

中医执业医师临床禁忌丛书

丛书主编 鲁兆麟

Zhong Yi Yan Ke Er Bi Yan Hou Ke Lin Chuang Jin Ji Shou Ce

中医眼科、耳鼻咽喉科 临床禁忌手册

主编 张亚力 李 瑞 矫 红



中国协和医科大学出版社

中医执业医师临床禁忌丛书

丛书主编 鲁兆麟

中医眼科、耳鼻咽喉科 临床禁忌手册

主 编 张亚力 李 瑞 矫 红

副主编 李 洵 刘建华 林 殷

编写人员 (以姓氏笔画为序)

刘巧平 刘建华 李 洵

李 瑞 李玉 张 南

张亚力 林 殷 矫 红

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医眼科、耳鼻喉科临床禁忌手册 / 张亚力, 李瑞, 矫红主编. - 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002.12

(中医执业医师临床禁忌丛书 / 鲁兆麟主编)

ISBN 7-81072-339-1

I. 中… II. ①张…②李… III. ①中医五官科学: 眼科学-临床-禁忌(中医)-手册②中医五官科学: 耳鼻喉科学-临床-禁忌(中医)-手册 IV. R276-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 081103 号

中医执业医师临床禁忌丛书 中医眼科、耳鼻喉科临床禁忌手册

主 编: 张亚力 李 瑞 矫 红

责任编辑: 谢 阳

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

印 刷: 北方工业大学印刷厂印刷

开 本: 850×1168 毫米 1/32 开

印 张: 5.75

字 数: 120 千字

版 次: 2003 年 2 月第一版 2003 年 2 月第一次印刷

印 数: 1—5000

定 价: 18.40 元

ISBN 7-81072-339-1/R·334

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

国家《执业医师法》和执业医师考试制度的实施，对医师的执业道德和执业技术能力做出了明确的法律规定。为了提高中医眼科、耳鼻咽喉科执业医师的执业技术能力，我们按照国家执业医师考试大纲的要求，对中医眼科、五官科常见疾病诊断治疗中应当注意和引起重视的一些问题整理汇编成册，以帮助中医眼科、五官科执业医师在执业中减少失误，避免不必要的纠纷。

中医五官科包括眼、耳鼻咽喉、口腔等疾病，其中眼、耳鼻咽喉疾病在中医诊治中常采用中医诊断治疗，而口腔疾病则多为西医诊治或中西医结合治疗，为突出中医的特色及中医诊疗中的注意事项，故在本书中并未收载口腔科疾病。

本书力求简明、实用，从临床实际出发，对临床中常见的眼科、五官疾病进行了论述，使临床医生在诊疗中能够明确疾病的深浅与转归，以及疾病中可能隐含的危重情况，明确诊断，避免误诊、失治，以提高疗效，同时加强自我保护意识，减少不必要的医疗纠纷和医疗事故，为患者解除痛苦。

中医眼科、五官科包括的疾病较为复杂，涉及面广，本书仅从执业医师临床角度出发，可能未能收录所有疾病，不甚全面。鉴于编者学识水平有限，加之时间仓促，书中错误在所难免。望读者不吝赐教，以便日后修订补充。

编 者
2002 年 7 月

目 录

《中医执业医师临床禁忌丛书》总论	(1)
一、医师职业道德禁忌	(1)
二、临床检查禁忌	(4)
三、病历书写禁忌	(6)
四、处方用药禁忌	(13)
五、医嘱制度禁忌	(16)
六、保护性医疗禁忌	(18)
七、危重病人处理禁忌	(19)
八、医医、医护、医患关系禁忌	(21)
眼科疾病临床诊疗禁忌	(26)
一、针眼	(26)
二、胞生痰核	(29)
三、沙眼	(31)
四、漏睛	(35)
五、暴风客热	(37)
六、天行赤眼	(40)
七、聚星障	(43)
八、瞳神紧小	(47)
九、绿风内障	(50)
十、圆翳内障	(53)
十一、云雾移睛	(56)

十二、暴盲	(59)
十三、青盲	(63)
十四、视瞻昏渺	(66)
十五、视直如曲	(70)
十六、撞击伤目	(73)
十七、真睛破损	(78)
十八、化学性眼外伤	(81)
十九、近视眼	(84)
二十、远视眼	(89)
二十一、风牵偏视	(94)

耳科疾病临床诊疗禁忌 (97)

一、耳疔、耳疮	(97)
二、旋耳疮	(101)
三、耳壳流痰	(104)
四、耳胀、耳闭	(106)
五、脓耳	(111)
六、耳鸣、耳聋	(118)
七、耳眩晕	(123)

鼻科疾病临床诊疗禁忌 (129)

一、鼻疔	(129)
二、伤风鼻塞	(132)
三、鼻窦	(135)
四、鼻渊	(140)
五、鼻槁	(142)
六、鼻渊	(145)

咽喉科疾病临床诊疗禁忌·····	(150)
一、风热喉痹·····	(150)
二、虚火喉痹·····	(153)
三、风热乳蛾·····	(156)
四、虚火乳蛾·····	(159)
五、喉关痛·····	(162)
六、急喉暗·····	(166)
七、急喉风·····	(169)
八、慢喉暗·····	(172)

《中医执业医师临床禁忌丛书》

总 论

所谓中医执业医师的临床禁忌，实际上应当包括两个部分，一是相关法律法规禁止医师做的事情，如《执业医师法》、《传染病防治法》、《食品卫生法》、《医疗事故处理规定》等国家正式颁布或发行的法规条款中，对医师执业的管理制度和处置；二是医学伦理道德忌讳（或者说不应该）医师去做的事情，如医师的职业素养、医师在诊疗工作中的职业道德、医疗工作中人际关系的处理原则等，对医师职业提出的特殊规范。本章谨对医师职业道德禁忌、临床检查禁忌、病历书写禁忌、处方用药禁忌、医嘱制度禁忌、保护性医疗禁忌、危重病人处理禁忌和医疗人际关系禁忌等方面的问题，作一简要概述。

一、医师职业道德禁忌

医师的职业道德禁忌包括医师的言谈举止、衣着服饰有违其职业特点和医师不履行其应尽的责任等方面。

（一）医师的装束言谈禁忌 医师在接诊病人时禁忌衣冠不整或过分修饰，举止轻浮傲慢，谈吐粗鲁，态度冷淡或漫不经心，这样做很容易使就诊者对医师产生不信任、不安全感或心理压抑甚至厌恶，不愿意畅所欲言

言地对医师讲真话，无法主动积极地配合诊治，因此影响对疾病的诊断，甚至造成漏诊或误诊。作为执业医师，除了要有高度的道德责任感，同时还要做到仪表端庄，态度和蔼，语言亲切。

1. 忌仪态轻浮：询问病史时，首先应以端庄稳重的仪表出现在病人面前。医师的衣着如果过分暴露或奢华，会降低病人对其信任的程度，产生疏远感。相反，如其服饰整洁得体，神态安详大方，态度诚恳热情，或给病人一种同情、信任和鼓励的目光，都能使病人的紧张心理得到缓解，消除顾虑，对医师产生信任和亲切感，这样的气氛不仅有利于病人倾诉病情和与疾病有关的隐私，从而获得全面、可靠的病史资料，同时可增强他们战胜疾病的信心。

2. 忌听诉不耐烦：为获取完整的病史，医师不要轻易打断病人的陈述或显得不耐烦，必须态度诚恳，耐心倾听，并随时点头以示领悟。病人由于求医心切，总希望能尽快解除病痛，因此在医师询问病情时，生怕遗漏而往往滔滔不绝；另外，由于病人的职业、文化水平、表达能力不同，对病情主诉的清晰度也会有差异。病人是疾病的亲身体验者，他们的主诉常常能真实反映出疾病演变的因果关系，提供诊治疾病的重要依据。有些资料似乎是生活经历，但可能对分析病人的心理、疾病的社会因素有关；有些病人为忧虑或隐私困扰，通过倾诉或宣泄，使病人感心里痛快，有利于找到疾病的根源和治疗。要耐心倾听病人的主诉，但是，就诊时间有限，如果病人的诉说离题太远，或病人不善于诉说自己的病情，医师可以适当加以引导，使病人转到疾病的陈述上来，或抓住病人的关键问题询问清楚。问诊时，还

要注意尽量不增加病人的精神负担，尤其是慢性病病人，要帮助他们建立起战胜疾病的信心。另外，当询问与疾病有关的隐私时，要首先讲明目的和意义，以免产生误会。

3. 忌言语生硬、粗鲁：生硬、粗鲁、轻蔑的语言会引起病人的反感，使之感到受辱，缺乏安全感；枯燥、难懂的医学术语会使病人难以理解，不知如何应答；惊叹、惋惜、埋怨的语言也会增加病人的精神负担，凡此等等，都会影响病史资料的收集，甚至会引发医患纠纷。上述这些都是临床医师所应禁忌的。病史资料的取得在很大程度上依赖于医师和病人及其家属的交谈。医务人员亲切而温和的态度和对病人表现出发自内心的同情、关心，会使病人乐于接受询问，从而有利于迅速、准确地掌握病情；而通俗易懂的语言，则使病人易于理解，减少误会，这些都是取得病人信任的基础。尽可能少用病人难以理解的医学术语问话，如感到病人有叙述含混的地方，可作一些插问或提示，但不要以自己的主观意愿去暗示或套问病人，以防误导病人，使问诊资料与实际病情产生出入。

4. 忌询问敷衍：询问病人时，医师切忌主观片面性，不可有意识地或凭借自己的主观印象暗示、诱导病人提供希望出现的资料，以免造成误诊或漏诊。对不能口述的病人，可向亲属或陪同者询问，绝不可敷衍了事，更不能编造病史。疾病的发生、发展及临床表现有一个过程，对此过程各个环节的询问必须仔细严密。要抓住病人的主要病痛进行询问，既突出重点，又全面了解。对于危重病人，为了赢得抢救时机，可先对病人或家属作扼要的询问和重点检查，不应为了苛求病历完整

而耽误对病人的抢救。医师在取得病人的信任和合作的基础上,要根据病人的主诉和其他三诊的资料进行有系统、有重点、有目的地询问。

(二) 医师的职责禁忌 医师的职责是指医师对患者和社会所负有的道德职责。

1. 医师最大的禁忌是对患者不负责任。为病人尽职尽责,维护病人的健康,减轻其痛苦是医师最基本的责任和义务。医师发生医疗事故,发现传染病疫情或发现患者涉嫌伤害事件或非正常死亡时,应当按照有关规定,及时向所在机构报告,不得隐瞒。

2. 医师切忌利用职务之便,索取和非法收受患者财物,或牟取其他不正当利益。医师在道义上有责任无条件地为病人服务,不以报酬为前提。

3. 医师不得侵犯患者的知情权和隐私权。医师有对病人解释、说明病情和医疗保密的义务,如实向患者或家属介绍病情,但必须注意避免对患者产生不利后果。

4. 医师必须履行自己对社会公益事业尽职的义务,如面向全社会的预防保健、优生优育、承担现场紧急救护等。遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故和其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时,医师必须服从各级卫生行政部门的调遣,不得延误。

二、临床检查禁忌

临床体格检查可以证实病史所获得的资料,发现临床上没表现出明显症状的体征。临床医师体检时切忌不尊重病人,单纯为了提高自己的技术水平而拿病人“练

手”，或在检查时嘻笑聊天，马马虎虎，对病人不负责任，上述表现是临床漏诊、误诊的常见原因。而那种为了病历的完整，凭主观猜测编造体检中遗漏的内容，也是极不道德的。

（一）一般原则 首先，医师如果不尊重病人，就无法得到病人的信任与合作，体格检查自然也不会顺利。这就要求医务人员要同情、关心、体贴病人，如体检时注意病人在寒冷季节的保温，要依次暴露检查部位，动作要轻柔、敏捷，对敏感部位的检查要用语言转移病人的注意力等。

其次，体检时切忌杂乱无章，漫无目的。严肃认真和实事求是的工作态度，耐心细致的工作作风，是体检获得客观体征的基本要求，也是取信于病人的表现。因此，医师在体检时要按一定的顺序，要全面系统，对重点部位更要详细检查，不要放过任何疑点，免得遗漏或反复检查。

（二）危重病人检查禁忌 对危重病人如休克、大出血或昏迷者，可以扼要重点检查后，即立刻抢救，等病情好转后，再进行补充性检查。对急诊入院的病人，切忌疏忽大意，应首先检查其生命指征，以排除病人已经在家中或路途中死亡的情况，以免日后发生责任事故或医疗纠纷时，无法确认。

（三）妇科病人检查禁忌 男性医师对妇女进行妇科检查时，禁忌单独操作，除了态度要严肃认真外，一定要有女医护人员或女性家属在场。

（四）儿科病人检查禁忌 在儿科体检时，切忌动作拖拉，检查时间过长，以免小儿哭闹、不合作，影响检查。检查幼儿时，应做到尽可能不增加其恐惧感，可

用玩具分散其注意力。检查顺序不要拘泥固定程序，应灵活掌握，切忌先检查咽喉部和看舌象，因为这些部位最容易引起小儿抗拒，一般先从心、肺、脉象等项开始检查，将眼、口、鼻等部位的检查放在最后。检查咽喉时，可将舌象一起进行观察，不要分成两次检查。

（五）老年病人检查禁忌 老年病人的体检虽与其他年龄组基本相同，但有些要点仍需临床医师注意。如老年人容易发生便秘，在腹部检查和直肠指诊时，切忌将残留粪便误当做肿瘤。进行上述检查区分粪便和肿瘤有困难时，需要先嘱病人排便或灌肠后，再重行检查，或辅以器械检查，以免误诊或漏诊。另外，检查老年病人切忌省略一些必要的常规检查，如血常规、尿常规、心电图、胸部 X 线平片、体重和身高、关节和足部、视野、牙齿等。因老年病人常常是多种疾病并存，加之老年人因多有感官失灵、语言困难、健忘或智力衰退，往往主诉不清，所以详细全面的检查是临床诊断和正确治疗及判断预后的保证。即使对一个怀疑“诊断出来也无特效治疗”的疾病，有关的检查仍是需要的，这样可以避免由于误诊和漏诊所带来的一系列的、甚至可以持续若干年的错误处置。

（六）残疾病人检查禁忌 对身体畸形或有缺陷的病人，除以上要求外，还要注意不要伤及病人的自尊心，不要有任何歧视或讥笑的表情和语言。

三、病历书写禁忌

病历即医疗记录。传统中医学称之为病案、医案或脉案，古称“诊籍”。病历是记载疾病发生、发展、变

化和治疗的记录，即医师通过问诊所得的病史、症状，体格检查所见的体征和化验等多项检查所获得的资料，经过综合分析后写成的报告。病历书写的水平，能够反映临床医师医疗、学识和医德水平的高低。一份完整的病历是临床医师在医疗工作中的全面记录和总结，是制定治疗与预防措施的主要依据，也是研究医疗经验，充实教学内容，进行科学研究的卫生保健等多项工作中不可缺少的重要资料。一旦发生医疗纠纷，病历还是重要的法律证据。一份不合格、不可靠的病历，常会导致错误的诊断和治疗。因此，必须以极端负责的工作精神和实事求是的科学态度，严肃认真地书写好病历。

病历（或医案）的书写是有一定格式和要求的，中医、西医的理论体系不同，在临床上所采取的诊治手段也不同，所以病历的书写也不完全一样，但它们的写作要求基本上是一致的。

（一）病历书写的基本要求

1. 病历书写不得马虎、拖拉，必须严肃认真、客观准确和及时地反映病情。门诊病历要求当时完成，住院病历要在病人入院后 24 小时完成，急诊住院者要求当时写出急诊记录。

2. 病历书写不得随意化，要按规定的内容和格式书写。内容要完整正确，简明扼要，条理清楚。

3. 不能用铅笔书写，应一律用毛笔、钢笔或签字笔书写；为使病历能长久清晰保存，并显示其学术和法律上的严肃性，最好不用纯蓝或其他彩色墨水，应使用蓝黑或黑色墨水书写。有特殊规定如需上级医师修改时，可使用红色书写。

4. 病历书写不应潦草或使用草书，不要自造字或

写异体字。应按国家最新颁布的简化字方案书写，语句要通顺，标点符号要正确。外文缩写必须遵循国际惯例。

5. 病历书写不要用俗语，应使用医学术语。如中医症状描述一般要求使用中医名词和术语，体现整体观点和辨证施治原则。

6. 中医病案书写应按照中医诊断望、闻、问、切的顺序，进行系统检查后予以记载，并可附以必要的西医检查和诊断，但不要割裂中医辨证的完整性。

7. 病历书写必须注明日期，其记录格式要统一，如一律按“年、月、日”顺序，用阿拉伯数字书写等。

8. 住院病历、首次病程记录、会诊记录、转科记录、出院小结、死亡记录等应另起一行，标记于病历上方中央。

9. 病历记录结束时，切忌不用正楷签署全名或加盖规定的印章，以示负责。

（二）门诊病历书写禁忌

1. 门诊病历的书写应做到简明扼要，突出重点，病历中切忌不注明科别、就诊日期和时间。这样不利于其他医师接诊，也无法进行随访和病例总结观察。

2. 门诊病历的一般内容包括：姓名、性别、年龄、籍贯、职业、住址和通讯地址、日期、婚姻状况等。如对儿科病人，不填写实足年龄或月龄，就无法衡量小儿体重和其他生理指标，也不能正确指导喂养和诊断用药。如有需要（儿科病人、精神病人、本人无语言能力等），还应写上病史陈述者。

3. 门诊病历的记录要点

（1）主诉：主要症状及发病时间、病情发展程度；

(2) 现病史：疾病发生诱因、经过、出现症状时间。如经过哪些医疗单位检查、诊断与治疗，效果如何？

(3) 过去史：个人史、月经史、生育史、家族史（简要）。如果是复诊病人，还应描述前次诊断、治疗与效果，及其病情演变过程。

(4) 体检：初诊应详细而全面，复诊者在初诊检查基础上重点检查并记录。实验室检查及其辅助检查结果应与前次结果比较。

(5) 印象（临床诊断）：诊断名称要力争规范、准确。如暂时不能确诊，应在相关诊断名称后添加“？”。

(6) 处理意见：包括进一步辅助化验及检查，处方（用药名称、剂量、用法等），是否休息、入院、手术、会诊、转科、留诊观察，以及相关医嘱（饮食、治疗、注意事项、复诊日期等）。

4. 门诊初诊病历应概括病情，复诊病历可重点记录病情变化和治疗效果。初步诊断应力求在就诊当日或随后1~2次复诊中确定。对一时难以确诊的，可暂写某些症状待诊，如“发热待查”等。

5. 急、重、危病人就诊时，必须记录就诊时分。除简要病史和体征外，应记录血压、脉搏、呼吸、体温、意识状态和诊断、救治的措施等。对门诊抢救无效而死亡的病历，应记录抢救经过、死亡时间和死亡诊断。

6. 中医病案的内容和要求。中医病案的书写离不开中医理论的指导，必须体现中医特色。所谓中医特色，概括地说，记录病案应按辨证论治的精神，要求详细而准确、全面而有重点地就四诊八纲及具体辨证方法

的需要，记录所收集的资料，进一步加以综合分析，得出辨证（辨病）的结论，再系统地从理法方药几方面进行论治处理。

根据中医诊断精神，病案的主要内容应以四诊、辨证、立法、处方为重点。四诊部分，应把望、闻、问、切所得的资料，如实地记录下来，四诊的资料是辨证的依据，应按辨证要求分清主次，有系统、有重点、扼要地填写，力求避免罗列症状，主次不分，重点遗漏等情况。辨证部分，必须把四诊记录，根据主症兼症，先病后病和有关辨证资料，加以综合研究，指出病因病机，脏腑经络，阴阳虚实……及其可能的变化等。一定要明确中肯而详尽，力求避免粗略草率，或不从中医的理论辨证，或理论空泛与实际脱节，一般的方法是将病症总的概念加以肯定，首先区分外感或内伤；是外感应鉴别伤寒、温病等，并进一步辨别三阴三阳，卫气营血或三焦；如果不是外感，当辨别什么病，以何脏腑为主，何脏腑为次，病位既定，再进一步辨别其寒热虚实，一定要做到既掌握病，又掌握证，把疾病的全面问题与关键问题辨别清楚。立法部分，是根据辨证而来，立法必须与辨证紧紧相扣。

（三）住院病历书写禁忌 住院期间的病历，主要包括住院病历、入院记录、病程记录、会诊记录、转科记录、出院记录和死亡记录等。住院病历应尽可能完整。

1. 对新入院的所有病人必须在 24 小时内完成病历书写和首次病程记录。急诊、危重病人入院除积极抢救处理外，应尽快在短期内完成病史书写。

2. 住院病历和入院记录必须在采集病史体格检查