

湖北省卫生健康委员会办公室文件

鄂卫办通〔2022〕6号

关于印发“323 健康问题”防治指南 (大众版)的通知

各市、州、直管市、神农架林区卫生健康委，“323”攻坚行动管理办公室、各专病防治中心：

为贯彻落实省委省政府关于“323”攻坚行动部署，省卫生健康委组织各专病防治中心编制了《“323 健康问题”防治指南》（专业版、基层版、大众版），专业版和基层版防治指南由各专病防治中心印发并组织培训，现将《“323 健康问题”防治指南》（大众版）现印发你们，请结合实际开展健康科普。

湖北省卫生健康委员会办公室

2022年1月26日

（政务公开形式：主动公开）



湖北省心血管疾病防治指南

(大众版)

冠心病

湖北省卫生健康委员会组织相关学科专家，结合我省实际，面向全省群众，制定冠心病防治指南大众版，以进一步提高全省冠心病的科普宣教水平。

一、冠心病离我们有多远

“冠心病？我这么年轻怎么会有？”“我身体好好的，不可能得冠心病。”这是很多门诊患者对医生的回答。然而统计数据却表明我国冠心病患者数量在迅速增加。

事实上，心血管疾病已成为第一大严重威胁人们健康的疾病。随着老龄化程度加重、生活水平改善和不良生活方式所致糖尿病、高血压以及肥胖人群的增加，我国冠心病防治形势日趋严峻。按照最近的调查结果估计，我国目前冠心病人数有 1100 万，并在逐年攀升，如不加控制，到 2030 年，仅急性心肌梗死的患者人数将井喷式上升到 2263 万。所以说，冠心病，它离您真的很远吗？

引起我国冠心病患病率急剧增加可能有以下原因：首先是由于我国经济的迅速发展，生活水平提高引起膳食结构改变，膳食中的热量、蛋白质、脂肪来源从以植物为主转向以动物为主，

总热量过剩，同时不健康不科学的生活模式，热量摄取过多，体力活动减少导致肥胖、糖尿病、高血压与血脂异常等代谢异常患者越来越多，而这些代谢异常会促进冠心病的发生发展；其次，社会的发展，生活压力的增加，导致焦躁、抑郁等各种情绪也会增加冠心病的发病；另外社会老龄化也是重要原因，而冠心病与年龄相关，年龄越大，患病率越高。这些因素共同导致了冠心病发病率的增加。

二、冠心病诊断与分类

（一）定义

冠心病，即冠状动脉粥样硬化性心脏病，指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞，或（和）冠状动脉功能性改变（痉挛）和血栓形成导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病，简称为冠心病，亦称缺血性心脏病。

（二）分类

冠心病常表现为慢性、进展性过程，依据临床特点，可将其分为急性冠脉综合征（ACS）和慢性冠脉综合征（CCS）。

1. 急性冠脉综合征（ACS）

是以冠状动脉粥样硬化斑块破裂或侵袭，继发完全或不完全闭塞性血栓形成为病理基础的一组临床综合征。ACS包括不稳定型心绞痛（UA），非ST段抬高型心肌梗死（NSTEMI），ST段抬高型心肌梗死（STEMI）。

2. 慢性冠脉综合征（CCS），或慢性缺血综合征（CIS）

是一动态变化的疾病过程，指以下 3 种情况：即慢性稳定性劳力型心绞痛、缺血性心肌病和急性冠状动脉综合征之后稳定的病程阶段。

3. 冠心病有哪些特点？

- (1) 中老年人的常见病和多发病之一
- (2) 终身疾病
- (3) 可预防可控制疾病
- (4) 需配合管理的疾病
- (5) 病情不断变化的疾病

三、哪些人容易患上冠心病

以下均为冠心病的危险因素，即可以使冠心病患病率增加的因素。危险因素包括不可干预的危险因素和可干预危险因素，针对危险因素进行控制，可预防冠心病的发生，降低患病率及死亡率。其中不可干预的危险因素：包括性别、年龄和遗传因素这些因素无法干预，但可以帮助评估个体罹患冠心病的风险。可干预的因素有吸烟、饮酒、饮食、运动少、肥胖、高脂血症、血糖异常及高血压。应该积极控制此类危险因素，减少冠心病的发生。

(一) 性别、年龄

临床上多见于 40 岁以上的中老年人，49 岁以后进展较快，近年来临床发病年龄有年轻化趋势。女性发病率较低，因为雌激素有抗动脉粥样硬化作用，故女性在绝经期后发病率迅速增加。

(二) 遗传因素

一级亲属男性<55岁，女性<65岁发生疾病，考虑存在早发冠心病家族史。常染色体显性遗传所致的家族性血脂异常是这些家族成员易患本病的因素。此外，近年已克隆出与人类动脉粥样硬化危险因素相关的易感或突变基因200种以上。

（三）吸烟

吸烟可造成心血管病年轻化，使首次发生心肌梗死的时间提前10年。60岁以上吸烟者冠心病相对风险增加2倍，而50岁以下吸烟者冠心病相对风险增加5倍。吸烟使急性心肌梗死患病风险最高增加7倍，使心脏猝死的相对风险增加3倍以上，是猝死最重要的危险因素。

（四）饮酒

我国居民饮酒率高，多数研究认为饮酒不利于健康。

（五）不健康膳食

不健康膳食是心血管病的危险因素，可使心血管病发病风险增加13%~38%。膳食中增加全谷物的摄入，可降低15%的冠心病和25%的脑卒中发生风险。限盐补钾可使高血压患者全因死亡风险降低33%。膳食中增加含 $\omega-3$ 多不饱和脂肪酸的食物（如深海鱼、坚果等），可以降低8%的心肌梗死和7%的冠心病发生风险。

（六）身体活动不足

心脏病发病风险均与身体活动不足有关，总身体活动量与心血管病死亡呈显著负相关。运动康复能够延缓动脉粥样硬化

进展，降低急性缺血性冠状动脉事件的发生率和住院率，使冠心病患者5年病死率减少21%~34%。

（七）超重、肥胖

超重、肥胖者通常伴有高血压、高血脂和高血糖等多种危险因素，控制超重和肥胖可减少心脑血管病的发病和死亡。与正常体重者相比，超重和肥胖者冠心病的发生风险分别增加了13%和39%。

（八）社会心理因素

社会心理因素对心脑血管病的发生、发展有一定的影响。抑郁、焦虑可导致心血管事件的发生、发展，并导致冠心病患者死亡率增加。敌意或愤怒等A型行为也是心血管事件发生的影响因素。

（九）血脂异常

总胆固醇水平与冠心病发病和死亡呈独立的、连续的、显著的正相关关系，若伴随高血压等其他心血管病危险因素，则冠心病风险显著升高；血浆LDL-C水平升高与心肌梗死或冠心病死亡风险呈显著正相关。

（十）糖尿病

糖尿病与动脉粥样硬化性心血管病(ASCVD)关系密切。排除其他危险因素，糖尿病患者心血管病不良结局(心血管病死亡、冠心病、缺血性脑卒中)发生风险增加2倍。即使没有糖尿病病史，随着空腹血糖水平的升高，人群冠心病发生风险也明显增加。

（十一）高血压

血压水平与心脑血管病发病和死亡风险存在密切的因果关系。收缩压（SBP）每升高 20mmHg 或舒张压（DBP）每升高 10mmHg，心脑血管病发生风险倍增。

四、冠心病的临床表现和识别

（一）冠心病的典型症状

冠心病的发作常常与季节变化、情绪激动、体力活动增加、饱食、大量吸烟和饮酒等有关。

心绞痛以发作性胸痛为主要临床表现，特点为：

1. 部位。主要在胸骨体上中段之后可波及心前区，有手掌大小范围，界限不很清楚。常伴有左肩、左臂内侧达无名指和小指，甚至颈、咽或下颌部的疼痛。

2. 性质。胸痛常为压迫、发闷或紧缩性，也可有烧灼感，但不尖锐，不像针刺或刀扎样痛，偶伴濒死的恐惧感。发作时，患者往往不自觉地停止原来的活动，直至症状缓解。

3. 诱因。发作常由体力劳动或情绪激动（如愤怒、焦急、过度兴奋等）所激发，饱食、寒冷、吸烟、心动过速等亦可诱发。疼痛发生于劳力或激动的当时，而不是在一天劳累之后。典型的心绞痛常在相似条件下发生。

4. 持续时间。疼痛出现常会逐步加重，然后在 3~5 分钟内逐渐消失，一般在停止原来诱发症状的活动后缓解。舌下含服硝酸甘油也能在几分钟内使之缓解。可数天或数星期发作一次，亦可一日内多次发作。若疼痛程度重，伴有全身冷汗，恶心呕吐，

濒死感，甚至晕厥，症状持续不能缓解，要警惕急性心肌梗死。

（二）居民如何识别

出现下面的特征，需要引起高度重视，要及时就医，尽早发现冠心病。1. 劳累或精神紧张时出现胸骨后或心前区闷痛和压痛，并且向左肩部、左上臂放射，一般情况下会持续3~5分钟，休息以后可自行缓解。2. 体力活动时出现胸闷、心悸、气短，休息时自行缓解。3. 出现与运动有关的头痛、牙痛。4. 饱餐、寒冷或看惊险电影时出现胸痛、心悸。5. 夜晚睡眠的时候，当枕头低的时候感到胸闷、憋气，高枕卧位后感觉到舒适。6. 性生活或用力排便时出现心慌、胸闷、气急或胸痛不适。7. 听到高分贝的噪音引起心慌、胸闷。8. 反复出现脉搏不齐、不明原因的心跳加速或过缓者。

五、如何做好冠心病稳定期日常管理

（一）慢性冠脉综合征管理的基本原则

虽然限于目前医学水平，冠心病仍然是一种不可根治的疾病，需要终身治疗。但是您不必担心，冠心病是可以预防 and 控制的。通过对危险因素及疾病的综合管理。您完全可以控制冠心病，避免心肌梗死，预防心衰的发生，使您与正常人一样拥有美好的生活。而进行综合管理人即为您本人，您只有掌握了自我管理知识和技能，并应用于日常生活中，密切配合治疗，才能使各种治疗方案行之有效。为此，您需要询问医生如何接受较完善的冠心病教育管理相关培训，并请医生在生活方式干预和药物治疗等方面

进行个体化指导。

（二）冠心病教育和管理的

每位冠心病病友一旦诊断就应接受冠心病教育和管理的，即系统的冠心病自我管理培训。您可以参与湖北省心血管防治中心举办的“心血管病健康宣教活动”，了解冠心病的一般知识；也可以参与社区各种形式的小组教育，对冠心病的疾病特点和不同发展阶段的特征，以及冠心病病友共同关注的问题进行充分讨论，在对自己的治疗方案与管理策略有明确的认识的基础上配合治疗；并接受医生给您提供的一对一个体化的饮食、运动、用药及监测指导，更有针对性地学会日常生活中行为改变的具体方法，最终使您的疾病得到全面控制。

（三）冠心病患者的膳食指导

膳食干预方案要视个人情况有针对性地制订。依据个体膳食评估结果，结合自身的体重、血压、血糖、血脂等代谢状况，综合制订干预方案。总原则为控制总能量摄入，保持碳水化合物、脂肪、蛋白质三大主要营养素供能比在合适范围内，同时保证微量营养素充足。针对不同心血管病状况人群，具体建议如下：

1. 一般人群

食物多样化，主粮粗细搭配，建议每日摄入12种、每周达到25种食物。增加粗杂粮、杂豆和薯类摄入。保证每天摄入500g蔬菜，深色蔬菜（深绿、橙红及紫色）能占50%以上。每天摄入至少250g的新鲜水果，强调果汁不能代替鲜果。建议每周吃2~

3次鱼，每次达到50g，有条件的选择深海鱼类。适量摄入大豆、坚果类，每天不超过50g，但强调要计入总能量。每天饮用300g鲜奶或相当量的奶制品（奶粉30~36g）。控制畜禽肉的摄入量，每天不超过75g。食用油摄入控制在25g/d。食盐摄入尽量减少至6g/d。不建议吸烟饮酒。

2. 心血管病高危人群及患者膳食建议

食不过量，清淡饮食，控制总能量摄入，每餐吃七八成饱。食物种类多样化，粗细搭配（参考一般人群）。三餐定时定量，少食多餐，细嚼慢咽。改变进餐顺序，先吃蔬菜再吃肉类，最后吃主食。减少精白米面主食、肥肉、油炸烧烤食品、奶油蛋糕、糖果、动物脑及内脏摄入。每天烹调油<25g。日常烹调以蒸、煮、拌、炖、卤等少油制法为主，定时定量、少吃零食、细嚼慢咽。除减少食盐摄入外，增加富含钾的新鲜蔬菜水果（如菠菜、香蕉、枣）、菌类、山药、马铃薯等食物摄入。足量饮水。不吸烟、不饮酒，如果有此类嗜好，尽早戒除。

（四）冠心病患者体育运动

规律的体育运动对每个人都非常重要，但对于患有冠心病的您来说，体育运动对于您疾病的管理具有更加重要的意义。作为冠心病患者，您需要在专业人员指导下进行运动。

建议所有冠心病患者在日常锻炼强度（如工作间歇的步行，家务劳动）的基础上，每周至少5天进行30~60分钟中等强度的有氧锻炼，如健步走，以增强心肺功能。对所有患者，建议

根据体育锻炼史和/或运动试验情况进行风险评估来指导治疗和改善预后。推荐首诊时发现具有缺血风险的患者参与医学监督项目（如心脏康复）和由医生指导下基于家庭的锻炼项目。

运动时应注意的一些问题：

1. 在运动之前，您应该在医护人员的帮助下制定适合您的运动计划。

2. 应选择合脚、舒适的运动鞋和袜。在正式运动前应先做低强度热身运动，将正式运动中要用到的肌肉伸展开，以免拉伤。

3. 运动过程中注意心率变化及感觉，如轻微喘息、出汗等，以掌握运动强度。若出现乏力、头晕、心慌、胸闷、憋气、出虚汗，以及腿痛等不适，应立即停止运动，原地休息。若休息后仍不能缓解，应及时到附近医院就诊。

4. 运动即将结束时，再做5~10分钟的恢复整理运动，并逐渐使心率降至运动前水平，而不要突然停止运动。

提醒您：运动的总原则是“循序渐进、量力而行、持之以恒”。希望您能养成健康的生活习惯，将有益的体力活动融入到日常生活中。

（五）冠心病的治疗原则

1. 避免各种诱发因素：如避免进食过饱（尤其是饱餐后运动）、戒烟限酒、避免过度劳累、减轻精神负担、保持充足睡眠；避免感染；避免输液量过多或输液速度过快。

2. 控制危险因素：积极控制可控制的危险因素，如戒烟戒酒，

控制体重，控制血压血糖血脂在合理范围。

3. 按医嘱口服药物：根据专科医生意见，按时口服药物，切记自行停药或者换药。

4. 定期随访：根据专科医生意见，在社区卫生院进行定期随访，检测血压血糖血脂体重情况，并根据实际情况进行调整。

5. 进行心脏康复：专科医生进行心脏康复评估，制定个体化心脏康复方案。

（六）心肌梗死如何急救

急性心肌梗死的救治效果具有极强的时间依赖性，急性期心肌梗死患者若能得到及时有效的治疗，可大大降低病死率和致残率。早期溶栓和介入治疗开通病变血管可以减少死亡率，有效预防并发症的发生，然而溶栓及介入治疗都有严格的时间窗，时间就是生机。所以提高公众急性心肌梗死急救意识至关重要。

一旦胸痛持续不能缓解，患者或家属应立即让患者安静休息，舌下含服硝酸甘油或者速效救心丸，并拨打 120，还可通过胸痛地图 APP 精准导航，快速查找并送往本地区距离最近的有胸痛中心的地图医院。目前，湖北省心血管疾病防治中心发布了湖北省胸痛急救地图，之后我省多个地市也发布了区域胸痛地图，目前具有静脉溶栓条件及急诊 PCI 的三级或二级医院已纳入地图。

高 血 压

一、高血压的诊断和分类

(一) 哪些人容易患上高血压

我省高血压病的主要危险因素(可改变的)为超重、肥胖、高盐饮食、吸烟、过量长期饮酒、对高血压认知差、食用动物油、睡眠时间不足、身体活动不足等。

(二) 高血压有哪临床表现?

绝大多数的高血压患者起病缓慢,没有特殊的临床表现,仅在测量血压或者发生心、肾、脑等并发症的时候才被发现;部分人会出现高血压头痛。

(三) 高血压如何诊断?

在未使用降压药物的情况下,非同日3次测量血压,SBP \geq 140mmHg和(或)DBP \geq 90mmHg。我国血压分类下表。

血 压 分 类

	收缩压(mmHg)	两者关系	舒张压(mmHg)
正常血压	<120	和	80
正常高值血压	120~139	和	80~89
高血压	\geq 140	和(或)	\geq 90

注:以上分类适用于18岁以上任何年龄的成年人。

(四) 如何有效测量血压?

要求温度适宜、环境安静无噪音;测血压前内不喝咖啡或酒、心绪平稳、排空膀胱、静坐休息;坐位测量需要准备适合患者手臂

高度的桌子以及有靠背的椅子；卧位测量需确保肘部能外展 45°。

（五）高血压如何分类？

约 90% 高血压的发生并没有明确病因，称为原发性高血压。还有约 10% 的高血压是可以找到发病原因的，称为继发性高血压。例如，肾性高血压；主动脉缩窄；内分泌性高血压；药物性高血压；阻塞性睡眠呼吸暂停综合征；遗传性高血压。

二、高血压的评估

高血压评估的内容包括以下三方面：①收集心脑血管危险因素，确定血压水平分级；②判断高血压的原因，区分原发性或继发性高血压；③评估心脏、脑、肾脏、视网膜和血管系统结构和/或功能等靶器官损害情况，从而指导诊断与治疗。

三、高血压管理的基本原则

（一）管理目标

进行综合干预，包括开展全方位生活方式干预（营养指导、运动处方、心理干预等）和药物治疗，提高高血压的治疗率和控制率，预防心脑血管事件。单纯高血压患者血压应降至 $<140/90\text{mmHg}$ ，能耐受者可进一步降至 $<130/80\text{mmHg}$ 。

（二）生活方式干预

高血压患者应控制体重，将体重维持在健康范围内（BMI: $18.5\sim 23.9\text{kg}/\text{m}^2$ ，男性腰围 $<90\text{cm}$ ，女性 $<85\text{cm}$ ）；适度减少钠盐摄入，钠的摄入量减少至 $2400\text{mg}/\text{d}$ （6g 氯化钠），同时增加膳食中钾摄入量，增加富钾食物（新鲜蔬菜、水果和豆类）的摄

入量；饮食以水果、蔬菜、低脂奶制品、富含食用纤维的全谷物、植物来源的蛋白质为主，减少饱和脂肪和胆固醇摄入；强烈建议并督促高血压患者戒烟戒酒；建议高血压患者除日常生活的活动外，每周 4~7 天，每天累计 30~60 分钟的中等强度运动（如步行、慢跑、骑自行车、游泳等）；还应对高血压患者进行压力管理，避免负性情绪，保持乐观和积极向上的态度。

四、高血压的药物治疗

（一）降压药物治疗的时机

取决于心血管风险评估水平，在改善生活方式的基础上，血压仍超过 140/90mmHg 和/或目标水平的患者应给予药物治疗。

（二）降压药应用基本原则

常用降压药物包括 CCB、ACEI、ARB、利尿剂和 β 受体阻滞剂五类，此外，血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（沙库巴曲缬沙坦）用于治疗原发性高血压，以上单药或组成固定配比复方制剂均可作为初始和维持用药的选择，根据患者合并症的不同和药物疗效及耐受性，以及患者个人意愿或长期承受能力，选择适合患者个体的降压药物。

糖 尿 病

湖北省卫生健康委员会组织相关学科专家，结合我省实际，在《中国2型糖尿病科普版指南(2010年版)》基础上进行了修订，以进一步提高我省2型糖尿病的科普宣教水平。

一、糖尿病离我们有多远

“糖尿病？我要得还早着呢？”“我身体好好的，不可能得糖尿病。”每当医生和人们谈起糖尿病，总会听到类似的回答。但是统计数据却表明我国糖尿病病友数量在迅速增加，糖尿病是否还是那个以前少数有钱人才会得的“富贵病”？它离您真的很远吗？

事实上，糖尿病成为一种常见疾病已经近20年了。自1980年我国开展第一次糖尿病流行病学调查至今，糖尿病患病率已由当时的不足1%增加到10%左右，成为继肿瘤、心血管病之后的第三大严重威胁人们健康的慢性疾病。我国人群属于糖尿病易感者，随着老龄化程度加重、生活水平改善和不良生活方式所致肥胖人群的增加，我国糖尿病防治形势日趋严峻。

按照最近的调查结果估计，我国农村的糖尿病病友人数有4300万，城市的糖尿病病友数达4900万，我国的糖尿病患病人数已比国际糖尿病联盟预测2025年的人数增加了一倍。而在5年以后，我国高血糖（糖尿病加糖耐量受损）的人数或许将超过1亿。

（一）为什么我国糖尿病病友急剧增加？

我国糖尿病患病率急剧增加可能有以下原因：首先是遗传

因素，中国人可能为糖尿病的好发人群。其次，由于我国经济的迅速发展，生活水平提高引起膳食结构改变，膳食中的热量、蛋白质、脂肪来源从以植物为主转向以动物为主，总热量过剩，同时不健康不科学的生活模式，包括对糖尿病的无知，热量摄取过多，体力活动减少导致肥胖，这些构成最重要的环境因素。另外社会老龄化也是重要原因，而2型糖尿病与年龄相关，年龄越大，患病率越高。这些因素共同导致了糖尿病的发病率的增加。

（二）我国糖尿病流行状况有哪些特点？

1. 以2型糖尿病为主：2型糖尿病占93.7%，1型糖尿病占5.6%，其他类型糖尿病占0.7%。新诊断的糖尿病病友中，糖尿病年轻化的情况明显，20岁以下的人群2型糖尿病患病率显著增加。

2. 地区经济发达程度和个人收入情况与糖尿病患病率有关：流行病学研究发现，发达地区的糖尿病患病率明显高于不发达地区，人均年收入与糖尿病的患病率密切相关。在1994年的调查中，人均年收入在5000元以上的人群患糖尿病的患病率是收入在2500元以下的人群的2~3倍。但最近的研究发现，在收入达到一定水平后，糖尿病的患病率都比较高，差别缩小。这说明无需太高的收入水平，糖尿病的患病率就可能有大程度的提高。

3. 未诊断的糖尿病比例高：由于糖尿病早期可无任何症状而未就诊，难以早期发现，若想早期诊断和治疗糖尿病，应该在群众中宣传糖尿病知识，定期对高危人群进行普查。

4. 与肥胖的关系：我国2型糖尿病病友的平均体质指数

(BMI)约为 $25\text{kg}/\text{m}^2$ ，比自然人群的 $23\text{kg}/\text{m}^2$ 要高，但远没有欧美人群肥胖，欧美人群糖尿病病友的平均 BMI 多超过 $30\text{kg}/\text{m}^2$ 。比较 BMI 小于 $25\text{kg}/\text{m}^2$ 的人群，BMI 为 $25\sim 29.9\text{kg}/\text{m}^2$ 的人糖尿病患病率增加 70%。国人只要稍微胖一点，糖尿病患病率就大幅度增高。一种解释是，中国 2 型糖尿病病友的胰岛功能代偿可能较差，在体重增加时易出现胰岛 β 细胞功能衰竭而发生糖尿病。

二、糖尿病诊断与分型（1 型、2 型）

（一）什么是糖尿病？

糖尿病是一种遗传因素和环境因素长期共同作用所导致的慢性、全身性、代谢性疾病，以血浆葡萄糖水平增高为特征，主要是因体内胰岛素分泌不足或作用障碍引起的糖、脂肪、蛋白质代谢紊乱而影响正常生理活动的一种疾病。

（二）糖尿病有哪些特点？

1. 常见病。
2. 终身疾病。
3. 可控制疾病。
4. 需配合部分管理的疾病。
5. 病情不断变化的疾病。

（三）哪些人容易患上糖尿病

1. 糖尿病家族史。
2. 超重、肥胖。

3. 多食少动。
4. 年龄>45岁。
5. 出生时低体重<5斤。
6. 有异常分娩史(如有原因不明的多次流产史、死胎、死产、早产、畸形儿或巨大儿等)。

(四) 糖尿病有哪临床表现?

1. 糖尿病的典型症状:“三多一少”,即多饮、多尿、多食和消瘦(体重下降)。

有典型症状的糖尿病病友通常会主动就诊,而绝大多数的糖尿病病友,特别是2型糖尿病病友都没有任何症状,或者只有一些不引人注意的不舒服,若不加以注意,则慢慢地随着糖尿病的发展,才会出现一些其他并发症症状。

2. 糖尿病的不典型症状:

- (1) 反复生痔长痈、皮肤损伤或手术后伤口不愈合。
- (2) 皮肤瘙痒,尤其是女性外阴瘙痒或泌尿系感染。
- (3) 不明原因的双眼视力减退、视物模糊。
- (4) 男性不明原因性功能减退、勃起功能障碍(阳痿)者。
- (5) 过早发生高血压、冠心病或脑卒中。
- (6) 下肢麻木、烧灼感。
- (7) 尿中有蛋白(微量或明显蛋白尿)。

(五) 糖尿病如何诊断?

糖尿病症状(典型症状包括多饮、多食、多尿和不明原因的

体重下降)加上以下任意一项:

1. 任意时间血浆葡萄糖水平 ≥ 11.1 毫摩尔/升 (200 毫克/分升)。

2. 空腹血浆葡萄糖 (FPG)水平 ≥ 7.0 毫摩尔/升 (126 毫克/分升)。

3. 口服葡萄糖耐量试验 (OGTT)中, 2 小时血糖 (2hPG)水平 ≥ 11.1 毫摩尔/升 (200 毫克/分升)。

☆无糖尿病症状, 则需另日重复检查上述血糖。

☆儿童的糖尿病诊断标准与成人一致。

备注:

1. 糖尿病诊断是依据空腹、任意时间或 OGTT 中 2 小时血糖值诊断。

2. 空腹指至少 8 小时内无任何热量摄入。

3. 任意时间指一日内任何时间, 无论上次进餐时间及食物摄入量。

4. OGTT 是指以 75 克无水葡萄糖为负荷量, 溶于水内口服。

5. 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。

6. 糖化血红蛋白 (HbA1c)不能用来诊断糖尿病, OGTT 检查也不能用来监测血糖控制的好坏。

(六) 糖尿病分型

1.1 型糖尿病

(1) 约占糖尿病总数的 10%，好发于儿童和青少年，发病年龄通常小于 30 岁。

(2) 起病通常较急，多食、多尿、多饮、体重减轻等症状较明显。

(3) 胰岛功能差，血浆 C 肽水平低甚至无法测出，需终身注射胰岛素治疗维持生存。

(4) 病情起伏波动大，不易控制，易发生酮症酸中毒。

(5) 相关抗体如血谷氨酸脱羧酶抗体、胰岛素细胞抗体或胰岛素自身抗体阳性率高，血谷氨酸脱羧酶抗体阳性率最高。

(6) 易伴发其他的自身免疫性疾病，如乔本氏甲状腺炎、阿迪森病、白癜风、自身免疫性肝炎、恶性贫血等。

2.2 型糖尿病

(1) 约占糖尿病总数的 90%，多见于成年人，40 岁以上发病率高。

(2) 有明显的遗传倾向，多有糖尿病家族史。

(3) 初期多为超重或者肥胖体型，病情较缓和，多无明显临床症状，极少数为急性起病，表现为多饮、多尿、酮症而需要暂时性胰岛素治疗。

(4) 血谷氨酸脱羧酶抗体、胰岛素细胞抗体及胰岛素自身抗体等抗体多为阴性。

(5) 初期以运动和饮食控制为主或加口服降糖药，多不需

要注射胰岛素来维持生命。

（七）儿童青少年 2 型糖尿病有升高趋势

随着生活水平的提高，儿童和青少年糖尿病病友发病数目前约占我国糖尿病病友的 5%，且每年以 10% 的幅度上升。目前，全球学龄前儿童糖尿病病友以每年 5% 的速度递增，15 岁以下人群中平均每天增加 200 名糖尿病病友，所以青少年患糖尿病的问题值得全社会关注。

三、糖尿病的管理

（一）糖尿病管理的基本原则

虽然限于目前医学水平，糖尿病仍然是一种不可根治的疾病，需要终身治疗。但是您不必担心，糖尿病是可以预防 and 控制的。通过“五驾马车”的综合管理（以糖尿病教育为核心，进行饮食调整、合理运动、药物治疗及自我监测）和良好的血糖、血脂血压等方面的代谢控制，您完全可以控制糖尿病，避免急性并发症，预防慢性并发症，使您与正常人一样拥有美好的生活。而驾驭“五驾马车”的人即为您本人，您只有掌握了自我管理知识和技能，并应用于日常生活中，密切配合治疗，才能使各种治疗方案行之有效。为此，您需要询问医生如何接受较完善的糖尿病教育管理相关培训，并请医生在生活方式干预和药物治疗等方面进行个体化指导。

（二）糖尿病教育和管理

每位糖尿病病友一旦诊断就应接受糖尿病教育和管理，即

系统的糖尿病自我管理培训。您可以参与“糖尿病教育大课堂”活动，通过糖尿病专家的系统授课，了解糖尿病的一般知识；也可以参与各种形式的小组教育，对糖尿病的疾病特点和不同发展阶段的特征，以及糖尿病病友共同关注的问题进行充分讨论，在对自己的治疗方案与管理策略有明确的认识的基础上配合治疗；并接受医生给您提供的一对一个体化的饮食、运动、用药及监测指导，更有针对性地学会日常生活中行为改变的具体方法，最终使您的疾病得到全面控制。您所参与这样的教育和指导应该是长期的，并随着病情的进展而不断调整，特别是当您的血糖控制较差需要调整治疗方案，或因出现并发症需要进行胰岛素治疗时，您更应该接受具体的、有针对性的教育和指导。

（三）糖尿病的饮食治疗

无论您患有哪个类型的糖尿病，饮食和营养治疗是糖尿病治疗的重要组成部分之一，是所有治疗的基础，是整个糖尿病自然病程中任何阶段的预防和控制所不可缺少的措施。有些2型糖尿病病友，如能早期诊断，病情轻微者仅通过饮食和运动即可取得显著疗效。反之，若对饮食和营养治疗不予以足够的重视，您的糖尿病就不可能得到理想的控制。不良的饮食结构和习惯还可能导致相关的心血管危险因素，如高血压、血脂异常和肥胖等的出现或加重。

1. 饮食治疗的原则

（1）合理控制总热量摄入。

(2) 平衡膳食，各种营养物质摄入均衡。

(3) 称重饮食，定时定量进餐。

(4) 少量多餐，每日 3~6 餐。

2. 饮食治疗的目标

(1) 为您提供符合生理需要的均衡营养膳食，改善您的健康状况，增强机体抗病能力，提高您的生活质量。

(2) 纠正代谢紊乱，使您的血糖、血压、血脂尽可能达到理想水平，从而减少心血管疾病的危险因素。

(3) 预防和治疗低血糖、酮症酸中毒等急性并发症。

(4) 帮助您尽量达到并维持合理体重。若您的体重超重，则您的体重减少的目标是：体重在 3~6 个月期间减轻 5%~10%；若您是消瘦的病友，则应通过均衡的营养计划恢复理想体重，并长期维持理想体重。

切记：采取饮食和营养治疗并不意味着让您完全放弃所喜爱的食物，而是按照您的饮食习惯帮助您制订合理的饮食计划，使您能够按照计划努力执行。

(四) 糖尿病患者体育运动

规律的体育运动对每个人都非常重要，但对于患有糖尿病的你来说，体育运动对于您疾病的管理具有更加重要的意义。运动可以增加胰岛素的敏感性、改善血糖控制、有利于减轻体重、减少心血管疾病的危险，还有助于减肥和增进您的心理健康。有研究标明，坚持规律运动 12~14 年的糖尿病病友死亡率显著降低。然

而，运动也是有风险的，如增加低血糖的发生率，加重糖代谢紊乱等。因此，您需要在专业人员指导下进行运动。

1. 运动的适应证与禁忌证

(1) 检查

在运动开始之前，应先由医护人员对您的身体状况进行全面检查，确定可以运动后方可进行运动。

(2) 运动适应征

病情控制稳定的 2 型糖尿病；体重超重的 2 型糖尿病；稳定的 1 型糖尿病；稳定期的妊娠糖尿病。

(3) 运动的禁忌证

合并各种急性感染；伴有心功能不全、心律失常，且活动后加重；严重糖尿病肾病；严重糖尿病足；严重的眼底病变；新近发生的血栓；有明显酮症或酮症酸中毒；血糖控制不佳，波动明显。

2. 运动的方法

(1) 运动方式

可以根据您的年龄、身体情况、爱好和环境条件等选择中低强度的有氧运动。低强度的运动包括：购物、散步、做操、太极拳、气功等；中等强度的运动包括：快走、打太极拳、骑车、打高尔夫球和园艺活动等；强度较高的运动包括：舞蹈、有氧健身、慢跑、游泳、骑车上坡等。

(2) 运动频率和时间

每周至少 150 分钟，分 5 天进行，每次运动 30 分钟左右。

同时，您还可以每周进行2次肌肉运动，如举重训练，训练时阻力为轻或中度。

（3）运动强度

应是最大运动强度的60%~70%。通常我们用心率来衡量运动强度，最大运动强度的心率（次/分钟）=200-年龄，那么，糖尿病病友运动时应保持心率（次/分钟）为（200-年龄）×（60%~70%）。简易算法为：运动时保持脉率（次/分钟）=170-年龄。运动强度还可根据您的自身感觉来掌握，即周身发热、出汗，但不是大汗淋漓；或气喘吁吁，但能说话、不能唱歌。

（4）运动时机

应从您吃第一口饭算起，在饭后1小时左右开始运动，因为此时血糖较高，运动时不易发生低血糖。请您切记：千万不要空腹做运动。

（5）其他

您选择的运动时间应相对固定，如每次都是在晚餐后做运动，或是在早餐后做运动，以利于血糖控制稳定。此外，切忌运动量忽大忽小，以免造成血糖明显波动。

3. 运动时应注意的一些问题

（1）在运动之前，您应该在医护人员的帮助下制定适合您的运动计划。

（2）应选择合脚、舒适的运动鞋和袜。在正式运动前应先做低强度热身运动，将正式运动中要用到的肌肉伸展开，以免拉伤。

(3) 如果您是用胰岛素治疗的病友，那么您应该在运动前将胰岛素注射在腹部，因为肢体活动可使胰岛素吸收加快、作用加强，易发生低血糖。

(4) 运动过程中注意心率变化及感觉，如轻微喘息、出汗等，以掌握运动强度。若出现乏力、头晕、心慌、胸闷、憋气、出虚汗，以及腿痛等不适，应立即停止运动，原地休息。若休息后仍不能缓解，应及时到附近医院就诊。

(5) 运动即将结束时，再做5~10分钟的恢复整理运动，并逐渐使心率降至运动前水平，而不要突然停止运动。

(6) 在每次运动结束后应仔细检查您的双脚，若发现红肿、青紫、水疱、血疱、感染等，应及时请专业人员协助处理。

(7) 活动量大或激烈活动时，您应该调整食物及药物，以免发生低血糖。您若自己备有血糖仪，最好在运动前和运动后各检测一次血糖，以掌握运动强度与血糖变化的规律。同时，您应该随身携带糖果，以便出现低血糖时能够及时纠正。

提醒您：运动的总原则是“循序渐进、量力而行、持之以恒”。希望您能养成健康的生活习惯，将有益的体力活动融入到日常生活中。

(五) 糖尿病的治疗

1. 口服降糖治疗

口服药物治疗可以帮助您增加体内胰岛素的分泌或加强胰岛素在体内作用以降低血糖。口服降糖药物根据作用机制的

不同，可以分为促进胰岛素分泌剂的药物（磺脲类药物、格列奈类药物）、促进胰岛素作用的药物（双胍类药物、噻唑烷二酮类药物）、减少葡萄糖肠道内吸收速度的药物（ α -糖苷酶抑制剂）、增加尿糖排出的药物（SGLT-2 抑制剂）和使 DPP-4 失活，通过提高 GLP-1 的水平，发挥控制血糖的作用的药物（DPP-4 抑制剂）。因每种降糖药物针对导致血糖升高的不同环节，因而在临床治疗高血糖时需要在专科医生的指导下使用。

2. 注射类降糖治疗

（1）胰岛素治疗

每天我们在做的事都一样。饮食：一样；运动：一样；药物：一样。但是血糖越来越高。为什么？因为 2 型糖尿病是一个进展性疾病。随着时间的延续病情会越来越重，您需要更多的药物使血糖达标。

最初，可能用一些口服药物还是挺有效的，例如，二甲双胍帮助您抑制肝脏释放更多的葡萄糖入血。胰岛素促泌剂会帮助您多分泌一些胰岛素。噻唑烷二酮类的药物增加胰岛素的敏感性。但是随着年龄的增长， β 细胞功能越来越差，即便使用口服药也无法帮助您产生足够用的胰岛素了。这不是您的错，是 2 型糖尿病必然会发生的自然历程。

如果，机体分泌的内源胰岛素根本无法满足需求时，只有靠注射来补充外源胰岛素了。随着时间的流逝，您会跟 1 型糖尿病差不多。胰岛素分泌很少或没有，这时简单地补充就不够了，而

应该完全注射外源性胰岛素替代。

（2）胰高血糖素样肽—1 受体激动剂治疗

胰高血糖素样肽—1 受体激动剂即 GLP—1 受体激动剂，GLP—1 作用特点包括：①在餐后生成，以葡萄糖依赖的方式促进胰岛 β 细胞分泌胰岛素从而降低血糖，不易诱发低血糖；②抑制胰岛 α 细胞分泌胰高血糖素；③延迟胃排空从而有利于餐后血糖的控制；④降低食欲，减少食物的摄入；⑤抑制肠道分泌脂蛋白并可能降低作为心血管疾病危险因子的餐后高血脂，从而具有心脏保护作用；⑥在体外可调节胰岛 β 细胞再生、增殖和存活。该类药物能够通过 GLP-1 受体，发挥肠促胰岛素的作用而产生降糖效果，是一类既能降血糖，又能降低体重的促胰岛素分泌药物，还在心血管保护作用中表现出优势。

（六）治疗目标

许多病友并不清楚糖尿病的治疗目标。糖尿病是个大坏蛋，我们一定要控制它，不要让它干坏事，才能减少糖尿病的并发症的发生。又因为糖尿病有许多“狐朋狗友”例如高血压、血脂异常、肥胖症等，它们使糖尿病发生并发症的风险以及其危害亦显著增加。因而，糖尿病科学、合理的治疗应该是综合性治疗，它包括降糖、降压、调脂、减重和改变不良生活习惯等措施。糖尿病治疗包括五架马车，它们分别是采用饮食控制、合理运动、血糖监测、糖尿病自我管理教育和使用降糖药物等综合性治疗措施。如果说把控制糖尿病比喻为射击的话，那么，糖尿病的治疗目标

就是射击的靶，如果不明确靶的位置，如何能射中目标呢？所以，在控制糖尿病的征途中，首先必须明确糖尿病治疗的目标。如果将糖尿病比喻成敌人，医生是保家卫国的士兵，那么，血糖监测便是射击练靶的成绩单。因为每个敌人都千差万别，所以，医生得看着练靶成绩单才知道枪是打准了、打偏了还是脱靶了。该怎么用药，怎么调整治疗方案，医生都得根据血糖监测的情况来拟定。对于有条件的病友，建议在家中配备一台血糖仪。

病友不仅要规范监测血糖，还一定要让医生看一看您辛苦劳动换来的宝贵数据，问问医生“我的空腹和餐后血糖应该控制在多少合适？”“怎样让那些超出标准的血糖值达标？”

对于这个问题，有一个简单的口诀：对于 60 岁以下的病友，血糖控制的目标应该是“2、4、6、8”。2、4 即两个 4（4.4），意思是，空腹血糖应控制在 4.4~6.0mol/L，餐后血糖应控制在 4.4~8.0mol/L。对于大于 60 岁，又合并有心血管方面的疾病的病友，要求空腹血糖 < 7.0mol/L，餐后血糖 < 10.0mol/L，讲求平稳降血糖，不可过猛。对于年轻的病友，如四五十岁以下的病友，血糖控制的目标可以更严格些，它们是“4、4、5、6、7、8”，意思就是，空腹血糖应控制在 4.4~5.6mol/L，餐后血糖应控制在 4.4~7.8mol/L，这是非常完美的状态。

如果您的血糖没有达到理想标准，也不要失望。即使糖尿病治疗未能达到理想标准也不应视为治疗失败，控制指标的任何改善对病友都将有益，将会降低相关危险因素引发的并发症风险，

如糖化血红蛋白（HbA1c）水平的降低与糖尿病病友微血管并发症及神经病变的减少密切相关。HbA1c是血糖控制的主要指标，在不发生低血糖的情况下，应使HbA1c水平尽可能接近正常水平（反映正常空腹及餐后血糖浓度）。血糖控制应根据自我血糖监测（SMBG）的结果以及HbA1c水平综合判断，HbA1c水平不仅可评估2~3个月内病友的血糖控制水平，而且还可用于判断血糖检测或病友自我报告血糖检测结果的准确性及SMBG监测次数安排是否足够多。所以，建议每3个月监测一次HbA1c。在重视血糖控制的同时亦应该重视对血脂异常、高血压肥胖或超重等进行调控，这将有利于减低微血管及心血管并发症发生的风险。2型糖尿病理想的控制目标值见下表。

2 型糖尿病理想的控制目标值

指 标		目 标 值
血糖 (mmol/L)	空腹	4.4~6.1
	非空腹	4.4~8
HbA1C (%)		6.5
血压 (mmHg)		130/80
BMI (g/m ²)	男性	25
	女性	24
TC (mmol/L)胆固醇		4.5
HDL—C (mmol/L)高密度脂蛋白		1.0
TG (mmol/L)甘油三酯		1.5
LDL—C (mmol/L)低密度脂蛋白		2.5
尿白蛋白/肌酐比值 (mg/mmol)	男性	2.5 (22m/g)
	女性	3.5 (31m/g)
主动有氧活动 (分钟/周)		150

湖北省脑卒中防治指南

(大众版)

脑卒中，俗称“中风”，临床上称脑血管意外，分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中两大类，是由于脑的供血动脉突然堵塞或破裂所导致。其中缺血性脑卒中（脑梗死）占 85%；出血性脑卒中就是人们常说的脑出血或脑溢血，蛛网膜下腔出血也属于这一类。

脑卒中具有高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率、高经济负担五大特点；它也是一种可防可控的疾病，早期筛查、积极干预效果显著，但实际上我国脑卒中防治知识的知晓率较低。为落实国家脑防委脑卒中防治“关口前移、重心下沉；提高素养、宣教先行”的宏观策略，提高国民对脑卒中防治知识的了解，从而降低脑卒中的发病率、致残率和致死率，湖北省脑血管病防治学会组织省内脑血管病专家，制定脑卒中防治科普宣教方案与规划，旨在为医疗机构有效开展脑卒中科普宣教工作提供指导。

一、中国脑卒中疾病概况

2019 年全球疾病负担研究显示，我国总体卒中终生发病风险为 39.9%，位居全球首位。近 30 年，我国卒中发病率总体呈现不断上升的趋势，并呈现出低收入群体快速增长、地域和城乡差异以及年轻化趋势。根据中国国家卒中筛查调查数据显示，我国 40~74 岁人群首次卒中总体发病率由 2002 年的 189/10 万上升至

2013年的 379 / 10 万，平均每年增长 8.3%。2018 年，中国居民脑血管病死亡率为 149/10 万（死亡人数约 157 万），较 1990 年上升 41%，分别为城市居民的第 3 位死因和农村居民的第 2 位死因。

卒中出院人数及人均医药费用均持续增长，2017 年我国缺血性卒中和出血性卒中患者人均住院费用分别为 9607 元和 18525 元，相比 2007 年分别增长 60%和 118%。

推荐意见：脑卒中发病率、致残率及死亡率高，疾病负担重，开展卒中防治工作意义重大。

二、脑卒中防治科普任务

要降低卒中的发病率和死亡率，首先，应使公众知晓卒中的危险因素，针对危险因素做好预防。脑卒中危险因素知晓率与患者的年龄、文化程度以及从事的职业有密切关系。年轻、文化程度高、行政工作人员知晓率相对较高，农业人群对脑卒中危险因素知晓水平最低。有研究显示危险因素知晓率从高到低依次为高血压病（65%）、糖尿病（36%）、高脂血症（33%）、吸烟（31%）、心脏病（28%）、饮酒（26%），对房颤及高同型半胱氨酸（Hcy）的知晓率最低，仅有 7%。其次，应教育公众知晓卒中常见症状，一旦发生卒中，能够做到尽早识别，及时就诊。关于脑卒中的常见早期症状，居民对肢体无力麻木及口角歪斜的识别率相对较高，为 55.6%，对突发无诱因剧烈头痛的知晓为 49.5%，对脑卒中早期症状全部知晓率仅为 7.6%。居民对溶栓、取栓等脑卒中急救措施知晓率低，仅有 23%知晓静脉溶栓治疗时间窗为发病后 6 小时，

76%的受访者认为溶栓无时间限制。再次，教育公众了解正确的就诊途径，即呼叫急救系统并转运到适合的医院。调查显示，当出现脑卒中症状后，一半以上的患者选择在家观察、自行来院甚至在门诊排队等待而延误溶栓和取栓的最佳时机，拨打 120 的比例仅为 49.32%。

推荐意见：我国民众脑卒中防治知识知晓率低，有必要对公众进行有关卒中危险因素、常见症状、就诊途径等知识的科普宣教。

三、脑卒中科普宣教如何实施

（一）哪些人可以成为脑卒中科普人员

1. 医务人员是脑卒中科普宣教的最天然和最主要的力量，通过通俗易懂的语言将卒中防治知识在短时间内让宣传对象理解并认识到脑卒中的危害、如何预防、如何识别以及发生脑卒中后该怎么办。神经内科医护人员是实施宣教的最核心人员，心内科、内分泌科、营养科，还有社区和基层医院的医护人员（包括乡村医生）也是主要科普人员。脑卒中健康管理师是国家脑防委近几年培养的对脑卒中患者进行健康教育、筛查和随访等全流程管理的专业人员，湖北省脑血管病防治学会每年高质量培养约 200 名健康管理师，他们是科普工作的中坚力量。

2. 医院的宣传科，要把脑卒中科普宣传工作作为重要工作之一，应用自己的专业知识帮助临床科室策划多种形式的宣传活动。

3. 政府相关部门、卫健委、疾控中心人员要从政府、政策层面大力支持脑卒中宣教工作。

4. 热心公益事业的志愿者经过培训后也可成为脑卒中防治科普人员。

（二）通过哪些方式进行科普宣教

1. 传统宣教方式

（1）面对面讲解：医护对门诊和住院的患者及家属进行的宣教；管床医师在查房时，通过了解患者生活习惯、精神心理状态后给予专业并且个性化的指导和宣教；定期举办脑卒中防治科普患教会；宣教人员进社区、到乡村进行的宣教。

（2）通过报纸、宣传栏、壁报、宣传册甚至调查问卷等纸质媒介方式进行宣教。

（3）通过电视台和广播电台制作科普节目：可以每期几分钟的时间，对脑血管疾病的防治进行科普宣教。以上宣传栏、宣传册、广播、电视节目可在公共场所如机场、车站、地铁等处设置。

2. 新传媒宣教方式

互联网的飞速发展改变了人们接受信息的方式，手机 APP 如微信有 12 亿月活跃用户，抖音 38% 的用户日均使用时长超过 30 分钟。以下新传媒方式可用于科普宣教：

（1）微信公众号：微信受众广泛，传播快捷。通俗易懂的短文最受欢迎，若能配以生动的绘图，如猫大夫医学漫画科普，则更受读者青睐。

(2) 抖音短视频：短视频使文字有了表情、声音和动作，视觉、听觉的提升增强了情感和共鸣的传递。

(3) B站：月活跃用户达 1.72 亿，视频日均播放量超过 7 亿，正成为年轻人学习的首要阵地。

(4) 知乎：知乎是一个寻找专业解答的平台，内容涉及生活、健康、教育、科技等各个领域。

(5) 其他：火山小视频、快手、小红书、百度、微博等。

传统媒介是单向传输的信息平台，而新媒体可以双向互动。各级医院应成立专门的宣传小组，除了传统的宣教方式，还可策划制作生动的图文、视频，通过个人、科室、医院、卫生健康部门建立的微信公众号、微博、视频号、抖音等，定期推送和更新。由健康管理师指导患者扫描二维码，关注相关微信公众号，还可进行在线咨询和随访。

3. 科普宣教的对象包括哪些

(1) 医院职工：除了其自身及家人受益，还能帮助非神经科医护了解急性卒中的识别和处置流程，使院内卒中的患者得到及时救治。

(2) 社区、基层医务工作者，公共服务人员：掌握脑卒中知识，可以帮助他们接诊脑卒中高危患者或者已经发生脑卒中的患者时，做出更及时正确的判断，积极转诊，以免延误病情。

(3) 医院门急诊、住院部患者及其家属：即使目前患者并非脑卒中患者，并非在神经内科接受诊疗，都有必要进行宣教。

(4) 卒中高危人群及广大群众：尤其是中年以上，有卒中高危因素的患者。在农村可以村、组为单位，在城市以社区、小区、单位团体为单位进行宣教。从源头上控制脑卒中危险因素，减少发病。尽管脑卒中的好发人群为中老年人，但应在青少年中提倡健康的生活方式，面向大学、甚至中小学学生进行宣教，提倡与实践“自己是健康的第一责任人”。

推荐意见：医务人员、疾控部门、宣传部门、政府机构和志愿者是科普工作的重要组成部分；可采用多种形式的宣教方式，尤其是新型媒体进行科普宣教；宣教对象包括各级医护人员、患者及其家属以及广大群众。

四、脑卒中科普宣教内容

相关人员应通过上述宣教方式，对以下内容进行宣教。

(一) 危险因素控制

脑卒中危险因素包括不可干预的危险因素和可干预危险因素，针对危险因素进行控制，可预防 90% 的脑卒中。

1. 不可干预的危险因素：包括年龄、性别、种族、遗传因素和出生体重。这些因素无法干预，但可以帮助评估个体罹患脑卒中的风险。

2. 可干预的危险因素

(1) 高血压

①各级医院应建立成年人首诊测量血压制度；30 岁以上每年应至少测量血压 1 次。

②正常血压高值者（收缩压 120~139mmHg 和/或舒张压 80~89mmHg）应促进健康生活方式并每年筛查高血压。

③早期或轻度高血压患者首先采用改变生活方式，3 个月效果仍不佳者，应加用药物治疗。中度以上高血压患者除改善生活方式外，应进行持续、合理的药物治疗。

④降压目标：普通患者应将血压降至 $<140/90\text{mmHg}$ ；伴糖尿病或蛋白尿肾病的高血压患者应进一步降低至 $<130/80\text{mmHg}$ 。65~79 岁老年人可降至 $<150/90\text{mmHg}$ ，如能耐受，还应进一步降低至 $<140/90\text{mmHg}$ ； ≥ 80 岁的老人一般降至 $<150/90\text{mmHg}$ 。

⑤H 型高血压为伴有高同型半胱氨酸血症的原发性高血压，有研究显示，中国成年高血压患者中 H 型占 75%，控制 H 型高血压可通过改善生活方式（补充富含叶酸、VitB12 的食物如猕猴桃、菠菜、黄豆）和药物治疗（马来酸依那普利叶酸片）。

（2）吸烟

吸烟者应该戒烟，不吸烟者应避免被动吸烟。可采用综合性措施对吸烟者进行干预，包括心理辅导、尼古丁替代疗法、口服戒烟药物等。“轻松戒烟法”的创建者、英国的亚伦·卡尔的著作《这书能让你戒烟》已经让上千万人成功戒烟，值得推荐。各地政府部门应尽快制定公共场所禁烟法规，以减少吸烟导致的卒中风险。

（3）糖尿病

①脑血管病高危人群应定期检测血糖，必要时检测糖化血红

蛋白或做糖耐量试验，及早识别糖尿病或糖尿病前期状态。

②糖尿病患者应改进生活方式，控制饮食，加强身体活动，必要时口服降糖药或采用胰岛素治疗。

（4）心房颤动

①成年人应定期体检，早期发现心房颤动（房颤）。对年龄 >65 岁的患者，建议通过脉搏评估联合常规心电图检查进行房颤筛查；高危患者长程心电监测可提高房颤检出率。

②应根据房颤患者危险因素分层、出血风险评估、患者意愿以及当地医院是否可以进行必要的抗凝治疗监测（INR），进行个体化抗栓治疗，如抗凝（华法林，或者达比加群、利伐沙班等新型口服抗凝剂）或抗血小板（阿司匹林等）治疗。

③对不适合长期抗凝治疗的房颤患者，可行左心耳封堵术。

（5）血脂异常

①40岁以上男性和绝经后的女性应每年进行血脂检查；脑卒中高危人群建议定期（3~6个月）检测血脂。

②推荐他汀类药物作为首选药物，将降低 LDL—C 水平作为防控脑血管病危险的首要干预靶点。

（6）颈动脉斑块和狭窄

颈动脉斑块患者如无缺血性脑卒中症状，建议控制高血压、糖尿病、血脂异常和吸烟等危险因素；对于颈动脉不稳定性斑块或者斑块伴狭窄 50%以上者，无论血脂是否异常，建议使用他汀类药物治疗；对于颈动脉狭窄 50%以下患者，如无缺血性脑卒中

症状，血脂在正常范围内，可根据斑块的稳定性和用药的风险获益比个体化考虑是否选用他汀治疗。对于颈动脉斑块患者，如果近期发生缺血性脑卒中，建议使用他汀类药物。缺血性脑卒中合并同侧颈动脉颅外段严重狭窄（70%~99%）的患者，推荐进行颈动脉内膜剥脱术（CEA）或颈动脉支架成形术（CAS）。

（7）腔隙性脑梗死

不少老年患者因其他疾病或症状进行影像检查时，发现有“腔隙性脑梗死”，然而这些患者并没有出现肢体瘫痪、麻木或言语不清等脑卒中的症状和体征，这种情况称为“无症状”或“静止性”脑梗死（silent brain infarction, SBI）。SBI患者是罹患脑卒中或认知障碍/痴呆的高风险人群，对其采取预防性治疗措施可能降低脑血管事件的风险，但过度治疗又会带来不必要的不良反应和经济、精神负担。建议：①确定为SBI患者，积极筛查脑卒中危险因素；②单一腔隙性梗死，不伴有血管病危险因素者，不建议服用阿司匹林等抗血小板药物；③伴有血管危险因素的SBI者，参照中国缺血性脑卒中和TIA一级预防和二级预防指南给予个体化预防处理；④不建议针对无症状的腔隙性梗死灶进行过度治疗。

（8）饮食和营养

建议膳食种类多样化，推荐以蔬菜、水果、鱼、海鲜、豆类、坚果类、谷类为主的地中海饮食。具体建议如下：每天摄入谷薯类250~400g，蔬菜300~500g，水果200~350g，牛奶300g；每天

摄入鱼、禽、蛋和瘦肉总量 120~200g。每天食盐不超过 6g，烹调油 25~30g，建议用橄榄油；每天摄入糖控制在 25g 以下。

（9）缺乏身体活动

①应选择适合自己的身体活动来降低脑血管病风险。建议老年人、脑卒中高危人群应进行最大运动负荷检测后，制订个体化运动处方进行锻炼。②健康成人每周应至少有 3~4 次、每次至少持续 40 分钟中等或以上强度的有氧运动（如快走、慢跑、骑自行车或其他有氧运动等）。③日常工作以静坐为主的人群，建议每坐 1 小时进行短时（2~3 小时）身体活动。

（10）超重与肥胖

超重和肥胖者可通过健康的生活方式、良好的饮食习惯、增加身体活动等措施减轻体重，减重可使血压下降，也可降低脑卒中风险。

（11）饮酒

男性每日饮酒的酒精含量不应超过 25g，女性不超过 12.5g。目前尚无充分证据表明少量饮酒可以预防脑血管病，故不提倡用少量饮酒的方法预防心脑血管疾病。

（12）高同型半胱氨酸血症

普通人群（非妊娠、非哺乳期）通过食用蔬菜、水果、豆类、肉类、鱼类和加工过的强化谷类，合理增加叶酸、维生素 B6 和维生素 B12 的摄入；高同型半胱氨酸血症且既往有心血管病或糖尿病史的患者，采用叶酸联合维生素 B6、维生素 B12 治疗；高血压伴

有高同型半胱氨酸血症（H型高血压）的患者，在治疗高血压的同时酌情加用叶酸可能会减少首次脑卒中风险。

（13）睡眠呼吸暂停

睡眠呼吸暂停俗称鼾症，是脑卒中的独立危险因素。推荐对脑卒中或 TIA 患者进行睡眠呼吸监测。使用持续气道正压通气（CPAP）可改善合并睡眠呼吸暂停脑卒中患者的预后。

（14）偏头痛

对于有先兆的女性偏头痛患者，减少偏头痛发作频率有可能降低脑卒中风险，但应避免过度使用收缩血管的药物。不推荐对卵圆孔未闭（PFO）的偏头痛患者采用封堵术用于脑卒中一级预防。

（二）脑卒中的诊断和治疗

1. 提高公众卒中急救意识

卒中的救治效果具有极强的时间依赖性，急性期脑卒中患者若能得到及时有效的治疗，可大大降低病死率和致残率。对于缺血性卒中，溶栓治疗可以使 13% 的患者迅速痊愈，20% 的患者显著改善；取栓可以使 50% 的患者病情改善，但溶栓和取栓都有严格的时间窗，每延误 1 分钟，就会有 190 万个脑细胞死亡。我国目前缺血性卒中溶栓率仅为 7%，93% 的患者错过了治疗的黄金时间，所以提高公众卒中急救意识至关重要。

一旦中风，患者或家属除了拨打 120，还可通过卒中溶栓地图 APP 精准导航，快速查找并送往本地区距离最近的有条件溶栓的地图医院。2017 年湖北省脑卒中防治中心发布了湖北省卒中急

救地图，之后我省多个地市也发布了区域卒中地图，目前已纳入140家具有静脉溶栓条件的三级或二级医院。2021年，湖北省将纳入数十家具有急诊溶栓条件的卫生院和社区卫生服务中心作为基层卒中防治站，参与当地脑卒中的救治工作。

2. 规范卒中院前急救

加强对急救人员卒中急救流程的专业培训是提高卒中院前急救能力的必要前提。急救人员应快速有效识别卒中患者，120急救中心对卒中患者应优先调度。

3. 脑血管病症状的早期识别：常用卒中早期快速识别方法如下：

(1) 中风1-2-0三步识别法：“1”是指“看到1张脸（口角歪）”，“2”是指“查两只胳膊（一侧不能抬）”，“0”是指“聆（零）听语言（说话不清楚、大舌头）”。若发现异常，应立刻拨打急救电话120。

(2) FAST快速评估：“F”（Face）脸部：让患者微笑一下，如果微笑时面部不对称，提示患者面瘫；“A”（Arm）手臂：让患者双手平举，如果10秒钟内一侧肢体下落，提示肢体瘫痪；“S”（Speech）语言：让患者说一句较长的话，如果不理解、说话有困难或者找不到词，提示语言障碍；“T”（Time）时间：上述症状为疑似卒中，请立即拨打120。

(3) BEFAST快速识别：在FAST基础上增加了平衡障碍和视力障碍，以免遗漏后循环梗死的患者。“B—Balance是指平衡：

平衡或协调能力丧失，突然出现行走不稳；“E”—Eyes 是指眼睛：突发的视力变化，视物困难；“F”“A”“S”“T”同上。

（4）后循环梗死的识别：后循环梗死可能危及生命，但临床针对后循环的评估方式不多，尤其当患者表现为孤立性眩晕（无神经系统定位症状和体征）时诊断困难。湖北省脑血管病防治学会质量控制专家组在《卒中与神经疾病》杂志 2021 年第 2 期发表了《急性后循环缺血性卒中早期识别和评估专家共识》，通过对眩晕、复视、吞咽困难、平衡障碍和听觉症状的详细问诊，以及进行 Horner 征、眼震、头脉冲试验、眼偏斜等检查帮助早期诊断。

4. 缺血性脑卒中的救治

国家脑防委 2016 年开始在全国范围内推动卒中中心建设，从三级医院的高级卒中中心到二级医院的卒中防治中心，旨在提高医院对脑卒中患者急诊救治意识，推动溶栓和取栓等适宜技术的开展，并推动相关单位进行脑卒中筛查、预防和治疗，规范化全流程管理。

（1）卒中绿色通道

一旦疑似脑卒中，需立即进入卒中绿色通道：先救治，后缴费；检查、取药优先。立即进行心电图、血常规、血糖和头部 CT 检查。对符合静脉溶栓或取栓标准的患者，简洁明了与患者和/或家属沟通后进行治疗。国家脑防委要求卒中中心从患者进入医院到静脉溶栓开始用药的时间（DNT）在 60 分钟以内，取栓患者从进入医院到穿刺成功的时间（DPT）要求在 90 分钟以内。

无溶栓或取栓条件的医院需尽快将患者转入有条件的卒中中心。

（2）静脉溶栓治疗

是最为有效的恢复脑血流的措施。在发病 4.5h 内有适应证的缺血性脑卒中患者可用重组组织型纤溶酶原激活剂（rt-PA，阿替普酶）、6h 内用尿激酶静脉溶栓治疗。欧洲卒中组织（ESO）2021 年急性缺血性卒中静脉溶栓指南建议将 rt-PA 静脉溶栓时间窗扩展为发病后 4.5~9 小时，但需 CT 或 MRI 证实核心/灌注区域失配。Rt-PA 溶栓后结局：13%恢复正常，20%明显改善，65%无变化，2%加重，1%严重残疾或死亡。

（3）急诊血管内手术治疗

包括桥接、机械取栓、血管成形和支架术，用于大血管病变患者，通过血栓抽吸、支架取栓等方式实现血管再通。可与溶栓治疗联用，发病 6h 内的患者，可行桥接（先溶栓后血管内治疗）/血管内取栓治疗；发病 6~24h 内的患者，经过多模影像评估，符合适应症的患者可行血管内治疗。

（4）缺血性卒中的其他急性期治疗

溶栓、取栓患者术后应密切观察病情变化，按时间节点进行 NIHSS 评分，评估有无再梗死或出血现象。无论是否溶栓或取栓，都应密切观察患者症状和体征的变化，预防和处理可能发生的进展性卒中。除了血压、血糖的管理，抗血小板和调脂治疗，重症患者需入住 NICU，监测生命体征，降颅内压，防治并发症。丁苯酞（注射液和胶囊）可开放侧支循环、保护线粒体；依达拉奉（依达

拉奉右莰醇)可清除自由基、抗兴奋性氨基酸毒性,二者都被证实可改善缺血性卒中患者的神经功能,改善预后。

(5) 非心源性缺血性卒中患者的抗血小板治疗

①阿司匹林(50~325mg/d)或氯吡格雷(75mg/d)单药治疗均可作为缺血性脑卒中首选抗血小板治疗。出血风险高的患者可选用吲哚布芬、西洛他唑。②轻型缺血性脑卒中患者,在发病24h内启动双联抗血小板治疗(DAPT)(阿司匹林100mg/d联合氯吡格雷75mg/d),并持续21d,后可改为单药。③发病30d内伴有症状性颅内动脉严重狭窄(狭窄率70%~99%)的缺血性脑卒中或TIA患者,应尽早给予阿司匹林联合氯吡格雷治疗90d,再改为单抗治疗。④对于中、高危复发脑卒中患者,在发病24h内启动DAPT,并持续21d,后可改为单药氯吡格雷75mg/d,总疗程为90d;然后阿司匹林(100mg/d)或氯吡格雷(75mg/d)单抗长期用药。

(6) 心源性脑卒中患者的抗栓治疗

对伴有房颤的缺血性卒中或TIA患者,推荐使用华法林或新型口服抗凝剂(达比加群、利伐沙班、阿哌沙班等)治疗,预防血栓栓塞再发。无法接受抗凝治疗的患者可选择阿司匹林(100mg/d)或氯吡格雷(75mg/d)单抗治疗。

(7) 缺血性卒中的中医治疗

以整体观念和辨证论治为原则,根据病类和证候要素指导临床用药,判断预后。中医药对脑卒中的疗效仍需更进一步开展

循证医学研究

5. 出血性脑卒中的急性期治疗

头部 CT 确诊为脑出血或蛛网膜下腔出血后应尽快转至有治疗条件的神经外科或神经内科。急性期控制血压和稳定生命体征，尽快明确病因，根据病情采取保守或手术治疗：脑出血进行微创穿刺引流术或开颅手术；蛛网膜下腔出血针对动脉瘤等病因进行血管内治疗或夹闭术治疗以防再出血，同时积极控制相关并发症。

6. 脑卒中的康复治疗

规范的康复治疗可降低脑血管病致残率，提高患者生存质量。脑卒中康复管理应采取多学科、多专业的团队工作方式，应为卒中患者提供肢体功能训练、语言训练、生活活动训练、认知训练、心理康复和健康教育等系统康复。治疗师可根据患者功能障碍特点，制定个体化的康复治疗方案。

（1）运动功能的康复训练：包括传统的肌力增强训练、关节活动度训练、神经生理学方法等，以及新兴的康复训练技术如强制性运动疗法、减重步行训练、运动再学习方案等。

（2）感觉障碍：可采用特定感觉训练和感觉关联性训练以提高其触觉和肌肉运动知觉，也可采用经皮电刺激联合常规治疗提高患者的感觉能力。

（3）语言功能：尽早由言语治疗师对存在交流障碍的卒中患者从听说、读、写、复述等几个方面进行评价，针对语音和语义等障碍进行康复治疗。

(4) 认知和情绪障碍：首先使用简易精神状态检查量表 (MMSE)、蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 等进行认知功能评定；应用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、抑郁量表 (HAMD) 进行卒中后焦虑抑郁筛查。可使用胆碱酯酶抑制剂等改善卒中后认知功能；卒中后情绪障碍可选用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂西酞普兰等经典抗抑郁药物或舒肝解郁胶囊、解郁丸等中成药以及心理治疗。

(5) 吞咽障碍：可应用 “Shaker” 疗法、热触觉刺激、神经肌肉电刺激等方法进行吞咽功能训练，对不能经口维持足够营养和水分者，应考虑肠内营养（经鼻胃管、鼻肠管或经皮内镜下胃造瘘）。

(6) 尿便障碍：使用尿管超过 48 小时将增加尿道感染的风险，建议尽早拔除；如需继续使用，建议用有抗菌作用的导尿管如银合金涂层导尿管；还需要为尿便障碍的患者制定和执行膀胱/肠道训练计划。

(三) 脑卒中的二级预防

我国脑卒中后 1 年复发率高达 17.1%，因此卒中后二级预防尤为重要。缺血性卒中二级预防策略除前文中危险因素的干预，也包括抗栓治疗、降脂治疗、血压管理和血糖管理等。

缺血性卒中后需长期口服抗栓药物。非心源性卒中选择阿司匹林、氯吡格雷、吲哚布芬和双嘧达莫单药或者联合治疗；非瓣膜病心源性卒中和 TIA 首选华法林或新型口服抗凝药（达比加群酯、

利伐沙班、阿派沙班)；机械瓣置换术后使用华法林抗凝。抗栓治疗需要遵循医嘱及定期复查血常规、凝血功能等。

血脂管理是缺血性卒中二级预防的重要核心策略，对于年龄 ≤ 75 岁以及极高风险的急性缺血性卒中患者，应使用高强度他汀类药物进行治疗，将 LDL-C 水平降低 $\geq 50\%$ 。长期使用他汀类药物总体上是安全的，但需要在医生指导下使用，应定期监测肌痛等临床症状及肝酶、肌酶。

推荐意见：脑卒中科普宣教的内容包括了解脑卒中危险因素、如何控制危险因素；急性期卒中的快速识别及呼救，溶栓和取栓的时间窗、获益和风险；脑卒中的康复和二级预防。

五、脑卒中患者的随访及健康档案管理

对脑卒中患者进行随访并建立健康档案可降低卒中复发率。对所有出院患者相关资料进行登记，建立档案，由专人（脑心健康管理师）负责。通过电话、微信、面谈及健康管理医患互动网络平台等方式进行随访，了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导患者用药、康复以及病情变化后的处置，更好地进行脑卒中二级预防。

对病情复杂、危重，治疗用药副作用较大的患者，出院后应随时随访；需长期治疗的慢性患者出院 2~4 周内应随访一次，此后 3 个月、6 个月、1 年随访一次。定期监测血压，复查血糖、血脂、心电图、颈部血管超声、脑 CT、MRI 等评估卒中风险，并根据检查结果调整方案，可实施医疗处方和健康处方的“双处方”

干预方案。

目前我国脑卒中患者二级预防依从性受患者年龄、受教育程度等因素的影响，住院期间医生对随访重要性的讲解以及相对标准化的出院指导、规范的处方等可提高依从性。

推荐意见：健康管理师应为脑卒中高危人群建立健康档案，并进行随访等持续干预管理。

通过对脑卒中知识的科普工作，必将使更多的医务工作者和患者了解卒中防治知识。通过控制危险因素、调整生活方式，早期有效的治疗和康复措施以及卒中后的二级预防，可降低高危人群的卒中风险，改善卒中患者的预后。

湖北省癌症防治指南

（大众版）

本指南主要内容为国家卫健委在每年4月15日全国肿瘤防治宣传周上发布的《癌症防治核心信息及知识要点》以及常见的15个癌种的防治知识，包括该癌种的定义、疾病负担、主要危险因素、高危人群的范围、推荐的预防措施、主要早期症状以及普通人群关注的相关问题。

本指南内容适合于在学校、社区、养老机构、企事业单位等地广泛宣传，让更多的人了解防癌核心知识，正确认识癌症，从而能主动参加癌症筛查。

一、癌症是一类严重危害群众健康的慢性病

癌症是一大类疾病的总称，我国最常见的癌症包括肺癌、乳腺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、食管癌、子宫颈癌、甲状腺癌等。致癌因素十分复杂，包括化学、物理和慢性感染等外部因素以及遗传、免疫、年龄、生活方式等自身因素。

二、癌症是可以预防的

（一）世界卫生组织提出：三分之一的癌症完全可以预防；三分之一的癌症可以通过早期发现得到根治；三分之一的癌症可以运用现有的医疗措施延长生命、减轻痛苦、改善生活质量。

（二）我们可以通过三级预防来进行癌症的防控。一级预防是病因预防，减少外界不良因素的伤害；二级预防是早期发现，

早期诊断，早期治疗；三级预防是改善生活质量，延长生存时间。

（三）国际先进经验表明，采取积极预防（如健康教育、控烟限酒、早期筛查等）、规范治疗等措施，对于降低癌症的发病和死亡具有显著效果。

三、改变不健康生活方式可以预防癌症的发生

（一）世界卫生组织认为癌症是一种生活方式疾病。

（二）吸烟、肥胖、缺少运动、不合理膳食习惯、酗酒、压力、心理紧张等都是癌症发生的危险因素。

（三）戒烟限酒、平衡膳食、适量运动、心情舒畅可以有效降低癌症的发生。

四、癌症不会传染，但一些致癌因素是会传染的

（一）癌症是由于自身细胞基因发生变化而产生的，是不传染的。

（二）一些与癌症发生密切相关的细菌（如幽门螺杆菌）、病毒（如人乳头状病毒、肝炎病毒、EB病毒等）是会传染的。

（三）通过保持个人卫生和健康生活方式、接种疫苗（如肝炎病毒疫苗、人乳头状病毒疫苗）可以避免感染相关的细菌和病毒，从而预防癌症的发生。

五、规范的防癌体检能够早期发现癌症

（一）防癌体检是在癌症风险评估的基础上，针对常见癌症进行的身体检查，发现早期癌症或癌前病变，进行早期干预。

（二）目前的技术手段可以早期发现大部分的常见癌症。使

用胸部低剂量螺旋 CT 可以检查肺癌，超声结合钼靶可以检查乳腺癌，胃肠镜可以检查消化道癌等。

六、早诊早治是提高癌症生存率的关键

（一）癌症的治疗效果和生存时间与癌症发现的早晚密切相关，发现越早，治疗效果越好，生存时间越长。

（二）关注身体出现的癌症危险信号，出现以下症状应及时到医院进行诊治。

1. 身体浅表部位出现的异常肿块；2. 体表黑痣和疣等在短期内色泽加深或迅速增大；3. 身体出现的异常感觉：哽咽感、疼痛等；4. 皮肤或粘膜经久不愈的溃疡；5. 持续性消化不良和食欲减退；6. 大便习惯及性状改变或带血；7. 持久性声音嘶哑，干咳，痰中带血；8. 听力异常，鼻血，头痛；9. 阴道异常出血，特别是接触性出血；10. 无痛性血尿，排尿不畅；11. 不明原因的发热、乏力、进行性体重减轻。

七、发现癌症要选择正规医院接受规范化治疗

（一）癌症的治疗方法包括手术治疗和非手术治疗两大类，非手术治疗包括放射治疗、化学治疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗、中医治疗等。

（二）规范化治疗是长期临床治疗工作的科学总结，根据癌症种类和疾病分期来决定综合治疗方案，是治愈癌症的基本保障。

（三）癌症患者要到正规医院进行规范化治疗，不要轻信偏方或虚假广告，以免贻误治疗时机。

八、癌症康复治疗可以有效提高患者的生存时间和生活质量

(一) 癌症康复治疗包括心理康复和生理康复两大部分，是临床治疗必要的延续和完善。

(二) 癌症患者的康复要做到：乐观的心态、平衡的膳食、适当的锻炼、合理的用药、定期的复查。

(三) 疼痛是癌症患者最常见、最主要的症状。要在医生帮助下通过科学的止痛方法积极处理疼痛，不要忍受痛苦。

(四) 要正视癌症，积极调整身体免疫力，保持良好身心状态，达到病情长期稳定，与癌症“和平共处”。

常见癌症筛查防治

一、肺癌

(一) 主要危险因素

目前已知的可能导致肺癌的危险因素主要有以下几个方面：

1. 老龄化。
2. 吸烟。
3. 患有慢性肺部炎症、慢性阻塞性肺疾病及肺纤维化。
4. 职业暴露于石棉、氡、铍、铬、镉、镍、硅、柴油废气、煤烟和煤烟灰等，上述物质均被世界卫生组织国际癌症研究机构列为 I 类致癌物。
5. 室内外空气污染物暴露。
6. 肺癌家族史。

(二) 高危人群

根据美国肺癌筛查试验（national lung screening trial, NLST），肺癌高危人群定义为 50~74 岁且包含以下条件之一者：

1. 吸烟 ≥ 30 包/年（包括曾经吸烟 ≥ 30 包年，但戒烟不足 15 年者）。
2. 患有慢性阻塞性肺疾病者。
3. 有职业暴露史（石棉、氡、铍、铀、铬、镉、镍、硅、柴油废气、煤烟和煤烟灰）至少 1 年。
4. 被动吸烟者：一起共同生活超过 20 年的家人或同室工作

超过 20 年的同事吸烟 ≥ 30 包年 (包括曾经吸烟 ≥ 30 包年, 但戒烟不足 15 年者)。

吸烟包年数 = 每天吸烟的包数 (每包 20 支) \times 吸烟年数

(三) 推荐预防措施

1. 控烟: 吸烟者戒烟, 戒烟越早越好; 不吸烟者减少二手烟环境接触。

2. 加强职业防护措施, 避免危险因素暴露。

3. 避免室内外空气污染, 装修建议选择绿色环保材料; 开抽油烟机做菜, 尽量少用爆炒、油炸的烹饪方式, 多采用蒸、煮、炖等方式。

4. 对肺癌高危人群进行胸部低剂量螺旋 CT (low-dose computed tomography, LDCT) 筛查。

(四) 警惕临床症状

早期肺癌大多没有症状, 随着病情的发展, 可出现咳嗽、咯血、胸背部疼痛、喘憋等症状。如果发生转移, 可因转移部位不同出现声音嘶哑、疼痛、呕吐等症状。

(五) 肺癌防治问答

1. 非吸烟女性是否不得肺癌?

否。近年来, 我国肺癌新增病例中, 不吸烟女性患者的比例正在大幅上升。危险因素尚未明确, 研究提示可能与长期接触二手烟和室内油烟相关。

2. 为什么有的人一辈子抽烟却不得肺癌, 而有的人不抽烟

却得肺癌？

吸烟是肺癌的主要危险因素，但不是唯一因素，肺癌的发生受遗传、环境、生活方式等多方面影响。

3. 有家人得肺癌，我是不是很危险，我该怎么办？

相较于无肺癌家族史人群，有肺癌家族史人群的肺癌发病风险明显增加，建议定期进行胸部低剂量螺旋 CT 筛查。

4. 吸烟增加肺癌风险，我作为老烟民是不是只要戒烟就不容易得肺癌了？

戒烟不等于不容易得肺癌。自开始吸烟，身体就已经悄悄埋下了肺癌的隐患，并且开始吸烟的年龄越早，吸烟量越大，肺癌的发生概率越大。研究表明，即使戒烟 25 年后患肺癌的风险仍是不吸烟人群的 3 倍。但对于吸烟人群，戒烟 5 年后肺癌的发生风险会下降 39%，且随戒烟时间继续下降，所以戒烟越早越好。

5. 普通体检能发现肺癌吗？如何通过体检发现肺癌？

常规的普通体检多侧重于评估健康状况，对于癌症筛查缺乏专业和精准性，虽然也能发现一些症状比较明显的癌症，但是部分癌症在早期没有明显或典型的表现，所以普通体检很容易遗漏。建议在有资质的防癌体检机构由专业人员综合评估后，确认系统的体检方案。

6. 现在推行的低剂量螺旋 CT 检查对人有害吗？担心辐射怎么办？

辐射剂量的衡量单位是毫西弗 (mSv)。低剂量螺旋 CT 检查

的辐射剂量约为 1.5 毫西弗，低于普通 CT 检查的辐射剂量（约为 8 毫西弗），且检查的辐射剂量处于安全范围内，对于高危人群检查的获益远高于辐射风险。

7. 肺结节就是肺癌吗？检查出肺结节怎么办？

肺结节不等于肺癌，据报道 90% 以上的肺结节最终不是肺癌。不同性质和大小的肺结节管理方案不同，但均需通过进一步的随诊观察或临床检查确诊是否为肺癌，如细胞学检查、穿刺活检等。

8. 肺癌早诊断早治疗的关键是什么？

有效利用筛查和体检，发现肺结节后，按照医生建议和指导进行进一步的随诊和治疗。切记最重要的一点，无论进行无创随访复查、其他影像学检查（如 PET-CT），还是穿刺、气管镜手术等有创方法，都应遵循肺癌专业医生的建议。

二、乳腺癌

（一）主要危险因素

1. 吸烟、饮酒、肥胖及缺少运动：乳腺癌发生风险随饮酒量的增加而增加；吸烟者发病风险是不吸烟者的 1.2 倍；体重指数（BMI） ≥ 30 的女性其发病风险是体重指数正常者（20~25）的 1.5 倍；而经常锻炼的女性比不锻炼女性发生乳腺癌的风险降低 10%~20%。

2. 月经初潮年龄过早、绝经年龄推迟：月经初潮在 11 岁前的女性患乳腺癌的风险比 15 岁之后的女性高 15%~20%，55 岁后绝经的女性患乳腺癌的风险比 45 岁及以下绝经的女性高 40%。

3. 无活产史(含从未生育、流产、死胎)或初次活产年龄较大。
4. 无哺乳史或哺乳时间较少。
5. 绝经后使用激素。
6. 良性乳腺疾病史。一些良性乳腺疾病会增加患乳腺癌的风险,例如,患有乳腺非典型增生的女性发生乳腺癌的风险是未患增生性乳腺疾病的女性的 3.9 倍。
7. 乳腺癌、卵巢癌家族史。女性若有 1 名一级亲属患乳腺癌,其发生乳腺癌的风险是无家族史人群的 2.1 倍,若有 2 名一级亲属则增至 3.8 倍。

(二) 高危人群

1. 45~74 岁女性。
2. 月经初潮年龄 ≤ 12 岁。
3. 绝经年龄 ≥ 55 岁。
4. 有乳腺活检史或乳腺良性疾病手术史。
5. 一级亲属有乳腺癌史,或二级亲属 50 岁前有 2 人及以上患乳腺癌或有 2 人及以上患卵巢癌。
 - (1) 使用雌孕激素联合的激素替代治疗半年或以上。
 - (2) 使用雌激素替代治疗半年或以上。
 - (3) 无哺乳史或哺乳时间短于 4 个月。
 - (4) 无活产史(含从未生育、流产、死胎)或初次活产年龄 ≥ 30 岁。

(三) 推荐预防措施

1. 践行健康生活方式、戒烟限酒、适度运动，远离可控的高危因素。

2. 养成健康饮食、多吃蔬菜的习惯，保持健康体重。

3. 尽量选择适时生育，倡导母乳喂养。

4. 乳腺癌高危人群要定期自查、参加乳腺癌筛查体检。

（四）警惕临床症状

早期乳腺癌一般没有典型的症状和体征，不易引起女性重视，常通过体检或乳腺癌筛查发现。以下为乳腺癌的典型体征，多在癌症中晚期出现：

1. 乳腺肿块：多为单发、质硬、边缘不规则、表面欠光滑。

2. 乳头溢液：非妊娠期从乳头流出血液、浆液、乳汁、脓液。

3. 皮肤性状改变：常见的有酒窝征、橘皮样改变和皮肤卫星结节。

4. 乳头、乳晕异常：出现乳头回缩或抬高、乳晕湿疹样癌即佩吉特病。

5. 腋窝淋巴结肿大：隐匿性乳腺癌体检可能摸不到肿块，常以腋窝淋巴结肿大为首发症状。

（五）乳腺癌防治问答

1. 乳腺出现哪些症状需要高度警惕？

（1）出现乳腺肿块，多为单发、质硬、边缘不规则、表面欠光滑。

（2）乳头溢液。非妊娠期从乳头流出血液、浆液、乳汁、脓液。

- (3) 乳房皮肤出现酒窝征、橘皮样改变或皮肤卫星结节。
- (4) 乳头、乳晕异常，出现乳头回缩或抬高、乳晕湿疹样改变。
- (5) 腋窝淋巴结肿大。

2. 女性参加乳腺癌筛查的起始年龄是多少岁？

虽然有些国外指南建议 50 岁以上，但我国女性乳腺多为致密腺体。同时我国女性乳腺癌的发病高峰年龄为 45~54 岁，略比欧美国家提前，因此仍建议一般女性从 45 岁开始，有家族乳腺癌史的女性可考虑提早至 40 岁。

3. 乳腺超声检查和 X 线摄影检查应该怎么选？乳腺 X 线摄影检查可能会有辐射影响吗？

乳腺检查的手段主要是乳腺超声和乳腺 X 线。乳房的结构是脂肪中分布着很多腺体，中国年轻女性多为致密型腺体。乳腺 X 线摄影筛查能够发现原位癌，但难以穿透致密型腺体，所以 40 岁以下女性更建议做超声筛查。40~44 岁女性推荐先做超声，若阳性再做乳腺 X 线摄影。45 岁以上女性则推荐乳腺 X 线摄影联合超声的检查。此外，乳腺 X 线摄影虽然是一种 X 线照射，但照在乳房上的剂量较小，获益高于风险。

4. 我看见有一些机构提出通过乳腺按摩、乳腺“排毒”来防癌，是否靠谱？

乳腺不是身体的代谢器官，所以它往外代谢（“排毒”）的可能性是非常小的，尤其是在非哺乳期。临床上也没有科学依据可以证明，通过乳腺按摩或一些简单操作，能够降低乳腺癌的发病

风险。但有一部分患者是在按摩的时候，被按摩师发现有胸部肿块，然后到医院就诊，检查出乳腺癌的。其实很多时候，乳腺肿块自己也可以摸到，所以鼓励大家根据正确的方法定期做乳腺自检。

5. 有没有自查乳腺癌的方法？

有，“一看二摸”。①看：观察乳房外观，对比双侧是否对称，皮肤是否有凹陷、颜色是否异常、有无橘皮样等改变。②摸：站立，手指并拢平摸，按外上、外下、内下、内上、腋下顺序，仔细全面地检查是否有肿块，触摸腋窝和锁骨上窝有无肿大的淋巴结；然后压迫乳晕，看是否有液体排出。最佳自查时间是月经来潮后第9~11天，此时雌激素对乳腺影响较小，乳腺处于相对静止状态，容易发现病变。40岁以上的女性建议每月自查1次乳房，有高危因素的女性可以更早开始自查。但即使自查没有问题，也建议定期到正规医疗机构体检，避免漏诊。

6. 在日常生活中如何预防乳腺癌？

首先，预防乳腺癌要改一改不良的生活习惯，多吃蔬菜多吃鱼，少吃烧烤少喝酒，抽烟更是不可取。同时勤加运动，减少体脂。还应考虑适时生育，母乳喂养婴儿。其次，到了一定年龄，要学会乳腺自检以及定期去专业机构筛查和体检。

7. 体检时，乳腺超声报告显示有乳腺增生，这个病会不会癌变？

乳腺增生并不会直接导致乳腺癌，因此，听到“乳腺增生”的诊断不用过于紧张。乳腺增生是常见的一种症状，与激素水平

的周期性变化相关，并且大多数乳腺增生会一直保持良性。但有一些增生，比如乳腺不典型增生，可能会是一种癌前病变。这种情况只占乳腺癌的 1%或更低。当然没有乳腺增生的女性也需要定期进行乳腺检查，避免耽误早期发现真正的癌症。

8. 我的外婆得过乳腺癌，我是不是也会患乳腺癌？

有一级亲属得过乳腺癌，或有 2 名二级亲属 50 岁前患乳腺癌或患卵巢癌的女性，被定义为乳腺癌高危人群；高危人群并不一定必然患乳腺癌，但需要警惕，应定期筛查体检，也可根据自身情况选择做基因检测。

三、胃癌

（一）主要危险因素

胃癌的病因较为复杂，目前已知危险因素主要有以下几个方面：

1. 老龄化：年龄越大，胃癌发病风险越高。
2. 幽门螺杆菌感染。
3. 饮食：高盐饮食、烟熏煎烤炸食品，红肉及加工肉类摄入过多以及不良的饮食习惯（如长期不吃早餐、饮食不规律、吃饭速度快、暴饮暴食、吃剩饭菜等）可增加胃癌风险；同时，水果、蔬菜摄入不足也会增加胃癌风险。
4. 吸烟与饮酒。
5. 胃癌家族史。
6. 患有胃食管反流病可增加贲门癌的发病风险，慢性萎缩性

胃炎是非贲门癌的重要危险因素。

7. 糖尿病、肥胖、精神心理社会因素、免疫因素等也可能与胃癌发生有一定关联。

（二）高危人群

根据国际推荐和我国现行经验，将高危人群定义为：

1. 年龄 45~74 岁。
2. 幽门螺杆菌感染。
3. 一级亲属有胃癌病史。
4. 既往胃病史（胃上皮内瘤变、慢性萎缩性胃炎、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎和胃肠上皮化生）。

（三）推荐预防措施

1. 降低食盐摄入，少吃腌制、烟熏、油煎食物及红肉、经加工肉类，增加蔬菜和水果摄入。
2. 吃饭不要太快，应细嚼慢咽。
3. 戒烟限酒。
4. 重视胃上皮内瘤变、慢性萎缩性胃炎、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎和胃肠上皮化生等胃部疾病，及时治疗并定期复查。
5. 幽门螺杆菌感染者应及时治疗。
6. 胃癌高危人群定期参加防癌体检和筛查。

（四）警惕临床症状

早期胃癌患者多无典型症状，少数有恶心、呕吐、食欲缺乏等不典型的胃部症状，故平时要多注意胃部是否发生一些新的

症状或既往症状加重的情况。进展期胃癌的常见症状是上腹部疼痛，体重减轻，呕血或便血等。

（五）胃癌防治问答

1. 哪些人是胃癌的高危人群？

胃癌的高危人群主要符合以下一条或多条特征：年龄大于45岁；幽门螺杆菌感染；高盐饮食；不良饮食习惯；经常吸烟饮酒；一级亲属有胃癌病史；既往胃病史（胃上皮内瘤变、慢性萎缩性胃炎、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎和胃肠上皮化生）。

2. 饮食习惯与胃癌发生有关吗？

有些饮食习惯会增加患胃癌的风险：比如高盐饮食，常吃烟熏煎烤炸食品、红肉及加工肉类，长期不吃早餐，饮食不规律，吃饭速度快，暴饮暴食，吃剩饭菜，水果蔬菜摄入不足等。另外吸烟与饮酒也会增加患胃癌的风险。

3. 早期胃癌有哪些症状？

早期胃癌局限于胃的黏膜及黏膜下层，它的早期症状可能仅仅是腹部不适、食欲不佳等，极易同胃炎、胃溃疡等胃部常见疾病混淆。为了早期发现胃癌，我们更应关注胃癌的高危人群，若高危人群出现了胃部不适的症状，要尽早就医诊治。

4. 幽门螺杆菌感染与胃癌有关吗？感染后一定要根除吗？

顾名思义，幽门螺杆菌寄生于幽门部位，能够耐酸性，在胃黏膜中繁殖，进而引起胃炎，促使胃癌发生。《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》也强调根除幽门螺杆菌对预防胃癌的

重要性。故需要清除幽门螺杆菌感染，这是降低胃癌发病率的重要手段。

5. 为什么多数胃癌患者确诊时都为晚期？

胃癌初期一般没有特异性症状，极易同胃炎、胃溃疡等胃部常见疾病混淆而导致患者不能及时就诊，当出现呕血、明显的体重减轻等严重的症状时才去做胃镜就可能已经是晚期了。所以要重视胃癌的早期筛查，只有早发现，才能早诊断、早治疗，获得满意的疗效。

6. 是否应该参加胃癌筛查？如何筛查？

通过胃癌筛查可发现早期病变，实现早发现、早治疗，大幅提高患者生存率，甚至完全治愈。对具有幽门螺杆菌感染等情况的胃癌高危人群行上消化道内镜检查，内镜染色下若发现可疑病变，取活体组织进行病理检查。早期胃癌患者治疗的5年生存率可达90%，应及时接受治疗以免贻误最佳时机。

7. 听说胃镜检查很难受，一定要做吗？

胃镜检查一般不会产生疼痛，大部分不适体现在恶心和呼气困难。而只有做了胃镜，才能够让医生直观地观察到胃黏膜的改变，对可疑病变进行病理活检，从而做出准确的诊断。如果无法忍受，可采用无痛胃镜，即在轻度麻醉下完成检查。

8. 为什么男性更容易患胃癌？

男性胃癌的发病率远远高于女性，是女性发病率的2倍多，这与其不良的生活习惯有关。男性易长期吸烟、酗酒，饮食不规律，

水果蔬菜摄入不足等，这都是胃癌发生的诱因。

9. 胃癌是老年病，年轻人不会得，对吗？

不对。随着年龄的增加胃癌的发病率升高，但胃癌可以发生在任何年龄阶段。近年发现年轻胃癌患者数量有增加的趋势，并且年轻胃癌患者往往恶性程度高、预后差。所以年轻人，尤其是具有胃癌家族史、患有胃部慢性疾病、生活习惯和饮食习惯不规律、工作与心理压力较大的群体，一定要关注自己胃部不适症状，及时就医。

10. 胃癌患者术后饮食应注意什么？

胃癌患者术后饮食调理应遵循细嚼慢咽、少食多餐、清淡饮食、戒烟戒酒的原则。患者胃部行切除术后，胃部容量缩小，胃酸大量减少从而影响对铁的吸收，故饮食应适当补充一些含铁量高的食品，比如动物肝脏、肾脏、心脏、海带、紫菜、黄豆、菠菜等。饮食应当以清淡为主，以蛋类、鱼类、牛奶、蔬菜等富含高蛋白质、高维生素的食物为主，限制刺激性食物，禁烟酒。患者要少食多餐，逐步恢复正常饮食规律。

四、结直肠癌

（一）主要危险因素

1. 结直肠癌的发病风险随着年龄的增长而显著增加，超过90%的结直肠癌患者发病年龄 ≥ 50 岁。

2. 男性结直肠癌发病风险高于女性。

3. 直系亲属有结直肠癌家族史者发病风险增高。研究表明

有 1 个以上一级亲属有结直肠癌者，其风险较无家族史人群增加 2.1 倍。

4. 不良的生活习惯（如高脂饮食、吸烟、酗酒、缺乏锻炼等）及肥胖会增加结直肠癌发病风险。例如，肥胖可使结直肠癌发病风险增加 1.3 倍；每天吸烟 >40 支可增加 1.4 倍；过度饮酒（ ≥ 50 克酒精/天）可增加 1.5 倍。

5. 2 型糖尿病患者结直肠癌发病风险增高，研究表明，糖尿病不仅使结直肠癌发病风险增加 1.3 倍，还会使结直肠癌相关死亡率增加 1.2 倍。

6. 全谷物和膳食纤维摄入不足、大量食用加工肉类会增加结直肠癌发病风险。每天摄入大于 100 克红肉或大于 50 克加工肉都会使结直肠癌发病风险增加 1.2 倍。

7. 患有炎症性肠病者（溃疡性结肠炎、克罗恩病等）罹患结直肠癌的风险增高。研究表明，溃疡性结肠炎可使 14 年内的结直肠癌发病风险增加 2.4 倍。

8. 患有家族性腺瘤性息肉病、林奇综合征者结直肠癌发病风险增高。遗传因素占有所有结直肠癌发病的 3%~5%。

（二）高危人群

1. 男性。
2. 年龄 ≥ 45 岁。
3. 吸烟者（包括已戒烟者）。
4. 体重指数 ≥ 24 。

5. 结直肠息肉史。
6. 一级亲属结直肠癌家族史。
7. 患有家族性腺瘤性息肉病、林奇综合征。

（三）推荐预防措施

1. 运动可有效减少结直肠癌的发生，坚持体育锻炼，避免肥胖。
2. 健康膳食，增加粗纤维、新鲜水果摄入，避免高脂饮食。
3. 戒烟限酒，避免其对消化道长期的炎性刺激。
4. 高危人群参加定期防癌体检。

（四）警惕临床症状

结直肠癌的警惕症状包括：消化道出血（黑便、便血等）、消瘦、腹泻、腹部肿块、排便习惯改变等。但是，早期结直肠癌的临床症状并不明显，且除腹部肿块外，其余症状对于结直肠癌诊断的特异性差。因此目前普遍认为，有无上述症状并不能作为是否接受结直肠癌筛查的决定因素。

（五）结直肠癌问答

1. 如何预防结直肠癌？

（1）坚持体育锻炼，如慢跑、快走等有氧运动，增加自身抵抗力，避免肥胖。

（2）健康膳食，增加粗纤维、新鲜水果等一些富含高膳食纤维的食物摄入，避免高脂饮食，促进肠道蠕动，保持大便通畅。

（3）戒烟限酒，避免其对消化道长期的炎性刺激。

(4) 高危人群参加定期防癌体检。

2. 出现哪些身体症状需要警惕结直肠癌的发生？

结直肠癌的警惕症状包括：消化道出血（黑便、便血等）、消瘦、腹泻、腹部肿块、排便习惯改变等。出现上述症状须及时就医，排除结直肠癌发病可能。

3. 无症状人群是否需要接受结直肠癌筛查？

结直肠癌病程发展缓慢，且早期症状不明显。因此无症状人群若存在结直肠癌相关高危因素，也需要定期接受结直肠癌筛查。结直肠癌相关高危因素包括：（1）年龄 ≥ 45 岁；（2）男性；（3）吸烟者（包括已戒烟者）；（4）体重指数 ≥ 24 ；（5）结直肠息肉史；（6）一级亲属结直肠癌家族史；（7）患有家族性腺瘤性息肉病、林奇综合征。

4. 是否有简单的方法判断自己是否属于结直肠癌高危人群？

目前已经有多种快速、简便的结直肠癌筛查方法，普通民众在家便可完成。例如，结直肠癌风险评估问卷是常用的高危人群快速筛查方法，根据受检者是否存在结直肠癌相关高危因素来筛选高危人群，具有重要临床意义。另外，免疫法粪隐血检测是另一种广泛应用的结直肠癌筛查手段，它可以通过检测粪便中是否存在肉眼不可见的隐血来筛选高危人群。其操作简便，结果较为可靠，对结直肠癌检测的灵敏度达80%以上。

5. 结直肠癌筛查是不是就等于结肠镜检查？

并不完全一样。目前有多种结直肠癌筛查技术，分为非侵入

性和侵入性两种。常用的非侵入性结直肠癌筛查技术有免疫法粪隐血检测（FIT）、多靶点粪便 DNA 检测、CT 仿真结肠镜等；侵入性检查主要为结肠镜检查。如果结直肠癌筛查参与者畏惧结肠镜检查，可先选择一种非侵入性筛查技术作为初筛，一旦初筛结果为阳性，需进一步完成诊断性结肠镜检查。

6. 免疫粪隐血检测和结肠镜比较，哪一种筛查方法更好？

研究表明，尽管单次免疫法粪隐血检测筛查的效果低于单次结肠镜，但是连续多次免疫法粪隐血检测筛查的效果可达到与单次结肠镜相同水平。

7. 1 次免疫法粪隐血检测检查结果是阴性，以后是否还有必要再做？

免疫法粪隐血检测结果阴性后，受检者仍需坚持每 1~2 年接受免疫法粪隐血检测检查。由于结直肠癌间歇性出血的特点，因此不是每次出血都能被免疫法粪隐血检测检测出来。另外，癌前病变的出血较少，免疫法粪隐血检测对其诊断效能较差。因此，坚持定期免疫法粪隐血检测筛查可降低结直肠癌的漏诊率，最大限度提高筛查效果。

8. 免疫法粪隐血检测操作时有哪些注意事项？

不同厂家生产的免疫法粪隐血检测产品的使用要求大同小异，具体为：

（1）避开经期、痔疮出血时期检测。

（2）为了避免粪便标本被污染，粪便排在无水处或用专门

容器盛接。

(3) 一定要在粪便标本表面和深处，挑取带有黏液及血丝便，多部位采集足量粪便，尽可能提高检出便中血液的概率。

(4) 采便完成后，按免疫法粪隐血检测产品说明书的要求读取检测结果。

9. 对于结肠镜检查未发现可疑病变者，多久后再次接受复查？
对于镜下未发现可疑病变的健康人，可选择5~10年后再次接受结肠镜检查。

10. 结肠镜检查镜下完成结肠息肉、腺瘤切除后，多久随访1次？

治愈性切除后6个月和12个月各复查1次结肠镜，此后根据息肉/腺瘤复发风险，每1~3年复查1次结肠镜，并接受肿瘤标志物和相关影像学检查。

五、肝癌

(一) 主要危险因素

1. 乙型肝炎病毒(HBV)和丙型肝炎病毒(HCV)慢性感染是引发肝癌的最主要因素。

2. 食用被黄曲霉毒素污染的花生、玉米等食物。

3. 饮酒与吸烟。

4. 肥胖与代谢综合征。

5. 患有肝硬化。

6. 恶性肿瘤家族史。

（二）高危人群

男性 45~74 岁，女性 50~74 岁，符合以下任一条件者，列为肝癌高危人群：

1. 乙型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）阳性。
2. 丙型肝炎病毒（HCV）感染史。
3. 肝硬化病史。
4. 一级或二级亲属有肝癌史。

（三）推荐预防措施

1. 接种乙肝疫苗，对已经感染者，可进行抗病毒治疗。
2. 戒烟限酒、保持健康的体重。
3. 及时治疗和控制代谢性疾病。
4. 不要吃发霉的食物，如发霉的花生、玉米等，避免黄曲霉毒素暴露。
5. 高危人群应定期参加体检。

（四）警惕临床症状

疾病早期通常无明显典型症状，可能会有食欲减退、腹胀、恶心、呕吐、腹泻等缺乏特异性的消化道症状。进展后，典型症状有右上腹或中上腹持续性隐痛、胀痛或刺痛，有明显的食欲减退、腹胀、恶心、呕吐、腹泻、发热 37.5~38.0℃（服用抗生素无效，需使用吲哚美辛退热）、黄疸、腹水等。

（五）肝癌防治问答

1. 年轻人会罹患肝癌吗？

会的。肝癌的发生覆盖各个年龄段，其中年龄>40岁的男性罹患肝癌风险更大。

2. 什么样的人容易得肝癌？

近年来，我国肝癌新增病例中，城市地区和农村地区发病比例相当。曾经有乙型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）阳性、感染过丙型肝炎病毒（HCV）、患过肝硬化或者有一级或二级亲属患肝癌的人群较普通人群风险高。

3. 有乙肝和丙肝史，就一定会转化成肝癌吗？

不一定。乙肝相关原发性肝癌发生的病毒学因素包括，乙型肝炎病毒 DNA 水平、HBeAg 持续阳性时间、病毒基因型、基因变异等。慢性乙型肝炎一旦发生肝硬化，则肝癌发病率升高。丙肝如果接受病毒基因检测后，发现由 HCV1b 基因型引起，则肝癌发病率较高。

4. 有家人得肝癌，我是不是很危险，我该怎么办？

相较于无肝癌家族史人群，有肝癌家族史人群肝癌发病风险会有所增加。如也满足其他肝癌高危条件，建议进行定期筛查体检。

5. 发霉的食物都会导致肝癌吗？

研究表明，黄曲霉毒素是诱发肝癌的危险因素之一。应尽量避免食用发霉的花生、玉米、大米等食物。

6. 酒精伤肝，经常饮酒会引起肝癌吗？

酒精性肝炎与肝癌的发生是密切相关的，过量饮酒会导致酒精性脂肪肝→酒精性肝炎→肝硬化，10%~30%的酒精性肝硬化

将来会发展为肝癌。

7. 良好的生活习惯可以预防肝癌吗？

肥胖和吸烟是原发性肝癌的危险因素。因此，戒烟及控制体重可以降低肝癌发病风险。

8. 普通体检能发现肝癌吗？普通人怎么选择体检套餐发现肝癌？

普通健康体检由于检查手段的限制，不易发现肝癌。建议在有资质的防癌体检机构由专业人员综合评估后确认体检方案，肝癌筛查通常包括血清甲胎蛋白（AFP）检测以及腹部超声检查。

9. 多久进行 1 次体检合适？

对于肝癌高危人群，需每半年做 1 次定期检查（如 AFP 联合腹部超声检查）；而对于正常人群，包括没有肝炎背景的人群仍需要每年进行 1 次健康体检。

10. 有些医院推荐 CT 和 MRI，价格较贵且具有辐射风险，需要接受此类检查吗？

对于肝脏超声和血清甲胎蛋白筛查异常者，建议接受动态增强 CT 或多模态 MRI，这也是肝癌筛查首选的影像学检查方法。

六、食管癌

（一）主要危险因素

食管癌的病因较为复杂，目前已知的危险因素主要有以下几个方面：

1. 老龄化：年龄越大，食管癌发病风险越高。

2. 饮食：长期食用腌制、油炸、红肉类和受到真菌污染的食品，食物粗糙、进食过烫等习惯可增加食管癌风险。

3. 营养：水果、蔬菜摄入不足，维生素（维生素 A、维生素 B₂、维生素 C、维生素 E、叶酸等）、锌、硒、钼等微量营养素缺乏会增加食管癌发病风险。

4. 长期吸烟与饮酒、口腔卫生不良、肥胖等是食管癌发生的危险因素。

5. 胃食管反流病、食管裂孔疝等疾病与食管癌的发生有一定关联。

6. 食管癌家族史：在遗传与环境双重因素作用下，食管癌的发生具有较明显的家族倾向性。

（二）高危人群

根据国际推荐和我国经验，高危人群定义为：

1. 年龄 45~74 岁。
2. 一级亲属有食管癌病史。
3. 食管上皮内瘤变病史。

（三）推荐预防措施

1. 少吃腌制食品、红肉类食品、加工肉类及油炸食品。
2. 合理饮食，营养平衡，多吃新鲜水果蔬菜，不吃霉变食品。
3. 戒烟限酒、避免烫饮、烫食。
4. 定期查体，高危人群定期参加食管癌筛查。

（四）警惕临床症状

食管癌早期可出现吞咽时胸骨后烧灼感或针刺样轻微疼痛，食物通过缓慢或有滞留感、轻度哽噎感，胸骨后闷胀、咽部干燥发紧等不典型症状，早期症状时轻时重，持续时间长短不一，容易被忽略。中晚期食管癌的典型症状是进行性吞咽困难，由不能咽下固体食物发展至液体食物也不能下咽。

（五）食管癌防治问答

1. 哪些人是食管癌的高危人群？

食管癌的高危人群主要包括：年龄 45 岁以上；经常吸烟、饮酒；具有不良饮食习惯；有食管上皮内瘤变病史；一级亲属有食管癌病史。

2. 饮食习惯与食管癌的发生有关吗？

有些饮食习惯可增加患食管癌的风险，例如：常吃腌制食品、红肉类食品、油炸食品，喜烫饮、烫食，水果、蔬菜摄入不足等。另外，经常饮酒和食用受到真菌污染的食物也会增加食管癌患病风险。

3. 早期食管癌有哪些症状？

早期食管癌局限于食管的黏膜层或黏膜下层，在发病初期并无特异性的临床症状或无任何症状。为了早期发现食管癌，必须熟悉食管癌的早期症状，并不失时机地进行相应的辅助检查，以进一步明确诊断。食管癌的早期表现包括：①食管内异物感；②食物通过缓慢和停滞感；③胸骨后疼痛、闷胀不适或咽下痛；④咽部干燥与紧缩感；⑤剑突下或上腹部疼痛。

4. 为什么多数食管癌患者确诊时都为晚期？

食管癌的发生没有特异性症状，当黏膜发生病变且病灶侵犯了2/3食管时，才会出现吞咽困难，因此约90%的患者确诊时已是晚期。所以要重视食管癌的早期临床表现，只有早期发现，才能早期治疗，获得满意的疗效。

5. 为什么男性更容易患食管癌？

临床上，食管癌患者大多数是男性。男性更容易患食管癌的重要原因是长期吸烟、酗酒、偏食、蔬菜水果摄入少等，这些不良生活饮食习惯是食管癌发生的重要诱因。

6. 是否应该参加食管癌筛查？如何筛查？

通过食管癌筛查可发现早期病变，实现早发现、早治疗从而大幅提高患者生存率，甚至达到完全治愈的目的。食管癌筛查方法是对食管癌高危人群行上消化道内镜检查，内镜下染色若发现可疑病变，即取活体组织进行病理检查。早期食管癌患者治疗的5年生存率较高，一旦发现应及时接受治疗，以免贻误最佳时机。

7. 如何早期发现食管癌？

单靠常规体检是无法发现食管癌的。对于高危人群，在40岁以后出现不典型的临床表现，要每年定期接受有针对性的检查。建议食管癌高发地区人群，出现吞咽不适者，或者年满40岁、三代以内直系亲属中有食管癌患者的人群，应及时到医院进行内镜检查以排除癌症的可能。

8. 声音嘶哑是食管癌的信号吗？

迷走神经发出的喉返神经分布于喉部的肌肉，参与支配正常

发声。任何原因引起的喉返神经损伤都可以引起声音嘶哑。一旦发现声音嘶哑，一定要到医院就诊，明确嘶哑的原因。食管癌病变本身以及转移的淋巴结都可以直接侵犯或者压迫喉返神经，引起声音嘶哑。所以出现了声音嘶哑，要考虑到食管癌的可能，并完善相关检查，发现可能的病变。

9. 胸部疼痛与食管癌有关吗？

食管癌除了进食梗阻特异性症状以外，还可能有胸痛、反酸、恶心呕吐等不典型症状，这些不典型症状时有时无，时轻时重，容易被忽视。比如胸痛症状，患者由于感到前胸或者后背隐痛不适而去内科做心脏相关检查或去外科做胆囊相关检查，却常常忽略了食管的问题。如果心脏和胆囊检查发现问题的患者经过相应治疗后胸痛仍然存在，一定要记住还有食管需要检查，以排除食管癌发生的可能性。

10. 食管癌患者术后饮食应注意什么？

食管癌手术后切除的食管由胃代替，以重新恢复消化道的功能，患者贲门的作用完全消失，胃的容量较前减少，位置从腹腔升到胸腔，从横位变成立位，这些都可导致消化道功能的变化。因此术后早期患者需进食高热量、易消化的流食或软饭，少食多餐，一日4~6餐为宜，餐后不要立即平卧，以免食物反流入气管而引起呛咳。此种饮食规律一般要坚持半年至一年，其后可和正常人一样恢复一日三餐，总食量达到术前水平。另外，术后患者常出现进食后停顿感，易饱胀，胃内有气串样感觉，需尽力打嗝

后再进食，这是因为术后胃容积减少，吞咽的空气无处存留，待其排出后食团才可进入的缘故。

七、宫颈癌

（一）主要危险因素

1. 高危型人乳头状瘤病毒（high risk human papillomavirus, HR-HPV）持续性感染是导致宫颈癌最主要的因素，HR-HPV 主要包括 HPV-16、HPV-18、HPV-31、HPV-33、HPV-35、HPV-39、HPV-45、HPV-51、HPV-52、HPV-56、HPV-58、HPV-59 和 HPV-68 等型别，其中 HPV-16 和 HPV-18 型最为常见。HPV 主要通过性行为传播。

2. HIV、疱疹病毒（HSV-2）、沙眼衣原体和淋病奈瑟菌等病原微生物的协同感染会使宫颈癌发病风险显著上升。

3. 过早开始性生活，有多个性伴侣。

4. 吸烟：烟草中含有大量的致癌物质，会导致机体免疫力下降，并影响 HPV 的清除，增加宫颈癌的发病风险。

5. 具有宫颈癌家族史。

（二）高危人群

1. 高危型 HPV 感染者。

2. 具有 HIV 感染史或者性传播疾病史。

3. 过早开始性生活、有多个性伴侣者。

4. 吸烟者。

5. 既往因宫颈癌及癌前病变接受过治疗者。

（三）推荐预防措施

1. 接种 HPV 预防性疫苗。
2. 避免高危性行为。
3. 推迟初次性行为年龄。
4. 不吸烟或戒烟。
5. 积极预防并治疗慢性宫颈炎等疾病。
6. 高危人群应定期接受宫颈癌筛查。

（四）警惕临床症状

子宫颈癌及癌前病变早期可能没有任何症状，但当身体出现如下症状时需要提高警惕，及时到正规医疗机构进行诊治：

1. 常见症状：接触性阴道出血、不规则阴道出血或绝经后阴道出血，血性白带、白带增多等异常。

2. 晚期患者常出现：阴道血性分泌物增多、阴道流液、恶臭、阴道大出血、腰痛、下肢疼痛及水肿、贫血、发热、少尿或消耗性恶病质等。

（五）宫颈癌防治问答

1. 哪些人患宫颈癌的风险增加？

- （1）高危型 HPV 感染者。
- （2）具有 HIV 感染史或者性传播疾病史。
- （3）过早开始性生活、有多个性伴侣者。
- （4）吸烟者。
- （5）免疫力低下者。

(6) 既往因宫颈癌及癌前病变接受过治疗者。

2. 什么是 HPV？感染 HPV 就一定会进展为宫颈癌吗？

HPV 是人乳头状瘤病毒（human papillomavirus）的简称，根据其致病性分为高危型和低危型。感染低危型 HPV 不会发展成子宫颈癌。高危型 HPV 持续性感染是导致子宫颈癌的主要原因，主要包括 HPV-16、HPV-18、HPV-31、HPV-33、HPV-35、HPV-39、HPV-45、HPV-51、HPV-52、HPV-56、HPV-58、HPV-59 和 HPV-68 等型别，其中 HPV-16 和 HPV-18 型最为常见。HPV 主要通过性行为传播，少数可通过皮肤、黏膜直接接触传播。

约 90% 有性生活的男性和女性一生之中某个时候会接触到 HPV，我国一般人群 HPV 感染率约为 15%。尽管 HPV 感染非常普遍，但约 90% 的感染者会在 HPV 感染后两年内自动清除。只有不到 10% 的人会发生 HPV 持续性感染，经过 10~20 年的时间可能发展为宫颈癌前病变或浸润性癌。并且从 HPV 持续性感染发展成低级别病变和高级别病变这个过程是可逆的。也就是说，即便是高级别病变也可能逆转到低级别病变，低级别病变不做任何治疗也可能会消退。但请注意，一定要做好临床随访工作，高级别病变一定要及时治疗（妊娠期除外）。

3. 宫颈癌可以预防吗？

宫颈癌是当前唯一病因基本明确的恶性肿瘤。高危型 HPV 持续性感染是导致子宫颈癌的主要病因。通过采取安全性行为、戒烟、推迟初次性行为年龄、注射 HPV 预防性疫苗及早期筛查等

措施，宫颈癌是可以预防的。且宫颈癌是目前唯一可能通过病因预防以及早发现、早诊断和早治疗达到消除目的的恶性肿瘤。

4. 宫颈癌主要筛查方法包括哪些？

目前世界卫生组织推荐的宫颈癌筛查方法主要有三种，即子宫颈细胞学检查、HPV 检测和醋酸染色肉眼观察（VIA）。这三种方法具备各自特点：

（1）子宫颈细胞学检查：该方法已有 60 多年历史，对降低全球的宫颈癌的发病和死亡负担发挥了重要作用，但需要高水平的专业技术人员、较为严格的质量控制及专业实验相应设备设施。

（2）HPV 检测：该方法具有较高的灵敏度和特异度，准确客观，但价格较高。

（3）醋酸染色肉眼观察（VIA）：该方法简单，即刻就可出结果，但宫颈癌及癌前病变检出率较低。而且绝经后妇女和子宫颈曾接受过物理治疗的妇女不适合使用 VIA 进行筛查。

选择何种宫颈癌筛查方法可根据当地卫生及经济水平确定。对于经济条件好、卫生技术水平较高地区可以采取子宫颈细胞学检查或者 HPV 检测作为初筛方法，也可以两者联合；对于卫生及经济水平较差的地区，可采用醋酸肉眼观察（VIA）方法进行子宫颈癌初筛。

5. 哪些人应该进行子宫颈癌筛查？应该多久做 1 次宫颈癌筛查？

根据我国宫颈癌发病年龄特点，推荐筛查起始年龄在 25~30 岁（已婚或有性生活）。HIV 感染者或机体免疫功能低下的女性可酌情提前。推荐筛查间隔如下：

（1）25~29 岁女性：每 3 年进行 1 次细胞学检查。

（2）30~65 岁女性可选择以下任意方案进行筛查：①每 5 年进行 1 次细胞学检查及 HR-HPV 检测；②每 3 年单独进行 1 次细胞学检查；③每 3~5 年单独进行 1 次 HR-HPV 检测；④每 2 年进行 1 次 VIA 筛查。

（3）65 岁及以上女性：既往 10 年内每 3 年 1 次连续 3 次细胞学检查阴性，或每 5 年 1 次连续 2 次及以上 HPV 检测和细胞学检查阴性，无宫颈上皮内瘤变病史者，停止筛查。子宫全切术后女性（因良性病变切除）可不筛查。

6. HPV 疫苗安全有效吗？

根据全球 HPV 疫苗上市后安全性监测数据可知，HPV 疫苗接种后发生的不良反应通常较为轻微并具有自限性，如发热、恶心、头晕、局部肿胀等，而严重不良事件罕见，也未发现疫苗接种后发生潜在免疫接种疾病表现或趋势。

全球大量临床研究和真实世界研究数据表明，目前上市的 HPV 疫苗都具有非常高的保护效率。HPV 疫苗的安全性和有效性数据也得到了包括世界卫生组织、国际妇产科联盟（FIGO）在内的权威机构的认可。

7. 现在我国有哪些 HPV 疫苗？应如何选择？

目前我国获批的 HPV 疫苗有三种：

(1) 二价疫苗：针对 HPV-16 和 HPV-18 两种亚型的疫苗，该疫苗于第 0、1、6 个月共接种 3 剂。

(2) 四价疫苗：四价疫苗可预防 HPV-16、HPV-18、HPV-6 和 HPV-11 感染，其中 HPV-6 和 HPV-11 是生殖器疣的元凶。四价疫苗于第 0、2、6 个月共接种 3 剂。

(3) 九价疫苗：在四价 HPV 疫苗基础上又增加了 5 种高危 HPV 类型，包括 HPV-31、HPV-33、HPV-45、HPV-52 和 HPV-58。该疫苗于第 0、2、6 个月共接种 3 剂。

HPV 疫苗除可以预防宫颈癌外，也可预防外阴癌、肛门癌及阴道癌等癌症以及生殖器疣等疾病。二价、四价和九价疫苗可接种的年龄范围分别为 9~45 岁、20~45 岁和 16~26 岁。应根据自身年龄和经济状况，在医生指导下选择接种不同价型 HPV 疫苗。

8. 是不是打过 HPV 疫苗就再也不会得宫颈癌了呢？

虽然注射 HPV 预防性疫苗可以有效预防宫颈癌，但不意味就再无患宫颈癌的风险。目前引起子宫颈癌的 HPV 型别至少有 13 种之多。目前已上市的 HPV 疫苗最多只能覆盖 7 种高危型 HPV (HPV-16、HPV-18、HPV-31、HPV-33、HPV-45、HPV-52 和 HPV-58)。所以目前成年女性接种 HPV 疫苗后，依然需要按宫颈癌防治指南定期进行宫颈癌筛查。而筛查的目的是尽早发现宫颈癌或癌前病变。早期发现的宫颈癌及癌前病变较晚期的宫颈癌更易处理，也更有可能治愈。因此，接种 HPV 预

防性疫苗和宫颈癌早诊早治相结合才是最佳的宫颈癌预防模式。

9. 宫颈癌癌前病变是怎么回事？

宫颈上皮细胞在持续性感染高危型 HPV 及其他致癌危险因素作用下发生不典型增生形成宫颈上皮内瘤变。大多数癌前病变都没有任何症状，直至发展为宫颈癌。

根据癌前病变的严重程度，分为宫颈上皮内瘤变 1 级（CIN1 级）、宫颈上皮内瘤变 2 级（CIN2 级）和宫颈上皮内瘤变 3 级（CIN3 级）。部分宫颈癌前病变是可以逆转的，尤其是轻度病变。通过早期筛查可有效提高癌前病变检出率。如果发现有癌前病变应立即接受治疗可有效预防宫颈癌的发生。癌前病变的治疗相对简单而有效，而当癌前病变进展成为宫颈癌时，治疗难度增加且治疗效果较差。

10. 发现宫颈癌或者癌前病变应如何治疗？

根据宫颈癌前病变程度采取相应的治疗措施：CIN1 级原则上不需要治疗，但这些患者需要临床密切观察随访。CIN2/3 级属于中度病变，临床上需要干预治疗，目前常用的治疗方法包括宫颈消融治疗和宫颈切除性治疗。子宫颈浸润癌患者主要治疗方法包括手术、放疗、化疗及姑息治疗，应根据临床分期、年龄、全身情况等因素制订综合治疗方案。

八、甲状腺癌

（一）主要危险因素

甲状腺癌的病因至今尚未完全明确，但目前已知危险因素主要有以下几个方面：

1. 女性发病风险高于男性：2018 全球癌症发病数据显示女性甲状腺癌标化发病率是男性的 3.3 倍。

2. 体重指数：研究表明，体重指数每增加 5，患甲状腺癌风险升高 6%。

3. 放射性碘，包括碘-131（儿童时期或青春期暴露）：世界卫生组织国际癌症研究机构已将放射性碘，包括碘-131 纳入甲状腺癌的 I 类致癌物。研究表明，儿童时期碘-131 暴露量每增加 1 戈瑞，甲状腺癌发病风险增加 4.5 倍。

4. 放射线过度暴露：世界卫生组织国际癌症研究机构已将 X 线和伽马射线纳入甲状腺癌的 I 类致癌物。研究表明，诊断性电离辐射可使甲状腺癌发病风险增加 52%。

5. 碘摄入量：缺碘地区补碘后，甲状腺癌恶性程度降低，甲状腺乳头状癌发病率升高。

6. 甲状腺癌或良性甲状腺疾病家族史：约 3%~5%的甲状腺癌患者有甲状腺癌家族史，一些罕见的家族性甲状腺疾病也与甲状腺癌有关。

（二）高危人群

1. 女性。

2. 具有甲状腺癌既往史或家族史者，如分化型甲状腺癌（DTC）、甲状腺髓样癌或多发性内分泌腺瘤病 2 型（MEN2 型）、家族性多发性息肉病及某些甲状腺癌综合征（如多发性错构瘤综合征（multiple hamartoma syndrome）、Cowden 综合征、Carney

综合征、沃纳综合征 (Werner syndrome) 和加德纳综合征 (Gardner syndrome) 等) }

3. 童年期头颈部放射线照射史或放射线尘埃接触史者。
4. 由于其他疾病，头颈部接受过放疗的个体。
5. 甲状腺结节 >1 厘米，伴持续性声音嘶哑、发声困难、吞咽困难或呼吸困难，且排除声带病变（炎症、息肉等）。
6. 甲状腺结节 >1 厘米，伴颈部淋巴结肿大。
7. 低碘或高碘饮食人群。

（三）推荐预防措施

1. 加强职业防护措施，避免辐射因素过度暴露。
2. 服用碘化钾是在核事故中保护公众的医学应急措施之一。
3. 避免头颈部放射线照射和放射性尘埃接触，减少不必要的医疗辐射暴露。
4. 健康生活，合理饮食，维持适量碘摄入，增加运动。
5. 合理疏导不良情绪，保持良好心态。
6. 高危个体加强监测筛查。

（四）甲状腺癌防治问答

1. 甲状腺对人体有什么用？

甲状腺是人体最大的内分泌器官，其功能主要是合成和分泌甲状腺激素。甲状腺激素对调节身体的新陈代谢，儿童和青少年的生长发育至关重要。人体甲状腺激素分泌过多为甲状腺功能亢进（甲亢），主要表现为食欲亢进、爱出汗、心搏加快或体重

明显减轻等；分泌过少为甲状腺功能减退（甲减），主要表现为注意力不集中、记忆力下降、智力减退或反应迟钝等。

2. 身体出现哪些症状时，我应该警惕得了甲状腺癌？

甲状腺癌早期临床表现不明显，通常是偶然发现颈部甲状腺有质硬而高低不平的肿块。肿块会逐渐增大，随吞咽上下活动。

甲状腺癌晚期多不能移动，伴随局部肿块疼痛，常可压迫气管、食管，使气管、食管移位。肿瘤局部侵犯严重时可出现声音嘶哑、吞咽困难或交感神经受压而引起霍纳综合征（瞳孔缩小、但对光反射正常，患侧眼球内陷、上睑下垂及患侧面部少或无汗等表现的综合征）；侵犯颈丛可出现耳、枕、肩等处疼痛等症状，侵袭颈部淋巴结，可伴有颈部淋巴结肿大。

合并甲状腺功能异常时可出现相应的临床表现，如合并甲亢可能伴有面容潮红、心动过速，特殊类型的甲状腺癌比如甲状腺髓样癌患者，可能出现面部潮红和顽固性腹泻等表现。

3. 我体检发现甲状腺上有个结节，是不是得了甲状腺癌？

甲状腺结节指的是甲状腺表面或内部生长的团块，比较常见，但大约只有1%的结节为恶性。若体检发现甲状腺结节，不用太过担心，需进一步检查确认是良性还是恶性。

4. 身边朋友体检发现甲状腺癌的越来越多，常规体检时需不需要专门去做甲状腺癌筛查项目？

最新数据显示近年来我国甲状腺癌的发病率呈现上升趋势，其原因与不健康的生活方式、医疗技术进步、医疗保险覆盖率增加

以及甲状腺结节过度诊断等多方面因素有关。甲状腺癌具有惰性生长的生物学性质，死亡率很低。目前研究尚未发现甲状腺癌筛查获益的充分直接证据，权威指南尚不推荐无症状人群进行常规甲状腺癌筛查。但如果自身满足甲状腺癌高危人群的条件，仍建议进行定期筛查。

5. 体检项目中有辐射的影像学检查会不会增加我患甲状腺癌的风险？比如肺癌筛查的低剂量螺旋 CT 等？

减少不必要的医疗辐射暴露是甲状腺癌的有效预防措施之一。但对于必要的影像学检查来说，其检查的辐射剂量处于安全范围内，对高危人群来说检查获益远高于风险。

6. 得了甲状腺癌我该怎么办？

一旦确诊应到正规医院，在医生指导下明确病变部位、大小、分型、分期、基因突变等情况，基于自身疾病临床特征结合机体生理情况选择合适的治疗方案和治疗时间，并积极配合检查和治疗。

7. 甲状腺癌术后常见的并发症有哪些？

出血、喉返神经及喉上神经损伤、甲状旁腺功能减退、感染、淋巴漏、局部积液等，出现以上症状时，应在医生指导下积极进行对症治疗。

8. 晚期和难治性甲状腺癌有哪些治疗方法？

除传统的手术治疗和放射性碘治疗外，新型分子靶向治疗和免疫疗法在甲状腺癌临床实践中的疗效也备受关注，比如针对

携带 RET 基因突变的髓样癌，新的 RET 靶向药（Pralsetinib 和 Selpercatinib）具有不错的疗效。

九、前列腺癌

（一）主要危险因素

前列腺癌发生的确切病因尚未完全明确，现有研究显示遗传与环境因素起到重要作用。目前较为明确的危险因素包括以下三个方面：

1. 年龄：随着年龄的增长，前列腺癌的发病率明显升高，50 岁前患前列腺癌的可能性很低，50 岁以后发病率及死亡率成倍增长。

2. 种族：前列腺癌的发病率在不同人种之间差异显著，发病率及死亡率由高至低依次为黑种人、白种人、黄种人。

3. 遗传因素：患前列腺癌的风险与家庭成员中发病人数、血缘关系远近以及亲属的发病年龄等因素相关。如果一个人的直系亲属（兄弟或父亲）患有前列腺癌，那么他本人患前列腺癌的风险会增加 1 倍；2 个或 2 个以上直系亲属患前列腺癌，风险会增加 5~11 倍；有前列腺癌家族史的患者，其确诊时平均年龄较小，一般比无家族史患者小 6~7 岁。

（二）高危人群

根据最新的研究，满足以下条件之一即可定义为高危人群：

1. 年龄 > 50 岁。
2. 年龄 > 45 岁且有前列腺癌家族史。

3. 年龄 >40 岁且基线前列腺特异性抗原 (prostate specific antigen, PSA) >1 微克/升。

(三) 推荐预防措施

有研究显示,适度调整一些生活及饮食习惯可能有助于降低前列腺癌的发病风险,减少动物脂肪饮食摄入,适当饮用绿茶,增加大豆、水果、蔬菜和维生素 E 的摄入等。

(四) 警惕临床症状

前列腺癌无典型的临床症状,这是因为前列腺癌多发生在前列腺的外周带,早期的前列腺癌多局限在前列腺内,未侵犯前列腺周围组织,往往无明显临床表现。但随着肿瘤的不断发展,则会表现出多种不同的临床症状,包括下尿路症状(尿频、尿急、排尿踌躇、排尿中断、尿后滴沥和排尿费力等)、局部浸润性症状(会阴部疼痛及坐骨神经痛等)、转移性症状(骨痛等)。晚期可表现为消瘦乏力、低热、进行性贫血、恶病质或肾衰竭。

(五) 前列腺癌防治问答

1. 前列腺癌在我国人群发病率较低,是不是不用在意?

前列腺癌具有明显的地理和种族差异,在欧美等发达国家是男性最常见的恶性肿瘤。中国与这些国家相比发病率较低,但目前由于人口老龄化和生活方式的改变,中国人群前列腺癌发病率上升趋势明显,且诊断时中晚期患者居多,预后依然较差,仍应当引起重视。

2. 前列腺癌是否可以预防?

前列腺癌明确的危险因素为年龄、遗传因素与种族。有些研究显示适度调整一些生活及饮食习惯可能有助于降低前列腺癌的发生风险，如低动物脂肪饮食，适当饮用绿茶，增加大豆、水果、蔬菜和维生素 E 的摄入等。

3. 早期前列腺癌有哪些症状？

早期的前列腺癌多局限在前列腺内未侵犯前列腺周围组织，往往无明显临床表现。但随着肿瘤的不断发展，则会表现出多种不同的临床症状。最初表现为刺激症状和梗阻症状，如尿频、尿急、排尿踌躇不畅、排尿中断、尿后滴沥和排尿费力等。肿瘤侵犯前列腺包膜及其附近的神经周围淋巴管时，可出现会阴部疼痛及坐骨神经痛；肿瘤侵犯、压迫输精管时会出现腰痛以及患侧睾丸疼痛；肿瘤侵犯前列腺后外侧的神经血管束时还会导致勃起功能障碍；肿瘤侵犯尿道膜部时可发生尿失禁。

4. 是否应该参加前列腺癌筛查？

在欧美一些发达国家，由于前列腺癌发病率较高，因此前列腺癌筛查工作比较积极。我国前列腺癌发病率较低，是否需开展筛查尚需相关研究证实。对于前列腺癌高危人群，建议每年进行前列腺检查。

5. 如何早期发现前列腺癌？

对于 50 岁以上有尿频、尿急、排尿踌躇、排尿中断等症状者，推荐常规进行直肠指诊和前列腺特异性抗原 (PSA) 检查，对于有前列腺癌家族史的男性则建议从 45 岁开始上述检查。

6. 得了前列腺癌，能治愈吗？

前列腺癌是一个进展相对缓慢的癌症，只要早发现、坚持治疗，就会有比较好的预后。一般而言，接受根治性治疗的临床局限型前列腺癌患者的5年生存率接近90%，10年无疾病生存率达70%以上。进展性和转移性前列腺癌能治愈的机会较低，但患者仍能通过各种治疗手段（内分泌治疗、化疗、放疗、核素治疗等）减慢肿瘤细胞的生长、减轻肿瘤引起的症状以及延长寿命。

十、子宫内膜癌

（一）主要危险因素

子宫内膜癌的病因不十分清楚。常见的是雌激素依赖型，其发生可能是在无孕激素拮抗的雌激素长期作用下，发生子宫内膜增生、不典型增生，继而癌变。目前已知危险因素主要有以下几个方面。

1. 年龄：子宫内膜癌的好发年龄是50~69岁，平均60岁，多见于围绝经期和绝经后女性。

2. 初潮早、绝经晚、未生育：12岁以前月经来潮的女性或55岁以后绝经的女性，子宫内膜癌发病率升高。也有研究表明，不孕症患者发生子宫内膜癌的风险较高，是有生育史者的2倍。

3. 肥胖、糖尿病或糖耐量异常：女性罹患子宫内膜癌的风险会随体重增加而显著增高；研究显示，与体重正常女性相比，肥胖女性患子宫内膜癌的风险为2.5倍。与普通人群相比，糖尿病患者发生子宫内膜癌的风险为1.8倍。

4. 雌激素替代治疗、绝经后雌孕激素治疗、使用他莫昔芬：

研究发现，绝经期女性仅使用雌激素治疗，与从未使用者相比，其发生子宫内膜癌的风险为 2.7 倍。

5. 生殖内分泌失调性疾病：常见如多囊卵巢综合征、某些卵巢肿物引起内源性雌激素水平增高。研究发现，多囊卵巢综合征患者发生子宫内膜癌的风险是正常人的 2.8 倍。

6. 子宫内膜癌家族史等遗传因素：大多数子宫内膜癌为散发性，但约有 5% 与遗传有关，其中关系最密切的遗传综合征是林奇综合征，是一种常染色体显性遗传病，与年轻女性的子宫内膜癌发病有关。

（二）高危人群

年龄处于围绝经期、绝经后或未生育的女性。

1. 肥胖、糖尿病或糖耐量异常者。
2. 林奇综合征等相关遗传疾病病史者。
3. 雌激素水平增高者或他莫昔芬等药物使用者。
4. BRCA1 和 BRCA2 胚系突变基因携带者。
5. 一级亲属有子宫内膜癌病史者。

（三）推荐预防措施

1. 控制体重，坚持体育锻炼，避免肥胖。
2. 正确掌握雌激素应用指征及方法。
3. 高危人群定期进行妇科检查。

（四）警惕临床症状

子宫内膜癌的早期症状主要表现为阴道出血，尤其是绝经后

的女性又出现阴道流血或绝经过渡期女性出现月经紊乱、不规则阴道出血，应引起高度重视；子宫内膜癌还可以出现白带增多，呈水样或血性，部分患者会有下腹疼痛。

（五）子宫内膜癌防治问答

1. 子宫内膜癌是遗传性疾病吗？

子宫内膜癌的病因还不完全清楚，目前研究显示主要与雌激素的长期刺激有关。仅5%的子宫内膜癌患者与遗传有关。遗传性子宫内膜癌是林奇综合征Ⅱ型（遗传性非息肉性结直肠癌）的主要肠外表现，这种疾病主要与错配修复基因突变和微卫星不稳定性有关。

2. 绝经后及绝经过渡期出现异常阴道流血就是子宫内膜癌吗？

阴道流血并非子宫内膜癌的特异性症状，其他疾病也可引起阴道流血，如萎缩性阴道炎、子宫黏膜下肌瘤或内膜息肉、内生性宫颈癌、子宫肉瘤及输卵管癌等，但应引起重视，及时去看专业医生，进行相应检查与各种疾病鉴别。

3. 子宫内膜增生就是子宫内膜癌吗？

个体在持续无排卵、无孕激素保护内膜的情况下，子宫内膜单纯在雌激素刺激下，就容易出现子宫内膜增生。子宫内膜增生，主要表现为阴道的异常出血，具有一定的癌变倾向。绝大多数子宫内膜增生是一种可逆性病变，或持续保持良性状态。仅有少数病例在较长时间后发展为癌，但通常预后较好。

4. 检查出子宫内膜不典型增生怎么办？

子宫内膜不典型增生，首先要明确诊断，查清不典型增生的原因，是否有多囊卵巢、卵巢功能性肿瘤或其他内分泌功能紊乱等。有上述任何情况者，应进行针对性的治疗。当有进一步恶化表现时，需到医院检查治疗，存在潜在恶性以及进展为癌的风险时，应行手术切除全子宫。

5. 哪些检查可以帮助确诊子宫内膜癌？

当出现子宫内膜癌的早期信号时，需要及时到医院就诊。要想明确诊断，还需要进行一系列相关的辅助检查。目前临床上常用的方法包括阴道彩色超声检查、分段诊断性刮宫检查、系列影像学检查。阴道彩超是目前应用较广泛的影像学检查方法，优点是无创伤，准确率可达70%~90%；分段诊刮是子宫内膜癌的确诊方法，但有一定创伤。MRI是目前进行子宫内膜癌术前评估的重要方法，诊断准确率可达85%~97%，有助于指导临床治疗方式的选择。

6. 子宫内膜癌预后如何？与哪些因素有关？

总体来讲，子宫内膜癌的预后较好，但与年龄、期别、病理类型、治疗方式等多种因素有关。一般来说，年龄越轻，效果越好；分期越早，预后越好，I期5年生存率为81%~91%；子宫内膜样腺癌的预后最好。此外，淋巴、血管间隙受累是预示复发和转移的重要因素；淋巴、血管间隙受累患者发生复发和转移的机会明显增加，即使是早期的子宫内膜癌患者，如果淋巴、血管间隙受累，其5年生存率也低于未受累者。

十一、脑瘤

（一）主要危险因素

发病机制尚不明确，目前认为脑瘤发病可能与以下危险因素有关：

1. 电离辐射是脑胶质瘤和脑膜瘤较为明确的高危因素，较小剂量的辐射也可以使脑胶质瘤和脑膜瘤的发病率增加。

2. 遗传因素：人体基因缺陷或突变可形成颅内肿瘤。多发性神经纤维瘤属神经系统遗传性肿瘤的最典型代表，为常染色体显性遗传性肿瘤，约半数患者有家族史。

3. 化学因素：动物实验证实多种化学物是诱发脑瘤的原因，常见的有蒽类化合物，如甲基胆蒽、二苯蒽、苯并芘等。

（二）推荐预防措施

因大部分脑瘤基本病因尚不明确，没有更多具有证据的预防措施。可根据慢性病防治原则：

1. 加强职业防护，尽量减少或远离电离辐射及有害化学物品的接触和暴露。

2. 养成良好的生活习惯，尽量少熬夜，戒烟限酒。

3. 合理膳食，多吃新鲜蔬菜水果，不吃过期、变质或被污染的食物。

4. 有良好的心态应对压力，劳逸结合，不要过度疲劳。

5. 加强体育锻炼，增强体质，多在阳光下运动。

（三）警惕临床症状

1. 不明原因的头痛、恶心、呕吐。
2. 运动功能障碍或偏瘫。
3. 偏身感觉障碍。
4. 语言功能减退。
5. 智力精神改变。
6. 癫痫发作。
7. 视力改变。
8. 内分泌紊乱。
9. 听力下降。
10. 小脑及脑干症状。

（四）脑瘤防治问答

1. 垂体腺瘤是恶性肿瘤吗？

垂体腺瘤是指来源于垂体本身的一种良性肿瘤，约占脑瘤的10%，好发于20~50岁，女性多于男性。由于垂体是人体最重要的内分泌器官，调控甲状腺、肾上腺、生殖腺等腺体，垂体腺瘤患者会发生激素分泌异常，从而引发多种症状。建议确诊的垂体腺瘤患者在正规医院积极接受治疗。

2. 脑瘤的一般症状是头痛吗？

除头痛外，呕吐也是脑瘤的常见症状。根据脑瘤的具体位置，还会伴发癫痫。老年人由于脑萎缩造成颅内空间大，头痛和恶心表现不明显；儿童常出现脑积水症状而被误诊为胃肠道疾病。

3. 早期能够发现脑瘤吗？

当发生剧烈头痛，喷射样呕吐，视力、听力、语言和运动障碍等异常时，应及时就医。

4. 普通体检能发现脑瘤吗，普通人怎么选择体检套餐发现脑瘤？

普通健康体检由于检查手段的限制，不易发现脑瘤。建议在资质的防癌体检机构由专业人员综合评估后确认体检方案，脑瘤检查通常包括 CT 和 MRI。

十二、卵巢癌

（一）主要危险因素

卵巢癌的病因至今仍不完全明确，目前已知危险因素主要有以下几个方面：

1. 年龄增加：卵巢癌可发生在女性的任何年龄段，20 岁以下发病较少，但随着年龄增长，发病越来越多，尤其是更年期和绝经期女性。

2. 体质指数大：与体重指数在 18.5~23 的女性相比，体质指数 ≥ 30 的女性患卵巢癌的风险增加。

3. 初潮早、绝经晚：众多证据表明月经初潮年龄过早会增加卵巢癌的发生风险，可能与卵巢上皮细胞过早接受排卵刺激有关。

4. 吸烟：多项研究表明与从不吸烟者相比，现在吸烟者（即调查时在吸烟的成人，包括每日吸烟者和偶尔吸烟者）发生黏液性亚型卵巢癌的风险增加，且吸烟年限、吸烟包年数与黏液性卵巢癌发病风险之间有剂量反应关系。

5. 子宫内膜异位症：患有子宫内膜异位症的女性患卵巢癌的总风险是无子宫内膜异位症女性的 1.3 倍。

6. 绝经期激素治疗：绝经期激素治疗可增加卵巢癌的发病风险（仅浆液性和子宫内膜样亚型）。

7. 卵巢癌家族史：卵巢癌家族史是卵巢癌发病重要的危险因素之一，卵巢癌患者 5%~10% 为遗传性。

（二）高危人群

1. 年龄处于围绝经期或绝经后。
2. 肥胖。
3. 月经初潮年龄 ≤ 12 岁、绝经年龄 ≥ 55 岁。
4. 现在吸烟。
5. 患有子宫内膜异位症等疾病。
6. 绝经期激素治疗。
7. 卵巢癌家族史。

（三）推荐预防措施

1. 坚持体育锻炼，控制体重，避免肥胖。
2. 不吸烟，保持健康的生活方式。
3. 在医生指导下进行激素治疗。
4. 高危人群定期体检。

（四）警惕临床症状

早期卵巢癌通常没有症状，晚期症状也不典型，但出现以下症状应警惕：腹部或骨盆疼痛、肿胀或压迫感；阴道不规则出血或

出血严重，尤其是绝经后；出现带血的阴道分泌物；腹胀、腹部肿块、腹腔积液等消化道症状；部分患者可有消瘦、贫血等表现。

（五）卵巢癌防治问答

1. 什么人容易得卵巢癌？

目前卵巢癌的病因还未完全明确，已知证据显示，卵巢癌跟遗传因素有很大关系，如果近亲家属有女性患卵巢癌，那么其患卵巢癌的概率会比常人增加，存在该情况的女性，应该定期进行体检，防患于未然。初潮早绝经晚的女性、“丁克一族”也容易得卵巢癌，可能因为卵巢的持续性排卵，会给卵巢上皮带来损伤，使上皮细胞有丝分裂速度加快，促进卵巢癌的发生，而有过生育的女性，卵巢在妊娠时停止了排卵，得到了休息，降低了患癌的可能。此外体重指数大、吸烟、患子宫内膜异位症的女性，卵巢癌的发病风险也增加。

2. 卵巢癌会影响生育吗？

卵巢是女性的生殖器官，负责产生生殖细胞—卵细胞，患有卵巢癌会影响到生育功能，甚至危及生命，患病后要尽早采取合适的治疗措施。早期卵巢癌的治疗效果好，但复发概率也高，术后复查很重要。

3. 如何预防卵巢癌？

目前卵巢癌并无明确的预防手段。建议有卵巢癌家族史等高危人群应定期体检，以达到早发现、早诊断和早治疗的目的。其他预防措施还有：坚持体育锻炼，控制体重；戒烟，保持健康的

生活习惯；在医生指导下进行激素治疗等。

4. 预防卵巢癌要切除卵巢吗？

进行预防性卵巢切除，能够使卵巢癌的发病风险大大降低，但这种方法更适用于遗传性卵巢癌综合征家族成员等或有基因突变的高危人群。美国国立综合癌症网络临床实践指南指出，对于患有遗传性卵巢癌综合征的女性，在30~40岁完成生育后可推荐实行低风险的卵巢—输卵管切除术，或输卵管切除术。但预防性卵巢切除手术也有很多副作用，卵巢是女性的内分泌器官，绝经前就切除卵巢，女性就会提前进入绝经期，那么相应的骨质疏松、心血管疾病、泌尿道疾病的发病率都会增加。因此建议咨询卵巢癌遗传门诊，根据家族发病年龄等制订预防措施。

十三、胰腺癌

（一）主要危险因素

胰腺癌发病机制尚不明确，目前认为胰腺癌发病可能与以下危险因素有关：

1. 具有胰腺癌家族史或多重肿瘤抑制基因（CDKN2A）、17号染色体的基因（TP53）、乳腺癌2号基因（BRCA2）等特定胰腺癌相关基因，这些基因的突变都会增加胰腺癌发病风险。研究表明，携带CDKN2A、TP53或BRCA2基因突变者的胰腺癌发病风险分别是非突变携带者的12.3倍、6.7倍、6.2倍。

2. 慢性胰腺炎、黏液性胰腺囊肿等疾病史。一项荟萃分析综合了4项队列研究的结果显示，慢性胰腺炎患者的胰腺癌发病

风险是未患病人群的 8 倍；而黏液性胰腺囊肿可作为胰腺癌早诊早治的目标病变，流行病学资料显示，有 15%左右胰腺癌来自黏液性胰腺囊肿。

3. 糖尿病：1、2 型糖尿病均可使胰腺癌发病风险增加。以往对于 2 型糖尿病研究较多，研究表明，2 型糖尿病患者的胰腺癌相对危险度可增加 2.0 倍，尤其是新发糖尿病患者 1 年内胰腺癌发病危险增加 6.7 倍。

4. 不良生活习惯：长期吸烟、过量饮酒。研究表明，吸烟者胰腺癌的发病风险比从未吸烟者提高 2.2 倍；过量饮酒（每天 ≥ 37.5 克酒精）者胰腺癌的发病风险比不饮酒或少量饮酒（每天 < 6.25 克酒精）者提高 1.2 倍。

5. 肥胖：全身性或腹型肥胖均有可能增加胰腺癌发病风险。研究表明，体重指数每增加 5 可使胰腺癌发病风险增加 1.1 倍；腰围每增加 10 厘米可使胰腺癌发病风险增加 1.1 倍。

（二）警惕临床症状

胰腺癌患者常表现为上腹部不适、腰背部痛、黄疸、消化不良或腹泻、食欲减退、体重下降等。胰腺癌起病隐匿，早期症状不典型，易与其他消化系统疾病混淆，发现时大多已属中晚期。

（三）推荐预防措施

1. 健康生活方式，戒烟限酒，控制体重。
2. 合理饮食，营养均衡，多吃新鲜水果蔬菜。
3. 保持良好的精神状态，采取乐观的生活态度。

4. 及时治疗和控制在糖尿病。

5. 高危人群定期参加防癌体检，一旦出现黄疸、腹痛、消瘦等症状应尽早就诊。

（四）高危人群

胰腺癌高危人群界定参考条件，年龄 ≥ 50 岁且符合下列任一条件者：

1. 有 CDKN2A、TP53、BRCA2 等胰腺癌相关基因突变者。
2. 有胰腺癌家族史。
3. 有慢性胰腺炎、黏液性胰腺囊肿病史者。
4. 糖尿病患者，尤其是 50 岁及以上的新发糖尿病患者。
5. 长期吸烟、饮酒人群。
6. 超重（体重指数 ≥ 24 ）人群。

（五）胰腺癌防治问答

1. 为什么胰腺癌被称为“癌中之王”？

胰腺癌恶性程度很高，5 年生存率不足 10%。其原因包括：

（1）早期病变难发现。胰腺生理位置隐蔽，早期癌变在体检中很难发现。另外，胰腺本身神经不丰富，早期肿瘤不会引起疼痛，缺少典型症状，不少患者直到晚期肿瘤压迫胰腺周围的神经，出现剧烈腹痛才发现病情。

（2）缺少有效治疗手段。由于大多数胰腺癌被发现时已失去手术的最佳时机，且侵袭性强，对化疗、放疗均不敏感，这都导致胰腺癌治愈率低。

2. 胰腺癌是怎么发生的？

目前对胰腺癌的病因尚不明确。长期吸烟、过量饮酒、肥胖、遗传因素、糖尿病、慢性胰腺炎等疾病均是胰腺癌发生的高危因素。

3. 胰腺癌是否会遗传给下一代？

尽管胰腺癌的发生与遗传有关，即父母有胰腺癌病史，那么子代胰腺癌的发病风险会增大，但并不是说子代一定会得胰腺癌。因此有家族性胰腺癌病史的人群，应该更加注重定期参加筛查。

4. 胰腺癌会有哪些临床症状？

胰腺癌的主要症状包括上腹部不适、体重减轻、恶心、黄疸、脂肪泻及疼痛等，均无特异性。因与胃肠道、胆道疾病的症状有相似之处，常常被误认为是胃病。若按胃病给药治疗后症状减轻，但停药后病情逐渐加重，应警惕胰腺癌的发生。

5. 胰腺癌患者为什么常伴有糖尿病发生？

在临床上，常见胰腺癌患者伴有糖尿病，主要原因为胰腺癌可破坏胰岛细胞或造成胰导管梗阻，导致胰岛素分泌减少或延迟，另外，胰腺癌还会引起抗胰岛素机制，减弱胰岛素的生理作用。

6. 肥胖者如何预防胰腺癌？

控制体重，合理饮食，营养均衡，少吃红肉、高脂肪、高能量食物，多吃新鲜水果蔬菜。

7. 老烟民戒烟后是否就不容易得胰腺癌了？

老烟民戒烟后的胰腺癌的发病风险仍高于不吸烟者。研究表明，即使戒烟10年后患胰腺癌的风险仍是不吸烟人群的1.6倍。

但相对于吸烟人群，戒烟后的烟民胰腺癌的发病风险会随时间逐渐下降，直到戒烟 20 年后胰腺癌的发病风险与未吸烟者相当。

8. 有哪些常用的胰腺癌筛查技术？

目前胰腺癌筛查主要采用血液肿瘤标志物和影像学检查，血液肿瘤标志物应用最多的是 CA19—9；影像学检查主要是内镜、超声和 CT、MRI。

十四、膀胱癌

（一）主要危险因素

目前已知的可能导致膀胱癌的危险因素主要有以下几个方面：

1. 老龄化。年龄越大，膀胱癌发病风险越高。
2. 吸烟。
3. 芳香胺类物质的职业暴露（染料、化工、橡胶工业）。
4. 饮用含砷的水。
5. 膀胱感染史。
6. 膀胱癌家族史。

（二）高危人群

根据国际证据推荐和我国现行经验，膀胱癌高危人群定义为：

1. 年龄 > 50 岁。
2. 长期从事染料、皮革、金属机械制造、有机化学原料等行业的职工及与联苯胺、4-氨基联苯、 α -萘胺、 β -萘胺等致癌物长期接触者。
3. 有膀胱癌家族史者。

（三）推荐预防措施

1. 戒烟。
2. 饮用安全的水。
3. 避免芳香胺类物质的职业暴露。
4. 避免马兜铃酸摄入。

（四）警惕临床症状

90%以上膀胱癌患者的早期临床症状是血尿，通常为无痛性肉眼血尿，有时也可为镜下血尿。少数患者早期有膀胱刺激征，表现为尿频、尿急、尿痛和排尿困难。

（五）膀胱癌防治问答

1. 哪些人是膀胱癌的高危人群？

膀胱癌的高危人群主要包括：（1）年龄 50 岁以上；（2）长期从事染料、皮革、金属机械制造、有机化学原料等行业的职工及与 α -萘胺、 β -萘胺、联苯胺、4-氨基联苯等致癌物长期接触者；（3）有膀胱癌家族史者。

2. 吸烟是否与膀胱癌的发生有关？

吸烟是目前最为肯定的膀胱癌发病危险因素，研究发现吸烟与膀胱癌有强烈的相关性，与吸烟量和烟龄呈剂量反应关系。

3. 经常使用含有芳香胺的染发剂可增加膀胱癌风险吗？

染发剂的使用是暴露于芳香胺类的潜在来源，而长期暴露于芳香胺类化学物质可增加膀胱癌的发生风险。多项研究表明对染发剂有职业暴露的理发师患膀胱癌的风险增加，但是个人使用

染发剂与膀胱癌的关系尚有争论。

4. 膀胱癌早期有哪些症状？

膀胱癌的早期症状主要是出现间歇性无痛肉眼血尿，也有部分患者仅表现为镜下血尿或者尿频、尿急等症状。

5. 为什么男性更容易患膀胱癌？

研究表明男性膀胱癌的发病率是女性的 2~4 倍。这可能与男性长期吸烟、职业接触某些化学物质（如芳香胺）有关，也可能是女性由于妊娠影响、激素改变降低了膀胱癌发生的危险性。

6. 哪些食物可以预防膀胱癌呢？

没有哪种食物可以预防膀胱癌，关键要养成良好的生活习惯。比如：多摄入新鲜的蔬菜、水果和粗粮，戒烟限酒，避免熬夜、久坐等不健康的生活方式，都有益于降低膀胱癌发生的风险。

7. 是否应该参加膀胱癌筛查？如何筛查？

目前膀胱癌筛查效果证据不足，不推荐对一般人群进行膀胱癌筛查。但对于高危人群，建议每年进行 1~2 次的尿细胞学检查，必要时可行盆腔 B 超、膀胱镜及盆腔 CT、MRI 检查。

8. 在膀胱癌的诊断中膀胱镜检查是必需的吗？

当患者出现尿频、尿急，特别是合并血尿时，即使超声、CT 或 MRI 无异常，也要高度警惕膀胱癌的风险，故建议患者进一步进行膀胱镜检查。因为膀胱镜检查不仅是诊断膀胱癌的金标准，而且是治疗膀胱癌的非常重要的手段。

9. 膀胱癌需要与哪些疾病区别？

泌尿系统感染，肾、输尿管结石、前列腺增生等疾病也可表现出与膀胱癌类似的症状，如果出现尿液呈淡红色、尿频、尿急、尿痛等症状，一定要及时就医，医生可以通过尿细胞学检查、膀胱镜等检查进行鉴别诊断，以免延误治疗。

10. 膀胱癌可以治愈吗？

由于膀胱癌早期症状明显，超过80%的膀胱癌在诊断时处于早期，一般通过膀胱镜的电切或激光切除手术就可治疗。但膀胱癌的特点是复发率高，不过对于复发的患者，80%~90%可通过反复手术及术后灌注治疗达到治愈的效果。

十五、鼻咽癌

（一）主要危险因素

1. EB病毒感染。
2. 具有鼻咽癌家族史。
3. 喜食腌制食品。
4. 我国华南地区较为高发。
5. 具有吸烟等不良生活习惯。

（二）高危人群

1. 鼻咽癌高发地区。
2. 年龄30~59岁。
3. 头颈部检查有可疑病变者。
4. 具有鼻咽癌家族史者。
5. EB病毒检测阳性者。

（三）推荐预防措施

1. 避免 EB 病毒感染，EB 病毒可通过唾液传播，感染多发生在婴幼儿阶段。

2. 注意饮食结构和生活习惯：少吃咸鱼、腌肉和腌菜等含大量亚硝胺类的食物。

3. 戒烟。

（四）警惕临床症状

由于鼻咽邻近结构复杂，当肿瘤侵及相应结构和神经时会引发复杂多样的临床症状，主要包括：涕中带血、鼻塞、耳鸣与听力下降、头痛、面部麻木、咀嚼困难、复视、颈部肿块等。

（五）鼻咽癌防治问答

1. 我国鼻咽癌主要流行特征有哪些？

我国鼻咽癌发病率和死亡率高于世界平均水平。鼻咽癌发病具有明显的地域性，主要集中在我国华南的广东省和广西壮族自治区等地区。鼻咽癌可发生于各个年龄段，以 30~60 岁多见，男性发病率高于女性。

2. 哪些人容易得鼻咽癌？

（1）EB 病毒感染与鼻咽癌的发生密切相关。

（2）有鼻咽癌家族史者鼻咽癌发病风险增加。

（3）经常性或大量吸烟的人群。

（4）爱吃咸鱼及咸菜等腌制类食物的人群发病风险增加。

（5）居住在鼻咽癌高发区的人群发病风险增加。

3. 鼻咽癌会有什么症状呢？

由于鼻咽邻近结构复杂，当肿瘤侵及相应结构和神经时会引发复杂多样的临床症状，主要早期临床症状包括：

(1) 大部分鼻咽癌患者初诊时存在头痛症状，早期多为间歇性发作，随着病情的进展，发展为持续性头痛。

(2) 血痰、涕中带血是鼻咽癌患者早期最为常见的表现，患者多在晨起咳嗽时出现带有血丝的痰液，或是在擤鼻涕时发现带血的鼻涕。

(3) 患者早期出现耳闷塞感觉和耳鸣症状，随着病情恶化会损伤听神经，听力会逐渐下降。

(4) 鼻塞是鼻咽癌的早期症状之一，随着肿瘤体积的增大，鼻堵塞感逐渐增强。值得注意的是，鼻塞并不是鼻咽癌的独有症状，鼻窦炎、感冒等也可引发鼻塞。如果在治疗后未得到改善，或者合并一种或多种上述症状时如头痛、血痰、涕中带血、耳鸣及听力下降等，需加以高度重视。

(5) 大部分鼻咽癌患者早期会出现颈部淋巴结肿大症状。尽管慢性炎症等疾病也可引起颈部淋巴结肿大，但抗感染治疗后会改善，如治疗后未见缓解，同时触摸后感到肿块活动差、质地较硬、无痛感、多个融合成团，需及时到医院就诊。

(6) 鼻咽癌会引发面部麻木、咀嚼困难等表现，当病情恶化，侵犯视神经后，患者会出现重影（复视）。

鼻咽癌的防治同许多恶性肿瘤一样，早发现、早诊断、早治疗

是提高患者预后、降低死亡率的关键。鼻咽癌是一种早期诊断难度较大的恶性肿瘤，虽然患者在早期会出现头痛、血痰或涕中带血、耳鸣及听力下降、鼻塞、颈部淋巴结肿大、面部麻木或复视，但并不意味着具有这些症状就一定患鼻咽癌。居住在鼻咽癌高发区的居民，当出现上述任一症状，或具有鼻咽癌家族史、不良饮食生活习惯时，都应该及时就诊、接受检查，进行有效预防。

4. 鼻咽癌筛查常用的方法或技术有哪些？

筛查方法以简单、安全、有效、费用低廉和群众易接受为原则。常用鼻咽癌筛查方法主要有：

(1) 疾病史询问：鼻咽癌筛查时首先要询问筛查对象的病史和家族史，此方法最为简便，也极为有效。筛查对象主诉的一些症状能为临床医生提供重要的信息，使临床医生加强警惕性。

(2) 颈部淋巴结触诊：鼻咽癌淋巴结转移率高且出现较早，可发生在耳鼻症状出现前，有部分患者以颈部肿块为首发症状。颈部淋巴结触诊方法简单，不会给受检者带来不适。当发生颈部淋巴结肿大时应高度重视，需要到医院做进一步的临床检查。

(3) 血清 EB 病毒抗体检测：EB 病毒感染与鼻咽癌的发病密切相关，是目前已知的最重要的鼻咽癌致病因素。非角化型鼻咽癌是我国鼻咽癌的主要类型，约占 95%以上，该类型鼻咽癌几乎都存在 EB 病毒感染。EB 病毒相关抗体反映了 EB 病毒急性、慢性、持续感染、恢复期或既往感染等状态。血清 EB 病毒抗体检测在鼻咽癌的早期筛查中发挥了重要的作用。

(4) 鼻咽镜检查：可采用间接鼻咽镜检查 and 鼻咽内镜检查进行鼻咽癌筛查。间接鼻咽镜检查操作简单，经济易行，可直接窥视鼻咽腔，对鼻咽癌早期发现具有重要意义。间接鼻咽镜检查对咽反射敏感者效果不佳，可做黏膜表面麻醉后再进行检查。鼻咽内镜检查可直视鼻腔及鼻咽腔内病变，发现病变后可在镜下操作直接取活检用于临床病理确诊，同时可以克服咽反射敏感等困难。鼻咽内镜检查费用比间接鼻咽镜检查高，因此要根据经济发展水平和卫生资源条件选择适宜的筛查方法。

5. 应如何治疗鼻咽癌？

由于鼻咽的位置特殊，传统手术切除有一定的局限性。鼻咽癌对放疗敏感，放射治疗是目前公认的鼻咽癌的首选治疗手段。应根据不同的临床病理分期制订个体化分层治疗策略，对于早期癌一般采用单纯放射治疗，局部晚期则推荐采用放疗为主的综合治疗。转移性鼻咽癌则多采用姑息性治疗，包括全身治疗、局部治疗以及对症治疗等。

6. 影响鼻咽癌患者预后的因素有哪些？

临床病理分期是影响鼻咽癌患者预后的重要因素，晚期患者的预后较差。研究显示我国鼻咽癌的5年总体生存率约为45%，而I期鼻咽癌的5年生存率可达90%以上。因此，针对高危人群开展鼻咽癌早诊早治工作是提高鼻咽癌预后的关键。鼻咽癌患者年龄越大预后越差，男性预后较女性差。

十六、其他

(一) 主要危险因素

几乎所有癌症的发病风险随年龄的上升而增加，多为男性高于女性，具有癌症家族史者发病风险显著提高。除此之外，与之相关的主要可控危险因素见下表。

与癌症相关的主要可控危险因素

器官/部位	主要危险因素
白血病/淋巴瘤	家族史
	苯
	EBV
	甲醛
	幽门螺杆菌
	HCV
	HIV
	人类 T 淋巴细胞病毒-1 型
	疱疹病毒
	吸烟
	放射线过度辐射
胆囊	胆囊结石、肥胖
胆道	中华肝吸虫
	胆管结石
口腔 咽(口咽、下咽癌和/或未分类)等	HPV16 型
	吸烟
	长期饮酒
喉	过度食用槟榔
	长期饮酒
	石棉(各种形式)
肾脏	吸烟
	肥胖
	放射线过度辐射
阴道、外阴、阴茎、肛门	HPV16 型
	HIV
卡波西肉瘤	HIV
	疱疹病毒
皮肤癌	太阳辐射

注：EBV. EB 病毒 HCV 丙型肝炎病毒 HIV 人类免疫缺陷病毒 HPV 人乳头状瘤病毒

（二）主要预防措施

推荐采取癌症的三级预防措施进行癌症的综合防控。选择健康的生活方式，如戒烟限酒、控制感染、适度运动、平衡膳食、保持健康的体重。及时关注身体出现的危险信号，高危人群定期参加防癌体检和筛查，做到早发现、早诊断、早治疗。缓解癌症患者症状、改善预后，提高生存质量。

湖北省慢性呼吸系统疾病防治指南

（大众版）

慢性阻塞性肺疾病（简称“慢阻肺”，COPD）是我国常见的慢性呼吸疾病，与气道和肺组织对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常慢性炎症有关。

慢阻肺通过肺功能和必要检查即可确诊，早诊早治可预防疾病进展、肺功能下降和急性加重住院。

一、慢阻肺的预防

（一）戒烟，为最重要的预防措施。

（二）减少室内外空气污染，避免、减少室内取暖、烹饪燃烧生物燃料而造成的污染，污染严重时减少室外活动。

（三）减少或消除职业性暴露，如减少接触职业环境中的粉尘、烟雾等。

（四）鼓励慢阻肺患者从事适当的体育活动，以有助对肺功能的锻炼和康复。

二、慢阻肺的治疗

（一）药物治疗

支气管扩张剂是治疗慢阻肺的基础。首选吸入制剂（包括噻托溴铵粉吸入剂或异丙托溴铵气雾剂，沙丁胺醇气雾剂等），重度以上加用吸入糖皮质激素+长效 β_2 受体激动剂（如布地奈德福莫特罗粉吸入剂或沙美特罗替卡松粉吸入剂）。不推荐长期

口服糖皮质激素作为维持治疗。

（二）氧疗

合并慢性呼吸衰竭的患者，长期的家庭氧疗（往往需要每天15小时以上）是必要的，这能够提高生存率。

（三）无创呼吸机

对于病情严重的、如合并急性二氧化碳潴留的慢阻肺患者往往需要联合无创呼吸机使用，可以提高生存率，减少反复住院的风险。当然，这需要专业医生对你的病情做出评判。

（四）大多数人对慢阻肺防治的误区

1. 忽视肺功能检查

肺功能检查是慢阻肺诊断和严重程度分级的“金标准”。对于40岁以上的人，如果符合“长期吸烟、活动后气急、咳嗽咳痰三个月以上”三条中的任意一条，就应该尽早去医院进行肺功能检测。

2. 误认为症状不严重不需用药或自行停止用药

慢阻肺除了“早诊”，还需要“早治”。对于已确诊的慢阻肺患者，要坚持长期、规范治疗。但很多慢阻肺患者一旦症状有所缓解，就认为可以不用吃药了或停止用药。

3. 忽视吸入装置的使用

吸入治疗是慢阻肺的一线基础疗法，吸入装置的选择和正确使用都关系到吸入治疗的疗效，吸入装置与药物强强联合才能更好地治疗疾病。慢阻肺患者一定要在专业医生指导下选择合适

的吸入装置并确保能正确使用吸入装置。

三、患者最想要了解的问题

(一) 引起慢阻肺的主要原因是什么？

COPD 病因至今仍不十分清楚，目前认为与气道炎症及有害颗粒刺激有关，发病有下列危险因素：

1. 吸烟：目前公认吸烟为 COPD 重要的发病因素，吸烟能使支气管上皮纤毛变短，不规则，纤毛运动发生障碍，降低局部抵抗力，削弱吞噬细胞的吞噬、灭菌作用，又能引起支气管痉挛，增加气道阻力。大多数 COPD 病人均有吸烟史。

2. 职业性粉尘和化学物质：当职业性粉尘及化学物质（烟雾、过敏原、工业废气及室内空气污染等）的浓度过大或接触时间过久刺激呼吸道，均可导致 COPD 的发生。

3. 空气污染：化学气体如氯、氧化氮、二氧化硫等，对支气管粘膜刺激和细胞毒性作用。其他粉尘如二氧化硅、煤尘、棉尘、蔗尘等刺激支气管粘膜，使气道清除功能遭受损害。COPD 的危险因素还可能与烹调时产生的大量油烟和燃料产生的烟尘有关。

4. 感染：病毒、细菌等微生物引起的呼吸道感染，是 COPD 发病和加剧的另一个重要因素。

5. 其它：如遗传因素、过敏、气候变化等均与 COPD 发病有关。

(二) 如何发现慢阻肺？

首先请您回答几个问题：

1. 您是否经常咳嗽？
2. 您是否经常咯痰？
3. 您是否经常感觉活动后气短？
4. 您的年龄是否大于四十岁？
5. 您现在是否吸烟或您曾经经常吸烟？

如果上述问题中，你有3个或3个以上问题回答“是”，即应到医院找呼吸科医师咨询，肺功能检查对诊断有重要意义。医生会为你进行一次的肺功能检查，既可以确诊。

（三）得了慢阻肺怎么办？

1. 知己知彼——应接受治疗和健康教育，掌握慢阻肺的基础知识，了解病变以及相应的治疗原则，密切配合医生治疗。

2. 避免诱发——戒烟和避免大小环境污染，不但是预防慢阻肺发生的重要措施，也是减缓病情进展的重要手段。

3. 密切监测——应密切监测病情变化和治疗反应。一定要在专业医生指导下定期复查肺功能。如规律使用药物下，咳痰喘等症状发生变化，难以控制，一定要咨询专业医生。

4. 合理膳食，保持营养均衡摄入，不相信所谓“发物”说法。

5. 按“需”适量运动，保持心理平衡，坚信慢阻肺可以得到很好的控制。

湖北省出生缺陷防治指南

（大众版）

一、出生缺陷的三级预防

出生缺陷是指婴儿出生前发生的身体结构、功能或代谢异常，是导致早期流产、死胎、婴幼儿死亡和先天残疾的主要原因。

世界卫生组织将出生缺陷的预防措施分为三级，一级预防是指为防止出生缺陷儿的发生，主要是实施在孕前及孕早期阶段的综合干预。包括婚前孕前干预，包括健康教育、婚前医学检查、孕前保健、出生缺陷咨询/遗传咨询、计划生育、最佳生育年龄选择、增补叶酸、孕早期保健等。

二级预防是指减少出生缺陷儿的出生，在孕期进行产前干预、产前血清学筛查、超声筛查、产前诊断、遗传学诊断（PGD），宫内治疗。

三级预防是对出生缺陷儿及早发现和治疗。开展新生儿遗传代谢病筛查、听力障碍筛查、唇裂、腭裂、尿道下裂、马蹄内翻、部分先天性心脏病以及先天性听力障碍患儿及时手术治疗。

二、婚前医学检查

（一）什么是婚前保健？

对准备结婚的男女双方，在结婚登记前进行的婚前医学检查、婚育健康指导和咨询服务。

（二）婚检的意义是什么？

通过婚前医学检查能及早发现影响婚育的疾病，维护男女双方健康权益，保障母婴健康，促进家庭幸福和谐。

（三）婚前检查的疾病有哪些？

1. 严重遗传性疾病。
2. 指定传染病，《中华人民共和国传染病防治法》中规定的艾滋病、淋病、梅毒以及医学上认为影响结婚和生育的其他传染病。
3. 有关精神病，精神分裂症、躁狂抑郁型精神病以及其他重型精神病。
4. 其他与婚育有关的疾病，如重要脏器疾病和生殖系统疾病等。

三、孕前优生健康检查

（一）孕前优生健康检查的意义是什么？

孕前优生健康检查是出生缺陷一级预防的重要手段，通过为计划怀孕夫妇提供健康教育与咨询、健康状况评估、健康指导等，提高出生人口素质，减少出生缺陷和先天残疾发生。

（二）孕前优生健康检查的内容有哪些？

1. 一般检查：包括生命体征检查、生殖系统的检查及其它。
2. 常规辅助检查包括血常规、血型、尿常规、血糖或尿糖、肝功能、生殖道分泌物、心电图、胸部 X 线及妇科 B 超等。
3. 专项检查

（1）严重遗传性疾病。

（2）可能引起胎儿感染的传染病及性传播疾病，如梅毒螺

旋体、艾滋病毒等感染。

(3) 精神疾病。

(4) 其他影响妊娠的疾病。

四、孕期检查

(一) 孕期检查什么？

孕期检查的重点即产前筛查。

(二) 孕期出生缺陷产前筛查查什么？

产前筛查是指通过经济、简便、较少创伤的检测方法，从孕妇群体中发现怀有某些先天性缺陷胎儿的高危孕妇，进而进行产前诊断，以最大幅度减少异常胎儿的出生。产前筛查方法包括唐氏筛查和无创产前 DNA 检测 (NIPT)。

对于唐氏筛查大家大多都已了解，高风险应当建议其进行后续介入性产前诊断，不应当仅根据本检测高风险的结果做终止妊娠的建议和处理。低风险提示检测并非最早诊断，不排除漏检的可能，并不能排除其他染色体疾病。临界风险可进一步进行无创 DNA 检测。

(三) 无创 DNA 检测 (以下简称 NIPT 筛查) 是什么？

NIPT 筛查是应用高通量基因测序等分子生物学方法检测孕期母体外周血中胎儿游离 DNA 片段，从而评估胎儿常见染色体非整倍体异常风险的技术。

筛查疾病为 3 种常见胎儿染色体非整倍体异常，即 21 三体综合征、18 三体综合征、13 三体综合征。

检测时间应当在 12 周以后进行，适宜检测孕周为 $12^{+0} \sim 22^{+6}$ 周，一般选择孕 16 周左右，以便有足够的时间进行产前诊断和后续处理。

五、地中海贫血防治

（一）什么是地中海贫血？

地中海贫血简称地贫，又称海洋性贫血、珠蛋白合成障碍性贫血，因最早发现于地中海沿岸国家而得名。地贫是一组遗传性溶血性贫血，根据血红蛋白中珠蛋白肽链受损的不同，地贫主要分为 α 地贫和 β 地贫两类。根据临床症状， α 地贫又可分为静止型、轻型（标准型）、中间型（即血红蛋白 H 病，HbH 病）以及重型（即 HbBart 胎儿水肿综合征）， β 地贫又可分为轻型、中间型和重型。

（二）地贫症状有哪些？影响日常生活与工作吗？

1. 静止型或轻型地贫：没有明显症状或症状轻微，不影响日常生活与工作，无需特殊治疗，但可能会将异常基因遗传给下一代。此类型地贫通常易被忽略，若未经检查，该类人群并不知道自己是地贫基因携带者。

2. 中间型地贫：临床表现差异很大，会有不同程度的贫血、疲乏无力、肝脾肿大以及出现轻度黄疸，重者需要定期输血和排铁治疗。在感冒发热等应激状态或服用一些药物后会诱发急性溶血而加重贫血，甚至发生溶血危象，危及生命。

3. 重型地贫：重型 α 地贫胎儿多在孕晚期出现水肿综合征，

超声检查提示胎盘厚、胎儿心脏大、胸腔与腹腔积液，可能胎死宫内或出生后死亡；通常孕妇也会出现一些并发症，甚至危及孕妇生命。重型 β 地贫患者出生时一般没有临床症状，通常在出生3至6个月后开始出现逐渐加重的贫血，伴有面色苍白、肝脾肿大、黄疸、发育不良等；如果不进行规范治疗，随着年龄的增长会逐渐出现头颅变大、额部隆起、颧骨突出、眼距增宽、鼻梁塌陷等典型的地贫特殊面容；容易出现呼吸道感染及心力衰竭等并发症，危及生命，需要终生给予规律输血和排铁治疗维持生命，或进行造血干细胞移植；如果不进行治疗或治疗不及时、不规范，患者很难活到成年，多在5岁前死亡。

（三）地贫会传染吗？会遗传吗？

地贫是基因缺陷导致的遗传性血液病，只会遗传，不会传染。

（四）地贫可以治愈吗？

目前地贫尚无药物和成熟的基因治疗方法，地贫基因携带者无需特殊治疗，中重型地贫患者需要定期输血和排铁治疗维持生命。脾切除术只是治疗地贫的姑息手段，造血干细胞移植是目前可能治愈重型 β 地贫的方法，人类白细胞抗原（HLA）全相合的地贫移植成功率高。因此，目前在地贫高发地区开展婚前孕前以及产前地贫筛查、诊断和干预，防止重型地贫儿的出生，是防控地贫的最有效措施。

（五）如何进行地贫筛查？筛查结果正常可以完全排除地贫吗？

通过血常规检查和血红蛋白分析等简单易行的地贫筛查

方法可以发现这些异常的血液学指标，进而发现地贫可疑患者或基因携带者。若地贫筛查结果提示为地贫可疑，则必须进一步进行地贫基因检测，以确诊是否为地贫以及地贫类型。每个人一生只需做一次地贫筛查，且越早越好，可以在婚检、孕检或产检时进行。正常人有4个 α 地贫基因，如果只有一个 α 地贫基因缺失或突变为静止型地贫，这类地贫基因携带者几乎没有任何临床表现，地贫筛查通常也检测不出来，所以即使地贫筛查结果正常，也不能完全排除这类地贫。

（六）哪些孕妇需要做产前诊断？产前诊断怎么做？

夫妇双方确定为同类型轻型地贫（即地贫基因携带者），妻子怀孕以后，所孕育的胎儿中有1/4几率是正常胎儿，1/2几率是同父母一样的轻型地贫、1/4几率是中间型或重型地贫。地贫防控的原则是阻止重型地贫儿的出生，所以如果夫妇双方是同类型轻型地贫或有重型地贫儿生育史，在怀孕后应按照专科医生的建议尽早接受产前诊断，通过采集胎儿的遗传物质（DNA）对胎儿进行基因诊断，确定胎儿的地贫基因类型，评估胎儿出生后患严重贫血的风险。

目前采集胎儿遗传物质的方法主要有绒毛取材术采集绒毛组织、羊膜腔穿刺术采集羊水细胞、经皮脐血管穿刺术采集脐血等。检查时间分别为：绒毛取材术通常在孕10周~14周进行、羊膜腔穿刺术通常在孕16周之后进行、经皮脐血管穿刺术通常在孕20周之后进行。如有条件，建议行绒毛取材术尽早诊断。

六、新生儿疾病筛查

（一）新生儿遗传代谢病筛查什么？

新生儿遗传代谢病是影响儿童智力和体格发育的严重疾病，若及早诊断和治疗，患儿的身心发育大多可达到正常同龄儿童的水平。在新生儿期对严重危害新生儿健康的先天性、遗传性疾病施行的专项检查，对防止残疾、提高出生人口素质有着非常重大的意义。

筛查病种包括先天性甲状腺功能减低症、苯丙酮尿症、先天性肾上腺皮质增生症、葡萄糖六磷酸脱氢酶缺乏症、地中海贫血。

（二）宝宝出生时看起来很健康，也要做新生儿遗传代谢病筛查吗？

是的，有必要。因为这些患有遗传代谢病的宝宝出生时看起来是正常的，但在3~6个月以后会逐渐出现一些异常表现。如果这时才被诊断，治疗就晚了，因为宝宝的体格和智力发育已经落后，且难以得到改善，这将给家庭带来沉重的经济和精神负担。

（三）家中没有人患这些病，宝宝还要做新生儿遗传代谢病筛查吗？

是的。虽然父母看起来都很健康，但也可能带有致病基因，生育患有遗传代谢病的宝宝。通过新生儿遗传代谢病筛查，有病的宝宝就能被早期发现。

（四）如何进行新生儿遗传代谢病筛查？

其实很简单。在您宝宝出生3天后，7天之内，并充分哺乳，医生将在宝宝足跟采集几滴血，送实验室检测。但要注意：因各

种原因没有做筛查的宝宝，父母应按照医生的嘱咐带宝宝回医院做筛查，时间最迟不宜超过出生后 20 天。

（五）父母应怎样配合医院做新生儿遗传代谢病筛查？

父母应该认真了解新生儿遗传代谢病筛查相关内容，并签署知情同意书。配合医护人员为您宝宝做新生儿遗传代谢病筛查，并提供详细有效的家庭住址、联系电话。如果产后休养地在另外，也应把新的住址和电话号码一并告知医生，以便医生在需要时可以与您联系。

（六）收到复查通知是不是表示我的宝宝有病了？

不一定。有多种原因需要复查，医生为了对宝宝健康负责都会通知您。总之，一旦收到复查通知，您就要尽快带宝宝到医院做相关检测。

（七）如果我的宝宝被检查出患病了，该怎么办？

一旦孩子被确诊患病，您应按照医生的嘱咐及早进行治疗，定期复查，监测患儿体格和智力发育情况，以防止这些疾病所造成的严重后果。

（八）新生儿遗传代谢病筛查检测方法灵敏吗？

通过新生儿遗传代谢病筛查可以检测出绝大多数的患儿，由于一些因素，还有极少数的患儿不能检测出来。因此，当您的宝宝在生长发育中出现一些异常表现，应及时到医院就诊。

（九）宝宝被诊断患有这些疾病后，为什么要早治疗预后才会好？

因为这些疾病现在是可以进行治疗改变预后的。越早治疗，对患病宝宝体格和智力发育损伤就越小。只要做到早治疗，大多数患病宝宝的体格和智力发育可以达到正常同龄儿童水平。

（十）什么是新生儿听力筛查？筛查未通过怎么办？

新生儿听力筛查是通过耳声发射、自动听性脑干反应检测，在新生儿出生后自然睡眠或安静的状态下进行的客观、快速和无创的检查。新生儿生后 2~3 天住院期间畸形初筛，初筛未通过者，42 天内均应进行双耳复筛。复筛仍未通过者应在出生后 3 个月龄内转诊至省级卫生健康行政部门指定的听力障碍诊治机构接受进一步诊断。

（十一）宝宝听力筛查正常，还需要做耳聋基因检测吗？

耳聋基因在正常人群中也有携带，携带耳聋基因并不代表会耳聋，但却有可能生下耳聋儿。有生育要求的夫妇进行常见致聋基因突变的筛查，若发现双方均带有相同的突变耳聋基因，通过对其进行全程的指导和干预，可以预防性的减少 1/3~2/5 的先天性耳聋患者出生。药物性耳聋是患儿因携带了某种致聋基因，导致在使用某些耳毒性的药物后，出现耳聋。迟发性耳聋是患儿出生时听力正常，后面比如在某些外伤后出现耳聋，这类耳聋也与基因相关，但其实是可以通过早期检查预防的。检测耳聋基因，可以提早发现先天性耳聋、后天迟发性耳聋的患儿并及时进行医学干预，避免出生缺陷的发生。检测耳聋基因，还可以发现携带药物性耳聋基因的准妈妈，对对妈妈、宝宝及家人进行用药

安全的指导。检测耳聋基因，还可以提示耳聋基因突变者的家人患耳聋的风险，提醒家人一起来预防耳聋的发生。

七、出生缺陷防治健康教育核心信息 20 条

（一）禁止近亲结婚，降低遗传性疾病的发生风险

近亲结婚是指直系血亲和三代以内的旁系血亲结婚。直系血亲包括父母与子女、祖父母与孙子女、外祖父母与外孙子女。三代以内的旁系血亲包括同胞叔（伯、姑）与侄（女）、舅（姨）与外甥（女）、表兄弟（妹）、堂兄弟（妹）。血缘关系越近，遗传性疾病的发生风险越高。

（二）准备结婚的男女双方应当主动接受婚前医学检查等婚前保健服务

婚前医学检查不同于常规的健康体检。男女双方应当在结婚登记前主动到医疗机构接受婚前医学检查、卫生指导和健康咨询等婚前保健服务，重点针对严重遗传性疾病、指定传染病、有关精神病以及其他影响婚育的疾病进行咨询、检查和指导。

（三）提倡适龄生育，避免高龄妊娠

35 岁以上的妇女怀孕为高龄妊娠，会增加妊娠期高血压、糖尿病以及胚胎停育、流产、胎儿出生缺陷等不良妊娠结局的发生风险。

（四）倡导计划怀孕，减少意外妊娠

无怀孕计划的夫妇，应当积极采取科学、适宜的避孕方法，减少意外妊娠和流产的发生，保护生育能力。

（五）养成健康生活方式，科学备孕

合理膳食，适量运动，保持适宜体重，规律作息，放松心情，戒烟戒酒，避免接触二手烟，远离毒品和成瘾性药品，养成健康的生活习惯和行为方式。

（六）提高自我保护意识，避免接触有毒有害物质

孕前和孕期应当避免接触铅、汞、苯、甲醛、农药等有毒有害物质，避免接触放射线。不宜密切接触猫、狗等动物。

（七）计划怀孕的夫妇应当接受孕前优生健康检查

通过孕前优生健康检查，及早发现可能影响孕育的风险因素，及时采取干预措施，降低出生缺陷发生风险。可到当地医疗机构咨询免费孕前优生健康检查的政策。

（八）有遗传病家族史或不良孕产史的夫妇应当到医疗机构接受针对性的咨询指导

有以下情形之一的备孕夫妇，应当到医疗机构接受有针对性的咨询指导：家族成员中有遗传性疾病患者、分娩过出生缺陷儿、有反复流产或死胎等不良孕产史。

（九）积极治疗自身疾病，维持良好孕育条件

计划怀孕的妇女如患有心血管疾病、糖尿病、甲状腺疾病、肺部疾病、精神障碍、自身免疫性疾病等，应当积极治疗，待疾病治愈或病情稳定后再备孕。孕期应当在医生指导下科学用药。

（十）孕期谨慎用药，必要时应当在医生指导下合理用药

孕期患病可能会对母亲和胎儿健康造成不良影响。孕妇患病

应当及时就医，在医生指导下合理用药，既不要擅自用药，也不要因过度担心药物对胎儿的影响而拒绝服用必需的药物。

（十一）增补小剂量叶酸，预防胎儿神经管缺陷发生

备孕妇女应当从孕前3个月开始，每天服用0.4mg叶酸或含0.4mg叶酸的复合维生素，至少服用到怀孕后3个月，以降低胎儿神经管缺陷的发生风险。可向当地妇幼保健机构咨询免费领取叶酸的政策。

（十二）地中海贫血高发地区的夫妇双方应当接受地贫筛查

福建、江西、湖南、广东、广西、海南、重庆、四川、贵州、云南等地区的人群地中海贫血（地贫）基因携带率较高，夫妇双方应当在婚前、孕前或孕期主动接受地贫筛查，越早越好，以了解自己是否携带地贫基因。筛查出的高风险夫妇应当进行产前诊断，避免重型地贫儿出生。

（十三）及时建档立卡，定期接受产前检查

孕妇应当在孕12周到医疗机构建立孕产期保健档案（册、卡），定期进行产前检查，及时掌握孕妇和胎儿的健康状况。整个孕期应当至少接受5次产前检查，有异常情况者应当在医生指导下适当增加产前检查次数。

（十四）孕期合理膳食、均衡营养，保持体重适度增长

孕期应当坚持食物多样化，合理膳食，均衡营养，保持体重适度增长。适当增加奶、鱼、禽、蛋、瘦肉、蔬菜、水果等优质蛋白质和维生素的摄入，在医生指导下适量补充钙、铁等营养素。

(十五) 首次产前检查时应当接受艾滋病、梅毒、乙肝筛查。艾滋病、梅毒和乙肝病毒可经胎盘传播，导致胎儿感染。政府免费为孕妇提供艾滋病、梅毒和乙肝筛查，预防疾病母婴传播。

(十六) 孕中期应当接受超声产前筛查，及时发现严重胎儿结构畸形

超声产前筛查应当在孕 16~24 周进行，最佳筛查时间是孕 20~24 周。如超声筛查提示有胎儿结构异常，应当及时到具有产前诊断资质的医疗机构进一步检查。

(十七) 孕期应当接受唐氏综合征产前筛查

唐氏综合征患儿存在严重、不可逆的智力障碍，生活不能自理。孕妇应当在孕 12~22 周到医疗机构知情选择进行唐氏综合征产前筛查。35 岁以上的孕妇应当到有资质的医疗机构进行产前诊断。

(十八) 新生儿出生后应当及时接受相关疾病筛查

新生儿出生后应当及时接受苯丙酮尿症、先天性甲状腺功能减低症和听力障碍等疾病筛查，促进先天性疾病早发现、早诊断、早治疗，减少儿童残疾。各地筛查病种有所不同，可向当地医疗机构咨询。

(十九) 0~6 岁儿童应当定期接受儿童保健服务

新生儿出院后 1 周接受医务人员的家庭访视，儿童应当在 1、3、6、8、12、18、24、30、36 月龄以及 4、5、6 岁时到乡镇卫生院或社区卫生服务中心接受儿童保健服务，监测生长发育状况。发现身体结构、功能或代谢异常的，应当及时就诊。

（二十）出生缺陷患儿应当及时接受治疗和康复训练

确诊的出生缺陷患儿应当及时到医疗机构接受治疗和康复训练，改善健康状况，提高生活质量。可向当地医疗机构咨询出生缺陷防治相关惠民政策。

湖北省儿童青少年近视防治指南

(大众版)

本指南适用于 18 岁以下儿童青少年近视防控。适合儿童青少年及其家长或监护人使用。本指南不能替代专业医师建议，在视力发生波动、有其他症状或合并其他临床事件等情况时，建议及时就医。

一、眼球发育与远视储备的含义

(一) 眼球的生长发育

正常成年人眼轴（眼球前后径）平均为 24mm，出生婴儿眼轴平均为 17mm，眼球较小，视力处于远视状态，随着年龄增长，眼球逐渐发育，远视度数逐渐缩小，渐趋向于正视。0~3 岁是眼球的快速发育期，3 岁以后是缓慢增长期。15~16 岁时，眼球基本发育到成年人大小，之后增长甚微。

(二) 远视储备量

出生时，人的眼睛尚未发育成熟，仍需要后天不断完善。出生时眼睛处于远视状态，随着生长发育，逐渐由小向大增长，眼屈光度数从远视逐渐趋向于正视（既不远视也不近视的状态），这个过程我们称为“正视化”。

远视储备量参考值为：3 岁以前，可有 300 度远视储备量；4~5 岁，可有 150~200 度的远视储备量；6~7 岁，可有 100~150 度的远视储备量。

（三）儿童视力正常视力参考值

4岁儿童单眼裸眼视力一般为4.8（0.6）以上，5岁及以上儿童单眼裸眼视力一般为4.9（0.8）以上。

二、“假性近视”与近视及其常见症状

（一）假性近视

又称调节性近视，眼球调节功能的异常，只要及时纠正不良的用眼习惯，再配合适当的治疗方法，一般可恢复视力。假性近视与近视（真性近视）不同。假性近视若治疗不及时，则有可能发展成真性近视。因此，假性近视要早期、积极进行干预。

（二）近视

眼睛在调节放松状态下，来自5米以外的平行光线经眼球屈光系统后聚焦在视网膜之前，而不是在视网膜上形成清晰的物像称为近视。

根据近视的等效球镜度（SE），近视可分为低、中、高三个不同程度：低度近视： $-3.00\text{D} \leq \text{SE} < -0.50\text{D}$ （近视度数大于50度，小于等于300度）；中度近视： $-6.00\text{D} \leq \text{SE} < -3.00\text{D}$ （近视度数大于300度，小于等于600度）；高度近视： $\text{SE} < -6.00\text{D}$ （近视600度以上）。

（三）近视的常见表现

1. 看远模糊：孩子反映看不清黑板上的字迹，或常常抱怨屋子里的光线太暗。

2. 看远处时经常眯眼：这是因为眯眼时上下眼皮可以遮挡

部分瞳孔，形成了“小孔效应”，可提高视力。

3. 写作业眼睛贴得近：孩子写作业或看东西时眼睛贴得很近；在看远处后低头看近，或看近处物体后抬头看远时，出现短暂的视物不清的现象。

4. 频繁眨眼、揉眼：频繁地眨眼在一定程度上可以缓解视物不清的症状，暂时提高视力。

5. 经常皱眉：一些近视的儿童有皱眉的习惯，这是他们试图改善视力的一种方式。

6. 经常歪着头看物体：歪着头看物体可以减少散射光线对视力的影响。当发现孩子经常歪着头看物体时，也可能是斜视、眼球震颤等引起。

7. 看东西时斜视：部分患近视的孩子常会合并有外斜（即当孩子一只眼睛向前看时，另外一只眼睛会不自主地向外侧看）的习惯，家长也应注意。

三、如何区分真性近视和“假性近视”——睫状肌麻痹验光

最有效的方法是去医院进行睫状肌麻痹后的验光，即散瞳验光。通过使用睫状肌麻痹剂（如1%阿托品眼膏或凝胶、1%盐酸环喷托酯滴眼液和复方托吡卡胺滴眼液），比较用药前后的屈光度数，可以判断孩子是真性近视还是“假性近视”。

如果用药前屈光度数符合近视的判定标准，用药后近视消失，成为正视或远视，则为“假性近视”；如果用药后近视屈光度数不变或度数降低小于0.50D（50度），则为真性近视。还有一种

情况介于上述两者之间，即用药后近视屈光度有所降低（降低50度或更多），但仍然残留有近视度数，则为混合性近视，即“假性近视”和真性近视共同存在，这种情况更为普遍。

散瞳验光能够使睫状肌充分放松，去除调节痉挛，使得验光结果更可靠、客观，更真实地反映出孩子的屈光状态，是国际公认的诊断近视的金标准。建议12岁以下，尤其是初次验光，或有远视、斜弱视和较大散光的儿童一定要进行睫状肌麻痹验光。已经确诊为近视需要配镜的儿童，一般也需要散瞳验光。

四、睫状肌麻痹对孩子的眼睛有伤害吗

大多数家长担心的一个问题是：散瞳对孩子的眼睛有没有伤害？在医生指导下散瞳很少引起不良反应。家长会发现散瞳后孩子有怕光的现象，这是由于散瞳药物会使瞳孔扩大，进入眼内的光线增多了，对眼睛的刺激增强，所以孩子会出现怕光、流泪等反应。因为散瞳后睫状肌麻痹，会出现视近物不清的现象。出现这种情况时，家长不用过分担心，当药效逐渐消失，瞳孔逐渐恢复，这些症状就会慢慢减轻直至恢复正常。

散瞳只是眼睛局部用药，所带来的不良反应也是很少的。少部分儿童使用阿托品散瞳后出现脸发热或灼热感、面部潮红、眼部不适，口干、头晕、恶心等症状，此时可多喝水来缓解。

滴散瞳药后按压泪囊位置（眼睛内侧与鼻梁交界处）约3分钟，减少药物经鼻泪管流到鼻腔中，减少黏膜的吸收，可有效减少这些症状的出现。快速散瞳药的全身不良反应极其少见，不过有一少

部分儿童可能会对散瞳药有过敏反应，比如起皮疹等，停药即可消失。

家长应注意孩子散瞳后的一些事项：散瞳期间由于视近模糊，尽量避免近距离用眼，例如写作业、看书、玩电脑等。散瞳期间由于瞳孔扩大，应避免强光刺激，尤其避免强烈的太阳光刺激，户外活动时可配戴太阳镜或遮阳帽。散瞳期间家长要看护好孩子，叮嘱孩子不要追跑打闹，以免摔伤。

五、近视防控要点

近视的防控要点：避免不良用眼习惯、控制电子产品使用、增加户外活动、保障睡眠和营养等。

（一）学龄前—积极视力筛查、保护远视储备量

判断孩子视力是否正常时，要考虑年龄因素，不能用成年人的视力标准衡量7岁以下儿童视力。学龄前儿童，应当关注远视储备量，3岁左右开始，每6个月定期检查视力，有条件者检查眼轴和屈光度。增加户外运动每天不少于2小时，减少甜食摄入，缩短近距离用眼时间。要积极预防，避免过早过多接触电子产品，尽量降低其较早出现近视的可能性。

（二）学龄期—积极采取预防措施

在学龄期阶段，环境因素的作用较遗传因素更为显著。良好的用眼习惯、充足的户外活动、规律作息及合理膳食尤其重要。此外，可以咨询专业医生，采取安全、有效的中西医预防手段。

（三）早治疗—儿童屈光不正要积极矫正

发生近视，要及时到正规医院眼科就诊，采取科学、专业的方法配镜、纠正、或治疗。

六、日常近视防控措施

（一）良好的视觉环境

读书写字视觉环境要求光线充足，光源（窗户光线及台灯灯光）位于左前方。避免在过亮、过暗的光线下读写（如太阳直射光线下、傍晚光线不足时）。

看电视的视觉环境要求人与电视机保持3米以上距离（或不小于屏幕对角线4倍）；电视屏幕高度与视线平行或稍低一些；电视机要放在背光的地方；电视的光亮度要合适，不能过亮或过暗。

操作电脑视觉环境要求电脑屏幕最好背向或侧向窗户，避免出现反光现象；电脑操作台应低于一般课桌的高度，座椅最好高低可调，电脑屏幕中心应与胸部在同一水平线上；电脑操作间的光线不应太弱或太强（12 m²的房间安装一盏40W日光灯即可达到所需的照度）。

（二）正确的姿势

读写姿势身体坐正，保持“三个一”，即：眼睛与书本距离约一尺，胸前与桌子距离约一拳，握笔的手指与笔尖距离约一寸。书写时笔杆与纸面的角度在40~50度之间，不使用铅芯过细的笔。

观看屏幕姿势：建议0~3岁幼儿禁用手机、电脑等视屏类电子产品，3~6岁幼儿也应尽量避免接触和使用。观看电脑屏幕时，肩部保持放松，上背部扩展，上臂与前臂成90度，腕放松。

电脑屏幕与眼睛之间距离应不低于 50 厘米，视线应略低于平视线 10~20 度。观看手机屏幕时，手机屏幕与眼睛之间距离应不低于 33 厘米。

（三）用眼卫生习惯

连续近距离用眼时间尽量控制在 40 分钟以内，中间休息要注意放松眼睛，应到户外活动或凭窗远眺或闭目养神 10~15 分钟。

严格控制使用电子产品的时间。电子产品对青少年视力产生非常直接的影响，使用时间与近视检出率成正比。年龄越小，使用电子产品的时间应越短。学龄前儿童使用电子产品，单次不宜超过 15 分钟，每天累计不宜超过 1 小时；小学生单次不宜超过 20 分钟，每天累计不超过 2 小时；初中生不宜超过 3 小时；高中生不宜超过 4 小时。看屏幕 20~30 分钟后，要抬头眺望 6 米外远处至少 20 秒以上，使眼睛得到休息。

避免在走路、吃饭、卧床、晃动的车厢内、光线暗弱或阳光直射下看书或电子产品。注意手卫生。避免用手揉眼睛。做眼保健操前，按照七步洗手法清洁双手，洗手时间不少于 30 秒。

（四）规律作息，合理膳食

充足睡眠，尽量保证小学生每天睡眠 10 小时，初中学生 9 小时，高中学生 8 小时。避免作息时间不规律。均衡饮食，不挑食、不偏食，保证营养全面。多吃蔬菜瓜果，常吃富含维生素 A 食品。

（五）充足的户外活动

进行日间户外活动，充分接触阳光，可以有效地保护视力，达到预防近视、减缓近视发展的目的，每天户外活动时间中小学生宜不少于2小时，学前儿童，宜每天3小时以上，其中体育锻炼时间不宜少于1小时。

七、常见误区要更正

（一）误区一：度数低，拒绝戴眼镜

“戴上眼镜，就摘不下来了，所以近视度数不高，就不要戴眼镜。”这是对近视镜的误解！正规医院散瞳检查确定为真性近视后，是不可逆的，如不及时矫正，不但视力不会恢复，反而加速近视的进展。

（二）误区二：近视眼镜越戴度数越高

正确、科学的佩戴眼镜并不会越戴度数越高。儿童眼镜，尤其是第一副眼镜，一定要在专业眼科验配。青少年时期近视度数增加的最主要原因是用眼负担过重和不良用眼习惯。另外，在身高快速发育期，近视度数也增长较快。

（三）误区三：近视眼镜，度数配浅一些

长期配戴近视矫正不足的眼镜，会导致调节和集合之间的关系发生紊乱，即人为增加了近视度数。因此，对于配镜度数，应根据孩子视功能，听从专业医师的建议，合理配镜。视物模糊时要及时复查。要根据孩子调节、集合等双眼视功能，在专业医生指导下决定戴镜方式。

（四）误区四：频繁摘戴眼镜

频繁摘戴眼镜，看近物时不戴眼镜，看远物时才戴，这种做法是不科学的。长此以往，眼球的调节功能和灵敏度会下降而加速近视。

（五）误区五：盲信各种“治疗”

到目前为止，没有任何一种方法能够逆转近视，现有手段，只能延缓近视的进展。不止长时间使用电视、手机、电脑会导致近视，所有近距离、得不到放松的用眼活动，例如看书、玩玩具、画画以及演奏乐器时看乐谱等，都属于近距离用眼，可以引起近视的发生。

湖北省精神卫生防治指南

(大众版)

精神分裂症

一、概述

精神分裂症作为一组进展性，慢性迁延的重型精神障碍，主要以认知、思维、情感、行为等多方面精神活动的异常为主要表现；最终会导致职业和社会功能的严重损害。

精神分裂症发病率与患病率在不同地区差异可以很大，地域、种族、文化、经济等因素是导致差异的不可变因素。总体上，男女患病率大致相等，性别差异主要体现在首发年龄和病程特点上。90%的精神分裂症起病于15~55岁之间，发病的高峰年龄段男性为10~25岁，女性为25~35岁。

二、临床表现

精神分裂症多隐匿起病，急性起病者较少。

(一) 前驱期症状

部分精神分裂症患者在出现明显的精神病性表现之前，可能表现为前驱症状。最常见的前驱期症状表现为以下几方面：①情绪改变：抑郁，焦虑，情绪不稳定，易激惹等。②认知改变：出现一些古怪或异常的观念和想法，学习、生活、工作能力下降等。③感知改变：对自身和外界的感知改变。④行为改变：如社交退

缩或丧失兴趣，敏感多疑，职业功能水平下降。部分患者可能会出现一些新的“爱好”，如痴迷某些抽象的概念、哲学和宗教迷信问题等。⑤躯体改变：睡眠和食欲改变、虚弱感、头痛、背痛、消化道症状等。⑥部分青少年患者会突然出现强迫症状为首发症状。由于上述这些变化缓慢，患者在其他方面基本保持正常，且常常对这些症状有较为合理化的解释，往往被忽略，经常在回顾病史时才能发现。

（二）显症期症状

1. 阳性症状。包括幻觉、妄想及言语和行为的紊乱（瓦解症状）。

（1）幻觉：幻觉属于感知觉障碍，幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触均可出现，但以幻听最常见，幻听通常被体验为不同于患者自己想法的声音，不管这个声音是否熟悉。幻听可以是非言语性的，如虫鸣鸟叫，机器的隆隆声或音乐声等；也可以是言语性的，如听到有人在喊自己的名字，或听到某人或某些人的交谈秽语或议论，或听到来自神灵或外星人的讲话，也有可能是评论性的，声音对患者评头论足，患者可能因为评论内容的好坏表现为沾沾自喜和大发雷霆。也可能是命令性幻听，声音让患者跳下去，患者可能会从几层楼的高度跳下来。幻听还可以以思维鸣响的方式表现出来，即患者所进行的思考，都被自己的声音读出来。

精神分裂症患者同样可出现幻视和其他类型的幻觉，如一个精神分裂症在院子里跑来跑去，被问及为什么如此，患者说：

“有一只大红公鸡在院子里跑，我在抓公鸡（幻视）”。幻触一般较少见，有时患者感到自己身体上有刀割、电流灼伤、针刺、触摸或被强奸的感觉，或感到皮肤里有虫子跑。精神分裂症的幻觉既可以是形象生动的真性幻觉，也可能是形象模糊，感到体内某个部位出现声音的假性幻觉。在幻觉的支配下，患者可能做出违背本性、不合常理的举动。

（2）妄想：属于思维内容障碍。精神分裂症的妄想具有以下特点：①内容离奇、逻辑荒谬；②患者对妄想的内容试图隐瞒，不愿意暴露；③妄想涉及的内容和范围有扩大和泛化的趋势。

妄想是该病出现频率最高的症状之一，表现形式多样。不同妄想在本病出现的频率以及对疾病的诊断价值有不同，临床上以被害、关系、嫉妒、钟情、非血统、宗教和躯体妄想多见。同一患者可表现一种或几种妄想。一般来讲，在意识清晰的基础上持续出现某些离奇古怪或令人难以置信的妄想（如坚信某人在脑内植入了芯片来监视其思想、坚信能控制太阳的升起和降落、能阻止地震发生等），常提示精神分裂症的可能。

（3）瓦解症状群：瓦解症状群包括思维形式障碍和思维过程障碍、怪异行为和紧张症行为以及不适当的情感。

思维形式障碍主要表现为思维联想过程缺乏连贯性和逻辑性，这是精神分裂症最具特征性的症状之一。思维形式障碍按严重程度由轻到重可表现为病理性赘述、思维散漫离题、思维破裂及词的杂拌。患者在意识清楚的情况下出现联想散漫，思维

联想缺乏目的性、连贯性、逻辑性，交谈难以深入，脱离主题，缺乏中心，抓不住要点，无法理解，书写材料不知所云。严重者表现为思维破裂，言语支离破碎，句子间缺乏内在联系，意思表达不完整，只是词汇的堆积，或语词杂拌，根本无法进行有效的交谈。有的患者表现为逻辑倒错性思维，推理过程十分荒谬离奇，既无前提，又缺乏逻辑，甚至因果倒置，不可理喻。有的患者赋予普通的词句、符号、甚至动作某种特殊的只有患者能够理解的意义。有的患者表现为在无外界影响下思维突然出现停顿、空白、或同时感到思维被抽走。

行为症状可以表现为单调重复、杂乱无章或缺乏目的性的行为，多表现为旁人无法理喻的仪式化行为（作态）。有的患者表现扮鬼脸，幼稚愚蠢的傻笑或声调，脱衣、脱裤、当众手淫等；有的患者表现意向倒错，吃一些不能吃的东西或伤害自己的身体；有的患者可表现为紧张症行为：表现为紧张性木僵和紧张性兴奋交替出现或单独发生。紧张性木僵表现为运动抑制，轻者动作缓慢、少语少动（亚木僵），重者终日卧床，不语不动，肌张力高，有时出现蜡样屈曲。可出现被动服从，主动性违拗，模仿动作和模仿言语。患者意识清，能感知周围事物，病后能回忆。紧张性兴奋者表现为突然发生不可理解的冲动行为，言语内容单调刻板，行为无目的性。不适当的情感是指患者的情感表达与外界环境和内心体验不协调。常表现为情感的反应性降低以及反应过度或不适当等形式：情感反应性降低者表现为情感淡漠迟钝，甚至缺乏快感；

反应过度或不适当者表现为对一点小事极端暴怒、高兴或焦虑，或表现情感倒错（高兴的事情出现悲伤体验，悲伤的事情出现愉快体验），或表现持续的独自发笑，或表现幻想性质的狂喜狂悲、宗教性的极乐状态，对灵魂出窍和宇宙毁灭的恐惧等。

2. 阴性症状。阴性症状是指正常心理功能的缺失，涉及情感、社交及认知方面的缺陷。其中意志减退和快感缺乏是最常见的阴性症状。

（1）意志减退：患者从事有目的性的活动的意愿和动机减退或丧失。轻者表现为安于现状，无所事事，对前途无打算、无追求、不关心，个人卫生懒于料理。重者终日卧床少动，孤僻离群，行为被动，个人生活不能自理，甚至本能欲望也缺乏。

（2）快感缺乏：表现为持续存在的、不能从日常活动中发现和获得愉快感，患者参与活动的动机降低。约半数精神分裂症患者有此症状。

（3）情感迟钝：表现为不能理解和识别别人的情感表露和（或）不能正确的表达自己的情感。患者在情感的反应性、面部表情、眼神接触、体态语言、语音语调、亲情交流等方面均存在缺陷。

（4）社交退缩：包括对社会关系的冷淡和对社交兴趣的减退或缺乏。表现为少与家人与亲友交往，性兴趣下降，难以体会到亲情与友爱，不主动参与社交活动。

（5）言语贫乏：属于阴性的思维障碍，即言语的产生减少或缺乏。表现为言语交流减少，回答问题时内容空洞、简单，严

重者几乎没有自发言语。如果患者的语量不少但内容空洞、单调，缺乏意义则属于瓦解症状。

3. 焦虑、抑郁症状。约 80%的精神分裂症患者在其疾病过程中会体验到明显的抑郁和焦虑情绪，尤以疾病的早期和缓解后期多见。

4. 激越症状。主要表现为以下两种情况。

(1) 攻击暴力：部分患者可表现激越，冲动控制能力减退及社交敏感性降低，可出现冲动攻击与暴力行为。

(2) 自杀：自杀行为多在疾病早期，或在入院或出院不久时发生。引起自杀最可能的原因是抑郁症状，而虚无妄想、命令性幻听、逃避精神痛苦及物质滥用等则是常见的促发因素。氯氮平对降低精神分裂症患者的自杀意念更为有效。

5. 认知功能受损。精神分裂症患者定向力完整，意识通常清晰，一般的记忆和智能没有明显障碍。慢性衰退患者，由于缺乏社会交流和接受新知识，可表现为退缩和智能减退。精神分裂症患者认知功能受损涉及多个认知领域，包括注意、执行功能、工作记忆、情景记忆、抽象概括和创造力等方面。

6. 自知力。精神分裂症患者往往自知力不完整或缺乏。自知力缺乏是影响治疗依从性最重要的原因。

三、诊断、治疗和康复

(一) 诊断

精神分裂症的诊断，由具有精神科资质的专科医生根据患者

病史、临床症状、病程特征及体格检查和实验室检查结果等综合考虑进行诊断。

（二）治疗与康复

精神分裂症的治疗手段包括抗精神病药物治疗、物理治疗、心理治疗和社区康复，由具有精神科资质的专科医生根据患者病情采取相应的措施。

1. 抗精神病药物治疗应作为首选的治疗措施，而健康教育、工娱治疗、心理社会干预等措施应该贯穿治疗的全过程，即目前倡导的全病程治疗。

2. 物理治疗

包括电抽搐治疗（ECT）和改良的电抽搐治疗（MECT）。其他可能有前景的治疗方法还包括重复经颅磁刺激和深部脑刺激等。

3. 心理与社会干预

精神分裂症患者仅仅消除精神症状是不够的，理想的状态是患者精神症状消失，社会适应良好。而心理社会干预措施有助于这一理想目标的获得。

（1）行为治疗（社会技能训练）。基于学习理论，运用各种方式（如看录像、示范或角色扮演等）训练和提升患者的各种实用技能，包括如何做决策、解决问题、处理人际关系、应对应激和不良情绪以及一些生活基本技能等。

（2）家庭干预。家庭干预的要素是心理教育、问题行为的

解决、家庭支持及危机处理措施等的有机结合。研究表明，家庭治疗对降低复发率有效。

①心理教育：目的在于提高患者和监护人对疾病的理解，对高情感表达的家庭成员进行指导。具体内容包括向家庭成员讲解：a. 疾病的性质特征；b. 精神疾病和药物治疗的基本知识；c. 对待患者的正确态度；d. 如何为患者提供某些支持（如督促服药、学习、锻炼等）；e. 如何分析与解决家庭矛盾与冲突等。

②家庭危机干预：目的是指导患者及其家庭成员应付应激的方法，减轻患者压力。要求家庭做到：a. 能接受患者精神症状的存在；b. 能确认可能诱发精神病的应激源；c. 能预防可能导致下次急性发作的应激源；d. 能提供避免或降低疾病发作的对策，包括复发先兆症状、常见药物不良反应的识别与处理等。

③家庭为基础的行为治疗：指导家庭成员如何同患者相处，如何解决日常生活中所遇到的问题，如何强化与保持患者所取得的进步等。

（3）社区服务。精神分裂症患者最终都需要生活在社区，因此应在社区中管理患者，为他们提供方便、合理和高效的服务，提高患者在社区中的适应和生存能力，促进心身的全面康复。

（4）其他。其他可以选用的方法包括个体治疗、小组治疗、认知行为治疗、辩证行为治疗、认知训练、职业治疗、艺术治疗等。可以针对患者的特点，选择有循证医学证据的方法来应用。

分裂情感性障碍

一、概述

分裂情感性障碍是一种在同一次疾病发作期内同时满足精神分裂症和心境障碍诊断要求的发作性疾病，精神分裂症症状和心境障碍症状可以同时出现或相隔几天出现。典型的精神分裂症症状（如妄想、幻觉、思维形式障碍及被动体验等）与典型的抑郁发作（如情绪低落、兴趣丧失，精力减退）或躁狂发作（如情绪高涨、躯体和精神活动的增加）或混合发作相伴出现。精神运动性障碍，包括紧张症症状群也可出现。分裂情感性障碍常反复发作，症状必须持续至少1个月以上。

分裂情感性障碍（抑郁型）在年长者中较年轻者常见，而躁狂型则在年轻者中常见，女性发病年龄晚于男性。男性分裂情感性障碍患者更常出现反社会行为、情感平淡或不适当的情感反应。

二、临床表现

作为一种发作性障碍，情感性症状与精神分裂症症状在疾病的同一次发作中都很明显，两种症状多为同时出现或至多只差几天。可分为以下三型：

（一）分裂情感性障碍（躁狂型）

在疾病的同一次发作中分裂症症状和躁狂症状均突出。心境

异常的形式通常为情绪高涨，伴自我评价增高和夸大；有时以兴奋或易激惹更明显，且伴攻击性行为和被害观念。上述两种情况均存在精力旺盛、活动过多、注意力集中受损以及正常的社会约束力丧失。可存在关系、夸大或被害妄想。例如，患者可能坚持认为他们的思维正被广播或正被干扰、异己的力量正试图控制自己，或诉说听到各种不同的说话声，或表露出不仅仅为夸大或被害内容的古怪妄想性观念。此型患者通常急性起病，症状鲜明，虽常有广泛的行为紊乱，但一般在数周内可完全缓解。

（二）分裂情感性障碍（抑郁型）

在疾病的同一次发作中分裂症症状和抑郁症状均突出。抑郁心境表现为某些特征性抑郁症状或行为异常，如迟滞、失眠、无精力、食欲或体重下降、正常兴趣减少、注意力集中受损、内疚、无望感及自杀观念或行为。同时或在同一次发作中，存在其他典型的精神分裂症症状，如奇怪的妄想、第三人称幻听及各种被动体验等。此型患者的临床表现不如躁狂型鲜明和生动，但一般持续时间较长，而且预后较差。

（三）分裂情感性障碍（混合型）

在疾病的同一次发作中分裂症症状与混合型双相障碍同时存在。此病可以表现为心境障碍类似的发作性病程，也可以表现为慢性精神分裂症样病程或介于两者之间的中间状态。

三、诊断、治疗与康复

（一）诊断

分裂情感性障碍的诊断，主要依靠完整的病史采集、深入细致的精神检查及严谨的临床诊断思维，由具有精神科资质的专科医生根据患者病史、临床症状、病程特征及体格检查和实验室检查结果等综合考虑进行诊断。

（二）治疗与康复

分裂情感性障碍需要综合治疗，包括药物治疗、电休克治疗、心理治疗和心理社会综合康复治疗。

家庭治疗、社会技能训练及认知康复治疗对分裂情感性障碍的治疗有益。由于患者症状范围的巨大变化常使得家庭成员难以适应疾病的变化及患者的需求。因此，应向患者及家属解释疾病的性质、诊断和预后的不确定性，提高治疗依从性。

偏执性精神障碍

一、概述

偏执性精神障碍又称妄想性障碍，是指一组病因未明，以发展成一种或一整套相互关联的系统妄想（妄想症状持续三个月及以上）为主要表现的精神疾病。妄想发作时没有抑郁、躁狂及混合发作的心境障碍，也没有其他精神分裂症的特征性症状（如持续性的听幻觉、思维障碍及阴性症状）。若存在幻觉则历时短暂且症状不突出。此病病程演进缓慢，在不涉及妄想内容的情况下，其他方面的精神功能基本正常，患者保存一定的工作和社会适应能力。

大多起病年龄为中年期，平均发病年龄约为 40 岁，但发病的年龄范围可以是 18 岁到 90 多岁。女性略多于男性，男性以被害型多见，女性则以感情型多见。大多数为已婚和有职业者。

二、临床表现

此病表现形式多样。以被害妄想为表现者坚信被人用一种或一些恶意的方式陷害，包括躯体、名誉和权力方面的受害。患者搜集证据、罗列事实或反复诉讼（诉讼狂），不屈不挠。以夸大妄想为表现者夸大自身价值、权力、知识、身份和地位，或坚信与神仙或名人有某些特殊关系等。以嫉妒妄想为表现者主要怀疑配偶不贞，故常对配偶采取跟踪、检查、限制外出等方式而防止配偶出现“外遇”。以钟情妄想为表现者，女性多见，表现为坚

信某异性对自己钟情。此外，有的患者表现为坚信自己有某一躯体缺陷或疾病状态的妄想，因而反复求医、检查，客观事实无法纠正其信念。

概括起来，此类患者的临床表现均有以下共同特点：

1. 妄想形式各异但比较固定，内容不显荒谬离奇，是现实生活中有可能发生的事情；

2. 妄想的发展符合逻辑，可有一定的现实基础，结构比较系统严密；

3. 患者的情感、态度和行为与妄想系统相一致，在不涉及妄想内容的情况下，其他方面的精神功能基本正常；

4. 典型病例缺乏其他精神病理改变，如没有清晰、持久的听幻觉和精神分裂症的其他特征性症状，也无脑器质性疾病、物质滥用等的证据；

5. 病程演进较慢，妄想往往持久甚至持续终生，但一般不会出现人格衰退和智能缺损，并有一定的工作生活能力。

三、诊断与鉴别诊断

（一）诊断

诊断主要依靠完整的病史采集、可靠细致的临床评估，需要通过与学生、家人和知情人的沟通来澄清妄想是否存在，同时需排除伴有妄想的其他精神障碍。

（二）治疗与康复

通常偏执性精神障碍的患者很难主动就诊，不承认自己有病，

不愿意服药治疗。即使住院也难于建立良好的医患关系，治疗依从性差。一般来讲，对有敌意、攻击、自杀隐患的患者有必要进行适当的监管和强制性住院治疗。偏执性精神障碍的首选是抗精神药物治疗，目标是改善偏执性精神障碍的症状并防止恶化或复发，尤其对由于妄想伴发的激越症状，降低精神症状对心身状况和社会功能的影响。心理干预有助于良好医患关系的建立，提高治疗的依从性，使患者对疾病性质和治疗方法有所了解。由于这类患者大多敏感多疑，故推荐个别心理治疗。心理干预常配合药物治疗进行。偏执性精神障碍病程多呈持续性，有的可终生不愈。部分患者老年后由于体力与精力日趋衰退，症状可有所缓解。少数患者经治疗后可有较好的缓解。由于病因不明，尚无有效的预防方法。培养开朗、乐观的个性可能对预防本组疾病有好处。

双相情感障碍

一、概述

双相情感障碍也称双相障碍，是指临床上既有躁狂或轻躁狂发作，又有抑郁发作的常见精神障碍。常与焦虑共症状，共病物质滥用，也可以出现幻觉、妄想、紧张症状等精神病性症状。一般呈反复发作性病程，躁狂/轻躁狂发作和抑郁发作循环或交替出现，也可以混合特征方式存在，每次发作症状往往持续一段时间，并对患者的日常生活和社会功能等产生不良影响。病程多型演变，发作性、循环往复性、混合迁延性、潮起潮落式，病程不一而足。间歇期或长或短，间歇期社会功能相对恢复正常，但也可有社会功能损害；多次反复发作后会出现发作频率加快、病情越发复杂等现象。

二、临床表现

双相障碍典型临床表现可有抑郁发作、躁狂发作、轻躁狂发作和混合发作几种形式。

（一）抑郁发作

典型的抑郁发作，以情绪低落、思维迟缓、意志行为减退“三低”症状为特征，伴有认知功能减退和躯体症状。

1. 情绪低落抑郁发作最主要的、原发的症状。表现为显著而持久的情感低落，从轻度的闷闷不乐到严重的痛不欲生、悲观

绝望都可以出现。兴趣缺乏、愉快感缺失，对任何事情都提不起兴趣。典型的抑郁发作有晨重夜轻的节律特点。

2. 思维迟缓思维联想速度缓慢，反应迟钝，感觉脑子像生锈的机器，临床上表现为主动言语少、语速明显减慢、声音低沉、对答困难、严重者无法交流。

3. 认知功能损害表现为近事记忆力下降，注意力障碍，警觉性增高，抽象思维能力减弱，学习困难，语言流畅性差，思维灵活性减退。

4. 意志活动减退患者意志活动呈显著而持久的抑制。临床表现为动作行为缓慢，生活被动、懒散、日常生活需要督促。不想做事，疏远亲友，回避社交。

患者也可能出现一些精神运动性改变、生物学症状及精神病性症状。

5. 精神运动性改变

(1) 焦虑：焦虑与抑郁常常伴发，表现为莫名其妙地紧张、担心、坐立不安，甚至恐惧。可伴发一些躯体症状，如：心跳加快、尿频、出汗等。

(2) 运动性迟滞或激越：迟滞表现为活动减少，动作缓慢，工作效率下降，严重者可表现为木僵或亚木僵状态。激越患者则与之相反，脑中反复思考一些没有目的的事情，思维内容无条理，大脑持续处于紧张状态。由于无法集中注意力来思考一个问题，实际上，思维效率下降，表现为紧张、烦躁不安、难以控制自己，

甚至出现攻击行为。

6. 生物学症状

(1) 睡眠障碍：睡眠障碍主要表现为早醒，一般比平时早醒2~3小时，早醒后不能再入睡，并发愁一天怎么熬过去，想许多不愉快的事；有的表现为入睡困难，辗转反侧，即使睡着了也感到睡眠不深；少数患者表现为睡眠过多。

(2) 食欲下降、性欲减退：抑郁障碍对食欲的影响尤为明显。许多抑郁障碍患者进食很少，完全丧失进食欲望，体重明显下降。也有的抑郁障碍患者可出现食欲异常增加等情况，过度饮食而导致体重增加；也有两者兼有的情况。相当一部分抑郁障碍患者出现性欲减退、阳痿、闭经等，有些患者勉强维持性行为，但无法从中体验到乐趣。

(3) 精力缺失：抑郁障碍患者常诉说“太累了”或“完不成任务”“缺乏动力”，疲劳，常感到精力不足，体力耗竭，能力下降。

7. 精神病性症状患者可以在抑郁发作时期出现幻觉和妄想。儿童和老年患者的抑郁障碍症状常不典型。儿童患者多表现为兴趣减退，不愿参加游戏，退缩，学习成绩下降等。老年患者除抑郁心境外，焦虑、易激惹、敌意、精神运动性迟缓、躯体不适主诉等较为突出，病程较冗长，易发展成为慢性。

(二) 躁狂发作

1. 情感高涨是躁狂发作的主要原发症状。典型表现为患者

自我感觉良好，主观体验特别愉快，生活快乐、幸福；整日兴高采烈，得意洋洋，笑逐颜开。有的患者尽管心境高涨，但情绪不稳，时而欢乐愉悦，时而激动易怒。部分患者可表现为易激惹、愤怒、敌意为特征，尤其当有人指责其不切实际的想法时，动辄暴跳如雷、怒不可遏，甚至可出现破坏及攻击行为，但持续时间较短，易转怒为喜或赔礼道歉。

2. 思维奔逸患者联想速度明显加快，思维内容丰富多变，自觉脑子聪明，反应敏捷。语量大、语速快，口若悬河，有些自感语言表达跟不上思维速度。联想丰富，概念一个接一个地产生，或引经据典，或高谈阔论，信口开河，由于患者注意力随境转移，思维活动常受周围环境变化的影响致使话题突然改变，讲话的内容常从一个主题很快转到另一个主题，即意念飘忽，严重时可出现“音联”和“意联”。患者讲话时眉飞色舞或手舞足蹈，常因说话过多口干舌燥，甚至声音嘶哑。

3. 活动增多、意志行为增强多为协调性精神运动性兴奋，即内心体验、行为方式与外界环境相协调。患者自觉精力旺盛，能力强，兴趣范围广，想多做事，做大事，想有所作为，因而活动明显增多，整日忙碌不停，但多虎头蛇尾，有始无终。有的表现为喜交往，爱凑热闹，与人一见如故，爱管闲事，爱打抱不平，爱与人开玩笑，爱接近异性；注重打扮装饰，但并不得体，行为轻率或鲁莽（如挥霍、不负责任或不计后果等），自控能力差。患者无疲倦感，声称“全身有使不完的劲”。病情严重时，自我

控制能力下降，举止粗鲁，可出现攻击和破坏行为。

4. 夸大观念及夸大妄想患者的思维内容多于心境高涨一致。在心境高涨的背景上，常出现夸大观念（常涉及健康、容貌、能力、地位和财富等），自我评价过高，言语内容夸大，说话漫无边际，认为自己才华出众，出身名门、腰缠万贯、神通广大等，自命不凡，盛气凌人。严重时可达到妄想的程度。有时也可出现关系妄想、被害妄想等，但内容多与现实接近，持续时间也较短。

5. 睡眠需求减少睡眠明显减少，患者常诉“我的睡眠质量非常高，不愿把有限的时间浪费在睡眠上”，终日奔波但无困倦感，是躁狂发作特征之一。

6. 其他症状可有食欲增加、性欲亢进，有时则可在不适当的场合出现与人过分亲热而不顾别人的感受。多数患者在疾病的早期即丧失自知力。

儿童、老年患者常不典型。儿童患者思维活动较简单，情绪和行为症状较单调，多表现为活动和要求增多。老年患者多表现为夸大、狂傲、倚老卖老和易激惹，有夸大观念及妄想，言语多但较啰嗦。而情感高涨、意念飘忽及活动增多不明显，病程较为迁延。

（三）轻躁狂

患者可存在持续数天的心境高涨、精力充沛、活动增多，有显著的自我感觉良好，注意力不集中、不持久，轻度挥霍，社交活动增多。有时表现为易激惹，行为较鲁莽，但不伴有幻觉妄想

等精神病性症状。部分患者有时达不到影响社会功能的程度，一般人常不易觉察。

在双相障碍的长期自然病程中，始终仅有躁狂或轻躁狂发作者很少见，且这些患者的家族史、病前性格、生物学特征、治疗原则及预后等与兼有抑郁发作的双相障碍相似，故 ICD 和 DSM 两大系统均未将单相躁狂单独分类，而是把所有的躁狂和轻躁狂，即使无抑郁发作都视为双相障碍。

（四）混合发作

躁狂症状和抑郁症状可在一次发作中同时出现，如抑郁心境伴以连续数日至数周的活动过度和言语迫促，躁狂心境伴有激越、精力和本能活动降低等。抑郁症状和躁狂症状也可快速转换，因日而异，甚至因时而异。如果在目前的疾病发作中，两类症状在大部分时间里都很突出，则应归为混合性发作。

患者可伴有精神病性症状，常见的有夸大妄想、被害妄想及关系妄想，幻觉相对少且短暂。这样的精神病性症状内容常与心境高涨等躁狂症状有联系，极少数患者出现木僵症状，患者表现不语不动，面部表情却显欣快，缓解后，患者诉说其思维联想增快等典型躁狂思维。

三、病程和预后

双相障碍多为急性或亚急性起病，一般呈发作性病程，好发于春末夏初。多数患者具有躁狂和抑郁反复循环或交替出现，只有 10%~20% 的患者仅出现躁狂发作。躁狂发作和混合发作的自然

病程是数周到数月，平均 3 个月左右。有的发作只持续数天，个别可达 10 年以上。部分患者的病程可呈自限性，轻度发作即便不加治疗也可能在一段时间后自发缓解。躁狂和抑郁的发作没有固定的顺序，可连续多次躁狂发作后有一次抑郁发作。也可能反过来，或躁狂和抑郁交替发作。发作间歇期症状可完全缓解，也有 20%~30% 的双相 I 型和 15% 的双相 II 型患者持续存在情绪不稳。间歇期的长短不一，可从数月到数年。随着年龄增长和发作次数的增加，正常间歇期有逐渐缩短的趋势。首次发作通常继之于应激性生活事件，但以后的发作与精神应激的关系不大。首次发病起病年龄较早，平均发病年龄一般不到 30 岁，可见于任何年龄，但大多起病于 50 岁以前。发作频率、复发与缓解的形式均有很大变异。中年之后，抑郁变得更为常见，持续时间也 longer。

虽然双相障碍有自限性，但如果不加治疗或治疗不当，复发率是相当高的。未经治疗的患者中，50% 能够在首次发作后的第一年内自发缓解，其余的在以后的时间里缓解的不足 1/3，终身复发率达 90% 以上，约 15% 的患者自杀死亡，10% 转为慢性状态，而长期的反复发作可导致人格改变和社会功能受损。过去一般认为几乎所有躁狂患者都能恢复，现代治疗最终能使 50% 的患者完全恢复，但仍有少数患者残留轻度情感症状，社会功能也未完全恢复至病前水平。在最初的 3 次发作，每次发作间歇期会越来越短，以后发作的间歇期持续时间不再改变。对于每次发作而言，显著和完全缓解率约为 70%。

四、诊断、治疗与康复

（一）诊断

双相情感障碍的诊断，由具有精神科资质的专科医生根据患者病史、临床症状、病程特征及体格检查和实验室检查结果等综合考虑来做出。

（二）治疗与康复

1. 双相情感障碍的治疗应遵循以下原则：

（1）综合治疗原则：应采取精神药物治疗、物理治疗、心理治疗（包括家庭治疗）和危机干预等措施治疗，其目的在于提高疗效、改善依从性、预防复发和自杀、改善社会功能及更好地提高患者生活质量。

（2）个体化治疗原则：个体对精神药物治疗的反应存在很大差异，制订治疗方案时需要考虑患者性别、年龄、主要症状、躯体情况、是否合并使用药物、首发或复发、既往治疗史等多方面因素，选择合适的药物。同时，治疗过程中需要密切观察治疗反应、不良反应以及可能出现的药物相互作用等，并及时调整，提高患者的耐受性和依从性。

（3）长期治疗原则：双相障碍几乎终生以循环方式反复发作，应坚持长期治疗原则。

（4）心境稳定剂为基础治疗原则：不论双相情感障碍为何种临床类型，都必须以心境稳定剂为主要治疗药物。

（5）联合用药治疗原则：根据病情需要可及时联合用药。

在联合用药时，应密切观察药物不良反应、药物相互作用，并进行血药浓度监测。

（6）定期检测血药浓度原则：锂盐的治疗剂量和中毒剂量接近，应定期对血锂浓度进行动态监测。

2. 预防复发

绝大多数双相情感障碍患者可有多次复发。应嘱患者定期随访观察，心理治疗和社会支持系统对预防本病复发也有非常重要的作用。

癫痫所致精神障碍

癫痫所致精神障碍是指以癫痫为直接病因而引起的精神障碍。

一、临床表现

癫痫所致精神障碍根据精神障碍与癫痫发作在发生时间上的关系可分为以下四类：

（一）发作前精神障碍

表现为先兆和（或）前驱症状。先兆是指在癫痫发作前出现，持续时间很短，通常只有数秒，很少超过一分钟。不同部位的发作会有不同的表现，但同一患者每次发作前的先兆往往相同。

前驱症状发生在癫痫发作前数小时至数天，尤以儿童较多见。主要表现为易激惹、紧张、失眠、坐立不安，淡漠、甚至重度抑郁等情感症状以及食欲减退、面色苍白、潮红、心慌、胸闷、多汗等自主神经功能紊乱的症状，症状通常随着癫痫发作而终止。

（二）发作时精神障碍

1. 精神运动性发作：是一种复杂部分性发作，患者发作性出现各种复杂的精神病理性体验，发作间期可以伴有意识障碍和动作行为的异常，发作后对过程全部或部分遗忘。根据发作时意识障碍的类型、程度、持续时间等不同可分为自动症、神游症、朦胧状态。

（1）自动症：指发作时或发作刚结束时出现的意识混浊状态，此时患者仍可维持一定的姿势和肌张力，在无意识中完成

简单或复杂的动作和行为。80%患者的自动症发作少于5分钟，少数可长达1小时。自动症发作前常有先兆，如头晕、流涎、咀嚼动作、躯体感觉异常和陌生感等。发作时突然变得目瞪口呆、意识模糊、无意识地重复动作如咀嚼、咂嘴等，偶可完成较复杂的技术性工作。事后患者对这段时间发生的事情完全遗忘。

(2) 神游症：比自动症少见，表现与自动症有些类似，患者发作时也可出现意识清晰度下降和意识范围狭窄，但患者意识仅轻度下降，异常行为较为复杂，对周围环境有一定感知能力，亦能做出相应的反应。表现为无目的地外出漫游，患者可出远门，亦能从事协调的活动，如购物、简单交谈，历时可达数小时、数天甚至数周。发作后遗忘或回忆困难。

(3) 朦胧状态：患者意识活动范围缩小，意识水平仅轻度降低，发作突然，通常持续1至数小时，有时可长至1周以上。患者表现为意识障碍，伴有情感和感知觉障碍，如恐怖、愤怒等，也可表现情感淡漠，思维及动作迟缓等。

2. 精神性发作：是一种简单部分性发作，通常以某一单一的精神病理现象（感知觉障碍、感知综合障碍、思维障碍、记忆障碍、情感障碍等）发作性出现为临床表现，多不伴有动作和行为方面的异常。发作时意识清晰，过后能回忆整个发作过程。

(三) 发作后精神障碍

患者在癫痫尤其是全身强直一阵挛性发作后可出现自动症、朦胧状态，或产生短暂的偏执、幻觉等症状，通常持续数分钟至数小时不等。

（四）发作间期精神障碍

主要指两次发作之间出现的一组无意识障碍，以精神分裂症样症状、情感症状、神经症样症状以及智能减退、人格改变等为主要临床表现的慢性精神病状态。人格改变较为常见，以左颞叶病灶和大发作的患者较多见，与脑器质性损害、癫痫发作类型、长期使用抗癫痫药、社会心理因素及患者原有人格特征等因素有关，表现为人际关系紧张、敏感多疑、思维黏滞等。

少数癫痫患者会出现记忆衰退、注意困难和判断能力下降，可伴有行为障碍。这些症状多见于继发性癫痫和长期、严重的癫痫患者。临床也可见到类精神分裂样症状、以焦虑为主的情感症状等。值得注意的是，癫痫患者的自杀率是常人的4~5倍，因此应注意预防患者自杀。

二、诊断、治疗和康复

（一）诊断：癫痫所致精神障碍主要根据典型的癫痫发作病史、异常的脑电图结果来诊断。除详细收集病史外，躯体和神经系统检查十分重要，必要时可做头部CT、MRI等检查。

（二）治疗癫痫的一般原则：尽可能单一用药，鼓励患者遵医嘱服药，定期进行血药浓度监测。依据癫痫的类型来选择药物，并严密观察不良反应。癫痫性精神障碍的治疗，应在治疗癫痫的基础上根据精神症状选用药物，注意选择致癫痫作用较弱的药物。

（三）常用的有支持性心理治疗，认知治疗和社交技能训练对治疗有益。

精神发育迟滞伴发精神障碍

一、概述

精神发育迟滞又称智力发育障碍、智力障碍，或智力残疾，是指先天或围产期或在生长发育成熟以前（18岁以前），大脑的发育由于各种致病因素，如遗传、感染、中毒、头部外伤、内分泌异常或缺氧等因素，使大脑发育不良或受阻，智能发育停留在一定的阶段。其智能明显低于正常的同龄人，并导致患者社会适应困难。

我国29个省市智力残疾调查显示智力残疾患病率为1.268%，其中男性为1.315%，女性为1.220%。全国8省市0~14岁智力障碍流行病学调查显示患病率为1.2%，其中城市患病率0.70%，农村患病率1.41%。约30%~60%的智力障碍患者共患其他精神障碍，常见的有注意缺陷多动障碍、其他如重性抑郁、双相障碍、焦虑障碍、孤独症等，表现为易激惹、冲动行为、刻板行为或强迫行为、自伤行为、幻觉等。

一、诊断、治疗和康复

（一）诊断

需要全面采集病史、精神检查和躯体检查，其中详细的生长发育史特别重要，据此可对儿童生长发育情况做出全面的临床评估。同时，根据年龄和智力损害的程度选择适用于患者的标准化智力测验、心理发育评估工具、社会适应能力评估工具。

（二）治疗与康复

目前的医学技术尚不能明确多数精神发育迟滞患者的具体病因。除了可查明病因的智力低下外，至今尚无有效的药物治疗，最有效的方法是康复训练，提高社会适应能力。

1. 智力障碍一旦发生难以逆转，因此重在预防。例如，对碘缺乏患地方性甲状腺功能低下症的地区，可推广碘化食盐进行预防。预防措施还有：产前遗传性疾病监测和遗传咨询，围生期保健和积极治疗围生期并发症，产前先天性疾病的诊断，新生儿遗传代谢性疾病筛查，高危儿童的健康筛查，预防和尽早治疗中枢神经系统疾病。此外，加强全社会的健康教育和科普宣传，提倡非近亲结婚、科学健康的生活方式等，都是预防智力低下的重要方法。智力障碍的治疗原则是以教育和康复训练为主，辅以心理治疗，仅少数需要药物对伴随的精神症状进行对症治疗。

2. 教育和康复训练。由学校教师、家长、康复训练师和临床心理治疗师相互配合进行。教师和家长的任务是使患者能够掌握与其智力水平相当的文化知识、日常生活技能和社会适应技能，常用的方法是行为治疗。在对患者进行教育和康复训练时，要根据患者的智力水平因材施教。经过教育和康复训练，患者社会适应能力能够随年龄的增长而增强。

（1）轻度智力障碍患者：一般能够接受小学低年级到中年级的文化教育，最好在普通小学接受教育，但如果患者不能适应普通小学的学习也可以到特殊教育学校就读。目前国内绝大多数

城市已开设了特殊教育学校，或者在普通小学设立了特殊教育班。教师和家长在教育过程中应采用形象、生动、直观的方法，同一内容反复强化。日常生活能力和社会适应能力的培养和训练包括辨认钱币、购物、打电创医院就诊、乘坐公共交通工具、基本的劳动技能、回避危险和处理紧急事件的方法等。当患者到少年期以后开始对他们进行职业训练，使其成年后具有独立生活、自食其力的能力。

(2) 中度智力障碍患者：着重康复训练，主要内容是生活自理能力和社会适应能力。如洗漱、换衣，人际交往中的行为举止和礼貌，正确表达自己的要求和愿望等内容，同时进行人际交流中需要的语言训练。

(3) 重度智力障碍患者：主要康复训练内容是患者与照料者之间的协调配合能力、简单生活能力和自卫能力。如进餐、如厕、简单语言交流以表达饥饱、冷暖、避免受外伤等。可采用将每一种技能分解成几个步骤，再逐步反复强化训练的方法。

3. 心理治疗。行为治疗能够使患者建立和巩固正常的行为模式，减少攻击行为或自伤行为。心理教育和家庭治疗使患者的父母了解疾病的相关知识，减轻焦虑情绪，有助于实施对患者的教育和康复训练。

4. 药物治疗

(1) 病因治疗适合于病因明确者。例如，对半乳糖血症和苯丙酮尿症给予相应饮食治疗，对先天性甲状腺功能低下给予

甲状腺激素替代治疗，对先天性脑积水、神经管闭合不全等颅脑畸形可考虑相应外科治疗。随着医学技术的进步，对一些单基因遗传性疾病可能开展基因治疗。

(2) 对症治疗智力障碍患者 30%~60%伴有精神症状，导致接受教育和康复训练的困难。因此，可根据不同的精神症状选用相应药物治疗。

精神障碍三级预防

预防精神病学是临床精神病学范畴的延伸和重要组成部分。我国制定了符合现实特点的“三级预防”体系。

一、精神卫生的一级预防

一级预防不仅包括特异性的病因预防，即通过消除或减少病因或致病因素，促进保护因素来防止或减少精神障碍的发生，最终消灭此类疾病的发生。还包括非特异性的预防措施，即人群的健康教育和健康促进。一级预防属于最积极、最主动的预防措施。一级预防的主要内容包括：

（一）增进精神健康的保健工作，充分加强精神卫生知识的普及和宣教，及时提供正确的心理咨询服务，提高人们对精神健康的自我保健能力，减少与各种应激因素有关的心理障碍的发生。

（二）大力提倡优生、优生、优教，加强遗传咨询，防止近亲结婚，减少精神障碍发生率；积极开展精神障碍病因学研究，尽早阐明精神障碍的病因，从根本上预防精神障碍的发生。

（三）对病因已明的精神障碍，可针对病因采取果断预防措施，消除疾病发生。

（四）对一些具有易患精神障碍的“高危人群”，包括具有特殊心理素质者和从事高心理压力职业者，应采取特殊的心理干预措施，提供心理宣泄的途径，预防和减少精神障碍的出现。

(五) 积极开展各年龄阶段的心理卫生咨询及行为指导工作。重视家庭教育, 开设幼儿心理卫生课程, 注意培养儿童健全的人格, 尤其重视对独生子女进行良好、健康的个性培养, 及时纠正儿童行为问题、情绪问题和青少年违纪行为, 培养他们爱劳动、爱集体的品德与作风, 养成诚实、坚强、克制和心情开朗的性格。青少年心理问题主要是学习类问题、人际关系问题、青春期心理问题和挫折适应问题。针对这些问题, 要注意学习上的心理平衡, 全面推进素质教育; 增进自我了解, 培养中学生自我接受的态度; 建立良好的人际关系, 培养青少年健全的情绪生活; 树立科学的人生观, 正确对待成功和失败。老年人的心理问题具有高龄性、广泛性、时代性和多样性四个特征, 针对老年人心理问题的特点, 一是要重新适应社会和家庭环境的角色转变与; 二是要保持乐观情绪, 保持时刻积极向上的心理状态; 三是要勤于学习, 科学用脑, 更新观念, 跟上时代的步伐。

(六) 在有条件的学校、社区设立“心理驿站”“心理乐园”等, 支持经正规培训并考核合格的心理咨询人员为青少年及社区居民提供心理健康咨询和心理疏导服务。

(七) 支持以学校、社区为基础, 以特定人群(如青少年、老年人)为对象的高危对象识别、预防、干预和干预模式建立等科学研究。

(八) 积极开展灾后心理援助与干预。面对突如其来的灾难, 人们在没有任何心理准备的情况下遭受打击, 目睹死亡和毁灭,

会造成焦虑、紧张、恐惧等急性心理创伤，甚至留下无法弥补的长久心理伤害。灾难发生后及时进行心理援助与干预，可以帮助灾难亲历者最大限度地利用积极应对技能，面对和走出可能的心理阴影。需要指出的是，抢险救援人员的心理疏导经常被忽视，这些抢险救援人员长时间、重复地在灾害现场目睹死亡与灾难，更需要及时进行心理援助与干预。

（九）定期进行精神障碍的流行病学调查，研究精神障碍在人群的发生率、发病规律、影响因素和分布情况，结合地区人口构成的变化，为相关部门制订规划、进行决策，从宏观上预防精神障碍的发生提供依据。

二、精神卫生的二级预防

二级预防是通过早期发现、早期诊断、早期治疗，控制疾病，并争取疾病缓解后有良好的预后，防止复发，降低危害。由于许多精神障碍具有慢性或亚急性起病、症状隐匿、临床表现缺乏明确特征性等特点，往往失去及时干预的机会。因此，二级预防是精神障碍防治工作中极为重要的环节。其主要内容包括：

（一）积极、深入并有计划地向群众宣传精神障碍的有关知识，提高人们早期识别精神障碍的能力，尽早发现精神异常者。同时，要改善人们对精神障碍患者的偏见，及时就医，把疾病控制在萌芽状态。

（二）对确认或可疑的精神障碍者，指导患者及家属及时就诊，明确诊断，积极治疗，争取使疾病达到完全缓解。同时，

积极进行随访与巩固治疗，减少复燃和复发。

（三）在综合医院内设立精神科和心理治疗门诊，做好会诊—联络精神病学和咨询及培训工作，帮助非精神科医师早期发现、早期治疗精神障碍患者。

（四）支持引进、研制疗效好、副作用小的抗精神病药物。支持以提高精神障碍患者治疗效果为目的的科学研究工作。

三、精神卫生的三级预防

三级预防是通过各种综合措施，最大程度地做好精神障碍患者的康复训练，促进患者社会功能恢复，减少功能残疾，延缓疾病衰退进程，提高患者生活质量。其主要内容包括：

（一）积极谋求各级政府部门对精神障碍防治工作的重视和支持，协调各相关部门工作，构建精神障碍防治康复体系，为减少精神残疾、提高精神障碍患者的生活质量和生活保障提供帮助。

（二）对经过治疗，病情趋于稳定的患者需进行多种形式的心理治疗和康复训练。让患者正确认识疾患，进一步正确认识自己，克服性格弱点，正确应对现实生活中的各种心理社会问题和矛盾。同时，督促患者按时按量服药，防止疾病恶化、努力减少残疾，使患者最大限度地恢复心理和社会功能。

（三）建立各种工娱治疗站、农疗站等，对患者进行各种康复训练，同时进行健康教育和疾病咨询，使患者早日恢复家庭生活和社会功能。

（四）精神卫生中心、精神卫生医疗机构（含精神病专科医院和综合医院精神科等）要建立医院内部的康复体系并开展住院精神障碍患者的康复工作，特别是做好病情稳定患者出院前的康复训练，为患者出院后更好地适应家庭、社会生活奠定基础。患者住院伊始，就是康复训练的开始，要积极开展院内各种生活自理能力、人际交往能力、职业工作能力的康复训练，促使患者在行为技能上能较顺利地过渡到社区环境。让患者保持与家庭接触，保持与社会交往，尽量缩短住院时间，尽早转入社区康复。

（五）发挥“关爱帮扶小组”或/和“综合管理小组”作用，利用“点对点技术支持”，动员家庭成员支持和参与患者的康复活动，指导家庭成员为患者制订生活计划，努力解决患者的心理健康问题和日常生活中的实际困难。

（六）贯彻《关于实施以奖代补政策落实严重精神障碍患者监护责任的意见》，明确精神障碍患者监护人职责，尽可能地调整出院患者的生活环境，督促患者按时服药、定期体检，指导、协助患者参与力所能及的家务劳动，积极参加社区康复或/和家庭康复活动，维护患者的合法权利。

（七）结合国家基本公共卫生服务项目和“686项目”工作，做好出院后居家治疗的精神障碍患者的定期随访工作，使患者能够接受及时而有针对性的医疗指导和服务。

（八）尊重精神障碍患者的人格，关心和满足精神障碍患者

的合理要求，重视心理、社会环境对疾病预后、复发的影响，避免不必要的精神刺激。妥善解决精神障碍患者以及精神残疾者恢复工作或重新就业，实现患者真正回归社会、回归家庭。

（九）加强精神残疾康复人才培养，满足日益增长的康复工作需要。支持精神障碍患者社区康复、家庭康复的科学研究，更好地服务精神障碍患者。

三、精神障碍早期症状及复发先兆识别

患者本人和家属、邻居，以及与之相关的村/委干部、网格员、民警等，了解、掌握精神障碍早期症状及复发先兆知识，对于早期识别精神障碍患者及复发、及时就诊治疗、避免出现个人极端事（案）发生，维护一方平安大有裨益。

精神障碍患者在发病前，除急性起病，一般都有一段“潜伏期”，大多有前期预兆，但令人难以察觉或琢磨不透，常被人们误认为是脾气或个性问题。精神障碍在前驱期常常表现失眠、焦虑、抑郁等非特异性症状，随着病程的迁延，患者会逐渐出现一些特征性的精神病性症状。因此，早期识别精神障碍患者症状及复发，需要熟练掌握方法学及精神病理学。

（一）精神障碍早期症状

精神障碍早期症状，一般来说以性格改变和类神经官能症最常见。

1. 睡眠障碍：睡眠好坏是精神病人病情变化的晴雨表，为发病较早的信号，主要表现为入睡困难、易醒、多梦及早醒，而

且多为无明显原因，无痛苦体验，更不会主动求医。有的即使彻夜不眠，次日依然毫无倦意，表面上精力过人，但仔细观察便可发现患者注意力难集中，语无伦次，情绪易变，做事有始无终，随时间推移病情就明显暴露。

2. 敏感多疑：患者表现疑心重重，对别人的言行特别敏感，看到他人碰头谈话，则认为是谈论自己；热情的招呼如饮茶、吃饭则怀疑对其下毒；甚至连电视、广播、报纸、手机终端推送的内容都觉得与其有关；身体某些不适，则怀疑被人用先进仪器控制了自己或自认为患了某种不治之症，且难于解释，不听劝说，坚信不移。

3. 情绪反常：表现为毫无原因的情绪波动，本来性格开朗，爱交朋友的，变得终日忧心忡忡，长吁短叹，愁眉不展；性格温和的，变得易发脾气，常因鸡毛蒜皮的小事而大发雷霆，纠缠不休，对人耿耿于怀；性格文静的变得兴奋活泼，好管闲事，终日喜气洋洋，或变得惶惶不可终日，焦虑紧张，无故哭笑。

4. 个性改变：一改往日风格，逐渐变得孤僻少语，独处离群；或对周围事物不感兴趣，萎靡不振，独自发愣，对人冷淡，疏远亲友；或生活懒散，不修边幅，居室脏乱；或劳动纪律松懈，工作拖拉，对人毫无礼貌，不知羞耻；或胡乱花钱，大肆挥霍。

5. 行为异常：为精神活动的外在表现，容易被发现，其主要表现有行为怪异，动作增多或迟缓，呆站呆坐，扮鬼脸，挤眉弄眼，不停抽烟，四处游荡，或特别爱清洁，反复洗手，或收集

废物，视垃圾为宝等。

6. 类神经衰弱表现：头痛、四肢乏力，易烦恼、焦虑、坐立不安，进食障碍，月经改变，注意力不集中，记忆力下降，工作学习能力降低等。

上述是精神障碍患者发病早期常见的症状和表现，当然不是有上述某些表现就可断定某人有精神疾病，而要全面观察其整个精神活动才能断定有无精神病的结论。总之，一旦发现其表现有明显差异者，就应当请精神科医师检查，这样，就能防止贻误病情从而做到早期发现、早期治疗，且疗效较好。

（二）识别方法

在精神障碍患者早期症状和复发先兆识别上，要特别注意掌握“纵横交错”进行比较方法。纵向比较是指将患者目前与既往的精神状况进行比较，横向比较是指把患者的思维、情感表达方式、行为模式与相同社会背景的正常人进行比较；在比较中若发现患者有明显的偏离常态的思维、情感及行为，或者患者目前思维、情感及行为等模式与其既往模式出现了明显的不同，如敏感多疑、自言自语、无故哭笑等，以至于家属好友都难以理解患者的所作所为，这时就应该考虑可能患有精神障碍。如果性格有明显改变而又不属于心理学的正常变异范畴，也要考虑是否精神异常。一个性格非常内向的人如果这段时间话特别多，喜形于色，整天忙个不停，可能就要怀疑他患者“轻躁狂”。

同样在精神病理学上，发现患者有幻觉、妄想、情感反应

不协调、情感高涨或低落、意志行为减退或紊乱、自知力缺乏等症状，就要考虑是否患者精神障碍。

四、精神障碍患者救治救助保障

据统计，精神障碍患者 70%左右低于当地贫困线标准，患者及其家庭经济状况相对贫困。党和政府高度重视精神障碍患者救治救助问题，综治、人社、卫生、民政、残联等部门相继出台相关政策、措施，以保障精神障碍患者医疗救助和生活补助。现将我省精神障碍患者救治救助保障摘录如下：

（一）2016 年 6 月，省综治办、省公安厅、省民政厅、省财政厅、省卫生计生委、省残联联合印发了《关于实施以奖代补政策落实严重精神障碍患者监护责任的意见》。全省所有县（市、区）实施以奖代补政策，并与奖补对象签订监护协议，危险性等级评估三级以上的居家患者，监护人落实监护责任者，享受 200 元/月的监护补助。

（二）2012 年，原省人力资源和社会保障厅印发《关于加强基本医疗保险门诊特殊慢性病规范管理的意见》，将严重精神障碍患者纳入基本医疗保险门诊特殊慢性病范畴，原则上职工医保基金支付比例不低于 70%、居民医保基金支付比例不低于 50%，对到基层医疗机构就医的可适当提高报销比例。将患者药物维持治疗纳入门诊统筹、门诊报销比例不低于 50%，且作为门诊特殊病种参照住院制定治疗相应管理和支付办法。医保部门对严重精神障碍患者参加城乡居民医保时个人不缴费，由财政全额补助。

为确保严重精神障碍患者人人享有基本医疗保险权益，2017年将严重精神障碍患者全部纳入基本医疗保险，全额资助严重精神障碍患者参加城乡居民基本医疗保险。2019年省委办公厅、省政府办公厅印发《关于进一步保障农村贫困人口基本医疗的若干规定的通知》，探索推行“基本医保+大病保险+救治救助+补充医疗保险”四位一体工作机制，实行健康扶贫政策（即“985”政策），并存贫困人口在县城内住院，政策范围内医疗费用报销比例达到90%左右；大病、特殊慢性病县城内门诊，政策范围内医疗费用报销比例达到80%左右。农村贫困人口县域内就医，年度个人负担政策范围内医疗费用控制在5000元以内。

（三）民政部门将符合条件的困难精神障碍患者全部纳入基本生活救助范围，对低收入家庭中的三级及以上精神残疾人，依据申请，将其参照“单人户”纳入最低生活保障范围。残联为符合条件的精神残疾人提供每人每月70元的困难残疾人生活补贴和100元的重度残疾人护理补贴。

（四）卫生健康部门对纳入社区管理的严重精神障碍患者实行免费随访服务和健康体检，每年至少随访4次及1次健康体检。精神病专科医院协调当地民政、残联等部门，对门诊、住院治疗的患者落实“一站式”结算服务。“中央补助地方严重精神障碍管理治疗项目”（简称“686”项目）每年拨付专项资金，用于各地严重精神障碍贫困患者门诊服药补助。

（五）乡镇、村成立综合管理小组和关爱帮扶小组，对严重

精神障碍患者及其家庭落实关爱帮扶措施。

五、精神卫生防治的法律问题

《中华人民共和国精神卫生法》已于2013年5月1日正式实施，2018年4月27日第十三届全国人民代表大会常务委员会第二次会议《关于修改〈中华人民共和国国境卫生检疫法〉等六部法律的决定》又进行了修正，并自公布之日起施行。《精神卫生法》的出台，规范了社会不同组织、部门及人员的职责，保护了患者和医护人员双方的权益，有利于提高公众心理健康水平，维护精神障碍患者合法权益，保障和促进精神卫生事业发展。2020年5月28日通过的《中华人民共和国民法典》是中国法制史历史性的进步，其在内容和形式上也对精神卫生事业的相关主体、客体以及权利义务关系进行了新的法条阐述，使精神障碍健康管理的实行有法可依、有法可施。

六、《精神卫生法》的主要内容

（一）明确精神障碍患者的权益

精神卫生立法的主要目的除了发展精神卫生事业，规范精神卫生服务，更重要的是维护精神障碍患者的合法权益。因此，精神卫生法明确精神障碍患者的人格尊严、人身安全等宪法规定的公民基本权利不受侵犯，其享有的受教育、劳动、医疗、隐私、从国家和社会获得物质帮助等合法权益受法律保护；全社会应当尊重、理解、关爱精神障碍患者，任何组织或者个人不得歧视、侮辱、虐待精神障碍患者，不得非法限制精神障碍患者的人身自由。

（二）明确精神卫生工作相关主体职责

国家积极发展精神卫生事业，为了精神卫生工作的有效开展，需要明确各相关主体的职责。为此，精神卫生法明确规定精神卫生工作实行政府组织领导、部门各负其责、家庭和单位尽力尽责、全社会共同参与的综合管理机制。县级以上人民政府领导精神卫生工作，乡镇人民政府和街道办事处根据本地区的实际情况，组织开展预防精神障碍发生、促进精神障碍患者康复等工作；国务院卫生行政部门主管全国的精神卫生工作；县级以上地方人民政府卫生行政部门主管本行政区域的精神卫生工作。县级以上人民政府司法行政、民政、公安、教育、人力资源社会保障等部门在各自职责范围内负责有关的精神卫生工作。同时，精神卫生法还明确了社会团体、基层群众性自治组织的职责，强调了监护人的职责，并鼓励社会力量参与精神卫生事业的建设。另外，值得一提的是，精神卫生法还专门明确了监狱、看守所、拘留所、强制隔离戒毒所的职责，法条强调应当关注服刑人员，被依法拘留、逮捕、强制隔离戒毒的人员等的心理健康状况，不仅需要开展精神卫生知识宣传，还应在必要的时候提供心理咨询和心理辅导。

（三）建立心理健康促进和精神障碍预防制度

精神卫生工作实行预防为主方针，坚持预防、治疗和康复相结合的原则。对于任何疾病来说，预防比治疗更为重要，因此精神卫生法专章对心理健康促进和精神障碍预防制度进行规定：

1. 明确各方主体的权责。各级政府及有关部门、社会团体、

村民委员会和居民委员会、用人单位、各级各类学校、医疗卫生机构、监狱等场所开展精神卫生的宣传和健康教育方面都负有责任和义务。

2. 突发事件应急预案中加入心理援助内容。各级人民政府和县级以上人民政府有关部门在针对突发事件制定应急预案时，应当包括心理援助的内容，并根据突发事件的具体情况，组织开展心理援助工作。

3. 设定了心理咨询工作的基本规范。心理咨询与治疗有着本质区别，所以心理咨询人员不得从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗。如果发现接受咨询的人员可能患有精神障碍的，应当建议其到符合条件的医疗机构就诊。心理咨询时应注意保护接受咨询人员隐私。

4. 建立监测网络与工作信息共享机制。由国务院卫生行政部门建立精神卫生监测网络，制定精神卫生监测和严重精神障碍发病报告管理办法，组织开展相关监测和专题调查工作，并建立精神卫生工作信息共享机制，实现信息互联互通、交流共享。

（四）精神障碍的诊断和治疗医疗机构的相关要求

1. 精神障碍的诊断和治疗医疗机构的基本要求。精神卫生法对精神障碍的诊断和治疗医疗机构的条件，诊疗活动应遵循的原则，精神障碍诊断的依据进行了规定，同时授予国务院卫生行政部门对精神障碍分类、诊断标准和治疗规范的制定权。医疗机构在精神障碍的诊断和治疗过程中还应注意配备适宜的设施、

设备，为住院患者创造安全适宜的环境。另外，精神卫生法还对病历资料记录与保存，药物的使用，保护性医疗措施和特殊治疗措施的程序与适用情形做了明确规定。

2. 医疗机构的告知义务。精神卫生法强调医疗机构负有告知义务，其对于患者本人及其监护人，不仅应告知精神障碍患者享有的权利，还应说明为患者所制定的周详治疗方案及有关治疗方法、目的以及可能产生的后果等。同时还明确医疗机构接到送诊的疑似精神障碍患者，不得拒绝为其作出诊断。

3. 医疗机构的禁止行为。医疗机构不得强迫精神障碍患者从事生产劳动；除在急性发病期或者为了避免妨碍治疗可以暂时性限制外，不得限制患者的通讯和会见探访者等权利；不得因就诊者是精神障碍患者，推诿或者拒绝为其治疗属于本医疗机构诊疗范围的其他疾病；禁止利用约束、隔离等保护性医疗措施惩罚精神障碍患者；禁止对非自愿住院医疗治疗的精神障碍患者实施以治疗精神障碍为目的的外科手术；禁止对精神障碍患者实施与治疗其精神障碍无关的实验性临床医疗。

（五）明确疑似精神疾病患者的送治权

送治权也就是谁有权把人送进精神病院，为了杜绝诸如导入案例中的“被精神病”现象，精神卫生法对疑似精神障碍患者送治权的规定主要分为三种情况：

第一，除个人自行到医疗机构进行精神障碍诊断外，疑似精神障碍患者的近亲属可以将其送往医疗机构进行精神障碍诊断。

第二，对查找不到近亲属的流浪乞讨疑似精神障碍患者，由当地民政等有关部门按照职责分工，帮助送往医疗机构进行精神障碍诊断。

第三，对于疑似精神障碍患者发生伤害自身、危害他人安全的行为，或者有伤害自身、危害他人安全的危险的，其近亲属、所在单位、当地公安机关应当立即采取措施予以制止，并将其送往医疗机构进行精神障碍诊断。

（六）规范精神障碍患者住院医疗制度

1. 明确精神障碍的住院治疗实行自愿原则。人身自由是宪法所明确的公民基本权利，在“被精神病”案例中强制精神障碍患者住院，侵犯其人身自由的事情大量存在。为此，精神卫生法明确规定，精神障碍的住院治疗实行自愿原则，自愿住院治疗的精神障碍患者可以随时要求出院，医疗机构应当同意。这体现了对精神障碍患者基本权利的尊重和保护。

2. 关于精神障碍患者的非自愿住院医疗问题。非自愿住院是精神障碍患者住院医疗制度中的特殊情形，因此，精神卫生法做了详细规定：

第一，明确规定非自愿住院医疗措施的适用条件。就诊者为严重精神障碍患者的在两种情况下应当对其实施住院治疗，一种是已经发生伤害自身的行为，或者有伤害自身的危险的，并且经其监护人同意；另一种是已经发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全的危险的。

第二，为精神障碍患者及其监护人提供异议程序。患者或者其监护人对需要住院治疗的诊断结论有异议，不同意对患者实施住院治疗的，可以自收到诊断结论之日起三日内向原医疗机构或者其他具有合法资质的医疗机构提出再次诊断要求。

再次诊断需要由二名初次诊断医师以外的精神科执业医师进行，并及时出具再次诊断结论。如果对再次诊断结论有异议的，可以自主委托依法取得执业资质的鉴定机构进行精神障碍医学鉴定。

鉴定需要具有该鉴定事项执业资格的二名以上鉴定人共同进行鉴定，并及时出具鉴定报告。精神卫生法还对鉴定人回避制度，以及鉴定的基本要求等方面进行了规定。

再次诊断、鉴定结论表明当事人不是精神障碍患者或者不需要实施非自愿住院医疗的，任何单位或者个人不得限制其离开医疗机构。

第三，规定入院后的纠错机制。对非自愿住院患者，医疗机构应当组织精神科执业医师定期进行检查评估，评估结果表明患者不需要继续住院治疗的，医疗机构应当立即通知患者本人及其监护人，患者本人或者其监护人可以依法办理出院手续；县级卫生行政部门应当定期对本行政区域内从事精神障碍诊断和治疗的医疗机构进行检查，发现违法行为的，应当立即制止或者责令纠正，并依法作出处理。

3. 精神障碍患者的出院制度。自愿住院治疗的精神障碍患

者可以随时要求出院，医疗机构应当同意。对于非自愿住院治疗精神障碍患者的出院问题，精神卫生法分两种情况进行规定，对于已经发生伤害自身的行为，或者有伤害自身的危险的严重精神障碍患者，监护人可以随时要求患者出院，医疗机构应当同意；对于已经发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全的危险的严重精神障碍患者，医疗机构认为患者可以出院的，应当立即告知患者及其监护人。但对于非自愿住院治疗精神障碍患者，医疗机构认为不宜出院的，应当告知不宜出院的理由；患者或者其监护人仍要求出院的，执业医师应当在病历资料中详细记录告知的过程，同时提出出院后的医学建议，患者或者其监护人应当签字确认。

（七）精神障碍的康复制度

对于精神障碍的康复方面，精神卫生法主要明确了社区康复机构、医疗机构、基层群众性自治组织、残疾人组织、用人单位、监护人的义务。具体包括县级人民政府根据实际情况统筹规划，建立精神障碍患者社区康复机构，并采取措施鼓励社会力量建立精神障碍患者康复机构；基层卫生服务机构应当对出院的患者进行定期随访，指导患者服药，开展康复训练，并对监护人进行精神卫生知识和看护知识的培训；残疾人组织应当根据精神障碍患者康复的需要组织患者参加康复活动；用人单位应当根据精神障碍患者的实际情况，安排其从事力所能及的工作，保障患者享有同等待遇等等。

（八）发展精神卫生事业，建构精神卫生保障体系

精神卫生法明确了各级政府和相关机构发展精神卫生事业的责任；保障精神卫生工作所需经费，将精神卫生工作经费列入本级财政预算；加强基层精神卫生服务体系建设。综合性医疗机构应当按照国务院卫生行政部门的规定开设精神科门诊或者心理治疗门诊；医学院校应当加强精神医学的教学和研究，培养精神医学专门人才；广泛开展精神卫生知识培训；师范院校应当为学生开设精神卫生课程等等。

精神卫生法还强调了精神障碍患者的医疗保障问题。县级以上人民政府卫生行政部门应当组织医疗机构为严重精神障碍患者免费提供基本公共卫生服务。精神障碍患者纳入国家基本医疗保险，医疗费用按照国家有关社会保险的规定由基本医疗保险基金支付；精神障碍患者通过基本医疗保险支付医疗费用后仍有困难，或者不能通过基本医疗保险支付医疗费用的，民政部门应当优先给予医疗救助。民政部门主要负责对贫困严重精神障碍患者的社会救助；对符合城乡最低生活保障条件的严重精神障碍患者，民政部门应当会同有关部门及时将其纳入最低生活保障。

另外，精神卫生法还提出，保障精神卫生工作人员的人格尊严、人身安全，加强对精神卫生工作人员的职业保护，提高精神卫生工作人员的待遇水平，并按照规定给予适当的津贴。

（九）明确精神卫生相关法律责任

精神卫生法还对不同主体和行为的相关法律责任进行明确

规定，县级以上政府卫生行政部门和其他有关部门精神卫生工作的法律责任，其主要承担警告、记过、记大过、降级、撤职或者开除等行政处分责任。不符合规定条件的医疗机构的法律责任主要包括警告，并处五千元以上一万元以下罚款的行政处罚，以及相关行政处分责任。医疗机构及其工作人员的法律责任不仅包括警告、撤职、开除等行政处分，还可以责令有关医务人员暂停一个月以上六个月以下执业活动。对于心理咨询、心理治疗违法行为的不仅给予降低岗位等级或者撤职；对有关医务人员，暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，还可以给予或者责令给予开除的处分，并吊销有关医务人员的执业证书。法条还规定了监护人的相关法律责任。

精神卫生法还明确了侵犯精神障碍患者隐私权，侵犯精神障碍患者或其他公民合法权益的民事赔偿责任；以及涉及治安管理处罚领域的法律责任；违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（十）精神障碍患者的监护人

精神障碍患者的监护人，是指依照民法通则的有关规定可以担任监护人的人。精神障碍患者的监护人应当履行监护职责，维护精神障碍患者的合法权益。禁止对精神障碍患者实施家庭暴力，禁止遗弃精神障碍患者。

精神障碍患者的监护人应当妥善看护未住院治疗的患者，按照医嘱督促其按时服药、接受随访或者治疗。村民委员会、居民

委员会、患者所在单位等应当依患者或者其监护人的请求，对监护人看护患者提供必要的帮助。

精神障碍患者的监护人应当协助患者进行生活自理能力和社会适应能力等方面的康复训练。精神障碍患者的监护人在看护患者过程中需要技术指导的，社区卫生服务机构或者乡镇卫生院、村卫生室、社区康复机构应当提供。

医疗机构出具的诊断结论表明精神障碍患者应当住院治疗而其监护人拒绝，致使患者造成他人人身、财产损害的，或者患者有其他造成他人人身、财产损害情形的，其监护人依法承担民事责任。

（十一）开展诊疗活动的条件

开展精神障碍诊断、治疗活动，应当具备下列条件，并依照医疗机构的管理规定办理有关手续：（1）有与从事的精神障碍诊断、治疗相适应的精神科执业医师、护士；（2）有满足开展精神障碍诊断、治疗需要的设施和设备；（3）有完善的精神障碍诊断、治疗管理制度和质量监控制度。从事精神障碍诊断、治疗的专科医疗机构还应当配备从事心理治疗的人员。

（十二）保护性医疗措施

精神障碍患者在医疗机构内发生或者将要发生伤害自身、危害他人安全、扰乱医疗秩序的行为，医疗机构及其医务人员在没有其他可替代措施的情况下，可以实施保护性医疗措施，如诊断结论、病情评估表明，就诊者为严重精神障碍患者并且有“已经

发生危害他人安全的行为，或者有危害他人安全的危险的”，应当对其实施住院治疗。此种情况下，监护人阻碍实施住院治疗或者患者擅自脱离住院治疗的，可以由公安机关协助医疗机构采取措施对患者实施住院治疗。实施保护性医疗措施应当遵循诊断标准和治疗规范，并在实施后告知患者的监护人。禁止利用约束、隔离等保护性医疗措施惩罚精神障碍患者。

（十三）心理援助、心理咨询与心理治疗

各级人民政府和县级以上人民政府有关部门制定的突发事件应急预案，应当包括心理援助的内容。发生突发事件，履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府应当根据突发事件的具体情况，按照应急预案的规定，组织开展心理援助工作。

心理咨询人员应当提高业务素质，遵守执业规范，为社会公众提供专业化的心理咨询服务。心理咨询人员不得从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗。心理咨询人员发现接受咨询的人员可能患有精神障碍的，应当建议其到符合本法规定的医疗机构就诊。心理咨询人员应当尊重接受咨询人员的隐私，并为其保守秘密。

心理治疗活动应当在医疗机构内开展。专门从事心理治疗的人员不得从事精神障碍的诊断，不得为精神障碍患者开具处方或者提供外科治疗。心理治疗的技术规范由国务院卫生行政部门制定。

七、《精神卫生法》的法律责任

（一）医疗机构及其工作人员的法律责任

医疗机构及其工作人员可能承担的法律 responsibility，涉及《精神卫生法》的第二十七条第一款、第三十条、第三十一条、第三十五条第一款、第三十七条、第三十八条、第三十九条、第四十条、第四十一条第二款、第四十二条、第四十三条、第四十四条第一至三款、第四十六条、第四十七条、第七十三条、第七十四条、第七十五条、第七十七条以及其他相关条款。

1. 不符合法定条件的医疗机构擅自从事精神障碍诊断、治疗的。

（1）医疗机构没有执业范围为精神科的执业医师；

（2）没有满足开展精神障碍诊断和治疗所必需的的设施和设备；

（3）没有制定完善的精神障碍诊断、治疗管理制度和质量控制制度；

（4）从事精神障碍诊断好治疗的专科医疗机构没有配备从事心理治疗的人员；

（5）违反《医疗机构管理条例》的有关规定，未依法履行精神科诊疗科目审批手续，没有获得从事精神科诊疗工作的执业许可，即《医疗机构执业许可证》中没有精神科或其二级学科的诊疗科目；

（6）医疗机构内非精神科医生从事精神障碍的诊断和治疗。

2. 精神卫生医疗机构拒绝对送诊的疑似精神障碍患者做出

诊断的。

3. 对住院治疗的患者未及时进行检查评估或者未根据评估结果做出处理的。

4. 对精神障碍患者实施约束、隔离等保护性医疗措施的。

5. 强迫精神障碍患者劳动的。

6. 对精神障碍患者实施外科手术或者实验性临床治疗的。

(1) 对非自愿住院治疗患者实施以治疗精神障碍为目的的外科手术；

(2) 对精神障碍患者实施与治疗其精神障碍无关的实验性临床治疗；

(3) 实施导致人体器官丧失功能的外科手术、与精神障碍治疗相关的实验性临床治疗时，或没有尽到法定的告知义务，或没有得到患者或其监护人的书面同意，或没有得到本医疗机构伦理委员会的批准；或在紧急情况下没有取得本医疗机构负责人和伦理委员会的批准。

7. 侵害精神障碍患者的通讯和会见探访者等权利的。

8. 违反精神障碍诊断标准，将非精神障碍患者诊断为精神障碍患者的。

9. 泄露精神障碍患者隐私的。

10. 非法限制精神障碍患者人身自由的。

(1) 限制自愿住院治疗的精神障碍患者出院；

(2) 精神障碍患者已经发生伤害自身的行为，或者有伤害

自身的危险，但监护人不同意住院治疗，医疗机构继续对患者实施住院治疗；

（3）精神障碍患者已经发生伤害自身的行为、或者有伤害自身的危险者住院后，监护人依法要求出院时，医疗机构不同意；

（4）对于非自愿住院治疗者，或者患者不需要住院治疗的，医疗机构继续对其实施住院治疗。

（三）精神障碍患者监护人的法律责任

监护人可能承担的法律责任，涉及《精神卫生法》的第九条第二款、第三十条第二款第二项、第三十一条、第三十五条第二款、第三十六条第一款、第四十五条、第四十九条、第七十九条、第八十三条第三款以及其他相关条款。

精神障碍患者监护人承担法律责任的情形

1. 遗弃精神障碍患者；
2. 对精神障碍患者实施家庭暴力；
3. 未尽到看护管理义务；
4. 拒绝或阻碍精神障碍患者住院治疗；
5. 拒绝办理患者出入院手续。

（四）其他部门、机构和人员的法律责任

其他部门、机构和人员可能承担的法律责任，涉及《精神卫生法》第八条、第二十三条、第五十一条、第七十二条、第八十一条以及其他相关条款。

政府管理部门的法律责任：

1. 未履行精神卫生工作职责的；
2. 滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的。

（五）心理咨询和心理治疗人员的法律责任

1. 心理咨询人员从事心理治疗或者精神障碍诊断、治疗的；
2. 心理治疗人员在医疗机构以外开展心理治疗活动的；
3. 专门从事心理治疗的人员从事精神障碍的诊断的；
4. 专门从事心理治疗的人员为精神障碍患者开具处方或者提供外科治疗的。

（六）其他人员的法律责任

其他人员可能承担的法律责任，涉及《精神卫生法》第四条第三款、以及其他相关条款：

1. 将非精神障碍患者故意作为精神障碍患者送入医疗机构治疗的；
2. 歧视、侮辱、虐待精神障碍患者，侵害患者的人格尊严、人身安全的；
3. 非法限制精神障碍患者人身自由的；
4. 泄露精神障碍患者隐私的；
5. 其他侵害精神障碍患者合法权益的。