为群众接受；⑥有保证筛查计划顺利完成的人力、物力、

财力和良好的社会环境条件；⑦有连续而完整的筛查计划，能按计划定期进行；⑧要通盘考虑整个筛查、诊断和治疗的成本及收益问题；⑨筛查计划应能为目标人群接受，有益无害，尊重个人的隐私权，制订好保密措施。

表 1-7 注释（2023 年变）

2022 年：注：鉴于患有糖耐量减低的人群大大多于空腹血糖受损的人群，《中国 2 型糖尿病防治指南（2007 年版）》建议，只要是空腹或随机血糖为正常值上限的人群，均应行 OGTT 检查；同时检查空腹及 OGTT 后第 2 小时的血糖值。2005 年中国心脏调查发现，冠心病住院患者中糖尿病患病率为 52.9%，糖调节受损患病率为 24.0%，总的糖代谢异常患病率为 76.9%，若不进行 OGTT 试验，仅依靠检测空腹血糖，将有 87.4% 的糖调节异常患者和 80.5% 的糖尿病患者被漏诊，建议患有冠心病的人群亦应都做 OGTT 检查

2023 年：注：空腹血糖受损和糖耐量减低统称为糖调节受损。《中国 2 型糖尿病防治指南（2020 年）》建议，只要血糖水平已达到糖调节受损的人群，均应行 OGTT 检查；同时检查空腹、OGTT 后第 2 小时的血糖及 HbA1c。

4. 周期性健康检查（2023 年变）

2022 年：（4）周期性健康检查内容：周期性健康检查是按年龄和性别而进行的以预防为导向的措施，对于老年、儿童和妇女围生期保健都有相应的特殊检查内容。目前我国（不含港澳台地区）还没有统一的周期性健康检查的表格，现将世界上具有全面性和权威性的加拿大表格摘录如下，作为借鉴。

2023 年：4. 周期性健康检查 是指根据个体所处生命周期的健康特点和易患疾病谱选择检查项目，实施全面的健康检查，其目的是早期发现个体所患疾病，并对其健康状况进行全面评价，为进一步诊治和制订预防保健方案提供依据。其按年龄和性别进行的以预防为导向的措施，对于老年人、儿童和妇女围生期保健都有相应的特殊检查内容。

（以下均为 2023 年增）

根据我国的现状和条件，国家卫生健康部门提出周期性健康检查方案和检查技术应围绕“疾病鉴别”与“健康鉴别”两方面科学选用。（1）0~6 岁：7 年中进行先天性疾病、口腔卫生、视（听）力检查，用学龄前儿童询问表测试智力、身长、头围和体重，测定血红蛋白浓度，进行遗传性疾病、血液系统疾病等检查。（2）

5~15岁：每3~5年进行口腔卫生，视（听）力检查，测量身高、体重、头围、胸围、臀围，测定血红蛋白浓度，进行寄生虫检查。（3）10~14岁：5年中进行一次心电图检查、血压测量、空腹血糖和血脂测定，同时进行体重、身高、腰围、臀围测量。（4）妊娠期：进行一次空腹血糖测定，根据结果进行健康评价。（5）20~34岁：5年中进行一次心电图检查、血压测量、空腹血糖和血脂测定，身高、体重、腰围、臀围测量，脱落细胞检查。（6）30~34岁：女性5年中进行一次红外线乳腺检查，有乳腺癌家族史者以后每3年进行一次复查，其他对象每5年复查一次。（7）35~44岁：10年中进行一次X线胸部摄片；每5年进行一次心电图检查，身高、体重、腰围、臀围测量、血压测量、空腹血糖和血脂测定，脱落细胞检查。吸烟者、肥胖者及糖尿病、高血压、慢性支气管炎等有慢性病家族史者和检查结果异常者，根据检查结果进行健康评价，并决定复检时间。（8）40~49岁：每5年男女均进行一次粪便隐血试验，男性进行一次前列腺B超检查，女性进行一次妇科病理检查。同时进行心理精神疾病和骨关节疾病的检查。对检查结果异常者和有恶性肿瘤家族史者，应根据结果进行健康评价。（9）50~65岁：重点做好35~44岁、40~49岁列举对象的5年规范复检工作。检查重点是恶性肿瘤、心脑血管疾病和内分泌与代谢病。尤其应重视健康危险因素评价和制订健康维护计划，并督促实施。（10）60~80岁：除重点做好35~44岁、40~49岁列举对象的5年规范复检工作和50~65岁中规定的三大类疾病外，还需要注意慢性感染性疾病、退行性疾病检查，加强骨关节疾病、心理精神疾病和运动平衡能力的检查，重视健康危险因素评价和制订健康维护计划，并督促实施。

6. 化学预防（2023年变）

2022年：..... 第一级预防措施..... 有既往病史的人使用预防性化学物质也不能称为化学预防。

2023年：..... 第一、二级预防措施..... 有既往病史的人使用预防性化学物质预防疾病复发，则属于化学预防。

第五节 以家庭为单位的健康照顾

一、家庭对健康和疾病的影响

1. 疾病遗传方面（2023年变）

2022 年：1. 遗传方面全科医生应适时地将易感家庭转诊遗传病专家；并让该家庭在转诊后清楚地了解专家建议的含义。

2023 年：1. 疾病遗传方面每个人的健康都会受到家族遗传因素和母亲孕期各种因素的影响。先进的医学知识和技术使很多健康问题和疾病可以得到预防。全科医生不必是一个遗传病专家，但应利用遗传学知识和研究结果为其照顾者服务，并能清楚地让其所照顾家庭了解专家建议的含义。

2. 儿童发育及社会化方面（2023 年增）

2022 年：2. 儿童发育方面

2023 年：2. 儿童发育及社会化方面

6. 求医和遵医行为、生活习惯与方式方面（2023 年变）

2022 年：6. 就医行为与生活方式方面

2023 年：6. 求医和遵医行为、生活习惯与方式方面

二、家庭的结构

1. 家庭的外部结构（2023 年增）

（2）扩展家庭：由两对或两对以上的夫妇及其未婚子女组成的家庭。是由核心家庭及夫妇单、双方的父母或亲属共同构成的。又可分为主干家庭与联合家庭。

①主干家庭：由一对已婚子女及其父母、未婚子女或未婚兄弟姐妹构成的家庭；

②联合家庭：又称复式家庭，由两对或两对以上同代夫妇及其未婚子女组成的家庭，包括父母与几对已婚子女及孙子女构成的家庭，两对以上已婚兄弟姐妹组成的家庭等。

（3）其他家庭类型：包括单身家庭、单亲家庭、同居家庭、群居体、少年家庭、同性恋及混合家庭等。这些家庭虽然不具备传统的家庭形式，但也表现出家庭的主要特征，执行着类似的功能。

2. 家庭的内在结构

（2）家庭角色：（2023 年变）

2022 年：是其成员在家庭中的特定身份、相对位置和相互关系。……④家庭成员心理上乐意扮演自己的角色；……

2023 年：是其成员在家庭中的特定身份，代表着其在家庭中应执行的职能，反映其相对位置和相互关系。……④家庭成员的角色是否满足成员的心理需

要；……

三、家庭的功能

(2023 年删) 1. 抚养和赡养通过供给成员饮食、衣服、住所、温暖、保护、休息等，满足成员最基本的生理需要。

(2023 年增) 4. 抚养和赡养家庭成员需要。通过供给饮食、衣服，提供住所、保护等，满足成员最基本的生理

五、家庭资源

2. 家庭外资源 (2023 年增)

家庭医生可通过与患者、家属会谈或家访绘制家系图、绘制家庭图等方式，了解患者家庭的资源状况，评估可利用的家庭内、外资源的丰富程度，必要时可将结果记录下来，存入健康档案。当家庭内资源不足或缺乏时，家庭医生应充分发挥其协调者的作用，帮助患者及家庭寻找和利用家庭外资源。

六、家系图编制 (2023 年增)

家系图可用来描述家庭结构、疾病史、家庭遗传问题、家庭成员相互关系、家庭重要事件等情。它能使全科医生迅速掌握家庭有关健康的基础情况和重要信息。家系图相对比较稳定，变化不会太大，可作为家庭档案的基本资料存于病历中。家系图至少由三代组成。长辈在上，子孙在下；夫妻之间，男在左，女在右；同辈中，长者在左，幼者在右；夫妇双方的家庭都应包含在内。

第六节 居民健康档案

二、家庭健康档案

1. 家庭基本资料 (2023 年变)

2022 年：应反映出家庭的基本情况，特别是与家庭健康有关的基本内容。

2023 年：是对家庭结构、家庭生活周期及其已经出现或即将出现的健康问题、家庭资源和家庭功能情况等评估资料的记录。

2. 家系图

(2023 年删) 3. 家庭评估 家庭评估是对家庭结构、家庭生活周期和家庭功能等评估资料的记录。

(2023 年增) (4) 家庭资源：全科医生可通过家庭访谈、绘制家系图、绘制家

庭图等方式，了解患者家庭资源的状况，并帮助患者寻找可利用的资源应对家庭压力事件或度过危机。（5）家庭动力学评估：通过询问或访谈、家庭成员活动观察、特定的评估工具等方式来了解家庭的内容运作机制。

第二章 基本卫生保健

第二节 健康中国战略

二、“健康中国 2030”规划纲要

（三）优化健康服务的主要内容（2023 年变）

2022 年：1. 强化覆盖全民的公共卫生服务防治重大疾病、完善计划生育服务管理和推进基本公共卫生服务均等化。2. 提供优质高效的医疗服务完善医疗卫生服务体系、创新医疗卫生服务供给模式和提升医疗服务水平和质量。3. 充分发挥中医药独特优势提高中医药服务能力、发展中医养生保健治未病服务和推进中医药继承创新。4. 加强重点人群健康服务提高妇幼健康水平、促进健康老龄化和维护残疾人健康。

2023 年：1. 普及健康生活加强健康教育，提高全民健康素养，加大学校健康教育力度，将健康教育纳入国民教育体系，把健康教育作为所有教育阶段素质教育的重要内容；塑造自主自律的健康行为，引导合理膳食，开展控烟限酒行动，促进心理健康，减少不安全性行为和毒品危害；完善全民健身公共服务体系，广泛开展全民健身运动，加强体医融合和非医疗健康干预，促进重点人群体育活动来提高全民身体素质。2. 优化健康服务强化覆盖全民的公共卫生服务，防治重大疾病，完善计划生育服务管理，推进基本公共卫生服务均等化；完善医疗卫生服务体系，创新医疗卫生服务供给模式，提升医疗服务水平和质量，提供优质高效的医疗服务；充分发挥中医药独特优势，提高中医药服务能力，发展中医养生保健治未病服务，推进中医药继承创新；加强重点人群健康服务，提高妇幼健康水平，促进健康老龄化，维护残疾人健康。3. 完善健康保障健全医疗保障体系，完善全民医保体系，健全医保管理服务体系，积极发展商业健康保险；完善药品供应保障体系，深化药品、医疗器械流通体制改革，完善国家药物政策。4. 建设健康环境深入开展爱国卫生运动，加强城乡环境卫生综合整治，建设健康城市和健康村镇；加强影响健康的环境问题治理，深入开展大气、水、土壤等污染防治，实施

工业污染源全面达标排放计划，建立健全环境与健康监测、调查和风险评估制度；保障食品药品安全，加强食品安全监管。强化药品安全监管；完善公共安全体系，强化安全生产和职业健康，促进道路交通安全，预防和减少伤害，提高突发事件应急能力，健全口岸公共卫生体系。5. 发展健康产业优化多元办医格局；发展健康服务新业态；积极发展健身休闲运动产业；加强医药技术创新，提升产业发展水平，促进医药产业发展。

第四节 分级诊疗与家庭医生签约服务

二、建立分级诊疗制度

（一）目标任务 3. 分级诊疗模式（2）双向转诊。（2023 年增）

具有纵向转诊、横向转诊两种模式。

（二）以强基层为重点完善分级诊疗服务体系（2023 年增）

7. 建立多种形式医疗联合体（医联体）是指不同层级医疗卫生机构通过纵向或横向的资源整合而形成的医疗组织。中国的医联体主要是以不同层级医疗卫生机构之间的纵向整合为主，即以三级医院、二级医院以及基层医疗卫生机构的“3+2+1”模式组建而成的联合体。患者在医联体内，可以享受到基层医疗机构与区域医疗中心之间的双向转诊、化验检验结果互认、专家社区坐诊、远程会诊等便捷的优质诊疗服务。根据医联体内医疗机构关系的紧密程度，可以将当前中国的医联体划分为 3 种类型：松散型的技术协作联盟、紧密型的医疗服务集团以及兼有两种类型特征的混合型医疗联合体。

第三章 流行病学方法

第一节 流行病学概述

一、流行病学定义（2023 年变）

2022 年：流行病学是研究人群中疾病与相关健康状况的分布及其影响因素，并研究如何防治疾病及促进健康的策略和措施的学科。流行病学研究对象的 3 个层次：1. 疾病指传染病、寄生虫病、地方病和非传染病等一切疾病。2. 伤害包括意外、残疾、智力障碍和身心损害。3. 健康状态指身体生理生化的各种功能状态、疾病前状态和长寿。即身体、精神和社会适应各方面均处于完好状态，而不仅是无病或虚弱。

2023 年：流行病学是研究人群中疾病与相关健康状况的分布及其影响因素，借以制订和评价预防、控制和消灭疾病及促进健康的策略与措施的科学。定义的基本内涵有四点：①研究对象是人群，是研究所关注的具有某种特征的人群，而不是某一个个体；②研究内容不仅包括疾病，还包括伤害、健康状态及其他相关的卫生事件；③研究起点是疾病和健康状态的分布，研究重点是疾病和健康状态的影响因素；④研究最终目的是为预防、控制和消灭疾病以及促进健康提供科学的决策依据。疾病和健康是生命过程的不同表现形式，仅仅研究疾病是不全面的，还应该把研究保持和促进健康的因素与影响疾病流行的因素摆在同等重要的位置，共同作为流行病学研究的主题。只有这样流行病学定义才算完整，才能真正体现流行病学是以全人群为研究对象、以疾病防治和促进健康为最终目的的一门医学基础学科。

二、流行病学研究的方法（2023 年变）

2022 年：1. 描述性研究包括现况研究、筛检、生态学研究等。属于观察性研究，即客观地观察和记录事物或现象的状态和特征，进而分析描述事物或现象特点与规律。用于发现病因线索，但不能确认病因。2. 分析性研究包括病例对照研究、队列研究。亦属于观察性研究，但是有比较地进行分析，以找出疾病发生发展的相关因素。但病例对照研究只能论证疾病与因素间是否存在关联，不能确认因果关系。3. 实验性研究包括临床试验、现场试验、社区干预试验。实验性研究的重要特征之一是必须对观察对象施加某种干预（如药物、健康教育等）。主要用于评价干预措施的效果。4. 理论性研究使用数学公式明确地和定量地表达病因、宿主和环境之间构成的疾病流行规律，同时从理论上探讨不同防治措施的效应。

2023 年：根据是否有人为干预，流行病学研究方法可以分为观察性研究和实验性研究。流行病学是在人群中进行研究的，由于伦理和资源的限制，研究者不能或不能全部掌握或控制研究对象的暴露或其他条件，大多数情况下只能进行观察性研究。观察法是流行病学研究的基本方法。实验性研究与观察性研究的根本区别在于所研究的因素是否是人施加的。1. 观察性研究（observational study）研究者客观地收集人群相关暴露和疾病的资料，评价暴露与疾病的联系。根据研究开始时是否设置对照组，可将观察性研究进一步区分为描述性研究（主要包括现况调查和生态学研究）和分析性研究（主要包括队列研究和病例对照研究等）。

最常用的三种观察性研究方法为现况调查、病例对照研究和队列研究。(1) 现况调查 (prevalence survey): 是指在某一人群中应用普查或抽样调查等方法收集特定时间内某种疾病或健康状况及有关变量的资料, 以描述当时疾病或健康状况的分布及与疾病有关的因素。从时间上说, 现况调查是在某一时点或在短时间内完成, 这个时点犹如一个时间断面, 故又称为横断面研究 (cross-sectional study)。(2) 生态学研究 (ecological study): 是在群体水平上研究某种因素与疾病之间的关系, 通过描述不同人群中某因素的暴露状况与疾病的频率, 分析该暴露因素与疾病之间的关系。生态学研究在收集资料时, 不是以个体为观察和分析的单位, 而是以群体为单位, 研究人群可以是学校的班级、工厂及城镇, 甚至是一个区域或国家的整个人群, 这是生态学研究最基本的特征。(3) 队列研究 (cohort study): 又称为随访研究 (follow-up study), 是将一个范围明确的人群按暴露因素的有无或暴露程度分为不同的亚组, 追踪观察一定期限, 比较不同亚组之间某病发病率或死亡率有无差异, 从而判断暴露因素与结局有无关联以及关联大小的一种研究方法。(4) 病例对照研究 (case-control study): 是从研究人群中选择一定数量的某病患者作为病例组, 在同一人群中选择一定数量的非某病患者作为对照组, 调查病例组与对照组两组人群既往某些暴露因素出现频率并进行比较, 以分析这些因素与疾病的联系。

2. 实验性研究 (experimental study)

又称为干预试验 (interventional trial), 其基本特征是研究者在一定程度上掌握实验的条件, 主动给予研究对象某种干预措施, 通过比较人为给予干预措施后的实验组人群和对照组人群的结局, 判断干预措施的效果。实验性研究根据其目的和内容, 一般分为临床试验、现场试验和社区干预试验; 根据是否随机分配研究对象, 实验性研究又可分为随机对照试验 (randomized controlled trial, RCT) 和非随机对照试验 (non-randomized controlled trial)。一个完整的实验性研究一般应具备四个基本特点, 即设立对照组、随机分组、人为干预、前瞻追踪。

(1) 临床试验: 是以患者为研究对象, 遵循随机、对照和盲法的原则, 评价某种疾病疗法 (或新药或新治疗) 的优劣或某种干预措施的效果 (如观察病死率或致残率的变化)。临床试验一般要求采用随机对照试验设计, 它的研究对象必须是患有所研究的疾病并且在确诊后很快进入研究, 以便及时地安排治疗。

(2) 现场试验: 是将研究对象分为两组, 一组给予干预措施作为试验组,

一组不给予干预措施作为对照组，通过一定时间的观察，比较两组对象中所观察的结局有无差异，从而判断干预措施的效果。现场试验中接受处理或某种预防措施的单位是个人，而不是群体或者亚人群。现场试验的主要研究对象为未患病的健康人或高危人群中的个体，并且必须到“现场”（如工厂、学校、乡村或街道等）进行调查，因此也称之为人群现场试验。如新型流感疫苗预防流感及人群免疫效果的现场试验。（3）社区干预试验：是把社区人群作为整体进行试验观察，常用于某种预防措施或方法在整体人群水平上的效果进行考核或评价。社区干预试验与现场试验的区别在于实施干预措施的基本单位的群体还是个体。如疫苗接种一般是以个体为单位，属于现场试验；但饮用水加氟预防龋齿则是针对水厂供水区域的整个社区人群，因此饮用水加氟预防龋齿应采用社区干预试验，可选择两个不同供水来源的社区进行试验。

三、流行病学在社区卫生工作中的作用（2023年变）

2022年：1. 了解社区居民健康和疾病的分布情况。2. 探索常见疾病的病因和危险因素。3. 社区常见疾病的预防和健康促进。4. 疾病预防的效果评价。5. 疾病的监测。

2023年：1. 了解社区居民健康和疾病的分布情况及其特点。2. 探索常见疾病的病因和危险因素。3. 社区常见疾病的预防、控制和健康促进。4. 疾病诊断、治疗与防止措施的效果评价。5. 揭示疾病完整的自然史。

第二节 疾病分布

（2023年变）

2022年：通过观察疾病在人群中的发生、发展和消退，描述疾病不同时间、地区和人群中的频率与分布现象，这就是疾病的分布。它是流行病学研究的起点和基础。研究疾病分布的意义在于：①它是研究疾病的流行规律和探索疾病病因的基础，提供病因线索，提出研究的问题或假设；②通过对疾病分布的描述，可帮助我们认识疾病流行的基本特征，这是临床诊断所依据的、很有价值的一个重要信息；③对疾病分布规律及其决定因素的分析有助于为合理地制定疾病的防治、保健策略及措施提供科学依据。

2023年：疾病分布是指通过观察疾病在人群中的发生、发展和消退的规律，描述疾病不同时间、地区和人群中的发病、死亡及患病水平。它是流行病学研究的

起点和基础。研究疾病分布的意义在于：①有助于认识疾病的群体现象、分布规律及其影响因素；②为临床诊断和治疗的决策提供依据，为进一步探讨病因提供线索；③有助于政府确定卫生服务的工作重点，为合理地制定疾病的防治、保健策略及措施提供科学依据。

一、疾病测量常用指标（2023 年变）

2022 年：1. 死亡统计的常用指标

（1）死亡率

死亡率=（某人群某年死亡总人数/同年平均人口数）×K

它反映一个地区居民死亡水平的总度量，粗略地反映人口的死亡水平，但受当地人口、年龄、性别构成的影响，作比较时需进行标准化调整。式中 K 为比例基数，可以是 100%、1000‰、10000/万或 100000/10 万，依据惯例或以计算结果有 1~2 位整数为宜选择适当的比例基数。总死亡率通常使用千分率（1000‰）。

（2）死因构成比

死因构成比=某年某死因死亡总数÷同年各死因死亡总数×100%

（3）疾病别死亡率

疾病别死亡率=某年因某病死亡人数÷同年平均人口数×K

用于分析各种疾病对人群健康的危害程度。

2. 疾病统计的常用指标

（1）发病率

发病率=（某时期内新发病例数/同期平均人口数）×K

它是衡量疾病发生频度的指标，常用于研究疾病发生的因果和评价预防措施的效果；一般以纵观 1 年为期。

（2）患病率期间患病率=（某时期内总病例数/同时期平均人口数）×K 它是衡量疾病患病频度的指标，与发病率的主要区别是病例数包括新、旧病例。时点患病率=（某时点病例总数/调查人数）×K 它是从某时点断面上观察疾病患病的频度，一次横断面调查得到的患病率即为时点患病率。比例基数通常使用 100%。

（3）某病病死率某病病死率=（某时期内因某病死亡人数/同期患该病患者数）×100%

（4）疾病构成比疾病构成比=（某种（类）疾病例数/各种疾病总例数）×100%

2023 年：1. 死亡统计的常用指标

(1) 死亡率：指某人群在一定期间内死于所有原因的人数在该人群中所占的比例。死亡率是测量人群死亡危险最常用的指标，常以年为单位计算。死于所有原因的死亡率是一种未经调整的死亡率，通常被称为粗死亡率。粗死亡率反映一个人群的总死亡水平，是衡量人群因病伤死亡风险性大小的指标，是一个国家或地区文化、卫生水平的综合反映，也可为确定当地卫生保健的需求和制定规划提供科学依据。有些疾病虽然发病率很高，但因其病死率较低，故也不适合用死亡率进行分析。各地区死亡率进行比较时，应特别注意各地人口构成存在的差异。

死亡率=（某人群某年死亡总人数/该人群同年平均人口数）×k

k=1000‰、10000/万或 100000/10 万

(2) 生存率：指患某种疾病的人经 n 年的随访，到随访结束时仍存活的病例占观察病例总数的比例。生存率常用于评价某些慢性病如癌症及心血管病等的远期疗效。

N 年生存率=随访满 n 年尚存活的病例数/开始随访的病例数×100%

2. 疾病统计的常用指标

(1) 发病率：指一定时期内，特定人群中某病新病例出现的频率。计算发病率时可根据研究的病种及研究问题的特点来选择时间单位，一般多以年为时间单位。对于发病时间不易确定的疾病，一般以初次诊断时间作为发病时间。发病率是重要的常用指标，对于描述死亡率极低或非致死性的疾病尤其重要。常用来描述疾病的分布，探讨发病因素，提出病因假设和评价防治措施的效果等。在比较不同地区人群的发病率时，考虑到年龄和性别构成的不同，应对发病率进行标准化。

发病率=（某时期内新发病例数/同期平均人口数）×k

k=1000‰、10000/万或 100000/10 万

患病率与发病率的区别：①患病率的分子为特定时间内所调查人群中某病新旧病例的总和，而发病率的分子则为一定时期内暴露人群中某病的新发病例数；②患病率是由横断面调查获得的疾病频率，是衡量疾病的存在或流行情况的静态指标，而发病率是由发病报告或队列研究获得的疾病频率，是衡量疾病发生情况的动态指标。患病率的变化要结合发病率、生存率及治愈率等方面的资料进行综合分析。当某地某病的发病率和病程在相当长的期间内保持稳定时，则患病率=发病率 X

病程。若某些疾病的患病率增高，既可能是发病率真的增高，也可能是诊断水平的提高或因治疗的改进虽不能完全治愈疾病，但能使患者寿命延长所致。

(3) 病死率：指一定期间内，患某病的全部患者中因该病而死亡的比例。病死率通常多用于病程短的急性病，如各种急性传染病、脑卒中、心肌梗死、肝癌、胰腺癌等，以衡量疾病对生命威胁的程度。在不同场合下计算病死率所用的分母是不同的，如计算住院患者中某病的病死率，分母为该病患者的住院人数；而计算某种急性传染病的病死率，其分母为该病的所有发病人数。

某病病死率=（某时期内因某病死亡人数/同期患该病患者数）×100%

(4) 疾病构成比：表示事物内部各个组成部分所占总体的比重，常以百分数表示。

疾病构成比=[某种（类）疾病例数/各种疾病总例数]×100%

第三节 现况调查

一、分类

(2) 普查的优缺点（2023年变）

2022年：1) 优点：①由于是调查某一人群的所有成员，所以在确定调查对象上比较简单；②普查所获数据可以了解疾病的三间分布特征，因此对疾病的流行因素能有一定的启示。

2023年：(2) 普查的优缺点 1) 优点：①能发现人群中的全部病例，早发现、早诊断疾病，全面描述疾病的分布与特征，并可以普及医学卫生知识；②可以同时调查目标人群中多种疾病或多种健康状况的分布情况；③较易为公众所接受；④不存在抽样误差。

二、现况调查的种类（2023年变）

2022年：2. 抽样调查 在实际调查工作中，如要揭示疾病的分布规律可以调查某一人群中具有代表性的部分（样本），根据样本调查结果估计出该人群某病的患病率或某些特征的情况。这种调查方法称为抽样调查。抽样必须遵循随机化的原则，才能获得有较好代表性的样本，并通过样本信息推断总体。随机抽样是指从研究总体中抽取样本时，每个单位都有同等的机会被抽中。常用的抽样方法有：

2023年：2. 抽样调查指在特定时间、特定范围内的某人群总体中，按照一定的方法抽取一部分有代表性的个体组成样本进行调查分析，以此推论该人群总体某

种疾病的患病率及某些特征的一种调查。抽样必须遵循随机化的原则和样本大小适当的原则，才能获得有较好代表性的样本，并通过样本信息推断总体特征。常用的抽样方法有：

（3）分层抽样（2023年增）

在样本相同时比单纯随机抽样、系统抽样和整群抽样的抽样误差都要小。

三、现况调查的用途（2023年变）

2022年：1. 描述疾病或健康状况的三间分布情况。2. 描述某些因素与疾病或健康状况之间的关联，以逐步建立病因假设。3. 为评价防御措施及其效果提供有价值的信息。4. 为疾病监测或其他类型流行病学研究提供基础。

2023年：1. 描述特定时间疾病或健康状况的三间分布情况。2. 发现病因线索。3. 评价疾病的防治效果。4. 用于疾病监测。5. 适用于疾病二级预防。6. 为研究和决策提供基础性资料。

第四节 病例对照研究

二、病例对照研究的特点（2023年变）

2022年：1. 属于观察性研究，不加干预措施，客观地收集暴露情况。2. 设立对照。3. 观察方向由“果”及“因”。4. 不能确证暴露与疾病间的因果关系。

2023年：1. 属于观察性研究不加干预措施，客观地收集暴露情况，进而分析暴露因素与疾病或其他卫生事件的关系，具备了观察性研究的共性特征。2. 设立对照须设立具有可比性的对照，目的是为病例组的暴露比例提供参考，该特点体现了分析性研究的基本特征。3. 由“果”推“因”病例对照研究开始时已有确定的结果（患病或未患病，出现或未出现感兴趣的事件），进而追溯可能与疾病或事件有关的因素，即所研究疾病（果）与过去的暴露因素（因）的关联性来推断因素与疾病发生的关系，以寻找病因线索。此特点与队列研究“由因推果”的特征形成明显不同。4. 论证强度病例对照研究不能观察到由因到果的发展过程，一般不能确证暴露与疾病间的因果关系，但可为队列研究及实验性研究提供病因研究的线索和方向。

三、病例对照研究的设计（2023年变）

2022年：（一）设计原则：

1. 复习文献，提出假设。2. 明确目的。3. 选择适宜的对照形式。4. 研究对象的选

择。

(二) 病例与对照的选择 病例与对照的基本来源有：①以医院为基础的：医院的现患患者、医院门诊的病案、出院记录等。此来源可节省费用，容易获得，合作好，信息较完整准确，但易发生选择偏倚。②以社区为基础的：社区的监测资料，普查、抽查的人群资料等。一般以此来源为优，代表性较强，但不易获得。

1. 病例的选择主要是确定判断标准和怎样获得这些符合判断标准的患者。(1) 对疾病的规定：①尽量采用国际通用或国内统一的诊断标准，以便于与他人工作比较。②需自定标准时，注意均衡诊断标准的假阳性率及假阴性率的高低，使宽严适度。如为定量指标，一般要求诊断标准落在患者与非患者分布曲线的交叉点上。该诊断标准应落实为文字形式作为研究计划的附件。(2) 对病例其他特征的规定：性别、年龄、民族等。其目的是控制外部因素增强两组的可比性。

2. 对照的选择 病例对照研究中，对照的选择往往比病例的选择更复杂、更困难。对照最好是全体人群的一个无偏样本，或是产生病例的人群中全体非患该病的人的一个随机样本，而且也经过相同诊断确认为不患该所研究疾病。实际上这种理想的对照很难得到。实际工作中的对照来源主要有：①同一或多个医疗机构中诊断的其他病例；②病例的邻居或所在同一居委会、住宅区内的健康人或非该病病例；③社会团体人群中非该病病例或健康人；④社区人口中的非该病病例或健康人；⑤病例的配偶、同胞、亲戚、同学或同事等。

(三) 研究因素的选择

1. 变量的选定与目的有关的变量应尽量细致深入，以获得较多信息。与目的无关的变量一个也不要。2. 变量的规定 每项变量要有明确的定义，尽可能地采取国际或国内统一的标准，以便交流和比较。3. 变量的测量 定性、半定量、定量。研究中应尽量采用半定量或定量的度量。4. 变量的质量控制 重复、核对、考证等。

2023 年：进行病例对照研究，首先要通过查阅文献资料，了解所要研究问题目前的知识水平以及对此问题已有的假说或见解，掌握目前的研究现状与发展趋势，从而保证研究课题的先进性，进而制订严谨而科学的研究方案，其主要内容包括：明确研究目的、确定研究类型、确定研究因素、选择研究对象、估计样本含量、确定资料收集与分析方法和预期分析指标、质量控制以及组织计划与经费预算等。

四、病例对照研究方法的优点与局限性（2023 年变）

2022 年：1. 优点（1）特别适用于罕见疾病的研究：有时往往是罕见病病因研究的唯一选择。因为病例对照研究的样本量不太大，此时队列研究常常不实际。（2）省力、省钱、省时间，并较易于组织实施。（3）本方法不仅应用于病因的探讨，而且广泛应用于许多方面。例如疫苗免疫效果的考核、传染病或食物中毒等的暴发调查等。2. 局限性（1）不适于研究人群中暴露比例很低的因素，因为此时需要较大的样本量。（2）选择研究对象时，难以避免选择偏倚。（3）暴露与疾病的时间先后常难以判断。（4）获取既往信息时，难以避免回忆偏倚。

2023 年：1. 优点（1）特别适用于罕见的、潜伏期长的疾病的研究：有时往往是罕见病病因研究的唯一选择；也适于研究新出现的或原因不明的疾病，能广泛地探索其影响因素，可为公共卫生干预策略与方案的制订提供重要依据。（2）与队列研究相比，病例对照研究需要的样本量较小，相对省人力、物力、经费、省时间，并较易于组织实施。（3）本方法不仅应用于病因的探讨，也可用于疾病预后、临床疗效、药物不良反应、疫苗免疫学效果的评价及影响因素的研究，也可在疾病暴发调查中寻找病因提供线索。（4）适用于多种暴露因素与某一种疾病关联的研究，也可进行多种因素间监护作用的研究。2. 局限性（1）不适于研究人群中暴露比例很低的因素，因为此时需要较大的样本量，从而影响研究的可行性。（2）选择研究对象时，难以避免各种偏倚，包括选择偏倚、信息偏倚、混杂偏倚，尤其是难以避免回忆偏倚、选择偏倚，从而影响到病例对照研究结果的真实性和准确性。（3）暴露与疾病的时间先后常难以判断，无法直接推论因果关联。（4）不能直接计算暴露组与非暴露组的发病率，只能估计相对危险度，因此难以充分而直接地分析研究因素与疾病之间的关系。

第五节 社区干预试验

一、实验研究的原理（2023 年变）

2022 年：实验性研究以人类（患者或正常人）为研究对象，研究者将研究对象随机分为实验组和对照组，将所研究的干预措施给予实验组人群后，随访一段时间并比较两组人群的结局，如发病率、死亡率、治愈率等对比分析实验组与对照组之间效应上的差别，判断干预措施的效果。

2023 年：实验性研究以人群（患者或正常人）为研究对象，研究者根据研究目的，按照预先确定的研究方案将研究对象随机分为试验组和对照组，对试验组人

为地施加或减少某种因素，追踪观察该因素的作用结果，比较和分析两组或多组人群的结局，判断干预措施的效果。

三、实验研究的原则（2023 年变）

2022 年：2. 对照的原则（1）设立对照的必要性：社区干预试验中的“效应”是由多方面因素决定的。实验组中研究终点所统计出来的“效应”，往往是多种因素的效应交织在一起的综合结果，其中包括：①干预措施如果确实有效，研究所观察到的“效应”应包含干预措施的效果在内；②疾病自然史的影响；③向均数回归的现象；④霍桑效应；⑤安慰剂效应；⑥人为偏倚的效应；⑦潜在未知因素的影响等。由于实验组的效应是由以上因素决定的，而用于评价效应的指标如显效率、有效率、病死率等，反映的是以上因素交织在一起的作用，如不设立对照组根本无法确定干预措施在实验组总的效应中占多大的比重，因而仅凭实验组中统计出来的这些评价指标的数据是很不可靠的。但是，由于实验组和对照组的本质差别在于前者接受某种处理而后者无，则其他因素只要实施设计严谨的实验方案，均可使之在两组间均衡，做结论时可利用实验组和对照组各自效应的差值，将干预措施真实的效应揭示出来。如此实验的效应才是客观可靠的。成功的社区干预试验应能将不同效应区分开，使干预措施的效应客观地展现出来。（2）常用的对照的种类：①标准疗法对照；②安慰剂对照；③自身对照；④交叉对照；⑤相互对照；⑥空白对照等。3. 重复的原则是指各实验组及对照组的例数要有一定的数量。例数太少有可能把个别情况误认为普遍情况，把偶然性或巧合的现象当作必然的规律性现象，导致试验结果错误地推广到群体。但例数太多或试验次数太多，又会增加严格控制试验条件的困难，造成不必要的浪费。因此，应该在保证试验结果具有一定可靠性的条件下，确定最少的样本例数。4. 盲法的应用社区干预试验往往容易出现偏倚，这种偏倚可以来自研究对象和研究者本人，可产生于设计阶段，也可来自资料收集或分析阶段。为避免偏倚可采用盲法，常用的盲法有单盲、双盲和三盲。

2023 年：2. 对照必须设立对照组，目的是排除非研究因素的干扰。因此要求两组的研究对象必须具有可比性，即除给予不同的干预措施（如治疗）外，其他基本特征（如性别、年龄、居住环境、身体状况、疾病严重程度等）应尽可能一致。此时试验结果的组间差别才能归因于干预措施的效应。3. 重复指相同的条件下重

复试验的过程。临床试验的可重复性要求试验必须有一定的样本含量，并且符合统计学要求。4. 盲法由于研究对象和研究者的主观心理因素影响，在临床观察、资料收集或分析阶段容易出现信息偏倚。为避免这种偏倚，在设计和实施时可采用盲法，研究者或研究对象预先不知道干预措施的分配，从而使研究结果更加可靠、真实。

四、实验性研究的特点（2023 年变）

2022 年：1. 它属于前瞻性研究 即必须直接跟踪研究对象，这些研究对象虽不一定从同一天开始，但必须从一个确定的起点开始跟踪。2. 必须人为施加一种或多种干预处理 作为处理因素可以是预防某种疾病的疫苗、治疗某病的药物或干预的方法措施等。3. 研究对象 是来自一个总体的抽样人群，并在分组时采取严格的随机分配原则。4. 必须有平行的实验组和对照组 要求在开始实验时两组在有关各方面必须相当的近似或可比，这样实验结果的组间差别才能归之于干预处理的效应。

2023 年：1. 属于前瞻性研究 须是干预在前，效应在后，所以是前瞻性研究。2. 有人为施加的干预措施 必须人为施加一种或多种干预处理作为处理因素，可以是预防某种疾病的疫苗、治疗某病的药物或干预的方法措施等，这是与观察性研究的一个根本的不同点。3. 随机分组 研究对象是来自一个总体的抽样人群，并在分组时采取严格的随机分配原则。4. 具有均衡可比的对照组 必须有平行的实验组和对照组，要求在开始实验时两组的基本特点、自然暴露因素和预后因素应相似，这样实验结果的组间差别才能归之于干预处理的效应。

五、社区干预试验社区干预试验（2023 年删）

是以人群作为整体进行实验观察，常用于对某种预防措施或方法进行考核或评价。社区试验是现场试验的一种扩展，两者概念上的区别在于现场试验接受干预的基本单位是个人，而社区试验接受干预的基本单位是整个社区，或某一人群的各个亚人群，如某学校的班级、某工厂的车间或某城市的街道等。如疫苗的效果评价可用现场试验来进行，因为疫苗可以分配给个人；而食盐中加碘预防地方性甲状腺肿是将碘统一加入食盐中，使整个研究地区的人群食用，而不是分别授予每一个体，因此，食盐中加碘的效果评价不能用现场试验，而只能用社区干预试验。

五、效果指标

(2023 年删)

1. 有效率

有效率=治疗有效人数÷治疗的总人数×100%

治疗有效人数包括治愈人数和好转人数

2. N 年生存率

N 年生存率=N 年存活的病例数÷随访满 N 年的病例数×100%

(2023 年增)

1. 抗体转阳率

抗体转阳率=抗体阳性人数÷疫苗接种人数×100%

第六节 社区卫生资料收集的方法

一、资料来源和内容 (2023 年变)

2022 年：1. 资料来源 卫生调查资料收集是通过一定方法向被调查对象收集相关资料的过程。资料的来源主要有以下几方面内容：(1) 统计报表：我国已建立了一套相当规范的统计报表制度，如疫情报表、医院工作报表。这是根据国家的有关规定报告制度，由医疗卫生机构逐级上报的。它全面、经常地反映了卫生机构工作与居民的健康状况，是社区卫生调查资料的重要来源。(2) 经常性工作记录与报告卡片，如病历、各种医学检查记录，传染病报告卡等。(3) 社区卫生专题调查：如以上资料不能满足我们的需要，我们经常根据调查目的拟订调查表，开展专题社区卫生调查，这是我们获取资料的一个重要来源。2. 收集资料的内容 在社区卫生调查中，收集资料应考虑如下内容：(1) 社区人群基本健康状况资料：如人口学资料指标、生长发育指标。(2) 社区卫生服务机构资料：如人员情况、环境、条件等情况。(3) 社区人群中主要疾病情况，并分析其影响因素。(4) 社区重点人群资料：找出哪些人健康状况最差，最易受到致病因素伤害或易患某种疾病。(5) 社区相关背景资料：如气候、地理、经济、文化、生活方式等资料。

2023 年：一、资料收集

无论是预后研究还是病因学的关联性研究，需要收集的资料大致包括：1. 结局资料 各种预后相关的结局事件及其发生的时间、反映病情变化的连续性变量及生存质量等。2. 暴露因素资料 即拟研究的预后影响因素或预后预测标志物。通常在基线时收集，有时也需要收集基线至结局发生前不同时间点的这些暴露资料，以探

索何时的暴露量影响最大或预测最佳。3. 潜在的干扰因素即可能影响暴露与结局关联的潜在的混杂因素。4. 患者的一般资料包括联络资料、一般人口学和社会经济学资料及临床特征等。这类资料除了用于联络对象方便今后随访，个体特征也用于判断研究对象的代表性和干扰因素的控制。

二、定性调查（2023 年删）

2. 定性调查方法的应用（1）作为快速评价技术，可迅速提供有用的信息。（2）辅助问卷设计，提高问卷质量。（3）对我们所知不多的领域开展探索性研究。（4）对提出的问题深入研究。

三、定量调查（2023 年删）

2. 影响定量调查的因素（1）主办者：主办者的身份会影响问卷的回收率。一般认为以单位名义进行的调查比以个人名义进行的调查应答率高，著名机构或政府部门主办调查比不知名机构或非政府部门主办应答率高。（2）问卷的印刷和长度：问卷的印刷以铅印的应答率高，问卷的长度过长会使被调查者生厌而影响应答率，如问卷内容过少，则效率低，一般说问卷应在半小时内完成。（3）封面信：每份调查表都有一封封面信用以说明调查目的，对被调查者要求是否保密及感谢。封面信的好坏，对应答率也有影响，因而要求封面写得短而灵活、生动。（4）问卷难易程度：问卷应易于完成，不能有过多的开放性问题，否则将影响应答率。（5）收集资料方法：应选择适合被调查者实际情况的方法进行，问题应与被调查者的知识水平、经历相适应，否则会降低问卷调查的质量。

四、问卷设计（2023 年变）

2022 年：社区卫生调查中通常采用问卷调查方式进行，问卷的质量关系到调查成功与否，所以问卷的产生，不能敷衍了事。设计出一份好的问卷是社区卫生工作者应具备的基本能力。1. 问卷的结构（1）封面信：每一份调查问卷前面都应有一段话，称封面信。封面信应包括本次调查的目的，要求被调查者配合做的事情，本调查内容是否保密，对被调查者的感谢。封面信不可写得过长。（2）问卷主体：包括问题和备选答案。问题可分三类：①基本资料，如被调查者的姓名、年龄、职业等，是每次调查问卷中必需的内容，应放在问卷的开始部分。②态度问题，是被调查者对某一事物的认识、看法、情感、意愿等，如对社区卫生服务的满意程度。往往设计一组问题与行为一起进行分析。③行为问题指被调查者的

具体做法，如被调查者是否吸烟。一般将每个问题赋予一定的代码，以使用计算机进行统计处理。

2. 问题设计的要求问题设计的好坏，关系到能否收集到准确可靠的调查数据，所以对问卷的问题设计应给予很高的重视，一般说须符合下列要求：（1）文字浅显易于理解：应考虑被调查者的知识水平。（2）用语力求简练、准确，避免笼统含糊的问题，尽量不使用倒装句及过长的句子。（3）问题数量要适中：不可太多或太少。（4）根据调查目的选择合适的问卷。（5）一句问话只能问一个问题，否则很难回答，如“你父母是否吸烟”，这可能使被调查者难于回答。（6）尽量避开敏感问题：如确需调查，应使用随机应答技术进行调查。

3. 问卷的优缺点优点：（1）被调查者可以细心考虑，自由发表意见。（2）操作方便，可用于多种内容的调查。（3）所获资料适于计算机处理。（4）关于态度、行为、知识等调查内容，只能用问卷方式完成。缺点：（1）客观性差，有时效度较低。（2）难以评判回答者的误解或错误。（3）不适用于文盲人群。（4）问卷设计不好，将影响整个调查质量，很难补救。

4. 问卷质量的评价 常采用效度和信度作为问卷质量的评价。（1）效度：指问卷中各个提问与实际要研究问题中的概念符合的程度。效度是评价问卷质量的重要指标，即所问的问题能否有效地测量所需要了解的内容，如我们编制了一个测量焦虑情绪的量表，是否能将被试者的焦虑情绪测出。对效度评价可采用以下三种方法。1）表面效度：由专家对问卷的效度作出的一种直接判断，是专家依据自己的经验和对问题的认识与理解，对问卷能否测量到真实情况，其结果以专家的评议为依据。2）准则效度：是指应用已知的、被大家公认的测量工具为标准，测量新的测量工具以判断新测量工具的有效性，如两者相吻合则称为准则效度好。3）结构效度：是指用两个相关的、可以相互取代的测量尺度对同一概念交互测量，如取得同样的结果，则可认为结构效度好。（2）信度：指用某种手段测量所得到的资料的准确程度，即了解所取得资料的可信度。一般多采用复测信度法，即用同一份问卷多次测量同一群对象，一般前后的测量要间隔1~2周时间，根据两次或多次测定结果是否一致来表示复测信度，其数值越高，则表明信度越好。另外，对于一些不宜做重测测定的调查，则可采用平行法或交替法测量信度。在问卷调查中一般要求有信度的评估。

2023 年：社区卫生调查中通常采用问卷调查方式进行，问卷的质量关系到调查成功与否，所以问卷的产生，不能敷衍了事。设计出一份好的问卷是社区卫生工作者应具备的基本能力。问题设计涉及能否收集到准确可靠的调查数据，所以对问卷的问题设计应给予高度重视，问卷质量的评价常采用效度和信度作为问卷质量的评价。

第七节 流行病学研究中常见偏倚

(2023 年增)

2. 质量控制措施①严格遵照抽样方法的要求，确保抽样过程中随机化原则的完全实施；②提高研究对象的依从性和受检率；③正确选择测量工具和监测方法，包括调查表的编制等；④组织好研究工作，调查员要经过统一培训，统一标准和认识等；⑤做好资料的复查、复核等工作；⑥选择正确的统计分析方法，注意辨析混杂因素及其影响。

第四章 医学统计方法

第二节 资料特征的描述性分析

一、定量资料的统计描述

(二) 离散趋势的描述

3. 方差 (2023 年增)

为了利用每一个观测值的信息，可以计算各观察值偏离平均数的平均差距。方差即是这样的一个指标。

5. 变异系数 记作 CV。变异系数常用于均数相差较大或单位不同的两组或多组数据变异程度的比较。

(三) 正态分布及其应用

1. 正态分布的基本概念 (2023 年增)

(3) 正态分布有两个参数，即均数 μ 与标准差 σ 。 μ 是位置参数，当 σ 固定不变时， μ 越大，曲线越向右移动； μ 越小，曲线越向左移动。 σ 是变异度参数， μ 不变时， σ 越大，曲线越平阔，表示数据变异越大； σ 越小，曲线越尖峭，表示数据变异越小。

第三节 资料的统计推断

一、抽样误差与标准误 (2023 年删)

在同一总体中做随机抽样，因抽样而造成的样本指标与总体参数之差或样本指标与样本指标之差称为抽样误差。

2. 率的标准误 (2023 年增)

即样本率的标准差，与均数的标准误类似，它可反映样本率抽样误差的大小。

二、均数的假设检验常用方法 (2023 年增)

检验水准也称显著性水准，是假设检验作推断结论时的判定标准，记作 α 。 α 的值可由研究者(2023 年增)依研究内容和设计要求确定，通常取 $\alpha=0.05$ 或 $\alpha=0.01$ 。

第五节 统计表与统计图

二、统计图及其绘制

(一) 制图的基本要求 (2023 年增)

4. 比较不同事物时，应有图例说明。图例通常放在横标目与标题之间。

(二) 常用统计图的适用条件和绘制实例 (2023 年增)

3. 线图是用线段的上升和下降表示事物在时间上的发展变化，适用于描述一个变量随另一个变量变化的趋势和波动情况，或某现象随另一现象变迁的情况。用于连续性资料。

第五章 健康教育与健康促进

第一节 概述

三、健康促进

(三) 健康促进的基本特征 (2023 年变)

2022 年：1. 健康促进是健康与环境的整合。健康促进直接作用于影响健康的各种因素，包括环境、社会行为、生物遗传、卫生服务等，健康促进是在组织、政策、经济、法律等方面提供支持性环境。2. 健康促进涉及人群健康和生活的各个层面，而不单单是疾病问题，它是以健康为中心的全民教育，强调个体和群体的参与。3. 在疾病的三级预防中，健康促进强调一级预防甚至更早阶段，即避免暴露于各种行为心理、社会环境的危险因素，全面增进健康素质，促进健康。4. 健康促进的核心策略是社会动员。5. 健康促进工作主体不仅是卫生部门，而是社会各个领域和有关部门。

2023 年：1. 最广泛地动员全社会对促进健康的共同参与倡导和动员各级政府、各部门、社区、家庭、个人，当然包括卫生专业人员从政策、环境、行动等多方

面关注和支持健康。2. 强调环境和支持体系对于促使人们采纳有利于健康的行为和促进健康的意义健康教育是以健康为中心的全民教育，注重人们内因变化后产生行为的改变；健康促进在关注内因的同时，强调了政策、环境等对行为的支持与约束，能更广泛、更持久地影响人们的行为和健康。3. 涉及整个人群和生活各个方面健康促进的开展不仅要影响特定的人群或健康问题，要保护和增进每个人一生的健康，也融入了人们社会生活的各个方面，包括学习、工作、生活等。4. 在三级预防中，强调一级预防甚至更早阶段在三级预防中，一级预防为病因预防。健康促进着眼于改变人们不利于健康的行为生活方式，减少或降低了疾病的危险因素，体现了一级预防的思想。不仅如此，健康促进还帮助人们直接形成有益于健康的行为生活方式，避免了疾病危险因素的发生。

第三节 行为及其相关理论

五、行为干预（2023年删）

行为干预是指在传播卫生保健知识的基础上，有计划、有目的、有针对性地帮助患者和有特定行为问题的人学习和掌握必要的技能，行为干预的目的是帮助人们改变不良的习惯和行为，采纳健康行为。

行为干预的方法是多方面的，如信息传播、组织与法规、环境改变、咨询与指导、行为矫正方法等。这些方法与策略影响行为的发生、发展的各个环节，是健康教育方法学的重要内容。根据干预对象的不同，行为干预技巧可分为个体干预和群体干预，针对个体的行为干预技巧又可分为行为指导和行为矫正。

1. 行为指导通过语言、文字、声像等材料 and 具体的示范指导，帮助教育对象学习和掌握新的行为方式，采纳有益健康的行为，提高自我保健与自我护理能力，行为指导中重要的技术是技能训练与示范技巧。

以操作为主要方式进行活动的的能力叫“技能”，如血压计的使用，糖尿病患者注射胰岛素等，都需要掌握相应的操作技能。通过示范、练习或操作，使学习者掌握操作方法和技术的过程便是技能训练。

2. 行为矫正是按照一定的期望，在一定的条件下，采取一定的措施，促使矫正对象改变自身的特定行为的行为干预过程。应用行为矫正技术是快速取得健康教育干预效果的一种有效手段，特别适用于减肥、戒烟一类成瘾行为以及儿童的不良行为矫正。

常用的行为矫正的技术和方法有：脱敏法、示范法、厌恶法、强化法、消除法。

第四节 健康心理

三、健康心理咨询（2023年删）

（三）自我调节方法 1. 意识调解法人的意识能够调节情绪的发生与强度，思想修养水平高的人往往比思想修养水平低的人能够更有效地调节情绪。2. 语言调节法通过语言可以抑制过强的情绪反应。3. 注意转移法把注意力从消极情绪转移到有益的方向，例如人们在苦闷、烦恼的时候，看看电视、听听音乐，就可以起到调节情绪的良好效果。4. 行动转移法用新的工作、新的行动去转移负性情绪的干扰。

第六章 儿童保健

第一节 小儿生长发育

一、儿童生长发育规律（2023年变化）

（一）儿童体格生长发育的规律

1. 生长发育既有连续性又有阶段性

2022年：一般体格增长年龄越小体格增长越快

2023年：一般年龄越小体格增长越快

2. 各器官系统有不同的规律（2023年变化）

2022年：脑的发育（神经系统）再生后头两年最快

2023年：脑的发育（神经系统）再生后头两年内最快

（二）体格发育指标与临床意义（2023年变化）

1. 体重

各年龄阶段儿童体重计算公式

2022年：出生后6个月婴儿的体重=出生体重（g）+月龄×800（g）

7~12个月婴儿的体重=出生体重（g）+6（月龄）×800（g）+（月龄-6）×250（g）

1~12岁儿童体重（kg）=年龄（岁）×2+8（kg）

2023年：3~12月龄婴儿体重=[年龄（月）+9]/2

1~6岁儿童体重=年龄（岁）×2+8

7~12 岁儿童体重= [年龄 (岁) ×7-5]/2

2. 身高: (2023 年变化)

2022 年: , 2 岁以上小儿站立测量称为身高

2023 年: , 3 岁以上小儿站立测量称为身高

2022 年: 出生前半年每月平均增长 2.5cm, 后半年每月平均增长 1.5cm; 一周岁达 75cm, 第二年平均增加 10cm, 两岁以后直至青春期平均每年增长 5~7.5cm。

2~12 岁儿童身高 (长) (cm) =年龄 (岁) ×7+75 (cm)

2023 年: 约 25cm; 前 3 个月身长增长约 11~13cm, 约等于后 9 个月的增长量, 1 岁时身长约 75cm。

2~6 岁儿童身高 (长) (cm) =年龄 (岁) ×7+75
7~10 岁儿童身高 (长) (cm) =年龄 (岁) ×6+80

二、小儿神经心理发育 (2023 年变化)

1. 神经系统的解剖生理特点

2022 年: 4 岁时移至 1~2 腰椎间。

2023 年: 4 岁时移至第 1 腰椎

2. 感知觉发育 (2023 年变化)

2022 年: 7~11 个月已有视觉深度

2023 年: 8~9 个月已有视觉深度

3. 运动发育 (2023 年删除)

2022 年: 随着大脑皮质功能和传导神经纤维髓鞘化以及全身骨骼肌肉的发展, 儿童的运动功能逐渐发展起来。运动和儿童的心理发展有密切关系, 例如小儿的感知觉的发展离不开动作, 对物体的形状和性质的了解必须通过手去触摸, 因此, 小儿的运动发育对神经心理发育非常重要。

2023 年: 删除此段

2022 年: 以后远端肌肉动作再发育

2023 年: 删除此段

2022 年: 大运动发育; ①胎头: 新生儿俯卧时能抬头片刻; 3 个月的婴儿坐位时

头稳定，握住婴儿的双手将婴儿从仰卧位拉起时，头向后下垂；4~5个月时头与躯干保持一致，坐位时头可自由转动。③翻身：5个月时能从仰卧位翻到俯卧位；6个月时能从俯卧位翻向仰卧位。④坐：3个月时扶住婴儿取坐位时，其腰呈弧形；5个月靠坐时腰能伸直；6个月时能用两手向前撑住后能坐；7个月能独……了解小儿动作发育顺序，应提前1个月左右进行该动作的训练，可收到良好的效果。

2023年：（1）大运动发育：①抬头：新生儿俯卧时能抬头1~2秒；3个月时抬头较稳；4个月时抬头很稳。②坐：6个月时能双手向前撑住独坐；8个月时能坐稳。③翻身：7个月时能有意识地从仰卧位翻身至俯卧位，然后从俯卧位翻至仰卧位。④爬：应从3~4个月时开始训练，8~9个月可用上肢向前爬。⑤站、走、跳：11个月时可独自站立片刻；15个月时可独自走稳；24个月时可双足并跳；30个月会独足跳。

4. 语言发育（2023年变化）

（1）发音阶段

2022年：2~3个月的婴儿已能发出喉音

2023年：3~4个月的婴儿已能发出喉音

（3）表达阶段

2022年：12个月能听懂几个字以上的词

2023年：6~7个月能听懂几个字以上的词

5. 心理活动的发展（2023年删除）

1. 注意的发展

2022年：（1）注意是指人们心理的指向并集中于一定的人或物。注意可分为无意注意和有意注意。无意注意是自然发生的，不需要任何意志努力的注意，是注意的初级形式。有意注意是指自觉的、有目的的注意，需要一定的意志努力。两者在一定的条件下可以互相转化。

2023年：删除此段

5. 心理活动的发展（2023 年删除）

2022 年：注意力的培养应从婴幼儿时期开始，应加强注意的目的性，引起小儿的兴趣，排除外来的干扰，有意注意和无意注意的训练两者交替进行。

2023 年：删除此段

5. 心理活动的发展（2023 年变化）

（2）记忆的发展

2022 年：（2）记忆的发展：记忆是指人们在过去生活中所经历的事物在脑中所遗留的痕迹。痕迹的保持和再现，表明记忆的存在。

记忆是一个复杂的过程，包括识记、保持和回忆三个基本环节。识记是从感觉器官传到大脑的信息在大脑中被处理而逗留的痕迹，从而对事物进行识别和牢记，是知识经验不断积累的过程。保持是在大脑感知多种信息后，选择性地储存有关的少数项目，并进行必要的编排和组合，是巩固已获得的知识经验的过程。回忆是将储存在大脑中的外界信息提取或恢复的过程。回忆又可分为再认和重现。再认是指原来感知过的事物再次呈现时，仍能被认识；重现是指过去感知过的事物不在眼前，但在脑中重现出来并加以确认的过程。

儿童出生后条件反射的出现是记忆开始的标志。生后 2 周的新生儿出现哺乳姿势的条件反射是最早的记忆；3~4 个月开始出现对人与物的认知；5~6 个月的婴儿已能再认妈妈。1 岁内的婴儿只有再认而无重现。随着年龄的增长，再认潜伏期的时间可延长，1 岁时能再认几天或 10 天前的事物，3 岁时可再认几个月以前的事，4 岁时可再认 1 年以前的事，4 岁以后可再认更久以前的事。重现是在小儿 1 岁后才出现，最初仅限于几天以内的事物，3 岁可保持几个星期，4 岁可保持几个月，4 岁以后可保持更长的时间，因此人们只能回忆起 4~5 岁时的童年生活。

婴幼儿时期记忆的特点是记忆的时间短，内容少，易记忆带有欢乐、愤怒，恐惧等情绪的事情。随着年龄的增长，生活内容丰富，活动范围扩大，记忆的内容越来越广泛和复杂，记忆的时间也延长。最初是以机械记忆为主，这种记忆精确性差，暗示性大，常被误认为说谎。随着思维、理解、分析能力的发展，便产生了有意记忆，理解记忆和逻辑记忆，使记忆能力进一步加深和拓宽，并能记忆大量较复杂的事情。

对儿童记忆能力的培养，应在游戏活动中，情绪良好的情况下进行，帮助儿童采用多种方法进行识记，培养在积极的思维过程中识记，在理解的基础上进行记忆。

2023 年：（2）记忆的发展；记忆是将所学到的信息贮存和“读出”的神经活动过程，可分为感觉、短暂记忆和长久记忆 3 个不同系统。长久记忆又分为再认和重现。再认是以前感知的事物在眼前重现时能被认识；重现是以前感知的事物虽不在眼前出现，但可在脑中重现。1 岁内婴儿只有再认而无重现，随年龄的增长，重现能力亦增强。幼儿只按事物的表面特性记忆信息，以机械记忆为主。随着年龄的增加和理解、语言思维能力的加强，逻辑记忆逐渐发展

5. 心理活动的发展

（3）思维的发展（2023 年变化）

2022 年：思维的发展过程分为三个阶段；即直觉行动思维，具体形象思维和抽象概念思维。3 岁前的婴幼儿的思维是直觉行动思维，其特点是与客观物体及行动分不开，不能脱离人、物和行动来主动思考，若活动对象或动作转移，儿童的思维也随之转移。学龄前期儿童以具体形象思维为主，是以具体形象引起的联想来进行思维，如学妈妈喂自己吃饭的形象给娃娃喂饭。在后期抽象概括的思维活动有了一定的发展。6 岁以后，通过各种形式的智力活动，逐渐学会了综合、分析、分类、比较、抽象等思维方法，使思维具有目的性、灵活性和判断性，是思维过程中的质变；而出现了抽象概念思维。

对儿童思维能力的培养，应加强对小儿的教育，学习和训练，应采取启发式的方法 y 结合小儿目前的知识水平，引导小儿自己去思考问题。

2023 年：1 岁后的儿童开始产生思维，在 3 岁以前只有最初级的形象思维，3 岁以后开始有初步抽象思维；6~11 岁及以后儿童逐渐学会综合分析、分类比较等抽象思维方法，具体进一步独立思考能力。对儿童思维能力的培养，应加强教育，学习和训练，采取启发式方法，结合儿童目前的知识水平，引导其自己思考问题。

（二）小儿心理发育的评价方法（2023 年新增）

1. 心理方面的筛查性测验

2022 年：（1）丹佛发育筛查测验（DDST）：是儿童保健工作中最常使用的一种发育筛查方法，适用于 0~6 岁的儿童。该测验方法容易掌握；操作时间短；判断结果和解释方便。

2023 年：（1）丹佛发育筛查测验（DDST）：是儿童保健工作中最常使用的一种发育筛查方法，适用于 0~6 岁的儿童。**实际应用时对 4、5 岁以下的儿童较为适用。**该测验方法容易掌握；操作时间短；判断结果和解释方便。

2022 年：（3）图画词汇试验（PPVT）；

2023 年：（3）图画词汇试验（**peabody picture vocabulary test**, PPVT）

1. 心理方面的筛查性测验（**2023 年变化**）

2022 年：对语言及运动障碍者更为合适，方法简便易行，特别适用于胆小、注意力易分散的儿童。适合年龄 2~16 岁。

2023 年：**适用于 4~9 岁儿童的一般智能筛查。PPVT 的工具是 120 张图片，每张有黑白线条画四幅，测试者说一个词语，要求儿童指出所在图片其中相应的一幅画。测试方法简单，尤其适用于语言或运动障碍者。**

1. 心理方面的筛查性测验（**2023 年新增**）

2022 年：（4）瑞文试验：属非文字的智力测验，测验一个人的观察力及清晰思维的能力，适用范围 5~75 岁。可个别测试，也可集体测试。结果以 IQ 表达，测试时间 30~40 分钟。

2023 年：（4）瑞文试验：属非文字的智力测验，测验一个人的观察力及清晰思维的能力，适用范围 5~75 岁，**更适合 16 岁以上具有高中文化的成年人使用。**可个别测试，也可集体测试。结果以 IQ 表达，测试时间 30~40 分钟。

三、儿童心理卫生

（一）婴儿期心理卫生（**2023 年删除**）

2022 年：2. 建立良好的感情依恋关系，母亲对婴儿的哺乳，接触、抚摸、关心及护理等，均能使婴儿感到母亲的温暖，有安全感，从而促进对母亲的信任；在此基础上发展起对周围环境产生安全感，并且为以后与周围的人建立亲密关系的能力奠定基础。如果婴儿早期失去母亲或从小就寄养给其他人，没有经过感情依恋关系的发展阶段，就不能对环境建立起信任感和安全感，而变得胆小，呆板迟

钝，孤僻不合群，以致影响以后的个性发展。因此，建立亲子感情依恋关系不仅可以促进婴儿的感知觉发育，更重要的是培养小儿适应社会的能力。

2023 年：删除此段

（二）幼儿期的心理卫生（2023 年删除）

2022 年：1. 断奶的心理卫生小儿 1 岁左右是断奶的时间，应在婴儿期合理添加辅助食品的基础上逐渐断奶（母乳），切不可骤然断奶，也不能在乳头上涂抹辣椒、药水等有刺激的东西或与母亲隔离，强迫小儿进食等，这样做会引起小儿更加哭闹、夜惊、拒食，从而影响小儿的心理健康。

2. 促进语言发展的心理卫生在促进小儿语言发展的过程中，应注意尽量满足他们的求知欲，对他们提出来的问题，应当实事求是地解答，绝不应当感到麻烦而加以阻止，以免挫伤小儿发展语言的积极性。小儿说话有个体差异；不能强迫小儿说话或做过多的矫正，因为那样可令小儿说话时心急而发生口吃。应注意发现小儿语言发育迟缓的现象，查找原因，并及时采取相应的措施。

3. 采取正确和引导的教育方法对小儿的教育应采取引导教育的方法，可使小儿产生良好的情绪和性格。而经常训斥、打骂容易形成怯懦、忧郁和固执的性格，在行动上变得不诚实、冷酷甚至残忍。如对小儿过分溺爱和夸奖，会使他们形成任性、骄傲自大、自私自利的性格。但也不能用使小儿害怕的语言来教育小儿，如“不听话，就叫老虎来”等，长此以往会使他们变得胆小、害怕、谨小慎微，严重时可能造成恐怖症，影响心理健康。家庭和睦、家庭成员对小儿的教育方法一致等，可促进小儿情感、情绪、性格的正常发展。

2023 年：删除 1.2.3 点内容

第二节 小儿营养和喂养

（2023 年删除）

2022 年：人类从生命开始至终止，每日必须从食物中摄取营养素，以维持正常的生理功能、免疫功能、生长发育及新陈代谢等生命活动。儿童处于生长发育阶段，尤其是婴幼儿时期，生长发育迅速，新陈代谢旺盛，对热能及各种营养物质的需要量相对比成人多，因此，合理安排小儿膳食，满足其营养需要，是保证小

儿健康成长的重要措施。

2023 年：删除此段内容

三、1~3 岁幼儿的喂养及营养需求（2023 年删除）

2022 年：幼儿期生长发育较婴儿期缓慢，但幼儿活动增多，神经精神发育较快，需要供给营养丰富的食物。此时期已断奶或正处在断奶期，如果不注意饮食的质和量，易发生营养素的缺乏。这期间的喂养具体措施如下：

1. 供给足够的热量和各种营养素，热能 377~418kJ/ (kg·d)，蛋白质 3.0g/ (kg·d)。
2. 饭菜要做得细、软、烂，适合幼儿的消化能力。
3. 食物的种类多样化。
4. 进餐次数可 5 次/d，即三餐加上下午点心各一次，以后逐步减为三餐加一次点心，每次间隔 4 小时。

四、3~6 岁学龄前儿童的喂养及营养需求

此期儿童生长发育渐趋平稳，平均每年增重 2kg，身高增长 5~7cm，咀嚼及消化能力增强，可食用大部分成人食品，但应注意荤素搭配，粗细搭配，增加花色品种，促进孩子的食欲，养成吃清淡食物的习惯；两餐之间给予加餐，加餐食品以牛奶、小点心，水果为宜。

1. 学龄前儿童食物参考摄入量（表 6-2）

表 6-2 2~5 岁儿童各类食物每日建议摄入量

| 人群 | 单位:g/d | | | | | | | | | |
|-------|---------|----|---------|---------|------|--------|-----|------|---------|-------|
| | 谷类 | 薯类 | 蔬菜 | 水果 | 畜禽肉类 | 蛋类 | 水产品 | 大豆 | 乳制品 | 食用油 |
| 2~3 岁 | 85~100 | 适量 | 200~250 | 100~150 | | 50~70 | | 5~15 | 500 | 15~20 |
| 4~5 岁 | 100~150 | 适量 | 250~300 | 150 | | 70~105 | | 15 | 350~500 | 20~25 |

2023 年：删除此段内容

三、0~6 岁儿童营养素需要量（2023 年变化）

2022 年：三、1~3 岁幼儿的喂养及营养需求

2023 年：三、0~6 岁儿童营养素需要量（表 6-2、表 6-3）

三、0~6 岁儿童营养素需要量（表 6-2、表 6-3）表格变化（2023 年变化）

2022 年:

表 6-3 中国营养学会推荐的每日膳食中营养素摄入量(2013 年版)

| 人群 | 能量需要量/kcal | | 蛋白质/g | | 脂肪(总脂肪占总能量的百分比) |
|---------|---------------|---------------|-------|-------|-----------------|
| | 男 | 女 | 男 | 女 | |
| 0~6 个月 | 90kcal/(kg·d) | 90kcal/(kg·d) | 9(AI) | 9(AI) | 48(AI) |
| 7~12 个月 | 80kcal/(kg·d) | 80kcal/(kg·d) | 20 | 20 | 40(AI) |
| 1 岁 | 900 | 800 | 25 | 25 | 35(AI) |
| 2 岁 | 1100 | 1000 | 25 | 25 | 35(AI) |
| 3 岁 | 1250 | 1200 | 30 | 30 | 35(AI) |
| 4 岁 | 1300 | 1250 | 30 | 30 | 20~30 |
| 5 岁 | 1400 | 1300 | 30 | 30 | 20~30 |
| 6 岁 | 1400 | 1250 | 35 | 35 | 20~30 |

| 人群 | 钙/mg | 铁/mg | 锌/mg | 碘/ μ g | 维生素 A/ 维生素 D/ 维生素 E/ | | 烟酸/ | |
|---------|---------|---------|---------|------------|----------------------|---------|-----|-------|
| | | | | | μ g | μ g | mg | |
| 不分性别 | | | | | | | | |
| 0~6 个月 | 200(AI) | 0.3(AI) | 2.0(AI) | 85(AI) | 300(AI) | 10(AI) | 3 | 2(AI) |
| 7~12 个月 | 250(AI) | 10 | 3.5 | 115(AI) | 350(AI) | 10(AI) | 4 | 3(AI) |
| 1~3 岁 | 600 | 9 | 4.0 | 90 | 310 | 10 | 6 | 6 |
| 4~6 岁 | 800 | 10 | 5.5 | 90 | 360 | 10 | 7 | 8 |

注: AI: 适宜摄入量

2023 年:

表 6-2 中国营养学会推荐的每日膳食中营养素(能量、蛋白质和脂肪)摄入量(2013 年版)

| 人群 | 能量需要量/kcal | | 蛋白质/g | | 脂肪(总脂肪占总能量的百分比) |
|---------|---------------|---------------|-------|-------|-----------------|
| | 男 | 女 | 男 | 女 | |
| 0~6 个月 | 90kcal/(kg·d) | 90kcal/(kg·d) | 9(AI) | 9(AI) | 48(AI) |
| 7~12 个月 | 80kcal/(kg·d) | 80kcal/(kg·d) | 20 | 20 | 40(AI) |
| 1 岁 | 900 | 800 | 25 | 25 | 35(AI) |
| 2 岁 | 1100 | 1000 | 25 | 25 | 35(AI) |
| 3 岁 | 1250 | 1200 | 30 | 30 | 35(AI) |
| 4 岁 | 1300 | 1250 | 30 | 30 | 20~30 |
| 5 岁 | 1400 | 1300 | 30 | 30 | 20~30 |
| 6 岁 | 1400 | 1250 | 35 | 35 | 20~30 |

表 6-3 中国营养学会推荐的每日膳食中营养素(维生素等)摄入量(2013 年版)

| 人群 | 钙/mg | 铁/mg | 锌/mg | 碘/ μ g | 维生素 A/ 维生素 D/ 维生素 E/ | | 烟酸/ | |
|---------|---------|---------|---------|------------|----------------------|---------|-----|-------|
| | | | | | μ g | μ g | mg | |
| 不分性别 | | | | | | | | |
| 0~6 个月 | 200(AI) | 0.3(AI) | 2.0(AI) | 85(AI) | 300(AI) | 10(AI) | 3 | 2(AI) |
| 7~12 个月 | 250(AI) | 10 | 3.5 | 115(AI) | 350(AI) | 10(AI) | 4 | 3(AI) |
| 1~3 岁 | 600 | 9 | 4.0 | 90 | 310 | 10 | 6 | 6 |
| 4~6 岁 | 800 | 10 | 5.5 | 90 | 360 | 10 | 7 | 8 |

注: AI: 适宜摄入量

第三节 计划免疫和预防接种

二、常用疫苗的使用与管理（2023 年删除）

2022 年：

表 6-6 特定人群疫苗免疫程序

| 疫苗 | 接种对象 | 接种剂次 | 接种部位 | 接种途径 | 接种剂量/剂次 | 备注 |
|-----------|-----------------------------|------|------------|------|---|--|
| 出血热疫苗(双价) | 16~60 周岁 | 3 | 上臂外侧三角肌 | 肌内注射 | 1ml | 接种第 1 剂次后 14 天接种第 2 剂次,第 3 剂次在第 1 剂次接种后 6 个月接种 |
| 炭疽疫苗 | 炭疽疫情发生时,病例或病畜间接接触者及疫点周围高危人群 | 1 | 上臂外侧三角肌附着处 | 皮下划痕 | 0.05ml(2 滴) | 病例或病畜的直接接触者不能接种 |
| 钩体疫苗 | 流行地区可能接触疫水的 7~60 岁高危人群 | 2 | 上臂外侧三角肌附着处 | 皮下注射 | 成人第 1 剂 0.5ml,第 2 剂 1.0ml 7~13 岁剂量减半,必要时 7 岁以下儿童依据年龄、体重酌量注射,不超过成人剂量的 1/4 | 接种第 1 剂次后 7~10 天接种第 2 剂次 |

2023 年：删除表 6-6 表格内容

二、常用疫苗的使用与管理（2023 年新增）

2022 年：3. 疫苗使用

2023 年：3. 常见疫苗的使用

（9）流脑疫苗（2023 年变化）

2022 年：（1）剂型：有 A 群流行性脑脊髓膜炎多糖疫苗和 A 群 C 群流脑多糖疫苗两种，预防 A 和 C 群流行性脑脊髓膜炎。

2023 年：（1）剂型：有 A 群流脑多糖疫苗和 A 群 C 群流脑多糖疫苗两种，预防 A 和 C 群流行性脑脊髓膜炎。

（10）甲肝疫苗（2023 年删除）

2022 年：3）方法：16 周岁以上者（含 16 岁）用成人剂型（1.0ml/支），上臂三角肌肌内注射，初免使用 1 支，间隔 6 个月加强 1 支。

2023 年：删除此段内容

4、第二类疫苗（非免疫规划疫苗）使用（2023 年删除）

（1）流感疫苗：是避免患流感最有效的方法。疫苗有三种类型：全病毒疫苗、裂解病毒疫苗和亚单位疫苗，目前多选用后两种流感疫苗。

1) 对象：重点推荐人群为 60 岁以上人群；慢性病患者及体弱多病者；医疗卫生机构工作人员，特别是一线工作人员；小学生和幼儿园儿童。推荐人群为养老院、老年人护理中心、托幼机构的工作人员；服务行业从业人员，特别是出租车司机，民航、铁路、公路交通的司乘人员，商业及旅游服务的从业人员等；经常出差或到国内外旅行的人员。

2) 方法：于上臂外侧三角肌附着处皮下注射，成人和 3 岁以上儿童，接种 1 剂，0.5ml；6~35 月龄儿童，接种 2 剂，每剂 0.25ml，间隔 4—6 周。

3) 禁忌：已知对疫苗中任何成分过敏者禁用，如鸡蛋、卵蛋白，甲醛溶液等；急性发热性疾病患者应推迟接种。

4) 反应：偶有发热，接种局部红、肿，痛，一般无需治疗，通常会在短期内后自然消失。如果出现较重症状应及时就诊。

（2 肺炎疫苗：适用于预防肺炎球菌引起的肺炎球菌疾病。

1) 对象：用于 2 岁以上者；脾切除者或是由镰状细胞性疾病及其他原因引起的脾功能障碍者；慢性病患者如心血管疾病、肝病、肾病、糖尿病等的患者；年龄在 50 岁或以上者；群体密切接触者，如寄宿学校，养老院等；当疫苗中含有的某型肺炎球菌在人群中发生一般的暴发流行时社区中的高危人群；易发生流感并发症危险者。

2) 方法：上臂外侧三角肌皮下或肌内注射 0.5ml，注射前应充分摇匀。疫苗再接种需间隔 5 年以上。

3) 禁忌：对疫苗以及其他疫苗过敏者禁用；孕妇、哺乳期妇女、2 岁以下儿童禁用。免疫抑制剂治疗期、化疗期，放疗期患者，发热、急性感染，慢性疾病活动期患者应推迟接种。

4) 反应：注射局部红肿，疼痛及硬结，偶见低热。一般不需特殊治疗。

（3）b 型流感嗜血杆菌疫苗（Hib）：用于 2 月龄以上儿童，具体接种次数参考疫苗说明书。（4）水痘疫苗：1~12 岁儿童接种 1 针，13 岁以上儿童接种 2 针，间隔 6~10 周，具体参考疫苗说明书。

2023 年：删除此段内容

7. 人类免疫缺陷病毒（HIV 感染母亲所生儿童接种疫苗建议（2023 年删除）

2022 年：（1）HIV 感染母亲所生儿童在出生后暂缓接种卡介苗，当确认儿童未感染 HIV 后再予以补种；当确认儿童 HIV 感染，不予接种卡介苗。

（2）HIV 感染母亲所生儿童如经医疗机构诊断出现艾滋病相关症状或免疫抑制症状，不予接种含麻疹成分疫苗；如无艾滋病相关症状，可接种含麻疹成分疫苗。

（3）HIV 感染母亲所生儿童可按照免疫程序接种乙肝疫苗、百白破疫苗、A 群流脑多糖疫苗、A 群 C 群流脑多糖疫苗和白破疫苗等。

（4）HIV 感染母亲所生儿童除非已明确未感染 HIV，否则不予接种乙脑减毒活疫苗、甲肝减毒活疫苗、脊灰减毒活疫苗，可按照免疫程序接种乙脑灭活疫苗、甲肝灭活疫苗、脊灰灭活疫苗。

（5）其他疫苗的接种可参考疫苗说明书的规定。

2023 年：删除 1-5 点内容

三、免疫接种的实施（2023 年删除）

2022 年：

（一）接种单位应当具备的条件

1. 具有医疗机构执业许可证件。
2. 具有经过县级卫生行政部门组织的预防接种专业培训并考核合格的执业医师、执业助理医师、护士或者乡村医生。
3. 具有符合疫苗储存、运输管理规范的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。
4. 承担预防接种工作的城镇医疗卫生机构，应当设立预防接种门诊，且房屋面积布局、硬件设施、人员配备和接种操作符合《预防接种工作规范》。

（二）预防接种实施

2023 年：删除此段内容

三、免疫接种的实施（2023 年删除）

2022 年：4. 疑似预防接种异常反应分类及报告经过调查诊断分析，按发生原因分为以下五种类型：

(1) 不良反应：合格的疫苗在实施规范接种后，发生的与预防接种目的无关或意外的有害反应，包括一般反应和异常反应。

1) 一般反应：在预防接种后发生的，由疫苗本身所固有的特性引起的，对机体只会造成一过性生理功能障碍的反应，主要有发热和局部红肿，同时可能伴有全身不适、倦怠、食欲缺乏、乏力等综合症状。

2) 异常反应：合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官，功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。

(2) 疫苗质量事故：由于疫苗质量不合格，接种后造成受种者机体组织器官、功能损害。

(3) 预防接种事故：由于在预防接种实施过程中违反预防接种工作规范、免疫程序，疫苗使用指导原则、接种方案，造成受种者机体组织功能损害。

(4) 偶合症：受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后巧合发病。

(5) 心因性反应：在预防接种实施过程中或接种后因受种者心理因素发生的个体或者群体的反应。

这里特别强调的是，任何医疗单位或个人均不得做出预防接种异常反应诊断，要由县级以上疾控部门组织专家进行调查诊断。

在接种疫苗后，若发现以下情形的，医疗机构和接种单位执行职务的人员应当及时向受种者所在地的县级卫生行政部门，药品监督管理部门报告：

1) 24 小时内：如过敏性休克、不伴休克的过敏反应（荨麻疹、斑丘疹，喉头水肿等）、中毒性休克综合征，晕厥等。

2) 5 天内：如发热（腋温 $\geq 38.6^{\circ}\text{C}$ ）、血管性水肿、全身化脓性感染（毒血症、败血症，脓毒血症）、接种部位发生的红肿（直径 $\geq 2.5\text{cm}$ ），硬结（直径 $\geq 2.5\text{cm}$ ），局部化脓性感染（局部脓肿、淋巴管炎和淋巴结炎，蜂窝织炎）等。

3) 15 天内：如麻疹样或猩红热样皮疹、过敏性紫 \sim ，局部过敏坏死反应（Arthus 反应）、热性惊厥、癫痫、多发性神经炎，脑病、脑炎和脑膜炎等。

4) 6 周内：如血小板减少性紫癜、吉兰-巴雷综合征，疫苗相关麻痹型脊髓灰质炎等。5) 3 个月内：如臂丛神经炎、接种部位发生的无菌性脓肿等。

6) 接种卡介苗后 1~12 个月：如淋巴结炎或淋巴管炎，骨髓炎、全身播散性卡

介苗感染等。7) 其他：怀疑与预防接种有关的其他严重疑似预防接种异常反应。

2023 年：删除此段内容

第四节 新生儿保健

一、新生儿定义与生理特点（2023 年变化）

2022 年：一、新生儿的生理特点

2023 年：一、新生儿定义与生理特点

1. 新生儿的外貌特征（2023 年删除）

2022 年：3200g 左右

2023 年：3200g

二、新生儿阿氏评分法（2023 年变化）

2022 年：如未恢复应在 10、15、20 分钟继续评分，

2023 年：需复苏的新生儿到 15 分钟、20 分钟仍需评分，

四、新生儿疾病筛查（2023 年删除）

2022 年：

1. 筛查应符合以下条件

（1）发病率较高或发病虽不高，但有严重后果的疾病。（2）有简易可行的筛查方法，并能有确诊手段的疾病。（3）有治疗可能或使病变减轻，可预防出现症状的疾病。

2023 年：删除此段内容

五、新生儿的访视（2023 年变化）

2022 年：对新生儿进行入户访视的目的是宣传普及科学育儿知识，指导家长做好新生儿喂养、护理及疾病预防、早期发现异常并及时矫治工作，降低患病率和死亡率，促进新生儿健康成长。

1. 新生儿家庭访视—新生儿出院后 1 周内，医务人员到新生儿家中进行，同时进行产后访视，了解出生时情况、预防接种情况，在开展新生儿疾病筛查的地区应了解新生儿疾病筛查情况等。观察家居环境，重点询问和观察喂养、睡眠、大小

便、黄疸，脐部情况、口腔发育等情况，为新生儿测量体温，记录出生时体重、身长，进行体格检查，同时建立《母子健康手册》。根据新生儿的具体情况，对家长进行喂养发育、防病、预防伤害和口腔保健指导。如果发现新生儿未接种卡介苗和第 1 剂乙肝疫苗，提醒家长尽快补种。如果发现新生儿未接受新生儿疾病筛查，告知家长到具备筛查条件的医疗保健机构补筛。对于低出生体重、早产，双多胎或有出生缺陷等具有高危因素的新生儿根据实际情况增加家庭访视次数。

2. 新生儿满月健康管理新生儿出生后 28~30 天，结合接种乙肝疫苗第二针，在乡镇卫生院，社区卫生服务中心进行随访，重点询问和观察新生儿的喂养、睡眠、大小便，黄疸等情况，对其进行体重、身长、头围测量、体格检查，对家长进行喂养，发育、防病指导。

2023 年：（一）访视内容

1. 问诊

（1）孕期及出生情况：母亲妊娠期患病及药物使用情况，孕周、分娩方式，是否双（多）胎，有无窒息、产伤和畸形，出生体重、身长，是否已做新生儿听力筛查和新生儿遗传代谢性疾病筛查等。

（2）一般情况：睡眠、有无呕吐、惊厥，大小便次数、性状及预防接种情况。

（3）喂养情况：喂养方式、吃奶次数、奶量及其他存在问题。

2. 测量

（1）体重

1) 测量前准备：每次测量体重前需校正体重计零点。新生儿需排空大小便，脱去外衣、袜子、尿布，仅穿单衣裤，冬季注意保持室内温暖。

2) 测量方法：称重时新生儿取卧位，新生儿不能接触其他物体。使用杠杆式体重计称重时，放置的砝码应接近新生儿体重，并迅速调整游锤，使杠杆呈正中水平，将砝码及游锤所示读数相加；使用电子体重计称重时，待数据稳定后读数。记录时需除去衣服重量。体重记录以千克（kg）为单位，至小数点后 2 位。

（2）体温

1) 测量前准备：在测量体温之前，体温表在 35℃ 以下。

2) 测量方法：用腋表测量，保持 5 分钟后读数。

3. 体格检查

- (1) 一般状况：精神状态，面色，吸吮，哭声。
- (2) 皮肤黏膜：有无黄染、发绀或苍白（口唇、指趾甲床）、皮疹、出血点、糜烂、脓疱、硬肿、水肿。
- (3) 头颈部：前囟大小及张力，颅缝，有无血肿，头颈部有无包块。
- (4) 眼：外观有无异常，结膜有无充血和分泌物，巩膜有无黄染，检查光刺激反应。
- (5) 耳：外观有无畸形，外耳道是否有异常分泌物，外耳廓是否有湿疹。
- (6) 鼻：外观有无畸形，呼吸是否通畅，有无鼻翼扇动。
- (7) 口腔：有无唇腭裂，口腔黏膜有无异常。
- (8) 胸部：外观有无畸形，有无呼吸困难和，计数 1 分钟呼吸次数和心率；心脏听诊有无杂音，肺部呼吸音是否对称、有无异常。
- (9) 腹部：外观有无膨隆、包块，肝脾有无肿大。重点观察脐带是否脱落、脐部有无红肿、渗出。
- (10) 外生殖器及肛门：有无畸形，检查男孩睾丸位置、大小，有无阴囊水肿、包块。
- (11) 脊柱四肢：有无畸形，臀部、腹股沟和双下肢皮纹是否对称，双下肢是否等长等粗。
- (12) 神经系统：四肢活动度、对称性、肌张力和原始反射。

4. 指导

- (1) 居住环境：新生儿卧室应安静清洁，空气流通，阳光充足。室内温度在 22~26℃为宜，湿度 适宜。
- (2) 母乳喂养：观察和评估母乳喂养的体位、新生儿含接姿势和吸吮情况等，鼓励纯母乳喂养。
对吸吮力弱的早产儿，可将母亲的乳汁挤在杯中，用滴管喂养；喂养前母亲可洗手后将手指放入新生儿口中，刺激和促进吸吮反射的建立，以便主动吸吮乳头。
- (3) 护理：衣着宽松，质地柔软，保持皮肤清洁。脐带未脱落前，每天用 75% 的酒精擦拭脐部一次，保持脐部干燥清洁。若有头部血肿、口炎或鹅口疮、皮肤皱褶处潮红或糜烂，给予针对性指导。对生理性黄疸、生理性体重下降、“马

牙”、“螳螂嘴”、乳房肿胀、假月经等现象无需特殊处理。早产儿应注意保暖，在换尿布时注意先将尿布加温，必要时可放入成人怀中，直接贴紧成人皮肤保暖。

(4) 疾病预防：注意并保持家庭卫生，接触新生儿前要洗手，减少探视，家人患有呼吸道感染时要戴口罩，以避免交叉感染。生后数天开始补充维生素D，足月儿口服400IU/d，早产儿口服800IU/d。对未接种卡介苗和第1剂乙肝疫苗的新生儿，提醒家长尽快补种。未接受新生儿疾病筛查的新生儿，告知家长到具备筛查条件的医疗保健机构补筛。有吸氧治疗史的早产儿，在生后4~6周或矫正胎龄32周转诊到开展早产儿视网膜病变(ROP)筛查的指定医院开始进行眼底病变筛查。

(5) 伤害预防：注意喂养姿势、喂养后的体位，预防乳汁吸入和窒息。保暖时避免烫伤，预防意外伤害的发生。

(6) 促进母婴交流：母亲及家人多与新生儿说话、微笑和皮肤接触，促进新生儿感知觉发展。

5. 转诊

(1) 立即转诊：若新生儿出现下列情况之一，应立即转诊至上级医疗保健机构。

- 1) 体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或 $\leq 35.5^{\circ}\text{C}$ 。
- 2) 反应差伴面色发灰、吸吮无力。
- 3) 呼吸频率 < 20 次/min或 > 60 次/min，呼吸困难(鼻翼扇动、呼气性呻吟、胸凹陷)，呼吸暂停伴发绀。
- 4) 心率 < 100 次/min或 > 160 次/min，有明显的心律不齐。
- 5) 皮肤严重黄染(手掌或足跖)，苍白，发绀和厥冷，有出血点和瘀斑，皮肤硬肿，皮肤脓疱达到5个或很严重。
- 6) 惊厥(反复眨眼、凝视、面部肌肉抽动、四肢痉挛性抽动或强直、角弓反张、牙关紧闭等)，囟门张力高。
- 7) 四肢无自主运动，双下肢/双上肢活动不对称；肌张力消失或无法引出握持反射等原始反射。
- 8) 眼窝或前囟凹陷、皮肤弹性差、尿少等脱水征象。
- 9) 眼睑高度肿胀，结膜重度充血，有大量脓性分泌物；耳部有脓性分泌物。

10) 腹胀明显伴呕吐。

11) 脐部脓性分泌物多，有肉芽或黏膜样物，脐轮周围皮肤发红和肿胀。

(2) 建议转诊：若新生儿出现下列情况之一，建议转诊至上级医疗保健机构。

1) 喂养困难。

2) 躯干或四肢皮肤明显黄染、皮疹，指趾甲周红肿。

3) 单眼或双眼溢泪，黏性分泌物增多或红肿。

4) 颈部有包块。

5) 心脏杂音。

6) 肝脾肿大。

7) 首次发现五官、胸廓、脊柱、四肢畸形并未到医院就诊者。

在检查中，发现任何不能处理的情况，均应转诊。

(二) 流程图 (图 6-1)

此表为 2023 年新增表格 (2023 年新增)

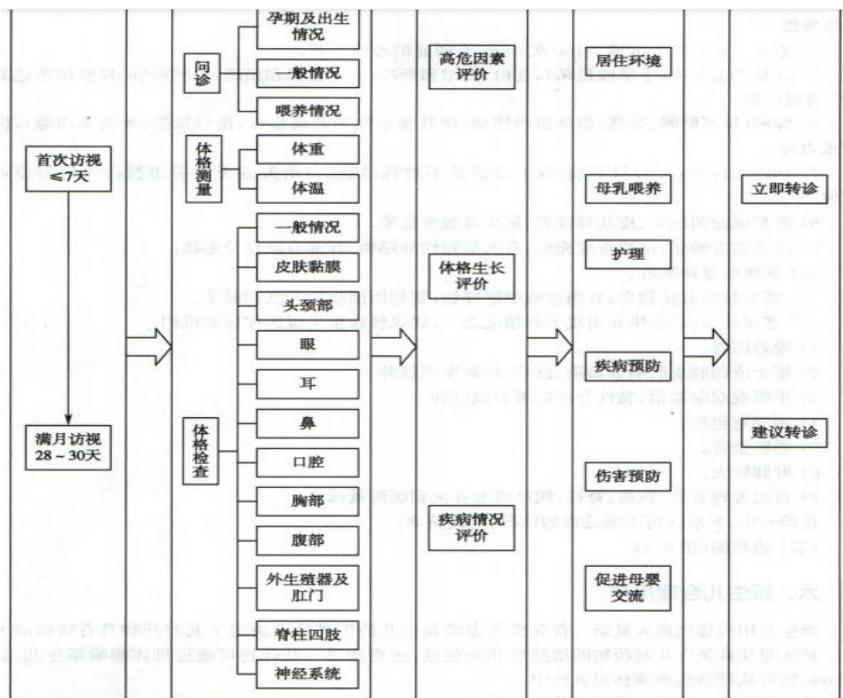


图 6-1 新生儿访视流程图 图6-1为2023年新增表格

第五节 儿童保健管理

二、婴儿期保健 (2023 年变化)

2022 年：1. 定期体检婴儿期一年内体检 4 次，可安排在 3. 6. 8. 12 月进行。

2023 年：1. 定期体检 6 个月内的婴儿每月检查一次，7-12 个月婴儿 2—3 个月检查 1 次。

第六节 儿童营养性疾病

一、维生素 D 缺乏性佝偻病

【病因】【发病机制】（2023 年新增）

2023 年：1. 围生期维生素 D 不足妊娠期特别是妊娠后期孕妇维生素 D 不足，如孕妇严重营养不良、肝肾疾病、慢性腹泻及早产、双胎均可使得婴儿体内维生素 D 贮存不足。

2. 日照不足因紫外线不能通过玻璃窗，婴幼儿长期在室内活动，使内源性维生素 D 生成不足。气候的影响，如冬季日照短，紫外线较弱，或户外活动时过度阳光隔绝，如衣物覆盖及高指数防晒霜的使用，亦可影响部分内源性维生素 D 的生成。

3. 生长速度快，需求增加如早产及双胎婴儿生后生长发育快，维生素 D 需求较多，体内贮存不足。婴儿早期生长速度较快，也易发生佝偻病。重度营养不良婴儿生长迟缓，发生佝偻病者不多。

4. 食物中补充维生素 D 不足因天然食物中含维生素 D 少，即使纯母乳喂养，婴儿若户外活动少也易患佝偻病。

5. 疾病影响胃肠道或肝胆疾病影响维生素 D 吸收，如婴儿肝炎综合征、慢性腹泻等；肝、肾严重损害可致维生素 D 羟化障碍， $1, 25(\text{OH})_2\text{D}_3$ 生成不足而引起佝偻病。长期服用抗惊厥药物可使体内维生素 D 不足，如苯妥英钠、苯巴比妥，可刺激肝细胞微粒体的氧化酶系统活性增加，使维生素 D 和 $25(\text{OH})\text{D}$ 加速分解为无活性的代谢产物。糖皮质激素有对抗维生素 D 对钙的转运作用。

【发病机制】

维生素 D 缺乏性佝偻病可视为机体为维持血钙水平而对骨骼造成的损害。长期维生素 D 严重缺乏造成肠道吸收钙、磷减少和低钙血症，以致甲状旁腺功能代偿性亢进，PTH 分泌增加以动员骨钙释出，使血清钙浓度维持在正常或接近正常的水平；但 PTH 同时也抑制肾小管重吸收磷，导致机体严重的钙、磷代谢失调，特别是严重低血磷的结果；细胞外液中的钙磷乘积降低，导致钙在骨骼组织上的沉积障碍。细胞外液钙、磷浓度不足破坏了软骨细胞正常增殖、分化和凋亡的程

序；钙化管排列紊乱，使长骨钙化带消失、骺板失去正常形态，参差不齐；骨基质不能正常矿化，成骨细胞代偿增生，碱性磷酸酶分泌增加，骨样组织堆积于干骺端，骺端增厚，向外膨出形成“串珠”“手足镯”。骨膜下骨矿化不全，成骨异常，骨皮质被骨样组织替代，骨膜增厚，骨皮质变薄，骨质疏松，负重出现弯曲；颅骨骨化障碍而颅骨软化，颅骨骨样组织堆积出现“方颅”。临床即出现一系列佝偻病症状和血生化改变。

3. 实验室检查（2023 年删除）

2022 年：5. 鉴别诊断需与软骨发育不良、甲状腺功能减退、抗维生素 D 性佝偻病、先天性髋关节脱位相鉴别。

2023 年：删除第 5 点内容

2. 维生素 D 干预（2023 年变化）

2022 年：（1）初期：口服维生素 D $125\sim 250\ \mu\text{g}$ （ $5000\sim 10000\text{U/d}$ ），1 个月后改预防量。

（2）激期：口服维生素 D $250\sim 500\ \mu\text{g}$ （ $10000\sim 20000\text{U/d}$ ），持续 1 个月改预防量。

（3）恢复期：平时多晒太阳，可预防剂量口服维生素 D 制剂 $10\sim 15\mu\text{g}$ （ $400\sim 600\text{U/d}$ ）。

2023 年：2. 维生素 D 干预不主张采用大剂量维生素 D 治疗，治疗原则应以口服为主，一般剂量为 $50\sim 100\ \mu\text{g/d}$ （ $2000\sim 4000\text{IU/d}$ ），连服 1 个月后，改为 $400\sim 800\text{IU/d}$ 。口服困难或腹泻等影响吸收时，采用大剂量突击疗法，维生素 D $15\text{万}\sim 30\text{万 IU}$ （ $3.75\sim 7.5\text{mg}$ ）/次，肌内注射，1 个月后再以 $400\sim 800\text{IU/d}$ 维持。

3. 实验室检查（2023 年新增）

2022 年：

【健康指导】

1, 妇女怀孕后即应指导其从孕期开始预防本病。孕期后 3 个月应适当补充维生

素 D 制剂，适当补充钙，多做户外活动。

2023 年：

【预防与健康指导】

1. 妇女怀孕后即应指导其从孕期开始预防本病。孕妇应经常到户外活动，多晒太阳。饮食应含有丰富的维生素 D、钙、磷和蛋白质等营养物质。防治妊娠并发症，对患有低钙血症或骨软化症的孕妇应积极治疗。孕期后 3 个月应适当补充维生素 D 制剂 800~1000IU/d，适当补充钙，多做户外活动。

二、营养性缺铁性贫血

【病因】【发病机制】（2023 年新增）

2023 年：1. 先天储铁不足胎儿从母体获得的铁以妊娠最后 3 个月最多，故早产、双胎或多胎、胎儿失血和孕母严重缺铁等均可使胎儿储铁减少。

2. 铁摄入量不足这是缺铁性贫血的主要原因。人乳、牛乳、谷物中含铁量均低，如不及时添加含铁较多的辅食，容易发生缺铁性贫血。

3. 生长发育因素婴儿期生长发育较快，3~4 个月时和 1 岁时体重分别为出生时的 2 倍和 3 倍；随着体重增加，血容量也增加较快，1 岁时血液循环中的血红蛋白增加 2 倍；未成熟儿的体重及血红蛋白增加倍数更高；如不及时添加含铁丰富的食物，则易致缺铁。

4. 铁吸收障碍食物搭配不合理可影响铁的吸收。慢性腹泻不仅导致铁吸收不良，而且铁排泄也增加。

5. 铁丢失过多正常婴儿每天排泄量相比成人多。每 1ml 血约含铁 0.5mg，长期慢性失血可致缺铁，如肠息肉、梅克尔憩室、膈疝、钩虫病等可致慢性失血，用不经加热处理的鲜牛奶喂养的婴儿可因对牛奶过敏而致肠出血（失血约为 0.7ml/d）。

【发病机制】

1. 缺铁对血液系统的影响铁是合成血红蛋白的原料，缺铁时血红素生成不足，进而血红蛋白合成减少，导致新生的红细胞内血红蛋白含量不足，细胞质减少，细胞变小；而缺铁对细胞的分裂、增殖影响较小，故红细胞数量减少程度不如血红蛋白明显，从而形成小细胞低色素性贫血。缺铁通常经过 3 个阶段才发生贫

血：①铁减少期（iron depletion, ID）：体内贮存铁已减少，但供血红细胞合成血红蛋白的铁尚未减少；②红细胞生成缺铁期（iron deficient erythropoiesis, IDE）：贮存铁进一步耗竭，红细胞生成所需的铁亦不足，但循环中血红蛋白的量尚未减少；③缺铁性贫血期（iron deficiency anemia, IDA）：出现小细胞低色素性贫血，还有一些非造血系统的症状。

2. 缺铁对其他系统的影响缺铁可影响肌红蛋白的合成，并可使多种含铁酶（如细胞色素 C、单胺氧化酶、核糖核苷酸还原酶、琥珀酸脱氢酶等）的活性减低。由于这些含铁酶与生物氧化、组织呼吸、神经介质分解与合成有关，故铁缺乏时造成细胞功能紊乱，尤其是单胺氧化酶的活性降低，造成重要的神经介质，如 5-羟色胺、去甲肾上腺素、肾上腺素及多巴胺发生明显变化，不能正常发挥功能，因而产生一些非造血系统的表现，如体力减弱、易疲劳、表情淡漠、注意力难于集中、注意力减退和智力减低等。缺铁还可引起组织器官的异常，如口腔黏膜异常角化、舌炎、胃酸分泌减少、脂肪吸收不良和反甲等。此外，缺铁还可引起细胞免疫功能降低，易患感染性疾病。

2. 实验室检查（2023 年变化）

2022 年：检查血象可见：红细胞数减少

2023 年：检查血象可见：红细胞减少

（2）铁代谢检测（2023 年变化）

2022 年：血清铁蛋白 $< 16\mu\text{g/L}$ ，红细胞内游离原卟啉 $\geq 500\mu\text{g/L}$ ，血清铁，总铁结合力、运铁蛋白饱和度等因影响因素较多，反映早期缺铁不够敏感。

2023 年：血清铁蛋白 $\leq 12\mu\text{g/L}$ ，红细胞内游离原卟啉 $\geq 500\mu\text{g/dl}$ 。提示细胞内缺铁。血清铁、总铁结合力，运铁蛋白饱和度等因影响因素较多，反映早期缺铁不够敏感。

2. 铁剂的治疗（2023 年新增）

2022 年：2. 铁剂治疗口服铁剂：二价铁比三价铁容易吸收，一般治疗剂量为元

素铁 2~6mg/ (kg · d), 分 2~3 次口服。

2023 年：2. 铁剂治疗口服铁剂：二价铁比三价铁容易吸收，一般治疗剂量为元素铁 2~6mg/ (kg · d), 分 2~3 次口服，**以两餐之间口服为宜。**

三、单纯性肥胖

【概述】(2023 年变化)

2022 年：单纯性肥胖症是由于长期摄入能量过剩，以致大量脂肪聚集在体内而体重超标，儿童肥胖的评估：体重/身高(身高) $\geq M+2SD$ ，或 BMI/年龄 $\geq M+2SD$ 。小儿肥胖症与成人肥胖症、高脂血症高血压病、冠心病、糖尿病关系密切，故应及早防治。

2023 年：**单纯性肥胖症是由于长期摄入能量过剩，以致大量脂肪聚集在体内而体重超出参考值范围的一种营养障碍性疾病。小儿肥胖症与成人肥胖症、高脂血症、高血压病、冠心病，糖尿病关系密切，故应及早防治。**

【病因】(2023 年新增)

2023 年：

1. 能量摄入过多是肥胖的主要原因。高能量食物和含糖饮料增加儿童额外的能量摄入，是 导致儿童发生肥胖的重要原因之一。家庭环境和父母行为是重要的驱动因素，父母不良饮食行为 及生活习惯直接影响儿童行为。另外，母亲妊娠期营养不良或营养过剩与儿童期及以后肥胖发生 风险相关联，如母亲妊娠期体重增加过多与妊娠糖尿病，巨大儿出生增加，导致早期超重和肥胖 增多。
2. 活动量过少电子产品的流行，久坐、活动过少和缺乏适当体育锻炼是发生肥胖症的重要 因素，即使摄食不多，也可引起肥胖。肥胖儿童大多不喜爱运动，形成恶性循环。
3. 遗传因素与环境因素相比较，遗传因素对肥胖发生的影响作用更大。目前研究认为，人 类肥胖与 600 多个基因、标志物和染色体区域有关。肥胖的家族性与

多基因遗传有关。双亲均肥胖的后代发生肥胖高达 70%~80%；双亲之一肥胖，后代肥胖发生率为 40%~50%；双亲正常的后代发生肥胖仅为 10%~14%。

4. 其他如进食过快或饱食中枢和饥饿中枢调节失衡以致多食；精神创伤（如亲人病故或学习成绩低下）以及心理异常等因素亦可导致儿童过量进食。

【诊断要点】（2023 年变化）

2022 年：2. 诊断标准一般要参考身高、性别以衡量体重是否超标，如身高别体重超过标准体重的 20%，即可诊断为肥胖症，若超过标准体重的 10%~20%，为超重。

2023 年：2. 诊断标准·儿童肥胖诊断标准有两种：①年龄的体质指数（body mass index, BMI），是指体重（kg）/身长的平方（m²），当儿童的 BMI 在同性别、同年龄段参考值的 P_g~P_g。为超重，超过 P_p 为肥胖；②用身高（长）的体重评价肥胖，当身高（长）的体重在同性别、同年齡段的 P₈₅-P₉₇。为超重，> -P₉₇；为肥胖。

【诊断要点】（2023 年变化）

2022 年：4. 实验室检查血浆胰岛素基础水平高于正常，出现高血脂、高血糖。超声检查可有脂肪肝。

2023 年：4. 实验室检查·肥胖儿童常规应检测血压、糖耐量、血糖，腰围，高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、甘油三酯，胆固醇等指标，根据肥胖的不同程度可能出现其中某些指标的异常，严重的肥胖儿童肝脏超声检查常有脂肪肝。

【诊断要点】（2023 年删除）

2022 年：5. 鉴别诊断应与继发性肥胖症相鉴别，如弗勒赫利希综合征，Cushing 综合征、甲状腺功能减退症、糖尿累积症和糖尿病等。

2023 年：删除第 5 点内容

【处理要点】（2023 年删除）

2022 年：2. 运动和体格锻炼 目的是增加能量消耗，应持之以恒，如游泳，散步，适当的跑、跳及相适应的体育活动，如跳绳，球类运动等。避免剧烈运动，因易引起食欲剧增。减少看电视的时间。

2023 年：**2. 运动与锻炼** 目的是增加能量消耗，应持之以恒，如游泳，散步，适当的跑、跳及相适应的体育活动，如跳绳，球类运动等。避免剧烈运动，因易引起食欲剧增。

【处理要点】（2023 年变化）

2022 年：3. 集体治疗组织夏（冬）令营，进行集体约束性的低热平衡饮食摄入并增加运动量，可有效地减轻体重，但应注意科学正确的管理，防止治疗后的**反跳**。

2023 年：3. 集体治疗组织夏（冬）令营，进行集体约束性的低热平衡饮食摄入并增加运动量，可有效地减轻体重，但应注意科学正确的管理，防止治疗后的**反弹**。

【健康指导】（2023 年新增）

2022 年：

1. 定期门诊观察，检测，鼓励和强化患儿坚持正确合理的饮食习惯。
2. 因地制宜，采取可行的活动和运动计划，循序渐进，并要提高患儿锻炼的信心和兴趣。
3. 指导家长合理配膳原则。
4. 定期召开家长联谊会以交流经验，增强防治本病的信心。

2023 年：

【预防与健康指导】

1. 加强健康教育，保持平衡膳食，增加运动。对于有肥胖家族遗传史的儿童，该项尤其重要。
2. 儿童肥胖预防从孕期开始。WHO 建议，预防儿童肥胖应从胎儿期开始，肥胖的预防是全社会的责任。
3. 定期门诊观察、检测，鼓励和强化儿童养成正确合理的饮食习惯。
4. 因地制宜，采取可行的运动计划，循序渐进，并要提高患儿锻炼的信心和兴趣。
5. 指导家长合理配膳。
6. 定期召开家长联谊会，交流经验，增强防治本病的信心。

第七章 妇女保健

第一节 妇女保健学概论

妇女保健学概论（2023 年删除）

2022 年：妇女保健学主要研究女性一生中不同时期的生理、心理，社会特点及保健需求；研究影响妇女健康的生物、心理，社会、环境等方面的各种高危因素；研究危害妇女健康的各种常见病、多发病的流行病学情况及防治措施；研究有利于提高和监护质量的适宜技术；研究有利于促进妇女健康的保健对策和管理方法。

2023 年：删除此段内容

二、妇女保健工作的主要内容（2023 年新增）

2023 年：妇女保健工作的内容包括妇女各期保健，妇女常见病和恶性肿瘤的普查普治，计划生育技术指导，妇女劳动保护，女性心理保健，社区妇女保健，健康教育与健康促进。

二、妇女保健工作的主要内容（2023 年删除）

2022 年：1. 女童期女童营养不足引起的贫血，佝偻病都可能影响到今后的分娩。女童的生殖器官娇嫩，外生殖器常暴露在外，易感染和损伤，做好保健，防止“病从阴道入”至关重要。此外女童生殖道肿瘤虽不多见，但恶性程度高，有的还影响发育。女童生殖道畸形问题也是女童保健需要重视的问题。

2. 青春期：少女体重、身高迅速增加，生殖器官发育趋于成熟，第二性征出现，精力充沛，性格活泼，情感复杂而热烈，处于性萌动期，如果得不到正确的性教育，得不到家庭、学校的正确引导，在心理和行为上极易出现扭曲和错误，成为恶劣环境的受害者。

3. 生育期是女性生殖功能旺盛期。在此期内妇女要承担孕育下一代和照顾家庭的任务，还要和男子一样参加社会生产劳动，妇女的健康更容易受到各种不良因素的影响。生育期保健的内容主要是保护妇女妊娠和分娩过程的安全。

4. 更年期随着寿命的延长，妇女一生中有 1/3~1/2 的时间是在绝经后度过的，这个年龄组的妇女在人口中的比例正在逐步增加。更年期妇女处于生殖功能从旺盛走向衰退的过渡期，因此生理、心理上都会出现一系列的变化。更年期保健的

内容包括更年期常见病及妇科恶性肿瘤的防治,更年期自我保健和自我检测知识的普及,以及性保健。

2023 年: ~~删除此段内容~~

第二节 青春期保健

1. 青春期内分泌的变化 (2023 年变化)

2022 年: 促性腺激素释放激素 (Gn-RH)

2023 年: 促性腺激素释放激素 (GnRH)

第三节 婚前保健

三、婚前卫生咨询的概念和重点问题 (2023 年变化)

2022 年: (二) 咨询指导

2023 年: (二) **重点问题**

(三) 遗传咨询 (2023 年变化)

2022 年: 1. 概念, 咨询医师与遗传病患者或其家属就其家庭中某些遗传性疾病的性质、发生原因、再发风险性、诊断、治疗、预防对策等一系列问题进行交谈和讨论。医师对该疾病的有关问题进行解答, 供患者或其家属在决定婚姻、生育等问题时参考。

2. 对象, 指患有遗传病、有遗传病家族史、长期接触不良环境, 原发性闭经, 性器官发育异常的男女青年。

3. 步骤

(1) 确定诊断。

(2) 分析遗传方式, 推算再发风险。

(3) 提出意见和建议。

2023 年: **咨询医师与遗传病患者或其家属就其家庭中某些遗传性疾病的性质、发生原因、再发风险性、诊断、治疗, 预防对策等一系列问题进行交谈和讨论。医师对该疾病的有关问题进行解答, 供患者或其家属在决定婚姻、生育等问题时**

参考。

第四节 围产期保健

一、围产保健系统管理（2023年变化）

2022年：5. 产前检查时间，孕早期查一次；孕中期每月查一次；孕28~36周，每两周查一次；孕36周后每周查一次。高危孕妇应依据病情酌情增加检查次数。

2023年：5. 产前检查时间我国《孕前和孕期保健指南（2018年）》推荐的产前检查孕周和次数：妊娠6~13+·周、14~19*周、20~24周、25~28周、29~32周、32~36周各1次，37~41周每周检查1次。高危妊娠者应酌情增加产前检查次数。

四、围产期母婴常见病的防治

（一）妊娠期高血压疾病

【处理要点】（2023年变化）

2022年：4. 降压、如周围血管扩张药、血管紧张素转换酶抑制剂、钙拮抗药，中枢性降压药等。

2023年：4. 降压为防止血液浓缩、有效循环血量减少和高凝倾向，妊娠期一般不使用利尿剂降压。不推荐使用阿替洛尔和哌唑嗪，禁止使用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素II受体阻滞剂（ARB）。常用降压药物有拉贝洛尔、硝苯地平、尼莫地平、尼卡地平等。

【健康指导】（2023年新增）

2023年：

【健康指导】

1. 首次产前检查应进行风险评估，及时发现高危人群。
2. 适度锻炼·妊娠期应适度锻炼，合理安排休息，以保持妊娠期身体健康
3. 合理饮食妊娠期不推荐严格限制盐的摄入，也不推荐肥胖孕妇限制热量摄入。
4. 补钙低钙摄入的孕妇建议补钙，每日口服1.5~2.0g。
5. 妊娠合并梅毒

【处理要点】（2023年变化）

2022年：(1) 早期梅毒：青霉素 800 万 U，共 14 天；或苄星青霉素 G240 万 U，肌内注射一次，1 周后再注射 240 万 U。

(2) 晚期梅毒：青霉素 240 万 U，肌内注射，每周 1 次，共 3 次。

(3) 新生儿先天性梅毒用青霉素水剂 5 万 U/kg 静脉滴注，或普鲁卡因青霉素 I 次/d，共 10~14 天。

(4) 治疗后要随访 3 个月、6 个月、1 年，并做 RPR 随访。

2023年：(1) 早期梅毒：青霉素 800 万 U，共 14 天；或苄星青霉素 G 240 万 U，肌内注射 1 次，1 周后再注射 240 万 U；或普鲁卡因青霉素 120 万 U，肌内注射，1 次/d，连用 10 天。青霉素过敏者，首选脱敏和脱敏后青霉素治疗，脱敏无效，用红霉素 0.5g 口服，4 次/d，连用 14 天或头孢曲松钠 1g，肌内注射，1 次/d，连用 10~14 天，或阿奇霉素 2g 顿服。

(2) 晚期梅毒：青霉素 240 万 U，肌内注射，每周 1 次，共 3 次；或普鲁卡因青霉素 120 万 U，肌内注射，1 次/d，连用 20 天。青霉素过敏者，脱敏无效时，用红霉素 0.5g 口服，4 次/d，连用 30 天。

(3) 新生儿先天性梅毒：用青霉素水剂 5 万 U/kg，静脉滴注，出生 7 天内，每 12 小时 1 次；出生 7 天后，每 8 小时 1 次，连续 10 天；或普鲁卡因青霉素 5 万 U/(kg·d)，肌内注射，1 次/d，连用 10 天。

(4) 神经梅毒，青霉素 300 万~400 万 U，静脉注射，每 4 小时 1 次，连用 10~14 天；或普鲁卡因青霉素 240 万 U，肌内注射，1 次/d，加丙磺舒 0.5g 口服，4 次/d，连用 10~14 天。

(5) 治疗后要随访 3 个月、6 个月、1 年，并做 RPR 随访。

【健康指导】(2023 年新增)

2023 年：

【健康指导】

经规范治疗后，应用非梅毒螺旋体试验复查抗体滴度评价疗效；分娩后随访与未孕梅毒患者一致。对梅毒孕妇分娩的新生儿应密切随访。

(三) 妊娠期出血

1. 前置胎盘

根据胎盘与宫颈内口的关系可分为：新增第④点（2023年新增）

2023年：④低置胎盘：胎盘附着于子宫下段，边缘距宫颈内口 $<2\text{cm}$ 。

1. 前置胎盘

【诊断要点】（2023年新增）

2023年：1. 高危因素：既往有多次流产史，宫腔操作史、产褥感染史，高龄、剖宫产史、多孕产次等。2. 临床表现及影像学检查 2023年新增内容。

（1）症状：

2. 胎盘早期剥离

【诊断要点】（2023年变化）

2022年：（1）轻型：剥离面积小于 $1/3$ ，轻度腹部压痛和阴道流血，甚至有的仅在分娩后检查胎盘时发现胎盘母体面有凝血块及压迹。

（2）重型：剥离面积大于 $1/3$ ，以隐性出血为主，有急剧腹痛、恶心、呕吐、冷汗，内出血休克，子宫硬如板状，宫底逐渐升高，且胎儿往往已死亡。B超显示胎盘比一般增厚；绒毛板向羊膜腔凸出；胎盘后血肿形成时，胎盘与子宫壁间出现均匀透声暗区，界限不太清楚。

2023年：1. 临床表现及分级：典型的临床表现是阴道流血，腹痛，可伴有子宫张力增高和子宫压痛，尤以胎盘剥离处最明显。在临床上推荐按照胎盘早剥的Page分级标准评估病情严重程度（表7-2）。

表 7-2 胎盘早剥的 Page 分级标准

| 分级 | 标准 |
|------|-----------------------|
| 0级 | 分娩后回顾性产后诊断 |
| I级 | 外出血，子宫软，无胎儿窘迫 |
| II级 | 胎儿宫内窘迫或胎死宫内 |
| III级 | 产妇出现休克症状，伴或不伴弥散性血管内凝血 |

2. 辅助检查 ①超声检查；②电子胎心监护；③实验室检查；包括全血细胞计数、血小板计数凝血功能、肝肾功能和血电解质检查等。

【处理要点】（2023年新增）

2022年：【处理要点】一旦诊断胎盘早剥，应立即终止妊娠。不论分娩方式如何，

尽可能行人工破膜，减少宫腔压力，使子宫容积缩小，阻止胎盘继续剥离，减少组织凝血活酶进入母体循环，预防和阻止 DIC。

2023 年：【处理要点】一旦诊断胎盘早剥，应立即终止妊娠。不论分娩方式如何，尽可能行人工破膜，减少宫腔压力，使子宫容积缩小，阻止胎盘继续剥离，减少组织凝血活酶进入母体循环，预防和阻止 DIC。①纠正休克；②监测胎儿宫内情况；③及时终止妊娠。

（六）妊娠合并糖尿病

【诊断要点】（2023 年新增）

2023 年：

妊娠期有三多一少（多饮、多食、多尿），本次妊娠并发羊水过多或巨大胎儿者，应警惕合并糖尿病的可能。

1、孕前糖尿病（PGDM）的诊断符合以下 2 项中任意 1 项者，可确诊 PGDM。（1）妊娠前已确诊为糖尿病的患者。

（2）妊娠前未进行过血糖检查的孕妇，尤其存在糖尿病高危因素者，如肥胖（尤其重度肥胖）、一级亲属患 2 型糖尿病，糖尿病史患者或大于胎龄儿分娩史，多囊卵巢综合征患者及妊娠早期空腹尿糖反复阳性。首次产前检查时应明确是否存在妊娠前糖尿病，达到以下任何一项标准应诊断为 PGDM。

1) 空腹血糖（FPG） 7.0mmol/L （ 126mg/dl ）。

2) 75g 口服葡萄糖耐量试验（OGTT）；服糖后 2 小时血糖 11.1mmol/L （ 200mg/dl ）。孕早期不常规推荐该项检查。

3) 伴有典型的高血糖或高血糖危象症状，同时任意血糖 11.1mmol/L （ 200mg/dl ）。

4) 糖化血红蛋白（HbA1c） $\geq 6.5\%$ ，但不推荐妊娠期常规用 HbA1c 进行糖尿病筛查

第五节 围绝经期妇女保健

（2023 年变化）

2022 年：三、围绝经期的症状特点、症状病因及预防

2023 年：三、围绝经期的症状特点

2022 年：（二）症状病因

围绝经期症状的发生机制尚不太清楚，大多数认为卵巢功能的紊乱是导致症状出现的主要原因，同时还与社会文化、心理因素及饮食习惯有关。

2023 年：删除（二）症状病因、（三）症状的预防内容
（2023 年变化）

2022 年：（三）症状的预防

2023 年：四、围绝经期的症状预防

第六节 计划生育

一、女性常用的节育方法

表格变化（2023 年变化）

2022 年：

IUD 的副反应、处理与鉴别诊断见表 7-2。

表 7-2 IUD 的副反应、处理要点与鉴别诊断

| 副反应 | 处理要点 | 鉴别 |
|----------|-----------------------|----------------------------------|
| 腰酸腰痛 | 一般不需处理 | 盆腔炎、骨科疾患 |
| 白带增多或有血丝 | 需做盆腔检查和必要的实验室检查，以明确诊断 | 盆腔炎、各种阴道炎症 |
| 阴道出血 | 应用 6-氨基己酸、维生素 K、云南白药等 | 带器妊娠、异位妊娠、先兆流产，应行血、尿 HCG 及 B 超检查 |
| 嵌顿、异位、穿孔 | 均需手术治疗 | |
| 感染 | 白带多、有味、下腹痛者应积极抗感染治疗 | |

2023 年：

表 7-3 IUD 的副反应、处理要点与鉴别诊断

| 副反应 | 处理要点 | 鉴别 |
|----------|-----------------------|----------------------------------|
| 腰酸腰痛 | 一般不需处理 | 盆腔炎、骨科疾患 |
| 白带增多或有血丝 | 需做盆腔检查和必要的实验室检查，以明确诊断 | 盆腔炎、各种阴道炎症 |
| 阴道出血 | 应用 6-氨基己酸、维生素 K、云南白药等 | 带器妊娠、异位妊娠、先兆流产，应行血、尿 hCG 及 B 超检查 |
| 嵌顿、异位、穿孔 | 均需手术治疗 | 22 年大写 H 23 年改为小写 h |
| 感染 | 白带多、有味、下腹痛者应积极抗感染治疗 | |

三、紧急避孕（2023 年新增）

紧急避孕法是指在无保护措施性交后或避孕失败后几小时或几日内，妇女为防止非意愿性妊娠而采用的避孕方法。适应证为无保护性交，或避孕失败（如避孕套滑脱、破裂，安全期计算错误，漏服避孕药，宫内节育器脱落等），或遭到性暴力等。

1. 药物避孕

（1）53 号避孕片 8 粒法：无保护性交后即刻或次日晨，最晚不超过 48 小时口服 1 片，连续服 3 天，继之隔日连服 4 次，共 8 片。

（2）左旋炔诺酮：无保护性交后 72 小时内服 0.75mg，12 小时重复一次。_（3）米非司酮：无保护性交后 72 小时内服 25mg，12 小时重复一次。_2. 宫内节育器无保护性交后 5 天内放置 IUD（无手术禁忌证）。

（二）并发症及处理（2023 年删除）

2022 年：

3. 中期引产术后出血时间长、下腹痛、分泌物有异味，发热，闭经等，处理同人工流产。

紧急避孕法是指那些在无保护性交后或避孕失败后几小时或几日内，妇女为防止非意愿性妊娠的发生而采用的避孕方法。

适应证为无保护性交，或避孕失败（如避孕套滑脱、破裂，安全期计算错误、漏服避孕药. 宫内节育器脱落等），或遭到性暴力等。

1. 药物避孕

（1）53 号避孕片 8 粒法：无保护性交后即刻或次日晨，最晚不超过 48 小时口服 1 片，连续服 3 天，继之隔日连服 4 次，共 8 片。

（2）左旋炔诺酮（毓婷）：无保护性交后 72 小时内服 0.75mg，12 小时重复一次。

（3）米非司酮：无保护性交后 72 小时内服 25mg，12 小时重复一次。

2. 宫内节育器无保护性交后 5 天内放置 IUD（无手术禁忌证）。

2023 年：~~删除此段内容~~

三、育龄夫妇不同时期节育方法的选择（2023 年新增）

2022 年：

1. 新婚夫妇 避孕工具，短效避孕药、阴道隔膜。
2. 哺乳期 IUD、外用避孕工具、阴道隔膜。
3. 育龄期 IUD，长，短效避孕药，各种屏障避孕法，输卵管结扎术。
4. 分居夫妇 探亲避孕药，避孕套，不宜使用自然避孕法。

2023 年：

1. 新婚夫妇 避孕工具，短效避孕药、阴道隔膜。
2. 哺乳期 IUD、外用避孕工具、阴道隔膜。
3. 育龄期 IUD，长，短效避孕药，各种屏障避孕法，输卵管结扎术。
4. 分居夫妇 探亲避孕药，避孕套，不宜使用自然避孕法。
5. 生育后期 各种避孕方法均适用。
6. 绝经过度期 阴茎套

第八章 老年保健

第一节 老年人特点

一、生理学特点（2023 年新增）

2022 年：（1）循环系统：心肌纤维组织增多，心肌细胞增大，室壁增厚。心肌的顺应性下降，心搏出量减少，代偿能力降低。心肌的兴奋性、收缩性、传导性均减弱，对肾上腺素反应下降，心率减慢，易发生心律失常。钙沉积促使动脉管壁变硬，弹性减弱，血压有随年龄上升的趋势。调节血压和血容量的生理功能下降，易发生直立性低血压。组织中有功能的毛细血管数量减少，基底膜增厚，管径变小，导致各器官供氧下降。

（2）呼吸系统：胸廓结构改变、呼吸道阻力增大和肺组织弹性回缩力下降，引起肺的通气和换气功能下降，对缺氧和酸碱失衡的调节功能都降低。由于呼吸道黏膜萎缩，纤毛运动减弱，呼吸道的防御功能也有所下降。

（3）泌尿系统：肾单位数减少，加上动脉硬化，肾功能有明显的随增龄下降的趋势。由于储备减少，易受药物毒性作用的损伤。膀胱肌萎缩，容量减少；括约肌萎缩，易出现尿频、尿失禁。

(4) 消化系统：牙不健全、味蕾萎缩、唾液分泌减少以及咀嚼力减弱，导致食欲下降。胃肠肌运动减弱，排空时间延长。腺体分泌减少，影响消化吸收功能，易诱发贫血。肝血流减少，肝细胞合成蛋白能力下降，使血浆白蛋白降低。肝解毒功能下降，特别是对药物代谢速度减慢，代偿功能降低。

(5) 神经系统：脑内神经细胞数目随增龄减少，脑重量逐步减轻，脑室扩大。脑血流量和耗氧量均随增龄下降，皮层综合分析能力下降，EEG中波增多。外周神经传导速度减慢，使感觉减退、触觉和温觉阈值下降，反射延缓甚至消失。

(6) 内分泌系统：靶细胞对激素的敏感性下降。作为内分泌中枢的垂体随增龄而体积下降，甲状腺分泌减少，使机体的应激能力明显减弱。性腺活动减低，分泌减少。

2023年：(1) 循环系统：心肌纤维组织增多，心肌细胞增大，室壁增厚。有功能的心肌细胞逐渐减少，影响心肌的收缩和舒张功能的迟缓。心肌的顺应性下降，心搏出量减少，代偿能力降低。心肌的兴奋性、收缩性、传导性均减弱，对肾上腺素反应下降，心率减慢，易发生心律失常。钙沉积促使动脉管壁变硬，弹性减弱，血压有随年龄上升的趋势，特别是收缩压。调节血压和血容量的生理功能下降，如压力感受器敏感性下降、发射性调节功能下降，易发生直立性低血压。组织中有功能的毛细血管数量减少，基底膜增厚，管径变小，导致各器官供氧下降。老年人血管弹性减弱，外周阻力增大，血流速度减慢，为维持脑血容量不变，肾与肝的血容量减少。

(2) 呼吸系统：胸廓结构改变、呼吸道阻力增大和肺组织弹性回缩力下降，引起肺的通气和换气功能下降，残气量增加，对缺氧和酸碱失衡的调节功能都降低。由于呼吸道黏膜萎缩，纤毛运动减弱，润滑气体的功能减弱，呼吸道的防御功能也有所下降。

(3) 泌尿系统：肾单位数减少，加上动脉硬化，肾功能有明显的随增龄下降的趋势。由于储备减少，易受药物毒性作用的损伤。膀胱肌萎缩，容量减少；括约肌萎缩，易出现尿频、尿失禁。

(4) 消化系统：牙不健全、味蕾萎缩、唾液分泌减少以及咀嚼力减弱，导致食欲下降。胃肠肌运动减弱，排空时间延长。胃黏膜萎缩，腺体分泌减少，影响

消化吸收功能，易诱发贫血。肝血流减少，肝细胞合成蛋白能力下降，使血浆白蛋白降低。肝解毒功能下降，特别是对药物代谢速度减慢，代偿功能降低。

(5) 神经系统：脑内神经细胞数目随增龄减少，脑重量逐步减轻，脑室扩大。脑血流量和耗氧量均随增龄下降，皮层综合分析能力下降，EEG 中波增多。外周神经传导速度减慢，使感觉减退、触觉和温觉阈值下降，反射延缓甚至消失。
信息处理功能和记忆力减退。

(6) 内分泌系统：靶细胞对激素的敏感性下降。作为内分泌中枢的垂体随增龄而体积下降，**垂体-肾上腺系统在整个生命周期是正常的**。甲状腺分泌减少，使机体的应激能力明显减弱。性腺活动减低，分泌减少，**肌肉萎缩，骨质疏松**。

三、老年人患病的特点（2023 年新增）

2022 年：1. 不易获得完整的病史老年人的记忆力减退、敏感性下降、语言表达困难和听力障碍，更要求医生在采取病史时应该耐心细致，还要与家属核对病史的可靠性。

2023 年：1. 不易获得完整的病史老年人的记忆力减退、敏感性下降、语言表达困难和听力障碍，更要求医生在采取病史时应该耐心细致，还要与家属核对病史的可靠性。**有些老年人把某些症状（如乏力、跌倒）视为衰老所致，未向医生阐述。**

2023 年：7. **疾病进展缓慢老年病多属于慢性疾病，其起病隐匿，发展缓慢，在相当长的时间内无症状，无法确定发病时间。**

四、老年人合理用药（2023 年变化）

2022 年：老年人由于各重要器官功能逐渐衰退，对药物的吸收、排泄、代谢、分布及其作用与青壮年差异较大；同时老年人又往往一人多病，**平均每人患重要疾病 2~3 种以上**，用药种类较多，药物不良反应较青壮年多 2~3 倍，且其发生率与用药种数成正比。据 WHO 调查，在住院患者中发生药物不良反应的约占 15%。全世界 1/3 的死亡患者的死因不是疾病本身而是不合理用药所致。不少药物在老年人比在青年人（指 30 岁以下）更易引起不良反应。经临床研究表明，

不良反应的发生大多属于药物代谢动力学方面的原因，只有少数属于药效学方面的原因。所以；给老年人用药时，需了解老年人的药物代谢动力学特点。

2023 年：老年人由于各重要器官功能逐渐衰退，对药物的吸收、排泄、代谢、分布及其作用与青壮年差异较大；同时老年人又往往一人多病，常患重要疾病 2~3 种及以上，用药种类较多，药物不良反应较青壮年多 2~3 倍，且其发生率与用药种数成正比。据 WHO 调查，在住院患者中发生药物不良反应的约占 15%。全世界 1/3 的死亡患者的死因不是疾病本身而是不合理用药所致。不少药物在老年人比在青年人（指 30 岁以下）更易引起不良反应。经研究表明，不良反应的发生大多属于药物代谢动力学方面的原因，只有少数属于药效学方面的原因。所以，给老年人用药时，需了解老年人的药物代谢动力学特点。

（一）老年人药动力学特点（2023 年新增）

2022 年：2. 药物的代谢肝脏是药物代谢的重要器官。实验证明，肝脏微粒体细胞色素 P450 酶的生成与活性随增龄而减低，因而一些药物在血液及组织中浓度增加，半衰期延长。老年人肝血流减少加之药物代谢比较缓慢，可能是老年人对药物敏感性增强和易发生毒性反应的重要原因。

3. 药物的排泄老年人的肾单位随增龄而减少，肾小球滤过率及肾血流量减少 50% 左右。80 岁以上者肾单位仅为青年人的 1/3，肌酐清除率降至正常人的 1/3 以下，因而药物排泄受到限制。

2023 年：2. 药物的代谢肝脏是药物代谢的重要器官。**肝脏的生物转化功能随着年龄增长而相应降低。**实验证明，肝脏微粒体细胞色素 P450 酶的生成与活性随增龄而减低，因而一些药物在血液及组织中浓度增加，半衰期延长。老年人肝血流减少加之药物代谢比较缓慢，可能是老年人对药物敏感性增强和易发生毒性反应的重要原因。

3. 药物的排泄老年人的肾单位随增龄而减少，肾小球滤过率及肾血流量减少 50% 左右。80 岁以上者肾单位仅为青年人的 1/3，肌酐清除率降至正常人的 1/3 以下，因而药物排泄受到限制，**使药物血药浓度增高或延缓药物机体消除，致使大多数经肾排泄的药物的消除半衰期延长。**

4. 药物的分布（2023 年新增）

2022 年：（1）体液总量随增龄而减少：其中主要是细胞内液减少。水溶性药物分布容积相应减少，其血浆浓度增高，如地高辛。

2023 年：（1）体液总量随增龄而减少：**体液总量减少**，其中主要是细胞内液减少。水溶性药物**在脂肪组织中**分布容积相应减少，其血浆浓度增高，如地高辛。

5. 药物的耐受性（2023 年新增）

2022 年：老年人对药物的耐受性趋向性降低，女性比男性更明显。通常单用或少量药物配合使用时，一般可以耐受。但当许多药物联合使用又不减量时，容易出现药物不良反应及胃肠道症状。

2023 年：老年人对药物的耐受性趋向性降低，女性比男性更明显。通常单用或少量药物配合使用时，一般可以耐受。但当许多药物联合使用又不减量时，容易出现药物不良反应及胃肠道症状。**通常 50 岁以上的老年人，每增加 1 岁，可减少成人用量的 1%。**

7. 药物的相互作用（2023 年新增）

2022 年：老年人由于一人多病，往往用药种类较多。用药种类越多，不良反应的发生率越高。因此，老年人用药时必须慎重考虑药物的相互作用所引起的不良反应。

2023 年：老年人由于一人多病，往往用药种类较多。**可出现药效增强或不良反应减轻，也可使药效减弱或出现不良反应。**用药种类越多，不良反应的发生率越高。因此，老年人用药时必须慎重考虑药物的相互作用所引起的不良反应。

（三）老年人常用药物的不良反应及其注意事项

1. 心血管系统药物（2023 年变化）

2022 年：（5） β 受体拮抗药：老年人对 β 受体拮抗药**耐受性差**，尤其在第一次给药时更应注意从小剂量开始，并严密观察病情，做好急救准备，以免突然发生严重不良反应（亦称“第一剂量症候群”）时措手不及。

2023 年：（5） β 受体拮抗药：老年人对 β 受体拮抗药**敏感性降低**，尤其在第一次给药时更应注意从小剂量开始，并严密观察病情，做好急救准备，以免突然发生严重不良反应（亦称“第一剂量症候群”）时措手不及。

第三节 老年保健实施

一、老年人合理的膳食营养（2023年变化）

2022年：一般来讲，60~69岁的老人，基础代谢比青壮年时低10%~15%；70岁以上的老人总热量的摄入，应比其青壮年时期低30%；能量的消耗也逐步降低。应根据各自不同体质和活动情况，对每日摄入热量做相应调整。每日热量供给的参考标准是：60岁以上：男性7942~9196kJ，女性7524~8360kJ；70岁以上：男性7942~8778kJ，女性7106~7942kJ；80岁以上：男性7942kJ，女性7106kJ。三餐分配：早餐30%，午餐35%~40%，晚餐30%，加餐5%左右。蛋白质按每千克体重1~1.5g计算，从总热量中减去蛋白质所产生的热量，剩余的热量由糖和脂肪补充。糖与脂肪的比例为2.5:1；糖应占总热量的50%~65%，脂肪产生的热量不应超过总热量的40%，并应尽量选用富含不饱和脂肪酸的植物油。烹调用植物油在25g/d即可。胆固醇要保持在一定水平，每日应吃100~150g肉食（鱼类、禽类等“白肉”为主）；吃1个鸡蛋完全是可以的，折合胆固醇200~300mg。有高脂血症的老年人建议每日胆固醇的摄入量不超过200mg/d。

2023年：一般来讲，60~69岁的老人，基础代谢比青壮年时低10%~15%；70岁以上的老人总热量的摄入，应比其青壮年时期低30%；能量的消耗也逐步降低。应根据各自不同体质和活动情况，对每日摄入热量做相应调整。每日热量供给的参考标准是：60岁以上：男性7942~9196kJ，女性7524~8360kJ；70岁以上：男性7942~8778kJ，女性7106~7942kJ；80岁以上：男性7942kJ，女性7106kJ。三餐分配：早餐30%，午餐35%~40%，晚餐30%，加餐5%左右。蛋白质按每千克体重1~1.2g/(kg·d)计算，从总热量中减去蛋白质所产生的热量，剩余的热量由糖和脂肪补充。糖与脂肪的比例为2.5:1；糖应占总热量的50%~60%，脂肪产生的热量占总热量的20%~30%，并应尽量选用富含不饱和脂肪酸的植物油。烹调用植物油在25g/d即可。胆固醇要保持在一定水平，每日应吃100~150g肉食（鱼类、禽类等“白肉”为主）；吃1个鸡蛋完全是可以的，折合胆固醇200~300mg。有高脂血症的老年人建议每日胆固醇的摄入量不超过200mg/d。

二、老年人的运动锻炼

（二）运动的方式（2023年删除）

2022 年：其他运动如气功、打太极拳、八段锦、五行掌、做广播体操或关节运动体操，以及冷水浴、空气浴、日光浴、垂钓等。若经济条件允许，还可以打高尔夫球、门球、保龄球等。

2023 年：其他运动如打太极拳、八段锦、五行掌、做广播体操或关节运动体操，以及冷水浴、空气浴、日光浴、垂钓等。若经济条件允许，还可以打高尔夫球、门球、保龄球等。

第四节 老年常见健康问题

一、老年性骨关节病与骨质疏松症

【诊断要点】（2023 年变化）

2022 年：老年性骨关节病主要根据症状和 X 线拍片诊断；骨质疏松症则通过骨矿密度测量确认。

2023 年：（一）诊断老年性骨性关节病（OA）

主要根据患者的症状、体征、影像学检查及实验室检查。常采用美国风湿病协会 1995 年修订的诊断标准及《中国骨关节炎诊治指南（2021 年）》，前者包含临床和放射学标准，其中手 OA 分类标准中无放射学改变，其敏感性为 92%，特异性为 98%；膝 OA 分类标准的敏感性和特异性分别为 91%和 86%。老年性骨关节病主要根据症状和 X 线诊断；骨质疏松症则通过骨矿密度测量确认。

1. 手 OA 诊断标准（临床标准）①近 1 个月大多数时间有手关节疼痛，发酸，发僵；②10 个指间关节中，有骨性膨大的关节 ≥ 2 个；③掌指关节肿胀 ≤ 2 个；④远端指间关节骨性膨大 > 2 个；⑤10 个指间关节中，畸形关节 ≥ 1 个。

满足①+②+③+④条或①+②+③+⑤条可诊断手 OA。

注：10 个指间关节为双侧第二、三远端及近端指间关节，双侧第一腕掌关节。

（2）临床+放射学+实验室标准：①近 1 个月大多数时间有膝关节疼痛；②X 线片示骨赘形

成；③关节液（至少 2 次）清亮、黏稠，WBC < 2000 个/ml；④年龄 > 40 岁；⑤晨僵 < 30 分钟；⑥有骨摩擦音。

满足①+②条或①+③+⑤+⑥条或①+④+⑤+⑥条者可诊断膝 OA。

3. 髌 OA 诊断标准

(1) 临床标准：①近 1 个月大多数时间有髌痛；②内旋 $<15^{\circ}$ ；③ESR $<45\text{mm/h}$ ；④屈曲 $<115^{\circ}$ ；

⑤内旋 $>15^{\circ}$ ；⑥晨僵时间 <60 分钟；⑦年龄 >50 岁；⑧内旋时疼痛。

满足①+②+③条或①+②+④条或①+⑤+⑥+⑦+⑧条者可诊断髌 OA。

(2) 临床+放射学+实验室标准：①近 1 个月大多数时间有髌痛；②ESR $\leq 20\text{mm/h}$ ；③X 线片示骨赘形成；④X 线片示髌关节间隙狭窄；⑤晨僵 ≤ 30 分钟。

满足①+②+③条或①+②+④条或①+③+④条者可诊断髌 OA。

注：髌 OA 诊断标准的敏感性和特异性分别为 91%和 89%。该标准对于区分 OA 和炎性关节

病的意义较大，对早期 OA 的诊断意义有限。

表 8-3 WHO 推荐的骨质疏松诊断标准(基于 DXA 法)

| 诊断 | T 值 |
|------|----------------------------|
| 正常 | T 值 ≥ 1.0 |
| 骨量低下 | $-2.5 < \text{T 值} < -1.0$ |
| 骨质疏松 | T 值 ≤ -2.5 |

注意：

1. 目前 WHO 对于骨质疏松的诊断建立在 T 值而非骨密度测定上：该定义仅适用于绝经后女性及 50 岁以上的男性。

2. T 值用于表示绝经后妇女和大于 50 岁男性的骨密度水平。T 值=（测定值-骨峰值）同性

别正常成人骨密度标准差。

3. 对于儿童、绝经前妇女及小于 50 岁的男性，其骨密度水平建议用 Z 值表示：Z 值=（测定值-同龄人骨密度均值）同性别同龄人骨密度标准差。

4. 对于 DXA 结果的分析需要注意：①腰椎两侧必须包括足够的软组织，否则骨密度将被低估。②人造物品（外科夹、脐环、钡剂、纽扣、硬币等）或局部结构改变（骨赘、韧带骨赘、压缩性骨折、大动脉钙化）可导致骨密度假性升高。

③骨缺乏（椎板切除术/脊柱裂）或椎体旋转（如特发性脊柱侧弯）可假性降低骨密度。④所有可用的椎体均需被用来分析，局部受累的椎体需要删除。⑤2 个

椎体的数据可得出诊断结论，仅有一个椎体时不可用于诊断。⑥椎体间 T 值相差大于 1 时需排除 结构异常。

二、老年期抑郁症

【诊断要点】（2023 年删除）

2022 年：本病需要与脑器质性疾病引起的痴呆相鉴别，如阿尔茨海默病，起病缓慢，以痴呆为主，伴有 高级皮层功能的缺损，如失语和书写不能等症状，抑郁情绪可有可无，抗抑郁治疗无效；血管性痴 呆，由多发性脑梗死引起，除痴呆外可伴有肢体瘫痪、感觉障碍，改善脑循环可使症状缓解。但脑梗 死后亦可引起抑郁。

2023 年：删除此段内容

【诊断要点】（2023 年新增）

2023 年：2. CCMD-3 诊断标准依据《中国精神障碍分类与诊断标准（第 3 版）》（CCMD-3），抑郁发作的诊断标准：抑郁发作以心境低落为主，与其处境不相称，可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至发生 木僵。严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。某些病例的焦虑与运动性激越很显著。

（1）症状标准：以心境低落为主，并至少有下列 4 项：①兴趣丧失、无愉快感；②精力减退或疲 乏感；③精神运动性迟滞或激越；④自我评价过低、自责，或有内疚感；⑤联想困难或自觉思考能力 下降；⑥反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为；⑦睡眠障碍，如失眠、早醒或睡眠过多；⑧食欲降 低或体重明显减轻；⑨性欲减退。

（2）严重标准：社会功能受损，给本人造成痛苦或不良后果。

（3）病程标准：①符合症状标准和严重标准至少已持续 2 周。②可存在某些分裂性，但老年人 常见疾病不符合分裂症的诊断。若同时符合分裂症的症状标准，在分裂症状缓解后，满足抑郁发 作标准至少 2 周。

（4）排除标准：排除器质性精神障碍，或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。

3. 老年期抑郁症诊断要点

（1）60 岁以后缓慢起病，可有一定的诱发因素。

(2) 除符合 CCMD-3 诊断标准外，还具有精神运动性激越和迟滞的表现，以及多种躯体化症状和疑病等妄想症状，并具有生物性症状的特点。

(3) 除外脑器质性疾病及躯体疾病所致的抑郁综合征，本病需要与脑器质性疾病引起的痴呆相鉴别，如阿尔茨海默病，起病缓慢，以痴呆为主，伴有高级皮层功能的缺损；如失语和书写不能等 症状，抑郁情绪可有可无，抗抑郁治疗无效；如血管性痴呆，由多发性脑梗死引起，除痴呆外可伴有 肢体瘫痪、感觉障碍，改善脑循环可使症状缓解。但脑梗死后亦可引起抑郁。

【处理要点】（2023 年新增）

2023 年：1. 一般治疗抗抑郁药和电休克治疗虽然对抑郁症有较佳疗效，但不能忽视一般性治疗。由于食欲缺乏和精神反应迟钝，患者的营养需要往往不能获得满足，故加强饮食护理和补充营养在 医疗护理上十分重要。此外，对患者所伴发的任何躯体疾病，应不失时机地给予彻底治疗。

4. 改良电休克治疗（MECT）电休克治疗（ECT）对老年人一般是安全的，对伴有心脏疾病者，ECT 可能比三环类抗抑郁药更安全。在 ECT 过程中，谨慎地使用肌肉松弛剂和麻醉药，配合心电监护，以免发生骨折并发症，称为改良电休克治疗（MECT）。因此，对于老年期抑郁症有严重自杀 企图和行为以及伴有顽固的妄想症状者，严重激越者，呆滞拒食者以及用抗抑郁药物治疗无效或 对药物不良反应不耐受者，无严重的心脑血管疾病者，MECT 治疗是一种非常有效的治疗方法，能 使患者的病情得到迅速缓解，有效率可高达 70%~90%。但有些观点认为电休克治疗会损伤患者 的大脑、认知功能和躯体健康。

【处理要点】（2023 年删除）

2022 年：

2. 心理治疗采取心理治疗，医护人员和患者亲属对患者安慰、劝解，细心照料，帮助解决生 活困难，给以经济支持，对患者树立治疗信心，解除焦虑抑郁情绪，改善患者精神状态起着重要 作用。

2023 年：

3. 心理治疗医护人员和患者亲属对患者的安慰、劝解、细心照料，帮助解决生活困难，给予经济支持等对患者树立治疗信心，解除焦虑、抑郁情绪，改善患者精神状态起着重要作用。

四、痴呆症

【概述】（2023 年变化）

2022 年：阿尔茨海默病（Alzheimerdisease, AD）

2023 年：阿尔茨海默病（Alzheimer's disease, AD）

【诊断流程】（2023 年新增）

2023 年：

1. 询问病史详细询问是否有 AD 临床表现及临床特征。

2. 神经系统检查排除是否有锥体系及锥体外系体征。

3. 神经心理量表检测以判断是否为痴呆及痴呆的程度（表 8-4）。

1) 筛查量表：简易智能精神状态评测量表（MMSE），为痴呆的筛查量表。总分范围 0~30 分。轻度痴呆患者评分为 18~26 分，中度痴呆评分为 10~17 分，重度痴呆评分 <10 分。蒙特利尔认知量评估量表（MoCA），为 MCI 筛查量表，总分为 30 分，≤26 分为可疑 MCI 患者。

2) 认知检测：包括检测情景记忆的加州言语学习测验（california verbal learning test, CVLT）和 Rey 听觉言语学习试验（the Rey auditory verbal learning test, RAVLT），语义记忆的语义流畅性测验、图片命名任务、词语和图片定义测验。检测执行功能的言语流畅性测试、Wisconsin 卡片分类测验中的持续反应、连线测验（trail making test）加工速度。检测言语功能的 Boston 命名测验、SIB-L 测试。还有常用于临床药物观察的 AD 评定量表认知（ADAS-Cog）检测量表及严重损害量表（同胞）。

表（同胞）。

3) 日常生活活动量表（ADL）：痴呆日常生活能力检测量表。共 10 项，每项分 4 级，有两项或两项以上达 3 级（需要帮助）或 4 级（能力丧失）者，或总分 ≥ 26 分时，可认为有日常生活能力缺损。

- 4) 神经精神科问卷 (NPI): 检测 AD 的精神行为量表。
- 5) 总体功能的评估: 临床医生访谈时对病情变化的印象补充量表 (CIBIC-Plus), 临床医生访谈时对病情变化的印象补充量表 (CIBIC-Plus)。
- 6) 痴呆分级量表: 临床痴呆评定 (CDR), 痴呆分级量表。0 分为正常, 0.5 分为 MCI, 1 分为轻度痴呆, 2 分为中度痴呆, 3 分为重度痴呆。总体衰退量表 (GDS), 痴呆分级量表。分 7 个等级: ①正常; ②极轻; ③轻度; ④中度; ⑤中重度; ⑥重度; ⑦极重度。
- 7) Hachinski 量表 (HIS): AD 与血管性痴呆的鉴别量表。由 13 项组成。总分 ≥ 7 分为血管性痴呆, ≤ 4 分为 AD, 4~7 分为混合性痴呆。

表 8-4 常用神经心理测验量表分类

| 临床用途 | 常用量表 |
|----------------|--|
| 轻度认知障碍筛查 (MCI) | 蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 临床痴呆评定 (CDR)-CDR=0.5 总体衰退量表 (GDS)-2,3 级 |
| 痴呆筛查 | 简易精神志能状态量表 (MMSE 量表) 画钟测验 (CDT) 认知能力筛查量表 (CASI) 长谷川痴呆量表 (HDS) 简易智力检测量表 (abbreviated mental test score, AMTS) |
| 认知功能的评估 | |
| 轻中度认知障碍 | AD 评定量表-认知 (ADAS-Cog) |
| 重度认知障碍 | 严重损害量表 (SIB) |
| 认知功能亚项 | 韦氏记忆 临床记忆 |
| 记忆力检测 | 加州言语学习测验 (CVLT) Rey 听觉言语学习试验 (RAVLT) 数字跨度 |
| 注意力检测 | 连线测试 |
| 执行功能检测 | 画钟测验 (CDT) |

续表

| 临床用途 | 常用量表 |
|-----------|---|
| 日常生活能力的评估 | 日常生活能力量表(ADL) 日常生活能力问卷(ADCS-ADL) 社会活动功能量表(FAQ) 痴呆残疾评估表(DAD) 进行性病情恶化评分(PDS) AD功能评定和变化量表(ADFACS) 痴呆日常生活能力衰退检查(IDDD) |
| 精神行为 | 神经精神科问卷(NPI) 痴呆行为评定量表(BRSD) |
| 总体评定 | 临床总体印象-变化量表(CGIC) 临床医生访谈时对病情变化的印象补充量表(CIBIC-Plus) Gottfries-Brane-Stein量表(GBS) |
| 痴呆分级 | 临床痴呆评定(CDR) 总体衰退量表(GDS) 功能评定分期(FAST) |
| 鉴别与排除诊断 | Hachinski缺血量表(HIS) HAMD抑郁量表 |

4. 辅助检查

(1) 血叶酸、维生素 B，甲状腺功能检测：以排除由于叶酸、维生素 B，缺乏及甲状腺功能减退导致的痴呆。

(2) 基因检测：致病突变基因及 ApoE4 有利于 AD 的诊断。

(3) 脑脊液：A β 反映皮质淀粉样蛋白沉积、总 tau (ttau) 反映神经变性程度、磷酸化 tau (ptau) 与 NFT 相关，脑脊液 tau 蛋白或 p-tau 蛋白水平的增高和 A β 的降低对 AD 前驱期诊断的敏感性和特异性为 85%~90%，阴性结果的排除价值很好。

(4) 脑电图 (EEG) 和脑电地形图：AD 的 EEG 无特异性改变，早期可表现为普遍波幅下降和 α 节律变慢。继之可出现低和中波幅不规则活动，额叶 θ 波，渐发展为弥漫性低中波幅 θ 波和阵发中高波幅活动。其异常程度多和痴呆轻重有关。长潜伏期事件相关电位 (P300 或 P3)：我们的研究发现痴呆患者 P3 潜伏期延长，说明有认知功能障碍。N2-P3 幅度及 P3 面积减小，提示患者有感知能力下降。但 P3 检查不能作为痴呆的病因诊断。

(5) 头颅 CT 及 MRI 检查：除外颅内病因，显示颞叶内侧区域局部萎缩支持 AD 诊断；不典型 AD 如后部皮质萎缩，发现顶颞叶萎缩具有意义；还有助于评估脑血管性改变，如白质异常信号、腔隙状态和微出血。

(6) 18-氟脱氧葡萄糖 (FDG) 正电子发射断层摄影 (PET): 测量神经元和胶质细胞对葡萄糖的摄取, 是反映突触功能障碍的敏感指标。显示颞顶叶和后扣带回代谢率及葡萄糖利用率下降支持 AD。A β -PET 皮质淀粉样变具有很高的准确性, 阴性的排除价值很高, 认知障碍患者如 A β -PET 阴性则不太可能是 AD。tau-PET 与 AD 临床综合征有较好的相关性, 可很好地反映低代谢和萎缩的程度。

五、老年皮肤瘙痒症

【诊断要点】(2023 年新增)

2023 年: 仅有瘙痒症状而无原发损害就排除了瘙痒性皮肤病 (炎性和非炎性) 的可能。泛发性瘙痒症, 要寻找全身性系统性疾病的因素, 需要实验检查: 血、尿、粪三大常规, 肝、肾功能及血糖等。局限性瘙痒, 除外虱病可找到其成虫或虫卵。疥疮则注意指缝, 特征性隧道, 疥疮结节, 集体发病史, 并可找到疥虫或虫卵。

【处理要点】(2023 年新增)

2023 年: 目前临床上治疗困难, 无特效方法。原则上治疗原发病, 排除病因, 镇静止痒, 中西医结合, 全身治疗和局部治疗相结合。

八、跌倒

1. 心脑血管病

【诊断要点】(【诊断要点】改为【诊断】内容)(2023 年变化)

2022 年: 【诊断要点】跌倒可引起严重的后果, 如脑外伤 (脑挫裂伤、硬膜下和硬膜外血肿、颅内血肿、蛛网膜下腔出血)、骨折 (颅骨、肋骨、股骨、椎骨骨折), 也可出现内脏损伤。因此, 许多老年人不敢行走, 活动量减少, 因而影响其他脏器功能; 部分患有抑郁症者, 反复跌倒外伤可导致肢体功能障碍和其他疾病 (如反复脑外伤可导致癫痫、帕金森综合征等)。

老年人跌倒后容易发生骨折。骨折常迫使老人卧床不能活动, 很容易引起肺炎、压疮、血管栓塞及泌尿系感染等严重并发症, 重者可导致生命危险。若老年人平时心肺代偿功能较好, 内科情况尚能耐受手术, 应争取手术治疗, 这不但能

消除骨折引起的疼痛，而且能使老人早日坐起活动，或扶拐离床（患肢不踩地负重），以减少或避免上述各种并发症。

2023年：**【诊断】**跌倒可引起严重的后果，如脑外伤（脑挫裂伤、硬膜下和硬膜外血肿、颅内血肿、蛛网膜下腔出血）、骨折（颅骨、肋骨、股骨、椎骨骨折），也可出现内脏损伤。因此，许多老年人不敢行走，活动量减少，因而影响其他脏器功能；部分患有抑郁症者，反复跌倒外伤可导致肢体功能障碍和其他疾病（如反复脑外伤可导致癫痫、帕金森综合征等）。

老年人跌倒后容易发生骨折。骨折常迫使老人卧床不能活动，很容易引起肺炎、压疮、血管栓塞及泌尿系感染等严重并发症，重者可导致生命危险。若老年人平时心肺代偿功能较好，内科情况尚能耐受手术，应争取手术治疗，这不但能消除骨折引起的疼痛，而且能使老人早日坐起活动，或扶拐离床（患肢不踩地负重），以减少或避免上述各种并发症。

1. 心脑血管病

【诊断】（2023年新增）

2023年：老年人跌倒不一定诊断为跌倒或者跌倒综合征（症），比如说因意外发生的摔倒或者绊倒，多可以诊断为跌倒的后果，如骨折、外伤等。老年人跌倒综合征（症）的诊断需具备：①跌倒的事实；②年龄（ ≥ 60 岁）；③与年龄相关的跌倒危险因素；④跌倒的发生与危险因素间有必然的联系。

具备①+②+③+④为确诊病例，具备①+②和/或④为疑诊病例。

【处理要点】（2023年变化）

2022年：**【处理要点】**

2023年：**【跌倒的预防与健康指导】**

第九章 社区用药

第一节 药物学基础

二、药物的体内过程（2023年变化）

2022 年：1. 吸收和体内分布吸收是指药物经过口服（胃肠道给药）、注射（肌肉、静脉、皮下或动脉）、呼吸道、经皮给药而进入**体内**的过程。分布是指药物吸收入血后从血液向组织、细胞间液和细胞内液转运的过程。药物在血液中首先与血浆蛋白结合，通过循环迅速向全身组织分布，首先向血流量大的器官分布，其次向血流量小的组织转移，这种现象称为再分布。在体内分布过程中，药物在靶器官内的浓度决定药物效应强弱，故测定血浆药物浓度可以估算药物效应强度。

2. 屏障由于血-脑脊液屏障的作用，药物在脑组织浓度一般较低。但几乎所有的药物都能穿透胎盘屏障进入胚胎循环，故在妊娠期间应禁用对胎儿发育有影响的药物。

2023 年：1. 吸收和体内分布吸收是指药物经过口服（胃肠道给药）、注射（肌肉、静脉、皮下或动脉）、呼吸道、经皮给药而进入**血液循环**的过程。分布是指药物吸收入血后从血液向组织、细胞间液和细胞内液转运的过程。药物在血液中首先与血浆蛋白结合，通过循环迅速向全身组织分布，首先向血流量大的器官分布，**如脑、肝、肾、肺**；其次向血流量小的组织转移，这种现象称为再分布。在体内分布过程中，药物在靶器官内的浓度决定药物效应强弱，故测定血浆药物浓度可以估算药物效应强度。

2. 屏障由于血-脑脊液屏障的作用，药物在脑组织浓度一般较低。但几乎所有的药物都能穿透胎盘屏障进入胚胎循环，故在妊娠期间应禁用对胎儿发育有影响的药物。**血眼屏障可影响药物在眼内的浓度，脂溶性药物或分子量小于 100Da 的水溶性药物易于通过。**

6. 合理用药原则（2023 年新增）

2022 年：（3）了解和掌握影响药物作用的各种因素。用药必须个体化，不能单纯公式化。

2023 年：（3）了解和掌握影响药物作用的各种因素。**考虑患者全身情况及肝、肾功能的状态**，用药必须个体化，不能单纯公式化。

第二节 特殊人群用药原则

（三）老年人易出现不良反应的药物及对策

13. 地高辛（2023 年删除）

2022 年：老年人肾清除能力衰退使药物半衰期延长，血药浓度增加，常规剂量易出现中枢性毒性（恶心、呕吐）或心脏毒性（**心律不齐**、房室传导阻滞、窦性停搏等）。应按老年人非脂肪体重计算，或按肾功能调整剂量，严密观察临床反应，有条件时监测血药浓度。

2023 年：老年人肾清除能力衰退使药物半衰期延长，血药浓度增加，常规剂量易出现中枢性毒性（恶心、呕吐）或心脏毒性（房室传导阻滞、窦性停搏等）。应按老年人非脂肪体重计算，或按肾功能调整剂量，严密观察临床反应，有条件时监测血药浓度。

第三节 药品不良反应与不良事件

（2023 年删除）

2022 年：三、药品不良反应/事件的**可能原因**

2023 年：三、药品不良反应/事件

第四节 抗感染药物合理应用

（2023 年变化）

2022 年：【概述】【作用机制】【耐药机制】【体内分布及药动学特征】【合理使用原则】

2023 年：一、概述 （一）作用机制 （二）耐药机制
（三）体内分布及药动学特征 （四）合理使用原则

二、青霉素类

（四）青霉素类与其他药物的相互作用（2023 年变化）

2022 年：1. 丙磺舒、阿司匹林、吲哚美辛、保泰松、**磺胺药可减少青霉素类在肾小管的排泄**，使青霉素类的血药浓度增高，消除半衰期延长，不良反应也可能增加。

2023 年：1. 丙磺舒、阿司匹林、吲哚美辛、保泰松，可竞争性抑制 β -内酰胺类抗生素从肾小管的分泌，使青霉素类排泄减慢，血药浓度增高，消除半衰期延长，不良反应也可能增加。

二、青霉素类

（四）青霉素类与其他药物的相互作用（2023 年新增）

2022 年：2. 与酶抑制剂联用，因克拉维酸、舒巴坦等酶抑制剂可使细菌所产生的 β -内酰胺酶失效，因而可以解决细菌的耐药性而增效，但仍不能解决铜绿假单胞菌、沙雷菌及某些变形杆菌的耐药性。目前已有舒他西林及复方阿莫西林等在临床使用。

3. 青霉素类与氨基糖苷类不可在同一注射器内使用，以免降效，至于两者是否联合使用，则应视具体情况而定。

2023 年：1. 丙磺舒、阿司匹林、吲哚美辛、保泰松，可竞争性抑制 β -内酰胺类抗生素从肾小管的分泌，使青霉素类排泄减慢，血药浓度增高，消除半衰期延长，不良反应也可能增加。

2. 与酶抑制剂联用，因克拉维酸、舒巴坦等酶抑制剂可使细菌所产生的 β 内酰胺酶失效，因而可以解决细菌的耐药性而增效，但仍不能解决铜绿假单胞菌、沙雷菌及某些变形杆菌的耐药性。目前已有舒他西林及复方阿莫西林等在临床使用。

3. 青霉素类与氨基糖苷类具有协同抗菌作用，抗菌谱扩大，抗菌机制不同而使抗菌活性增强，但两者不可在同一注射器内使用，以免降效，至于两者是否联合使用，则应视具体情况而定。

5. 青霉素类不可与重金属，尤其是铜、锌、汞配伍，以免影响其活性。

6. 氨基酸营养液可增强青霉素类的抗原性，不可联用。

三、头孢菌素类

4. 头孢克洛（2023 年新增）

2023 年：本品为第二代头孢菌素类。

（三）头孢菌素类在临床用药中应注意的问题（2023 年变化）

2022 年：5. 头孢哌酮可导致低凝血酶原血症或出血，合用维生素 K 可预防出血；本药亦可引起戒酒硫样反应。用药期间及治疗结束后 72 小时内应避免摄入含酒精饮料。

6. 头孢哌酮、头孢拉定、头孢曲松等均能使乙醇代谢停止在乙醛形成阶段，致乙醛在体内蓄积，出现戒酒样反应。表现为面部发热潮红、视觉模糊、头痛、恶心呕吐、胸闷等，甚至会出现昏迷。故应用头孢菌素类或停用头孢菌素类 3 天内，应避免饮酒或服用含乙醇的食物和药物。

2023 年：5. 头孢哌酮可导致低凝血酶原血症或出血，合用维生素 K 可预防出血；本药亦可引起“双硫仑”反应。用药期间及治疗结束后 72 小时内应避免摄入含酒精饮料。

6. 头孢哌酮、头孢拉定、头孢曲松等均能使乙醇代谢停止在乙醛形成阶段，致乙醛在体内蓄积，出现“双硫仑”反应。表现为面部发热潮红、视觉模糊、头痛、恶心呕吐、胸闷等，甚至会出现昏迷。故应用头孢菌素类或停用头孢菌素类 3 天内，应避免饮酒或服用含乙醇的食物和药物。

三、氨基糖苷类抗生素（2023 年变化）

2022 年：三、氨基糖苷类抗生素

2023 年：（三）氨基糖苷类抗生素简介

（四）氨基糖苷类在临床用药中应注意的问题

1. 用药途径（2023 年变化）

2022 年：口服不吸收

2023 年：1. 用药途径口服很难吸收，

3. 肾毒性反应（2023 年变化）

2022 年：主要损害近端肾曲管，可出现蛋白尿、管型尿，继而出现红细胞；尿量减少或增多，进而发生氮质血症、肾功能减退等。肾毒性大小次序为卡那霉素=西索米星>庆大霉素=阿米卡星>妥布霉素>链霉素。

2023 年：主要损害近端肾曲管，可出现蛋白尿、管型尿，继而出现红细胞；尿量减少或增多，进而发生氮质血症、肾功能减退等。肾毒性大小次序为卡那霉素=西索米星>庆大霉素>妥布霉素>阿米卡星>链霉素。

五、大环内酯类

1. 红霉素（2023 年变化）

2022 年：【适应证】其抗菌作用和青霉素 G 相似而且还要广一些。可用于多种感染，如流感杆菌所致的上感、支原体肺炎、军团菌肺炎、淋病、百日咳、前列腺炎等。

2023 年：【适应证】其抗菌效力不及青霉素，临床上常用于耐青霉素的金黄色葡萄球菌感染和青霉素过敏者。可用于多种感染，如流感杆菌所致的上感、支原体肺炎、军团菌肺炎、淋病、百日咳、前列腺炎等。

5. 阿奇霉素

【不良反应及注意事项】（2023 年变化）

2022 年：①本品只适用于中、轻症肺部感染者；②对红霉素类过敏者禁用；③肝功能不良者慎用，肾功能不良者注意监测。

2023 年：①本品只适用于中、轻症肺部感染者；②对红霉素类过敏者禁用；③轻度至中度肝、肾功能不全者可以应用。

七、磺胺类

4. 磺胺嘧啶银（SD-Ag）及磺胺嘧啶锌（SD-Zn）（2023 年新增）

2022 年：【适应证】常用其 1%~2%乳膏外用，防治创面感染。

2023 年：【适应证】常用其 1%~2%乳膏外用，防治创面感染，并促进创面干燥、结痂及愈合。

十、抗结核药

（三）化疗方案的制订与调整用药的基本原则（2023 年变化）

2022 年：（2）对耐药患者的化疗方案中，至少包含有 4 种或 4 种以上患者未曾用过或病原菌对之敏感 的药物。

2023 年：（2）对耐药患者的化疗方案中，包含 4 种及以上患者未曾用过或病原菌对之敏感的药物。

常用的抗真菌药物

（二）三唑类药物

1. 氟康唑 【用法用量】（2023 年变化）

2022 年：氟康唑可供口服或静脉滴注。口服及静脉给药生物利用率相近，超过 90%，食物不影响吸收。口服和静脉给药可产生相同的血药浓度，在很大的剂量范围内，血药浓度随剂量的增加而增大。能透过血脑屏障，并可穿入透析液中。与其他唑类抗真菌药物不同，氟康唑的蛋白结合率低（约 12%）。

2023 年：氟康唑可供口服或静脉滴注。口服及静脉给药生物利用率相近，超过 90%，食物不影响吸收。口服和静脉给药可产生相同的血药浓度，在很大的剂量范围内，血药浓度随剂量的增加而增大。能透过血脑屏障，并可穿入透析液中。与其他唑类抗真菌药物不同，氟康唑的蛋白结合率低（仅 11%）。

十二、抗病毒药

3. 利巴韦林（2023 年变化）

2022 年：【不良反应】详见说明书。

2023 年：【不良反应】常见的不良反应有贫血、乏力等，停药后即消失。动物实验有致畸作用。因本品可抑制齐多夫定转变成活性型的磷酸齐多夫定，故有齐多夫定同用时有拮抗作用。