

医学心理学

第一节 总论



考点 1:

- 1、医学心理是：研究影响**健康**的有关心理问题和心理行为。
- 2、“医学心理学”一词由——德国**洛采**提出来的。(有文采的人)
- 3、第一个心理实验室——德国**冯特**。(疯子研究室)
- 4、1977 年恩格尔提出现代医学模式：**生物-心理-社会医学模式**

考点 2: 医学心理学的临床分支

临床心理学：心理诊断和心理咨询

健康心理学：研究促进身心疾病康复和预防

神经心理学：研究脑和行为关系

考点 3: 医学心理学学派分类

精神分析理论：奥地利—**弗洛伊德(佛经)**；潜意识压抑太久—**潜意识、意识、前意识(自我、本我、超我)**

行为主义理论：创始人是华生、巴甫洛夫(**花生不行**)

人本主义理论：创始人是美国心理学家罗杰斯和马斯洛。**(罗马人)**

第二节 医学心理学基础

心理(物质器官)是脑的功能，是人脑对客观现实的主观能动反应。

考点 1: 医学心理学的基本观点包括(**个人心情不会动**)

- 1、**心身统一**
- 2、**社会影响**
- 3、**不同的看法**
- 4、**主动适应与调节**;
- 5、**情绪作用**
- 6、**个人特征**

考点 2: 心理活动过程(**知、情、意**)

- 1、认知过程→感觉、知觉、记忆、思维、注意
- 2、情绪情感过程→情绪、情感
- 3、意志过程

考点 3: 认知过程→感觉、知觉、记忆、思维、注意

- 1、感觉：是人脑对直接作用与于客观事物的**个别属性**的反应
- 2、知觉：人脑对客观事物**全面/整体属性**的反映。
特性：整体性、选择性、恒常性、理解性

3、记忆：人脑对于过去的经验进行保持和再现

按记忆信息加工方式或保持时间长短分为三个记忆层次：

- 感觉记忆/瞬时记忆：秒
- 短时记忆：分钟，容量有限，7+2记忆单位
- 长时记忆/永久记忆：无容量单位

记忆的三个基本环节：识记、保持、再认和再现(回忆)

考点 4: 情绪情感过程→情绪、情感

情绪：强烈冲动不稳定，是生理性需要(喜怒悲恐)。

情感：稳定而深刻，是社会性需要。

考点 5: 意志

前提：具有明确的目的性

核心：意志与克服苦难相联系

基础：随意活动为基础

特征：自觉性、果断性、坚韧性、自制力

考点 6: 需要与动机

马斯洛提出的需要层次论(从低到高)

- 生理的需要：空气、食物、水、性
- 安全的需要：规避危险
- 归属和爱的需要：归属、爱
- 尊重的需要：成就、权利、名誉**自我实现的需要**

考点 7: 动机

产生动机的条件——**内在需要(最基本的生理需要)**和外在诱因

动机冲突类型:

- 双趋冲突: “鱼与熊掌不能兼得”
- 双避冲突: 两个都不想要
- 趋避冲突: 想要又不敢要

考点 8: 人格

性格: 是人格的核心;

能力: 一般能力、特殊能力

1、气质四型:

多血质(属于**活泼好动型**)(孙悟空)

胆汁质(属于**兴奋/精力充沛型**)(猪八戒)

粘液质(属于**安静型**)(沙僧)

抑郁质(属于**抑郁型**)(唐僧)

2、行为:

A 型: 急躁型(脾气暴躁, 争强好胜)——**易得心脑血管疾病;**

B 型: 知足常乐型——能够减少心脑血管疾病, 易长寿;

C 型: 易得肿瘤型(Cancer)——**过度的压抑, 承受多次打击(悲惨人生), 容易得肿瘤。**

第三节 心理健康

1、心理健康的标准: ①认知过程正常, 智力正常②情绪良好③人际和谐④适应环境⑤人格完整

2、不同年龄阶段的心理健康(助理不考)

- 语言发展关键是 1~3 岁
- 人格发展关键期在 3~7 岁
- 智力发展关键期在 7 岁

第四节 心理应激与心身疾病

一、心理应激: 是人发现有威胁、挑战认知评价后, 所产生的生理及心理的适应性反应过程。(焦虑)

考点 1 应激分类:

- 情绪性应激(焦虑、抑郁、愤怒)
- 认识性应激(偏执、灾难化、钻牛角尖)
- 行为性应激(行为改变摆脱烦恼)

考点 2: 心身疾病: 指心理社会因素在疾病的发生、发展过程中起重要作用的躯体**器质性疾病**和躯体功能性障碍。

属于心身疾病: 高血压、冠心病、糖尿病、肥胖、癌症、支气管哮喘、神经性皮炎、消化性溃疡。

不属于心身疾病: 精神病、传染病、急性感染性疾病、发育障碍。

第五节 心理评估

考点 1: 心理评估的常用方法

- **调查**
- **观察(最基本)**
- **会谈(最常用)**
- 作品分析法: **投射法**(图片——**夏洛墨迹、主体统觉**)
- 心理测验法: **问卷法(是/否)、作业法(非文字、实际操作)**

考点 2: 心理测验的原则: 标准化原则、保密原则、客观原则

第六节 心理治疗

一、概述

考点 1 原则: 信赖性、保密、中立、回避、关系限定原则

考点 2 心理咨询的方式: 最常见、最有效——**门诊咨询**

考点 3 心理治疗的分类

1、精神分析的治疗-弗洛伊德

- 最核心的是**自由联想**, 不干预;
- 治疗: **梦的分析、自由联想、移情治疗。**

2、行为主义的治疗-华生、巴甫洛夫

- 最常用的方法: 系统脱敏法(恐惧症、强迫症)、冲击/满灌疗法(恐怖症、强迫症)
厌恶疗法(成瘾或对某物依赖)、放松疗法(紧张、焦虑、高血压)
- 适应证: 神经症、人格障碍的不良行为、药物和酒精依赖

3、人本主义疗法-罗杰斯和马斯洛

治疗方法: 以倾听为主

第七节 医患关系

考点 1 医患关系模式：(萨斯—赫伦德模式)

- 主动-被动：父母—婴儿；卧床、瘫痪患者
- 指导-合作：父母—儿童；急性病、手术患者
- 共同参与：成人—成人；慢性病患者

第八节 患者心理问题

考点 1 患者角色转化：

- 角色行为**适应**：病人**正确面对病情**，平静对待
- 角色行为**缺如**：**有病却否认自己没病**
- 角色行为**冲突**：想治病**又怕**影响工作
- 角色行为**减退**：知道有病但是继续工作
- 角色行为**异常**：哭闹、自杀、伤害别人等异常行为
- 角色行为**强化**：**小病当大病**

医学伦理学

第一节 伦理学与医学伦理学

医学伦理学：是研究“医学道德/医德”的一门规范伦理学；最重要的是实践道德(医学实践中的道德问题)，“医乃仁术”是指道德是医学的本质特征。

一、医学伦理学的特征：实践性(最重要)、继承性、时代性

二、医学伦理学的发展

我国：

- ①最早发展医德——儒家孔子“仁”；
- ②东汉张仲景——《伤寒杂病论》，知人爱人，精研方术
- ③晋代杨泉——《物理论》提出夫医者，非仁爱之士不可托也
- ④药王孙思邈——《大医精诚论》，我国最早、全面述医德的经典，人命至重，有贵千金。(小孙生了千金)

外国：

- ①西方伦理学之父——希波克拉底的《希波克拉底誓言》
《希波克拉底誓言》：不伤害原则、为病人谋利益、保密原则
最重要、最核心的内容：尊重病人
最早、最古老的原则：保密原则

第二节 医学伦理学的原则与规范

一、医学伦理的指导原则

- “防病治病”“救死扶伤”是手段、宗旨
- “实行社会主义人道主义”和“全心全意”是理念
- “为人民身心健康服务”是目标

二、医学伦理学的原则

1 基本原则：全心全意为病人服务

- ①不伤害原则：符合正常诊疗，一点点伤害可以预见
- ②有利原则：对病人有利同时不带来伤害；带绝大多数人有利，极少个别伤害
- ③尊重原则：尊重患者的理性决定，尊重患者的知情同意和自主选择权，不包括社会免责权
- ④公正原则：形式上公正——人人享有平等的医疗权利；
实质上公正——根据贡献大小分配医疗权利

2. 医学伦理学的基本规范——医务人员的行为规范

- 尊重科学→保证医疗技术应用的科学性、合理性。
- 规范行医→合理诊疗，不隐瞒、误导或夸大病情、不过度医疗。
- 重视人文→提高人文素养，对患者实行人文关怀
- 规范文书
- 严格报告
- 救死扶伤

第三节 医疗人际关系伦理

1. 医患关系的性质：①法律上讲医患关系是一种契约关系；②伦理上讲医患关系是一种信托关系(誓言：健康所系，性命相托)。医患关系的本质特征是具有契约性质的**信托关系**。

2. **医患关系的模式**(萨斯—赫伦德模式)

模式	临床应用对象	模式原型
主动—被动型	昏迷、麻醉病人、智力低下的患者	父母—婴儿

指导一合作型	手术后患者或者急性疾病患者	父母一少年
共同参与型	长期慢性病如高血压、糖尿病	成人一成人

3. 医患关系伦理模式(美国学者罗伯特维奇提出的三种医患关系模式)

模式	医生角色	患者角色
纯技术模式	医生充当纯科学家角色, 只负责技术工作。	当作生物体变量
权威模式/教师模式	医生充当家长式的角色, 具有很大的权威性。	完全丧失了自主权
契约模式	医患双方是一种非法律性的关于医患双方责任与利益的约定关系。	医患双方相对平等

第四节 临床诊疗伦理

一、临床诊疗的伦理原则

- **患者至上**的原则: 把患者的利益放在首位
- **最优化**原则: 痛苦最小、耗费最小、效果最小、安全度最高
- **知情同意**原则: 病人最基本的权利
- **保密守信**的原则: 保护患者的隐私和秘密

二、临床伦理学基本要求

- 询问病史的伦理要求: **全神贯注、语言得当、耐心倾听、态度热情**
- 体格检查的伦理要求: 全面系统、认真细致、关心体贴、减少痛苦、尊重患者、心正无私
- 药物治疗的要求: **对症下药、剂量安全、合理配伍、细致观察、节约费用、公正分配**
- 手术治疗的要求: 手术前**严格掌握适应症**; 知情同意; 认真做好术前准备
- 急救的伦理要求: **争分夺秒**, 力争患者转危为安; **勇担风险**

第五节 临终关怀与死亡的伦理

一、临终关怀: 是英国的桑德斯创建了临终关怀

- 根本目的: **提高临终患者的生存质量**; 不是延长患者的生命,
- 对象: **不可逆转**的临终患者, 尤其是晚期癌症; 患者遭受身心的痛苦折磨
- 临终关怀的伦理学意义体现了: 人道主义精神; 人的生命神圣、质量和价值的统一; 彰显了人类文明的进步。
- 临终关怀特别注重患者的生命尊严、生命质量、生命价值。
- 临终关怀的伦理要求: 认识和理解临终患者; 保护临终患者的权益;
尊重满足临终患者的生活需求; 同情和关心临终患者的家属。

二、安乐死

- 主动安乐死: 又名积极安乐死, 患者主动要求用药物促死
- 被动安乐死: 又名消极安乐死, 停止治疗, 拔管、停呼吸机。
- 安乐死合法化的国家——**荷兰、比利时**, **我国禁止安乐死**

三、死亡伦理学

- ①脑死亡的标准是美国哈佛医学院制定的
- ②脑死亡标准: 出现不可逆的昏迷(脑功能不可逆转和永久的丧失)
自主肌肉运动及自主呼吸消失
诱导反射消失
脑电波平直
- ③脑死亡**伦理意义**:
 - 更科学地判定的死亡(动机和目的)
 - 节约卫生资源和减轻家属的负担
 - 有利于器官移植
 - 维护了死者的尊严

第六节 公共卫生伦理与健康伦理

七、公共卫生伦理原则

- 全社会参与原则→如政策制定与倡导, 传染病、艾滋病防治
- 社会公益原则→婚检、孕产期保健、预防接种
- 社会公正原则→基本公共卫生均等化, 社区健康
- 互助协同原则→传染病控制与治疗、戒烟禁毒、群防群治
- 信息公开原则→传染病疫情、突发公共卫生事件发布

第七节 医学科研伦理(助理不考)

1. 医学人体试验的伦理原则

- ①首要原则: 维护受试者的利益(放在首位)
- ②知情同意原则
- ③医学目的原则

④伦理委员会审查

第八节 医学新技术研究与应用的伦理(助理不考)

一、人类辅助生殖技术伦理原则

- 1) 有利原则：禁止以多胎和商业化供卵为目的的促排卵
- 2) 知情同意原则：夫妻双方自愿同意并签署书面知情同意书接受辅助生殖的夫妇在任何时候有权停止
- 3) 保护后代原则：
 - ①一个供精者只能提供 5 名妇女受孕
 - ②医务人员不得**实施代孕技术**
 - ③医务人员不得**实施以生育为目的的嵌合体胚胎技术**
- 4) 社会公益原则：
 - ①符合国家人口计划生育法规，不得对单身女性实施辅助生殖技术
 - ②不得实施非医学的性别选择
 - ③医务人员不得**实施生殖性克隆技术**
- 5) 保密原则：
 - ①供方受方互盲，供者医生互盲，供方和后代互盲
 - ②医疗机构和医务人员须对捐赠者和受着的有关信息保密
- 6) 严防商业化原则：供精、供卵以捐赠为目的，不得买卖

二、人体器官移植的伦理

1986年国际移植学会发布了活体捐赠肾脏的标准和尸体器官分配的准则：

- 只有在找不到合适的尸体捐赠者或亲属捐赠时，才可接受非亲属捐赠者的器官捐赠；
- 捐赠者必须达到法定年龄(不能从活着的未成年人的身体中摘取器官)；
- 参与患者抢救、死亡判定的医生，不能参与器官的摘取和器官移植。

第九节 医务人员的医学伦理素质的养成

医务人员进行医学道德修养的**目标**是养成良好的**医德品质**，**提升**自己的**医学职业精神**。

1. 医学道德修养的境界是指一个医务人员经过医学道德修养所达到的不同层次的医德品质水平。
2. 医学道德评价的标准
 - 是否有利于患者疾病的缓解和康复——首要、至上标准，最高标准；
 - 是否有利于人类生存和环境的保护和改善；
 - 是否有利于优生和人群的健康、长寿；
 - 是否有利于医学科学的发展和社会的进步；
3. 医学道德评价的三个方式：**社会舆论、传统习俗、内心信念**。

卫生法规

第一节 执业医师法

一、医师资格考试报名条件

1. 执业医师资格考试报名条件

- 本科+试用期满1年。
- 大专+助理医师证+工作满2年。
- 中专+助理医师证+工作满5年。

2. 助理医师资格考试报名条件

- 大专+试用期满1年。

二、我国医师资格考试类别分为4类：

- 临床
- 中医(中西医)
- 口腔
- 公共卫生

三、医师执业注册

(一)注册

- 取得医师资格，向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册。
- 受理申请的卫生行政部门应当自收到申请之日起三十日内准予注册。
- 获得执业(助理)医师资格后2年内未注册者，申请注册时还应提交在省级以上卫生行政部门指定的机构接受3-6个月的培训，并经考核合格的证明。
- 申请个体行医的执业医师(助理医师不行)，须经注册后在医疗、预防、保健机构中执业满5年。

(二)不予注册

- 不具有完全民事行为能力者，如精神病患者。
- 受刑事处罚，执行完毕至申请注册时尚不满2年者。
- 受吊销执业医师证书行政处罚的，自决定之日起至申请注册时不满2年者。

(三)注销注册的情形**(死亡、判刑、吊销、补考不合格、2年没干活)**

- 死亡或被宣告失踪者。
- (正在)受刑罚的。
- (正在)受吊销医师执业证书行政处罚的。
- 考核不合格被暂停3~6个月执业活动, 期满再考仍不合格的。
- 中止医师执业活动满2年的。

(四)变更注册

- 医师变更执业地点、类别、范围, 到卫生行政部门办理变更手续。
- 注册主管部门应当自收到变更注册申请之日起30日内办理变更注册手续。

(五)重新注册

中止医师执业活动2年以上以及不予注册的情形消失的, 接受3-6个月的培训, 并经考核合格, 方可重新申请执业注册。

(六)对不予注册、注销注册持有异议的法律救济

- 受理申请注册的卫生行政机关对认为不符合申请条件的, 应自收到申请之日起30日内通知申请人, 并说明理由。
- 申请人若对此有异议的, 可自收到通知之日起十五日内, 依法申请行政复议或者向人民法院提起行政诉讼。

四、执业规则

(一)医师的权利(为自己)

- 按本人注册的执业范围内享有诊查、调查、处置权, 选择合理方案, 出具医学证明。
- 相应的基本工作条件权: 获得与本人执业活动相当的医疗设备基本条件。
- 开展研究, 参加学术交流、学术团体权。
- 参加培训与继续教育权。
- 执业活动中, 人格尊严、人身安全受到保护权。
- 获得工资、津贴、福利待遇权。
- 提出意见建议权及参与民主管理权。

(二)医师的义务(为他人-全心全意为人民服务)

- 遵守法律、法规及技术操作规范。
- 敬业精神、职业道德、履行职责、服务患者。
- 关心、爱护、尊重患者, 保护患者隐私。
- 钻研业务、更新知识、提高水平。
- 宣传卫生知识, 对患者进行健康教育。

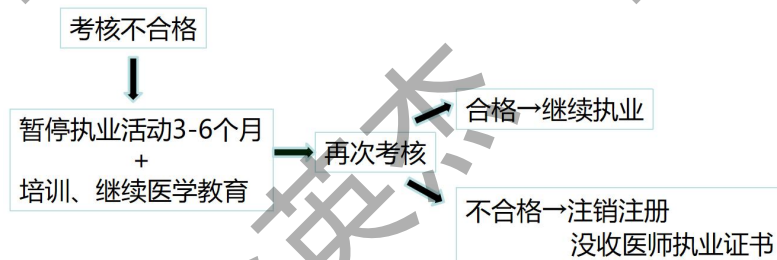
(三)考核和培训

1. 医师考核内容

考核部门: 受县级以上人民政府卫生行政部门委托的机构或者组织。

定期考核: 2年一次

2. 医师考核不合格的处理



五、违法行为及其法律责任

1. 医师在执业活动中, 有下列行为之一的, 由县级以上卫生行政部门给予违反卫生行政部门规章制度或者技术操作规范, 造成严重后果的。由于不负责任延误急危患者的抢救和诊治, 造成严重后果的。

①警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动。

②情节严重的, 吊销其执业证书;

③构成犯罪的, 依法追究刑事责任。

2. 未经批准擅自开办医疗机构行医或者非医师行医, 由县级以上卫生行政部门给予

①予以取缔, 没收其违法所得及其药品、器械。

②并处十万元以下的罚款, 对医师吊销其执业证书。

③给患者造成损害, 依法承担赔偿责任, 构成犯罪的, 依法追究刑事责任。

第二节 医疗机构管理条例

一、医疗机构执业

1. 医疗机构执业要求: 医疗机构执业, 必须进行登记, 领取《医疗机构执业许可证》。任何单位或者个人, 未取得《医疗机构执业许可证》, 不得开展诊疗活动。

2. 医疗机构执业规则

①必须将《医疗机构执业许可证》、诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂于明显处所。

②必须按照核准登记的**诊疗科目**开展诊疗活动。

③不得使用**非卫生技术人员**从事医疗卫生技术工作。

④工作人员上岗工作，必须佩带载标牌：**姓名+职务/职称**

⑤对危重病人应当立即抢救，对限于设备或者技术条件不能诊治的病人，应当及时转诊。

⑥施行手术、特殊检查或者特殊治疗时，必须征得患者同意，并应当取得其家属或者关系人同意并签字。

无法取得患者意见时，应当取得家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见又无家属或者关系人在场，或者遇到其他特殊情况时，经治医师应当提出医疗处置方案，在取得**医疗机构负责人(医院的院长)**或者被授权负责人员的批准后实施。

二、医疗事故处理条例

(一)医疗事故：指医疗机构及其**医务人员(主体)**在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，**责任过失**造成患者人身损害的事故(**主观方面**)。

(二)医疗事故的分级和分级依据(**高频考点：一死、二中、三轻、四损**)

● 1级医疗事故：死亡、重度残疾、植物人

● 2级医疗事故：中度残疾与严重功能障碍

● 3级医疗事故：轻度残疾与一般功能障碍、

● 4级医疗事故：有伤害、无残疾

(三)医疗事故的预防与处置

1. 病历书写

因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后**6个小时内**据实补记，并加以注明。

2. 病历资料的复印(**患者只能复印客观资料，不能复印主观资料**)

患者可以复印或者复制的资料(**客观资料**)：门诊病历、住院志、医嘱单、手术同意书、特殊检查同意书、手术及麻醉记录单、体温单、护理记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、病理资料

3. 病例资料的封存与启封(**主观资料**)

死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、病程记录、会诊意见

4. 尸检

患者死亡，医患双方当事人不能确定死因或者对死因有异议的，应当在患者死亡后**48小时内**进行尸检。

具备尸体冻存条件的，可以延长至**7日**。

(四)医疗事故的技术鉴定

1. 鉴定组织及其分工

● 首次鉴定市地级和**省直接管辖**的县医学会负责组织医疗事故技术鉴定；

● 具体的鉴定工作由医患双方随机抽取的**专家鉴定组**作出。

● 当事人对首次医疗事故技术鉴定结论不服，可以自收到首次鉴定结论之日起**15日**内向医疗机构所在地卫生行政部门提出再次鉴定的申请。

2. 回避原则

专家鉴定组成员有下列情形之一的，应当回避：

①是医疗事故争议当事人或者当事人的近亲属；

②与医疗事故争议有利害关系；

③与医疗事故争议当事人有其他关系，可能影响公正鉴定的。

(五)不属于医疗事故的情形

● **紧急救命**采取的措施而产生的不良后果。

● 患者精神异常或**特异体质**所致医疗意外。(利多卡因死亡)

● 现有医学水平无法预料或防范的不良后果。

● 无过错输血感染造成的不良后果。

● 因患方延误诊疗所导致的不良后果。(患者自己延误治疗(不签字))

● 因不可抗力造成的不良后果。

第三节 母婴保健法及其实施方法

一、婚前医学检查：

● 严重遗传性疾病

● 指定传染病(性病)：艾滋病、淋病、梅毒、麻风病

● 有关精神病：精神分裂症、躁狂抑郁型精神病

二、技术鉴定

对婚前医学检查存在异议的可以申请医学技术鉴定

鉴定人员：必须具有临床经验和医学遗传学知识并具有主治医师以上的专业技术职务

三、孕产期保健

- 孕产期保健服务内容：母婴保健指导、孕妇、产妇保健、胎儿保健、新生儿保健(不做胎儿性别鉴定)。
- 终止妊娠：①胎儿患**严重**遗传性疾病的；②胎儿有**严重**缺陷的；③因患**严重**疾病，继续妊娠可能危及孕妇生命安全或者严重危害孕妇健康的；依法施行终止妊娠或者结扎手术的，接受免费服务。
- 母婴保健工作人员的许可
 - 从事**遗传病诊断、产前诊断**的人员，必须经过**省级-卫生行政部门**的考核，并取得相应的合格证书；
 - 从事婚前医学检查、施行结扎手术和终止妊娠手术的人员以及从事家庭接生的人员，必须经过**县级**以上地方人民政府卫生行政部门的考核，并取得相应的合格证书；

四、法律责任

- 未取得国家颁发的有关合格证书，而实行了相应的诊断，县级以上地方人民政府卫生行政部门应当予以制止，并可以根据情节警告或者处以**罚款**。
- 从事母婴保健技术服务的人员出具虚假医学证明文件的，依法给予行政**处分**。

第四节 传染病防治法

一、传染病的分类

- 甲类：霍乱、鼠疫(鼠乱)；
- 乙类：27种，**新型冠状病毒肺炎**、传染性非典型肺炎、肺炭疽、脊髓灰质炎，按甲类处理。
- 丙类：11种，流行性感(甲)冒(H1N1)、手足口病、流行性腮腺炎、麻风病、风疹、感染性腹泻、斑疹伤寒、急性出血性结膜炎，包虫病、丝虫病、黑热病
(留守儿童捅塞马蜂窝，姓谢班长急得眼发红，包老师看见了直黑脸)

我国对传染病实行：**预防为主、防治结合、分类管理**

二、疫情报告时限

- 甲类传染病和乙类传染病中的**新型冠状病毒肺炎**、肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎或疑似病人时，应于**2小时内**报告。
- 对其他乙、丙类传染病病人，**24小时内**报告。

三、传染病疫情控制

甲类/乙类中类甲类传染病时，应采取下列措施：

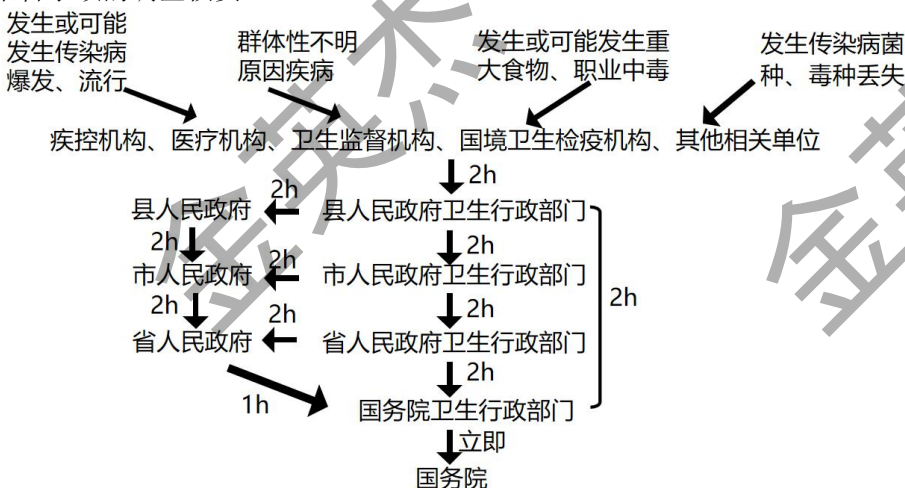
- 对病人、病原携带者**隔离治疗**。
- 对疑似病人确诊前**隔离治疗**。
- 对医疗机构内的病人、病原携带者、疑似病人的密切接触者，在指定场所进行医学观察(**隔离观察**)。
- 对于拒绝隔离的，可以由公安机关协助医疗机构采取**强制隔离**治疗措施。

第五节 突发公共卫生事件应急条例

突发公共卫生事件：突然发生造成或可能造成公众健康严重损害的重大公共卫生事件。

- 重大传染病疫情
- 群体性不明原因疾病
- 重大食物、职业中毒事件
- 传染病菌种、毒种丢失

报告事项的调查核实：



《突发公共卫生事件应急条例》规定，医疗卫生机构应当对传染病做到**早发现、早报告、早隔离、早治疗**。

第六节 艾滋病防治条例

一、艾滋病防治原则

- 坚持**预防为主、防治结合**的方针
- 建立政府组织领导、部门各负其责、全社会共同参与的机制；
- 加强宣传教育，采取行为干预和关怀救助等措施，实行综合防治；

第七节 药品管理法

一、药品管理

假药：是指药品所含成分与国家药品标准规定的**成分不符**的；

以**非药品**冒充药品或者以他种药品冒充此种药品的；

被污染、变质、扩大功效的药品；

劣药：是指药品成分的**含量不符**国家标准的药品。

有下列情形之一的药品按劣药论处：

1. 未标明有效期或者更改有效期的，超过**有效期**的。
2. 不注明或者更改**生产批号**的。
3. 直接接触药品的**包装材料**和容器未经批准的。
4. 擅自**添加**着色剂、防腐剂、香料、矫味剂及辅料的。

二、药品不良反应报告

药品生产、经营企业和医疗机构发现可能与用药有关的严重不良反应，必须及时向省级-药品监督管理部门和卫生行政部门报告。

三、法律责任

违法情形	责任主体	执行部门	惩罚措施
给回扣的	药品生产企业	工商行政管理部门	罚款 情节严重吊销营业执照
		药品监督管理部门	吊销《药品生产许可证》 《药品经营许可证》
收回扣的	医疗机构负责人 药品采购人员 医务人员	卫生行政部门	情节严重吊销执业证书

第八节 麻醉药品和精神药品管理条例

一、麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡

1. 医疗机构需要使用麻醉药品和第一类精神药品的**(麻一精)**，应当经所在地设区的市级人民政府卫生主管部门批准，取得麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡(以下称印鉴卡)。

二、具有麻一精药品处方资格医师的法律责任

未按照临床应用指导原则的要求使用第二类精神药品或者未使用专用处方开具第二类精神药品，造成严重后果的，吊销其执业证书。

第九节 处方管理办法

一、处方书写规则

①开具西药、中成药，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。(中药饮片不能开在一张处方上)

②除特殊情况外，应当注明临床诊断。

二、处方权的获得

1. 经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。

2. 经注册的执业助理医师在县及其以上医疗机构开具的处方，应当经所在执业地点执业医师签名或加盖专用签章后方有效。但在乡镇、村的医疗机构独立从事一般的执业活动的助理医师，可以在注册的执业地点取得相应的处方权。

3. 执业医师经考核(执业医师所在的医疗机构)合格后取得麻醉药品和第一类精神药品(麻一精)的处方权。

三、开具处方的要求

1. 处方开具**当日有效**，特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不超过**3天**。

2. 处方药量一般不超过**7日**用量，急诊处方一般不超过**3日**用量。

不同的剂型每张处方上开具药品的最大限量**(麻一精1、3、7、15)**

分类	剂型	一般患者	癌症疼痛，中、重度慢性疼痛
麻醉药品 第一类精神药品	注射剂	一次常用量	不超过3日常用量
	其他剂型	不超过3日常用量	不超过7日常用量
	控缓释制剂	超过7日常用	不超过15日常用量

四、监督管理

1. 医疗机构对处方的管理

医疗机构应当对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权。限制处方权后，仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

医师出现下列情形之一的，取消处方权：

- ①被责令暂停执业

- ②考核不合格离岗培训期间
 - ③被注销、吊销执业证书
 - ④不按照规定开具处方，造成严重后果的
 - ⑤不按照规定使用药品，造成严重后果的
 - ⑥因开具处方牟取私利
2. 处方保管的管理(普急儿1年，毒精二2年，麻一精3年)

第十节 抗菌药物临床应用管理法

一、抗菌药物处方权的授予

职称	可授予
高级专业技术职务任职资格的医师	特殊使用级抗菌药物处方权
中级以上专业技术职务任职资格的医师	限制使用级抗菌药物处方权
初级、助理医师、乡村医生	非限制使用级抗菌药物处方权

二、对开具抗菌药物超常处方医师的处理

1. 医疗机构应当对出现抗菌药物超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权。
2. 取消医师抗菌药物处方权的情形
 - 抗菌药物考核不合格的
 - 限制处方权后，仍出现超常处方且无正当理由的
 - 未按照规定开具抗菌药物处方，造成严重后果的
 - 未按照规定使用抗菌药物，造成严重后果的
 - 开具抗菌药物处方牟取不正当利益的

第十一节 献血法

一、无偿献血制度

国家实行无偿献血制度，国家提倡18-55周岁的健康公民自愿献血。
血站对献血者每次采集血液量一般为二百毫升，最多不得超过四百毫升，两次采集间隔期不少于六个月

二、医疗机构用血要求

1. 医疗机构用血遵循的总的原则：合理、科学原则，不得浪费和滥用
推行临床科学合理用血的最主要目的是：保护血液资源
 2. 医疗机构对临床用血必须进行核查
 3. 公民临床用血时只交付用于血液的采集、储存、分离、检验等费用。
- 三、医疗机构应当建立临床用血申请管理制度

临床用血申请		
同一患者一天申请备血量	<800ml	中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。
	800-1600ml	科室主任核准签发。
	≥1600ml	报医务部门批准。

四、法律责任

违反献血法规定(违规)		
血站	向医疗机构提供不符合国家规定标准的血液	→错了→责令改正 →给患者造成损害→赔偿
医疗机构的医务人员	将不符合国家规定标准的血液用于患者	→对直接负责的主管人员处分
非法/卖血		
出售血液	取缔、没收违法所得、10万罚款	

第十二节 人体器官移植条例

一、人体器官捐献的原则

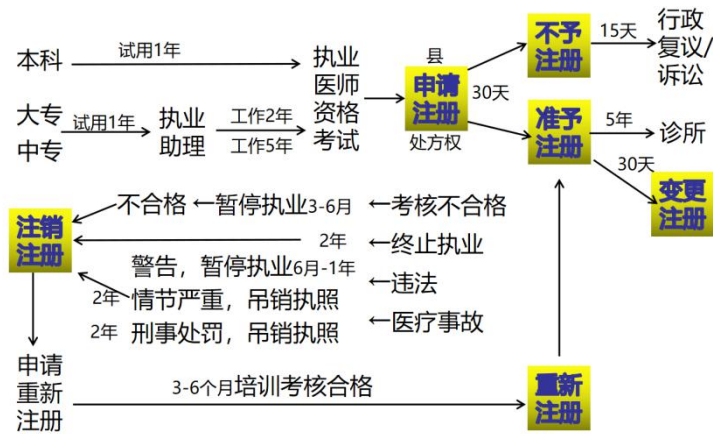
人体器官捐献应当遵循自愿、无偿的原则。
公民享有捐献或不捐献其人体器官的权利；
任何组织或个人不得强迫、欺骗或利诱他人捐献人体器官；

二、活体器官捐献人的年龄条件

任何组织或个人不得摘取未满18周岁公民的活体器官用于移植。

三、活体器官接受人的条件

活体器官的接受人限于活体器官捐献人的配偶、直系血亲或三代以内旁系血亲或有证据证明与活体器官捐献人存在因帮扶等形成亲情关系的人员。



预防医学

第一节 绪论

一、预防医学：

研究对象：个体和确定群体；

研究主线：环境-人群-健康的关系；不包括治疗疾病

研究目的：保护、促进和维护健康，预防疾病、失能和早逝

二、三级预防（一级预防必有因，职业地方传染病；二级检查加三早；三级防残促康复）

2.三级预防策略		常见疾病
一级预防	病因预防 根本性预防 ：在疾病的因子还没有进入环境之前就采取预防性措施。	病因明确的疾病的预防，如 职业病、地方病、传染病、过敏性疾病
二级预防	临床前期预防 健康人做好“ 三早 ，早发现、早诊断、早治疗”预防工作。	预防肿瘤 方法：体检、筛检、检查
三级预防	既病防残 对已患某些病者，采取及时的有效的治疗和康复措施， 防残，促康复 ，预防并发症。	高血压 (主要是临床治疗预防并发症)

第二节 医学统计学方法

一、基本概念和基本步骤

1. 总体：根据研究目的确定的同质观察单位某种变量值的集合。

2. 样本：根据随机化原则从总体中抽出的有代表性的观察单位组成的子集。

3. 变量的类型

类型	概念	例子
定性数据/ 分类变量/ 计数资料	无单位，强调性质	职业、性别、肤色、血型
定量数据/ 计量资料	有单位，强调数值	血压、身高、体重、脉搏
有序数据/ 半定量数据/ 等级资料	有大小顺序， 强调顺序	药物疗效：显效、有效、好转、无效 癌症分期：早、中、晚 尿蛋白：-、+、++、+++

4. 概率：描述随机事件发生可能性大小的度量。常用P表示

P值的范围在 0 ~ 1 之间

必然发生的事件概率为1

事件发生的可能性越大，P越接近1

$P \leq 0.05$ ，随机事件称作小概率事件，表示差异有统计学意义。

$P \leq 0.01$ ，表示差异有高度统计学意义。

$P > 0.05$ ，表示差别无统计学意义。三、概率(P)：随机事件发生**可能性大小**的度量。(P 取值 0~1)

$P < 0.05$ 有统计学意义

$P > 0.05$ 无统计学意义(这次所做统计学失败) 频率(f)：出现的次数

二、定量资料的统计描述

1.集中趋势指标：描述一组观察值的平均水平或集中位置的指标	
算术均数	$\bar{X} = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_n}{n}$ 正态分布
几何均数	数值呈倍数关系，如抗体滴度、药物效价
中位数	是一组由小到大按顺序排列的观察值中位次居中的数值。 偏态分布资料

(2) 离散趋势

2.离散趋势：是反映一组观察值的变异程度	
极差/全距	是一组资料的最大与最小值之差。
四分位数间距	描述偏态分布资料的离散程度。
标准差S	正态分布(全面反映观察值的变异程度) 标准差越小，离散程度越小，均数代表性越好。
变异系数CV	比较度量单位不同或均数相差较大的两组观察值。 变异系数越大，变异程度越大
标准误 $S_{\bar{x}}$	用来衡量抽样误差大小；标准误越小，样本均数与总体均数越接近，即样本均数的可信度越高。

四、分类资料的统计描述

	定义	意义
率	某现象实际发生数与可能发生的总数之比。 死亡率=某病的死亡数/总人口数	用以说明某现象发生的频率或强度。
构成比	事物内部某一部分的观察单位数与事物内部各部分的观察单位数总和之比。	构成比的合=100%或1

五、统计表和统计图

图形	适用资料	目的
线图	连续性	用线段升降表达事物动态变化趋势
直方图	连续性	用直方的面积表达各组段的频数或频率分布情况
直条图	相互独立	用直条的长短比较数值的大小 条条大路通罗马
圆形图	构成比之和=1	面积大小表达各部分所占的百分比大小
散点图	两个连续性	用点的密集程度和趋势表达两个变量的相互关系

第三节 流行病学原理和方法

二、流行病学疾病分布常用指标	
发病率	某病一年内新发的病例。 =新病例数/暴露人口数 暴露人口：有可能发生该病的人群，排除曾患某病的人
罹患率	反映小范围、短时间(月、周、日)新发病水平的指标。
患病率	=某病(包括新+旧病例)/总人口数 用于研究慢性病最好的指标
死亡率	=某病的死亡数/总人口数
病死率	=某病的死亡数/全部患者→说明疾病的严重程度

疾病流行强度	
散发	=历年 某病发病率维持历年的一般水平； 各病例间无明显的时间、空间和相互传播关系。
流行	>历年 某病在某地区的发病率显著超过历年(3-10倍)发病率水平。
大流行	>省 疾病短时间内跨省、国或洲界，发病率超过历史流行水平。
暴发 =罹患率	短时间、小范围(一个局部地区或集体单位)内，突然出现大量相同患者的现象。

三、常用流行病学研究方法★★★★★

研究方法	分类
描述性研究	横断面/现况研究、疾病检测 →寻找线索
分析性研究	病例对照研究(回顾性) 队列研究(前瞻性)
实验性研究	药物试验(随机盲法对照)
理论性研究	数学模型(回归模型)

(一) 描述性研究

现况/横断面研究：在某一人群中应用普查或抽样调查的方法收集特定时间内、特定人群中疾病、健康状况及有关因素的资料，并对资料的分布状况、疾病与因素的关系加以描述。(适用于食物中毒的调查研究)

普查：一定时间内对一定范围的人群中每个成员进行调查或检查

抽样调查：随机抽样，具有代表性。平等被抽到机会(不是随意，不是随便)，抽取的样本量适当。

随机抽样	
单纯随机抽样	编号，再随机抽样，每个个体机会均等
系统抽样	又称间隔抽样/机械抽样。随机定起点，一定间隔抽取
分层抽样	先将研究对象按某种特征分层(性别、年龄、职业、教育程度、疾病严重程度等)，再从每一层内随机抽样。
整群抽样	将总体分为若干“群”，每一群中包括若干观察对象。被抽取的群中的所有观察单位都是调查对象。

(二) 分析性研究

在有选择的人群中观察可疑病因与疾病和健康状况之间联系的一种研究方法。

	对照研究(病例对照)	队列研究
举例	高盐饮食80% 过去暴露 患高血压100人 高盐饮食15% 未患高血压100人	高盐饮食 追踪10年后患病率 患高血压80% 非高盐饮食 患高血压15%
特点	回顾性研究(果→因) 短时间内得到结果	前瞻性研究(因→果) 能确切证实暴露与疾病的因果关系。

(三) 试验性研究

是将来自同一总体的研究对象随机分为实验组和对照组；

1. 对照组的处理方法
 - 空白对照
 - 安慰剂组
 - 标准疗法对照组(最常用)
 - 不同给药剂量、不同疗法、不同途径相互对照
2. 盲法观察
 - 单盲:研究对象不知道自己被分在哪个组和接受具体干预措施
 - 双盲:研究对象和观察者均不知道分组情况和具体治疗措施
 - 三盲:研究对象、观察者、资料分析者均不知道患者的分组情况和治疗措施

第四节 临床预防服务——维生素

一、脂溶性维生素：A、D、E、K←鱼、肝、蛋、奶

维生素	存在部位	缺乏
A	鱼类、肝脏、胡萝卜	夜盲症、干眼病
B1	谷物、豆类、干果	脚气病
B2	绿叶蔬菜	口角炎、唇炎、角膜炎
C	蔬菜、水果	坏血病
D	海鱼肝脏、紫外线照射	佝偻病、骨软化症、骨质疏松

熬夜
不娇气
二克盐
学习
炖点排骨

ADEK脂溶性 鱼肝蛋奶很丰富
1B存在谷豆里 2B3C绿叶蔬
熬夜学习不娇气 炖点排骨二克盐

二、矿物质

1. 钙：99%沉积在骨骼和牙齿中。

1%维持生理功能。
维生素D促进钙吸收。
主要来源-奶制品

2. 铁

铁以 Fe^{2+} 形式在十二指肠和空肠上段被吸收

维生素C、稀盐酸等有利于铁的吸收

缺铁导致缺铁性贫血

主要来源：动物肝脏、全血、鱼类、肉类

3. 锌

主要来源：牡蛎、鱼贝类

缺乏：生长发育受阻、性发育迟缓、异食癖。

第五节 社区公共卫生

一、环境污染

1. 污染物	概念	例子
一次污染物	由污染源直接排入环境，其物理和化学性状不发生改变 的污染物。	汞、 SO_2 、 可吸入颗粒物、 NO_x 、CO、 CO_2
二次污染物	一次污染物在物理、化学、生物等因素作用下物理、化学性状发生变化，形成与一次污染物不同的新污染物。	光化学烟雾 酸雨 甲基汞

2. 环境有害因素对健康的危害

(1) 大气污染对健康的危害		
直接危害	光化学烟雾	氮氧化物(NO_x)和挥发性有机物在强烈日光紫外线照射下，经过一系列化学反应而生成的浅蓝色烟雾
间接危害	温室效应	CO_2 、甲烷、 O_3 、氯氟烃等
	酸雨	SO_2 、 NO_x 等污染物溶于水汽中

(2) 水体污染对人体健康的危害

水俣病：水体被无机汞污染→经氧化形成甲基汞→鱼贝类体内富集中毒→人体摄入而造成以中枢神经系统损伤

(3) 化学污染物对健康的影响

痛痛病：土壤被镉污染→造成患者各关节针刺样疼痛、关节畸形、骨折(镉着痛)

(4) 生物地球化学性疾病(不是污染病)

指由于地球地壳表面化学元素分布不均匀，而引起的某些特异性疾病。

常见：碘缺乏病→地方性甲状腺肿/大脖子病、地方性克汀病；

地方性氟中毒、地方性砷中毒、克山病、大骨节病

二、食品安全与食物中毒

食物中毒的特点：季节性、爆发性、相似性、非传染性

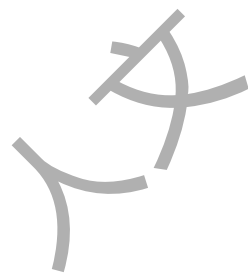
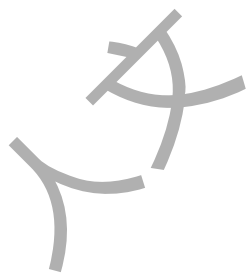
我国最常见的食物中毒是：细菌性中毒		
葡萄球菌肠毒素	剩饭、乳类	剧烈呕吐、不发热
致病性大肠杆菌	剩饭	水样便，里急后重，体温↑
肉毒毒素	发酵食品(臭豆腐)	疲倦、头晕，运动神经麻痹
副溶血性弧菌	海产品	上腹部阵发性绞痛，洗肉水样便
沙门菌	家禽类(蛋)	黄绿色水样便，体温↑ 黄沙
亚硝酸盐	腌制食物	高铁血红蛋白↑，皮肤黏膜青紫
黄曲霉素	霉变的谷物	肝癌、胃癌

第六节 卫生服务体系与卫生管理(助理不考)

我国医疗保障体系	
城镇职工基本医疗保险	参保范围涵盖城镇所有用人单位和职工。
城镇居民基本医疗保险	参保范围涵盖不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的中小学阶段的学生、少年儿童和其他非从业城镇居民。
新型农村合作医疗	由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。
社会医疗救助	是在政府支持下，依靠社会力量建立的针对特殊困难群体的医疗费用实施补助的制度。
医疗费用的控制措施	
起付线	指医疗保险开始支付医疗费用的最低标准； 低于起付线的医疗费用由被保险人自负； 超过起付线以上的医疗费用由医疗保险按规定支付；
共同付费	按比例承担 指医疗保险机构按照合同或政府的规定对被保险人的医疗费用按一定的比例进行补偿，剩余比例的费用由个人自己负担。
封顶线	最高支付限额 低于封顶线的医疗费用由医疗保险支付； 超出封顶线的医疗费用由被保险人自己负担。

全球卫生与健康中国

1. 我国卫生事业的性质：政府实行，有一定福利政策的社会公益事业
2. 全球卫生倡导策略目的：让人人享有初级卫生保健服务 **初级** 卫生保健服务：健康促进、疾病预防、合理诊疗



口腔专业

口腔专业

口腔专业

金英杰

金英杰

金