

## 附件 7

# 附录一 理赔医学基础知识

## 一、医疗机构分级

### 1. 医疗机构的定义

《医疗机构管理条例》和《医疗机构管理条例实施细则》所称医疗机构，是指依据《医疗机构管理条例》和《医疗机构管理条例实施细则》的规定，经登记取得《医疗机构执业许可证》的机构。

### 2. 医疗机构的类别

(一)综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、专科医院、康复医院；

(二)妇幼保健院；

(三)中心卫生院、乡(镇)卫生院、街道卫生院；

(四)疗养院；

(五)综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医院门诊部；

(六)诊所、中医诊所、民族医诊所、卫生所、医务室、卫生保健所、卫生站；

(七)村卫生室(所)；

(八)急救中心、急救站；

(九)临床检验中心；

(十) 专科疾病防治院、专科疾病防治所、专科疾病防治站；

(十一) 护理院、护理站；

(十二) 其他诊疗机构。

### 3. 医院分级标准

#### 3.1 各级医院分等标准

根据 1989 年 11 月 29 日卫生部颁布的《医院分级管理办法》，依据各级医院的技术水平、质量水平和管理水平的高低，并参照必要的设施条件，医院分为三级十等，分别划分为甲、乙、丙等，三级医院增设特等，级别越高，医院实力越强，三级特等医院的级别最高。

3.1.1 三级医院：是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上的医院。主要指全国、省、市直属的市级大医院及医学院校的附属医院(病床数在 501 张以上)。

3.1.2 二级医院：是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务的地区性医院。主要指一般市、县医院及省辖市的区级医院，以及相当规模的工矿、企事业单位的职工医院(病床数在 101~500 张之间)。

3.1.3 一级医院：是直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务的基层医院、卫生院。主要指农村

乡、镇卫生和城市街道医院(病床数在 100 张以内, 包括 100 张)。

3.1.4 企事业单位及集体、个体举办的医院的级别, 比照划定。

### 3.2 医院分级与医疗收费

医疗收费与医院级别挂钩。级别不同, 门诊挂号、住院床位收费等都有所不同。医保报销时, 级别越高的医院报销比例会越低。

## 二、医疗文件的阅读

医疗文件, 包括病历(住院、门诊)或入院记录、病程记录、手术(各种有创检查)记录、麻醉记录、会诊记录、各种辅助检查报告、阶段小结、病人或家属留言等所有与病人诊疗过程有关的各种文字、符号、图片、影像、切片等资料。因其是记录和指导病人诊疗、科研和总结临床经验、医疗技术鉴定、司法医学鉴定、医疗保险赔付等方面的重要法定资料, 同时它也是衡量医疗质量的一项重要标志, 是临床医生必须掌握的一项基本技能, 其书写质量必须达到《病历书写基本规范(试行)》的基本要求。

### 1. 病历

病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和, 包括门(急)诊病历和住院病历。住院病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨

水，门(急)诊病历和需复写的资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。按照规定的内容书写后，由相应医务人员签名。

### 1.1 门(急)诊病历书写要求及内容

门(急)诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊实务封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

门(急)诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

### 1.2 住院病历书写要求及内容

住院病历内容包括住院病案首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检

查(治疗)同意书、手术同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录(或死亡记录)、病程记录(含抢救记录)、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

### 1.2.1 住院志

是指患者入院后,由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料,并对这些资料归纳分析书写而成的记录。住院志的书写形式分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

### 1.2.2 入院记录的要求及内容:

(一)患者一般情况内容包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者。

(二)主诉是指促使患者就诊的主要症状(或体征)及持续时间。

(三)现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况,应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠、饮食等一般情况的变化,以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况,可在现病史后另起一段予以记录。

(四)既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物过敏史等。

(五)个人史，婚育史、女性患者的月经史，家族史。

(六)体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部(胸廓、肺部、心脏、血管)，腹部(肝、脾等)，直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

(七)专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(八)辅助检查指入院前所做的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应当写明检查日期，如系在其他医疗机构所做检查，应当写明该机构名称。

(九)初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所做出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。

(十)书写入院记录的医师签名。

## 2. 病程记录

病程记录是指继住院志之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊

意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

(一)首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院8小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、诊断依据及鉴别诊断、诊疗计划等。

(二)日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写。

(三)上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

### 3. 出院记录

出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后24小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

### 4. 疑难病例讨论记录：

是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等。

## 5. 死亡记录

是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、

死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

## 6. 死亡病例讨论记录

是指在患者死亡一周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、讨论意见等。

## 7. 会诊记录(含会诊意见)

是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。会诊意见记录应当有会诊意见，会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

## 8. 手术记录

是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当

在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

## 9. 医嘱

是指医师在医疗活动中下达的医学指令，是医生根据病人病情拟定治疗、检查等计划的书面嘱咐，也是护士进行治疗等工作的重要依据，还是护士完成医嘱前后的查核依据。

医嘱包含的文件：医嘱本、医嘱执行单、医嘱单。

医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。

临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等

医嘱内容应当准确、清楚，每项医嘱应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂

改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

#### 10. 辅助检查报告单

是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号(或病案号)、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

### 三、医疗机构病历管理规定

第一条 为了加强医疗机构病历管理，保证病历资料客观、真实、完整，根据《医疗机构管理条例》和《医疗事故处理条例》等法规，制定本规定。

第二条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门(急)诊病历和住院病历。

第三条 医疗机构应当建立病历管理制度，设置专门部门或者配备专(兼)职人员，具体负责本机构病历和病案的保存与管理工作。

第四条 在医疗构建有门(急)诊病历档案的，其门(急)诊病历由医疗机构负责保管；没有在医疗机构建立门(急)诊病历档案的，其门(急)诊病历由患者负责保管。

住院病历由医疗机构负责保管。

第五条 医疗机构应当严格病历管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

第六条 除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。

因科研、教学需要查阅病历的，需经患者就诊的医疗机构有关部门同意后查阅。阅后应当立即归还，不得泄露患者隐私。

第七条 医疗机构应当建立门(急)诊病历和住院病历编号制度。门(急)诊病历和住院病历应当标注页码。

第八条 在医疗机构建有门(急)诊病历档案患者的门(急)诊病历，应当由医疗机构指定专人送达患者就诊科室；患者同时有多科室就诊的，应当由医疗机构指定专人送达后续就诊科室。

在患者每次诊疗活动结束后 24 小时内，其门(急)诊病历应当收回。

第九条 医疗机构应当将门(急)诊患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等在检查结果出具后 24 小时内归入门(急)诊病历档案。

第十条 在患者住院期间，其住院病历由所在病区负责集中、统一保管。

病区应当在收到住院患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等检查结果后 24 小时内归入住院病历。

住院病历在患者出院后由设置的专门部门或者专(兼)职人员负责集中、统一保存与管理。

第十一条 住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时,应当由病区指定专门人员负责携带和保管。

第十二条 医疗机构应当受理下列人员和机构复印或者复制病历资料的申请:

- (一)患者本人或其代理人;
- (二)死亡患者近亲属或其代理人;
- (三)保险机构。

第十三条 医疗机构应当由负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员负责受理复印或者复制病历资料的申请。受理申请时,应当要求申请人按照下列要求提供有关证明材料:

- (一)申请人为患者本人的,应当提供其有效身份证明;
- (二)申请人为患者代理人的,应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料;

(三)申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料；

(四)申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料；

(五)申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第十四条 公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，医疗机构应当在公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

第十五条 医疗机构可以为申请人复印或者复制的病历资料包括：门(急)诊病历和住院病历中的住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

第十六条 医疗机构受理复印或者复制病历资料申请后，应当在医务人员按规定时限完成病历后予以提供。

第十七条 医疗机构受理复印或者复制病历资料申请后，由负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员通知负责保管门(急)诊病历档案的部门(人员)或者病区，将需要复印或者复制的病历资料在规定时间内送至指定地点，并在申请人在场的情况下复印或者复制。

复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，医疗机构应当加盖证明印记。

第十八条 医疗机构复印或者复制病历资料，可以按照有关规定收取工本费。

第十九条 发生医疗事故争议时，医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员应当在患者或者其代理人在场的情况下封存死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等。

封存的病历由医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员保管。封存的病历可以是复印件。

第二十条 门(急)诊病历档案的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

#### **四、常见医学检验指标及临床意义**

##### **(一)尿常规**

尿常规是医学检验“三大常规”项目之一，在临床上是不可忽视的一项初步检查，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分。对泌尿系统和糖尿病的筛检有重要价值，亦常是提供病理过程本质的重要线索。

尿常规检查内容包括尿的颜色、透明度、酸碱度、红细胞、白细胞、上皮细胞、管型、蛋白质、比重、尿胆原、胆红素、亚硝酸盐、隐血、酮体及尿糖定性。

尿常规部分指标参考范围及临床意义：

1. 尿色：正常尿液的色泽，主要由尿色素所致，其每日的排泄量大体是恒定的，故尿色的深浅随尿量而改变。正常尿呈草黄色，异常的尿色可因食物、药物、色素、血液等因素而变化。

2. 细胞 (LEU)：在临床上尿中有重要意义的细胞为红细胞、白细胞及小圆形上皮细胞。

① 红细胞，正常人尿中可偶见红细胞，离心沉淀后每高倍镜视野不超过 3 个。若尿中出现多量红细胞，则可能由于肾脏出血、尿路出血、肾充血等原因所致。剧烈运动及血液循环障碍等，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。

② 白细胞，正常人尿中有少数白细胞存在，离心尿每高倍镜视野不超过 5 个。异常时，尿中含有大量白细胞，

表示泌尿道有化脓性病变，如肾盂肾炎、膀胱炎及尿道炎等。

③小圆形上皮细胞，正常尿液中，有时可发现少数脂肪变性的小圆形上皮细胞。若肾小球肾炎时，尿中上皮细胞增多；若肾小管有病变时，可出现许多小圆形上皮细胞。

3. 管型：正常尿液中仅含有极微量的白蛋白，没有管型，或偶见少数透明管型。若尿中出现 1 个管型，可以反映至少 1 个肾单位的情况，是肾脏疾病的一个信号，对诊断具有重要意义。

4. 蛋白质 (PRO)：一般认为正常人每日排出蛋白质量为 40~80 毫克，最多 100~150 毫克，常规定性检测为阴性。病理性蛋白尿见于肾小球肾炎、肾盂肾炎、急性肾功能衰竭、高血压肾病、糖尿病肾病、妊娠中毒症、狼疮性肾炎、放射性肾炎及肾内其他炎症病变、中毒、肿瘤等。

5. 尿糖定性 (GLU)：正常人尿内可有微量葡萄糖，每日尿内含糖量为 0.1~0.3 克，最高不超过 0.9 克，定性试验为阴性。尿糖阳性多见于肾性糖尿、糖尿病及甲状腺功能亢进等疾病。

6. 酮体 (KET)：正常参考值：阴性。临床意义：阳性，见于糖尿病酮症、妊娠呕吐、子痫、腹泻、中毒、伤寒、麻疹、猩红热、肺炎、败血症、急性风湿热、急性粟粒性

肺结、惊厥等。此外，饥饿、分娩后摄入过多的脂肪和蛋白质等也可出现阳性。尿酮体阳性鉴于糖尿病酮体酸中毒及饥饿性酮症。

7. 隐血(BLD)：正常参考值：阴性。临床意义：阳性，见于泌尿系统结石、感染、肿瘤、急

慢性肾炎、血小板减少性紫癜、血友病等。

## (二) 血常规

血常规是最一般，最基本的血液检验。血液由液体和有形细胞两大部分组成，血常规检验的是血液的细胞部分。血液有三种不同功能的细胞——红细胞(俗称红血球)，白细胞(俗称白血球)、血小板。通过观察数量变化及形态分布判断疾病，是医生诊断病情的常用辅助检查手段之一。

血常规的主要项目包括：红细胞、血红蛋白、白细胞、血小板计数、淋巴细胞绝对值、中间细胞绝对值、中性粒细胞绝对值、淋巴细胞百分比、中间细胞百分比、中性粒细胞百分率、红细胞压积、平均红细胞压积、平均红细胞血红蛋白、平均血红蛋白浓度、红细胞分布宽度、平均血小板体积、血小板分布宽度、血小板压积等。

血常规部分常用指标参考范围及临床意义：

血液一般检查

### 1. 红细胞计数(RBC)

### 【正常参考值】

男：4.0~5.5\*10<sup>12</sup>/L；女：3.5~5.0\*10<sup>12</sup>/L。

儿童：4.0~5.3\*10<sup>12</sup>/L；新生儿：6.0~7.0\*10<sup>12</sup>/L。

### 【临床意义】

红细胞减少：

①红细胞生成减少，见于白血病等病；

②破坏增多：急性大出血、严重的组织损伤及血细胞的破坏等；

③合成障碍：缺铁，维生素 B12 的缺乏等。

红细胞增多：常见于身体缺氧、血液浓缩、真性红细胞增多症、肺气肿等。

## 2. 血红蛋白测定 (Hb)

### 【正常参考值】

男：120~160g/L(12~16g/dL)；女：110~150g/L(11~15g/dL)。

儿童：120~140g/L(12~14g/dL)。

### 【临床意义】

血红蛋白减少：多见于各种贫血，如急性、慢性再生障碍性贫血、缺铁性贫血等。

血红蛋白增多：常见于身体缺氧、血液浓缩、真性红细胞增多症、肺气肿等。

### 3. 白细胞计数(WBC)

#### 【正常参考值】

成人：4~10\*10<sup>9</sup>/L；新生儿：15~20\*10<sup>9</sup>/L。6个月至2岁：11~12\*10<sup>9</sup>/L。

#### 【临床意义】

##### (1) 白细胞增加：

a. 生理性：见于胎儿及新生儿、妊娠5个月以上、分娩期、月经期、饭后、剧烈运动后、严寒及极度恐惧等。

b. 病理性：见于急性细菌性感染、严重组织损伤、尿毒症、传染病、严重烧伤、单核细胞增多症、急性出血、白血病等。

(2) 白细胞减少：见于病毒感染、伤寒、副伤寒、自身免疫性疾病、黑热病、再生障碍性贫血、疟疾、极度严重感染、化疗后、X线及镭辐射、脾功亢进。

### 4. 白细胞分类计数(DC)

#### 【正常参考值】

白细胞分类(DC)百分率：

中性杆状核粒细胞 0.01~0.05 (1%~5%)

中性分叶核粒细胞 0.50~0.70 (50%~70%)

嗜酸性粒细胞 E 0.005~0.05 (0.5%~5%)

嗜碱性粒细胞 B 0.00~0.01 (0~1%)

淋巴细胞 L 0.20~0.40 (20%~40%)

单核细胞  $0.03 \sim 0.08$  (3%~8%)

绝对值:

中性杆状核粒细胞  $(0.04 \sim 0.5) \times 10^9/L$

中性分叶核粒细胞  $(2 \sim 7) \times 10^9/L$

嗜酸性粒细胞  $(0.02 \sim 0.5) \times 10^9/L$

嗜碱性粒细胞  $(0 \sim 0.1) \times 10^9/L$

淋巴细胞  $(0.8 \sim 4.0) \times 10^9/L$

单核细胞  $(0.12 \sim 0.8) \times 10^9/L$

### 【临床意义】

中性杆状核粒细胞增高: 见于急性化脓性感染、大出血、严重组织损伤、慢性粒细胞膜性白血病及安眠药中毒等。

中性分叶核粒细胞减少: 多见于某些传染病、再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症等。

嗜酸性粒细胞增多: 见于牛皮癣、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、肺癌以及宫颈癌等。

嗜酸性粒细胞减少: 见于伤寒、副伤寒早期、长期使用肾上腺皮质激素后。

淋巴细胞增高: 见于传染性淋巴细胞增多症、结核病、疟疾、慢性淋巴细胞白血病、百日咳、某些病毒感染等。

淋巴细胞减少：见于淋巴细胞破坏过多，如长期化疗、X射线照射后及免疫缺陷病等。单核细胞增高：见于单核细胞白血病、结核病活动期、疟疾等。

#### 5. 红细胞沉降率 (ESR)

**【正常参考值】** 男性小于 15mm/h；女性小于 20mm/h。

#### **【临床意义】**

增快：①生理性、运动、月经期、妊娠 3 月以上(直至分娩后 3 周)、60 岁以上高龄。②病理性：各种炎症。风湿热活动期、结核活动期、组织损伤及坏死持续 2~3 周，心肌梗死发病 1W 左右，恶性肿瘤，其他各种高球蛋白血症，稀血症(贫血)，高胆固醇血症。

降低：主要见于红细胞增多症，血红蛋白病、低纤维蛋白原血症，遗传性球形红细胞多症，小红细胞低色素性贫血，充血性心功能不全，恶液质，抗感染治疗药物。

#### (三) 血糖 (GLU)

血液中的糖称为血糖，绝大多数情况下都是葡萄糖。体内各组织细胞活动所需的能量大部分来自葡萄糖，所以血糖必须保持一定的水平才能维持体内各器官和组织的需要。

**【正常参考值】** 空腹血糖：3.9~6.2mmol/L

餐后一小时：7.8~9.0mmol/L

餐后两小时：3.9~7.8mmol/L

(注：血糖值表示法有两种单位，一种是毫克/分升(mg/dL)，为旧制单位；另一种为毫摩尔/升(mmol/L)，为新制单位。两种单位的换算公式为： $\text{mg/dL} \div 18 = \text{mmol/L}$ ； $\text{mmol/L} \times 18 = \text{mg/dL}$ 。)

### 【临床意义】

增高：

(1)生理性：摄入高糖食物后，饭后1~2小时，情绪紧张时由于肾上腺素分泌增加也可以引起血糖升高。

(2)病理性：

a. 胰腺 $\beta$ 细胞损害导致胰岛素分泌缺乏引起的糖尿病。

b. 某些疾病导致的各种对抗胰岛素的激素(如生长素、肾上腺皮质激素、甲状腺素)分泌过多引起的高血糖。

c. 颅内压增高，如颅外伤、颅内出血、脑膜炎等。

d. 脱水，如呕吐、腹泻、高热等也可使血糖轻度增高。

降低：

(1)生理性：饥饿，剧烈运动。

(2)病理性：

a. 胰岛素 $\beta$ 细胞增生或瘤使胰岛素分泌过多。

b. 对抗胰岛素的激素(如生长素、肾上腺皮质激素、甲状腺素)分泌不足。

- c. 严重肝病，肝脏储存糖原及糖异生能力下降。
- d. 胰岛素或其他降糖药物使用过量等。

#### (四) 血脂和载脂蛋白

血脂是血浆中的中性脂肪(甘油三酯和胆固醇)和类脂(磷脂、糖脂、固醇、类固醇)的总称，广泛存在于人体中。它们是生命细胞的基础代谢必需物质。一般说来，血脂中的主要成份是甘油三酯和胆固醇，其中甘油三酯参与人体内能量代谢，而胆固醇则主要用于合成细胞浆膜、类固醇激素和胆汁酸。

血浆脂蛋白中的蛋白质部分称为载脂蛋白(Apo)。载脂蛋白构成血浆脂蛋白的蛋白质组分，主要分A、B、C、D、E五类。主要在肝(部分在小肠)合成，按ABC系统命名，各类又可细分几个亚类，以罗马数字表示。

血脂和载脂蛋白部分指标参考范围及临床意义：

##### 1. 甘油三脂(TG)

**【正常参考值】** 0.56~1.7 mmol/L。

**【临床意义】**

增高：

(1) 家族遗传性或饮食因素引起的高三酰甘油血症。

(2) 糖尿病、甲状腺机能减退、肾病综合症、阻塞性黄疸、妊娠、口服避孕药、酗酒等继发引起的TG增高。

降低：

(1) 主要见于甲状腺功能亢进、肾上腺皮质功能减退，重症肝病等。

(2) 消化吸收不良疾病继发引起的 TG 水平下降。

## 2. 总胆固醇(TC)

**【正常参考值】** 成人 2.9~6.0 mmol/L。

**【临床意义】** TC 受许多因素的影响，如年龄、性别、饮食、遗传、运动等，儿童及新生儿的正常参考值较成人低。

增高：原发性高胆固醇血症，动脉粥样硬化，肾病综合征、甲状腺机能减退、糖尿病、妊娠、总胆管阻塞等。

降低：原发性低胆固醇血症、甲状腺功能亢进、营养不良、严重肝病、以及慢性消耗性疾病等。

## 3. 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)

**【正常参考值】** 0.88~2.04mmol/L。

**【临床意义】** HDL-C 与动脉粥样硬化的发病呈负相关，是冠心病的保护因子。体内 HDL 含量下降临床意义较大。

病理性降低见于：冠心病、脑血管病、肝炎、肝硬化、糖尿病、肥胖症、吸烟等，综合分析 HDL 和 HDL/TCH 值，能更好预测心、脑动脉粥样硬化的危险性。

## 4. 低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)

**【正常参考值】** 0.00~2.84 mmol/L。

**【临床意义】** LDL-C 与动脉粥样硬化的发病及损害程度呈高度的正相关，是动脉粥样硬化的主要危险因素。它降低可改善冠心病的症状，引起损害的修复。

#### (五) 肝功能检查

肝功能是反映肝脏的生理功能，肝功能检测在于探测肝脏有无疾病、肝脏损害程度以及查明肝病原因、判断预后和鉴别发生黄疸的病因等，以确保及时准确地了解肝功能情况，保障肝脏的正常运行。

肝功能检测的指标包括丙氨酸转氨酶 (ALT) 或称谷—丙转氨酶 (GPT)、门冬氨酸转氨酶 (AST) 或称谷—草转氨酶 (GOT)、碱性磷酸酶 (ALP)、 $\gamma$ —谷氨酰转肽酶 (GGT)、白蛋白 (ALB)、白蛋白/球蛋白 (A/G)、总胆红素 (T-Bil) 和直接胆红素 (D-Bil) 等三十项。

肝功能部分指标参考范围及临床意义：

##### 1. 谷丙转氨酶 ALT (GPT)

**【正常参考值】** 0~40  $\mu$  /L。

**【临床意义】** 病理性升高

(1) 肝胆疾病：传染性肝炎、肝癌、肝硬化活动期、中毒性肝炎、脂肪肝、胆管炎和胆囊炎等。

(2) 心血管疾病：心肌梗死、心肌炎、心力衰竭时的肝脏淤血、脑出血等。

(3) 骨骼肌疾病：多发性肌炎、肌营养不良等药物性升高，如氯丙嗪、异烟肼、奎宁、水杨酸制剂及酒精、铅、汞、四氯化碳或有机磷等。

## 2. 谷草转氨酶 AST (GOT)

【正常参考值】 $0\sim 40\ \mu\text{/L}$ 。

### 【临床意义】

(1) AST 在心肌细胞内含量较多，当心肌梗死时，血清中 AST 活性增高，在发病后 6~12 小时显著增高，在 48 小时达到高峰，约在 3~5 天恢复正常。

(2) 疟疾、流行性出血热、传染性单核细胞增多症、多发性肌炎、肌营养不良、急性胰腺炎、胸膜炎、肾炎及肺炎等也可引起血清 AST 活性轻度增高。

(3) 肝炎时，AST 和 ALT 均可明显增高，可高与正常值上限 10~30 倍，这在其他疾病时少见。在黄疸期间，AST 和 ALT 即可见增高，有助于早期诊断，由于肝中 AST 含量增高，往往  $AST > ALT$ ，但由于 ALT 清除率较慢，所以不久以后即  $ALT > AST$ 。恢复期一般 ALT 恢复较慢，持续 ALT、AST 增高，往往说明有慢性肝炎。AST/ALT 比值如  $< 1$ ，则有可能是慢性迁延性肝炎。如酶活性增高，且  $AST/ALT$  比值  $> 1$ ，则很有可能是慢性活动性肝炎。

## 3. 总胆红素 (T-BIL)

【正常参考值】 $6\sim 22\ \mu\text{mol/L}$ 。

### 【临床意义】

(1)判断肝细胞损伤程度和预后。肝脏疾病患者胆红素明显升高时，常反映有较严重的肝细胞损伤。TBIL 长期异常，提示病情有转为慢性肝炎的可能；如黄疸短期内急剧增加，则表示病情危重；急性酒精性肝炎患者血清胆红素大于  $8.6 \mu\text{mol/L}$ ，则提示预后恶劣。

(2)血清胆红素增高见于：肝脏疾病如：原发性胆汁性肝硬化、急性黄疸性肝炎、慢性活动性肝炎、病毒性肝炎、阻塞性黄疸、肝硬化。

肝外疾病：溶血性黄疸、新生儿黄疸、闭塞性黄疸、胆石症、胰头癌、输血错误。

#### 4. 直接胆红素(D-BIL)

【正常参考值】  $0\sim 6 \mu\text{mol/L}$ 。

### 【临床意义】

阻塞性黄疸、胆石症、肝癌、胰头癌等疾病造成的胆红素排泄障碍，使经肝细胞处理后的胆红素无法排出而入血，使血液中胆红素浓度增高。

#### 5. 间接胆红素(I-BIL)

【正常参考值】  $0\sim 20 \mu\text{mol/L}$ 。

### 【临床意义】

新生儿黄疸、溶血性黄疸、血型不符的输血反应使结果升高。

## 6. 乙肝三系

HBsAg(表面抗原)HBsAb(表面抗体)HBeAg(E抗原)HBeAb(E抗体)HBcAb(核心抗体)

正常：HBsAg(—)

临床意义：

HBsAg(+)为乙肝携带者；

HBsAg(+)HBeAg(+)HBcAb(+)为乙肝大三阳；

HBsAg(+)HBeAb(+)HBcAb(+)为乙肝小三阳。

乙肝两对半意义参考：

HBsAg	HBeAg	HBcAb	HBeAb	HBsAb	意义
-	-	-	-	-	血清学检查无乙肝感染。
+	+	+	-	-	慢性乙肝，E抗原阳性。急性乙肝感染初期。
+	-	+	+/-	-	急性乙肝。慢性乙肝，E抗原阴性。
+	-	+	+	-	乙肝病毒携带。
-	-	+	+/-	+	乙肝康复。
-	-	-	-	+	疫苗接种后。抗体 > 100 U/L 表明有保护。
-	-	+	-	-	乙肝康复。乙肝携带，HBS-AG 低于检测水平。正由急性乙肝转化为乙肝康复。

## (六) 心肌酶

心肌酶是存在于心肌的多种酶的总称，一般有肌酸激酶(CK)，天门冬氨酸氨基转移酶(AST)和乳酸脱氢酶(LDH)，心肌损伤或者坏死后这些酶有不同程度的增高。

心肌酶部分指标参考范围及临床意义：

#### 1. 肌酸激酶(CK)

##### 【参考值】

男：24~195  $\mu$ /L；女：24~170  $\mu$ /L。

##### 【临床意义】

CK 主要存在于骨骼肌与心肌，在脑组织也有存在。各种类型进行性肌萎缩时，血清 CK 活性均增高。急性心肌梗塞后 2~4 小时就开始增高，可高达正常上限的 10~12 倍。

(1) 用于早期心肌梗死的诊断。急性心肌梗死后 CK 是最早出现增高的酶之一，常在心肌梗死后 3~4 小时内就开始上升，12~24 小时达到高峰(常超过 240 单位/升)，更可达正常参考值的 10~20 倍，2~5 天恢复正常。CK 持续或极度增高者病死率高。

(2) 急性心肌炎、病毒性或风湿性心肌炎时，CK 活力仅轻度或中度增高。一般不超过正常参考值上限的 5 倍，并随病情好转而下降。

(3) 进行性肌营养不良、多发性肌炎、严重肌肉创伤等骨骼病变也可引起 CK 明显增高。其他如颅脑损伤、脑膜炎等某些感染性疾病、甲减、高热等也能使 CK 稍有增高。

## 2. 肌酸激酶同工酶 (CK-MB)

肌酸激酶同工酶组合有 3 种情况：CK-BB (CK1)、CK-MB (CK2)、CK-MM (CK3) 在心肌酶谱中主要观察 CK-MB。

**【参考值】** 2~24  $\mu$  /L。

### **【临床意义】**

(1) CK-MB 升高在心肌梗死诊断中被看作是心肌损害的特异指标，对早期诊断很有价值，当持续升高  $\geq 90 \mu$  /L，应考虑为恶性肿瘤所致。

(2) CK-MB 异常升高常在 12~36 小时内达到峰值，多数在 3 天恢复正常。如若梗死后增高的 CK-MB 持续不下降，或下降后又增高，前者提示梗死仍在进行，后者提示有新的梗死灶出现。这是一敏感的监测指标。

(3) CK-MM 升高，被认为是骨骼肌损伤的特异性标志。

## 3. 血清(浆)肌钙蛋白-I (TROP-I)

**【参考值】** 阴性

### **【临床意义】**

心肌钙蛋白 I 阳性提示急性心肌梗塞，有助于对术后出现急性心肌梗死 (AMI)、外伤后、肾衰病人、骨骼肌病、和癫痫病发作等的帮助诊断。

## (七) 肾功能检查

肾功能检查是研究肾脏功能的实验方法。常用尿液显微镜检查和化学检查以及血液的某些化学检查等指标来衡量肾功能的变化。常用的测定项目有：尿样、尿比重、尿沉渣镜检、尿素氮、肌酐、非蛋白氮定量以及酚红排泄实验等。很多环境污染物，例如铅、汞、镉、铬、砷、烃类溶剂、石油产品等，均可引起肾脏损害，肾功能检查是一项重要的指标。

其中尿样、尿比重、尿沉渣镜检在尿常规检查中已介绍，这里只介绍尿素氮、肌酐、尿素氮/肌酐比值。

### 1. 血尿素氮(BUN)

#### 【正常参考值】

二乙酰一肟显色法 1.8~6.8mmol/L;

尿素酶—钠氏显色法 3.2~6.1mmol/L。

#### 【临床意义】

增高：急慢性肾炎、重症肾盂肾炎、各种原因所致的急慢性肾功能障碍，心衰、休克、烧伤、失水、大量内出血、肾上腺皮质功能减退症、前列腺肥大、慢性尿路梗阻等。

### 2. 血肌酐(Scr)

#### 【正常参考值】

成人：男 79.6~132.6  $\mu\text{mol/L}$ ；女 70.7~106.1  $\mu\text{mol/L}$

小儿 26.5~62.0  $\mu\text{mol/L}$

全血 88.4~159.1  $\mu\text{mol/L}$

### 【临床意义】

增加：肾衰、尿毒症、心衰、巨人症、肢端肥大症、水杨酸盐类治疗等。

减少：进行性肌萎缩，白血病，贫血等。

### 3. 尿素氮/肌酐比值 (BUN/Scr)

【正常参考值】12: 1~20: 1

### 【临床意义】

增高：肾灌注减少(失水，低血容量性休克，充血性心衰等)，尿路阻塞性病变，高蛋白餐，分解代谢亢进状态，肾小球病变，应用糖皮质激素等。

降低：急性肾小管坏死。

### (八) 常用肿瘤标志物的临床意义

肿瘤标志物是指由肿瘤细胞所产生，存在于血液、细胞、组织或体液中，反映肿瘤存在和生长的一类物质，包括蛋白质、激素、酶和多胺等，目前临床上常用的肿瘤标志物大多是肿瘤相关抗原。这些标志物并非肿瘤细胞所特有，而是由于肿瘤细胞的表达量明显增加，从而与正常细胞之间存在量的差异。肿瘤标志物大多无器官特异性(广谱

标志物), 同一种肿瘤可含一种或多种标志物, 而不同肿瘤或同种肿瘤的不同组织类型既可有共同的标志物, 也可有不同的标志物。

常用肿瘤标志物参考范围及临床意义:

### 1. 甲胎蛋白(AFP)

**【正常参考值】** 血清  $0\sim 25\ \mu\text{g/L}$ 。

**【临床意义】**

(1) 原发性肝细胞癌患者血清中 AFP 明显升高, 约 71% 的患者  $\text{AFP} > 500\ \mu\text{g/L}$ 。

(2) 病毒性肝炎、肝硬化患者 AFP 有不同程度的升高, 但其水平常  $< 500\ \mu\text{g/L}$ 。

(3) 生殖腺胚胎性肿瘤患者的血清中 AFP 可见升高。

(4) 妇女妊娠 3 个月后, 血清 AFP 开始升高, 7~8 个月时达到高峰, 一般在  $400\ \mu\text{g/L}$  以下, 分娩后 3 周恢复正常。若孕妇血清中 AFP 异常升高, 应考虑有胎儿神经管缺损畸形的可能性。

### 2. 癌胚抗原(CEA)

**【正常参考值】** 血清  $< 5\ \mu\text{g/L}$ 。

**【临床意义】**

(1) 血清 CEA 升高主要见于结肠癌、直肠癌、胰腺癌、胃癌、肝癌、乳腺癌等, 其他恶性肿瘤也有不同程度的阳性率。

(2)CEA 连续随访检测，一般情况下，病情好转时血清 CEA 浓度下降，病情恶化时升高。

(3)肠道憩室炎、直肠息肉、结肠炎、肝硬化、肝炎和肺部疾病虽有不同程度的升高，但阳性的百分率较低。

(4)98%的非吸烟健康者血清 $<5\mu\text{g/L}$ ，吸烟者中约有39%的人 $\text{CEA}>5\mu\text{g/L}$ 。

### 3. 糖链抗原 50 (CA50)

**【正常参考值】** 血清 $<24\mu\text{/mL}$ 。

**【临床意义】**

(1)胰腺癌、结肠癌、直肠癌、胃癌等血清 CA50 升高，特别是胰腺癌患者最为明显。

(2)肝癌、肺癌、子宫癌、卵巢癌、肾癌、乳腺癌等也可见 CA50 升高。

(3)溃疡性结肠炎、肝硬化、黑色素瘤、淋巴瘤、自身免疫性疾病等也有 CA50 升高现象。

### 4. 癌抗原 125 (CA125)

**【正常参考值】** 血清 $<35\mu\text{/mL}$ 。

**【临床意义】**

(1)卵巢癌病人血清 CA125 水平明显升高，手术和化疗有效者 CA125 水平很快下降。若有肿瘤复发时，CA125 升高可先于临床症状之前。

(2) 其他非卵巢恶性肿瘤也有一定的阳性率，如乳腺癌 40%、胰腺癌 50%、胃癌 47%、肺癌 44%、结肠直肠癌 32%、其他妇科肿瘤 43%。

(3) 非恶性肿瘤，如子宫内膜异位症、盆腔炎、卵巢囊肿、胰腺炎、肝炎、肝硬化等虽有不同程度升高，但阳性率较低。

(4) 在胸腹水中发现有 CA125 升高，羊水中也能检出较高浓度的 CA125。

(5) 早期妊娠的头 3 个月内，也有 CA125 升高的可能。

#### 5. 鳞状细胞癌抗原 (SCC)

【正常参考值】血清  $< 5 \mu\text{g/L}$ 。

【临床意义】

(1) 子宫颈癌、肺癌、头颈部癌，血清中 SCC 升高，其浓度随病期的加重而增高。

(2) 肝炎、肝硬化、肺炎、肾功能衰竭、结核等疾病，SCC 也有一定程度的升高。

#### 6. 组织多肽抗原 (TPA)

【正常参考值】血清  $< 55 \mu\text{g/L}$ 。

【临床意义】

(1) 血清 TPA 升高主要见于膀胱癌、前列腺癌、乳腺癌、卵巢癌和消化道恶性肿瘤，特别是对膀胱转移细胞的

诊断敏感性高。由于 TPA 的水平与肿瘤细胞的增殖分化相关，如果 TPA 水平降至正常，说明肿瘤治疗有效。

(2) 急性肝炎、胰腺炎、肺炎和胃肠道疾病也可见到血清中 TPA 升高。

(3) 妊娠的最后 3 个月可见 TPA 升高。

## 7. 人绒毛膜促性腺激素 (hCG)

### 【正常参考值】

血清男性  $<5$  mIU/ml，非妊娠妇女  $<7$  mIU/ml，妊娠妇女孕 6~8 周 530~180 000 mIU/ml；孕 9~12 周 10 000~320 000 mIU/ml；孕 6~9 个月 1 000~190 000 mIU/ml。

### 【临床意义】

(1) 是诊断早孕，监测先兆流产、异位妊娠的良好指标。

(2) 早期绒毛膜上皮细胞癌、葡萄胎时，血中 hCG 明显高于早孕的水平。经过化疗或刮宫治疗后，如果 hCG 下降不明显，提示治疗效果不佳。治疗后 hCG 下降，以后又见升高，提示复发。

(3) 畸胎瘤、睾丸非精原细胞瘤、胚胎性肿瘤可见 hCG 升高。

## 五、医疗保险基本政策介绍

### (一) 国家基本医疗保险诊疗项目范围

基本医疗保险不予支付费用的诊疗项目范围

## 1. 服务项目类

(1) 挂号费、院外会诊费、病历工本费等。

(2) 出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、自请特别护士等特需医疗服务。

## 2. 非疾病治疗项目类

(1) 各种美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术等。

(2) 各种减肥、增胖、增高项目。

(3) 各种健康体检。

(4) 各种预防、保健性的诊疗项目。

(5) 各种医疗咨询、医疗鉴定。

## 3. 诊疗设备及医用材料类

(1) 应用正电子发射断层扫描装置(PET)、电子束CT、眼科准分子激光治疗仪等大型医疗设备进行的检查、治疗项目。

(2) 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具。

(3) 各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械。

## 4. 各省物价部门规定不可单独收费的一次性医用材料

## 5. 治疗项目类

(1) 各类器官或组织移植的器官源或组织源。

(2) 除肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植外的其他器官或组织移植。

(3) 近视眼矫形术。

(4) 气功疗法、音乐疗法、保健性的营养疗法、磁疗等辅助性治疗项目。

## 6. 其他

(1) 各种不育(孕)症、性功能障碍的诊疗项目。

(2) 各种科研性、临床验证性的诊疗项目。

基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目范围

### 1. 诊疗设备及医用材料类

(1) 应用 X—射线计算机体层摄影装置(CT)、立体定向放射装置( $\gamma$ —刀、X—刀)、心脏及血管造影 X 线机(含数字减影设备)、核磁共振成像装置(MRI)、单光子发射电子计算机扫描装置(SPECT)、彩色多普勒仪、医疗直线加速器等大型医疗设备进行的检查、治疗项目。

(2) 体外震波碎石与高压氧治疗。

(3) 心脏起搏器、人工关节、人工晶体、血管支架等体内置换的人工器官、体内置放材料。

(4) 各省物价部门规定的可单独收费的一次性医用材料。

### 2. 治疗项目类

(1) 血液透析、腹膜透析。

(2) 肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植。

(3)心脏激光打孔、抗肿瘤细胞免疫疗法和快中子治疗项目。

3. 各省劳动保障部门规定的价格昂贵的医疗仪器与设备的检查、治疗项目和医用材料。

(二)关于确定城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准的意见

为了指导各地确定基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号)，现提出以下意见：

1. 基本医疗保险医疗服务设施是指由定点医疗机构提供的，参保人员在接受诊断、治疗和护理过程中必需的生活服务设施。

2. 基本医疗保险医疗服务设施费用主要包括住院床位费及门(急)诊留观床位费。对已包含在住院床位费或门(急)诊留观床位费中的日常生活用品、院内运输用品和水、电等费用，基本医疗保险基金不另行支付，定点医疗机构也不得再向参保人员单独收费。

3. 基本医疗保险基金不予支付的生活服务项目和服务设施费用，主要包括：

(1)就(转)诊交通费、急救车费。

(2)空调费、电视费、电话费、婴儿保温箱费、食品保温箱费、电炉费、电冰箱费及损坏公物赔偿费。

(3) 陪护费、护工费、洗理费、门诊煎药费。

(4) 膳食费。

(5) 文娱活动费以及其他特需生活服务费用。

其他医疗服务设施项目是否纳入基本医疗保险基金支付范围，由各省(自治区、直辖市，下同)劳动保障行政部门规定。

4. 基本医疗保险住院床位费支付标准，由各统筹地区劳动保障行政部门按照本省物价部门规定的普通住院病房床位费标准确定。需隔离以及危重病人的住院床位费支付标准，由各统筹地区根据实际情况确定。

基本医疗保险门(急)诊留观床位费支付标准按本省物价部门规定的收费标准确定，但不得超过基本医疗保险住院床位费支付标准。

## **六、常见疾病介绍(先天性疾病、遗传性疾病、肿瘤)**

### **(一) 先天性疾病**

先天性疾病是出生之前或生下来就存在的疾病，是胎儿在子宫内的生长发育过程中，受到外界或内在不良因素作用，致使胎儿发育不正常，出生时已经有表现或有迹象的疾病。其中大多数表现为身体外部形态及内脏器官发育不正常，常与遗传有关，可以是遗传病，如脑积水、无脑儿、脊柱裂、先天性无肛门等。母体环境因素引起的胎儿疾病，如怀孕头三个月母亲感染风疹病毒、巨细胞病毒、

弓形体或接触致畸物质所引起的胎儿先天性心脏病、先天性白内障、先天性髋关节脱位等各种先天畸形或出生缺陷，虽然是先天的，但是由环境因素造成的，这类疾病不会传给后代，所以不是遗传病。

常见的先天性疾病有：先天性心脏病、侏儒症、神经纤维瘤症、马凡氏症、多囊肾、海洋性贫血、蚕豆症。

## (二) 遗传性疾病

遗传性疾病，是指父母的生殖细胞，也就是精子和卵子里携带有病基因，然后传给子女并引起发病，而且这些子女结婚后还会把病传给下一代。这种代代相传的疾病，医学上称之为遗传病。

遗传病是指由遗传物质发生改变而引起的或者是由致病基因所控制的疾病，具有先天性、终生性和家族性。病种多、发病率高。目前已发现的遗传病超过 3000 种，估计每 100 个新生儿中约有 3~10 个患有各种程度不同的遗传病。

## (三) 常见肿瘤举例

### 1. 上皮性肿瘤

#### (1) 良性上皮性肿瘤

1) 乳头状瘤：肿瘤向表面外生性生长形成乳头状突起，并可呈菜花状或绒毛状外观，由覆盖上皮发生。肿瘤的根部较狭窄形成蒂与正常组织相连。镜下每一乳头都由

具有血管的分支状间质组成轴心，其表面覆盖的增生上皮因其起源部位不同，可为鳞状上皮、柱状上皮或移行上皮。在外耳道、阴茎及膀胱和结肠的乳头状瘤较易转变为乳头状癌。

2)腺瘤：由腺上皮发生的良性肿瘤，粘膜腺的腺瘤多呈息肉状，腺器官内腺瘤呈结节状，且常有包膜，与周围正常组织分界清晰，结构与起始腺体十分相似，常具有一定的分泌功能，能分泌浆液和粘液，常见于甲状腺、涎腺、卵巢、乳腺等处。

## (2) 恶性上皮组织肿瘤

恶性上皮组织肿瘤统称为癌，多见于40岁以上的人群，常以浸润性生长为主，与周围组织分界不清。发生于皮肤、粘膜表面者呈息肉状、或菜花状，表面常有坏死及溃疡形成，发生在器官内者为不规则的结节状。癌早期一般经淋巴道转移，到晚期才发生血道转移。这与间叶组织恶性肿瘤有区别，恶性间叶组织肿瘤主要先经血道转移。癌的常见类型有以下几种：

1)鳞状细胞癌：常发生于原有鳞状上皮覆盖部位，如皮肤、口腔、唇、子宫颈、阴道、食管、阴茎等，也可发生于鳞状上皮化生的部位如支气管、胆囊、肾盂等处，正常时虽不由鳞状上皮覆盖，但可通过鳞状化生而发生鳞状细胞癌。肉眼呈菜花状，可向深层浸润生长。分化好的鳞

状细胞癌可在镜下观察，层状角化物称为“癌珠”，分化较差的鳞癌无角化珠形成，甚至也无细胞间桥，瘤细胞呈明显的异型性并见较多的核分裂像。

2) 基底细胞癌：多见于老年人面部，如眼睑、颊及鼻翼等处，由该处的原始上皮细胞或基底细胞发生。癌巢主要由浓染的基底细胞样的癌细胞构成。本癌生长缓慢，表面常形成溃疡，并可浸润破坏局部的深层组织，但很少发生转移。本癌对放射治疗敏感，临床呈低度恶性经过。

3) 移行上皮癌：膀胱、肾盂等处移行上皮易发生，呈乳头状、多发性，可溃破形成溃疡或广泛浸润膀胱壁。镜下，癌细胞似移行上皮，呈多层排列，异型性明显。

4) 腺上皮癌：较多见于胃肠、胆囊、子宫体等。是腺上皮发生的恶性肿瘤，分化较好的具有腺样结构的称为腺癌，分化差的常形成实体性癌巢，不形成腺腔的称为实体癌。分泌粘液较多的称为粘液癌，又称胶体癌，常见于胃和大肠。镜下可见粘液聚集于癌细胞内，将核挤向一侧，使该细胞呈印戒状，称为印戒细胞。

#### 5) 癌前病变、非典型性增生及原位癌

癌前病变：是指某些具有癌变的潜在可能性的病变，如长期存在不及时治疗就有可能转变为癌。常见的癌前病变有：

① 粘膜白斑：常见于口腔、外阴等处粘膜。由于鳞状上皮

的过度增生和过度角化并有一定异型性，长期不愈可转变为鳞状细胞癌。

②慢性宫颈炎伴宫颈糜烂：这是妇科常见疾患，是在慢性宫颈炎基础上，宫颈阴道部的鳞状上皮被来自子宫颈管内膜的单层柱状上皮取代，可以转变为宫颈鳞状细胞癌。

③直肠、结肠的腺瘤性息肉：单发、多发均可发生癌变，有家族史的多发者，更易发生癌变。

④乳腺增生性纤维囊性变：常因内分泌失调引起，伴有导管

内乳头状增生者易发生癌变。

⑤慢性萎缩性胃炎及胃溃疡：慢性萎缩性胃炎的胃粘膜上皮

的肠上皮化生可发生癌变。慢性胃溃疡长期不愈，也可发生癌变，其癌变率大约为 1%。

⑥慢性溃疡性结肠炎：在反复溃疡和粘膜增生的基础上可发生结肠腺癌。

⑦皮肤慢性溃疡：经久不愈的皮肤溃疡和瘻管特别是小腿慢性溃疡可发生鳞状上皮增生，易癌变。

⑧肝硬化：慢性病毒性肝炎进展为肝硬化，相当一部分可进一步进展为肝细胞性肝癌。

非典型性增生：

非典型性增生是上皮细胞异乎常态的增生，形态呈现一定程度的异型性，但不足以诊断为癌，多发生于皮肤或粘膜表面的鳞状上皮，也可发生于腺上皮。这种非典型性增生如累及 2/3 以上尚未达到全层的为重度非典型性增生，很难逆转而发生癌变，癌前病变常通过这种形式转变为癌。

原位癌：

原位癌指粘膜鳞状上皮层内或皮肤表皮内的重度非典型增生几乎累及或累及上皮的全层，但尚未突破基底膜而向下浸润生长者称为原位癌。如子宫颈、食管及皮肤的原位癌。

## 2. 间叶组织肿瘤

### (1) 良性间叶组织肿瘤

这类肿瘤的分化成熟程度高，其组织结构、细胞形态、硬度、颜色等均与其发源的正常组织相似。肿瘤生长慢，一般具有包膜。常见的类型有以下几种：

1) 纤维瘤：瘤组织内的胶原纤维排成束状，互相编织，纤维间含有纤维细胞，外观呈结节状，与周围组织分

界明显，有包膜，切面呈灰白色。常见于四肢及躯干的皮下。此瘤生长缓慢，手术摘除后不再复发。

2) 脂肪瘤：好发于背、肩、颈及四肢近端的皮下组织，外观为扁圆形或分叶状，有包膜，质地柔软，色淡黄，有正常的脂肪组织的油腻感。镜下结构与正常脂肪组织的区别在于脂肪瘤有包膜。瘤组织分叶大小不规则，并有不均等的纤维组织间隔存在。脂肪瘤一般无明显症状，但也有引起局部疼痛症状者，很少恶变，手术易切除。

3) 脉管瘤：可分为血管瘤、淋巴管瘤。其中以血管瘤最为常见。多为先天性发生，所以常见于儿童。血管瘤全身都可发生，但以皮肤最为常见。血管瘤可分为毛细血管瘤(由增生的毛细血管构成)、海绵状血管瘤(由扩张的血窦构成)及混合性血管瘤(即两种改变并存)。海绵状血管瘤肉眼观为地图状边界清楚的无包膜紫红色病损，呈浸润性生长。在皮肤或粘膜可呈突起的鲜红肿块，或呈暗红色或紫红色肿块，压之退色。淋巴管瘤由增生的淋巴管构成，内含淋巴液。淋巴管呈囊性扩张并互相融合，内含大量淋巴液，称为囊性水瘤，此瘤多见于小儿。

4) 平滑肌瘤：常见于子宫、胃肠。瘤组织由形态比较一致的梭形平滑肌细胞组成。细胞排列成束状、互相编织，核呈长杆状，两端钝圆，核分裂像少见。

5) 骨瘤：常见于头面骨及下颌骨，也可累及四肢骨。镜下可见骨瘤由成熟的骨质组成，但失去其正常的骨质结构和排列方向。

6) 软骨瘤：分为外生性软骨瘤和内生性软骨瘤。镜下可见肿瘤由成熟的透明软骨组成，呈不规则的分叶状。切面呈淡蓝色或银白色，半透明，可有钙化和囊性变。

## (2) 恶性间叶组织肿瘤

恶性间叶组织肿瘤统称为肉瘤。癌与肉瘤的区别如下：

1) 癌的组织来源为上皮组织；肉瘤的组织来源为间叶组织。

2) 发病率：癌较常见，约为肉瘤的9倍，多见于40岁以上的成年人；肉瘤较少见，大多见于青少年。

3) 大体特点：癌质较硬、色灰白、较干燥；肉瘤质软、色灰红、湿润、鱼肉状。

4) 组织学特点：癌多形成癌巢，实质与间质分界清楚，纤维组织有增生；肉瘤细胞多弥漫分布，实质与间质分界不清，间质内血管丰富，纤维组织少。

5) 网状纤维：癌细胞间多无网状纤维；肉瘤细胞间多有网状纤维。

6) 免疫组织化学：癌细胞表达上皮标记(如细胞角蛋白)；肉瘤细胞表达间叶标记(如波形蛋白)

7) 转移：癌多经淋巴道转移；肉瘤多经血道转移。

常见恶性间叶组织肿瘤：

1) 纤维肉瘤：是肉瘤中常见的一种。发生部位与纤维瘤相似，好发于四肢皮下组织。分化好的纤维肉瘤瘤细胞呈梭形，异型性小，与纤维瘤有些相似。分化不好的纤维肉瘤则有明显的异型性。纤维肉瘤分化好者生长较慢，转移和复发较少见，分化不好者生长较快，易发生转移，切除后较易复发。

2) 恶性纤维组织细胞瘤：好发于下肢，其次是上肢深部软组织及腹膜后，这是老年人最常见的软组织肉瘤。电镜下，主要见成纤维细胞和组织细胞样细胞。此外还可见原始间叶细胞、肌纤维母细胞、黄色瘤细胞、多核瘤巨细胞。异型性非常明显，核分裂像常见。大多数肿瘤中可见中等量或多量的慢性炎性细胞浸润。有的区域可见纤维母细胞呈车辐状，被认为有一定的诊断意义。

3) 脂肪肉瘤：好发于大腿及腹膜后的软组织深部，来自原始间叶组织，很少由皮下脂肪层发生。多见于40岁以上的成人，极少见于青少年。肉眼观呈结节状或分叶状，表面常有一层假包膜，可似一般的脂肪瘤，切面可呈粘液样外观，或均匀一致呈鱼肉状。本瘤的瘤细胞形态多种多样，可见分化较差的星形、梭形、小圆形或呈明显的异型

性或多型性脂肪母细胞，胞浆内可见多少和大小不等的脂滴空泡，也可见分化成熟的脂肪细胞。

4)横纹肌肉瘤：常见于10岁以下儿童，好发于头、颈、泌尿生殖道及腹膜后。镜下由不同阶段的横纹肌母细胞瘤组成。根据瘤细胞的分化程度、排列结构和大体特点可分为三种类型：胚胎性横纹肌肉瘤、腺泡状横纹肌肉瘤、多型性横纹肌肉瘤。

5)平滑肌肉瘤：较多见于子宫和胃肠，患者多为中老年人。镜下见瘤细胞有不同程度异型性。核分裂像的多少对判断预后具有重要意义。

6)血管肉瘤：起源于血管内皮细胞，可发生于全身各器官和软组织，尤以头面部多见。发生于软组织的多见于皮肤，肿瘤内部易有坏死出血，有扩张的血管时，切面可呈海绵状。镜下，分化较好者，瘤组织内血管形成明显，大小不一，形状不规则，血管腔内皮细胞有不同程度的异型性，可见核分裂像。分化差的血管肉瘤，细胞常呈片团状增生，形成不明显的、不典型的血管腔或仅呈裂隙状，瘤细胞异型性明显，核分裂像多见。

7)骨肉瘤：起源于骨母细胞，常见于青少年，好发于四肢长骨，尤其是股骨下端和胫骨上端。X线可见特征性的Codman三角和日光放射状影像。

8) 软骨肉瘤：起源于软骨母细胞，好发于盆骨，年龄多在 40~70 岁之间。镜下见软骨基质中散布有异型性的软骨细胞出现较多的双核、巨核和多核瘤巨细胞。

### (3) 神经外胚叶源性肿瘤

1) 视网膜母细胞瘤：起源于视网膜胚基的恶性肿瘤，常见于 3 岁以下的婴幼儿，是一种常染

染色体性遗传病，并有家族史。大多数发生在一侧眼，但也可双眼发生，肉眼观呈黄白色或黄色的

结节状肿物，切面有明显的出血和坏死，并可见钙化点。镜下可见肿瘤由小圆细胞构成，常只见

核而胞浆不明显，瘤细胞有时围绕一空腔呈放射状排列，形成菊形团，转移一般不常见。

2) 色素痣与黑色素瘤：色素痣为良性错构瘤性畸形的增生性病变，按其在皮肤组织内发生部位的不同，可分为交界痣、皮内痣、混合痣三种。黑色素瘤是一种能产生黑色素的高度恶性肿瘤。大多见于 30 岁以上成人。可由交界痣恶变而来，也可以一开始就是恶性。镜下可见瘤细胞呈巢状、条索状、或腺泡样排列。

### (4) 多种组织构成的恶性肿瘤

肿瘤的实质由两种以上不同类型的组织构成，称为混合瘤。常见的有畸胎瘤、肾胚胎瘤、癌肉瘤。

1) 畸胎瘤：根据组织分化成熟程度不同可分为良性畸胎瘤和恶性畸胎瘤。根据外观可分为囊性和实性。良性畸胎瘤又称为皮样囊肿，多见于卵巢，呈囊状。恶性畸胎瘤多为实性，在睾丸比卵巢多见。容易发生转移，可转移到盆腔及远处器官。畸胎瘤还可见于纵隔、骶尾部、腹膜后、松果体等处。

2) 肾胚胎瘤：又称为肾母细胞瘤或 Wilms 瘤，由肾内残留的未成熟胚胎组织发展而来，多见于 5 岁以下的儿童，肿瘤成分多样，除见由瘤细胞呈巢团状排列，类似幼稚的肾小球、肾小管样结构。此外，还可见到粘液组织、横纹肌、软骨等。

3) 癌肉瘤：同一种肿瘤中既有癌的成分又有肉瘤的成分。

## 附录二 常用法律节选

### 一、中华人民共和国保险法(节选)

第四条从事保险活动必须遵守法律、行政法规，尊重社会公德，不得损害社会公共利益。

第十二条人身保险的投保人在保险合同订立时，对被保险人应当具有保险利益。

保险利益是指投保人或者被保险人对保险标的具有的法律上承认的利益。

第十三条投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

保险单或者其他保险凭证应当载明当事人双方约定的合同内容。当事人也可以约定采用其他书面形式载明合同内容。

依法成立的保险合同，自成立时生效。投保人和保险人可以对合同的效力约定附条件或者附期限。

第十四条保险合同成立后，投保人按照约定交付保险费，保险人按照约定的时间开始承担保险责任。

第十六条订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过两年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险事故是指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

第十七条订立保险合同，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明合同的内容。

对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十九条采用保险人提供的格式条款订立的保险合同中的下列条款无效：

（一）免除保险人依法应承担的义务或者加重投保人、被保险人责任的；

（二）排除投保人、被保险人或者受益人依法享有的权利的。

第二十一条投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

第二十二条保险事故发生后，按照保险合同请求保险人赔偿或者给付保险金时，投保人、被保险人或者受益人应当向保险人提供其所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

保险人按照合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第二十三条 保险人收到被保险人或者受益人的赔偿或者给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成赔偿或者给付保险金的协议后十日内，履行赔偿或者给付保险金义务。保险合同对赔偿或者给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿或者给付保险金义务。

保险人未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿被保险人或者受益人因此受到的损失。

任何单位和个人不得非法干预保险人履行赔偿或者给付保险金的义务，也不得限制被保险人或者受益人取得保险金的权利。

第二十四条 保险人依照本法第二十三条的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或者受益人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十五条 保险人自收到赔偿或者给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿或者给付保

险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿或者给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

第二十六条人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向保险人请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为两年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

人寿保险的被保险人或者受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为五年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十七条未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任；除本法第四十三条规定外，不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者受益人有前三款规定行为之一，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当退回或者赔偿。

第三十条采用保险人提供的格式条款订立的保险合同，保险人与投保人、被保险人或者受益人对合同条款有争议的，应当按照通常理解予以解释。对合同条款有两种以上解释的，人民法院或者仲裁机构应当作出有利于被保险人和受益人的解释。

第三十一条投保人对下列人员具有保险利益：

(一)本人；(二)配偶、子女、父母；(三)前项以外与投保人有抚养、赡养或者扶养关系的家庭其他成员、近亲属；(四)与投保人有劳动关系的劳动者。

除前款规定外，被保险人同意投保人为其订立合同的，视为投保人对被保险人具有保险利益。

订立合同时，投保人对被保险人不具有保险利益的，合同无效。

第三十二条投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合合同约定的年龄限制的，保险人可以解除合同，并按照合同约定退还保险单的现金价值。保险人行使合同解除权，适用本法第十六条第三款、第六款的规定。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还投保人。

第三十三条投保人不得为无民事行为能力人投保以死亡为给付保险金条件的人身保险，保险人也不得承保。

父母为其未成年子女投保的人身保险，不受前款规定限制。但是，因被保险人死亡给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额。

第三十四条以死亡为给付保险金条件的合同，未经被保险人同意并认可保险金额的，合同无效。

按照以死亡为给付保险金条件的合同所签发的保险单，未经被保险人书面同意，不得转让或者质押。

父母为其未成年子女投保的人身保险，不受本条第一款规定限制。

第三十九条人身保险的受益人由被保险人或者投保人指定。

投保人指定受益人时须经被保险人同意。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。

第四十条被保险人或者投保人可以指定一人或者数人为受益人。

受益人为数人的，被保险人或者投保人可以确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，

受益人按照相等份额享有受益权。

第四十一条被保险人或者投保人可以变更受益人并书面通知保险人。保险人收到变更受益人的书面通知后，应当在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单。

投保人变更受益人时须经被保险人同意。

第四十二条被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

(一)没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；

(二)受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；

(三)受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

第四十三条投保人故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病的，保险人不承担给付保险金的责任。投保人已交足两年以上保险费的，保险人应当按照合同约定向其他权利人退还保险单的现金价值。

受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第四十四条以被保险人死亡为给付保险金条件的合同，自合同成立或者合同效力恢复之日起两年内，被保险人自杀的，保险人不承担给付保险金的责任，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外。

保险人依照前款规定不承担给付保险金责任的，应当按照合同约定退还保险单的现金价值。

第四十五条因被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施导致其伤残或者死亡的，保险人不承担给付保险金的责任。投保人已交足两年以上保险费的，保险人应当按照合同约定退还保险单的现金价值。

第四十六条被保险人因第三者的行为而发生死亡、伤残或者疾病等保险事故的，保险人向被保险人或者受益人给付保险金后，不享有向第三者追偿的权利，但被保险人或者受益人仍有权向第三者请求赔偿。

第一百二十七条 保险代理人根据保险人的授权代为办理保险业务的行为，由保险人承担责任。

保险代理人没有代理权、超越代理权或者代理权终止后以保险人名义订立合同，使投保人有理由相信其有代理权的，该代理行为有效。保险人可以依法追究越权的保险代理人的责任。

第一百二十九条 保险活动当事人可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

接受委托对保险事故进行评估和鉴定的机构和人员，应当依法、独立、客观、公正地进行评估和鉴定，任何单位和个人不得干涉。

前款规定的机构和人员，因故意或者过失给保险人或者被保险人造成损失的，依法承担赔偿责任。

## 二、中华人民共和国继承法(节选)

第五条 继承开始后，按照法定继承办理；有遗嘱的，按照遗嘱继承或者遗赠办理；有遗赠扶养协议的，按照协议办理。

第六条 无行为能力人的继承权、受遗赠权，由他的法定代理人代为行使。

限制行为能力人的继承权、受遗赠权，由他的法定代理人代为行使，或者征得法定代理人同意后行使。

第七条继承人有下列行为之一的，丧失继承权：

- (一)故意杀害被继承人的；
- (二)为争夺遗产而杀害其他继承人的；
- (三)遗弃被继承人的，或者虐待被继承人情节严重的；
- (四)伪造、篡改或者销毁遗嘱，情节严重的。

第八条继承权纠纷提起诉讼的期限为两年，自继承人知道或者应当知道其权利被侵犯之日起计算。但是，自继承开始之日起超过二十年的，不得再提起诉讼。

第十条遗产按照下列顺序继承：

第一顺序：配偶、子女、父母。

第二顺序：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母。

继承开始后，由第一顺序继承人继承，第二顺序继承人不继承。没有第一顺序继承人继承的，由第二顺序继承人继承。

本法所说的子女，包括婚生子女、非婚生子女、养子女和有扶养关系的继子女。本法所说的父母，包括生父母、养父母和有扶养关系的继父母。

本法所说的兄弟姐妹，包括同父母的兄弟姐妹、同父异母或者同母异父的兄弟姐妹、养兄弟姐妹、有扶养关系的继兄弟姐妹。

第十一条被继承人的子女先于被继承人死亡的，由被继承人的子女的晚辈直系血亲代位继承。代位继承人一般只能继承他的父亲或者母亲有权继承的遗产份额。

第十二条丧偶儿媳对公、婆，丧偶女婿对岳父、岳母，尽了主要赡养义务的，作为第一顺序继承人。

第十三条同一顺序继承人继承遗产的份额，一般应当均等。继承人协商同意的，也可以不均等。

### **三、最高人民法院关于贯彻执行《中华人民共和国民法通则》**

#### **若干问题的意见(节选)**

《中华人民共和国民法通则》(以下简称民法通则)已于1987年1月1日起施行。现就民法通则的贯彻执行中遇到的问题提出以下意见。

#### **一、公民**

##### **(一)关于民事权利能力和民事行为能力问题**

1. 公民的民事权利能力自出生时开始。出生的时间以户籍证明为准；没有户籍证明的，以医院出具的出生证明为准。没有医院证明的，参照其他有关证明认定。

2. 十六周岁以上不满十八周岁的公民，能够以自己的劳动取得收入，并能维持当地群众一般生活水平的，可以认定为以自己的劳动收入为主要生活来源的完全民事行为能力人。

3. 十周岁以上的未成年人进行的民事活动是否与其年龄、智力状况相适应，可以从行为与本人生活相关联的程度、本人的智力能否理解其行为，并预见相应的行为后果，以及行为标的数额等方面认定。

4. 不能完全辨认自己行为的精神病人进行的民事活动，是否与其精神健康状况相适应，可以从行为与本人生活相关联的程度、本人的精神状态能否理解其行为，并预见相应的行为后果，以及行为标的数额等方面认定。

5. 精神病人(包括痴呆症人)如果没有判断能力和自我保护能力，不知其行为后果的，可以认定为不能辨认自己行为的人；对于比较复杂的事物或者比较重大的行为缺乏判断能力和自我保护能力，并且不能预见其行为后果的，可以认定为不能完全辨认自己行为的人。

6. 无民事行为能力人、限制民事行为能力人接受奖励、赠与、报酬，他人不得以行为人无民事行为能力、限制民事行为能力为由，主张以上行为无效。

7. 当事人是否患有精神病，人民法院应当根据司法精神病学鉴定或者参照医院的诊断、鉴定确认。在不具备诊

断、鉴定条件的情况下，也可以参照群众公认的当事人的精神状态认定，但应以利害关系人没有异议为限。

8. 在诉讼中，当事人及利害关系人提出一方当事人患有精神病(包括痴呆症)，人民法院认为确有必要认定的，应当按照民事诉讼法(试行)规定的特别程序，先作出当事人有无民事行为能力的判决。

确认精神病人(包括痴呆症人)为限制民事行为能力人的，应当比照民事诉讼法(试行)规定的特别程序进行审理。

9. 公民离开住所地最后连续居住一年以上的地方，为经常居住地。但住医院治病的除外。

公民由其户籍所在地迁出后至迁入另一地之前，无经常居住地的，仍以其原户籍所在地为住所。

## (二)关于监护问题

10. 监护人的监护职责包括：保护被监护人的身体健康，照顾被监护人的生活，管理和保护被监护人的财产，代理被监护人进行民事活动，对被监护人进行管理和教育，在被监护人合法权益受到侵害或者与人发生争议时，代理其进行诉讼。

11. 认定监护人监护能力，应当根据监护人的身体健康状况、经济条件，以及与被监护人在生活上的联系状况等因素确定。

12. 民法通则中规定的近亲属，包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

13. 为患有精神病的未成年人设定监护人，适用民法通则第十六条的规定。

14. 人民法院指定监护人时，可以将民法通则第十六条第二款中(一)、(二)、(三)项或第十七条第一款中的(一)、(二)、(三)、(四)、(五)项规定视为指定监护人的顺序。前一顺序有监护资格的人无监护能力或者对被监护人明显不利的，人民法院可以根据对被监护人有利的原则，从后一顺序有监护资格的人中择优确定。被监护人有识别能力的，应视情况征求被监护人的意见。

监护人可以是一人，也可以是同一顺序中的数人。

15. 有监护资格的人之间协议确定监护人的，应当由协议确定的监护人对被监护人承担监护责任。

16. 对于担任监护人有争议的，应当按照民法通则第十六条第三款或者第十七条第二款的规定，由有关组织予以指定。未经指定而向人民法院起诉的，人民法院不予受理。

17. 有关组织依照民法通则规定指定监护人，以书面或者口头通知了被指定人的，应当认定指定成立。被指定人不服的，应当在接到通知的次日起三十日内向人民法院起诉。逾期起诉的，按变更监护关系处理。

18. 监护人被指定后，不得自行变更。擅自变更的，由原被指定的监护人和变更后的监护人承担监护责任。

19. 被指定人对指定不服提起诉讼的，人民法院应当根据本意见第十四条的规定，作出维持或者撤销指定监护人的判决。如果判决是撤销原指定的，可以同时另行指定监护人。此类案件，比照民事诉讼法(试行)规定的特别程序进行审理。

在人民法院作出判决前的监护责任，一般应当按照指定监护人的顺序，由有监护资格人承担。

20. 监护人不履行监护职责，或者侵害了被监护人的合法权益，民法通则第十六条、第十七条规定的其他有监护资格的人或者单位向人民法院起诉，要求监护人承担民事责任的，按照普通程序审理；要求变更监护关系的，按照特别程序审理；既要求承担民事责任，又要求变更监护关系的，分别审理。

21. 夫妻离婚后，与子女共同生活的一方无权取消对方对该子女的监护权，但是，未与该子女共同生活的一方，对该子女有犯罪行为、虐待行为或者对该子女明显不利的，人民法院认为可以取消的除外。

22. 监护人可以将监护职责部分或者全部委托给他人。因被监护人的侵权行为需要承担民事责任的，应当由监护

人承担，但另有约定的除外；被委托人确有过错的，负连带责任。

23. 夫妻一方死亡后，另一方将子女送给他人收养，如收养对子女的健康成长并无不利，又办了合法收养手续的，认定收养关系成立；其他有监护资格的人不得以收养未经其同意而主张收养关系无效。

### (三) 关于宣告失踪、宣告死亡问题

24. 申请宣告失踪的利害关系人，包括被申请宣告失踪人的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女以及其他与被申请人有民事权利义务关系的人。

25. 申请宣告死亡的利害关系人的顺序是：

(一) 配偶；(二) 父母、子女；(三) 兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女；(四) 其他有民事权利义务关系的人。

申请撤销死亡宣告不受上列顺序限制。

26. 下落不明是指公民离开最后居住地后没有音讯的状况。对于在台湾或者在国外，无法正常通讯联系的，不得以下落不明宣告死亡。

27. 战争期间下落不明的，申请宣告死亡的期间适用民法通则第二十三条第一款第一项的规定。

28. 民法通则第二十条第一款、第二十三条第一款第一项中的下落不明的起算时间，从公民音讯消失之次日起算。

宣告失踪的案件，由被宣告失踪人住所地的基层人民法院管辖。住所地与居住地不一致的，由最后居住地基层人民法院管辖。

29. 宣告失踪不是宣告死亡的必经程序。公民下落不明，符合申请宣告死亡的条件，利害关系人可以不经申请宣告失踪而直接申请宣告死亡。但利害关系人只申请宣告失踪的，应当宣告失踪；同一顺序的利害关系，有的申请宣告死亡，有的不同意宣告死亡，则应当宣告死亡。

30. 人民法院指定失踪人的财产代管人，应当根据有利于保护失踪人财产的原则指定。没有民法通则第二十一条规定的代管人，或者他们无能力作代管人，或者不宜作代管人的，人民法院可以指定公民或者有关组织为失踪人的财产代管人。

无民事行为能力人、限制民事行为能力人失踪的，其监护人即为财产代管人。

31. 民法通则第二十一条第二款中的“其他费用”，包括赡养费、扶养费、抚育费和因代管财产所需的管理费等必要的费用。

32. 被宣告死亡的人，判决宣告之日为其死亡的日期。判决书除发给申请人外，还应当在被宣告死亡的人住所地和人民法院所在地公告。

被宣告死亡和自然死亡的时间不一致的，被宣告死亡所引起的法律后果仍然有效，但自然死亡前实施的民事法律行为与被宣告死亡引起的法律后果相抵触的，则以其实施的民事法律行为为准。

# 附录三 其他参考文件

## 一、重大疾病保险的疾病定义使用规范

### 前言

为方便消费者比较和选择重大疾病保险产品，保护消费者权益，结合我国重大疾病保险发展及现代医学进展情况，并借鉴国际经验，中国保险行业协会与中国医师协会共同制定重大疾病保险的疾病定义(以下简称“疾病定义”)。

为指导保险公司使用疾病定义，中国保险行业协会特制定《重大疾病保险的疾病定义使用规范》(以下简称“规范”)。

根据重大疾病保险的起源、发展和特点，本规范中所称“疾病”是指重大疾病保险合同约定的疾病、疾病状态或手术。

#### 1. 适用范围

本规范中的疾病定义在参考国内外成年人重大疾病保险发展状况并结合现代医学进展情况的基础上制定，因此，本规范适用于保险期间主要为成年人(十八周岁以上)阶段的重大疾病保险。

#### 2. 使用原则

2.1 保险公司将产品定名为重大疾病保险，且保险期间主要为成年人(十八周岁以上)阶段的，该产品保障的疾病

范围应当包括本规范内的恶性肿瘤、急性心肌梗塞、脑中风后遗症、冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)、重大器官移植术或造血干细胞移植术、终末期肾病(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期);除此六种疾病外,对于本规范疾病范围以外的其他疾病种类,保险公司可以选择使用;同时,上述疾病应当使用本规范的疾病名称和疾病定义。

2.2 根据市场需求和经验数据,各保险公司可以在其重大疾病保险产品中增加本规范疾病范围以外的其他疾病种类,并自行制定相关定义。

2.3 重大疾病保险条款和配套宣传材料中,本规范规定的疾病种类应当按照本规范 3.1 所列顺序排列,并置于各保险公司自行增加的疾病种类之前;同时,应当对二者予以区别说明。

2.4 保险公司设定重大疾病保险除外责任时,对于被保险人发生的疾病、达到的疾病状态或进行的手术,保险公司不承担保险责任的情形不能超出本规范 3.2 规定的范围。

### 3. 重大疾病保险条款的相关规定

重大疾病保险条款中的疾病名称、疾病定义、除外责任和术语释义应当符合本规范的具体规定。

#### 3.1 重大疾病保险的疾病名称及疾病定义

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。

### 3.1.1 恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

(1) 原位癌；

(2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(4) 皮肤癌(不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌)；

(5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌(注)；

(6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

注：如果为女性重大疾病保险，则不包括此项。

### 3.1.2 急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- (1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- (2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- (3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- (4) 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

### 3.1.3 脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

### 3.1.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞(包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞)的异体移植手术。

### 3.1.5 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)

指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

### 3.1.6 终末期肾病(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期)

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

### 3.1.7 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。

### 3.1.8 急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

### 3.1.9 良性脑肿瘤

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

(1)实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；

(2)实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

### 3.1.10 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

(1)持续性黄疸；

(2)腹水；

(3)肝性脑病；

(4)充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

### 3.1.11 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下述一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

#### 3.1.12 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(Glasgow coma scale)结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

#### 3.1.13 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于90分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

#### 3.1.14 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；

(2) 矫正视力低于 0.02 (采用国际标准视力表, 如果使用其他视力表应进行换算);

(3) 视野半径小于 5 度。

注: 如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任, 须在疾病定义中特别说明。

### 3.1.15 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失, 指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后, 每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬, 或不能随意识活动。

### 3.1.16 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病, 实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

### 3.1.17 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失, 临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退, 其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实, 且自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

### 3.1.18 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

### 3.1.19 严重帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

(1) 药物治疗无法控制病情；

(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。继发性帕金森综合症不在保障范围内。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

### 3.1.20 严重III度烧伤

指烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

### 3.1.21 严重原发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

### 3.1.22 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

### 3.1.23 语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月(声带完全切除不受此时间限制)，仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在疾病定义中特别说明。

### 3.1.24 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；

(2) 外周血像须具备以下三项条件：

① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

② 网织红细胞 $< 1\%$ ；

③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

### 3.1.25 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。动脉内血管成形术不在保障范围内。

## 3.2 重大疾病保险的除外责任

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险公司不承担保险责任：

3.2.1 投保人、受益人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

3.2.2 被保险人故意自伤、故意犯罪或拒捕；

3.2.3 被保险人服用、吸食或注射毒品；

3.2.4 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；

3.2.5 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

3.2.6 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

3.2.7 核爆炸、核辐射或核污染；

3.2.8 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

### 3.3 术语释义

#### 3.3.1 六项基本日常生活活动

六项基本日常生活活动是指：

(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；

(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；

(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；

(4) 如厕：自己控制进行大小便；

(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

#### 3.3.2 肢体机能完全丧失

指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

#### 3.3.3 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失

语言能力完全丧失，指无法发出四种语音(包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音)中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

#### 3.3.4 永久不可逆

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

#### 3.3.5 专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：(1)具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；(2)具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；(3)具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；(4)在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

#### 3.3.6 感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病

毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

### 3.3.7 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质(染色体和基因)发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

### 3.3.8 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)确定。

## 4. 重大疾病保险宣传材料的相关规定

在重大疾病保险的宣传材料中，如果保障的疾病名称单独出现，应当采用以下主标题和副标题结合的形式。

4.1 恶性肿瘤——不包括部分早期恶性肿瘤

4.2 急性心肌梗塞

4.3 脑中风后遗症——永久性的功能障碍

4.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术——须异体移植手术

4.5 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)——须开胸手术

4.6 终末期肾病(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期)——须透析治疗或肾脏移植手术

- 4.7 多个肢体缺失——完全性断离
- 4.8 急性或亚急性重症肝炎
- 4.9 良性脑肿瘤——须开颅手术或放射治疗
- 4.10 慢性肝功能衰竭失代偿期——不包括酗酒或药物滥用所致
- 4.11 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症——永久性的功能障碍
- 4.12 深度昏迷——不包括酗酒或药物滥用所致
- 4.13 双耳失聪——永久不可逆
- 注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中注明。
- 4.14 双目失明——永久不可逆
- 注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中注明。
- 4.15 瘫痪——永久完全
- 4.16 心脏瓣膜手术——须开胸手术
- 4.17 严重阿尔茨海默病——自主生活能力完全丧失
- 注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。
- 4.18 严重脑损伤——永久性的功能障碍
- 4.19 严重帕金森病——自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.20 严重III度烧伤——至少达体表面积的 20%

4.21 严重原发性肺动脉高压——有心力衰竭表现

4.22 严重运动神经元病——自主生活能力完全丧失

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之前的保障责任，须在副标题中注明。

4.23 语言能力丧失——完全丧失且经积极治疗至少 12 个月

注：如果保险公司仅承担被保险人在某年龄之后的保障责任，须在副标题中注明

4.24 重型再生障碍性贫血

4.25 主动脉手术——须开胸或开腹手术

5. 附则

5.1 中国保险行业协会建立常设机构，研究重大疾病保险相关疾病医疗实践的进展情况，并组

织人员定期对疾病定义及规范进行修订。

5.2 本规范自发布之日起施行。2007 年 8 月 1 日后，保险公司签订的保险期间主要为成年人(十八周岁以上)阶段的重大疾病保险合同应当符合本规范。对本规范施行前已经签订的重大疾病保险合同，保险公司要做好相关工作。

5.3 本规范由中国保险行业协会负责解释。

## 二、伤残评定标准

### 《人身保险伤残评定标准》（行业标准）

中国保险行业协会、中国法医学学会

二零一三年六月八日联合发布

#### 前言

根据保险行业业务发展要求，制订本标准。

本标准制定过程中参照世界卫生组织《国际功能、残疾和健康分类》（以下简称“ICF”）的理论与方法，建立新的残疾标准的理论架构、术语体系和分类方法。

本标准制定过程中参考了国内重要的伤残评定标准，如《劳动能力鉴定，职工工伤与职业病致残等级》、《道路交通事故受伤人员伤残评定》等，符合国内相关的残疾政策，同时参考了国际上其他国家地区的伤残分级原则和标准。

本标准建立了保险行业人身保险伤残评定和保险金给付比例的基础，各保险公司应根据自身的业务特点，根据本标准的方法、内容和结构，开发保险产品，提供保险服务。

本标准负责起草单位：中国保险行业协会。

本标准规定了人身保险伤残程度的评定等级以及保险金给付比例的原则和方法，人身保险伤残程度分为一至十级，保险金给付比例分为 100%至 10%。

## 1 适用范围

本标准适用于意外险产品或包括意外责任的保险产品中的伤残保障，用于评定由于意外伤害因素引起的伤残程度。

## 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

2.1 伤残：因意外伤害损伤所致的人体残疾。

2.2 身体结构：指身体的解剖部位，如器官、肢体及其组成部分。

2.3 身体功能：指身体各系统的生理功能。

## 3 标准的内容和结构

本标准参照 ICF 有关功能和残疾的分类理论与方法，建立“神经系统的结构和精神功能”、“眼，耳和有关的结构和功能”、“发声和言语的结构和功能”、“心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能”、“消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能”、“泌尿和生殖系统有关的结构和功能”、“神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能”和“皮肤和有关的结构和功能” 8 大类，共 281 项人身保险伤残条目。

本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。

与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。

#### 4 伤残的评定原则

4.1 确定伤残类别：评定伤残时，应根据人体的身体结构与功能损伤情况确定所涉及的伤残类别。

4.2 确定伤残等级：应根据伤残情况，在同类别伤残下，确定伤残等级。

4.3 确定保险金给付比例：应根据伤残等级对应的百分比，确定保险金给付比例。

4.4 多处伤残的评定原则：当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用本标准条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

#### 5 说明

本标准中“以上”均包括本数值或本部位。

## 人身保险伤残评定标准（行业标准）

说明：本标准对功能和残疾进行了分类和分级，将人身保险伤残程度划分为一至十级，最重为第一级，最轻为第十级。与人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为10%，每级相差10%。

### 1 神经系统的结构和精神功能

#### 1.1 脑膜的结构损伤

外伤性脑脊液鼻漏或耳漏	10级
-------------	-----

#### 1.2 脑的结构损伤，智力功能障碍

颅脑损伤导致极度智力缺损（智商小于等于20），日常生活完全不能自理，处于完全护理依赖状态	1级
颅脑损伤导致重度智力缺损（智商小于等于34），日常生活需随时有人帮助才能完成，处于完全护理依赖状态	2级
颅脑损伤导致重度智力缺损（智商小于等于34），不能完全独立生活，需经常有人监护，处于大部分护理依赖状态	3级

<p>颅脑损伤导致中度智力缺损（智商小于等于 49），日常生活能力严重受限，间或需要帮助，处于大部分护理依赖状态</p>	4 级
--	-----

注：①护理依赖：应用“基本日常生活活动能力”的丧失程度来判断护理依赖程度。

②基本日常生活活动是指：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

③护理依赖的程度分三级：（1）完全护理依赖指生活完全不能自理，上述六项基本日常生活活动均需护理者；（2）大部分护理依赖指生活大部不能自理，上述六项基本日常生活活动中三项或三项以上需要护理者；（3）部分护理依赖指部分生活不能自理，上述六项基本日常生活活动中一项或一项以上需要护理者。

### 1.3 意识功能障碍

意识功能是指意识和警觉状态下的一般精神功能，包括清醒和持续的觉醒状态。本标准中的意识功能障碍是指颅脑损伤导致植物状态。

<p>颅脑损伤导致植物状态</p>	1 级
-------------------	-----

注：植物状态指由于严重颅脑损伤造成认知功能丧失，无意识活动，不能执行命令，保持自主呼吸和血压，有睡眠-醒觉周期，不能理解和表达语言，能自动睁眼或刺激下睁眼，可有无目的性眼球跟踪运动，丘脑下部及脑干功能基本保存。

## 2 眼，耳和有关的结构和功能

### 2.1 眼球损伤或视功能障碍

视功能是指与感受存在的光线和感受视觉刺激的形式、大小、形状和颜色等有关的感觉功能。本标准中的视功能障碍是指眼盲目或低视力。

双侧眼球缺失	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 5 级	1 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 4 级	2 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目 3 级	3 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 2 级	4 级
一侧眼球缺失，且另一侧眼低视力 1 级	5 级
一侧眼球缺失	7 级

### 2.2 视功能障碍

除眼盲目和低视力外，本标准中的视功能障碍还包括视野缺损。

双眼盲目 5 级	2 级
双眼视野缺损，直径小于 5°	2 级

双眼盲目大于等于 4 级	3 级
双眼视野缺损，直径小于 10°	3 级
双眼盲目大于等于 3 级	4 级
双眼视野缺损，直径小于 20°	4 级
双眼低视力大于等于 2 级	5 级
双眼低视力大于等于 1 级	6 级
双眼视野缺损，直径小于 60°	6 级
一眼盲目 5 级	7 级
一眼视野缺损，直径小于 5°	7 级
一眼盲目大于等于 4 级	8 级
一眼视野缺损，直径小于 10°	8 级
一眼盲目大于等于 3 级	9 级
一眼视野缺损，直径小于 20°	9 级
一眼低视力大于等于 1 级。	10 级
一眼视野缺损，直径小于 60°	10 级

注：①视力和视野

级别		低视力及盲目分级标准	
		最好矫正视力	
		最好矫正视力低于	最低矫正视力等于或优于
低视力	1	0.3	0.1
	2	0.1	0.05（三米指数）

盲目	3	0.05	0.02（一米指数）
	4	0.02	光感
	5	无光感	

如果中心视力好而视野缩小，以中央注视点为中心，视野直径小于  $20^{\circ}$  而大于  $10^{\circ}$  者为盲目 3 级；如直径小于  $10^{\circ}$  者为盲目 4 级。

本标准视力以矫正视力为准，经治疗而无法恢复者。

②视野缺损指因损伤导致眼球注视前方而不转动所能看到的空间范围缩窄，以致难以从事正常工作、学习或其他活动。

### 2.3 眼球的晶状体结构损伤

外伤性白内障	10 级
--------	------

注：外伤性白内障：凡未做手术者，均适用本条；外伤性白内障术后遗留相关视功能障碍，参照有关条款评定伤残等级。

### 2.4 眼睑结构损伤

双侧眼睑显著缺损	8 级
双侧眼睑外翻	8 级
双侧眼睑闭合不全	8 级
一侧眼睑显著缺损	9 级
一侧眼睑外翻	9 级
一侧眼睑闭合不全	9 级

注：眼睑显著缺损指闭眼时眼睑不能完全覆盖角膜。

## 2.5 耳廓结构损伤或听功能障碍

听功能是指与感受存在的声音和辨别方位、音调、音量和音质有关的感觉功能。

双耳听力损失大于等于 91dB，且双侧耳廓缺失	2 级
双耳听力损失大于等于 91dB，且一侧耳廓缺失	3 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失，另一侧耳廓缺失大于等于 50%	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且双侧耳廓缺失	3 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失	4 级
双耳听力损失大于等于 56dB，且双侧耳廓缺失	4 级
一耳听力损失大于等于 91dB，另一耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失大于等于 50%	4 级
双耳听力损失大于等于 71dB，且一侧耳廓缺失大于等于 50%	5 级
双耳听力损失大于等于 56dB，且一侧耳廓缺失	5 级
双侧耳廓缺失	5 级
一侧耳廓缺失，且另一侧耳廓缺失大于等于 50%	6 级
一侧耳廓缺失	8 级
一侧耳廓缺失大于等于 50%	9 级

## 2.6 听功能障碍

双耳听力损失大于等于 91dB	4 级
双耳听力损失大于等于 81dB	5 级
一耳听力损失大于等于 91dB, 且另一耳听力损失大于等于 71dB	5 级
双耳听力损失大于等于 71dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB, 且另一耳听力损失大于等于 56dB	6 级
一耳听力损失大于等于 91dB, 且另一耳听力损失大于等于 41dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB, 且另一耳听力损失大于等于 56dB	7 级
一耳听力损失大于等于 71dB, 且另一耳听力损失大于等于 41dB	8 级
一耳听力损失大于等于 91dB	8 级
一耳听力损失大于等于 56dB, 且另一耳听力损失大于等于 41dB	9 级
一耳听力损失大于等于 71dB	9 级
双耳听力损失大于等于 26dB	10 级
一耳听力损失大于等于 56dB	10 级

## 3 发声和言语的结构和功能

### 3.1 鼻的结构损伤

外鼻部完全缺失	5 级
外鼻部大部分缺损	7 级
鼻尖及一侧鼻翼缺损	8 级
双侧鼻腔或鼻咽部闭锁	8 级
一侧鼻翼缺损	9 级
单侧鼻腔或鼻孔闭锁	10 级

### 3.2 口腔的结构损伤

舌缺损大于全舌的 2/3	3 级
舌缺损大于全舌的 1/3	6 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 16 枚	9 级
口腔损伤导致牙齿脱落大于等于 8 枚	10 级

### 3.3 发声和言语的功能障碍

本标准中的发声和言语的功能障碍是指语言功能丧失。

语言功能完全丧失	8 级
----------	-----

注：语言功能完全丧失指构成语言的口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音的四种语言功能中，有三种以上不能构声、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症，并须有资格的耳鼻喉科医师出具医疗诊断证明，但不包括任何心理障碍引致的失语。

## 4 心血管，免疫和呼吸系统的结构和功能

### 4.1 心脏的结构损伤或功能障碍

胸部损伤导致心肺联合移植	1 级
胸部损伤导致心脏贯通伤修补术后，心电图有明显改变	3 级
胸部损伤导致心肌破裂修补	8 级

#### 4.2 脾结构损伤

腹部损伤导致脾切除	8 级
腹部损伤导致脾部分切除	9 级
腹部损伤导致脾破裂修补	10 级

#### 4.3 肺的结构损伤

胸部损伤导致一侧全肺切除	4 级
胸部损伤导致双侧肺叶切除	4 级
胸部损伤导致同侧双肺叶切除	5 级
胸部损伤导致肺叶切除	7 级

#### 4.4 胸廓的结构损伤

本标准中的胸廓的结构损伤是指肋骨骨折或缺失。

胸部损伤导致大于等于 12 根肋骨骨折	8 级
胸部损伤导致大于等于 8 根肋骨骨折	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨缺失	9 级
胸部损伤导致大于等于 4 根肋骨骨折	10 级
胸部损伤导致大于等于 2 根肋骨缺失	10 级

### 5 消化、代谢和内分泌系统有关的结构和功能

## 5.1 咀嚼和吞咽功能障碍

咀嚼是指用后牙（如磨牙）碾、磨或咀嚼食物的功能。吞咽是指通过口腔、咽和食道把食物和饮料以适宜的频率和速度送入胃中的功能。

咀嚼、吞咽功能完全丧失	1 级
-------------	-----

注：咀嚼、吞咽功能丧失指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

## 5.2 肠的结构损伤

腹部损伤导致小肠切除大于等于 90%	1 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%，合并短肠综合症	2 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 75%	4 级
腹部或骨盆部损伤导致全结肠、直肠、肛门结构切除，回肠造瘘	4 级
腹部或骨盆部损伤导致直肠、肛门切除，且结肠部分切除，结肠造瘘	5 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%，且包括回盲部切除	6 级
腹部损伤导致小肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠切除大于等于 50%	7 级
腹部损伤导致结肠部分切除	8 级

骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且遗留永久性乙状结肠造口	9 级
骨盆部损伤导致直肠、肛门损伤，且瘢痕形成	10 级

### 5.3 胃结构损伤

腹部损伤导致全胃切除	4 级
腹部损伤导致胃切除大于等于 50%	7 级

### 5.4 胰结构损伤或代谢功能障碍

本标准中的代谢功能障碍是指胰岛素依赖。

腹部损伤导致胰完全切除	1 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%，且伴有胰岛素依赖	3 级
腹部损伤导致胰头、十二指肠切除	4 级
腹部损伤导致胰切除大于等于 50%	6 级
腹部损伤导致胰部分切除	8 级

### 5.5 肝结构损伤

腹部损伤导致肝切除大于等于 75%	2 级
腹部损伤导致肝切除大于等于 50%	5 级
腹部损伤导致肝部分切除	8 级

## 6 泌尿和生殖系统有关的结构和功能

### 6.1 泌尿系统的结构损伤

腹部损伤导致双侧肾切除	1 级
腹部损伤导致孤肾切除	1 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管缺失	5 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管闭锁	5 级
骨盆部损伤导致膀胱切除	5 级
骨盆部损伤导致尿道闭锁	5 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管严重狭窄	7 级
腹部损伤导致一侧肾切除	8 级
骨盆部损伤导致双侧输尿管严重狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失，另一侧输尿管狭窄	8 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁，另一侧输尿管狭窄	8 级

腹部损伤导致一侧肾部分切除	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管缺失	9 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管闭锁	9 级
骨盆部损伤导致尿道狭窄	9 级
骨盆部损伤导致膀胱部分切除	9 级
腹部损伤导致肾破裂修补	10 级
骨盆部损伤导致一侧输尿管严重狭窄	10 级
骨盆部损伤导致膀胱破裂修补	10 级

## 6.2 生殖系统的结构损伤

会阴部损伤导致双侧睾丸缺失	3 级
会阴部损伤导致双侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失，另一侧睾丸完全萎缩	3 级
会阴部损伤导致阴茎体完全缺失	4 级
会阴部损伤导致阴道闭锁	5 级
会阴部损伤导致阴茎体缺失大于 50%	5 级
会阴部损伤导致双侧输精管缺失	6 级
会阴部损伤导致双侧输精管闭锁	6 级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失，另一侧输精管闭锁	6 级
胸部损伤导致女性双侧乳房缺失	7 级
骨盆部损伤导致子宫切除	7 级

胸部损伤导致女性一侧乳房缺失，另一侧乳房部分缺失	8级
胸部损伤导致女性一侧乳房缺失	9级
骨盆部损伤导致子宫部分切除	9级
骨盆部损伤导致子宫破裂修补	10级
会阴部损伤导致一侧睾丸缺失	10级
会阴部损伤导致一侧睾丸完全萎缩	10级
会阴部损伤导致一侧输精管缺失	10级
会阴部损伤导致一侧输精管闭锁	10级

## 7 神经肌肉骨骼和运动有关的结构和功能

### 7.1 头颈部的结构损伤

双侧上颌骨完全缺失	2级
双侧下颌骨完全缺失	2级
一侧上颌骨及对侧下颌骨完全缺失	2级
同侧上、下颌骨完全缺失	3级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于24枚	3级
一侧上颌骨完全缺失	3级
一侧下颌骨完全缺失	3级
一侧上颌骨缺损大于等于50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于20cm <sup>2</sup>	4级

一侧下颌骨缺损大于等于 6cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 20cm <sup>2</sup>	4 级
面颊部洞穿性缺损大于 20cm <sup>2</sup>	4 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 20 枚	5 级
一侧上颌骨缺损大于 25%，小于 50%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm <sup>2</sup>	5 级
一侧下颌骨缺损大于等于 4cm，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm <sup>2</sup>	5 级
一侧上颌骨缺损等于 25%，且口腔、颜面部软组织缺损大于 10cm <sup>2</sup>	6 级
面部软组织缺损大于 20cm <sup>2</sup> ，且伴发涎瘘	6 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 16 枚	7 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 12 枚	8 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 8 枚	9 级
上颌骨、下颌骨缺损，且牙齿脱落大于等于 4 枚	10 级
颅骨缺损大于等于 6cm <sup>2</sup>	10 级

## 7.2 头颈部关节功能障碍

单侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅲ度	6 级
双侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅱ度	8 级
一侧颞下颌关节强直，张口困难Ⅰ度	10 级

注：张口困难判定及测量方法是以患者自身的食指、中指、无名指并列垂直置入上、下中切牙切缘间测量。正常张口度指张口时上述三指可垂直置入上、下切牙切缘间（相当于 4.5cm 左右）；张口困难 I 度指大张口时，只能垂直置入食指和中指（相当于 3cm 左右）；张口困难 II 度指大张口时，只能垂直置入食指（相当于 1.7cm 左右）；张口困难 III 度指大张口时，上、下切牙间距小于食指之横径。

### 7.3 上肢的结构损伤，手功能或关节功能障碍

双手完全缺失	4 级
双手完全丧失功能	4 级
一手完全缺失，另一手完全丧失功能	4 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 90%	5 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 70%	6 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 50%	7 级
一上肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7 级
一上肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 30%	8 级
双手缺失（或丧失功能）大于等于 10%	9 级
双上肢长度相差大于等于 10cm	9 级
双上肢长度相差大于等于 4cm	10 级
一上肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10 级

注：手缺失和丧失功能的计算：一手拇指占一手功能的36%，其中末节和近节指节各占18%；食指、中指各占一手功能的18%，其中末节指节占8%，中节指节占7%，近节指节占3%；无名指和小指各占一手功能的9%，其中末节指节占4%，中节指节占3%，近节指节占2%。一手掌占一手功能的10%，其中第一掌骨占4%，第二、第三掌骨各占2%，第四、第五掌骨各占1%。

本标准中，双手缺失或丧失功能的程度是按前面方式累加计算的结果。

#### 7.4 骨盆部的结构损伤

骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于8cm	7级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于8cm	7级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于6cm	8级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于6cm	8级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于4cm	9级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于4cm	9级
骨盆环骨折，且两下肢相对长度相差大于等于2cm	10级
髌臼骨折，且两下肢相对长度相差大于等于2cm	10级

#### 7.5 下肢的结构损伤，足功能或关节功能障碍

双足跗跖关节以上缺失	6级
双下肢长度相差大于等于8cm	7级
一下肢三大关节中，有两个关节完全丧失功能	7级

双足足弓结构完全破坏	7级
一足跗跖关节以上缺失	7级
双下肢长度相差大于等于 6cm	8级
一足足弓结构完全破坏，另一足足弓结构破坏大于等于 1/3	8级
双足十趾完全缺失	8级
一下肢三大关节中，有一个关节完全丧失功能	8级
双足十趾完全丧失功能	8级
双下肢长度相差大于等于 4cm	9级
一足足弓结构完全破坏	9级
双足十趾中，大于等于五趾缺失	9级
一足五趾完全丧失功能	9级
一足足弓结构破坏大于等于 1/3	10级
双足十趾中，大于等于两趾缺失	10级
双下肢长度相差大于等于 2cm	10级
一下肢三大关节中，因骨折累及关节面导致一个关节功能部分丧失	10级

注：① 足弓结构破坏：指意外损伤导致的足弓缺失或丧失功能。② 足弓结构完全破坏指足的内、外侧纵弓和横弓结构完全破坏，包括缺失和丧失功能；足弓 1/3 结构破坏指足三弓的任一弓的结构破坏。

③ 足趾缺失：指自趾关节以上完全切断。

#### 7.6 四肢的结构损伤，肢体功能或关节功能障碍

三肢以上缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)	1 级
三肢以上完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且第三肢完全丧失功能	1 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且另二肢完全丧失功能	1 级
二肢缺失(上肢在肘关节以上,下肢在膝关节以上)	2 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上,下肢在膝关节以上),且另一肢完全丧失功能	2 级
二肢完全丧失功能	2 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上),且另一肢完全丧失功能	3 级
二肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)	3 级
两上肢、或两下肢、或一上肢及一下肢,各有三大关节中的两个关节完全丧失功能	4 级
一肢缺失(上肢在肘关节以上,下肢在膝关节以上)	5 级
一肢完全丧失功能	5 级
一肢缺失(上肢在腕关节以上,下肢在踝关节以上)	6 级

四肢长骨一骺板以上粉碎性骨折	9 级
----------------	-----

注：① 骺板：骺板的定义只适用于儿童，四肢长骨骺板骨折可能影响肢体发育，如果存在肢体发育障碍的，应当另行评定伤残等级。

② 肢体丧失功能指意外损伤导致肢体三大关节（上肢腕关节、肘关节、肩关节或下肢踝关节、膝关节、髋关节）功能的丧失。

③ 关节功能的丧失指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意识活动。

### 7.7 脊柱结构损伤和关节活动功能障碍

本标准中的脊柱结构损伤是指颈椎或腰椎的骨折脱位，本标准中的关节活动功能障碍是指颈部或腰部活动度丧失。

脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于 75%	7 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于 50%	8 级
脊柱骨折脱位导致颈椎或腰椎畸形愈合，且颈部或腰部活动度丧失大于等于 25%	9 级

### 7.8 肌肉力量功能障碍

肌肉力量功能是指与肌肉或肌群收缩产生力量有关的功能。本标准中的肌肉力量功能障碍是指四肢瘫、偏瘫、截瘫或单瘫。

四肢瘫（三肢以上肌力小于等于3级）	1级
截瘫（肌力小于等于2级）且大便和小便失禁	1级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于2级）	2级
偏瘫（肌力小于等于2级）	2级
截瘫（肌力小于等于2级）	2级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于3级）	3级
偏瘫（肌力小于等于3级）	3级
截瘫（肌力小于等于3级）	3级
四肢瘫（二肢以上肌力小于等于4级）	4级
偏瘫（一肢肌力小于等于2级）	5级
截瘫（一肢肌力小于等于2级）	5级
单瘫（肌力小于等于2级）	5级
偏瘫（一肢肌力小于等于3级）	6级
截瘫（一肢肌力小于等于3级）	6级
单瘫（肌力小于等于3级）	6级
偏瘫（一肢肌力小于等于4级）	7级
截瘫（一肢肌力小于等于4级）	7级
单瘫（肌力小于等于4级）	8级

注：① 偏瘫指一侧上下肢的瘫痪。

② 截瘫指脊髓损伤后，受伤平面以下双侧肢体感觉、运动、反射等消失和膀胱、肛门括约肌功能丧失的病症。

③ 单瘫指一个肢体或肢体的某一部分瘫痪。

④ 肌力：为判断肢体瘫痪程度，将肌力分级划分为 0-5 级。

0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1 级：可看到或触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加的阻力。

4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5 级：正常肌力。

## 8 皮肤和有关的结构和功能

### 8.1 头颈部皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤的修复功能是指修复皮肤破损和其他损伤的功能。本标准中的皮肤修复功能障碍是指瘢痕形成。

头颈部Ⅲ度烧伤，面积大于等于全身体表面积的 8%	2 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 90%	2 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成，颈部活动度完全丧失	3 级

面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 80%	3 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成,颈部活动度丧失大于等于 75%	4 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 60%	4 级
头颈部III度烧伤,面积大于等于全身体表面积的 5%, 且小于 8%	5 级
颈部皮肤损伤导致瘢痕形成,颈部活动度丧失大于等于 50%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 40%	5 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于面部皮肤面积的 20%	6 级
头部撕脱伤后导致头皮缺失,面积大于等于头皮面积的 20%	6 级
颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 75%	7 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于 24cm <sup>2</sup>	7 级
头颈部III度烧伤,面积大于等于全身体表面积的 2%, 且小于 5%	8 级

颈部皮肤损伤导致颈前三角区瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于颈前三角区面积的 50%	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于 18cm <sup>2</sup>	8 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于 12cm <sup>2</sup> 或面部线条状瘢痕大于等于 20cm	9 级
面部皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于 6cm <sup>2</sup> 或面部线条状瘢痕大于等于 10cm	10 级

注:① 瘢痕:指创面愈合后的增生性瘢痕,不包括皮肤平整、无明显质地改变的萎缩性瘢痕或疤痕。

② 面部的范围和瘢痕面积的计算:面部的范围指上至发际、下至下颌下缘、两侧至下颌支后缘之间的区域,包括额部、眼部、眶部、鼻部、口唇部、颞部、颧部、颊部和腮腺咬肌部。面部瘢痕面积的计算采用全面部和 5 等分面部以及实测瘢痕面积的方法,分别计算瘢痕面积。面部多处瘢痕,其面积可以累加计算。

③ 颈前三角区:两边为胸锁乳突肌前缘,底为舌骨体上缘及下颌骨下缘。

## 8.2 各部位皮肤结构损伤和修复功能障碍

皮肤损伤导致瘢痕形成,且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 90%	1 级
---------------------------------	-----

躯干及四肢III度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 60%	1 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 80%	2 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 70%	3 级
躯干及四肢III度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 40%	3 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 60%	4 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 50%	5 级
躯干及四肢III度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 20%	5 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 40%	6 级
腹部损伤导致腹壁缺损面积大于等于腹壁面积的 25%	6 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 30%	7 级
躯干及四肢III度烧伤，面积大于等于全身皮肤面积的 10%	7 级

皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 20%	8 级
皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的 5%	9 级

注：① 全身皮肤瘢痕面积的计算：按皮肤瘢痕面积占全身体表面积的百分数来计算，即中国新九分法：在 100%的体表总面积中：头颈部占 9% ( $9 \times 1$ ) (头部、面部、颈部各占 3%)；双上肢占 18% ( $9 \times 2$ ) (双上臂 7%，双前臂 6%，双手 5%)；躯干前后包括会阴占 27% ( $9 \times 3$ ) (前躯 13%，后躯 13%，会阴 1%)；双下肢 (含臀部) 占 46% (双臀 5%，双大腿 21%，双小腿 13%，双足 7%) ( $9 \times 5 + 1$ ) (女性双足和臀各占 6%)。

② 烧伤面积和烧伤深度：烧伤面积的计算按中国新九分法，烧伤深度按三度四分法。III度烧伤指烧伤深达皮肤全层甚至达到皮下、肌肉和骨骼。烧伤事故不包括冻伤、吸入性损伤 (又称呼吸道烧伤) 和电击伤。烧伤后按烧伤面积、深度评定伤残等级，待医疗终结后，可以依据造成的功能障碍程度、皮肤瘢痕面积大小评定伤残等级，最终的伤残等级以严重者为准确。



## 附录四 业务系统理赔关键信息录入规范

### 一、规范理赔关键信息录入规则的目的

为提高理赔案件处理过程中的信息录入标准化程度，尽可能完整、一致地记录书面案卷信息，同时为积累理赔关键经验数据奠定基础，特对理赔相关关键信息的确定和录入规则进行统一。

### 二、规则适用范围

本指引以理赔业务系统中理赔关键信息为基础，梳理现有理赔作业环节需要录入的关键信息字段，并对字段的录入规则进行统一，相对应的字段录入规则及要求在该系统允许的基础上适用于所有流程。

本规则立足于现有系统录入界面，随着系统的调整和完善，相应的录入规则也将予以调整。

### 三、规则确定的基本原则

(一)根据理赔作业和管理工作的实际需要，同时考虑未来统一受理平台和功能整合，确定理赔关键信息。尽可能兼顾不同系统的表述差异，类同字段的内容尽可能规则一致。

(二)对于关键信息如出险时间、出险结果等的确定首先以法律及相关实务规定为依据，无相关规定的根据常理或约定俗成来确定。

(三)理赔人员应尽可能获取更多信息，方便后续客户服务和理赔跟进，条款未明确，存在多种选择时，以有利于客户为原则。

#### 四、各环节理赔关键信息字段确定和录入规则

##### (一)报案受理、理算立案环节

###### 1. 报案日期

系统默认为当日，可依据案情需要并按照下列规则调整：

1) 电话报案：40006 11111 接到报案的日期；

2) 机构客户服务部报案：机构客户服务部接到报案的日期。

###### 2. 报案人相关信息

1) 报案人相关信息包括：报案人姓名、性别、证件类型、证件号码、联系电话、联系地址、报案人与出险人关系；

2) 理赔人员应尽可能获取详细信息，确保公司通过电话、地址能与报案人取得联系；

3) 报案人与申请人原则上要求是同一人，也可以不同；

4) 有效证件：包括且优先次序为居民身份证、军官证（警官证、文职干部证、士兵证）、户口簿、护照、驾驶证、港澳台同胞回乡证；

- 5) 身份证：二代以上身份证；
- 6) 联系电话：优先为手机，其次为座机（必须填写区号）；
- 7) 联系地址：要求长期居住地，不定期居住的，可以填写户口所在地或家属(亲戚)联系地址；
- 8) 报案人与出险人关系：根据实际情况对应的关系。

### 3. 申请人相关信息

- 1) 申请人相关信息包括：申请人姓名、性别、证件类型、证件号码、联系电话、联系地址、领款方式、银行账号、申请人与受益人关系；
- 2) 申请人必须是具有保险金请求权人，申请人可以是法人代表；
- 3) 一份保单如果申请人有多人，则必须录入多个申请人信息；
- 4) 申请人的证件、联系电话、联系地址规则同报案人对应规则；
- 5) 申请人相关信息应在处理环节确认；
- 6) 领款方式：付款对象为单位(法人)时，只接受转账，付款对象为个人时，按财务相关规定执行；
- 7) 申请人与受益人关系：本人、监护人、权益受让人。

### 4. 出险信息

1) 出险信息包括出险时间、事故结果时间、出险地点、事故原因、事故结果；

2) 出险时间与事故结果时间的确定规则：

出险时间：意外事故以意外事故发生日为出险时间，非意外事故根据事故结果确定事故结果时间。

● 事故结果为死亡时，死亡日期即为事故结果时间。

自然死亡：以书面死亡证明载明的死亡时间为准；

宣告死亡：以法院判决书中确定的日期或法院宣告日为准。但因意外事故下落不明宣告死亡的，以意外事故发生时间为准。

● 事故结果为伤残时

意外残疾：意外事故发生日；

疾病残疾：残疾鉴定日。

● 事故结果为重大疾病时

意外重大疾病：意外事故发生日；

非意外重大疾病，按条款所列保险责任的具体理赔项目确定出险时间：

理赔项目为特定疾病时：以确诊时间为出险时间，肿瘤类以病理报告日期，无病理报告的以临床确诊日期(如以多项临床检验报告最晚日期、诊断证明书日期)为出险日期；

理赔项目为指定手术时：以手术时间为出险时间。

●事故结果为门诊、住院、日额津贴时

理赔项目为门诊时：以第一次就诊时间为出险时间；

理赔项目为住院医疗时：以入院时间为出险时间；

理赔项目为日额津贴时：以入院时间为出险时间。

3) 出险地点

●意外：事故发生的具体地点，要尽可能详细，例如：XX省XX市XX区XX工地。

●疾病：提供首次诊疗的医疗机构所在地和全称，格式为XX省XX市XX区XX医院。

●报案时事故地点不明时，尽可能录入可以确定的地点，如XX市，正式受理提交前必须修改为具体地点。

4) 事故原因

●“意外”和“疾病”两个选项，根据实际情况选择

●特殊情形

自杀：无民事行为能力人自杀可以认定为意外。

法院宣告死亡(非意外事故)：一般认定为疾病死亡。

法院宣告死亡(意外事故)：应认定为意外死亡。

5) 事故结果

●分为死亡、伤残、重大疾病、医疗费用、日额津贴

●根据保单责任和出险人实际情况选择

6) 报案渠道

●分为网络、40006 11111、电话、机构客户服务部、其他

## (二)理算处理环节

### 1.提起调查

1)提起调查关键信息包括：调查类型、调查时限、调查事项、案件疑点；

2)调查类型：必调件、存疑件、抽查件，确定规则见实务规定；

3)调查时限：急件、普通件，根据案件紧急情况确定；

4)调查事项：简明、扼要，根据案情需要说明调查目的与要求，不同调查事项要分项录入；

某意外死亡案件调查事项：

事故现场\*\*查勘：

调查事故发生地\*\*附近居民核实事故经过调查 120 了解急救情况公安交警大队了解事故处理情况，重点核实驾驶证、行驶证的有效性。

5)案件疑点：出险时间与投保时间过于接近、出险经过不清、故意或借口不提供相关资料(原件)、事故性质难以判断、案件关键资料有涂改、多次小额理赔、慢性疾病、不合理用药不合理检查项目。

### 2.疾病代码

1) 以申请人提交资料、调查报告载明的内容为依据，精确选择意外或疾病名称进行录入，确保保险事故能够在系统内真实、准确反映；

2) 对于多种原因造成保险事故的，应选择造成事故的最直接、最有效的起主导作用或决定作用的原因录入；

3) 对于无法精确定位的，可以录入上一级疾病代码，但不能录入任意疾病(X)汇总类代码；

4) 对有多个疾病或并发症的，可以录入多条；

5) 对应疾病代码有相应核保分级规则，自动确定下一年续保结果。

### 3. 费用信息

1) 费用类型、费用金额、费用起始和终止日期

● 根据客户本次提交的医疗费发票上出险人门诊或住院治疗时间段录入；

● 多张收据可合并录入，以最早日期为费用起始日期，最晚日期为终止日期；

● 条款中按项目分类给付的，需要按项目分别录入。

2) 第三方给付金额

录入其他单位或保险机构已赔付的医疗费用金额

3) 扣减金额

录入不符合社保规定或条款约定的医疗费用金额

### 4. 津贴信息

### 1) 津贴起始日期和结束日期

根据客户提交的病历资料或医疗费发票上、住院治疗时间段录入。多次住院需要分开录入。

## 5. 残疾鉴定

### 1) 鉴定日期和鉴定机构

鉴定日期录入书面鉴定报告出具的日期，鉴定机构录入书面鉴定报告中鉴定机构落款全称。

## 6. 医院信息

### 1) 医院代码、医院名称：事先在系统设置。

## 7. 给付类型：

1) 约定给付：适用于按照公司格式条款或承保特约，系统可自动按约定内容理算的案件；

2) 比例给付：适用于因年龄误告或职业误告，导致客户实交保费小于应交保费的，理赔时将应给付的保险金按实交保费与应交保费之比进行赔付；

3) 协议给付：适用于保险双方均存在过错，导致理赔时按双方所承担的过错责任份额进行部分赔付或客户投保时与我公司有特别约定，该约定无法在业务系统内进行设置及自动理算(承

保协议)；

4) 拒绝给付：适用于已正式受理但经审核不属于保险责任的案件。

### (三)文字性描述部分录入规范

#### 1. 出险简要经过与结果：

格式：简述案情，应包含何人(出险人姓名与身份)、何时(出险时间)、何地(出险地点)、发生何事(导致事故的原因，如疾病、意外伤害等)，以及事故结果(死亡、伤残、疾病、医疗等)。

举例：

疾病死亡：被保险人(投保人)XXX于XXXX年XX月XX日因XX原因入住XX省XX市XX区XX医院(或身故)，于XX月XX日治愈出院(或不治身亡)。

疾病住院：如被保险人张某于2008年12月01日因转移性右下腹痛8小时，在XX医院住院治疗，确诊为急性阑尾炎并接受阑尾炎切除手术，于12月10日治愈出院。

意外死亡：如被保险人王某驾驶摩托车于2008年12月01日在XX省XX市XX区XX路发生交通事故，当场死亡。

#### 2. 理赔处理意见：

格式：判断依据、计算公式、给付金额、合同情况

举例：

约定给付：根据\*\*\*\*规定，按\*\*(如保额)约定给付\*元，合同终止(或继续有效)

比例给付：根据\*\*\*\*规定，按应交保费与实交保费比例给付\*元，合同终止(或继续有效)

协议给付：因为\*\*，根据双方沟通达成协议\*\*，同意协议给付\*元，合同终止(或继续有效)

拒绝给付：投保人投保时未如实告知被保险人患有肝癌的事实，该事实足以影响我公司决定是否承保。根据《保险法》\*\*和条款\*\*，本案拒付，同时解除保险合同并不退还保费。