

公务员录用体检操作手册（试行）

（2010年修订后版本，修订内容深红色标示）

目 录

第1篇 体检组织工作

- 1 总则
- 2 体检工作要求
- 3 体检工作程序
- 4 工作纪律与责任

第2篇 体检项目及操作规程

1 临床检查

- 1.1 一般检查
- 1.2 内科检查
- 1.3 外科检查
- 1.4 眼科检查
- 1.5 耳鼻喉科检查
- 1.6 口腔科检查

2 妇科检查

- 2.1 病史（含月经史）搜集
- 2.2 检查项目
- 2.3 检查内容
- 3 心电图检查
 - 3.1 环境要求
 - 3.2 准备工作
 - 3.3 皮肤处理和电极安置
 - 3.4 描记心电图
 - 3.5 心电图判断标准
 - 3.6 心电图机的维护

4 腹部B超检查

- 4.1 肝脏检查
- 4.2 胆囊与胆道检查
- 4.3 胰腺检查
- 4.4 脾脏检查
- 4.5 肾脏检查

5 胸部X线检查

- 5.1 设备设施要求
- 5.2 操作人员要求
- 5.3 胸片质量要求
- 5.4 X线影像提示的肺部病变

6 实验室检查

- 6.1 血常规
- 6.2 尿常规及镜检
- 6.3 血生化
- 6.4 血免疫

7 体检结论及建议

8 关于体检表填写说明

第3篇 《公务员录用体检通用标准（试行）》实施细则

- 1 关于器质性心脏病
- 2 关于高血压和低血压
- 3 关于血液病
- 4 关于结核病
- 5 关于呼吸系统疾病
- 6 关于胃肠疾病
- 7 关于肝炎
- 8 关于恶性肿瘤及肝硬化
- 9 关于泌尿系统疾病
- 10 关于内分泌系统疾病
- 11 关于精神疾病
- 12 关于结缔组织疾病
- 13 关于血吸虫病和丝虫病
- 14 关于颅脑疾病及损伤
- 15 关于骨髓炎
- 16 关于三度单纯性甲状腺肿
- 17 关于胆结石和泌尿系结石
- 18 关于性传播疾病
- 19 关于视力及眼科疾病
- 20 关于听力及耳鼻喉科疾病
- 21 关于其他严重疾病

附录 A 血压常用值毫米汞柱与千帕对照表

附录 B 视力小数记录折算 5 分记录对照表

附录 C 实验室检查相关要求

- C1 检验科操作程序
- C2 采血室操作规程
- C3 艾滋病检测初筛实验室必备条件

第 1 篇 录用体检组织工作

1 总则

1.1 为保障新录用公务员具有正常履行职责的身体条件，根据《中华人民共和国公务员法》和《公务员录用体检通用标准（试行）》（以下简称《标准》），特编制《公务员录用体检操作手册（试行）》（以下简称《手册》）。

1.2 本《手册》适用于各级机关录用主任科员以下及其他相当职务层次的非领导职务公务员的体检工作。

1.3 录用对身体条件有特殊要求的职位的公务员，其体检项目和标准由中央公务员主管部门会同国务院卫生行政部门另行规定。

2 体检工作要求

2.1 公务员录用体检工作应在设区的市级以上公务员主管部门指定的医疗机构进行，非指定医疗机构作出的体检结论无效。

2.2 各指定医疗机构应建立完善的规章制度和岗位责任制，制定合理的工作流程，选拔原则性强、思想作风好、业务精湛的医务人员组成体检组，由医疗机构主管领导担任组长，负责实施体检。

2.3 体检组的医务人员必须经过培训，正确掌握体检操作规程、体检标准和检查内容，做到统一标准、统一方法、统一要求。未经过培训或培训不合格的，不得安排上岗。

2.4 体检必须按规定项目进行，不得随意增减。主检医生认为需要做进一步检查方能作出判断的，由招录机关安排考生按有关规定进行检查。

2.5 主检医生须具有副主任医师以上专业技术职称，负责作出考生是否合格的体检结论。遇有疑难问题应组织会诊，做到合格有理，淘汰有据。

2.6 体检组的医务人员要奉公守法，严格遵守体检纪律和体检操作规程，确保描述清楚、结论真实，避免错检、漏检。

3 体检工作程序

3.1 体检由设区的市级以上公务员主管部门组织。也可以根据需要，委托招录机关或者县级公务员主管部门组织。体检组织工作应由专人负责。

3.2 体检前应请考生逐项如实填写《公务员录用体检表》中要求由考生本人填写的有关内容。

3.3 体检时医务人员要核对考生身份，若有不符，应立即报告，并按有关规定处理。

3.4 应组织考生按规定的体检项目依次进行检查，不得漏项、漏检。体检组的医务人员要如实记录检查结果，不得随意涂改。单项淘汰必须经过主检医生审定并签字。

3.5 体检完毕，由主检医生负责对各科体检结果及各科医生意见进行汇总审核，综合判定，并根据体检标准作出是否合格的体检结论，签名后加盖体检医疗机构公章。

3.6 体检表应由招录机关统一管理，并由招录机关通知考生体检结果。招录机关应对考生的体检结果保密。

3.7 招录机关或者体检对象对体检结果有疑问的，可以进行复检。复检要求应在接到体检结论通知之日起7日内提出，复检只能进行一次，体检结果以复检结论为准。

4 工作纪律与责任

4.1 各级公务员主管部门、招录机关、卫生行政部门以及承担体检任务的医疗机构，均应按照《标准》及本《手册》所规定的要求、程序、体检项目和标准实施体检工作。对于未按规定实施体检工作的，应及时予以纠正，由此发生的费用由违规部门承担。

4.2 对隐瞒病史或弄虚作假的考生，不予录用或取消录用资格。

4.3 对于体检中违反操作规程、弄虚作假、循私舞弊、渎职失职的工作人员，按照有关规定给予处分；造成严重后果的，按有关规定追究责任。

4.4 体检组的医务人员与考生有《中华人民共和国公务员法》规定应当回避的情形的，要实行回避，否则其体检结果视为无效。

第2篇 体检项目及操作规程

公务员录用体检包括以下各科常规检查项目。体检中如果发现阳性或可疑阳性体征不能确定疾病性质需要进一步检查确诊的，可由主检医生根据具体情况适当增加其他辅助检查项目，以便明确诊断并作出是否合格的体检结论。

1 临床检查

1.1 一般检查

1.1.1 人体测量

1) 身高：受检者脱鞋，立正姿势站于身高计平板上，枕部、臀部、足跟三点紧靠标尺，头正，两眼平视，身高计水平尺紧贴头顶，以厘米（cm）为单位记录。

2) 体重: 检查前应将体重计校正到零点, 受检者应脱去上衣外套(留衬衣), 自然平稳地站立于体重计踏板中央, 防止摇晃或施压, 以公斤(kg)为单位记录。

1.1.2 血压测量 注意先让受检者安静休息5分钟以上, 以避免体力活动与精神紧张因素对血压的影响。对明显紧张或运动后未充分休息者, 应缓测血压。

1) 检查体位: 受检者取坐位。

2) 检测方法: 选用符合计量标准的汞柱式血压计, 水银柱液面应与零点平齐。测量右上肢血压。右上肢裸露、伸直并轻度外展放在桌面上, 肘部与心脏同高。臂下可放棉垫支撑, 手掌向上, 袖带平整缚于右上臂, 不可过紧或过松, 使袖带气囊中部对准肱动脉部位, 袖带下缘在肘窝上2~3 cm处。将听诊器胸件(不能用钟型件)放在肱动脉搏动最明显处, 但不应插入袖带下, 压力适度, 用右手向气囊内充气。

3) 最高充气压: 袖带充压至肱动脉搏动消失后再升高20~30 mm Hg, 然后放气, 使水银柱缓慢下降, 放气速度约为2 mm Hg/s。听到的第1次声响的汞柱数值为收缩压, 声音消失时的汞柱数值为舒张压。

4) 血压读数: 取水银液面顶端, 平视刻度值, 且尾数只能取为偶数, 记录单位为mm Hg。

注意: 目前有的血压计以国际单位千帕(kPa)替代毫米汞柱(mm Hg), 它们之间换算方法是1 kPa=7.5 mm Hg。血压常用值毫米汞柱与千帕对照表见附录A。因kPa计数方法误差大, 影响测量的准确性, 故在公务员录用体检中规定统一采用mm Hg作为记录单位。

1.2 内科检查

1.2.1 病史搜集 含既往病史、个人史、家族史、不适症状, 应按系统顺序, 边查边问, 重点询问有无经正规医院确诊的慢性病、精神疾病及传染病史等, 目前用药情况及治疗效果。

1.2.2 心脏检查 含望诊、触诊、叩诊、听诊, 以叩诊及听诊为主, 对于判断有无器质性心脏病以及心脏病的病因、性质、部位、程度等, 均具有重要意义。结合心电图及X线等检查, 常可对许多心脏病作出初步的诊断。

1) 检查体位: 受检者取平卧位, 在安静状态下进行。二尖瓣区有可疑病理性杂音时, 可取左侧卧位, 用钟型胸件听诊最为清楚。

2) 望诊: 观察心尖搏动的位置、强度、范围、节律、频度有无异常, 心前区外形, 同时还应注意观察受检者一般情况, 注意有无发绀、苍白、杵状指、生长发育异常等。

3) 触诊: 注意心尖搏动的位置、范围、强弱及有无震颤, 有无心包摩擦感。依震颤出现的时间可分为收缩期、舒张期及连续性震颤, 结合震颤出现的部位判断其临床意义(见表1)。

表 1 心脏各种震颤的临床意义

出现时间	出现部位	提示疾病
收缩期	胸骨右缘第二肋间	主动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第二肋间	肺动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第三、四肋间	室间隔缺损
舒张期	心尖部	二尖瓣狭窄
连续性	胸骨左缘第二肋间及其附近	动脉导管未闭

4) 叩诊：用指指叩诊法，沿肋间由外向内、自上而下为序进行，用力要均匀。心界扩大者应进行测量，从胸骨中线量至各肋间浊音开始点，用尺测量不得随胸壁弯曲，应取其直线距离。

5) 听诊：按二尖瓣区（心尖区）、三尖瓣区、主动脉瓣第二听诊区、肺动脉瓣区、主动脉瓣区的顺序进行，还应特别注意听诊胸骨左缘，以防先天性心脏病杂音漏诊。听诊内容包括心率、心律、心音、杂音及心包摩擦音等。

①心率：心律匀齐时最少数 15 秒，心律不齐时最少数 60 秒。正常成人心率为 60~100 次/min，超过 100 次/min 为心动过速，低于 60 次/min 为心动过缓。

②心律：如果有早搏，应记录每分钟几次；如果心律紊乱无规律，应结合心电图予以记录。

③心音：注意有无异常心音，如心音亢进、心音减弱、额外心音、心音分裂等。

④杂音：分为生理性杂音（功能性杂音）和病理性杂音（器质性杂音）。听诊发现杂音，应根据杂音的部位、强度、性质、长短、出现时间、传导情况及其随体位、呼吸的变化情况等判定。

心脏收缩期杂音强度分级见表 2。生理性收缩期杂音，一般心尖区不超过 2 级，肺动脉瓣区不超过 3 级，主动脉瓣区不超过 1 级，杂音性质柔和、吹风样，局限不传导。舒张期杂音均属病理性，杂音响度仅分为轻度或响亮。生理性与病理性收缩期杂音鉴别要点见表 3。

表 2 心脏收缩期杂音强度分级

级别	杂音特点	震颤
1	很弱，须在安静环境下仔细听诊才能听到，易被忽略	无
2	较易听到，不太响亮	无
3	明显的杂音，较响亮	无或可能

4	杂音响亮	有 有 明显 强烈
5	杂音很强，且向四周甚至背部传导，但听诊器离开胸壁即听不到	
6	杂音震耳，即使听诊器距胸壁一定距离亦可听到	

表 3 心脏生理性与病理性收缩期杂音鉴别要点

鉴别要点	生理性杂音	病理性杂音
杂音部位	多在二尖瓣或肺动脉瓣听诊区	各瓣膜听诊区
出现时间	发生于收缩早期，不掩盖第一音	占收缩期的大部分或全部，掩盖第一音
杂音强度	一般不超过 2 级	常在 3 级以上（主动脉瓣区超过 1 级）
杂音性质	柔和，吹风样	多粗糙，吹风样或雷鸣样
传导范围	一般比较局限	传导范围较广
易变性	易变化，时有时无，受呼吸、体位变化的影响	持久存在，变化较小，多不受呼吸、体位变化的影响
心脏形态	正常	可有心房或心室增大

1.2.3 肺部检查 主要检查方式为望诊、叩诊、听诊，以听诊为主。

1) 检查体位：受检者取坐位或仰卧位。

2) 望诊：观察胸廓是否对称、有无畸形，呼吸运动是否均匀一致，胸部皮肤有无静脉曲张、皮疹、蜘蛛痣等。

3) 叩诊：自肺尖开始，由上而下，两侧对称部位比较。正常肺的清音区如果出现浊音、实音、过清音或鼓音时，提示肺、胸、膈或胸壁的病理性改变。

4) 听诊：由肺尖开始，自上而下，先胸后背，两侧对称部位比较，注意呼吸音的强弱，有无干、湿啰音及胸膜摩擦音等，必要时结合放射科检查进一步明确诊断。

1.2.4 腹部检查 主要检查方式为望诊、触诊，以触诊为主。

1) 检查体位：受检者取仰卧位，双腿屈起并稍分开，使腹肌放松，做平静腹式呼吸。

2) 望诊：观察腹部有无隆起、皮疹、腹壁静脉曲张等。

3) 触诊：检查者站立于受检者右侧，用右手以轻柔动作按顺序触诊腹的各部。检查一般从左下腹开始，按逆时针方向顺序进行，注意腹壁的紧张度、有无压痛、

反跳痛以及包块等。触到包块时需注意其位置、大小、形态、质地、有无压痛、搏动以及活动度情况，注意将正常情况与病理性包块区别开来。

①肝脏检查：在右锁骨中线上由脐平开始深触诊，嘱受检者深呼吸，当呼气时，指端压向深部；吸气时，施压的指端于原位向肋缘方向触探，如此自下而上，顺序上移。如果肝脏增大或下移，右手指腹即可触到肝下缘。随后在剑突下触诊。注意肝脏大小、硬度、边缘厚薄、表面光滑度，以及有无结节、压痛、肝区叩击痛等。

肝脏软硬度判定：质软，口唇样硬度；质韧，鼻尖样硬度；质硬，前额样硬度。

对肝大者应注意肝上界有无移位，并分别测量肝缘与肋缘、肝缘与剑突根部的距离，注意是否伴有脾脏、淋巴结肿大及其他伴随体征，如消瘦、黄疸、腹水、水肿等，并做进一步检查以明确诊断。

②脾脏检查：取仰卧位或右侧卧位，多用双手触诊法。左手掌置于受检者左腰部第 7~10 肋处，试将脾脏从后向前托起，右手掌平放于腹部，与肋弓呈垂直方向，随受检者的深呼吸，有节奏地逐渐由下向上接近左肋弓，进行脾脏触诊。如果脾脏增大明显，应按三线测量。触及脾脏时，不仅要注意大小，还要注意其边缘厚薄、硬度、有无压痛或叩击痛、表面是否光滑等。

脾脏软硬度判定：同肝脏软硬度判定。

1.2.5 神经系统检查 主要以询问病史及视诊观察为主。病史在神经系统疾病的诊断中占有重要位置，应详细搜集，并着重询问精神疾病史、神经疾病史及遗传病家族史等。注意有无肌肉萎缩、震颤、步态异常等体征。必要时可进行相应的神经系统检查，如浅反射、深反射、肌力、肌张力检查等。

1.3 外科检查

1.3.1 病史搜集 主要记录受检者曾经做过何种重大手术或外伤史情况，名称及发生的时间，目前功能情况。

1.3.2 皮肤检查 主要观察有无皮疹、出血点、溃疡、肿物等病变，有无慢性、泛发性、传染性或难以治愈的皮肤病。

1.3.3 浅表淋巴结检查

1) 检查部位：耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颌下区、颏下区、颈前后三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟等处，应依次检查，以防遗漏。

2) 检查内容：淋巴结肿大的部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度、有无粘连融合，局部皮肤有无红肿，并应注意寻找有无引起淋巴结肿大的原发病灶。

1.3.4 头颅检查 观察有无颅骨缺损、凹陷、肿块、畸形等异常，头部运动是否正常，有无活动受限及头部不随意颤动等。可结合病史询问进行。

1.3.5 甲状腺检查

1) 视诊：除生理性肿大（例如在青春期、妊娠及哺乳期可略增大）外，正常人的甲状腺是看不见和摸不到的。如果肿大，应注意其大小、形状、对称性以及随吞咽动作的活动性。

2) 触诊：医师立于受检者背后，双手拇指放在其颈后，用其他手指从甲状腺软骨向两侧触摸；也可站在受检者面前以右手拇指和其他手指在甲状软骨两旁触诊，同时让其作吞咽动作，注意甲状腺肿大程度、对称性、硬度、表面情况（光滑或呈结节感）、压痛、局部有无震颤及血管杂音、甲状腺结节的质地、形状及活动度等。

3) 甲状腺肿大的分度：**甲状腺肿大的分度：I度，不能看出肿大但能触及者；II度，能看到肿大又能触及，但在胸锁乳突肌以内者；III度，超过胸锁乳突肌外缘者。**

4) 甲状腺肿大的分型：弥漫型，甲状腺呈均匀性肿大，摸不到结节；结节型，在甲状腺上摸到1个或数个结节；混合型，在弥漫肿大的甲状腺上，摸到1个或数个结节。

1.3.6 乳腺检查

1) 检查体位：受检者一般取坐位，必要时也可结合仰卧位检查。

2) 视诊: 观察乳腺外形是否对称(如果不对称, 应查明原因), 是否有局限性隆起或凹陷, 乳头有无内陷、糜烂或异常分泌物, 乳腺皮肤有无红肿、静脉曲张、溃疡、酒窝状改变或桔皮样变。

3) 触诊: 检查者手指和手掌平置在乳腺上, 轻施压力, 可先从左乳腺外上象限开始, 顺时针方向由浅入深进行触诊, 触诊检查应包括乳腺外上、外下、内下、内上四个象限及中央(乳晕部)共5个区, 以同样方法逆时针方向检查右侧乳腺。应着重观察有无乳腺肿块, 肿块的部位、外形、数目、大小、质地、边界、触痛、活动度, 与周围皮肤组织是否粘连; 以手指轻压乳晕周围, 注意有无乳头溢液及溢液的性质(血性、浆液性、棕色液、无色透明或乳汁样等); 腋窝淋巴结是否肿大, 若触及肿大淋巴结, 应明确数目、大小、软硬度、活动度及是否相互融合等。

对男性应观察其乳腺发育情况, 触诊时注意有无异常肿物。

1.3.7 脊柱、四肢关节检查

1) 脊柱: 受检者需充分暴露背部, 观察脊柱有无侧弯、后凸或前凸、脊椎活动度、有无活动受限及畸形等。

2) 四肢关节: 检查时应充分暴露被检部位, 注意双侧对比, 观察四肢的外形及功能, 步态, 肢体活动情况, 有无关节畸形或功能障碍, 下肢有无水肿、静脉曲张、色素沉着或溃疡等。

1.3.8 外生殖器检查 此项检查主要针对男性; 女性生殖器的检查列入妇科检查项目。

注意有无发育异常、畸形、疝、精索静脉曲张、鞘膜积液、睾丸结节、附睾结节、肿物及性病等。

精索静脉曲张的判定: 轻度, 阴囊外观正常, 拉紧阴囊皮肤时可见阴囊内有少数静脉曲张, 腹压增加时静脉无明显增粗, 触诊静脉壁柔软; 中度, 未拉紧阴囊皮肤时即见静脉曲张, 腹压增加时静脉稍增粗, 触诊静脉壁柔软、迂曲、稍膨胀;

重度，未拉紧阴囊皮肤时即可见阴囊内静脉成团状迂曲、怒张，触诊静脉壁粗硬、肥厚或伴有患侧睾丸萎缩。

1.3.9 肛诊检查 包括肛门视诊和直肠指诊。

1) 肛门视诊：受检者取膝胸位，检查者以两手拇指将两侧臀部轻轻分开，观察有无肛周感染、肛裂、肛瘘、直肠脱垂及痔疮。

2) 直肠指诊：受检者取膝胸位，检查时，嘱受检者保持肌肉松弛，避免肛门括约肌紧张。检查者右手戴一次性手套，食指涂以润滑剂，在受检者深呼吸时缓慢插入肛门内进行检查，着重注意有无肛管、直肠肿块及溃疡。指诊完毕，医师应查看指套有无血性或脓性分泌物。

对男性受检者同时注意检查前列腺的大小、形状、质地、压痛、光滑度、有无结节等。

前列腺增大程度判定：I 度，前列腺较正常增大 1.5~2 倍，中央沟变浅；II 度，前列腺较正常增大 2~3 倍，中央沟消失；III 度，腺体增大严重，检查时手指不能触及上缘。

注意：对外科阳性体征的描述，例如发现异常结节、肿物等，描述应统一以厘米（cm）为单位，而不能用比喻的方法，如蚕豆大等。

1.4 眼科检查

1.4.1 视力检查 包括裸眼视力和矫正视力。

1) 检查方法：采用标准对数视力表（国家标准）进行检查，按 5 分记录法记录检查结果。按常规先查右眼后查左眼，分别记录右、左眼视力。

视力检查由大视标或酌情从任何一行开始，每个视标辨认时间不应超过 5 秒，受检者能顺利认出 2~3 个视标即可指认下一行视标，记录最佳视力，最佳一行必须确认该行中半数以上视标。如果在 5 m 处不能辨认 4.0 时，受检者应向视力表走近，根据走近距离（受检者距视力表的距离），对照“视力小数记录折算 5 分记录对照表”（见附录 B）记录视力。如果走近距视力表 1 m 处仍不能辨认 4.0 时，则检查指数（CF），检查者伸出不同数目的手指，嘱受检者说明有几个手指，距

离从 1 m 开始, 逐渐走近, 直到能正确辨认为止, 记录为 CF/距离, 例如 CF/30 cm。如果在 5 cm 处仍不能识别手指, 则检查手动 (HM), 检查者的手在受检者眼前摆动, 能识别者记录为 HM。如果眼前手动也不能识别, 则检查光感 (LP), 检查者在 5 m 处用手电筒照射受检眼, 测试有无光亮, 逐渐走近, 有光亮记录为 LP/距离, 如 LP/3 m, 无光亮则记录为无光感 (NLP)。

裸眼视力达标 (4.9 以上) 者不必再查矫正视力。戴眼镜或隐形眼镜者, 可直接检查矫正视力; 未戴眼镜者应通过串镜 (列镜) 检查矫正视力, 矫正视力达标即可作出视力合格的结论。

2) 注意事项: 视力表与受检者之间的距离为 5 m, 若用反光镜则为 2.5 m。也可直接采用 2.5 m 距离视力表检查。受检者双眼应与视力表 5.0 行等高。

视力表应安装在光线充足的地方, 以自然光线为宜; 自然光线不足时, 采用人工照明, 并保证光线充足、均匀。

视力复查不得超过 3 次, 每次检查后应休息半小时再复查, 以当日最后一次为准。

1.4.2 色觉检查 采用标准色觉检查图谱, 例如《喻自萍色盲本》或空军后勤部卫生部编印的《色觉检查图》等, 须由专科护士或医师检查。

应在良好的自然光线下检查, 光线不可直接照到图谱上。受检者双眼距离图谱 60~80 cm, 视线与图谱垂直, 辨认每张图片的时间应 ≤ 10 秒。图片的检查次序随机选择。检查结果应根据所用图谱的规定评定。

色觉异常分为色弱和色盲两种。色弱为对颜色的识别能力减低, 色盲为对颜色的识别能力丧失。《标准》没有对色觉异常作出限制结论, 意味着如果没有特殊职位要求即为合格, 但色觉检查作为体检的常规项目之一, 体检医生仍应如实记录检查结果, 以全面反映受检者的视功能情况。

1.4.3 其他 针对眼科常见的重点疾病进行检查, 检查部位包括眼睑、结膜、泪器、眼眶、眼肌、角膜、巩膜、前房、虹膜、瞳孔、晶体、玻璃体、眼底。

1) 眼睑：注意有无先天异常如睑裂缩小等，双眼睑是否对称，有无睑裂缺损、眼睑水肿、肿瘤等，有无眼睑内翻、外翻、上睑下垂等，嘱受检者闭眼，检查有无眼睑闭合不全。

2) 结膜：

①检查顺序：下睑结膜→下穹窿部结膜→上睑结膜→上穹窿部结膜→球结膜。

注意结膜颜色，有无苍白、黄染、充血、出血、滤泡、乳头、结节、溃疡、肿块、肉芽组织增生、异物等，观察结膜囊的深浅，有无睑球粘连、异物等。

②检查方法：检查上睑结膜时，嘱受检者放松眼睑，向下方注视，翻转上睑，使上睑结膜暴露；检查下睑结膜时，将下睑向下方牵拉，嘱受检者向上注视即可充分暴露（戴隐形眼镜者应先摘除隐形眼镜）。

球结膜暴露较容易，以拇指和食指将上下睑分开，嘱受检者向各方向注视转动眼球即可充分暴露整个眼球，检查时切忌压迫眼球。

3) 泪器：

①视诊：观察泪腺、泪道部位有无异常变化。例如泪腺有无肿胀，泪点是否正位、是否开放，泪囊区皮肤有无红肿，有无溢泪。

②触诊：检查泪囊时用食指挤压泪囊部，观察有无触痛及波动感，有无脓液自泪点逆流出来或进入鼻腔。

4) 眼眶：检查眼球突出或凹陷情况，触诊眶内压，观察有无眼眶肿瘤、炎症(炎症性假瘤、眶蜂窝织炎、眶脓肿)、血管畸形、甲状腺相关眼病、眼眶外伤等。

5) 眼肌：是否存在斜视、是否存在假斜视及眼位偏斜的度数。

(1)眼位检查：

①遮盖法：遮盖法是通过破坏受检者的融合功能，发现眼位有否偏斜。受检者双眼应具备一定注视能力并无眼球运动障碍，才可获得可靠结果。包括以下两种方法：

交替遮盖法：为判断斜视性质的定性检查，主要用于检查有无隐斜视及间歇性斜视。检查距离为 33 cm 和 6 m，受检者注视调节视标，遮盖一眼 4~5 秒后迅速转移遮盖另外一眼，通过观察去遮盖眼瞬间的运动情况作出判断。

遮盖-去遮盖法：此法为判断斜视方向及性质的定性检查，主要用于鉴别隐斜视和显斜视。受检者注视远距离调节视标，遮盖一眼，观察非遮盖眼的眼球运动方向，去遮盖时观察双眼运动方向情况，再更换遮盖眼观察，出现运动为显斜视，并根据其运动方向判断斜视类型(上、下、内、外)。

②角膜映光法：受检者以自然姿势注视正前方视标(33 cm 处)，根据双眼角膜光反射点(映光点)的位置及光反射点偏离瞳孔中心的距离加以判断。如果两眼位置正常，则光反射点位于两眼角膜中心，斜视度为 0° ；光反射点位于一眼瞳孔缘内侧或外侧，该眼约为外斜或内斜 15° ；位于角膜缘与角膜中心 1/2 处，斜视约为 30° ；位于角膜缘，则斜视约为 45° 。

(2)眼球运动：眼球运动的诊断眼位有 9 个，即头位端正，双眼正前方注视时的眼位，眼球正上、正下、右侧、左侧注视时的眼位，以及眼球右上、右下、左上、左下注视时的眼位。检查时，9 个眼位都要查到。顺时针做圆圈运动，观察双眼在各个诊断眼位上的运动是否协调，各肌肉群有无功能亢进或减弱现象。眼球水平内转时，瞳孔内缘到达上下泪点连线为内直肌功能正常；水平外转时，外侧角巩膜缘到达外眦角为外直肌功能正常；上转时，角膜下缘应与内外眦连线在同一水平线上；下转时，角膜上缘应与内外眦连线在同一水平线上。

6) 角膜：可持手电筒对角膜做一般性检查，观察角膜大小、弧度以及有无混浊、血管翳、炎症浸润、溃疡及先天性异常等，必要时配合裂隙灯检查。

7) 巩膜：首先观察睑裂部分，然后分开上、下眼睑并嘱受检者朝各方向转动眼球，充分暴露各部分巩膜，注意有无巩膜黄染。

8) 前房：了解前房深度和内容（正常前房深度为轴深 3.0~3.5 mm）。

①检查方法：采用手电筒侧照法，以聚光灯泡手电筒自颞侧角膜缘平行于虹膜照射，整个虹膜均被照亮为深前房；光线到达虹膜鼻侧小环与角膜缘之间为中前房；光线到达虹膜小环的颞侧或更小范围为浅前房。

②前房内容：正常的前房应充满完全透明的房水，但在眼内发生炎症或外伤以后，房水可能变混浊，或有积血、积脓或异物。轻度的混浊肉眼观察不到；相当程度的混浊则可致角膜发暗。必要时可应用裂隙灯或前房角镜进行详细的检查。

9) 虹膜：用聚光灯泡手电筒检查，必要时结合裂隙灯检查。

①虹膜颜色：有无色素增多或色素脱失，注意两眼对比。虹膜有炎症时，常可因虹膜充血而色变暗，但在虹膜睫状体炎时患侧虹膜则变浅。还应注意检查虹膜纹理是否清晰。

②瞳孔缘：是否完整，有无撕裂、瘢痕或萎缩。

③虹膜形态：表面有无炎性结节、囊肿或肿瘤，是否存在无虹膜、虹膜缺损、瞳孔残存膜等先天性异常。

④有无虹膜震颤：受检者头部固定，由检查者用一只手拇指及食指分开睑裂，嘱受检者上、下、左右迅速转动眼球，然后直视正前方，此时检查者观察虹膜有无震颤。

10) 瞳孔：检查瞳孔可用弥散光或集合光线观察。应注意瞳孔的大小(双侧对比)、位置、形状、边缘是否整齐和对光反射情况(包括直接、间接对光反射以及集合反应)。

11) 晶体：重点检查晶体位置是否正常、有无混浊及异物。可用集合光检查法及透照法(检眼镜检查法)，必要时应用裂隙灯检查。

12) 玻璃体：用直接检眼镜检查，应在暗室内进行。注意有无玻璃体混浊、出血、异物等异常。

13) 眼底：用直接检眼镜在暗室内进行检查。检查眼底应按次序，才能系统而全面。一般先用透照法检查屈光间质，对角膜、前房、晶体及玻璃体等有无混

浊有所了解后，再对眼底进行检查。检查眼底一般先自视盘起，然后沿视网膜血管的分布检查颞上、颞下、鼻上及鼻下各个象限，最后检查黄斑区。

①视神经乳头：检查时应注意其边缘是否规则、清楚，有无色素弧和巩膜环；视乳头色泽是否正常；生理凹陷是否正常，有无青光眼凹陷，有无隆起、水肿、出血、渗出等病变。

②视网膜：注意观察其颜色，有无渗出物或出血，有无色素沉着和萎缩等。视网膜一般呈桔红色；如果色素上皮含色素较少，透见脉络膜血管及其色素，眼底可呈豹纹状，这种情况多见于近视及老年人。

③视网膜血管：检查时注意其弯曲度有无变化，有无血管鞘，有无直径变化，小动脉的反光是否增强或增宽，血管色泽有否变淡、变暗，有无血管畸形。要注意动静脉比例以及交叉部有无特征性改变。

④黄斑区：注意中心凹反光，观察黄斑色泽有无变暗、色素变动、色素紊乱、点状和星芒斑、出血斑、樱桃红样改变、囊肿以及裂孔等。

1.5 耳鼻喉科检查

1.5.1 听力 听力检测使用耳语试验，测听距离 5 m。

1) 检测方法：受检者侧立，身体不可靠墙，一耳对检查者，另一耳由检查者用棉球堵塞。受检者应紧闭双目，以免因看到检查者口形和表情而影响测试的准确性。检查者在距受检者 5 m 处以呼气末的余气，发出轻声耳语音，每词读 2 遍，由受检者复诵。耳语以两字词汇为宜，每耳检查 4~6 个词，两耳分别进行。

参考词汇：

首都 北京 天津 上海 汉口 兰州 沈阳 西安 青岛 广东 南昌
农场 学校 商业 工厂 电话 火车 飞机 奋斗 花生 茶叶 面包
报纸 肥皂 电脑 墙壁 铅笔 祖国 比赛 奖励 玻璃 博士 学生
会议 汽车 糖果 名片 医生 书本 红色 红旗 金属 讲课 健康
开门 帮助 文件 窗户 重要 和平 小学 革命 报告 围巾 地点
战争 保证 下雨 教授 广播

.....

2) 结果评定: 受检者能正确复诵大部分耳语词汇, 其听力为 5 m。如果听不到, 受检者可向检查者方向移动, 直到能听到并正确复诵为止, 此时距检查者的距离是多少米, 即记为听力是多少米。例如, 在间距 4 m 处检查, 能正确复诵大部分耳语词汇, 其听力为 4 m, 以此类推。

注意: 检查前应向受检者说明耳语检查方法, 保持室内安静, 以受检者熟悉的词语用普通话进行, 检查者应发音清晰、音量恒定。

1.5.2 耳部 主要检查外耳、中耳及鼓膜有无病变。观察外耳有无畸形、肿胀及溃疡等, 外耳道有无炎症、脓液、耵聍、肿瘤、后壁塌陷、异物堵塞等, 观察鼓膜色泽及有无内陷、穿孔、溢脓等。

1.5.3 鼻部 重点观察鼻甲有无充血、水肿、肿大、干燥及萎缩, 鼻腔内有无溃疡、息肉、肿瘤、脓性分泌物, 鼻中隔有无偏曲、穿孔等。

1.5.4 咽部 主要检查口咽部, 受检者自然张口, 平静呼吸。用压舌板压舌前 2/3 处, 嘱受检者发“啊”的长音, 观察软腭运动度、悬雍垂、舌腭弓、扁桃体及咽后壁, 注意有无充血、水肿、溃疡、新生物及异常分泌物等。必要时应用间接鼻咽镜检查法检查鼻咽部。

1.5.5 喉部 应用间接喉镜检查法检查。嘱受检者张口伸舌, 检查者左手拇指和食指以纱布一块握着舌尖, 轻轻向前向下拉住, 右手持喉镜经口腔置于悬雍垂根部, 并将反光镜背面轻轻推向上后方, 嘱受检者深呼吸, 随后发“衣”音, 观察喉部有无肿物、结节, 了解声带运动情况。

1.6 口腔科检查

1.6.1 唇、腭、舌 观察口唇颜色, 重点检查有无疱疹、口角歪斜, 伸舌是否居中、有无震颤, 黏膜有无溃疡、糜烂、白斑、肿块等。

1.6.2 口腔黏膜 观察色泽, 有无色素沉着, 黏膜下有无出血点及血疱、瘀斑, 有无溃疡、糜烂、白斑、肿块等。

1.6.3 颞下颌关节

1) 视诊: 注意张口度(正常3~5 cm)和开口型(张口时有无下颌偏斜、摆动及较锁)。

2) 触诊: 将双手中指放在受检者两侧耳屏前方, 嘱受检者做张闭口运动或做下颌前伸及侧向运动, 注意两侧关节是否平衡一致, 并检查关节区和关节周围肌群有无压痛、关节有无弹响及杂音。

1.6.4 腮腺 检查腮腺有无肿大、有无肿物、腮腺导管开口处有无脓性分泌物等。

2 妇科检查

2.1 病史(含月经史)搜集

主要询问月经初潮年龄、周期、出血量、持续时间、末次月经时间, 有无痛经, 白带性状, 有无伴随症状(如外阴瘙痒、下腹疼痛、排尿异常等), 有无腹痛, 婚育史、手术史、肿瘤既往病史等。

2.2 检查项目

已婚者: 检查外阴、阴道、宫颈、宫体、附件及分泌物性状。

未婚者: 做肛诊检查, 检查外阴、宫体、附件。

2.3 检查内容

重点检查疾病为性病、恶性肿瘤等。妊娠者不做本项检查, 但应在体检表中注明原由, 待妊娠结束后补做上述检查方可完成体检结论。

1) 外阴: 观察发育情况, 有无畸形、水肿、炎症、溃疡、肿物、皮肤色泽变化和萎缩等。

2) 阴道和宫颈: 置入阴道窥器, 观察阴道前后侧壁黏膜颜色, 有无瘢痕、肿块、出血; 分泌物的量、性质、颜色、有无异味; 观察宫颈大小、颜色、外口形状, 有无糜烂、撕裂、外翻、囊肿、息肉或肿块等。

3) 盆腔: 应做双合诊、三合诊检查, 未婚者做肛诊检查。

①双合诊: 用左或右手戴橡皮手套, 食、中两指涂润滑剂, 轻轻沿阴道后壁进入, 检查阴道畅通度和深度, 有无先天性畸形、瘢痕、肿块以及有无出血; 再打

触子宫颈大小、形状、硬度及颈口情况，如向上或向两侧拨动宫颈出现疼痛时称为宫颈举痛，为盆腔急性炎症或盆腔内有积血的表现。随后将阴道内两指放在宫颈后方，另一手掌心朝后手指平放在腹部平脐处，当阴道内手指向上向前抬举宫颈时，放在脐部的手指向下向后按压腹壁，并逐渐往耻骨联合移动，通过内、外手指同时分别抬举和按压，协调一致，即可触知子宫的位置、大小、形状、硬度、活动度以及有无压痛。摸清子宫后，将阴道内两指移向一侧穹隆部，如果受检者合作，两指可深达阔韧带的后方，此时另一手从同侧下腹壁髂嵴水平开始，由上往下按压腹壁，与阴道内手指相互对合，以触摸该侧子宫附件处有无肿块、增厚或压痛。如果扪及肿块，应注意其位置、大小、形状、硬度、活动度、与子宫的关系以及有无压痛等。

②三合诊：腹部、阴道、直肠联合检查称为三合诊。除一手之食指放入阴道、中指放入直肠以替代双合诊时阴道内的两指外，其余具体检查步骤与双合诊时相同。通过三合诊可了解后倾后屈子宫的大小，发现子宫后壁、子宫直肠陷凹、子宫骶骨韧带及双侧盆腔后壁的病变，以及扪诊阴道直肠膈、骶骨前方及直肠内有无病变等。

③肛诊：将一手食指伸入直肠，另一手在腹部配合，做类似三合诊方法的检查，又称为肛腹诊。

3 心电图检查

心电图检查是诊断心律失常的有效方法，对冠心病、心肌病等器质性心脏病也有提示诊断的作用。为了获得质量合格的心电图，除了心电图机性能必须合格以外，还要求环境符合条件、受检者配合和测试操作规范。

3.1 环境要求

- 1) 室内要求保持温暖（不低于 18 ℃），以避免因寒冷而引起的肌电干扰。
- 2) 使用交流电源的心电图机必须接可靠的专用地线（接地电阻应低于 0.5 Ω）。
- 3) 心电图机的电源线尽可能远离诊床和导联电缆，床旁不要摆放其他电器具（不论通电否）及穿行的电源线。

4) 诊床的宽度一般不应窄于 75 cm, 以免肢体紧张而引起肌电干扰。如果诊床的一侧靠墙, 则必须确定墙内无电线穿过。

3.2 准备工作

- 1) 对初次接受心电图检查者, 必须事先作好解释工作, 消除紧张心理。
- 2) 作心电图之前受检者应经充分休息, 解开上衣; 在描记心电图时要放松肢体, 保持平静呼吸。

3.3 皮肤处理和电极安置

- 1) 如果放置电极部位的皮肤有污垢或毛发过多, 应预先清洁皮肤或剃毛。
- 2) 用导电膏(剂型分为糊剂、霜剂和溶液等)涂擦放置电极处的皮肤, 而不应该只把导电膏涂在电极上。
- 3) 严格按照国际统一标准, 准确安放常规 12 导联心电图电极。必要时, 应加作其他胸壁导联。女性乳房下垂者应托起乳房, 将 V_3 、 V_4 、 V_5 电极安放在乳房下缘胸壁上, 而不应该安置在乳房上。

3.4 描记心电图

- 1) 心电图机的性能必须符合标准。若使用热笔式记录纸, 其热敏感性和储存性应符合标准。单通道记录纸的可记录范围不窄于 40 mm。
- 2) 在记录纸上注明日期、姓名, 并标明导联。
- 3) 按照心电图机使用说明进行操作, 常规心电图应包括肢体的 I、II、III、aVR、aVL、aVF 和胸前导联的 $V_1 \sim V_6$, 共 12 个导联。
- 4) 不论使用哪一种机型的心电图机, 为了减少心电图波形失真, 应该尽量不使用交流电滤波或“肌滤波”。
- 5) 用手动方式记录心电图时, 要先打标准电压, 每次切换导联后, 必须等到基线稳定后再启动记录纸, 每个导联记录的长度不应少于 2~4 个完整的心动周期。
- 6) 遇到下列情况时应及时作出处理:
 - ①如果发现某个胸壁导联有无法解释的异常 T 波或 U 波时, 应检查相应的胸壁电极是否松动脱落。若该电极固定良好而部位恰好在心尖搏动最强处, 可重新处

理该处皮肤或更换质量较好的电极；若仍无效，可试将电极的位置稍微偏移一些，此时若波形变为完全正常，则可认为这种异常的 T 波或 U 波是由于心脏冲撞胸壁使电极的极化电位发生变化而引起的伪差。

②如果发现Ⅲ和/或 aVF 导联的 Q 波较深，应在受检者深吸气后屏住气时立即重复描记这些导联的心电图。若此时 Q 波明显变浅或消失，则可考虑为横膈抬高所致；若 Q 波仍较深而宽，则不能除外下壁心肌梗死。

③如果发现受检者心率>60 次/min 而 PR 间期>0.22 秒，应让其取坐位再记录几个肢体导联心电图，以便确定是否有房室阻滞。

3.5 心电图判断标准

【正常心电图】

P 波：顺序出现，频率 60~100 次/min，在 I、II、V₄、V₅、V₆ 导联中直立，aVR 倒置；P 波宽度不大于 0.11 秒，振幅在肢导不大于 0.25 mV，胸导不超过 0.2 mV。

P-R 间期：成年人 0.12~0.20 秒，在幼儿略缩短。

QRS 波群：

时间：0.06~0.10 秒，最宽不超过 0.11 秒。

波形和振幅：在 V₁、V₂ 导联多呈 rS 型，V₅、V₆ 导联可呈 qR、qRs、Rs 或 R 型。V₁ 导联的 R/S 小于 1，V₅ 导联的 R/S 大于 1。aVR 导联的主波向下，可呈 QS、rS、rSr 或 Qr 型，aVL 与 aVF 导联的 QRS 波群可呈 qR、Rs、R 或 rS 型。R 波在各导联中的振幅：R_I<1.5 mV，R_{II}<2.5 mV，R_{III}<1.5 mV，R_{aVR}<0.5 mV，R_{aVL}<1.2 mV，R_{aVF}<2.0 mV，R_{V1}<1.0 mV，R+S_{V3}<6.0 mV，R_{V5}、R_{V6}<2.5 mV，R_{V1}+S_{V5}<1.2 mV，R_{V5}+S_{V1}<4.0 mV（女性<3.5 mV）。

室壁激动时间（VAT）：在 V₁ 导联<0.03 秒，V₅ 导联<0.05 秒（女性<0.045 秒），肢体导联的每个 QRS 正向与负向波振幅相加其绝对值不应低于 0.5 mV，胸导联不低于 1.0 mV。

Q波: Q波振幅应小于同导联R波的1/4, 时距应小于0.04秒, V_1 导联不应有q波, 但可呈QS型。

ST段: 多为一等电位线, 有时可有轻微的偏移, 但在任一导联, ST段下移不应超过0.05 mV; ST段上升在 V_1 、 V_2 导联不超过0.3 mV, V_3 导联不超过0.5 mV, $V_4\sim V_6$ 与肢体导联均不超过0.1 mV。

T波: T波的方向大多与QRS主波的方向一致, 在I、II、 $V_4\sim V_6$ 导联向上, aVR导

联向下, III、aVL、aVF、 $V_1\sim V_3$ 导联可以向上、双向或向下, 但若 V_1 的T波向上, $V_2\sim V_6$ 导联的T波就不应再向下。除III、aVL、aVF、 $V_1\sim V_3$ 导联外, T波的振幅不应低于同导联R波的1/10。T波高度在胸导联有时可高达1.5 mV。

Q-T间期: 0.32~0.44秒。Q-Tc的最高值不应超过0.44秒。

U波: 振幅范围0.05~0.20 mV, 多相当于同导联T波的1/10, 不应高于T波的1/2; 时间0.16~0.25秒, 平均0.20秒; U波方向与同导联T波一致。

3.6 心电图机的维护

1) 每天工作结束后必须洗净电极。用铜合金制成的电极若出现锈斑, 可用细砂纸擦掉后, 再用生理盐水浸泡一夜, 使电极表面形成电化性能稳定的薄膜; 镀银的电极用水洗净即可, 使用时应避免擦伤镀银层。

2) 导联电缆的芯线或屏蔽层容易损坏, 尤其是靠近两端的插头处, 因此使用时切忌用力牵拉或扭转, 收藏时应盘成直径较大的圆盘, 或悬挂放置, 避免扭转或锐角折叠。

3) 交直流两用的心电图机, 应按说明书的要求定期充电, 以延长电池使用寿命。

4) 心电图主机应避免高温、日晒、受潮和撞击, 盖好防尘罩。

5) 由医疗仪器维修部门定期检测心电图机的性能。热笔记录式心电图, 应根据记录纸的热敏感性和走纸速度而调整热笔的压力和温度。

4 腹部B超检查

检查的脏器为肝、胆、胰、脾和双肾。操作人员必须具备医师任职资格，并从事超声诊断工作至少5年。应严格按照规范操作，对各脏器进行必要的纵向、横向、斜向扫查，做到无遗漏。进行左、右侧卧位检查时，不能简化体位，要充分暴露所查脏器体表位置。

4.1 肝脏

4.1.1 检查内容及超声测量参考值 正常肝脏声像图特点为表面光滑，肝包膜呈线样强回声，厚度均一；肝右叶膈面为弧形，外下缘较圆钝，肝左叶边缘锐利；肝实质呈点状中等回声，分布均匀；肝内血管（门静脉分支和肝静脉属支）呈树状分布，其形态和走行自然；肝内胆管与门脉分支伴行，二级以上胆管一般不易显示。超声检查时主要观察：①肝脏大小、形态是否正常，包膜回声、形态、连续性是否正常。②肝实质回声的强度，实质回声是否均匀，是否有局限性异常回声，异常回声区的特点（如数目、位置、范围、形态、边界、内部回声情况）及其与周围组织器官的关系等。③肝内管道结构（胆管、门脉系统、肝静脉和肝动脉）的形态和走行，管壁回声情况，管腔有无狭窄或扩张。④与肝脏相关的器官如脾脏、胆囊、膈肌、肝门及腹腔内淋巴结情况。

【测量参考值】

肝左叶前后径（厚度） ≤ 6 cm，长度 ≤ 9 cm；肝右叶最大斜径 ≤ 14 cm，前后径 ≤ 11 cm；门静脉主干内径1.0~1.2 cm。

4.1.2 B超检查提示疾病

- 1) 肝脏弥漫性病变：如病毒性肝炎、药物中毒性肝炎、酒精性肝炎、肝硬化、肝淤血、脂肪肝以及其他原因所致肝实质病变等。
- 2) 肝脏囊性占位性病变：肝单纯性囊肿、多囊肝、肝包虫病、肝脏囊腺瘤等。
- 3) 肝脏实性占位性病变：良性肿瘤（如肝血管瘤）、瘤样病变、恶性肿瘤（原发性肝癌、肝转移癌）等。
- 4) 肝血管疾病：门静脉高压症、门静脉栓塞、肝动脉瘤、布加综合征等。
- 5) 肝及肝周脓肿：各种肝脓肿、膈下脓肿等。

4.2 胆囊与胆道

4.2.1 检查内容及超声测量参考值 主要观察①胆囊大小，包括长径、前后径。②胆囊壁有无增厚，均匀性还是局限性增厚，增厚的部位、范围及壁上有无隆起样病变。③胆囊囊腔是否回声清亮，是否有结石、胆泥等形成的异常回声。④肝内外胆管管径及走行，包括胆管有无扩张，管壁有无增厚，扩张的程度、部位、累及范围及扩张下段胆道内有无结石、肿瘤等梗阻性病变，或周围有无肿大淋巴结等外压性病变。

【测量参考值】

胆囊长径 ≤ 9 cm, 前后径 ≤ 3 cm; 胆囊壁厚度 < 3 mm; 肝外胆管上段直径 $2\sim 5$ mm(小于伴行门脉直径的 $1/3$), 下段直径 ≤ 8 mm; 肝内左右肝管直径 ≤ 2 mm。

4.2.2 B超检查提示疾病

- 1) 胆石症：胆囊结石如泥沙样结石、充满型结石、附壁结石，肝内外胆管结石等。
- 2) 胆囊良性隆起样病变：腺瘤、胆固醇性息肉、胆囊腺肌病。
- 3) 胆道恶性肿瘤：胆囊癌、胆管癌。
- 4) 胆囊炎：急性、慢性胆囊炎。
- 5) 肝内外胆管扩张：先天性胆总管囊状扩张、肝内胆管囊状扩张症等；胆管内结石、肿瘤及胆管外外压性包块造成的扩张。

4.3 胰腺

4.3.1 检查内容及超声测量参考值 主要观察：①胰腺的位置、形态、大小，表面、内部回声，胰管状态，与周围组织关系等。若有占位病变，应多断面扫查以确定占位的位置、大小、边缘、内部回声、血供情况、后方有无声衰减及其程度。②胰腺及其病变与周围血管的关系，血管有无移位、变形，血管内有无血栓，胰腺周围有无肿大淋巴结。③胰腺疾病相关的情况，例如胆道系统有无结石，有无胰周、网膜囊、肾前间隙积液，有无腹腔积液（腹水）等。

【测量参考值】

胰头前后径（厚径）1.0~2.5 cm，胰体、尾前后径（厚径）1.0~1.5 cm，胰管直径 \leq 0.2 cm。

【胰腺异常判定标准】

胰腺肿大：胰头前后径 \geq 3.0 cm，胰体、尾前后径 $>$ 2.0 cm。

胰腺萎缩：胰头前后径 $<$ 1.0 cm。

胰管扩张：胰管直径 \geq 0.3 cm。

4.3.2 B超检查提示疾病

- 1) 胰腺炎症：急、慢性胰腺炎，胰腺脓肿，胰腺结核，胰石症。
- 2) 胰腺囊性病：假性囊肿，真性囊肿（如先天性、潴留性、寄生虫性囊肿）。
- 3) 胰腺肿瘤：良性、恶性肿瘤。
- 4) 先天性胰腺异常。

4.4 脾脏

4.4.1 检查内容及超声测量参考值 主要观察：①脾脏的位置、形态、大小、包膜、实质回声。②脾脏内部有无局限性病变及病变的形态、大小、边缘、回声强弱、回声是否均匀、周围及内部血流情况。③脾动、静脉血流情况，脾门处血管内径。④周围脏器有无病变及对脾脏的影响。

【测量参考值】

脾脏长径（肋间斜切面上脾下极最低点到上极最高点间的距离） $<$ 11 cm，脾脏厚度（肋间斜切面上脾门至脾对侧缘弧形切线的距离） $<$ 4.0 cm，脾静脉内径（脾门部） $<$ 0.8 cm。

【脾肿大判定标准】

脾脏长径 $>$ 11 cm 或厚度 $>$ 4 cm，或脾脏长径 \times 脾脏厚度 \times 0.9 \geq 40 cm。

4.4.2 B超检查提示疾病

- 1) 脾先天性异常：副脾、游走脾、多脾、无脾、先天性脾脏反位等。
- 2) 脾脏弥漫性肿大：肝硬化、瘀血、血液病、感染、结缔组织病等引起的脾肿大。

- 3) 脾含液性病变: 脾囊肿、多囊脾、脾包虫囊肿等。
- 4) 脾实性占位病变: 血管瘤、错构瘤、恶性淋巴瘤、转移瘤等。
- 5) 脾血管病变。
- 6) 脾萎缩。

4.5 肾脏

4.5.1 检查内容及超声测量参考值 主要观察: ①肾脏大小、形态有无改变。②有无异位肾、独肾等先天性肾发育异常。③肾脏结构有无异常改变, 肾包膜、肾实质(皮、髓质)、肾集合系统情况。正常肾包膜完整, 皮、髓质分离清楚。④有无肾脏占位性病变, 其大小、形态、回声、部位、与周围组织的关系等。⑤有无局限性强回声, 其后方有无声影等。⑥肾盂、肾盏有无扩张现象等。

【测量参考值】

肾脏长径 10~12 cm, 横径 5~6 cm, 前后径 3~4 cm, 左肾大于右肾; 肾实质厚度 1.5~2.5 cm, 肾皮质厚度 0.5~0.7 cm, 肾集合系统宽度占肾断面 1/2 或 2/3, 肾盂分离 ≤ 1.5 cm。

4.5.2 B 超检查提示疾病

- 1) 囊性占位病变: 肾囊肿、多囊肾、输尿管囊肿等。
- 2) 实性占位病变: 肾癌、肾盂癌、肾错构瘤、输尿管肿瘤等。
- 3) 先天性异常: 孤立肾、重复肾、异位肾、游走肾、双肾盂、分叶肾、输尿管狭窄、输尿管扩张等。
- 4) 肾脏弥漫性病变: 急、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、肾盂肾炎、肾淀粉样变及肾中毒等。
- 5) 肾结石、肾积水、输尿管结石及尿路梗阻等。
- 6) 肾实质破坏、钙化等(提示肾结核)。

5 胸部 X 线检查

常规拍摄胸部正位片。重点检查有无肺结核、肿瘤、纵隔疾病。必要时加摄胸部侧位片或辅以 CT 等检查, 以确定诊断。

5.1 设备设施要求

- 1) 室内 X 线检查机房防护合格。
- 2) 检查室内应配备有受检者个人防护用品。
- 3) X 线检查设备设施所有单位应持有当地卫生行政部门发放的“放射工作许可证”。

5.2 操作人员要求

1) X 线摄影操作人员应是有 5 年以上放射工作经历、持有放射工作人员上岗证的放射科医师、技师。

2) 诊断、读片医师应有中级以上（含中级）放射诊断专业职称。

5.3 胸片质量要求

X 线自背部第 6~7 胸椎高度射入，与片盒垂直，受检者前胸贴近 X 线片盒，称为后前位片，此片心影放大较少，后肋间隙展宽。

满意的 X 线胸片应具备以下条件：

- 1) 通过气管影像，第 1~4 胸椎清晰可见；通过纵隔阴影，第 4 以下胸椎隐约可见。
- 2) 整个胸廓和肋膈角都已摄入。
- 3) 肩胛骨不遮蔽肺野。
- 4) 锁骨上应看到肺尖。
- 5) 两侧锁骨在胸锁关节处对称。
- 6) 膈顶阴影应显示清楚。

5.4 X 线影像提示的肺部病变

1) 渗出与实变阴影：肺部炎症主要为渗出性病变，肺泡内的气体被渗出的液体、蛋白及细胞所代替，进而形成实变，多见于肺炎性病变、渗出性肺结核、肺出血及肺水肿。胸片表现为密度不高的均匀云絮状影，形状不规则，边缘模糊，与正常肺组织无清楚界限，肺叶段实变阴影可边缘清楚。

2) 粟粒状阴影: 指 4 mm 以下的小点状影, 多呈弥漫性分布, 密度可高可低, 多见于粟粒型肺结核、尘肺、结节病、转移性肺癌、肺泡癌等。

3) 结节状阴影: 多指 1~3 cm 的圆形或椭圆形阴影, 可单发或多发, 密度较高, 边缘较清晰, 与周围正常肺组织界限清楚, 多见于肺结核、肺癌、转移瘤、结节病等。

4) 肿块阴影: 为直径多超过 3 cm、不规则密度增高阴影。肺癌肿块呈分叶状, 有切迹、毛刺; 良性肿块边缘清楚, 可有钙化, 有时其间可见透亮区。

5) 空洞/空腔阴影: 呈圆形或椭圆形透亮区, 壁厚薄不一。壁厚者, 内壁光滑, 外壁模糊, 多为肺脓疡所致, 并可有液平面; 若外缘清楚, 内缘凹凸不平, 多由癌性空洞引起; 结核性空洞壁较薄, 周围多有卫星灶。

6) 索条及网状阴影: 不规则的索条、网状阴影, 多为肺间质性病变所致; 弥漫性网、线、条状阴影常见于特发性肺纤维化、慢性支气管炎、结缔组织病等; 局限性线条状阴影可见于肺炎、肺结核愈合后, 表现为不规则的索条状影。

7) 肺透亮度增加: 局部或全肺透亮度增加, 肺纹理细而稀, 为肺含气量过多的表现, 可见于弥漫性阻塞性肺气肿、代偿性肺过度充气及局限性阻塞性肺过度充气。

8) 肺门肿块阴影: 形态不规则的单侧或双侧肺门部肿块阴影, 边缘清晰或模糊, 多见于肺癌、转移瘤、结核、淋巴瘤、结节病所致的肺门淋巴结肿大; 有时肺血管增粗也可显示肺门阴影增大。

9) 钙化阴影: 阴影密度最高, 近似骨骼, 呈斑点状、结节状、片状等, 边缘锐利清晰, 规则或不规则, 多为陈旧结核灶或错构瘤。

10) 胸膜病变影像: 胸腔积液多表现为密度增加均匀一致阴影, 上缘清, 凹面向上; 气胸多见透亮度增加, 肺纹理消失; 胸膜肥厚可形成侧胸壁带状阴影, 肺野透亮度减低。

6 实验室检查

实验室检查作为辅助检查项目，其结果的判断应结合临床，并考虑地区差异。对于检查结果较参考值稍高或稍低者，在排除器质性病变的前提下，一般不做单项淘汰，而由主检医师结合其他检查结果，综合判断，作出正确结论。

实验室检查相关要求，包括检验科操作程序、采血室操作规程以及艾滋病检测初筛实验室必备条件详见附录 C。

6.1 血常规

可为血液病的诊断提供线索。其中红细胞、白细胞及血小板计数采用仪器法或显微镜计数法，血红蛋白采用仪器法或光电比色法。必查项目包括以下 5 项：

6.1.1 红细胞总数 (RBC)

【参考值】 男性： $(4.0\sim 5.5)\times 10^{12}/L$ ；女性： $(3.5\sim 5.0)\times 10^{12}/L$ 。

红细胞减少多见于各种贫血，如急性或慢性再生障碍性贫血、缺铁性贫血等。红细胞增多常见于身体缺氧、血液浓缩、真性红细胞增多症、继发性红细胞增多症等。

6.1.2 血红蛋白(HGB)

【参考值】 男性：120~160 g/L；女性：110~150 g/L。

血红蛋白减少或增多的临床意义基本同红细胞总数。

6.1.3 白细胞总数(WBC)

【参考值】 $(4.0\sim 10.0)\times 10^9/L$ 。

生理性白细胞增多常见于剧烈运动、进食后、妊娠期等。另外，采血部位不同，也可使白细胞数有差异，如耳垂血平均白细胞数比指血要高一些。

病理性白细胞增多常见于急性化脓性感染、尿毒症、白血病、组织损伤、急性出血等。

病理性白细胞减少常见于再生障碍性贫血、某些传染病、肝硬化、脾功能亢进、放疗、化疗、服用某些药物后等。

6.1.4 白细胞分类计数 (DC)

【参考值】

中性粒细胞：杆状核为 0.01~0.05（1%~5%），分叶核为 0.50~0.70（50%~70%）。

嗜酸粒细胞：0.005~0.05（0.5%~5%）。

嗜碱粒细胞：0.00~0.01（0~1%）。

淋巴细胞：0.20~0.40（20%~40%）。

单核细胞：0.03~0.08（3%~8%）。

中性粒细胞增多常见于急性化脓性感染、大出血、严重组织损伤、慢性粒细胞性白血病、安眠药中毒等；减少常见于某些病毒感染、再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症等。

嗜酸粒细胞增多常见于银屑病、天疱疮、湿疹、支气管哮喘、食物过敏、一些血液病及肿瘤，如慢性粒细胞性白血病、鼻咽癌、肺癌及宫颈癌等；减少常见于伤寒、副伤寒早期、长期使用肾上腺皮质激素后。

嗜碱粒细胞增多常见于慢性粒细胞白血病伴有嗜碱粒细胞增高、骨髓纤维化、慢性溶血及脾切除后；减少一般没有临床意义。

淋巴细胞增多常见于传染性单核细胞增多症、结核病、疟疾、慢性淋巴细胞性白血病、百日咳、某些病毒感染等；减少常见于破坏过多，如长期化疗、X线照射后及免疫缺陷等。

单核细胞增多常见于单核细胞性白血病、结核病活动期、伤寒、疟疾等；减少临床意义不大。

6.1.5 血小板计数(PLT)

【参考值】 (100~300) ×10⁹/L。

血小板计数增高多见于血小板增多症、脾脏切除术后、急性感染、溶血、骨折等；减少多见于再生障碍性贫血、急性白血病、急性放射病、原发性或继发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进、尿毒症、服用某些药物后等。

6.2 尿常规及镜检

不少肾脏病变早期就可以出现蛋白尿或者尿沉渣中有形成份，尿检异常常是肾脏或尿路疾病的第一个证据。

标本要求：一般应尽量采用新鲜晨尿，阳性检出率较高；其他随机留取的尿液也可，但以留取中段尿为好。女性留取尿标本应避免经期并事先清洗外阴，以防止阴道分泌物混入尿液中，影响检查结果的准确性。

尿常规检查采用手工操作法或仪器法。尿镜检采用离心沉淀标本，取新鲜均匀的尿液 10 ml 置于离心管内，400×g 离心 5 分钟。

6.2.1 尿糖(GLU)

【参考值】 阴性。

尿糖阳性可见于糖尿病、肾性糖尿、甲状腺功能亢进、垂体前叶功能亢进、嗜铬细胞瘤、胰腺炎、胰腺癌、严重肾功能不全等。此外，颅脑外伤、脑血管意外、急性心肌梗死等，可出现应激性糖尿；过多食入高糖食物后，也可产生一过性血糖升高，使尿糖呈阳性。

6.2.2 尿蛋白(PRO)

【参考值】 阴性。

病理性蛋白尿可见于各种急慢性肾小球肾炎、肾盂肾炎、糖尿病肾病、狼疮性肾炎、放射性肾炎及肾内其他炎性病变、多发性骨髓瘤、肾功能衰竭、肾移植术后等。

生理性或功能性蛋白尿，系指在健康人群中出现的暂时性轻度蛋白尿，通常发生于运动后或发热时，也可见于情绪紧张、交感神经高度兴奋等应激状态，这种蛋白尿并不反映肾脏有实质性病变，因此不能作为肾脏病看待。

6.2.3 尿胆红素(TBIL)

【参考值】 阴性。

阳性可见于胆石症、胆道肿瘤、胆道蛔虫、胰头癌等引起的梗阻性黄疸和肝癌、肝硬化、急慢性肝炎、肝细胞坏死等导致的肝细胞性黄疸。实验室技术性误差也可能导致阳性。

6.2.4 尿胆原(URO)

【参考值】 弱阳性。

阳性可见于溶血性黄疸、肝病等；阴性可见于梗阻性黄疸。

6.2.5 尿相对密度 也称尿比重 (SG)

【参考值】 1.015~1.025。

尿相对密度受年龄、饮水量和出汗的影响。尿相对密度的高低主要取决于肾脏的浓缩功能，故测定尿相对密度可作为肾功能试验之一。增高可见于急性肾炎、糖尿病、高热、呕吐、腹泻及心力衰竭等；降低可见于慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、急慢性肾功能衰竭及尿崩症等。

6.2.6 尿酸碱度 (pH)

【参考值】 5.0~7.0。

尿 pH 值在很大程度上取决于饮食种类、服用的药物及疾病类型。降低可见于酸中毒、痛风、糖尿病、发热、白血病等；增高可见于碱中毒、输血后、严重呕吐、膀胱炎等。应注意室温下尿液存放时间越长，pH 值越高（尿素氮分解产生 NH_4^+ 之故），夏季这种现象更突出。

6.2.7 尿红细胞(BLO)

【参考值】 显微镜法 0~3 个/高倍视野；仪器法阴性。

离心尿标本红细胞超过 3 个/高倍视野，称为镜下血尿，可见于泌尿系结石、感染、肿瘤、急慢性肾炎、血小板减少性紫癜、血友病等；剧烈运动及血液循环障碍，也可导致肾小球通透性增加，而在尿中出现蛋白质和红细胞。女性月经期间易将经血混入尿中，导致尿红细胞增多，需注意区别。

6.2.8 尿白细胞(LEU)

【参考值】 显微镜法不超过 5 个/高倍视野；仪器法阴性。

离心尿标本白细胞超过 5 个/高倍视野，称为脓尿，可见于泌尿系统有化脓性病变，如肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎、尿路结核等。女性可由外阴或阴道分泌物污染等导致尿白细胞增多，需注意区别。

6.2.9 管型

【参考值】 无或偶见透明管型，无其他管型。

出现异常管型是肾脏病的一个信号，常见于严重的肾脏损害，对诊断具有重要意义。

6.3 血生化

6.3.1 血糖(GLU) 糖尿病诊断指标。采用葡萄糖氧化酶法，用全自动或半自动生化分析仪，采血后应尽快检测。

【参考值】 3.9~6.1 mmol/L。

空腹超过 8 小时采血血糖浓度 ≥ 7.0 mmol/L，或一天当中任意时候采血血糖浓度 ≥ 11.1 mmol/L，经复查仍达到或超过此值，诊断糖尿病；空腹血糖浓度介于 5.6~6.9 mmol/L 之间，应进行口服葡萄糖耐量试验（OGTT）进一步确诊，OGTT 2 小时的血糖浓度 ≥ 11.1 mmol/L 者，诊断糖尿病。

6.3.2 丙氨酸氨基转移酶（ALT） 肝脏生化检查指标，采用酶法，用全自动或半自动生化仪检测，可对病毒性肝炎等肝胆系统疾病进行早期诊断，并有助于判断疾病的程度、预后。

【参考值】 < 40 U/L。

6.3.3 天冬氨酸氨基转移酶（AST） 肝脏生化检查指标，检测方法和意义同 ALT。

【参考值】 < 40 U/L。

ALT 和 AST 是反映肝细胞损害的敏感指标，在肝炎潜伏期、发病初期均可升高，故有助于早期发现肝炎。ALT 主要存在于肝细胞质内，而 AST 除了存在于肝细胞质之外，还有约一半以上分布在肝细胞的线粒体中。各种肝脏病变（如病毒性肝炎、药物性肝损害、脂肪肝、肝硬化等）和一些肝外疾病造成肝细胞损害时，ALT 和 AST 水平均可升高。

当肝损害较轻时，仅有胞质内的 ALT 和 AST 释放入血，故 ALT 的升高大于 AST，一般认为血清 ALT 超过参考值上限 2 倍以上，说明肝细胞有炎症、坏死和

肝脏损害；严重肝损伤时，线粒体被破坏，其中的 AST 大量释放入血，致使血清 AST 水平高于 ALT。AST / ALT 比值 >1 可以提示肝炎进展，有显著肝细胞坏死，因此，测定 AST/ALT 比值有助于判断肝损伤的严重程度。单项 AST 升高还要考虑心肌和骨骼的病变，特别是心肌梗死时 AST / ALT 比值常 >3 ，并伴有相应临床表现，不难诊断。

除肝脏外，其他组织如心脏、脑、肾、肌肉等也都含有 ALT 和 AST，这些脏器的病变同样可引起血清 ALT 和 AST 升高；某些生理条件的变化也可引起 ALT 和 AST 升高，如剧烈体育活动可有 ALT 的一过性轻度升高。由于血清 ALT 和 AST 升高的原因多种多样，必须根据具体情况，结合必要的其他检查手段，仔细分析才能明确诊断。

6.3.4 血尿素氮(BUN) 血尿素氮是机体蛋白质代谢的产物，测定血尿素氮的目的在于判断肾脏对蛋白质代谢产物的排泄能力，故血尿素氮的数值，可以作为判断肾小球滤过功能的一项指标。但血尿素氮易受饮食、尿量等因素影响，故虽可作为判断肾小球功能的一项指标，但不如血肌酐准确。血尿素氮检测采用脲酶法。

【参考值】 2.8~7.2 mmol/ L。

6.3.5 血肌酐(CR) 肌酐是人体肌肉代谢的产物，不易受饮食和尿量因素影响，能更灵敏地反映肾功能，是诊断肾功能衰竭的重要指标，其水平与肾功能的损伤程度成正比。血肌酐检测采用苦味酸法或酶法。

【参考值】 苦味酸法：男性 44~133 $\mu\text{mol/L}$ ，女性 70~106 $\mu\text{mol/L}$ 。酶法：男性 53~97 $\mu\text{mol/L}$ ，女性 44~80 $\mu\text{mol/L}$ 。

当血尿素氮和血肌酐都用“mmol/ L”为单位时，尿素氮 / 肌酐比值的参考值为 25~40。当比值 <25 时，考虑蛋白质的摄入不足及肾小管急性坏死； >40 时，考虑肾前性原因所致。

由于血尿素氮、肌酐的测定值容易受溶血、胆红素以及药物等因素影响，所以同时升高有诊断意义，肾脏实质性病变时血尿素氮升高的程度较血肌酐更明显。

6.4 血免疫

6.4.1 梅毒螺旋体血凝试验(TPHA) 系用梅毒螺旋体提取物致敏的红细胞微量血凝分析技术检测抗梅毒螺旋体 IgG 抗体。该试验的敏感性和特异性均可达 99 %。该试验在滴度较低(1:20)时容易受血清中存在的嗜异性抗体的干扰,必须进行其他方法的试验来确证。

【参考值】 阴性。

6.4.2 艾滋病病毒抗体检测(抗 HIV)

艾滋病的病原体是人类免疫缺陷病毒(HIV)。人体感染 HIV 后,大多数于感染后 4~12 周可从血液中检测出 HIV 抗体(抗 HIV),最长可于感染后 6 个月出现,终生存在。抗 HIV 并非保护性抗体,体检中可作为排除 HIV 感染的筛检。

【参考值】 阴性。

对 HIV 初筛试验阳性者,要到具有确认资格的实验室或者疾病预防控制中心进行确认试验,以排除假阳性结果。

7 体检结论及建议

7.1 由主检医师详细审查各科检查结果(包括各种辅助检查)及各科医师的意见后,综合判定,作出最终体检结论,亲笔签名后加盖体检医疗机构公章。体检结论要抓住重点、全面衡量、严格把关,对不合格者应注明不合格原因。体检结论应尽可能为用人单位提供一个明确参考意见。

7.2 体检结论主要分以下 3 种情况:

- 1) 体检合格:表示受检者的身体状况符合《标准》的要求。
- 2) 体检不合格:表示受检者患有某种疾病,按《标准》中的某一或某些条款,不合格。
- 3) 暂时不作结论:一般是指需要复检,或做进一步检查,待明确疾病诊断后才能作出是否合格结论的情况。主检医师应尽可能对查出的阳性体征或异常结果提出相关检查建议。

8 关于体检表填写说明

- 8.1 一律使用国人部发〔2005〕1号文件规定的《公务员录用体检表》格式。封面体检编号按6位数编制，号码编排方法由各单位确定。
- 8.2 体检表第2页病史调查部分须由受检者本人如实、逐项填写，并在备注栏中填写需要说明的问题。隐瞒病史影响体检结果者，后果自负。
- 8.3 《公务员录用体检表》各科检查栏，由负责体检工作的医务人员按表中内容，对受检者的身体情况逐科、逐项检查后填写，做到描述规范具体，记录正确。
- 8.4 体检结果不得随意涂改。如果医师填写失误需要更正，则应在更正结果旁签本人全名并加盖公章，否则视为无效。
- 8.5 凡标有医师签名的地方，均应由检查者亲笔签名，不得用本人印章代替。
- 8.6 各科医师在本科检查完毕后，应结合体检标准在建议栏中作出合格与否的结论。对明显不合格者，一般可做单科淘汰，但必须经主检医师审定并在相应栏签字；对需要进一步检查确诊者应提出相关检查建议。
- 8.7 各项辅助检查报告单均应附于《公务员录用体检表》中。
- 8.8 严禁将《公务员录用体检表》另作他用。

第3篇 《公务员录用体检通用标准（试行）》实施细则

《标准》几乎述及所有临床医学专业学科，对各类疾病的诊断一般应根据病史、症状、体征及相关辅助检查，综合判定。但与临床所不同的是，作为一种选拔性体检，受检者往往担心查出疾病，影响自己的前途，所以在述及病史、症状时可能避重就轻或予以隐瞒；另外，体检的对象一般为健康人群，体检的目的主要是筛查重要器官的慢性疾病，而不少慢性疾病的早期临床症状也不明显。这些情况的存在给医师诊断造成困难。因此，体检时对《标准》中所涉及疾病的诊断常常只能以检查出的客观阳性表现作为主要依据。为便于医师掌握使用并作出判断及结论，避免对《标准》中的条文产生不同理解，特就《标准》的条文逐条予以解释说明。

1 关于器质性心脏病

第一条 风湿性心脏病、心肌病、冠心病、先天性心脏病、克山病等器质性心脏病，不合格。先天性心脏病不需手术者或经手术治愈者，合格。

遇有下列情况之一的，排除心脏病理改变，合格：

- 1.心脏听诊有生理性杂音；
- 2.每分钟少于6次的偶发期前收缩（有心肌炎史者从严掌握）；
- 3.心率每分钟50~60次或100~110次；
- 4.心电图有异常的其他情况。

1.1 条文解释

器质性心脏病系指客观检查发现有心脏结构或形态学上改变的各种心脏疾病。心脏病是多发病，严重危及人类健康。大多数心脏病是后天性的，如风湿性心脏病、心肌病、心肌炎、冠心病、心内膜炎等，少数是先天性心脏病。无论是哪一种心脏病，严重者最终可能发展为心力衰竭。

1.1.1 风湿性心脏病 严格来说应包括急性风湿性心脏炎和慢性风湿性心脏瓣膜病两种疾病。前者是急性病，体检中难以遇见；后者是风湿性心脏炎累及心瓣膜及其附属结构（瓣膜环、腱索及乳头肌）所引起的病变及其后遗症，多见于青壮年，最常累及二尖瓣，主动脉瓣次之，其他瓣膜也可受累。

1.1.2 心肌病 是指以心肌病变为主的心脏病，包括原发性和继发性两大类。原发性心肌病是指目前原因尚不清楚的心肌病，分为扩张型心肌病、肥厚型心肌病、限制型心肌病、致心律失常型右室心肌病及未分型的心肌病，以扩张型心肌病最为常见；继发性心肌病是指继发于已知疾病的心肌损害。

1.1.3 冠心病 即冠状动脉性心脏病，又称缺血性心脏病，绝大部分是由于冠状动脉发生粥样硬化致管腔狭窄或阻塞，少部分是冠状动脉痉挛所致。由于冠状动脉供血不足，产生一系列心肌缺氧表现。

1.1.4 先天性心脏病 系心脏及大血管在胚胎期中发育异常所引起、出生后即存在的心脏血管病变，是最常见而且病种繁多的先天性畸形。先天性心脏病分为3类，即无分流类、左至右分流类、右至左分流类。成人常见者主要包括房间隔缺

损、室间隔缺损、动脉导管未闭、主动脉缩窄、原发性肺动脉高压等，其主要症状为活动后心悸、气短、易疲乏、发绀、反复肺部感染，活动耐力减退，甚至发生昏厥及心力衰竭，故先天性心脏病原则上不合格。但是，以下两种情况除外：

1) 先天性心脏病不需手术：原则上所有器质性心脏病均应按不合格处理，但某些轻型者，如直径小于 0.5 cm 的小的房间隔缺损、少量的血液返流、右位心等，临床上无明显症状，不影响生长发育，即使不手术预计日后病情也不会进展，能保持正常心脏生理功能，由专科医院出具能够正常生活、工作和学习、无须手术治疗的诊断证明后，可按合格处理。

2) 先天性心脏病经手术治愈：指先天性心脏病手术治疗后无合并症，心功能好，未遗留心脏形态学或心电图异常改变，经原诊治医疗机构出具相关治愈证明后，可按合格处理。

1.1.5 克山病 是在我国黑龙江省克山县首先发现的一种地方性心肌病，病因迄今尚未阐明，分布具有地区性，东北地区较多见。病变主要以心肌为主，心肌呈变性、坏死和纤维化，最终致使心脏扩大、心律失常、心功能不全。

1.1.6 需排除心脏病理性改变的几种异常情况：

1) 心脏杂音：分两种，一种是生理性杂音，又称功能性杂音，存在此种杂音者心脏血管无器质性病变，心脏的其他检查如心电图、X 线、超声心动图等均无异常发现；另一种是病理性杂音，也称器质性杂音，见于有器质性心脏血管病的患者，常因瓣膜病变、心脏扩大、血液异常分流或返流、心室射血受阻及大血管腔径改变所致。生理性与病理性收缩期杂音的鉴别详见第 2 篇第 1.2.2 节中的表 3。须结合病史、杂音特点并借助心电图、X 线检查，必要时做超声心动图检查等予以鉴别。舒张期杂音、连续性杂音均属于病理性杂音。

2) 偶发期前收缩（早搏）：早搏在临床上分为生理性与病理性两种，病理性早搏属于具有发展、恶化倾向的早搏。两种早搏有时不易区分，存在以下情况之一者，多可判断为病理性早搏。

①有器质性心脏病史（先天性或后天性），或有全身其他组织器官严重疾病（如呼吸系统疾病伴呼吸功能不全、肾功能不全、脑损伤和疾病、胆胰疾病、各种内分泌疾病、代谢异常性疾病等），或有严重水电解质紊乱。

②QRS 波落在前一心动周期的 T 波上或后一心动周期的 P 波上的早搏，即所谓的 RonT、RonP。

③低位性早搏（QRS>0.16 秒）。

④多源性或多形性早搏。

⑤连发早搏（成对以上出现的早搏）。

⑥伴有其他心电图异常（如心电图同时显示有心肌损害改变等）的早搏。

3) 心率每分钟 50~60 次或 100~110 次：正常成人在安静状态下心率范围为 60~100 次/min，心率超过 100 次/min 称为心动过速。心动过速分为生理性和病理性两种。跑步、饮酒、重体力劳动及情绪激动时心率加快，为生理性心动过速；由高热、贫血、甲状腺功能亢进、出血、疼痛、缺氧、心力衰竭和心肌病等疾病引起的心动过速，为病理性心动过速。

心率低于 60 次/min 称为心动过缓，可见于生理性原因，如长期体育锻炼或重体力劳动者，只要心率不是过于缓慢（心率低于 50 次/min），不伴有器质性心脏病，无任何不适，也不需要治疗，则不属于病态，有人称之为运动员心脏。病理性原因除可见于各种心脏病如冠心病、急性心肌梗死、心肌炎、心肌病和病窦综合征等外，还可见于其他系统疾病如颅内压增高、高血钾、肾性高血压、甲状腺功能减退等，以及应用洋地黄、β 受体阻滞剂、利血平、胍乙啶、甲基多巴等药物后。

心率 < 50 次/min 或 > 110 次/min，作不合格结论；心率 50~60 次/min 或 100~110 次/min，如果心电图、超声心动图等检查未发现心脏异常征象，确属上述生理因素所致者，作合格结论。

4) 心电图异常的其他情况：主要指没有明确病理意义的心电图改变。主要有以下几种情况：

①单纯顺钟向转位。

②单纯逆钟向转位。

③窦性心律不齐。

④窦性心动过速。引起窦性心动过速的生理性原因（如紧张、运动等）去除以后，复查心率降至正常范围。

⑤窦性心动过缓（心率多在 50~60 次/min），无其他可疑阳性病史、症状和体征。

⑥窦房结内游走性心律。

⑦早期复极综合征。

⑧迷走神经张力增高（窦性心动过缓，ST 段轻度抬高，T 波较高）。

⑨单纯左室或右室高电压（临床查体除心电图有电压增高以外，各项检查结果均正常，

受检者胸壁较薄）。<<

⑩单纯 $T_{V_1} > T_{V_5}$ 或 T_{V_6} ，查无任何疾病。

?室上嵴型 QRS 波（ V_1 呈 rsr' 型， $r > r'$ ，I、 V_5 导联无 s 波或 s 波在正常范围内）。

?单纯电轴左偏（不超过 -45° ）。

?单纯电轴右偏（不大于 100° ）。

?偶发早搏，查无器质性心脏病和其他系统疾病，心电图无诱发室性心动过速倾向。

?P 波高尖（波幅处于正常高限而无明确病因）。

?轻微 T 波改变（以 R 波为主的导联 T 波略偏低，或胸导联 T 波出现切迹等）。

?轻微 S-T 段改变（S-T 段上斜形下移或水平型下移 < 0.05 mV），无其他阳性病史、症状和体征。

?可疑 Q-T 间期（Q-T 间期轻度缩短或轻度延长），未发现心脏病及其他系统疾病和中毒。

?可疑 U 波，U 波明显，但未高于 T 波，无其他可疑的阳性病史、症状和体征。

?单纯完全和不完全性右束支传导阻滞，无其他可疑的阳性病史、症状和体征。

非生理原因所致的窦性心动过速和过缓、频发(≥ 6 次/min)期前收缩(包括房性、交界性、室性)、异位心动过速、心房扑动和颤动、传导阻滞(包括窦房阻滞、房室传导阻滞、左束支阻滞、多束支阻滞)、慢快综合征、异常 Q 波、心房或心室肥大及劳损、缺血性 ST-T 改变、不明原因宽大 U 波、**预激综合征等**，不合格。

个别人有上述某种异常，但体检前已经过医学上公认的充分进一步检查和必要观察，经心血管病专家确认对健康和正常工作无不良影响，可经特别鉴定作出合格的结论，但要确保相关资料可靠真实、有法律效力。

在处理非特异性 ST-T 改变时，作不合格结论应谨慎，因这种改变在正常人群中发生率较高(特别在育龄女性中)，若无证据证明有心脏病理改变者，不能轻易作不合格结论。比较经济易行的除外病理性改变的方法是做心得安试验、心脏负荷试验、超声心动图等检查。

发现心电图的其他轻度异常改变，应结合临床，确因植物神经功能等良性原因所致者，应作合格结论。

1.2 诊断要点

体检过程中心脏疾病的诊断主要依据病史、内科查体、心电图检查及胸部 X 线检查，发现可疑者，可根据实际情况，选择会诊、超声心动图、24 小时动态心电图、心脏负荷试验等方法取得更可靠的诊断依据。作为体检，介入性诊断方法一般不能作为可选择的检查项目。

1.2.1 风湿性心脏病

1) 病史询问要点：注意发病的年龄特点，以往有无风湿热病史，有无心慌、胸闷、活动后喘憋等症状。

2) 查体要点：注意有无颈静脉搏动、二尖瓣面容，有无心音亢进、减弱或分裂，各瓣

膜区有无心脏杂音、震颤，心尖区舒张中晚期隆隆样杂音是风湿性心脏病最常见但易疏漏的特异性体征，应特别注意。

3) 辅助检查要点:

心电图: 注意有无异常 P 波(宽大或呈双峰样的二尖瓣型 P 波), 有无左/右心房扩大或左/右心室肥厚的心电图表现, 有无心动过速、房性早搏、室性早搏、房颤等心律失常。

X 线: 注意有无心脏增大, 有无“二尖瓣型心脏”(“梨型心脏”)、“主动脉型心脏”等特征, 有无肺血异常。

超声心动图: 当体征不典型、诊断不明确时可施行此检查, 以明确瓣膜狭窄和关闭不全的程度、瓣叶的厚度、活动度、有无钙化, 并可了解瓣下结构的形态、心室扩大、心肌肥厚、心脏功能情况等。

1.2.2 心肌病

1) 病史询问要点: 有无明确的病毒性心肌炎病史(原发性心肌病无此病史), 有无心慌、心前区痛、劳力性呼吸困难、晕厥、易疲劳等表现。

2) 查体要点: 注意有无心脏扩大、心音减弱、心脏杂音, 有无左心衰和/或右心衰的相应体征。

3) 辅助检查要点:

心电图: 可见 ST-T 改变, 异常 Q 波, 心室肥厚, 左或右束支传导阻滞或房室传导阻滞, 以及各种心律失常, 而这些异常无其他原因可以解释。

X 线: 可见肺淤血、心脏增大等表现, 尤其是心影呈球形增大伴搏动减弱, 而这些异常无其他原因(如心包积液)可以解释。

超声心动图: 可疑病例可作此项检查, 对于心肌病的诊断具有重要价值, 可显示心脏的解剖结构、室壁活动度、血流信息和心脏功能情况等。

1.2.3 冠心病

1) 病史询问要点: 以往有无心绞痛或心肌梗死发作史, 发病及诊治情况。

2) 体格检查要点: 在非发作期一般没有特殊阳性体征。

3) 辅助检查要点:

心电图: 心肌供血障碍发生时产生的电生理变化可以在心电图上有所反映, 因心肌缺血部位不同, 心电图的改变也不一样。主要表现为特征性 ST 段及 T 波改变; 心肌坏死时可出现病理性 Q 波; 心肌缺血也可造成室内传导障碍, 表现为各种传导阻滞, 如左前分支阻滞、完全性左束支阻滞、完全性右束支阻滞、左后分支阻滞等; 还可出现各种心律失常。

需要注意的是, 虽然心电图对于诊断冠心病有重要意义, 但有些心电图改变并不是特异性的, 仅通过心电图诊断冠心病并不可靠; 患冠心病者也不一定有心电图改变。对于公务员录用体检来说, 发现心电图的异常病理性改变即可作出不合格的结论, 并不一定非要明确诊断冠心病。

对可疑病例, 必要时可根据条件做进一步检查, 如心得安试验、心电图运动负荷试验、动态心电图或超声心动图检查等, 以取得更可靠的诊断依据。

1.2.4 先天性心脏病

1) 病史询问要点: 有无经过确诊的先天性心脏病病史, 有无活动后心慌、气短、活动耐量减少, 有无发绀、经常患呼吸道感染等病史。

2) 查体要点: 大多数先天性心脏病具有特殊的体征, 典型的病理性杂音是其最重要的表现。杂音部位因病种而异, 多位于胸骨左缘第 2~4 肋间, 多为收缩期杂音, 较粗糙、响亮, 可伴有震颤; 杂音也可呈双期连续性杂音, 多为动脉导管未闭所致。还应注意有无其他体征如发绀、心脏扩大(可表现为心前区隆起)、脉压加大、周围血管征、生长发育迟缓等。

3) 辅助检查要点:

心电图: 注意有无心房或心室肥大、束支传导阻滞、各种心律失常等表现。

X 线: 注意有无肺血异常, 有无肺动脉段凸出, 主动脉结大小, 有无左或右心室增大。

超声心动图: 发现可疑病理性杂音特别是怀疑为先天性心脏病者, 均应常规做超声心动图检查。

一般来说，绝大多数先天性心脏病根据体征、超声心动图检查即可确诊。需要注意的是，有些先天性畸形如右位心（不合并其他心脏畸形），其本身并不引起明显的病理生理变化，受检者既无症状，也无须治疗，应视为体检合格。

1.2.5 克山病

1) 病史询问要点：发病具有流行病学特点，是诊断克山病的重要依据。

2) 查体要点：注意有无心脏增大、心律失常、心力衰竭的体征表现。

3) 辅助检查要点：

心电图：可伴有各种形式的心律失常，包括 ST-T 改变、房室传导阻滞、束支传导阻滞、Q-T 间期明显延长、多发或多源性室性早搏、阵发性室性或室上性心动过速、房颤、P 波异常等。

X 线：可见心脏增大等表现。

1.3 注意事项

1.3.1 关于“心脏听诊有生理性杂音” 青年人在体检中可因紧张、活动多等因素，出现心脏生理性杂音增强的现象。收缩期杂音按 6 级分级，主动脉瓣区 1 级、心尖区 2 级、肺动脉瓣区 3 级以内的柔和的递减性吹风样杂音属于生理性杂音，对出现级别略超过上述等级的柔和的递减性吹风样杂音者，可让其在休息安静后复查，当心率和血压趋向正常后杂音级别能达到规定级别，仍可认为是生理性杂音。对杂音定性无把握时，可做超声心动图等相关检查。

1.3.2 关于“每分钟少于 6 次的偶发期前收缩（有心肌炎史者从严掌握）” 此规定基于期前收缩在无器质性心脏病的人群中很常见的情况而制定，须按第 2 篇第 1.2.2 节述及的 6 点予以鉴别，若能认定为病理性期前收缩，作不合格结论。

若听诊发现期前收缩 ≥ 6 次/min，应及时请主检医师复核，或尽早做心电图检查，证实诊断后作不合格结论。

1.3.3 关于“心率每分钟 50~60 次或 100~110 次”

1) 对有确实证据证实为运动员心脏、身体素质好的窦性心动过缓、心率略低于 50 次/min 者，可以作为个案研究处理。

2) 心率易因受环境、情绪等因素影响，在体检中一时性心率加快发生率较高。对心率每分钟超过 100 次者，首先要消除紧张情绪和体力活动等生理因素的影响，让其休息 15~30 分钟后测第 2 次，选其中低值，记入体检表；仍不能低于 100 次/min 者，可根据具体情况选择其他方法做进一步检查，以除外心脏病理性改变，同时应注意除外“甲状腺功能亢进”等心外疾病的可能。

2 关于高血压和低血压

第二条 血压在下列范围内，合格：

收缩压 90~140 mm Hg (12.00~18.66 kPa)；

舒张压 60~90 mm Hg (8.00~12.00 kPa)。

2.1 条文解释

本条款制定的目的是排除高血压和低血压患者。在临床医学上，诊断高血压或低血压，都是以人的基础血压为依据的。所谓基础血压，是指在排除其他影响因素（如服用降压药物、精神紧张、环境因素等）的情况下，采用规范的血压测量方法测得的血压。不顾是否存在上述影响因素及测量方法是否合乎要求，仅以一二次血压测量数据为依据作出血压高或低的诊断并进一步作出是否合格的结论是不妥当的，应当避免。

2.1.1 高血压 是以体循环动脉压增高为主要表现的临床综合征。在高血压人群中，约 95% 发病原因不明，称为原发性高血压（高血压病）；约 5% 血压升高是由于某些疾病引起的，是这些疾病的临床表现或症状之一，称为继发性高血压（如肾实质病变、肾动脉狭窄、一些内分泌疾病等导致的高血压）。长期高血压可损害重要脏器尤其是心、脑、肾的功能，最终可导致脏器功能衰竭，因此，无论是原发性或继发性高血压，一经诊断均作不合格结论。

采用《2004 年中国高血压防治指南》的血压定义和分类，根据非药物状态下收缩压和/或舒张压水平，将血压分为正常、正常高值、1 级高血压、2 级高血压、3 级高血压、单纯收缩期高血压等若干类别，详见表 4。

表 4 血压水平的定义和分类

类别	收缩压 (mm Hg)	舒张压 (mm Hg)
正常血压	<120	<80
正常高值	120~139	80~89
高血压	≥140	≥90
1 级高血压 (轻度)	140~159	90~99
2 级高血压 (中度)	160~179	100~109
3 级高血压 (重度)	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90

2.1.2 低血压 通常指的是慢性低血压，分为体质性、体位性、继发性低血压 3 类。体质性低血压一般认为与遗传和体质过于瘦弱有关；体位性低血压是指受检者从卧位到坐位或直立位时，或长时间站立中出现血压突然下降并伴有明显症状；继发性低血压是由某些疾病或药物引起的低血压状态。低血压状态可导致血液循环缓慢，组织细胞缺血、缺氧，尤其影响大脑和心脏的血液供应，长期如此将使人体功能大大下降，严重时会影响到生活和工作。因此，体检中发现低血压，作不合格结论。

2.2 诊断要点

2.2.1 高血压 是指在未服药、血压的测量和认定方法基本符合条件（即测得的血压基本能代表其基础血压）的情况下，成年人（年龄大于 18 岁）收缩压≥140 mm Hg 和（或）舒张压≥90 mm Hg。为便于体检操作掌握，《标准》对高血压认定作出适当调整，即在排除服用降压药情况下，血压等于 140/90 mm Hg，作合格结论。

1) 病史询问要点：高血压可以没有任何症状，故应重点询问以往有无高血压史及波动范围，是否曾服药治疗，特别是近 1 周内有无服用降压药。

2) 体格检查要点：按照操作规程正确测量血压（详见第 2 篇中有关内容），注意排除内、外在影响因素，力求测得基础血压。

3) 辅助检查要点：只要掌握正确测量方法并注意排除相关干扰因素，一般不需做辅助检查即可明确高血压诊断。

2.2.2 低血压 一般认为成人右上肢血压低于 90/60 mm Hg 时属于低血压。

1) 病史询问要点：注意询问有无相关症状，如经常精神疲惫、心慌、乏力、头晕、晕厥、黑朦（眼前发黑），尤其是午饭后嗜睡、精神不集中、记忆力减退等，对血压偏低而无上述症状者，还应询问对较强体力劳动和运动的耐力情况。

2) 查体要点: 测量时发现血压偏低时, 应加测对侧上臂血压。双侧收缩压相差 10 mm Hg 以内, 视为正常血压差异, 记录高的一侧血压数值, 并以此作结论; 若双侧收缩压相差大于 10 mm Hg, 应警惕大动脉炎等疾病, 须另做有关检查, 以明确诊断。

3) 辅助检查要点: 作为体检, 一般不需辅助检查即可作出血压是否合格的结论。

2.3 注意事项

2.3.1 关于影响血压测量结果因素的控制 在各种入职体检(包括公务员录用体检)中, 血压测量都是一个容易发生偏差的项目, 因此应特别注意以下几点:

1) 应对参检人员进行培训, 合格后方可上岗体检。测血压的护士和内科体检、主检医师必须熟悉血压的测量和认定方法、诊断标准。

2) 在大样本的群体体检中应做好血压测量和诊断、结论的质量控制, 以便及时发现和纠正过宽、过严等倾向性问题。

3) 认真细致地做好有争议个体的复查、结论工作。

2.3.2 关于基础血压的测量 为便于掌握, 以下几条可作为取得基础血压的主要条件:

1) 受检者状态: 近日无严重失眠、无高度精神压力和紧张情绪; 1 周(通常与大多数降压药物的 5 个半衰期相近)内未服用各类有降或升血压作用的药物、保健品、某些食物等; 测压前 2 小时内无较剧烈的体力、脑力活动; 体检过程中避免精神亢奋、紧张, 保持安静、从容、少语。

2) 体检场所: 体检秩序良好, 无明显拥挤、嘈杂, 无通风不良、温度过高或过低等情况存在; 科室间距离适宜, 最好无须上下楼梯。

3) 血压测量室: 室内相对面积宽松, 除 1 名正在测量者外, 只应留 1 名待检者。室外有待测休息室, 每名受检者测压前应静坐休息 5~10 分钟, 整个体检过程中受检者不能跑、快速上下楼、说笑打闹等。

4) 血压计: 使用水银柱式血压计, 事先应校正。

袖带性血压误差的粗略校正: 血压计袖带宽度是针对 95% 的成人上臂周径设计的, 上臂周径过大(粗)者, 所测血压值较实际血压偏高, 记录时可适当减 3~5 mm Hg; 上臂周径过小(细)者, 记录时可适当加 3~5 mm Hg。

5) 正确测量血压及认定: 详见本《手册》第 2 篇第 1.1.2 节“血压测量”。

6) 血压测量的质量控制: 体检中血压高的检出率常常高于相应人群高血压的患病率, 其原因中, 较多见的是体检环境嘈杂、拥挤, 受检者精神紧张、状态不稳定(如匆忙急躁、走动

多甚至跑步上楼等)、血压测量方法不规范等。在涉及到是否合格的选拔性体检中,以精神紧张因素所致者尤为多见。因此对每批规模较大的体检,血压测量应当有质量控制,当发现血压高的检出率明显高出相应人群高血压的患病率(例如18~35岁人群的高血压患病率约5%左右)时,应注意寻找出可能存在的普遍性干扰因素并加以改进。

7)关于血压的复查:首次测量血压高于合格标准者允许复查。为保证测量数值的真实性,复查应在同一天完成。宜选择在本批次体检已近结束、现场人员已明显减少、测量工作已相对宽松时进行。可重复测量2~3次,每次间隔15~30分钟,选其中低值记入体检表。复查应在首次血压测量后2小时内完成。

2.3.3 关于血压合格与否的结论

1)既往有明确高血压病史且正在服用降压药物治疗者,即便本次血压测量值在正常范围,仍应诊断为高血压,不合格。

2)有高血压病史但近1周内确实未服用降压药者,应以本次血压测量结果作为诊断和结论的依据,因为其体内已无降压药作用,本次测量值应视为其基础血压。

3)病史中的高血压是病因明确的某种继发性高血压者,除非病因已彻底去除,否则一律作不合格结论。这是因为继发性高血压本身可能有血压波动(如嗜铬细胞瘤),且对健康和工作的影响多大于原发性高血压。

2.3.4 对故意隐瞒高血压病史(包括服用降压药物史)者,按有关规定办理。

3 关于血液病

第三条 血液病,不合格。单纯性缺铁性贫血,血红蛋白男性高于90 g/L、女性高于80 g/L,合格。

3.1 条文解释

血液系统由血液与造血器官组成,造血器官包括骨髓、脾脏、淋巴结及分散在全身各处的淋巴组织和单核-吞噬细胞系统。血液系统疾病系指原发于和主要累及血液与造血器官的疾病(前者如白血病,后者如缺铁性贫血),俗称血液病。患其他系统性疾病而有血液方面改变者,只能称为系统性疾病血液学表现,而非真正的血液病。

血液病一般可分为红细胞疾病(主要为各种贫血)、白细胞疾病、出血性疾病、造血干细胞疾病等,临床上主要表现为贫血、出血、发热及恶性细胞浸润所致的淋巴结、肝、脾肿大等,不同疾病又各有其特点。现仅就较常见的一些疾病做简要说明。

3.1.1 贫血 系指单位容积血液中血红蛋白含量低于参考值的下限,同时常伴有不同程度的红细胞数量和红细胞压积减少。一般认为,在平原地区,血红蛋白含量成人男性 $<120\text{ g/L}$,女性 $<110\text{ g/L}$,即可诊断为贫血。贫血可原发于造血器官疾病,也可继发于某些系统性疾病(如慢性肾病、慢性肝病、各种病原所致慢性感染、恶性肿瘤等)。贫血的病因学判断非常重要,病因不同预后各异,除某些原因造成的缺铁性贫血外,往往难以彻底治愈,属体检不合格。常见的贫血有以下几种:

1) 缺铁性贫血:是最常见的一种贫血,系体内缺乏合成血红蛋白所必需的铁所致,其特点为小细胞低色素性贫血。常见病因包括慢性失血(如月经多、痔出血、溃疡病、钩虫病等)和铁吸收不良(如胃大部分切除术后、长期腹泻、胃酸缺乏、嗜好浓茶等)。预后取决于病因能否消除,若能消除病因,贫血多能很快纠正。所谓单纯性缺铁性贫血,也是从病因角度而言,主要指不良饮食习惯或月经过多、痔出血等原因引起的贫血,此类贫血在血红蛋白含量男性不低于 90 g/L 、女性不低于 80 g/L 时症状并不明显,病因易消除,对机体影响较小,病因消除后血红蛋白含量易恢复正常,预后较好,故可按合格处理。

2) 再生障碍性贫血:简称再障,是多种病因引起骨髓造血功能衰竭及造血微环境损伤所导致的以全血细胞减少为主要特征的一种综合病征。常见病因有药物、化学毒物、电离辐射、病毒感染、骨髓增生异常等。再障分为急性型和慢性型两种。急性型起病急、进展迅速,临床主要表现为出血(如消化道出血、血尿、眼底出血和颅内出血等),容易并发感染,病死率高;慢性型起病缓慢,多以贫血为主要表现,病程较长,缓解、发作可反复交替,迁延多年不愈。本病一经诊断,即作不合格结论。

3) 巨幼细胞性贫血:是由于叶酸和/或维生素 B_{12} 缺乏致DNA合成障碍所引起的贫血。其特点为造血细胞体积增大,涉及红细胞、粒细胞、巨核细胞系列,临床上常表现为全血细胞减少及伴胃肠道症状。常见原因为长期素食、偏食、蔬菜烹调不当、不适当的节食、胃肠道疾病引起吸收不良、服用干扰叶酸和/或维生素 B_{12} 吸收的药物等。本病一经诊断,即作不合格结论。

4) 骨髓病性贫血:是由于骨髓被肿瘤细胞或异常组织浸润而引起的继发性贫血,其特点为骨痛、骨质破坏,贫血伴幼粒幼红细胞血像。常见病因有急慢性白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞增生症及转移癌等。本病一经诊断,即作不合格结论。

5) 溶血性贫血:系因红细胞破坏加速、超过骨髓造血功能的代偿能力而发生的贫血,其主要特点为贫血、黄疸、脾大、网织红细胞增多及骨髓幼红细胞增生。溶血原因可由红细胞膜

的结构与功能缺陷、酶缺陷等红细胞遗传缺陷所致,也可由感染、理化、免疫、代谢等后天因素而引起。根据红细胞破坏的主要场所可分为血管内溶血和血管外溶血。两者均作不合格结论。

3.1.2 红细胞增多症 是指单位容积血液中红细胞数、血红蛋白含量和红细胞压积明显高于参考值,通常血红蛋白 ≥ 180 g/L、红细胞数 $\geq 6.0 \times 10^{12}/L$ 或红细胞压积 ≥ 0.55 即可诊断为红细胞增多症。其病因有多种,可以是血浆容量减少造成的相对性红细胞增多,也可以是组织缺氧导致的继发性红细胞增多,也有原因不明的真性红细胞增多症(也称原发性红细胞增多症)。继发性红细胞增多症者是否合格,需视病因情况而定。对一时性脱水所致血红蛋白含量及红细胞计数略超过参考值、经正常饮水可纠正者,可作出合格的结论;对其他病因所致者,均应根据原发病性质,作出不合格结论。

1) 继发性红细胞增多症:各种原因引起的组织缺氧都可导致代偿性的红系细胞增生即继发性红细胞增多症。常见原因为吸烟过多、高原性红细胞增多症、青紫型先天性心脏病、慢性阻塞性肺部疾病、肿瘤、肾脏疾病、肥胖-肺通气不良综合征等。

2) 真性红细胞增多症:是一种以红系细胞异常增殖为主的慢性骨髓增殖性疾病,起病缓慢,其特点为皮肤黏膜暗红、脾大、红细胞数及血容量增加伴全血细胞增多,常有神经系统及血液循环功能障碍、血栓形成、心力衰竭等。本病一经诊断,作不合格结论。

3.1.3 白细胞疾病 包括各类白细胞减少和增多性疾病。

1) 白细胞减少症和粒细胞缺乏症:白细胞减少症是指外周血白细胞计数 $< 4.0 \times 10^9/L$,其中以中性粒细胞减少占绝大多数,当中性粒细胞总数 $< 0.5 \times 10^9/L$ 时称为粒细胞缺乏症。两者的病因大致相同。最常见的病因有药物(抗肿瘤药物、免疫抑制药、抗生素、抗甲状腺药物、抗心律失常药、抗组织胺药及镇静药等)反应、放射性和化学物质损伤、免疫介导的骨髓损伤、骨髓被异常细胞浸润(如肿瘤细胞)、某些细菌和病毒感染、粒细胞成熟障碍(如叶酸、维生素 B_{12} 缺乏所致者)等。此外,在血池中分布异常、需求增加、消耗破坏加速也可引起此症。

由于大多数病因是后天因素,在病因未消除、白细胞总数或中性粒细胞数未恢复到正常并持续稳定前,作不合格结论。

2) 中性粒细胞增多症:是指外周血中性粒细胞数 $> 7.0 \times 10^9/L$ [白细胞参考值(4.0~10.0) $\times 10^9/L$,中性粒细胞占50%~70%,故其绝对值应 $\leq 7.0 \times 10^9/L$]。其病因主要有急性感染、组织坏死、严重烧伤、中毒、药物反应、骨髓增殖性疾病(慢性粒细胞白血病、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、骨髓纤维化)、某些恶性肿瘤等;也可因生理性原因如妊娠、情绪激动、

剧烈运动等发生。本病是否合格需视病因情况而定，对于可能为轻度炎症、运动或情绪因素所致，白细胞轻度升高且复查能恢复正常者，可作合格结论。

3.1.4 恶性淋巴瘤 是指原发于免疫系统（淋巴结或结外淋巴组织）的恶性肿瘤，其特点是淋巴细胞或/和组织细胞大量增生。临床上常表现为无痛性、进行性淋巴结肿大，发热，肝脾肿大，晚期可见恶液质和贫血等。本病一经诊断，作不合格结论。

3.1.5 多发性骨髓瘤 为恶性浆细胞增生疾病中最常见的一种，其特点是单克隆浆细胞在骨髓中呈肿瘤性增生，从而破坏骨组织。临床上主要表现为骨痛、病理性骨折、贫血、高血钙、肾功能损害及易发生感染等。本病一经诊断，作不合格结论。

3.1.6 脾功能亢进 是一种综合征，可由多种原发或继发病因所引起，如感染、淤血（心力衰竭、肝硬化、门静脉或脾静脉阻塞等）、异常免疫反应、骨髓增殖性疾病等。临床特点是脾脏肿大伴有红细胞、白细胞、血小板单独或同时减少。本病一经诊断，作不合格结论。

3.1.7 出血性疾病 正常的止血机制由血管、血小板及凝血机制三方面协同作用共同完成，任何一个方面发生障碍都可导致异常出血，即出血不止或过多，称为出血性疾病。

1) 血小板减少症：是指外周血中血小板计数低于参考值下限（ $100 \times 10^9/L$ ）。当血小板计数低于 $50 \times 10^9/L$ 时可能会有出血，低于 $20 \times 10^9/L$ 时出血症状会加重，表现为皮肤黏膜出血点（直径 $< 2 \text{ mm}$ ）、紫癜（直径 $3 \sim 5 \text{ mm}$ ）或瘀斑（直径 $> 5 \text{ mm}$ ）、牙龈出血、鼻出血，重者可有内脏出血，如便血和尿血等。引起血小板减少的病因很多且复杂，绝大多数情况下这些病因是难以纠正的，作为体检，也不必进行病因学诊断，血小板减少症一经诊断，一般作不合格结论。若确能证实为病毒感染、药物因素等所致血小板一时性轻度减少，无出血倾向，消除上述因素后复查血小板计数能恢复正常水平者，可按合格处理。

2) 血小板减少性紫癜：属血小板减少症的一种类型，包括特发性、继发性及血栓性血小板减少性紫癜，其共同特点是有出血症状并伴血小板减少。本病根据临床表现及实验室检查不难诊断，作为体检，无须再作分类诊断。一经诊断，作不合格结论。

3) 过敏性紫癜：是一种较常见的变态反应性出血性疾病，主要是由于机体对某些物质发生变态反应而引起毛细血管壁通透性和脆性增高，导致渗出性出血。主要病因有感染、药物、食物等因素。根据临床表现分为单纯型、腹型、关节型、肾型及混合型。本病一经诊断，作不合格结论。

4) 血友病: 是一组因遗传性凝血活酶生成障碍引起的出血性疾病, 以阳性家族史、幼年发病、自发或轻度外伤后出血不止、血肿形成及关节出血为特征。本病是一种终身性疾病, 尚无根治方法, 一经诊断, 作不合格结论。

3.1.8 白血病 系造血系统的恶性肿瘤, 约占癌症总发病率的 5% 左右。其特征是某一类型的白血病细胞在骨髓或其他造血组织中呈肿瘤性增生, 并浸润体内其他器官和组织, 正常造血受抑制, 而产生相应的症状和体征。临床上常有贫血、发热、感染、出血和肝、脾、淋巴结不同程度的肿大等表现。本病一经诊断, 作不合格结论。

3.2 诊断要点

3.2.1 缺铁性贫血

1) 病史询问要点: 有无慢性失血史 (如月经过多、溃疡病出血、痔出血等) 及导致铁吸收障碍的原发疾病 (如胃大部切除史、萎缩性胃炎、长期腹泻史等), 注意寻找贫血的病因学证据; 有无贫血的症状, 如头晕、乏力、活动后心慌气短等。

2) 查体要点: 皮肤黏膜苍白是贫血的主要体征, 一般以观察甲床、手掌皮肤皱褶、口腔黏膜、睑结膜较为可靠。注意有无其他体征如口角炎、舌炎、心率增快等。

3) 辅助检查要点:

血常规: 是诊断贫血的主要依据, 可采用全自动血细胞仪进行分析, 缺铁性贫血特征为小细胞低色素性贫血。一般通过血常规检查并结合病史、体征, 多可明确诊断。

网织红细胞计数: 在贫血者中应作为常规补充检查。缺铁性贫血者网织红细胞计数大多正常。

不能确定贫血性质时, 可根据当地条件选择进一步检测项目, 如测定血清铁蛋白、血清铁、总铁结合力或红细胞游离原卟啉等, 以确定是否为缺铁性贫血, 并进一步寻找缺铁病因, 以便作出是否合格的结论。

3.2.2 再生障碍性贫血

1) 病史询问要点: 注意询问可能存在的病因 (病毒感染, 服用药物, 接触放射线、毒素或化学品工作环境等)、起病时间、贫血症状 (乏力、头昏、心悸、气短等)、有无易感染 (经常发热) 及出血史 (鼻出血、牙龈出血、结膜出血、呕血、咯血、便血等)。

2) 查体要点: 注意皮肤黏膜有无苍白、出血点、瘀斑、血肿等, 有无发热、感染等。

3) 辅助检查要点:

血常规：主要表现为全血细胞（红细胞、白细胞及血小板）减少，如果仅红系细胞减少，则为纯红细胞再生障碍性贫血。再生障碍性贫血的特点是呈正色素正细胞性贫血。

网织红细胞计数：显著减少。

对公务员体检而言，只要发现为全血细胞减少，即作不合格结论，一般无须再进行全血细胞减少的病因学诊断。

3.2.3 巨幼细胞性贫血

1) 病史询问要点：有无叶酸及维生素 B₁₂ 缺乏的常见病因（如烹调加热时间过长、偏食、完全性素食、慢性胃肠道疾病、服用干扰叶酸及维生素 B₁₂ 吸收的药物等），有无贫血症状（乏力、头昏、心悸、气短等），有无伴随的消化道症状（如食欲不振、恶心、腹泻等）。

2) 查体要点：注意有无皮肤黏膜苍白（同缺铁性贫血）、舌乳头萎缩或消失，有无肌力异常、步行障碍等神经系统体征。

3) 辅助检查要点：

血常规：呈大细胞性贫血特征，白细胞和血小板也常减少。

若不能确定贫血性质，可根据当地条件选择进一步检测项目，如血清维生素 B₁₂、叶酸和红细胞叶酸测定等，以确立诊断及结论。

3.2.4 骨髓病性贫血

1) 病史询问要点：有无引起骨髓病性贫血的原发疾病史（急慢性白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞增生症及转移癌等），有无骨痛、骨折史。

2) 查体要点：注意贫血、肝脾肿大及原发疾病的相关体征。

3) 辅助检查要点：血常规检查呈正常细胞性贫血。

对贫血、骨痛伴无确切原因可解释的肝脾肿大等可疑病例，必要时可组织会诊或做进一步检查，如骨 X 线片有无骨质破坏，骨髓片有无瘤细胞，以及有无幼粒幼红细胞血像等，以明确诊断。

3.2.5 溶血性贫血

1) 病史询问要点：血管内溶血为急性，多较严重，在体检中少见；体检中若发现本病，多为慢性血管外溶血所致，应询问苍白、乏力的起病时间，先天性者常为自幼起病，后天性者应询问有无输血、服用特殊药物或食物及相关原发疾病史。

2) 查体要点：注意有无皮肤黏膜苍白、心率加快、巩膜黄染、肝脾肿大等体征。

3) 辅助检查要点：

血常规：呈正常细胞性贫血。

网织红细胞计数：多升高。

一般根据贫血特点以及兼有黄疸、脾大、网织红细胞升高即可诊断。可疑病例可做进一步检查，如血胆红素（本病的特征是以血清间接胆红素增高为主）、游离血红蛋白、血红蛋白尿、含铁血黄素尿等，以进一步确诊。

3.2.6 红细胞增多症

1) 病史询问要点：有无慢性缺氧性疾病（如肺原性心脏病、先天性心脏病、严重睡眠呼吸暂停综合征等）史及高原居住史、生理性脱水病史等。

2) 查体要点：注意有无颜面红紫等多血质外貌，有无脾肿大、高血压等体征。

3) 辅助检查要点：血常规检查血红蛋白 ≥ 180 g/L，红细胞数 $\geq 6.0 \times 10^{12}/L$ ，白细胞和血小板数也多增高。

3.2.7 白细胞减少症和粒细胞缺乏症

1) 病史询问要点：有无导致本病的病因（如药物、中毒、感染、某些营养素缺乏等）及继发感染史。

2) 查体要点：本病一般没有阳性体征，主要通过病史提示及血液检验来诊断。

3) 辅助检查要点：血常规检查白细胞计数低于参考值下限，红细胞及血小板一般正常。根据白细胞减少程度诊断为白细胞减少症或粒细胞缺乏症。

3.2.8 中性粒细胞增多症

1) 病史询问要点：有无引起中性粒细胞增多的病因，如急性感染、组织坏死、严重烧伤、中毒、药物反应、骨髓增殖性疾病（慢性粒细胞白血病、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、骨髓纤维化）、某些恶性肿瘤等。

2) 查体要点：重点检查有无原发疾病的相关体征。

3) 辅助检查要点：血常规检查中性粒细胞绝对值 $> 7.0 \times 10^9/L$ ，即可作出诊断。

3.2.9 恶性淋巴瘤

1) 病史询问要点：以往有无淋巴瘤病史，对有浅表淋巴结肿大体征者应重点询问淋巴结肿大的进展情况以及有无疼痛、发热等症状。

2) 查体要点：有无全身浅表淋巴结肿大，若有注意其硬度、活动度、是否融合；有无肝脾肿大。

3) 辅助检查要点：

血常规：可有贫血、淋巴细胞数量增多。

胸部 X 线片：可见纵隔阴影增宽、肺门淋巴结肿大。

腹部 B 超：除肝脾肿大外，可见腹膜后淋巴结肿大。

以淋巴结肿大为主要表现者，必要时可取淋巴结活检，以进一步明确诊断。

3.2.10 多发性骨髓瘤

1) 病史询问要点：多发性骨髓瘤的临床表现多种多样，早期主要表现为骨痛、易骨折，病史询问时应注意。

2) 查体要点：本病体征一般不明显，有时可见贫血，诊断主要是依靠病史提示和有针对性的辅助检查。

3) 辅助检查要点：对有骨痛或病理性骨折、贫血、反复发热等可疑病例，必要时可组织会诊或做进一步检查，根据骨骼 X 线片有无溶骨及骨质破坏、骨髓片有无异常浆细胞增多、尿本周蛋白是否阳性、血浆蛋白电泳有无 M 成分等作出诊断。

3.2.11 脾功能亢进

1) 病史询问要点：既往有无慢性肝炎、血吸虫病等疾病史，注意寻找原发疾病的线索。

2) 查体要点：查体可见脾脏肿大及原发疾病的相关体征。

3) 辅助检查要点：

血常规：全血细胞减少或白细胞、血小板减少。

腹部 B 超：显示脾脏肿大。

一般根据血液检查特点、B 超检查提示脾脏肿大，结合原发疾病综合判断，即可诊断。

3.2.12 血小板减少症

1) 病史询问要点：有无反复的皮肤黏膜出血（如鼻出血或牙龈出血）史。

2) 查体要点：注意出血的性状和部位，有无紫癜、牙龈出血点、口腔黏膜血疱等，有无肝、脾、淋巴结肿大。

3) 辅助检查要点：血常规检查血小板计数低于参考值下限，即可诊断。

3.2.13 血小板减少性紫癜

1) 病史询问要点：有无反复的皮肤黏膜出血史，如鼻出血或牙龈出血，有无家族出血史。

2) 查体要点：注意有无紫癜、牙龈出血点、口腔黏膜血疱等，有无肝、脾、淋巴结肿大。

3) 辅助检查要点：血常规检查血小板计数低于参考值下限。

有出血症状并伴血小板减少即可诊断。

3.2.14 过敏性紫癜

1) 病史询问要点: 有无自发性的皮肤紫癜, 尤其是两下肢皮肤反复出现紫癜, 紫癜治疗情况, 是否可自发消退; 有无其他类型紫癜的相关症状如腹痛、关节痛、血尿等。

2) 查体要点: 单纯型过敏性紫癜病变仅表现在皮肤, 紫癜的特点是分布于四肢、臀部, 多在伸侧, 多为对称性, 皮疹分批出现, 可高出皮面伴痒感; 其他各型紫癜可在皮肤紫癜发生前或发生后出现相应体征, 如腹型紫癜可有腹部脐周压痛, 关节型紫癜可见关节红肿、压痛及功能障碍, 肾型紫癜可有水肿、血压增高等, 结合紫癜特点一般容易诊断。

3) 辅助检查要点:

血常规: 血小板计数正常。

尿常规: 肾型紫癜可有镜下血尿、尿蛋白阳性。

3.2.15 血友病

1) 病史询问要点: 有无家族史, 有无皮肤黏膜自发出血或轻伤后出血不止史, 或月经过多史, 创伤或手术时有无异常出血史等。

2) 查体要点: 发作期可有关节肿胀和压痛等体征。

3) 辅助检查要点: 本病主要通过病史进行诊断, 必要时可进一步做凝血时间、部分凝血活酶时间等血液学检查确诊。

3.2.16 白血病

1) 病史询问要点: 有无发热、出血、贫血等相关症状。

2) 查体要点: 检查有无皮肤黏膜出血点、瘀斑, 有无贫血貌, 有无肝、脾、淋巴结肿大及胸骨压痛等体征。

3) 辅助检查要点: 血常规检查白细胞总数可升高, 分类可见各期白细胞; 多呈正常细胞性贫血。

可疑病例应及时请血液科会诊, 必要时作骨髓检查以明确诊断。

3.3 注意事项

3.3.1 血液病种类繁多, 临床表现多种多样, 体检中应尽量详细询问并记录病史(本人应如实反映), 以寻找原发疾病线索; 查体应认真全面, 避免遗漏重要体征; 除了血常规检查, 必要时可增加实验室辅助检查项目。要综合分析病史询问、查体和辅助检查结果, 尽可能地避免漏诊。

3.3.2 血液病多属于全身性、难治性疾病，对健康的影响大多较为严重，故原则上均按不合格处理。但有些血液病，其病因明确（如病毒感染、药物反应、炎症等）且易于纠正，对健康影响较小（如只引起血小板或白细胞一过性轻度减少或增高、轻度缺铁性贫血等），消除病因后复查能够很快恢复正常，可按合格处理。

3.3.3 血液病的病因复杂，有些病因体检中一时难以明确，且体检的目的主要不是针对病因寻找治疗方法，故应注意把握疾病的诊断，能够作出是否合格的结论即可。除贫血外，对其他一些血液病的病因学诊断、病名诊断不必过分深究，例如可作出血小板减少症、紫癜等初步诊断并在此基础上作出不合格结论，而没有必要作出是何种血小板减少症、何种紫癜的诊断。

4 关于结核病

第四条 结核病不合格。但下列情况合格：

1. 原发性肺结核、继发性肺结核、结核性胸膜炎，临床治愈后稳定 1 年无变化者；
2. 肺外结核病：肾结核、骨结核、腹膜结核、淋巴结核等，临床治愈后 2 年无复发，经专科医疗机构检查无变化者。

4.1 条文解释

结核病是由结核分枝杆菌侵入人体后引起的慢性传染病。结核分枝杆菌可侵犯各个脏器，但由于它主要是通过呼吸道传播，故结核病以肺结核最为多见，约占结核病总数的 90%。临床表现可分为全身症状和局部症状，前者表现为低热、盗汗、乏力、消瘦、食欲不振等，后者主要表现为咳嗽、咯痰、咯血、胸痛等呼吸系统症状。根据《中华人民共和国传染病防治法》，肺结核被列为乙类传染病进行管理，痰涂片或培养找到结核分枝杆菌的患者是结核病的传染源，也是结核病控制工作的重点对象。

4.1.1 结核病的临床分类 采用 1998 年制定的中国结核病分类法。

1) 原发性肺结核（I 型）：指初次感染引起的结核病，包括原发综合征及胸内淋巴结结核。多数患者临床症状轻微。本型肺结核多见于儿童，近年来青年和成年人发病率有增高趋势。

2) 血行播散性肺结核（II 型）：结核分枝杆菌进入血流后广泛散布到肺而引起的肺结核。急性血行播散性肺结核（急性粟粒型肺结核）系大量结核分枝杆菌一次或短期内多次进入血流播散至肺部所致；亚急性或慢性血行播散性肺结核系少数结核分枝杆菌在较长时间内多次进入血流播散至肺部所致。

3) 继发性肺结核(Ⅲ型): 是成年肺结核中的最常见类型,多数为体内潜伏的结核分枝杆菌重新繁殖引起已静止的原发病灶重新活动所致,少数为外源性再感染所致。本型肺结核包含浸润型和慢性纤维空洞型肺结核。

4) 结核性胸膜炎(Ⅳ型): 可发生于任何年龄,胸膜炎可与肺部结核同时出现,也可单独发生而肺内未见结核病灶,临床上分为干性和渗出性结核性胸膜炎。

5) 其他肺外结核(Ⅴ型): 按结核病灶所在的部位及脏器命名,如肾结核、骨结核、结核性脑膜炎、腹膜结核(结核性腹膜炎)、肠结核、肠系膜淋巴结结核、泌尿生殖系结核及淋巴结结核等。

4.1.2 结核病临床治愈标准 《标准》中所列的各种结核病,包括现症患者及经治疗但还未达到临床治愈标准者,均作不合格结论。另外,对血行播散性肺结核,《标准》未作出明确说明,是因为此型肺结核病变广泛,治疗后病变完全吸收者视为临床治愈,病变融合者按继发性肺结核标准处理。

按照本条款规定,结核病必须达到临床治愈并稳定1~2年方可作合格结论。具体判定标准如下:

【肺结核临床治愈】

经规范疗程(初治6个月,复治8~12个月,耐药及耐多药病例18~24个月)的抗结核药物治疗,停药后病变全部吸收或无活动性(病灶稳定),经过1年的观察随访,无细菌学复发和病灶活动(痰抗酸菌涂片每月3次、连续6个月均阴性或结核分枝杆菌培养阴性),可以作出临床治愈的诊断及合格的结论。

【肺外结核临床治愈】

经规范疗程的抗结核药物治疗,停药后病变全部吸收或无活动性(病灶稳定),分泌物结核分枝杆菌培养阴性,经过2年的观察随访,无细菌学复发和病灶活动,可以作出临床治愈的诊断及合格的结论。

4.2 诊断要点

4.2.1 肺结核

1) 病史询问要点: 有无肺结核接触史,有无低热、盗汗、乏力、消瘦、食欲不振等全身症状,有无咳嗽、咯痰、咯血、胸痛等呼吸系统症状。

2) 查体要点: 肺结核如果病变范围不大,体征一般并不明显。查体中注意有无贫血貌、消瘦,肩胛间区有无湿啰音或局限性哮鸣音。结核性胸膜炎可因积液量不同体征各异,少量积

液时可无异常体征；积液较多时可见患侧胸廓饱满、肋间隙增宽，严重胸膜增厚时患侧胸廓塌陷、肋间隙变窄，两者均表现呼吸运动减弱、呼吸音减低或消失。干性胸膜炎听诊可闻及胸膜摩擦音。

3) 辅助检查要点：

(1)胸部 X 线检查：可以判断病变部位、范围、性质及有无空洞形成等，并根据 X 线表现确定肺结核的类型。由于轻症肺结核的临床症状和体征多不典型或完全缺如，痰检阳性率不高，因此胸部 X 线检查成为诊断肺结核的重要依据，通过常规 X 线胸片可以解决部分肺结核的诊断问题。但肺结核的影像学表现复杂繁多，且受读片医师水平和经验等因素的影响，因此应注意避免单纯依靠 X 线影像诊断，可结合其他辅助检查结果综合分析后作出判断。例如，对于 X 线胸片怀疑为肺结核者，必要时以 CT 作为补充检查手段，或者进一步做痰抗酸菌涂片、结核分枝杆菌培养、结核菌素试验（PPD5TU）、抗结核抗体检测等，以明确诊断。

各型肺结核的胸部 X 线表现如下：

①原发性肺结核：包括原发综合征及胸内淋巴结结核。肺内斑片状渗出病变为原发灶，沿淋巴管达相应的肺门或纵隔淋巴结，导致淋巴结炎、淋巴结肿大。原发病灶、淋巴管炎及淋巴结炎形成“哑铃型”，即典型的原发综合征，轻者可自愈；当原发病灶吸收后，部分原发性肺结核即表现为胸内淋巴结结核。

②血行播散性肺结核：急性粟粒型肺结核表现为散布于两肺野、分布均匀、密度和大小相近的粟粒状阴影，正常肺纹理常不能显示；亚急性或慢性血行播散性肺结核表现为大小不一、密度不同、分布不均的结节状阴影，病灶多见于两肺中上肺野。

③继发性肺结核：病变多位于单侧或双侧肺野上方，病灶的性质复杂多样，渗出、增殖、干酪性病变可同时并存。渗出性病灶常表现为云絮状或小片状浸润阴影，边缘模糊；增殖性病变多表现为边缘清晰、密度增高的结节状阴影；干酪性病变更呈颗粒状、结节状、团块状（结核球）、大片实变状阴影。

④结核性胸膜炎：因积液量不同，X 线影像表现各异。少量积液时正位胸片可见肋膈角模糊或消失；中、大量积液时可见自胸腔外上斜向内下呈弧形的均匀、密度增高阴影。若与肺部结核同时存在，X 线可见肺内病灶。干性胸膜炎 X 线可无异常发现。

(2)痰细菌学检查：痰抗酸菌涂片、结核分枝杆菌培养是确诊肺结核病最特异的方法，阳性者即可诊断。涂片或培养阳性表示结核病活动，并具有传染性，需要进行重点防治。有符合肺结核的临床和 X 线影像表现时，涂片阴性并不能除外肺结核的诊断。

(3)其他辅助检查:结核菌素试验阳性说明已感染结核分枝杆菌或接种过卡介苗,强阳性有助于结核病诊断。但由于结核菌素试验主要提示结核分枝杆菌感染后机体反应的强烈程度,而不能说明是否患结核病,因此只能作为参考指标,需结合其他临床情况考虑确诊。

4.2.2 其他肺外结核

1)肾结核:常继发于全身其他器官的结核病变,尤其是肺结核。肾结核多发生在20~40岁的成人,全身症状一般不明显,主要表现为膀胱刺激症(尿频、尿急、尿痛)以及血尿、脓尿、腰痛等。查体时应注意全身其他部位有无结核病灶,尤其是男性的前列腺、输精管、附睾有无结节,肾区有无肿块,肋脊角有无叩痛。需注意肾结核在初期临床症状甚少,一般仅在检验尿液时有异常发现。肾结核的尿液检查呈酸性反应,可见红细胞、白细胞数量增多,甚至出现蛋白尿和肾功能异常,进一步做尿液涂片或培养查出结核分枝杆菌即可确诊。腹部CT、B超检查可发现肾实质破坏、钙化、空洞。静脉肾盂造影对诊断也有帮助。

2)骨结核:绝大多数继发于肺结核,常见发病部位是脊柱,其次是膝、髌、肘等关节。可有午后低热、倦怠、食欲减退、盗汗和体重减轻等全身中毒症状。查体可见患病关节功能障碍、肿胀、疼痛和畸形。可疑病例应做相应部位X线或CT等检查,以明确诊断。

3)腹膜结核:即结核性腹膜炎,是由于结核分枝杆菌感染而引起的慢性弥漫性腹膜炎,分为渗出型(腹水型)、干酪型和粘连型等3种类型,以渗出型最为多见。如果3种类型重叠存在,称为混合型。除全身中毒症状(低热、盗汗、乏力、消瘦等)外,查体可有腹部压痛伴反跳痛,粘连型者腹壁触诊有柔韧感(揉面感);可有腹水征;腹部包块多见于粘连型或干酪型。

4)淋巴结结核:重点询问有无结核病密切接触史、结核病病史或淋巴结结核破溃史。颈淋巴结结核较为多见,早期表现为颈部淋巴结慢性无痛性肿大,淋巴结质硬、成堆、活动或粘连成串,也可液化破溃形成慢性窦道。X线胸片有时可伴有肺部结核病灶。对可疑病例,可进行活组织病理学检查,以明确诊断。

4.3 注意事项

4.3.1 凡临床诊断为进展期的肺结核均属活动性肺结核,无论其是否排菌、是否具有传染性,均作不合格结论。已愈合的陈旧性肺结核,例如结核病灶硬结、钙化,结核性胸膜炎治愈后仅遗留胸膜肥厚、粘连等,可作合格结论。

4.3.2 结核病临床治愈须以二级以上专科医院（含二级专科医院）或结核病防治机构出具的诊断证明为依据，诊断证明应有病情摘要，内容包括诊断、用药经过、停药时间、疗效以及目前情况，以作为判断是否合格的依据。

5 关于呼吸系统疾病

第五条 慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、支气管扩张、支气管哮喘，不合格。

5.1 条文解释

5.1.1 慢性支气管炎 是气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症，发病与吸烟、环境卫生等有密切关系，是一种常见病、多发病。临床分为单纯型与喘息型两型，前者主要表现为反复咳嗽、咯痰，发作时症状轻、时间短，肺功能良好；后者一般发生在支气管阻塞的基础上，除咳嗽、咯痰外尚有气喘症状，多并发阻塞性肺气肿，属慢性阻塞性肺病（COPD），呈进行性发展，不能完全治愈，严重影响呼吸功能。单纯型慢性支气管炎，合格；慢性支气管炎出现阻塞性肺气肿合并症时，不合格。

5.1.2 阻塞性肺气肿 系终末细支气管远端部分（包括呼吸性细支气管、肺泡）膨胀，并伴有气腔壁的破坏。主要症状是呼吸困难逐渐加重，多在慢性支气管炎基础上并发，最初仅在上楼或登山爬坡时有气促，随着病情的发展，在平地活动甚至休息时也感到气短，严重时可出现呼吸功能衰竭、肺心病、右心衰竭等并发症。本病为一种不可逆转的慢性进展性疾病，病程长，致残率高，预后不良，不合格。

5.1.3 支气管扩张 指支气管及其周围肺组织的慢性炎症损坏管壁，以致支气管持续性扩张、变形、扭曲，呈不可逆性支气管壁破坏和管腔扩张。临床表现为慢性咳嗽伴大量脓痰和/或反复咯血，可反复多次继发感染并引起发热、贫血等全身症状，不合格。

5.1.4 支气管哮喘 是嗜酸粒细胞、肥大细胞和 T 淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道慢性炎症性疾病。这种炎症使易感者对各种激发因子产生气道高反应性，并可引起气道缩窄，表现为喘息、气急、胸闷、咳嗽等症状反复发作，常在夜间、清晨发作或加剧，出现广泛多变的可逆性气流受限，可自行缓解或经治疗缓解。本病难以治愈，影响正常生活和工作，一经诊断，即作不合格结论。

5.2 诊断要点

5.2.1 慢性支气管炎

1) 病史询问要点：有无慢性发作性咳嗽、咯痰、呼吸困难等症状；注意环境、职业接触史、吸烟史、药物应用史、过敏史、家族史等。

2) 查体要点: 根据疾病的程度不同, 体征有很大差异。体检时应注意肺部听诊, 注意肺部有无湿、干啰音, 有无肺气肿的相关体征(如桶状胸、肋间隙饱满、心浊音界缩小或消失、呼吸音减弱、肝浊音界下降等)。

3) 辅助检查要点: 一般根据病史和症状即可作出诊断。对于不提供病史或病史不可靠者, 需有明确的客观检查依据。胸部 X 线检查可见肺纹理增粗, 合并肺气肿后可见肺过度充气表现, 如胸廓饱满、肋间隙增宽、膈肌位置下移、两肺透明度增高, 可作出诊断。必要时可做肺功能检查, 以进一步确诊。

5.2.2 阻塞性肺气肿

1) 病史询问要点: 有无反复发作的咳嗽、咯痰、进行性呼吸困难等症状; 注意环境、职业接触史、吸烟史、药物应用史、过敏史、家族史等。

2) 查体要点: 主要特点为桶状胸、肋间隙饱满、心浊音界缩小或消失、呼吸音减弱、肝浊音界下降等。

3) 辅助检查要点: 胸部 X 线检查可见肺过度充气表现, 如胸廓饱满、肋间隙增宽、膈肌位置下移、两肺透亮度增高等。一般根据胸部 X 线检查即可明确诊断。

5.2.3 支气管扩张

1) 病史询问要点: 有无慢性咳嗽、咯脓痰、咯血、胸痛史, 有无发热、盗汗等症状; 注意环境、职业接触史、吸烟史、药物应用史、过敏史、家族史等。

2) 查体要点: 听诊注意有无湿啰音, 观察有无杵状指(趾)、贫血等体征。

3) 辅助检查要点: 胸部 X 线检查可见肺纹理增多、增粗、卷发征、液平面、肺不张等。一般根据病史、临床表现和胸部 X 线检查即可诊断。必要时可做 CT 等检查, 以进一步确诊。

5.2.4 支气管哮喘

1) 病史询问要点: 有无反复发作的喘息、胸闷、气急或咳嗽史; 注意环境、职业接触史、吸烟史、药物应用史、过敏史、家族史等。部分患者在病情稳定期可无阳性体征, 普通 X 线胸片常无阳性发现, 病史可能是唯一诊断依据, 体检中遇可疑病例应认真询问。

2) 查体要点: 发作期内双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音, 呼气相延长; 未发作期可无阳性体征。

3) 辅助检查要点: 一般根据病史、临床表现即可诊断。必要时可进行其他相关检查, 以进一步确诊。

5.3 注意事项

5.3.1 关于慢性阻塞性肺病（COPD）：COPD 是一种具有气流受限特征的疾病，与慢性支气管炎、肺气肿密切相关。本病呈进行性发展，气流受限不完全可逆，最终将导致呼吸功能受损，故不合格。对可疑病例可进一步做肺功能检查，明确诊断和结论。

5.3.2 《标准》条款中所列出的疾病随病程进展均严重影响呼吸功能。凡影响呼吸功能的严重肺部疾病，如矽肺、结节病、肺纤维化等，也应同样处理，作不合格结论。

6 关于胃肠疾病

第六条 严重慢性胃、肠疾病，不合格。胃溃疡或十二指肠溃疡已愈合，1年内无出血史，1年以上无症状者，合格；胃次全切除术后无严重并发症者，合格。

6.1 条文解释

胃肠是消化系统的一部分，本条款所指的胃肠疾病主要包括食管疾病、胃十二指肠疾病、小肠疾病和结肠疾病。食管疾病常见病种有反流性食管炎、食管癌，胃十二指肠疾病常见病种有慢性胃炎（浅表性胃炎、萎缩性胃炎等）、胃溃疡、十二指肠溃疡、胃癌等，小肠疾病常见病种有肠结核、Crohn 病等，结肠疾病常见病种有溃疡性结肠炎、结肠癌等。

胃肠疾病主要症状有厌食、食欲不振、吞咽困难、腹痛、反酸、烧心、呃逆、嗝气、恶心、呕吐、腹胀、腹部包块、腹泻或便秘、里急后重、呕血、便血等，疾病严重或伴有其他并发症时，还可出现发热、乏力、消瘦、失眠、多汗、烦躁不安等全身症状。作为体检，病史在胃肠疾病的诊断中占有重要地位，受检者必须如实反映病史，否则按有关规定处理；体检医师应认真询问病史，全面查体，必要时提出合理和可能进行的进一步检查，力求明确诊断，以便作出合格与否的结论。

本条款规定严重慢性胃肠疾病不合格。关于“严重”二字的含义，主要指以下几种情况：①症状反复发作或迁延不愈者；②需长期药物治疗，否则不能维持正常生活或工作者；③现有或近期内曾发生过严重并发症（如消化道梗阻、出血、贫血、穿孔、营养不良、其他器官损害等）者；④病情进行性加重、恶性变（癌变）可能性大或已癌变者。存在上述任何一种情况，都很难为国家正常、长久地工作，影响履行岗位职责，应视为严重慢性胃肠疾病，作不合格结论。无上述“严重”情况的慢性胃肠疾病，偶需服药但不影响日常生活和工作，应作合格结论。常见慢性胃肠疾病结论的具体掌握，可参见下面的诊断要点。

“胃溃疡或十二指肠溃疡已愈合，1年内无出血史，1年以上无症状者，合格”的含义：消化性溃疡在不服药且正常工作负荷的情况下，症状未再出现，无消化道出血等并发症发生，持续稳定1年以上者，合格。

“胃次全切除术后无严重并发症者，合格”的含义：这里的“胃次全切除术”专指因胃或十二指肠溃疡而进行的手术；“术后无严重并发症”主要是指严重术后远期并发症，包括倾倒综合征、餐后低血糖征、慢性输入襻综合征、吻合口溃疡、残胃癌、术后营养不良及贫血等。凡因胃或十二指肠溃疡而行胃次全切除手术治疗者，至少应观察 1 年，此间无症状出现，无上述并发症，全身一般情况良好，方能作出合格结论。

6.2 诊断要点

胃肠疾病种类繁多，现仅就较为常见者简述如下：

6.2.1 食管癌

1) 病史询问要点：早期症状存在个体差异。注意询问有无吞咽时胸骨后不适、烧灼感或疼痛，食物通过时有无滞留感和梗阻感，有无进行性吞咽困难、食物反流等症状。

2) 查体要点：本病早、中期无特殊体征；晚期可有营养不良、消瘦、贫血等表现。

3) 辅助检查要点：遇可疑病例，必要时可做食管钡餐造影或胃镜检查，不难诊断。

本病一经诊断，作不合格结论。

6.2.2 食管裂孔疝 是指腹腔内脏器（主要是胃）经正常横膈上的食管裂孔凸入胸腔，其临床表现多与并发的反流性食管炎有关。

1) 病史询问要点：有无胸骨后烧灼感或隐痛、反胃，吞咽后有无食物停滞感，有无反酸、嗝气、腹胀；重者可有贫血、心悸、咳嗽、发绀等表现，还可并发食管炎、食管溃疡和狭窄、上消化道出血、癌变等病变，而出现相应症状。

2) 查体要点：无并发症时无特殊体征。

3) 辅助检查要点：X 线钡餐造影多可诊断，必要时可作内镜检查。

症状较重、治疗效果差或有并发症者，不合格；症状轻微、不治疗能正常工作者，合格。

6.2.3 反流性食管炎 是指胃及十二指肠内容物反流至食管内而引起的食管黏膜炎性病变，严重者可并发食管狭窄、出血、穿孔等。

1) 病史询问要点：有无反酸、烧心（饭后 1~2 h 多见），有无胸骨后、剑突下痛并向肩、背、上肢、颈项部放射，有无吞咽困难、反胃等。本病可并发贫血（急、慢性出血而致）、声带炎、咳嗽、哮喘等，甚至以并发症为首发的主要症状。

进食酒精类饮料、甜食、浓茶、冷水等易诱发，弯腰前倾、腹部用力等使腹压升高的特定体位也可诱发病状，为本病的特点。

2) 查体要点：无并发症时无特殊体征。

3) 辅助检查要点: X 线钡餐造影检查对本病有临床诊断价值; 胃镜可直视炎症的范围及程度。

症状轻、不治疗能正常生活工作、无严重并发症(如贫血、声带炎、哮喘等)者, 合格; 否则作不合格结论。

注意: 本病易误诊为心绞痛, 临床上本病约 50% 曾被误诊为心绞痛, 须注意鉴别。同时应注意勿漏诊食管癌。

6.2.4 慢性胃炎 指多种原因引起的胃黏膜的慢性炎症性病变, 主要分为浅表性胃炎和萎缩性胃炎两种, 发病率随年龄而增加。

1) 病史询问要点: 慢性胃炎缺乏特异性症状, 通常表现为上腹隐痛、食欲减退、腹胀、反酸等, 应注意询问以往检查、诊断及治疗经过。

2) 查体要点: 一般无特异表现。萎缩性胃炎可有贫血貌、消瘦、舌炎等。

3) 辅助检查要点: 本病诊断一般需根据病史(包括既往诊治经过及有关证据), 必要时可作内镜检查。

症状轻、不常服药能正常生活和工作者, 合格; 症状重, 需经常服药, 影响日常工作和生活, 或伴有贫血、体质较差者, 不合格。

6.2.5 消化性溃疡

1) 病史询问要点: 有无长期反复发作的上腹痛(餐后痛、夜间痛、饥饿样痛、烧灼痛、钝痛等)、反酸、恶心、呕吐等症状; 发作季节性(本病春秋季节多发), 诱发因素, 发作规律(与饮食的时间关系); 有无上消化道出血、穿孔、幽门梗阻等并发症病史及诊治经过。

2) 查体要点: 除可有上腹部压痛外, 一般无特殊体征。

3) 辅助检查要点: 若有典型病史, 基本可作出初步诊断, 但应建议做上消化道造影或内镜检查。

本病一经诊断, 作不合格结论。

6.2.6 胃癌 是最常见的恶性肿瘤之一, 占消化道肿瘤死亡的首位。一经诊断, 不合格。

1) 病史询问要点: 早期病例多无症状, 或有上腹不适、反酸、嗝气等非特异性症状; 中、晚期可有乏力、消瘦、贫血等慢性消耗性表现, 或上消化道出血、梗阻等并发症表现。

2) 查体要点: 早期病例多无特殊体征, 中晚期可出现上腹部包块、贫血、左锁骨上淋巴结肿大等。

3) 辅助检查要点: 凡出现 1 个月以上不明原因的中上腹无规律不适、疼痛, 伴消瘦、食欲下降者, 既往曾确诊过萎缩性胃炎或胃溃疡且久治不愈或复发加重者, 胃次全切除术后溃疡复发者, 出现不明原因消瘦、乏力伴上消化道非特异性症状或便潜血反复阳性者, 均应建议进一步进行胃镜及病理学检查, 以明确诊断。

6.2.7 Crohn 病 是一种原因不明、好发于回肠末段和邻近结肠的增殖性炎症性病变, 多发生在青壮年, 反复发作, 难以治愈, 预后差。一经诊断, 不合格。

1) 病史询问要点: 起病经过, 病程情况, 是否逐年进展加重; 有无慢性腹泻、右下腹痛; 有无发热等伴随症状。

2) 查体要点: 有无右下腹压痛、腹部包块等体征; 注意有无贫血、关节炎、皮疹、虹膜炎等肠外表现。

3) 辅助检查要点: 本病诊断主要依据典型病史, 若体检中发现可疑体征如腹部包块, 可作进一步有关检查, 如 X 线造影、内镜检查等。

6.2.8 溃疡性结肠炎 是一种原因不明的慢性结直肠炎症性疾病, 临床上以腹泻、黏液脓血便、腹痛和里急后重为主要表现, 病程长, 反复发作, 常严重影响正常生活和工作, 可出现梗阻、大出血、中毒性巨结肠、癌变等并发症, 有一定致死率。一经诊断, 不合格。

1) 病史询问要点: 起病经过, 既往发作治疗情况; 有无慢性腹泻、阵发性下腹痛及里急后重; 是否伴随发热、体重下降等表现。

2) 查体要点: 本病缓解期可无特殊阳性体征; 急性期可有脉速、发热、左下腹或全腹压痛, 有时可触及到变硬的肠管, 肠鸣亢进, 直肠指诊可有触痛、指套染血。注意有无贫血、关节炎、皮疹、虹膜炎等肠外表现。

3) 辅助检查要点: 本病临床诊断主要依据典型病史, 可疑病例可作 X 线钡灌肠造影或肠镜等有关检查。

6.2.9 大肠癌 结肠癌、直肠癌统称为大肠癌, 是消化道常见的恶性肿瘤之一。大肠癌生长缓慢, 早期多无症状, 多数患者确诊时已是中晚期, 影响预后。一经诊断, 不合格。

体检中直肠癌多可通过肛诊检查发现, 可参阅本篇第 8.2.1.4 节的有关内容; 本节仅就结肠癌的诊断简述如下:

1) 病史询问要点: 有无排便习惯改变和便性状改变, 有无便血、腹痛等。

2) 查体要点: 早中期一般无特殊体征; 晚期可出现腹部肿块、贫血、体重减轻等表现。

3) 辅助检查要点: 可疑病例可做 X 线钡灌肠造影或结肠镜等有关检查, 以进一步确诊。

6.2.10 其他疾病 有些严重慢性消化系统疾病，如慢性胰腺炎、肠道血管病变等，因其人群患病率低，或40岁以下青年人群中少见，故在此不逐一详述，如若发现，按《标准》第二十一条有关规定处理。

6.3 注意事项

6.3.1 急性胃肠疾病患者，禁止参加体检。急性胃肠疾病治愈已1个月以上、肯定无传染性、体力已恢复、病因已祛除者，可参加体检。

6.3.2 对偶有消化系统症状、病情很轻、不治疗能够正常生活和工作，在本次体检中未发现异常体征且常规辅助检查结果正常者，作合格结论，不必作内镜等特殊检查。

7 关于肝炎

第七条 各种急慢性肝炎，不合格。

7.1 条文解释

肝炎有甲型、乙型、丙型、丁型、戊型肝炎等5种。其中甲型、戊型肝炎临床上多表现为急性经过，属于自限性疾病，经过治疗多数患者在3~6个月恢复，一般不转为慢性肝炎；而乙型、丙型和丁型肝炎易演变成为慢性，少数可发展为肝炎后肝硬化，极少数呈重症经过。慢性乙型、丙型肝炎与原发性肝细胞癌的发生有密切关系。

7.1.2 其他肝炎 包括酒精性肝炎、药物性肝炎、自身免疫性肝炎、缺血性肝炎、遗传代谢性肝病、不明原因的慢性肝炎等，简述如下：

1) 酒精性肝炎：由于长期大量饮酒所致的肝脏损害。除酒精本身可直接损害肝细胞外，酒精的代谢产物乙醛对肝细胞也有明显毒性作用，因而导致肝细胞变性及坏死，并进而发生纤维化，严重者可因反复肝炎发作导致肝硬化。在临床上，酒精性肝炎可分为3个阶段，即酒精性脂肪肝、酒精性肝炎和酒精性肝硬化，它们可单独存在或同时并存。

2) 药物性肝炎：肝脏是药物浓集、转化、代谢的重要器官，大多数药物在肝内通过生物转化而清除，但临床上某些药物会损害肝细胞，导致肝细胞变性、坏死及肝脏生化检查异常，引起急性或慢性药物性肝炎，如异烟肼、利福平、磺胺类等。药物导致的肝细胞损伤可分为两大类，一类是剂量依赖性损伤，即药物要达到某一高剂量时才会导致肝细胞损伤，如酒精性肝炎；另一类是过敏性药物中毒，即个体对某些药物会发生强烈的过敏反应，一旦服用这些药物（与剂量大小无关）便可引发肝细胞损伤，这类患者多数伴随其他相关过敏性表现，如急性荨麻疹、血液中嗜酸粒细胞增多等。

3) 自身免疫性肝炎: 本病主要见于中青年女性, 起病大多隐匿或缓慢, 临床表现与慢性乙型肝炎相似。轻者症状多不明显, 仅出现肝脏生化检查异常; 重者可出现乏力、黄疸、皮肤瘙痒等症状, 后期常发展成为肝硬化, 常伴有肝外系统自身免疫性疾病, 如甲状腺炎、溃疡性结肠炎等。

4) 缺血性肝炎: 缺血性肝炎是由于各种相关原发性疾病造成的肝细胞继发性损害, 如心血管疾病导致心脏衰竭, 静脉血液无法回流心脏而滞留在肝脏, 导致肝脏发生充血肿大、肝细胞变性坏死及肝脏生化检查异常。

5) 遗传代谢性肝病: 指遗传代谢障碍所致的一组疾病。其共同特点是具有某种代谢障碍, 病变累及肝脏同时累及其他脏器和组织, 故临床表现除有肝肿大及肝功能损害外, 同时伴有受损器官、组织的相应症状、体征及实验室检查异常。如肝豆状核变性、血卟啉病、糖原累积症、肝淀粉样变等。

6) 不明原因的慢性肝炎: 不是一种特定类型的肝炎, 仅指目前病因、病史不明的一些肝炎的统称。随着医学科学技术的发展, 这些疾病将会找出特定的病因而逐渐减少。据估计, 这类肝炎中约四分之一为病毒所致。

7.2 诊断要点

1、肝脏检查:

1) 常规检测 ALT 及 AST, 这两种酶在肝炎潜伏期、发病初期均可升高, 有助于早期诊断。

2) 腹部 B 超: 病毒性肝炎的声像图往往呈弥漫性肝病表现, 但药物性肝炎、酒精性肝炎、肝硬化、各种代谢性疾病所致的肝病等也可呈弥漫性改变, 在声像图上很难鉴别, 因此, 必须结合临床和其他检查结果进行综合分析。

弥漫性肝病声像图表现: 急性期特点为肝脏肿大, 肝实质回声偏低, 光点稀疏, 部分患者可出现胆系改变, 出现胆囊壁增厚, 黏膜水肿呈低回声。迁延性者呈肝脏增大, 肝回声增强, 不均, 光点粗大, 可伴脾脏增大或/和门静脉内径增宽。

2、判定标准:

1) 血清 ALT 或 AST 增高超过参考值上限 2 倍 (如正常参考值上限为 X, 超过参考值上限 2 倍是指超过 2X), 不合格。

2) 血清 ALT 或 AST 增高不超过参考值上限 2 倍, 但 B 超声像图呈弥漫性肝病表现 (脂肪肝除外), 不合格。

作为一种选拔性体检，受检者的流行病学资料、临床症状及病因学资料往往不可靠，体征一般也不明显，故体检中应主要依据肝脏生化、腹部 B 超检查诊断或排除肝炎。

7.3 注意事项

7.3.1 所有关于肝炎的检测项目中，一律不许进行乙肝项目检测。

7.3.2 公务员体检中的肝脏生化检查是指 ALT 及 AST 这两项，若检测数值较参考值上限轻度异常（即不超过参考值上限 2 倍），而其它检测结果均正常，可直接做出体检合格的结论。

7.3.3 肝炎的诊断包括临床诊断、病原学诊断及病理诊断。作为体检，只需根据判定标准作出是否合格的结论，有创性的肝脏穿刺病理学诊断方法不宜作为辅助检查项目。

8 关于恶性肿瘤及肝硬化

第八条 各种恶性肿瘤和肝硬化，不合格。

8.1 条文解释

8.1.1 恶性肿瘤 本条款主要是针对恶性肿瘤现症患者而制定。所有的恶性肿瘤现症患者，均不合格。

根据肿瘤的生物行为，将其分为良性、恶性和交界性肿瘤，其中恶性肿瘤统称为癌症，在我国无论是发病率还是死亡率都呈上升趋势。癌症可分全身性和局限性两种，前者是指造血系统的肿瘤，例如白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等；后者根据其组织发生又可分为两类，源于上皮的称为癌，源于间叶组织的称为肉瘤。根据肿瘤细胞的分化程度将其分为低度恶性、中度恶性和高度恶性，恶性程度越高，越容易发生广泛浸润，手术后越易复发或远处转移。恶性肿瘤一般生长迅速，呈浸润性生长，常侵及邻近组织，晚期可发生转移，预后差，病死率高。

对于曾有恶性肿瘤病史者是否属体检合格需视情况而定。一般说来，虽然某些恶性肿瘤（特别是早期患者）经手术等方法治疗后可多年不再复发或转移，达到临床治愈，但由于在多长时间无复发或转移才算治愈尚缺乏统一的标准，需根据癌瘤的生物特性而定，且公务员录用体检的对象均为青年人，恶性肿瘤即使已“治愈”，也不能完全排除今后复发的可能，而一旦复发则均属晚期病例，故对有恶性肿瘤病史者原则上应从严掌握，一般作不合格结论。对个别自述幼时曾患“恶性肿瘤”，经治疗目前情况确实良好，无复发迹象，能提供原经治医院出具的相关治愈证明（提供病情摘要，说明癌瘤类型、诊治经过及目前情况）者，可以个案研究处理，在确保相关资料可靠真实的基础上，经专家特别鉴定后按合格对待。

8.1.2 肝硬化 是由一种或多种致病因素长期或反复作用于肝脏引起的肝脏慢性、进行性、弥漫性损害，其病变特点是肝细胞广泛变性、坏死，残存肝细胞形成再生结节，结缔组织

增生及纤维化,导致肝脏的正常结构破坏,肝脏逐渐变形、变硬而形成肝硬化。按再生结节大小、形态分为小结节性、大结节性及大小结节混合性肝硬化,而以小结节性者最为多见。

引起肝硬化的原因很多。在我国,病毒性肝炎是引起肝硬化的主要原因,约占肝硬化病因的60%~80%,其中主要是乙型肝炎。酒精所致肝硬化在我国虽然相对少见,但目前也有上升趋势。其次,血吸虫病、胆汁淤积、循环障碍、药物或毒物、代谢和遗传性疾病、营养不良等也是导致肝硬化的重要因素,还有少部分肝硬化原因不明。

肝硬化临床上表现为多系统受累,以肝功能损害和门静脉高压为主要特征,晚期常出现上消化道出血、肝性脑病、继发感染、肝肾综合征等严重并发症,预后差,病死率高,因此各种原因引起的肝硬化,均属体检不合格。

8.2 诊断要点

8.2.1 恶性肿瘤 恶性肿瘤的诊断主要依靠病史(肿瘤家族史、手术史、治疗措施及治疗情况等)、阳性体征及相关辅助检查。体检中不但要对局部肿瘤的部位、大小、形状、质地、活动度、有无触痛等详加描述,也应尽量通过检查了解邻近器官组织有无侵犯、区域淋巴结是否肿大以及有无远处转移等情况。病理学诊断是肿瘤的最后诊断,作为体检,往往只能发现可疑病例或对部分具有典型表现者作出初步判断,尚需做进一步的特殊检查协助诊断。特殊检查项目可根据诊断需要和医院的设备条件酌情选择,包括肿瘤标志物、影像学(X线、超声、CT、MRI等)、内镜及活组织病理学检查等。

临床上恶性肿瘤种类繁多,体检中常遇到的恶性肿瘤主要有以下几种:

8.2.1.1 肺癌 在我国,肺癌发病率和死亡率均占男性恶性肿瘤的首位,吸烟、环境空气的污染是肺癌发病的重要危险因素。

1) 病史询问要点:有无吸烟史,有无阵发性刺激性咳嗽、胸痛、痰中带血、发热等早期症状。约10%~20%的肺癌病例可以没有任何临床表现,而在进行胸部X线检查时方被发现。

2) 查体要点:肺癌在早期一般没有特殊的体征。

3) 辅助检查要点:胸部X线检查是发现肺癌最常用的重要手段。读X线胸片时应注意肿块的部位、大小、形态,边缘是否光滑(有无分叶及毛刺状改变),密度是否均匀(有无钙化、空洞),有无胸膜凹陷征,气管支气管有无移位、狭窄或阻塞,有无肺癌引起的阻塞性肺炎或肺不张,肺门和纵隔淋巴结是否肿大,以及是否有胸腔积液(胸水)等。

8.2.1.2 肝癌 我国是原发性肝癌(简称肝癌)高发区,其发病率居男性恶性肿瘤的第3位,在我国,肝癌患者中约90%有HBV感染背景。

1) 病史询问要点: 既往有无乙型肝炎病史或乙型肝炎病原携带史; 有无肝区疼痛、纳差、消瘦、腹胀等非特异性症状。

2) 查体要点: 早期无特殊体征; 如果肝脏肿大并伴有结节, 应考虑肝癌, 并注意有无黄疸、脾大、腹水等晚期肝癌的常见体征。

3) 辅助检查要点: 作为体检, 主要依靠腹部 B 超检查作出初步判断。原发性肝癌大多可观察到声像图局灶性病变, 80%左右的病例声像图尚可显示不同程度的肝硬化及/或门静脉高压。B 超检查应注意观察肿物边缘是否清晰, 有无包膜或包膜是否完整, 是否伴有低回声晕, 病灶内部回声是否均匀, 肿物与大血管的关系, 静脉内有无癌栓, 邻近脏器有无受到侵犯, 肝周淋巴结有无肿大, 以及是否伴有肝硬化表现等。

体检中更可能遇见的是原发性小肝癌(直径小于 3 cm), 其声像图特征为肝内低回声或高回声结节(低回声灶>80%), 常为单发, 部分呈分叶状、镶嵌状, 边界清楚, 回声不均, 周边可见低回声晕。彩色多普勒血流显像(CDFI)显示结节内及周边血供较丰富, 常伴高速动脉频谱。

根据 B 超声像图特征, 一般可以作出肝癌初步诊断, 但应注意与以下疾病鉴别:

①肝血管瘤: 是较为常见的肝脏良性肿瘤, 绝大多数病例肿瘤直径小于 4 cm 且无症状, 不需要治疗。声像图特征: 分为毛细血管瘤与海绵状血管瘤, 前者较小, 直径多在 1~3 cm, 边界清晰无晕圈, 多呈高回声光团, 其内可见筛状结构, CDFI 大多数测不到血流信号, 少数可显示低速静脉血流; 后者病变范围较大, 形态不规则, 内部回声强弱不均, 常呈蜂窝状, 有压缩感, 无晕圈, CDFI 可显示较多条状、点状静脉血流。二者肝核素血池扫描均呈阳性。

②非均匀性脂肪肝: 脂肪肝分均匀性与不均匀性。如果为不均匀性, 特别是局限性脂肪肝与肝叶间隙脂肪浸润, 须与肝占位相鉴别。前者常见肝段或肝叶内片状高回声区与正常肝组织有一条平直的界限, 高回声区内可见正常走向的管道结构; 后者肝脏呈脂肪肝声像图表现, 病变多位于肝叶间隙、肝门区、胆囊窝周围, 呈弱回声, 较均质, 其内无管道结构回声, 形态多变, 周边无包膜。

③肝局灶性结节样增生: 一般认为本病是瘤样畸形而非真性肿瘤, 为良性非进展病变。声像图特征: 肝脏形态常不规则, 回声不均匀, 血管走行扭曲, 有时不易与肝癌鉴别。具有典型表现者内部可见星状强回声, 可为鉴别诊断提供依据。确诊依赖肝穿刺组织学检查。

当超声检查难以区别肝内占位性病变性质时,可根据条件选择以下检查明确诊断:①CT、MRI;②肝核素血池扫描;③血清甲胎蛋白(AFP)检查;④必要时可在超声引导下穿刺钳取活组织进行组织学或细胞学诊断。肝内占位性病变必须除外肝癌后,方可作合格结论。

8.2.1.3 乳腺癌 是女性中常见的恶性肿瘤。

1) 病史询问要点:有无乳腺癌家族史,有无与乳腺癌发生的有关病史,如月经情况、婚育史、哺乳史,既往有无乳腺疾患等;乳腺肿块增长速度,有无疼痛,疼痛与经期关系,乳头有无血性溢液、糜烂等。

2) 查体要点:①有无乳腺肿块,肿块多为单发、质硬、表面不平、边界不清、活动受限,部分伴有疼痛,晚期多表现为肿块与皮肤粘连,肿块固定,皮肤呈水肿、桔皮样改变或破溃;②有无乳头溢液,特别是血性溢液;③乳头或乳晕区有无湿疹样改变;④有无腋下淋巴结肿大,肿大的淋巴结常融合、固定。

3) 辅助检查要点:体检怀疑乳腺癌时,可做乳腺B超检查、摄乳腺钼靶片或进行活组织病理学检查,以明确病变性质。

8.2.1.4 直肠癌 大肠癌包括结肠癌和直肠癌(结肠癌描述详见本篇第6.2.9节有关内容)。在我国,大肠癌死亡率占全部恶性肿瘤的第5位;直肠癌约占大肠癌的50%~60%,并以低位直肠癌为主。

1) 病史询问要点:大肠癌家族史及可能具有的症状,如便血、便频、便细、大便变形、黏液便及里急后重等。

2) 查体要点:肛门指诊对直肠癌的诊断极为重要,可检查出近80%的直肠癌,方法简单有效。检查时注意是否触及肿块或溃疡,指套是否带血。若触及肿块,应注意其部位(在直肠腔内、壁内或直肠外,肿块与肛缘的距离)、性质(肿块性状、大小、硬度、活动度)及与直肠周围组织的关系。

3) 辅助检查要点:可疑病例应做进一步检查。内镜检查可直视下观察直肠黏膜表面情况,并可取活组织作病理学检查,有助于明确诊断。

8.2.1.5 胆囊癌 是胆道系统中常见的恶性肿瘤,恶性程度高,生长快,易侵犯邻近组织器官和发生广泛转移,预后差。

1) 病史询问要点:以往有无胆囊结石、胆囊息肉等高危因素史。

2) 查体要点:早期无特殊体征;右上腹肿块、黄疸、肝大、腹水、消瘦等均属晚期体征。

3) 辅助检查要点: 早期诊断主要依靠腹部 B 超检查。其声像图表现为局部胆囊壁增厚, 内缘不光滑, 或自胆囊壁向腔内突出结节, 基底部较宽, 结节直径常大于 10 mm, 表面不平整, 回声不均, CDFI 显示其内可测及高速动脉血流。应注意与以下胆囊隆起性病变相鉴别:

①胆囊息肉: 大部分为良性病变, 最常见的是胆固醇性息肉, 少数为炎性息肉或肿瘤。声像图表现为自囊壁向腔内突起的强回声结节, 无声影, 不随体位改变而移动, 体积较小, 一般直径不超过 10 mm, 基底部较窄。对直径大于 10 mm 者均应提高警惕, 可加做 CDFI 检查, 息肉者结节内无高速动脉血流; 如果不能除外胆囊癌可能, 需进一步做 CT 检查, 必要时须经手术病理证实。明确良性诊断后, 作合格结论。

②胆囊腺肌病: 属良性病变, 多无症状, 一般通过 B 超检查即可确诊。声像图表现为胆囊壁增厚, 可呈弥漫型、节段型或底部局限型隆起, 于增厚的胆囊壁内可见小的圆形无回声囊腔。本病预后良好, 无症状者不需治疗, 合格。

8.2.1.6 肾癌 肾脏的肿瘤大多为恶性, 肾癌约占肾脏肿瘤的 80%, 是最常见的肾脏肿瘤。

1) 病史询问要点: 早期无症状; 中晚期可出现腰痛、血尿等症状。

2) 查体要点: 早期肾癌可无明显体征; 晚期腰部或腹部有时可触及肿物, 可见锁骨上淋巴结肿大。精索静脉曲张平卧不消失要考虑有肾癌伴静脉瘤栓的可能。

3) 辅助检查要点: 约 1/3~2/3 的肾癌病例没有症状及体征, 往往是在体检中经腹部 B 超检查而发现。声像图表现为肾内实性或囊性占位性病变, 多数为低回声, 少数呈强弱不等的混合性回声, 较大的肿瘤内部可出现坏死、液化。

小的肾占位性病变经 B 超检查一般均可发现, 再配合 CDFI、增强 CT 等检测手段, 能够较早地发现和诊断无症状的小肾癌。但应注意与以下情况相鉴别:

①肾血管平滑肌脂肪瘤: 又称肾错构瘤, 典型声像图表现为圆形强回声, 一般边缘不规则, 呈毛刺样改变, 其内部回声不均, 多无出血坏死等囊性区域, 肿物后方回声无明显衰减, 血供不丰富。不能明确诊断者应加做 CT 检查。

②肥大肾柱: 由于等回声型肾癌与正常肾实质回声相似, 当肿瘤边界不清时可被误诊为肥大的肾柱。一般说来肥大的肾柱与肾实质回声相同, 且与肾皮质相延续, 局部肾表面无隆起, 无球体感。必要时可做 CDFI, 内部可见正常血管穿行。

③单纯肾囊肿: 非典型肾囊肿(壁不规则或增厚、囊内有回声、有钙化、后方增强效应减弱等)中约有 40% 为肿瘤, 所以对不典型的肾囊性肿块, 应仔细观察其内部回声特点及囊壁情况, 有助于作出正确判断。

除 B 超检查外,对于尿液检查提示为持续性镜下血尿者,也应提高警惕,注意寻找原因,力求明确诊断。

8.2.1.7 甲状腺癌 甲状腺癌在全部恶性肿瘤中占 1%左右,在头颈部恶性肿瘤中占首位。

1) 病史询问要点:有无接受颈部放射治疗史,有无结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤及其他部位恶性肿瘤史,有无声音嘶哑等伴随症状。

2) 查体要点:注意甲状腺结节是单发还是多发,局限在一叶甲状腺还是两叶皆被累及,结节的大小、形状、质地及活动度,发音是否嘶哑,气管位置有无偏移,颈部淋巴结有无肿大等。

3) 辅助检查要点:甲状腺结节,特别是单发结节,体检中往往难以确定其性质,需进一步做特殊检查。

①B 超:了解甲状腺结节数目、性质(囊性、实性还是囊实性),结节包膜是否完整,颈部淋巴结有无肿大。甲状腺癌在超声图像中多表现为单发、低回声结节,肿瘤内可见微小钙化点,颈部可有肿大淋巴结。

②X 线颈部平片:观察甲状腺结节内有无钙化灶,是否为泥沙样或絮状钙化,气管有无受压、移位。

③同位素核素扫描:甲状腺癌表现为甲状腺的冷或凉结节。扫描还能检查身体其他部位有无转移病灶。

甲状腺结节的良、恶性识别是体检中经常遇到的问题。若甲状腺结节伴有下列高危因素,需多考虑甲状腺癌的诊断,必要时做手术病理学检查,以明确诊断。

①甲状腺孤立实性结节,质硬,不光滑,活动度差。

②既往颈部有放射线接触史。

③既往长期有结节性甲状腺肿,而近期甲状腺结节迅速增大、变硬。

④有声音嘶哑、进食呛噎等伴随症状。

⑤甲状腺结节伴颈部淋巴结肿大。

⑥X 线提示甲状腺肿物内有絮状或泥沙样钙化。

8.2.2 肝硬化 肝硬化在临床上分为肝功能代偿期和失代偿期。一般体检中遇到的病例均属代偿期,症状、体征多不明显,肝功能检查可正常或仅有轻度异常,应主要依据腹部 B 超检查进行临床诊断;失代偿期有明显的临床表现及肝功能异常,容易诊断。凡临床诊断肝硬化者,不合格。

1) 病史询问要点: 有无慢性肝炎史或肝炎病毒携带史, 有无长期大量饮酒史, 有无血吸虫病等疾病史。

2) 查体要点: 注意检查有无肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、男性乳房发育、黄疸等体征, 并注意肝脏的质地及大小, 肝脏质地坚硬有结节感是诊断肝硬化的重要体征; 注意检查有无门静脉高压的表现, 如脾脏肿大、腹壁浅静脉曲张、腹水征等。

3) 辅助检查要点:

(1)血常规: 代偿期可在正常范围, 失代偿期可有贫血、白细胞数减少及血小板数减少(脾功能亢进表现)。

(2)肝脏生化: 代偿期血清 ALT、AST 可正常或仅有轻度异常。

(3)B 超: 通过超声对肝脾的测量, 可以了解肝硬化时肝脏的形态、大小、实质结构的改变, 确定有无脾脏肿大、门静脉压增高和腹水。

肝硬化 B 超诊断标准如下:

①肝脏形态学变化: 规律为肝脏肿大→肝脏萎缩。肝肿大时肝形态较饱满、边缘钝, 尤以尾叶肿大、回声减低的表现为突出; 肝萎缩首先发生于肝右叶, 逐渐发展为全肝萎缩, 肝萎缩时肝体积缩小, 位置上移, 边缘过锐, 肝表面(膈面)不光滑, 可有小结节样变化。

②肝实质回声变化: 回声增粗、不均匀, 甚至可见到数毫米大小的散发结节, 结节以等回声或较低回声常见。

③脾脏肿大: 注意脾脏肿大程度。脾肿大判定标准详见第 2 篇第 4.4 节。

④门静脉、脾静脉内径增宽: 门静脉内径 >1.3 cm, 脾静脉内径 >0.9 cm, 走行迂曲。

⑤可出现腹水。

8.3 注意事项

8.3.1 关于良性肿瘤的体检结论 《标准》条款未对良性肿瘤作出限制性规定, 这是因为良性肿瘤多生长缓慢, 不侵犯邻近组织, 不发生转移, 对诊断明确、无相关症状、不影响脏器功能且不需要进行治疗者, 一般应视为体检合格。但如果肿瘤发生在重要器官如纵隔、心脏、颅脑等, 或肿瘤体积较大产生压迫、梗阻等症状, 或易发生感染、肿瘤破裂等并发症, 则这部分患者应及早到医院进行手术等治疗, 参照《标准》的有关章节, 作体检不合格结论。

8.3.2 关于肝硬化的临床诊断 肝硬化是慢性肝炎发展的最终阶段, 某些处于肝硬化代偿期的患者可能不具有任何症状及体征, 某些稳定期的患者血清 ALT、AST 水平也可在正常范围以内, 故体检中肝硬化的临床诊断应主要以 B 超检查为依据。

9 关于泌尿系统疾病

第九条 急慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾、肾功能不全，不合格。

9.1 条文解释

肾脏疾病发病率高，不同的肾脏疾病预后也不同，本条款主要是针对一些严重的肾脏病而制定。常见的有急性肾炎、慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾等，这些疾病临床上难以彻底治愈，容易反复发作或进行性发展，随着病程的不断发展在后期可出现不同程度的肾功能损害，甚至肾功能衰竭，故不合格。

9.1.1 急慢性肾炎 这里泛指各种肾炎，包括急性、慢性、原发性和继发性肾炎。原发性者病因不清，如急性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎等；继发性者是指由其他全身性疾病累及肾脏所致，肾炎是原发疾病的严重并发症之一，如狼疮性肾炎、紫癜性肾炎等。上述疾病如失治，后期均可发展为不同程度的肾功能不全，甚至肾功能衰竭，需要长期透析治疗或做肾移植手术才能维持生命。

9.1.2 慢性肾盂肾炎 肾盂肾炎是指肾脏及肾盂的炎症，属于上尿路感染，大都由细菌上行感染所致，故常伴有下尿路感染，如膀胱炎、尿道炎等。尿路梗阻如尿路结石、狭窄致使尿流不畅、局部抗菌能力降低，是肾盂肾炎的重要诱因。据统计，尿路梗阻者约 60% 并发肾盂肾炎。根据临床病程及症状，将肾盂肾炎分为急性及慢性两期。急性肾盂肾炎若治疗及时、规范，可完全治愈；若未能治愈，可转为慢性肾盂肾炎，感染可反复发作，肾脏损伤日益严重，肾实质萎缩，肾盂肾盏变形、狭窄，而最终可损害肾功能。

9.1.3 多囊肾 是肾脏的一种先天性异常，为遗传性疾病，在遗传方式上表现为常染色体显性遗传（成人型）和常染色体隐性遗传（婴儿型）两种，以前者多见，发病率约 0.1%。大多数患者在 40 岁左右开始出现症状，临床主要表现为腰痛、腹部肿块、血尿和高血压。病变特点为双肾增大，肾皮质和髓质内满布大小不等的囊肿，两侧肾脏病变程度可不一致，并可伴有其他脏器如肝脏、脾脏、胰腺的囊肿。本病属于进行性发展的疾病，囊肿随病程发展而不断增多、增大，压迫肾实质并导致并发症的发生，使功能型肾实质日益减少，最终可导致肾功能衰竭。

9.1.4 肾功能不全 分为急性、慢性两种，体检中遇到者一般均为慢性病例。肾功能不全与肾功能衰竭是疾病发展的不同阶段，从肾功能不全代偿期、失代偿期，逐渐进展到肾功能衰竭期、尿毒症期（慢性肾功能衰竭的终末阶段），肾功能不全进展到失代偿期阶段后可统称为慢性肾功能衰竭。慢性肾功能衰竭是各种原发性和继发性慢性肾脏疾病持续进展、肾功能恶化

的结果，是肾脏疾病的功能诊断，最终出现以代谢废物潴留、水电解质和酸碱平衡紊乱、肾脏内分泌功能障碍为主要表现的临床综合征。

9.2 诊断要点

9.2.1 急性肾炎 包括各种病因引起的急性肾小球疾患，以感染引起的急性肾小球肾炎最常见。

1) 病史询问要点：发病前1~3周有无扁桃体炎、咽峡炎等上呼吸道感染史，以及丹毒、脓皮病等皮肤链球菌感染史。

2) 查体要点：本病以急性肾炎综合征为主要表现，体检时应注意有无水肿（特别是眼睑水肿）、高血压。

3) 辅助检查要点：尿常规检查可见尿液异常，如血尿、蛋白尿，部分病例尿沉渣检查可见到上皮细胞和各种管型。血尿为诊断急性肾炎的必备条件，没有血尿不能诊断急性肾炎。蛋白尿则可轻可重。

一般根据咽峡部、皮肤等处链球菌感染后发生水肿（轻者多只有上眼睑水肿），高血压，尿液检查有血尿（肉眼血尿或镜下血尿）、蛋白尿，即可作出临床诊断。表现不典型而怀疑本病者需要详查，特别应反复检查尿常规，以协助确诊。

9.2.2 慢性肾炎 系由多种病因引起的一组肾小球疾病，蛋白尿、水肿、高血压是其主要临床表现，它与急性肾炎是两种不同的疾病，大部分慢性肾炎患者并无急性肾炎病史。

1) 病史询问要点：起病经过，大多数为隐匿起病，病程长，病情发展缓慢，多以水肿为首发症状。

2) 查体要点：注意有无水肿，特别是眼睑、下肢水肿，有无高血压。

3) 辅助检查要点：慢性肾炎活动的指标包括持续性镜下血尿、红细胞颗粒管型尿、尿白细胞及上皮细胞明显增多，伴有高血压或高度水肿，容易发展成为慢性肾功能衰竭。

9.2.3 继发性肾炎 以弥漫性结缔组织病引起者最为常见，其中由系统性红斑狼疮累及肾脏者称为狼疮性肾炎，过敏性紫癜累及肾脏者称为紫癜性肾炎。

1) 病史询问要点：有无相关病史，特别是红斑狼疮或过敏性紫癜等疾病史。

2) 查体要点：狼疮性肾炎除急性肾炎综合征（血尿、蛋白尿、水肿、高血压）外，结合皮肤特有病损表现、多系统多器官受累表现，紫癜性肾炎结合典型的皮疹特征，可以作出临床诊断。

3) 辅助检查要点: 尿常规检查见血尿、蛋白尿, 部分可见到上皮细胞和各种管型, 表现基本同肾小球肾炎。作为公务员录用体检, 各种肾炎均按不合格处理, 故一般不再做进一步详查确定肾炎分类。

9.2.4 慢性肾盂肾炎

1) 病史询问要点: 有无急性肾盂肾炎病史, 有无尿频、尿急等尿路刺激症状, 有无低热、乏力、腰酸、腰痛等症状。

2) 查体要点: 本病一般体征不明显。

3) 辅助检查要点: 尿常规检查是最简便而可靠的检测方法, 可见白细胞、蛋白尿, 有的可见脓尿(白细胞 >5 个/高倍视野)。腹部 B 超检查有时可见肾盂变形、积水, 肾脏外形不光滑, 或两肾大小明显不等。

慢性肾盂肾炎的临床表现较为复杂, 作为体检, 对病史不可靠或泌尿系统症状不典型者, 只要多次尿液检查均显示异常(以白细胞增多为主), B 超检查提示肾脏有形态或梗阻性改变, 即可作出临床诊断。

9.2.5 多囊肾

1) 病史询问要点: 有无本病家族史, 有无腰痛、血尿、尿路感染等症状。

2) 查体要点: 注意有无高血压, 多囊肾患者约半数有高血压, 同时注意有无腹部或腰部包块。

3) 辅助检查要点: 多囊肾诊断主要依据 B 超检查, 可见肾轮廓增大, 形态失常, 肾实质内显示多个大小不等的无回声区, 呈弥漫性分布, 互不相通, 常合并其他脏器病变, 如多囊肝、多囊脾。

本病应注意与单纯性肾囊肿相鉴别。后者一般无临床症状, 不引起肾功能不全, 常在体检做 B 超检查时偶然发现。孤立性肾囊肿多数发生在单侧, 呈圆形或椭圆形, 位于肾皮质, 内部无回声, 壁薄、光滑, 后方回声增强; 多发性肾囊肿肾内可见多个呈圆形或椭圆形无回声区, 来自于肾皮质, 不与集合系统相通。一般通过 B 超检查即可明确诊断。

9.2.6 肾功能不全

1) 病史询问要点: 有无慢性肾脏疾病史及其他可导致肾功能不全的疾病史, 如慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、高血压、糖尿病、痛风、系统性红斑狼疮、药物或化学物损害及中毒等; 有无家族性肾脏病史, 如多囊肾、遗传性肾炎等; 有无泌尿系统症状, 如血尿、水肿、尿路刺激征、排尿困难或异常; 有无肾脏创伤、手术史或盆腔肿瘤史等。

需要注意的是，慢性肾功能不全可以无明确病史，药物或化学物损害及中毒常被忽略。

2) 查体要点：体检中偶可发现肾功能不全，患者可无明显的不适和体征。查体时应特别注意有无贫血、高血压。

3) 辅助检查要点：了解肾功能情况应主要参考以下指标：

①血肌酐、血尿素氮：血肌酐是判断肾功能的重要指标，它受饮食及饮水量影响小，能较为特异地反映肾功能；血尿素氮易受尿量和饮食影响，当饮水量减少或/和饮食中蛋白质过多时可暂时性增高，而在肾功能不全的早期不一定升高，故虽可作为判断肾小球功能的指标，但不如血肌酐准确。

②血红蛋白、红细胞：慢性肾功能衰竭患者的贫血反映了肾实质损伤。

③尿常规：应特别注意管型及尿相对密度，因为尿相对密度是检查肾小管功能的重要指标，能够直接反映肾脏的浓缩功能。

④B超：慢性肾功能衰竭的声像图特点为肾脏缩小，肾包膜皱缩，肾实质回声增强、变薄。一般情况下，肾脏萎缩越明显，说明肾功能越差。

肾功能不全一般根据血肌酐检测就可以作出诊断，其他临床表现可作为病因学诊断参考。

9.3 注意事项

9.3.1 关于诊断 肾脏疾病特别是肾小球疾病的诊断方法，有临床诊断和病理诊断两种。临床诊断是根据症状、体征及实验室检查而作出的判断，是医生对疾病的人为的归纳与划分；病理诊断是通过肾实质（主要是肾皮质）进行穿刺活检，用光镜、电镜、免疫荧光等手段明确其病理改变。作为体检，为便于实际操作，仅以临床诊断为依据即可结论，一般不必进行肾穿刺等侵袭性检查。

9.3.2 关于肾脏先天性异常 除多囊肾、单纯性肾囊肿外，B超检查还可能发现其他一些肾脏先天性发育异常，包括数目异常、结构异常、位置异常及形态异常等，例如一侧肾缺如（孤立肾）、异位肾、游走肾、马蹄肾、肾萎缩、肾发育不全等。只要尿液检查正常，肾功能良好，病变不会再进展，不引起肾功能进行性损害及泌尿系统梗阻、感染等并发症，可视为体检合格。

9.3.3 关于肾移植手术 尿毒症晚期通过肾移植手术虽可使肾功能恢复正常，但肾移植术后需要长期应用药物抵抗排斥反应，治疗费用昂贵，须经常到医院随诊复查，且预后不好，故应按体检不合格处理。透析维持治疗者也应同样处理。

10 关于内分泌系统疾病

第十条 糖尿病、尿崩症、肢端肥大症等内分泌系统疾病，不合格。甲状腺功能亢进治愈后 1 年无症状和体征者，合格。

10.1 条文解释

内分泌系统的主要功能是通过释放各种激素，调节体内代谢、各脏器功能、生长发育、生殖与衰老等许多生理过程，维持人体内环境的相对稳定性。内分泌系统疾病按激素释放的部位，分为下丘脑-垂体病、肾上腺病、甲状腺病、甲状旁腺病、卵巢病、睾丸病等多种疾病；按功能情况，主要分为亢进、减退两种。治疗主要是针对机体的功能和代谢紊乱进行纠正，对功能亢进者可采用手术、同位素或药物等治疗方法，对功能减退者一般需采用激素补充或替代疗法。由于内分泌疾病多属终身性疾病，往往需要进行长期维持治疗，难以治愈，故各种内分泌疾病一经诊断，即应按体检不合格处理。

10.1.1 糖尿病 是一组常见的代谢内分泌疾病，包括 1 型糖尿病、2 型糖尿病、妊娠糖尿病及其他类型糖尿病（包括因其他内分泌疾病、胰腺本身疾病及损伤、药物、感染、外伤、手术等原因所致的糖尿病），其特征为高血糖，系因绝对或相对胰岛素不足所引起的糖、蛋白质、脂肪、水电解质等代谢紊乱，严重时可导致酸碱平衡失调，久病者常伴发心脑血管、肾、眼及神经等病变。

10.1.2 尿崩症 是由于垂体抗利尿激素（ADA）分泌不足或肾小管对 ADA 不敏感导致尿浓缩功能受损而产生的以尿量剧增、尿相对密度降低为主要特点的疾病。前者称为中枢性尿崩症，是尿崩症最常见的类型，多数无明确病因，少数是因颅内肿瘤、囊肿、创伤、手术、癌转移、颅内感染等引起；后者称肾性尿崩症。大量的液体丧失使得患者发生不可遏制的严重口渴多饮，从而影响正常生活及工作。

10.1.3 肢端肥大症 是由于脑垂体前叶生长激素细胞发生肿瘤或增生，从而造成生长激素过量分泌，使身体软组织、骨骼及内脏异常生长的一种慢性内分泌代谢性疾病。极少数患者可由于肺、胰腺等恶性肿瘤产生异位生长激素致病。发病在青春期前、骨骺未闭合者称为巨人症；发病在青春后期、骨骺已闭合者称为肢端肥大症。该病发展到一定程度后，会出现高血压、心脏肥大、糖尿病等并发症，严重威胁患者健康，缩短寿命，影响生活质量。

10.1.4 甲状腺功能亢进 简称甲亢，系指甲状腺呈高功能状态，为甲状腺本身或甲状腺外因素引起血中甲状腺激素浓度增高导致的以全身组织器官功能兴奋性升高、代谢率增高为主要表现的一种疾病。按病因可分为不同类型。

1) 毒性弥漫性甲状腺肿：又称 Graves 病，在各类甲亢中最为常见，是由自身免疫紊乱而引起的，临床表现并不仅限于甲状腺，而是一种多系统的综合征。其特征有弥漫性甲状腺肿、高代谢征候群、眼征等。本病经过及时、系统的治疗，部分患者可以达到治愈。达到治愈标准且停药后经过一定时间（1 年）的观察无相关症状、未遗留眼球突出、持续性心动过速、心律失常、心肌肥厚等体征、甲状腺功能正常者，应视为体检合格，但要由原诊治医院出具相关治愈证明（注明用药情况、停药时间、治疗效果、目前状况）。

2) 高功能性甲状腺腺瘤：又称甲状腺毒性腺瘤、功能自主性甲状腺腺瘤，指甲状腺内有单个（少见多发）腺瘤，组织学结构虽和一般的甲状腺腺瘤相似，但其功能不受垂体的制约，能自主地合成、储存和分泌甲状腺激素，并抑制垂体促甲状腺激素（TSH）的分泌，使周围正常甲状腺组织受到不同程度的抑制，甚至腺体萎缩。本病一般采用手术治疗。现症患者，不合格；经治疗后 1 年以上无症状复发者，合格。

3) 结节性毒性甲状腺肿：是在结节性甲状腺肿的基础上逐渐出现甲亢。本病多见于中老年人，甲亢症状相对较轻，主要表现为心动过速、消瘦、乏力，一般应采用手术或同位素等方法治疗，故不合格。经治疗后 1 年以上无症状复发者，合格。

4) 其他类型的甲亢：如垂体性甲亢，是由于垂体肿瘤分泌过多 TSH 所致，比较少见；异位性 TSH 综合征，如绒毛膜癌、葡萄胎、支气管癌和直肠癌等均可分泌 TSH 样物质而引起甲亢。上述情况均不合格。

10.2 诊断要点

10.2.1 糖尿病

1) 病史询问要点：1 型糖尿病由于必须用胰岛素治疗，受检者均应有明确的病史，即使血糖正常，也应诊断糖尿病。2 型糖尿病如果正在药物治疗过程中，血糖可正常，也应予诊断。其他类型的糖尿病有多种情况，应主要询问妊娠史、常用药物史、重大疾病或手术史，可供血糖异常时诊断参考。

注意有无糖尿病的典型症状，如多饮、多尿、多食、体重减轻等，有无经常感染的病史。

2) 查体要点：早期病例大多无体征，故查体在糖尿病诊断中价值有限。

3) 辅助检查要点：轻症无症状者，确立诊断主要依靠实验室检查。静脉血糖检测是诊断糖尿病的关键。一般作空腹血糖检测，采集静脉血前受检者应至少空腹 8 小时。具体判定标准：空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L，经复查仍无下降者，诊断糖尿病。空腹血糖 $5.6 \sim 6.9$ mmol/L，应做 75 克口服葡萄糖耐量试验进一步确诊，若餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L，诊断糖尿病。

10.2.2 尿崩症

1) 病史询问要点: 有无多饮、烦渴、多尿(每天尿量常多于 4 L)、尿色浅淡如水, 有无体重减轻、头痛、视力减退、视野缺损等症状。

2) 查体要点: 除皮肤可见干燥外, 一般无明显阳性体征。

3) 辅助检查要点: 诊断主要依据病史、症状和实验室检查。作为体检, 尿相对密度检查是最重要的诊断依据, 一般尿相对密度持续小于 1.005 时可以确立诊断。

应注意鉴别的两种情况: ①精神性多饮, 是由于多饮所致, 减少饮水后则尿量减少、尿相对密度上升, 此种情况应视为体检合格。②渗透性利尿, 例如糖尿病血糖明显增高所引起的渗透性利尿, 此种情况应按糖尿病处理, 作不合格结论。

10.2.3 肢端肥大症

1) 病史询问要点: 特殊体貌的发生发展史, 有无头痛、呕吐、视力减退、视野缺损、多饮、多尿、睡眠异常等症状。

2) 查体要点: 本病主要表现为肢体末端增大, 特别是在面部、手、脚, 如高颧大鼻、牙疏舌大、反咬合、指趾粗短、手足背宽厚、脚大等。随疾病发展, 有时还可见其他改变, 如心脏增大、血压增高、动脉硬化、肝脏增大等。

根据特殊的容貌特征一般诊断并不困难, 但需与几种情况相鉴别: 肢端肥大症要与手足皮肤骨膜肥厚症鉴别, 后者仅外形似肢端肥大症, 无内分泌及代谢异常, 内脏不增大; 巨人症要与体质性巨人相鉴别, 后者有家族史, 呈均匀性高大, 无内分泌及代谢异常表现。

3) 辅助检查要点: 对临床表现不典型者, 必要时可加做其他检查, 如血浆生长激素浓度测定、影像学检查(X线或CT、MRI, 观察有无蝶鞍扩大、鞍床骨质破坏等征象), 以明确诊断。

10.2.4 甲状腺功能亢进

1) 病史询问要点: 有无甲状腺结节等既往史, 有无机体高代谢的症状, 如心悸、多汗、怕热、多吃、消瘦、兴奋、失眠及性格改变等。

2) 查体要点: 毒性弥漫性甲状腺肿最有诊断意义的体征有甲状腺肿(甲状腺呈弥漫性、对称性肿大, 质较软, 无明显结节感, 甲状腺可闻及血管杂音和扪及震颤)、高代谢征候群(主要有心动过速, 一般心率大于 100 次/min, 静息时仍快, 为本病特征之一; 尚可有伸舌或两手平举时细震颤、脉压增大等)和突眼(严重者可出现复视、眼睑不能闭合等)。

高功能性甲状腺腺瘤的局部表现同一般甲状腺腺瘤，多为甲状腺单发结节，实质感，表面光滑，边缘清楚，可随吞咽活动，无震颤和血管杂音，颈部淋巴结不大。

3) 辅助检查要点：对于有上述临床症状，特别是有可疑甲亢症状和体征者，应常规做 TSH、游离三碘甲状腺原氨酸 (FT₃)、游离甲状腺素 (FT₄) 等甲状腺功能检查，以明确诊断。

甲状腺结节伴有可疑甲亢体征，特别是持续性心动过速者，也应进一步做甲状腺功能检查。同位素扫描结节部位显示为热结节，周围甲状腺组织显影或不显影，即可确定高功能性甲状腺腺瘤的诊断；FT₃、FT₄ 水平升高（特别是 FT₃ 升高）对诊断也有帮助，因本病易表现为 T₃ 型甲亢。

10.3 注意事项

10.3.1 糖尿病的诊断必须参照病史，故病史必须由受检者本人签字负责。

10.3.2 尿糖不能作为诊断依据。尿糖阳性而空腹血糖及餐后血糖正常，可诊断为肾性糖尿。先天性肾性糖尿，合格；肾脏疾病所致肾性糖尿，不合格。

10.3.3 本《手册》将空腹血糖受损 (IFG) 的界限值修订为 5.6~6.9 mmol/L，在此范围内应做 75 克口服葡萄糖耐量试验，以防漏诊糖尿病。诊断为 IFG 或糖耐量损害 (IGT)，可按合格处理。

10.3.4 患有甲亢时多伴有窦性心动过速，若体检中发现心率快复查不能恢复者（仍高于 100 次/min），应注意仔细检查甲状腺，必要时检测血清 TSH、FT₃、FT₄ 水平，以排除甲亢。

10.3.5 甲亢需注意与单纯性甲状腺肿相鉴别。单纯甲状腺肿只表现为甲状腺肿大，无甲亢的机体高代谢表现，实验室检查结果正常。

11 关于精神疾病

第十一条 有癫痫病史、精神病史、癔病史、夜游症、严重的神经官能症（经常头痛头晕、失眠、记忆力明显下降等），精神活性物质滥用和依赖者，不合格。

11.1 条文解释

本条款主要是指精神病或精神疾病，它是一组由不同原因所致的大脑功能紊乱，临床上突出地表现为精神活动的异常（精神症状），出现情感、思维、认知、感觉和行为等方面的明显异常，严重影响社交功能，妨碍学习、工作甚至给周围造成有害影响，患者常缺乏自知力。精神疾病容易反复发作，而一旦发作将严重影响社会功能且很难彻底治愈，故具有精神疾病（包括病史）者，均不合格。

精神疾病广义上泛指所有精神障碍，主要包括以下几种：

- 1) 重性精神病：如精神分裂症、偏执性精神病、反复发作的情感性精神障碍（如躁狂症、抑郁症等）、无法归类的精神病性障碍、急性心因性精神障碍等。
- 2) 各类器质性（包括症状性）精神障碍：包括颅内感染、中毒、颅脑外伤、肿瘤、癫痫及脑血管病等导致的精神障碍。
- 3) 精神活性物质所致精神障碍：精神活性物质主要是指酒类、阿片类、大麻类、镇静催眠药、可卡因、其他中枢兴奋药、致幻剂等，人类摄入这些物质后会产生明显的精神效应，长期使用会对健康造成严重影响，并能够引起心理和生理上的依赖（“药物依赖”或“药物滥用”）。
- 4) 人格障碍：如反社会型、冲动型、分裂型人格障碍。
- 5) 与文化密切相关的精神障碍：如沉迷于气功、巫术等而导致的精神障碍，常严重影响职业及社会功能。
- 6) 神经官能症：现称神经症，是一组神经功能性疾病的总称，常见且较严重的有癔病、焦虑症、强迫症、恐怖症等，容易反复发作，影响社交功能。其共同点是：①有精神、神经或躯体症状，但不能发现相应体征；②对疾病有良好的自知力，常主动要求诊治；③发病常与精神因素有关；④早期一般能适应社会生活，与外界保持良好接触，如果病情迁延，将影响社会功能。

11.2 诊断要点

- 1) 病史询问要点：有无精神疾病家族史，有无精神疾病发作史及诊治情况。
- 2) 查体要点：神经系统的检查，可以帮助寻找疾病的线索。
- 3) 辅助检查要点：体检中精神疾病主要依据病史进行诊断，故病史必须由受检者本人签字负责，一般不需做相关实验室检查和各种辅助检查。

11.3 注意事项

精神疾病主要依据病史诊断，可疑者需经专科医院进一步检查确诊，应以二级以上专科医院（含二级医院）诊断结果为依据。

12 关于结缔组织疾病

第十二条 红斑狼疮、皮炎和/或多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等各种弥漫性结缔组织疾病，大动脉炎，不合格。

12.1 条文解释

结缔组织病是一组病因未明的侵犯全身结缔组织的自身免疫性疾病，常累及人体多系统、多器官，其主要病变为黏液性水肿、纤维蛋白样变性及坏死性血管炎。包括系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎、白塞病、干燥综合征、风湿热、混合结缔组织病等多种疾病。这些疾病的临床表现常有某些共同特征，如长期发热、关节痛、肌痛、多脏器损害导致的相关症状，免疫学检查可显示免疫球蛋白增高、抗核抗体阳性，病程迁延，缓解和发作交替。但各种疾病可有其特异性表现。结缔组织病临床上难以治愈，预后差，且需要终身治疗，一旦确诊，作不合格结论。

12.1.1 红斑狼疮 这里专指系统性红斑狼疮，其确切病因不明，可能与遗传因素有关。我国红斑狼疮患病率高于西方国家。本病多发于青年女性，是一种涉及多系统、多器官的自身免疫性疾病，其中肾脏受累约占 75%，是红斑狼疮最常见和最严重的内脏损害之一，肾脏病变的程度直接影响到预后，也是本病的主要死亡原因之一。

12.1.2 皮炎 是一种皮肤、皮下组织和肌肉的慢性炎症性病变，好发于中年女性。主要病变在皮肤和肌肉，皮肤出现红斑、水肿，肌肉出现炎症变性而引起肌无力，可伴有关节疼痛。仅有肌肉病变而无皮肤损害者又称为多发性肌炎。皮炎/多发性肌炎可以单独存在，也可以与其他结缔组织疾病如风湿热、类风湿性关节炎、硬皮病、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、混合性结缔组织病等合并存在，还可以合并恶性肿瘤，严重者可导致心肌、呼吸肌群受累，引起死亡。

硬皮病主要表现为皮肤硬化；系统性硬皮病 12.1.3 硬皮病 是一种以皮肤及各系统胶原纤维硬化为特征的结缔组织疾病，分为局限性和系统性两型。局限性又称系统性硬化症，可累及皮肤、滑膜及内脏，特别是胃肠道、肺、肾、心、血管、骨骼肌系统等，引起相应脏器的功能不全。

12.1.4 结节性多动脉炎 是一种累及全身中、小动脉全层的炎症性和坏死性血管炎，随受累动脉的部位不同，临床表现可仅局限于皮肤，也可波及多个器官或系统，以肾脏、心脏、消化和神经系统受累最常见。

12.1.5 类风湿性关节炎 是一种常见的以关节组织慢性炎症性病变为主要表现的自身免疫性疾病。主要侵犯手足小关节，除关节外，心、肺、神经系统等其他器官或组织也可受累，最终可导致关节结构的破坏、畸形和功能丧失。

12.1.6 大动脉炎 以往称“无脉症”，因最初发现为两上肢血压不等、一侧脉搏减弱或消失。本病多见于青少年女性，病因不明确，多认为是一种自身免疫性疾病。大动脉炎致使主动

脉及其主要分支管腔发生不同程度的狭窄或闭塞,造成相应部位或器官的缺血和功能障碍,也称为缩窄性大动脉炎。因累及动脉的部位不同而分为不同的临床类型,主要分为头臂干型(头和臂部动脉受累)、胸(腹)主动脉型(主动脉受累)、肾动脉型(肾动脉受累)及混合型等。

12.2 诊断要点

12.2.1 系统性红斑狼疮

1) 病史询问要点:有无发热、关节痛、皮疹,有无系统性损害的相关临床症状。

2) 查体要点:注意有无典型的特征性皮疹(约80%~85%的患者可出现面部蝶形红斑),有无关节肿痛、脱发,有无系统性损害(如心肌炎、胸膜炎、肾炎或肾病综合征、神经系统炎症等)的相关体征。

3) 辅助检查要点:

①血常规:可有贫血,白细胞和血小板减少,或全血细胞减少。

②尿常规及肾功能:肾损害者可有程度不等的尿检查异常,如蛋白尿、血尿,严重肾损害者血尿素氮和肌酐升高。

③免疫学检查:血中存在多种自身抗体是本病的特点。体检时若发现典型的特征性皮疹和多系统性损害的临床表现,应进行相关实验室检查,若抗核抗体(ANA)阳性或狼疮细胞(LE细胞)阳性,即可明确诊断。

12.2.2 皮炎

1) 病史询问要点:有无发热、关节痛、肌肉乏力、肌肉疼痛等症状。

2) 查体要点:注意有无特征性的皮肤损害(通常在面部特别是上眼睑发生紫红色斑),有无各种运动功能障碍(以肌肉病变为主者),有无颈部淋巴结肿大,有无心脏扩大、心律失常、肝脾肿大、眼部损害等其他系统损害的相关体征。

3) 辅助检查要点:必要时组织会诊并进行相关实验室检查,如尿肌酸测定、肌电图检查、皮肤及肌肉活组织检查等,以进一步确诊。

12.2.3 硬皮病

1) 病史询问要点:有无发热、关节痛,有无系统性损害的相关临床症状。

2) 查体要点:注意有无皮肤水肿、增厚、变硬,有无肢体活动受限、关节强直、手指伸屈受限,有无其他脏器损害的相关体征(如心肌损害可有心律失常,肾脏损害可出现高血压、蛋白尿、肾功能衰竭,神经系统损害可呈多神经炎等)。

3) 辅助检查要点: 硬皮病一般根据皮肤硬化即可诊断, 必要时可进行相关辅助检查, 如类风湿因子、抗核抗体测定和 X 线检查等, 以进一步确诊。

12.2.4 结节性多动脉炎

1) 病史询问要点: 有无发热、关节痛、肌痛、体重减轻, 有无系统性损害的相关临床症状。

2) 查体要点: 注意有无皮下结节, 皮下结节多沿浅表动脉分布, 皮损可呈多形性, 皮肤可出现网状青斑、溃疡等多种表现; 注意有无其他脏器损害的相关体征, 如心肌损害可有心律失常、心绞痛、心肌梗死, 肾脏损害可出现高血压、蛋白尿、肾功能衰竭, 神经系统损害可呈多神经炎等。

3) 辅助检查要点: 可疑病例必要时进行相关辅助检查, 如可做皮下结节或肌肉活组织检查等, 以进一步确诊。

12.2.5 类风湿性关节炎

1) 病史询问要点: 有无发热、关节痛、体重减轻, 有无其他系统损害的相关临床症状。

2) 查体要点: 注意有无骨关节损害, 本病典型的表现为对称性的多关节炎, 小关节和大关节均可受到侵犯, 但以指间关节、掌指关节、腕关节及足关节最常见, 关节肿胀、僵硬、疼痛、活动受限, 出现“晨僵”现象, 最终可导致关节肌肉萎缩和关节畸形, 严重影响关节功能; 注意有无其他脏器损害的相关体征, 如淋巴结肿大、脾肿大、胸膜炎、心律失常等。

3) 辅助检查要点: 可疑病例必要时进行相关辅助检查, 如红细胞沉降率(血沉)、免疫球蛋白、类风湿因子、抗核抗体测定和 X 线检查等, 以进一步确诊。

12.2.6 大动脉炎

1) 病史询问要点: 本病多见于青少年女性, 初始症状有低热、乏力、食欲不振、体重减轻、关节酸痛、全身不适等非特异性表现, 继后视受累动脉的不同而产生不同的症状, 如一侧视觉障碍、头痛、失眠、腹部包块、肢体麻木、间歇性跛行等症状。

2) 查体要点: 本病头臂干型最为常见, 查体应特别注意双侧脉搏、血压差别, 当单侧或双侧脉搏减弱或消失、血压明显减低或测不出, 或两上肢收缩压相差超过 10 mm Hg 时应警惕; 其他应注意有无颈动脉搏动减弱或消失, 有无颈部血管杂音。肾动脉型由于肾动脉狭窄, 查体可见严重、顽固的高血压, 伴有上腹部或肾区血管杂音。

3) 辅助检查要点: 可疑病例进行相关辅助检查, 血管多普勒超声检查可显示狭窄远端动脉搏动强度和血流量减低, 必要时做可疑血管部位增强 CT、MRI 等检查, 并组织专科医师会诊。

12.3 注意事项

12.3.1 弥漫性结缔组织病病种繁多, 病因复杂, 常累及多系统、多脏器, 查体应系统、全面, 并特别注意皮损的分布特征。

12.3.2 除体检外, 发病年龄、性别对此类疾病的诊断具有参考价值, 应结合阳性体征详询病史, 必要时做相关辅助检查, 及早作出正确诊断。

13 关于血吸虫病及丝虫病

第十三条 晚期血吸虫病, 晚期丝虫病兼有象皮肿或有乳糜尿, 不合格。

13.1 条文解释

13.1.1 血吸虫病 是一种严重危害人类健康的寄生虫病, 全世界约有 2 亿人口遭受感染, 是世界卫生组织重点防治的疾病之一。在我国流行的为日本血吸虫病, 是由日本血吸虫寄生于人体门静脉系统所引起, 主要病变为虫卵沉积于肠道和肝脏等组织而引起的虫卵肉芽肿。感染途径为皮肤接触含尾蚴的疫水。近年来血吸虫病疫情呈增加趋势。急性期患者有发热、肝肿大、肝区压痛、腹痛、腹泻、便血、脓血便等症状, 血中嗜酸粒细胞显著增多, 病程一般不超过 6 个月, 经杀虫治疗可很快治愈; 不治疗或治疗不规范者则可发展为慢性或晚期血吸虫病, 慢性期以肝、脾肿大或慢性腹泻为主要表现, 晚期表现以门静脉周围纤维化病变为主, 即有门静脉高压、肝大、巨脾、腹水等。晚期血吸虫病容易出现并发症, 以上消化道大出血最为常见, 出血后可出现腹水或诱发肝昏迷, 病死率高, 预后差, 体检不合格。

13.1.2 丝虫病 是由班氏丝虫、马来丝虫寄生于人体淋巴组织而引起的疾病, 蚊虫叮咬是主要传播途径, 发病多集中在夏秋季。临床早期主要表现为淋巴管炎和淋巴结炎; 晚期则出现淋巴管阻塞所引起的症状, 如象皮肿、乳糜尿等。丝虫病虽然对生命威胁不大, 但晚期丝虫病的象皮肿严重影响患者的生活及劳动能力, 顽固性、持续性乳糜尿还可导致营养不良、体重减轻、贫血等并发症, 故一旦确诊晚期丝虫病, 不合格。

13.2 诊断要点

13.2.1 血吸虫病

1) 病史询问要点: 注意流行病学特点, 如籍贯、职业, 是否为流行区居民或曾经去过疫区并有与疫水接触史, 有无急性血吸虫病患病史及其治疗史。

2) 查体要点: 慢性血吸虫病, 体检可发现肝、脾肿大, 但尚未出现脾功能亢进和门静脉高压征象。晚期血吸虫病, 根据其主要临床表现, 分为巨脾型、腹水型、结肠增殖型和侏儒型, 但各型可交互存在。巨脾型最常见, 脾脏下缘达脐平线以下或超过正中线, 质地坚硬, 表面光滑, 内缘常可扪及明显切迹, 伴有脾功能亢进。腹水型为门静脉高压、肝功能失代偿所引起, 查体可见腹胀、腹部膨隆、下肢水肿, 腹水征阳性, 少数有黄疸。结肠增殖型可有不全肠梗阻的表现, 左下腹可扪及包块或条索状物。侏儒型表现为垂体性侏儒症, 身材矮小, 性器官不发育, 男性睾丸细小, 女性无月经来潮, 但现已罕见。

3) 辅助检查要点:

①B超: 晚期血吸虫病声像图呈肝硬化表现, 是诊断的关键。可见肝脏增大, 回声不均, 肝脏可有轻度变形, 包膜不规整, 再生结节不明显; 脾脏肿大, 长径 >11 cm, 厚径 >4 cm; 伴门静脉高压时门静脉、脾静脉内径增宽, 其中门静脉内径 >1.3 cm, 脾静脉内径 >0.9 cm, 走行迂曲; 可出现腹水。

②血常规: 显示全血细胞减少或白细胞、血小板减少(脾功能亢进表现)。

一般根据上述检查所见即可作出诊断。作为体检, 一般不必再进行病原学等实验室检查。

13.2.2 丝虫病

1) 病史询问要点: 注意流行病学特点。本病主要分布在热带和亚热带地区, 发病多集中在夏秋季节, 注意询问是否曾在流行区旅居, 有无反复发作的淋巴管炎病史等。

2) 查体要点: 因淋巴循环阻塞部位的不同而产生不同的临床征象。注意有无淋巴结肿大、精索淋巴管曲张、睾丸鞘膜积液、乳糜尿、下肢或阴囊象皮肿等。

3) 辅助检查要点: 一般根据上述典型表现即可作出诊断。作为体检, 一般不必再做病原学等实验室检查。

14 关于颅脑疾病及损伤

第十四条 颅骨缺损、颅内异物存留、颅脑畸形、脑外伤后综合征, 不合格。

14.1 条文解释

14.1.1 颅骨缺损 多属脑外伤后遗症, 其主要原因有开放性颅脑损伤、不能复位的粉碎性或凹陷性骨折、严重颅脑外伤行减压术后等。缺损较小可无明显临床症状; 缺损大者可产生头痛、头晕、易怒、缺损区局部搏动感等症状, 体位改变时, 缺损区可发生膨隆或塌陷, 应作颅骨修补手术, 以保护脑组织, 缓解临床症状。颅骨缺损现症患者, 不合格。

14.1.2 颅内异物存留 系因开放性颅脑外伤后处理不及时或清创不彻底等原因造成。弹片、颅骨碎片等异物存留在脑组织中，易导致颅内感染、出血、脑水肿，晚期还容易发生癫痫等并发症，因此作不合格结论。

14.1.3 颅脑畸形 系指颅脑和脊髓的先天性畸形，其种类繁多，程度不等，严重者出生后不能存活，但部分患者则在发育过程中逐渐表现出来，有的甚至到成年后才开始发病。主要分为颅骨畸形、中枢神经系统发育畸形、脑脊液生成或循环障碍以及神经-外胚层发育不全等类型。本病一经诊断，不合格。

14.1.4 脑外伤后综合征 属脑外伤后遗症，系指颅脑损伤后，部分患者在急性创伤恢复后，仍有许多自觉症状不能消除，但神经系统检查甚至 CT、MRI 等检查却无异常发现，其发病原因尚未明了，可能与脑轻微器质性损伤有关。本病多见于轻度或中度脑损伤后，伤后恢复情况好，但是留有头痛、头晕等不适，迁延不愈，严重影响患者的生活及工作能力，故不合格。

14.2 诊断要点

14.2.1 颅骨缺损

- 1) 病史询问要点：有无颅脑外伤史，治疗情况，平时有无头痛、头晕等症状。
- 2) 查体要点：通过头颅外观检查即可明确颅骨缺损的部位、大小。应注意有无软组织膨出。
- 3) 辅助检查要点：一般通过体检可作出诊断。必要时可摄头颅 X 线片，以进一步确诊。

14.2.2 颅内异物存留

- 1) 病史询问要点：有无颅脑外伤史，特别是开放性颅脑外伤史，以及当时治疗情况。
- 2) 查体要点：注意检查有无颅脑外伤瘢痕、颅骨缺损、凹陷等体征。
- 3) 辅助检查要点：体检中若发现颅脑外伤或手术的可疑体征，应进一步做相关检查，如头颅 X 线、CT 检查，以明确有无颅内异物等器质性病变。

14.2.3 颅脑畸形

- 1) 病史询问要点：平时有无头痛、头晕、头部活动受限等症状。
- 2) 查体要点：不同类型的颅脑畸形临床表现各异，体检中可能遇到的主要是一些至成年期才出现相关症状的先天颅脑畸形，如先天性颅骨闭合不全畸形，查体时可仅表现为颅骨缺损的体征，而无软组织膨出，诊断同“颅骨缺损”。
- 3) 辅助检查要点：一般通过头颅外观检查即可作出初步判断，必要时可做头颅 X 线或 CT 检查。

14.2.4 脑外伤后综合征

1) 病史询问要点：有无脑外伤史，平时有无头痛、头晕和自主神经功能紊乱症状（如耳鸣、心悸、血压波动、多汗等）。

2) 查体要点：注意有无颅脑外伤瘢痕、颅骨缺损、凹陷等体征。

3) 辅助检查要点：本病的诊断主要依靠受检者本人提供的明确脑外伤史及存在上述症状。若发现颅脑外伤或手术的可疑体征，可进一步做相关检查，如头颅 X 线或 CT 检查，以明确有无脑外伤所致器质性病变。

14.3 注意事项

体检中应结合可疑阳性体征详问颅脑外伤史。对颅脑外伤后无颅骨缺损、头颅 X 线或 CT 检查未发现异物存留等器质性病变者，若其本人否认存在头痛、头晕等症状，应作体检合格结论。

15 关于骨髓炎

第十五条 严重的慢性骨髓炎，不合格。

15.1 条文解释

本条款的实际含义是：四肢长管状骨、躯干骨及手部掌、指骨的慢性骨髓炎，尤其是伴有慢性窦道、髓腔内死骨形成或关节活动受限者，均不合格。而排除进行性发展趋势的慢性局限性骨髓炎，可视为体检合格。

慢性骨髓炎大多数是由急性骨髓炎转归而来，这种转变是一个逐渐发展变化的慢性过程，二者间并没有明确的时间界限。慢性骨髓炎虽然急性症状不明显，尤其是全身症状已缓和甚至消失，但其局部病理变化仍在继续，若不完全彻底清理病灶，清除死骨，一旦体质下降、过度疲劳、营养不足、全身或局部抵抗力降低，就会引起急性发作，从而疾病将年复一年地在缓解和急性发作间转化，这势必影响到患者的生活、工作。若瘻管长期不愈，脓液反复刺激皮肤，还可诱发鳞状上皮细胞癌，故在体检中发现此类患者应视为不合格。

指骨骨髓炎虽然发病率低，但是发病后对于手的掌指、指间关节的活动影响较大，从而使手的功能发生障碍，故同样视为体检不合格。

慢性局限性骨髓炎，因其发病局限、症状轻微，而手术治疗较为容易且疗效好，易于痊愈，因此可视为体检合格。

15.1.1 骨髓炎 系由细菌感染引起的髓腔、骨质和骨膜的化脓性炎症，可由于体内其他远处感染灶（如疖痈、脓肿、扁桃体炎等）扩散所引发，通过血运播散，最后抵达并停留到骨

组织引起骨感染(血源性感染);或由于开放骨折穿通性损伤深达骨组织造成骨感染或骨科手术感染所致(创伤性感染);也可因骨邻近软组织炎症直接扩散蔓延至骨组织造成骨感染(直接蔓延性感染)。应该注意的是,骨髓炎的名称并不说明病变仅仅局限在骨髓腔内,实际上病变往往波及到骨皮质和骨膜等组织。

骨髓炎可分为急性骨髓炎和慢性骨髓炎两类。大多数慢性骨髓炎是因为急性骨髓炎治疗不当或不及时,致使病情延缓发展的结果。也有部分慢性骨髓炎一开始发病即表现为慢性的变化,此类大多数系因致病菌毒力低下或机体抵抗力较强的缘故。

急性骨髓炎病理特点是以骨质破坏、坏死为主,也可见由此诱发的骨修复反应(骨质增生)。骨破坏和骨修复二者虽然同时存在,但往往是骨破坏远大于骨修复。

慢性骨髓炎病理特点是骨破坏渐缓慢,而骨修复反应较急性期明显,病变局部充满肉芽组织并机化。骨膜生骨层细胞增生活跃,形成骨性包壳。病变中心死骨分离明显,包壳骨有多处窦道开口,脓液突破软组织形成窦道,并有脓液外溢。

15.1.2 体检中可能遇到的几种骨髓炎

15.1.2.1 急性骨髓炎 体检中一般不易遇到,一旦发现则为不合格。

15.1.2.2 慢性骨髓炎 病程漫长,反复发作,治疗比较困难,故不合格。

15.1.2.3 脊椎骨髓炎 发病深在,治疗困难,预后不良,故不合格。

15.1.2.4 髌骨骨髓炎 该病多需手术治疗,一经诊断,不合格。

15.1.3 关于几种特殊类型的慢性骨髓炎

15.1.3.1 硬化性骨髓炎 本病治疗多以抗生素全身治疗为主,疗效欠佳。一经诊断,为不合格。

15.1.3.2 慢性局限性骨髓炎(骨脓肿) 本病发病局限,骨质破坏轻,局部症状轻,治疗较易,手术简单,明确诊断后可视为体检合格。

15.2 诊断要点

15.2.1 急性骨髓炎

1) 病史询问要点:注意发病年龄及性别。本病好发于3-15岁儿童期(即骨生长最活跃期),男性多于女性,其比例约为4:1。

2) 查体要点:本病多发生于股骨、胫骨、肱骨等长管状骨,其发病急骤,临床表现剧烈,患者全身症状明显,一般不易出现在体检中。

3) 辅助检查要点:急性期血白细胞总数增高,X线片多无阳性改变。

15.2.2 慢性骨髓炎

1) 病史询问要点: 有无急性血源性骨髓炎病史, 或开放性骨折感染病史, 或穿通性损伤感染病史, 以及骨髓炎反复发作史。若炎症在活动期, 尚可出现发热等全身症状。

2) 查体要点: 慢性骨髓炎的体征多集中体现在病变局部, 如局部软组织红肿、疼痛、压痛、骨纵向叩击痛, 患处可见一个或多个经久不愈的窦道, 并往往有脓液外溢, 窦道口有炎症肉芽组织增生, 周围皮肤色素沉着, 经窦道放入探针可触及骨骼, 患肢可有一定程度畸形, 关节活动受限有时会发生。

3) 辅助检查要点:

(1)骨 X 线片: 根据上述慢性骨髓炎的临床表现一般即可确诊, 但对所有可疑病例均应拍摄 X 线片协助诊断。X 线片主要表现为骨皮质增生、增厚、硬化, 骨髓腔不规则, 死骨形成; 分离完全的死骨则表现致密, 周围可见一透亮带; 骨皮质及骨包壳可有多处瘘孔形成, 部分病例中可见到病理性骨折。

(2)血常规: 若炎症在活动期, 可见血白细胞总数升高, 中性粒细胞比例上升。

15.2.3 脊椎骨髓炎

1) 病史询问要点: 发病无明显年龄及性别差异, 注意询问有无急性发作史。

2) 查体要点: 慢性期临床症状主要以脊柱变形为主, 伴有局部疼痛、压痛或叩击痛。体检中发现脊柱呈后凸畸形, 尤其是成角后凸畸形时, 要想到本病的可能。一定要注意询问病史, 认真检查体征, 可疑病例要拍摄 X 线片。

3) 辅助检查要点:

骨 X 线片可出现椎体破坏、椎间隙变窄等改变, 有时椎体被压缩呈扁平或楔状, 若椎间盘破坏严重则椎间隙完全消失; 椎体间常有明显骨桥形成, 骨桥较宽而致密, 呈拱形跨越二椎体间, 颇具特征。

15.2.4 髌骨骨髓炎

1) 病史询问要点: 本病多发生于 20 岁以内人群, 注意询问有无急性发作史。

2) 查体要点: 原发部位常常在髌白上缘, 然后累及全部髌骨。在慢性期具有一般慢性骨髓炎的特征, 因为髌骨呈扁平状, 所以骨内脓肿更易穿破骨质达软组织, 体检时注意局部及大腿根部软组织情况, 以便发现窦道开口。

3) 辅助检查要点:

骨 X 线片骨质增生明显, 但因为髌骨皮质薄, 血运丰富, 往往无大块死骨形成。

15.2.5 硬化性骨髓炎

1) 病史询问要点: 本病多发生于成年人, 往往无急性发作史。

2) 查体要点: 多发生在股骨和肱骨, 病程缓慢, 可产生弥漫性骨干硬化, 病骨变得粗大, 致使肢体变形。

3) 辅助检查要点:

骨 X 线片可见骨质增生, 骨质硬化, 骨干呈纺锤状增粗, 骨皮质增厚, 但骨质不与骨皮质分离, 硬化区内可见密度减低区, 为骨质破坏所致。

15.2.6 慢性局限性骨髓炎(骨脓肿)

1) 病史询问要点: 本病是一种多侵犯长骨端松质骨的孤立性骨髓炎, 最多见于儿童和青年, 常无急性发作史及全身症状。

2) 查体要点: 好发在胫骨上、下端, 次为肱骨、股骨、桡骨下端, 一般认为由毒性较低的化脓菌感染所致, 局部表现以轻度疼痛为主。

3) 辅助检查要点:

骨 X 线片可见圆形或椭圆形低密度骨质破坏区, 其周围有明显的硬化环, 这是其 X 线特征。

15.3 注意事项

15.3.1 慢性局限性骨髓炎(骨脓肿)发病局限、孤立, 病程长, 几乎无全身症状, 局部疼痛及软组织肿胀也不剧烈, 在体检时要极认真仔细。若发现局部软组织轻度肿胀并有压痛时, 一定要高度重视, 最好拍摄 X 线片。读片时发现骨质破坏区时, 一定注意观察在其周围是否有较完整的硬化环, 而破坏区内一般不会有死骨出现, 这是本病的 X 线特征。要注意与干骺端骨结核鉴别。结核可引起骨质疏松, 病灶周围不整齐, 常常会侵犯关节, 导致关节结核, 而骨脓肿不会侵犯关节。

15.3.2 慢性脊椎骨髓炎由于病灶位于深层, 所以局部浅层症状、体征不明显, 体检中往往首先发现的是脊柱后凸畸形, 尤其是个别棘突成角后凸畸形, 此时要考虑到本病的可能, 注意询问病史, 因为这类患者在急性期时症状是很明显的。同时要拍摄 X 线片。在作出诊断前, 还应想到脊椎结核的可能。二者在临床上的主要区别是: 慢性脊椎骨髓炎有非常明显的急性期表现, 而脊椎结核的发病是缓慢的; 在 X 线片中主要的区别是: 慢性脊椎骨髓炎骨增生明显, 并往往有骨桥形成, 而脊椎结核以骨破坏为主, 骨增生相对较少, 周围脓肿较为明显。对于体检来说二者处理是相同的, 即均作不合格结论。

15.3.3 检查时一定要注意肢体的充分暴露。慢性骨髓炎患者虽然外在的局部变化非常明显，但是因为病变不累及关节，所以患者关节活动常不受限，步态也无明显改变，若暴露不充分，则不易发现局部变化，而易于漏诊。

15.3.4 X线检查对慢性骨髓炎的诊断具有重要参考价值。对可疑病例应常规拍摄X线片；读片医师应熟悉慢性骨髓炎的典型X线影像学改变，读片要认真，这对于作出正确诊断是很重要的。

16 关于三度单纯性甲状腺肿

第十六条 三度单纯性甲状腺肿，不合格。

16.1 条文解释

单纯性甲状腺肿较多见于女性，甲状腺肿大、无甲亢毒性症状是其主要特征。发病与地区分布有关者称地方性甲状腺肿，缺碘是其主要病因，由于长期生活在缺碘的环境中，机体从食物和水中吸收的碘减少，血中甲状腺素浓度减低，使体内促甲状腺激素（TSH）分泌增多，使甲状腺发生代偿性增大。散发性单纯性甲状腺肿系由于机体对甲状腺素的需要相对增多，或某些药物、先天性因素等妨碍甲状腺素的合成而引起的甲状腺代偿性肿大。

16.1.1 地方性甲状腺肿 又称缺碘性或无毒性甲状腺肿，按其病理变化分为弥漫性甲状腺

肿和结节性甲状腺肿两种类型。这两种类型实际上是发病过程中的两个不同阶段，后者多由前者演变而成，即初期甲状腺呈弥漫性肿大，随病程发展可逐渐形成许多结节，其中有的可继发甲亢或癌变。

16.1.2 散发性甲状腺肿 散发于个别人，不呈地方性流行。病因主要有3种：①因处于青春发育期、妊娠期或哺乳期，机体对甲状腺素的生理需要量增加，造成甲状腺素相对不足，使甲状腺出现代偿性增大，多呈轻度弥漫性肿大，以后可自行缩小；②某些药物可以阻碍甲状腺素的合成，长期服用这些药物会使甲状腺素合成减少，TSH分泌增加，刺激甲状腺增生肥大。③甲状腺激素先天生成发生障碍，导致甲状腺代偿性增生。

如果单纯性甲状腺肿已演变发展为三度肿大，特别是结节性甲状腺肿、胸骨后甲状腺肿，说明病期较长，甲状腺已出现严重的组织病理学改变。肿大的甲状腺可压迫周围组织器官引起呼吸、吞咽困难及颈静脉、上腔静脉、神经受压的症状，且有继发甲亢或癌变的可能，应及早进行手术治疗，因此，三度单纯性甲状腺肿不合格。

16.2 诊断要点

16.2.1 病史询问要点 长期居住区是否有该病流行，是否处于妊娠或哺乳期，发病的年龄、性别特点，除甲状腺肿大外是否有甲亢的全身毒性症状，有无声音嘶哑、吞咽困难、甲状腺肿大或结节的既往病史。

16.2.2 查体要点 注意甲状腺肿大的特点，如甲状腺是否呈均匀性肿大、左右两叶是否对称，质地软硬情况，表面是否光滑或呈结节感，结节性甲状腺肿在一侧或两侧甲状腺内可触及1个或多个大小不等的结节；有无局部受压表现，如压迫喉返神经引起声音嘶哑等；甲状腺肿或结节随吞咽动作活动情况（活动良好有助于与甲状腺癌鉴别）；局部有无血管杂音及震颤（无血管杂音及震颤有助于与甲亢鉴别）。甲状腺肿大程度的判断详见第2篇第1.3.5节“甲状腺检查”。

16.2.3 辅助检查要点 根据甲状腺肿大的特点，一般不难作出诊断。作为体检，在不能与其他几种甲状腺疾病相鉴别时，可做相关辅助检查，以进一步明确诊断。

甲状腺B超：弥漫性甲状腺肿可见腺体呈弥漫性、对称性增大，表面光滑无结节；结节性甲状腺肿可见两侧叶呈不对称性增大，内见多个大小不等的结节，无明显包膜，结节回声强度不一，可有囊性变及钙化等。

甲状腺功能：单纯性甲状腺肿患者血清 T_3 、 T_4 水平多在正常范围，TSH可升高。

甲状腺自身抗体：阴性。此项检查有助于与慢性淋巴细胞性甲状腺炎相鉴别。

16.3 注意事项

以下几种甲状腺疾病体检不合格，故必须与单纯性甲状腺肿相鉴别。

1) 甲亢：除甲状腺弥漫性肿大外，局部可触及震颤及听到血管杂音，此外还涉及多系统表现，如手指震颤、心动过速、脉压增大、眼球突出等，血清 T_3 、 T_4 水平增高。

2) 甲状腺肿继发甲亢：无论甲状腺肿大程度如何，继发甲亢已不属于“单纯性甲状腺肿”。

3) 慢性淋巴细胞性甲状腺炎：又称为桥本甲状腺炎，为一种自身免疫性疾病，可同时伴有干燥综合征、系统性红斑狼疮、风湿性关节炎等其他自身免疫性疾病。以下几点可供鉴别：本病多见于中老年人，年轻人罕见；甲状腺呈弥漫性增大，对称，质地坚韧而光滑；可伴有轻度甲状腺功能减低症状；一般不压迫喉返神经，无声音嘶哑现象；血抗甲状腺球蛋白抗体（TGA）、血抗甲状腺微粒体抗体（MCA）测定多呈阳性。

4) 甲状腺癌：多为甲状腺单发结节，质硬、不光滑、较固定，不随吞咽活动，可伴有颈部淋巴结肿大，特别是压迫喉返神经出现声音嘶哑症状时，应高度怀疑本病，可进一步做甲状腺B超、同位素扫描或手术活检，以明确诊断。

5) 高功能性甲状腺腺瘤：一般的甲状腺腺瘤应视为体检合格，但若继发甲亢（高功能性腺瘤）或癌变，则为体检不合格。鉴别诊断见相关章节。

17 关于胆结石及泌尿系结石

第十七条 有梗阻的胆结石或泌尿系结石，不合格。

17.1 条文解释

17.1.1 胆结石 又称胆石症，是最常见的胆道系统疾病。按结石所含的成分，分为胆固醇结石、胆色素结石及混合结石。按结石发生的部位，分为胆囊结石、肝外胆管结石及肝内胆管结石，而以胆囊结石发生率最高。当结石堵塞胆囊管或胆总管后可引起急性胆绞痛，剧烈时难以忍受，严重时可导致休克、昏迷甚至危及生命。

1) 胆囊结石：结石在胆囊内形成后，可刺激胆囊黏膜，引起胆囊的慢性炎症；结石若嵌顿在胆囊颈部或胆囊管，可引起胆囊的急性炎症，还可导致胆囊坏疽或穿孔，引起腹膜炎甚至危及生命；结石若进入胆总管还可引发胆管炎、急性胰腺炎等疾病。约有 50% 的胆囊结石患者可以多年或终生无明显症状，称之为隐性或静止结石，临床上可不进行治疗，对这部分无症状、B 超检查无梗阻、无胆管扩张的胆囊结石人群，按体检合格对待。

2) 肝外胆管结石：主要是指胆总管结石，可以为原发性，即结石原发于胆管内，胆囊内不一定有结石；也可为继发性，即胆囊内结石通过扩张的胆囊管进入胆总管而形成。胆总管结石所引起的病理变化主要取决于结石造成的梗阻程度，以及有无继发性感染的发生。发生梗阻后，梗阻近侧的胆管可有不同程度的扩张和胆汁淤积，极易继发细菌感染，特别是完全梗阻后继发的化脓性胆管炎，严重时可引起中毒性休克而导致死亡。肝外胆管结石一经诊断，均须采取积极的外科干预治疗（以手术为主），故对现症人群均按体检不合格处理。

3) 肝内胆管结石：是指肝内胆管系统内有结石，结石可原发于肝内，也可继发于胆总管结石或其他原因所致的肝胆管狭窄。结石可散在分布于左右肝叶的各级胆管内，或局限于肝内的一处或数处。本病易阻塞胆管造成胆汁引流不畅，产生严重并发症，较常见的有化脓性肝内胆管炎、肝脓肿、胆道出血，还可继发肝叶萎缩、胆汁性肝硬化和门脉高压等。现症患者不合格。

17.1.2 泌尿系结石 又称尿石症，系指在泌尿系统管腔内形成的结石，是我国最常见的泌尿外科疾病。按结石所在的部位，分为上尿路结石和下尿路结石两大类，前者包括肾结石和输尿管结石，后者包括膀胱结石和尿道结石，体检中可能遇到的多为前者。泌尿系结石除可造成肾组织、输尿管黏膜或膀胱黏膜的损害外，对人体的影响主要为造成尿路不同程度的梗阻，

严重时可引起肾积水,从而不同程度地影响肾功能,甚至使肾功能完全丧失。另外尿路梗阻后,由于梗阻以上部位积水,使尿液淤滞,容易并发感染,而感染又可进一步加剧结石的增长和肾实质的损害。合并梗阻的泌尿系结石一经诊断,均应采取积极的外科干预治疗,故对现症人群按体检不合格处理。

泌尿系结石大多数找不到明确原因,称为原发性结石,通常所说泌尿系结石多属此类;少部分是由于其他疾病所引起的,是这些疾病的泌尿系统并发症之一,称为继发性泌尿系结石,例如继发于甲状旁腺功能亢进、痛风、输尿管狭窄等疾病的肾结石。由于原发疾病一般在短期内难以治愈,故继发性肾结石一律作体检不合格结论。

1) 肾结石:占泌尿系结石的首位,直接危害肾脏,其他任何部位的尿路结石也都可以始发于肾脏。肾结石的主要症状是腰痛和血尿,严重时可导致尿路梗阻,发生肾积水。

2) 输尿管结石:占泌尿系结石的第2位,绝大多数来源于肾脏。输尿管结石能引起上尿路梗阻和扩张积水,危害患肾,严重时可使肾功能逐渐丧失。

3) 膀胱结石:主要发生在儿童和老年人,分为原发性和继发性两种,前者多由营养不良所致,后者主要继发于前列腺增生症。

4) 尿道结石:较少见,大多数系膀胱结石排出时停留在尿道所致。

17.2 诊断要点

17.2.1 胆囊结石

1) 病史询问要点:平时有无腹胀、嗝气等消化道症状,有无胆绞痛发作史及黄疸史。

2) 查体要点:胆囊结石不发作或无感染时,一般无特殊体征,或仅有右上腹轻度压痛。

3) 辅助检查要点:腹部B超检查诊断胆囊结石的准确率达95%以上。典型声像图表现为胆囊液性腔内有1个或多个强回声光团,后方伴有声影,可随体位改变而移动;结石较大充满胆囊时,整个胆囊呈弧形增强回声带,胆囊液性腔消失;泥沙样结石时,可见多数细小强光点堆积于胆囊后壁,随体位改变而移动,后方可伴有声影。

17.2.2 肝外胆管结石

1) 病史询问要点:既往有无胆结石病史,有无胆绞痛、高热、寒颤、黄疸发作史。

2) 查体要点:不发作时一般阳性体征不明显,有时右上腹、剑突下可有压痛。

3) 辅助检查要点:腹部B超检查对胆总管结石诊断的准确率为40%~60%。典型声像图表现为肝外胆管内出现强回声光团,多伴有声影,常嵌顿在胆总管下段或肝总管,致使其上段胆总管或肝内胆管呈树枝状扩张,并可致胆囊增大。

体检难以诊断时，可根据需要选择一些特殊检查，如磁共振胰胆管造影（MRCP）、内镜逆行胰胆管造影（ERCP）、静脉胆道造影等，这些方法可显示胆管内结石影和扩张的胆管，从而进一步确诊。

17.2.3 肝内胆管结石

1) 病史询问要点：既往有无胆结石病史，有无胆绞痛、高热、黄疸反复发作的病史及手术史。

2) 查体要点：不发作时一般阳性体征不明显，有时右上腹、剑突下可有压痛。

3) 辅助检查要点：腹部 B 超检查是肝内胆管结石的首选诊断方法，其诊断准确率达 80% 以上。典型声像图表现为肝内胆管内出现强回声光团，多伴有声影。结石多发时可见多个强光团分布于 1 支或多支肝内胆管内，上段胆管扩张，但若结石填满某支肝内胆管时可无上段管腔扩张的表现。

体检难以诊断时，可根据需要选择一些特殊检查方法，如胆道造影、MRI 等，了解有无肝内胆管狭窄、阻塞或局限性扩张，从而进一步确诊。

17.2.4 泌尿系结石

1) 病史询问要点：应了解受检者的职业、饮食饮水习惯、服药史，以往有无排尿中断现象，有无肾绞痛发作史、排尿石史，有无痛风、甲状旁腺功能亢进等疾病史。

2) 查体要点：注意肾区有无叩击痛，并发明显肾积水者腹部触诊有时可触及肿大的肾脏。

3) 辅助检查要点：

(1) 腹部 B 超：可对肾脏、输尿管内有无结石，肾盂、肾盏有无积水，肾脏、输尿管有无其他合并病变作出诊断，对阴性结石的诊断尤有价值。

①肾结石：典型声像图为后方伴随声影的强回声团，以及结石周围有尿液形成的无回声带，有的结石可随体位改变而移动；若结石引起梗阻，可出现肾盂或肾盏扩张。

②肾积水：声像图表现为肾窦回声分离，其间出现液性区且液性区相互连通；积水明显时肾脏可增大，肾实质受压变薄。

③输尿管结石：典型声像图表现为肾盂、输尿管扩张，输尿管内可探及圆形、椭圆形或弧性强回声，后方有声影，与输尿管管壁分界清楚。

(2) 尿常规：多呈镜下血尿（红细胞 >3 个/高倍视野）。出现脓尿（白细胞 >5 个/高倍视野）时考虑泌尿系结石合并感染。

(3) 肾功能：当肾功能受到损害时，血肌酐、尿素氮水平可有不同程度的增高。

(4) 其他辅助检查: 体检难以诊断时, 可根据需要选择一些特殊检查方法, 如静脉肾盂造影 (IVP) 等, 以进一步了解双肾功能状态、尿路有无梗阻等。

17.3 注意事项

17.3.1 关于泌尿系结石的诊断 不仅要了解有无结石以及结石的部位、大小、形状和数目, 更要明确是否伴发尿路梗阻、感染等合并症, 有无引起泌尿系结石的原发疾病, 以及对肾脏所造成的影响, 有无肾功能损害, 以便作出全面诊断。

17.3.2 关于尿常规检查 应注意留取新鲜中段尿液标本做检查。肾结石患者若尿常规检查提示尿液 pH 呈持续强酸性时, 应注意进一步询问病史并检查血尿酸, 以排除痛风。

17.3.3 关于尿路梗阻 泌尿系统为一管腔系统, 尿路通畅是维持其正常功能的必要条件。无论是机械性原因 (如结石、肿瘤、先天畸形等) 或是功能性原因 (如神经性膀胱障碍) 造成尿路梗阻, 均可损害肾功能, 需要及时治疗, 解除梗阻, 力争恢复肾功能。故一旦体检发现尿路有梗阻, 如肾盂肾盏扩张、肾积水、输尿管扩张等, 无论其梗阻原因如何, 均作体检不合格结论。

17.3.4 关于肝内胆管结石的诊断 应注意与肝内钙化灶相鉴别。肝内钙化灶与结石在声像图上均表现为强回声团, 伴有声影, 但钙化灶位置不定, 不沿胆管走行分布, 且周围无扩张胆管。一般来说肝内胆管不扩张者不能诊断为肝内胆管结石。

17.3.5 关于胆管扩张 常见的为胆总管囊肿, 主要病因是先天性畸形。因胆汁排出不畅, 易合并胆结石、胆管炎、胆管癌和胆汁性肝硬化。体检中本病主要通过腹部 B 超检查发现。本病患者一般需要进行外科治疗, 即使胆管扩张不是肝内结石造成的, 也应视为体检不合格。

18 关于性传播疾病

第十八条 淋病, 梅毒, 软下疳, 性病性淋巴肉芽肿, 尖锐湿疣, 生殖器疱疹, 艾滋病, 不合格。

18.1 条文解释

性传播疾病简称性病, 是主要通过性行为而传播的传染性疾病。性病的主要传染源是带有病原体的性病患者与感染者, 特别是早期患者往往具有较强的传染性。性病病种甚多, 包括艾滋病在内已达 20 余种, 但在我国较为重要并被卫生部《性病防治管理办法》列为重点监测的性病目前只有 8 种, 即淋病、梅毒、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、尖锐湿疣、生殖器疱疹、艾滋病和非淋球菌性尿道炎。根据《中华人民共和国传染病防治法》, 淋病、梅毒、艾滋病尚

被列为乙类传染病进行管理。前7种性病均作体检不合格结论；非淋球菌性尿道炎由于相对来说病情较轻、易于治愈，故未包括在内。

18.1.1 淋病 在我国性传播疾病中占首位，是指由淋病奈瑟菌（淋球菌）引起的泌尿生殖系统的化脓性感染，可并发其他部位的淋病，如淋球菌性眼炎、咽炎、直肠炎、盆腔炎和播散性淋球菌感染等。本病早期诊断、规范治疗可以治愈；若发生淋球菌性附睾炎、前列腺炎、盆腔炎等并发症，将会给治疗带来一定困难。

18.1.2 梅毒 是指由梅毒螺旋体引起的一种慢性、系统性传播疾病，近年来发病率呈逐渐增加趋势。人体受感染后早期，梅毒螺旋体主要侵犯皮肤和黏膜，继之很快播散到全身，几乎可侵犯全身任何组织与器官（以心血管系统、中枢神经系统受累为主），临床表现多种多样，症状时显时隐，病程较长，破坏性大，严重危及人体健康与生命。

18.1.3 软下疳 我国较少见，由杜克雷嗜血杆菌所引起。主要表现为生殖器部位的痛性溃疡，合并邻近淋巴结化脓性病变。

18.1.4 性病性淋巴肉芽肿 又称腹股沟淋巴肉芽肿、性病性淋巴结病或第四性病，是由沙眼衣原体引起的一种慢性传播疾病，目前已较少见，但近年来发病率有上升趋势。主要表现为生殖器部位出现一过性疱疹性损害，局部淋巴结肿大，晚期可发生生殖器象皮肿和直肠狭窄等并发症。

18.1.5 尖锐湿疣 又称生殖器疣或性病疣，是常见的性传播疾病之一，在我国居性传播疾病的第2位，是由人乳头瘤病毒（HPV）感染所致。本病虽然对生命威胁不大，但复发率高，临床上难以彻底治愈，有的可发生恶变。

18.1.6 生殖器疱疹 是一种由单纯疱疹病毒（HSV）侵犯生殖器皮肤黏膜，引起炎症、水疱、糜烂、溃疡性病变的性传播疾病。HSV-2是生殖器疱疹的主要病因（HSV-1引起的生殖器疱疹约占30%）。在性接触过程中，HSV经破损的黏膜或皮肤侵入上皮细胞内，引起炎症和免疫反应，皮损消退时病毒沿神经轴索进入神经节，潜伏于骶神经根区，在受到某些刺激时病毒复活，沿受累神经移行至皮肤黏膜，引起疾病复发，因此生殖器疱疹是一种易复发、难治愈的疾病。

18.1.7 艾滋病 全称为获得性免疫缺陷综合征（AIDS），是由人类免疫缺陷病毒（HIV）引起的一种严重传染病，传染源为艾滋病患者及HIV感染者。其特点是HIV特异性地侵犯机体免疫系统，造成机体细胞免疫功能进行性破坏。感染初期可以无症状，继而出现发热、消瘦、腹泻、鹅口疮和全身淋巴结肿大，最后并发各种严重的机会性感染和机会性肿瘤。根据HIV

感染（血清 HIV 初筛阳性并经确认试验证实）后的临床表现，可分为 HIV 感染的急性期、无症状期及艾滋病期。

《标准》本条款中所指的艾滋病，包括其各临床分期。与乙型肝炎病毒携带者所不同的是，不存在艾滋病病毒携带者这一概念。这是因为 HIV 感染后几乎 100% 都会发病，发病后如果不给予抗 HIV 治疗，大部分艾滋病患者将在进入艾滋病期后的 2 年内死亡。因此，HIV 感染的诊断一经确定，即作体检不合格结论。

18.2 诊断要点

18.2.1 淋病

1) 病史询问要点：成人淋病绝大多数都是通过性接触传染，一般发生在性接触后 3~5 天，因此应重点询问婚外性接触史、配偶感染史；有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难及全身不适等症状。

2) 查体要点：本病主要表现为泌尿生殖系统的感染，查体时可见尿道口红肿、有脓性分泌物，女性还可有淋球菌性宫颈炎表现，如阴道、宫颈口可见脓性分泌物等。其他部位的淋病根据其分类而产生不同的临床表现。

3) 辅助检查要点：可疑者可做涂片淋球菌检查或淋球菌培养，以明确诊断。

18.2.2 梅毒

1) 病史询问要点：梅毒主要通过性接触传染，此种传播途径约占 95% 以上，因此应重点询问有无婚外性接触史，配偶、性伴有无梅毒感染史；既往有无梅毒性皮损史及治疗情况。

2) 查体要点：梅毒是多系统受侵犯的疾病，临床表现多种多样，因此应作全面体检，包括全身皮肤、黏膜、骨骼、口腔、外阴、肛门及浅表淋巴结等部位的检查。注意有无硬下疳（多位于外生殖器部位）、梅毒皮损、掌跖梅毒疹、扁平湿疣等特征性表现。晚期心血管系统及中枢神经系统可出现梅毒损害的临床表现。

3) 辅助检查要点：梅毒螺旋体血细胞凝集试验（TPHA）特异性强，即使经过足量抗梅毒治疗，血清反应仍长期保持阳性，因此经复查仍为阳性可确认梅毒螺旋体感染。

对临床怀疑梅毒而血清学试验阴性者，应于 2~3 周后复查，有条件的地区还可做暗视野显微镜等检查，综合分析后作出诊断。

18.2.3 软下疳

1) 病史询问要点：本病潜伏期一般为 2~5 天，应重点询问婚外性接触史、配偶感染史。

2) 查体要点：典型软下疳表现为外生殖器部位的丘疹、脓疱和疼痛性溃疡，溃疡基底较软，伴有邻近淋巴结炎（包括红、肿、痛和破溃）。

3) 辅助检查要点：软下疳的致病菌培养困难，对溃疡渗出物作暗视野显微镜检查未发现梅毒螺旋体，或血清学检查未查到梅毒螺旋体和 HSV，结合病史及典型临床表现，可作出本病的初步诊断。

18.2.4 性病性淋巴肉芽肿

1) 病史询问要点：本病潜伏期一般 5~21 天，应重点询问婚外性接触史、配偶感染史。

2) 查体要点：本病表现为外生殖器部位的水疱、糜烂、溃疡，特征性病变为腹股沟淋巴结炎（第四性病横痃），晚期可出现生殖器象皮肿及直肠狭窄的临床表现。

3) 辅助检查要点：必要时进行相关血清学检查、衣原体培养或组织病理学检查。

18.2.5 尖锐湿疣

1) 病史询问要点：尖锐湿疣传播途径主要是性接触传染（少数人可由间接接触感染），因此应重点询问婚外性接触史、配偶感染史，既往有无反复发作史及治疗情况。

2) 查体要点：尖锐湿疣一般发生在 HPV 感染后半个月至 20 个月，平均潜伏期为 3 个月。典型体征为生殖器部位的乳头状、鸡冠状或菜花状疣，男性多发生在冠状沟、龟头、包皮、系带，女性好发于大小阴唇、阴蒂、阴道和宫颈。

3) 辅助检查要点：一般根据典型表现即可作出诊断。对于不典型者，可作 5%醋酸试验，以进一步确诊。应注意与扁平湿疣（属于二期梅毒疹）、假性湿疣及阴茎珍珠状丘疹等相鉴别。

5%醋酸试验：又称醋酸白试验，在可疑的受损皮肤上用 5%醋酸液涂抹或敷贴，3~5 分钟后受损皮肤局部发白为阳性。

18.2.6 生殖器疱疹

1) 病史询问要点：生殖器疱疹传播途径主要为性接触传染，潜伏期为 6 天左右，因此应重点询问婚外性接触史、配偶感染史，有无反复发作史及治疗情况。

2) 查体要点：生殖器疱疹的临床表现多变，典型损害是生殖器部位的群簇性粟状水疱、糜烂、溃疡、结痂、自觉灼痛，邻近淋巴结可以肿大。男性多发生在龟头、冠状沟、包皮、阴囊和尿道口，女性好发于外阴、宫颈、肛周等处。

3) 辅助检查要点：一般根据病史、典型临床表现即可作出诊断。对于临床表现不典型者，必要时可作血清 HSV 检测等实验室检查，以进一步确诊。

18.2.7 艾滋病

1) 病史询问要点: 艾滋病主要通过性接触、血液传播及母婴间垂直传播, 因此应注意收集流行病学资料, 重点询问有无婚外性接触史、接受输血及血液制品史、静脉注毒史、与 HIV 感染者密切接触史等, 有无长期低热、盗汗、腹泻、消瘦等全身症状。

2) 查体要点: 注意检查生殖器部位的皮肤黏膜有无异常, 有无赘生物、水疱、溃疡, 有无全身淋巴结肿大、肝脾肿大、鹅口疮、口腔黏膜白斑病或皮肤黏膜损害。

3) 辅助检查要点: HIV 感染者(无症状期)可无任何临床表现, 只能通过 HIV 抗体测定进行筛查。血清 HIV 抗体初筛试验阳性并经确证试验证实者, 可确诊为 HIV 感染。对确诊 HIV 感染者须按《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定进行处理。

HIV 抗体测定应注意有可能出现如下情况: ①假阴性, 往往发生在抗体还未出现的感染早期(窗口期)。②假阳性, 发生率极低, 可能与受检者血液中存在可以与 HIV 起交叉反应的抗体有关。

18.3 注意事项

1) 性传播疾病的种类繁多, 在体检操作中应以《标准》条款中提到的 7 种疾病为准。

2) 体检中以询问病史和体征检查为主, 可疑者请专科医师会诊或进行相关实验室检查, 诊断要慎重。

3) 注意保护受检者的隐私。

19 关于视力及眼科疾病

第十九条 双眼矫正视力均低于 0.8 (标准对数视力 4.9) 或有明显视功能损害眼病者, 不合格。

19.1 条文解释

19.1.1 视力 即视敏度, 表示眼睛辨别注视目标的能力。视力分为中心视力和周边视力。中心视力主要反映眼底黄斑中心凹的功能, 通过视力表检查的是中心视力, 它是判断视功能的首要检查手段; 周边视力则反映眼底黄斑中心凹以外的功能, 周边视力正常与否以视野检查结果为依据。

19.1.2 矫正视力 用镜片矫正后的视力称为矫正视力。在评价视功能方面矫正视力比裸眼视力更具有参考价值, 故临床诊断及视残等级划分等一般均以矫正视力为标准, 各类人员包括公务员入职体检的视力要求一般也是以矫正视力为标准。

19.1.3 视功能 包括视觉、色觉和光觉功能。

1) 视觉功能：包括单眼视觉和双眼视觉功能。单眼视觉通过视力和视野检查判断；双眼视觉功能是指双眼同时视物时的立体视觉（深度觉）和融合能力，通过立体图谱、同视机及红滤片加棱镜等特殊检查判断。飞行员、精细加工、绘画雕塑等特殊职业要求必须具有良好的双眼视觉，但对一般职位的公务员双眼视觉功能不做要求，因此双眼视觉检查不作为公务员录用体检的常规检查方法。

2) 色觉功能：是指眼对颜色的辨别能力。利用色觉检查图谱上不同的色彩图可以诊断各种色觉障碍。色觉障碍分为色盲和色弱，前者指不能辨别颜色，后者指对颜色的辨别能力降低。体检主要以筛查先天性色觉障碍者为目的。先天性色盲是一种性连锁隐性遗传性疾病（隔代遗传，即男性色盲通过女儿传给外孙）。然而先天性色觉障碍并不影响视力，且为静止性眼病，故在公务员录用中，除了需要严格正确的辨色功能的特殊职位外，一般性职位应对先天性色觉障碍作合格结论。

3) 光觉功能：是指眼的感光知觉和夜觉功能。夜觉功能通过暗适应检查判断，夜觉功能异常表现为夜盲。本病一经诊断，不合格。

19.1.4 对本条款的理解 本条款实际含义是，任何一眼的视力（裸眼视力或矫正视力）能够达到 4.9（0.8），即为视力合格，但若患有明显的视功能损害眼病，则按不合格处理。明显的视功能损害眼病是指反复发作、进行性发展、治疗困难、预后差、最终可导致视力合格眼矫正视力 <4.9 （0.8）的眼病，主要见于以下 3 种情况：

1) 一眼矫正视力合格，而另一眼患病且以后可能波及视力合格眼（如交感性眼炎），或因病程进展，视力合格眼也会随后发病，从而视力进一步下降（如青光眼、Vogt-小柳原田综合征、Behcet 病、视网膜静脉周围炎及视网膜色素变性等）。

(1)交感性眼炎：是指发生于一眼穿通伤后、以双眼肉芽肿性色素膜炎为特点的眼病。受伤眼称为诱发眼，另一眼则称为交感眼。本病治疗困难，抢救及时有可能挽救部分视功能，但是，临床上大多数受伤眼并不会引起交感性眼炎，且发病时间可在眼外伤后数年内，所以受伤眼能否引起另一眼交感性眼炎一般无法确定，故对一眼曾发生严重眼球穿通伤而目前另一眼经散瞳详查确属正常者，可按合格处理。

(2)青光眼：是一组以眼内压升高引起的视乳头损害和视野缺损为特点的眼病，是目前主要致盲性眼病，发病有一定的遗传趋向。青光眼种类很多，针对公务员录用的年龄特点，重点说明以下两种常见类型：

①慢性单纯性青光眼：属于开角性青光眼。本病双眼发病，发病隐匿，多数人无明显症状，常常在不知不觉中完全丧失视功能，临床上很大程度依靠体检才能发现。对体检中发现的视乳头杯盘比值（杯直径与视盘直径的比值，C/D）增大者，必须做进一步的青光眼排除检查。

②正常眼压性青光眼：正常眼压为在 10~21 mm Hg。正常眼压一般不应引起视神经损害，但由于视神经对眼压的耐受性有很大个体差异，有些人眼压虽然在正常范围，却发生了典型的青光眼视神经萎缩和视野缺损，称为正常眼压性青光眼。除眼压正常外，本病临床过程与慢性单纯性青光眼大致相同。对体检中发现的可疑病例，也应进一步做青光眼排除检查。

(3)Vogt-小柳原田综合征：是一种以双眼肉芽肿性色素膜炎为特点并伴有脑膜刺激征、听力障碍、白癜风、眉发变白及脱发的综合征，是国内色素膜炎中的常见类型。双眼同时或先后发病，一般情况下通过体检可诊断。本病病情严重，病程长，易于复发，常因继发性青光眼、并发性白内障、视神经萎缩而导致视功能严重损害，甚至失明。

(4)Behcet 病：是一种以双眼迁延性、前房积脓性色素膜炎为特点并伴有反复口腔溃疡、生殖器溃疡的综合征，也是国内色素膜炎中的常见类型。本病通过体检可诊断。本病可多次复发，多者每年达 4~5 次，病程可长达 10~20 年，常因继发性青光眼等严重并发症而影响视力，预后极差。

(5)视网膜静脉周围炎：又称视网膜血管炎、Eales 病，是一种以双眼底周边部小血管栓塞、复发性玻璃体出血和视网膜新生血管为主要特征的眼病。本病原因不明，好发于 20~30 岁青年男性，经治疗后眼内出血可吸收，视力可获得暂时性恢复，但最终必因增殖性视网膜病变、视网膜脱离使视力丧失。眼底体征典型者通过体检可确诊；早期眼底周边部病变则需进一步散瞳、做三面镜检查，有条件者可做眼底血管造影，以明确诊断。

(6)视网膜色素变性：是一种以夜盲、视野缩小和眼底骨细胞样色素沉着为特征的双眼进行性遗传性眼病。发病越早，预后越差。眼底病变典型者体检可确诊。

2) 仅一眼视力合格，而该眼自身却患有可使视力继续下降的器质性眼病。例如受检者一眼矫正视力 4.9，但同时伴早期单纯疱疹病毒性角膜炎，另一眼视力 4.8，应按不合格处理。临床上可致单眼视功能明显受损的眼病很多，可归纳为角膜病、色素膜病、玻璃体病、眼底病、视神经病等几大类。通过裂隙灯、检眼镜检查一般多能发现并作出初步诊断。

3) 双眼视力均合格，但发现与全身疾病相关的眼部病变，如糖尿病性眼部并发症，特别是糖尿病性视网膜病变，应结合全身疾病情况作出体检结论。

糖尿病性视网膜病变 (DRP)：是糖尿病最严重的眼部并发症，发生率与病程、血糖控制有关，视网膜微循环异常是 DRP 的基础。根据视网膜病变的程度分为 6 期，I、II、III 期为单纯型，IV、V、VI 期为增殖型。随病情发展，常因视网膜出血、渗出、新生血管、玻璃体出血、增殖性病变等引起牵引性视网膜脱离而导致失明。微动脉瘤是临床上最早出现的、比较确切的 DRP 体征，故在体检中一旦发现，要高度怀疑 DRP，应协助内科明确诊断。一般来讲，发现 DRP 早期眼部改变，说明糖尿病病程至少在 5 年以上。

19.2 诊断要点

体检中，眼部疾病的诊断主要依靠病史、眼部阳性体征及全身伴随的阳性体征。由于眼是视觉生物器官，其特殊的光学结构和神经传导性能决定了必须通过特殊的精密仪器检查才能完成，所以体检中常规的眼部检查往往只能发现可疑病例，对部分典型眼病可作出诊断或初步诊断，大部分眼病尚需通过做进一步的特殊检查协助判断。特殊检查项目可根据诊断需要和医院设备条件酌情选择，例如眼压测量可用 Schiotz 压陷眼压计、手持压平眼压计或 Goldmann 压平眼压计；视野检查可用弓形视野计或 Goldmann 视野计，必要时应用计算机自动视野计；眼底病可做眼底血管造影检查；视神经和视路疾病的判断可做视觉诱发电位 (VEP) 检查等。

19.2.1 交感性眼炎

- 1) 病史询问要点：一眼有穿通伤病史，注意眼外伤的时间、治疗情况。
- 2) 查体要点：注意眼部体征，一般眼外伤后 2~8 周左右受伤眼仍有活动性炎症表现，且健眼有角膜后沉淀物、房水混浊、玻璃体混浊等色素膜炎体征。
- 3) 辅助检查要点：有上述表现者应高度怀疑，并及时组织会诊协助诊断。

19.2.2 慢性单纯性青光眼

- 1) 病史询问要点：家庭成员中是否有患类似眼病者，有无患侧头痛、患眼发胀、雾视等症状。
- 2) 查体要点：眼底检查可见青光眼特征性的视盘损害：视盘凹陷大而深 (C/D 比值 ≥ 0.6)；上下方盘缘变窄；双侧视盘不对称，双眼 C/D 比值的差值 > 0.2 。
- 3) 辅助检查要点：有上述可疑体征者应进一步检查，包括至少连续 3 天测单次眼压、24 小时眼压曲线和视野检查，应注明使用的眼压计和视野计类型，以供分析判断。要求使用 Schiotz 压陷眼压计、手持压平眼压计或 Goldmann 压平眼压计。对高度怀疑者可做计算机自动视野计检查，可大大提高青光眼早期视野改变的诊断率。

眼压升高、视盘损害和视野缺损是慢性单纯性青光眼的三大诊断指标，其中 2 项阳性，即可作出诊断。

19.2.3 正常眼压性青光眼

1) 病史询问要点：家庭成员中有无患类似眼病者，有无患侧头痛、患眼发胀、雾视等症状。

2) 查体要点：眼底检查可见青光眼特征性的视盘损害（同慢性单纯性青光眼）。

3) 辅助检查要点：视野检查同慢性单纯性青光眼；眼压正常，校正眼压也在正常范围内；24 小时眼压曲线：眼压波动 $>8 \text{ mm Hg}$ 。

19.2.4 Vogt-小柳原田综合征

1) 病史询问要点：发病前多有感冒样或其他前驱症状，如头痛、耳鸣、听力下降或头皮过敏等。

2) 查体要点：眼部检查可见玻璃体混浊，早期眼底视盘充血水肿，脉络膜弥漫性渗出，视网膜水肿，角膜后大小不等的灰白色沉淀物（KP），前房大量渗出；晚期眼底呈“晚霞样改变”，可见 Dalen-Fuchs 结节。注意是否伴有听力障碍、白癜风、眉发变白或脱落等全身体征。

3) 辅助检查要点：通过上述表现即可诊断，一般不需再作其他辅助检查。Vogt-小柳原田综合征的眼部表现与交感性眼炎相似，二者主要通过病史和全身体征相鉴别。

19.2.5 Behcet 病

1) 病史询问要点：近年来有无口腔溃疡、生殖器溃疡及类似眼病发作史，注意每年发作次数，有无皮肤病及表现形式。

2) 查体要点：①有无口腔溃疡；②有无生殖器溃疡和生殖器瘢痕；③有无结节性红斑、毛囊炎、脓丘疹、痤疮样结节等皮肤多形性损害；④有无皮肤过敏反应，如针刺处出现结节和疱疹；⑤眼部检查有无前房渗出或前房积脓、玻璃体混浊、眼底视盘水肿、黄斑水肿、视网膜局限性浸润灶、视网膜血管闭塞等。

3) 辅助检查要点：上述体征中第 1 项和后 4 项中 2 项阳性者即可确诊，一般不需再作其他辅助检查。

19.2.6 视网膜静脉周围炎

1) 病史询问要点：眼内出血时视力可突然下降。

2) 查体要点：眼底检查，早期病变可见周边部视网膜灰白色渗出，血管旁白鞘，病变邻近处视网膜出血，玻璃体出血时仅见红光反射；晚期可见视网膜、玻璃体内机化膜形成（即增殖性视网膜病变），甚至视网膜脱离。

3) 辅助检查要点：早期或体征不典型者应散瞳做三面镜检查，有条件者可做眼底血管造影，以进一步明确诊断。

19.2.7 视网膜色素变性

1) 病史询问要点：有无夜盲，家庭成员中有无出现类似症状者。

2) 查体要点：眼底检查可见视盘呈蜡黄色萎缩，视网膜小动脉变细，视网膜色素紊乱（早期）或骨细胞样色素沉着（中晚期），视网膜呈青灰色。

3) 辅助检查要点：必要时做视野检查。视野缺损可由环状暗点渐向周围和中央扩大，直至管状视野。

19.2.8 糖尿病性视网膜病变

1) 病史询问要点：有无糖尿病史、糖尿病类型、病程及血糖控制情况。

2) 查体要点：眼底检查（小瞳眼底），I期可见眼底后极部微血管瘤和小出血点；II期可见黄白色硬性渗出和出血斑；III期可见白色棉絮斑或出血斑。由于公务员入职时年龄段发生DRP晚期眼底改变的机会极少，故IV、V、VI期略而不谈。

3) 辅助检查要点：参考实验室检查结果，并在内科协助下确诊。

19.3 注意事项

19.3.1 关于青光眼的视盘改变 视盘改变是青光眼早期诊断的可靠依据，也是体检中发现青光眼的最主要阳性体征。青光眼的视盘改变主要表现为：①视盘凹陷进行性扩大和加深；②视盘上下方局限性盘缘变窄，垂直径C/D比值增大，或形成切迹；③双眼视盘凹陷不对称，双眼C/D比值的差值 >0.2 ；④视盘上或盘周浅表性出血；⑤视网膜视神经纤维层缺损。其中以C/D比值的参考价值最大，但它并不是诊断成立的依据，因部分正常人眼底C/D比值也可较大，即所谓的“生理性凹陷”，所以大凹陷并非都是病理性的。

青光眼早期病理性凹陷与生理性凹陷不易区分。体检中对青光眼主要以筛查为目的，仅凭肉眼估计的C/D比值存在一定误差。对青光眼应本着宁严勿漏的原则，当C/D比值 ≥ 0.5 且伴视盘的其他阳性改变，或C/D比值 ≥ 0.6 时，均应做青光眼排除检查。

19.3.2 关于眼压 眼压是眼内容物作用于眼球内壁的压力。眼压测量虽然不作为公务员体检的常规检查项目,但作为青光眼三大诊断指标之一,在眼科检查发现可疑体征时仍需加做此项检查,故简要介绍如下:

眼压参考值为 10~21 mm Hg。眼压>24 mm Hg、昼夜眼压差>8 mm Hg 或双眼眼压差>5 mm Hg,为病理性眼压。一般认为非接触性眼压计不够准确,其结果仅供筛查或临床参考,在确诊青光眼时应采用 Goldmann 压平眼压计、手持压平眼压计或 Schiottz 压陷眼压计测量。由于高眼压并非都是青光眼,而正常眼压也不能排除青光眼,所以在评判眼压测量结果时应注意以下问题:

1) 慢性单纯性青光眼早期眼压不是持续性升高,约有 50% 的患者单次眼压测量值低于 21 mm Hg,因此,不能根据一两次眼压测量结果在正常范围内就判断为眼压不高,凡可疑病例应提供至少连续 3 天的单次眼压测量结果。此外,测量 24 小时眼压曲线,有助于发现眼压高峰及波动范围,是评判眼压的可靠依据。

2) 高度近视等巩膜硬度偏低者,用 Schiottz 压陷眼压计所测眼压往往低于实际眼压,故要求测量校正眼压或用压平眼压计测量。

3) 测量眼压时应注意测量误差。中央角膜厚度(CCT)是眼压测量的主要误差因素,CCT 越厚,测得的眼压值越高,一些 CCT 较厚的正常人常被误诊为高血压。CCT 与压平眼压计测量值密切相关,所以在单项眼压高而无其他阳性体征时,应根据各地区条件做进一步检查,排除 CCT 因素所致的“假性高眼压”。

19.3.3 关于一眼视力合格而另一眼失明或无眼球的判定 一眼失明(视力仅存光感以下者为失明)或无眼球可由多种眼病所引起。按照条文规定,只要一眼视力合格,无引起合格眼视功能进行性损害的潜在可能,合格眼经散瞳后屈光间质及眼底检查未见明显异常,作为一般职位的公务员,应视为体检合格。但应尽量排除失明或无眼球眼可能存在的危及视力合格眼的各种因素,为此,应了解致盲或眼球摘除的原因,对因严重眼球贯通伤或肿瘤而摘除眼球者,须由原经治医院提供病情摘要,说明手术摘除眼球的理由,以供做结论时参考。

20 关于听力及耳鼻喉科疾病

第二十条 双耳均有听力障碍,在佩戴助听器情况下,双耳在 3 米以内耳语仍听不见者,不合格。

20.1 条文解释

本条款实际含义是，在佩戴或不佩戴助听器的条件下，只要任何一耳的耳语试验超过 3 m，视为体检合格。

20.1.1 听力 是指辨别声音的能力，具有两层含义，一是能感受到声音的强度，二是对言语的感知能力。

20.1.2 耳聋 即听力障碍，是听觉传导通路发生病变导致不同程度听力损害的总称。

20.1.3 耳聋分类 根据耳聋发生的部位和性质可将其分为 3 种类型。外耳及中耳司声音传导之职，其任何部分的病变均能造成传导性聋；内耳、听神经与听觉中枢司声音感知之职，其任何部分的病变均能造成感音神经性聋；二者兼有则为混合性聋。中重度以上聋多为感音神经性聋或混合性聋。

20.1.4 助听器 是一种能提高声音强度的电声学装置，它能放大声音，使听力障碍患者有效地利用残余听力，改善交流能力。须佩戴助听器者大部分为双侧中重度以上聋。

20.1.5 关于公务员录用体检的听力检查法 对听力的要求是不仅能听到说话声，而且能理解别人的言语，即能听明白交谈对象的语言内容。检查听力的方法很多，《标准》规定采用耳语试验，主要是考虑到该方法能够达到上述对听力的要求，而且操作简便易行，因此该方法为大部分录用体检所采用，且基本上国际通用。

20.1.6 耳鼻喉科其他疾病 除听力检查外，耳鼻喉科检查项目还包括鼻部、咽部及喉部。《标准》条款虽未对相关耳鼻喉科疾病作出限制性规定，但是，对于预期随病情发展可在短期或今后一定时期内影响受检者听力的疾病，以及对生命有严重威胁的耳鼻喉科疾病，例如可引起耳源性颅内并发症的疾病、外耳和中耳恶性肿瘤、听神经瘤、鼻咽喉部恶性肿瘤等，参照《标准》的有关章节，现症患者作体检不合格结论。

20.2 诊断要点

20.2.1 常见耳病 大多数常见耳病均可影响听力，造成不同程度的听力下降。传导性聋和混合性聋常单侧患病，耳聋程度相对较轻，经治疗多可部分或完全恢复听力；感音神经性聋则可为双侧或单侧患病，耳聋程度一般较重，一旦发生，治疗比较困难。对于公务员体检来说，能使双耳听力均下降到耳语试验 3 m 以内的耳病较为少见。现仅就一些常见听力障碍的特点和一些听力虽能达标但需提前治疗的耳部疾病简述如下。

20.2.1.1 先天性聋 包括遗传性和非遗传性先天性聋，可伴有其他部位或系统的先天性畸形。

1) 病史询问要点: 有无遗传性聋或其他遗传性疾病家族史, 母亲妊娠期有无风疹病毒感染史、耳毒性药物应用史及有无难产史, 耳聋发病年龄, 耳聋是否进行性加重, 有无耳痛。

2) 查体要点: 外耳及鼓膜一般无异常。注意是否伴有其他部位的畸形。

20.2.1.2 药物性聋 指药物毒性引起耳蜗中毒性损害造成的耳聋, 以氨基糖苷类抗生素引起者多见, 如链霉素、庆大霉素、卡那霉素等。此种耳聋通常属永久性的, 目前尚无有效治疗方法。

1) 病史询问要点: 是否为使用耳毒性药物或患某些疾病后出现双耳听力下降, 所用耳毒性药物种类、用药剂量、用药时间及途径等, 是否伴眩晕、耳鸣。

2) 查体要点: 主要通过病史诊断, 耳镜检查一般无异常发现。

20.2.1.3 噪声性聋 噪声性聋是因长期接触噪声刺激而产生的进行性听觉障碍, 损害部位在内耳。

1) 病史询问要点: 有无明确的噪声暴露史, 耳聋是否呈进行性发展并伴双侧耳鸣, 有无其他可导致耳聋的致病因素。

2) 查体要点: 外耳道及鼓膜多无异常。

20.2.1.4 急性声损伤或冲击伤 是由冲击波对听觉器官的损伤造成的听觉损害, 损害部位主要在内耳, 可伴有不同程度的中耳损伤。

1) 病史询问要点: 有无近处发生巨大声响或爆炸等冲击波损伤后听力立即下降史, 有无耳鸣、耳痛、头晕等伴随症状。

2) 查体要点: 耳镜检查可有鼓膜充血, 或外伤性穿孔、出血、听骨链损伤。

20.2.1.5 病毒感染导致的聋 病毒直接或间接地引起内耳病损, 导致双耳或单耳程度不同的感音神经性听力损失。

1) 病史询问要点: 有无如腮腺炎、麻疹、水痘等病毒感染史; 发病是否突然, 有无耳鸣等伴随症状。

2) 查体要点: 病史是诊断的关键, 耳镜检查一般无异常发现。

20.2.1.6 全身疾病导致的聋 多由于结缔组织病(如风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎等)、糖尿病、甲状腺功能亢进、尿毒症等系统性疾病所引起。

1) 病史询问要点: 病史是诊断的关键, 注意询问有无上述相关病史。

2) 查体要点: 注意有无上述疾病的相关体征。

注意：全身疾病导致耳聋者即使听力能够达到合格标准，也须根据原发疾病的性质作出最终的体检结论。

20.2.1.7 其他化脓性耳部疾病 急性化脓性中耳乳突炎、慢性化脓性中耳乳突炎急性发作、胆脂瘤型中耳炎等，听力虽能达到合格标准，但此类疾病可导致危险的颅内并发症，如硬膜外脓肿、化脓性脑膜炎、乙状窦血栓性静脉炎、脑脓肿、脑膜下脓肿等，须在体检前及早治疗，治愈后方可作合格结论。

20.2.2 耳鼻咽喉科常见肿瘤 其中恶性肿瘤多发于中老年人群，肉瘤则多见于青年人。因其解剖位置较为隐蔽，早期症状少，体检时一般不易发现，故查体一定要认真仔细，才能最大限度地避免漏诊。按《标准》第八条规定，不合格。

20.2.2.1 鼻腔及鼻窦恶性肿瘤 发生于鼻腔及鼻窦的肿瘤可侵犯临近器官如眼眶及颅内，造成严重后果，预后较差。

1) 病史询问要点：有无鼻出血或血性鼻涕，凡成人一侧鼻腔经常少量出血或涕中带血，尤其是有特殊臭味者，应首先想到肿瘤可能；有无鼻塞，是否为一侧鼻腔进行性鼻塞，进展情况如何。

2) 查体要点：注意有无颌下、颈部淋巴结肿大；鼻镜检查注意鼻腔有无新生物。鼻腔未见肿瘤组织但可见鼻道血迹，应想到上颌窦癌的可能。

3) 辅助检查要点：主要通过体检发现可疑肿瘤，经活组织病理学检查进一步确诊。

应注意与鼻息肉相鉴别：鼻息肉是水肿的鼻黏膜从鼻道突入鼻腔形成的良性肿物，多因慢性鼻炎或鼻窦炎的脓性分泌物长期刺激所致。可单发或多发，位于一侧或两侧鼻腔，常见的水肿型息肉呈半透明光滑新生物。不能确定诊断时应作活组织病理学检查。

20.2.2.2 鼻咽癌

1) 病史询问要点：注意流行病学史（广东、广西、福建地区发病率高），有无鼻涕带血、鼻塞、耳闷、耳鸣及听力减退等症状，有无顽固、持久的头痛病史。

2) 查体要点：颈部淋巴结转移常为最早发现的症状，约占 40%，体检时应注意有无单侧或双侧上颈部淋巴结肿大；若有，应仔细检查鼻咽部。

3) 辅助检查要点：对可疑病例应行间接鼻咽镜或纤维鼻咽镜检查，咽隐窝、鼻咽顶部可见结节状、菜花状或溃疡状肿物，可取鼻咽部组织作病理学检查，以明确诊断。

20.2.2.3 鼻咽纤维血管瘤 本病好发于10~25岁青年男性。肿瘤由纤维组织及血管构成，瘤体血管丰富，血管壁薄，缺乏弹性，容易受损而发生严重出血。本病虽属良性肿瘤，但由于容易反复出血和侵及颅底、眼眶产生严重后果，故现症患者不合格。

1) 病史询问要点：有无反复阵发性鼻出血史，出血量多少，是否伴有不同程度的贫血；有无进行性鼻塞及耳鸣、耳堵、听力障碍、头痛等堵塞及压迫症状。

2) 查体要点：鼻腔、鼻咽部可见表面光滑、质硬的红色肿物，触之易出血。

3) 辅助检查要点：一般通过临床表现及鼻腔、鼻咽部检查即可诊断，必要时可做鼻咽部CT或MRI检查，进一步了解肿瘤大小、范围及颅底情况。

20.2.2.4 喉癌及下咽癌

1) 病史询问要点：有无声音嘶哑及声音嘶哑是否为持续渐进性，有无咽部异物感和咽痛，有无刺激性咳嗽和痰中带血。

2) 查体要点：颈部触诊应仔细检查颈部淋巴结大小、活动度及与周围组织的关系。间接喉镜检查可有以下阳性发现：声带增厚，表面粗糙不平，颗粒状隆起，乳头状或菜花状肿物，声带运动受限或固定，溃疡，在喉部其他位置或下咽部出现新生物或溃疡。可疑病例应进一步做活组织病理学检查，以明确诊断。

3) 辅助检查要点：注意与以下疾病相鉴别，可疑病例需做纤维喉镜检查，进一步明确诊断。

①会厌囊肿：是因腺管阻塞导致黏液潴留所形成的喉黏液囊肿，多位于会厌舌面，体检中行间接喉镜检查时经常遇到。小囊肿常无自觉症状，不需治疗，合格；囊肿较大者应做局部治疗，治愈后者合格。

②喉乳头状瘤：是喉部常见的良性肿瘤，发展缓慢，常见症状为声音嘶哑。本病有发生恶变危险，应及时手术，治愈者合格。肿瘤范围广、多次复发或恶性变者，不合格。

③声带小结：引起慢性喉炎的各种病因均可引起本病，尤其是长期用声过度或用声不当者易发生此病。早期症状为发声易疲劳和间歇性声音嘶哑，喉镜检查在声带游离缘前中1/3交界处可见局限性隆起。本病为良性病变，必要时可手术摘除，合格。

④声带息肉：声音嘶哑为主要症状，喉镜检查在声带游离缘前中1/3交界处有表面光滑、半透明、带蒂的新生物，确诊需组织病理学检查。经手术切除并经病理证实后者，合格。

20.2.2.5 中耳癌 较为少见，但预后不佳，平均5年生存率约为50%。

1) 病史询问要点: 有无耳痛(早期症状)、外耳道内有血性分泌物(早期主要症状)、听力减退及张口困难等病史。张口困难早期可因炎症、疼痛而反射性引起颞颌关节僵直所致,晚期则多因癌肿侵犯颞颌关节所致。

2) 查体要点: 外耳道或中耳腔可见肉芽或息肉样组织,触之较硬,易出血,并有带血脓性分泌物;注意有无周围性面神经瘫痪,癌肿侵犯面神经引起同侧面神经瘫痪,可见患侧上下眼睑闭合不全、额纹消失、吹口哨口角漏气等体征。

3) 辅助检查要点: 可疑病例应作肿物活组织病理学检查,以明确诊断。

20.2.2.6 听神经瘤 为耳神经外科最常见的良性肿瘤,占小脑桥脑角肿瘤的70%~80%,占颅内肿瘤总数的5%~10%。好发年龄为20~50岁。单侧患病居绝大多数,双侧听神经瘤仅占总数的4%左右。本病虽属良性肿瘤,但后果严重,若能完全切除可获得永久性治愈。现症患者作不合格结论。

1) 病史询问要点: 有无肿瘤压迫耳蜗及前庭神经所致的表现,如头昏、眩晕、耳鸣、听力减退等;对出现渐进性听力减退但无其他原因(如外伤、中耳炎等)可解释者,应想到听神经瘤的可能。

2) 查体要点: 早期体征不明显,鼓膜多正常;晚期可出现小脑性共济运动失调、邻近颅神经受侵症状及颅内压增高表现,体检中一般不易遇到。

3) 辅助检查要点: 对可疑病例可根据诊断需要选择听性脑干反应(ABR)、MRI等检查,以进一步确诊。

20.3 注意事项

20.3.1 本条款的听力标准已很宽松,低于此标准者会因言语分辨率很低而导致交谈困难,影响社交能力,因此检查者应严格掌握本条款标准,不能自行放宽标准。

20.3.2 听力障碍的病因复杂,有些病因体检中一时难以明确,且体检的目的主要不是针对病因寻找治疗方法,故对听力障碍的病因或性质不必过分深究,能够根据耳语听力检查作出是否合格的结论即可。

20.3.3 如果发现阳性体征,尤其是新生物(肿物),一般可先对其进行描述,暂不作诊断和结论,待进一步检查(包括病理学检查)明确病变性质后结论。

21 关于其他严重疾病

第二十一条 未纳入体检标准,影响正常履行职责的其他严重疾病,不合格。

本条款作为收底条款，其实际含义是：任何一个体检标准，都不可能包罗万象、将人体各系统各学科的疾病全部列入，对《标准》的把握应以不影响正常履行公务员职责为原则，能否为国家正常地、长久地工作，是否会因为治疗而延误工作，以及是否会影响他人，是考虑体检结论的出发点。对患有《标准》中没有规定的严重疾病的受检者，应由主检医生根据《标准》总的精神和疾病的性质、程度及发展趋势，会商录用机关后，作出科学、合理的体检结论。

另外，残疾和身高、相貌等身体条件方面的问题在公务员录用体检中也会遇到。现就这些问题作如下说明：

1) 关于残疾：残疾是身体的一种显著的功能障碍，严重者将影响到正常的生活、学习和工作，以致不能独立生活和参加各种社会活动。常见的残疾包括两大类，一类是肢体残疾，例如各种瘫痪（偏瘫、截瘫、四肢瘫等），肢体畸形，截肢后缺腿、缺手以及较严重的关节炎等原因引起的永久性肢体运动障碍；另一类为特殊残疾，包括视力残疾（例如盲、视力低下）、听力残疾（例如聋、重听）、言语残疾（例如哑、失语）、精神残疾（例如各种精神病、智力残疾）等。后一类残疾由于影响到与健康人群的正常交流，故不在公务员招考范围之内。而对肢体残疾，《标准》没有做出限制性规定。基于不影响正常履行岗位职责的原则，肢体残疾考生只要病情稳定（不继续恶化）、生活能够自理、符合招考职位的要求，应在公务员招考范围之内。

体检时，医师要注意询问受检者致残的原因及有无残疾证，并在体检表中详细描述残疾肢体的部位、性质、功能，有残疾证者应在外科其他栏目中记录残疾证号码。

2) 关于身高及外貌：《标准》中没有对身高、相貌等外在因素做出限制性规定，同样是考虑到这些因素一般并不是影响健康的严重疾病，且一般情况下也不影响公务员正常履行岗位职责。除了一些特殊职位对公务员有身体条件的要求（须经录用单位的主管机关批准并在招考简章中公示）外，在一般职位的公务员录用体检中，不能仅以身高、相貌为由作出不合格结论。但如果是因疾病原因对身高、相貌等造成影响，是否属体检合格则应按照第二十一条所述原则，根据疾病的性质作出合理判断。例如侏儒症，是由于垂体分泌生长素不足造成的，属于内分泌疾病，治疗困难，应按体检不合格结论。

附录 A 血压常用值毫米汞柱与千帕对照表

kPa	mm Hg	kPa	mm Hg	kPa	mm Hg	kPa	mm Hg	kPa	mm Hg	kPa	mm Hg
4.1	31	8.1	61	12.1	91	16.1	121	20.1	151	24.1	181
4.3	32	8.3	62	12.3	92	16.3	122	20.3	152	24.3	182
4.5	34	8.5	64	12.5	94	16.5	124	20.5	154	24.5	184
4.7	35	8.7	65	12.7	95	16.7	125	20.7	155	24.7	185
5.0	38	9.0	68	13.0	98	17.0	128	21.0	158	25.0	188

5.1	38	9.1	68	13.1	98	17.1	128	21.1	158	25.1	188
5.3	40	9.3	70	13.3	100	17.3	130	21.3	160	25.3	190
5.5	41	9.5	71	13.5	101	17.5	131	21.5	161	25.5	191
5.7	43	9.7	73	13.7	103	17.7	133	21.7	163	25.7	193
6.0	45	10.0	75	14.0	105	18.0	135	22.0	165	26.0	195
6.1	46	10.1	76	14.1	106	18.1	136	22.1	166	26.1	196
6.3	47	10.3	77	14.3	107	18.3	137	22.3	167	26.3	197
6.5	49	10.5	79	14.5	109	18.5	139	22.5	169	26.5	199
6.7	50	10.7	80	14.7	110	18.7	140	22.7	170	26.7	200
7.0	53	11.0	83	15.0	113	19.0	143	23.0	173	27.0	203
7.1	53	11.1	83	15.1	113	19.1	143	23.1	173	27.1	203
7.3	55	11.3	85	15.3	115	19.3	145	23.3	175	27.3	205
7.5	56	11.5	86	15.5	116	19.5	146	23.5	176	27.5	206
7.7	58	11.7	88	15.7	118	19.7	148	23.7	178	27.7	208
8.0	60	12.0	90	16.0	120	20.0	150	24.0	180	28.0	210

附录 B 视力小数记录折算 5 分记录对照表

旧法记录	0 (无光感)			1/∞ (光感)				0.001 (手动)				
5分记录	0			1				2				
旧法记录 (手指/cm)	6 cm	8	10	12	15	20	25	30	35	40	45	
5分记录	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.85	2.9	2.95	
走近距离	50 cm	60	80	1 m	1.2	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5
小数记录	0.01	0.012	0.015	0.02	0.025	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09
5分记录	3.0	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.85	3.9	3.95
小数记录	0.1	0.12	0.15	0.2	0.25	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9
5分记录	4.0	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.85	4.9	4.95
小数记录	1.0	1.2	1.5	2.0								
5分记录	5.0	5.1	5.2	5.3								

附录 C 实验室检查相关要求

C1 检验科操作程序

[基本条件]

1. 工作环境、设备条件应达到本地区临床检验质量控制中心的要求（或参照《北京市体检质量控制和改进评估标准》的要求）。

2. 室内各专业设置合理，符合院内感染管理要求。医疗废弃物的管理达到本地区卫生部门对医院废物处理的要求（或参照北京市《医疗废物管理条例》和《北京市医疗卫生机构医疗废物管理规定》），留有原始记录。

3. 室内温、湿度达到所用设备的要求。

4. 根据检测项目编写相应的操作规程（包括：项目名称、实验原理、实验方法、质量控制、操作步骤、计算方法、临床意义），并适用于操作。

5.应用的设备、试剂应有国家许可的证明文件（许可证、注册证、经销证），试剂存放应符合要求，使用仪器定期校准。

6.实验前（中）应做各检测项目的室内质控，参加部（市）级室内质评，成绩合格。

7.从事检验的人员应具备相应资格。

[实验前准备]

1.查看并记录当日工作环境的温度、湿度；冰箱的温度；试剂的使用期限（按要求存放在相应的冰箱中）。

2.根据各单位设备要求及所检测的项目，正确采集相应的样品。

3.血常规，采血后2小时内完成检测；尿常规，留取标本后1小时内完成检测；生化项目，血清样本置2~8℃冰箱内保存，24小时内完成检测；免疫项目，血清样本置2~8℃冰箱保存，48小时内完成检测。

4.填写标本接收（采集）、拒收记录（包括：数量、状态、时间、接收人）。

[实验中测定]

1.按标准操作规程的要求做检测项目的室内质控。记录原始结果并存档（通过—运行；失控—寻找原因—通过—运行；失控—寻找原因—不通过—停机—求助）。

2.输入（记录）各种检测信息。

3.按标准操作规程要求进行操作。

[实验后分析]

1.输出（计算）结果，审核后无误，即可发放报告。报告单应有检验人员签字、审核人员签字、检验项目的中英文对照、参考值范围，异常结果应有标示。

2.横、纵项审核，有疑问—复查—沟通—记录处理结果。

3.所有原始资料备份（记录）、存档备查。

C2 采血室操作规程

[应备物品]

一次性负压真空采血器（管、针、贴、架）或注射器，治疗巾（一次性纸巾），止血带，碘酒、酒精或碘伏，棉签（棉球），放置采血后废弃物（针头、注射器等）的专用回收容器，紫外线灯，以及污物桶等。

[操作步骤]

1.抽血室护士应严格执行无菌操作技术规程，熟练业务。

- 2.抽血前，护士要洗手、戴口罩、帽子、乳胶手套。
- 3.在试管上标明受检者的姓名或顺序号，并仔细核对，严防差错。
- 4.采血前检查穿刺针头是否平滑，试管皮塞是否有松动、裂缝。
- 5.仔细选择受检者血管，尽量穿刺左上肢，常用肘窝部贵要静脉、肘正中静脉、头静脉及前臂内侧静脉。
- 6.在穿刺部位肢体下放治疗巾（或一次性纸巾）、止血带。
- 7.消毒穿刺部位。以进针点为中心，消毒范围大于 5 cm。
- 8.在静脉穿刺部位上方约 6 cm 外扎止血带，嘱受检者握紧拳头，使静脉充盈显露。
- 9.穿刺针头斜面向上，呈 15~30°角穿刺，见回血后，插入负压真空采血管至所需血量，放松止血带，以采血贴、棉签或棉球压住针孔并拔出针头。
- 10.嘱受检者继续压迫针孔 3~5 分钟，勿揉搓针孔处，以免穿刺部位瘀血。
- 11.需要抗凝的血标本要上下轻柔摇匀 6~8 次，放入采血架后及时、安全送检。
- 12.若一次穿刺失败，重新穿刺需更换部位。

[消毒隔离、预防交叉感染措施]

- 1.每日定时开窗通风。
- 2.每日定时用紫外线消毒采血室 30~60 分钟。
- 3.每日清洁桌椅和地面，必要时用有效的消毒液擦拭。
- 4.被血液污染的台面、地面要及时用高效消毒剂擦拭。
- 5.碘酒、酒精或碘伏应密闭存放，容器每周消毒并更换 2 次；建立物品消毒有效期登记，并认真做好记录，以确保无菌物品的有效性。
- 6.受检者要做到一人一针一巾一带。
- 7.医用废弃物置于防渗漏、防锐器穿透的专用包装物或密闭容器内，交由医疗废物集中处置单位处理。

C3 艾滋病检测初筛实验室必备条件

录用公务员体检项目包括艾滋病毒抗体筛查，因此承担此项工作的医疗机构必须建立艾滋病检测初筛实验室。根据卫生部 1997 年下发的《全国艾滋病检测工作规范》，初筛实验室必须具备以下基本条件：

[人员条件]

有 3 名以上（含 3 名）医技人员，其中中级卫生技术职称人员 1 名以上（含 1 名），从事病毒血清学检测技术工作 2 年以上（含 2 年），接受过国家或省级 HIV 抗体确认中心举办的 HIV 抗体检测学习班培训，并获得合格证书。

[场所及设备条件]

有独立的实验用房（或至少有专用的检测台），污染区和清洁区要分开。从我国 HIV 抗体检测工作发展要求，要根据采用酶联免疫法进行测定来考虑所需的检测器材，包括酶标读数仪和洗板机，精确的移液器，专用的普通冰箱、低温冰箱、离心机，各种消毒与污染处理设施、安全防护用品，以及恒温设施。

