供南方地区参考用

赤脚医生教材

上　册

上海市川沙县江镇公社卫生院　编

人民卫生出版社

供南方地区参考用

赤脚医生教材

下　册

上海市川沙县江镇公社卫生院　编

人民卫生出版社

统一书号：14048·3316-2
定　　价：1.40 元

供南方地区参考用

赤脚医生教材

上　册

上海市川沙县江镇公社卫生院　编

人民卫生出版社

供南方地区参考用

赤脚医生教材

下　册

上海市川沙县江镇公社卫生院　编

人民卫生出版社

供南方地区参考用

赤脚医生教材

（上册）

上海市川沙县江镇公社卫生院　编

人民卫生出版社出版
人民卫生出版社印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787·1092毫米32开本　23¼印张　5插页　507千字
1973年3月第1版第1次印刷
1977年第2版修订
1977年6月第2版第7次印刷
印数：496,801—597,700
统一书号：14048·3316-2　定价1.40元

供南方地区参考用

赤脚医生教材

（上册）

上海市川沙县江镇公社卫生院　编

人民卫生出版社出版
人民卫生出版社印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787·1092毫米32开本　23¼印张　5插页　507千字
1973年3月第1版第1次印刷
1977年第2版修订
1977年6月第2版第7次印刷
印数：496,801—597,700
统一书号：14048·3316-2　定价1.40元

毛主席语录

社会主义社会是一个相当长的历史阶段。在社会主义这个历史阶段中，还存在着阶级、阶级矛盾和阶级斗争，存在着社会主义同资本主义两条道路的斗争，存在着资本主义复辟的危险性。要认识这种斗争的长期性和复杂性。要提高警惕。要进行社会主义教育。要正确理解和处理阶级矛盾和阶级斗争问题，正确区别和处理敌我矛盾和人民内部矛盾。不然的话，我们这样的社会主义国家，就会走向反面，就会变质，就会出现复辟。我们从现在起必须年年讲，月月讲，天天讲，使我们对这个问题，有比较清醒的认识，有一条马克思列宁主义的路线。

毛主席语录

政治工作是一切经济工作的生命线。

鼓足干劲，力争上游，多快好省地建设社会主义。

毛主席语录

我们不能走世界各国技术发展的老路，跟在别人后面一步一步地爬行。我们必须打破常规，尽量采用先进技术，在一个不太长的历史时期内，把我国建设成为一个社会主义的现代化的强国。

毛主席语录

从旧学校培养的学生，多数或大多数是能够同工农兵结合的，有些人并有所发明、创造，不过要在正确路线领导之下，由工农兵给他们以再教育，彻底改变旧思想。这样的知识分子，工农兵是欢迎的。

第二版修订说明

本书自一九七三年出版以来，已经三年多。三年来在毛主席革命路线指引下，卫生战线发生了深刻的变化。赤脚医生、合作医疗和城市医务人员下农村等社会主义新生事物，都有很大的发展和提高，越来越显示出强大的生命力。广大赤脚医生奋战在农业第一线，在“**农业学大寨**”运动和农村卫生革命中作出了贡献。赤脚医生的茁壮成长，在医疗卫生领域，有力地限制了资产阶级法权，缩小着三大差别。

为使本书适应新的形势的需要，我们在上级党委的领导下，组成“三结合”小组，先后到广西壮族自治区玉林地区、桂林地区，湖北省麻城县、长阳县乐园公社，山西省昔阳县和大寨等地，学习卫生革命经验，征求修订意见。在调查研究的基础上，经过半年的努力进行了修订。这次修订中，着重注意了以下几个方面：

1.以阶级斗争为纲，坚持用无产阶级专政的理论指导赤脚医生培训工作，充分体现政治统帅业务、理论联系实际、基础结合临床的培训原则和“**预防为主**”、中西医结合的方针。在原书基础上，尽量汲取了各地培训工作中行之有效的先进经验。

2.充分发挥“一根针、一把草、一双手”的作用。将原书新医疗法和常用中草药提前至第二章和第三章，突出其位置，进行必要的充实和提高；并在每一个疾病的防治中也强调使用新针和草药，以利合作医疗的巩固和发展。同时尽可能地

介绍了一些中医基础理论，并在每一个疾病的防治中都介绍中医辨证论治的知识，以更好地发挥赤脚医生在中西医结合工作中的作用。

3.贯彻"**预防为主**"的方针，充分发挥赤脚医生在防治工作中的作用。在传染病防治一章中重点加强了农村卫生"两管"、"五改"和除害灭病等方面的内容，在各个疾病中也注意充实了有关的预防知识。

4.为了更好地保护妇女劳动力，以利于广大妇女充分发挥"半边天"的作用，在妇产科一章中增加了"妇幼卫生"专节，并加强了计划生育、妇科疾病和其他有关内容。

5.本着普及和提高相结合的原则，考虑到南方地区培训赤脚医生的实际情况，根据赴各地调查中大多数同志的意见，修订后的《教材》包括初训、复训和自学参考三方面的内容，用大小字体分别排出。其中普及内容（包括初训和一般复训）用大字号，提高内容（包括进一步复训和自学）用小字号。重点充实的除前面讲到的内容（特别是中医基础理论和辨证论治）外，还加强了现代医学的生理、病理、药理、微生物、寄生虫和诊断学基础等方面的知识，根据不同的情况分别写入第四章疾病诊治基本知识、各系统解剖生理概述和检查法，以及各有关的疾病中，并尽量使之与祖国医学的有关内容有机地结合起来；根据调查中有关地区的实际情况，适当增写了一部分病种；充实加强了常见症状的鉴别诊断及处理原则一章，修改、增加了一部分病例讨论，以更好启发赤脚医生的思考，提高他们诊断和鉴别诊断的能力。

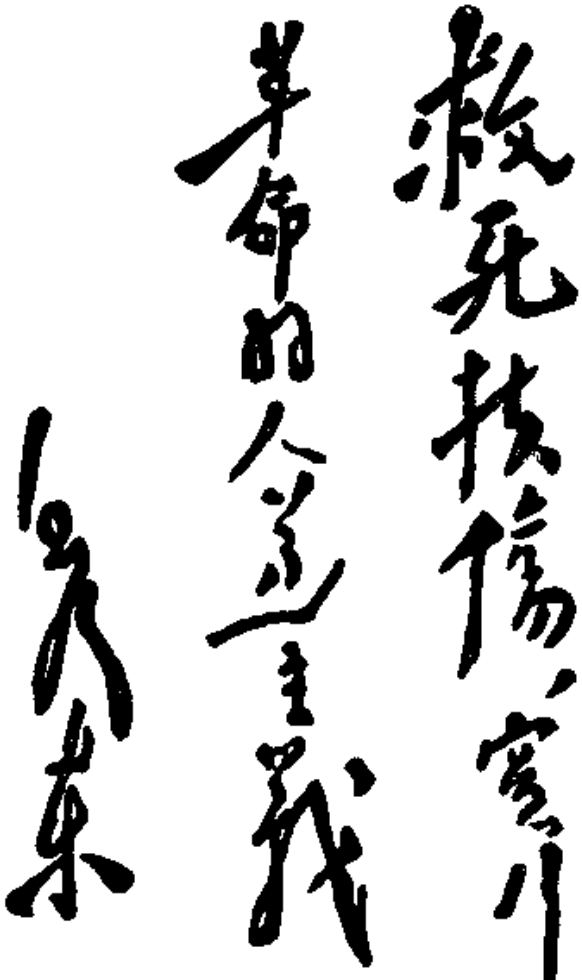
尽管作了上述一些方面的努力，但由于经验不足，特别是学习马列主义、毛泽东思想很不够，认识跟不上形势的发展，而且实践的机会有限，再加上时间仓促，故问题一定

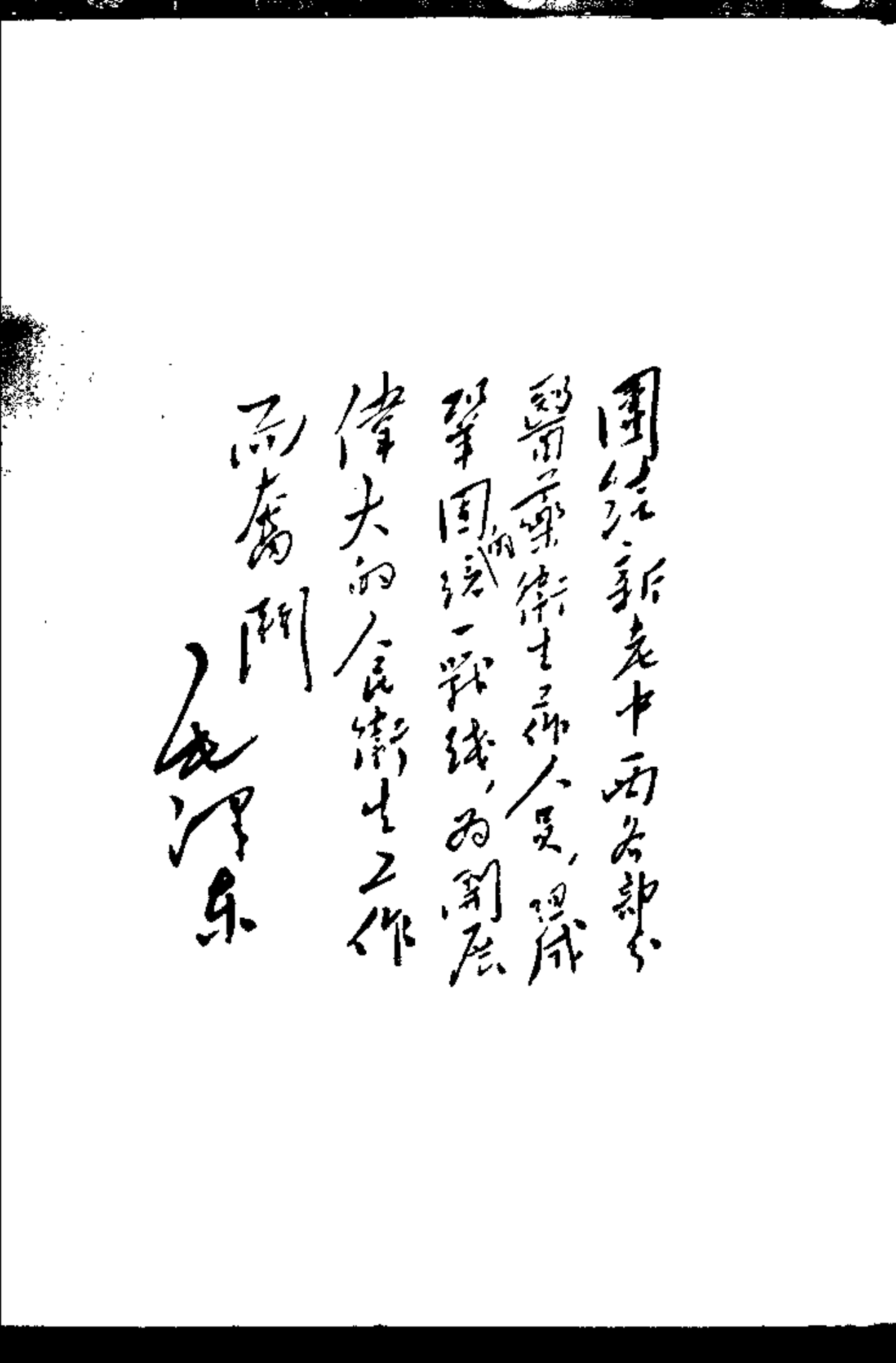
不少。恳切地希望各地医疗卫生战线上的同志，特别是广大赤脚医生和负责培训工作的基层医务人员，随时提出宝贵意见。同时，趁这次机会，特在此向协助本书修订的单位和同志，表示深切的谢意。

当前，我国的形势一片大好。全党全军全国人民决心最紧密地团结在以华国锋主席为首的党中央周围，继承毛主席的遗志，努力学习和掌握马克思主义、列宁主义、毛泽东思想，同王洪文、张春桥、江青、姚文元“四人帮”反党阴谋集团作坚决的斗争，把毛主席开创的无产阶级革命事业进行到底。我们一定要响应党中央的号召，积极投入这一场伟大的革命运动，狠批王、张、江、姚反党集团的滔天罪行，满腔热情地支持赤脚医生这一社会主义新生事物，以实际行动捍卫毛主席的革命卫生路线，为全面落实毛主席光辉的“六·二六”指示作出贡献！

上海市川沙县江镇公社卫生院

一九七六年十月





目　录

第一章　人体概述……1
(一)人体生命特征和机能活动(2)　(二)人体的基本结构(5)
(三)祖国医学对人体的认识(12)
第二章　新医疗法……21
第一节　新针疗法……22
一、基本知识(22)：针刺操作(22)　针刺时注意事项(25)
二、常用穴位(27)：上肢穴位(27)　下肢穴位(32)　腰背部穴位(37)　胸腹部穴位(40)　头颈部穴位(42)　三、针灸与经络的关系(47)：手太阴肺经(47)　手阳明大肠经(49)　足阳明胃经(49)　足太阴脾经(52)　手少阴心经(52)　手太阳小肠经(54)　足太阳膀胱经(54)　足少阴肾经(57)　手厥阴心包经(57)　手少阳三焦经(60)　足少阳胆经(60)　足厥阴肝经(63)　督脉(65)　任脉(66)　四、常见病的新针疗法(67)：取穴的一般原则(67)　常见病的治疗(69)
第二节　其它新医疗法……77
一、耳针疗法(77)　二、腕踝针疗法(84)　三、穴位注射疗法(92)　四、穴位埋线和穴位结扎疗法(94)　五、挑治和割治疗法(100)　六、推拿疗法(102)　七、拔火罐和刮痧(108)
第三章　常用中草药……110
第一节　中草药基本知识……111
(一)怎样辨认中草药(111)　(二)怎样采药(111)　(三)怎样制药(112)　(四)怎样用药(113)　〔附〕中药配伍禁忌(115)　妊娠用药禁忌(115)　中草药剂量简写方法(115)

第二节　常用中草药简介 ……115
一、解表药(115)：(一)发散风寒药：紫苏(116)　葱白(116)　荠菜(117)　上细辛(117)　麻黄、桂枝、荆芥、防风、藁本、细辛、白芷、辛夷花、香薷(118)　(二)发散风热药：薄荷(120)　桑叶(120)　紫背浮萍(121)　大豆卷(121)　菊花、蝉壳(蜕)、柴胡、葛根、牛蒡子、蔓荆子(122)
二、止咳化痰平喘药(122)：(一)止咳平喘药：马兜铃(123)　千日红(124)　枇杷叶(124)　莱菔子(124)　曼陀罗花(125)　鼠曲草(125)　百部、杏仁、前胡、紫菀、白果、款冬花(126)　(二)清热化痰药(126)：天竺子(126)　米仁根(127)　瓜蒌(127)　萝藦(128)　竹沥、贝母、胖大海、昆布、海藻(129)　(三)温化寒痰药(130)：天南星(130)　白芥子(130)　旋复花(130)　桔梗(130)
三、清热药(130)：(一)清热泻火药：夏枯草(131)　决明子(131)　藁姑草(132)　龙葵(132)　地耳草(133)　石膏、知母、竹叶、青葙子、芦根、茅根(133)　(二)清热燥湿药：牛筋草(134)　椿根白皮(135)　黄芩、黄连、黄柏、栀子(134)　(三)清热解毒药：金银花(135)　蒲公英(136)　紫花地丁(136)　马齿苋(136)　鱼腥草(137)　半边莲(137)　虎耳草(137)　马兰根(138)　爵床(138)　酢浆草(139)　榄核莲(139)　鸭跖草(140)　葎草(141)　七叶一枝花(141)　白花蛇舌草(141)　垂盆草(142)　蛇莓(143)　鸟蔹莓(143)　野荞麦根(143)　水蜈蚣(144)　黄药子(145)　锦灯笼、射干、白鲜皮、白头翁、大青叶、连翘(145)　(四)清热凉血药(146)　地锦(146)　翻白草(146)　地骨皮、白薇、牡丹皮、地黄、犀角(147)
四、祛暑药(147)：藿香(147)　荷叶、荷梗、荷蒂(148)　绿豆(148)　白扁豆(149)　青蒿(149)　西瓜翠衣、苍术、砂仁(150)　佩兰(149)

五、泻下药(150)：土大黄(151)　蜂蜜(151)　蓖麻子(152)　扁竹根(152)　郁李仁、芒硝(152)
六、利尿逐水药(153)　(一)利尿药：车前草(153)　萹蓄(153)　瞿麦(154)　地肤子(154)　冬葵子(154)　冬瓜皮、冬瓜子(155)　将军干(155)　米赤豆(155)　鳢肠(156)　杠板归(156)　玉米须(156)　凤尾草(156)　金钱草(157)　海金砂(157)　马蹄金(158)　茯苓、泽泻、木通、滑石、茵陈(158)　地柏枝(159)　(二)逐水药：甘遂、芫花、大戟、泽漆、牵牛子(159)
七、祛风湿药(160)：苍耳子(160)　寻骨风(160)　接骨木(161)　络石藤(161)　豨莶草(162)　蕲蛇(162)　徐长卿(162)　虎杖(163)　独活、羌活、木瓜、秦艽、威灵仙(164)
八、温里药(164)：姜(164)　附子、吴茱萸、肉桂、高良姜、茴香、蜀椒(165)　艾叶(166)
九、理气药(166)：香附(166)　枸桔李(167)　薤白头(167)　川楝子(167)　野蔷薇花(168)　腊梅花(168)　香橼皮、广木香、桔皮、枳实、厚朴、延胡索、郁金(169)
十、理血药(170)：(一)行血药：泽兰(170)　土牛膝(170)　益母草(171)　〔附〕童子益母草(171)　月季花(171)　水蛭(171)　虻虫(172)　马鞭草(172)　急性子(172)　茜草根(173)　刘寄奴(173)　紫金牛(173)　茅莓(174)　凌霄花(174)　大田基黄(174)　石见穿(176)　紫丹参(176)　川芎、赤芍、三棱、莪术、桃仁、王不留行、红花、牛膝(175)　(二)止血药：菊叶三七(176)　仙鹤草(177)　小蓟(177)　蒲黄(177)　墨旱莲(178)　侧柏叶(178)　茜草(178)　铁苋菜(179)　茉莉(179)　瓦松(179)　卷柏、血余炭、槐花、陈棕炭、白茅、地榆、灶心土(180)
十一、固涩药(180)：(一)敛汗涩精药：浮小麦(180)　韭菜子(181)　五味子(181)　海螵蛸(181)　瓦楞子(181)　桑螵

蛤、芡实、枫桃子、糯稻根须 金樱子(182) (二)涩肠止泻药(182)：乌梅(182) 石榴皮(182) 肉豆蔻、訶子(183)
十二、助消化药(183)：鸡内金(183) 麦芽(184) 谷芽(184) 神曲、山楂、佛手(184)
十三、止吐药(185)：竹茹(185) 半夏(185)
十四、补养药(186)：(一)补气药：山药(187) 黄精(187) 金雀根(188) 枸骨叶(188) 楮实子(188) 人参、党参、白术、黄芪、甘草、人胞、大枣(189) (二)补血药：生、熟地黄、当归、白芍、阿胶(190) (三)助阳药：肉苁蓉、鹿角、巴戟天、仙茅、淫羊藿、菟丝子、续断、补骨脂、益智仁(191) (四)补阴药：黑芝麻(192) 北秫米(192) 百合(193) 女贞子(193) 麦冬(194) 何首乌(194) 野大豆(194) 沙参、玄参、天冬、石斛、沙苑蒺藜 桑寄生、龟板、鳖甲(195)
十五、安神镇惊药(196)：(一)安神药：含羞草(196) 铁落(196) 合欢皮(197) 酸枣仁、远志、柏子仁(198) (二)镇惊熄风药：地龙干(198) 磁石、龙骨、牡蛎、蝼蛄(198) 天麻、钩藤、全蝎、代赭石、石决明、蛇蜕、乌稍蛇(199)
十六、驱虫药(200)：苦楝根皮(200) 大蒜(201) 使君子、槟榔、鸦胆子、常山、鹤虱(201)
十七、外用药(202)：雄黄、蛇床子、蟾皮、蜂房、壁虎(202)
第三节 中医常用方剂 ……203
(一) 解表剂(203)：麻黄汤(203) 桂枝汤(203) 双解汤(204) 化饮解表汤(204) 麻黄附子细辛汤(204) 麻杏石甘汤(205) 银翘散(205) 桑菊饮(205)
(二) 攻下剂(206)：大承气汤(206) 小承气汤(206) 调胃承气汤(206) 温脾汤(206) 麻子仁丸(207)
(三) 和解剂(207)：小柴胡汤(207) 四逆散(208) 舒肝散(208) 葛根黄芩黄连汤(208) 大柴胡汤(209)
(四) 清热剂(209)：石膏知母汤(209) 导赤散(210) 泻肺

散(210)　龙胆泻肝汤(210)　青蒿鳖甲汤(211)
(五) 祛湿剂(211)：香薷饮(211)　生脉散(211)　六一散(212)
(六) 祛风剂(212)：牵正散(212)　川芎茶调散(212)　独活寄生汤(213)
(七) 祛寒剂(213)：温阳化水汤(213)　理中汤(213)　四逆汤(214)　吴茱萸汤(214)　温脾汤(214)　桔核丸(215)
(八) 利湿剂(215)：五苓散(215)　平胃散(216)　苓桂术甘汤(216)　甘姜苓术汤(216)　三仁汤(217)　茵陈蒿汤(217)　舟车丸(217)
(九) 润燥剂(218)：炙甘草汤(218)　清燥救肺汤(218)　黄连阿胶汤(219)　甘麦大枣汤(219)
(十) 理气剂(219)：补中益气汤(219)　越鞠丸(220)　半夏厚朴汤(220)　良附丸(221)　苏子降气汤(221)　定喘汤(221)　旋复代赭汤(222)　瓜蒌薤白汤(222)
(十一) 理血剂(222)：胶艾汤(222)　黄土汤(223)　赤豆当归散(223)　咳血方(223)　柏子仁丸(223)　失笑散(224)　桃仁承气汤(224)　膈下逐瘀汤(224)　归脾汤(225)
(十二) 补益剂(225)：参苓术草汤(225)　小建中汤(226)　参苓白术散(226)　金匮肾气丸(226)
(十三) 消导剂(227)：保和丸(227)
(十四) 祛痰剂(227)：十枣汤(227)　二陈汤(228)　三子汤(228)　千金苇茎汤(228)　礞石滚痰丸(229)　消瘰丸(229)
(十五) 固涩剂(229)：固汗散(229)　桑螵蛸散(229)　固经丸(230)
(十六) 痈疡剂(230)：消痈饮(230)　阳和汤(231)　大黄牡丹皮汤(231)　蛇咬伤方(231)　乳腺炎方(232)
(十七) 其它成药(232)：小金丹、豨莶丸、跌打丸、铁笛丸、

冰硼散、青黛散、锡类散、妇科十诊片、鸳鸯涎丸、黑锡丹、南通蛇药、催乳丸、红棉散、紫雪丹、至宝丹、苏合香丸、牛黄抱龙丸、回春丹、安神补心丸、香连丸(232)
第四章　疾病诊治基本知识 ……234
第一节　疾病的发生和发展 ……234
一、疾病的发生(234)：常见致病因素及其作用(235)　机体防御功能(244)
二、疾病的发展和转归(249)：疾病的发展和变化过程(250)　疾病的转归(254)
三、疾病过程中常见的病理变化(256)：组织的损伤与修复(257)　炎症(259)
第二节　疾病的诊断 ……263
一、诊断方法(264)：病史的询问(264)　体格检查(266)　辅助检查(274)
二、疾病的辨证(275)：八纲辨证(276)　脏腑辨证(282)
第三节　疾病的治疗 ……287
治疗原则(288)　治疗方法(291)
第五章　呼吸系统常见疾病的防治 ……299
第一节　呼吸系统解剖生理 ……299
一、呼吸道(299)　二、呼吸的生理(301)　三、儿童呼吸系统特点(303)　四、祖国医学对呼吸系统的认识(304)
第二节　呼吸系统检查法 ……306
一、问诊(306)　二、望诊(308)　三、触诊(311)　四、叩诊(312)　五、听诊(313)
第三节　呼吸系统常见疾病 ……316
一、感冒(316)　二、流行性感冒(319)　三、支气管炎(321)：急性支气管炎(322)　慢性支气管炎(325)　四、支气管哮喘(328)　〔附〕哮喘性支气管炎(333)　五、支气管扩张(334)　六、肺气肿(336)　七、大叶性肺炎(338)　〔附〕中

毒性肺炎的处理(345)　八、支气管肺炎(347)　九、胸膜炎(351)　十、气胸(355)　病例讨论一、二、三(356)

第六章　消化系统常见疾病的防治……361

第一节　消化系统解剖生理……361

一、消化管(362)　二、消化腺(364)　三、腹膜(366)　四、食物的消化和吸收(366)　五、糖类、脂类和蛋白质的代谢(367)　六、小儿消化系统的解剖生理特点(370)　七、祖国医学对消化系统的认识(370)

第二节　消化系统检查法……372

一、问诊(372)　二、望诊(374)　三、触诊(376)　四、叩诊(379)　五、听诊(379)

第三节　消化系统常见疾病……380

一、急性肠胃炎(380)　〔附〕急性出血性坏死性肠炎(383)　二、小儿腹泻(386)：轻型腹泻(单纯性消化不良)(387)　重型腹泻(中毒性消化不良)(389)　〔附〕小儿营养不良(392)　〔附〕佝偻病(394)　三、慢性胃病(397)：溃疡病(397)　慢性胃炎(403)　胃下垂(405)　胃神经官能症(407)　四、肝硬化(408)　五、急腹症(416)：胆囊炎、胆石症(420)　胆道蛔虫症(425)　胃十二指肠溃疡穿孔(427)　急性胰腺炎(429)　急性阑尾炎(433)　肠梗阻(437)　肠套叠(441)　急性腹膜炎(442)　〔附〕各种急腹症的鉴别诊断表(444)　病例讨论一、二、三、四(446)

第七章　常见寄生虫病及传染病的防治……451

第一节　传染病概述……451

(一) 传染过程(451)　(二) 流行过程(452)　(三) 传染病的基本特征(453)　(四) 传染病的诊断(454)　(五) 传染病的预防(455)　(六) 传染病的治疗(456)

第二节　预防为主，大搞群众性的爱国卫生运动……456

第三节　传染病报告、疫点处理和预防接种……459
一、传染病报告(459)　二、疫点处理(460)　三、预防接种(461)　〔附〕种痘反应(462)　〔附〕主要制品年度预防接种安排参考表(464)
第四节　常见寄生虫病、传染病和除害灭病知识……465
一、疟疾(465)　二、丝虫病(469)　三、灭蚊(473)　四、蛔虫病(476)　五、钩虫病(480)　六、蛲虫病(483)　七、姜片虫病(484)　八、血吸虫病(486)；急性血吸虫病(489)　慢性血吸虫病(490)　九、粪管和灭螺(499)；粪便管理(499)　灭螺(504)　十、钩端螺旋体病(506)　十一、流行性出血热(508)　十二、灭鼠(515)　十三、水痘(516)　〔附〕天花(518)　十四、麻疹(521)　〔附〕风疹和幼儿急疹(527)；风疹(527)　幼儿急疹(528)　十五、猩红热(529)　〔附〕出疹性疾病的鉴别表(534)　十六、白喉(535)　十七、百日咳(539)　十八、结核病(544)；肺结核(546)　颈淋巴结核(553)　肠结核(556)　结核性脑膜炎(556)　肾结核(558)　十九、流行性腮腺炎(560)　二十、流行性脑脊髓膜炎(563)　〔附〕化脓性脑膜炎(571)；肺炎双球菌脑膜炎(572)　流感杆菌脑膜炎(573)　二十一、流行性乙型脑炎(574)　〔附〕病毒性脑炎(578)　二十二、脊髓灰质炎(580)　二十三、食物中毒(585)　〔附〕霍乱、副霍乱(589)　二十四、细菌性痢疾(592)　〔附〕阿米巴痢疾(599)　二十五、伤寒与副伤寒(603)　二十六、传染性肝炎(610)　二十七、饮水、饮食卫生和灭蝇(619)；饮水卫生(619)　饮食卫生(624)　灭蝇(625)　二十八、灭臭虫和灭蟑螂(628)；灭臭虫(628)　灭蟑螂(629)　病例讨论一、二、三、四(631)
第八章　循环、血液系统常见疾病的防治……637
第一节　循环系统解剖生理……637

一、血液循环系统(637)：心脏和血管的结构(637)　血液的循环(642)　心脏的机能活动(643)　心脏机能活动的调节(647)　二、淋巴循环系统(649)　三、祖国医学对血液循环系统的认识(650)

第二节　循环系统检查法 ……651

一、问诊(651)　二、望诊(653)　三、触诊(654)　四、叩诊(655)　五、听诊(657)

第三节　血液系统解剖生理 ……666

一、血液的组成和功用(666)　二、血液的生成和血量(668)　三、血型和输血(669)

第四节　循环、血液系统常见疾病……670

一、风湿病及风湿性心脏病(670)：风湿病(670)　风湿性心脏病(672)　〔附〕亚急性细菌性心内膜炎(679)　〔附〕心肌炎与心包炎(680)：心肌炎(680)　心包炎(682)　二、慢性肺原性心脏病(683)　三、高血压病及高血压性心脏病(686)　四、冠状动脉硬化性心脏病(692)：心绞痛(693)　心肌梗塞(695)　五、先天性心脏病(698)　六、充血性心力衰竭(701)　七、心律失常(708)：窦性心律失常(708)　过早搏动(710)　阵发性心动过速(712)　心房颤动(716)　心脏传导阻滞(716)　八、贫血(718)：缺铁性贫血(719)　急性失血性贫血(721)　再生障碍性贫血(722)　九、白细胞减少症(724)　十、紫癜(726)：血小板减少性紫癜(726)　过敏性紫癜(728)　病例讨论 一、二、三(730)

目　录

第九章　泌尿系统常见疾病的防治……735
第一节　泌尿系统解剖生理……735
一、泌尿系统的结构与功能(735)
二、祖国医学对泌尿系统的认识(740)
第二节　泌尿系统检查法……741
一、问诊(741)　二、体格检查(743)
第三节　泌尿系统常见疾病……744
一、急性肾炎(744)　二、慢性肾炎(748)〔附〕肾病综合症(753)　三、泌尿道感染(755)　四、肾结石(759)　五、急性尿潴留(761)　六、肾功能衰竭(763)：急性肾功能衰竭(764)　慢性肾功能衰竭(768)　病例讨论一、二、三(771)
第十章　神经、内分泌系统常见疾病的防治……775
第一节　神经系统解剖生理……775
一、中枢神经系统(776)　二、周围神经系统(782)　三、植物神经系统(786)　四、脑脊髓膜和脑脊液(787)　五、祖国医学对神经系统的认识(788)
第二节　神经系统检查法……789
一、问诊和一般检查(789)　二、反射的检查(791)
第三节　内分泌系统解剖生理……793
第四节　神经、内分泌系统常见疾病……798
一、癫痫(798)　二、神经官能症(802)：神经衰弱(802)　癔病(806)　〔附〕精神病概述(808)　三、脑血管意外(812)：脑血管痉挛(813)　脑出血(814)　蛛网膜下腔出血(817)　脑血栓形成(818)　脑栓塞(819)　〔附〕脑

血管意外各种疾病的鉴别诊断(820)　四、面神经麻痹(821)　五、坐骨神经痛(823)　六、甲状腺疾病(826)：单纯性甲状腺肿(826)　甲状腺腺瘤(827)　甲状腺机能亢进(828)　甲状腺机能减退(831)　七、糖尿病(833)　病例讨论(838)

第十一章　常见外科和皮肤科疾病的防治……839

第一节　骨胳肌肉系统解剖生理……839

一、骨胳(839)　二、关节(844)　三、肌肉(845)

第二节　皮肤解剖生理……848

第三节　常见外科疾病……850

一、疖(850)　二、痈(852)　三、丹毒(854)　四、蜂窝组织炎(855)　五、脓肿(855)　六、手部感染(857)：甲沟炎(857)　脓性指头炎(858)　化脓性腱鞘炎(859)　手掌间隙感染(859)　七、急性乳腺炎(860)　八、败血症(862)　九、破伤风(864)　十、创伤(867)：闭合性创伤(867)　开放性创伤(869)　十一、骨折(871)　十二、脱位(877)：下颌关节脱位(877)　肩关节脱位(877)　肘关节脱位(878)　桡骨头半脱位(879)　十三、颅脑外伤(880)：头皮损伤(880)　颅骨骨折(880)　脑损伤(881)　十四、烧伤(882)　十五、小腿慢性溃疡(887)　十六、下肢静脉曲张(888)　十七、肛门、直肠疾病(889)：痔(889)　肛裂(891)　肛门直肠周围脓肿(891)　肛瘘(892)　脱肛(892)　十八、腹股沟疝(893)：腹股沟斜疝(894)　腹股沟直疝(895)　十九、股疝(895)　二十、睾丸鞘膜积液(896)　二十一、肌腱及肌肉劳损(897)　二十二、腕部与手指的狭窄性腱鞘炎(898)　二十三、腰背痛(899)：腰肌劳损(899)　腰椎间盘突出症(900)　二十四、关节炎(901)：急性化脓性关节炎(901)　骨与关节结核(902)　类风湿性关节

炎（904） 骨关节炎（905） 二十五、狂犬病（905）
二十六、肋软骨炎(906)
第四节 常见皮肤病……906
一、脓疱疮（908） 二、稻田皮炎（909） 三、荨麻疹(910) 四、药物性皮炎(912) 五、虫咬皮炎(912)
六、桑毛虫皮炎(913) 七、神经性皮炎(914) 八、接触性皮炎(915) 九、湿疹(916)；成人湿疹(916) 婴儿湿疹(918) 十、带状疱疹(919)〔附〕皮肤病局部治疗用药原则(920) 十一、头癣(921) 十二、体癣、股癣（922） 十三、手足癣（923） 十四、甲癣（924）
十五、牛皮癣（银屑病）(924) 十六、手足皲裂（925）
十七、鸡眼与胼胝(926) 十八、冻疮(927) 十九、麻风病(927)
第十二章 常见五官疾病的防治……932
第一节 眼、耳、鼻、口腔解剖生理简介……932
一、眼（932） 二、耳（934） 三、鼻（936） 四、口腔(938)
第二节 五官的一般检查法……942
一、眼的检查（942）：眼外部检查（942） 视力检查(944) 色觉检查(945) 二、耳的检查(945)：外耳检查(945) 听力检查(946) 三、鼻的检查(946) 四、口腔和咽喉的检查（947）：口腔检查(947) 咽喉检查(948)
第三节 常见五官疾病……949
一、睑缘炎(949) 二、麦粒肿（950） 三、沙眼（951）
四、急性结膜炎(952) 五、翼状胬肉(954) 六、化学性眼外伤(954) 七、电光性眼炎(956) 八、结膜和角膜异物（956） 九、白内障（957） 十、青光眼（958）
十一、近视、远视和散光(960) 十二、夜盲症(963)

十三、外耳道炎及外耳道疖(964)　十四、外耳道异物(965)　十五、化脓性中耳炎(966)　十六、急性乳突炎(967)　十七、耳原性眩晕(968)　十八、耳聋(969)　十九、聋哑病(971)　二十、鼻前庭炎及鼻疖(973)　二十一、鼻腔异物(974)　二十二、鼻出血(975)　二十三、鼻炎(977)　二十四、鼻窦炎(982)　二十五、鼻息肉(985)　二十六、咽炎(986)　二十七、扁桃体炎(988)　二十八、喉炎(991)　二十九、鱼骨哽喉(993)　三十、口腔粘膜病(993)：复发性口疮(994)　单纯疱疹性口炎(995)　鹅口疮(995)　梭螺菌酿炎(996)　三十一、龋齿(997)　三十二、牙周炎症(999)：牙根周围炎(999)　牙龈炎(1000)　智齿冠周炎(1001)　牙周病(1001)

第十三章　计划生育、妇幼卫生及妇产科常见疾病的防治……1003

第一节　生殖系统解剖生理……1003

一、男性生殖系统(1003)　二、女性生殖系统(1005)：骨盆(1005)　内、外生殖器(1007)　乳房(1011)　生殖系统各阶段的生理变化(1011)　月经(1012)　排卵、受精和妊娠(1015)

第二节　计划生育……1018

一、提倡晚婚(1020)　二、避孕(1021)：节育环(1021)　避孕套(1021)　避孕帽(1022)　口服避孕药(1022)　三、人工流产(1024)　四、绝育术(1025)〔附〕关于计划生育后遗症问题(1026)

第三节　妇幼卫生……1027

一、妇女四期卫生(1027)：月经期卫生(1027)　孕期卫生(1029)　产褥期卫生(1030)　哺乳期卫生(1031)　二、儿童的卫生保健(1032)：婴幼儿喂养及学龄前儿童的卫

生(1033)　幼托机构的卫生(1037)　小学校的卫生(1039)
第四节　产科……1040
一、妊娠的诊断(1040)　二、孕期检查(1041)　三、正常分娩和接生(1047)：决定分娩的因素(1048)　胎儿正常娩出的步骤(1048)　分娩的先兆(1051)　接生的准备(1051)　分娩的过程及其处理(1053)　四、异常分娩(1058)：臀位产(1058)　横位(1061)　双胎(1062)　脐带脱垂(1063)　子宫破裂(1063)　五、产前、产后出血(1066)：(一)产前出血(1066)：前置胎盘(1066)　胎盘早期剥离(1068)　(二)产后出血(1068)　六、产褥感染(1073)　七、产后家庭随访(1075)〔附〕产后常见症状的处理(1076)　八、新生儿(1079)：新生儿特点(1079)　常见的几种新生儿疾病(1081)　九、妊娠中毒症(1084)：早期妊娠中毒症(1084)　晚期妊娠中毒症(1086)　十、流产(1089)：先兆流产(1089)　难免流产(1090)　不全流产(1091)　完全流产(1091)　过期流产(1091)　习惯性流产(1092)　流产合并感染(1092)　十一、宫外孕(1093)　十二、葡萄胎(1095)
第五节　妇科常见疾病……1096
一、月经失调(1096)：闭经(1096)　功能性子宫出血(1099)　痛经(1102)　经前期紧张症(1104)　绝经期综合症(1104)　二、阴道炎(1105)：滴虫性阴道炎(1106)　霉菌性阴道炎(1107)　老年性阴道炎(1108)　三、慢性子宫颈炎(1109)　四、盆腔炎(1111)：化脓性盆腔炎(1111)　结核性盆腔炎(1113)　五、子宫脱垂(1114)　六、白带过多(1116)〔附〕妇科检查(1118)　病例讨论一、二(1120)
第十四章　肿瘤防治知识……1122
一、常见的体表良性肿瘤(1123)　二、恶性肿瘤(1124)
第十五章　中毒和急救……1132
一、急性中毒的处理原则(1132)　二、农药中毒(1136)：

二二三和六六六中毒(1136) 有机磷农药中毒(1137) 三、有毒植物中毒(1141)：毒蕈中毒(1141) 发芽马铃薯中毒(1143) 木薯中毒(1143) 白果中毒(1144) 亚硝酸盐类中毒（肠原性紫绀症）(1145) 四、河豚毒素中毒(1146) 五、一氧化碳中毒(1147) 六、毒蛇、毒虫咬伤(1148)：毒蛇咬伤(1148) 蝎螫伤(1151) 蜂类螫伤(1152) 毒蜘蛛螫伤(1152) 蜈蚣咬伤(1153) 七、中暑(1153) 八、溺水(1156) 九、触电(1158) 十、人工呼吸和胸外心脏按压(1160)：人工呼吸(1160) 胸外心脏按压(1163)

第十六章 常见症状的鉴别诊断及处理原则……1165

一、发热(1165)：高热(1165) 慢性低热(1171)〔附〕暑热症(1173) 二、小儿惊厥(1174) 三、休克(1177) 四、昏迷(1183) 五、眩晕(1185) 六、晕厥(1187) 七、头痛(1189) 八、呼吸困难(1193) 九、咳嗽(1195) 十、胸痛(1198) 十一、吐血(1200) 十二、便血(1204) 十三、呕吐(1206) 十四、腹泻(1209) 十五、便秘(1212) 十六、黄疸(1215) 十七、心悸(1218) 十八、水肿(1220) 十九、排尿异常(1225)：多尿(1225) 少尿或无尿(1226) 夜尿(1228) 遗尿(1229) 尿频、尿急与尿痛(1230) 血尿(1232) 病例讨论一、二、三(1234)

第十七章 常用技术操作……1242

第一节 内科基本操作……1242

一、注射法(1242)：皮下注射法(1242) 肌肉注射法(1242) 皮内注射法(1243) 静脉注射法(1244) 静脉输液术(1245) 小静脉输液术(1243)〔附〕输液皮管及其它注射器的消毒方法(1247) 静脉切开术(1248) 二、穿刺术(1251)：胸腔穿刺术(1251) 腹腔穿刺术(1253) 腰椎穿刺术(1254) 三、洗胃法(1256) 四、灌肠法(1257)

五、导尿术(1258)
第二节　外科基本操作……1260
一、无菌术(1260)　二、手术常用器械及基本操作(1264)：常用器械简介(1264)　各种小手术的器械配备(1269)　手术基本操作(1270)　三、局部麻醉(1278)：局部浸润麻醉(1278)　区域阻滞麻醉(1279)　神经阻滞麻醉(1279)　表面麻醉(1279)　四、针刺麻醉和中药麻醉(1280)：针刺麻醉(1280)　中药麻醉(1285)　五、切开引流和外科换药(1287)：切开引流(1287)　外科换药(1288)　六、拔甲术(1289)　七、扩创、缝合(1290)　八、体表良性肿瘤的切除(1292)　九、肛门部小手术(1294)：肛裂切除术(1294)　外痔血栓摘除术(1295)　内痔结扎术(1297)　肛瘘挂线疗法(1297)　十、封闭疗法(1301)：局部封闭(1301)　肋间神经封闭(1301)　坐骨神经封闭(1301)　套式封闭(1302)　肾周围脂肪囊封闭(1302)　骶骨前封闭(1302)
第三节　计划生育基本操作……1303
一、放置节育环(1303)　二、取出节育环(1305)　三、人工流产吸引术(1306)
第四节　其它操作……1310
一、倒睫手术(1310)：倒睫电解术(1310)　睑内翻矫正术(1311)　二、拔牙术(1312)　三、唇、舌系带矫正术(1317)　四、鼻息肉摘除术(1318)
〔附〕液体疗法概述……1320
(一)输液的目的和适应范围(1320)　(二)水与电解质的正常生理及代谢异常(1320)：水与电解质在体内的分布(1320)　水与电解质代谢的调节(1322)　水与电解质的代谢异常(1323)　(三)酸碱平衡及其紊乱(1328)：酸碱平衡的概念及调节(1328)　酸碱平衡紊乱的表现(1330)

(四)病理状况下水和电解质的补充举例(1333) (五)输液的速度和常见的输液反应及其处理(1335)
第十八章 战伤救护和三防基本知识……1337
第一节 战伤救护……1337
一、止血(1339) 二、包扎(1344) 三、骨折固定(1354) 四、搬运(1359)
第二节 三防基本知识……1365
一、原子武器的防护(1365) 二、化学武器的防护(1369) 三、细菌武器的防护(1373)
附录〔一〕……1378
一、用药基本知识……1378
二、常用药物表……1381
镇静、催眠、抗惊厥、抗癫痫药(1381) 解热、镇痛、抗风湿药(1385) 镇痛药(1387) 中枢兴奋药(1388) 祛痰镇咳药(1389) 止喘药(1390) 健胃、助消化药(1391) 解痉止酸药(1392) 肝病辅助药(1394) 导泻药(1315) 止泻药(1396) 治贫血药(1396) 止血药(1397) 治疗心力衰竭药(1398) 抗高血压药(1400) 血管扩张药(治心绞痛药)(1401) 升压药(抗休克药)(1402) 抗心律紊乱药(1403) 利尿药(1404) 抗过敏药(1406) 驱肠虫药(1407) 抗血吸虫病药(1409) 抗丝虫病药(1410) 抗疟药(1410) 抗阿米巴病药(1412) 磺胺类及呋喃类药物(1413) 抗菌素(1415) 抗结核药物(1419) 维生素类药物(1420) 激素类及抗甲状腺药物(1422) 子宫收缩药(1424) 性激素(1425) 避孕药(1426) 生物制品(1427) 解毒药(1428) 补液用药(1429) 抗肿瘤药物(1431) 降血糖药物(1434) 其它(1435) 外科用药(1437) 皮肤科用药(1440) 眼科用药(1441) 耳鼻喉科用药(1442)

三、小儿用药剂量计算法……1444
四、常用除害药物的使用配制方法……1445
五、青霉素皮试法及过敏性休克的急救……1447
六、破伤风抗毒素皮试法及脱敏法……1448
七、普鲁卡因过敏试验……1448
八、结核菌素试验……1448
九、常用化验项目的临床意义及正常值……1449
(一)血液(1449)　(二)尿液(1451)　(三)粪便(1452)
(四)血液生化检验(1452)　(五)脑脊液检查(1454)
十、常用有关衡量制的换算……1454
附录〔二〕……1456
一、中草药索引……1456
二、中草药方剂索引……1461
八十种常用静脉滴注药物化学性配伍变化表

第一章　人体概述

人体是一个完整的统一体。它由许多部分组成，但各部分的机能是互相联系、互相配合的，由大脑统一指挥，通过神经和体液等的活动，对全身进行调节。在医学上，通常把研究人体正常形态结构的科学叫做解剖学，把研究人体正常机能活动的科学叫做生理学。解剖学和生理学是医学的基础，是为防病治病服务的。

毛主席教导我们："**人们为着要在自然界里得到自由，就要用自然科学来了解自然，克服自然和改造自然，从自然里得到自由。**"由于医学中关于疾病问题的研究是以正常人体的形态结构和机能活动的基本理论为基础的，所以，我们要认识疾病，掌握防治疾病的知识，首先必须用辩证唯物主义和历史唯物主义的观点来了解人体的正常构造和机能，了解人体生命活动的特征及其规律，这样才能发现和了解人体各种异常的表现，从而正确地认识疾病，确定预防疾病和医治疾病的各种措施。因此，学好解剖生理方面的知识，对掌握临床实践有着重大的指导意义；同时，通过医学实践，又可检验解剖学和生理学的理论是否正确，并不断充实新的内容，使其得到进一步发展。但是，旧医科学校把解剖学和生理学搞得很烦琐，并和医疗预防实践互相脱节。这种资产阶级教育思想必须彻底批判，肃清流毒。

我国古代劳动人民和医务工作者，在长期的医疗实践中，积累了丰富的经验，对人体的结构和机能，早就有一定的认识，对推动我国医学的发展，起了积极的作用。早在我

国古代著名医书《内经》中，就对这方面的知识有比较重要的记载。如“经水篇”中有“八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之。”等语，又《素问》“五脏生成论”中有“诸血者，皆属于心”、“诸气者，皆属于肺”，“痿论”中有“心主身之血脉”等论述，可见当时在研究人体结构和机能方面即已积累了不少的经验。以后历代医家们著的书籍中，对这方面的记载和论述就更多了。因此，我们要学好医学知识，必须遵照毛主席关于**“古为今用，洋为中用”**和**“推陈出新”**的教导，继承和发扬祖国医学的宝贵遗产，把中医中药和西医西药的知识结合起来，在实践中学，在实践中用，全心全意地为工农兵服务，为创造中国统一的新医学新药学作出应有的贡献。

（一）人体生命特征和机能活动

生命是物质运动最复杂的形式。与其他生物体一样，人体生命活动最基本的特征是能够进行新陈代谢和自我复制。构成人体的化学物质很多，如果按性质归类，主要有蛋白质、糖、脂类、水、无机盐及维生素等六种，其中起主导作用的是蛋白质。这是人体生命活动的物质基础。

伟大的革命导师恩格斯指出：**“生命是蛋白体的存在方式，这个存在方式的基本因素在于和它周围的外部自然界的不断的新陈代谢，而且这种新陈代谢一停止，生命就随之停止，结果便是蛋白体的分解。”**人体的新陈代谢就是人体与外界环境不断地进行物质交换的过程。在人的生活过程中，一方面从外界摄取氧、水和食物，消化管道把食物的营养成分（如蛋白质、糖、脂肪等）经过消化而吸收到体内，并经过一系列的化学变化，转变为人体自己的组织成分；另一方面体内旧的组织成分又不断地分解氧化，变成废物而排出体

外。前者由食物营养成分转变为新的组织成分的过程，称为同化作用；后者由旧的组织成分分解氧化的过程，称为异化作用。同化作用和异化作用一刻也不停地进行着，其全过程就是新陈代谢。在这一系列复杂的化学变化过程中，凡是由简单的小分子化合物合成为较复杂的大分子化合物的化学反应过程称为合成代谢；相反，由较复杂的大分子化合物分解为较简单的小分子化合物的化学反应过程称为分解代谢。合成代谢与分解代谢都是在各种生物催化剂——酶（一种特殊的蛋白质）的作用下进行的。在物质代谢的同时还伴随着能量代谢。各种营养物质在分解过程中产生能量，供给人体从事三大革命实践以及维持各种生理活动的需要，而最终以热能的形式散失于体外。因此，人体在与周围环境进行物质交换的同时也进行着能量的交换。摄入与排出，同化与异化，分解与合成，吸能与放能都是人体新陈代谢过程中的矛盾对立统一过程。这些矛盾运动自始至终贯穿在整个生命过程中，它们相互斗争，彼此依赖，成为人体机能活动的动力。在正常情况下，由于人体一系列调节机构的控制，各种矛盾保持着相对的平衡状态。如果这种相对平衡状态被破坏，就出现机能障碍，表现为疾病。新陈代谢一旦停止，生命也就终止了。

人体也和其他生物体一样，可以通过其特有的形式复制出与自己类似的个体，将其种族和个体所特有的遗传特性传递给新生的一代，这就是自我复制。自我复制是一切生物体内生命物质连续性的表现，其主要内容是核蛋白分子的复制作用。生殖、生长和遗传等都是自我复制的表现。

人体各种组织和器官的机能活动虽然非常复杂，但其基本表现则为二种：即兴奋和抑制。凡组织或器官受刺激后从

相对静止状态转为活动状态，或活动的程度从弱转强，都称为兴奋。如酸性物质刺激口腔后引起唾液分泌增多，这就是兴奋的表现。凡组织或器官受刺激后从活动状态转为相对静止状态，或活动程度从强转弱，都称为抑制。如人在疲劳后容易进入睡眠状态，就是抑制的表现。兴奋和抑制不断互相转化，使组织和器官的机能活动保持协调统一。

人体各部分的机能所以能够协调地活动着，人体所以能够对内外环境的变化精确地发生反应，并且能动地进行改造，是由于人体内存在着一个高度完善的调节机构。祖国医学认为，经络是人体调节机构的重要组成部分，通过它能够沟通人体表里上下，联络脏腑和运行气血，使人体各部分的机能紧密地联系起来。根据现代医学的知识，人体的机能调节机构包括神经调节、体液调节和细胞内源性调节（原始调节）三种。神经调节是通过神经系统的一系列活动而进行的，这是最高级、最复杂的调节方式，人体绝大部分的机能活动依靠它的调节而进行，其基本的方式称为反射。反射是人体通过神经系统对各种刺激产生的有规律的反应，其特点是迅速而准确。例如，当我们的眼睛遇到灰尘的刺激时，立即引起眨眼，从刺激到反应只有几分之一秒。这是由于灰尘刺激了眼睛的感受器以后，产生兴奋，通过神经立即传达到脑，经过脑的分析研究，迅速作出决定，再通过神经把兴奋传达到关闭眼皮的眼轮匝肌上，引起眨眼的反应。体液调节是在神经系统的控制下，由体内各内分泌腺产生的激素以及新陈代谢产生的某些物质通过血液循环到达各器官组织，从而使某些器官组织发生特殊反应的调节方式，其特点是传送较慢，受影响的部位比较广泛，但作用的时间比较持久，对于调节连续性的机能活动，如新陈代谢、生长发育等过程具有

重要意义。细胞内源性调节是指细胞内依靠酶的作用调节细胞代谢的一种自动调节方式，是一种最原始和最基本的调节方式，在体内的新陈代谢过程中起重要的作用。

（二）人体的基本结构

1. **人体分部** 人体从外表看，可分为头、颈、躯干（胸、腹）和四肢等部分；从外到内，有皮肤、肌肉、骨胳、内脏等各种组织和器官；身体各部分还分布着血管、神经、血液、淋巴等组织。此外，人体内从上到下，还有三个大的空腔，这就是：颅腔，装着脑子，颅腔向下和由脊椎骨所构成的椎管相连，里面装着脊髓；胸腔，装着心、肺和大血管等；腹腔，装着胃、肠、肝、脾、肾、胰等器官，而腹腔下部在骨盆内的部分，又叫盆腔，装着内生殖器和膀胱等（图 1-1）。在胸腔和腹腔之间有一薄层柔软而结实的肌肉将它们分隔开，称为膈肌。

2. **细胞** 人体的构造虽然非常复杂，但都是由细胞组成的。细胞是人体结构和机能的基本单位，体积极小，一般需要用显微镜放大 100 倍左右才能看到。人体各部分的细胞，形状是多种多样的，有球形、扁平形、柱形等等；不同的细胞具有不同的机能，如肌细胞有收缩作用，唾液细胞有分泌唾液的作用，等等。每一个细胞通常都由细胞膜、细胞质和细胞核三部分组成（图 1-2）。

细胞膜是细胞表面的一层薄膜。它能保持细胞的完整，并且通过它进行细胞内外的物质交换。如食物中的淀粉，经消化后变成葡萄糖，就能够透过肠壁细胞膜而被吸收。

细胞质（浆）是细胞中的浆液，主要成分是蛋白质，是营养细胞和在细胞内进行物质代谢的场所。

细胞核与细胞质同样是进行新陈代谢、维持生命活动的

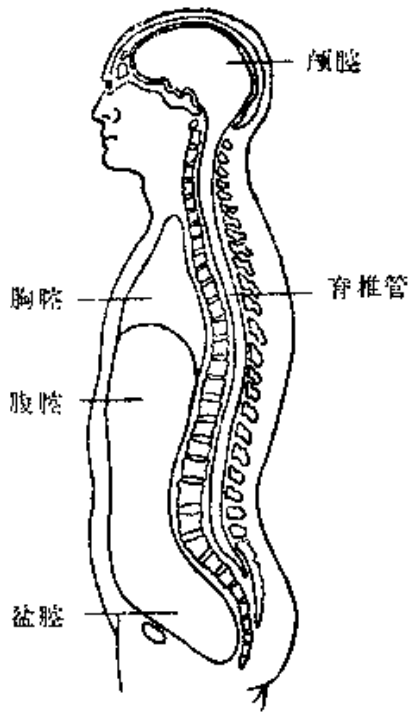


图 1-1　人体正中纵切面（示意图）

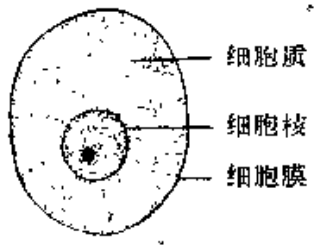


图 1-2　细胞的构造（示意图）

最重要部分。

每个细胞始终处在矛盾运动中，从周围摄取营养物质，通过新陈代谢，又向周围排出废物。这样，细胞通过自身内部的矛盾斗争，以及和周围环境的矛盾斗争，发挥细胞的作用，维持细胞的生命，并且进行繁殖新生，从而具有生长、繁殖、衰老、死亡等特征。同样，整个人体也存在着这几方面的矛盾。所有的细胞都是整个人体的一部分，它们的活动受神经系统和体液的支配和调节。

3. 组织　人体内许多形状相仿、机能相似的细胞以及细胞间质（细胞之间不具有细胞形态的物质）聚在一起，互相结合起来，就叫做组织。根据形态和机能的不同，可将组织分为四大类：

(1) 上皮组织：由许多密集的上皮细胞和少量细胞间质组成，分布在身体表面和各种管腔壁的腔面，具有保护（防止损伤和细菌侵袭）、吸收（如吸收营养物质）、分泌（把细胞制造的物质排到上皮组织外面去）等机能。

(2) 结缔组织：由少量的细胞和较多的细胞间质所组成，种类很多，分布广泛，如人体的皮下组织、脂肪、肌腱、软骨和骨等都是，具有支持、营养、保护和修复等机能。

(3) 肌肉组织：主要由肌细胞组成，具有收缩的机能，可产生运动。

(4) 神经组织：由神经细胞（又叫神经元）和神经胶质细胞所组成，具有接受刺激、产生兴奋和传导兴奋的作用。

4. 器官和系统 人体内几种不同的组织结合起来，发挥一定的机能，叫做器官。每个器官都有它自己特殊的组织结构和机能，例如心、肺、肝、肾等。几种不同的器官联合起来，共同担负人体某一部分的任务，就形成系统。例如口腔、食管、胃、小肠、大肠、肝、胰等器官互相配合，共同完成对食物的消化与吸收，这就构成了一个消化系统。各个系统互相配合，互相合作，使人体成为一个完整的统一体。整个人体可分为以下十个系统：

(1) 骨胳肌肉系统：又称为运动系统，包括骨胳、关节和肌肉三个部分。全身骨胳共有 206 块，是人体的支架，具有保护器官、运动、造血和贮藏钙磷等物质的机能。骨与骨之间通常有可以活动的关节相连接。人体的肌肉可分为横纹肌、平滑肌和心肌三种。横纹肌一般都附着在骨头上，又叫做骨胳肌。在神经的支配下，通过肌肉的收缩与舒张，使附着的骨胳和关节产生各种运动。平滑肌分布在内脏和血管壁中。心肌则是构成心脏的肌肉。

(2) 呼吸系统：由鼻、咽、喉、气管、支气管和肺组成。肺是气体交换的场所，由无数的肺泡组成，位于胸腔内，分左、右两肺，左肺二叶，右肺三叶。鼻、咽、喉为上呼吸道，气管、支气管属于下呼吸道。支气管分左、右两根，左侧长而斜，开口较小，右侧短而粗，比较垂直，开口较大，因此异物和细菌容易进入右侧，引起病变。支气管入肺后反复分支，越分越细，最后成为细支气管，和肺泡相连接。呼吸系统的主要机能是通过有节律的呼吸运动，不断把外界空气吸到肺泡里，空气中的氧透过肺泡毛细血管壁向血液内弥散，由血液循环把氧气送到全身的组织细胞，供应它们的代谢需要；同时再由血液循环把组织产生的二氧化碳运送到肺泡里，并从血液向肺泡中弥散，通过呼吸运动呼出体外。因此，呼吸系统与血液循环系统的关系非常密切，呼吸系统的某些疾病往往可引起循环系统的机能障碍。呼吸运动由大脑和延髓呼吸中枢控制，通过呼吸肌（膈肌、肋间肌等）的运动而进行。正常成人每分钟呼吸 16～20 次左右，与脉搏之比约为 1:4，儿童和妇女较快。

(3) 消化系统：由消化管和消化腺两部分组成。消化管包括口腔、咽、食管、胃、小肠（又分十二指肠、空肠和回肠）、大肠（又分盲肠、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠，盲肠起始部还有阑尾）、肛门等部分，其中口腔内有牙齿和舌，口、咽交界处还有一对扁桃体。消化腺包括唾液腺、肝、胰和消化管壁上的无数小腺如胃腺、肠腺等，腺体的分泌物都进入消化管中，成为消化液。此外，在紧贴肝的下方还有一个胆囊，具有浓缩胆汁的机能。消化系统的主要机能是从外界摄取食物，通过消化管的机械磨碎和消化液的化学作用，将其分解成养料而吸收，以供全身组织利

用，并将剩下的废物（粪便）排出体外。

(4) 循环系统：包括血液循环系统和淋巴循环系统两部分。血液循环系统由心脏、动脉、静脉和毛细血管组成。心脏位于胸腔偏左侧，是血液循环的动力装置，它日夜不停地收缩与舒张（跳动）。正常成人心跳每分钟约70～80次左右。动脉、静脉和毛细血管统称为血管，遍布全身，是血液流经的管道。心脏和血管连成一个密封的管道体系。当心脏收缩时，左心内的血液射出到主动脉，通过大小各级动脉分布到全身，在组织的毛细血管中进行气体和养料及代谢废物的交换，然后由全身各处的静脉把血液逐步汇集起来，经上、下腔静脉流回右心，这个过程称为体循环（又名大循环）；同时，当心脏收缩时，右心内的血液射出到肺动脉，经肺部的大小动脉到达肺泡毛细血管，进行气体的交换，然后经肺静脉流回左心，这个过程称为肺循环（又名小循环）。血液循环系统的主要机能是通过血液的不断循环流动，把从肺部获得的氧气和从消化管获得的营养物质，带到全身各处，供给组织细胞新陈代谢，然后把组织细胞在代谢过程中产生的二氧化碳、水及废物带走，通过肺、肾和皮肤等处排出体外；同时，全身各内分泌腺产生的激素也要通过血液循环，运输到各组织中发挥作用。所以，血液循环系统与呼吸、消化、泌尿、内分泌等系统都有非常密切的关系。淋巴循环系统包括淋巴结、淋巴管和脾脏，与血液循环系统有十分密切的关系，可看成是静脉的辅助机构，帮助把体液输送回心脏；此外，还有制造淋巴细胞、产生抗体等重要机能。

(5) 血液系统：血液是一种红色粘稠的液体，由有形成分（血细胞和血小板）和液态的血浆所组成，成年人的血液总量约占体重的7～8%。血细胞包括红细胞和白细胞。红细

胞体积很小，在显微镜下才能看清，成年男子每立方毫米（约粟粒大小）血中含有400～500万个，女子约350～450万个。红细胞的主要成分是血红蛋白，具有携带氧气的作用，通过血液循环，把氧气运送到全身组织。白细胞比红细胞大一些，成年人每立方毫米血中约5,000～10,000个。白细胞又分为嗜中性细胞（约占50～70%）、嗜酸性细胞（约占0.5～4%）、嗜碱性细胞（约占0～1%）、淋巴细胞(约占20～35%)和大单核细胞（约占3～8%）等几种，主要机能是吞噬细菌，起防御作用。在许多疾病时，血中的白细胞可以升高或降低，故临床上常把检查白细胞作为诊断这些疾病的辅助方法。血小板比红细胞还要小得多，每立方毫米血中含有10万～30万个，主要机能与血液的凝固有关。血浆是血液的液体成分，含有蛋白质、葡萄糖、钾、钠、氯、钙等多种物质，对运送血细胞、营养物质、激素、二氧化碳、水和废物等方面起着重要作用。

(6) 泌尿系统：由肾脏、输尿管、膀胱、尿道等组成。肾脏是尿液产生的地方，左右各一，位于腹后壁两侧腰部。肾脏产生的尿液经两侧输尿管进入膀胱。当膀胱内的尿液积聚到一定数量时，便通过神经反射，引起排尿动作，将尿液经尿道排出体外。泌尿系统的主要机能是将人体代谢过程中产生的各种废物制成尿液，排出体外，并维持水、电解质和酸碱平衡。因此，当肾功能严重减退时，代谢废物在体内蓄积，水、电解质和酸碱平衡紊乱，使人体产生中毒症状，称为“尿毒症”。泌尿系统与循环系统的关系很密切，当循环系统发生机能障碍时，也影响到泌尿系统的机能。

(7) 生殖系统：男性生殖系统包括睾丸、附睾、输精管、射精管、精囊、前列腺、尿道球腺和阴茎等。女性生殖系统

包括卵巢、输卵管、子宫、阴道和外阴等。生殖系统的主要功能是繁殖后代，同时，通过睾丸和卵巢分泌的性激素，维持男女的第二性征，以及控制女子的月经来潮等。

(8) 神经系统：分为中枢神经系统和周围神经系统两个部分。中枢神经系统包括脑和脊髓，脑又分为大脑、小脑和脑干（脑干从上到下又可分为间脑、中脑、脑桥和延髓四部）。脑和脊髓的周围包有三层脑脊髓膜，其中软脑膜和蛛网膜之间的空腔以及脑、脊髓实质中间的空腔中，都充满着无色透明的脑脊液。周围神经系统包括从脑发出的 12 对脑神经和从脊髓发出的 31 对脊神经。此外，神经系统中还包括交感神经和副交感神经，统称为植物性神经系统。神经系统的主要功能是负责调节全身各组织器官系统的机能活动及其互相间的联系，使人体保持高度的完整统一性，因此，是人体的指挥部。其中大脑皮层是中枢神经系统的最高级部位，管理全身各部的活动，同时又是思维的器官；小脑主要有维持身体平衡的作用；脑干是大脑、小脑和脊髓互相联系的重要通道，其中延髓（也包括脑桥的一部分）中有许多重要的中枢，管理心跳和血管运动、呼吸、吞咽、呕吐、咳嗽等活动，所以有“生命中枢”之称，中脑中还有调节眼的对光反射的中枢；脊髓是调节全身绝大部分骨胳肌运动和血管、内脏运动（如排泄、生殖、体温调节、消化道活动等）的低级中枢，同时也是上下传导的重要通路。周围神经系统负责中枢神经系统与全身各组织、器官之间的联系，管理各部位的感觉和运动等功能。植物性神经系统在中枢神经系统的控制下，管理血管、内脏等的运动。由于全身各组织器官系统都是在神经系统的统一调节下进行机能活动的，因此，神经系统与各系统之间的关系都十分密切。

⑼ 内分泌系统：人体内主要的内分泌腺有脑垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、胰岛和生殖系统的性腺（男子的睾丸和女子的卵巢）等。内分泌系统的主要功能是分泌激素，通过血液循环输送到全身各组织器官系统，对人体的物质代谢、生长发育、生殖和其他器官的机能活动有很重要的影响和调节作用，它与神经系统的调节作用密切配合，是体内主要的体液性调节系统。在正常情况下，内分泌腺的活动是受神经系统以及各种内分泌腺互相之间的控制和调节的，它们的分泌活动与体内的需要相适应而保持着动态平衡。内分泌腺的激素分泌量过多或过少，都可引起体内的病态变化。此外，内分泌腺的机能也受体液因素和肝、肾机能的影响。

⑽ 感觉器官：包括眼、耳、鼻、舌和皮肤等，主要功能是感受外界的刺激，通过神经传达到脑，产生各种感觉，使人体和外界环境之间保持密切的联系。眼是视觉器官；耳是听觉和维持平衡的器官；鼻是嗅觉器官，还有呼吸和发音时起共鸣等作用；舌是味觉器官，还参与说话、咀嚼、吞咽等活动；皮肤是触觉、痛觉和冷、温觉的器官，还有保护身体、调节体温、分泌、排泄和吸收等作用。

（三）祖国医学对人体的认识

祖国医学认为，人体由脏腑、经络、气、血、津液、皮毛、血脉、筋肉、骨胳以及眼、耳、鼻、舌、口、前阴、后阴等所组成。人体各组成部分中以五脏为主，不但五脏之间互相制约、互相依赖，有密切的联系，而且脏与腑之间，脏腑与皮、脉、肉、筋骨及孔窍之间，都有密切的联系，这种联系是通过经络和运行在经络中的气血来实现的，使整个人体成为一个统一体。人体正常的生理活动，需要人体各部分

的密切协调配合才能进行。人体的某一部位发生病变，可以互相影响。因此，在中医辨证施治时，很重视整体观念。

祖国医学还认为，整个人体可以分为阳气和阴液两个方面，阳气指人的机能活动，阴液指构成人体的营养物质。两者互相之间有密切的联系，阳气可以推动阴液的吸收和输布，而阴液又是产生阳气的基础。因此，有“阴以阳为主，阳以阴为根”之说。在中医理论中，阴阳的概念应用非常广泛。如以人体结构而言，体表为阳，体内为阴；体表的背面为阳，腹面为阴；上半身为阳，下半身为阴。以气与血相对而言，气属阳，血属阴。以脏腑相对而言，脏属阴，腑属阳；但每一脏腑本身又可分为阴阳，如心有“心阴”、“心阳”，胃有“胃阴”、“胃阳”等等。此外，还用阴阳来分析人体的各种病理变化，并作为诊断、治疗和用药的归类方法。但阴阳不是固定不变的，在一定的条件下可以互相转化。

1. **气、血、津液** 祖国医学认为，气、血、津液是人体生理活动的重要物质基础，它们沿着经脉不断地运行，输布到全身各个脏腑中，由于脏腑的活动而不断地被消耗，又不断地得到补充和滋生。

气的含义很广，有多种多样的表现形式，其中最基本的称为“元气”（又称“真气”）。元气由两部分组成，一部分是从肺吸入的空气，另一部分是由脾胃运化来的“水谷精气”，两者结合而成。元气流注于全身各处，是维持人体生命活动的基本物质。气的主要作用是温养脏腑，保护肌表，抵抗外邪的侵入（称为“卫气”）；将食物中的营养物质化生为血和津液，输布全身（称为“气化”），并将废液排出体外；在全身流通，无处不到，上升下降，维持人体的动态平衡（称为

“气机”）；由各个脏腑之气维持其独特的功能，如心气主神志和血脉运行，肺气主呼吸，脾气主运化，胃气主纳谷，肝气主疏泄，肾气主生长发育和生殖等等。

血本源于先天之精，但其再生则来源于脾胃运化而来的水谷精气，经过心和肺的作用，变化而成。血形成之后，依靠心和阳气的推动运行于全身，有营养脏腑和全身各部的作用，所以血也称为“营”，或营血合称。全身的皮肤、肌肉、骨骼、内脏等，都需要得到血液充足的营养，才能进行各种生理活动。血和气沿着经脉一起运行，互相联系，互相依存，是矛盾的对立统一。矛盾的主要方面是气，称为“气为血帅”；血的运行主要靠气的推动，称为“气行则血行，气滞则血滞”。气不但能推动血的运行，同时又能控制血循行于经脉之中，称为“气能摄血”。气可以促进血的新陈代谢，称为“气能生血”；大量出血必然导致气血两虚，称为“气随血脱”。

津液是人体内的体液之一，由饮食中化生。它的形成、输布和排泄的过程比较复杂，与脾、胃、肺、肾、大小肠、膀胱等都有关系，有这些内脏的有机配合才能使津液的运化正常。津液的代谢是维持体内体液平衡的重要环节。它还具有滋润脏腑、皮肤、肌肉，滑利关节，补养脑髓，转化为唾液、涕、泪等分泌液滋润孔窍，把废物和多余的水分排出体外等功能。

2. 脏腑 脏腑学说是祖国医学理论体系的一个核心组成部分，是我国历代劳动人民在长期与疾病作斗争的过程中通过不断实践、总结、提高而发展起来的，对辨证施治和用药都有极其重要的指导意义。

脏腑是指人体的内脏，是我国古代对人体解剖生理方面

的认识，包括五脏六腑。五脏是心（包括心包络）、肝、脾、肺、肾；六腑是胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦。此外，还把胆、骨、髓、脉、女子胞称为“奇恒之府”。祖国医学脏腑的内容，既与现代解剖生理学内容有相似之处（解剖上除脾以外基本上相似），更有不同之处（生理功能有很大区别）。例如祖国医学所论述的肺脏，其形态和生理作用基本与现代医学的肺相似，但对“心”的认识，除指实质性的心脏外，更包含了大脑一部分的功能；对“肝”的认识，除指实质性肝脏外，很大一部分是讲神经系统的功能；而祖国医学中的“脾”，主要是指大部分消化器官的功能。三焦的名称在现代解剖生理学上是没有的，对它的认识不一。一般认为，三焦既指解剖部位又指生理现象。三焦在解剖上可作为部位标志，在生理上是多个脏器功能的综合表现。心包络是“心”的外围，对心有保护作用。“心主神”，所以把高热时出现的中枢神经系统症状和脑膜刺激症状称为“热入心包”。因此，祖国医学脏腑的含义很广，它既代表人体的某一脏器组织，又代表了人体某些部分的生理功能和病理变化；既是一个解剖学的概念，更重要的是一个生理学的概念。因此，我们在学习的时候，不可用现代解剖生理学的概念来机械套用。

从防病治病的角度看，对每一脏腑的研究，主要从三方面着手：本脏腑的生理功能和病理表现；本脏腑与体表组织器官的关系；本脏腑与其他脏腑的关系。现将各脏腑的主要情况介绍如下：

(1) 心与小肠：心位于胸中，为五脏六腑之主，主管人的精神、意识和思维活动（“心主神明”），又是血液在脉管里运行的动力（“心主血脉”），还与舌、面色的变化（“心开

窍〔音俏，qiào〕于舌，其华在面”）有一定的关系。心悸〔音季，jì〕、失眠、神昏谵〔音占，zhān〕语、面色㿠〔音晃，huǎng〕白、舌淡（贫血）或舌绛（心火热）等症的出现，均与心有关。

心与小肠通过经络的联系，构成表里关系。心属于里，小肠属表。小肠位于腹中，有消化食物，把营养成分吸收到五脏去贮存和利用（“主化物”），分别清浊，把糟粕部分送到大肠、膀胱去排泄（“主小便”）等作用。便秘、多尿、尿血、小腹痛等症状的出现，均与小肠有关。心和小肠互相影响，小肠有热，亦表现舌尖红痛、口腔糜烂等症状，与心火过盛的证候差不多，并常伴有小便短赤，甚至血尿，即所谓“心移热于小肠”所致，治疗原则和用药与心火过盛同。

⑵ 肝与胆：肝位于胁肋，能贮藏和调节血液（“肝藏血”），又与精神神经系统（“主疏泄，主谋虑”）、肌肉韧带（“主筋”）、眼睛（“肝开窍于目”）及爪甲（“其华在爪”）有联系。又因肝经通过乳房、两胁、生殖器，出血，月经不调，抽筋，惊厥以及眼、胸胁、乳房、生殖器等病症的出现，均与肝有关。

肝与胆通过经络的联系，构成表里关系。肝属于里，胆属表。胆位于胁，有分泌胆汁、助肝疏泄的作用（“主升发”），且与眼睛有关。黄疸、胁痛、头痛、目赤等症的出现，均与胆有关。在中医临床上，肝与胆在症状表现、辨证、用药等方面都是一致的，治肝即治胆，但胆病一般以实证为多见。

⑶ 脾与胃：脾位于大腹，主管食物的消化吸收和运送，以及体内组织水分的吸收、运输和排泄（“脾主运化”），充养四肢和肌肉（脾主肌肉四肢），化生血液（“脾化血”），统

摄〔音设，shè〕和控制血液循经脉运行（“脾统血”），并与口（“开窍于口”）、唇（“其荣在唇”）有联系。消化不良、泄泻、水肿、咳嗽痰多、肌肉消瘦乏力、贫血和各种出血等病症的出现，均与脾有关。

脾与胃通过经络的联系，构成表里关系。脾属于里，胃属表。胃位于脘〔音碗，wǎn〕部，主管受纳和消化食物（“胃主纳谷”），与脾同样担负消化吸收功能，同主肌肉、四肢、口唇。纳食不佳、嗳气、吞酸、胃脘胀痛、恶心呕吐等症的出现，均与胃有关。脾和胃是矛盾的统一体，胃恶燥，脾恶湿，胃气宜降，脾气宜升，两者相辅相成，维持动态平衡。

⑷ 肺与大肠：肺位于胸中，主管呼吸（“肺主气”），与鼻、声音（“开窍于鼻”）和皮肤（“肺主皮毛，荣华于皮毛”）有联系，并对体液的运行和散发体内的一部分水分有一定的调节作用（“肺司肃降，通调水道”）。咳嗽、气喘、咯血、声哑、鼻扇以及皮肤瘙痒、泄泻、小便短少、面目浮肿等症的出现，均与肺有关。

肺与大肠通过经络的联系，构成表里关系。肺属于里，大肠属表。大肠位于腹部，主要功能是把小肠传下来的糟粕变为大便，排出体外（“主传送糟粕，通导大便”），与肺气肃降功能有一定的关系。便秘、便血、泄泻、肠鸣、腹痛、脱肛等症的出现，均与大肠有关。肺有病时，大肠功能亦出现异常，如肺热引起的便秘，即“肺移热于大肠”所致。

⑸ 肾与膀胱：肾位于腰与小腹，主管人体的生长、发育和生殖（“肾藏精”），体内水液的代谢和排泄（“肾主水”），以及促进骨和骨髓的生长、发育（“肾主骨，生髓”），并与大小便的排泄、耳（“开窍于二阴、耳”）和毛发（“其华在发”）等有联系。生殖、泌尿方面的症候，以及腰酸、耳鸣、

耳聋、脱发等症的出现，均与肾有关。

肾与膀胱通过经络的联系，构成表里关系。肾属于里，膀胱属表。膀胱位于小腹，是贮尿和排尿的器官，化气而通行小便。小便不利、淋痛、尿频数或失禁、遗尿、小腹痛等症的出现，均与膀胱有关。膀胱与肾的关系非常密切，两者有病变可以互相影响。

3. **经络** 经络学说是祖国医学理论体系的一个组成部分，是我国人民通过长期的防病治病实践发展起来的，广泛用于临床诊断和治疗。

经络包括“经脉”和“络脉”两种大小不同的脉络组织。大而直行者称为“经脉”，是全身气血运行的主要干道；小而横行者称为“络脉”，是“经”的分支，也是“经”与“经”联系的道路。针灸的穴位，除奇穴和部分新穴外，都在经络循行的路线上。所以，“经”好比河流的主道，树木的本干；“络”好比河道的支流，树木的椏枝；“穴位”好比江河中的水库，是“经气”聚集的地方，是经络循行道路上转运输送气血的小站。

全身的经络主要包括十二经脉、奇经八脉和十五络脉。由于奇经八脉不和脏腑直接相连结，彼此间也没有表里关系，而且除任脉、督脉外的六经（冲脉、带脉、阴跷〔音悄，qiāo〕、阳跷、阴维、阳维）都没有独自的穴位；十五络脉又只是经脉的分支，病候也偏重于四肢，比较简单，故经络中以十二经脉和奇经中的任脉、督脉比较重要，一般称为十四经。十二经脉是根据手足的三阴三阳来命名的。所谓三阴是指“太阴”、“少阴”和“厥阴”，三阳是指“太阳”、“阳明”和“少阳”。根据中医内为阴、外为阳，脏为阴、腑为阳和脏腑表里相连、每条经络都分别隶属于脏腑等原则，订出

十二经脉名称及其相互间的关系如下：

	里	表	
手三阴经	手太阴肺经	手阳明大肠经	手三阳经
	手少阴心经	手太阳小肠经	
	手厥阴心包经	手少阳三焦经	
足三阴经	足太阴脾经	足阳明胃经	足三阳经
	足少阴肾经	足太阳膀胱经	
	足厥阴肝经	足少阳胆经	

十二经脉的走向有一定的规律，手三阴经（心经、肺经、心包经）都是从胸向手部的方向行走，手三阳经（小肠经、大肠经、三焦经）都是从手部走向头面部，足三阳经（胆经、胃经、膀胱经）都是从头部走向足部，足三阴经（肾经、肝经、脾经）都是从足部走向胸腹部。它们之间在四肢末端相衔接，构成表里的关系。因此，互为表里的二经可以配合应用。

经络的生理功能，主要是内通脏腑，外达四肢，沟通表里上下，联络全身，把人体各部分的组织和器官联系起来，把气血（指维持人体活动能力及营养的物质）运行至脏腑和全身各部，使人体形成一个整体。例如，气血的运行虽与脏腑的活动有关，但必须依靠经络作为通路，通过“经气”的活动才能使气血运行不息，输送营养物质到人体各部分。由于十二经脉各和脏腑相连，经脉有病可以传至脏腑，脏腑有病也会反映到经脉，所以经脉的证候是以脏腑的病理变化为依据的。由于经络有沟通表里上下、联络脏腑体表的功能，所以临床上我们往往可以看到内脏有病时，可在体表一定的穴位上反映出来，出现反应点或敏感点（如阑尾炎时的阑尾穴压痛点，胃病时足三里、胃俞的压痛点等）。

经络学说在临床上主要作为辨证施治和指导用药的参考，以及作为针灸治疗的理论根据。此外，中医推拿和新医疗法中的新针、经络、水针、埋线等疗法，也可以说是在经络学说的基础上发展起来的。对于经络的实质，到目前为止尚未研究明白。目前，对经络的物质基础有神经、体液等几种不同的看法。我们必须遵照毛主席的教导，实行中西医结合，运用现代科学的知识和方法，去阐明经络的物质基础，为创造我国的新医学作出贡献。

综上所述，人体是一个整体。不论是现代解剖生理学所说的大脑、神经、内脏、肢体，或是祖国医学所说的脏腑、经络等，都是相互联系、相互影响的。所以，当人体的某一部分发生病变时，可以影响到整个身体或其他部分，而全身的状况又可以影响局部的病变过程。尤其是精神状态对人体的功能和疾病的发展变化有重大作用。因此，我们在学习防病治病知识和今后的实际工作中，必须充分地注意这一问题。

思 考 题

1．人体生命的基本特征是什么？新陈代谢是如何进行的？

2．人体机能活动是怎样调节的？

3．人体的基本结构如何？可分哪几个系统？试述各系统的主要结构和功能。

4．祖国医学是如何认识人体的？什么叫气、血、津液？各有什么功用？

5．试述脏腑、经络的结构、功能及其临床意义。

第二章　新医疗法

在毛主席革命卫生路线的指引下，在无产阶级文化大革命、批林批孔和学习无产阶级专政理论群众运动的推动下，我国医疗卫生战线上呈现着一片蓬蓬勃勃的景象。毛主席教导我们：**“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”**广大工农兵、赤脚医生、工人医生和革命医务人员，以毛泽东思想为武器，狠批刘少奇、林彪的反革命修正主义路线，发扬敢想、敢干、敢闯的革命精神，努力发掘祖国医药遗产和流传在民间的各种医疗方法，通过为广大工农兵服务的医疗实践，在**“古为今用，洋为中用”、“推陈出新”**的伟大方针指引下，创造并发展了许多行之有效的新医疗法，广泛地应用于防治常见病、多发病，治好了一些被资产阶级“权威”宣判的所谓“不治之症”，为祖国医药卫生事业作出了贡献。

这些新医疗法的出现，是落实毛主席关于**“备战、备荒、为人民”**和**“把医疗卫生工作的重点放到农村去”**的伟大战略方针的具体体现。它不仅为我国人民的卫生事业作出了重大贡献，而且为中西医结合，创造我国统一的新医学新药学开辟了新的途径。我们赤脚医生要以毛主席的光辉哲学思想指导医疗实践，学习和运用各种新疗法，并要努力创造新技术，闯出新路子，使新医疗法不断得到丰富和提高，为实现创造中国统一的新医学新药学的伟大理想，贡献自己的力量。

第一节　新针疗法

一、基本知识

新针疗法是解放军医务人员在无产阶级文化大革命运动中，用毛泽东思想作统帅，在我国传统针灸疗法的基础上，创造并发展起来的。新针疗法的出现，使聋哑人喊出了“毛主席万岁”，盲人看见了红太阳，瘫痪病人站立起来，许多被宣布为“不治之症”的阶级兄弟重返抓革命促生产的战斗岗位。这是毛泽东思想的伟大胜利！是毛主席革命路线的伟大胜利！

新针疗法的特点是：进针快，取穴少，针刺深，刺激强，透穴多，不留针，非常经济实用，而且疗效显著，深受广大工农兵的欢迎。

（一）针刺操作

1．用具　不锈钢针，有毫针、三棱针和皮肤针三种，以毫针最为常用。毫针有各种不同的型号和长度，可根据病人的情况（年龄、胖、瘦）、治疗部位和需要选用。需准备75%酒精棉球一盒，供消毒针具和皮肤用。

2．病人的体位　根据病人能持久舒适、使用穴位暴露、操作方便三个原则来选择，有坐位、仰卧位、俯卧位、侧卧位等几种。

3．取穴方法

(1) 折量法（又叫骨度法）：将身体不同部位之间规定一定的尺寸（图2-1）。例如：

两眉间正中——前发际为3寸。

前发际——后发际为12寸。

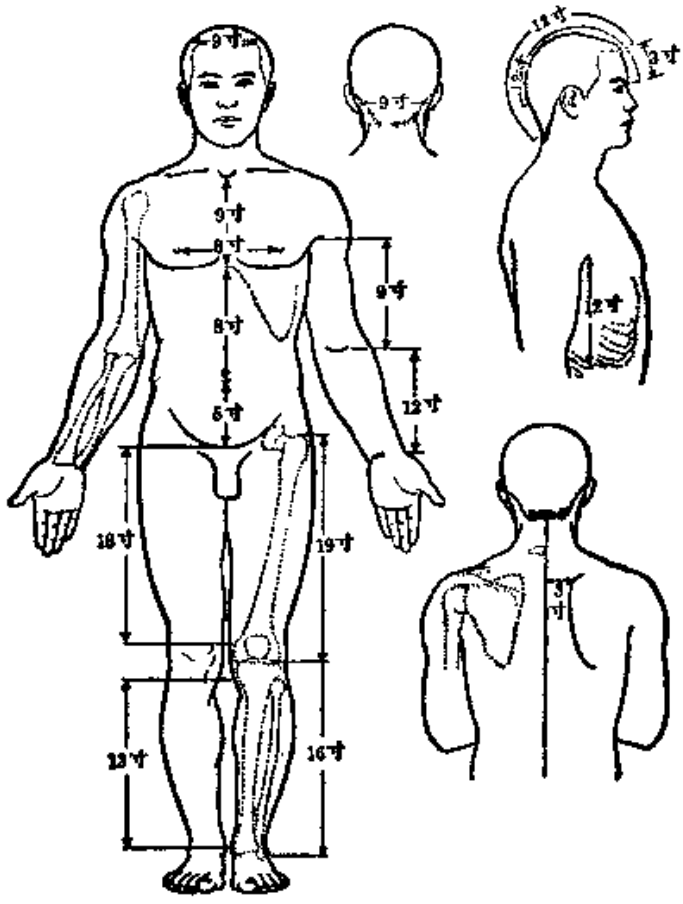


图 2-1　分寸折量法（骨度法）

后发际——第七颈椎下（大椎穴）为 3 寸。

前发际——下颌间为 10 寸。

耳后两乳突间为 9 寸。

两乳头间为 8 寸。妇女以锁骨中线为准。

天突——胸骨体下端为 9 寸。

胸骨体下缘——脐中为 8 寸。

脐中——耻骨联合上缘为 5 寸。

腋前线——肘横纹为 9 寸。

肘横纹——腕横纹为 12 寸。

大转子——外膝眼为 19 寸。

外膝眼——外踝尖为 16 寸。

耻骨联合上缘——股骨内髁为 18 寸。

胫骨内髁——内踝尖为 13 寸。

两手抱肘时两肩胛骨内缘间为 6 寸。

(2) 中指同身寸法：让患者中指连成环状，以中指中节侧面横纹之间为 1 寸（图 2-2）。

(3) 以病人手指关节的宽度（以食指第一指关节为准）做为取穴尺度(图 2-2)，食指第一指关节的宽度为 1 寸（1 横指)，食中指相并为 2 寸（2 横指)，食、中、无名、小指相并为 3 寸（4 横指)。

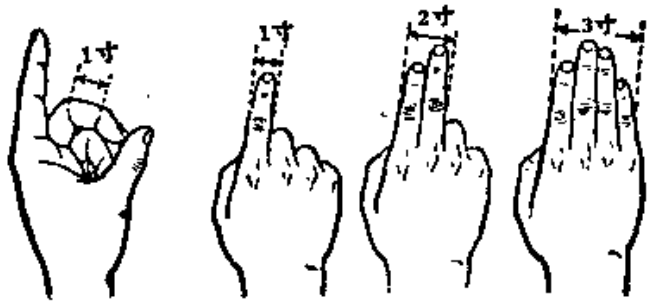


图 2-2　指量法

(4) 自然标志法：根据人体自然标志取穴。例如：低头时颈部最突起的脊椎是第七颈椎；肩胛下角平第七胸椎；第十二肋软骨平第二腰椎；第二、三腰椎间平脐；两髂嵴最高点连线平第三、四腰椎间；垂手中指尖取风市；虎口交叉，食指尽头取列缺；等等。

4. 进针

(1) 指切快速进针法：左手拇指甲紧切在穴位上，右手拇指、食指捻针柄，其他几指紧靠针体，迅速刺进皮肤，然

后将针进至一定深度。

⑵ 点刺进针法：先用左拇指指甲切在穴位上，右手拇、食指持针体，留出 1～2 分，然后在穴位处突然快速进针至皮下，再进针至一定深度。

进针的角度有三种：①直刺（90 度），适用于肌肉丰满处；②斜刺（45 度），适用于胸背部；③横刺，也叫平刺（10～15 度），适用于头面部。

5. 进针后手法　进针后必须使病人“得气”，即针下产生酸、麻、胀、痛或触电感，并作以下刺激：

⑴ 弧度刮针法（疏散传导法）：进针得气后，以拇指、食指在针柄上作弧度旋刮动作，由下而上，待穴位周围产生疏散传导通电感，即达到治疗目的。

⑵ 震颤法：进针得气后，将针柄作震颤动作，使穴位周围产生均匀的震颤，并有放散传导通电感。

⑶ 捻转提插法：进针得气后，持针柄作捻转（针旋转角度大）或用力提插（针上下活动，刺激量强）。

以上刺激均可产生强、中、弱的反应：

⑴ 强刺激（泻法）：强而久的刺激，临床上常用于止痛、镇静、催眠等，手法多用大幅度捻转和提插，刺激强，效果好。

⑵ 弱刺激(补法)：临床上多用于体弱、消耗性疾病、功能障碍等，进针后有针感即可退针。

⑶ 中强刺激（平补平泻法）：介乎上述两者的刺激，临床多用此法。

6. 出针：轻轻捻转，快速提出。颜面部及易出血部位，拔针后应压迫 1 分钟左右，以免出血。

（二）针刺时注意事项

1. 新针疗法虽然简单易行，但必须有高度的责任感，绝对防止草率了事，以免产生不良的后果，给病人造成痛苦。赤脚医生应详细了解病人的病情和治疗情况，并仔细检查，进行细致的分析，然后作出治疗的方案，并随时根据患者情况修改。治疗前，应做好病人的政治思想工作，使其增强战胜疾病的信心。

2. 扎针前做好充分的准备，如详细检查针是否有弯、钩、锈，针体有否斑痕，针柄是否松动（特别注意针体和针柄连接的地方）等情况，有上述情况的针就不能应用。此外，安排病人的体位要舒适，进针前要用75%酒精消毒皮肤（避免隔衣服针刺，以防引起感染），等等。

3. 针刺意外情况的预防和处理

(1) 晕针：扎针后病人出现头晕、心慌、脸变白、出冷汗、唇发紫，甚至突然晕倒，就是晕针。为防晕针的发生，对体弱或初次扎针的病人，应采用轻的刺激；由于饥饿、劳累、体质衰弱容易发生晕针，故遇到这些情况，应让病人休息或吃些食物后再针。一旦发生晕针，应迅速将针拔出，病人平卧，头放低些，轻的喝些热水就好，重的可针刺人中、中冲、内关、足三里等穴。

(2) 弯针：进针用力过猛或进针后病人体位变动，易发生弯针。遇到弯针时千万不要用力起针和捻转，而是仔细辨明弯曲方向，再顺此方向慢慢起针。

(3) 滞针：捻针或起针时发滞，甚至起不出来，叫滞针。大多是周围肌肉紧张所致。这时不要硬拔，可稍等一会，或小弧度捻转退出；也可轻轻按揉周围皮肤或在附近再扎一针，然后退针。

(4) 折针：由于针的质量不好，或日久生锈，或病人体

位移动，易发生折针。为防止发生折针，进针前应检查针的质量，发现有问题时要换针；针刺时注意针体不要全部刺入体内。一旦发生折针，要沉着处理，不让病人活动。如针体露出体外，可用镊子挟出来，也可用手把周围皮肤轻轻压下去再拔出折针。如全部折在体内，要迅速用手术取出。如针癫痫病人，要特别注意防止折针。

(5) 气胸：胸背部针刺过深，可刺破肺组织，使气体进入胸腔，发生气胸。此时病人突感胸痛，呼吸困难，发绀出汗，甚而虚脱，血压下降，呼吸十分急迫。为防气胸的发生，针刺胸背部穴位应加强责任心，选择好的体位，嘱患者不要咳嗽，根据病人胖瘦掌握进针深度，不能过深，或采用斜刺或横刺。如果一旦发生气胸，轻者可取半卧位，气体可吸收自愈；重者应赶快送医院治疗。

4. 针刺禁忌证　下列病人及特殊情况，应禁忌针灸：严重出血性疾病，过敏性体质或过度恐惧，严重的心力衰竭等；此外，恶性肿瘤的局部和孕妇的合谷、足三里、三阴交、腹部穴位等也禁刺。

二、常用穴位

(一) 上肢穴位

1. **少商**（图 2-4）　位于拇指桡侧距甲根约 1 分许。

针法：针尖略向斜刺 1～3 分或点刺出血。

主治：咽喉肿痛，鼻出血，*高热，中风昏迷，咳嗽。

2. **少泽**（图 2-3）　位于距小指甲根外侧角 1 分许。

针法：针 1～3 分，或点刺出血。

主治：休克，神经性头痛，耳聋，乳腺炎（配肩井），乳

* ——效果明显者。

汁分泌减少。

3. **十宣**（图 2-3） 在两手 10 指尖端，距指甲 1 分。

针法：点刺出血。

主治：昏迷，常用于高热引起的昏迷。

4. **落枕穴**（图 2-3） 位于手背第二、三掌骨间，掌指关节后 5 分。

针法：直刺 5 分～1 寸。

主治：落枕。

5. **中渚**〔音主，zhǔ〕（图 2-3） 轻握拳，在手背第四、五掌骨间，掌指关节后凹中。

针法：直刺 5 分～1 寸。

主治：肩背痛，聋哑，耳鸣，失语症。

6. **后溪**（图 2-4） 轻握拳，在小指外侧第五掌骨小头，掌横纹尽头处（赤白肉际）。

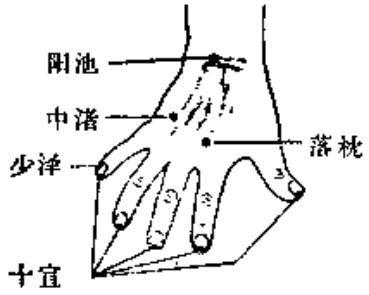


图 2-3 少泽、十宣、中渚、落枕、阳池

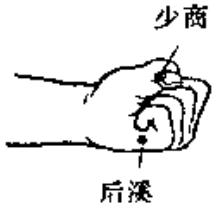


图 2-4 少商、后溪

针法：直刺 5 分～2 寸。可透劳宫。

主治：*腰痛，*头项痛，聋哑，指痉挛，面痉挛，癫痫。

7. **合谷**（图 2-5） 位于第一、二掌骨之间，近第二掌骨缘。

针法：直刺 5 分～2 寸，必要时可透劳宫。

主治：*头痛，*牙痛，*咽喉痛，口眼歪斜，鼻出血，感冒。

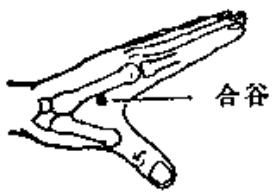


图 2-5　合谷

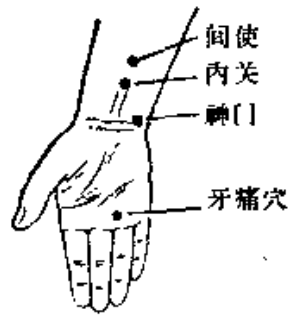


图 2-6　神门、内关、间使、牙痛穴

8. **牙痛穴**（图 2-6）　位于掌面第三、四掌骨间，距掌指横纹 1 寸。

针法：直刺 5 分～1 寸。

主治：牙痛。

9. **神门**（图 2-6）　位于腕关节小指侧，腕横纹尽头凹陷处。

针法：直刺 4～8 分。

主治：神经衰弱，健忘，心悸，*失眠，癔病。

10. **养老**（图 2-7）　位于尺骨小头桡侧缘上方凹陷处，屈肘掌心对胸取穴。

针法：针尖向肘部斜刺 1～1.5 寸。

主治：*背、*肩、臂酸痛，后头痛，落枕，肩关节活动障碍。

11. **内关**（图 2-6）　位于腕横纹上 2 寸两筋间。

针法：直刺 5 分～1 寸，必要时可透外关。

主治：胸痛，心绞痛，*上腹痛，*呕吐，*呃逆，精神失

图 2-7 养老

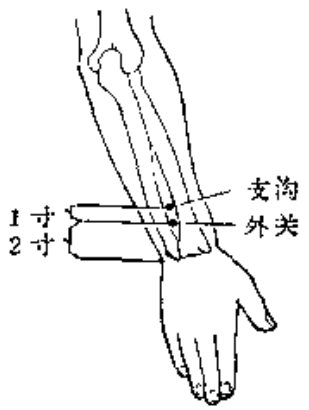


图 2-8 外关、支沟

常，癔病。

12. **间使**（图 2-6） 位于内关上 1 寸，两筋间。

针法：直刺 5 分～1 寸，必要时可透支沟。

主治：*疟疾，咽中如梗。

13. **阳池**（图 2-3） 位于腕背横纹中央偏尺侧的凹陷处，与第四掌骨上端相对。

针法：直刺 3～5 分。

主治：*中上腹疼痛，腕痛，肩背痛。

14. **外关**（图 2-8） 位于腕背横纹正中上 2 寸，两骨之间。

针法：直刺 5 分～1 寸，也可透内关。

主治：腮腺炎，前臂神经痛，上肢关节炎，落枕。

15. **支沟**（图 2-8） 位于外关上 1 寸。

针法：直刺 5 分～1 寸，也可透间使。

主治：习惯性便秘，肩臂酸痛，*肋间神经痛（配阳陵泉），咽肿，腋下淋巴结炎，颈淋巴结炎。

16. **列缺**（图 2-9） 两手虎口交叉，食指尖下所指骨凹

陷处。

针法：针尖向肘微斜刺入 5 分。

主治：头痛，头晕咳嗽，口眼㖞斜，*颈项强痛。

17. **尺泽**（图 2-10） 位于肘窝横纹中央，肱二头肌腱外方。

图 2-9 列缺

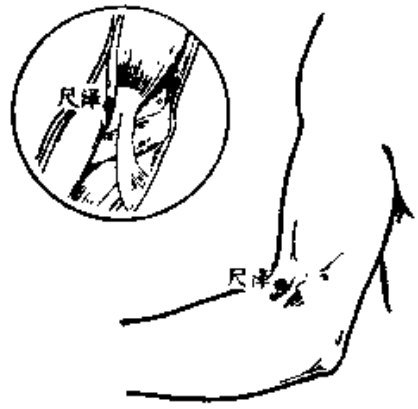


图 2-10 尺泽穴

针法：直刺 5 分～1 寸。

主治：咳嗽，*痰中带血，肘臂挛痛。

18. **曲池**（图 2-11） 屈肘，肘横纹桡侧尽头处。

针法：直刺 1～4 寸，也可透少海。

主治：*高血压，*发热，偏瘫，肩臂痛，皮肤病，颈淋巴结肿大，咽喉痛，舞蹈病。

19. **肩髃**〔音遇，yǔ〕（图 2-11） 位于举臂时肩关节上前方的凹陷处。

针法：直刺 1～1.5 寸，或斜向三角肌刺入 3 寸。

主治：偏瘫，上肢麻痹，*肩关节疼痛、活动障碍。

20. **肩髎**〔音撩，liáo〕（图 2-12） 位于肩髃后约 1 寸的凹陷处。

针法：直刺 1～2 寸，可透极泉（腋窝中央处）。

主治：肩臂麻木，酸痛，不能上举。

21. 肩贞（图 2-12） 位于腋后纹头上 1 寸处。

针法：直刺 1～2.5 寸。

主治：手臂痛，手臂不能举，上肢麻痹，偏瘫。

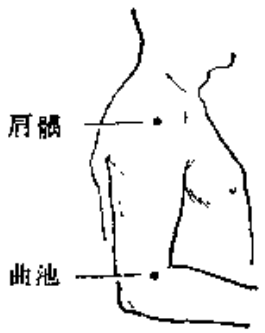


图 2-11 曲池、肩髃

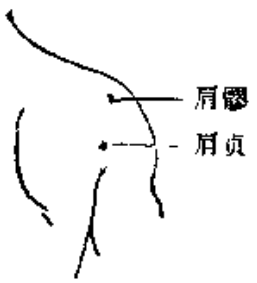


图 2-12 肩贞、肩髎

（二）下肢穴位

1. 环跳（图 2-13） 位于大腿外侧，大转子后凹陷中。

针法：直刺 1～4 寸。

主治：*腰腿痛，坐骨神经痛，偏瘫，小儿麻痹症，*赤白带下。

2. 殷门（图 2-14） 位于臀横纹至腘窝横纹正中联线中点。

针法：直刺 1～3 寸。

主治：*腰背痛，腰椎间盘突出症，下肢痛。

3. 委中（图 2-14） 位于腘窝横纹中央。

针法：直刺 8 分～1.5 寸，或点刺出血。

主治：*腰背疼痛，腓肠肌痉挛，膝关节炎。

4. 承山（图 2-14） 位于小腿后面正中人字纹尖处。

针法：直刺 1～3 寸。

主治：*腓肠肌痉挛，腰、背、腿酸重，肩关节酸痛，痔

核，脱肛，脚气。

5. **风市**（图 2-15） 位于大腿外侧，当直立时，两手自然下垂，中指尖到达处。

针法：直刺 1～2 寸。

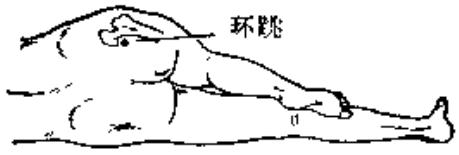


图 2-13 环跳

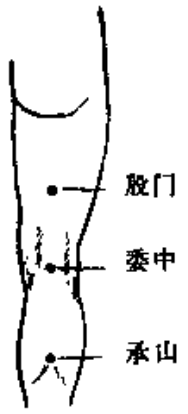


图 2-14 殷门、委中、承山

主治：偏瘫，坐骨神经痛，小儿麻痹症。

6. **血海**（图 2-16） 屈膝，膝盖骨内侧上 2 寸。

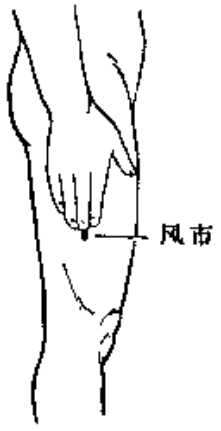


图 2-15 风市

图 2-16 阴陵泉、血海

针法：直刺或斜刺 1～3 寸。

主治：皮肤瘙痒症，荨麻疹，月经不调。

7. 阴陵泉（图 2-16） 胫骨粗隆内侧下缘。

针法：直刺 1～2 寸，可透阳陵泉。

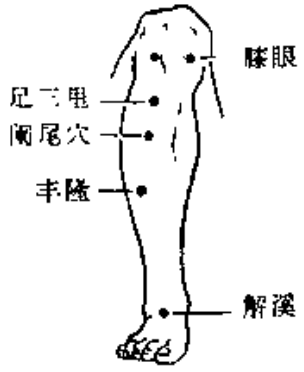
主治：尿潴留，肾炎，脚气，腹胀、痛，月经不调。

8. 阳陵泉（图 2-18） 位于小腿外侧，腓骨小头前下缘凹陷处。

针法：直刺 1～3 寸，也可透阴陵泉。

主治：腰腿痛，偏瘫，下肢冷痛、麻木、痉挛，落枕，高血压，*胁痛，习惯性便秘。

9. 足三里（图 2-17） 位于外膝眼下 3 寸，胫骨外侧 1 横指。



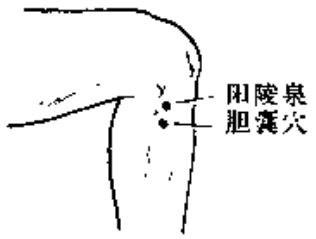


图 2-17 足三里、膝眼、阑尾穴、丰隆、解溪　图 2-18 阳陵泉、胆囊穴

针法：直刺 1～3 寸。

主治：下肢疼痛无力感，瘫痪，*腹痛，腹胀，腹泻，便秘，呕吐，小儿消化不良，*失眠，贫血，体弱。

10. 阑尾穴（图 2-17） 位于足三里下 2 寸处。

针法：直刺 1～2.5 寸。

主治：急、慢性阑尾炎。

11. 胆囊穴（图 2-18） 阳陵泉下 1 寸。

针法：直刺 1～1.5 寸。

主治：*胆囊炎，胆道蛔虫症，下肢瘫痪。

12. **膝眼**（图 2-17） 屈膝时，当髌骨下缘韧带两侧凹陷处。

针法：斜刺向膝关节中央，1～1.5 寸。

主治：膝关节痛。

13. **丰隆**（图 2-17） 位于外踝上 8 寸，胫腓两骨之间。

针法：直刺 1.5～3 寸。

主治：喘咳，*痰多，眩晕，头痛，腹痛，下肢痛。

14. **解溪**（图 2-17） 位于足背和小腿交界处的横纹中。

针法：斜刺，针尖向足跟刺入 5 分～1 寸。

主治：踝关节痛，足下垂，肾炎，肠炎，头痛，脑贫血。

15. **悬钟**（又名绝骨）(图 2-19） 位于外踝上 3 寸，腓骨前缘。

针法：直刺 8 分～3 寸，也可透三阴交。

主治：下肢痛，偏瘫，淋巴结炎，胸腹胀满，落枕，踝关节痛，*小儿下肢麻痹症。

16. **昆仑**（图 2-19） 位于外踝后方与跟腱之间。

针法：直刺 1 寸，也可透太溪。

主治：腰背痛，项强，*头顶痛，目眩痛，坐骨神经痛，难产，胎盘滞留，足多汗。

17. **丘墟**（图 2-19） 位于外踝前下方凹陷中。

针法：斜刺 5 分～2 寸，可透照海。

主治：*肋间神经痛，胆囊炎，踝关节痛。

18. **三阴交**（图 2-20） 位于内踝上 3 寸，胫骨后缘。

针法：直刺1～3寸，也可透悬钟。

主治：遗精，早泄，阳萎，*夜尿，*月经不调，子宫出血，痛经，白带多，*神经衰弱，失眠，肠疝痛，阴道痛，下肢浮肿，*产时子宫收缩无力。

19. **复溜**（图2-20） 位于内踝后上2寸。

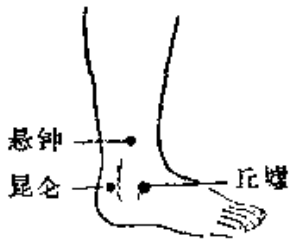


图2-19 悬钟、昆仑、丘墟

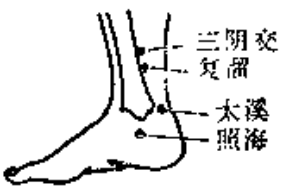


图2-20 三阴交、复溜、太溪、照海

针法：直刺5分～1.5寸。

主治：肾炎浮肿，神经衰弱，*盗汗，发热，子宫功能性出血。

20. **太溪**（图2-20） 位于内踝后缘与跟腱中间。

针法：向足外踝斜刺5分～1寸，可透昆仑。

主治：神经衰弱，*头晕，气喘，子宫疾患。

21. **照海**（图2-20） 位于内踝尖直下1寸。

针法：直刺3分～1寸。

主治：神经衰弱，癫痫，癔病，月经不调，子宫脱垂。

22. **涌泉**（图2-21） 位于足掌（跖屈时）中心凹陷处。

针法：直刺5分～1.5寸。

主治：休克，癫痫，癔病，脑出血，小儿搐搦，*呕吐，头顶痛。

23. **太冲**（图2-22） 位于足背第一、二趾缝间上2寸。

针法：直刺5分～1.5寸。

主治：头晕目眩，小儿惊风，喉痛咽干，闭经，黄疸，腹股沟疝，*高血压，乳痛。

24. **内庭**（图 2-22） 位于第二、三趾缝间上 5 分。

针法：直刺 5 分～1.5 寸。

主治：胃痛，*前额头痛，扁桃体炎，牙痛。

25. **至阴**（图 2-22） 位于小趾甲根外侧角 3 分处。

针法：斜刺，针尖向上刺入 2 分，或点刺出血。

主治：神经性头痛，难产；*灸此穴可转胎位(用艾卷悬灸 10 分钟，有温感即可)。

图 2-21 涌泉

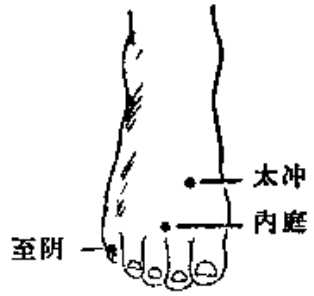


图 2-22 太冲、内庭、至阴

（三）腰背部穴位

1. **白环俞**〔音漱，shù〕（图 2-23） 与第四骶骨孔平齐，脊柱正中线旁开 2 横指。

针法：直刺 1～2.5 寸。

主治：骶骨神经痛，坐骨神经痛，肛门括约肌痉挛，小儿麻痹，子宫内膜炎。

2. **长强**（图 2-24） 位于尾骨端下 5 分处。

针法：斜向后上刺 5 分～1 寸。

主治：痔核，脱肛，腰神经痛。

3. **腰奇**（图 2-24） 位于尾骶骨尖端直上 2 寸。

针法：沿皮向上刺入 2～3 寸。

主治：癫痫。

4. **命门**（图 2-23） 位于第十四椎下（第二、三腰椎棘突之间）。

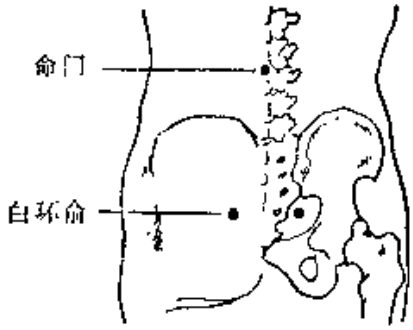


图 2-23 白环俞、命门

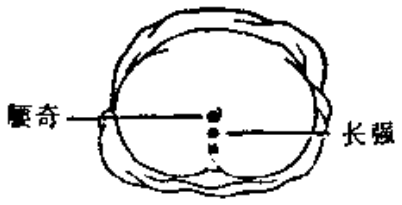


图 2-24 长强、腰奇

针法：直刺 5 分～1 寸。

主治：腰痛，遗尿，泌尿生殖器疾患，子宫内膜炎。

5. **大肠俞**（图2-25） 位于第四腰椎下旁开 1.5 寸。

针法：直刺或斜刺，向椎体方向刺入 1～3 寸。

主治：腰痛，下肢瘫痪，小儿麻痹症，坐骨神经痛，肠炎，痔出血。

6. **肾俞**（图 2-25） 位于第十四椎节下（第二、三腰椎棘突之间）旁开 1.5 寸。

针法：直刺 1～2 寸。

主治：肾炎，*腰痛，神经衰弱，遗尿。

7. **胃俞**（图 2-25） 位于第十二胸椎下旁开 1.5 寸。

针法：从背侧刺向椎体 8 分～1.5 寸。

主治：胃痛，肠炎，十二指肠溃疡，肝炎，胰腺炎。

8. **胆俞**（图 2-25） 位于第十胸椎下旁开 1.5 寸。

针法：横刺，从背侧刺向椎体 8 分～1.5 寸。

主治：急性黄疸性肝炎，胃炎，胆囊炎，淋巴结核，胆道蛔虫症。

9. **心俞**（图 2-25） 位于第五椎节下（第五、六胸椎棘突之间）旁开 1.5 寸。

针法：横刺，从背侧刺向椎体方向 8 分～1 寸。

主治：*心房纤颤，心动过速，癫痫，胸胁痛。

10. **至阳**（图 2-25） 位于第七椎节下（第七、八胸椎棘突间）。

针法：斜向前上刺 5 分～1.5 寸。

主治：肝炎，胆囊炎，肋间神经痛。

11. **大椎**（图 2-26） 位于第一椎节上（第七颈椎与第一胸椎棘突间）。

针法：直刺 8 分～1.5 寸。

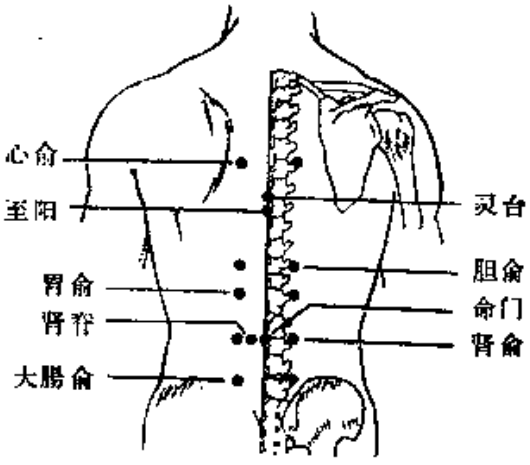


图 2-25 大肠俞、肾俞、胃俞、胆俞、心俞、至阳、肾脊、灵台

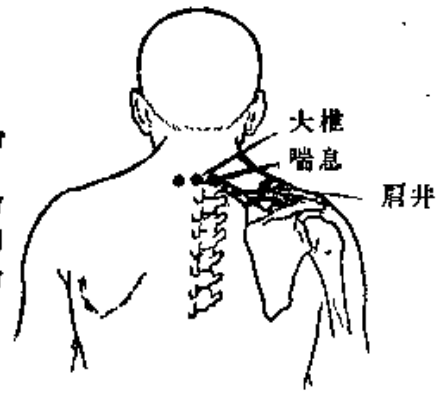


图 2-26 大椎、喘息、肩井

主治：感冒，疟疾，*发热，癫痫，支气管炎，肝炎。

12. **喘息**（又名定喘）（图 2-26） 位于大椎旁开 3～5 分。

针法：斜刺，针尖向椎体进针 1 寸～1.5 寸。

主治：咳嗽，*支气管炎，*支气管哮喘。

13. **肩井**（图 2-26） 位于大椎与肩髃连线中点。

针法：直刺 5～8 分。

主治：*急性乳腺炎，口角部毛囊炎，项背强痛。

14. **灵台**（图 2-25） 位于第六、七胸椎之间。

针法：三棱针点刺出血。

主治：面部及手指部疖。

15. **肾俞**（图 2-25） 位于第二腰椎之下，命门两侧骨缘处。

针法：直刺 5 分～1.5 寸。

主治：*腰痛，膝冷，遗精，阳萎，早泄，失眠。

（四）胸腹部穴位

1. **天突**（图 2-27） 位于胸骨上缘凹陷处（喉头下 2 寸）。

针法：针尖向下斜刺 1～1.5 寸深，小儿不宜太深。注意深部有气管，在胸骨柄后方有左无名静脉及主动脉弓。

主治：*喘咳，喉鸣，嘶哑，咽炎，扁桃体炎，甲状腺肿，呕吐，头痛。

2. **膻〔音坛，tán〕中**（图 2-28） 位于两乳头联线中点。

针法：直刺 5～8 分或横刺 1～3 寸（注意防止发生气胸）。

主治：咳嗽，*支气管哮喘，肋间神经痛，乳汁分泌减少。

3. **乳根**（图 2-28） 位于乳头直下，乳房下沟凹陷处。

针法：横刺 1～1.5 寸深。

主治：乳汁分泌减少，乳腺炎。

4. **中脘**（图 2-28） 位于脐上 4 寸，脐与胸骨剑突之间

正中。

针法：直刺 8 分～2.5 寸。

主治：*上腹痛，腹胀，吞酸，呕吐，胃下垂，消化不良，小儿疳积，癫狂，高血压，神经衰弱，虚劳吐血。

图 2-27　天突、廉泉

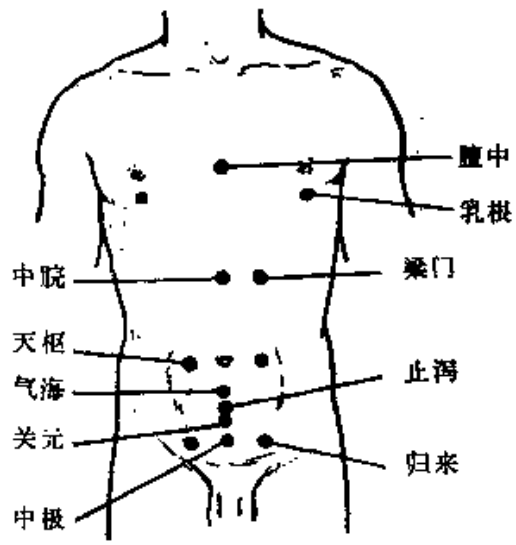


图 2-28　腹中、乳根、中脘、天枢、气海、关元、中极、归来、梁门、止泻

5. 天枢（图 2-28）　位于脐旁 2 寸。

针法：直刺 1～2 寸。

主治：*腹胀，*腹周痛，便秘，腹泻，痢疾，肠麻痹，白带多，蛔虫症。

6. 气海（图 2-28）　位于脐下 1.5 寸。

针法：直刺 1～1.5 寸。

主治：腹胀，腹痛，遗尿，尿频。

7. 止泻穴（图 2-28）　位于脐下 2.5 寸。

针法：直刺 1～2 寸。

主治：腹泻，小儿消化不良性肠炎。

8. 关元（图 2-28） 位于脐下 3 寸。

针法：直刺 1.5～2 寸。

主治：闭经，白带多，腹泻，痢疾，*阳萎，遗精，遗尿，尿血，尿频，尿道痛，尿潴留，蛔虫症。

9. 中极（图 2-28） 位于脐下 4 寸。

针法：直刺 1～2 寸。

主治：*遗尿，阳萎，早泄，月经不调。

10. 归来（图 2-28） 位于中极穴旁开 2 寸处。

针法：直刺或斜刺 1～2 寸。

主治：月经不调，闭经，白带多，肠功能紊乱，睾丸炎，前列腺炎。

11. 梁门（图 2-28） 位于中脘穴旁开 2 寸。

针法：直刺 5 分～1 寸。

主治：*胃神经痛，胃炎，胃溃疡。

12. 肺阙〔音却，què〕 即脐孔。

针法：温灸或隔姜、盐灸。

主治：脑溢血，虚脱，*肠炎。

（五）头颈部穴位

1. 上星（图 2-29） 位于头部中线入发际 1 寸（印堂上 4 寸）处。

针法：横刺 8 分～1 寸。

主治：前头痛，鼻炎，鼻衄。

2. 印堂（图 2-29） 位于两眉正中。

针法：向下斜刺 5 分～1 寸。

主治：鼻病，眼痛，*头痛，眩晕，失眠，小儿惊风，感冒。

3. 人中（又名水沟）（图 2-29） 位于鼻中沟上1/3与中

⅓交界处。

针法：斜刺，从下向上刺入 5 分～7 分。

主治：*休克，腰痛，中暑，*不省人事，口眼歪斜。

4. 阳白（图 2-29） 端坐直视，瞳孔直上，眉上 1 寸。

针法：斜刺 5～7 分。

主治：面神经麻痹，眼睑颤，眼痒痛，三叉神经痛，眶上神经痛。

5. 鱼腰（图 2-29） 位于眉弓上缘中心点，下对瞳孔。

针法：针尖向眉头斜刺约 1 寸。

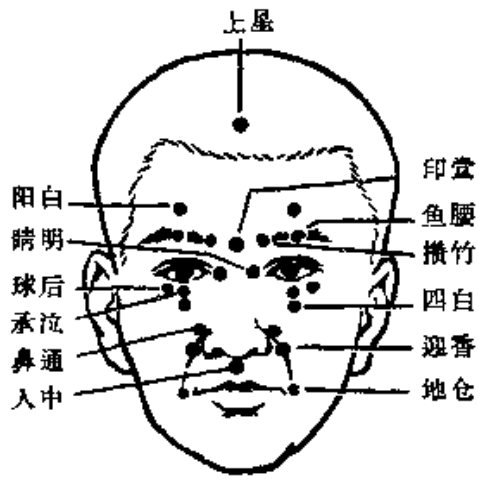


图 2-29 上星、印堂、人中、阳白、攒竹、睛明、球后、承泣、迎香、四白、地仓、鱼腰、鼻通

主治：近视，辨色力弱，结膜炎，睑缘炎，眼肌麻痹。

6. 攒竹（图 2-29） 位于两眉内侧眉端。

针法：捏起眉端皮肤，从眉端沿皮横刺入 5 分～1 寸。

主治：额眶神经痛，眼流泪，面瘫。

7. 睛明（图 2-29） 位于内眼角内 1 分处。

针法：直刺，令病人双目直视，针尖靠眶缘刺入，针 1～1.5 寸，不捻转。退针时压迫局部防出血。

主治：*迎风流泪，夜盲，视神经炎，视网膜炎，视神经萎缩，白内障。

8. 球后（图 2-29） 位于眶下缘，外¼与内¾交界处。

针法：沿眶下缘，从外斜向内下，向视神经方向刺 1～2 寸，不捻转。

主治：青光眼，视神经炎，视神经萎缩，白内障。

9. **承泣**（图 2-29） 眼平视，瞳孔直下 7 分。

针法：直刺 3～5 分，或向睛明方向横刺 1 寸。

主治：近视，眶下神经痛。

10. **迎香**（图 2-29） 位于鼻翼旁 5 分，鼻唇沟中取穴。

针法：针尖向内，斜刺 5 分～1 寸。

主治：*鼻炎，鼻旁窦炎，面神经麻痹，胃痛。如透四白，可以配合治胆道蛔虫症。

11. **鼻通**（图 2-29） 位于鼻骨下凹陷中，鼻唇沟上端尽头处。

针法：八字形斜刺 5～6 分。

主治：鼻炎，*鼻塞，面部疖疮。

12. **四白**（图 2-29） 位于下眼睑下 1 寸（承泣下 5 分）。

针法：斜刺 5～8 分深，横刺 5 分～1.5 寸。

主治：近视，面神经痉挛及麻痹，过敏性面肿。

13. **太阳**（图 2-30） 位于眉梢与外眼角中间向后一寸凹陷处。

针法：直刺 1～1.5 寸，也可刺向下关 1.5 寸。

主治：*偏头痛，眼病。

14. **下关**（图 2-30） 位于耳前颧弓下凹陷处。

针法：直刺 5 分～1 寸。

主治：牙齿痛，下颌关节炎，牙关紧闭，面神经麻痹。

15. **颊车**（图 2-30） 上下齿用力咬紧时，咬肌突出处即是。

针法：直刺或斜刺 5 分～1 寸。

主治：牙痛、下颌关节炎、面神经麻痹、*腮腺炎。

16. **大迎**（图 2-30） 位于下颌角前凹陷部，咬肌前缘。

针法：斜刺，针尖向前或向后刺 8 分～1.5 寸深。注意避开动脉。

主治：面肌痉挛，面神经麻痹，牙痛，腮腺炎，口腔溃疡。

17. 扁桃体穴（图 2-30） 位于下颌角内 5 分。

针法：直刺 1～2 寸。

主治：扁桃体炎。

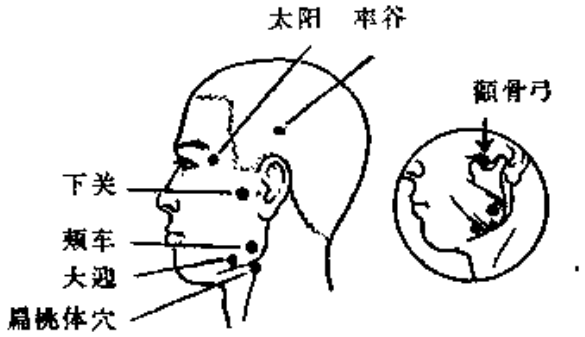


图 2-30 太阳、下关、颊车、大迎、率谷、扁桃体穴

18. 地仓（图 2-29） 位于口角旁开 5 分。

针法：沿皮横刺，透向颊车。

主治：口眼歪斜，流涎，面颊痛。

19. 耳门（图 2-31） 位于耳屏上缺口前凹陷处，颞浅动脉后。

针法：直刺 1～1.5 寸。注意避开血管。

主治：耳聋，耳鸣。

20. 听宫（图 2-31） 张口时，耳前凹陷处。

针法：直刺 1～2 寸。

主治：耳聋，耳鸣，聋哑，中耳炎。

21. 听穴（图 2-31） 位于听宫、听会之间。

针法：直刺 1～2.5 寸。

主治：聋哑。

22. **听会**（图 2-31） 听宫下 5 分。

针法：张口取穴，直刺 1～1.5 寸。

主治：耳聋，耳鸣，聋哑，中耳炎，面神经麻痹。

23. **翳**〔音易，yì〕**风**（图 2-32） 位于耳垂后凹陷处。

针法：从外后方向内前斜刺 1～2 寸。

主治：耳聋，*耳鸣，聋哑，腮腺炎，眼病。

图 2-31 耳门、听宫、听会、听穴

24. **翳明**（图 2-32） 位于翳风后 1 寸（乳突下缘）。

针法：直刺或斜刺 1～2 寸。

主治：失眠，视神经炎，白内障，腮腺炎，头痛。

25. **风池**（图 2-33） 位于乳突后 1.5 寸凹陷处。

针法：斜刺，针尖向对侧眼窝方向刺入 1～2 寸深。横刺，风池透风池，2～3 寸深。

主治：*后头痛，头晕，眼病，感冒，耳鸣，面神经痉挛。

图 2-32 翳风、翳明

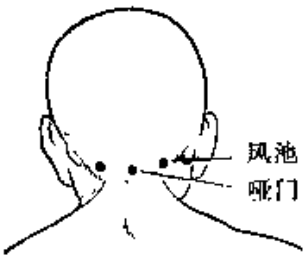


图 2-33 风池、哑门

26. 哑门（图 2-33） 位于颈后正中入发际 5 分处，第二颈椎上缘。

针法：向喉部刺 5 分～1.5 寸。

主治：*聋哑，后头痛，脑炎后遗症，精神分裂症，癫痫，癔病等。

27. 百会(图 2-34) 位于前发际至后发际的正中，或从两耳尖直上于头顶正中取穴。

针法：直刺 5～8 分。

主治：休克，脱肛，*头痛，头晕，失眠。

图 2-34 百会

28. 廉泉（图 2-27） 仰面，在颌下喉头上方正中处。

针法：斜刺舌根部 1.5～2.5 寸。

主治：哑，*失音，舌肌麻痹，扁桃体炎。

29. 率谷（图 2-30） 位于耳尖直上入发际 1.5 寸。

针法：向后沿皮刺 5 分～1 寸。

主治：偏头痛，眼病，流行性腮腺炎。

三、针灸与经络的关系

从人体概述章中我们已经知道，经络学说是祖国医学理论体系的重要组成部分之一，它与针灸的关系特别密切，是针灸治疗的理论基础。因此，学好这方面的有关知识，特别是掌握十二经脉和奇经八脉中的任、督二脉共十四条经脉的循行路线、联系脏腑、有关穴位和功能主治，对于指导新针取穴、提高治病效果和创造性地发展这一独特的疗法，有着重要的意义。我们必须予以足够的重视。

（一）手太阴肺经（图 2-35）

循行路线 起于胃部（中焦）[1]，向下与大肠联络。再从大肠回过来，沿着胃的上口[2]，向上通过横膈，入属于肺脏。以后再从肺脏到喉咙部横出去[3]，走到腋窝下面，向下沿着上臂的内侧[4]，行于手少阴心

经和手厥阴心包经的前面，向下到肘弯中[5]，沿着前臂的内侧，到腕后桡骨茎突内侧边，从腕后（寸口）[6]走到大鱼际，沿着鱼际的边缘，延展于大拇指桡侧的末端。

它的分支，从腕后桡骨茎突的上方分出[7]，向手背面一直走到食指桡侧的末端。

联系脏腑 属肺，络大肠，通过横膈，并与胃和肾等有联系。

所属穴位 每侧十一穴，左右共二十二穴，主要如尺泽、列缺、少商等。

主治病症 喉痛，咳嗽，气喘，咯血，胸痛，伤风等。

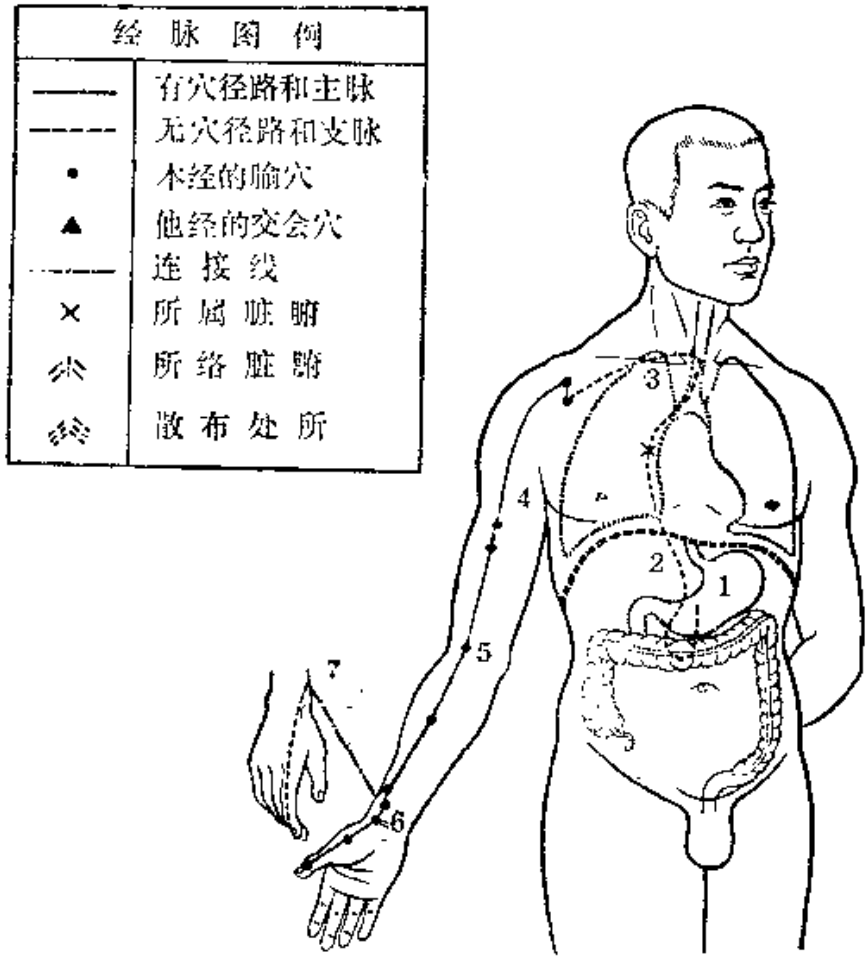


图 2-35 手太阴肺经循行路线和所属穴位

（二）手阳明大肠经（图 2-36）

循行路线 起于食指内侧末端[1]，沿着食指桡侧向上，经第一、第二掌骨（即合谷两骨）之间进入拇指两肌腱（两筋）的当中[2]，沿前臂的桡侧上缘，进入肘弯的桡侧外面[3]，再沿上臂的外侧前边，走向肩关节的前上方[4]，向上后方与督脉的大椎穴交会，反折过来向前入锁骨上窝（缺盆）[5]，向下和肺脏联络，又通过横膈，统属于大肠[6]。

它的分支，从锁骨窝向上到颈部[7]，通过面颊，进入下齿龈中，再回转来挟着咀唇，左右交叉相会于人中穴[8]，然后分别向上至鼻孔旁。

此外，据有关记载，大肠经还合入于巨虚上廉[9]。

联系脏腑 属大肠，络肺。并同胃有直接联系。

所属穴位 每侧二十穴，左右共四十穴，主要如合谷、曲池、肩髃、迎香等。还和督脉的大椎、人中以及手太阳小肠经、足阳明胃经的有关穴位相交。

主治病症 头痛，鼻塞，牙痛，喉痛，口眼歪斜，发热等。

（三）足阳明胃经（图 2-37）

循行路线 起于鼻旁，上行至目内眦，反回来经过眼眶下正中下行[1]，沿鼻的外侧进入上齿龈内，回转过来挟着口角环绕口唇，向下交会于下唇中央（任脉的承浆穴）[2]，退转来沿着下颌的后下方，浅出于大迎[3]，沿下颌角前下方（颊车穴）向上散布到耳前，经过耳前颧弓上缘，沿着鬓发边缘到额角，终于前额正中。

它的分支，从面部下颌中缘（大迎穴）向下经颈部喉旁（人迎），沿着喉咙进入锁骨窝中[4]，向后交会督脉于大椎穴，向下内行[5]，通过横膈，统属于胃，并和脾脏联络。

它的另一条直行分布的脉，从锁骨凹陷处直下[6]，到乳头内侧边缘，再向下挟着脐旁二寸，进入气街（腹股沟部股动脉）中。

另一条支脉，起始于胃下口[7]，沿着腹腔深层，向下到气街部同直行分布的脉相会合，自此向下到大腿上部前面[8]，到达股前隆起的伏兔部，下经膝盖，沿着胫骨外侧前缘[9]，走向脚背，到足第二趾外侧端。

上述这条支脉，还从膝下三寸的部位分出一条旁支[10]，向下分布到足中趾的外侧趾缝。同时，在足背上再分出一条脉[11]，进入于足大

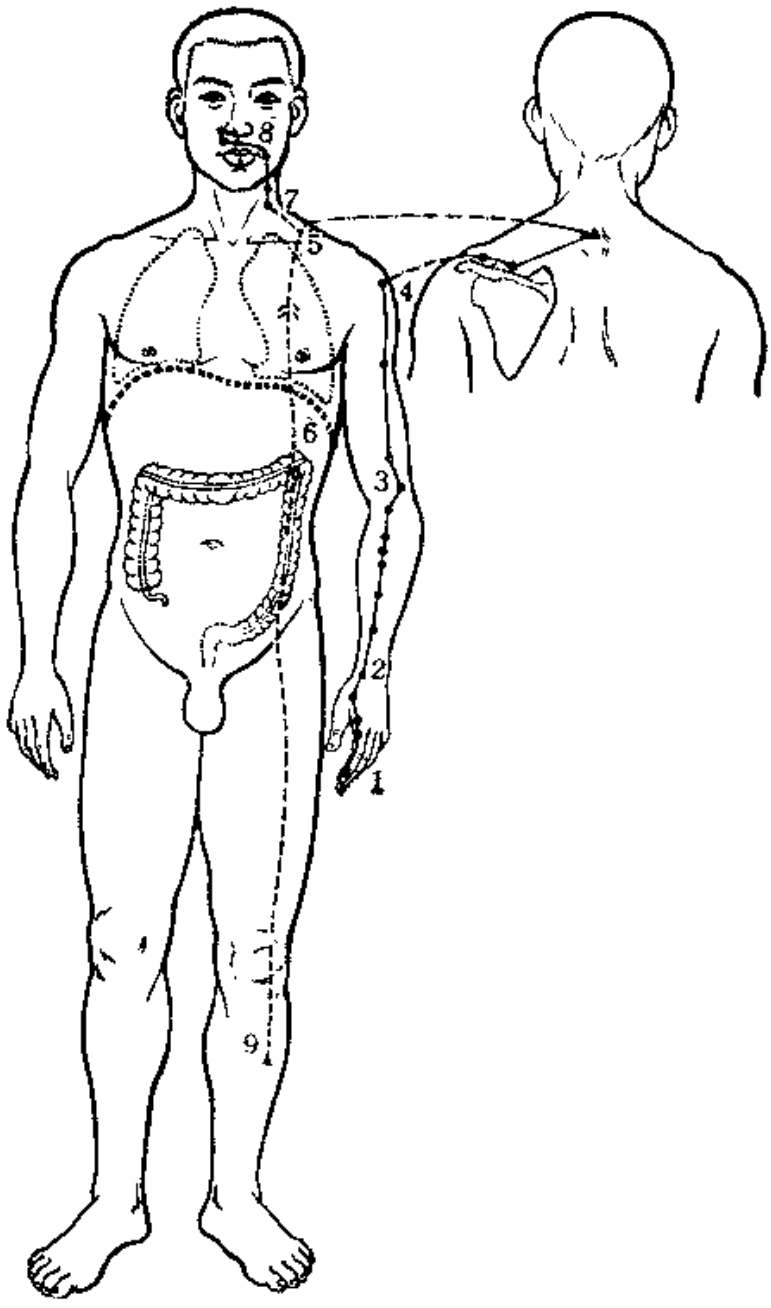


图 2-36　手阳明大肠经的循行路线和所属穴位

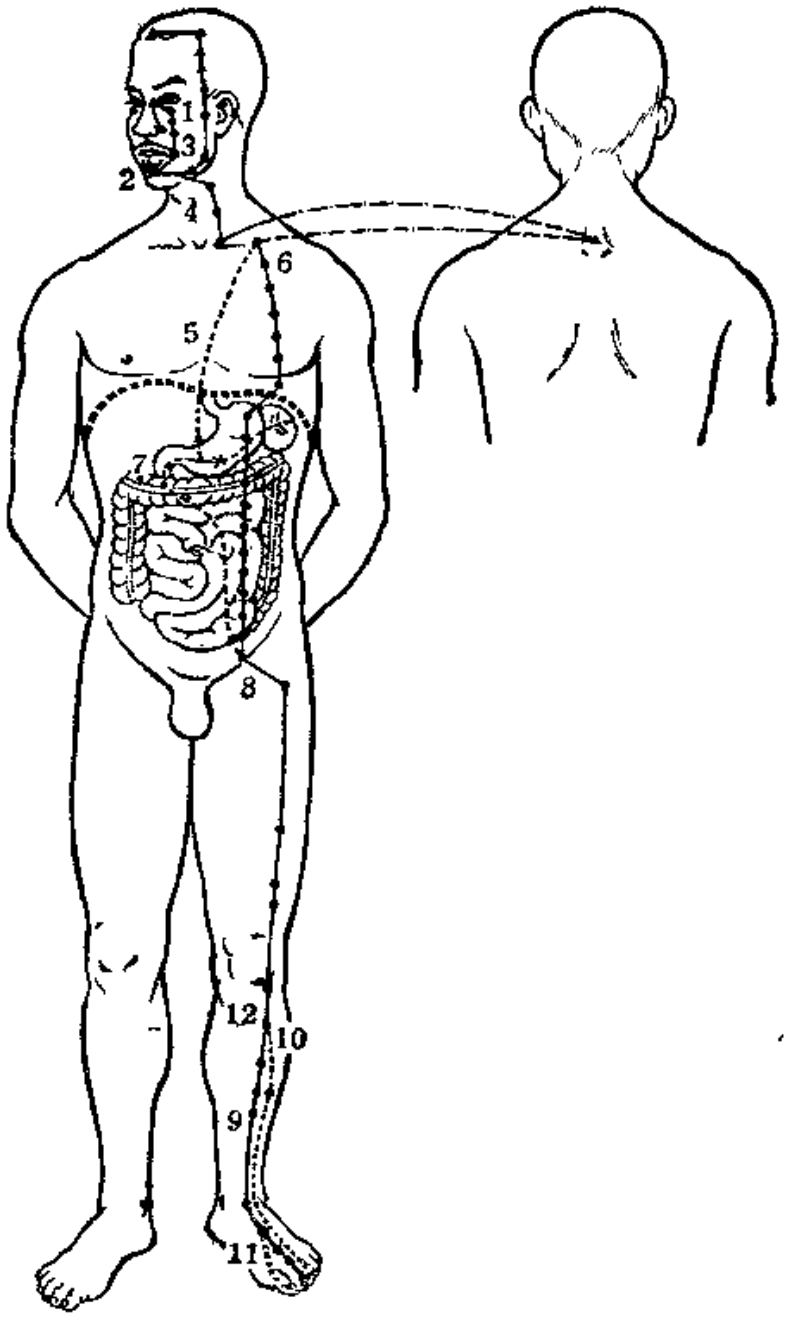


图 2-37　足阳明胃经的循行路线和所属穴位

趾的趾縫，并沿着大踇趾前侧边缘，出于它的末端。

此外，据有关记载，胃经还合入于足三里[12]。

联系脏腑 属胃，络脾。并与心和大肠、小肠有直接联系。

所属穴位 每侧四十五穴，左右共九十穴，主要如承泣、四白、地仓、大迎、颊车、下关、乳根、梁门、天枢、归来、膝眼（犊[音读，dú]鼻）、足三里、丰隆、解溪、内庭等。还和手阳明大肠经的迎香，足太阳膀胱经的睛明，督脉的人中、大椎，任脉的中脘等穴，以及足少阳胆经的有关穴位相交。

主治病症 肠鸣，腹胀，腹痛，胃痛，消化不良，齿痛，眩晕，便秘，腹泻，癫狂等。

（四）足太阴脾经（图 2-38）

循行路线 起于足踇趾内侧的末端[1]，沿着大踇趾内侧赤白肉际上行，经过内踝前边，分布到小腿后，沿着胫骨的后缘，交叉浅出于足厥阴肝经的前面[2]，向上沿膝关节的内侧到达大腿内侧的前面[3]，上行到腹部深入，交会任脉于中极、关元等穴[4]，统属于脾脏，并同胃联络，再向上通过横膈与胸部[5]，经过咽喉两旁，通连到舌根部，散布于舌下部位。

它的分支，又从胃部分出[6]，另行通过横膈，脉气输注于心脏中。

联系脏腑 属脾，络胃。并与心、肺及肠胃有直接联系。

所属穴位 每侧二十一穴，左右共四十二穴，主要如三阴交、阴陵泉、血海等。还与任脉的中极、关元等穴，以及足少阳胆经、足厥阴肝经、手太阴肺经的有关穴位相交。

主治病症 呕吐，腹胀，胃痛，泄泻，小腹痛，月经不调，崩漏，下血，遗尿，尿闭，水肿，失眠，多梦等。

（五）手少阴心经（图 2-39）

循行路线 起于心中[1]，出属于心脏周围血管等组织（心系），向下通过横膈[2]，与小肠相联络。

它的分支，从心系分出，上行于食道旁边[3]，连系于眼球的周围组织（目系）。

另一条支脉，从心系直上到肺脏[4]，然后向下斜走出于腋窝下面，

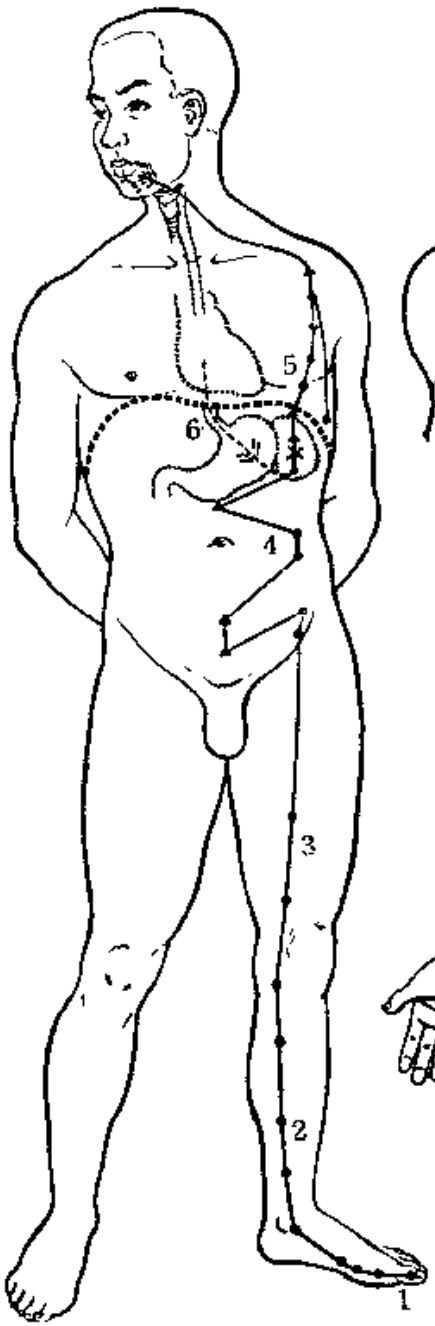


图 2-38　足太阴脾经的循行路线
和所属穴位

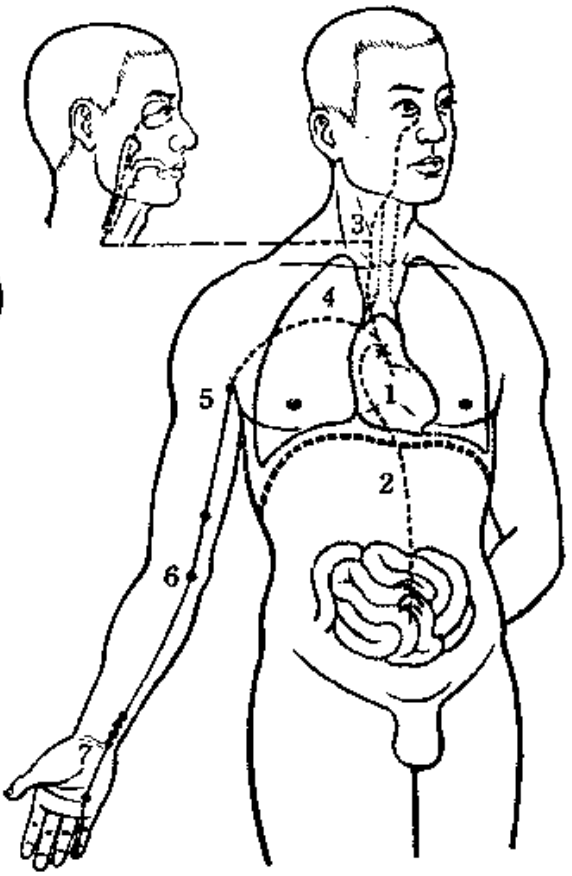


图 2-39　手少阴心经的循行路线
和所属穴位

沿着上臂内侧后边[5]，行于手太阴肺经和手厥阴心包经的后面，下行于肘的内后方，沿着前臂内侧后边[6]，到达腕关节尺侧豌豆骨突起的地方[7]，进入手掌，沿着小指的内侧走到指甲内侧末端。

联系脏腑 属心，络小肠。并与肺和肾有直接联系。

所属穴位 每侧九穴，左右共十八穴，主要如神门等。

主治病症 心痛，口渴，咽干，目黄，胁及上臂内侧痛，手心发热等。

（六）手太阳小肠经（图 2-40）

循行路线 起于小指外侧的末端，沿着手掌外侧上向腕部[1]，过尺骨茎突中间，沿前臂后缘[2]，至肘后尺骨鹰嘴和肱骨内上踝之间，向上沿着上臂外侧后边[3]，出于肩关节后面，绕行于肩胛冈的七下窝[4]，交会于督脉的大椎穴，再反折前行进入锁骨窝中[5]，深入体腔与心脏联络，沿着食道，通过横膈[6]，到达胃部，统属于小肠。

它的分支，从锁骨窝沿着颈部上向面颊[7]，到目外眦，又回过来进入耳中。

它的另一条支脉，从面颊部分出，斜向眼眶下缘到达鼻根部的目内眦[8]，同时横斜分布于颧部[9]。

此外，据有关记载，小肠经还合入于巨虚下廉[10]。

联系脏腑 属小肠，络心。并与胃有直接联系。

所属穴位 每侧十九穴，左右共三十八穴，主要如少泽、后溪、养老、肩贞、听宫等。还和督脉的大椎、任脉的中脘、足太阳膀胱经的睛明等穴，以及手少阳心经、足少阳胆经的有关穴位相交。

主治病症 耳聋，眼睛发黄，喉痛，肩背痛，乳疾及手臂外侧缘疼痛等症。

（七）足太阳膀胱经（图 2-41）

循行路线 起于眼睛内眦角[1]，向上分布到额部，再上至头顶部同督脉交会于百会穴。

它的分支，从头顶部分出，走向耳上角部[2]。

它直行的一条支脉，从头顶向里通入于脑[3]，回出来向下到项部[4]，沿着肩胛肌肉的内侧，依傍脊椎的附近，直下抵达腰部，脉气向里深入，

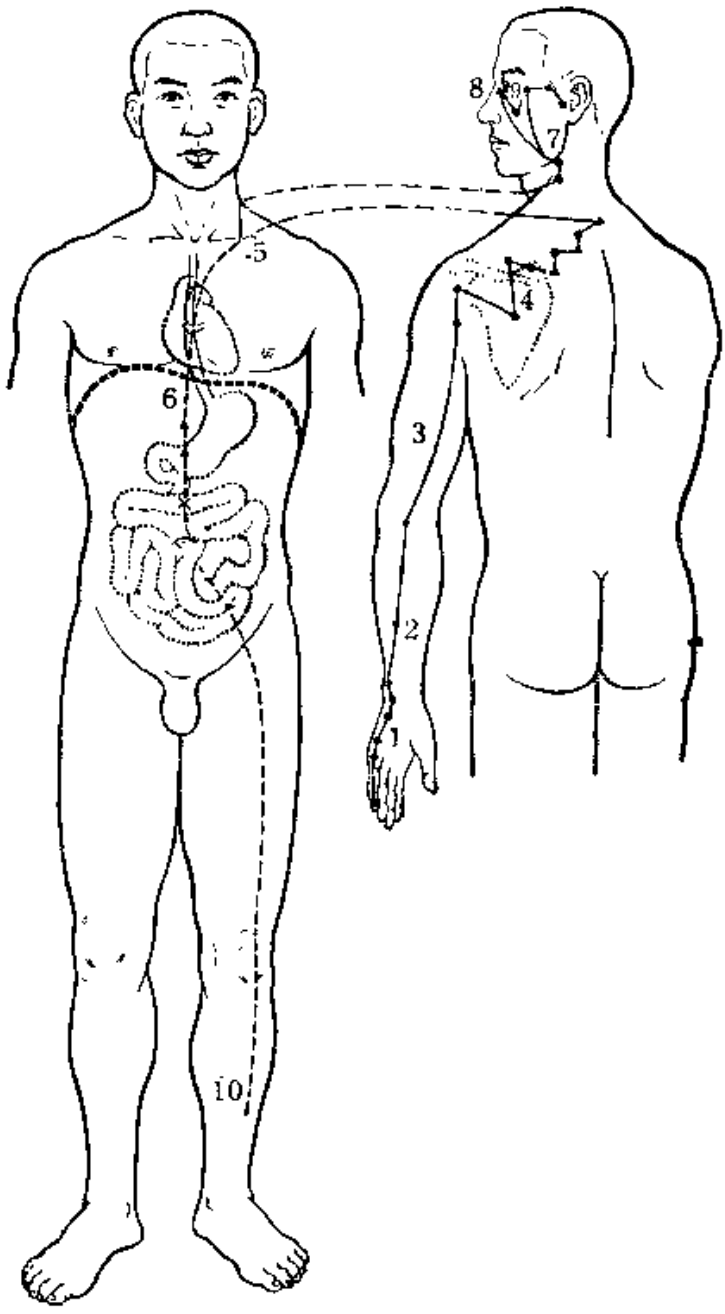


图 2-40　手太阳小肠经的循行路线和所属穴位

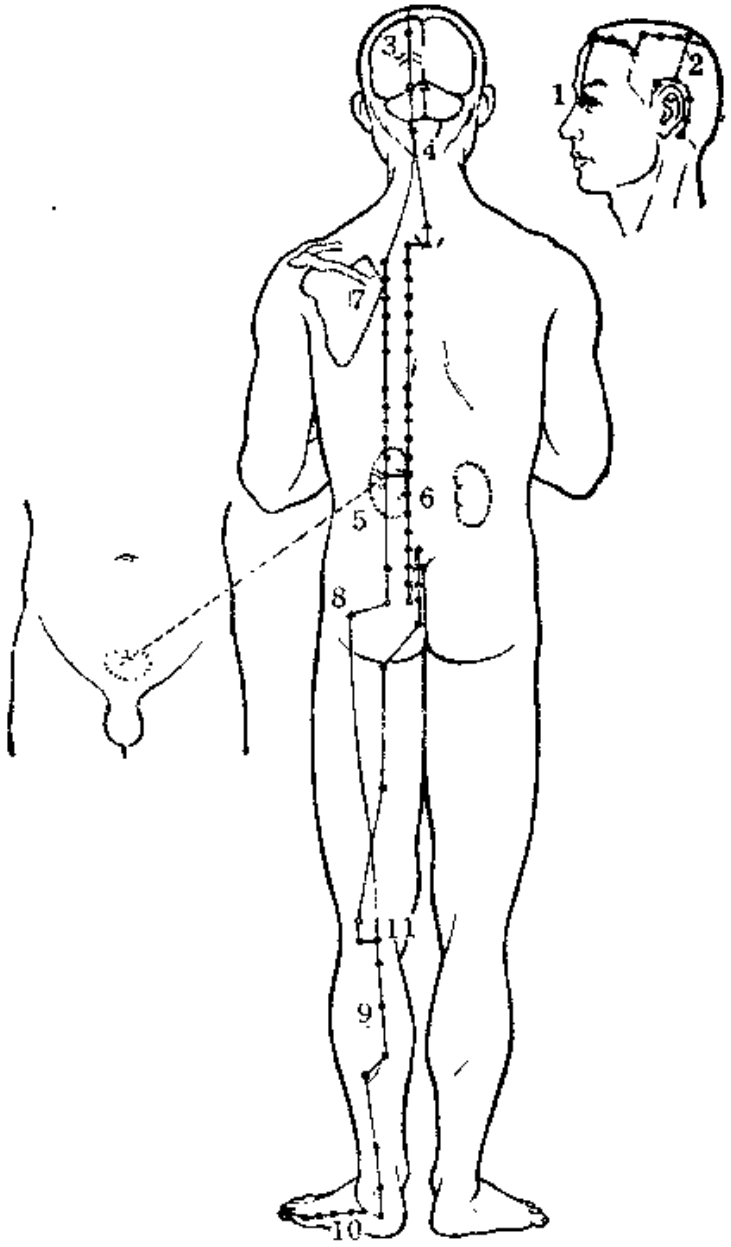


图 2-41　足太阳膀胱经的循行路线和所属穴位

沿着脊旁肌肉同肾脏联络[5]，直属于膀胱。

它有一分支，从腰部向下行[6]，沿脊椎旁经过肾部，再进入腘窝旁。

它另一条支脉，从肩胛内缘一直到肩胛下面[7]，挟着脊柱经过股骨大转子（髀枢）部[8]，沿着大腿内侧的后面，直向下行同上一条到腘窝的脉会合，从此再向下分布[9]，通过腓肠肌（腨）内，浅出于外踝后面，沿着第五跖骨粗隆（京骨）[10]到足小趾外侧末端。

此外，据有关记载，膀胱经还合入于委中央[11]。

联系脏腑 属膀胱，络肾。并与脑和心有直接联系。

所属穴位 每侧六十七穴，左右共一百三十四穴，主要如睛明、攒竹、心俞、胆俞、胃俞、肾俞、大肠俞、白环俞、殷门、委中、承山、昆仑、至阴等。还与足少阳胆经的环跳，督脉的百会、大椎等穴相交。

主治病症 头痛，目痛，齿痛，腰背腿痛，小腿抽筋，脘腹胀痛，痔疮脱肛等。

（八）足少阴肾经（图 2-42）

循行路线 起于足小趾的下面，斜向足底心[1]，出于足舟骨粗隆（然骨）之下，沿着内踝的后面，分布脚跟中，从此向上[2]，到腓肠肌（腨）内，向上分布到腘窝的内侧[3]，再上达大腿内侧的后方，至尾骨端[4]，穿过脊柱里面，统属于肾，联络膀胱。

它的分支，一直从肾向上[5]，通过肝脏和横膈，进入肺部，沿着喉咙，分布于舌部。

它的另一分支，从肺脏分出来，同心脏相联系[6]，并散布于胸部。

联系脏腑 属肾，络膀胱。并与肝、肺、心等脏有直接联系。

所属穴位 每侧二十七穴，左右共五十四穴，主要如涌泉、太溪、照海、复溜等。还与足太阴的三阴交，督脉的长强，任脉的关元、中极等穴相交。

主治病症 遗尿，小便频数，遗精，阳痿，腰痛，虚弱，足心热等。

（九）手厥阴心包经（图 2-43）

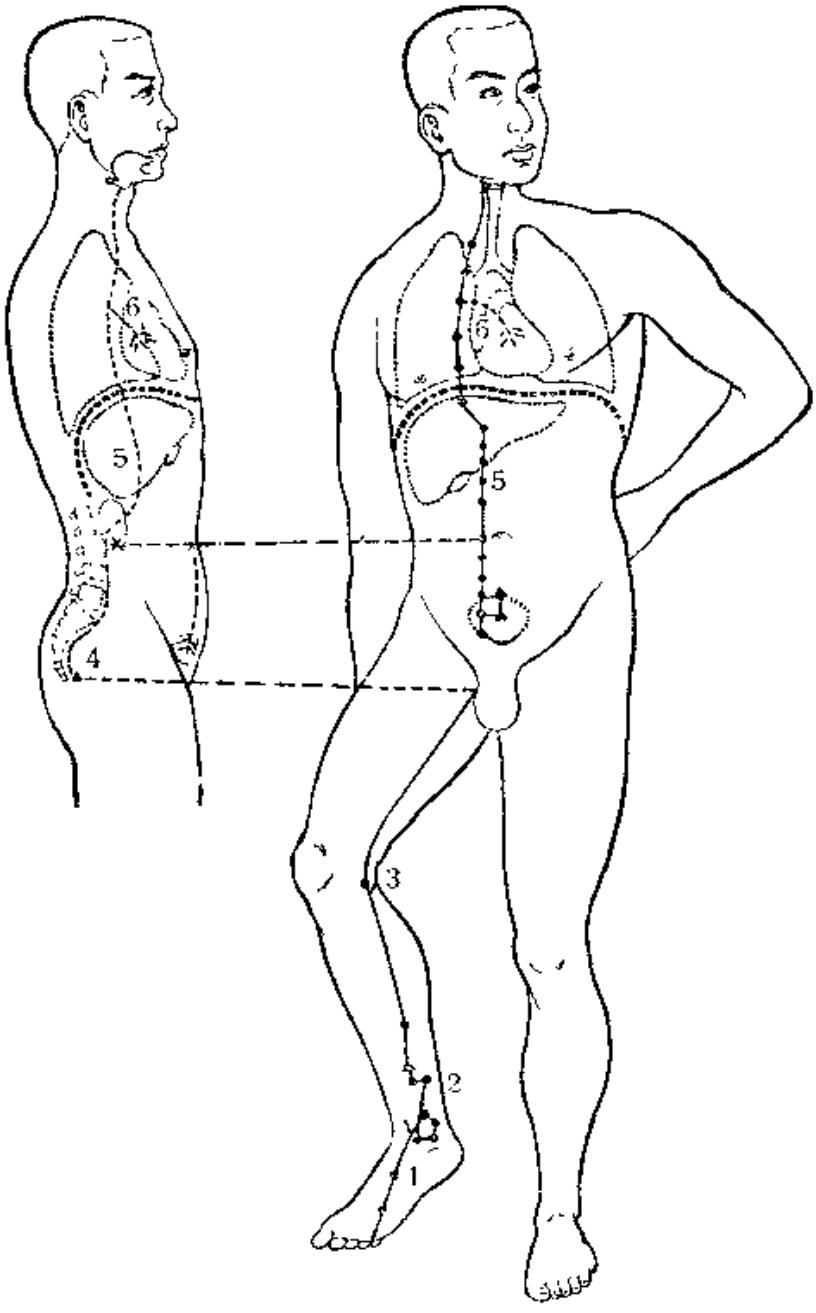


图 2-42　足少阴肾经的循行路线和所属穴位

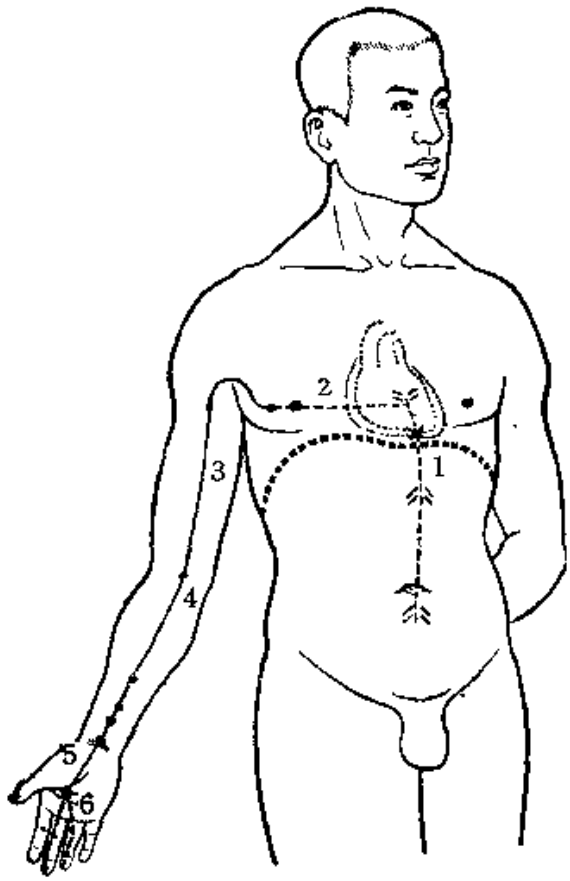


图 2-43　手厥阴心包经的循行路线和所属穴位

循行路线　起于胸中，出来统属于心包络，向下通过横膈[1]，经历上、中、下部同三焦联络。

它的分支，沿着胸部浅出而分布于胁肋[2]，到腋下三寸的部位，又向上到腋窝下面，沿着上臂内侧下行，分布于手太阴肺经和手少阴心经的中间[3]，进入肘弯中央[4]，向下到前臂，走在两根肌腱（两筋）当中，进入手掌中[5]，沿着中指内侧延展到中指末端。

它的另一分支，从掌中分出[6]，沿着无名指靠小指的一侧分布于手指末端。

联系脏腑　属心包，络三焦。

所属穴位　每侧九穴，左右共十八穴，主要如间使、内关等。

主治病症 心痛心悸、胸胁痛，胃痛，癫狂，前臂和肘弯拘急等。

（十）手少阳三焦经（图 2-44）

循行路线 起于无名指靠小指一侧的末端，向上走出在第四和第五掌骨的中间[1]，沿着手背到腕关节外侧，走过前臂桡骨和尺骨（两骨）之间[2]，向上通过肘尖部，沿着上臂外侧[3]，分布到肩部，交出足少阳胆经的后面，进入锁骨窝[4]，分布两乳当中（膻中），胸气分散同心包相联络，向下通过横膈，统属于上、中、下三焦。

它的分支，从膻中部位分出，向上浅出于锁骨窝中[5]，再上达颈部，并分布到耳后[6]，一直向上走出于耳上角，再弯曲下行走向两颊[7]，直至眼睛下面。

它的另一分支，从耳朵后进入耳中，再走出来行于耳朵前面[8]，经过颧弓上缘前面，与胸部支脉交叉与面颊部，抵达眼睛外眦角部位。

此外，据有关记载，三焦经合入于委阳[9]。

联系脏腑 属三焦，络心包。

所属穴位 每侧二十三穴，左右共四十六穴，主要如中渚、阳池、外关、支沟、肩髎、翳风等。还与手太阳小肠经的听宫，足少阳胆经的肩井，督脉的大椎等穴相交。

主治病症 腹胀，水肿，遗尿，小便不利，头痛，耳聋，喉痛，胁痛等。

（十一）足少阳胆经（图 2-45）

循行路线 起于眼睛外眦角[1]，经耳前向上到头角，再向下到耳朵后，沿着头颈走到手少阳三焦经的前面[2]，到达肩上后又退回来，交出于手少阳经的后面，向后和督脉交会于大椎穴[3]，再进入锁骨窝中。

它的分支，从耳后进入耳中[4]，又浅出行于耳前，到眼外眦角的后面。

它的另一分支，从眼睛外眦角分开，向下到达大迎穴部位[5]，在会合手少阳三焦经后到达眼睛下面，向下经过颊车穴部位到达颈部[6]，同上一条脉在锁骨窝会合。从此向下入胸中，通过横膈，同肝脏联络[7]，统属于胆，沿着胁肋里边，走出于腹股沟（气街）的部位，环绕阴毛

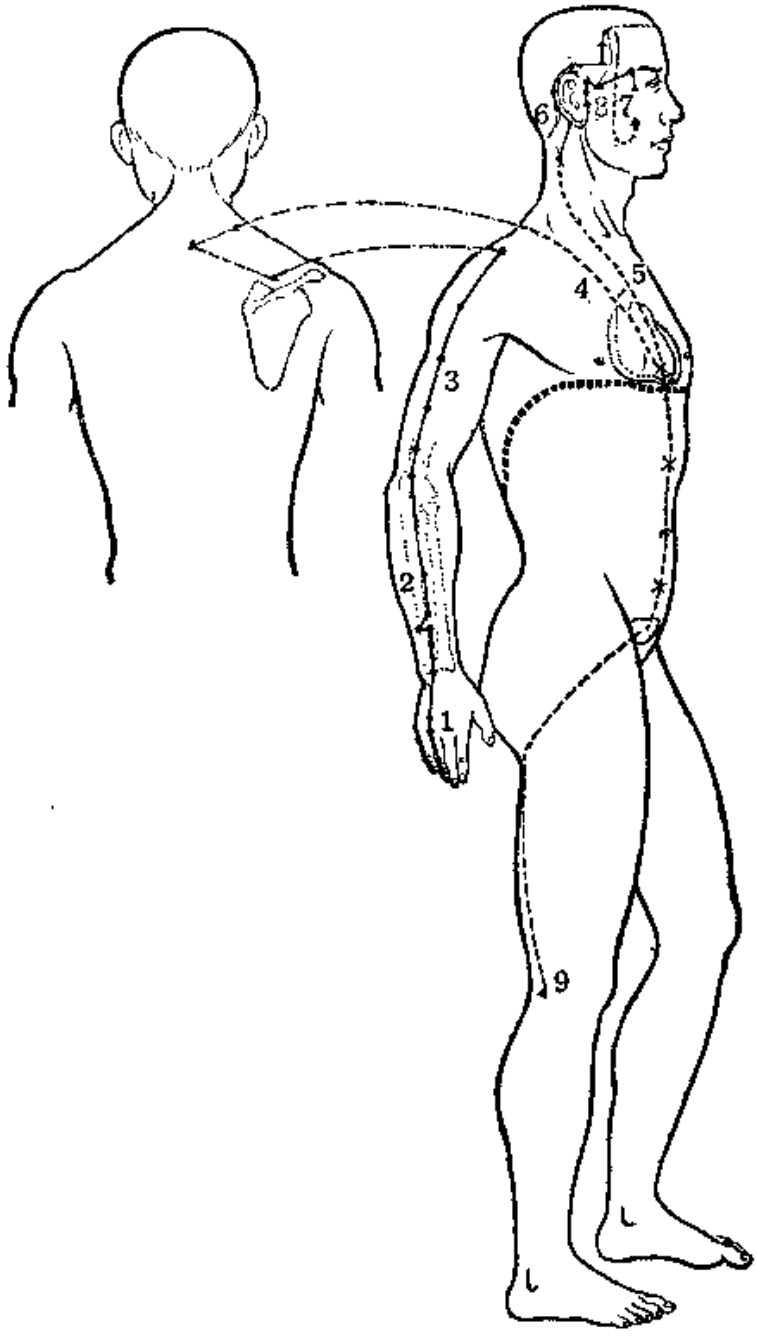


图 2-44　手少阳三焦经的循行路线和所属穴位

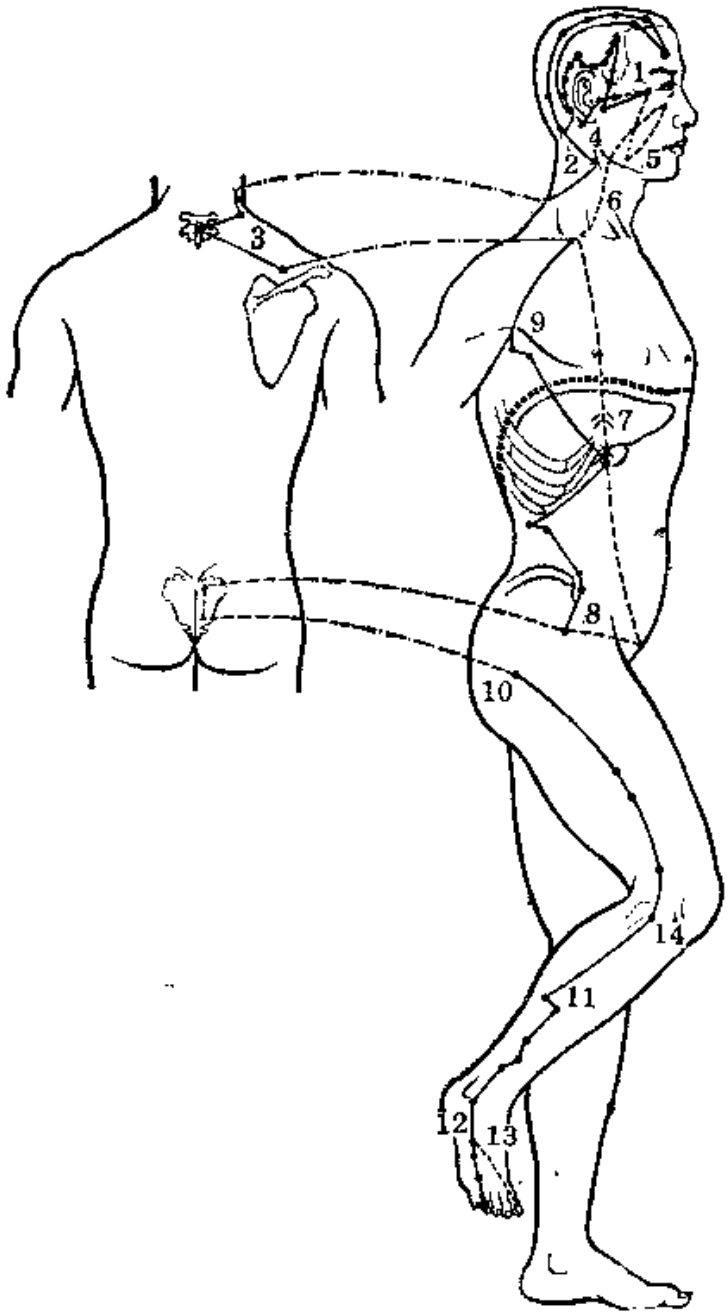


图 2-45　足少阳胆经的循行路线和所属穴位

周围，横向进入股骨大转子部（髀厌）中[8]。

它的另一条直行的分支，从锁骨窝向下到腋部[9]，沿着胸侧，经过季胁，向下会合于股关节部位[10]，再沿着大腿外侧，走出于膝关节的外侧，向下分布于腓骨（外辅）的前面[11]，一直向下到达腓骨下端（绝骨），走向外踝的前面，沿着脚背前面[12]，进入于第四和第五跖骨的趾缝间。

它又一条分支，从脚背上分出[13]，沿着第一和第二跖骨之间，走出于脚踇趾的末端，回过来通过趾甲，分布于脚大趾背上丛毛（三毛）部。

此外，据有关记载，胆经还合入于阳陵泉[14]。

联系脏腑 属胆，络肝。并与心有直接联系。

所属穴位 每侧44穴，左右共八十八穴，主要如听会、率谷、阳白、风池、肩井、环跳、风市、阳陵泉、悬钟、丘墟等。还与足阳明胃经的下关，手少阳三焦经的翳风，手太阳小肠经的听宫，督脉的大椎等穴，以及足厥阴肝经、足太阳膀胱经、手厥阴心包经等的有关穴位相交。

主治病症 头痛，头晕，项强，胁肋胀痛，胆痛，腰腿痛等。

（十二）足厥阴肝经（图2-46）

循行路线 起于大踇趾上丛毛的边际，向上沿着脚背[1]，到达内踝前一寸许部位，再上行在内踝上八寸部位同足太阴脾经交叉[2]而走向其后面，到达膝内缘[3]，沿着大腿内侧进入阴毛中，绕过生殖器（阴器），到达小腹[4]，走向胃旁，统属于肝脏，并与胆相联络[5]，再向上通过横膈[6]，脉气分布于胁肋部位，沿着气管、喉咙的后面[7]，向上进入咽峡部，连接眼睛的周围组织（目系），再向上分布于前额部[8]，并与督脉会合于头顶处。

它的分支，从目系向下到面颊里[9]，环绕咀唇内。

它的另一条分支，从肝脏分出，通过横膈，分布到肺脏[10]。

联系脏腑 属肝，络胆。并与肺、胃、肾及脑等有直接联系。

所属穴位 每侧十四穴，左右共二十八穴，主要如太冲等。还与足太阴脾经的三阴交，任脉的中极、关元等穴相交。

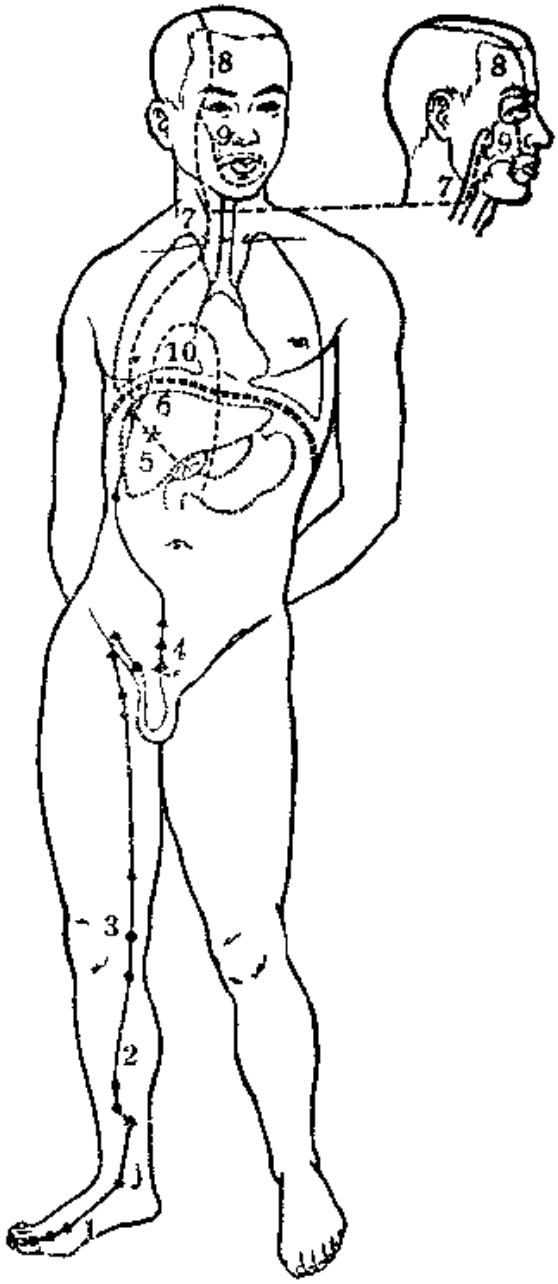


图 2-46　足厥阴肝经的循行路线和所属穴位

主治病症 头顶痛，胁肋胀痛，小腹痛，癫气，小便不利等。

（十三）督脉（图 2-47）

循行路线 共有四条，但以第一条为主：

1．起于少腹下的会阴部，循着脊柱向上，至项后风府穴处入脑，又上头顶，沿前额中线下鼻柱。

2．起于少腹胞中，向下抵生殖器，到会阴部，经尾骨端分出，斜绕臀部，与足少阴肾经从大腿后方上行的脉以及足太阳膀胱经的支脉相会合，再回过来从脊柱深入，属下肾脏。

3．与足太阳膀胱经同起于目内眦处，上额又交会于头顶部，入络于脑，再分别下颈项，沿脊柱两旁下行至腰中，同肾脏联系。

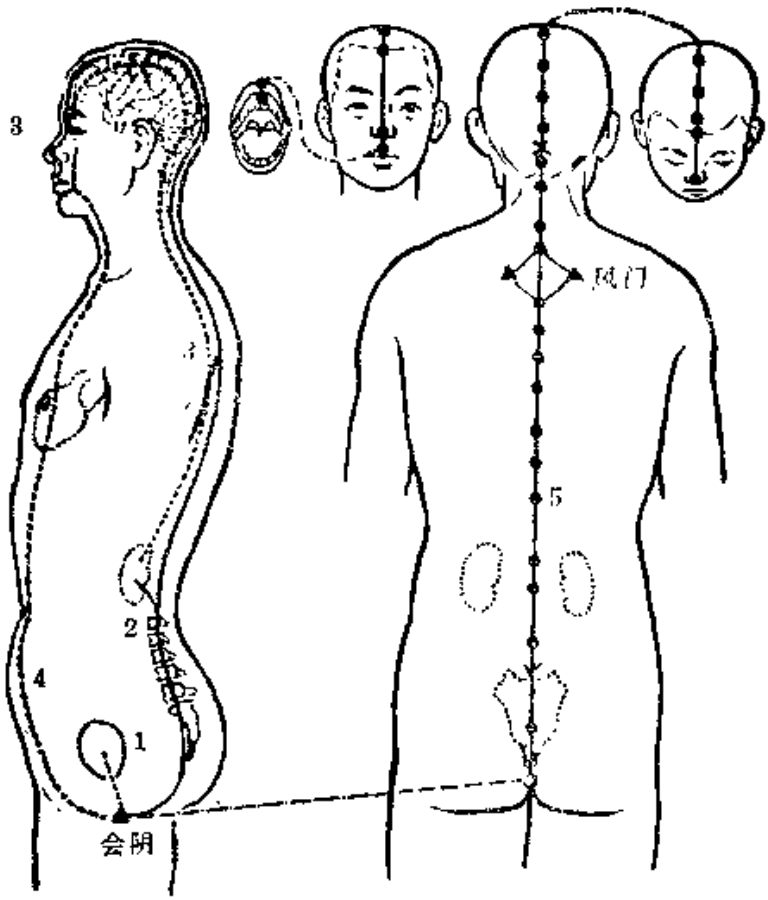


图 2-47 督脉的循行路线和所属穴位

4．从少腹部直上，通过脐中央，向上连贯心脏，进入喉部，向上到达面颊，环绕嘴唇，抵达目下的中央部位。

此外，据记载，督脉还起于下极之俞[9]，并入于脊柱，再上至风府入脑。

所属穴位 共二十八穴，主要如长强、命门、至阳、灵台、大椎、哑门、百会、上星、人中（水沟）等。还与足太阳膀胱经和任脉的有关穴位相交。

主治病症 以腰脊、头脑病症为主，如脊强，角弓反张，头痛，项强，癫狂，惊厥，眩晕等。

（十四）任脉（图 2-48）

循行路线 共有二条，以第一条为主：

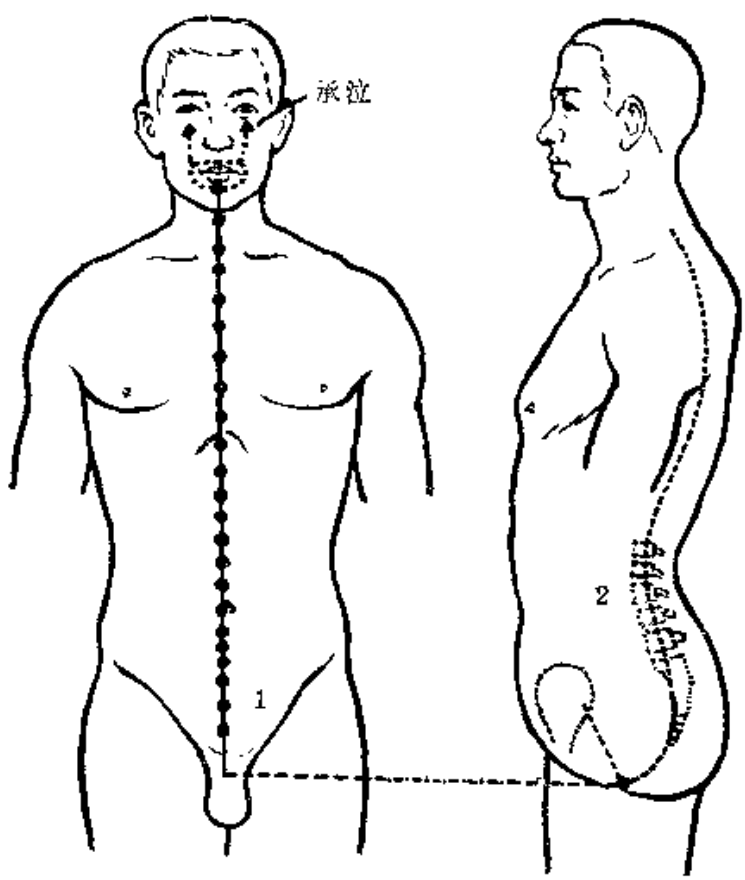


图 2-48 任脉的循行路线和所属穴位

1．起于少腹部中极穴的下面，沿腹和胸部正中线直上抵达咽喉，再上至口颊部，经过面部进入于眼目。

2．由胞中贯入脊柱，向上循行于背部。

所属穴位 共二十四穴，主要如中极、关元、气海、神阙、中脘、膻中、天突、廉泉等。还与足阳明胃经的承泣穴，以及督脉有关穴位相交。

主治病症 为脉气之海，主治小腹部男女生殖器官病证，以及下腹部疼痛、尿闭、胃痛等。

除了上述十四条经脉以外，针灸的有些常用穴位不在经脉循行的路线上，通常把它们称为奇穴，如上肢的十宣、牙痛穴、落枕，下肢的阑尾穴、胆囊穴，腰背部的喘息、肾脊、腰奇，胸腹部的止泻穴，头颈部的印堂、球后、太阳、翳明、鱼腰、鼻通、听穴、扁桃体穴等。随着新针疗法的广泛开展和不断发展，新发现的穴位（大多是奇穴）也越来越多。此外，临床上在治疗浅部筋肉疾患（如肌肉疼痛等）时，还常于病变局部或有压痛点的地方取一些穴位，这些穴位没有固定的部位，也无一定的名称，可称为“阿是穴”，也叫“不定穴”或“天应穴”。

四、常见病的新针疗法

（一）取穴的一般原则

1．循经取穴 疾病在哪一条经上，就取哪一经的穴位，一般多采用各经肘、膝关节以下的穴位。如鼻病属于手阳明经，可取本经的合谷；心病属于手厥阴经，取本经的内关；胃病属于足阳明经，取本经的足三里等。这种方法也叫远道取穴。在一些针灸歌赋中，有关远道取穴的经验记载比较多，如流行很广的《总穴歌》说：

肚腹三里留，　　腰背委中求，
头项寻列缺，　　面口合谷收，

肝胆阳陵觅，　　小腹三阴交，
心胸若有病，　　速与内关谋。

2. 邻近取穴　疾病在哪一个部位，就在这一部位或其附近的上下左右取穴。如头痛取百会或风池、上星、太阳，肩痛取肩髃或曲池，腰痛取肾俞或环跳，眼病取睛明或攒竹等。

3. 相配取穴　取一个主要的穴位后，再配上一个或几个穴位，以加强治疗效果。这种方法临床应用较广，具体又有以下几种：

(1) 远近相配：将远道穴和邻近穴相互配合。如胃病取远道的足三里，又配邻近的中脘；鼻病取远道的合谷，又配邻近的迎香；痛经取远道的太冲，又配邻近的关元；眼病取远道的后溪，又配邻近的睛明等。

(2) 左右相配：也叫双穴法，即同时取主治某一疾病的左右两个相同的穴位。如胃病取两侧足三里或两侧内关，头痛取两侧太阳或两侧列缺，妇科病取两侧三阴交或两侧血海等。

(3) 上下相配：也叫上下肢相应法，即将上肢穴位与下肢穴位互相配合。如内关配足三里治疗肠胃病，神门配三阴交治疗失眠，支沟配阳陵泉治疗两胁痛，合谷配内庭治疗牙痛，支沟配照海治疗便秘等。

(4) 前后相配：也叫内外呼应法，即一前一后取穴，互相配合。如迎香配风池治疗鼻塞等。

(5) 表里相配：也叫阴阳相配，即根据经脉三阴、三阳互为表里的关系相配合，也就是阳经与阴经互相配合。如取大肠经的合谷与肺经的列缺治疗感冒，取胃经的足三里与脾经的三阴交治疗消化不良等。

(6) 链锁相配：在相同的一侧上肢或下肢同时取二、三个穴，以上下相连，互相配合。如上肢痛取肩髃、曲池、合谷，半身不遂取环跳、阳陵泉、悬钟等。

此外，还有俞募〔音幕，mù〕相配、原络相配等，因此较复杂，不予赘述。

（二）常见病的治疗

感冒

主穴：风池、合谷。

治法：一般用提插法，至病人前额有微汗为止。头痛加印堂，痰多加丰隆，鼻塞流涕加鼻通，喉痛点刺少商出血。

气管炎、支气管炎

主穴：天突、丰隆。

治法：咳嗽不止加定喘，并可在大椎拔火罐。体弱加足三里。

支气管哮喘

主穴：定喘。

治法：可用震颤手法，使针感放射到背部。胸闷、胸痛加内关，呼吸困难加天突、膻中，痰多加丰隆，体弱者加足三里。

胸胁痛

主穴：内关、丘墟透照海。

治法：前胸痛内关为主，右侧胸痛针左侧丘墟透照海，左侧胸痛针右侧。也可用支沟配阳陵泉。

胃痛

主穴：中脘、足三里。

治法：恶心、呕吐加内关，隐痛加阳陵泉，绞痛加外关，腹胀加天枢。胃酸多者用强刺激，少者用弱刺激。也可

用左手阳池配右手内关，止痛止吐效果较好。

呕吐

主穴：内关。

治法：妊娠者用弱刺激，婴儿呕吐不止者加涌泉。

腹泻痢疾

主穴：天枢、足三里、止泻穴。

治法：发热加曲池、大椎，里急后重加阴陵泉，腹泻不止用艾灸神阙。

便秘

主穴：支沟、天枢。

治法：先针支沟，用强刺激，一般次日即能大便。如果效果不佳，加刺天枢。

胆道蛔虫症

主穴：迎香透四白、胆囊穴；或内关、中脘、足三里。

治法：疼痛发作时可用强刺激。驱虫可针关元、天枢。

胆囊炎

主穴：中脘、阳池。

治法：阳池用左手，呕吐加内关，效果不佳时加梁门。

麻痹性肠梗阻

主穴：气海、足三里。

治法：气海透关元，用中等刺激。

急性阑尾炎

主穴：阑尾穴、足三里。

治法：用强刺激，捻转 1 分钟，留针 1～2 小时。留针期间每隔 15 分钟加强 1 次。发热加曲池，呕吐加内关，腹痛反复发作时加天枢。

高血压

主穴：曲池、足三里。

治法：曲池用强刺激。头晕、头痛加印堂，失眠加神门、三阴交。每天或隔天1次，10～15天为1个疗程。也可针太冲、人迎（胸锁乳突肌前缘中点，针时避开颈动脉），用强刺激。

心悸、心律不齐

主穴：内关、神门。

治法：用中等度刺激。对心前区痛亦有一定疗效，用强刺激。

肾炎、肾盂肾炎

主穴：肾俞、三阴交。

治法：浮肿严重加人中、关元。

遗尿

主穴：关元、三阴交、中极。

治法：针前先排尽尿。关元向下透中极，用中强刺激。有梦者加神门。

尿潴留

主穴：三阴交、阴陵泉。

治法：针后半小时左右常能自动排尿。如有尿意而排不出，可用指压曲骨（耻骨联合上缘），逐渐加压，帮助排尿。

尿路感染

主穴：关元、足三里。

治法：关元向下透中极，中强刺激。针感应传导至尿道口处。

头痛

主穴：合谷。

治法：因头痛部位不同，可加配穴，如前头痛加印堂，

疼痛不止者可于前额拔火罐；偏头痛加太阳、外关；头顶痛加昆仑或涌泉；后头痛加后溪；全头痛加印堂、哑门。

头昏眩晕

主穴：风池、太冲、太溪。

治法：体格肥胖者针风池、太冲加丰隆，瘦弱者风池、太溪。

面神经麻痹（口眼歪斜）

主穴：合谷、地仓透颊车，阳白透鱼腰。

治法：急性期用弱刺激，慢性期用强刺激，病初起加人中。

坐骨神经痛

主穴：环跳、阳陵泉、殷门。

治法：用中强度刺激，或刺承山旁压痛点。

偏瘫

主穴：曲池透少海、阳陵泉透阴陵泉。

治法：上肢曲池透少海，加肩髃或合谷(交替用)。下肢阳陵泉透阴陵泉，加环跳或悬钟(交替用)。

失眠

主穴：足三里、神门。

治法：一般单用足三里，多梦加神门，高血压加曲池。

癫痫

主穴：哑门、后溪。

治法：发作时针人中，用强刺激，片刻可醒。如果无明显效果，可加腰奇穴，向上斜刺 2～3 寸。

落枕

主穴：落枕穴。

治法：用强刺激，双侧同时运针，捻转法，并令患者头

自然转动。

小儿惊厥

主穴：人中、合谷。

治法：用强刺激，高热加曲池及十宣点刺出血。

疟疾

主穴：大椎、间使。

治法：须在发作前2小时针，用中强刺激。

腮腺炎

主穴：翳风、颊车。

治法：用强刺激，发热加合谷、曲池。

百日咳

主穴：天突、定喘。

治法：先针定喘，用中等刺激，再在大椎穴处拔火罐。痰多加丰隆，呕吐加内关。

肝炎

治法：各项肝功能均有变化者，主穴至阳、胆俞、太冲，有肝硬化腹水者加复溜。转氨酶高者，针大椎、至阳、足三里、行间，肝区疼痛加阳陵泉、支沟，食欲减退、食后腹胀加足三里。

腕关节痛

主穴：外关、阳溪（拇指掌骨后腕横纹处两筋间凹陷中）。

治法：用中强刺激。

肘关节痛

主穴：曲池。

治法：曲池深刺，可透少海。

肩关节痛

主穴：肩髃、肩髎、承山。

治法：肩髎透极泉，或用对侧养老、对侧承山强刺。

髋关节痛

主穴：环跳、白环俞。

治法：用中强刺激，使环跳穴感应放射到足跟部。

膝关节痛

主穴：阳陵泉、膝眼、足三里。

治法：用强刺激，阳陵泉透阴陵泉，外膝眼透内膝眼。

踝关节痛

主穴：解溪、昆仑。

治法：用强刺法，昆仑透太溪。

小腿肌痉挛

主穴：承山、委中。

治法：针后仍有发作者，加阳陵泉。

腰痛

主穴：殷门、肾脊。

治法：用强刺激，同时在腰部压痛明显处加针阿是穴。

乳腺炎

主穴：肩井、膻中。

治法：肩井穴用捻转法，不用提插法，防刺伤肺部。发热加曲池、合谷。

多发性疖

主穴：灵台、血海。

治法：灵台刺出血，血海用强刺激手法。

脱肛

主穴：承山、长强、百会。

治法：承山、长强用强刺激，大幅度捻转；百会用艾条

灸。

内、外痔

主穴：大肠俞、承山。

治法：大肠俞用三棱针挑刺，挑出白色纤维状物数根；承山用中等刺激。

近视

主穴：承泣、翳明、风池。

治法：承泣可沿皮透至内眦角。如视力有增进，可一直用此穴；如无效果，可加眉中透攒竹或丝竹空（眉梢外侧端凹陷处）透攒竹。翳明、风池每次轮换应用。

青光眼

主穴：太阳、睛明、球后。

治法：睛明、球后刺入 1.5 寸左右，不用提插法，轻微捻转。出针后局部按压片刻，防止出血。太阳斜透率谷。

角膜、结膜炎

主穴：睛明、太阳。

治法：针睛明时刺至鼻骨上，用轻雀啄式刺激。太阳透率谷，或用三棱针刺出血。

翼状胬肉

主穴：睛明、太阳。

治法：以针尖在胬肉头部轻轻剥离，在根部点刺，使产生眼球胀感和流泪。

迎风流泪

主穴：睛明。

治法：针刺到鼻骨，行雀啄法，出针后指压片刻，防止出血。

麦粒肿

主穴：睛明、太阳。

治法：睛明针法同前。太阳刺出血。还可在对侧肩部找红色小点挑治，但须与痣分别。

耳鸣暴聋

主穴：听宫、翳风、中渚。

治法：听宫、翳风深刺 1.5～2 寸，用强刺激手法，大幅度捻转。

鼻炎

主穴：迎香、合谷。

治法：急性者每日 1 次，慢性者隔日 1 次，效果不显著加足三里。

鼻出血

主穴：上星、少商。

治法：针上星留针 10 分钟，同时刺少商出血。

扁桃体炎

主穴：合谷、扁桃体穴。

治法：一般针合谷用强刺激法，留针 5 分钟。发热加曲池。

牙痛

主穴：牙痛穴、合谷、内庭。

治法：上牙痛用内庭，下牙痛用合谷，效不显加针牙痛穴。

荨麻疹、湿疹、皮肤瘙痒症

主穴：血海、曲池、风池。

治法：如症状较重，针后不见效者，加刺委中出血。

神经性皮炎

治法：局部基底皮下作十字形穿刺，10 次为 1 疗程。前

5次每天针，后5次隔天针。

月经不调

主穴：关元、三阴交、阴陵泉。

治法：月经多用强刺激，月经少用弱刺激。

闭经

主穴：三阴交、血海。

治法：一般中等度刺激，胖者加丰隆，瘦弱者加足三里。

痛经

主穴：关元、关元俞。

治法：在行经疼痛时用强刺激，经前期用弱刺激。

白带过多

主穴：气海、环跳。

治法：带下稠腻腥臭者用强刺激，清稀者用弱刺激，并加灸气海。

子宫脱垂

主穴：维胞（关元旁开6寸）、气海。

治法：针维胞时针尖向下内沿腹股沟方向斜刺2～3寸，用大幅度捻转，气海针后加灸。

乳汁分泌不足

主穴：膻中、外关、少泽。

治法：用中等度刺激法。

第二节　其他新医疗法

一、耳针疗法

耳针疗法是我国劳动人民在长期与疾病作斗争的过程中创造的。广大革命医务人员在毛主席革命卫生路线的指引下，发掘了祖国医学

这一宝贵遗产，在为工农兵服务的医疗实践中，扩大了治疗范围，提高了治疗效果。

耳针疗法的作用原理目前暂时还不太清楚，一般认为与耳部经络的运行，神经、血管的分布以及耳和内脏器官（脏腑）的联系有关。它有适应证广、简便易学、取效迅速、无副作用等特点，不但可以治疗疾病，而且目前已发展到可以用于诊断、麻醉和预防方面，所以也有战备意义。

（一）耳壳的构造

耳壳由弹力纤维软骨、韧带、肌肉和皮肤构成。上四分之三内有软骨，下四分之一（耳垂）充满脂肪组织。耳壳的解剖部位名称见图2-49。

（二）耳穴

人体各脏器和身体各部，在耳壳上都有特定的“代表区”，当人体内脏和躯体有病时，在耳壳的这些“代表区”就会出现反应，如压痛明显、电阻变低、变形变色等，这些部位就是耳穴。

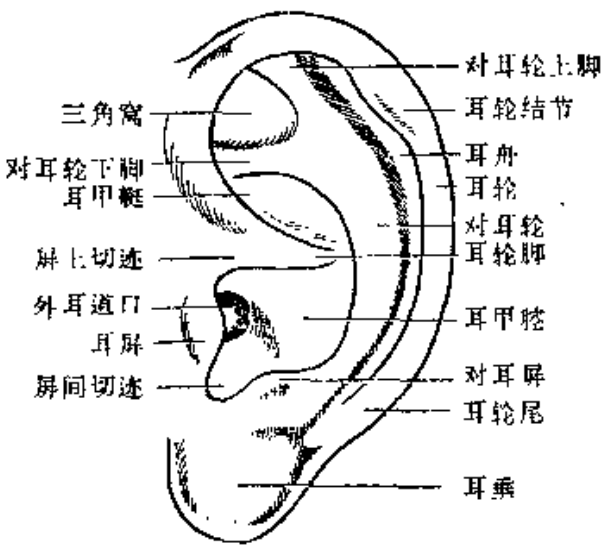


图 2-49　耳壳表面解剖名称

1. 耳穴的分布　耳穴的分布大致如一个倒置的胎儿，头在下，脚在上（图2-50）。

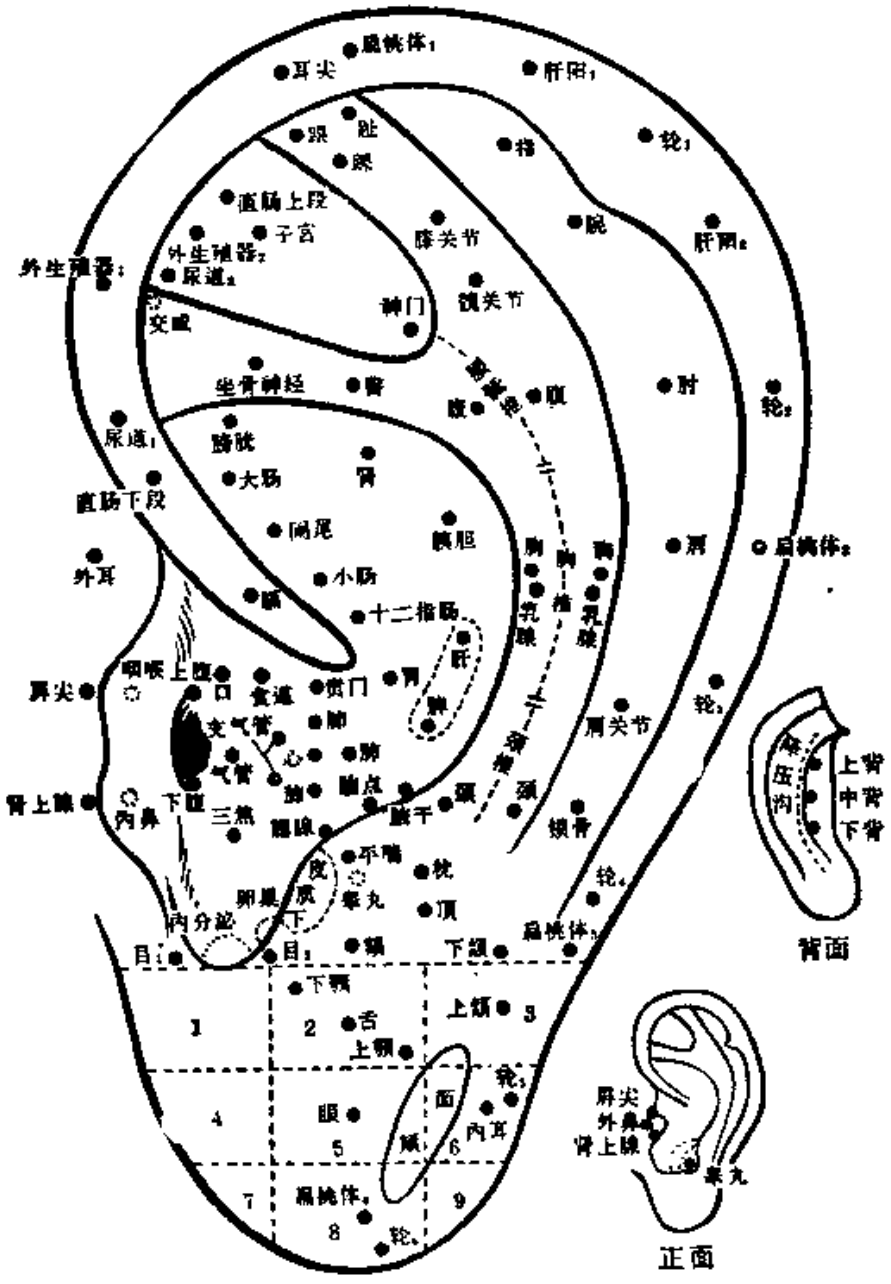


图 2-50　耳针穴位示意图

(1) 耳轮：有膈、直肠下段、尿道、外生殖器、扁桃体和具有消炎、止痛、解热功能的穴点。

(2) 耳舟：相当于上肢。有锁骨、肩关节、肩、肘、腕、指等穴点。

(3) 对耳轮上脚：相当于下肢。有髋关节、膝关节、踝、跟、趾等穴点。

(4) 对耳轮下脚：相当于臀部。有肾、坐骨神经点和交感点。

(5) 对耳轮：相当于脊柱。有颈椎、胸椎、腰骶椎和颈部、胸部、腹部、乳腺等穴点。

(6) 三角窝：相当于盆腔。有子宫、外生殖器、直肠上段、尿道和神门等穴点。

(7) 耳甲艇：相当于腹腔。有胃、肾、小肠、大肠、膀胱、阑尾、胰胆、十二指肠、脾、肝等穴点。

(8) 耳甲腔：相当于胸腔。有心、肺、气管、支气管和口、食道、贲门、上腹、下腹、三焦等穴点。

(9) 耳屏：相当于鼻咽部。有内鼻、咽喉和肾上腺、外耳、屏尖等穴点。

(10) 对耳屏：相当于头部。有平喘、脑干、脑点、枕、顶、额、下颌、腮腺和睾丸、皮质下、卵巢等穴点。

(11) 屏间切迹：相当于内分泌、目等穴点。

(12) 耳垂：相当于面部。有舌、颞、上颌、颊、眼、内耳和扁桃体等穴点。

(13) 耳背：相当于背部和具有降压功能的穴区。

2. 常用耳穴的作用

(1) 皮质下：能调节人体功能平衡，并有镇静作用。

(2) 内分泌：有调节人体神经、体液平衡的作用。

(3) 肾上腺：有抗过敏、消炎、消肿及类肾上腺素的作用。

(4) 三焦：调整脏腑、血管及内分泌功能。

(5) 交感：有解除平滑肌痉挛、减少腺体分泌等类阿托品作用。

(6) 神门：有镇静、止痛、消炎、催眠作用。

(7) 肾：强壮穴，有类似针刺足三里的作用。

(8) 枕：可镇静、止痛、消炎。

（三）治疗常见病耳穴配方

一般疾病均可用耳针治疗，疼痛性疾病效果更显著，配方取穴原则如下：

1．脏腑配穴法　如胃痛取胃、脾，心病取心、小肠，咳嗽取肺、大肠等。

2．局部配穴法　如肩痛取肩，膝痛取膝，胃痛取胃等。

3．压痛点取穴法　压痛点即阿是穴，如阑尾点。

4．经验配穴法　如高血压取肾上腺，疼痛取神门、枕，咳喘取平喘，神经系统症状取皮质下，内分泌疾病取内分泌，胃肠痛取交感等。

具体配方详见下表：

病　　症	主　　穴	配　　穴
咳嗽、气管炎、哮喘	平喘、肺、肾上腺	神门、枕
百日咳	平喘、肺、肾上腺	气管、神门、交感
胸闷	肺、心	交感、胸
感冒	内鼻、皮质下	肾上腺、神门
胃、十二指肠溃疡	胃、十二指肠、交感	神门、皮质下、腹
急、慢性胃炎	胃、脾、交感	小肠、大肠
肠炎、过敏性肠炎、腹泻	大肠、小肠、内分泌、交感	神门
消化不良	胃、小肠、胆	大肠、内分泌
胆道蛔虫症、胆石症	胆、交感、神门	肝、皮质下
阑尾炎	阑尾、交感	腹、大肠、神门
恶心、呕吐	胃、交感	神门、皮质下
便秘	直肠下段、皮质下	大肠
腹胀、肠绞痛	胃、大小肠、神门	交感
高血压	降压沟、心、神门	皮质下、肾上腺
心动过速、心律不齐、期外收缩、心绞痛	心、皮质下、神门、交感	
尿路感染	膀胱、肾、肾上腺、交感	神门
尿路结石	膀胱、肾、输尿管	尿道、交感、皮质下
遗尿	膀胱、肾、尿道	脑点
尿潴留	膀胱、交感	外生殖器、皮质下
子宫附件炎	子宫、卵巢	内分泌

病　　症	主　　穴	配　　穴
白带过多	子宫、内分泌	卵巢
痛经	子宫、交感	皮质下、神门
子宫脱垂	子宫、皮质下	内分泌
阳萎、遗精	外生殖器、睾丸	内分泌、皮质下
神经衰弱、癔病、精神分裂症	皮质下、心、神门、胃	肾、脑干
头痛、头昏、偏头痛	皮质下、额、枕、顶	神门、心
失眠、多梦	皮质下、神门	枕、肾
坐骨神经痛	坐骨神经、臀	神门
肋间神经痛	胸、神门	枕
癫痫	皮质下、枕、心	神门、脑点
鼻炎	内鼻、肾上腺、内分泌	
慢性咽炎	咽喉、心、神门	肾上腺、内分泌
扁桃体炎	扁桃体	内分泌
牙痛	牙痛点(脑干前上方)，上、下颌	
耳源性眩晕、晕车船	皮质下、内耳、枕、胃	神门、额
荨麻疹、皮肤瘙痒症	肺、神门、肾上腺	肝、皮质下
关节扭伤、腰肌损伤、肩关节周围炎	相应部位、神门	皮质下
脱肛	直肠下段、神门	皮质下

（四）操作方法

1．取穴　要少而精，一般用同侧或双侧。取穴方法可采用按压法或探查法。

(1) 按压法：用大头针钝头或直径为1毫米的钝头金属棒寻找压痛点。

(2) 探查法：用简易皮肤电阻测定器（图2-51）在病人耳壳探查，探测头子为直径1毫米的金属棒。测时病人手持铜片或铁壳电池，当探测到敏感点时，病人有刺痛感。同时测定者在耳机内也可听到吱吱的响声。

2．进针　消毒局部皮肤。然后左手固定耳壳，右手持1寸或半寸

的毫针垂直进针，施捻转手法。进针深度一般以刺穿软骨但不刺穿对面皮肤为度，多数病人进针时较痛，亦有酸、胀、麻、重的感觉。为了加强治疗效果，必要时可一穴多针或一针多穴（斜刺）。

3．留针　一般留针10分钟左右，慢性病可适当延长时间，并每隔5分钟左右行一次捻转手法。一般认为留针效果较好。

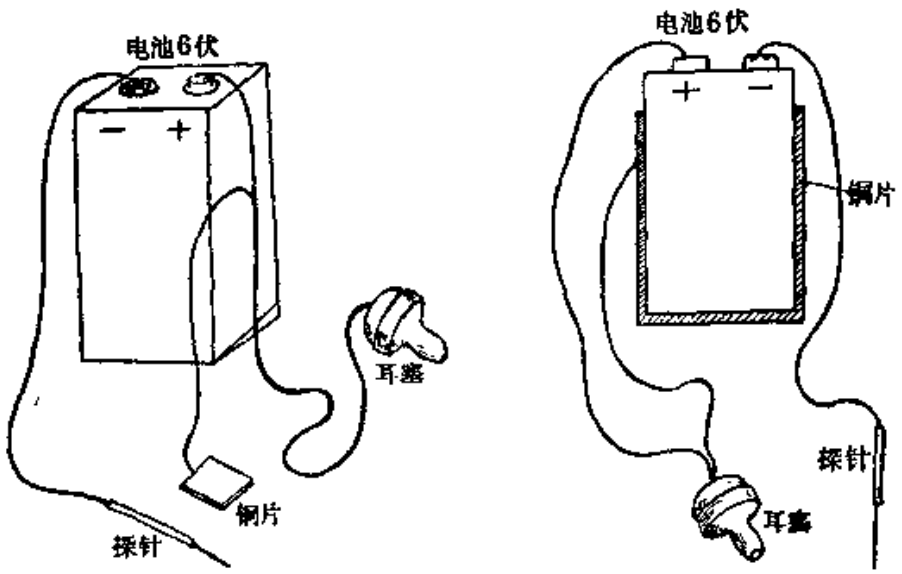


图 2-51　简易皮肤电阻测定器

4．注意事项

(1) 由于耳壳形态差异较大，所以必须灵活应用，耳壳敏感点要与临床病情结合分析。如果病人有多种病症存在，就要从复杂的矛盾中抓住主要矛盾进行治疗，方能获得良好效果。

(2) 耳针治疗一般以7～10次为1疗程，期间隔天或每天治疗1次。每个疗程可间隔1周左右。可进行2～3疗程。

(3) 电刺激时必须控制电流强度和持续时间，避免灼伤皮肤。

(4) 妊娠晚期的病人采用耳针时宜慎重。耳壳冻伤或有炎症时禁针。如发现晕针，处理办法与新针疗法同。

（五）耳针疗法的发展

1．耳穴埋针　用短毫针或皮内针刺入耳穴，贴胶布固定，并经常

自己按压以加强刺激，一般可埋针1周左右。此法适用于慢性或发作性疾病，不产生副作用。

2．耳穴埋线 用细羊肠线，在耳壳的相应部位或穴位进行肠线埋藏（方法详见下述"穴位埋线"项），对某些慢性病有一定的疗效（如降压沟埋线有降压作用），值得进一步研究探讨。

3．耳穴电刺激 用皮肤电阻测定器的电流刺激，同样可达到治疗目的，但电流不能过强，时间不能过久，以免灼伤。

4．耳穴水针 用细针头在耳穴内注射0.1～0.3毫升的某种药液以达到治疗目的（详见下述"穴位注射疗法"项）。

5．耳穴麻醉 用毫针在某特定耳穴上持续地捻转刺激，达到麻醉作用，使手术顺利完成。

6．耳穴诊断 根据人体内脏和躯体有病时会在耳壳出现反应点的原理，当检查到耳壳反应点（如压痛、良导、局部皮肤变色变形等）后，可以推测人体什么部位有病，有利于疾病的诊断和鉴别。当前用压痛、皮肤电阻测定器和肉眼观察法找阳性反应点，以作为临床的辅助诊断方法，是一个新课题，如对肺炎、阑尾炎、胃溃疡、肺结核等，这些都有待进一步实践、研究，使在原有的水平上不断总结，不断提高。

二、腕踝针疗法

腕踝针疗法是在无产阶级文化大革命和批林批孔运动的推动下，中国人民解放军第二军医大学的广大医务人员，发扬了敢想敢干的肯登攀精神，继承和发扬了祖国医学的遗产，在电刺激疗法的基础上和实践中，不断摸索和总结出来的一种新医疗法。它具有简易方便、安全无痛、疗效满意等特点，有利于群防群治，有利于巩固和发展农村合作医疗制度，有利于"抓革命，促生产，促工作，促战备"的顺利进行。通过实践证明，腕踝针疗法是一种行之有效的、深受广大工农兵病人欢迎的新医疗法。

腕踝针疗法主要是根据人体经络与腕、踝部一定的点，以及腕踝部一定的点同身体一定的部位之间有联系的原理，按照病症在身体上

的表现部位，从腕部和踝部选取相应的点作皮下针刺而进行治病的。具体方法如下：

1. **查区** 查区就是查明病症的所在部位，为选点提供依据。人体绝大部分常见的病症（如头痛、腰痛等），在身体上都有一定的表现部位。通过长期的观察，并为应用方便起见，可将人体划分成纵行带状的区域，分区情形大致如下（图 2-52，53，54）：

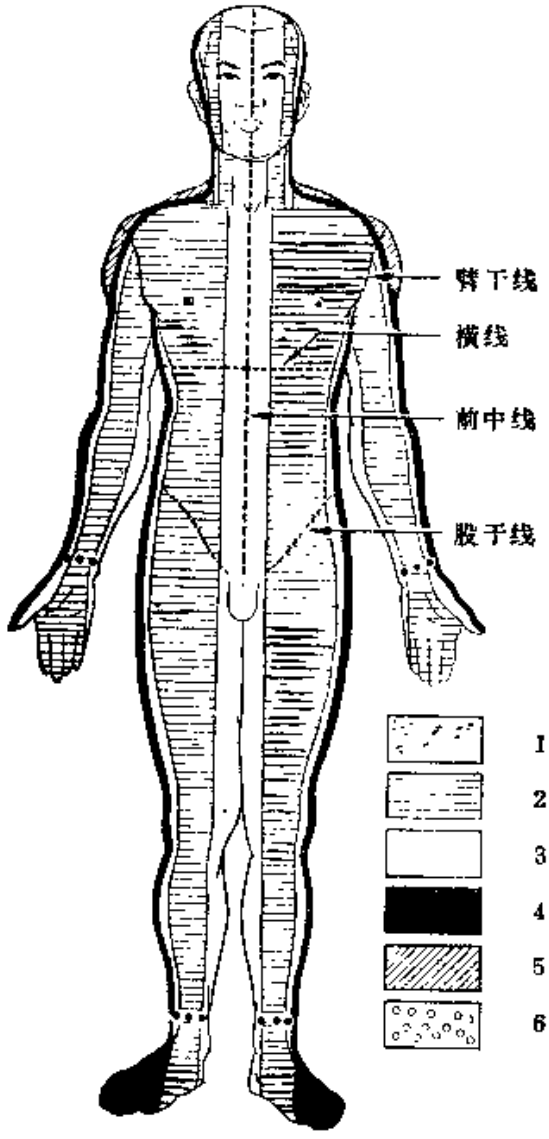


图 2-52 身体划区，前面

(1) 头、颈、躯干方面：以中线为界，将身体两侧由前向后各分为六个纵区：

1区——沿前中线两侧的区域，包括额部、眼、鼻、舌、咽喉、气管、食管、心脏以及上、中、下腹部和会阴部。临床常见的如前额部头痛、结膜炎等眼疾、鼻塞等鼻疾、流口水、咽喉痛、气管炎、胃痛、痛经、遗尿、白带等多属1区内的病症。

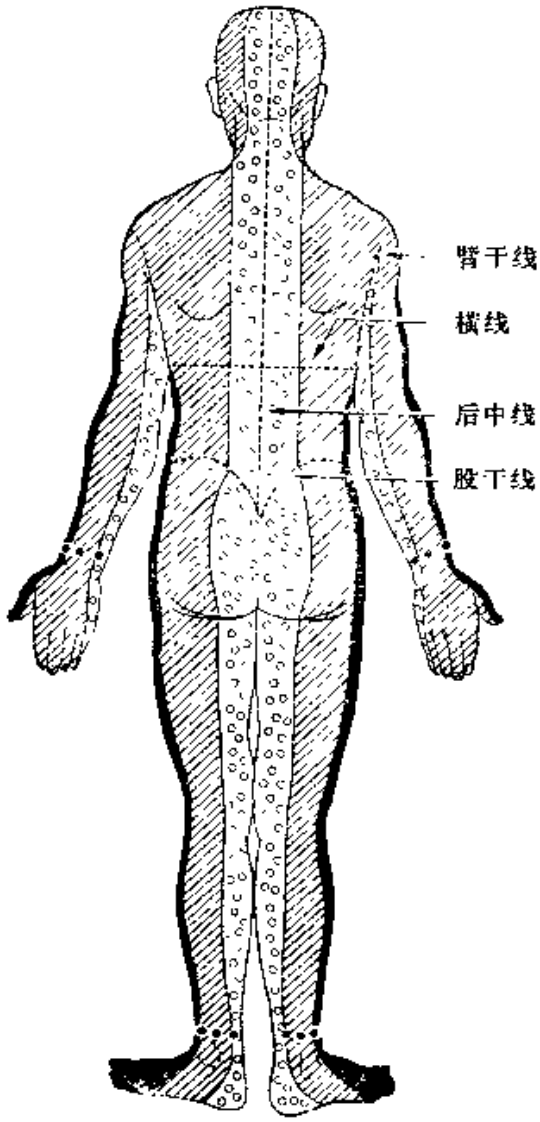


图 2-53　身体划区，后面

2区——身体前面的两旁，包括颞部、颊部、后牙、颌下部、乳根、肺以及侧腹壁部等。后牙痛、哮喘、肝区痛等都属于2区内的病症。

3区——范围狭窄，包括头面部沿耳廓前缘的垂直线，胸腹部沿腋窝前缘向下的垂直线等。此区出现的症状较少。

4区——身体前后面交界处，包括头顶、耳及从腋窝顶垂直向下的区域。头顶痛、耳鸣、耳聋以及腋窝以下的胸、腹痛都属于4区内的病症。

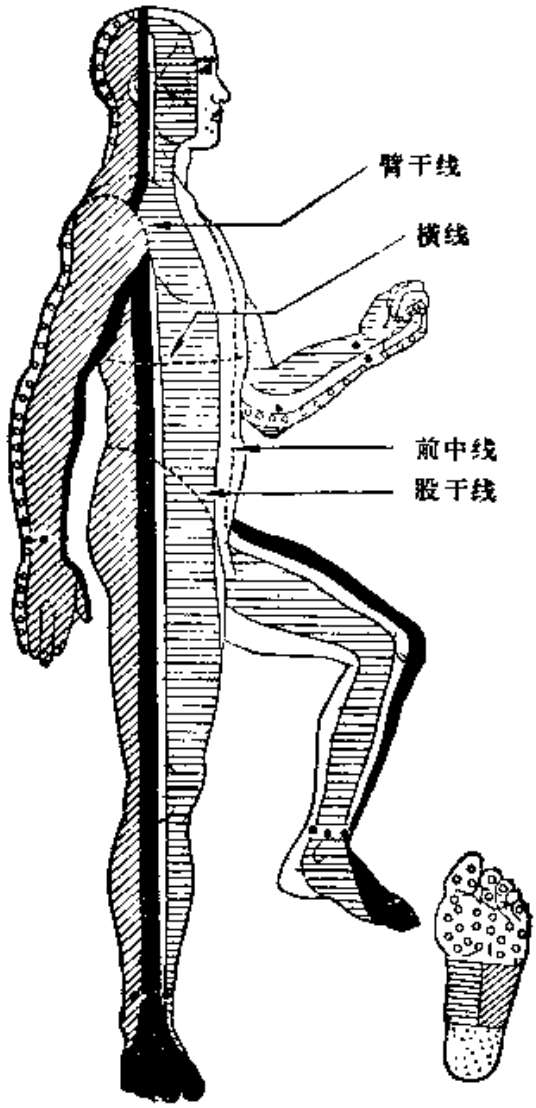


图 2-54　身体划区，侧面

5区——身体后面的两旁，与前面的2区相对，包括头、颈的后外侧部及肩胛区等。落枕、背痛等属于5区内的病症。

6区　　沿后中线两侧的区域，与前面的1区相对，包括后头部、枕项部、脊柱棘突与椎旁、骶尾部、肛门等。后头痛、项痛、急性腰扭伤、腰肌劳损等都属于6区内的病症。

(2) 四肢方面：当两上肢和两下肢处于内侧面向前，两侧互相靠拢的位置时，前面的一条缝相当于前中线，后面的一条缝相当于后中线，其划区与躯干相仿。

2. 选点　选点就是根据已查明的病症部位（区），有针对性地在腕部或踝部选取同名的进针点。

(1) 腕部进针点：大致取在腕横纹上2横指一圈处。相应分成6个点，分别记作上1、上2、上3、上4、上5、上6（图2-55），各点位置如下：

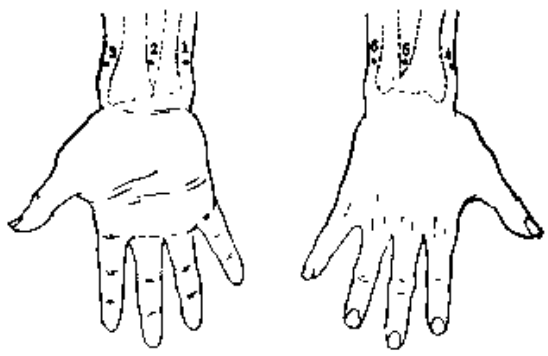


图 2-55　腕部进针点位置

上1：在小指侧的尺骨缘前方，用拇指端按压的最凹陷处。

上2：在腕前面的中点，二条最明显的肌腱之间，即内关穴部位。

上3：靠桡动脉外侧。

上4：手心向内，在拇指侧的桡骨缘上。

上5：腕背面的中点，即外关穴部位。

上6：在小指侧的尺骨缘后方。

(2) 踝部进针点：大致取在内、外踝最高点上三横指一圈处。同样相应分成6个点，分别记作下1、下2、下3、下4、下5、下6(图2-56)，各点位置如下：

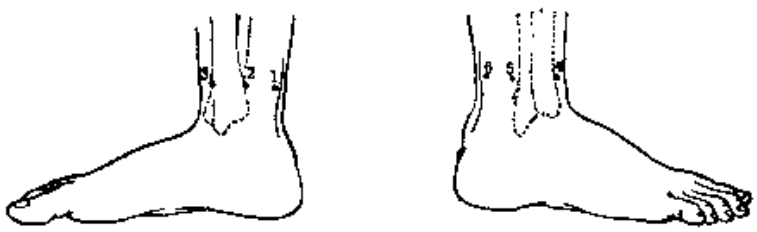


图 2-56　踝部进针点位置

下1：靠跟腱内侧。

下2：在内侧面，靠胫骨后缘。

下3：胫骨前缘向内一横指处。

下4：胫骨前缘与腓骨前缘的中点。

下5：在外侧面，靠腓骨后缘。

下6：靠跟腱外缘。

上述腕踝部的六个进针点中，1和6、2和5相对，4在内外两面的交界上，3很少用。

治病时，应根据身体六个分区与腕踝部六个进针点相一致的原则，按以下要领来选取进针点：

(1) 对能定位的病症，进针点应取在病症所在区的同一侧；以横膈为横线，横线以上的病症针两侧上1或下1，后中线上的病症针两侧上6或下6；几种症状同时存在时，如其中有痛，可首先根据病痛所在的区选取进针点；对运动方面的病症，如瘫痪、震颤等，上肢的可针上5，下肢的可针下4。

(2) 对不能定位的症状，如失眠、盗汗、全身瘙痒症等，均取两侧上1。

各区的主要病症与进针点详见下表：

3. 针法　通常采用30号或32号1.5寸不锈钢毫针，针体要直。

分区	病　　症	进针点
上 1	前额部头痛，麦粒肿、结膜炎、眼球胀痛、视力模糊、视力减退、鼻塞、流涕、嗅觉丧失、三叉神经痛、前牙痛、流口水、急性咽炎、"梅核气"、气管炎、恶心、呕吐、嗳气、呃逆、心绞痛、高血压、偏瘫症、全身皮肤瘙痒症、贫晕、盗汗、寒颤、失眠、精神症状(以癔症性为主)等。	上 1
上 2	前颞部头痛、后牙痛、颌下部痛、胸痛、胸闷、回乳、哮喘、手掌心痛(↓)、指端麻(↓)等。	上 2
上 3	高血压、胸痛(腋前线部)等。	上 3
上 4	头顶痛、耳鸣、耳聋、耳咽管堵塞、下颌关节功能紊乱症、肩周炎(肩关节前部痛)、胸痛(腋中线部)等。	上 4
上 5	后颞部头痛、肩痛、肩周炎(肩关节外侧部痛)、上肢感觉障碍(麻木、过敏)、上肢运动障碍(瘫痪、指颤、肢颤、舞蹈症)、肘关节痛、腕和指关节痛(↓)等。	上 5
上 6	后头部痛、枕项痛、颈胸部脊柱及椎旁痛等。	上 6
下 1	下腹部胀痛、脐周痛、痛经、白带多、遗尿、阴部瘙痒症、跟痛(↓)等。	下 1
下 2	肝区痛、侧腹部痛、过敏性肠炎等。	下 2
下 3	膝关节(内缘)痛等。	下 3
下 4	股四头肌酸痛、膝关节痛、下肢感觉障碍(麻木、过敏)、下肢运动障碍(瘫痪、肢颤、舞蹈症)、趾关节痛(↓)等。	下 4
下 5	髋关节痛、踝关节扭伤(↓)等。	下 5
下 6	急性腰扭伤、腰肌劳损、骶髂关节痛、坐骨神经痛、腓肠肌痛、脚前掌痛(↓)等。	下 6

注：(↓)表示针尖方向朝下或朝指(趾)端。

病人体位一般不限，但针踝部时最好取卧位。

操作前首先应详问病史及体检，在明确病症部位后，再确定进针点和针刺方向。一般情况下，进针点位置不变；但如局部有较粗的血管要避开，可沿纵的直线方向适当移位。针刺方向一般朝上，但如症状在手、脚部位，则可朝下刺(针刺点沿纵的直线方向向上适当移位)。选好进针点后，按消毒常规消毒针体及进针点周围皮肤。

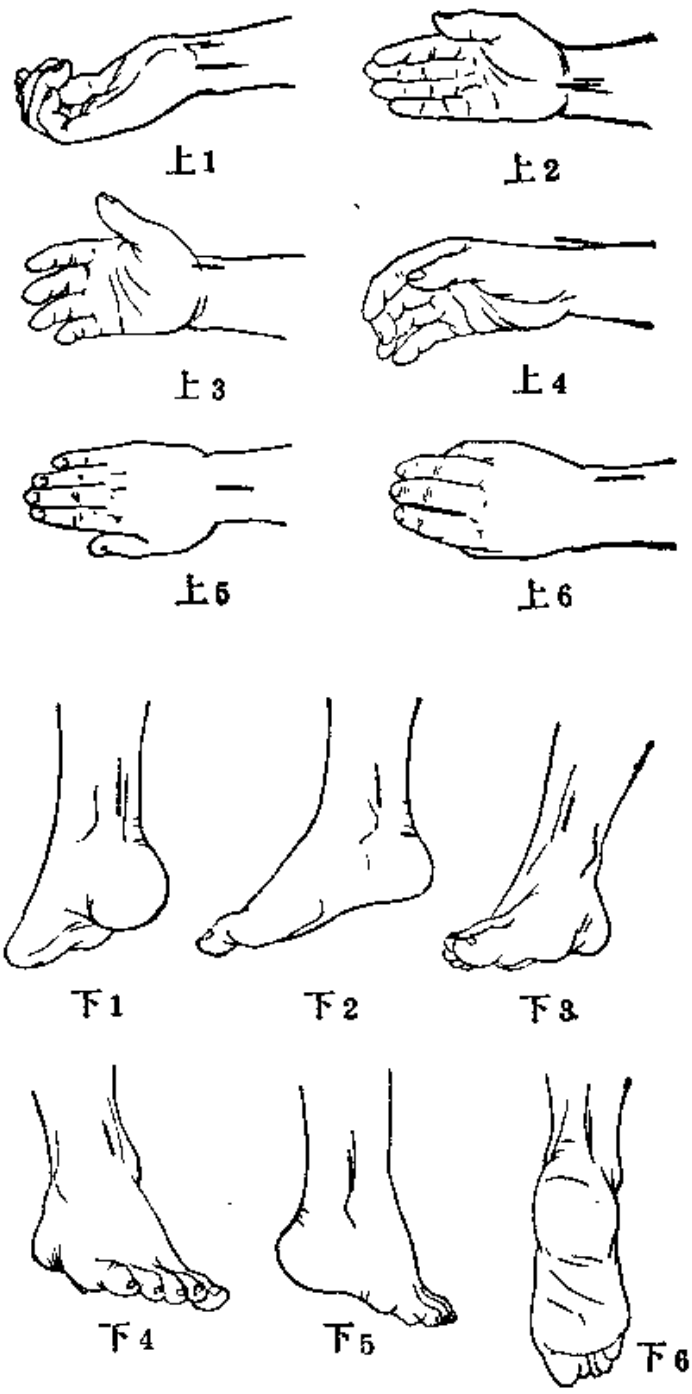


图 2-57　各进针点进针后的位置

(1) 进针：用拇、食、中三指持针柄，针体与皮肤表面成30度角，用拇指端轻旋针柄，使针尖进入皮肤。过皮后即将针放平，贴近皮肤表面，顺直线沿皮下表浅进针。进针速度稍缓慢，要轻，如有阻力或出现酸、麻、胀、疼等感觉，则表示针刺太深，已入肌层，应将针尖退至皮下更表浅地刺入。刺进皮下的长度一般为1.4寸。各进针点进针后的位置见图2-57。

(2) 调针：进针后如原有的疼痛等症状未能完全消除，可进行调针。调针包括：①根据病症部位，稍改变针尖的方向；②尽可能把针退到沿皮下或更浅进针；③改变针刺入皮下的长度等。

(3) 留针：留针时间一般为半小时，此期间不作捻转、提插等强刺激手法。

(4) 拔针：用消毒棉球压住针孔后迅速拔针。

4．疗程 疗程长短视疗效表现而定。一般以十次为一疗程，疗效缓慢者可酌情增加。急性病例每日针一次，慢性病例可隔日一次。

三、穴位注射疗法

穴位注射疗法（也称水针疗法）是在祖国医学脏象、经络学说的基础上发展起来的，是针刺与药物结合起来的一种中西医结合治疗方法。穴位注射时选用临床常用的肌肉注射药液，以小剂量注入穴位内或治疗局部，达到治病目的。具有保证疗效、节省药物、使用简便等特点。

（一）操作方法

1．根据病情选定穴位或痛点，然后用2％碘酊或75％酒精消毒局部皮肤。

2．按一般肌肉注射的要求先将药液抽入注射器内，选择较细长的针头，以执笔式垂直快速刺入，上下缓慢提插，病人有酸、麻、胀感觉后，回抽无血，将药液注入。量少的药物一次注入，量多的应慢慢向外边抽边注，药液注完后拔出针头。

（二）常见病的治疗取穴

临床上常见病和慢性病穴位注射的药量为一般剂量的⅓～½，每

穴一般注入0.5毫升左右。以软组织病变为主的急性疼痛，在痛点注射时根据软组织厚度不同，用量可适当增减。治疗隔日或每日1次，1～2周为1疗程，两疗程间休息3～5日。常见病的治疗取穴和用药见下表：

病症	药物	取穴	用法
发热	复方氨基比林针剂	合谷(双侧)或曲池、合谷单侧	临时用于退热，每穴0.5～1.0毫升
头痛	0.25～1%普鲁卡因溶液	太阳、印堂、合谷	每穴0.5～1.0毫升，每日1次，5天为1疗程
呕吐	5～10%葡萄糖注射液	内关、足三里	每穴3～5毫升，临时使用1～2次
哮喘	0.1%肾上腺素	定喘或合谷	每穴0.1～0.2毫升，发作时用
气管炎	1%普鲁卡因溶液	天突或肺俞	1毫升，每日1次，5～7天为1疗程
三叉神经痛	0.5～1%普鲁卡因溶液	下关、颊车、合谷	每穴0.5～1.0毫升，隔日或每日1次，5～7天为1疗程
面神经麻痹	维生素$B_1$25毫克或B_{12}0.1毫克	翳风、下关、颊车、太阳、四白、地仓、迎香，合谷	每次选2～3穴，每穴注0.2～0.5毫升，每日或隔日1次，10次为1疗程
高血压	利血平0.5毫克	曲池、太冲、足三里	每穴0.1～0.2毫升，有临时降压作用
胃痛	0.5～1%普鲁卡因溶液或阿托品	中脘、胃俞、内关、足三里	每穴1～2毫升，临时使用1～2次
腰背痛	5～10%葡萄糖注射液	相应的腰椎压痛点、夹脊穴、肾俞	每穴注入10～20毫升，隔日1次，7～10次为1疗程
坐骨神经痛		环跳、殷门	
体弱胃口差	复合维生素B注射液	足三里	0.2～0.5毫升，隔日1次或一周2次，15次为1疗程

病　症	药　　物	取　　穴	用　　法
遗　尿	0.5～1%普鲁卡因溶液	中极、三阴交	每穴0.2～0.5毫升，隔日1次，10次为1疗程
神经衰弱		内关、三阴交、神门	
慢性肝炎	维生素B_1、B_{12}	支沟、肝俞（第九胸椎下旁开1.5寸）胃俞、足三里	每次选2穴，每穴0.5～1.0毫升，隔日1次，15次为1疗程

（三）注意事项

1．药物的选择应适合病情需要，应用中草药注射液时要根据药性辨证应用。

2．剂量可按部位不同，灵活掌握，如软组织部位量可大一些，头面部注射量要少，关节附近注射时注意勿注入关节腔内。

3．穴位最好轮换取用，不要较长时间连续使用一个穴位。

4．年老体弱或首次治疗时，取穴要少。

5．注射后有轻度疼痛或当天发热，可不必处理。

四、穴位埋线和穴位结扎疗法

穴位结扎是解放军医务人员创造的一种新疗法，对小儿麻痹后遗症有显著的疗效；此外，对哮喘、胃病等慢性病也有疗效。穴位埋线，是在穴位结扎的基础上发展起来的更简便易行的新疗法，主要用于治疗哮喘、气管炎、溃疡病、腰肌损伤、遗尿等。

（一）穴位埋线疗法

1．方法

⑴ 点穴：根据病情选定治疗穴位或部位，用棉签蘸龙胆紫点穴，并距该穴两旁0.5～1.5厘米处各点1小点，为穿线时进出针的标记。

⑵ 操作者洗手，有条件者戴橡皮手套。皮肤常规消毒，范围为20～25厘米，有条件者铺洞巾。用0.5%普鲁卡因作皮下浸润麻醉，每穴2～5毫升。

⑶ 穿线：左手把结扎处皮肤轻轻提起，用穿羊肠线的直三角针

（9×65毫米为宜）在进针标记处刺入，横贯穴位，出针后拉紧线的两端，牵拉数次，然后把羊肠线拉入皮下，在紧贴皮肤处把线剪断，左手放开，断端即自动退入皮下（注意线头不可留在外面，否则易感染发炎），再用酒精棉球按压针眼，并盖消毒纱布包扎，5天后可取去纱布。

2. 适应证和取穴

(1) 支气管哮喘：可取定喘、外定喘（大椎旁开1.5寸）、膻中、大椎、天突、肺俞，痰多加丰隆（可先取一侧）。也可采用“八华取穴法”：用细铅丝一段，测量病人两乳头间的距离，取其⅔作一等边三角形，顶点放在大椎穴，两底角之点为所取的穴。接着可以底边的中点为下一三角形的顶点。依此类推，共取8个穴位，划上标记（图2-58）。

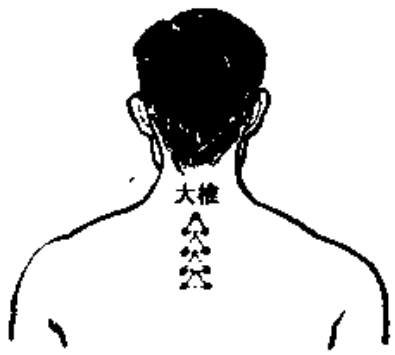


图2-58 八华取穴法

(2) 慢性气管炎：取大椎、大杼〔音助，zhù〕（第一、二胸椎棘突间旁开1.5寸）、风池、肺俞。

(3) 溃疡病：上脘透中脘、胃俞透脾俞、足三里。

(4) 腰肌损伤：命门、肾俞及阿是穴（压痛点）1～2个。

(5) 遗尿症：三阴交、关元、中极、命门、肾俞。

3. 注意事项

(1) 注意无菌操作。局麻前应先作普鲁卡因过敏试验。

(2) 动作要轻捷，穿针方向应与肌纤维方向垂直。如病人有二种适应证，可同时进行，但一次手术不超过5个部位。

(3) 埋线后大部分病人除局部有痒感外，无其他不适，个别病人在穿线后2～3天内病情可能较原先加重，4～5天后好转。

(4) 一般埋线深度与疗效关系不大。多数一次见效，痊愈后可在两个月后再埋一次，以巩固疗效；也可在易发季节埋线一次。一次不愈，可进行第二次，但必须间隔1个月左右。

(5) 发热及有合并感染的哮喘病人，不宜采用此法。

（二）穴位结扎疗法

1. 操作方法（图 2-59）

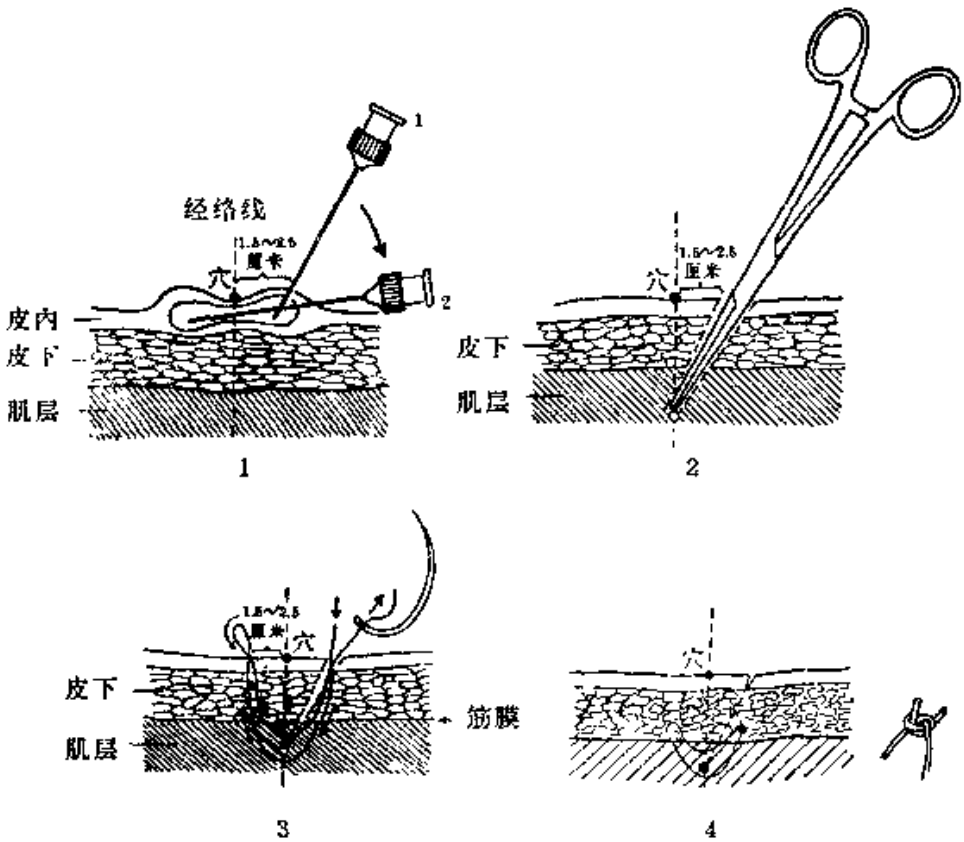


图 2-59　穴位结扎操作方法

(1) 点穴、消毒、局麻同埋线法。

(2) 在穴位旁开 1.5～2.5 厘米处切开皮肤 3～5 毫米，切口与经络走行方向垂直。用蚊式血管钳垂直刺入皮下组织至肌层，加压按摩，以病人有酸、胀、麻、沉重感或病人麻痹肢体出现反应为度。

(3) 穿线结扎：用大号缝皮肤的三角针带羊肠线从切口处刺入，经穴位深部穿过，于穴位对侧约 1.5～2 厘米处穿出皮肤，进出针距约 2.5～3 厘米。然后再从出针处刺入，经穴位浅部穿过返回，于原切口处穿出，结扎羊肠线，剪去线头，将线结埋入切口皮下深处。切口

不缝合，局部按压后消毒包扎。结扎的松紧度可根据具体情况而定，一般属实证（发病时间短、体质强）的可稍扎紧些；反之，属虚证的可稍松些。

2. 适应证和取穴

(1) 小儿麻痹后遗症：见下面小儿麻痹后遗症穴位组合表。

(2) 支气管哮喘：大椎、定喘（双侧）用穴位结扎法，八华穴用埋线法。

〔附〕 穴位结扎疗法新穴（图 2-60）

跳跃：髂嵴最高点后下 2 寸。

阴亢：承扶穴（大腿后侧正中线，臀横纹的中点）内侧 1.5 寸。

直立：委中穴上 4.5 寸，偏内 1.5 寸。

上阳关：阳陵泉穴直上 4 寸。

腓肠：委中穴下 3.5 寸，偏外 1.5 寸。

落地：腘窝横纹中央直下 9.5 寸。

跟平：内外踝联线与跟腱相交处。

迈步：髀关穴（屈股，髂前上棘直下，平会阴处）下 2.5 寸。

四强：髌骨上缘中点直上 4.5 寸。

前进：风市穴上 2.5 寸。

纠外翻$_1$：三阴交穴下 5 分。

趾平：足背趾跖关节中点，左右共 10 穴。

抬肩：肩峰前下 1.5 寸。

举臂：抬肩穴下 2 寸。

3. 注意事项

(1) 同埋线疗法。结扎时注意避开血管、神经。

(2) 穴位结扎的治疗间隔期约 20 天，同一穴位在下一次治疗时最好不重复使用。

(3) 手术后由于组织损伤和羊肠线的刺激，在 24 小时至 5 天内局部可出现红肿、酸、麻、胀、痛和肢体伸屈不便等反应或原有症状加剧等现象，但只要伤口良好，是属于肠线结扎反应的正常现象，无需特殊处理，一周内即可消失。局部有硬块，可热敷。若严重影响局部

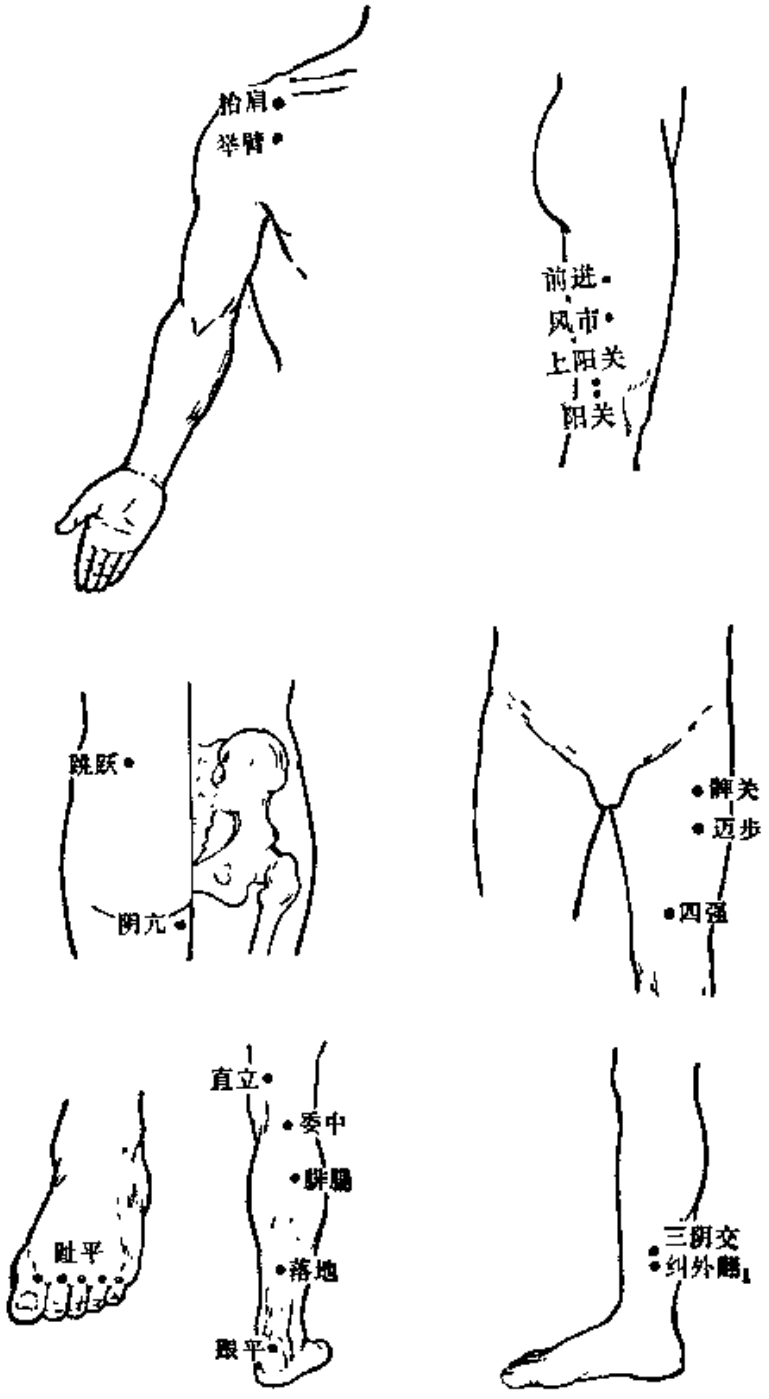


图 2-60　穴位结扎疗法新穴部位

小儿麻痹后遗症穴位结扎选穴组合表

部位	病情	穴位组序 1	2	3	4
下肢	轻	腿细、无力、发凉，能走，跛行，易摔跤。 脚趾不能伸直，足下垂、外翻，膝关节屈曲	下髎、风市、迈步、落地、足三里	趾平、伏兔、纠外翻1、上髎	跟平、承扶、直立	环跳、前进、丰隆
	中	腿无力，发凉，扶拐或扶腿慢行，易摔跤。 足跟离地，足外翻，膝关节后弓变形，腿不能内收	伏兔、上髎、髀关、绝骨、髓顶、阳关	箕门、血海、四强、丰隆、下髎	腓肠、殷门、上阳关	承山、下髎、跟平、四强
	重	下肢全瘫，软如面条，发凉，卧床不起，或扶物能站不能走，生活不能自理	命门、风市、足三里、四强	维道、伏兔、下髎	迈步、血海、三阴交、阴亢	上髎、阳关、殷门、腓肠
上肢	轻	上肢瘫，无力，尚能活动，但手握力小	肩髃、手三里、臑会	举臂、外关、合谷	肩贞、曲池、鱼际、后溪	肩髎、天井、青灵
	中	上肢软弱，无力，发凉，上肢抬举困难，肘部伸屈困难，手腕不能伸展	肩贞、抬肩、肩井、曲池	阳池、臑会、四渎、天宗	肩髎、肩贞、手三里	大椎、外关、手三里
	重	上肢全瘫，软如面条，发凉，肌肉严重萎缩	大椎、肩髎、肩贞、举臂	天宗、手三里、合谷	天井、外关、肩井	大椎、肩髎、手三里
腰部		腰部前后或左右弯曲变形，不能坐起，或不能直腰，臀部肌肉萎缩	命门、大椎、跳跃、阴亢、血海、落地	维道、中髎、风市、丰隆、心俞	上髎、承扶、箕门、绝骨	前进、下髎、足三里

注：1.趾平穴（治趾屈曲挛缩）、跟平穴(治足下垂）仅能穿线，不作结扎。

2.各组穴位可循环或交叉使用，每次结扎选用1组。

3.有关穴位的部位：下髎：第四骶后孔中；中髎：第三骶后孔中；上髎：第一骶后孔中；伏兔：髌骨外上缘直上6寸；髓顶：髂骨上缘正中凹陷处；阳关：此处指膝阳关，在股骨外踝之上方凹陷处，屈膝时于膝关节外侧筋骨之间取之；箕门：在血海穴上6寸；维道：髂前上棘前方旁侧，平脐下3.5寸处；手

三里；曲池穴下2寸；臑会：肩髃穴直下3寸，在三角肌后缘；鱼际：仰掌时在第一掌骨中点之桡侧，赤白肉处；天井：屈肘时在肘尖（尺骨鹰嘴）上方1寸许凹陷处；青灵：屈肘，从肘横纹尺侧端与肱骨内上髁之间凹陷处直上3寸；四渎：伏掌横臂，肘下5寸，两骨之间；天宗：肩胛冈下窝的中央。

活动和出现循环障碍者，是由于结扎了肌腱和主要血管所致，应剪开线头，松解结扎，症状即可消失。若已化脓，则需抽除未吸收的肠线，清除脓液，并按一般感染伤口处理。

五、挑治和割治疗法

（一）挑治疗法

挑治是在总结我国民间疗法的基础上，发展并丰富起来的一种新疗法，可以治痔疮、麦粒肿、颈淋巴结核等。

1. 挑治部位的选择

(1) 痔疮挑治点：痔点一般散布在背部第七颈椎至第五腰椎，两侧腋后线之间的范围内，多见于中、下部。呈丘疹样，针帽大小，稍突起，略带色素，多为灰白、暗红、棕褐、浅红色，压之不退色，有的点上可长一根毛，但须与痣、毛囊炎、色素斑等区别。寻找困难时，可用两手在病人背部摩擦，观察痔点的出现。若同时出现两个痔点，选其明显的一个。痔点越靠近脊柱，越靠下，效果越好。此外，也可行穴位挑治，可取关元俞（第五腰椎棘突旁开1.5寸）、大肠俞、气海俞（第三腰椎棘突旁开1.5寸），也可在第三、四、五腰椎旁开0.5寸处挑治，每次挑一对穴位。

(2) 麦粒肿挑治点：在病人患眼对侧的肩胛区内，找到粟粒大、高出皮肤、淡红色且压之不退色的小皮疹点。

(3) 颈淋巴结核挑治点：在病人两肩胛间下角以上的脊柱两侧，找到色红、稍高出皮肤、小米粒大、压之不退色的挑治点。

2. 操作方法 病人反坐在靠背椅上，两手扶椅背。挑治点局部消毒，用普鲁卡因皮内麻醉（但不麻醉的效果较好）。用三棱针或粗针挑破表皮约1厘米长，将真皮层的致密结缔组织纤维进行大幅度牵拉达到强刺激，最后将纤维全部挑断，至露出皮下脂肪组织为止。此

时病人微痛，出血极少。挑后涂碘酊消毒，敷盖纱布，贴上胶布。挑治后间隔7天，再行第二次挑治。一般3次即可获效。

3．注意事项

(1) 注意无菌操作，防止感染，挑后1周内避免沾水。

(2) 取强刺激手法，即在挑起皮下结缔组织时，可拉紧纤维，大幅度摆动数次后，用力挑断。

(3) 孕妇禁挑。

(4) 挑后少吃刺激性食物。

（二）割治疗法

割治是在体表一定部位和某一穴位处割去少量皮下组织（脂肪、结缔组织等）而达到治病目的的一种方法。它是祖国医学的独特疗法之一，对支气管哮喘等多种慢性病有较好的疗效。

1．适应证和割治部位（图2-61）

(1) 从中指至大陵穴（仰掌，腕关节横纹正中，两筋之间）成一直线，自大陵穴向掌心方向沿直线约1.5厘米处开始切口。适用于慢性胃炎、胃肠神经官能症、胃溃疡、胃下垂、慢性肠炎、消化不良等。

(2) 自神门穴至无名指与小指间方向1.5厘米处开始切口，切口斜向食指部。适应证同上。

(3) 手掌第二、三掌骨间，食指与中指根部联合处向下约0.5～0.7厘米处。适用于哮喘、慢性气管炎、神经衰弱、神经性头痛等。

(4) 大鱼际的鱼腹部。适用于哮喘、小儿疳积。

(5) 手掌第四、五掌骨间，无名指与小指联合处向下约0.5厘米处。适用于神经衰弱、神经性头痛、偏头痛。

(6) 穴位割治：如慢性气管炎和哮喘割膻中、定喘，神经衰弱割百会，胃、十二指肠溃疡割脾俞（第十一胸椎棘突旁开1.5寸）、胃俞、中脘等。

2．操作方法

(1) 常规消毒及局麻。

(2) 用小尖头手术刀，直戳割治部位，划割约0.4～1厘米宽，0.4厘米深的创口。挑或挤出少量皮下脂肪，如赤豆大小，并剪去（图

2-62)。但必须注意，切勿伤及神经、血管。然后，用红汞棉球涂擦，覆盖纱布，包扎。5天后解除包扎。

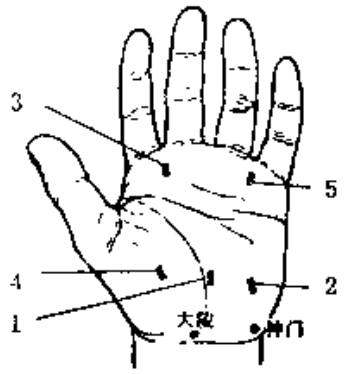


图 2-61　割治部位

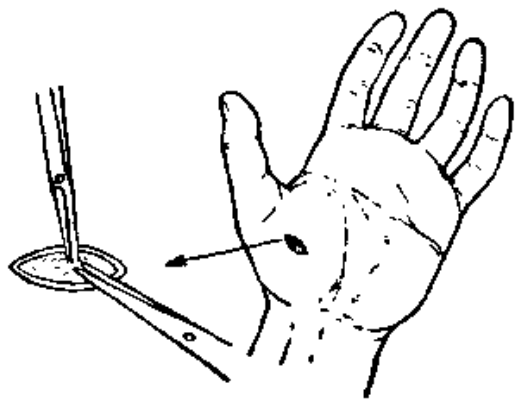


图 2-62　割治手法

(3) 必要时可作局部强刺激，如用蚊式钳深入切口，轻夹数次皮下组织，在骨膜上滑动数次（如割腿中穴时），使病人有强烈的酸、胀、麻感觉。

3. 注意事项

(1) 注意无菌操作，防止感染。伤口避免沾水。

(2) 术后须在局部按压5分钟左右，以防术后出血。

(3) 割治切口如较大的，可在皮上缝合1针。

六、推拿疗法

推拿疗法是通过双手在病人体表某些部位，运用各种手法进行治疗疾病的一种方法，是祖国医学的独特治疗方法之一。推拿疗法有疏通经络、气血，滑利关节，促进血液循环、新陈代谢，改善局部组织营养，加速受伤组织修复和增强抗病能力的作用。对运动系统、神经系统、消化系统的某些疾病有一定的疗效，特别是对腰部和四肢关节软组织扭伤、腰背痛、腱鞘炎、腰椎间盘突出症、各种关节痛等有效；此外，对腹泻、小儿发热、消化不良、乙脑后遗症等也能起积极的治疗作用。

1. 操作方法 推拿的手法种类较多，目前临床上较常用的有如下几种：

(1) 滚法：用掌背小指侧，小指与无名指基底部着力于病人的体表上，运用适当的压力使腕关节连续地作屈伸运动（图 2-63），称为滚法。适用于肩背、腰臀和四肢部位。

(2) 拿法：用拇指同其余四指拿住患部肌肤，用力提起（图 2-64），称为拿法。适用于颈项、肩背、腋下及四肢部位。

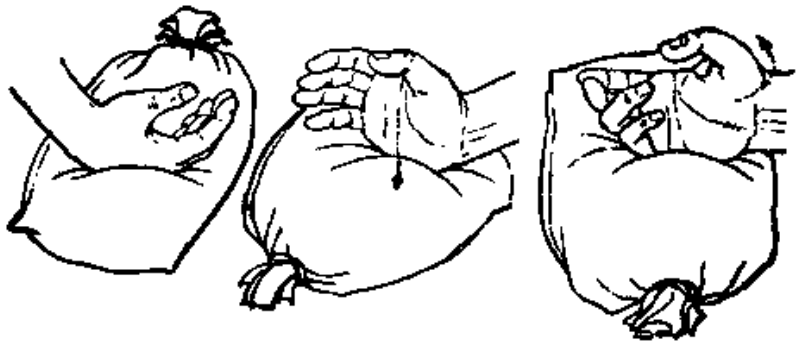
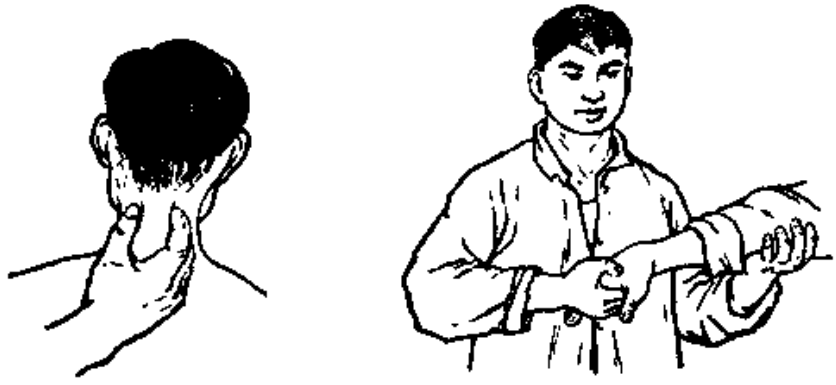


图 2-63 滚法



1 2

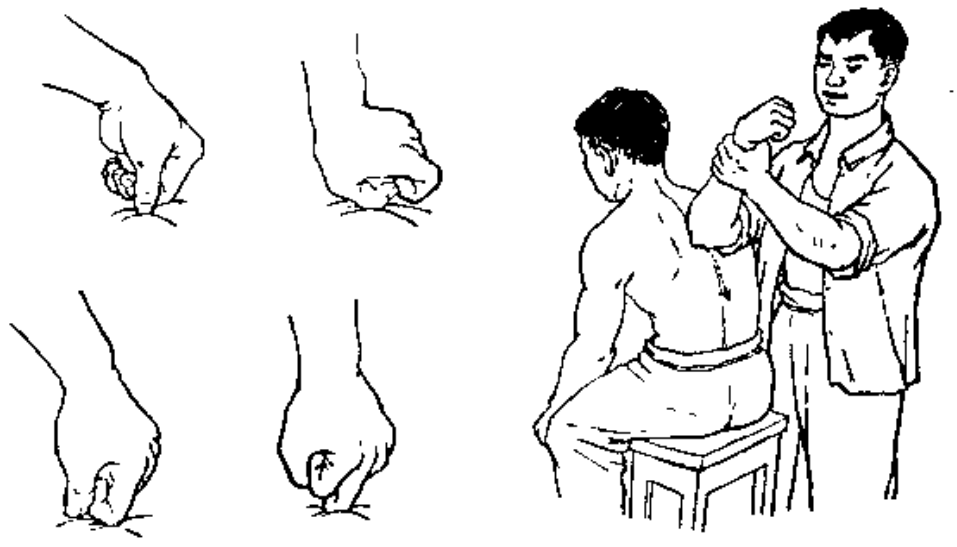
图 2-64 拿法

1.拿风池；2.拿合谷

(3) 按法（点法）：用拇指罗纹、食指屈指中节或屈肘尺骨鹰咀着力于一定部位，由轻到重地向下压（图 2-65），称按法。适用于全身各部。

(4) 摩法：用掌心或掌根附着于治疗部位上，作回旋动作（图2-66），称为摩法。适用于腹部。

(5) 揉法：用大鱼际附着于一定部位，以腕关节作主动地摆动（图2-67），称为揉法。适用于面部、腹部和肿胀部位及周围。



1　　2

图 2-65　按法

1.指按；2.肘按

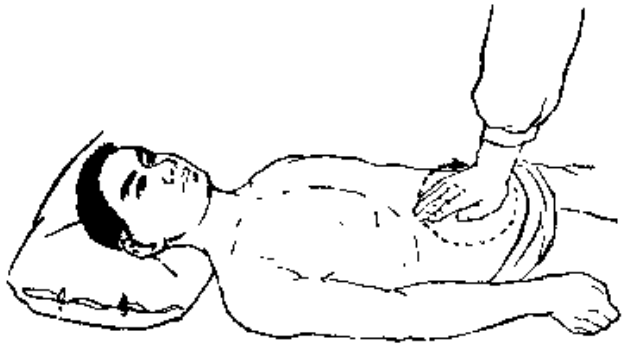


图 2-66　摩法

(6) 擦法：用全掌或小鱼际附着于治疗部位上，作上下左右来回推动（图2-68），称为擦法。适用于全身各部，可使局部发热。擦时需

用冬青油膏（含冬青油 18%、凡士林 80%、薄荷油 2 %）或伤筋药水等作润滑剂。

(7) 抹法：用单手或双手拇指罗纹或偏峰紧贴皮肤，前后左右抹动（图 2-69），称为抹法。适用于头面部。

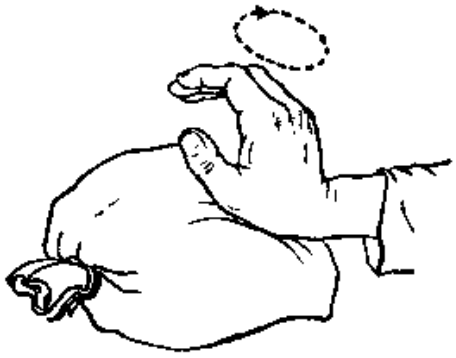


图 2 67　揉法

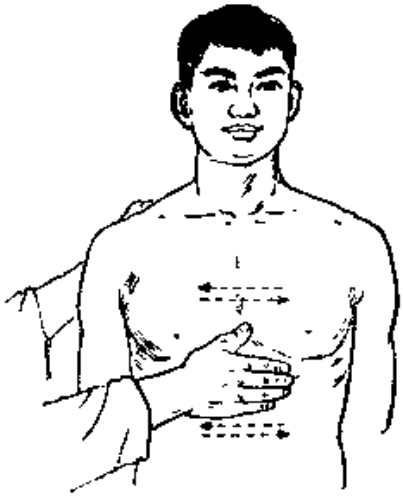


图 2-68　擦法

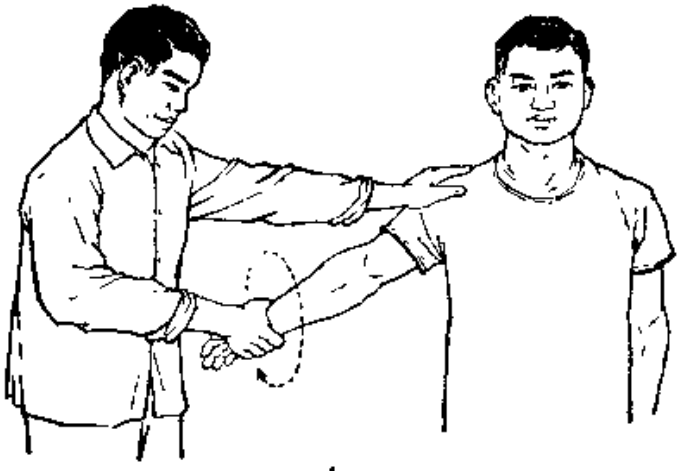
图 2-69　抹法

(8) 摇法：用两手将病人患肢关节前后托住或握住，然后上下左右徐徐作环转摇动（图 2-70），称为摇法。适用于各关节部位。

2．适应证和治疗方法

(1) 头痛、头晕：按摩太阳，推印堂，拿风池，点按合谷。

(2) 偏头痛：按摩太阳，拿外关，拿按四渎。



1

2

图 2-70　摇法

1.摇臂；2.摇颈

(3) 腰扭伤：拿跟腱，按定喘，点按承山，点按痛点对侧相应点。

(4) 肩臂痛：拿肩井，拿腋窝，点按外关，摇患肢关节。

(5) 腰腿痛：拿下肢，拿跟腱，点按承山，拿腘窝，点按痛点的对侧相应点。

(6) 落枕：拿肩井，拿风池，点按外关。

(7) 牙痛：点按合谷，按揉颊车。

(8) 鼻炎：按摩迎香（有热感为度），点按合谷。

3. 注意事项

(1) 在运用手法和配合动作时不能用力过度。初次治疗的病员在治疗后可能出现轻度疼痛反应，这是正常现象，可继续进行治疗。

(2) 在施行手法时病人应坐着或躺着，使肌肉放松，便于治疗。手法的轻重，依病人体质而定，肌肉丰厚、体质强的手法宜重，反之手法宜轻。

(3) 有严重心脏病、极度衰弱、妊娠期、经期或产后恶露未净等不宜推拿治疗。

4. 小儿推拿 小儿推拿对外感发热、婴儿腹泻、消化不良、惊厥等有较好疗效。但手法宜轻柔缓和，操作时宜用姜汁、葱白汁、酒精或水作润滑剂。与成人不同的手法有如下几种：

(1) 推脊法：食中两指并拢，用指面蘸水自大椎循脊柱向下推至第二腰椎为一次（图 2-71），主治小儿发热。

(2) 捏脊法：两手食指半屈，拇指伸直对准食指前半段，捏住小儿皮肤，自尾骶部长强穴沿脊柱边提捏、边向上推进到大椎为止，算作一遍（图 2-72），主治消化不良、食积腹泻。

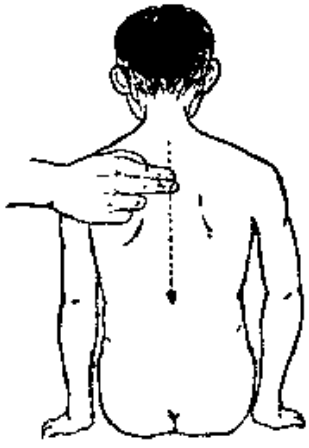


图 2-71 推脊法

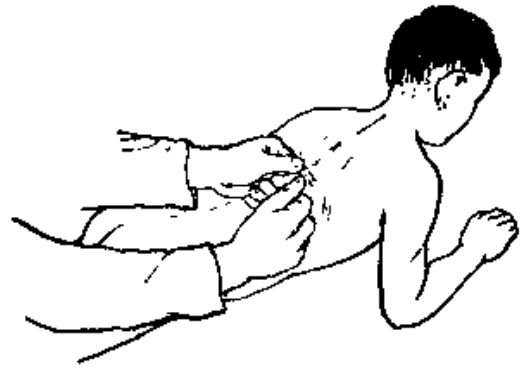


图 2-72 捏脊法

(3) 推七节：中指面按住尾椎，向上推至第四腰椎为一次（图 2-73），主治小儿腹泻。

(4) 揉脐中：中指面轻按脐中，然后揉动，一转为一次（图 2-74），主治肠鸣腹痛、婴儿腹泻。

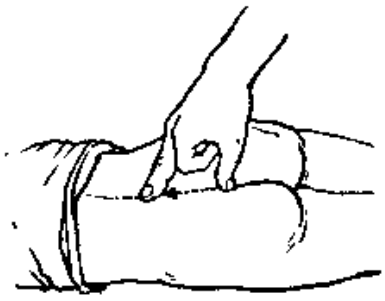


图 2-73　推七节

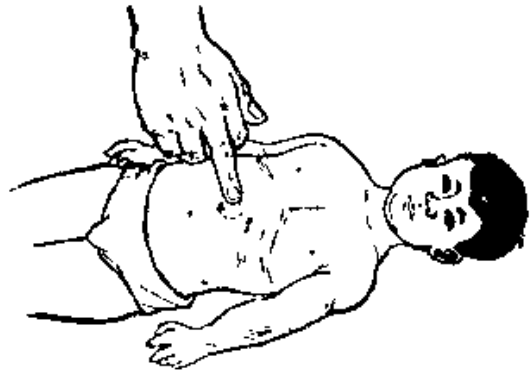


图 2-74　揉脐中

七、拔火罐和刮痧

(一) 拔火罐

1. 操作方法　拔火罐主要是通过燃烧和加温，使罐内空气减少而吸附在人体一定部位，对局部起刺激作用而达到治疗的目的。常用的有竹罐、陶瓷罐、玻璃罐等，只要颈口光滑、一端密封即可。操作时把易燃纸片点燃后投入罐内，待火旺后未熄之际迅速将罐扣在选定的部位。也可用棉球蘸少许 95% 酒精，点燃后在罐内沿底部涂抹一圈，然后迅速扣罐。注意酒精不宜过多，否则易烧伤皮肤。如病灶范围较大，可在拔罐前先涂一层凡士林，拔罐时将罐上下左右移动。扣罐后 15～20 分钟，局部皮肤红晕时，可以起罐。

2. 适应证和穴位

(1) 感冒：大椎、身柱（第三胸椎与第四胸椎之间）、太阳、合谷。

(2) 头痛：印堂、太阳、大椎、风池。

(3) 肺炎：身柱、大椎、肺俞（第三胸椎棘突旁开 1.5 寸）。

(4) 胃痛、胁痛：肝俞、膈俞（第七胸椎棘突旁开 1.5 寸）、胃俞、中脘、内关、足三里。

(5) 关节痛、扭伤：取疼痛局部和关节周围，或配邻近经穴。

(6) 痛经：气海、中极、关元、天枢、肾俞、三阴交。

(7) 高血压头晕：脊柱两旁上下推动。

3. **刺血拔罐法** 在选定部位用三棱针或梅花针轻刺，见出血点为度，再拔火罐。

4. **水罐** 将青霉素或链霉素小瓶（需保留橡皮塞和铝盖的）切掉瓶底，边缘磨光。操作时罐内装药液（药液需有刺激性，如大蒜浸液或辣椒液）半瓶，紧叩在选定的治疗点上。用注射针头刺入橡皮塞，抽出罐内空气，使罐吸在皮肤上。10～15分钟后，再用注射器注入空气，取下水罐。此法可治风湿痹痛，一般每日或隔日进行，每次2～3处，部位宜更换，10次为1疗程。

（二）刮痧

1. **操作方法** 用汤匙、硬币或小瓷碗的边缘，蘸豆油或麻油，在选定的部位，以一定的方向轻刮，至皮肤出现紫红色条痕（"痧"）为止。也可屈食、中两指，蘸白酒、姜汁或水，用两指节夹住皮肤以一定力量提起，待滑脱后再提，至局部出现痧痕。

2. **适应证和部位** 适用于感冒头痛、急性胃肠炎、中暑、关节炎等。

(1) 头痛、头晕：刮前后颈部，共6～8条，前侧用提法，后侧用刮法。

(2) 恶心、胸口闷：刮前胸及两锁骨窝。

(3) 食欲不振、腹痛腹泻：刮胸、背部。

(4) 关节痛：刮局部。

3. **注意事项**

(1) 急性传染病、急腹症禁刮，毛发部位、静脉曲张处、血管浅表处不宜刮。

(2) 用具要光滑，用力要适当，避免刮破皮肤。

复习方法及思考题

1. 试述新医疗法的意义及各种新医疗法的特点。

2. 熟悉新针疗法常用穴位及其适应证。

3. 轮流到公社卫生院参加新医门诊，掌握基本操作后，在本大队广泛开展，从实践中进一步掌握并不断发展，更好为贫下中农服务。

4. 有条件者可进行自学，进一步掌握十四经脉的有关知识。

第三章　常用中草药

农村合作医疗制度，是无产阶级文化大革命中涌现出来的新生事物，是在毛主席革命卫生路线指引下取得的丰硕成果。实行合作医疗，有利于限制资产阶级法权，缩小三大差别，巩固无产阶级专政。合作医疗制度充分体现了伟大领袖毛主席对广大贫下中农的亲切关怀，受到了各地贫下中农的热烈欢迎。几年来，这一新生事物已越来越显示出它的巨大优越性，对于保障广大贫下中农健康，保护劳动生产力，促进农业学大寨运动的深入开展，起了很大的作用。但是，要进一步巩固和发展合作医疗，除了要政治挂帅，思想领先，预防为主，以及健全各项制度等外，发动群众，大搞草医草药，也是重要的一环。

中草药是祖国医药学的重要组成部分。具有验、便、廉的优点，全国各地农村几乎到处都有，资源丰富，取用方便。对于使用中草药防病治病，我国劳动人民一向有着优良的传统，并且积累了相当丰富的经验。有一些所谓“不治之症”的疾病，经过使用中草药，得到了满意的疗效。因此，把群众组织起来，积极开展发掘、使用中草药防病治病的群众运动，对于贯彻落实毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针，对于攀登医学科学高峰，都具有重大的意义。我们赤脚医生一定要努力学习毛主席著作和关于社会主义时期阶级、阶级矛盾和阶级斗争的学说，学习毛主席对卫生工作的指示，积极参加批判王、张、江、姚反党集团的斗争，以阶级斗争为纲，坚持卫生革命，为全面落实毛主席关于

“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大指示而奋斗。

第一节　中草药基本知识

（一）怎样辨认中草药

1. **看**　就是看植物的叶、茎、花、果的特点。例如天仙藤、何首乌、天将壳的叶子都是心形，紫花地丁的叶形象犁头。香附、水蜈蚣的茎都是三角形的，薄荷、益母草的茎都是方形的。半边莲的花，花瓣偏向一侧，很象半边荷花。忍冬藤是缠绕藤本，茎向左缠，花初开时白色，以后变黄，一株同时见黄花、白花，所以叫金银花。

2. **嗅**　就是揉碎叶子，剥开果实，切开根茎，用鼻子嗅一嗅，根据不同的气味来区别外表类似的品种。如薄荷、藿香都有香味，鱼腥草有鱼腥味。

3. **摸**　就是用手触摸、揉捻的方法来观察植物。如墨莲草揉碎后见有黑色汁液，蒲公英摘叶揉碎后流出白色乳状液，木贼的茎摸上去很涩。

4. **尝**　就是用嘴尝药以辨别其味道，嚼后即吐出（一般尝微量药是不会中毒的，但对剧毒药草要特别注意）。如酢浆草的叶子很酸，挂金灯的果实很苦。

通过对植物的看、嗅、摸、尝，就容易作到正确辨别。再把药名和当地土名挂起钩来，让群众也知道，原来经常见到的什么草就是什么药，可防治什么病，并进一步弄清本地的药源。这样就能够发动群众，作到有计划、有组织地采集，有利于药源保护。此外，还应鼓励利用十边田、零星土地种药，扩充药源和品种。

（二）怎样采药

采集中草药，应掌握好季节，这对于提高药物的疗效有密切的关系，如：采用根和根茎的药物，以秋末春初为好，因为此时植物的养料大都贮集在根和根茎内，如何首乌、天花粉等。采用叶或全草的药物，应在植物生长的全盛时期或半花期采集，如藿香、佩兰、薄荷、车前草、蒲公英等。花类药物以含苞待放或初放时为最好，如果花朵开足后，容易散落，影响质量，如金银花、腊梅花等。采用皮的药物，以春夏之交为好，因为此时长势旺盛，皮和木质部也容易剥离，如合欢皮等；但用根皮的药物，以秋后采集为佳，如苦楝皮。采集果实的药物，有些宜初熟或未熟时摘取，如枸橘、李；但有些则须充分成熟后摘取，如瓜蒌。

此外，采集时还应注意气候、时间和方法。例如根茎一类药物，须在晴天采集，因泥土疏松，易于挖掘。花、叶、果实一般不能在下雨或露水未干时摘，否则容易霉烂，难于保藏。还有一个问题特别重要，就是要注意保护药源，要留种，不要"一锅端"。如采用根或根茎，最好留下一部分根或块根，以便来年再长；采用叶子，不要全株叶子一次采光，可保留一部分，以利生长；采用树皮，生剥时要有间隔的纵剥，切忌环剥，以免植物死亡；采用根时，应当考虑该植物的茎、叶是否也可入药，以充分利用药源。

（三）怎样制药

1. 晒干 利用筛子等把药物摊开，在阳光下曝晒。一般草药都用此方法，例如车前草、凤尾草、蒲公英、仙鹤草、夏枯草等。

2. 阴干 将植物放荫凉、通风、干燥的地方，利用空气流动，逐渐蒸发植物中的水分，以达到干燥的目的。此法用于花类或芳香性药物，如玫瑰花、薄荷等。

3. **烘干** 利用烘房或火炕低温烘烤，使药物干燥，主要用于富有淀粉、糖分的药物。

4. **特殊炮制** 有的生药毒性大，或者药性一时不能发挥，必须加拌其他药物或醋、酒、盐等辅料，经蒸、煮、漂等多道工序加工，例如半夏、香附等。

〔注〕 几种常用辅料的比例(按上海市炮制规范)：

(1) 醋炒：以醋 15% 同炒。

(2) 酒炒：加黄酒 15% 同炒。

(3) 盐水炒：用食盐 2 %化成盐水同炒。

(4) 蜜炙：加蜂蜜 15～35% 拌炒。

(5) 姜汁炒：用生姜 25% 捣汁拌炒。

经过炮制的药物，必须选择高爽、干燥、空气流通的房间，搭架分层贮放，室内要设有石灰箱，以保持空气干燥。应定期检查，注意晾晒，防止虫蛀霉变。特别如发现了虫害，必须立即扑灭，以免蔓延。除虫的方法，一般(除芳香药外)可用火烧或硫黄烟熏，效果很好。

无产阶级文化大革命以来，各地普遍建立土药厂（房），利用土设备，除制作一般丸、散、膏、片剂外，不少地方还制出了合乎要求的注射剂、糖浆剂等多种剂型，为中草药的加工炮制开创了新的局面。

（四）怎样用药

首先要政治挂帅，深入细致地做好思想工作，使病人树立起为革命治病和战胜疾病的信心。

第二，必须弄清病情，根据病人的具体情况，辨证论治。

第三，必须了解药物的性能。按中医传统的理论来说，药物的性能有四气五味。

四气指寒、热、温、凉，其中寒与凉（微温）同类，热（大温）与温同类，只是程度不同；不属此二类的称为平性药，药性比较平和。五味指辛、酸、甘、苦、咸，不属此五味的为淡味。药物的性能不同，其作用也有所不同。一般来说，寒凉药有清热作用，适用于热证；温热药有祛寒作用，适用于寒证。辛味的药多具有发散和行气的作用，甘味的药多具有补养与缓和的作用，苦味的药多具有清热、燥湿或泻下的作用，酸味的药多具有收敛固涩的作用，咸味的药多具有软坚或润下的作用，淡而无味的药多具有渗湿利小便的作用。但药物的作用有时可比较复杂，如有的药气同而味异，有的气异而味同，更有的一气兼数味。正由于这种复杂的情况，才反映出各种药物的不同治疗作用。

第四，要掌握配方原则。用单味草药治疗，简单而又易掌握，但往往由于病情复杂，人的体质又不一样，单味药不能达到治好的目的，这时必须选择多种药物配伍，顾及全面，增强疗效。配方原则，就是在一个处方中，首先要确定主治的药物，即起主要作用的药物，而后再根据具体病状，选定配合的药物。例如治一个外感风寒的病人，其主要症状是恶寒发热，那末首先确定用发汗解表的药物为主治药物，如选用苏叶即可达到汗出而病解的目的；如在主要症状以外，还有口渴、咽痛、头痛、关节痛，那就再配些蝉衣、芦根、桑枝等药，以兼治这些症状。另外，还有相助和相抑的用法。如有时为了增强疗效，可同时用二种或几种功效基本相同的药物，以起相助的作用；又因任何药物都有它的偏性，譬如以补益药来说，虽能强壮身体，但大多滋腻呆胃，影响消化，所以在用补益药时又往往加用一些消导药，让它们之间互起相抑的作用，使之既能强壮身体又不影响消化。

总之，临床时应考虑多种因素，灵活运用，以达到治好疾病的目的。

〔附〕 1．中药配伍禁忌

本草言明禁忌歌，半蒌贝蔹及攻乌，

藻戟遂芫俱战草，诸参辛芍叛藜芦。

说明：乌头反贝母、瓜蒌、白蔹〔音连，liǎn〕、白及、半夏；甘草反甘遂、大戟〔音几，jǐ〕、芫花、海藻；藜芦反人参、沙参、丹参、玄参、细辛、赤芍、白芍。

2．妊娠用药禁忌：可分二类：禁用巴豆、牵牛、大戟、斑蝥〔音矛，máo〕、商陆、麝〔音射，shè〕香、三棱、莪术、水蛭、虻虫；慎用桃仁、红花、大黄、枳实、附子、肉桂、冬葵子。

3．中草药剂量简写方法：

1分 2分 3分 4分 5分 6分 7分 8分 9分

1钱 1.5钱 2钱 3钱 4钱 5钱 6钱 7钱 8钱 9钱

1两 2两 3两 4两 5两 6两 7两 8两 9两

思 考 题

1．怎样辨认、加工中草药？

2．你们大队的贫下中农有什么行之有效的单方验方？

第二节 常用中草药简介

一、解 表 药

凡能发散风寒或风热，解除外感症状的中草药叫做解表药。此类药物都具有味辛（辛能发散发汗）的共性，但也有辛

温(发汗退热)、辛凉(清热止渴)的区别，所以适应证就有所不同。一般分为发散风寒(辛温解表)和发散风热(辛凉解表)两大类。发散风寒药适用于发热轻、恶寒重、头痛、身疼、口不渴、无汗、脉浮紧的风寒表证，如麻黄、紫苏等。发散风热药适用于发热重、恶寒轻、有汗、口渴目赤、脉浮大的风热表证，如连翘、银花、柴胡等。这类药使用时不可过量过久，以免出汗过多耗伤津液；同时也应注意季节的变化，温暖的季节容易出汗，用量宜少；寒冷季节不易出汗，量可稍大。

(一) 发散风寒药

紫苏

土名：野紫苏、香叶、红紫苏。

生长环境：一年生草本。我国各地均有栽培或野生，也可利用屋前宅后十边田种植。

采集：茎、叶在6～7月新鲜时平地割取，连嫩梗一同切细、晒干。苏梗、苏子以深秋采集为宜。

功能主治：性味辛温。叶发汗行气并解鱼蟹毒，梗顺气安胎，子可润肺、下气、定喘、镇咳。治风寒感冒怕冷无汗兼有气滞者，妇女胎动不安，各种气管炎，食鱼蟹后引起的吐泻腹痛等。常用量3～5钱。

〔注〕白苏的叶、梗、果实作用同紫苏，也作药用，并可榨油供工业用或作为食用酱油的防腐剂及糖果的香料。

葱白

土名：菜伯、和事草。

生长环境：多年生草本。我国各地均有栽培。

〔注〕本书中草药均用16两制。药物不注明干、鲜者，均为干品。

采集：全年。

炮制：全株或鳞茎入药，白嫩者为佳，洗净泥屑。

功能主治：性味辛微温。发汗通阳，治外感风寒、阴寒里盛的腹痛腹泻或小便不利。能刺激神经、促进消化液分泌。葱油有灭菌作用，外用于化脓疮面，以排除脓汁促进肉芽生长。捣汁滴鼻治感冒及鼻炎，煎汤熏洗乳闭乳胀有效。常用量 15～30 根。

芫荽

土名：芫荽棋、胡荽子、香菜。

生长环境：一年生草本。我国南北各地均有栽种。

采集：9～11月采全草，2～4月采种子。

炮制：全草及果实均入药，洗净、晒干。

功能主治：性味辛温。发表透疹、健胃，治小儿麻疹未透或透而隐没，消化不良，食欲不振；也可作菜肴之调味品，捣烂醋煮热敷可治脱肛。常用量 0.5～1 两。

土细辛（图 3-1）

土名：马蹄香、花叶细辛、杜葵。

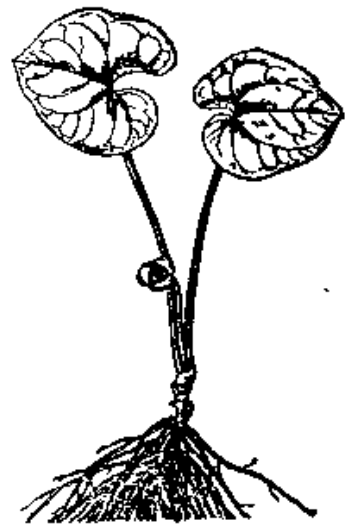


图 3-1　土细辛（马兜铃科）

生长环境：多年生草本，有横卧的地下茎，野生树林荫下潮湿处。我国山区均有分布。

采集：8～9 月。

炮制：根茎入药，洗净、切片、晒干。

功能主治：性味辛温有小毒。散寒止痛，祛痰止咳。治

发散风寒药（辛温解表）

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
麻黄	辛苦温	内蒙古、河北、山西等地	全株去节及根，生用或蜜炙用	发汗，宣肺，平喘，利尿	风寒感冒或伴有水肿者、气管炎、百日咳	麻黄汤	1～3	麻黄根、节与麻黄相反，止汗有效，用于自汗盗汗、产后虚汗。高血压慎用
桂枝	辛甘温	南方各地	细嫩树枝干燥	发汗解肌，通阳驱风	风寒感冒、痛经、经闭、水湿所致的痰饮或小便不利、关节酸痛	桂枝汤	1～3	桂树干外皮名肉桂，为矫味健胃祛寒药
荆芥	辛微温	江西、浙江、湖北最多，各地均栽培	全草切细，生用或炒用	发汗，驱风，止血	感冒、头痛头眩、咽喉痛、疮肿、鼻衄、便血	荆防散	1～4	又为镇痉药，治产后牙关紧急，四肢拘急
防风	辛甘温	各地栽植	根入药，切片干燥	发表，胜湿祛风	感冒，风湿性关节炎，预防中风，止汗		2～4	

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
藁本	苦辛温	广东、云南、江西及东北	根入药，切片干燥	镇痉、镇痛	各种头痛、痛痛、牙痛	藁本、川芎、防风、白芷、细辛、甘草治偏头痛	1～3	
细辛	辛温	东北各地	根茎切细干燥	解热，发汗，温肺祛痰	感冒、气管炎、牙痛、鼻炎	温肺化饮汤	0.8～2	胃有虚火、高血压者慎用
白芷	辛温	浙江、湖北、四川及中南各地	切片干燥	退热，止痛，活血，排脓	感冒、鼻炎、妇女白带	川芎茶调散	1～3	
辛夷花	辛温	河南、安徽、陕西最多	花蕾入药，剥去外层，干燥	散风通窍，镇痛	感冒、鼻炎、牙痛		1～3	部分地区把玉兰花作辛夷花用
香薷	辛微温	陕西、甘肃、江苏、安徽、浙江、云南等省	割取全草，切段晒干	发汗解表，祛暑化湿	夏季暑湿感冒、呕吐腹泻	香薷饮	1～3	

各种关节酸痛、喘咳胸满、水肿、颈淋巴结块等。常用量0.5～2钱。

〔注〕 土细辛的植物学名叫杜衡。

（二）发散风热药

薄荷

生长环境：多年生草本。我国各地均有栽植或野生。

采集：7～8月。

炮制：全草入药，切细晒干，置密封容器内，防止香味挥发。

功能主治：味辛凉。疏散风热，清利头目。治风热感冒、头痛、咽喉肿痛、目赤。常用量0.8～2钱。

〔注〕 本品不宜久煎(只须沸水中5～8分钟)。

桑叶（附桑枝、桑白皮、桑椹）

生长环境：落叶乔木。我国各地均有栽植。

采集：9～10月（霜后）。

炮制：**桑叶**：色青绿未枯萎的叶片，曝晒后去梗杂揉细。嫩枝：切片，生用或酒炒用。桑白皮：去掉第一层黄皮，捶洗第二层白皮，切细丝生用或蜜炙用。桑椹：微蒸后晒干生用或熬膏用。

功能主治：枝、皮、叶苦微寒，桑椹甘凉。叶能疏散风热，解热明目，治感冒发热、风火眼病。枝能活血通经，治四肢麻木、关节疼痛以及高血压。皮为利尿祛痰药（泻肺行水），对水肿、喘咳有效。桑椹含糖分，有滋阴作用，治肝肾不足的眩晕、失眠、须发早白、耳聋目昏，并能补血。常用

量为 3、5、8 钱。

紫背浮萍

土名：余头蕴草、浮飘草、水萍。

生长环境：多年生水草，浮游水面。我国各地淡水河中以及水稻田内均有。

采集：6～9 月。

炮制：除去杂质，摊平晒干。

功能主治：性味辛寒。发汗、解热、利湿。治感冒发热、水肿、风疹、小儿麻疹透发不畅等。常用量 2～3 钱。

〔注〕 青萍作用与紫背浮萍同，也作药用。

大豆卷

生长环境：一年生草本，黑大豆的加工品。我国各地均产。

采集：8～10 月。

炮制：将黑大豆放在竹箩内，上盖湿草包，不时淋水，使发芽到 5～6 分时晒干。只将豆浸湿，不待发芽即晒干、炒微焦，名豆豉。

功能主治：豆卷性味甘平，能透邪解表，清热化湿，治湿热初起，水肿胀满，湿痹，筋骨挛痛。豆豉辛甘微苦寒，能解表除烦，治伤风感冒、热病后烦闷。生大豆有补肾镇心、明目下气利水、活血祛风作用。用量 3～4～6 钱。

〔注〕 黑大豆皮名料豆衣(稽豆衣)，为清凉性滋养强壮药，富含维生素 B。

发散风热药（辛凉解表）

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
菊花	甘微苦	安徽、浙江，现各地栽植	微蒸晒干或晒干，药蚌	疏风热，清头目，降火，解表	感冒、高血压、结膜炎、疮痈肿痛	桑菊饮	3～6	白菊花味甘，作茶饮。野菊花味苦，消炎杀菌，治化脓性炎症，外敷治疖肿
蝉壳（蜕）	咸甘	各地均产	剪去翅足晒干	疏散风热，利咽喉，退翳	感冒、小儿高热惊痫和不畅，喉炎失音，角膜云翳	蝉壳、牛蒡子、甘草、桔梗治感冒发热并发气管炎失音	0.8～1.5	
柴胡	苦微寒（平）	江西、湖北、河南、江苏等省	全草切细晒干	退热疏肝	感冒发热，寒热往来，胸胁苦闷，月经不调，脱肛、子宫下垂	小柴胡汤	0.8～3	银柴胡是另一品种，治虚热，有抗结核作用；醋炒治神经系疾患
葛根	甘辛平	广东、江苏、浙江、安徽等地	根入药，切片干燥	解热生津，止渴止泻	感冒项背强痛、阳炎	葛根黄连黄芩汤	1～3	煮用止泻
牛蒡子	辛平（苦）寒	各地均产	种子入药，晒干	疏散风热，清热解毒	咽喉肿痛、腮腺炎、感冒、湿疹			据实验有排脓功效，并可促进代谢和血液循环
蔓荆子	辛苦微寒	各地均产	种子入药，晒干	散风热，明目	感冒头痛、目赤肿痛、筋骨痛	蔓荆子、菊花、川芎、细辛、甘草治偏头痛	1～3	

二、止咳化痰平喘药

凡能减轻或制止咳嗽、排除痰涎、平息气喘的药物叫止咳化痰平喘药。但咳嗽的原因有外感、内伤的不同，治疗时

必须根据不同的病情选用各种不同的药物。因咳嗽、痰、喘三者互有联系，一般咳嗽有痰者居多，痰多又为咳嗽的原因，所以祛痰也能止咳；咳甚或久咳不愈往往引起喘，所以止咳可以平喘，平喘可以止咳，互为影响。祖国医学中痰的范围很广，痰所引起的病症并不局限于咳嗽、气喘；有些病如癫痫、惊厥、瘰疬等，认为也由痰引起，在治疗时也要用化痰药，这说明了化痰的作用并不局限于咳嗽，且有些化痰药也不用于治疗咳嗽。止咳化痰药一般分为止咳平喘药、清化热痰药、温化寒痰药三类。

（一）止咳平喘药

马兜铃（图 3-2）

土名：青木香、寻药草、天仙藤、独行根。

生长环境：多年生缠绕草本。我国中部各省均有野生。

采集：8～9 月。

炮制：成熟果实（马兜铃）荫干生用或蜜炙用。根（青木香）洗净泥土，切片晒干。茎叶（天仙藤）切细晒干。

功能主治：马兜铃性味苦寒，能清肺止咳、降气平喘，治肺热咳嗽及肺虚久咳、痰中带血、喘息，用量 3～4 钱。青木香性味苦辛，顺气止痛、治腹痛下痢，胃气痛，

图 3-2　马兜铃（马兜铃科）

1.花枝；2.花的纵切面；3.雄蕊（去花被），示子房、花柱体及其外侧的花药；4.果实；5.种子；6.根

用量 1～2 钱。天仙藤性味苦温，疏风活血，治风湿痛及妊娠水肿，用量 2～3 钱。

〔注〕 部分地区有将截然不同的绵毛马兜铃也作马兜铃用，其实完全二物。前者又名寻骨风，作用亦不同，须鉴别。

千日红

土名：一点红、长生花、千金红。

生长环境：一年生直立草本。我国各地均有栽植。

采集：7～8 月。

炮制：花柱入药，晒干。

功能主治：性味微咸、平。化痰止喘、平肝明目。治气管炎、眼目昏糊。验方用花柱 10～15 个先以水一小碗煎约 10～15 分钟，滤汁乘热浇入黄酒少许，一日 1 次。

枇杷叶

生长环境：常绿乔木。我国各地均有栽植。

采集：5～6 月。

炮制：叶片晒干刷去绒毛，蜜炙用或生用。

功能主治：味苦平。清热化痰，降气和胃。治肺热咳嗽、呕吐呃逆、口渴、小儿百日咳等。常用量 2～3 钱。

〔注〕 果实枇杷含丰富的维生素 C。花的作用同叶。生用清热力大，蜜炙用于肺虚。

菜蔬子（附地枯蒌）

土名：萝卜子、水萝卜子、芦葩〔音趴，pā〕。

生长环境：一年生或二年生草本。我国大部地区有栽植，作菜蔬用。

采集：6～7 月。

炮制：种子及结籽后的地下根入药，前者洗净晒干炒至

微黄；后者又名地枯蒌，洗净切段晒干。

功能主治：性味苦辛。下气定喘，消积化痰。治消化不良、慢性胃炎、慢性气管炎、胸闷气逆等症。地枯蒌有利尿退肿作用。常用量均3～5钱。

曼陀罗花

土名：风茄花、洋金花、山茄子、耆婆草。

生长环境：一年生草本。野生或栽植。

采集：5～7月。

炮制：种子及花入药，根据不同用法可制成各种不同剂型。

功能主治：性味苦辛。有麻醉性，为镇咳、镇痛药。干叶掺烟丝吸入可平气喘，叶浸剂对慢性气管炎、痉挛性喘咳有良好作用，花瓣对神经痛有效。外用熏洗风湿脚气、脱肛。常用量1分，种子10～15粒。

〔注〕 本品含有莨菪〔音浪当，làngdàng〕碱及东莨菪碱，内服时应掌握剂量。

鼠曲草

土名：佛耳草、米曲、追骨风、无心草、清明菜、鼠耳。

生长环境：二年生草本。我国境内分布较广，生于田野荫湿地。

采集：4～6月。

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味甘平。为镇咳祛痰药，治气喘及气管炎；还能扩张局部血管，降低血压；民间有以此浸酒治筋骨疼痛。常用量3～5～8钱。

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
百部	甘苦微温（有小毒）	各地均产，以广东较佳	根入药，蜜炙或清蒸	润肺下气，镇咳，杀虫	百日咳、气管炎、肺结核，外用煎剂治头虱、湿疮、疥癣	百部、麻黄、苡仁、杏仁水煎治急性气管炎	1～3	
杏仁	苦温（有小毒）	北方各省及安徽、广东等地	去皮捣碎	镇咳平喘，润肠通便	气管炎、哮喘，肠燥便秘	配贝母化热痰，配麻黄宣肺止咳	2～4	甜杏仁为另一品种，润肺止咳，治肺虚咳嗽
前胡	苦辛微寒	各地均产	根入药，切片干燥	止咳化痰，宣散风热	风热感冒、气管炎	配大力子、桔梗治风热，配桑白皮、贝母治痰热	1～3	
紫菀	苦微温	北方及浙江、安徽等地	根茎入药，切片蜜炙或蒸熟用	祛痰镇咳平喘	气管炎痰中带血，感冒咳嗽		2～4	
白果（银杏）	甘苦（有小毒）	中南、华东、华北各地	去外壳，经水浸泡后去外层黄皮	止咳平喘，止白带，缩小便	急慢性气管炎、妇女白带、小儿遗尿	定喘汤	8～12枚	生品不可多食，以防中毒
款冬花	辛温	河北、山西、陕西、甘肃、四川、河南等地	花蕾入药，生用或蜜炙用	化痰止咳	急慢性气管炎		2～3	润肺宜生用，肺虚宜蜜炙

（二）清化热痰药

天竺子（图 3-3）

生长环境：多年生小灌木。我国中、南部地区多栽植。

采集：11 月。

炮制：成熟果实入药，拣净杂质、晒干。

功能主治：性味苦寒，能止咳。治百日咳、气管炎。因

有强烈的麻痹呼吸神经作用，不能过量，以免引起中毒。常用量0.5～2钱。

〔注〕 天竺黄系完全另一种植物（苦竹或淡竹）受病变后分泌的汁液凝成块片，为清凉解热药，治中风痰壅以及小儿高热痰多、脑炎昏迷等。用量3～5钱。大剂可用至0.8～1.5两。

米仁根

土名：野米仁根、菩提根、野婆力根。

生长环境：多年生草本。广布我国各地。

采集：全年。

炮制：根入药，洗净、切细、晒干。

功能主治：性味甘淡微寒。为消炎利尿药，并富有维生素B、C。治肺脓疡、肺水肿、化脓性胸膜炎、脚气水肿、肾炎、胃溃疡等。常用量0.5～1两，大剂可用至2～4两。

瓜蒌（图3-4）

土名：杜瓜、栝蒌、天花粉。

生长环境：多年生攀援植物。我国各处均有分布，野生林下、山坡处，喜阳。

采集：9～11月。

炮制：果皮、种子、根均入药。将成熟果实摘下，晒4～5天，剖开挖去瓤〔ráng〕，放在缸内，任其发烂。数天后取出，淘尽瓤，存瓜蒌子(仁)，晒干。同时将剖开的皮晒干，切成小块。采雄株的根，削去外皮，晒干切片，即为天花粉。将瓜蒌皮1份和瓜蒌仁2份混合，称为全瓜蒌。

功能主治：性味甘寒。为祛痰润下药。瓜蒌皮清热化痰，润肺止咳，治肺热咳嗽、吐血、衄血、喉痛、烦躁；瓜蒌仁润肠，治便秘；天花粉含有淀粉及维生素C，生津止渴，降火润燥，排脓消肿，治糖尿病、黄疸、热性病的发热口渴

以及妇女乳痈。常用量为 3、5、8 钱。

图 3-3　天竺子(小檗科)

1.花枝；2.果枝；3.花；
4.雄蕊；5.雌蕊

图 3-4　瓜蒌(葫芦科)

1.雌花枝；2.果

萝藦（图 3-5）

土名：奶浆藤、羊角、婆婆绒线包、天将壳、麻雀棺材壳。

生长环境：多年生缠绕草本。我国各处皆有。

采集：10 月。

炮制：果荚晒干剪碎。

功能主治：味辛温。宣肺化痰、透疹，治百日咳、气管炎、麻疹透发不畅。常用量 3～5 钱。

〔注〕 根或全草为强壮药，治妇女乳少、白带，用量同；种子上白色细长毛外敷可治外伤出血。

图 3-5　天将壳（萝藦科）

1.花枝；2.花；3.花的纵切面，示雌蕊、雄蕊；4.蓇葖果

清化热痰药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
竹沥	甘寒	南方各地	鲜竹剖开，中间以火烧，两端滴出液汁	清热滑痰，润燥止咳	小儿肺炎、热病痰多神昏、气管炎	常和鲜萝卜汁混合饮用	5～10	
贝母	苦寒	四川、云南、西藏、江苏、浙江		化痰止咳，清热散结	气管炎、肺结核、肺炎、疖肿		3～5	川贝母治阴虚火盛的虚证，象贝母治肺热痰多实证以及瘰疬、疮痈、肿痛
胖大海	甘淡	海南岛	果实入药，生用	开肺气，清肺热，通便	咽喉肿痛、肺气闭塞、痰热咳嗽、声音嘶哑		3～6	单味泡饮，有润肺清喉作用

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
昆布	咸寒	沿海	晒干切细	化痰软坚	甲状腺肿、淋巴结核	常与海藻同用	3～5	
海藻	咸寒	沿海	晒干切细	化痰软坚	甲状腺肿、淋巴结核	常与昆布同用	3～5	

（三）温化寒痰药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
天南星	苦辛温（有毒）	湖北、江苏、广西、浙江等地	生姜、明矾腌制而成	镇痉，燥湿祛痰	风痰所致的癫痫、中风、麻痹、胸痛、痉挛发作、湿痰咳嗽	三生饮（南星、乌头、附子、木香组成）治卒中、痰迷及癫病	0.8～1.5	陈胆星是南星经牛胆汁浸渍而成，治热痰引起惊悸不眠、头眩
白芥子	辛温	各地均产	种子入药，洗净晒干，炒至黄色	温肺化痰，消肿止痛	慢性气管炎、四肢麻木、流注阴疽	三子汤（苏子、白芥子、莱菔子组成）治老年慢性气管炎	2～4	(1)外敷治神经痛并能扩张皮肤血管；(2)种子色黑者名黑芥子，一般不作药用
旋覆花	苦辛咸温	各地均产	花蕾及仓草入药，晒干	下气消痰，行水	气管炎、噫气、呃逆	旋覆代赭汤	1～3	花瓣有细绒，应布包入煎
桔梗	苦平微温	安徽、广西及东北各地	根入药，切片干燥	宜肺化痰，排脓消痛	气管炎、胸胁痛、喉痛、腹泻	常与甘草配合，化痰作用更好	1～3	

三、清热药

凡药性寒、味多苦甘、能清解里热为主要作用的药物，叫清热药（凉者清热、寒者泻火）。这类药物用于一切热性作（包括痈疖疮疡）以及表证已解内热炽盛的里热证。根据病

用不同，又可分为清热泻火、燥湿、解毒、凉血四类。清热药性多寒凉，易伤脾胃，燥湿药易耗津液，使用时都应掌握好。

（一）清热泻火药

夏枯草

土名：灯笼头、花鼓草、棒柱头花、铁色青。

生长环境：多年生草本。各地均有分布。

采集：5～6 月。

炮制：药用花穗。晴天把花穗剪下晒干，不能遇水或堆积，防止颜色变黑。

功能主治：性味辛苦寒。清肝火，散郁结，利尿杀菌。治肝火上炎（如高血压目赤肿痛、头痛头晕）、乳痈、淋巴结结核。常用量 3～5 钱，大剂可用至 1 两。

决明子（图 3-6）

土名：土咖啡、假花生。

生长环境：一年生草本（小灌木）。原产热带，现我国各地均有栽培。

采集：10 月。

炮制：药用种子。原药晒干，扬净杂质。生用或炒用。

功能主治：性味甘苦咸微寒。清肝明目，润肠通便。治高血压、结膜炎、神经性头痛、便艰。常用量 3～5 钱，大剂可用至 1～2 两。

〔注〕 决明子泡茶可作高血压患者代茶饮。

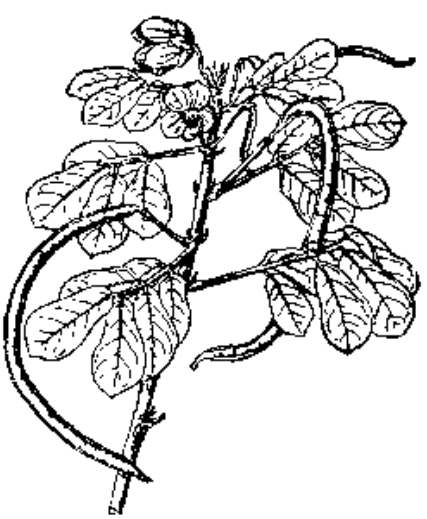


图 3-6 决明子（苏木科）

漆姑草

土名：瓜捶草、漆大姑。

生长环境：一年生或二年生草本。我国东南各省均有分布。

采集：6～8月。

炮制：全草切细晒干。

功能主治：性味苦凉。散结消肿、解毒止痒，治白血病、疮疡、龋齿，并能生毛发，鲜草捣烂敷漆疮（过敏性接触性皮炎）。常用量3钱～1两。

龙葵（图3-7）

图3-7 龙葵

1.花、果实；2.花

图3-8 地耳（金丝桃科）

1.植物上部；2.花；3.植物下部

土名：老鸦眼睛草。

生长环境：一年生草本。我国各地田野间均有。

采集：9～10月。

炮制：全草入药。切细、晒干。

功能主治：性味苦寒。清热解毒，散结消肿。治疔疮、扁桃体炎、小便不利、水肿。常用量3～5钱，大剂量1～2两。

地耳草（图3-8）

清热泻火药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
石膏	辛甘寒	湖北、江苏、山东、河南等地	生用	清热泻火，止渴除烦	肺胃实热、一切气分实热证	必须配知母或甘草同用	4～8钱大剂量1～3两	煅后外用能生肌敛疮
知母	苦寒	河北、山西、东北及内蒙古等地	剁去外皮，根茎生用	清热泻火，滋阴润燥	热病口渴、糖尿病、肺结核		3～4两	泄泻者忌用
竹叶	甘淡寒	南方各地	鲜用或干用	清心利尿	胃热呕吐、口舌生疮，烦躁	竹叶石膏汤	2～3	淡竹叶是另一种植物，用于渗湿利尿
青葙子	苦微寒	各地均产	种子入药，晒干	清肝火，退翳膜	肝火眼痛、翳膜酱肉、头眩及耳源性眩晕		1～3	为野鸡冠花种子。鸡冠花用于止血止泻止带
芦根	甘寒	各处淡水湖	去节，鲜用或干用	清肺胃热止呕，生津利尿	急性热病、肺脓疡、舌燥烦渴、胃热呕吐	配苡仁、冬瓜子、桃仁治肺脓疡	3～5	能解鱼虾毒
茅根	甘寒	各地均产	地下根茎入药，洗净切段晒干或鲜用	清热，止血，利尿	肾炎浮肿、热病口渴、吐血、衄血	与甘蔗皮同煎治眼、口、生殖器三联综合征	3～5	茅花止血作用较茅根更好

土名：田基黄。

生长环境：一年或多年生草本。我国广东、安徽、江苏、广西等地均产，喜潮湿。

采集：5～7月。

炮制：药用全草。洗净泥沙，晒干、切细。

功能主治：性味苦平。清热解毒、活血消肿。治疮疖肿毒、急性传染性肝炎、肝区疼痛、跌伤、憋伤、筋骨疼痛等。常用量0.5～1两。

（二）清热燥湿药

牛筋草

土名：千人踏、狗牙草根、乱柏板。

清热燥湿药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
黄芩	苦寒	主产北方地区	根入药，生用或炒用	清热，止血安胎	肠胃炎、黄疸、肺热咳嗽、痢疾、眼结膜炎、孕妇有热而胎动不安	热咳配桑白皮，肠胃湿热配白芍，安胎配白术	2～4	老根色黑中空，名枯芩，清肺热作用稍次；新根内部充实，名子芩（条芩），清大肠热为最好品
黄连	苦寒（有强烈味）	四川、云南、陕西、广西等地	根、茎、叶入药，生用或炒用	清热燥湿，泻火解毒，健胃	湿温高热、肠炎下痢、呕吐腹痛、眼结膜炎、消化不良	黄连解毒汤	2～4	含小檗碱，有片剂，治肠炎菌痢等，日4次，每次1～3片
黄柏	苦寒（有强烈苦味）	东北、山西、四川、广西等地	树皮入药，切丝片晒干	解热杀菌，清虚热	菌痢、黄疸、妇女白带、尿路感染、热毒疮疡、阴虚发热	黄柏、天麻、钩藤水煎，能平血压；配栀子、黄芩、木通治胆囊炎	1～3	黄柏、山栀、桂皮各等分，蛋白调敷跌撞压伤
栀子	苦寒	南方各地均有	果实入药，生用或炒用	消炎退热，止血利尿	各种感染性炎症、黄疸、血痢，外用敷伤痛	茵陈蒿汤	2～6	外敷生用，内服一般炒用

生长环境：一年生草本。野生于路旁、丘陵地。

采集：9～10月。

炮制：药用全草。洗净、切细、晒干。

功能主治：性味甘淡平。除湿热，防治乙脑、黄疸、肝炎、风湿性关节炎。常与凤尾草各1两水煎，加白糖若干，1日2次分服。

附：本品煎剂对乙脑病毒有抑制作用。

椿根白皮

土名：臭椿树皮。

生长环境：落叶乔木。我国各地均有分布。

采集：4～5月。

炮制：根皮入药。晒干，生用或蜜炙、醋炒用。

功能主治：性味涩寒。燥湿清热，敛肠固脱。治湿热带下、湿热泻痢、肠风下血、尿血、妇女血崩。常用量2～6钱。

（三）清热解毒药

金银花

土名：双花、二宝花、忍冬花、蜜桶藤、老翁须、金钗股。

生长环境：蔓生小灌木。我国各地均有。

采集：3～4～5月早晨露水中摘收。

炮制：花瓣及茎叶(藤)入药。花晒干，藤切段晒干。

功能主治：性味微苦带甘寒。能杀菌解热，治外感风热、化脓性疾患、肠炎、尿道炎、关节炎。常用量3～5钱，大剂1～3两。

制剂：(1)金银花露消炎解毒；(2)双花注射液（30%）治同上，日2次，每次2～4毫升。

〔注〕 茎叶名忍冬藤，功效同花而稍次，但能疏经络的风热，用于治关节疼痛。量3～8钱。

蒲公英

土名：黄花郎、水山药、黄花地丁、奶汁草。

生长环境：多年生草本。我国各地均有分布，生长于阳光充足的河沿、路旁、田野。

采集：4～5月。

炮制：全草入药，洗净、切细、晒干。

功能主治：性味苦寒。清热解毒，消肿，治乳腺炎、疔疮、淋巴结炎、胃炎、胃痛等，鲜草外敷治蛇咬伤。常用量3～5钱，大剂1～2两。

紫花地丁

土名：地丁草、犁头草、箭头草。

生长环境：多年生草本。

采集：全年可采。

炮制：药用全草。洗净泥沙，切细，晒干。

功能主治：性味苦寒。清凉解毒。治各种化脓性炎症、疔疮、淋巴结炎、毒蛇咬伤，内服外用均可，能吸出脓液、消散肿块。常用量3～5～8钱。

马齿苋

土名：猪钻头、酱板草、牛舌头草、九头狮子草、长命菜、马苋。

生长环境：一年生草本。我国各地均有。

采集：5～7月。

炮制：全草入药，洗净，以沸水一浇，捞起晒干。

功能主治：味酸苦。有消炎利尿作用，对细菌性痢疾有显著疗效，并治急性关节炎、妇女赤白带下、小儿丹毒、睾

丸炎肿痛等。常用量0.5～1两。

鱼腥草

土名：臭菜、蕺〔音吉，ji〕菜、鸡虱草。

生长环境：多年生草本。我国华东地区都有，野生田野、河沿草丛中。

采集：7～8月。

炮制：全草入药，鲜用或干用。

功能主治：性味辛微温。为清热解毒药，治大叶性肺炎、尿道炎、水肿、各种化脓性疾病、中耳炎、肺脓疡、妇女子宫炎，外用煎剂熏洗湿疹、痔疮等。常用量0.5～1～2两。

半边莲（图3-9）

土名：急解索、细米索。

生长环境：多年生草本。我国各地均有，野生田野，喜潮湿。

采集：6～7月。

炮制：全草入药，洗净、切细、晒干。

功能主治：性味辛平。解毒、散瘀消肿。治蛇咬伤、肝硬化腹水，又能外敷制止疟疾发作：用半边莲(鲜)1～2两，捣烂加入雄黄少许，敷第三胸椎，疟疾发作前2小时敷。常用内服量3～5钱。

虎耳草

土名：金丝荷叶、金丝吊芙蓉。

生长环境：多年生伏地草本。我国各地均有分布，喜潮湿。

采集：全年。

炮制：全草随用随采，一般鲜用捣汁。

功能主治：性味微苦辛寒(有小毒)。能消炎杀菌，治肺痈

图 3-9　半边莲（半边莲科）

图 3-10　马兰（菊科）

1.全株；2.舌状花；3.筒状花

咳吐脓痰，用鲜汁滴治中耳炎（加 75% 酒精少许效更好）。

马兰根（图 3-10）

土名：马兰头、路边菊。

生长环境：多年生草本。我国各地田边、路旁处处均有。

采集：11～3 月。

炮制：全草入药，洗净、晒干。

功能主治：性味辛。清热解毒，凉血止血。治咽喉炎、急性扁桃体炎、腮腺炎、鼻衄、齿龈出血、咯血等；外用捣烂敷头面丹毒。常用量 0.5～1 两。

〔注〕 板蓝根不是马兰根，前者系大青叶根。

爵床

土名：小青草、水竹笋。

生长环境：一年生草本。我国南方各地均有野生，喜干燥。

采集：7～9月。

炮制：全草入药，切细、晒干。

功能主治：性味咸寒。消炎解毒。治各种感染化脓、发热、肠痔下血等。常用量0.5～1两。

酢酱草（图3-11）

土名：酸味味子、野草头。

生长环境：伏地草本。野生于路旁、河沿，喜潮湿地。

采集：全年可采。

炮制：药用全草。洗净泥沙，拣去杂质，切细。

功能主治：性味酸涩寒。散热消肿，活血止痛。治各种化脓性感染、尿道炎，外用捣烂敷跌伤、软组织挫伤。常用量0.5～1两。

榄核莲（图3-12）

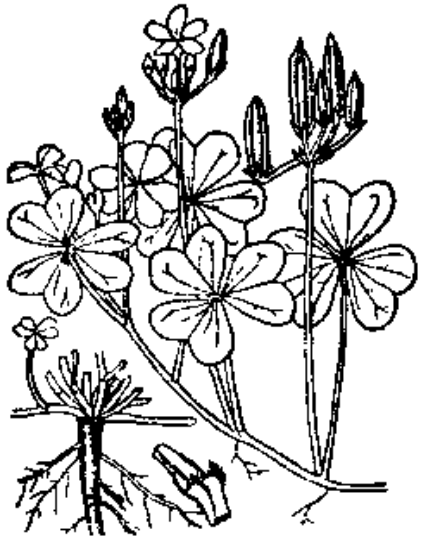


图3-11 酢酱草（酢酱草科）

图3-12 榄核莲（爵床科）

土名：一见喜、日行千里、穿心莲。

生长环境：一年生草本。此药野生较少，我国各地均可栽植。

采集：8～9月。

炮制：洗净泥沙、杂质，切细，晒干，也有将干品磨粉冲服。

功能主治：性味苦寒。清热解毒，消肿止痛。治急性菌痢、肠炎、上感、咽喉炎、痈疖。常用量3～5钱。

制剂：抗炎灵片，治同上，日3次，每次4～6片。

鸭跖草（图3-13）

土名：鸭舌头草、竹节菜、竹叶菜、兰姑草、翠蝴蝶。

图3-13　鸭跖草（鸭跖草科）

1.花枝；2.花

图3-14　葎草（桑科）

1.雄花枝；2.雌花枝；3.雄花；4.雌花；5.瘦果

生长环境：一年生草本。我国各地均有，生于原野、竹园、渠旁、河沿，喜潮湿。

采集：8～9 月。

炮制：全草入药，洗净切细。

功能主治：性味苦大寒。清凉解毒，利尿。治感冒、各种痈疽疔疮、脚气、尿道炎、喉炎（与赤小豆同煮取汁频饮），外敷能止关节肿痛。常用量 3～5 钱，大剂 1～2 两。

葎草（图 3-14）

土名：割人藤、拉拉藤、苦瓜藤、老虎藤。

生长环境：一年生蔓草。全国各地均有，分布野外河沿、十边田旁，喜攀援。

采集：7～9 月。

炮制：全草入药，洗净、切细、晒干。

功能主治：性味甘苦微寒。清热解毒，利尿。治膀胱炎、肺结核、贫血等。民间有以此鲜草捣烂敷两足底以治眼结膜炎。常用量 0.5～1 两。

七叶一枝花（图 3-15）

土名：重楼、蚤休、草河车、铁灯台、金线重楼。

生长环境：一年或多年生草本。我国西藏、四川、安徽、江西、湖北、云南、广西等省区均有分布，山坡荫湿处多见。

采集：8～10 月。

炮制：根入药，切片或原只晒干。

功能主治：性味苦寒，有小毒。清热散结，退肿，解蛇毒。治热病、咽喉肿痛、热毒疮疡、毒蛇咬伤。常用量 3～5 钱。

白花蛇舌草

土名：蛇针草、蛇舌草。

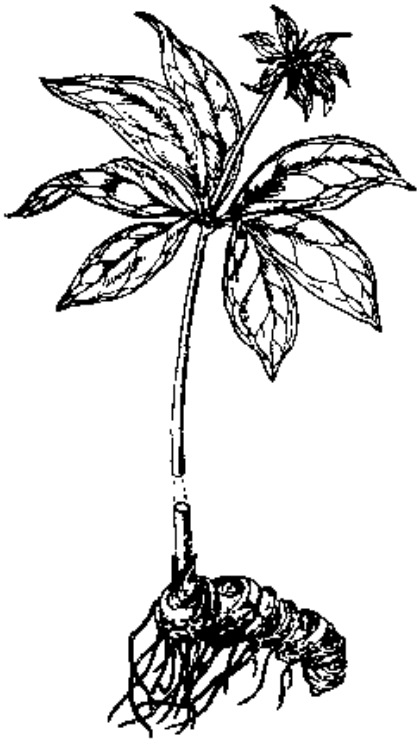


图 3-15　七叶一枝花（百合科）

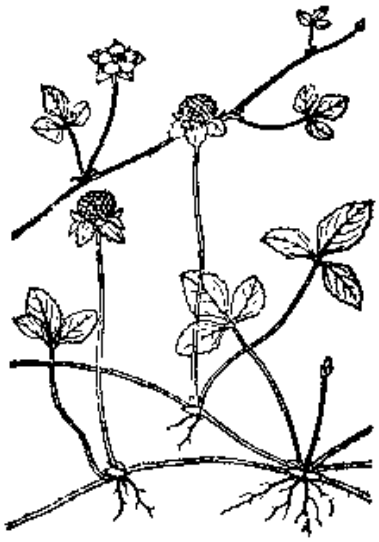


图 3-16　蛇莓草（蔷薇科）

生长环境：一年生草本。我国长江以南山坡、路旁、林下丛草中均有野生。

采集：8～9 月。

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味甘淡。清热解毒，活血利尿。治阑尾炎、肠炎、咽喉炎、急性肝炎、尿路感染等，孕妇忌用。常用量 0.5～1～2 两。

〔注〕 据晚近说本草与龙葵、白毛藤配合能治癌肿，须作进一步观察。

垂盆草

土名：鼠牙半枝莲。

生长环境：多年生肉质草本。我国华东及华北各地均有分布，喜潮湿。

采集：5～8月。

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味甘淡。清热解毒，消肿利尿。治尿道炎、传染性肝炎、痈疖疮疡，外敷治蛇咬伤。常用量0.3～0.5～1两。

蛇莓〔音眉，méi〕（图3-16）

土名：蛇果草、三匹风、蛇草乱子。

生长环境：多年生草本。我国各地均有，野生田边、林下、杂草丛中。

采集：4～8月。

炮制：全草入药，洗净、切细、晒干。

功能主治：性味甘寒。清热破结，凉血通经。治痈肿疔毒、瘰疬结核、小儿高热惊风，外用治水火烫伤、蛇咬伤。常用量0.5～1两。

乌蔹莓（图3-17）

土名：老丫藤、母猪藤、五爪金龙。

生长环境：多年生蔓草。我国各地均有，分布田野、菜园。

采集：6～9月。

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味苦酸微寒。清热解毒。治尿道炎、咽喉炎，鲜草捣烂敷乳房脓肿。常用量0.5～1两。

野荞麦根

土名：开金锁、金锁银开。

生长环境：多年生草本。我国南北各地均有，分布田野、

山坡、河沿。

采集：11～12 月。

炮制：根茎和块根入药，切片、晒干。

功能主治：性味辛平。清热解毒，消肿止痛，治咽喉肿痛、肺热咳嗽、肺痈、手足关节痛、腹胀满等。常用量 3～5～8 钱。

图 3-17　乌敛莓（葡萄科）
1.果枝；2.花

图 3-18　水蜈蚣（莎草科）

水蜈蚣（图 3-18）

土名：三角草、散寒草。

生长环境：多年生草本。我国南方各地均有野生，尤以水稻田中多见。

采集：7～8 月。

炮制：全草入药，洗净、切细、晒干。

功能主治：性味辛平。杀虫、解热、利尿。治感冒发热、

支气管炎、赤白痢。民间有以此草2～3株，捣烂和白糖少许，症发前3～4小时吃可制止发作（此方也能止咯血）。常用量0.3～0.5～1两。

黄药子

土名：黄独、黄药脂、木药子。

生长环境：多年生缠绕草质藤本。野生河北、山东以及

清热解毒药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
锦灯笼（挂金灯）	酸平	各地野生	果实入药，微蒸晒干	清热化痰	咽喉炎、肺热咳嗽、虚劳骨蒸、小便赤痛	酸浆、蒲公英等量，治扁桃体炎	2～4	捣烂外敷治天疱疮
射干	苦寒	北部及西南各地	根茎入药，切片晒干	清热解毒，利咽消痰	咽喉肿痛，腮腺炎、咳痰上气	配桔子治咽喉炎，配桔梗、紫菀治呼吸道炎症	2～3	和食盐少许煎汤搽手足，可预防稻田皮炎
白鲜皮	苦寒	江苏、浙江、四川、河北等地	根部外皮入药，切细晒干	祛风湿，清湿热	皮肤湿疹、阴部肿痛、产后瘀痛	白鲜皮、金银花、生甘草水煎，治黄疸、尿道炎	2～4	对皮肤真菌有抑制作用
白头翁	苦寒	安徽、江苏及东北各地	根入药，切片干燥	消炎，止泻	热痢、喉痛，外洗治疮疡	白头翁汤	1～3	据实验有杀阴道滴虫作用
大青叶（板蓝根）	微苦大寒	华东、中南各地	根切片干燥	清热解毒，凉血	高热、吐血、衄血、口腔炎、牙龈出血、齿龈病		2～4	板蓝根注射液治黄疸型传染性肝炎，日1次，每次2～4毫升，15日为一疗程
连翘	苦微寒	河北、陕西、江苏、江西、四川、云南等地	果实晒干	清热解毒	外感风热、疮疡肿毒、瘰疬、乳痈	银翘散	3～5	

西南、东北诸地。

炮制：根茎入药，切片晒干。

功能主治：性味苦平。清热解毒，化痰散结，并能止血。治咽喉肿痛、甲状腺肿大、咳嗽气喘、咯血、衄血、产后流血过多。常用量 3～4 钱。

（四）清热凉血药

地锦草

土名：红心草、红筋草、小马苋。

生长环境：一年生草本。生于原野沟渠潮湿处。

采集：6～10 月。

炮制：全草入药，洗净，切细。

功能主治：性味微苦平。清热利湿，凉血止血。治菌痢、肠炎、黄疸、尿血、便血、崩漏等。常用量 3～5 钱。

翻白草

土名：叶下白、鸡眼儿。

生长环境：多年生草本。我国各地均有分布，以山坡下、田园处多见。

采集：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味甘苦。清热解毒，凉血止血。治肠炎、细菌性痢疾、各种出血性热病，据说还能治阿米巴痢疾。常用量 3～5 钱。

清热凉血药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(錢)	参考
地骨皮（枸杞根）	甘寒	各地均产	根、果实均入药，晒干	皮：解热止咳，凉血；子：坚筋骨去盛劳	皮：治肺结核骨蒸盗汗；子：治糖尿病、肺结核、高血压	枸杞子、五味子、茯苓、干地黄、生姜、大枣治神经衰弱	皮 3～6 子 2～4	果实含多种维生素，以色红肉厚者为良

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
白薇	苦咸寒	河北、辽宁、福建、贵州等地	须根入药，切片晒干	解热凉血	肺结核、急性热病中末期、尿道炎	白薇、知母、地骨皮、丹皮治妇女产后虚热	1～3	部分地区白薇与白前互用
牡丹皮	辛苦微寒	四川、安徽、江苏等地	根皮入药，切细晒干	清热凉血，活血行瘀	热病入营血、血热妄行、阴虚发热、经闭、跌扑损伤、疮痈	血热配地黄、栀子，阴虚配鳖甲、青蒿	1.5～3	据实验有降低血压效果
地黄	鲜地黄带苦寒，干地黄甘寒，熟地黄甘微温	原产四川、南、陕西、浙江，现移各处栽植	根入药，鲜用或晒干反复晒用或蒸用	鲜生地清热凉血，干地黄滋阴凉血，熟地黄滋阴补血补肾	鲜生地治热病邪入营血、热血妄行；干地黄治热病伤阴及血热妄行、寒热不尽、产后虚弱；熟地黄治血虚、肝肾不足、月经不调、盗汗等	四物汤、六味丸	3～5～8大剂量1～2两	据报道有强心升压、利尿作用，为止血强心药
犀角	苦寒		一般磨粉冲服	清热凉血止血	治传染病高热发斑、吐血、衄血	犀角地黄汤	0.3～0.5	因价昂，可用水牛角代，量宜大

四、祛暑药

治疗暑病的药物叫祛暑药。暑病是夏令时病的总称，可因烈日下中暑而致病，也可因贪凉裸卧露宿而致病，还可因食不洁食物而致病。因此祛暑药包括解表、清热、利湿、芳香化浊等药物。此类药物使用时，对于阴虚血燥以及气虚者均应注意。

藿香

土名：土藿香、兜娄婆香。

生长环境：一年生草本。我国各地均有，野生或栽植。

采集：7月。

炮制：全草入药，拣净、切细、晒干。

功能主治：性味辛微温。有祛暑解表、化湿和中作用，治中暑发热、头痛、胸闷、食欲不振、恶心、呕吐、泄泻、昔腻。常用量1～3钱。

〔注〕本品挥发油能促进胃液分泌、增加消化力，对胃肠有解痉防腐作用。

荷叶、荷梗、荷蒂

生长环境：多年生草本。生于池沼湖塘之中，大部地区均有栽植。

采集：夏季为宜。

炮制：荷叶：生用或炒焦用。荷梗：刮去刺，剪成1寸左右长，晒干。荷蒂：是靠近荷叶柄附近的叶片，晒干后生用。

功能主治：荷叶：性味苦平。解暑清热，升发清阳；炒炭止血。治受暑热头胀胸闷、小便短赤、泄泻，并可止衄血、吐血。常用量1.5～3钱。

荷梗：清暑利湿，顺气宽胸。用于夏季感受暑湿而胸闷不畅、慢性肠炎、久痢、肠出血，以及妇女慢性子宫炎、赤白带下或男子遗精。常用量2～3钱。

荷蒂：性味苦平。作用似荷叶，还能安胎。常用量3～7枚。

〔注〕荷的果实莲子、根茎藕详补益药、止血药。

绿豆

生长环境：一年生草本。我国各地均有种植。

采集：8月。

炮制：种子和种子皮（绿豆衣）入药，晒干，防虫蛀、霉变。

功能主治：性味甘寒。清热祛暑，解毒利尿。治中暑烦热、疮毒痈肿、食物中毒。常用量0.5～1两。绿豆衣效同而力稍小，但止渴尤长。

白扁豆（附：白扁豆衣、白扁豆花）

土名：鹅眉豆、扁豆。

生长环境：一年生蔓草。我国各地均有。

采集：9月。

炮制：种子碾碎生用或炒用。将干燥种子浸泡热水中，剥取皮，为扁豆衣。

功能主治：性味甘平。能健脾化湿，治暑湿内蕴所致的脾虚腹泻、呕吐和妇女白带。扁豆衣功效相同。扁豆花治暑湿所致的发热泄泻。常用量3～5钱。

青蒿

土名：香蒿、香苦草、草蒿、青蒿梗。

生长环境：二年生草本。我国各处皆有分布，野生河沿、柴塘或潮湿路旁。

采集：5月。

炮制：药用全草，切细晒干。

功能主治：性味苦寒。清热解暑，退虚热。适应暑热外感热重寒轻和一切热性病末期、结核病、产后发热、黄疸、衄血、便血，外用煎洗湿疮。常用量3～5～8钱。

佩兰

土名：兰草、零陵香。

生长环境：多年生草本。多为栽培。

采集：5～6月收头刀，8月收二刀。

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
西瓜翠衣	甘凉	全国各地皆产	果实外皮晒干	消暑热，止烦渴，利小便，解酒毒	暑热烦渴、小便短赤		4～6	果肉含丰富维生素C，西瓜霜系西瓜剂开弄瓤，置芒硝，合之产生的一层白色析出物
苍术	辛温	浙江、安徽、江苏、江西、湖北、山东等地	根茎入药，生用或制用	燥湿健脾，祛风，助消化	湿阻脾胃所致腹胀、呕吐、泄泻、苔白腻以及风寒湿痹、关节痛、夜盲症	平胃散	2～4	苍术、白术同为健脾祛湿，但苍术燥湿力较白术强
砂仁	辛温	广东、中南	果实及果壳入药，干燥	化湿健脾，安胎	消化不良、慢性腹泻、妊娠、胎动不安		0.8～2	①缩砂仁与春砂仁作用相同而品种不同 ②壳作用较差

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味辛。能解暑化湿和中，治暑天感冒、神经性头痛、急性胃肠炎、消化不良。常用量 3～8 钱。

〔注〕 部分地区有以唇形科罗勒作为本品用之。罗勒为血分药，能使血管扩张，治跌伤、撞伤的瘀血肿痛。

五、泻 下 药

凡能通利大便的药物叫泻下药。泻下药的主要功能是清除肠内积滞（宿食）以及其它有害的物质，同时能清热泻火，使实热壅滞通过泻下而解。泻下药又可分为药力峻猛、作用快捷的攻下药和药力缓和、具有润肠作用的润下药。前者宜

用于体力未衰的里实证，后者宜用于体弱病久的患者。妇女经期、妊娠期及产后此类药物慎用。

土大黄（图 3-19）

土名：金不换、红筋大黄、羊蹄草。

生长环境：多年生草本，我国南方各处均有分布，野生或栽植。

采集：9～10 月。

炮制：根入药，切片、晒干。

图 3-19　土大黄（蓼科）
1.花枝；2.根；3.叶(放大)

功能主治：性味辛苦。清热解毒，止血，通便。治肺脓疡衄血、急慢性肝炎、便秘。常用量 3～8 钱。

〔注〕 青海、四川等地的大黄（又名川军），与本药非同一品种。性味苦寒。泻实热，破积滞，行瘀血。治实热便秘、急性阑尾炎、肝炎、血瘀经闭等。常用量1～3钱，后下。

蜂蜜

采集：春夏秋季采集。

炮制：将蜜盛铜锅内，加等量水，加温搅拌。蜜融后去火，用筛过滤，除净杂质，再加热蒸发水分即成。

功能主治：味甘平。滑肠通便，润肺补中缓急，解表。治大便燥结、咳嗽、口舌生疮、水火烫伤，解乌头毒。用量 3钱～1 两。

〔注〕 蜂蜜在临床上的应用是非常广泛的。生用外涂，可治口舌生疮、疮疡、烫火伤等。此外，制中药丸剂或炮炙药物，也经常用蜜。

蓖麻子

土名：大麻子、红蓖子。

采集：10月。

炮制：成熟果实晒干后自行裂开，果皮和种子均供药用。

功能主治：性味辛微温有毒。消肿排脓润肠。主治肠内积滞、大便秘结、淋巴结块，捣烂敷头顶（百会穴）治子宫下垂。种子外壳能杀蛆。常用量果实3～5钱，通便需用蓖麻油10～20毫升顿服。

扁竹根

土名：蝴蝶花、铁扁担。

生长环境：多年生常绿草本。上海郊区各地都有栽培。

采集：药用根及全草，随采随用。

炮制：洗净，鲜用或切片晒干。

功能主治：性味苦寒，有小毒。清热解毒通便。主治黄

泻下药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
郁李仁	辛苦平	陕西、山西、山东、江苏以北及各地	种子入药，入煎时打碎	润燥滑肠，利尿退肿	大便燥结、面目浮肿	郁李仁5钱，生大黄末1钱共研细，纱布包煎，一日2次分服，治肿气浮肿	3～4	
芒硝（玄明粉）	苦咸寒		将朴硝加入萝卜汁同煮，冷却后结晶，名芒硝，煎熬成玄明粉	泻热润燥，软坚散结	实热积滞、大便燥结	大、小承气汤	3～4	一般不入煎，宜冲服

疸性肝炎、消化不良、大便干燥。常用量0.5～1两。民间有将此药纳鸭肚中加水煮酥多次分服。

六、利尿逐水药

凡能通利小便、消除水肿的药物，叫利尿逐水药。利尿逐水药一般可分为利尿、逐水二类。利尿药性多甘、淡、寒，作用比较缓和，有利小便、止水泻的作用；逐水药性多辛温或苦寒，作用较为峻猛，有消水肿、祛痰饮的作用。另外，利尿药又能引导湿热下行从小便排出，所以对于黄疸以及尿路感染也有疗效。但此类药物易伤津液，对于失水患者忌用；逐水药又有收缩子宫作用，孕妇忌用。

（一）利尿药

车前草(子)

土名：癞蛤蟆草、牛舌草、车轮草、猪耳朵草。

生长环境：多年生草本。喜湿润，各地田边、路旁随处可见。

采集：7～8月。

炮制：车前草：除去杂质，切细晒干。车前子：割下全株，曝晒后使果穗裂开，用手揉搓，扬去果壳、杂质即成，但遇潮湿，易粘连在一起，故宜贮藏于干燥处。

功能主治：性味甘寒。全草为利尿药，种子还有镇咳止泻作用。主治尿道炎、暑热下痢、衄血、支气管炎。常用量4～6钱，大剂量1两左右（种子须包煎）。

鼠曲

土名：红藤草、粉节草、通生草、边血草。

生长环境：一年生草本。各地均有野生。

采集：5～7月。

炮制：洗净泥土杂质，去根，切细晒干。

功能主治：性味苦平。清热利尿，杀虫解毒。治湿热下注所致小便淋沥涩痛、腹痛腹泻、小儿疳积、湿热黄疸、关节和神经痛，并能驱除蛔虫，外敷可治湿疹。常用量3～5钱。

蘠〔音渠，qú〕麦

土名：燕子麦。

生长环境：多年生宿根草本。各地均有。

采集：7～8月。

炮制：除杂质，清水浸润，切段晒干(种子及花均入药)。

功能主治：性味苦寒。清热利尿，凉血。治肾炎水肿、膀胱炎、妇女月经不调。常用量3～4钱。

地肤子

土名：落帚子、扫帚菜。

生长环境：一年生草本。河北、江苏、山东、陕西、湖北等省均有，野生原野、路旁、杂草丛中。

采集：9～10月。

炮制：成熟果实，去枝叶杂质，生用。

功能主治：性味苦寒。清湿热，利小便。治膀胱炎、脚气水肿、颜面及皮肤丹毒、湿疹瘙痒，也可煎汤熏洗。常用量3～4钱。

冬葵子

土名：馒头模草、露葵。

生长环境：一年生草本。我国东北、中南、华东各省均有野生。

采集：6～7月。

炮制：扬净晒干，过筛，除去泥屑及梗。

功能主治：性味甘寒。利水通淋，润肠通乳。治尿道炎、便秘、妊娠水肿、乳腺炎等。常用量3～4钱。

〔注〕 本品植物名蔄麻，上海市地区均以此品作冬葵用。

冬瓜皮、冬瓜子

生长环境：一年生蔓草。我国各地均有栽培。

采集：大暑至处暑。

炮制：药用果实外皮及种子。冬瓜皮：把皮切下，晒干；冬瓜子：挖出种子，去瓤，浮去空子，晒干。

功能主治：皮能利水消肿，治肾炎水肿；子能化痰排脓，性味甘寒，治肺脓疡、阑尾炎等化脓性疾病。常用量3～8钱。

〔注〕 冬瓜糖（白糖浸渍而成）治百日咳、气管炎。

将军干

土名：蟋蟀干、斗鸡。

生长环境：路旁、砖石堆或杂草丛中。

采集：8、9月。

炮制：捕捉后用开水烫死，晒干或烘干。

功能主治：性味辛咸温，有小毒。能利水，治尿道炎、水肿、小儿遗尿、阳萎等。常用量3～7只。

米赤豆

土名：赤豆、红豆、茅柴赤、米赤。

生长环境：一年生草本。我国各地均有栽植。

采集：6～7月。

炮制：药用种子。扬净，晒干，防霉变、虫蛀。入煎时打碎。

功能主治：性味甘微酸平。利水行血，消肿排脓。治水肿脚气，与麻黄、连翘合用治风疹。常用量3钱～1两。

蝼蛄

土名：土狗。

生长环境：野外低湿地。

采集：夏季。

炮制：干燥的尸体供药用。捕捉后，投入开水内烫死，取出，晒干或用火烘干。

功能主治：性味咸寒，有小毒。能利水消肿，治肝硬化腹水；目前多试用于泌尿系统结石。常用量 3～4 钱。

杠板归

土名：贯叶蓼、河白草。

生长环境：多年生攀援草本。南方各地均有，野生河沿、山坡、林下。

炮制：药用全草。洗净、切细、晒干。

功能主治：性味酸平，有小毒。能解毒消炎，治腹胀满、泄泻，外用治软组织损伤，熏洗还能治痔疮。常用量 2～4 钱。

玉米须

采集：收玉米时采集。

炮制：除尽杂质，晒干。

功能主治：性味甘平。能利尿，治肾脏病、糖尿病、胆石症等。常用量 3～5 钱。

凤尾草（图 3-20）

土名：鸡脚草、井栏草、百脚鸡、雉鸡尾。

生长环境：多年生草本。各地均有野生。

采集：4～11 月。

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味淡。凉血，清热，利小便。治尿道炎、

内痔出血、乳腺炎、肾炎浮肿等。常用量 3～4 钱。

金錢草（图 3-21）

土名：连钱草、铜钿草。

生长环境：多年生草本。我国南方各地均有野生，喜潮湿。

采集：7～8 月。

图 3-20　凤尾草（凤尾蕨科）

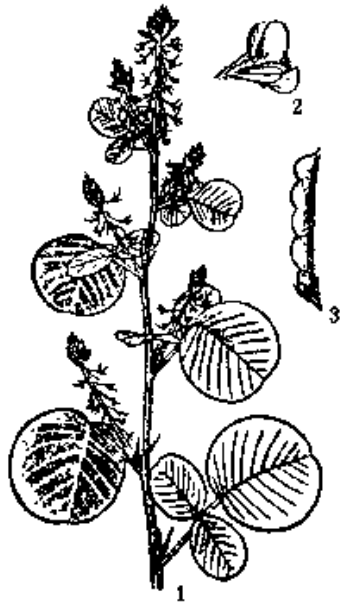


图 3-21　金钱草（蝶形花科）
1.花枝；2.花；3.果

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味甘寒。能解热利尿，治泌尿系统或胆囊结石、急性黄疸型传染性肝炎、肺热咳嗽，还可除风湿骨痛。常用量 3～6 钱，大剂 1～2 两。

海金沙

土名：须须药、竹园荽、左转藤。

生长环境：多年生攀援植物。我国南方各地均有，分布

山野、路旁或灌木丛中。

采集：7～10月。

炮制：药用孢子。采叶，置纸上晒干，收集孢子。

功能主治：性味甘寒。能利尿，治尿道炎、尿痛、肾炎水肿、妇女白带、口腔炎等。常用量3～5钱。

马蹄金

利尿药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
茯苓	甘淡平	东北、华北各地	菌块切片干燥（寄生于松树上）	渗湿利尿，健脾安神	肾炎或脾虚饮停潴留所致的水肿、腹泻、心悸、失眠	五苓散	3～5	①外皮利尿 ②白茯苓化涎，赤茯苓利湿退热 ③茯神宁心安神 ④猪苓是寄生于枫树上的菌块，利水渗湿
泽泻	甘寒	各地均产，以福建最好	地下球茎切片干燥	利尿渗湿消肿	急性肾炎、肠炎、前列腺炎、糖尿病、脚气病、乳少		3～4	
木通	大苦微寒	大部山区有产	藤茎切细干燥	降火利尿，下乳	尿道炎、口腔炎、乳少		3～4	民间用猪蹄1只、木通5钱文火煮烂，治产妇乳少
滑石	甘寒	辽宁、江苏、江西	采集后去净泥土及杂质	利水渗湿，清暑热	小便不利、尿痛、尿急、湿热泄泻、暑热烦渴	六一散	3～5包煎	外用清热收湿，治湿疹、痱子
茵陈	苦平	东北、华北、湖南、广西、云南	春季幼苗高6～7厘米时，挖出全草，去根除去杂质，晒干或晾干	清热利湿，退黄疸	急慢性传染性肝炎、胆囊炎	茵陈蒿汤	3～5大剂1～2两	药理研究有增加胆汁分泌、解热等作用

土名：小元宝、荷包草。

生长环境：多年生草本。我国各地均有，野生山坡、沟渠旁荫湿之处。

采集：全年。

炮制：全草入药，切细晒干。

功能主治：性味辛平。祛风利湿，清热解毒，利小便。治湿热黄疸、风寒感冒。常用量3～4钱。

地柏枝

土名：岩柏、摩来卷柏。

生长环境：多年生草本。我国中南、华东、西南各地均产，多见于岩石隙下或林下杂草丛中。

采集：全年。

炮制：全草入药，切细、晒干。

功能主治：性味辛淡平。清热利尿，消肿和血。治黄疸性肝炎、长期低热、痈疖疼痛等。常用量0.5～1两。

（二）逐水药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
甘遂	苦寒（有毒）	陕西、河南、甘肃及华东各地	根切片干燥	利尿攻痰，通便消肿	水肿腹满、脚气浮肿、胸水、腹水、癫痫痰盛	甘遂、黑丑各5分，红枣10枚治肾炎浮肿	0.3～1	体虚发热忌用，配伍忌甘草
芫花	苦辛温	山东、河南、江苏、湖北、江西等地	花蕾入药，晒干	泻下利尿	腹水、痰饮		0.3～1	同上
大戟	辛寒苦甘（有毒）	江苏、浙江等地	果实入药	峻下	腹水、胸水	大戟、甘遂、白芥子等分研末，治壮实人脚气浮肿	同上	

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
洋漆	辛苦微寒（有小毒）	华东、中南各地	全草切细、晒干	解热利尿，化痰散结	头面浮肿，痰饮及淋巴结块	与红枣等量熬膏治瘰疬	2～3	
牵牛子	苦寒有毒	各地均产	种子入药，晒干，入药时打碎	泻下利尿，杀虫化痰	肾炎水肿、肝硬化腹水、便秘、虫积腹痛		1～3	孕妇忌用

七、祛风湿药

凡能祛除风湿、通利关节的药物，叫祛风湿药。此类药物性能比较燥烈，凡阴虚内热、血虚便闭者都应慎用。

苍耳子

土名：武刺母、野茄、老苍子。

生长环境：一年生草本。各处均有，野生河沿、山坡及林下杂草丛中。

采集：8～9月。

炮制：果实入药，晒干炒熟后，捣去刺。

功能主治：味甘温。发汗解热，镇痉，通鼻窍。治上感、鼻旁窦炎、关节痛、疟疾、水肿等。常用量2～4钱。

〔注〕 全草据说对麻风、痢疾有效。

寻骨风

土名：白英、蜀羊泉、白毛藤。

生长环境：一年生草本。我国南部地区均有野生。

采集：8～9月。

炮制：药用全草。洗净切细，晒干。

功能主治：性味甘寒。祛风湿，行气通滞。近来用于癌症治疗，常配蛇莓、龙葵等。民间治肠胃胀气：白毛藤烧水，

滤汁煮饭，盛器内，保暖一昼夜，成白毛藤酒酿，可慢慢吃。吃后数分钟即能肠鸣放气，感觉舒畅。

接骨木（图 3-22）

土名：穿穿活、扦扦活、公道老树。

生长环境：落叶灌木。我国各处均有野生。

采集：四季。

炮制：鲜用或晒干切段。

功能主治：性味甘平。活血镇痛，祛风湿。治手足扭伤疼痛、跌打损伤、风湿腰痛。外用煎汤熏洗扭伤、撞伤，有促进血液循环、改善症状效果。常用量 0.5～1 两。外用不拘。

络石藤

土名：石血藤，石虎藤，络石。

图 3-22　接骨木（忍冬科）

1.花枝；2.花；3.果序一部分；
4.果实；5.果实纵切面

图 3-23　豨莶草（菊科）

生长环境：常绿缠绕性木本。我国南北各地大部有产。

采集：8～9月。

炮制：药用茎叶及根。洗净，除杂质，切段晒干。

功能主治：性味苦微寒。祛风止痛，凉血消痈。治关节疼痛、腰肌劳损、痈肿疮毒。常用量3～5钱。

豨莶草（图3-23）

土名：猪膏母、风湿草、希仙。

生长环境：一年生草本。我国各地均有分布，野生河沿、山坡，喜阳光。

采集：7～8月。

炮制：全草入药，切细生用或蒸熟用。

功能主治：性味苦寒。祛风湿，利关节，降低血压。治痛风、四肢麻木、腰膝无力。常用量3～5钱。成药豨莶丸，可治高血压、周身关节痛、半身不遂。日3次，每次1～2丸。

菝葜（图3-24）

土名：金刚刺、硬饭头、铁菱角。

生长环境：攀援灌木。我国中部、南部各处皆有，野生山坡。

采集：9～10月。

炮制：根入药，切片晒干。

功能主治：性味甘酸辛温。解毒祛风，发汗利尿。治各种关节疼痛、跌伤、憋伤。外用以酒精浸出液（含生药30～50%）治牛皮癣。常用量0.5～1两。

徐长卿（图3-25）

土名：寮刁竹、一枝香、铜锣草。

生长环境：多年生草本。我国各地山区都有野生。

图 3-24　蔓荚（蔓荚科）

图 3-25　徐长卿（萝藦科）

1,2.植株；3.花；4.果

采集：3～8 月。

炮制：全草及根入药，切细、晒干。

功能主治：性味辛温。镇静，解毒，止痛。治各种风湿关节痛、急性肠胃炎、肝炎、肝硬化腹水，还能防止晕车、船。常用量 3～5 钱。

制剂：徐长卿 100 克加工制成徐长卿注射液 100 支（每支 2 毫升），治各种关节痛、妇女月经痛、肠胃神经官能症，日 1～2 次，每次 2～4 毫升，肌注。

虎杖

土名：黄地榆、九龙根。

生长环境：多年生草本。我国中南及华东各地均有野生。

采集：9～10 月。

炮制：根茎入药，切片、晒干。

功能主治：性味酸苦平。收敛，止血，松弛平滑肌。治黄疸、胆结石、关节痛、腹水、胸膜炎、气管炎、妇女闭经。常用量0.5～1两。

祛风湿药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
独活	辛苦微温	华东及西南各处	根切片，干燥	散风，祛湿止痛，降血压	风湿痛、牙痛、头痛	独活寄生汤	3～4	
羌活	辛苦温	四川等地	根茎切片，干燥	解热，发汗，镇痛	感冒、三叉神经痛、神经炎		3～4	
木瓜	酸温	华东及中南各地	果实入药，切开晒干	强壮，兴奋，镇痛，化湿	各种关节痛以及腹泻失水后转筋		2～4	转筋即失水后肠肌痉挛
秦艽	苦辛平	河北、山西、陕西、甘肃	根入药，切片干燥	祛风，解热，止痛	风湿、关节痛、结核病潮热		1～3	
威灵仙	苦温	华东及中南各地	根入药，切片干燥	祛风湿，止痛	各种风湿关节痛、脚气浮肿		3～5	尚能治鱼骨鲠喉

八、温里药

凡是药性温热而能解除里寒症的药物，叫做温里药。寒伤于里，多见呕吐、泄泻、腹中疼痛、颜面苍白、肢冷不温、脉象沉迟等症状，就要用温里祛寒药。这类药还往往兼有理气的功效。

姜

生长环境：多年生宿根草本。全国各处潮湿砂地均有产。

采集：8～10月。

炮制：根茎入药，肥大多肉者为好。

功能主治：性味辛温。生姜能发汗解表、温中止呕、解毒，治风寒感冒、胃寒呕吐、食鱼蟹中毒；干姜能温中回阳、

温里药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
附子	辛温（有毒）	四川、陕西、江西、湖南等地	用豆腐等辅料经繁复工序减少毒性	回阳救逆，温中散寒，镇痛（强心作用）	昏厥、寒凝关节、虚寒性腹泻	四逆散	1～3	母根名乌头。四川产名川乌，野生名草乌，均治寒凝关节痛
吴茱萸	辛苦大热	福建、云南、广西	经甘草等水浸泡繁复工序	温中止痛，理气止呕	厥逆、吞酸、寒疝痛、胁痛、腹痛下痢	吴茱萸汤	1～2	捣米醋调敷二足，治口腔炎
肉桂	辛甘大热			温中补阳，散寒止痛	肾阳不足肢冷、脾阳不振冷泻、体虚阴疽、虚寒性腹痛或经行腹痛		0.5～1（后下）	详桂枝条
高良姜	辛大温	广东、海南岛、福建等地	根入药，切片干燥	散寒止痛	慢性胃痛、胃溃疡、小儿泄泻、肠绞痛	良附丸	1～3	①种子名红豆蔻 ②有抗痢疾菌作用
茴香	辛温	西北、华东、中南等地	果实入药，干燥	祛寒，理气，止痛，兴奋，驱风	脘腹痛、疝痛、神经衰弱		0.8～1.5	有大、小茴香之分，前者祛寒温止疝痛为好，后者对消化系统作用明显
川椒（蜀椒）	辛热（有毒）	四川、河南、山东、陕西等地	果壳及子仁晒干	温中止痛，杀虫	胃腹冷痛、寒湿泄泻、蛔虫腹痛		1～2	子仁名川椒目，有利尿作用，用于心脏性水肿

温肺化痰，治腹胀满、呕吐泄泻、手足厥冷、肺寒咳嗽而痰稀白；炮姜系干姜炒焦者，能温中止泻、止血，治胸腹冷痛、吐泻、咯血、下血。常用量：生姜1～3钱，干姜、炮姜各1～2钱。

艾叶

土名：大艾、艾蓬。

生长环境：多年生草本。我国各地均有野生，喜干燥向阳。

采集：4～5月。

炮制：叶片入药，生用或炒用。

功能主治：性味辛温。能祛寒止血，治妇女月经痛、子宫出血以及吐血、衄血等。常用量1～3钱。

九、理　气　药

理气药是调理气分、疏畅气机的药物。本类药物主要治一般所谓气滞的病症，如胸腹胀满、疼痛、嗳气吞酸、恶心呕吐、气逆等。本类药物大多具有芳香解郁、顺气宽中、行气止痛等功效，但因这类药多为辛温香燥，容易耗气伤阴，对气虚、阴虚的病人均应慎用。

香附（图3-26）

土名：香头草、野韭头、回头青、黄草乱子、雀头草。

生长环境：多年生草本。我国各地皆见，旱涝都能生长。

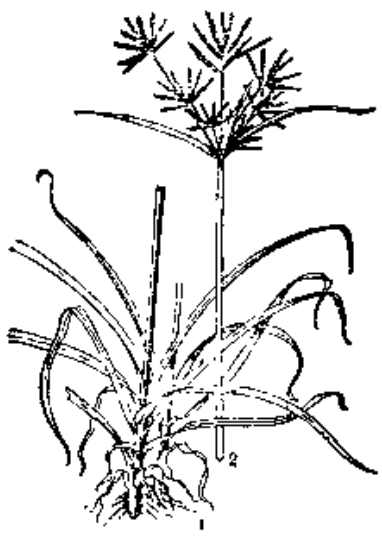


图3-26　香附（莎草科）

1.植物下部；2.花枝

采集：9～11月。

炮制：根茎供药用。洗净泥屑、根须，每100斤香附内加黄酒10斤、醋10斤，放入锅内再加水到淹没香附为度，加热煮到棕黑色，取出晒到半干，将剩下的药汁拌入吸尽，切碎晒干。

功能主治：性味辛平。理气解郁，调经止痛。治胃神经痛、月经痛、经闭、慢性子宫炎、消化不良等。常用量3～6钱。

枸橘李

土名：野李子、苦橘子、臭橘、铁篱索。

生长环境：落叶灌木，我国南北各处皆有栽植。

采集：9～10月。

炮制：果实切片晒干。

功能主治：性味辛苦微温。理气止痛，发汗，健胃祛风。治胃溃疡、肠鸣泄泻、便秘、子宫脱垂、脱肛等。常用量3～6钱。

〔注〕 据说枸橘叶能治食道癌，常和石见穿、威灵仙、半夏等配伍。

薤白头

土名：野葱、火葱。

生长环境：多年生草本。我国各地均有。

采集：5月以后。

炮制：地下鳞茎入药，蒸熟晒干。

功能主治：性味辛温。能宽胸理气，治慢性胃炎、肋间神经痛、心绞痛、喘咳、久痢。常用量3～5钱。

川楝子

土名：金铃子、苦楝子。

生长环境：四川、贵州、云南、湖南等省。

采集：冬季果实成熟呈黄色时采摘。

炮制：晒干或加巴豆炒，切碎。

功能主治：性味苦寒，有小毒。理气止痛，杀虫。治胃痛、虫积腹痛、疝痛、痛经等，外用可治头癣。常用量3～5钱。

〔附〕 土楝子各地多生长，性味、功效与川楝子相似，用量、用法亦相同。

野蔷薇花

土名：白残花、老残花。

生长环境：落叶小灌木。我国各地均有，野生或栽植。

采集：花蕾3～4月，种子9～10月。

功能主治：性味甘平。清暑化浊，和胃止痛。治暑热胸闷、口渴胃呆、口腔炎。常用量花蕾1～3钱，果实0.5～1两。

腊梅花

土名：黄梅花。

生长环境：落叶或半常绿乔木。我国各地均有栽植。

采集：2～3月。

炮制：药用花蕾，用炭火烘干或晒干。

功能主治：性味辛苦温。开胃散郁，解渴生津，并有镇静镇咳作用。治肝气郁结、头晕、脘痛、梅核气、百日咳。用量0.8～1.5钱。

〔注〕 腊梅花浸花生油，此油能涂水火烫伤，促进伤口愈合。

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
香橼皮	辛酸平	广东、广西、福建、浙江、湖南等处	果实入药，切片晒干	理气宽胸，化痰	胃神经缺乏、胃酸性慢性炎		3～5	
广木香	辛苦温	四川、云南、广东、广西	根入药，切片干燥	芳香健胃，理气止痛	消化不良、胃神经病、痛经、腹泻	香连丸	1～3	对杆菌有抑菌作用
橘皮（陈皮）	辛苦温	华东、华南产橘中地区	外皮入药，切丝晒干。去白徽红，名橘络	理气健脾，燥湿化痰	脾胃气滞，呕吐恶心，慢性胃炎，消化不良，妇女乳管病	橘核丸	1～3	①橘红化痰止咳，橘络化痰通络，橘叶疏肝理气，橘核治疝痛 ②未成熟果实外皮名青皮，治胸胁痛及乳病
枳实（壳）	微苦温	浙江、江西等处	不成熟果实为枳实，熟果实者为枳壳	破气消积，化痰除痞	消化不良、肿瘤、子宫脱垂、水肿便秘、	枳实6钱、白术2钱，水煎一日1次，治脾大肿	2～6	枳壳破气行痰，宽肠胃
厚朴	辛苦温	四川、浙江、安徽、湖南、贵州等地	根皮、果花药入药	下气散满，燥湿健胃	肠炎、胃肠炎多、气喘化痰不良		0.8～2	朴花长于降逆理气，四川名川朴，产浙江、福建名温朴，治效同
延胡索（元胡索）	辛苦温	江苏、浙江、山东、河北	块茎入药，切片干燥	活血，行气，止痛	气滞血瘀的胸腹胁痛、月经不调、经产腹痛、产后出血		1～3	
郁金	辛苦寒	浙江、福建、广东、江西、云南	块根入药，切片干燥	行气解郁，凉血破瘀，退黄疸	倒经、胸胁痛、神昏、黄疸	荔蒲郁金汤	1～3	茎名片姜黄，治平足麻木酸痛

十、理　血　药

凡能治理血分疾病的药物，称为理血药。血分病一般分为三大类：血虚，治宜补血；血瘀，治宜行血去瘀；血溢，治宜止血。由于人体气血互相依存，所以在使用理血药时，又须配合理气药同用，以增强疗效。

凡是行血药，孕妇均宜慎用。对一般出血症，在初起时，应在止血药中配一些行瘀药，以免留瘀之弊。

（一）行血药

泽兰

土名：水香、石兰、方梗草。

生长环境：多年生草本。我国各省均有野生。

采集：6～8 月。

炮制：茎、叶供药用，原药去根，切细晒干。

功能主治：性味苦微温。能行血消瘀，治经闭、产后腹痛、跌打损伤、痈肿疼痛。常用量 1.5～3 钱。

〔注〕 部分地区以唇形科地瓜儿苗作泽兰用，而将泽兰作佩兰用。

土牛膝

土名：倒扣草、对节草、臭草。

生长环境：一年生或二年生草本。我国山东、云南、广东等地都有野生，果实有刺，易附人衣裳上。

采集：10～2 月。

炮制：药用根、茎，洗净切细晒干，生用或酒炒、盐水炒用。

功能主治：性味凉微苦。能清热、解毒、利尿，治白喉、关节疼痛、脚气病、泌尿系结石、肾炎水肿。常用量 3～5 钱～1 两。

益母草

土名：枯草、茺蔚〔音位，wèi〕。

生长环境：一年生或二年生草本。我国各地均有野生或栽植。

采集：5～6 月干燥全草叫益母草，果实为茺蔚子。

炮制：果实老熟时，割下全草，曝晒、打下种子即为茺蔚子，剩下的即为益母草。

功能主治：性味辛微苦微寒。活血通经，祛瘀生新，利尿。治月经不调、产后血晕、腹痛、崩漏带下、急慢性肾炎。常用量 3 钱～5 钱～1 两。茺蔚子与决明子、青葙子配伍，治肝热目赤肿痛有效。

〔附〕 童子益母草：即益母草的第一年基生叶。功效与益母草相似，又有养血的作用。常用量 0.5～1 两，煎服。

月季花

土名：月月红、月月花。

生长环境：常绿小灌木。我国各地均有栽植，观赏和药用。

采集：含苞待放时。

炮制：药用花蕾，炭火烘干，防虫蛀霉变。

功能主治：性味甘温。活血调经，消肿。治经闭腹痛、骨折疼痛。常用量 1.5～3 钱。

水蛭

土名：蚂蟥、马蛭。

生长环境：各地皆有，以稻田、沟渠处最多见。

炮制：捕捉后开水烫死，晒干或烘干，药用干燥的虫体。

采集：5～9 月。

功能主治：性味苦咸寒有毒。通经破瘀，消癥。治经闭、

血瘀（症瘕）结块、跌扑损伤。常用量 1～3 钱煎服，或 2～5 分焙焦研细作丸散用，孕妇忌服。

虻〔音忙，máng〕**虫**

土名：虻蝇、牛虻。

生长环境：我国各地均有。夏季常见于原野草丛间，好附着牛马皮肤，叮吸血液。

采集：5～6 月收集。

炮制：药用干燥虫体。用蝇拍轻轻拍死，用线贯穿，架起晒干，注意保管，防虫蛀、霉变。生用或炒用，或研末入丸散用。

功能主治：性味苦微寒，有毒。能破血通瘀，治腹中结块、跌扑损伤。常用量 2～5 分，孕妇忌服。

马鞭草（图 3-27）

土名：马鞭子草、铁马鞭、狗牙草。

采集：8 月。

生长环境：多年生草本。我国各地均有野生。

炮制：药用全草。洗净泥沙，晒干、切细，生用。

图 3-27　马鞭草（马鞭草科）
1.花枝上部；2.花；3.花纵切，示雄蕊和雌蕊

功能主治：性味苦寒。清热解毒，活血杀虫。治赤白痢初起、下部湿疮阴肿、月经不调，并能预防感冒。常用量 3～5 钱。

急性子

土名：凤仙花子、透骨草、染指甲草、小桃红。

生长环境：一年生草本，我国各地均有。

采集：8～9月。

炮制：曝晒后种子自行裂开，全草切细晒干。

功能主治：性味微寒温，有小毒。活血通经，降气行瘀，透骨通窍。治经闭、难产、顽痰、蛇咬伤、风湿关节痛、腰痛。常用量3～5钱。

荠菜

生长环境：二年生草本。我国各地有分布，上海郊区栽植作菜蔬用。

采集：3～4月。

炮制：全草切细、晒干，炒至黑色。

功能主治：性味甘平。利尿解毒，止血。治咯血、衄血、月经过多、肠风下血、高血压病。种子益胃并治目痛，花治久痢。常用量0.5～1两。

刘寄奴

土名：六月霜、化食丹、消饭花、奇蒿。

生长环境：多年生草本。我国华东、中南及西南各地均有野生。

采集：6～8月。

炮制：全草切细晒干。

功能主治：性味苦温。为通经药，有消瘀镇痛作用。治经闭、损伤、乳痈、疝气痛、肚腹胀满。常用量3～5钱。

紫金牛

土名：平地木、野枇杷叶、老勿大。

生长环境：常绿小灌木。我国江苏、浙江、江西、湖北均有分布，山坡或竹园中多见。

采集：7～8月。

炮制：洗净、切细、晒干。

功能主治：性味苦微温。活血止痛，解毒，强心利尿。治肺结核、咯血、跌打损伤、月经不调、急慢性支气管炎。民间有用平地木5钱、红枣10枚，水煎浓汁，每日1次，空腹吃，15天为一疗程，治传染性肝炎。常用量3钱～1两。

茅莓

土名：红梅消、三月泡、蛇泡簕。

生长环境：落叶小灌木。我国华东、中南各省均有野生。

采集：6～7月。

炮制：洗净，全株切细晒干。

功能主治：性味甘淡凉。活血消肿止痛，清热解毒。治跌打损伤、疮痈肿痛、咽喉肿痛。常用量内服3～5钱，外用不拘。

〔注〕 有的地方将茅莓制成10%注射剂作外科手术后镇痛用，效果相当满意。

凌霄花

土名：紫葳。

生长环境：落叶藤本。原产我国中部、长江一带，现各地均有。

采集：6～8月。

炮制：全草切细晒干。

功能主治：性味酸微寒。能通经祛风，治妇女经闭、周身关节疼痛、皮肤湿癣。常用量1.5～4钱。

大田基黄

土名：瓜子金、散血草。

生长环境：多年生常绿草本。我国各地均有分布。

采集：5～7月。

炮制：全草切细、晒干。

行　血　药

药名	性味	产　地	炮　制	功　能	主　治	常用配伍举例	剂量（钱）	参　考
川芎	辛温	四川、云南、甘肃、湖北	根入药，切片干燥，生用或炙用	活血祛风，镇静镇痛	感冒头痛、月经不调、跌打损伤	四物汤　川芎茶调散	1～3	有扩张血管及降血压作用
赤芍	苦凉	东北、华东各地	根入药，切片，生用或炙用	活血凉血，清热	瘀血凝滞、经闭、痈肿、温热病热入营血及血热妄行		2～4	
三棱	苦平	东北各地	根茎切片干燥	破血祛瘀，消积止痛	经闭、月经痛、产后腹痛、饮食积滞、脘腹胀痛	常和莪术同用以加强疗效	2～4	
莪术	辛苦温	广东、广西、福建、浙江、四川、云南等地	根切片干燥	破血行气，开胃止痛	同上	同上	3～4	
桃仁	甘苦平	广东、福建、浙江	核仁入药	活血散瘀，润肠	血滞经闭、痛经、肺炎、肠燥便秘、阑尾炎、跌扑损伤	桃仁承气汤	3～4	
王不留行	苦平	北方各地	种子入药，干燥	通经下乳	闭经、乳少		1.5～3	
红花	辛温	各地栽植	花入药，干燥	通经活血止痛	经痛、闭经、损伤、关节痛		1～3	西藏产名藏红花，养血作用大，但价贵
牛膝	苦酸平	安徽、浙江、四川	根入药，生用或盐炒用	活血通经，补肝肾，强筋骨	各种关节痛、经闭、经痛、尿血		2～4	

功能主治：性味甘苦微辛。清热利尿，活血调经。治痛经、闭经、小儿肺炎、气管炎、咽喉肿痛。常用量3～5钱。

石见穿

土名：紫参、五鸟花、牡蒙。

生长环境：一年生草本。我国广大山区有野生，山坡草丛中多见。

采集：8～9月。

炮制：全草切细、晒干。

功能主治：性味苦辛平。能活血止痛，治骨痛、痈肿、各种神经痛，近来还有试用治癌症的。常用量0.5～1～3两。

紫丹参

土名：赤参、山参、木羊乳。

生长环境：直立草本，具有多年生朱红色宿根。四川、安徽、江苏、河北、山东等山区均有出产。

采集：11月。

炮制：根洗净切片晒干。

功能主治：性味苦微寒。和血散瘀，活血调经，养血安神。治月经不调、肝脾肿大、关节痛、疝痛、神经衰弱，近年来还用于治疗肝脏肿大及冠状动脉粥样硬化性心脏病。常用量3～5钱，大剂量1～2两。

（二）止血药

菊叶三七

土名：吐血草。

生长环境：多年生草本。长江以南各地均有栽植。

采集：9～10月。

炮制：根及全草洗净切片晒干。

功能主治：性味甘微苦温。为行瘀止血要药，内服治吐血、衄血、下血；捣烂外敷，止外伤出血、蛇虫咬伤。常用量 3～5 钱。

仙鹤草（图 3-28）

土名：龙芽草、脱力草、接力草。

生长环境：多年生草本。各处均有栽植。

采集：7～8 月。

炮制：全草洗净切细晒干。

图 3-28　仙鹤草（蔷薇科）

功能主治：性味苦涩微温。能补虚止血，治脱力劳伤、妇女月经不调、崩漏带下、咯血、尿血、胃出血。常用量 0.5～1 两，大剂 1～3 两。

小蓟

土名：小蓟母、野红花、刺儿菜。

生长环境：多年生草本。我国南北各地均有野生。

采集：5～8 月。

炮制：全草切细晒干，生用或炒炭用。

功能主治：性味甘苦。凉血，破血，止血。治尿道炎、衄血、创伤出血。常用量 3～5 钱。

〔注〕 大蓟与小蓟功效相同，作用较强。

蒲黄

土名：水蜡烛。

生长环境：多年生草本。我国东北、华北、华东各地水泽地（河、湖、沟）均有野生。

采集：4～5月。

炮制：药用成熟的花粉，剪下蒲棒晒干搓细。

功能主治：性味甘平。止血收敛，活血祛瘀。治咳血、衄血、便血、子宫功能性出血、尿道炎心腹疼痛、产后瘀滞痛、痛经。常用量4～6钱。

〔注〕 过去认为蒲黄炒炭止血，生用活血。近据临床观察，蒲黄生、炭均止血。

墨莲草

土名：旱涝母、旱莲草、鳢〔音李，亻〕肠。

生长环境：一年生草本。我国各地野生。

采集：6～8月。

炮制：全草切细晒干。

功能主治：性味甘酸凉。凉血止血，补肝肾。治吐血、衄血、肠风下血及肝肾阴虚所致的头晕目眩、头发早白，还可外敷治创伤出血。常用量3～5钱。民间有以干墨莲草与红枣（5:1）水煎服浓汁，每服1～2匙，每日2次，作补血用，有一定的疗效。

侧柏叶

土名：扁柏枝。

生长环境：常绿乔木，我国各地皆有。

采集：9～11月。

炮制：除去梗杂，生用或炒用。

功能主治：性味苦涩微寒。凉血止血，降血压。治各种出血。常用量3～5钱。

茜草

土名：血茜草、过山龙。

生长环境：多年生蔓草。我国各地有野生。

采集：全年。

炮制：药用根，洗净切片晒干，生用或炒用。

功能主治：性味苦寒。凉血止血，去瘀生新。治各种出血、脱肛、水肿、妇女经闭、产后恶露不下及跌打损伤。常用量 3～5 钱。

铁苋菜

土名：海蚌含珠草、萤火虫草、血见愁。

生长环境：一年生草本。我国南北各地均有，野生田间、河沿、路旁。

采集：5～7 月。

炮制：全草入药，晒干。

功能主治：性味酸苦涩平。止血止泻，清热解毒。治各种出血、赤痢、肠炎。常用量 3～5 钱。

紫茉莉

土名：胭脂花、潮来花。

生长环境：常绿藤状灌木。栽种十边田或庭园供观赏。

采集：8～9 月。

功能主治：性味甘淡凉。止血止带，清热利湿。治妇女崩漏带下、扁桃体炎、泌尿系感染，据说对糖尿病也有一定疗效。常用量 3～5 钱。

瓦松

土名：瓦花。

生长环境：多年生常绿草本。生在老瓦房上。

采集：四季可采。

炮制：全草入药，切细、晒干。

功能主治：性味酸平，有毒。活血止血，敛疮。治大便下血、创口久不收敛。常用量 3～5 钱。

止 血 药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
卷柏	辛苦	各地均有	全草入药，晒干切细	活血止血	月经过多、尿路感染		3～5	
血余炭	苦平		人发放铁锅中密封烧成	止血利尿	各种出血，胎漏下血		3～4	入煎时须布包
槐花	苦寒	各地均有	花蕾及果实入药，生用或炙用	清热凉血	赤白痢、肠风、痔疮出血		3～6	槐花有凝血作用，可作为高血压中风预防剂
陈棕炭	苦涩平			收涩止血	各种出血	十灰丸，治各种出血，日3次，每次2～4钱	2～3	
白及	苦甘涩微寒	长江一带	根切片生用	敛肺止血，生肌消肿	肺胃出血、外伤出血		2～4	磨粉冲服治溃疡病出血
地榆	苦酸微寒	华东、华北、华中南各省	根入药，切片炒微焦	收敛止血	多用于下部出血（便血、尿血、子宫出血）		3～4	又能治烫伤皮肤溃烂等
灶心土（伏龙肝）	辛微温			收敛止血、止呕	虚寒吐血、便血、反胃、妊娠呕吐		5～20～30	先制澄清液后入煎

十一、固 涩 药

凡有固脱收涩作用的药物，叫固涩药。一般可分为二大类：敛汗涩精药和涩肠止泻药。这类药物不宜早期应用，如果表邪未解或里邪未清而用之，会引起留邪的不良后果。

（一）敛汗涩精药

浮小麦

土名：汆〔音窜，cuān〕头小麦、带帽子小麦。

生长环境：越年生草本。我国中、北部各地均有栽植。

炮制：普通小麦淘洗时取浮于水面的瘪麦，洗净杂质，晒干，防虫蛀。

功能主治：性味甘咸凉。为滋养强壮药，养心气、退虚热。治盗汗、自汗、骨蒸劳热等。民间有以小麦杆煎水代饮以利尿退肿。常用量0.3～1两。

韭菜子

采集：8～9月。

炮制：种子入药，晒干。

功能主治：性味辛温。固精，暖腰膝。治遗精、遗尿、老年人尿频、慢性腹泻以及妇女带下。常用量0.5～1两。

敛汗涩精药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
五味子	酸温	东北、华北	果实入药	滋补收敛，健胃，止咳	久咳喘急、自汗盗汗，遗精、久泻久痢、神经衰弱、无黄疸型传染性肝炎	涩精配桑螵蛸、龙骨，生津配麦冬	1～3	①广东产名南五味，效同。 ②实验对呼吸中枢有兴奋作用
海螵蛸（墨鱼骨）	咸温	沿海	生用或煅用	收敛止血，制胃酸，化痰涎	妇女月经过多、白带、胃酸过多、小儿痰喘	治胃出血配茜草、陈棕炭，治子宫出血配五味子	3～5	
瓦楞子（蚶子壳）	甘咸平	沿海	生用或煅用	平肝，软坚散结	淋巴结块、胃酸过多		4～10	①生用平肝、散结，煅用固涩。 ②先煎5～8分钟

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
桑螵蛸	甘咸平	螳螂卵鞘，各地均有，寄生树枝上	虫窝经沸水一泡后晒干	益肾固精，收缩小便	遗精、白带、遗尿、腰痛	与淮山药、覆盆子、韭菜子等分共研细，睡前服3钱，治遗尿	3～4	
芡实（鸡头米）	甘涩平	江浙一带野生河沼	种子入药，打碎晒干	收敛止泻补肾	慢性肠炎、遗精、遗尿、带下、神经衰弱、腰脊痛	芡实、金樱子等分研末为蜜丸，每日3次，每次2～3钱，治神经衰弱、慢性肠炎、遗精	3～6	
佩兰（藿香桃子）	酸微温或平	各地产桃区	未成熟果实入药，晒干	止汗止带	自汗、盗汗、带下、久泻		3～5	
榴梢根	甘寒	各地均产	根须入药，洗净晒干	清肺热，健脾胃	盗汗、消化不良、产后自汗		3～5	
金樱子	酸涩平	各地均产，多见于丘陵地	果实入药，蒸熟后晒干	收敛固精，止泻缩尿	久泻、遗精、遗尿、盗汗、子宫内膜炎		3～5	

（二）涩肠止泻药

乌梅

土名：干瘪梅子。

生长环境：落叶乔木。栽植于庭园。

采集：3～4月采集。

炮制：药用未成熟梅实。将原药放特制的蒸灶内，蒸后去核用肉。生用或炒用。

功能主治：性味酸平。能清热除烦生津，治久泻、久痢、慢性气管炎、糖尿病、胆道蛔虫病等。常用量3～5钱。

石榴皮

土名：安石榴、丹若、若榴。

生长环境：落叶小乔木，栽培植物，广东最多。

采集：7～8月。

炮制：根部栓皮晒干，果实外皮洗净晒干。

功能主治：性收敛，味酸涩。涩肠止泻，杀虫，为绦虫、蛔虫驱除剂，也可治久泻久痢。常用量4～6钱，果实皮3～5钱。

涩肠止泻药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
肉豆蔻	辛温	广东	种子煨熟用	理脾暖胃，涩肠下气	虚泻冷痢、小儿伤乳吐乳		1～3	
诃子	苦酸涩温	云南、广东	果实生用或煨熟用	收敛止泻，敛汗涩肠	赤白痢、久嗽、喘急、失音、脱肛、崩漏带下	配党参、升麻治脱肛	1～3	敛汗宜生用，口含治喉炎

十二、助消化药

凡能增强人体消化能力、促进食欲、消导积滞的药物，叫助消化药。由消化不良引起的腹胀、嗳气吞酸、呕恶、大便或干或泄，以及病后不思饮食，均可使用本类药物。但引起消化不良的原因，可因过度饱食，也可因脾胃缺乏健运，或者宿食化热，故治疗时除用消化药以外，还可佐以健脾和胃或润肠通便的药物。

鸡内金

土名：鸡肫〔音珍，zhēn〕皮、鸡黄。

炮制：取鸡胃内的一层黄皮（粘膜），放沙中炒微黄。

功能主治：性味甘平。能消食积、止遗尿，用于消化不

良、食积、食欲不振，可单独使用或配山楂炭、枳实一起应用。常用量3～5钱。

麦芽

土名：大麦芽。

炮制：大麦洗净杂质，浮去空粒，浸湿放草包内，每日洒水二次，萌芽至4、5分时晒干。生用或炒用。

功能主治：性味甘平。和中健胃，消食回乳。治疗淀粉类食物引起的食积（消化不良）最有效，生麦芽常用于断奶。常用量5钱～1两。

谷芽

土名：稻谷芽。

采集：农村育秧时一般都有剩余，应及时收集起来。

炮制：同麦芽炮制，参见上条。

功能主治：性味甘平。健脾消食，下气和中。治食积不化、食欲不振、周围神经炎。常用量3钱～5钱～1两。

〔注〕 生用开胃，炒熟用消食积。

助消化药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
神曲	甘辛温		白面和青蒿、苍耳等六种药配成	消食暖胃	积滞、产后血晕		3～5	
山楂	酸甘微温	河南、江苏、安徽、山东、贵州、云南	果实入药，炒焦用	健胃消积，散瘀行滞	消化不良、产后瘀阻腹痛、泄泻、疝气痛		2～5	
佛手	苦温平	广东、福建、云南、四川、浙江	果实及花入药，晒干	芳香健胃理气	胸腹作胀、消化不良、胃神经痛		2～3	

十三、止　吐　药

凡能使呕吐停止的药物，叫止吐药。但引起呕吐的原因很多，有时单用止吐药尚不能解决问题，应找出呕吐原因，针对主要病因治疗；也有些疾病虽出现呕吐，而这种呕吐是保护性的，如误食毒物等，则不可止吐，以便通过呕吐排除毒物。

竹茹

土名：竹二青。

生长环境：多年生常绿植物。我国各地均有栽植。

采集：四季。

炮制：刮取鲜竹第二层黄竹皮。生用或姜汁炒用。

功能主治：性味甘微寒。清凉药，有解热、镇咳、止血、止呕作用。治妊娠呕吐、咯血、小儿惊热。胃寒或挟湿作呕均忌用。常用量 2～5 钱。

半夏（图 3-29）

土名：三叶头草、水玉、和姑、守田。

生长环境：多年生草本。野生于河沿、墙角下、路旁。

采集：4～5 月挖掘，过早则浆水不足。

炮制：药用块茎。洗净泥土，放在缸内，用硬刷去皮，使皮层与肉质部剥离，然后将半夏置清水内浸漂或生矾水内泡浸，每日换水，去净泡沫，约漂月余，晒干即成生半夏。半夏炮制方法很多，上海地区一般用姜半夏。

功能主治：性味辛温，有毒。有镇吐、祛痰、开胃健脾、镇静作用。治恶心、呕吐、妊娠呕吐、咽喉痛、消化不良等，配茯苓、生姜可治慢性胃炎。常用量 1～3 钱。禁与乌头、草乌配伍。

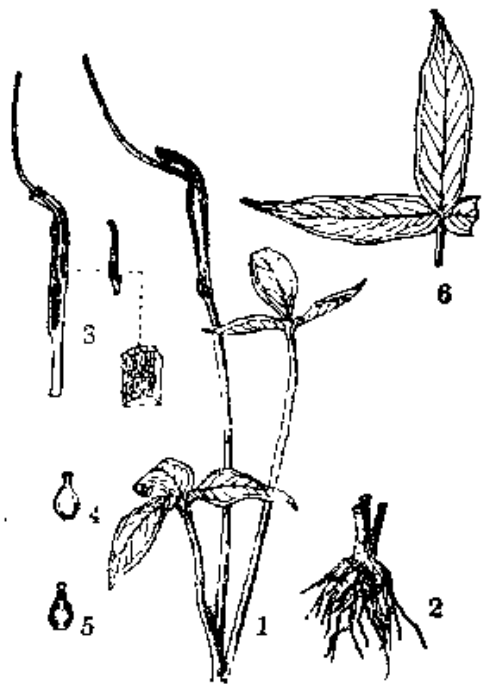


图 3-29　半夏（天南星科）

1.植株地上部；2.植株地下部；3.肉穗花序纵切面；4.雌蕊；5.雌蕊纵切面；6.掌状复叶

十四、补　养　药

凡能补养人体气血，治疗各种虚证，增加人体抵抗力的药物，叫补养药。补养药一般分为四类：⑴补气药，适用于气虚（中气不足、肺虚咳嗽、脾虚泄泻）、血虚。⑵补血药，适用于血虚（面色苍白、指甲失去光泽、头晕、形体消瘦、女子月经量少或出血过多），因性多滋腻，故消化不良、泄泻者忌用；同时，它还具有补阴作用。⑶助阳药，适用于肾阳不足（相当于内分泌机能低下），以及肾不纳气（虚喘），因性多温燥，故阴虚火盛者忌用。⑷补阴药，适用于阴虚、热病伤津（津少口渴）、便秘，因性多甘寒，凡脾胃虚弱、痰饮、

湿重均应避免使用。

（一）补气药

山药（图 3-30）

土名：小山芋、山药蛋、土山药。

生长环境：多年生蔓性草本。各省均有栽培或野生。

采集：9～10 月。

炮制：药用块茎，切片晒干。

功能主治：性味甘平。有健脾胃补肺肾的功能，治病后虚弱、遗精带下、遗尿、盗汗、泄泻，外用鲜品捣烂，敷各种无名肿毒。常用量 0.3～1 两。

图 3-30　山药（薯蓣科）

1.肉质根；2.雄花枝；3.雄花序一部分；4.雄蕊；
5.雌花；6.果枝；7.果实剖开，示种子

黄精

土名：南黄精、多花黄精。

生长环境：多年生草本。南北多有野生或栽培。

采集：8～9月。

炮制：根茎入药，去须洗净，反复蒸晒。

功能主治：性味甘平，有补脾、润肺、生津作用，治脾胃虚弱、肺虚咳嗽、消渴等。据近实验，对防止动脉粥样硬化及肝脏脂肪浸润有一定作用。常用量3～8钱，大剂1～2两。

金雀根

土名：锦鸡儿、金雀藤、阳雀花根。

生长环境：落叶灌木。我国南部各山区均有野生。

采集：12～2月。

炮制：药用根，切片、晒干。

功能主治：性味甘微温。补气通乳汁，活血利尿。治体虚乏力、跌伤、憋伤、风湿关节疼痛。常用量3～5钱。

〔注〕 花亦入药，活血祛风，治咳嗽、关节疼痛。用量3～5钱。

枸骨叶〔附：果实〕

土名：功劳叶，鸟不宿。

生长环境：常绿灌木。我国南北各地均有。

采集：全年。

炮制：叶晒干剪去旁刺。果实蒸熟晒干。

功能主治：性味微苦凉。有凉血退热强腰膝作用，治肝肾阴虚的腰膝痿痛，配白茅根治肺结核咯血；果实名功劳子，性味苦涩微温，治泻下、妇女崩带、低热。常用量均为3～6钱。

槠实子

土名：谷树、奶奶树、枸树。

生长环境：落叶乔木。河北、山西、甘肃、广东、云南等地均有分布。

采集：8月。

补气药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
人参	甘微苦微温	东北，各地栽植现栽	阴干或经晒干，繁复工序加工而成	补气强津生津安神	衰弱、糖尿病、崩漏、虚脱、肺劳虚喘咳、脾气虚泻、血亏引起的神志不振和心悸失眠		1～3	
党参	甘平	山西、河北、陕西、四川、甘肃、吉林	根入药，润软切片，生用或铁炒用	补虚润肺，益气生津	病后体虚、疲劳、倦怠多汗、食欲不振	配熟地治血虚，配白术治脾虚泄泻，配附子治阳虚欲脱	3～4	作用似人参，药力较差，现多用以代人参
白术	甘苦微温	湖北、湖南、江西、安徽、浙江等地	根入药，切片，生用或土炒用	补脾益气，化湿利水	脾虚胸腹胀闷、泄泻、痰饮、水肿、自汗、胎气不安	配黄芪、党参治子宫下垂，配黄芩安胎，配枳实消胀满	2～4	生用健脾而不燥，炒用燥湿，焦用健脾、消导
黄芪	微温	安徽、江苏及华北、东北各省	根切片，生用或铁炒或蜜炙用	补气升阳固表，利水退肌肿，生肌托疮	自汗盗汗、脾虚泄泻、脱肛、崩漏、带下、气虚浮肿、疽溃不收口	配当归治气血俱虚，配白术、防风治气虚自汗不止	3～5	生用敛汗固表，排脓生肌；炙用补中益气
甘草	甘平	东北、河北、山西、陕西、甘肃、内蒙	根茎生用或蜜炙用	清热解毒，润肺祛痰，调和诸药药性	消化性溃疡、咽喉炎、气管炎	配入各种方剂	1～3	生用清炎解毒，炙用补脾益气；生甘草梢治尿道炎
人胞（紫河车）	甘温咸	产地各收集医院	漂洗净，入水中煮沸至浮起，取出烘干	补气益精血	体虚贫血、虚喘盗汗、神经衰弱等		0.5～1	研粉吞服或入丸剂

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
大枣	甘平	河南、河北、山东、陕西等省	成熟果实	补脾胃，养营安神，缓和药性	脾胃虚弱、气血不足、倦怠乏力、瘫病		3～10枚	

炮制：果实晒干后搗去外壳，取其仁，叶、树皮、奶汁（浆）均鲜用。

功能主治：性味甘寒。补肾强筋骨，明目，利尿，含有大量的维生素B。治脚气浮肿、阳痿（果实），利尿催眠（叶），外用治癣及毒虫咬伤（奶汁）。常用量3～5钱。

（二）补血药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
生、熟地黄	生：甘寒 熟：甘微温	东北、河北、河南、山东、浙江、安徽、内蒙古	根茎切片，鲜用或晒干；反复蒸熟为熟地	生：凉血止血；干：滋阴凉血；熟：补血益精肾	低热、肺结核咯血、贫血、心悸、头晕、月经过多、阴虚咳嗽	配当归、芍药、川芎为调经药，配山药、山萸、茯苓、泽泻滋补肾阴	3～5～8，大剂1两	
当归	辛甘微温	甘肃、四川	根（头、身、尾）入药，生用或炙用	补血活血，润燥滑肠	产后子宫出血、月经过多、闭经、痛经、跌扑损伤、痈疽、肠燥便秘	配丹参养血，配香附治血虚经闭，配黄芪补血，配白芍治腹痛，配川芎活瘀血	2～5	头、身补血，尾破血
白芍	苦酸微寒	浙江、四川、安徽、贵州、陕西、河北	根切片生用或炒干燥，炒炭用	养阴，缓痉，缓痛，平肝阳	胸腹痛、月经不调、四肢急痛、自汗、小便不利、肝阳亢盛引起的头痛眩晕	配甘草治痉挛性腹痛	3～5	

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
阿胶	甘平		驴皮煎熬而成	滋阴润肺，养血止血，安胎	贫血、咯血、吐血、崩漏，神经衰弱	配天冬，五味子治肺热咳嗽，配党参、黄芪、龙骨、牡蛎治崩漏	3～5	入煎时须包煎。本品与蛤粉加工名阿胶珠

（三）助阳药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
肉苁蓉	咸温	甘肃、内蒙古、新疆、青海、陕西、河南、山西	根茎用盐渍，或洗清水漂蒸熟用	滋阴益阳，壮精滑肠	神经衰弱、腰膝冷痛、阳萎、崩漏带下、肠燥便秘		2～4	据实验对尿血有效
鹿角	咸温			补肾阳，壮筋骨，活血下乳	肾阳虚、疮疽、乳汁不通		3～4	鹿茸是鹿的嫩角，价贵
巴戟天	辛甘微温	广东、广西、福建、四川	根切片干燥	补肾壮阳	阳萎早泄、月经期小腹冷痛		1.5～4	
仙茅	辛温（有小毒）	西藏、广东、浙江、江西	根洗净晒干	补肾益阳，祛寒除湿	肾虚阳痿、腰膝冷痛、老年遗尿	配淫羊藿、知母、当归、黄柏治妇女更年期高血压	1～3	
淫羊藿（仙灵脾）	辛甘温	东北、西北、西南、湖北、浙江、广东、广西	全草切段晒干	补肝肾，强筋骨，祛风胜湿	阳萎、腰膝酸软、风湿痹痛、四肢麻木		1～3	
菟丝子	辛甘平	东北、南、东各省	种子洗净晒干	补肝肾，益精髓	阳萎、遗精、耳鸣目眩、腰膝酸软、安胎	安胎配桑寄生、续断，配山药、枸杞子治腰痛	2～4	

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
续断	苦微温	浙江、江苏、安徽、江西	根切片晒干或烘干	补肝肾，通血脉，续筋骨，利关节，止痛安胎	腰痛、遗精、崩漏，带下、骨折，催乳、妊娠胎动，漏血	配杜仲、白术、当归预防流产	2～4	
补骨脂	辛苦大温	河南、四川、安徽、云南	种子以2％盐炒至微焦	补肾壮阳	阳萎、遗精、老年遗尿尿频、五更泄泻、虚寒气喘	配五味子、干姜、吴茱萸治五更泄泻	2～3	本品1两浸95％酒精100毫升24小时，涂鸡眼及白癜风
益智仁	辛温	四川、云南、广东、广西、福建	种子炒至微焦捣去外壳	温脾肾	脾肾虚寒、泄泻、遗精、尿频、口涎自流	缩泉丸治尿频、遗尿	2～4	

（四）补阴药

黑芝麻

土名：节节高。

生长环境：一年生草本。我国广大地区均有栽植。

采集：9月。

炮制：种子入药，扬净、晒干，防虫蛀。

功能主治：性味甘平。补肝肾，润肠通便。治神经衰弱、迁延性肝炎。民间有以黑芝麻、胡桃肉、白糖混合研末，治高血压引起耳聋、耳鸣。常用量0.5～1两。

北稷米

土名：黄小米、粟粟糯。

生长环境：一年生草本。我国北方广为栽植。

采集：8月。

炮制：种子入药，轧去外壳，生用或炒用。

功能主治：性味甘寒。和胃安眠，滋肺阴，利大肠，清

热解渴。治胃失和引起的夜寐不安、肺结核、热病后消化不良。常用量 3 钱～5 钱～1 两。

百合

土名：野百合、小百合、白花百合。

生长环境：多年生草本。全国各地均有。

采集：8～9 月。

炮制：地下鳞茎入药，分瓣晒干。

功能主治：性味甘平。清热安神，润肺止咳，祛痰利尿。治肺结核、衄血、心悸水肿。常用量 3～5 钱。

女贞子（图 3-31）

土名：冬青子。

生长环境：常绿小乔木。全国各地均有。

采集：10～11 月。

图 3-31　女贞（木樨科）

1.花枝；2.果枝；3.花序一部分；4.花冠剖开，示雄蕊；5.去花冠后的花

炮制：果实及叶分别晒干。叶生用，果实须反复蒸至黑泽为度。

功能主治：性味甘苦平。补肝肾，强腰膝，乌发明目。治肝肾阴虚、头发早白、腰膝软弱、头晕耳鸣。常用量3～5钱，大剂1～2两。

麦冬

土名：阶前草、野麦冬。

生长环境：多年生常绿草本。

炮制：块根入药，洗净、晒干。

功能主治：性味甘、微苦寒。清心润肺，养胃生津，化痰止咳。治肺结核咳嗽咯血、衄血、热性病的口干烦渴、便秘，民间还用以催乳。常用量3～5钱，大剂量1～2两。

何首乌〔附：茎、叶〕

土名：野山芋藤、地精、九贞藤、夜合、马肝石、赤葛。

生长环境：多年生草本。我国长江流域以南各地均有野生。

采集：12～2月。

炮制：茎、叶及根块入药。茎、叶切细晒干，根块生用或反复蒸熟用。

功能主治：性味苦涩温。补肝肾、润肠通便、解毒，对于老弱、病后恢复期、血虚、神经衰弱、佝偻病、便秘有效。茎、叶名夜交藤，宁心神舒经络，可治失眠。常用量3～5钱，大剂1～2两。

野大豆

土名：野毛豆、野豌豆。

生长环境：一年生蔓草。我国各地均有。

采集：10～11月。

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
沙参	甘微苦寒	华东、中南各地	根切片干燥	润肺止咳，养胃生津	气管炎、久咳干咳，热病伤津、舌绛口渴	配麦冬治肺阴虚热、咳嗽，配天花粉治胃阴不足	3～5	南沙参用于养胃阴较好，北沙参用于肺热
玄参（元参）	咸苦微寒	华北、东北、西北、华东、湖北、四川	根切片或晒干或烘干	养阴生津，清火解毒	热病入营烦渴、目赤咽痛、口舌生疮、血热便秘	元参、当归、甘草治血栓性闭塞脉管炎	4～6，大剂2～3两	有扩张血管及降血压作用
天冬（天门冬）	甘苦寒	各方南省	每100斤根以10两明矾泡后切片	养阴润燥，清热生津	肺结核及支气管炎、咳嗽、吐血、咯血、消渴、热病伤阴	二冬膏	3～5	
石斛	甘淡微寒	湖北、四川、云南	根茎切片晒干	养胃生津，滋阴清热	热病伤津、阴虚内热、烦渴、舌绛、盗汗		0.3～1	
沙苑蒺藜	甘温	华北、西北各地	种子洗净晒干	补肝肾，除风明目	遗精早泄、尿频、遗尿、妇女带下、眼昏花	配杜仲治腰痛，配金樱子、莲须治遗精、尿频	3～5	滋补肝肾，祛风明目；白蒺藜偏于补肾涩精，刺蒺藜偏于平肝散风
桑寄生	苦平	广东、广西等江地	茎叶切片干燥	安胎滑胎，消肿催乳	腰膝痛、风湿关节痛、高血压、血管硬化性四肢麻木、胎动不安	安胎配阿胶、续断、白术、黄芩	3～5	孕妇腰痛有效
龟板	甘咸寒		用沙炒透或醋炙酥	补阴、益阳、益肾健骨	骨蒸、劳热、盗汗、虚劳咳嗽、小儿软骨病	配熟地、知母、黄柏治结核盗汗	5～10	生龟板须先煎
鳖甲	咸寒		同上	滋阴软坚散结	肺结核咯血、脾肿大	人参鳖甲煎丸治脾肿大，日3次，每次2～4钱	5～10	生鳖甲须先煎

炮制：全草切细、晒干。

功能主治：性味甘寒。为强壮敛汗药。治自汗、盗汗，常和糯稻根、红枣等配合应用。种子有明目平肝作用，常和女贞子、菊花配合应用。常用量3钱～5钱～1两。

十五、安神镇惊药

安神镇惊药多具有养心安神、镇惊熄风的作用。养心安神药物适用于神经衰弱的失眠、心悸、心神不安等症；镇惊熄风药适用于头晕目眩、面赤、抽搐等症。临床上养心安神、镇惊熄风一类药物，还常常和重镇药配合使用。重镇药物大多为矿物及介类药物。

（一）安神药

含羞草

土名：异痒花、怕羞草。

生长环境：披散多分枝草本。我国南部地区均有野生或栽植。

采集：7～9月。

炮制：全草入药，洗净、切细、晒干。

功能主治：性味甘涩微寒有小毒。安神镇静，清热利尿，外用可止痒疹。治神经衰弱、失眠、跌扑损伤、脱肛、感冒、支气管炎、肠炎、泌尿系结石，外敷止痒，对带状疱疹有止痛效果。常用量3～5钱，外用不拘。

〔注〕 本品有麻醉性，内服不可过量，孕妇忌用。

铁落

土名：铁屑。

采集：为煅铁时在铁砧上打落的铁屑。

炮制：生用或煅红醋淬。

功能主治：平肝镇惊，并能补血。用量 3～5 钱，用布包入煎。铁落（布包）5 钱，水煎服，治钩虫病贫血。铁落炒热投热酒中，布包熨腋下，治狐臭。

合欢皮（图 3-32）

土名：夜关门，夜合米，乌绒树皮。

生长环境：落叶乔木。河北、江苏、山东及东北各地均有野生或栽培。

炮制：树皮、花瓣入药，晒干。

功能主治：性味甘平。为镇静镇痛活血药。治忧郁失眠、骨折、肺脓疡，花瓣与白芥捣烂敷疮疡肿痛。常用量皮 3～6 钱，花 1.5～3 钱。

图 3-32　合欢（豆科）

1.花枝；2.果枝；3.小叶反面；4.花萼展开；5.花冠展开；6.雄蕊与雌蕊；7.花药；8.种子

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(錢)	参考
酸枣仁	酸平	华北各地野生	种子，拣净硬壳、杂质，生用或炒用	宁心安神，敛汗	心血不足、虚烦不寐、头胀口干、体虚多汗	配知母、茯苓、川芎治心悸、盗汗	3～5	
远志	苦辛温	西北各地	根洗净晒干，生用或炙用	安神化痰，消痈肿	支气管炎、肺炎、痰迷神昏、失眠、惊悸、痈疽等	配茯神、酸枣仁治贫血失眠，配菖蒲，郁金治神志不清	1～3	
柏子仁	甘平	各地均产	种子碾去外皮，取仁，防虫蛀泛油	养心宁神，润燥	失眠、遗精、盗汗、便秘	柏子仁丸	3～4	柏子霜：柏子仁研细，取尽油质，1.5～2錢，布包入煎，治心悸健忘

（二）镇惊熄风药

地龙干

土名：土蠶〔音陕，shǎn〕、蛐蟮、蚯蚓。

炮制：干燥虫体入药。用干柴灰将鲜蚯蚓闷死，用刀剖开，洗净泥沙，晒干。

功能主治：性味咸腥寒。清热镇惊，利尿平喘。治高热发狂、小便不通、动脉硬化、风湿痛、哮喘等。常用量0.5～1.5钱。

〔注〕 研粉或压制片（每片含3分）冲服效好，入汤剂有效成分有损失。

蜈蚣

土名：百脚、百足。

采集：6～8月。

炮制：干燥虫体入药，开水烫死，用竹篾绷起，晒干或烘干生用（或研末）。

镇惊熄风药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
天麻	辛平	云南、四川、贵州、甘肃	根茎去外皮、根须，洗净、浸润、切片	熄火镇痉镇痛	头痛、偏头痛、高血压半身不遂、麻木	配钩藤、全蝎治抽搐	1～3	
钩藤	甘寒	广东，广西、湖南、贵州、福建	带钩茎洗净晒干	清热平肝，熄风定痉	小儿惊痫、大人头痛眩晕、高热后肝风内动抽搐		3～4	入煎不超过8～10分钟
全蝎	甘辛平（有毒）		干燥虫体，用全虫或单用虫尾部	熄风镇痉，解毒散结	抽搐惊厥、中风（脑血管意外）、疮瘍肿痛	蜈蚣、全蝎等分研末，服3～5分抗惊厥止痉	0.2～1	
代赭石	苦寒	赤铁矿矿石	打碎如黄豆大，红煅至紫色，用米泔淬后去醋水味	镇气逆，平肝止血	高血压头反冒、嗳息、吐血、衄血	旋覆代赭汤	3～10	先煎8～10分钟
石决明	咸平	沿海地区	生用或煅用	平肝清热明目	高血压、青光眼、失眠心悸		3～10	先煎8～10分钟。生用力较强
蛇蜕	咸平（有小毒）	各地均有，为蛇脱下的壳	洗净、晒干、剪段	驱风杀虫	小儿惊风、成人喉痹，洗皮肤诸痒		0.5～2	
乌梢蛇	甘平（有小毒）	浙江、江苏等省	剖去内脏，原盘起，文火烤干	定惊，宣风祛湿	腰腿痛、四肢麻木惊痛、抽搐		1～4	鲜蛇炖烂内服，治关节痛

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
磁石	辛寒			重镇安神，补肾纳气	阴虚阳亢目的头晕目眩、耳鸣、耳聋及心悸、失眠、肾虚气喘	配朱砂、六曲治眼目昏暗，配熟地、五味子等治肾不纳气	0.5～1	应先煎。本品具有强壮补血和镇静中枢神经的作用
龙骨	甘涩平			重镇安神，平肝潜阳，收敛固涩	阴虚阳亢的头目眩晕、心悸、惊痫、失眠等和体虚出现的遗精、崩漏、久泻、带下、虚汗等	配牡蛎、附子、党参治重病脱症，配牡蛎、白芍等治阴虚阳亢出现的症状	0.5～1	应先煎。煅后作外用，能敛疮生肌
牡蛎	咸涩微寒			滋阴潜阳，化痰软坚，固涩制酸	阴虚阳亢的症候、瘰疬、痰核流注、体虚滑脱之症、胃痛泛酸	配象贝母、夏枯草、昆布等治瘰疬瘿瘤	0.5～1	应先煎。本品含大量碳酸钙、磷酸钙等，故可用于胃酸过多各证

功能主治：性味辛温，有毒。为镇痉药，治小儿高热惊风、瘰疬、各种关节疼痛（尤以背脊痛效最好）。常用量 3 分～1 钱。如用蜈蚣 6～7 条浸入麻油 1 小杯内，存置数月后蜈蚣消融，以该油涂火伤、肛裂、毒虫咬伤等，能止痛消肿。

十六、驱 虫 药

凡能杀灭或驱除肠内寄生虫的药物叫驱虫药。在使用时，应根据寄生虫的种类和病人体质的强弱，选用相应的药物；并且还要注意大便的情况，适当配伍泻下药物，以加强排虫的功能。驱虫药物有一定毒性，应予注意。

苦楝根皮

土名：哑子丸树，楝棉树皮。

生长环境：落叶乔木。我国南北各地均有。

采集：全年。

炮制：根皮入药，洗净切段晒干。

功能主治：性味苦寒，有小毒。为肠寄生虫驱虫药，对绦虫、蛔虫、蛲虫都有效；外用涂疥癣，熏洗治阴道滴虫等。常用量 3～5 钱。小儿使用时剂量递减。

〔注〕 果实用作健胃剂，量 2～4 钱。

大蒜

生长环境：多年生草本。我国各地均产。

采集：4 月。

炮制：可用酒精、开水等浸出各种浓度应用。

功能主治：性味辛温。治肠寄生虫、伤寒、痢疾以及流行感冒并发上呼吸道感染，并能帮助消化、解腥。常用量 3～5～8 钱。

〔注〕 ①20% 大蒜液气管内滴入治支气管内膜结核、肺空洞。②大蒜、芒硝、大黄等量捣烂敷阑尾炎(压痛明显处)。③预防流感以大蒜 105 份、盐水 87 份、普鲁卡因 3 份混合滴鼻，日 3 次，滴左右鼻孔各 2～3 滴。④预防流脑及治带菌者，成人每天吃蒜 5～10 克，连服 3 天。

驱 虫 药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量(钱)	参考
使君子	甘温	四川、云南、贵州、广东、福建	种子仁干燥	驱虫	蛔虫、钩虫	配乌梅、槟榔治蛔虫、积滞、腹痛	1.5～3	壳也有驱虫作用
槟榔	辛苦温	海南岛、广西	果实轧碎如黄豆大	杀虫消积，行水健胃	肠寄生虫，尤以绦虫有效，并能降低眼压		2～6	果实皮名大腹皮，治腹胀，驱风消水肿

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
鸭胆子	苦寒	广东、福建、云南	洗净拣去杂质晒干	止痢、止疟	阿米巴痢疾、疟疾	捣烂取油涂赘疣及脂肪疣	1.5～3	常用龙眼肉或胶囊包裹吞服，以减少对胃肠道刺激
常山	辛寒微（有小毒）	西南、华东、中南各地	根切片晒干或烘干	截疟、祛痰、解热	疟疾	配半夏可减少肠胃刺激症状	1.5～3	常山品种颇多，有黄常山、白常山、日本常山等，效同
鹤虱	苦平（有小毒）	各地皆有	种子入药晒干	杀虫、止痒	蛔虫、绦虫、蛲虫	化虫丸，成人服80粒，每日1次，晨空腹服	3～4	本品应为天明精的果实，部分地区以胡萝卜子作鹤虱

十七、外用药

药名	性味	产地	炮制	功能	主治	常用配伍举例	剂量（钱）	参考
雄黄	辛温（有毒）	湖南、甘肃、云南、四川等地	拣去石块研细，过箩	燥湿杀虫（外用），祛痰（内服）	疥癣恶疮、惊痫、喉喘		内服5分～1钱，外用下拘	
蛇床子	辛苦温	东北、河北、江西、江苏、浙江等处	果实洗净晒干	补肾，祛风，燥湿，杀虫	妇女带下、外阴瘙痒症、男子阴囊湿痒	蛇床子、仙灵脾、小茴香、山萸肉治阳痿	3～4	
蟾皮	辛（凉）		剖开腹弃内脏，切块晒干，砂拌，炒至黄色	解毒消肿	疔疮、小儿疳积、蛀牙		2～4	蟾酥即蟾蜍表皮腺分泌物，为强心、镇痛、止血药
蜂房	甘平（有小毒）		沸水浸泡后晒干	解毒祛风	虫积腹痛、风瘙瘙痒、妇女乳腺炎		1～3大剂1两	
蛰虫	咸寒（有小毒）		用细竹片穿透上下，晒干或烘干	镇惊，散结	中风瘫痪、手足不遂、淋巴结核、肿瘤		1～3	研末或鲜货炖蛋内服

第三节　中医常用方剂

方剂即处方。方剂的起源很早，在“内经”中已记载有方剂的配伍原则及具体方剂，而且已有煎剂、丸剂、酒剂等剂型。处方是临床最后阶段的细致工作，应根据诊断所得，运用辨证论治的方法，对疾病予以全面认识和分析，从而制订方药。用药原则一般以选用单味最好，如症复杂，可以加减进退。这里介绍一些临床上常用的方剂，并编成口诀，以供参考。

（一）解表剂

1. 麻黄汤

麻黄汤中用桂枝，甘草杏仁四药施，
发热恶寒头项痛，外感无汗服之蠲〔音涓，juān〕。

方解　本方发汗解表、宣肺平喘，由麻黄、桂枝各2钱，杏仁3钱，炙甘草1钱组成。适用于外感寒邪邪气在表、恶寒发热而无汗、头痛身痛、喘咳、舌苔薄白、脉浮紧的表实证。方中麻黄辛温能发汗散寒邪，桂枝也是辛温药，可从肌腠以透表邪，杏仁苦温能降气，炙甘草甘缓能和中以防麻、桂发散太过。

2. 桂枝汤

桂枝汤治表有汗，芍药甘草姜枣配，
桂枝相合名各半，外感如疟此方推。

方解　本方能调和营卫，解肌腠之邪。由桂枝、芍药、生姜各3钱，炙甘草2钱，大枣3枚组成。治“太阳中风”，即发热自汗、恶风干呕的表虚症。方中桂枝能解肌散风以调整卫气，芍药敛阴以调和营血，炙甘草和中益气，生姜散寒止呕，大枣养脾益阴。因自汗，故不得用麻黄。除用于外感风邪表虚证外，也可用治产后体虚营卫不和，时寒时热等。麻、桂两汤各一半合成“桂枝麻黄各半汤”，治热多寒少似疟之症。

3. 双解汤

双解汤内桂麻黄，杏草石膏姜枣藏，
外感无汗兼烦躁，风寒两解此方良。

方解 此方古名“大青龙汤”，能发汗解表、清热解肌。由麻黄4钱，桂枝、炙甘草各2钱，石膏5钱，杏仁、生姜各3钱，大枣4枚组成。治疗外感风寒有身痛、发热恶寒、无汗烦躁之证。方中麻黄、桂枝发汗解表，配杏仁以宣肺，甘草和中益气，姜枣调和营卫，再加辛甘而寒的石膏同麻黄相配，能清热解肌而除烦躁，这是本方的特点。但如有汗而烦躁，则不宜用本方。

4. 化饮解表汤

化饮解表是新名，姜桂麻黄芍细辛，
甘草半夏五味子，除痰治烦气逆平。

方解 此方古名“小青龙汤”，有发汗解表、温化水饮的作用。由麻黄、芍药各2钱，细辛、干姜各0.5～1钱，炙甘草、桂枝各2钱，五味子5分，半夏3钱组成。治疗慢性支气管炎、哮喘等属于既有外感风寒的表证，而又有水饮停在心下的里证这一类疾病。本方由麻黄汤变化而来，方中麻黄、桂枝辛温发散，干姜、半夏、细辛温化寒饮，桂枝与芍药相配伍能调和营卫，细辛与五味子相伍是散中有收，可防正气耗散太过，以除水饮而不伤肺气。

5. 麻黄附子细辛汤

麻黄附子细辛汤，发表温经两法彰，
若非表里相兼治，少阴反热曷能康。

方解 此方能解表寒和温里寒。由麻黄2钱、细辛1钱、炮附子3钱组成。治平时患肾阳虚，又被寒邪侵袭所致的既有发热的表证而又现脉沉的少阴病（一般发热表证表现脉浮）。方中麻黄能发散太阳的表寒，细辛温散少阴的里寒，再加炮附子助阳温肾、通散表里之寒。

〔注〕 少阴病是指由心肾两脏机能衰减而出现脉微细，常欲睡，

兼见手足厥冷、下利清谷、小便色白等症的疾病。

6. 麻杏石甘湯

麻杏石甘四药齐，肺热定喘功独显，
除却石膏名三拗〔音奥，ào〕，用在表寒最相宜。

方解 此方能辛凉宣泄、清肺平喘。由麻黄2钱、甘草2钱、杏仁3钱、石膏0.5～1两组成。此方为麻黄湯的变化，去桂枝之辛热而用生石膏之辛甘寒，能清热泄肺，变辛温为辛凉。适用于外有风寒束表、肺气不宣和肺热内郁（口渴喜饮、脉数）引起的喘咳，如急性支气管炎、肺炎初期等均可用此方加减治疗，若喘重则加苏子、葶苈子、桑白皮，热重则加蒲公英、鱼腥草、黄芩、芦根、金银花等，痰多而黄稠者可加瓜蒌、天竺黄等。

7. 银翘散

辛凉解表银翘散，桔梗薄荷竹叶淡，
荆豉牛蒡芦根草，风热外感头痛安。

方解 此方能辛凉透表、清热解毒。由银花5钱，连翘、竹叶、牛蒡子各3钱，荆芥、桔梗、淡豆豉各2钱，薄荷、生甘草各1钱，鲜芦根1两组成。方中金银花、连翘清热解毒，薄荷、荆芥、豆豉发汗解表，桔梗、牛蒡子宣肺利咽化痰，芦根、竹叶、生甘草清热生津除烦。适用于温病初起在卫，风热伤表而见发热、微恶风寒、有汗或无汗、头痛鼻塞、口渴咽痛、苔薄白而燥、脉浮数等的病证，如感冒、流行性感冒、急性扁桃腺炎、上呼吸道感染、麻疹初期、肺炎、猩红热等急性热病初起，如有咳嗽加杏仁、贝母，口渴加天花粉、鲜芦根，热重加栀子、黄芩。成药银翘解毒丸主治同，用量一日3次，每次1～2丸。

8. 桑菊饮

桑菊饮系上感剂，杏仁连翘芦根鲜，
薄荷配用甘桔梗，风热偏咳此方先。

方解 此方由桑叶、菊花、杏仁、连翘各3钱，桔梗2钱，薄荷、甘草各8分，芦根5钱组成。方中桑叶、菊花、薄荷疏散风热，连翘、鲜芦根清热解毒、生津止渴，桔梗、杏仁、生甘草宣肺利咽、止咳化痰。故本方能疏风清热、宣肺止咳。主治外感风热初起、恶寒发热等表证较轻而偏重于咳嗽、鼻塞者；若见高热、咳嗽气粗，可去薄荷加麻黄、生石膏，以宣肺疏表、止咳平喘。成药桑菊感冒片主治同，每日3次，每次4～8片。

（二）攻下剂

1. 大承气汤、小承气汤、调胃承气汤

大承气汤用大黄，朴实芒硝峻泻强。
小承气汤除芒硝，轻泻清热力稍小。
调胃承气硝黄草，甘缓微和将胃保。

方解 大承气汤由大黄、厚朴、枳实各3钱，芒硝5钱（冲服）组成。水煎分二次温服，若服一次就有大便，第二次的药就停止服用。本方为寒下的主方，以咸寒的芒硝润燥软坚，配合苦寒的大黄泻实滞、清结热，再加枳实、厚朴能下气破结而除痞满，于是就能泻胃腑三焦的实热，救护已伤的阴液。主治阳明腑实证（热邪入阳明胃腑时，可见身热汗出不恶寒、谵语、脘腹胀满按之痞硬或拒按、大便燥结、舌苔焦黄起刺、脉沉滑有力等）和热结旁流（高烧、神昏烦躁、腹胀满作痛、下利秽浊、便后不畅、舌苔焦黄、脉滑数）；如某些热性病过程中出现高热、昏迷、惊厥、狂躁属于阳明腑实证时，以及肠梗阻、急性胆囊炎、急性阑尾炎见有便秘时，也可加减使用。至于小承气汤、调胃承气汤是大承气汤根据病情化裁而来。小承气汤治疗的证候除和大承气汤所治证候相同外，一般大便无燥坚现象，所以去润燥软坚的芒硝。调胃承气汤治疗身热汗出、不恶寒、谵语等症和大、小承气汤相同，但不见脘腹部痞塞和胀满而仅见燥实不大便，所以去掉枳实、厚朴而加入炙甘草2钱，可甘温以保护胃气不使受伤。

2. 温脾汤

温脾参附与干姜，甘草当归硝大黄，
寒热并行治寒积，脐腹绞结痛非常。

方解 本方由附子、当归、芒硝各3钱，大黄、干姜各2钱，人参（或党参量加大）、甘草各1钱组成。方中大黄、芒硝配附子温下驱里寒，人参、甘草、干姜温补脾阳，当归补血润肠，可达到温补脾阳、攻逐寒积的目的，为温下的代表方之一。适用于里寒与实积相并而见腹痛、大便不通者，临床多用于慢性痢疾、慢性肠炎等属于脾虚寒积者。

3. 麻子仁丸

麻子仁丸治便秘，杏芍枳朴大黄齐。

方解 此方由麻仁2斤，白芍药、炒枳实各半斤，大黄、厚朴、杏仁各1斤，共研细末，和蜜做丸，如梧桐子大，每服10～20丸（3钱），米汤送下。方中麻仁、杏仁多脂润肠，白芍养阴和里，大黄通便泄热，再加枳实、厚朴顺气除结，白蜜润燥利肠。治疗热伤津液、大便秘结不畅，小便多的患者。

（三）和解剂

1. 小柴胡汤

小柴胡汤和解供，半夏甘草党参从，
更加黄芩姜与枣，往来寒热此方用。

方解 本方由柴胡、半夏、党参、黄芩各3钱，甘草2钱，生姜3片，大枣3枚组成。方中柴胡散邪透表，黄芩清除里热，半夏降逆和胃，党参、甘草补正和中以助祛邪，生姜、大枣调和营卫以行津液，共同达到和解少阳之邪。治疗病邪在少阳（病邪已离太阳之表，尚未进入阳明之里，亦谓半表半里之间），表现为寒热往来、胸胁苦满、口苦、咽干、目眩等症，临床常用于上呼吸道感染、妇女经期感冒、肝炎初期、疟疾、胆道感染等病见有少阳证者。

〔注〕 本方随证加减用法较多，现将《伤寒论》有关记载转述如

下（剂量已按现代习惯用法修改）：

若胸中烦而不呕者，去半夏、人参，加全瓜蒌5钱；若渴去半夏，加人参合前成党参4钱，瓜蒌根（即天花粉）4钱；若腹中痛者，去黄芩，加乌药2钱；若胁下痞硬，去大枣，加牡蛎4钱；若心下悸、小便不利者，去黄芩加茯苓4钱；若不渴、外有微热者，去人参，加桂枝2钱，温覆微汗愈；若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味子1.5钱、干姜3钱。

2. 四逆散

四逆散里用柴胡，芍药枳实甘草俱，
主治阳邪成厥逆，敛阴泄热此方需。

方解 本方由柴胡、芍药各3钱，枳实2钱，甘草1钱组成。方中柴胡疏肝理气又能达邪外出，枳实行气消积导滞，芍药、甘草和营、缓急舒挛而止痛。是一张疏通气机、调和肝脾的基础方，主治热邪入里、阳气内郁引起的手足厥逆及肝气郁结：胸胁脘腹疼痛，或兼见泄泻、下痢后重者。临床常将本方加减用于急性胰腺炎、胁间神经痛、胆道功能紊乱等属于肝郁气滞者，若气郁较重时，可加香附、郁金、陈皮；泄痢便脓血者可加当归、白头翁等。

3. 舒肝散

舒肝理脾当归芍，柴苓术草加姜薄，
或加丹皮和栀子，月经不调此方效。

方解 本方原名“逍遥散”，系从四逆散变化而来，由柴胡、当归、白芍、白术、茯苓各3钱，甘草、生姜各1钱，薄荷5分组成。方中当归、白芍养血柔肝，柴胡、薄荷疏肝解郁，白术、甘草、茯苓、生姜健脾和胃，合之可使气血双调，肝脾同治。主治肝郁血虚、两胁作痛、头痛目眩、口燥咽干、神疲食少等，临床用于妇女月经不调、慢性肝炎、慢性囊性乳房病等；若化热则加丹皮、山栀凉血泻火。

4. 葛根黄芩黄连汤

葛根黄芩黄连汤，甘草四药煎同尝，
治疗痢疾多显效，苦寒伤胃须提防。

方解 本方由葛根3钱，黄芩2钱，黄连、炙甘草各1钱组成。方中葛根解肌表而止下利，配黄芩、黄连清里热而止利，加甘草调和胃气，可达到解表清里的目的。主治身热下利、口渴烦热、喘而汗出等证，如肠胃型感冒、急性肠炎、痢疾等病属于表里俱热者。

5. 大柴胡汤

大柴胡汤用大黄，枳实芩夏白芍将，
煎加姜枣治表里，妙法内攻并外攘。

方解 本方由柴胡、半夏、生姜、大黄各3钱，黄芩、芍药、枳实各2钱，大枣4枚组成，是小柴胡汤和小承气汤相合加减而成。方中柴胡解表热，黄芩清里热、止渴除烦，大黄、枳实攻里去结、通便泄热，芍药敛阴，半夏和胃气而止呕，姜枣和营卫行津液，具有疏解和里、泻下热结的作用。主治外有发热、汗出不解，里有心下痞硬、胸胁苦满、烦渴谵语，呕吐不止、腹满便秘等症；近年来，临床常加减用于治疗急腹症，如急性胰腺炎、急性胆囊炎、急性胃穿孔所引起的腹膜炎、胆道结石或胆道蛔虫症等，其加减法：热重加银花、蒲公英、湿热重加茵陈、栀子、金钱草，呕吐重加竹茹，痛重加川楝子、元胡，腹胀加厚朴、陈皮、木香，胆道蛔虫症加苦楝皮、使君子，胆道结石加金钱草、鸡内金等。

（四）清热剂

1. 石膏知母汤

石膏知母米草倍，主治四大舌黄苔。

方解 本方由生石膏1两、知母3钱、炙甘草1钱、粳米5钱组成。方中石膏大寒，配合知母能清肺胃气分实热，甘草、粳米益气养胃，与石膏、知母相合又有生津作用，故能清热生津、除烦止渴。主治身大热（不恶寒）、大汗、大渴（能饮水）、脉洪大有力而数、舌上

有黄苔的阳明实热证，现在临床常用于治疗流行性感冒、乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等急性传染病属气分热盛阶段，方中可适当加些银花、连翘、大青叶等清热解毒药；若兼见吐衄，可加鲜生地、元参、丹皮等凉血活血药。

〔注〕 (1)原方中的粳米现多用天花粉、山药、鲜芦根代替。(2)本方为辛凉重剂，重在清泄，主治里热在气分；而银翘散为辛凉轻剂，重在清透，主治热在表、在卫。

2. 导赤散

导赤生地与木通，草梢竹叶四般攻，
舌碎溺痛心火亢，引热排泄小便中。

方解 本方由生地黄6钱，木通、竹叶4钱，生甘草梢2钱组成。方中生地、竹叶清心除烦，木通、甘草梢清热利尿，故能导心火下行。临床常治心经热盛，见面赤心烦、口腔溃疡、小便赤涩、尿道刺痛等证。

3. 泻肺散

泻肺散用桑白皮，地骨甘草三样齐，
化痰清热平喘咳，外感初起不相宜。

方解 本方由桑白皮、地骨皮各4钱，生甘草1钱组成。方中桑白皮清肺泻火、降气止咳，地骨皮泻肺中伏火、凉血退热，生甘草泻火养胃和中。主治肺热喘咳，常用于支气管炎、肺炎恢复期、肺结核咳嗽等属于肺热伤阴者，外感初起不宜使用。

4. 龙胆泻肝汤

龙胆泻肝栀芩柴，生地车前泽泻偕，
木通甘草当归合，肝经湿热力能排。

方解 方中龙胆草、泽泻、生地各4钱，黄芩、栀子、木通各3钱，当归、柴胡各2钱，车前子4钱，甘草1钱组成。方中龙胆草泻肝胆之火并利下焦湿热，黄芩、栀子苦寒辅助清热泻火，配合柴胡疏

肝解郁，生地、当归滋阴润燥，木通、泽泻、车前子清热利湿，甘草调和上面苦寒药性而不伤脾胃，共同达到泻肝胆实火、清肝胆湿热的目的。主治肝胆经有实火湿热而致的胁痛口苦、耳聋耳肿、小便色赤不畅、尿道疼痛以及阴肿阴痒等证，临床可用于急性胆囊炎、膀胱炎、泌尿系感染、急性结膜炎、急性中耳炎、急性睾丸炎等属于肝胆实热或肝胆湿热者。

5. 青蒿鳖甲汤

青蒿鳖甲知地丹，阴分伏热此方攀，
夜热早凉无汗者，从里达表服之安。

方解 本方由青蒿、知母各2钱，鳖甲5钱，细生地4钱，丹皮3钱组成。方中青蒿清热透邪，鳖甲、知母、生地滋阴清热，丹皮凉血泄热，可达到清热养阴、透邪外出的目的。临床主要用于热性病或各种急性感染性疾病后期，余邪未尽入阴分，见阴虚内热者。

（五）祛暑剂

1. 香薷饮

香薷饮里豆厚朴，伤暑诸症此方括。

方解 本方由香薷1.5钱、厚朴1钱、扁豆3钱组成。方中香薷辛微温而有芳香之气，能发汗解肌和宣化湿邪，扁豆能清暑渗湿和脾，厚朴可以除湿散满，因此有祛暑解表除湿和脾的作用。主治夏季乘凉饮冷感受寒湿所致的皮肤无汗感冒合并胃肠炎；若热盛而口渴心烦或大便下鲜血，可去扁豆，加黄连，为“黄连香薷饮”。

2. 生脉散

生脉麦味与人参，保肺清心治暑淫，
气少汗多兼口渴，病危脉绝急煎斟。

方解 本方由麦冬5钱、人参3钱（亦可用党参代）、五味子2钱组成。方中麦冬、人参清热生津，五味子敛阴止汗，故能益气敛汗，养阴生脉。适用于暑邪伤损元气而致气少神疲、多汗口渴、脉微或散

大的危险病证，也可用于热性病后属气阴两虚者。

〔注〕 淫指过甚气候。

3. 六一散

六一滑石同甘草，发热烦渴小便少，
益元碧玉与鸡苏，砂黛薄荷加之好。

方解 本方由滑石、甘草以6:1的比例配制而成，市售有成药。因滑石能清热解暑、滑窍利湿，加甘草泻火和中，故成为一张治疗暑湿引起的发热口渴、烦躁、小便不畅、大便泻痢等症的方子。若烦躁不安，加朱砂，成为益元散；若口舌生疮，加青黛，成为碧玉散；若表症兼湿邪，加薄荷，成为鸡苏散。

（六）祛风剂

1. 牵正散

牵正祛风又化痰，白附僵蝎共研末，
内服外敷均可用，口眼歪斜得平安。

方解 本方由白附子、僵蚕、全蝎各等分，研细末，日服1～2次，每服1钱，用热酒调下；或用醋调敷患侧，一日1次。方中白附子、僵蚕驱风化痰，全蝎通经络祛风止痉。主治中风、口眼歪斜，临床多用于治疗面神经麻痹或三叉神经痛等属于外风侵袭者。

2. 川芎茶调散

川芎茶调白芷羌，甘草细辛及荆防，
薄荷茶叶同加入，正偏头痛用此方。

方解 本方由川芎、荆芥各3钱、白芷、甘草、羌活各2钱，细辛、防风、薄荷各1钱，茶叶一撮组成。方中集中了治疗少阳、太阳、阳明、少阴各经头痛的药物，可散风而止头痛。其中主药川芎能行祛风而止头痛，茶叶能向上清头目，也能引热下行，升中有降，故可达到疏散风邪、升清泄热的目的。主治外感风邪、偏正巅顶头痛或发热

恶寒鼻塞等，临床用于感冒头痛、神经性头痛及慢性鼻窦炎头痛较重等属于外感风寒者。

3. 独活寄生汤

独活寄生补肝肾，芄防辛芍归地芎，
牛夕参苓桂杜草，行血祛风痹痛宁。

方解 本方由桑寄生4钱，茯苓、杜仲、牛膝、当归、熟地、白芍各3钱，独活、秦艽、防风各2钱，细辛、川芎、肉桂、人参、甘草各1钱组成。方中独活、细辛能温通血脉，配合秦艽、防风疏通经络、升发阳气而祛风邪；桑寄生益气血而去风湿，配合杜仲、牛膝强筋健骨；熟地、当归、白芍、川芎活血养血；人参、肉桂、茯苓、甘草益气补阳。故能祛风湿补气血，适用风寒湿三种邪气造成的痹证，偏重腰膝部。临床多用于慢性风湿性关节炎，若偏于上肢可重用防风、桂枝，偏于下肢可重用牛膝、秦艽。

（七）祛寒剂

1. 温阳化水汤

温阳化水壮肾阳，茯苓术芍附生姜，
肾炎心衰有水气，服之利尿保安康。

方解 本方古名“真武汤”，由茯苓、芍药、生姜各3钱，附子、白术各2钱组成。方中茯苓、白术能健脾利水，生姜温散水气，附子温补肾阳而增强散寒逐水的作用，芍药敛阴和阳、缓和姜附之辛热而不致伤阳，故可达到温肾阳而利水的目的。适用于肾阳虚弱所致的寒水内停而见小便不利、肢体浮肿沉重疼痛者，如慢性肾炎、心力衰竭的水肿等，也可用于发汗太过亡阳后头眩、心悸、不安等症。

2. 理中汤

理中汤是祛寒方，参草白术并干姜，
腹痛呕泻脉沉细，或加附子总扶阳。

方解 本方由党参（原方人参）3钱、干姜3钱、白术3钱、炙

甘草2钱组成。方中干姜温中祛寒，白术健脾补气，人参补气益脾，炙甘草和中补脾，故能温中祛寒、补气健脾。适用于脾胃虚寒所引起吐、利、腹痛等证，临床常用于急慢性肠胃炎、消化性溃疡、胃肠功能紊乱等病属脾胃虚寒者。本方如加附子，成为附子理中汤（或丸），用于急性肠胃炎有脱水症状或慢性胃肠炎，呕吐重者可加姜半夏、生姜，胃痛甚者可加丁香、高良姜。

3. 四逆汤

四逆汤中姜附草，里寒外热有奇效，
或益姜葱参芍桔，强心温利分外妙。

方解 本方由附子3～5钱，干姜2～3钱，炙甘草1.5钱组成。方中附子、干姜大辛大热，可温补脾肾之阳，生发阳气以祛寒；配甘草性甘温，可缓和姜、附之燥烈，又能补中益气。故能回阳救逆、温中止泻。主治亡阳所致四肢厥逆，临床常用于急性胃肠炎吐泻过多而出现虚脱、舌苔白滑、脉沉微者，或慢性肠炎、消化不良引起的腹泻，以及急性病大汗后四肢厥冷虚脱；若亡阳面赤者加葱白20根，腹痛加芍药3钱，咽痛加桔梗1.5钱，脉不起加党参3钱。

4. 吴茱萸汤

吴茱萸汤用大枣，重用生姜温胃好，
再加党参补中气，吞酸嗳气皆能保。

方解 本方由吴茱萸、党参各3钱，生姜5钱，大枣4个组成。方中吴茱萸苦辛大热，能温中散寒、降逆止呕，加生姜温胃散寒而止呕逆，配党参、大枣能补益脾胃而和中气，因此可起到温中补虚、降逆止呕的作用。适用于胃中有寒、食入即呕吐，或少阴伤寒而吐利，以及厥阴有寒邪上冲而干呕，口吐涎沫，头痛等症。现在临床常用于治疗慢性胃炎、消化性溃疡等，加附子可治寒疝腰痛牵引睾丸。

5. 晨泻丸

晨泻丸治早晨泻，五味生姜红枣加，

吴萸豆蔻补骨脂，煎汤丸药都可酌。

方解 本方用破故纸(补骨脂)4两，肉豆蔻、五味子各3两，吴茱萸1两，共研细末；另用大枣百枚和生姜八两同煮，然后去生姜，取枣肉和药末捣匀做成丸药，每次服2钱，临睡前用盐汤送下。方中破故纸温中补命门之火，吴茱萸温脾胃，肉豆蔻行气消食、暖胃涩肠，五味子温肾涩精而固下元阳气，生姜温胃散寒，大枣补脾养胃，从而达到温肾暖脾、固肠止泻目的。临床主治脾肾虚寒、每日黎明大便泄泻、食欲不振等症。

6. 橘核丸

橘核丸中川楝桂，朴实延胡藻带昆，
桃仁二木酒糊合，疝痛急煎盐酒吞。

方解 本方由炒橘核、炒川楝子、海藻、海带、昆布、桃仁各2两，肉桂、厚朴、炒枳实、炒延胡索、木香、木通各5钱，共研细末，用酒煮糊为丸如梧桐子大，每服七十丸，用盐汤或酒送下。方中橘核、木香行肝经结气，桃仁、延胡索和肝经血分，川楝子、木通导引膀胱小肠之热由小便下行而去湿，肉桂温而散积寒，厚朴、枳实下滞气而破坚结，海藻、海带、昆布软坚消结而除肿胀，以上合起来就能调和气血、散寒去湿，从而达到消坚散结、除肿止痛的目的。临床主治癫疝(即腹股沟斜疝)。

(八) 利湿剂

1. 五苓散

五苓散治水肿满，发热口渴小便难，
桂枝术泻猪茯苓，除桂名为四苓散。

方解 本方由猪苓、泽泻、白术、茯苓各4钱，桂枝2钱（也可用官桂）组成。方中桂枝温阳助膀胱气化功能，猪苓、泽泻利水消肿，茯苓、白术健脾利湿，成为一张化气利水的方子。主治足太阳经的邪热传入膀胱腑，证见发热恶寒、烦渴饮水、水入就吐、小便不利，

以及水肿、身重等，临床可用于肾炎、心脏病等引起的小便不利、水肿。本方除去桂枝，名为四苓散，治里热重。

2. 平胃散

平胃散用苍术朴，陈皮甘草四般药，
除湿散满驱瘴岚，调胃诸方从此扩。

方解 本方由苍术3钱，厚朴、陈皮各2钱，炙甘草1钱组成，有时还可加入生姜二片、大枣2枚。方中苍术健脾燥湿，配合陈皮、厚朴可理气化湿，甘草、生姜、大枣能调和脾胃，故是一张燥湿健脾的基础方。主治感受山岚瘴气、脾胃不和、湿困中焦所致的脘腹胀满、不思饮食、恶心呕吐、嘈气吞酸、口和不渴、大便溏薄、舌苔白厚腻等证，临床常用于慢性胃炎、胃下垂属于湿滞脾胃者；如呕吐重可加半夏，偏热加黄连、竹茹，偏寒者加木香、草蔻，兼感外邪加藿香、佩兰，食滞加山查。

3. 苓桂术甘湯

苓桂术甘是良方，健脾渗湿痰饮尝。

方解 本方由茯苓4钱，桂枝、白术各3钱，炙甘草1钱组成。方中茯苓、白术健脾利水，桂枝温阳化水，甘草和中，故能健脾渗湿、温化痰饮。主治因脾阳虚而痰饮停结心下，见胸胁支满、短气目眩者，临床可用于慢性支气管炎、心脏病以及慢性胃肠道疾患属于脾虚停饮者；若脾虚甚可加党参，痰多者可与二陈湯合方加减用。

4. 甘姜苓术湯

甘姜苓术驱寒湿，主治身痛与腰冷。

方解 本方原名肾着湯，由甘草1钱，白术、干姜各2钱，茯苓3钱组成。方中干姜辛热而温中暖脾，白术甘温而健脾燥湿，茯苓甘淡而利水行湿，甘草和中补脾，故能起到暖脾胜湿的作用。因腰虽为肾之府，但寒湿之邪易留在肌肉，而脾又主肉，所以通过健脾温中祛湿，能治疗腰及腰以下冷痛等证，临床可用于慢性风湿性关节炎、腰

肌劳损等病引起的腰疼属于寒湿者。

5. 三仁汤

三仁汤治湿温证，寒热相搏胃不馨。
杏滑甘通竹厚朴，半夏蔻仁及薏仁。

方解 本方由滑石6钱，生薏苡仁6钱，杏仁、半夏各5钱，白通草、竹叶、厚朴、白蔻仁各2钱组成。方中杏仁宣肺化湿，蔻仁芳香醒脾，半夏、厚朴理气燥湿，苡仁健脾渗湿，滑石、通草、竹叶清利湿热，可达到宣化畅中、清热利湿的目的。适用于湿温初期，或暑热挟湿，见午后身热、头痛身重、胸闷、食欲不振、口不渴、舌苔白腻、脉濡者，临床常用于感冒、肠伤寒、乙型脑炎属于湿热外感者；若热偏重者，可加黄芩、栀子、芦根，湿较重者，可加苍术、陈皮、茯苓等。

6. 茵陈蒿汤

茵陈蒿汤治黄疸，需辨阳黄与阴黄，
阳黄大黄栀子入，阴黄附子与干姜。

方解 本方由茵陈6钱、栀子3钱、大黄2钱组成。方中茵陈清热利湿退黄，为治黄疸要药，配栀子引导湿热从小便中排出，加大黄引导湿热从大便中排出，可达到清热利湿、泻火退黄的目的。主治阳黄证，临床常用急性黄疸型传染性肝炎，以及其他原因引起的黄疸而属阳黄者。本方去山栀、大黄，加附子、干姜，可温中散寒而燥湿除黄，主治阴黄，如肝硬化、肝癌等病。

〔注〕 阳黄：是湿热瘀结在里，不得外出，仅头部有汗而身上无汗，腹胀口渴，二便不利，皮肤、眼睛、指甲均发橘黄色而鲜明。

阴黄：属寒湿，口不渴，小便色清通利，大便溏泄，不发热，皮肤黄色晦暗。

7. 舟车丸

舟车牵牛及大黄，遂戟芫花又木香，

青皮橘皮加轻粉，燥实阳水却相当。

方解 本方用牵牛子（即黑丑）4两，甘遂、芫花、大戟、青皮、橘皮各1两，木香5钱，轻粉1钱，共研细末，水泛为丸，每次服5分，早晨天明时用白开水送下，以大便下利三次为恰当；若仅一、二次，且不通利，第二天再服六、七分，渐渐加到1钱，以大便通畅不利为止；若服后大便下利四、五次，可减到2、3分，或隔1～3日服一次，到痊愈为止。并忌食盐酱油等一百天。方中黑牵牛、大黄、甘遂、大戟、芫花等，都是攻逐积水猛药，再加青皮、橘皮、木香等疏利气机，轻粉通窍利水。主治水肿水胀而见口渴面赤、气粗或喘、腹胀坚实、大便秘结、小便不畅等燥实症状属阳水证，而且是身体壮实的人。用时谨慎。

（九）润燥剂

1. 炙甘草汤

炙甘草治脉结代，麦冬生地参姜桂，
大枣阿胶火麻仁，还治虚劳和肺痿。

方解 本方由炙甘草、党参、生姜、麦冬，火麻仁各3钱，生地黄5钱，阿胶2钱，桂枝1钱，大枣6枚组成。方中党参、炙甘草、大枣甘温益气，生地、麦冬、阿胶滋养营血，火麻仁甘润补血，桂枝通阳，生姜温胃，合成一个补益气血、滋阴和阳的方剂。主要治疗热病而见气虚血少所致的心动、脉结代（即心脏神经官能症），还可治疗阴虚肺燥、咳吐涎沫并带有血丝、咽干舌燥、气短心跳、自汗颊红的虚劳性肺痿证（如肺结核、甲状腺机能亢进等）。

2. 清燥救肺汤

清燥救肺参草杷，石膏胶杏麦芝麻，
红霜收下干桑叶，解郁滋干效可夸。

方解 本方由生石膏5钱，桑叶、麦门冬、杏仁、炙枇杷叶各3钱，党参、胡麻仁各2钱，阿胶、甘草各1钱组成。方中桑叶轻宣肺

燥，生石膏清肺胃燥热，一宣一清以祛除燥热之邪，为主药；麦冬、阿胶、黑芝麻滋阴润燥，为辅药；再加党参、甘草健脾益气，可配合杏仁、枇杷润肺而止喘咳。此方用于秋季燥热伤肺和热性病肺胃余邪未尽而津液已伤所致的身热、干咳无痰等证。

3. 黄连阿胶汤

黄连阿胶鸡子黄，芍药黄芩合成方。

方解 本方由黄连、阿胶、黄芩、芍药各2钱，鸡子黄2枚组成，其中阿胶应隔水加热使之溶化，和上药汁，稍冷再与鸡子黄搅和。方中黄连、黄芩苦寒直折心火，芍药、阿胶滋阴养血，鸡子黄能补心中之血，故服之有清热除烦，滋阴安神的功效。主治高热伤阴，见心烦失眠的病症。

4. 甘麦大枣汤

甘麦大枣古良方，经绝妇女癔病尝，
加入丹参与枣仁，古方新用效更壮。

方解 本方由甘草1.5钱、小麦5钱、大枣四个组成。方中甘草缓急和中，小麦滋养心气，大枣益脾除烦。此方古治“脏躁”（悲伤欲哭，精神恍惚，不能自主，呵欠频作等），现临床常用于神经官能症、癔病属心脾不足者，随症可加丹参、枣仁等。

（十）理气剂

1. 补中益气汤

补中益气芪术陈，升柴参草当归身，
临证审因常加减，中气下陷此方擅。

方解 本方由炙黄芪4钱，党参、炒白术各3钱，当归、陈皮、炙甘草各2钱，升麻、柴胡各1钱，加姜、枣同煎。方中黄芪补肺气以固表，党参、甘草补脾气、和中焦而清虚热，白术健脾，当归补血，陈皮理气，升麻、柴胡升腾清阳之气，合之有补中益气、升阳举陷的作用。主治饮食劳累所致的气虚身热、心烦懒言、少食、四肢困

倦、或动即气喘、或口渴多汗，以及中气不足而致的脱肛、子宫下垂和各种出血等症，临床常用于慢性消耗性疾病、慢性出血性疾病，发烧待查，胃或子宫等内脏下垂、功能性子宫出血、进行性肌营养不良等属于脾胃虚弱、中气不足者。

2. 越鞠丸

越鞠丸治六般郁，气血痰火湿食困，
苍苍香附兼栀曲，气畅郁舒痛闷伸。

方解 本方由苍术、香附、川芎、神曲、栀子炒各等分，研为细末，水泛成丸药如绿豆大，每次2～3钱，温开水送服，也可配方作水煎服，但量加大。方中苍术燥湿郁，川芎调血郁，香附理气郁，神曲消食郁，栀子苦寒能解火郁，并因痰由郁生，五郁得散，痰郁亦自除。适用于因气郁、血郁、痰郁、火郁、湿郁、食郁而见到精神忧郁、胸脘痞闷或刺痛、吞酸或呕吐痰涎、食欲不振、纳食不消等症，临床常用于慢性消化系统疾病所引起的消化不良、腹胀、反胃吐酸等证。若湿郁重再加茯苓，厚朴，火郁甚加黄芩、黄连，血郁重加桃仁、红花，痰郁重加半夏、南星，食郁重加山楂、麦芽，气郁重加柴胡，木香。

3. 半夏厚朴汤

半夏厚朴舒郁结，茯苓生姜紫苏叶，
痰涎呕痛尽能除，再加大枣名四七。

方解 本方由茯苓3钱，半夏、厚朴、生姜各2钱，苏叶1钱组成。方中半夏除痰开郁，厚朴降气除满，紫苏宽中散郁，茯苓渗湿化痰，合之能行气开郁、降逆化痰。主治梅核气，即咽喉中如有物堵塞，吐之不出，咽之不下，兼见胸满气急、旁冲两胁、或呕或痛等症，现临床多用于神经官能症、慢性咽炎等。加大枣名“四七”汤，主治相同，取其甘以缓急，加强散结解郁作用，但痰湿重者不宜应用。

4. 良附丸

良附丸治胃气痛，更用木香青皮供，
归姜配合沉香片，胃热便燥不可用。

方解 本方由高良姜2钱、香附3钱组成。方中香附疏肝理气，高良姜温寒止痛。主治肝郁气滞而引起的胃寒痛，临床多用于慢性胃炎、胃肠功能紊乱、消化性溃疡属于胃寒痛者；若寒重高良姜量可大于香附，宜灵活掌握。亦可加木香、青皮、当归、沉香、干姜，配成胃气止痛丸，以加强温中散寒作用，日服2次，每次3钱，但胃热而便秘燥实者不可应用。

5. 苏子降气汤

苏子降气橘半归，前胡桂朴草姜依，
下虚上盛痰嗽喘，亦有加参细审研。

方解 本方由半夏、苏子各3钱，甘草、前胡、陈皮各2钱，当归1.5钱，肉桂面1钱（分冲），生姜3片组成。方中苏子降气平喘，配半夏、厚朴、橘红、前胡以下气化痰、降逆散痞而治上盛，当归和血，甘草益气调中，再加肉桂温补肾阳而治下虚；若虚甚无湿可加党参，喘较重可加沉香以纳气。主治肾阳素虚（下虚），痰涎壅积和虚阳上越（上盛）而引起的咳嗽气喘，临床多用于慢性支气管炎、支气管哮喘属上实下虚者。

6. 定喘汤

定喘白果与麻黄，款冬半夏白皮桑，
苏杏黄芩兼甘草，肺寒膈热喘哮尝。

方解 本方由白果、麻黄、款冬花、杏仁、桑皮、黄芩、法半夏各3钱，苏子2钱，甘草1钱组成。方中麻黄散风寒宣肺平喘，苏子、半夏、杏仁降气化痰，桑白皮泻肺中壅气，款冬花润肺利痰，黄芩清热，甘草和中。主治素有痰而气不通利，又感受风寒，肺气壅塞，痰不得出，郁结生热，痰随喘逆之气动而喉中有声的病症。临床

可用于支气管炎、支气管哮喘属于内有痰热兼外感风寒且为久病屡发者。

7. 旋覆代赭汤

旋覆代赭用党参，半夏甘姜大枣临，
重以镇逆咸软痞，痞硬噫气力能禁。

方解 本方由旋复花、半夏各3钱，代赭石5钱，生姜4钱，党参2钱，炙甘草1.5钱，大枣4个组成。方中旋复花性味咸温，能消痰结、软痞硬，代赭石质体重坠，能镇逆上冲，配半夏、生姜能温胃化痰而散痞，配人参、甘草、大枣甘温益气而补虚，合之可扶脾温胃、降逆化痰。主治脾胃虚弱、痰浊内阻而见到心下痞硬、时时噫（音衣，即胃气上逆）气等症。临床多用于急、慢性胃炎，神经性呕吐等病属胃虚、痰浊气逆者。若胃气不虚可去党参、甘草、大枣，痰湿重可加厚朴、茯苓、陈皮，夹食滞加焦山楂、鸡内金，有热象者加黄芩、黄连。

8. 瓜蒌薤白汤

瓜蒌薤白二味攻，心血瘀阻力能用，
若加桂枝桃红花，温通血脉效更雄。

方解 本方用瓜蒌5钱、薤白3钱煎服，原方中白酒现多不用。方中瓜蒌涤除垢腻之痰，薤白温中散结气而除胸中阴寒结聚之邪。此方原治喘息咳唾、胸背痛、气短的胸痹证，现临床可用治心绞痛。随证可加桂枝、桃仁、红花等药，以增加温阳行瘀血脉的功效。

（十一）理血剂

1. 胶艾汤

胶艾止血调经胎，川芎白芍又当归，
甘草配合干地黄，阳虚漏胎此方推。

方解 本方由川芎、阿胶、甘草各2钱，当归、艾叶各3钱、白芍药、干地黄各4钱组成。方中地黄、白芍、当归、川芎（即四物汤）

调血养血，配阿胶益阴、艾叶补阳、甘草和胃，合之有止血养胎的作用。主治妇女怀孕而阳气不足，不能统摄血脉所致的腹痛漏血、胎动不安，以及小产后出血不止等证。

2. 黄土汤、赤豆当归散

黄土汤将远血医，胶芩术附甘生地；
还有赤豆当归散，近血服之效亦奇。

方解 黄土汤用灶心黄土1两，干地黄、白术、阿胶各3钱，炮附子、黄芩各2钱，炙甘草1钱组成。方中灶心黄土温脾止血，白术、附子、甘草则温益脾阳，阿胶、地黄补血止血，加黄芩之苦寒可防止辛温太过，是一个温阳益气而止血的方剂。主治脾阳虚而不能统血的先大便后下血的出血证（即远血证），现临床多用于消化性溃疡出血、功能性子宫出血、溃疡性结肠炎等属脾阳不振、脾不统血者。若为先下血后大便的出血证（即近血，也称脏毒肠风下血），可用赤小豆当归散，即赤小豆1两、当归3钱水煎服，或按上述比例配方后共研细末开水调服，每次2钱，一日3次。

3. 咳血方

咳血方中诃子收，瓜蒌海石山栀投，
青黛蜜丸口嚼化，咳血痰血服之瘳。

方解 本方由青黛、山栀各2钱，诃子、海浮石各3钱，瓜蒌5钱组成。本方青黛泻肝火而凉血，山栀清肺泻火，瓜蒌仁润肺滑痰，海浮石润燥化痰，诃子收敛肺气，可达到清热泻火、润肺化痰而咳停血止的目的，决不是单纯的止血。临床多用于肺结核、慢性支气管扩张、百日咳等病兼带咳血属于肝火灼肺者。

4. 柏子仁丸

柏子仁丸熟地黄，牛膝续断泽兰芳，
卷柏加之通血脉，血虚经闭用而旺。

方解 本方用柏子仁、牛膝、卷柏各5钱，泽兰、续断各3两，

熟地黄1两，共研细末，用白蜜和匀做成丸药，如梧桐子大，每次服三十丸（3钱），空腹用米汤送下。方中柏子仁养心安神（因心生血而藏神），配熟地黄、牛膝、续断补益肝肾，充盈血海，加卷柏、泽兰活血通经，合之有补血通经的功用。临床治疗女子血液枯少、形体羸瘦、月经停闭的证候。

5. 失笑散

失笑散中用蒲黄，五灵二味煎加糖。

方解 本方用五灵脂、蒲黄各等分，共研为末，每服3钱，用黄酒或醋煎服；也可用上药水煎后加糖服，但量加大。本方中生蒲黄能破血行血，五灵脂能散血通闭，主治一切瘀血积滞作痛。临床用本方加减使用，治疗瘀血积滞所致的胃痛、慢性肝炎肝区痛以及妇女血瘀经闭、痛经、产后血瘀恶露不行等证。

6. 桃仁承气汤

桃仁承气五般奇，硝黄甘草桂枝全，
热结膀胱少腹胀，如狂蓄血最相宜。

方解 本方由桃仁、大黄、芒硝各3钱，桂枝、炙甘草各1钱组成。方中用大黄、芒硝泻结去热，桃仁破瘀行血，桂枝解表证风寒又通血脉，甘草和中调胃和缓诸药之峻烈。此方主治外感风寒表证未解，又入膀胱郁结生热，和血并结下焦而成蓄血证，即见少腹胀急、小便自利、大便黑色、发热烦躁甚至谵语如狂者，适用于妇女血瘀经闭或产后恶露不下、少腹坚痛，以及跌打损伤等。

7. 膈下逐瘀汤

膈下逐瘀灵归草，芎丹赤延又红桃，
枳香乌药同配合，活血消痞有奇效。

方解 本方由炒灵脂、当归、桃仁、红花、甘草各3钱，川芎、丹皮、赤芍、乌药各2钱，枳壳、香附各1.5钱，延胡索1钱组成。方中当归、川芎、桃仁、红花、丹皮、赤芍活血，五灵脂、延胡索化

瘀，香附、枳壳、乌药理气，合之有活血逐瘀消痞的功效。主治膈下（上腹）瘀积、腹内积块、小儿痞块、腹痛有定处不移等属用于瘀血内阻者。

〔注〕 本方来原于《医林改错》。此书是由清代具有法家思想的医生王清任通过解剖、实践所著，对古代错误的解剖知识作了更正，且对活血行瘀研究有独到之处。

8. 归脾汤

归脾汤用术参芪，归草茯神远志宜，
酸枣木香桂圆肉，煎加姜枣益心脾。

方解 本方由黄芪、酸枣仁各5钱，白术、茯神、龙眼肉、党参各3钱，炙甘草、当归各2钱，远志1钱，木香1钱，生姜3片，红枣5个组成。方中龙眼肉、枣仁、远志、茯神、当归能养血补心，党参、黄芪、甘草、白术补脾生血，木香舒理脾气，合之有补益心脾、养血安神的功效。主治思虑过度、心脾血虚而发生健忘怔忡等症，现临床常用于神经衰弱、失眠多梦、消化不良、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜，以及妇女月经不调等病属心脾两虚者。

（十二）补益剂

1. 参苓术草汤

参苓术草用新名，祛痰补气益夏陈，
除却半夏名异功，虚寒胃痛香砂寻。

方解 本方古名“四君子汤”，由人参（或党参）3钱、炙甘草2钱、茯苓4钱、白术4钱组成。方中人参补气、白术健脾运湿为主药，茯苓淡渗和中而辅助白术，甘草补中和胃，全方的功能是补气健脾而不滞腻。临床加减用于慢性胃炎、胃肠功能紊乱、消化不良等证属于脾虚气弱者。上方加半夏、陈皮以增强燥湿化痰行气的作用，则为六味汤（旧名“六君子汤”），能补气祛痰，适用于脾胃气虚而有湿痰的证候。除去半夏，名异功散，治脾胃虚弱、不思饮食以及吐泻。六味汤基础上加木香、砂仁名香砂六味汤，治溃疡病、慢性肠炎、胃

肠功能紊乱等病属脾胃虚寒者。

2. 小建中汤

小建中汤芍药多，桂姜甘草枣饴和，
温补脾肾功独显，身痛加芪效无过。

方解 本方由桂枝汤（见前发表之剂）重用芍药分量，另加饴糖组成，即桂枝、生姜各3钱，炙甘草2钱，白芍6钱，大枣6枚，饴糖1两。方中饴糖甘温能温补脾胃、止虚寒腹痛，炙甘草、大枣助饴糖补脾胃之虚，桂枝、生姜温中通阳、散里寒，芍药敛阴和营，合之有补虚散寒、温建中脏（脾胃）的作用。主治阴阳气血两虚、里有虚寒而致的腹中急痛，现临床多用于消化性溃疡胃脘疼痛、产后血虚腹痛等属于脾胃虚寒者。若阳虚而身体疼痛者加黄芪，名黄芪建中汤。

3. 参苓白术散

参苓白术扁豆陈，山药莲肉砂薏仁，
桔梗加入炙甘草，脾虚泄泻肺嗽宁。

方解 本方在异功散的基础上再加补脾的山药、莲子肉，健脾渗湿的扁豆、薏苡仁，祛痰止咳的桔梗，成了一个补脾益肺的方剂。适用于肺脾虚损所致的疾病，现临床常用于慢性胃炎或慢性肠炎、慢性肝炎以及其他慢性消耗性疾病而有食欲不振、腹泻，或兼有咳嗽吐痰等属于脾肺气虚者。

4. 金匮肾气丸

金匮肾气治肾虚，熟地淮药及山萸，
丹皮苓泽加附桂，肾阳充益阴自除；
钱氏六味去附桂，专治阴虚火有余。

方解 本方由熟地黄8两，山萸肉、淮山药各4两，丹皮、茯苓、泽泻各3两，熟附子、肉桂各1两，共研细末，和蜜作丸，如梧桐子大，每服3钱，淡盐汤送下。方中桂枝、附子补肾阳，熟地、山

萸肉补肾阴，合之阳蒸阴化，故以补肾阳为主；山药、茯苓健脾渗湿，泽泻泄肾中之水邪，丹皮清肝胆之火，这样便成了一张温补肾阳的方剂。主治肾阳不足、腰膝冷痛、少腹拘急、小便不利或反多，以及痰稀喘咳、水肿等症。现临床可用于慢性肾炎、肺气肿、糖尿病、尿崩症、神经官能症等属肾阳虚者。本方去桂、附为六味地黄丸，专治男女老幼肾阴不足而见腰酸足软、自汗盗汗、咳嗽发热、耳鸣咽干以及失血失音见舌绛少津者，临床可加减治糖尿病、高血压病、神经官能症、更年期综合症及小儿发育不良等属肾阴不足者。

（十三）消导剂

1. 保和丸

保和丸中半夏麯，山楂陈皮苍术曲，
厚朴苓翘焦麦芽，消食化痰兼除郁。

方解 本方由山楂6两，半夏、茯苓各3两，神曲2两，陈皮、连翘、莱菔子各1两，研细末，水泛为丸，每服2至3钱；每日2次；亦可改作汤剂服。方中山楂、神曲、莱菔子消食导滞，半夏、陈皮、茯苓理气燥湿和胃，连翘清热。能消各种食积停滞，临床可加减用于慢性胃炎，胃肠功能紊乱等属于中焦宿滞者。如腹胀腹痛明显，加木香、槟榔；大便秘结加大黄、枳实；食积已久而兼脾虚加白术等。

（十四）祛痰剂

1. 十枣汤

十枣汤中遂戟花，强人伏饮效堪夸。

方解 本方用甘遂、大戟、芫花（熬）各等分研末，再用大枣十枚煎汤去枣，调服药末5分至1钱，每日清晨服1次；如病人体弱，可酌量减少。方中遂、戟、芫三药都是攻逐水结聚的峻品，而且有毒，同时配大枣的甘缓养脾，使邪去而正不伤。主治悬饮、胁下有水气、咳唾胸胁引痛、心下痞硬、干呕短气、头痛目眩，或胸背腰痛不

得息、舌苔滑、脉沉弦、水肿腹胀等属实证者。

2. 二陈汤（附导痰汤、温胆汤）

二陈汤用半夏陈，益以茯苓甘草成，
理气调中兼去湿，一切痰饮此为珍。
导痰汤内加星枳，顽痰胶固力能驯；
若加竹茹与枳实，汤名温胆可宁神。

方解 本方用半夏、茯苓各3钱，陈皮2钱，炙甘草1钱，生姜7分，乌梅1个组成。方中半夏能燥湿化痰，陈皮能理气化痰，茯苓能渗湿化痰，甘草能补脾和中，生姜和胃，乌梅生津（现多不用）。主治脾湿痰饮、咳嗽痰多、脘痞纳呆。本方加胆星（能助半夏化痰）、枳实（能下气破坚），名叫导痰汤，能治顽固性的胶结不化的老痰所致的痰厥、头目眩晕，或痰饮留积不散、胸膈痞塞、胁肋胀满、头痛呃逆、喘急痰嗽、涕唾稠粘、坐卧不安、不思饮食等症；若加竹茹（能清热涤痰）、枳实，名叫“温胆汤”，治疗胆虚痰热上扰、虚烦失眠、惊悸不安、口苦呕吐涎沫等证。

3. 三子汤

三子养亲痰火方，芥苏莱菔共煎汤。

方解 本方用白芥子、紫苏子、莱菔子各1至3钱。方中白芥子畅膈除痰、紫苏子降气行痰、莱菔子消食化痰，主治老年人慢性支气管炎、咳嗽气逆、痰多胸痞者。

4. 千金苇茎汤

千金苇茎生薏仁，瓜桃配合治肺痈。

方解 本方用鲜芦根2两，薏苡仁、冬瓜仁各8钱，桃仁3钱。方中鲜芦根清肺泄热为主药，薏苡仁、冬瓜仁化痰排脓，桃仁活血化痰，现临床常加减用于肺脓疡、肺炎、慢性支气管炎继发感染而见咳吐脓痰、有热、胸中隐隐作痛等病症。若毒盛加黄芩、鱼腥草，痰热盛加桔梗、瓜蒌，胸痛重加赤芍、丹参等。

5. 礞石滚痰丸

滚痰丸用青礞石，大黄黄芩沉水香，
百病多因痰作祟，顽痰怪症力能匡。

方解 本方用青礞石1两打碎，与焰硝1两同放在瓦罐中用盐和泥封固，置炭火中煅至金黄色取出，和大黄（酒蒸）、黄芩各8钱，沉香5钱，同研极细粉末，水泛为丸（如绿豆大），根据病情和体质酌情用2至3钱，临睡用开水送服。方中青礞石与焰硝同煅后，能攻陈积伏匿的老痰，大黄荡除实积、开下行之路，黄芩清心肺上越之火，沉香调达气机并助诸药攻除积痰。临床治疗精神病患者和癫痫病人而见有痰热蒙蔽清窍、体质壮实者。

6. 消瘰丸

消瘰丸用贝参蛎，化痰散结兼软坚。

方解 本方用元参、煅牡蛎、贝母各等分制成蜜丸，每丸重3钱，每服1丸，日2次。方中元参苦咸微寒，既滋阴降火，又能软坚散结；贝母化痰散结；牡蛎软坚化痰。临床常用于治疗淋巴结核、慢性淋巴结炎、甲状腺腺瘤等病。亦可加昆布、海藻、夏枯草、瓜蒌等，以增强软坚散结的作用。

（十五）固涩剂

1. 固汗散

固汗散治表虚汗，芪术防风共配合。

方解 本方古名“玉屏风散”，原系散剂，现亦可用黄芪6钱，白术、防风各2钱煎服。方中黄芪补气固表，和防风相配，使祛邪即不致发散太过，又无留邪之弊，更辅白术健脾补中，以达到补中寓散、补气固表的目的，就象屏风能挡风邪不使侵袭人体一样。适用于卫虚表不固而自汗不止，或气虚感受风邪而自汗不止等症。

2. 桑螵蛸散

桑螵蛸散治便数，参苓龙骨同龟壳，
菖蒲远志及当归，补肾宁心健忘觉。

方解 本方用桑螵蛸（盐水炒）、党参、茯苓、龙骨（煅）、龟壳（酥炙）、菖蒲（盐水炒）、远志、当归各等分，研为细末，临睡时用党参汤送下，每服2钱。方中桑螵蛸补肾涩精，龙骨、龟板交通心肾，当归、党参（原人参）滋阴清虚热，菖蒲、远志开心窍，茯苓补心宁神，共同达到补肾宁心的目的。主治心肾两虚所致的小便频数（但尿量少）或色如米泔水样（但不是淋涩），并可治健忘。

3. 固经丸

固经丸治经淋漓，芩芍柏板香椿皮，
腹痛拒按色鲜红，阴虚热证才相宜。

方解 本方由炙龟板4两，炒黄柏、炒黄芩、炒白芍各2两，炒香附、炒椿皮各1.5两，共研细末，用酒糊为丸，如梧桐子大，每服3钱，白开水送下；亦可改作汤剂煎服。方中龟板滋阴清热为主药，黄芩、黄柏能清上、下焦之火，芍药敛阴益营，香附调气和血，椿根皮固涩止血。可治疗阴虚血热而妄行所致的月经过多不止、血色鲜红或紫黑夹块，以及漏下、血漏等证。

（十六）痈瘍剂

1. 消痈饮

消痈治阳金银花，防芷归陈草节加，
贝母天花兼乳没，穿山角刺酒煎嘉。

方解 本方原名“真人活命饮”，用金银花、陈皮各3钱，防风、白芷、当归、甘草、贝母、天花粉、乳香（研末）、没药（研末）、穿山甲（炙）、皂角刺（炒）各1钱，用酒煎服。方中金银花清热解毒，防风、白芷散风消肿，当归活血，陈皮行气，象贝母散结，天花粉清热消肿，甘草解毒和中，乳香、没药活血散瘀定痛，穿山甲、皂角刺消肿溃坚，更用酒性走散，使药性迅速发挥，合之起清热解毒、活血

消痈的作用。适用于痈肿初起，红肿热痛而属阳证的病人，若毒热盛者加蒲公英、地丁草、连翘等；口渴烦热者去防风、白芷而重用花粉，并加元参；里热盛而大便干燥者加大黄。临床多用于痈、蜂窝组织炎、急性淋巴结炎等属毒热壅盛者。

2. 阳和汤

阳和汤治阴性疽，熟地麻黄白芥煎，
姜桂甘草鹿角胶，阳症发热不相宜。

方解 本方由熟地1两，鹿角胶（炖化冲服）3钱，白芥子(炒)2钱，肉桂、甘草各1钱，姜炭、麻黄各5分组成。方中熟地、鹿角胶滋补阴阳，肉桂温阳散寒而通血脉，白芥子祛湿化痰，炮姜炭温阳活血，麻黄宣畅阳气，成为一个温补和阳、散寒通络的方剂。主治一切阴疽（症见色白或青暗、不肿或漫肿、酸痛或不痛、舌苔白、口不渴、脉沉细或细迟等），现临床多用于骨结核、慢性骨髓炎、淋巴结核、血栓闭塞性脉管炎、慢性关节炎等属阴寒内结者，若有红肿热痛的阳症就不适用。

3. 大黄牡丹皮汤

大黄丹皮治肠痈，瓜子桃仁芒硝供，
初起腹痛未脓时，泻热破瘀见效功。

方解 本方由大黄、牡丹皮、桃仁、芒硝各3钱，冬瓜仁5钱组成。方中大黄清热解毒、攻下破瘀，丹皮凉血行血散瘀，为主药，芒硝辅助泻下，桃仁辅助活血破瘀，冬瓜仁消肿排脓。临床多用于治疗急性阑尾炎（应以症初起、低热、右侧少腹疼痛拒按、大便秘结、小便短赤、舌红苔黄腻、脉多滑数为据），毒热盛者可加银花、蒲公英、败酱草，兼恶寒可加薄荷、荆芥，湿盛舌苔厚腻者可加藿香、佩兰，腹痛明显者可加川楝子、延胡索。

4. 蛇咬伤方

毒蛇咬伤有单方，金钱地丁野菊花，

等量打汁汁内服，药渣外敷毒可消。

方解 本方主治腹蛇咬伤，用新鲜金钱草、紫花地丁、野菊花各2～3两打汁内服，渣加少量水敷肿胀处，可反复应用，有解毒消肿和利尿排毒的作用。

5. 乳腺炎方

乳房结块原因多，红肿热痛用蜂窝，
甘草连翘共三味，消肿止痛加热敷。

方解 本方主治急性乳腺炎，用蜂房0.5～1两，生甘草、连翘壳各5钱，水煎分2次服，并用药渣加温外敷，有消炎、解毒、退肿作用，如应用得当，疗效很好。

（十七） 其它成药

药名	功用	主治	剂量	备注
小金丹	消结散毒、活血止痛	瘰疬结块、乳核	2丸，日2～3次	
豨莶丸	祛风活络	风湿痛、高血压	1～2丸，日3次	
跌打丸	活血止痛	跌伤、挫伤	1丸，日3次	
铁笛丸	润肺利咽	失音、喉痛	1丸，日3次	
冰硼散	消炎止痛	咽肿咽痛、口舌生疮	局部涂擦，日数次	
青黛散	消炎解毒，止痛	咽喉肿痛、口疳	同上	
锡类散	消炎解毒、止痛	扁桃体炎、口疳	同上	
妇科十珍片	调经补血	经来腹痛、月经不调	4～6片，日3次	
鹭鸶涎丸	消肺热、杀虫	百日咳	1丸，日2～3次	

药　名	功　用	主　治	剂　量	备　注
黑锡丹	补肾纳气	肺气肿	2～3錢，日1～2次	
南通蛇药	解毒、镇痛	蛇、虫咬伤	4～6片，日3～4次	
催乳丸	活血下乳	乳水不足	1丸，日3次	
紅棉散	消炎杀菌	化脓性中耳炎	吹入耳內	有毒，不可入口
紫雪丹	泻热安神	脑血管意外、流脑	5分～1錢，视病情而定	
至宝丹	清热解毒	流脑、乙脑	1丸，必要时服	
苏合香丸	顺气化痰	中风	1丸，必要时服	
牛黄抱龙丸	清热镇惊	流脑、高热、痰多	1丸	
回春丹	清热解毒	麻疹、高热、痰多	3～5粒	
安神补心丸	养血安神	神经衰弱、失眠健忘、心跳气短	15～20粒日3次	
香连丸	清湿热、止痢	急性痢疾	2～3錢，日1～2次	

第四章　疾病诊治基本知识

第一节　疾病的发生和发展

一、疾病的发生

要诊治疾病，首先要认识疾病。什么是疾病？毛主席教导我们：**“没有什么事物是不包含矛盾的，没有矛盾就没有世界。”**人生活在自然界，无论是人体内部或与外界环境之间，时刻在产生矛盾、解决矛盾，维持人体内外之间的动态平衡，这就是人们所说的“健康”状态。如果人体受到某种原因（致病因素）的强烈影响，失去了这种动态平衡，那就是发生了“疾病”。因此，疾病和健康是相对存在的。疾病和健康就是一对矛盾。

疾病的发生与否，取决于内因和外因两个方面。外因就是致病因素，内因主要是指机体的防御功能，以及机体对于外界致病因素的主动进攻能力。毛主席教导我们：**“唯物辩证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”**因此，构成疾病发生的条件，外因固然重要，但主要取决于人体内在的矛盾（内因）。当机体的防御功能较强时，致病因素一般不足以干扰正常的机体而引起疾病；只有当致病因素和人体防御能力之间的力量对比处于“敌强我弱”的情况下，才会导致疾病的发生。而当疾病发生后，机体则进一步调动一系列的防御功能来与它作斗争，以阻止其发展，并对抗和消除疾病的影响。所以，疾病是以致病因素

及其引起的损伤为一方，同以机体的防御功能为另一方的矛盾斗争过程。例如，感冒病毒平时即存在于人体鼻咽等处或空气中，但人体具有抗病能力，因此人仍处于健康状态。这就说明人体平日就经常同致病因素作斗争而保持健康。但如体质较弱、感受风寒或病后防御能力减低时，鼻咽部的病毒就乘虚而入，使人致病。而感冒后出现的鼻塞、流涕、头痛、发热和全身不适等症状，则是这场斗争的进一步表现。一般情况下，人体在斗争中增强了克服病毒的能力，终于消灭了入侵的病毒，修复了病毒引起的损伤，于是很快地痊愈了。祖国医学认为，“邪之所凑，其气必虚”，“正气内存，邪不可干”。这里所说的“正气”就是人体的抗病能力，“邪气”表示致病因素，疾病就是人体内部的“邪正之争”。因此，我们经常参加劳动，积极进行锻炼，增强体质，增强抗病能力，就会减少发病的机会；即使生了病，也容易治好，容易恢复健康。作为医务人员，我们在防病治病的工作中，必须批判那种单纯强调外因，忽视机体内因作用的形而上学观点，而应在重视致病因素和它所造成的直接损伤的同时，特别注意改善机体的状态以提高抗病能力，注意调动人的主观能动作用来积极抗御疾病，以达到更好的防治效果。

（一）常见致病因素及其作用

致病因素，祖国医学统称为“病邪”，种类很多。由于它们的性质不同，作用于机体后能引起不同性质的疾病，同时在各种疾病的发展过程中所起的作用也不同，我们必须加以充分注意。常见的致病因素有以下几种：

1. 生物病原体 包括微生物和寄生虫，是一些活的生物体，能引起多种疾病。它们之所以会致病，主要是由于突破了机体的一系列防御功能而侵入人体，在人体内生长繁殖并

产生一些代谢产物如某些毒素和酶，干扰破坏了细胞组织的正常新陈代谢，引起细胞组织的损害。因此，只有将侵入的病原体消灭，损害才会停止发展。

微生物是一种肉眼看不见的微小生物，往往需要用显微镜放大千百倍甚至用电子显微镜放大上万倍才能看清，主要包括细菌、真菌、螺旋体、立克次氏体和病毒等。它们的结构非常简单，如最常见的细菌属于单细胞植物，其基本形态可分为球菌、杆菌和弧菌三类（图4-1），如用固紫染色法（一种观察细菌的染色法，旧称革兰氏染色法）加以观察，所有细菌都可分为阳性和阴性两大类，这对细菌的鉴别和药物的选择有很重要的意义。真菌的菌体一般比细菌大，构造也较复杂，分为单细胞和多细胞两大类，以后者居多。螺旋体是呈波状或螺旋状的单细胞微生物，其性状介于细菌和原

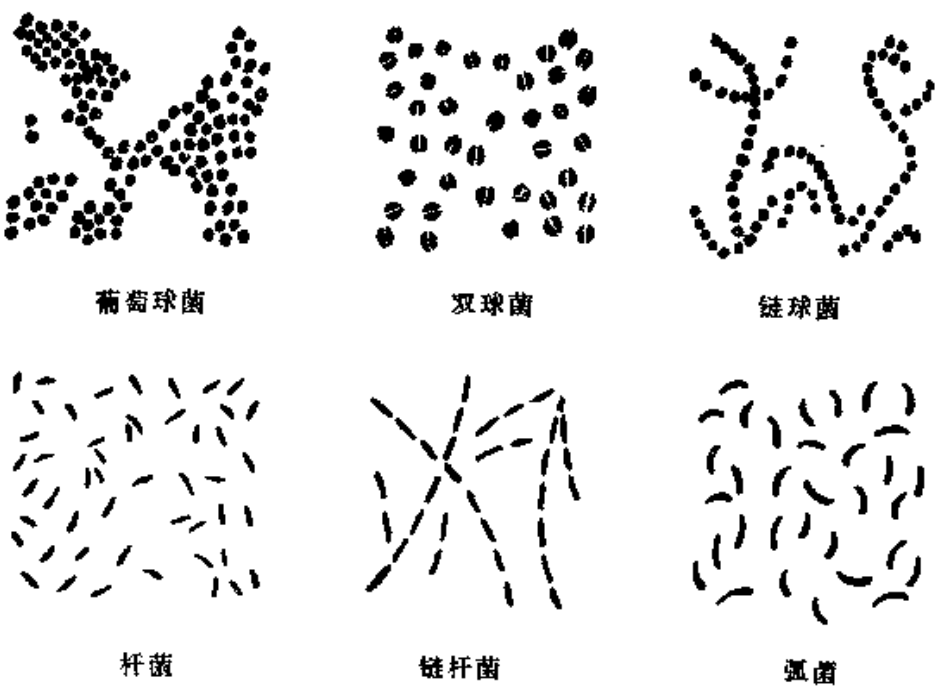


图 4-1　各种细菌的形态

虫（属于寄生虫）两者之间。立克次氏体形态类似细菌，但较一般细菌为小，生活习性却近似病毒，是介于细菌和病毒之间的微生物。病毒的体积最小，除个别特别大型的病毒（如沙眼病毒等）外，一般都不能在普通显微镜下看到，而要用电子显微镜放大几万或几十万倍才能看到；由于它往往能通过一般细菌所不能通过的滤器，所以又叫滤过性病毒。据统计，目前人类所患的病毒性疾患在数量上已远远超过细菌性疾病，而且到现在为止还没有特效的杀灭病毒的治疗方法，所以必须引起我们的高度重视。

寄生虫是一些生物，它们必须依赖另一种生物机体的组织和机能以取得必需的营养才能维持自身的生长繁殖。一般属于低等动物，主要包括蠕虫和原虫两大类。蠕虫是多细胞动物，多数寄生在人体消化道或其他有关脏器内，如蛔虫、钩虫、蛲虫、鞭虫、血吸虫等。原虫是单细胞动物，形状微小，仅能在显微镜下看到，寄生于人体有关脏器内，如阿米巴原虫、阴道滴虫、疟原虫等。被寄生虫所寄生的生物通常称为宿主，又分为终宿主（又名确定宿主，指寄生虫成虫或有性生殖时期所寄生的宿主）、中间宿主（指寄生虫幼虫或无性生殖时期所寄生的宿主；如其生活过程中需要两个或两个以上的中间宿主，则可按其寄生的先后分为第一中间宿主、第二中间宿主和第三中间宿主等）和依存宿主（又名保虫宿主，指除寄生于人体外又可寄生于其他脊椎动物的宿主）。

在医学上，凡病原体侵入人体，在体内繁殖，表现出一定的病理过程或带菌状态，称为“传染”或“感染”；在传染过程中表现出明显的临床症状者就称为传染病。如传染病在人群中连续传播，就称为“流行”。在流行的过程中，带有病原菌的人和动物是主要的传染来源，简称“传染源”，它们可以借一定的分泌物、排泄物或渗出物将

病原体散布到体外，通过不同的途径传染别人。除病人是重要的传染源外，从一定意义上来说，带菌者是更为重要的传染源，因为这些人表面上不出现症状，却可在不引起人们注意的情况下将大量病原体散布开来，因此非常危险。病原体从传染源传播到健康人，可通过不同的方式，主要的途径（简称“传染途径”）有饮食（消化道）、飞沫和空气（呼吸道）、接触或媒介动物（皮肤、粘膜）等。

人体在感染某些微生物病原体后，可以产生一种特殊的抵抗能力，称为“免疫力”。如出过麻疹的人一般可获得终身免疫而不再患麻疹，种过牛痘的人可以预防天花，进行有关的预防接种可以防止发生相应的传染病等。

由病原体引起的疾病很多，通常可分为：(1)急性传染病：如麻疹、痢疾等；(2)慢性传染病：如肺结核、麻风等；(3)寄生虫病：如蛔虫病、血吸虫病等；(4)化脓性感染：如疖（疔）、痈、阑尾炎等；(5)其他：如风湿热、肾炎等由细菌感染引起的变态反应性疾病等。

祖国医学把具有严重传染性和流行性的病邪称为“疫疠”，其特点是发病急骤，蔓延迅速，老幼的病状相似。同时，还将一些带有传染性、流行性的热性病称为“时疫”、“瘟疫”等。此外，祖国医学还认为，除四时不正之气（即“六淫”，详后述）外，还有一种“戾〔音厉，下〕气”，大概也是指生物病原体而言。医书记载：“戾气所致瘟疫流行，死者十居七八。”

2. 机械、物理性刺激 各种具有一定强度的机械力作用于人体时，可造成不同的损伤，如跌打损伤、刀枪刺伤、枪炮伤、机器轧伤、骨折等，这些损伤总称为创伤。物理因素如高温、严寒、放射线、电流等，达到相当强度或持续作用较长时间，就可以导致烧伤、冻伤、放射病、电击伤等疾病的发生。机械和物理性刺激大多是在疾病发生的最初阶段起作用，一般不参与疾病的发展过程，而由它们引起的组织损伤——组织的断裂、变性、坏死、出血等继续发生作用。

3. 化学物质 如某些农药、一氧化碳、工农业生产中的一些有毒化学物质、一部分医用药物（使用过量）以及敌人撒放的军用毒物等。此外，蛇咬伤时侵入人体的蛇毒、细菌感染产生的毒素和肾脏功能衰竭时在体内蓄积的代谢产物等也属于这一范围。它们作用于机体的部位，大多有一定的选择性。

4. 生理性刺激和必需物质的缺乏和过多 人生活在自然界，要接受外界环境中的空气、阳光、水份、温度和声音等的生理刺激，也需要某些营养物质，如糖、脂肪、蛋白质、维生素、激素、酶、电解质等。这些刺激和物质的过少或过多，都可导致疾病的发生。祖国医学把“饮食失调”，“劳逸过度”和“房室不节”等，作为发病的原因之一。饮食失调包括进食生冷或不洁食物、暴饮暴食或过食肥甘厚味，以及偏嗜或有饮酒等不良嗜好等。饮食失调不但可以直接损伤脾胃，引起消化不良、食积、胃痛、泄泻等病症，还能生热、生痰、生湿，是造成脏腑病理变化的一个重要原因。劳逸过度包括长期缺乏活动和劳累过度两种情况。长期缺乏活动能使气血、筋骨、肌肉失其生理常态而致病；而劳累过度（亦称劳倦）则可伤脾，导致元气虚弱，容易发生疾病。房室不节包括性生活过度、早婚与妇女产育过多，这些情况都能使肾精耗伤，引起身体虚弱，容易导致疾病，出现肾虚症状如腰酸、遗精、神疲乏力、眩晕等，或者损伤冲任，引起月经不调、经闭、带下等症。

5. 气候和环境的变化 人生活在自然界，不断地与气候和环境的变化作斗争，因此外界环境和气候的变化与疾病的发生有关。例如，夏秋季节气候炎热，有利于肠道致病菌（伤寒、痢疾等病菌）的生长繁殖，同时还能使人体消化液的分

泌减少和肠蠕动减弱，消化道的抵抗力降低，加上炎热季节人爱吃生冷食物，同肠道致病菌接触的机会增多，所以夏秋季节容易发生消化道传染病。冬春季节气候寒冷，人体上呼吸道粘膜抵抗力降低，有利于呼吸道致病菌的传播，因此，冬春季节多见呼吸道疾病，如感冒、支气管炎、肺炎等。

古人将自然界的气候变化归纳为风、寒、暑、湿、燥、火(热)六种，在正常情况下称为“六气”。六气的异常变化，如太过或不及，即气候反常，在人体抵抗力低下时，就能成为人体的致病因素，这时就称之为“六淫”，亦叫“外邪”。六淫侵犯人体一般有两个途径，一是从皮毛而入，一是从口鼻而入，因此统称为“外感”。外感六淫发病多带有季节性，如春天多温病，夏天多暑病，长夏（阴历六月）多湿病，秋天多燥病，冬天多寒病等；但也有不同情况，如同一季节可以有不同的外感病发生(如夏天既有受暑的，也有受寒的)，或一种疾病可以由多种病邪引发（如感冒就有风寒、风热和暑湿之分）等。这就是祖国医学对外感病致病因素的概括。实际上祖国医学所指的“六淫”，除了气候、环境因素外，还包括了其他物理因素和生物病原体致病因素，如上面所述的“戾气”即是。同时，我们还必须认识到，由于人的体质情况不同，在感受六淫之邪以后，在一定的条件下可以出现转化。如风寒可以化热，湿郁也可以化热，火热可以化燥，热极又可以生风。但这种因转化而出现的“热”、“燥”、“风”，不属于六淫病邪，而是由于人的个体体质不同，从而使机体内部脏腑所发生的不同病理变化的一种表现。因此，风、寒、暑、湿、燥、火这六个名词，实际上包括了两个方面的内容：一方面是外来的，即六淫之邪，其发病的证候表现及发展变化，取决于机体内在矛盾的变化；另一方面是内生的，属于脏腑

病理变化的一种表现，它并不都是由外感六淫而转化的，有时在没有外邪侵袭的情况下，脏腑本身机能失调，同样可以产生这种病理现象。但是，尽管外来的与内生的，两者在证候表现及防治方法上有所不同，然而它们的临床表现可有相同之处，并可有密切联系。我们在学习时必须加以注意。

风 “风为百病之长”。风邪最易伤人，能引起许多种疾病，且四时都可发病，其他外邪也往往依附于风而侵犯人体，如风寒、风热、风温、风湿、风水等。“风者善行而数变”，其特点是喜动，游走性强，发病急，变化快，并且都有恶风的表现。风病辨证上可分外风与内风两种。外风指外感风邪，一般表现为恶风、发热、有汗、头痛、鼻塞（或流清涕）、咽痒、咳嗽、脉浮等，如侵犯经络，可见口眼歪邪、肢体麻木或关节疼痛、窜走不定（多兼寒湿）等证；风邪如有兼证，则表现更为复杂。内风由内部疾病引起，发病急骤，表现为神经系统的一系列症状，轻者可见眩晕、手足颤动、麻木等证；重者可见抽搐、昏迷、口眼歪斜、半身不遂，或卒然昏仆，不省人事等。内风又可分为热极生风、肝风内动和血虚生风三种。

寒 寒为阴邪，最易伤人阳气，其特点是恶寒（外感）或畏寒（阳虚），肢体收引，气血凝滞，故侵入人体后，可致气血不畅而出现疼痛痉挛等证；但寒邪入里也能化热。辨证上可分外寒与内寒。外寒主要指外界寒冷的气候。寒邪如伤及肌表，则以恶寒、发热为特征；伤及经络、筋骨，则以关节疼痛为特征；伤及胃肠，则以腹痛、吐泻为特征。临床上呼吸道感染常与外寒有关。内寒常发生于体质较弱（即阳气虚弱）者，有面色㿠白、手足冰冷、畏寒喜暖、舌质淡胖、苔白滑润、脉沉迟弱等表现；如有兼证，则还可出现有关脏器的症状。

暑 暑为热邪的一种，带有季节性。其特点是最易耗气伤津。又因长夏气候潮湿，人多食生冷，故暑病多兼湿邪，称为“暑湿”。暑只有外暑而无内暑，主要表现为恶热汗出、头痛身倦、唇干烦渴、脉洪数，称为“伤暑”；如伤暑过重，可发生突然昏倒，不省人事，发热气粗，出冷汗，脉洪大无力或沉伏等，即为“中暑”。如为暑湿，则主

要出现消化系统症状，如胸闷、恶心欲吐、食少、腹泻，以及身重倦怠、发热恶寒、舌苔白腻或黄腻、脉浮滑数等证。

湿 湿是一种重浊、腻滞的病邪，病易缠绵，反复发作。症状以肢体沉重、胸腹痞闷、舌苔粘腻、渴不欲饮、小便不利、女子带下等为特征。辨证上有外湿、内湿之分。外湿指长时涉水、淋雨或环境潮湿而致病，主要表现为头身沉重疼痛，痛常固定一处不移动，四肢怠惰，关节屈伸不利，舌苔白腻，脉濡缓；如有其他兼证，还可有相应的表现。内湿主要因过食生冷或嗜酒太过，以至脾失健运，造成湿浊内停所致，主要表现为头胀头重、胸脘痞闷、食欲不振、腹胀、腹泻、四肢沉重无力及妇女带下等。湿症口多不渴，舌苔滑腻，此点在临床上很有参考价值。

燥 可分外燥和内燥。外燥多发生在秋天，因气候干燥而引起疾病，症状偏重在肺，有温、凉之不同。凉燥常发生在秋深初凉时，主要表现为头痛鼻塞、恶寒多于发热、唇燥、咽干、干咳、气喘、舌苔白干、脉浮弦涩等；温燥往往发生于久晴无雨、秋阳暴烈的情况下，表现为身热有汗、口渴、咽痛、咳逆上气、鼻干、胸痛、甚至痰中带血、苔白薄而干、舌尖边红、脉浮数或弦涩。内燥多因汗、吐、下等证伤了津液，精血耗损所致，主要表现为颧赤潮热、手足心热、口燥唇裂、消渴引饮、咽痛、盗汗、心烦失眠、咳痰带血、尿短赤、便秘、皮肤毛发指甲干枯、下肢萎弱无力、舌干无津、脉涩等。

火（热） 火与热同属一气，只是程度上的不同，热极可以化火。火虽属六淫之一，但临床上很少把它看作一种外邪，认为都是由体内产生的。其特点是性炎上，最易伤津、动血、灼阴、耗气。一般分虚火和实火两种。实火多因外感诸邪（如风、寒、暑、燥等）侵犯人体后转化而成，来势较急，变化迅速，有明显的火盛症状，阴伤的症状则不明显。主要表现为高烧、多汗、心烦、面红目赤、唇焦、渴喜冷饮，甚至狂燥、神昏谵语、大便秘结、小便短赤、舌质红、苔黄燥、脉洪大数实等；如火热迫血妄行，可以发生斑疹、吐血、鼻衄等出血症状；还有如疮痈之红肿灼痛也属火证，叫做“火毒”。虚火多由内伤引起，如脏腑功能失调，气血阴阳偏衰，或久病失养，精气亏耗等，

皆可导致虚火内生。其特点是起病缓慢，病程较长，一般以肾阴不足虚火妄动为常见。主要表现为阴虚症状，如潮热盗汗、午后颧赤、手足心热、舌红少津、剥苔或无苔、脉细数或虚火等。

6. **其他** 如精神因素（详下述）、内分泌失调、先天发育异常、遗传因素等，也可成为致病因素。一般说，这些就属于“内因”的范围了。

除了上述致病因素以外，还要考虑社会因素对疾病的影响。由于人在社会中生活，社会制度对人们的精神状态、劳动生产条件、生活条件、卫生条件起着重大的作用，因此它对人体的健康或疾病的发生，有极密切的关系。在万恶的旧社会，以及今天还处于帝修反统治的国家里，广大劳动人民政治上受压迫，经济上受剥削，成天在死亡线上挣扎，生活毫无保障，劳动条件极端恶劣，他们的身体和精神受到严重摧残。因此，疾病、伤害丛生，各种传染病流行，地方病十分猖獗，无数劳动人民被夺去了宝贵的生命，甚至逼得人们离乡背井，家破人亡。我国解放后，劳动人民翻身作了主人，在毛主席和党中央的英明领导和亲切关怀下，生活蒸蒸日上，劳动条件根本改善；加上大搞群众性的爱国卫生运动，在短短的时间内，就消灭和基本消灭了许多严重危害人民健康的疾病，一般常见病、多发病的发病率也明显降低。但是，由于刘少奇、林彪反革命修正主义卫生路线的干扰和破坏，在一个较长的时间内，毛主席对卫生工作的一系列指示不能得到贯彻落实，广大农村仍然缺医少药。伟大的无产阶级文化大革命和批林批孔运动，彻底摧毁了刘少奇、林彪两个资产阶级司令部，批判了修正主义的卫生路线，毛主席的革命卫生路线越来越深入人心，赤脚医生队伍茁壮成长，合作医疗蓬勃发展，城市医务人员上山下乡，中西医结合工作有了很

大的进展，一个新的群众性的防病治病运动高潮正在掀起，全国城乡的卫生面貌正经历着翻天覆地的变化，广大劳动人民的健康有了充分的保障。最近，通过无产阶级专政理论的学习，广大医务人员进一步加深了对毛主席革命卫生路线的理解，提高了对医疗卫生战线上一系列革命新生事物的认识，必将使我国的医疗卫生事业得到进一步发展，为保障广大劳动人民的身体健康作出更大的贡献。

（二）机体防御机能

人体的防御机能含义很广泛，平常最常见的例子有：嗅到刺激性气体时打喷嚏，遇到寒冷时起“鸡皮疙瘩”等，都是防御机能的表现。人体各系统各器官都有不同的防御机能，但其间是互相密切联系的。祖国医学把这种防御能力称为“正气”，正气的强弱与疾病的发生有很大的关系。如同样受风寒雨淋的情况下，有的人恶寒发热生病；有的人因平时锻炼身体，“正气”旺盛，防御外邪的能力强而不发病。

机体的防御机能是由多方面的因素组成的，主要与以下一些因素有关：

1. **神经、内分泌系统的机能状态** 神经系统，特别是大脑皮层的机能，并由此而产生的精神意识状态，对疾病的发生与发展起重要的作用。在临床上，我们可以看到，某些疾病的发生与精神因素有关，例如高血压、胃和十二指肠溃疡等疾病就是如此。大量的事实还证明，在疾病的发展过程中，病人情绪的激烈波动，往往可使病情改变，甚至急剧恶化。反之，病情虽然严重，但病人能用毛泽东思想武装自己，以革命乐观主义对待疾病，发扬人的主观能动性，树立战胜疾病的坚强信心，就可大大加强人体抵抗疾病的能力，从而防

止疾病向坏的方向发展，或加速疾病的痊愈。近年来，许多英雄人物以高度的政治觉悟和坚强的革命意志，积极配合治疗而战胜危重疾病的事例，生动地说明了人的主观精神因素对战胜疾病的关系极为重要，说明了“内因”在与疾病作斗争中起着决定性的作用。

祖国医学把人的精神状态的变化归纳为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，称为“七情”。七情活动在通常情况下，是人体正常的生理现象，对人体并没有害处。当情志活动激烈或持续过久，则会影响人体的脏腑气血而致病，那就是“七情内伤”。七情致病，与五脏有密切的关系，表现为相应的症状。例如暴怒伤肝，出现胸胁胀痛、头痛目眩等证；过喜伤心，出现心烦、失眠、甚至哭笑不休等症；忧思伤脾，出现食少、腹胀、消瘦、乏力等证；过悲伤肺，出现面色惨淡，神气不足、垂头丧气、连声叹息等证；大恐伤肾，出现腰痛、小便失禁、妇女崩漏闭经等证。由于心主藏神，所以五脏的病证又都与心脏有关。除了七情内伤能引起五脏的病证以外，反过来，五脏有病也能引起神志方面的变化。如某些慢性病久治不愈，也可影响一些人的精神状态，出现情志不舒或性情暴躁等。此外，神志过分抑郁还可以使气机壅滞不畅，因此郁而化火，称为“五志化火”。如临床上遇到的肝火、心火、胃火、肺火、肾火等，这类的火能灼伤本脏的阴血津液，引起虚火上炎，或是通过外邪引动而发病。

在神经系统调节之下的内分泌腺的机能状态，对疾病的发生和发展也有很大影响，其中尤以脑垂体、肾上腺、甲状腺和胰腺最为重要。临床上，我们往往可以遇到，当垂体-肾上腺皮质系统机能降低时，机体对各种有害刺激物的抵抗力就降低，容易发生疾病。甲状腺机能不足时，可使中枢神经系统的发育迟缓，机能降低，甲状腺机能亢进，则可增强中枢神经系统的兴奋性，都可导致疾病的发生。胰腺的内分泌机能不足，可引起糖尿病，并因此而降低机体的抵抗力。

2. 体质因素 体质因素有先天和后天两个方面。胎儿

在母体中发育健全，营养良好，称为“先天”充足。人出生以后的时期称为“后天”。“后天”与劳动、锻炼、饮食、嗜好、婚姻、生育等情况有密切关系。经常参加劳动，进行体育锻炼，平时有合理的饮食，在适当的年龄结婚，实行计划生育等，这样就能增强一个人的体质。体质强壮，正气旺盛，就不易生病；反之，就称为“先天不足”或“后天失调”。先天和后天是相互影响、相对存在的。体质因素在一定的条件下可以发生强弱的变化。“先天不足”的人，通过锻炼和治疗，可以变成体质强健、精神充沛的人。

与体质因素相应的，人的年龄、性别、营养状况等因素，对疾病的发生与发展也有一定的影响。此外，还要考虑遗传的作用。遗传主要可使后代的抵抗力降低，或发生某种生理上的缺陷，从而容易罹患某些疾患，但真正能够遗传的疾病是不多的，有些是可以经过后天的努力予以改变和预防的。

3. 机体的防御反射和屏障功能 体内许多器官具有防御反射，可以免受或减少有害刺激的作用。例如，咳嗽、打喷嚏、呼吸暂停是呼吸道粘膜对异物、刺激性气体的防御反射；身上起“鸡皮疙瘩”是皮肤对寒冷的防御反射；眨眼是眼睛对风沙、强光等刺激物的防御反射，等等。

机体的屏障功能是指人体抵抗有害刺激物（如微生物、毒素及某些化学物质）作用的防御功能。它与人体的体质有密切关系。按屏障机构分布部位的不同，可分为外屏障和内屏障两种。外屏障包括皮肤、粘膜、肌肉、骨胳等，它的功能完善，可有效地防止许多外来致病因素的侵袭。内屏障包括网状内皮系统、血脑屏障及胎儿的胎盘屏障等，它可以消除某些侵入人体的致病因素的有害作用，或阻止其侵入主要的脏器。此外，体内某些器官的特殊功能，如肝脏的解毒、

肾脏的排泄毒物、嗜中性白细胞的吞噬作用等，也属于内屏障的范围。

网状内皮系统 又叫巨噬细胞系统，范围比较广泛，如结缔组织中的组织细胞（又叫巨噬细胞），淋巴组织、脾和骨髓中的网状细胞，血液中的单核细胞（白细胞的一种），肝脏中的星状细胞（枯否氏细胞），血窦的内皮细胞，中枢神经系统的小胶质细胞等都是。这类细胞具有吞噬侵入人体的细菌和异物的作用。当遇到细菌或异物时，能将它们包围在细胞内，加以吞噬消化，其中一部分可随机体的某些分泌物排出体外，另一部分则沉积在组织内。除了这种防御功能外，它还有其他作用，如结缔组织中的巨噬细胞可转化为成纤维细胞，参加创伤组织的修复和瘢痕形成过程；肝、脾、骨髓的巨噬细胞参与血液的生成过程和胆色素的代谢；巨噬细胞还可吞噬衰老的红细胞等。

血脑屏障 是血、脑之间存在着的一种能够阻止某些物质（如细菌、毒素、药物、蛋白质等）从血液进入脑脊液和神经组织的屏障，其实质目前还未研究清楚。血脑屏障在脑肿瘤、炎症、创伤、发热、脑栓塞等情况下，可以减弱或消失。

胎盘屏障 胎儿和母体间主要通过胎盘进行气体和养料、废物的交换，以保证胎儿的正常生长发育。由于胎盘还具有阻挡某些物质（细菌、毒素、药物等）从母体进入胎儿的作用，所以亦称胎盘屏障。

4. **免疫** 免疫是机体对病原微生物及其毒性产物和其他抗原物质的抵抗能力，包括阻止微生物的侵入，抑制它们的繁殖，杀灭微生物，解除其毒性产物的毒害作用和产生抗体等整个保护过程。根据其起源与表现的不同，可把它分为非特异性免疫和特异性免疫两个方面。非特异性免疫又称为先天性免疫或种的免疫，是人类在长期进化过程中所形成的一套天然防御感染的机能，主要靠人体正常的组织结构和生理功能来实现，包括皮肤和粘膜的屏障及防御作用，淋巴结的过滤作用和吞噬细胞的吞噬、消化、清除作用，正常体液中抗感染物质的作用，以及肝脏解毒、肾脏排泄、胃酸杀菌、血脑屏障、胎盘屏障等的功能，也即上面所说的屏障功能。特异性免疫亦称获得性免疫，是

人出生后，在生活过程中与病原微生物或其毒性产物密切接触、互相作用而产生的针对这种微生物或其毒性产物的特异性防御功能。前述患传染病或接受预防接种后获得的免疫就是特异性免疫。它是在非特异性免疫的基础上形成的，又分为体液免疫和细胞免疫两个方面。体液免疫是人体受病原微生物和其他抗原物质刺激后，通过体内一系列复杂的变化，产生一种叫做抗体的特殊球蛋白而实现的。细胞免疫则是体内某些具有免疫功能的特殊细胞，在病原微生物和其他抗原物质的刺激下积极活动，通过一系列复杂的过程而发挥其免疫作用。

在医学上，通常把机体对抗原物质所发生的具有针对性的反应，称为“免疫反应”，即当某些物质一旦以某种方式进入体内以后，机体可以通过一系列的特殊反应，把它排斥出去。由于这种排斥反应具有高度的针对性（亦称特异性），所以也可以说是一种特异性排斥反应。它主要是通过两种基本原理来实现的。一种是抗原与抗体的反应。“抗原”是指通过一定途径进入体内后，能刺激机体产生特异性抗体，并能与之结合而发生特异性反应的特殊化学物质，一般都是机体本身没有的一些大分子物质，如细菌、毒素、病毒以及其他各种动、植物蛋白质等。“抗体”是指由抗原刺激机体后所产生的、能与抗原结合的特殊的球蛋白。当抗原进入人体后，便刺激机体产生抗体，释放到血液或其他体液中，以后如再有同样抗原进入时，抗体就可以有针对性地与之结合，消除其毒性，或使之便于销毁而排出。这就是产生体液免疫的主要原理。另一种是细胞的吞噬作用。当抗原进入体内后，机体的淋巴细胞或巨噬细胞受抗原的刺激而发生功能上的改变，获得了对该抗原有针对性的反应能力，以后就能更有效地吞噬、销毁进入体内的抗原物质。这是细胞免疫形成的主要原理。免疫反应对机体的影响因抗原的性质和种类的不同，而有两种截然相反的结果。对于像病原微生物这样一些原来对机体有害的抗原物质，免疫反应的结果是消除它们的致病作用，保持或恢复机体健康；而对那些本来没有直接毒害的抗原物质，如马血清蛋白、花粉、某些药物（虽大多是小分子物质，但可与体内蛋白质结合而具有抗原性质）等，机体对它们发生免疫反应常常造成某种损伤。在临床上，通常把机体对某些抗原物质所

发生的剧烈的特异反应称为“变态反应”，如药物变态反应、异种血清引起的变态反应、食物和吸入性变态反应、传染性变态反应和自身变态反应等。常见的过敏性休克也是变态反应的一种表现形式。产生变态反应的原理一般是当机体初次接受某抗原的刺激时，产生特异性抗体或细胞改变，但获得的并不是对机体有利的免疫，相反的，却使机体增强了对该抗原的反应性，处于特异的致敏状态，当第二次接触同样抗原时，便发生异常剧烈的反应，从而造成某种损伤。

免疫在临床上的应用极广，特别是在传染病的诊断、预防和治疗各方面都已取得了很大的成效，在我们与传染病的斗争中发挥了很重大的作用。近年来，国内外对免疫学说的研究又有了许多新的发展，认为它作为机体的一种重要的生理防御机能，不仅能对抗病原微生物，还具有“识别”、排斥和消除异物的能力。具体的讲，它的作用包括防御传染、自身稳定和免疫监视三个方面。防御传染就是消灭病原微生物和中和毒素的机能；自身稳定是指清除体内各种衰老和被破坏的细胞成分，保持各类细胞恒定的机能；免疫监视则是识别和清除体内已经发生突变的异常细胞（肿瘤细胞）的机能。因此，免疫除了应用于防治传染病外，还在防治免疫性疾病与恶性肿瘤、开展器官移植等方面有着重要的意义。

思 考 题

1．疾病是怎样发生的？常见致病因素和机体的防御功能有哪些？试用矛盾论的观点分析它们在疾病发生中的作用。

2．祖国医学的“六淫”、“七情”与疾病的发生有什么关系？

3．试述下列名词的意义：细菌、病毒、寄生虫、宿主、传染（感染）、流行、免疫、疫病、戾气、传染源、传染途径、免疫反应、变态反应、抗原、抗体、网状内皮系统、血脑屏障、胎盘屏障。

二、疾病的发展和转归

上面已经讲到，疾病从发生、发展到结束整个过程中，

一直存在着机体防御机能同致病因素的斗争。由于致病因素的不同，所引起的疾病变化也不同，每种疾病都有其不同于其他疾病的表现和发展规律。另一方面，在疾病的矛盾斗争中，多数情况下，机体的防御能力较强或者由弱而强，战胜了致病因素，病人也就痊愈，恢复健康。但是，如果机体的防御能力较弱或者由强而弱，致病因素占了上风，于是疾病就朝着不利于机体的方向发展，蔓延恶化；一旦矛盾达到顶点、无法克服时，死亡便到来。我们医务人员的任务，就是要以辩证唯物论的观点为指导，掌握疾病的表现和发展规律，在疾病未发生时及时预防，而在疾病发生后尽早作出正确诊断并采取适当的治疗措施，帮助病人在同疾病的斗争中，增强抗病能力，战而胜之。

（一）疾病的发展和变化过程

1. 致病因素的蔓延 致病因素（病邪）在克服了人体内外屏障的阻碍侵入人体，并克服其他防御功能以后，就会在体内蔓延（转移），其主要的途径有以下几个方面：

(1) 组织性蔓延：此种蔓延的速度一般比较缓慢，又可分为连续蔓延、管内蔓延和接触蔓延三种。连续蔓延是指致病因素从侵入部位沿着组织或组织间隙向邻近组织扩展，如皮肤或皮下组织化脓性病灶的扩展、肿瘤长入邻近的组织等。管内蔓延是指致病因素沿着管腔的蔓延，如结核杆菌沿着支气管蔓延至其他部位而形成新病灶等。接触蔓延是指患病组织与健康组织密切接触而引起的蔓延，如胆囊炎时发炎的胆囊接触胃浆膜而引起胃周围炎等。

(2) 体液性蔓延：指致病因素随体液运行而蔓延，又分淋巴蔓延和血行蔓延两种。淋巴蔓延（转移）较常见，如足癣、下肢感染引起的腹股沟淋巴结肿大，胃癌转移引起的锁骨上淋巴结肿大等。血行蔓延（转移）常于人体防御功能低下时，致病因素进入血流而发生，可引起菌血症、毒血症或败血症。一般说，血行蔓延的速度较快，危害性

较大，易造成病变全身化。

(3) 神经性蔓延：某些致病因素如破伤风毒素、狂犬病病毒等可沿神经干蔓延。与其他蔓延不同的是，有的刺激物作用于神经时，还对神经产生刺激，这种刺激可沿神经迅速传导，有时甚至会改变神经中枢的各种机能，并通过中枢再改变相应各器官和系统的机能。如烧伤和剧烈创伤后的休克就是过度的刺激所引起的神经冲动沿神经蔓延的结果。这种蔓延的速度往往是最快的。

以上蔓延并不是孤立进行的。事实上在各个疾病中，常常是几种途径同时或相继存在，但在某一个阶段可以由某一种蔓延起主要作用。

2．疾病的分期和变化 疾病在它的发生和发展过程中，有一定的规律。临床上，为了研究疾病的经过和给予正确的治疗，常把它分为潜伏期、前驱期、症状明显期（临床经过期）和转归期等四期。这在大多数传染病尤其明显。但这四期之间是逐渐过渡的，所以很难把各期截然分开。

(1) 潜伏期：指从致病因素作用于人体开始到出现症状为止的一段时间。潜伏期长短与病因的性质、强度和人体的防御能力有关。大多数传染病的潜伏期都比较有规律，这对疾病的诊断和预防有很大意义。

(2) 前驱期：指疾病出现最初症状到疾病完全表现出来，即出现疾病的特殊症状时为止的一段时间。大多数传染病有明显的前驱期，如出现乏力、不适、怕冷、头痛、胃口差等症状。前驱期一般持续几小时到几天。

(3) 症状明显期：指疾病症状全部表现出来，并出现疾病的基本症状和特征的一段时期。医生可根据这些症状作出诊断。症状明显期的持续时间，可因病因人而不同，少则几天(如伤风感冒)，多则几年（如结核病）。根据持续期的长短，通常可把疾病分为急性（数天到2～3周）、亚急性（3～6周）和慢性（数月～数年）。

在某些疾病的发展过程中，有时还可能发生其他疾病，称为“并发症”（或“合并症”），如伤寒可以并发肠出血、肠穿孔；麻疹可并发肺炎等。

(4) 转归期，指疾病的最后阶段，可以有二个不同的结局：恢复健康或死亡。在绝大多数情况下，由于及时治疗和病人抵抗力增强，最后多以痊愈告终。

3. 祖国医学对疾病传变的认识

祖国医学把疾病的发展变化称为"传变"。在古代，人们曾经用五行学说来阐述疾病传变的规律，其中某些个别内容到目前为止还有一定的参考意义，如临床上把肝气不舒而引起的脾胃功能障碍称为"木乘脾土"等；但从现在的观点来分析，五行学说只是一种机械循环论，它对疾病的解释有许多是片面的、形而上学的，必须用马克思主义的观点加以批判。后来，又发展到用经络学说来解释传变的规律，认为经络是各脏腑以及脏腑与肌表间的联络通路，因此发生于身体某一部分的机能障碍，可以通过经络发生表里、上下，左右之间的传变，其主要方式有表里内外相传、表里脏腑相传、上下相传和左右相传等好几种。表里内外相传是指疾病过程中，病邪可以通过经络由表传里，而当某一脏腑发生病变以后，也可以在其所属经脉的体表循行部位上出现不同的变化。表里脏腑相传是指病变在具有表里关系的脏腑之间进行传变的现象，如心和小肠相表里，故出现淋浊等小肠的症候时，往往可用清心火的药物来治疗，以间接地清小肠之火。上下相传是指病变可以通过经络由上传下，由下传上，因而临床上往往采取"病在上，取之下，病在下，取之上"的治疗原则。左右相传是指病邪侵入人体后可以通过经络由左达右，由右达左，因此用针刺疗法治疗某些肢体疼痛时往往采取右痛刺左、左痛刺右的方法。

随着祖国医学的发展，有人把感受外邪引起的、以发热为主要症状的一类疾病（主要是急性传染病），总结归纳称为热性病。对热性病的传变规律，有许多论述。例如《伤寒论》是关于外感热性病的著名论著，它把外感热性病的传变归纳为太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病六种表现（即六经），疾病一般可按三阳—三阴的顺序传变；也可以三阴经先有病以及发生互相传变的复杂情况。在一般情况下，外感风寒病的初期称为太阳病，病变初起多表现在体表方面，但也可由经入里传入其腑（膀胱），因此有经证腑证之分。临床主

要表现为头痛、恶寒、发热、脉浮等，如兼有自汗、恶风、脉缓的，为表虚症；兼有无汗、体痛、脉紧的，为表实证；兼有口渴欲饮、水入则吐、小便不利的，为腑证。太阳病未愈，病邪逐渐亢盛入里化热，则引起阳明病，多表现为里热实证，也有经证腑（胃肠）证之分。临床主要表现为身热、自汗、不恶寒反恶热、脉大等，如兼有烦渴引饮、脉洪大的，为经证；兼有日晡潮热、谵语、腹部硬满而痛、拒按、大便秘结、脉沉实或滑数、舌苔黄厚的，为腑证。病邪已离太阳之表，而尚未进入阳明之里的阶段，称为少阳病，病变表现在半表半里之间；但也可由本经直接起病。临床主要表现为口苦、咽干、目弦、寒热往来、胸胁苦满、心烦喜呕、不欲饮食、脉弦等。阳明病传变入阴，或脾胃素虚，外邪直中太阴，则形成太阴病，多表现为里虚寒证。临床主要出现腹满而吐、食不下、自利（指大便稀薄）益甚、时腹自痛、舌苔白腻、脉缓弱等。太阴病进一步传变，或体质素虚，外邪直中，均可引起少阴病，属于严重阶段，主要是心肾两脏机能衰减，可有虚寒或虚热两种表现，以全身虚寒证为多见。临床主要出现脉微细，但欲寐（欲睡不得，似睡非睡），如兼有无热恶寒（得温则减）、手足厥冷、口中和（指口中无异常感觉）、下利清谷、小便色白、脉沉微等，为虚寒证；兼有心烦不寐、口燥、咽痛、胸满下利、脉沉而细数、舌尖红赤的，为虚热证。六经病证的最后阶段称为厥阴病，这时正邪交争，病情复杂而严重，表现为寒热错杂的证候。临床主要出现自觉胸中有气上冲、胃部疼痛有灼热感、口渴多饮多食、饥而不欲食、食则吐蛔、四肢厥冷或与发热交错出现等。

除了六经传变的论述外，以后又有人把热性病的传变划分为卫、气、营、血四个阶段，表示疾病变化进展的深浅及病理损害的程度。卫在生理上是指具有保卫肌表、抵御外邪作用的卫气而言。当病邪入侵人体时，必先伤及卫分，所以卫分病是外感热性病的最初阶段，病变比较浅，在于肌表。临床主要表现为发热、恶寒、头痛、咳嗽、口微渴、苔薄白、脉浮数等。气在生理上主要是指人体各脏腑的功能。卫分病不解，向里传变，则进入气分，但也有病邪很快就伤及气分的，病变比卫分深入了一层。临床主要表现为发热、不恶寒反恶热、烦渴

汗出、小便黄赤、苔黄、脉洪大而数；或谵语潮热、腹满且痛、大便秘结或下利灼肛、小便短赤、舌苔黄燥或灰黑起刺、脉沉数实有力等。营在生理上主要是指人体的津液、营养物质及其对人体的营养作用。气分病邪热不解，阴液亏耗，则入传营分，但也有卫分病直接传入营分的，病变较前更为严重。临床主要表现为舌质红绛、口干反不甚渴、高热夜重、心烦不寐、脉细数等，严重的可见神昏谵语。血在生理上主要是指运行于血脉中的血液及其功能。营分之邪不解，则可进一步深入血分而伤及血络，属于最严重的阶段。临床上除有营分病的表现外，还出现吐血、便血、大便黑而易解、舌质深绛、外发斑疹（其色深紫），甚至谵语或狂躁不安等。卫、气、营、血之分，不是绝对的，临床上往往有气分、营分、血分症状同时存在的情况，必须根据具体情况考虑。

与卫、气、营、血传变论述相应的，还有人提出三焦传变的论述，一方面代表人体上、中、下三部病变的所在，一方面代表热性病发展的初、中、末三个阶段。这一理论主要是补充卫气营血理论的不足，在此不作介绍。

（二）疾病的转归

1. 恢复健康 在大多数情况下，疾病经过正确的诊断和及时的治疗，到最后总是以症状消失、机体恢复健康而告终，这种结局称为痊愈。症状的消失可能很快，称为骤退；有时症状要在较长的时间内方能退清，称为缓退。有些病人，在恢复健康后经过一定时间，又重新发生同样的疾病，这种情况称为再发。

机体恢复健康的结果可以有两种不同的情况。如果疾病过程中发生的机能、结构障碍完全消除，机体与外界环境之间重新取得平衡，劳动力得到恢复，则称为完全恢复健康，这是大多数的情况。有时，疾病过程中发生的机能、结构障碍未能完全消除，而是通过某些器官、系统的代偿，或是在遗留某些病理状态的情况下，维持正常的生命活动，这就称为不完全恢复健康。不完全恢复健康的机体中遗留的持久的病理状态，称为后遗症，如心内膜炎后的心瓣膜变化、关节结核后的关节强直等。在恢复健康的过程中，由于某个器官的功能发生

了障碍或结构被破坏，因此由原器官或其他器官来代替、补偿它的功能的现象，称为代偿。代偿是机体在进化中形成和发展起来的，其主要方式大致可归纳为以下三个方面：

(1) 机能方面的代偿：这是最常见的，也是最重要的代偿方式。例如，作肺叶切除手术后，这一部分肺的呼吸机能可以由其余的肺叶来代偿；一侧肾脏的机能丧失后，可以由另一侧健康肾脏加强活动来代偿等。

(2) 结构方面的代偿：亦称代偿性肥大。如高血压病时，由于持久性的血管阻力增大，使左心室长期处于负担加重的状态，心肌纤维逐渐肥大，心室壁增厚，心脏也就增大了，在一定的限度内，收缩力更强，足以维持血液循环的平衡了。

(3) 代谢方面的代偿：如缺氧时，血中红细胞增多，携氧能力提高，组织利用氧的能力也增加，使机体比较适应于低氧的条件。

机体的代偿能力是相当大的。正常情况下，体内各器官有时只要有一小部分细胞工作便能完成该器官所担负的功能。正常器官内各部分细胞往往是轮流工作的，因此，机体有着很大的储备力量，这种储备力量还可以通过锻炼而增加。但是，机体的代偿能力还是有一定限度的，如果由于某些原因，使某一器官的机能障碍加重，超过了机体代偿能力的最大限度，或者代偿器官本身负担加重或受到损伤，不能充分发挥其原有的代偿作用时，便可使机体代偿机能发生失调，从而引起比较严重的后果。但是，在已经发生代偿失调的情况下，通过病人和医务人员的共同努力，创造某些必要的条件，还是可以使代偿失调转化为代偿，促使机体恢复健康的。因此，我们必须以马列主义、毛泽东思想为指导，正确认识疾病发生发展的规律，用中西医结合的方法，创造出更多更好的促进代偿的有效措施，防止代偿失调发生；而一旦出现代偿失调时，也要千方百计使之转化为代偿。

2. 死亡 在疾病过程中，如果维持生命的重要器官发生了深刻而严重的障碍，机体的防御机能和代偿机能已经耗尽，生命活动不能再继续进行，结果就导致死亡。其原因不外乎三类：生命必需的器官（如脑、心、肝、两侧肾脏、肾上腺等）发生了严重的不可恢复的破

坏；长期衰竭或恶病质使机体代谢物质基础极度破坏；失血、窒息、某些药物或麻醉中毒、休克等骤然发生的器官系统间的严重协调障碍。必须注意的是，人体维持生命活动的能力是很强的，有时虽然死亡已经来临，但只要及时千方百计地采取各种有效措施，加以抢救，还是有可能使之复活的。这种情况在第三类原因引起的死亡中更为多见。因此，我们必须遵照毛主席关于“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”的教导，对生命垂危的阶级兄弟决不要轻易地放弃抢救。

3．祖国医学对疾病转归的认识 祖国医学把疾病转剧称为病进，疾病转愈称为病退，认为疾病过程所以会有进有退，其基本原因在于病邪和人体正气双方均衡关系的不断变化，也就是邪正交争的力量对比关系的变化。通常，正胜则病退，邪胜则病进。根据八纲辨证（详见下一节）的原则，疾病进退的形式可分为以下三种：

⑴ 表里进退：如外感风寒之邪继而出现腹泄，是表证入里，为病进；反之，如麻疹初起毒气郁闭、内热炽盛，疹子隐伏不出，而经宣毒发表，就是里证出表，为病退。

⑵ 寒热进退：本属热证，但因日久气虚，正气衰败，阳气不足，出现虚寒，为病进；反之，寒证转愈，身现微热，是病退之兆。

⑶ 虚实进退：外感病初起，正气充盛，邪正势均力敌，邪重正不虚称为实证；但实证经久不愈，正气日衰，则为实证转虚，属于病进。

思 考 题

1．致病因素侵入人体后如何蔓延？试述疾病的变化分期和转归。

2．祖国医学对热性病的传变是怎样论述的？

3．试述下列名词的意义：并发症、代偿、代偿失调、痊愈、骤退、缓退、再发、完全恢复健康、不完全恢复健康、后遗症。

三、疾病过程中常见的病理变化

在疾病的发生和发展过程中，由于致病因素的作用和机体防御功

能对之发生的反应，可以引起许多复杂的病理变化，例如组织的损伤与修复、炎症、缺氧、变态反应、发热、水肿、传染、肿瘤等等，其中有的已在前面述及，有的在后面有关章节中还要讲到，这里只讲述组织的损伤与修复、炎症这二种基本的病理变化，以供大家今后学习有关疾病时参考。但应指出，因为疾病的种类非常繁多，它们的表现可以千差万别，每一疾病的病理变化都是各不相同的；即使是同一种疾病，由于致病刺激物强度的不同和机体防御机能的差异，其病理变化也可有所不同。

（一）组织的损伤与修复

疾病通常是从致病因素引起机体的损伤开始的，当机体战胜或清除了致病因素，修复了损伤后，疾病便痊愈了。在病理学上，一般可把某些致病因素作用于机体所造成的组织、细胞损伤大致分成两类：一类是由细胞或组织代谢过程紊乱所引起的病理变化，叫做变质，包括程度较轻的变性和程度严重的坏死两种；另一类是组织连续性的破坏，叫做组织断裂。致病因素造成损伤后，机体一定会通过有关的方式进行修复。损伤和修复是疾病过程中经常存在的矛盾的两个方面，不同的损伤可以有不同的修复过程，认识这一规律，对于防治损伤，促进修复是十分重要的。

1. 细胞、组织的变质及其修复过程

(1) 变性：组织、细胞在有害因素的作用下，代谢过程发生障碍，而细胞和组织仍然活着，在形态上可以见到细胞和细胞间质中出现正常所见不到的异常变化，这种病变称为变性。

变性多发生在感染、中毒、缺氧等情况下，许多细胞都可以发生，但以心肌细胞、肝细胞和肾小管细胞比较多见。这种病变比较轻微，虽然变性细胞的机能可有不同程度的降低，但一般不引起明显的临床症状，而且一旦病因及时消除，变性的细胞、组织便逐渐恢复正常。不过，严重的变性也可能发展成坏死，必须引起警惕。

(2) 坏死：机体局部细胞、组织的死亡，称为坏死。这是细胞、组织新陈代谢停止后出现的最严重的变化，使其原有的机能丧失。

引起坏死的主要原因是局部组织的缺血缺氧、病原微生物的毒素

和酶的影响、物理和化学因素的刺激以及某些营养物质的缺乏等影响了细胞、组织的代谢，一般先引起变性，进而发生坏死。如果坏死组织面积较大，发生的时间较久，用肉眼观察就能辨认出来。根据其形态的不同，又可分为凝固性坏死（失去原组织的结构，成为灰白色或黄色比较干燥的凝固体，如结核的干酪样坏死）、液化性坏死（坏死组织分解而液化，如脓液）和坏疽（大块组织坏死后受腐败菌的作用而呈黑色的特殊改变，有干性坏疽、湿性坏疽和气性坏疽之分）等。

组织坏死后的修复过程：首先是清除坏死组织，然后再进行修复。清除坏死组织的主要方式有：

(1) 溶解吸收：坏死组织经过蛋白酶的作用进一步溶解液化，然后通过小血管和淋巴管被吸收。

(2) 分离排出：在较大的坏死组织周围，白细胞可吞噬坏死组织，并释放蛋白酶，加速坏死组织的溶解，使坏死组织与健康组织分离，有利于排出。

(3) 机化、包绕及钙化：如果坏死组织较大，不能迅速被完全吸收或排出，在周围就有肉芽组织（由新生毛细血管和纤维母细胞组成）长入坏死组织内，逐渐将它吸收，并取而代之。这种以肉芽组织取代坏死组织及其他异物的过程，称为机化。另外，较大的坏死组织，会被肉芽组织包围起来，称为包绕；坏死组织中央部分逐渐干燥，并有钙盐沉着，就称为钙化。肺结核痊愈时病灶的钙化就是一个例子。

随着坏死组织被清除，邻近健康的细胞进行分裂来补充那些缺损的细胞、组织，这种修复过程称为再生。如组织的再生能力较强，再生后的组织在结构上和机能上与原来的组织完全相同，称为完全再生，表皮、粘膜、肝细胞、纤维组织、小血管、骨（骨髓）和神经纤维等的再生一般属于此种。如组织的再生能力较弱，或损伤范围过大而组织破坏严重，则缺损的组织不能完全由结构和机能相同的组织来修补，而由纤维组织来代替，最后形成肉芽组织和瘢痕，称为不完全再生，也叫瘢痕修复，肌肉组织、软骨等的再生一般属于此种。上述能够完全再生的某些组织如损伤过大而严重，也可形成不完全再生。

2. 组织的断裂及其修复过程 组织断裂可由很多原因引起，其中

最常见的就是机械外力所引起的损伤——创伤。当机体发生创伤时，各种组织特别是皮肤、皮下组织、肌肉、血管、神经甚至骨骼都可能断裂。此外，由于某种因素造成的组织损伤如溃疡、空洞等，实际上也是一种组织断裂。

组织断裂后的修复，因组织的不同而异，一般总是先从伤口底部和边缘长出肉芽组织，向伤口中由血液及渗出物形成的凝块内伸入，使凝块机化，填平伤口；以后，由于纤维细胞的作用，逐渐形成纤维瘢痕。这个过程较长，常常需要持续数周或数月以上，形成的瘢痕还可以逐渐有所吸收，变小变软。如果创伤的组织破坏少，创缘整齐，又经过扩创缝合处理，对合严密，且无感染，则修复迅速，愈合得比较快，愈合后可以只留一条线状瘢痕，很少引起功能障碍，称为“一期愈合”，外科手术后伤口的顺利愈合就是这种愈合的典型例子。但如果创伤组织破坏多，边缘不整齐，形成开口状，或创口有感染及坏死物、异物存在而没有被控制和清除，则修复缓慢，可形成“二期愈合”，愈合的时间长，形成的瘢痕也较大，并可能出现功能障碍。此外，血管、肌肉、神经组织的再生和骨折的愈合，则情况比较复杂，这里不作介绍。

（二）炎症

炎症是机体对多种致病因素的一种复杂反应，是构成许多疾病的一种基本病理过程，临床上多见。凡器官后面带个“炎”字的疾病都是炎症，如肺炎、阑尾炎、肝炎等；其他有些疾病如结核、痢疾等虽然不带“炎”字，也属于炎症性疾病。

引起炎症的原因很多，其中最常见的是生物因素，包括细菌、病毒和寄生虫等。此外，机械因素如外伤，物理因素如高温、低温、电、光等，化学因素如酸、碱等，以及某些体内因素如组织损伤坏死、毒性代谢产物等，也都可引起炎症。不管何种原因引起的炎症，其本质都是致病因素侵入人体某一部位后，机体动员有关防御机能与它所作的一场斗争。由于这一斗争主要是在局部组织内进行的，表现为一系列极为复杂的病理过程，因此可以认为，炎症是机体对致病因素进行斗争的局部保卫战。但因为人体是一个完整的统一体，所以任何局部

的炎症都可以影响到全身；而且局部的反应都是在机体的统一调节下进行的。所以不能把炎症看作孤立的、局部的病理过程。

不同致病因素和作用于不同部位引起的炎症，有各自的特点，但它们之间也有共同的规律，其基本的病变都包括变质、渗出、增生和吸收四个方面，临床上主要表现为红、肿、热、痛和机能障碍五大症状。而根据炎症发生发展的不同情况，通常将炎症分为急性和慢性两种。

1. 炎症的基本病变

(1) 变质：指炎症局部（简称炎灶）在致病因素的作用下，组织、细胞代谢障碍而出现的变性、坏死，如疖子中的脓汁就是此种表现。局部组织坏死时，代谢停止，许多大分子物质分解为小分子物质，炎灶内分子浓度升高，渗透压增高，使组织保留水分的力量加大，促进水肿的发生。同时，在组织破坏过程中，还产生某些物质，能使小血管扩张或者使血管壁的通透性增高。

(2) 渗出：指致病因素作用于机体局部造成组织损伤的同时，局部出现的血管扩张充血，血液中液体、蛋白质和白细胞通过血管壁进入炎灶等反应。这是机体抗御某些致病因素作用的主要手段之一。在致病因素的影响下，几分钟或者短时间内，局部组织的小动脉和毛细血管扩张，血流速度加快，流入的动脉血量比正常可增加几倍，形成动脉充血。以后由于局部代谢障碍和酸性代谢产物堆积，使小静脉麻痹而扩张，静脉血回流变慢，局部静脉血量增加，于是动脉充血发展成为静脉充血(淤血)，严重时，血流停滞(淤滞)。随着炎症的发展，有较多的代谢产物产生，作用于血管壁，使其通透性增加，同时炎灶内的渗透压也升高，因此血浆中部分液体和蛋白质通过小血管渗出到炎灶组织内，形成炎性水肿，使发炎组织肿胀。当动脉充血发展为静脉充血后，血流速度减慢，血液中的白细胞逐渐透过血管壁进入炎灶，浸润在炎区组织中，同时局部组织内的细胞，尤其是网状内皮细胞也增生并转变成吞噬细胞。这些浸润在炎区组织内的白细胞统称为炎细胞，包括嗜中性白细胞（多见于化脓性感染或其他急性炎症）、巨噬细胞（即大单核细胞或吞噬细胞，多见于结核、病毒感染和急性

炎症的慢期）、淋巴细胞（多见于慢性炎症、结核和病毒感染）、浆细胞（多见于慢性炎症）和嗜酸性白细胞（多见于寄生虫感染和变态反应性疾病）等，它们起着积极的防御和抗损伤作用，能吞噬甚至杀灭细菌、病毒和寄生虫等致病因素，清除异物和坏死组织，有的并能产生抗体和其他物质。

(3) 增生：致病因素的长期作用和炎灶内的代谢产物，可刺激局部组织增生。炎症早期，细胞增生得不多。但随着病程的进展，增生过程逐渐变为明显，甚至可以成为炎症的主要表现。许多炎症中组织的破坏往往通过肉芽组织的增生，随后变为瘢痕组织而修复。

(4) 吸收：炎灶中的渗出物、坏死组织、组织代谢产物和病原微生物等物质，有一部分是对机体有用的，如蛋白质和某些代谢产物，机体可加以利用；有一部分则对机体有害，要加以必要的处理。无论是利用或处理，往往都通过吸收来完成。在吸收过程中，炎灶中的液体成分（包括被分解液化的物质）可直接进入淋巴管内，或经小静脉进入血液；固体成分则由吞噬细胞吞噬后，被细胞消化掉或者被运送到其他部位加以处理。被吸收的物质中，有的对机体有害，量少时影响不大；如量过大，可引起全身反应，出现中毒症状，如体温升高，倦怠无力，肝、肾等器官变质等。

2. 炎症的临床表现

(1) 红：初期由于动脉充血，局部呈鲜红色；以后由于淤血而转为暗红色。

(2) 肿：由于炎性水肿或局部组织增生而引起。

(3) 热：主要由于动脉充血，局部血流量增多，放出大量的热而使皮肤温度增高；同时，炎区代谢增强，产热增多，也是一个因素。通常只见于体表的急性炎区。

(4) 痛：由于感觉神经末梢受到肿胀的压迫和牵拉的刺激而引起。组织愈紧密（如手指、外耳道等），局部压力愈高，疼痛愈重。

(5) 机能障碍：组织的变质可引起机能障碍，如肝炎时肝细胞变性坏死，肝机能发生障碍。渗出有时也可引起机能障碍，如喉炎时喉头水肿，可使声音嘶哑，严重时可引起呼吸困难甚至窒息。此外，疼

痛也可引起保护性的机能障碍，如胸膜炎患者吸气时，患侧感觉疼痛而不敢深吸气，因此呼吸运动表浅。

3．炎症的分类

(1) 急性炎症：往往由作用较强的致病因素如毒力强、繁殖快的病原微生物等引起，其特点是起病急骤，症状明显，病程短，一般在一个月以内，病变常以渗出性变化或变质性变化为主。根据致病因素和发炎组织的不同，又可分为以下几种：

① 化脓性炎：渗出物中以大量嗜中性白细胞为主，并伴有局部组织不同程度的坏死，坏死组织和坏死的白细胞（又称脓细胞）可分解液化而形成脓汁。除了一般的化脓性炎（如急性阑尾炎、化脓性脑膜炎等）外，发生在组织内的局限性化脓性炎并伴有脓腔形成的，称为脓肿，往往由金黄色葡萄球菌引起；而疏松组织内发生的弥漫性化脓性炎，则叫做蜂窝织炎，多由溶血性链球菌引起。不同细菌引起的化脓性炎，所产生的脓汁的性状可不一样，临床上常以此进行鉴别。如葡萄球菌产生的脓汁常为黄色、粘稠，臭味较小；链球菌产生的脓汁色淡、粘性小，有时因为溶血而带有血色；大肠杆菌常与其他厌氧菌混合感染，生成的脓汁往往为黄褐色，有粪便样臭味；绿脓杆菌产生的脓汁呈绿色，带有腥臭味。

② 纤维蛋白性炎：渗出物中含有大量纤维蛋白，还有多少不等的嗜中性白细胞和浆液，多发生在肺、粘膜和浆膜等处，如干性胸膜炎的浆膜病变、大叶性肺炎的肺内病变、细菌性痢疾的结肠病变和白喉的咽部病变等。

③ 浆液性炎：渗出液较稀薄，内含较多的蛋白和白细胞（单核细胞、淋巴细胞等），称为浆液，常发生于浆膜（胸膜、心包和腹膜等）和关节滑膜，多见于结核和风湿病，如渗出性胸膜炎、心包炎等。

④ 某些病毒引起的急性炎症：病变以细胞变性、坏死比较明显，渗出的细胞中以单核细胞和淋巴细胞为多，如病毒性肝炎、脊髓灰质炎和流行性乙型脑炎等。

(2) 慢性炎症：可从急性炎症转变而来，或一开始就是慢性过程。一般说，引起慢性炎症的各种致病因素（包括生物的、物理的和化学

的等）作用比较弱，对组织的损伤较轻，其特点是起病缓和，全身和局部症状较轻，病程长，往往在六周以上，病变中渗出、变质变化轻，而增生现象明显，常出现大量淋巴细胞和浆细胞浸润，伴有肉芽组织和纤维组织增生，最后多发生纤维化或形成瘢痕。临床上很常见，各种器官都可发生。在慢性炎症的过程中，如果致病因素作用增强或机体抵抗力下降，则可能出现急性炎症病变和症状，称为慢性炎症急性发作。化脓性炎症如果治疗不及时或不适当，病灶内的坏死组织、渗出物引流不畅，不易排出，感染未被控制，也可发展为慢性炎症。

思 考 题

1．组织的损伤可分为哪两类？各有什么特点？机体是如何进行修复的？

2．什么叫炎症？是怎样发生的？试述其基本病变、临床表现及分类。

第二节　疾病的诊断

为了有效地防治疾病，必须先对疾病作出正确的诊断。诊断就是人们对于疾病的理性认识。

毛主席教导我们：“**认识的过程，第一步，是开始接触外界事情，属于感觉的阶段。第二步，是综合感觉的材料加以整理和改造，属于概念、判断和推理的阶段**”。要正确地诊断疾病，首先必须接触病人，调查病情，包括详细询问病史和作必要的体格检查及其他有关检查。然后，把所得的感觉材料进行认真的分析，经过一番“**去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫**”，从中找出规律性的东西，得出合乎实际的诊断。

但是，“**经过实践得到了理论的认识，还须再回到实践去。**”诊断的是否正确，必须在治疗实践中加以检验。如果

在治疗中发现诊断不正确或不完全正确，就必须随时加以改正或补充。

一、诊断方法

（一）病史的询问（问诊）

问诊就是通过对病人的询问（幼儿或昏迷等不能讲话的人，则询问其家属或其他了解病情的人），了解发病的全过程（即“病史”）。这是诊断过程中一个很重要的方面。问诊时，要满腔热忱地对待病人，耐心地听取他们的陈述；了解情况要全面，提问要有针对性，抓住重点，启发他们把病情如实地、详细地反映出来，不要暗示，更不要按医生主观的想象去引导。问诊的内容要详细加以记录，写成病历（完整的病历记录还要包括下面将讲到的体格检查、其他检查内容以及诊断、治疗经过等项目）。对于危急的病人，应边抢救边询问病史，以免耽误时间。

问诊和病史记录的内容一般有如下几项：

1. **一般情况** 包括病人的姓名、性别、年龄、成分、籍贯、职业、民族、婚姻、住址、就诊日期等，儿童患者还应问明父母的姓名和工作单位。

2. **主诉** 病人就诊的主要症状和患病时间称为主诉。通过主诉，常可提示病人患的是属于哪一个系统和属于哪种性质的疾病。记录时应以最简练的字句写出，如“发热咳嗽五天，出疹一天”、“上腹部阵发性疼痛四小时，一小时前转为右下腹持续性疼痛”等。

3. **现病史** 是问诊中最重要的部分，应询问起病至就诊时的整个过程，包括开始发病的情况，如何时起病，是急起还是缓起，发病的原因及诱因是什么，有哪些症状表现及

其特点如何；病情的发展经过，如症状是进行性的还是间歇性的，性质有无改变，病情是加深还是减轻，有什么伴随症状及缓解方法；发病后的诊治情况，如是否就医过，当时的检查结果及诊断如何，进行过何种治疗及其详细经过，曾用过哪些药物（包括名称、剂量、使用时间、方法及效果）；等等。

由于人是一个统一的整体，某一部分的疾病可以反映到全身各个部分；反之，从全身情况的变化，也可了解疾病的基本情况。因此，询问病史时必须了解全身的情况。祖国医学把了解全身情况的问诊内容和次序归纳为："一问寒热二问汗，三问饮食四问便，五问头身六胸腹，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，妇女须问经带产。"这对辨证和诊断有很大意义。

(1) 问寒热：发热重、怕冷轻为外感风热；发热轻、怕冷重为外感风寒；发热、不怕冷、口渴、便秘为实热症；久病低热、胸部手足心发热（五心烦热）为阴虚发热；冷一阵、热一阵为寒热往来，可能是疟疾等。

(2) 问汗：有汗发热为表虚；无汗（少汗）发热为表实；清醒时经常出汗为自汗，属气虚阳虚；睡中出汗，醒后汗止为盗汗，属阴虚。

(3) 问饮食：食欲减退为脾胃虚弱；多食易饥为胃有实火；食后胃疼减轻属虚证；食后胃痛加重为实证（内有停滞或气滞血瘀）；能食而食后腹胀为胃强脾弱；口干不欲饮或口淡粘腻为脾虚湿重。

(4) 问二便：大便秘结、干燥难解为热证实证；久病、老人、孕妇大便困难为气虚、血少、津亏；大便稀溏为脾虚；便有脓血为肠中湿热。小便黄少、尿痛为湿热下注；小便清长为虚寒；小便不禁或次数多（尿频）为气虚、肾虚。

(5) 问头身：头痛身痛、发热怕冷为外感表证；头痛、眩晕、目赤口苦为肝胆火甚；头闷痛如布裹为湿重；久病身痛、手足麻木为气血

不和。

(6) 问胸腹：胸部疼痛大多属心肺病症；胸胁痛为肝病；满闷胀痛、四处走窜为气滞、气痛；刺痛剧痛、痛处固定为血瘀；痛处喜按喜热属虚寒；痛处拒按为实证。

(7) 问经带产：月经提前、量多、色鲜为血热；月经落后、量少、色淡为虚寒；经色紫暗有块、小腹痛属气滞血瘀；白带多、清稀无臭属脾虚湿重；带下色黄、粘稠发臭为湿热下注；产后恶露不净、腹痛属血瘀。结婚过早、生育过密可为子宫颈癌、子宫脱垂的诱因。

4. 过去史 主要了解过去健康情况以及与这次疾病有关的病史，如曾患过何种疾病(包括急性传染病)，诊治经过如何，接受过何种预防注射，有无外伤及手术史，对哪些药物或其他物质有过敏等。

5. 生活史 主要询问病人周围与之接触的人群有无同样疾病，病人曾到过哪些地方（特别注意传染病流行区），工作经历及生活习惯如何，有无烟酒嗜好等。已婚病人要询问结婚年龄、爱人健康情况等。女病人要询问月经和生育情况（详见妇产科一节）。三岁以下的儿童还要询问出生情况（是否足月、顺产或难产）及生长发育情况。

6. 家族史 主要询问病人的父母、爱人、兄弟、姐妹和子女的健康情况，有无急、慢性传染病或与患者相似的疾病等。

（二）体格检查

体格检查是医生以自己的感觉器官，直接或借助于简单的器械(如听诊器等)对病人进行的客观检查。这是最基本、简便、实用的诊断技术，也是正确地诊断疾病必不可少的重要方法之一，我们一定要认真地学好，力求做到准确而熟练。

体格检查包括望、触、叩、听等几个方面。祖国医学则

根据其传统的经验，把诊断方法分为望、闻、问、切四个方面，称为四诊，其中除问诊可归属于现代医学的问诊内容外，其余三诊都可结合体格检查进行。体格检查时，光线要充足，最好在自然光线下进行。动作要轻柔，尽量减少病人的痛苦。检查应按一定的顺序，即从一般到局部，从上到下，从前到后，从左到右，两侧对比，按望、触、叩、听的步骤进行，力求全面，防止遗漏。但紧急时也可先检查有关部位，以后再作比较全面的检查。

1. **望诊** 是指用肉眼观察病人的外表情况和全身各部分的外部变化，必要时还须用器械辅助（如直肠、阴道检查等）。望诊时应注意以下一些情况：

(1) 形态和体位：病人形态包括体型是否正常，有无畸形，外貌同年龄是否符合，高矮及胖瘦（临床上常将瘦长者称为无力型，矮胖者称为超力型，一般中等身材者称为正力型），发育是否正常（应以年龄、身长及体重的关系为标准），营养状态是良好、中等还是不良（应综合各方面情况全面分析）等。病人的体位与疾病的轻重和性质常有一定的关系。如轻型或重症初期的病人，身体可自由活动，称为自动体位；意识丧失或极度衰弱的病人，肢体虽处于不适的位置，病人也不能自己转动调整，称为被动体位；有些病人为了减轻痛苦而采取一种特殊的体位，称为强迫体位，如心力衰竭病人常采取坐位或半卧位，胸膜炎病人常取患侧卧位等。

祖国医学通过望形态（形指形体，态指动态）来了解病人抗邪能力的大小和推知病情的进退，认为形体结实、活动正常是体质强壮、正气充盛的表现；形体瘦弱或虚胖、肢体疲倦、不想活动是体质虚弱、气血不足的表现；肢体特别消瘦甚至皮肤起鳞甲状皮屑的多是有慢性消耗病、营养不良、

津血亏损的征象；胖人多阳气偏虚而多痰湿，瘦人多阴血偏虚而多劳嗽；肢体关节活动困难、疼痛的多为风湿痹症，手足软弱不能动作而无疼痛的是痿症，抽搐、痉挛、角弓反张多属肝风内动，半身不遂或口眼歪邪多为中风。

⑵ 精神意识状态：要注意病人的面容与表情，如有无痛苦呻吟、对周围环境表示淡漠或特别警觉，以及不正常的动作等。临床上，某些疾病可出现一些特殊的表情和面容，如肺炎等急性病患者常表现烦躁不安、表情痛苦、呼吸急迫、鼻翼扇动等，称为急性病容；结核病、肝硬化等慢性消耗病患者常表现消瘦乏力、面色苍白、两眼无神等，称为慢性病容；伤寒患者常出现表情淡漠、反应迟钝等，称为伤寒面容；等等。正常人意识清楚，某些疾病可引起意识障碍，如意识模糊、谵妄、昏睡和昏迷等。

祖国医学通过望神（指精神和神志）来观察病人的正气盛衰和疾病的轻重，认为目光有神、意识清楚、言语清晰、声音宏亮、呼吸调匀是正气未伤或损伤较轻，疾病不十分严重，预后较好，称为“有神”（或“得神”）；反之，精神萎靡、目呆无神、言语无力、表情淡漠、反应迟钝、呼吸急促或不匀，是正气损伤较重，病情严重，预后较差，称为“失神”。

⑶ 皮肤与粘膜：应注意弹性（脱水时弹性减低）、湿度（发热病人退热时因出汗而潮湿、休克病人可有冷汗，脱水病人常干燥）、颜色（贫血或休克者苍白，肝胆疾病有时可见黄疸，尤其以巩膜为明显）以及有无皮疹（多见于某些传染病、皮肤病或药物过敏等，应注意其形态、大小、分布及色泽等）、出血（见于某些传染病、血液病或肝脏疾病）、蜘蛛痣（常见于肝硬化）和水肿（全身性见于肾炎、心力衰竭、

肝硬化、营养不良等，局限性见于外伤、感染、静脉或淋巴管受阻等）等。

祖国医学非常注意观察疾病的肤色变化（称为望肤色或望气色），一般以望面部的色泽为主。正常人面色微黄，红润而有光泽，一旦得病，即可发生变化。面色晦暗，多表示病重或久病；面色、口唇苍白，多为阳气虚或血虚；面色萎黄，多为脾胃虚；面色红赤，多为热症；午后颧红，多为阴虚内热；面色嫩红带白，多为虚阳上越；面色、口唇青紫，多为血瘀或寒症；面色、目眶暗黑，多为肾亏；面部有白斑，多为腹中有虫。此外，还可结合观察其他部位皮肤的形、色变化。如周身皮肤、眼白、指甲、口唇发黄，为黄疸；如单纯皮肤发黄，眼白不黄，而口唇、面色反而苍白，或见周身轻度浮肿，多为血虚（黄胖病）；皮色青紫多为瘀血；皮肤枯燥多为气血不足；并应注意有无肿胀、斑疹、痒症脓疱及痈、疽、疔、疖等。

⑷ 舌：舌的望诊是祖国医学诊治疾病的重要方面。祖国医学认为，舌与内脏有密切关系，内部脏器活动是否正常，可以从舌和舌苔的变化中反映出来。通常又认为舌尖属心肺，舌中属脾胃，舌根属肾，舌边属肝。检查时应注意舌质和舌苔两个方面。舌质淡红是正常；鲜红是热证、实证；淡白是虚证、寒证；绛色（深红）是里热证；紫色多为瘀血证；舌卷缩色淡多属虚证。舌苔薄白而润是正常；薄白而滑，多属表寒；白厚而腻，是湿证或痰饮证；黄苔多属里热；黄腻多属湿热；黄而干燥是热病伤津（脱液）；黄而干燥起刺，多属热证；灰白多属寒湿；灰黑多属胃肠有湿浊；灰而滑多属食积、痰饮；黑而润滑是大寒；黑而干燥是大热等等。但是在望诊时应当仔细，有些食物能染舌苔，如吃橄榄能使苔变青，

吃枇杷能使苔变黑，这些都是应当注意的。

(5) 其他：全身各部位和各有关器官的望诊详见各有关章节。祖国医学的望诊除上述内容外，还包括望小儿指纹和望分泌物等，其中有的以后还要谈到，有的因实用价值不大，不予赘述。

2. 触诊 是用手触摸身体表面，检查温度、压痛、肌肉紧张度、脏器的物理特性（位置、大小、表面性状）以及有无水肿、肿块、结节、淋巴结肿大和波动感等；阴道和直肠的指诊属于特殊的触诊检查。

触诊时，病人的体位要舒适，如腹部触诊时最好取仰卧位，头部抬高(用枕头)，两腿屈曲，腹部肌肉尽量放松。医生站于右侧，用温暖的手（有指甲应修去）谨慎而灵活地触摸。要由浅而深，由轻而重，避免突然或过重的刺激。一般先检查健侧，再逐步移向病变部位，或两侧仔细对比。对精神紧张的病人，可边检查边与之谈话，以分散其注意力。腹部触诊时还应教病人经口作腹式呼吸，配合呼吸而进行。通常都是先作浅部触诊，即用平放而不加压力的一个或两个手掌，以滑动的方式，轻轻抚摸，试探所要检查的部位有无抵抗、疼痛或其他变化；而后，可进一步作深部触诊，即以手掌或手指渐渐加压，以摸触深部，以更详细而精确地确定病变的部位及性质。深部触诊最常用的是滑行触诊法，主要用于腹部，即在呼气而腹肌放松时将弯曲的手指末端（第二、三、四指）逐渐向腹腔后壁压迫深部的脏器或组织，触诊的手和腹部皮肤一起在被触脏器的长轴上进行横轴方向的滑动。当腹腔有疼痛时，可以1～2个手指垂直地逐渐深入触摸某一部位，以确定压痛点，称为插入触诊法。对肾、肝、脾、子宫、腹腔肿瘤等的检查，还可用双手触诊法，即用一手（常用左手）把被检查的部位和脏器推向触诊的另一手进行触摸。对腹腔有积液者，还可用冲击触诊法，即用三、四个并拢而伸直的手指垂直地放在腹部适当的部位，进行连续的快而有力的冲击，以检查腹内实质性脏器的情况。全身各

部位的触诊检查详见各有关章节。

祖国医学把用手在病人躯体一定部位进行的按、触、摸、压等检查方法称为切诊，包括切脉和触按二个方面。切脉是切诊的主要内容，其方法是医者用右手食、中、无名三个指头按在病人手腕掌侧桡动脉跳动的地方，中指正对桡骨茎突。可先按一手的脉搏，再按另一手。中医一般把中指触及的脉搏，叫做关部脉，关前(食指处)叫寸部脉，关后（无名指处）叫尺部脉。脉象的变化，标志着疾病的发生和发展。不同脉象是不同病变的反映。临床辨别病脉，可以了解病人抵抗力的强弱、疾病的部位和轻重。现将临床常见的脉象简述如下：

(1) 以按摸的轻重分：

① 浮脉：脉搏跳动很表浅，用手指一摸即可摸清，为浮脉，多属表证。如浮而快多属风热，浮而无力多为伤暑。

② 沉脉：轻按不明显，按重才能摸清脉的跳动，为沉脉，多属里证。如沉而有力多为里实证，沉迟多属里寒证。

(2) 以搏动的快慢分：

① 迟脉：正常脉搏大约每呼吸1次脉跳4次，如果每呼吸1次跳动3次以下，便叫迟脉。迟而有力多见于心腹冷痛，迟而无力则为虚寒证。

② 数〔音速〕脉："数"表示快的意思。如果病人在安静状态每呼吸1次脉跳超过4次，就叫数脉，多属热证。如浮数是表热，沉数是里热。

(3) 以搏动的强弱分：

① 洪脉（实脉）：脉跳动洪大有力，属热证。

② 细脉（虚脉）：脉软或细如丝，按之无力或跳动无力，属虚证。

(4) 以搏动的形态分：

① 弦脉：脉紧张有弹力，如按在弓弦上，多属肝、胆病症或见于疼痛时。

② 滑脉：脉跳圆滑流利，多见于妊娠、痰湿证。

临床上往往几种脉象同时出现，如浮数属风热，沉细属里虚。只要细心体会，反复实践，就能逐渐掌握。

触按是用手直按接触病人的体表或病变部位，探测其反应情况，主要包括：

(1) 按肌表：皮肤灼热者多为热症，皮肤发凉者多为寒症；皮肤按之不能即起，留有凹痕的为水肿，按之举手即起，没有凹痕的为气胀。

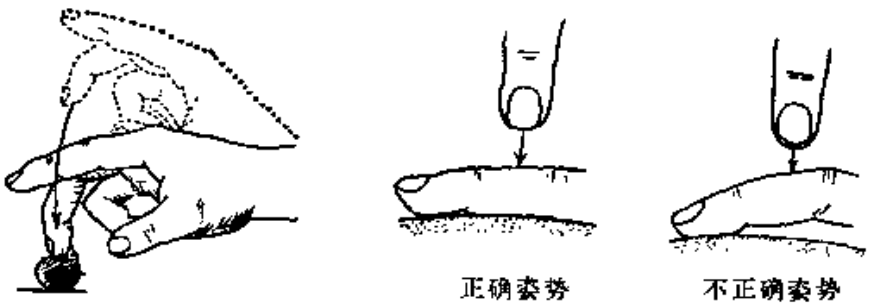
(2) 按手足：手足寒冷多为阳气不足，手足温暖则阳气未衰；手背热为外感发热，手心热为阴虚内热；小儿高热指端冷的，要预防抽搐。

(3) 按胸腹：上腹胀满，按之硬痛的为实证；按之软而不痛的为虚证。

(4) 按俞穴：胃病常在胃俞、脾俞有压痛，黄疸病常在肝俞、胆俞有压痛，肠痈常在阑尾穴有压痛等。

3. 叩诊 是用手叩打体表，根据声音回响和病人的反应（疼痛、反射）来推测身体内部情况，分为直接叩诊法和间接叩诊法两种。直接叩诊法是用三个互相靠拢的手指进行叩打，这种方法可利用触觉，来探触被叩组织的抵抗性，但由于较难获得一定强度的叩诊音，而且因叩打面积大而难于确定被叩部位的局部解剖关系，因此临床上较少使用。间接叩诊法目前最常用的是指指叩诊法，即将左手中指或食指作为叩诊板紧贴于被叩打的部位（注意不要用力加压），再以弯曲的右手中指叩打其第二指节。叩打的方向应与被叩的部位垂直，要以腕关节及掌指关节的运动（肘或肩关节不参加）作灵活、迅速而富有弹性的叩打，打后立即抬起，可反复进行（图4-2）。叩击力量的轻重应依被叩部位病变的大小、位置和检查的目的而有所不同。面积较大、部位较深的病变要用重叩诊法；范围较小、位置较浅的病变则用轻叩

诊法。一般均须在同一部位进行2～3次时间间隔相等和同样力量的叩击，并与病变的对称部位进行比较。此外，如要通过叩诊确定组织或器官的界限（如心浊音界、肝浊音界等），则叩打的力量应很轻。检查神经反射时，常用特别的器械或听诊器头子（如检查膝反射等）进行叩打。全身各部位及有关器官的叩诊详见各有关章节。



(1)叩打方法　　(2)手指放在体表的位置

图 4-2　指指叩诊法

4. 听诊　是用耳朵直接或间接（听诊器）来听取病人的声音和病人体内的音响变化。

直接听诊是祖国医学闻诊的主要内容，根据病人的语言、声音、呼吸、咳嗽等情况来了解病人。如语言响亮为实证，语言低弱为虚证；呼吸气粗、声音高、发病急为实证，呼吸微弱、气短声低、发病缓为虚证；咳嗽气急、喉中有喘鸣声的多为哮喘；连咳几十声，咳停时因深吸气而发出鸡鸣样回声的为百日咳。此外，从病人发音的变化，还可了解病情的严重程度。如久病突然出现声嘶、呃逆不止，这是病势深重的征象。

间接听诊是利用听诊器听取体内（胸、腹）发出的微小声响，如呼吸音、罗音、心音、肠鸣音等。详见各有关章节。

5. 嗅诊　是用鼻子嗅病人呼吸、口腔以及分泌物、排泄物等的异常气味，供诊断时参考。与直接听诊一起，属于祖

国医学闻诊的内容。一般认为病人有口臭属胃热，有酸腐气为肠胃积滞；病人排泄物痰、汗、大便、小便、白带等如有特殊腥臭气味，多属热证。

（三）辅助检查

为了进一步了解病人体内的某些情况和疾病的变化，除了进行病史询问和体格检查外，必要时和有条件时，还可选择适当的化验及其他器械检查。但是必须指出，这些检查虽然对诊断某些疾病有一定的帮助，但常不起决定作用，不能代替病史和体检而作为诊断的唯一依据。特别在农村现有的设备条件下，充分发挥我们的主观能动性，依靠详细的病史询问和体格检查来诊断疾病，不作不必要的化验和其他有关检查，这一点非常重要，每个赤脚医生都必须牢牢记住。

常用的辅助检查包括以下几个方面：

1. **身长、体重、头围、胸围的测定** 常在健康检查或诊断某些特殊的疾病时采用，其中体重的测定对治疗时可供计算用药剂量参考，尤其在小儿科常用。

2. **体温和血压** 体温的测定通常使用水银体温计(表)，分为口测、肛测和腋测三种，应注意三种方法使用的体温计各不相同（其中腋测也可以肛、口表代用），尽量不要搞错。测温前应先让病人安静一会，不要剧烈运动，也不要饮食，更不能吃热食或喝开水。要把体温计水银柱甩到35°C以下，测口温时要让病人把嘴闭紧。正常人口温在36.2～37.2°C之间，肛温约高0.3～0.5°C，腋温约低0.3～0.5°C。发热病人每昼夜的体温可有较大变化，应定时测定并加以记录，画成曲线，具体详见第十六章发热一节。

血压的测定通常使用水银柱血压计或弹簧血压表，具体方法详见第八章循环系统检查法一节。正常人收缩压在90～

140毫米汞柱之间，舒张压在60～90毫米汞柱之间，一般老年人偏高一些。

3．化验检查 最常用的是血、尿、粪三大常规，可根据不同病情选作。此外，对某些比较复杂的疾病，还可选择做一些生化（如测定血中所含代谢产物、酶、电解质、蛋白和二氧化碳结合力等）、细菌（如血、痰及其他分泌物的培养等）、血清（如伤寒或其他疾病的凝集试验等）以及某些比较特殊的（如骨髓、脑脊液检验及肝、肾、肺、心、内分泌等的功能测定等）检查。有关的具体数值详见附录九。

4．其他 包括X线（透视或摄片）、超声波、心电图、脑电图、同位素等的检查及有关脏器的特殊器械检查等。

思 考 题

1．疾病的诊断是如何进行的？

2．问诊和体格检查时要注意那些方面？

3．试述望气色、望舌和切脉在临床上的意义。

二、疾病的辨证

疾病的诊断过程，就是对疾病的分析综合过程，也即祖国医学所称的“辨证”过程。一般可根据人体的解剖生理知识，结合病理情况，把通过问诊和体格检查及其他有关检查得来的感性材料，进行分析归纳，首先确定是哪个系统的疾病(一般各系统发生的疾病都有相应的症状)，进一步再确定是何种疾病。祖国医学诊病，则有其独特的方法，就是根据“四诊”诊察到的材料，在中医基本理论指导下，进行分析、综合，得出诊断，这个过程称为“辨证”；然后，在此基础上再定出治疗原则，施方用药，这个过程就称为“施治”。整个过程就称为“辨证施治”（或称“辨证论治”）。

祖国医学的辨证方法很多，常用的有八纲辨证、脏腑辨

证、病因辨证、六经辨证、卫气营血辨证和三焦辨证等。习惯上，都是先将“四诊”得来的材料进行分析归纳，认识病变的部位、性质、发展趋势，以及体质的强弱等，这是辨证的第一步——八纲辨证。然后，在此基础上，凡属外感热性病疾患，即可运用六经、卫气营血和三焦的辨证方法；若属内伤性的各种疾患（包括内、妇、儿等科杂病），则可运用脏腑辨证的方法，此即辨证的第二步。上述各种辨证方法，有的已在前面简要地讲过，这里只介绍八纲辨证和脏腑辨证的内容。

（一）八纲辨证

八纲是指表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八个纲领。这是祖国医学对病变的部位、性质和邪正双方力量消长状况的归纳、概括。临床上任何一个疾病，都可用八纲辨证来加以归纳。如疾病的分类，不属于阴，便属于阳；疾病部位的深浅，不属于表，便属于里；疾病的性质，不属于寒，便属于热；又从邪正的盛衰来说，不是正虚，便是邪实。八纲中阴阳两纲又是其他六纲的概括。一般说，表、实、热属阳，里、虚、寒属阴。可以这样认为，八纲学说是古代阴阳学说在辨证论治方面的具体应用，它不只应用于诊断疾病，而且对病因、证候、用药、立法都有指导意义。因此，八纲辨证是祖国医学中的重要理论之一，也是中西医结合的一个重要内容。

1. 表里 是鉴别疾病所在部位的内外和病情深浅的两个纲。人体的皮肤、肌肉、经络为外，属于表，脏腑为内，属于里。一般外感六淫之邪，首先侵犯皮肤、经络，出现表症，此时病邪尚浅，病情较轻；如进一步发展，侵入脏腑，则引起里症，此时病邪深入，病症较重。如因七情、饮食、劳逸等所伤，病直接从内而发并伤及脏腑的，也属于里症。

表症与里症的主要鉴别见下表：

表 1　表里辨证简表

辨　证	表	里
部　位	皮毛、肌肉、经络、四肢	脏腑
症　状	怕冷，发热，鼻塞，头痛，身痛等	壮热，口渴，烦躁，呕吐，胸闷，腹痛等
脉　苔	脉浮，苔薄白	脉沉，苔黄糙或干黄
病　位	邪气在表，正气未伤	邪入已深，正气渐伤

如果疾病比较复杂，在辨明表症、里症之后，还应辨别属寒、属热、属虚、属热，具体见下表：

表 2　表症和里症的寒热虚实鉴别简表

表里	证候	症　状	舌　象	脉　象
表证	寒	头痛发热，恶寒无汗，项强背痛，骨节烦疼	苔薄白	浮紧
	热	发热恶风，头痛，有汗或无汗，口渴	苔薄白舌尖红	浮紧
	虚	自汗或漏汗不止，或汗出恶风	舌质淡	浮缓而无力
	实	一般以无汗为特点	苔薄白	浮而有力
里证	寒	肢冷不渴，恶寒喜热，腹痛便溏，小便清长	苔白滑	沉迟
	热	壮热口渴，目赤唇红，烦热，小便黄赤	舌质红苔黄	沉数
	虚	气弱懒言，食减倦怠，心跳头昏	舌胖嫩苔淡白	沉弱
	实	壮热，谵语，神智不清，大便秘结，腹胀满，痛而拒按	苔老黄或褐色	沉实

此外，有些病人在疾病的发展过程中，病邪既不在表，又不在里，而介于二者之间，表现为寒热往来、胸胁苦满、心烦作呕、不欲饮食、口苦、咽干、目眩、脉弦等，称为半表半里证。还有些病人，表证病邪发展，已经入里，但表邪仍未解，或者原为里证，复加外感表证，临床上既有恶寒、发热、头痛等表证的症状，又有胸满不舒、腹痛腹泻等里证的症状，称为表里同病。

2. **寒热** 是辨别病情表现的两种不同性质的纲领，可作为治疗时用温药或寒药（凉药）的依据。一般说，凡由寒邪引起，或因身体机能代谢过度衰退（阳虚）所产生的证候，称为寒证；凡由热邪引起，或因身体机能代谢过度亢盛（阳盛）所产生的证候，称为热证。两者的主要鉴别见下表：

表 3　寒热辨证简表

辨　证	寒　　证	热　　证
症　状	面色苍白，怕冷，蜷卧，脘腹痛，得热痛减，大便溏薄，小便清长，四肢不温等	身热，面红，目赤，口干喜饮，大便秘结，烦躁谵语，小便黄赤，痰黄，舌干等
脉　苔	脉沉迟无力，苔白润	脉洪数有力，苔黄腻或干燥
病　理	气血不足，阴盛阳衰	邪盛正盛，阴虚阳亢

此外，有些病人还会出现寒证和热证错杂的证候。如热在于上，见头痛、目赤、喉痛、牙痛等；而寒在于下，又见大便稀薄、四肢寒冷等。这种情况称为寒热参杂，必须仔细加以鉴别。还有一些病人，病情十分复杂，当疾病发展到深重阶段（即寒极或热极）的时候，会出现一些假象，而形成真假寒热的局面，应充分注意，特列表鉴别如表 4：

3. **虚实** 是辨别体质强弱与病邪盛衰的两个纲。一般说来，虚指正气虚，抗病力弱；实指邪气盛，抗病力强。如六淫之邪侵犯人体或痰、瘀停滞体内，而正气未衰，邪正相

表 4　真假寒热鉴别简表

寒热真假 / 四诊		真寒假热（阴证似阳）	真热假寒（阳症似阴）
望诊	面部	两颧色红如脂，嫩红带白，唇色淡白	面色虽多峭滞，但目光炯炯有神，唇红或焦
	神智	有时烦躁，状若阳证，但精神萎顿，形体倦怠	神智昏沉，状若阴证，但有时躁扰，扬手掷足，形强有力
	舌象	1.舌淡而滑 2.舌虽干而质淡 3.苔虽黑而滑润	1.舌苔白厚干燥 2.舌苔黄燥起刺 3.舌苔黑而干燥，质红
闻诊		气冷息微，语声无力，身无秽臭气味，大便无热臭气	气热息粗，声音响亮，口气臭秽，大便秽恶难闻
问诊		1.口虽渴，但不欲饮，或喜热饮 2.身热反欲得衣 3.小便清白，大便自利或便秘 4.咽喉或痛，但不红肿	1.口渴引饮，喜冷饮 2.身大寒，反不欲近衣被 3.小便红赤，大便秘结，肛门灼热 4.腹胀满
切诊		1.脉虽数而不鼓击于指下，按之无力，或微细欲绝 2.胸腹按之不熨手	1.脉滑数按之鼓指，或脉虽沉而按之有力 2.胸腹必灼热，按之熨手

互斗争，则形成实证。如因病体虚，邪去正伤，或体质素弱，正气不足，则构成虚证。两者的主要鉴别见下表：

表 5　虚实辨证简表

辨证	虚证	实证
病性	病势发展慢，功能衰退，脏腑虚弱，气血不足	病势发展较急，功能未衰，腹痛拒按，好动
症状	怕冷，厥冷，下利清谷，小便不禁，气短等	渴热烦躁，大便秘结，尿赤热痛，谵狂等
脉苔	脉细弱，苔薄，舌质淡嫩	脉洪、弦、滑，苔厚腻、粗糙，舌质绛
病理	正气耗损，反应性弱	邪盛正盛，反应性强

除了上述单纯的虚证和实证外，有些疾病往往是既有邪实的一面，又有正虚的一面，表现为虚中夹实或实中夹虚的复杂现象，即所谓虚实夹杂证。这种情况在急性病的极期以后或慢性病时较为多见，此时邪气还存在，正气已虚，或者邪气虽衰减，而正气亦虚。如败血症后期，既有发热口渴、心烦等实热症状，又有精神萎靡、消瘦、盗汗、自汗、舌红少津等气阴两伤症状。又如慢性肾炎时，既有浮肿、小便短少的水湿停留症状，又有怕冷、腰酸、食少、便溏的脾肾阳虚症状。在辨证时还要分清虚实的程度，是虚多实少，还是虚少实多，注意抓住矛盾的主要方面。此外，还有一种虚实真假证。如疾病的本质是虚证，而临床表现却象实证，出现的症状是：虽有腹胀，但不象实证那样胀而不减，而是时胀时减；虽有腹痛，但不似实证那样拒按，而是按之痛减；虽有实象，但是舌嫩、脉虚，这种情况称为假实。又如疾病的本质是实证，而临床表现却象虚证，出现的症状是：虽默默不语，但说话时多声高气粗；虽不欲食，但有能进食的时候；虽泄泻，但泻后反觉痛快；虽胸腹胀满，但按之痛甚或固定不够，这种情况称为假虚。

虚证与实证的鉴别要点主要是看病程的长短、声音气息的强弱、痛处的拒按与喜按、舌质的粗老与胖嫩、脉象的有力或无力等几个方面，一般病程短、声高气粗、痛处拒按、舌质粗老、脉有力的，属于实证；病程长、声低气短、痛处喜按、舌质胖嫩、脉无力的，属于虚证。

4. 阴阳 表里、寒热、虚实都是对立统一的矛盾，对这些矛盾，祖国医学用阴阳来加以概括。一般认为，表证、热证、实证属于阳证范畴；里证、寒证、虚证属于阴证范畴。因此阴阳是八纲的总纲。一切病证，都可以归纳为阴证和阳证两大类，两者的鉴别见表6：

阴证和阳证往往可以互相转化，阳证可以转化为阴证，阴证也可以转化为阳证。如前面已经谈到的六纲中，表证可以转化为里证，实

表 6　阴阳辨证简表

四诊 \ 辨证	阴　　证	阳　　症
望	面色苍白或晴淡，身重蜷卧，倦怠无力，舌质淡而胖嫩，舌苔润滑	面色潮红或通红，身热喜凉，狂躁不安，口唇燥裂，舌质红绛，苔色干黄，甚或燥裂，或黑而生芒刺
闻	语音低微，静而少言，呼吸微弱，气短	语声壮厉，烦躁多言，呼吸气粗，喘促痰鸣
问	大便腥糟，饮食减少，口中无味，不烦不渴，或喜热饮，小便清长或短少	大便或硬或秘，或有臭秽气，厌食，口干，烦渴引饮，小便短赤
切	腹痛喜按，身寒足冷，脉象沉、迟、无力	腹痛拒按，身热足暖，脉象浮、洪、数、滑、实、有力

证可以转化为虚证，热证可以转化为寒证等，都是阳证转化为阴证的例子；相反，里证转化为表证，虚证转化为实证，寒证转化为热证等都是阴证转化为阳证的例子。但阴证和阳证又可以同时出现，如表证中兼有里证，寒证中兼有热证，虚证中兼有实证等。这种表里互见、寒热交叉的现象，称为阴阳错杂，是疾病存在着多种矛盾的表现，但其中必有一种是主要矛盾，应注意分清主次。如本来是脾胃虚寒的病人，又患了风热感冒，一方面既有发热、头痛、咳嗽、脉浮数等表热证候，同时又有大便泄泻清稀、小便清长、口淡无味、舌色淡红、舌苔白润湿浊等里虚证候。这种既有表热证，又有里寒证，表、里、寒、热参杂在一起的疾病，从阴阳的角度来说，就是阴阳错杂，虽然矛盾是多方面的，但表热是主要矛盾，应着重解决其表热症，同时也要照顾其里寒，这样主次分清，治疗就比较容易见效。

除了上述以阴阳来区分其他六纲病证的情况以外，一旦当疾病到了严重关头，如肾气损伤的时候，又往往以阴阳来直接命名，如真阴不足、真阳不足或亡阴、亡阳等。真阴不足是指肾阴不足，表现为腰痛、下肢酸软乏力、烦热盗汗、失眠、遗精、头晕目眩、耳鸣、口燥咽干、面白颧赤、大便秘结、小便短赤、舌红苔少或有裂纹，以及脉象沉、细、数、无力等；真阳不足是指肾阳不足，表现为腰痛、下肢

酸软乏力、畏寒、自汗、阳萎、肢冷、头晕、喘咳身肿、不欲食、便溏或天亮前泄泻、面色皖白、舌胖嫩而润、脉象沉迟等。亡阴和亡阳的出现，多表示病证非常危重，必须仔细加以辨别。这种情况可由慢性病引起肾阴肾阳不足发展而来，也可由急性病急剧变化而来。例如大量出血或吐泻过度常可引起亡阴，而高热大汗或发汗过多则多引起亡阳。由于阴阳是互相依存的，亡阴进一步发展，也可出现亡阳，故不能机械地对待。两者的鉴别见下表：

表 7　亡阴亡阳鉴别简表

证候 / 阴阳	寒热	汗	口渴	呼吸	舌象	脉象	病理
亡阴	身畏热 手足温	汗多而粘	渴喜 冷饮	气粗	红干	数而 无力	阴气 将绝
亡阳	身畏寒 手足冷	汗多而稀	口不渴 喜热饮	气微	白润	脉微 欲绝	阳气 将绝

（二）脏腑辨证

脏腑辨证就是根据脏腑的病理变化来辨别各脏腑疾病的方法，临床上可用以明确病变的部位，辨别病情的寒热虚实，分析疾病的传变规律，从而决定治疗措施。

1. **心病**　心的病理变化多表现在神志及血脉方面，常见的病证有以下几种：

(1) 心气(阳)虚：可见于某些虚弱症或贫血、神经衰弱、心律不齐、心力衰竭、休克等疾病。主要表现为心悸、气促（活动时加重）、脉细弱而数或结代、舌淡、苔白等，若兼见自汗、倦怠无力、面色皖白、喜出长气的，为心气虚；兼见形寒、肢冷的，为心阳虚；兼见大汗淋漓、四肢厥冷、口唇青紫、呼吸微弱、脉细欲绝的，为阳脱。

(2) 心血(阴)虚：可见于某些衰弱症或贫血、神经官能症等疾病。主要表现为心悸、怔忡、健忘、失眠多梦等，若兼见低热、盗汗、颧红、口干、舌尖红、脉细数的，为心阴虚；兼见头晕、口淡、面色苍白、舌淡嫩、脉细弱的，为心血虚。

(3) 心火上炎：可见于舌炎、舌体糜烂、尿血等病。主要表现为舌尖红、舌体糜烂或溃疡、口渴、唇裂、心悸、心烦、失眠、小便黄、苔黄、脉数等；若心火移热于小肠，则小便黄赤或尿血。

(4) 心血瘀阻(胸阳不振)：常见于心绞痛、心肌梗死等病。主要表现为心前区刺痛或闷痛，痛势剧烈，可向肩背或向左上肢放散，心悸不宁，重者并有唇甲青紫、自汗、四肢厥冷、舌质暗红或见紫色斑点、脉细或结代等。

(5) 痰迷心窍：常见于脑血管意外、癫痫、精神分裂症等病。主要表现为意识蒙蒙，甚至昏迷不省人事，喉有痰声等；如因痰火内扰心神，则可表现为心悸、失眠、语无伦次、哭笑无常、狂躁妄动甚至打人骂人、苔白腻或黄腻，脉滑或滑数。

2. 肝病 肝的病理变化涉及范围较广，尤以神经和心血管系统为多见，常见的病证有以下几种：

(1) 肝气郁结（肝郁气滞、肝气郁滞)：常见于神经官能症、慢性肝炎、慢性胆囊炎、胃痛、肺结核和月经病等。主要表现为情绪易于波动、抑郁多怒、胸胁胀满或痛、呃逆、腹痛腹泻、女子月经不调、苔薄白、脉弦等。

(2) 肝火上炎：可见于高血压、上消化道出血、急性结膜炎、神经官能症、更年期综合征、耳源性眩晕等疾病。主要表现为头痛、眩晕、耳鸣耳聋、目赤睛痛、急躁易怒、睡眠不安、胁肋灼痛、口干口苦、甚至吐血、衄血、舌边尖红、苔黄、脉弦数等。

(3) 肝阳亢盛：可见于高血压、脑血管意外、眼科疾病等。主要表现为头痛、眩晕、视物不清甚或失明、走路时觉上重下轻，甚至突然昏厥、抽搐或口眼喎斜、偏瘫、失语，舌红，脉弦。此种情况常称为肝风内动。

(4) 肝阴不足：可见于高血压、神经官能症和眼病等。主要表现为眩晕头痛、视物不明、眼干涩或夜盲、耳鸣耳聋、面觉烘热、四肢麻木震颤、少寐多梦、舌红少津、脉弦细等。

3. 脾病 脾的病理变化多与消化系统有关，常见的病证有以下几种：

(1) 脾气虚：可见于溃疡病、慢性胃炎、慢性肠炎、胃肠神经官能症、慢性肝炎、慢性痢疾等。主要表现为面色淡白、怠倦乏力、气虚眩晕、胃痛喜按或脘闷腹胀、嗳气吞酸、便溏腹泻、浮肿、舌淡苔白、脉弱或虚而浮等；如出现声低气短、下部重坠感、脱肛、子宫脱垂或胃、肾下垂等，则称为中气下陷。

(2) 脾阳虚：可见于溃疡病、慢性胃炎、慢性肠炎、胃肠功能紊乱、慢性痢疾、慢性肝炎、肝硬化、慢性肾炎、慢性盆腔炎等。一般都是在上述脾气虚的基础上，出现形寒怕冷、四肢发凉或浮肿、口泛清水、胃腹隐痛喜暖喜按、女子白带清稀而多、舌质淡、脉沉弱无力等。

(3) 寒湿困脾：可见于慢性胃炎、慢性肠炎、慢性痢疾、慢性肝炎、慢性盆腔炎等。主要表现为食欲不振、胃脘饱闷、恶心欲吐、口粘不渴或渴喜热饮、便溏腹泻、头重如裹、肢体困倦、懒言懒动、舌苔厚腻、脉缓等。

(4) 脾胃湿热：可见于急性肠胃炎、黄疸型肝炎和急性胆囊炎等。主要表现为脘腹痞满、不思饮食、身重体倦、口干口渴而不欲饮、恶心呕吐、腹痛便溏而臭、肛门有热感、小便短少，或见发热、头痛、苔黄腻、舌尖红、脉濡数；或见黄疸、皮肤湿疹、脓疱等症。

4. 肺病 肺的病理变化多与呼吸系统有关，常见的病证有以下几种：

(1) 肺气虚：可见于慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿、肺结核等病。主要表现为呼吸喘促气短、动则喘甚、咳嗽无力、痰多而清稀、怠倦懒言、声音低弱、怕冷或有自汗、面色㿠白、舌质淡嫩、苔薄白、脉虚弱等。

(2) 肺阴虚：可见于肺结核、慢性支气管炎、支气管扩张等病。主要表现为咳嗽无痰或痰少而粘，有时痰中带血、口干咽燥、喉痒音哑、午后颧红、潮热盗汗、失眠、手足心热、舌红少苔、脉细数等。

(3) 痰浊阻肺：可见于慢性喘息性支气管炎、支气管扩张等病。主要表现为咳嗽气喘、喉中痰鸣、痰多而粘、胸胁满闷、不能平卧、舌苔浊粘、脉滑等。

(4) 风寒束肺：可见于感冒、急慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等病。其风寒在表的，主要表现为恶寒发热、头痛身疼、无汗、鼻塞流涕、咳嗽痰稀、苔白润、脉浮紧等；如寒饮内阻，肺失肃降，则咳嗽频剧、气急身重、痰白粘而量多、发热恶寒、苔白滑、脉浮紧等。

(5) 肺热咳喘：可见于急慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺炎、肺脓疡等病。主要表现为咳嗽气喘、痰黄粘稠或咳吐脓血、气味腥臭、身热胸痛、舌红苔黄或黄腻、脉数等。

5. 肾病 肾的病理变化涉及范围很广，其中似与泌尿、生殖、神经、内分泌等系统更为密切，常见的病证有以下几种：

(1) 肾阴虚：可见于肺结核、糖尿病、神经官能症等病及久病体虚等。主要表现为低烧颧红、五心烦热、咽干盗汗、腰脊酸痛、下肢无力、发脱齿摇、耳鸣耳聋、梦遗尿多、头晕目眩、失眠健忘、舌质红、脉细数等。

(2) 肾阳虚：可见于慢性肾炎、慢性肠炎、肾上腺皮质功能减退、甲状腺机能减退、性神经衰弱等病。主要表现为腰酸腿软、形寒肢冷、阳萎、尿频或尿少浮肿、食少便溏、面色㿠白、舌淡白、脉沉弱等。

(3) 肾不纳气：可见于肺气肿等病。主要表现为咳喘日久不愈，形瘦神疲，呼吸短促而弱，(呼多吸少)，动则喘甚，气不得续，甚至汗出肢冷，舌质淡，脉沉细。

(4) 肾气不固：可见于尿失禁、尿崩症等病。主要表现为小便频而清，甚至不禁，夜尿多，尿后余沥不尽，滑精早泄，腰膝酸软无力，舌淡苔白，脉沉细。

(5) 肾虚水泛：可见于慢性肾炎、心力衰竭等病。主要表现为周身浮肿（尤以下肢为甚）、腹部胀满、尿少、痰多稀薄，或心悸气喘、动则喘甚、腰脊酸痛、形寒肢冷、舌胖苔白、脉沉细。

6. 胃病 胃与脾的关系十分密切，其病理变化多见于消化系统，主要的病证有以下几种：

(1) 胃虚：相当于胃功能减弱，证候与脾阳虚相似，表现为食欲不振、胸腹胀闷、口咽干燥、舌淡少苔、脉弱等。

(2) 胃实：可由消化不良引起，表现为上腹胀痛、嘈酸嗳气、大便

秘结等；也可由外感热性病引起，除热性病症状外，又出现腹胀满或疼痛拒按、大便秘结等。

(3) 胃寒：常与胃虚同时存在，相当于以副交感神经占优势的胃肠功能紊乱，可见于溃疡病或溃疡病合并幽门梗阻。主要表现为中上腹疼痛，喜热喜按，食后痛减，嗳气嘈酸，甚至呃逆呕吐，吐出隔餐或隔宿食物，舌苔白滑，脉沉弦。

(4) 胃热：可由于胃火消耗津液引起，相当于内分泌改变引起的代谢紊乱，表现为口渴、食后容易饥饿等；也可由细菌或其他因素所致的胃、口腔炎症引起，表现为上腹不适、食入即吐、口臭、口腔糜烂、牙龈肿痛或出血、舌红而干、脉滑数等。

7. **小肠病** 小肠与心的关系十分密切，其病理变化多见于消化和泌尿系统方面，主要的病证有以下几种：

(1) 小肠虚寒：可见于慢性肠炎等病，表现为小腹隐隐作痛而喜按、肠鸣泄泻、小便不利、舌苔薄白、脉缓等。

(2) 小肠实热：与心火上炎症候相似。

(3) 小肠气痛：可见于肠痉挛、疝气等病，表现为小腹绞痛、腹胀、肠鸣，排气则舒，或阴囊疝痛，苔白，脉弦。

8. **大肠病** 大肠与肺的关系十分密切，其病理变化多见于消化系统方面，常见的病证有以下几种：

(1) 大肠湿热：常见于痢疾、结肠炎等病，表现为腹痛、里急后重、下痢脓血、肛门灼热、小便短赤、苔黄腻、脉滑数等。

(2) 大肠液亏：常见于习惯性便秘或老年性便秘，表现为大便干燥秘结，不易排出，或兼见形体消瘦、咽干少津、舌质红、苔干糙、脉细软等。这种情况属于气虚便秘，在肺气肿、肺功能不全者有时也可以出现。此外，如肺移热于大肠，也可导致液亏而引起便秘，可见于发热病人。

9. **膀胱病** 膀胱与肾的关系十分密切，病理变化多表现于泌尿系统方面，常见的病证有以下几种：

(1) 膀胱虚寒：多见于小儿或老年，主要表现为遗尿、尿频、尿急、小便淋沥不能控制等，常与肾阳虚或肾气不固有关，可参照上述

这二个病证。

(2) 膀胱湿热：可见于泌尿系感染、前列腺炎、肾结核、尿路结石等病。主要表现为尿频、尿急、尿痛或小便困难，尿色混浊或尿血，或排出结石，苔黄腻，脉滑数。

10. **胆病** 胆与肝的关系十分密切，两者常相提并论，病理变化多表现于消化系统方面，以实证为多见，常见的病证如肝胆湿热，可见于黄疸性肝炎、胆囊炎等病，表现为发热、黄疸（色泽鲜明）、胁痛、恶心呕吐、食少腹胀、口渴不欲饮、尿黄赤而少、苔黄腻、脉弦数等。

由于人体是一个完整的统一体，各脏腑之间的联系十分密切，一个脏腑的疾病常常可以累及其他脏腑，因此，除了上述各种病证以外，临床上还可见到二个或二个以上脏腑相继或同时患病的病证，如心脾两虚、心肾不交、脾肾阳虚、肝肾阴虚、肝胃不和、肝脾失调、肺脾同病、肺肾阴虚等，因为情况比较复杂，将在有关疾病中论述，这里不作介绍。

思 考 题

1. 什么叫辨证论治？如何进行？
2. 试述八纲辨证和脏腑辨证的要点。

第三节 疾病的治疗

毛主席教导我们：**“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。”**疾病的发生、发展过程，是“邪”与“正”两方面相互斗争的过程。治疗就是根据患者的不同情况，采取各种有效措施，来调动人体的一切积极因素，去战胜疾病。当我们把病情经过辨证确定诊断之后，便应确定治疗原则，选择治疗方法。在病情十分紧急或复杂的情况下，也可在未确诊的情况下先根据医生的初步印象进行抢救和治疗，同时

设法逐步明确诊断，并随时调正治疗措施。

（一）治疗原则

1. 重视人的因素　毛主席教导我们：**“武器是战争的重要的因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物。”**在防治疾病的工作中，怎样充分调动病人和医务人员两个积极性，发挥人的主观能动作用，以顽强的革命意志与疾病作斗争，从而战胜疾病，这是极为重要的一点。必须反对只见疾病、不见思想的形而上学观点，而要看到病人的精神状态对疾病发生、发展的重大影响，采取一些有效措施（如对慢性病人进行深入细致的思想工作等），来消除病人对疾病的顾虑和紧张状态，树立战胜疾病的坚强信心，焕发全身的精力与疾病进行斗争；同时，也要充分发挥药物和其他治疗方法的作用。这样两者结合起来，才能使病人早日恢复健康。

2. 树立整体观念　人体是一个对立统一的整体，任何一部分发生疾病均与整体有关。因此，在治疗的时候，必须反对“头痛医头、脚痛医脚”的片面观点。不能光注意局部，忽视全身；而应针对机体的不同情况，及时采取适当措施。这样就可及时控制病情，避免向不利的方面转化，早日达到治愈的目的。

3. 注意“标”、“本”关系　毛主席教导我们：**“任何过程如果有多数矛盾存在的话，其中必定有一种是主要的，起着领导的、决定的作用，其他则处于次要和服从的地位。”**在错综复杂的病情中，也有着主要矛盾和次要矛盾。祖国医学中的“标”、“本”治疗原则，便包含着区分矛盾主次的朴素认识。一般认为，以邪正来分：正气为本，邪气为标；以疾病来分：病因为本，症状为标；以病位来分：里证为本，表证为标；以病程来分：旧病为本，新病为标。治疗时，必须注

意其间的关系，首先抓住主要矛盾进行。

(1) 治病必求其本：在一般情况下，“本”是主要矛盾，“标”是次要矛盾，只要治好了“本”，“标”也迎刃而解了。

(2) 急则治其标，缓则治其本：“急则治其标”，就是对一些紧急、危重病人必须进行紧急措施，以解除某些急性症状(这是当时的主要矛盾)，然后再行治本。“缓则治其本”，就是从根本上入手治疗，一般均用于慢性病人。

(3) 标本兼治：是治本和治标两种方法同用，用于标病急、本病也急的病人。

由于主要矛盾和次要矛盾可以互相转化，病程的不同阶段又可以有不同的主要矛盾，因此，我们在进行上述辨证施治中，必须加以注意，灵活掌握。

4. 正确掌握治疗法则　祖国医学在长期的实践中，总结了许多有效的治疗法则，其间关系比较复杂，必须根据具体情况，正确加以掌握。特别要注意以下几个方面：

(1) 扶正与祛邪：因为任何疾病都不外是“正”、“邪”两方面相争的过程，因此，在治疗方法上，也就离不开“扶正”与“祛邪”两个方面。扶正就是使用扶助正气的药物，并配合适当的营养和功能锻炼等辅助疗法，增强体质，提高机体的抵抗力，以达到战胜疾病恢复健康的目的，适用于以正虚为主的病证。临床上可根据病人的具体情况，运用益气、养血、滋阴、助阳等补法。祛邪就是使用攻逐邪气的药物，或运用针灸等各种治疗方法，祛除病邪，以达到邪去正复的目的，适用于以邪盛为主的病证。临床上可根据病人的具体情况，运用发汗、攻下、清解、消导等驱邪外出的方法。由于疾病的变化很复杂，因此在治疗中，应把扶正与祛邪辩证地结合起来，根据疾病的具体表现，或以祛邪为主，或以扶正为主，

或先攻（祛邪）后补（扶正），或先补后攻，或攻补兼施，随机应变，灵活掌握。

⑵ 正治与反治：正治法是指一般情况下常用的治疗方法，如热证用寒凉药治疗，寒证用温热药治疗，实证用攻泻药治疗，虚证用补养药治疗等，适用于感受病邪后能如常地反映邪正相争情况的病人。反治法则与此相反，虽见热象仍用温热药治疗（因为病情属于真寒假热，此种治法称为热因热用），虽见寒象仍用寒凉药治疗（因为病情属于真热假寒，此种治法称为寒因寒用），虽见虚象仍用攻泻药治疗（因为病情属于真实假虚，此种治疗称为通因通用），虽见实象仍用补益药治疗（因为病情属于真虚假实，此种治法称为塞因塞用）；此外，有时因为病情比较复杂，在治疗上采用热药中少佐寒药、寒药中反佐热药，或热药冷服、寒药热服等方法，也属于反治法的范围。

⑶ 同病异治与异病同治：相同的疾病，不同的病因，用不同的方法治疗；或同一疾病，在不同的阶段，由于病情性质的不同，也用不同的方法治疗，这就是同病异治。不同的疾病，相同的病因，用相同的方法治疗；或不同的疾病，在其发展的过程中出现了同一性质的阶段，也用相同的方法治疗，这就是异病同治。

5. 因人、因时、因地制宜施治　我们在认识和治疗疾病时，除了要认识一般规律之外，还要注意特殊的情况，注意不同人、不同时间、不同地点的差异。根据病人的年龄、性别、体质强弱等特点而给予适当的治疗，叫做因人制宜。如年龄不同，用药量也不同；在同一条件下，不同体质的人患相同疾病，用药也不尽相同；还有妇女患病，要考虑月经、怀孕等情况。根据不同季节的气候特点来考虑用药原则，叫

做因时制宜。如暑热季节，用药不宜过温、过热（麻黄、桂枝、姜、附子之类用量要适当减少），以免耗损津液；寒冷季节，用药不宜过凉、过寒（石膏、知母、黄芩、黄连之类用量不宜过多），以免耗损阳气。根据不同地区的地理环境来考虑用药的原则，叫做因地制宜。如严寒地区温热药用量可以稍重，温热地区温热药用量就应稍轻；特别是我国地大物博，中草药资源丰富，民间流传着各种行之有效的单方、验方，因此，我们在治疗时，必须本着“验、便、廉”的原则，尽量根据当地的特点和丰富的草药资源，充分发挥“一根针、一把草”的作用，做到不花钱或少花钱而治好病。

6. 坚持**“一分为二”**的观点　疾病的治疗方法虽然很多，但必须用**“一分为二”**的观点来对待。例如，护理工作（指适当的休息、饮食调养、保暖、大小便处理等）很重要，可为帮助病人战胜病痛提供有利条件，但如处理不好，忽视了机体主观能动性的发挥（如不管病情轻重，一律强调绝对卧床休息），反而不利于机体的恢复。又如药物是治疗疾病的重要武器，但它有两重性。因为任何药物都有一定的毒性和副作用，如果用量过大，使用时间过长或使用不当，反能危害人体；有的药物（如青霉素等）对某些人还可产生严重的过敏反应。同时，不适当用药，还可产生抗药性，使药效降低。再如手术、注射、针灸等疗法，虽然对某些疾病能起有力的治疗作用，但如处理不当，也会引起损伤、感染等，给病人带来不必要的痛苦。

（二）治疗方法

由于疾病的错综复杂，因此临床上就有各种不同的治疗方法，常用的如药物治疗、手术疗法、理疗、放射治疗、治疗性操作，以及祖国医学的针灸、推拿、整骨、拔火罐等独

特疗法。在无产阶级文化大革命中，广大医务人员在毛主席革命卫生路线指引下，狠批刘少奇的反动的洋奴哲学、爬行主义和民族虚无主义等流毒，坚决走中西医结合的道路，不仅使原有的治疗方法大大向前发展，并创新了耳针、电针、针麻、穴位注射、穴位结扎等各种新疗法，在实践中取得了良好的疗效。

祖国医学的药物治疗方法很多，归纳起来，有汗、吐、下、和、温、清、消、补等八种，简称八法。

1. 汗法 亦称解表法，是应用具有发汗作用的药物，促使身体出汗，以驱除表邪的方法，适用于一切外感性疾病的初期，以及水肿和疮疡病早期、风湿痹痛、麻疹将透未透的阶段等。临床常用的有辛温解表（适用于表寒证）和辛凉解表（适用于表热证）两种。必须注意，此法只适用于表证，如病情发展已属里证，则不宜使用；凡剧烈呕吐或腹泻后、疮疡已溃破或容易患疮疡的病人、麻疹已透发以及平日容易出汗或有出血倾向的病人，一般也不宜使用，如确实兼有表证必须解表时，应与益气、滋阴、养血等方法配合使用；心力衰竭或极度虚弱的患者必须慎用；夏季天气炎热、容易出汗时，使用此法要谨慎；用此法治疗服药后应避风寒、忌食油腻厚味等。

2. 吐法 是利用具有催吐作用的药物促使呕吐，以排除体内有害物质的方法。目前临床上已很少用，一般多用于误食毒物、急性食物中毒以及中风痰涎壅盛等证。使用时必须注意，这是一种急救的方法，应掌握一定的适应证，对高血压病、动脉硬化、动脉瘤、肺结核有出血倾向、孕妇等均不宜使用，身体极度衰弱及心脏病者要慎用；使用本法在呕吐后，需停片刻再进稀粥、流食，禁食一切生冷硬物，并注意防避风寒。

3. 下法 是运用具有攻下、润下、峻下逐水、驱虫等作用的药物，达到通导大便、消除积滞、荡涤实热、攻逐水饮和驱虫的方法。具体又分以下五种：

(1) 寒下：主要适用于热性病中期或极期见有大便燥结、舌苔黄

等热在气分的证候，病疾初期有腹胀或腹痛、里急后重的病证（属于“通因通用”），食物或药物中毒，以及结膜炎、脑充血、肺出血、鼻出血等病证（称为“上病下取”）。根据泻下作用的强弱，又分为峻下、轻下和缓泻三种，可根据病情及体质情况考虑选用。此法只适用于表证已解，病情发展为里证而表现为胃肠道功能障碍、大便秘结的病人；如表证未解，同时又有里证大便秘结的，须用表里同治的方法治疗；如表证未解而没有里实证候的，则不宜使用。使用时还必须注意，达到效果后即须停药，不宜过量，以防正气受伤；身体虚弱和老年人一般不宜使用，如正虚邪实必须使用时，则应同用补气药；如因高热耗液，以至体内水分不足而致大便秘结的，应泻下药和养阴清热药同用；消化道出血的病人不宜使用；孕妇及月经期间应该慎用。

(2) 温下：主要适用于脾肾阳虚、冷积阻于肠胃而表现为腹胀、腹痛、大便秘结、手足冰冷的病证。

(3) 润下：主要适用于病后、产后、年老体弱所致的大便秘结，习惯性便秘和痔疮病人的大便秘结等。

(4) 逐水：主要适用于有胸水、腹水而体质较好的阳水实证病人；如身体较弱的，则须采用先补后攻或攻补兼施的方法。

(5) 驱虫：主要用于驱除或杀灭肠内的寄生虫。使用时必须根据病情的缓急、身体的强弱和疾病的寒热属性，采用不同的方法。如病情缓的，可单用驱虫药；病情急的，可驱虫药和泻下药同用；身体较弱或伴有贫血的，应先健脾、养血，待身体情况改善后再驱虫；合并有消化不良的，可配合消导的方法，以调整消化功能等。

4. 和法 亦称和解法，是运用具有疏泄、和解作用的药物，调整人体内外和脏腑之间平衡的方法。临床上比较常用，凡病情不适宜于汗、吐、下、温、清、消等法治疗的，都可选用和法治疗，一般分为和解表里、调理肝脾、调理脾胃等三种。和解表里用于热性病邪在半表半里之间，而表现为寒热往来、口苦咽干、恶心呕吐等的证候（亦称少阳病）；调理肝脾用于肝气郁结、肝脾不和引起的月经不调、胸胁不舒、厌食倦怠等病证；调理脾胃用于胃肠功能不调引起的腹痛、恶心呕吐、上腹痞满、腹泻等病证。使用此法应注意，凡虚寒证

及邪在表分或邪已入里化热的，均不宜用本法。

5. 温法 亦称祛寒法，是运用具有温热作用的药物来补益阳气、消除寒证的方法。一般分为回阳救逆、温中散寒和温经散寒三种。回阳救逆适用于亡阳急救，即疾病发展到出现四肢冰冷、恶寒、脉微细或沉伏等虚脱症状时；温中散寒适用于脾肾虚寒引起的神疲肢倦、纳谷不化、吞酸呕吐、大便不实等证候，肾阳虚引起的天亮前泄泻，脾肾阳虚、水湿不化引起的水肿等；温经散寒适用于寒气偏胜、气血凝滞、经络不通、关节活动不便的痹症（如类风湿性关节炎、风湿性关节炎非活动期）和寒疝腹痛或呕吐清涎、寒气冲逆的病证。使用时应注意，凡热证、阴虚证以及由热证或阴虚内热引起的咯血、吐血均不宜使用；孕妇应慎用；热性病发展至虚脱时不宜单独使用。

6. 清法 亦称清热法或降火法，是运用具有寒凉性质的药物，达到清热、泻火、生津、解毒的方法，相当于现代医学的抗菌、消炎、退热等作用。临床使用范围较广，是治疗热性病最主要的方法，无论热在气分、营分、血分，只要表邪已解，而里热炽盛又无结实者，皆可使用；表里俱热者也可酌情使用。一般分为以下几种：

(1) 清热泻火：用于热在气分、属于实热的证候如高热、烦渴、汗多、脉洪大等，以及里热炽盛表现为烦躁口渴、口舌生疮、便秘尿赤的病证，一般相当于各种感染性疾病的中期。

(2) 清热解毒：用于热毒炽盛的病证，如高热、头面咽喉肿痛，或肠胃积热、疮疡肿毒、高热狂躁等，一般多为革兰氏染色阳性球菌引起的化脓性炎症。

(3) 清热生津：用于气分热盛、汗多伤津或津液已伤而余热未清的病证。

(4) 清热凉血：又叫清营凉血，用于感染性疾病的极期出现高热、神昏、烦躁、谵妄、身发斑疹等营分症状，或高热、神昏、吐血、衄血、发斑疹等血分症状时。

(5) 滋阴清热：用于虚热或久热伤阴，如热性病后期余热未清、阴液已伤的病人，以及肺结核阴虚火旺、骨蒸潮热等。

7. 消法 是运用具有消导、散结等作用的药物，以消除凝滞在

体内的各种有形之邪的方法。临床应用很广，凡由气、血、痰、湿、食等形成的病证，不宜用攻下方法治疗的，都可采用消法。具体方法很多，常用的有以下几种：

(1) 祛风与熄风：祛风指疏散外风的治法，即利用药物的疏风辛散作用，以疏散经络、肌肉、关节间留着的风邪，常用于治疗风湿久痹。但须配合养血、活血药物，才能收到比较好的疗效；而且由于药性比较辛燥，对血虚、阴虚病人应该慎用。熄风指平熄内风的治法，根据内风成因的不同，又分为养血熄风（适用于血虚生风）、清热熄风(适用于热极生风）和平肝熄风（适用于肝风内动）等；对于中风的急症病人，则宜先用开窍法（详下述）抢救，再用熄风方法治疗。

(2) 祛湿：是运用渗湿利水和燥湿的药物以祛除湿邪的治法，又分为利水通淋（适用于泌尿道炎症和结石）、利水退肿（适用于心脏性、肾脏性、营养不良性水肿和肝硬化腹水等）、清热利湿（适用于肠伤寒等湿温症和急性传染性黄疸型肝炎等）和温化水湿（适用于脾胃寒湿引起的恶心、呕吐、食欲不佳、大便稀烂或腹泻等证候，以及由心、肾功能不全引起寒湿外溢所致的肢体浮肿、心悸、手足冰冷、食欲不振、大便稀烂、舌苔厚腻、脉沉迟等症候）等四种。使用时应注意，凡久病体虚、津液亏损的禁用；遗精、滑精和虚寒腹泻的病人以及孕妇慎用。

(3) 理气：是运用行气解郁的药物以通调气机、治疗气滞的治法，又分为行气和降气两个方面。前者多用于胃肠道功能障碍引起的腹痛、腹胀、呕吐等病证，以及月经痛等；而后者则用于胃肠道功能障碍引起的嗳气、呕吐、呃逆等病证，以及呼吸系统功能障碍引起的咳嗽、气喘等病证。使用时必须注意，因理气药易耗气伤阴，故气虚、阴虚者均慎用。

(4) 理血：包括活血和止血两个方面。活血指运用活血祛瘀的药物以流通经脉、和络止痛的治法，以妇科和伤科最为常用，多用于治疗月经不调、痛经、慢性炎症（如慢性溃疡性肉芽肿、慢性肾盂肾炎等）、心血管疾病（如血管内血栓形成、血管痉挛、心绞痛等）、骨折和组织损伤以及肝脾肿大等。使用时应注意，病邪不在血分的不要滥

用，孕妇慎用或禁用。止血指运用止血的药物以治疗出血的方法，主要用于吐血、咯血、衄血、便血、尿血、产后出血和月经过多等病证。一般以凉血止血为原则，但必要时还要根据个体反应特点，适当配合其他方法。如出血伴有面色萎黄、四肢不温、舌淡苔白、脉沉细无力等阳虚证候的，要配合应用温阳益气的药物等。

(5) 消食化滞：是运用消积行气、和胃健脾的药物以消除食积胀满（即消化不良）的治法。一般以消导药为主，治疗由于进食不易消化的食物或饮食过度所致的消化不良；如因胃肠功能减退而引起的消化不良，则应配合使用健脾补益药。使用时应注意，气虚中满的胀满以及脾胃虚寒的泄泻要慎用。

(6) 祛痰：是运用化痰、逐痰的药物以帮助排痰或祛除生痰病因的治法，常用于治疗呼吸系统和神经系统的痰病，可分为化痰、消痰和涤痰三类。化痰法最常用，包括宣肺化痰（用于外感风寒引起的痰多而清稀、喉痒咳嗽等证）、清热化痰（用于呼吸道感染引起的热痰，即见痰黄或粘稠难咯、舌红苔黄等的病证）、润燥化痰（用于咽喉炎、气管炎或慢性肺部疾病引起的燥痰，即见痰稠难咯、咽喉干燥、苔黄而干的病证）、燥湿化痰（用于慢性支气管炎等引起的湿痰，即见痰白易咯、胸痞恶心、舌苔白腻的病证）和祛寒化痰（用于慢性支气管炎等久病体虚引起的寒痰，即见吐痰清稀、形寒畏冷、舌淡苔滑的病证）等。消痰包括消痰平喘（用于痰饮伏于肺脏所致的哮喘）和消痰软坚（用于消除痰浊胶结引起的痰核、瘰疬）等。涤痰用于荡涤顽痰，如治疗痰饮停聚（见于慢性支气管炎、支气管扩张等病）、风痰上壅（见于高血压、动脉硬化、脑血管意外等病）、癫痫及躁狂等。使用时应注意，化痰法最好配合理气药，涤痰法药物峻利应慎用。

(7) 消散疮疡：疮疡初期一般宜根据病人的不同情况，选用解表或清热解毒等方法治疗；当疮疡成脓后，则可使用排托法，即运用具有排脓托毒作用的药物以透脓泄毒（适用于脓疡不易溃破或排脓不畅的病证），或运用补气及养血、活血药物以扶正内托，促使生肌愈合（适用于体弱正虚、创口久不愈合的病人）的方法进行治疗。

8. 补法 是运用具有补益作用的药物，以增强病人体力、改善

虚弱状态、促进疾病痊愈的方法。临床常用于治疗人体脏腑阴阳气血的虚损，可分为以下四种：

(1) 补气：用于气虚而表现为脾胃虚弱、消化功能减退（见气短声低、倦怠无力、面色苍白、食少便溏等），或中气不足、脱肛、子宫脱垂等病证。

(2) 补血：用于血虚而表现为面色萎黄、头晕耳鸣、心悸失眠、月经后期量少色淡的病证；如有出血现象，应同用补气药，以收到更好的效果。

(3) 补阴（滋阴）：用于阴虚而表现为烦热消瘦、口干咽燥、虚烦不眠、盗汗、遗精、消渴等的病证。

(4) 补阳（助阳）：用于阳虚而表现为腰膝酸痛、下肢软弱、阳萎早泄、虚喘、虚肿等的病证。

使用补法时必须注意，要先考虑脾胃的功能，对于食欲不振、消化功能减弱的病人，要加入健脾胃、助消化的药物；虽然补法可以扶正祛邪，但在感染因子未去除时必须慎用，感染较重的病证即使有虚象出现，也应以祛邪为主，适当加入一些补益药；特别要防止见物不见人的错误观点，而要充分发挥病人的主观能动作用，决不能单纯依赖药物，更不可乱投补药。

9. **其他** 除了上述八法和包括在八法内的一些具体治法外，随着祖国医学的发展，后人又总结了一些新的治疗方法，主要的有：

(1) 开窍法：亦称宣窍法，是运用具有开窍作用的药物（大多是气味芳香浓烈的药物），以治疗神志昏迷的方法。又分清热开窍（凉开）和逐寒开窍（温开）两种，前者多用于治疗感染性疾病或其他原因影响中枢神经系统，出现神志不清、意识模糊或昏迷、烦躁、发热或不发热等阳闭证候；后者多用于治疗脑血管意外或其他原因影响中枢神经系统，出现突然晕倒、神志不清或昏迷、苔白、脉迟等阴闭的证候。使用时应注意，此法只适用于闭证，不可误用于脱证，两者必须辨别清楚；这是一种急救措施，必须寻找病因以作根本性的治疗；孕妇应酌情慎用。

(2) 镇潜法：是运用具有重镇、安神、潜阳、平肝等作用的药物，

以镇静、镇痉的方法。又分为镇静安神和镇痉熄风两类，后者已在消法中提到。镇静安神主要用于心悸、怔忡、失眠、惊狂等病证，包括重镇安神和养心安神两种方法，常配合使用。

(3) 润燥法：是运用具有滋润作用的药物以治疗燥证的方法。又分为轻宣润燥和甘寒滋润两类，前者用于治疗感受秋凉燥气、燥邪束肺引起的咳嗽、鼻塞、头痛、恶寒、胁痛、咽干、口燥等凉燥证，或燥热伤肺、肺津受灼引起的发热、头痛、干咳少痰、气逆喘急、舌干无苔或薄白而燥、舌边尖俱红等温燥证；后者用于治疗内脏津液不足的内燥证或热病伤阴出现津液干燥的症状。使用时应注意，脾肾阳虚、中气不足、胃呆泄泻等均不宜用本法。

(4) 收涩法：是运用具有收敛、固涩作用的药物，以收敛津液（敛汗固表）、固涩精气和涩肠固脱的方法。敛汗固表用于汗出过多、阳虚自汗或阴虚盗汗的病证；固涩精气用于遗精引起的头晕、健忘、腰酸等证，或肾虚不摄引起的尿频、遗尿等证；涩肠固脱用于久泻、大便不禁等证。使用时应注意，实热证出汗禁用敛汗法；伤食或湿热泄泻、湿热痢等实证热证，均禁用涩肠法。

以上各种治疗方法在临床应用时，必须灵活掌握，根据病情和病人的不同情况，进行仔细认真的辨证施治，可单用一法，也可几法并用，如攻补兼施、温清并用、汗下并用、消补并用等等。

思考题

1. 治疗疾病应掌握那些原则？
2. 试述中医八法的主要内容。

第五章　呼吸系统常见疾病的防治

第一节　呼吸系统解剖生理

呼吸系统由上呼吸道(鼻、咽、喉)和下呼吸道(气管、支气管和肺)两部分组成（图 5-1)。其主要功能是吸进新鲜空气，使血液得到氧气，并排出二氧化碳，以维持人的生命活动。

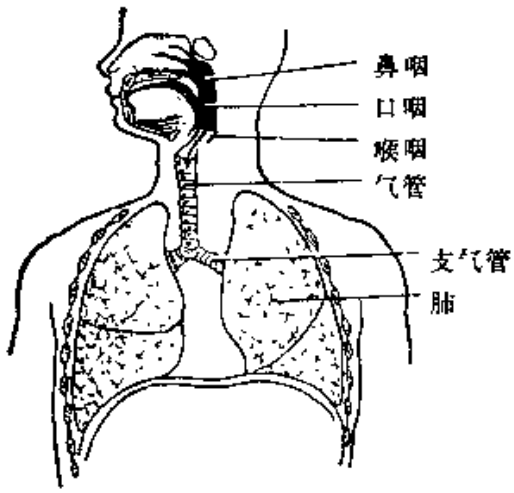


图 5-1　呼吸系统解剖简图

一、呼　吸　道

(一) 鼻

鼻是呼吸道的入口，由外鼻和鼻腔构成。鼻腔前部的鼻前庭内有鼻毛，可阻挡灰尘和细菌；鼻腔后部的鼻甲和鼻道，有湿润、温和空气的作用（鼻的详细结构在第十二章第

一节介绍)。

(二) 咽

咽是呼吸系统和消化系统的共同通道。咽的前面自上而下与鼻腔、口腔、喉相通，下接食管和气管。食物由口腔经咽入食管，空气则由鼻腔经咽入喉到气管。在咽和喉之间有一块会厌软骨，其作用是在吞咽食物时盖住喉口，防止食物进入气管，而只能进入食管。咽和口腔交界处有一对扁桃体，是淋巴组织，具有防御功能。一旦机体因各种原因而抵抗力下降，在致病菌的侵袭下，扁桃体可失却其保护作用而表现为扁桃体炎。应该注意的是，反复的扁桃体炎，可因细菌或毒素的作用，使机体发生一种变态反应性改变，而引起心脏或肾脏等器官的病变(如风湿性心脏病、肾炎等)。

(三) 喉

喉上通咽腔，下续于气管，由软骨和肌肉组成。喉腔中具有声带组织。声带以下的粘膜下组织疏松，发炎时易肿胀，在小儿易引起窒息。

(四) 气管与支气管

气管主要由软骨环、纤维组织及平滑肌等组成。长约 12 厘米。向下在胸骨角水平分成左、右支气管。左侧长而斜，开口较小；右侧短而粗，比较垂直，开口较大。因此，异物容易进入右侧支气管，引起病变。支气管在入肺前右侧分三支，左侧分二支。

(五) 肺

肺位于胸腔内，为呼吸系统最重要的器官。分左、右两肺，其间有纵隔隔开。右肺稍大于左肺，又分上、中、下三叶，左肺分上、下二叶。肺底对膈肌，也叫膈面；上端叫肺尖；外侧对肋骨，叫肋面；内侧对纵隔，叫纵隔面。肺的表

面盖有胸膜。胸膜有脏、壁两层。贴在肺表面的叫脏层，衬在胸壁上的叫壁层。两层相互连续，中间成为胸膜腔，内含少量液体，起润滑作用，有利于肺的呼吸活动。

支气管入肺后反复分支，管腔逐渐变小，最后成细支气管，和肺泡相连接。肺泡是气体交换的场所。支气管粘膜都有纤毛和分泌粘液的细胞，粘液与灰尘、细菌等混合在一起，就是痰。由于呼吸道纤毛的摆动，可将痰送到咽喉咳出。这种痰液的分泌是支气管保持肺脏清洁的生理作用。

下呼吸道的病变部位主要是在支气管和肺泡。气管和支气管内发生炎症反应，名为气管炎、支气管炎。炎症可蔓延到细支气管、肺泡，产生支气管肺炎。小支气管、细支气管管壁内的平滑肌痉挛收缩，使管腔变小，影响空气出入，呼气时尤为困难，便引起气喘发作。肺泡壁很薄，附有大量毛细血管。长期的支气管慢性炎症，可使肺泡组织弹力减低，肺泡膨大，泡壁受损，导致肺气肿的发生；进一步还可因肺泡壁毛细血管大量减少而影响循环机能。

二、呼吸的生理

（一）呼吸运动

呼吸运动是指胸廓周期性的扩大与缩小的活动，由大脑和延髓呼吸中枢指挥。吸气时，呼吸肌（膈肌、肋间肌等）收缩，肋骨抬高，膈肌下降，胸廓扩大，胸腔内压力降低，肺叶随之扩张，肺泡容积增大，使肺吸入空气（氧气）。呼气时，呼吸肌放松，肋骨下降，膈肌上升，胸廓回缩，压缩肺，肺泡容积减小，使肺内废气（二氧化碳）排出。

凡是妨碍肋骨和膈肌活动的因素，都可影响呼吸运动而引起呼吸困难。例如，严重的有机磷农药中毒可以引起呼吸

肌麻痹而发生呼吸困难；急性胸膜炎可引起胸腔积液，妨碍胸腔的扩大和缩小而造成呼吸困难。

在安静的状态下，呼吸频率可因年龄、性别和生理状态的差异而有所不同。成年人约为每分钟 16～20 次，女性比男性快 1～2 次；儿童较成人为快，且年龄越小，呼吸次数越多(详见下)。一般每呼吸 1 次，脉搏跳动 4 次。劳动、运动、吃饭、排便、兴奋、怀孕等都可使呼吸次数增加。此外，发热时，由于机体需氧量增加，也可使呼吸加快。

(二) 气体的交换

1. 肺泡中的交换 当空气进入肺泡时，由于气体压力差的作用，氧气和二氧化碳都是从压力高的一边向压力低的一边扩散。因此，在肺动脉来的静脉血流过肺泡时，由于肺泡中氧气压力比静脉血氧气压力高，所以氧气从肺泡扩散到肺泡周围的毛细血管中，进入血液；而此时血液里的二氧化碳压力却比肺泡里的二氧化碳压力高，所以二氧化碳就从毛细血管扩散到肺泡里，由呼气排出体外。这样，通过气体交换，使静脉血转变成了新鲜的动脉血。

2. 组织内的交换 在组织内，情况刚好与肺泡中相反，由于流经组织的动脉血中的氧气压力比组织中的氧气压力高，所以氧气从血液中扩散到组织细胞中，供给细胞氧化、代谢的需要；而组织中由细胞代谢产生的大量二氧化碳则可扩散到二氧化碳压力相对较低的血液中，由血液带走。交换的结果，动脉血就转变成为静脉血。

(三) 气体的运输

在呼吸过程中，气体的运输是由血液进行的。血液把氧气从肺送到组织，又把组织产生的二氧化碳送到肺部。

1. 氧的运输 在血液中，氧主要通过与血红蛋白结合成氧合血红蛋白而被输送。在肺泡中，由于氧气压力高，血红蛋白迅速同氧气结合成氧合血红蛋白；在组织中，由于氧气压力低，氧合血红蛋白则迅速离解出氧气而成还原血红蛋白。血红蛋白和氧气的结合，还受到二

氧化碳压力的影响。当二氧化碳压力增高时，氧合血红蛋白就容易分解。由于组织中的二氧化碳压力比较高，因而可促使血液分离出较多的氧气。

2. 二氧化碳的运输 血液中二氧化碳的运输有少部分可通过直接溶解或与血红蛋白结合，但大部分是以结合成碳酸氢钠的形式进行的。当二氧化碳从组织扩散入血以后，由于红细胞中碳酸酐酶的作用，可迅速和水化合成碳酸，再离解为碳酸氢根而转移到血浆中，与钠离子结合成碳酸氢钠。当含有多量的碳酸氢钠的静脉血流经肺泡时，由于肺泡中二氧化碳的压力低，故血浆中的碳酸氢钠又分解出二氧化碳而扩散到肺泡中去。

三、儿童呼吸系统特点

毛主席教导我们：**“离开具体的分析，就不能认识任何矛盾的特性。”**儿童呼吸器官与成人有显著区别。了解其解剖生理特点，对认识和治疗小儿呼吸道疾病是很重要的。

1. 鼻 小儿鼻道狭窄，鼻粘膜柔嫩，且富有血管。因此，发炎时轻微充血即可导致鼻道闭塞，表现为吸吮困难，甚至呼吸困难。

2. 鼻咽 咽鼓管(咽和中耳的通道)在咽侧壁，其咽口与中耳相通。乳儿咽鼓管宽、直而短，呈水平位置，外耳道亦短。因此，咽部感染易侵入中耳，引起中耳炎。

3. 喉 幼儿的喉腔远较成人细，且富有淋巴组织和血管。患急性喉炎或喉支气管炎时，易出现喉阻塞，呈吸气性呼吸困难，甚至窒息。

4. 气管、支气管 管腔相对狭窄，粘膜柔弱，富有血管，因此，气管、支气管容易狭窄而造成呼吸困难；另外，粘膜的粘液分泌不足而比较干燥，容易发生炎症，病程进展亦快。

5. **肺** 小儿肺的特点是弹力组织发育差，血管丰富，毛细血管及淋巴间隙较成人为宽，整个肺较成人含气量少，充血量大，间质发育旺盛，而肺泡数量较少。因此，容易发生肺炎、肺不张、肺气肿等。

6. **呼吸频率** 由于神经系统不成熟，呼吸中枢机能不足，小儿呼吸较成人表浅，而代谢旺盛，需氧量较大，故只能以呼吸频数来代偿。年龄越小，呼吸频率越高。如新生儿为40～44次/分，1～2岁为30次/分，6岁为20次/分，10岁为18～20次/分。

四、祖国医学对呼吸系统的认识

祖国医学认为，呼吸功能主要由肺负责司行，但与脾、肾等器官有密切关系。祖国医学所说的肺，既指现代解剖学的肺和呼吸活动，又包含了人体某些内在联系和调节功能，例如对体液和血液循环的调节作用。

1. **肺主气，司呼吸** 肺主气，就是说人身之气皆由肺所主。气，是人体得以维持生命活动的重要物质。肺是呼吸器官，吸进外界的新鲜空气，与体内的饮食物生化的精气相结合，进行吐故纳新，来促进和维持人体的机能活动。如呼吸功能严重障碍，可出现全身功能紊乱和衰竭的现象，肺主一身之气就是这个意思。

2. **肺有宣化、肃降和通调水道的作用** 人体内体液的代谢运行，不但与脾的运化有关，与肺气的宣化和肃降也有密切的关系。宣化，就是宣发；肃降，就是清泄下降。肺气不宣壅滞或上逆；若肺气肃降的功能失调，就会肺气上逆而发生咳嗽、气喘，如支气管哮喘、慢性气管炎、肺气肿等。肺又有通调水道的作用，主要是指通过肺气的宣发和肃降来

散发体内的一部分水分。如肺气不降，失去通调水道的作用，就可出现水肿及少尿的现象。

3. 肺与鼻、皮毛的关系

(1) "肺开窍于鼻"：鼻是呼吸的通道，肺气调和则鼻窍通畅，呼吸通利，嗅觉正常。肺有病，往往出现鼻塞、流涕、嗅觉减退等症状；当肺的病变治愈后，鼻的症状亦随之而消失。

(2) "肺合皮毛"：祖国医学认为皮肤、汗孔的分泌汗液和排泄皮脂、调节体温的功能由肺支配，皮毛的润泽由肺气来濡〔音如，rú〕养。从皮毛的荣枯，可观察肺气(功能)的盛衰。例如，肺气虚的人，皮肤对气候的适应能力降低，易受外邪侵袭，发生感冒、咳嗽等症。故肺有"娇脏"之称。

(3) 肺主声音：肺又是发声音的器官。喉与肺相通，是声音之门户。如果肺部有病，往往会引起喉的病变而影响声音的变化，甚至语音嘶哑。如麻疹患者的咳嗽，往往可导致声音嘶哑。

4. 肺与脾的关系 肺气布散津液以滋养脾；脾输送水谷精微，又来营养肺。如脾失健运，水湿停蓄，则生痰饮("脾为生痰之本")；水湿不能布散，则蕴滞于肺("肺为贮痰之器")。所以，临床上用健脾的方法来治疗某些咳喘病。

5. 肺与肾的关系 肺吸气随经脉肃降至肾，经肾的气化再上升到肺而呼出。这是"肺为气主，肾为气根；肺主出气，肾主纳气"的关系。如肺肾不足，肾不纳气，就容易出现呼吸短促而喘息。所以，临床上用补肾的方法来治疗某些咳喘病。

综上所述，控制呼吸的是脑，执行呼吸运动的是呼吸肌，气体经过的部位是上呼吸道、气管和支气管，气体交换的部

位是肺泡。呼吸道与外界空气直接接触，所以呼吸系统是许多疾病侵入机体的门户。细菌和病毒等致病因素不仅可以通过呼吸道而达全身，导致其他器官的严重病变；而且，呼吸道炎症也往往是许多传染病，如麻疹、脑膜炎等疾病的早期症状。呼吸系统炎症的发病率很高，从乳幼儿到老年人均可罹(音梨，门)患，对人民健康影响很大。因此，必须加强预防为主的宣传教育，广泛开展群众性的爱国卫生运动和体育运动，除害灭病，增强人民体质。

思 考 题

1. 呼吸系统由那些器官组成？各部分的功能是什么？
2. 祖国医学认为呼吸系统由那些脏器负责司行？其间关系如何？

第二节 呼吸系统检查法

一、问 诊

(一) 咳嗽

咳嗽是一种反射性的防御动作，多因呼吸道粘膜受到刺激而发生。常见于感冒，咽喉炎，气管、支气管和肺的疾患，呼吸系统肿瘤及异物等时。从外界侵入呼吸道的异物以及气管、支气管、肺部的炎性渗出物，都可通过咳嗽而被排出。所以，在一定情况下，咳嗽排痰对呼吸道是有益的。但长期反复咳嗽，对机体又是不利的，因为长期的咳嗽可使肺泡壁发生萎缩、扩张等病变而引起肺气肿，这种情况多见于有慢性咳嗽的老年人以及哮喘反复发作的病人。详细询问咳嗽的情况，对诊断呼吸系统疾病甚为重要。主要应问明以下内容：

1. 咳嗽发生或加剧的时间。一般上呼吸道感染仅在发病时有咳嗽；慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等病则有长期慢性咳嗽的病史；百日咳患者在开始时轻咳，以后变为痉咳。

2．咳嗽的性质，与咯痰、咯血以及体位的关系。慢性支气管炎、肺结核、支气管扩张病人经常咳嗽。支气管哮喘及百日咳病人为阵发性顿咳。乳幼儿出现犬吠〔音肺，fèi〕样咳嗽，应警惕白喉、喉头水肿以及喉炎。急慢性咽喉炎等上呼吸道疾病、肺结核早期、呼吸系统肿瘤及气管异物等疾患可表现为阵发性刺激样干咳。慢性支气管炎及支气管哮喘继发感染时咯较粘稠的泡沫痰和黄脓痰。肺结核病人有空洞形成时咯痰伴咯血。支气管扩张病人除有咳嗽和咯大量的脓痰外，还有反复咯血的病史。肺化脓症、支气管扩张及慢性支气管炎病人在早晨起床或晚上睡下等体位改变时咳嗽咯痰加剧。

3．咳嗽伴随的症状。如咳嗽时有无发热、胸痛，有无气急及呼吸困难等。急性支气管炎病人有轻度发热；大叶性肺炎、肺化脓症、肺脓肿等病人有高热伴胸痛；干性胸膜炎病人因咳嗽时胸痛剧烈而被迫压抑咳嗽。

祖国医学认为咳嗽的发生，主要是由于肺气上逆所致。在外邪犯肺时，能影响到肺气正常的肃降、宣通等功能，使肺气上逆，因而发生咳嗽。

（二）咯痰

痰的形成如前所述。由于呼吸道的炎性病变的性质和程度不同，分泌的粘液也不同，因而形成各种不同的痰，通过呼吸道被排出。问诊时应询问咳痰的量、痰液颜色、粘稠度、气味等等。如支气管炎病人早期咯少量白色粘痰，支气管哮喘病人咯白色泡沫痰，支气管扩张病人可咯大量有臭味的黄脓痰，大叶性肺炎病人咯铁锈色痰等等。祖国医学根据痰的颜色或白或黄，质或稀或稠，有无气味，咯痰爽不爽，可辨其属寒属热：痰色白、质稀、易咯出、无气味的属寒，色黄、质厚稠、不易咯出、有臭味的属热。

（三）咯血

咯血往往是由于肺或气管的血管破裂而引起，也可因肺部微血管受到损害，血液经过受损的血管壁渗入肺泡与粘液混合而成。前者多为口吐鲜血，后者多为痰中带血。咯血应询问其数量、颜色等等。支气管炎、肺结核、大叶性肺炎、肺脓瘍、支气管扩张等均可出现咯血。

急性支气管炎剧烈咳嗽后痰中带血。肺结核病人的咯血，血色鲜红，量可较大，或仅为血絲痰，常伴有低热、消瘦、乏力、盗汗等全身症状。大叶性肺炎病人痰如铁锈色，有高热、胸痛、咳嗽等症状。支气管扩张病人有反复大量的咯血，痰量极多，常因体位改变而咯出大量的痰液。左心衰竭常可咯出粉红色泡沫状痰。

（四）胸痛

胸痛是一种常见的症状。当肺部病变侵犯壁层胸膜以至胸壁时，即可发生。可见于胸壁损伤、气胸、胸膜炎、大叶性肺炎、肺脓肿等疾患。应问清胸痛的部位、时间、性质，以及与呼吸、咳嗽、体位的关系。

（五）气急

凡呼吸道、肺组织、胸膜与呼吸肌等发生病变，均可使呼吸功能障碍。病人感到气不够用，而自动用增加呼吸的次数来代偿空气不足，临床上表现为气急（呼吸困难）。气急是一种常见的症状。支气管痉挛、管腔狭窄而引起的哮喘，呼吸道异物或肿瘤引起的呼吸道阻塞，以及肺炎、胸膜炎、肺气肿、重度肺结核等疾病均可有不同程度的气急；其它系统的疾病，如心力衰竭、严重贫血、脑部病变、中毒、高热等也可有气急现象（详见各有关章节）。问诊时应详细询问气急出现的时间、程度以及过去有无呼吸、循环系统疾病。

二、望　　诊

（一）一般情况

1．注意病人的体位。大叶性肺炎、肺脓瘍、多量的胸腔积液患者常喜向病侧侧臥，以减轻呼吸困难及咳嗽症状。当呼吸极度困难时（如支气管哮喘剧烈发作），患者常被迫采取端坐位，因为这种体位可使膈肌下降，增加肺的活动度以减轻呼吸困难。

2．注意病人的面容。呼吸困难时最突出的面容，是张口呼吸、鼻翼扇动、嘴唇青紫，或呈极度痛苦的表情。急性发热的患者有急性病容，如大叶性肺炎表现为双颊潮红，口唇有疱疹，呼吸急促，并有高

热、咳嗽、胸痛等现象。慢性病程的患者（如肺结核），往往有颜面苍白、颧红、消瘦等慢性病容。

3．有无杵状指　慢性心、肺疾病的中、老年患者，如肺气肿、支气管哮喘、风湿性心脏病等，常可见杵状指，其特点是指端明显增粗，指甲弯曲突出。

（二）胸廓

1．胸部体表的临床划分法　临床上为了便于了解正常或病理状态下胸内脏器的部位及其他病理改变，常将胸部体表以骨骼或人工划定一些垂直线作为标志。

⑴ 骨骼标志：在胸前的有锁骨、肋骨、肋弓和胸骨（包括柄、体和剑突）等；胸骨柄与胸骨体相接处略微突起呈钝角，称为胸骨角（旧称路易氏角），为第二肋骨的标志点，通常从此处开始计算肋骨。在背部的有肩胛骨，其上角在人体直立时相当于第二肋水平，下角相当于第七肋水平；脊柱的棘突，以第七颈椎突出最为明显，可从此处开始往下数胸椎，从第三胸椎起每一胸椎棘突相当于下一肋骨起端的水平（如第七胸椎棘突相当于第八肋骨附着处）。

⑵ 凹窝及区：比较重要的有胸骨柄上窝、锁骨上窝（左、右）、锁骨下窝（左、右）、腋窝（左、右）、肋间隙、肩胛间区、肩胛下部（左、右）和心窝部（胸口部）等。

⑶ 人工划定的垂直线：在前胸壁上的有：①前正中线：通过胸骨的中央，也称胸骨中线，如经剑突中点向下延伸，可通过脐部达耻骨联合；②胸骨线（左、右）：沿胸骨边缘与前正中线平行；③锁骨中线（左、右）：通过锁骨的中点，在男性一般可通过乳头，故又称乳线，但妇女或胸部异常者乳头位置多变，故不应以乳头为准（图 5-2）。

在侧胸壁上的有：①腋前线（左、右）：通过腋窝的前缘；②腋中线（左、右）：通过腋窝的中央；③腋后线（左、右）：通过腋窝的后缘（图 5-3）。

在背部的有：①后正中线（脊柱线）：通过椎骨棘突；②肩胛线（左、右）：通过肩胛骨下角（图 5-4）。

2．胸廓望诊的内容　正常胸廓两侧基本对称，成年人横径较前后

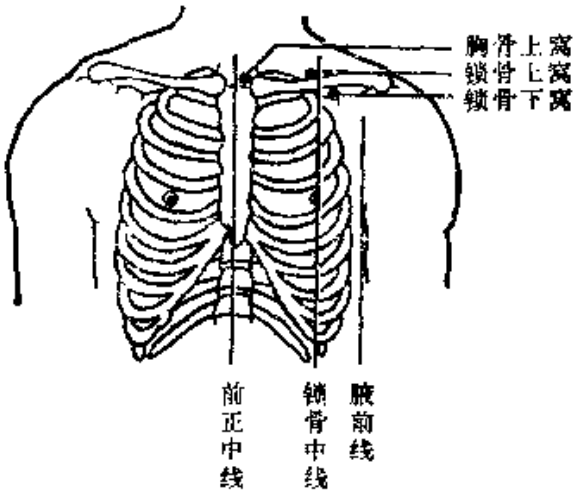


图 5-2　前胸壁的垂直线

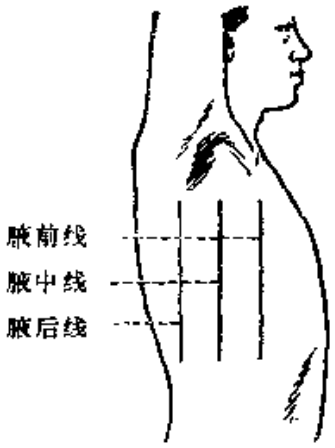


图 5-3　侧胸壁的垂直线

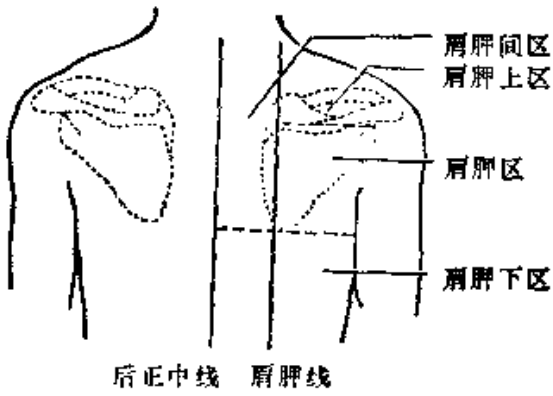


图 5-4　背部的垂直线

径大，呈扁圆形；婴儿则前后径和横径几乎相等。呼吸道病变可使胸廓形态发生改变，如慢性支气管炎长期咳嗽，使肺泡过度膨胀，肺脏经常处于吸气状态，久之形成肺气肿，此时胸廓前后径增大，与横径大致相同，形如圆桶状，称桶状胸；轻度桶状胸也可见于部分老年人。严重消耗病患者（如肺结核）及部分比较消瘦的正常人，由于长期衰弱，胸廓前后径比横径小得多，呈扁平胸。患佝偻〔音勾楼，gōulóu〕病的患者，胸骨部显著前突，前后径增大，横径缩小，肋骨缘外翻，

称为“鸡胸”（佝偻胸）。此外，肺萎缩或广泛性胸膜粘连时，可见病侧或局部胸廓凹陷；大量的胸腔积液、气胸、代偿性肺气肿及胸壁病变时，则可见病侧的胸廓隆起；心包积液和心脏扩大时，可见心前区隆起；等等。

（三）呼吸运动

1．呼吸类型　可分胸式呼吸和腹式呼吸，呼吸以胸廓运动为主的称胸式呼吸，以腹部运动为主的称腹式呼吸。两种呼吸运动很少单独存在。妇女、青年人多以胸式呼吸为主，儿童及成年男子则以腹式呼吸较明显。当膈下病变（如腹膜炎、大量腹水）和晚期妊娠时膈肌运动受限，腹式呼吸可变为胸式呼吸；肺部及胸膜疾病（如肺炎、胸膜炎）、肋骨骨折时，胸式呼吸运动减弱，腹式呼吸运动增强。

2．呼吸频率、节律和深度　正常人呼吸运动两侧对称，节律均匀，呼吸与脉搏之比约为1:4。呼吸衰竭时，可出现呼吸节律不匀或呼吸停顿等现象。

3．呼吸运动减弱或消失　肺气肿时，两侧呼吸运动均减弱。一侧肺或胸膜广泛性病变（如大叶性肺炎、胸腔积液、气胸、胸壁肌肉或肋骨受伤等），患侧呼吸运动减弱或消失，健侧呼吸运动则呈代偿性增强。

（四）其它

咽部和扁桃体的检查也十分重要。咸胃时，咽峡部充血微红。扁桃体发炎时，一侧或双侧扁桃体肿大、疼痛，严重时可影响吞咽，扁桃体表面可有黄白色的脓性分泌物，颌下淋巴结可肿大。患白喉时，扁桃体上有一层灰白色的假膜，不易擦去，强行擦去易出血。若整个咽部和软腭发红，并有全身弥漫性红疹及发热等，应考虑到猩红热。

三、触　　诊

（一）气管的位置

正常人气管位于正中。一侧胸腔大量积液或气胸时，气管被推向另一侧；胸膜炎后的胸膜粘连、重度肺结核或肺不张时，气管被拉向患侧。

（二）胸痛的部位和程度

用手指轻压胸壁，注意疼痛的部位及程度。如胸壁软组织发炎、肋骨骨折、肋间神经痛可引起浅部痛，胸腔病变如干性胸膜炎可引起深部痛。

（三）语音震颤

语音震颤是由于发音时，声带振动产生的声波经支气管及肺传到胸壁，使胸壁发生震动而产生的。检查方法是将两手掌平贴在患者两侧胸廓对称的部位，让病人低声拖长声调数“一——二——三”，按前胸、侧胸、后背的顺序，由上而下对称比较两手感觉震颤的强度。正常人的震颤右侧较左侧稍强，胸廓上部较下部为强。震颤增强见于肺实变（如大叶性肺炎）及肺空洞等。震颤减弱或消失见于胸腔积液、积气、肺气肿及肺不张等。

四、叩　　诊

胸部的叩诊一般用指指叩诊法（详见 273 页），其步骤是先叩前胸，再叩侧胸，最后叩背部，自上而下，左右两侧对照进行。

（一）正常胸部叩诊音的分布（图 5-5）

1．清音　肺部。清音响度与肺的含气量、胸壁的厚薄（人的胖、瘦）和邻近器官的影响有关。

2．浊音　肺覆盖心、肝的部分。

3．实音　未被肺覆盖的心、肝区域。

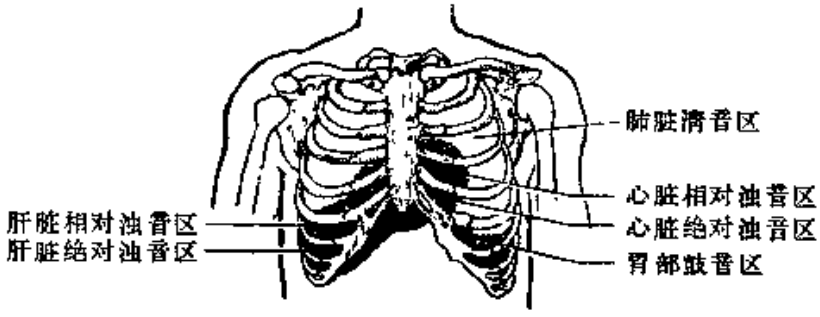


图 5-5　正常胸部叩诊音分布区

4．鼓音　左下胸部相当于胃的含气部分（旧称“特劳贝氏区”）。鼓音区的大小与胃含气量的多少有关。左胸腔积液或脾肿大时，该区鼓音消失。

5．肺下界　相当于清音变为浊音的部位。

（二）病理性的胸部叩诊音

1．浊音　大叶性肺炎、肺结核、胸膜增厚等病时，病变部位肺组织含气量减少，肺部可叩有浊音。

2．实音　肺或支气管内因痰、脓或异物阻塞而呈不张，以及肺肿瘤、胸腔积液时，肺部可叩有实音。

人体基本叩诊音比较表

区别 \ 种类	清　音	浊　音	实　音	鼓　音
声音特征	长而低	短而高	高度浊音	长而低或长而高，如打鼓
正常分布区	正常肺区	肺所覆盖的肝、心部分	未被肺覆盖的肝、心部分	胃、膀
病态部分		肺炎、肺结核、胸膜增厚	胸腔积液、肺肿瘤	气胸、肺空洞

3．鼓音　肺气肿、肺空洞、气胸时，肺部叩诊呈鼓音。

4．肺下界降低见于肺气肿。肺下界升高见于肺萎缩、胸腔积液、肝脾肿大、腹水等疾病。

五、听　诊

肺部听诊时，病人取坐位或平卧位，并作平静、均匀而较深的呼吸。检查时应有顺序地进行，同时两侧进行对比。听诊时要注意呼吸音的性质、强弱、有无罗音等。

（一）正常呼吸音（图 5-6）

1．肺泡呼吸音　是空气出入肺泡产生的类似“呋”的声音。吸气时长而响，呼气时短而弱。在两侧肺部都可听到。

2．支气管呼吸音　是空气通过气管、支气管产生的类似舌尖抬起

发出“哈”的声音。支气管呼吸音声音较响，呼气时长，吸气时短。在喉部、胸骨上部及背后的肩胛间区可以听到。

3. 支气管肺泡呼吸音（混合性呼吸音） 就是在吸气时带肺泡呼吸音的性质，呼气时带支气管呼吸音的性质，听诊时吸气与呼气的时间长短、音响强弱、音调高低几乎相等。在胸骨角附近及肩胛间区可听到。

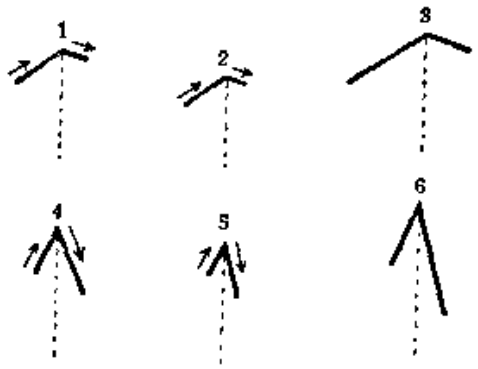


图 5-6 各种呼吸音模式图

1.肺泡呼吸音；2.减弱的肺泡呼吸音；3.增强的肺泡呼吸音；4.中等强度的支气管呼吸音；5.减弱的支气管呼吸音；6.增强的支气管呼吸音

（二）病理性呼吸音

1. 肺泡呼吸音的变化

(1) 增强：发热或活动后，两肺呼吸音均增强。一侧肺叶或胸膜病变使肺功能丧失时，另一侧肺的呼吸音可代偿性增强。

(2) 减弱或消失：两侧均等性减弱，见于胸膜增厚、肺气肿。一侧或局限性减弱或消失，见于肺或胸膜病变，如肺炎、肺结核、胸腔积液、胸膜增厚、气胸、呼吸道肿瘤等。

(3) 呼气延长：见于哮喘和肺气肿。

(4) 粗糙：多见于急性支气管炎、大叶性肺炎的早期和某些能使呼吸运动增强的情况下。

2. 病理性的支气管呼吸音 在正常人不该听到支气管呼吸音的

区域听到了这种呼吸音，即为病理性支气管呼吸音，也称管状呼吸音。可见于大叶性肺炎等时，由于肺组织实变，音传导增强所致；也可见于肺内有空洞（脓肿、结核）与支气管相通或支气管扩张等时，主要由于支气管呼吸音在空洞或扩张的支气管内获得共鸣而增强，周围又有肺组织实变而利于音响的传导所致，其音调常为空瓮性或金属性。

3．病理性的混合性呼吸音　当肺内有小的实变区并与正常肺组织掺杂存在时，或深部的实变病灶被正常肺组织遮盖时，正常的肺泡呼吸音可变为肺泡性与支气管性的混合音调，最常见于支气管肺炎、肺结核及大叶性肺炎的早期，有时在胸膜炎积液的上方也可听到。

（三）罗音

罗音是伴随呼吸音的一种附加音。

1．干罗音　是空气通过狭窄的支气管管腔（支气管由于痉挛、粘膜肿胀或有粘稠分泌物附着而狭窄）时，产生的一种吹笛样声音（称为哨笛音）；或呼吸时浓厚的痰液震动，在较大的支气管内产生共鸣，发生类似“鸽鸣”的声音（称为鼾音）。呼气吸气时均可听到，呼气时明显。见于支气管炎、哮喘等病。

2．湿罗音（水泡音）　是空气通过附有稀薄分泌物的支气管腔或肺泡时产生的水泡破裂样声音，多在吸气末可以听到，一般分大、中、小三种。中、小湿罗音多见于支气管炎和肺炎，大湿罗音多见于心力衰竭及肺水肿。湿罗音的分布可随病变的程度而有所不同。如病变广泛（肺水肿等），罗音可满布肺野；心力衰竭及肺瘀血时，罗音多在两侧肺下野；局限性病变可有局限性的水泡音，而靠近肺的边缘部分出现大水泡音则为空洞的可靠体征。

（四）胸膜摩擦音

两层胸膜间因炎性渗出而使表面粗糙，当呼吸运动时相互摩擦所产生的声音，叫胸膜摩擦音。这种声音好象在耳朵旁边将两手指相互摩擦时的声音，在腋下听得最清楚，呼、吸时出现，咳嗽后声音无变化。常伴有胸痛，多见于胸膜炎初期。

（五）支气管语音（也叫“语音传导”、“耳语音”）

让病人低声重复数“一、二、三”，用听诊器在两侧胸部对称听取

支气管语音，比较两侧的强弱。它的临床意义与触诊的语言震颤相同，但更灵敏。如大叶性肺炎时，肺组织实变，语音传导增强；胸腔积液时语音传导则减弱或消失。

思考题

1. 呼吸系统检查时，有哪些注意点？

2. 试述以下名词的临床意义：桶状胸、肺部浊音、呼吸音减低或消失、管状呼吸音、干罗音、湿罗音、胸膜磨擦音、语音传导。

第三节　呼吸系统常见疾病

一、感　　冒

感冒俗称“伤风”，是由感冒病毒引起的上呼吸道感染。这种病毒平时居留在鼻咽部，当人体因受凉、淋雨等而抵抗力下降时，便可导致本病发生。传染源是患者或带病毒者，通过飞沫传播。发病率高，传染性强，各种年龄、各个季节均可发生，冬春季最多见。祖国医学认为系由于外邪（常见风、寒、热、湿、暑）乘人体虚时犯肺，致肺气不宣、阳气被郁所致。

症状　表现为全身不适，一般不发热或有轻度发热，头痛，鼻塞，流涕，打喷嚏，咽喉干痒，声音嘶哑，咳嗽等。婴幼儿全身症状比较明显，往往有高热，并常因鼻道阻塞而发生哺乳困难。

祖国医学把感冒分为二类：怕冷重，发热轻，无汗，口不渴，苔薄白，脉浮紧者为风寒感冒；发热重，怕冷轻，有汗或无汗，口干微渴，咽喉肿痛或咯黄痰，苔薄黄，脉浮数者为风热感冒。此外，若感冒兼见全身酸重、头胀重、胸闷

恶心、口中淡腻、苔腻，属挟湿；若夏天见胸闷纳呆、心烦口渴、小便黄赤、舌苔黄腻、脉濡数，属挟暑。

感冒患者如热度增高，头痛剧烈，咳嗽加重，吐脓痰或出现其他伴随症状时，应考虑继发细菌感染或其他疾患（如急性鼻旁窦炎、咽扁桃体炎、中耳炎、支气管炎、肺炎等）的可能性。

检查 咽部轻度发红充血。血液白细胞计数正常或偏低。

鉴别诊断 某些急性传染病如麻疹、猩红热、百日咳、脑炎、流脑等在患病初期有感冒症状。应注意发病地区和季节，接触史，并作必要的短期随访。这些病均可有特殊体征出现，应仔细鉴别，并早期采取必要措施。

预防

1. 锻炼身体，增强体质，是最有效的预防方法。

2. 居室经常开窗、通风，保持空气流通。

3. 天气变化时注意增减衣服，防止受凉。淋雨后可服生姜汤。

4. 杭菊花3钱、桑叶3钱、薄荷8分，水煎当茶饮。

5. 集体场所或住房室内可燃烧桑叶（每人1两计算），紧闭门窗10～15分钟；也可用米醋蒸熏，即将米醋1斤加水1斤混和，盛置于锅里在炉上煮沸，使其蒸发到干为止，并紧闭门窗半小时。

治疗

1. 注意保暖和必要的休息，多饮水。

2. 新针疗法 针刺大椎、风池，发烧加曲池，头痛加合谷、太阳，咳嗽加列缺，痰多加丰隆，鼻塞加迎香，喉咙肿痛刺少商穴；或耳针内鼻、皮质下，可配肾上腺、神门。

3. 中草药

(1) 风寒感冒：治宜辛温解表。可用紫苏叶 2 钱、生姜 3 片、葱头 10 余根，水煎乘热吃下，出汗为好。如咳嗽、胸闷厉害，加用陈皮 1 钱、杏仁 3 钱、枇杷叶 4 钱；头痛鼻塞重的，加用苍耳子 3 钱、辛荑〔音移，yí〕花 1.5 钱。也可用成药午时茶 1 包冲服，每日 2～3 次。必要时选用荆防败毒散加减，即荆芥、羌〔音腔，qiāng〕活、柴胡、前胡、枳〔音止，zhǐ〕壳、桔梗各 3 钱，防风 2 钱，甘草 1.5 钱，水煎服(注)。

(2) 风热感冒：治宜辛凉解表。可用桑叶、杭菊花、酢〔音醋，cù〕浆草各 3 钱，水煎服。咽痛加用挂金灯 3 钱、鲜芦根 1 两；高热加用鬼针草 1 两、青蒿〔hāo〕5 钱、薄荷(后入) 2 钱。也可用成药感冒冲剂 1 包冲服，每日 3～4 次。必要时选用银翘散、桑菊饮加减（方见 205 页）。

(3) 感冒挟湿者，如偏于风寒，可用藿香正气散加减，即藿香、苏叶、白芷、厚朴、桔梗各 2 钱；大腹皮、茯苓、白术、半夏曲各 3 钱；甘草、陈皮各 1 钱，水煎服。偏于风热则可用银翘散加滑石 5 钱、芦根 1 两，水煎服。若挟暑者，可用新加香薷饮加减，即香薷 2 钱，藿香、佩兰、扁豆花各 3 钱，银花、连翘各 4 钱，水煎服。

4. 对症治疗

(1) 头痛或发热可用A. P. C.（复方阿斯匹林），每次 1 片，一日 3 次；或P. P. C.（氨非咖），每次 1 片，一日 3 次。症状较重者可加用扑尔敏，每次 1 片，一日 3 次；或苯海拉明，每次 1 片，一日 3 次。也可改用克感敏，每次 1～2 片，每日 3 次。

注：这里所说的水煎服，是按照中医的传统投药方法，即一服药，水煎二次（称为头汁、二汁）服下，其间相隔 5～6 小时。下同。

(2) 咳嗽用复方甘草合剂（又名棕色合剂），或伤风止咳糖浆（非那根糖浆）、中草药止咳糖浆等，每次 10 毫升，一日 3 次；或甘草片，每次 2～4 片，一日 3 次。

(3) 鼻塞厉害可用鼻眼净滴鼻。

5. 热度较高，常表示并发细菌感染，可用长效磺胺（SMP）每天 1 次，第一次服 2 片，以后每次 1 片；或磺胺噻唑（ST）每次 2 片，一日 4 次，应同服等量苏打片并多喝水。亦可注射中草药针剂，如蒲公英 2～4 毫升肌注，每天 1～2 次。还可加服维生素 B、C，都是每次 1～2 片，每日 3 次，可有利于本病的恢复。

6. 儿童用药量按"小儿用药剂量计算"酌情加减。婴幼儿鼻塞厉害时可用 0.5～1.0% 麻黄素生理盐水 1～2 滴滴鼻。

二、流行性感冒

流行性感冒简称"流感"，是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病。传染源为流感病人，主要通过飞沫传播，常于受凉、过度疲劳而致机体抵抗力降低时发病。本病具有高度的传染性，极易发生流行，常一家或邻近多人先后甚至集体起病。祖国医学称为"时行感冒"，认为主要是由于平时体质虚弱，当冷热失常、过度疲劳之后外卫机能不固，病邪入侵犯肺而得病。

症状 潜伏期很短，约 1～3 天。起病急，患者鼻塞、流清水鼻涕、轻度咳嗽、咽喉干痛、剧烈头痛、眼眶痛、畏寒，发热可达 39°C 以上，并持续 2～3 天，还有较明显的全身节骨酸痛、软弱无力等，相当于祖国医学所称的"热毒"；由于机体抵抗力明显降低，易继发细菌感染，并发鼻窦炎、中耳炎、支气管炎、肺炎等，祖国医学称为"热毒壅肺"。

检查 结膜、鼻粘膜、咽喉充血，听诊肺部无阳性体征发现。白细胞计数常减少。

预防

1. 增强体质，防止受凉和过度疲劳。

2. 大力开展群众性爱国卫生运动，注意居室清洁卫生，多开窗户，保持空气流通，衣服及被褥多在日光下晒。

3. 一旦发现有较多“上感”病人在短期内出现，须警惕流感的可能，应就地隔离患者，采取措施，防止流行。

4. 流行期间，葱白 7～10 根，每日早上水煎服，连吃 3 天；或枇杷叶 1 两、苏叶 3 钱、桑叶 3 钱、夏枯草 3 钱，水煎当茶饮。也可用食醋熏蒸(详感冒)。大规模预防还可用桉树叶，每 100 斤水加鲜品 3～5 斤，煮沸 10～15 分钟，成人每天服 100～200 毫升，儿童 30～80 毫升，代茶饮，连服 4～6 天。

5. 流行期间，少到公共场所，密切接触者可戴口罩。

治疗

1. 休息、保暖、多饮开水。

2. 新针疗法 同感冒。

3. 中草药治疗 基本同感冒，可加用清热解毒药物。按临床辨证，风寒者宜辛温解表，如荆防败毒散；风热者宜辛凉解表，如银翘解毒丸(片)1～2 丸(片)口服，每日 3 次；或感冒冲剂 1～2 包冲服，每日 3～4 次。一般 3～5 天后退热，症状逐渐消失。如果症状不减，出现咳嗽胸痛、痰多发热的“热毒壅肺”症，可用麻杏石甘汤加减(见 205 页)。

4. 对症治疗 发热头痛可口服A. P. C. 或P. P. C.，热高时可用复方氨基比林 2 毫升肌注。咳嗽、鼻塞处理同感冒。

〔注〕 复方阿斯匹林（A. P. C.）、氨非咖（P. P. C.）、氨基比林，是同一类的药物，称为解热镇痛药，多是几种药物的复合制剂。用于发热病人，可使热度下降，又有止头痛、关节痛、肌肉痛、神经痛、月经痛等作用，但对胃肠道疼痛无效或作用不大。氨基比林常用其复方制剂，作用比较缓和，成人每次注射2毫升（即1支），儿童减半，幼儿可用¼；也有片剂口服。A. P. C. 和 P. P. C. 均为口服片剂，成人每次1～2片，日服3次；儿童酌减。这些药物用作退热时，剂量不可过大（特别是高热者），以免体温突然降低而发生虚脱。在服用时，如能加服扑尔敏4毫克、苯海拉明25毫克或鲁米那0.03克，一日3次，可起协同作用。目前也有将 P. P. C. 1片和扑尔敏2毫克合制成一种片剂，称为克感敏，使用时更为方便。

5. 必要时可用长效磺胺、磺胺噻唑、中草药针剂等预防继发感染。服用维生素B、C以利恢复。如已有继发感染，则按并发症处理(详后述)。

思 考 题

1. 流行性感冒与普通感冒有什么区别？怎样预防和治疗？
2. 从感冒的治疗，初步熟悉中医的辨证论治原则。

三、支气管炎

支气管炎是由细菌、病毒以及物理和化学刺激等因素引起的支气管炎症。按病程长短分为急、慢性两种。慢性支气管炎多因急性反复发作，或矿物质、尘埃、吸烟、化学物理等长期刺激使支气管粘膜肥厚、萎缩或纤维变性所致，俗称“老咳嗽”，多见于老年人；此外，亦常为呼吸系统慢性病如支气管扩张、支气管哮喘、肺结核等的并发症。本病在祖国医学中属“咳嗽”、“痰饮”、“咳喘”的范畴，其中急性者多由于外感时邪引起，慢性则可因急性反复不愈或其它原因所

致痰饮内聚、肾不纳气而发生。支气管炎的发病率很高，尤其是慢性支气管炎，在我国广大农村、山区十分普遍。不少慢性支气管炎病人，久咳不愈，进而发展成为肺气肿、肺原性心脏病，劳动力大受影响。过去由于刘少奇、林彪顽固地推行反革命修正主义卫生路线，对严重危害贫下中农健康的多发病、常见病置之不理，使本病的根治问题长期得不到解决。无产阶级文化大革命和批林批孔运动以来，广大医务人员和赤脚医生遵照毛主席关于中西医结合的教导，积极发掘祖国医学遗产，创造了许多行之有效的治疗常见病、多发病的新疗法。在防治老年慢性气管炎方面，也已做出可喜的成绩。我们坚信，在毛泽东思想指引下，一定可以攻克这个顽固堡垒。

（一）急性支气管炎

症状 起病较急，有畏寒、发热、头痛、全身不适等上呼吸道感染的症状，并出现咳嗽，先是干咳，以后逐渐有痰。可咯出粘痰或脓痰，咳剧时胸骨后疼痛，痰中可有血丝。病程约一周。老年人及儿童由于抵抗力较差，容易发展成支气管肺炎。祖国医学把咳痰稀白、苔薄白、脉滑者称为风寒咳嗽；咳痰黄稠不爽或干咳、苔薄黄、脉滑数者称为风热咳嗽。

在婴幼儿，常可因喉部炎症向下蔓延到气管、支气管，形成喉气管支气管炎。患儿起病急，高热、咳嗽、吐脓样痰；同时呼吸困难、发绀、声音嘶哑、烦躁，甚至惊厥；可有呕吐。随着炎症的进展，还可出现窒息，必须及时抢救。

检查 支气管炎时呼吸音增粗，有时肺部可听到少量干、湿罗音，但咳嗽常可使湿罗音位置改变。喉气管支气管炎可见鼻翼煽动、呼吸辅助肌运动明显，听诊肺部呼吸音减低，呼气音延长，有鼾〔hān〕音和各种湿性罗音。

鉴别诊断 年轻人干咳低热，应怀疑肺结核可能，必要时可作胸部X线检查或痰液细菌培养证实。还应与肺炎鉴别，后者全身症状明显，肺部有实变体征，可听及细湿罗音。

治疗

1. 注意适当休息、保暖，多饮开水。

2. 中草药治疗

(1) 风寒咳嗽：治宜祛风散寒化痰。可用苏全3钱、白芥子3钱、半夏3钱、旋复花3钱（包煎），水煎服；或杏苏饮加减，即杏仁、苏叶、前胡、半夏、陈皮、茯苓、枳壳各3钱，桔梗1.5钱，甘草1～2钱，生姜4片，大枣6枚，水煎服。也可用草药验方紫苏、佛耳草、蒲公英各5钱水煎服。

(2) 风热咳嗽：治宜宣肺清热。可用麻杏石甘汤加减(方见205页)，必要时加入银花5钱；或用桑菊饮加减（方见205页）。也可用草药验方蒲公英、鱼腥草、江剪刀草各5钱，水煎服。

3. 对症处理

(1) 咳嗽可用中西成药化痰止咳剂，如各种草药止咳糖浆、枇杷膏、敌咳、复方甘草合剂、氯化铵合剂、咳必清糖浆等，均为10毫升/次，每日3次。若咳嗽剧烈，且为干咳无痰，必要时可服磷酸可待因，每次0.015克（片剂或糖浆均可），一日3次，但痰多者禁用。

(2) 有发热者给A. P. C.。

(3) 如有气急或痉咳，可服氨茶碱0.1克，每日3次；同服鲁米那0.015克，每日3次。

4. 抗菌药物：轻者用SMP或ST、SM_2（磺胺二甲嘧啶）、SD（磺胺嘧啶）。重者用抗菌素，如普鲁卡因青霉素

40万单位，每天肌注1～2次（需先作皮肤过敏试验）；或链霉素0.5克，每天肌注2次；或口服四环素0.25克，一日4次，氯霉素0.25克，一日4次，合霉素0.5克，一日4次等（一般选用一种即可）。

〔注〕 ST（磺胺噻唑）、SD（磺胺嘧啶）、SM_2（磺胺二甲嘧啶）、SMP（长效磺胺）等都是同一类药物，称为磺胺药。每片都是0.5克。它们对溶血性链球菌、葡萄球菌、脑膜炎双球菌、肺炎球菌、淋球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌及沙眼病毒等，均有一定的抑制作用。口服后很快吸收到血液中，作用于身体各部分，所以适用于全身性疾病及各系统的局部病变，如上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、中耳炎、疖痈、产褥热等。其中SD能很快地进入脑脊液中，因此，成为治疗流行性脑脊髓膜炎及其他化脓性脑膜炎的有效药物（重者可用静脉注射，每安瓿0.4或1.0克）。

少数病人服用磺胺药后可出现恶心、呕吐、食欲不振、皮疹、头痛、眩晕、血尿、尿闭等反应，偶见溶血性贫血、血中白细胞减少、紫癜〔晋店，diàn〕等。由于磺胺类药物通过肾脏随尿排出时易形成结晶，刺激肾脏，引起血尿、尿闭，所以须同时服用等量苏打片（SMP可不用），防止磺胺结晶，并多饮水，促进排泄。有肾脏病者最好不用磺胺药。

药物用量，成人首次给1.5～2克，以后每4～6小时给1克（目前认为SD在体内作用时间长达17小时，故可日服2次），1～2天后如症状好转，可酌情减量。SMP在体内发挥作用的时间长（可维持24小时），故首次给2片，以后每日服1片即可。

用药时尚须注意：⑴首次剂量须用较大量，以免细菌产生抗药性。⑵服药同时不宜应用普鲁卡因，因为它有对抗磺胺作用的可能。⑶对于毒性反应的处理：如轻度反应（恶心、呕吐、眩晕等），不必停药，病人可以自愈；比较严重的反应（如呼吸困难、腹痛、发绀、发热、溶血性贫血等），应立即停药。⑷肝、肾及循环系统疾病患者，用药时要特别注意。⑸连续服药最好不超过一星期，太长易引起毒性反应。

5. 新针疗法　针刺天突、丰隆。咳嗽不止加喘息，发热加曲池。或耳针平喘、肺、肾上腺，可配神门、枕。

6. 喉气管支气管炎患儿，早期控制感染和祛痰十分重要，用药如前述（剂量按“小儿用药剂量计算法”计算，抗菌药物一般均需青、链霉素合用或用广谱抗菌素）。对呼吸困难，轻者可给止喘药物，如肌注喘定 5～10 毫克/公斤/次，每日 1～2 次；稍重者可用激素，如口服强的松、静滴氢化可的松等；特别严重，有窒息倾向者，应考虑作气管切开，保持呼吸道畅通。

（二）慢性支气管炎

症状　病程较长，冬春季节遇冷容易发作。病情较轻时，只有早晚出现咳嗽和咯痰，一般无其它症状。以后咳嗽逐渐增剧，并咯出大量粘稠白色的泡沫痰。有继发感染时，可出现全身症状如畏寒、发热、骨关节疼痛，并咯出黄色脓痰，咳嗽剧烈时可痰中带血。当痰液阻塞小支气管，或者支气管粘膜充血水肿时，常出现哮喘样发作，严重时出现紫绀，患者常端坐呼吸，此种也称“哮喘性支气管炎”。反复发作可导致支气管扩张、肺气肿、慢性肺源性心脏病等并发症。祖国医学认为本病主要因脾失健运、水湿停聚，上犯于肺而导致易感外邪，出现反复咳嗽、气急等。若痰白、苔白润、脉濡滑，属于寒咳痰饮；若发热、痰稠黄、苔薄黄、脉滑数，则属寒痰化热。

检查　一般无明显体征，背部有散在干湿罗音，咳嗽后消失。哮喘性支气管炎可听及哮喘音。发展为肺气肿时，两侧呼吸音降低，可见桶状胸、杵状指和轻度紫绀。

鉴别诊断　应与支气管扩张、肺结核等病鉴别。前者除了咳嗽咯痰之外，还有反复咯血的病史；后者有长期干咳、午后潮热、盗汗及

消瘦等症状，并有咯血或长期痰中带血史，X线胸透可帮助诊断。

并发症

1. 肺气肿　由于长期的慢性咳嗽所致，详见后文肺气肿节。

2. 慢性肺源性心脏病　由于肺组织损害后肺循环阻力加重而逐渐引起，详见第八章。

预防

1. 加强冬季体育锻炼，增强机体抵抗力。

2. 早期治疗急性支气管炎，防止反复发作而形成慢性支气管炎。

3. 不吸或少吸烟。从事采矿、化工等工作的人员，应注意劳动保护，避免粉尘吸入。

治疗

1. 新医疗法　针刺天突、丰隆或定喘、肺俞、内关、尺泽等穴。一般可先针天突，用捻转手法，使有窒息样感觉；如此穴效果不佳，再配用定喘及肺俞。有继发感染发热时加用曲池穴，体虚久病者加足三里。还可割治膻中穴（详见第101页）。

2. 中草药治疗

(1) 草药验方：

① 佛耳草、江剪刀草各1两，鱼腥草5钱，水煎服。适用于咳嗽多痰者。

② 佛耳草、山海螺各1两，苏子、莱菔子各3钱，水煎服。适用于咳嗽气喘者。

③ 新鲜丝瓜露50毫升，每日一次顿服。丝瓜露做法：在成熟的丝瓜藤根部（约离地面上5寸处）割断，根部断端插入受汁的容器内，24小时后取汁即成（注意：若受汁数量较少时可同时多割几根藤，或者在割藤根部先浇水）。

④ 枯丝瓜藤、棉花根各2两，水煎作茶饮，每日三次。

⑵ 辨证论治：

① 寒咳痰饮：治宜温肺祛痰。可用化饮解表汤（即小青龙汤，方见204页）加减，或用苓桂术甘汤（见216页）合二陈汤（见228页）加减。

② 寒痰化热：治宜清肺化痰。用麻黄1.5钱，杏仁、桑白皮、冬瓜子、款冬花、黄芩〔音琴，qín〕各4钱，鱼腥草、蒲公英各1两，半夏3钱，甘草1钱；老年气急、气短者可加苏子3钱、白果（打碎）5枚、地龙粉3～8钱（冲服），水煎服。

⑶ 介绍几种各地使用较有效的中草药方剂：

① 复方阴阳莲：阴阳莲（即虎杖）、十大功劳、枇杷叶各1两为一天量，制成浸膏，分3次服用。

② 喘咳膏贴穴疗法：中药白芥子、甘遂、元胡、细辛、干姜、洋金花，并加少量西药非那根和樟脑，用酒精浸泡后，制成浸膏，做成橡皮膏样咳喘膏，每张含生药共1.8克。选两组穴位交替贴治，甲组为肺俞（双）、心俞（双）、膈俞（双）；乙组为大椎、灵台、命门、膏肓〔音荒，huāng〕（双）、膻中。5天换1次，6次为一疗程。如先在穴位拔火罐，使毛孔开放，然后再贴，则效更好。若局部出现水泡，可涂龙胆紫。

③ 复方麻黄炒地龙片：由麻黄炒地龙、胆南星、野荞麦、蒲公英组成，每服2～4片，日3次。

④ 千年红复方片剂：由千年红3钱，平地木、佛耳草、四季青各4钱制成。

3. 对症治疗　可用甘草片或合剂及咳必清片或糖浆等镇咳，同时加用氯化铵祛痰或其他止咳化痰成药；并用麻黄素（25毫克，一日3次）或氨茶碱（0.1克，一日3次），以

解除支气管痉挛，改善呼吸困难。

〔注〕 甘草片、甘草合剂、咳必清片、咳必清糖浆、氯化铵是同一类药物，称为镇咳祛痰药。甘草片和甘草合剂适用于刺激性干咳、支气管炎初期，常用量合剂10毫升，片剂2～4片，均每日3次口服。咳必清可通过局部麻醉和作用于咳嗽中枢而起镇咳作用，适用于比较剧烈的咳嗽，常用量片剂1～2片（每片25毫克），糖浆10毫升，均一日3次口服。氯化铵的作用是刺激胃粘膜，反射性地引起支气管粘膜分泌增加，使痰液稀释，易于咯出，常用于干咳、痰不易咯出时。常用量0.3～0.5克，每日3次口服。有制成的片剂，或将粉剂按量加入合剂中服用。

4. 伴有继发感染时，应及时应用抗菌药物，以消除炎症，控制感染；或在上述中药处方中加鸭跖草、鱼腥草、犁头草等中草药，以增强清热解毒作用；也可注射中草药针剂，如蒲公英、大青叶或四季青注射液等，均为每次2～4毫升，每日1～2次。

思 考 题

1. 试述急、慢性支气管炎的诊断与防治。
2. 你们打算怎样在本大队开展老年慢性支气管炎的防治工作？

四、支气管哮喘

支气管哮喘俗称“吼病”，祖国医学称“哮症”，主要由于中小型支气管平滑肌痉挛，粘膜充血、水肿，管腔内粘稠分泌物增多，使管腔狭窄，空气进出不易，而表现为阵发性带有哮鸣音的呼吸困难。本病好发于冬秋季节，并常反复发作，不少病人自幼年即得病，延续多年，屡发不愈。目前认为哮喘发作的原因是：

1. 机体对某些动物、尘埃、食物、花草、药物等过敏而发生。即祖国医学认为平素脾肾阳虚所致。

2. 大部分病人是由于呼吸系统的感染而诱发哮喘发作，可因受寒、气候变化、情绪波动而诱发，即祖国医学所指肺有伏痰。但过敏性患者在屡发过程中亦可并发感染，最后演变成此型。

症状 发作前部分患者可有先兆症状，如鼻粘膜发痒、喷嚏和全身不适等，然后突然发作哮喘。表现为呼吸困难，特别是呼气困难，患者被迫取坐位，两手前撑，两肩耸起，面色苍白，口唇青紫，额出冷汗，手足发凉。胸部膨隆，所有辅助呼吸肌如鼻翼、颈、两肩、腹壁肌均参加活动，呼吸时发出哮鸣声。发作持续数分钟至数小时。发作停止前开始咳嗽，咯出少量粘稠白痰，患者感觉舒服。严重者哮喘发作可持续数日甚至数周，称为“哮喘持续状态”。哮喘患者长期反复发作，可发展成肺气肿，继而影响心脏机能，导致心力衰竭。呼吸道感染诱发的哮喘，可先有咳嗽、咯黄痰等呼吸道感染病史，并感轻度胸闷，然后逐渐发作哮喘，可持续数日至数周，在此基础上出现较大的发作，每日几次。

检查 发作时患者极度呼吸困难，有紫绀，颈静脉于呼气时怒张，并有急性肺气肿体征，如胸廓呈桶状、听诊两肺呼气音高度延长伴有很响的哮鸣音等。初发者或无呼吸道炎症者，在发作后肺部可完全正常；屡发者可发展成肺气肿，出现桶状胸、肺下界降低、肝肿大等，不发作时肺部仍可听到干湿罗音。

祖国医学认为本病除上述症状、体征外，若兼见咳痰清稀、面青肢冷、口不渴或喜热饮、舌淡苔白滑、脉浮紧，属于寒哮；而痰黄稠、口渴喜饮、溲黄便秘、舌苔黄腻、脉象滑

数，则属热哮；如久病气短、心悸，动则气急尤甚，兼见易汗、肢冷、体肿、便溏、舌淡、脉沉细或细数无力，属于肺、心、肾同病。

鉴别诊断

1．心脏性哮喘　左心衰竭和肺水肿时常有夜间阵发性呼吸困难，可作哮鸣音。并有频频咳嗽，咯出粉红色泡沫状痰。两侧肺底部有大量的湿罗音。患者有心脏病病史及心脏病体征，如心脏扩大、杂音等。

2．慢性气管炎、支气管扩张并发肺气肿　常由于咳嗽或气管内痰液阻塞而引起呼吸困难，但有比较长久的病程，呼吸困难呈进行性加重，无典型的哮喘发作而有典型的肺气肿体征，使用支气管解痉药治疗效果不如支气管哮喘明显。

3．呼吸道异物阻塞　主要表现为吸气困难，并有异物吸入史。

预防

1．锻炼身体，增强体质，避免受凉感冒，防治支气管感染。

2．尽力找出过敏因素，避免接触过敏原，有寄生虫病者应驱虫治疗。

治疗　哮喘病人发作期间十分痛苦，且因反复发作影响健康和工作，因而多数病人精神负担较重。事实证明，精神因素对哮喘的发作有极大影响。赤脚医生必须对病人做深入细致的思想工作，使病人树立革命的乐观主义精神，主动配合治疗。同时仔细调查发病诱因，摸索发作规律，寻找有效的治疗方法等。通过发挥医生和病人两个积极性，可以获得满意的疗效。

1．发作时的处理　可针对病人的不同情况，选用：

(1) 针刺定喘、膻中，痰多加丰隆，发热加大椎，体弱加足三里，咳嗽、呼吸困难加天突。耳针同支气管炎。

⑵ 1:1,000 水剂肾上腺素 0.3～0.5 毫升皮下注射，或两侧合谷穴各 0.1 毫升穴位注射，必要时 15～30 分钟后可重复注射。

⑶ 1:500 油剂肾上腺素 1 毫升肌注，6～12 小时 1 次，凡水剂注射有效者可用油剂替代。

⑷ 异丙基肾上腺素 1:200 水溶液 0.2～0.5 毫升喷雾吸入，或 5～10 毫克片剂舌下含服。

⑸ 氨茶碱 0.25 克加 50% 葡萄糖 20 毫升静脉缓注，必要时可在 4～6 小时后重复注射；也可取 0.25 克加 10%葡萄糖 100 毫升静脉滴入；还可用平喘露 1 只塞肛，或用 0.5 克氨茶碱加 10%水合氯醛〔音全，quán〕10～15 毫升或副醚 10～15 毫升作保留灌肠。

⑹ 麻黄素 0.015～0.03 克皮下注射，作用较慢而持久。

⑺ 中草药：石苇、江剪刀草、佛耳草各 1 两，水煎服。发作较剧时用洋金花切细代烟丝，制成卷烟点燃吸入，可暂缓解气喘发作；或用地龙注射液 2 毫升肌肉注射。

⑻ 辨证论治：

① 寒哮者宜温肺散寒平喘，可用射干麻黄汤加减，即射干、紫菀、款冬花、法半夏、生姜各 3 钱，麻黄 2 钱，五味子 1 钱，细辛 5 分，大枣 5 枚，水煎服。或用哮喘丸，3 岁以下 2 粒，4～6 岁 3 粒，7～8 岁 4 粒，10 岁以上 6 粒，用温开水吞服。

② 热哮者宜宣肺清热、化痰降逆平喘，可用麻杏石甘汤（见 205 页）加减；或白果定喘汤加减，即白果、杏仁各 3 钱，桑白皮、黄芩各 5 钱，生麻黄 1 钱，水煎服。也可用哮喘冲剂，每次 1 包，每日 4 次，开水冲服。

③ 肺、脾、心、肾同病治疗详见肺源性心脏病。

〔注〕 氨茶碱、麻黄素、肾上腺素、异丙肾上腺素并非同一类药物，但它们在治疗哮喘方面都有共同的作用——解除支气管痉挛，扩张支气管，达到止喘的效果。氨茶碱、麻黄素是最常用的止喘药，有口服和针剂（静脉或肌注）。氨茶碱静脉注射能引起心跳、恶心等反应，必须以25%葡萄糖或0.9%氯化钠稀释后缓慢注射。麻黄素有升高血压和兴奋心脏的作用，故高血压和心脏病人不能应用。水剂肾上腺素作用快而短暂，用量宜小，每次不能超过1.0毫克。异丙肾上腺素气雾剂喷雾，病人携带方便，随时可用。此二药的作用以后还要详述。

2. 哮喘持续状态的处理

(1) 上述各种治疗措施酌情选用，并可交替使用。

(2) 经上述措施仍不能控制者，可用促肾上腺皮质激素25毫克加入5%葡萄糖1,000毫升静脉滴注，维持6～8小时；或用氢化可的松100毫克加入补液中滴注，每天1次。根据发作情况，可连用数天，发作停止后减量维持1～2天。

(3) 有明显紫绀者必要时可给予氧气吸入，但应采取少量持续的办法，不可高浓度大量给予，以免抑制呼吸中枢。

3. 有呼吸道感染者，在进行上述处理的同时，可应用磺胺药、抗菌素或中草药针剂控制感染，并祛痰止咳（详前述）。

4. 发作间隙期仍有气喘的慢性患者，平时可服用氨茶碱0.1克，麻黄素25毫克，鲁米那30毫克，三者合用，每日3次；由过敏引起者尚可加服苯海拉明25毫克或扑尔敏4毫克，必要时用强的松5毫克，均为一日3次。祖国医学辨证论治详见肺气肿及肺源性心脏病。

5. 哮喘菌苗 对治疗和预防哮喘（主要是感染型哮喘）均有较好的效果。本药每毫升含菌6～10亿个。一般于哮喘

好发季节前1～2个月起，每周皮下注射1次，剂量自0.1毫升起，每周递增0.1～0.2毫升，直至0.5～1毫升后，作为维持量注射。儿童用量酌减，3岁以下者不超过0.5毫升。发热38°C以上、心脏病、活动性肺结核和活动性肝炎者禁用。本药必须坚持使用8～10针以上方能见效，有效后宜持续应用1～2年(在肯定不会发的季节可暂停用)。

思考题

哮喘与支气管感染有什么关系？哮喘发作时如何处理？

〔附〕 哮喘性支气管炎

这是一种过敏性疾病，常与呼吸道感染有关。3岁以内的小儿（尤其肥胖者）比较多见，有人认为是哮喘在婴幼儿期的特殊表现。本病病程较长，容易反复发作，有时可发展成典型的支气管哮喘。

症状及体征 患儿可有轻度上呼吸道感染的症状，发热不高或不发热，并出现咳喘。咳嗽以刺激性干咳为主，不咳时喉部常听到痰鸣音。常于夜间或清晨哭吵时咳喘加剧，似哮喘样发作，但单用解痉药物不见效，而用非那根却可暂时有效。

肺部听诊常见呼气延长，有哮鸣音，并于吸气时闻及干湿罗音。

预防 防感冒，寻找过敏原。不发作时多作户外活动，增强身体抵抗力。

治疗

1．控制感染 一般用链霉素、四环素或土霉素，严重者可两种合用。其中以链霉素效果较好，按每日每公斤体重25～40毫克（简写成25～40毫克/公斤/日，下同）计算，分二次肌肉注射。

2．对症治疗 镇咳祛痰用非那根糖浆、苏菲咳糖浆等，均每足岁1毫升，每日3次口服。哮喘剧烈者可用支气管平滑肌解痉药物如氨茶碱、麻黄碱口服，并同时给予少量的镇静剂如鲁米那等。氨茶碱可按4～6毫克/公斤/次计算，麻黄碱为0.5～1毫克/公斤/次，鲁米那

为2～3毫克/公斤/每次，均一日3次。

3. 哮喘发作时还可肌肉注射非那根0.5～1毫克/公斤/次。

4. 中草药治疗 一般可用化饮解表汤加减；若痰色转变为黄色脓性或白色粘性痰，伴有全身发热，则由继发感染而成痰热，可用定喘汤（见221页）加减，去一些辛温药而增加清热解毒药。

5. 反复发作者可注射哮喘菌苗（见支气管哮喘节）。

五、支气管扩张

支气管感染时，如果管壁遭受损害，加上管腔的不全性阻塞，气体吸入容易而呼出困难，分泌物排出发生障碍，就逐渐形成支气管扩张。大多见于儿童和青年，可继发于麻疹、猩红热、百日咳、流感合并支气管炎之后。病程漫长，常迁延几十年不愈。在祖国医学中属“咯血”、“肺痈”、“肺痨”范畴，认为系由于脾虚生痰湿，复感风寒，风热外邪而伤肺，病久可伤肾。

症状 主要表现为慢性咳嗽、大量脓痰、反复呼吸道感染和咯血。

1. 早期可在原发病之后，遗留慢性咳嗽和咳痰。支气管感染逐渐加重，症状逐渐加剧。最后，经常咳嗽和咯大量脓痰。咳嗽为阵发性，多半于体位更换时，如晨起、晚上睡下、卧向健侧等时明显加重。咳剧时伴有胸痛。痰一般为黄色或黄绿色脓痰，早期量少，晚期每日可达几百毫升，放在玻璃瓶中可分三层：上层泡沫，中层粘液，下层脓块。此期相当于祖国医学“肺痈”中的痰热蕴肺。

2. 每当支气管有阻塞时，痰量可减少，但出现全身发热等症状。阻塞解除后，全身症状减轻，痰量又增多。

3. 咯血是由于扩张支气管的小血管破裂而引起，多数病

人可以发生，量大小不等。部分支气管感染不严重的轻病人，除咯血外，可以没有其他症状。咯血者相当于祖国医学“咯血”中的肺伤络损。

4. 后期常咳喘较重，动则更甚，兼见面黑体肿、舌淡胖、脉细或沉细无力，在祖国医学中属上盛（肺）下虚（肾）。

检查 早期可无阳性体症发现。扩张明显者病变部位可听到固定而散在的水泡音。反复发作多年的病人可有慢性支气管炎、肺气肿体征。后期可有杵状指。

鉴别诊断 反复发作者容易诊断。早期仅有轻微咳嗽和少量咯血时，应与肺结核、慢性支气管炎和心脏病相区别。其中慢性支气管炎以咳嗽、咯痰为主，咯血较少，听诊以干罗音为主；肺结核和心脏病则有相应的症状和体征。

预防

1. 积极参加体育锻炼，增强体质。

2. 积极预防和早期治疗上呼吸道感染、麻疹、百日咳、猩红热等呼吸道疾病。

治疗

1. 咯脓痰而量多者，可作体位引流，促使脓痰排出。一般采用头低足高位，每天早晚二次。

2. 辨证论治

(1) 痰热蕴肺：治宜清热化痰，可用千金苇茎汤（见228页）加杏仁、桑白皮各3钱，脓痰腥臭、怕冷发热加鱼腥草、蒲公英、银花各1两，痰血加茜草根5钱，气急加苏子3钱，水煎服。

(2) 肺伤经络：治宜养肺宁络，可用沙参麦冬汤加减，即沙参、麦冬、桑叶、山药、苏子、款冬花、白芨各3钱，咯血较多加茜草根5钱、花蕊石4钱，有黄痰加海蛤壳4钱、

川贝母 5 分(吞服)，水煎服。

(8) 上盛下虚：治宜祛痰、降气、定喘，可用苏子降气汤(见 221 页)加黄芩、生米仁各 3 钱，鱼腥草 1 两，海蛤壳 4 钱，水煎服。

3. 感染期间运用抗菌、祛痰药物（详前述）。

4. 有咯血者，可口服仙鹤草液或紫珠草液，均为 10 毫升，每日 3 次。并肌肉注射维生素 K_4 4～8 毫克、K_1 10 毫克、维生素 C 250 毫克或安特诺新 5～10 毫克，均为每天 2～4 次，必要时可合用。还可针刺双侧内关穴及天突穴，用捻转提插法，强刺激，可有止血止喘的作用。大咯血者，应进行抢救（详第十四章常见症状的鉴别诊断及处理原则）。

5. 有反复大咯血、咳嗽严重、大量脓痰，经内科治疗无效，而扩张病变比较局限者，可考虑送医院作肺叶切除手术。

六、肺 气 肿

肺气肿不是一个单独的疾病，而是许多慢性呼吸道疾病如慢性支气管炎、支气管哮喘等长期发展的结果，在祖国医学中属于“喘证”和“痰饮”的范畴。

发病原理 由于慢性支气管炎和支气管哮喘等反复发作，小支气管痉挛及粘膜肿胀，使气体吸入容易，呼出困难，因而肺泡逐渐充气膨胀；加上长期反复的咳嗽可使肺内压力增高，肺泡壁因过度膨胀而受损，不能回缩，呼吸机能显著降低，肺组织失去弹性，发生永久性膨胀，便形成肺气肿。肺泡壁受损还可使泡壁毛细血管大量减少，久之可影响循环系统机能。

祖国医学认为本病主要是由于肺气亏损或肾不纳气所致。

症状 主要是呼吸困难和紫绀。起初，病人在劳动或行

走时感到气急，并且在耳垂、口唇和指端出现青紫。以后逐渐加重，甚至休息时也有气急和紫绀。由于本病多由呼吸系统疾病发展而来，因此，大多数患者都有原发病的症状体征。发展到晚期，可影响心脏机能，并发肺原性心脏病，出现心力衰竭。

检查 患者脸呈猪肝色，口唇、四肢末端常有不同程度的紫绀，并有杵状指存在。胸廓呈桶状胸，呼吸运动微弱。两肺语颤减弱，心尖搏动不易摸到。叩诊呈过度清音，肺下界下降，肺浊音界下降，心浊音界缩小甚至消失。听诊呼吸音普遍减弱，呼气延长，有时可听到干湿罗音；心音低远。

祖国医学认为若见咳嗽气短无力、痰液稀薄、语声低微、自汗、苔薄白、脉软无力等，属肺气亏损；兼见腰疼、耳鸣、咳则遗溺、动则气急甚，则属肾不纳气；若突然喘息、汗冷肢冷、脉细，则属心、肺、肾同病，虚阳欲脱（参见肺原性心脏病）。

预防 坚持参加体育锻炼，如作太极拳、体操等，以增强体质。预防受凉感冒。及时防治慢性呼吸道疾病及其并发症。吸烟者应戒烟。

治疗

1. 首先要做好病人的思想工作，发挥病人与疾病作斗争的主观能动性。鼓励病人多做深呼吸的锻炼，改善肺的通气功能，增加肺活量。

2. 新针疗法 针刺天突、喘息（定喘）、膻中、肺俞、胃俞等穴，痰多加丰隆，胸闷加内关，睡眠不佳加神门。

3. 对症处理 可选用止喘、止咳、祛痰的药物，如气急服氨茶碱 0.1 克，每日三次，或麻黄素 25 毫克加鲁米那 30 毫克，每日三次；咳嗽及咳痰不畅，给氯化铵 0.6 克，每日

3次，或敌咳糖浆、甘草合剂，均10毫升，每日3次等。

4. 有呼吸道感染者，应用磺胺药或抗菌素，最常用的是ST、SM_2、SMP 或青霉素、链霉素、四环素等。

5. 辨证论治

(1) 肺气亏损：治宜益气补肺，可用补肺汤加减，即党参、黄芪各3钱，熟地4钱，五味子1钱，水煎服；咳嗽加紫菀3钱，痰黄加桑白皮5钱、鱼腥草1两，舌苔厚腻加川朴2钱、白术3钱，舌绛红加天花粉、玉竹各4钱。

(2) 肾不纳气，治宜益肾纳气，可用金匮肾气丸（见226页）加减，心悸加甘草5钱，发热痰黄加桑白皮5钱、鱼腥草1两。也可用中成药，如指迷茯苓丸每服2钱，一日3次；七味都气丸，每服1钱，每日2次，用淡盐水吞服；或局方黑锡丹1钱，每日2次等。

思 考 题

支气管扩张和肺气肿是怎样发生的？临床上有什么特点？如何处理？

七、大叶性肺炎

大叶性肺炎是由肺炎双球菌引起的急性肺部炎症，少数病人也可由溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、固紫染色阳性杆菌或病毒所引起。病变常侵犯肺的一叶或一叶的大部分，病变严重时可累及2～3个肺叶，一般以右肺下叶最为常见。青壮年患者多见，好发于冬春两季。临床上以高热、寒战、咳嗽、胸痛、咯铁锈色痰及肺实变体征为主要表现。在祖国医学中属“湿热病”或“肺热喘咳”等范畴。

病因及发病原理 主要因受寒、淋雨、过度疲劳等诱因使寄生在

呼吸道的细菌经呼吸道侵入肺内而引起，其发生、发展及消退都很快。病变的发展和经过可分为三个期，即充血期、实变期和消散期。

疾病初起的2～3天，主要病变为肺组织充血，肺泡毛细血管扩张，肺泡内有少量渗出物和红细胞，还有大量细菌。实变期又分红色肝变期和灰色肝变期，前者相当于发病后2～5天，肺泡壁毛细血管继续充血，肺泡内渗出物增多，充满大量纤维蛋白、红细胞和细菌，还杂有少量的白细胞，并由于红细胞分解，血红蛋白转变成黄褐色的含铁的血黄素而使咯痰带铁锈色；后者相当于发病后5～6天，为疾病发展的高潮，此时炎症渗出物中红细胞减少，白细胞增多，细菌大部被消灭，并由于渗出物压迫肺泡壁毛细血管而使肺组织呈灰白或灰黄色，坚实如肝。消散期相当于发病后一周左右，为疾病恢复阶段，主要表现为肺泡渗出物溶解而被吸收或咯出，肺泡壁毛细血管重新开放，肺组织又充气、松软，并逐渐恢复正常。

祖国医学认为本病常因温邪犯肺，使肺失肃降所致。温邪作用于人体，可耗损津液为痰，温邪化热。痰作用于肺，使肺的气、血运行发生瘀滞而出现发热、咳嗽、气急、胸痛、苔黄、脉数等临床症状。

症状 多数病人可无前驱症状，常在正常的情况下突然发病；少数病人可先有轻微的上呼吸道或支气管感染，在此基础上再发病。一般典型的肺炎患者起病急骤，怕冷、寒战，体温骤升（达39～40°C以上），呈稽留热型（即持续不退），面色潮红，并出现头痛、全身疼痛、胃口不好等，此期在肺炎的病理变化上属肺炎充血期(初期)。病情继续发展，2～3天后迅速进入肺炎实变期，出现咳嗽、胸痛、呼吸急促。咳嗽为阵发性，开始无痰，1～2天后有少量粘液痰，约3～4天后痰带铁锈色或带有少量血丝，以后逐渐变成脓性痰。病侧胸痛，一般为刺痛、呼吸和咳嗽时加剧。胸痛可使呼吸浅、速。若病变范围广泛，可因缺氧而引起气急和紫绀。部分患者可伴有明显的消化道症状如恶心呕吐、腹泻腹胀等，易误

诊为急性胃肠炎；也有部分患者，由于病变波及膈周围的胸膜(如下叶肺炎)，疼痛可放射到上腹部而出现上腹部疼痛，加上有的病人还因溶血和细菌毒素对肝脏的作用而出现轻度黄疸，故易与胆囊炎胆石症等急腹症相混淆。必须注意的是，这类病人病情多比较严重，又容易延误诊断而引起危险，故应提高警惕。

如果致病细菌毒力强(所谓邪盛)，病情表现往往凶险。可突然高热40°C以上，紫绀，呼吸困难，并出现狂躁、惊厥或嗜睡，神志不清。如果机体抵抗力很差(所谓正虚)，情况也严重。可出现体温不升、四肢发冷、脉搏细速、血压下降、呼吸困难、缺氧、面色苍白等循环衰竭症状，处于休克状态；患者尿少甚至无尿，出现急性肾功能衰竭。个别病情十分严重者还可呈中毒性脑炎表现：四肢抽搐、神志不清、昏迷甚至死亡。上述各种表现均称为中毒性肺炎，多见于中老年患者或儿童。

大叶性肺炎如能及时合理的治疗，一般都能顺利痊愈；如处理不及时或不彻底，高热迁延不退，可发展为肺脓肿、脓胸和败血症等。

检查 早期体征不多，部分病人听诊有呼吸音粗糙。随着病情的发展，可逐渐出现肺实变的体征，如局部叩诊呈浊音或实音，语颤增强，呼吸音减低，有支气管呼吸音等。在病变消散期，湿罗音明显增多，舌质红，苔黄，脉洪大滑数。部分病人出现口唇疱疹，多系病毒引起。实验室检查时白细胞计数升高，中性增多。X线透视见患侧呈一片致密阴影。

中毒性肺炎的肺部体征较少，常仅有少许细湿罗音，呼吸音减低，呼吸浅速，可伴有紫绀。白细胞计数可高达2万以上(年老体弱及严重病人可不增高)，嗜中性白细胞增多，

并可见中毒性颗粒及幼稚细胞。

鉴别诊断

1. 肺脓肿　起病似大叶性肺炎，但发热持续不退，寒战更明显。起病第二周后可咯大量带臭味的黄脓痰。X线检查显示有液平面的空洞。本病多见于体弱的儿童和年老的患者。

2. 渗出性胸膜炎　起病和临床表现与大叶性肺炎相似，但发热等全身中毒症状不如大叶性肺炎急剧，胸痛在呼吸时加重，咳嗽以干咳为主，后期出现呼吸困难和胸腔积液体征。X线检查可鉴别，胸腔穿刺可明确诊断。

3. 肺结核　起病较缓慢，有明显全身消耗性疾病的症状如午后发热（一般为低热和中等热）、盗汗、消瘦等，咳嗽较轻，常有咯血及痰中带血。病变常在肺尖或肺上叶。痰培养可找到结核杆菌。

4. 急腹症　下叶肺炎病变累及膈胸膜虽可引起上腹痛，有的病例还有黄疸出现，但疼痛一般不如急腹症（特别是胆囊炎胆石症）剧烈，黄疸程度也较轻，有明显的寒战、高热、呼吸急浅和肺实变体征等，因而可与之鉴别；必要时作X线检查。

预防

1. 注意气候变化，随时增减衣服。

2. 平时加强身体锻炼，增强体质。

3. 受寒后即服生姜红糖热茶，使出微汗。

治疗

1. 卧床休息，吃易消化而富有营养的食物。

2. 中草药治疗　早期应用清热解毒的中草药，后期宣肺化痰并结合西药治疗。

⑴ 中草药验方：鱼腥草、鸭跖草、半枝莲各1两，野荞麦根、虎杖根各2两，水煎服。

⑵ 辨证论治：

① 初期温邪犯肺，证见发热恶寒、口渴、咳嗽、舌质

红、苔薄白、脉浮数，治宜辛凉解表，可用麻杏石甘汤加减（见 205 页）。

② 如温邪化热入里，痰热上壅，热毒蕴结，证见高热不退、咳嗽气急、胸痛、咯铁锈色痰、苔黄、脉洪大滑数，治宜清热解毒、宣肺化痰，可用麻杏石甘汤和千金苇茎汤（见 228 页）加减。

③ 中毒性肺炎，如舌质红绛、苔黄腻或少苔，属痰热内陷心包；若面白、自汗、脉细欲绝，属阳气虚脱，处理见后面中毒性肺炎项。

3. 新针疗法　针刺大椎、定喘、肺俞等穴，胸痛者取内关、阳陵泉（双侧），高热者刺曲池、合谷，痰鸣痰多加丰隆、尺泽（均双侧）。

4. 抗菌药物　青霉素是治疗大叶性肺炎的首选药物。一般用水剂 20～40 万单位肌注，每 6 小时 1 次（需先作皮试）。待体温稍退、咳嗽改善后，可改用普鲁卡因青霉素 40 万单位，每天 2 次，后减到 1 次，至体温正常、局部体征消失后再维持 3～4 天。病情较重者可加用链霉素 0.5 克，一日 2 次肌注；必要时改卡那霉素，剂量同。对青霉素过敏者可改用四环素、金霉素、土霉素、氯霉素或红霉素等，轻者可用 0.25 克（红霉素 0.3 克），每 6 小时 1 次口服；重者可用 1 克（红霉素 0.9～1.2 克），加入 5～10% 葡萄糖水 1,000 毫升中静脉滴入。

〔注〕 青霉素、链霉素、卡那霉素、土霉素、四环素、金霉素、氯霉素、合霉素、红霉素等一类药物，它们对细菌都有不同程度的抑制或杀灭作用，故统称为抗菌素。但由于各个药所作用的细菌种类和范围不同，因此治疗时就有不同的适应症。

青霉素对于各种链球菌、葡萄球菌、淋球菌、几种厌氧性杆菌（如气性坏疽杆菌）、螺旋体（梅毒、回归热）和放线菌，都有显著的抑制作用。常用于疖、痈、丹毒、扁桃体炎、支气管炎、肺炎、肺脓肿、脓胸等病。上述病种凡用磺胺类药物在 48 小时以内不见效，即可

试用青霉素。本药毒性小，但有时可出现过敏反应，特别是过敏性休克，有生命危险。所以使用前必须询问过敏史，并作皮肤敏感试验(方法见附录)。过敏性休克可在注射后数秒、数分钟内发生，表现为面色苍白、额出冷汗、四肢冰凉，呼吸困难，甚至昏厥、呼吸心跳停止。此时应立即皮下或肌肉注射1:1,000肾上腺素0.5～1毫升，必要时数分钟内重复注射，同时根据病情施行人工呼吸、心脏按压等急救措施。目前常用的青霉素有两种：一种是青霉素钾或青霉素钠，吸收快、排泄快。一般成人每次用20～40万单位，4～6小时1次肌注，儿童减半；另一种是普鲁卡因青霉素(克尼西林)，吸收慢，作用时间长，一天注射1次即可，一般成人每天用40～80万单位，儿童减半。

链霉素的抗菌范围比青霉素广泛，特别是对于磺胺药和青霉素所不能奏效的多种固紫染色（旧称革兰氏染色）阴性杆菌和结核杆菌有作用，对结核病有显效，还常用于治疗尿路感染、肠道感染。如与青霉素合用，几乎适用于临床上大部分的细菌感染性疾病。副作用是长期应用可引起眩晕、耳鸣、听力减退等现象，是链霉素对听神经的毒性作用，必须停药，以免造成耳聋。还可出现口唇及面部麻木等反应，不一定要停药；极少数病人可有发热、皮疹等过敏反应，甚至过敏性休克（处理与青霉素相同）。目前常用的有两种：硫酸链霉素和硫酸双氢链霉素，二者作用相同。后一种较纯净，过敏反应少，故急用时多选择它（特别是小儿）；只是对听神经毒性大，故长期应用则以前一种为好。用法：成人肌注每次0.5克，一日2次（目前认为长期应用每天0.75克已够），儿童25毫克～40毫克/公斤/日。

卡那霉素属于链霉素族，但其抗菌范围比链霉素广，对于多种固紫染色阳性菌和阴性菌（包括结核杆菌）都有较强的抑制作用，对青霉素、链霉素、异烟肼、四环素等有耐药性的细菌，对它仍然敏感。主要用于对青霉素治疗无效的细菌所引起的各种感染。副作用与链霉素相似，但更大，引起的耳聋多不易恢复，故不宜轻易或长期使用。剂量用法同链霉素。

土霉素、四环素、金霉素合称“四环素族”，对立克次体、多数杆菌（尤其是固紫染色阴性杆菌）、球菌及数种滤过性病毒都有抑制作

用。临床上多用于尿路感染、胃肠道感染、抗青霉素的严重葡萄球菌感染、沙眼、结膜炎、角膜炎、肺炎球菌性或病毒性肺炎、斑疹伤寒等。毒性较小，服后有时出现口角炎、腹泻、眩晕、呕吐等，此时可将用量酌减。用法：成人每次口服0.25～0.5克，一日4次，必要时可静脉滴注，将注射剂1克加于5～10%葡萄糖水中。儿童每天每公斤体重25～50毫克，分4次口服，或按此量静脉滴注。本族药物静脉滴注易引起静脉炎，故等到可口服时，应立即恢复口服。本品不宜用于肌注，因有刺激性，可引起注射部位疼痛。

氯霉素和合霉素也是广谱抗菌素，两种作用完全相同，但合霉素剂量须比氯霉素大一倍。对于固紫染色阴性杆菌感染（肠道与尿路感染）及阳性细菌感染、立克次体感染（如斑疹伤寒等）都有效，主要用于伤寒、副伤寒、细菌性痢疾、尿路感染、百日咳、支气管炎、肺炎等。副作用是恶心、呕吐、食欲不振、腹泻、舌炎、口角炎等，少数病人可发生白细胞或血小板减少甚至再生障碍性贫血。所以应严格掌握适应证；服药超过1周者有条件时应定期做血常规化验，如白细胞降到4,000以下，血小板降到10万以下，都应停药。用法：氯霉素成人每次口服或肌注0.25克，一日4次；儿童每天每公斤体重25～50毫克。合霉素用量加倍。严重病人氯霉素可大剂量静脉滴注（如2克加入5～10%葡萄糖液中）。

红霉素作用与青霉素相似，对固紫染色阳性细菌如肺炎双球菌、链球菌、葡萄球菌、白喉杆菌及炭疽杆菌有强大的抑菌或杀灭作用，常用于各种耐青霉素的葡萄球菌感染，亦可用于链球菌、肺炎球菌感染及白喉带菌者。红霉素长期或大剂量服用时可引起恶心、呕吐、腹痛、腹泻等反应，静脉注射有时可引起局部疼痛。用法：口服0.2～0.5克（每片0.1克），每日3～4次；静脉注射成人0.9～1.2克，儿童每日每公斤体重15～30毫克，加入补液中滴注，或分3～4次加入高渗葡萄糖中推注。但注射时应先以注射用水或5%葡萄糖水溶解，绝不可用生理盐水或其他无机盐溶液，以免引起沉淀。

必须强调指出，抗菌素虽然治疗细菌性感染有效，但价格较贵，并且细菌对它们也容易产生耐药性，甚至对人体产生不良后果。因此，

应该防止不管病情轻重，随便使用甚至滥用抗菌素的倾向。赤脚医生要遵照毛主席的教导办事，处处为贫下中农着想，首先选用简便易行、确有实效的中草药和新针疗法进行治疗，必要时再应用有关的抗菌素，尽量做到不花钱、少花钱治好病。

5. 对症处理　咳嗽可给化痰止咳药。胸痛可给止痛片。高热给予退热剂，但剂量不宜过大，以免大汗和体温突然下降而发生虚脱。气急可用氨茶碱。有紫绀者必要时给于氧气吸入。烦躁不安者可给鲁米那或非那根口服或肌注。还可根据病情，考虑补充些维生素类制剂。

6. 并发症的治疗　应及时发现和治疗并发症，治疗方法参阅中毒性肺炎、肺脓肿和败血症等项。

〔附〕 中毒性肺炎的处理

中毒性肺炎也称休克型肺炎，是以周围循环衰竭为主要表现的一种重症肺炎。病变不局限于肺，由于细菌的毒素还可通过血循环波及脑、心、肾等多个器官，故病情十分复杂，一旦作出诊断，应即全力抢救。治疗过程中必须抓住其中的主要矛盾，及时处理。中毒性肺炎的治疗原则主要是积极抢救休克和快速控制感染。

1. 抗休克

(1) 应定时测血压、脉搏，按具体情况决定措施；严重者每5～10分钟测定一次。

(2) 呼吸困难者最好给予吸氧。

(3) 针刺人中、十宣、涌泉、足三里、内关等穴，均用强刺激手法。

(4) 新福林10毫克（小儿0.1毫克/公斤/次），每半小时至2小时肌注或静注，血压稳定后改为4～6小时一次，并减少用量；亦可用新福林20～40毫克加入5％葡萄糖水500毫升中静滴。或用去甲肾上腺素1～2毫克加入5％葡萄糖液100毫升中静脉滴入，可随具体情况

调节浓度和速度，以维持收缩血压在100毫米汞柱以上为原则，必要时加大浓度。还可应用阿拉明、阿托品、异丙肾上腺素等升压药物（具体情况详见第十六章休克节）。

(5) 凡中毒症状严重者，可用氢化可的松100～200毫克加入10%葡萄糖水250～500毫升中静脉滴注，每12小时一次；紧急时可直接推注，先推后滴。

(6) 中枢兴奋药咖啡因和可拉明每半小时至1小时交替注射，每次注射1支。

(7) 对昏迷者应注意口腔清洁及病床卫生，并帮助患者翻身变换卧位，防止褥疮。

2. 控制感染　是防治中毒性肺炎的关键措施。及时控制感染，可防止休克的发生；发生休克时，控制感染也有助于休克的纠正和疗效的巩固。主要应用大剂量的抗菌素，药量可比一般大一倍，并联合应用，且以静脉给药为好。如青、链（或卡那）、氯霉素合用，将青霉素钠盐200万单位、氯霉素2克加入5～10%葡萄糖液2,000毫升中静脉滴入，同时肌注链（或卡那）霉素0.5克，每日2次；如红、氯霉素合用，即红霉素1.2克、氯霉素2克均加入补液中滴注；或新型青霉素Ⅰ或Ⅱ与氯霉素合用，即新青霉素Ⅰ 1.5克或Ⅱ1克，每6小时一次肌注，同时氯霉素1～2克静脉滴注。

在抗休克和抗感染的同时，我们必须密切观察病情变化，注意矛盾的转化，及时发现并发症而采取相应措施。例如，其他器官的严重病变可以上升为主要矛盾而导致病情恶化。应注意以下情况并给予及时处理：

(1) 如果出现气急、心率加速、肺部广泛罗音等，表示有急性肺水肿和心力衰竭，应马上减少静脉补液量和减慢滴注速度，并用毒毛旋花子素K0.25～0.5毫克或西地兰0.4～0.8毫克加入50%葡萄糖水20毫升中缓慢静脉注射，可同用氨茶碱静脉注射，必要时6小时后可重复1次(半量)。

(2) 发现病人神志改变、尿量减少或无尿，应警惕脑水肿和急性肾功能衰竭，立即针刺关元、气海、三阴交，并用25%山梨醇250毫

升或20%甘露醇200毫升静脉快速滴入，每6小时1次。

(3) 水和电解质、酸碱平衡也是重要环节。若病人唇舌樱红、呼吸浅速，应考虑有酸中毒存在，可补给11.2%乳酸钠60～100毫升（1.5～2毫升/公斤/次）静脉注射，或5%碳酸氢钠250毫升（5毫升/公斤/次）静脉滴注。以后根据病情，适当加减，可重复使用。患者尿量较多时，可考虑静脉补钾，每天1～2克；尿少时应慎用。

3．辨证论治

(1) 属痰热内陷心包，治宜宣肺化痰、清心开窍，可用苇茎汤合清营汤加减，即水牛角、鲜芦根各1两，元参、生薏仁各5钱，麦冬、竹叶、连翘、冬瓜子、桃仁各3钱，水煎服；或加安宫牛黄丸1粒。

(2) 属阳气虚脱，治宜回阳救脱，可用参附汤加减，即党参1两、熟附子3钱、甘草1.5钱，汗多加龙骨4钱、煅牡蛎1两，水煎服。

思 考 题

1．大叶性肺炎怎样诊断和治疗？

2．结合大叶性肺炎的治疗，請你谈谈如何合理使用抗菌素？

八、支气管肺炎

支气管肺炎又称小叶性肺炎，是指末端小支气管和附近肺泡的急性渗出性炎症，由肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌、流感杆菌及病毒等引起。常继发于支气管炎、流感、麻疹、伤寒、百日咳等疾病之后；昏迷、衰弱病人常无力将呼吸道和口腔分泌物吐出而致吸入肺内，也可发生肺炎。祖国医学认为多因肺气虚弱、风寒犯肺或郁而化热、痰热阻塞而成。病变常沿支气管散在分布，也可融合成片，多位于肺下叶后部或散布两肺各处。多见于婴幼儿、老人及体弱者。好发于冬末春初。小儿年龄愈小，患本病的愈多，3岁以下最多。本节讨论以小儿肺炎为主。

症状 先有发热、流涕、咳嗽，咽红等上呼吸道感染的症状。以后发热更高，可达38～39℃甚至40℃以上，咳嗽加重，咯痰增多，呼吸急促，并出现鼻翼扇动、手指及口唇周围青紫等症状。体弱的婴幼儿大多起病较缓，发热不高或无发热，咳嗽和肺部症状不明显，常见呛奶、呕吐、腹泻、呼吸困难和头向后仰等症状。继发于急性传染病者，起病日期常难以确定，往往原发疾病好转而病情反而加重，发热持续不退，呼吸道症状加重。

若病情继续发展，可出现全身中毒症状，如高热、嗜睡、昏迷、惊厥等，甚至发生循环衰竭和呼吸衰竭；有的危重病人还可出现心力衰竭，表现为心率增速，每分钟可达160～200次，脉搏微弱，肝脏呈进行性肿大，并有四肢发冷、紫绀等。

检查 可见面色苍白、口唇青紫、指甲紫绀、气急、鼻翼扇动、呈点头样呼吸，并因呼吸辅助肌参加呼吸活动，出现明显的三凹征（吸气时胸骨上部、上腹部及肋间隙有明显凹陷）；两肺底部可听到细湿罗音，炎症范围大时可出现支气管呼吸音。血液检查白细胞数增多，中性增多。X线检查，两肺有散在的片状阴影。

祖国医学认为，本病若兼见舌质淡红、苔腻、脉缓无力，属肺气虚弱、邪留未解；若兼见舌苔光剥、舌质红而干，属肺阴亏损、余邪未尽。

并发症 如能得到及时合理的治疗，则并发症很少见。常见并发症为肺不张，一般可于肺炎治愈后消失；长期肺不张或反复发作的肺炎可导致支气管扩张，严重病例还可并发肺脓肿和败血症等。

鉴别诊断 应与肺结核病，特别是粟粒性肺结核相鉴别。后者常有明显的结核病接触史，有驰张型高热、呼吸急促、紫绀、极度衰弱及

严重的中毒面容。必要时可作结核菌素试验、X线检查及痰液检查结核杆菌。

预防

1. 适当进行体育锻炼以提高机体抵抗力。婴幼儿应多晒太阳，增加营养。新生儿及体弱者应避免受凉感冒。

2. 积极治疗支气管炎、流感、麻疹等病以防止继发支气管肺炎。

3. 对昏迷病人应帮其勤翻身，多侧卧，及时清除呼吸道分泌物。

治疗

1. 良好的护理极为重要。长期卧床的病人，应帮助其多翻身。注意房间的通风。多饮开水，吃易消化和富有营养的饮食。

2. 抗菌药物　青霉素对肺炎球菌及链球菌都能有效地抑制，因此，应先用青霉素治疗，每日2次，每次20～40万单位，或按3～5万单位/公斤/天计算，分二次肌肉注射。危重病儿剂量可加大2～3倍，同时合并应用链霉素25～40毫克/公斤/天，分2次肌肉注射。不见效时，应换用其它抗菌素，如四环素族，氯霉素、卡那霉素等。体弱或危重婴儿一开始须用广谱抗菌素或两种抗菌素联合应用，并最好用静脉给药。一般在热退、肺部体征消失后3～5日，才可逐一停药。对年龄较大、病情较轻的婴儿，可使用磺胺类药物如ST、SM_2、SD等，均100～200毫克/公斤/天，分4次服。在用抗菌素、磺胺药的同时，还可合用甲氧苄胺嘧啶(TMP)。

〔注〕 TMP也叫磺胺增效剂或抗菌素增效剂，是一种新型的广谱抗菌药。如与磺胺药或抗菌素合用，可使细菌的代谢发生障碍，从而大大提高抗菌作用（可增强数倍到数十倍），并可减少耐药性。故临床

常与磺胺药或抗菌素一起使用，以治疗肺部感染、急慢性支气管炎、菌痢、尿路感染、肠炎等。副作用比较少，少数人可出现恶心、呕吐、食欲不振、血尿、药物过敏、白细胞和血小板减少等，停药后即可恢复正常。但此药目前价格稍贵。制剂每片0.1克，每服1～2片，每日2次；儿童5～10毫克/公斤/天，分2次服。

3. 辨证论治

(1) 肺气虚弱、邪留未解者，治宜补虚养正、调和营卫，可用桂枝龙骨牡蛎汤加减，即桂枝2钱，龙骨、牡蛎各5钱，白芍、生姜各3钱，炙甘草1.5钱，大枣3枚，加紫苑、款冬花、党参各3钱，痰多加半夏、陈皮、胆南星各2钱，水煎服；或用化饮解表汤加减（见204页）。

(2) 肺阴亏损、余邪不尽者，治宜滋阴养肺、清热清邪，可用沙参麦冬汤加减，即沙参、扁豆各4钱，麦冬、玉竹、天花粉、桑叶、地骨皮各3钱，青蒿2钱，甘草1.5钱，水煎服。

4. 对症治疗

(1) 高热者应降温，可用物理降温法如头部冷敷，温水或酒精擦身等，同时肌肉注射复方氨基比林2毫升（3岁以下1毫升）。还可针刺曲池、合谷、大椎、肺俞等穴位。

(2) 惊厥、烦躁不安者可用镇静剂，如鲁米那钠5～8毫克/公斤/次肌肉注射，冬眠灵0.5～1毫克/公斤/次肌注，或10%水合氯醛5～10毫升灌肠。也可用中药牛黄清心丸或牛黄抱龙丸，每次服1粒，开水化服，以镇惊开窍。

(3) 保持呼吸道畅通，清除鼻内分泌物。咳嗽痰多者可用祛痰止咳剂，如小儿止咳糖浆、复方甘草合剂、菲那根糖浆等，都是每次每岁1毫升，每日3～4次。鼻粘膜肿胀引起鼻塞者，用鼻眼净或0.5%麻黄素滴鼻。咳嗽重时可肌肉注

射非那更 1 毫克/公斤/次，每 6 小时 1 次，并用盐酸麻黄素 1 毫克/公斤/次，口服或皮下注射。

(4) 腹胀可热敷腹部，灌肠，肛管排气，针刺大肠俞、天枢、中脘、足三里等。

(5) 有酸中毒者酌情运用乳酸钠或碳酸氢钠纠正(见前)。

(6) 出现呼吸衰竭者可针刺合谷、人中、内关等穴，同时给予洛贝林、可拉明、咖啡因等中枢兴奋剂。可用洛贝林 1～3 毫克/次，可拉明 0.5～0.75 毫升/次，肌注或静脉注射，必要时每半小时交替重复使用；也可以可拉明 1 支加入 100 毫升 10% 葡萄糖水中静脉点滴，或用咖啡因 6～12 毫克/公斤/次，肌注。如呼吸停止，应立即作人工呼吸。

(7) 出现心力衰竭者，应立即用西地兰（0.015～0.02 毫克/公斤/次）或毒毛旋花子甙K（0.01 毫克/公斤/次）静注急救，方法同前（见中毒性肺炎的抢救）。

(8) 中毒症状严重者，可用氢化可的松 3～5 毫克/公斤/次，加入静脉补液中滴入。

5. 其他并发症的治疗，参阅各有关章节。

思 考 题

1. 支气管肺炎与大叶性肺炎有什么不同？如何诊断？

2. 从支气管肺炎的治疗，进一步熟悉抗菌素的临床应用，特别是小儿患者如何正确应用。

九、胸 膜 炎

胸膜炎不是一个独立的疾病，而是其他疾病时病变波及胸膜的表现。如结核病、化脓性细菌感染、风湿病、癌肿转移到胸膜、胸壁外伤等均可引起胸膜炎，一般以细菌性的比较常见。细菌可从胸部器官的疾病直接蔓延而来，或者由其他部位的病灶通过淋巴、血液传播到

胸膜。其中由结核菌引起的称结核性胸膜炎，临床最为常见，主要因肺结核蔓延到胸膜所致，但许多病人可先出现胸膜炎，然后在作进一步检查时才发现是肺结核。由化脓性细菌（如葡萄球菌、肺炎双球菌、链球菌等）引起的称为化脓性胸膜炎（亦称脓胸，如在结核性胸膜炎基础上并发，则称结核性脓胸），多继发于大叶性肺炎等疾患。胸膜炎的发展过程，可分为二个阶段。细菌侵犯胸膜，引起胸膜充血、水肿、粗糙（渗出纤维蛋白所致）、增厚，称为干性胸膜炎阶段。以后病变进一步发展，从胸膜渗出大量浆液性、浆液纤维蛋白性或脓性液体，蓄积在胸膜腔内（胸腔积液），称为渗出性胸膜炎阶段，其中胸腔积液为脓性者称为脓胸。干性和渗出性胸膜炎如经积极治疗，一般均可吸收而痊愈；但如病变严重或迁延不愈，则可因渗出物中所含的大量纤维蛋白沉着于胸腔而引起胸膜增厚和广泛粘连，尤其化脓性者更为常见。本病在祖国医学中属“痰饮”、“悬饮”、“结胸”等范畴。

症状

1．干性胸膜炎　起病急，先有怕冷、轻度或中度发热、刺激性干咳等。胸痛为主要症状，是由于壁层和脏层两层胸膜摩擦所引起，属刺痛性质，在患侧腋部最明显，呼吸和咳嗽时加剧。由于胸痛，患者多不敢深吸气，因而呼吸浅而速。

2．渗出性胸膜炎　在干性胸膜炎的基础上，发热增高（2～3天内可达39℃），持续数日至数周之久，同时有脉快、出汗、虚弱、全身不适等毒性症状。由于胸膜渗液增多，把两层胸膜分开而使胸痛消失；但因大量胸腔积液压迫心、血管、肺脏，可引起呼吸急促或紫绀。

3．脓胸　早期有原发病的症状和体征，在此基础上或在原发病的过程中突然出现咳嗽加重、呼吸困难和紫绀等症状，还出现全身脓毒血症的表现，如发冷、发热、干咳、胸痛、气急、大量出汗等，甚至有虚脱现象。发热呈驰张热型，有的在热度降低数日后再次上升。若胸腔积脓过多时，可能有胸闷及气促。病程迁延者，可见消瘦、贫血等消耗症状。

检查

1．干性胸膜炎　患侧呼吸受限，呼吸音减低，在吸气、呼气时均

可听到胸膜摩擦音，停止呼吸时即消失。

2．渗出性胸膜炎　积液多者有气急。患侧肋间饱满，呼吸运动减低以至消失，语颤减低；积液多时心尖搏动及气管向健侧移位；叩诊积液部呈实音，呼吸音及语音传导均减低或消失。X线透视见患侧胸腔有积液。胸腔穿刺可抽出草黄色透明液体。

3．脓胸　患侧有积液体征（同渗出性胸膜炎），严重者胸壁皮肤红、肿及压痛。慢性患者面色苍白、全身虚弱，并因胸腔粘连（此时脓液已大部吸收）而见胸廓塌陷、肋间隙变窄，有的还有杵状指趾。血化验白细胞计数增高，尤其是中性细胞增多。胸腔穿刺检查积液为脓性。

鉴别诊断　应与大叶性肺炎鉴别，详见前述。

预防

1．彻底治疗肺结核和其他部位的结核。

2．彻底治疗肺炎、肺脓肿等肺部病变和身体其他部位的化脓性疾患。

治疗

1．休息，吃易消化而富有营养的食物。

2．中草药治疗

(1) 辨证论治：一般可分为两型：

① 寒湿型：除胸膜炎症状外，兼见形寒怕冷、胸痛背冷、舌苔白腻。治宜通阳利湿，可用瓜蒌薤白汤合薏苡附子散加减，即瓜蒌、薤白各3钱，附子1～3钱，薏苡仁4钱，水煎服；若为结核性可加炙百部、紫丹参、黄芩，盗汗加五味子、糯稻根，咳嗽加紫菀、姜半夏、海浮石，发热加银柴胡、青蒿。

② 热结型：在胸膜炎症状中，发热、咳吐脓痰、胸痛、烦躁等比较突出。治宜和解清热，可用大柴胡汤（见209页）加减；若为化脓性可加野荞麦根、葎草、蒲公英，胸痛剧烈加乳香、没药，气急加葶苈子、苏子。

(2) 渗出性胸膜炎有明显的胸腔积液时，可用十枣汤加减，即大枣10枚，大戟1钱，甘遂、芫花各5分，水煎服。

(3) 胸膜炎恢复期热度下降，全身情况好转，胸水减退，舌质红，脉细者，可用沙参麦冬饮加减，即沙参、麦冬、黄芩、枳壳各3钱，地骨皮、鳖甲、郁金各5钱，萹蓄1两，水煎服。

3．新针疗法　取外关、阳陵泉、膻中、章门等穴，或耳针胸区、肺区。

4．抗菌治疗

(1) 结核性胸膜炎用链霉素0.75～1克/天，分2次肌注，一个月后如胸液已吸收可改为每周注射2天，共三个月；同服异烟肼100毫克，每日3次，或对氨水杨酸钠2克，每日4次，须维持1年以上。

(2) 化脓性胸膜炎可用青霉素100～200万单位/日，肌注或静滴；同时肌注链霉素，每日1～2克。疗程一般约2～3周。还可使用红霉素、氯霉素、四环素族等药物。

5．渗出性积液多时需穿刺抽液（详见技术操作章），必要时结核性者可于抽液后注入链霉素0.5～1.0克、氢化可的松25～50毫克（口服强的松者可不用），以促使胸水吸收并防止胸膜增厚、粘连。细菌性脓胸者抽液时应以生理盐水灌洗，而后将青霉素50～100万单位溶于生理盐水50～100毫升中注入；结核性脓胸可青、链合并应用。抽液或灌洗开始每周2～3次，以后视病情而定，逐渐减少。脓胸穿刺治疗无效者应及早送医院作引流手术。

6．中毒症状严重者及积液刚出现时可口服强的松5毫克，每日3～4次，以减轻症状，消退积液，并减少胸膜增厚粘连的后遗现象。疗程1～1个半月，但在使用激素的同时应使用足量的抗痨或抗菌药物。

7．对症处理　胸痛可于局部贴胶布或止痛膏固定，或用中药香附1两，捣烂用醋调敷胸前，一天一换；并服镇痛剂。咳嗽用镇咳剂，热高可用退热药。

思　考　题

试述渗出性胸膜炎的诊断要点。

十、气　　胸

气胸是指胸膜腔内积气。空气进入胸膜腔，可使肺脏受压而萎缩。

病因与分类　根据病因的不同，通常可将气胸分为自发性和创伤性两类。凡肺部疾病如肺气肿、肺结核、肿瘤、脓肿等病灶侵蚀并穿破胸膜而发生的气胸，称为自发性气胸；如由于胸部外伤或胸腔穿刺、针刺时不慎穿破胸膜，因而发生的气胸，则称为创伤性气胸。

气胸还可按损伤的情况及胸腔内压力的不同，分为以下三类：

1．闭合性气胸　裂口较小，自动闭合。一般症状较轻，积气能自行吸收。

2．开放性气胸　裂口较大，空气可自由进入胸膜腔。由于肺脏受压，故临床上出现一系列肺机能障碍的表现。

3．高压性气胸　裂口呈开关性，吸气时张开，呼气时关闭，空气只能进入胸膜腔而无法排出，因而胸膜腔的压力很高，使肺脏受压而萎缩，导致肺机能的明显障碍。这是一种很严重的气胸，应及时抢救。

症状　症状的轻重取决于气胸发生的快慢和气胸的类型。如气胸缓慢地发生，胸腔积气少，病人可无明显的自觉症状，或仅有一般性的胸闷、胸痛和轻度气促。急性起病者，突然出现胸部刺痛、气急、呼吸困难，并有窒息感和刺激性干咳。严重病例可出现极度呼吸困难、紫绀、休克等危急症状。如由肺部疾病引起的气胸（如肺结核、脓肿），还可能因胸膜感染而伴有毒血症的表现。

检查　严重者可端坐呼吸，患侧胸廓饱满，呼吸运动减弱，呼吸音及语颤减低或消失。肺部叩诊呈鼓音，肝浊音界或心浊音界消失。X线检查见积气处透亮度增强，肺纹理消失，并可见到被压缩的肺缘。

治疗　应先作紧急处理，包括：

1．卧床休息，尽量避免过多的移动。

2．有气急及紫绀者给予氧气吸入，有休克者进行抗休克治疗（见

中毒性肺炎的治疗)。

3．有气急及紫绀者应立即进行胸腔排气。病情危急者，可先用50毫升的注射器进行穿刺抽气（高压性气胸者可仅用一粗消毒针头刺入胸腔，立即有气高速度排出，就如皮球放气一样），以缓解气急，一方面转送医院进行抢救。气胸穿刺部位在锁骨中线第二肋间，或腋前线第四、第五肋间，操作方法及注意事项同胸腔穿刺（详见技术操作章）。

4．轻度自发性气胸，无明显症状者，可不抽气。但经2～4周后积气仍不消失时，则应予抽出。

在上述处理的基础上，再进行其它治疗，如剧咳者给予镇咳剂咳必清或可待因糖浆，每次服10毫升，或用片剂，前者25毫克，后者15～30毫克，均每日3次；胸痛者给予止痛片；肺气肿引起的气胸还应合并应用支气管扩张剂氨茶碱、麻黄碱等；由肺结核、肺脓肿等引起者，则应用青霉素及链霉素等药物对因治疗。

思 考 题

气胸可由哪些原因引起？如何确诊并抢救？

病例讨论一

197×年1月8日，公社卫生院王医生和××生产大队赤脚医生甲、乙一起为贫农社员金伯伯看过病之后，进行了讨论。

王医生(简称王)：遵照伟大领袖毛主席关于**"要认真总结经验"**的教导，结合金伯伯的病情，我们开一个病例讨论会。

"赤脚医生"甲(简称甲)：金伯伯，男，70岁，是××生产队的贫农社员。昨天下午自觉发冷、头晕，一阵阵咳嗽。夜里发热，咳嗽加重，气急。家里人发现他神志不清，说胡话，找我们去给金伯伯看病。

王：对，情况大致是这样。用医学的话说，就是：主诉：一天来发热、咳嗽，近三、四小时气急、神志不清。

赤脚医生乙(简称乙)：金伯伯有咳嗽的毛病已四十多年了。他说他的病是在年青当长工时得的，那年头一天干到晚连顿饱饭都吃不上，哪里有钱請医生看病？就这样长年累月拖下来，每逢冷天就感冒咳嗽，后来又加上气喘，咯脓痰、血痰，着凉发热的时候，咳嗽更加重。

解放后，金伯伯翻身当家作了主人。但是，由于刘少奇、林彪竭力推行反革命修正主义医疗卫生路线，疯狂抵制毛主席关于"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的光辉指示，使农村长期缺医少药，贫下中农的疾病得不到很好的治疗。金伯伯虽然也看病吃药，但一直沒能根治。昨天上午在家里理发、洗头着了凉，以致咳喘再次发作。

王：这就是金伯伯的简单病史。我们看病，不但要看到病人，更要带着阶级观点、阶级感情看病。金伯伯的病完全是万恶的旧社会、地主老财的剝削和刘少奇、林彪的反革命修正主义路线造成的！我们是毛主席支持的赤脚医生，我们一定要听毛主席的话，努力学好防病、治病的本领，全心全意为贫下中农的健康服务。下面再谈谈体格检查。

甲：我们今天一清早到金伯伯家，见他在床上半臥着，又喘又咳，神志不大清楚。

测量体温是37.7℃，脉搏88次/分，呼吸32次/分，血压140/90毫米汞柱。面色紫红，口唇、指甲发绀。皮肤其他部位沒见到有皮疹或出血点。有杵状指。头颈部别的沒有发现什么不正常现象。桶状胸，呼吸运动減弱，心尖搏动不清楚；二肺叩诊鼓音，心浊音界不清楚；肺部听诊呼吸音低弱，呼气相对延长，有干性罗音及少量哮鸣音，两肺后下方听到有湿性罗音。心率88次/分，心律整齐，心音较轻，沒听到杂音。腹部除在肋下2厘米可以摸到软而无压痛的肝脏外，别的都正常。四肢活动好，下肢沒有浮肿。

乙：毛主席教导我们说："**正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索**"。按照金伯伯的病情和检查所见，我认为金伯伯的病应当诊断为慢性支气管炎、肺气肿、支气管肺炎。

王：你下这个诊断有什么根据？

乙：我是这样想的。金伯伯既往有四十多年咳嗽、咯痰、气喘的历史，很明显，他患的是慢性支气管炎。而且从病情发展来看，已发展到肺气肿的阶段，因为检查发现他有典型的肺气肿体征：桶状胸，呼吸运动减弱，二肺叩诊鼓音，呼吸音低，呼气相对延长，心浊音界不清，杵状指等。所以诊断肺气肿也是比较有把握的。

这次金伯伯发病，有发热、咯痰、神志不清等感染中毒症状，二肺后下方听诊有湿性罗音，我看很象是合并了支气管肺炎。

王(问甲)：谈谈你的意见。

甲：我很同意他的诊断。另外，我再补充几点。

金伯伯出现神志不清，是否是因为肺部感染中毒和呼吸机能减弱，使脑组织缺氧而造成的？

其次，金伯伯的临床症状较重，而体温只有37.7℃，不太高。这是因为：支气管肺炎发热不一定很高；70岁的老人反应性差，热度也不一定很高。因此，老年人感染中毒的严重程度，不能仅凭发热高低来判断。

皮肤、粘膜发绀是缺氧造成的，杵状指说明他有长期慢性缺氧。金伯伯有肺气肿，肺里面充满气体而胀大，遮盖着心的前面，使心尖搏动和心浊音界不清楚。同样由于肺膨胀，使膈肌下降，肝脏也随之下降，因此，尽管在肋下2厘米可以摸到肝脏，但并不是病理性的肝肿大。

王：你们的诊断很正确，分析很全面。我只补充一点。要记住毛主席的教导："**世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。**"因此，当我们遇到长期咳嗽、咯痰、气喘以及继发感染发热的病人的时候，思路要广一些，要考虑到呼吸系统的一些常见病如：慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺气肿、肺脓肿、肺结核、支气管肺炎等病。尽管这些疾病的临床表现不甚相同，但往往单凭临床症状不易确切鉴别诊断。所以，我们要深入掌握各个疾病的主要特点，详细了解发病经过，认真仔细检查，有些病（如肺结核、支气管扩张）有条件时还需要到医院作X线检查，以便确诊、治疗。

病例讨论二

患者张××，男，40岁，贫农社员。因咳嗽、咯脓痰多年，最近症状加剧，咯血二天，而于197×年11月20日前来就诊。

患者从小常发生伤风、咳嗽，每到冬季咳嗽加重，痰液粘稠，有时还发热。近几年来，咳嗽、咯痰发展到长年不愈，反复发作。夜间临睡或晨起时，咳嗽剧烈，咯出大量脓痰。并每年均有1～2次咯血，量多少不等，多为连续数天，每天几口。二年前有一次咯血量较多，约一大碗，经卫生院用止血药等治疗而愈。以往用过抗菌素、止咳药、氨茶碱等。近日天气变化，自觉咳嗽加重，黄脓痰增加。二天来又有咯血，为满口鲜血，一天十余口。略感发热。无恶心、头晕。大便色泽正常。

检查：体温37.8℃。患者能平卧，咳嗽频繁。痰黄脓样，有臭味。舌苔黄腻。脉滑数。胸廓近似桶状，呼吸音稍减弱，二肺底散在多量干湿罗音，右侧较重。心界不扩大，心率86次/分，律齐。肝上界右侧第六肋间，肋下可触及，质软，无触痛。脾未触及。其他无特殊所见。

赤脚医生小金根据患者的症状和体征，诊断为支气管扩张伴有继发感染、并有轻度肺气肿。认为当前主要矛盾是感染和咯血。因患者咳吐脓痰伴咯血，舌苔黄腻，脉滑速，表示痰热蕴积于肺，肺热迫血妄行，因此治疗上宜清热化痰、止血，亦即抗感染和止血。

赤脚医生同志们：

你们同意小金的诊断吗？准备采取那些治疗措施？

病例讨论三

患者男性，25天婴儿。咳嗽、精神萎靡三天。

患儿近三天来有轻微咳嗽、厌乳，精神萎靡软弱，面色苍白，无溢乳及呕吐，大小便正常。四肢冰冷而无发热。进食时无呛咳，无音哑及呼吸急促。昨天晚上患儿烦躁而不哭，半夜12时左右突然尖叫

一声，两眼凝视，手足不自主地挛动，口吐小泡沫，口唇发绀，全身皮肤冷湿，呼吸停顿（憋气），脉搏扪不到。因而急诊入院。

患儿为第三胎，足月顺产，母乳喂养。妊娠期母亲无疾病，新法接生。生后一周曾发烧3～4天，但病前无异常发现。父、母均健在，无结核及慢性病史。患儿发病前无鼻塞、流涕、鼻衄等现象。

检查 肛测体温二次不升，脉搏细弱，不易计数（每分钟约触到4～6次）。重危病容。面色苍白，口周及指尖发绀，四肢厥冷。浅部淋巴结未触及。颈软。前囟未见隆起。瞳孔等大，对光反应迟钝。鼻翼未见扇动。咽部稍充血，扁桃体不肿大。胸部对称无畸形。全身皮肤未见出血点及疹子。心音低钝、率速，160次/分。胸骨左缘第2～3肋间可听及三级收缩期杂音，向右传导。肺动脉瓣区第二心音亢进，有时可听到奔马律。呼吸每分钟仅4～6次，有不规则停顿，但未听到罗音。腹部平坦。肝肋下触及2厘米，质软，脾脏未扪及。肠鸣音稍亢进。神经系统反射均无阳性发现。

化验 血白细胞计数36,000，中性39%，淋巴61%。红细胞428万，血红蛋白10.6克。X线胸透似有点状模糊阴影。

赤脚医生同志，这婴儿患的是什么病？诊断依据是什么？怎样进行抢救治疗？

第六章　消化系统常见疾病的防治

第一节　消化系统解剖生理

消化系统的基本任务是摄取食物，通过物理和化学变化，加以消化吸收，以供全身组织利用，维持人体的生命活

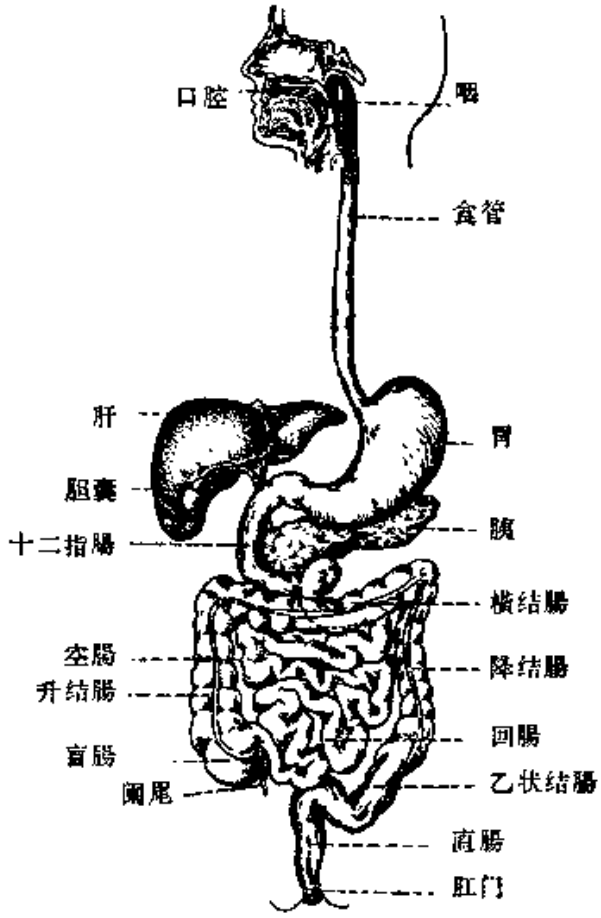


图 6-1　消化系统（示意图）

动；不能消化利用的食物残渣则由消化管的末端排出体外。食物在消化器官内通过一系列的物理和化学变化，分解成能被人体吸收利用的成分的过程，就称为消化。

消化系统分为消化管和消化腺两部分（图 6-1）。消化管是一条很长的管道，包括口、咽、食管、胃、小肠、大肠和肛门。消化腺分为大小二种，小消化腺是指存在于消化管管壁里面的腺体，如胃壁中的胃腺，肠壁中的肠腺等；大消化腺是位于消化管以外的独立腺体，借导管与消化管腔相通，包括唾液腺、肝和胰腺。

一、消 化 管

（一）口腔

口腔是消化管的开始部分，由唇、颊、舌、腭、上下颌骨和牙齿等组成。口腔的功能是吸吮、咀嚼、辨别味道、吞咽和辅助发音。口腔向后通向咽部。

口内的牙齿和舌头是与消化机能有密切关系的两个重要器官。牙齿的机能是咀嚼食物，使之与唾液混合。舌头的机能是尝味道和搅拌食物；此外，还参加发音。舌粘膜上的细胞经常脱落，和唾液、食物碎屑混在一起，成为舌苔，在诊断疾病上有很重要的参考意义。

（二）咽、食管

咽是呼吸道和消化道的共同通道。咽的下部，在前面经喉通气管，在后面通食管。食管全长 25～30 厘米。上端起于咽，位于气管的后面，在纵隔中下行，穿过膈肌，进入腹腔与胃贲〔音奔，bēn〕门相接。食管本身病变或周围器官的病变，可引起吞咽困难，导致营养障碍。食管粘膜下血管丰富，在门静脉高压下（如肝硬化病人），下段静脉容易发生曲张，

甚至破裂出血。

（三）胃

胃在腹腔的左上方。上与食管相接，其交界处叫贲门，贲门左上方的膨大部是胃底；下与十二指肠相接，其交界处叫幽门，此处有环形的幽门括约肌；中间的大部称胃体，前面称前壁，后面称后壁，左下缘叫胃大弯，右上缘叫胃小弯。胃壁自内到外分粘膜、粘膜下层、肌层、浆膜四层。胃粘膜内有许多腺体，叫胃腺，可分泌胃液（含胃酸和胃蛋白酶），帮助消化。胃和十二指肠溃疡病患者，胃酸常增高；慢性胃炎、胃癌患者则胃酸常缺乏。一般食物在胃内停留2～4小时。胃通过蠕动将食物充分搅拌，加以初步消化，并逐渐推送进入十二指肠。在某些因素的刺激下，胃发生逆蠕动，同时腹肌、膈肌强烈收缩，使胃内的食物等经贲门、食管而由口呕出，这就是呕吐。

（四）小肠

小肠是消化道各部最长的一段，也是消化道最重要的部分。成人的小肠全长5～6米，可分为十二指肠、空肠和回肠三部分。十二指肠是小肠的第一部分，其上端与胃连接，长约25厘米，形成C形弯曲，胰腺头部嵌在其中。十二指肠起始部叫球部，是溃疡病的好发部位；中部有胆总管和胰管的共同开口；下部与空肠相连。空肠约占小肠全长的⅓，此后是回肠，约为小肠的⅔。由于肠腔愈往下愈窄，故异物或梗阻易发生于回肠末段。肠粘膜内有肠腺和绒毛。肠腺分泌肠液，其中有多种酶，主要作用是消化食物。绒毛中有丰富的淋巴管和毛细血管，可通过它们吸收被消化的营养物质。

（五）大肠

大肠是消化道的最后部分，长约1.5米，包括盲肠、结

肠和直肠三部分。盲肠起始部有阑尾，当肠寄生虫、食物残渣或粪石落入而嵌顿阑尾腔后，可引起细菌感染而发生阑尾炎。结肠又可分为升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠。直肠下端开口于体外，叫肛门。大肠的主要功能是吸收水分，形成和排出粪便。大肠蠕动快，吸收水分不足，可引起稀便和腹泻；大肠蠕动弱，水分吸收过多，则是造成便秘的常见原因。

（六）消化管机能活动的调节

胃和小肠的运动，主要受迷走神经及交感神经所控制。迷走神经兴奋使消化管蠕动增强，平滑肌收缩，并促使胆囊收缩；交感神经的作用则与之相反。临床上常用副交感神经抑制药（如阿托品）来缓解由于消化管平滑肌痉挛所引起的腹痛，主要是因其能阻断迷走神经的作用，使消化管平滑肌放松的缘故。

二、消　化　腺

（一）唾液腺

唾液腺位于口腔周围，共有 3 对：腮腺（在两耳的前下方）、颌下腺（在两侧颌下）和舌下腺（在舌下）。这些腺体都有管子（腺管）通到口腔，其中腮腺的导管开口在口颊内侧面相当于上排第二臼齿处，腮腺炎时导管开口处常红肿。唾液腺的功能是分泌唾液，唾液可湿润食物，便于吞咽，并能消化食物中的淀粉。

（二）肝和胆囊（图 6-2）

肝在腹腔的右上部，其上界在右侧第 5～6 肋间，下界一般不超过右侧肋下缘。肝分左、右两叶，右叶较大较厚，左叶较薄较小。肝脏质地柔软，外面包有一层结缔组织薄膜。肝的机能十分复杂，能分泌胆汁，消化脂肪，合成血浆蛋白

等多种蛋白质；参与糖代谢；以及对许多有毒物质起解毒作用，等等，因而是体内极为重要的器官之一。此外，消化道吸收的部分营养物质经门静脉系统到肝，然后再输送到全身。

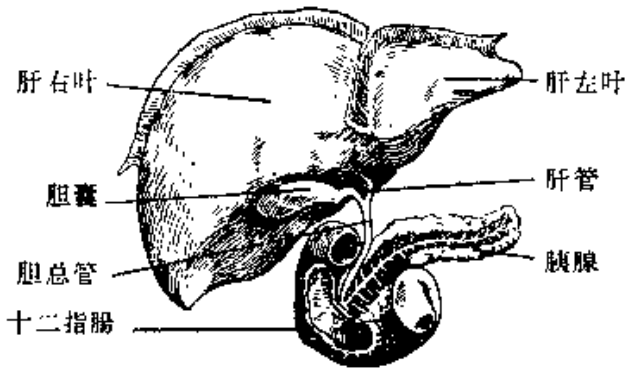


图 6-2　肝与胆囊、十二指肠和胰腺

胆囊成梨形，附在肝的下面，是贮存和浓缩胆汁的器官，其体表位置相当于右腹直肌外缘与右肋弓交界处。患胆囊炎时，此处有压痛，有时可触及肿大的胆囊。肝内分泌的胆汁可通过左右肝管汇集到胆总管，再经过胆囊管贮存在胆囊里，水分逐渐被吸收而浓缩。胆总管和胰管共同开口于十二指肠，该处有括约肌，可控制胆汁的排出。当进食油腻食物后，胆囊收缩，将浓缩的胆汁经胆总管排入十二指肠，起消化作用。但肝内分泌的胆汁必要时也可经过肝管和胆总管直接通到十二指肠。

（三）胰腺

胰腺是一个长条形的腺体，横置在胃的后方，右边靠近十二指肠，左边靠近脾脏。胰腺分胰头、胰体和胰尾三部分，主要作用是分泌胰液（含有蛋白酶、淀粉酶及脂肪酶等多种成分），通过胰腺管和胆总管进入十二指肠，在小肠内帮助消化食物中的蛋白质和脂肪。胰腺中还有一些细胞集团，叫

胰岛，分泌胰岛素，属于内分泌腺的范围。

（四）消化腺机能活动的调节

消化液的分泌，主要通过神经-体液因素来调节。唾液腺、胃腺、胰腺、胆囊和十二指肠腺都受迷走神经支配。进食时由于食物刺激口腔及胃，可反射性地促使唾液、肠液分泌，同时反射性地引起胆囊收缩，胆总管开口处的括约肌放松，促使胆汁排出。这些消化腺的活动也受体液控制。如食物入胃后，能刺激胃幽门部，使它产生一种化学物质（促胃液素），通过血液循环运至胃腺，促使胃腺的分泌；胃酸进入肠道后，也可刺激十二指肠粘膜产生促胰液素，刺激胰腺的分泌；食物刺激十二指肠粘膜则可产生胆囊收缩素，促使胆囊收缩而排出胆汁；等等。

三、腹　　膜

腹膜不是消化器官，但与消化器官有密切的联系。腹膜分二层，一层紧贴着腹壁，叫壁层腹膜；另一层紧贴着腹内脏器（如肝、脾、胃、肠等）的表面，形成各个脏器表面的浆膜，叫做脏层腹膜。肠系膜和大网膜等也是腹膜折迭形成的。两层腹膜之间称为腹膜腔，内有少量浆液，可起润滑作用。腹膜的炎性病变叫做腹膜炎，是腹膜的常见病变。腹膜腔内的液体增加，就形成腹水。男性的腹膜腔与外界不相通；女性的腹膜腔经输卵管、子宫和阴道与外界相通。

四、食物的消化和吸收

消化是人体的重要机能。人体在生命活动的过程中不断地进行新陈代谢，一方面吃进各种营养物质，另一方面排出废物。人们每天吃进的食物，主要成分是糖类、脂肪、蛋白质、水、维生素和无机盐等六大类。其中水和分子不大的维生素、盐类可直接从小肠吸收；糖类、脂肪和蛋白质是体内能量的主要来源，但由于分子较大，必须经过消化，分解成较简单的形式后才能吸收，如糖主要以葡萄糖的形式吸收，蛋白质主要以氨基酸的形式吸收，脂肪则以其水解产物（甘油和脂肪

酸等）为主要的吸收形式。吸收的部位主要是小肠粘膜的绒毛。

食物的消化分为机械消化和化学消化，两种消化同时进行。机械消化就是通过口腔的咀嚼、胃肠的蠕动，把食物磨碎，与消化液混合，并在消化道内向前推进。化学消化是通过消化腺所分泌的消化液（唾液、胃液、胰液、胆汁和肠液）的作用，将大分子的食物分解为小分子物质，再由小肠吸收。经过消化吸收剩余下的食物残渣，通过大肠吸收水分而变成粪便，由肛门排出体外。

五、糖类、脂类和蛋白质的代谢

新陈代谢是一切生物体的最基本特征，没有新陈代谢就没有生命。人体通过消化道把食物的营养成分（如糖、脂肪、蛋白质等）吸收到体内，经过一系列的化学变化，转变为能量或人体自身的组织成分；同时，体内旧的组织成分亦不断分解氧化，产生废物而排出体外，使体内物质不断地更新，保持人体各种机能活动的正常进行。糖、脂肪和蛋白质这三类物质的代谢是互相联系、互相制约的。

（一）糖类的代谢

食物中的糖类如淀粉、蔗糖等，在消化道被消化成为葡萄糖、果糖等单糖，由肠壁吸收入血液，再输送到各组织。在体内，糖是最主要的供能物质，体内所需能量中约有$\frac{2}{3}$是由糖氧化供给的。葡萄糖在体内的变化：

1．在组织细胞内，在供氧充足的条件下，糖可以完全氧化，生成二氧化碳和水。这种氧化过程称为有氧氧化，在此过程中产生大量能量。这些能量一部分用来产生热量，维持体温；另一部分则以三磷酸腺苷的形式储存起来。组织可从三磷酸腺苷中取得所需的能量，进行各项生理活动，如心脏跳动、肌肉收缩等。此外，在供氧不足的情况下（如在激烈运动时的肌肉细胞内），糖可进行无氧氧化，在此过程中糖不能完全氧化成二氧化碳和水，而是生成乳酸，并放出能量，但比有氧氧化时所放出的要少得多。

2．葡萄糖在肝脏和肌肉内可以转变为糖元储存起来。葡萄糖等单糖在小肠被吸收后，由门静脉进入肝脏，可以在肝细胞中合成肝糖

元。血液中的葡萄糖也可以在肝脏中合成肝糖元。同时，血液中的葡萄糖也可以在肌肉中合成肌糖元。当身体需要时，肝糖元可以分解为葡萄糖，经血液输送到各组织中供利用；而肌肉中的肌糖元只能在肌肉细胞中氧化，不能分解成葡萄糖到血液中去。肝脏还能将一些非糖物质，如甘油、乳酸、丙酮酸及一部分氨基酸等合成糖元，这种作用称为糖元异生作用。

糖元是糖在体内的储存形式。在饭后，有大量的单糖（主要是葡萄糖）从肠壁吸收入血液。此时体内一时不需要大量消耗，血中葡萄糖浓度过高，通过胰岛素等的作用，葡萄糖在肝细胞中可转变为肝糖元，在肌肉中可转变为肌糖元，储存在肝脏和肌肉中。当血液中葡萄糖浓度下降时，通过神经体液的调节，肝糖元的分解作用加强，葡萄糖就从肝脏释放到血液中，这样使血液中葡萄糖的含量能维持在一定的水平。正常人血液中葡萄糖的含量（血糖）为每100毫升血含80～120毫克，饭后高一些，空腹时低一些。血糖浓度经常维持在正常水平有十分重要的生理意义，可以保证体内各组织器官得到充足的糖，以便氧化产生能量。特别是脑组织对血糖浓度的变化很敏感，大脑细胞主要靠氧化葡萄糖而取得能量。如果血糖浓度过低，大脑不能获得充足的葡萄糖，即可出现头晕、心悸、出冷汗及饥饿感，甚至可发生暂时性意识丧失，这种情况称为低血糖昏厥。

3．葡萄糖也可以在细胞内变为脂肪。上面讲到的肝糖元和肌糖元的储存量是有一定限度的（人体储存糖元总量约为500克），多余的葡萄糖可以在细胞内转变为脂肪。所以有些胃口很好的人，进食量大，尽管他吃的脂肪类食物很少，也可长得很胖。

（二）脂类的代谢

脂类物质包括脂肪以及类脂质，后者主要包括磷酯和胆固醇。食物中的脂类在消化道被消化吸收后，主要经过小肠绒毛的淋巴管进入血液，被输送到各组织。吸收进来的脂类分解物，一部分进行氧化供应能量，还有一部分合成磷脂及胆固醇等人体必需的类脂物质，供组织再生和修补之用；其他部分则以脂肪的形式储存于皮下、肠系膜等处的脂肪组织中。当身体需要时，这些储存的脂肪也可分解氧化供应

能量。

1．脂肪的代谢　肝脏是脂肪代谢的主要场所。食物脂肪与人体的脂肪是不同的，必须经过肝脏的改造，才能变成人体的脂肪。

脂肪氧化时放出的能量比同等量的糖或蛋白质氧化时所放出的能量大一倍以上。脂肪的氧化开始阶段与糖不同，首先在脂肪酶的作用下水解成甘油和脂肪酸，然后再分别进行氧化，在后阶段的氧化途径是与糖一样的，最后的代谢产物也是二氧化碳和水。所以有糖代谢障碍的人，脂肪代谢必然也受影响。例如糖尿病病人，机体不能充分利用糖，为了维持各器官的活动，只能大量分解脂肪，但此时由于糖代谢障碍，脂肪也不能彻底氧化，以致中间产物酮体在血中增加。酮体为酸性物质，当其在体内增加到一定程度，就可引起酸中毒。

2．磷脂的代谢　磷脂是细胞膜和细胞核膜的组成物质，它需要随时更新和不断补充。新的磷脂由脂肪变来，旧的磷脂分解后进一步氧化，与脂肪相似。磷脂在各种组织中均能合成。

3．胆固醇的代谢　胆固醇也是组织的重要成分，它与磷酯、蛋白质一起构成细胞膜，还可构成神经髓鞘；又是维生素D、性激素、肾上腺皮质激素等的原料。胆固醇一部分可由食物中吸收到体内来，一部分则在肝脏及皮肤内合成。胆固醇在体内不能氧化，而是由大肠粘膜和胆汁排泄。血中胆固醇如过分增多，加上血管壁有病变，就容易在血管壁上沉淀，可导致动脉粥样硬化。

（三）蛋白质的代谢

蛋白质是维持生命必不可少的重要物质，也是组织细胞的基本结构成分。组织细胞不断地在衰老与更新，其中的蛋白质也经常进行着更新，如肝细胞的蛋白质估计每十天就更新一半。人体的生长发育、创伤修复都需要足够的蛋白质。体内的酶、抗体以及部分激素也都是蛋白质。

食物中的蛋白质，经过消化酶的作用，分解为各种氨基酸，由肠道吸收入血液。氨基酸的主要代谢变化是在各种组织细胞中合成机体自身的蛋白质。此外，在细胞内有一种物质称为核酸，对蛋白质的合成起着极其重要的作用。

蛋白质的分解代谢首先是由组织蛋白经酶的作用分解为氨基酸，氨基酸再经过一系列复杂的过程，氧化成二氧化碳、水及其他产物，并且放出能量。但蛋白质的分解主要是为了组织的更新，而不是为了供应能量。一般的氨基酸分解过程先是脱氨基作用，脱下氨基后氨基酸变成一种有机酸，后者的继续氧化就与糖的氧化一样。脱下的氨基变成氨，对人体有一定的毒性，需要通过肝脏进行解毒。肝脏可以将氨合成尿素，再由肾脏排出体外。当肝脏发生严重病变而其机能受到损害时，合成尿素的能力降低，血中氨含量增高，病人可发生昏迷，称为肝昏迷。体内一部分氨在肝、脑、肾等器官中还可以与谷氨酸结合成一种无毒的谷氨酰胺，由肾脏排出。发生肝昏迷时，常用谷氨酸来治疗，其目的就是增加谷氨酰胺的产生，使氨解毒。

六、小儿消化系统的解剖生理特点

婴儿口腔粘膜柔嫩，血管丰富，易破损擦伤，若不注意口腔清洁，易导致口腔炎。婴儿胃容量小，贲门肌较薄弱，易发生呕吐和溢乳。消化力较成人弱，进食不当，易引起消化不良。小儿肠系膜较长，容易产生肠扭转和肠套迭。

七、祖国医学对消化系统的认识

祖国医学认为，消化功能主要同脾、胃以及大小肠有关。

（一）脾与胃

1. 脾主“运化” 脾有消化食物、输送营养物质和水液的功能，对人体生理活动起着重要作用。在人体脏腑疾病中，论重要性是“肾”，论常见性是“脾胃”，所以说：“肾是先天之本，脾胃为后天之本”。脾的运化一方面靠肾阳（亦称“命门火”）来推动，即所谓“无先天则后天不立”；若肾阳不足（肾阳虚），则脾的消化机能就会降低。另一方面，可以通过脾胃输送营养物质来充实肾阳，即所谓“无后天则先天

不长”；若脾气虚弱，或运化机能障碍（“脾失健运”），可出现腹胀、腹泻、水肿、喘咳等病证。如果脾虚，肾阳也虚（脾肾阳虚），则会出现晨泻（黎明即泻）。

2. 脾统血　脾能维持血液在脉管中的正常运行，而不致渗出脉管外。如脾气虚弱，会出现各种慢性出血性疾患，称为“脾不统血”。

3. 脾主肌肉、四肢　肌肉的丰满和四肢的运动能维持正常的生理机能，主要靠血液营养，而营养物质又必须通过脾的吸收和输送。所以“脾气不升”时，就会肌肉消瘦，内脏及四肢的肌肉升举无力，甚至出现中气下陷的症象（见下述）。

4. 脾的特性

⑴ 脾气主升：脾气能升，可将营养物质吸收，输布全身，化生气血。若脾失健运，则中气下陷，出现气短、懒言、久泻、脱肛、子宫下垂或其他内脏下垂等。

⑵ 脾喜燥恶湿：脾属阴，喜燥而恶湿。如湿盛困脾，可出现头重、胸闷、四肢无力和其他消化系统症状。

5. 胃主受纳和腐熟水谷　胃有容纳和消化食物的作用。食物先经胃消化，然后由脾来运化吸收，营养全身。因此胃气的强弱，纳食的多少，关系到正气的盛衰即机体的抗病能力。所以，祖国医学对调护“胃气”颇为重视。

6. 胃气宜通宜降　胃可把已经初步消化的食物，通过幽门向下传送到小肠，进一步消化。因此，胃气以通降为顺。如果发生“胃气上逆”，则出现恶心、呕吐、嗳气、脘腹作胀和便秘等症状。

（二）肠

包括小肠和大肠。祖国医学所指的大肠，与现代医学所

指相似，但“小肠”除了消化吸收外，尚有泌尿器官的功能。

1．小肠有消化食物（“化物”）和分别“清浊”的作用。小肠能消化食物，并把食物中的精华（“清”）和糟粕(“浊”)进行分化。精华吸收后由脾输送到人体各部，糟粕向下，渣滓〔音子，zǐ〕进入大肠，水分进入膀胱，排出体外。如果小肠机能紊乱，就出现腹泻、便溏、尿少等。因此，在治疗中有“利小便以实大便”的治法。

2．大肠有“传导”和“变化”糟粕的机能。大肠能传送小肠下移的糟粕，并吸收水分，使变为粪便，排出体外。如大肠机能失常，则出现停滞，发生腹胀、腹痛、便秘等。

综上所述，脾主运化、胃主纳谷、肠吸收精华而排出糟粕，它们相互联系、协作，共同完成人体的消化吸收机能。

思 考 题

1．消化系统包括那些部分？各部分的功能如何？

2．祖国医学认为消化系统是由那些脏腑负责司行的？简述脾胃与消化机能的关系。

第二节 消化系统检查法

一、问 诊

消化系统的症状很多，无论是机能性或器质性疾病，都可在消化道反映出来。问诊时应着重询问以下几个方面：

(一) 体重

身体的能量供给，有赖于消化器官对食物的消化吸收。因此，各种消化系统的疾病，当影响到摄食或造成消耗时，常能引起不同程度的体重减轻。

(二) 饮食

大多数消化系统疾病均能引起食欲减退，有的还有食后饱胀的感觉。消化系统急性炎症及传染病，大都与饮食不洁或暴饮暴食有关。因此，必须问清饮食情况以及与疾病发生的关系。

（三）吞咽困难

吞咽困难多是咽和食管病证的一种表现。应问明是否与进食食物的硬度有关，是否有自觉的固定的梗阻部位，是否有进行性的吞咽困难，是否伴有进行性的消瘦、呕吐或胸骨后疼痛等。

（四）恶心呕吐

对于有恶心呕吐的病人，必须询问恶心呕吐发生的时间和次数，是否有周期性和节律性的发作，以及与饮食的关系等。应注意呕吐前有无恶心的前驱症状。如无恶心而呕吐呈喷射状，一般多由于颅内压增高引起，如流行性脑脊髓膜炎；而消化系统疾病引起的呕吐大多先有恶心的表现。还必须注意呕吐物的数量、颜色，以及内容物的情况等。

（五）腹痛

必须询问腹痛发生的时间、部位、性质和程度、诱发和缓解的因素以及伴随症状等（详下述）。

（六）腹泻与便秘

腹泻者需询问腹泻的时间、次数，粪便的数量和性状（如颜色，气味，有无脓血或粘液，小儿腹泻有无奶块和不消化食物等），腹泻时有无里急后重，腹泻与腹痛、饮食的关系等。便秘者，应了解其平时排便的习惯和饮食情况，便秘开始的时间，以及有无嗳气、反酸、呕血、黄疸等，并仔细问明这些症状发生的时间，加剧和缓解的因素，以及是否伴有其它症状等。有的病人还应详细询问既往是否有过消化系统的病症（如胃痛、呕血和黑粪、肠道传染病、血吸虫病及肝胆疾病等），有无消化道的损伤和手术史等。

下面就以腹痛为例，把消化系统问诊方法简述如下：

1．腹痛的部位　如中上腹痛常见于胃病及胰腺病变，右上腹痛常见于肝、胆疾病，脐周围痛常见于小肠炎症或肠蛔虫症，右下腹痛常见于阑尾炎等。

2．腹痛的时间性　有的是阵发性疼痛，如胆道蛔虫症；有的是持续性疼痛，如腹膜炎；有的腹痛具有长期性、周期性和节律性的特点，如胃、十二指肠溃疡病等。

3．疼痛的性质和程度　慢性的钝痛或胀痛，常见于肝病；长期的隐痛多见于胃及十二指肠溃疡；急性疼痛程度比较剧烈者可见于胆囊炎胆石症；钻顶样剧痛，患者不易忍受甚至转侧不安，多为胆道蛔虫症；满腹刀割样剧痛，有休克表现者，可见于胃、十二指肠的溃疡穿孔。祖国医学根据腹痛喜按还是拒按，喜热饮还是喜冷饮，得食痛减还是得食痛剧等，以辨别其属虚属实。凡腹痛喜按、喜热饮、得食痛减者属虚；反之属实。

4．诱发因素　如胆囊炎胆石症和急性胰腺炎，可在吃了油腻食物或暴饮暴食之后发病；胃、十二指肠溃疡病可由受凉或吃了干硬不易消化的食物而疼痛等等。

5．使腹痛缓解的因素　如溃疡病疼痛可在吃些食物、服用碱性药（如胃舒平）、上腹按压或保暖后缓解。

6．同时并存的症状　溃疡病常伴有反酸、胃部灼热感；肝胆炎症则往往伴有食欲不振、恶心、呕吐、黄疸等；胆道蛔虫症常伴有呕吐蛔虫史。

二、望　　诊

（一）一般情况

1．注意观察病人的全身情况，如面容、体位等。急腹症病人常呈极度痛苦的面容，额出冷汗，在床上转侧不安或手按腹部。慢性消化道疾病，因长期消化吸收障碍，可引起消瘦、皮肤粘膜苍白等营养不良和贫血的表现。

2．看舌质和舌苔。舌质可反映机体的体液分布情况，舌干燥表面起芒刺、甚至裂纹，见于脱水。舌苔有“消化道的镜子”之称。消化不良和湿浊痰饮，可见舌苔厚腻；苔少或无苔，舌光红，为津液亏损、胃无生发之气。

3．呕吐、腹泻剧烈时，可有眼球凹陷、皮肤弹性降低等脱水征象。

4．肝胆疾病常有巩膜及皮肤发黄，称为黄疸。观察黄疸，要在自然光线下，主要检查眼球巩膜和皮肤、粘膜等处。

5．肝硬化病人，面呈黄灰泥土色，脸、颈、胸部可见暗红色小痣，周围有蜘蛛状血管小网，称为“蜘蛛痣”，主要因小动脉及毛细血管扩张而形成；同时可见手掌大、小鱼际颜色发红，称为“肝掌”。

（二）腹部

根据临床上的需要，一般常把腹部分成上下腹部、左右季肋部、左右腰部、左右髂部和脐部9个区，也可分成左右上腹部和左右下腹部4个区（图6-3）。

腹部的望诊应注意以下几个方面：

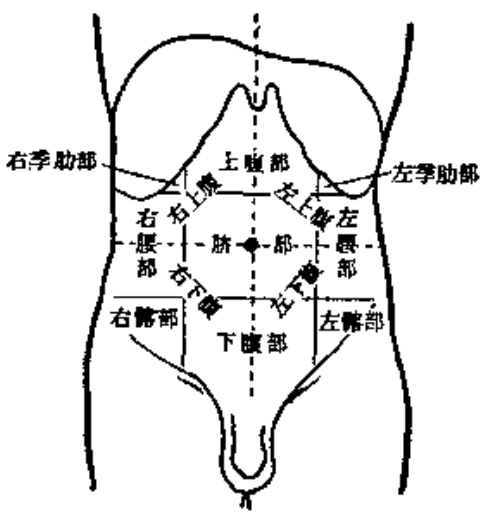


图6-3　腹部各区

1．正常腹部外形平坦，左右对称，脐窝凹陷。肥胖者因腹壁增厚而腹部隆起，脐孔深陷；妊娠、鼓肠、腹水等也可使腹壁隆起，但脐窝突出，称“蛙状腹”。腹的局部隆起，可见于腹腔内肿瘤等；上腹部膨大，多见于严重肝脾肿大者；下腹部膨大，可见于尿潴留病人，因膀胱胀大所致。极度消瘦、营养不良及严重脱水时，腹部凹陷，称

"舟状腹"，腹壁皮肤弹性减退或消失。

2．蠕动波　正常人很少见到胃肠蠕动波。在幽门狭窄或梗阻时，因胃内食物进入十二指肠困难，可见到明显的胃蠕动波。肠梗阻时，因局部肠腔狭窄或阻塞，肠内容物通过困难，腹壁可见到明显而频繁的肠蠕动波，称为肠型。

3．腹壁呼吸运动　腹壁呼吸运动减弱或消失，多见于腹腔内的剧烈疼痛（如腹膜炎等）及腹水严重时。

4．腹壁静脉曲张　正常人腹壁静脉不显露。在门静脉高压时（如肝硬化腹水患者），常可见到腹壁静脉曲张。

三、触　　诊

腹部触诊是检查腹腔内脏器的重要方法。消化系统的主要脏器，如胃、肠、肝、胆等都在腹腔，因此腹部触诊在消化系统疾病的诊治中占有重要的地位。触诊时，病人取仰卧屈膝体位，解松裤带，暴露腹部，尽量使腹壁放松。医生站在病人右侧。触诊的步骤一般是先浅表后深部，先下腹后上腹，先触健侧、无痛部位，后触病侧、疼痛部位；先检查肠胃，按右下腹、左下腹、脐周、上腹部的检查程序进行，再检查肝脏、脾脏等。触诊的方法是先进行浅部触诊，再根据脏器和病变的具体情况，作深部滑动触诊、插入触诊、双手触诊或冲击触诊（具体见 270 页）。

（一）一般触诊

应注意以下几个方面：

1．腹肌紧张度　正常腹部柔软。部分正常人可因情绪紧张或医生检查手法不正确而反射性地引起肌紧张，此时可用分散病人注意力的方法来解除肌肉紧张。病理性的肌肉紧张常与压痛同时存在，一般称为"肌卫"，触摸时应注意是局限性的还是全腹性的。如急性胆囊炎和阑尾炎时，炎症波及壁层腹膜，可引起局限性的肌紧张；而弥漫性腹膜炎时，则全腹肌肉（以上腹肌为甚）极度紧张，可呈板样强硬。慢性结核性腹膜炎患者，腹部触诊可有半软半硬如揉面团样的感觉。

2．压痛　正常腹部无压痛。检查腹痛病人首先应确定压痛的部位，再根据压痛的部位和有关情况判断可能是哪个脏器的疾病。如胃溃疡的压痛点多在上腹部剑突下正中或稍偏左的部位；十二指肠溃疡的压痛点多在中上腹部稍偏右的部位；胆囊炎胆石症的压痛点多在右上腹部；阑尾炎的压痛点往往位于脐与右髂前上棘连线的外⅓和中⅓的交界处；而乙状结肠病变时可在左下腹部有压痛等等。此外，在急性阑尾炎时，除压痛外，还可能有反跳痛，即当摸病变部腹壁的手压下去后突然抬起时，疼痛突然加剧。

3．腹内肿物　当腹部触到块物时，首先应排除是不是某些正常的脏器（尤其是部分消瘦者可于脐周深部触到坚硬的脊柱，病人往往误认为是肿物），而后注意其部位、大小、形状、硬度、移动性及有无触痛等。如晚期胃癌病人，可在上中腹触到不易移动的肿块；卵巢囊肿，则在下腹部可触及圆形肿物；蛔虫性肠梗阻，可在脐周触及索条状物；严重便秘者，由于结肠内粪便积聚，可于左下腹触及条索状块物；等等。

4．胃部震水音　病人平卧，稍用力摇摆其上腹部，即可听到好象水在壶里震荡的声音，称为“震水音”。正常人食后可出现震水音，不久消失。幽门梗阻病人在空腹或食后7～8小时仍有震水音。

5．波动感　大量腹水或巨大卵巢囊肿时可有这一体征。检查时病人仰卧，检查者以一手掌紧贴病人腹壁的一侧，同时以另一手的手指迅速叩击另一侧腹壁，如腹腔内有大量液体时，或有巨大囊肿时，紧贴在腹壁的手掌即可有波动的感觉。

6．直肠指检　对有慢性腹泻、长期反复脓血便、便形改变等病人，应及时进行直肠指检，以及早诊断或除外直肠癌。病人取左侧卧位，右膝屈曲，医生右手食指带指套，擦少许润滑油伸入肛门探查。

（二）腹内主要脏器的触诊

1．肝脏的触诊　肝脏触诊时，可令病人作腹式的深呼吸动作，使腹壁肌肉尽量放松，然后采用深部滑动触诊法或双手触诊法进行检查，尽量与病人的呼吸运动很好的配合，自下而上的逐渐移动右手触摸。若摸到肝脏，还必须进一步检查肝脏的大小、硬度、表面和边缘的情

况，以及有无压痛等。

正常成人的肝脏下缘一般不易触及，有时在剑突下可略触及。七岁以下的儿童可能触及肝脏，但多不超过右肋弓下2厘米，且质软无压痛。肝肿大者，其肿大的程度通常以厘米为计算单位（有时以横指计算，但不精确，尽量不用）。测量方法一般以右锁骨中线为准，量取肋骨弓缘与肝下缘之间的距离（即肋下距离）。肝脏右叶肿大可在肋下触及，肝脏左叶肿大可在剑突下触及。正常的肝脏质地柔软，表面光滑，无压痛。很多疾病可触及肝脏。如急性传染性肝炎时肝脏肿大，在肋下可触到，质软，光滑，触痛明显。慢性血吸虫病时，肝脏肿大，质硬，部分患者还可触及脾脏。肝硬化者肝脏肿大（也可缩小），质硬，边缘锐利，表面粗糙，有时还可摸到小结节；脾也可触及。右心衰竭时，由于上下腔静脉血液回流心脏受阻，压力增高，以致肝脏呈充血性肿大，质稍硬，表面光滑，触痛明显；随着心脏情况的改善，肝脏可以缩小。肝癌时，肝明显肿大，上界升高，质地坚硬，部分患者可触及大块结节，触痛明显。必须注意，触到肝脏，不一定就是肝肿大。如消瘦、腹壁松弛者肝脏下垂，肺气肿患者肝脏被压下移等，都可触到，但质地柔软，表面光滑无触痛。

2. 胆囊的触诊 胆囊的触诊方法基本与肝脏同。正常的胆囊一般不能触到，而在胆囊肿大（多见于慢性胆囊炎胆石症）时则可在右上腹肋弓与腹直肌外缘交界处触及。当急性胆囊炎胆石症时，往往可在上述胆囊部位有明显触痛，而且胆囊压迫征（旧称麻斐氏征）阳性，即检查者用左手大拇指置于病人右肋弓下缘，其余四指平放于季肋上，在病人呼气时大拇指深入下压，固定不动，当病人吸气时，由于胆囊随膈下降，触及拇指而引起剧痛，可突然出现屏气。这一征象在临床上对诊断急性胆道疾病有重要的意义。

3. 脾脏的触诊 病人取仰卧位或右侧卧位，可采用深部滑动触诊法进行触摸。正常人一般不能触及脾脏，但一岁以内小儿有时可触及，多质软无压痛。成人在深呼吸时能触及脾脏下缘，即表明有脾肿大。脾脏肿大常见于传染病（如伤寒、疟疾、血吸虫病等）、白血病及肝硬化时。脾脏肿大的程度，一般是测量从左肋缘下到脾下缘之间的距离，

用厘米（或横指）计算。

四、叩　　诊

消化系统的叩诊，主要是检查腹腔内脏器的充气情况，有无液体存在，以及确定肝脾的上界等。

1．正常腹部叩诊呈鼓音。腹部膨隆而有明显鼓音，多见于肠胃高度充气（鼓肠）或胃肠穿孔（多伴有剧烈腹痛和肝浊音界消失）；腹部膨隆而鼓音消失，可见于脾脏极度肿大（巨脾症）、腹内肿瘤和腹水等。

2．肝浊音界　正常人肝上界在右锁骨中线上第5～6肋间。若肝下垂时，上界可下移；而肝肿大以及肝脓肿、肝肿瘤、腹水等时，肝上界可升高。当有肠胃穿孔、膈下积气时，肝浊音界可消失。

3．移动性浊音　为腹水的特殊体征。病人仰卧，因液体流至两侧腹部，故叩诊两侧呈浊音，而腹壁中央因有肠管浮于液面，叩诊呈鼓音；然后病人侧卧，则卧侧呈浊音。这种在不同体位时，浊音和鼓音出现位置的变化，称为“移动性浊音”。

五、听　　诊

消化系统的听诊，主要是听肠鸣音，即用听诊器或者用耳朵直接紧贴腹壁，在腹部各处均可听到一种“咕噜噜”的所谓气过水声。肠鸣音的产生，主要是由于肠内的气体和液体因胃肠的蠕动而移动所致，正常人每分钟约3～4次。如肠鸣音每分钟超过5次以上，称为亢进，主要见于肠运动异常，特别是肠蠕动增加及机械性肠梗阻、肠炎等病人，其中机械性肠梗阻的肠鸣音音调高而呈金属碰击音。肠鸣音减弱或消失，常见于弥漫性腹膜炎或麻痹性肠梗阻等。

思　考　题

1．消化系统检查时，要注意哪些地方？

2．试述以下名词的临床意义：(1)触痛和反跳痛；(2)肝肿大；(3)胃部震水音；(4)肝浊音界消失；(5)移动性浊音；(6)肠鸣音亢进。

第三节　消化系统常见疾病

一、急性肠胃炎

急性肠胃炎俗称"上吐下泻"，夏秋季多见。属于祖国医学所指"热霍乱"。常由于吃了被细菌污染的食物如生水、馊饭、馊菜等而引起。其中多数是肠炎杆菌（旧称沙门氏菌）的感染，可通过苍蝇、蟑螂而传播。还有暴饮暴食也是本病的常见原因。其他如毒蕈中毒、含毒鱼类（河豚）中毒或无机毒物（砒）中毒也有急性肠胃炎的表现。本节主要讨论细菌感染性的急性肠胃炎。

祖国医学认为本病主要由于饮食不节，伤害肠胃；或胃肠感受暑湿，阻滞中焦，而导致胃失降纳、脾失运化而发病。

本病根据临床表现，可分三种类型：急性胃炎（上吐不泻）、急性肠炎（下泻不吐）、急性肠胃炎（又吐又泻）。多数是胃肠同时波及。

症状　起病急骤。常先有上腹部不适、腹胀、腹痛，不久便出现恶心、呕吐，吐出物为食物或酸水。继而有腹泻，每日数次至数十次不等，为黄色水样便，内常含有未消化食物。由于小肠蠕动增加伴有痉挛，泻前常有脐周痛，有时呈剧烈的阵发性腹绞痛，泻后有轻松感（若病变波及结肠，则可有轻度里急后重，有时大便还可含有少量粘液和脓血）。吐泻严重者可有口渴。少数病人因细菌毒素被肠壁吸收，可有畏寒、发热等全身中毒症状，体温可达39℃以上。

检查　病人常因腹痛而辗转不安，脐周有压痛，肠鸣音亢进。吐泻剧烈而有脱水、酸中毒时，皮肤干燥、弹性差，眼窝下陷，口唇樱红色，面色苍白，脉搏细速，呼吸加深加

快，严重者血压下降，甚至出现休克。化验检查白细胞数增高，嗜中性细胞增多，血液浓缩。

祖国医学认为本病除上述症状外，若兼见呕吐物酸腐、嗳气饱胀、腹痛厌食、大便酸臭，泻后腹痛减轻、舌苔腻、脉沉弦滑等，属积滞型；若兼见胸腹胀闷、恶心呕吐频繁、吐出物酸而臭、腹痛肠鸣、泄泻有力、大便呈黄色水样或带有粘性、发热、口渴、尿短赤、苔厚或黄腻、脉洪数等，属湿热型；若上吐下泻、腹痛喜按、面色苍白、出汗肢冷、皮肤弹性差、口不渴、小便清长、舌苔淡润而薄白、脉沉细，则属寒湿型。

预防

1. 注意饮食卫生，避免暴饮暴食，不喝生水，消灭苍蝇、蟑螂等。

2. 提高警惕，严防阶级敌人投毒破坏。

治疗

1. 注意保暖，进食稀粥、面汤等易消化的流质食物，呕吐频繁者暂禁食。尽量鼓励病人多喝些淡盐开水。严重吐泻脱水者，应立即静脉补液，根据出汗及吐泻量，可补充1,000～3,000毫升，以生理盐水为主，少量用些葡萄糖，并于补液后期病人有小便后，适当补充氯化钾1～2克。

2. 新针疗法　常用中脘、足三里、内关、天枢等穴，其中呕吐重者用内关、中脘，腹泻者用天枢、内关、足三里，均捻转提插法，留针15分钟左右，每日一次。

3. 中草药治疗

(1) 草药验方：马齿苋、辣蓼、小飞蓬、地锦草、凤尾草、铁苋菜、蚂蚁草等，选择2～3味即可，每味用量各为2两，水煎服。

⑵ 辨证论治：

① 积滞型：以消积化滞为主，可用成药保和丸（见227页），每服2～3钱，每日2～3次；也可改用汤剂加减：以肉食为主积滞者重用山楂，并加鸡内金；以米面食为主积滞者加用谷芽；有呕吐者加竹茹、藿香；有发热者加用黄芩；腹痛者加木香。

② 湿热型：应清热利湿、降气化浊，可用葛根芩连汤（见208页）加减；或用厚朴饮加减，即藿香、姜半夏、枳壳各3钱，厚朴2钱，黄连1钱，车前草1两，水煎服。

③ 虚寒型：宜温中救逆，可用理中汤（见213页）或四逆汤（见214页）加减。

4. 对症处理

⑴ 腹痛、呕吐严重者，皮下注射阿托品0.5毫克，同时口服阿托品0.3毫克或复方颠茄片1～2片，每日3次。

⑵ 水样腹泻剧烈者，可用活性炭3片或糅〔音柔，róu〕酸蛋白1～2克，每日3次。其中活性炭可吸附毒物，故可用于各种腹泻。

5. 抗菌药物　可选用黄连素每次0.2克，每日4次；磺胺胍〔音瓜，guā〕（SG）、息拉米（PSA）、酞磺噻唑（PST）等，均为首次服2克，以后每日4次，每次1克；痢特灵每次0.1克，每日4次；合霉素每次0.5克，或氯霉素每次0.25克，均每日4次；等等。

〔注〕 磺胺胍（又称磺胺咪、止痢片、SG）、息拉米（PSA）及酞磺噻唑（PST）是又一类磺胺药，因口服后很少吸收，可在肠内保持较高的浓度，常用于控制肠道感染，如治疗细菌性痢疾、肠炎及作肠道手术前准备等；但用于全身性感染无效。每片0.5克，常用量一般首次为2～4克，以后每4～6小时1～2克，可不必同服苏打；小儿可

按0.2～0.4克/公斤/天计算，分4次服用，首次加倍，可配成10～20%的合剂。

痢特灵（呋喃唑酮）属于呋喃类药物，具有较广的抗菌谱，因口服肠道不易吸收，故主要用于治疗肠道感染。每片0.1克，常用量每次0.1克，一日4次；小儿按5～10毫克/公斤/天计算，分4次服用，可配成1%的合剂。

盐酸黄连素（小檗碱）是由中药里提炼出来的一种抗菌素，对于多种细菌均有抑制作用，但由于口服不易吸收，因而常用于肠道感染。每片0.05或0.1克，常用量0.1～0.2克，一日2～3次；小儿按5～10毫克/公斤/天计算，分次服用，可配成1%的混悬剂，还常制成注射剂肌注。

〔附〕 急性出血性坏死性肠炎

急性出血性坏死性肠炎病变主要在小肠，临床表现以腹痛、便血、发热、呕吐、腹胀为主，多见于3～14岁的儿童，好发于夏春季节。

病因及病理 病因尚未明确。多认为是由一种特殊的病原体（如产气荚膜杆菌及致病性大肠杆菌等）及其毒素作用于人体而引起的过敏反应性疾病。病变主要在空肠的上段和回肠的下段，结肠有时也可累及。开始常为节段性或散在性病变，表现为粘膜层增厚、粗糙、充血或渗血，有时伴有片状坏死和散在性溃疡病灶，病变肠段和正常肠段分界清楚。如病变仅在粘膜层者，临床表现以腹痛、腹泻、便血为主，肠蠕动减少，肠腔充气；若肠壁坏死病灶广泛而较深时，则可出现全身中毒症状，迅速导致休克或麻痹性肠梗阻。当病灶波及浆膜层或肠管坏死穿孔时，可发展成腹膜炎。

祖国医学认为，本病的主要原因可能是身体原已阴液亏损，或因暴饮暴食、积滞化热，使胃肠功能障碍而致津液不能输布全身，即正气不足，又在此基础上感受外邪所致。其主要的病理变化是脏腑热毒，迫血妄行，血少津枯，以致肠段出血、坏死。若肠道损害严重(广泛出血和坏死)，可出现阴竭阳脱而死亡。

症状 起病较急，一般先有腹痛及腹泻。初起时腹痛较轻，粪便为稀糊样。1～3天后腹痛加重，大多为持续性，并有阵发性加剧，位于脐周或上腹部，也可影响全腹。粪便带血，呈赤豆汤样或血水样，有时有血块，含粪质少，具有恶臭，次数每日2～10次，每次血量50～200毫升不等。常有呕吐，吐出物为上消化道内容物，偶有胆汁或咖啡样物质。伴有低热或中等发热，但也有体温高达39℃以上的。便血一般持续2～10天。便血好转后，腹痛也随之缓解，但进食可使腹痛加剧。发热时间愈长者，便血时间也长。

重型病例在起病后1～2天内迅速出现剧烈腹痛、大量便血和频繁的呕吐，常有严重脱水症状，甚至四肢厥冷、皮肤出现紫色网状花纹、血压急剧下降等休克表现，或先有发热、抽搐、昏迷等全身中毒症状，继而出现严重休克。这类病例常伴有明显腹胀及麻痹性肠梗阻的表现。如不及时奋力抢救，可迅速导致死亡。

检查 轻型患者一般体征较少，主要表现为腹部膨胀，但较柔软，有时可见肠型，脐周及上腹部有轻度压痛，早期尚有肠鸣音亢进。当肠管有明显坏死或穿孔时，则有明显的腹膜刺激症，如肌卫、满腹压痛和反跳痛等，肠鸣音可消失。化验检查粪便隐血试验强阳性；血中的白细胞数增高，中性增多，大量出血者可有贫血。必要时作腹部X线透视，可见空肠充气或有液平面，肠穿孔者有气腹征象。

祖国医学一般把本病分为两类：

1．脏腑热毒、耗损阴血：除上述症状外，兼见大便色红或棕褐色，量多，发热烦燥，口干不欲饮，舌苔黄燥或焦黑、质深红，脉弦数或细数。

2．津血暴伤，厥逆欲脱：证见腹痛剧烈，泻血水样粪便，内混有瘀血块，高热、谵妄而四肢厥冷，舌光绛无苔，脉细数或脉微欲绝。

鉴别诊断

1．中毒性菌痢 起病较本病更急，开始即有高热、惊厥、神志模糊、面色灰白、血压下降等，有的病人数小时内可出现脓血便。

2．肠套叠 多见于2岁以下的肥胖小儿，有阵发性吵闹现象，

腹部可扪及肿块，肛门指检有果酱样大便。必要时作X线检查协助诊断。

3. 过敏性紫癜　常有典型的皮肤紫癜。虽伴有肠胃道症状，但腹部无固定的压痛点和显著的肌卫。还可有关节和肾脏方面的症状，如关节肿痛、低热、明显的血尿等。

治疗

1. 卧床休息，禁食。给予静脉补液，成人一般2,000～3,000毫升/日，小儿80～100毫升/公斤/日。当呕吐停止、便血减少、腹痛减轻时，可给米汤等饮食，以后逐渐加量。

2. 抗菌素的应用　主要是控制肠内细菌感染。常选用广谱抗菌素，如氯霉素每日1克（儿童30～50毫克/公斤/日），卡那霉素每日1克（儿童20～30毫克/公斤/日）或庆大霉素每日120毫克（相当于12万单位，小儿可按4～5毫克/公斤/日计算）等，均由静脉滴入。

3. 对症处理

(1) 腹痛：可针刺足三里、中脘、内关等穴，或用解痉止痛剂如阿托品等。

(2) 便血：可用止血剂，如安络血10～20毫克肌肉注射，儿童5岁以上每次5～10毫克，5岁以下每次2.5～5毫克；或对羧基苄胺100毫克、维生素K_1 10毫克静脉滴注，每日1～2次等。

(3) 腹胀明显、呕吐频繁，有肠梗阻症状者可进行胃肠减压。

(4) 抗休克治疗：本病极易发生休克，也是引起死亡的常见原因。因此，早期诊断并积极治疗休克是治疗本病的关键。首先应补液及输血，以补充血容量。同时应使用肾上腺皮质激素等（详见2180页休克的治疗）。

(5) 并发腹膜炎及肠穿孔者，应迅速进行手术治疗。

(6) 中草药治疗

(1) 常用验方：

① 大蒜1两，去皮捣烂，加入芒硝1两，掺入面粉中做成大薄饼状，敷在腹部，有消炎止痛作用。敷前先在局部皮肤上涂以米醋，每日敷2小时，共5～7日。

② 鲜生地、鲜麦冬、鲜旱莲草、鲜茅根、鲜藕节各2两捣汁冷服，一日数次。

(2) 辨证论治

① 脏腑热毒，耗损阴血型治宜清肠解毒、凉血救阴，可用小承气汤合黄连解毒汤加减，即生大黄4钱（后下），枳实、黄芩、厚朴、山栀、连翘、槐花各3钱，黄连2钱，水煎服。

② 津血暴伤、厥逆欲脱型治宜凉血解毒、益气固脱，可用犀角地黄汤加减，即水牛角、生地各1两，赤芍4钱，丹皮3钱，孩儿参6钱（另炖），水煎后送服紫雪丹1钱。

思 考 题

1. 试述急性肠胃炎的诊断要点？

2. 急性肠胃炎怎样预防和治疗？

3. 急性出血性坏死性肠炎与一般的肠胃炎有什么不同？如何抢救？

二、小儿腹泻

小儿腹泻又称小儿消化不良，好发于夏秋二季，2岁以下的婴幼儿最为常见，临床表现以胃肠道方面的症状如腹泻、呕吐等为主。按病情的轻重及全身中毒现象是否显著，可分为轻型腹泻（单纯性消化不良）及重型腹泻（中毒性消化不良）二种，但二者之间并无绝对的界限。重型腹泻是婴幼儿的常见急症，如不及时抢救，有生命危险，故与中毒性肺炎、中毒性菌痢合称为小儿科三大重病。小儿腹泻如不及时进行合理的治疗，常易导致营养不良及维生素缺乏症。因此，积极地防治本病，对保障婴儿的健康，非常重要。

本病的发生可能与以下一些因素有关：

1. 饮食不当　如喂食忽多忽少，过食油腻或突然改变

食物品种；在夏，秋季或孩子生病消化机能差的时候，突然断奶、增加辅食等等。

2. 肠道内，外感染　肠道内感染，多由于吃了被细菌污染的食物而引起，一般以致病性大肠杆菌引起的最为常见，其次为金黄色葡萄球菌、变形杆菌等。肠道外感染，主要是婴幼儿患呼吸道感染、中耳炎、肾盂肾炎、肺炎、皮肤感染等疾患时，引起消化功能紊乱所致，此种情况，年龄愈小愈多见。

3. 环境影响　如天气太热时，消化道消化液分泌减少；或受寒受凉后肠蠕动增加等。

4. 体质因素　营养不良、维生素缺乏(如佝偻病）的小儿，因体质差、抵抗力低下，脾胃功能紊乱，常导致消化不良的发生，而且可以形成恶性循环，使本病经久不愈。

在上述各种因素中，食物不适当是单纯性消化不良的主要原因，肠道内感染是中毒性消化不良的主要原因。

祖国医学认为本病属于“泄泻”、“疳积”中的“积滞”一类，与“伤乳伤食”、脾胃感受暑湿及受凉饮冷等因素有密切关系。

（一）轻型腹泻(单纯性消化不良)

症状　主要是腹泻，每日数次至十余次，粪便稀薄、色绿黄，并有酸臭味，或者泻出蛋花样混有白色奶块的大便。呕吐较轻或仅有溢奶。可有轻度腹胀和腹痛，排便前患儿烦躁不安，面色苍白，排便后往往可安静下来。听诊肠鸣音稍亢进。小儿一般精神尚好，食欲正常，体温正常或略高，可嬉戏如常。但如不及时治疗，可迁延不愈，甚至进一步发展为中毒性消化不良。

祖国医学称为伤乳伤食泻，除上述表现外，兼见大便粘

滞不化、气味酸臭、排气恶臭、手足心热、舌苔厚腻或苔白微黄、脉滑而有力；若大便如水样、臭味不大、不烦不渴、苔白腻、脉濡，则属脾虚泄泻。

预防 尽量用母奶喂养，合理添加辅食。注意饮食卫生，加强幼儿体质锻炼，有病及早治疗。避免在夏秋季断奶。

治疗

1. 调整饮食，减轻胃肠道负担 有呕吐的可先禁食4～6小时，然后给口服糖盐水（白糖10克、盐1克加水100毫升，按此比例配置；口服剂量每日每公斤体重200毫升），或治疗开始一、二日给胡萝卜汤（胡萝卜1斤，洗净切块，加水2斤、食盐3克，烧软，筛过，再烧20分钟），因其含有果胶，有使大便成形及吸着细菌与毒素的作用。以后给清淡、易消化的食物。为了防止呕吐，所有液体均应凉至室温，用小匙喂，每次1～3茶匙，5～10分钟1次。

2. 新医疗法 针刺天枢、足三里，呕吐加内关；或使用推拿疗法，可用捏脊法、推七节和揉脐中，每日一次，每次5分钟。

3. 中草药治疗

(1) 伤食伤乳泻：以消食导滞为主，可服用保和丸（见227页）；或改汤剂加减：即呕吐较剧加藿香、竹茹，腹胀腹痛加广木香等。

(2) 脾虚泄泻：治宜健脾利湿止泻，可用苍白术、陈皮各2钱，藿香、扁豆、车前草、茯苓、生苡仁各3钱，偏虚加党参，偏寒加干姜，水煎服；或用山药5钱、苡仁5钱，碾〔音捻，niǎn〕细粉，混合，每次1钱，一日3次，白开水冲服。

4. 对症治疗　助消化，可用食母生、乳酶生、多酶片、胰酶片等，每次均为1～2片，每日3次；或胃蛋白酶合剂，1～2毫升/岁/次，一日3次。镇静，可给鲁米那口服2～5毫克/公斤体重/次，或肌注1～3毫克/公斤体重/次。止吐，可给冬眠灵口服0.5～1毫克/公斤体重/次，肌注0.5～1毫克/公斤体重/次。减轻腹胀，可给炭片口服每次0.3克，每日3次。止泻，可给矽〔音夕，xī〕炭银、鞣酸蛋白或次碳酸铋，均为每次1～2片，每日3次口服。腹胀较重时，除治疗低钾外，可用肛管排气或腹部热敷，无效者可皮下注射0.05%新斯的明0.2～0.3毫升。

〔注〕 食母生、乳酶生、多酶片、胰酶片、胃蛋白酶合剂等都是助消化药。食母生是一种干酵母，富含维生素B族，成分类似复合维生素B，但含量较少，常用于防治维生素B属缺乏症及消化不良的辅助治疗。乳酶生又名表飞鸣，是乳酸杆菌的干制剂，可产生乳酸，使肠内酸性增高，抑制腐败菌的繁殖，常用于消化不良、肠内发酵、小儿饮食不当引起的腹泻等；但不宜与抗菌药物或吸附剂合用，以免无效，这一点应注意。多酶片含有胃蛋白酶、淀粉酶、胰酶等消化酶，主要用于消化酶缺乏性消化不良。胰酶片含有胰蛋白酶、胰淀粉酶及胰脂酶等成分，能消化脂肪、蛋白质及淀粉，常用于食欲不振、消化不良，特别是胰腺疾病所致的消化不良。胃蛋白酶合剂能消化蛋白质，用于病后消化机能减退及缺乏胃蛋白酶的消化不良等。

炭片（药用炭、活性炭）、矽炭银、鞣酸蛋白及次碳酸铋都是止泻药，有收敛（音脸，liǎn）、止泻及保护肠粘膜的作用，其中炭片还有吸附毒物的功能。故临床上常用这些药物治疗各种原因引起的腹泻，但对细菌感染引起的腹泻，最好在控制感染后再使用（炭片除外）。炭片还用于治疗腹胀和协助抢救某些中毒（洗胃后用）。

5. 有脱水者应考虑给予补液（详下）。

（二）重型腹泻（中毒性消化不良）

症状 一般可由轻型转变而成。表现为严重腹泻，每日数十次，泻出多量（有时可急泻冲出）酸臭味、水样或混有粘液的大便。呕吐次数多，可吐出咖啡色胃内容物。常伴有不同程度的脱水表现，如皮肤、粘膜干燥，缺乏弹性，唇舌干枯，口渴，囟(音信xìn)门、眼窝下陷，尿少等。进一步发展可出现酸中毒症状，如发热（中等热或高热）、呼吸深长、呼气有烂苹果样味、口唇樱红、先烦躁后嗜睡、昏迷、惊厥等；有的还有缺钾症状，如情神萎靡、肌肉软弱无力、腹部明显胀气，第一心音低钝、肠鸣音减弱或消失、腱反射减弱等。严重者可出现循环衰竭，表现为血压下降、脉搏细弱、四肢发冷、心音低弱、以至休克。少数严重病人也可急性起病，一开始就有高热（体温 39～40°C），并有重度腹泻和频繁呕吐，迅速出现脱水、酸中毒和缺钾症状。

临床上估计脱水程度，一般可分为轻、中、重三种：轻度脱水，丢失的体液约占全身体重的 5 %以下，患儿精神稍差，皮肤干燥，弹性尚好，眼窝及囟门下陷，尿量略减少；中度脱水，体液损失占体重的 5～10%，患儿精神萎靡或烦躁不安，口干明显，皮肤苍白、干燥、弹性差，前囟及眼窝明显下陷，尿量显著减少。重度脱水，体液损失可达体重的 10～15%，患儿精神极度萎靡，表情淡漠，对周围环境无反应，皮肤苍白发灰、弹性极差，四肢厥冷，前囟和眼眶深度下陷，心音低钝，脉搏微弱，血压很低，尿量极少或尿闭。

祖国医学把重型腹泻称为湿热泻，除上述症状外，尚可见舌苔黄干、脉滑数等；严重者出现意识不清、抽搐和重度脱水酸中毒时，属于高热伤阴的证候。

鉴别诊断 主要应与细菌性痢疾相鉴别。一般说，婴幼儿患痢疾时症状常不典型，往往无明显的里急后重及脓血粘液样粪便，而可表现为消化不良一样的症状。此时应详细询问病史，菌痢者常有传染病

的接触史。必要时作大便检验，菌痢者镜下可见到多量的红、白细胞及C吞噬细胞，而消化不良大便仅带粘液，偶有少量的白细胞和红细胞。

并发症 常见的并发症为机体抵抗力下降而引起的继发感染，如鹅口疮、尿布皮炎、中耳炎、肺炎等；尚可因久泻而引起营养不良及各种维生素缺乏症。

预防 应注意防止发生单纯性消化不良，如一旦发生，则及时治疗，防止发展为中毒性。

治疗

1. 减轻胃肠道负担 呕吐腹泻严重者，禁食8～24小时，待脱水基本纠正、吐泻好转时逐渐恢复饮食。可先用胡萝卜汤，然后喂人乳或米汤等。

2. 积极补液 液量根据脱水程度而定。一般轻度脱水为100～200毫升/公斤/天，中度脱水为120～150毫升/公斤/天，重度脱水为150～200毫升/公斤/天。可给等量5%葡萄糖水和生理盐水，适当加入11.2%乳酸钠（20～60毫升，根据脱水程度而定）；若有尿或经输液后有小便，尚应加入10%氯化钾（轻度每公斤体重1.5～2毫升，中度2～3毫升，重者3～4毫升），以纠正脱水、酸中毒和低血钾症。

3. 控制肠道感染 首选新霉素50～100毫克/公斤/天，分4次口服，连服5天。无效时可用土霉素、四环素或氯霉素，均为25～50毫克/公斤/天，分4次口服；也可用合霉素50～100毫克/公斤/天，或痢特灵5～10毫克/公斤/天，均分4次口服。不能口服者可用链霉素25～50毫克/公斤/天，分2次肌注。疗程均为5～7天。

4. 新针及推拿疗法 同单纯性消化不良。

5. 中草药治疗 属湿热泻治宜清肠、泻热、解毒为主，

可用葛根芩连汤（见208页）合新加香薷饮（见211页）加减；高热腹泻严重已伤阴者，可用人参乌梅汤加减，即孩儿参4钱，乌梅2钱，莲子、山药各5钱，甘草1钱，水煎服。

6. 对症治疗　同单纯性消化不良。如腹泻严重者，在纠正脱水和中毒症状后，可給收敛药如氢氧化铝口服1毫升/岁/次，或用鞣酸蛋白、次碳酸铋、矽炭银等。

7. 加强护理，防止并发症，并应积极治疗肠道外感染。

〔附〕 小儿营养不良

小儿营养不良主要是由于喂养不当、摄入不足或者摄入的食物消化吸收不良而引起，也可继发于各种慢性疾病，特别是胃肠道疾病，如消化不良、慢性痢疾，以及结核病、先天性心脏病等。在祖国医学中属于“疳积”中的“疳证”和脾虚泻，认为系久病耗损正气所致，故表现为虚象。本病多见于3岁以内的婴幼儿。我国在毛主席和共产党的英明领导下，国民经济迅速发展，人民生活水平不断提高，各种传染病多已得到控制，营养不良症已很少见，目前个别发病的大都为喂养不当或继发于其它疾病之后。

症状　主要表现为皮下脂肪消失及体重减轻，临床上可根据其不同程度，分成三度：

1. 第一度营养不良　体重比正常的平均体重减少15～25%，身长正常。皮下脂肪消失仅限于躯干，腹部及大腿内侧肌肉略松弛。胃肠道症状有溢乳、食欲减退、腹泻或便秘等。此外，尚有易哭、睡眠不安、不活泼等神经精神症状。皮肤颜色正常或略苍白。

2. 第二度营养不良　体重比正常的体重减少25～40%，身长低于正常。皮下脂肪的消失除胸腹部外，四肢及臀部也明显消瘦，面部脂肪轻度消瘦，肌肉松弛，肌张力降低（原来能够独立或行走的婴幼儿变成不能立或行走）。胃肠道症状有食欲降低、呕吐、腹泻或便秘等。还有睡眠不安或嗜睡、智力发育低下等神经精神症状。皮肤苍白、

干燥、弹力差，有时伴有水肿。

3．第三度营养不良（萎缩症） 体重比正常的平均体重减少40%以上，身长低于正常。皮下脂肪完全消失，极度消瘦，皮肤皱缩，有如老年人。胃肠道症状为无食欲，常有呕吐、腹泻及腹胀，个别病例腹部凹陷。神经系统表现兴奋或者抑制。皮肤苍白，完全失去弹性，还可见脱屑或色素沉着，有时有紫癜或褥疮，有凹陷性水肿。呼吸及循环系统也发生障碍，出现脉速或迟缓，心音低钝，常可听到柔软的收缩期杂音，有时可出现心律不齐；血压低，呼吸浅。小儿抵抗力极低，常易并发其他疾病。

营养不良小儿如有条件作化验检查，可有血浆蛋白（尤其是白蛋白）量减少，血红蛋白及红细胞减少等。

并发症

1．营养不良性贫血 为最常见的并发症，患儿具有营养不良的症状和体症，化验检查血红细胞及血红蛋白均少于正常，有浮肿者血清蛋白量常减少。

2．各种维生素缺乏症 以维生素A、B、C的缺乏最为常见，其次为维生素D缺乏。

3．容易并发上呼吸道感染、鹅口疮、腹泻、肺炎及皮肤感染等。

预防 营养不良的预防较治疗更为重要。婴幼儿应尽量用母乳喂养；如无母乳，可用牛乳或豆浆作代替品，并及时、合理的增加辅食。此外，合理安排生活、培养良好的饮食习惯、积极预防各种疾病、驱除肠寄生虫等也是重要的措施。

治疗

1．饮食疗法 营养不良患儿的特点是：营养需要量大，但食欲差，消化力弱。因此，必须逐步增加营养，耐心喂养。如食欲好转，大便正常，可逐渐增加饮食量及品种，并补充足够的维生素。一般一、二度营养不良的小儿以调整饮食为主，给易消化和营养丰富的食物；三度营养不良者可逐渐地少量补液或输血，待全身情况好转后再作饮食调整。

2．中草药治疗 一般以健脾补气、消积导滞为主。可用人参健

脾丸加减，即党参、白术、山药、莲子肉、炒谷麦芽、陈皮、玉竹、鸡内金各3钱，竹叶1.5钱，水煎服。如病久脾虚、不思饮食者，治宜健脾补气，可用参苓白术散加减（见226页）；久泻不意、食欲不振者，用益黄散加减，即陈皮、丁香各1.5钱，诃子、白术各3钱，青皮、炙甘草各2钱，车前草4钱，水煎服。

3．新医疗法

(1) 取双侧四缝穴，用三棱针点刺，挤放出粘性黄色液体或少量血液，每3天一次；并加用草药河白草2两（鲜），水煎服。或针刺足三里、天枢穴，并可用维生素B_{12}或复合B注射液作足三里穴位注射。

(2) 推拿及捏脊：同消化不良。

4．对症处理　主要是帮助消化，提高食欲，可用食母生片、复合维生素B片各1～2片，每日3次口服；或蛋白酶、多酶片等，均为每次1片，每日3次口服。贫血者加用维生素B_{12}注射，每次0.05～0.1毫克，隔日1次；同时服硫酸亚铁每次0.1～0.3克，每日3次。

5．积极预防和治疗并发症。

6．加强护理，注意清洁卫生，适当户外活动。

〔附〕 佝 偻 病

佝偻病又称软骨病，是乳幼儿时期较常见的一种慢性营养不良性疾病。多见于2岁以下的婴儿，特别是早产儿及双生儿。本病主要是由于缺乏维生素D所致。维生素D的不足可引起体内钙、磷的代谢失常，使钙盐不能正常地沉积在骨骼的生长部分，而导致骨骼的病变，甚至发生畸形。此外，食物中钙磷的含量不足或比例不适宜，长期消化不良影响钙磷吸收或慢性疾病使钙磷消耗过多，也能引起佝偻病，但较少见。体内维生素D的来源，主要是由日光中紫外线照射后在皮肤中合成；也有一小部分由食物中来。引起维生素D缺乏的原因主要有：

1．长期缺乏太阳光中紫外线的照射。所以本病北方发病率比南方高，冬春季节较夏秋季节为多。

2．少吃富含维生素D的食物，或长期消化不良、其他慢性胃肠道疾病或肝脏、呼吸道感染等影响维生素D的吸收和利用。

3．小儿生长发育过快，机体生长时需要的维生素D一时供应不上。

维生素D的缺乏，影响食物中的钙磷的吸收利用和在骨骼里的沉积。其主要的病变在骨骼，尤其以长骨的两端、肋骨和肋软骨连接处最为明显，其次为扁骨（如颅骨）。由于骨质不能正常地骨化，骨质变得疏松，骨膜增厚，并容易发生骨骼的变形和骨折。

症状 起病缓慢。多汗是最早的表现，特别是枕部靠枕头处出汗最多，因此该处因发痒摩擦而造成头发脱落，成为佝偻病的早期特点。小儿易兴奋，常有烦躁不安、睡眠不好或不活泼。因肌肉及韧带软弱松弛，所以小孩开始坐、立及行走都较晚。腹部胀气、膨隆，呈“蛙腹”。往往表现营养不良或肥胖无力（虚胖）。偶有贫血。

骨骼的变化是本病的主要表现。由于小儿头部生长最快，所以头部表现最明显。在顶骨或枕骨的中央部，用手指压时如压乒乓球一样，能凹陷及复原。两侧的额骨、顶骨及枕骨都向外隆起，形成方颅现象。前囟的闭合可延迟到2～3岁（正常14个月关闭）。出牙较迟，有时到2岁才开始出牙（正常6个月开始），牙的排列往往也不整齐。此外，胸部肋骨与肋软骨连接处肿大，向外突出，状如串珠（称“串珠肋”），尤其自第四肋以下更为明显。由于肋骨髓部内凹，而胸骨凸出，使胸腔的前后径增加，成“鸡胸”状，2～3岁后逐渐多见。因肋骨软化，沿膈肌附着处发生内陷，形成肋软沟（旧称“郝氏沟”）。脊柱常后弯，偶有侧弯畸型。有骨盆畸形时，可见其前后径缩小，对女性婚后分娩有影响。四肢各长骨的骺端往往肿大，呈手镯或脚镯状。又因骨质软化，所以易造成弯曲，下肢明显，往往有膝外翻，形成“O”形腿，多发生于较小的患儿；也可膝内翻，呈“x”形腿，多发生于较大的患儿。四肢因骨质脆而容易发生骨折。

佝偻病患儿如有条件作X线检查，常有比较典型的征象可协助诊断；作化验检查时，血清钙浓度正常或减低，磷减低，碱性磷酸酶增高。

预防

1．多晒太阳是本病最好的预防方法。

2．尽量采用母乳喂养，及时添加辅助食品。

3．适当注意食物中维生素D和钙的补充，早产儿、双生儿等必要时可服用浓鱼肝油滴剂和钙片等。

4．有消化不良或其他胃肠道、肝及呼吸道慢性疾病的患儿，应及时治疗。

治疗 在做好上述各项预防措施的基础上，可根据病情采用下述一些治疗方法：

1．补充维生素D

(1) 可服用浓鱼肝油滴剂，每次5～10滴，每日3次，连服2～3个月。

(2) 可肌肉注射维生素D_2 40万单位，隔日1次，连用2次，或D_3 30～60万单位，用1次，必要时间隔一个月再注射一次；也可用维丁胶性钙每次1毫升，隔日一次肌肉注射，连注7次。在注射维生素D制剂以前3～5天，应先给予较大剂量的钙剂，如口服钙片每次1克，每日3次，以免因低血钙而发生手足抽搐症。

2．补充钙剂 平时可口服乳酸钙、钙素母等。

3．中草药治疗 祖国医学认为本病多由于先天不足或后天失养所致，治疗以健脾、益气为主，宜用参苓白术散（见226页）或补中益气汤（见219页）加减，可适当加些补肾药物如补骨脂、菟丝子等。还可用鸡蛋壳及乌贼骨烤干后碾细粉，每服5分，每日3次，以代替钙剂。

4．针刺足三里、关元、大椎等穴，可配气海、肾俞、脾俞等。

思 考 题

1．如何区别轻型腹泻和重型腹泻？怎样防治？

2．小儿营养不良和佝偻病是怎样发生的？如何预防？

三、慢性胃病

慢性胃病一般是指溃疡病、慢性胃炎、胃下垂、胃神经官能症等，祖国医学统称为“胃脘痛”或“肝胃气痛”，俗称“胃气痛”，临床上十分常见，其中尤以溃疡病最为多见而重要。这类疾病都属慢性全身性疾病，其病因及发病原理尚未完全明确，一般认为多与精神、神经因素或体质、饮食等有比较密切的关系。各个疾病的病理变化虽然各有不同，但症状表现往往相似，如起病都很缓慢，主要出现上腹部慢性疼痛，可能与饮食有一定关系，有的还有上腹胀闷，并常伴有嗳气或嗳酸、恶心、呕吐等等，有时较难区分。病程较长，而治疗效果常不明显，故可引起病人的精神负担，影响学习与劳动。我们应该怀着深厚的无产阶级感情，重视这一病症的防治工作，认真掌握有关知识，进一步深入研究，运用中西医结合的方法，为攻克慢性胃病、保障阶级兄弟的身体健康而努力！

（一）溃疡病

溃疡病是胃溃疡和十二指肠溃疡的总称，多见于青壮年，其发生与精神因素的影响或饮食不节有关。其中胃溃疡的病变大多位于胃小弯及幽门部，十二指肠溃疡大多位于球部的前壁或后壁。溃疡深浅不一，浅者仅限于粘膜、肌层，深的可达浆膜层，甚至引起穿孔，或与邻近器官粘连，或溃疡波及血管而引起出血。溃疡大小也不一，一般在0.5～2厘米以内。一般只有一个溃疡，少数病人可同时有几个溃疡，也有胃和十二指肠同时出现溃疡的。

由于溃疡底部组织往往有炎症和水肿，甚至有坏死，所以当局部胃壁有痉挛或蠕动亢进时，就产生疼痛。胃酸刺激溃疡部可使疼痛加

剧，而口服碱性药物可中和胃酸，服氢氧化铝凝胶还可保护溃疡面，故都能减轻疼痛。在溃疡病早期，病灶小而浅，通过治疗，粘膜再生，容易愈合。若溃疡部位大，由于经常受胃酸和胃蠕动的影响，就不容易修复，成为慢性病。

症状 主要表现为上腹痛、嗳气及嗳酸。

1. 上腹疼痛，有以下特点：

(1) 部位 胃溃疡多在剑突下正中及稍偏左的部位，十二指肠溃疡多在剑突下稍偏右的部位。

(2) 性质 各个病人在各个不同时期可表现不同，一般为钝痛、灼痛，偶有剧痛，部分病人仅表现为上腹部不适感。后壁溃疡引起的疼痛可辐射到背部脊柱旁相应部位，前壁溃疡则可放射到胸骨附近。

(3) 长期性、周期性、节律性 溃疡愈合复发，反反复复，病程往往可长达数十年。以春秋为好发季节，其他时间亦可发作。大多在饭后发生上腹部疼痛。胃溃疡多在饭后半小时至一个半小时发作，有进食→疼痛→舒适的规律；十二指肠溃疡多在饭后 2～4 小时发作，常有进食→舒适→疼痛的规律，并有夜间疼痛。溃疡的疼痛往往可在进食或服碱性药物后缓解，但也有进食后更加疼痛的。精神紧张、饮食失调、劳累过度、天气转变等可加剧其发作。溃疡病高度活动，合并幽门梗阻、胃酸过多或恶变时，疼痛持续而失去规律性。

2. 嗳气嗳酸 饭后常有嗳气，疼痛时可有反胃，嗳出有酸味的内容物。十二指肠溃疡反酸较多。

3. 恶心、呕吐 一般无此现象，但疼痛剧烈或幽门痉挛、幽门梗阻时可出现。

4. 食欲 一般不受影响，有时因食后疼痛而不愿进食。

检查 缓解期缺乏体症。发作时中上腹剑突下偏左或偏

右可有轻度压痛；当溃疡底部接近腹膜时，可有深压痛及局部腹肌轻度紧张。有条件时可作X线钡餐透视，由于溃疡部位的粘膜缺损，故检查时可在病灶处见到一个被钡剂充填而成的阴影（称“壁龛”〔音，kan〕），以此可确定溃疡的部位和大小；但必须注意，有的十二指肠溃疡只能见到十二指肠球部的变形而不一定发现壁龛。

祖国医学认为，溃疡病的形成，主要是由于肝郁气滞，而使肝气犯胃所致，一般可分二型：

1. 肝郁气滞型　胃脘胀满疼痛连及两胁，嗳气则舒，气怒时则痛加重，苔多薄白，脉弦；甚则化火，可有烧灼感、口苦、便秘、舌质红、苔黄腻等。

2. 脾胃虚寒型　胃脘隐痛、喜按喜暖，或泛酸吐清水，并见四肢不温、大便溏薄、舌质淡、脉虚软或沉缓。

本病若处理不当，到后期会损伤胃阴，除见上腹疼痛外，尚有口渴唇燥、心烦虚热、便秘、舌光红、脉细数等；或出现血瘀，证见痛有定处而拒按、吐血便血、舌质暗紫或有瘀点等。

鉴别诊断

1. **慢性胃炎**　这是各种原因引起的慢性胃壁炎症，农村常见。轻者可无明显症状，偶有中上腹不适；重者有恶心、嗳气、反酸、呕吐、上腹胀、食欲差等等，部分病人溃疡和胃炎并存。X线检查无龛影发现。

2. **胃癌**　一般多见于40岁以上。除原发性胃癌外，少数胃溃疡病亦可恶变成胃癌。这时胃酸缺乏，疼痛失去节律性，且逐渐加重，服解痉药、抗酸药也无明显效果。食欲减退，常厌肉食。若癌生于幽门部位，可有梗阻现象。病情进一步发展，则病人呈进行性消瘦、衰弱，上腹可触及肿块，部分患者还有左锁骨上淋巴结肿大。X线钡餐检查可协助诊断。

3. **慢性胆囊炎** 疼痛无节律性和周期性，多表现为上腹气胀。一般均有急性发作史，发作时右上腹绞痛，伴呕吐、发热和黄疸等征象。检查时，右上腹胆囊区有压痛或摸到肿大的胆囊。

4. **胃下垂** 多见于身长无力、身体瘦弱者，有慢性的上腹胀痛、食后饱胀、恶心、嗳气等症状，但无明显的周期性及节律性。上述症状在直立时加重，平卧时减轻。X线钡餐检查胃大弯最低点在髂嵴水平线以下，无消化性溃疡的病灶。

并发症

1. **出血** 由于溃疡病灶的发展使溃疡壁或底部及附近血管受到溃疡的侵蚀而破裂，引起柏油样大便和呕血。这是溃疡病最常见的并发症。十二指肠后壁靠近大血管，所以溃疡出血尤其多见。出血量的多少因被侵蚀血管的大小而定。毛细血管受损时，病人可无自觉症状，只在大便检查时发现隐血阳性；如大血管破裂，可引起大出血，临床上可见面色苍白、神志不安、心慌出汗、四肢发冷、血压下降、厥冷等失血性休克症状，须积极抢救，否则可有生命危险。

2. **穿孔** 溃疡病灶深达胃肠浆膜层，使胃壁穿破，内容物流入腹腔而引起急性腹膜炎。是溃疡病的严重并发症，要及时抢救。详见后面急腹痛一节。

3. **幽门梗阻** 临近幽门的溃疡充血、水肿，幽门痉挛，或溃疡愈合结疤收缩，使胃内容物不易通过幽门，而导致暂时性或永久性幽门梗阻。因疤痕引起的永久性梗阻称幽门狭窄。表现为进食后感上腹部饱胀、嗳气、反酸，上腹疼痛的节律性消失，常可在晚上或早晨呕吐，吐出大量隔日食物并有发酵臭味，其量超过进食量。检查时，见病人消瘦，上腹膨胀，可见胃蠕动与震水音，晚餐后更显著。长时间梗阻可造成严重脱水及营养障碍，故应积极治疗。

预防

1. 经常保持革命乐观主义精神，加强身体锻炼，增强体质。

2. 保持热烈而镇定的情绪，合理安排工作和劳动，注意

劳逸结合。

3. 注意饮食卫生，避免饮食不节，少进刺激性食物及烟酒。

4. 少用或不用对胃膜有刺激的药物，如必须应用，需采用相应的措施，如在饭后服或同服碱性药物等。已有溃疡病者更要注意。

治疗

1. 把有关溃疡病发病和防治的知识交给病人，充分调动病人的主观能动性，树立战胜疾病的信心和决心，自觉地掌握饮食规律。平时以细软易消化食物为主，不暴饮暴食，并限制刺激性饮食。发作期间，可采用少食多餐的饮食疗法，有条件者还可饮用豆浆，以补充营养及中和胃酸。

2. 解疼制酸

(1) 疼痛发作时，可针刺治疗（详下），或用阿托品 0.5 毫克皮下注射，必要时 4 小时后可重复，并加用非那根 25 毫克或苯巴比妥钠 0.1 克肌注，以提高疗效。平日隐痛可选用阿托品、普鲁本辛、颠茄片等，均为 1～2 片，一日 3 次，口服。

(2) 制酸剂可用氢氧化铝凝胶 10 毫升，一日 3 次；胃舒平片 2～4 片，一日 3 次；氧化镁碳酸钙片（每片含氧化镁 0.1 克、碳酸钙 0.5 克）2 片，一日 3 次；维生素 U 1～2 片，一日 3 次；乌贼骨粉研成细末，每服 1～2 钱，一日 3 次；鸡蛋壳、螺丝壳等烘干研成细末，每服 1～2 钱，一日 3 次；甘楞〔音棱，léng〕散（甘草、瓦楞子煅透研末）每服 2 克，一日 3 次；枸橘李、刺猬皮各 3 钱，延胡索 1 钱，水煎服；等等。

〔注〕 小苏打（碳酸氢钠）、氢氧化铝、胃舒平、碳酸钙、氧化镁都是碱性药物，能中和胃酸，称为抗酸药或制酸药。小苏打是弱碱，内服后，

能迅速中和胃中过剩的胃酸，可治胃酸过多、消化不良等，每于饭前内服0.3～2.0克；又常与磺胺药等量同服，以防磺胺在尿中结晶析出；还可制成5％的静脉注射溶液，用于治疗酸中毒。本品作用甚短促，内服时，因产生大量二氧化碳气体，能使胃扩张，故对严重溃疡病患者，有引起胃穿孔的危险；而且二氧化碳可刺激胃粘膜，使其继续分泌胃酸，使用过量又能引起碱中毒。所以，小苏打虽是最常用的制酸剂，治疗上缺点较多，用时须加注意。碳酸鈣和氧化鎂，均有中和胃酸作用，且作用比较缓和，但前者有引起便秘的副作用，后者则是一种缓泻剂，故临床上二者常交替应用或制成合剂，以治疗溃疡病。常用量每次均为0.2克～1克，一日3次口服。氢氧化铝有制酸、吸附、局部止血、保护溃疡面等作用，常用于治疗溃疡病、胃出血、胃酸过多等症。用法为饭前15～30分钟内服0.3克～0.6克（凝胶剂浓度4％）。缺点是服药后易发生便秘，因而可与通便药配合使用。胃舒平是一种复方氢氧化铝制剂，除上述作用外还有解除胃肠道痉挛、抑制胃酸分泌的作用，作用及适应症基本相似，每次服2～4片，日服3次。

颠茄、阿托品、普鲁本辛都是解除胃肠痉挛和抑制胃酸分泌的药物，称为解痉制酸药。由于这些药可解除平滑肌痉挛和抑制腺体的分泌，因而它们对胃、肠、胆、肾等脏器的痉挛性绞痛，都可治疗，还可对症治疗呕吐、腹泻、多汗等症。这些药物的副作用是口干、皮肤潮红、灼热、瞳孔散大、心跳及排尿困难。故青光眼病人禁用，患有前列腺肥大、心脏病者和高热病人以少用为好。常用量：颠茄片每次1～2片，5％颠茄合剂每次10毫升，阿托品片0.3～0.6毫克，普鲁苯辛0.015克，均为一日三次。

维生素U是另一类治疗溃疡病的药物，有促进胃肠粘膜再生，使溃疡缩小、愈合的作用，故常配合上述药物一起治疗溃疡病。每服50～100毫克，日服3次，但服药时间应该长一些。

3. 新医疗法　可针刺中脘、内关、足三里等穴，必要时配阳陵泉、三阴交、胃俞、脾俞等；或耳针胃、交感、皮质下区、腹部。也可在中脘、脾俞作羊肠线埋线疗法，或作推

拿，即在脾俞、胃俞穴处用按法按 1～2 分钟，中脘穴用按摩法按摩 10 分钟，最后拿承山穴，每日一次。

4. 辨证论治

⑴ 肝郁气滞型：治宜疏肝解郁、理气和胃，可用四逆散（见 208 页）加老苏梗、苦楝子、青陈皮等；若化火则和左金丸（黄连、吴茱萸组成）合用。

⑵ 脾胃虚寒型：治宜健脾益胃、温中祛寒，可用小建中汤（见 226 页）或理中汤（见 213 页）加减，即阳气衰甚者加炮附子，泛酸多者加乌贼骨、煅瓦楞；痛止后可服香砂六味丸以巩固疗效。

⑶ 胃阴不足：治宜益胃养阴、清降虚热，可用麦门冬汤，即麦门冬、人参（用党参、沙参代）各 3 钱，半夏 5 分，炙甘草 2 钱，大枣 3 枚，粳米 1 把，并加竹茹、石斛、苦楝子等，水煎服。

5. 并发症处理：

⑴ 若出现呕血或大量、多次黑粪，提示出血量大，应急送医院抢救（参见1201页）。如出血量少，可卧床休息，进食米汤、豆腐浆等流质饮食，少食多餐。同时选用解痉制酸剂。并给止血药物，如服仙鹤草素液、紫珠草液、维生素K、C，注射安特诺新、凝血质等。祖国医学称为血瘀，治宜温脾止血、活血化瘀，可用黄土汤（见 223 页）合失笑散（见 224 页）加减。

⑵ 幽门梗阻病人禁食，补液，使用解痉药物，争取送医院治疗。

⑶ 久治无效、严重穿孔、大量反复出血的病人宜行手术治疗。

（二）慢性胃炎

慢性胃炎是胃粘膜的慢性炎性变化，主要可能是由于中枢神经系统功能失调而影响胃的功能所致，少数也可因急性胃炎经久不愈，长期服用胃粘膜刺激药物或饮料，鼻、口、咽喉等部位的慢性感染的刺激，胃酸缺乏等原因而引起。农村比较多见。

本病主要的病理变化是胃粘膜充血、水肿，严重时糜烂、溃疡浸润到胃粘膜下层而使分泌胃液的腺体受到破坏，所以胃酸及胃蛋白酶大量减少。由于胃酸缺乏，吞入胃内的细菌不易被杀灭，从而促使胃炎发展；由于胃蛋白酶减少，常引起消化不良，影响机体抵抗力，使胃炎不易恢复。根据胃粘膜的病理变化程度，一般可将本病分成三型：

1．浅表性胃炎　胃粘膜充血、水肿，或伴有渗出物，腺体一般正常。

2．萎缩性胃炎　胃粘膜皱壁平滑，粘膜层变薄，充血水肿浸润到粘膜下层，腺体大部分消失，胃腺分泌功能显著减低，甚至可发展为癌变。

3．肥厚性胃炎　胃粘膜的皱襞肥厚粗大，常有多发性糜烂与溃疡。

症状　起病缓慢，病程较长，可长期反复发作。临床上大都无典型的症状。多数患者有中上腹饱闷及压迫感，或有轻微疼痛，伴有食欲减退、恶心、呕吐、嗳气等。三型胃炎以浅表性胃炎症状最轻；萎缩性胃炎患者除上述症状外，还可有贫血、消瘦、腹泻等表现；肥厚性胃炎，以上腹痛为主要的临床表现，有时很象胃及十二指肠溃疡病的症状，饮食疗法或服碱性药物可暂时缓解疼痛。可有反复的上消化道出血。

检查　中上腹部有轻度压痛，区域比较广泛；严重者还有消瘦、贫血或舌炎等。如作胃肠道钡餐检查，浅表性胃炎

和萎缩性胃炎一般可无阳性发现，肥厚性胃炎可见到胃粘膜皱襞肥大或呈结节状。

治疗

1. 去除各种可能的致病因素，如戒烟，避免对胃有刺激的饮料及药物（尤其是酒类、水杨酸类），不吃过冷过热的食物，积极防治口、鼻、咽喉的感染病灶等。

2. 浅表性和肥厚性胃炎可按胃、十二指肠溃疡病的原则进行治疗。

3. 萎缩性胃炎应给予 1 %的稀盐酸，每服 2～5 毫升，每日 3 次，饭后服用；并服胃蛋白酶每次 0.5 克，或胃蛋白酶合剂每次 10 毫升，均每日 3 次。可适当给予抗菌药物，如土霉素或四环素，每服 0.25 克，每日 4 次。有疼痛者还可用些解痉止痛药物及碱性药物（同胃、十二指肠溃疡）；有贫血者可肌注维生素B_{12} 0.1 毫克，隔日一次，并口服硫酸亚铁每次 0.3～0.6 克，每日 3 次，饭后服用。在治疗过程中应加强随访观察，以便早期发现癌变。

4. 中草药治疗　祖国医学对本病辨证论治的原则与胃、十二指肠溃疡基本相似。浅表性胃炎可参照肝郁气滞犯胃，萎缩性胃炎可参照胃阴不足，肥大性胃炎可参照胃虚寒和血瘀型。

5. 针刺、耳针及埋线疗法　对减轻症状有一定效果。可针刺中脘、足三里、内关等穴，并配气海、天枢；耳针胃、脾、交感、神门，每日一次，留针 30 分钟；埋线可取胃俞透脾俞、中脘透上脘。

（三）胃下垂

胃下垂是指由于胃的支持韧带或胃壁松弛，在直立时胃的下端（大弯）位于髂嵴间线以下的位置，同时伴有胃排气

缓慢的情况。

胃下垂有先天性和后天性之分。先天性的胃下垂大都是内脏全部下垂的一种表现，主要是由于腹内脏器的支持韧带松弛而造成，临床比较少见。后天性胃下垂，则主要由于胃的韧带及腹壁肌肉松弛所引起，多见于瘦长体型的女性，特别是经产妇。胃下垂后，由于其排空时间比较缓慢，因此常出现明显的胃内容物潴留，常使食物在胃内发酵，从而发生继发性胃炎的变化。

症状 轻度胃下垂可没有任何症状。下垂较重或神经较敏感者，可有慢性腹痛、上腹部沉重不适、食后饱胀、恶心、呕吐、嗳气等表现。呕吐量可较大，常可吐出隔餐的食物残渣，并有发酵的酸气。还可出现腹泻和便秘。重度胃下垂患者，往往在进食后或多食后即发生腹部疼痛，站立或运动时加剧，仰卧时疼痛减轻或缓解，碱性药物不能使腹胀缓解。

检查 病人消瘦，立位时剑突下压痛明显，仰卧时压痛消失，胃部常有振水声。如有条件作X线钡餐检查，可发现胃呈鱼钩状，上端细长，下端膨大，胃下缘常在髂嵴间线以下，胃内可有多量的液体，排空时间迟缓。

治疗

1. 中草药治疗 祖国医学认为本病多因“脾失健运”、“脾虚下陷”所致，由于脾气主升，治宜健脾胃、补中气、升提，可用补中益气丸（见219页），或改汤剂加减。

2. 新针疗法 可针刺中脘透梁门（中脘穴旁开2寸）、足三里、内关等穴，每日一次，10天为一疗程，可持续2～3个疗程，每一疗程结束后休息7天。同时可加灸百会穴，每次5分钟。

3. 加强腹部肌肉的锻炼，增加腹肌张力，可试用加兰他敏2.5毫克，每日一次肌肉注射，2～6周为一疗程。

4. 饮食宜少食多餐，食后应平卧休息半小时。

5. 对症处理　腹痛可用一般的解痉镇痛药物，食欲不振或消化不良可给予健胃消化药，消瘦乏力及食欲十分低下者可试用苯丙酸诺龙肌注，每次25毫克，第一月每周2次，第二月每周1次，连续3个月为一疗程。

（四）胃神经官能症

胃神经官能症是一种慢性功能性的神经系统疾病，多由于大脑皮层兴奋和抑制的功能失调而引起，常见于青壮年女性。临床上以植物神经功能紊乱的症状为突出，并伴有神经官能症的表现。发病前往往有精神过度紧张或精神刺激等诱发因素。

症状　表现比较复杂，变化可以多种多样。主要为嗳酸、嗳气、恶心、呕吐、胃部灼热感、食后饱胀、上腹部不适或疼痛等。往往只有一、二个胃部症状比较突出，如持续性大量的嗳气或频繁、少量的呕吐，而其他症状不明显，全身的营养情况也一般较好。上腹部疼痛轻重不一，大都为钝痛，无节律性和周期性，精神紧张时可出现或加重，精神愉快时则可减轻或消失。此外，患者还伴有头晕、失眠、心悸、胸闷、注意力不集中、记忆力减退、多汗等神经官能症的表现。

检查时，上腹部可能有压痛，无其它阳性体征。

祖国医学认为本病属于“肝胃不和”，证见胁痛脘胀、嗳气泛酸、频频呕吐、腹痛便溏、苔薄腻、脉象弦滑等。

治疗

1. 病因治疗　要充分发挥病人的主观能动作用。应带着深厚的无产阶级感情，认真、细致地做好病人的政治思想工作，帮助其树立战胜疾病的信心和决心。还必须进行认真的检查，仔细分析病情，采取相应的措施。决不可因为没有

附性体征发现而简单、粗暴及草率地治疗，以免加重病人的思想负担和精神刺激，对本病的治疗带来不利。

2. 新针疗法　针刺中脘、内关、足三里、神门等穴，可配肝俞、胃俞、合谷、三阴交等，一般采用捻转轻刺激疗法，中脘穴经针刺后还可以用艾条温灸。每日一次，10 天为一疗程。也可耳针皮质下、神门和心、胃等区。

3. 中草药治疗　治宜疏肝理气，可用四逆散（见 208 页）加减，即嗳气者加旋复花、代赭石，呕吐者加姜半夏、竹茹，腹泻者合痛泻要方，即白芍 4 钱、白术 3 钱、陈皮 2 钱、防风 1 钱。

4. 对症处理　头晕失眠可选用镇静剂利眠宁 10 毫克、安宁 0.2 克、冬眠灵 12.5 毫克、五味子糖浆 10 毫升或健神糖浆 10 毫升等，均每日 3 次口服。腹痛、腹胀，食欲不振者可给予解痉止痛药如阿托品、颠茄片等，并配合应用健胃消化药物如食母生、复合维生素 B 等。此外，还可采用调整植物神经功能紊乱的药物，如谷维素 10 毫克，每日三次口服等。

思　考　题

慢性胃病主要包括哪几种疾病？各有什么特点？如何治疗？

四、肝　硬　化

肝硬化是一种慢性疾病，常为多种肝、胆疾病逐渐发展的结果。主要的病理变化是肝细胞反复损害（变性、坏死或再生），破坏了正常的肝脏组织结构，使其变形变硬。肝硬化的种类很多，一般可分为门静脉性肝硬化和胆汁性肝硬化两大类。门静脉性肝硬化比较多见，由各种弥漫性肝炎（如病

毒性肝炎）和肝实质性病变而引起；胆汁性肝硬化则很少见，是由于长期的胆道系统梗阻，导致肝内胆汁郁积而形成。临床上较为常见的血吸虫性肝硬化和坏死后性肝硬化也属于门静脉性肝硬化的范围。肝硬化的临床特点以肝功能减退，门静脉高压所引起的脾脏肿大、腹水、腹壁静脉怒张、食道和胃底静脉曲张破裂出血，以及肝昏迷等为主。门静脉性肝硬化不仅在临床上比较常见，而且在其病因和发病原理、临床表现、防治方法等方面都具有代表性，所以本节重点讨论门静脉性肝硬化。在祖国医学中属于“胁痛”、“积聚”、“癥瘕”及“臌胀”等范围。

过去，资产阶级“权威”用静止的、形而上学的观点，把肝硬化判为“不治之症”，对治疗肝硬化束手无策。广大赤脚医生、革命医务人员以毛主席的哲学思想为指导，遵照了毛主席关于**“中国应当对于人类有较大的贡献”**的教导，充分发扬了敢想敢干的革命精神和实事求是的科学态度，在治疗肝硬化腹水、黄疸等方面开展了许多新疗法，取得了不少成绩。但是，也应该看到，肝硬化的根本问题至今还没有完全解决。我们一定要坚持中西医结合的方法，通过实践——认识——再实践——再认识，下定决心去攻克这个“顽固堡垒”。

病因及发病原理

引起本病的原因很多，常见的有以下几种：

1．病毒性肝炎　主要是慢性、迁延性肝炎，因其病程及病变持续时间较长，肝组织损害严重而形成。

2．化学毒物作用　化学毒物如四氯化碳、砷等，若反复或长期作用于肝脏，可使肝脏发生纤维化病变而导致门静脉肝硬化。

3．胃肠道感染或肠寄生虫　胃肠道慢性炎症如慢性痢疾、慢性结

肠炎等，可妨碍营养物质的吸收，加上炎症使肠内产生毒素并被吸收入血，长期作用于肝脏，使肝细胞受损而形成肝硬化。

4．营养不良（或慢性酒精中毒） 营养不良，特别是长期缺乏蛋白质、维生素及去脂物质（如胆碱等）时，肝细胞易遭受各种因素的损害；长期、过量饮酒等慢性酒精中毒，也可直接或间接地损害肝细胞。

由于上述某些因素的作用，使肝细胞发生变性、坏死。当坏死较轻时，肝细胞可逐渐再生而修复，肝组织结构仍能保持正常（代偿期），临床上仅有轻度肝功能障碍的表现。在肝细胞反复广泛变性、坏死时，由于损害严重，网状肝细胞就不能再生而修复，加上炎症的刺激，可使纤维组织大量增生，肝的正常组织结构遭到破坏，因而进一步导致肝细胞的变性和坏死，最后使肝脏体积缩小、质地变硬（失代偿期），出现门静脉高压和肝机能障碍等一系列症象。

祖国医学认为本病多由于情志郁结、饮食不节或水毒虫积、嗜酒成癖等引起湿热内蕴，伤及肝脾所致。进而可累及肾，使三脏俱病，影响脾的健运和统血，肝的疏泄和藏血，肾的气化而停聚水湿，最后导致膨胀和出血。

症状和体症 部分患者可有比较明显的急性肝炎或血吸虫病史。随着病程进展，早期（代偿期）和晚期(失代偿期)的症状可有所不同。

早期 由于肝脏尚有代偿机能，可维持肝的基本机能，故大部分病人可以没有明显症状，而在体格检查时方才发现。有的病人则以消化道症状为主，如食欲不振、恶心、呕吐、上腹饱胀、大便不规则等，同时有乏力、消瘦等一般表现。祖国医学称为脾虚气滞，肝胃不和；若兼见胁痛、舌生瘀点，属肝气郁结、脾胃失和引起的气滞血瘀。检查可见肝脏肿大，平滑、柔软或结实；有些病人脾也肿大。还有的病人可能在腹部或颈、胸、上肢等部位见到少量“蜘蛛痣”，有时还

有轻度黄疸。肝机能化验正常或轻度异常。

晚期 由于肝机能不断受到破坏，肝的代偿机能逐渐消失，故可在上述早期症状的基础上逐步发展，出现门静脉高压及肝机能明显障碍的表现，属于祖国医学“臌胀”和“气阴不足”、“血瘀”的范围。

1. 门静脉高压症 主要表现为腹水、脾肿大、腹壁静脉怒张等。产生的主要原因是肝脏组织结构受到破坏，使门静脉血液回流受阻，因此整个门静脉系统的循环发生障碍，压力增高，引起所属器官高度充血、液体向腹腔渗出和侧枝循环的形成。

(1) 脾脏肿大：因脾脏阻塞性充血和肝硬化毒素刺激脾网状内皮细胞增生所致。一般为中度肿大，在大量腹水时不易触到；少数可明显肿大，甚至达脐，称为巨脾症。由于脾脏肿大，可出现脾机能亢进的表现，如血中白细胞、红细胞和血小板均减少等。

(2) 腹水：主要因门静脉高压后，门静脉系统的毛细血管通透性增强；肝脏功能受损后合成蛋白质的能力降低和消化机能障碍而蛋白质的摄入不足，使血浆白蛋白量减少而导致血浆胶体渗透压降低；肝机能减退后体内激素、电解质和水代谢的紊乱；以及肝组织的结构破坏，使淋巴回流受阻等原因而形成。可见腹部膨隆，严重者呈“蛙腹”，有波动感及移动性浊音等。

(3) 静脉曲张：主要由于门静脉回流发生障碍，血液强行通过食道、腹壁和痔静脉的吻合枝流到上、下腔静脉，形成侧支循环，故使这些静脉发生曲张。检查时可见腹壁静脉怒张。如曲张的食道静脉发生破裂，可引起上消化道大出血。

2. 肝机能障碍引起的其他症状

(1) 消瘦、衰弱、贫血和下肢浮肿：主要因代谢障碍和营养不良所致。检查可见皮肤、粘膜苍白，脸色黧黑，指甲灰白，皮肤粗糙，舌质暗红，脉象弦数等。

(2) 出血倾向：主要由于肝脏制造凝血酶元的功能减退、血小板减少、毛细血管脆性增加等因素造成。常见的为鼻衄、牙龈出血、皮下出血等。

(3) 蜘蛛痣和肝掌：主要因内分泌失调，血中雌性激素增多，使动脉的毛细血管扩张而形成。

(4) 黄疸：在部分病例可见到，一般不十分明显，但肝细胞进行性坏死时可不断加深。

除了上述症状和体征以外，有时还可见到男性乳房发育，皮肤色素沉着，生殖机能减退，女性月经失调等，并常出现不规则的发热或低烧，一般认为系代谢产物的毒素影响体温调节中枢所致，属于祖国医学所称的阴虚内热，但须与继发感染引起的发热相区别。必须注意的是，肿脏触诊检查可大小不一，但以硬化缩小为多见，故往往不能触及；摸到者则表面凹凸不平，边缘锐利，质地比较硬，但无明显触痛。

实验室检查，可见血中红、白细胞和血小板、血红蛋白均减少。尿中尿胆素元含量增加，有黄疸者胆红素试验阳性。肝机能试验各种絮状试验可阳性，特别是锌浊度试验（Zn. T. T）可明显阳性；早期球蛋白增加，晚期白蛋白减少，白球蛋白比例可倒置，蛋白电泳可见白蛋白减少、γ球蛋白显著增多；凝血酶原时间早期可正常，晚期可延长；谷丙、谷草转氨酶（G. O. T.、G. P. T.）正常或轻度异常，肝细胞坏死时可增多。血清胆固醇早期可增多，晚期则减少。必要时还可作X线检查，在食道或胃底静脉曲张的病人，钡透视造影可见缺损或充盈；或作肝超声波检查，对于鉴别诊断有帮助。

并发症

1. **消化道出血** 由于各种原因使食管、痔等部位已经曲张的静脉

发生破裂所致，可引起呕血或便血的一系列症状和体征，并常因大量出血而有生命危险，要紧急抢救（详见1200页吐血一节）。

2. **肝昏迷** 晚期，由于肝脏解毒机能极度下降，体内的有毒物质（如血液中的氨等）作用于脑组织，产生一系列精神神经症状，如：嗜睡或兴奋；产生无意识的异常动作，如乱摸、乱动；可有幻听、幻视（即听到或看到实际上并不存在的东西和声音）；严重时可狂躁、昏迷、抽搐。

肝昏迷常在吃了大量肉、鱼类食物，消化道出血，大量放腹水，或麻醉手术及感染之后发生，故应注意上述事项。肝昏迷常引起生命危险，一旦发现有肝昏迷征象，要及早抢救或送医院治疗。

鉴别诊断 早期应与慢性肝炎相鉴别。慢性肝炎虽有食欲减退、乏力、腹胀、恶心、腹泻等消化不良的症状与肝肿大的体征，但肝的硬度不及肝硬化，而且表面光滑、边缘较钝，常有明显压痛，肝机能试验可明显异常。晚期应与结核性腹膜炎等相鉴别。结核性腹膜炎患者大都为儿童及青少年，常有肺、肠、胸膜等原发结核病灶和发热、消瘦、腹痛、腹胀、腹泻等中毒及胃肠道症状；必要时可作腹腔穿刺检查，结核性腹膜炎腹水为渗出液而肝硬化腹水为漏出液，两者可有明显区别。

预防 大搞爱国卫生运动，搞好粪、水管理，预防肝炎，消灭血吸虫病；积极防治肝、胆疾病；避免大量饮酒；少用冬眠灵、鲁米那等镇静药物；注意合理的营养，纠正偏食等不良习惯。

治疗

1. 赤脚医生在治疗过程中，首先要以深厚的无产阶级感情，向病人宣传毛泽东思想，一起忆苦思甜，共同提高为革命而治病的思想，树立战胜疾病的信心。

2. 注意适当的休息，晚期病人更须注意。食物少油腻，可多吃些糖类及富于营养的食物；有腹水者应进淡食。

3. 血吸虫病肝硬化早期病人，肝脏代偿机能良好者，应首先治疗血吸虫病，以消除病因。

4. 中草药治疗

⑴ 验方：

① 陈胡芦壳、通天草、大枣各 1 两，水煎服。有利尿作用，适用于腹水病人。

② 老丝瓜络 1 尺，米仁、竹茹各 5 钱，水煎服。

③ 丹参 5 钱，铁扁担、金钱草各 1 两，老勿大 2 两，鳖甲 8 钱，水煎服。

④ 石见穿、板蓝根各 1 两，水煎服。

⑤ 将黑鱼 1 条（2 斤左右）洗净，去内脏，用花生米半斤填在鱼腹内，加文火炖烂，一日 2 次，在一星期内吃完，有利尿消肿作用。

⑵ 辨证论治：

① 早期无腹水期：宜疏肝健脾、活血，可用四逆散（见 208 页）合理中汤（见 213 页）加茵陈、红花、丹参等。

② 晚期（腹水期）：宜温阳益气行水、祛瘀生新，可用实脾饮加减，即茯苓、白术、木瓜、木香、大腹皮、草豆蔻、炮附子、炮干姜、厚朴各 2 钱，丹参、丹皮各 4 钱，炙甘草 1 钱，生姜 5 片，大枣 3 枚，水煎服。如果患者体格壮实，也可用攻逐下水法，但应严格掌握，凡有发热、最近有消化道出血、心脏病或溃疡病者均不宜应用。常用丸药如十枣汤、舟车丸、控涎丹（方见 227 页）等，可任选一种，一般用 5 分～1 钱，晨间空腹吞下，每天 1 次。如个别患者服后有阵发性绞痛，可用颠茄或阿托品治疗。

③ 晚期见肝肾阴虚并有出血倾向：宜滋阴养肝肾，可用六味地黄丸（见 226 页）加减。

经上述治疗后腹水渐退，病情好转，可根据“缓则治其本”的原则，以扶正为主，用参苓术草汤(见225页)加减。

5. 新针疗法　针刺水分、复溜、至阳等穴，可配胆俞、足三里、阳陵泉等。

6. 给予营养肝脏或促进肝机能恢复的药物，一般可用复合维生素B 2片，维生素C 0.1克，均一日3次口服；维生素B_{12} 0.1～0.2毫克肌注，每日或隔日1次；肝乐40毫克肌注，每日或隔日1次等。有肝机能明显损害、食欲差的患者，可用50%葡萄糖40毫升加入肝泰乐1支，每日1次静注，二周为一疗程；或10%葡萄糖水500～1,000毫升，加入肝泰乐1支、维生素C 1,000毫克、正规胰岛素8～12单位、10%氯化钾10毫升静滴，每日1次，2周为1疗程。

7. 利尿治腹水：

(1) 按腹水程度，用少盐或无盐饮食。

(2) 药物可用双氢克尿塞25毫克，一日2～3次口服，一般用3天停2天；汞撒利茶硷1～2毫升肌注，每周1～2次(肾功能不好者禁用)；安体舒通100毫克，一日3～4次口服。如上述药物无效，可加用激素，一般可与利尿药合用，如安体舒通100毫克，日服4次，连续3天；第二天开始加用双氢克尿塞25毫克，日服2次，连续3天；第四天开始加用强的松5毫克，日服4次，连续3天。

(3) 放腹水：一般不主张放腹水，因为腹水内有大量血浆蛋白。但大量腹水的患者，腹压很高，可能压迫肾静脉，影响利尿药效果，同时痛苦难忍，可适当采用（方法详见第十章常用技术操作)。

8. 并发症　肝昏迷者，一般均应立即送医院抢救。部分患者肝昏迷呈慢性多次复发，应掌握其肝昏迷前期症状。

如见精神异常、出现扑翼样震颤（患者平举双臂，手指分开，可见阵发性快速、不规则的手指向外侧偏斜的不随意运动），可给谷氨酸片口服；有条件者，可给5%葡萄糖水500毫升，加入谷氨酸钾2支、谷氨酸钠1支及维生素C1,000毫克静滴，每天1次，到恢复正常后，改口服片剂维持。

思考题

试述肝硬化的诊断要点和治疗原则。

五、急腹症

急腹症是临床上以急性腹痛为主要表现的常见病症。引起急腹症的原因是很复杂的，而如果处理不当，往往会引起严重的后果。因此，我们一定要以高度的责任感，痛病人所痛，急病人所急，对急腹症病人进行认真而过细的检查，全面分析，力求作出正确的诊断，并及时进行处理。

急腹症的诊断

遇到急性腹痛的病人，首先要判断是内科腹痛还是外科腹痛，因为两类腹痛的处理原则是不同的：内科腹痛以非手术治疗为主，而外科腹痛则有一部分需要手术处理。一般地说，内科腹痛往往是由于内脏病变通过神经反射反映到腹壁发生疼痛（临床上称为"感应性疼痛"），其特点是疼痛的定位不大明确，疼痛的性质比较含糊，常为全面性腹痛，程度轻重不一。检查时，患者腹式呼吸存在，腹较软，压痛点不固定，而且压上去疼痛加重不大或相反感到舒服（临床上称为"喜按"）。

外科腹痛常见于以下三种情况：

1. **腹膜刺激综合征** 往往是由于腹内脏器严重炎症（如

阑尾炎、胆囊炎）或穿孔（如阑尾穿孔、胃十二指肠溃疡穿孔等）引起，其特点是疼痛尖锐剧烈（甚至可引起休克），呈持续性，定位明确，有时病人可因剧烈疼痛而被迫采取一定的体位（临床称为“强迫体位”，如阑尾炎时右腿屈曲，不能伸直）。检查时，腹式呼吸消失，压痛明显，常有腹肌紧张及反跳痛，压痛点也比较固定，肠鸣音减退或消失。

2. **肠梗阻综合征** 肠腔因某种原因发生阻塞，称为肠梗阻。其发生原因及特点详下述。

3. **内出血综合征** 由于外伤、宫外孕或脾破裂等原因引起腹腔内大出血，血液刺激腹膜，而引起急性腹痛。特点是先有一阵剧烈的腹痛，而后出现急性失血性休克症状，如面色苍白，四肢发冷，额出冷汗，脉搏细弱而快，血压下降等。检查时，腹部可较膨隆，有弥漫性压痛和移动性浊音，如作腹腔穿刺，可抽出血液。

在确定急腹症的性质以后，就要进一步辨别是何种原因引起的腹痛。一般说，上腹部急性疼痛、程度比较剧烈者不外乎这么几种疾患：胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、急性胃痉挛、胃十二指肠溃疡穿孔和急性胰腺炎；但是，内科疾患的心绞痛或大叶性肺炎，有时也可反射性地引起上腹剧痛，应予注意。右下腹剧痛最常见的是阑尾炎，其次是肠套迭（小儿）；但某些妇科疾患也可引起。脐周疼痛以蛔虫病最多见，其次是肠梗阻、急性肠炎等。满腹痛多见于弥漫性腹膜炎及内脏破裂或出血等。以上具体详见各种急腹症的鉴别诊断表。

临床上对急腹症诊断有帮助的症状、体征和病史有以下一些：

1. 起病方式 突起剧痛者，一般多见于胆道蛔虫症、胃穿孔、心肌梗死，以及一些急性炎症、结石嵌顿、急性梗阻等。

2．腹痛性质　呈阵发性绞痛者，多来自小肠病变，如小肠炎症、肠梗阻等；是持续性剧痛伴有阵发性加剧者，多为炎症伴有管腔痉挛或结石嵌顿，如胆结石、胰腺炎等；仅有持续性剧痛者，多为炎症而无管腔痉挛，如肝脓肿、腹膜炎等。

3．腹痛部位与病变部位的关系　一般说，疼痛的部分多系病变的所在部位。但也有少数疾病疼痛部位可和病变部位不符合，如阑尾炎、胆囊炎的早期，腹痛可在中上腹部；肺炎病变在胸腔而疼痛可在腹部等。

4．腹痛与其它症状的关系

(1) 发热与腹痛：先发热、后腹痛者，多为内科疾病所引起的腹痛，如肺炎等；反之，多属外科疾病，如阑尾炎、胆石症等。

(2) 排便与腹痛：腹痛伴腹泻者，除考虑肠炎外，还须注意是否有阑尾炎及部分肠梗阻的可能。腹痛伴有血性大便者，应考虑肠套迭、绞窄性肠梗阻和急性坏死性小肠炎。腹痛伴有便秘者，首先考虑肠梗阻。

(3) 呕吐与腹痛：呕吐次数频繁，表示病情严重，如高位肠梗阻等；特别呕吐物为粪便状时，更提示有肠梗阻的可能。

(4) 排尿与腹痛：腹痛伴尿频、尿急、尿痛或血尿者，多为泌尿道疾病。

(5) 外伤与腹痛：腹痛前有外伤史，要考虑内出血或脏器损伤出血。

(6) 腹痛与体位：单纯的管道阻塞或痉挛性病变，可有辗转不安、坐卧不定、腹痛喜按，如胆道蛔虫症、结石嵌顿等。剧痛而不敢变动体位、腹痛拒按者，常有局限性或弥漫性腹膜炎存在，如胆囊炎、阑尾炎、腹膜炎等。

(7) 腹痛与休克：腹痛伴有休克，多为内出血、腹腔内或腹腔外脏器有严重感染（如胰腺炎、败血症、化脓性胆管炎等）及心肌梗死等。

(8) 腹痛与腹部肿块：急腹痛伴有腹部肿块者，多为炎症性包块（如阑尾包块）、肿瘤、肠套迭、肠扭转、肠蛔虫团块等。

急腹症的处理原则

1. 腹痛未明确诊断前，禁用麻醉镇痛剂(如吗啡、杜冷丁等)，以免掩盖症状，延误诊断；若腹痛难以耐受者，可先用新针疗法止痛。禁止灌肠，也不能服泻药，以防病变蔓延。反复呕吐、腹泻者，应适当补液。

2. 炎症性疾病可先用抗菌素、清热解毒中草药或辨证论治。但在使用抗菌素时应注意，由于消化道炎症一般均由杆菌引起或杂菌感染，故应首选广谱抗菌素或青、链霉素合用。

3. 急腹症尚未确诊，又发生以下情况者，应急送医院诊治：

(1) 突发性剧烈腹痛持续发作，经各项内科治疗疼痛不见缓解或反而加重。

(2) 腹部压痛、反跳痛、肌肉紧张等腹膜刺激症状明显，范围有扩大趋向。

(3) 有逐渐加重的内出血征象。

(4) 疑有肠绞窄可能。

但若上述病人情况极为衰弱，估计转院途中有危险，应一面与医院联系，一面就地抢救。包括静脉补液或输血、应用升压剂，以纠正脱水及抗休克；腹腔有严重感染者，应用大剂量抗菌素和激素，及时加以控制等。

4. 急腹症的治疗应贯彻中西医结合的原则，反对片面强调手术的错误观点。天津南开医院、贵州遵义医学院等先进单位的革命医务人员，用毛主席光辉的哲学思想指导医疗实践，通过长时间的反复实践，已经闯出了一条中西医结合治疗急腹症的路子，扩大了非手术治疗的范围，提高了治愈率。

祖国医学认为急腹症是由气滞、血瘀、热结肠胃、寒、

湿、食积、虫等原因所致的腹腔脏器的急性疾病，临床上以腹痛为主症，并具有发病急、变化快、病情险恶等特点。一般在急性期多表现为里、实、热证，而寒、虚证较少见，有时也可见到虚中挟实证；具体病变多在肝胆、脾胃、大小肠等脏器。

由于急腹症常见腹痛、腹胀、呕吐、便秘等六腑滞塞时的症状，而六腑是传化之府，“泻而不藏”，以下行通降为顺，滞塞上逆为病，“不通则痛”，所以治疗原则以通为用，可根据各种病症在不同阶段的特点，采用攻下、通里、理气、活血、降逆、扶正等方法。

（一）胆囊炎、胆石症

胆囊炎、胆石症是胆道系统的常见病，多见于20～40岁左右的肥胖女性。胆囊炎有急性慢性之分。急性胆囊炎多因胆道阻塞、胆汁潴留和细菌（常见的是大肠杆菌、链球菌和葡萄球菌）感染所致；慢性胆囊炎则常由急性胆囊炎迁延而来。胆石症常与胆囊炎同时存在，据统计，65～75%的胆囊炎病人伴有胆结石。胆石的形成可能与神经调节机能紊乱、胆汁滞留、胆道感染等因素有关；而胆石又可使胆道阻塞，导致胆囊炎发作，故两者常同时存在，互为因果，临床上有时很难区别。祖国医学认为本病属于“胁痛”、“腹痛”、“黄疸”等病症，饮食不节、寒暖失常、情志不一、虫积等引起脾虚失健运而生湿和气血郁结于中焦，久则化火，影响胆的“中清”、“通降”，导致胆气不通而疼痛，胆汁就此泛溢肌肤而发黄。至于胆石的形成，则主要是体内正气不足，无力将胆管内的细菌、虫体、虫卵、异物等邪气排出，胆汁便缠附于上，日益增大，造成恶性循环所致。

症状 急性胆囊炎发作时，右上腹部或中上腹部出现持

续性的剧烈绞痛，可阵发性加剧，疼痛向右肩或肩背部放射；常伴有恶心、呕吐、胀气、畏寒、发热等症状。有些病人因胆道阻塞，可出现黄疸。饱食、进食油腻、劳累、情绪不宁可促使其发作。

检查 急性病容，右上腹胆囊区有明显压痛、反跳痛、叩击痛和肌肉紧张，有时可摸到肿大的胆囊，胆囊压迫症(详见 378 页) 阳性。化验检查血中白细胞增多。

慢性胆囊炎平时可有消化不良、右上腹隐痛、胃部饱胀和嗳气等症状，病人常自称为“胃病”，检查时体征不明显；如急性发作，则可出现上述急性胆囊炎的表现。

胆石症发作时往往为突发中上腹部或右上腹部阵发性剧烈绞痛，伴有恶心呕吐，患者在床上转侧不安。此后又出现黄疸和畏寒、发热。体温较高，常达40°C。右上腹、中上腹有不同程度的压痛和肌紧张。胆囊积液时可摸到肿大并有触痛的胆囊。白细胞计数增高。有条件时可作胆道造影，以协助诊断。

鉴别诊断

1. 胃炎和溃疡病 胃炎常在食后半小时左右即有上腹疼痛，发作比较经常；而胆绞痛多于食脂肪后发作。溃疡病可呈周期性、节律性疼痛，持续时间较长；胆囊炎胆石症则疼痛无节律性，每次发作持续时间较短。

2. 胃或十二指肠溃疡穿孔 溃疡病穿孔疼痛程度较胆囊炎、胆石症更为剧烈，病人可出现休克状态，触痛范围也较广泛，且腹壁呈板状强直，肝浊音界缩小或消失，大都有慢性胃或十二指肠溃疡病史或上消化道出血病史，必要时作X线检查，可发现膈下有游离气体。

3. 急性胰腺炎 疼痛程度比胆囊炎胆石症更为剧烈，常出现休克，疼痛位于中上腹部或左上腹部，呈持续性，可向左腰背部放射，病人自觉腰部有束紧感。如作血清淀粉酶测定，可超过 500 单位。

4. 传染性肝炎　虽可有类似胆囊炎胆石症的疼痛和黄疸，但常有食欲不振、乏力和低热等症状。体格检查有肝脏肿大和轻触痛，而无胆囊触痛。血白细胞减少，肝机能试验异常。

5. 急性阑尾炎　主要与高位性阑尾炎鉴别，后者发病年龄一般较轻，过去无类似慢性发作的病史。

预防

1. 避免暴饮暴食，少食油腻及高脂肪饮食。

2. 进行积极的体育锻炼，适当参加劳动，但避免过度劳累。

3. 预防肠蛔虫病，避免发生胆道蛔虫症，一旦发生应及时彻底治疗。

治疗

1. 禁食，必要时输液，静脉滴注5％葡萄糖盐水或5～10％葡萄糖液，每日1,000～2,500毫升。严重者可作胃肠减压，即经口或鼻插入胃管，抽出部分胃内容物。

2. 新针疗法　中脘、内关、曲池、足三里、阳陵泉、胆俞、胆囊穴等。亦可耳针胆、交感、神门、配肝、皮质下。

3. 中草药治疗

(1) 中草药验方：

① 龙胆草、金铃子、枳实各3钱，茵陈5钱，赤小豆、蒲公英、忍冬藤各1两，水煎服。适用于急性发作期。

② 柴胡、赤芍、桔子皮、金铃子各三钱，水煎服。适用于慢性期。

③ 金钱草、车前草各1两，木香、桔子皮、鸡内金各3钱，土大黄、明矾各5钱，水煎服。适用于有结石者。

(2) 辨证论治：可根据本病不同阶段出现的不同证候，分成三个类型进行。

① 气滞型：多为右胁绞痛或串痛，伴有口苦咽干、头晕、食少、舌尖微红、苔薄白或微黄、脉弦紧或弦细的少阳证候，但一般无寒热或黄疸，常属于单纯胆囊炎或胆绞痛。治宜舒肝和里、理气泻热，可用大柴胡汤（见209页）加香附、郁金、木香、延胡索各3钱，水煎服。

② 湿热型：除右胁持续性胀痛、口苦、咽干等少阳证外，兼有发热怕冷、目黄、身黄、尿黄浊或赤涩、大便秘结、舌红、苔黄腻厚、脉弦滑或洪数等湿热证候，多属于胆囊胰腺炎、总胆管结石或化脓性胆管炎等。治宜舒肝理气、清热利湿，可用大柴胡汤去生姜，加木香、郁金、木通、车前草、栀子、茵陈等。

③ 实火型：证见右胁持续性胀痛、口苦、咽干、寒热往来、腹胀而满、舌红或绛、苔黄燥或有芒刺、脉弦滑数或洪数等，多属于急性化脓性胆囊炎。治宜舒肝理气、通里利湿，可用大柴胡汤去生姜、大枣，合茵陈蒿汤（见217页）并加芒硝、龙胆草、木香、郁金等。

(9) 根据贵州遵义医学院先进经验，凡肝胆管结石，除十分严重或有并发症者以外，均可用“排石汤”治疗，排石率高达90%以上，特别对泥沙样结石更为适合。方用金钱草（或茵陈）1两，木香、枳壳、黄芩、川楝子各3钱，大黄2钱(后下)，能舒肝理气、利胆排石，适用于气滞型；或用虎杖、金钱草(或茵陈)各1两，木香、枳壳、延胡索、大黄(后下)各5钱，栀子4钱，可清热利湿、行气止痛、利胆排石，适用于湿热型。随症加减：胸闷、胁痛加柴胡、芍药，舌绛、渴饮、脉洪加生石膏、知母、花粉，热重加金银花、紫地丁，痛重加芒硝，食欲不佳加鸡内金、砂仁、炒麦芽、神曲、山楂，呕吐加半夏、竹茹、生姜，黄疸重可重用茵陈等。一般

日服1剂，分2次服，体壮者必要时可日服2剂。服药时间宜长一些。

4. 解痉止痛：轻者皮下注射阿托品0.5毫克，或口服颠茄合剂10毫升（或颠茄片2片），一日3次；重者同时肌注阿托品0.5毫克和冬眠灵25～50毫克，必要时加入补液中静脉滴注，无效时可肌注度冷丁50～100毫克。

〔注〕 度冷丁（盐酸哌替定）是一种强有力的镇痛剂，直接对大脑的痛觉中枢有抑制作用，属于麻醉药物，但作用比吗啡弱一些。临床常用于各种剧烈疼痛、手术后疼痛、麻醉前给药等，又可与冬眠灵和非那根合用作人工冬眠疗法；与阿托品混合注射镇痛，能加强疗效。用药后部分患者可有头晕或恶心、呕吐等副作用。由于本药有强烈的抑制疼痛作用，故对诊断尚未明确的急腹症病人，不可随便应用，以免掩盖症状，延误诊断，导致严重的后果。同时，本药还有成瘾〔音引，yǐn〕性，故不宜长期反复应用，也不能用于慢性疼痛的病人。有针剂和片剂两种，针剂50毫克（1毫升）或100毫克（2毫升），片剂25毫克或50毫克。常用量每次50～100毫克，小儿0.5～1毫克/公斤/次，一日3次口服或作肌肉注射。

5. 抗感染 炎症剧烈者，可选用适当的抗菌素。可以青、链霉素合用为主；也可选用四环素、金霉素、氯霉素等，必要时静脉滴入。

6. 以上治疗无效，或症状非常严重，以及反复发作病人，可考虑送医院手术治疗。

7. 对慢性胆囊炎胆石症非发作期或发作缓解期的病人，平时应避免高脂肪饮食及暴饮暴食，可服用中成药黄疸茵陈冲剂，每次一包，每日2次，用开水冲服；或茵陈5钱、元明粉3钱，每日2次，水煎服。还可用去氢胆酸片，每次0.25克，每日3～4次；或胆酸钠片，每次0.2克，每日

3～4 次等。

（二）胆道蛔虫症

小肠里的蛔虫经十二指肠钻进胆道，引起胆道及胆道口括约肌痉挛而发生腹部阵发性剧痛，称胆道蛔虫症。本病在祖国医学中属于“蛔厥”的范围。临床上很常见，尤其多见于儿童及青年人。在患有慢性胆囊炎、胆石症的患者，由于胆总管括约肌比较松弛，蛔虫容易钻入，发病率可比正常人要高；但大多数患者无此病史。由于蛔虫喜碱、恶酸，有钻孔癖性，故在发热、胃酸减少、服驱虫药剂量不足、腹泻、饮食不节（特别是暴饮暴食）等情况下，都可使肠道内的蛔虫因环境改变而乱窜乱动，容易向上钻入胆道。这是本病常见的诱因，即祖国医学中所称“藏寒”、“蛔上入膈”。蛔虫钻入胆道后，可并发胆道感染，引起胆囊炎甚至急性胰腺炎等。此外，蛔虫卵的存留和已死蛔虫的残体，都可成为胆道内结石的核心，导致胆石症的发生。

症状 起病急，突发中上腹剑突下方剧烈绞痛，一阵阵发作，往往有钻顶感。剧痛时病人坐卧不安，在床上翻身打滚，全身出冷汗；但疼痛间隙时，又可恢复如常（或仍有隐痛）。不久，又再发作。疼痛可向右肩部或背部放射。常伴有恶心、呕吐，有时吐出蛔虫。开始体温正常，时间长后可因胆道感染而有畏寒、发热。少部分病人可有黄疸。

检查 腹部体征和剧烈的疼痛症状往往不相符合，仅于剑突下有轻度压痛，肌紧张一般不明显。并发感染或在剧痛时，体征可较明显。化验检查血内白细胞计数稍增高，嗜酸性细胞增多；大便可找到蛔虫卵。

并发症

1. 胆道感染 蛔虫进入胆道可带入细菌（主要是大肠杆菌）而

引起胆道感染，临床上除右上腹剧痛外，可有畏寒、发热或轻度黄疸。体检时，右上腹压痛明显，有肌卫，有时可摸到疼痛肿大的胆囊。化验检查血内白细胞增多，嗜中性增多。

2．急性胰腺炎　由于胆道口括约肌痉挛及蛔虫堵塞胆道出口，使胰液反流而发生。疼痛呈持续性，有阵发性加剧，多位于中上腹或偏左侧，可向左腰背部放射，并有发热及全身症状。检查时局部有明显压痛及肌紧张。化验检查血清及尿淀粉酶显著增高。

预防　关键是防止蛔虫感染。应搞好粪便管理工作，做到粪便无害化。平时加强卫生宣传教育，养成良好的卫生习惯，如饭前洗手、蔬菜瓜果要洗净后再吃等。如已发生肠道蛔虫症，应及早治疗。

治疗

1．解痉止痛　可合并肌注阿托品0.5毫克和冬眠灵25～50毫克，必要时加入补液中静脉滴注。严重者可注射度冷丁50～100毫克。有时为了解除胆道痉挛，可静脉注射氨茶碱0.25克（以葡萄糖或氯化钠稀释）。还可用阿斯匹林0.5～1克，一日3～4次口服，但有溃疡病者慎用。

2．新针疗法　针刺迎香透四白，用捻转法，留针5～10分钟；或针人中穴5分钟。也可针刺足三里、中脘、阳陵泉、胆囊穴，留针30分钟，每日2～3次。驱虫时针关元、天枢。耳针同胆囊炎。

3．中草药治疗　祖国医学认为，虫性喜温而恶寒，得酸即止，得苦即定，得辛则伏头而下，因而在治疗中将酸、苦、辛等不同药来配伍应用。

⑴ 民间用米醋4两口服，必要时4小时后可重复一次，有止痛效果。

⑵ 早期疼痛多比较明显，主要表现为寒象，如四肢发

冷、出冷汗、苔白、脉伏或紧或弦细等，治宜安蛔止痛，可用乌梅丸改汤剂，即乌梅5枚，黄连、黄柏、党参、当归各3钱，附子、桂枝、川椒、干姜各2钱，细辛1钱，水煎服；或用成药“胆蛔宁”（大黄0.5克，木香0.5克，阿斯匹林1.5克，苯巴比妥0.12克、精制敌百虫0.17克共研细末），成人每服1剂，儿童4～6岁服½剂。如发生感染，可表现为湿、实、火等，治疗参照急性胆囊炎、胆石症的有关内容。

(3) 疼痛稍缓，可驱蛔利胆止痛。常用苦楝〔音练，liàn〕根皮1两、青陈皮、川椒各3钱、金铃子5钱、八月扎3钱、玄明粉4钱（冲服），水煎服。

(4) 贵州遵义医学院用“排石汤”加减方治疗，效果也较好。

4. 驱虫治疗　现在认为腹痛时即可进行。可用16%哌哔嗪糖浆15毫升，每日2～3次口服，或片剂5片（每片0.5克），每日2次（早、晚）口服，连服2天。如腹痛已止后再驱虫，还可用山道年酚酞片，每次4～5片（每片0.015克），日服1次，连服3天。也可用中草药苦楝根皮1两，水煎服，连用2天；或“化虫丸”每日2次，每次3钱，吞服。

5. 抗感染：如并发胆道感染，可加用抗菌素治疗（同胆囊炎）。

6. 剧烈呕吐或症状严重而禁食者，可进行补液（同胆囊炎）。

（三）胃十二指肠溃疡穿孔

穿孔是溃疡病的严重并发症，大多数病人过去有溃疡病史，且在穿孔前数日多有溃疡病症状的加重。冬季发病者比较多见。在祖国医学中属“心腹痛”、“胃脘痛”的中焦不运、

气血郁闭。

溃疡病穿孔大多发生在溃疡病急性活动期。因此时病变局部往往有炎症变化如充血、水肿等，故组织比较脆弱，溃疡灶可渐加深，由粘膜层发展到肌层，再至浆膜层，最后终于穿孔。有的病人在穿孔前可有过分饱餐、进硬或粗糙饮食、情绪紧张、过度疲劳、洗胃、外伤等诱因。急性穿孔的溃疡病多在胃、十二指肠的前壁近幽门处，而以十二指肠溃疡较为多见。

症状 由于穿孔后胃内容物（特别是胃酸）流入腹腔，强烈刺激腹膜，使上腹部突然发生持续性的剧烈疼痛，不久即蔓延为全腹疼痛。病人出现面色苍白、额出冷汗、脉搏细弱、血压下降等休克症状。大多伴有恶心、呕吐，呕吐物内可能有血。

检查 全腹肌肉紧张，硬如板状，称为“板状腹”。全腹有压痛及反跳痛，以上腹部最明显。叩诊肝浊音界缩小或消失。血化验白细胞数增多。X线检查腹腔内有游离气体。

本病在祖国医学中早有记载，如“厥心痛”、“脏结”等。除上述特有症状外，在早期尚有舌苔薄白，脉多弦、紧、迟、涩或沉伏。经12～24小时以后，随着中焦郁而化热，可出现舌红苔黄，如气阴伤则舌质绛紫，苍老，苔焦黑，脉多弦、洪、滑而带数；若脉迟而弱或沉细而数，则属病脉不和，病情非常危险。

鉴别诊断

1. 急性胰腺炎 由于病变在后腹膜，所以腰背部疼痛和触痛比较显著，常以左侧为主，一般无腹膜刺激症。化验检查血清淀粉酶增加。X线检查腹腔无游离气体。

2. 急性阑尾炎 由于溃疡穿孔后胃、十二指肠内容物容易流至右

髂窝内，所以右下腹也可出现明显的腹膜刺激症状，有时易误认为急性阑尾炎穿孔。但急性阑尾炎开始为上腹部或脐周围阵发性疼痛，以后逐渐加重并转移至右下腹，体征以右下腹最为明显，无腹腔积气征象。而溃疡穿孔者腹痛一开始即很剧烈，疼痛范围也较广泛，且常有休克症状，整个腹部体征都很明显，尤以上腹部最剧烈，并常有腹腔积气。

预防

1. 及时地适当地治疗溃疡病。

2. 在治疗溃疡病期间，消除一切可能诱发穿孔的因素，如避免暴饮暴食和过度疲劳，精神要乐观，溃疡活动期避免洗胃等。

治疗 以前认为溃疡病一经穿孔，大多需手术治疗。天津南开医院的革命医务人员，敢想敢干，创立了中西医结合非手术治疗溃疡病穿孔的先进经验。他们认为，除了那些病史长、症状重、有其他并发症或腹腔污染严重者必须要手术治疗外，其他大部分病人都因年龄轻、病程短，或症状轻、穿孔小、一般情况佳，均可进行非手术治疗。具体方法是：

第一期：从穿孔到闭合。可在禁食、输液和胃肠减压的条件下，针刺足三里、内关、中脘、梁门、天枢等穴，强刺激，留针 30～60 分钟，每天 3～4 次。经 12～24 小时，如症状明显好转，腹痛显著减轻，腹肌紧张消失或局限于右上腹，压痛局限于上腹或右下腹，肠鸣音恢复或有排气排便，即可转入第二期治疗。

第二期：从穿孔闭合到腹腔渗液吸收。主要用中草药清除腹腔感染及恢复胃肠道正常功能。可用复方大柴胡汤：柴胡、黄芩、川楝子、延胡索、杭白芍、大黄各 3 钱，木香、枳壳、生甘草各 2 钱，蒲公英 5 钱，水煎服。一般经 3～5

天，如症状进一步改善，自觉症状基本消失或仅遗留溃疡病的症状，食欲恢复，大便通调，腹肌紧张消失，压痛消失或仅在剑突下有深压痛，体温及白细胞正常，就可进入第三期治疗。

第三期：腹腔渗液完全吸收。主要用中西药物治疗溃疡病。根据症状特点，脾胃虚寒者用溃疡丸1号：乌贼骨6钱，甘草4钱，干姜、吴茱萸(音朱鱼，zhūyú)、砂仁各5钱，乌药、延胡索各3钱，肉桂1钱，水煎服；肝郁气滞者用溃疡丸二号：乌贼骨、川楝子、陈皮、瓦楞子各5钱，白芍、甘草各3钱，香附2钱，水煎服；瘀血作痛者用溃疡丸3号：乌贼骨5钱，川楝子、延胡索、赤芍各3钱，桃仁2钱，蒲黄1钱，水煎服；有出血者用溃疡丸四号：乌贼骨5钱，白芨、花蕊石、地榆炭、煅牡蛎、煅龙骨各3钱，水煎服。

在进行上述治疗时，必须严加观察，随时作好紧急处理（包括手术治疗）的准备，如病情突然恶化，立即处理。

（四）急性胰腺炎

急性胰腺炎常由于胰腺分泌的胰蛋白酶作用于胰腺本身组织，进行自身消化而引起。根据发病程度的不同，可分为水肿型和坏死型二种，临床上前者占绝大多数；后者亦称出血型，病变十分急剧，极易导致休克，如不及时抢救，常有生命危险。本病女性比较多见。发病往往与饱食（特别是暴饮暴食）、饮酒等能引起胰液分泌增加的因素有关。此外，在胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症等胆道疾病时，由于胆总管括约肌痉挛或开口堵塞，可使胰液流出不畅，胰管内压力便增高而逆流外溢，故其发病率常较正常人为高。

祖国医学认为本病可由饮食不节、情绪波动伤犯脾胃和蛔厥（即胆道蛔虫病）等几个方面的原因引起。

症状 起病急骤，左上腹或中上腹突然发生持续性刀割样疼痛，伴有阵发性加剧，并有一自右向左的横带状疼痛区和紧束感，还可向左肩或左腰背部放射。进食可使疼痛加剧，一般的解痉药物不能使之缓解。常有恶心呕吐，严重者可出现麻痹性肠梗阻而有明显腹胀。疼痛剧烈时，可出现休克症状，部分病人还有轻度黄疸。起病后第二天可有发热，体温在 38°～39°C 左右。如为出血性（坏死性）胰腺炎，则全身症状更为剧烈，常有严重休克状态。

检查 多呈急性病容。在脐上自右向左沿胰腺部位有一个带状较深的压痛区，伴有不同程度的肌紧张。左腰部也可有压痛。并发麻痹性肠梗阻时可有腹胀及肠鸣音减弱或消失。胆囊炎并发胰腺炎者，在胆囊区也有明显压痛。血、尿化验淀粉酶（血清淀粉酶应在发病初期测定，尿淀粉酶应在发病后期测定）常显著增多，可超过 500 单位（正常不超过 64 单位）。血白细胞计数中度增高，中性增多。

急性胰腺炎如反复发作，可发展成慢性，其症状、体征与急性相似，但较轻。在坏死性胰腺炎的病人，有时可并发胰腺脓肿或假囊肿，但较少见。

祖国医学根据临床表现和舌苔、脉象，可将本病分成四型：

1. 肝郁气滞型 腹中阵阵作痛或串痛，多有情绪波动史和少阳证状，舌苔薄黄或微黄，脉弦细或紧，此型多为胆管下端括约肌痉挛引起的胰腺炎。

2. 脾胃实热型 腹满痛拒按，有痞、满、燥、实、坚的特征，兼见口干渴、便秘、尿短赤、舌质红、舌苔黄厚腻或燥、脉洪数等。此型多属急性出血型或较重之水肿型胰腺炎。

3. 脾胃湿热型　右上腹痛，拒按，多有黄疸及少阳症状，舌质红，舌苔黄腻，脉弦滑或数。此型多为胆囊炎并发胰腺炎。

4. 蛔虫上扰型　腹痛钻心，痛时汗出肢冷，痛后如常人，多有吐蛔，面部有白斑，或有红花舌，舌苔白或微黄，脉忽大忽小。此型多为胆道蛔虫引起之胰腺炎。

预防

1. 注意体育锻炼，增强体质。

2. 避免暴饮暴食及过食油腻、酒类。

3. 积极防治蛔虫病，及早彻底治疗胆道疾病。

治疗

1. 禁食，胃肠减压。

2. 补液，休克者给予升压药物，必要时输血。

3. 解除腹痛　诊断明确后可用解痉止痛药物，如颠茄、阿托品、普鲁苯辛等，必要时合并注射度冷丁和阿托品。但诊断未明确前不可乱用度冷丁之类药物，可先用新针疗法止痛，即针刺阳陵泉和足三里，可配内关、上巨虚、天枢等；也可耳针胰胆区。

4. 抗菌素　可选用青、链霉素或其它广谱抗菌素，以预防和控制继发感染。

5. 中草药治疗　各型均可用清胰汤作基础方，即柴胡、白芍、生大黄（后下）各5钱，黄芩、胡黄连、广木香、延胡索、芒硝（冲服）各3钱，水煎服，以疏肝理气，清热通便。具体还可加减如下：

(1) 肝郁气滞型：用清胰汤原方。

(2) 脾胃实热型：在清胰汤的基础上，重用通里攻下药，即大黄可加至1两，芒硝可5钱；另加厚朴、枳壳和银花、

蒲公英等，以增强攻下和清除内热作用。

⑶ 脾胃湿热型：在清胰汤的基础上加茵陈、栀子、龙胆草、木通和滑石等清热利湿药。

⑷ 蛔虫上扰型：临床上表现以胰腺炎症状为主者，可用清胰汤加安蛔或驱虫药；如胆道蛔虫为主，则按胆道蛔虫症治疗方剂中加一些舒肝理气药。

此外，对并发麻痹性肠梗阻者，祖国医学称为"结胸"，认为热与水结于心下，属于危证，须峻下以散其结，可用大陷胸汤，即甘遂末 2～3 分(冲)、大黄 0.5～1 两(后下)、芒硝 3～5 钱(冲)，水煎服；也可和清胰汤合用。用药方法及注意事项可参照急性肠梗阻有关章段。对慢性胰腺炎的患者，如症状以疼痛为主，可在清胰汤中去大黄、芒硝，白芍改赤芍，重用广木香、延胡，并加山甲、皂刺或合失笑散（见 224 页）；如以胰腺外分泌功能不足为主，则在清胰汤中去大黄、芒硝、黄芩，加茯苓、白术、苍术或藿香、佩兰、半夏等。对并发胰腺脓肿或胰腺假囊肿者，可在清胰汤的基础上重用行血药，如红藤或山甲、皂刺或三棱、莪术，同时可配合针刺。

6. 严重的（如出血性坏死性胰腺炎）病人，应急送医院救治。

（五）急性阑尾炎

本病是最常见的急腹症，各种年龄均可发生，以青壮年居多。认为系由于正气不足，加上饮食不节伤脾胃而生湿、劳逸不合、跌扑损伤、精神过度紧张、寒温不适等，均可致气血凝滞而成。其发病与阑尾痉挛、阑尾阻塞（如寄生虫或粪石塞入阑尾里）以及细菌感染等因素有关。根据阑尾的炎症情况，可分为单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎和坏疽〔音

居，jū）性阑尾炎三种。若阑尾发炎后不及时治疗而引起坏死穿孔，往往会引起急性弥漫性腹膜炎；有时也可由于阑尾发炎后与周围的网膜或肠管粘连，此时再穿孔则形成局限性腹膜炎。

症状 典型病人往往先有脐周或上腹部阵发性疼痛，数小时后可转移至右下腹阑尾所在部位，并呈持续性。大部分病人可伴有恶心、呕吐、食欲不振、腹泻或便秘等消化道症状。早期一般无发热、寒战，或仅有低热(38℃以下)；如有高热、寒战，说明阑尾已化脓，或有坏疽穿孔。

检查 右下腹有局限而固定的压痛，典型患者压痛位于阑尾点（即脐和髂前上棘连线的外⅓和中⅓分界点，旧称“麦氏点”），并伴有肌紧张和反跳痛。右侧“阑尾穴”处也可有压痛。部分患者因走路时感觉右下肢牵制性疼痛，故取屈曲位；如将右下肢向后过度伸展，可使右下腹疼痛增剧，称为“腰大肌刺激征”，是盲肠后位阑尾炎的表现。

阑尾穿孔，引起弥漫性腹膜炎时，可出现寒战、高热，疼痛扩散至脐周或全腹，但仍以原发病变处较剧；伴有呕吐，并逐渐增剧，以至呈持续性；患者可因脏器穿孔及毒血症的作用而呈休克状态。检查时，患者呈苦闷焦虑的表情，腹式呼吸减弱或消失，脉速而弱，满腹触痛、肌紧张，尤以原发病变处为剧，并因肠道胀气而叩诊呈鼓音，肠鸣音减少或消失。血中白细胞增多。

鉴别诊断

1. 溃疡病急性穿孔 详前述。

2. 急性肠穿孔 大都有伤寒、痢疾等的病史，腹痛极为突然，迅速发展为弥漫性腹膜炎。检查时腹腔往往有游离气体和较多的渗出液存在。

3. 宫外孕破裂　见于已婚妇女，有停经史，发病前可有阴道不规则的流血。腹痛突然发作，一开始即在下腹部，全身无炎症反应，但有不同程度的出血性休克症状。妇科检查可确诊。尿妊娠反应阳性。

4. 肺炎或胸膜炎　腹痛位于上腹，一般不向右下腹转移，有呼吸系统有关症状和体症。

5. 急性胃肠炎　腹痛位于脐周，多为阵发性，有比较剧烈的呕吐或腹泻。

并发症　多发生在病程的晚期。

1. 阑尾周围脓肿　主要是由于阑尾在穿孔前已被大网膜和附近肠系膜所包裹，穿孔后感染仅限于阑尾周围而形成。患者在原来基础上病情继续发展，体温和白细胞计数均增高，体格检查时可发现右下腹有一边缘清楚的肿块，触痛明显，而其它部位则无明显触痛，肠鸣音正常或稍亢进。

2. 弥漫性腹膜炎　由于病变重、进展快，或诊断、治疗不及时，或机体抵抗力差，阑尾穿孔后不能被局限和包裹，使感染扩散到全腹所致。患者病情严重，有全身性感染、中毒和脱水症状，并有全腹触痛、腹肌板样强直、腹式呼吸消失、腹胀、肠鸣音消失和腹膜刺激症状。

预防

1. 加强体育锻炼，增强体质。

2. 注意避免受寒及饮食不节，有便秘及肠寄生虫者应及时治疗。

治疗　急性阑尾炎的治疗原则一般可分为手术疗法和非手术疗法二种。以前认为阑尾炎一经诊断明确，即应手术治疗。经过无产阶级文化大革命锻炼的广大革命医务人员，批判了这种单纯手术的错误观点，创造和发展了中西医结合非手术治疗阑尾炎的方法，取得了较满意的效果。

1. 新针疗法　对单纯性阑尾炎有较好疗效。可针刺足三里、阑尾穴、上巨虚、阑尾点等，发烧配曲池，剧痛针合谷，呕吐针内关，强刺激。一般可留针半小时以上，每隔5～15分钟刺激一次。每天可针2～4次，以后随病情好转而递减。或耳针阑尾、交感，配腹、大肠、神门。

2. 中草药治疗

(1) 我们的体会以清热解毒、散瘀止痛为主，但应严密观察，作好紧急处理的准备。可用土大黄1两、败酱草3钱、生苡仁1两、红藤1两，水煎服；或用山慈姑3钱、老苏木3钱、败酱草3钱、生苡仁1两，水煎服，并在压痛明显处外贴阳和解凝膏1张或将葱白捣烂外敷，一般2～3小时可止痛。

(2) 江苏徐州地区用大蒜、芒硝外敷，目前已在本市推广使用，效果较好。可用大蒜、芒硝各2两，捣烂混和，在压痛最明显处外敷2小时以上，然后更换。敷后局部皮肤可能起泡，可局部涂凡士林或用薄膜塑料保护。

(3) 天津南开医院以内服中药为主，外敷中药为辅，配合输液及严重患者作短期胃肠减压，部分患者早期使用适当的抗菌素等方法，采用分期辨证论治治疗急性阑尾炎合并腹膜炎，获得良好效果。

① 瘀滞期：微热，腹痛走窜或痛处固定，拒按或出现包块，腹胀，舌质正常或有紫斑，苔白，脉弦紧或涩。相当于单纯性阑尾炎或腹膜炎、阑尾脓肿消散期。治以行气活血为主，辅以清热解毒及调理脾胃药物，可用阑尾化瘀汤，即川楝子、金银花各5钱，延胡索、丹皮、桃仁、木香、大黄（后下）各3钱，已成包块者加红藤1～2两，水煎服。

② 蕴热期：发热，口干，腹痛重，便秘，尿黄赤，舌质

红，苔黄干或腻，脉弦数或滑数。相当于化脓性阑尾炎或脓肿早期或轻度腹膜炎。治以清热解毒与行气活血的药物并用，辅以利湿通便药物，可用阑尾清化汤，即金银花、蒲公英各1两，丹皮、大黄(后下)各5钱，赤芍4钱，川楝子、桃仁、生甘草各3钱，湿热重者加黄连、黄芩，湿重者加佩兰、白蔻〔音扣，kòu〕、薏梗、木通，水煎服。

③ 毒热期：发热高，口干舌燥，面红目赤，腹痛拒按，便秘，尿赤痛，舌质绛，苔黄燥，脉洪数。相当于坏疽性阑尾炎或合并腹膜炎。治以清热解毒为主，辅以行气活血的药物，可用阑尾清解汤，即金银花2两，蒲公英、冬瓜仁各1两，大黄(后下)8钱，丹皮5钱，木香、川楝子、生甘草各3钱，大热大渴者加生石膏1两、天花粉5钱，水煎服。治疗过程中如有并发症，应进行针对性治疗，如出现肠麻痹或肠梗阻，则以通里攻下为主等等。

3. 药物治疗　可用解痉、止痛药，并选用适当的抗菌素，如青、链霉素合用，四环素静脉滴注等。但最好与上述疗法及手术治疗配合应用，单用则效果较差。

4. 手术治疗　适用于下述情况：继发弥漫性腹膜炎伴有中毒性休克者，或已有明显肠麻痹者；妊娠期阑尾炎继发腹膜炎；老年及婴幼儿患者；非手术治疗无效者。

(六) 肠梗阻

肠腔内容物的正常运行发生了障碍，不能顺利通过肠道，即称为肠梗阻。临床上分为机械性肠梗阻和麻痹性肠梗阻两大类。前者在临床上最为常见；后者一般发生于腹膜炎等情况下，此处不再讲述。引起机械性肠梗阻的原因很多，临床上常见的有嵌顿性疝、肠粘连(常为腹部手术后遗症)、肠套迭、肠扭转、肠蛔虫症、直肠或结肠癌，以及粪块阻塞

等。根据梗阻程度，又可分为完全性肠梗阻和不完全性肠梗阻（部分内容物能通过）两种。再根据肠梗阻部位的高低，还可分为高位梗阻和低位梗阻两种。此外，根据梗阻部位的局部病理改变，还可分为单纯性肠梗阻和绞窄性肠梗阻，前者指仅有肠腔不通而无肠管血液供应的障碍；后者则是在机械梗阻的同时，肠管的血液供应已有障碍，如不及时解除梗阻，往往可使肠管坏死和穿孔，造成严重的腹腔感染。

肠梗阻的主要病理变化是肠腔管壁的改变。在机械性肠梗阻时，梗阻部位以上的肠管，由于肠腔内气体和液体的郁结而扩张。梗阻部位越低，时间越长，扩张越明显。扩张的肠壁粘膜，血液回流常受阻，再加上肠道细菌和毒素的作用，极易发生溃疡、坏死和穿孔，从而引起全身一系列的变化。

祖国医学认为本病属于“关格”、“肠结”的范围。是由气、血、寒、热、食、湿、虫等病因导致肠道通降失常，使肠腑气机不通、血行瘀阻，进而传化失职，水饮内停而出现腹痛、呕吐、腹胀、便秘等症状。

症状 本病的共同特点是腹痛、呕吐、腹胀、停止排便和肛门排气(即放屁)。腹痛往往为阵发性绞痛，多在前腹中部，可伴有腹鸣。呕吐的程度和梗阻部位的高低有关，高位梗阻可有频繁的呕吐，吐出胃液、胆汁等；低位梗阻则呕吐出现较迟，并且也不剧烈，但有时可呕出粪汁。腹胀则与此相反，高位梗阻可由于呕吐频繁而不明显，低位梗阻却往往很明显，常全腹膨胀。在不完全性梗阻者，仍可有少量排便和肛门排气，但完全性梗阻则常无排便及肛门排气（应注意梗阻早期仍可有部分梗阻部位以下的粪便排出）。此外，有口渴、尿少、发热等全身症状。

检查 腹胀满，有时可见到肠型。腹部有不固定的压

痛。叩诊呈鼓音。肠鸣音明显亢进，有时能听到高音调的气过水音，甚至呈金属调。严重者还可有失水、脉搏快而弱、体温升高、化验白细胞增多等；晚期还可有中毒症状表现。X线检查可见膨胀的肠腔，并有液平面。

若为绞窄性肠梗阻，病情发展更快，休克等全身中毒症状出现早而严重。腹痛剧烈，为持续性，并伴有阵发性加剧。呕吐早而频繁。腹胀多为不对称。腹部可摸到有压痛的肿块，有明显的腹膜刺激症。肛门可排出血性液体或肛门指检有血液。

鉴别诊断

1. 急性肠胃炎　虽有阵发性腹绞痛与肠鸣音增加（亢进），但无音调高亢或金属音。腹泻明显，呕吐较轻或不出现。常有不洁食物的饮食史。

2. 卵巢囊肿扭转　虽有阵发性或持续性腹痛和早期呕吐，但无肠鸣音的改变。检查下腹部有压痛，并可触及一圆形、光滑、活动而有明显触痛的肿块。必要时可作妇科检查。

预防　首先应加强劳动和体育锻炼，增强体质。在此基础上，注意预防各种能够引起肠梗阻的疾病，如加强粪便管理、普及卫生知识，以减少肠蛔虫病的发生；避免暴饮暴食和饭后立即剧烈运动，防止发生肠扭转；推广中西医结合非手术疗法治疗各种急腹症，进行腹部手术时操作尽量轻细敏捷并缩短脏器暴露时间，术后早期活动，以减少肠粘连的出现；对腹外疝、肠结核或其他可能引起肠梗阻的疾病或原因及时进行治疗；等等。

治疗　治疗前首先应区分是单纯性肠梗阻还是绞窄性肠梗阻。因为绞窄性肠梗阻应尽可能及早施行手术治疗，而单纯性肠梗阻可考虑不作手术治疗或经充分准备后再施行手

术。而后，还应尽力找出梗阻的原因和梗阻的部位，并注意患者的病情变化，以便采取相应的处理办法。主要的治疗措施包括：

1. 禁食、补液、胃肠减压。应注意补给足够的液量，并补充适当的电解质和纠正酸碱平衡（详第十七章农村补液项）。

2. 解痉、止痛（不可用度冷丁，以免掩盖症状，导致严重后果）。必要时静脉滴注广谱抗菌素，以控制细菌感染，减轻毒性症状。

3. 中草药治疗　根据天津南开医院的经验，凡粘连性肠梗阻、麻痹性肠梗阻、蛔虫团或粪块阻塞性肠梗阻及腹腔结核，均可用中草药治疗；此外，对早期肠扭转、高位肠梗阻、有绞窄趋势的粘连性肠梗阻以及某些病程长腹胀严重的单纯性肠梗阻，也可在严密观察下试用中草药治疗。可根据不同的病情，分别选用：

(1) 甘遂通结汤：适用于重型梗阻、肠腔积液多者，主要作用是攻水逐饮、活血化瘀。可用甘遂末 2～3 分（冲服），赤芍 5 钱，川朴 5 钱～1 两，大黄 3～8 钱(后下)，桃仁、木香、生牛膝各 3 钱，水煎服。

(2) 复方大承气汤：适用于一般肠梗阻气胀较重者，主要作用是通里攻下、行气活血。可用川朴、炒莱菔（音来服，lái fú）子各 1 两，枳壳、桃仁各 3 钱，赤芍、大黄各 5 钱(后下)，芒硝 3～5 钱(冲服)，水煎服。

(3) 肠粘连松解汤：适用于轻型粘连或不完全性肠梗阻，主要作用是通里攻下、行气活血。可用川朴、炒莱菔子各 3～5 钱，木香、乌药、桃仁、赤芍、番泻叶各 3 钱，芒硝 2 钱(冲服)，水煎服。

在进行上述治疗时，应同时配合胃肠减压、纠正水电平衡等措施，如能于服药后 2～3 小时，配合肥皂水灌肠，有助于梗阻的解除。此外，对于呕吐严重者，应配合针灸或穴位注射止吐；某些特殊类型的肠梗阻(如肠扭转)，要配合手法复位。

4. 手术治疗　上述治疗不能奏效的病例，以及绞窄性肠梗阻，腹外疝、先天性畸形、肿瘤所致的肠梗阻，或一般情况不良的单纯性肠梗阻等，应及早送医院手术治疗。

5. 其他治疗　对单纯性不完全性肠梗阻，还可用新针疗法，针刺曲池、天枢、足三里，腹胀配大肠俞，呕吐配内关等；对粘连性和粪块阻塞性肠梗阻，可用中药大承气汤（方见 206 页），或用石蜡油、熟食油(30～50 毫升)内服，每天 2 次）等治疗；蛔虫性肠梗阻，可于服用驱蛔药后再服石蜡油、食油（详见 480 页）治疗。

（七）肠套迭

本病是绞窄性肠梗阻的一种，在婴幼儿中比较多见。临床上可分为原发性和继发性两类。原发性肠套迭多见于 2 岁以下体格比较强健的婴幼儿，主要是由于肠蠕动节律失调和食物性质的改变而造成；继发性肠套迭则多见于成年人，是由于肠壁或肠腔内器质性病变（如肠壁肿瘤等）而诱发。本病的主要病变是一段肠管套入其连续的邻近肠管内，不仅使肠腔发生梗阻，而且由于血管受压，套入部肠管可以发生绞窄而坏死。其好发部位多在回盲部。

症状　婴幼儿原发性肠套迭的症状比较典型，主要表现为突发性剧烈腹痛，呈阵发性。发作时患儿哭闹不安，拒绝进食，甚而出现虚脱状态；但间歇时，可暂戏如常。不久又再次发作。同时伴有呕吐和果酱样（即出血性）大便。病程早期全身情况良好，无发热。但如不及时治疗，到晚期则可出现高热、腹胀、腹膜刺激症状和休克等严重症象。成人继发性肠梗阻的症状不如上述典型，便血的发生率较小。

检查 腹部可触及腊肠样肿块，平滑而有弹性，稍能活动，有压痛，并于疼痛时坚度增强，间隙时又变软。如作肛门指检，可于指套上见血和粘液，而无粪便，此点有助于诊断，特别对部分无排血便的患儿，更为重要。

预防 加强妇幼卫生宣传工作，在婴儿断乳期应注意防止过饥过饱、偏寒偏暖，以避免全身和胃肠道机能的紊乱。

治疗 诊断明确后，立即送医院治疗。肠套迭的治疗方法主要有二种，一种为在X线透视下进行钡剂灌肠复位；另一种为手术疗法复位。

（八）急性腹膜炎

急性腹膜炎是由细菌感染、化学性刺激或损伤所引起的腹膜急性炎症，有原发性和继发性两类。前者比较少见，本节从略；后者往往是腹腔内器官的病变（特别是外科急腹症）、各种腹部手术后污染和创伤性内脏破裂等的并发症，最常见的病因如急性阑尾穿孔，胃、肠溃疡穿孔，胆囊穿孔，内脏（肝或脾）破裂，绞窄性肠梗阻，肠套迭所致的肠坏死，外伤感染等。按其病变范围的不同，可分为局限性腹膜炎和弥漫性腹膜炎两种。

本病最常见的致病菌为大肠杆菌、链球菌、葡萄球菌，其次为绿脓杆菌、变形杆菌等，临床上都以混合性感染为主。当腹膜受到细菌感染或胆汁、血液、胃肠道内容物刺激后，迅速表现为充血、水肿，并有浆液性渗血等腹膜急性炎症反应。如感染程度轻、抵抗力强，急性炎症可被大网膜或内脏器官所包裹而成局限性腹膜炎；反之，如病人抵抗力差、细菌感染程度重，或治疗不当，炎症可迅速扩散到全腹，发展成弥漫性腹膜炎。

症状 起病比较急骤，腹痛是最早出现的症状，多呈持续性剧痛，尤以胃或十二指肠溃疡穿孔时最为剧烈。腹痛多由原发病变部开始，以后可局限于原发病变处或弥散到全腹，但仍以原发处为明显。呼吸、说话、咳嗽等可使疼痛加剧。常伴有恶心、呕吐，开始较轻，可吐出胃内容物；晚期则可有持续性呕吐，呕出胆汁或粪汁。还有发热、脉快而弱、面色苍白、腹胀、额出冷汗、血压下降等毒血症状和

其他中毒症状，严重者如不及时治疗，可迅速导致休克和周围循环衰竭而死亡。

检查 呈急性痛苦病容，呻吟而不敢多动，腹式呼吸与腹壁反射减弱或消失，偶有腹胀。全腹有压痛、肌紧张和反跳痛，以原发病变处尤为明显；腹膜刺激征强烈时，腹壁呈“板样”强硬。叩诊可因肠腔充气而呈鼓音，肝浊音界缩小或消失。听诊因肠蠕动减弱而肠鸣音减少或消失。化验检查血白细胞计数增高，中性增多。X线检查腹腔膈下有游离气体，肠管充气或有液平。

鉴别诊断

1. 急性胃肠炎、痢疾、伤寒等内科疾病 腹痛均为阵发性，多伴有呕吐、恶心和腹泻，发病一开始常有高热。检查虽有全腹性触痛，但常缺乏腹肌紧张，听诊肠鸣音常亢进。可有不洁饮食史。

2. 原发性腹膜炎 腹痛虽突然发生，但无特别明显的部位。无急性阑尾炎或溃疡病史，而有上呼吸道感染、丹毒、猩红热等感染疾病史。早期即有发热，毒血症状明显。腹部检查体征不及继发性腹膜炎明显。

3. 急性胰腺炎 腹痛和腹肌强直大多局限于上腹中部或左侧，虽有腹膜刺激症状，但早期即可伴有休克症状。血清淀粉酶测定明显升高。

4. 急性肠梗阻 机械性肠梗阻具有阵发性腹痛、肠鸣音亢进等特殊症状，一般不难鉴别。但绞窄性肠梗阻的鉴别比较困难，必要时为明确诊断，可作腹部探查术。

并发症

1. 局限性脓肿 大都发生在急性腹膜炎的过程中。当腹膜炎体征消退而热度持续不退或再度升高时，应考虑本病的可能。脓肿大多位于盆腔、膈下和左右下腹部等处。

2. 肠梗阻 腹膜炎时，腹膜有纤维蛋白渗出，可形成粘连性肠梗阻。

预防

1. 早期诊断和及时、合理的治疗急性腹痛。

[附] 各种急腹痛的鉴别诊断表

病名	年龄	性别	发病	疼痛特征	临床特点	体温	白细胞
胆囊炎、胆石症	30～50岁多见	女性稍多	突然	右上腹剧烈绞痛，向右肩及背部放射，阵发性加剧	以往有同样发病史。可能有黄疸。右上腹胆囊区有压痛、肌紧张，有时可摸到肿大的胆囊	低热或中等度升高	增高
胆道蛔虫症	儿童、青年多见		突然	中上腹部或剑突下阵发性疼痛，往往有钻顶感，间隙时恢复如常	伴有恶心、呕吐，可吐出蛔虫。中上腹有轻度压痛	正常或稍高	正常，继发感染时可增高
胃、十二指肠溃疡穿孔	30～50岁多见	男性多见	突然	疼痛剧烈不易忍受，呈持续性全腹痛，以上腹部显著	有溃疡病史。可有休克症状，满腹有压痛，腹壁硬如板状，肝浊音界缩小或消失。X线检查见膈下游离气体	开始正常，以后升高	开始正常，后增高
急性胰腺炎	成年人多见	女性多	突然	上腹中部或偏左侧持续性刀割样疼痛，有紧束感伴阵发性加剧，可向左肩及腰部放射	有饱食及饮酒史。伴有恶心呕吐，可出现休克。上腹部有压痛、肌紧张。血、尿淀粉酶增高	正常或中等度升高	增高
内脏破裂	任何年龄		突然	剧烈尖锐的疼痛。肝、脾破裂痛向同侧肩部放射。肠破裂全腹疼痛	有外伤史，伴有内出血、休克症状，腹部有压痛、肌紧张。肝脾破裂内出血，有移动性浊音，腹部穿刺有血	开始正常，以后升高	增高
急性阑尾炎	任何年龄，青年较多	男性多	急性	开始上腹部或脐周围阵发性绞痛，后转为右下腹持续性疼痛	可有恶心呕吐。阑尾点有压痛、反跳痛、肌紧张，腰大肌侧激征阳性	正常或低热	增高
肠套迭	小儿多见	男孩较多	突然	小儿哭闹不安。有阵发性或持续腹痛	可有呕吐，果酱样大便。可出现休克症状。腹部可摸到条状肿块，肛门指检有血或粘液	正常或稍高，有的反而低于正常	增高
急性肠梗阻	任何年龄		逐渐	脐周或脐上部，有剧烈的阵发性绞痛	恶心呕吐，停止放屁且无大便。腹胀，有肠型，肠鸣音亢进	初正常，后升高	初正常，后增高

病名	年龄	性别	发病	疼痛特征	临床特点	体温	白细胞
嵌顿疝	成年人多见	男性多	突然	原来的疝块部位有阵发性绞痛，放射到全腹	有疝气病史，伴恶心呕吐，不放屁，且无大便，可有休克。疝块不能回到腹内	正常	正常，以后可增高
宫外孕破裂	25～35岁多见	女性	突然	剧烈、尖锐的持续性疼痛，在一侧下腹部，向腰背放射	有停经史。出现休克症状。下腹部有压痛反跳痛。阴道后穹窿穿刺有血	正常	正常
蛔虫症	儿童、青年多见		逐渐	阵发性脐周疼痛	可有恶心、呕吐。脐周轻度压痛	正常	正常
肾结石绞痛	成年人多见	男性多见	突然	一侧腹部阵发性剧烈绞痛，从腰部开始，沿输尿管向下腹部、腹股沟、大腿内侧放射	伴有恶心、呕吐。腹部无明显压痛。有肾区叩痛、血尿	正常或略高	正常或略高
急性输卵管炎	16～40岁多见	女性	突然	下腹部钝痛，向腰背放射	下腹部有压痛、反跳痛、肌紧张，白带增多	升高	增高
尿路感染	成年人多见	女性多见	逐渐	腹部钝痛，位于肾区、膀胱上部，可向尿道方向放射	有尿急、尿频、尿痛。膀胱区有轻度压痛。尿里有白细胞	升高	增高
急性肠系膜淋巴结炎	儿童多见		急性	右下腹钝痛	伴有上感症状，多先发热后腹痛。脐右下方有广泛压痛。腹软	升高	增高
急性胃肠炎、结肠炎	任何年龄		突然	阵发性或持续性腹痛。结肠炎可有里急后重感	伴有恶心、呕吐、腹泻症状。可有不洁饮食史。腹部无明显压痛，腹软。有不同程度的失水体征	正常或升高	正常或略高
肺炎、胸膜炎	任何年龄。儿童较多		逐渐	上腹尖锐疼痛，向胸部、肩部放射。呼吸时痛加重	伴有寒颤，呼吸快，脉快，咳嗽，肺炎者还有铁锈色痰，肺部可听到罗音或胸膜摩擦音。X线检查可进一步确诊	升高	增高

2．提高手术质量，注意无菌操作。有的病人术后适当应用抗菌素。

治疗 一般认为本病原则上应及早施行手术，切除原发病灶和修补穿孔；如已有脓肿形成，则应以切开引流为主。但部分溃疡病或急性阑尾炎穿孔并发腹膜炎的病人，用中西医结合非手术疗法已获成功（详前述）。此外，对那些弥漫性腹膜炎已经超过48小时而有局限化趋向，临床症状有好转，以及因各种原因不能忍受手术者，也可进行非手术疗法。主要的治疗措施包括：

1．禁食、胃肠减压、补液、输血及补充足量的维生素B、C，必要时使用激素。

2．控制感染 以大剂量的青、链霉素为主，也可选用氯霉素和四环素等广谱抗菌素。还可煎服清热、解毒、消炎的中草药，剂量可比常用量加倍。

3．解痉、止痛 诊断未明确前，严禁使用吗啡、度冷丁等药物，而可用阿托品或针刺足三里、天枢、曲池、内关、合谷等穴。

4．辨证论治 可根据原发疾病（如胃、十二指肠溃疡穿孔、急性阑尾炎穿孔等）进行。

5．经上述治疗后病情未见好转或趋向恶化者，应及早施行手术治疗。

思 考 题

1．什么叫急腹症？引起急腹症的常见疾病有哪些？如何诊断？

2．试述急腹症的处理原则和胆囊炎胆石症、胆道蛔虫症、急性胰腺炎、急性阑尾炎的非手术治疗。

病例讨论一

晚上，赤脚医生小王坐在灯下学习毛主席的光辉著作《文化工作中的统一战线》。当她学到“**我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争**”这段话的时候，想起白天女社员

邱××上吐下泻的事，回忆邱大嫂讲的话："我以往常喝生水，也没闹什么毛病"，小王对自己暗暗地说："我一定要牢牢记住毛主席的教导，努力做好卫生宣传工作。"

小王从桌上拿起白天的病例记录，又仔细地看起来。

邱××，女，32岁，197×年8月10日。

病史：今天上午邱大嫂下田劳动时没带开水，她口渴就喝了几口河沟水。午饭后感到胸口（上腹部）闷胀，下午仍坚持出工。劳动一会儿，就恶心想吐，并一阵阵肚皮（腹）痛。小队卫生员给她吃了半瓶十滴水，药刚咽下，就吐了。先吐出大量酸臭味的食物，后又吐酸水。呕吐后仍感胸口胀痛。过了半小时左右，肚皮咕咕叫，急忙去大便，大便先还成形，后来变成水泻，量多。大便后腹痛减轻。下午上工不到3小时，邱大嫂就吐、泻4～5次，经生产队长一再劝告，她才提前下工回家休息。

病人过去没生过什么大病，一直很健康。

检查：体温37.4℃；脉搏80次/分，还比较有力；呼吸平稳，18次/分；血压100/70毫米汞柱。神志清醒。皮肤弹性好，脸色发白，眼窝稍下陷，巩膜不黄。舌苔薄腻，质较干燥。心肺检查未见异常。腹部平软，无胃、肠蠕动波，上腹、脐周略有压痛，肝、脾没能摸到，肠鸣音亢进。四肢活动好，妇科及神经系统没检查。

诊断：……。

治疗：……。

第二天，小王在田头上乘社员们休息的时候，结合邱大嫂喝河沟水得病的事例，向大家热情宣传预防疾病的重要性和防治办法。社员们都称赞说：小王讲得好！小王真是我们的好赤脚医生！

赤脚医生同志，你知道邱大嫂得的是什么病吗？应当怎样治疗？你认为应该怎样去做卫生宣传呢？

病例讨论二

顾××，女，38岁，197×年7月3日。

主诉：腹痛12小时。

病史：患者于12小时前开始有上腹部持续性疼痛，不向其他部位放射，曾呕吐两次，吐出食物和一条蛔虫。病人不发热，没有腹胀、腹泻等现象。近6小时上腹痛转为右下腹痛，且逐渐加重，并有点怕冷、发热。

最近一个时期没着凉也没吃什么不干净的东西，过去没得过胃病。几个月来白带增多，月经不规则。

检查：体温37.6℃，脉搏80次/分，呼吸22次/分。一般情况还较好，走路时显出痛苦表情，躺平时右腿保持曲屈姿势。巩膜不黄，咽不充血，扁桃体不肿。心肺检查正常。腹部平坦，无胃、肠蠕动波，无腹壁静脉曲张。肝、脾没摸到。右下腹有压痛（以阑尾点下方最明显）及反跳痛，有肌紧张。肠鸣音稍亢进。妇科及神经系统未检查。

讨论：急性腹痛是患者的主要症状。从腹痛突然发生，逐渐加重，有较明确的定位以及有肌紧张和反跳痛等特点看，可以判断这是外科腹痛而不象内科腹痛。

患者先有上腹部疼痛，6小时后转为右下腹疼痛（转移性腹痛），在阑尾点下方有压痛点，有肌紧张和反跳痛，右腿屈曲，同时还有呕吐、怕冷发热等症状，这些都符合急性阑尾炎的表现。因此，首先应该考虑到急性阑尾炎的可能。但是，要确定急性阑尾炎的诊断，还必须通过和其他一些腹痛疾病相鉴别。

1．胆道蛔虫症或蛔虫性肠梗阻：患者虽然吐出蛔虫一条，但疼痛的部位、性质、变化都不象胆道蛔虫症或蛔虫性肠梗阻，只能说明患者有肠蛔虫症。

2．同理可以排除胆结石和肠梗阻、肠套迭。

3．胃、十二指肠溃疡穿孔：应有剧烈腹痛、板状腹、休克等严重症状以及溃疡病史，而患者的情况不符，可以排除。

4．急性输卵管炎：患者有白带多、月经不规则、右下腹痛、肌紧张、发热等，应考虑到急性输卵管炎发作。但是患者先有上腹痛，并且疼痛不向腰部放射，疼痛的性质也不符合，因而可以否定急性输卵管炎。

5. 其他如尿路结石、腹膜炎等，因症状和体征不符合，都可以排除。

通过以上的分析讨论，确定急性阑尾炎的诊断。

赤脚医生同志：你同意上面的讨论和诊断吗？有沒有不同的看法？这个患者应该怎样处理？

病例讨论三

周××，男，15岁，记录日期197×年11月25日。

主诉：腹痛、呕吐、发热一天。

病史：患者早上六点左右吃早饭，吃得较快。约隔半小时后，告诉他的母亲说肚子痛。当时就請赤脚医生看病，到了病家，看見患者在呕吐，接连吐了两次。呕吐前先有恶心，第一次呕出的是粥及菜，第二次呕出的是食物带酸味，同时呕出二条蛔虫。呕吐后疼痛较前好些。开始时腹痛在脐上偏左，一阵阵痛，不是钻顶痛，疼痛不厉害，能自行缓解。患者又去大便一次，大便是糊状，无粘液、脓、血等。这时检查、体温37.2℃，除脐上有轻度压痛外其余均沒有发现什么异常情况。赤脚医生就给了复方颠茄片及枸橼酸哌哚嗪片服用，并告诉他的母亲协助密切观察病情变化，是否会有其它疾病的可能。因患者能忍住疼痛，继续去上学。

到吃晚饭时，赤脚医生又去病家随访。见患者面部及耳部稍红，測体溫37.8℃。患者讲在放学回家途中走路时感下腹部胀痛，较剧烈而不得不使他沿途坐下休息，坐下后下腹部疼痛好一点，但仍痛。脐上部疼痛比早上好些，早上呕吐后再也沒呕过，恶心还有，不想吃晚饭，屈腿躺在床上。这时赤脚医生所作体格检查结果如下。

检查：患者两耳及面部稍红，屈腿睡在床上。呼吸不快，每分钟22次。体溫37.8℃，脉搏89次/分。头颈部无异常。心脏和两肺部检查均无异常。腹部软。肝上界右侧第五肋间，肋下刚能摸到，质软。脾摸不到。腹较胀气，肠鸣音稍亢进，在脐上部及右下腹均有压痛，右下腹有轻度反跳痛。四肢、脊柱均正常。

这时赤脚医生作出了正确的诊断并作了及时处理。你们想一想这

是什么病？诊断这病的根据是什么？应该怎样处理？

病例讨论四

患者女性，35岁，已婚。记录日期197×年10月5日

主诉　急性腹痛40小时，呕吐频繁、停止排便排气30小时。

现在史　前天下午三时突感心窝区有火灼样疼痛，为持续性，有时呈阵发性加剧，除腰背部有牵引性疼痛外，未向其它部位放射。起病十小时后疼痛扩散，成为全腹剧烈的胀痛。呕吐频繁，不能进食。呕吐先为胃内容物，后为清水样，但无粪汁、蛔虫及血性物吐出。偶而进水，可使疼痛加剧。无排便及放屁。昨天下午大队卫生室给灌肠后排出成形大便少许。发病开始到现在无昏厥史。

过去史　患者既往有慢性心窝痛史已7～8年，平时一直认为是"胃痛"，自行对症服药，未曾到医院作过系统检查及治疗，无呕酸、呕血、咯血、黑便和黄疸史，心窝痛与饮食无多大关系。无其它病史。月经正常。生育2胎，足月顺产，孩子健在，已绝育。

检查　体温38.5℃，脉弱、数，112次/分，呼吸31次/分，血压128/98毫米汞柱。发育、营养尚佳，肥胖体形。神志清，痛苦病容，急腹痛姿态。有轻度脱水貌，无黄疸发现。心肺正常。腹部膨隆，未见肠型。腹肌普遍性紧张，但未呈"板状腹"。中上腹有深压痛，胆囊压迫症（－），阑尾点无压痛。叩诊呈高度鼓音，移动性浊音不明显。听诊肠鸣音稍减少，肝脾均未扪及，腹内未触及癌块。

辅助检查X线透视心肺正常，膈下无游离气体，腹内有梯状液平。血化验白细胞12,000/立方毫米，中性78%，淋巴20%，大单核2%，血小板及出、凝血时间均正常。

赤脚医生同志们，这病人患的是什么病？应与哪些疾病相鉴别？如何进行治疗？

第七章　常见寄生虫病及传染病的防治

第一节　传染病概述

传染病和寄生虫病是由病原微生物和寄生虫侵袭人体引起的、可在人们中间互相传染的疾病。祖国医学所称的“疫”、“疫疠”、“时行瘟疫”等，包括现代医学中的一部分传染病。

（一）传染过程

传染过程简称传染，是一种复杂的、变动的、多形的过程，由病原体、人体和周围环境三个因素相互作用而造成，其中每一个因素都是可变的。在传染病的发生上，病原体无疑起重要的作用，但它不能决定疾病的全过程，人体的免疫力和反应性对疾病的发展过程有着决定性的主导作用。病原体和人体这一对矛盾不断地斗争着，可产生下列几种后果：

1. 病原体被消灭或排出体外　由于人体防御机能的作用，病原体侵入人体后立即遇到不利于它生存、繁殖的环境条件，可被消灭在侵入部位或体内，或被排出体外。

2. 形成带菌状态　病原体侵入人体后，停留于侵入部位（如鼻咽、扁桃体等）或深入比较深层的脏器（如肠道、胆囊等），获得有利于它生存繁殖的条件，但人体并不出现任何症状，而可经常向体外排出病原体，成为传染源（称为带菌者）。

3. 隐性（不显性）感染　由于人体具有较强的防御机

能，因此仅受到少量的或毒力不大的病原体感染时可以产生免疫力，不发病。

4. 潜在性（潜伏性）感染　病原体侵入人体后比较长时期地隐藏在体内，在一定条件下保持暂时的平衡而不引起任何症状。但当人体抵抗力一旦降低时，病原体就可乘机大量繁殖，引起疾病的发作。

5. 显性感染（即传染病发作）　由于人体防御机能比较薄弱，病原体侵入人体后得以不断繁殖并产生毒素，引起人体一系列的病理反应，出现这一疾病所特有的临床症状。

以上五种情况互相之间可交叉出现或转化，如隐性感染、潜在性感染和传染病发作均可形成带菌状态。

（二）流行过程

流行过程是指传染病在人群中连续传播的过程，由传染源、传播途径和易感者三个环节所组成，其中缺少任何一个环节，就不会形成流行；同样地，当流行已形成时，切断任何一个环节，流行即告终止。这三个环节不是孤立的，而是互相联系、互相影响的。必须指出，有了流行过程的三个环节，并不等于流行已经形成，只有在环境因素和社会因素的影响下，促使这三个环节互相连结，才可能形成流行。

1. 传染源　是指传染病患者、带菌者或有病的动物。病原体在这些机体内生长繁殖，可通过分泌物、排泄物或渗出物散布开来，成为传染病的来源。病原体从人体排出的期限称为传染期，各种传染病的传染期各不相同。

2. 传播途径　是指病原体从传染源传播给他人所必须通过的途径。传播途径不同，流行过程的特点也不同。传播途径一般有以下几种：

(1) 经呼吸道传播：这一类传染病的病原体主要存在于

病人或带菌者的呼吸道，在呼吸、咳嗽、喷嚏和谈笑时可通过空气、飞沫及尘埃传给他人。其特点是传播广、速度快，多数人在幼年时期即可感染而获得比较持久的免疫力，以后大多不再得同样的病。发病以儿童为主，且以冬春季为多见。

⑵ 经消化道传播：这类传染病的病原体主要存在于病人或带菌者的肠道中，随粪便排出体外，污染食物、水源或借手、食具和苍蝇间接污染食物而使人得病。其特点是多发生于夏秋季，患者仅限于曾进食过被污染物品的人，故当饮用水经消毒处理及不使污染食物入口后，流行即可平息。

⑶ 经皮肤、粘膜传播：这一类传染病的传播方式多种多样，有的借昆虫媒介（如蚊、虱、蚤等）传播，有的借其幼虫（如血吸虫、钩虫等）传播，还有的可通过直接或间接接触传播等等。这类疾病有一定的季节性（与传播媒介的孳生繁殖季节一致）和地区性（与传播媒介的地理分布一致），有的还与人们的职业密切相关。

上述传播途径不能绝对区分，有的疾病的传播并不限于一种途径（如脊髓灰质炎可经消化道，也可经呼吸道传播），但有主次之分，有时还因传播途径不同而临床表现有差异。此外，还有少数疾病可不经上述途径而通过其他方式传染，如某些寄生虫的自体重复感染，阴道滴虫的经尿道、阴道感染，以及非常罕见的先天（经胎盘）感染等。

3. 易感者或易感人群　是指对某种传染病缺乏或无抵抗力的个人或人群。在易感者多的情况下，一旦引入传染源即易引起流行。人群的易感性决定于人群中每个人的免疫状态。

（三）传染病的基本特征　大多数传染病都有下列一些

基本的特征：

1. 具有特异的病原体　传染病主要的病原体包括细菌、病毒、立克次体、霉菌（真菌）、螺旋体、原虫、蠕虫等。

2. 具有传染性与流行性　传染病可在人群中互相传染，其蔓延情况可因传播途径的不同而有显著差别。当外界条件适宜时，可在一个地区蔓延，形成流行。

3. 具有一定的季节性和地方性　肠道传染病和痢疾、乙脑等多见于夏秋季，呼吸道传染病则多见于冬春季；血吸虫病主要分布于长江沿岸和以南地区，布氏杆菌病则主要分布于牧区。

4. 有一定的潜伏期　病原体侵入人体后，须经过一段与人体相互作用的时期再出现临床症状，这段时间就是潜伏期。如病原体数量多、毒力大或人体免疫力低下，潜伏期可缩短；相反，则潜伏期可延长而推迟发病。

5. 有特殊的临床表现　绝大多数传染病在病程的一定时期中可有体温升高，有的还可出现皮疹和肝脾肿大等，常因病而异。临床上可根据热型、皮疹的不同和肝脾肿大的程度进行鉴别诊断。

6. 有不同程度的免疫性　传染病痊愈后，人体对同一传染病能产生免疫力，但其程度和持续时间可因疾病的不同而有所差别。

（四）传染病的诊断

诊断传染病，除与其他疾病一样，应对临床表现进行仔细的分析和综合，尤其注意掌握个别传染病特有的有助于确诊的症状和体征（如破伤风的牙关紧闭、麻疹的口腔粘膜斑、脑膜炎的颈项强直等）此外，还应特别重视流行病学资料，如发病季节、职业、旅居地区、类似疾病接触史、既往传染

病史和预防接种史等，这是诊断传染病所特有的依据。此外，对某些诊断比较困难的病人，有条件时，可配合进行一些必要的化验检查。其中最有价值的是病原体的发现与分离，包括显微镜下直接寻找病原体，或进行病原体的培养分离等。还可作血液常规检查，根据白细胞计数与分类的不同情况常可协助诊断；进行免疫学检查，发现体内的抗体以提供诊断的依据，如伤寒的血清凝集试验（旧称肥达氏试验）、结核菌素皮内试验；等等。

（五）传染病的预防

由于传染病具有传染性和流行性，可在人群中间迅速传播，对人民健康的危害性很大，因此，必须坚决贯彻**“预防为主”**的方针，大力开展各种传染病的预防工作。具体应针对构成传染病的三个基本环节进行：

1. 消灭传染源　对传染病应做到早发现、早报告、早隔离和早治疗，并通过有关检查尽量发现和积极处理带菌者。对某些患病或带菌的动物也要采取各种有效措施，如有病的野生动物可予杀灭，经济价值不大的病畜予以宰杀，其他的可隔离治疗等。

2. 切断传染途径　切实做好疫点的消毒处理。肠道传染病做到床边隔离，吐泻物消毒，以及搞好饮食卫生、饮水卫生、个人卫生和粪便管理等。呼吸道传染病做到保持住处空气流通、提倡戴口罩等。虫媒传染病做到大力杀灭和加强防虫设备等。

3. 保护易感人群　平时注意生活制度、卫生习惯，加强体育锻炼以增强抵抗力。在传染病流行期间应保护易感者，使其避免与病人接触，必要时给以预防性服药。还要大力进行预防接种，以提高人群的免疫力。

（六）传染病的治疗

传染病的治疗应采取综合措施。首先是病因治疗。由于绝大多数传染病的病原体已经明确，因此，可根据不同的疾病采用针对性的药物以消灭之。常用的有抗菌素、化学制剂、抗毒素和疫苗等，可按传染病的性质及病情需要而单独或联合应用，但治疗应合理和彻底，以免疾病由急性转为慢性。在病因治疗的同时，还应重视对症处理及支持疗法，包括根据不同的症状使用各种退热剂、镇静剂或止痛剂，对严重的毒血症病例酌情加用激素，有周围循环衰竭者补液（或输血）及使用升压药物，发生心力衰竭者应用强心药，某些抵抗力薄弱或慢性病例使用胎盘球蛋白一类制剂等，以减轻或消除症状、支持人体的防御机能和增强与疾病作斗争的力量。治疗中应特别注意中西医结合，可根据祖国医学对热性病传变的认识（见252页）辨证论治，再决定中草药治疗的具体方法。

思 考 题

1. 什么叫传染病？有哪些基本特征？
2. 传染病是如何流行的？怎样预防？

第二节　预防为主，大搞群众性的爱国卫生运动

解放前的旧中国，广大劳动人民身上沉重地压着帝国主义、封建主义和官僚资本主义三座大山，过着饥无食、寒无衣、牛马不如的生活；同时还时刻遭到传染病、寄生虫病等自然界“瘟神”的侵袭摧残。反动统治阶级对人民敲骨吸髓，哪管人民的疾苦死活！那年头，疫疠〔音利，lì〕横行，民不

聊〔音辽，liáo〕生，每年被霍乱、天花、鼠疫、血吸虫病、黑热病等疾病夺去生命或劳动力的劳动人民何止千万！人祸天灾，使多少人家破人亡，多少田地荒废无人种，真是**“千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”**！

“一唱雄鸡天下白”。毛主席、共产党，领导中国人民翻了身。伟大领袖毛主席历来非常关心劳动人民的身体健康，十分重视劳动力的保护，对卫生工作多次作过重要指示。毛主席他老人家亲自制定了**“预防为主”**的方针，提出了**“除四害”**的宏大目标，满腔热情地鼓励和支持群众性爱国卫生运动。在毛主席的英明领导和亲切关怀下，我国亿万人民意气风发，斗志昂扬，在抗美援朝时期，粉碎了美帝国主义发动的细菌战；通过大搞以除害灭病为中心的爱国卫生运动，大力防治各种疾病，消灭和基本消灭了霍乱、天花、鼠疫等严重危害人民健康的疾病，减少了其他各种传染病、寄生虫病的发生、流行，保障了劳动力，使劳动人民的体质有了显著增强。但是，刘少奇、林彪之流疯狂推行反革命修正主义医疗卫生路线，竭力抵制毛主席关于**“把医疗卫生工作的重点放到农村去”**的光辉指示，使医疗卫生工作只为少数城市老爷服务。同时，用重治轻防同**“预防为主”**的方针相对抗，用依靠少数资产阶级“专家”的冷冷清清工作同热火朝天的群众性爱国卫生运动相对抗，犯下了严重罪行。

无产阶级文化大革命彻底摧毁了刘少奇、林彪两个资产阶级司令部及其反革命修正主义路线。毛主席教导我们：**“思想上政治上的路线正确与否是决定一切的。”**我们一定要牢记卫生战线上两条路线斗争的历史教训，坚定不移地执行毛主席的革命路线，批判刘少奇、林彪推行的反革命修正主义路线，努力贯彻**“预防为主”**的方针，放手发动群众，大

搞爱国卫生运动，夺取卫生战线上的更大胜利。

要贯彻**“预防为主”**的方针，最根本的一条就是走群众路线。正如伟大领袖毛主席教导的，**“群众是真正的英雄”，“人民群众有无限的创造力”**。只要群众充分发动起来，什么事情都能办到，什么困难都能克服。要想发动群众，必须做好卫生宣教工作，大造革命舆论。必须向群众积极宣传毛主席和党中央关于卫生工作的一系列方针政策，宣传除四害、讲卫生、预防疾病、提高人民健康水平对于社会主义革命和社会主义建设，特别是对于备战的重大意义，并通过灵活多样的形式，把卫生防病知识交给广大群众。这样，使得毛主席和党中央的政策变为群众的自觉行动，**“自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争”**，就能够创造出更加伟大的成绩。

爱国卫生运动，是贯彻**“预防为主”**方针的根本措施。当前，在农村必须着重搞好粪便管理、饮水卫生和除四害（消灭老鼠、蚊子、苍蝇、臭虫）等项主要的群众卫生工作。这方面，广大贫下中农有着丰富的实践经验。赤脚医生应该虚心向群众学习，通过实践，创造出适合本地区的、行之有效的好方法。同时，在党组织和革委会的领导下，广泛发动群众，紧密结合**“抓革命，促生产”**的需要，根据本地区的实际情况，确定不同时期爱国卫生运动的不同重点，有计划、有步骤地进行（粪便管理、饮水卫生和除四害的具体内容，见本章有关项）。

此外，还要坚决贯彻毛主席关于积极预防的思想，**“发展体育运动，增强人民体质”**。广泛宣传和组织群众，积极开展各项体育活动，锻炼身体，减少疾病的发生。同时，各种体力劳动也能增强体质。广大劳动人民所以平时身体强健，与经常参加工农业劳动是分不开的。所以，对于体质衰弱的人和某些慢性病患者，在可能的条件下，从事适当的体力劳

动和进行一定的体育锻炼，很有好处。

第三节　传染病报告、疫点处理和预防接种

一、传染病报告

传染病报告是一项很重要的任务。当发现可疑或确诊的传染病病人时，除了进行治疗和采取其他措施外，还应及时向卫生院、防疫站进行报告，以便采取有效的防治措施，制止传染病蔓延扩散。

根据卫生部公布的《传染病管理办法》规定，需要报告的传染病暂定为二类十八种：

甲类：(一)鼠疫　(二)霍乱(副霍乱)　(三)天花

乙类：(四)流行性乙型脑炎　(五)白喉　(六)斑疹伤寒(七)回归热　(八)痢疾(杆菌性痢疾与阿米巴痢疾　(九)伤寒及副伤寒　(十)猩红热　(十一)流行性脑脊髓膜炎　(十二)麻疹　(十三)脊髓灰质炎　(十四)百日咳　(十五)炭疽病　(十六)布氏杆菌病　(十七)森林脑炎　(十八)狂犬病

除此之外，一些省、市、自治区根据本地区的情况，报请卫生部核批后，增加了一些传染病列入其地区的传染病管理范围，作为乙类应报传染病，如蠕虫病、流行性出血热、病毒性肝炎、流行性感冒、疟疾、钩端螺旋体病、黑热病、血吸虫病、钩虫病、丝虫病等。

如发现甲类传染病以及白喉、伤寒、副伤寒、流行性乙型脑炎、炭疽病、传染性肝炎、脊髓灰质炎等时，应立即用电话报告，再补送报告卡(甲类传染病的报告越快越好)，并在未确诊

前先作疑似报告。其他传染病都填写防疫站印发的“传染病报告卡”，报告公社卫生院及县防疫站，时间不得超过三天。

二、疫点处理

传染病病人的家庭及与其有密切接触的周围邻居，称为“疫点”。凡甲类传染病或烈性的乙类传染病的疫点都要进行处理。传染病的疫点处理是控制传染病流行的强有力措施，处理的好坏，与传染病的能否及时控制有关系，每个赤脚医生都必须认真对待。处理时，应在大队党支部、革委会及生产队的领导下，发动群众进行爱国卫生大扫除；甲类传染病的疫点还要进行封锁，派专人守卫，禁止人们随便出入。同时，针对不同传染病的疫点，进行如下各种不同的处理：

1. 呼吸道传染病的疫点，主要是经常开窗通风，保持室内空气流通，病家的衣物放在日光下晒，病人的用品尽可能与健康人分开等等。必要时对墙壁、用具、衣物等进行药物喷洒（详肠道传染病）。

2. 蚊子传播的传染病的疫点处理，主要是灭蚊（详灭蚊部分）。

3. 肠道传染病的疫点处理　对伤寒、副伤寒、细菌性痢疾、传染性肝炎等传染病和白喉（呼吸道传染病）的疫点，要进行消毒，具体措施如下：

(1) 房屋的地面、墙壁和家具，可用1%的漂白粉澄清液或3%来苏儿（煤酚皂）溶液进行喷雾，可用喷雾器进行。由于肝炎病毒比较顽固，肝炎的消毒药物浓度还要提高一些，应使用3%漂白粉澄清液及5%来苏儿溶液。

(2) 接触者的手可用2%来苏儿液浸泡2分钟，也可洗净后用酒精棉球擦手。

(3) 食具、注射器和其他有关用具，应先以1%漂白粉液（肝炎用3%）或3%来苏儿（肝炎只用漂白粉）浸1小时，再煮沸消毒15分钟以上。

(4) 衣服、被褥、玩具等可以3～5%来苏儿浸泡或喷洒后放日光下曝晒，也可用煮沸消毒（15～30分钟）。

(5) 书报、饭票、笔记本等放在日光下曝晒4～6小时，肝炎可用3～5%来苏儿喷洒后再晒。

(6) 病人残余食物可煮沸15～30分钟。

(7) 便盆、面盆、浴盆等用1%漂白粉液（肝炎用3%）喷或擦。

(8) 病人排泄物和分泌物用漂白粉（5份粪便加1～2份漂白粉）或石灰（每斤粪便加1斤10%生石灰溶液，肝炎最好用漂白粉）消毒，2小时后再倒掉。

4. 甲类传染病的疫点处理应有专业人员作指导，要求严格，紧急时可先用上法处理一下。

三、预防接种

有计划的预防接种，可提高人群对传染病的抵抗力，大大减低传染病的发生，是消灭传染病的重要措施。应有组织、有领导地进行这项工作，并在接种前向群众作广泛的宣传。要预先抄好接种登记册，并在接种时作好登记工作，以有效地进行统计，防止遗漏。接种时，赤脚医生、革命医务人员和生产队卫生员应密切合作，分工负责，保证有条不紊地进行。

接种前要做好健康情况的了解，掌握禁忌证。一般说，凡有急性传染病、活动性结核、活动性风湿病、过敏性疾病、严重的心脏病、高血压、溃疡病严重发作、急慢性肾炎、肝脏疾病、甲状腺机能失调、发烧、经期、孕期、哺乳期等，

都不宜注射。

接种时严格掌握消毒和无菌操作，并准备好肾上腺素，以防发生过敏性休克时急救。注射的具体操作详见 1242 页。

接种后的常见反应有：

1. 局部红肿、沉重感，几天后消失。偶尔可并发感染，出现明显红肿、淋巴结增大等，应予以抗菌药物治疗。

2. 全身反应　少数人可出现发烧，一般不需处理。如出现高热，或伴寒战、头痛、恶心、呕吐等，应给予对症治疗。极个别人可发生过敏反应，严重者出现休克，应马上用肾上腺素抢救，成人注射 0.5～1 毫升，儿童递减（具体用量见附录）。

常用的接种疫苗及方法见下面表。

〔附〕 种痘反应（原发性反应）

接种牛痘后第 3～5 天局部起丘疹，到第 5～6 天变成疱疹，周围皮肤红肿，第 8 天转为脓疱，局部痛痒。同时食欲减退，全身不舒服，发热，腋下淋巴结可肿大压痛（一般不必处理，过几天自己会好）。以后脓疱干缩结痂，三周左右脱落，留下疤痕，表示接种成功。如果种后只有伤痕没有反应，表示无效，应再种一次。

复习方法

1. 填写传染病报告卡，并作疫点处理实习。

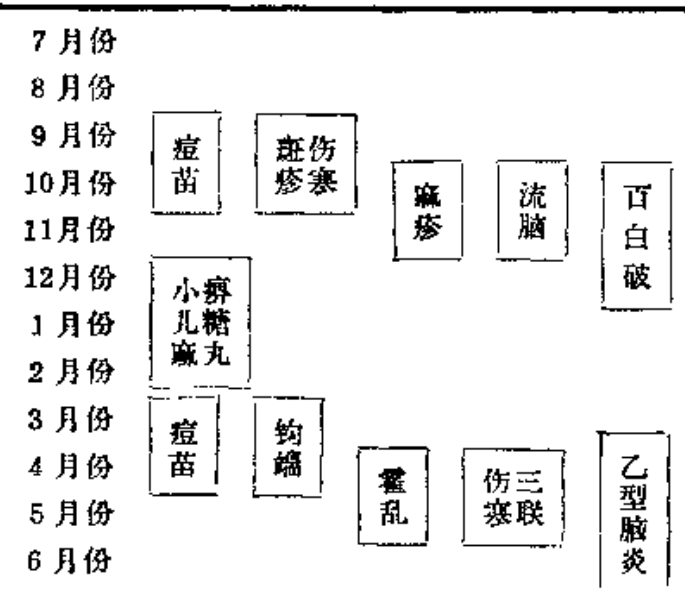
2. 实习有关预防接种（根据当前的预防接种任务安排）。

疫苗名称	接种对象	用法和剂量	免疫期
霍乱菌苗	除婴儿及禁忌症外，一律注射	每年皮下注射一次，一般应于4～5月份接种；必要时也可在 7～8 月份进行第二次注射。注射剂量成人 1 毫升，儿童按年龄不同减量（6个月～2岁 0.2，3～6岁 0.4，7～14岁0.6，15岁以上 1 毫升）	半年到 1 年

疫苗名称	接种对象	用法和剂量	免疫期
伤寒及副伤寒混合菌苗	环境卫生工作人员，卫生防疫人员，饮食行业人员	皮下注射3次。第一次0.5毫升，第二次1毫升，第三次1毫升，每次间隔7～10天。以后每年加强一次（1毫升）	1～3年
牛痘苗	出生3个月以上的婴儿	用牛痘苗一滴，多压法或划痕法接种。首次种二颗，以后每隔4～6年复种一次，种一颗	4～6年
百日咳菌苗、白喉类毒素混合制剂（百、白）或百日咳菌苗、白喉类毒素、破伤风类毒素混合制剂（百、白、破）	6个月到7周岁儿童	初次皮下注射3次。第一次0.5毫升，第二次1毫升，第三次1毫升，每次间隔7～10天。以后每年加强一次（1毫升）	2～3年
精制吸附白喉类毒素（精白）	6个月到12周岁儿童	第一年、第二年都是皮下注射2次，间隔4～8周；以后每3～5年加强一次，剂量均为0.5毫升	3～5年
吸附精制破伤风类毒素	人民解放军、普通民兵和基干民兵，也可推广到全民	初次皮下注射2次，间隔4～8周。第二年注射一次，以后每5～10年加强一次，如遇外伤后再注射1次，每次均0.5毫升	约4～6年
麻疹减毒活疫苗	8个月以上未患过麻疹的儿童和成人	皮下注射1次，0.2毫升	约4～6年
流行性乙型脑炎疫苗	6个月到12周岁儿童	应在4月份以前完成接种。一般皮下注射2次，1～6岁0.5毫升，7～10岁1毫升，15岁以上2毫升，每次间隔7～10天。以后每年加强一次，剂量如前	1年
流行性脑脊髓膜炎菌苗	6个月到15足岁儿童	皮下注射2次，每次0.5毫升，间隔3～4周。以后每年接种一次（0.5毫升）	1年
脊髓灰质炎减毒活疫苗（糖丸）	2个月到7岁的儿童，其它年龄也可	以冬春季服用为适宜。一般口服3次，每次服一粒。先服Ⅰ型（红色），次服Ⅱ型（绿色），后服Ⅲ型（黄色），每次间隔一个月；也可先服Ⅰ型，1个月后同时服Ⅱ、Ⅲ型。第2年及第3年再以同样方法各普服一次（或一次同时服三个型），以加强免疫	连服3年后可获巩固的免疫

疫苗名称	接种对象	用法和剂量	免疫期
减毒结核菌苗(卡介苗)	未满1岁的婴儿及结核菌素试验阴性的儿童	有口服法、划痕法和皮内注射法三种方法，应注意区分三种不同用法的疫苗，切不可搞错。口服法目前只限于出生后2个月以内的婴儿，生后第2日开始服用，隔日一次，共服3次，或每天一次连服3次，每次用量都是1毫升；口腔粘膜破损者暂不要服用。皮上划痕法主要用于1岁以下健康儿童，1岁以上小儿也可使用，用量1～2滴，在接种部位皮肤上划个"#"字。皮内注射法主要用于1岁以上结核菌素试验阴性的健康儿童，每次用量0.1毫升	3～4年
多价钩端螺旋体菌苗	流行地区水田或潮湿作业的农、渔民及工人	皮下注射2次。2～6岁0.25、0.5毫升，7～14岁0.5、1.0毫升，15岁以上1.0、2.0毫升，间隔7～10天。以后每年注射一次，2～6岁0.5毫升，7岁以上1毫升	1年
狂犬疫苗	被狂犬(猫)咬伤或抓伤者	腹部皮下注射十四到二十一次，每次2毫升，每天一次	半年

〔附〕 主要制品年度预防接种安排参考表



第四节　常见寄生虫病、传染病和除害灭病知识

一、疟　　疾

疟疾俗称“打摆子”、“鹤子”、“冷热病”等，是由疟原虫引起的寄生虫病，通过蚊子（疟蚊）传播，常在夏秋季节发病。主要症状是周期性寒战、高热、出汗，久病后可有贫血和脾肿大。疟疾共分间日疟、三日疟和恶性疟三种，最常见的是间日疟，其它两型少见。祖国医学称为“疫疟”，包括“正疟”、“瘴疟”和“疟母”。“正疟”是指间日疟或三日疟，“瘴疟”是指恶性疟，“疟母”是指疟疾病发作后引起的脾肿大。

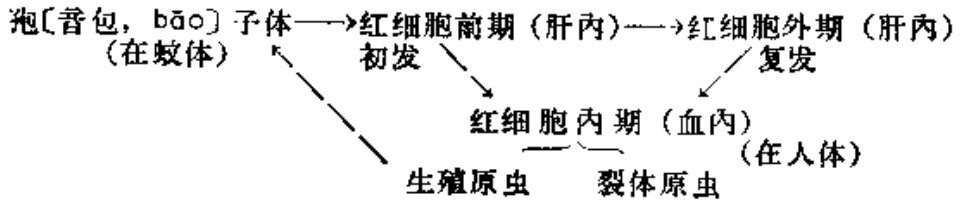
病因　本病因感染疟原虫而发病。寄生于人体的疟原虫有四种，即间日疟原虫、三日疟原虫、恶性疟原虫及卵圆疟原虫。前三种常见，后一种极少见。祖国医学认为本病可因“疟邪”或“瘴气”所引起。邪气侵入人体，伏于半表半里，出入营卫之间，正邪相争则病发，正邪相离、邪气伏藏则发作体止。由于邪气的种类不同和人体素来体质的差异，临床上可出现不同的表现，可分为正疟、寒疟、热疟和久疟等类型。

疟原虫的生活史分两个阶段：在人体内进行无性生殖（或称裂体增殖）和在蚊体内进行有性生殖（或称孢子增殖）。当疟原虫由蚊子叮人吸血时传入人体后，先在肝细胞内进行潜隐性裂体增殖，逐渐发育成为裂殖体（潜隐小体），称为红细胞前期。经一定时间（一周左右），被寄生的肝细胞破裂，释放出大量的潜形小体，其中大部分进入血液而侵犯红细胞，在红细胞内反复进行裂体增殖，称为红细胞内

期：另外一小部分则继续留在肝脏内，侵入新的肝细胞进行红细胞外期发育，成为以后复发的根源。当疟原虫在红细胞内进行几代裂体增殖后，部分便发育成为雌雄配子体(生殖原虫)，在蚊子叮人吸血时可随血液进入蚊体内，进行有性生殖。这样的蚊子再叮咬健康人时，疟原虫就随蚊的唾液进入人体内，使人感染得病。上述过程可列简表如下：

疟原虫生活史
- 1.无性生殖（在人体内）
  - 1.红细胞前期：在肝细胞内进行隐性裂体增殖。
  - 2.红细胞内期：进入红细胞内裂体增殖，可繁殖好几代，并产生症状。
  - 3.红细胞外期：留在肝脏内的少量疟原虫侵入新的肝细胞生长发育，成为以后复发的原因。
- 2.有性生殖（在蚊体内）

具体过程示意图：



疟疾的症状由红细胞内期疟原虫引起。因间日疟每48小时繁殖一代，故间日发作一次；如两批交替感染，可每天发作。三日疟是72小时、恶性疟是36～48小时繁殖一代。疟原虫在红细胞内发育成熟，使红细胞破裂，放出大量毒素和疟原虫的代谢产物，进入血浆，引起发冷、发热、出汗等异性蛋白反应。

症状 人被疟蚊叮咬后，疟原虫进入人体，约隔10～24天才发病。

1．间日疟典型症状分三期：

(1) 发冷期：病人寒战发抖，脸色紫绀或苍白，约10分钟～1小时。

(2) 发热期：寒战停止后，体温迅速上升，高达40°C左

右，可伴头痛、周身酸痛、口渴，甚而恶心、呕吐、神志模糊、胡言乱语等，脉搏快而饱满，持续4～8小时。

(3) 出汗期：发热5～7小时后，体温骤降，全身大汗，感到全身疲乏或舒服轻快，可入睡2～3小时。部分患者有口鼻等处疱疹。每次发作共约6～10个小时。以上症状隔日周期发作一次，如不及时控制，由于疟原虫寄生在红细胞内，红细胞被大量破坏，可出现进行性贫血和溶血性黄疸，表现为面色萎黄、巩膜轻度黄染、周身无力。同时，疟原虫在网状内皮系统被吞噬〔音士，shì〕和破坏，引起网状内皮细胞大量增生，表现为肝脾肿大，有时还有触痛。

2. 不典型发作：

(1) 不定时发作：如每天发作或一天发作二次，甚而发作后热不能退尽，见于疟原虫两重或三重感染时。

(2) 恶性发作：起病即有头痛、谵妄、抽筋、精神失常，甚至休克、昏迷等（脑型疟疾），或者腹痛、腹泻、呕吐（胃肠型疟疾）等，应提高警惕。

(3) 三日疟：每隔二天发作一次，症状同间日疟，但较轻。

(4) 复发：如不进行根治，可引起复发，由红细胞外期疟原虫引起。见于初发后3周～1月（早期复发），或5～9月以后（晚期复发）。

疟疾病人如作化验检查，血中可找到疟原虫，有的还有白细胞降低或增高、嗜酸性细胞增多等。

预防

1. 根治病人并作好登记，以后再给以抗复发治疗，即在春秋季节对1～2年内生过疟疾的人口服伯氨喹啉，每次4片，每日1次，连服4天，或每次3片，每日1次，连服8天。

2. 发动群众，大力灭蚊。

3. 个人预防　最好用蚊帐，也可以涂防蚊药水等，防止蚊子叮咬；在疟疾流行季节进行预防服药，每周服用乙胺嘧啶4片或氯化喹啉2片，均一次服完。

治疗

1. 一般治疗和对症处理　休息，多饮水。高热用退热剂，如肌注复方氨基比林（成人2毫升）等。剧烈头痛、躁动不安可用镇静剂，如鲁米那0.03克，一日3次，或0.1克肌注。

2. 抗疟治疗

(1) 氯化喹啉＋伯氨喹啉：氯化喹啉首次4片(每片0.25克)，第二、第三两天各服2片；同服伯氨喹啉每天4片（每片13.2毫克)，连服4天，或每天3片，连服8天。

儿童剂量：12～15足岁，用¾成人量；7～11足岁，用½成人量；3～6足岁，用¼成人量；3岁以下，用⅛成人量。

(2) 圈氯胍＋伯氨喹啉：圈氯胍每天3片(每片0.1克)，连服4天；同服伯氨喹啉，方法同上。儿童根据上述标准推算。

(3) 奎宁＋伯氨喹啉：奎宁0.3～0.6克（每片0.15～0.3克)，一日3次，连服3天；同服伯氨喹啉，剂量同上。儿童递〔音弟，dì〕减。

幼儿可用优奎宁粉，每公斤体重每天50毫克左右，分3次服，连服3天，同时服伯氨喹啉。

注射剂如二盐酸奎宁、复方奎宁等，只限于辅助治疗或抢救时用(如二盐酸奎宁)。

〔注〕　氯化喹啉、奎宁、圈氯胍、伯氨喹啉、乙胺嘧啶等药统称抗疟药。前三种药主要能抑制红细胞内期的疟原虫，所以适用于治疗和控制

疟疾的临床症状及发作。其中以氯化喹啉最好，作用快，疗效好；此外，它对阿米巴肝脓肿和其他某些疾病也有效。圈氯胍还对恶性疟的红细胞前期疟原虫也有抑制作用，故可用于预防恶性疟发作。至于伯氯喹啉，对红细胞外期的疟原虫和生殖原虫有杀灭作用，所以常用于抗复发治疗；临床上常和氯化喹啉等药同用，达到根治疟疾的目的。

硫酸奎宁、二盐酸奎宁、复方奎宁、优奎宁（又名无味奎宁，专用于小儿）等都是奎宁制剂。奎宁除抗疟外，还有退热、刺激组织等作用，如复方奎宁可用于小儿退热。毒性反应有耳鸣、眼花、恶心、呕吐等，使用时应该注意。因它能收缩子宫，孕妇忌用。

乙胺嘧啶对红细胞前期疟原虫有杀灭作用，是有效的抗疟预防药。每片剂量6.25毫克。

(4) 中草药治疗：①常山、草果、花槟榔、炙〔音质，zhì〕甘草各2钱，水煎服；②马鞭草2两，水煎服，连服7天；③鸦胆子每次10～15粒，吞服，一日3次，连服7天；④小柴胡汤（见207页）加常山、草果等。

(5) 新针疗法：取大椎、间使、后溪等穴，发作前2小时针刺，中强刺激，已发热者加曲池穴。

3. 恶性疟疾病人应立即送医院抢救。

思考题

疟疾怎样预防？发作时怎样治疗？

二、丝虫病

丝虫病是由班氏或马来丝虫寄生于人体淋巴系统内引起的一种寄生虫病，由蚊子传播。受感染的病人是唯一的传染源。成虫产生的微丝蚴，经淋巴管进入血液。当蚊子叮咬病人后，血内微丝蚴〔音幼，yòu〕可被吸入病人体内，发育为传染性幼虫。蚊子再叮咬健康人时，幼虫就进入人体，在淋

巴结内生长发育为成虫，并进一步繁殖微丝蚴。在此过程中产生代谢产物，可引起寒战、发热、头痛、食欲减退等全身过敏反应和局部周期性发作的淋巴结炎、淋巴管炎。长期感染后，淋巴管或淋巴结反复刺激和发炎，淋巴管阻塞、曲张、破裂，淋巴液侵入到皮下组织，可发展成象皮病（下肢象皮病俗称大脚风）。

祖国医学对本病的某些典型症状早有记载。如淋巴管与淋巴结炎，古人认为系邪热化火，流于经络，称为“流火”；象皮腿，认为系湿热蕴结、筋脉阻塞、气血凝滞所致；乳糜尿则因湿热下注膀胱所致。

症状 潜伏期 8～12 个月，也有 3～5 个月的。

1. 早期淋巴结炎和淋巴管炎 表现为周期性发热、怕冷、头痛、全身关节肌肉疼痛，局部可发现腹股沟或肘上淋巴结肿大、压痛等。从淋巴结开始，沿淋巴管有一条红线；患处皮肤自上而下出现一片弥漫性红肿、光亮，并有压痛、灼痛，象丹毒一样，称丹毒样皮炎，俗称“流火”及“红丝疔”。以上症状可反复发作。发作部位通常为下肢，有时也可出现在上肢或乳房。此外，还常并发精索淋巴管炎，出现精索疼痛、增粗，阴囊也红肿，有时可产生鞘〔音翘，qiào〕膜积水。

2. 晚期阻塞性症状

(1) 乳糜尿：虫体或其所致炎性病变可引起腹腔淋巴管道阻塞或淋巴管破裂，如发生在肾盂及膀胱粘膜处时，小便呈乳白色，常凝结成块，称为乳糜尿，多反复发作；如凝块阻塞尿道，可发生排尿困难或伴有血尿。

(2) 鞘膜积水或精索淋巴管曲张：因精索淋巴管炎引起。

(3) 象皮肿：为晚期丝虫病常见症状，多发作于下肢和阴囊，亦可见于上肢或乳房，是因肢体淋巴管长期阻塞和反复

细菌感染而形成。表现为皮下组织增厚，皮肤表面粗糙、发硬，并有桑子状增生组织。

诊断可根据症状及体征，同时可作血液检验：即在夜间安静时采耳垂血或静脉血，涂成厚血片，待血干后，置清水内 10～15 分钟，再于显微镜下检查微丝蚴。凡居住流行地区的人，如有淋巴管炎、乳糜尿、精索淋巴结肿大、象皮肿及发作期血嗜酸性白细胞计数增多时，都应考虑本病。

并发症 晚期丝虫病患者，特别是象皮肿患者，由于局部循环障碍，抵抗力降低，易继发细菌感染（多见溶血性链球菌感染），形成丹毒、淋巴结炎、淋巴管炎以及慢性溃疡等。

预防 治疗应与预防密切结合，可开展普查、复查和普治活动，对普查阳性者予以治疗，以彻底消灭传染源。应大力灭蚊，主要是发动群众大搞爱国卫生运动，消除积水，处理孳〔音兹，zī〕生地，用二二三或六六六粉喷洒居室和畜圈，用敌敌畏烟熏灭蚊虫和个人防蚊等。

治疗

1. 一般治疗：急性者卧床休息。有象皮肿者应保持皮肤清洁，严重者进行手术。有继发感染者，用磺胺药、青霉素或清热解毒的中草药治疗。

2. 特效治疗：海群生对丝虫成虫、幼虫均有杀灭作用，服药后一次可根治。海群生的剂量和疗程有下列几种：

(1) 海群生 4～6 毫克/公斤/次（成人为 200 毫克/次），日服 3 次，连服 7 天（七天疗法）。

(2) 海群生 1 克顿服或 1.5 克分 2 次服，每次 0.75 克(一天疗法)。或以 20 毫克/公斤/次计算，1 次服用。

(3) 海群生 0.75 克，每天两次，连服 2 天（二天疗法）。

(4) 海群生 0.75 克，每天两次，连服 3 天（三天疗法）。

(5) 儿童用海群生 6 毫克/公斤/日，分二次服，连服 2～4 周。

海群生毒性反应低，有些病人服药后有头晕、恶心、呕吐、发热等反应，一般不需处理。若反应比较严重时，可用 A.P.C 0.5 克或强的松 5 毫克，一日 2 次口服。

3. 辨证论治

(1) 流火：宜清热杀虫，可用马鞭草 1 两，银花、蒲公英、雷丸各 5 钱，青蒿 4 钱，防己、牛膝、黄柏各 3 钱，水蛭 2 钱，桂枝 1 钱，水煎服。也可用草药珍珠草 4 两、地丁草 2 两，加水 1 斤，煎至半斤，再加砂糖 1 两、黄酒 2 两，二天内早、晚四次分服。

(2) 乳糜尿：宜分清浊、益肾气，可用萆薢 5 钱、石菖蒲 4 钱、益智仁 3 钱、乌药 2 钱、芹菜根 1 两，水煎服；凝块阻塞尿路者加海金沙、滑石各 3 钱，有血尿者加仙鹤草、茅根各 1 两等。偏肾阴虚者可用六味地黄丸（见 226 页）加芡实、莲子、龙骨、牡蛎等。也可用草药凤尾草、蒲公英各 4 钱，棉花根皮 1 两，红枣 6 枚，水煎服；或荠菜、芹菜根各 4 两，糯稻根 2 两，水煎服，连服一个月。

(3) 象皮腿：宜通络散瘀、清热利湿，可用当归、赤芍、丹参、桃仁、槟榔各 3 钱，薏苡仁、萆薢各 4 钱，红花 1.5 钱，甘草 1 钱，水煎服。也可用鲜乌桕树叶、鲜樟树叶、松叶各 2 两，生姜 1 两，切碎煎汤熏洗，每晚一次；或用文旦皮 1 斤，加水 5 斤煎汤熏洗，可改善局部血液循环，以消肿活血。

思 考 题

1. 丝虫病对人体有什么危害性？

2. 预防丝虫病的关键措施是什么？一旦发生，如何治疗？

三、灭　　蚊

蚊子是对人们危害最大的四害之一。它不但叮咬人体吸血，扰乱人们的休息和睡眠，而且能传播疟疾、丝虫病、乙型脑炎等疾病。因此，消灭蚊子，对预防上述传染病，保障劳动人民的身体健康，保护劳动生产力，有着很重要的意义。

蚊子的发育过程，分卵、幼虫（孑孓）、蛹和成蚊四个时期（图7-1）。在炎热季节，从卵经幼虫、蛹发育为成蚊，约需7～10天左右；早春（3～4月）气温低，约半个月左右。卵、幼虫、蛹三个阶段都生活在水里。幼虫要蜕皮四次才能变成蛹，再由蛹孵化变化成蚊飞离水面。蚊子到了冬天，就进入越冬状态，躲在温暖避风处（如人的臥房里）栖息，不食不动。蚊子是以成蚊为主越冬的。

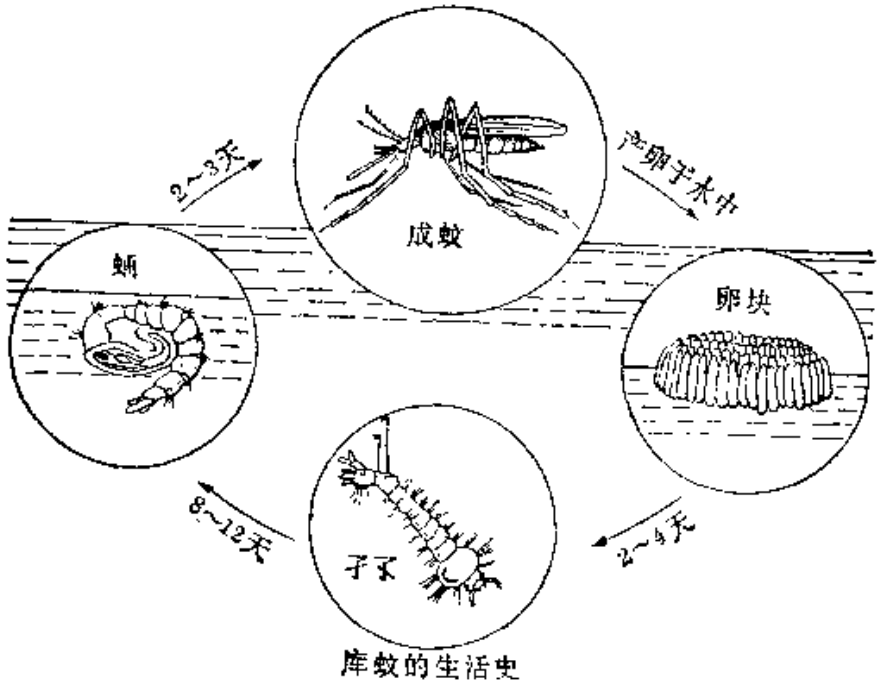


图 7-1　库蚊的生活史

消灭蚊子的具体措施有如下几条：

（一）消灭蚊子孳生地

1. 由于蚊子的孳生繁殖离不开水，因此，紧紧抓住这一环节，发动群众大搞爱国卫生运动，是消灭蚊子最有效的办法。特别是夏秋季节，要经常进行大扫除，清除杂草、垃圾，消除积水，如填平坑洼水潭，翻缸倒罐（特别注意咸菜缸、臭水缸、饲料缸或其他下雨时可存水的容器）等。

2. 消灭子孓〔音杰决，jiéjué〕

(1) 25%二二三乳剂 3 匙（30 毫升），加水 6 斤，可喷 15 平方米水面，每平方米水面约喷 200 毫升，水面有垃圾应捞掉。

(2) 6%可湿性六六六粉 2.5 两加水 6 斤，可喷 15 平方米水面，方法同上。

(3) 90%敌百虫 7.5 克加水 6 斤，喷同上面积。

注意：应每周检查 1～2 次，发现子孓再下药。鱼塘及水浮莲沟浜，只能用敌百虫，不能用二二三及六六六粉。

3. 稻田灭蚊：这是本地群众创造的一种稻田消灭子孓的土办法。方法是，在 7～9 月，根据子孓分布的密度和气温（一般在阳光好的上午 9 时到下午 4 时），以及水稻生长的规律，定期（每次 2～3 天）将村宅周围有子孓的稻田水放干，进行爆晒杀灭子孓，可以反复进行（各田块轮流）；在不能进行放水的时期，可进行浅水灌溉或放跑马水（即一头进水一头放水，流速不要太快），以造成不利于子孓生长的环境。此法不化钱，效果好，简便易行，对水稻生长无害。此外，还可采用稻田养鱼、结合农业除虫使用药物、利用废机油封盖水面（即每亩加废机油 1～2 斤，使其浮于水面，子孓呼吸不到新鲜空气而窒息死亡）等方法进行灭蚊，宜因地制宜进行。

（二）灭成蚊

1. 抓紧时间在冬季和早春消灭越冬蚊和蚊卵，天气转暖时，消灭早代幼蚊。这时候消灭一只蚊子，相当于以后消灭千百只。

2. 广泛发动群众在六、七两月捕杀成蚊，特别要发挥红卫兵、红小兵的作用。可在傍晚5～6点钟，蚊子飞出室外交配时，用一个面盆，内外用肥皂水涂湿，在野外蚊子成群的地方来回挥动，可粘住很多蚊子。

3. 中草药灭蚊驱蚊　苦楝皮、曼陀罗、艾、秋蒿、蓖麻叶、乌桕〔音旧，jiù〕、水辣蓼〔音了，liǎo〕等，可将草药切碎，撒在蚊子孳生地，或用纸卷紧成索状点燃烟熏，进行灭蚊驱蚊。

4. 屋前屋后设置诱蚊缸，可以90%敌百虫1克加水9斤的比例，放在缸中约占缸容量的⅓，应置于避风处，天热每周加药一次，蚊子来产卵时即可毒死。缸内置少量米泔〔音甘，gān〕水（淘米后的水），效果更好。

5. 药物杀灭

⑴ 敌敌畏烟熏：用笔蘸〔音战，zhàn〕50%敌敌畏涂于草纸上，划几根线条，或将敌敌畏洒在木屑、柴草上（敌敌畏1～2毫升熏蒸50立方米），于黄昏时放在屋内燃烧，门窗紧闭，即可产生大量烟雾，将蚊子杀死，约半小时后开窗通风。此法适用于居室，效果很好，但用时应严防火灾。

⑵ 敌敌畏喷洒：50%敌敌畏2毫升加水1斤，喷洒25平方米，喷于地面四周，关闭门窗半至1小时。

⑶ 敌百虫喷洒：90%敌百虫15克加水15斤，喷洒75平方米，适用于猪棚、牛棚等处。

⑷ 滞留喷洒：25%二二三1斤加水9斤或10%六六六

乳剂 1 斤加水 9 斤，可喷 50 平方米，喷于墙壁表面或蚊蝇经常栖〔音七，qī〕息的场所，效果可保持数天。因毒性较大，喷性畜棚时应喷得高些，不得接触饲料。

复习方法

作一次灭蚊和灭孑孓的实践。

四、蛔　虫　病

蛔虫病由蛔虫寄生引起。蛔虫常寄生于人体小肠内，雌虫产卵，随粪便排出体外。虫卵需在适宜的温度与湿度下，经 9～15 日才能发育成熟。此时，人吞食了这种具有传染性的虫卵，就能感染蛔虫病。蛔虫卵被吞入胃内，以后在小肠内孵出幼虫。幼虫钻入肠壁，经血流到肺，穿过毛细血管流入肺泡，又沿支气管、气管到咽部，再被咽下经食道、胃，最后回到小肠，并逐步发育成熟，交配产卵（图 7-2）。从吞食虫卵到小肠内发育为成虫与产卵，约需 60～75 天。

症状　少量蛔虫寄生于人体，可不产生症状或仅表现为轻度腹痛。蛔虫数量较多时，则经常出现上腹或脐周的阵发性绞痛，一般与饮食无关。部分患者并伴有恶心、呕吐、轻度腹泻或便秘等症状及吐出蛔虫或拉出蛔虫。在儿童常可出现夜间吵闹不安、磨牙、挖鼻咬指，甚而抽筋等。部分儿童尚可因长期蛔虫寄生而出现营养不良、面黄肌瘦、衰弱无力、颜面浮肿及荨麻疹等症状。少数感染比较严重的蛔虫病患者，在早期由于大量虫卵随血流通过肺部，可出现发热、咳嗽、气喘等症状。

检查　一般无特殊发现。有的小儿脸上、眼结膜、下唇粘膜可见到虫斑。如有条件作化验，血中嗜酸性白细胞常增

高，大便可找到蛔虫卵。

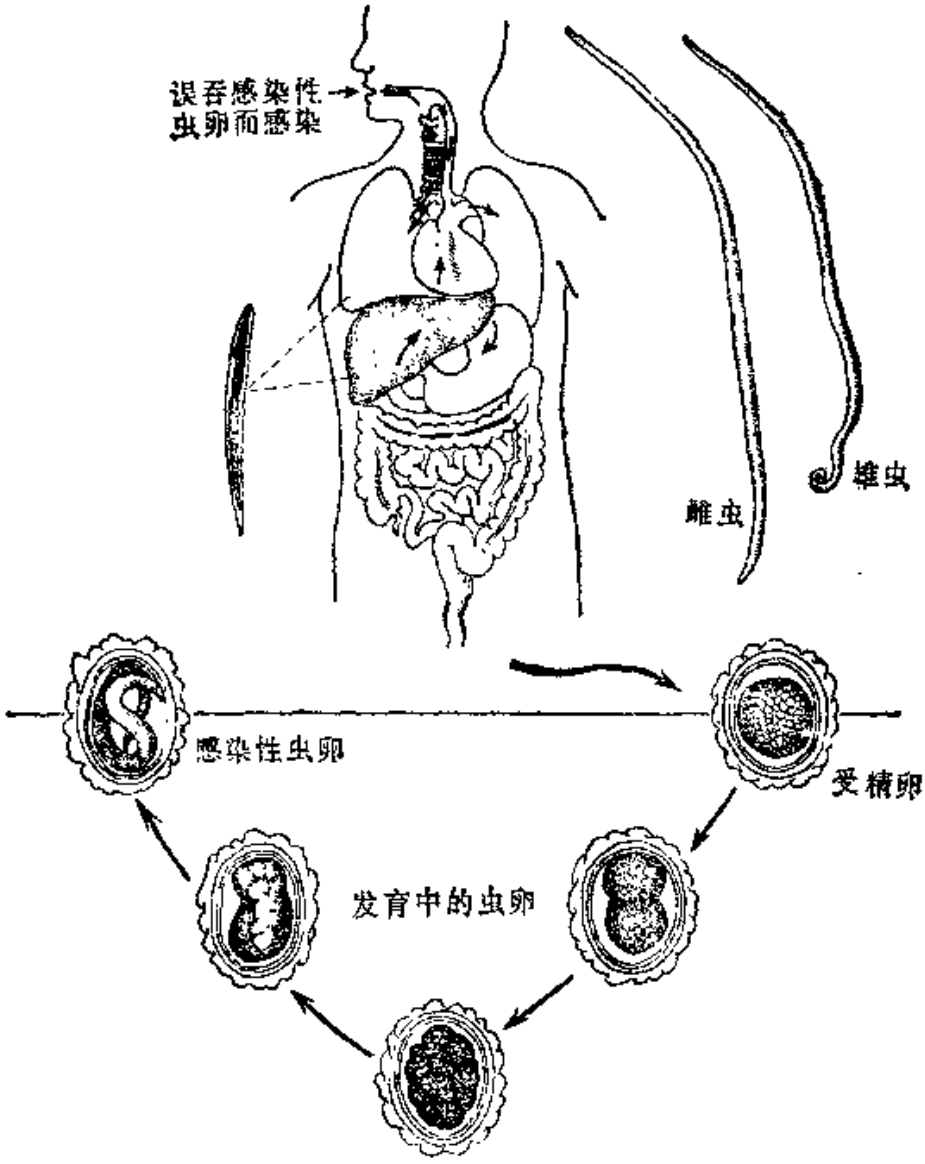


图 7-2　蛔虫生活史

1～5.虫卵发育各阶段；6.幼虫；7.成虫。

并发症　如果有饮食不当、发热、消化不良、驱虫不当等刺激因素，寄生于肠内的蛔虫可以乱窜动，常扭结成团而并发蛔虫性肠梗

阻；或向上窜入胆道，引起胆道蛔虫症；或钻入阑尾，引起急性阑尾炎（详第六章急腹症项）。

预防

1. 注意饮食卫生　生吃蔬菜、瓜果时，应洗净并用开水泡过再吃。吃饭或吃东西前要洗手。

2. 教育儿童养成良好的卫生习惯，如勤洗手，勤剪指甲，不在地上乱爬，不用脏手拿东西吃等。

3. 加强厕所与粪便管理　合理修建厕所、粪坑，用作肥料的粪便必须先经适当的处理，如采用无害化粪池、堆肥发酵等方法，将蛔虫卵杀死。

4. 及时发现和治疗蛔虫病患者。

治疗

1. 肠道蛔虫病

(1) 驱虫：目前常用哌哔嗪，有片剂和糖浆剂二种。成人可用片剂（每片0.5克）5片，一日2次，或糖浆剂15毫升，每天2～3次，连服2天。儿童以用糖浆为好，常用量：实足年龄+(1～2)毫升，一日2～3次，服2天，最大剂量不超过10毫升/次；也可用宝塔糖，每足岁1颗，一次服用，必要时连服2天。哌哔嗪常见反应为头晕、恶心、呕吐等，轻者停药即可，重者除停药外尚需作适当处理，如注射葡萄糖、维生素B或C等。也可用山道年酚酞驱虫，成人用4片（共0.06克），每日1次，连服3天；儿童每足岁0.005～0.01克（最多不超过0.06克），连服3天。还可用驱虫净（四咪唑）片，成人用6片（每片25毫克）睡前顿服；儿童按3毫克/公斤/天计算，睡前顿服，连服1～2天。

〔注〕 枸橼酸哌哔嗪也叫驱蛔灵，对蛔虫病和蛲虫病均有良好的驱虫效果，能麻痹蛔虫及蛲虫的虫体，使之随粪便排出体外。毒性较

低，但如服用过量，可引起恶心、呕吐、荨麻疹等。驱蛲虫时用驱蛔虫的一半量，连服10天。因本药有增加肠蠕动的作用，故一般不必再服泻药。

山道年也用于驱蛔虫，可使虫体发生痉挛性收缩而不能附着于肠壁，在泻药的作用下，被驱出体外。但毒性较大，有时有黄视、头晕、恶心、呕吐等副作用。服后还须再用泻剂。目前常用泻剂酚酞和山道年制成的山道年酚酞片，服后不须再用泻剂。服用山道年期间禁食油腻，以免增加毒性。

驱虫净（四咪唑）对蛔虫、钩虫、蛲虫都有较好的驱虫效果，作用比哌哔嗪强20倍。服时可不必同服泻药，也不忌油。本药在体内排泄较慢，少数人服后可有腹痛、头晕等反应，停药后可消失。

为减少驱虫药的副作用，一般选择半空腹时服用。

⑵ 中草药驱虫：①苦楝根皮（去栓皮），干品用1两，鲜品用2～3两（成人量），加水2小碗，煎成半碗，加糖一次服下，如第二天排虫少，仍可同量服一次。②使君子肉3～5钱，水煎服，连服3天。③鹤虱5钱、南瓜子5钱，水煎浓汁，一次服下。④使君子、槟榔各3钱，苦楝根皮5钱，川椒3钱，水煎服，2～3天为一疗程。⑤新鲜河白草若干，令小儿平卧，自剑突向下到耻骨联合处，按同一方向反复推动，使皮肤红润为止，也有驱虫作用。注意动作要轻。

⑶ 有腹痛者，可针刺足三里、中脘、天枢等穴，也可口服颠茄合剂、颠茄片，或注射阿托品等。

2．蛔虫性肠梗阻　先以非手术治疗，包括：

⑴ 止痛止吐：以阿托品、颠茄类药物为主，必要时与鲁米那或冬眠灵同时应用。针刺足三里、天枢、中脘、内关等穴。

⑵ 静脉补液：主要为纠正脱水酸中毒，并补充体内热量（因此时病人常常需禁食），以葡萄糖盐水为主。

⑶ 驱蛔虫药物：以哌哔嗪糖浆为主，剂量可稍大些，如成人用

20毫升，一日2次，或25毫升一日1次，连用2天等。

(4) 驱散蛔虫团块。可用石蜡油、芝麻油或烧熟的菜油、豆油，口服或灌肠。口服每次30毫升～50毫升，根据情况每天2～3次。灌肠适用于低位梗阻，每次40～50毫升。应与哌嗪交叉应用。

(5) 有感染症状者可服氯、合霉素或注射链霉素。

如肠梗阻已发展为完全性或非手术治疗无效，情况反有恶化，应迅速转院手术治疗。

3．胆道蛔虫及急性阑尾炎的治疗详见急腹症节。

思 考 题

1．怎样预防蛔虫病？蛔虫病如何治疗？

2．试述蛔虫性不完全性肠梗阻的处理。

五、钩 虫 病

钩虫病是由钩虫寄生于人体小肠内引起的以贫血、虚弱和胃肠道功能障碍为主的疾病，俗称“黄胖病”。主要通过皮肤接触而传染。以田园劳动者（如菜农）比较常见。病人及钩虫感染者是本病的传染源。

钩虫的成虫寄生于人体小肠内，以空肠为多。钩虫产的卵随粪便排出体外，因施肥而到达田野土壤中，在适当的温度下，经1～2天即发育为杆状蚴虫，约5天后经2次脱皮而发育成具有较强的活动力和具有感染力的丝状蚴。此时，如人赤足到田园中行走或劳动，丝状蚴虫即钻入皮肤，经微血管进入血液，再随血循环到肺毛细血管，穿破肺泡，经支气管、气管到咽部，再被吞咽而到达小肠，在小肠内经第三及第四次脱皮而生长发育成为成虫。丝状蚴侵入皮肤至成虫产卵约需5周时间。

钩虫在人体小肠内以吸血为生。每条钩虫每天能吸血0.2～0.6毫升；同时，由于钩虫在小肠粘膜上经常更换吸附点，其口部能分泌

一种妨碍凝血的物质，故可形成创面，造成持久出血。人体内寄生钩虫至少数十到数百条，故每天损失的血量不少，病人常出现严重贫血。

症状 幼虫钻入人体皮肤时，可引起局部皮肤的刺激，出现奇痒、灼热的红斑，以后又成水泡，俗称"粪触块"，如搔破，可感染化脓。当幼虫穿过肺组织时，可引起肺组织的炎症及出血，此时患者咳嗽、气喘、痰中带血丝、低热等。有些患者尚能出现荨麻疹。

成虫寄生人体引起的症状以贫血为主。轻者仅表现为头晕、乏力、注意力差、劳动时有轻度气急及心悸。重者表现为面色萎黄或苍白，结膜、口唇、指甲都苍白少血色，皮肤干燥，下肢甚而全身有凹陷性浮肿，同时常感头晕、眼花、耳鸣、怕冷、智力减退、精神不振、周身无力，稍一运动就气急、心跳，并有心脏扩大及心前区明显收缩期杂音。有些病人还可出现恶心、呕吐、上腹不适或疼痛，并常有不规则低热。有些病人往往食欲明显增进，但依然周身无力，面色萎黄。更有少数病人出现一种明显的食欲怪癖(异嗜〔音事，shì〕症)，喜吃生米、泥土、石块、木炭、瓦片、破布等东西。儿童患者，则生长、发育及智力均可发生障碍。妇女患者，可出现月经过少、过稀或闭经；男性则可有阴萎、早泄等。

如有条件作化验，粪便盐水漂浮检查可找到钩虫卵。血中血红蛋白降低，红细胞计数减少，嗜酸性细胞增高。粪便隐血试验有时阳性。

预防

1. 加强粪便管理，施用陈粪尿，不随地大便。急需用新鲜粪便时，应先以六六六、敌百虫、石灰等化学药物或热

草木灰杀灭虫卵后再用。

2. 由于钩虫在水田或干燥环境中不易感染，而在夏秋霉雨初晴时易感染。因此应该和经验丰富的老农商量，采取改变施肥时机和耕作方法等有效措施，尽量防止发生感染。

3. 结合血吸虫病防治，开展粪便普查和普治，以断绝传染的来源。

治疗 主要是驱虫和纠正贫血。

1. 驱虫用灭虫宁，成人3～5克(每片0.3克)，晚上或早上半空腹顿服。儿童以每足岁0.3克（即1片）计算。也可用四氯乙烯〔音希，xī〕，成人用3毫升，儿童每足岁0.1～0.2毫升，清晨或晚上一次服，但毒性较大，服药期间禁食油腻。

〔注〕 灭虫宁：主要用于驱钩虫，但对蛔虫、鞭虫也有效。它的优点是毒性小而有效。副作用是恶心、呕吐、头晕等，不需特殊处理。四氯乙烯虽也是有效的驱钩虫药，但由于毒性大，目前已很少用。

2. 中草药治疗 榧〔音匪，fěi〕子、槟榔、红藤各1两，贯众5钱，水煎服，服药时随吃生大蒜1～2瓣，连服3天。

3. 驱虫同时给补血药，以纠正贫血。常用硫酸亚铁，成人0.6克（2片），儿童0.3克（1片），每日3次；或鸡血藤浸膏片，成人4～6片，日3次，儿童酌减，连续服用到贫血纠正为止。也可服用中草药，早期用参苓术草汤（见225页）加减，晚期气血虚弱可用归脾汤(见225页)加减。或用验方仙鹤草2两、红枣4枚，水煎服，连服1个月。此外，还必须加强营养，进食蛋白质和铁质丰富的食物。

4. 早期皮疹（粪触块）的治疗 可用毛巾2块，折叠后浸入烫热水中，取出挤半干，敷于皮疹痒处，每半分钟调换一次，反复10分钟即可；还可内服抗过敏药物及外涂止

痒药水。

思 考 题

钩虫病如何预防、诊断和治疗？

六、蛲 虫 病

蛲虫病是儿童时期常见的寄生虫病。蛲虫寄生在人体的小肠下段、回盲部、阑尾及直肠等处，雌虫于夜间爬出肛门，在附近皱壁及会阴部产卵。经6小时左右卵即可经发育而具有感染性。这种虫卵可经抓瘙痒的手入口或随空气中的灰尘污染食物，再通过饮食进入人体消化道而感染。由于蛲虫卵能在肛门口孵化，并从口进入一直到大肠内，即已发育为成虫，所以本病感染的机会极多，极易在集体机构中造成流行；而且往往可经自身重复感染，故一经患病，常经久不愈。

症状 蛲虫爬出肛门产卵时，可引起肛门周围剧痒，故患儿常有睡眠不好、夜惊、烦躁等表现，进而可出现注意力不集中、食欲减退、咬指甲、尿频或遗尿、消瘦等症状；女孩子还有阴部瘙痒及分泌物增加。检查时，因经常抓痒，可见局部皮肤损伤、发炎、有湿疹等。如仔细观察，可在大便中或夜间睡眠时在肛门口附近发现白色线样的蛲虫。实验室检查，粪便肛拭采样可找到蛲虫卵。

预防

1. 讲究卫生，饭前便后洗手，勤洗澡，勤剪指甲，纠正咬手吮手的不良习惯。

2. 被褥、裤子常洗涤，最好煮沸消毒。

3. 积极治疗患者，托儿所儿童最好集体治疗，以防反

复交叉感染。

治疗

1. 1%白降汞油膏、1%氧化锌软膏或1%鹤虱油膏涂肛门周围皮肤，每晚1次，共1月，有杀虫、止痒作用。

2. 每晚以消毒棉球堵塞肛门，共20天；加土荆芥油涂肛门口10天，可切断传染途径而治愈。

3. 服用枸橼酸哌哔嗪50毫克/公斤/天，分2～3次服，连服7～10天；以后每周服药2天，共服四周。或用扑蛲灵5～7.5毫克/公斤，睡前一次服下，隔二周后按原剂量再服一次。也可用驱虫净，剂量同驱蛔虫。

4. 大蒜3两捣烂，用冷开水浸24小时，过滤取汁，每晚用20～30毫升作保留灌肠，7天为一疗程；或百部1两、乌梅5钱，加水2碗，煎成1碗，每晚作保留灌肠，10天为一疗程。

5. 百部粉和使君子粉口服　将两药炒熟、研粉，连服3天。剂量：百部每日每岁0.9～1.2克，分三次服；使君子每日每岁1.2～1.5克，顿服。

思考题

蛲虫病怎样诊断和防治？

七、姜片虫病

姜片虫病是姜片虫寄生在人体小肠所引起的一种寄生虫病，主要由于吃了染有姜片虫囊蚴的生菱角、生荸荠或生藕等而感染。多发生在7～9月份水生作物收获的季节。患病者以5～20岁儿童和青年为多见，其他动物如猪也可感染。

发病原理　姜片虫的虫卵可随人或猪的粪便排出体外，落入水中，经3～7周后孵出毛蚴。毛蚴钻入扁卷螺内生长发育，约1月左右离

开螺体，成为尾蚴，吸附在水生作物的节茎处形成囊蚴。当人吞食有囊蚴的生菱角及生荸荠时，就可得病。

囊蚴自口吞入后，经胃到十二指肠内，脱囊而成为幼虫，并吸附在肠壁上发育成为成虫。从囊蚴吞入人体到发育成为成虫产卵，约需2～3个月。其主要的病理变化是使肠壁发生轻度损害，形成炎症和溃疡，有时也可出血。姜片虫的代谢产物还可引起毒性反应。

症状 轻者可无自觉症状，或仅有胃口不好、消化不良及腹部不适等。多数患者在起病时可有腹痛及腹泻。腹痛为隐痛，进食后可缓解，类似溃疡病。并可有恶心、呕吐、食欲怪癖、易饥饿等表现。腹泻可持续几个月，也可腹泻与便秘交替出现。病久或反复严重感染时，可发生营养不良、全身浮肿、贫血、腹胀等，偶可有腹水。如有继发感染，还可伴有高热。若儿童时期得病，可影响生长发育。

实验室检查，早期血中嗜酸性细胞增高，病久后可有血红蛋白、红细胞及血小板减少。大便中有时有虫体见到，镜检可找到虫卵。

预防

1．加强卫生宣传教育，特别要教育儿童不吃、不啃带皮壳的生菱、生荸荠等。提倡红菱、荸荠熟吃，如要生吃必须洗净并削去皮壳。不用生菱等水生作物喂猪，改生饲为熟饲。

2．加强粪便管理工作，实行粪便无害化以杀灭虫卵。

3．消灭中间宿主扁卷螺，可结合血防灭螺一起进行。

4．普查普治病人、病猪，控制和切断传染源。

治疗 一般以驱虫为主。少数病情严重者，可先采用扶正疗法，改善全身情况（如纠正营养不良如贫血等），然后再酌情驱虫。常用的驱虫药有如下几种：

1．槟榔 因其毒性小，应首先选用。每次用1～2两，加水10倍，浸泡4～5小时，再煎煮成50～60毫升，早晨空腹一次服下，连服2～3天，不需服用泻药。儿童酌减。

2．四氯乙烯 毒性较大。成人早晨空腹一次服下3～4毫升，服后2小时再服硫酸镁20克。小儿用量酌减。如需重复治疗，至少要隔10天才能进行。本品为胶囊制剂，每粒0.2毫升或0.5毫升。

3. 已雷锁辛　毒性较大。成人早晨空腹顿服0.5～1克（每片0.1或0.2克），服后12～24小时内服用硫酸镁10～20克，小儿酌减。如需重复治疗，至少要隔3～5天方能进行。

思　考　题

姜片虫是如何引起的？怎样防治？

八、血吸虫病

血吸虫病是我国南方各省危害人民健康最严重的疾病之一，是旧中国历代反动统治阶级加在广大劳动人民身上的严重灾害。解放前由于国民党反动政府的残酷剥削压迫，根本不管劳动人民的死活，所以流行相当广泛。大批患病者丧失劳动力，并且死亡率很高，以致人口减少，田园荒芜，有的村子甚至十室九空，广大农村一片凄惨景象。

毛主席和党中央一贯对防治血吸虫病极为关心，多次发出有关指示。在毛主席和党中央的正确领导下，大力开展群众性爱国卫生运动，消灭钉螺，实行粪便管理，普查普治病人，使本病流行大为减少。特别是在大跃进的一九五八年，我们敬爱的伟大领袖毛主席发表了《送瘟神》二首诗，为消灭血吸虫病指明了前进的方向，极大地鼓舞了全国亿万劳动人民，掀起了一个轰轰烈烈的消灭血吸虫病的群众运动。大规模的血防工作，使解放前出现**“千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”**悲惨景象的疫区，发生了翻天覆地的变化，广大群众精神振奋，革命生产热气腾腾，呈现出一派兴旺景象。

但是，以刘少奇、林彪为头子的资产阶级司令部对血防工作曾经发动了猖狂的进攻，进行了种种破坏活动，公开对抗毛主席的指示。刘少奇、林彪一伙政治上的“瘟神”，保护

了血吸虫病这个自然界的“瘟神”。

无产阶级文化大革命摧毁了刘少奇、林彪资产阶级司令部，粉碎了他们的反革命修正主义路线，毛主席的无产阶级革命路线深入人心。一个新的更大规模的消灭血吸虫病的群众运动已经掀起。广大贫下中农、赤脚医生和革命医务人员积极响应毛主席关于**“一定要消灭血吸虫病”**的伟大号召，意气风发、斗志昂扬，以**“只争朝夕”**的革命精神，男女老少齐上阵，千军万马送“瘟神”，力争在较短时间内，彻底消灭血吸虫病。

血吸虫病是由于血吸虫寄生在人体门静脉系统所造成的一种疾病，病变主要由血吸虫虫卵所引起，临床上分为急性和慢性两种。急性期主要表现为发热、肝肿大并有压痛及血中嗜酸性细胞增多；慢性期则主要表现为腹泻、下痢和晚期的肝硬化。本病一般以夏秋季节（5～9 月份）感染为多。患者或病牛粪便中的虫卵是主要传染源，钉螺是唯一的中间宿主，传染途径主要通过人体或动物皮肤与疫水的接触。

血吸虫产的卵随粪便排出体外，在水中孵化成毛蚴。毛蚴仅能生存 2～3 天，如此时钻进中间宿主钉螺体内，经 7～8 周，就发育成为具有感染性的尾蚴。尾蚴在水面游动，可活三天，如此时遇到人或哺乳动物，即钻入皮肤，随血流到肝和肠系膜静脉内寄生发育，使人或动物得病（图 7-3）。从尾蚴感染到成虫排卵，一般约需 4～6 周。

本病早期，当尾蚴侵入皮肤时，可引起尾蚴性皮炎；尾蚴随血液循环通过肺脏时，还可引起咳嗽或痰中带血。成虫寄生于门静脉系统内，其代谢产物可引起发热、贫血、嗜酸性细胞增多等表现；虫卵主要沉积于肝和结肠内，可引起这两个脏器的严重病变。结肠粘膜下层有大量的虫卵沉积时，则出现炎症、出血及溃疡病灶，并引起腹痛、

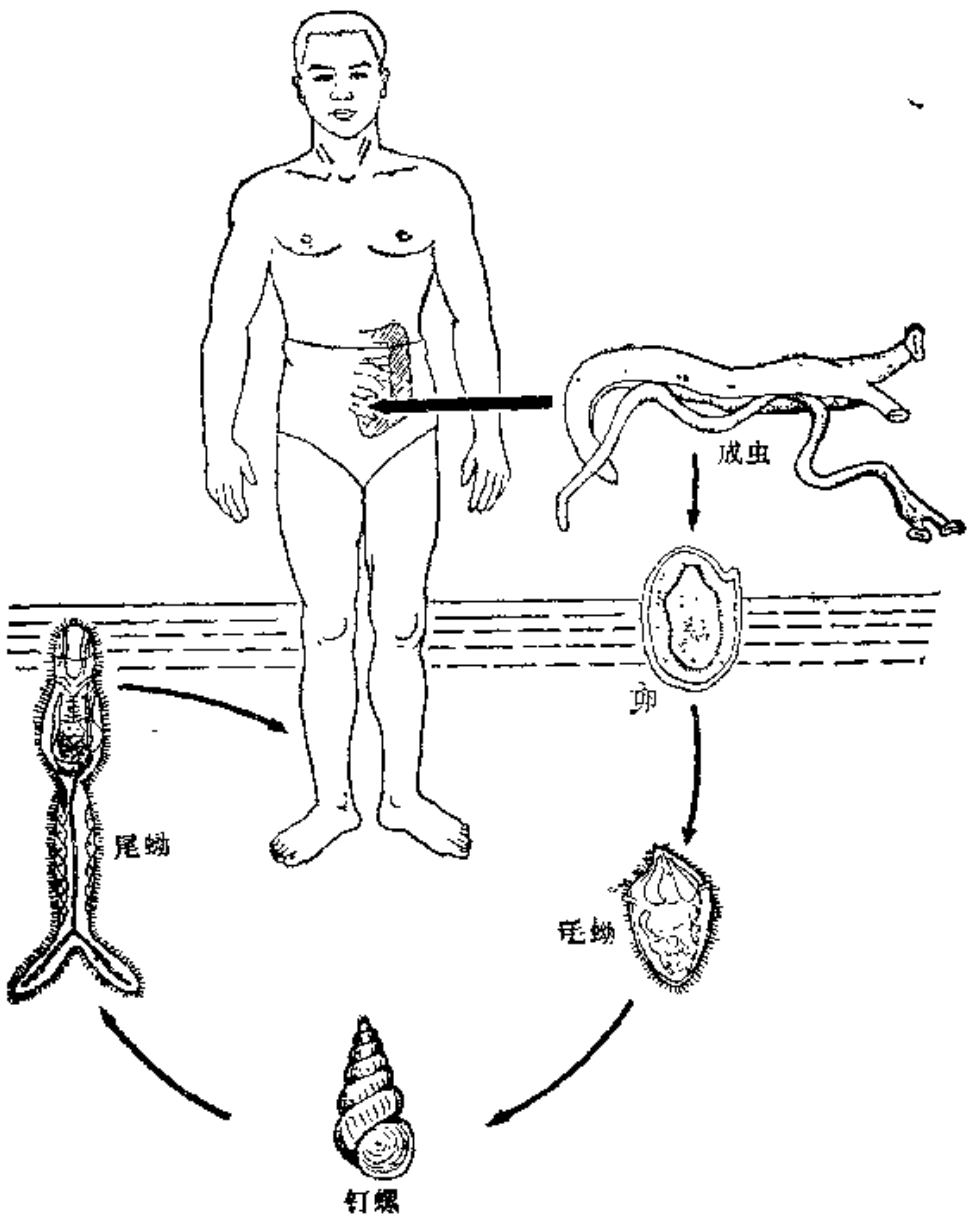


图 7-3　血吸虫生活史

腹泻等肠胃道功能紊乱的表现。虫卵沉积在肝脏，早期可使肝脏肿大，晚期则由于结缔组织增生，肝细胞变性、坏死而萎缩变硬，形成血吸虫性肝硬化。肝功能也减退。同时出现脾脏肿大、腹水和侧枝循环等

门静脉高压的症象。患者消瘦、贫血，甚至丧失劳动力。儿童时期反复感染血吸虫可影响生长发育，造成侏儒症。

祖国医学关于“蛊病”、“血蛊”、“臌胀”的记载与晚期血吸虫病的症状有相类似之处，故认为是一种由于虫积引起的蛊病。虫积和湿热蕴结肠胃，则见寒热、腹痛、便脓血；伤及肝脾，则气血郁结，痞塞不通，胁下痞块积聚；日久失治，则脾失运化，水液停留，气血瘀起而成臌胀。

（一）急性血吸虫病

症状 多见于过去无免疫性而最近有大量尾蚴感染的男性青壮年，常有明显的疫水接触史和明显的尾蚴皮炎史。潜伏期3～6周，平均一个月左右。起病大多较急，少数较缓慢。主要症状为：

1. 发热 热型高低与长短，根据感染轻重而不同。典型的每晚高到39～40°C，到明天上午体温降低。发热前怕冷、寒战，退热时伴有出汗。发热期约1个月。感染轻的，此期无毒血症状；但感染重的则有明显的毒血症状，如神志迟钝、听力减退，甚至心前区舒张期奔马律、腹胀等，发热期限可长至数月，经锑剂治疗才消退。

2. 荨麻疹 大多数在刚感染时出现，以四肢和躯干较多，约在1～7天退尽。

3. 呼吸道症状 尾蚴钻入皮肤后，随血流行经肺部，因此在感染不久后常见咳嗽，多为干咳，少痰，偶有血痰。

4. 腹部症状 由于虫卵大量沉积在肠道内，引起急性结肠炎症，故半数病人有腹痛、腹泻，但有的病人没有显著的症状而只有便秘，有的腹泻、便秘交替出现。便中可带血丝或粘液。

检查 约90%患者肝区有压痛及肝肿大，尤以左叶为明

显；约有½患者有脾肿大，但多属轻度。偶有轻度黄疸。在呼吸道症状明显的病人，肺部听诊可有不定位的干湿罗音。

治疗

1. 一般疗法很重要，应给予补充营养，适当休息。必要时静脉补液，甚至少量输血。给予维生素B、C也有必要。

2. 小剂量激素的应用，如静脉注射氢化可的松50～100毫克/天或口服强的松5毫克，每日3次，可减轻毒血症。退热用保泰松，治疗效果较好，一般用0.1克，每日3次。

3. 发热期间可单用呋喃丙胺(F30066)，成人每日2～3克，分3次服，儿童每日1～2克，分2次服。在锑剂治疗中热度增高时可改用此药。每疗程需14～20天。

4. 锑剂治疗一般应在退热后进行，因急性患者对锑剂耐受性低，易出现心肌毒性反应。但如其他疗法效果不好，可在严密观察下，试行小剂量锑剂治疗，以长程疗法为主。有时仅治疗至退热为止，不强求一次根治，可待以后体力恢复再进行。锑剂不适应者也可使用血防846治疗（具体疗法详见慢性血吸虫病）。

5. 中草药治疗

(1) 以生南瓜子制成粉剂，成人每日3次，每次80克，连服1周；儿童体重20公斤以下者服半量，20～25公斤者服40～50克，25公斤以上服全量。

(2) 鲜枫杨树叶3～5两、甘草2钱，水煎加红糖服，连服20～25天为一疗程；或鸭跖草2两煎浓汁，分二次服，每天一剂，服至热退为止。

（二）慢性血吸虫病

1. 慢性期，可分成以下几型：

(1) 无症状型：病人的健康和劳动力没有明显变化，仅

在血吸虫病普查或由于其他原因化验大便时发现有血吸虫卵，才知道患了血吸虫病。

(2) 腹泻痢疾型：乙状结肠和直肠为血吸虫病变主要所在部位，故痢疾样腹泻十分常见。轻者只偶然有腹泻，重者有腹痛、里急后重和脓血粘液样大便，很象痢疾。大便检查易找到虫卵。患者反复感染，乙状结肠粘膜增生，形成息肉，严重者可引起肠腔狭窄，有的还可以癌变。

(3) 肝脾肿大型：因长期反复感染，虫卵沉积肝脏，损害肝组织而导致血吸虫病性肝硬化。肝脏肿大，以左叶为明显，无压痛或轻压痛，质软。脾脏也可肿大，在肋下1～3厘米能够摸到，无压痛。

(4) 癫痫型（脑型血吸虫病）：由于血吸虫卵沉积在脑部，可出现局限性癫痫发作，常伴有头痛、呕吐。

此期如作实验室检查，血中嗜酸性细胞常增多，并有不同程度的贫血及白细胞减少。直肠镜检可发现虫卵。肝功能可有不同程度的减退或正常。

2. 晚期，可分成以下几型：

(1) 侏儒〔音朱如，zhū rú〕型：由于童年期多次重复感染，使脑垂体前叶功能减退所致。祖国医学则认为由于肾阳亏耗而引起。这型血吸虫病人虽然已经到了成年，但发育不好，还象儿童一样，甚至缺乏第二性征。智力发育则不受影响。此型解放后已极少见。

(2) 巨脾型：由于门静脉高压引起脾充血，以及虫卵毒素刺激脾组织增生而引起；祖国医学认为系瘀血内阻。脾肿大可到脐以下，甚至进入盆骨，质坚硬，表面光滑，无压痛。肝左叶明显肿大，表面有高低不平的结节，无压痛，质硬。腹壁静脉曲张，常伴有腹水。

(3) 腹水型：因门静脉高压而引起，祖国医学认为系水湿停滞所致。表现为腹胀、腹部膨隆、腹壁静脉怒张，可同时有胃底及食道静脉曲张，有时引起大量呕血。

晚期血吸虫病病人，一般情况较差，明显消瘦，有营养不良、下肢浮肿、贫血等表现。大便较稀，可有便血或呕血。劳动力显著减退甚至不能劳动。当肝功能损害较重时，可发生肝昏迷。

化验检查常发现红细胞、白细胞、血小板全部减少（脾机能亢进）。肝硬化患者的肝脏血清絮状试验呈阳性反应，血浆蛋白沉淀可见白蛋白减低、球蛋白增高。

慢性血吸虫病各个类型，要注意与相应的肝硬化、血液病（如贫血）、痢疾等病鉴别。

治疗

1. **锑剂疗法** 是目前比较有效的方法，有注射法和口服法两种。

(1) 注射法：用1%酒石酸锑钾作静脉注射，常用的有三天和二十天疗法，以二十天疗法疗效较好。

① 三天疗法：用药的总剂量按病人体重每公斤12毫克计算。分成6～7次，每天上、下午各静脉注射1次，两次注射相隔的时间不得少于5小时，每次注射量不超过0.1克（即1%酒石酸锑钾10毫升），总剂量最多不能超过0.7克。

② 二十天疗法：用药的总剂量按病人体重每公斤25毫克计算。分成20～25次，每天静脉注射1次。总剂量最多不能超过1.5克，女病人及体质较差的男病人总剂量不能超过1.3克。病情较重及体质差的病人，用药总剂量可按每公斤体重22～24毫克计算。

(2) 口服法：

① 锑-273 缓解片：每片 0.4 克，含锑-273 200 毫克。常用为十五天疗法，总量按每公斤体重 600 毫克计算。

② 锑-273 中速片：每片 0.3 克，含锑-273 200 毫克。常用为十五天疗法，总量按每公斤体重 400 毫克计算。

锑剂疗法的禁忌证：

(1) 急性、慢性肝炎活动期，肝炎可疑者，患过肝炎肝功能试验正常不到一年者。

(2) 有其他严重疾病，如心脏病合并心力衰竭、活动性风湿病、活动性肺结核、严重贫血、发热、肾脏疾病等。

(3) 60 岁以上的老年病人，孕妇及哺乳者。

(4) 晚期血吸虫病有黄疸及腹水者。

(5) 过去锑剂治疗时发生中毒有心跳停搏者。

锑剂治疗的适应证：

三天疗法：适用于体质较好、无明显其他疾病的慢性血吸虫病人。

二十天疗法：

(1) 急性血吸虫病，已控制体温者。

(2) 慢性血吸虫病，一般情况较差者。

(3) 离上次锑剂治疗半年以上，大便孵化检查有虫卵者以及脾切除手术半年以后的病人。

(4) 癫痫病人在一年内无发作者。

锑剂治疗的毒性反应及处理

锑剂是目前治疗血吸虫病常用而有效的药物，但是在使用过程中可能引起轻重不等的毒性反应。赤脚医生和革命医务人员，在锑剂治疗过程中，必须注意充分发挥病人和医务人员的主观能动性，放手发动群众，共同制定适合的医疗方案。

在实行锑剂治疗的过程中，赤脚医生要以张思德同志为

榜样，“完全”、“彻底”为贫下中农服务。要过细地做好工作，胆大心细，仔细观察病情，及时处理各种反应。

在锑剂治疗时应注意：

(1) 锑剂治疗宜集中，每天记录治疗剂量，用药前后均应卧床休息，疗程结束后应休息 1～2 周。

(2) 用药期间每天测体温、血压。注射速度要慢，不得少于 8～10 分钟。注射前后听心脏，发现心率比注射前安静状态时快或慢 20 次/分，即要小心。此外要注意心脏早搏。若有频繁早搏，应密切观察，并酌情暂停锑剂。

(3) 注意患者食欲、精神及一般情况，肝脏有无压痛，及时对症处理。遇有月经期间反应较重，应减量或暂停锑剂；遇有感冒等症状，亦宜酌情减量或暂停。

常见的毒性反应及处理：

(1) 锑剂注射时外漏可引起皮下组织坏死，甚至化脓。一旦发现有外漏时立即停止注射，并给予 2 %普鲁卡因 2 毫升加 0.9% 氯化钠 10～20 毫升局部封闭。若外漏多，可隔一小时再作封闭。局部还可用金黄散或马兰头捣烂外敷。

(2) 发热：是锑剂治疗时常见的反应。但必须排除其他感染的可能，在未明原因之前，以密切观察为主，不宜滥用退热药物。凡发热在 37.5°C 以上，须停用锑剂并进行观察。

(3) 胃肠道反应，有胃口不好、恶心、呕吐及轻度腹泻等。反应轻的只给一般处理，如口服维生素 B_6 或 B_1、多酶丸，针内关、足三里等；严重的要停药观察，给阿托品 0.5 毫克皮下注射，一天 3 次，同时可用镇静剂，必要时补液，并在输液时加用维生素 B_6 100 毫克或 10% 氯化钾 10 毫升（加入 5 %葡萄糖盐水 500 毫升中）。

(4) 有过敏性皮疹，轻的用苯海拉明、非那根、安其敏、

维生素C等药；严重的除用上药外还可加用强的松5毫克，每日服3次，并停药观察。

(5) 咳嗽，是注射锑剂时常见的反应，尤其在用第一针时易有咳嗽。在注射前给甘草片或薄荷片含服可以减少反应。注射后咳嗽剧烈时，给甘草片或喝些水，可以使咳嗽缓解。

(6) 治程中心率增快，安静时在100次/分以上，或减慢到50次/分以下，或出现过早搏动1～3次/分，无自觉症状者，在密切观察下可继续用药，或酌情分次减量或暂停。

严重的毒性反应及处理：

(1) 心律紊乱，产生过早搏动及心脏停搏。这是一种十分严重的反应，处理不当可有生命危险。心律紊乱在锑剂治疗过程中，尤其在治疗后期或治疗结束1～7天(三天疗法见于治疗结束后48小时内)，容易发生，病人突然昏厥，面色苍白，四肢抽搐，呼吸短促，甚至停止。听诊心律紊乱，随后心音和脉搏消失。这些症状就称为“急性心原性脑缺血综合征”，即所谓“阿-斯综合征”。发病常与发热、过度疲劳、严重胃肠道反应、月经来潮等有关。部分患者突然发病，部分患者可先有恶心、呕吐、频繁早搏、胸闷、心前区不适、头晕、眼花等先兆，也可以仅出现严重的心律紊乱（如频繁的过早搏动、心搏过速等)。这时要立即抢救。

〔附〕 **抢救措施**：一旦发生急性心原性脑缺血综合征或心律紊乱，赤脚医生要牢记毛主席关于“**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作**”的教导，采取以下综合措施。

1．抗心律紊乱：首先用阿托品，其次可用异丙基肾上腺素等药。

发现严重的心律紊乱，即刻静脉注射阿托品2毫克，同时皮下或肌注1毫克，使心率提高到100～120次/分，15分钟到半小时后再静脉注

射1毫克。若心率能维持此数，基本规则，心悸、胸闷等自觉症状减轻者，阿托品可每3～4小时肌肉注射一次，在稳定24小时后逐渐减量，或延长注射时间，到稳定48小时后停注。再观察48～72小时，如恢复正常，便可出院。但若在抢救过程中病人重又出现面色苍白、心率减慢、心律紊乱时，应重复进行上述抢救。在用阿托品过程中，如剂量过大，可出现副作用如烦躁、谵妄、狂躁不安等中毒症状，这时须应用镇静剂。

异丙基肾上腺素：在阿托品无效时应用，剂量0.5～1毫克，加入5～10%葡萄糖液或葡萄糖生理盐水500毫升中，静脉缓慢滴注，每分钟数滴到十几滴，使心率保持100～120次/分，心律基本规则。若心率增加到140次/分，应停药，改用阿托品或其他药物，以免发生危险。

其他还可用10%氯化钾20～30毫升/日，每10毫升加入葡萄糖或生理盐水500毫升中，静脉缓滴。必要时还可选用安泰乐、普鲁卡因酰胺等。

2．镇静药物：可减少外界对病人的刺激。但使用时必须小心，达到使病人安静、保持睡眠状态即可，不宜过深，以免引起呼吸抑制。为了防止过量和中毒，下列药物可交替使用。

阿米妥钠（异戊巴比妥钠）0.25克肌注，每6～8小时一次；或0.1～0.2克静注。但易引起呼吸抑制，应小心。

苯巴比妥钠（鲁米那钠）0.1～0.2克肌注，每6～12小时一次。

副醛3～5毫升肌注，并发肺部疾病者不宜应用。

其他还可用非那根、水合氯醛、复方冬眠灵等。

3．其他综合治疗：

(1) 补液和纠正酸中毒：可用5%葡萄糖生理盐水、复方氯化钠液、10%葡萄糖液等配成，每天2,000～3,000毫升，并可加入10%氯化钾20毫升左右（必须在病人有尿情况下使用）、5%碳酸氢钠100毫升或11.2%乳酸钠40～60毫升，缓慢静脉滴入。有条件时可给氧气吸入。

(2) 促进锑剂解毒：用二巯〔音球，qiú〕基丁二酸钠，适用于锑剂

治疗结束短期内出现心律紊乱的患者。首次2克，静脉缓注，以后4小时注射1克，可重复用3～4次。用二巯基丁二酸钠时需把药配成5～10%的溶液（1克药加注射用水或5%葡萄糖液10～20毫升即成5～10%的溶液）。

(3) 心脏停搏的抢救：立即静脉注射阿托品，同时作胸外心脏按压。呼吸停止者，立即静脉注射洛贝林5毫克，同时作口对口人工呼吸。若心脏在3～5分钟内仍不跳动，则静脉注射异丙基肾上腺素0.5毫克，并继续作心脏按压。若1分钟后仍无跳动，可静脉或心内（在左侧第四肋间胸骨旁1厘米左右，针尖垂直刺入，有回血时即证明已刺进心内）注射异丙基肾上腺素0.5毫克。仍无心跳，可静脉注射5%氯化钙10～20毫升，11.2%乳酸钠40毫升。当心跳恢复时，可静脉滴注异丙基肾上腺素（见上述），保持心率在120次/分。

抢救过程中忌用药物：肾上腺素、洋地黄类、可拉明、樟脑等。

(2) 中毒性肝炎：锑剂注射过程中出现黄疸、腹水，肝脏突然肿大，肝功能明显减退。

处理：立即停药，采取以下保肝措施：①给高蛋白的食物，如多吃鱼、蛋、瘦肉、豆腐等。②静脉滴注10%葡萄糖液，每天2,000～3,000毫升。其中可加用氢化可的松100～200毫克/日。③口服或注射大量维生素B、C。

2. 血防846疗法 适用于慢性血吸虫病人，凡粪检阳性，无黄疸、腹水、呕血史，切脾术后一般情况良好者均可服用。每片有效量为0.25克，总剂量以每公斤体重80毫克计算，体重超过50公斤者亦按50公斤计算，10天为一疗程，每天下午或傍晚一次顿服。

本片可让患者自服，每天由赤脚医生或生产队卫生员访视病人2次，了解有无头晕、头昏、恶心等不适。治程和治疗结束后2周内禁饮酒及油腻饮食，疗程结束后休息1～2周。本药有延迟反应，如精神不正常、中毒性肝炎等，故在

治疗后一个月内应定期随访。

禁忌证：

(1) 本人或家属有精神病史。

(2) 有癫病、癫痫或严重头痛、头晕、耳鸣等病史。

(3) 以往服麻油 846 有严重反应者。

(4) 有其他严重疾病，如周围神经炎，脑炎后遗症，心、肾、肺、胃等器官病变，肝炎痊愈未满一年者等。

常见反应及处理

(1) 有头晕、头昏、食欲减退、失眠等，可给维生素 B_1 10 毫克，一日 3 次，复合维生素 B 1～2 片，一日 3 次；也可用中草药辨证治疗。一般不必停药。

(2) 有中毒性肝炎及精神神经症状出现，应停药并积极治疗。

3. **中草药治疗** 对晚期血吸虫病改善体质、消除腹水有一定效果，为锑剂治疗或切脾手术提供条件。

(1) 侏儒型：宜壮阳滋补。一般选用胎盘粉、河车大造丸、十全大补丸之类，每日 3 次，每次 1～3 钱。

(2) 巨脾型：宜活血化瘀通络。可用当归、赤芍、桃仁、三棱、丹参各 3 钱，鳖甲 1 两（先煎），制大黄 2 钱，地鳖虫 2 钱，水煎服；或用鳖甲煎丸，每服 3 钱，一日 2～3 次。

(3) 腹水型：参考肝硬化腹水的治疗(详见 413 页)。

预防

1. 大力开展普查普治 对流行区人、牛每年应普查大便，每人及每牛送验大便 3～6 次，作镜检及孵化，查出病人、病牛即行组织集体治疗，以杜绝传染源。

2. 开展轰轰烈烈的群众运动，消灭钉螺，方法有铲土灭螺、药物灭螺等，各地根据自己的条件因地制宜进行。

3. 搞好“二管五改”工作，管好粪便及水源　粪缸应集中，有条件时由生产队造无害化粪池（即三格化粪池），指定专人（清洁员）倒马桶及管理粪坑，定期下药。施用陈粪尿，严防粪便流入河中。有条件的地方，尽量吃用井水，人畜用水分开，同时不到有钉螺的河中洗澡、游泳。

4. 注意个人防护　下河下水前用生大蒜压碎，搽手足暴露部位；或用15%苯二甲酸二丁酯乳剂或20%松香酒精，在下水前涂擦皮肤，以防尾蚴侵袭。

思　考　题

1. 深刻领会毛主席《送瘟神二首》的伟大意义。
2. 请你拟订出防治血吸虫病的具体措施。

九、粪管和灭螺

（一）粪便管理

粪便是农业生产的重要肥料。但是，许多寄生虫的虫卵，如血吸虫、蛔虫、钩虫等等又都是通过粪便传播的。此外，还有许多肠道传染病，如伤寒、痢疾、传染性肝炎等，它们的流行也要通过粪便这一途径，而且粪便又是苍蝇繁殖的最好场所。所以，管好粪便，对于增产积肥、发展农业生产，以及消灭苍蝇、减少疾病、保护劳动生产力有着很重大的意义。

几年来粪便管理工作的实践，使我们体会到：要搞好这项工作，首先必须依靠党的领导，深入发动群众，采取扎实有力的措施，并认真落实好各项有关的政策。在这个前提下，还必须选好清洁员。应挑选思想好、工作认真的贫下中农来担任，其主要责任是负责倒洗马桶，进行粪缸或粪池的密封

及下药，以及做好缸、池周围的清洁工作。清洁员的职务应固定，不要随便调动。

粪便管理的具体方法，应根据各地的风俗习惯和具体条件，因地制宜地进行。常用的方法有：

1. **粪缸集中** 把每家每户的粪缸集中起来，由生产队集中倒马桶。这是一个细致的工作，要做好思想动员，充分发动群众，并订立制度，切实执行。已经集中的生产队要巩固提高。集中的粪缸最好离开水源 10 米以上，并且便于倒粪、出粪。地点要高燥。要搭棚加盖，保持清洁。应由专人倒马桶，定期下药。粪棚的要求是能遮风雨，可就地取材，用木料、竹头、稻草等建造。粪缸一半埋入土中，粪便倒满后，立即盖上缸盖，并用泥土密封。密封时间是夏季 3～5 天，春秋季 1 周，冬季半个月以上（粪内水分不可过多，否则时间要延长），即可杀死虫卵，这时施肥就无害了，而且粪便经充分发酵，肥效也提高了。

2. **建造无害化粪池** 无害化粪池的式样很多，其原理都是将池子分隔成三个池，粪便从第一池流经第二池又到第三池，在这个过程中，由于厌氧细菌群大量生长繁殖和发酵，并产生一定的温度和游离氨等，新的粪块很快被分解成稀粪液；同时还因寄生虫虫卵比稀粪液比重大而逐渐下沉，因而可对粪便中的致病性细菌和寄生虫卵起到沉淀和杀灭作用，从而达到无害化的目地。

(1) 三格化粪池（图 7-4）：是上海郊县常用的比较好的粪管方法之一，有条件的生产队都可以建造，其效果比粪缸集中更好。建造时使用水泥、钢筋、沙石、砖头等材料，池深 1.5 米，分 3 格，容量比例为 2∶1∶4。第一池到第二池的开口在距底部 40～50 厘米处，第二池到第三池的开口在距顶部

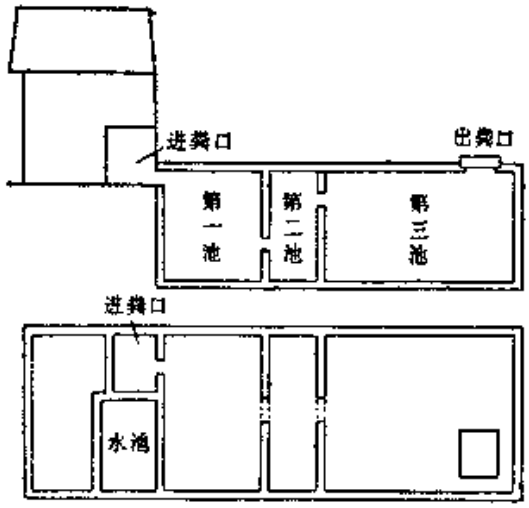
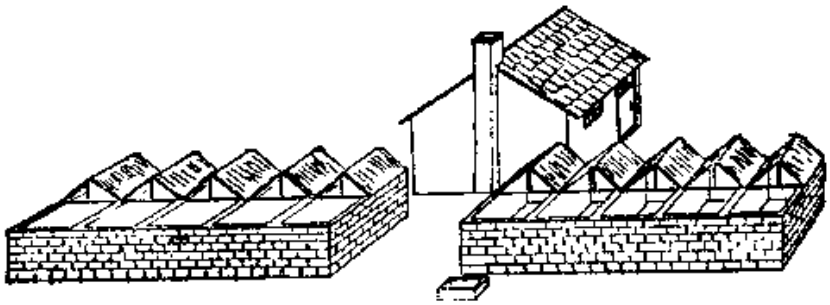


图 7-4　三池式无害化粪池示意图

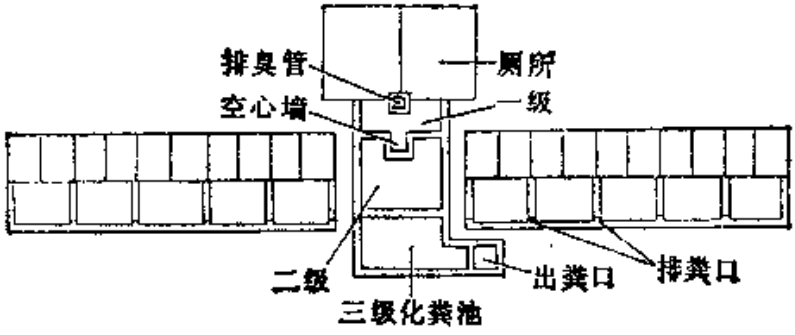
上图——侧面　下图——从上面看

50 厘米处。顶密封加盖。应根据生产队规模，建造得足够大，这样粪便流经三池，到出粪时须 7 天以上，即可达到杀灭虫卵的目的。无害化粪池同样应由专人倒洗马桶，专人管理，以保持清洁。

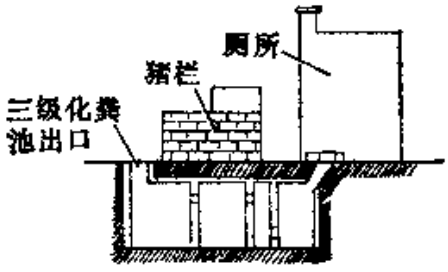
⑵ 联式猪栏、厕所三级化粪池（图 7-5）：是我国南方地区常用的比较方便，无害化程度较高的一种粪管方法，适用于居住比较分散的农村。建造时最好小型分散（十户左右一座），并以就近方便为原则。地势要高，距饮用水源要远一些。大小根据使用人数和猪粪尿量而定，结构上要求能防渗或防漏，每个池上需有活动的检查口，便于清理粪便和检修。在一级池上还需有高出厕所屋顶的排臭管。在每个池的隔墙过粪口处，高低要适宜。在一池上建造厕所，人的粪便可经蹲位下的滑粪道流入。第一级池过第二级池的过粪口开于隔墙高度的一半（隔墙砌至池顶的高度），在该隔墙的过粪口外则设有空心墙，其高度是隔墙高度的十分之九，这样可使



立体图



平面图



剖面图

图 7-5　联式猪栏、厕所三级化粪池示意图

第一级池内带寄生虫卵较多的底部粪渣和上浮粪皮不易流入第二级池，而中层稀粪液经过粪口再溢流过空心墙进入第二池去。人粪尿在第一级池内贮存 20 天后进入第二级池和猪粪混合，再贮存 20 天后流进第三级池去，而使猪、人粪达到

无害化。第二级池到第三级池的过粪口结构同第一级池到第二级池的相似，所不同的是空心墙的高度要低些，以防第二池的猪粪尿倒流入第一池内。三级化粪池建成后，先冲水满第一池，然后在厕所蹲位下安装倾斜 85 度角的瓦管或水泥管作为滑粪道(长 60 厘米、口径 16 厘米)，下口插入第一池的水平线以下 2～3 厘米处，形成水封，便后冲水，粪便经水封口到第一池去，可以达到防臭、防蚊和防蝇的目的。

3. 粪缸或粪池下药

(1) 防止生蛆：蛆是苍蝇的前身，灭了蛆就不会有苍蝇，对减少肠道传染病有很重要的意义。无论是集中的粪缸或无害化粪池，都应定期下药，以防蛆灭蛆。可以 90%敌百虫 8 克加水 16 斤，喷 16 只粪缸，每只喷 1 斤，先将表面粪皮搅碎，再下药，每周 1～2 次。也可用 6 %可湿性六六六粉，每 8 两加水 16 斤，同样方法喷 16 只粪缸。还可用苦楝叶、号桐杆、辣蓼草各等量，切碎，每百斤粪便加药 15～20 斤，充分搅拌，每半月撤放 1 次。

(2) 农忙急需用肥时，可以在每百斤粪内，加生石灰 1 斤，搅匀后，2～3 天即能施用。也可用氨水混合在粪便中，可杀虫卵并增加肥效。每担粪加 20%氨水 1 斤，1～2 天就能用。还可用敌百虫（甲基敌百虫，每担粪加 1 克，市售有药片，每片 0.5 克)、6 %可湿性六六六（每担粪加 3 两)等药物，24 小时后就可用粪。

4. 泥封堆肥 在远离水源与厨房的地方，选择一块合适的空地，在上面先铺一层垃圾再浇粪，再铺一层垃圾并浇粪，这样一层一层堆起来打结实，然后封 2～3 寸厚的河泥；如果是禽畜类的粪，只要先堆好后再用河泥封起来即可。夏天经 1 个月，冬天经 2 个月，就可充分发酵，既杀灭了虫卵

病菌，又提高了肥效。

5. **其他** 有条件的地方可建造沼气池，将人畜粪尿按一定比例混和密封，产生沼气，既杀灭病菌虫卵、提高肥效，又可利用沼气点灯煮饭。在居住非常分散的地方(如山区)，无法做到粪便集中，可每户砌建单坑粪房（家庭厕所)，即在粪房一角，用砖砌成一单坑厕所，便后加灰加盖，以防蝇防臭。坑内粪便满后，挖出放在沤灰粪池中密封 30 天后使用。

（二）灭螺

钉螺是血吸虫的中间宿主，因此，消灭钉螺，是消灭血吸虫病最重要的措施之一。必须充分发动群众，大搞群众运动，打一场灭螺的人民战争。要狠揭狠批刘少奇、林彪一伙在血防工作中的反革命修正主义路线，批臭那种“天上星星数不清，地下钉螺灭不净”和“大事不抓抓小虫”等等的谬论，提高广大贫下中农和灭螺队员的觉悟，为彻底消灭钉螺，实现“**一定要消灭血吸虫病**”的伟大目标而奋斗！

要搞好灭螺工作，首先必须建立血防领导班子，组织灭螺专业队伍，做到领导重视，统一安排，大家动手，专业队伍与群众运动相结合。赤脚医生和医务人员则要在灭螺工作中起好参谋和骨干作用。

钉螺是水陆两栖的软体动物，长短象稻谷，样子象螺丝钉。它的生活离不开水，常在阴暗潮湿、杂草丛生的河、沟岸边孳生活动。因此，这些地方应重点进行查灭。

灭螺工作必须坚持战斗，反复进行。要狠下决心，定出一套完整的措施，并结合农业生产进行。灭螺前要先组织专业队员查清螺情，做到有的放矢。以后还要反复查、反复灭，争取一年搞它几次，以巩固灭螺的战果。在查、灭的过程中还要注意作好记录，建立完整的资料，最好画出全大队的钉

螺分布图，并设立查灭螺专册。

灭螺的具体方法很多，应根据各地的情况因地制宜进行，主要的有以下一些：

1. **修筑灭螺带** 这是无产阶级文化大革命运动中革命群众创造的一种行之有效的灭螺方法。修筑灭螺带后，由于改变了钉螺的生长环境，可大大有利于今后查灭钉螺。因此，凡有螺的河道，都应修筑。方法是利用小汛低潮或筑坝降水，先在岸底无螺部位挖沟，挖出来的无螺土堆在河心侧筑成小坝，防止螺土滑落河心。沟的深度以足够容纳铲下的螺土为宜，先将螺土铲入沟内，然后再把河岸泥土层层铲下，向河心扩展 2～3 尺，形成一个踏步，高出常年水位线至少半尺。然后再把它的下侧面、平面和上侧面夯结实，做到三面光。群众总结了八个字的经验：抽（打坝抽水）、积（挑积河泥）、铲（铲光螺土）、埋（埋土入沟）、盖（取土覆盖）、夯（夯实沟土）、验（验收灭螺带）。灭螺带筑成后，必须经常整修，保持光洁。

2. **沿边浸杀** 这个方法用于河面宽阔、降低水位有困难的河、塘。先将药粉撒在近水位线的河岸上，每一百米河岸约撒五氯酚钠三市斤左右，然后把河岸上的草皮和有螺泥土连同药粉一起铲到近岸边的水里。药粉遇水溶解，就使钉螺接触后死亡。此药能毒死鱼类，应予注意。

3. **药物喷洒** 钉螺处于点段状分布，灭螺带上发现钉螺，或环境复杂及其他原因不能采用其他方法灭螺时，都可用此法。先将五氯酚钠加水配成 1～2% 浓度，再在有螺地方喷洒，力求细致、均匀，不要有多有少，也不要留下空白处。有杂草的地方要先割草后喷洒。

4. **土埋灭螺** 发现小片密度较高的钉螺，可用铲将螺土

统统铲起，填于事先掘好的沟中，边填边加五氯酚钠，然后盖上净土 4～5 寸，夯实。此外，还可结合平整土地、兴修水利，填河灭螺。先将无用的有螺河道适当开宽，将铲下的螺土铲至岸底，然后用无螺土填高压紧耙平。

5. **稻田灭螺** 可结合农业季节进行。春季插秧前，当稻田翻耕耙平灌水（水深三寸为宜）后，组织劳动力将稻田四周杂草铲入田中浸没，然后配药泼浇。药物按每亩用五氯酚钠二斤七两计算，先溶化于十粪桶水中，再均匀浇入田中。泼浇时田的四周要浇得多一些，中央适当少一些。浇好后再用粪杓将田中水泼浇四周田埂，以使田埂上的有螺土落到田中浸没。最后重新把田耙平一下。如此浸没 5～7 天后，再可插秧，否则秧苗要枯死。如在三抢季节，早稻收起后再进行稻田灭螺，因此时后季稻插秧任务比较紧迫，就不能单用五氯酚钠灭螺，而改为每亩用 7 两五氯酚钠、3 两血防 67 混合制成药液，再按上述同样方法处理。此法可以立即插秧，对农作物生长没有什么影响。

复 习 方 法

进行一次粪管及灭螺的实践。

十、钩端螺旋体病

钩端螺旋体病是由钩端螺旋体引起的急性传染病，农村中称稻季热或稻热病。临床上以高热、黄疸、肝肿大、各处出血现象、腓肠肌（小腿肚）痛、肾炎等为主要表现。传染源主要是受螺旋体感染的鼠、猪、羊、牛等。螺旋体随传染源的尿液排到水中，此时，如果人接触了疫水或湿土，或吃了被污染的食物、水，螺旋体可经皮肤、粘膜或消化道进入人体

内而致病。多发生在夏秋收割季节或暴雨洪水之后。如不及时治疗，病人可因肝肾功能衰竭而死亡，故必须认真加以防治。本病在祖国医学中属于“温病”的“暑温”、“湿温”及“阳黄”的范围。

症状 从病原体进入机体到发病潜伏期平均为10天。主要表现为：

1. 起病急骤，突然寒战、发热、乏力，持续5～6天后渐退，并有食欲减退、恶心呕吐、腹痛、腹泻、剧烈头痛等。全身肌肉常酸痛，以腓肠肌最为显著。腹股沟淋巴结肿大并有压痛。严重病例还可出现脑膜刺激征(颈强直)、昏迷、休克、说胡话等。

2. 热退后可出现黄疸，并有咯血、眼结膜充血、鼻出血、便血等多处出血现象，持续约10天左右。肝肿大并有压痛。还有少尿、尿闭甚至肾功能衰竭现象。

3. 病后半月左右，各种症状逐渐消退。

化验检查白细胞总数及中性细胞均增高，肝和肾功能减退，尿中出现蛋白、红白细胞和管型。

鉴别诊断 本病应与伤寒、疟疾、传染性肝炎、脑膜炎、肾炎等进行鉴别。

预防

1. 大力开展爱国卫生，搞好“二管五改”工作，发动群众防鼠灭鼠，保护水源与食物，使之不受鼠尿污染。

2. 流行地区在秋收前，尽可能把稻田积水放完，晒干后再行收割。或用飞机草(香泽兰)、生石灰、草木灰等处理疫田，一天后再下田劳动，以防止感染。

3. 预防注射 皮下注射钩端螺旋体疫苗1毫升，一周后再注射2毫升。

4. 对病人应做到早诊断、早治疗。病人小便可用漂白粉、石灰或草木灰进行处理。

5. 预防服药　可用穿心莲、土茯苓或千里光各1两，水煎服；或穿心莲片每天3～6克，分二次服。以上均在“双抢”、“三秋”或洪水期间每周连服3～4天，儿童酌减。

治疗

1. 卧床休息，多饮水，饮食以易消化的食物为主。治疗期间应严密观察病情，随时注意血压、脉搏、黄疸、出血、尿量等状况。

2. 必要时进行输液，静脉滴入10%葡萄糖及5%葡萄糖盐水，每日2,000～3,000毫升，以保护肝肾。有出血症状者，用维生素C、K及安络血等。

3. 青霉素对本病有效，一般用20～40万单位肌注，一日4次，连用1周；必要时首剂加倍。或用金霉素，每日2～3克。严重病例可青、链或链、四合用。小儿剂量酌减。

4. 服用草药“穿心莲”2两，水煎服；或穿心莲片剂每次2～6克，每日三次。

思　考　题

钩端螺旋体病是如何引起的？怎样预防？

十一、流行性出血热

流行性出血热是一种急性传染病。病原体可能是一种病毒。传染源主要是鼠类。传染途径说法不一，可能是寄生于鼠类体表的昆虫(草螨)叮咬人时将病原体传播给人；也可能是直接接触野鼠或其排泄物以及带有病原体的血液，通过破损皮肤而感染发病。好发于男性青壮年，发病季节大多在

5～6 月及 10～12 月，又多发生在低洼潮湿的地区及丘陵的草甸地区。临床上主要表现为发热、出血、低血压及肾脏损害等。

发病原理 本病的基本病变是病原体直接作用于血管壁，使全身小动脉和毛细血管广泛损伤和扩张，血管壁的脆性及通透性增加，引起皮肤、粘膜、内脏、组织充血和出血病变；由于血管扩张，大量的血浆外渗、血容量减少，可引起低血压和中毒性休克。肾脏的病变比较突出，主要表现为肾脏肿胀、变性、出血及坏死，加上全身血液循环障碍，可造成肾脏功能显著减退或衰竭而出现少尿、尿闭或多尿。其他如脑下垂体前叶、右心房、肾上腺皮质及消化道粘膜、蛛网膜下腔等处，均可有出血及坏死病变。

症状 少数病人起病缓慢而有一定的前驱症状，主要表现为食欲减退、恶心、腹痛、全身酸痛等上呼吸道感染症状。典型病例的临床经过可分为五个期：即发热期、低血压期、少尿期、多尿期和恢复期。

1. 发热期 发热为早期的主要症状，常伴有畏寒、头痛、眼眶痛、腰痛等“三痛”症及腹胀腹泻、苔薄白、脉浮数等，祖国医学认为“邪在卫分”。体温可急剧上升，一般在 39°～41°C 之间，以弛张热型为主，也可为稽留热型或不规则热型，并出现舌红黄、脉洪数等，祖国医学认为“邪在气分”。本期的特征是出现充血和出血现象，多在起病第二日开始，可见到酒醉状颜貌，即表现为“三红”（面红、颈红、肩及胸部皮肤潮红），球结膜水肿，眼睑浮肿，同时皮肤及粘膜充血或有点状、线状或片状出血，甚至呈紫癜样出血，多见于软腭、球结膜、腋窝等处，严重时可有衄血、呕血、咯血、尿血、便血等，此时舌红绛、脉细数，祖国医学认为“邪在营血”。其它还可有肝、脾肿大等。

本期是毒血症过程的开始，约持续 4～7 天。随着病情的进展，全身症状逐渐明显。热度退后，出血及全身衰竭和中毒现象反而加重。如果出现烦躁不安、谵狂等精神神经症状时，常常是低血压休克的先兆。

2. 低血压(休克)期　一般在病后 4～6 天热退后出现，也可发生在发热期。轻者血压略有波动，持续时间较短。重者血压骤然下降，甚至为零，产生低血压性休克，且持续时间较长。休克时患者皮肤灰白、口唇青紫、肢体冷湿、出汗多、口渴、呕吐恶心加重、尿量减少、脉搏细弱，还可出现心力衰竭。一部分患者可表现为烦躁不安、谵语、精神错乱、抽搐、昏迷等精神神经症状。此时，祖国医学称为“阳气虚脱”。本期一般持续 1～3 天左右，此期间出血现象常增剧。

3. 少尿期　一般发生在病后 6～8 天左右。随着病情的进展，肾功能进一步减退，病人尿量减少，严重者为尿闭。恶心呕吐，腰痛、头痛、眼眶痛，全身各处出血，以及精神神经症状日益加重。病人呈极度衰竭状态，常常伴有酸中毒和尿毒症，并可有高血压、消化道大出血、心力衰竭、肺水肿等严重并发症。本期可持续 3～7 天。

4. 多尿期　由于本病的肾功能衰竭为暂时性的，随着肾脏组织的恢复，肾脏的血液循环得到改善，其功能也就逐步得到恢复。本期大都在病后 10～14 天开始，持续数日或数周不等。主要表现为尿量增加，每日可达数千毫升，全身毒血症状好转，皮肤瘀斑及粘膜充血逐渐吸收。此期如不及时补充液体及电解质，可引起脱水及电解质紊乱，甚至再度出现休克。

5. 恢复期　一般在病后 3～4 周开始。尿量逐渐恢复正常，全身一般情况好转，除软弱、乏力外，无明显自觉症状。

上述各期并非每个病例都有，而且各期之间无明显界限，并可相互重叠。如低血压期常和少尿期重叠等。本病病程经过共约 1～2 个月左右。

实验室检查，早期白细胞总数常增高，少数病人可有类白血病反应（白细胞总数高达 5～6 万/立方毫米），淋巴细胞增多，并可有异常淋巴细胞；血红蛋白增高；血小板则减少。尿液中早期即有蛋白、红细胞及管型，尿比重早期及中期正常或较大，多尿期则较小。二氧化碳结合力降低，非蛋白氮增高（肾功能衰竭时）。

鉴别诊断 本病应与流感、流脑、钩端螺旋体病、败血症、紫癜、肾炎等相鉴别：

1．流感 有明显的上呼吸道症状如鼻塞、流涕、打喷嚏、咽痛、咳嗽等，无明显的出血现象。尿常规检查无改变，白细胞计数偏低，异常淋巴细胞不增多。热退后全身中毒症状随之好转。

2．流脑 多发于冬春（2～4 月）季节。发病早期全身皮肤即可出现瘀点或瘀斑，多为散在性。有明显的脑膜刺激症状。脑脊液涂片可找到脑膜炎双球菌。磺胺药或抗菌素治疗有效。

3．钩端螺旋体病 多见于夏秋多雨、潮汛季节，有疫水接触史。发病急，有寒战、全身酸痛、乏力、颜面充血及全身中毒症状。有明显的肌肉痛，尤以腓肠肌痛为明显。浅表淋巴结肿大并有压痛。尿检查无明显改变，血象检查异常淋巴细胞增高不明显。可有肝脏肿大及黄疸。血液涂片可查到病原体。抗菌素治疗有特效。

4．败血症 发病前常有感染性原发病灶。寒战高热明显，以弛张型高热为主，多无球结膜充血及水肿表现。白细胞明显增高。全身皮肤可出现散在性的小点状化脓性皮疹及瘀点。肝、脾常肿大。血液培养可查到致病性细菌。抗菌素治疗有效。

5．血小板减少性紫癜 多为慢性病过程，无严重的发冷发热及全身中毒症状，出血现象多为瘀点或瘀斑和粘膜出血。白细胞变化不大，血小板计数明显减少。极少有肾功能衰竭的表现。

6．急性肾炎 发病无季节性，病前常有溶血性链球菌感染的病

史。发冷发热多不严重，早期可有眼睑、面部及下肢浮肿和血压升高。无明显充血及出血现象。

预防

1．开展大规模的灭鼠运动，这是消灭流行性出血热的关键性措施。加强防鼠灭虫（草螨）的措施。

2．大搞环境卫生，人畜应分居，尽量居住在干燥、通风和清洁的房间内。在流行地区劳动时，尽量做好个人防病保护，如扎紧衣、裤袖口，避免被螨叮咬等。

3．加强食物的保管，防止鼠类污染。不吃被鼠咬过的食物。

治疗 本病尚无特效的治疗方法，应针对发病原理进行综合性治疗。要狠抓三早（早发现、早治疗、早休息），把好三关（低血压关、酸中毒尿毒症关、广泛性出血关），并做好护理工作。

1．发热期

(1) 一般治疗：卧床休息，给富有营养而易消化的半流质软食，补给足够的水分及维生素。高热可用物理降温（具体详见第十六章高热一节），避免大量使用发汗退热药，以防发生虚脱及休克，并慎用镇静剂。

(2) 激素治疗：可减轻毒血症状。一般用氢化考的松100～200毫克加入葡萄糖溶液中静滴，每日一次；或口服强的松10毫克，每日3～4次。

(3) 有出血者可用维生素C 500～1,000毫克加入葡萄糖溶液中静滴，也可肌注维生素K_3 4毫克，每日2次。

(4) 抗菌素对本病疗效不显著，有时为防止继发感染，可酌情使用。

(5) 辨证论治

① 热在卫分：治宜辛凉解表，可用银翘散（见205页）加减，即渴甚加天花粉，胸腹斑疹隐隐去豆豉、荆芥，加生地、丹皮、大青叶。

② 热在气分：治宜辛凉清气、滋阴解毒，可用石膏知母汤（见209页）加麦冬、生地、元参、银花、连翘、葛根等，兼腹痛胀满、大便燥黑、烦躁谵语等已为热结肠胃，可用增液承气汤加减，即芒硝（冲服）、大黄（后下）各3钱，麦冬、生地、元参各5钱～1两，水煎服。

③ 热入营血：治宜清营泄热、凉血解毒，可用清营汤加减，即水牛角1～2两，生地、银花、连翘各5钱，元参、竹叶、麦冬各3钱，丹参4钱，黄连2钱，水煎服；如出血严重、舌深绛或光剥者，加白茅根4两，体寒肢厥者配服安宫牛黄丸。

2．低血压休克期

(1) 退热时应密切观察血压变化。有低血压倾向时，应立即针刺内关、涌泉、足三里、百会等穴，静脉推注50%葡萄糖50～100毫升及维生素C 1克，并用10%低分子右旋糖酐葡萄糖溶液1,000～2,000毫升加4%碳酸氢钠250～500毫升或11.2%乳酸钠60～100毫升静滴，以补充血容量及纠正酸中毒。如经上述治疗后血压仍很低，可酌情应用去甲肾上腺素、新福林或异丙肾上腺素、阿托品等升压药，并合并使用激素，以增加肌体对升压药物的反应（具体详见第十六章休克节）。

(2) 中草药治疗　治宜回阳固脱、益气救阴，可用六味回阳饮加减，即党参5钱，炮姜、附子、肉桂3钱，当归1钱，加葱白4枚，水煎服。

3．少尿期

(1) 治疗原则同急性肾功能衰竭。可使用利尿剂以解除肾脏血管痉挛，常用的有利尿合剂，即咖啡因0.25～0.5克＋氨茶碱0.25克＋维生素C 1～2克＋普鲁卡因0.25～0.5克＋氢化可的松25毫克＋25%葡萄糖200～300毫升，每日一次静脉滴注，有强大的利尿作用。应严格控制液体的出入量，饮食中的液体要限制，以防反复肺水肿。如有尿毒症及酸中毒时，可用11.2%乳酸钠加入补液中静滴。因尿少而有高血钾时，可用大量葡萄糖溶液合并胰岛素治疗。有出血者，可使用维生素K_1、安络血、凝血质等药物，处理原则同消化道出血。有抽搐者可用止惊剂如安定、阿米妥钠、苯妥英钠等。

(2) 中草药治疗：治宜滋阴降火、解毒利尿，可用六味地黄丸(见226页)改汤剂，并加知母、黄柏、焦栀、黄芩、麦冬、阿胶等，另用白茅根4两煎汤服；如神昏谵语，可服安宫牛黄丸。

4. 多尿期

(1) 多尿能引起失水和电解质紊乱，治疗时应按病人排出的尿量，补充足量的液体和钾盐。尽量给予口服，并每次服用氯化钾1克，一日3次，以防止低血钾症及休克。

(2) 中草药治疗：治宜滋补肝肾、益气生津，可用六味地黄汤(见226页)去泽泻、丹皮，加党参、麦冬、天花粉等。

注：本病除上述辨证施治之外，早期尚可服用单味草药蜈蚣菊，疗效良好；少尿期还可用导泻逐水法，即使用大黄、芒硝或番泻叶。此外，在发热期、少尿期和多尿期，多饮用西瓜水对治疗有一定帮助。

思 考 题

流行性出血热是如何引起的？临床上有什么特点？怎样预防？

十二、灭　鼠

老鼠对人类的危害是很大的，不但能传播鼠疫、钩端螺旋体病、恙虫病、地方性斑疹伤寒、流行性出血热等多种疾病，还要偷吃粮食（1只老鼠每年吃粮食约18斤），咬破衣被、家具，破坏建筑物，有时在河堤上打洞造成灾害。因此，消灭老鼠具有重大的经济和卫生的意义。

老鼠是胎生的哺乳动物，生殖力很强。一只母鼠一年要生4～6胎，每胎5～8只。春秋两季是老鼠繁殖最旺盛的季节，也是灭鼠保粮的好时机。

灭鼠的主要措施有：

1. 可以采用鼠夹、鼠笼、水缸浮糠、抽屉扣、石板压等法，各地可因地制宜创造和推广各种有效方法。

2. 挖鼠洞或灌水　主要用于野外消灭田鼠。凡是发现洞口下方光滑，洞外有土粒碎小的新土堆，或在冬天洞口因老鼠呼吸挂有白霜时，可顺洞挖鼠，或在洞内大量灌水。

3. 药物毒鼠　常用的有安妥和磷化锌，可与番薯、面粉制品、米饭、油条等调拌均匀制成毒饵〔音耳，ěr〕（一般以2％浓度为宜，拌时不要用手接触食品），放置老鼠常到的地方。应注意观察，并防止儿童及家禽误食中毒。

4. 烟熏灭鼠　在仓库、地下设施，可燃烧硫黄（每立方米约100克），使产生二氧化硫气体后，密封熏蒸5～8小时。

5. 其他　如养猫捕鼠、翻草堆捕捉田鼠等。

复习方法

请你在本大队组织一次灭鼠运动。

十三、水　　痘

水痘是由水痘病毒引起的较轻的儿童时期常见的急性传染病，以6月～4岁内的幼儿发病最多，但新生儿以及成人也能受感染。冬春二季发病比较多见。感染后可获终身免疫。

病因和发病原理　水痘病毒存在于病人的口、鼻、咽部分泌物中，当咳嗽、说话、打喷嚏时，可经呼吸道飞沫传播开来；也可因接触疱疹或被病毒污染的用品而受感染。病人是唯一的传染源。从发病第一日起到到全部皮疹干燥结痂前都有传染性。

病毒由口、鼻进入呼吸道后进行繁殖，然后侵入血液循环，引起轻微的病毒血症及全身和局部的临床表现。祖国医学认为本病是感染风热挟湿所致。

症状

1. 潜伏期　短者2天，长者可达3周，平均14～16天。

2. 前驱期　大部分病人无明显症状，偶有轻微头痛、周身不适、食欲减退、略有发热及上呼吸道感染等症状。但年长儿及成人可较严重。此期约1天。

3. 出疹期　发热数小时或1天后出现皮疹，因大多数病人前驱期无明显症状，故起病时皮疹已发现。皮疹的分布为向心性，躯干及四肢的近端多见，受刺激的地方较稠密；有时在口腔粘膜处也可有类似皮疹出现。皮疹初出现时为斑疹，数小时后变为丘疹，24小时内成为疱疹。此疱疹比较浅，按之无坚实感，大小不等，多呈椭圆形，内含液体，初为澄清透明，后可混浊；如有继发感染时，可成脓疱。壁脆易破，周围绕有红晕，往往很痒。约3～10日即枯萎成痂〔音加，jiā〕盖，再数日痂盖即充分脱落，不留麻点。但有继

发感染时可留永久性疤痕。水痘另一特点是，每批皮疹皆经过斑疹、丘疹、疱疹及痂盖阶段，所以在出疹2～3日后，在病人身上即可见到各期皮疹同时存在。这个特点在症状严重及有继发感染的成人身上也很明显，是与天花区别的一个主要体征。此外，天花是在发热后第三日出疹，且呈离心性分布(即面部及四肢多、躯干少)。

此期祖国医学称为风热挟湿，除上述症状外，还可兼见脉浮数。

并发症 主要是皮肤的继发性细菌感染，以溶血性链球菌和金黄色葡萄球菌感染最为多见。主要表现为脓疱病、疖、淋巴结炎等，偶可有败血症。此时体温升高，并见舌苔干黄、脉洪数等，祖国医学称为风热炽盛。

鉴别诊断

1. 天花 详见下述。

2. 脓胞症 好发于脸部，鼻、唇周围和四肢暴露部位。疱疹一般较水痘的疱疹为大，周围没有红晕，初为疱疹，继而成脓疱，然后结痂，无分批出现的特点。

3. 带状疱疹 皮疹沿一定的神经干分布，不对称，局部有明显的剧痛。

预防 发现病人应及早隔离，直到全部皮疹干燥结痂为止；密切接触的儿童应观察三周。有条件时可对体弱儿童注射丙种球蛋白。

治疗 主要是对症治疗及预防感染。若有继发感染者，可用抗菌素，如青霉素或四环素等。局部外涂龙胆紫或抗菌软膏。

中医药治疗属风热挟湿者，治宜疏风清热除湿，可用连翘、金银花、赤芍、板蓝根各3钱，蝉蜕〔音退、tuì〕、甘草

各1钱，地丁草2钱，滑石4钱，水煎服，连服3～4天；属内热炽盛者治宜清热解毒，用花粉片、蒲公英、鸭跖草各4钱，银花、连翘、大青叶各3钱，黄连1钱，水煎服。还可用单味草药忍冬藤或野菊花1两，水煎服。疱疹搔破溃烂者可用中成药碧玉散外扑。

思考题

水痘的特点是什么？如何处理？

〔附〕天　花

天花是由天花病毒所致的急性烈性呼吸道传染病。解放后，由于广泛开展牛痘预防接种工作，天花在我国已经消灭。但因国外还有流行，为了防止从外面传入，故仍有必要讨论一下。本病多发于冬春寒冷季节，不论男女或年龄大小，凡是没有种过牛痘或体内没有免疫性的人，都可感染，患病后可获得终身免疫。

病因和发病原理　天花病毒存在于病人的口、鼻、咽的分泌物以及痘浆和结痂中，当病人咳嗽、打喷嚏或说话时，病原体伴随飞沫喷出到空气中，健康人如从呼吸道吸入，则可发病。此外，也可因接触疱疹或被病毒污染的衣物、用品等而传染得病。病人是唯一的传染源。天花病毒侵入人体后，先进入血液循环，产生全身病毒血症，进一步再侵入到内脏器官及皮肤。其主要的病理变化以皮肤和粘膜最为突出和严重。因病变常累及真皮层，故愈后常留有疤痕。内脏也可有炎症或出血病变。

症状

1．潜伏期　一般为8～12天。

2．前驱期　发病比较急骤，多以头痛、发冷或寒战、高热等症状开始，体温可高达41℃，持续不退。常伴有恶心、呕吐、惊厥、精神不安等症状。前驱期约可持续1～3天。

3．发疹期　前驱期后即开始发疹。皮疹的分布在身体暴露的部位

如面部和手脚等处较多，呈离心性分布。皮疹先从前额及发际和手腕处发生，逐渐蔓延到四肢和躯干全身，在受到压力和磨擦的部位（如脸部、枕、背、臀部）常更为稠密。全身皮肤可发红及微肿胀。最早的皮疹是一种红色小斑疹，数小时后即变成丘疹，呈圆形，边缘清楚，大小相似，摸之有坚实感，基底部在皮肤的深处。丘疹出齐后，体温下降。经2～3天的丘疹时期后，逐渐变成疱状，称为痘疱。疱先起于丘疹的周围，中间常凹陷成脐状。疱疹周围的皮肤发红，至7～8天后疱疹灌浆，逐渐变成脓疱。这时体温再度上升，全身中毒症状加重。稠密部位可融合成片状。除皮肤外，在口、咽、舌、眼等粘膜处也可发生类似疹子。

4．结痂期　脓疱形成2～3天后，逐渐收缩、破裂或干瘪，以后即成痂盖。此时体温渐降。在2～4周内，痂盖逐渐自然脱落，并发生痒及疼痛的感觉。痂盖脱落后大多数遗留下永久性疤痕，即普通所称的“麻点”或“麻斑”。

检查　患者除有典型的皮疹特点和全身中毒症状外，肝脾也常肿大，并可有压痛。实验室检查早期白细胞常减少，脓疱期则有白细胞增高。

除了上述典型的表现外，在流行期间，有时还可见到一种皮疹明显融合、全身中毒症状极为严重的天花，称为重型天花。临床上以全身广泛出血和中毒为主要症状。实验室检查可有肝脏或其它内脏功能障碍的表现。病情险恶，如不及时抢救，可迅速导致死亡。

并发症　以皮肤继发化脓性细菌感染最为多见，重者可引起败血症、脑膜炎、肺炎等。皮疹侵入角膜而引起溃疡者，可导致失明。

鉴别诊断　本病主要应与水痘相鉴别，其鉴别要点详见下表：

此外，本病在前驱期皮疹时应与猩红热和麻疹相鉴别，详见有关节。

预防

1．严格隔离病人　发现天花病人或疑似者需立即隔离治疗，并迅速进行传染病报告。患者隔离期应从发病开始一直到痂盖完全脱落为止。病人的住房、衣、被、日用品、排泄物等部位都应严格进行消毒。

天花与水痘的鉴别表

		天　　花	水　　痘
病人年龄		儿童与成人都可发病	儿童占绝大多数
种痘史		从未种痘、多年不种或种痘不发者	与种痘无关
接触史		同地区有天花病人，并有接触史	同地区有水痘病人，并有接触史
潜伏期		较长，3～4日后出疹	较短，出疹不超过发病后24小时
全身症状		较重	较轻
皮疹	分　布	离心性，多见于头面、四肢	向心性，多见于躯干
	特　性	皮疹密度较大，多为圆形，中心凹陷成脐状，深藏皮内，触之有坚实感，大小相似	皮疹较稀，多为椭圆形，中心无凹陷，疱疹浅表，无坚实感，大小悬殊
	类　型	在身体同一部位有同一类型的皮疹	在身体同一部位可发现各阶段的皮疹
	疤　痕	痊愈后遗留疤痕	痊愈后一般无疤痕
发　热		前驱期、化脓期发热，出疹期热反而降低	与发疹同时发热，无化脓期发热

2．接种牛痘是预防本病的有力武器，凡新生儿应于出生后六个月以内种痘一次，以后每隔4～6年复种一次，流行时期如与天花病人接触，最好再种一次。

3．凡与天花病人接触者都应观察留验3周。

治疗

1．患者应卧床休息，经常改变体位，以免发生褥疮。要供给充足的水分，并给予易消化的饮食，注意保持口、鼻、咽、眼的清洁卫生。

2．对症处理　对高热者可用退热剂，烦躁不安者可用镇静剂等。

3　局部处理　目的是为了减轻痛痒感和防止继发感染。可用

1:4,000的高锰酸钾溶液、2%石炭酸油膏或在温水内加少许碳酸氢钠轻洗患处。痂盖宜任其自行脱落，切忌强行剥脱。有角膜溃疡时可选用适当的消炎眼膏，避免抓伤皮疹。

4. 防治继发感染　可用清热解毒的中草药，也可用磺胺药及抗菌素治疗。

思考题

天花与水痘如何进行鉴别？

十四、麻　　疹

麻疹俗称"出痧子"，是由麻疹病毒引起的具有高度传染性的儿童呼吸道急性传染病，在祖国医学中属于温热病的范围。病人是唯一的传染源。麻疹病毒存在于病人的鼻咽、血液、眼结膜等处，当病人咳嗽打喷嚏时，病毒随飞沫散播到空气中，未患过麻疹的小孩吸入后就得此病。临床表现以发热、粘膜斑(旧称费科氏斑)、感冒症状和红色斑丘疹为主。生过一次麻疹后一般可终身免疫，但也有个别得二次的。未满半周岁的婴儿，因有来自母体的免疫力，故不易感染。本病多见于冬春季。出疹前后5天为传染期。

发病原理　病毒从上呼吸道进入人体后，首先在呼吸道粘膜和淋巴组织内进行繁殖，继而侵入血液循环，引起病毒血症及全身病变。主要病变为皮肤上产生皮疹，并在粘膜上产生粘膜斑。此外，有的病人由于病毒毒素的作用，可使肺泡和毛细血管扩张、充血、水肿，因而并发肺炎，同时全身的淋巴组织也可发生充血及网状细胞增生而出现肝脾肿大。

症状

1. 潜伏期　一般为8～14天，平均11天，个别接受过

预防注射的可达 3 周以上。

2. 前驱期　3～4 天。起病较急，主要表现为发热、喷嚏、咳嗽、咽部及结膜充血、流泪、怕光、头痛、呕吐、腹泻等，很象伤风感冒。一般患者在第二、三天，两侧口颊粘膜近臼齿处可见到针尖大小、灰白色沙粒状、周围有红晕的斑点，称为粘膜斑(旧称费-科氏斑)，但一部分患者无此斑，应予注意。祖国医学认为此时邪在肺卫。

3. 出疹期　2～5 天。在口腔粘膜斑出现的第二、三天，也就是在发热第四天开始出现皮疹，最初起于发际、额部、耳后、颈部等处，随后渐渐延及胸、背、腹部，最后到达四肢、手心和脚底心，约 2～5 天后出齐。皮疹是一种细小、鲜红色或玫瑰色的斑丘疹，略凸起，大小不等，疹子稠密增多时可逐渐融合成片状，并成暗红色，但疹子之间仍有正常的皮肤。出疹时热度甚高，可达 39°～40°C，并有烦躁、谵妄或抽搐、咳嗽增剧、两眼红肿、声音嘶哑等，全身中毒症状常加重，有时还有轻度腹泻。检查肺部可听及少量罗音，颈淋巴结和肝脾可肿大。

祖国医学把发热和缓，精神安静，咳嗽无气促，疹子按先头面后躯干四肢的次序出，颗粒分明、匀净，疹色红润，体质良好者称为顺证；而把高热，气促，烦躁不安，发热时间过长或过短，或当热不热、当退不退，疹出过早或推迟、不按次序、稠稀不匀，疹色紫暗或淡滞，以及体质虚弱，或麻疹发在其它病之后者称为逆证。

4. 恢复期　2 周左右。皮疹出齐之后，按出疹的程序逐渐消退。此时体温慢慢降至正常，食欲增进，全身症状减轻。皮疹处先出现糠秕样脱屑，后留下棕色斑痕(色素沉着)，二周以后再退去。多数患者，麻疹病程经过都较顺利，前后共

约 10～14 天。部分患儿可有唇干舌燥、脉细的伤阴症状。

并发症 因本病是感外邪所致，因此疹子出得越透，疹毒也就透得越净。相反，如正气不足或护理不当、重感风寒、疹出不透或刚出骤回、疹毒不能发散而内陷，则可引起并发症，常见的有：

1．喉炎 多见于幼儿。表现为声音嘶哑、犬吠样咳嗽及喉头阻塞而引起呼吸困难，严重者有生命危险。

2．支气管肺炎 是最常见的并发症，也是麻疹死亡的主要原因之一，多半由肺炎球菌引起。病儿呼吸困难，口唇青紫或苍白，鼻翼扇动，烦躁不安或昏睡。肺部听诊有细湿罗音。一般病儿肺炎时体温升高，血中白细胞增多。但在营养不良、抵抗力弱的病儿，有时体温反而降低，血中白细胞也不增多，这是由于机体反应性差之故，是预后不良的征兆。具体详见第五章支气管肺炎项。

3．脑炎 多见于 6 个月以上至 6 岁之间的患儿，可能是由于抵抗力差的条件下病毒侵入脑组织所致。常于出疹后 3～6 天发生，表现为神智模糊、头痛、恶心、呕吐较剧、颈强直、屈腿伸膝试验（旧称克氏征）和划跖试验（旧称巴氏征）阳性等，可导致死亡或遗留后遗症。

4．其他并发症 如中耳炎、鼻旁窦〔音豆，dòu〕炎、维生素缺乏症、口腔炎、脓性结膜炎、角膜软化、阑尾炎、结核病变播散等，较少见。

鉴别诊断

1．猩红热 发病突然，没有口腔粘膜斑，而有咽部明显充血或扁桃腺肿大。皮疹多半在发病的当天或第二天出现，并在 24 小时内出齐。皮肤呈弥漫性红色，压之退色，有密集成片的红色丘疹。疹子之间无正常的皮肤。有时舌头成杨梅状。口唇周围有苍白的圈，折皱处有线状疹，落屑（皮肤脱屑）多呈片状。血液内白细胞增多。

2．风疹 无前驱症状，病势轻微。发热不高（38°左右），无粘膜斑，一、二天内出疹，皮疹稀疏淡红，有痒感，三～四天内消失。疹

子退后无色素沉着及脱屑。枕部及耳后淋巴结常肿大并有压痛。

3. 幼儿急疹　仅见于婴儿。起病急骤，突发高热，持续3～4天后下降，退热后才出现皮疹。皮疹较细而稀少，先见于躯干，然后遍及全身。疹子速发速退，1～2天内退尽，无色素沉着及脱屑。枕部及耳后淋巴结常肿大。

预防

1. 控制传染源　应隔离患者，对麻疹病孩和可疑者做到五个早：早预防、早报告、早隔离、早诊断、早治疗，做到病人不出门、医药送上门，同时做好说服教育工作，尽量减少串门，易感儿童更不宜入内。

2. 切断传染途径　要掌握好队内易感儿童的情况，加强对家属的卫生宣传工作，在流行期内尽量不到麻疹病人家中及热闹公共场所去，以免传染。

3. 保护易感者　对接触过麻疹的易感儿童，应加强访视观察，自接触后7～8天开始，隔日访视1次，共3～4次。同时使用中草药预防，即金银花藤5钱、荠菜4钱、甘草1钱，水煎服，连服5天。对2岁以下体弱儿童，更应及早采取预防措施，如注射胎盘球蛋白或父母（出过麻疹者）的血液等。此外，在有条件的地区，应对6个月以上易感儿童，全面作麻疹减毒活疫苗预防注射。

治疗

1. 一般疗法与护理　良好的护理是本病的关键。患儿应早期隔离，卧床休息，多喝开水。房间宜清洁、通风，多开门窗以保持室内空气新鲜。注意保暖，但应防止过热，切忌用老法“窝痧子”，以防并发症产生。盖被时头要露在外面，使呼吸通畅。饮食宜易于消化而富有营养，可适当吃些精肉汤、鲜鱼汤、蛋汤、新鲜蔬菜汤等，防止老法“忌嘴”，

以免发生营养不良和维生素缺乏症；当然也要防止过食油腻，以免消化不良。口、眼、鼻、皮肤、面孔应保持清洁，天天洗脸，以免局部发生溃疡和糜烂。在麻疹流行期间，赤脚医生应加强巡回访视，密切注视病情进展，待病情好转后再隔天访视，帮助病家作好病孩护理，并作适当对症处理。

2. 中草药治疗　以轻宣清肺为主，但在各个阶段，尚应辨证施治，灵活应用。

⑴ 麻疹初期病邪在表，应祛疹毒外泄，治宜辛凉解表，一般以提疹(透法)为主。可用西湖柳 4 钱，牛蒡子、荆芥各 3 钱，芫荽〔音元虽，yúan sūi〕2 钱，水煎服；或豆卷 3 钱、浮萍草 1 钱，水煎服。

⑵ 出疹时以清热解毒为主。可用鲜芦根 1 两，金银花、连翘、鲜生地、象贝母各 3 钱，水煎服；或用生石膏 5 钱、牡丹皮 3 钱、白茅根 1 两、小青草 4 钱，水煎服。疹出不透者，可用鲜芫荽、虎牙草、紫背浮萍、西湖柳各 3 钱，水煎服，或用上方煮热后，趁温揩擦面部、四肢和全身皮肤（药液冷后可再加温），以促进透疹，一般应连续应用 2～3 天。对体质过度虚弱者，可配合肌肉注射母血或胎盘球蛋白等。

⑶ 恢复期以清热生津为主。可用天花粉、薏苡仁各 3 钱，北沙参、麦冬各 2 钱，水煎服；或用北秫〔音熟，shú〕米 3 钱、大红枣 6 枚，水煎一次服。

3. 对症处理

⑴ 高热惊厥：如患者病情尚可，而体温高达 40°C以上，应适当注射退热剂（体温在 39°C 左右不必应用退热剂），以防惊厥，但剂量不可过大。常用复方氨基比林 0.5～1～2 毫升/次（视年龄而定），作肌肉注射，年长儿童可服 A．P．C 10 毫克/公斤/次。如已出现惊厥，即应注射退热剂及鲁米

那，剂量宜稍大，鲁米那可用至5～8毫克/公斤/次，必要时也可肌注冬眠灵1～2毫克/公斤/次。

⑵ 咳嗽气急：一般的可用复方甘草合剂、伤风止咳糖浆等口服。如咳嗽气急厉害，肺部罗音明显，则用抗菌药物如SD 0.1～0.2克/公斤/天，或合霉素50毫克/公斤/天，均分4次口服；或链霉素20～40毫克/公斤/天，分2次肌注，以及青霉素20万单位，每日2次肌注等。气急也可用氨茶碱5毫克/公斤/次，口服或注射。

4．并发症的处理 发现并发症应及早采用中西医结合的方法进行治疗。

⑴ 喉炎：可使用磺胺药或抗菌素（以青霉素为好），并合并应用宣肺开肺、清热透疹的中草药，一般可用山豆根、板蓝根、元参、赤芍各3钱，射干、浙贝母各2钱，蝉衣、儿茶各1钱，麻黄半钱，水煎服。治疗期间，应随时注意病情，防止喉头阻塞现象，必要时可使用激素、气管切开等。

⑵ 支气管肺炎：及早采用青、链霉素及中药麻杏石甘汤（见205页）加桑皮、射干、紫菀等治疗。如有心力衰竭或病情严重者，在抢救的同时，应转送卫生院或县医院，具体详见支气管肺炎节。

⑶ 脑炎：主要是止惊降温，可用牛黄清心丸半粒每日3次口服，或水牛角1～2两煎2小时分二次服下；也可用醒脑净（安宫牛黄注射液）2～4毫升肌注或静注。必要时转院抢救。具体详见乙脑的治疗。

⑷ 其它如中耳炎、鼻旁窦炎等治疗详见有关章节。

思 考 题

1．麻疹流行期间，你如何向群众宣传预防知识及护理知识？

2．如何对麻疹病人进行访视？

3．麻疹出不透如何处理？麻疹并发肺炎如何治疗？

〔附〕 风疹和幼儿急疹

(一) 风疹

风疹是由风疹病毒引起的小儿时期较轻的急性呼吸道传染病，多见于5岁以下的幼儿，6个月以下很少发病，好发于冬春两季。临床上以轻度的上呼吸道感染、特殊的斑丘疹和耳后枕部淋巴结肿大为主要表现。病人是唯一的传染源，其血液和咽部分泌物中含有风疹病毒，当咳嗽、喷嚏、说话时，可通过空气、飞沫吸入呼吸道而传染。从发病开始到皮疹消退为止属于传染期，尤以前驱期的传染性为最强。患病后可终生免疫。

祖国医学认为本病主要由于外感风热时邪所致。

症状

1. 潜伏期　一般为14～21天。

2. 前驱期　比较短，约一天左右。症状轻微或无症状。有的病人可有轻度发热、咳嗽、流涕、食欲减退等，有时还伴有轻度腹泻、呕吐及喉痛。

3. 出疹期　皮疹通常于前驱期后1天内出现，最早见于面颈部，一天内迅速蔓及全身。皮疹呈浅红色小丘疹或斑丘疹，大小不一，分布均匀。四肢远端皮疹稀少，手掌和足心大都无皮疹，而躯干部皮疹则可密集成片状，很象猩红热样皮疹；面部及四肢疹子往往融合，很象麻疹。可伴有轻度瘙痒感。出疹期常有淋巴结肿大，多见于枕部、耳后，其次为腋下及腹股沟淋巴结。肿大的淋巴结有压痛，但无化脓趋向，多在数日内自行消退。此期一般约1～4天。

4. 恢复期　皮疹大都在第四日消退，退疹后一般无斑痕或色素沉着，偶有糠屑样脱皮。随着皮疹的消退，全身其它症状也随之消失。

实验室检查，前驱期及出疹初期血中白细胞总数、中性白细胞及淋巴细胞均减少，出疹后淋巴细胞可增多。

并发症　比较少见，有时可并发扁桃体炎、中耳炎、支气管炎等。孕妇在妊娠四个月内患风疹，常可使胎儿发生畸形，如出现先天性心脏病等。

预防 措施与麻疹相似，病人隔离至皮疹出现后五天已无传染性。在流行期间，易感儿童和早期孕妇应少去公共场所。

治疗 由于症状轻微，一般不需特殊治疗。有发热、咳嗽等明显症状时，应卧床休息、多饮水及给予易消化的饮食，并进行对症处理。良好的护理比较重要，应经常保持面部、眼、鼻和口腔的清洁，皮肤痒时应避免抓破。祖国医学认为本病邪毒较轻，一般只伤肺卫，故临床表现只有肺卫表证，治疗应辨证论治，一般以疏风清热解毒为主，可用荆芥、防风、牛蒡子、赤芍、山楂各2至3钱，甘草1钱，小便短赤加淡竹叶1.5钱、木通1钱，大便溏而热臭者加黄连5分、葛根2钱，水煎服。

（二）幼儿急疹

幼儿急疹为病毒引起的婴幼儿急性传染病，大多发生在6～18个月的婴儿，又称“婴儿玫瑰疹”。一年四季都可发生，但以冬季为多。主要由飞沫散布，经呼吸道传染，但传染性很弱。得过一次后可终身免疫。

症状 潜伏期3～10天。起病突然，无前驱症状。高热约在39°～41℃之间。虽然体温很高，但患儿精神如常，并能逗乐，这是本病的特征之一。发热时可有食欲减退、轻度恶心呕吐及腹泻等，扁桃体及咽部充血，颈周围淋巴结肿大，尤以枕骨下和耳后淋巴结为明显，无压痛，脾脏偶可轻度肿大。这些症状在高热退后或者体温下降时随之好转。高热稽留三天后，大都突然下降。退热后即出现皮疹。皮疹为一种不规则的、小型的、类似风疹或麻疹的玫瑰色斑点或斑丘疹，最初出现于颈部与躯干，迅速波及全身，以腰部、臀部较多；面部及肘、膝以下则很少。皮疹于1～2日内全部退尽，并无色素沉着及脱皮现象。口腔粘膜一般无异常，有时在软腭与悬雍垂上出现浅红色、针尖大小的小凸点，可能是淋巴组织增生的缘故，出疹后立即消失。

实验室检查，发热期血液内白细胞总数及中性白细胞均减少，淋巴细胞增加；热退后白细胞总数及中性可恢复，而淋巴细胞仍较高。

治疗 以对症处理为主。患者应卧床休息，给予易消化饮食及充足的水分。高热时头部冷湿敷或给小剂量退热剂，并用适量镇静剂以

防止惊厥。如有惊厥可给予镇静剂如鲁米那5毫克/公斤/次肌注。良好的护理极为重要。

十五、猩　红　热

猩红热又称"烂喉丹痧"，是由溶血性链球菌引起的急性传染病，多见于2～8岁的儿童，发病季节以冬春两季为高。临床上早期以发热、咽喉炎、全身弥漫性红色皮疹，后期以疹退后有明显的脱皮现象为主要表现。病后往往有变态反应所致的心、肾脏并发症。

病因和发病原理　本病的传染源主要是病人及带菌者，传染途径主要是通过空气。病人和带菌者的鼻咽部分泌物中含有病原菌，可通过咳嗽、打喷嚏、说话等经飞沫侵入对方的呼吸道，在抵抗力降低的情况下发病。此外，病原菌也可经皮肤或粘膜伤口侵入而引起"外科型猩红热"。自发病前24小时至脱皮前均有传染性，脱皮阶段则已无传染性。

链球菌侵入人体后，在咽峡部或扁桃体周围组织生长繁殖，并产生外毒素（红疹毒素）。细菌或毒素自局部进入血液循环而发生局部和全身的病变。局部病变可有急性扁桃体炎、咽峡炎等；全身病变则有发热、皮疹等。疾病后期可发生变态反应性病变，如心脏、肾脏的非化脓性炎症及变性，关节腔及滑膜的炎症变化等。若细菌毒力及外毒素盛时，还可形成败血症及严重的全身中毒症状。

祖国医学认为猩红热的病邪是从口鼻入于肺胃，而咽喉为肺胃的通道，若邪热上冲则咽喉红肿疼痛；肺主皮毛，胃主肌肉，热邪外出肌表则起疹疹。

症状　潜伏期2～7天，外科型猩红热的潜伏期较短，24小时内即可发病。根据病因和种类不同，可分成普通型、轻型、中毒型、脓毒型和外科型，临床上以普通型最为常见。

（一）普通型

1. 前驱期　短者3～4小时，长者24～36小时。起病较急骤，畏寒发热，体温可达38°～41°C以上，呈持续热。常伴有头痛、呕吐，偶有惊厥。咽部充血疼痛明显，扁桃腺肿大，上有点状黄白色渗出物，偶有假膜状，但易擦去，口腔软腭粘膜充血，可有红色小点(即粘膜内疹)。颈部及颌下淋巴结肿大并有压痛。此时舌红起刺，脉浮数，祖国医学认为邪在肺卫。

2. 出疹期　约3～7日。皮疹自发病后24小时内出现，从耳后、颈部、胸部及腋下开始，在数小时内迅速蔓延及躯干和上肢，最后到下肢。皮疹特点是周身皮肤呈弥漫性发红，上有鸡皮状的细小密布的红色疹子，密集处可融合成片状，疹子与疹子之间无正常皮肤，用手指压后红色皮肤暂时转白(称转白试验阳性)。面部两颊发红，口唇周围皮疹不显著而呈"苍白圈"。在肘窝、腋窝及腹股沟等折皱部位处，因疹子密集明显而成紫红色的线条状疹子，称为线状疹（旧称帕氏线)。痒感或有或无。舌苔初起呈灰白色，边缘充血起刺；出疹后3～4天则舌苔剥脱，舌刺红肿，呈"草莓状舌"。出疹期继续高热，并见舌质红绛尖起刺、脉洪数等，祖国医学认为"热入气营"。皮疹波及全身后体温开始下降，但如有并发症，热度可持续不退。皮疹一般经3～5天后，按疹子出现的先后次序逐渐消退。

3. 脱皮期　脱皮大都在第一星期的末期出现，也按出疹的顺序进行，先出先脱，嫩薄皮肤及皮疹严重部位脱皮也早。常先见于面部和颈部，为糠屑状；后见于胸、背、上肢与下肢等处，故经2～4周时间才脱完。皮疹严重部位可见大片脱落，尤以手心、足底为明显。重症病例可脱皮数次。

（二）轻型　起病时没有显著症状，仅有低热和轻度咽痛。皮疹

稀少，局限于皮肤皱折处，而且隐退较快。舌苔的变化不典型。脱皮也较轻。这类病人由于症状轻微及不典型，故常不易及时诊断，往往到脱皮及并发肾炎时才发现，因此可成为主要的传染源。

（三）中毒型 主要表现为全身严重的毒血症症状，如起病骤然，出现高热、神志不清、头痛、剧烈呕吐等，可伴有惊厥及昏迷。咽部症状较轻微。但皮疹异常明显，呈紫红色或有出血倾向（瘀点）。祖国医学称为“邪毒内陷”。病死率较高，应及时抢救。

（四）脓毒型 多见于乳幼儿，病情严重，呈弛张型高热。咽部（包括扁桃体和软腭）炎症明显，脓性渗出物多，往往有脓性粘液假膜形成，但易擦去而不易出血，可与白喉假膜相鉴别。还可有坏死及溃疡。感染向周围组织蔓延，可引起各种化脓性并发症，如中耳炎、乳突炎、扁桃体周围脓肿等。

（五）外科型 细菌侵入的途径为皮肤的创口或产后阴道。皮疹先出现于伤口周围皮肤，再波及全身。特殊皮疹和舌苔变化同普通型，但咽部和颈部的淋巴结无炎症病变。大多数患者病情较轻，很少见到并发症。

实验室检查，血中白细胞总数增高；咽、鼻部拭子细菌培养可分离出溶血性链球菌；并发肾炎者可见轻度蛋白尿及红细胞。

并发症

1．**急性肾炎** 一般在病程第二周发生。猩红热本身的轻重与肾炎的发生并没有直接关系，主要是由于溶血性链球菌所引起的变态反应作用于肾脏所致（详见 744 页）。

2．**中毒性心肌炎** 由溶血性链球菌产生的外毒素引起，参见白喉的并发症（见 537 页）。

3．**关节炎** 大都为风湿性和非化脓性关节炎，起病后一周即可发生，四肢大、小关节呈游走性疼痛及轻微红肿。

4．**化脓性并发症** 常见的有中耳炎、支气管肺炎、乳突炎、咽或扁桃体脓肿等。

鉴别诊断

1．**药疹** 起病前有药物的治疗史（包括口服、注射、外用等），

潜伏期较长，常在药物治疗后6～10天出现皮疹。临床无咽喉炎、草莓状舌及线状疹。疹子为多形性，呈对称分布，往往有瘙痒及烧灼感。全身发热等中毒症状较轻。

2．麻疹　前驱期有上呼吸道卡他症状。出疹较猩红热为迟，出疹前期有口腔麻疹粘膜斑。皮疹为斑疹或斑丘疹，疹子之间有正常皮肤，后期有脱皮及色素沉着。血中白细胞减少。病人多为未出过麻疹的易感儿童，并有麻疹的接触史。

3．风疹　无前驱症状，病情多较轻。发热不高，1～2天内出疹。皮疹疏稀淡红，3～4天内消失，出现迅速，消退也快，疹退后无色素沉着及脱屑。耳后及枕部淋巴结肿大，有游离感及压痛。

4．幼儿急疹　多见于2岁以下的婴幼儿。特点是突然发热，持续3～4天，然后热度下降，退热时才出现皮疹，1～2天内皮疹退去，不留色素沉着及脱皮。

5．白喉　与脓毒型猩红热的咽部症状不易区别。但起病较猩红热为缓和，发热较低，咽部炎症程度较轻，其假膜不易擦去。必要时作细菌培养。具体详见白喉一节。

预防

1．及早发现病人并隔离治疗。隔离时间应至适当治疗后7～10天或体温下降后7～10天。

2．流行期间不让小儿到公共场所去，特别对患过风湿热及肾炎的小儿更要注意。

3．密切接触者应观察7～10天，并肌肉注射青霉素或口服磺胺药物以作预防；也可用大青叶、板蓝根、银花等中草药水煎服。上述药物均要连续服用5～7天。

治疗

1．一般治疗　卧床休息，多饮水及富有营养的饮食。高热进食少或中毒症状严重者可给予静脉输入葡萄糖及维生素B、C，并注意口腔、鼻、咽部的清洁卫生。

2. 抗菌素治疗　青霉素可迅速消灭病原菌，是治疗本病的可靠的特效药物，宜早用、足量及长程治疗，剂量是2～5万单位/公斤/天，分二次肌肉注射，疗程7～10天。如对青霉素过敏者，可使用红霉素、四环素、金霉素、土霉素等，剂量都是40～50毫克/公斤/日，可分四次口服，疗程7～10天。

对于脓毒型及中毒型猩红热病人，在使用足量抗菌素的同时，还可进行输血或输入血浆等，并注意病情变化，如有危变，应尽力及早抢救。对于并发症应按照各并发症的常规进行治疗。

3. 对症处理　高热可用小剂量退热剂。咽喉肿痛可用生理盐水漱口及口含各种含片，或针刺合谷、少商等穴。脱屑期皮肤痒可用炉甘石洗剂涂局部。

4. 中草药治疗　虽然抗菌素对本病有特效，但中草药的疗效也很满意。祖国医学把本病分为三期：

(1) 初期：邪在肺卫，治宜辛凉宣透、清热解毒，可用普济消毒饮加减，即荆芥穗、蝉衣、马勃各1钱，银花、连翘、大青叶各3钱，射干、黄芩、桔梗各2钱，水煎服。

(2) 中毒期：邪在气营，治宜清泄营热兼以透法，可用生石膏、鲜生地、板蓝根(或大青叶)，鲜茅根、鲜芦根各5钱，赤芍、银花、丹皮、竹叶、大力子、连翘各3钱，生甘草1.5钱，水煎服。如邪毒内陷治宜清热解毒、熄风开窍，可用鲜生地1两，银花、连翘、元参各4钱，丹参、竹叶各3钱，黄连1.5钱，水煎服，并合安宫牛黄丸或紫雪丹（见233页）吞服。

(3) 恢复期　由于丹痧已消，咽疼已轻，热退，仅见脉细少苔的阴虚和余邪不尽症候，因此治宜清余热、滋阴生津，可用鲜茅根、生地、花粉各5钱，银花、麦冬、元参各3钱，水煎服。

除上述治疗外，还可用草药单方板蓝根或蒲公英1两煎服，或服用黄连素片10～15毫克/公斤/日。

〔附〕出疹性疾病的鉴别表

项目＼病名	麻疹	风疹	猩红热	幼儿急疹
潜伏期	8～14天	10～21天	2～7天	8～14天
前驱期	3～4天	半天～1天，或无	约一天	无
常见症状	卡他症状明显，喷嚏较剧	卡他症状轻，发热或不发热	咽峡部充血疼痛明显，扁桃体肿大，有脓性分泌物，有草莓状舌，高热、呕吐及全身症状明显	高热而精神如常，可伴有轻微消化道症状，仅见于乳幼儿
麻疹粘膜斑	有	无	无	无
皮疹特点	暗红色斑丘疹，形状不一。发热3～4天后出疹，先见于面、颈部，自上而下逐渐出现，2～3天出齐，第4～5天开始隐退。疹子之间有正常皮肤	淡红色斑丘疹，较麻疹为小，可散在或融合。起病当天出疹，一天内波及全身，2～3天后消退	皮肤普遍发红、充血，鲜红色细小密集点状丘疹，可融合成片状。发热后24～48小时即出现皮疹，先见于颈、胸部，2～3天波及全身，一周左右消退。有口唇周围苍白圈、线状疹。疹子之间无正常皮肤	热退出疹，为玫瑰色斑丘疹，仅见于躯干，面部及四肢较少，一天内出齐，一、二天内退尽痊愈
淋巴结	全身淋巴结肿胀有压痛	耳后、枕部淋巴结肿大有压痛	颌下及颈部淋巴结肿大明显，有压痛	枕部及耳后淋巴结肿大，无压痛
色素沉着	有	无	无	无
脱屑	糠秕状屑	细糠秕屑或无	大块脱皮	无
血液化验	白细胞减少，发疹期内淋巴细胞减少	白细胞及中性粒细胞均减少，发疹期内淋巴细胞增多	白细胞总数增多，尤以中性细胞增高为明显	白细胞减少，淋巴细胞增多

思 考 题

1. 麻疹、风疹、猩红热、幼儿急疹如何进行鉴别？
2. 猩红热有什么危害性？怎样防治？

十六、白　　喉

白喉是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病，多见于冬春季，患者多为1～5岁儿童。解放后，由于贯彻执行毛主席关于“**预防为主**”的方针，普遍进行白喉预防接种，本病在我国已十分少见，但偶有散发病例，应提高警惕。

病因和发病原理　本病的传染源是病人和带菌者。白喉杆菌存在于患者或带菌者的鼻咽部。当咳嗽、打喷嚏、说话时，白喉杆菌可随唾沫散布到空气中，易感儿童吸入后，在人体抵抗力低下的情况下就可得病。此外，有时也可经玩具、衣物、用品等间接传染。白喉杆菌侵入上呼吸道后，在上呼吸道（特别是鼻咽喉部）粘膜组织上繁殖，并产生外毒素，使组织发生炎症反应，并在局部形成白色假膜。外毒素经血液和淋巴吸收后，可引起内脏器官的病理改变和全身中毒症状，其中以心脏和神经系统的损害最为显著和常见。外毒素侵犯心脏可引起中毒性心肌炎；侵犯神经系统，则可使末梢神经变性而引起神经炎和肌肉、神经麻痹。

祖国医学把本病称为“疫喉”、“瘟毒喉痹”、“缠喉风”等，认为系感受疠气，侵犯肺胃二经（咽喉是肺胃的门户），化火化燥而成。

症状　潜伏期3～5天。起病缓慢，发热一般不高，咽喉胀痛也不严重，因此容易延误诊断，应提高警惕。重的病人有精神萎靡〔音米，mǐ〕、面色苍白、心跳快速、血压下降、早期毒血症等表现。根据假膜部位不同，白喉又可分为以下几型：

1. 扁桃体白喉　假膜呈点状或片状，仅局限于一侧或两侧扁桃体上。假膜较韧，不易撕去，强行撕去则可流血，并于一昼夜内重新出

现。患者症状较轻，表现为面色苍白、软弱乏力、食欲差、低热或中等发热、头痛、轻度咽痛，有的还有恶心、呕吐、颌下淋巴结肿大并有压痛等。本型多见于年长儿童及成人。

2．咽白喉　最常见，又可分成三型：

(1) 轻型：发热和全身症状较轻微，扁桃体稍红肿，有点状或小片状假膜，局限于扁桃体上，数日后症状可自然消失。

(2) 一般型：逐渐起病，有乏力、纳差、恶心、呕吐、头痛、轻度或中度发热、咽痛等。扁桃体中度红肿，上面有乳白色或灰白色的大片假膜，但范围仍不超出扁桃体外；有时假膜带黄色或暗黑色。假膜开始较薄，逐渐变厚，边缘整齐，但不易剥去，强行撕去易出血。

(3) 严重型：假膜范围较广，不仅覆盖扁桃体，还蔓延到上腭、腭弓、悬雍垂、咽后壁，甚至延及到口腔、鼻腔粘膜。咽部疼痛不明显，颈部及颌下淋巴结肿大并压痛，严重的周围软组织水肿，颈增粗而形成“牛颈”。患者一般症状严重，低热或有高热，极度衰弱，神志不安，继有嗜睡，如不及时处理，第四、五天时即出现周围循环衰竭及心肌损害，表现为心音减低、心律不齐、血压下降、紫绀等，极为危险。有的患者还因心肌变性而致心前区或腹部疼痛、呕吐、脸色苍白、心脏扩大、心音低弱不齐、浮肿、少尿等。于病程第三周起有时可出现软腭麻痹（悬雍垂不能运动，饮水从鼻腔倒流，说话带鼻音）、眼肌麻痹、面瘫、末梢神经麻痹等，甚至因呼吸肌和喉头麻痹而出现呼吸和吞咽困难。本型多见于年幼儿童，相当于祖国医学的燥火疫毒犯肺。

3．喉白喉　假膜位于喉部，可蔓延至气管、支气管等处。表现为声音嘶哑、犬吠样咳嗽、气急，严重时因呼吸道阻塞而出现吸气性呼吸困难，表现为鼻翼煽动、三凹征、口唇皮肤青紫、烦躁不安、大量出汗等。如不及时处理，很快有生命危险。本型多见于1～5岁儿童，相当于祖国医学的痰浊壅肺。

4．鼻白喉　假膜位于鼻前腔。症状一般轻微，发热较低，鼻前部或鼻中隔上出现假膜，数日后有血性分泌物，以后转脓性。鼻孔边缘及上唇可有浅溃疡、糜烂或痂形成。因症状轻，易忽视，故为危险的传染源。本型多见于年幼儿童。

5．其他部位的白喉有时也可发生，如眼结膜、外耳道、外阴部等，但非常少见。

白喉病人如有条件作假膜涂片或培养检验，往往可找到白喉杆菌。

并发症

1．心肌炎　在病程的早期和晚期都可发生，主要由于白喉杆菌的外毒素作用于心肌而引起。主要症状为疲乏无力、呼吸困难、面色苍白、血压下降、脉搏细弱、心脏扩大、心音低微、心率过速或过缓、肝脏肿大等。祖国医学称为“内损心阴”，如不及时抢救，患者可因心力衰竭或周围循环衰竭而迅速死亡。

2．瘫痪　多发生在病后2～6周，由于外毒素损害末梢运动神经，使神经受到暂时性的变位而引起。常见的有软腭瘫痪、眼肌瘫痪（表现为斜视、上睑下垂、瞳孔扩大）、面瘫痪和肢体瘫痪等，祖国医学认为是肺胃津枯、筋脉痿弛，大都经治疗后可迅速恢复。

3．其它　如支气管肺炎、中耳炎、颈及颌部淋巴结炎等，有时也可并发。

鉴别诊断

1．咽白喉应与下列疾病鉴别：

(1) 急性扁桃体炎　起病较急，发热较高，咽痛较重。咽部充血和扁桃体肿大明显，可有黄白色的点状渗出物，但容易擦掉。

(2) 鹅口疮　热度不高，有较松易擦掉的白色片状块物附着于口腔粘膜。多见于久病的小儿。

(3) 咽峡炎　咽部有溃疡及坏死灶，口腔有恶臭，病灶处渗出物易擦去并易出血。渗出物中可查到梭形杆菌及螺旋体。

2．喉白喉应与下列疾病作鉴别：

(1) 急性喉炎　发病较急，热度较高，突发呼吸困难，夜间更重。喉头检查可见粘膜显著红肿，但无假膜。

(2) 气管异物　有异物吸入史。当异物吸入时可有突发性剧烈呛咳。咽喉部无假膜发现。X线胸透可见局限性肺气肿及肺不张。

预防

1．发现病人及时报告卫生部门，并立即隔离和治疗。教育儿童不

到病家去串门。

2．密切接触者和带菌者可作咽鼻拭子培养，阳性者一律作白喉病人处理；阴性者留检7天，并每天用土牛膝根、板蓝根各5钱水煎服以预防。接触者为体弱儿童可肌肉注射白喉抗毒素3,000～5,000单位。

3．按期进行预防注射。

治疗

1．一般治疗　绝对卧床休息，给予半流质或软的富有营养的饮食，补充足够的水分及维生素B、C。颌下和颈部肿胀时可用草药鹅虱根、叶捣烂外敷，12小时一次。咽部疼痛，可用锡类散吹咽喉部，一日数次。

2．特效治疗　主要是中和血液循环中的游离毒素，对于已与组织结合的毒素无用。各型白喉均应肌注白喉抗毒血清，并用得早、剂量足。轻型：1～2万单位；中型：2～8万单位；重型：8～20万单位。病情严重者，不等确诊即注射，必要时静脉注射。注射时应询问过敏史，并作皮试；阳性者用脱敏疗法注射，其方法如下：

第一针：1:20稀释血清0.05毫升皮下注射；

第二针：1:10稀释血清0.05毫升皮下注射；

第三针：不稀释血清0.1毫升皮下注射；

第四针：不稀释血清0.5毫升皮下注射；

第五针：余量一次肌肉注射。

以上注射每次间隔20分钟，如有反应，则下一次注射延迟到半小时后，剂量不变。在注射前，应做好过敏性休克的抢救准备，须备有肾上腺素、可拉明、咖啡因等药物。

3．抗菌素　在注射抗毒血清的同时可注射青霉素或红霉素，剂量宜大，能抑制白喉杆菌的生长，也可防治其它细菌的继发感染。

4．并发症处理

(1) 心肌炎：卧床休息，口服或注射葡萄糖及维生素B、C；口服强的松20～40毫克/日，分4次服；必要时氧气吸入。

(2) 神经麻痹：有吞咽困难者用鼻饲，防止吸入性肺炎；肌肉瘫痪

可用新针疗法。

(3) 并发支气管肺炎或其他细菌感染时，应使用抗菌素。

(4) 喉梗阻严重时应作气管切开。

5．中草药治疗

(1) 验方：可根据病情选用：

① 马兰根、板蓝根各 1 两，土牛膝 2 两，水煎服。

② 金银花 1 两，连翘 4 钱，黄芩 3 钱，生地 5 钱，水煎服。

(2) 辨证论治：

① 燥火疫毒犯肺：治宜清热、解毒、养阴为主，可用“养阴清肺汤”加减，即鲜生地、赤芍、土牛膝各 1 两，银花、连翘、麦冬、元参、黄芩各 5 钱，丹皮、射干各 3 钱，生甘草 2 钱，水煎服。

② 痰浊壅肺：治宜豁痰催吐。如因喉白喉假膜阻塞有明显的呼吸困难而无条件作气管切开术时，可用巴豆霜五厘，用温开水一汤匙调和灌服，促使假膜及痰液吐出；然后服用上述清热、解毒、养阴药物，并可加入葶苈子、白芥子、郁金（各 3 钱）等化痰药。

③ 并发症 “内损心阴”，可用清复汤加减，即炙甘草、麦冬、党参、桑叶，山萸肉各 2 钱，阿胶珠、火麻仁各 3 钱，生地 4 钱，木通 3 分，水煎服；肺胃津枯、筋脉瘛弛可用地龙、沙参各 3 钱，玉竹、龟板各 1 两，党参 3 钱，蕲蛇（或白花蛇、乌梢蛇）2 钱，五味子 1 钱，水煎服，也可用新针疗法配合治疗。

思 考 题

扁桃体、咽、喉、鼻白喉有什么不同？白喉如何防治？

十七、百 日 咳

百日咳是由百日咳杆菌引起的儿童时期急性呼吸道传染病，主要好发于冬末春初的季节，多见于 5 岁以下的儿童。临床特点是先有上呼吸道症状，以后有阵发性、痉挛性的咳嗽，常伴有特殊的吸气吼声。如不及时治疗，病程较长，故

有百日咳之称。祖国医学则称为“顿咳”、“疫咳”、“鹭鸶咳”等。患过病后可终身免疫。

病因和发病原理 本病的传染源是百日咳病人，从潜伏期开始到发病后6周内都有传染性。传染途径主要是通过呼吸道。百日咳杆菌进入人体以后，在抵抗力差的情况下，可在气管和支气管粘膜上生长繁殖，并产生大量的内毒素，引起粘膜发炎和支气管粘膜上的纤毛摆动受阻，造成细菌或分泌物大量积聚在气管和支气管内，加上毒素刺激呼吸中枢，引起痉挛性的咳嗽。若咳嗽较剧而时间长，可导致肺气肿或肺不张，甚至出血。祖国医学认为是风寒外袭、肺气闭塞所致。

症状 潜伏期1～2周。病程8～12周，可分为三期：

1. 炎症期 又称卡他期，一周左右。主要表现与上呼吸道感染相仿，如轻度发热、鼻塞、流涕、咳嗽等，1～2天以后热度渐退，而咳嗽渐明显，夜间比白天更甚。

2. 痉咳期 2～6周。主要表现为阵发性、痉挛性咳嗽。咳嗽常自发，亦可由于呼吸道受到刺激而诱发，如寒冷、哭吵、烟灰等等。咳嗽为短促性干咳，连续十数声后有一深长的吸气。由于喉头水肿、痉挛，可发生高调的吼声，似鸡鸣样。经短暂的间歇后又有类似的剧咳。如此反复发作，直至咳嗽多量的粘稠痰液后才停止。常伴有呕吐。咳嗽由少到多，由轻到剧，发作时表情极为痛苦，面色涨的通红，涕泪交流，舌头向外伸出而卷曲，眼突出。久咳后可致面部青紫、眼睑浮肿、结膜充血，称为“百日咳面容”。这种阵发性咳嗽，发作的次数晚上比白天为多。发作较剧或发作时间较长者可引起大小便失禁或脱肛；如震破毛细血管，可出现鼻出血、痰内带血、眼结膜下出血等。病程中如没有并发症，一般无发热。由于咳嗽时舌头向外伸出，容易发生舌系带溃疡；如喉头痉挛或痰液不咳出，可发生阵发性窒息，严重时有抽搐。

3. 恢复期　2～3 周。痉挛性咳嗽减轻到消失。如有并发症，则恢复期延长到数月。

以上各期，在临床上没有明显界限。一般病程至少几周，长的可达 2～3 个月。

血液化验白细胞总数在炎症期可增至每立方毫米20,000以上，淋巴细胞增多特别明显，痉咳期后逐渐减少，这点有助于诊断。

并发症

1. 支气管肺炎　多见于婴幼儿及体弱病人，主要因继发其它细菌感染而引起，此时，阵发性咳嗽可不典型。

2. 久咳者可并发支气管扩张和肺气肿，痰液阻塞气管时可导致肺不张等。

3. 其它如百日咳脑病、营养不良、静止结核病播散等也可并发，但很少见。

鉴别诊断

1. 在早期咳嗽不典型时期内，应与普通感冒相鉴别，但根据接触史、血白细胞计数等，可帮助诊断。

2. 在痉咳期应与支气管淋巴结肿大压迫支气管而产生的痉挛性咳嗽相鉴别，这种咳嗽没有吸气性吼声，白细胞计数没有百日咳增高明显，而且支气管淋巴结肿大常由结核引起，故可有结核病症状及病史。结核菌素试验及X线检查可帮助区别。

3. 气管或喉头异物　起病突然，白细胞计数不增高，有明确的异物吸入史。

预防

1. 加强体育锻炼，增强体质，防止受凉。

2. 控制传染源　发现病人，应立即在家进行隔离治疗。隔离时间是发病开始后 40 天或痉咳开始后 30 天。与病儿有密切接触的易感儿童，也应观察或隔离 3 周。病儿居住的房

间应空气流通，衣被、物品多晒太阳或煮沸消毒。

3. 保护易感者　流行期间儿童少去公共场所，必要时应戴口罩。对体弱儿童进行胎盘球蛋白注射。此外，尚应定期对儿童进行百日咳菌苗或百日咳、破伤风三联疫苗（百、白、破）的预防接种。

4. 中草药独头蒜2个、白菜根1两、白糖2两，水煎成汤，流行期间当茶饮可预防。

治疗

1. 一般治疗　患儿应经常呼吸新鲜空气，尽量避免不必要的刺激。给予富有营养而易消化的饮食，有呕吐者宜少量多餐。

2. 新针疗法　天突、喘息、肺俞、列缺等穴；有发热或感冒症状时加风池、大椎、合谷，咳嗽痰中带血者可加用毫针刺尺泽穴，眼结膜下出血者用三棱针点刺少商和商阳，隔日一次。也可用小剂量链霉素（25～50毫克）作肺俞、尺泽的穴位注射，3天一次。

3. 中草药治疗

(1) 验方：可根据不同病情选用：

① 天将亮4钱、枇杷叶4钱、冰糖5钱，水煎服。

② 大蒜头2～3个，敲碎与食糖2两放砂锅内同煮。2岁以下，早晚各1次，2天服完；3岁以上分3次，在1天内服完，均连服5～7天。

③ 百部、桑白皮、杏仁各2钱，冰糖3钱，水煎服，一日1次，连服5～7天，适用于痉咳初期。

④ 百部、天竺子各1两，胡桃肉2两，用水2碗，煎成1碗左右，去药渣，加冰糖2两，分10次吃下，一日2次，适用于痉咳后期。

⑤ 麻雀数只，去内脏，用新鲜罗卜适量切片加冰糖一起炖烂服下，连服5天。

⑵ 辨证论治

① 外感期：祖国医学认为有风寒、风热之分。若偏于风寒，则宜祛风散寒、降气止咳，可用化饮解表汤（见204页）；偏于风热则宜疏表清热、顺气化痰，可用麻杏石甘汤（见205页）加桑叶、黄芩、象贝等。

② 痉咳期：治宜疏解、化痰、降气为主，可用止嗽散加减，即桔梗、紫菀、百部、白前各3钱，荆芥1.5钱，甘草、陈皮各1钱，水煎服；偏寒者加细辛、干姜等，偏热者加桑白皮、苇茎等；如衄血加鲜茅根5钱，呕吐加姜半夏2钱，重者加旋复花2钱、代赭石4钱。也可用成药鹭鸶涎丸（见第232页）。

③ 恢复期：治宜健脾止咳为主，可用参苓术草汤（见第225页）加五味子1钱、麦冬子3钱、生姜2片、大枣2枚。

上述各期还可用中草药“禽胆片”（百日咳片）治疗，每岁每次1片，每日三次口服。

4. 对症处理　主要是祛痰、止咳、解痉，可用百日咳合剂、甘草合剂、氨茶碱、麻黄素等，睡前还可给小量镇静剂如鲁米那、异丙嗪、冬眠灵等。婴儿止咳剂应慎用。有窒息者应立即抢救。

5. 抗菌素　可用氯霉素，剂量为25～50毫克/公斤/天，分4次服用或注射；如用合霉素，剂量应加倍。也可用链霉素，剂量为20～40毫克/公斤/天，分2次注射，但疗效不如氯霉素。

6. 积极、及早治疗并发症，详见各有关章节。

思 考 题

怎样防治百日咳？

十八、结 核 病

结核病是由结核杆菌引起的一种慢性传染病，俗称“痨病”。两千多年前，祖国医学著作《内经》中就有关于“虚劳”、“骨蒸”、“劳瘵”等记载。结核病的发生与人体抵抗力差（如营养不良、过度疲劳、劳动条件差以及患矽肺，传染病等）有密切关系。在解放前，中国人民在帝国主义、封建主义和官僚资本主义三座大山的残酷剥削和压榨下，过着牛马不如的悲惨生活，贫病交加，死亡率很高。解放后，在毛主席、党中央的亲切关怀下，人民的劳动、生活和医疗条件显著改善。特别是贯彻了毛主席关于**“预防为主”**的方针，发动群众，大力开展爱国卫生运动，成立了防痨机构，开展了结核病的普查普治工作，并对儿童进行卡介苗的预防接种。因此，结核病的发病率及死亡率已显著减少。这充分体现了社会主义制度的无比优越性。

结核杆菌是一种抵抗力很强的抗酸性细菌，可存在于结核病人的病变组织以及痰液、尿液等排泄物中，对干燥、酸、碱抵抗力很强，故能长时间生存于体内或外界环境中；但对湿热抵抗力较低，煮沸15分钟即杀灭，日光或紫外线下仅需10分钟也能杀灭。此种细菌可侵入人体很多部位（如淋巴结、骨、肠、肺、脑等）而引起疾病，总称为结核病。其主要传染途径有：

1．呼吸道　当肺结核病人咳嗽、打喷嚏以及随地吐痰后，结核菌随空气、灰尘散播开来，如吸入人体，可引起吸入感染。这是最常见的传染途径。

2．其他部位直接传染，如眼、口腔、皮肤、生殖器等，但很少见。

本病的传染源主要是活动性肺结核病人，其中尤以慢性纤维空洞型肺结核病人最为危险。婴儿及青年发育期最易感染得病，而且女性略多于男性。结核杆菌侵入人体后能否发病，不仅取决于杆菌量及毒力，更主要的是取决于机体对结核杆菌的抵抗力。大多数健康人对结核杆菌有抵抗力，感染后可不发病；但在全身抵抗力较弱、机体营养状态较差的条件下，则容易感染得病。此外，结核病的发生，还与机体对结核病的免疫力和变态反应有密切的关系。当人体感受结核菌或人工接种结核菌苗（卡介苗）后经过一定时间，就会产生免疫力和变态反应。免疫力主要是机体对抗结核菌的能力（即吞噬细胞吞噬及杀灭结核杆菌的能力）增加，使之加速消灭结核菌及防止结核菌再感染。变态反应是指机体对再感染的反应性增高，可使局部渗出及变质现象比较明显。但如果变态反应比较缓和，常可加强炎症的防御作用，将病菌限制于局部而不扩散；若反应过强，则可导致组织坏死，降低局部组织的抵抗力，促使病变扩大，全身中毒症状加重。所以，结核病的免疫与变态反应可同时存在，但二者的强弱决定于人体抵抗力。若免疫力低而变态反应强时，可促使病变扩展。

祖国医学认为本病主要由于疲劳过度、七情内伤而致气血虚弱、阴阳损伤，在此基础上，痨虫可趁虚侵入人体而引起痨病。先患于肺，后可累及脾肾和心肝。

结核菌侵入肌体后引起组织的病变为一种慢性的炎症病变。可分成三类：

1．渗出性病变　炎症以渗出为主，组织充血，浆液及炎细胞渗出。炎细胞主要为吞噬细胞和淋巴细胞，并有少量的中性白细胞。渗出处的组织极易发生坏死，称干酪样坏死，继而可发生液化，变成稀薄的脓液。病灶内常含有结核菌。

2．增生性病变　主要特点为细胞增生，形成结核结节。病灶内含结核菌较少。结核结节是一种将结核杆菌吞噬、消化、局限起来的结构，常见于机体抵抗力增强、细胞量少的情况下。

3．变质性病变　常发生在渗出或增生病变的基础上，特点是渗出物或增生的细胞连同原在该处的组织一样发生干酪样坏死。坏死病

灶中有大量的结核菌存在。因坏死灶难以吸收，故病程较长。

以上三种病变有着密切的联系。当人体抵抗力低下，反应性过强，或结核菌量多、毒力强时，病变以渗出、变质、坏死为主，甚至发展成空洞，有利于结核菌的繁殖，并向其它部位播散；反之，机体抵抗力强，则反应缓和，结核菌不断被杀灭，渗出性病变转化为增生性病变，病灶逐渐吸收缩小，并在周围产生结核性肉芽组织增生，继而纤维化或钙化而愈合。

结核病的预防，主要应做好下列一些工作：

1. 加强宣传教育，普及结核病防治卫生知识，依靠并发动广大群众，并把这项工作纳入爱国卫生工作的规划。

2. 锻炼身体，增强体质，增加机体对结核菌的抵抗力。

3. 对新生儿及结核菌素试验阳性的儿童接种结核菌苗（卡介苗）。

4. 定期进行普查，及早发现和治疗结核病。由于结核病早期常缺乏自觉症状，可通过体格检查、X线胸部透视等早期发现病人；必要时，对可疑病人进行X线摄片及痰菌检查，阳性病人及早进行治疗。

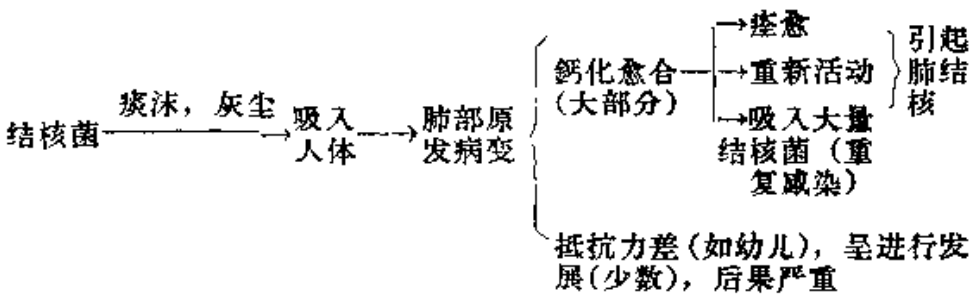
5. 切断传染途径　开放性肺结核病人应及早隔离及治疗。特别是不要随地吐痰，病人的痰、尿、血及排出物可用10%来苏儿或3%漂白粉等药物消毒、火烧、煮沸或坑埋处理，饮食用具及可煮物品应煮沸消毒，衣物被褥书籍等物品可在太阳下曝晒杀菌。肺结核病人还要注意不要随意把痰咽下，以防并发肠结核。

下面将全身有关部位一些常见的结核病分述如下。

（一）肺结核

肺结核是结核病中最常见的一种慢性、缓发性的呼吸道传染病，俗称“肺痨”。

肺结核的发病过程可用下式表示：



临床上按肺结核发生的先后和结核杆菌对人体免疫力的不同，可分为原发性和继发性二种类型：

1．原发型肺结核（原发综合征） 是指人体初次感受结核菌后所发生的病症，常见于儿童。结核菌从呼吸道侵入人体肺泡后，原发病灶易发生在右肺中部的下叶上部近胸膜处，引起炎症反应，随后沿淋巴管到达肺门淋巴结，先后引起淋巴管及淋巴结炎。肺部的原发病灶、淋巴管炎和淋巴结炎三者合称为“原发综合症”。原发性肺结核大多数能够自动愈合；少数在人体抵抗力差、病情凶险的情况下，病变可恶化，随淋巴或血循环而播发。其转化过程为：

(1) 早期的渗出和干酪样坏死病变，及时处理可完全吸收而痊愈。

(2) 未完全痊愈的原发综合症的淋巴结病变恶化或复发时，可发展成“支气管淋巴结结核”。

(3) 原发综合症病灶呈干酪样坏死、扩展、液化、侵入支气管，或支气管淋巴结结核向支气管内溃破，均可造成播散，引起“干酪性肺炎”。

(4) 结核杆菌经血循环或淋巴管造成血行播散，形成全身弥漫性的粟粒状病灶，在肺部的就称为“急性粟粒型肺结核”，有明显的全身中毒性症状。

2．继发性肺结核 是人体第二次感染结核杆菌而发生的结核病，多发生于成年人及较大的儿童。此类病人由于经过初次感染，具有一定的免疫力和变态反应，故很少经淋巴和血循环而扩散，而支气管扩散则成为扩散的主要形式。病变一般多从肺尖开始，并可局限化，形成“局灶型肺结核”。常见的有如下几种：

(1) 浸润型肺结核　是最常见的继发性肺结核，病灶常见于锁骨下和肺尖。开始为渗出性病变，中心常有干酪样坏死。如机体抵抗力强，及时治疗，病灶可完全吸收、纤维化或钙化。如抵抗力差，则发生干酪坏死，液化形成空洞，并可经支气管播散。按病变进展可分成以下四期：

① 浸润进展期：病灶周围有渗出，并向四周扩展，表示活动性结核在进展中。

② 溶解播散期：病灶液化并形成空洞，有新的播散灶。

③ 吸收好转期：病灶周围炎症吸收，病灶缩小。

④ 硬结钙化期：病灶完全纤维化或钙化。

(2) 结核球(瘤)　是浸润型肺结核干酪样物质被纤维包围而成。当抵抗力低下时，结核球内的结核菌可加速繁殖，病变活动，形成干酪样坏死和液化，穿破包膜成为空洞而扩散。

(3) 亚急性或慢性血行播散型肺结核　多发生于人体抵抗力及免疫力较强，细菌少量多次进入血液后。

(4) 干酪性肺炎　发生于体弱、变态反应过强的病人。由于细菌毒力强，肺内病灶或支气管淋巴结溃破入支气管而扩散，可侵犯许多小叶、甚至整个大叶，多见于右肺上叶。病变进展迅速，广泛发生坏死，肺组织明显实变。当坏死组织液化后，可形成空洞。同侧或对侧中下部常有播散的病灶。临床上发病较急，中毒症状严重。

(5) 慢性纤维空洞型肺结核　由于各型肺结核治疗不彻底，病变反复发作所致。常有新老不一的病灶和空洞存在。长期的结核病变不仅破坏大量肺组织，而且也引起大量纤维增生，健侧常有不同程度的代偿性肺气肿。临床上有不等度的肺功能障碍，并且经常排痰。如病变继续发展，可发展成“肺硬变”。

症状　原发型肺结核及继发性肺结核病灶小、抵抗力强者可无自觉症状，因而容易被忽视。多数病人起病缓慢，病程较长，但急性粟粒型肺结核与干酪性肺炎发病都较急。常见症状有：

1. 全身症状　初起感到容易疲劳，软弱，全身不适。逐渐精神不佳，烦躁，睡眠不好，胃口不好，身体逐渐消瘦，体重进行性减轻，还出现脉搏加速、发热等症状。发热常为午后体温升高，下午4～8时达高峰，但夜间降至正常；或为长期低热、掌心热。病灶进展或急剧扩散时，可有寒战高热，呈稽留热型或弛张热型。因长期消耗，病人体质虚弱，夜间盗汗，女病人可有月经不调（称为干血痨）等症状。

2. 局部症状

(1) 咳嗽：早期病人只是喉头作痒及轻度干咳，无痰或少痰。病重者咳嗽较厉害，痰量增加，晚间更剧。出现肺空洞时，可咯多量带绿色脓痰，痰中带有很多结核菌，有传染性。若并发支气管结核，咳嗽加剧，有支气管淋巴结结核压迫气管时可有呛咳。

(2) 咯血：半数以上病人有咯血。轻者痰中带血丝，是由于病变使毛细血管通透性增高、血液渗出所致；重者可因肺空洞壁的动脉破裂，而大量咯血。但出血量多少，不一定和疾病严重成正比。咯血者常伴有发热。

(3) 呼吸困难：仅在严重病例或并发胸膜炎积液时出现，特别严重者有紫绀、缺氧等症状。

(4) 其他症状：如发音嘶哑，胸部及肩胛骨疼痛等，在某些病例可出现。

检查　早期患者很少有明显体征，有时病变已较严重，但因埋藏在肺组织中，也可没有体征。有些病例在听诊时，发现患侧特别是肩胛骨间，咳嗽后有中细湿罗音，则对肺结核诊断有很大意义。如病变严重，出现明显的空洞和肺组织破坏，则体征明显，如呼吸受限，叩诊浊音或空洞音，听诊有多量固定的干、湿罗音、空瓮〔wèng〕音，甚至紫绀、杵

状指等。化验检查，红白细胞基本正常，血沉增速；结核菌素试验阳性，对儿童结核病有诊断意义。

对有长期低热、疲乏、消瘦、盗汗、精神不佳者，应作胸部X线透视及拍片检查。

祖国医学认为潮热、盗汗、颧红、呛咳不爽、咽干、口燥、脉细数无力、舌质红而剥者多为阴虚之证；而久咳痰多短气、语言低弱、疲倦食少、怕冷自汗、面色㿠白、脉象沉弱、苔白腻质淡者则为气虚痰湿之证。若咯血、寒热往来、口渴、脉数、苔黄腻，属“邪火煎熬”，有较大空洞咯痰黄粘而有臭味者属肺热之证。

本病病程持续时间较长，可达数年至数十年。

鉴别诊断

1．慢性支气管炎　慢性肺结核患者有慢性咳嗽、咯痰，有时痰中带血或少量咯血，并反复发作时易与慢性支气管炎相混淆。后者虽有长期反复发作的慢性咳嗽、咳痰或少量咯血，但一般全身症状较好，两肺底有湿罗音，X线检查仅见肺纹理增深和肺气肿现象，必要时，痰液检查培养细菌以确诊。

2．大叶性肺炎　典型病人起病急骤，有高热、寒战、胸痛、咳嗽、咯铁锈色痰，全身中毒症状明显，病程长而发热咳嗽不好转时，常与干酪性肺炎相似。但大叶性肺炎X线检查可见片状密度均匀的阴影，血中白细胞明显升高，磺胺类及青霉素疗效显著；而干酪性肺炎病程迁延，痰液结核菌检查常阳性，X线检查密度不均并有空洞，对侧常有扩散病灶。

3．支气管扩张　本病有慢性咳嗽、咯痰、咯血，与肺结核相似。但病人一般状态良好，并发支气管感染时可有发热，胸部X线检查无肺实质性病变或仅有肺纹理增深，痰中查不到结核菌，常伴有杵状指。必要时到医院去作支气管碘油造影以确诊。

4．支气管肺癌　病人年龄常在40岁以上，早期一般无中毒症状，

痰内无结核菌。X线检查肺癌病灶边缘模糊，无钙化点，短期内病灶有变化。

治疗

1. 一般处理　注意必要的休息，严重者（如大咯血、高度毒血症及病情急剧恶化者）应卧床休息，在避免受凉的前提下，注意空气新鲜。饮食宜富于营养，并辅助服钙剂、富含维生素的物品（如AD丸、维生素B、C等）。必要时作对症处理，如止咳（甘草片和甘草合剂）、化痰（氯化铵）、止喘（氨茶碱）、镇静（鲁米那）、止盗汗（中草药）等。但本病治疗中十分主要的一点就是要用毛泽东思想武装病人的头脑，树立革命的乐观主义精神，对战胜疾病有坚强的毅力。

2. 抗结核药物　目前最常用的是异烟肼、链霉素和对氨柳酸钠（P. A. S.），一般情况下可选择二种合用：第一种、第二种或第一种、第三种合用。异烟肼服用可持续1～2年。链霉素每天0.75～1克，治程3个月，以后改为每周2克，再延续3个月。P. A. S. 治程为3～6月。对急性严重的肺结核，可三种药物同时运用，必要时，链霉素可改用卡那霉素，P. A. S. 还可从静脉途径给予。

〔注〕 异烟肼、对氨柳酸钠和链霉素、卡那霉素等，因对结核杆菌能起杀灭或抑制作用，通常称它们为“抗结核药”。

异烟肼：对结核杆菌有杀菌和抑菌作用，并可进入脑脊液，常用于治疗各种类型的结核病（肺结核、骨与关节结核、结核性脑膜炎等）。一般剂量毒性较轻，但大剂量时可引起四肢麻木或肝脏损害，前者可用维生素B_6预防，后者需停药。单用此药易引起抗药性，故最好能与其他抗结核药物合用，以延缓抗药性的产生。片剂为0.1克/片，针剂为0.1克/针。常用口服法，成人0.1克，每日3次，儿童10～20毫克/公斤/天，分3次服（必要时肌肉注射）。肝肾病及癫痫病人

忌用。疗程6～18个月。

对氨柳酸钠：仅能抑制结核杆菌，且疗效较差，不易透入脑脊液，但它不易产生抗药性，故可与其他抗结核药物合用，以治疗各种类型的结核病。毒性反应主要是恶心、呕吐、食欲不振、腹泻等，与碳酸氢钠（S. B.）同服可减轻副作用。片剂，0.5克/片，注射剂2克/针。成人8～12克/天，分4次口服，小儿0.2～0.3克/公斤/天，分3～4次口服。静脉滴注用于结核性脑膜炎等严重病例。肾功能差者须慎用。

链霉素：对结核杆菌有特效，但易产生抗药性。一般与其他抗结核药轮换使用，可减缓产生抗药性（详见前面）。

卡那霉素：作用与链霉素相似，不能代替链霉素，用于其他抗结核药无效的病例。

以上药物应用时，首先是异烟肼和链霉素，当链霉素停用后，再继以前者和对氨柳酸钠合用，一般治疗期为1年。

3. 其他治疗　空洞型肺结核应由医院施行人工气胸、人工气腹或外科手术。咯血病人量少可服用维生素K_3 4毫克一日3次、维生素C 100毫克一日3次以及小量鲁米那（0.03～0.06克）。大量咯血则需抢救，如胸部压沙袋，给予止血药安络血、仙鹤草素、凝血质或对羧基苄胺等；必要时静脉或肌肉注射垂体后叶素，每次10单位，高血压者禁用（详见咯血节）。对咯血病人应给予精神安慰，多做思想工作。此外，对病变进展快、中毒症状严重者（如急性粟粒型结核等），可在足量、有效的抗结核药物的基础上酌情应用激素治疗。但因激素对结核菌无直接作用，并可促使病灶扩散，主要起抗炎、抗毒、抗过敏、抗纤维增生的作用，故使用时间不宜过长。常用强的松10毫克，每日3次口服，或氢化可的松100～200毫克加入5％葡萄糖溶液500毫升中静脉滴注，每日1次。

4. 中草药治疗

(1) 辨证论治：

① “邪火煎熬”、肺热治宜清肺泻热，兼以润肺化痰，可用紫菀汤加减，即紫菀、阿胶、知母、贝母、桔梗各 1 钱，茯苓、桑白皮、黄芩各 3 钱，鱼腥草、白花蛇舌草各 1 两，水煎服。

② 阴虚者治宜滋阴清火、润肺养肾，可用百合固肺汤加减，即生熟地各 1 两，麦冬、百合、元参各 4 钱，白芍、川贝母、冬虫草、百部、阿胶各 3 钱，水煎服。

③ 气虚痰湿治宜健脾化痰、培土生金，可用白术、茯苓各 3 钱，孩儿参、百部各 4 钱，夏枯草、鹿衔草、野荞麦根各 5 钱，水煎服。

本病发展过程中如有咯血，可在上述处方中加茜〔音欠 qiàn〕草根 5 钱、生侧柏叶 1 两，有盗汗加五味子 1.5 钱、糯稻根 1 两，潮热加银柴胡 2 钱、地骨皮 4 钱。

(2) 草药验方：

① 百部 6 钱，黄芩、丹参各 3 钱，水煎服；或将上述药物加工制成片剂长期服。

② 鲜葎草 5 两打汁内服，或鲜葎草 2 两水煎服；或用鲜葎草注射液 4 毫升，每日一次肌肉注射，3 个月为一疗程。

③ 百部 3 钱，旱莲炭、冰糖各 1 两，水煎服，适用于咯血者。

④ 平时调理可用冬虫夏草 2 两，三年陈的老鸭 1 只，去内脏，将冬虫夏草塞入鸭腹中，砂锅中炖烂，连汤带药，一星期内吃完。

(二) 颈淋巴结结核

颈淋巴结结核是周围淋巴结结核中比较常见的一种，病程经过比

较缓慢。祖国医学称为“瘰疬”、“马刀挟瘿”、“痰核”等。本病可以由结核菌通过呼吸或食物而感染，在口腔鼻咽部引起原发病灶（如扁桃体炎），然后延及颈淋巴结；也可由原发病灶通过血行播散引起。后者为常见的传染方式。多见于儿童及青少年。原发性感染引起的颈淋巴结结核一般是单侧性的，淋巴结可发生干酪样坏死以至液化，或溃破淋巴结包膜及皮肤，引起组织深度感染和形成慢性瘘管，并经常流出水样脓液，可经久不愈。血行播散所引起的淋巴结结核往往是两侧性的，病变主要为增生性，很少形成干酪样坏死，溃破较少见。

祖国医学认为本病由于肺气郁结、痰湿凝聚坚硬成核而结于颈项，或因肺肾阴亏，以致水亏火旺，肺津不能输布，灼津为痰，痰火凝结而成。

症状 主要是颈淋巴结肿大。开始比较小，孤立而无粘连，按之可以滑动。轻者可逐渐自行消散；如机体免疫力减弱，则淋巴结继续肿大，并结聚成不规则肿块，按之不能自由滑动（粘连），表面皮肤呈红紫色，稍有疼痛。此时祖国医学称为“肝气郁结”。后期因干酪样坏死而使肿块软化，成为冷脓肿，最后破溃，可以形成瘘管，排出豆渣样脓液；创口不易愈合，常反复发作。同时伴有倦怠、低热、盗汗、厌食、消瘦、贫血等全身症状。此时祖国医学称为“肺肾阴亏”。

鉴别诊断 本病在淋巴结肿大而无溃疡者应与急性淋巴结炎相鉴别。后者系由口腔、牙齿、咽喉部的化脓性感染引起，起病较急，急性炎症症状明显，经抗菌药物治疗后淋巴结肿大可迅速消退，血白分计数明显增高。

治疗

1．全身抗结核治疗同肺结核。

2．局部淋巴结若已软化，可用空针抽取脓液，并注射2.5%异烟肼、20%对氨柳酸钠或10%链霉素溶液。若已溃破，应保持引流通畅，于清洁后局部运用抗结核药物。

3．中草药治疗

⑴ 辨证论治：

① 肝气郁结所致的瘰疬，治宜疏肝养血，解郁化痰，可用舒肝散

合二陈汤加减，即柴胡、赤白芍、仙半夏、陈皮各1.5钱，当归、夏枯草、昆布、海藻各3钱，水煎服；肝火旺者加生山栀、黄芩各3钱。

② 肺肾阴亏所致的瘰疬，治宜滋肾补肺，可用六味地黄汤（见第226页）减去泽泻、丹皮，加党参、沙参、麦冬、地骨皮各3钱，生牡蛎、鳖甲各5钱（先煎）。

(2) 单方或成药：可用小金丹1钱，或内消瘰疬丸、消疬丸等均3钱，内服；或用阳和解凝膏（初期）、千捶膏（中期）外贴。

〔附〕 中西医结合治疗脓肿型、破溃型淋巴结核（中医研究院广安门医院）

(1) 治疗原则：外科手术清除局部病灶，创口缝合或开放，开放创口术后应用中药换药，直至愈合。手术前后适当用中草药和抗结核药以防病变扩散，减少和防止复发、新发。

(2) 治疗方法：

① 破溃型：彻底清创，清除溃瘘、窦道和相连的淋巴结。能缝合使腔道完全闭合者，尽量缝合，置皮条引流，1～2天拔去，创口可在4～7天愈合。若不能完全关闭，应开放，术后用红纱条及玉红膏纱条换药，直至愈合。若清创不彻底，也不缝合，术后酌情用少量红粉1～3次，每天1次，以后改用红纱条及玉红膏纱条换药。

② 脓肿型：病人情况好、脓腔局限者，可一次完成切开排脓和清创术，能缝合就缝合，否则让其开放。创口处理与上述同。若患者情况差，伴发烧，脓肿混合感染，周围炎症明显，或脓腔过深过大者，宜先切开排脓，一周后再清创。

(3) 外用中药的配制：

① 红纱条：红粉5克、朱砂10克、生肌玉红膏100克。将红粉研细加朱砂和入玉红膏中调匀，放在纱条上做成油纱条，经高压消毒后备用。

② 生肌玉红膏：当归2两、白芷5钱、甘草1.2两、紫草3钱。用麻油1斤加上药浸3天，用文火熬枯去渣，滤清，再熬至滴水成

珠，加白蜡2两溶化，再加血竭、轻粉各4钱和匀，磁器内贮存备用。

（三）肠结核

肠结核多由于结核杆菌通过血行、食物、含菌的痰液吞到肠道而引起，常继发于肠外结核，绝大多数病人有肺结核病史。多见于20～40岁的青壮年及年长儿童。病变好发于回盲部，其次为升结肠，主要因此段肠淋巴组织丰富及食物在此处停滞时间长的缘故。临床上可分成溃疡型和增生型二种。结核菌侵入肠壁淋巴组织以后，先形成结核灶，以后可发生干酪样坏死。一旦波及粘膜，可形成溃疡，但很少深达肌层。此即溃疡型，比较多见。肠结核往往与肠系膜淋巴结结核及局部结核性腹膜炎同时存在，并融合一起形成肿块。有时肠道病变以肉芽及纤维组织增生为主，肠壁明显增厚，肠腔变窄，使肠段呈腊肠状，此即增生型。

症状　起病缓慢，病程较长。早期症状多不显著，可有发热、盗汗、消化不良，腹部不适、腹胀、食欲减退等；唯有腹痛和腹泻为肠结核的特征。腹痛多在右下腹，往往在进食后引起病变肠段的痉挛而产生绞痛。腹泻可与便秘交替出现，发作时每日排出3～6次糊状或带脓血与粘液的大便。重型病人由于多量腹泻、食欲不振，常引起全身虚弱。如有肠腔狭窄时，还可出现呕吐、腹胀、绞痛等症状。体检时右下腹可有肿块，并有压痛，肠鸣音亢进。实验室检查血沉加速，痰液或粪便培养可有结核杆菌。X线检查可见回盲部蠕动加速，钡剂潴留，肠腔有充盈缺损，肠腔扩大或狭窄。

治疗

1．抗结核治疗同肺结核。

2．中草药治疗　以百部6钱，黄芩、丹参各3钱为基本方，若腹痛、腹泻者可加木香、砂仁、党参、白术、炒延胡、补骨脂，如便秘可加当归、火麻仁、生地、石斛、白术、茯苓等，水煎服。

（四）结核性脑膜炎

结核性脑膜炎多发生于青少年，6个月到5岁的儿童发病率为最高。本病大多继发于肺结核、淋巴结结核等疾病。一般是在机体抵抗

力降低的情况下，结核杆菌由神经系统以外的结核病灶经血行播散侵入脑组织而引起；或者附近的结核病灶直接蔓延到脑膜及破入蛛网膜下腔而发生。

本病的主要病变是软脑膜炎，尤以脑底部为明显。脑膜呈弥漫性充血，蛛网膜下腔因充血而有稠胶样渗出物，可使颅内压增高，出现脑膜刺激症状；渗出物多时压迫颅神经，可引起偏盲、斜视、眼球震颤等症状。渗出物还可沿脑血管浸润到脑实质，引起脑实质炎症或出血。炎症渗出物积聚多时可出现脑积水。

症状 起病缓慢，患者往往有肺部、骨骼等处的结核感染史及结核病的接触史。早期可有结核病的一般中毒症状，如低热、盗汗、消瘦、食欲不振、恶心、大便秘结、烦躁不安或神情呆滞等。约1～2周内症状加剧，出现头痛（患儿常突然哭叫）、喷射状呕吐、不同程度的意识障碍等，重者可有昏迷、抽搐、大小便失禁，发热也较明显。晚期可出现较明显的脑膜刺激症状，部分病人还因颅神经受损而引起斜视、偏盲、面瘫等症状。

检查 早期体征不明显。稍晚，病儿呈现角弓反张，前囟隆起，瞳孔不等大，颈项强直，划跖试验(巴氏征)、屈腿伸膝试验(克氏征)阳性。

腰椎穿刺发现脑脊液压力增高，澄清或稍显混浊，静置24小时出现蛛网样薄膜而呈毛玻璃状。细胞计数每立方毫米数十至数百之间，以淋巴细胞为最多。生化反应糖降低到消失、氯化物降低、蛋白质增高。脑脊液涂片可发现结核杆菌。

X线胸部检查，常可发现有活动性肺结核病灶或原发综合症的钙化点。结核菌素试验往往阳性反应。

鉴别诊断

1. 流行性脑脊髓膜炎 结核性脑膜炎起病急者易与流脑相混淆。但流脑起病急，有高热，病程进展快。以冬春季多见，常有流行史、皮肤常出现瘀斑。脑脊液检查外观显混浊，细胞以中性核为主，涂片可检出脑膜炎双球菌。

2. 流行性乙型脑炎 结核性脑膜炎早期出现脑实质损害症状时易

误诊为脑炎。但脑炎见于夏秋季，有流行史。起病急，高热，剧烈头痛，很快昏迷。脑脊液检查糖正常或稍高。

3．脊髓灰质炎　脊髓灰质炎在瘫痪发生前易与结核性脑膜炎相混淆。但后者大都发生在秋季，虽有刺激症状，但神志多清楚。脑脊液中蛋白可正常或稍高，糖及氯化物不降低。

治疗

1．一般治疗　患儿应卧床休息，良好的护理极为重要。昏迷者要经常翻身、洗澡，以防褥疮。饮食宜富有营养及易消化，昏迷者可用鼻饲。

2．抗结核治疗　基本同肺结核。但本病首选药物为异烟肼，因其极易透过血脑屏障，在脑脊液中的浓度可与血液内相等。

3．激素治疗　以早期应用为佳，可抑制蛛网膜下腔及脑血管的炎症反应，使渗出物减少，防止脑底及椎管的阻塞，也可减少全身的毒性症状。但须在使用足量抗痨药物的前提下应用，并不宜长用。一般用强的松 15～40 毫克/天，儿童 1～2 毫克/公斤/天，分 3～4 次口服；不能口服者用氢化可的松或地塞米松静注。

4．中草药治疗

(1) 草药验方同肺结核。

(2) 辨证论治，早、中期治宜平肝、泻火、滋阴为主，可用钩藤、蜈蚣、全蝎、僵蚕、柴胡、黄连、黄芩、生地、百部、丹参等；晚期则扶阳救逆兼以滋阴，可用四逆汤（见 214 页）加地黄、麦冬、党参、黄连等。

5．针刺疗法　有后遗症如瘫痪、斜视等时，可采用新针疗法。一般用轻刺激手法，不留针。

（五）肾结核

由于结核杆菌自原发病灶（一般多是肺结核）经血流侵入到肾脏而引起，多见于 20～40 岁的青壮年，男性多于女性。

结核杆菌侵入肾脏后，病变主要在肾外层肾小球的毛细血管丛中。开始大都为双侧性的，绝大多数病例都能全部愈合，无任何临床症状。少数病人因机体抵抗力降低，病变继续发展，结核菌从破坏了的肾小

球中进入肾内层的肾曲管，继而侵入肾盂，产生有临床症状的肾结核。这种肾结核大都是单侧性的，又由于结核病变是在肾实质中的，故不经治疗很少能愈合。细菌主要在肾乳头部位引起炎症，先形成结核结节，继而发生干酪样坏死；若坏死物质溃破，则可形成空洞。病变也可直接蔓延，或经淋巴管或肾盂播散，累及肾脏各部，引起泌尿道感染；若波及输尿管或膀胱时，可有粘膜溃疡或纤维变性，引起输尿管口狭窄和膀胱挛缩，出现膀胱刺激症状。肾实质破坏严重时可产生结核性肾盂积脓及肾周围脓肿。

祖国医学认为本病属湿热下注膀胱，热伤血络，进而肾阴虚衰火旺，到后期可累及脾脏，形成脾肾二亏。

男性泌尿系统结核病常与生殖系统结核病同时存在。

症状 早期可无症状。如病变波及膀胱，可出现尿频、尿急、尿痛，这是肾结核最早和常见的症状；膀胱挛缩时可有尿频加剧，或有尿失禁。多数病人可有血尿，大多为终末血尿，阵发性，多量时肉眼可见，少量时显微镜检查才能发现。当血尿发作，血块通过输尿管时，可有肾绞痛发作。如有肾盂积脓，可出现高热。这类病人舌苔黄腻，脉数有力，祖国医学认为是“膀胱湿热”。部分患者可有活动性结核病变的全身症状，如发热、盗汗、消瘦、舌红、脉细数等，祖国医学认为是“阴虚火旺”。晚期病人，可因肾机能不全而表现浮肿、高血压，最后导致尿毒症，即祖国医学所称“脾肾两亏”。

有条件时可作X线静脉肾盂造影协助诊断。

鉴别诊断

1. 肾盂肾炎 有急起的畏寒、发热、明显的腰部酸痛及膀胱刺激症状。实验室检查可有不同程度的脓尿，尿细菌培养阳性。

2. 肾结石 有突起的肾区刀割样绞痛史，有向阴部及两侧大腿内侧放射痛。发作期间及发作后有血尿。X线检查可有结石阴影。

3. 肾肿瘤 凡年龄在四十岁以上的病人出现无痛性血尿时应首先考虑肾肿瘤，病人大多有肾区肿块物及疼痛。血尿有时可呈间歇性，全身可有贫血、消瘦等症状。

治疗

1．一般治疗及抗痨药物的应用同前。

2．中草药治疗

(1) 膀胱湿热：治宜消膀胱湿热和凉血止血，可用黄柏、黄芩、知母、百部、生甘草各3钱，生地、丹参、小蓟、鲜茅根各1两，水煎服。

(2) 阴虚火旺：治宜清火滋阴，可用仙鹤草、龟板各1两，生谷芽5钱，黄芩、知母、熟地、生蒲黄(包)、百部各3钱，水煎服。

(3) 脾肾两亏：治宜健脾补肾，可用黄芩、百部、菟丝子各4钱，党参、黄芪、当归、生地、白术各3钱，陈皮1.5钱，水煎服。

3．手术治疗　凡单侧性肾结核，肾组织破坏范围广而呈进行性破坏时，可在全身治疗和抗痨药物的配合下，作肾切除术。

思　考　题

1．怎样诊断肺结核病？肺结核治疗中怎样使用抗结核药？

2．其他几种结核病各有什么特点？

3．结核病如何预防？

十九、流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒所致的急性传染病，俗称“大嘴巴”，又名“痄〔音炸，zhà〕腮”。祖国医学认为是风温病毒所致。病后一般可获终身免疫。本病经呼吸道传染，冬春季多发。传染源为急性期病人，唾液、血液、尿及脑脊液中均可含有病毒，从腮腺肿大前数日到腮腺肿大期均有传染性。5～15岁青少年容易感染。在成年的病人，病毒还容易侵犯睾丸和卵巢，儿童则可并发脑膜炎，这是本病的特点。

发病原理　腮腺炎病毒经口鼻侵入上呼吸道粘膜后，大量生长繁殖，经一定时间后进入血液循环，出现病毒血症。然后定位于腮腺及颌下腺等其它唾液腺中。主要的病变为腮腺及周围组织显著充血、肿

胀及水肿，包膜上可见点状出血。腺体间质有浆液纤维素性渗出物和淋巴细胞浸润。腮腺导管水肿，并有上皮细胞坏死脱落，因而唾液排出受阻。唾液中的淀粉酶经淋巴液进入血液，因此血液中的淀粉酶含量增高，并可经尿排出体外。腮腺病毒累及之器官如睾丸等均有上述病变。

症状 潜伏期 8～30 天，平均 18 天。

多数患者无前驱症状，只偶有疲乏、低热、食欲减退、头痛等症状，重者可同时有恶心、呕吐、全身疼痛等症状。此种前驱症状持续数小时至 2 天，以后腮腺开始肿胀。

腮腺炎肿大时起病多急骤，突然高热、寒战、头痛及周身酸痛，偶有起病时出现脑膜刺激症状，幼儿可有惊厥。腮腺肿胀大多为两侧性，但常先一侧肿胀，1～2 日后累及对侧。肿胀以耳垂前为中心，向下向后蔓延，致下颌骨后沟消失，再向前向上可达颧骨弓，向后可及胸锁乳突肌。局部疼痛并感觉过敏，开口及咀嚼时疼痛更为明显。表面皮肤光亮紧张，触诊时有海绵、橡皮样弹力感，并有轻度触痛。

颊部内侧腮腺管口（相当于上颌第一、二磨牙相对的颊粘膜上）常有红肿，肿胀约于第三、第四日达高峰，严重者颌下腺、舌下腺与颈部淋巴结可波及肿大，并可因肿胀而致吞咽困难。唾液分泌量增加。舌尖红，苔黄，脉滑数。

全程约 7～12 日。肿大的腮腺不化脓为本病的特征。血液白细胞数正常，淋巴细胞相对增加。

并发症

1. 生殖器官并发症 多见于青春期后的患者，有睾丸炎、卵巢炎等，男性发病率高。常发生于腮腺肿后一周左右，也可发生于肿胀之前或单独发生。

起病时突发高热、寒战、恶心、呕吐、腹痛等，男性则有明显一

侧或两侧睾丸肿胀、压痛，持续3～4日或1～2周，后渐消退。重者可致睾丸萎缩。卵巢炎不易诊断，常忽略。

2．神经系统并发症　以脑膜脑炎为最常见，常发生于起病后4～10天，也可发生于腮腺肿胀前6日或起病后12日，甚至单独发生。症状、体征和乙脑相似。愈后无后遗症。

3．胰腺炎　较少见，大都在腮腺肿后3～4日或一周后发生。症状有体温骤升、恶心、呕吐、上腹痛、腹胀或腹泻，中上腹偏左（胰部）可有触痛及肌卫。血清检查淀粉酶增高。症状多在一周内消退。

鉴别诊断

1．颈部淋巴结炎　颈部肿胀，离耳下部较远，腮腺管口无改变，口腔及咽部可发现明显病灶，如咽峡炎、扁桃体炎、猩红热等。病程较长。

2．耳周围淋巴结炎　肿大在耳前部，肿胀的边缘较清楚，触之有核状感，稍有触痛。咀嚼时疼痛不明显。

3．化脓性腮腺炎　仅限于一侧。局部红肿，按压有波动感，压腺管口时有脓性分泌物挤出。常并发于伤寒、白喉或猩红热之后。

预防　防止易感儿童和患者接触。患者应立即暂时隔离，到腮腺肿胀完全消退之后为止。中草药板蓝根1两水煎服，每日一剂；或针刺合谷、颊车穴，每日2次，有预防之功效。男性成人患者在腮腺炎早期口服己烯雌酚（乙蒽酚）每次1毫克，每日3次，有预防睾丸炎发生的功效。

治疗

1．患者应卧床休息，进无刺激性的软食。局部热敷或冷敷，减少疼痛。注意口腔清洁，多喝水。

2．疼痛可给止痛药，高热可给退热剂。给予维生素B、C等。抗菌素及磺胺类药物对本病无效。

3．中草药治疗

(1) 板蓝根或海金砂藤1两，水煎服，连服2～3日。

(2) 症状较重者用大青叶、板蓝根各 1 两，连翘、草河车各 5 钱，水煎服，连服 2～3 日。或用普济消毒饮加减，即银花、元参、连翘、夏枯草、板蓝根各 3 钱，马勃、薄荷、桔梗各 1.5 钱，生甘草 1 钱，水煎服；热高加黄芩 3 钱，便秘加生大黄 2 钱（后下）。

(3) 外敷药：马兰根 2 两，捣烂醋调，一日一换；或仙人掌（去刺） 1 片，从中剖开或捣烂，敷患部；或活蝉〔音蝉，chán〕皮 1 张敷患处，均有消肿止痛作用。也可用消炎止痛膏局部外敷，每日 1～2 次。

4. 新针疗法　针刺翳〔音艺，yì〕风、颊车等穴，发热者加合谷、曲池。

5. 并发睾丸炎者，用布将睾丸托起，可用龙胆泻肝汤（见 210 页）加减治疗。严重者可采用强的松治疗。

6. 并发脑膜炎者，呕吐剧烈时可静脉注射 50% 葡萄糖 40～60 毫升，每日 1～2 次；或甘露醇、山梨醇等静脉滴注，以减轻颅内压。以后可参考乙脑治疗。

7. 并发胰腺炎者，参照胰腺炎的治疗。

思　考　题

流行性腮腺炎与淋巴结炎有什么不同？如何治疗？

二十、流行性脑脊髓膜炎

本病简称“流脑”，是由脑膜炎双球菌引起的急性呼吸道传染病。好发于冬春季节，3～4 月发病率最高，10 岁以下儿童为多见，大多是散发，偶成流行。祖国医学认为是感受温邪所致。

病因和发病原理　患者和带菌者是本病唯一的传染源。脑膜炎双

球菌生存于病人或带菌者的鼻咽部，当咳嗽、打喷嚏、说话时，可通过飞沫经呼吸道传播。此外，病人的血液、脑脊液及皮肤瘀点也可找到脑膜炎双球菌。这种细菌在人体外生活力极低，对干燥、湿热、寒冷极为敏感。温度低于37℃，或高于50℃均易致死。脑膜炎双球菌能释放内毒素，引起一系列病变。

病原菌进入人体后，先定居在鼻、咽部粘膜上。如人体抵抗力强，可抑制病菌的繁殖而不发病；但抵抗力低下，则病菌在粘膜上可引起上呼吸道炎症，即上呼吸道感染期。以后病菌进入血液循环，即为菌血症期；并在血液中继续繁殖生长，形成败血症。最后经脑膜血管、脑血管或脉络丛，侵入脑脊髓膜而产生化脓性脑膜炎，即脑膜炎期。本病临床上以发热、头痛、呕吐、全身瘀点、颈项强直等为主要症状。

本病的主要病理变化是：在败血症期，细菌侵袭皮肤血管管壁，引起栓塞、坏死、出血及白细胞浸润，产生皮肤或粘膜上的瘀点或瘀斑。由于血栓形成和内毒素的作用，可使内脏广泛性出血；严重病例双侧肾上腺也可有出血及坏死病变，并由于细菌毒素使全身毛细血管的舒缩功能发生障碍（痉挛）、血管通透性增高以及致敏性坏死，故血流减慢，血液瘀滞在血管内，全身的有效血容量减少，使周围循环血量供应不足，常导致严重休克，形成临床上暴发型败血症及华佛氏综合症。当细菌侵犯脑脊膜后，主要表现为脑膜表面的血管极度充血及水肿。炎症可累及硬脑膜、蛛网膜、软脑膜等处，而以蛛网膜下腔为显著。病变早期，由于脑膜充血水肿，可造成颅内压升高，患者出现头痛、呕吐等症状；病变继续发展，脑膜及蛛网膜普遍发生炎性病变，并有大量的纤维素及脓性分泌物渗出。除脑膜及蛛网膜以外，脑组织也可有细胞浸润、变性、充血、水肿及坏死病变，因而形成脑组织炎症，出现高热、抽搐、昏迷等症状。脑组织充血、水肿较剧时可形成脑疝及脑水肿，出现呼吸衰竭及瞳孔改变，引起神经根肿大。肿大的神经根经过椎间孔时受到压迫，而且产生颈项疼痛，颈部肌肉因此发生保护性痉挛，在临床上可出现颈项强直、角弓反张等神经系统症状。少数病人由于颅底炎性病变及粘连压迫，可有视、听、面神经的损害。祖国医学温病学认为本病可随卫气营血传变，但也可出现逆

传心包。

症状 潜伏期2～7天，病程可分以下几期：

1. 上呼吸道感染期 以鼻旁窦炎、咽和扁桃体炎症状为主，表现为发热、头痛、咽痛、四肢关节酸痛等。这时祖国医学认为属于卫气期。如能及时用抗菌素或磺胺药物治疗，多数患者可不发展成脑膜炎而痊愈。少数患者抵抗力降低，病原菌侵入血循环而进入菌血症期。

2. 菌血症期 突然高热、寒战、呕吐、关节及全身酸痛、怕光、反射过敏，同时伴有痉挛，小儿常有惊厥。约70%的患者，皮肤上有瘀点或瘀斑，有时瘀斑成片状坏死。肝脾肿大，口唇周围有单纯胞疹。这时，祖国医学认为属于营血期。

3. 脑膜炎期 高热持续，剧烈头痛，剧烈呕吐（成喷射状），烦躁不安，谵妄或昏迷状态，还出现脑膜刺激症状，如颈抵抗或强直、角弓反张、屈腿伸膝试验和屈颈试验（布氏症）阳性，部分病例划跖试验阳性或自发阳性，瞳孔对光反应迟钝等。婴儿主要表现为囟门凸起、烦躁、嗜睡、突发尖叫、两眼凝呆、体温高或不升、惊厥等，脑膜刺激症状则不明显。

以上为普通型流脑病人的临床症状，约占患者的90%。此外，还有下列各型：

（一）暴发型 起病凶猛，病势险恶，临床表现特殊。又可分为以下二种：

1. 暴发型脑膜炎双球菌败血症或华佛氏综合症 多见于儿童。起病急骤，从高热、头痛、呕吐开始，短期内全身出现广泛性皮肤瘀点或瘀斑，迅速发展融合成大片皮下出血、坏死，同时伴有严重的周围循环衰竭，如血压下降或测不出、脉搏细弱、呼吸急促、口唇和指

端紫绀等，大多无脑膜刺激症状。这类病人，祖国医学认为属于逆传心包和阳气虚脱。瘀点涂片及血培养检查细菌往往阳性，但脑脊液澄清。

2．重症脑炎型　患者大多为儿童。除高热、剧烈头痛、频繁的喷射状呕吐之外，还可有昏迷、惊厥。少数病人可并发脑疝，临床上有呼吸快慢、深浅不均匀或呼吸停顿等呼吸衰竭现象。瞳孔大小不等、对光反射迟钝或消失，眼球凝视、固定。如不及时抢救，很快因呼吸衰竭而死亡。呼吸衰竭的病人可有下列先兆：(1)面色苍白，频繁呕吐，剧烈头痛，烦躁不安；(2)神志突然昏迷，惊厥不止，肌紧张力增高；(3)瞳孔及呼吸节律有改变；(4)血压上升。

（二）慢性型（慢性脑膜炎双球菌败血症）　本型主要表现为长期的败血症而未累及脑膜，病程可长达数周或数月。临床上以不规则发热、寒战、瘀点或瘀斑、关节痛、肝脾肿大为常见症状。血中白细胞及中性细胞常增高，瘀点或血涂片培养检查可有脑膜炎双球菌。

本病如有条件作实验室检查，血中白细胞计数及中性白细胞常增高，败血症期血培养可阳性；皮肤瘀点找脑膜炎双球菌，阳性率可达70～80%；脑脊液外观米汤样混浊或脓样，压力增高，白细胞多在几千以上，以中性居多，蛋白升高，糖、氯化物降低，培养可得脑膜炎双球菌。

并发症　在病程中可并发支气管肺炎、中耳炎、化脓性关节炎、皮肤坏死等，少数还可出现失语、失听、失明、面瘫、吞咽困难等。

鉴别诊断

1．结核性脑膜炎　发病较慢，有结核病灶，脑脊液的变化也与之不同（见前面结核性脑膜炎）。

2．病毒性脑膜炎　有脑膜炎的体征，而无脑膜炎的病变，可找到中枢神经系统外的病灶，如伤寒、恶性疟疾、流感等。脑脊液化验正常。

3．流行性乙型脑炎　夏秋季节流行。起病急，迅速昏迷，无瘀斑。

4．其他化脓性脑膜炎　可有中耳炎、脓肿、鼻旁窦炎等病灶，但确诊须依靠脑脊液检查。

预防

1. 早期诊治病人，及早隔离治疗，并作传染病报告。

2. 流行期间儿童少去公共场所，早晚用淡盐水漱口。对密切接触者给予预防服药，可给 S. T.（磺胺噻唑）成人 1 克，一天 3 次，服 2 天，儿童酌减、或 S. M. P.（长效磺胺）0.5 克，日服 1 次，服 2 天，儿童酌减等等。也可用 0.2% 呋喃西林溶液或 0.05% 新洁而灭溶液滴鼻、漱口或喷咽喉。

3. 开展群众性大扫除，开窗通风，衣被晒太阳等是重要的预防措施。

4. 中草药预防

(1) 金银花、板蓝根各 3 斤，加水 100 斤，煎成 50 斤，供 100 人一日量，当茶饮，连服 3 天。或大青叶 3～5 钱，野菊花 5 钱，金银花、板蓝根、贯仲各 3 钱，水煎服，连服 7 天。

(2) 贯仲 8 斤、甘草 2 斤，加水 100 斤，煎成 60 斤，供 100 人一日量，每日 2 次，连服 3 天。

(3) 野菊花 5 钱，煎浓汁含漱，每日 1 次。

(4) 口服生大蒜 2～5 瓣，每日 2～3 次，连服 7 天。

5. 易感儿童作流脑菌苗预防注射。

6. 经常参加体育锻炼，增强身体抵抗力。

治疗

1. 一般治疗　对重症患者，供给充分的液体及营养。对高热、呕吐、失水而饮水不足者，可用 5 % 葡萄糖生理盐水静滴。

2. 特效疗法

(1) 磺胺类：S. D.（磺胺嘧啶），成人首次剂量一般为 2 克，以后每 4～6 小时 1 克；对昏迷、呕吐频繁者可肌注或

静滴。儿童 100～200 毫克/公斤/天，分次注射，首剂用总量的½。须加服等量小苏打。

⑵ 青霉素：宜大剂量应用，以使脑脊液中达到有效浓度。成人首次 100 万单位，静注；以后 40 万单位，6 小时一次肌注。儿童酌减。

⑶ 氯霉素：易透过血脑屏障而到达脑脊液中。首次用 50 毫克/公斤/次，以后 100 毫克/公斤/天，连用 3～5 天。

3. 对症处理　热度过高可适量用退热剂，如复方氨基比林注射液 2 毫升/次，肌注。高热 40℃以上，可用“冬眠疗法”，即冬眠灵和非那根各 1～2 毫克/公斤/次，肌注。同时配合酒精擦身及针刺曲池、合谷、大椎等穴位。躁动不安或惊厥用镇静剂，如鲁米那或阿米妥，成人 0.1～0.2 克，儿童 5～8 毫克/公斤/次，肌注；或用 10%水合氯醛灌肠，成人每次 20 毫升，儿童 60～80 毫克/公斤/次。也可用冬眠灵(剂量同上)。毒性症状严重或血压低下者，可给于氢化可的松，成人 0.1 克，儿童 3～5 毫克/公斤/次，加入高渗葡萄糖液中静脉注射；或用地塞米松 2～5 毫克静脉或肌肉注射，儿童酌减。

〔注〕 可的松、强的松、氢化可的松、地塞米松都属于肾上腺皮质激素类药物，是临床常用的激素。它们都具有类似肾上腺皮质激素的作用，如减轻机体组织对损害性刺激所产生的病理反应，抑制结缔组织增生，降低毛细血管壁和细胞膜的通透性，减少炎性渗出，减轻过敏反应，使血液中性粒细胞及血小板增加等。因此，与抗菌素合用，可用于中毒性休克（感染引起）及败血症、流行性脑脊髓膜炎、粟粒性肺结核等。此外，也可用于过敏性休克、活动性风湿病、类风湿性关节炎、红斑性狼疮、支气管哮喘、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、急性淋巴性白血病，以及肾上腺皮质功能不全和某些皮肤及眼的疾病等。

虽然它们的用途这么广泛，但是，如果使用不当，可产生许多不良的副作用：(1)能促进水、钠在体内的潴留，增加钾的排泄，并使血压增高，故用药期间必须控制钠的摄入量，加服钾盐（氯化钾），并且高血压者禁用。(2)可抑制体内葡萄糖的利用及肾小管对葡萄糖的重吸收，引起血糖升高，故糖尿病者禁用。(3)长期大量使用可引起骨质疏松，溃疡病出血或穿孔，面部及躯干脂肪积聚，以及继发性肾上腺皮质机能不全等，故应尽量避免长期大量服用，如需长期服用，停药时应逐渐减量至全停，以免发生急性肾上腺皮质机能衰竭。(4)在结核或感染性疾患应用时，可能引起结核及感染的潜在性活动或扩散，应特别加以注意，并须与足量抗菌药物合并使用。应该指出，这类药物除了有上述不良的副作用外，价格也较昂贵。因此，应防止滥用、乱用，以免增加患者不必要的痛苦和经济负担。

上述四种药物中，氢化可的松可供静脉注射，作用较迅速，故常用于急症抢救，可的松、强的松可口服或肌注，其中强的松的作用较可的松大3～5倍，而水钠潴留及促进钾排泄的副作用较小，故一般疾患比较多用，且用量比可的松小5倍；地塞米松（氟美松）的作用更强（比可的松大20～30倍），而副反应更小，并可供口服、肌注或静注，故对急症患者更为适用，但价格较贵。

此外，还有一种促肾上腺皮质激素（A. C. T. H.），主要作用是刺激肾上腺皮质释放肾上腺皮质激素，而起上述药物相同的作用，用途基本相同；但对肾上腺皮质机能减退者无效。一般供肌注或静脉滴注用。

4. 暴发型脑膜炎的抢救　遇这类病人，应迅速送医院抢救，包括：

(1) 立即静注大量抗菌素，可选用S. D.、青霉素或氯霉素，一般需合并应用二种药物，且以S. D. 为主（但休克病例，尤其无尿或少尿者不用），剂量宜比正常加大一些。

(2) 纠正血压：轻者用氢化可的松静脉注射，剂量3～5毫克/公斤/次以上；或地塞米松2～5毫克/次。严重者需应用去甲肾上腺素，

以5毫克加入5%葡萄糖盐水500毫升中静脉滴注，随时调整速度，以维持收缩压在90毫米汞柱以上；如以上方法无效，可改用或加用阿托品，每公斤体重0.03～0.05毫克，静脉注射。先每5～15分钟注射一次，情况好转后可15～30分钟一次，或加在补液中滴注。其他如新福林5～10毫克注射，低分子右旋糖酐〔酐，gān〕7～10毫升/公斤/次静注，异丙肾上腺素1毫克/500毫升滴注等，可根据不同情况选用。

(3) 纠正脱水、酸中毒：补液以10%葡萄糖水为主，适当补给5%葡萄糖盐水，量每天70～100毫升/公斤。可加入11.2%乳酸钠3～5毫升/公斤或4～5%碳酸氢钠5～10毫升/公斤静脉滴注，以纠正酸中毒。患者排尿后应给予氯化钾，每天1～3克（即10%注射剂10～30毫升），加入补液内缓滴。须严格掌握补液量，以免发生脑水肿和心力衰竭，或加重脑水肿。

(4) 遇躁动不安或惊厥者，应静脉注射阿米妥5～8毫克/公斤/次，成人200～300毫克，或用冬眠灵1毫克/公斤/次，必要时可考虑冬眠疗法。静脉用阿米妥时注意呼吸抑制，应用冬眠灵时注意血压突然下降。

(5) 脑膜刺激症状明显、昏迷、瞳孔不等大或对光反射不敏感者，往往说明有脑水肿存在，应迅速给予山梨醇、甘露醇等，也可交替应用50%葡萄糖，同时限制补液量。如有大量排尿，须注意钾的补充（剂量可比上述加大些）。

〔注〕 山梨醇和甘露醇是同一类药物。用药后，使机体通过利尿作用，在短时间内排出较多的尿液；大量应用时，在临床上可产生脱水症状，故此类药物又称“脱水剂”。常用于中毒性菌痢、乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、高血压脑病等引起的脑水肿，也常用于各种原因引起的急性肾功能衰竭。副作用一般不大，偶可引起头昏、血尿。剂量成人与儿童相同，1～2克/公斤/次，每4～8小时可重复应用，可静脉缓注或静脉快速滴入，在滴完后再用25%葡萄糖液150～200毫升静脉滴注，可增加药效。常用制剂山梨醇25% 250毫升/瓶，甘露醇20% 250毫升/瓶；因两者作用相同，而后者价贵，故尽量用山梨

醇为宜。

(6) 有心力衰竭者可静脉注射西地兰，有呼吸衰竭者可注射可拉明、洛贝林等。

5. 辨证论治

(1) 卫气型：治宜辛凉透邪、清热解毒，可用银翘散（见第 205 页）合石膏知母汤（即白虎汤，见 209 页）加减，宜大剂量多次频服。

(2) 营血型：治宜清气凉营血、解毒，可用清瘟败毒饮加减，即鲜芦根、鲜茅根、银花、生石膏（先煎）各 1 两，板蓝根、连翘、生地各 5 钱，竹叶、知母、大青叶各 3 钱，水煎服。

(3) 逆传心包：在清瘟败毒饮中减去鲜茅、芦根，加郁金、菖蒲各 3 钱，钩藤 5 钱；若见疫毒壅盛，阳气暴虚，则宜益气回阳救逆，可用人参、附子各 3 钱，生龙牡各 5 钱，水煎服，或用生脉散（见第 211 页）。

(4) 神经系统症状明显的，可用局方紫雪丹，成人 5 分，小儿 1～2 分，一日 2～3 次。有昏迷者加用安宫牛黄丸，成人 1～2 粒，并用石菖蒲 5 钱煎水当茶饮。小儿酌减。

6. 新针疗法：百会、风池、太阳、大椎、曲池、合谷、足三里等穴，可选用。

思 考 题

1. 怎样预防流脑？请拟出提纲并在流行季节向群众作广泛宣传。
2. 流脑的症状特点是什么？如何治疗？

〔附〕 化脓性脑膜炎

化脓性脑膜炎即细菌性脑膜炎，是一种病情严重的急性感染性疾

病，多见于儿童，如治疗不及时或不彻底，部分病人可留有后遗症。

许多化脓性细菌都能引起脑膜炎，除了前面已经讲过的“流脑”（最多见）和结核性脑膜炎以外，还有肺炎双球菌、流行性感冒杆菌以及其他如葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌、大肠杆菌等（均较少见）也可引起。

由于各种化脓性脑膜炎大多数是由上呼吸道感染发展而来，因此，必须坚决贯彻毛主席关于“**预防为主**”的方针，特别注意感冒的防治，加强体育锻炼，多晒太阳，天气多变化时防止受凉，流行期间儿童少去公共场所、避免接触呼吸道感染患者并进行必要的戶外活动等，并积极治疗上呼吸道感染和中耳炎、鼻窦炎等细菌感染性病灶，以避免细菌向血液扩散而侵入到脑部。

不同病原菌引起的化脓性脑膜炎，其临床表现极为相似，共同特点为：起病都较急，有畏寒、发热、头痛、呕吐、惊厥、神志改变及脑膜刺激症状，脑脊液均呈化脓性改变。但各种化脓性脑膜炎还有一定的临床特点，兹将二种比较多见的化脓性脑膜炎介绍如下：

（一）肺炎双球菌脑膜炎

肺炎双球菌脑膜炎以2岁以内的婴儿及老年人为多见，发病常在冬春季节，大多继发于大叶性肺炎象有败血症的过程中，也可直接由耳、鼻、咽部的化脓性病灶如中耳炎、乳突炎、鼻窦炎等蔓延而来，还可继发于颅脑外伤之后；少数病例以呼吸道或其它创口为侵入途径，而无明显的感染源（原发性）。

症状 如继发于大叶性肺炎，则大多发生在肺炎病程的第5～6天以后，患者除有肺炎症状外，还有严重的全身毒血症状，并出现头痛、呕吐、神志昏迷或谵妄，以及脑膜刺激症状；部分病例由于原发病情较重，故脑膜炎的症状不明显。如继发于中耳炎或鼻窦炎之后，起病常较突然，迅速出现化脓性脑膜炎的症状而进入昏迷状态。体检时可有原发病灶的阳性体征，以及败血症时的少数皮肤瘀点，但较流脑者少，且不融合成片。

婴儿患病者较多，主要表现为烦躁或嗜睡厌食、喷射状呕吐，惊厥远较成人为多，有时可有角弓反张。体检可见囟门隆起，但严重失

水者也可隆起不明显甚而凹陷。

实验室检查，血中白细胞和中性细胞升高，血培养大多可获阳性结果；脑脊液呈脓样混浊，有时含块状物，细胞、蛋白显著增加，糖和氯化物减少，涂片或培养可发现肺炎双球菌。

并发症 由于本病为肺炎或败血症的一部分，故可并发脓胸、肺脓肿、心内膜炎、心包炎等；由于渗出物中含大量纤维素易造成粘连，故可并发脑积水、脑脓肿，产生失语、偏瘫等后遗症。

治疗

1. 应及早使用大剂量的抗菌素，以青霉素与氯霉素联合应用为佳。青霉素成人500～1,000万单位/天，婴儿20万单位/公斤/天，均为静脉滴注；氯霉素2～3克/天，小儿100毫克/公斤/天，静脉滴注。对青霉素过敏者可用四环素或红霉素，四环素1～1.5克/天，红霉素1.5～2.0克/天，均静脉滴注。

2. 积极根治原发病灶如中耳炎，肺炎等，以防病情反复。

3. 中草药治疗可参照流行性脑脊髓膜炎。

（二）流感杆菌脑膜炎

流感杆菌脑膜炎多见于2岁以内婴儿，发病以秋季（9、10月）为高。病菌往往由呼吸道侵入血液循环而形成败血症，继而在全身各处造成迁延性病灶。当病变侵犯脑膜时，可发生脑膜炎。

症状 开始往往先有明显的咳嗽、咽痛等上呼吸道感染症状，数日或1周后才开始出现脑膜炎的症状。病程中虽有明显的败血症及全身毒血症症状，但很少有皮肤、粘膜的出血点及瘀斑。必要时可作脑脊液检查。

治疗 氯霉素为首选药物，不但对流感杆菌有较高的疗效，而且极易渗入脑膜，可直接作用于脑脊液内的细菌。初次剂量50～100毫克/公斤，以后80～100毫克/公斤/日，分次口服、肌注或静脉滴注。此外，氨基苄青霉素（新青霉素）对本病也有较好的疗效，剂量4～6克/天，口服，肌注或静滴。重症病例可用氯霉素与链霉素，或氨基苄青霉素与链霉素联合应用。中草药治疗参见“流脑”。

思 考 题

化脓性脑膜炎临床上有什么特点？如何防治？

二十一、流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎（简称“乙脑”）是由乙脑病毒引起、借蚊子传播的急性传染病，主要病变在中枢神经系统，特别是大脑。祖国医学认为属于“温病”的范畴，与“暑温”、“暑痉”、“暑厥”等病类似，多由外感温邪所引起。本病有严格的季节性，发生于夏秋季（7、8、9月），多见于10岁以下的儿童。

发病原理 当人体被带病毒的蚊虫叮咬后，病毒经皮肤进入血循环。若人体抵抗力低，感染较重，病毒就侵入中枢神经系统（特别是大脑实质），并在其中繁殖而发病。

本病的病理变化以脑实质广泛性的急性炎症为主，尤以大脑皮质、中脑、延髓为最严重。脑膜及大脑的大小血管高度扩张、充血、水肿，甚至有出血及坏死性软化灶。颅内压增高，严重者可出现脑疝。神经细胞可发生退化变性及坏死，胶质细胞增生，血管周围有炎性细胞浸润。

症状

1. 潜伏期 7～14天。有的病人可先出现感冒症状，如发热、头痛、鼻塞等。

2. 临床症状期

(1) 初期约3天。患者发热（39°C左右）、头痛、嗜睡、面颊潮红、结膜充血、呕吐。多数患者有脑膜刺激症状，如颈强直，深浅反射减弱，屈腿伸膝试验、划跖试验阳性，小儿囟门突出等。

此期在祖国医学中属卫气型阶段，又分偏湿及偏热两类。偏湿者发热而热不高，并有胸闷、腹胀、恶心、嗜睡、舌苔白腻等；偏热者则热甚，可出现口渴、烦躁、大便秘结、舌质红、苔黄、脉浮数等。

⑵ 极期：初期后3天，由于病毒在脑组织引起广泛的病理变化，发热可达40°C以上，并由嗜睡进入昏睡状态，或出现兴奋、狂躁，谵妄、惊厥。深浅反射可消失，肌张力增强，肢体痉挛甚至角弓反张，尿潴〔音猪，zhū〕留或失禁，吞咽困难。

此期祖国医学认为在卫气阶段偏热的基础上进一步发展到气营型，可出现舌绛、脉弦数和滑数等。

⑶ 恢复期：经过积极的治疗，大部分病人经初期及极期（急性期）后，可在二周内痊愈。此时体温下降，在2～5天内可降至正常，严重症状消失，神志清醒，语言恢复，能低声说话，起先短语，再讲全句，反射都恢复。有时可出现低热、多汗、吞咽困难、肢体麻痹、不自主运动、无表情等症状，偶可见震颤、肢体痉挛及精神异常等后遗症。部分病人由于脑组织变化比较重，昏迷较深，清醒后常须经过较长的时间才能恢复。

祖国医学认为，余热不尽、痰阻清窍可致烦躁不安；邪热入络、痰阻清窍可致痴呆神昏；热邪伤阴、虚风内动可致面红、肢体强直、角弓反张、心悸等症；恢复期气血两虚，筋脉失养可致偏瘫。

3. 严重病人，可持续高热、昏迷不醒、反复惊厥，在祖国医学中属于营血型；有的病人甚至出现呼吸、循环衰竭，如口唇青紫、四肢厥冷、大汗、脉搏细而弱、呼吸不规则、潮式呼吸等，祖国医学称为阳气“虚脱”，不及时抢救往往可

因此而死亡。也有部分病人，疾病好转后可出现后遗症如哑巴、肢体瘫痪、智力减弱、运动障碍等。

实验室检查，血中白细胞增高，中性增多；脑脊液外观清晰或微混，压力大，细胞增多，蛋白稍高，糖和氯化物正常。

并发症 本病患者因有较长时间的昏迷，故极易并发吸入性支气管肺炎。

鉴别诊断

1．中毒性菌痢 中毒性菌痢患者在腹泻未出现前先有高热、惊厥与昏迷时，易与乙脑混淆。但前者常有不洁饮食史，起病更急，早期常出现休克，一般无脑膜刺激症，肛门指检及盐水灌肠常能获得脓血或脓血液便，脑脊液检查无异常。

2．流脑和其他化脓性脑膜炎 流脑散发性病例在乙脑流行期发生时，容易与乙脑相混淆，尤其是暴发型流脑病例同时有休克及呼吸衰竭时更易误诊。但流脑皮肤粘膜出血是常见的特征，脑脊液符合化脓性炎症改变。其它化脓性脑膜炎也易与乙脑混淆，其区别要点为：化脓性脑膜炎患者常有肺炎、中耳炎等化脓性原发病灶，起病时有明显的上呼吸道症状。脑脊液外观混浊，白细胞、中性细胞均明显增高，糖和氯化物降低，涂片或培养可检出化脓性致病菌。

3．结核性脑膜炎 发生在乙脑流行季节的结核性脑膜炎，易误诊为乙脑。但本病起病慢、病程长，常有慢性消耗性体质，脑脊液涂片可找到结核杆菌，肺部X线检查有时可发现结核病灶。

4．腮腺炎脑炎 常流行于冬春季，有腮腺炎接触史及病史。

5．其它 如脊髓灰质炎、恶性疟疾、严重中暑、钩端螺旋体病等都可出现象乙脑的症状，但脑脊液检查均阴性，都有特殊的临床表现，仔细诊断，不难鉴别。

预防 因本病目前还没有特效疗法，死亡率和后遗症较多，所以大力开展预防，显得更为重要。主要的预防措施是：

1．大力消灭蚊子，如开展群众性爱国卫生运动，翻缸倒

罐，消除积水，清除杂草，以消灭蚊子的孳生地。同时用二二三、敌百虫、六六六等喷药或敌敌畏烟熏，消灭成蚊。使用蚊帐、蚊香及驱蚊药水，防止蚊虫叮咬。

2. 对病人早发现、早隔离、早治疗，以消灭传染源。

3. 10岁以下儿童应注射乙脑预防针，第一年注2次，以后每年加强1次。

4. 中草药预防

(1) 板蓝根3钱，水煎，一次服下，每3日一次，夏、秋季连吃10次。

(2) 乌梅、藿香各5斤，薄荷半斤，加水100斤，煎成50斤，可供100人预防服用。每周服2次。

(3) 牛筋草（蟋蟀草）1两，水煎当茶饮，连服3天，10天后再服一次。

治疗 以对症处理为主。最好送医院治疗。

1. 高热 可用冷敷降温，同时配合退热药物，如氨基比林、冬眠疗法等。

2. 惊厥 鲁米那、冬眠灵、非那根、阿米妥等注射。

3. 吞咽困难 用鼻饲。

4. 呼吸困难 用氧气吸入，有呼吸机能低下时可用可拉明、洛贝林注射。

5. 给予适当补液，但量应控制。

6. 有脑水肿时用脱水剂如山梨醇、甘露醇等。

7. 中草药治疗 应根据不同的病期进行辨证论治。

(1) 卫气型：偏热者宜解毒透表，可用银翘散（见第205页）去荆芥，加大青叶、板蓝根各1两；若偏于湿者，宜清热化湿，可用黄连香薷饮加减，即黄连1.5钱，香薷、鲜藿香、鲜佩兰、茯苓各3钱，大青叶、板蓝根各1两，水煎服。

(2) 气营型：治宜清热解毒，可用石膏知母汤（见第209页）加银花、连翘各5钱，大青叶、板蓝根各1两；偏湿可加黄连香薷饮加减，便秘腹胀可加生大黄(后下)、芒硝，轻微惊跳可加钩藤、僵蚕，有痰可加鲜竹沥，轻微意识不清可加牛黄清心丸1～2粒/日（可以鼻饲进药）。

(3) 营血型：治宜解毒凉血，可用石膏知母汤加生地、大青叶各1～2两，玄参、赤芍、丹皮各3钱，水煎服，同时可冲服紫雪丹2～5分，一日3次；如有痰声漉漉，可加竹沥1支。若出现阳气虚脱，治宜回阳固脱，急用参附龙牡汤加减，即人参、附子各3钱，龙骨、牡蛎各5钱，水煎服。

(4) 恢复期：若烦躁不安，可用胆星、半夏、连翘、竹叶各3钱，莲心1钱，石菖蒲5钱，水煎服，以清热豁痰开窍；若痴呆、神昏，可用鳖甲、丹皮、赤白芍、连翘、竹叶、郁金、远志各3钱，鲜石菖蒲5钱，水煎服，以化痰通络清热；若虚风内动，可用牡蛎、磁石、生地各1两，龟板、鳖甲各5钱，麦冬、赤白芍、桃仁、阿胶各3钱，甘草、红花各1钱，水煎服，以滋阴活血熄风；若筋脉失养，可用黄芪、当归各5钱，赤芍、川芎、红花、桃仁、地龙、牛膝各3钱，水煎服。

(5) 新针疗法　同流脑。

思　考　题

乙脑和流脑有何不同？怎样预防乙脑？

〔附〕　病毒性脑炎

凡由病毒引起的脑炎统称为病毒性脑炎，又名无菌性脑炎。除“乙脑”以外，引起脑炎常见的病毒还有：森林脑炎病毒、脊髓灰质炎病

毒、肠道C病毒（柯萨基病毒）、人类肠道细胞致病性病毒（简称ECHO病毒）、腮腺病毒、水痘或疱疹病毒及狂犬病毒等等。

病毒性脑炎大致可分为三类：

1．确实是病毒所致的脑炎　此种脑炎是由病毒直接作用于人体而产生。常见的除乙型脑炎外，还有森林脑炎、脊髓灰质炎病毒脑炎及腮腺病毒脑炎等。

2．感染后脑炎　此种脑炎常继发于病毒性传染病如麻疹、风疹、水痘等以后，大多认为是神经变态反应而引起。

3．接种后脑炎　大多在接种狂犬病疫苗及牛痘苗后发生，是一种自身变态反应性疾病。此种脑炎极为罕见。

如为病毒直接引起的脑炎，当病毒侵入人体后，首先进入血液循环，发生病毒血症。如此时人体抵抗力强，可不发病；反之，抵抗力低下或血脑屏障功能不健全，病毒可侵入全身器官及中枢神经系统，并在其中继续增殖，引起一系列的全身症状和中枢神经系统症状。

病毒性脑炎的病理变化可分二个期：

1．急性期　脑部的组织和血管表现为水肿、充血及轻度出血。神经细胞变性，神经胶质细胞增生。脑血管有细胞浸润，血管内皮细胞有增生和红细胞渗出。脑膜也有淋巴细胞及多核细胞浸润。脑实质主要表现为神经元的破坏和变性。

2．恢复期及慢性期　脑细胞减少，神经胶质显著增生，血管壁增厚，甚至积储钙质。

病毒性脑炎病变的范围和性质，与病毒的毒力、好侵部位及人体抗感染的反应能力有密切关系。如机体抵抗力强，侵入的病原菌毒力虽大，但病情不一定严重；有的病毒易侵损全脑组织，故后遗症较多，但接种后脑炎病毒则主要损害脊髓白质，而灰质受损很少。

症状　病毒性脑炎的临床表现与乙脑大致相似，都有全身病毒血症症状及中枢神经系统症状（特别是脑膜刺激症），但以后者较为突出。传染后脑炎和接种后脑炎，除有上述症状外，还有传染性疾病特有的症状和体症，如腮腺炎的腮腺肿大，麻疹、水痘、风疹等病特有的皮疹，或有接种疫苗的病史。此外，还应注意发病的季节、年龄和

伴随的症状等。如乙脑发生在夏秋季；有呼吸道感染和肠炎同时存在的病人再出现脑炎症状时，可能是肠道C病毒或ECHO病毒所致的脑炎等。为在临床上鉴别病毒性脑炎和化脓性或结核性脑炎，应做腰椎穿刺检查脑脊液，注意外观、压力、细胞数、生化定量及病原体检查培养等，有条件时还可作血清病毒分离及补体结合试验，以确定诊断。

预防

1. 贯彻“**预防为主**”方针，大力开展爱国卫生运动。
2. 控制传染源及切断传染途径。
3. 加强体育锻炼，增强体质。
4. 预防接种，增加自动免疫力。

治疗 本病无特效治疗，主要是靠对症处理和辨证论治。对症治疗中要及早发现和及时处理颅内高压症，防止呼吸中枢衰竭。要采用中西医结合的治疗方法，并加强护理工作，以控制病情发展、防止并发症和后遗症的发生。如恢复期有后遗症时，应充分发挥“一根针、一把草、一双手”的作用，并进行功能锻炼，以促使病情的早日恢复。对症治疗及祖国医学的辨证论治可参照乙脑进行。

思 考 题

病毒性脑炎是如何发生的？临床上有什么特点？

二十二、脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由病毒引起的急性传染病。临床上多见于6个月到5岁的小儿，而且部分病人可发生弛缓性麻痹，故又叫“小儿麻痹症”，在祖国医学中属“痿证”、“湿痹”的范畴。本病多发生于夏秋季节，传染源为病人及无症状的带菌者。病毒存在于感染者的鼻咽部分泌物及粪便中，由于粪便中的病毒可长期排出，而鼻咽部仅在病初一周内排出病毒，故传染途径主要是消化道，其次为呼吸道。消化道感染可通

过被病毒污染的饮食、手指，或以苍蝇为媒介；呼吸道传染则主要通过飞沫传播。从潜伏期末到瘫痪期都有传染性。患病1次后可终身免疫。临床上以发热、神经系统症状、继之有不对称的弛缓性麻痹或瘫痪为主要特征。过去，因本病而造成死亡或终身残废者为数不少。在毛主席的亲切关怀下，广大革命群众和医务人员，自力更生，推广应用脊髓灰质炎减毒活疫苗，使本病发病率大大下降。在伟大的无产阶级文化大革命中，中国人民解放军医务人员，发扬敢想敢干的革命精神，狠批刘少奇、林彪的反革命修正主义卫生路线，坚持以毛泽东思想统帅医疗实践，向本病的后遗症展开了顽强的斗争，终于获得成功，在我们的医学史上写下了又一新篇章。

病因和发病原理 脊髓灰质炎病毒自口腔、咽部或肠壁侵入人体，在这些部位和局部淋巴结内繁殖，然后进入血液循环引起病毒血症。若机体抵抗力强，疾病发展到此完结，则形成顿挫型而仅表现上呼吸道及胃肠道症状，不出现神经系统病变。部分病人因机体抵抗力差等原因，病毒可经血流透过血脑屏障而侵犯中枢神经系统，发生麻痹和瘫痪。祖国医学认为本病多由于时行病毒由口鼻侵入肺胃所致。

本病的病理变化主要在中枢神经系统。病变常呈弥漫性分布，但以脊髓的损害最为严重，有时病变可累及大脑、中脑、延髓及小脑；脊髓的损害以腰段和颈段的前角灰白质的运动神经细胞为重。主要的病变为局部水肿、充血、血管周围细胞浸润及微量出血，血液循环可因此发生障碍，引起神经细胞缺氧而出现相应症状，特别是相应肌组织的弛缓性麻痹。如腰髓受损，可致下肢肌肉麻痹；颈髓、胸髓受损则可致上肢肌肉或呼吸肌的麻痹。一般来讲，病变愈向上，病情愈轻微。急性期过后，炎症消退，神经细胞可逐渐恢复功能。如神经细胞损害严重，发生坏死，则功能恢复较缓慢；长期麻痹或瘫痪部分的肌肉、肌腱及皮下组织均可萎缩，骨骼生长也受到影响。祖国医学认为，

本病主要是时行病毒随空气血行流于经络四肢而出现肢体瘫痪，入侵脑则可致恶心、呕吐、神痿、嗜睡，甚至昏迷谵妄。

症状 潜伏期7～14天，病程一般分为五期：

1. 前驱期 发热38～39℃，伴有全身不适、头痛、咳嗽、呕吐、腹泻、腹痛、肌肉酸痛和咽痛等上呼吸道及消化道症状。此期一般无神经系统症状，脑脊液无变化。大多患者在本期痊愈(顿挫型)，仅少数进入瘫痪前期。此期约持续1～4天。

2. 瘫痪前期 前驱期热退尽间歇数天后，体温又上升，除上呼吸道及消化道症状外，还出现嗜睡、呕吐、头痛、出汗、项背肌强直、四肢震颤等，有时还可有尿潴留；同时全身肌肉酸痛，并伴有感觉过敏及异常。检查可见平卧时膝关节伸不直，膝反射正常或亢进，并有脑膜刺激症状。此时作腰椎穿刺，检查脑脊液，可有细胞或蛋白增多、糖量正常或稍多等。发热持续4～5天，而后下降。不少患者由于神经受损轻、范围小，因而在热度下降后痊愈，称为无瘫痪型。

3. 瘫痪期 热度下降同时出现瘫痪，其他症状逐渐消失。热退2～3天后，瘫痪一般不再发展。瘫痪多见于下肢，一侧多于双侧。患肢呈弛缓性瘫痪，常不对称分布，肌肉松弛无力，膝腱反射减弱或消失，但瘫痪部位感觉仍存在。严重的颈胸部脊髓神经受损病例，可出现呼吸肌麻痹或瘫痪，甚至因延髓病变，发生呼吸循环衰竭而死亡。

4. 恢复期 一般在发生瘫痪以后1～2周开始逐渐恢复，运动范围及肌力逐渐增强，常从肢体远端开始。腱、膝反射也可恢复正常。由于神经受损轻重程度不同，恢复快慢也不一。轻者1～3个月可恢复得如前一样，重者往往需半年或更长时期才能恢复，或进入后遗症期。

5. 后遗症期　发病期如未及时治疗，或因为神经系统病变严重，长期瘫痪的肢体功能不能恢复，可发生持久性的肌肉麻痹、挛缩，并形成肢体的畸形。由于患肢血液供应不良，可使局部皮肤水肿、骨骼发育受阻。一般病期在二年以上瘫痪尚未恢复者，属于后遗症。

实验室检查，早期血中白细胞及中性均略有增高，血沉常增快；瘫痪前期脑脊液可起变化，外观清晰或微混浊，压力稍高，细胞数增加一般在50～500/毫米^3，早期以中性细胞居多，以后为大单核细胞，蛋白早期可正常，以后增加，氯化物正常，糖可稍增加。

鉴别诊断

1. 多发性神经根炎　多发生在年龄较小的儿童，往往无发热。瘫痪出现缓慢，且呈对称性，伴有感觉障碍。瘫痪恢复较快而完全，少有后遗症。

2. 白喉后瘫痪　多见于冬春季节。患者咽部症状及中毒症状较明显，瘫痪进展缓慢，先从眼、颈部开始，最后到四肢，且多为对称性，脑脊液无变化。

3. 其它病毒性脑炎　部分病人可发生瘫痪，大多较轻，常伴有胸痛、皮疹等。患者若已接受过三型脊髓灰质炎疫苗，则由其它肠道病毒（ECHO病毒，柯萨基病毒）引起之可能更大。确诊有赖于病毒分离等检查。

4. 流行性乙型脑炎　本病集中在夏秋季节，起病较急，伴有神志障碍，瘫痪多呈强直性。血象及脑脊液均以中性粒细胞增多为主，必要时作血清病毒分离以鉴别。

预防

1. 隔离患者　发现本病，立即作传染病报告，病儿自发病日起至少隔离40天，大便用20%漂白粉消毒，其衣物和用具也需相应消毒。对和患儿密切接触的儿童，可肌注胎盘球蛋白0.3～0.5毫升/公斤，有效期约3周。

2. 自动免疫　2个月到7个月的儿童口服脊髓灰质炎减毒活疫苗。

3. 积极开展群众性的爱国卫生运动，加强饮水、饮食卫生，消灭苍蝇。

治疗

1. 发热期及瘫痪前期　流行期间对发热原因不明的儿童应严加观察，并采取以下一些措施：

(1) 卧床休息，避免疲劳，避免肌肉注射，肌痛时用湿热敷，口服镇痛剂及维生素B、C，以减少麻痹的发生与发展。

(2) 中草药治疗：祖国医学认为此期系暑湿所致的表症，治宜解表、清热、利湿为主，可用葛根芩连汤(见第208页)加青蒿1.5钱，茵陈、扁豆各3钱，银花藤5钱，水煎服。

2. 瘫痪期

(1) 保持瘫痪肢体于功能位置，必要时用夹板或沙袋固定。

(2) 呼吸困难时，应注意吸痰，以防窒息。必要时吸氧、人工呼吸并给予呼吸中枢兴奋剂。

(3) 新针疗法：上肢选用曲池、合谷、肩髃〔音余，yú〕、三角肌、风池上2寸等，下肢选用环跳、殷门、阳陵泉、新伏兔、足三里、悬钟等穴位。开始用强刺激手法，取得疗效后改中刺激手法，巩固疗效用弱刺激手法。每次取3～5穴，10～15天为一疗程。两疗程之间相隔5～7天。此外，还可采用电针或水针疗法，水针每次选1～2穴，注入复方当归注射液、维生素B_1或加兰他敏。

(4) 推拿疗法：可采用滚法及揉法，在瘫痪肢体进行。每日或隔日一次。

⑸ 中草药治疗：

① 早期瘫痪系由于病邪侵扰经络、气血不和、经络失养所致，治宜清利湿热、通经活络，可用加味二妙丸加减，即苍术、黄柏、萆薢、生薏仁、牛膝各 3 钱，蚕砂、汉防己、丝瓜络各 2 钱，水煎服。

② 晚期瘫痪主要由于经脉闭塞、久失气血濡养、累及肝肾所致，治宜活血通络、补肝肾，可用黄芪 5 钱，当归尾、赤芍各 3 钱，大黄 1.5 钱，地龙粉 8 分(冲服)，桃仁、红花各 1.5 钱，水煎服；或用虎潜丸每次 1～3 钱或大活络丸每次 1 丸，均每日 3 次，开水送服。

⑹ 在瘫痪出现后可选用促进神经传导功能恢复的药物，如地巴唑 0.1～0.2 毫克/公斤/天，一次口服，10 天为一疗程；新斯的明 0.02～0.04 毫克/公斤/天，皮下注射或口服，7～10 天为一疗程；加兰他敏 0.05～0.1 毫克/公斤/天肌注，每天一次，20～40 天为一疗程；等等。

3. 后遗症治疗　根据解放军的经验，可用穴位刺激结扎疗法（详见第 96 页）。对较大的儿童应多做思想工作，争取主动配合，坚持患肢功能锻炼。

思　考　题

小儿麻痹症临床上有什么特点？如何预防？

二十三、食 物 中 毒

食物中毒是指由于进食含有毒性或细菌及其毒素的食物而发生的疾病，属于祖国医学的“呕吐”、“泄泻”范畴；重症则归属于“霍乱”（与现代医学霍乱有别）。食物中毒的分类如下表：

食物中毒
- 细菌性
  - 传染性 — 沙门氏菌属、变形杆菌、嗜盐菌。
  - 毒素性 — 葡萄球菌、肉毒杆菌。
- 非细菌性
  - 化学性 —— 升汞、砷、铅等。
  - 生物性 —— 毒蕈、毒鱼（河豚）等。

沙门氏菌属食物中毒（即急性肠胃炎）已在消化系统讲述，本节简述细菌性食物中毒中具有传染性的变形杆菌和嗜盐杆菌中毒；至于误食有毒的化学物品及生物性的食物中毒，则在第十五章中毒和急救中讨论。

变形杆菌和嗜盐杆菌性食物中毒发病的原因，主要是由于饮食不卫生的食品，如污染的熟食、不煮熟的食品、海产品或腌渍品不经处理或处理不当等而发生，多见于夏秋季节，男女老少均可得病，但以青壮年为多见。祖国医学认为除饮食不慎外，与外感时邪也有关，如寒湿、暑湿等。

症状 主要为细菌感染引起的急性肠胃炎症状，但有如下特点：

1. 潜伏期很短，常于食后 2～5 小时起病。

2. 同食者可集体发病，如一家人同时起病，同一个食堂有许多人同时起病等。

3. 起病急骤，剧烈呕吐及腹泻，一般先吐后泻。呕吐先为胃内容物，后为水样，一天可达数次到数十次不等；腹泻为黄色水样大便，量较多，多无里急后重感。多次吐泻后常可发生脱水、虚脱及肌肉痉挛。同时还常伴有脐周阵发性腹痛、畏寒、发热等。嗜盐杆菌性食物中毒的典型病例可腹泻血水或洗肉水样大便，部分病人还可有脓血粘液便；其它症状则更为剧烈。

祖国医学认为，若吐泻物清、苔白、脉沉迟，属于寒湿型；若泻下烙肛气秽、粪黄褐色或有脓血、心烦口渴、小便

短赤、舌苔而厚腻、脉濡滑数，则属暑湿型。

本病病程都较短，治疗后恢复较快。

如作实验室检查，血中白细胞计数及中性多增高；粪便镜检可有白细胞或脓细胞，常伴有红细胞，培养可检出变形杆菌及嗜盐杆菌。

鉴别诊断 本病应与沙门氏菌食物中毒（急性肠胃炎）、霍乱等相鉴别，具体详见下表：

细菌性食物中毒、霍乱、副霍乱、急性菌痢的鉴别表

鉴别要点	霍乱及副霍乱	嗜盐杆菌食物中毒	沙门氏菌食物中毒	变形杆菌食物中毒	急性菌痢
病史	1.与典型患者有接触史 2.有疫区生活史及接触史 3.食用被苍蝇、带菌者、病者污染的不洁食物及饮用生水 4.可能通过水或食物而暴发流行，但并不全部发病，往往有不典型病者和带菌者的存在，且发病时间不一	1.同时进餐者多集体发病，且往往同时起病 2.主要的传染源为海产品，其次为腌渍品	1.同时进餐者多集体发病 2.主要传染源为感染的动物 3.有病动物宰作肉食，或肉类保管不当细菌大量繁殖，或容器、砧板等被污染	1.有饮食被污染史 2.常集体发生	1.有痢疾病者或带菌者的密切接触史 2.有不洁食物饮食史
潜伏期	2～3天	以中毒型为主的食物中毒大多为6～10小时，短者3小时左右	一般为8～24小时，如食物含细菌多而毒素少，则潜伏期可延长至2～3日	多在5～12小时内发病	1～2天
腹痛	无或轻微	显著	有	显著	有
腹泻	黄水便，或米泔水样或洗肉水样，量极多	先为水样或洗肉水样，后为脓血，无米泔水样，但量较多	黄水样，偶有脓血样，量多	多为水样便，但也可有粘液	脓或脓血，粘液状，量少
里急后重	无	不明显	不明显	不明显	显著

鉴别要点	霍乱及副霍乱	嗜盐杆菌食物中毒	沙门氏菌食物中毒	变形杆菌食物中毒	急性菌痢
便后畅快感	明显	有	无	无	无
呕　吐	显著(在泻后)	吐多泻前发生	先吐后泻	先吐后泻	有时有
吐出物	米泔水样、清水样或有臭味，偶有洗肉水样	食物或胆汁	同左	同左	同左
发　热	正常或稍高	有	有	较高	有高热
病　程	5～7天	1～3天	2～4天	2天	3天～3周以上
大便培养致病菌	有霍乱及副霍乱弧菌	有嗜盐杆菌	有沙门氏菌	有变形杆菌	有痢疾杆菌

预防

1. 夏季特别注意饮食卫生，不吃馊粥、馊饭、馊菜或其他不洁食物，海产品及其他腌咸食品要煮熟或充分泡洗，尽量少吃冷荤，生熟菜要分开放，用的刀具也要分开或以开水泡后再切熟菜。

2. 加强对饮食业的卫生监督和对炊事人员的卫生教育，建立食品验收制度，变质食品严禁出售。定期对炊事员体检。

3. 消灭苍蝇、蟑螂。

4. 养成饭前便后洗手的良好卫生习惯。

治疗

1. 禁食，注意保暖。

2. 补液，以生理盐水为主，至少1,000毫升以上。脱水严重者用大量液体快速滴入。

3. 可给黄连素、S. G. 或氯霉素、合霉素等抗菌药。

4. 虚脱可皮下注射肾上腺素。腹痛给予颠茄片、阿托品。

5. 新医疗法　针刺天枢、内关、气海等穴，可配中脘、足三里。选常用穴1～2穴，用捻转提插法，腹痛剧烈先针足三里，呕吐较剧针内关。留针十五分钟，每日1～2次，三天为一疗程。也可用刮痧疗法（详见第109页）。

6. 中草药治疗

(1) 中草药：马齿苋、辣蓼草、地锦草、小飞蓬、凤尾草、铁苋菜等任选一、二味，鲜草用1～2两，干草减半，水煎服；或生姜3～5片，紫苏5钱，红糖适量，水煎服。

(2) 辨证论治：

① 寒湿型：治宜解表散寒、芳香化浊，可用藿香正气散加减。

② 暑湿型：治宜清暑利湿解毒，可用连朴饮加减，即黄连、厚朴各1钱，豆豉、山栀、半夏各3钱，芦根1两，水煎服；腹痛加木香2钱，泻多加六一散(包煎)1两、车前子4钱，手足冷加附子2钱、干姜1钱，有寒热加黄芩3钱，里急后重加马齿苋〔音现，xiàn〕1两。

思　考　题

怎样预防食物中毒？一旦发生如何处理？

〔附〕　霍乱、副霍乱

霍乱是霍乱弧菌引起的一种烈性胃肠道传染病，主要在夏、秋季发生大流行，传播很快，严重危害人民健康。临床上以吐泻大量米泔水样排泄物、严重失水、肌肉痉挛及尿闭为特征；严重者可因休克、尿毒症及酸中毒而死亡。副霍乱是副霍乱菌引起的急性传染病，临床特点同霍乱相似，流行传播也较快，但分布较霍乱为局限。

本病俗称“麻筋病”，解放前在我国广大地区严重流行。由于传播非常迅速，死亡率特别高，而国民党反动派又不顾人民死活，因此无数阶级兄弟被夺去生命，造成妻离子散、家破人亡，一片凄惨景象。解放后，由于毛主席和党中央的重视关怀，特别是贯彻了预防为主的方针，大力开展粪水管理和饮食卫生工作，普遍进行预防接种，使本病在短时间内即被消灭。但是，本病在其他一些国家还有，尤其是可能被帝国主义利用来作为细菌武器，所以需要特别提高警惕。

病因和发病原理 霍乱及副霍乱弧菌存在于病人及带菌者的粪便或呕吐物中，是本病的传染源。传染途径主要是通过水源、食物、生活接触传染，或者以苍蝇为媒介。病菌污染的食物经口入消化道，并在肠液（碱性环境）内迅速、大量繁殖，释放出内外毒素，作用于人体而产生临床症状。

本病主要的病理变化是霍乱弧菌毒素作用于肠粘膜，首先引起粘膜的炎性损害，可使粘膜松弛，表层脱落，但无溃疡，很少有出血，此时临床上出现早期腹泻。以后毒素经肠道吸收入血循环，可造成全身毒血症，使中枢神经系统及植物神经系统功能失调，肠壁毛细血管的渗透性增加，而其吸取水分和电解质的功能则减退，故使肠内容物增多而造成剧烈的腹泻及呕吐。因胆汁分泌也减少，而肠粘膜渗出大量水分和粘液，故吐、泻物呈米泔水样。由于严重失水，血液浓缩，血容量大为减少，可产生周围循环衰竭。此时肾脏血流也大为减少，可导致肾功能损害甚至尿毒症及酸中毒。又由于脱水后电解质混乱，可使肌肉兴奋性增高而产生以腓肠肌和腹直肌为显著的肌肉痉挛。皮肤及皮下组织、肌肉常因失水而极度干瘪。

症状 潜伏期一般为2～3天，临床上大致可分为四型：

（一）无症状型 受感染后无任何症状。

（二）轻型 仅有轻微的腹泻及呕吐。

（三）重型（典型病例） 按病程进展可分为四期：

1．吐泻期 多无前驱症状而急骤起病，先泻后吐。腹泻为无痛性，最初是含有粪质的黄色水样便，继而成米泔水样，无脓液；少数病人可出现洗肉血水样大便。量多，次数自数次至数十次不等。呕吐

先为胃内容物，后为米泔水样，次数频繁。因呕吐、腹泻严重，可迅速导致失水状态，出现尿少、声嘶、皮肤干燥癍皱无弹性、两眼下凹、肌肉痉挛等，数小时后即转入虚脱期。此期通常为1～3天。

2．虚脱期　吐泻减少，病人极度疲乏，呼吸浅促，出现循环衰竭，如肢体寒冷、血压显著下降、心音微弱等，往往可因此而死亡。但如积极抢救，经大量快速补液，往往数小时内即能使症状有明显的好转。此期一般为数小时到2天。

3．反应期　病人一般情况好转而恢复，但少数病人也可好转一时，继而高热以至出现毒血症而死亡。此期一般为1～3天。

4．恢复期　病人的严重病象已消失，但仍软弱无力。少数病人可发生支气管炎及肺炎等并发症。

（四）干性霍乱　很少见。病人可在发病后数小时内，于典型的吐泻症状出现之前即因循环衰竭而死亡。

实验室检查，吐泻物培养检验可有霍乱及副霍乱弧菌检出；由于血液浓缩，血中可有红、白细胞增加，电解质明显异常；尿液比重降低，可有蛋白质、红细胞及管型等。

并发症　最常见的是酸中毒和尿毒症，有时还可并发支气管炎、肺炎等。

预防

1．控制传染源　及早发现病人并进行隔离治疗。对可疑病人及密切接触者应严密隔离观察，并进行粪便培养。

2．切断传染途径　广泛开展卫生宣传工作，搞好“两管五改”工作，保护水源，注意饮水、饮食卫生，消灭苍蝇，加强个人卫生，饭前便后要洗手。

3．增强人体抵抗力，普遍进行霍乱、副霍乱疫苗的预防接种。

治疗

1．本病为甲类传染病，一经发现，迅速报告防疫站。并派人作严格的疫点处理，包括隔离患者、封锁疫点、接触者和水源采样检验、病家消毒、病人呕吐物及排泄物严密消毒等。病人隔离至症状消失、隔天一次大便培养连续三次阴性时，至少不得少于2周。

2．一般治疗　卧床休息、保暖。

3．液体补充　病人主要症状为失水、失盐，故治疗应以补充液体和盐类为主。常用注射液为生理盐水，5％葡萄糖盐水等，数量视失水程度而定，在几千毫升以上，并应快速输入。

4．药物治疗　可给于S．G．、氯霉素、玉枢丹等。

5．对症治疗　肌痛可局部按摩与热敷，尿闭可腰部热敷，高热可用物理降温及冬眠疗法，腹痛可用复方樟脑酊每次3～4毫升口服，剧烈呕吐时可皮下注射阿托品0.5毫克（高热禁用），心衰处理参照心力衰竭节。

6．新针疗法　针曲池、委中、中脘、天枢、足三里等穴，或神阙[肾确，què]隔盐灸。

7．中草药治疗　与食物中毒相同。

思　考　题

霍乱和副霍乱与细菌性食物中毒、急性菌痢如何鉴别？

二十四、细菌性痢疾

细菌性痢疾（简称“菌痢”）是由痢疾杆菌引起的急性肠道传染病，以结肠的化脓性炎症为主要病变，临床上主要表现为全身中毒症状、腹痛、腹泻、里急后重及脓血或粘冻样大便。好发于夏秋季节，小儿发病率较成人为高。祖国医学根据临床不同的特点分别称为赤白痢、血痢、热痢、时疫痢、休息痢等。

病因和发病原理　病人和带菌者是主要的传染源，病原体就存在于他们的粪便中，可因带菌的粪便污染衣物用品、玩具等，通过手、食物、水等途径传播，苍蝇也是重要的传染媒介。痢疾杆菌由口入胃，在人体抵抗力强时，可被胃酸杀灭而不发病；但人体抵抗力降低时，痢疾杆菌由胃入小肠，在肠道内繁殖，释放出内毒素，被肠壁吸收入

血循环，引起全身毒血症症状。而后，毒素作用于全身，引起脑、心、肝、肾等器官变性，出现相应的症状。毒素还可使肠壁粘膜发生炎症变化，主要的病变在结肠，以直肠和乙状结肠最为常见，常因直肠括约肌受刺激而产生里急后重。肠粘膜弥漫性充血水肿，粘液分泌增加，并有大量纤维蛋白和白细胞渗出。这些渗出物和坏死的粘膜形成一层灰白色糠皮样假膜，附在粘膜表面。假膜脱落后可形成溃疡，形状多不规则，较小而浅表，常有出血，但形成肠穿孔者少见。溃疡间的粘膜有急性炎症反应。溃疡愈合后，粘膜不留瘢痕。如治疗不彻底，肠道粘膜可形成慢性溃疡，引起慢性痢疾。慢性痢疾时溃疡灶旁的肠壁粘膜极易增生而成息肉。粘膜下层结缔组织增生，可使肠壁增厚，引起肠狭窄。

祖国医学认为系感受湿热，寒湿或内伤饮食所致。肠胃既伤，暑湿热毒与肠道气血相结，化为脓血而成痢疾。

症状　潜伏期多为1～2天。临床上可分急性与慢性二种：

（一）急性菌痢　主要表现为全身中毒和肠道症状。根据临床严重程度又分成轻型、普通型、重型及中毒型四种：

1. **轻型**　多无全身中毒症状，可无发热或仅有低热，腹痛不明显，腹泻每日不超过3～5次，里急后重较轻，有粘液，可无脓血。恶心呕吐可有可无。此型常被忽视，成为重要的传染源，应警惕。

2. **普通型**　起病较急，有中等度的全身中毒症状，先畏寒、发热，体温可高达39℃以上，儿童可发生惊厥。继而恶心呕吐，并出现腹痛腹泻。最初腹泻时，大便中尚有粪便，以后大便中有多量粘液及血丝，呈红色胶冻样，量较少，每天可达10～20次。同时有明显里急后重现象，并伴左下腹痛，可有压痛点。粪便检查可有红、白细胞和巨噬细胞。祖国医学把苔薄黄腻、脉滑数者称为湿热下痢；若痢下物粘冻白多红少、畏寒腹痛、苔白腻、脉弦细缓，则称为寒湿痢。

3. **重型** 起病急骤，多有严重的中毒症状。体温升高，伴恶心、呕吐，大便次数频繁甚至失禁，为脓血粘冻便，腹痛剧烈，里急后重明显。因呕吐及腹泻频剧，故有明显的失水症状。左下腹有压痛。病人极度衰竭，四肢厥冷，可有谵妄或惊厥、血压下降及周围循环衰竭。

4. **中毒型** 大多发生在2～7岁体质较好的儿童。起病急骤，可在腹痛、腹泻未出现时即有高热(35°～41℃以上)、寒战、精神萎靡、面色青灰、四肢厥冷、呼吸微弱、反复惊厥、神志不清等，甚至出现循环衰竭(脉细速、心音低钝)和呼吸衰弱(呼吸加快、减慢或暂停)。或一开始就有严重吐泻、大量脓血便等，并迅速出现神志不清、抽搐、循环衰竭、呼吸衰竭等。此型以高度毒血症、循环和呼吸衰竭以及中枢神经系统症状为主要临床表现，故称为"中毒性菌痢"，祖国医学称为"疫毒痢"。必须不失时机地进行抢救，否则可导致严重后果。

(二) 慢性菌痢 急性菌痢治疗不彻底可成为慢性菌痢，病程在2个月以上。主要表现为腹痛、腹泻长期反复发作，大便间歇或经常带有粘液或脓血。病程较长而迁延不愈的患者还可有食欲不振、贫血、消瘦、维生素缺乏等表现。粪便培养仍可有痢疾杆菌。祖国医学称为"休息痢"，除上述症状外，兼见神疲、畏寒、腹胀、苔白腻、脉弦细缓等，属于脾虚；进一步发展可出现四肢发冷、面色㿠白、五更泄泻等脾肾阳虚的征候。慢性病人当受凉、过累等诱因刺激时，可出现急性发作，症状常较急性普通型为重。

菌痢病人作实验室检查，急性期血中白细胞总数增多，中性显著增高，慢性期则可有贫血；粪便量少，呈鲜红色粘液冻状，无臭味，镜检可有大量脓细胞及红细胞，并有巨噬细胞，培养可检出痢疾杆菌(中毒性菌痢未出现腹泻时应用肛拭或盐水灌肠进行检验)。如作乙状

结肠镜检查，急性期可见肠粘膜充血、水肿、渗出及溃疡，慢性期可见溃疡及息肉。X线钡剂检查，慢性期可见肠道痉挛、肠腔狭窄等变化。

并发症 细菌性痢疾常易并发关节炎、皮肤感染，腹泻次数较多时可有水、电解质紊乱，中毒症状严重者可出现麻痹性肠梗阻和中毒性脑病等。慢性期可有营养不良性水肿、贫血、维生素缺乏等。

鉴别诊断

1．阿米巴痢疾 鉴别要点见下表：

细菌性痢疾与阿米巴痢疾的鉴别

		细菌性痢疾	阿米巴痢疾
流行季节		夏秋季	四季散发
潜伏期		1～7天	数周或数月
临床表现		1.起病急 2.多有发热，毒血症症状显著 3.腹痛及里急后重均明显，大便每日数十次 4.腹部压痛以左侧为主	1.大都缓起 2.发热不高，少有毒血症症状 3.腹痛及里急后重较轻，大便次数较少 4.腹部压痛较轻，多限于右侧
粪便检查	肉眼检查	量少，脓血与粪便混合，粘稠或水样，有粘冻，无臭，呈碱性反应	量多，脓血与粪便不混合，呈暗红色果酱样，有奇臭，呈酸性反应
	显微镜检查	有大量散在的脓细胞及红细胞，并有巨噬细胞，找不到阿米巴	白细胞较少，红细胞避集成堆，无巨噬细胞，可找到活动的阿米巴滋养体，内含红细胞
	培养	痢疾杆菌阳性	痢疾杆菌阴性
血液白细胞		早期总数及中性显著增高	早期稍增加
乙状结肠镜检查		粘膜呈弥漫性充血水肿，肠壁增厚，溃疡浅表	粘膜大多正常。有较深的散在性溃疡
并发症		关节炎、皮肤感染	肝脓肿常见
治疗		氯、合霉素及四环素有良效	土霉素、吐根碱、卡巴砷等有效

2．细菌性食物中毒　详见587页鉴别表。

3．流行性乙型脑炎　儿童中毒性或重型菌痢可有高热、惊厥、嗜睡、昏迷等中枢神经系统及毒血症状，且季节同乙脑相似，故易混淆。此类病人应作温盐水灌肠，如有脓血便排出及痢疾杆菌检出者可确诊菌痢而排除乙脑。

预防

1．早期发现病人和带菌者，并及时进行隔离和治疗。

2．注意加强饮食、饮水卫生，做好粪便的管理和处理工作，养成良好的卫生习惯。消灭苍蝇及其孳生地。

3．夏秋季多吃大蒜，或用马齿苋1两煎水代饮。

治疗

1．急性菌痢

(1) 卧床休息，吃稀软或流汁无刺激食物，减少家属和患者的接触。有失水现象应补充液体，并注意纠正水、电解质平衡。

(2) 选用有效的抗菌药物，如痢特灵（呋喃唑酮）0.1克，每日3～4次口服，儿童按5～10毫克/公斤/天计算，分4次服；氯霉素0.25克，一日4次，儿童25～50毫克/公斤/日，分4次服；合霉素剂量加倍；黄连素0.2克，一日4次，儿童酌减等。也可用SD或息拉米，首次0.2克，以后每4小时1克；儿童0.1～0.2克/公斤/日，分4次服，首次加倍。服SD同时加服等量苏打。SG效果较差。一般疗程5～7天，但症状控制后，仍须服药3天左右。

(3) 新针疗法：常用天枢、止泻穴、足三里等穴，发热配曲池，里急后重配阴陵泉，呕吐配内关，均用提插捻转手法，效果较为满意。

(4) 腹痛可局部热敷，并用阿托品、颠茄片等。里急后重也可用颠茄片（剂量稍大），或用复方樟脑酊，成人每次2～4

毫升，儿童酌减。脱水时补液，虚脱时用肾上腺素。高热可用退热药。

(5) 中医药治疗：

① 鲜马齿苋 2 两，水煎服。

② 一见喜 1 两，研细末，每日 3 次，每次 5 分，吞服；或用此药的片剂“抗炎灵”，每次 4～6 片，每日 4 次服用，7 天为一疗程。

③ 其它如小飞莲、辣蓼、地锦草等草药，可任选 1～2 味，鲜草 2 两，干草 1 两，水煎服。也可用大蒜头，每日三次，每次 2 只嚼服，连服 3～5 天。

(6) 辨证论治：

① 湿热型：治宜清热利湿、解毒，可用白头翁汤加减，即白头翁、秦皮各 4 钱，黄柏 3 钱，黄连 1 钱，水煎服；里急后重明显可加木香、槟榔，腹痛明显加木香、枳实等。

② 寒湿型：治宜散寒利湿，可用戊己丸加减，即吴茱萸、木香各 2 钱，炒白芍、苍术、藿香、紫苏、半夏曲各 3 钱，厚朴、陈皮各 1 钱，水煎服；若腹痛加炮姜、陈皮，恶心呕吐加半夏、生姜，发热畏寒加葛根、黄芩等。若症状轻可用藿香正气丸。

2. 慢性菌痢　应采用综合疗法，疗程应适当延长，可中、西医两法交替或结合治疗。抗菌素及新针疗法、单味中草药可参照急性菌痢。祖国医学辨证论治可按休息痢进行，即属脾气虚者治宜健脾益气，可用参苓术草汤(见 225 页)加木香、黄连；若发展成脾肾阳虚，治宜温补脾肾，可用晨泻丸(见第 214 页)加减，即遇寒即发者可加党参、干姜、附子、甘草等。还可用成药“香连丸”，每日 3 次，每次 1.5～2 钱口服。

3．中毒性菌痢　由于中毒性菌痢病势凶险，治疗时必须以毛主席的光辉哲学思想指导医疗实践，善于抓住疾病的主要矛盾，并注意各个矛盾间的相互关系及其转化，及时加以处理。一般地说，本病的主要特点是反复抽搐、循环衰竭和呼吸衰竭，三者互相影响、互相联系。在疾病的早期，往往以反复抽搐为主要矛盾，随着病情的发展，出现循环衰竭及呼吸衰竭；但也有一开始即出现循环或呼吸衰竭的。如果病情发展至三者同时存在，则通常是呼吸衰竭为主要矛盾。现将主要的抢救措施简述如下：

(1) 高热和反复抽搐：应以人工冬眠疗法为主。可肌注冬眠灵和非那根的混合制剂，剂量各为1～2毫克/公斤/次；必要时也可加入葡萄糖液中静脉注射或滴注。于注射后5～10分钟，可用冷毛巾在头、颈、腋下、腹股沟等大血管流经处作冷敷，促进降温，直至体温下降至35℃左右撤去，只留下头部一处。如病人出现寒颤，应撤去冷毛巾，加大药物剂量，再行降温。对难于入睡或抽搐不止者，可加注鲁米那钠或阿米妥钠。对热度过高者，还可肌注复方氨基比林。病儿热退及入眠后，每2～5小时注射冬眠灵一次。密切观察呼吸、脉搏、血压、体温的变化，并保持呼吸道的通畅。如无其他变化，维持12小时，即可停止用药，待其自然复温。

(2) 循环衰竭：进行抗休克治疗，如补液（必要时输血）、纠正酸中毒、应用升压药物等。输液总量一般按60～80毫升/公斤/天计算，其中20毫升/公斤为生理盐水，加入适量的11.2%乳酸钠（20～60毫升左右），可先于1～2小时内滴完；其余部分则为10%葡萄糖水。升压药物可用去甲肾上腺素：将1毫克加入100～250毫升补液中静滴，随时调整速度，使血压维持在正常或稍低水平；必要时也可先以少量推注，以后再滴注维持。同时可静注氢化可的松5～10毫克/公斤/次，每6～8小时一次。如上述方法不能升高血压，或已有无尿、少尿、四肢厥冷、面色苍白者，可改用阿托品，以0.03～0.05毫克/公斤/次静脉推注或肌注，轻者每隔30～60分钟、重者每隔5～10分钟注射一次，直至面色转红为止。也可改用异丙肾上腺素，剂量为1～2.5毫克/500毫升静脉滴注。其他如新福林、阿拉明等也可应用。如治疗

期间出现心力衰竭，应及时使用西地兰及毒毛旋花子素K。同时针刺人中、涌泉、足三里、上巨虚及灸百会，或耳针肾上腺、交感、内分泌、膈、大肠等，对抢救休克也有一定帮助。

(3) 呼吸衰竭：由于脑血管痉挛，脑组织缺氧、水肿所致。抢救时，除应注意呼吸道通畅，尽可能地给以氧气吸入外，应立即应用呼吸中枢兴奋剂如可拉明、洛贝林、咖啡因等。必要时可同用洛贝林和阿托品，洛贝林每次3～6毫克静脉推注或肌注，阿托品用法详前。对于有反复抽搐、使用镇静剂无效，经使用呼吸中枢兴奋剂及阿托品抢救呼吸衰竭仍不能控制，或出现血压偏高、相对缓脉、瞳孔大小不等、呼吸节律改变或呼吸停止等脑水肿表现时，应使用脱水剂，如25%山梨醇或20%甘露醇等，剂量均为1～2克/公斤/次，3小时后可重复使用。也可用50%葡萄糖，按1.0克/公斤/次计算，每4小时一次，必要时可与上述脱水剂交替应用。

在进行上述处理的同时，应积极应用有关抗菌素，控制感染。可合用二种以上抗菌素，且以静脉或直肠给药为宜。可用氯霉素25毫克/公斤/天加入补液中滴注，或土霉素、四环素等（剂量同）。可加呋喃西林或呋喃坦啶5毫克/公斤/次，置温盐水中保留灌肠，每天一次。

祖国医学认为"疫毒痢"治宜清热、解毒、凉血，可用黄连解毒汤合白头翁汤加减，即黄连1钱，丹皮1.5钱，黄芩、黄柏、秦皮、赤芍、生地各3钱，白头翁、银花各5钱，水煎服；若恶心呕吐加菖蒲、半夏，高热、神昏谵妄加紫雪丹，惊厥、抽搐加钩藤、石决明、全蝎；若见虚脱时可选用四逆汤（见214页）。昏迷或休克者可以鼻饲给药。

思 考 题

1. 细菌性痢疾和急性肠胃炎、食物中毒如何鉴别？怎样治疗和预防？

2. 中毒性菌痢如何抢救？

〔附〕 阿米巴痢疾

阿米巴痢疾是由阿米巴原虫引起的消化道寄生虫病，传染源为带

有包囊的患者。传染途径和细菌性痢疾相同，但较后者少见。大多呈散发性，以青壮年发病率较高。

病因和发病原理 阿米巴原虫有滋养体和包囊两种形态。肠内病变由滋养体引起；当肠内环境对原虫不利时滋养体就不能侵入肠内而变成包囊，可随粪便排出体外，通过被包囊污染的饮食而传染给健康人。包囊进入人体消化道后，在回肠末段或回盲部，原虫可破囊而出，并分裂繁殖成为有活动能力的滋养体，借一种叫组织酶的作用侵入肠壁粘膜，从而产生阿米巴痢疾的临床表现。

阿米巴原虫主要侵犯大肠，特别是回肠末端与回盲部。在原虫侵入处的粘膜发生充血性水肿，或有较深的溃疡。由于粘膜下血管丰富，破损后出血较多，但无化脓性病变，故大便中血多脓少或为全血。原虫还可经门静脉到达肝脏，甚至发生肝脏脓肿等。祖国医学认为病初以湿热为主，表现为赤白痢；若脾胃素弱或失治下当，则可成休息痢。

症状 急性患者起病缓慢，一般不发热，全身症状轻微，仅有腹部不适或食欲不佳。主要症状是腹泻，一日三、五次至十余次不等，里急后重不明显。粪便含血和粘液，血多便少，象果酱样，有奇臭。检查时腹部压痛，以右下腹压痛多见。祖国医学认为若粪见下痢赤白相杂、肛门灼热、小便短赤、苔腻微黄、脉滑数等，属湿热痢。慢性患者在发作间歇期外观健康如常，或仅有便秘、腹痛、腹部气胀和不适等胃肠道功能紊乱征象，应予注意。

有的病人可出现下痢稀薄、食少神疲、四肢不温、腰酸怕冷、甚则滑脱不禁、舌质不华、脉沉细而弱等症，祖国医学称为虚寒痢。慢性病人粪便检查可见阿米巴；血液白细胞计数大多正常。并发症最常见的是阿米巴肝脓肿，此时患者可出现畏寒、发热、衰弱等全身症状，同时右上腹或肝区持续钝痛。体检肝肿大，有局限性压痛点，右下胸常饱满，肋间隙增宽，该处皮肤可有凹陷性水肿。肝功能试验可异常，肝区超声波检查可见液平。

鉴别诊断 本病应与急性细菌性痢疾相鉴别，详见595页鉴别表。如并发阿米巴肝脓肿，应与胆囊炎、细菌性肝脓肿相鉴别：

1、胆囊炎 发病急，右上腹痛阵发性加剧，且有反复发作史。常

有黄疸，肝脏肿大不明显，但胆囊区压痛明显。血中白细胞计数显著增高。必要时可作胆囊碘油造影以区别。

2．细菌性肝脓肿　见下表：

阿米巴肝脓肿与细菌性肝脓肿鉴别表

	阿米巴肝脓肿	细菌性肝脓肿
病　史	可有阿米巴痢疾病史	常继败血症或腹部化脓性疾病发生
症　状	起病慢，病程长	起病急，毒血症症状显著
肝　脏	1.肿大与压痛较显著，可有局部隆起 2.脓肿多见于右叶	1.肿大不显著，局限性压痛亦较轻，一般无局部隆起 2.脓肿多为小型多个性
肝穿刺	脓量多，大多呈棕褐色，可找到阿米巴滋养体	脓量少，黄白色，细菌培养大多阳性，肝组织病理检查可见化脓性病变
血　液	白细胞计数增高，细菌培养阴性	白细胞计数，特别是中性粒细胞显著增高，细菌培养阳性
诊断性治疗	吐根碱或氯奎啉治疗症状好转	左述治疗无效

预防　同细菌性痢疾。

治疗

1．一般疗法　急性期应卧床休息，吃易消化无渣的食物。慢性期补充营养及维生素，尤其是复合维生素B、C，纠正贫血。其它对症治疗同一般腹泻。

2．药物治疗　使用应及早、足量、彻底。

(1) 抗菌素：以土霉素疗效最佳，主要对滋养体有效。剂量为每日2克（儿童50毫克/公斤/天），分4次服，10天为一疗程。

(2) 阿的平与卡巴砷合用：前者杀灭滋养体，后者杀灭包囊。阿的平剂量是每次0.1克（儿童酌减），每日3次，共服10天。卡巴砷剂量是每次0.2克（儿童0.008克/公斤/次），每天2次，共10天。

(3) 吐根碱（依米丁）：对急性期有效，慢性期效差（不能杀死包

囊)。剂量，1毫克/公斤/天，最多不超过0.06克，作深部皮下注射，6天后可改为0.03克/天，再注6天，完成一个疗程。因毒性较大，应严加观察。

⑷ 喹碘方：对急、慢性均有疗效。剂量：成人0.5～1.0克，小儿按14毫克/公斤/次计算，均每日3次口服，7～10天为一疗程。

〔注〕 盐酸依米丁、卡巴胂、阿的平、喹碘方都是抗阿米巴病药。盐酸依米丁用于急性阿米巴痢疾急需减轻症状者及阿米巴肝脓肿。由于依米丁对症效力大而根治效力低，故不适用于慢性阿米巴痢疾。本药毒性较大，孕妇、心脏病、肾脏病、血压过低或极度衰弱者慎用或禁用，用药期间须严加观察，防止发生血压突然降低或心功能紊乱等。

卡巴胂能直接杀死滋养体，根治效力较高，对包囊也有杀灭作用，用于急、慢性阿米巴痢疾；也可在依米丁治疗后，接着用本药根治肝脓肿。但肝、肾功能减退者慎用。如出现皮疹、恶心、呕吐、腹泻等反应，应停药。治完一疗程后，如须重复治疗，至少要间隔10天。

阿的平对滋养体有一定的杀灭作用，可用于轻型阿米巴痢疾及阿米巴肝脓肿。

喹碘方又名安痢生、药特灵，能杀灭滋养体，（效力比依米丁差），对包囊也略有效。因口服后仅一部分吸收，在体内迅速破坏，故对肠外阿米巴无效，仅适用于肠内阿米巴。大剂量可致腹泻及肝功能减退，碘过敏、甲状腺肿大、肝功能减退者慎用。

此外还有一种巴龙霉素，对阿米巴原虫有强大杀灭作用，对菌痢也有效，口服成人40～60万单位/次，儿童递减。

3．中草药治疗

⑴ 单方：①鸦胆子10～15粒，每日3次，连吃7～10天，可打碎后用桂圆肉包裹或装入胶囊内吞服；或合并用鸦胆子20粒浸于10%碳酸氢钠溶液200毫升内1小时，取浸液灌肠，每日一次，效果较单独口服为佳。②白头翁成人每天6钱～1两，煎汁分3次服，连服10天；或合并用白头翁2两煎成药液100毫升，每日保留灌肠一次。③大蒜每日口服1只，连续10天；或合并用大蒜1只（小）浸水100毫升，一小时后取用，每日保留灌肠一次。

(2) 辨证论治：

① 湿热痢：治宜清热利湿，可用白头翁汤加减，即白头翁0.5～1两，黄柏、秦皮各3钱，黄连1钱，水煎服。

② 虚寒痢：治宜温中散寒，可用桃花汤加减，即赤石脂0.5～1两，龙骨、牡蛎各5钱，生地榆4钱，淮山药、秦皮各3钱，水煎服。

4. 新针疗法　天枢、关元、气海、足三里、大肠俞、三阴交等穴，每日针刺1～2次，留针半小时，7～10天为一疗程。

5. 并发阿米巴肝脓肿者，应送医院治疗，包括上述抗阿米巴治疗，并可选用氯化喹啉0.25克/次，每日3～4次口服，3～4周为1疗程；小儿酌减。脓肿较大者可穿刺抽脓，每3～5天一次，抽后可注射1%阿的平溶液10～20毫升于脓腔；必要时作手术引流。

思　考　题

阿米巴痢疾和细菌痢疾如何鉴别？

二十五、伤寒与副伤寒

伤寒与副伤寒分别是由伤寒杆菌和副伤寒杆菌所引起的急性消化道传染病。四季均可发病，但以夏秋季节为多发。青壮年患者较多见，在祖国医学中属于“湿温”范畴。

病因和发病原理　伤寒杆菌及副伤寒杆菌都仅是人类的致病菌。伤寒杆菌具有鞭毛抗原（H）和菌体抗原（O）等，在临床上有一定的抗体效价；副伤寒杆菌又可分甲、乙、丙三种。这两种病菌均不分泌外毒素，但当菌体分解时可产生强烈的内毒素，引起临床表现。

病人和带菌者是本病唯一的传染源，病菌从其大、小便中排出体外，借水源及饮食传播，苍蝇常为重要的媒介。伤寒杆菌或副伤寒杆菌随饮食进入消化道后，其中一部分被胃酸杀死，另一部分进入小肠，在小肠淋巴结和肠系膜淋巴组织中繁殖，当菌体分解后释放出内毒素，使淋巴结及淋巴组织发生炎症。细菌及其毒素可由淋巴组织侵入血液循环，出现发热和全身毒血症状等表现；还可随血流到各内脏器官生

长繁殖，特别如肝、脾、骨髓、胆囊等常为最好的繁殖场所。大量的伤寒杆菌随胆汁排出而进入小肠，一部分可随粪便排出体外，另一部分则通过肠粘膜再度侵入肠内淋巴组织，使原有的淋巴组织病变加重，肠壁表层粘膜坏死并脱落，形成溃疡。随着病情进展，人体产生了一定的免疫力，因而使血液及内脏器官中的伤寒杆菌逐渐消失，疾病就逐渐痊愈。

祖国医学认为本病是感受湿热病邪而引起，也可因平素脾虚湿盛复感外邪而发生。由于病邪湿性粘腻，滞留三焦，使气机不化，以致病情缠绵，其特点为起病缓慢、病程较长、常可见到发热、相对缓脉、食欲不振、表情淡漠、斑疹等证候。因湿温属温病范围，也可由卫气营血进行传变。

本病主要的病变部位为小肠，以回肠末端肠壁淋巴结的病变最为明显。病变一般可分四期，每期约一周。

1．髓样肿胀期　发病第一周，回肠末端肠壁淋巴结肿胀，血管明显充血，网状细胞增生。

2．坏死期　发病第二周起，淋巴组织肿胀达到高峰，局部因营养障碍而中央发生坏死，并有痂形成。坏死部位可成脐状。

3．溃疡期　坏死组织脱落，形成溃疡，深浅不一。溃疡较深（侵入浆膜层）及溃疡底部血管受腐蚀时极易引起穿孔及出血。

4．愈合期　第四周起，溃疡底部坏死组织脱落，新生的肉芽组织充填缺损，病灶愈合。由于在网状内皮细胞（浆细胞和大单核）内的伤寒杆菌不易受到体内免疫机构及抗菌素的影响，当机体抵抗力降低时，病原菌可再次繁殖侵入血液，形成恢复期后的复发（也称伤寒复燃）。

除肠壁淋巴结的病变以外，肠系膜淋巴结常肿大、充血，淋巴结内和淋巴组织中有吞噬细胞聚集，并有点状坏死；脾脏肿大，比正常大3～5倍，质软，脾窦内有吞噬细胞聚集，并有点状坏死；肝细胞有脂肪变性，肝窦内充满吞噬细胞，也可出现点状坏死；骨髓内吞噬细胞集合成团，由于毒素和网状内皮细胞增生，抑制和影响了骨髓的造血机能，故临床上可出现白细胞减少。

症状 潜伏期平均14天(两星期),病程分如下几期:

1. 初期(约1周左右) 起病急,寒战、头痛、全身不适、发热,体温逐渐上升,于1周后达高峰(39°～40°C左右)。同时有腹泻、腹胀或便秘等症状。在祖国医学中属于卫分期,可见苔白腻、脉濡数。

2. 严重期(约2～3周) 高热在39°～40°左右,持续不退。起病第二周呈稽〔音机,jī〕留热型(即持续高热不退),第三周呈弛张热型(即每天体温有较大的波动,变动范围在2°C以上)。同时有明显的毒血症状及神经系统症状,如表情淡薄、神志模糊、谵妄,甚至抽搐、手足震颤等。胸腹等处皮肤上出现浅红色疹子(玫瑰疹),稍隆起,按之退色,同时有相对性缓脉(即体温高而脉搏仅稍快,两者不相符合)及重脉(即在触桡动脉时,触到正常明显的搏动外,同时还有一个较弱的搏动)等明显的循环系统症状。肝脾肿大,质软,并可有压痛。舌苔黄腻,甚至黑褐色,但舌尖及舌缘的舌质鲜红,称为"伤寒舌"。在祖国医学中属于气分期,其中以头重、胸闷、纳呆、乏力、四肢沉重、苔腻、脉濡数缓等表现明显者称为湿重于热;以口渴、高热、苔黄、小便短赤等表现明显者称为热重于湿。如处理不当,此期可并发支气管肺炎、中毒性心肌炎、肠出血、肠穿孔等严重情况,出现相应的症状和体征,即属于祖国医学的营血期,应提高警惕。

3. 好转期(约1周左右) 中毒性症状减轻或消失,体温也逐步下降。

4. 恢复期 体温正常,食欲增加,逐渐恢复健康。

伤寒的病程一般为4～6周,如患者患有其它慢性疾病,则病程有所延长。有少数患者在症状消失后2周内可能复发,复发时一般病情较初次为轻,病程也较短。

必须注意的是，近年来，随着预防工作的广泛开展和人民健康水平的提高，以及氯霉素、合霉素等药物的广泛应用，伤寒的发病率已经大大降低，特别是出现上述典型症状的病人更越来越少见。因此，我们一定要提高警惕，临床上凡遇到不明原因的高热病人，都应详细询问病史并体格检查，必要时作有关化验，以免漏诊。此外，小儿伤寒的特点是年龄愈小，临床表现愈轻，病程较短。患儿起病常急骤，中毒症状显著，2～3 天内体温可达高峰，并伴有惊厥、呕吐、腹泻、腹胀等症状，类似上呼吸道感染等发热性疾病。婴幼儿病人相对性缓脉与玫瑰疹比较少见，很少有肠出血及肠穿孔等并发症。副伤寒细菌由于毒力小，侵入人体的病理变化比较轻，故临床表现也就比较轻微。特点是潜伏期短，起病急骤，体温上升快而波动大，稽留热不多，中毒症状及并发症少见，病程也较短。

实验室检查，白细胞计数减少，大多在 3,000～6,000 之间，嗜酸性细胞可显著减少或消失，中性粒细胞可减少，大单核细胞相对增高；患者的血、骨髓、粪便、尿液、胆汁、皮疹等可培养出伤寒或副伤寒杆菌，其中以血液、骨髓的阳性率为高，且以病程的第一周阳性率最高，以后可稍下降，而粪便及尿液培养则在 2～4 周后阳性率渐升高，第 5 周后又逐渐下降；伤寒血清凝集试验（旧称肥达氏反应）大多在起病后一周末凝集试验开始阳性，第 4～5 周达最高峰（达 80% 以上），以后逐渐下降，其诊断标准一般以“O”抗体 1:80 及“H”抗体 1:160 为阳性（正常血清中“O”抗体大多数测不出，最高不超过 1:50，“H”抗体可达 1:100 以上），如果随着病程的进展而增高，则更有诊断价值，但应注意近期内接受伤寒或副伤寒疫苗注射后“H”可高达 1:320～1:800 以上，“O”则在 1:200 以下或稍升高。

并发症

1. 肠出血　大多发生在病程的第 2～3 周。表现为大便隐血或大

量便血（可见黑粪或柏油样大便），出血量多时有体温骤降、面色苍白、额出冷汗、呼吸急促、脉细速、血压降低等休克症状。

2．肠穿孔　大多发生在病程第3周，穿孔部位多在回肠末端，因此处肠壁薄、淋巴结大而且多、病变重之故。穿孔前常先有腹泻、腹胀及肠出血。穿孔后可出现右下腹剧痛，伴有恶心、呕吐、脉细速、体温上升、腹部压痛明显、肝浊音界消失、肠鸣音消失，X线检查腹腔内有游离气体等急性腹膜炎体征，白细胞计数常增高。

3．急性胆囊炎　可出现黄疸、右上腹疼痛及压痛等，较少见。

4．中毒性心肌炎　有严重毒血症的患者大多有中毒性心肌炎，可表现为第一心音减低、心律不齐、奔马率、脉细数、血压下降等，如伴有周围循环机能不全，则可出现休克。

鉴别诊断

1．急性血吸虫病　发热为间歇型或弛张热型，腹泻较显著且呈脓血粘冻样便，肝肿大并有压痛。白细胞计数增高，嗜酸性细胞显著增多，大便孵化阳性。常有明显的疫水接触史。

2．粟粒性肺结核　有结核接触史。发热不规则，常伴有盗汗、咳嗽、脉搏增快、呼吸急促、肺部有细湿罗音等症状。结核菌素试验阳性，痰液培养可找到结核杆菌，X线拍片可有粟粒性病变。

3．败血症　往往有原发病灶，血中白细胞显著增多，血培养阳性。

4．疟疾　有寒战、高热、大汗、热退的周期性发作，血液涂片检查可找到疟原虫。

预防

1．大力开展爱国卫生运动，做好粪水管理工作，消灭苍蝇，注意饮食卫生，提倡喝开水，生菜、瓜果要洗净再吃，不吃不洁食物，饭前便后要洗手。

2．病人应早期诊断，早期治疗，并注意隔离至退热后2周。病人的食具、衣物、被褥应煮沸或蒸气消毒，呕吐物、排泄物、尿、粪便加等量10%的漂白粉混合搅拌，放置2小

时后埋掉或倒入化粪池。

3. 饮食行业工作者定期体检并作粪便培养，如为带菌者应调换工作，并进行治疗。

4. 提高机体抵抗力，进行伤寒疫苗预防接种。

治疗

1. 一般治疗　吃易消化的食物，禁食粗糙或多纤维渣滓的食物。在好转恢复期，患者食欲好转，很想进食，要特别注意，避免肠出血、肠穿孔等意外。患者卧床休息，注意保持皮肤清洁，防止褥疮发生。补充维生素B、C等，多饮水，必要时补液。

2. 特效治疗　应用氯霉素或合霉素，前者每次0.25克，后者每次0.5克，均为一日4次；至热退后，继续减半服用，疗程14～21日　儿童氯霉素25～50毫克/公斤/天，合霉素加倍，分4次服用。

3. 对症处理　热度高可适当用退热剂，如注射复方氨基比林2毫升/次；或服A. P. C. 1片，一日3次。但应谨慎，防止虚脱。烦躁不安加鲁米那0.03克，每日3次，或肌注0.1克。腹胀用松节油腹部热敷及肛管排气。毒血症状明显时加用激素。

4. 有严重并发症如肠出血、肠穿孔、中毒性心肌炎等，应立即送医院医治。主要的治疗措施包括：

(1) 肠出血：暂停饮食，绝对卧床休息。少量出血可用安络血、维生素K、对羧基苄胺、止血粉等止血药，并密切注意血压、脉搏、大便等；大量出血时应输血补液。

(2) 肠穿孔：有急性腹膜炎症状和体征时应及早手术处理，并用链霉素、四环素等抗菌药及清热解毒消炎的中草药以控制腹膜的炎症。

(3) 中毒性心肌炎：使用肾上腺皮质激素，有循环衰竭时应补充血容量、应用升压药物及输入高渗葡萄糖等。

5. 中草药治疗

(1) 草药验方：半枝莲、鸭跖草、地锦草各 5 钱～1 两，水煎服；或银花 3 钱，板蓝根、一枝黄花各 1 两，水煎服。

(2) 辨证论治

① 卫分期：治宜宣表化湿，可用三仁汤(见第 217 页)，若湿重加藿香、佩兰、苍术，热重加银花、连翘等。

② 气分期：热重于湿者治宜清热化湿，可用连朴饮加减，即黄连、石菖蒲、半夏、白蔻仁各 1 钱，制厚朴 2 钱，豆豉、炒山栀各 3 钱，生苡仁 5 钱，芦根 2 两，水煎服；若壮热口渴、汗出脉洪，可用鲜竹叶 3 钱，生石膏、鲜芦根各 1 两，知母、石斛各 3 钱，水煎服。若湿重于热，治宜利湿化浊，可用藿香正气散（见第 318 页)加减。

③ 营血期：治宜清营透热、凉血解毒，可用清营汤加减，即水牛角 5 钱，鲜生地、玄参、银花、连翘、丹参、麦冬各 3 钱，竹叶 2 钱，黄连 1 钱，水煎服；若斑疹隐隐加丹皮、赤芍，神志呆钝加郁金、石菖蒲，手足震颤加钩藤、僵蚕，大便下血用黄土汤加减(见第 223 页)。此外，中成药紫雪丹、至宝丹、牛黄清心丸及安宫牛黄丸等也可试用。

④ 恢复期　治宜健脾和胃，可用孩儿参、米仁各 4 钱，淡竹叶 1 钱，水煎服；或用山药、北秫米各 4 钱，红枣 6 枚，炖熟吃。

思 考 题

怎样诊断伤寒及副伤寒？如何治疗和预防？

二十六、传染性肝炎

传染性肝炎是一种由病毒所致的急性消化道传染病，主要表现为食欲减退、恶心、上腹部不适或肝区痛、乏力等，部分病人可有发热和黄疸，肝脏肿大并有压痛，伴有肝功能损害。又称病毒性肝炎，常分为甲型和乙型两种。甲型肝炎就是普通所指的急性传染性肝炎或称短潜伏期（14～40 天）肝炎，青少年发病较多；乙型肝炎是指血清性肝炎或长潜伏期（60～160 天）肝炎，多见于成人。两种肝炎发病均无明显的季节性，但甲型肝炎在秋末冬初容易发生。

本病在祖国医学中属于不同的病症范畴，如急性黄疸型肝炎相当于“黄疸”中的“阳黄”证，急性无黄疸型肝炎多属于“湿病”、“胁痛”、“肝胃气痛”等，慢性肝炎又多属于“阴黄”、“积聚”、“胁痛”等。

病因和发病原理 一般来讲，甲型肝炎病毒在病人粪便中的含量较乙型肝炎为多，而乙型肝炎患者的血液中则可长期的携带病毒。近来国内外通过血清学检查，发现在乙型肝炎患者的体内存在着一种抗原，称为“乙型肝炎病毒表面抗原”，简写为HB_sAg（以前也称为“肝炎相关抗原”或“澳大利亚抗原”，并简写成“HAA”，目前认为这一名称不妥，趋向于废除），但甲型肝炎患者无此种抗原。

本病的传染源主要为病人和带病毒者，自潜伏期末到发病后一月左右都有较大的传染性。粪便与血液是主要的传染物。传染途径主要通过消化道（特别是甲型肝炎），如由病毒污染的食物、水源等；但也可经血液传染（乙型肝炎比较多见），如通过输血、生物制品、注射器等传给健康人。此外，吸血昆虫如蚊、虱等也有传播肝炎的可能。

肝炎病毒进入人体后，由消化道侵入血循环（血液传染者则直接入血），形成短暂的病毒血症。肝脏是肝炎病毒主要的侵袭部位，并在其中繁殖，使肝细胞发生弥漫性变性，从而产生一系列的临床表现。

祖国医学认为本病由湿热和疫疠所致。因湿邪容易犯脾，反之脾虚也易生湿，湿郁化热，结于脾胃，熏蒸肝胆，导致胆液外泄，侵入肌肤而发生黄疸。肝胆湿热偏盛，横逆脾胃或湿热犯脾，脾失运化而产生呕吐。湿热侵犯肝胆，使肝气郁滞不通，则产生胁痛。

甲型肝炎和乙型肝炎的病理变化基本相似，主要是肝脏的病变，其程度视疾病的严重程度和病期的不同而不同。除急性重症病例外，大多能恢复。临床上常根据病情把肝炎分成如下几型，各型的病理变化可有所不同：

1．急性肝炎（轻型） 肝脏大多肿大，表面光滑。肝细胞高度弥漫性肿胀（比正常约大3～4倍），胞浆结构疏松，细胞排列紊乱，间有点状或局灶性坏死，肝小叶（即肝的基本组织）内或门管区（指肝小叶与肝小叶之间的区域）有炎性细胞浸润，也可有结缔组织增生。多数病人痊愈时肝脏病变不留痕迹。

急性黄疸型肝炎和无黄疸型肝炎的病变大致相同，后者病变程度较轻，无毛细胆管胆汁瘀滞现象，故无黄疸。

2．重症肝炎（急性或亚急性肝坏死） 较少见。肝脏体积缩小，重量减少（是原来的½或⅓），肝包膜皱缩，质松软，表面因肝细胞瘀积胆汁和肝窦扩大充血而红黄相间，肝细胞大量坏死，坏死区内有单核细胞及淋巴细胞浸润，仅在肝小叶边缘处尚可见到少量肝细胞残余。由于肝细胞坏死后纤维组织增生，加上少量肝细胞再生和胆小管增生，肝脏形成排列紊乱的结节状的肝细胞团。此时肝脏质地较肝坏死时坚实，表面和切面呈结节状，最后导致肝硬死，称“坏死后性肝硬化”。

3．迁延性肝炎和慢性肝炎 肝脏大多比正常为大，有时可呈颗粒状或有结节形成，故质地稍结实。肝细胞有变性，但坏死不显著或少量坏死，门管区有炎性细胞浸润，小叶结构仍保存，纤维组织增生较明显。若门管区慢性炎症延及到肝实质中，且有肝细胞坏死和排列紊乱时，则成为慢性进行性肝炎，或形成肝炎后性肝硬化。

本病除肝脏病变外，有时脾脏亦可肿大，心肌、肾小管上皮及中枢神经系统细胞也可出现变性或坏死。

症状 甲型肝炎的潜伏期为2～6周，乙型肝炎为6周～6个月。病程有急性期与慢性期之分。大部分病例属急性期中的轻型，重型比较少见。急性期的症状和体征持续不愈或反复发作，则可转为慢性或迁延性。

（一）急性期

1. 轻型 典型急性黄疸型肝炎属祖国医学“黄疸”病中的“湿热熏蒸”，其症状可分为三期：

(1) 黄疸前期：起病可较急(但也可缓慢)，有畏寒发热。体温一般不高，大多呈弛张型，少数有寒战及高热。突出的症状为食欲不振、食后饱胀、恶心、呕吐、上腹部不适、腹痛、腹泻或便秘、乏力、苔黄腻等，有时还有头痛等上呼吸道感染症状。此期可持续2～8天或更长。体检时仅有右上腹轻微压痛。

(2) 黄疸期：起病数天后，逐渐出现尿色发黄，继而皮肤及巩膜黄染。黄疸常逐渐加深，1～2周内达高峰。可伴有大便颜色变淡（呈粘土色）、皮肤瘙痒、脉迟缓等。同时肝区疼痛，肝脏肿大，可于肋下触及2～3厘米或更大，质软，有触痛；肝功能常损害。此时胃肠道症状可一度加剧，而其他症状却渐渐好转。某些病人症状较重，可出现水肿、易出血等倾向。整个黄疸期约2～6周。

(3) 黄疸后期(即恢复期)：症状逐渐好转，黄疸消退，肝脏缩小。此期约1个月左右。部分病人因精神因素及其他原因，可遗留上腹不适、食欲不振等后遗症。轻型患者从发病到痊愈，一般为2～4个月。

无黄疸型肝炎症状常较轻，起病比较缓慢，一般可出现轻微的发热、胃肠道症状、肝区不适疼痛、肝肿大、肝功能不正常等，应提高警惕，以免误诊。目前认为此类病人比典

型的黄疸型更为多见，且往往迁延不愈而发展为迁延性或慢性，对健康的危害性很大，必须予以足够的重视。

2. **重型** 也称暴发型肝炎或肝坏死，祖国医学认为是“黄疸”病中“热毒内炽”，症状严重。病人可先以一般症状开始，但黄疸出现后迅速加深，持续恶心、呕吐，肝缩小，伴有肝臭，肝功能迅速明显衰退，并有皮肤和粘膜等处出血、腹水、浮肿、蛋白尿和管型等，甚至出现烦躁不安、谵妄、抽搐、嗜睡、大小便失禁等，最后因肝、肾功能衰竭而出现昏迷，如不及时抢救，可发生危险；少数病情较轻者，可逐渐转为坏死后性肝硬化。

亚急性肝坏死亦为重型肝炎的一种，其严重程度常介于黄疸型及暴发型之间。表现为黄疸持续不退，肝功能减退，肝脏先肿大、继而缩小变硬，以后可有尿少、腹胀、精神萎靡等，也可发生肝昏迷、出血等，最后可逐渐发展成为坏死性肝硬化。

重症肝炎的病程较短，急性肝坏死病程常在1～2周间，亚急性肝坏死则可达数周到数月。

3. **慢性型** 大部分肝炎病人可经急性期而恢复正常。部分病人如果临床表现持续不愈或反复发作，可转为慢性期，属祖国医学“黄疸病”中的肝气郁滞。按病程长短和病情的轻重不同，可分为迁延性肝炎（发病半年左右不愈者）和慢性肝炎（病程超过一年以上不愈者）二种。病人症状表现不一，有的可无自觉症状，肝功能亦大致正常，即所谓“静止期”；有的则可出现食欲不振、疲乏无力、不规则腹泻、腹胀、便秘、低热、肝区疼痛、头痛失眠和苔薄等，肝功能化验可明显损害，即所谓“活动期”。症状可时轻时重，静止期与活动期可反复交替发作。若治疗不及时或不当，可导致肝硬化而出现皮肤黄褐污秽色，肝肿大、质硬并有压痛，脾脏也可肿大，部分病人可有腹水、出血倾向、肝掌和蜘蛛痣等，肝功能有异常改变。祖国医学称为“肝阴亏损”，除上述症状

外，还有低热、腰酸、口干、苔少、舌质红、脉细等。

实验室检查，有以下一些变化可供参考：

1．肝功能　肝炎病人除慢性静止期者肝功能可在正常范围内或轻度损害外，一般都可出现不同程度的损害。急性期可有血清谷-丙转氨酶（S. G. P. T.）升高、脑磷脂胆固醇絮状试验（C. C. F. T.）阳性、麝香草酚浊度试验（T. T. T.）增高等，黄疸型患者可有黄疸指数与胆红质升高；慢性期除上述项目可有异常外，还可有硫酸锌浊度试验（Zn. T. T.）升高、白蛋白与球蛋白的比例缩小或倒置等（具体数值详见1453页附录有关项）。

一般来讲，肝功能的变化可提示患者肝细胞损害的程度，也可了解疾病的好转与恶化。但是影响肝功能的因素较多，例如暴饮暴食、剧烈运动及劳累、使用某些药物，以及检验质量有问题等，均可使肝功能发生异常。因此，正确判断肝功能的结果，必须遵照毛主席关于**“世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看”**的教导，全面考虑，具体分析，决不能单凭某一项肝功能试验的变化而任意作出肯定或否定肝炎的诊断。

2．尿液　无黄疸型肝炎患者的尿液一般无异常，黄疸型肝炎则可见尿液呈桔黄色，胆红素及尿胆素阳性；重型患者尿中还可有蛋白和管型等。临床上常将肝、肾功能同时损害而有相应症状者，称为“肝肾综合症”。

3．超声波　可发现肝、脾肿大，急性期与慢性活动期则可有较密或密集微小波。

4．其它　重症患者粪便可灰白色，有出血倾向时大便隐血试验阳性。

鉴别诊断

1．黄疸前期　应与肠胃炎、溃疡病、流感、疟疾、血吸虫病、伤寒和脑膜炎等疾病相鉴别。

2．黄疸期应与钩端螺旋体病、胆石症、中毒性肝炎相鉴别。

3．甲型肝炎与乙型肝炎的鉴别详见下表：

类别 / 鉴别要点	甲型肝炎(传染性肝炎)	乙型肝炎(血清性肝炎)
乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)	阴　性	阳　性
传播方式	经口传染为主，也可经血液传染	经口或血液传染
易感人群	以儿童为主	以成人为主
潜伏期	短，约15～50天	长，约60～160天
发　病	急性起病多	隐缓发病多
发　热	黄疸前期多有高热	常为低热
G.P.T 增高时间	短，1～3周	长，1～3个月
T.T.T	常阳性	常阴性
转　归	转为慢性肝炎及肝硬变者少见	转为慢性肝炎及肝硬变者多见
长期带病毒者	少　见	较多见

预防

1. 大力开展卫生宣传，搞好饮食、饮水卫生，特别是公共和饮食行业食堂卫生。这是控制本病流行的重要措施。

2. 早期发现和隔离病人，一般应自发病期起不少于30天。对饮食行业人员进行健康普查，发现肝炎病人，应调动工作。

3. 加强粪便管理工作，对病人的粪便、呕吐物、尿液及鼻咽分泌物进行消毒（详疫点处理节），消灭苍蝇，饮用井水，食具作煮沸或漂白粉消毒。

4. 注射器、针头等要严密消毒，煮沸30分钟以上，或先以漂白粉溶液浸后再消毒。

5. 对供血者或志愿献血者，在供血前应进行详细检查，

包括病史、体检、肝功能等，有条件时应进行乙型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）的测定。患过病毒性肝炎者不宜作供血员。

6. 对老年、孕妇、体质不良、幼托儿童、肝脏有过损害者，必要时预防注射丙种球蛋白，一次肌注 3 毫升，儿童按 0.05～0.1 毫升/公斤计算。

7. 中草药预防　茵陈 4 钱、山栀 3 钱、甘草 1 钱，水煎服，连吃 3 天；或用复方虎杖煎剂，即虎杖 1 两、柳叶 5 两、地锦草 2 两，水煎成 200 毫升，取汁分 3 次口服，每日一次，连服 5～7 天，均可作为接触者预防用。

治疗　一般采用综合疗法，包括：

1. 急性期最好卧床休息，迁延性肝炎恢复期、慢性肝炎稳定期可担任部分轻工作。应适当注意营养（高蛋白低脂肪），以病人能耐受而不致影响食欲和消化为原则。要避免饮酒、神经刺激等有害因素，少用磺胺类、巴比妥和其他对肝脏有损害的药物。对于那些有不正确认识的病人，要大力宣传本病的有关知识，做深入细致的思想工作，使他们树立战胜疾病的坚强毅力和革命乐观主义精神。要充分发挥医务人员和病人的两个积极性，再配合适当的治疗，才能获得满意的疗效。

2. 新针疗法　胆俞、肝俞、太冲、至阳、足三里等穴，发热可配合谷，呕吐加内关，黄疸加后溪，肝区痛配阳陵泉透阴陵泉。用强刺激手法，10～14 天为一疗程，对急、慢性肝炎均有较好的疗效。急性黄疸型肝炎可取穴足三里、阳陵泉透阴陵泉等，强刺激，留针 30～90 分钟，每天一次，直到肝功能正常为止。

3. 中草药治疗

(1) 草药验方：急性黄疸型肝炎可用垂柳尖 2 两，加水适量，文火煎半小时，倒出待凉后一天内服完，连服 30 天；或用垂盆草、平地木、金钱草各 1 两，红枣 1 枚，水煎服，30 天为一疗程。

(2) 辨证论治：

① 湿热薰蒸：治宜清利湿热，可用茵陈蒿汤(方见 217 页) 加减。

② 肝气郁滞：治宜疏肝理气，可用柴胡、枳壳各 3 钱，赤芍 5 钱，甘草 5 分，水煎服；或铁扁担 5 钱、白茅根 1 两，加白糖适量，水煎服；也可用舒肝散(旧名逍遥散)3～5 钱，每日 2 次。

③ 肝阴亏损：偏于湿热重者，证见便秘、尿赤、苔腻等，宜清热利湿解毒，可用茵陈蒿汤，加蒲公英、土茯苓各 1 两，水煎服；偏于阴虚者，证见舌质红、咽干等，宜养肝滋阴，可用生地、当归、沙参、麦冬、栀子、川楝子各 3 钱，水煎服。

(3) 强肝丸治疗慢性肝炎(山西中医研究所)：当归 3～5 钱、白芍 3～5 钱、丹参 3 钱～1 两、郁金 3～5 钱、黄芪 5 钱～1 两、党参 3～5 钱、泽泻 3～5 钱、黄精 3～5 钱、山楂 3～4 钱、神曲 3～4 钱、生地 3～5 钱、板蓝根 3～5 钱、秦艽〔音交，jiāo〕 3～4 钱、茵陈 3 钱～1 两、甘草 2～4 钱，共研细末制成水丸，每服 3 钱，日服 2 次，早晚饭前服。服 6 天停 1 天，6～8 周为 1 疗程。停 1 周，再行第二疗程。对有溃疡病或高酸性胃炎病人应减量服。妇女月经期停服。本方也可用水煎成 2,000 毫升，加糖适量，每服 2 匙，每日 2 次。

(4) 复方丹参合剂对传染性肝炎有较好的降低谷丙转氨

酶及麝香草酚浊度或絮状试验的效果（中国人民解放军一七二医院），由丹参、当归、桃仁、郁金、金银花、香附、陈皮各3钱，茵陈1两，败酱草4钱，甘草2钱，大枣5个组成，每日一剂水煎服，疗程1～2个月，每半月复查肝功能一次。

4. 其他药物治疗　主要是保护肝脏。

(1) 患者饮食不佳或有呕吐，可给予葡萄糖口服或5%葡萄糖40毫升每日2～4次静注；复合维生素B、C各二片，每日3次口服；肌注维生素B_{12} 0.1毫克，隔日1次。

(2) 复方胆碱1～2片或复合磷酸脂酶片（简称302片），均每日3次口服。

(3) 肝制剂：肝宁第一日1毫升肌注，第二日起增加0.5～1毫升，至3～5毫升为止。肝泰乐2片，每日服3次。肝乐针剂，每日肌注2毫升。

5. 对症处理　食欲不振用助消化药（食母生、多酶片等），水肿、腹水用利尿药（双氢克尿塞、撒利汞），有出血倾向者用维生素K、安络血等止血药，毒性症状严重者使用可的松等。

6. 重症肝炎（暴发型或急性、亚急性肝坏死）的抢救　原则上应送医院，转院前先采取以下一些措施：

(1) 静脉滴注10%葡萄糖液500～1,000毫升，并加入氢化可的松100～200毫克和28.7%谷氨酸钠60～80毫升。

(2) 注射维生素K_1及维生素C，或对羧基苄胺、止血环酸、6-氨基己酸等，以减少出血及止血。

(3) 口服新霉素或土霉素，每次0.5克，每日4次，以抑制肠内细菌的繁殖，减少氨的产生而防止诱发肝昏迷。

(4) 中草药治疗　因疫毒内炽，治宜清热解毒、凉血救阴，可用犀角散加减，即犀角3分（可用水牛角1两代），黄

连 1～3 钱，生山栀、丹皮、川石斛各 3 钱，生地 4 钱、茵陈 5 钱，板蓝根 1～2 两，水煎服。

思 考 题

怎样正确防治传染性肝炎？

二十七、饮水、饮食卫生和灭蝇

俗话说："病从口入"。肠道传染病的发生，主要是由于饮食、饮水的不卫生所致。病毒和病菌通过水、苍蝇、食具和手等四条途径，污染了饮水和饮食，再通过人的口进入人体。所以，注意饮食和饮水的卫生，对于预防肠道传染病有着非常重要的意义；特别是饮水卫生，如果搞不好往往会使饮用同一水源的许多人发病，在预防上更占着重要的地位。苍蝇是传播肠道疾病的重要媒介，因为它喜欢停留在粪缸、垃圾、厕所等最脏的地方，又喜欢来叮病人或健康人吃的食物，很容易传播疾病，所以要做好饮食卫生，必须消灭苍蝇。

（一）饮水卫生

1. 喝开水　提倡不喝生水，是重要的卫生措施。所以，我们要广泛宣传，使大家养成喝开水的习惯。在农忙季节，每个生产队都应安排烧水员，把开水烧好送到田头、场头。

2. 打井　井水比河水清洁，在农村中应提倡吃用井水。现在农村中已打了许多水井，基本上能够保证大多数人吃用井水，对于防止肠道传染病的发生，起着很大的作用。打井时应注意选择好的水源，即井址的水质要好，无异味；附近环境要清洁，远离厕所及其他污染源，离河道也要有一段距离。水井的结构见图 7-6。

水井应注意保护，以保证水的清洁卫生：

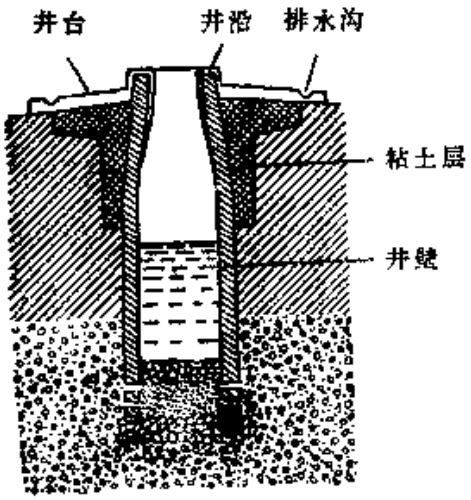


图 7-6　水井的结构

(1) 注意水井维修，经常保持井圈、井台、井盖的完整。

(2) 井周围要保持清洁卫生，防止污染水源。

(3) 最好有专人负责管理，有专用水桶。

(4) 定期检查水井的卫生状况。

除了上述这种几户合用的大井以外，上海、安徽等地现在又试打成功了一种每户独用的灶边井，即在室内灶边打一只直径 50～60 厘米的小井，结构与上述大井差不多，只要用二百五十块左右的普通砖头、十五斤左右的水泥和适量的黄砂石子，打时化工不大，对房子、灶头均没有什么影响。由于打在室内，又是独户使用，水质非常清洁，又可防止疾病传染，值得大大推广。有的地方还在这个基础上，又试验成功了竹管井、瓦筒井等，方法更为简便，又很清洁卫生，应予提倡。

3. 泉水密封　泉水是一种水质很好的地下水，但必须防止污染。在有泉水的地区，可建立泉水井，即在泉源周围修一不透水的井，约高出地面 1.5 米，在其 1 米高处设水笼头，

顶部设溢水管。泉水井应加盖或密封。对于泉源远离村庄的山区，也可用管道将水引至村庄再建立泉水井。

4. 河水的分段或分时使用　在必须用河水（或溪水）的地方，应进行分段，立好标志：即在居民点的上游设第一段，供居民饮用水之用；其下段设第二段，供洗菜、淘米用；再下为第三段，供牲畜饮水、洗衣；最下游一段为洗马桶、粪桶等用。在饮用水的一段应设置跳板，尽量做到在河中取流动的比较清洁的水。应加强饮用水河段的卫生防护措施，如在其上游 300～500 米以内，下游 50～100 米之内，以及离河岸 30～50 米范围之内，不得修建牲畜圈、厕所、粪坑、污水沟或倒垃圾等。在此段内的岸坡上不应种植蔬菜，以防粪水等流入河内，影响饮用。

当分段使用有困难时，可采取分时使用的办法，即在清早河水最清时取饮用水，其后才准许在河内洗菜、洗衣等。

5. 分塘用水　有的地方使用池塘水，可把池塘按上述不同用途严格分开使用。专供饮用的水塘，其周围 50～100 米以内不得有污染源存在；池塘边要保持清洁，不得倒垃圾；沿岸杂草要铲除，并经常修整池塘边缘，以保持整齐清洁。岸边水深最好在 1 米以上，塘岸要高出地面，以防污水流入。

6. 水的净化　对于比较混浊的水，应先进行净化：

(1) 明矾沉淀法：简单办法是将明矾按每 2 担水 1 两的量，打碎后直接撒入缸水中，用木棒搅拌。也可将明矾 1 两打碎，装入周围钻有许多小孔的竹筒中，在水缸中搅拌，直至水中出现絮状沉淀物（如不出现，可投入少量石灰加速沉淀），通常每两明矾净水 20 担。以后，静置一定时间，水即澄清。

(2) 砂滤净水法：可用砂子、碎石等材料制成砂滤桶或

砂滤池（图 7-7，8）。使用时应注意，各种滤料必须先用清水洗净再按层铺入滤器；用过一段时间后，滤水速度减慢或水变混浊，应将滤料全部取出，洗净后再依次装入，继续使用。

(3) 中草药净水法：红土、黄土和带有粘性的植物如榆树（叶、皮）、贯众（根、茎）、仙人掌、蕨菜等均有净水作用，将其碾细或打汁加入水中，搅匀后静置一定时间即可。

(4) 离子交换净水法：是最理想的净水方法，制成的离子交换水澄明度相当于蒸馏水，可供制造各种药剂、注射剂及葡萄糖盐水等，目前已在许多地方的农村土药厂应用。

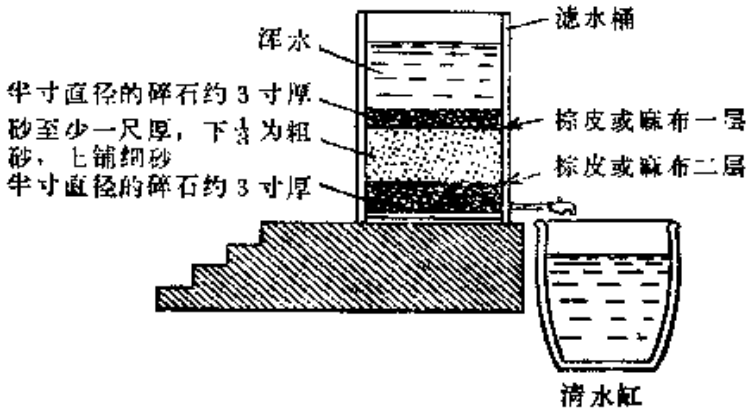


图 7-7　砂滤桶

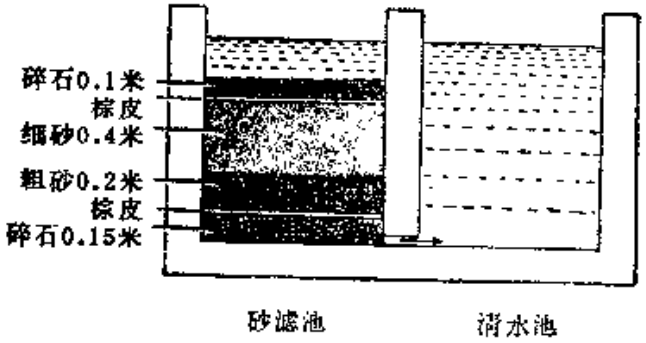


图 7-8　砂滤池

7. 饮水消毒　无论井水、河水，都应进行消毒，分缸水消毒和井水消毒两种方法，消毒的药物是漂白粉或漂精粉、漂精片。漂白粉含有效氯25～35%，即每100克中含有25～35克能杀菌的氯；漂精粉含有效氯60～70%，每一塑料小匙（随瓶附带）的粉（指平的一匙，约0.4克）含有效氯0.24克；漂精片每片含有效氯0.2克。

具体方法如下：

(1) 缸水消毒方法：

每天消毒法：每200市斤水加漂精粉1平匙（塑料小匙）或漂精片1片（须压碎研细），用棒搅拌后隔半小时即可使用。或用漂白粉，按每100市斤（一担）水1克计算（平的一汤匙约10克，可消毒10担水），将粉放于碗中，先用少量水搅拌成糊状，再加水至满，充分搅匀后放置沉淀，最后将上面的澄清液倒入水中，用棒搅拌后隔半小时即可使用。

持续消毒法：取青霉素小空瓶，去盖开口，用塑料线打一瓶口结，上缚一木块，作为浮标，并与瓶口距离5厘米，保持瓶口平衡。按每100市斤加2塑料小匙的加药量将漂精粉加入小瓶内（如用漂白粉，则按每一百市斤水加3～5克计算，瓶子最好大一些），以后将小瓶放入水缸中，待小瓶灌满水后，拿住木块绕兜几圈，使氯液先溢出一部分，消毒效果可持续5天左右。

(2) 井水消毒方法：

每天消毒法：井里的水每深1市尺加漂白粉3克（平的1汤匙约10克），将用的漂白粉放在碗内搅拌成糊状，再加水调和澄清，然后将上面澄清液倒入井内，倒入后用吊桶上下振荡几次，半小时后可饮用。如用桶装漂精粉消毒，按每1市尺水深加漂精粉1克（塑料小匙1满匙），将应该加的漂

精粉，先放在碗内或吊桶内溶解后倒入井内，用吊桶在井水中上下振荡几次，半小时后可饮用。灶边井的用药量应按此标准减半（持续消毒法亦是）。

持续消毒法：用60克漂精粉（塑料小匙60满匙）放在漂精粉瓶（120克装的瓶子）内再加满水，瓶盖上开2个小洞（孔的直径为1厘米），瓶的上面用一节毛竹筒作活浮筒，中间用15厘米长的塑料线连起来，然后放在井内，消毒效果可维持约2周，但要专人负责，定期检查和调换药物。

测定水的消毒效果，可用甲土立丁检验法，即以纯甲土立丁1克溶于1,000毫升的15%稀盐酸中制成甲土立丁溶液备用，测定时取水10毫升放入一试管内，加试液0.5毫升混和，如出现淡黄色，表示消毒有效，颜色很深表示药量太大，不显色则消毒效果不好。

（二）饮食卫生

1. 大力进行卫生宣传，告诉群众搞好饮食卫生的重要意义，不吃不洁食物。特别是在夏季，饭菜都要现烧现吃，隔顿的东西都要煮过再吃，不能吃变馊变质的饭菜。凡是鱼、肉、蛋等荤菜，都要充分煮熟后再吃。

2. 厨房及食堂均要打扫干净，夏季应有防蝇设备（纱罩、食橱等）。积极消灭老鼠、苍蝇、蟑螂等；凡被叮停过的食物，应煮后再吃。

3. 炊食用具如篮、碗、刀、砧板等应生熟分开，食堂的饭桶、菜盆、水桶等要固定专用，公用餐具如碗筷等等应充分洗净后煮沸或蒸气消毒。

4. 瓜果蔬菜用陈粪尿施肥。蔬菜食用前须用清水洗净，最好熟食。夏季生吃蔬菜、瓜果时，应充分洗净，蔬菜须用开水烫过或用1:5,000高锰酸钾浸泡。

5. 病畜（禽）宰后或死后，除炭疽病外（可请兽医鉴定），一般均可食用，但必须充分煮熟。不准出售。

6. 食堂和饮食行业的工作人员，应选择政治可靠、身体健康、注意卫生者担任。工作前后及大小便后要洗手。要定期进行体格检查，并接种有关疫苗。凡患伤寒、痢疾、肝炎等疾病者，应及时调离工作岗位。食堂用具应严格消毒，病人食具应煮沸消毒。

7. 食堂和饮食行业要订出切实可行并严格的清洁制度、操作卫生制度、食品验收保管制度和食具及炊具的卫生消毒制度等，并定期检查执行情况。

（三）灭蝇

苍蝇能传播伤寒、霍乱、菌痢、阿米巴病及肠寄生虫病等，为害很大，必须把它消灭。

苍蝇的发育可分为四个时期，即卵→蛆（幼虫）→蛹→成蝇（图 7-9）。苍蝇的卵常产在潮湿、发酵、肮脏的场所，如人粪、畜粪、垃圾堆、臭鱼、变质食物、饲料、尸体等处。在气温高的情况下，经半至一天即可孵出幼虫。幼虫常聚集

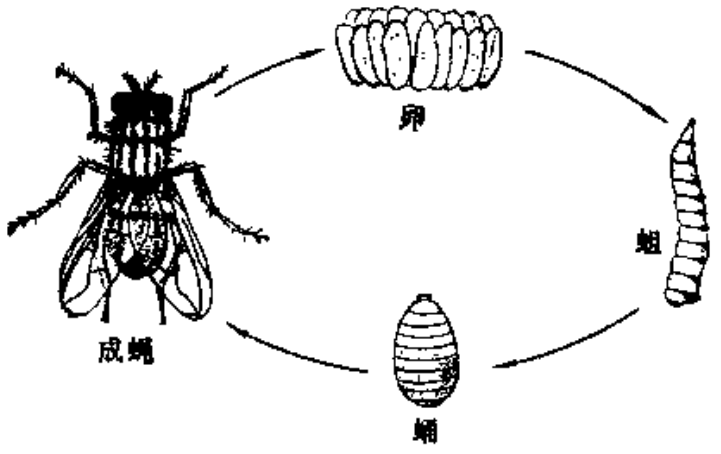


图 7-9　苍蝇的生活史

在容器壁及粪面上，到一定时期，便从孳生地向周围爬行，多半钻入松土中，停止进食而变为蛹。蝇在蛹内发育成熟后，即冲破蝇壳爬出，经数小时后能飞行而逐渐发育为成蝇。上述过程一般需要7～15天左右，夏天短一些，春季因气温冷，有时可长至一个月。苍蝇的寿命，在盛夏季节只有一个月左右，天气冷时则可延长至2～3个月。苍蝇每次产卵约100～150个，一只苍蝇一年内可繁殖10～12代，数字相当惊人。到了冬天，苍蝇就停止活动，躲在温暖避风处栖息，不吃不动。绝大多数的苍蝇是以蛹和蛆的阶段越冬的，场所就在孳生地附近。

消灭苍蝇必须抓住以下几个环节：

1．控制和消灭孳生场所　由于粪便、垃圾、饲料、牲畜棚等是苍蝇的主要孳生地，因此，控制和消灭这些孳生条件，是灭蝇工作的主要措施。一定要搞好粪便管理工作，尽可能地建造无害化粪池、厕所；暂时无条件建造时，也要将粪缸集中起来，搭棚加盖并定期密封。粪缸、粪池都要定期下药（具体详见粪管一节）。禽畜棚里，应结合保护禽畜，经常出清粪便，或改为硬棚，定时用水冲洗干净。垃圾应结合积肥经常清除。饲料缸、咸菜缸等都要严密加盖。平时发动群众开展爱国卫生大扫除，搞好环境卫生。此外，还要加强食品管理，注意饮食卫生。这样，通过各方面的努力，就可以使苍蝇没有产卵的落脚点。

2．灭蛆灭蛹

(1) 灭蛆：可以灭蛆的中草药种类很多，常用的有辣蓼、牛膝、皂角、桃树叶、樟树叶、枫杨树叶等，可将新鲜草药切碎后撒入粪缸、粪池及其他孳生场所，或用10%浸液喷洒，经一定时间后，蛆即可被杀死。也可用敌百虫、6%可

湿性六六六、敌敌畏等杀灭，其中6%可湿性六六六应用水稀释二十倍（即配成0.3%浓度的混悬剂），敌百虫应稀释成1～2‰浓度，敌敌畏稀释成1‰浓度，均为每平方米喷洒500毫升。处理后每周检查1～2次，如有蛆再喷洒。气温较低时浓度可适当加大。此外，对蛆虫较多而粪便较稀的粪池或粪缸，还可把蛆捞出来烫死或喂鸡鸭；或用草灰及谷糠灰等撒在粪面上，以阻断空气，使蛆闷死（如用热灰，还可烫死）。

⑵ 灭蛹：在冬季或春初大力发动群众（特别是红卫兵、红小兵等），于苍蝇孳生地及其周围一米左右的范围内用挖土拣蛹、挖土堆肥等方法杀灭蝇蛹，挖的深度一般在10～15厘米左右；或将孳生地四周土地上洒些水，铺一层粘土、炉渣或电石渣，再夯实打紧，使蛹无法钻出地面。此外，经观察证实，长期积水的地点没有蛹，因此需用稀粪时，可在粪缸、粪池中倒入水，或将有蛹的泥土倒入有水的水田或沟渠、池塘中，均可将蛹淹死。

3．消灭成蝇

⑴ 发动群众见蝇就拍，特别是充分发挥红小兵的作用。

⑵ 用敌百虫或敌敌畏设毒蝇点：将市售90%敌百虫1克加水1斤，可设五个毒蝇点；也可以50%敌敌畏4毫升加水2斤，喷在诱饵上搅拌作为毒蝇点。诱饵可用米饭，鱼虾的头、壳、内脏及其他苍蝇喜欢叮停的食物。

⑶ 用敌百虫喷洒快速灭蝇：90%敌百虫15克加水15斤，放在喷雾器中，在苍蝇多的地方喷洒，可喷75平方米，喷后苍蝇很快就可死亡。

⑷ 用二二三潜留喷洒：25%二二三1两加水8斤喷洒畜棚墙壁（15平方米），可维持半月，但要注意防止牲畜中毒。

(5) 还可用铁纱等制成捕蝇笼，或设捕蝇瓶，里面放上诱饵进行捕杀；或用粘蝇纸、粘蝇绳等粘捕，其配方是松香 7 份、红糖 1 份、废机油 2 份，或食油 1 份、松香 2 份、糖少许，均为将其溶化后涂在纸或绳上。

复习方法

1. 作一次饮水消毒及灭苍蝇的实践。
2. 你如何向群众宣传饮食、饮水卫生？

二十八、灭臭虫和灭蟑螂

（一）灭臭虫

臭虫依靠吸取人血而生存，主要在晚上出来活动，咬人后皮肤上发生奇痒，影响人的休息和睡眠。它的繁殖力很强，由卵→幼虫→成虫（图 7-10），仅须 1 个多月时间。臭虫有群居性，常躲藏在墙壁、家具、被褥、蚊帐等缝隙小孔和皱褶里，能耐饥饿。一般能活 1 年左右。臭虫对寒冷的抵抗力强，但怕热，用 75°C热水即可杀死。

杀灭臭虫须用综合措施，反复进行：

1. 搞好室内外卫生，墙、床、家具缝隙可用含六六六的油灰嵌抹或用二二三、六六六的粉剂或溶液喷洒。

2. 床板、家具、衣服、被单可用开水浇烫，杀死虫体和卵。

3. 被褥、草席、棕棚等放在阳光下曝晒 1～2 小时，然后用棍棒敲打，消灭落地臭虫。

4. 铁床上有臭虫，或床上的垫草等可用火焰烧的办法处理。

5. 集体单位等有条件的场合大规模处理有臭虫的家具，

可采用药物熏杀的办法，即将家具集中一室，分别选用敌敌畏（按3～5毫升原油/50立方米计算）或六六六（1克丙体/立方米）烟熏。熏时必须把床缝等有臭虫的缝隙充分暴露，被褥、床垫、席子、衣服等挂在空间。熏后关闭门窗4小时，然后彻底通风。臭虫密度很高的场所，应在间隔7～10天后再重复处理1～2次。

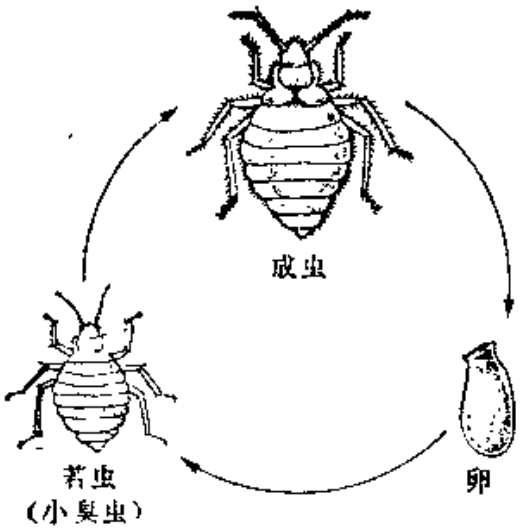


图7-10　臭虫的生活史

（二）灭蟑螂

蟑螂白昼静伏，夜晚出来活动，偷吃食物，还可能传播伤寒、痢疾、结核和肠寄生虫等疾病，严重危害人民健康。此外，它还能咬损或耗损工厂的产品和原料，以及各种食品、家用品、中药等；并使接触过的物品遗下特殊的臭味（蟑螂臭），令人作呕。因此，必须与蚊子、苍蝇、老鼠、臭虫等"四害"一样，坚决加以消灭。

蟑螂的生活过程，分为卵、若虫和成虫三个时期（图7-11）。成虫产卵于胶质的卵鞘（俗称蟑螂子）内，经一周

左右产下，粘附于灶墙缝洞、水槽缝隙、橱桌缝隙与抽屉缝隙等物件上。卵鞘内含卵 16～40 个。卵期约 1 个月，孵出幼虫蜕皮后变为若虫，再经过 5～6 次蜕皮而发育为成虫，约需半年左右。整个生长过程需一年左右。繁殖力较强，一生可产 4～17 只卵鞘，成虫可活半年。

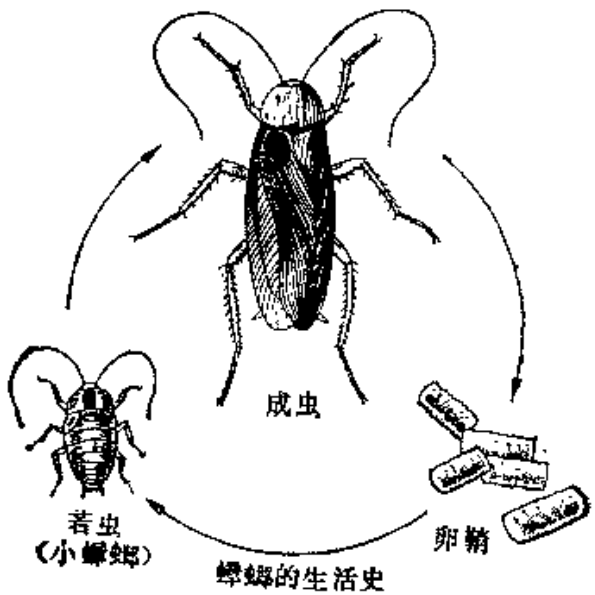


图 7-11　蟑螂生活史

蟑螂的贪食性较广，尤嗜食香、甜食物。其耐饥性很强，2 个月不食也不会死。每当夜晚人们睡眠安静后，它就出来，在暖和、富有食物和水分的地方活动取食，如灶面、饭桌、菜橱等。白天就钻进产卵的场所隐蔽起来。因为它喜欢在暖和的地方活动，所以，据观察在 3 月下旬开始出现，7～9 月为高峰，10 月后减少，11 月起进入越冬而停止活动。

消灭蟑螂应采取以下一些措施：

1. 控制孳生场所　厨房及存放食物的地方，要经常打扫，保持清洁，并用石灰等嵌抹柜橱等蟑螂躲藏、繁殖的缝

隙。应妥善收藏食物，不让蟑螂吃到。

2. 捕杀

(1) 人工捕杀：把粘在碗橱、桌椅或家具缝隙内的蟑螂子摘下来踏碎，并把躲在里面的蟑螂赶出来打死。

(2) 诱捕法：利用各种空瓶（如各种水果瓶、酒瓶等），里面放些香甜的诱饵如苹果屑、碎饼干、油条块等，瓶里涂些麻油，瓶口外搭上木片，好让蟑螂爬上去进入瓶内偷吃，由于瓶口很滑，它进去后就出不来了。诱捕工具应放在蟑螂经常出入和活动的地方，晚放早收。

3. 热杀　用开水浇灌蟑螂藏身之处，如竹橱、碗柜、抽屉等，以烫死蟑螂和卵鞘。

4. 药物杀灭　可用市售“蟑螂片”（成分是硼酸、面粉、红糖、玉米粉、香料等），也可用硼砂、面粉各1份，加糖少许，或敌百虫2%、硼酸10%、麦芽糖20%、黄豆粉20%、面粉48%，均制成黄豆大丸子，撒在蟑螂经常出入的地方，进行诱杀。还可结合灭蚊蝇，用25%二二三或2%六六六药水喷洒。

复习方法

根据当地情况，向群众宣传灭臭虫、灭蟑螂的方法，并搞点试验。

病例讨论一

李××，男，8足岁，学生。记录日期1969年4月2日。

主诉：发热、头痛3天伴两耳流脓。

病史：近3天来鼻塞、流涕、头痛、发热。最初是前额部痛，后来枕部也痛，并向下蔓延到颈部。同时两耳流黄脓（过去有慢性中耳炎，一月前曾治疗好转），胀痛。赤脚医生来看病后，给了解热镇痛药、磺胺和滴耳药水。昨天半夜起出现怕冷、寒战，头痛、发热加重。

同时发生呕吐，共吐 3 次，吐时食物和酸水满口冲出。不咳嗽，没有腹痛、腹泻，胃口差。于是马上又找赤脚医生来检查。

检查：体温 39℃，呼吸28次/分，脉搏有力，108 次/分。神志清醒，没有精神，重病容。流鼻涕，咽部充血，扁桃体不肿大。瞳孔等大，对光反应稍迟钝，角膜反射存在。两耳流黄色臭脓，乳突部有压痛。在前胸、下腹部及两大腿内侧皮肤可见到暗红色皮疹，略微高起，小的如针尖样，大的有半颗米粒大，压迫不退色。全身浅表淋巴结不肿大。心、肺检查正常。腹部柔软，无明显压痛，无抵抗。肝脾不肿大。颈部稍有抵抗感，屈腿伸膝试验(+)，屈颈试验(+)，划跖试验(+)，膝反射不亢进。

请思考这是什么病？诊断根据是什么？应和哪些病鉴别？并请订出防治计划。

病例讨论二

张××，女，2 岁 6 个月。记录日期 1970 年 1 月 25 日。

主诉：咳嗽发烧 5 天，出疹 1 天。

病史：5 天前，母亲带着患儿到另一大队外婆家作客。回家后第二天便发现患儿咳嗽，打喷嚏，流鼻涕，两眼水汪汪，眼眵多，身上有些发烫，睡觉不安稳。当时以为是伤风感冒了，给吃了几次小儿退热片，烧虽未退尽，但也没有上升。昨天半夜突然哭醒，要喝水，发现面色通红，烧得厉害。今天清晨看到头面部近头发边有淡红色疹子，就找赤脚医生来看病。5 天来胃口尚好，大便成条，无呕吐和腹泻，无腹痛。小便淡黄。外婆家有小孩子正在出“风疹”，曾和患儿在一起玩过。患者未注射过麻疹疫苗，去年现在身上出过很多红色疹子，但很快退去。

检查：体温 39.8℃，呼吸 36 次/分，脉搏 132 次/分。患儿神志清醒，稍烦躁，哭吵时声音略嘶哑，反应好。两眼结膜充血，有少量黄色分泌物。鼻粘膜充血，流清涕，无鼻翼煽动。口唇红，两颊粘膜粗糙，未见典型的粘膜斑。无龋齿，咽部充血，扁桃体不肿大。头面部近头发边缘可见十余颗淡红色疹子，前胸部也隐隐见到多量红疹，有

半颗米粒样大小，皮疹间可见到正常皮肤，其他部位未见疹子。浅部淋巴结不肿大，心脏检查正常，两肺呼吸音粗糙，有少量粗水泡音。腹软，肝在肋下1.5厘米能摸到，质软，无压痛。脾摸不到。神经系统检查正常。

請分析讨论这孩子得的什么病？诊断根据是什么？应与哪些病相鉴别？你准备怎样进行防治？

病例讨论三

在赤脚医生病例讨论会上，带教老师陈医生介绍了一例她遇到过的不典型病例，使大家受到很大的启发：

患者张××，女，35岁，已婚，当地农民。因高热、谵语而送卫生院急诊。患者于14天前在田间劳动时，感全身酸痛、畏寒发热、全身无力，当天月经按期来潮，量少，3天干净，但是仍然坚持劳动。以后病情逐日加重，发热不退，食欲不振。送卫生院前7天卧床不起，每日排深绿色大便二次，量少，无腹痛及里急后重。转院前二天，右下腹突然剧烈疼痛，历时10分钟后自行缓解，无恶心与呕吐，后感右下腹有隆起的包块，无压痛。入院前未经任何治疗。既往身体一向健康，无慢性病史及疟疾史。妊娠3次，均为足月顺产，子女均健在，最小者为2周岁，仍在哺乳。末次月经于产后9个月来潮，3～4/26～29。有肠伤寒病人密切接触史，未接受过伤寒预防注射。

检查 消瘦，神志恍惚，有抓空动作。体温39.4℃（腋下），脉搏92次/分，呼吸24次/分，血压100/50毫米汞柱。面色苍白，颊潮红，巩膜、皮肤无黄染，全身皮肤无出血点及皮疹。两肺无异常发现。心尖部可听及3级吹风样收缩期杂音，音调柔和。肝肋下1.5厘米，脾肋弓下6.5厘米，均质软而有压痛。右下腹部略膨隆，腹肌无紧张，可触及一直径8厘米、不规则的肿物，表面凹凸不平，质软，有压痛，边缘不清楚，叩诊呈实音。肠鸣音减弱，无移动性浊音。妇科检查无异常发现。无神经系统病理反射。实验室检查：血红蛋白3.7克，红细胞225万；白细胞2,100，中性62%，淋巴38%，嗜酸性粒细胞直接计数二次均为"0"；血小板30万；血涂片（厚、薄）均未检得疟

原虫。出血时间2分钟，凝血时间2½分钟。尿液检查(-)。粪便检查未见血液及脓细胞，蛔虫、钩虫及鞭虫均(-)。血液涂片找微丝蚴阴性。

入院后即使用氯霉素0.25、土霉素0.25、维生素C 500毫克，每6小时一次口服，链霉素0.5每日二次肌肉注射。另外还口服硫酸亚铁片及肌注维生素B_{12}等。腹部肿块渐缩小，于入院后第6天完全消失。但体温仍持续在38～40℃之间，且每日下午四时有一高峰。脉搏80～90次/分。连续5天，每日二次作厚血涂片均未找到疟原虫。情况逐渐恶化，入院第5日化验血红蛋白降到2.7克，红细胞125万。入院第二天（病程16天）取血作肥达氏反应为阴性，再加上抗菌素治疗无效，于入院后第6天停用抗菌素，改用奎宁0.45克每日3次口服。服药两天后，作血涂片检得恶性疟原虫环状体及配子体。以后按恶性疟治疗，并补充铁剂，体温迅速下降，血红蛋白升到6.8克，红细胞304万，肝肿大消失，脾脏缩小到肋弓下1.5厘米。入院第8天给予灭虫宁5克，排出蛔虫104条，并见坏死成虫。住院18天，痊愈出院。

诊断及分析 根据患者发热二周，体温一直在38～40℃之间，相对缓脉，血压较低，有明显的伤寒接触史，发病后12天出现右下腹剧痛和包块，肝、脾均肿大，化验白细胞计数降低，嗜酸性粒细胞两次检查均为0，两次厚血片检查未找到疟原虫等，应考虑伤寒并发肠穿孔合并局限性腹膜炎。但经多种抗菌素治疗，虽肿块渐缩小，而体温仍然不降，而且伤寒脾脏肿大到肋弓下6.5厘米者很少见。伤寒除并发肠出血外，贫血不会如此严重。伤寒并发肠穿孔，一般在发病二周以上，先有肠出血，一旦穿孔，症状多较严重，腹壁板状强硬，并伴有呕吐、恶心等症状，穿孔后大多体温突然下降，血压降低，脉搏快数，可在110次/分以上，患者极度衰竭；且穿孔后很少形成局限性腹膜炎。加上肥达氏反应阴性。这些都不支持伤寒和伤寒并发症的诊断。

根据患者溶血现象严重，进行性贫血，脾肿大及体温每天下午4时出现一个高峰，应考虑疟疾的诊断，且治疗中用抗菌素无效，而用奎宁治疗后迅速好转，服药二天后作血涂片检查检得恶性疟原虫，支持和明确了疟疾的诊断。入院初血涂片检查未找到疟原虫，可因各方

面原因造成，化验本身也可有误差，故不能轻易否定诊断。

至于蛔虫包块，主要是因长期高热刺激，蛔虫互相缠绕成团，由回肠向盲肠推进，通过回盲部时引起肠痉挛而剧痛，到达盲肠后则疼痛消失，滞留而成包块，但未引起完全性肠梗阻，以后随肠蠕动逐渐散开而肿块渐消失。

本病最后诊断为：伤寒型恶性疟伴蛔虫性不完全性肠梗阻。

赤脚医生同志，你看了这个病例有什么体会？

病例讨论四

赤脚医生小郁在巡回医疗走过贫农周妈妈家时，周妈妈对小郁说："我家11岁的孙女儿发寒热伴咳嗽已有半个月了，昨天刚从外婆家回来，快给她看一看吧！"周妈妈又详细地介绍了孙女儿发病的经过。赤脚医生小郁把病史概括了一下，主要有：

发热伴咳嗽已半月。患儿于半个月前开始发热，每日体温波动于37°～39℃之间，尤以下午为高，无明显畏寒、发抖及大量出汗。病开始时即伴咳嗽，为干咳，无痰液，也无咯血与铁锈色痰。发热5天后曾自行服过阿斯匹林、银翘解毒片、消炎片等药物，发热及咳嗽未见好转。最近5天来体温更高，最高时达40.5℃，但咳嗽如前一样，伴有大便秘结与午后面颊潮红。发病前无外伤及疖肿史。生病后身体逐渐消瘦，食欲减退，但无腹痛、腹胀、头痛及四肢关节酸痛等症状。既往身体健康，无慢性咳嗽及咯血史。周妈妈又告诉小郁，她外婆家那里最近有一个疑似伤寒病人，现住在医院里，但目前尚未确诊。另外又告诉小郁，孙女儿的外祖父患过"肺结核"，并曾同住在一屋。

接着小郁对病孩进行详细的体格检查：体温38.5℃（口表），脉102次/分，呼吸26次/分，血压90/60毫米汞柱。慢性病容，发育营养均差，消瘦明显，神志清，呼吸平稳，无皮肤感染灶。巩膜未见黄疸，淋巴结不肿大，咽不充血，颈软。心律齐，无杂音。右背部听及少量细湿罗音。腹平软，无压痛，肝脾均未扪及。肠鸣音正常。胸、腹、背部皮肤未见任何疹子，神经系统反射无异常。

小郁根据病孩的症状和体征，并结合病史，认为本病病情较复杂。

为进一步明确诊断，与周妈妈一起把病孩护送到卫生院诊治。当日化验结果：血红蛋白 11.5 克，红细胞 394 万；白血球计数 5,600，中性 77%，淋巴 22%，单核 1 %，嗜酸性粒细胞 0 。小便蛋白微量，脓细胞(+)。大便蠕虫卵少许。因考虑结核病而收治入院。

治疗经过：先作抗结核治疗四天，体温每日仍呈弛张型波动，介于 37.6～40.6℃之间，无下降趋势。呼吸道症状如前。入院四天后检查：嗜酸性粒细胞直接计数 55 个，血沉 20 毫米/小时，血中未找到"疟原虫"；肥达氏反应 O 1:320，H 1:40。X 线检查两肺纹理增深，心、膈未见异常。后停用抗结核药物而改用氯霉素治疗，4 天后体温开始下降，但仍有波动。八天后体温正常，此时咳嗽也显著减轻，肺部罗音消失，于入院 15 日病愈出院，复查肥达氏反应 O 1:320，H 1:160。

赤脚医生同志，这小孩究竟患的是什么病？诊断时应特别注意些什么？应与哪些疾病作鉴别？

第八章　循环、血液系统常见疾病的防治

第一节　循环系统解剖生理

循环系统可分为血液循环系统和淋巴循环系统。前者包括心脏和血管两部分，后者包括淋巴管、淋巴结和脾脏。

一、血液循环系统

血液循环系统是一个由心脏和血管组成的封闭的环形管道系统。它的主要功能是装载血液，并使之不停地流动，把氧气和养料输送给全身组织，把组织产生的二氧化碳废气和代谢产物带走，以保证人体新陈代谢的正常进行。血液中的氧气来自肺组织，二氧化碳也经过肺排出；养料来自消化道，而代谢产生的废物由肾脏排出。此外，内分泌腺产生的激素，也是通过血液循环运送到全身，从而实现对人体的体液性调节的。所以，血液循环系统与呼吸、消化、泌尿、内分泌等系统有着十分密切的关系。

（一）心脏和血管的结构

1. 心脏　心脏外形象一个倒放的桃子，约本人的拳头大小，斜置于胸腔中两肺之间、膈肌上面，大部分在正中线左侧（图8-1）。

心壁有三层：心内膜、心肌和心外膜。心脏的外面有心包。心包有脏壁二层，脏层即心外膜，覆盖于心肌之上，与

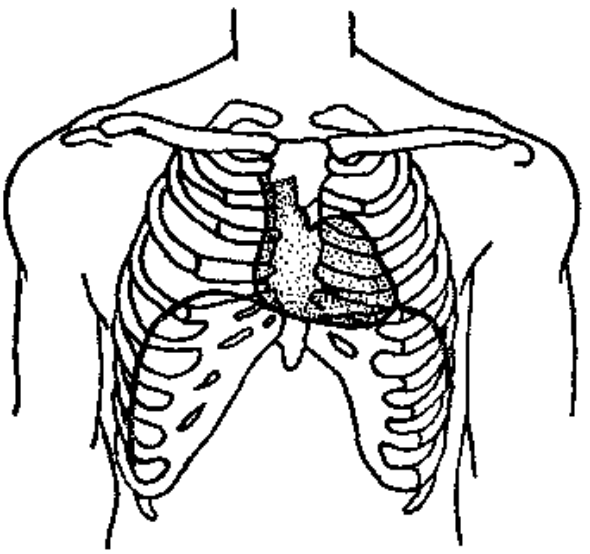


图 8-1　心脏位置

壁层相连接；其间的空隙叫心包腔，内含少量的心包液，保持滑润，并有固定心脏位置、防止心脏过分扩张的作用。

心脏是一个中空的器官，内腔被纵列的房间隔和室间隔分为互不直接相通的左右两半部，每半部又横分为上、下两腔，上边的叫心房，下边的叫心室。整个心脏可分为左心房、左心室和右心房、右心室 4 个腔。房和房、室和室之间，如有异常通道，就成为先天性心脏病（多是胚胎期心脏发育不正常引起）；但同侧的房和室之间是相通的，其间又有瓣膜（称为房室瓣）把它们分开。左心房和左心室之间是 2 片瓣膜，叫二尖瓣；右心房和右心室之间是 3 片瓣膜，叫三尖瓣。此外，在两心室的出口即和动脉相连处，也有 3 片瓣膜（称为半月瓣），左心室和主动脉交界处的叫主动脉瓣，右心室和肺动脉交界处的叫肺动脉瓣。这些瓣膜的作用都是防止血液倒流，保证血液只能朝一个方向流动（图 8-2）。若心脏的瓣膜发生病变，可形成心脏病。

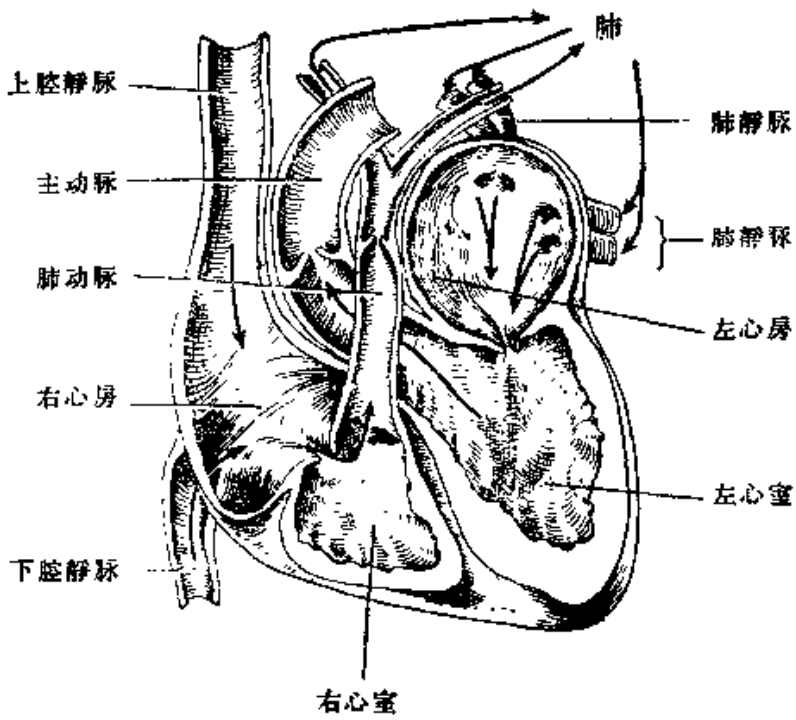


图 8-2　心脏的内部构造（模式图）

心脏有专门供应自己营养的血管，叫冠状动脉和冠状静脉，各有左、右之分。右冠状动脉主要分布于右心房和右心室。左冠状动脉沿冠状沟向左分成两支，一支沿冠状沟绕到心脏后面；另一支沿前室间走向心尖部（叫前室间支），主要分布于左心房及左心室。动脉硬化时常易累及左冠状动脉的前室间支。若冠状动脉供血不足或血流发生阻塞，就会发生心绞痛或心肌梗塞等严重疾病。冠状静脉与动脉伴行，在心脏后冠状沟内汇合成冠状窦，经冠状窦口入右心房。

2. **血管**　血管可分为动脉、静脉和毛细血管三种，主要是把心脏射出的血液，输送到全身各组织器官，然后又回流到心脏，其主要功能是输送和分配血液，以适应各器官和组织的需要。

(1) 动脉：从心脏出来的血液所通过的血管叫动脉，分大、中、小三型。动脉管壁较厚，分内膜、中膜和外膜三层，主要由平滑肌及弹性纤维等结缔组织构成。内膜表面光滑，中膜由平滑肌组成，有很大的舒、缩力。全身最大的动脉是主动脉，它从左心室发出，逐渐分支，越分越细，分布到全身各处（图 8-3）。动脉的位置一般较深，只有肱动脉、桡动脉、颞浅动脉、颌外动脉、股动脉、足背动脉等比较浅表，在体表可以摸到。如有关部位大出血，可压迫这些动脉急救止血。

(2) 静脉：血液从全身各处回到心脏所通过的血管叫静脉，也分大、中、小三型，结构与动脉相似，但管壁较薄，弹性差。多数静脉有内膜折迭而成的静脉瓣，可阻止血液逆流。静脉有二种，一种是浅静脉，在体表能看到，如上肢的贵要静脉、正中静脉，下肢的大隐静脉等，临床上常用作输液、输血、静脉注射、抽血等；另一种是深静脉，位置较深，大多和动脉一起走行。全身的血液最后都汇入上、下腔静脉而流入右心房（图 8-4）。腹腔内器官如胃、肠、胰、脾等的静脉血，通过门静脉经肝脏从肝静脉再流入下腔静脉，称为门静脉系统；若门静脉系统发生阻塞，由于腹内脏器血液回流受阻，可出现脾肿大、腹水和胃底及食管静脉曲张等症状，临床称为“门静脉高压症”。如果心脏瓣膜有病变，血液不能足量地从主动脉流出而在心脏内滞留，则静脉血的回流也可受到影响，以致下腔静脉充血，以后又使肝脏充血，而在临床上出现肝肿大、压痛等体征。

(3) 毛细血管：毛细血管是体内最细小的血管，肉眼不能看清。管壁极薄，只有一层内皮细胞。广泛分布于全身各处组织细胞之间，一端连接小动脉，一端连接小静脉，在小动

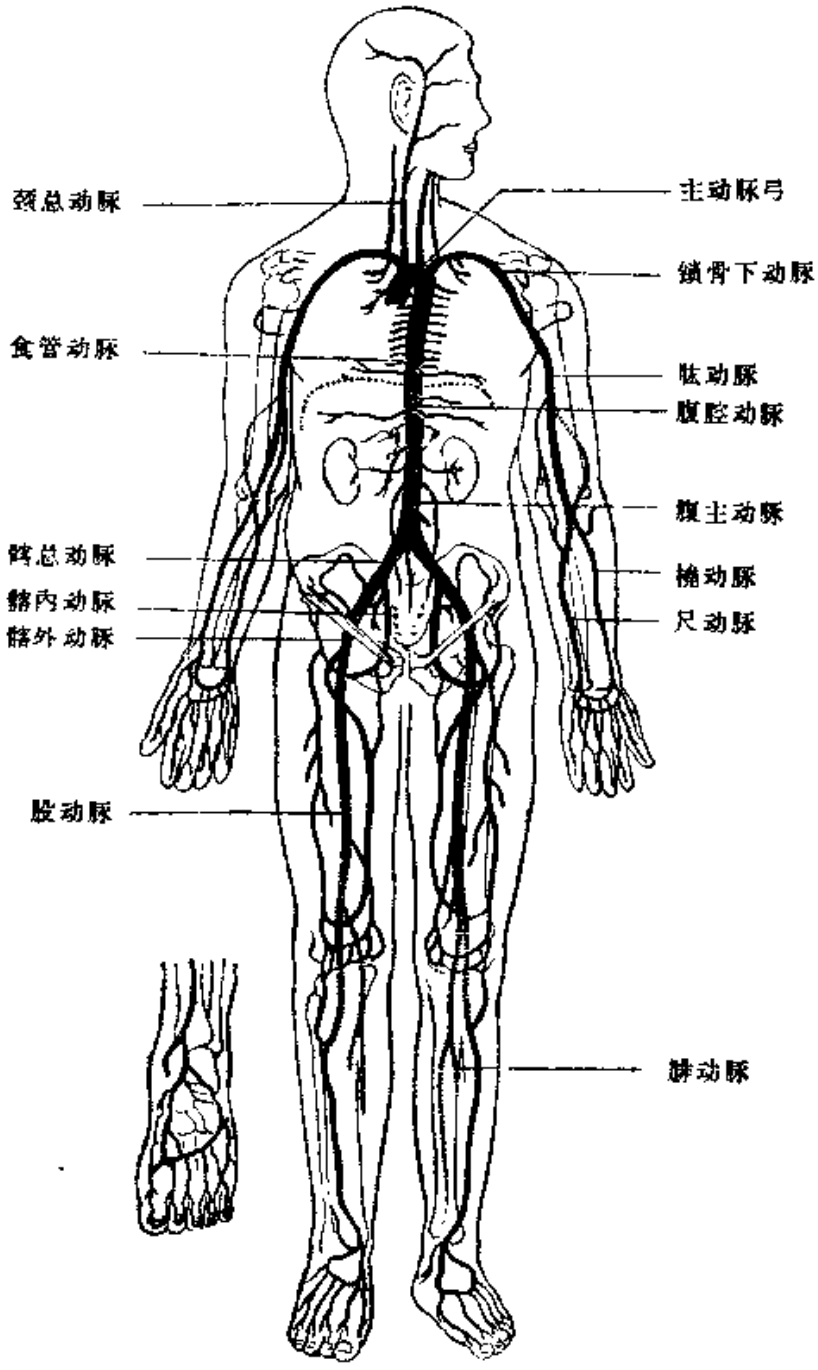

颈总动脉
主动脉弓
锁骨下动脉
食管动脉
肱动脉
腹腔动脉
腹主动脉
髂总动脉
桡动脉
髂内动脉
尺动脉
髂外动脉
股动脉
腓动脉

图 8-3　人体的动脉

脉与小静脉之间形成毛细血管网。数量非常之多，是组织和血液间进行气体、养料和废物交换的场所。

（二）血液的循环（图 8-4）

在人的一生中，心脏总是在不停地跳动。心脏就好象是一个“水泵”〔音蹦，bèng〕，通过它的有节律的收缩和舒张，不断地把心脏中的血液压入动脉，经过毛细血管，再从静脉流回心脏，如此不停地反复循环。左心室的血液经主动脉、中小动脉到全身毛细血管，在毛细血管内与组织进行气体、养料和废物的交换，动脉血变成静脉血，汇流入小、中静脉，最后经上下腔静脉而回入右心房，这个循环叫体循环（或大

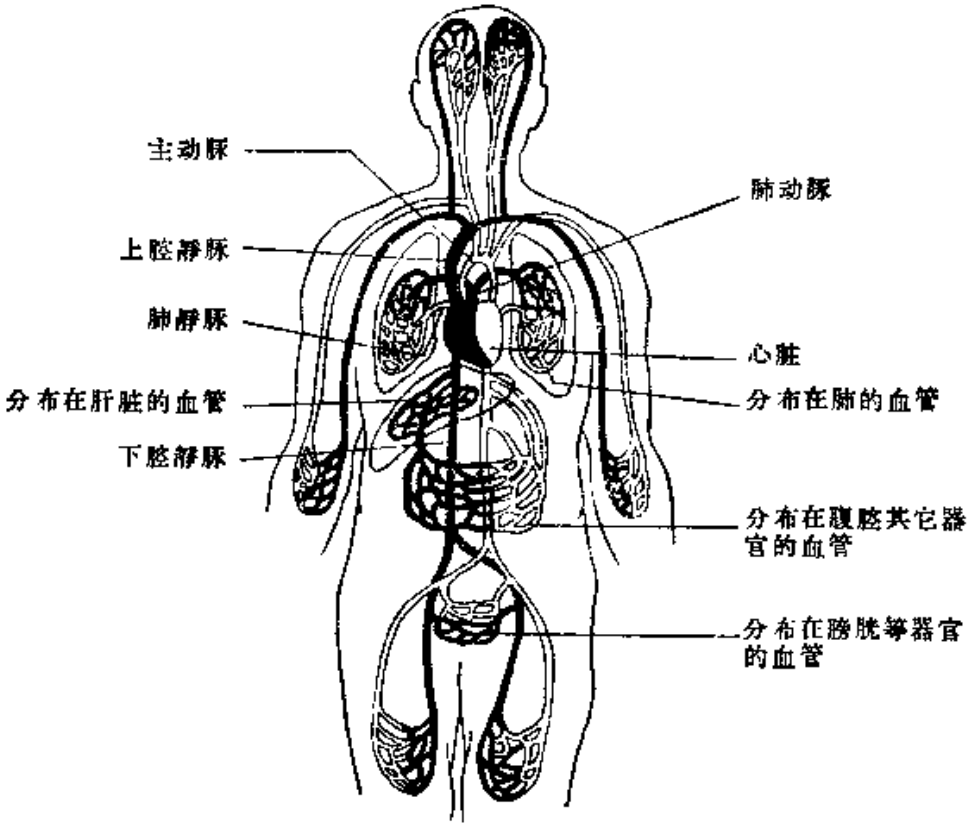


图 8-4　全身的血液循环（示意图）

循环)。与此同时，右心室的血液（静脉血）经肺动脉到肺毛细血管，通过肺泡与外界进行气体交换，静脉血变成了动脉血，然后经肺静脉而回入左心房，这个循环叫肺循环（或小循环）。

（三）心脏的机能活动

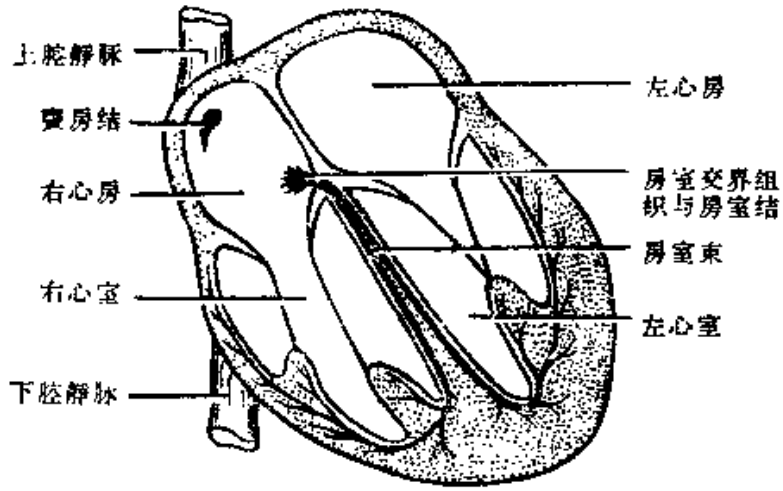
血液之所以能在血管内周流不息地循环，主要依赖心脏的推动。心脏推动血液流动的动力作用，是由心脏节律性的搏动来完成的。心脏的搏动包括收缩和舒张两个过程。心脏这种节律性的活动，是由心肌本身的特性所决定的，同时也需要一定的环境条件来维持，并经常受到外部因素的影响。

1. **心肌的特性** 心肌除了与骨骼肌一样具有兴奋性、传导性和收缩性外，还表现周期性的舒缩活动即自动节律性。

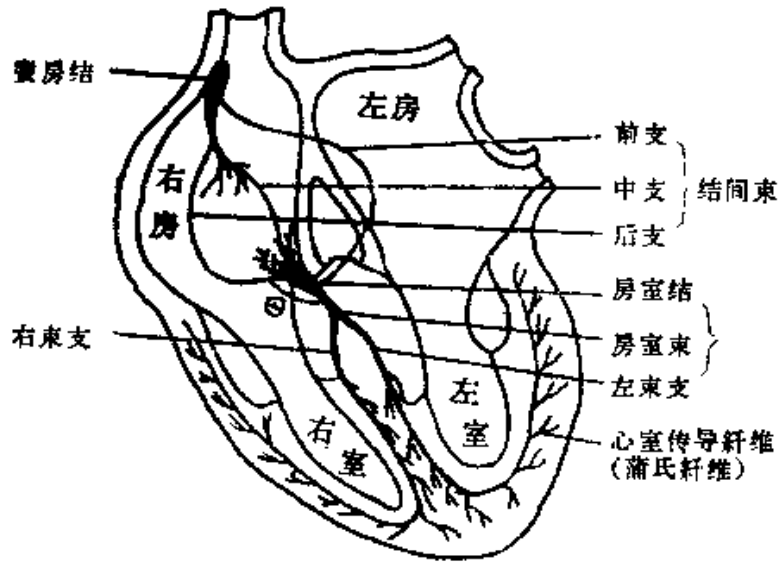
(1) 自动节律性：心脏具有自动地、节律地发生兴奋的特性，即每经过一段间隔时间后即自动发生一次兴奋，这一特性就称为自动节律性。心肌自动节律性的产生，可能与心肌细胞的新陈代谢有关。心脏各部分都有一定的自动节律性，但其频率高低各不相同。正常情况下，窦房结的自动节律性最强，在有神经控制的情况下，每分钟可发生60～80次冲动；其次为心房，再次为心室。在健全的心脏中，心脏各部分的活动完全受自动节律性最高部位即窦房结的控制。因此，窦房结也称为心搏起点或节律点。凡起源于窦房结的心搏节律称为窦性节律，而起源于窦房结以外的其它部位的心搏节律称为异位节律。

(2) 传导性，从窦房结发出的节律性兴奋冲动之所以能传播到整个心脏，引起整个心脏的节律性活动，主要是由于心脏组织具有传导性。心肌除了本身具有一定的传导兴奋的能力以外，还存在着一个由一些特殊的心肌组成的传导兴奋的组织，有着更高的传导能力，称为传导系统，包括窦房结、结间束、房室交界组织（包括房室结）、房室束和左、右束支及其分支（旧称蒲氏纤维）（图8-5-1(2)）。窦房结位于右心房上腔静脉入口处的右侧，并延展到下腔静脉口。房室交界组织在房室交界处，其中包括房室结，位于房间隔的后下部和室间隔

的上部、窦房结与房室结之间存在着结间束，分为前、中、后三部分，不但是窦房结与房室结之间的传导通路，也是心房间重要的传导途径。由房室结发出的纤维束，叫房室束，进入室间隔后分成左、右束



(1)



(2)

图 8-5　心脏传导系统（示意图）

支达左、右心室壁，并反复分支形成网状，分布于心肌。

正常时，从窦房结所产生的兴奋冲动，沿着结间束和心房肌肉传到左、右心房各部位使心房收缩，同时传到房室交界组织和房室结，然后经房室束到左、右束支，再经其分支传导到整个心室，引起心室肌肉兴奋而产生心脏搏动。如果由于某种因素（疾病、中毒等）的影响，使心脏传导系统某一部分的机能降低甚至消失，则正常的兴奋传导可发生障碍，临床上称为心脏传导阻滞。

(3) 心肌的不应期、期外收缩及代偿性间歇：心肌开始收缩后的一段时间内，对任何刺激都不再发生反应，这一时期称为绝对不应期，大致相当于整个收缩期。而在心肌开始舒张之后，其兴奋性逐渐恢复，一般刺激还不发生兴奋，但对较强的刺激可发生反应，这一时期称为相对不应期，大致相当于心肌的舒张期。正因为心肌兴奋性的变化有上述特点，而且其绝对不应期较长，所以心脏不会处于持续的收缩状态，而始终保持着一缩一舒的节律，保证血液循环的正常进行。由于心肌在相对不应期内可接受较强的刺激而发生兴奋，所以当窦房结以外的心脏其它部位的兴奋（称异位兴奋灶）特别强时，心肌可抢先地发生兴奋而引起一次收缩，这就是期外收缩，临床上称为过早搏动。紧跟在期外收缩之后的是由窦房结发出的正常节律性兴奋，此兴奋恰好落在期外收缩的绝对不应期内，故心肌不产生收缩，须等下一次从窦房结再传来节律性兴奋时，才能使心肌产生收缩。这样的结果就出现了一段比正常较长的间歇，这种现象就称为代偿性间歇。

2．影响心脏活动的因素 心脏的正常搏动，虽然决定于心肌本身的特性，但是许多理化因素也能影响心脏的活动，主要有：

(1) 心肌纤维的长度：一般是纤维愈长，收缩力愈强。

(2) 氧气的供应：缺氧时，心肌的收缩力相应减弱。

(3) 温度：体温升高，可使心率加快。

(4) 体液的酸碱度：可直接影响心脏的舒缩。体液偏酸性时，可促使心脏舒张而减弱收缩；偏碱性时则相反，可促进心脏收缩而减弱舒张。

(5) 血液内钾、钙和钠等化学成分的改变：实验证明，血液中钾

离子有利于心肌舒张，而不利于收缩；钙离子可增强心肌的收缩，但不利于舒张；钠离子则是维持血液渗透压和维持心肌兴奋的基本条件。

由此可见，上述各种理化因素的相对恒定，对正常心搏及其节律的保持有密切的关系。

3．血液循环的动力学（心脏射血和充血的机能）

(1) 心动周期：心脏每收缩和舒张一次，称为一个心动周期。每个心动周期历时约0.8秒（以每分钟心跳75次计算）。在正常情况下，每一心动周期的顺序是：先心房收缩，然后舒张；与此同时，心室开始收缩，然后舒张；在心室舒张末期，心房又开始收缩，依次循环进行。每一心动周期中心室收缩占0.3秒，舒张占0.5秒。

(2) 心脏射血：心脏活动的机能表现是射血，主要依靠心脏的收缩和舒张活动所产生的压力变化和心脏瓣膜对血流方向的引导作用而完成的。这些变化过程有下述几个阶段：

① 心房收缩：心房开始收缩时，心房内已充满血液。在心房的整个收缩期，房室瓣均保持开放状态，因而心房内压力增高是不显著的，但亦足以阻止血液由静脉流入心房。心房收缩完毕，即开始舒张。

② 心室的收缩和射血：心房收缩完毕，心室即开始收缩，室内压上升，很快超过心房内压，房室瓣膜即被向上推而关闭，心室腔处于闭锁状态。随着收缩的加强，室内压继续急剧上升，当其超过肺动脉和主动脉内压力时，半月瓣被推开，心室内的血液就被射入肺动脉和主动脉，即进入心室的排空期。射血停止，心室又开始舒张。

③ 心室的舒张和充血：心室开始舒张时，室内压下降，当其降到比肺动脉和主动脉内的压力低时，半月瓣立即关闭，以阻止血液流回心室。心室继续舒张，室内压急剧下降，当降到低于心房内压力时，房室瓣被推开，心房内的血液开始流入心室，心房收缩使心室内逐渐充满血液，直至下一次心室收缩、房室瓣关闭为止。

从上可见，血液循环的主要动力为心脏有节律的收缩和舒张，而有节律的收缩和舒张有赖于健全的心肌。心瓣膜则是保证血液定向流动的组织。

(3) 心输出量：心脏每次收缩射入大动脉的血量称为每搏输出量。每分钟输出量为每搏输出量×心率，即通常所称的心输出量。在安静情况下，正常成人每搏输出量约为50～80毫升，心输出量约为3.5～5.5升/分钟。心输出量可随生理情况不同而有变化，站立较平卧时略有减少，消化食物或情绪激动时略有增加，体力劳动较安静时可增加至5～6倍。心输出量过低，可引起组织、器官（特别是脑等）的供血不足，产生头晕甚至晕厥等循环衰竭的症状。影响心输出量的因素如下：

① 静脉回心血量：有足够的血回流到心脏，才可能有足够的血液由心脏搏出。例如，在人体大量失血时，由于回心血量减少，因而没有足够的血量输出到各组织，往往可导致循环衰竭。

② 心力(心肌收缩力量)：在正常情况下，由静脉回流到心脏的血液，通过心脏的搏动，能将其如数搏出，但必须要有足够的心力来保证。心力是心脏每搏输出量的决定性因素。经常参加体力劳动和锻炼的人，心肌更发达，收缩力强而有力。

③ 心率：一般情况下，心搏愈快，心输出量愈大。但若超过一定限度，心率过快，舒张期明显缩短，则心室充盈不足，反而使每搏输出量减少。

心输出量可随着人体代谢的需要而有所不同。当器官组织代谢增高、血液供应需要增加时，心脏通过增加心搏量和心率来增加每分输出量。心脏这种随着需要而增加其工作量的能力，即称为心储备力量。正常人心脏具有很大的储备力量。如重体力劳动或剧烈运动时，心力和心率可成倍地增加，以适应身体各组织的需要。当心脏发生严重病变时，心的储备力量减少，甚至不能满足人体正常活动的需要，就会出现心跳、气急等心力衰竭症状。经常参加体育锻炼和体力劳动的人的心储备力量较大，不参加体力劳动和锻炼的人心储备力量则较小。

（四）心脏机能活动的调节

血液循环系统机能活动的调节是通过神经反射性调节和神经体液性调节来实现的。

1. 心脏和血管活动的中枢及神经支配 调节心脏和血管活动的中

枢位于脊髓、延髓、下丘脑及大脑皮层，其中以延髓中枢最为重要。支配心脏的神经是交感神经和迷走神经（属副交感神经系统）。延髓中控制心交感神经的中枢叫加速中枢（也称心交感中枢），控制心迷走神经的中枢叫心抑制中枢（也称心迷走中枢）。这两个中枢都能发出神经冲动来控制心脏的活动，两者的作用刚好相反。当心交感中枢兴奋时，可使心搏加速加强，心输出量增加；而当心迷走中枢兴奋时，心搏则减慢减弱，心输出量减少。绝大多数血管只接受交感神经的支配。交感神经兴奋时，血管收缩，外周阻力增加，血压上升；当兴奋减弱时，血管扩张，外周阻力变小，血压下降。供给心脏的冠状血管则受交感神经和迷走神经两种神经的支配，其作用恰恰相反，交感神经兴奋时，冠状血管（特别是动脉）扩张，冠状动脉血流量增加；迷走神经兴奋时，则冠状血管收缩，冠状动脉血流量减少。控制血管舒缩的中枢称血管运动中枢，其部位在延髓。

2．**心脏、血管的神经反射性调节**　正常人体血管内存在着两种感受器。一种是专门接受压力刺激的压力感受器，位于颈动脉窦和主动脉弓两处，其作用是当血管内压力增高时，压力感受器受刺激而兴奋，兴奋冲动沿相应的神经（窦神经和主动脉神经）传到延髓的心抑制中枢，使心率减慢、心力减弱、心输出量减少，并反射性地使血管扩张、血压下降。这种反射称为减压反射。反之，当血压下降时，可通过压力感受器发生与上述相反的神经调节，而使血压上升。这种调节可防止血压的过低或过高，保持血压的稳定。另一种是专门接受血液化学成分刺激的化学感受器，分别称为颈动脉体和主动脉体，其作用是当血液化学成分改变（如体内缺氧、二氧化碳增多、酸度增高等）时，化学感受器受到刺激而兴奋，兴奋冲动沿相应的神经（窦神经和主动脉神经）传到延髓的心加速中枢和缩血管中枢，使心率加快，心力增强，心输出量增加，并反射性地使血管收缩，外周阻力增大，于是血压上升。这种反射称为加压反射。

另外，大脑皮层在循环机能的调节中，也起着重要的作用，如人在愤怒、激动、兴奋时，有心率加快、血压升高等现象。

3．**心脏、血管的体液性调节**　心脏、血管除了受神经系统的调

节外，某些化学物质也能影响它们的活动。这些化学物质除了钠、钾、钙离子等外，还有如肾上腺髓质所分泌的肾上腺素和去甲肾上腺素，能增强心肌收缩力，使心率加快、心输出量增加，并使全身小动脉收缩，血压升高，因此，临床上常将其广泛地应用于抢救周围循环衰竭；垂体后叶分泌的加压素，也能使全身小动脉和毛细血管收缩，且作用较持久；肾脏缺血时产生的肾素，能使血管收缩，引起血压升高；二氧化碳，乳酸等代谢产物，可直接对血管起作用，使血管扩张，再通过神经反射作用，使血管收缩而血压升高；等等。

二、淋巴循环系统

1. 淋巴管 全身组织内分布着许多毛细淋巴管，吸收组织内的液体。毛细淋巴管逐渐汇聚成较大的淋巴管，最后汇成两条大的淋巴管（胸导管、右淋巴导管）在颈部和静脉相接。这样，组织内的液体，经淋巴管（这时叫淋巴液）而流入静脉，构成了淋巴的循环。淋巴循环比血液循环缓慢得多。

2. 淋巴结 是分布在淋巴管沿途的一些卵圆形小体，也是淋巴液在淋巴管内流动必须经过的中间站。全身各部有许多淋巴结群（图8-6），各群都收纳一定区域器官的淋巴回流。淋巴结的主要作用是制造淋巴细胞和把侵入体内而在淋巴液中的细菌、寄生虫等有害物体阻挡住。在后一种情况下，局部的淋巴结就要肿痛发炎。此外，有关部位的癌肿也常通过淋巴系统转移。因此，临床上往往可以根据肿大的淋巴结追查发病的器官和部位。

3. 脾 椭圆形，位于左上腹部，是最大的淋巴器官。脾能制造淋巴细胞，也是体内破坏红细胞和血小板的毁血场所，而且还是贮存血液的器官。正常时在腹部摸不到，在血

吸虫病、疟疾等疾病时，可以明显肿大。

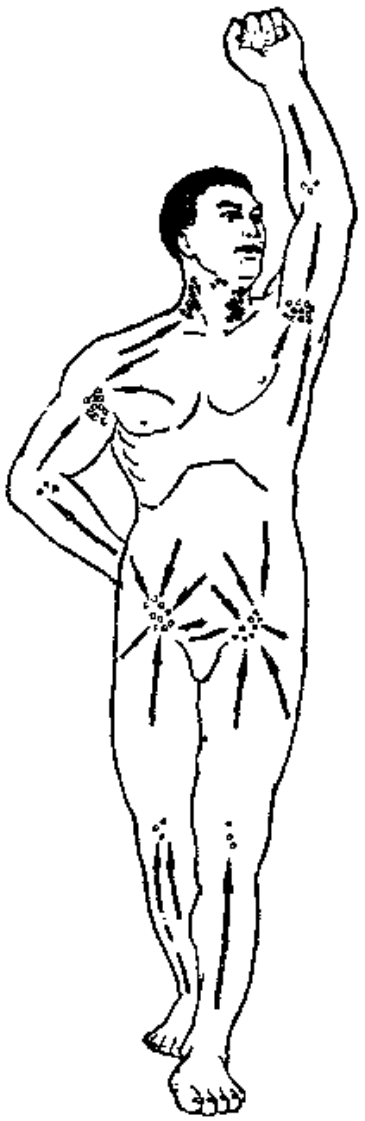


图 8-6　全身淋巴结群

三、祖国医学对血液循环系统的认识

祖国医学认为血液在体内的循环运行与心、肺、脾、肝有关。

1. **心主血脉**　心是脏腑中最重要的器官，维持各脏器工作的协调，血是人体生存很重要的组成部分；脉是血行的通道。心脏的功能称为“心气”，“心气”推动血液在脉内循环不息，“气行则血行”就是这个意思。“心气”的强弱，心血的盛衰，都可从脉管上反映出来。“心气”不足，推动无力，则脉细无力，甚至出现脉来不齐（代脉）。血虚可使脉管空虚而出现芤〔音抠，kōu〕脉。血瘀可使脉道不通（瘀血）。

2. **肺主气**　血的生成有赖于气。人体血液循环除由心脏主宰以外，还要靠肺气来推动和调节。“气为血帅”，“血为气母”，二者相互依存，关系十分密切。临床上遇有血虚患者，除用补血药外，加用补气药，便是这个道理。

3. **脾统血**　血液在脉管内运行，除了心、肺的作用外，脾能统摄血液，使之正常运行而不溢于血管之外，这是因为

“脾”能益气（指饮食消化后产生的谷气）的缘故。如“脾气”虚弱，则血不受统摄而产生各种出血症状如吐血、便血、皮下出血、妇女月经过多、慢性出血等。临床上用归脾汤治“脾不统血”的出血证有效果，就是这个意思。

4. **肝藏血** 人在休息或睡眠时，部分血液在肝内贮藏起来；活动时肝内的血液又放出来，输送到全身供各器官的需要。临床上“暴怒伤肝”（突然强大的精神刺激）可致出血（如吐血），就是由于影响了肝脏的藏血功能。此外，还可引起妇女月经不调等症状。

5. 人体血液的盛衰，循环的正常与否，可以在体表皮肤和舌体上表现出来。例如心血充足，面色红润光泽；心血不足，则面色苍白无华；心血瘀阻，则面色青紫。在舌质上，心血不足舌质淡白；心血瘀阻舌质紫暗；心火上炎时，舌尖红赤或糜烂溃疡（所谓“舌为心之苗”，“心开窍于舌”，这是古代劳动人民长期观察的结果，在临床治疗中有一定参考价值）。

思 考 题

1. 血液是怎样循环的？血液循环的作用是什么？大循环和小循环有什么不同？

2. 试述心脏的构造及机能活动。

3. 祖国医学对血液循环系统的认识如何？

第二节 循环系统检查法

一、问 诊

循环系统的问诊应询问心脏病最重要的症状，如呼吸困难、心悸、

心前区疼痛、水肿等，并记录各症状出现的时间、特点及互相关系等。

（一）呼吸困难

是心力衰竭病人的主要症状之一。系由于心脏病变，血液回流心脏受阻，造成肺内充血，或大循环内血液淤滞，使体内氧气和二氧化碳交换减少，人体缺氧而引起。应详细询问其发生的时间、与劳动及情绪激动的关系等。一般病人的呼吸困难开始常发生于体力劳动时，休息后可以恢复。以后逐渐加重，甚至可出现持续性呼吸困难，被迫采取端坐呼吸。此外，某些患者有时可于夜间睡眠时突然发生呼吸困难，被迫采取端坐呼吸，伴有咳嗽或咯泡沫样痰，很象支气管哮喘，临床上称为夜间阵发性呼吸困难，又叫“心脏性哮喘”，特别多见于左心衰竭的患者。

（二）心悸

患者自觉心跳，伴有心前区不适，俗称“心慌”。多见于心率加快、心律失常（如过早搏动、心房颤动）等情况下。有时精神紧张或神经官能症时也可出现。所以，主诉心悸不一定表示有心脏病。

（三）心前区疼痛

应详细询问疼痛的部位、性质、程度、持续时间、放射情况、发作诱因及缓解的方法等。因冠状动脉缺血引起的心绞痛，多位于胸骨后，并向肩部放射，伴有压迫感，持续约3～5分钟。急性心肌梗死引起的心前区疼痛时间较长，可数小时到数十小时，伴有休克等症状。

（四）水肿

应注意水肿出现的时间、部位及发展情况等。心脏病人的水肿，首先出现在身体最低的部位，如足踝部、小腿等处，早晨轻，下午重。严重病人水肿逐渐向上蔓延，甚而出现腹水、胸水等。引起水肿的主要原因，是大循环充血引起静脉压增高和肾脏充血使水、钠的排泄受到障碍。

此外，还要注意过去史，特别是咽痛（扁桃体炎）史，血压情况，有无紫绀、咳嗽、咯血、以及生活习惯爱好等，女病人还应询问其妊娠、分娩和月经史。

二、望　诊

（一）一般望诊

1．体位　心脏病人的体位常与心脏功能不全的程度及心脏病的性质有关。循环机能良好的病人可以自由活动（即自动体位）。轻度心机能不全的病人卧床时愿将头部垫高，较重者则斜卧于床上或取半坐位，严重病人坐于床上或坐在床侧将两下肢下垂（端坐呼吸）。心包炎病人多采取坐位，并将身体向前倾。急性血管机能不全的病人则愿平卧或将头部放低。

2．呼吸　应注意呼吸的形式及节律的变化。心脏机能不全的病人呼吸较快而深，有时可出现阵发性或哮喘性呼吸困难，有时呈潮式呼吸。

3．皮肤与粘膜　心力衰竭时因血液瘀滞、组织缺氧而发生紫绀，以面部、口唇、耳壳、指甲床等处最为显著。身体发育与年龄不相符合的青少年患者如有明显紫绀，则多为先天性心脏病。二尖瓣狭窄病人可见两侧面颊潮红，称为“二尖瓣面容”。主动脉闭锁不全患者面色较苍白。长期或反复右心机能不全的病人，由于肝脏长期充血，可出现黄疸。此外，还应注意有无出血点、皮疹及皮下结节。心脏病人的皮肤及粘膜出血点，常见于亚急性细菌性心内膜炎时；环形、多形性红斑及关节周围的皮下结节则常见于风湿热。

4．四肢　右心衰竭时可发生水肿，轻者仅在下肢见到，病情严重时可肿及全身。发绀型先天性心脏病、肺原性心脏病或亚急性细菌性心内膜炎的病人常有杵状指，表现为指（趾）末端软组织增大及指（趾）甲的纵径、横径弯曲过甚。其发生原因可能由于缺氧，使周围血流增加和加速，指（趾）甲端软组织发生肥大。

5．血管

（1）颈动脉：正常人在安静的情况下，仅可见到颈动脉有微弱的搏动。主动脉瓣关闭不全时，颈动脉的搏动明显增强，并可因此而使病人的头随动脉搏动而呈现有节律的点头运动。高血压、贫血、甲状

腺机能亢进或精神紧张时，颈动脉搏动也可加强。

(2) 颈静脉：正常人仅于卧位时可见颈静脉充盈，搏动极微弱。当心脏机能不全、心包积液或缩窄性心包炎时，坐位时即可见颈静脉怒张；右心衰竭者还可见肝颈返流现象，即肝区加压后颈静怒张明显。三尖瓣闭锁不全时，可见明显的颈静脉搏动与心尖搏动相一致。

(3) 毛细血管：主动脉瓣关闭不全、甲状腺机能亢进、严重贫血等病人，如在其口唇、前额或指甲床处施加轻度压力，可出现与动脉搏动一致的红白颜色交替的节律性闪动现象，称为毛细血管搏动。

(二) 局部望诊

1. 胸廓形态　注意两侧是否对称，心前区有无隆起。如在幼年即有心脏明显扩大时，可使左胸廓隆起。

2. 心尖搏动　正常人心尖搏动位于左胸第五肋间锁骨中线内侧，距正中线7～9厘米，搏动范围约2～2.5厘米；儿童或超体力型者因膈肌抬高，心尖可上移。如有心脏疾患，心脏扩大，则心尖搏动亦可移位，如左心室增大心尖搏动向左下移，右心室增大心尖搏动向左移。此外，一侧胸腔粘连或肺不张，心尖搏动向病侧移位；一侧胸腔积液或气胸，心尖搏动向健侧移；大量腹水或腹内肿瘤心尖搏动向上移。

三、触　　诊

(一) 心脏的触诊

1. 心尖搏动　用手掌轻按心前区，进一步确定心尖搏动的位置。心尖搏动的凸起冲动标志着心室收缩的开始。有左心室肥大时，检查者将手指按于病人心尖处，当心脏收缩时可将手指抬起片刻，这种现象称为心尖抬举性搏动。

2. 震颤　震颤也称猫颤，相当于听诊时的杂音，其发生原因与杂音同。可分为收缩期震颤、舒张期震颤和连续性震颤三种。

(1) 收缩期震颤：胸骨右缘第二肋间处的收缩期震颤常见于主动脉瓣狭窄，胸骨左缘第三、四肋间处的收缩期震颤常见于室间隔缺损，胸骨左缘第二肋间处的收缩期震颤可见于肺动脉瓣狭窄或房间隔缺损。

(2) 舒张期震颤：心尖部的舒张期震颤常见于二尖瓣狭窄。

(3) 连续性震颤：此类震颤在收缩期及舒张期均可触及。胸骨左缘第二肋间连续性震颤主要见于动脉导管未闭。

3．心包摩擦感　心包炎时，心包膜发生炎性变化而表面粗糙，故可在胸骨左缘第四肋间处触及心包摩擦感，与胸膜摩擦感的感觉十分相似，坐位时或深吸气之末容易触知，收缩期更为明显。

（二）动脉的触诊

动脉触诊就是脉搏的触诊。心脏收缩时有压力通过血液传到动脉，动脉壁随心跳而起伏，就形成脉搏。脉搏可以在头、颈、身、足等多处浅动脉上摸到。通常是摸桡动脉．用食指、中指和无名指的指尖进行，中指按在桡骨茎突处，三指并列，由轻到重，由重到轻，细心体会。正常成人在安静时脉搏每分钟约60～80次（女性稍快些），初生儿可达120～140次/分。发热、体力劳动、精神兴奋及深呼吸时脉搏加快，呼气时缓慢。脉搏的节律是左心室收缩的反映，正常人脉搏的节律是规律的。若脉搏忽强忽弱，忽快忽慢，过快过慢，或者一段时间规则，一段时间不规则．那就可能有心律失常。脉搏过快称为数脉（一般超过100次/分），即心动过速；脉搏过缓称为迟脉（一般慢于60次/分），即心动过缓。脉搏正常节律中，偶而出现间歇，称为“代脉”，即早期收缩。若脉搏缓慢，中间又有间歇，称为“结脉”。脉搏一强一弱，交替出现，称为“交替脉”，在充血性心力衰竭时常见。此外，大失血患者的脉搏极细极软，称为“微脉”；严重心律失常病人，心搏时强时弱，不一定每次收缩都有压力传到动脉壁，可出现脉搏和心率不一致（脉搏比心搏少）的现象，称为“脉搏短绌[晋绰，chuò]”。

（三）其他部位的触诊

充血性心力衰竭者肝肿大并有压痛，久后可发展为充血性肝硬化。右心机能不全者下肢常有凹陷性水肿。

四、叩　　诊

叩诊主要确定心脏（和大血管）的大小、形状及其在胸腔内的位

置。用指指叩诊法叩诊（详见273页），避免用力过重，贴紧胸壁皮肤的手指位置应与心脏边缘平行，沿肋间从肺区向心脏方向进行（图8-7）。叩诊心脏浊音界的右界时应自肝浊音界的上一肋间开始，叩其左界时则自心尖搏动所在的肋间开始，均依次按肋间上移，至第二肋间为止。由清音转变为浊音的界限处称为相对浊音界，代表心脏的实际大小，有临床意义；若再向内叩诊，浊音转变为实音的界限处称为绝对浊音界，不代表心脏的实际大小。

正常人心脏浊音界的左界在第二肋间与胸骨左缘相合，距正中线约2～3厘米。第二肋间以下逐渐左移，至第五肋间处距正中线最远，约7～9厘米（即心尖搏动外方约1厘米），在锁骨中线内侧约1～2厘米。在第三肋间处约为第五肋间处的一半，即距正中线约3.5～4.5厘米。心脏右界距正中线的距离是第二、三肋间处约2～3厘米，第四肋间处约3～4厘米（图8-8）。当心脏扩大和心肌肥厚时，心脏向左右两侧扩大，浊音区也相应增大。如主动脉瓣关闭不全等使左心室增大时，心脏浊音界向左向下扩大，左心房与左心室之间（心腰部）正常的钝角可几成直角，使心浊音界成为靴型（图8-9(1)），也称主动脉型；二尖瓣狭窄使左心房及肺动脉扩大时，左侧第三肋间处的相对浊音界增宽，使心腰部饱满甚或膨出，心浊音界的外形成为梨形（图

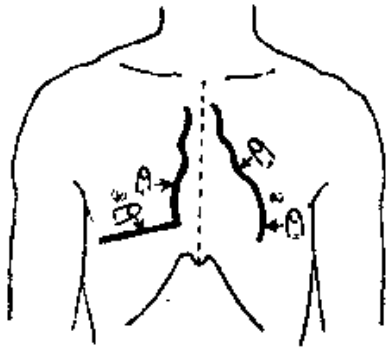


图8-7　叩诊心脏浊音界时手指的位置

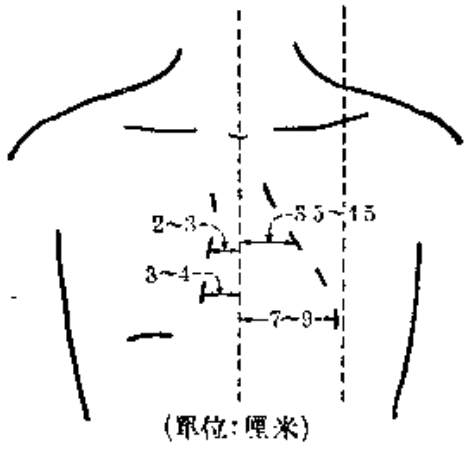
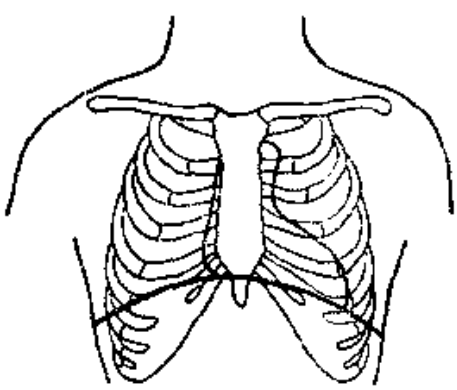
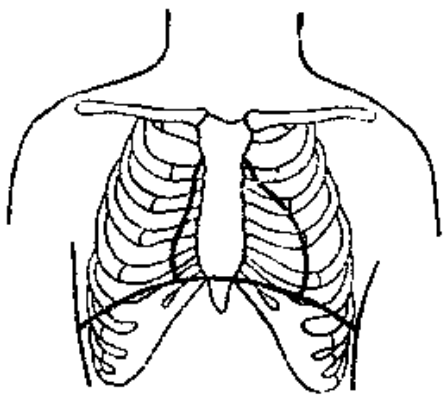


图8-8　心脏浊音界在各肋间距中线的距离

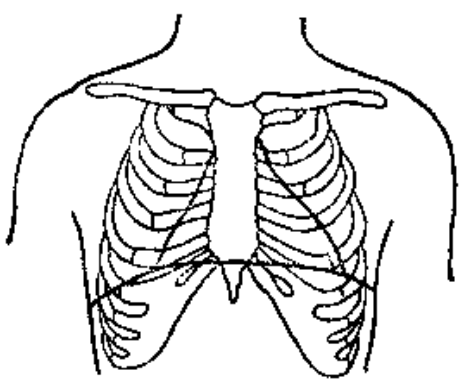
8-9(2))，也称二尖瓣型。还有如心包炎的积液超过一定量时，也可使心脏浊音界增大，一般常向两侧同时扩大，并使相对浊音界与绝对浊音界几乎相同，其轮廓呈梯形（图 8-9(3)），立位时更明显。此外，大量的胸腔积液可使心脏浊音界向对侧（健侧）移位，使同侧（患侧）心浊音界模糊或消失；气胸或肺气肿可使心浊音界缩小或完全叩不出。



(1)主动脉瓣关闭不全（靴形）



(2)二尖瓣狭窄(梨形)



(3)心包积液（梯形）

图 8-9　心脏浊音界扩大的几种形状

五、听　　诊

听诊是检查心脏最重要的方法之一。一般多利用听诊器进行间接的听诊。病人可采取坐位或仰卧位，必要时应让病人适当改换体位

（如心尖部的杂音在左侧卧位时较易听到）；有时为了使杂音更易听到，还可令病人在深呼气末暂时屏住呼吸，或作适当的活动（在无心机能不全的情况下）。除了心脏的听诊以外，有的病人还须结合进行血管的听诊或测量血压。

（一）心脏听诊的部位

心脏跳动时各瓣膜产生的声音可传到胸前壁的不同部位。临床上心瓣膜的听诊区一般有四个（图 8-10）。听诊时可按以下顺序进行：

1．二尖瓣区　在心尖部，由二尖瓣疾患所产生的杂音在该处听得最清楚。

2．主动脉瓣区　在胸骨右缘第二肋间处，由主动脉瓣疾患所产生的杂音在该处听得最清楚；但主动脉瓣闭锁不全的杂音有时在胸骨左缘第三、第四肋间听得更清楚，故称为第二主动脉瓣区（旧称包特金氏区或第五点）。

3．肺动脉瓣区　在胸骨左缘第二肋间处，肺动脉瓣疾患所产生的杂音在该处听得最清楚。

4．三尖瓣区　在胸骨体下端稍偏右处，三尖瓣疾患所产生的杂音在此处听得最清楚。

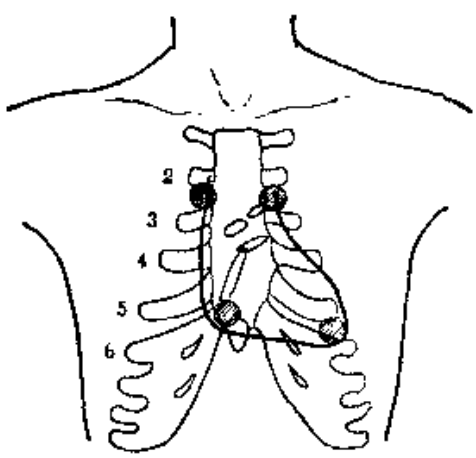


图 8-10　心脏各瓣膜听诊区在胸壁上的位置

（二）心率和节律

心跳的速度叫心率。正常人的心率是每分钟60～80次。劳动、发热等情况以及小儿心率较快。正常人心跳有一定的节律。若出现心律不规则、过快或过慢（心律失常），就有心脏病存在的可能，要结合临床症状及其他体征来全面分析。

（三）心音

1．正常心音　正常的心脏收缩和舒张时发出两个声音，分别叫第一心音和第二心音，部分健康人有时还可听到第三心音。

⑴ 第一心音：第一心音的出现标志着心室收缩的开始，与心尖搏动向上凸起的时间一致，与颈动脉搏动的时间大致相同。第一心音的产生主要是由于心室肌肉收缩和二尖瓣、三尖瓣关闭的震动，以及主动脉和肺动脉管壁在射血开始时所发生的震动而产生，在心尖部听诊较明显。其音调较低，持续时间较长（约0.1秒）而清晰。

⑵ 第二心音　标志着心室舒张期的开始。主要是由于舒张时主动脉瓣和肺动脉瓣关闭所发生的震动所产生，在心底部（即主动脉瓣区和肺动脉瓣区）听诊较明显。它的音调高，持续时间较短（约0.08秒）。

⑶ 第三心音　一般多见于健康儿童和青年，在心尖部易听到。产生的原因可能是心脏舒张早期血流自左心房急速流入左心室时，冲击心室壁（包括乳头肌和腱索）发生震动所致。第三心音往往为生理性的，音调低而柔和，类似第二心音的回音，于左侧卧位或活动后最易听到。

在每一个心动周期中，第一心音与第二心音间较短的间隔称为收缩期，第二心音与下一心动周期的第一心音间较长的间隔称为舒张期。各心音在心前区的强弱常有所不同，第一心音在心尖部较强，而在心底部较弱；第二心音则相反。心尖部的第一心音常较第二心音为强，心底部则第二心音较第一心音为强。心底部两瓣膜区所听得的第二心音的强度可随年龄的不同而有所区别。健康的儿童和青年人，肺动脉瓣区第二心音较主动脉瓣区第二心音为强；在成年人，两处强度几乎相等；老年人则主动脉瓣区第二心音常较肺动脉瓣区第二心音为强。

2．心音的变化　在胸壁薄或心脏活动增强（劳动、精神兴奋或甲亢）时，心音可增强。在肥胖、全身性水肿、肺气肿、胸腔积液、心包积液等时，心音可能减弱，甚至完全听不到。心音强弱的变化还可由于心脏本身的疾病而引起，同时心音的性质也可有变化：

(1) 第一心音的变化：第一心音的变化主要与心肌的收缩力、心室的充盈程度及瓣膜的情况有关。第一心音增强常见于心室肥大、心肌收缩力加强时；而在某些二尖瓣狭窄的病例，则由于左心室的充盈度减小，当心室收缩时二尖瓣可突然关闭，发出响亮的拍击性第一心音（表示瓣膜弹性尚好，对判断能否进行手术有一定的意义）。第一心音的减弱常见于心肌收缩力减弱的情况（如心肌梗塞和心肌炎）、瓣膜损害（如二尖瓣关闭不全）等。此外，在心律紊乱（如心房纤维颤动）时，心尖部的第一心音可强弱不一致。

(2) 第二心音的变化：第二心音的变化主要与主动脉或肺动脉内的压力及其瓣膜的情况有关。第二心音增强常见于大血管内压力增高的情况下。如高血压时，主动脉瓣区第二心音增强，同时有金属音调；肺动脉内压力增高（二尖瓣狭窄、肺气肿、肺原性心脏病）时，肺动脉瓣区第二心音增强。第二心音减弱，主要见于主动脉瓣与肺动脉瓣的病变（狭窄或关闭不全）时。

3．心音的分裂　主要是由于心脏两侧的搏动时间不一致，两侧瓣膜不能同时关闭而引起。正常人（特别是青年人）在深吸气的末期，有时可于肺动脉瓣区听到第二心音分裂，属于生理性。病理性的心音分裂可见于束支传导阻滞、心室性过早搏动、房间隔缺损和肺动脉内压力增高等情况下。第一心音分裂一般在心尖部听得最清楚，而第二心音分裂则在肺动脉瓣区最明显。

4．三音节律　三音节律是指于第一、第二心音之外又出现第三个声音。正常的心脏可因出现第三心音而形成三音节律；第一心音或第二心音分裂亦可形成三音律。此外，在某些情况下，尚可由于出现一个额外的声音而组成三音律，临床上比较重要的有：

(1) 奔马律：听诊时三个心音所组合的韵律酷似纵马奔驰时马蹄触地发出声音的韵律。有人认为这附加的第三音就是第三心音的增强，

常见于心力衰竭的病人，主要因为心房内压力增高，心室舒张时血流迅速冲入心室，使心室急剧充盈而扩张，引起心室壁的震荡而产生。若发生在舒张初期，称为舒张初期奔马律；发生在舒张后期，则称为收缩前期奔马律。

(2) 二尖瓣开放拍击音：是一种音调高而清脆、具有拍击性质的、出现在第二心音后的短促的声音，于左侧第三、四肋间心尖与胸骨之间最易听到，常见于单纯性二尖瓣狭窄而瓣膜弹性尚好的病人（其意义与拍击性第一心音同）。

（四）杂音

杂音是指正常的二个心音以外持续时间较长的声音。杂音的发生，主要是由于心腔内及其附近大血管内血流紊乱，形成漩涡状回流，使心脏及血管壁发生震动所致，特别如血流通过狭窄处、血液逆流、血液流经不正常的通路、血流速度增加及血流过程中遇有阻碍物等情况时。凡由于瓣膜装置发生器质性病变，或由于心脏及大血管有先天性变异所产生的杂音，都属器质性杂音，如二尖瓣狭窄等。如不是由于瓣膜装置的器质性病变或先天性心血管病，而主要是由于心脏血管扩大、血流加速或机能变化所引起的杂音，称为机能性（功能性）杂音，如在严重贫血、发热、甲亢、体力劳动、情绪激动时出现的杂音。

听到杂音时，应当根据杂音出现的时间、最强的部位、传导的方向，以及杂音的性质、音调及强弱等来估计其临床意义。

1．杂音出现的时间　出现在第一心音和第二心音之间的杂音叫收缩期杂音，出现在第二心音和下一个第一心音之间的杂音叫舒张期杂音。一般说，舒张期杂音绝大多数表示心脏有器质性病变，如二尖瓣区粗糙的舒张期杂音是二尖瓣狭窄的重要特征；收缩期杂音则可能是器质性的，也可能是机能性的，特别是肺动脉瓣区和三尖瓣区的收缩期杂音，多半是机能性的。

2．杂音的强度和最响的部位　影响杂音强度的因素通常有三个：

(1) 狭窄：狭窄程度愈重，杂音愈强。

(2) 血流的速度：速度愈快，杂音愈强。

(3) 推动血流压力的大小：压力愈大，杂音愈强。

根据杂音的强度，临床上常将收缩期杂音分为六级：第一级极弱，仔细听诊才能听出；第二级较轻，但易听到；第三级中等度，很容易听到；第四级较响亮；第五级则很响；第六级极响，甚至听诊器的胸端尚未接触胸壁已能听到。一级强度的收缩期杂音常为机能性的；三级及三级以上的杂音大多为器质性的；二级强度的杂音可能为机能性，也可能为器质性的。

一般来讲，在心前区不同部位听到的最强的杂音，常表示相应瓣膜的病变。如杂音在心尖部（二尖瓣区）最强，表示病变在二尖瓣；杂音在胸骨右缘第二肋间及第二主动脉瓣区最强，表示病变在主动脉瓣；杂音在肺动脉瓣区最强，表示病变在肺动脉瓣；杂音在胸骨下端偏右处最强，表示病变在三尖瓣等。此外，房间隔缺损的收缩期杂音在胸骨左缘第二、三肋间最强，室间隔缺损的收缩期杂音在胸骨左缘第三、四肋间最强。

3．杂音的传导方向　杂音一般常循产生杂音的血流方向传导。二尖瓣狭窄的舒张期杂音多局限于心尖部；二尖瓣关闭不全的收缩期杂音常从心尖部向左侧腋下或左肩胛下角处传导；主动脉瓣狭窄的收缩期杂音常向上传导至颈部；主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音常沿胸骨向下向左传导至胸骨下端、心尖甚至左腋部；肺动脉瓣狭窄的收缩期杂音比较局限；肺动脉瓣关闭不全的舒张期杂音常传导至胸骨左缘第三、四肋间处。

4．杂音的性质　杂音的性质可因病变的性质而有所不同，可能是柔和的，也可能是粗糙的。大多数杂音为吹风样的，较粗糙的杂音可如拉锯或呈乐音性质，也可能如雷鸣的隆隆样。一般来讲，器质性杂音多是粗糙的；柔和及吹风样杂音可能为机能性的，也可能为器质性的。

临床常见的杂音及其临床意义如下：

1．收缩期杂音

(1) 心尖部（二尖瓣区）：心尖部的收缩期杂音可能由于器质性的二尖瓣关闭不全所引起，杂音可传导至左腋下，常见于风湿性心脏病，其性质呈吹风样，比较粗糙，在心尖部有较广的范围；也可能由于相

对性的二尖瓣关闭不全所引起，性质比较柔和，常见于高血压性心脏病、严重贫血及急性心肌炎等。心尖部的收缩期杂音还可能是机能性的，见于发热病人和一部分健康人。特点是短而弱（常在三级以下）。

(2) 主动脉瓣区：主动脉瓣区的收缩期杂音可能为器质性的主动脉瓣狭窄所致，见于风湿性心脏病，性质比较粗糙，可沿大血管向颈部传导，常伴有震颤，并伴有第二心音减弱。

(3) 肺动脉瓣区：肺动脉瓣区的收缩期杂音大多为机能性的，多见于健康的青年人，杂音较弱而柔和，于卧位吸气时较明显。器质性肺动脉瓣狭窄（先天性）的收缩期杂音较粗糙，且常伴有震颤。此外，肺动脉瓣收缩期杂音也可由于肺动脉扩张所致的相对性肺动脉瓣狭窄而产生，可见于房间隔缺损或二尖瓣狭窄。

(4) 三尖瓣区：三尖瓣区的收缩期杂音可能由器质性或相对性（右心室扩大所致）三尖瓣闭锁不全而引起，也可由其他部位传来。

(5) 其他部位：胸骨左侧第二肋间粗糙的收缩期杂音可见于房间隔缺损或肺动脉狭窄，胸骨左侧第三、四肋间粗糙的收缩期杂音可见于室间隔缺损。

2．舒张期杂音

(1) 心尖部（二尖瓣区）：二尖瓣区的舒张期杂音多为器质性病变，如器质性二尖瓣狭窄的杂音为隆隆样(雷鸣样)，伴有舒张期震颤，于卧位时清晰，并可伴有二尖瓣开放拍击音和拍击性第一心音，常见于风湿性心脏病患者。

(2) 主动脉瓣区：主动脉瓣区的舒张期杂音主要是由于器质性主动脉瓣闭锁不全所产生，呈吹风样高音调，可向心尖区传导，有时于第二主动脉瓣区听得最清楚。

(3) 肺动脉瓣区：肺动脉瓣区的舒张期杂音主要是由于相对性肺动脉瓣关闭不全所引起，常见于二尖瓣狭窄引起肺动脉高压而使其扩张时，也称史氏杂音，呈吹风样，较柔和而局限，在胸骨左缘二、三肋间最清楚。

(4) 三尖瓣区：三尖瓣区舒张期杂音与二尖瓣区的舒张期杂音性质相同。

3．连续性杂音：此种杂音占据收缩期和舒张期的整个心动周期时间，性质粗糙，如机器转动的声音（又称滚筒样），可在收缩期增强，主要见于动脉导管未闭患者。杂音在胸骨左缘第二、三肋间最响，向颈部血管传导，并常有收缩期震颤。

（五）血管的听诊

正常人在颈动脉及锁骨下动脉处可听到两个声音，称为正常动脉音。主动脉瓣关闭不全时，在股动脉处可听到与心脏收缩一致的“答答”声，声音清晰，称为枪击音，系由于脉压差增高所致；如将听诊器再加压力，即可听到收缩期及舒张期双重杂音，称为杜氏二重杂音。

（六）血压的测量

血压是指流动的血液对血管壁产生的侧压力。当心室收缩时，血液以一定的压力向动脉内流动，并使动脉扩张，这时动脉内压力最高，动脉壁受到的侧压力也最大，通常称为收缩压；在心室舒张时，动脉内压力下降，但是动脉壁的弹性可使动脉回缩，继续推动血液向前流动，并使动脉内压力只下降到一定的限度，动脉壁仍受到一定的侧压力，通常称为舒张压。血压对于维持人体正常的机能活动具有十分重要的意义。血压过低，将引起器官的供血不足，如脑的供血不足，就可引起昏迷，严重时甚至死亡；血压过高，则意味着心脏射血时所遇到的阻力过大，心脏的负担过重，可以引起心脏的机能障碍。正常人的血压，收缩压一般为 90～140 毫米汞柱，舒张压一般为 60～90 毫米汞柱。

影响血压的基本因素是心输出量和外周阻力。在外周阻力不变的条件下，心输出量增高，可使血压升高；心输出量减少，可使血压下降。心输出量决定于静脉回心血量、心收缩力量和心跳频率，因此这三者的变化均可影响血压。如大出血引起的回心血量减少、急性心肌梗死或心肌炎引起的心收缩力减弱等，都可使血压下降；心搏频率增加，在一定的范围内可通过增加心输出量而使血压增高，但如心跳过快，则由于心室充盈不足，心输出量减少，反而可使血压降低。外周阻力是指血液流动所遇到的阻力，其高低主要决定于动脉管径的大小，

特别是小动脉管径的大小，当小动脉紧缩时可使阻力明显加大；其次也受血液速度和粘稠度的影响，当这二者增加时，阻力也可加大。外周阻力越大，血压愈高，尤其是舒张压的升高更为明显。如交感神经兴奋时，由于小动脉大大收缩，外周阻力增大，所以血压显著升高；而当休克时，则因阻力缩小，血压剧降，可危及生命，这时就要使用缩血管药增加外周阻力而使血压回升。除了上述这二个因素之外，大动脉管壁具有很大的弹性，它的扩大与回缩可以和缓血管内的压力不致于陡升与陡降，特别是对维持一定的舒张压具有重大的意义。由于动脉管壁的弹性随年龄而减退，所以人的年龄越大，收缩压升高，而其舒张压的升高则没有收缩压明显。

血压一般可用血压计在上臂肱动脉处测定。血压计有水银血压计及弹簧血压计两种，以水银血压计较为精确。如用弹簧血压计，须经常用水银血压计校正其刻度。使用前应将袖带内空气全部放出，使水银柱或指针降至“0”处，并检查水银柱有无气泡。以后再将袖带缚于被检验者的上臂，袖带下缘须距肘窝约一寸。病人应取舒适的坐位或卧位，使前臂与心脏同高，然后进行检查。先在肘窝处摸到肱动脉，将听诊器移置于该处，而后徐徐加压使水银柱或指针上升一定高度后回降，在听到第一个脉搏跳动的声音后继以每秒钟下降2～3毫米（指水银柱）速度徐徐放气。记录第一次脉搏跳动的声音出现时的刻度数，即为收缩期血压；在听得收缩期血压后继续放气，直至脉搏跳动声音突然减弱并消失时，则为舒张期血压。应注意个别病人在听到第一次动脉搏动后，声音突然明显减弱或消失，待水银柱或指针下降至一定程度后，重又出现或增强，此时收缩期血压应以第一次听到动脉搏动音时的刻度为准。

复习方法

1．重点掌握心脏的听诊。

2．了解以下名词的临床意义：夜间阵发性呼吸困难、颈静脉怒张、心前区震颤、脉搏短绌、心浊音界扩大、二尖瓣开放拍击音与拍击性第一心音、心尖部舒张期雷鸣样杂音、心前区收缩期杂音。

第三节　血液系统解剖生理

成人的造血系统包括骨髓和淋巴系统(淋巴结和脾脏)。在正常情况下，骨髓产生红细胞、有粒白细胞和血小板，淋巴结产生淋巴细胞，脾脏产生淋巴细胞和单核细胞。

(一) 血液的组成和功用

血液是一种红色的不透明的粘稠液体，由各种血细胞(有形成份)及血浆(液体成份)组成。正常人体内血液总量约占体重的5～10%，其中各种血细胞约占血液总量的45%，血浆约占55%。血液颜色的深浅主要由血液中血红蛋白的氧合程度而定。动脉血因含氧合血红蛋白多，故颜色鲜红；静脉血则含氧合血红蛋白少，故颜色暗红。

人体血液中除了血细胞及血浆外，还包含多种化学成份，如水、蛋白质、糖、脂肪、类脂质、矿物质、酶等等，这些物质参与人体的新陈代谢，与维持人体的生命活动关系非常密切。体内的废物，必须通过血液循环由肾脏排出体外。

1. **血细胞**　血液的有形成分包括红细胞、白细胞和血小板（图8-11)。

(1) **红细胞**(红血球)：体积很小，形如两面凹的圆饼，在显微镜下才能看清楚。成熟红细胞没有细胞核。成年男子每立方毫米（约粟粒大小）血中有红细胞400万～500万个，女子约350万～450万个。红细胞的寿命约100～200天，衰老的红细胞为网状内皮系统（主要是脾脏）所破坏。

红细胞的主要成分是血红蛋白。血红蛋白的特点是在氧多的地方(如在肺泡)，很容易和氧结合，在氧少的地方（如在组织细胞)，又容易把结合的氧放出来，这样来运输氧气（详见302页)。血红蛋白还容易和一氧化碳（煤气）结合，

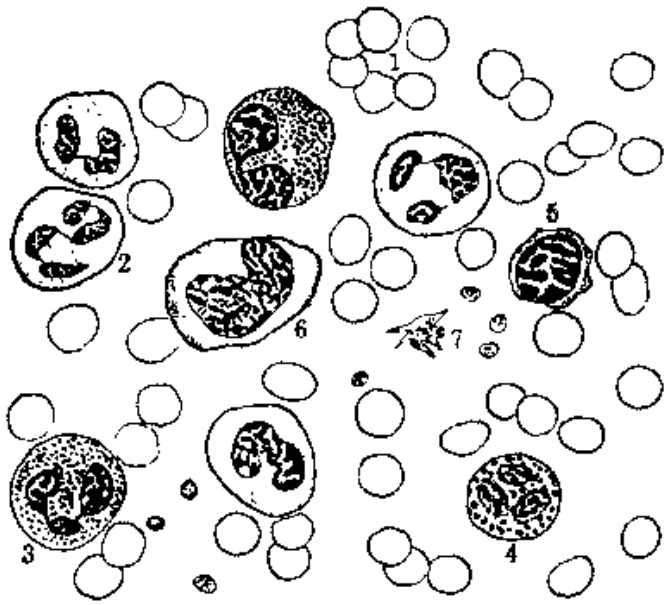


图 8-11　血细胞形态图

1.红细胞　2.嗜中性白细胞　3.嗜酸性白细胞　4.嗜碱性白细胞　5.淋巴细胞　6.单核细胞　7.血小板

它结合了一氧化碳后，就不能结合氧，而结合氧的血红蛋白少，全身组织细胞就会缺氧。这就是煤气中毒。

红细胞的主要功用，除了向组织细胞运送氧气外，还把组织代谢中产生的部分二氧化碳废气带走。红细胞和血红蛋白因某种原因减少，称贫血。

⑵ **白细胞**（白血球）：为无色有核的小圆球，比红细胞大，成年人每立方毫米血中约 5,000～10,000 个。白细胞的寿命很短，不过数日，衰老的白细胞一部分被网状内皮系统（脾、肝）所破坏，而另一部分由粘膜排出。白细胞又分为嗜中性细胞(约占 50～70%左右)，嗜酸性细胞(占 0.5～4%左右)，嗜碱性细胞(占 0～1%左右)，淋巴细胞(占 20～35%左右)，大单核细胞(占 3～8%左右)等几种，其中前三种因

细胞浆内含有特殊颗粒，又称有粒白细胞。白细胞的主要功能是吞噬细菌，起防御作用。故白细胞减少时，机体抵抗力明显减低。大多数急性细菌感染时，血中白细胞量可增多，特别是嗜中性细胞增多，如肺炎、脑膜炎、乳腺炎等等。但有些疾病，如伤寒、疟疾等时，白细胞数可以减少。此外，肺结核时，血中淋巴细胞可增加。寄生虫病时，血中嗜酸性细胞可增加。临床上常把白细胞检查作为一些疾病的辅助诊断。

(3) **血小板** 比红细胞还要小得多，每立方毫米血中含有 10 万～30 万个。血小板的平均寿命约 8～9 天，衰老的血小板被网状内皮系统（主要是脾脏）所破坏。血小板的主要功能与血液凝固有关。当出血时，血小板破坏，放出一种凝血酶活素，能促使血液凝固。如血小板减少，可引起出血性疾病，病人全身均可见紫癜(粘膜及皮下出血)，并有牙龈出血等。

2. 血浆 是血液中除去各种血细胞剩下的液体，其中水分约占血浆总量的 91～92%，固体成份只占 8～9%。固体成份中含有蛋白质、葡萄糖、钾、钠、氯、钙等成分。血浆在运送血细胞、营养物质、激素和废物方面起着重要的作用，血中的二氧化碳也主要是以结合成碳酸氢钠的形式由血浆来运输的(详见 303 页)。

(二) 血液的生成和血量

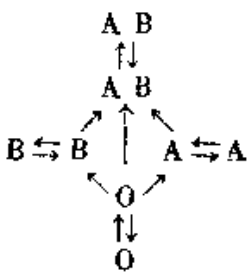
成人的血细胞主要在骨髓内生成。人体的许多扁骨都有造血功能，能将蛋白质和铁质等逐步制成血细胞。故这些物质缺乏，可引起贫血；而骨髓因某种原因使制造血的功能发生障碍，也可引起贫血，称为再生障碍性贫血。在胎儿时期，肝脏和脾脏也参与造血功能。血液中的淋巴细胞在脾脏

和淋巴结内生成，单核细胞在脾脏内生成，血浆蛋白则在肝脏内合成。

人体的血量可因体重不同而有差别，一般占体重的8%左右。故一般人少量出血或健康人抽取200～300毫升血液，对身体并无妨害。

（三）血型和输血

人类的血液可分为A、B、AB及O四个型。输血前必须先检验血型，同型血并且交叉试验无凝集现象方可相输。在紧急情况下又无同型血时，可小量输用异型血，但需注意各型血间的互相关系，切不可搞错，以免发生生命危险；大量输血则只能用同型血。



输血时各型血的互相关系

当前，世界革命形势大好。但是，我们要牢记毛主席关于**“提高警惕，保卫祖国”**的教导，认真做好各项战备工作。其中，组织输血队伍，搞好献血工作，是一项很重要的任务。因此，我们必须掌握这方面的有关知识，广泛地向贫下中农进行宣传，以协助这项工作的开展。

思 考 题

血液包括哪些成分？各有什么作用？

第四节　循环、血液系统常见疾病

一、风湿病及风湿性心脏病

风湿病是一种可以反复发作的全身性疾病，好发于儿童及青年，初次发作大多在5～15岁之间。它的发生与溶血性链球菌感染有关，但并非由细菌直接引起，而是一种全身性变态反应性疾病，病变常侵犯关节和心脏。在风湿病急性发作前数天至三个星期，常先发生扁桃体炎或咽峡炎，但有时这种先驱感染的症状很轻或不明确。发作起始有疲乏、烦躁、食欲减退等。一般起病较急，先有发热，接着发生关节炎、心脏炎，出现皮下小结、皮疹及舞蹈病等。严重者急性发作后可遗留显著的心脏瓣膜损害，形成慢性风湿性心脏病。

祖国医学认为本病属于“痹症”、“心痹”范畴，主要由于感受风寒湿之邪，入于经络肌肉关节，使气血不通而痛，成为痹症；如病邪留于血脉之间，可成为红斑点，留于肌肉筋脉则成为结节，内犯心脏即为心痹。

（一）风湿病（又称风湿热）

症状　临床表现以发热、关节炎、心脏炎、舞蹈病、环形红斑或皮下小结等五大症状为主，但不一定全部出现，特别后二者比较少见。

1. 发热　以不规则的中度发热为多见，脉搏加快，大量出汗。也可有反复鼻出血。

2. 关节炎　表现为游走性的多关节炎，常累及膝、踝、肩、腕等大关节，但很少侵犯小关节，往往为对称性（即两侧同一关节同时发生）。关节局部呈红、肿、热、痛等急性炎症表现，严重时关节腔可发生积液，关节活动受限。当关节

炎症消退后，功能即恢复正常，不产生畸形。这是与类风湿性关节炎的区别点。有些患者可仅有关节酸痛。

3. 心脏炎　心脏炎是本病重要的临床表现，儿童比较多见。心脏炎是心肌炎、心内膜炎、心包炎的总称。心肌炎主要表现为心率显著增快，与体温升高不相称，呈窦性心动过速，同时还有第一心音减弱、心尖部有收缩期杂音、心脏扩大、心律不规则或出现奔马律等。心内膜炎可引起心瓣膜关闭不全或相对性的狭窄，临床上可听到收缩期或舒张期杂音，风湿活动停止后杂音可消失，但遗留损害者杂音可粗糙而且长期不消失。严重病人出现心包炎时可出现心前区疼痛、端坐呼吸及明显呼吸困难，听诊有心包摩擦音。

心脏炎大都在起病 2 周内发生，往往心肌、心内膜及心包同时受累，称为风湿性全心炎。严重患者可发生心力衰竭，并常遗留慢性心脏瓣膜病。

4. 舞蹈病　以儿童（特别是女性儿童）比较多见，主要表现为经常发生不自主、不协调及无目的的肌肉运动，以四肢的动作最多；如颜面部肌肉抽搐，可引起奇异面容或语言障碍，时而伸舌、歪嘴、皱眉、闭眼、耸肩、缩颈等。舞蹈病可以单独出现，但也可伴有风湿病的其他表现。

5. 环形红斑和皮下小结　环形红斑多见于胸、背或四肢近端的内侧，出现时较小，迅速向四周扩大，呈环形或半环形红色斑疹，稍隆起，中心部皮色正常，常在 1～2 天后消失或改变形状。环形红斑对本病有较重要的诊断价值。皮下小结多见于关节的伸侧，分布对称，隆起于皮下，如米粒或黄豆大小，无疼痛，与皮肤无粘连，常在数周内逐渐消失。皮下小结多见于儿童患者，常同时有严重的心脏炎。

6. 其他症状　少数病人可出现腹痛、胸膜炎、肺炎等。

如有条件作化验检查，血清抗溶血性链球菌溶血素“O”（简称抗“O”）增高（正常在500单位以下），红细胞沉降率（血沉）增快，白细胞数增高、中性增多。

祖国医学认为，痹症中除应有症状外，兼见壮热口渴、关节红肿热痛、大便秘、舌苔黄腻而粗糙、质红、脉弦数者为热偏胜；若兼见头痛如裹、渴不欲饮、身重、舌苔白腻而润，则属湿偏胜。心痹除心悸、咳喘、水肿等症状外，若见面色苍白、气短、汗出、动则尤甚、舌淡、脉濡细等，属气血亏虚；若兼见颧紫红、唇与指甲青灰、咯血、心痛、舌质青紫或有瘀斑、脉细数或结代，属肺络瘀阻；若兼见面色萎暗、面浮、重者不得卧、脉结代或沉细而数，属心肾阳衰。

鉴别诊断

1．发热方面应与结核病及慢性感染相鉴别。

2．关节炎方面应与类风湿性关节炎相鉴别，后者大多呈多发性，对称性分布，很少为游走性。病程常侵犯指掌等小关节。后期受累关节可出现梭形肿大或关节畸形。心脏及心脏瓣膜很少受累。

3．心脏方面应与亚急性细菌性心内膜炎相鉴别，后者多见于原有心瓣膜病变的患者，并有进行性贫血、脾肿大、瘀斑、杵状指或栓塞现象，细菌培养常阳性。

（二）风湿性心脏病

风湿性心脏炎反复发作，累及心瓣膜，可引起瓣膜变形、粘连，造成心脏瓣膜的狭窄及关闭不全，则形成风湿性心脏病。风湿热侵犯心脏瓣膜最常见的是二尖瓣，其次是主动脉瓣。由于风湿热容易复发，因此慢性风湿性心脏病人仍可有活动性心脏炎的发作和发展。

风湿性心脏病对血液循环和心脏的影响，主要决定于受损瓣膜所处的部位、损害程度和心脏代偿机能的情况。基本的变化有以下两方

面：

1. 血液循环的改变　瓣膜狭窄时，血液从心房流入心室或从心室流入动脉发生阻碍；关闭不全时，部分血液可从心室逆流到心房或从动脉逆流到心室。上述原因都使心腔内血量增多和输出量减少。如心脏代偿机能良好，通过心收缩力的加强，可以克服阻力和补偿输出量的不足。但当心脏失代偿或代偿不全时，心肌收缩力减弱，心输出量减少，静脉回流受阻，造成心脏和静脉瘀血。

2. 心脏的改变　瓣膜的狭窄或关闭不全，使心腔内血量增多而输出量减少，都会引起相应房室的代偿性肥大和扩大（如主动脉瓣关闭不全可引起左心室肥大和扩大等）。心脏由于长期负荷过重，心肌逐渐丧失代偿的能力，收缩无力，心腔扩大，导致心脏机能代偿不全而形成心力衰竭。

症状　风湿性心脏病常见的瓣膜损害以二尖瓣和主动脉瓣病变为多见。

1. 二尖瓣病变　临床上以单纯性二尖瓣狭窄较多见，单纯的关闭不全较少见；但二尖瓣狭窄与关闭不全常同时存在。

(1) 二尖瓣狭窄　二尖瓣狭窄的结果，使血液从左心房流入左心室受阻，使左心房、肺静脉与肺毛细血管的压力增高，引起左心房扩大与肺充血。肺充血又可使肺动脉压力增高，从而加重了右心室的负担，造成右心室扩大和肥大，最后可发生右心衰竭。

轻度二尖瓣狭窄可能无症状，或出现心悸、气促。较重者有乏力、心悸、体力活动时呼吸困难、咳嗽、痰中带血及咯血等。由于肺充血，患者的颧部和口唇常有轻度紫绀，即所谓“二尖瓣面容”。

体格检查，轻者除心脏局部检查有所发现外，余无阳性体征；重者则有紫绀、呼吸困难、水肿、肝肿大、腹水等。

心尖部听诊，往往可听到有舒张期雷鸣样杂音，这是二尖瓣狭窄的特殊体征（由于二尖瓣狭窄，舒张期血液自左心房通过狭窄的瓣膜进入左心室时发生漩涡而形成）。同时，肺动脉瓣区第二心音增强，有时可出现第二心音分裂或舒张期吹风样杂音（史氏杂音）；心尖部第一心音早期亢进，可呈拍击性，并有开瓣性拍击音，晚期则减弱。触诊时可在心尖部摸到舒张期震颤。叩诊时，心浊音界于心腰部膨出（左心房扩大所致），心尖向下，呈梨形。

⑵ 二尖瓣关闭不全：由于二尖瓣关闭不全，当左心室收缩时，大部分血流入主动脉，同时部分血液倒流入左心房，使左心房压力增加，从而发生左心房扩大与肥大。当左心室舒张时，左心室除了接受肺循环回流的血液外，还要容纳倒流入左心房的血液，从而使左心室血量过度增加，久而久之发生左心室的扩大和肥大。

轻度患者可无明显的自觉症状，较重时可有疲乏、心悸及呼吸困难，严重时可发生心力衰竭。

体格检查，心脏浊音界增大，心尖搏动向左下方移位。心尖区第一心音减弱或消失，并可听及响亮而粗糙的吹风样收缩期杂音。肺动脉区第二心音增强，有时可听及第二心音分裂。

2. 主动脉瓣病变　单纯性主动脉瓣病变较少见，常与二尖瓣病变同时存在。

⑴ 主动脉瓣狭窄：主动脉瓣狭窄常使左心室排血量降低，左心室不能完全排空。当心室舒张时，左心室的血容量增多（未排出的剩血加正常从左心房流入的血液）。左心室为了保持心输出量，只有用加强心室的收缩力来代偿，结果就发生左心室肥大和扩大。

临床上，由于左心室心搏出量减少，大循环血量不足，可有气急

及疲乏；脑部供血量不足，可造成眩晕及昏厥；冠状动脉血流量不足，可导致心绞痛或心律失常，严重者甚至可突然死亡。

体格检查时，心脏向左下扩大，血压的脉压差变小（收缩压降低之故）。听诊主动脉瓣区有响亮而粗糙的收缩期杂音，并向颈部传导；第二心音减弱，心率减慢；有时还可能触及收缩期震颤。

(2) 主动脉瓣关闭不全：由于主动脉瓣关闭不全，心室舒张时，左心室不但要接受左心房来的血液，又要接受主动脉倒流的血液，从而形成左心室舒张期过度充盈，逐渐产生左心室扩大和肥大。

患者早期症状不明显或仅有心悸和头部搏动感；少数病人由于舒张期主动脉血倒流，使舒张压显著降低，可引起冠状动脉循环障碍而发生心绞痛。晚期可发生左心衰竭。

体格检查，心脏向左下扩大，听诊主动脉瓣区及第二主动脉瓣区有舒张期吹风样杂音，第二心音减弱或消失。当左心室显著扩大时，可造成二尖瓣相对性狭窄，在心尖区可听及隆隆样舒张期杂音。主动脉瓣闭锁不全显著时，还可有脉压增宽、毛细血管搏动及动脉枪击声。

风湿性心脏病病人在风湿活动时作实验室检查，可有血中白细胞数增高、血沉增快和血清抗“O”增高。

并发症

1. 心力衰竭　详见701页。

2. 心房颤动　详见心律失常（第716页）。

3. 动脉栓塞　常见于二尖瓣狭窄伴有心房颤动的患者，主要由于左心房扩张和郁血，使血流减慢，容易形成血栓。如血栓脱落，可引起动脉栓塞，其中以脑动脉栓塞（脑栓塞）最多见，病人可突然偏瘫或死亡（详见第819页）。

预防

1. 注意体育锻炼，提高身体健康水平。
2. 注意防寒保暖，避免久居潮湿的场所。
3. 预防和及早治疗链球菌感染病灶。如有慢性扁桃体

炎经常急性发作，应予早期手术切除。

4. 有风湿病史者，应积极治疗，并可用药物预防其发作：口服磺胺嘧啶，成人每天1克，儿童12岁以下每日0.25克，12岁以上每日0.5克；有条件时可选用长效青霉素120万单位，每月肌肉注射1次，疗程3个月，儿童剂量酌情减少。

治疗

1. 活动性风湿热应卧床休息(特别是有明显心肌炎的病人)，以后再逐渐增加活动。无特殊症状的轻型风湿性心脏病人，不须进行特殊治疗，主要应帮助病人树立为革命而治病的思想，增强同疾病作斗争的信心和决心。同时，要避免剧烈的运动和过度疲劳(必要时适当休息或减轻工作)，注意防止呼吸道感染；一旦有感染出现，应及时治疗。如病人精神过于紧张，可适当给予镇静剂，如安他乐、利眠宁等；或给予养心安神的中草药，如葎草1两、红枣6枚，水煎服，或安神补心丸(详见233页)每次3～4钱，一日3次等。

2. 有风湿活动者，应给予抗风湿治疗，如阿斯匹林1～1.5克，一日3次，小儿按0.1克/公斤/日计算，分3～4次服；或保太松0.1～0.2克，一日3次等。如有心肌炎，则给强的松10～20毫克，一日3次；或地塞米松1.5～2毫克，一日3次。病情控制后，可逐渐减量。使用皮质激素时，应注意禁忌症和副作用，宜低钠（减盐）饮食，适当补充钾盐（如氯化钾）。同时，用磺胺药物或青霉素控制感染。

3. 轻度心悸、气促，可给氨茶碱0.1克，每日3次；或加用少量镇静剂，如利眠宁10毫克，每日2～3次。

4. 中草药治疗

(1) 风湿活动期　可用验方土牛膝、豨莶草、臭梧桐根、

万年青根各 1 两，灯草 1 钱，水煎服。

⑵ 辨证论治：

① 痹证若热偏胜，治宜清热祛风、调和营卫，可用石膏知母桂枝汤，即石膏知母汤(见 209 页)加桂枝；若湿偏胜，治宜清热燥湿，可用石膏知母汤加苍术。

② 心痹　属气血亏虚，治宜益气养心，可用炙甘草汤(见第 218 页)加减；属肺络瘀阻，治宜活血祛瘀，可用桃红饮加减，即桂枝、桃红各 3 钱，赤芍、丹参各 4 钱，龙骨 5 钱，红花、炙甘草各 2 钱，远志 1.5 钱，水煎服；属心肾阳虚，治宜温阳利水，可用温阳化水汤（见 213 页)加减。

5. 新针疗法

⑴ 风寒湿痹：

① 上肢关节：常用曲池、合谷、肩髃等穴，可配用外关、后溪、养老。肩关节痛时针刺肩髃透极泉、曲池透少海，腕及肘关节痛时合谷透劳宫，均用捻转提插法深刺。

② 下肢关节：常用环跳、阴陵泉、悬钟等穴，可配用风市、足三里、膝眼。膝关节痛时针刺阳陵泉透阴陵泉，踝关节痛时悬钟透三阴交，髋关节痛时环跳和阳陵泉。

⑵ 在无产阶级文化大革命中，鞍山市曙光公社一支由家庭妇女组成的毛泽东思想医疗宣传队，在解放军的帮助下，以毛主席的哲学思想作指导，打破了长时期来“心脏病禁针”的形而上学观点，用新针疗法治疗了大量被判为“不治之症”的风湿性心脏病患者，使许多阶级兄弟重返了抓革命、促生产的第一线。根据她们的经验，一般风湿性心脏病患者（包括心力衰竭者）均可用针刺治疗，如疗效不显著可配用 10% “681” 静脉注射（每次 10 毫升）、当归液经络注射等。如合并感染可配合双花注射液，浮肿明显可配合中草药，痰喘实脱效果不明显可配合“电针”或“赤医针”。西药仅作为辅助治疗或临时抢

救措施，就是洋地黄类药物也不作长期服用。现将新针疗法介绍如下：

① 常用穴：第一组：内关、间使、少府；第二组：内关、郄〔音怯，qiè〕门（内关穴上3寸）、曲泽。主要起调节心率和镇静作用。

② 备穴：阴陵泉透阳陵泉、足三里、解溪、昆仑，可起抗风湿作用；中脘、天枢、气海、足三里，可起调节肠胃机能作用；太冲、阴陵泉透阳陵泉、水分、中极透曲骨、水泉、飞扬，可起利尿作用；肺俞、少府、合谷，可起镇咳、祛痰、平喘作用。此外，尚可根据症状灵活选用有关穴位，如心动过缓针内关、通里，心动过速针内关、间使或耳针心区，腹胀针中极、归来、气海或赤医针五穴，肝大针太冲、章门等。

③ 选穴原则：主穴可选第一组或第二组，配穴根据病情选用，每次针4～5个穴位，但左右穴应针双穴。

④ 针刺手法：采取深扎强刺，用鸡捣米提插、捻转，有酸、麻、胀或通电感得气后退针。

⑤ 疗程：7～10天。根据病人体质，酌情休息几天，再进行下一个疗程。通常每日扎，也可隔日或隔二日。

⑥ 注意事项：治疗过程中与病人同学毛主席著作，对病人进行深入细致的思想工作，充分调动患者的主观能动性，向疾病展开顽强的斗争，并耐心接受治疗，这一点非常重要。同时，应视病情许可，鼓励患者作适当的活动，锻炼体力，可以促进疗效，有助于健康的恢复。此外，饮食可稍清淡，但无须强调低盐饮食。

6．有明显症状，如气促、心悸、咯血、肺水肿等，但年龄在20～50岁之间，瓣膜弹性较好（听诊时多可听及二尖瓣开放性拍击音或拍击性第一心音），属单纯性二尖瓣狭窄且无其它活动性病变的病人，可施行外科手术治疗，作二尖瓣分离术，效果较好。

7．并发症治疗　详见有关章节。

思　考　题

1．风湿热和风湿性心脏病临床上有些什么表现？心脏听诊有何

特点？

2．谈谈风湿热和风湿性心脏病的治疗原则。

〔附〕 亚急性细菌性心内膜炎

细菌性心内膜炎是由于细菌进入血流后侵犯心脏内膜而引起的一种炎性病变，按其病程可分成急性和亚急性两种。急性者比较少见，此处从略。亚急性多发生在原有心脏病（如风湿性心脏病、先天性心脏病）的患者，致病菌以草绿色链球菌占多数，其次为肠道球菌及大肠杆菌。细菌大多由口腔炎、扁桃腺炎、肾盂肾炎等感染病灶进入血液内，其它如口腔手术、心脏手术也可引起本病。

症状 起病缓慢，开始可有不规则持续发热或仅有低热，并常伴有进行性贫血、全身乏力、盗汗、食欲减退、体重减轻等；有时可有关节酸痛、肝脾肿大及杵状指等。多数病人可于发病数日或数周后出现栓塞症状，主要是由于心内膜上病变部位的赘生物组织较疏松，经血流冲涮后脱落入血而成。常见的有皮肤和粘膜的栓塞，如在眼睑、结膜、口腔粘膜、胸部等处出现瘀点或瘀斑；有时在手指或足趾末端掌面可出现微隆起、微有压痛的紫红色皮内结节，或在指甲下出现有压痛的条状出血。此外，还可出现肺、脑、肾、脾等脏器的栓塞，表现为胸痛、咳血、腹痛、脾肿大、便血、尿血、肢体瘫痪等。

检查 心脏听诊可听到原有心脏病的杂音。由于赘生物不断生长脱落，杂音性质常有变异（一般为变粗变响）。少数病例可发生心力衰竭及心脏扩大。

实验室检查，血中白细胞计数增高，红细胞及血红蛋白降低，细菌培养可阳性；血沉明显增快；尿中可出现红细胞及蛋白等。

预防 凡有风湿性心脏瓣膜病或先天性心脏病患者应尽量避免急性感染，并及时治疗感染病灶；在施行拔牙、分娩或手术前后均应注射青霉素预防。

治疗 无论疑似或确诊为亚急性细菌性心内膜炎者，均应争取及早使用大剂量抗菌素治疗。

1．青霉素为首选药物，每日剂量400～600万单位，部分静脉滴

注、部分肌肉注射、或全部静脉滴注。并可加服羧苯磺胺0.25～0.5克，每天4次，以减少青霉素的排泄，提高血液内青霉素浓度。疗程为4～6周。如经治疗一周后发热及临床症状无好转时，应考虑加大青霉素剂量（可加至每天1,000万单位）。

2．经上述治疗无效时，可加用链霉素每天1.0克，分二次肌注，疗程4～6周；儿童剂量按每天每公斤30毫克计算，分二次肌注。

3．对青霉素过敏者可用红霉素，成人剂量1.5～1.8克/天，儿童50毫克/公斤/天，静脉滴注；同时加用链霉素，剂量同上。疗程4～6周。其他广谱抗菌素如四环素、氯霉素、庆大霉素、卡那霉素等也可使用。

4．治疗期间应绝对卧床休息，给予丰富的营养，并纠正贫血（必要时输血等）。有心力衰竭时，应使用毛地黄、利尿剂等药物。

〔附〕 心肌炎与心包炎

（一）心肌炎

凡由各种原因（感染或非感染）引起心肌的局限性或弥漫性炎性病变，导致心肌功能紊乱，即称为心肌炎。心肌炎大多继发于全身性疾病的病程中。引起心肌炎的常见原因有：

1．病毒感染　病毒感染并发心肌炎在临床上日益多见，其中以肠道C病毒和呼吸道病毒所致的心肌炎为最多。发病原因大多是病毒直接侵袭心肌引起急性炎症，也可通过自身免疫变态反应而造成心肌的慢性损伤。

2．细菌感染　以葡萄球菌为多见，其次为脑膜炎双球菌、链球菌、肺炎球菌等。伤寒、白喉（主要是毒素）等急性传染病也极易并发中毒性心肌炎。

3．风湿活动　风湿活动并发心肌炎，大多出现在发病初期，常为风湿热的主要和唯一的表现。

4　其它　如化学药品中毒（锑剂、奎尼丁等）、电解质紊乱等也可出现心肌炎。

症状　症状轻重不一，轻者可无症状，重者可突然死亡。一般病

人可有原发病的症状和体征，心肌炎常并发在原发病的急性期或恢复期。如并发在急性期，心肌炎的征象往往易被掩盖，应提高警惕。病毒性感染引起的心肌炎，原发病症状往往不明显，而以心肌炎的表现为突出。

心肌炎常见的症状有心前区隐痛、胸闷不适、发热、心悸、头晕、软弱无力、食欲不振、恶心、呕吐等，部分较重的患者有呼吸困难（端坐呼吸）、浮肿等心力衰竭表现。检查时多有心尖部第一心音减轻或变钝，可有奔马律，心率增速（少数可减慢），与体温不相称，或有心律失常。如合并心包炎，可有心包摩擦音。严重者心脏扩大，有时肝脏也肿大，血压下降，脉压低。

实验室检查，急性期血中白细胞计数增高，血沉增速，血清转氨酶也可增高。X线检查可见心脏扩大。有条件时作心电图检查以证实。

鉴别诊断 本病应与支气管炎相鉴别。后者虽有明显呼吸困难及心动过速，但心力衰竭的体征不明显，心界常不扩大，并可有肺部的明显体征。

预防

1．平时应加强体育锻炼，增加机体抵抗力。

2．积极、及早防治各种疾病，特别是感染性疾病。

治疗

1．积极治疗和控制原发疾病，并注意休息，适当限制活动，饮食以易消化及富有营养的食物为主，补充维生素B、C等。

2．积极治疗和控制心肌病变，包括：

(1) 心力衰竭及心律失常者应及时使用小剂量毛地黄类药物，详见心力衰竭及心律失常的治疗（见705、708页）。

(2) 使用改善心肌代谢和促进心肌恢复的药物，如维生素C 200～400毫克，每日三次口服；或20～40毫克/公斤/次，溶于25%葡萄糖溶液20～40毫升中静脉注射，每日一次。也可用三磷酸腺苷20毫克加辅酶A 50单位，每日一次肌注或加入25%葡萄糖中静脉注射。

(3) 对症处理 烦躁不安、心前区疼痛等可用镇静、镇痛剂等。

（二）心包炎

心包的脏层和壁层的炎症统称为心包炎，常为某些疾病的一部分表现和并发症，可与心肌、心内膜的炎症同时存在。根据起病的急、缓分成急性和慢性两种。急性心包炎多是继发性的，可由各种感染和非感染因素引起。根据心包炎的病理变化过程，又分成纤维蛋白性(干性）和渗出性（湿性）两个阶段。慢性心包炎大多是在急性心包炎后，心包上遗留疤痕和局部粘连，使心包失去伸缩性，心脏的收缩和舒张功能受到障碍而成，又称慢性缩窄性心包炎，由于临床上少见，此处不再赘述。

临床上常见的急性心包炎大多为结核性的，其次有风湿性、化脓性及急性非特异性等；恶性肿瘤、心肌梗死、尿毒症等疾病也可引起心包炎。发病率男性多于女性。

症状

1．纤维蛋白性（干性）阶段

(1) 有发热、出汗、乏力等原发疾病的全身症状。

(2) 心前区疼痛：常局限于胸骨下或心前区，呈尖锐剧痛或沉重闷痛，并可放射到左肩、左臂或左肩胛间区，也可放射到上腹部；在改变体位（特别是左侧臥位）、深呼吸、咳嗽时，疼痛加剧。

(3) 心包摩擦音：是纤维蛋白性心包炎的典型体征，呈抓刮样粗糙的声音，在心脏的收缩期和舒张期都可听到（收缩期比较明显），心前区各处均可听及，尤以胸骨左缘第三、四肋间或剑突区最清楚。

(4) 往往有心肌炎或心内膜炎等体征。

2．渗出性（湿性）阶段

(1) 发热、寒战、出汗、乏力等症状加剧（特别在化脓性心包炎时），心前区疼痛则可因有渗液而减轻。

(2) 心包内渗出液增多时可有心浊音界扩大（成梯形）、心尖搏动消失、心音减弱等。当心包有大量积液时，可压迫左侧肺底部而出现肺实变体征，如叩诊浊音、语颤增强或听到支气管呼吸音等，并可有咳嗽、声哑、吞咽困难等症状。

(3) 如心包腔内渗液大量或迅速出现，可使心包腔内压力迅速增

高，明显妨碍心脏的舒张充盈，出现心脏受压征象，包括呼吸困难(端坐体位或躯体向前倾)、面色苍白、紫绀、烦躁不安、乏力、上腹部胀痛、浮肿等；并因心排血量减少而有明显的心动过速，甚至产生晕厥或休克。如渗液量较慢，则除心率可加速外，还有颈静脉怒张、肝肿大、腹水、肝颈返流阳性、脉搏细弱等表现。

实验室检查，化脓性心包炎时白细胞计数升高。有条件时可作超声波、X线、心电图及心包穿刺等检查，以帮助诊断。

治疗

1．一般处理　卧床休息，取安适卧位。进易消化及富有营养的饮食，有水肿时忌盐。心前区疼痛时给予水杨酸或磷酸可待因等药物镇痛。

2．病因治疗　风湿性心包炎应使用抗风湿药物及激素等。结核性心包炎应尽量及早给予抗结核治疗（参见肺结核节第551页）。化脓性心包炎应给予大量抗菌素，以青霉素为主，并每隔1～2日反复作心包穿刺抽脓及心包腔内注射青霉素（5万单位青霉素溶于20毫升生理盐水中缓慢注入）；治疗无效时及时作心包手术引流。非特异性心包炎使用促肾上腺皮质激素，胸痛给予镇痛剂，无继发感染时一般不用抗菌素。心肌梗死、恶性肿瘤、尿毒症等疾病引起的心包炎，主要针对病因进行治疗。

思　考　题

亚急性细菌性心内膜炎、心肌炎和心包炎是如何发生的？有什么危害性？应该怎样防治？

二、慢性肺原性心脏病

慢性肺原性心脏病是一种常见的慢性疾病，主要由于长期慢性肺部疾病，如慢性支气管炎、支气管哮喘、肺结核、矽肺等引起的慢性阻塞性肺气肿，使肺泡大量破裂，肺的毛细血管减少，导致肺循环压力增高，加重了右心的负担，逐

渐发展而成，最后可导致心力衰竭。发病年龄一般多在40岁以上，好发于冬春季节。

本病在祖国医学中属于“痰饮”、“水气”、“喘咳”、“心悸”等范畴，与肺（肺失宣散、肃降）、脾（因脾恶湿故湿盛生痰）、心（心阳虚及水逆凌心）、肾（肾阳不足不能蒸化水气、又不能纳气）有密切联系。

症状 疾病的早期只有原来肺部疾病的症状和体症，如慢性咳嗽、咯痰、劳动后气急等；随着疾病的进展，症状逐渐加剧。晚期常出现呼吸困难、紫绀、杵状指等肺机能不全的症状。严重患者因通气功能障碍，供氧不足，造成二氧化碳潴留而出现呼吸性酸中毒。病人常有嗜睡、神志模糊或昏迷等症状。如伴有肺部感染，还可出现高热及咯黄脓痰。

检查 早期常有桶状胸、肋间隙增宽、呼吸运动减弱、语颤降低、肺部叩诊呈高清音、心浊音界缩小、呼吸音降低、心音轻远等慢性肺气肿体征，并可闻及干湿罗音。晚期可出现右心室增大与右心衰竭的征象，如呼吸困难及紫绀加重，颈静脉怒张，肝肿大有压痛，下肢浮肿，心率增速，剑突下可听及收缩期杂音，肺动脉瓣区第二心音亢进，有时可听到奔马律。肺部感染常可导致心力衰竭的发生。

实验室检查，肺部感染时血中白细胞数可增高。X线胸透可见肺气肿征象及右心室肥大。

祖国医学把本病分为三型：

1. 心肺气（阳）虚 相当于本病的早期或无明显的心力衰竭时，证见疲乏、气闷、动则气急、痰多白色如泡沫状、舌质暗或偏淡、脉细弱等。

2. 肺肾气虚、痰浊壅滞 气急动则更甚、胸胁满闷、神疲自汗、或形寒浮肿、小便短少、舌苔白腻、脉细带数。

3. 脾肾阳虚　面色灰暗、四肢厥冷、周身浮肿、下肢尤甚、小便短少、心悸气喘、不得平卧、舌质淡胖而苔滑腻、脉沉细。

预防

1. 积极参加体育锻炼，增强机体抵抗力。

2. 积极防治支气管和肺部疾病。

3. 避免呼吸道慢性刺激，戒烟、戒酒并做好劳动防尘保护。

治疗

1. 控制呼吸道感染，可用中草药和抗菌素（详见呼吸系统疾患）。

2. 新针疗法　咳嗽气短取曲池、尺泽、内关，下肢浮肿取阳陵泉、阴陵泉、照海。也可用耳针，咳嗽气短针肺区，心悸浮肿针肾区及心区，利尿针膀胱区。

3. 应用支气管扩张剂及祛痰剂，以解除支气管痉挛，排出分泌物，使呼吸道畅通。可口服氨茶碱 0.1 克，每日 3 次，小儿 4～6 毫克/公斤/次；或静脉注射氨茶碱 0.25 克（小儿 2 毫克/公斤），加入 25% 葡萄糖 40 毫升中缓慢注射。同时口服氯化铵 0.3～0.6 克，每日 3 次。

4. 有心力衰竭时按右心衰竭处理（详见 705 页）。

5. 中草药治疗

(1) 草药验方：佛耳草、鱼腥草各 1 两，水煎服；桔皮、生梨皮，数量不限，煎汤冲入蜜糖少许，一日二次口服。

(2) 辨证论治：

① 心肺气虚：治宜温肺化饮、通阳理气，可用苓桂术甘汤（见第 216 页）加姜半夏、陈皮、苏子各 3 钱。

② 肺肾气虚、痰浊壅滞：治宜温肾纳气、肃肺化痰，可

用附桂八味丸(见226页)合三子汤(见228页)加减。

③ 脾肾阳虚：治宜温阳利水、健脾化痰，可用温阳化水汤(见213页)合五苓散(见215页)加减。

上述几型中，若感外邪，应加金银花、板蓝根、牛蒡子、鱼腥草等；有咯血加侧柏叶、小蓟、仙鹤草等；若胸闷、胸痛，加郁金、枳壳等；血瘀显著者加丹参、赤芍、当归、桃仁、红花等。

思 考 题

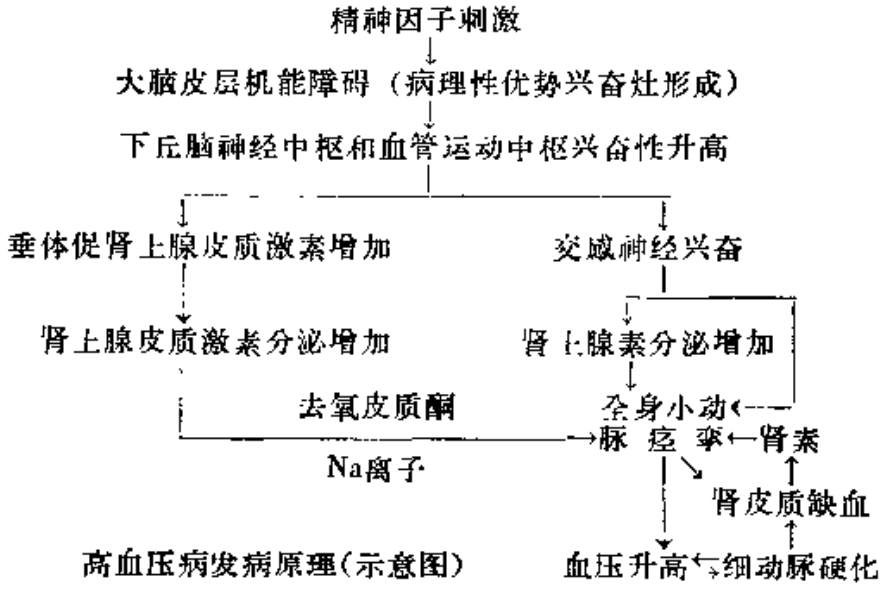
如何诊断肺原性心脏病？

三、高血压病及高血压性心脏病

成人的血压持续超过140/90毫米汞柱，称为高血压，可分为高血压病（原发性高血压）和症状性高血压（继发性高血压）两类。症状性高血压常继发于颅内肿瘤、肾髓灰质炎、主动脉缩窄，充血性心力衰竭、急慢性肾炎、肾肿瘤、肾上腺皮质功能亢进等疾病，此处不予讲述。高血压病则为一种常见的慢性疾病，主要与高级神经机能活动紊乱有关，晚期可导致心脏、血管、脑、肾等脏器发生病理变化，祖国医学认为属于“眩晕”、“肝阳”、“中风”等范畴。

病因和发病原理 长期或反复的精神过度紧张与疲劳、强烈的情绪激动等，可引起大脑皮层活动障碍，在皮层下的血管舒缩中枢形成固定的兴奋灶，从而产生血管系统神经调节的紊乱，以交感神经的兴奋占优势，使全身各部细、小动脉发生持续性痉挛而血压持续升高。由于细、小动脉持续性痉挛，各器官缺血，尤其是肾脏缺血时可产生肾素，与肝脏中的高血压素元作用而产生高血压素，能使全身小动脉进一步痉挛，更巩固了已升高的血压。小动脉的长期痉挛又可使小动

脉硬化、肾缺血加剧及血压恒定性增高。此外，由于植物性中枢兴奋性升高，可通过垂体使肾上腺皮质激素增加，因而在摄入多量钠盐的条件下，可使血管系统对各种加压物质的敏感性增高，从而加速了小动脉的硬化，使血压升高。



高血压病发病原理（示意图）

祖国医学认为本病的主要原因是肝肾阴虚、肝阳上亢，形成阴虚阳亢，产生内风或化为水，久则损伤元气而虚，甚至阴阳两虚而生湿生痰。此外，女性绝经期也可因冲任不调而导致本病。

症状 早期症状可以不明显，在体格检查或诊治其他疾病时发现血压较高，且波动性较大。临床常见的症状是头痛（呈搏动性）、头昏、耳鸣、心悸、失眠、胸闷、烦躁及容易疲乏或激动等。

检查 血压测量高于 140/90 毫米汞柱。心尖部可有轻度收缩期杂音，主动脉瓣区第二心音亢进。

祖国医学认为，除上述表现外若兼见面红耳赤、口干便结、舌质红、苔黄或干糙、脉弦而劲，为阴虚阳亢。若兼见

目糊、心烦惊悸、遗精、舌质红绛、脉弦而细，则偏于阴虚。若兼见耳鸣气促、舌质红或苔剥、脉弦细而弱，为阴阳两虚中偏于阴虚；若兼见肤冷足软、尿频、舌质淡、脉弦细或结代，则偏于阳虚。

并发症

1．心脏方面　主要是高血压性心脏病。由于长期高血压，主动脉压力增高，左心室负担加重而发生肥大，接着扩大，出现相对性的二尖瓣关闭不全。若负担继续加重，可发生左心衰竭。进一步还可影响右心，引起全心衰竭。临床主要表现是劳动后心悸、气促、夜间阵发性呼吸困难。心浊音界向左下扩大，心尖部可听到收缩期杂音及舒张期奔马律。两肺底可听到湿性罗音。如已发生右心衰竭，则可引起大循环充血，产生相应的症状及体症（详后）。

2．脑部方面：(1)高血压脑病：又称高血压危象。由于血压突然升高，导致脑的小动脉痉挛，脑部血液循环发生急性障碍，引起脑水肿，颅内压急剧升高，出现剧烈头痛、眩晕、恶心、呕吐、昏迷、惊厥等表现。(2)脑出血或脑血栓形成：在脑动脉硬化的基础上发生，可引起偏瘫、失语、昏迷等症状，一般称为“中风”，严重者（特别是脑出血）常有生命危险。

3．肾脏方面：由于持续性血压升高，肾小动脉痉挛以至硬化，引起肾机能逐步减退，临床表现为多尿、夜尿，尿中可出现蛋白质、管型和红细胞，严重者甚至发生尿毒症。

临床分型　根据本病的症状体征和病情进展情况，一般可分为缓进型和急进型两种类型：

1．缓进型高血压病　此型在临床上极为常见，多见于40岁以上的患者，病情进展较缓慢。1972年全国防治肺心病、冠心病、高血压病座谈会修订的本病分期标准如下：

一期　舒张压大部分时间波动于90～100毫米汞柱之间，休息后可降至正常，无脑、心、肾的器质性损伤。

二期

(1) 符合下列情况之一者：舒张压一般持续超过 100 毫米汞柱，休息后不能降至正常，并合并脑、心、肾轻度损伤中的一项或一项以上。

(2) 舒张压持续在 110 毫米汞柱以上，但未发现脑、心、肾的器质性损伤；或舒张压大部分时间波动于 90～100 毫米汞柱之间，并合并脑、心、肾轻度损伤中的二项或二项以上。

三期　符合下列情况之一者：

(1) 舒张压持续超过 120 毫米汞柱，并合并脑、心、肾的中度以上损伤中的一项或一项以上。

(2) 舒张压持续在 110～120 毫米汞柱之间，并合并脑、心、肾的中度以上损伤中的二项以上。

(3) 血压持续升高并合并或曾患有脑血管并发症、心力衰竭及尿毒症。

2．急进型高血压病

(1) 病程迅速发展，舒张压持续超过 130 毫米汞柱。

(2) 伴有急剧进展的肾机能损伤及左心衰竭与Ⅳ级眼底病变。

(3) 已排除症状性高血压。

预防

1．坚持体力劳动与脑力劳动相结合，培养革命乐观主义精神，积极参加体育活动，对本病的预防有积极意义。

2．定期健康检查，早期发现本病，早期治疗。

治疗

1．饮食宜少盐、低脂肪，多吃些蔬菜。尽可能戒烟、酒。血压过高者适当减轻劳动或休息。对病人做细致的思想工作，使他们树立与疾病作长期斗争的信心，合理安排工作与休息。这对本病的治疗甚为重要。

2．新针疗法　曲池、足三里、百会、风池、合谷、太冲，头晕加太阳、风府，心悸加内关，失眠加三阴交、神门，平针法。或耳针降压沟、心、神门、皮质下、肾上腺等。

3. 中草药治疗

(1) 草药验方：夏枯草、豨莶草、车前草各 1 两，或臭梧桐根、杞子根、青葙子各 1 两，均为水煎服；或用水露芹 2 两捣烂取汁，日服 2 次。

(2) 辨证论治：

① 阴虚阳亢治宜平肝清热，可用龙胆泻肝汤（见 210 页）加减。若偏于阴虚，治宜滋肾养肝，可用首乌汤加减，即首乌、菟丝子、桑寄生各 5 钱，女贞子，磁石（先煎）各 1 两，桑椹子 6 钱，水煎服；或用杞菊地黄丸（见 226 页）。

② 阴阳两虚中偏于阴虚者治宜养阴益肾，可用左归丸加减，即生地、石斛各 5 钱，仙灵脾 4 钱，山萸肉、牛膝、巴戟天各 3 钱，水煎服。若偏于阳虚，治宜滋阴壮阳，可用右归丸加减，即熟地、山药、山萸肉、杞子、鹿角胶、杜仲各 3 钱，仙灵脾 4 钱，水煎服。

③ 如有一时性失语、耳聋、偏瘫者，治宜止痛活络，可用珍珠母 1 两，丹参 5 钱，杭菊花、石菖蒲各 3 钱，天竺黄、首乌、黄精各 4 钱，桃仁、赤芍、蚯蚓各 2 钱，水煎服。

④ 高血压充血现象比较明显而血压很高，可用臭桐梧、豨莶草各 1 两，黄芩、夏枯草各 5 钱，地龙 1 钱（研粉冲服更好），水煎服；目赤便秘者可加黄连上清丸 5 钱同服。

⑤ 豨莶丸每服 1 丸，日 3 丸，以上各型都可用。

4. 降压药物的使用

(1) 利血平，每服 0.25～0.5 毫克，每日 3 次；必要时可肌注 0.5～1 毫克。

(2) 降压灵，每服 4 毫克，每日 3 次。

(3) 双氢克尿塞，每服 25 毫克，每日 2～3 次。可通过利

尿作用，使血容量减少，达到降压目的。常与其他降压药联合应用。长期服用时，须补充钾(如氯化钾1～2克，一日3次)，以防发生低血钾症。

(4) 安达血平(阿达芬)，每服1～2片，每日3次。

(5) 硫酸胍乙啶，每服10毫克，每日2～3次。

(6) 复方降压片，每服1～2片，每日2～3次。

(7) 病情严重者可肌注25%硫酸镁5～10毫升，每日一次；必要时也可用25%葡萄糖稀释后缓慢静脉注射，但须十分小心。

〔注〕 降压灵、利血平、肼苯哒嗪、安达血平、硫酸胍乙啶、复方降压片、硫酸镁等，均能降低高血压，统称抗高血压药。它们能直接或间接的舒张血管平滑肌，扩张血管，因而起降压作用。

利血平能降低血压、减慢心率，对中枢神经系统还有安定作用。作用缓和而持久，用于早期轻度及中度高血压病，与其他降压药合用于重度或急性高血压病。常见的副作用是鼻塞、嗜睡、肠蠕动增加及腹泻等。溃疡病患者忌用，因长期服用可导致溃疡病出血。片剂0.25毫克/片，注射剂1毫克(1毫升)/支。常用剂量0.25毫克，每日1～3次口服，或0.5～1毫克肌注，每日1次；儿童0.02毫克/公斤/日，分2～3次口服。

降压灵的作用与副作用和利血平相似，但较弱而温和，副作用也较利血平轻、少。每片4毫克，常用量是4～8毫克，每日2～3次。

肼苯哒嗪的降压作用较利血平迅速，用于早期高血压病。与其他降压药合用于晚期或恶性高血压病。可有心悸、头痛、恶心、呕吐、皮疹等副作用。因易引起耐药性，故最好与其他降压药如利血平等合用。冠状动脉病变、脑血管硬化及心力衰竭患者忌用。每片10毫克、25毫克或50毫克，常用量是10～25毫克，儿童1～2.5毫克/公斤/次，每日1～3次。

安达血平就是利血平与肼苯哒嗪混合制成的片剂。常用量1～2

片，每日3次。

硫酸胍乙啶降压作用缓慢而持久，适用于服用以上药物奏效不显的比较顽固的高血压及肾性高血压。有乏力、腹泻、心跳过缓、直立性低血压等副作用。每片10毫克或25毫克，常用量10毫克，每日2～3次；儿童0.2毫克/公斤/日。应从小剂量起，逐渐增加，以减少直立性低血压的发生。

复方降压片系多种抗高血压药混合制成，适用于早期和中期高血压。常用量1～2片，一日3次。

硫酸镁原系一种盐类泻剂，但其注射剂有强烈的降血压和镇静作用，临床上主要用于抢救高血压脑病和妇女子癎等。每支10毫升，含药0.25克(即25%浓度)。常用量5～10毫升，儿童0.1克/公斤/次，一般作肌肉注射，必要时也可用葡萄糖稀释后缓慢静脉注射或加入补液中滴注。由于静脉注射易导致心律紊乱，故一般尽量少用。

5. 并发心力衰竭、尿毒症和脑血管意外（高血压脑病、脑出血或脑血栓形成）的处理详见有关章节。

思 考 题

1. 高血压病如何诊断和治疗？
2. 常用的降压药有哪些？

四、冠状动脉硬化性心脏病

冠状动脉是供给心肌血液的血管。如冠状动脉硬化，发生狭窄或闭塞，则可引起心肌缺血、缺氧或坏死而成为心脏病，严重者可突然死亡。其他如梅毒、风湿热、创伤等也可引起本病，但较少见。祖国医学里有关“胸痹”、“真心痛”、“厥心痛”的记载，类似本病。

冠状动脉硬化与脂类的代谢紊乱有关。由于冠状动脉壁上有类脂质（特别是胆固醇）沉积，可形成黄色或灰黄色的粥样斑块（常称为

粥样硬化），有时有溃疡和血栓形成，从而使管壁弹性变差，管腔狭窄甚至闭塞。据统计，本病多见于紧张脑力劳动者或老年人，特别是平日喜食动物脂肪、多坐少动、体型肥胖者。

冠状动脉硬化性心脏病主要有两种：

（一）心绞痛

心肌急剧的暂时缺血，缺氧，引起阵发性心前区疼痛，叫心绞痛。劳累、情绪激动、饱食、受寒等引起冠状动脉痉挛（常在冠状动脉粥样硬化的基础上发生），心肌缺血，是发病的主要诱因。此外，显著的主动脉瓣狭窄或关闭不全、严重贫血和极度心动过速等也可引起本病。多见于男性，年龄常在40岁以上，可与高血压、糖尿病同时存在。

祖国医学认为本病主要因平素胸阳不足，阴邪（痰浊）乘虚占胸，阻隔心阳，脉络不通而痛，因而产生。

症状 常于劳动或兴奋时突然发生心前区疼痛，位于胸骨后面，呈压榨样或窒息感，有时伴恐惧烦躁的感觉。疼痛可放射到肩、颈、上肢、背部等处，特别左肩及左臂多见。发作时病人面色苍白、出冷汗、焦虑、不愿活动。疼痛可持续3～5分钟，偶可长达15分钟以上。休息或用亚硝酸盐可使之停止。检查时多无明显体征，但有时可发现高血压及心脏扩大，或心尖部可听到收缩期杂音。

祖国医学认为本病除上述症状外，兼见舌苔厚腻者多为痰湿气滞，舌边紫者多为瘀阻，舌光红泛者属阴虚，舌淡润而有齿痕者为阳虚，舌红绛者为血热；其脉象大多是弦、细、滑。

鉴别诊断 心绞痛应与心肌梗塞相区别，具体详见下述；还要与心神经官能症引起的心前区疼痛相鉴别。心神经官能症的心前区疼痛多为一刹间的刺痛或持续较长时间的隐痛，可伴有气闷、呼吸不畅、喜长叹气及叹息样呼吸，其部位多在左前胸，往往在劳动或兴奋以后出现，还可伴有心悸、疲乏及其它神经官能症的症状。

预防及治疗

1. 发作时立即休息，一般可使症状减轻。

2. 新针疗法 针刺膻中透巨阙，并配内关、间使等穴；也可耳针

心、神门、皮质下、降压沟中兴等。

3．药物治疗　较重的发作，可使用作用较快的亚硝酸类药物扩张冠状动脉，常用的有：

⑴ 硝酸甘油半片或1片含于舌下。

⑵ 亚硝酸异戊脂1安瓿，放在手帕里压碎，立刻用鼻吸入。

在使用上述血管扩张剂的同时，可并用少量镇静剂以增加作用，如鲁米那0.1克肌注，或利眠宁10毫克每日三次口服等。

4．中草药治疗

⑴ 痰湿气滞者治宜涤痰理气，可用瓜蒌薤〔音谢，xiè〕白汤（见222页）加减；或用苏合香丸（见233页），每服1～2丸，一日2次。

⑵ 心血瘀阻者治宜活血通瘀，可在上方中加桃仁、红花、当归、丹参等；或用失笑散（见224页）加减。

⑶ 阳虚者可出现面青、汗出、脉欲绝等证候，应予回阳救逆，可用四逆汤合生脉散（见211、214页）加减。

⑷ 阴虚血热者治宜滋阴养血，可用丹参5钱，丹皮、赤芍、蒲黄、延胡索各3钱，生地、小蓟草各1两，水煎服。

⑸ 阴阳两虚者治宜调补阴阳，可用炙甘草汤（见218页）加减。

⑹ 各型都可肌注复方丹参注射液，每日1～2次，每次2毫升，必要时可加入葡萄糖液中静滴。

5．预防复发　平时应有合理的膳食，不可暴饮暴食，并禁烟酒，减轻不必要的精神负担，适当限制体力劳动，治疗病因。也可使用血管扩张药及作用较持久的抗心绞痛药物，如氨茶碱0.1～0.2克，每日服2～3次；或硝酸戊四醇酯10～20毫克，每日服3～4次。

〔注〕亚硝酸类药物包括亚硝酸异戊酯、硝酸甘油（即三硝酸甘油酯）和硝酸戊四醇酯等。它们除能松弛小血管平滑肌，扩张冠状动脉，增加冠状动脉的血流量外，还有减少静脉回流，减轻心肌负担的作用，故可缓解心绞痛。

亚硝酸异戊酯作用快（半分钟）、维持时间短（10分钟），常用于心绞痛发作，可将安瓿（每支0.2毫升）压碎吸入，每次用1支；此

外，还可用于治疗胆绞痛或解救氰化物中毒，但青光眼患者忌用。硝酸甘油作用也较快，可用于心绞痛或肾绞痛发作，将片剂（每片0.5毫克）含于舌下，一般2～3分钟见效，可维持15～30分钟。以上两药都有头胀、头昏、头痛、面红等副作用，但较易消失。硝酸戊四醇酯作用缓慢而持久，常用于预防心绞痛发作。每片10毫克，每次口服10～20毫克，服后1～1½小时开始起作用，持续4～6小时。

（二）心肌梗塞（心肌梗死）

心肌梗塞因冠状动脉某一分支在粥样硬化的基础上急性闭塞，引起部分心肌严重持久出血，发生局部坏死所致。症状远比心绞痛为重，严重者甚至可突然死亡。临床上多见于40岁以上的男性，尤其有高血压病、糖尿病或肥胖的病人更容易发生。冬春季节发病较多，发病前大多无明显诱因，而在安静和睡眠时发病。

祖国医学称为“瘀血心痛”，认为系由于胸阳虚甚，阴邪重乘所致。

症状 典型发作者起病甚急，有以下特点：

1．疼痛 疼痛的性质、部位及放射区均与心绞痛相似，但较剧烈而持久，常可持续发作数小时至一、两日以上，且常在休息时发病；偶而也有无痛性心肌梗塞患者。

2．休克 可在数小时内发生，患者面色苍白，焦虑不安，皮肤湿冷，脉搏细快，血压下降，甚至昏厥。原有高血压者，血压可降至正常范围。休克的出现可使心肌缺血加重，严重者在数小时内引起死亡。祖国医学认为是瘀阻肺络、心肺两衰。

3．心力衰竭 主要是急性左心衰竭。患者可出现呼吸困难、咳嗽、咯泡沫样粉红色痰等。进一步发展右心也可衰竭。祖国医学称为瘀阻心脉、心阳欲脱。

4．发热 常在起病后24小时开始，一般中度热，持续一周而退。

5．胃肠道症状 主要是恶心、呕吐及上腹胀痛等，应与其他急腹痛注意鉴别。

检查

1．心音减弱，特别是心尖部第一心音减弱，可能有心尖部舒张期奔马律。

2．部分病人可出现心包摩擦音。

3．可有各种心律失常，如窦性心动过速、频繁的过早搏动或房室传导阻滞等（详见后面“心律失常”）。

实验室检查，发作时血中白细胞数增高，中性增多，血沉增快；血清谷丙或谷草转氨酶增高。必要时作心电图检查以确诊。

鉴别诊断

1．心绞痛　见下表。

心绞痛与心肌梗塞鉴别要点

临床表现		心绞痛	急性心肌梗塞
疼痛性质		压榨或窒息感	相似，但较剧烈
诱发因素		劳动、兴奋、饮食、寒冷	无明显诱因
发作时间		短，15分钟以下	长，数小时到1～2天
硝酸甘油疗效		显著	无
血压及休克		血压无改变，无休克	血压常降低，可有休克
心肌梗塞表现	发热	无	常有
	白细胞增多	无	常有
	血沉	正常或略快	显著增快
	血清转氨酶	无改变	增加
	心包摩擦音	无	可有
	心电图变化	无改变或改变不大	有进行性特殊性改变

2．急腹症　急性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、急性胰腺炎、胃十二指肠溃疡穿孔等可产生剧烈的上腹部疼痛与休克，但都有比较明确的病史，上腹部压痛明显，心电图检查无明显变化。

治疗

1．绝对卧床休息，心力衰竭者半卧位，有条件时予以氧气吸入。

给清淡、低盐、易消化的饮食。

2．解痉止痛　立即以氨茶碱0.25克加入25%葡萄糖40毫升中静脉缓慢注射。可肌肉注射度冷丁50～100毫克，必要时1小时后重复注射。还可皮下注射阿托品0.8毫克，以后每6～8小时给0.5毫克，但显著心动过速者不能应用。

3．抗休克　针刺百会、涌泉、关元等穴，针后用艾着肉灸。并注射咖啡因，必要时用升压药物（如去甲肾上腺素、新福林等）及激素（氢化可的松或地塞米松等）。

4．镇静　苯巴比妥钠0.1克肌注，或口服鲁米那0.03克，每日3次。

5．心力衰竭者注射毒毛旋花子素K 0.25～0.5毫克，加入葡萄糖液中静脉注入，每天或隔天1次。必要时可与氨茶碱同时注入。

6．中草药治疗　可配合西药进行：

(1) 瘀阻肺络、心肺两衰，治宜扶阳化瘀定喘，可用参附汤合参三七，即人参或党参3～5钱，附子3～5钱，参三七末1钱，水煎服。

(2) 瘀阻心脉、心阳欲脱，治宜益气回阳救逆，可用参附龙牡汤加减，即人参或党参、附子各3～5钱，龙骨、牡蛎各1两，水煎服；也可用苏合香丸及复方丹参注射液，方法同心绞痛。

7．发作间歇期及痊愈后的治疗　主要是防止动脉硬化的发展、疼痛的发作及恢复心肌的损伤。可口服降低血中胆固醇及扩张冠状血管的药物，并可与镇静剂合用，常用的有：

(1) 维生素C 0.1克，每日3次。

(2) 维生素B_6 10毫克，每日3次。

(3) 维生素E 20毫克，每日3次。

(4) 潘生丁25毫克，每日3次。

(5) 亚油酸丸4粒，每日3次。

8．并发心律失常者治疗详后述。

思　考　题

心绞痛及心肌梗塞如何诊断？如何处理？

五、先天性心脏病

先天性心脏病是儿童中比较常见的一类心血管疾病，主要由于胎儿的心脏在母体内发育不正常，发生先天性畸形而成。其病因到目前为止尚未十分清楚，但可能与母体在妊娠三个月内受到不良因素，特别是患病毒性感染(如风疹）缺氧、药物、放射等的影响有密切关系。

先天性心脏病按血液循环的分流情况，一般可分为二组：

1. **无青紫组** 有以下两种情况：

(1) 大、小循环之间（左、右心腔之间）没有异常通路，无青紫出现。此类也称无分流型。

(2) 左、右心腔之间相互交通，血流方向由左向右，所以一般不出现青紫。但在某种情况下（剧烈咳嗽、啼哭等），如引起肺动脉或右心压力增高，血流方向改为从右向左分流，则也可出现暂时性的青紫症状。常见的如房间隔缺损、室间隔缺损及动脉导管未闭等。

2. **青紫组** 由于心血管发育异常，血流方向由右向左（静脉血流入大循环），故平时即出现青紫，比较多见的如先天性紫绀四联症（旧称法鲁氏四联症）等。

常见四种先天性心脏病的病理

1. **动脉导管未闭** 胎儿在母体内时，主动脉与肺动脉之间有一条通路，称为动脉导管，是胎儿血液循环的必经之路。胎儿出生后，由于正常血液循环的建立，动脉导管可逐渐闭塞，一般在生后3～4个月即可完全闭合。如因某些病理情况，动脉导管不闭合，则可形成本病。临床上比较常见，女性常多于男性。由于动脉导管未闭，血流自压力较高的主动脉经未闭的导管持续不断地分流到压力较低的肺动脉，致使肺循环血量明显增多，加重了左心室的负担，使其扩大及肥厚。如分流量大时，可引起肺动脉压力增高，甚至发生从右到左的分流而出现紫绀，并有右心室增大。

2. **房间隔缺损** 胎儿在母体内时，左、右心房间有卵圆孔直接相通。一般于出生后4个月～1岁以内，卵圆孔可完全闭合。如胎儿时期

心房间隔在形成上发生障碍，则可在卵圆孔附近或心房底部形成较大的缺损，出生后不能闭合而引起本病，在临床上是最常见的类型。缺损大多位于右心房的卵圆窝处。一般情况下，左心房的压力高于右心房。因此当房间隔缺损时，左心房的血液可流入右心房。这样，右心室不但要接受上、下腔静脉回流的血液，还要接受左心房流入的血液，其结果可使右心室的负担加重而扩大。晚期可出现肺动脉高压，甚至引起自右向左的分流而发生紫绀。

3. 室间隔缺损 因胎儿时期心室间隔发育障碍而引起。缺损一般位于室间隔膜部及肌部，以膜部为多见，其大小不等。当心室收缩时，左心室压力比右心室高，故血液通过缺损处由左心室流入右心室。缺损小时，自左向右分流量少，心脏可无明显增大。缺损大时，自左向右的分流量很大，肺循环血流量显著增多，左心室、右心室的负担均加重，造成左心室及右心室扩大。如由于肺动脉的压力显著增高（等于或者大于体循环压力）而发生自右向左分流时，临床上可出现青紫现象。

4. 先天性紫绀四联症 是临床上最常见的青紫型先天性心脏病。其病变包括肺动脉狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨和右心室肥大四种畸形，其中主要是肺动脉狭窄和室间隔缺损。由于肺动脉狭窄，可使右心室排血受阻而压力增高，久之可引起右心室肥大或右心衰竭。由于主动脉骑跨在缺损的心室间隔上，造成左、右心室相互直接交通和机体循环血流中混有静脉血的现象，故临床上出现青紫。

症状

1. 无青紫组 轻者平时无症状。病变较重时可有乏力、心悸及劳累后气急等。体格检查时，可能有心前区隆起，并在心前区、胸骨左缘听到Ⅱ～Ⅲ级以上性质粗糙的，向颈、背部传导的收缩期杂音，并可触及震颤。

2. 青紫组 一般在出生后就有紫绀，并逐渐明显。发育迟缓，营养情况差，气急明显，常喜取蹲踞体位，并且有明显的杵状指或趾。

先天性心脏病的诊断，主要根据以下几点：

1. 病史中注意母亲在妊娠三个月内是否有不良因素（特别是风疹

病毒感染）的影响，小儿生后是否有呼吸困难、青紫和晕厥，以往发育和营养情况如何等。

2．体格检查时注意心前区有无隆起，有无杵状指、趾，并注意心脏的大小，杂音的部位、性质、时间及传导方向，以及上下肢的血压等。

3．实验室检查，由于缺氧，血中红细胞常有代偿性增多。有条件时可作心电图、心导管及心血管造影等检查，以明确诊断。

四种常见的先天性心脏病的鉴别详见下表：

常见先天性心脏病鉴别表

病名 / 要点	房间隔缺损	室间隔缺损	动脉导管未闭	先天性紫绀四联症
病史	一般无青紫，仅体格发育较差，容易有呼吸道感染，用力啼哭、嘘嗽、运动或心力衰竭时出现暂时性的青紫			生后就有青紫，3～4月后更明显
体征	心脏增大以右侧为甚，脉压较小。听诊胸骨左缘第二、三肋间有2～4级喷射性收缩期杂音，向背部传导，常不伴有震颤，肺动脉瓣区第二音亢进或分裂	心脏轻度增大或正常，脉压较小。听诊胸骨左缘第3～4肋间有响亮而粗糙的收缩期杂音，向背部传导，伴有震颤。肺动脉瓣区第二心音亢进或分裂	心脏增大或正常。脉压增宽，可有毛细血管搏动，或有水冲脉。听诊胸骨左缘第2肋间有连续性机器样杂音，向颈背部传导，伴有震颤，肺动脉瓣区第二音可亢进；婴儿期可仅听到收缩期杂音	心脏不大，脉压小。听诊胸骨左缘第二、三肋间有收缩期杂音，肺位比立位清楚，可伴有震颤，主动脉瓣区第二心音降低

治疗

1．注意营养和休息，防止上呼吸道感染。

2．对青紫组患者，出现心力衰竭时应绝对卧床休息，给予氧气吸入，并立即应用洋地黄制剂（见下述心力衰竭的治疗）。

3．可到有条件的医院考虑外科手术治疗。

思 考 题

常见的四种先天性心脏病临床上各有什么特点？

六、充血性心力衰竭

正常的心脏有相当大的代偿能力，能适应身体劳动或运动的需要。若心脏由于本身病变或心肌以外的病变，失去代偿能力，以致心肌的收缩力不足，心脏输出的血量减少，此时便出现动脉系统中血液供应不能满足身体组织的需要和静脉系统中内脏充血的现象，引起一系列的症状和体征。这在临床上便称为充血性心力衰竭，在祖国医学中属于心悸、怔忡、喘咳、水肿、心痹等的范围。

病因 引起心力衰竭的基本原因可分为以下三种：

1. 心肌过度劳损 当心肌的工作长期或急剧加重时，由于相应的心室负担过重而引起心肌劳损。常见于高血压病、冠状动脉疾病、心脏瓣膜病、先天性心脏病、肺气肿、肺原性心脏病等。

2. 心肌损害 可由于感染或毒素引起，常见于风湿病、白喉及其他感染或中毒所致的心肌炎；也可由于代谢失调而发生，如甲状腺疾患、维生素 B_1 缺乏等。

3. 心肌血液供给障碍 常见于冠状动脉硬化及严重贫血等疾病。

除上述直接引起心力衰竭的原因外，还可有以下几个诱发因素：

1. 急性感染，特别是上呼吸道感染及风湿热。
2. 过度的体力劳动及精神疲劳。
3. 心律失调，特别是阵发性心动过速及心房纤维颤动。
4. 妊娠与分娩。
5. 大量出血、贫血及营养不良。
6. 静脉注射大量液体及外科手术。

发病原理 当心脏的收缩机能发生障碍后，一般要在相当长的时间后才出现心力衰竭的症状。在此期间，机体可通过其调节机能而发挥代偿作用，使循环机能得以维持，称为代偿期。在代偿的早期，常通过心跳加快、心脏扩大及心肌肥大等方式来增加心脏的排出量和心肌收缩力。如果由于心脏收缩机能障碍的因素继续增加或长期存在，终于使心肌过度劳损，心排血量降低，最后心脏失去代偿能力，出现循环障碍（心力衰竭）的症状。

心脏代偿机能失调时，心脏不能将由大循环静脉回心的血液充分排出，因而可引起心脏排血量降低，组织血液供应减少，引起组织缺血缺氧；同时，受损心脏后面的静脉系统回流发生障碍，静脉压增高，出现各内脏器官的充血。

症状和检查 临床上按心力衰竭开始发生障碍的部位，可分为左心衰竭和右心衰竭两种。心力衰竭的早期大多从左心衰竭开始，若左心衰竭未能及时控制而发展为肺动脉高压，则可引起右心衰竭，最后可导致全心衰竭(左、右心都衰竭)；但少数也可从右心衰竭开始，如肺原性心脏病。

1. **左心衰竭** 主要是肺部充血引起的症状：

(1) 呼吸困难 是左心衰竭最重要的症状。最初往往在劳累后出现，以后轻度劳动时也出现，最后休息时也气急，并可出现端坐呼吸。采取端坐呼吸的原因主要是由于血液重力的影响。因为坐位时，血液积聚在下肢及腹腔，使回流到心脏的血液减少，从而使肺部充血得到减轻；另外，坐位时由于横膈下降，使胸腔增大，可减轻呼吸困难。有的病人在夜间睡眠时可出现阵发性的呼吸困难（即心原性哮喘），这是左心衰竭的典型表现。发作时患者突感胸闷、气急，呼吸非常困难，甚至有窒息感，因而被惊醒。继而出现精神不安和哮喘样呼吸。此时如立即坐起，数分钟或 1～2 小时后可逐

渐缓解。这种发作应与支气管哮喘相区别。夜间阵发性呼吸困难的发生主要是由于睡眠后静脉回流到心脏的血量增加，右心向肺的血液输出量增加，肺部充血突然加重；以及睡眠时迷走神经兴奋性增高，引起冠状动脉收缩，使心脏本身的供血不足等原因所致。

⑵ 咳嗽　呼吸困难同时常伴有咳嗽，劳动时或夜间可加重。咯白色泡沫样或粉红色浆液性痰。

⑶ 咯血　心力衰竭伴有二尖瓣狭窄或肺梗塞（肺血管阻塞，引起局部肺组织坏死），可咯出鲜红或暗红色血痰。如肺充血严重，可引起小血管破裂而出现大咯血。

⑷ 紫绀　一般较轻。

检查时可有如下发现：

⑴ 叩诊时因左心室扩大而心脏浊音界向左下扩大。

⑵ 听诊有原来心脏病的杂音，心尖部出现舒张期奔马律，心率快，心律失常，肺动脉瓣区第二心音加强。

⑶ 两肺听诊可听到干、湿罗音或哮鸣音。

⑷ 脉象变化很大，有微细几乎不能摸到，有迟脉，也有快速几乎无法计数的，还有促脉、结脉、代脉以及交替脉等。

⑸ X线检查心脏扩大，心电图检查显示左心室肥大或有左束支传导阻滞。

严重病人可发生急性肺水肿，出现剧烈的呼吸困难、端坐呼吸、极度焦虑不安、咳嗽咯粉红色的泡沫样痰等，两侧肺部有大量湿性罗音，面色灰白，口唇青紫，皮肤冷湿，脉搏细数，血压下降，如不及时抢救，可迅速导致休克、昏迷而死亡。

2. **右心衰竭**　主要是体循环充血引起的症状：

⑴ 呼吸困难　因肺充血、肺部疾病和静脉充血引起。

(2) 水肿　是右心衰竭最主要的症状。水肿可以是全身性的，但往往先局限于身体下垂部位，如脚、踝等处。初起时傍晚出现而早晨退下，但以后经常不退。

(3) 腹水胸水　严重时出现。

(4) 紫绀　可较左心衰竭更明显。

(5) 胃肠症状　腹胀、恶心、呕吐、食欲减退等。

(6) 尿少，有时尿液中含有蛋白。

检查时可有如下发现：

(1) 叩诊心脏浊音界向两侧扩大。

(2) 听诊心率快，有原来心脏病的杂音。

(3) 颈静脉怒张，有肝颈逆流，肝肿大并有压痛，下肢及腰骶部有凹陷性浮肿。严重时还有胸水及腹水体征。

祖国医学认为心痹病主要因气血无以运行而心失养，轻则心悸，重则心阳欲脱，如肺脾肾开阖、运化失司，则出现喘咳、水肿。不论左心或右心衰竭，除上述症状外，若兼见盗汗、面红或颧红、升火、心烦、失眠、舌质偏红、脉细数等，属心阴(血)虚；若舌质淡、形胖、有齿印，面色青紫，甚者咯血、出大汗，属气阴两虚；若头晕胸闷、面色无华、口渴不饮、小便短少、全身浮肿、恶寒肢冷、舌淡苔白、脉沉细或结代，属心肾阳虚；甚者如出现神志恍惚、大汗出、四肢厥冷、舌质紫黯、脉微欲绝，则为心阳欲脱。

分类　依心力衰竭的严重程度分为三级：

第一级：于体力劳动时出现呼吸困难、心跳加速、心悸等，易疲乏，休息后症状消失。

第二级：轻度劳动即可出现呼吸困难等心力衰竭症状，同时伴有肝脾肿大及浮肿，卧床休息后稍能好转。

第三级：休息时也出现呼吸困难，有明显水肿，休息后

仍持续不退。充血症状明显，有右季肋部疼痛、恶心、呕吐、腹胀等感觉。

预防

1. 防止发生上呼吸道感染。

2. 避免体力及精神的过度劳累。

3. 及时治疗慢性咳嗽。

4. 避免大量或快速的静脉补液。

5. 妇女应计划生育，控制妊娠与分娩。

6. 中年及老年患者，控制饮食，少吃油腻，忌酒。

治疗

1. 心力衰竭的发生可以是急性的，也可以呈慢性反复发作。急性发作时，来势凶，发展快，医务人员必须发扬高度的革命人道主义精神，采取积极的措施，有条不紊地进行抢救。慢性患者病程较长，对疾病容易产生消极悲观情绪。我们必须大力宣传毛泽东思想，帮助病人正确对待疾病，树立起战胜疾病的坚强信心。

2. 一般处理

(1) 严重心力衰竭者应绝对卧床休息，取半卧位。待病情好转后，应逐步起床活动。

(2) 给予易消化的饮食，限制食盐及液体量，待水肿消退后，再适当增加。

(3) 有烦躁不安者，可给镇静剂，如鲁米那 0.03 克、安宁 0.2 克或利眠宁 10 毫克等，均一日 3 次。

(4) 气急、紫绀明显者，应给于氧气吸入。

3. 强心剂洋地黄的应用　洋地黄的主要作用为：(1)增强心肌收缩力；(2)使心脏舒张期延长，增加排血量；(3)抑制房室传导而使心率减慢。

给药法：一般在短时间内给最大疗效的最小量即“洋地黄化”剂量（一般约0.8～1.2克，平均1.0克），此时病人表现心慌气短好转，能平卧，尿量增多，浮肿消退，肝脏缩小，心率减慢；以后，再给予维持量(0.05～0.1克/天)，以保持体内有效浓度。对紧急病人，如2周内未用过洋地黄，可用速给法，即首先服0.4克，以后每隔6小时0.2克，至疗效发生（24小时左右）后改为维持量。普通病例可先给0.2克，以后每6小时0.1克，在2～3天内达饱和量，再给维持量。在门诊病人，则用缓给法，每天3次，每次0.1克，3～4天达饱和量，再改维持量。也可服用狄戈辛(地高辛)，其作用与洋地黄相似，但作用时间快，蓄积作用小，易于掌握。一般用0.25～0.5毫克(即1～2片)，每日3次口服，2～3天达到饱和量（2～3毫克），再改维持量（每天0.25～0.5毫克）。特别紧急的病人，可用静脉法给药，如用毛花洋地黄C（西地兰）0.8毫克（以葡萄糖稀释），4～6小时后再根据需要，给0.4毫克，以后尽量改口服；或用毒毛旋花子素K，每次0.25毫克，6～12小时一次，以后尽量改口服。用洋地黄类应注意毒性反应，如出现食欲减退、恶心、呕吐、腹泻、疲倦、头晕、眼花以及心律紊乱（过早搏动、传导阻滞、二联律、三联律）等时，应立即停药。用洋地黄应同时服氯化钾，每日3次，每次1克，可减少毒性。

4. 在水肿病人，除适当限制食盐及水分外，可用利尿剂，如：

(1) 撒利汞每次1毫升肌注，每周可注射2次（肾机能不全者禁用）。

(2) 双氢克尿塞25毫克，每日2～3次。

(3) 醋氮酰胺每次0.25克，每日2次，可与氯化铵合并

应用，以加强利尿效果（本药尤其适用于肺原性心脏病利尿）。

(4) 氨茶碱0.1克，每日3次，或氨茶碱0.25克加入25%葡萄糖40毫升中静脉缓注。

5. 新针疗法　常用内关、间使、太冲、郄门（内关上三寸）、肺俞、水分等穴，每次可选用2～4穴，有左右穴时刺双穴，7～10天为一疗程。

6. 中草药治疗

(1) 草药验方：万年青根5钱～1两，鲜用剂量加倍，水煎服；或玲兰全草3～5钱，水煎服。一俟心率减低到80次/分左右，剂量应减半。也可用夹竹桃磨粉服，治疗量0.3～0.6克，在1～2天内服完；维持量为每天0.1克。

(2) 辨证论治：

① 心阴（血）虚：治宜养阴宁心，可用生脉散（见211页）加减；如气短症状较轻、舌质较暗、胸闷较严重者可加桂枝，兼有血瘀者加丹参，咳血者加赤芍、茜草、仙鹤草等。

② 气阴两虚：治宜益气敛阴，可用归脾汤（见225页）加桂枝、生地等。

③ 心肾阳虚：治宜温阳利水，可用温阳化水汤（见213页）加减。

④ 心阳欲脱：治宜回阳救逆、重镇固涩，可用参附龙牡汤加减，即人参、附子各3～5钱，龙骨、牡蛎各1两，水煎服。

7. 病因治疗

(1) 风湿性心脏病：抗风湿治疗，控制感染。

(2) 高血压性心脏病：镇静、降压。

(3) 动脉硬化性心脏病：主要给改善冠状动脉循环的药物。

(4) 肺原性心脏病：控制肺部感染等。

思 考 题

1. 如何判断出现了心力衰竭？一旦出现心力衰竭如何处理？
2. 怎样防止心力衰竭的发作？
3. 谈谈洋地黄应用的注意点。

七、心 律 失 常

心律失常是指心率和节律的异常表现，主要由于心脏冲动的形成或心脏传导系统发生障碍所致。最常见的有窦性心律失常、过早搏动、阵发性心动过速、心房纤维颤动、心脏传导阻滞等。

心律失常在祖国医学中属于心悸、怔忡、头晕、昏厥等范畴，脉象见数、迟、促、结、代等。根据不同的表现，一般可分为二型并辨证论治如下：

1. 心阴（神、血）不足　证见脉细数或结代、舌质红，治宜益气补血、通阳复脉，可用炙甘草汤(见第 218 页)加减。

2. 心阳不足　即胸痹、心痹等，证见脉濡数或迟、舌淡胖或紫，治宜通阳、安神、定悸，可用瓜蒌薤白汤(见 222 页)合朱砂定神丸（每服 3 钱）加减，即甚者加桂枝、附子，血瘀加丹参、红花等。

除上述治疗外，还可肌注复方丹参注射液，每日 1～2 次，每次 2 毫升。

（一）窦性心律失常

正常心脏跳动的节律为窦性心律，基本上是规则的，其频率在成人为每分钟 60～100 次，儿童 110～120 次，婴儿可达 130～150 次。当心律仍由窦房结所发出的冲动所控制，

但频率过快、过慢或不规则时，就称为窦性心律失常。

1. **窦性心动过速** 窦性心动过速是由于窦房结发出较迅速的冲动而引起，其发生主要与迷走神经的张力降低及交感神经兴奋有关，临床上极为常见，如正常人在运动、情绪波动、使用某种药物（如肾上腺素、阿托品等）以及过量烟酒、浓茶等时发生，感染、发热、贫血、妊娠、甲状腺机能亢进、休克、心脏神经官能症、心力衰竭或其他心脏病时也可出现。

症状和检查 一般可有以下几个特点：

(1) 可毫无自觉症状或有心悸。成人心率每分钟超过100次，但不超过140次；儿童则可在140次以上。

(2) 病起及停止时心率逐渐改变。

(3) 心率常有显著变动，有时可出现收缩期杂音。

治疗

(1) 主要针对基本原因，多半不需另外给予药物治疗。

(2) 新针疗法 针刺内关、膻中或通里、心俞等穴。或耳针心、皮质下、神门、交感。

(3) 适当应用镇静剂，如三溴片0.3～0.9克，每日1～3次；利眠宁10毫克，每日2～3次；安他乐12.5毫克，每日2～3次等。

(4) 必要时可用心得安10～20毫克/次，或心得宁15～30毫克/次，均为每日2～3次。

(5) 中草药治疗详前。

2. **窦性心动过缓** 窦性心动过缓指窦性的心率低于每分钟60次，主要由于迷走神经张力过高所致。常见于正常人，尤其是经过长期体育锻炼或重体力劳动者及老年人。在病理情况下，可出现于颅内压增高、粘液性水肿、梗阻性黄疸、流行性感冒、急性传染病的恢复

期、心肌炎及少数冠状动脉性心脏病。此外，利血平、洋地黄等药物中毒有时也可引起。

症状和检查 心率每分钟多在45～60次之间，且易变动，可伴有窦性心律不齐。无自觉症状或有原发疾病的表现。心率过慢时可出现心悸、气短、心前区不适甚或昏厥等现象。

治疗 应针对病因进行处理，其本身多不需要治疗。如患者有头晕等症状，可口服阿托品0.3～0.6毫克或麻黄素30毫克，均为每日3次；或用异丙肾上腺素5～10毫克，每日3～4次含用。也可辨证论治（详前）。

3. 窦性心律不齐 窦性心律不齐是由于窦房结发出冲动的时间间隔不等而引起，主要与迷走神经张力的变动有关，可与窦性心动过缓同时存在。常见于正常人，在儿童期尤为多见，老年人也不少见；但有时可与冠状动脉性心脏病、毛地黄类药物的应用有关，传染病的恢复期、神经官能症以及颅内压增高时也可发生。

症状和检查 心率的快慢显著不整齐，其加快与减慢常呈周期性，多数与呼吸有关，吸气时心率加快而呼气时减慢。深呼吸时此种变化更为显著，而暂停呼吸、运动后或给予阿托品等药物可使其消失。多无自觉症状。

治疗 多系正常的生理现象，故不需特殊治疗。因疾病引起者可针对原发病处理。

（二）过早搏动

过早搏动是常见的心律失常之一，见于精神紧张，情绪波动，过分疲劳，消化不良，饮用大量烟、酒、茶及口服洋地黄等情况。多见于正常人，亦可见于心脏病患者，特别是冠状动脉性心脏病、晚期二尖瓣病变、心肌炎、甲状腺机能亢进性心脏病等。主要由于心脏冲动起源于窦房结以外的地方，使心脏搏动提前出现而引起，属于异位心律，也称期外收缩、期前收缩等。根据冲动出现的部位，可分为心房性、

房室交界性或房室结性、心室性三种，临床上以心室性最为常见，其次为心房性。

症状和检查

1. 注意有无心血管病史，是否应用洋地黄、锑剂等药物，有否精神紧张、失眠等。

2. 大多数病人无症状，少数病人可有心悸、胸闷、心前区不适等症状，自觉心跳不规则，或有强弱不等的心跳及心动间歇感。在过早搏动连续发作时，上述症状较明显，并可出现头晕、面色苍白、多汗、失眠等，如原有冠状动脉疾病者还可引起心绞痛。切脉时可有脉结代。

3. 听诊时心率不规则，一次心搏突然提早，而后面有较长的补偿性间隙期。心室性过早搏动的补偿是完全的，即过早搏动前后两个窦性心搏相隔的时间等于正常周期的两倍，而心房性过早搏动的补偿间歇则是不完全的。常伴有第一心音加强，第二心音则减弱或消失。如过早搏动频繁出现，可形成二联律或三联律，常为洋地黄中毒的表现。

4. 正常人过早搏动常见于安静或睡眠时，运动后可使之消失；患有心脏器质性疾病者过早搏动可频繁出现，运动后反而增加。

预防

1. 尽量戒除烟酒。

2. 器质性心脏病患者应积极治疗，并注意劳逸结合。

3. 使用洋地黄类药物时应掌握好剂量，防止发生中毒。

治疗

1. 偶发的过早搏动可以出现于健康人，无多大临床意义，不须特殊处理。而频发的过早搏动，大多有心脏病的基础 必须及时治疗；如在洋地黄、锑剂等治疗过程中发生过

早博动，应立即暂时停药，并予相应处理。如发现可疑诱因（吸烟过多、过度疲劳、便秘等），应加以纠正。

2. 新针疗法　针刺神门、内关，可配心俞。耳针同窦性心动过速。均每日一次。

3. 镇静剂　适用于精神紧张者。可用鲁米那 0.03 克，每日 2～3 次；或利眠宁 10 毫克，每日 2～3 次。

4. 可用心得安，每次 10 毫克，每日 3 次口服；或心得宁 15～30 毫克，每日 3 次口服。但用心得安时心力衰竭及洋地黄中毒者禁用，有支气管哮喘者因可引起哮喘发作也应慎用。

5. 氯化钾　洋地黄中毒时尤为适用。一般每服 1～2 克，每日 3 次，同时停用洋地黄。

6. 心率较慢者可服用阿托品，每次 0.3 毫克，每日 3 次。

7. 洋地黄　在非由洋地黄毒性引起的过早搏动并有心力衰竭时，宜用洋地黄小剂量服用，0.1 克日服 3 次，连服 3 天；以后改维持量。也可用普鲁卡因酰胺 0.25～0.5 克，每日 3 次口服。

8. 中草药　安神补心丸 15 粒，每日 3 次；或辨证论治（详前述）。

（三）阵发性心动过速

阵发性心动过速是一种阵发性的、规则而快速的异位心律，与频率较快而接连出现的过早搏动相似。按其冲动发生的部位，可分为室上性（包括房性及房室交界性或房室结性）和室性两种。阵发性室上性心动过速常发生于无器质性心脏病的年轻人，也见于各种病因的心脏病患者，如风湿性、冠状动脉硬化性、慢性肺原性和甲状腺机能亢进等心脏病；室性阵发性心动过速则大多发生在较严重的心脏病患者，尤其

多见于冠状动脉硬化性心脏病，特别是发生心肌梗死时，药物（如肾上腺素、锑剂等）的过量或中毒以及缺钾等亦可引起。此外情绪激动、劳累、过量饮酒吸烟、胃肠道病变、猛然用力或体位的突然改变等，有时也可诱发各种阵发性心动过速。

症状和检查 有以下一些特点：

1. 突然发作和停止的心悸、胸闷、气促、心前区不适及眩晕或晕厥。器质性心脏病患者可引起心力衰竭。

2. 心率多在160次/分钟以上，婴幼儿则在180次/分钟以上，但很少超过250次/分；节律一般规则，但室性者可不完全规则，并有第一心音强弱不等。

3. 刺激迷走神经后，若为室上性心动过速者，心率可骤然减慢；若为室性心动过速者，则心率无改变。

鉴别诊断 应与窦性心动过速相鉴别，后者心率在160次/分以下，逐渐增快与减慢，心音与心律无变异。

预防

1. 戒除烟酒，注意劳逸结合。

2. 应用适量的镇静剂。

3. 心脏病患者要及时治疗。

治疗 依次使用下列方法：

1. 用手指或压舌板刺激咽喉诱发呕吐。

2. 压迫颈动脉窦 病人平卧，头转向一侧，以三个手指于甲状软骨上缘有显著搏动处，向颈椎方向进行压迫或按摩，不可双侧压迫，时间不宜超过3分钟。

3. 压迫眼球 闭眼后用手指压迫一侧眶上缘下方的眼球上部，使病人略感疼痛为止，持续20～30秒。如无效可压双侧。

4. 深吸气后屏住，然后用力作呼气动作。

以上方法均为反射性地刺激迷走神经，使心率减慢。如无效，尚可试用：

5. 新斯的明1毫克，肌肉注射。

6. 血压降低者可肌注新福林5～10毫克，或用去甲肾上腺素、阿拉明等（参见1181页）。

7. 心得安10～20毫克，每日3次口服；紧急时可将2.5～5毫克加于5～10%葡萄糖100毫升中缓缓静滴。此药最好在血压纠正后使用。或用心得宁15～30毫克，每日3次口服；必要时将5毫克用25%葡萄糖稀释后静脉注射。

8. 洋地黄制剂　西地兰0.4毫克加入50%葡萄糖20毫升中缓慢静脉注射，4～6小时后可重复，24小时的总量不超过1.6毫克。

9. 普鲁卡因酰胺　适用于室性心动过速病人。第一次口服0.5～1.0克（儿童14毫克/公斤/次），以后每隔2～3小时服0.5克，直至心律恢复正常为止。紧急时可用本品1.0克（儿童14毫克/公斤/次）溶于5%葡萄糖溶液100毫升内缓慢静脉滴注。

〔注〕 心得安、心得宁和普鲁卡因酰胺都属于抗心律紊乱药。

心得安能对抗肾上腺素和异丙肾上腺素兴奋心肌的作用，使心率减慢，并减少心肌的耗氧量。常用于各种原因所致的心律失常、室性心动过速、室性和房性过早搏动、室上性心动过速、心房颤动等，但室性心动过速应慎用；亦可用于心绞痛。对锑剂所致的心律失常，当其他药无效时，也可试用本品解救。其主要的副作用是可引起血压下降、心率减慢、乏力、嗜睡、头晕、失眠、恶心、腹胀、皮疹、昏厥等。由于它可引起支气管痉挛及鼻粘膜微细血管收缩，故忌用于哮喘及过敏性鼻炎病人；由于它可使心率减慢、心脏收缩力与房室传导功

能减弱、血压下降，故窦性心动过缓、重度房室传导阻滞、心源性休克、低血压症病人均忌用；因其可增加洋地黄的毒性作用，对已洋地黄化而心脏高度扩大、心率又较不平稳的病人忌用。制剂有针、片两种，片剂10毫克/片，针剂5毫克（5毫升）/支。常用量口服每次10毫克，一日3次；必要时可用针剂静滴，每次5毫克，加入5%葡萄糖100毫升中进行。由于剂量的个体差异较大，故应用时宜从小到大，注意掌握。滴注时严密观察血压、心律和心率的变化，并随时调节速度。

心得宁的作用和适应症与心得安相似，但其副作用比心得安小，对支气管平滑肌、血管平滑肌和心肌的作用也比较弱，故对哮喘、过敏性鼻炎及心力衰竭病人可不禁忌，但心率缓慢或有房室传导阻滞者仍不宜使用。片剂每片15毫克，针剂每支5毫克（5毫升）。常用量口服15～30毫克，一日2～3次；必要时可作静脉注射，每次5毫克，用25%葡萄糖稀释后于2～3分钟内注入。注射时密切注意心律、心率和血压。

普鲁卡因酰胺能延长心房的不应期，降低心肌应激性及传导性。常用于阵发性心动过速、频发的过早搏动、洋地黄中毒引起的心房及心室性节律不齐、心房颤动等。主要的副作用是口服后可出现厌食、恶心及腹泻等，个别病人还有发冷、发热、关节痛、肌肉痛及皮疹等，并可引起白细胞减少；静注可使血压下降甚至发生休克。片剂每片0.125或0.25克，针剂每支0.1（1毫升）或1克（10毫升）。常用量口服首次0.5～1克，以后每日1～3克，小儿14毫克/公斤/次，服后72小时内如心动过速不停止，即应停药；肌肉注射0.5～1克/次，年长儿童首剂50～100毫克，以后每2小时增加50毫克；必要时在严密观察下作静脉滴注，用0.5～1克加入5%葡萄糖100～200毫升中1小时内滴完，小儿1.4毫克/公斤/次。

10. 新针疗法　常用郄门、通里、间使等穴，平针法，留针15～20分钟。耳针同窦性心动过速。

11. 中草药治疗　详前述。

（四）心房颤动

心房颤动是仅次于过早搏动的常见心律失常，主要由于心房异位节律点发出冲动，使心房失去整体收缩的能力，因而造成心房高频率和极细的乱颤，每分钟可达 350～600 次。绝大多数发生在器质性心脏病患者，尤其是风湿性心脏病二尖瓣狭窄伴有左心房扩大者，其次为动脉硬化性心脏病、高血压性心脏病和甲状腺机能亢进；肺炎及其他急性感染、洋地黄中毒等也可发生。

症状与体征 可呈阵发性发作。心率很快时，症状与阵发性心动过速相似，出现心悸、不安、头晕甚至晕厥等；若心律不快，则很少有自觉症状出现。由于心房颤动能使心输出量降低 30%左右，因此器质性心脏病人常可出现心力衰竭的表现；冠状动脉性心脏病可引起心绞痛。此外，房颤发生后，容易造成心房腔内血栓形成，甚至发生动脉栓塞。检查时心律完全不规则，心率快（每分钟达 120～180 次），心音的强度不一致。脉搏极不规则，忽强忽弱，脉率常少于心率，称为脉搏短绌。一般心动愈快，脉搏短绌愈明显。

治疗 阵发性心房颤动呈短暂发作，以及心率不太快或无明显症状时，可不必特殊处理，仅需治疗引起心房颤动的各种病因。如心率较快，每分钟超过 100 次，或有心力衰竭症状时，则需应用洋地黄类药物治疗，以减慢心率及控制心力衰竭。在这个基础上，可再用普鲁卡因酰胺治疗（方法同阵发性心动过速）。

（五）心脏传导阻滞

心脏传导阻滞又称心脏传导失常，系指心脏因某种原因而发生的兴奋冲动传导障碍。若心房到心室的传导发生障碍，称为房室传导阻滞；若房室束以下部分的传导发生障碍，则称为室内传导阻滞，也称

束支传导阻滞。各种类型的心脏病、洋地黄药物中毒、白喉等感染引起的心肌炎、迷走神经张力增高，以及风湿活动等均可引起传导阻滞。

1．房室传导阻滞　按阻滞的程度可分成三度：

第一度　房室传导时间延长，但心房的兴奋冲动都能传到心室。患者可无自觉症状。听诊可有第一心音减弱。必要时作心电图检查。

第二度　心房的部分兴奋不能传到心室。患者可有心悸、头晕、乏力、劳累时气急等，心率比较缓慢，约40次/分，但仍规则。有时可见心搏停顿。

临床上通常把第一、第二度房室传导阻滞称为不完全性房室传导阻滞。

第三度　所有心房的兴奋冲动都不能传到心室，故又称为完全性房室传导阻滞。心室依靠自身的搏动而产生独立的心室节律，以此来维持心脏的跳动。第三度房室传导阻滞的病变常为永久性的。患者有心悸、自觉心跳缓慢、眩晕、乏力、气急等，严重者可有晕厥或心力衰竭出现。体检时心率慢而规则，每分钟40次左右，第一心音强弱不一，有时特别强（称为开炮音）；脉压增大，有毛细管搏动现象。严重者可心率突然减慢或暂时停止收缩，致使脑部及周围循环缺血，因而出现突然昏倒、面色青紫、四肢抽搐等（旧称莫阿斯氏综合症）。

2．心室内（束支）传导阻滞　常见的有右束支或左束支传导阻滞。左束支传导阻滞多见于冠状动脉性心脏病及高血压性心脏病，其出现往往提示心肌有严重的损害。右束支传导阻滞多见于风湿性心脏病、先天性心脏病、慢性肺原性心脏病及冠状动脉硬化性心脏病。

心室内传导阻滞患者除了原有心脏病的症状和体症以外，无其他特殊不适。

预防

1．积极寻找并去除引起心脏传导阻滞的各种病因，如感染、风湿活动等。

2．减少或停用有毒性的药物如洋地黄类等，有中毒者还应选用有关解毒药物。

治疗

1. 去除病因

2. 第一、第二度房室传导阻滞若无明显的自觉症状，可不必治疗；第三度房室传导阻滞者的治疗可选用：

(1) 1:1,000 肾上腺素 0.5～1 毫升皮下或肌肉注射。

(2) 异丙基肾上腺素 1～2 毫升加入 5％葡萄糖溶液 200～500 毫升中静滴。

(3) 阿托品 0.6 毫克口服，每日 2～3 次；或 0.5～2 毫克皮下注射或加入 25％葡萄糖溶液 40 毫升中缓慢静脉注射。

(4) 11.2％乳酸钠 60～100 毫升静脉注射。

(5) 氢化可的松 100 毫克加入 5％葡萄糖 500 毫升中静滴。

上述药物均可加速心室率，降低迷走神经张力，改善脑部及周围循环的缺血。

(6) 中草药治疗　详前述。

思　考　题

1. 阵发性心动过速、心房颤动和窦性心动过速三者有什么不同？怎样处理？

2. 过早搏动如何治疗？

3. 房室传导阻滞与窦性心动过缓如何鉴别？

八、贫　　血

贫血是一种症状，指血液内红细胞数和血红蛋白都低于正常值。一般认为化验检查血红蛋白男性在 12 克％以下、女性在 10 克％以下，或红细胞数每立方毫米男性在 400 万以下，女性在 350 万以下即称贫血。贫血者按其病情轻重可分为轻、中、重三度：血红蛋白 9～12 克％者为轻度，6～9 克％者为中度，3～6 克％者为重度。

贫血的发生主要是由于人体造血作用和破血作用不平衡

所致。根据其原因的不同又可分为失血性、溶血性和造血不良性三大类：

1. 失血性贫血
   - (1)急性失血，见于上消化道出血，内痔出血、出血性疾病（如血友病）以及外伤出血等。
   - (2)慢性失血，见于钩虫病、溃疡病出血、月经过多、痔疮出血等。
2. 溶血性贫血
   - (1)红细胞受物理、化学等因素的作用而过度或加速破坏。常见于烧伤、疟疾、链球菌感染、药物、化学中毒及毒蛇咬伤等。
   - (2)血液中有破坏红细胞的抗体存在。常见于输入不同血型的血液等。
3. 造血不良性贫血
   - (1)缺乏铁质引起，见于慢性失血性疾病、慢性胃肠道疾病等，又称缺铁性贫血。
   - (2)缺乏维生素 B_{12}、叶酸等造血因素引起，见于肝硬化、慢性胃肠道疾病、胃肠切除术后等。
   - (3)造血组织损害引起，见于再生障碍性贫血等。
   - (4)造血代谢障碍，见于慢性感染、恶性肿瘤、维生素C缺乏及慢性器质性疾病等。

祖国医学把贫血包括在“血虚”及“劳虚”等范畴内，其症状多与心、肝、脾三脏有关。

（一）缺铁性贫血

最常见，占贫血病人的绝大多数，是造血的重要原料——铁质缺乏所引起。铁质缺乏的主要原因有：

1. 长期慢性出血，如钩虫病、胃肠道出血、痔疮、月经过多，或多次分娩后失血过多等。由于体内大部分的铁质存在于红细胞内，故长期慢性失血常造成铁质缺乏。

2. 胃肠道机能紊乱引起的铁的吸收不良，如慢性胃炎、胃癌、胃切除以后引起的胃酸缺乏和慢性腹泻等。

3. 儿童期和妊娠期对铁质的需要量增加，而食物中铁质相对缺乏。

4. 其他如感染，肝、肾等疾病可抑制机体利用铁的能

力而造成贫血。

祖国医学认为贫血的发生是由于虫入体内，生湿热，致脾胃气虚，不能运化精微谷气，造成气血无源；气虚而不能摄血，可致上窍或下窍出血，造成血少气衰。

症状和检查

1. 轻病人可能症状不明显，仅于化验血液时发现。

2. 一般病人表现为头晕、眼花、面色苍白、怠倦、乏力、畏寒、食欲不振、腹胀、腹泻、失眠、四肢麻木等，祖国医学称为脾胃气虚。

3. 重病人除有上述一般症状（但更为严重）外，尚可出现舌炎，口角皲〔音军，jūn〕裂，毛发干燥脱落，指甲脆裂、扁平、凹陷等，妇女可有月经不调。少数病人因长期贫血而发展成贫血性心脏病，可有心悸、气促、头晕甚至晕厥、耳鸣、浮肿等表现。祖国医学称为气血两亏。

4. 体检时，患者结膜、指甲等处少血色，舌质淡，苔薄，脉濡细；听诊心尖部有轻度收缩期杂音，心率较快。血化验红细胞数及血红蛋白均低于正常，血清铁减少（正常80～150微克%）。白细胞和血小板数一般变化不大（详附录）。

治疗

1. 注意适当休息，饮食应富有蛋白质、铁质和维生素，如多吃菠菜、猪肝、禽蛋、鲫鱼及其他新鲜蔬菜等。婴幼儿5个月后应适当添加含铁辅食品。

2. 病因治疗　如治疗各种慢性出血、驱除钩虫等。钩虫病患者原则上是先驱虫，再治贫血。只有在贫血特别严重者，才考虑先采取有效措施纠正贫血后驱虫。

3. 药物治疗　主要是补充铁质。可服用硫酸亚铁0.3～

0.6克，每日3次。常见副作用有胃肠不适、腹痛、腹泻等，忌与茶同服，以免影响铁质吸收。也可服用10%枸橼酸铁铵10毫升，每日3次。服用铁剂常同服维生素C 100毫克，每日三次，或稀盐酸10～20滴，每日3次等，以增加铁质的吸收并应饭后服以减轻胃肠道反应。

4. 中草药治疗

⑴ 验方：

① 丹参1两，红枣6枚，水煎服，连服1～2周。

② 柏子仁、鸡血藤各5钱，水煎服。

③ 仙鹤草、女贞子、墨旱莲各1两，红枣6枚，水煎服。

⑵ 辨证论治：

① 脾胃气虚：治宜健脾补气，可用参苓术草汤（见225页）加减。

⑵ 气血两虚　治宜补益气血，可用八珍汤（即参苓术草汤加四物汤，四物汤即熟地、白芍、当归各3钱，川芎2钱组成）加减；或用中成药二至丸，每日3次，每服3钱。

5. 新针疗法　中脘、曲池、足三里、内关等穴。

（二）急性失血性贫血

各种大量失血后均可引起。

症状和检查　急性失血临床症状决定于失血的量和速度。少量或中量缓慢失血症状轻微；较大量的失血可有口渴、恶心、乏力、眩晕，直立或轻度活动后发生昏倒、手足厥冷等情况出现；严重者如一次出血量达全身血量的40～50%左右（约1,500～2,000毫升），则表现为软弱无力、烦躁不安、皮肤粘膜苍白、手足湿冷、呼吸急促、心悸、血压降低、脉搏细弱等休克症状，甚至出现少尿或无尿。

治疗　治疗的目的主要是停止出血、恢复血容量及纠正休克。

1. 针对出血的基本原因进行止血。

2．必要时输血或输6％右旋醣酐液等，以补充血容量。

3．给予高蛋白和富有维生素的饮食。

4．给予补血药物(同缺铁性贫血)。

(三) 再生障碍性贫血

指骨髓造血机能障碍或衰竭所引起的严重贫血，常伴有白细胞及血小板减少。可见于某些毒物或药物（苯、砷、磺胺、锑、抗菌素和抗肿瘤药物等）的中毒、X线或放射物质的长期刺激及严重感染等情况下，以15～29岁的青年发病较多，男性多于女性。

祖国医学认为本病是由于肾精亏耗，不能滋养他脏，导致心肝脾三脏俱虚，造成血无所主、无所藏、无所统，因而出现血虚、出血、血瘀等症状。

症状和检查 主要表现为进行性贫血、乏力、体表(皮肤及粘膜)及内脏的出血和反复感染等。临床上按病程的缓急可分为急、慢性两型：

1．急性型 起病急骤，病情进展迅速，以消化道、内脏和颅内等部位的出血以及感染为主要临床表现；患者可有发热。在祖国医学中属于阴虚内热、血热妄行的症候。病程较短。

2．慢性型 起病缓慢，病程较长，以贫血为主要表现。出血多限于皮肤粘膜，全身可见紫癜，有牙龈和鼻出血，常伴有口腔、咽峡、皮肤等急性或慢性感染、发热、乏力、纳差、精神不好等。在祖国医学中属于脾不统血、气不摄血而致气血两亏的证候。

治疗 应采取长期的综合性疗法，以中草药和睾丸素为主要药物，还需配合输血和使用激素等。

1．中草药治疗

(1) 阴虚内热、血热妄行：

① 有出血症状或继发感染者宜凉血止血，可用生地5钱，茜草4钱，三七粉5分(冲服)，当归、地榆炭各3钱，红枣5枚，水煎服；或生地5钱，当归、阿胶、丹参、丹皮、陈皮、鹿角胶各3钱，麦冬、白芍各4钱，桂枝2钱，水煎服；有上呼吸道感染时，可选用桑菊饮（方见205页）、银翘散（方见205页）等清热解毒，止血药尚可选

用侧柏叶、大小蓟〔音计、jì〕、白茅、墨莲草、仙鹤草、艾叶炭等。

② 严重的出血停止后，宜补气血、扶脾益肾，可用红参2钱（先煎或研粉分3次冲服），当归、熟地各5钱，鹿角胶、龟板胶、补骨脂各3钱，炙黄芪6钱，肉桂2钱，大枣10枚，水煎服；或紫河车1具，洗净、焙干、研末，每服3钱，日3次，用当归、黄芪、首乌各5钱煎水送服；或首乌、生地、补骨脂、肉苁蓉各4钱，菟絲子、生黄芪、丹参各6钱，枸杞〔音狗起，gǒu qǐ〕子、黄精各5钱，巴戟〔音八，bā〕天，淫羊藿各3钱，甘草1钱，水煎服。

(2) 脾不统血、气不摄血者治宜补气摄血，可用参苓术草汤（见第225页）加黄芪，重则加人参、阿胶等。

2．肌注丙酸睾丸酮50～100毫克，每周3次，连用5个月。

3．重复输血可以使症状暂时减轻，最好输鲜血。

4．出血可以输鲜血来止血；或用维生素K_3 4毫克、维生素K_1 10毫克、安特诺新10毫克等，均为每日2次肌注。

5．新针疗法　曲池、足三里、大椎、胆俞、丰隆等穴。

6．用青霉素、四环素、红霉素等控制感染。

〔附〕 中草药治疗再生障碍性贫血经验介绍：

1．再生汤

Ⅰ号：当归、白术各4钱，生地1两，金银花、阿胶各2钱，连翘3钱，蒲公英、丹皮、龟板各5钱；

Ⅱ号：党参、陈皮各3钱，白朮4钱，甘草6钱，龟板5钱，肉桂、阿胶各2钱，黄芪1两；

Ⅲ号：当归、白芍各4钱，生地、山药各1两，龟板5钱，首乌、枸杞子、熟地、五味子各3钱。

以上处方每日一次水煎服，交替使用，并配合维生素B_1、B_2、B_{12}、C及丙酸睾丸酮一起治疗。

——吉林梨树县医院

2．再生丸　皂矾、红枣、核桃、飞麦面各4两，皂角树干叶1钱。皂矾放锅内少炒，溶化后加适量陈醋一起泡后停火，放冷后研末，另取红枣（水煮后去皮核）及核桃（去壳）共捣成泥，再取皂角树干叶

炒焦研末，将四药混和，以飞麦面打浆糊，做成豌豆大药丸，每服3丸，一日3次，以鲜桑叶3～5片或红糖煎水冲服。

——江苏泗洪县官集公社老贫农王吉元方

3．白芨芦荟散

白芨散成分：白芨1两、百合6钱、仙鹤草2钱、三七5分，共研细末。

芦荟散成分：芦荟、乌药、丹皮、地黄、大黄、银花、寸冬，剂量随症加减。

用法：白芨散每服1钱，一日2次，连用一月，可与芦荟散交替应用。

——湖南邵阳市红卫医院

4．辨证施治

(1) 气血俱虚挟热（见于脾切除术前及术后不久）：党参、当归各4钱，首乌、白茅根各1两，藕节、黄芪、生地、旱莲草、银花各5钱，丹皮、阿胶(冲服)、枸杞子各3钱，水煎服。

(2) 脾肾两虚（见于脾切除后）：黄芪、首乌各1两，白术3钱，茯苓、熟地、党参、当归各5钱，锁阳、巴戟天各4钱，甘草1.5钱，水煎服。

——解放军157医院

思考题

试述缺铁性贫血、急性失血性贫血和再生障碍性贫血的诊断和处理原则。

九、白细胞减少症

凡周围血液白细胞计数持续低于4,000/立方毫米时，称为白细胞减少症，在祖国医学中属“血虚”范畴。临床上可分为原因不明性和继发性两种，以前者为多见。引起继发性白细胞减少症的常见原因有：

1．感染　某些细菌（如伤寒及严重的败血症）、病毒（如传染性

肝炎、流行性感冒、麻疹、风疹等）及原虫（如疟疾等）的感染时，病原体或毒素可以抑制骨髓的造血功能，并使血液中的粒细胞大量破坏，因而造成白细胞减少。

2．化学或物理因素的影响

(1) 药物过敏可引起白细胞减少，主要是由于药物通过人体时所产生的过敏(变态)反应对骨髓有毒性作用。这类药物主要有解热镇痛药（如安基比林、安乃近、保太松等）、磺胺药、抗菌素（如氯霉素、合霉素等）、抗结核药（如异菸肼、对氨基水杨酸钠）、氯丙嗪、抗肿瘤药、抗白血病药，抗甲状腺素药、抗癫痫药、眠尔通、巴比妥类及锑砷制剂等。

(2) X线及放射性物质、苯及抗肿瘤化学物质对骨髓造血细胞有直接的毒害作用，故能抑制细胞生成而引起白细胞减少。

3．其他如脾机能亢进、再生障碍性贫血、白血病、全身性红斑狼疮、恶性肿瘤等疾病，也可引起白细胞减少。

症状 原因不明性白细胞减少大多数患者无症状，或仅有全身乏力、容易疲劳、低热、盗汗、头晕、失眠等神经衰弱的表现。多为慢性、良性过程，即使患病数年，也没有明显的全身恶化现象出现。部分患者过去曾有肝病或其他慢性疾病史。继发性白细胞减少症的临床表现决定于原发疾病。由于白细胞减少后全身抵抗力降低，不少患者可有反复发作的口腔、咽喉、皮肤等处的感染，常迁延不愈，或者反复患感冒、支气管炎、中耳炎、泌尿道感染等疾病。

实验室检查，原因不明性者白细胞计数常在2,000～4,000/立方毫米之间，白细胞分类计数正常或轻度降低，血红蛋白及血小板多数正常；继发性者则视原发疾病而定，除白细胞减少外，有的病人还有红细胞、血小板的减少或其他特殊发现。

治疗

1．积极寻找致病因素，对原有疾病进行必要的治疗。

2．对有反复感染病史者采取各种预防措施，特别是防止口咽、皮肤及呼吸道的感染，一旦发生感染应及早使用抗菌药物。

3．由于本病多为慢性、良性过程（特别原因不明性者），故要定

期进行随访，对患者多做政治思想工作，解除其不必要的思想顾虑，并树立战胜疾病的坚强信心。

4．服用刺激白细胞生成的药物，常用的有以下几种，但疗效常不满意：

(1) 维生素 B_4 10～20 毫克，每日 3 次口服；维生素 B_6 50～100 毫克溶于 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉注射，每日 1 次，或 10～20 毫克每日 3 次口服。

(2) 单核苷酸 100 毫克，每日 3 次口服，或 50 毫克每日 1～2 次肌注。

(3) 利血生 10～20 毫克，每日 3 次口服。

(4) 鲨肝醇 200 毫克，每日 3 次口服。

(5) 强的松 5～10 毫克，每日 3 次口服。

以上药物应用时只需选用 1～2 种。一般来讲，白细胞轻度降低者多先用维生素类药物，严重顽固病例者可维生素类合并单核苷酸；激素药物因只有近期疗效，且副作用大，故不宜长用。

5．中草药

(1) 虎杖、黄精各 5 钱～1 两，水煎服，可同服维生素 B_2 5～10 毫克 1 日 3 次；或用胎盘粉 1 钱，分 2 次口服，疗程一般不少于三个月。

(2) 因病人多系气血两虚，故可补益气血，一般用参苓术草汤（见 225 页）合四物汤（见第 721 页）加鸡血藤 5 钱，水煎服。

6．新针疗法　可选用大椎、内关和曲池、足三里，两组穴位轮换针刺，每日 1 次。耳针可取肾穴埋针 5～7 天，并可与体针交替使用。

十、紫　　癜

(一) 血小板减少性紫癜

血小板减少性紫癜是由于血液中血小板减少而引起的皮肤、粘膜（甚至内脏）出血性疾病，可分原发性和继发性两类：原发性者原因不明，多见于儿童或青年；继发性的则是由于感染、某些药物、放射线等其他原因引起的骨髓造血机能障碍。本病在祖国医学中属于“发

斑”中的“阴斑”范畴，认为发生的病因多为阴虚火旺、血热妄行，损伤脉络而致，但“气不摄血”、“脾不统血”也是一个因素。

症状 主要表现为皮肤和粘膜多发性出血，常见于鼻、牙龈、皮下等处。皮下出血时皮肤出现大小不一的出血点或瘀斑，下肢较多。开始鲜红色，很快变为紫色，以后可呈褐色。患者遇到轻微的碰碰常能引起明显的皮下出血。少数急性患者可伴有畏寒发热。严重者可有内脏出血（如消化道、颅内等），甚至危及生命；女性病人常有月经过多或阴道流血不止。慢性反复发作者，可有精神倦怠、乏力、面色苍黄等贫血现象；部分病人可有脾脏肿大。

化验检查，血小板明显减少，低于5～8万/立方毫米；出血时间延长。

继发性血小板减少性紫癜除有上述症状外，还有其他疾病的症状或原因可查出。

治疗

1．适当休息，服用维生素K、C，必要时用激素，如促肾上腺皮质激素（A. C. T. H.）、氢化可的松、强的松、丙酸睾丸酮等。

2．中草药治疗

⑴ 草药墨旱莲、仙鹤草各2两(鲜)，洗净，捣烂取汁内服，每日2次；或煎服。也可用紫珠草5钱水煎服，或研粉吞服，每次5分。

⑵ 发热、鼻衄、口干渴者属阴虚火旺、血热妄行，治宜滋阴清热、凉血止血，可用白茅根、忍冬藤各2两，地骨皮、生地各1两，侧柏叶、知母各5钱，白芨3钱，水煎服；或龟板、鳖甲、仙鹤草各1两，大青叶、麦冬、丹皮各3钱，当归、熟地各5钱，升麻4钱，水煎服。

⑶ 无热而有紫癜者属气不摄血、脾不统血，治宜健脾养血，可用党参、白术、茯苓、当归、黄芪、酸枣仁、阿胶珠、远志各3钱，炙甘草2钱，水煎服；或当归、赤芍、桃仁各3钱，大枣10枚，侧柏叶、首乌各5钱，五味子、丹皮各2钱，水煎服。

⑷ 病情稳定时可长服仙鹤草1两、赤白芍各3钱、红枣10枚，煎汤服用；或归脾汤（方见225页）每二日1剂。

3．止血可用安络血、对羧基苄胺、凝血糖浆、紫珠草液等。

4．有条件者可输新鲜血；如反复发作，经较长时间治疗无效，出血比较明显，可考虑作脾切除，以减少体内血小板和血细胞的破坏。

5．并发感染者应及时用抗菌素治疗。

6．继发性的血小板减少性紫癜，应针对原发病因治疗。

（二）过敏紫癜

过敏性紫癜是一种毛细血管的变态反应性疾病，常见于青年人。主要由于病人对某种物质（药物或食物）或感染过敏，使毛细血管脆性和渗透性增加，引起皮下或粘膜出血，出现紫癜，有时可伴有关节痛及腹痛。祖国医学认为本病属“发斑”与“血热”的范围，主要因平素体虚，邪毒由表入里，伏于血分，血液运行失常而溢于脉外，故成皮肤发斑和出血，称为“邪在血分、迫血妄行”。

症状 起病较急，可有发热，并出现各种皮疹，如紫癜、红斑、荨麻疹、疱疹或局部坏死、溃疡等。以四肢伸侧较多见，两侧常对称。病重者粘膜可以出血，并有腹痛、便血或粘液物，甚至出现呕吐、便秘、腹泻等胃肠道症状。有的病人可有游走性关节红肿及疼痛，亦有肾脏病变而见血尿的。

实验室检查，血小板计数、出血时间、凝血时间都正常，部分病人毛细血管脆性试验阳性；嗜酸性白细胞可增多；尿常规可见血尿、蛋白尿等。

治疗

1．急性发作时休息，进食易消化的食物。已知原因者尽量去除过敏因素。

2．服用大量维生素C及路丁，保护血管壁。

3．中草药治疗 以滋阴清热、凉血止血为原则，可用生地5钱，忍冬藤8钱，侧柏炭、藕节、鲜竹叶、炙鳖甲、北沙参各3钱，仙鹤草6钱，升麻1钱，水煎服；或用鲜茅根半斤加水2碗，煎取1碗，早晚2次分服；也可用红枣8～12只，煎服，一日3次，连服1月。此外，还可服用草药墨莲草、仙鹤草、紫珠草等（同血小板减少性紫癜）。

4．应用抗过敏药物，如苯海拉明12.5毫克，每日3次；非那根12.5毫克，每日3次；或扑尔敏、安其敏等。也可加用10%氯化钙10毫升，每日3次口服；或葡萄糖酸钙10毫升加25%葡萄糖20毫升、维生素C 0.5～1克，每日1次静脉注射等。必要时应用激素。

〔注〕 盐酸苯海拉明（可他敏）、盐酸异丙嗪（非那根、普鲁米近）、扑尔敏、安其敏等都是抗过敏药（也称抗组织胺药），此外，尚有抑制中枢神经系统的作用。临床上常用于防治各种过敏性疾病、妊娠呕吐、晕车、晕船等，非那根还可治疗哮喘性支气管炎，以及与冬眠灵、度冷丁合用作为“冬眠疗法”。常见副作用是可引起思睡，故服药期间应避免驾驶车辆。非那根此种作用最强，苯海拉明和安其敏次之，扑尔敏最轻。苯海拉明每片12.5毫克或25毫克，常用量25～50毫克，1日3次；小儿2～4毫克/公斤/日，分3～4次服，必要时可用粉剂配成0.25%糖浆。非那根片剂有5毫克、12.5毫克和25毫克三种，针剂有25毫克（1毫升）和50毫克（2毫升）二种，常用量12.5～25毫克一日3次口服，或25～50毫克/次肌肉注射，儿童按0.5～1毫克/公斤计算，必要时还可静脉滴注。扑尔敏每片4毫克，常用量4毫克，每日1～3次；小儿0.35毫克/公斤/日，分3～4次服。安其敏每片25毫克或50毫克，用量同苯海拉明。

氯化钙、葡萄糖酸钙也属于抗过敏药，有消炎、抗水肿、抗过敏等作用；还可保持神经肌肉的正常兴奋性，兴奋心脏及加强心肌收缩力，临床用于过敏性疾患、手足搐搦症和各种绞痛。因其能增加洋地黄类的毒性，故千万不能与洋地黄类药同用。氯化钙注射剂系5%浓度，每支20毫升（含1克），常用量0.5～1克/次，用等量25%葡萄糖液稀释后缓缓静脉注射，每日1次。葡萄糖酸钙每支10% 10毫升（含1克），常用量1～2克，用25%葡萄糖稀释后缓缓静注，每日1次，儿童剂量减半。钙剂注射时全身可有发热感，故速度不宜太快，并注意观察病人的情况。

思 考 题

过敏性紫癜与血小板减少性紫癜有什么不同？二者如何治疗？

病例讨论一

沈××，女，36岁，记录日期197×年2月3日。

主诉：咳嗽、心跳、气急、发热四天，咯血数十口。

病史：一周前患者着凉后，就有咽痛、鼻塞、流清水鼻涕，同时伴有咳嗽。咳嗽时稍有痰，痰白色泡沫状。无胸痛，较平时更易劳累，但休息后，心跳、气急逐渐好转。患者仍继续参加田间轻工作。到1月31日自感有怕冷、发热，但不高（当时未测体温）。咳嗽较前加剧，痰量仍不多，色较黄而稠。自己服用P. P. C. 1片后，睡觉休息，心跳及气急现象仍有。数小时后出汗较多，心跳气急已有好转，热度也有减退，不思饮食。到2月2日仍有咳嗽、发热，发现痰里有时带鲜红色血絲。鼻塞、流涕症状好转，但气急更加明显，不愿下床活动。2月2日晚上十二点左右，突然剧咳，感到呼吸急促，心跳加快。从床上坐起，咳嗽，先是痰带血絲，后感咽喉发痒，接着咳出血痰20余口，色鲜红，因咯血不止而送至卫生院。患者从小经常有咽痛病史，劳动力较一般差，活动后易气急，心跳。有关节疼痛及月经不规则、鼻出血病史。以前无经常咳嗽病史。

检查：患者消瘦，神志清楚，坐位，两颊潮红，口唇苍白。体温38.8℃，呼吸38次/分，心率120次/分，血压120/84毫米汞柱。气管正中，二侧肺呼吸运动对称，二侧语音传导相等，二肺底均有湿性罗音，左肺上部听到有哮鸣音。心浊音界不大，心律规则，心尖部有二级吹风样收缩期杂音，不向腋下传导，并有三级隆隆样舒张期杂音，肺动脉瓣区第二心音亢进。肝上界右第五肋间，肋下一指，无压痛，边缘明显。脾脏未触及。腹部无压痛点。下肢无浮肿。

这患者患的是什么病？引起这病的原因是什么？为什么会发热？应该怎样处理？

病例讨论二

张××，女，28岁。记录日期197×年9月18日。

主诉：不规则发冷发热23天。

病史：患者于8月26日开始，感到周身寒意，发热微汗，伴膝关节及肘关节游走性疼痛，难以屈伸。以后，疼痛逐渐加剧，不能下地活动。曾去医院治疗，服阿斯匹林1周，并肌注青霉素，少效。去年秋天，曾同样发作过，经服西药，历时20余天而愈。以往经常有咽痛发作史。

检查：体温38.2℃。咽部充血，扁桃体1～2度肿大，未见发红和分泌物。心、肺及腹部无阳性发现。两膝关节及肘关节红肿、压痛，活动受限。两侧腓肠肌亦有压痛。小腿部发现有皮下结节。化验：血沉39毫米/小时，白细胞10,800，中性78%。

诊断：风湿热。

治疗经过：

(1) 青霉素肌注。

(2) 中医辨证论治：寒湿凝于经络，"不通则痛"。风湿相搏，郁而化热，故口干不欲饮，舌苔薄黄，脉弦滑带数。治宜疏风清热利湿。处方：生石膏(打)、忍冬藤各2两，知母4钱，生地1两，防风、防己、羌活、独活各3钱，水煎服。

9月20日复诊：发热已退，关节疼痛大减，已能下床活动，黄苔已化。将上方减生石膏为1两，去知母，加生甘草3钱。

9月22日三诊：周身关节肿痛已基本消失，脉象平和，拟养正祛邪。处方：黄芪、茯苓各6钱，当归、白术各3钱，生地、忍冬藤各1两，甘草1.5钱，水煎服。

9月28日四诊：已无不适，血沉接近正常。追踪观察一年，未复发。

在赤脚医生培训班的病例讨论会上，带教老师李医生向大家介绍了这一病例，同学们展开了热烈讨论，最后，统一了认识。他们认为：

(1) 本例有不规则的中等度发热、游走性多关节炎、皮下小结、血沉增快、白细胞中等度增加等证象，基本上可确诊为"风湿热"。

(2) 风湿热属于祖国医学的"痹症"一类，由风、寒、湿三气的影响引起。风、寒、湿只是外界气候的变化，为引起疾病的诱发因素。

发病的根本原因在于身体对这些外因的抵抗力和反应性。当身体抵抗力降低（正气不足、卫气不固）时，外因才能起作用。明确这一点，对预防和治疗都有帮助。

(3) 痹症中，湿与热往往呈现偏重的倾向。舌苔的变化是辨认湿与热孰轻孰重的主要方法。如湿偏重则舌苔黄少白多，且较润湿；热偏胜则黄多白少，且较干燥，舌质亦较红；舌质鲜红，舌苔黄燥，且热势较高，口渴喜饮，常表示阴津受灼。故舌苔的变化又是权衡用药的一个指标。

(4) 治疗方剂中防风疏风，忍冬藤清热，防己利湿，生地滋阴，加石膏、知母以助清热之力，加羌活、独活以祛风通络止痛。

(5) 现代医学认为风湿热的发病与溶血性链球菌感染有关，故用青霉素控制感染，对预防本病复发有一定意义。

(6) 风湿热常表现为心脏炎症状，并引起慢性心脏瓣膜病变，应考虑激素治疗。本例以关节炎症状表现为主，故仅用中草药治疗。

赤脚医生同志，請您思考一下：

(1)“痹症”是怎样形成的？如何预防？

(2)“痹症”中湿偏重的如何辨别？症状表现如何？试拟一处方。

病例讨论三

李××，女，68岁，农民。咳嗽、咯痰及发作性气急已有20余年。全身浮肿一个月，三天前不慎脱去上衣而受凉，今天起畏寒、发热，咳嗽较剧，黄稠痰甚多，并伴呕吐多次、头痛、反应迟钝、气急明显而入卫生院病房治疗。

患者近20年来，每到冬季咳嗽、气急加重，常为阵发性发作，痰多为白色，时带黄色。咳剧时常有大咯血。上述症状夏季可好转。半年来出现心悸、头晕等症状。近一个月来，全身浮肿，尤以下肢更甚，小便减少。右侧胸胁部感胀闷，食欲极差。以往无咽痛及关节痛病史。患者的丈夫20年前因患肺结核而死亡。

检查：患者呈痛苦面容，额上出汗，神志尚清。呼吸困难，端坐位。口唇粘膜有紫绀，巩膜似有黄疸，全身浮肿。体温38.1℃，脉搏

122 次/分，呼吸 40 次/分，血压 134/88 毫米汞柱。口咽充血，扁桃体未见肿大，舌尖有紫绀。颈静脉怒张。桶状胸，两肺呼吸音均减低，并有中、小湿罗音，尤以肺底为甚。叩诊肝浊音界缩小，心音轻、远，心率较速，但较规则。剑突下有柔和的收缩期杂音听及，肺动脉瓣区第二心音亢进，偶有奔马律。腹部较饱满，有移动性浊音。肝肋下触及 3 指，质软，有压痛。肝颈返流阳性。脾未扪及。指及趾都有杵状指，下肢及背部有凹陷性浮肿。

化验检查：白血球计数 11,100/立方毫米，中性 85%，淋巴 18%，单核 5%，红血球 405 万。尿蛋白微量，白血球(+)，透明管型少许，尿比重 1.034。二氧化碳结合力 69%，非蛋白氮 49 毫克%。X 线胸透两肺纹理增深，透亮度高。痰找结核杆菌及培养(-)。

赤脚医生同志，这位老妈妈患的是什么病？应该怎样治疗？

第九章　泌尿系统常见疾病的防治

第一节　泌尿系统解剖生理

机体代谢过程中产生的各种废料，除了粪便由消化道排出，二氧化碳经肺呼出，以及少量经过皮肤随着汗液排出外，其余大部分废料经过泌尿系统随着尿液排出体外。从机体内排泄的一切代谢产物(气态者除外)，都是呈水溶液排出的。因此，就分量来说，水是构成排泄物的基本成分（尿中含水不少于98%）。尿液的质和量，可随着机体内环境的情况而变化。

一、泌尿系统的结构与功能

泌尿系统包括肾脏、输尿管、膀胱和尿道（图9-1）。

（一）肾脏

肾脏俗称腰子，左右各一，位于腹腔的后壁，腹膜的外面，脊柱的两侧。上极相当于第十一或第十二胸椎，下极相当于第二或第三腰椎的平面。呼吸时，肾的位置略有变动，一般不超出一个椎体的范围。右肾较左肾低1～2厘米。

1. 肾的形态和结构　肾表面有被膜，周围有一层较厚的脂肪组织，对肾脏起固定作用。肾的内侧凹陷，叫肾门，肾的血管、输尿管在这里出入。

肾的外围部分是实质的，叫肾实质，又分外面的皮质和

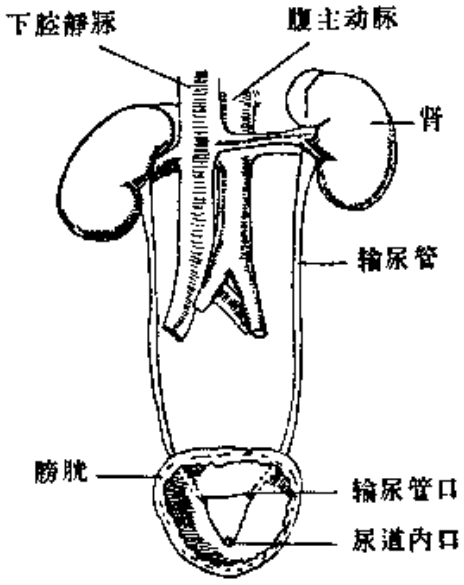


图 9-1 肾、输尿管和膀胱

里面的髓质二部分。中央是腔，叫肾盂。肾盂和肾实质相连的地方叫肾盏（图 9-2）。

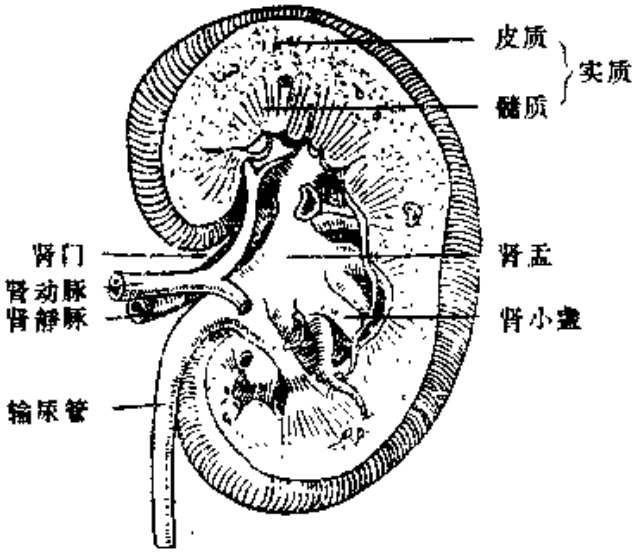


图 9-2 肾的切面

肾的实质部分由无数的肾单位构成。肾单位是肾脏的构

120106

造和机能单位，由肾小球及与其相应的肾小管组成(图 9-3，4)。每个肾小球是一个结成小球状的毛细血管网，外面有一囊状包膜，叫肾小囊。肾小囊和肾小管相连。许多肾小管汇集成集尿管，开口于肾盏。

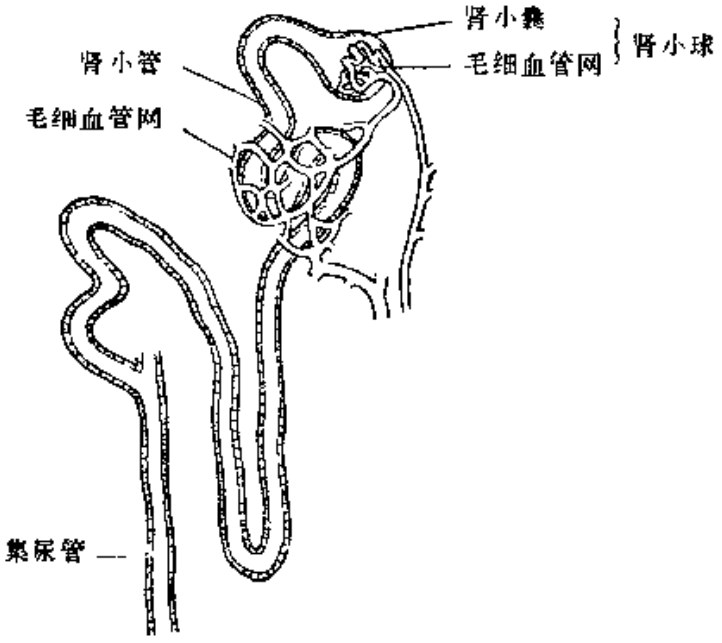


图 9-3　肾实质的结构

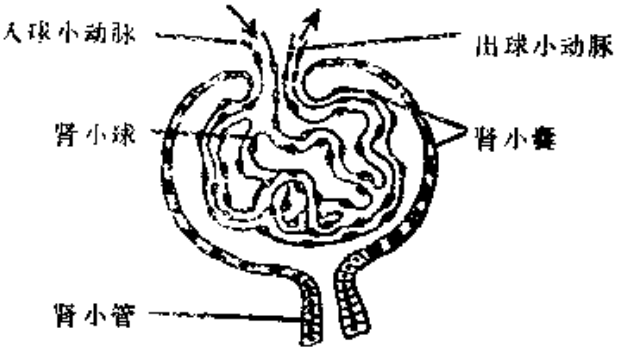


图 9-4　肾小球

2. 尿液的生成　当动脉血液经过肾小球时，由于肾小

球的入球小动脉粗，出球小动脉细，加上肾动脉又是从腹主动脉上直接分出来的，故压力很高，血液中的液体（除了血细胞和蛋白质外）就通过机械作用从毛细血管滤出到肾小囊内。这时液体内既有代谢废料，也有人需要的一部分养料，常把它称为原尿。当滤出液流经肾小管时，这些有用的养料绝大部分又被肾小管重新吸收而进入血液，这种作用叫肾小管的重吸收。肾小管的重吸收作用很强，原尿中的水分约98～99%被吸收，葡萄糖一般全部被吸收，氯化物接近全部被吸收，钠被大量吸收，钾、无机磷等也被不同程度的吸收。除了重吸收外，肾小管还能分泌一些物质排入尿中去，如少量钾离子、少量肌酐、氨、氢离子及一些外来物质等，并使尿液酸化。肾小管出来的尿液汇流入集尿管。尿在流经集尿管时，也有一部分水、钠盐和尿素被重吸收，并又有一些钾离子、铵、氢离子等分泌出来。到了集尿管的末端，尿的成分才最后确定而不再改变，可将它称之为终尿。然后，尿经肾盏、肾盂到输尿管，再进入膀胱。若肾脏的疾病影响到肾小球、肾小囊、肾小管，那末尿中就会出现本来没有的东西，象红细胞、白细胞、蛋白质、管型等，而血中的废物反而不能很好的经肾排出，到后来血中的废物越积越多，便引起严重的尿毒症，危及生命。

肾小管的重吸收和分泌作用受体内某些激素的影响。如垂体后叶产生的抗利尿激素可以增加肾小管上皮细胞对水分的重吸收。当某种疾病使其分泌不足时，可使病人的尿量大大增加而形成尿崩症。肾上腺皮质产生的醛固酮，可促进肾小管对钠的重吸收和对钾的分泌，因此当其分泌不足或过多时，可以影响到人体内钠钾的平衡而出现水盐代谢紊乱。此外，肾脏本身对调节体内水与电解质平衡和酸碱平衡也起着

重大的作用，具体详见第十七章液体疗法概述一项。

（二）输尿管

输尿管是一对细长的管道，位于腹膜之后，长达25～30厘米，上端自肾盂开始，下端进入膀胱，主要由平滑肌构成。它的机能是把从肾盂来的尿液推送入膀胱。由于输尿管相当细，且在与肾盂相接处（即输尿管的起端）、进入盆腔（跨过髂动脉处）以及膀胱入口处有三个狭窄，故肾结石时在肾盂内形成的结石常在此处嵌顿，阻碍尿的排出，并引起输尿管平滑肌的强烈的收缩而发生剧烈的绞痛。同时，结石损伤肾盂及输尿管粘膜，可在尿液中见到血液，或在显微镜下见到尿液中有大量红细胞。右侧输尿管与阑尾的位置比较接近，两者病变所引起的疼痛常容易混淆。

（三）膀胱

膀胱是一个储存尿液的袋形器官，由平滑肌组成，位于盆腔内。膀胱有很大的伸缩性，它的形状随里面所存尿液的多少而改变。膀胱空虚时，下腹部摸不到。如尿道有狭窄阻塞时，膀胱内存积大量尿液，则在下腹部可摸到圆形的膀胱。膀胱后方左右各有一个口，与两侧输尿管相连，下面则有一个口通尿道。膀胱与尿道交界处有尿道括约肌，当尿在膀胱内积聚到一定数量时，就会通过神经反射，引起要小便的感觉。小便时，膀胱收缩，尿道括约肌松弛，尿就排出了。男性膀胱后方是直肠，女性的膀胱和直肠之间还有子宫。

（四）尿道

尿道是从膀胱通到体外的一条细长通道。男女不一样，男性的长而弯曲，全长15～20厘米，可分为前列腺部、膜部（即穿过盆腔底的部分）和海绵体部（即穿过阴茎的部分），是排尿和排精液的共同器官；女性尿道只是排尿的管

道，很短，只有4厘米，加上附近有肛门、阴道，易被污染，细菌从尿道进入，经膀胱、输尿管上行到肾盂，可引起尿路感染（膀胱炎或肾盂肾炎）。

二、祖国医学对泌尿系统的认识

祖国医学认为水液的运行依靠肾、膀胱、脾和肺等脏器共同完成。

（一）肾

1. **肾藏精** 肾藏精有二种意义，第一是饮食中的营养物质（精微）经脾转肾，由肾吸收，以充实脏腑、四肢、五官的需要。第二是肾藏本身的精，叫“肾精”，它和人的生长、发育、衰老有关。“肾精不足”，可出现发育迟缓或早衰等症。

2. **主水** 肾是调节水液平衡的主要脏器，但水液的运行必须由肺（通调水道）、脾（运输水湿）、膀胱（气化）来进行。肾对水液失却调节，可使尿量过多而成“下消症”（糖尿病、尿崩症），或者尿量过少，致使水液蓄积体内而成水肿病（肾性水肿）。肺经受邪，肺气不降，失去通调水道的作用，同样也可造成水肿。脾气虚或脾阳不振，则水湿的运转发生障碍，导致水湿停滞。膀胱的气化使小便排出体外。所以对于水液的运行平衡，必须把肾、肺、脾、膀胱联系起来。明白了这一点，对今后临床治疗有很大帮助。

3. **肾主气** 人的呼吸由肺来进行，但年老肾亏会出现呼多吸少现象，称之为“肾不纳气”。

4. **主骨，生髓，通脑** 肾藏精，精生髓，髓养骨，“脑为髓之海”。骨、髓、脑三者之间的藏、生、养的关系，是古代劳动人民在长期的实践中对于某些复杂的生理病理现象

的归纳。有人用补肾方法治再生障碍性贫血，就是根据肾主骨生髓的理论。同样，用补肾方法能使骨折提早愈合。

（二）膀胱

膀胱是储存尿和排尿的器官。膀胱所以能排尿，主要靠肾的气化。如肾的气化机能减退，就会出现排尿困难（尿潴留）。

根据以上所述，可见祖国医学的肾包括泌尿、生殖、血液、内分泌、中枢神经系统等多方面的功能，这些系统的疾病都和肾有关。膀胱的功能与现代医学认识基本相似，是个储尿和排尿的器官，病变也主要表现在小便方面。

思 考 题

1. 泌尿系统是由哪些器官组成的？尿液是如何生成及排泄的？
2. 祖国医学的肾与膀胱作用如何？

第二节 泌尿系统检查法

一、问 诊

（一）排尿异常

泌尿系统的主要功能是分泌尿液，故泌尿系统的疾病常可引起排尿异常，一般应注意以下几个方面：

1. 尿量 正常人一天排尿量约1,500毫升左右。慢性肾脏疾病如慢性肾炎或肾硬化等时，由于肾小管的重吸收作用降低，肾脏浓缩尿液的能力减退，可引起多尿，一昼夜超过2,000毫升，但应与大量饮水、寒冷时代谢增加等生理因素或其他疾病如糖尿病、尿崩症等所致的多尿相鉴别。急性或慢性肾炎，双侧肾结核或多囊肾，以及血型不合的输血、磺胺药中毒、灼伤等引起的急性肾病，或输尿管被结石、感染、肿瘤等阻塞时，可引起少尿（每昼夜尿量少于500毫升）甚至无

尿，严重者因此而发生尿毒症，造成极为严重的后果。此外，如患者有排尿感，且膀胱胀满而无尿，则为尿道因各种原因梗阻而引起的尿潴留。

正常人夜间与日间尿量的比例约为1:3。在慢性肾病患者，由于肾浓缩机能减退，夜间排尿量增多，甚至等于或超过白天，形成夜尿症，一般可与多尿同时存在。

2．尿的色泽　正常尿液淡黄澄清。尿路感染者，因尿液中白细胞显著增加而混浊，甚至呈脓性。急性肾炎患者由于肾小球滤过性增加而出现血尿和蛋白尿，严重者尿中还可有管型。血尿严重者尿呈鲜红色或洗肉水样。血尿伴有肾绞痛者多为尿路结石。

3．尿频、尿急、尿痛　是尿路感染的典型症状，由于炎症对尿路的刺激而引起。

（二）疼痛

肾结石病人在结石进入输尿管或通过输尿管时，可由于肾盂和输尿管的痉挛性收缩而引起剧烈绞痛，称为肾绞痛。其特点是发作突然，疼痛可向腹股沟部和生殖器官放射。肾炎和肾盂肾炎患者可经常出现腰酸。急性肾炎或输尿管扭转的病人常因肾脏急性增大，使肾被膜扩张牵引而引起腰部(肾区)的钝痛或锐痛。

（三）水肿

水肿是肾炎的主要症状之一。肾脏性水肿的特点，常自眼睑开始，逐渐发展到全身，重者甚至可出现浆膜腔积液。应注意水肿首先发生的部位、性质及出现的时间。一般急性肾炎引起的水肿，大多在早晨眼睑部明显，以后遍及全身。慢性肾炎或肾盂肾炎晚期病人，因肾机能衰退，水肿呈持续性，严重者则全身浮肿，甚至胸腹腔均有积液。对于慢性肾炎患者，还应询问幼年有无浮肿史。

（四）高血压

肾脏疾病常伴发血压升高，主要由于肾小球的滤过率降低，造成钠与水潴留，血容量增加；同时肾脏在缺血的情况下可制造肾素，这是一种酶，能将血浆中的高血压蛋白原变为高血压蛋白，引起周围血管的收缩，因而发生。病人可出现头痛、心悸、眩晕、耳鸣等症状。

（五）其他

泌尿系疾患有时还可出现全身不适、乏力、发热、恶心、呕吐、意识障碍及贫血等中毒症状，须了解其出现时间、性质、程度及发展过程。此外，还应询问与目前的肾脏疾患有关的一些疾病或曾经有过的症状。如肾炎要注意有无猩红热、咽炎或扁桃腺炎、皮肤感染等链球菌感染史，以往有无水肿、高血压、血尿等表现；肾结核要了解过去有无其他部位的结核病。必要时还要询问患者居住与劳动的条件，以及有无汞、铅等中毒史。

二、体格检查

（一）望诊

应注意皮肤(特别是面部)、口唇、指甲及眼睑结膜是否苍白，水肿的分布及其程度，病人的神态、呼吸及体位等。尿潴留者还可在耻骨上方见到隆起的膀胱。

（二）触诊

面部及四肢的触诊可证实有无浮肿，尿潴留时可在下腹部耻骨上方摸到圆形的弹性物体。肾脏及尿路的病变有时可在体表有关部位出现压痛点，主要有后面的肋脊点（脊柱和第十二肋所成的肋脊角间）、肋腰点（第十二肋和腰肌所成的角部）和前面的季肋点(第十肋前端)、上输尿管点（脐线上腹直肌的外缘处）、中输尿管点（髂棘间线与通过耻骨结节的垂直线的相交点）等(图 9-5)。

肾脏的触诊比较重要。触诊时病人可取仰卧或侧卧位，将两腿蹬曲使腹壁松弛，必要时也可取立位。检查者站在病人的右侧，用左手托住病人腰部的肾区，右手放在季肋部，其微弯的手指端恰在肋弓下方，利用病人的呼吸运动将右手逐渐向后深压，同时左手将后腹壁推向前方，两手互相靠拢，有肾脏向下移位者此时右手指端即可触知肾脏，甚至可握住肾脏判断其性质及移动度；如两手已经相接而尚未触到肾脏，就令病人深吸气，以使肾脏下降而与右手相遇，可以触知肾脏下极的状况。有时还可作反击触诊法，即在上述触诊时再以左手手指向前面右手方向作有节律的冲击运动，使右手可以感到具有浮沉感的肾

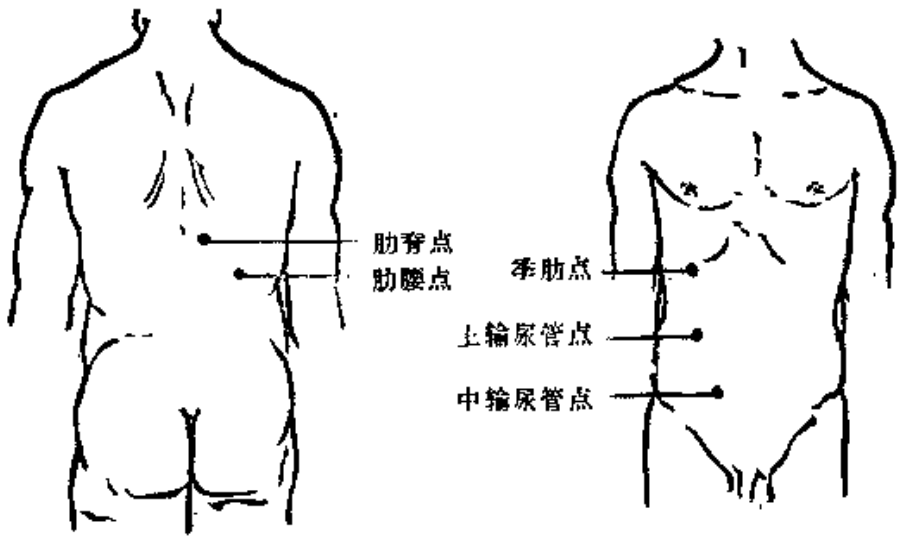


图 9-5　肾脏疾病的压痛点

脏。正常的肾脏一般不能被触及，但在较瘦的人，右肾也可能被触到。触到肾脏时要注意其大小、形态、性质、表面状况、有无触痛及移动性。

（三）叩诊

肾区的叩诊宜轻，可以左手掌握于患者腰部，右手握拳在左手指背上轻轻捶击，以后再渐渐加重。如病人感觉肾区有某种程度的叩击痛，便是阳性结果，见于肾结石、肾盂肾炎、肾周围炎及肾结核等。此外，当膀胱过度充盈时，在耻骨上方叩诊时可出现浊音。

思考题

1．怎样询问泌尿系统疾患的病史？

2．泌尿系统疾患应该怎样进行检查？

第三节　泌尿系统常见疾病

一、急性肾炎

急性肾炎也叫急性弥漫性肾小球性肾炎，它的发生常与

身体其他部位的链球菌感染（如上感、扁桃体炎、皮肤化脓性感染、猩红热等）有关，是一种变态反应性疾病。其基本的病理变化是全身小动脉的痉挛收缩和毛细血管通透性的增加，特别以肾脏的变化最为明显，可引起肾小球缺血、滤过率降低和肾小管细胞因缺血而混浊肿胀等。临床上以全身水肿、血压增高、血尿、蛋白尿为主要表现。本病多见于小儿和青少年，秋、冬二季发病较多，寒冷、潮湿常是诱发因素。在祖国医学中属“阳水”、“风水”的范畴，认为多由外邪诱发，引起三焦阻滞，其病变部位偏于肺卫。

症状 起病前两周到数周，常有上感、扁桃体炎、咽峡炎或皮肤感染等发作史。起病可急可慢，轻重也不一致。轻者仅有眼睑浮肿，无其他症状。儿童起病缓慢的仅见苍白、软弱、胃口不好、口渴和轻度浮肿。严重病例有发冷、发烧、疲乏、食欲不振、腰痛等。主要症状是：

1. 浮肿 患者多有不同程度的浮肿，主要由于全身毛细血管渗透性增加和体内钠的潴留所致；在血压很高的患者，还可能与心机能不全有关。浮肿一般多从眼睑部开始，早上起床时较明显，后逐渐波及面部、踝部等处，变为全身性浮肿。严重者浮肿出现很快，于数日内可很明显，此时上下眼睑可因水肿而不能张开，下肢肿胀特别厉害，浆膜腔（如胸腔、腹腔、甚至心包腔）也可以有积液；最严重者偶可产生脑水肿而出现惊厥等症状。一般浮肿持续约1～2周即开始消退，重者历时较长，可达3～4周。

2. 高血压 血压增高主要由于肾脏缺血和肾小球滤过率降低，造成钠与水潴留，血容量增加，以及血管痉挛所致。可出现很早，甚至为本病的最早表现。高血压的程度大有不同，轻者接近正常，多数在180/100毫米汞柱以下，少数可

超过200/100毫米汞柱。在肾炎恢复期，血压很快降至正常。

3. 尿的变化　主要表现为尿量减少、血尿、尿蛋白和尿中出现管型等。

(1) 尿量减少：浮肿时尿量减少，轻者一日量常在400～700毫升上下，严重者可减少到300毫升以下甚至无尿。尿的比重一般在正常范围内，但由于尿液浓缩或尿中有蛋白质，也可稍增高。一般持续一、二周后，尿量可以增加，恢复期每天可达2,000毫升以上。

(2) 血尿：几乎所有患者均有。程度上可有所不同，轻者只能在显微镜下发现，重者肉眼也能见到，多呈混浊咖啡色。血尿主要是由于肾小球血管壁通透性增高所致，所以尿中同时可有白细胞和上皮细胞的显著增加。肉眼血尿持续时间不长，数天后即转入显微镜血尿，但此后可持续甚久，大多在6个月以内逐渐消失，少数可持续到二年才完全恢复。

(3) 蛋白尿：几乎每例都有。主要是由于肾小球血管壁渗透性增加，血浆蛋白从中漏出所致。要经过检验才能发现。

(4) 管型：大多数患者可见到。主要由于尿蛋白在远端肾小管内凝结而成。在蛋白凝固时，尿中红、白细胞以及肾小球和肾小管的上皮细胞可被聚留在内，因而形成红细胞、白细胞或上皮细胞管型(无细胞者称为透明管型)；在血细胞或上皮细胞破坏后，则变成颗粒管型。管型的发现可证实病变在肾脏，而且在肾小管或小管以上的部位（即肾小球)；红、白细胞管型还表示肾脏有出血性炎症病变。

4. 其他　患者常有头晕、头痛、恶心、呕吐、便秘或腹胀等症状。

并发症

1．心力衰竭　急性肾炎时，由于高血压、血液循环量增加（水、钠潴留）而加重心脏负担，加上心脏供血不足，可导致心力衰竭。早期可仅有左心扩大而无症状，严重者则出现左右心衰竭的一系列症状。

2．高血压脑病　血压急剧升高，可引起高血压脑病，表现为剧烈头痛、呕吐、抽搐、精神失常、失明等(见 812 页脑血管意外有关项)。

3．尿毒症(见后述)。

预防

1．防治急性呼吸道感染、扁桃体炎等。

2．经常发作扁桃体炎的儿童，有条件时可在急性期过后作手术切除扁桃体。

3．防冷防湿。

治疗

1．严格卧床休息，直到主要症状（浮肿、高血压等）消失为止。防寒保暖，腰部热敷。

2．饮食　浮肿时严格限盐和水，可吃甜食或淡食。初期要少吃鱼、肉、豆制品等含蛋白质多的食物。

3．中草药治疗　以宣肺发表、通利三焦为主，常选用麻黄、生石膏、连翘、赤小豆、米仁、鲜茅根等药物；特别是连翘可用 1～2 两，能增强毛细血管的抵抗力，同时有一定的利尿消炎作用。传统的常用方剂是越婢汤合麻黄石膏赤小豆汤加减，即麻黄 2 钱，生石膏 1 两（先煎），连翘、泽泻各 4 钱，茅根、赤小豆各 5 钱，水煎服。对于尿血严重者，应清热凉血，常选用鲜茅根、生地、旱莲草、大小蓟、生甘草等药物；其中鲜茅根有“补中益气，除瘀血、血闭，利小便”的作用。常用的方剂是小蓟饮子加减，即生地 4 钱，山

栀3钱，竹叶、木通各1.5钱，生甘草1钱，小蓟、藕节、滑黄各5钱，水煎服；肉眼见血尿者加琥珀屑3～5分吞服，高血压及血尿同见者加荠菜花5钱～1两，并将小蓟加大至1两。

4. 新针疗法　肾俞、膀胱俞（第二、三骶椎间旁开1.5寸）、三阴交、气海、关元、阳陵泉；或耳针肾区、膀胱区、肾上腺区。

5. 降压　可服利血平0.25毫克，每日3次。血压过高可肌注利血平1毫克。效果不佳时加服肼苯达嗪25毫克，每日2～3次。同时还可加用些镇静药如利眠宁等。

6. 利尿　浮肿明显时可给双氢克尿塞25毫克，每日2～3次；或氨茶碱0.1克，一日3次。严重少尿或无尿者还可用利尿合剂或25%山梨醇、20%甘露醇静滴（详见570页）。但禁用汞剂。

7. 控制原发感染　可用青霉素肌注，对青霉素过敏者改用红霉素或四环素，但不宜用磺胺药，以免加重对肾脏的损害。

8. 并发心力衰竭、高血压脑病或尿毒症的抢救详见有关章节。

二、慢性肾炎

慢性肾炎可见于各年龄，但多数病人在30岁以下。其起病方式可有下列几种：(1)明显地由急性肾炎延续而来；(2)起病比较快，症状与急性肾炎相似，但出现于感染后一周以内（一般为2～3天），以往曾有急性肾炎或水肿历史；(3)起病比较缓慢，主要表现除尿改变以外，可能为高血压或

水肿，完全没有急性发作的过程，以往也没有水肿或急性肾炎的历史，起病前也没有明显的感染症状；(4)健康检查发现尿中有蛋白质和管型，但病人无明显症状或体征。

慢性肾炎的基本病理变化在早期主要是肾小球的增殖和肾小管的变化，在晚期主要为纤维化和疤痕形成。肾脏的组织结构可遭到严重破坏，其功能明显受损。本病在祖国医学中属于“正水”、“石水”、“阴水”等范畴，认为其病变偏于脾肾。

症状 慢性肾炎的主要临床表现有水肿、尿变化、高血压和血液变化等，其血液变化较急性肾炎为显著。慢性肾炎的临床表现很复杂，常见的可分为以下几种类型：

1. 高血压型 某些病人以急性肾炎或慢性肾炎急性期后遗下的高血压为其主要表现，而水肿、尿液变化则并不明显，临床表现类似高血压病，并可累及心脏，引起心脏病变。患者常诉头晕、头痛、视力模糊。血压持续在160～180/90～110毫米汞柱左右。心脏可向左增大，其程度不一定与高血压成正比。严重者可出现左心衰竭的症状，如心悸、呼吸急促、夜间阵发性呼吸困难等。祖国医学认为是肝肾阴虚、肝阳上亢，除上述表现外，兼见口干欲饮、舌红苔白、脉弦细数等。

2. 肾变病型 以长期浮肿、大量蛋白尿、血浆白蛋白降低、血中胆固醇与类脂质浓度增高为主要特征。由于全身抵抗力降低，易引起各种感染，常使病情恶化。此型病人水肿时愈时发，可持续几年至十余年。祖国医学认为是脾肾阴虚，除上述表现外，兼见肢凉、舌质淡而胖大、边有齿痕、舌苔薄白、脉沉细或沉缓等。

3. 无症状型 也称潜伏型或隐匿型，一般无临床症状

或在劳累、感冒、发热时有轻度浮肿、头昏、腰酸、乏力等。尿常规检查时可发现有少量蛋白、管型或红细胞等变化。此型可由急性肾炎演变而来，即急性肾炎半年至一年后部分患者在尿液检查时仍有少量蛋白质、管型或血尿；也可无急性肾炎的病史，在尿常规检查时才被发现。患者可如正常人生活多年，或因感染而恶化，转入它型。发生感染时，可出现明显的水肿、高血压、尿常规异常等病象。祖国医学认为是肝脾不足、精血亏虚。

4. 亚急性型　比较少见。起病时与急性肾炎相似，水肿、血尿及高血压等均很明显。病情可进行性恶化，有进行性贫血、血浆蛋白降低、显著浮肿、血压持续升高等表现。病程进展较速，一般持续3～5月至二年，如不及时治疗，可因继发感染和尿毒症而死亡。

5. 反复发作型　在一次肾炎发作后，可因上呼吸道感染、扁桃体炎或无可追查的原因而引起复发。二次发作之间可隔数周或数年。在发作期可有肾炎活动的表现，在间隙期则情况好转。最后因屡次发作而出现肾机能不全。

6. 混合型　明显水肿、高血压等多种症状同时存在，最后出现肾机能不全。

治疗　慢性肾炎一直被列为“不治之症”。但在毛主席革命卫生路线的指引下，不少慢性肾炎患者发扬了高度的革命乐观主义精神，与医务人员密切配合，经中西医结合治疗，病情有了明显好转，并得以稳定。今后，我们必须遵循伟大领袖和导师毛主席的教导，发掘祖国医学遗产，不断努力，彻底攻克慢性肾炎。

1. 中草药治疗

(1) 脾肾阳虚：由于脾虚不能制水、肾虚不能行水，故

宜补脾、温肾为主。对浮肿伴有明显消化系统症状，如腹胀、便稀、舌苔白质淡者，应健脾利水，常用参苓术草汤（方见225页）加木香、车前子、大腹皮等。若浮肿伴消化道症状外，又有腰酸肢软、四肢发冷、脉沉细等，可温补脾肾，常用肾气丸（方见226页）加干姜、生黄芪、木香等。浮肿消退后，可健脾补肾，用生黄芪、党参、山药、芡实、熟地、当归、金樱子、菟丝子、鹿角霜等。

⑵ 肝肾阴虚、肝阳上亢：治宜滋阴潜阳，可用六味地黄汤（方见226页）加女贞子、龙骨、生牡蛎等。

⑶ 肝脾不足、精血亏虚：治宜健脾益肝、气血双补，可用大补元煎加减，即党参、黄芪、白术、杞子、杜仲、当归、茯苓各3钱，水煎服。

2. 新针疗法　同急性肾炎。

3. 水肿明显，可在中草药治疗同时合用双氢克尿塞25毫克，每日1～2次，但久用者要加服氯化钾；或三氮嗪吟50～100毫克，每日1～3次。也可用速尿20～40毫克，每日3次。对顽固者还可用利尿酸钠50～100毫克或速尿40～80毫克静脉注射。

〔注〕 双氢克尿塞、三氮嗪吟、速尿、利尿酸钠都属于利尿药。双氢克尿塞的利尿作用是抑制近端肾小管对钠的重吸收，适用于各种类型的水肿。除利尿作用外，尚有降低血压的作用，一般常与其他降血压药合用以治疗高血压。每片25毫克，常用量25毫克，每日2～3次；小儿1～2毫克公斤/日，分1～2次口服。因其利尿时有排泄钾的作用，故长期服用时需同服氯化钾1～2克，每日2～3次，以防发生低血钾症。习惯上服3日停2～3日再服。

三氮嗪吟（氨苯喋啶）能抑制远端肾小管对钠的重吸收而产生利尿作用。用于心脏性、肝性及肾脏性水肿；如与双氢克尿塞合用，效果更佳。因无排泄钾的作用，一般不需同服氯化钾。每片50毫克，常用

量50～100毫克，每日3次。

速尿（即呋喃苯胺酸，亦称速尿灵）能抑制近端肾小管和集尿管对钠和水的重吸收而使钠、钾、水的排出量增加。其利尿作用很强，作用迅速而短促，可用于治疗心脏性水肿、肺水肿、肾性水肿、肝硬变腹水等；如与降压药合用，能增强降压的效果。片剂每片20毫克，针剂每支20毫克（2毫升）。常用量口服开始每天40毫克，以后可增至80～120毫克，分3～4次服用；必要时肌注或静注，每次20毫克，每日或隔日1次，也可增至一日2次，并将剂量加大（最多120毫克/日）。小儿酌减。因作用强烈，长期或大剂量使用时要注意水与电解质的平衡，并适当补充钾盐；肝脏病者还要防止利尿太快而导致肝昏迷。

利尿酸能抑制肾小管及肾单位对钠、氯、钾的重吸收，有显著的利尿排盐作用，适用于充血性心力衰竭、急性肺水肿、肾性水肿、肝硬变或肝癌腹水、脑水肿及其他水肿。利尿作用很强，必须小心应用，随时调整剂量，并补充钾盐。片、针剂都是25毫克。口服每次25毫克，每日1～3次，最多不超过100毫克/天，3～5日为一疗程；必要时用钠盐静注，每次25～50毫克，用葡萄糖液稀释。

除了上述利尿药外，汞撒利茶硷也是有效的利尿剂之一，使用后能使小便增加，浮肿逐渐消退。主要是抑制近端肾小管对钠、氯的再吸收而产生显著的利尿作用。在注射前先服用1～2日氯化铵，能加强利尿作用。但有皮疹、恶心、呕吐、头晕等副作用，对肝脏、肾脏也有损害，故不能长期使用。适用于心脏病、肝脏病引起的水肿，肾炎病人禁用。每周仅能注射2次。每支1毫升或2毫升，常用量1～2毫升肌注；小儿5岁以下0.1～0.5毫升，5岁以上0.5～1毫升。还有，醋唑磺胺主要作用也是利尿，并有降压、降眼压、抗惊厥等作用。临床用于治疗心脏性水肿、青光眼等。每片0.25克，常用量0.25克，每日或隔日一次；小儿10～30毫克/公斤/次。

4. 高血压可用利血平0.25毫克，每日1～3次；或安达血平1～2片，每日1～3次。必要时也可用其他降压药

（见高血压病治疗）。

5. 对肾变病型患者可在中草药治疗和对症处理的同时采用激素治疗，多用强的松，30～40 毫克/天，必要时可增至 60～100 毫克/日，分 4 次服，一个月后逐步减量，以 10～20 毫克/天维持 3 个月至半年。对中西医结合治疗效果不佳或易复发者可在使用激素的同时应用环磷酰胺，每次 100～200 毫克，加入生理盐水中静脉滴注，每日或隔日一次，一般用 10 次以上，在疗效出现后改为口服，每日 100～150 毫克，如对胃肠道副作用大，可适当应用氢氧化铝凝胶。由于此药能抑制骨髓造血机能，故使用时须经常检验白细胞，低于 3,000 时宜暂停，待上升后继续使用。此外，少数患者用氯化喹啉有效，初用每日 0.5 克，视胃肠耐受程度渐增至每日 0.75～1.0 克，分 3～4 次口服，连用 3～4 周，有效后减为每日 0.25～0.5 克维持。

6. 反复发作型急性发作期症状较轻者治疗与急性肾炎相同，屡次发作而症状较重者可试用环磷酰胺，必要时配合激素。亚急性型主要是激素与环磷酰胺治疗，并合并应用中草药。

7. 其他措施　饮食限制食盐和水分；肾变病型要多吃蛋白质（肝、鱼、蛋、豆制品）；以及口服路丁 2～3 片，每日 3 次，维生素 C 0.1 克，每日 3 次等。

8. 并发尿毒症时，详下述尿毒症的处理。

〔附〕 肾病综合症

肾病综合症是一组由不同原因所致的肾脏病，在临床上以大量蛋白尿、浮肿、低蛋白血症及高胆固醇血症为特征。

病因　引起肾病综合症的原因可归纳为二类：

1．肾脏疾患 (1)慢性肾小球性肾炎（肾病型）；(2)原性类脂性肾病；(3)遗传性肾炎。

2．全身性疾病所引起的肾病综合症 (1)胶原性疾病（如系统性红斑狼疮等）；(2)代谢性疾病（如糖尿病引起的肾小球硬化症等）；(3)过敏性疾病(如过敏性紫癜、药物过敏等)；(4)感染性疾病(如疟疾、亚急性细菌性心内膜炎等)；(5)循环系统疾病（如肾静脉血栓形成及缩窄性心包炎等）；(6)汞、铅、四氯化碳等中毒。

发病原理 肾病综合症时肾小球滤膜受到损害，通透性增加，蛋白质渗出增多，超过肾小管的吸收能力，故尿中有蛋白出现，特别是分子较小的白蛋白丧失最多，可引起血清白蛋白下降，球蛋白相对增加，甚至出现白、球蛋白比例倒置，其程度与蛋白尿程度成比例。当血清白蛋白低于3克%时，血浆胶性渗透压降低，使液体向血管外渗出，血容量减少；继而诱发肾上腺皮质醛固酮分泌增加和垂体抗利尿激素分泌增加，促使肾小管重吸收加强和水、钠的潴留，因而发生严重的浮肿。上述变化还可引起体内代谢的改变，出现高胆固醇血症，但其原理尚未最后阐明。

症状 主要为浮肿，常渐起，亦可在数日内即甚显著。初时局限于下肢部及皮肤松弛处，其程度可因活动量、摄入食盐或月经周期而改变。其后发展到全身，可有胸、腹水甚至心包积液。血清蛋白浓度的降低常引起血容量不足，出现低血压，并易有昏厥及周围循环衰竭的表现。患者全身营养不良，有贫血及肌肉萎缩，常感畏寒，体温可低于正常，神志淡漠，极易疲劳，且对于感染的抵抗力低下，故较易发生严重感染，甚至发生感染性休克，并因此而增加对肾机能的损害。

实验室检查，按病情轻重程度不同，可有各种变化，典型表现有：

1．血清蛋白总量降低，白蛋白多在3.0克%以下，球蛋白正常或稍增高。

2．血胆固醇增高，大都在300毫克%以上。

3．血液非蛋白氮及尿素氮等代谢产物一般正常，但在循环血量显著不足时可以增高，与肾小球滤出率的降低有关，不一定代表肾实质性损害的程度。

4．血清钠及钙常偏低。

5．尿常规检查，量少，比重高，尿蛋白每昼夜排泄量常在3克以上，其中以白蛋白为主，但也可有球蛋白等。显微镜检查常见透明或颗粒管型。

治疗 肾病综合症的治疗首先应根据原发疾病进行。在这一基础上，再进行对症处理，包括利尿退肿、辨证施治、使用激素和环磷酰胺以及氯化喹啉等，具体参见慢性肾炎肾变病型的治疗。

思 考 题

1．急、慢性肾炎在临床上有什么特点？怎样防治急性肾炎？

2．谈谈你对祖国医学对肾炎的认识及其治疗原则有何体会。

3．肾病综合症是怎样发生的？

三、泌尿道感染

泌尿道感染又称尿路感染，是由细菌感染引起的肾脏、肾盂、输尿管、膀胱、尿道的炎症，以肾盂肾炎和膀胱炎最为常见，均有急、慢性之分。往往可反复发作，部分慢性肾盂肾炎患者还可引起肾机能的逐渐减退，甚至发生尿毒症。在祖国医学中属于“淋症”范围。发病以女性为多，尤其多见于孕妇及女孩。

病因及发病原理 常见的致病菌是大肠杆菌，其次为副大肠杆菌、葡萄球菌、链球菌、变形杆菌及产气杆菌等，尿路有创伤时还可出现混合感染。细菌侵入的途径有：

1．上行性感染 由于女性尿道短，尿道口又与阴道和肛门相接近，寄生于阴道和肛门的细菌极易从尿道上行感染。泌尿道阻塞如妊娠、尿路结石、前列腺肥大、输尿管畸形、肾盂先天性病变等时更易诱发尿路感染。

2．淋巴系统感染 膀胱炎时，细菌可由输尿管周围淋巴管到达肾

脏。右半结肠、盲肠、阑尾与右肾之间有淋巴管相连，这些部位的炎症时，细菌可沿淋巴管达肾，但临床并不多见。

3．血源性感染　人体任何部位有感染灶或败血症时，细菌可自血源侵入肾脏。

4．直接感染　从邻近部位病变蔓延而来，临床很罕见。

本病的病理变化，急性膀胱炎主要表现为膀胱粘膜充血、水肿，常有点状或小片状出血，也可出现浅表的溃疡，并伴有炎性渗出物；慢性膀胱炎轻者仅有膀胱粘膜充血水肿，重者则有溃疡、肉芽肿等变化。急慢性炎症严重者，以后均可引起疤痕或结缔组织形成而使膀胱的弹性减低。急性肾盂肾炎时肾脏肿大、充血，肾盂粘膜充血、水肿，腔内有脓性渗出物，肾实质中可出现多发性、化脓性病灶；严重者甚至肾乳头、肾椎体被破坏，腔内充满脓液而形成肾盂积脓。慢性肾盂肾炎时，肾脏可产生显著的瘢痕与纤维变化，以至肾脏变小，表面粗糙不规则，肾组织有不同程度的破坏。

祖国医学认为尿路感染的发生多由于湿热下注于膀胱所致，急性期（包括慢性肾盂肾炎急性发作）属于膀胱湿热，慢性期则因湿热久而伤阴，出现肾阴亏损，以后还可发生脾肾两虚。

症状　急性膀胱炎患者可出现发热，全身不适，并有显著的膀胱刺激症状如尿频、尿急、尿痛及下腹部坠胀感等。轻者也可无全身症状，仅有排尿次数增多。慢性膀胱炎常由急性未经彻底治愈迁延而来，症状与急性大致相仿，但一般较轻；若再度感染，则可出现典型的急性症状。

肾盂肾炎可由膀胱炎发展而来，也可一开始就是该病。急性肾盂肾炎起病时突然寒战，随即高热，可达40°C左右，并可伴有头痛、恶心、腰痛及膀胱刺激症状。寒战高热、汗出可反复发作，甚至一日数次，但发热不是全部退清。在祖国医学中属于膀胱湿热，除上述表现外，兼见苔薄黄、脉滑数等。慢性肾盂肾炎大多数由急性治疗不彻底演变而来，有

的可无明显的急性肾盂肾炎起病阶段。此类病员平时无明显症状，或仅有低热、腰痛、排尿次数略多等轻微症状。久病者在祖国医学中属于肾阴亏损，除上述表现外，兼见舌质红、脉细等。当病员抵抗力减低时，或细菌再感染时，又会出现急性肾盂肾炎的症状，称为慢性肾盂肾炎急性发作，祖国医学认为是肾阴不足兼有湿热蕴结。如慢性肾盂肾炎长期反复发作可出现浮肿、高血压、甚至肾机能不全等，即祖国医学所称脾肾两虚。急性肾盂肾炎与慢性肾盂肾炎急性发作的患者，常有明显的肋脊点压痛或肾区叩击痛。

实验室检查，急性期尿液中有大量白细胞，并有多量红细胞，甚至血尿；尿培养有致病菌生长；血液中白细胞计数可增高。慢性肾盂肾炎可有少量蛋白尿，后期可出现管型等。

预防

1. 预防和治疗各种肠道疾病和传染病，及时消除全身的感染病灶。

2. 妇女要注意经期、婚后、妊娠、产前和产后卫生，大小便后草纸要由前向后揩拭，以防止尿路感染；女婴应勤换尿布，以防粪便污染尿道。

治疗

1. 急性发作期应卧床休息，吃易消化食物，多喝水。

2. 中草药治疗

(1) 急性期膀胱湿热，以清热利湿解毒为主，可用八正散加减或导赤散(见210页)加黄柏、红藤、败酱草各1两，水煎服；或金钱草1两，车前草、鸭跖草、野菊花、紫花地丁各5钱，水煎服。也可服用抗炎灵（一见喜）片，每次4～6片，一日3～4次。

(2) 慢性期肾阴亏损，治宜滋阴补肾，可用银翘石斛汤

加减，即熟地、山萸肉、淮山药各3钱，泽泻、茯苓、银花、连翘各3～5钱，丹皮1.5～3钱，石斛1两（先煎），水煎服。若肾阴不足兼有湿热蕴结，可滋阴清热，配合解毒，用知柏地黄丸（或汤）加减（见226页）。而对脾肾两虚者，可用参苓术草汤、金匮肾气汤加减（方见225、226页）；或用益智仁、石斛（先煎）、淮山药各4钱，生地炭、米仁各1两，金银花、连翘各3钱，水煎服。

3. 抗菌治疗

(1) 磺胺嘧啶，首次2克，以后每次1克，一日4次，加等量小苏打同服。

(2) 长效磺胺日服1次，首次1克，以后每次0.5克。

(3) 呋喃坦啶或痢特灵（呋喃唑酮），各为每次0.1克，每日3次。

〔注〕 呋喃坦啶属于呋喃类抗菌药，口服以后肠道吸收很快，在尿中浓度高，能对引起尿路感染的大多数细菌产生抑制作用，适用于各种尿路感染。部分患者服用后可有恶心、呕吐、皮疹等反应，严重的肾功能减退者忌用。每片50毫克，常用量100毫克，每日3～4次。

痢特灵（呋喃唑酮）具有较广的抗菌作用，但口服不易吸收，常用于菌痢、肠炎及尿路感染。服药后尿色呈深黄色，并不是疾病所致，偶有恶心、呕吐、皮疹等副作用。每片0.1克，常用量0.1克，每日3～4次。

(4) 链霉素0.5克，每日2次肌注。

(5) 氯霉素0.25克，每日4次；合霉素剂量加倍。

(6) 四环素、土霉素或金霉素，每次0.25克，每日4次。

选用以上一种或两种药物，应持续用到症状消失，可减量再服用1～2周。

4. 新针疗法　关元透中极、足三里。或耳针膀胱、肾、肾上腺、交感，配神门。

5. 对症处理　尿液酸性而有明显尿痛者，可给服碳酸氢钠（小苏打）1克，每日2次，或用热水坐浴；尿频、下腹胀痛显著者可给服颠茄片2片或颠茄合剂10毫升，一日3次；高热者酌情给服复方阿斯匹林1～2片，每日3次。

6. 对因结石、前列腺肥大、先天性畸形等所致泌尿道梗阻而引起感染者，应积极治疗原发疾病。

四、肾　结　石

肾结石是由于肾盂内尿液析出结晶，逐渐形成结石而引起的疾病。目前认为结石的形成与体内代谢的紊乱，尿液成分的改变，泌尿系畸形、梗阻、异物及感染等因素有关。男性的发病率略高，最常见的年龄是20～40岁之间。祖国医学根据结石的大小，分别称为“石淋”、“砂淋”、症状严重者可发展为“血淋”，认为多由于肾虚导致膀胱气化不利、泌尿机能亏损所致。

症状　肾结石的症状决定于结石的大小、引起梗阻的程度和有无继发感染等情况。结石较大，在肾盂中不活动，又无感染时，可长期不引起症状，只在腹部X线摄片时偶然发现。一般病人则有如下一些表现：

1. 疼痛　是肾结石最主要的症状。除极个别特殊情况外，疼痛常发生在肾结石的同侧腰部。结石较大、在肾盂中移动较小时，痛多属于钝痛的性质，有时甚至是隐痛。结石小、在肾盂内移动较多时，容易引起肾盂、输导管联接部的梗阻而出现肾绞痛。这是一种突然发生的严重疼痛，可见病人痛苦地呻吟，有时甚至面色苍白、出冷汗，呈虚脱状态。

疼痛为阵发性，从腰部开始，沿输尿管向下放射至膀胱、外生殖器、大腿内侧等处，一般历时数分钟至数十分钟，亦可长至数小时，同时伴有恶心、呕吐等。祖国医学认为属于气滞血瘀。

2. 血尿　是第二个重要的病象。典型患者可在身体活动较多时，如劳动、运动、乘车之后突然发生，常与疼痛同时出现，一般较轻，仅于显微镜下发现，重者也可肉眼见血尿。

3. 有一部分病人，在临床上并无结石的典型病象，而因出现泌尿系统感染前来就医，表现为发热、脓尿、苔黄腻、脉滑数等，祖国医学认为属于湿热。对这一类病人如果不追究引起感染的原因，就容易忽略结石的存在。

4. 肾结石病人偶有过去排出结石或小砂粒的病史，这时诊断更为明确。

5. 检查时，患侧腰部有叩痛。实验室检查尿中可见大量红细胞、部分白细胞及少量蛋白，必要时可作X线腹部摄片检查以确定诊断。

治疗

1. 大量饮水利尿，每天3,000毫升以上，有利于使结石排出。最近本市某些单位使用经特殊处理的磁化水排石，效果更为显著。

2. 新针疗法　气海、肾俞、阿是穴，强刺激；或耳针肾、膀胱、输尿管，配尿道、交感、皮质下。

3. 中草药治疗　气滞血瘀治宜利气疏导、通淋消石为主；伴有湿热者可清热利湿。一般可选用：

(1) 金钱草4两（干用1～2两），青皮、乌药各2钱，水煎服；有尿频尿急加海金砂、扁蓄、瞿麦各5钱，有血尿加

生蒲黄3钱，大小蓟、白茅根各5钱。

⑵ 八正散（方见757页）加石苇、冬葵子、怀牛膝、鸡内金，血尿加大小蓟、旱莲草等。

⑶ 鸡内金、芒硝各6钱，共研末，每服2钱，一日2次。

⑷ 木香、香附、乌药、石苇各3钱，水煎服。

4. 止痛　绞痛发作时用阿托品0.5毫克皮下注射，或阿托品0.5毫克加非那根25毫克肌注；必要时肌注度冷丁50～100毫克。

5. 大量血尿可用止血剂如维生素$K_3$4毫克，每日2次肌注；或维生素$K_1$2～4毫克，每日3次口服等。

6. 有感染时可选用链霉素、四环素、氯霉素、合霉素、呋喃坦啶等抗菌药物控制。

7. 去除某些发病的诱因，如纠正先天性畸形、解除尿路梗阻、控制尿路感染、治疗甲状腺机能亢进等。

8. 必要时可考虑手术取石。

五、急性尿潴留

急性尿潴留是指由于某种原因引起的突然排尿困难，即膀胱内充满尿液而不能自动排出。祖国医学称为“癃闭”，认为是各种原因导致膀胱气化不利而形成。临床上须与尿闭相区别，后者是肾机能衰竭或膀胱以上的尿路（包括输尿管、肾盂、肾盏等）梗阻所引起的，此时膀胱内并无尿液。

引起急性尿潴留的原因有：

1. 阻塞性　如前列腺肥大，膀胱或尿道内结石、血块阻塞，孕妇子宫后倾压迫膀胱颈部，尿道炎症水肿，尿道外伤断裂等。

2. 非阻塞性　如肛门直肠手术后，因局部疼痛反射性地引起膀胱括约肌痉挛所致的尿潴留（反射性尿潴留），脊髓损伤或脊髓炎引起的尿潴留，以及神经官能性尿潴留（如有些人在公共场所排尿困难）等。在祖国医学中属于肾气不充、肝郁气滞。

症状　主要是突然不能排尿，此时有强烈的尿意，小腹发胀，难以忍受。检查时可发现耻骨上局部膨隆（膀胱充盈），能摸到圆球形的实体，叩诊呈浊音。

治疗　应设法找出原因，并加以相应处理。

1. 新针疗法　针刺三阴交、阴陵泉，或耳针膀胱、交感，配外生殖器、皮质下。

2. 老年人前列腺肥大的尿潴留，可给予保留导尿，并用大剂量雌激素治疗，常用乙蔗酚片口服，每日3次，每次5～10毫克。

3. 肛门直肠等手术引起的尿潴留，可给予：

(1) 镇痛药物。

(2) 下腹部热敷，热水坐浴。

(3) 针刺阴陵泉、三阴交、关元、肾俞、膀胱俞等穴。

(4) 肌注氨甲酰胆碱（卡巴果）0.25毫克。

如经上述处理仍无效，可考虑导尿。

4. 尿道炎症水肿或血块阻塞引起的尿潴留，可先导尿；如导尿失败，可考虑作耻骨上膀胱穿刺排尿。

5. 必要时作耻骨上膀胱造瘘手术。

6. 中草药治疗　应根据“府以通为补”的原则进行，着重于通。

(1) 阻塞性：湿热壅积者治宜清化湿热，可用通关丸(知母、黄柏、玉桂组成）合八正散（见757页）加减。积血瘀

积者治宜破血祛瘀，可用代抵当丸加减，即大黄（后下）、当归、生地、山甲片、芒硝（冲服）、桃仁、肉桂各3钱，水煎服；久病者可加党参、黄芪。

(2) 非阻塞性：肾气不充者治宜温阳益气、补肾通窍，可用济生肾气丸（即226页金匮肾气丸加牛膝、车前子）。若肝郁气滞，治宜理气通便，可用沉香散加减，即沉香5分～1钱，石苇、滑石各5钱，当归、王不留行、香附、乌药、青陈皮、白芍、冬葵子各3钱，甘草1.5钱，水煎服。

(3) 必要时还可试用三种外治法：

① 探吐法：即用消毒棉签向喉中探吐，通过呕吐开肺气、举中气而通下焦之气。

② 外敷法：独头大蒜头1个、栀子3枚、盐少许，捣烂，摊纸贴脐上，良久可通；未通者可再涂阴囊上。

③ 食盐炒热，布包熨脐腹。

思 考 题

1. 尿路感染的临床特点是什么？如何防治？
2. 诊断肾结石的主要根据是什么？怎样治疗？
3. 急性尿潴留有哪些原因引起？如何处理？

六、肾机能衰竭

肾机能衰竭亦称为尿毒症，是指肾机能极度不全所致的临床症候群，其特征为氮质潴留、酸中毒以及水与电解质平衡紊乱。可分为急性与慢性两类。

引起肾机能衰竭的原因有三个方面：

1. 肾性 因肾脏本身的疾病或损害引起，如弥漫性肾小球性肾炎、慢性肾盂肾炎、重度肾结核、肾硬化等疾患，以及工业毒物（汞、铅、砷等）、药物（磺胺类、巴比妥类、异烟肼和某些抗菌素等）、生物

毒物（蛇毒，毒蕈毒等）中毒所致的肾实质损害或肝病末期的肾机能损害等。

2．肾前性　主要由于急性循环衰竭导致肾脏严重缺血缺氧而引起，如大量出血、大面积烧伤、严重吐泻等所致的血容量骤减，严重的感染、创伤、手术、急性心肌梗塞或急性左心衰竭，以及流行性出血热、妊娠中毒症等。

3．肾后性　因各种原因所致的尿路阻塞而引起，如泌尿道结石、狭窄、前列腺肥大、原发性或继发性肿瘤，以及输尿管被血块、乳糜块、磺胺结晶阻塞等。

在上述原因中，肾前性或肾后性又统称为肾外性，多属于急性肾机能衰竭，但少数尿路阻塞者也可表现为慢性；肾性中慢性肾脏疾患引起者多属于慢性肾机能衰竭，而急性肾实质损害者则属于急性肾机能衰竭。

祖国医学认为本病多由于脾肾阳虚、气化不利、湿浊上泛所致，急性者多属于实证，慢性者多属于虚证，但虚中挟实。

（一）急性肾功能衰竭

急性肾功能衰竭是指各种原因造成的急性肾实质损害，包括急性肾小管坏死及其他疾病所致的肾功能损害等，临床上出现少尿或无尿、代谢紊乱和尿毒症等表现，为常见的危重病症，必须积极防治。

发病原理　急性肾功能衰竭的发病原理至今尚未完全阐明，但主要与急性肾缺血或急性肾中毒有关。当各种原因引起严重休克等循环衰竭时，由于血压明显下降，肾血流量减至正常的30～50%以下。此时，可通过复杂的神经体液因素，反射性地引起肾脏中的小动脉痉挛。肾小球的入球小动脉呈痉挛状态，可使肾小球的滤过率明显降低，出球小动脉中血流明显减少。进一步则影响肾小管。肾小管上皮细胞可因血供不足而坏死、脱落，肾小管及集合管内常有大量的血红蛋白（溶血引起）及肌红蛋白（肌肉压榨伤等引起），因而形成管型，堵塞管腔，增加腔内压力，加剧小管坏死。肾小管坏死后对管腔内滤液（原尿）的重吸收增加，同时，滤液还可通过坏死细胞渗入肾间质中，产生水肿，压迫肾内血管及淋巴管，使肾血流障碍更严重，尿液

的形成更减少。如此互相影响，造成恶性循环，故出现少尿以至无尿。在中毒性急性肾机能衰竭的患者，其肾脏的病理变化以广泛的近曲肾小管坏死为主，也可通过上述原理引起少尿或无尿。当病情好转时，肾小管上皮细胞开始再生，间质水肿消退，肾机能也随之逐渐恢复。

症状 临床上可分为四期：

1．开始期 病初主要是原发病的症状，如不同原因所引起的持续性休克、溶血反应、中毒症状（包括胃肠道症象）等。一般说，因创伤、溶血、灼伤、感染性休克等引起者起病较速，而中毒引起者则起病较缓。

2．少尿期 尿量迅速减少，每日少于400毫升或仅数十毫升。完全无尿者少见，若有发现应考虑泌尿道梗阻的可能性。此期一般持续约7～14天。由于少尿，可出现如下一些表现：

(1) 氮质潴留：病人有恶心、呕吐、腹泻、呃逆、呕血、便血等，甚至发生昏迷、抽搐和酸中毒。

(2) 代谢性酸中毒：主要因代谢亢进，酸性产物增多和酸的排泄减少引起，患者出现烦躁不安或淡漠嗜睡、胸闷、气急、呼吸深大、恶心呕吐等。

(3) 电解质紊乱：由于肾脏排钾减少和酸中毒时钾离子从细胞内转移至细胞外，出现高血钾症，表现为烦躁、四肢无力、软瘫、腱反射迟钝或消失，并出现浅而快的呼吸，重者面色苍白、四肢发冷、血压下降、心动缓慢、心律失常甚至心搏停止；由于摄入或输入过多的水分后血液稀释，以及渗液、吐泻时氯化钠的大量的丢失，发生低钠、低氯血症，表现为头昏、倦怠、定向力消失、惊厥、食欲不振、恶心、呕吐、头痛、视力模糊、肌肉疼痛性痉挛，甚至昏迷，部分患者还感到指或趾端麻木。此外，也有少部分病人可发生低血钙、高血磷症或高血镁症而出现相应的症状。

(4) 水中毒：大多由于摄入的水量过多所致，可引起水肿、高血压甚至急性心力衰竭或肺水肿，部分病例还可发生脑水肿，出现颅内压增高的症状如头痛、恶心、呕吐、表情迟钝、定向障碍、精神失常、抽搐昏迷、血压升高、肌肉痉挛及偶有发热等。

(5) 感染：病人因抵抗力低弱，易并发各种感染，特别是尿路感染、肺炎和皮肤炎症，甚至发生败血症。严重感染时，可促使肾机能进一步恶化。

3. 多尿期　在少尿后期尿量逐渐增加，当每日尿量超过1,000毫升时，即进入多尿期，历时约二周。当每日尿量达2,500～3,000毫升以上时，水肿开始消退，高血压逐渐下降，但由于肾小管浓缩机能差，故血中非蛋白氮仍继续增高，氮质潴留症状反见加剧，甚至病情进一步恶化；以后才随尿量的增加而逐渐降低，但速度较慢。由于肾脏对尿的浓缩机能不佳，可引起水、盐的大量丧失，出现失水、失钠，有疲乏、血压下降甚至休克等表现。如钾丧失过多，可出现低血钾，患者四肢无力、腹胀、心悸、下肢瘫痪，并发生心律紊乱。某些病人还因体内感染而有低热。

4. 恢复期　经积极治疗，患者能经过少尿、多尿二期而进入恢复期。由于体力耗损甚巨，恢复时常表现软弱乏力、消瘦、肌肉萎缩、贫血，有时还出现周围神经炎症状。一般要经半年左右，才可完全恢复，但个别病人也可转变为慢性肾机能不全。

实验室检查，少尿期尿呈酸性，量减少（常在400毫升以下），早期比重正常或较高，一般在1.010～1.020之间，以后固定于1.012左右，尿钠浓度正常或偏高，尿中可发现蛋白质、红白细胞及各种管型，因溶血原因引起者可有血红蛋白尿及血红蛋白管型，严重挤压伤者有肌红蛋白尿及肌红蛋白管型，磺胺药诱发者常有磺胺结晶发现；血中白细胞数增高，可达20,000左右，中性增多，可达80～95%，并有不同程度的贫血表现；血液生化检验有非蛋白氮、肌酐、尿素、磷酸盐和血清钾的升高，血清钠、氯及二氧化碳结合力降低，血清钙也降低。多尿期可随病情的好转，血液生化的异常发现较快地被纠正；小便中红细胞及管型消退较迅速，但白细胞仍增多，数星期后才减少，蛋白质的消失及肾脏浓缩能力恢复亦较慢，尿比重常在1.010～1.014之间；贫血的恢复也比较慢。

防治　为了防止急性肾机能衰竭的发生，对于各种重危病人都必须积极抢救，防止或减少发生休克或血容量不足。治疗中避免应用使

肾脏血管强烈收缩的药物；特别应设法解除肾血管的痉挛，如对急性循环衰竭者及时使用20%甘露醇、25%山梨醇125～250毫升或低分子右旋糖酐500毫升快速滴入（须注意防止发生心力衰竭），以产生利尿并改善肾脏血液循环。有急性溶血或肌红蛋白尿者可用低分子右旋糖酐改善微血管的循环，减少红细胞的破坏，同时给予碳酸氢钠使尿液成为碱性，减少血红蛋白或肌红蛋白的沉积。中毒者及早使用解毒药物。

若肾功能衰竭已经发生，则应积极抢救，包括：

1．少尿期的处理

(1) 控制进入体内的液体量，成人每日摄入水量限制在500毫升加尿量、吐泻、失血、出汗、伤口渗液的量，其标准是：每日体重减轻0.2～0.5公斤表示补液适宜；血钠应保持在130～140毫当量/升左右；水肿、血压增高、脉压增宽、颈静脉怒张时表示水中毒严重，须立即纠正。

(2) 饮食以易消化的糖类为主，每日给100～300克，蛋白质含量应降低。

(3) 中草药治疗以泻下逐水为主，可用商陆、黑牵牛各1～3钱，木通5分～1钱，青皮1.5～3钱，泽泻、茯苓、大腹皮、槟榔各3～5钱，生大黄5钱～1两（后下），水煎服。

(4) 高血钾者严格限制钾盐摄入，包括含钾的药物及食物，避免用血库储存较久的血进行输血等。还应注意防治感染，创伤者作彻底扩创等。血钾过高者可用碳酸氢钠、乳酸钠、葡萄糖酸钙及胰岛素、葡萄糖滴注等控制。

(5) 轻度水肿者应加紧控制液体进入量。明显水肿者常伴有较明显的血钠降低及高血压，可试用25%山梨醇溶液200毫升口服。若血压过高或发生高血压脑病、心力衰竭时，可肌注利血平每次1毫克以降压；出现惊厥者给予苯妥因钠、副醛注射或水合氯醛灌肠等；心力衰竭明显者给予快速毛地黄类；肺水肿严重可交替结扎肢体以减少静脉的回流量等。

(6) 酸中毒及尿毒症　可参照慢性肾功能衰竭的处理（详后述）。

(7) 发生感染者选用对肾脏无毒或毒性小的抗菌药物，如青霉素、红霉素、氯霉素等。

(8) 为减少体内蛋白质的分解，可使用苯丙酸诺龙25～50毫克隔日肌注，或使用能量合剂（包括葡萄糖、胰岛素、三磷酸腺苷，辅酶A等）。

(9) 在大医院如有条件，可使用腹膜透析疗法及人工肾等，对本症的治疗有较好的效果。

2．多尿期的处理　多尿期开始时仍按少尿期处理，不可放松警惕。以后尿量增多，水肿渐退，血中非蛋白氮下降，应注意钾盐的补充，以防出现低血钾。一般在尿量大于1,500毫升/天时，可口服钾盐，每日3～6克左右。如水肿退后尿量仍多，可适当补给葡萄糖盐水，输液量为尿量的⅓～⅔。在血液非蛋白氮浓度降低后，逐步增加蛋白质，以利于身体的恢复。

3．恢复期的处理　注意营养，加速机体的恢复过程；逐步增加活动，锻炼体力，促使肌肉的恢复。

（二）慢性肾功能衰竭

各种肾脏病变如持续发展，最后都有出现慢性肾功能衰竭的可能性。这是一种肾脏病晚期的严重综合症群，因肾脏排泄和调节机能失常，临床上出现许多代谢紊乱的表现，常危及生命，需要积极救治。

发病原理　肾脏具有巨大的代偿能力，在一般情况下，即使切除一侧肾脏，仍能维持正常机能。但当肾脏的结构遭到严重破坏时，则其机能可逐渐下降。开始，肾脏在正常情况下清除代谢产物的能力减退，可出现代偿性多尿或夜尿以排除残余的代谢废物，此时血液氮质代谢产物浓度正常或轻度升高，尚无其它代谢紊乱出现，临床上称为肾机能不全期。若肾脏的机能进一步降低，则除血中氮质潴留外，可出现一定的症状，临床上称为氮质血症期或尿毒症前期。以后肾机能明显降低，并出现酸碱和水、盐平衡紊乱的表现，即为尿毒症期。在氮质血症时，血液渗透压升高，出现渗透性利尿，但肾的浓缩稀释能力丧失，故尿比重固定。因肾对水、盐的调节能力极差，故进入量略有变异，即出现失水或水肿，并可诱发其他症状。

症状 根据发病原理，一般可分为三期：

1．肾机能不全期 患者可仅有原发疾病的症状，或有代偿性的多尿或夜尿。血中氮质代谢产物尚正常或轻度潴留。

2．尿毒症前期（即氮质血症） 除原发疾病的症状外，可出现头痛、倦怠、食欲不振等一般症状。此期往往已有明显的肾机能减退以及氮质代谢产物的潴留。

3．尿毒症期 此期有显著的氮质血症，后期常有酸中毒，可有下列各种表现：

⑴ 一般症状：面色暗灰色苍白或秽黄，眼皮肿胀，形成尿毒症的特有面容。消瘦、乏力。全身皮肤干燥、瘙痒，有时可见紫癜或尿素霜沉着。

⑵ 消化道症状：表现为食欲不振、恶心、呕吐、腹泻等，吐泻次数不一。常有口腔溃疡、口臭，呼出气味有氨味。

⑶ 循环系统症状：常伴有高血压及心律紊乱，严重时可有阵发性呼吸困难、端坐呼吸及水肿等心力衰竭的表现。心脏听诊可闻及心包摩擦音。

⑷ 神经系统症状：疲劳无力，持续性头晕、头痛及失眠，精神恍惚，烦躁不安，谵妄，并可有肌肉痉挛或四肢抽搐。严重者可由昏睡进入昏迷。

⑸ 血液系统症状：常有较严重的贫血，红细胞可减少到200万/立方毫米以下，后期常诱发贫血性心脏病而有心悸、失眠、气急等。晚期还可有毛细血管受损引起的出血倾向。

⑹ 酸中毒症状：系由于水、电解质及酸碱平衡失调所致。轻者可无临床表现；严重者除有上述症状外，还可出现全身失水貌、尿少或无尿、呼吸增强而呈深而慢的大呼吸（柯氏呼吸）等。

实验室检查，尿中可有不同程度的蛋白质、红白细胞及管型，比重降低，常固定于1.010；各种肾功能检查均有明显减退；血液有贫血象，非蛋白氮明显升高，胆固醇下降，酸中毒时还可有二氧化碳结合力降低，钠、钾、磷、钙的测定可随病情而有变异。

祖国医学认为慢性尿毒症多属于虚证，除上述特有的症状外，兼

见畏寒、怕冷、面色苍白、四肢不温、尿少或尿闭等症状者，属脾肾阳虚；如兼见恶心、呕吐、腹泻、口臭、舌苔厚腻者，属湿浊上泛，其中恶心、呕吐清水、大便水样、苔白者为寒化，发热、烦躁、苔黄者为热化。

预防 积极预防和治疗尿毒症的原发疾病是最有效的措施。

治疗

1. 积极治疗原发性疾病（参见上述有关章节）。

2. 纠正水与电解质平衡失调 有明显失水者一般不限制水的摄入，或可静脉注射5%葡萄糖盐水1,000～2,000毫升/日；但有浮肿、高血压、心力衰竭及尿少时则应限制水的摄入，并在病程中随时注意钠、钾、钙、磷的变化，详见液体疗法概述一节（见1320页）。

3. 纠正酸中毒 有酸中毒症状时，可口服碳酸氢钠（小苏打）每次1.0克，每日4～6次；严重者可用5%碳酸氢钠溶液100～300毫升（小儿可按2～6毫升/公斤/次计算）或11.2%乳酸钠60～120毫升（小儿按1.5～2.5毫升/公斤/次计算）加于5%葡萄糖溶液500～1,000毫升中静滴。也可用3.64～7.28%三羟甲基氨基甲烷(THAM)100～200毫升（儿童按2～3毫升/公斤/次计算）静滴。治疗中应根据病情变化及二氧化碳结合力测定，酌情增减上述药物，以免引起碱中毒（详见液体疗法概述节）。

4. 减少蛋白质代谢产物在体内的潴留

(1) 限制和减少饮食中的蛋白质量，供给充分的维生素，并给予适量的糖；使用对肾脏机能无损害或损害较少的抗菌素，以预防和控制感染。

(2) 使用增加蛋白合成代谢的药物，如苯丙酸诺龙或丙酸睾丸酮25～50毫克，每周2～3次肌注。

5. 降低血中氮质潴留 在有条件的医院中可使用人工肾等透析疗法，保持肠道通畅。

6. 对症处理 水肿严重时采用利尿剂；血压升高应用降压药物；严重贫血采用小量多次输血，并补充铁剂；有心力衰竭应及时控制；恶心、呕吐者用氯丙嗪肌注或口服，或针刺内关、足三里等穴；神经

精神症状明显时可给予小剂量镇静剂等。

7．中草药治疗

(1) 草药验方：六月雪、平地木、白花蛇舌草、葎草各1两，单味或合并煎服。

(2) 辨证论治：治宜补脾肾、化湿降浊，可用附子、党参、鹿角、白术各3～5钱，仙茅、仙灵脾各3钱，肉桂1钱，水煎服；若寒化加吳茱萸、生姜1～3钱，生半夏、川朴、陈皮各1～2钱；若热化则加黄连、竹茹、陈皮各1～2钱，生半夏1钱，枳实3钱，大黄5钱。

思 考 题

慢性尿毒症是如何引起的？怎样判断和处理？

病例讨论一

董××，男，11岁。记录日期197×年8月27日。

主诉：脸部浮肿、尿色发红3天，昏迷伴抽搐半小时。

病史：患儿在半个多月前，两下肢曾生多个脓疮，流黄脓，经医疗队医生看过，诊断为“脓疱病”，经治疗已痊愈。近3天来患儿早晨有脸部浮肿，以眼睑最明显；同时尿量减少，尿色发红。患儿告诉家长头晕无力，吃不下饭。

今天早起患儿诉头痛剧烈，早饭后呕吐二次，吐出食物。不发热，沒有咳嗽、胸痛、腹痛等症状。大队赤脚医生立刻去看患儿，当时考虑象是急性肾炎，就陪同患儿到公社卫生院进一步检查。但是到卫生院后不久，患儿突然抽痉，神志不清，大小便拉在裤子里。

患儿以往身体健康，沒有类似发作史。

检查：体温37℃；脉搏有力，96次/分；呼吸24次/分；血压170/98毫米汞柱。

患儿神志不清，平卧。脸色潮红，口唇无青紫，身上无皮疹和出血点。眼睑和两下肢有轻度浮肿。巩膜不黄，瞳孔等大，对光反应存在。咽稍红，扁桃体不红肿。颈软。两肺检查正常，心浊音界不扩大，心律齐，心音响，在心尖部听到Ⅰ级吹风样收缩期杂音。腹部平坦，

软；肝在肋下1厘米摸到，质软；脾摸不到。四肢能活动，两侧膝反射存在，病理反射均阴性。

在检查过程中，患儿又抽搐一次。发作时四肢强直，两下肢抽动，口角歪向一侧。抽搐过后又呕吐一次。

赤脚医生同志：你诊断这是什么病？遇到这样的急诊病人，应该怎么办？怎样询问病史和进行检查？怎样急诊处理（先做什么，后做什么）？进一步再作什么检查和治疗？

病例讨论二

李××，男，38岁。记录日期197×年12月16日。

主诉：尿少、浮肿2月。

病史：今年10月中旬起发现尿少、浮肿、食欲不振、乏力，曾去市内某医院门诊治疗过。最近病情加重，請赤脚医生用中草药治疗。1968年曾患水肿，经治疗后很快恢复。

检查：周身高度水肿、腹水，阴囊明显肿大，行动困难。脉沉细，舌质淡，苔白腻。医院化验检查（病卡记载）：尿蛋白卅，红细胞3～4个，白细胞1～3个，颗粒管型1～3个，上皮细胞1～3个。血浆蛋白总量4.5克%，白蛋白球蛋白比值为2.8/1.7。血非蛋白氮40毫克，尿素37.5毫克，肌酐1.5毫克。红细胞325万，血红蛋白9.5克。医院诊断：慢性肾炎肾变病型。

治疗经过：赤脚医生小张见患者情绪比较紧张，先后多次和患者谈心，做耐心细致的思想工作，一起学习毛主席的有关教导，批判把慢性肾炎判为“不治之症”的形而上学观点，使患者增强了对疾病治疗的信心。小张根据祖国医学辨证施治的原则，对他的病情进行了认真的分析，认为是脾肾阳虚，水湿泛滥，致成水肿，治宜健脾利水。给予五皮饮合五苓散加减。但服药5天，效果不显。小张针对患者的具体情况，修正了治疗措施，于12月21日改为宣肺利尿结合泻下，用越婢湯合五皮饮加黑白丑，连服1周，结果尿量在每日300～700毫升之间。遂停前法，改为温补脾肾、温阳利水，处方附子、党参、白术各3钱，肉桂末5分（吞），黄芪、仙茅、仙灵脾、猪茯苓、泽泻各

5钱，川朴、炙甘草各1.5钱。服药第四天，尿量达1,000毫升，以后尿量每日在1,000～2,400毫升之间，腹水很快消退。共服药42天，体重由164斤降至122斤，腹围由92厘米降至68厘米，精神好转，食欲增加，脉缓有力，舌质淡无苔。介绍至卫生院作化验检查，结果尿蛋白(卄)，血浆蛋白总量增至7.1克%，白蛋白4.6克，红细胞480万，血红蛋白11.5克。以后，小张经常前往病家进行访视，观察半年余，病情保持稳定，重又参加生产。

讨论：

1．慢性肾炎肾变病型属于祖国医学“水肿”一类。脾肾阳虚是发病的内在条件，风寒湿温为外界诱因，外因通过内因起作用而导致发病，所以温补脾肾为治本之法。

2．中医治疗水肿的主要方法是通过发汗、利尿和泻下逐水来达到消肿的目的。但慢性肾炎病人体虚，当以温补取效；若用攻逐之法，往往疗效不高，或者浮肿暂消，而肾机能下降，体虚浮肿加重。攻法的选择适应证应是：邪盛正气未衰，实证热证，或肿势泛滥，患者从未攻过者。若收效后　必须及时转补；若无效，勿攻伐太过。如本例在治疗中用越婢湯虽有一定效果，但不明显；后来还是温补收效显著。越婢湯的适应证最好是急性肾炎，慢性肾炎一般不宜使用。

3．慢性肾炎肾变病型应用激素治疗有一定缓解作用，但也存在副作用较多、复发率高、易导致感染等不良作用。在应用中草药治疗本病中，若出现肾功能逐步下降，宜采用激素等中西医综合疗法。一般用中草药配合激素治疗，有减少激素副作用、提高疗效的可能。

4．控制炎症及感染病灶，在慢性肾炎治疗中有一定意义，可用抗菌素或中草药清热利湿解毒。

赤脚医生同志，你对上面的治疗措施和分析有什么看法吗？慢性肾炎肾变病型的诊断要点是什么？

病例讨论三

患者男性，15岁，因全身浮肿5天，抽搐2次，于197×年9月18日上午由赤脚医生小李陪同送到卫生院急诊治疗。小李向卫生院刘

医生介绍了患者的病史：

患者于5天前，先感两眼及全身发胀，全身乏力，继而全身出现明显水肿，以眼睑及下肢显著，同时感有头痛、头晕及食欲不振。近二天来，全身浮肿加重、头痛增剧，并伴有恶心。来院当日曾呕吐3次，吐出物为食物及黄水，同时出现眼前发黑、视物不清，继而四肢抽搐、口吐白沫，历时约1～2分钟抽搐自行停止，以后神志不清。20分钟左右后又抽搐一次，历时约2～3分钟，神志仍不清。曾给患者肌肉注射鲁米那0.1克，并针刺内关、涌泉、百会等穴，半小时后病情未见好转，故陪送来院治疗。小李还补充说：患者发病后，尿量明显减少，大便秘结已3天。过去身体一向健康，无心悸、气急、浮肿等病史。

在听完小李介绍的病史后，刘医生对患者进行了详细的体格检查：急性病容，神志不清，发育营养尚佳。体温38℃（腋下），脉搏100次/分，呼吸26次/分，血压188/132毫米汞柱。全身有明显凹陷性浮肿，以眼睑、阴囊及下肢为重。皮肤未见出血点及皮疹。心肺正常。肝肋下触及1厘米，质软、无压痛；脾脏未触及。腹部有明显的移动性浊音。两侧肋脊角有叩击痛，以右侧为显。神经系统反射迟钝。

为进一步明确诊断，当即还作了几项实验室检查：红细胞400万，血红蛋白12.5克；白细胞1万，中性68%、淋巴30%、大单核2%。大便蠕虫卵阳性。尿量少，浓茶色，尿中有多量蛋白和部分红细胞、白细胞及颗粒管型。二氧化碳结合力42容积%。X线检查无异常发现。

刘医生同小李一起分析讨论，明确了诊断，并及时进行了治疗。住院一个月，患者病愈出院。

赤脚医生同志们，这患者到底患的是什么病？刘医生是怎样进行治疗的？治疗期间应特别注意些什么？

第十章　神经、内分泌系统常见疾病的防治

第一节　神经系统解剖生理

神经系统是人体活动的指挥、联络系统，最高部分是大脑。人的精神活动（思维、语言），是大脑的最高机能，也是其他一切动物所没有的。神经系统由无数个神经细胞和神经胶质细胞所组成。神经细胞又称为神经元，包括细胞体和突起两部分（图 10-1）。细胞体供应整个神经元的营养，位于脑和脊髓的灰质以及周围神经的神经节内。细胞体发出的突起又分树突（数量较多）和轴突（只有一条）两种，分别有接受或传递冲动的作用，其中较长的突起称为神经纤维，构成脑和脊髓的白质及周围神经。神经胶质细胞包在神经纤维外面，属于特殊的结缔组织，对神经元起着支持、保护和修补作用。神经纤维分布全身，可通过眼、耳、鼻、舌、皮肤等感觉器官，把外界的事物和变化不断反映给大脑，同时也不断地把体内各处的情况向大脑报告，由大脑进行分析、综合；同时又把大脑发出的相应命令传到身体各部，变成各种反应和动作。这整个的过程就称为反射。反射活动通过的神经通路称为反射弧。反射是神经系统调节功能的基本方式。人就依靠神经系统的复杂反射活动，保持着身体内部及身体和外界环境的协调统一；而尤其重要的是，人的精神活动保证着人能够不断地认识客观世界并能动地改造客观世

界。因此，神经系统的机能是极其重要的，它对机体的一切活动起着主导作用。

神经系统可分为中枢神经系统、周围神经系统和植物神经系统。

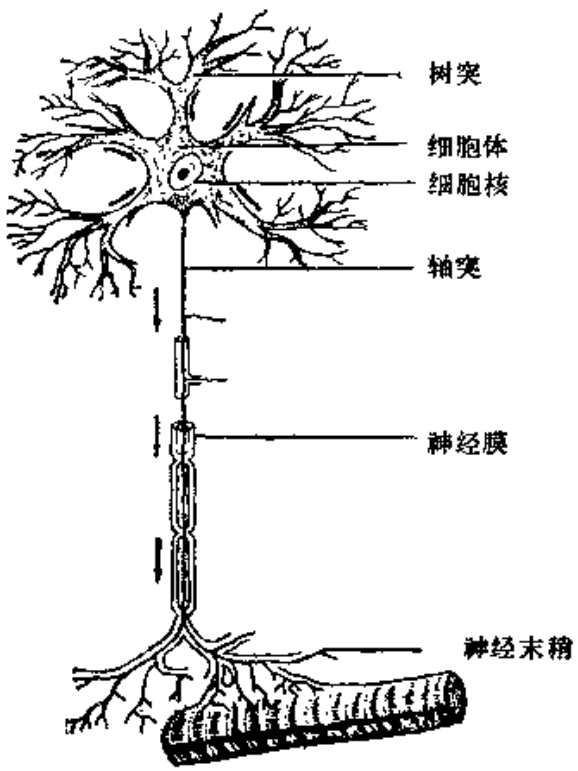


图 10-1　神经元模式图

一、中枢神经系统

中枢神经系统包括脑和脊髓。

（一）脑

脑位于颅腔内，坚硬的颅腔起着保护脑的作用。但由于颅腔容积固定，没有伸缩性，故当颅内有血肿、肿瘤或脑水肿时，颅内压力增高，对脑起压迫作用，引起头痛、呕吐等

症状。整个脑可分为大脑、小脑和脑干（图 10-2）。

1. **大脑** 大脑是中枢神经系统最高级的部分。人类的大脑是思维和意识活动的器官，是人类在几十万年的劳动中不断进化和发展而成的。

大脑形如半球，占据脑的四分之三，表面有许多皱折，形成沟和回。整个大脑又分左右两个半球，其间有胼胝体把它们联系起来。如果把大脑切开，可以看到表面一层是灰色的，主要由神经细胞构成，叫大脑皮质（或大脑皮层）；内层白色，主要由神经纤维构成。脑中还有几个空腔，叫脑室，内有脉络膜组织，是产生脑脊液的地方。

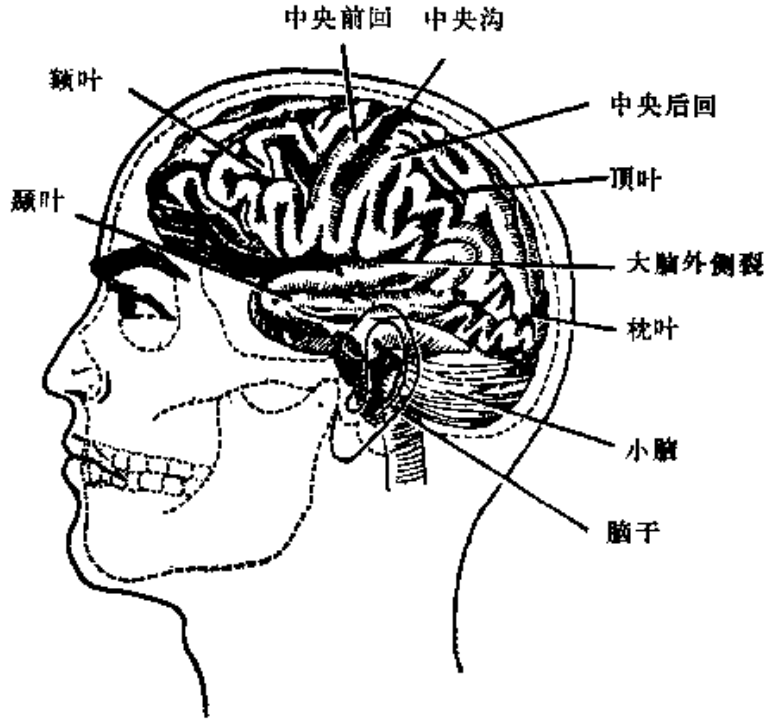


图 10-2 脑

大脑表面根据其在颅腔内的不同位置，可分为额叶、顶叶、枕叶和颞叶等（图 10-2）。身体各部分的运动、感觉等

机能由大脑皮层一定的部位管理。由于皮质的各个区域都有其特定的功能，因而可分成许多中枢，如感觉（指触、压、冷、热等一般感觉）中枢（位于顶叶前部的中央后回处）、运动中枢（位于额叶后部的中央前回处）、视觉中枢（位于枕叶后部）、听觉中枢（位于颞叶上部）等。大脑的某一区域受损害，该区域的特定功能便遭到破坏。例如一侧运动中枢受损，可引起半身不遂(偏瘫)。大脑皮质对运动和感觉的管理是交叉性的，即一侧运动中枢和感觉中枢通过神经纤维同身体对侧相联系，所以当一侧中枢或神经纤维（交叉前）受损时，就能引起身体对侧的瘫痪或感觉丧失。

大脑半球除表面是灰质外，在它深处白质部分以下还有一些灰色块，称为基底神经节，由尾状核和豆状核组成，是大脑皮质以下的较高级运动中枢，在运动过程中可辅助大脑皮质使肌肉群之间的活动协调。因此，基底神经节病变时，可产生肌张力过度或减少，出现震颤或不自主动作。如有些老年人头不停地摇动或手腕不停地抖动，就是这方面的原因。

在基底神经节与丘脑（属于脑干）之间，有一个大脑皮质与皮质下中枢相互联系的主要神经纤维束集中经过的地方，称为内囊。这些纤维束有下行的，即从大脑皮层开始向下传导引起运动的冲动；也有上行的，即将周围引起感觉的神动向上传导到大脑皮层。内囊是中风(脑出血）容易发生的部位。中风时，由于影响到这些神经纤维束的功能，而这些神经纤维束又都是交叉的，故对侧肢体发生感觉障碍与运动障碍（偏瘫）。

大脑与人的意识活动关系十分密切，如有广泛病变，人就会昏迷而神志不清。

2. **小脑** 小脑位于颅腔的后部，脑桥和延髓的背面，大脑枕叶的下方，由左、右半球及中央的蚓部组成。小脑借出入小脑的神经纤维与脑干相连，并通过脑干上与大脑、下与脊

髓相联系。小脑的主要作用是维持身体平衡、调节肌肉张力和协调运动。如小脑有病变，可出现平衡障碍。患者闭眼直立时，身体可摇摆不稳，走路歪歪斜斜像吃醉酒的样子，取东西时手发生震颤，运动很不协调。

3. **脑干** 脑干位于脑的下部中央，上接大脑，下连脊髓，背部与小脑相联。自下向上可分为延髓、桥脑、中脑和间脑（即丘脑和下丘脑）四部（图 10-3）。

脑干的内部结构可分为白质和灰质，白质主要位于脑干的腹侧，灰质多集中在脑干的背侧。脑干的灰质分成许多灰质块，叫做神经核，由神经细胞群构成，包括感觉核和运动核，与脑神经相连而支配外周的器官，主要起联系中枢各部分的作用。在脑干的背腹侧之间的中央部分有一大片灰质白质交错的区域，由散布的神经细胞群和走向各个方向的错综复杂的神经纤维网构成，称为网状结构。

脑干不仅是大脑、小脑和脊髓互相连系的重要通道，而且还是许多重要的反射中枢所在处。在延髓和脑桥中有调节心跳和血管运动、呼吸、吞咽、呕吐和唾液分泌等功能的中枢，以延髓中的心跳和血管运动、呼吸二个中枢最为重要，亦称“生命中枢”，如受到损伤，可危及生命。在中脑里有眼的对光反射中枢，如中脑受损，就会出现对光反射不正常。

脑干里的网状结构和中枢神经系统的各个部分都有双向的联系，所以影响范围很广，功能也很复杂，与人体的运动、感觉、植物功能的调节都有关，同时可使大脑皮质的兴奋性普遍提高，而处于“觉醒”状态，这是产生注意力集中和其他意识活动的基础。

间脑是脑干中的特殊部分，位于脑干的最上方，与大脑直接相连。其中丘脑由一大群神经核组成，传导各种感觉冲动的神经束都必须在丘脑中转换神经元，才能把冲动传到大脑皮质的一定部位。因此，丘

脑是大脑皮质以下的最高感觉中枢，一侧丘脑因肿瘤或血液供应障碍而损伤时，可使对侧的肢体发生感觉障碍或自发疼痛。丘脑下部（下丘脑）是大脑皮质以下的植物性功能的最高中枢。其体积虽小，但有大量的神经核，可控制和调节交感神经和副交感神经的活动；同时还控制和调节脑垂体的内分泌活动，并通过脑垂体影响其他内分泌腺的分泌。此外，它还是调节水盐代谢、体温、食欲和情绪反应等的中枢。

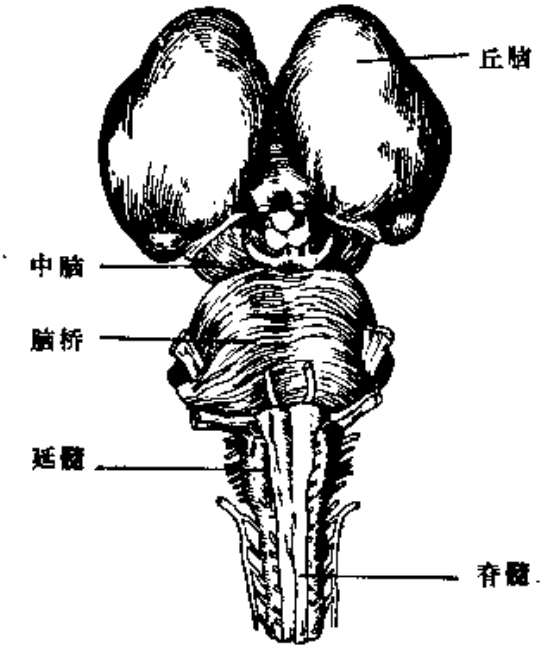


图 10-3　脑干（腹面观）

（二）脊髓

脊髓位于椎管内，呈圆柱形，上端通过颅底的枕大孔与延髓相连，在成人下端终止于第二腰椎水平。由此向下，椎管被腰骶神经占据。所以，从腰椎下部（第三、四腰椎间）进行穿刺，不会刺伤脊髓。

脊髓中央颜色较灰，叫灰质；周围部分颜色较白，叫白质。脊髓的灰质是神经细胞集中的部位，在横切面上呈蝴蝶

形。其前面的部分称为前角，运动神经元的细胞就聚集在这里，患脊髓灰质炎（小儿麻痹症）时主要在这个部位发生病变，故常引起有关的肌肉瘫痪。灰质的后面部分叫后角，这里的神经元是一部分传入神经末梢和中枢其他神经元联系的部位。在脊髓的胸腰段还可以看到侧角，是某些交感神经元的细胞体所在处。在灰质的中央，有一个空腔，称为中央管，上面和脑室相通，里面充满着脑脊液。脊髓的白质包在灰质的外面，是由神经纤维构成的传导束。其中有的传导束上行，把从躯干、四肢、内脏起源的神经冲动传导到脑的各部分；有的下行，把从脑的各部分发出的冲动传导到脊髓，兴奋或抑制脊髓的活动。由于人的脊髓对脑的依赖性很大，因此这些上行和下行的传导束在脊髓的横切面上所占的比例很大。当白质有外伤、炎症或受到肿瘤压迫时，可影响到相应的部位，引起肢体瘫痪、运动不协调或感觉障碍等。

脊髓不仅是神经系统上下传导的通路，而且还是许多反射活动的基本中枢，如膝反射、排尿反射、排便反射的基本中枢都在脊髓。但在正常情况下，这些反射都是在脑的控制下进行的，我们可以有意识地控制排尿与排便。如果由于外伤或其他原因，引起脊髓在胸部完全横断，则可使断面以下的脊髓不再受脑的控制，排尿排便等反射也就不再受意识控制，因而出现大小便失禁。

在脊髓里，运动神经元和感觉神经元分布在不同的部位。但是，到躯干和四肢去的神经干里却既有传入（感觉）神经，也有传出（运动）神经。传入神经从后根（感觉根）进入脊髓，传出神经则从前根（运动根）离开脊髓。左、右两侧的前、后根各在脊椎骨两侧由上、下两个脊椎形成的椎间孔处合并成为脊神经（图 10-4）。

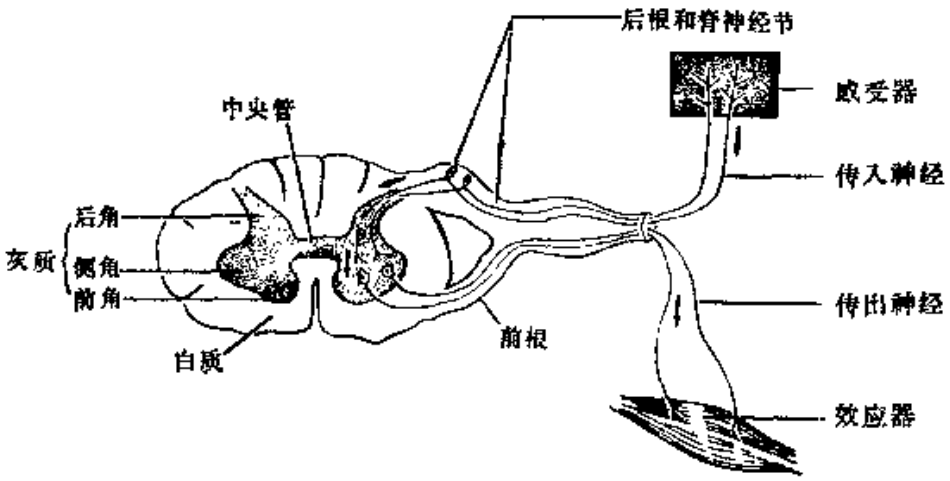


图 10-4　脊髓反射弧模式图

二、周围神经系统

周围神经系统由脑和脊髓发出的神经纤维等组成，分布于全身。可分为脑神经和脊神经两部分。

（一）脑神经

脑神经亦称为颅神经，共 12 对，其名称如下（编成口诀）：一嗅、二视、三动眼；四滑、五(三)叉、六外展；七面、八听、九舌咽；十迷(走)、(十一)副、(十二)舌下全(图 10-5)。

脑神经从脑部发出后，由颅骨的一些孔道穿出，分布于头面部的器官和胸、腹腔的脏器。其具体作用是：嗅神经、视神经和听神经为传入神经，分别传导嗅觉、视觉、头的位置和运动觉、听觉。动眼神经、滑车神经和外展神经是支配眼球外肌肉的传出神经，能使眼球向各种不同的方向转动，故这些神经不正常时可引起斜眼；其中动眼神经里还包含有副交感神经纤维，支配缩瞳肌的活动，当一侧动眼神经受损伤时，两眼的瞳孔就大小不等，对光反射也可受影响。三叉神经是混合神经，有感觉支和运动支，感觉支传导头面部（包括眼眶、鼻腔、口腔）的冷、热、触、压、痛等一般感觉，运动支支配咀嚼肌的活

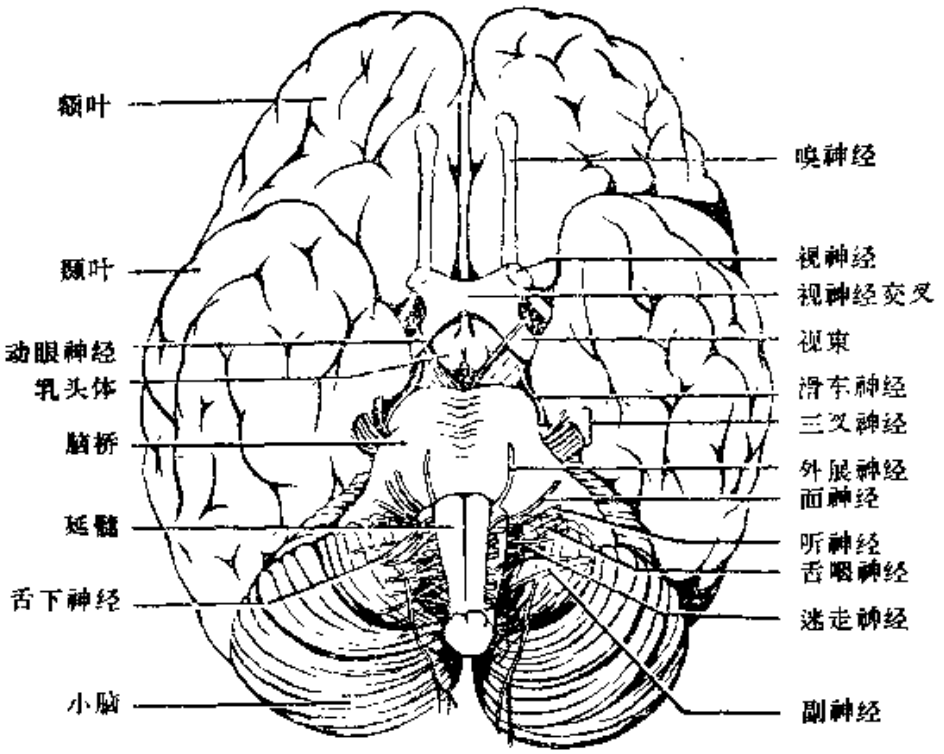


图 10-5　颅神经

动。面神经支配面部表情肌的活动和舌前2/3的味觉，其中的副交感纤维还可以引起唾液的分泌，如一侧面神经损伤，可出现口角歪斜、眼睛闭不拢等症状，称为面瘫。舌咽神经支配咽部的感觉、运动和舌后1/3的味觉，其中的副交感纤维也可引起唾液的分泌。迷走神经中主要是副交感神经纤维，调节心跳和胃肠肌肉的收缩以及腺体的分泌等，其中的传入纤维来自呼吸系统等部位，还有一支可支配声带，损伤时引起发音嘶哑。副神经和舌下神经都是传出神经，前者支配转头和耸肩的肌肉，后者支配舌肌，管理舌的运动。

（二）脊神经

脊神经共31对（颈8对、胸12对、腰5对、骶5对、尾1对），从脊髓发出，往往与动、静脉一起走行，分布到躯干、四肢和肌肉，管理这些部位的皮肤感觉和肌肉运动。

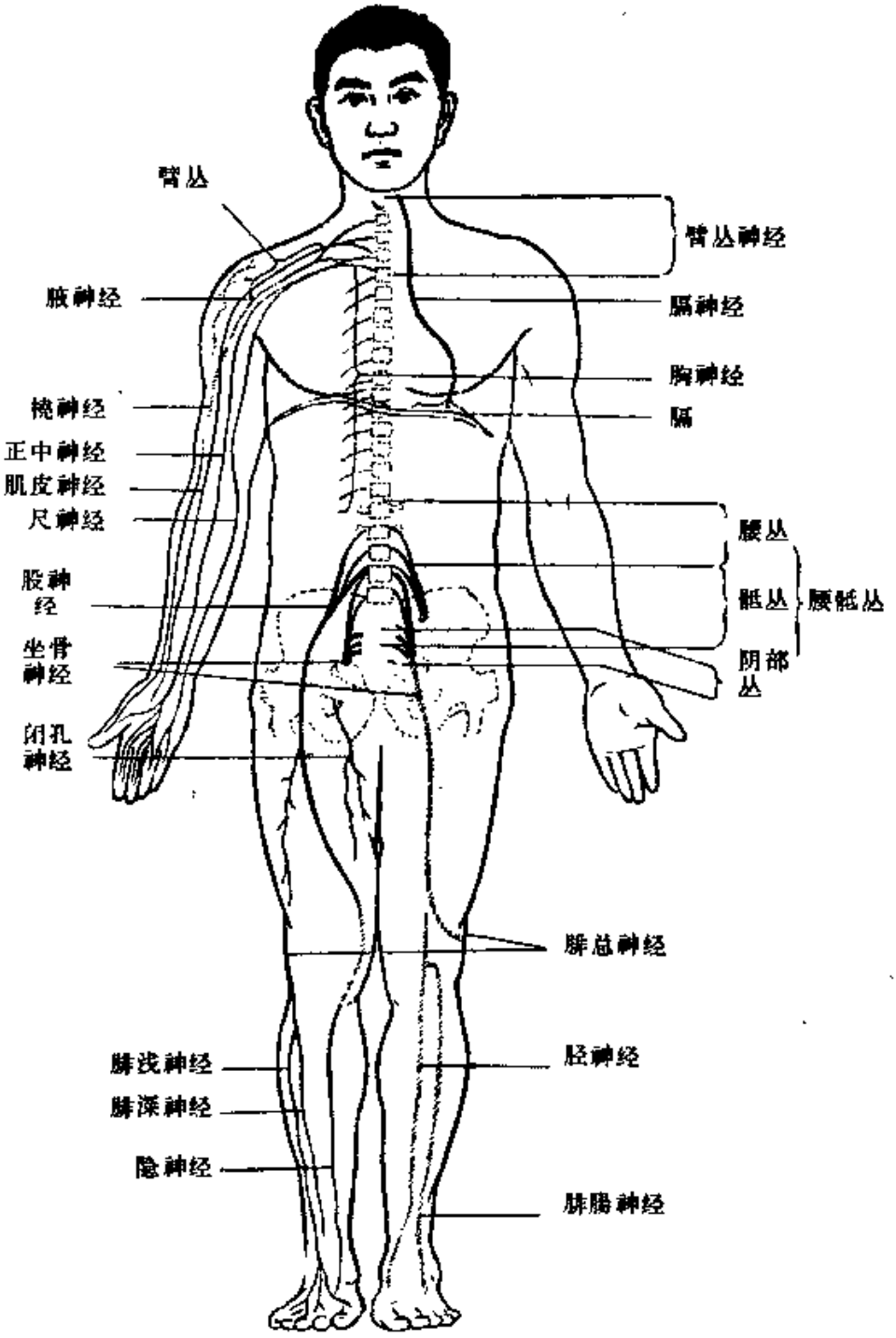


图 10-6　全身的主要神经（前面）

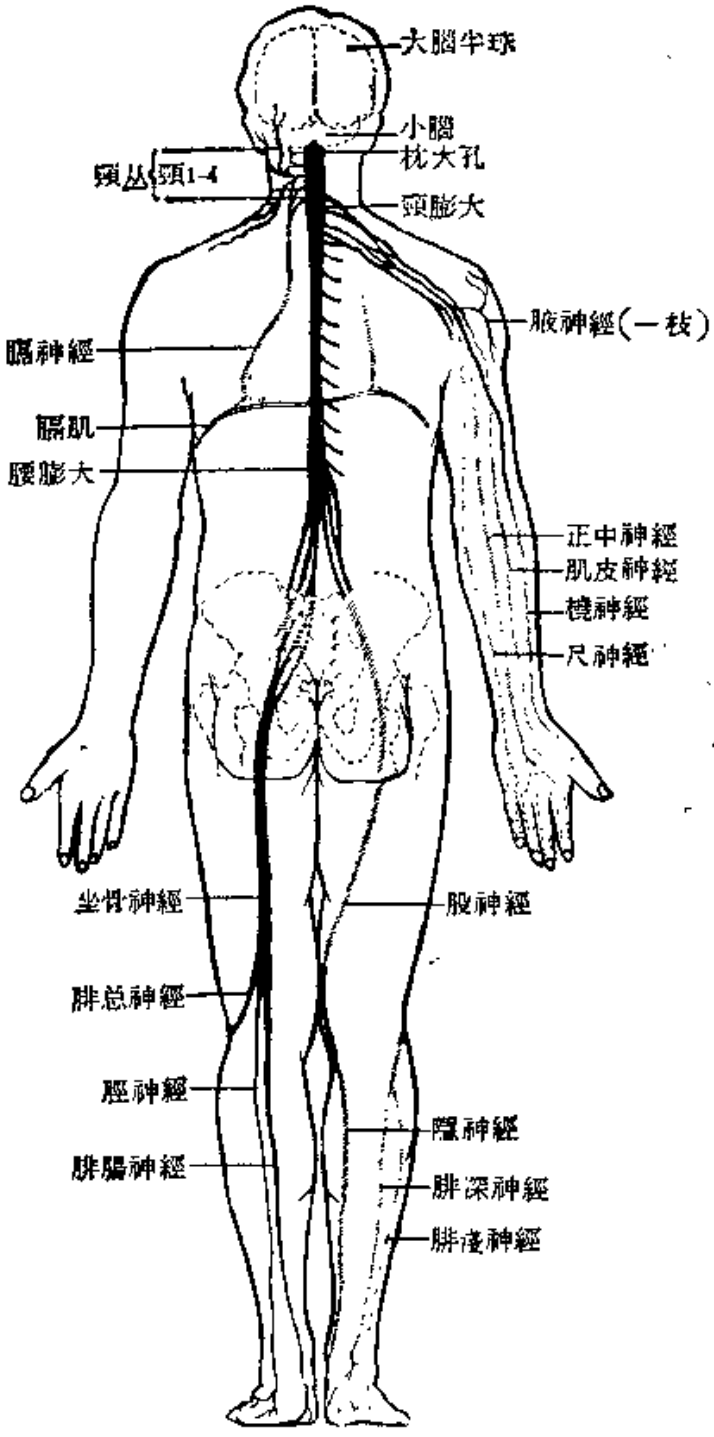


图 10-7　全身的主要神经（后面）

脊神经从椎间孔出来后，立即分为前支和后支。后支较细，支配背部肌肉的运动和背部皮肤的感觉。前支中只有胸神经是一根根地在肋骨下缘行走，形成肋间神经，支配胸壁和腹壁的皮肤和肌肉。其他脊神经的前支都与邻近几根神经结合起来，形成神经丛，如颈丛、臂丛、腰丛、骶丛等。从各个神经丛再分出许多神经，分别分布到颈部、上肢、上胸、下肢和会阴部的皮肤和肌肉等（图 10-6，7）。这些神经受损伤时，可使它所支配的肌肉瘫痪、感觉麻木或疼痛。如临床上常见的臂丛神经痛和坐骨神经痛，就是因相应的神经丛受损伤而引起的。也由于这个原因，我们平时作肌肉注射时，应避开大的神经；而在进行局部麻醉时，则需要在神经干周围注射麻醉药。

三、植物神经系统

植物神经系统分为交感神经和副交感神经两大部分，前者自脊髓胸腰段发出，后者从脑干和脊髓骶部发出，它们的主要作用是支配内脏器官如心、肺、胃、肠等的活动。交感神经和副交感神经的纤维常分布到同一器官，两者的功能恰恰相反。例如，交感神经使心跳加快、瞳孔散大等，副交感神经则使心跳减慢、瞳孔缩小等。它们的作用虽然互相对抗（医学上称拮抗），但在中枢神经系统的控制下，它们又是互相协调、密切配合的，使器官的活动随时适应机体的需要。

现将两个系统的主要作用列表于下：

交感神经系统	副交感神经系统
1.心跳加快，血管收缩，血压升高	心跳减慢，血压降低
2.支气管松弛扩大	支气管收缩变小
3.胃肠蠕动变慢，消化液分泌减少	胃肠运动加快，消化液分泌增加
4.汗腺分泌，出汗	对汗腺分泌没有作用
5.瞳孔散大	瞳孔缩小

植物性神经对脏器的调节作用最后都是通过递质而起作用的。递质是神经纤维末梢释放的一种化学物质，其中交感神经末梢释放的主要是去甲肾上腺素，副交感神经末梢释放的主要是乙酰胆碱。因此，临床上我们可以用药物来阻断或模仿递质的作用以治疗某些疾病。如腹痛或胃痛时使用的阿托品、颠茄等药物，就有阻断迷走神经递质（乙酰胆碱）的作用，因而可使胃肠道痉挛解除而止痛；而肾上腺素、去甲肾上腺素等药则有模仿交感神经递质的作用，因而可用于抢救心跳骤停和休克等症。

四、脑脊髓膜和脑脊液

1. 脑脊髓膜 在脑和脊髓的外面包有三层膜，自外到内是：硬脑（脊）膜、蛛网膜和软脑（脊）膜，总称脑脊髓膜，主要起保护脑和脊髓的作用。硬脑膜与颅骨骨膜紧密结合在一起；硬脊膜在椎管内与骨膜相分离，其间存在一腔隙，称为**硬膜外腔**，腔内充满着脂肪和静脉丛，临床上可利用此腔来进行麻醉（硬膜外麻醉）。蛛网膜内含有丰富的血管，蛛网膜与软脑（脊）膜之间为蛛网膜下腔，充满着脑脊液，腰椎穿刺即刺入此腔。由于软脊膜与脊髓在第一腰椎处已终止而蛛网膜和硬脊膜则一直延伸到第二骶椎处，故在脊柱下部这一段，蛛网膜腔相当大，腰椎穿刺通常就在第三、四腰椎间进行，不仅操作方便，还可避免损伤脊髓。软脑膜紧贴脑实质，一般所称脑膜炎便是指软脑膜发炎。软脑膜的血管在脑室等部位突出，形成脉络膜。

2. 脑脊液及其循环 脑脊液是无色透明的液体，充满于蛛网膜下腔，不断地由脉络膜生成（部分也来自脑部毛细血管），又不断地被重新吸收入血，循环不息。脑脊液供应脑和脊髓的营养，也带走它们的代谢产物，同时保护脑和脊髓避免外力的冲击，还有调整颅内压的作用。脑膜炎时，由于

炎症，可使脑脊液生成过多，并有大量脓细胞，所以压力升高，色泽混浊；婴幼儿囟门未闭，可表现为囟门膨出。血液与脑组织之间有屏障存在，可阻挡或延缓某些物质的通过，因此临床上用药物治疗某些脑部疾患（如脑膜炎）时，应考虑到这一点。

五、祖国医学对神经系统的认识

神经系统的功能在祖国医学中与心、脑、肝、肾等脏器有关。

1. 心与脑 祖国医学的“心”是脏腑中最重要的器官，既有循环、血液的作用，又包含了中枢神经、植物神经和大脑的一部分功能。

⑴ 心主神明：“神明”的含义，包括精神状态、意识、思维活动等，古人认为这些功能活动是由“心”来主管的。因此，失眠、多梦、健忘、精神错乱等都认为与“心”的病变有关。

⑵ “脑为髓海”：这里的“髓”包括了脊髓和骨髓，祖国医学认为“诸髓皆属于脑”。凡小儿发育不良、智力和动作迟钝，归属于“精髓不充”。

2. 肝与肾 祖国医学把人体的部分神经、精神活动分别归于肝和肾。肝的“疏泄”作用主要是指神经系统的调节功能，对人体的生理活动，如气血的运行、胃肠的消化吸收、废料的排泄、肢体的运动、妇女的月经来潮有密切关系。同时，也与精神因素有关，如精神抑郁、情绪躁动，会出现“肝气郁结”而影响气血运行和胃肠功能。此外，由于“肝主筋”，故临床上出现的手足抽搐、角弓反张等证象，祖国医学认为是“肝风”所致。至于肾，则通过“藏精”，对人

的智力、生长、发育和神经系统机能状态起一定的作用。

第二节　神经系统检查法

一、问诊和一般检查

神经系统的问诊应与有关的检查结合起来进行，重点注意以下几个方面：

（一）意识障碍

正常人的意识是清晰的。意识障碍时，轻者表现为意识模糊、昏睡，重者出现昏迷。

1. 意识模糊　以意识清晰程度的降低为主要特点，又分为二种：

(1) 朦胧状态：意识清晰程度减低，意识活动范围缩小。如某些癫痫精神运动性发作患者的梦行症，患者可从睡梦中突然起来，到处走动，或做某一工作，后又入睡，醒后不能记忆。

(2) 混浊状态：意识清晰程度显著减低，但对各种刺激反应存在，不过比较微弱、迟钝。常见于昏迷前期病人。如进一步发展，可进入昏睡或昏迷状态。

2. 昏睡状态　也称嗜睡状态，意识并未完全丧失，刺激时可有轻度反应，呼之能回答，大小便不失禁；如进一步作反射检查，可无显著改变。常见于乙脑、流脑的早期。

3. 昏迷状态　常见于脑和脑膜疾病以及其他危重疾病的严重期，意识已经丧失，根据其不同程度，又分为如下三种：

(1) 浅昏迷：意识丧失，呼唤不应，大小便失禁，或作有谵语、躁动。但进一步检查时，吞咽及咳嗽反射尚存在，角膜反射和瞳孔反射均未消失，肌腱反射反而增强。

(2) 中昏迷：意识中度丧失，呼吸急促，全身强直或痉挛。进一步检查，角膜反射消失，瞳孔反射迟钝，病理反射阳性。

(3) 深昏迷：意识深度丧失，呼吸急促或呈潮式呼吸，肢体软瘫。进一步检查，瞳孔反射迟钝或消失，吞咽困难。

4. 其他意识障碍 精神分裂症时可出现各种特殊的意识障碍，为一般正常人所无法理解。

（二）感觉障碍

感觉障碍可有各种不同的表现，如多发性神经炎、带状疱疹等患者可出现感觉过敏，轻轻接触患处皮肤即可感到不适；周围神经疾患、神经根疾患、脑部或脊椎部疾患均可引起有关部位的感觉迟钝、减弱甚而消失；某些疾患还可引起异常的感觉，如病人自觉发麻、灼热、蚁走、瘙痒、刺痛等，心绞痛、胆绞痛时的感觉过敏区也属于异常的感觉。

（三）运动障碍

正常的运动必须有健全的皮肤、肌肉、肌腱、骨骼、关节、血管和神经（包括感觉神经、运动神经和神经中枢）等组织的密切配合，其中任何一种组织发生病变均可发生运动障碍。神经系统疾患所产生的运动障碍主要包括以下几种：

1. 不自主运动 指横纹肌的不随意收缩，常见的有：

(1) **震颤**：为手足或其他部位的肌肉发生抖动，可见于脑炎、动脉硬化等神经系统器质性疾患，或神经官能症、癔病等机能性疾患，以及酒精或其他毒物中毒时。

(2) **惊厥**：是突然发生的肌肉长时间不自主的收缩，使肢体处于强迫的姿态，可时时抽动或持续于强直状态，常见于脑肿瘤等神经系统器质性疾病、癔病或其他某些疾患时。

(3) **搐搦**：为少数肌肉的痉挛性收缩，可见于缺钙时的手足搐搦症、破伤风时的牙关紧闭等。

2. 瘫痪 因运动神经系统受到损害，有关肢体的运动受到限制或不能自主地进行。根据程度的不同，可分为全瘫（不能自主运动，亦称麻痹）、轻瘫（运动范围受限、肌张力减低，亦称不全麻痹）、单瘫（一个肢体瘫痪）、偏瘫（半身瘫痪）、截瘫（身体两侧对称部位瘫痪）等。其中由中枢神经系统疾患引起者称为痉挛性瘫痪，特征为肌张力增高，肌萎缩不显著，皮肤反射消失，腱反射增强并出现病理反射；而由周围神经系统疾患引起者则称为松弛性或萎缩性瘫痪，特点为肌

张力减退、肌肉萎缩及腱反射消失等。

3. 共济失调 多由小脑及前庭的疾患引起，表现为步子不稳、行路困难等。

（四）病理状态

病理状态主要指不正常的精神活动或行为，常见的有：

1. 谵妄 是一种急性的短期的精神错乱，表现为意识模糊、定向消失、错觉幻觉、兴奋恐惧、语无伦次及无意识的动作，祖国医学称为“循衣摸床”。

2. 躁狂 以精神活动兴奋和活跃为主要特点，多见于精神病人。

3. 抑郁 以精神活动抑制和迟钝为主要特点，多见于精神病人。

4. 强迫状态 可出现某些强迫症状，如强迫性怀疑、强迫性联想、疾病恐怖、强迫动作、恐怖症（怕高、怕深、怕蛇）等，常见于神经官能症或精神病患者。

（五）其他症状

有的病人应询问有无头痛、呕吐、耳鸣、耳聋等，必要时还应注意其智力、思维、语言等情况；怀疑有脑部疾患者，应检查颈部有无阻力（婴儿则注意其囟门）。如脑膜炎、脑炎、脑肿瘤等患者，因颅内压增高，可出现剧烈头痛、喷射状呕吐，以及颈强直（婴儿囟门突起）等。

二、反射的检查

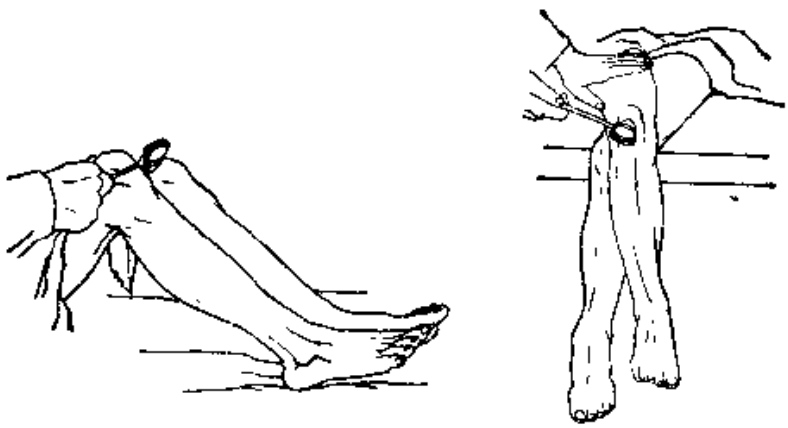
（一）生理反射

1. 角膜反射 当被检者向一侧凝视时，以棉花等物轻触其眼的角膜边缘，正常人两侧眼睑立即同时闭合。深度昏迷时，此反射消失。三叉神经疾患时，患侧的角膜反射消失，而且刺激患侧角膜时对侧的眼睑亦不闭合。面神经麻痹时，刺激患侧的角膜不引起该侧的眼睑闭合，而对侧的眼睑则闭合。

2. 瞳孔对光反射 正常人突然睁眼或用手电照眼，两眼瞳孔立即缩小。瞳孔对光反射迟钝，可见于颅内压增高（如外伤、脑膜炎引起脑水肿时）等情况；对光反射消失常见于蛛网膜下腔出血、重度昏迷

或死亡时。颅内出血时，两侧瞳孔可不等大。

3. 膝反射　坐位或臥位，下肢放松，小腿屈曲，叩击髌骨下的膝腱，引起小腿伸展（图 10-8）。膝反射消失多见于周围神经、脊神经根、脊髓灰质的病变；膝反射增强多见于神经系统兴奋性增高（如甲状腺机能亢进）等时。



甲、臥位　　乙、坐位

图 10-8　膝反射检查法

4. 腹壁反射和提睾反射　病人取仰臥位时，用尖物轻划腹壁皮肤，可引起腹肌的收缩；如划大腿内侧皮肤，则可引起同侧提睾肌收缩而使睾丸上举。脑出血等病时，此两种反射可消失。

（二）病理反射

1. 划跖试验（旧称“巴氏征”）　以尖物在足底沿足跟外侧向前划，正常时各趾向足底方向屈曲，称为阴性。如出现踇趾背屈，四趾展开，称为阳性，见于脑出血等疾患、昏迷及脑膜炎时（图 10-9）。

2. 屈腿伸膝试验（旧称“克氏征”）　病人仰臥，屈大腿与腹部垂直，然后将小腿伸展，如果遇到抵抗，或者病人叫痛，是为阳性，表示脑膜刺激症状，常见于流脑和乙脑病人（图 10-10）。

3. 屈颈试验（旧称“布氏征”）　患者平臥，检查者以手托其头部，将患者的头迅速向上抬起，如此时两下肢也不由自主地屈曲，即为阳性（图 10-11），也是脑膜刺激征的表现。

阴性　　阳性

图 10-9　划跖试验

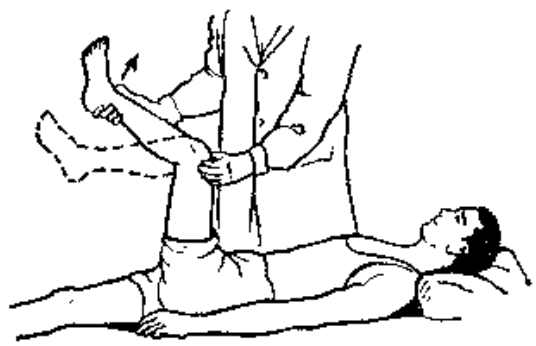


图 10-10　屈腿伸膝试验

图 10-11　屈颈试验

4、低头叩胸试验和吻膝试验　病人端坐，令其头颈向下，若下巴不能触及前胸，并感颈部疼痛，即为低头叩胸试验阳性；或令病人两膝上抬，头颈尽量下低，若下巴不能触及膝部，并感颈部疼痛，则为吻膝试验阳性。此两法临床意义与上述病理反射相似，但更敏感，可用于检查早期脑膜炎或脑炎。

第三节　内分泌系统解剖生理

人体内的腺体有两大类：一类叫外分泌腺，如唾液腺、胃腺、胰

腺及汗腺等，它们的分泌物通过导管排出，也称有管腺；另一类叫内分泌腺，没有导管，分泌物直接进入毛细血管，借血液循环运送到全身发挥作用，也称无管腺。体内主要的内分泌腺有甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、胰岛、垂体和性腺等（图 10-12）。

内分泌腺是配合神经系统调节人体机能活动的辅助调节机构。它们在神经系统的控制下，互相配合、互相制约，形成体内主要的体液性调节系统。内分泌腺分泌的产物叫激素，是一种具有高效能的生物活性物质，在体内量虽少而作用却很强，对机体的物质代谢、生长发育、生殖和其他器官的机能活动起着很重要的影响和调节作用。如果体内某种内分泌腺分泌的激素量过多，超过了机体的正常需要，则可因其作用过度而引起病态，这种情况称为机能亢进或机能过度；相反，如果某种内分泌腺分泌的激素量不足，也会因其功能不足而引起病态，这种情况称为机能减退或机能不足。此外，因为许多激素是在肝脏内分解而失去其机能的（称为灭能），并经过肾脏排泄，故当肝和肾的机能有严重障碍时，有些激素的灭能和排泄发生障碍，也可引起继发性的这一激素机能过度现象。

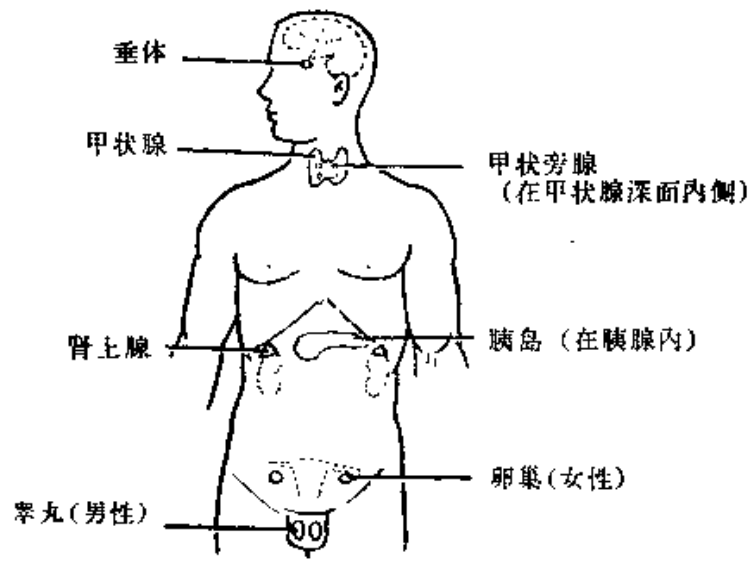


图 10-12　内分泌腺位置（示意图）

1. **甲状腺** 位于颈前中部喉和气管的两侧，分为左右两叶，中间由狭小的峡部相连。腺组织由许多囊状小泡构成，称为甲状腺滤泡，内含胶状物质，是一些含碘的蛋白，即甲状腺球蛋白。当机体需要时，甲状腺球蛋白可分解而变成具有生物性的甲状腺素，其主要的生理作用是促进机体的物质代谢过程，促进体内糖、脂肪和蛋白质的分解氧化，并使产生的能量绝大部分变成热能而散发掉；促进机体的生长发育，尤其对骨骼、神经系统和生殖器官的影响更为显著，婴幼儿时期患甲状腺机能不足，可使生长迟缓、智力迟钝，形成呆小病；提高神经系统的兴奋性，特别是对交感神经的作用更为明显，故其机能亢进时往往出现一系列交感神经兴奋的症状；等等。

甲状腺的分泌活动受垂体前叶分泌的“促甲状腺素”的调节，它能促进甲状腺制造和释放甲状腺素；但当血液中甲状腺素的浓度过高时，又可反过来抑制垂体前叶促甲状腺素的分泌，从而使甲状腺素的分泌量跟着减少。因此，两者互相联系、互相制约，可使正常机体甲状腺素的分泌量保持动态的平衡，并能适应外界环境的变化。

碘是合成甲状腺素的重要原料。甲状腺具有很强的摄取碘的能力，体内约有三分之二的碘都存在于甲状腺内。如果食物中的碘含量不足，可引起甲状腺代偿性的肿大。

2. **甲状旁腺** 共有四个，紧贴于甲状腺的后面，为绿豆大小、略带棕黄色的小腺体。分泌的激素称为甲状旁腺素，主要生理作用是调节体内钙和磷的代谢，可使骨组织中的磷酸钙分解而释入血液，同时抑制肾小管对磷的重吸收而使其排泄增多，这样可使血磷浓度降低，骨骼中的磷酸钙又释入血液以补充血磷，从而使血钙增高。当甲状旁腺机能亢进时，可出现血钙升高、血磷降低，而骨骼中的钙、磷均减少，因此骨质疏松，骨骼容易发生变形或骨折；尿中钙、磷排出增加还容易形成泌尿道结石。如果甲状旁腺机能不足，可引起体内血钙降低而发生手足搐搦症。

另有一种由甲状腺滤泡旁细胞（又称C细胞）分泌的激素，称为降钙素，其作用刚好与甲状旁腺素相反，可使血钙降低、血磷升高。正由于这两种激素的相互对抗作用，才使机体血液中钙和磷的浓度保持

替动态的平衡。

3. **胰岛** 胰腺既是一个外分泌腺，能分泌胰液而起消化作用，又是一个内分泌腺。胰腺中的内分泌细胞分散在胰腺组织内，呈一团团的小岛状，故称为胰岛。胰岛内有甲、乙两种细胞，各分泌不同的激素：甲细胞分泌胰高血糖素，有升高血糖的作用；而乙细胞分泌的是胰岛素，有降低血糖浓度的作用。这两种激素的对抗作用起着调节血糖浓度相对稳定的作用。

胰岛素是一种蛋白质的激素，我国的科学工作者已于1965年9月在世界上第一次用人工方法合成。它的主要作用是促进糖代谢，一方面使血液中的葡萄糖在肝脏内合成糖元而贮存，另一方面又加速组织细胞对糖的利用，还能抑制脏腑内的蛋白质和脂肪转变成糖元（即抑制糖元异生作用）以及抑制肝糖元的分解，从而使血糖浓度降低。

正常机体中胰岛素的分泌受血糖浓度高低的调节。血糖升高时，可刺激胰岛乙细胞分泌胰岛素，从而使血糖下降；而血糖降低时，又能抑制胰岛素的分泌，从而使血糖浓度升高。但在糖尿病患者，胰岛素的分泌机能不足，因此血糖浓度超过正常水平，并通过肾脏从尿中排出。此外，垂体前叶分泌的生长激素和肾上腺皮质分泌的糖类皮质激素有对抗胰岛素的作用，它们也参与糖代谢的调节。

4. **肾上腺** 左右各一，位于肾脏的上端，外观呈三角形或半月形。可分为内外两层，内层颜色较深，称为髓质；外层较淡白，称为皮质。两部分的结构和功能截然不同。

肾上腺皮质的机能复杂而重要。它可分泌三类激素：第一类是盐皮质激素，以醛固酮为代表，有很强的调节体内水和盐代谢的作用，能使钠在体内潴留而钾的排泄增加。临床上常见的水肿和腹水病人这类激素的分泌量增加；而当其分泌不足时，则可使肾脏排钠增加和排钾减少，造成体内低血钠和高血钾，严重时可危及生命。第二类是糖皮质激素，以皮质醇为代表，有明显的调节糖、蛋白质和脂肪代谢的作用，可使蛋白质和脂肪转变成糖元并在肝内沉积起来，并抑制体内对糖的利用而使血糖升高，与胰岛素的作用对抗。这类激素还有很强的抑制炎症反应和抑制过敏反应的作用，故临床上常利用其治疗各种

有关的疾患。第三类是性激素，包括雄性激素和雌性激素及孕酮，这就是男性体内也有雌性素、女性体内也有雄性素的主要原因，但其分泌量很少，故常为性腺分泌的性激素作用所掩盖。在肾上腺皮质的活动中，糖皮质激素的分泌直接受垂体前叶分泌的促肾上腺皮质激素的调节。当血中糖皮质激素的含量下降时，垂体前叶分泌的促肾上腺皮质激素增加，可刺激肾上腺皮质使糖皮质激素的分泌量增加；反之，当血中糖皮质激素的浓度增加时，又能抑制垂体前叶促肾上腺皮质激素的分泌而使血中糖皮质激素的浓度下降。盐皮质激素则主要受血中钠、钾浓度及血容量、心输出量和血压的调节。血中钠浓度升高、钾浓度下降、血容量增加、心输出量增加及血压升高时，均可通过体内一些感受器和器官的作用，使肾上腺皮质分泌的醛固酮减少；如果情况相反，则就使醛固酮的分泌增加。

肾上腺髓质分泌肾上腺素和去甲肾上腺素，以前者为主，作用近似于交感神经兴奋时的反应（详前述）。此外，这两种激素还有促进糖元分解，与糖皮质激素协同起来提高血糖、对抗胰岛素的作用。两者的主要区别是，肾上腺素对心脏的作用较强而去甲肾上腺素对血管的作用较强。髓质的活动直接受交感神经的调节，当各种原因使交感神经兴奋时，其分泌的激素也随之增加。

5. **垂体** 也称脑垂体，位于颅腔内脑的下方，呈卵圆形，由一个短柄（垂体柄）同丘脑下部相连。可分为前叶和后叶两个部分，前叶为腺体组织，又称腺垂体；后叶为神经组织，又称神经垂体，是脑底的延续部分。

垂体前叶分泌两类激素：一类是生长激素，有促进全身（特别是骨骼）生长的作用。如因某种疾病使其分泌过多，在青春期以前可使全身各部普遍过度生长、身材十分高大而形成巨人症；成年以后发生则主要表现为身体末端器官过度生长而成为肢端肥大症。相反，如幼年时腺体发育不良而使其分泌过少，则可因生长缓慢而形成侏儒症。另一类是各种促内分泌激素，包括促性腺激素、促甲状腺激素和促肾上腺皮质激素等，能刺激和维持有关内分泌腺的活动，在调节这些腺体的活动中起重要作用，但其本身的活动处在丘脑下部的控制之下，

并受血中相应内分泌激素浓度的影响。

垂体后叶分泌抗利尿激素和催产素。抗利尿激素的主要作用是促进肾小管的重吸收，故能有效地控制肾脏的排尿量，保持体内水与电解质的平衡。当各种原因使抗利尿激素分泌不足时，病人的小便量可急剧增加，形成尿崩症。大量的抗利尿激素则有增高血压的作用，故又称为加压素。催产素对子宫平滑肌有收缩作用，尤其对妊娠末期的子宫更为敏感，因此临床上常用这类制剂治疗产后子宫收缩不良或子宫出血，此外，它还有促使乳腺排乳的作用。垂体后叶的活动直接受下丘脑的控制。

6. **性腺** 包括男性的睾丸和女性的卵巢，详见生殖系统章。

思 考 题

1. 神经系统包括哪些部分？各部分的主要功能是什么？
2. 人体有哪些内分泌腺？各有什么功能？
3. 祖国医学对神经系统是如何认识的？
4. 试述常用生理反射与病理反射的临床意义。

第四节 神经、内分泌系统常见疾病

一、癫 痫

癫痫俗称“羊癫风”，主要是突然的短暂的大脑机能失调，可表现为阵发性抽搐、感觉异常或意识丧失，属于祖国医学“痫证”的范畴。一般可分为两种：

1. 原发性（机能性）癫痫 原因不明，脑部无明显病理改变，起病多在20岁以前，男性较多，可有家族史。

2. 继发性（器质性）癫痫 常由于脑膜炎、脑炎、脑外伤、脑寄生虫病、脑肿瘤、高血压脑病、子痫等引起。

祖国医学认为癫痫多由于伤肝肾阴分，使肝风易动，或

饮食不节，损伤脾胃，生痰浊而蒙蔽清窍所致。

症状 根据癫痫发作的情况，临床上可分以下几个类型：

1. 大发作 表现为神志丧失及全身抽搐，临床最为常见。多数患者在发病之前可出现胃部不适、头昏、心悸、晕眩、精神错乱等先兆症状，历时仅数秒至数分钟。发作时，病人突然神志丧失，或先尖叫一声后，立即昏倒在地。瞳孔扩大，对光反射消失，全身痉挛、抽搐。开始为二侧对称性的四肢强直，头眼偏向一侧，脸肌收缩，臂部内收，肘部屈曲，手指伸直，拇指向掌心内收，下肢伸直，二足内翻，呼吸暂停，脸色由苍白或充血转为青紫，称为强直期，历时一、二十秒。以后转入阵挛期，即强直性痉挛的间歇发作，病人可能会咬破舌唇，并口吐白沫，大小便失禁，历时数分钟。发作过后呼吸渐趋平稳，脸色也逐渐恢复正常，病人可昏睡数分钟或数小时，也有立即清醒者。以后意识逐渐恢复，醒后对发作无记忆，并感头痛、头晕及全身酸痛等；少数病人可有短暂的精神错乱或情绪失常。

大发作持续发生，痉挛间歇期的神志持续在昏迷状态中，称为癫痫持续状态，常伴有高热及脱水现象，并易引起继发感染，若不及时抢救，可危及生命。

2. 小发作 为短暂的神志丧失或障碍，如患者常有手中持物落地或谈话中断等，但无全身痉挛，有时不易发觉，一般数秒钟后即恢复正常。患者对发作经过毫无记忆。有的患者也可表现为涉及肢体、躯干及头部肌肉的突然抽动，通常两侧对称，频率每秒钟 3 次左右，甚至因强烈的抽动而跌倒在地，每次发作历时不到一分钟。

3. 精神运动性发作 发作时无神志丧失或痉挛，常作

一些无意义的动作，如抑郁、狂躁、幻觉、恐惧、梦样状态、唱歌、摸弄物件及神游等，发作过后立即清醒，但对发作情况无所记忆。少数患者也可表现为突然发作的短暂的情绪或知觉改变，或类似精神病样的发作。

4. 局限性癫痫　仅表现为一侧或两侧手部或面部肌肉的抽搐或一阵麻木感。

祖国医学认为癫痫的大发作除上述表现外，若见舌苔薄腻、脉弦滑属肺风痰浊；若见心烦失眠、口渴便秘、舌红苔黄、脉弦数或滑数，属肝火痰热。

治疗

1. 有发作者应选择适宜的工作，不宜驾驶、游泳、登高和在运转的机器旁工作。禁烟酒等刺激品。

2. 大发作时良好的护理很重要，如立即松开衣扣、裤带等束缚，头偏向一侧，用张口器或压舌板张开上、下颌（其间垫纱布），以免咬伤舌、颊，保持呼吸道通畅。此外，如有高热、脱水，应给降温补液等相应措施。

3. 新针疗法　哑门、后溪、人中等穴。发作时先针人中，后针涌泉，片刻可醒。也可耳针皮质下，心、神门的过敏点。

4. 药物治疗　参照下表。

药名	剂量	指征及注意点	毒性反应
鲁米那	0.015～0.03克/次，每日2～3次	各型发作。但有时可加重精神运动性发作	少，主要是嗜睡、皮疹
苯妥英钠（大仑丁）	0.05～0.2克/次，每日2～3次	大发作。但有时可促使小发作。常与鲁米那同用	皮疹、恶心等，要渐渐减量，最后停药
副醛	10%10～80毫升，灌肠	大发作时用	

药　名	剂　　量	指征及注意点	毒性反应
阿米妥钠	0.3～0.5克/次，肌注或静注(慢)	同上	肝功能不佳忌用
三甲双酮	0.15～0.3克/次，每日2～3次	小发作。但可诱发大发作。使用时定期查血，血细胞过低时停药	血细胞减少，畏光，颅躁
赖氨酸	2～3克/次，每日2～3次	与其他药物共用，可以巩固疗效	肠胃刺激

〔注〕 苯妥英钠（大仑丁）为较好的镇痉药，对大脑皮质运动区有抑制作用，作用安全，适用于癫痫大发作，对精神运动性发作也有效，对小发作效果较差；也可用于抗惊厥。用量过大可产生头晕、头痛、眼花、疲倦、运动失调等副作用。因对胃的刺激作用大，宜饭后服用，多喝开水。每片0.05或0.1克。常用量每次0.05～0.1克，一日3次，儿童每次每公斤体重3～8毫克。

三甲双酮有抗癫痫作用，用于癫痫小发作。有畏光、恶心、头痛、皮疹等副作用。严重者可使血液白细胞减少，故长期服用时，要定期复查血常规。每片0.15或0.3克。常用量0.15～0.3克，每日2～3次；儿童每日每公斤体重20～40毫克，分2～3次服用。

使用抗癫痫药时必须注意，从一药更换他药，不能骤然停用，而应将一药逐渐减量，同时他药递补，否则可使发作加重。治疗须持续1～2年，如有效逐渐减量。减量停药过程一般需6个月。对癫痫持续状态可一次加大剂量，控制发作，必要时可几药合用。

5. 中草药治疗

(1) 肝风痰浊治宜熄风化痰、镇心开窍，可用涤痰汤合钩藤饮加减，即钩藤、龙齿各4钱，半夏、茯苓、炙远志、石菖蒲、川芎各3钱，胆星2钱，全蝎0.5钱，水煎服。

(2) 肝火痰热应以豁痰、清心、安神为主，常用制大黄、黄芩、青礞石、皂角各4钱，沉香、青木香各1钱，水煎

服。可连服1周左右，服药期间出现腹痛、腹泻可不必停药。也可服用成药白金丸，每次2钱，日服2次。

二、神经官能症

神经官能症是是在外界不良的精神作用影响下，通过内因而产生的大脑机能活动失调性疾病。主要表现为大脑皮层兴奋和抑制过程失去协调而引起的一系列症状，但无相应的阳性体症发现。神经官能症中最常见的是神经衰弱及癔病二种，其他如胃肠神经官能症、心脏神经官能症等在有关章节中叙述。在作出这类诊断之前，必须进行认真的检查，确实排除各种器质性疾病，否则误诊误治，会给病人带来不应有的损害。在祖国医学中，凡不寐、惊悸、头痛、眩晕、遗精、郁症、虚损等均可归属于本病，认为是由于七情所伤，精神过度紧张或大病久病之后，以致脏腑功能暂时失调，主要影响肝、心、肾、脾四脏。

（一）神经衰弱

神经衰弱是神经官能症中最常见的一种，多见于青壮年，起病一般较缓。在祖国医学中属于“不寐”、“虚劳”和“郁症”范畴。

本病的发生，主要是由于长期的思想矛盾或精神负担过重、脑力劳动者劳逸结合长期处理不当、病后体弱等原因，破坏了大脑皮层兴奋和抑制两个过程的平衡所致。正常人在一般情况下，白天主要表现为兴奋，从事学习、工作、生活；晚上主要表现为抑制，进行睡眠。兴奋和抑制是一对矛盾，是对立的统一。白天的兴奋能诱发夜间的睡眠，而夜间的适当的睡眠能使白天有充沛的精力抓革命、促生产。但在神经衰弱患者，却在白天该兴奋而兴奋不起来，晚上该抑制

又不能很好抑制，因而破坏了神经活动的正常规律，引起相应的症状。

症状 临床表现多种多样，有的病人较兴奋，如易激惹、烦躁、精神不集中、睡眠浅、易醒、多汗、心悸、头胀痛及周身不适等，在祖国医学中相当于阴虚火旺。有的病人则表现为衰弱症状，如精神萎靡、易疲劳、记忆力差、嗜睡、夜梦多、头昏沉、全身酸疼无力等，在祖国医学中相当心脾亏虚；若兼见痰多胸闷、苔黄腻、心悸胆怯等，则属于胆虚痰热。但多数病人可同时有上述两类症状。体检时一般不能发现与症状相应的体征。

治疗

1. 这类病人常有较重的思想负担，赤脚医生应带着深厚的阶级感情，向病人热情宣传毛泽东思想，做深入细致的思想工作，使其树立起战胜疾病的坚强信心；同时，要认真进行体格检查，仔细分析病情，向病人交代有关的注意事项，并对一些症状采取相应措施。切不可认为没有体征就是没有病，粗暴地对待病人，草率治疗，以致加重患者思想负担，对本病的治疗带来不利。此外，根据我们的体会，对某些症状比较严重的患者，尽可能地根据当时当地的条件，订出合理的劳动作息制度，并严格执行，做到生活规律化，坚持一个相当长的时间，对本病的治疗有很大的好处。

2. 新针疗法 翳明、神门、内关、三阴交等穴，多梦配通里或心俞，失眠配神门、涌泉、足三里。或耳针皮质下、心、神门、胃，配肾、脑干。

3. 中草药治疗

(1) 验方：一般可用丹参1两，或钩藤1两、苍耳子2钱，或灵磁石2两、柏子仁1两、石菖蒲2钱等，均为水煎

服。如有阳萎遗精，则可用芡实1两、生米仁5钱、红枣6枚，或女贞子、枸杞子各1两，红枣6枚，或石菖蒲2钱、灯芯3扎，均为水煎服。

⑵ 辨证论治：

① 阴虚火旺：治宜养阴清热、平肝安神，可用酸枣仁汤合朱砂安神丸加减，即炒枣仁3钱，朱茯神、知母、生地、玄参、丹参各4钱，水煎服；如舌红、心烦加黄连1钱，头痛加川芎2钱，腰酸、遗精加交泰丸1钱。

② 心脾亏虚：治宜养心安神、健脾益气，可用归脾汤（见225页）加减或用本方丸药。

③ 胆虚痰热：治宜安神镇惊、化痰清热，可用温胆汤加减，即半夏、炒枣仁各3钱，朱茯神4钱，陈皮、枳实、竹茹各2钱，川连1钱，煅龙骨1两，水煎服。

4. 对晚上失眠而明显影响白天的工作者于临睡前适当应用镇静药，如三溴片4片、鲁米那0.09或0.1克、阿米妥0.1～0.2克、利眠宁20毫克或眠尔通0.1克等，但尽量避免长服形成习惯。

〔注〕 目前临床常用的镇静药（包括催眠药和安定药）有苯巴比妥、异戊巴比妥、溴化物、氯丙嗪、眠尔通、利眠宁等多种。

苯巴比妥（鲁米那）：小剂量起镇静作用，大剂量可催眠和抗惊厥。催眠持续时间为8小时左右，属长时间的催眠药。临床常用于治疗失眠（早醒性的），镇静（如焦虑、恐惧、烦躁、精神紧张、高血压、头晕、头痛、手术前用药等），抗惊厥，抗癫痫，与退热镇痛药同用以增强其效果等。因排泄较缓，故长期应用有积蓄性，应予注意。中毒的重要表现是昏睡和呼吸循环抑制，可用中枢兴奋药解救。常用量：镇静0.015～0.03克，一日3次；催眠0.1克，每晚1次；抗惊厥、抗癫痫用注射剂0.1～0.2克肌肉注射。儿童：镇静用每次每公斤体重2毫克，抗惊厥用每次每公斤体重5～10毫克。制剂：每片0.015、0.03

或0.1克，每针（粉剂，用时溶解）0.05或0.1克。

异戊巴比妥（阿米妥）：属中时间催眠药（作用时间3～6小时），排泄较快，积蓄作用小。作用与鲁米那同。临床主要用于催眠（不易入睡者）、抗癫痫或抗惊厥等。剂量：催眠用0.1～0.2克每晚口服一次；抗惊厥用0.2～0.3克肌肉注射或静脉注射，必要时可加大剂量或重复用药，但应注意防止呼吸抑制。儿童每次每公斤体重3～6毫克。制剂：每片0.1或0.2克，每针（粉剂，用时溶解）1克或0.5克等。

溴化物：包括溴化钠、溴化钾、溴化铵等。主要作用是加强大脑皮质抑制过程，与咖啡因合用，可调节大脑皮质兴奋和抑制过程的平衡。临床常用于治疗神经衰弱，镇静，以及防止癫痫发作。制剂及用量：常制成三溴合剂或三溴片。合剂每次10毫升，一日3次；片剂每次2片，一日3次；还有巴氏合剂（咖啡因、溴化钠等合成）10毫升，一日3次。

氯丙嗪（冬眠灵）：能抑制大脑皮质和皮质下中枢，起良好的镇静作用。对呕吐中枢有强大的抑制作用。尚有降低体温、扩张血管等作用。临床常用于治疗精神病，镇静，冬眠疗法，止吐（对晕车、晕船无效），治顽固性呃逆，以及与麻醉药、安眠药和镇痛药同用以增强这些药的作用。主要副作用为有时能引起直立性低血压。制剂每片12.5或25毫克，针剂每支25毫克（1毫升）或50毫克（2毫升）。剂量：镇静用0.0125～0.025克，一日3次口服，必要时0.025～0.05克肌注或静注（稀释后）。冬眠疗法以每公斤体重每次1毫克计算，应与非那根等药同用。儿童剂量：每次每公斤体重1～2毫克。

眠尔通（安宁）：是一种横纹肌松弛药，对中枢神经系统也起镇静作用。临床常用于治疗神经衰弱、失眠、肌痉挛等。不宜长期服用，久服后如突然停止，可致惊厥，应予注意。每片0.2克。剂量用法：一般每次用0.2克，每日3次，催眠每次用0.4克，晚上一次服。儿童每天每公斤体重25毫克，分3～4次服。

利眠宁：有安定、中枢性横纹肌松弛与抗惊厥作用。用于烦躁、焦虑、失眠，与其他抗癫痫药合用可抑制大、小发作。每片10毫克。常用镇静量5～10毫克，每日1～3次；催眠量10～20毫克，临睡前服。

（二）癔病

癔病又名“歇斯底里”，它的发作与精神因素往往有密切关系。女性多见。部分患者平时容易感情用事，并有易受暗示，富有幻想和好表现自己的情况。祖国医学认为属于“厥症”、“郁症”、“脏躁”和“百合病”等范围，多由于七情过度波动，使气机不舒所致。如郁怒致肝失条达而气机郁结，成为郁证；痰或夹肝风流窜经络、上蒙清窍，成为厥证；气郁致脾运不健，营血亏耗而不能养心，使心神不宁，则成为脏躁或百合病。

症状 表现可多种多样。如发作时喜怒无常、大哭大笑、大喊大叫、胡言乱语，属于脏躁证；如大口吸气呼气，或者迸气，甚至发生抽搐、昏倒、人事不省，属于厥证；如闷闷不乐、目瞪口呆、少气、懒语、久坐不动，属于郁证；如失眠、失音、耳聋、瘫痪、感觉丧失，并见口苦、溲赤、头痛等，属于百合证。检查一般无特殊体征。在作出这一诊断之前，必须认真检查，排除器质性疾病。癔病须与癫病鉴别，可见下表：

癔　病	癫　病
1.有精神方面的诱因	无
2.意识不丧失	意识完全丧失
3.夜间不发作，周围无人不发作	日夜均可发作，夜间居多
4.发作时不咬破舌头	常咬破舌头
5.无小便失禁	小便失禁
6.不在危险場所发作	任何場所均可发作
7.暗示、针灸效果好	对苯妥英钠有效

治疗

1. 诊治本病，要做到两个“极端”；要和病人一起学习

毛主席著作，学习英雄人物的榜样，寻找发病的原因，帮助解决思想问题。

2. 新针疗法　神门、百会、涌泉、中脘、合谷、内关、哑门等穴；神志昏迷或抽搐，加刺人中、少商、十宣。也可耳针皮质下、心、神门，配肾、胃区。

3. 镇静剂　可选用非那根 25～50 毫克肌注、苯巴比妥钠 0.1～0.2 克肌注或冬眠灵 25～50 毫克肌注等。

4. 暗示疗法　可注射无菌水或其他具有一定刺激性的药物（如静脉缓注葡萄糖酸钙）等。注射前对病人说明注射可使病情立即好转等，以向患者暗示，往往可获得较好效果。

5. 中草药治疗

(1) 验方：可用甘松香 6 钱、陈皮 1 钱半，加水一大碗，煎成大半碗，一日 3 次分服。

(2) 辨证论治：

① 脏躁证：治宜养心安神，可用甘麦大枣汤（见 219 页）加减。

② 郁证：治宜理气解郁，可用越鞠丸加减，即沉香曲、苍术、香附各 3 钱，川芎 1.5 钱，豆蔻、砂仁、甘草各 1 钱，水煎服。

③ 厥证：治宜涤痰开窍，可用涤痰汤加减，即半夏、石菖蒲各 3 钱，陈胆星、炒枳实、炒竹茹各 2 钱，橘红 1.5 钱，甘草 1 钱，水煎服。

④ 百合病：治宜养阴除烦，可用百合地黄汤加减，即百合 1 两，干地黄、知母、茯苓各 4 钱，酸枣仁 3 钱，水煎服。

思　考　题

1. 神经衰弱怎样诊断、治疗？

2. 癫痫与癔病如何鉴别？

3. 试述抗癫痫及镇静药的临床应用。

〔附〕 精神病概述

精神病是各种原因引起的大脑机能失调的一类疾病，其临床表现以精神活动的改变占主导地位，突出地表现在病人的行为、知觉、思维、情感、智能等方面，如兴奋躁动、思维散漫、情感失调、幻觉妄想、痴呆等。此类疾病同其他内科疾病相比较，在临床表现、诊断、防治等方面都具有很大的特殊性。这些病人在发病时大多不能体会自己的病态，不肯就医，而且由于精神活动的改变，不但给本人造成损害，还常给社会生产劳动及家庭生活带来不良影响。因此，认识这类疾病，积极进行防治是非常必要的。

祖国医学把精神病称为“癫狂”，认为系由于七情所郁，如思虑过度，损伤心脾，或忧郁伤肝，肝气郁结伤脾，以致脾虚生痰；亦可郁而化火，煎熬津液成痰火，以上都可蒙闭心窍而成癫狂。

（一）精神病的精神症状分类

临床上通常把精神病的症状分成以下几类：

1. 知觉障碍　在味觉、触觉、感觉等方面发生障碍，同时往往有幻觉（如幻视、幻听）现象。

2. 思维障碍　在精神病中是比较主要的症状。正常人不管考虑任何问题都有一定的目的和指向，而精神病人的思路却转到另一方面去了。如有一病人需要喝水解决口渴，而他却拿了水壶去浇花。正常人的思维是由一系列的正常概念所组成的，必须要有合理的逻辑性和联贯性，而在精神病人这些概念却成为偶然的现象。思维过程的障碍也称为“联想障碍”，或叫做“联想散漫”、“思维破裂”等。有的病人思维障碍中可以有妄想，如有“被迫害妄想”、“被钟情妄想”、“嫉妒妄想”、“疑病妄想”等，或有一种牵连概念。此外，还有“被控制感”（自己的一言一语被人控制，处理问题的时候自己没有主观性的努力）“被洞悉感”（觉得自己脑子中想的东西完全被人知道了）等等。所以，精神病中的思维障碍的表现是多种多样的。

3. 情感障碍

(1) 情感高潮：主要表现为躁狂、动作增加、兴奋。

(2) 情感低落：主要表现为忧郁、焦虑，惶惶不可终日。

(3) 情感反常：主要是情感不协调，如明明是伤心事情而面部却发笑、或环境优越而面部却表现为痛苦万状。

4. 智能障碍　记忆力、计算力、判断力等都可发生障碍，如记忆力减退或超记忆，计算能力丧失，定向判断错误以及把白天说成晚上等。严重的智能障碍可以发展成痴呆状态。

5. 意识障碍　有时可表现为意识模糊。如有脑部器质性病变而引起，则可出现嗜睡、谵妄，甚至意识丧失而致昏迷。

6. 运动障碍　肢体的活动发生障碍。如精神分裂症中的木僵型病人，可以有"蜡样弯曲"，说明这是运动机能的亢进所致。

祖国医学认为以上数种表现若兼见舌淡、脉细无力，属心脾两虚；若舌苔腻、脉弦细或脉弦滑，则属痰气郁结。

7. 行为障碍　可扰乱社会秩序，如打人、破坏公物等。祖国医学认为此类病人若兼见舌质红绛，苔多黄腻，脉弦、洪、滑数等，属于火旺痰盛；若日久形体消瘦、舌红少苔、脉象细数，则属火盛阴亏。对这类病人应该进行一定的管制。

（二）精神病的分类

精神病中最多见的是精神分裂症，约占整个精神病的60～70%，其临床表现可为多种形式的精神活动失调，但一般均以思维、情感、行为及环境互相之间的不协调（即所谓"分裂"现象）为主要特点，多数起病于青壮年，常有家族史，可在感染、中毒、外伤、分娩以后或在各种精神因素的作用下发生。其次有躁狂症、忧郁症、更年期精神病、周期性精神病、心因性反应症等。前面讲过的神经官能症、神经衰弱等，有时也可归于精神性疾病中。

（三）精神病的治疗

对精神病患者的治疗首先应重视思想教育，可举办各种形式的学习班，与病员开展谈心活动，组织他们努力学习马列和毛主席著作，用毛泽东思想武装头脑，并积极引导他们能对自己的疾病有一个正确

的认识，树立无产阶级的人生观，与疾病进行顽强的斗争。同时还可以组织他们做些手工劳动，进行一些适当的文体活动等。这样，可使精神病人感到生活在社会主义大家庭中的温暖，促使早日恢复健康。在这个基础上，采取一些必要的治疗措施，包括药物、电针和辨证论治等。

1．药物的应用　临床上治疗精神病的药物一般有两类：

⑴ 强效安定剂：为治疗精神病（特别是精神分裂症）的主要药物，具有四大特点：①稳定情绪；②控制行为紊乱；③改善思维障碍；④减少或消除幻觉妄想。这类药物主要有氯丙嗪、三氟拉嗪、奋乃静、泰尔登、氟哌丁苯等，但其作用强弱程度可有不同，一般以氯丙嗪和奋乃静的应用为最广。

氯丙嗪（又称氯普马嗪、冬眠灵）的作用已如前述（见805页），由于能抑制大脑皮层及皮层下中枢的兴奋而出现镇静作用，并能使基础代谢降低，体温下降，各种器官的活动减少，从而引起"人工冬眠"状态，故在临床上常用于精神病的治疗，特别对精神分裂症、躁狂症、精神神经病、癔病等更为适应，对一些精神运动性兴奋、错乱、幻觉等也有疗效。一般以口服方法为主，使用剂量比较大，从每次25～50毫克（小儿1～2毫克/公斤/次）一日3次，可逐步增加到最高每日300～400毫克（分3～4次给予），极量为一次150毫克，一日600毫克；病情好转后可逐步减至维持量（每日50～150毫克，睡前一次服或分次服）。不能口服者可采用肌注、静滴或静注，剂量每次50毫克，静滴时常加入5％葡萄糖溶液或生理盐水500毫升中，以每分钟2～3毫升速度滴入；静注则以25％葡萄糖20毫升稀释后直接从静脉推入，速度宜慢一些。静滴或静注极量一次100毫克，一日400毫克。使用中常见的副作用为皮疹、心悸、头昏、疲乏、嗜睡、上腹部不适等，大剂量时可有肌肉震颤、运动障碍等现象，必要时可加服东莨菪碱0.2毫克，每日3次。偶可发生直立性虚脱、粒细胞减少及黄疸，故长期服药者应定期化验肝功能及血常规，必要时减量或停用。肝功能欠佳者应慎用。

奋乃静（羟哌氯丙嗪）是强效安定剂中作用较强的一种，安定作

用比氯丙嗪强 4～10 倍。作用与氯丙嗪相类似，特点为剂量小、疗效高、毒性低（毒性仅为氯丙嗪的½）。常用于各种类型的精神分裂症，特别对由于焦虑、紧张或激动而引起的精神分裂症有显著疗效。治疗精神分裂症时常用大剂量，口服每次 4～16 毫克（每片 2 毫克），一日 3～4 次；肌注每次 5～10 毫克（针剂每支 5 毫克），必要时 6 小时后可重复应用。疗程根据病情而定，必要时可长服维持量。服用本品有时可出现视力模糊、复视、口干、流涎、头痛等，减量或停药即可消失；肝功能障碍者忌用；其余可参考氯丙嗪的副作用。

三氟拉嗪的作用较氯丙嗪为强，毒性则较小，对幻觉妄想型精神分裂症有较好的疗效，此外尚能使呆滞、木僵、淡漠、退缩的患者增加活动，还可用于经其它药物治疗效果不显著的慢性精神分裂症患者，但对联想障碍及兴奋躁动等症状无效。治疗精神分裂症时开始每次服 5 毫克（每片 1 毫克或 5 毫克），每日 2～3 次，二周内增至每日 30～40 毫克，病情好转后以每日 10～20 毫克维持。常见的副作用有震颤性麻痹、失眠、焦虑等，有时还可有眼花、皮疹、口干、嗜睡等，停药后症状即可消失。

泰尔登的作用及副作用均类似氯丙嗪，有安定及抗忧郁作用，常用于焦虑、精神不安、失眠等病人。每次口服 25～50 毫克（每片 25 毫克），每日 3 次。

氟哌丁苯是抗精神病的新药，用于急性兴奋、躁动、躁狂、急性谵妄及急性妄想型精神分裂症，亦可用于氯丙嗪等治疗无效的病例。口服每日 2～3 次，开始每次剂量为 2～4 毫克（每片 2 毫克或 4 毫克），最大剂量每日不超过 20～30 毫克；肌注每日 5～10 毫克（每支 5 毫克），分次注射；必要时用 5 毫克以 25% 葡萄糖溶液稀释后缓慢静脉注射，每 8 小时一次。常见的副作用有恶心、呕吐、失眠等，有时可引起体位性低血压，停药或减量后即可消失。

(2) 弱的安定剂　这类药物有眠尔通（安宁）、安他乐、利眠宁、安定等，一般为配合上述药物治疗精神病。其中眠尔通、利眠宁的作用已如前述（见 805 页）。

安他乐（盐酸羟嗪）能抑制中枢神经系统，可用于焦虑、紧张、

情绪波动的病人。口服每次25～50毫克（每片25毫克），一日3次；必要时肌注100～200毫克（每支200毫克）。

安定的作用与利眠宁相似，但其安定及肌肉松弛作用比利眠宁强5倍。每次口服2.5～5毫克（每片2.5毫克），一日3次，极量25毫克/日。

2．电针疗法　一般用于兴奋、躁动、幻觉、忧郁、消极、木僵等病人，由于危险性小，适应证比较广泛，对其他类型的病人也可使用。常用的穴位有翳风、听宫、太阳、人中、百会、印堂等。每次取穴一对，用28或30号毫针，进针1～2寸，在针柄上接电麻仪通电，电量及频率根据病情需要而定。每日作2～3次，必要时可增加，病情好转后次数可减少，整个疗程约1～2个月。治疗期间可合并使用一些镇定药物，如氯丙嗪、泰尔登、奋乃静等。

3．辨证论治

(1) 心脾两虚：治宜健脾补血、养心安神，可用养心汤合甘麦大枣汤加减，即党参、朱茯神、当归、炙远志、仙半夏各3钱，丹参、炒枣仁各4钱，炙甘草2钱，大枣七枚，水煎服。

(2) 痰气郁结：治宜理气解郁、化痰开窍，可用顺气导痰汤加减，即陈皮、半夏、茯苓、制香附、石菖蒲、广郁金各3钱，枳实、胆星各2钱，甘草1.5钱，水煎服。

(3) 火旺痰盛：治宜泻肝清火、镇惊涤痰，可用当归龙荟丸合涤痰汤加减，即龙胆草、黑山栀、当归、枳实、石菖蒲、黄芩、半夏各3钱，龙齿4钱，灵磁石1两(先煎)，若大便秘结者加生大黄、芒硝各3钱，水煎服。

(4) 火盛阴虚：治宜滋阴降火、安神定志，可用生铁落饮加减，即麦冬、连翘、川贝母、胆星、茯苓各3钱，石菖蒲、炙远志各2钱，生地、丹参各4钱，生铁落2两，水煎服。

三、脑血管意外

脑血管意外是一种主要见于中年以上患者的急性疾病，多数与动

脉硬化有关，临床上表现为突然发生的意识丧失或肢体瘫痪，为老年人死亡的主要原因之一。因此，做好脑血管意外的防治工作，是医务人员的一项重要课题。

脑血管意外轻者仅为脑血管痉挛，重者则有器质性损害，一般又分为出血性和缺血性两大类，前者包括脑出血和蛛网膜下腔出血，后者包括脑血栓形成和脑栓塞，其中脑血栓形成最为多见。

本病在祖国医学中属于“中风”、“卒中”的范围，认为先是脏腑气血亏损、阴阳失调，再加上外感、情志波动或饮食不节等因素，因而发生。轻者邪入经络，出现经络证候；重者邪入脏腑而出现闭证或脱证。

（一）脑血管痉挛

脑血管痉挛是一种暂时性的脑机能障碍的综合征，也称“高血压脑病”或高血压危象。可发生于各种原因的高血压病人，主要是由于血压突然明显升高，使脑的小动脉痉挛，以致脑组织缺血及水肿而引起。祖国医学认为系因肾阴亏损、肝阳上亢，导致上盛下虚，风痰流窜经络而发生。

症状 起病急骤，有头晕、眼花、剧烈头痛、恶心、呕吐等先兆症状，同时血压显著增高，立刻出现偏瘫、失明、失语或昏迷、抽搐等症状。病程较短，可在数分钟内或1～2小时内自愈，一般不超过数日，而且不留任何后遗症。由于抽搐及血压的显著升高，常使心脏负担加重，有时可同时并发左心衰竭的症状。

预防 首先要治疗原发病如高血压、肾脏病等。一旦出现了脑血管痉挛的先兆症状，立即卧床休息，应用镇静剂及降血压的药物，以防止脑血管痉挛的发生。平时应注意工作和休息的合理安排，特别要处理好动与静的关系，不能单纯强调休息，而忽视必要的体育活动和劳动锻炼。在饮食方面宜控制富有高胆固醇的食物。

治疗

1. 新针疗法 可针刺曲池、足三里、印堂、太冲等穴，在针刺双侧曲池穴时，须用大幅度捻转提插法；若血压下降不显著，可加用太阳、尺泽、十宣、委中刺出血，或耳针降压沟、耳尖、枕、神门、内

分泌、皮质下及耳后静脉放血。

2. 中草药治疗　青木香3钱、臭梧桐4钱、汉防己5钱，急煎顿服。

3. 降血压药　常用的有硫酸镁、利血平等。

(1) 硫酸镁：成人用25%硫酸镁10毫升，加50%葡萄糖液20毫升，静脉缓慢注射，每2～4小时一次，有减轻脑水肿及解除脑血管痉挛的作用；儿童按0.2～0.4毫升/公斤/次计算，作肌肉注射。也可用25%硫酸镁5毫升以50%葡萄糖液10毫升稀释后分别在双侧曲池、足三里作穴位注射。

(2) 利血平：成人每次注射利血平1毫克，必要时可重复肌肉注射1毫克；儿童按0.07毫克/公斤/次计算，最多不超过1.5～2毫克。

4. 镇静药和抗惊厥药　往往与降压药同时应用，常用的有鲁米那、副醛、水合氯醛、氯丙嗪、安定、利眠宁、奋乃静等。

(二) 脑出血

脑出血亦称"脑充血"、"脑溢血"，多见于50岁以上的高血压或动脉硬化患者，寒冷季节容易发生。由于动脉壁变性或破裂，大量血液渗入脑实质内，引起昏迷或瘫痪。出血部位大多在脑的内囊附近，临床症状是由于出血部位脑组织的破坏，周围和远处脑组织受血肿压迫、推移、脑水肿以及脑疝等而产生。各种使血压骤然升高的因素，如情绪波动、用力排便、剧烈咳嗽和运动等，都可成为发病的诱因。祖国医学认为患者平素多有肝肾阴虚，发病时相当于中风病的入腑入脏。

症状　男性为多，常发生于病人清醒活动时。起病急骤，症状经过一般可分为三期：

1. 急性期　突起剧烈头痛、眩晕、呕吐和偏瘫，短时内意识模糊而进入昏迷状态。病人面色潮红，吸呼深重而带鼾音，周身皮肤湿润，眼球游动，口角歪斜，有时头、眼转向一侧。检查时，脉搏弦实有力而缓，血压增高，体温可能偏低，瘫痪侧肌张力减退，对痛觉刺激无反应。瞳孔早期缩小，而后扩大，两侧瞳孔大小不等，对光反应减弱或消失。病情严重者呈深度昏迷，呼吸不规则，脉搏增快，血压降低，

四肢运动完全丧失，各种反射均不能引出，并可发生消化道出血症，吐出咖啡色胃内容物，使体温急剧升高。部分病人伴有心肌损害或心力紊乱。此外，尚可出现吸入性肺炎、水和电解质紊乱、酸碱平衡失调、尿路感染和褥疮等。约50%的病人死于急性期。化验检查血中白细胞增高，小便蛋白定性常为阳性。

祖国医学认为除上述症状外，若兼见两手握固、牙关紧闭、面赤、痰声漉漉、声高气粗、舌短缩、苔腻、脉弦滑而数等，属于闭症；若深度昏迷、气短时有时止、手撒、遗尿、四肢发冷、舌痿、脉细弱无力，则属脱症。

2. 恢复期　出血不严重的病人，昏迷数日至数周后，意识状态逐渐好转，病情稳定并趋向进步，呼吸平稳，能吞咽饮食。这时检查，可发现偏瘫侧肢体肌张力逐渐增高，由弛缓转为痉挛，腱反射比健侧亢进。随着时间的进展，偏瘫肢体的运动可逐渐恢复，下肢一般较上肢恢复为早，近端比远端的恢复好，手指的精细动作的恢复最迟最差。

祖国医学认为恢复期若见半身不遂、口眼歪斜、口腻多痰，苔厚腻或垢腻，脉弦滑等，属于风痰瘀阻或瘀阻血脉。

3. 慢性期　经过半年至2年的时间，多数病人的恢复变得极其缓慢，并遗留下程度不等的肢体瘫痪和言语障碍。瘫痪肢体常伴有各种营养障碍、挛缩和疼痛等。智力可能较病前减退。

除上述典型病人外，少数患者的出血部位为脑桥，则病情更为严重，昏迷程度较深，高热、四肢瘫痪、瞳孔极度缩小，甚至出现强直性抽搐和呼吸不规则、循环衰竭等；还有少数患者的出血部位在小脑，除一般表现外，可出现颈项强直和一侧肢体的共济失调。

预防　脑出血多见于高血压病人，病死率甚高。根据临床分析，高血压病人如能进行积极的治疗，无论脑出血的发病率和死亡率均较未积极治疗者低50%左右。认真预防和治疗高血压，对减少脑出血的发生具有重要的意义。此外，高血压和动脉硬化患者平时应避免各种产生血压急剧上升的因素。若有手足发麻、语言不利等症状出现时，可用桑枝、白蒺藜、决明子、杭菊花、嫩钩藤等各3～5钱，水煎服：

或服用镇静剂及降压药。

治疗

1. 急性期的治疗

(1) 为避免加剧出血，应减少搬动，尽可能就地抢救。要加强护理工作。

(2) 降低颅内压：甚为重要，可改善症状并防止脑疝的发生。一般可用50%葡萄糖液40～60毫升，加入维生素C 500毫克和维生素B_6 100毫克，静脉注射，每日3～4次。必要时可选用20%甘露醇或25%山梨醇250毫升快速静脉滴注，每日3～4次；或用利尿酸钠25毫克或速尿20毫克加于葡萄糖中静脉注射（速尿也可肌肉注射）。还可用大剂量地塞米松肌注。

(3) 适当控制血压：血压持续过高可促使脑出血继续发展，应予适当降低。一般可用利血平0.5～1毫克静注或1～2毫克肌注，必要时2小时后重复注射，以后根据具体情况，每间隔6～12小时肌注1次。

(4) 并发症的防治：必须严密观察病情，及时处理。应注意维护心、肾功能，加强皮肤和呼吸道的护理，保持大小便通畅。一旦发生感染，要积极治疗。每天可根据情况，适当补充液体1,500～2,500毫升。

(5) 止血药物：可用维生素K_3 4～8毫克肌肉注射，每日3次，或K_1 10～20毫克加入补液中滴注；或用对羧基苄胺(PAMBA)0.2～0.4克加入补液中滴注。必要时还可服用祛瘀止血作用的中药，如参三七粉5分～1钱，每日2次等。

(6) 辨证论治：

① 闭证：治宜平肝熄风、化痰开窍，可用羚羊角汤加减，即山羊角(代羚羊角)1～2两、龟板、白芍、夏枯草、半夏、炙远志各3钱，石决明1两，水煎服；另用苏合香丸1～2粒研碎灌服。

② 脱证：治宜益气回阳，可用参附汤加减，即人参（或党参）、附子各5钱，汗出者加龙骨、牡蛎各5钱，水煎服。

2. 恢复期治疗

(1) 需继续重视心、肾功能和血压情况，应早期进行肢体的被动运动，并作推拿、新针和理疗，以促使脑功能障碍的恢复和防止瘫痪肢体的畸形和挛缩。

(2) 病人的努力和家属的配合对恢复期的治疗效果起重要作用。因此，必须充分调动两个积极性，树立为革命而治疗的信心和决心，增强肌力和灵活性的锻炼，争取早日恢复健康。

(3) 辨证论治：由于风痰痹阻、瘀阻血脉，治宜平肝化痰、活血通络，可用解语丹合补阳还五汤加减，即天麻、南星、红花各1.5钱，远志、桃仁、川芎、半夏、黄芪各3钱，地龙、全蝎各1钱，水煎服。

（三）蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血系因脑部浅表部血管非外伤性破裂，血液流入蛛网膜下腔而引起。常见的原因为先天性动脉瘤，其次为动脉硬化和血管畸形等，少数也可见于血液病和某些脑部疾病。在祖国医学中属于"风痰上扰"范畴。

症状 多发于40～50岁的人，但20～30岁发病者也不少。40岁以后首次发生蛛网膜下腔出血者，多数为动脉瘤，在破裂前常无任何症状，一部分病人则有单侧头痛或癫痫样发作。30岁以前发作者多数为血管畸形，破裂前患者常有癫痫发作的病史。

起病急骤，剧烈头痛、眩晕，迅速出现颈强、恶心、呕吐，并可感觉背痛或腿痛。患者烦躁不安、双目紧闭、怕光、怕响声、少语、拒绝动和检查。可发生谵妄和惊厥。严重者在短时间内即进入昏迷状态。检查时最突出的发现是颈项强直，有明显的脑膜刺激症。体温可升高。出血严重者有血压升高、脉搏缓慢、呼吸不规则、颅内压增高等现象。实验室检查血中的白细胞增多，脑脊液压力增高并呈血性。祖国医学认为属于阴虚血热、风痰上扰，除上述症状外，可兼见舌质红、脉弦滑数等。病情严重者，在2周内病死率很高；如出血较轻，一般于起病数日后病情即见稳定，症状逐渐减轻。部分病人间隔一定时间后可再次出血，危险性比较大。

治疗

1. 急性期应绝对卧床休息，保持安静。

2. 控制脑水肿，适当降低过高的血压，处理原则与脑出血基本相同。

3. 剧烈的头痛系因血液在蛛网膜下腔引起的刺激所致，应给予适量的止痛药物，在有条件的情况下可谨慎作腰椎穿刺，放出5毫升左右脑脊液，以减轻症状。

4. 躁动不安时，可适量应用异丙嗪、氯丙嗪、安定、利眠宁等镇静剂，但应尽量避免使用可能抑制呼吸中枢的药物。

5. 经各种检查证实为单发性动脉瘤，其部位适合手术者，可至有条件的医院进行手术治疗。

6. 中草药治疗　治宜滋阴养血、潜阳熄风，可用羚角钩藤汤加减，即山羊角（代羚羊角）1～2两、钩藤、生白芍、菊花、粉丹皮各3钱，细生地1两，川贝母4钱，桑叶、生甘草各2钱，水煎服；若头痛可加夏枯草、生石决，热甚加龙胆草、黄芩，呕吐加竹茹、代赭石。对神志昏迷、颈强直者，急用至宝丹。

（四）脑血栓形成

脑血栓形成常见于动脉硬化或高血压病人，其他如脑部各种感染性疾病、钩端螺旋体病、头颈部外伤、红细胞增多症等等有时也可发生。主要由于各种原因使血管腔狭窄、血液成分改变以及血流缓慢而发病。脑血栓形成后，病变血管所供应的脑组织即发生梗塞，局部水肿，周围组织充血。以后病变区发生肿胀、缺血性坏死和软化，并可留下疤痕组织。本病在祖国医学中相当于半身不遂，多因风痰流窜经络、瘀阻血脉所致。

症状　多数在50岁以后起病，男性较多。其临床基本特点是起病缓慢，常在睡眠醒时肢体偏瘫，偏瘫需经几小时或1～2天才形成，少数肢体偏瘫也能逐渐恢复。临床上最常见的是大脑中动脉血栓形成，患者可有头晕、头痛、肢体无力以及语言障碍等前驱症状。多数病人有高血压，但发作前后往往降低。常有舌下神经和面神经的中枢性麻痹。病灶对侧肢体呈弛缓性瘫痪，肌张力减退，腱反射消失或减退，并有感觉障碍及病理反射。几天及几星期后，瘫痪可变为痉挛性，肌张力和腱反射均亢进。少数病人在发病后可有昏迷，一般为浅、中昏

迷，逐渐出现，在24小时内逐渐清醒，遗留偏瘫。肢体和机能的恢复，下肢较上肢、近端较远端为快。脑脊液检查正常。

预防 脑血栓形成主要见于动脉硬化，因此应积极预防和治疗动脉硬化。凡已发生动脉硬化的病人，尤需避免和及时纠正可诱致血压急剧降低、脑血流缓慢、血粘度增高和血凝固性增高的各种原因。

治疗 一般性治疗可参照脑出血，但禁用止血剂，同时应采取以下措施：

1. 低分子右旋醣酐静脉滴注，以稀释血液，减少血粘度和血细胞的积聚，增加血流速度，有利于微循环。每次250毫升，每日1～2次，急性期连续用7～10天。

2. 扩血管治疗 脑血管扩张剂是治疗脑血栓形成的主要药物，常用的有氨茶碱0.25毫克，稀释于50%葡萄糖液40毫升内，静脉缓缓注射，每日2次；也可应用烟酸20毫克肌肉注射，或100毫克口服，可与维生素B_6 10毫克同服，均为一日3次；还可用地巴唑每次20毫克，每日3次。有人还主张用5%碳酸氢钠250毫升静脉滴注，每日2次。

3. 中草药治疗 治宜活血通络、平肝化痰，可用解语丹合补阳还五汤加减，即地龙、全蝎各1钱，南星、红花、白僵蚕、钩藤各1.5钱，远志、桃仁、川芎、半夏、黄芪、桂枝、丹参各3钱，水煎服。

4. 新针疗法 肢体瘫痪可针百会、肩髃、曲池、环跳、风池、阳陵泉、养老、外关、合谷、悬钟等穴，针时要多作透穴，如曲池透少海，阳陵泉透阴陵泉，悬中透三阴交等。

（五）脑栓塞

脑栓塞是由于进入血液循环的栓子将脑动脉堵塞而发生，其病理变化与脑血栓形成大致相似，临床上表现为非常突然起病的偏瘫和意识障碍。本病多发于原来有心脏病的患者，例如因风湿性心脏病、慢性心房颤动、心肌梗塞而形成的血栓，细菌性心内膜炎的赘生物等，均可脱落形成栓子。此外，肺部和盆腔的感染，下肢的静脉血栓形成，某些寄生虫的虫卵，长骨骨折和其他某些原因有时也可引起。本病在祖国医学中相当于风病的风痰流窜经络、瘀阻血脉，多因气血不足、心阳不振、血瘀脉络所致。

症状 以青年人为多见，起病急骤，在数秒钟内至数分钟内症状即发展至最高峰。多数病人在刚起病时有短暂的意识模糊。临床表现取决于栓子的性质、大小、多少和阻塞的部位。一般最常发生于大脑中动脉，可引起局限性癫痫、肢体瘫痪、偏身感觉减退和失语等，症状与脑血栓形成相似。如为多数性脑栓塞，则可引起癫痫持续状态或脑炎、脑膜炎、蛛网膜下腔出血等的临床表现。临床上如患者原来有心脏病、肺部感染、长骨骨折等病史，突然发生神经症状时，即应考虑脑栓塞的可能。检查时常有原发病的体征；如发现身体其他部位也有动脉栓塞的表现，则诊断更可肯定。

防治 脑栓塞是其他疾病的并发症，因此积极治疗原发病，是预防脑栓塞的根本措施。一旦发生后，治疗原则基本上同脑血栓形成相同。如有条件，可在严密观察下进行抗凝剂治疗，以预防新的脑栓塞发生，如口服双香豆素、静注肝素等药物。

〔附〕 脑血管意外各种疾病的鉴别诊断

	脑血管痉挛	脑出血	蛛网膜下腔出血	脑血栓形成	脑栓塞
有关病史	高血压	高血压	无特殊	动脉硬化	心脏病
好发年龄	50岁以后或青、中年	50岁以后	40岁以后	50岁以后	20～40岁
诱发因素	用力或情绪激动	用力或情绪激动	用力或情绪激动	安静或休息时	心房颤动、心力衰竭
起病形式	较急	较急	较急	较慢	急骤
头痛	常见	常见	剧烈	少见而轻	少见而轻
呕吐	常见	常见	常见	少见	少见
昏迷	一时性，历时较短	常深而持久	见于严重者	少见	少见
血压	甚高	甚高	一般正常	有的较高	正常
脑膜刺激征	无	少见	明显	无	无
偏瘫	一时性，很快恢复	有	少见	有	有
脑脊液压力	正常	增高	增高	正常	正常
脑脊液化验	正常	血性	血性	正常	正常

思 考 题

脑血管意外各种疾病是如何发生的？怎样鉴别诊断？怎样紧急处理？

四、面神经麻痹

面神经麻痹是由于面神经受各种病因的损害而引起的一种症状，主要表现为面部所属的各肌肉的运动发生障碍。任何年龄都可发生，以20～50岁最多见，男性较多。病因尚未最后明了，但多数患者可在面部感受寒冷或冷风吹后发病，有时也可因感冒引起，可能与病毒感染有关，或因风湿性面神经炎、慢性中耳乳突炎等而发生。祖国医学称为“口眼歪斜”、“面瘫”等，认为多由于肝风挟痰湿，走窜经络所致。

症状 起病突然，往往病人于清晨醒来时发现一侧眼睑不能闭合及歪嘴。有时感耳下或乳突部疼痛。病侧面部表情肌麻痹，例如皱眉肌、额肌、眼轮匝肌等麻痹而出现“兔眼”、流泪、不能皱额蹙眉等。由于病侧肌张力减低，常使面肌牵向健侧，因而鼻唇沟歪斜或变浅，口角歪向健侧。由于口轮匝肌、颊肌麻痹，故不能吹气，说话漏风，鼓颊困难，且易流涎，进食后食物常滞留于病侧。患侧角膜反射可消失或迟钝，但刺激患侧时对侧眼睑则闭合。本病绝大多数为单侧性面瘫，双侧者极为少见。

本病须与中风、脑膜炎及肿瘤等中枢性原因引起的面瘫相鉴别，后者同时有肢体的瘫痪，面神经麻痹仅限于一侧下三分之二面肌，故皱额、蹙眉、闭目及角膜反射等运动均完好，味觉仍存在。

治疗

1. 病侧耳下偏后处用热毛巾、热水袋等作湿热敷。同时可用中草药外敷，一般选用：

(1) 鲜蓖麻子1两、冰片3分，捣烂成膏，敷贴患侧，每日1次。

(2) 生南星5钱研末，姜汁调敷患侧，每日1次。

(3) 鲜活黄鳝血涂患处，每日1次。

(4) 番木鳖（马钱子）数粒，浸软后沿直径方向切成薄片，取18～24片（约重1.2钱）排列于橡皮膏上，敷贴于患侧，约7～10天换一张。

(5) 斑蝥1只去头、足、翅，葱白1个，捣烂做成2分钱币大小，贴在患侧太阳穴，外盖橡皮膏，12～14小时后局部起小泡，用消毒针头抽出渗出液后外涂龙胆紫；如未痊愈可在患侧颊车穴再敷贴1次。

2. 推拿疗法　于患侧面部作揉法8～10分钟，并重按下关、地仓、颊车、人中等穴，以酸胀为度，麻木甚者面部可加擦法。

3. 新针疗法　常用阳白、迎香、地仓、风池、合谷等穴，必要时配下关、攒竹、医风。针时阳白透鱼腰，迎香透四白，地仓透颊车，风池穴针刺感应放射到头面部；同时针健侧合谷。

4. 维生素B_1 100毫克，每日一次肌注；维生素B_{12} 0.1毫克，每日一次肌注等。

5. 辨证论治　治宜平肝熄风、祛痰为主，可用半夏、川乌、白附子、天南星、川芎、防风各2钱，全蝎1钱，水煎服；或僵蚕、全蝎各3钱，白附子4钱，共研细末，分成9包，每服1包，日服1次，黄酒送下。

五、坐骨神经痛

坐骨神经痛是临床上常见的疾病，系指坐骨神经通路及其分布区内的疼痛，部位一般在臀部、大腿后侧、小腿后外侧和踝部等处。民间常称为“坐臀风”、“腿股风”等。可由多种疾病引起，其中由坐骨神经炎引起的在祖国医学中属于“痹症”的范畴，其发生与风、寒、湿有关。

坐骨神经痛按其发生的原因的不同，通常可分为原发性、继发性和反射性三类。

1. **原发性坐骨神经痛** 即坐骨神经炎，系指坐骨神经本身的炎性病变，真正的病因尚不清楚，可能与病灶感染有关，发病前通常有受寒史。急性起病者最先发生身体下半部酸痛和腰部不灵活感，数日后即出现沿坐骨神经通路的剧烈疼痛。少数缓起的病例可有数星期的时间在步行或劳动时有短暂的疼痛或酸胀感，但很快的增重而发展成为剧烈的疼痛。疼痛多由臀部或髋部开始，向下放射到大腿后侧、小腿后外侧和足背。在持续钝痛的基础上，可有阵阵加剧的烧灼样和刀刺样疼痛，夜间更剧。同时在小腿外侧和足背有麻木、蚁走样等异常感觉。检查时，可发现病人取特殊的减痛姿态，无论卧、坐、站均微屈患侧髋、膝关节，而且站立时身体略向健侧倾斜，可造成脊椎侧位；在坐骨神经的道路上，特别是梨状肌下缘坐骨神经盆骨出口处、腘窝、腓骨小头、外踝后等处有明显的压痛；平卧时，如于足跟处抬其伸直的下肢，可引起患肢的疼痛。下肢皮肤感觉消失者并不多见，但肌力常减弱。久病者肌肉轻度萎缩、弛软，以腓肠肌最为明显。踝反射一般减弱或消失。

祖国医学认为，如疼痛比较剧烈而固定，得热痛减，则

偏于寒，称为“痛痹”；如疼痛不甚，但肢体沉重不灵活，苔白腻，则偏于湿，称为“湿痹”。

2. **继发性坐骨神经痛** 主要由于坐骨神经通路中邻近组织病变的影响引起，根据其受损部位的不同，又可分为根性和干性两种。引起根性坐骨神经痛的主要原因是腰椎间盘突出症，其次是脊椎关节炎和椎管内肿瘤等；而干性坐骨神经痛则主要因髋骼关节的病变、骨盆内肿瘤、子宫附件炎以及臀部肌肉注射损害等引起。患者往往有原发疾病的表现。根性坐骨神经痛从腰部开始，疼痛常因咳嗽、喷嚏、弯腰、排便而加剧，坐骨神经通路上的压痛点不明显，而在相应的腰部有压痛点并向下放射。最常见的腰椎盘间突出症患者多数有外伤和下肢酸痛的病史，正常的腰椎前屈往往消失或减弱，脊柱凸向病侧或健侧，相应的区域可有感觉障碍，反射减弱或消失以及足和跖趾背屈或跖屈时肌力减弱等。干性坐骨神经痛的表现可与坐骨神经炎相似，但大多数起病比较缓慢而有明确的肌肉萎缩和感觉缺失。

3. **反射性坐骨神经痛** 指组成坐骨神经的脊神经发出分布于背部肌肉或韧带、椎间小关节、硬膜等处的纤维因有关组织遭受外伤或炎症时刺激传入中枢而反射性地引起坐骨神经痛，其部位往往较深而区域模糊，没有神经受累的体征如感觉、反射运动的改变和牵扯下肢时使疼痛加剧等，病变部位可查得压痛，在局部封闭后坐骨神经痛也可随之消失。

防治

1. 突出无产阶级政治，积极做好卫生宣传工作，讲清楚坐骨神经痛的致病原因和预防措施，让群众自己来掌握预防的方法。同时，应合理组织劳动，做好劳动防护及进行适当的工间活动。加强身体锻炼，减少风寒对身体的损害。

2. 近年来中国人民解放军空军某部军医冯天有从中西医结合的医疗实践中总结出新医正骨疗法，只凭熟练的双手，不需任何设备，为椎间盘突出和坐骨神经痛等症进行诊断和

治疗，效果显著，深受广大工农兵患者的欢迎。

3. 新针和推拿　新针可取次髎、环跳、殷门、委中、阳陵泉、三阴交、昆仑、绝骨等穴，也可于针后拔火罐。还可耳针坐骨神经和臀，并配神门。推拿用滚、推、点、按、揉等手法。

4. 封闭疗法　用0.25%～0.5%普鲁卡因20～30毫升，或醋酸氢化可的松混悬剂1毫升加1%普鲁卡因至8～10毫升，在患肢的压痛点上，用注射针找到酸、胀、麻、沉等传导感觉以后，再行注射，隔天一次，3～5次为1疗程。

5. 肌注维生素B_1、B_{12}等，或用5～10%葡萄糖5～10毫升稀释后在患侧环跳穴深注，隔日1次，5～10次为一疗程，可连续2～6个疗程。

6. 中草药治疗

(1) 验方：可用生草乌、风茄子、豨莶草、扦扦活等煎水熏洗，或用制草乌、臭梧桐、豨莶草、透骨草、络石藤、金雀根、虎杖根、鸡屎藤、乌梢蛇、蚯蚓等随症选用，水煎服。

(2) 辨证论治

① 痛痹：治宜温经散寒，可用乌头汤加减，即制川乌、麻黄各2钱，白芍、黄芪各3钱，甘草1.5钱，水煎服；或用小活络丸，每次一丸，一日2～3次。

② 湿痹：治宜利湿活络、祛风散寒，可用薏苡仁汤加减，即薏苡仁5钱，乌药、当归、麻黄、黄芪、桂枝、苍术各3钱，生姜3片，甘草1.5钱，水煎服。

思　考　题

试述面神经麻痹、坐骨神经痛的处理原则。

六、甲状腺疾病

常见的甲状腺疾病主要有单纯性甲状腺肿、甲状腺机能亢进、甲状腺机能减退和甲状腺腺瘤等。

（一）单纯性甲状腺肿

本病俗称“大脖子病”，中医统称为“瘿”。主要由于碘摄入不足或机体对甲状腺素的需要增加，甲状腺素分泌不足，因而刺激垂体前叶，分泌大量促甲状腺素，刺激甲状腺，引起甲状腺组织的代偿性增生、肥大，腺体逐渐增大而形成单纯性甲状腺肿，腺体的机能一般不受影响。临床上可分为地方性和散发性两种。地方性甲状腺肿常分布于离海较远的山区如华北、西北及西南地区，可能与这些地区的水中含碘量不足有关；散发性甲状腺肿各地区均可见到，多发生于生长发育期、妊娠期、哺乳期及绝经期，主要由于机体对碘的需要量增加而引起体内碘相对不足所致。此两种疾病，各种年龄均可发生，而女性多于男性。祖国医学认为主要是由于饮食泉水和情志内伤而形成气滞和痰湿凝结于颈下所致。

症状 大多数患者，除发现甲状腺肿大外，常无自觉症状。巨大的甲状腺肿可压迫气管而引起咳嗽、气急或喘鸣声，或压迫食管而引起吞咽障碍，有的还可压迫喉返神经而引起声音嘶哑。如甲状腺肿大于胸骨或胸腔内，压迫上腔静脉，可引起上半胸浅表静脉扩张。

检查 主要表现为甲状腺肿大，一般为轻、中度肿大，质较软，以弥漫性肿大为多见，少数病人可发现大小不等的结节。如有条件作实验室检查，基础代谢一般正常，少数可降低；血浆蛋白结合碘正常或稍低。必要时可作同位素摄碘试验，往往高于正常。在地方性甲状腺肿大流行区域，有时随着疾病的发展，甲状腺可高度肿大，环绕颈前，压迫邻近器官。而散在性甲状腺肿的肿大程度常较轻，质软光滑，可为二侧性，也可仅单侧肿大，多见于生长发育（青春）期；如在月经期、妊娠期和绝经期出现，则腺体仅稍肿大，过后可缩小。但中年以后的单纯性甲状腺肿大其质地可偏硬或出现结节。

祖国医学认为，甲状腺肿大若因情绪而改变，兼见胁痛腹胀、脉弦者属气滞型；若兼见胸闷纳呆、咳嗽痰多、舌苔白腻而厚、脉濡滑者属痰湿型。但在临床上往往两者同时见到，只是偏重而已。

预防 主要是在食物中增加碘的成分。平时可吃些海带、紫菜等含碘多的食物，尤其是妊娠期及青春发育期的妇女。在流行区采用碘化食盐进行大规模的预防，即一公斤食盐中加碘化钾或碘化钠一克调匀，作为日常食用食盐，不仅有预防作用，而且还可达到治疗的效果。

治疗

1. 碘剂 碘化钾每日10毫克，1个月后加大至每日50毫克，连服3个月为一疗程；或经常食用海带。

2. 甲状腺片 对早期甲状腺肿大者有效，每日0.06～0.18克，服一个月左右，可使腺体逐渐缩小，4～6个月可完全消失。

3. 新针疗法 可取阿是穴和曲池，必要时配天突。一般先在肿大的甲状腺一侧，选出对称点为阿是穴，针尖向对侧角缓缓斜刺1～1.5寸深，局部出现胀感时退针，然后针曲池，隔日一次。

4. 中草药治疗

(1) 验方：海藻、昆布各1两，或黄药子3～5钱，均水煎服。

(2) 辨证论治：若气滞偏重，治宜理气解郁软坚，可用四海舒郁丸加减，即海带、黄药子各5钱，海螺蛸4钱，柴胡、海藻、海蛤壳、昆布、制香附各3钱，青皮、陈皮、枳壳各2钱，水煎服；若痰湿偏重，则宜化痰软坚，可用海藻玉壶汤加减，即海藻、昆布、海带各1两，连翘、象贝母、当归、独活各3钱，半夏、川芎各2钱，陈皮、青皮各1.5钱，有结节者再加桃红、红花、丹参等，水煎服。

5. 手术治疗 甲状腺肿大产生压迫症状，或甲状腺内含结节，有发展为癌肿的可能者，应予手术切除。

（二）甲状腺腺瘤

本病为甲状腺一侧或双侧单发或多发性结节，女性多见，是一种良性肿瘤。

症状 主要是颈部出现结节，质地较软，无压痛。一般病程发展较慢，可以数年、数十年大小不变。结节巨大者可有局部压迫感，并

有吞咽困难。检查时甲状腺功能正常。

治疗 一般以手术治疗为宜。

（三）甲状腺机能亢进

甲状腺机能亢进是由于甲状腺分泌过旺而引起，为常见的内分泌疾病，临床上主要表现为甲状腺肿大、心悸、怕热、多汗、多食、消瘦、眼球突出、神经过敏等特征。女性多于男性，各种年龄均可发病，但以中青年发病为多。在祖国医学中仍属于“瘿病”的范畴。

病因和发病原理 引起甲状腺机能亢进的病因至今尚未最后明了。一般认为是由于人体遭受严重的精神创伤、剧烈的刺激、悲伤、惊恐（即祖国医学所称“七情内伤”），或发育、月经期、妊娠期、感染性疾病等各种因素的恶性刺激后，引起大脑皮层机能紊乱，皮层下中枢发生病理性兴奋，通过丘脑下部刺激垂体前叶分泌促甲状腺素，又通过交感神经而作用于甲状腺，因而使甲状腺机能亢进与腺体增生肥大。由于甲状腺素对机体的物质代谢和能量代谢都有显著的影响，因此甲状腺机能亢进后，可大大促进机体的物质代谢过程，促进体内的糖、脂肪和蛋白质的分解与氧化，并使产生的能量绝大部分变成热能而散发掉，临床上可产生多食、消瘦、怕热等症状；同时，甲状腺素还能提高神经系统、特别是交感神经的兴奋性，故患者可出现一系列交感神经兴奋的表现。祖国医学则认为，七情内伤时，忧虑伤心，心阳虚损，可产生心悸、失眠、多汗；七情不遂，则肝郁不适，气郁化火，可致肝火上炎，而产生性情急躁、精神易激动、面部升火、手指震颤、血压升高及眼球突出；还可使胃火旺盛、消谷善饥，进而产生消瘦、乏力。

症状 大多起病缓慢而难于确定起病日期，少数病人可在精神创伤后迅速发病。当甲状腺机能亢进时，甲状腺激素分泌增多，基础代谢率增高，氧化作用加速而旺盛，可产生下列临床征象：

1. 神经系统症状 多数病人性情急躁、怕热多汗、面部升火、易激动、失眠，两手平举时可见手指有细小的震颤（如在两手上放一张纸，则观察更为清楚），祖国医学认为这是肝火上炎所致。

2. 心血管系统症状 常见的有心悸、心率增快，其中以窦性心动

过速为多见，有时可出现心律失常，或有较轻收缩期杂音，祖国医学认为这是心阴亏损所致。

3．其他症状　由于氧化作用增强，能量过度的消耗，常表现为低热、食欲亢进、食量增多，但体重反而逐渐下降而出现消瘦。此外，患者尚可出现性机能减退、月经紊乱、肌肉乏力、腹泻及上腹部不适等。

检查

1．甲状腺肿大　以对称性肿大为多见，也可呈单叶或结节性肿大。肿大的腺体能随吞咽动作而上下移动。触诊时，弥漫性者腺体光滑质软，结节性者可触及结节，质硬而不对称。由于血管的扩张和血流加速，甲状腺局部可触及震颤和听到血管性杂音。

2．突眼征　约半数的患者有程度不同的眼球突出，常为双侧性，也可为单侧性。患者常有惊恐的表情，如眼裂增宽、两眼直瞪、瞬眼减少等，即所谓“甲状腺机能亢进面容”。两眼的聚合力欠佳。上眼睑常后缩，当眼球向下看时，下睑不能随眼球下落；因前额肌无力，当眼球向上看时，额纹不明显。祖国医学认为这是痰湿凝结所致。

3．血压　由于心搏出量增大，常引起收缩压增高，而舒张压下降，故脉压增大。

4．如有条件作实验室检查，基础代谢较正常人升高15%以上（无做基础代谢设备时可在清晨空腹、刚刚睡醒、周围环境安静的情况下测定病人的脉搏和血压，并按下列公式约略估算：基础代谢率＝〔脉搏次数/分＋脉压〕%）；血浆蛋白结合碘超过正常。必要时作同位素摄碘试验，可超过正常。

某些重症患者，由于未及时或有效地治疗，或因精神刺激、感染等因素，可突然症状加剧，出现高热、脉细数、不安、谵妄甚至昏迷，常伴有呕吐、腹泻、失水、循环衰竭等，称为“甲状腺危象”，必须大力抢救。

治疗

1．新针疗法　曲池、合谷、内关、天突等穴。

2．镇静药　服用鲁米那0.03克或利眠宁10毫克等，均每日3

次；必要时服用氯丙嗪 12.5～25 毫克，一日 3 次。

3. 心率过速可服用利血平 0.25 毫克、胍乙啶 10～20 毫克或心得安 10 毫克，均为每日 3 次。

4. 给予抗甲状腺药物

(1) 甲基硫氧嘧啶 100 毫克（儿童 20～30 毫克），每日 3 次；一月后可酌情将剂量减少½，至症状、体征消失后减为 25 毫克（儿童 10 毫克），每日 3 次。本药有抑制甲状腺素合成的作用，副作用是可使白细胞减少。

(2) 丙基硫氧嘧啶：作用和用法同上。

(3) 他巴唑：作用同甲基硫氧嘧啶，但较强大。每次 10 毫克，每日 3 次；症状、体征减轻后用 5 毫克，每日 2～3 次。

5. 中草药治疗

(1) 验方：黄药子 1 两水煎服，每日 2 次；或夏枯草、牡蛎各 5 钱，海藻、昆布各 3 钱，水煎服。

(2) 辨证论治：早期症状不明显时可参照单纯性甲状腺肿的治疗。心阴亏损者治宜补气安神养心，可用生脉散（见第 211 页）加天冬、天花粉、丹参、知母各 3 钱，熟地 4 钱，酸枣仁 2 钱，水煎服；若兼见肝火上炎，可加钩藤、生石决、白蒺藜，失眠加柏子仁、茯苓，多汗加浮小麦、龙骨、牡蛎等。若出现月经失调或阳萎时，治宜调经散瘀、化痰补肾，可用昆布、瓦楞子、浙贝母、熟地、当归、白芍、仙茅、女贞子、桔梗、五味子、紫甲各 2 两，青皮 1 两，研末炼蜜为丸，每服 3 钱，日服 2～3 次。

6. 严重的病人必要时可外科手术切除或用放射性同位素治疗。

7. 甲状腺危象的抢救　应迅速采取以下一些措施：

(1) 吸氧，使用退热剂（必要时可用冬眠灵），给予大剂量维生素 B 等。

(2) 迅速控制甲亢症状，可使用大剂量的抗甲状腺药物，如立即口服丙基或甲基硫氧嘧啶 600 毫克，以后每 4～6 小时服 200 毫克；或立即口服他巴唑 100 毫克，以后每 8 小时服 30 毫克。也可考虑应用大剂量碘剂，如口服复方碘溶液（含碘 5%和碘化钾 10%）首次 3 毫升，

以后每4～6小时服1～2毫升；或用碘化钾（钠）0.3克加于5％葡萄糖500毫升中静滴。还可使用利血平1～2.5毫克肌注，每8小时1次，或口服心得安20毫克，每4小时1次，但注意心脏的机能。

(3) 有呕吐、腹泻、脱水或休克时，应立即肌注新福林5～10毫克，以后每2～4小时注射10毫克，须根据血压情况随时调整。同时以5％葡萄糖盐水1,000毫升加入氢化可的松100～200毫克静滴，必要时还可加入其他升压药物。应注意纠正水与电解质平衡和酸碱平衡。

(4) 有心力衰竭者按心力衰竭抢救。

（四）甲状腺机能减退

甲状腺机能减退包括甲状腺分泌不足而引起的各型疾病。由于起病时年龄不同，机能减退对于患者病理生理上的影响不同，所产生的症状也各异，因此可分为三型：(1)如机能减退始于胎儿期或出生不久的新生儿，称为呆小病(克汀病)；(2)如机能减退始于发育以前的儿童期，称为幼年甲状腺机能减退症，严重时称为幼年粘液性水肿；(3)如机能减退始于成人期，称为甲状腺机能减退症，严重时称为粘液性水肿。

在祖国医学中，呆小病由于影响发育，其症状颇合古之肾气不足所致“五软”（指项、口、手、足、肌肉软弱无力）和“五迟”（指立、走、长发、出齿、学说话迟缓），因为祖国医学认为“肾主骨”、“肾气通于脑”；而粘液性水肿则属脾肾阳虚所致的“阴水”。

1. **呆小病(克汀病)** 又可分为地方性和散发性两种：前者见于地方性甲状腺肿区，主要由于母体患此病而怀孕，因而胎儿的甲状腺往往发育不全以致发生。此组患者大多分布于国内的云贵高原，其他离海岸较远的高山地区也常发现。后者见于非地方性甲状腺肿区，病因常不明，可能是病者甲状腺本身生长时的缺陷，或由于缺乏某些为制造甲状腺激素所必需的酶所致。

症状 此病起先不易觉察。若婴儿生长迟缓，起坐、行走、言语开始较晚，乳齿发生也迟，即应疑及本病。这种病婴的皮肤粗糙，有鳞屑状小片脱落，一般呈淡黄色。号哭时音哑。自生后2～3月起，典

型呆小病面貌才开始出现，有下列特点：(1)病儿头部较大，面色苍白蜡状，嘴唇厚，常现“笨相”；(2)鼻梁下陷，鼻翼厚，眉间宽；(3)舌大，常伸出口外，伴以垂涎；(4)前囟关闭迟，乳齿生长晚；等等。这种病人的生长、智慧、体力都大受影响，身体短小，无知，肩、背、腹部有多量脂肪沉着，腹壁松弛，行走姿态如鸭子，体温可低于正常。

防治 本病的预防比治疗更为重要。凡孕妇均须注意饮食中有足够的碘摄入，在地方性甲状腺肿区，最好给服足量的碘化物；有甲亢的孕妇在妊娠期应用抗甲状腺药物时必须适当掌握剂量，并辅以甲状腺干制剂治疗。幼婴呆小病治疗愈早疗效愈好，故必须争取早期诊断。用药一般为甲状腺素片，剂量是4个月以内幼婴6～8毫克/日，4～8月者16～30毫克/日，8～12月者30～60毫克/日，2岁前45～90毫克/日，2～6岁60～120毫克/日，4～12岁90～180毫克/日，分3次服或视病情而定，应随时注意调整剂量。中草药治疗以滋养肝肾为主，可用六味地黄丸（见第226页）加龙骨、牡蛎、龟板等。

2. 粘液性水肿

粘液性水肿又包括原发性和继发性两种：原发性者病因不明，幼年粘液性水肿患者常属此种，有人疑为甲状腺发炎后萎缩所致；继发性者常因外科手术切除、抗甲状腺药物治疗剂量过大或放射性治疗时破坏过多腺组织等所致。

症状 患者年龄以40～60岁之间居多，男女之比为1:4～5。初起病时，常自觉汗少、畏寒、易疲乏、肌肉关节酸痛、体重增加、大便秘结、胃口欠佳等。至典型症状发生后，临床上往往表现为以下几种现象：

(1) 神经系统：脸容愚笨，理解力及记忆力均减低，目力、听觉、嗅觉、触觉均迟钝，各种反射也减慢，严重时可有精神失常的表现。

(2) 皮肤和外貌：皮肤多苍白、粗糙、厚而干，多脱屑，尤以手、臂、腿为显著；四肢冷，皮下呈无凹性粘液性水肿。毛发粗而少光泽，脱落早。脸色苍白，面广肾厚，舌大语言不清。

(3) 心、血管系：脉率缓慢。血压一般正常。心脏渐趋增大，心音遥远，搏动微弱，循环率慢，常伴有心动过缓。有时可发生动脉硬化。

(4) 消化系：厌食、便秘、腹部气胀较常见。

(5) 生殖系：患者性欲减退、女性月经失调，有子宫出血性月经失常等。

防治 为预防继发性粘液性水肿的发生，应注意在甲状腺机能亢进或其他甲状腺疾患治疗时适当掌握放射性同位素的用量及手术切除的多少等。对本病的治疗初期病人最好能争取住院，尤其是心脏扩大或有冠状动脉硬化的病人。用药以甲状腺素片为主，初治剂量宜少，每日不超过15～30毫克；以后逐渐增加至每日90～240毫克。一般于治疗后2～3周，各种症状可见减轻。待基础代谢正常以后，可给服维持量，成人平均120～180毫克/天，一般须终生服用。中草药治疗以温暖脾肾、化气行水为主，可用实脾饮加减，即白术、白茯苓、大腹皮各3钱，厚朴、木瓜、木香、草果、附子、干姜各2钱，炙甘草1钱，生姜5片，大枣4个，水煎服；或用金匮肾气丸（见第226页）。

3. 幼年粘液性水肿 临床表现视起病年龄而定，较幼发生者可似呆小病，但大多似粘液性水肿。同时可有不同程度的骨骼和身体生长阻滞的表现。

治疗 治疗方法与粘液性水肿同，也须终身服药。有贫血者必要时加用铁剂及注射维生素 B_{12} 等。

七、糖 尿 病

糖尿病是一种以糖代谢紊乱为主的代谢障碍性疾病，发病的主要原因是体内胰岛素分泌不足，引起糖代谢紊乱，进一步还可使蛋白质、脂肪、水及电解质的代谢也相继发生紊乱。祖国医学称为“消渴病”。

病因和发病原理 本病根据其发生的原理，一般可分为原发性及继发性二大类。原发性者占绝大多数，病因尚未最后明确，按起病年龄又分为幼年型及成年型二类。幼年型又称不稳定型，常在15岁前或发育前起病，较罕见，有明显的遗传性，可能由于胰岛纤维化及变性而使胰岛素原发性的分泌不足所致，一般起病较急，症状明显，比较消瘦。成年型也称稳定型，较常见，常在40岁后起病，女性多见，少

数有家族史，肥胖为常见的诱因，可能由于多食肥胖使胰岛乙种细胞负担过重，功能不全，胰岛素相对性的分泌不足而发生，多次妊娠、多食少动、精神刺激及环境因素也可成为诱因，一般起病缓、症状轻。继发性者只有极少数，可由于胰腺本身的疾病或手术切除，垂体前叶、肾上腺皮质或髓质等对抗胰岛素的激素分泌过多，以及临床上长期应用肾上皮质激素或某些利尿剂引起代谢紊乱等原因而引起。

由于各种原因使胰岛素分泌不足，而胰岛素的主要作用是促进糖代谢，因此糖代谢便发生紊乱。主要表现为血中的葡萄糖在肝脏中合成糖元减少，相反肝糖元的分解却增多，而且肌肉及脂肪等组织对葡萄糖的利用又减少，于是血的葡萄糖浓度增高，并从肾脏中大量排出。体内血糖减少后能量的来源发生了问题，机体为了代偿，便加速分解蛋白质和脂肪，进一步引起了蛋白质和脂肪的紊乱。脂肪的分解可产生大量酮体，使机体发生酮中毒，严重时可导致昏迷，同时还使血中胆固醇增高而引起某些慢性并发症。蛋白质的分解可加重酮症酸中毒，并使机体抵抗力降低。病变进一步发展，还可引起失水、电解质紊乱等变化。

祖国医学认为本病主要是由于饮食不节、情志不调、烦劳过度、药物中毒等因素，引起阴虚燥热，久则可阴损及阳而致肾阳亦虚。

症状 轻者可无明显症状，食欲亢进；偶而发现尿液滴留于鞋袜，干后发白，并可引来蚁蝇。部分患者反复出现皮肤感染、疖痈等。典型者出现“三多”症状（多尿、多饮、多吃）和体重减轻。这是由于血糖过高，超过了肾小管对葡萄糖的重吸收能力，糖从尿中排出时携带大量水分，因而多尿；由于失去大量水分，患者口渴多饮；血糖虽高，但不被机体利用，造成饥饿而多吃；因糖代谢障碍，导致蛋白质和脂肪分解增加，故体重逐渐减轻。此外，还可出现疲乏、头痛、腿痛、失眠、视力减退等症状，女性患者可因尿糖刺激而引起外阴瘙痒。严重患者，由于脂肪分解过多，体内产生大量酮体，可引起酮中毒，表现为恶心、呕吐、疲倦、思睡、呼气中含有酮味（犹如烂苹果味），最后严重脱水，甚至休克、昏迷。

祖国医学认为仅烦渴多饮、尿频多，是肺热烁津，属于“上消”；

若兼见饥饿贪食、消瘦、大便秘结等，属胃热所致，亦称“中消”；若兼小便量多频数、腰酸乏力、脉沉细而数，则属肾阳不足，称为“下消”，严重者可出现皮肤瘙痒、视力不清等。

检查 空腹血糖增高（正常为80～120毫克%）；尿糖阳性，尿比重高，有时还可出现蛋白尿或酮尿；血脂浓度较高，特别是甘油三脂、胆固醇及游离脂肪酸比较明显；严重患者血酮、电解质、酸碱度、二氧化碳结合力均可有改变。

并发症 除最严重的酮中毒外，常见的并发症还有：皮肤和其他部位的急性感染（可反复发生）、肺结核、血管硬化、神经痛、周围神经炎、视力障碍等。

鉴别诊断 糖尿病昏迷者因起病急骤，须与下列各种昏迷相鉴别：

1. 脑血管意外 起病急，有高血压往史，有神经系统病理反射，往往有半身不遂，但尿中无酮体。

2. 尿毒症 有慢性肾脏病史、浮肿、蛋白尿、肾功能减退等，呼出气体有尿味。

3. 低血糖休克 有饥饿史（如几餐未进食或隔日未进晚餐）、胰岛素注射过量或注射后未进食史等，患者脸色苍白、脉快、出汗、四肢抽动，但进食或给饮糖水后可迅速好转。

治疗

1. 本病虽是一个慢性病，但是只要治疗及时，措施恰当，患者完全可以象健康人一样参加抓革命，促生产。因此，在本病的治疗工作中，医务人员必须以深厚的阶级感情和高度的责任感，充分调动病人的主观能动性，把检查尿糖的方法、用药剂量的调节、注意事项等耐心地告诉病人，并与病人一起制定适合自己的、行之有效的治疗计划。

2. 轻型患者只要通过合理的饮食调节即可控制病情。饮食量应以维持正常的学习、工作、劳动为准，主要是控制糖类如米、面、薯类、黄豆、山芋等，可多吃些蔬菜及适量的肉类、蛋类。一般主食每天不宜低于半斤（以6～8两为宜），否则会影响日常生活和工作。合理的饮

食调节可使胰岛的负担得到及时减轻，有利于疾病的好转。以前一套繁琐的膳食制度，脱离农村实际条件，对广大贫下中农不适用。

3. 单用饮食调节不能控制的轻、中型成年患者，可在饮食调节的基础上服用降糖灵（苯乙双胍，DBI），每次25毫克，一日3次，吃饭时服；若1～2周后疗效不显著，可逐渐增至每天150～200毫克。尿糖控制后逐渐减至最小的维持量。肝病患者及孕妇慎用，大剂量或长期服用者须定期检查尿酮。也可用甲糖宁（甲苯磺丁脲，D_{860}），开始每次1克，每日3次，吃饭时服。如有效，数日后减少剂量为每次0.5克，每日3次。待尿糖消失、血糖正常后，按病情需要改为维持量，每日0.5～1.5克，长期服用。对磺胺药过敏者禁用本药，服药期间定期检查血液白细胞（降至4,000以下应停药）。必要时两药可合用，剂量酌减。

4. 严重者上述治疗无效或酮中毒昏迷者，可应用胰岛素。这是目前化学药中降低血糖、消除尿糖最有效的药物。在无产阶级文化大革命中，我国工人阶级和科学工作者以毛泽东思想为指导，敢于走前人没有走过的道路，在世界上首创人工合成胰岛素，为科学事业作出了巨大的贡献。目前常用的胰岛素有二种：正规胰岛素和精蛋白锌胰岛素（又称长效胰岛素）。开始治疗可根据每日尿糖检查，早中晚3次皮下注射。尿糖每个“+”注射4单位正规胰岛素。在血糖控制、尿糖转阴的过程中，每隔数日减少几个单位，直至每日最少必需量（即为维持量）。若每日维持量在20单位以下，可改为精蛋白锌胰岛素，于每天早饭前半小时皮下注射1次。必要时两药可合用。必须注意，注射胰岛素均应在饭前半小时，注射后半小时必须进食，否则可致低血糖休克。

5. 中草药治疗

⑴ 验方：猪胰1只，低温烘干，研为粉末，制成蜜丸，每服3钱，开水送下，宜长期服用；或用蚕蛹10只，煎汤代茶。

⑵ 辨证论治

① 上消：治宜清热泻火、生津止渴，可用二冬汤加减，即天冬、麦冬、知母各3钱，天花粉、孩儿参各3～5钱，黄芩2钱，甘草1.5

钱，水煎服。

② 中消：治宜养胃生津、滋阴泻火，可用石膏熟地煎，即石膏、地黄各5钱，麦冬、知母各3钱，牛膝4钱，水煎服；若大便秘结，加大黄、芒硝。

③ 下消：治宜滋肾养阴，兼以降火，可用六味地黄丸（见226页），若见肾阳亦虚加肉桂、附子。

6．并发症处理

(1) 并发各种急性感染及肺结核时应积极控制感染；周围神经炎应给予大量维生素 B_1；等等。

(2) 遇酮中毒昏迷，应迅速送医院急救，包括：①给氧，留置导尿，每小时测尿糖；②加强护理；③立即静脉滴注正规胰岛素40单位，同时皮下注射60单位，必要时每1～2小时反复皮下注射（根据尿糖结果而定），好转后再改为4～6小时1次；④输液，开始输入生理盐水1,000～1,500毫升，严重休克者加入升压药，2小时后滴注5％葡萄糖盐水。液量随患者情况而定，一般24小时内输入3,000～5,000毫升，至患者清醒后改口服。输入液体中应加入5％碳酸氢钠200～400毫升或11.2％乳酸钠100～150毫升，并于排尿后加入氯化钾3～4克；⑤补充大量维生素 B_1 及C；等等。

〔附〕 尿糖测定方法：于20毫升硫酸铜溶液内加患者小便2滴，观察颜色变化：

尿　　色	砖　红	橘　红	黄	绿	蓝
尿糖阳性程度	ⅲ	ⅲ	ⅱ	+	0

测定尿糖时间于病初最好每天4次，即后半夜到清晨早饭前（空腹）、早饭到午饭前、午饭到晚餐前以及晚饭后到半夜，以后可根据病情程度增加或酌减。

思　考　题

1．怎样防治单纯性甲状腺肿和甲状腺机能减退？

2. 甲状腺机能亢进和糖尿病在临床上有什么表现？怎样指导病人进行治疗？

病例讨论

患者男性，68岁。因瘫痪、神志不清二小时，昏迷一小时而就诊。

患者于今日上午十时左右做饭时突感眩晕、耳鸣、头胀痛，继而出现两眼发黑，因支持不住而跌倒在地。当即呕吐二次，先为食糜，后为清水粘液。此时病人反应迟钝，家属把他扶到床上时发现其四肢不能活动，尤以右侧为显，大小便失禁。11时又呕吐三次，均为咖啡样物。半小时后病人神志已不清，对外界环境无反应，并很快进入昏迷状态。

患者以往有心悸、头胀、头晕等症状。今年8月份测量血压为160/100及160/98毫米汞柱，曾服过降压药片及中草药(药名不详)。无其它不适及其它疾病史。

检查 昏睡状态，面色潮红，呼吸深而慢，有鼾音。体型较肥胖。体温37.6℃，血压160/100毫米汞柱，脉细数，110次/分，呼吸12次/分，不均匀。头转向一侧，口角及眼球歪向左侧，舌头向左侧挛缩。右侧瞳孔散大，对光反射迟钝。两肺无异常发现。心率快而不规则，主动脉瓣区听及吹风样收缩期杂音，心尖区与主动脉瓣区第二心音增强。心界向右下扩大。腹平软，肝脾均未触及。右侧肢体呈弛缓性瘫痪，左侧上肢肌张力增高，四肢活动完全消失，各种神经反射都无法鉴定。全身皮肤感觉消失。全身躯体皮肤未见任何疹子及损伤。

赤脚医生同志们，患者得的到底是什么病？诊断的依据是什么？本病应与哪些疾病作鉴别？怎样进行处理？

第十一章　常见外科和皮肤疾病的防治

第一节　骨胳肌肉系统解剖生理

我们日常一切动作，都是在神经系统的支配下，通过骨胳肌肉系统来完成的。所以，骨胳肌肉系统又称运动系统，主要由骨胳、关节和肌肉三部分组成。

一、骨　　胳

骨胳是人体的支架，全身共有206块骨头（图11-1）。按其形态不同可分为长骨、短骨、扁骨和不规则骨四类。

每块骨头都由骨质、骨髓和骨膜三个部分组成，并有神经、血管的分布（图11-2），它的主要成分是有机质和无机盐（钙质为主）。

（一）骨的机能

1. 作为身体的支架。没有骨骼的支持，人就不能站起来，更谈不上行走。

2. 保护器官。例如脑壳保护脑子，胸廓保护心、肺。

3. 通过肌肉的带动作出各种动作和运动。

4. 骨内有骨髓，是制造血细胞的场所。

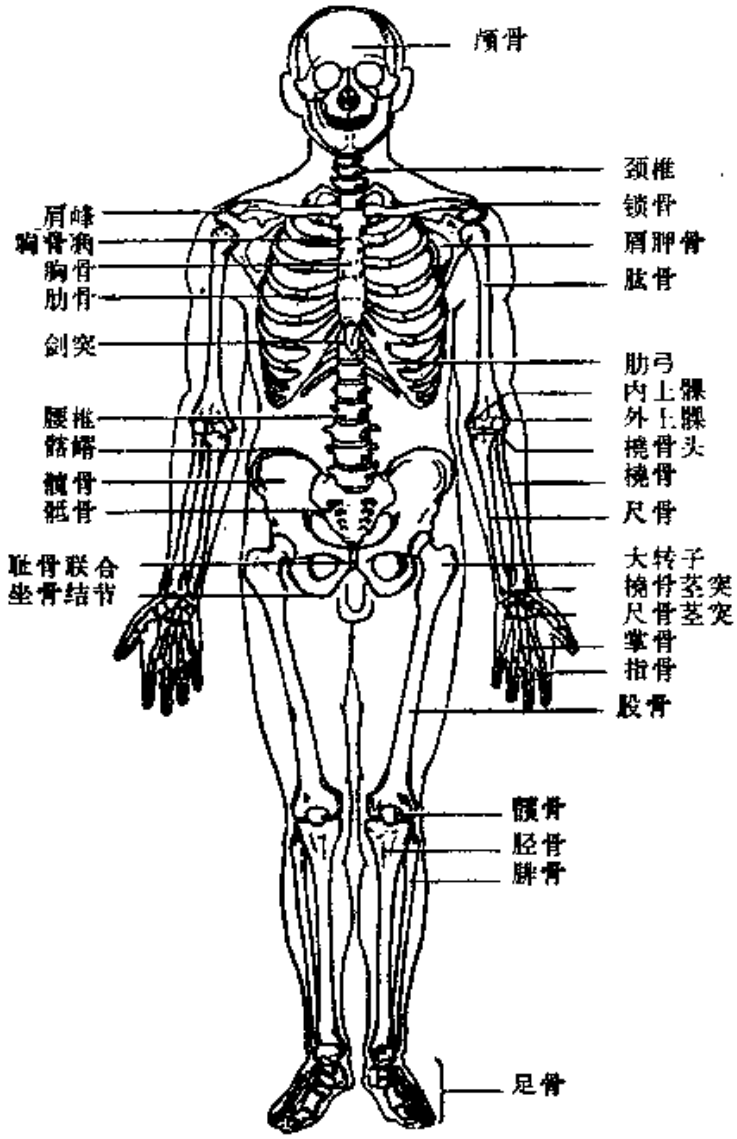
5. 是钙和磷的贮藏所。

（二）骨胳的组成

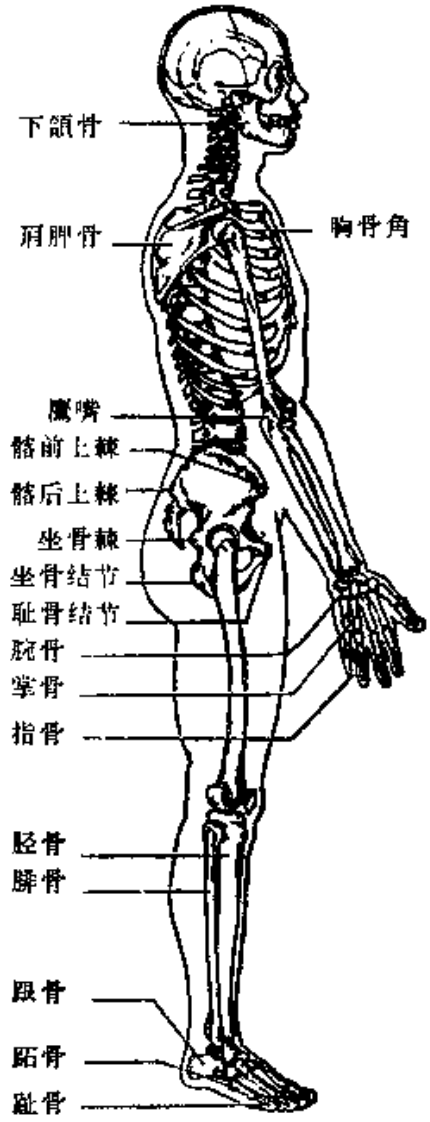
1. **头骨**　由22块骨头组成。

2. 躯干骨

(1) 脊柱：是躯干的支柱，由 33 块脊椎骨组成，可分五个部分：7 个颈椎，12 个胸椎，5 个腰椎，5 个骶椎（成人融合成一块骶骨），4 个尾椎（融合成一块尾骨）。相邻两椎体



1



2

图 11-1　全身骨胳

1.正面；2.侧面

之间有椎间盘（有减弱震动和冲击，防止脑受震的作用），损伤时可向椎管突出，压迫神经，引起椎间盘突出症。椎骨向后方突出的地方叫棘突，在背部可以摸到，颈部最易摸到

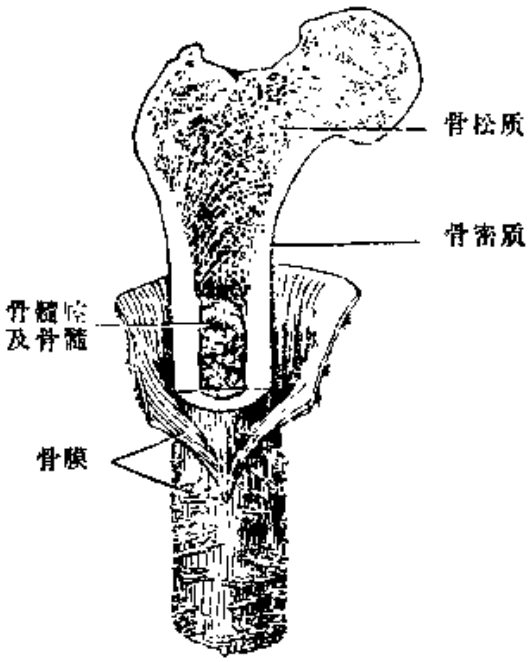


图 11-2　骨的构造

的是第七颈椎棘突，常作为推数椎骨的标志。棘突间有空隙，在腰椎处较大，可在此进行腰椎穿刺。整个脊柱骨中间形成一个管道，称为椎管，容纳脊髓。

(2) 肋骨：共 12 对，24 根，呈细长的弓形。后端与胸椎相连接，前端第 1～7 肋借肋软骨与胸骨相连接，第 8、9、10 肋软骨与上位肋软骨连接成肋弓。第 11、12 肋软骨的前端游离，称为浮肋。

(3) 胸骨：1 块，是一长形的扁骨，位于胸部中央，分柄、体、剑突三部分。柄、体相接处有一隆凸的角度，可清楚地摸到，叫胸骨角，其侧方接第 2 肋软骨，可作为计数肋骨的标志。

(4) 胸廓：由 12 对肋骨（包括肋软骨）、12 个胸椎及胸骨围拢组成。保护心、肺、大血管等内脏器官，并在呼吸运

动中起重要作用。

3. **四肢骨**

(1) 上肢骨：

肩胛带：包括肩胛骨与锁骨。肩胛骨位于胸廓的后外侧，为三角形的扁骨，外侧角与肱骨构成肩关节，下角相当于第七胸椎棘突水平。锁骨于胸廓上方可以摸到，外侧端与肩胛骨相接，内侧端与胸骨相接。

上臂：肱骨。其上端与肩胛骨相接，参加组成肩关节。下端与桡、尺骨构成肘关节。

前臂：桡骨及尺骨。尺骨在内侧，桡骨在外侧。桡骨下端与腕骨组成腕关节。

腕骨：位于手腕部，共有 8 块小骨。

掌骨：位于手掌部，共有 5 根。

指骨：大拇指有 2 节，其它四指各有 3 节，共有指骨 14 块。

(2) 下肢骨：

骨盆：由左右髋骨及骶椎骨组成。髋骨由髂骨、耻骨和坐骨合成。骨盆前方两骨结合处叫耻骨联合，外侧面有杯状凹陷，称髋臼，与股骨头组成髋关节。髋骨上缘位置最高处叫髂嵴，髂嵴的前端为髂前上棘，后端为髂后上棘。耻骨联合上方两侧的突起为耻骨结节，髋骨后下方有一粗大的坐骨结节。这些骨性突起均可摸到，在临床上有一定意义。

大腿：股骨，是全身最长的骨头。其上端与髋骨相接，组成髋关节，颈部较长，易骨折。颈与体之间有一隆凸，称为大转子。下端与胫骨、髌骨相接，组成膝关节。

小腿：内侧较粗大的是胫骨，外侧细小的为腓骨。两骨下端共同与跗骨形成踝关节。

膝盖骨：又称为髌骨。

跗骨：相当于上肢的腕骨，共有 7 块。

跖骨：相当于手掌骨，有 5 根小长骨，为跖的支架。

趾骨：象指骨一样，每趾有 3 节趾骨，大趾只有 2 节，共有 14 节。

二、关　　节

骨与骨之间连接在一起，并可活动的，称为关节（图 11-3）。一个关节一般包括以下三部分：

1. **关节软骨**　在骨与骨接连处表面，其表面光滑，并有弹性，可减少摩擦，减缓震荡和冲击。

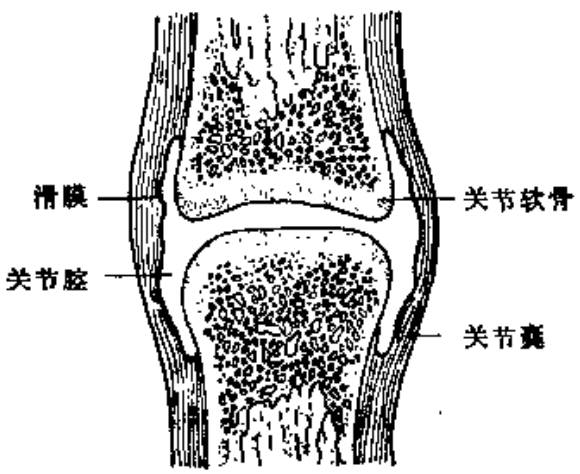


图 11-3　关节的构造

2. **关节囊和关节腔**　关节囊是包于关节外面的坚实的囊，分内外两层，外层为纤维组织，内层是滑膜。滑膜可分泌滑液，起润滑作用，以减少摩擦。关节发炎时滑液增多，甚至化脓。关节囊是密闭的，里面的腔隙，即为关节腔。

3. **韧带**　是一种坚韧的纤维组织，附着于关节囊周围，

可加强关节的牢固性。

三、肌　　肉

肌肉可分为横纹肌、平滑肌、心肌三种。

（一）横纹肌

能随人的意志收缩，又称随意肌。其收缩迅速有力而精确，但易疲劳。绝大部分的横纹肌跨过关节，附着于骨胳，故又称骨胳肌。全身骨胳肌共有六百多块。肌肉由肌腹和肌腱组成。肌腱附着于骨，起固定作用，肌腹能收缩，通过关节完成活动。

骨胳和关节固然是运动系统的重要器官，可是没有肌肉还是不能动，所以可说肌肉是运动系统的动力装置。

肌肉收缩不仅产生我们所需要的动作，而且产生热量，为我们身体里产生热量的主要来源之一。

（二）心肌和平滑肌

心肌是构成心脏的肌肉。它能自动地、有节律地收缩，不易疲劳。平滑肌分布在内脏和血管壁，如胃、肠、支气管、血管、膀胱等处均有。它收缩缓慢而持久。上述心肌和平滑肌的活动不受人们意志的控制，所以又称为不随意肌。

本节所讨论的肌肉是横纹肌(图 11-4)。

1. 躯干肌

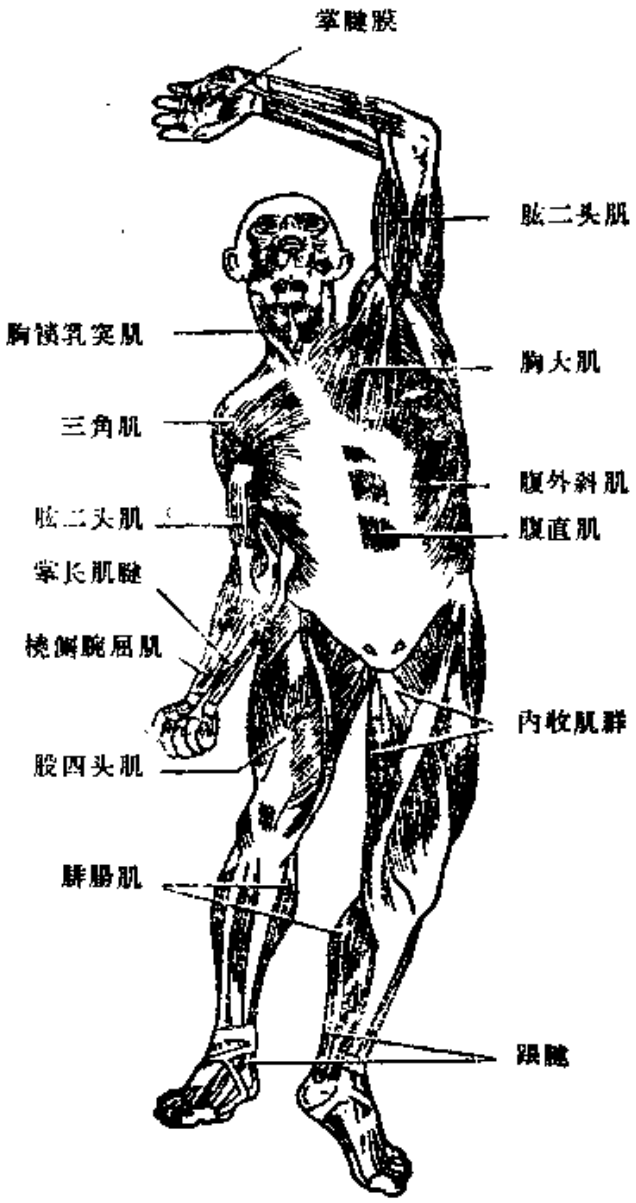
背部：在脊柱两旁有两条长大的骶棘肌，收缩时使脊柱伸直。

胸部：胸前两侧有两块胸大肌。相邻两肋骨间有肌间肌，收缩时使肋骨上下移动，起辅助呼吸作用。

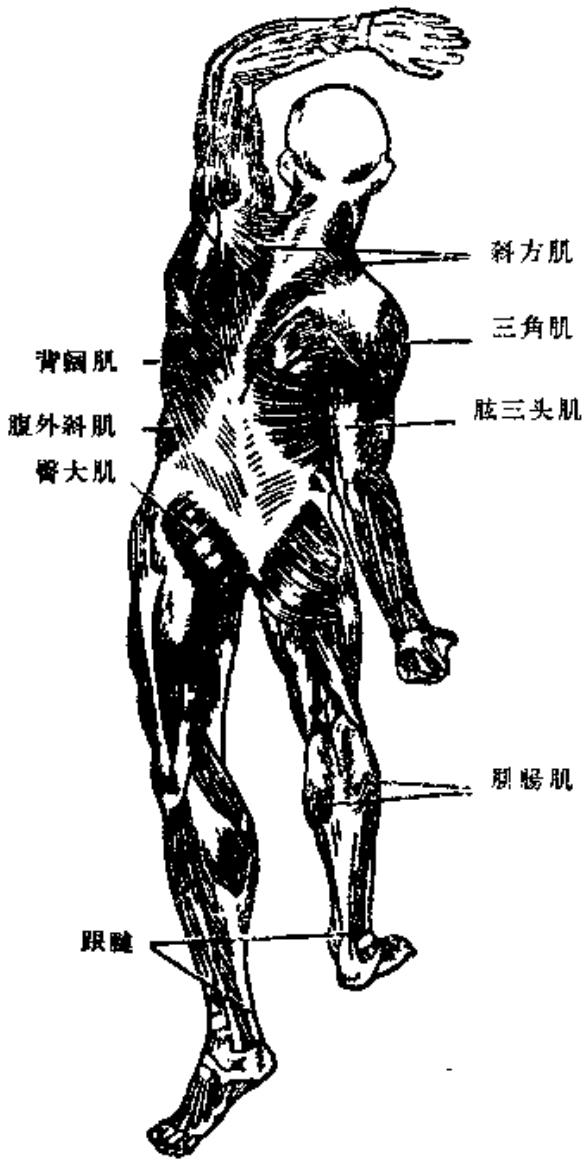
腹部：腹前正中线两侧有一对腹直肌。腹前外侧壁有腹外斜肌、腹内斜肌和腹横肌。腹外斜肌的下缘向内卷曲成腹

股沟韧带，附于髂前上棘和耻骨结节之间。腹股沟韧带的内上方有腹股沟管（详见腹股沟疝一节）。

胸腹腔之间有膈肌，形如降落伞，收缩时可使胸廓容量增大，帮助吸气，是主要的呼吸肌。



1



2

图 11-4　全身肌肉

1.正面；2.背面

2. 四肢肌

上肢：覆盖于肩关节外上方的有三角肌，收缩时使上臂

外展。上臂部肱骨前方有肱二头肌，收缩时使前臂屈曲。肱骨后方有肱三头肌，收缩时使前臂伸直。前臂部肌肉数目很多，前、后共十余块，能完成前臂、腕关节和手指的活动。手肌集中在手的掌部，能作细致灵活的动作。

下肢：臀部主要有臀大肌，很发达，对维持身体直立起主要作用。大腿前方有股四头肌，由股直肌、股间肌、股外侧肌、股内侧肌组成，功能是伸小腿、屈大腿。小腿后面有腓肠肌，表面隆起，即“小腿肚”。腓肠肌以粗大的跟腱止于脚跟骨，对行走起很大的作用。足部的肌肉、韧带位于足底，使足底成弓曲，保持弹性。

思 考 题

1. 骨骼的机能是什么？试述全身骨骼的组成。
2. 肌肉有哪几种？试述全身主要骨骼肌及其作用。

第二节 皮肤解剖生理

皮肤覆盖在人体表面，柔韧而富有弹性。其面积随人体的大小而有所不同，成人约 1.5～2.0 平方米；厚度变动在 0.5～4.0 毫米之间，眼睑等处最薄，手掌足底最厚。

（一）皮肤的构造

皮肤本身的构造分成两大层：表皮和真皮。此外，尚有汗腺、皮脂腺、毛发和指甲等附属物（图 11-5）。

1. **表皮** 为最表面的一层复层鳞状上皮。依其构造又可分为四层，其中最深部的叫生发层，表面的一层叫角质层。

2. **真皮** 在表皮的深部，由致密的结缔组织构成，其与表皮的交界处有许多凸起的乳头，内有丰富的感觉神经末

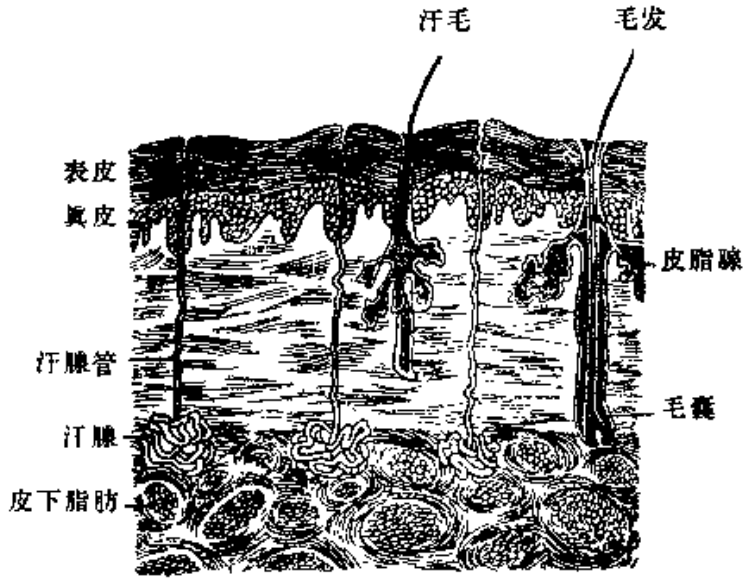


图 11 5　皮肤的构造（模式图）

梢和毛细血管。在真皮的深部是皮下组织，主要由脂肪组织构成。

3. 皮肤附属物

(1) 汗腺：分泌汗液。在手掌和脚掌处最多。腺体上面有导管，开口于表皮。

(2) 毛发：露在表皮外面的部分叫毛干，陷在皮内的是毛根，毛根外面包有毛囊，毛根部有立毛肌，收缩时可使毛发竖立。

(3) 皮脂腺：在毛囊和立毛肌之间，开口于毛囊内。能分泌油脂，润滑毛发和皮肤。

(4) 指甲：是角化的表皮覆盖在指端和趾端的外面，有保护的功能。

（二）皮肤的机能

1. 保护作用　表皮的角质层比较坚厚，能抵御外界的

损害。表皮深层细胞不断新生，替换表面衰老死亡的细胞，或使创面长出新皮。皮脂腺的分泌，可保持皮肤的润滑，减少体内水分散失和防止体外水分进入体内。

2. 感受作用　皮肤里面有各种感受器，可以分别感受触觉、压觉、痛觉和温度觉等外界各种刺激。

3. 排泄作用　通过出汗，可排泄部分水和盐类。

4. 生成维生素　在紫外线的照射下，皮肤内可以生成维生素D，同时皮肤色素也增加。

5. 调节体温　正常人体温的恒定，与皮肤的调节作用有很大关系。机体的热量主要通过肌肉的运动、器官的活动和体内的代谢过程而产生；同时，通过皮肤、肺的呼吸和粪尿的排泄不断把热量散发出去，以维持体内热的平衡。其中皮肤是最主要的散热机构。皮肤的散热主要是通过辐射、对流和汗的蒸发三种形式来完成的。

思　考　题

皮肤的构造如何？有什么机能？

第三节　常见外科疾病

一、疖

疖多半是葡萄球菌侵入毛囊或皮脂腺以及皮下组织所引起的皮肤急性化脓性炎症。祖国医学认为属于阳疮热证，并将细小而反应较重的疖称为“疔”（主要见于颜面部及手指或足趾）。

症状　好发于毛囊、皮脂腺丰富的地方，如头、面、颈、背、臀部等处。先于皮肤上出现一个潮红而疼痛的凸

起，逐渐向四周扩大。数天后，于中央出现一个黄白色的小脓头，破溃后炎症逐渐吸收愈合。疖也可发展形成脓肿。

如病人抵抗力差或处理不当（如用力挤压），炎症可扩散，引起严重并发症，如败血症等，祖国医学称为“疔毒走黄”或“疮疡内陷”。若疖发生在“危险三角区”（鼻根部至上唇两口角处），细菌可随该部静脉血回流进入颅内而引起严重的并发症。

疖病：身体衰弱者在身体各部同时或先后出现多个疖子，称为疖病。可见于糖尿病人。

防治

1. 注意个人卫生，保护皮肤。

2. 局部治疗

(1) 热敷或用50%硫酸镁湿热敷。

(2) 敷药：鱼石脂软膏、消炎止痛膏或20～30%金黄散软膏。

(3) 脓头形成者可用石炭酸烧灼其中心，并用50%酒精中和，可使脓液排出。亦可在伤口处敷九一丹提脓拔毒。

(4) 已形成脓肿者可行切开引流。

(5) 严禁挤压，特别是“危险三角区”的疖肿。

3. 全身治疗

(1) 中草药：清热解毒，可用连翘、银花、紫地丁、蒲公英、马齿苋各5钱，水煎服。如肿块坚硬不溃不散，宜托毒排脓，用连翘、银花、黄芩、山栀、陈皮、贝母、穿山甲、皂角刺、生地各3～5钱，水煎，分2～3次服下。

(2) 症状较重或疖病患者，可根据情况选用抗菌药物：①磺胺噻唑（加等量小苏打）首次服2克，以后每次1克，每日4次。②四环素或土霉素等，每次0.25克，每日4次。

③普鲁卡因青霉素40万单位，每日1～2次肌注。

(3) 新针：灵台刺血并针血海；疖子在面部加肩井，在手指加曲池。

思 考 题

疖和疖病如何处理？怎样利用中草药治疗？

二、痈

痈是葡萄球菌侵入相邻的多个毛囊、皮脂腺而引起的皮肤化脓性炎症，较疖范围广而深。俗称“瘪背”、“瘪手”、“落头疽”等。祖国医学认为系因湿热火毒内生，复受外感湿热，凝集于肌表致使气血瘀滞而成。

症状 好发于背部及颈后部，多发于抵抗力弱的人，如糖尿病患者易患此病。局部呈一片较广泛的红肿凸起，疼痛剧烈。发展迅速，表面出现多个黄白色脓头，中央组织坏死，愈合慢。全身症状有畏寒，发热39°C以上，精神萎软，食欲减退等。病情严重者，可引起败血症。

防治

1. 预防和疖相同。

2. 局部治疗

(1) 早期可用热敷。

(2) 青霉素普鲁卡因封闭：用青霉素20万～40万单位溶于0.5%普鲁卡因溶液中，在痈的周围作皮下封闭。在早期此法效果甚好。

(3) 切开引流：已有组织坏死或积脓者，需作切开。范围较大时，需作“+”字，“卄”字切口或放射状切口，以利充分引流。切口不宜过小，须切除全部坏死组织（图

11-6)。

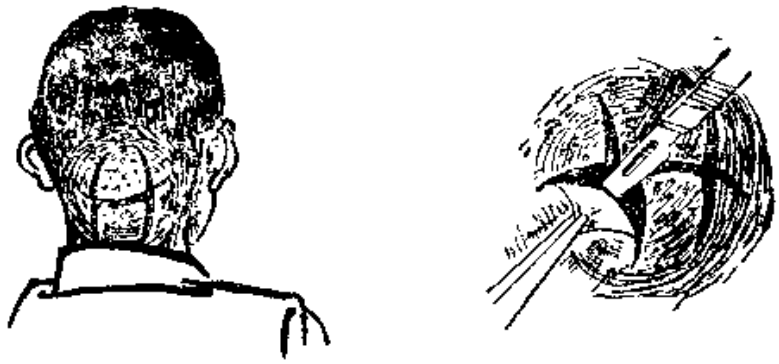


图 11-6　痈的切开

3. 全身治疗

(1) 抗菌药物：磺胺噻唑、青霉素、四环素族等。必要时用抗菌素静脉滴注，例如 5 %葡萄糖 1,000 毫升内加四环素 1 克静脉滴注。

(2) 根据不同阶段和症状，给予中草药治疗。初起红肿局部浸润不大，恶寒发热、舌质红、苔薄白或薄黄、脉滑而数，宜清热解毒活血消肿，可用银花、山栀、黄芩、当归、赤芍、土贝母、天花粉、穿山甲、皂角刺等。坚溃不散、口臭烦躁、口渴喜饮、舌绛、脉细数者，宜清热生津解毒，可用生首乌、元参、石斛、紫地丁、蒲公英、银花、连翘、山栀、竹叶、皂角刺。抵抗力不足，疮肿不高、散漫不收、坚而不溃、脓腐不透、舌苔薄腻、脉沉细无力者，宜补正托毒，可用生黄芪、生首乌、当归、川芎、羌活、甘草、皂角刺、炙鳖甲、鹿角霜、葎草。糖尿病人患痈，疮口溃烂，甚至并发败血症者，可给予养阴增液、清热解毒，可用生黄芪、黄连、生甘草、金银花、元参、生地、天花粉、麦冬、石斛、党参。

思 考 题

痈和疖有何不同？如何处理？

三、丹　　毒

丹毒又称“流火”，是由溶血性链球菌引起的皮肤和皮内网状淋巴管的急性炎症。细菌由皮肤或粘膜的破口进入。祖国医学认为，丹毒由火毒引起的多发于头脸，由湿热引起的多发于下肢。本病有反复发作倾向。

症状　发病较急，多半先有全身不适，突然发冷、发热，体温升高可达40°C左右，有时伴有恶心、呕吐。不久，局部皮肤出现红肿，略高出皮肤，边界清楚（这是和蜂窝织炎不同之处）。局部温度升高，有压痛，有时可出现大水疱。以后表皮脱落，炎症逐渐消退。下肢丹毒常反复发作，并可因此而产生象皮肿，又称“大脚风”（丝虫病患者亦可发生）。

防治

1. 保护皮肤，及时治疗各种皮肤破损、足癣等。

2. 下肢丹毒应抬高下肢，改善循环。

3. 早期可用50%硫酸镁湿热敷，或用鲜蒲公英捣烂敷患处。

4. 适当应用抗菌药物，其中磺胺噻唑和青霉素较有效，剂量同疖痈的治疗。如体温过高，全身中毒症状严重，可给四环素1克作静脉滴注。

5. 头面部丹毒初起，有寒热、口渴、咽干、脉洪数、舌苔薄腻，可清热解毒、消肿，常用黄连、黄芩、牛蒡子、元参、生甘草、桔梗、板蓝根、马勃、连翘、薄荷等。如为下肢部丹毒，有寒热头痛、四肢关节疼痛、小腿或足部红肿灼

热、表面光亮，宜清热凉血利湿，可用龙胆草、黄芩、山栀、大青叶、丹皮、赤芍、生地、泽泻、木通、车前子等。

四、蜂窝组织炎

蜂窝组织炎是溶血性链球菌或金黄色葡萄球菌引起的皮下组织急性炎症，可发生于皮肤或软组织损伤后，也可由其他部位化脓感染扩散或经淋巴、血流的传播而来。

症状 开始局部轻微肿痛，以后红肿范围扩大，疼痛加剧，局部皮肤发烫、紧张、发硬，压痛明显，红肿范围边界不清。最后可形成脓肿或渐渐吸收。病人常有畏寒、高热等全身症状。严重时细菌进入血液循环，可引起败血症。

防治

1. 及时治疗各种皮肤破损，可减少蜂窝织炎的发生。

2. 抬高患肢，改善血液循环。

3. 局部用 50% 硫酸镁湿热敷或外敷鱼石脂软膏、消炎止痛膏等，或用马兰根 1 两捣烂，米醋调敷患处。

4. 脓肿形成时，即应切开引流。

5. 金银花、紫花地丁各 1 两，苏叶 1 钱，水煎分二次服。

6. 抗菌药物：普鲁卡因青霉素 40～80 万单位，每天 1～2 次肌注。轻者可用磺胺噻唑。全身症状严重者可用四环素静脉滴注。

思 考 题

蜂窝组织炎和丹毒主要区别在哪里？

五、脓　　肿

细菌侵入组织或器官，引起炎症和化脓，脓液局限性积

聚，形成一个腔，且周围有完整的腔壁者，称为脓肿。脓肿分为二种，一种是急性脓肿，由一般化脓性细菌如葡萄球菌、链球菌等引起，大多发生于各类急性化脓性感染的后期，如急性蜂窝组织炎、急性淋巴结炎、疖等；少数可原发于局部损伤感染，尤其是损伤后有血肿和异物残留的情况下。另一种是冷脓肿，由结核杆菌感染引起，常是从别处结核病灶（多为脊椎结核）直接蔓延或经血行播散而来，呈慢性经过。

症状 急性脓肿局部有红、肿、热、痛，大的脓肿常有怕冷发热等全身症状。局部可有明显压痛、水肿及波动感（深部脓肿波动感可不明显，必要时可作穿刺抽脓帮助诊断）。冷脓肿好发于腰大肌旁或颈部，发展缓慢，局部隆起并有波动感，但无明显压痛及发热。

治疗

1. 急性脓肿

(1) 注意休息，抬高患肢，早期局部热敷，或敷用金黄散，全身应用磺胺药或抗菌素。

(2) 脓肿成熟，波动感明显，应切开引流（见 1287 页）。

(3) 金银花、蒲公英各 2 两，水煎浓汁，日分数次服，可起消炎解毒作用。

2. 冷脓肿 除继发化脓菌感染外，一般不作切开引流。

(1) 注意休息和营养。

(2) 应用抗结核药物治疗结核。

(3) 阳和汤（方见 231 页）内服，局部贴阳和解凝膏或硇砂膏。

(4) 在一定条件下可行结核病灶清除术。

(5) 创口久溃不收者，可用蜈蚣 6～7 条，生大黄、生石

膏各5钱，用瓦焙干研极细末，加麻油拌和调患处，外裹油纸或纱布。

(6) 红矾气熏疗法对本病亦有良好疗效，具体见第五章结核病治疗项。

思 考 题

脓肿是如何形成的？临床上有什么特点？

六、手部感染

手指和手的急性化脓性感染较为常见。在解剖学上，手的腱鞘、滑囊筋膜间隙互相沟通，或仅相隔一单薄的间隔。故轻微的感染，常可蔓延全手，形成复杂的脓肿，以致造成功能的损害，严重影响劳动。因此，积极预防和正确处理手部感染是很重要的。

(一) 甲沟炎

甲沟炎是葡萄球菌引起的指甲周围化脓性炎症，多因指甲周围轻度损伤或拔倒刺等外伤后感染所致。祖国医学称为“指疔”。疔毒内攻，可引起全身高热、恶心、呕吐、不思饮食，病情重者变成险症，俗称“疔疮走黄”。

症状 指甲周围红肿、疼痛，以后可化脓。有时指甲下可积脓，称为甲下脓肿，此时疼痛剧烈。甲下脓液积聚较多时，可使整个指甲浮起。

防治

1. 及时治疗皮肤损伤。

2. 早期可考虑应用抗菌药物，局部热敷。

3. 脓肿形成后，须切开引流，切口应在指甲外侧，与甲沟方向平行。如有甲下脓肿，应作指甲拔除术(见1289页)。

术后隔天用凡士林纱布换药，创面 1～2 周可愈合，指甲 2～3 个月可重新长出来。

（二）脓性指头炎

本病是指手指末节腹侧筋膜间隙的急性化脓性炎症，常由轻微外伤（如木刺刺伤）而引起。手指末节是一个紧闭的间隙，与中节手指不通。因此当它感染肿胀时，可压迫末节指骨的血液循环，造成指骨坏死。

症状 患指肿胀疼痛，疼痛为剧烈搏动性，手下垂时更重。局部红肿，有明显压痛。

防治

1. 及时治疗手指外伤。

2. 诊断确定后，宜及早切开引流。切口在指端侧面(图 11-7)。如指骨已坏死，应取出。

3. 应用抗菌药物。

4. 中草药治疗以清热解毒为主，可用石斛、蒲公英、

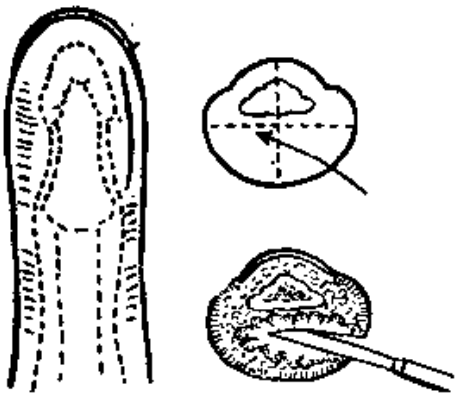


图 11-7 脓性指头炎的切开引流

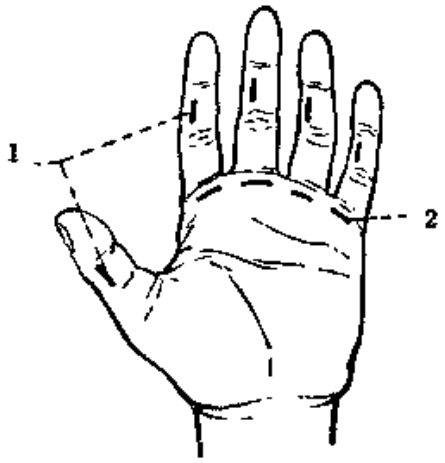


图 11-8 化脓性腱鞘炎的引流切口

1.手指部的引流切口；
2.手掌面的引流切口

紫地丁、金银花等，肿甚加黄连、大青叶，高热口渴加石膏、山栀、竹叶、甘草，痛甚加乳香、没药。

（三）化脓性腱鞘炎

本病多由葡萄球菌感染引起，由于外伤或从附近组织感染蔓延而来。多发生于屈指肌腱。严重者可引起腱鞘和肌腱坏死。

症状 患指疼痛、肿胀，沿腱鞘有明显压痛，手指不能伸直。有时炎症可向上扩散到前臂肌肉间隙内，形成脓肿。此时整个手及前臂有明显肿胀及压痛。可有全身症状，如怕冷、高热、出汗。

防治

1. 劳动中避免外伤，有了手部外伤应及时治疗。

2. 抬高患肢，局部热敷。

3. 应用抗菌药物，如青霉素、链霉素、四环素等。

4. 经非手术治疗无好转时，应立即作切开引流（一般不可延迟至发病后48小时），以免肌腱坏死，造成残废。切口应在手指侧面（图11-8）。炎症消退后，应及早练习手指运动。

（四）手掌间隙感染

手掌间隙感染以掌中间隙和鱼际间隙最为常见，多由手指或腱鞘感染蔓延或直接创伤感染所引起。

1. 掌中间隙感染 在掌中央稍偏尺侧。感染后全手肿痛，以尺侧较重，掌心原有凹陷消失；手背亦明显肿胀。中、环、小指呈屈曲状，不能活动。可有全身怕冷发热。

治疗 与化脓性腱鞘炎的治疗原则相同。切开引流时切口一般应在中、无名二指或无名、小指二指间（图11-9），切开指蹼至掌横纹为止。

2. 鱼际间隙感染 鱼际间隙位于手掌桡侧，感染后大鱼际虎口处有明显肿胀、疼痛、压痛。可有怕冷、发热等症状。

治疗 原则同掌中间隙感染。切开引流时应在第一掌骨间肌桡侧背面作一弯形切口（图11-10）。

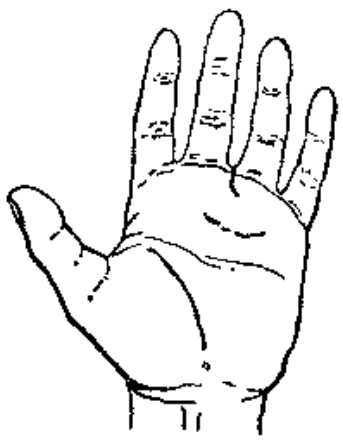


图 11-9　掌中间隙脓肿的引流切口

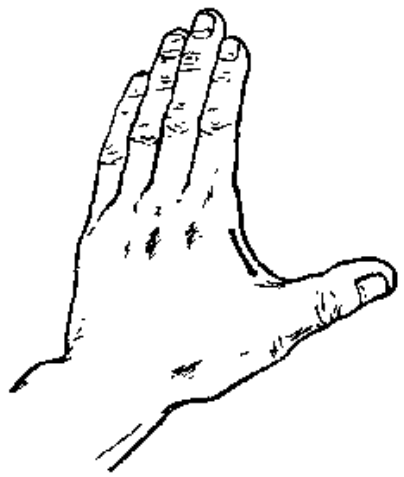


图 11-10　鱼际间隙脓肿的引流切口

思　考　题

常见的手部感染有哪几种？试述它们共同的处理原则。

七、急性乳腺炎

急性乳腺炎或乳房脓肿由化脓菌自破损的乳头侵入，或乳汁郁积继发感染所引起。祖国医学称“乳痈”，认为由于肝气郁结，胃热壅滞，或乳儿口热，使乳汁凝滞不通所致。多发生在哺乳妇女，尤以初产妇多见。

症状

1. 全身症状有畏寒或寒战，发热可达 39°C以上。

2. 早期局部有硬结，乳房增大、疼痛。继而局部皮肤发红发热。

3. 后期（乳房脓肿）局部有波动感。深部脓肿波动感可不明显，必要时须穿刺抽脓以明确诊断。乳房脓肿的位置见图 11-11。

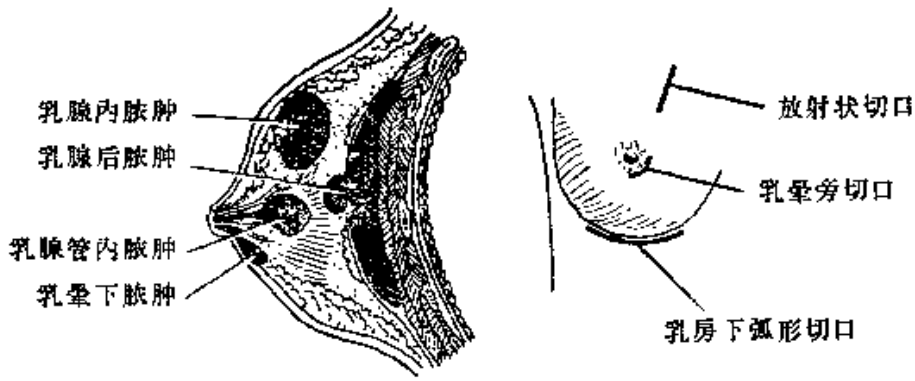


图 11-11　乳房脓肿

1.脓肿常见位置；2.乳房脓肿切口

预防

1. 妊娠后期（尤其是初产妇）常用 50% 酒精擦乳头，使乳头皮肤坚韧。产后喂奶时应注意保持乳头清洁。

2. 正确掌握喂乳方法。每次喂乳尽量让乳儿吸空乳房，避免乳汁郁积。乳多一次吃不完时，最好挤出。

治疗

1. 患乳暂停喂乳，用吸乳器吸尽乳汁。用干净布巾将患乳托起，改善血液循环，减轻疼痛。

2. 局部热敷或外敷鱼石脂软膏。必要时可局部注射：糜蛋白酶 5 毫克用 1 %普鲁卡因适量稀释，可加青霉素 40 万单位一起注射。在炎性肿块四周作封闭。

3. 全身治疗：乳房胀痛初起，皮色不红，无寒热时，宜通乳和营化瘀，可用全瓜蒌、蒲公英、当归尾、赤芍、王不留行、青陈皮、炙鳖甲等。乳房结块，红肿疼痛，宜通乳和营清热，可用全瓜蒌、牛蒡、金银花、山栀、石膏、连翘、丹皮、赤芍、黄芩等煎服；也可用露蜂房 1 两、生甘草 3 钱，水煎浓汁，一日分 4～5 次吃下，体弱者慎用。必要时

可用抗菌药物。

4. 脓肿形成，需作切开引流。切口应与输乳管方向一致，呈放射形。切口应够大，务使引流通畅，必要时可作几个切口，作贯穿引流。深部脓肿或乳房后脓肿，可在乳房下作弧形切口（图 11-11）。

5. 创口愈合后，如肿块不消，可服舒肝丸，每次 3～4 钱，每日 3 次。

6. 新针疗法：肩井、膻中。

思 考 题

急性乳腺炎是如何引起的？怎样防治？

八、败 血 症

败血症是一种严重的全身性感染，多由于病人抵抗力低下，以致局部感染病灶的细菌侵入血流，大量繁殖，引起严重的全身症状。常见的病菌有金黄色葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌等。细菌侵入的途径：(1)经破损的粘膜、皮肤，如外伤、灼伤、流产后等；(2)感染病灶扩散，如疖痈、脓肿、耳和咽喉部感染、胆道感染、泌尿道感染、肺炎等；(3)手术创伤。

在临床上，因细菌或其毒素侵入血液循环而引起的病症，通常有菌血症、毒血症、败血症和脓毒血症四种。菌血症指血液循环内短暂地出现细菌而不繁殖，临床症状一般较轻。毒血症指细菌所产生的毒素进入血液循环而产生的全身中毒症状。败血症指细菌侵入血液循环，并在其中繁殖，产生毒素而引起全身性中毒症状，血培养常能查出细菌。脓毒血症指化脓性细菌侵入血液循环，并在身体各部造成多发性迁徙性脓肿。

症状 发病较急，突然寒战高热，寒战一日可有数次，体温升至 40℃以上。高热可持续不退，或呈弛张热。同时有头痛、身痛、出汗、

恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，并常有关节痛、皮肤瘀点、肝脾肿大等。严重者有呼吸困难、烦躁、神志不清、谵妄，以至昏迷、休克、惊厥等。血白细胞增多可达15,000～20,000/立方毫米以上。血培养细菌阳性。个别病人还可出现鼻衄、黄疸、呃逆或精神症状。病程长短不一，严重的如不及时救治，可在几天内死亡；长的可迁延数月，如不积极治疗，可因衰竭或并发症而死亡。因此对于败血症，必须全力以赴进行处理，决不可等闲视之。

诊断 遇到高热、畏寒、出汗、衰弱而病因不明的病人，应疑及本病。如有原发病灶如皮肤脓肿、胆道感染等，特别是有挤压疮疖既往史时，则可能性更大。皮肤瘀点、肝脾肿大、其他部位病灶的发现，对诊断有帮助。有条件时，可作血培养细菌确诊。

预防

1．做好卫生宣传工作，注意劳动保护。

2．及时处理皮肤损伤，疖肿(尤其是面部)不可随意挤压。

3．注意产后(包括流产)卫生，积极治疗烧伤、各种感染性疾病。

4．各种手术操作注意严格无菌。

治疗

1．支持疗法和对症处理：病人队床休息，给予充足的营养和细心的护理，多饮水。症状较重者静脉补充葡萄糖盐水，必要时输血。严重者在大剂量抗菌素控制下，可考虑静滴氢化可的松，每日100～300毫克。对高热、头痛、烦躁不安等症状，可作必要的对症处理。出现休克时，应仔细分析休克的原因，采取相应措施，如补充血容量(补液、输血)，应用强心药物或升压药物等。

2．根据不同的细菌，选用适当的抗菌素。球菌性败血症，以青霉素为主，40～80万单位，4～6小时1次肌注；或静滴每日300～600万单位。同时可用链霉素每日1～2克，分2次肌注。如青霉素无效，可用金霉素、红霉素、新青霉素以及卡那霉素等。杆菌性败血症，应合并应用链霉素和四环素族，或用氯霉素，均为每日1～2克，静注(链霉素只能肌注)。

农村无血培养条件时，可根据病灶特点估计引起败血症的细菌，

并选用相应的抗菌素。如疖肿、骨髓炎、外伤感染所致者，以金黄色葡萄球菌可能性大；自尿路或胆道感染而来者，大多是革兰染色阴性杆菌。

抗菌素应用须持续到感染完全控制后1～2周，以防复发。

3. 及时处理局部病灶：体表脓肿应切开引流；尿路或胆道感染可考虑手术或作相应治疗；等等。

4. 中草药治疗：败血症高热烦躁，谵妄，神志不清，抽搐，舌质红、苔黄或黄腻等，属于“热入血室”，“邪入心包”，治疗以凉血清热解毒为主。常用犀角地黄汤、黄连解毒汤、五味消毒饮复方：水牛角1～2两（先煎），生地5钱，黄连、黄芩、山栀、丹皮各3钱，金银花、紫地丁、蒲公英各1两，赤芍、干地黄各6钱，水煎，一日分3～4次服下。如神志不清、谵妄、抽搐，可用上方加钩藤、僵蚕各3钱，并积极配合西药，必要时可选用至宝丹、牛黄丸、紫雪丹。总之，对于败血症的抢救，不应拘泥于中药、西药，应当争取一切有利时机，发挥各类药物的特点，互相配合。对于急性感染控制后胃口不好、疲乏等症状，可以用中药益胃调养，如沙参3钱，麦冬4钱，干地黄、北秫米各5钱，冰糖2钱，水煎2次分服，对恢复健康有帮助。

思 考 题

1. 败血症有什么危害性？怎样防止其发生？
2. 如何诊断败血症？试述其治疗原则。

九、破 伤 风

破伤风是由破伤风杆菌引起的严重传染病，由于细菌产生的毒素侵犯运动神经，引起肌肉强直性和阵发性痉挛，临床上主要表现为牙关紧闭和躯干强直（角弓反张）。

破伤风杆菌是一种不喜欢空气的细菌，又称厌氧菌。在人畜粪便、肥沃土壤、污水中繁殖较多。生活力顽强，它的芽胞须经煮沸30分钟，才能杀灭。人在日常劳动生产中或战时受伤后，细菌易经污染的创口

侵入体内致病。接生时不注意无菌操作，细菌可通过脐带进入新生儿体内，引起新生儿破伤风(俗称"脐带风")。由于破伤风杆菌有厌氧的特点，所以在较深的伤口中容易生长繁殖。

症状 破伤风的潜伏期一般为7～10天，偶有短至24小时或长达几个月的。潜伏期愈短，病势愈重。起病时往往有畏寒、发热、不安、喉痛等症状，接着出现牙关紧闭，呈苦笑表情，并因颈部肌肉痉挛而引起吞咽困难，呼吸肌痉挛而引起呼吸困难、青紫，因颈背肌肉强直而呈角弓反张等。由于饮食发生困难，病人常有失水现象，舌苔厚腻。严重患者，有阵发性全身痉挛，伴有肌肉疼痛。外界的刺激可以加重发作。反复发作痉挛、抽搐，致病人体力极度衰弱，如不及时抢救，常于一周内因心力衰竭、窒息或肺炎而死亡。患者神志始终是清晰的。

诊断 本病诊断以最近创伤史，典型症状如牙关紧闭、面部表情及周身肌张力增加等为主要依据。

治疗

1．一旦发现病人有破伤风可疑时，不论成人或儿童，都应立即静滴破伤风抗毒素5～10万国际单位（先做皮试），以后的用量依病情和病菌侵入的原始创口的处理情况而定，一般仍需每天肌肉注射1～2万国际单位的维持量，直至症状消失为止。

广东省中医院创造了将破伤风抗毒素5,000～10,000（儿童3,000～6,000）单位一次注入椎管（第三至第五腰椎间）的治疗方法，获得一定疗效。浓度为每毫升含1,500单位。注射后出现发热反应，可予降温。

2．应尽可能将创口内坏死组织彻底切除，不能切除时，也应尽量敞开暴露，消灭缺氧环境。创口周围可注射破伤风抗毒素5,000～10,000单位。创口不要缝合，每天以饱和过氧化氢冲洗和湿敷。

3．镇痉 轻者可用大剂量阿米妥钠作静脉注射。抽搐严重时，可用硫贲妥钠静脉注射，一般将1克药物溶于500～1,000毫升5%葡萄糖水中缓滴，速度为60～100滴/分，每日1～2次；紧急时可用2.5%溶液2～3毫升静脉注射。

也可应用人工冬眠疗法。常用药物有氯丙嗪、杜冷丁和非乃根等，使用剂量以达到中度睡眠状态为宜。

4. 中草药治疗　轻症以祛风镇惊为主，可用蝉衣1两，天南星、天麻各2钱，全蝎7个，僵蚕3钱，水煎服，黄酒2两为引。重症以祛风、解毒、止痉为主，可用木瓜、臭茉莉、防风各5钱，全蝎2钱，蜈蚣2～4条，天竺黄2～4钱，牛黄3～4分，煎汤，鼻饲进药。广东省中医院以红骨蓖麻根为主药，每天4两～半斤，加水1,500毫升，煎至200毫升，分次口服，每天1剂，儿童酌减。其次用蝉蜕3～5钱，全蝎、蜈蚣各3～5钱，生草乌（或生川乌）1～3钱，两面针、葛根、穿心莲、蝉蜕各5钱～1两，作为辅助方剂，随症加减。

5. 一般疗法

患者必须静卧暗室内，避免光线、声音等刺激，医生尽量少作不必要的检查，以免诱发痉挛。

(2) 注意营养的供给，给予补液、输血或鼻饲(情况许可时)，以维持水和电解质的平衡。

(3) 发生紫绀时，给予氧气吸入。喉头痉挛或呼吸道分泌物过多而严重影响呼吸者，应考虑作气管切开术。

(4) 给予适当的抗菌素，防治肺部等并发症。以青霉素为主，每天肌注40～80万单位。

预防　由于战争及生产劳动中容易引起外伤，破伤风的发病机会比较多，而本病一经发生，死亡率较高。故掌握有关预防措施，防止本病发生，对于落实毛主席关于“备战、备荒、为人民”的战略方针有着现实的意义。具体预防措施如下：

1. 严格执行消毒及无菌操作，较大较深的伤口要及时作彻底的扩创手术。

2. 推广新法接生，防止发生新生儿破伤风。

3. 加强人体抵抗破伤风毒素的能力，有两种方法：

(1) 被动免疫：就是注射破伤风抗毒素（T. A. T.），输入抗破伤风的抗体。凡是深的刺伤，大的伤口或被泥土、污物等污染的伤口，都应给予预防注射。受伤后注射愈早愈好，剂量一般为1,500～3,000

单位，肌肉注射。注射前需作过敏试验。

(2) 自动免疫：就是注射破伤风类毒素，促使人体产生抗体。在备战条件下，对战士和民兵普遍注射。一般注射 3 次，每次注射 1 毫升，间隔 3～6 周；以后每年加强注射 1 次；遇有受伤等情况，立即加强注射 1 次。

思 考 题

1. 根据破伤风菌的特点，处理创伤时应注意那些问题？
2. 破伤风预防针如何注射？

十、创　　伤

机体受到外来暴力或刺激，引起组织、器官的破坏，导致气血、脏腑、经络的功能失调，并伴有局部或全身反应者，称为创伤(亦叫损伤)。外来的暴力或刺激可以是机械的(如刺割、打击)、物理的(如灼伤)、化学的(如强酸、强碱等)或生物的（如蛇、虫、犬咬伤)。根据创伤的原因、损伤后机体反应的特点以及皮肤粘膜的完整与否，创伤可分为闭合性创伤或开放性创伤两大类。

创伤发生后，如何进行及时的急救和治疗，是每个赤脚医生所应该掌握和熟悉的。这样，不仅能抢救伤员的生命或减少痛苦，并且可以缩短丧失劳动的时间，使他们早日回到抓革命，促生产的岗位上去。

(一) 闭合性创伤

闭合性创伤是指皮肤粘膜未破裂的创伤，如钝性暴力快速作用于机体所引起的挫伤、关节韧带扭伤、闭合性骨折、内脏器官创伤等。

1. **软组织挫伤**　软组织受外来暴力挫伤后，主要引起皮

下组织或肌肉的断裂和出血。

症状

(1) 局部肿胀：由于血管破裂，血液和淋巴液渗出所致。局部有瘀斑、青紫、血肿等。

(2) 疼痛：感觉神经末梢受到压迫和刺激所引起。

(3) 功能障碍：越近关节处的软组织挫伤功能障碍越明显。

处理

(1) 严重挫伤可发生休克，应及时抢救。

(2) 局部制动，抬高患肢，早期可加压包扎，以减少出血和肿胀。

(3) 血肿较大者，可在无菌条件下，穿刺抽吸，并加压包扎。

(4) 2～3 天后可作局部热敷，或外敷消炎止痛膏。

(5) 一周后如肿胀疼痛未缓解，可用 1 %普鲁卡因加醋酸氢化可的松 1～2 毫升作局部封闭。

(6) 香附 1 两，捣碎，醋调敷患处，每日 1 次。

2. 关节扭伤 关节受到外伤，超过正常活动范围而引起关节囊、韧带甚至肌肉、肌腱等裂伤，称为关节扭伤，以踝关节和膝关节扭伤最多见。

症状

(1) 关节局部肿胀、疼痛，局部压痛，关节内可有血肿。如膝关节内血肿，可出现浮髌征（检查时髌骨有浮起的感觉）。

(2) 功能障碍，不能行走或正常活动。

处理

(1) 抬高患肢。早期加压包扎。必要时可上石膏托或用锌

氧糊剂绷带固定关节，使之得到充分休息。

(2) 如有较大血肿，应在无菌条件下作穿刺抽吸。

(3) 局部外敷消炎止痛膏。

(4) 普鲁卡因醋酸氢化可的松局部封闭。

(5) 扦扦活 4 两，水煎熏洗患处。

(6) 较严重的关节扭伤，应检查有无骨折同时存在，必要时可摄片证实，以作适当处理。

（二）开放性创伤

开放性创伤是指人体受到外来暴力后，引起皮肤粘膜破裂，甚至深部组织损伤。

分类

1. 擦伤　皮肤被坚硬物体快速擦过，引起皮肤表皮损伤，有血清渗出或少量毛细血管出血，一般不严重。

2. 割伤　锐利物器（如刀片、玻璃等）割破所致，伤口分离，边缘整齐。出血一般较多，如大血管被割破，可造成大出血。

3. 刺伤　是被尖锐器物（如钉、针、刺刀、木刺等）刺入所致，伤口小而较深，能造成神经、血管、内脏等重要器官的损害，亦可引起深部组织感染化脓甚至发生破伤风。

4. 挫裂伤　由钝器打击所造成，皮肤裂开，边缘不整齐，深部血管、肌腱、肌肉也可损伤，容易引起感染。

5. 咬伤　由动物或人的牙齿咬合所致，伤口边缘有齿痕，易发生感染。

6. 挤压伤　如手指被门缝压伤、足趾被车轮或其他重物压伤等，各层组织如皮肤、肌腱、神经、血管、骨骼等都能有不同程度的损伤。

症状

1. 疼痛　轻重不一。

2. 皮肤破损　开放性创伤的伤口大小和深度取决于损伤的性质。

3. 出血　如较大血管破裂，可有大量出血。动脉出血较静脉出血剧烈，血色鲜红，呈喷射状；静脉出血色泽暗红，呈渗出状。

4. 感染　如创伤严重、细菌污染多或伤口处理不够妥当，易造成继发感染。

5. 全身症状　疼痛和恐惧、严重创伤或有大量出血时，可引起面色苍白、四肢厥冷、出冷汗、血压下降等休克状态。

处理

1. 防治休克　如创伤合并休克，应积极抢救(详见 1180 页)。

2. 止血　如伤口有大血管破裂，出血量较多，应先止血（详见 1339 页)。

3. 伤口局部处理　局部伤口处理是否妥善，直接影响伤口愈合。皮肤擦伤一般只需用生理盐水清洗局部，涂红汞溶液即可。其他如割伤、刺伤、挫裂伤、咬伤以及挤压伤等均应及时作清创术（详见 1290 页)。

4. 抗毒血清　开放性创伤伤口较大较深或污染较重者，需常规皮下注射破伤风抗毒素 1,500～3,000 单位。

5. 控制感染　对较严重的伤口可适当应用抗菌药物，但更主要的是作彻底的清创，这是十分重要的。

思　考　题

试述常见创伤的种类及其处理原则。

十一、骨　　折

由于外力的作用，骨的完整性遭到破坏或连续性中断，称为骨折。

分类

按骨折部位的皮肤有无破裂来分：

1．闭合性骨折　骨折处皮肤或粘膜没有破裂，骨折处与体外不相通。

2．开放性骨折　骨折处皮肤或粘膜有破裂，骨折处与体外相通。

按骨折程度来分：

1．完全骨折　骨组织完全断裂。

2．不完全骨折　骨组织部分断裂。

按骨折时间来分：

1．新鲜骨折　骨折后1～2周以内。多可行手法复位。

2．陈旧骨折　骨折后超过2～3周。用手法复位较难。

按骨折线方向和性质来分（图11-12）：

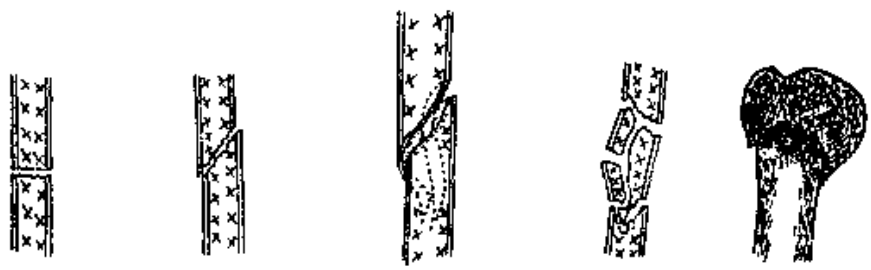


图11-12　骨折的种类

1．横骨折、斜骨折、螺旋骨折、压缩骨折等。

2．粉碎骨折　指有三个以上的骨折线，往往碎成多块。

3．压缩骨折　如脊柱胸椎或腰椎压缩性骨折。

诊断要点

1．局部疼痛和压痛　移动时疼痛加剧。

2．肿胀　骨折处血肿及周围软组织损伤所致。

3. 功能障碍　骨折处功能都有不同程度的障碍，如股骨颈骨折后不能站立。

4. 畸形　可发生弯曲畸形、旋转畸形或肢体缩短畸形等，系由于骨折移位所致(图 11-13)。

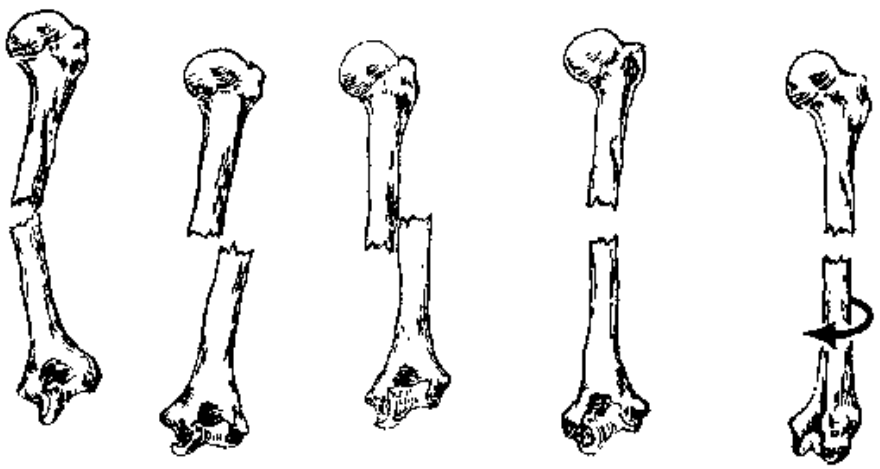


图 11-13　各种骨折移位

5. 摩擦音　两骨折端相互摩擦时，可出现摩擦音。因此时伤员疼痛更加剧烈，故一般不宜常规用此法检查。

6. 休克　严重的骨折，尤其是多发性骨折，常伴有休克，有时同时有较广泛的内出血，应及时处理。

7. 有条件时可作X线摄片检查以协助诊断，对治疗及以后复查均有重要的参考价值。

现场急救　现场急救的目的在于防治休克，抢救生命，避免组织进一步损伤和污染，并创造一切条件，抢救伤员。要发扬“**救死扶伤**”和“**完全**”、“**彻底**”的精神，尽力、及时抢救阶级兄弟。

1. 进行必要的检查，确定有无多发性骨折，有无合并内脏损伤或颅脑损伤。

2. 对严重伤员，首先应预防或处理休克，如止痛、镇静、保暖、补液及局部固定等。

3. 对开放性骨折，速用消毒敷料或干净的布类包扎，以防再污染。如有出血，应迅速止血。

4. 包扎、固定后，应送医疗部门进一步处理。

治疗原则 骨折的治疗，主要包括复位、固定和功能锻炼等方面。过去，西医在治疗骨折时，主张“完全休息，绝对固定”，这种形而上学的观点，曾造成骨折愈合慢、功能恢复差、合并症多等不良后果。天津市天津医院等单位的革命医务人员，在毛主席光辉哲学思想的指引下，充分发掘了祖国医学在治疗骨折方面积累的宝贵经验，积极开展中西医结合治疗骨折的研究工作，从一九五八年起，通过十几年的临床实践，取得了良好的效果。他们的治疗原则是：固定与运动结合（“动静结合”）、骨折与软组织并重（“筋骨并重”）、局部与全身兼治（“内外兼治”）、医疗措施通过病人的主观能动作用加以充分发挥（“医患合作”）。现根据他们的先进经验，结合其他一些基本方法，将骨折的治疗原则介绍如下：

1. 正确复位 应尽量使移位的断端及早恢复原来状态，以恢复骨的正常解剖关系和生理功能，保证日后能从事正常的劳动生产。最好能在伤后1～4小时内进行。复位前先作麻醉，一般上肢骨折可用局麻（血肿内注射）或臂丛麻醉；下肢骨折可用局麻或腰麻。小儿可用全麻。应大力推广针刺麻醉。复位的方法应根据骨折的具体情况决定：

(1) 闭合复位：是大多数骨折的复位方法，具体手法有：

① 触摸：即用手触摸骨折部，先轻后重，由浅入深，从远到近，仔细了解骨折类型及移位情况。为施行整复手法前的必要步骤。

② 拔伸牵引：主要是克服肌肉抗力，矫正重迭移位（即缩短畸形），恢复肢体长度，是整复中的重要步骤。可于肢体保持原始方位的情况下，在骨折的远、近端沿纵轴方向作对抗牵引（图11-14），用力要轻重适宜，持续稳准，引导变位的骨折断端分开，为下一手法作好准备。

③ 旋转屈伸：主要纠正旋转或成角移位。可根据骨折部位、类型，结合骨折断端肌肉牵引方向，将骨折远段连同与之形成一个整体的关节远端肢体，或旋转或屈伸（图11-15、11-16），共同牵向骨折近

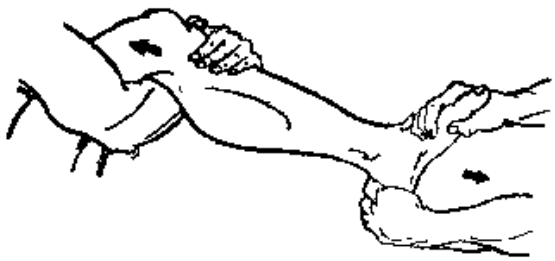


图 11-14　牵引手法

图 11-15　旋转手法

1　　2

图 11-16　屈伸手法

1.伸直型肱骨髁上骨折；2.屈曲型肱骨髁上骨折

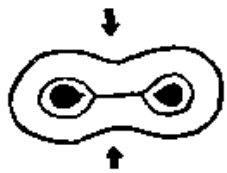
段所指的方向，使骨折远、近段轴线相对，成角畸形也就矫正。

④ 端挤提按：畸形纠正后，用此法纠正侧方移位。术者一手置于骨折近段，另一手握住骨折远段，或左右端挤，或上下提按，手指直接用力，作用于骨折断端，迫使断端就位。

⑤ 摇摆触碰：经过上述手法，一般骨折即可基本复位，但横断或锯齿状骨折的断端间可能仍有裂隙，可用此法使骨折面紧密接触。术者用两手固定骨折部，令助手在维持牵引下稍稍摇摆骨折远段，待骨折端的骨擦音消失、断端间有一种稳定感后，即表示断端已密切吻合。

⑥ 夹挤分骨：凡二骨并列部位(如桡尺、胫腓、掌、跖等骨)发生骨折，应由骨折部的掌背侧夹挤骨间隙，使骨间膜紧张，靠拢的骨折断端分开，骨折远、近段互相稳定，并列双骨折能象单骨折一样一起复位(图 11-17)。

1



2

图 11-17　分骨法(示意图)

1.分骨前；2.分骨后

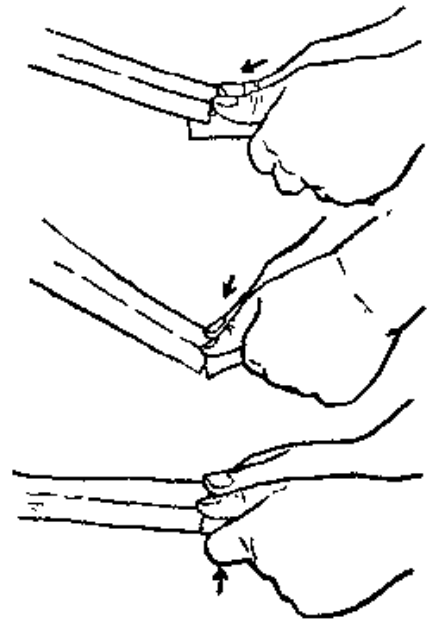


图 11-18　折顶手法

⑦ 折顶回旋，横断或锯齿型骨折，如患者肌肉发达，单靠牵引力量不能完全矫正重迭移位时，可用折顶手法。术者两手拇指抵压于突出的骨折一端，其他四指重迭环抱于下陷的骨折另一端。两手拇指用力向下挤按突出的骨折端，加大骨折断端原有成角，依靠拇指感觉，估计骨折远近断端的皮质骨已经相顶，而后骤然反折。此时，环抱于骨折远端的四指将下陷的一端猛向上提，而拇指仍然用力将突出的另一端继续向下推，重迭移位即可矫正（图 11-18）。肌肉肥厚的骨干骨折（股骨、肱骨），当骨折面背对背移位时，二骨折端之间往往夹有软组织，必须参照受伤的情况，以骨折移位时的相反方向，进行回旋手法，使背对背的骨折断端变成面对面后，再整复其他移位(图 11-19)。

⑧ 按摩推拿：主要是调理软组织。可沿着肌肉肌腱、血管、神经的行走方向，用推拿按摩手法，顺骨捋[音罗，luō]筋，达到散瘀舒筋的目的。

⑵ 切开复位：手法复位失败时采用，也适用于有神经血管损伤需

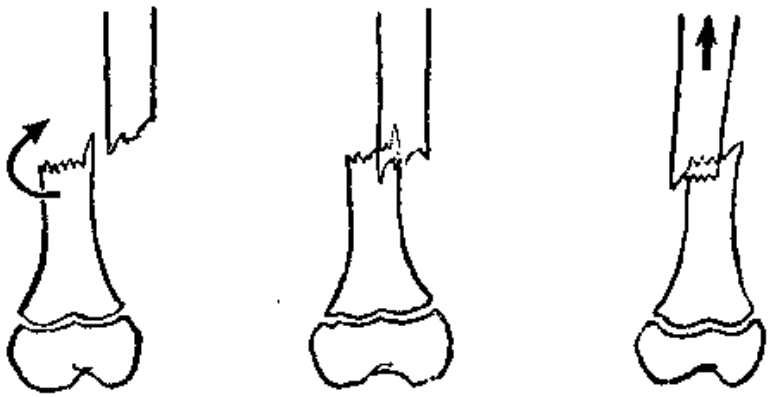


图 11-19　回旋手法

用手术探查时。

2．合理固定　骨折复位后，为了保持骨折在整复后的位置，必须加以固定，直到骨折临床愈合。但固定会限制肢体的活动，而活动又是保持肢体功能、促进血液循环、增强物质代谢、加速骨折愈合的重要因素；但活动却能影响固定。因此，如何解决固定与活动的矛盾，正确处理两者之间对立统一的辩证关系，是治疗骨折的重要关键。一般地说，固定必须从肢体能够活动的目标出发，而活动又要以不影响骨折部的固定为限度，使两者互相促进。

小夹板固定是目前比较理想的方法，它既能起到对骨折愈合所需要的固定作用，又不妨碍肢体的功能活动，适用于大多数骨干骨折。方法是：在骨折处用中草药外敷，利用力学原理，放置二点或三点纸压垫，然后在肢体周围按放3～5条小夹板或杉木皮，再用3～4条绷带包扎固定。松紧要适当。每天或隔天检查一下，如绷带松动，可加紧一些。

除小夹板固定外，有时需用石膏固定或牵引固定等方法，一般需在有条件的医院进行。

3．积极的功能锻炼　在复位后局部固定期间，应鼓励患者早期作适当的自动性运动（如病人肌肉乏力，尚不能自动活动时，可在医务人员帮助下，进行被动活动），以免肌肉萎缩和关节强直，并能促进局

部血液循环，加速骨折的愈合，缩短疗程，早日恢复工作能力。

4. 药物辅助治疗　祖国医学治疗骨折的经验非常丰富，除了手法复位和小夹板固定外，还适当地配合药物治疗，疗效更为显著。常用的有：

(1) 外敷药：主要作用是消肿止痛。可用鲜茜草根、鲜接骨木各适量，捣烂如糊状，和入蜂蜜少许，敷患处。也可用生大黄、生栀子各等分，研末调敷，或生栀子1两，加面粉黄酒敷患处。

(2) 内服药：可用卷柏1两，水煎汁，加黄酒红糖少许冲服；当归、赤芍、地鳖虫、丹参、骨碎补、泽兰叶、延胡索各3钱，桃仁2钱，水煎服；成药跌打丸，每服1～2丸，日服三次等。

思　考　题

骨折如何诊断？处理原则包括哪几方面？

十二、脱　　位

脱位又称脱臼，是指正常的关节面的相对关系因外力作用或病理破坏而发生移位。常有关节囊破裂、韧带或肌腱损伤等同时存在。有时可并发骨折。

（一）下颌关节脱位

下颌关节由下颌骨的关节突与颞骨的下颌关节窝构成。打呵欠或大笑时张口过大，可致该关节脱位。经常脱位可造成习惯性脱位。

症状　脱位后不能张口，局部疼痛。下颌骨髁状突向前移位而突起，耳屏前有凹陷。

治疗　手法复位。病人靠墙坐低凳上，术者两拇指缠纱布，分置于两侧下磨牙上，其余手指在口腔外紧握下颌骨体部，拇指用力向下压，其余各指将下颌骨体向上抬，再将下颌骨轻轻向后方复位。复位后1～2周内不要过分张口。

（二）肩关节脱位

肩关节由肩胛骨的关节盂和肱骨头的关节面构成。因关节活动范

围大，关节盂浅，跌倒时外展的手或肘着地，容易发生脱位。

症状 肩部剧痛，病人常用健手托住患肘。肩峰突出，形成“方肩”畸形。患手不能达到对侧肩部。必要时可拍X线片以了解脱位情况及有无合并骨折。

治疗 应早期复位。脱位时间短者可不用麻醉（有时需用全麻）。病人仰卧，术者站在脱位侧，将一足抵在患侧腋窝靠胸壁处，双手握患肢腕部，用力牵引并逐渐内收，即可复位（图11-20）。复位后用绷带将患肢固定在胸前2～3周。

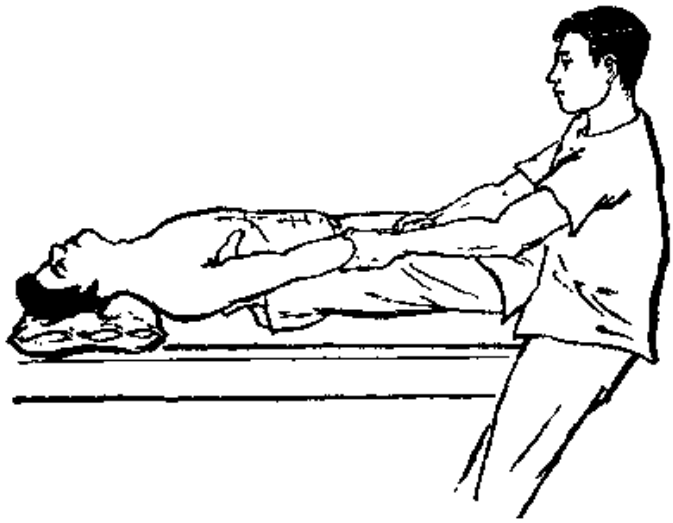


图11-20 肩关节脱位复位

（三）肘关节脱位(图11-21)

肘关节由肱骨下端和尺、桡骨上端的关节面构成。脱位多见于少年及青壮年。可分为前脱位和后脱位两种，后者多见。常因跌倒时肘

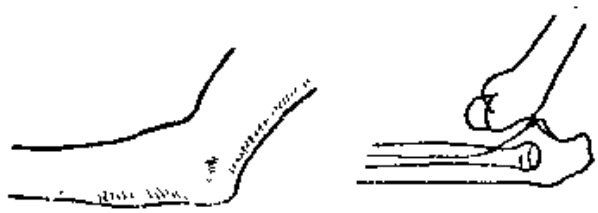


图11-21 肘关节后脱位

关节在伸直位，手先着地所致。尺骨鹰嘴滑脱到肱骨下端的后方。

症状 肘部肿胀，不能活动，呈半屈曲状。尺骨鹰嘴向肘后凸出，肘后三骨点正常关系有所改变（正常时尺骨鹰嘴尖端与肱骨内、外上髁在肘伸直时成一直线，在肘屈曲时成一等腰三角形，详图 11-22）。

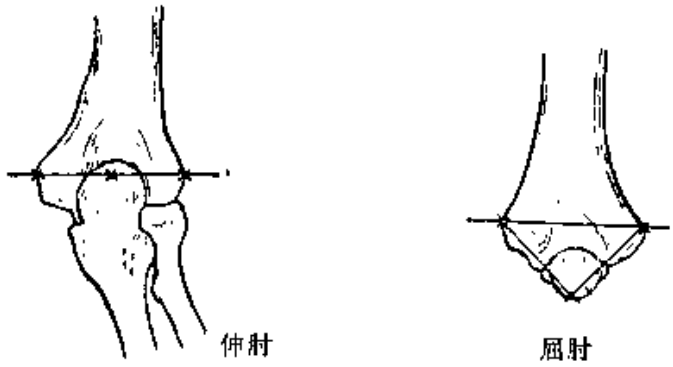


图 11-22 肘关节三点的正常关系

治疗 应及早复位。复位方法：在针麻、局麻或全身麻醉下，病员坐或仰卧，术者一手握住患侧手腕，另一手握住肘关节上方，助手帮助固定上臂，进行牵拉，此时将肱骨下端推向后方，逐渐屈曲前臂，即可复位(图 11-23)。复位后，用石膏托将肘关节固定在屈曲 90°，约二周后拆石膏，并锻炼功能。

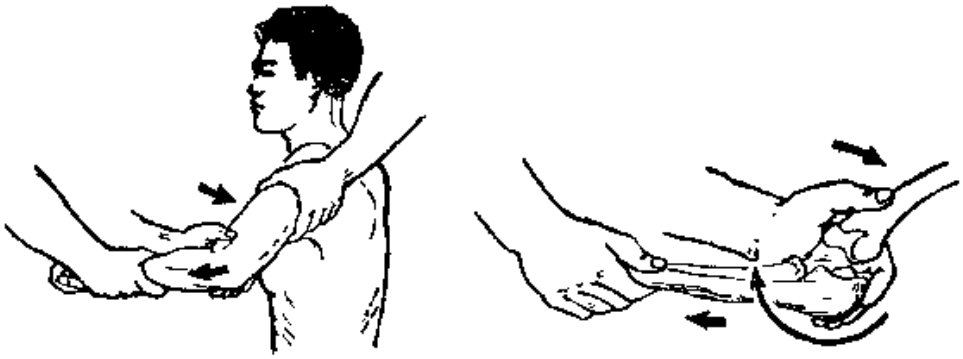


图 11-23 肘关节脱位复位

（四）桡骨头半脱位

患者多为儿童，以 2～4 岁者常见。因 4 岁以下小儿的桡骨头发育

不全，环状韧带松弛，上肢被成人牵拉时，易发生半脱位。此时肘关节保持在半屈曲位置，前臂旋转困难，上肢不能高举，疼痛。

治疗 复位时，屈肘至90°，来回旋转前臂，即能达到复位。不需固定。

思 考 题

试述常见脱位的诊断要点及复位方法。

十三、颅脑外伤

颅脑外伤是一种常见的外伤，大多是劳动人民在劳动中受到的意外损伤，在车祸及战争中也常发生。严重的颅脑外伤，常威胁着阶级兄弟的生命。所以，我们必须遵照毛主席关于“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”的教导，克服一切困难，对伤者及时作出正确的诊断并积极加以抢救。

头部在外力作用下，可发生头皮损伤、颅骨骨折及脑损伤。这三者都属于颅脑外伤，可分别发生，但也可同时出现。

（一）头皮损伤

头皮血液供应很丰富，轻度的钝性打击可引起皮下血肿，范围较小，局部隆起，有压痛。较重的，可引起帽状腱膜下血肿，并可向四周扩散。一般较小的头皮下血肿可待其自行吸收，不需特殊处理。较大的帽状腱膜下血肿，可在严密的无菌操作下，进行穿刺，抽去血液后进行加压包扎。一般穿刺数次即可痊愈。

开放性的头皮损伤，出血厉害，应紧急处理，及时进行清创术，并注意有无异物及合并颅骨骨折。有异物应去除。伤口一般可作一期缝合。

（二）颅骨骨折

1. 颅盖骨骨折 可分为线状骨折及凹陷骨折。线状骨折大多不需特殊治疗。如有凹陷骨折，伤口有脑脊液流出或同时有脑损伤，则需及时处理。必要时需进行手术治疗。

2. 颅底骨折 头部外伤后如有脑脊液或血液由耳鼻流出，或有眼睑皮下及眼结膜下瘀斑等情况，则很可能有颅底骨折。应即送医院治疗。

若有血、脑脊液经耳、鼻外溢，禁止作耳鼻孔冲洗或填塞，并应注意口腔卫生，以免引起颅内感染。应使伤员取半卧位，使用抗菌药物预防感染。脑脊液外漏一般多能自愈。如二周后仍未愈合，需考虑手术治疗。

（三）脑损伤

脑损伤可按受伤程度的轻重，分为脑震荡和脑挫裂伤。二者实际上无明显的界限。脑震荡时，脑组织一般没有明显的病变，主要是暂时性的脑功能紊乱。脑挫裂伤时，脑组织发生不同程度和不同范围的水肿、出血、坏死甚至撕裂。

1. 脑震荡 可根据以下几点诊断：

(1) 头部有外力打击的伤痕。

(2) 受伤后立即出现短暂的意识丧失。一般不超过15～30分钟。

(3) 常有明显的近事遗忘症，对受伤的经过不能回忆。伤员常有头晕、头痛，有时有恶心、呕吐。

(4) 脉搏、血压、呼吸、体温等无变化，神经系统方面无阳性体征。

应该指出，受伤后没有立即出现意识丧失，不应视为脑震荡。

治疗 多能自愈。但为了避免遗漏颅内继发其他病变（如颅内血肿，包括硬膜外血肿、硬膜下血肿、脑内血肿等，这类血肿发展很快，不及时抢救可危及生命），所以对脑震荡伤员应严密观察2～3天，注意伤员的神志、瞳孔、脉搏、血压及呼吸等，其中以神志最为重要。伤员一般休息7～10天左右。有头痛、头晕、恶心、呕吐者，可用药物对症治疗。中草药可用花生藤、墨莲草、仙鹤草、女贞子、桑椹、合欢皮、蚌壳各1两，用水2,000毫升煎取360毫升，加糖适量，每服1～2匙，每日3次，对头晕、头痛等后遗症有帮助。十分重要的是，应对伤员作精神上的鼓励，发扬革命乐观主义精神，这样不仅能促使伤员早日恢复，还能防止后遗症的发生。

2. 脑挫裂伤　诊断要点如下：

(1) 昏迷程度较深，时间较长，可达数小时以至数日、数周。

(2) 有脉缓、血压升高、呼吸深而慢、体温上升等表现。

(3) 可有偏瘫、失语等局灶性症状。多有较长期的剧烈头痛。

(4) 腰椎穿刺脑脊液呈血性。

(5) 如有深昏迷、角弓反张、两侧瞳孔散大或缩小、对光反应消失、双侧划跖试验等神经系统病理反射阳性时，表示有脑干损伤。

治疗

(1) 颅内压增高者伤员取头高位。昏迷者细心护理，防止并发症。注意营养和水电解质的平衡。

(2) 给氧。呼吸困难严重时，应作气管切开。

(3) 高热：可用物理及药物降温。

(4) 惊厥时用巴比妥类药物镇痉。

(5) 脱水治疗：一般可用50%葡萄糖液40～60毫升，每日2次静脉注射。脑水肿严重时可用甘露醇或山梨醇等脱水剂。

(6) 密切观察神志、瞳孔、脉搏、血压、呼吸及其他体征变化。

(7) 头晕、头痛等后遗症可用中草药治疗（同脑震荡）。

思考题

1. 颅脑外伤有哪几种？诊断时要注意些什么？

2. 头皮损伤、脑震荡如何治疗？

十四、烧　伤

烧伤（也称灼伤、烫伤）是在日常劳动生产和战争时期常见的损伤。过去，一些坚持形而上学的资产阶级医学“权威”，曾武断地认为，烧伤面积超过50%，多数要死亡；超过80%，或三度烧伤超过30%，就“死亡不可避免”。但是，用毛泽东思想武装起来的我国广大医务人员，发扬了大无畏的革命精神，早已超越了这个医学上的“极限”，抢救了许多大面积烧伤的阶级兄弟的生命。特别是从无产阶级

文化大革命以来，在毛泽东思想光辉照耀下，我国成功地抢救了多例特大面积严重烧伤(烧伤总面积90%以上、三度烧伤80%以上)，在烧伤治疗史上写下了新的一页。

烧伤原因常见的有以下几种：

(1) 热力烧伤：如沸水、蒸气、火焰等。

(2) 化学烧伤：如强酸、强碱等。

(3) 电烧伤：如触电、闪电伤等。

(4) 放射能烧伤：如原子能、深度X线等。

局部组织的烧伤程度决定于皮肤温度的高低和接触时间的长短，烧伤的全身严重程度及预后，决定于烧伤的面积、深度、性质、年龄

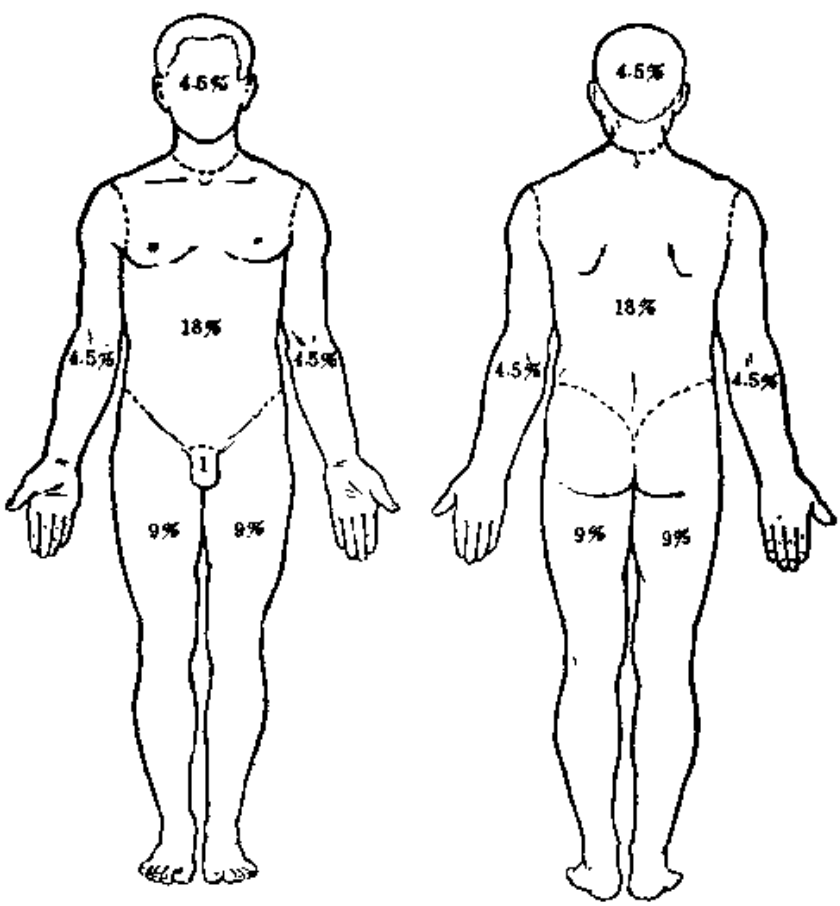


图 11-24　烧伤面积估计法（九等分法）

及机体在烧伤前的健康状态。烧伤面积愈大，深度愈深，则愈严重。

烧伤面积的计算 烧伤面积大小是以烧伤占全身皮肤面积的百分数来表示的，常用计算烧伤面积的方法有以下二种：

1. 九等分法（图11-24） 将全身皮肤面积共分为11个9%，即头颈部占9%，前后躯干各占2个9%，双侧上肢各占9%，双侧下肢各占2个9%，外生殖器及会阴部占1%。

2. 手掌法（图11-25） 病人自己的手掌面积，作为全身总面积的1.25%。此法常用于计算散在的小面积烧伤。

烧伤的分度（图11-26）

1. Ⅰ度烧伤 仅损伤表皮层。局部发红、肿胀和轻度疼痛。一般3～4天后痊愈，有的仅脱落一层表皮，不留疤痕。

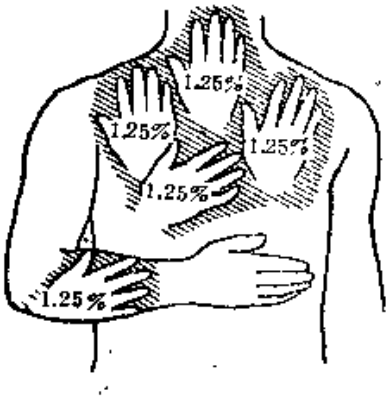


图11-25 手掌法

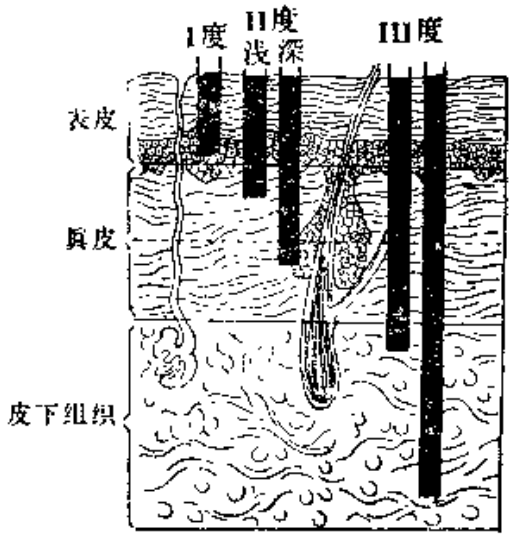


图11-26 烧伤的分度

2. Ⅱ度烧伤 损伤真皮层，又可分为浅Ⅱ度和深Ⅱ度烧伤：

浅Ⅱ度烧伤：损伤达到真皮浅层，可有水泡，水泡破后露出潮红创面，有渗液，局部肿胀，疼痛剧烈。如无感染，1～2周后痂皮脱落而愈合，不留疤痕。

深Ⅱ度烧伤：损伤达到真皮深层，有水泡，水泡底面苍白色，其中有红色小点。局部肿胀，疼痛不太剧烈。易引起感染。一般3～4周

才能愈合，常留有疤痕。

3. Ⅲ度烧伤　损伤波及皮肤全层或皮下组织，甚至达到肌肉、骨头。局部干燥，失去弹性，色苍白或焦黑，疼痛不剧或无痛。易发生感染。需3～4周后焦痂脱落，再待上皮生长或经植皮后才愈合，留有显著的疤痕。

全身症状　小面积烧伤无明显全身症状。大面积或深度烧伤可表现不同程度的全身症状，如休克、毒血症、败血症、贫血和肾功能衰竭等，伤情严重或处理不当，可造成死亡。

治疗　烧伤的治疗，尤其是大面积烧伤的处理，是一项十分紧急而又艰巨的任务，医务人员必须以白求恩同志为榜样，以高度负责的精神，全力进行抢救。在抢救过程中，要注意用毛泽东思想教育伤员，充分发挥伤员的主观能动作用，以坚强的毅力，积极配合治疗，直至痊愈。

1. 小面积轻度烧伤的治疗

(1) 止痛：伤后短期内常有剧烈的疼痛，可给服止痛片、镇静剂，针刺足三里、合谷、内关(适用于胸腹部烧伤)或耳针相应部位加神门、交感（四肢烧伤)。必要时可注射杜冷丁、吗啡等。

(2) 局部处理：Ⅰ度烧伤，局部清洁后涂上龙胆紫或油膏即可；如局部充血红热、剧痛明显，可用冷水、冷盐水、食醋或茶叶水等冷湿敷。Ⅱ度烧伤，用肥皂水或生理盐水冲洗创面及周围皮肤，用注射器抽去疱液，然后用油纱布覆盖创面，外用消毒纱布、棉垫包扎，2～4天换药。头面、会阴和躯干的烧伤采用暴露疗法较好。天气炎热时更适用。Ⅲ度烧伤，应用生理盐水清洗，剪去游离的表皮及污物，并清洁包扎；焦痂可待其自行分离脱痂，但在手部及关节处的焦痂，为了恢复功能，应及时切除并作大块自体皮移植。二至三度烧伤，还可外用中草药(或中西结合的药物)治疗，详见附方。

(3) 其他处理：应注意患者的全身情况，特别是小儿、老年或体质差者，应防止出现严重的全身反应，一旦出现，要及时加以处理。

2. 大面积烧伤的治疗　原则上应就近送医院抢救。但最好先进行必要的现场急救，特别是积极防治休克；在转院途中，要密切观察病

情，及时处理。

(1) 现场急救：如在火烧伤现场，应组织力量迅速扑灭火源，抢救出伤员，小心脱去烧焦或湿透的衣服，必要时可用剪刀把粘附皮肤的衣服剪开，而不应强行撕开。注意保暖，用消毒的敷料、布巾或干净的衣服保护创面。不要用水冲洗创面，或在创面上擦油。如为强酸或强碱的烧伤，则可用大量清水冲洗。

(2) 防治休克：应注射杜冷丁、吗啡等止痛。同时，给予输液。适量的液体补充，可纠正因体液渗出所引起的血容量不足和水、电解质平衡的紊乱，是防治休克的重要措施。可按具体情况输用葡萄糖盐水、右旋糖酐、血浆或全血等。同时，对于尚能口服的患者，可给服中草药栀子饮（栀子、银花、黄芩、生地、沙参、石斛、麦冬各3钱，枇杷叶、枳壳各2钱，陈皮、甘草各1.5钱）、茅根汤（茅根、芦根各1两，野菊花、蒲公英、银花藤各5钱，竹蔗2两，甘草2钱）或银车烧伤饮料（银花1两、车前草2两，水煎后加碳酸氢钠0.6克、乳酸钠0.6克、复合维生素B液50毫升，水加至500毫升）等。

(3) 创面处理：包括清创、包扎或暴露疗法、外用中草药、焦痂处理、植皮等，应在医院内进行。

(4) 防治败血症：手术及换药时注意无菌操作。使用有效的抗菌素，一般先以青、链霉素合用，以后要改用或加用广谱抗菌素，必要时选用其他新型抗菌素。亦可服用抗菌的中草药，如金银花1两、鱼腥草1两、甘草1钱、马齿苋1两，水煎成400毫升，每服50～150毫升，日服2次；或在上方中再加十大功劳叶、柴胡各5钱。此二方可单用（30%以下烧伤），或与抗菌素合用（30%以上烧伤），以减少抗菌素用量。

(5) 预防破伤风：面积大或深的烧伤，应注射破伤风抗毒素1,500国际单位。

(6) 其他：对于气血不足脾胃虚弱的病员，应在补益气血、调理脾胃的基础上补充营养，一般常以参术苓草汤或鸡血藤汤为主，随症加减；在治疗期间，应注意保持关节于功能位置，并尽早开始功能锻炼，以促进肢体恢复，必要时进行整形手术；等等。

〔附〕 治烧伤外用药处方介绍

1. 烧伤油 将生石灰置清水中搅拌，澄清后，去浮皮，取中间清水加等量植物油调成。

2. 黄连油 黄连10克，植物油100毫升，制成10%油剂。

3. 烧伤粉

(1) 煅炉甘石500克，硼砂10克，氯霉素粉5克，冰片9克，研末(愈细愈好)，过筛并混合，瓶装备用。用时均匀撒于创面上，作暴露疗法。适用于浅Ⅱ度创面。

(2) 煅炉甘石500克，硼砂20克，白芨400克(烤烘后研末)，氯霉素粉10克，冰片20克，研末(愈细愈好)，过筛并混合，瓶装备用，或制成30%麻油混悬液。适用于Ⅱ度及Ⅲ度创面。

(3) 黄柏3钱，当归3钱，川芎3钱，一见喜2钱，研粉过筛，混合备用。可直接撒在创面或制成油纱布敷盖创面。

(4) 虎杖根适量，研粉过筛。可直接撒在创面上或制成油纱布敷盖创面。止痛消炎作用良好。

思 考 题

1. 烧伤可分几度？如何区分？烧伤面积怎样估计？

2. 如何治疗小面积轻度烧伤？万一遇到大面积重度烧伤，你打算在转院前或转院途中采取一些什么措施？

十五、小腿慢性溃疡

小腿慢性溃疡俗称“老烂脚”。大多由于下肢静脉曲张，局部瘀血，使皮肤营养不良，受轻微外伤即发生感染，发展而成。少数则是结核、麻风、肿瘤、神经系统失调等原因造成。

症状 好发于小腿下⅓前内方，局部皮肤溃烂，长期不愈合。溃疡周围皮肤乌黑，下陷，僵硬。结核性溃疡，边缘呈潜行性，分泌物为淡色稀薄脓液。恶性肿瘤溃疡，表面高低不平，呈菜花状。

治疗

1. 溃疡渗液多，周围红肿感染者，应用抗菌药物，局部给予 1‰雷佛奴尔溶液湿敷或换药，渗液少者可用油纱布换药。

2. 溃疡愈合慢，表面渗液少，可用胶布粘贴法，抬高患肢，3％双氧水清洗后，用 3 厘米宽的胶布数条，由下向上逐条横贴于溃疡面上，并围绕整个小腿周径，两条之间要重迭⅓，上下要超过溃疡面 3～4 厘米。一般 1～2 周更换一次。如粘贴胶布后远端肢体血循环差或极度疼痛时，需将胶布解除，并将患肢抬高。

3. 中药海螵蛸煅黑研粉，越细越好，醋麻油涂患处，日 2 次，外用清洁布包，可使溃疡很快好转。必要时可用东方 1 号油膏(即苍术、黄柏、汉防己、木瓜、白芷、白蔹、地榆、郁金各 1 两，煅炉甘石粉、煅石膏粉各 12 两，麻油或其他食油 2 斤，配制而成）外涂，治疗一个时期，可获满意疗效。

4. 明确造成溃疡的原因，针对病因进行治疗。

十六、下肢静脉曲张

下肢静脉曲张主要发生在下肢的大隐或小隐静脉，是劳动人民的常见病。病因主要为先天性静脉壁薄弱，其次与长期站立以及长期腹内压增高(妊娠、盆腔肿物)等因素有关。

症状 多发生在中年男性。主要表现为下肢（尤其小腿）静脉隆起、扩张、弯曲，站立时更明显。多走路时可有胀痛感，容易疲劳和足背部出现水肿。严重者可影响劳动。

常见并发症：(1) 曲张静脉结节破裂：往往轻度外伤引起大量出血。(2)静脉炎和静脉血栓形成：局部有硬索，疼痛。(3)形成慢性小腿溃疡。

治疗

1. 下肢静脉曲张一般以手术治疗为主。

2. 轻度的可用弹性绷带包扎法，注意应从下往上包扎，也可于曲张静脉内注射 5％鱼肝油酸钠 1～2 毫升，注射后加压包扎。

3. 新鲜蚯蚓数条，捣烂敷曲张处，一天一换（皮肤如起水疱可涂

龙胆紫)。

4. 腹压增高引起者应去除原因。

5. 并发症的治疗

(1) 曲张静脉破裂出血,可抬高患肢,局部用纱布加压包扎止血。如无效可在局麻下作一小切口,结扎止血。

(2) 静脉炎和血栓形成:卧床休息,抬高患肢,局部热敷,有全身症状应用抗菌素。

(3) 下肢慢性溃疡:治法详前。

思 考 题

下肢静脉曲张对劳动人民的健康有什么影响?如合并出血、静脉炎或小腿溃疡,如何治疗?

十七、肛门、直肠疾病

(一) 痔

痔(痔疮)是成年人常见的疾病。直肠下端肛门周围的静脉发生曲张,形成静脉团,就称为痔。位于肛门齿线以上、粘膜覆盖的叫内痔;位于肛门齿线以下、皮肤覆盖的叫外痔(图 11-27);内痔和外痔同时存在叫混合痔。引起痔的原因主要是长期站立、坐,使肛门处静脉血流不畅、血液瘀积。怀孕、腹内肿瘤、肝硬化等增高痔静脉压力的因素,都是这一疾病的诱因。

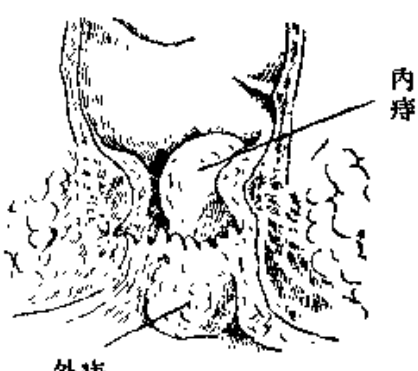


图 11-27 内痔和外痔

症状

1. 内痔 开始在大便硬结时,大便表面有鲜血;以后大便后血从肛门点滴流出。严

重者痔核可脱出，引起胀痛、炎症。

2. 外痔　一般很少有症状，大便后可有刺痛感。肛口皮肤有皱迭，称为“皮赘”。如外痔的曲张静脉发生栓塞时（外痔栓塞），则疼痛剧烈，局部肿胀，颜色发紫。如糜烂破溃，也可出血。

预防

1. 多吃蔬菜，多饮水，少吃辛辣刺激食物，少喝酒。

2. 养成定时大便的习惯，防止便秘。

3. 注意肛门卫生，经常清洗。

治疗

1. 轻度内痔可用对症疗法，每晚服液状石蜡 20～30 毫升，使大便软化，或肛门内放置痔锭，每晚 1 次，亦有帮助。

2. 一般痔疮均可应用挑治疗法（详 100 页）。

3. 常有出血的小内痔可用注射疗法，在肛门镜下，以红汞消毒粘膜，于粘膜下痔静脉丛周围注入 5 %鱼肝油酸钠 0.3～0.5 毫升，每次可注射 2～3 个痔核，每周 1 次，连续 3～4 次。也可注入枯痔油（即用精制食盐 8 克，加入 100 毫升甘油内，加热溶解后，与石炭酸 2 毫升混合而成），每次注入量以使痔核充满为度，但不超过 20 毫升。注后隔 7 天检查，如未脱落，再次注射。此法可使痔核纤维化，变硬收缩，达到止血、缩小或脱落的目的。

4. 新针疗法　长强、会阴、三阴交、承山，或大肠俞挑刺并针承山。

5. 手术治疗　经非手术治疗无效，症状严重，有脱垂、出血多或环状花圈痔等，可用手术治疗。方法有痔核结扎、痔核切除、痔环切除术等。

6. 外痔无症状者不需处理。如有外痔栓塞，可热水坐

浴，服缓泻剂。如仍无效，可在局麻下切除血栓。

7. 中草药：桃仁3钱、火麻仁2钱、郁李仁3钱、地榆3钱、槐花3钱、黄芩3钱、防风1.5钱，水煎服，一日2次分服，有润便、止血、消炎、止痛作用。或用枳壳5钱，防风、五倍子各3钱，水煎服，对痔核脱垂有效。如治疗中痔脱落出血，可用地榆3钱、黄芩3钱、黄连3钱、党参3钱、白芨4钱、五倍子2钱、芒硝3钱、甘草3钱，水煎服。

（二）肛裂

肛裂是指肛管皮肤的全层裂开或并有慢性感染溃疡。通常发生在肛管皮肤后或前正中线处，常因粪便干硬、粗暴的肛门检查以及肛管齿线附近组织感染破溃而引起。大便时肛门剧痛，便后疼痛持续数分钟至数小时，并常有少量出血，鲜红色。

防治

1. 防止大便干结，必要时可服缓泻剂。

2. 用热水或高锰酸钾溶液坐浴。

3. 封闭疗法：用0.25～0.5%普鲁卡因10～20毫升注射于肛裂底部及两侧括约肌处，每2天1次。

4. 以20%硝酸银烧灼肛裂溃疡面，灼后用淡盐水清洗，可促进愈合。

5. 青麟丸日3次，每次2～3钱。或用麻子仁丸（见207页）。

6. 手术治疗：陈旧肛裂可考虑手术治疗。

（三）肛门直肠周围脓肿

肛门直肠周围脓肿俗称“夹疖”，多因肛门直肠交界处的组织破损发生细菌感染，例如肛窦炎，感染向周围深处扩散并局限化脓而成。包括肛旁皮下脓肿、坐骨直肠窝脓肿、

骨盆直肠窝脓肿或直肠后窝脓肿。

症状 位置浅表的如肛旁皮下脓肿，局部有红肿、疼痛，排便时加剧；脓肿破溃后可形成经久不愈的肛门瘘管。其他几种位置较深，局部症状不大严重，表面红肿不显著，但可有排尿不适、肛门下坠感等症状，并往往有怕冷、发热、食欲不振等全身症状。直肠指检可发现有压痛或波动感。

治疗 早期可用热水坐浴，应用抗菌药物或服用清热解毒的中草药。如已有脓肿形成，应及早切开引流。

（四）肛瘘

肛瘘是肛管、直肠下端与肛门周围之间的慢性瘘管，多因肛门直肠周围脓肿破溃或手术引流后所造成。肛门口周围皮肤可有一个或几个外口，常有脓液或粪汁流出。急性炎症时局部有红、肿、疼痛。用手指可摸到瘘管处有硬索状物。约15%左右的肛瘘是结核性的。

治疗 可用挂线疗法或手术将瘘管切除。在急性感染发作期可给予止痛、通便、抗感染及热水坐浴等。结核性者尚需用抗痨药物。

（五）脱肛

直肠的粘膜层或直肠全层肠壁脱出肛门外，称为脱肛，常由于慢性腹泻、便秘或长时期慢性咳嗽引起，多见于老年人及小儿。脱出的直肠在初期尚易回复，但久后易因受刺激而发生慢性炎症，以致不易回纳，常可发生红肿、糜烂。

防治 一般轻症如除去致病因素后，脱肛可自愈。较为严重者，或已不能回纳、发生糜烂的，须根据病情采取以下措施：

1. 骶骨前封闭 用0.25%普鲁卡因60～100毫升作骶骨前封闭（见1302页）。

2. 酒精注射　在直肠壁周围注入无水酒精使直肠与周围组织发生粘连，此法适用于小儿。

3. 明矾液注射　局麻下，在距肛门 1.5～2 厘米处，选时钟的 3、6、9 点位置，用腰麻针头刺入 8 厘米，另一指在肛门内作引导，将 8 %的明矾液缓缓注入，每点注 6～8 毫升，一次总量 20～25 毫升，隔 7～10 天后可重复一次，可获显著疗效。

4. 中药五倍子、煅牡蛎、煅龙骨各 5 钱，研成细末，散布于粘膜上，或做成 50%软膏涂布，再行复位。内服补中益气汤（方见 219 页）也有帮助。

5. 新针疗法：以百会穴为主穴。如大便干燥、排便费力、直肠脱出后红肿及刺痛者，可加刺天枢、足三里、长强、大肠俞，体弱乏力者，可灸百会、神阙、气海等穴。也可灸百会，针承山、长强（强刺激），或耳针直肠下段、神门，配皮质下。

6. 必要时手术治疗。

思　考　题

常见的肛门直肠疾病有哪些？如何处理？

十八、腹股沟疝

腹内脏器经腹股沟管的一部或全部而突出于体表者，称为腹股沟疝。临床上可分为两种：疝囊由腹股沟管内环出来，经腹股沟管斜行，直至由外环穿出而突入阴囊（或阴唇）者，称为腹股沟斜疝；疝囊由腹股沟三角区直接向腹股沟外环突出者，称为腹股沟直疝。

腹股沟管位于腹股沟韧带内上方，成人管长约 3.5～4.5 厘米，有内、外两口及前、后、上、下四壁。在男子，管内容有精索；在女子，管内容有子宫圆韧带。管的前壁是皮肤、皮下组织及腹外斜肌腱膜，

外环处尚有腹内斜肌纤维；后壁是腹横筋膜和腹膜，内环处尚有腹横肌和腹内斜肌构成的联合肌腱；上壁是腹内斜肌和腹横肌；下壁为腹股沟韧带和陷窝韧带。管的内口是精索（或子宫圆韧带）自腹内进入的地方，又称内环或腹环；外口则为精索（或子宫圆韧带）通入阴囊（或阴唇）的地方，又称外环或皮下环，大小约可容一指尖。

腹股沟三角是腹前壁部以腹壁下动脉为上界、腹股沟韧带为下界，腹直肌外缘为内界所构成的三角区。

（一）腹股沟斜疝

俗称“小肠气”或“疝气”，是各类疝中最常见的，也是农村常见病之一。发病原因为腹内压力升高和腹壁抵抗力不足，也有先天性的。

症状 早期可无明显自觉症状，主要是站立或行走后腹股沟部出现柔软的肿块，平卧休息时可自行消失。病程长、疝块大及疝内容物多的晚期患者，则可有局部下坠感，或因肠系膜受牵拉而感腰部不适、腹部钝痛等。

检查时，可于患侧腹股沟部发现卵圆形或梨形肿块，上端有粗大的蒂柄连接腹股沟深部，下端圆。男性患者，有时肿块可下坠到阴囊部；女性则在大阴唇上方。平卧时，用手将肿块向腹腔轻柔推压，可使肿块回纳腹腔，在回入腹腔时常可听到“咕噜咕噜”的声音。疝回纳后，以拇指压迫内环处，嘱患者站立或用力增加腹压，肿块并不出现；放开拇指，则肿块复现。在疝回纳后，用手指探查，可摸到宽大的外环，将手指插入腹股沟管，令患者咳嗽，指尖有冲动感。疝内容物如为肠管，有时叩诊可闻鼓音，听诊可闻肠鸣音。

如果突然发生肿块增大，不能回纳，且感到剧烈疼痛及腹痛，称为箝闭性疝，常同时有恶心呕吐等肠梗阻症状。箝闭性疝如不能回复而又不及时施行手术，疝囊内的肠管就会很快因缺血而坏死，称为绞窄性疝。

诊断 根据症状和检查，一般诊断并不困难。但男子的腹股沟斜疝，在临床上要与睾丸鞘膜积液(见后述)、髂腰部冷性脓肿、睾丸下降不全等作鉴别。

治疗

1. 一般均应手术治疗，作疝囊高位结扎及疝修补术。

2. 2岁以下婴儿可暂观察，部分可能自愈。

3. 因老年或其他疾病不能手术时，可用疝带减轻症状。

4. 嵌闭性疝不能复位或绞窄性疝，必须急症手术。

5. 中药金铃子3钱、小茴香8分、荔枝核3钱、橘核3钱、木香1.5钱，水煎服，有止痛和帮助回纳作用。

（二）腹股沟直疝

为后天性疝，主要是因为腹壁薄弱和腹内压长期增高所致，较腹股沟斜疝少见。多见于老年男性，特别是患有前列腺肥大、膀胱结石等所致的排尿困难，慢性支气管炎、肺气肿等所致的慢性咳嗽等病人。常为双侧性。肿块位于腹股沟内侧，耻骨结节处上方，呈半球形，基部较大，易于回纳，不易发生嵌闭，一般不降入阴囊。用手指经外环插入，可扪及后壁有缺损，咳嗽时亦有冲动感。

治疗 一般均应手术治疗。如暂不宜手术者，可用疝带或服橘核丸(方见215页)。

十九、股　　疝

股疝是腹膜及内脏经过股管而突出于股部卵圆窝处所形成。多见于中年妇女、容易产生嵌闭及绞窄。

股管是一个狭长的漏斗状间隙，连接在腹腔和股部之间，长约1～1.5厘米，有上、下两口和前、后、内、外四壁。上口也称股环，直径约1.25厘米，为股中隔薄膜所覆盖；下口为卵圆窝，是邻近腹股沟韧带和耻骨结节的一个椭圆形缺陷，亦有一层薄膜（筛筋膜）所覆盖。前壁为腹股沟韧带，后壁为耻骨肌筋膜，外壁为股静脉，内壁为陷窝韧带。

症状 患者自觉于腹股沟部卵圆窝处有肿物，站立及腹部用力时出现，平卧时缩小或消失。由于肿物不大，肥胖者可不发现，而于发生嵌闭或绞窄伴有剧烈疼痛时方来就诊。检查肿物在腹股沟韧带的下

方，耻骨结节的外下方，疝囊呈半球形，不易回纳，此点可与直疝相鉴别。此外尚需与结核性冷脓肿相鉴别，后者常有脊椎结核的症状。

治疗 应及早手术治疗。

二十、睾丸鞘膜积液

睾丸鞘膜平时能分泌少量浆液，睾丸可在其中自由滑动。同时，鞘膜本身又有吸收的功能，使其容量保持稳定。任何原因引起的睾丸鞘膜分泌亢进或吸收障碍，均可使睾丸鞘膜囊内贮积较多的液体而造成睾丸鞘膜积液。本病多继发于阴囊内容物外伤、炎症、肿瘤、结核等情况下。在丝虫病流行区，可由于丝虫病引起淋巴系统梗阻而发生。此外，也有部分患者是先天性的。

症状 患侧阴囊出现逐渐增大的肿块，躺下不能消失。一般无痛，直至积液达到一定程度，牵引精索时，可产生钝痛或牵扯感。在急性期，可因炎症引起的积液压迫壁层鞘膜而发生剧痛。大的鞘膜积液可使排尿发生困难。

检查时，阴囊肿大，呈囊性感，无触痛，上端与腹股沟管不相通，患侧睾丸不能摸到。嘱患者咳嗽，无冲动感。用手电筒从肿块的下面或侧面照亮，在阴囊上可观察到红色透光现象，称为透光试验阳性。根据以上特点，可与腹股沟斜疝相鉴别。

治疗

1. 婴儿时期少量鞘膜积液可自行消失，不必急于治疗。

2. 急性炎症时须卧床休息，提高阴囊，用0.25～0.5%普鲁卡因作精索封闭，热敷，注射青霉素或内服清热解毒消肿的中草药。

3. 慢性鞘膜积液最好手术治疗，作鞘膜反转术。1岁以下的婴儿，可在严密消毒下穿刺排液。

思 考 题

腹股沟疝、股疝、睾丸鞘膜积液是如何形成的？互相之间如何鉴别？

二十一、肌腱及肌肉劳损

骨胳肌由肌腹和肌腱两部分组成（图 11-28），肌腱附着在骨头上。如果肌肉过度疲劳，或者过度强烈收缩，使腱或肌膜部发生损伤，就要出现酸痛等症状，叫做肌腱或肌肉劳损。例如劳动中常见的扭伤、憋伤（屏住气使大劲所致）等都是，好发于腰部和四肢。

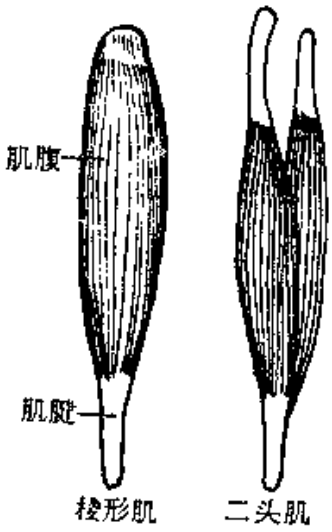


图11-28　骨胳肌的肌腹和肌腱

症状　局部酸、痛、重、麻等。慢性期症状较急性期轻微。急性期劳损肌肉有痉挛、压痛，关节活动受一定限制。

预防　熟练劳动技术，逐渐提高劳动强度，合理安排工间休息，加强体育锻炼。

治疗

1. 急性期可考虑适当休息或改换较轻的劳动。

2. 推拿和拔火罐常能减少疼痛和促进恢复。

3. 新针疗法：根据不同的部位选用不同穴位。腕关节痛针外关、阳溪、阳谷；肘关节痛针曲池透少海；肩关节痛针肩髃、肩髎、肩贞、曲池；髋关节痛针白环俞、环跳、昆仑、委中；膝关节痛针阳陵泉透阴陵泉、膝眼、委中。

4. 中草药治疗　根据受伤部位而定，在胸胁部可内服瓜蒌薤白汤，在腰部服桃红四物汤（见 222 页）。四肢部可用桑枝、接骨木、伸筋草各 5 钱煎汤熏洗。

5. 局部敷贴伤湿止痛膏、活血风寒膏等。

6. 封闭疗法：醋酸氢化可的松 0.5～1 毫升与 1 %普鲁

卡因 2～10 毫升混合，痛点局部注射，每周 1～2 次。

二十二、腕部与手指的狭窄性腱鞘炎

本病多见于经常使用腕部和手指握力的人。由于腱鞘慢性劳损，发生纤维化、腱鞘增厚，使肌腱在鞘内活动受阻而引起症状。临床常见的有桡骨茎突狭窄性腱鞘炎以及拇指、中指的屈指肌腱狭窄性腱鞘炎。

症状 一般无外伤史。腕部桡骨茎突或拇指、中指周围有疼痛，桡骨茎突处有明显局限性压痛，局部无红肿。患手握拳并将腕屈向尺侧时，可引起剧痛（图 11-29）。手指腱鞘炎者在掌指关节掌侧有压痛，可触及硬结；手指伸屈时可有弹响或闭锁现象，所以又称“弹响指”。

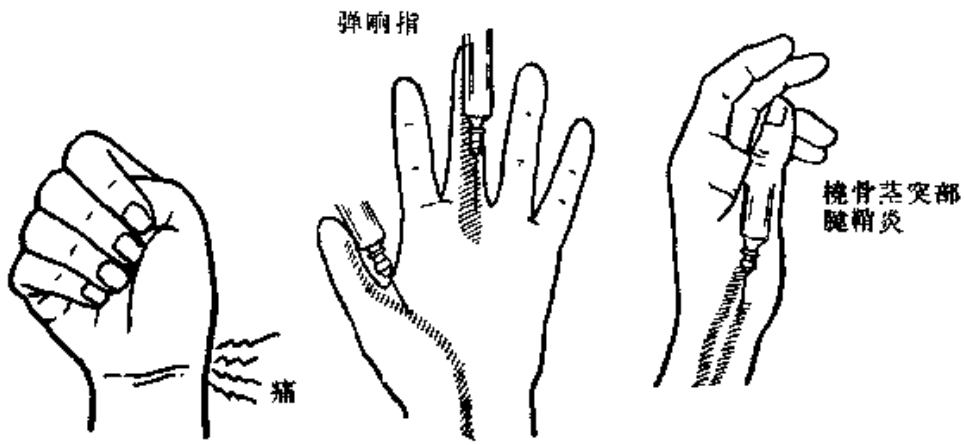


图 11-29 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎的检查

图 11-30 狭窄性腱鞘炎的封闭治疗
注：针头沿肌腱的直轴插

治疗

1. 局部休息，热敷或理疗。
2. 针刺合谷、阿是穴。
3. 推拿。
4. 醋酸氢化可的松 0.5～1 毫升加 1％普鲁卡因 2～3 毫升作腱鞘内注射 1～2 次。方法：先摸清腱鞘增厚之处，一般多在掌指关节的

掌侧，局部常有压痛，并可触及硬结。用碘酒、酒精消毒局部皮肤，针头在离硬结远端约1.2～1.5厘米处沿肌腱长轴的方向斜行刺入，针头与皮肤约成20～30°角度，将针尖刺入增厚的腱鞘与肌腱之间，然后将药液注入(图11-30)。

5．以上方法无效，可作腱鞘切开手术。

思 考 题

1．肌腱、肌肉劳损和狭窄性腱鞘炎怎样治疗？

2．作一次狭窄性腱鞘炎的封闭治疗，熟悉方法、步骤及药液的准备。

二十三、腰 背 痛

腰背痛是劳动人民最常见的疾病之一。引起腰背痛的原因很多，常见的原因有急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、腰椎间盘突出症等。其他如脊椎结核、肾脏疾患、妇科疾患等也可引起腰背痛，须注意鉴别。

(一) 腰肌劳损

腰肌劳损是慢性腰痛的常见原因。多数由于长时间弯腰和负重动作，使腰部肌肉、韧带发生撕裂、充血、水肿等改变；劳动时用力不当造成急性腰部扭伤而未及时治疗，也可演变成慢性劳损。

症状 腰部经常疼痛，常局限在一个部位，也可放射到整个背部或臀部。劳累后症状加重，休息后减轻。检查腰部有局限性压痛点(图11-31)，严重时有腰肌痉挛(按压时，可感到局部肌肉呈痉挛性收缩)，活动受限。X线检查骨质无器质性改变可见。

治疗

1．卧硬板床，腰下垫一小枕头，使肌肉松弛。

2．新针疗法 环跳、委中、腰眼、肾俞及压痛点，或殷门、肾俞、阿是穴，用强刺激。如再加拔火罐，效果更好。耳针相应部位、神门，配皮质下。

3．推拿疗法(见102页)。

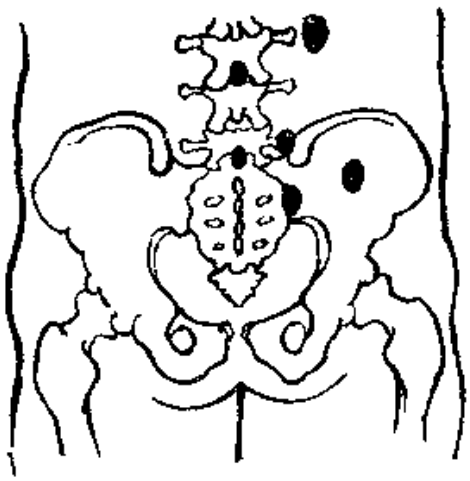


图 11-31　腰痛常见压痛点（图内黑点）

4．内服独活寄生汤(方见 213 页)或小活络丹，每次 1 丸，日 2～3 次。

5．压痛局限者可用醋酸氢化可的松 1～2 毫升加 1％普鲁卡因 5～10 毫升局部注射，每周 1～2 次。

（二）腰椎间盘突出症

本病是腰腿痛的主要原因，男性多见。患者多半有外伤史，但有时仅仅轻微的动作如弯腰拾物或扫地时不慎扭伤，亦可发生。病变多在第四与第五腰椎或第五腰椎与第一骶椎之间。椎间盘纤维环破裂，髓核脱出，压迫神经根，引起腰痛和同侧坐骨神经痛。

症状

1．患者有急性腰痛或较长时间的腰痛，反复发作，并向同侧臀部、大腿后面、小腿后外侧及足背外侧放射，咳嗽、喷嚏时加剧。

2．腰部脊柱向患侧或健侧突出，骨盆也有倾斜，脊柱活动受限。

3．在上述腰椎局部常有明显压痛，按压时疼痛可向下肢放射。

4．患侧下肢直腿抬高试验低于健侧，拇趾背屈力量减弱。

5．小腿外侧皮肤感觉迟钝。膝反射、跟腱反射减弱。有时患侧下肢肌肉有萎缩。

治疗

1．急性期卧硬板床休息，腰下垫枕，使腰椎过伸。

2．新针、拔火罐或推拿(间腰肌劳损)，亦可用理疗。近年来中国人民解放军空军某部军医冯天有从中西医结合的医疗实践中总结出新医正骨疗法，只凭熟练的双手，不需任何设备，为椎间盘突出症和腰背痛等症进行诊断和治疗，效果显著，深受广大工农兵患者欢迎。

3．服用跌打丸、小活络丹。急性期可用归尾、赤芍、桃仁、乳香、没药各3钱，水煎服；大便秘结者加大黄3钱（后下）。慢性者可服独活寄生汤。

4．压痛点局部注射醋酸氢化可的松(间腰肌劳损)。

5．上述治疗无效时，可考虑手术治疗，作髓核摘除术。

思 考 题

腰背痛是怎样引起的？试述其诊治原则。

二十四、关 节 炎

关节炎是影响劳动力较大的疾患，以前治疗效果常不满意。无产阶级文化大革命以来，广大医务人员实行中西医结合防治关节炎，取得了较好的成绩。

关节炎可分为感染性的和非感染性的两大类。属于前者的有化脓性关节炎、骨与关节结核；属于后者的有类风湿性关节炎、外伤性关节炎等。

（一）急性化脓性关节炎

本病是化脓性细菌侵入关节，发生感染所致。病原菌以金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌多见。感染途径有三条：(1)从邻近组织感染蔓延而来；(2)血源性感染；(3)细菌通过开放性伤口侵入关节。

症状

1．发病较急，有高热、寒战、食欲不振、血中白细胞数增高、脉

速等全身反应，日久后可有贫血。

2．患病的关节红、肿、热、痛，活动受限。关节周围肌肉痉挛，关节呈屈曲状。局部可有明显压痛。

3．关节腔穿刺可抽出渗液或脓液，有条件时可作细菌检查，以明确病源。

4．发病二周后，可拍摄X线片，以帮助诊断，了解病变情况。

治疗 应及早积极治疗，避免或减少残废，包括：

1．卧床休息，固定患肢在功能位置。必要时作皮肤牵引。

2．及早应用大剂量抗菌药物。一般可先用青霉素40～80万单位，每6小时1次肌注，并合用链霉素0.5～1.0克，每日2次肌注。如无效，可改用静滴四环素，每日1～2克，或用红霉素、新青霉素等。应持续给药至体温下降到正常后1～2周。

3．内服桃红四物汤(方见897页)，可加银花、蒲公英、桑枝各1两同煎。

4．局部热敷或理疗。如有渗液，可在无菌操作下，作关节穿刺抽液，每天1次，抽后用生理盐水冲洗，并于关节内注入青霉素20万单位和链霉素0.5克。

5．如关节内已积满稠厚的脓液，穿刺无效时，可考虑作切开引流。

(二) 骨与关节结核

骨与关节结核多见于儿童及青年，以脊柱、髋关节、膝关节等负重处多见。如为血源性感染，原发病灶可在肺、淋巴结或消化道。本病如不及时处理，可造成畸形或残废。

1．脊椎结核 多发生在活动范围大而负重多的部位，如下胸段及上腰段的脊椎。

症状

(1) 多有虚弱、盗汗、低热、消瘦、食欲不振等全身症状。

(2) 早期局部症状为病变椎体处疼痛，周围肌肉痉挛并有压痛，卧床休息后可减轻。

(3) 椎体破坏后，脊柱可有侧突或后突畸形。

(4) 脊椎结核可形成冷脓肿。腰椎结核形成的冷脓肿可在股部或腹股沟韧带下方出现，须与腹痛等鉴别。冷脓肿穿破皮肤，常形成慢性瘘管。

(5) 如脊髓受到压迫，可引起截瘫，多见于胸椎结核。

(6) X线拍片可明确诊断。

治疗

(1) 卧床休息，最好用硬板床或石膏床。

(2) 抗痨药物：一般口服异菸肼 100 毫克，每日 3 次；活动期或手术前需加用链霉素 0.5 克，每日 2 次肌注。

(3) 如已有死骨、冷脓肿或截瘫，应考虑手术治疗，作局部结核病灶清除术。

(4) 冷脓肿如无继发感染，一般不能随便作切开引流。

2. 髋关节结核 多发于 10 岁以下的儿童。早期可有髋部或下肢疼痛，患儿常有夜间啼哭，并有轻度跛行。以后，局部症状逐渐加重，髋关节呈屈曲、内收畸形，可有病理性脱位，同时可有低热、盗汗、消瘦等全身症状。X线拍片可明确诊断。

治疗

(1) 一般全身治疗同脊椎结核。

(2) 争取早期作病灶清除术，效果较满意。

(3) 全身情况不能接受手术者，可用皮肤牵引纠正畸形，或用石膏固定。

3. 膝关节结核 早期症状主要是关节肿胀及积液，轻微疼痛。此时病变仅侵犯关节滑膜，称为滑膜结核。以后关节软骨可破坏，症状逐渐加重，关节肿胀明显，下肢肌肉萎缩，关节活动受限，并有屈曲畸形。

治疗

(1) 一般全身治疗同前。

(2) 滑膜结核有屈曲畸形的情况时，可用皮肤牵引纠正，再用石膏固定。

(3) 关节已破坏者，争取作病灶清除及关节固定术。

（三）类风湿性关节炎

本病多见于青年人，女性较多。主要表现为慢性复发性关节损害，引起关节强硬，肢体畸形，影响劳动力，故为害较大。病因尚未明确，受凉、潮湿、慢性感染病灶等是本病发病的诱因。

症状

1．发病较缓慢，往往反复发作。开始只有少数关节受累，常呈游走性，表现为关节疼痛、活动不便。以后逐渐发展为多关节、对称性损害。受累关节红、肿、痛、热，活动受限，甚至发生畸形，以至关节强硬，肢体萎缩。本病多从四肢小关节开始，如指间关节、掌指关节等。以后，发展到较大的关节，如腕、肘、肩、踝、膝等关节。部分病人病变主要侵犯骶髂关节，以后发展到脊柱，使脊柱畸形、强直，称为类风湿性脊柱炎，这类病人并不少见。

2．可有全身症状如发热、食欲减退、消瘦等。

3．在发作期间，血中白细胞数可增高，血沉加速。血沉对本病无诊断价值，但对关节炎活动情况有一定指示作用。

4．X线拍片可明确诊断。

治疗

1．本病呈慢性经过，故调动病人的主观能动性，树立革命乐观主义精神，提高与疾病斗争的信心，这点十分要紧。同时，要适当注意营养，发作期要卧床休息，脊柱炎者卧硬板床。

2．有慢性病灶者，应予手术清除。

3．推拿按摩、理疗及新针治疗。

4．中草药制川乌、草乌、甘草各3钱，蜂蜜1两，水煎，分3～4次服。反复发作，肿痛久久不愈者，用蜈蚣3条、全蝎1钱、乌梢蛇3钱、地鳖虫3钱、蜂房3钱、全当归1两，水煎分3次服。

5．口服保太松0.1～0.2克，每日3次。无效时可服强的松5～10毫克，每日3次；或地塞米松0.75毫克，每日3次。但激素类药物最好避免长期使用，并且不可一下突然停药，以免机体内激素失调，而应逐渐减量后再停。

6．于受累关节内或压痛点处局注醋酸氢化可的松0.5～1.0毫

升，内加适量1%普鲁卡因。

7. 在间隙期，鼓励患者作各种体操活动，加强功能锻炼，以防畸形发生，此点甚为重要。

8. 畸形严重者可考虑手术矫形。

（四）骨关节炎

又称肥大性关节炎，多见于体力劳动者。发病年龄大多超过40岁。病变常在活动多、负重大的部位，如髋、膝和脊椎等关节。

症状 起病一般较慢，病变关节疼痛，劳累后加剧，活动不便。但无红、肿。有时可有关节内磨擦音。脊柱病变者可因压迫神经根，出现手指发麻、肋间神经痛等症状。一般无全身症状。本病需与早期类风湿性关节炎相鉴别。

治疗

1. 预防外伤及劳损，经常进行一些体育活动。
2. 推拿、新针疗法及拔火罐。
3. 服用独活寄生汤(方见213页)。
4. 口服保太松、强的松等药物。
5. 局部压痛点注射醋酸氢化可的松。
6. 有脊神经根受压迫症状的，可考虑用牵引法。

思 考 题

1. 试述各种关节炎的鉴别诊断及治疗方法。
2. 常见的骨结核有哪些？如何治疗？

二十五、狂 犬 病

狂犬病又称恐水病，是狂犬病病毒引起的急性传染病。病毒存在于病人或病兽的神经组织和唾液中。被病兽（狗、猫）咬伤后就可能得病。病毒侵入伤口后，沿神经到达大脑，产生神经症状。

症状 潜伏期为2～6星期。开始有低热、头痛、乏力、呕吐等。以后出现恐惧不安。对疼痛、声、光和风很敏感，可发生喉部收紧感。

1～2天后出现流唾液，呼吸肌和咽肌或全身肌肉发生痉挛。喝水时会发生咽部和喉头痉挛而无法下咽。有的病人看到水或听到水声就会发生这种现象，所以称为恐水病。再过1～2天后，出现全身麻痹，肌肉松弛、感觉消退、瞳孔散大等，如不及时抢救，最后可出现心脏和呼吸衰竭而死亡。

诊断 根据过去咬伤史和典型的症状，一般诊断并无困难。但有时需和癔病、破伤风、乙型脑炎等作鉴别。

防治 症状一旦出现，死亡率极高。因此预防非常重要。

1．捕捉咬人的狗、猫，隔离观察14日，如有狂犬病表现，立即报告有关部门处理。

2．及早处理咬伤的伤口，冲洗后用石炭酸烧灼、再用95%酒精中和。较深大的伤口需作彻底的扩创术。

3．被动物咬伤后，每天在腹部皮下注射狂犬病疫苗2毫升，共注14～21日。如咬人的动物被观察14天而不发病，就可中止注射。

4．对发病病人主要给予镇痉、抗感染和支持疗法。最好在医院内治疗。

二十六、肋软骨炎

病因尚未明确。是一种肋软骨的非化脓性的慢性炎症。临床上常见的表现是在第二或第三肋软骨和胸骨交界处局限性肿胀、疼痛，局部压痛。可侵及一个或数个肋软骨。无明显全身症状。

治疗

1．局部注射醋酸氢化可的松0.5～1毫升加1%普鲁卡因2～3毫升，每周1～2次。效果较好。

2．局部热敷，或敷贴伤湿止痛膏。

3．口服保太松、强的松等药物。

第四节 常见皮肤病

皮肤病多有痒、痛、烧灼、麻木感等局部自觉症状，有些皮肤病

尚可产生全身症状。检查时，常可发现局部皮肤损害（简称皮损），对皮肤病的诊断很重要。皮损分原发性损害和继发性损害两种。

1. 原发性损害　是由皮肤病理变化直接产生的初期表现。常见的有以下几种。

(1) 斑疹：是皮肤局限性色素变化，不高出皮肤表面，也不凹陷。

(2) 丘疹：为高出皮面的局限性实性突起。一般针尖到黄豆大小，其形状、颜色和质地可以多种多样。丘疹可由斑疹演变而成，亦可发展为水疱或脓疱，吸收消散后，不留痕迹。

(3) 水疱：为高出皮面的局限性含有腔隙的突起，其内容为透明或混浊的浆液。大小不一，愈后不留痕迹。

(4) 脓疱：是含脓液的水疱，多为细菌感染所致，亦可由丘疹或水疱转变而成。

(5) 风团：为局限性水肿性突起，发生迅速，消退亦快，不留痕迹，如荨麻疹。

2. 继发性损害　由原发性损害转变而来，机械性损伤（如搔抓）亦可引起。常见的有以下几种。

(1) 鳞屑：为脱落的表皮角质层。当皮肤有炎症或过分干燥时，可见角质层剥脱，即为鳞屑。

(2) 糜烂：皮肤失去表皮，露出潮湿面，称为糜烂。呈潮红色，表面潮湿，愈后不留疤痕。

(3) 溃疡：是真皮或皮肤深层破坏引起的组织缺损，愈后留有疤痕。

(4) 抓痕：为搔抓所致的表皮剥脱，多呈线状。

(5) 疤痕：局部缺损由新生的结缔组织修复，日久变为疤痕，表面光滑。

(6) 皲裂：为皮肤由于失去弹性而在外力作用下形成的裂口，多见于手掌、手指、足跟及足底。

(7) 苔藓样变：皮肤受长期刺激后肥厚变硬，表面粗糙、干燥似皮革，见于神经性皮炎。

(8) 痂：为皮肤表面的脓液、浆液、血、坏死的表皮细胞等凝集干

燥而成，可分为脓痂、血痂等。

必须指出，上述原发性和继发性损害并不是绝对的，如水疱虽是原发性损害，但也可由丘疹继发而来；脓疱可为原发，亦可为继发。

一、脓 疱 疮

脓疱疮俗称“黄水疮”、“脓窝疮”，是由葡萄球菌或链球菌引起的一种化脓性皮肤病。祖国医学认为多因心经郁热或脾胃湿热，复受风邪而成。常在夏秋季发生，多见于儿童，通过接触而传染。

症状 主要是在身体暴露部位如面部和四肢（也可扩展到全身）生长许多黄豆大或更大的水疱，以后迅速变为脓疱，很痒，抓破后流黄水，干后结成边缘翘起的黄痂，黄痂下是红色的糜烂面，愈后不留瘢痕。从脓疱发生到痂皮脱落约7～10天。但往往反复发生，且脓液流到附近正常皮肤，再因经常搔抓可引起传播蔓延，使病程延长。严重的有畏寒、发热。

治疗

1. 局部处理

(1) 用1:5,000高锰酸钾或温盐水清洗，黄痂敷凡士林油纱布，过些时揭下，外涂龙胆紫或抗菌软膏等。脓疱可用消毒针挑破，并将脓液洗净。

(2) 黄柏4钱，蒲公英1两，水煎洗患处。

(3) 槐树枝烧灰研细，以食油调敷患处。

(4) 鲜马齿苋适量，洗净加食盐少许，捣烂外敷。

(5) 三黄丹：大黄3钱、黄柏1钱、黄连3分、煅石膏2钱，共研细末，麻油调敷。

(6) 金黄散用麻油搽调。

2. 全身治疗　以清热、解毒、止痒、杀菌为主。

(1) 野菊花3钱、黄芩3钱、忍冬藤8钱、山栀3钱、紫地丁5钱、夏枯草5钱、绿豆衣3钱、川芎3钱、黄杨3钱、赤芍3钱、连翘3钱、生甘草1钱，水煎服，7帖为一疗程。

(2) 芩连解毒汤加减：黄连1.5钱、黄芩3钱、银花5钱、连翘3钱、赤苓3钱、泽泻3钱、生甘草1钱，水煎服。

(3) 服用抗过敏药如苯海拉明、非那根、安其敏、扑尔敏等，必要时用强的松。

(4) 严重者可用磺胺药或青霉素、四环素族。

预防　注意个人卫生，病人的衣服要勤换洗并多晒日光。及时处理各种瘙痒性皮肤病，如痱子、湿疹等。

二、稻田皮炎

稻田皮炎俗名“水毒”，在水稻产区常见。原因有两种：一种是由于长期泡在水田里，受到化肥、有机分解产物、农药和水的浸渍、摩擦引起，又叫“烂手烂脚”；另一种是由禽类血吸虫尾蚴钻入皮肤引起（这种尾蚴不会引起血吸虫病），又叫“尾蚴皮炎”。

症状　“烂手烂脚”多发生于连续下水田劳动一天至数天后，主要表现为指、趾间皱褶部位皮肤浸渍发白，变软起皱，继而表皮脱落，露出潮红糜烂面，流水，痒痛。尾蚴皮炎则常于下水田劳动1～3天后，手、脚、前臂、小腿等着水的部位皮肤出现搔痒和灼热感，接着就发生红色疹子或小水疱，局部红肿、糜烂、渗液，又痒又痛，还容易感染化脓。

治疗

1. 枯矾粉（枯矾5%、滑石粉95%）在晚上洗净手脚后

扑用。

2. 金银花5钱、甘草1两水煎服，也可外洗。

3. 鲜旱莲草捣烂取汁涂抹患处。

4. 明矾3两、茶叶（可到茶馆去收集废茶叶）3两，水6斤，煮沸过滤后外搽患处，每日数遍。

5. 松香1两、凡士林4两，溶化成膏，外搽。

6. 必要时可服用苯海拉明、非那根等抗过敏药。

预防 下水田前用生大蒜瓣捣烂，涂擦下水部位。也可涂用防护油膏、防护乳剂（15%邻苯二甲酸二丁酯），或配制下述防护药品：

1. 鲜土荆芥3斤、鲜臭菖蒲3斤、鲜苦楝树叶3斤捣烂取汁，加水至10斤，加入明矾1斤溶化，在水稻田劳动前后浸洗手脚。

2. 稻草10斤，加水30斤煮煎，去渣，加入明矾2斤溶化，水稻田劳动前后浸洗手脚。

3. 红茶叶（茶馆收集）4两，用水12斤煮沸，去渣，加入明矾4斤、旱莲草汁8斤，水稻田劳动前后搽涂手脚。

三、荨麻疹

荨麻疹又叫“风疹块”、“鬼风疙瘩”，是一种过敏性皮肤病。受冷，风吹，日光曝晒，接触花粉、羽毛等物质，吃鱼、虾、蟹及腐败食物，肠寄生虫病，消化不良及药物过敏、精神因素等，都可引起发病。祖国医学称为“风瘖瘾〔音垒，lěi〕”，认为发病多系外受风邪（风寒或风热）所致。

症状 皮肤出现大小不等、形状不同的斑丘疹，小的象米粒，大的可呈片状，中间颜色略白，边缘较红而不规则，有时象地图状，称为风团。瘙痒。发生快，消退也快。重者

可发生在粘膜，引起呼吸困难、腹痛、呕吐、腹泻等症状。

有的病人在组织疏松的部位如眼睑、口唇、外生殖器等处出现局限性肿胀，表面光亮，苍白或淡红色，有弹性，压之无凹陷，局部有绷紧、麻木感，不痒或微痒，1～2日消退，此种情况称为“血管神经性水肿”。若发生于喉头粘膜，可引起喉头水肿，有造成窒息的危险，应注意及时抢救。

治疗

1. 一般处理　找出和去除发病原因或可疑诱因，如禁忌致敏感的食物和药物，驱除肠寄生虫等。口服抗过敏药如苯海拉明、非那根、安其敏等，同时服用大量维生素C。严重者可短期口服强的松或地塞米松等激素。还可静脉注射10%葡萄糖酸钙10毫升，每日或隔日1次，或硫代硫酸钠（大苏打）0.64克（粉剂，用注射用水溶解），每日一次。局部可搽炉甘石洗剂止痒。

2. 中草药治疗　以疏风清热、活血止痒为主。

(1) 防风、生黄芪、炒白术、桂枝、白芍各3钱，生姜、甘草各2钱、大枣7枚，水煎服。须避风寒。

(2) 防风3钱、乌梅3钱、甘草3钱、茵陈1两、山栀3钱、制大黄3钱、苦参3钱，水煎服，5～7帖为一疗程。此法无效或慢性病例，可加用乌梢蛇3钱、全蝎1.5钱、制蜈蚣1条。

3. 新针疗法　曲池、足三里、血海、风池、三阴交、合谷。或耳针肺、神门、肾上腺，配肝、皮质下。

4. 皮疹呈急性发作，分布广泛，或发生“血管神经性水肿”，可应用1:1,000肾上腺素0.3～1.0毫升，皮下或肌肉注射。

5. 喉头水肿时，除采取上述措施外，应严密观察，如有

窒息现象，立即作气管切开术。

6. 慢性病例可采用自血疗法、口服氯化喹啉、利血平和麻黄素等药物。

四、药物性皮炎

有些病人对某些药物（特别是退热止痛药、磺胺药、催眠药、抗菌素、锑剂等）过敏，可发生皮肤炎性反应，叫药物性皮炎(或药疹)。

症状 首次用药多在4～20天内发生，重复用药常在1～2天内发病。皮肤出现红斑、丘疹、疱疹、脓疱、紫癜、风团、色素沉着等，出现快而且往往对称分布。严重者可有全身皮肤大片剥脱及炎症反应，并伴有全身症状，称为“剥脱性皮炎”，甚至可坏死。有的反复发生于同一部位，称为“固定性红斑”。

治疗

1. 立即停用一切可疑药物，使用抗过敏药、钙剂，并给较大剂量的维生素C（每日500～2,000毫克），多喝水。轻者经以上处理可愈。重者常须使用激素类药物及结合内科治疗。病情严重者，如全身剥脱性皮炎，需立刻抢救。

2. 中草药治疗 以清热、解毒、凉血为主，可用：

(1) 元参5钱、淡黄芩3钱、黄柏3钱、制大黄3钱、板蓝根3钱、生地6钱、鲜石斛5钱、制苍术3钱、金银花3钱、地肤子3钱，水煎服。

(2) 紫雪丹6分，分2次吞服。

3. 局部可用炉甘石洗剂消炎止痒。

预防 合理用药，不可无的放矢，滥用药物。有过敏性病史者用药更要谨慎。凡发生过过敏的，严禁再用该药和化学成分类似的药物。应用青霉素和普鲁卡因前必须做皮肤过敏试验。

五、虫咬皮炎

虫咬皮炎多为蚊、虱、蚤、臭虫、螨类等昆虫叮咬所致的皮肤过

敏反应，常见于儿童或过敏者。

症状 皮肤损害多见于头面、手足等暴露部位，以水肿性丘疹、斑块或擦斑多见，间有水疱。分布不规则，常可发现虫咬痕迹。自觉搔痒及疼痛。

治疗 以止痒、消炎为原则，如每日多次揉用3％氨水、1％樟脑洗剂、1％薄荷炉甘石洗剂或樟酚酊等，也可用野菊花叶捣烂外敷。症状较重者，可口服抗过敏药，或中药蒲公英5钱、金银花4钱、生甘草1钱，水煎服。

六、桑毛虫皮炎

桑毛虫又称桑毒蛾、金毛虫、狗毛虫、刺毛虫。虫体上有毒毛，接触人体刺入皮肤后12小时左右，就可出现皮肤局部炎症，称为桑毛虫皮炎。

毒毛很易由虫体脱落，在空中随风飘扬，可直接侵袭人体；或沾染于某些物体上，当人体接触这些物体时再间接侵袭人体。如婴儿所用尿布在室外晾晒时沾上毒毛，就可侵袭到婴儿的臀部。

症状 多见于人体暴露部分及其邻近的皮肤，如颈、肩、上胸、上背和上肢等处。局部瘙痒，尤以晚间入睡前为甚，触碰局部可产生刺痛。并出现斑丘疹、丘疱疹、斑疹、风团等皮疹。一般没有发热或其他全身症状。

防治

1. 消灭桑毛虫是根本措施。

(1) 药物喷杀幼虫：在早春4～5月间进行。常用1:800～1:1,000敌百虫、1:200可湿性六六六喷洒树叶，幼虫食后即死。

(2) 因为桑毛虫的一生要经过卵、幼虫、蛹、蛾四个时期，所以可采用摘除树叶上的卵块拍杀，夜间用灯诱杀成蛾

等方法加以杀灭。

2. 预防接触毒毛

(1) 在有桑毛虫的树下或附近劳动时，要注意个人防护，如穿长袖衣、长脚裤，并扎紧袖口、裤脚等。

(2) 避免在有桑毛虫的树下及其下风向乘凉，晒衣裳、被褥或尿布等。

3. 治疗

(1) 用胶布在皮疹上反复粘贴数次，粘去毒毛。不要搔抓。

(2) 局部涂搽消炎止痛剂，如炉甘石洗剂、1～2% 薄荷樟脑酒精溶液、5%碘酊或用马齿苋捣烂外敷。

(3) 瘙痒剧烈者，可口服苯海拉明、非那根等药物。

七、神经性皮炎

本病是一种伴有剧烈瘙痒的慢性皮炎。病员的皮肤神经功能失调，对各种刺激因素敏感性增高。在神经衰弱、情绪波动等神经功能失调的情况下，局部的刺激如摩擦、搔抓等的作用，即可能诱发本病。祖国医学称为“顽癣”、“干癣”、“松皮癣”、“牛皮癣”（与西医牛皮癣不同）等，认为由风、热、湿、虫所致。

症状 先有奇痒，经不断抓搔后，局部出现米粒大小、不规则的多角形扁平丘疹，表面粗糙而干燥，稍有光泽，逐渐增厚，皮肤纹加深，成为边界清晰的圆形或不规则形的苔藓化斑片。好发在颈部及四肢的腘窝、肘部、大腿内侧、前臂伸侧等处，常对称分布。病变顽固，常经久不愈。

治疗

1. 首先应调动病人的主观能动作用，坚持与疾病展开斗争。同时，应将本病的特点（越刺激越痒，可加重病情）告诉病人，嘱咐不要乱抓乱擦，避免饮酒、辣食、热水肥皂烫洗及乱用强刺激药(如癣药水)。

内服抗过敏药或镇静药。

2. 新针疗法　针内关，或病灶梅花针移动叩打，每日1次。也可在局部基底皮下作“十”字穿刺，10次为1疗程。

3. 局部处理

(1) 雄黄8克、硫磺10克、海螵蛸10克，共研细末，加凡士林72克，调匀成膏外用，重搽数遍，厚涂，包扎，每日1次。

(2) 糠馏油外搽，或涂5～10%煤焦油软膏、2～5%水杨酸软膏、3%雷琐辛软膏、1～2%石炭酸软膏、氢化可的松软膏等。

(3) 局部贴橡皮膏（涂擦糠馏油或氢化可的松软膏后贴更好），2～3天一换，直至皮损消退为止。

(4) 局部封闭：0.25～1%普鲁卡因溶液（可加入0.5～2毫升醋酸氢化可的松）在病灶周围皮下注射，隔日1次，5～10次为一疗程。封闭前须作皮肤过敏试验。或用二盐酸奎宁作病灶局部注射。每一处用0.3毫升，注射于病灶皮内，不能过深，每次可注2～3处，每周一次。需注意无菌操作，防止继发感染。

4. 病变范围广泛者，可服用中草药全当归3钱、白芍3钱、大生地4钱、苦参片4钱、玉竹3钱、小胡麻3钱、秦艽3钱、制首乌4钱、炙甘草1钱。水煎服。主要作用是养血、祛风、润燥，须服用较长时间。

八、接触性皮炎

皮肤或粘膜因接触某些刺激物或过敏原如植物、动物、外用药、化学品等而发生的皮炎叫接触性皮炎。围尿布的婴儿，因尿粪的刺激和尿布的摩擦而在臀部发生的皮炎，叫尿布皮炎，也可归在这一类。

症状　病变局限在接触的部位，界限清楚。急性期局部红肿，出现丘疹、水疱，糜烂渗水，有痒或痛感。以后红肿消退，脱屑，结痂，并有痒感。如果转为慢性，皮肤增厚、粗糙，感觉极痒（皲裂时则感疼痛）。尿布皮炎的表现是臀部、会阴发红、糜烂。

治疗

1. 去除过敏原，将残留物除净，以后避免接触。婴儿尿布经常换

洗，注意臀部清洁和干燥。

2．局部处理

(1) 青黛散用冷开水调成糊状外敷，并随时用冷开水湿润，不使干燥。

(2) 蒲公英2两，或桑叶1两、生甘草1两，煎汤，待稍冷后作湿敷。

(3) 其他处理详下面〔附〕皮肤病局部用药原则。

3．全身治疗

(1) 服抗过敏药、维生素C或静脉注射10%葡萄糖酸钙，范围广泛者用强的松。

(2) 中草药以清热、解毒、祛湿为主，可用蒲公英5钱、黄芩3钱、银花5钱、茯苓皮8钱、车前子4钱(包煎)、生米仁4钱、连翘3钱、生甘草1钱，水煎服。

九、湿　　疹

湿疹是一种常见的过敏性炎性皮肤病，病程长，常时发时愈。病因复杂，迄今尚未彻底明了，一般认为与神经系统机能障碍有关，或为各种内、外因素所引起的一种变态反应。祖国医学认为它的发生与湿、热、风三者有关，系因湿热相合，复感外风，浸淫肌肤所致。本病各种年龄均可发生，此处为了叙述的方便，将它分为成人湿疹与婴儿湿疹二类。

(一) 成人湿疹

有急性、慢性两种。急性湿疹症状轻重不一。最初多为皮肤潮红、水肿，随即出现粟粒大小的丘疹和水疱。水疱破裂后形成糜烂面，上有大量渗出液并结痂。开始皮疹多为散在性，以后不断发展和扩大，常互相融合成片，和正常皮肤境界不清，四周还可有许多不同形态的散在性损害。发病后经数日或2～3星期后，可较快地干燥脱屑而消退，也可迁

延不愈而成亚急性，以后变为慢性。慢性湿疹的主要症状是局部皮肤肥厚，皮沟（皮肤表面细小沟纹）加深，皮嵴（被皮沟划分而成的三角形或菱形小区）突起呈苔癣样改变；病变表面粗糙不平，有鳞屑附着，也可发生轻度糜烂或细小裂开，有时有少量渗液；病变和正常皮肤分界比较清楚；患者自觉剧痒。病程可迁延数周、数月以至经年不愈，其间可随时发生变化而成急性表现。慢性湿疹常需与神经性皮炎作鉴别。

湿疹可发生于任何部位，但较多发于面部和四肢，以及女性乳房、外阴或男性阴囊等处，严重时可遍及全身。祖国医学根据其发病的不同情况，有很多名称，如浸淫遍体、渗水极多者称为“浸淫疮”，周身遍起红粟（红斑、丘疹）、瘙痒严重、抓之出血者称为“血风疮”，起水疱发痒、红热不甚者称为“湿气疮”，局限性湿疹称为“湿毒疮”，耳边湿疹称为“旋耳疮”，手背湿疹称为“瘑〔音科，kē〕疮”，等等。

治疗

1. 寻找并消除引起发病的原因，禁吃刺激性食物，避免搔抓、摩擦、热水烫、肥皂洗和乱用不适当的外用药。

2. 局部处理

(1) 一般用药原则详见下述〔附〕皮肤病局部治疗用药原则。

(2) 急性及亚急性湿疹可选用下述中草药：①黄柏、五倍子各等分，共研细末，麻油调敷；②青黛5钱、海螵蛸1两2钱、煅石膏4两、冰片1钱，共研细末，麻油调敷；③地榆（炒焦黄）研末，加凡士林配成30%药膏外敷；④地肤子、葎草各1～2两煎汤外洗。

(3) 慢性湿疹可选用：①蛇床子、苦参各1两，或蛇床

子、地肤子、苍耳子各1两，或石菖蒲、苦参各1两，任选一方煎汤外洗；②枯矾、煅石膏各20克，雄黄7克，冰片1克，研细加凡士林200克调匀外搽。

(4) 阴囊湿疹可用紫背浮萍、土大黄、苍耳子、蛇床子、地肤子、花椒、桉树叶、马齿苋任选1～2种，水煎熏洗。

3. 全身治疗

(1) 针刺曲池、血海、风池、阴陵泉等穴。

(2) 口服维生素C及抗过敏药，静脉注射10%葡萄糖酸钙、5%溴化钙（均每日或隔日1次，每次10毫升）、0.25%普鲁卡因（每次10～20毫升，每日或隔日1次）或硫代硫酸钠（每次0.32～0.64克，每日或隔日1次）等。广泛性的急性或亚急性湿疹，可短期应用可的松类药物。

(3) 服用中草药，急性湿疹可用苦参片4钱、苍术皮2钱、萆薢〔音闭皆，bìjiē〕4钱、黄柏3钱、赤小豆3钱、赤苓3钱、茵陈4钱、制大黄3钱、连翘3钱、生甘草1钱；慢性湿疹可用当归3钱、赤芍3钱、大生地4钱、小胡麻4钱、苦参片4钱、萆薢4钱、赤苓4钱、地肤子6钱、白藓皮3钱、生甘草1钱，均为每日1帖，水煎服。

（二）婴儿湿疹

俗称“奶癣”，常在出生后一个多月发病，至1～2岁可自愈。湿疹常对称发生在脸颊和额部，也可波及颈、肩、臂和下肢、臀部等处，病初起时皮肤发红，出现密集丘疹、细水疱，渗水、糜烂，渗水干后结黄痂。患儿常因瘙痒而烦躁不安。症状冬重夏轻，有时可因消化不良而加重症状。

治疗

1. 寻找引起发病的原因，避免接触。但如果是和吃奶有关，则非不得已，不必换用其他食品，以免引起营养不良

等不良后果。患儿不能种牛痘和其他预防接种。

2. 应用抗过敏药如苯海拉明（或非那根）1～2 毫克/公斤/天，分 3 次口服。

3. 局部搽炉甘石洗剂、糠馏油糊剂、可的松软膏等，或选用下述中草药：

(1) 秋葛 1 两或浮萍草 2 两，水煎洗患处。

(2) 黄柏 1 两研细，每日撒敷疮面 3 次，如不流水，可用食油调敷。

(3) 黄连 1 两、枯矾 5 钱研末，加凡士林配成软膏外搽。

4. 新针疗法　曲池、足三里、血海、三阴交、合谷。

5. 必要时服用清热解毒利湿的中草药如土茯苓 2 钱，生米仁 3 钱，或茵陈 3 钱、生米仁 3 钱，水煎服。

十、带状疱疹

带状疱疹是由病毒引起的一种皮肤病，常发生于精神创伤后或某些疾病的过程中，摩擦、压迫等因素可促使其发生。祖国医学称为"缠腰火丹"、"串腰龙"、"缠串疮"、"火带疮"、"蛇丹"等。

症状　好发于侧胸部、腰部、腹部、四肢、臀部或颜面等处。发病前，局部先有感觉过敏和神经痛，同时伴有轻度发热和全身不适等症状。2～3 天后，皮肤上出现不规则的小红斑，随即在红斑上发生小水疱，密集成群，常沿所属皮肤感觉神经分布区分批出现，发生在躯干或四肢时可依次排列成带状，呈单侧分布。患者自觉局部灼热和剧烈疼痛，常不易忍受。数日后水疱干燥结痂，脱落后不留瘢痕。

治疗

1. 针刺身柱、合谷、曲池、三阴交等穴，并配患部的神经根和神经干附近的穴位，快针强刺激。

2. 局部保持清洁，涂氧化锌糊剂或用鲜马齿苋捣烂外敷，并尽量不使水疱破溃。疼痛剧烈者可用 0.5% 普鲁卡因作局部封闭。如有继发

感染，可按脓疱病处理。

3．脑垂体后叶素5～10单位，肌肉注射，每日或隔日一次，有缩短病程和止痛作用。

4．内服镇痛剂，口服或肌注维生素B_1、B_{12}，以及服用中草药如银花5钱、连翘3钱、蒲公英3钱、龙胆草3钱，或板蓝根1两、大青叶2两、柏子仁3钱、茯神3钱，均为水煎服。

〔附〕 皮肤病局部治疗用药原则

大多数皮肤病通过局部治疗，可以减轻自觉症状，并使病变迅速消退，其中处理炎症是局部疗法中的最基本原则，应掌握以下几点：

1．根据皮肤病变的性质、范围、部位和气候条件等，选用适当的剂型和药物，如皮炎在急性阶段有大量渗液时，应湿敷；仅有红斑、丘疹或水疱而无渗液或少量渗液时，则用粉剂或悬垂剂（水＋粉）。亚急性阶段，局部呈片状糜烂而有少量渗液时，采用糊剂或乳剂。慢性阶段，有皮肤增厚或脱屑、角化过度时，采用软膏。

病期	急性期		亚急性期		慢性期
临床症状	红，肿，热，渗液多	红斑，丘疹，疱疹	潮红，脱屑	小片糜烂，渗液少	皮肤增厚，苔藓样变化
治疗原则	溶液（湿敷）	粉剂，悬垂剂	乳剂	糊剂	软膏或酊剂
常用药物	3～4%硼酸液，1:4,000呋喃西林溶液	滑石粉，炉甘石洗剂	炉甘石洗剂	氧化锌糊剂，硫磺煤焦油糊剂，鞣酸油糊剂	呋喃西林软膏，硼酸软膏，复方鞣酸油软膏，氧化锌软膏

2．先用性质比较温和的药物，特别是对幼儿及女病人以及面部、口腔附近等部位，尽量不用刺激性强的药物。

3．先用低浓度制剂，必要时再渐渐加浓。

4．密切注意药物过敏反应，若有过敏现象，立即停药或改用其他药物。

十一、头　癣

头癣是头皮和头发的浅层霉菌感染，通过直接或间接接触传染。发病以儿童为多。临床上分为黄癣（俗称“癞痢头”、“癞子”或“秃疮”）、白癣（俗称“瓦发癣”、“蛀发癣”）及黑癣三型，其中以黄癣为多见。

	黄　癣	白　癣	黑　癣
头　发	无明显折断，失去光泽，脱落后不易再生	距头皮上2～3毫米处折断，长短不一，发外有白鞘，脱落后能再生	出头皮后即折断呈黑点状
皮肤病变	炎症反应明显，可见碟形黄痂或大片灰黄色厚痂，愈后有疤痕	无明显炎症，为大小不一圆形斑，上有灰色脱屑	呈小病灶性分布，可有炎性反应
预　后	到成人也不一定自愈	成人可自愈	到成人也不一定自愈

防治

1. 避免接触传染，患者的帽子、毛巾、梳子要专用，并注意消毒，在洗净后煮沸 10 分钟或在日光下暴晒后再用。患者用过的理发器具应擦洗干净，经消毒后再用。

2. 将头发尽量剪短或剃光，用清水洗净后再用 10% 明矾水或肥皂水洗净拭干，然后涂用下述药物：

(1) 5～10% 硫磺软膏，5～10% 水杨酸软膏或 2% 碘酒。

(2) 雄黄膏：雄黄、硫磺、氧化锌各 10 克，凡士林 70 克，或雄黄 20 克、水杨酸 10 克、氧化锌 10 克、凡士林 60 克调配而成。

(3) 苦楝子药膏：苦楝子焙黄为末，与熟猪油或植物油混合调匀，制成 50% 油膏。

(4) 土槿皮末 1 两、地榆末 4 钱，用烧酒 1 斤浸 1 周制成药酒。

以上药物可任选 1 种，每日 1 次涂用，一般 10 次为 1 疗程。以后可重复进行。治疗期间应坚持每天洗头，每周剃光头 1 次。

3. 针刺百会、上星及大椎、曲池、足三里，两组穴位交替使用，其中大椎、上星可点刺放血，其他均用中强刺激。

4. 口服灰黄霉素，该药能沉积于新形成的角蛋白组织内，发挥抑菌作用。成人每次 0.2 克，每日 3～4 次，连续用药 2～3 周。儿童 10～20 毫克/公斤/天，连续用药 2～3 周。用药期间同时配合局部治疗。

十二、体癣、股癣

两病均由霉菌引起。体癣又名“环癣”、“圆癣”，俗称“铜钱癣”，好发于身体暴露部位，如面部、颈部、前臂、手背等处。股癣位于股上部内侧和阴囊相连处的皮肤，有时可蔓延到会阴、肛周、臀部和耻骨等处，多见于成年男子。

症状 体癣开始时为红色扁平丘疹，渐次发展成为浅红色斑块，表面有少许灰白色鳞屑附着，以后可因病变中央渐次消退、四周向外扩展而成环状，边缘比较清楚，隆起而成暗红色，并有小丘疹、水疱和鳞屑。患者自觉瘙痒。股癣的病变与体癣大致相同，仅部位较为特殊，且常于春夏季发作，冬季较轻。

治疗 局部保持干燥清洁，外搽 2 %碘酊、复方苯甲酸酊（水杨酸 6 克、苯甲酸 12 克、酒精加至 100 毫升溶解而成）、灰黄霉素药水，10～20%土槿皮酊（也可以土槿皮 5 钱、

白酒3两浸泡成药酒）等，每天1～2次，一般2～3周可以治愈。还可用明矾2钱、白凤仙花4钱，研末调匀搽患处，或丁香5钱、75%酒精100毫升浸泡3天后搽患处。股癣、婴儿体癣，或体癣伴有抓痕，以低浓度刺激性小的癣药水为宜，如复方雷琐辛搽剂。体、股癣伴有皮肤增厚者，以软膏剂为佳，如复方苯甲酸软膏。泛发性体癣可以口服灰黄霉素，成人每次2片（0.2克），每日三次，连服2周。

十三、手　足　癣

手足癣是发生在指、趾间及掌面的霉菌病。发生在手的俗称“鹅掌风”，足部的又称“脚湿气”，都可经接触传染。绝大多数手癣是从自身足癣传播而来。

症状　局部有丘疹、疱疹、脱屑、角质增厚、浸渍糜烂等多种表现，常以一种为主，夏重冬轻。

治疗　对丘疹、疱疹、脱屑可搽癣药水（同体癣），每日2次。对浸渍糜烂，尽量保持干燥，外扑含有5～10%硫黄或5%水杨酸的粉剂，或枯矾、黄柏、五倍子、乌贼骨任选一种研末撒于患处。对角质增厚者用5～10%水杨酸软膏，或10%冰醋酸浸泡，每日2次，每次10～15分钟，连用2～3周。也可用水杨酸、鞣酸各20～40克，溶于300～600毫升热水中，浸泡病手或足，每次2～4小时，视情况连用2～3次，以后可脱皮而愈，此法尤其在气候暖和时较好。鹅掌风还可用皂矾2钱、醋1两、鲜柏叶1把，加水适量浸搽，或鱼腥草、葱各半，捣烂成丸两手频搓。有炎症的，一般用1:4,000高锰酸钾溶液浸泡，每次10分钟，每日2～3次，再涂抗菌药物的糊剂或软膏，待感染控制后，再治癣。

十四、甲　　癣

甲癣是指(趾)甲的浅表霉菌病，往往由手足癣侵袭而致，也可单独发生，特别在外伤后。俗称“灰指(趾)甲”。

症状　甲板增厚、发脆、破损，失去光泽，颜色变灰黄。

防治　将病甲削薄或刮薄，必要时拔除病甲，然后涂30%冰醋酸或5%碘酊，每日1～2次，连续2个月左右。同时治疗手足癣。或用灰黄霉素癣药水浸泡患指（趾），每次20～30分钟，日2～3次。对多发性甲癣可考虑内服灰黄霉素。

十五、牛皮癣（银屑病）

牛皮癣祖国医学称为“白疕〔音匕，bǐ〕风”。病因迄今尚未明了，一般认为不属于霉菌感染，也无传染性。

症状　好发于四肢伸面、头皮、骶部和躯干等处，多对称发生。最初出现针头或米粒大的红色丘疹，表面有少量白色鳞屑。以后逐渐扩大并融合，成为大小不等的斑块，境界清楚，基底发红，表面鳞屑逐渐增厚。严重者可互相融合成大片损害。用钝竹、木片轻刮病变表面，可有多层银白色鳞屑脱落，最后一层比较牢固，刮掉后露出鲜红色的光滑面，继续刮则出现小出血点。以后又可重新生出鳞屑。这是本病的特点。自觉症状轻微，可有轻度瘙痒，一般对健康无多大影响。部分患者可出现指甲点状凹陷和肥厚变形，有时可并发关节炎。病程漫长，可反复发作，常迁延几年甚至数十年。

治疗

1．注意生活规律，避免喝酒和辛辣等刺激食物，多吃蔬菜。

2．局部处理：

(1) 5%白降汞软膏或复方苯甲酸油膏外涂。

(2) 硫黄50克、花椒50克、鸡蛋5个、香油适量。将鸡蛋壳一头打开，去蛋白，留下蛋黄。硫黄和花椒等量混合，分别装入蛋壳内，和蛋黄搅匀，置火上慢慢焙干后，连壳一起研成粉末，用细筛筛过去渣后，加香油调成糊状外涂。

3．全身治疗：

(1) 针刺足三里、曲池、合谷、三阴交、阳陵泉等穴。

(2) 服用中草药，以发汗、祛风、养血为主，可用麻黄3钱、桂枝3钱、白蒺藜3钱、白菊花3钱、块滑石1两（包）、全当归3钱、蝉衣1.5钱、蛇蜕1钱、生甘草1钱，水煎服，2周为1疗程。也可内服祛风活络丸，每次1粒，每日2次。

(3) 急性期可作自血疗法，即抽取患者自己的血液10～20毫升，立即作肌肉注射（动作须迅速，以防凝固），每周2次或隔日1次，连注几次。

(4) 白血宁口服，每日2～3次，每次0.25毫克（半片）。六日为一疗程，两疗程间需停药三日。一般连续3～4个疗程可见效。服药期间要注意白细胞减少及其他不良反应，如皮肤、口腔粘膜糜烂、肝脏损害和脱发等一旦发生，必要时须停药。儿童、老年人、孕妇及哺乳期不宜用。

(5) 其他：如维生素C、维生素B_{12}、甲肼酸钠0.1克，肌注，隔日一次，亦有一定效用。

十六、手足皲裂

因冬季气候寒冷干燥，劳动者的脚跟和手掌等角质层较厚的部位可因机械作用而发生皲裂。

症状 局部皮肤增厚、干燥、裂开、出血，好发于手掌、指尖、足跟、足侧等处，可引起疼痛，影响劳动。

治疗 外搽5～10%硫磺水杨酸软膏或其他防裂油。搽前先用热水浸泡患处10～30分钟，将过厚的角质剪去或刮去一部分，效果更好。也可用凤仙花放手掌中搓，使汁流出，

滴患处。局部贴敷橡皮膏可减轻疼痛。

预防 在未干裂前或在皲裂治愈后，常用热水浸泡，并搽些防裂油或蛤蜊油之类。

十七、鸡眼与胼胝

鸡眼与胼胝〔音便支，piánzhī〕主要是由于鞋靴紧窄、足骨畸形及其他各种因素，使局部长期受压和摩擦，引起皮肤角质层过度增厚所致。

症状 鸡眼好发于趾缘、前跖和足跟等处，也可生于手指腹面。为高出皮肤的硬结，中心为圆锥形角化物质，尖端向下并压迫真皮层感觉神经末梢而引起疼痛。

胼胝多见于手掌和足跖面，为淡黄色斑片状或条索状角质增厚，无中心圆锥物，冬天易皲裂。

治疗

1. 手术挖出或切除。胼胝轻者不必处理。

2. 热水浸软局部，用小刀刮去外面硬皮，用艾柱灸局部，或用香烟头、火柴头烧灼鸡眼中心。

3. 局部热水浸软并刮去硬皮后，贴鸡眼膏。如无鸡眼膏，可自制，即配制50%的水杨酸钠软膏（水杨酸钠、凡士林各半均匀混合），用胶布一块中间剪一小孔如鸡眼大小，贴于局部，孔中露出鸡眼，其上涂软膏少量（黄豆大小），再用一小块胶布覆盖。第二天撕去表面小胶布，见鸡眼腐蚀变白，用小刀刮去一些，再涂软膏并用胶布覆盖。如此反复进行，直至鸡眼脱落。

4. 鸦胆子仁5粒捣烂后，按上述同样方法外敷局部，外用胶布固定，每3～5日换药一次，直至腐蚀脱落。

5. 在上述治疗的同时，应注意矫正鞋靴及足的畸形，治

愈后穿软底鞋或鞋底垫软垫，以防复发。

十八、冻　　疮

冻疮是因气候寒冷、潮湿引起局部血循环障碍所致的皮肤损害。祖国医学认为是冷风严寒之气，伤及皮肉，或暴冻着热，气血凝结而成。

症状　好发在四肢末端、鼻尖、面颊、耳轮、耳垂等部位。局部皮肤苍白、发紫、水肿、发痒，严重的可有水疱，疱破后成为糜烂及溃疡，并有疼痛；最严重的可引起患处的坏死、溃烂。冬季好发，气候转暖时可自愈。

治疗　未破溃者可涂用冻疮膏、冻疮未溃药水或猪油蜂蜜软膏（猪油 30 克，蜂蜜 70 克）或辣椒水浸洗。破溃者用 0.5%新霉素软膏及 10%硫黄鱼石脂软膏、冻疮软膏外涂，或乌贼骨 3 钱、冰片 1 分、肉桂末 1 分共研细末，油调成膏外敷；久不收口者用柿子皮烧灰存性，研细后用熟菜油调敷。有感染者给予抗菌素软膏如红霉素软膏或新霉素软膏等。

预防

1. 注意手足保温、干燥，鞋袜不宜过紧。天冷时多活动手足，常用温水洗泡。

2. 夏季可将大蒜捣烂擦在常患冻疮的局部，或用鲜红辣椒浸水洗，可防冬季复发。

十九、麻　风　病

麻风病是由麻风杆菌引起的慢性传染病，主要侵犯皮肤和神经，有的病例到晚期可侵及深部组织和内脏器官。可经长期密切接触而传染。

症状　潜伏期长短不一，一般为 2～5 年。临床上可分两个主要的

型和两个发病率较低的类：

1. **瘤型** 此型患者抵抗力低，麻风杆菌在体内大量繁殖并扩散，故病变范围广，发展快，病势重，传染性强。

初期皮肤上出现大小不一的斑状损害，呈红色、黄褐色或比正常皮肤淡的颜色。以后斑块发展成大片浸润，稍隆起，并出现大小结节。病变边缘不清，是个特点。皮肤感觉逐渐减退或消失，不出汗，并显干燥和粗糙。脸部被结节损害而呈现特殊的面容——"狮面"。患者的尺神经、桡神经、腓浅神经和耳大神经等浅神经常因病变而增粗，并有感觉障碍、四肢肌肉萎缩畸形和营养不良性溃疡等神经症状。此外，病损可波及鼻和咽喉粘膜，严重的鼻中隔和鼻骨可遭破坏；眉发脱落；腹股沟和腋下淋巴结肿大；眼受侵袭，可致失明。男性睾丸受损可出现女性特征；女性卵巢受累可致月经失调；部分患者有肝脾肿大；等等。

2. **结核样型** 此型患者抵抗力强，病变范围小，症状轻，发展慢，传染性差。初期也为红色、紫红色或浅色的斑块状损害，但不迅速发展。有时边缘隆起，表面有鳞屑附着；有时多数丘疹融合而成较小的高起损害。其特点为各种损害的边缘和正常皮肤的分界十分清楚。病变部皮肤感觉障碍较瘤型早而明显，局部干燥、粗糙、不出汗。浅神经粗大和神经症状较瘤型更明显。但一般不脱眉毛，亦无粘膜、淋巴结和内脏等损害。

3. **未定类** 不同于上述两型。皮肤上仅是红色或浅色的斑状损害，大小形状不一，单个或多个，表面光滑，边缘一般清楚。亦有感觉障碍及浅神经粗大，但神经症状一般较轻，多无传染性或内脏病变。此类可自行消退或长期不变；但多数可随抵抗力的大小而向上述两型转化。

4. **界线类** 其特点是在同一患者身上，某些病变具有瘤型特点，而另一些则具有结核样型特点，或者同一处同时具有两型的表现。

以上各型在病程中或治疗过程中，有时可发生一时性的急性活跃现象，如发热、头痛、肌肉关节酸痛等全身症状，原有病变颜色加深、面积扩大并出现新的损害，浅神经肿大更明显及剧痛等，称为麻

风反应。其症状轻重和反应持续时间不一，严重者可接连发生。

诊断 确诊麻风病一定要慎重，应以高度负责的精神，过细地检查，必要时宜追踪观察。患者常可因皮肤出现持久不退、不痛、不痒的皮疹（红斑、结节、白斑）或局部皮肤麻木、肢体肌肉萎缩畸形而来就诊，此时应怀疑麻风病的可能，但必须找出下列证据，最低限度要具备两点，才能确诊。

(1) 皮肤感觉障碍：皮疹部位的皮肤出现麻木感，其范围大小与病变基本一致。

(2) 周围神经粗大，尤以尺、桡、腓、耳大神经等浅神经粗大最为常见。

(3) 病变部查菌阳性（但阴性者不能排除本病）。

(4) 活体组织检查有瘤型或结核样型病变的特点。

治疗 根据解放军五十二医院和四川甘孜州人民医院医疗队的经验，治疗麻风病必须做到以下几点：

1. 充分调动医生和病人两个积极性：医务人员应树立全心全意为人民服务的观点，消除思想上的顾虑，变“怕”字为“敢”字，经常深入病区，和病人一起学习毛主席著作，促膝谈心，替残废病人洗脚、洗衣，从各方面关心他们。还要以革命的科学精神，勇于实践，试验各种新疗法，摸索治疗麻风病的规律。同时，应充分调动病人的主观能动性，做深入细致的思想工作，解除他们悲观绝望的思想负担，焕发起体内旺盛的革命意志，积极配合治疗，和疾病展开顽强的斗争。

2. 积极推行针刺、结扎、中草药等综合疗法

(1) 穴位刺激疗法：取公孙、涌泉、然谷、足三里、梁丘等穴，并根据病情配合其他有关穴位（如上肢的鱼际、曲池、手三里、小海及下肢的承山、丰隆、阳陵泉、阴陵泉等，一般为病损附近的穴位），在局部麻醉下，切开皮肤，用止血钳刺激（强度根据病情轻重决定）。一月可作 2 次，其间间隔 10～15 天。

(2) 穴位注射：用抗麻风病四号（由黄连、黄芩、黄柏、栀子、丹皮、丹参各 4 钱制成的注射液）在病损部位及穴位（面部的上星，上肢的曲池、内关、外关，下肢的足三里、三阴交、阴陵泉）上注射，

每穴0.3～0.4毫升，头面部穴位及直注麻风结节用0.1～0.3毫升。每次选穴1～3个，每周2～3次，10次为1疗程。

(3) 淋巴结疗法：用于治疗麻风反应和睾丸炎症。在严格消毒下，用针扎入肿大的淋巴结中心，留针10～20分钟(期间捻针1次)，每日或隔日针刺1次。

3. 坚持中西医结合，合理使用抗麻风药物

(1) 扫风丸（中成药）：开始每日12克，以后逐渐加量，最大剂量不超过30克，分3次服，饭前用陈茶叶泡开水吞服。

(2) 砜类药：①氨苯砜（D. D. S.）：每日量50～100毫克，分2～3次口服，一般从小剂量(每日12.5～25毫克）开始，逐渐增加。②苯丙砜：每日量1.5～3克，分2～3次口服，亦应从小剂量（每日0.5克）开始，逐渐增量。由于口服吸收较差，也可改用30%溶液肌肉或静脉注射，用量为口服的½～⅓。长期用砜类药应注意有无贫血，必要时可加服硫酸亚铁、维生素B_1及复合维生素B等。

(3) 胺硫脲（TB_1）：每天量不超过100毫克，分2～3次口服，从小剂量(每日25毫克)开始，逐渐增加。此药毒性较大，应注意颗粒性白细胞减少及肝损害等毒性反应。

(4) 二苯硫脲（D. P. T.）：每日量25～50毫克/公斤，分2～3次口服，此药毒性较小，但少数病人可有消化道障碍、头痛、皮肤瘙痒、皮疹等反应。

(5) 大枫子油：适用于结核样型，每次5～8毫升，隔日或每周1次，肌注；或用大剂量，每周15～20毫升，但应注意局部吸收情况。

应用以上药物（扫风丸除外），一般均应每服6天，停药1天，连服3个月，停药1～2周。疗程一般至少在5年以上。

预防

1. 在本病流行区大力宣传有关科学知识，批判过去各种不正确的传说，消除对麻风的恐惧心理，正确对待病人，坚决反对任何歧视行为。同时，也要克服麻痹大意思想。

2. 做好早期诊断，对传染性患者应在麻风村（院）隔离治疗；一般患者可在家隔离治疗。

3. 对患者家属及密切接触者应定期体检，麻风菌素试验阴性的接触者，可接种卡介苗，有一定的预防功效。

思 考 题

试述脓疱疮、稻田皮炎、荨麻疹、湿疹、头癣、冻疮等常见皮肤病的防治原则。

第十二章　常见五官疾病的防治

第一节　眼、耳、鼻、口腔解剖生理简介

一、眼

眼是视觉器官，包括眼球和附属器两部分（图 12-1）。

（一）眼球

眼球在眼窝里，包括一个三层膜的外壳和两个透明体（晶状体和玻璃体）。

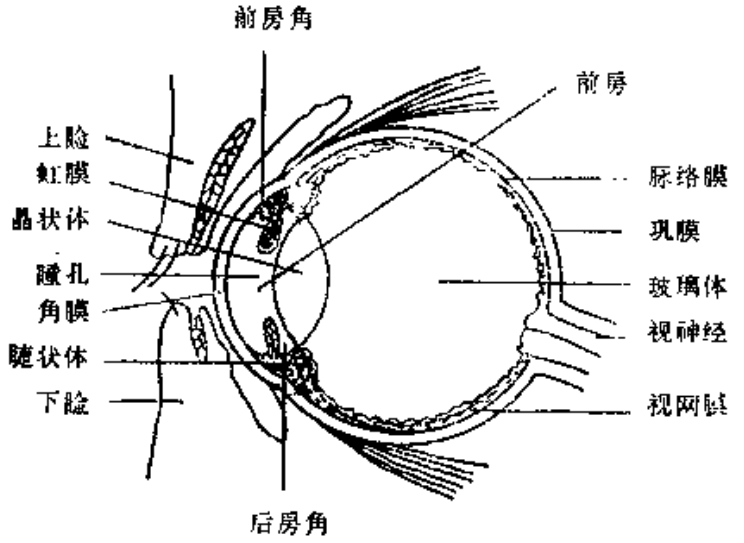


图 12-1　眼的结构（模式图）

眼球的最外层是一层质地坚韧致密的纤维层，可分为二部分：角膜和巩膜。角膜是眼里前面一层圆形的透明膜，覆

盖在黑眼珠的表面，主要作用是屈折外来光线和保护眼内组织，感觉十分敏感。其余的部分白色、不透明，叫巩膜（也就是白眼珠部分），主要作用是保护眼内组织。角膜和巩膜的交界处称角巩缘，内有一个血管网，供给角膜营养。当角膜、巩膜或中层的虹膜、睫状体发生炎症时，血管网就充血，形成所谓“睫状充血”，在诊断上具有重要的意义。巩膜前部的表面还覆盖着一层球结膜。

中层有着丰富的色素和血管，颜色很象紫葡萄，故名葡萄膜，也叫色素膜或血管膜，从前向后包括三部分：虹膜、睫状体和脉络膜。虹膜在角膜后方，就是黑眼珠，中央有一孔，叫瞳孔。虹膜内面有平滑肌，在强弱光线（或某些药物如阿托品等）的刺激下，能收缩或松弛，使瞳孔开大或缩小。睫状体在虹膜根部，和晶状体连系，能使晶状体改变厚度，起调节视力的作用。脉络膜衬在巩膜内面，富有小血管，供给眼内组织营养。

内层是视网膜，布满神经组织，它们汇成视神经，通到大脑。外界的事物，就是通过视网膜、视神经反映到大脑皮质，产生视觉形象。

晶状体象一片凸透镜，在虹膜后面，主要作用是屈折光线。老年人晶状体往往混浊，影响视力（白内障）。玻璃状体充满晶状体后面的整个空腔，起透光和支撑视网膜的作用。

此外，在晶状体和角膜之间的眼球前部，还有房水循环。房水由睫状体产生，积聚在前房和后房。前房就是角膜和虹膜之间的空间，其边缘部分称为前房角，由角膜、巩膜、虹膜、睫状体四部分组成，是排泄房水的唯一通道。后房在虹膜后面，是晶状体、睫状体、玻璃体之间的空间。房

水从睫状体产生后，流进后房，再从后房经过瞳孔边缘流入前房，在前房角经过裂隙状的组织，流入角膜缘的静脉网。房水的主要作用是供给角膜、晶状体等的营养。如果房水循环不畅，可以引起叫青光眼的严重疾病。

（二）眼附属器

眼睑（眼皮） 外面是皮肤，内面为睑结膜，其间有睑肌和睑板，可使眼睛闭合和睁开。主要功能是保护眼球免受外界的伤害。上下眼睑之间的裂隙称为睑裂，睑裂的内侧角和外侧角分别称为内眦和外眦。眼睑的边缘称为睑缘，上有睫毛，能阻挡外界尘埃的进入。

结膜 为一层极薄的粘膜，起于睑缘，止于角膜缘。按其所在部位的不同，可分为三部，即睑结膜、球结膜和位于二者之间的穹窿部结膜。

泪器 眼球外上方有泪腺，分泌泪液，滋润和保护眼球表面。多余的泪液能通过眼内侧上下睑缘上的泪点经二根泪小管汇入泪囊，再经鼻泪管流入鼻腔。

眼外肌 管理眼球的运动，两眼各有 6 条，附着在眼球和眼眶壁上。眼肌力量不均衡或支配眼肌的神经麻痹等，可引起斜视。

二、耳

耳是听觉器官，同时还管理身体的平衡。包括外耳、中耳、内耳三部分（图 12-2）。

耳不仅是听觉、平衡器官，它还和全身保持着紧密的联系。我国劳动人民在长期的实践斗争中创造的耳针疗法，是祖国医学的宝贵遗产。近年来，我国医务人员运用伟大领袖毛主席的光辉哲学思想，创造性地发展了耳针疗法，治愈了

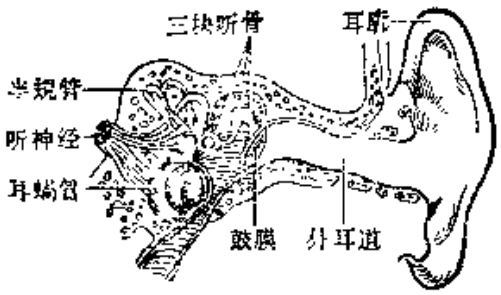


图 12-2　耳的结构

无脉症、遗尿症、皮肤瘙痒症、湿疹等多种疾病，还创造了耳针麻醉，成功地进行多种外科手术，使祖国医学的宝贵遗产焕发出绚丽的光彩。

（一）外耳

外耳由耳廓和外耳道组成，主要作用是收集声波并传送到耳内。耳廓除耳垂为脂肪与结缔组织所构成外，余均由弹性软骨组成，外面覆以皮肤。耳廓外侧面凹凸不平，各部分都有名称，是耳针取穴的部位，具体详见耳针疗法一节。由于耳廓皮薄，皮下组织又少，血管表浅，血流缓慢，故易受冻。外耳道是一根弯曲的管道，全长约2.5～3.5厘米，其外面1/3为软骨部，内2/3为骨部，内有二个狭小之处：一在软骨部与骨部交界处；一在骨部内约1/2处，称为峡部，异物最易嵌顿此处。整个外耳道都覆以皮肤，软骨部有毛囊、皮脂腺及耵聍腺，感染时易生疖；又因此处皮肤和软骨附着较紧，生疖时疼痛比较剧烈。外耳道的底部是鼓膜，把外耳和中耳隔开。

（二）中耳

中耳包括鼓室、咽鼓管、鼓窦和乳突等部分。鼓室是一个狭扁的小室，内有三块小的听骨，彼此相连，外和鼓膜接

触，内和内耳相接。鼓膜是一块椭圆形、灰白色、半透明的薄膜，厚仅0.1毫米，呈浅漏斗形，凹面向外，自外上斜向内下，与外耳道底呈45°角，检查时可见到附着听骨的部位。声音从外耳传来，振动鼓膜，听骨也受振动，然后传到内耳。咽鼓管（又名耳咽管）是鼓室和鼻咽腔相通的一条管道。咽部感染时，细菌可以通过咽鼓管扩散到中耳，引起中耳炎。由于小儿的咽鼓管较成人平、宽而短，故更易发生中耳炎。乳突是由致密骨质的外壳所围成的许多大小不等、形态不一和互相通连的含气小腔，形如蜂窝，腔内衬有粘膜。乳突和鼓室之间一个较大的含气小腔称为鼓窦，与鼓室、乳突都直接相通。乳突和鼓窦紧邻着颅腔。

（三）内耳

内耳构造比较复杂，又称迷路，由前庭、三个半规管和耳蜗组成，管理平衡和听觉，有第八对颅神经（听神经）进入脑内。外界传入的声波，通过鼓膜、听骨到达内耳，振动了内耳的淋巴液，刺激耳蜗内的声音感受器，发生神经冲动，经听神经传到大脑，便产生听觉。声波还可作用于颅骨，通过颅骨的振动，使内耳淋巴液发生相应的振动而产生听觉。这二条传送声音的途径，前者称为气传导，后者称为骨传导。在正常情况下，主要是气传导起作用，骨传导作用极微。平衡的管理则主要通过前庭和半规管，其内有平衡感受器，能感知头部运动和身体所处位置的情况，通过神经系统进行必要的调节。

三、鼻

鼻是呼吸的通道，并有嗅觉和共鸣的功能，可分外鼻、鼻腔和鼻旁窦三部分（图12-3）。

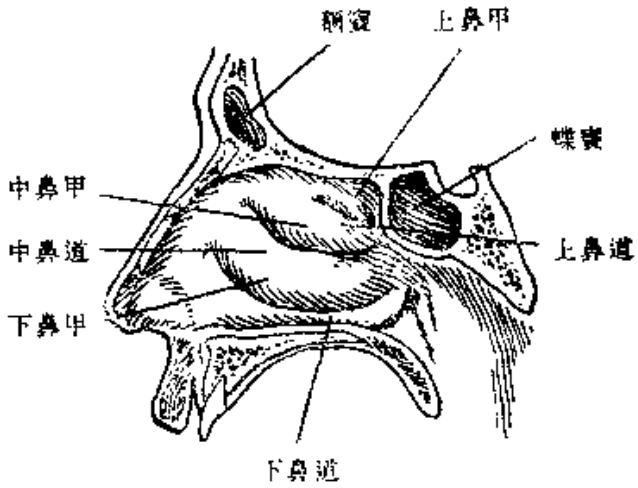


图 12-3　鼻腔外侧壁

（一）外鼻

外鼻由骨及软骨构成，表面覆有皮肤。外鼻下端向前突起的部分称为鼻尖，上端狭窄而接于额部的部分称为鼻根，鼻根至鼻尖部分总称为鼻背（又称鼻梁），两侧膨出部分称为鼻翼，底部两个开口就是前鼻孔。

（二）鼻腔

鼻腔中间有鼻中隔隔开，后方通过后鼻孔和鼻咽部相通。前鼻孔以内有皮肤覆盖的部分称为鼻前庭，其上生有鼻毛，此处易患疖肿。在鼻中隔前下方，由于粘膜中的血管特别丰富，容易发生出血（鼻衄）。鼻腔的外侧壁有突起的上、中、下三个鼻甲，将其分为上、中、下三个鼻道。下鼻道内有鼻泪管的开口。中鼻道和上鼻道内有各个鼻窦的开口，各鼻窦的炎性分泌物可蓄积于相应的鼻道内形成中鼻道或上鼻道积脓，为诊断鼻窦炎的重要体征。鼻腔的表面覆盖着一层粘膜，顶部有管嗅味的嗅神经分布。

（三）鼻旁窦

鼻旁窦（副鼻窦）是鼻腔附近颅骨中一些含有空气的空腔，和鼻腔有小孔相通，最大的叫上颌窦，其他还有额窦、蝶窦和筛窦(图 12-4)。上颌窦、额窦和筛窦前组开口于中鼻道；筛窦后组与蝶窦开口于上鼻道。鼻旁窦在发音时可起共鸣作用，发炎时出现流脓样鼻涕和头痛等症状。由于鼻旁窦与眼眶、颅腔等处相邻，故这些部位发生炎症、肿瘤等疾患时，可以互相影响。

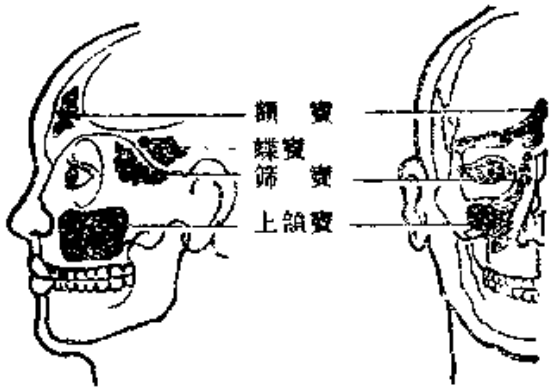


图 12-4 鼻旁窦的位置

四、口　　腔

口腔是消化道的入口处，与呼吸道也有密切的联系。其功能除消化外，还有感觉和语言的作用。口腔的后面是咽和喉，具体详见呼吸系统一章。

口腔不是一个单纯的空腔，其中包含有牙齿、舌头、唾液腺等许多重要的器官。口腔的前面为上、下唇；上面是上腭，又分前面的硬腭和后面的软腭，软腭后缘中央一个向下的圆形突起称为悬雍垂（俗称小舌头）；下面是口底；后界止于舌腭弓，舌腭弓的后面有属于咽部的咽腭弓，两者之间藏着扁桃体；侧面为颊（图 12-5）。当闭嘴时，上下牙齿咬合，

口腔就被牙齿分隔成二部分：里面的一部分叫做口腔本部（固有口腔），外面的一部分间隙叫做口腔前庭。口腔的表面是粘膜组织。在正对着上颌第二臼牙的颊部粘膜上，有腮腺导管的开口处。固有口腔内包括有舌头，从口底到舌腹面有一条系带相连，称为舌系带。如舌系带太短，说话发音就不清楚，须施行手术纠正。舌下腺导管直接开口于口底。

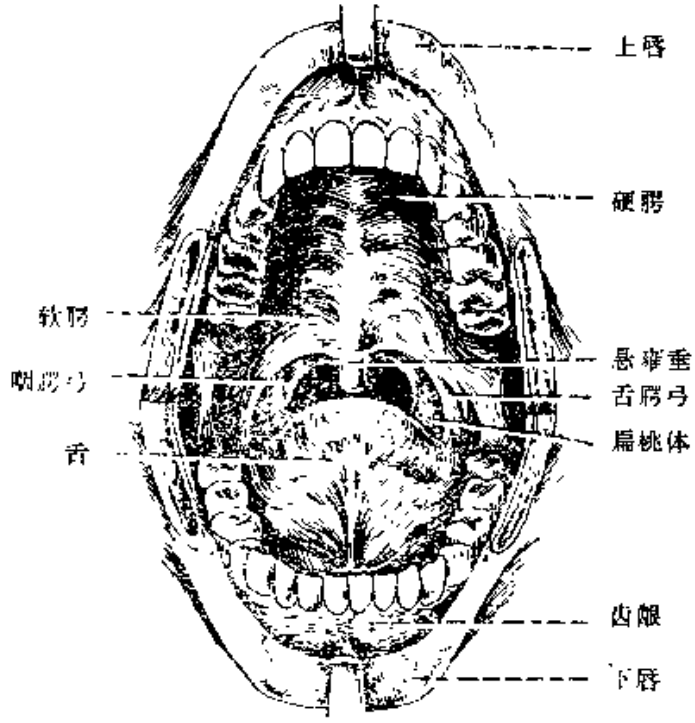
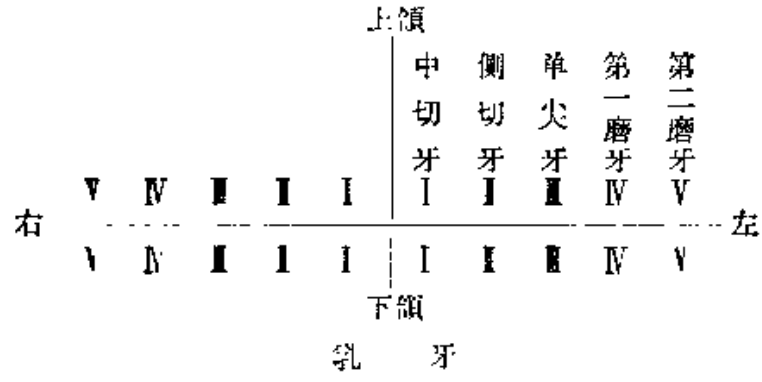


图 12-5　口腔

牙齿的主要功能是咀嚼食物。人类一生有两副牙齿：出生后 6～7 月左右开始出乳牙，到 2 岁半左右出齐，共 20 个；到 7～8 岁时逐渐自然脱落，长出恒牙，至成年出齐，共 32 个。最后一对恒牙又称智齿（即第三磨牙），要至 20 岁左右才能长出，其牙体外形和生长发育方面变异较大，如萌出位置不正常，常易招致口腔疾病。

牙齿在口腔中按一定的顺序排列，上下对称。恒牙的排列顺序是：前面正中为切牙(上下共8个)，旁开是单尖牙(上下共4个)，再旁边是双尖牙(上下共8个)，最后是磨牙(上下共12个)。乳牙的排列基本上与恒牙同，但没有双尖牙和第三磨牙。临床上为了记录方便，每个牙都给予一定的符号，常用的标记符号如下：



乳　牙

恒　牙

例如：下颌右侧中切牙及单尖牙记录为 $\frac{3\ 1}{\ \ |\ \ }$，上颌右侧第一乳磨牙记为 $\frac{\text{IV}}{\ \ |\ \ }$。

牙齿可分为三部分，暴露在口腔里的部分叫做牙冠，埋在牙槽骨里的部分叫牙根，牙冠和牙根中间的部分称为牙颈(图 12-6)。牙根的数目可因牙齿所负咀嚼力的大小而有所

不同，如上颌第一双尖牙和下颌的磨牙都有 2 个根，上颌的磨牙有 3 个根，其它牙齿则都是一个根，这在拔牙工作中必须注意。牙齿本身的结构包括釉质、牙本质、牙骨质和牙髓四个部分(图 12-7)。牙髓内含有血管、神经等组织，借根尖孔与牙周组织相交通。牙周组织包括牙龈、牙槽骨和牙周膜。牙龈紧紧覆盖在齿槽骨上，并包围牙颈部，其突入两牙之间的部分叫做牙龈乳头。牙龈的边缘和牙体之间往往有一浅沟，叫做龈沟，正常时一般不超过 2 毫米，如果过深就表示牙龈与牙体脱离过多，成为牙周病的一个主要症状。牙槽骨为包围牙根部的颌骨突起。牙周膜是牙根与牙槽骨间的结缔组织，起固定牙齿、缓冲咀嚼力的作用，其中还有许多神经、血管和淋巴管与颌骨相通。

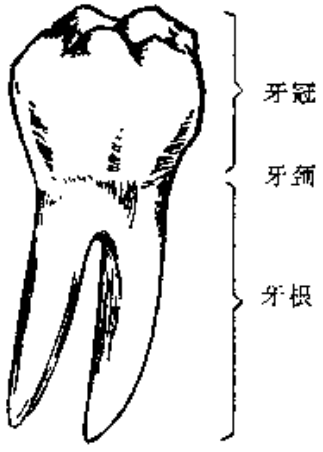


图 12-6　牙齿各部的名称

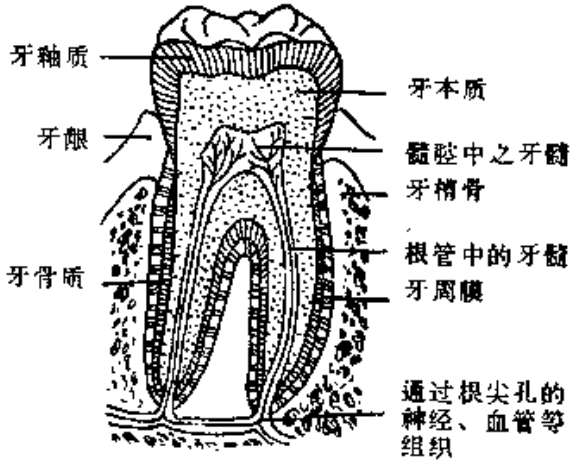


图 12-7　牙体和牙周组织

思　考　题

1. 什么叫结膜、角膜、巩膜、瞳孔、晶状体？视觉是怎样产生的？房水是如何循环的？

2. 耳由哪几个部分组成？它的功能是什么？

3. 鼻腔的结构有什么特点？鼻旁窦与鼻的关系怎样？

4. 牙齿是如何排列的？试述牙齿的结构、牙周组织与牙齿的关系。

第二节　五官的一般检查法

五官的检查方法有些比较复杂，往往需要一些特殊的器械和设备。这里仅根据农村卫生室的条件，介绍一些简易可行的办法。其他详细的检查，可参阅一些有关的专业书籍。

一、眼的检查

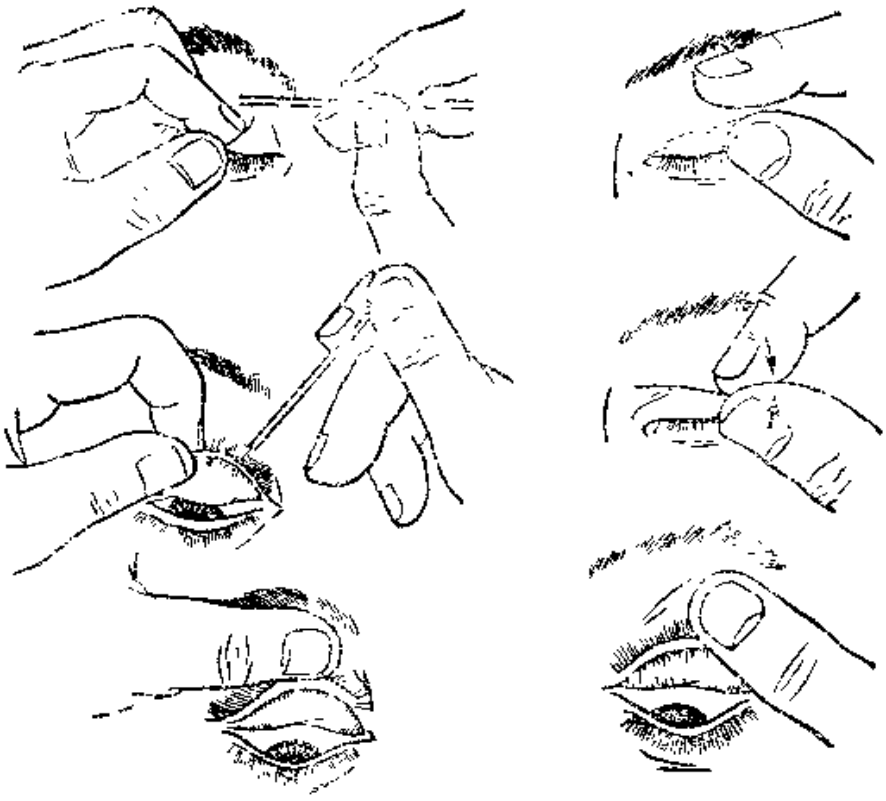
（一）眼外部检查

一般可在自然光线下进行，也可使用人工照明。检查次序先右眼后左眼，自外向内依次进行。如一眼患病，应先检查健眼，再检查患眼，尤其传染性眼病时更应如此。检查时应注意以下几个方面：

1. 眼睑的位置、形态和睑裂大小如何，两侧是否对称，有无内翻、外翻、下垂或闭合不全，皮肤有无疤痕、炎症、压痛、水肿、气肿、淤血、肿瘤，睑缘有无糜烂、溃疡、鳞屑、痂皮或脓肿，睫毛有无乱生或倒睫等。

2. 结膜的颜色、透明度、光滑度如何，有无充血水肿和分泌物；有无异物或肿瘤；睑结膜有无血管模糊、滤泡增生和结石，乳头大小如何；球结膜有无出血，充血是在浅层还是深层（即睫状充血）等。

方法：检查球结膜可用拇指和食指把上下睑分开，嘱病员向上、下、左、右转动眼球。检查下睑结膜可嘱病员向上看，以拇指或食指将下睑向下牵引。检查上睑结膜需翻开眼睑，一般用单手翻睑法，先嘱病员向下看，以食指及拇指夹住上睑中央部的皮肤，食指向下压，拇指把皮肤向上卷，便可将上睑翻转（图 12-8(1)）；也可用双手翻睑法，即以左手拇指和食指夹住眼睑中央部睫毛向上牵引，同时嘱病员向下看，用右手食指或玻璃棒（可用竹签代）按住睑板上缘向下压迫，使上睑翻转（图 12-8）。



双手上睑翻转法　　单手上睑翻转法

图 12-8　上睑翻转法

3．有无不正常的流泪，泪点有无外翻、狭小或闭塞，用食指压迫眼内眦与鼻梁间的泪囊部位有无分泌物自泪点流出，泪囊部有无红肿、压痛或瘘管存在等。

4．角膜大小、光泽、透明度及弯曲度是否正常，有无异物、新生血管、混浊，有混浊应区别是浸润、溃疡还是疤痕。正常角膜光滑如镜，湿润、透明。

5．巩膜有无黄染、充血等表现。

6．虹膜纹理是否清楚，颜色有无改变，有无缺损、结节或萎缩，有无新生血管，与角膜或晶状体有无粘连，有无虹膜震颤（眼球活动时）。

7．瞳孔大小、形态和位置如何，两侧是否对称，直接对光及间接

对光（以光照另一眼）反射是否正常。正常瞳孔位于中央，近圆形，直径2～3毫米，两侧对称。

8．晶状体透明度如何，有无混浊及其部位，位置是否正常，有无脱位或半脱位。

9．眼球向各个方向的运动是否正常，有无偏斜、复视、震颤，眼球的大小、形状有无异常，眼压有无增高或降低。测量眼压在无眼压计的情况下可用指测法，即嘱病员轻闭两眼向下注视，用两手食指尖放在上睑缘上1～1.5厘米处（即睑板上缘），轻压眼球，估计眼压的硬度（图12-9）。

图12-9　指测眼压法

10．眼眶双侧是否对称，有无红、肿、热、痛，眶缘有无缺损及肿物等。

（二）视力检查

1．远视力检查　用“国际标准视力表”进行检查。可将视力表置于光线充足的地方，高度相当于表上第十行字与被检者眼睛在同一水平，而后要被检者站（或坐）在距离5米处自上而下地辨认“E”字缺口。一般先查右眼，再查左眼，检查时要把对侧眼睛遮盖，但不能加压。正常视力在1.0以上，即在5米远能辨认第十行以下（看清第十行为1.0，十一行为1.2，十二行为1.5）；如不到1.0，则根据实际能辨认的行次标明视力，即第一行0.1，第二行0.2，以下类推。如视力低于0.1，则可让被检者逐渐走近视力表，到能辨认第一行最大视标为止，其视力计算方法为：$0.1\times\frac{\text{距离}}{5}=$被检者视力（如到2米处才能辨认，则视力为$0.1\times\frac{2}{5}=0.04$）；若到1米处仍不能辨认，可让其辨别手指数目，记录距离；再不行则辨别手动并记录距离；辨别手动也不可能时，可辨别烛光或电筒光；光觉也不能测到时，则为完全失明。

2. 近视力检查　用标准近视力表检查。可将视力表放在眼前30厘米处，嘱被检者自上而下辨认“E”字缺口，记录其阅读最小一行字，即为近视力。正常也在1.0以上。

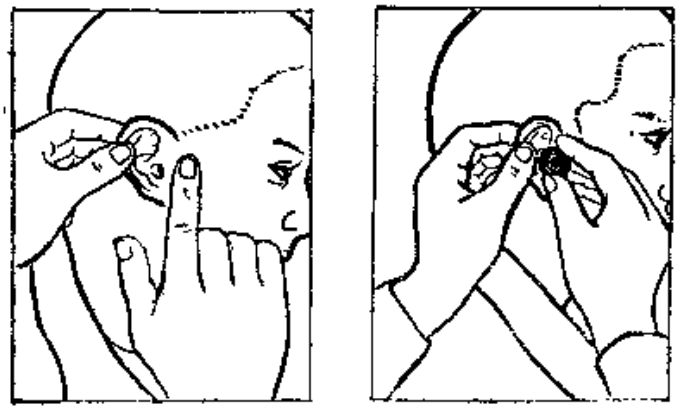
（三）色觉检查

用色盲检查图本进行检查。可将色盲本在白天自然光线下，置于被检者眼前40～50厘米处，让其辨认本上的数字或图案，根据其正误，对照色盲本上的说明即可知道色觉是否异常。应随翻随辨认，检查速度不宜太慢。色觉如有障碍，称为色盲（轻者亦可称色弱），一般分为全色盲、红色盲和绿色盲（或色弱）等几种。

二、耳的检查

（一）外耳检查

让被检者侧坐或正坐而头侧向一方，使被检耳对向检查者。次序是先检查耳廓及乳突部，再检查外耳道。检查外耳道可用一手将耳廓向后、上、外方向牵拉，另一手食指将耳屏向前推移，使外耳道软骨部变直（图12-10(1)）；其中如有耵聍或分泌物，应先予清除。对外耳道较小或耳毛较多者，常须借助耳鏡(窥耳器)检查。耳鏡形如漏斗，应根据外耳道口径大小选择合适的型号，如前法将耳道拉直后轻轻放



(1)徒手检查法　　(2)耳鏡检查法

图12-10　外耳道、鼓膜检查法

入（图 12-10(2)）。检查时应注意以下几个方面：

1. 耳廓两侧是否对称，有无畸形、肥厚、肿胀、皮肤皲裂及脱屑，有无耳廓牵拉痛或耳屏压痛。

2. 乳突部有无红肿、瘘管、瘢痕和压痛。

3. 外耳道有无充血、肿胀、耵聍，有无分泌物及其性质、气味如何，耳道骨部后上壁有无塌陷、瘘管。

4. 鼓膜有无充血、内陷、混浊、钙化点、增厚或变薄，有无穿孔及穿孔的大小、部位、形状，有无脓液及脓液的性质、气味。

（二）听力检查

根据当时当地的条件，尽量在比较安静的环境中，用语音或表音进行检查，以便测定听力是否正常。如欲判定耳聋的程度和性质，应使用音叉检查。

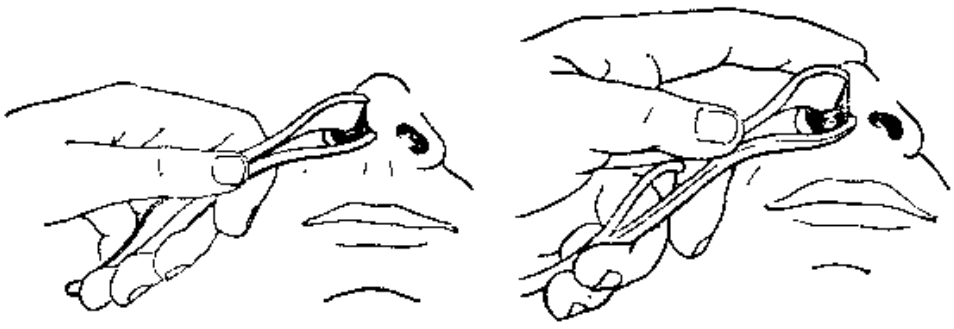
1. 耳语试验　受检者坐好，两眼紧闭，一耳对向检查者，另一耳用手指塞住，检查者用语音轻声说出某一短词，如“北京”、“上海”、“社会主义”或报数字等，让受检者复诵。正常人可在 6 米处听清，如不能听到，提示有听力减退，可将距离逐渐缩短，直至能听到时为止，以了解听力减退的程度。一耳检查完毕，再检查另一耳。由于此法简便，常用于作集体检查，但发音轻重不易掌握，故不够准确。

2. 表音检查　用秒表或手表的声音来测定听力。应先测定正常耳听到表声的距离，最好用正常耳在 1 米左右能听到的表为标准。检查时受检者坐好，两眼紧闭，用手指将对侧外耳孔塞住。检查者站在背后，持表由 1 米以外的距离逐渐接近受检耳，至其能听到表音为止，如此试验数次，如每次均在同一距离听到，即为准确数字，可判定听觉是否正常。再用同法检查对侧耳。然后，可将表置于额部、颞部及乳突部，检查表音经颅骨传导是否正常（正常人在这几处都能听到）；如果骨传导消失，提示可能为神经性耳聋。

三、鼻的检查

受检者正坐，勿靠椅背，头稍后仰；如为不合作的小儿，应由家

属将其抱坐椅上。先检查外鼻，再检查鼻腔。检查鼻腔除一般观察外，必要时应使用前鼻镜检查，即左手持鼻镜，使鼻镜的两瓣成上下平行方向轻轻放入鼻前庭，张开两瓣，先检查鼻腔下部，再将被检者头部后仰抬高，检查鼻腔中上部（图 12-11）。检查完毕在取出过程中，鼻镜的两瓣仍微微张开，以防夹住鼻毛。检查时应注意以下几个方面：



(1)　　(2)

图 12-11　鼻镜检查法

1. 外鼻有无畸形，鼻前孔是否狭窄，外鼻皮肤色泽如何，有无肿胀、触痛、增厚、变硬，鼻骨有无骨折、移位等。

2. 鼻前庭有无红肿、糜烂、结痂和皲裂，其皮肤色泽如何。

3. 鼻腔粘膜是湿润、光滑还是干燥、萎缩，下鼻甲与中鼻甲的大小如何（如下鼻甲有明显肿大，可用 1％麻黄素棉片收敛后再进一步检查），中鼻道嗅沟有无分泌物及其性质如何，鼻中隔有无弯曲、表面有无血管怒张，鼻腔内有无新生物或异物等其他异常情况。

4. 必要时还可测定嗅觉，即将樟脑、煤油、醋等作嗅剂，并以水对照，分装于相同的小瓶中，分别置于被检者两侧鼻孔前，让其辨别嗅到的气味，以判断嗅觉功能有无障碍。

四、口腔和咽喉的检查

（一）口腔检查

让受检者坐好，把口张开，检查者先用肉眼观察口腔内唇、颊、

舌、齿龈、牙齿等有无异常，必要时用口镜、镊子和探针协助检查。牙齿的检查除用肉眼观察外，可用探针来探查肉眼看不见的邻面龋，龋洞的深浅、有无探痛、洞底有无穿髓，以及牙周袋的深浅等。还常用镊子或口镜柄叩击牙齿，用以了解牙周病变的部位及程度，先从邻近的正常牙叩起，逐渐叩向病牙，互相对照。正常牙叩时无痛，急性根尖周炎叩痛剧烈，慢性根尖周炎微有叩痛或无叩痛。此外，当牙髓有病变时，可通过冷、热温度对牙齿的刺激，以判断牙髓有无活力，并估计病变的程度。方法是用喷有氯乙烷或蘸冷水的小棉球以及烧热的器械分别放在被检查牙齿的牙面上，询问患者对冷、热的感觉反应。如冷、热感觉正常，说明牙髓活力正常；冷、热均引起疼痛，可能是牙髓炎；冷、热感觉迟钝，可能是慢性牙髓炎；冷、热无感觉反应，说明牙髓已坏死、钙化或患牙已经过髓病治疗。龋齿发展到牙体内层龋洞形成后，患牙对甜、酸、冷、热等刺激均呈过度敏感。

（二）咽喉检查

检查咽喉部，可使病人张口后进行观察；如看不清楚，可用压舌板放于舌前3/4处，向下向后压，使舌背低下，用力不宜过大或伸入过深，以免引起恶心。检查时应注意咽粘膜色泽如何，有无充血、肿胀、干燥、结痂、溃疡或假膜等；咽后壁有无充血、干燥和隆起；咽侧壁有无隆起，咽后柱后方两旁咽侧淋巴索有无充血或增生；扁桃体大小如何，有无充血、肿胀，隐窝表面有否渗出物；软腭两侧是否对称，在发“啊——啊——”声音时两侧活动度如何，有无麻痹；等等。检查喉时还应从外部观察喉的大小是否正常，位置是否在颈前正中部，两侧是否对称，并用手指触诊检查有无局部增厚、肿大、畸形及触痛。咽喉的进一步检查，必须用鼻咽镜、喉镜（包括间接和直接喉镜两种）进行，此处从略。

复习方法

到卫生院防治眼、耳鼻咽喉、口腔等疾病的有关科室实习，组织参加一些集体体格检查，从中熟悉五官的一般检查方法。

第三节　常见五官疾病

一、睑　缘　炎

睑缘炎俗称“烂眼皮”，是睑缘表面、睫毛毛囊及其附属腺组织的亚急性或慢性炎症。主要由葡萄球菌感染所致，小孩多见；还可因不良卫生习惯、风尘刺激、屈光异常等而发生。祖国医学称为睑弦赤烂、风赤眼、烂弦风等，认为系因脾胃湿热，外受风邪所致。

症状　根据临床表现可分为鳞屑性、溃疡性及眦角性三种。

1. 鳞屑性睑缘炎　自觉睑部刺痒、畏光，伴有结膜炎时还有摩擦感；长期发炎可因睑缘增厚，不能与眼球紧密接触而发生泪溢。检查可见睑缘充血，睫毛根部及其表面有鳞屑状物附着，有时睫毛根部还有蜡黄色结痂，脱落后表面充血，但无溃疡。因毛囊未被破坏，睫毛脱落后可再生。

2. 溃疡性睑缘炎　多发生于儿童，症状较鳞屑性重，自觉睑部痒痛，晨起上、下睑粘着睁不开。检查可见病变累及毛囊根部，皮脂分泌特别多，干后结成黄痂，去痂后见睑缘有小溃疡。睫毛易脱落，脱落后不再再生或乱生，并可引起秃睫（睫毛广泛脱落）、倒睫、睑缘瘢痕组织增生肥厚或慢性结膜炎及下睑外翻等并发症，此时有明显的畏光、流泪等症状。

3. 眦角性睑缘炎　常发生于外眦部，且伴有结膜炎，多为双侧性。自觉痒、流泪，检查见睑缘充血，邻近皮肤红肿有湿疹甚至糜烂，有灰黄色分泌物粘于外眦部。

治疗

1. 除去一切诱因。

2. 局部用生理盐水擦洗，将睫毛旁的鳞屑或痂盖除去，擦干后涂以抗菌素眼膏，每日3次。

3. 症状严重者可同时服用中药三黄汤以清热解毒、除湿，即黄连、黄柏各3钱，黄芩5钱，水煎服。

4. 并发结膜炎时按结膜炎治疗（详见下）。

二、麦 粒 肿

麦粒肿俗称“偷针眼”，是细菌感染引起的眼睑部急性化脓性炎症（亦称睑腺炎），成熟后形成小脓肿。生在睫毛根部皮脂腺的称外麦粒肿，生在睑板腺的为内麦粒肿。祖国医学认为系因脾胃蕴积热毒，加以风热邪毒侵犯而引起。

症状 外麦粒肿先在眼睑边缘出现局限性红肿疼痛，几天后出现脓头以至破溃。内麦粒肿先有眼部不适感，后见眼睑微红肿并有触痛，翻转眼睑（多见于上眼睑）可见患处睑结膜呈局限性充血，以后出现黄色脓点，可溃破。

麦粒肿须与霰粒肿相鉴别。后者是睑板腺慢性炎症所形成的小囊肿，主要表现为眼睑皮下可摸到圆形块物，不红不痛，病人常不察觉，多为偶然发现，明显者需作手术刮除。

治疗

1. 早期湿热敷，适当应用磺胺药或抗菌素。脓头成熟后刺破排脓，但避免挤压。

2. 中草药治疗 龙胆草1两水煎，一半内服，一半熏洗患眼；或蒲公英2两、菊花5钱，水煎服。对屡次反复发作者，可服用散风清热的方剂：桑叶、菊花各1.5钱，生山栀、银花、连翘、赤芍各3钱，黄芩2钱，生甘草1钱，大黄1.5钱（后下），水煎服。

3. 新针疗法　睛明、太阳、合谷、风池。

4. 维生素 B_2 10～20 毫克，日服 3～4 次。

三、沙　　眼

沙眼是由沙眼病毒引起的一种传染病，祖国医学称为“椒疮”、“粟疮”，可通过手、手帕、毛巾、枕套、理发工具等传染。

症状　早期无症状或眼内发痒，多泪水，眼眵多，异物感(眼里好象有东西)。检查在睑结膜上见到小颗粒滤泡或乳头，结膜轻度充血发红，角膜上缘出现微血管的侵入，形成血管翳。发展下去，症状逐渐加剧，睑结膜滤泡增多，乳头肥大，充血更明显，角膜血管翳伸长，患者自觉症状明显。以后，睑结膜可形成疤痕，出现睑内翻、倒睫(睫毛向里长，摩擦眼球)，引起流泪、怕光、渐渐看不清东西，严重的最后可以失明。

临床上根据疾病发展的不同阶段，把沙眼分成二期：

第一期（沙Ⅰ，进行期)：乳头、滤泡、炎症浸润、血管翳等活动病变同时存在。

第二期(沙Ⅱ，退行期)：开始出现疤痕组织，但仍有第一期的活动病变存在，如不作治疗，此期可长期存在。如活动病变消失，全部结疤，沙眼即为痊愈。

治疗

1. 白天滴用眼药水，如 10～30% 磺胺醋酰钠（斑马眼药水)、3 %磺胺嘧啶（消炎眼药水)、0.25～0.5%氯霉素或 0.5%金霉素眼药水等，每日 3～4 次；晚上可涂用眼药膏，如 0.5%金霉素、四环素或红霉素眼膏等。滴药或涂药时应嘱病人向上看，头抬起，用左手拇指及食指分开眼睑，右手将药滴（挤）在下方结膜囊内，注意滴管及眼膏锡管不要碰

到睫毛或睑缘，以免污染，然后轻轻提起上睑使药液或眼膏均匀散布到整个结膜囊内，嘱病员闭眼数分钟。

2. 一见喜眼药水或黄连西瓜霜眼药水（也可以西瓜霜、黄连各3钱，西月石5分，加水1斤，煎成一半，过滤后用）滴眼。

3. 中草药白菊花1.5钱、焦山栀3钱，开水泡茶饮；或桑叶、木贼草、草决明各3钱，水煎服。

4. 手术治疗：滤泡多者可行滤泡刮除术；内翻及倒睫作内翻矫正术（详第十五章）等。

预防

1. 沙眼很容易传染，并且人们不大重视它，因此，应经常宣传沙眼的危害和防治知识。

2. 讲究卫生，劝告不要同病人合用毛巾、手帕，提倡不合洗一盆水。

3. 积极治疗沙眼病人。

四、急性结膜炎

急性结膜炎俗称“火眼”、“赤眼”、“红眼睛”。由细菌或病毒感染引起，传染性较强，传染途径同沙眼。祖国医学认为是风热外邪上攻于目所致，属于实证、热证。

症状 睑、球结膜充血，以穹窿部最为明显，觉眼痒，怕光，流泪，眼眵多。严重者眼睑明显肿胀，眼球灼热或疼痛。如为病毒引起，还可见结膜有大量滤泡，分泌物呈粘液状或水样（细菌引起的分泌物为脓性），并伴有耳前淋巴结肿大及压痛，部分病人尚有结膜下出血现象。结膜炎病程约7～14天，如治疗不彻底，易转为慢性。

治疗

1. 滴眼药水，涂眼药膏（同沙眼）。严重者可先以生理盐水、2～3%硼酸溶液或1:5,000呋喃西林溶液洗眼，然后用药。洗眼时将一盛水漏斗紧贴病员下睑下颊部，用左手拇指及食指轻轻翻转病员上下眼睑，右手拿洗眼壶（内盛洗眼液），由内向外来回冲洗，但不宜将水直接冲在角膜上，冲时嘱病员转动眼球，并用固定眼睑的手指将上下睑轻轻推动，直到冲净为止。

2. 草药野菊花1两，加水2碗煎半小时后，熏洗两眼；桑枝2两（炒黑），用水4大碗，煎半小时，浸泡双足，每日2次；或吴茱萸5钱研末醋调敷两足底，12小时一换。

3. 内服中草药以疏风清热、凉血解毒为主，可选用下列方剂：

(1) 马兰根1两，水煎服。

(2) 紫花地丁、谷精草各1两，水煎服。

(3) 桑叶3钱，金银花藤、草决明各1两，水煎服。

(4) 大青叶、板蓝根、野菊花各5钱，金银花藤3钱，水煎服。

(5) 黄柏2钱、龙胆草3钱、决明子6钱，水煎服。

(6) 草决明、黄芩、野菊花、谷精草各5钱，蒲公英1两，水煎服。

4. 新针疗法　睛明、太阳、翳明、合谷、风池。

5. 症状严重，经上述处理少效者，可酌情选用磺胺药或抗菌素。

预防

1. 发动群众，开展卫生宣传，普及防治知识。

2. 不用手擦眼，接触患眼后要洗手。

3. 病员除积极治疗外，应进行隔离，如将洗脸用具、手

帕等分开并予以消毒，尽量减少不必要的接触等。

4. 流行期间可将治疗用的中草药方剂按量煎成大锅预防汤送到田头、场头和社员家里，开展预防服药。

五、翼状胬肉

翼状胬〔音努，nǔ〕肉俗称“攀筋”，是球结膜增生，长到角膜上而造成。祖国医学称为“胬肉攀睛”，但未累及角膜者，仅称“胬肉”，侵入角膜者，始称“攀睛”。增生组织三角形，如漫延到角膜中央遮盖瞳孔，可影响视力（图 12-12）。本症多因长期受日光、风尘等刺激所致，故多见于野外工作者，特别是沿海地区的渔民、农民。

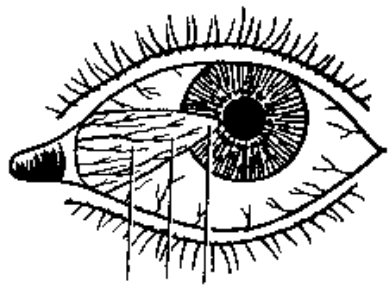


图 12-12 翼状胬肉

治疗

1. 针刺疗法 用消毒的针尖在胬肉头部轻轻剥离，在根部点刺，此时眼球酸胀，流泪。可配太阳、少泽等穴。每日 1 次。轻的几次后，胬肉可以减缩甚至消失。每次刺后涂眼药膏，防止感染。

2. 中药外治 白丁香 1 两，研极细末（舔在舌上化开无渣），用人乳或水临时调作糊，每用少许（如半粒芝麻大）点在胬肉所在之眦角部（即根部），每 2～3 日 1 次。或将白丁香以甘草水浸一夜，去水焙干，如上研制点用。

3. 针刺或中药无效，可作手术摘除。

六、化学性眼外伤

化学性眼外伤是指挥发性气体长期刺激及化学药物直接接触眼部

而引起的结膜炎、角膜炎及眼部严重的组织破坏。常见的化学物质是酸和碱二类。

（一）酸性灼伤

最多见的是硫酸、硝酸、盐酸及醋酸等溅入眼内，引起组织立即坏死。可见灼伤口边缘较清楚，局限，病人自觉疼痛、烧灼感，怕光、流泪、视力减退，严重时视力有不同程度的障碍。一般的酸性化学物质引起的灼伤不再向深部发展，预后较好。

（二）碱性灼伤

最多见的是氢氧化钠溶液、氨水、硫化氢溶液、生石灰水溅入眼内，症状与酸性物引起的相同，但病情较重，时间长，预后差，严重的常因碱性物的渗入性和扩散性破坏而使眼球萎缩并致失明。

治疗 凡化学性眼外伤，不论酸性或碱性，立即用净水冲洗眼部，越快越彻底越好。结膜囊内残留的化学物质应清除。

进一步处理分以下几步：

1．确定化学物质的性质（酸或碱）。

2．局部用麻醉剂如0.5～1%潘妥卡因（地卡因）滴眼以止痛，再用生理盐水或蒸馏水冲洗（方法详结膜炎治疗）。

3．中和溶液冲洗：酸性灼伤用2%苏打水或0.5%氢氧化钾溶液冲洗。碱性灼伤用1%醋酸或2%枸橼酸钠或1%乳酸溶液冲洗。

4．在止痛后，用消毒棉签挑去受伤部的白膜，涂上抗菌素眼膏如金霉素眼膏等，然后包扎伤眼，以防止创伤向深部浸蚀及预防感染。

5．滴1%阿托品溶液，以防止发生虹膜睫状体炎。

6．伤面愈合后用0.5%促肾上腺皮质激素滴眼或0.5%去氢可的松眼膏涂用，以加速充血减退和角膜白斑的吸收。

7．必要时口服强的松5毫克，每日3次；或地塞米松0.75毫克，每日2～3次，以减少眼内组织反应。

预防 工厂和酸、碱接触的作业，应做好眼的劳动保护，严格遵守操作规程。农村用氨水施肥或使用农药、漂白粉、石灰等物质时，应防止溅入眼内。

七、电光性眼炎

电光性眼炎主要是指电焊时强烈电弧光（紫外线）照射引起的结膜、角膜损伤，在高原雪地行军或工作有时也可以发生。随着社队工业的发展，在农村本病的防治日渐重要。

症状 于接触电弧光后数小时，眼部突然发生剧痛、怕光、流泪。检查时可见结膜充血，角膜上皮脱落等表现。

治疗

1. 针刺睛明穴或作耳针治疗，可使症状很快消退。

2. 可用新鲜人乳或牛乳滴眼。

3. 症状严重者，滴0.5%地卡因，并涂眼药膏。

预防 工作时应戴黄绿色或黑色保护眼镜，防止用眼直接观察电焊操作（包括参观者）。

八、结膜和角膜异物

在工农业生产和日常生活中，往往可能有小块异物如灰尘、铁屑、砂石或种子壳等，进入眼内并粘在或嵌入结膜和角膜表层，引起异物感、疼痛、流泪和畏光。角膜异物如果引起感染，还可发展成溃疡，影响视力。进入眼内的异物如体积过小，往往不易找寻，需仔细检查。藏在上睑内面的结膜异物，必须翻转眼睑才能找到；角膜上的小异物，需要用手电筒斜照检查，方能看出。

治疗

1. 微细粉尘可用生理盐水或2～3%硼酸溶液冲洗除去(方法详结膜炎治疗)。

2. 结膜表面的异物可用棉签蘸生理盐水轻轻抹去。

3. 角膜浅表异物，可作异物剔除术。先滴入1%地卡因作浅表麻醉，每次滴入2～3滴，每隔10～15分钟滴1次，共2～3次。而后，嘱患者固定注视一个方向，使异物暴露清楚，用一根消毒注射针尖或尖头手术刀，轻轻地把异物剔除。应尽量紧靠异物旁向角膜缘方向挑

出，防止损伤瞳孔区或过多的正常组织。如是铁屑，除去后角膜上留有锈斑，也应仔细除尽。异物剔除后涂抗菌素软膏，包扎患眼1～3天，但次日应作一次检查。必要时应用抗菌药物以预防或控制继发感染。

4．角膜深层异物，应送医院手术处理。

预防 工农业生产中应注意安全操作，平时要向广大群众进行预防眼外伤的宣传教育。

九、白 内 障

正常的晶状体是一个透明组织，当种种原因使晶状体的一部或全部变为混浊时，就称为白内障。可分为二大类：由于先天性发育障碍引起的白内障，称为先天性白内障，多为静止性，混浊不继续发展；生后各种原因引起的白内障，称为后天性白内障，多为进行性，如老年性白内障、并发性白内障、外伤性白内障等等。

症状

1．先天性白内障 多因胎儿期晶状体发育受了不良影响（母体有病等）或遗传因子所致。大多数患者白内障的混浊块是局限性的，不继续扩大。对视力的影响则视其部位和大小而定，有的表现视力低下，严重的仅有光感，也有不影响视力的。部分患者可有发育上的其他异常，如小眼球、眼球震颤、多指等。

2．老年性白内障 多发生于50岁以上老年人，女性较多，南方较北方多见。发病原因多认为是老年性代谢障碍所致，祖国医学认为系肝肾两亏、精血不足而造成。主要表现为两眼逐渐因晶状体混浊而失明，临床上分为初发期（轻度混浊，视力尚好）、肿胀期（晶状体混浊增加，呈灰白色并肿大，视力显著减退）、成熟期（晶状体完全不透明）和过熟期（晶状体缩小、皮质溶化）。

3．并发性白内障 由于其他眼病如虹膜睫状体炎、其他眼内炎、严重青光眼、视网膜脱离、高度近视等引起晶状体营养障碍所致的白内障，都称为并发性白内障。多见于青壮年，单侧居多。

4．外伤性白内障　有外伤病史。外伤使晶状体囊破裂，房水渗入，晶状体肿胀变浊。

治疗

1．非手术治疗　非全混浊的白内障，特别是初发期和未成熟期的老年性白内障，可试用新针、中草药等治疗。针刺上睛明、下睛明、球后、承泣、印堂、太阳、内关透外关等穴，可选择应用。服用中成药明目地黄丸或磁朱丸，每日2～3钱。还可配合服用维生素B和C。

2．手术治疗

(1) 先天性白内障，对视力有明显影响者，应争取在1岁内手术，因为此时是视功能发育最重要的时期，最迟不能超过3～4岁。

(2) 老年性白内障最好在成熟期进行手术，未成熟期如视力降至0.1或更低，或并发青光眼时，也应手术摘除。

(3) 并发性白内障一般也应手术治疗，有炎症者应控制炎症后再手术。但如患眼已全无光感，则可不作手术。

(4) 外伤性白内障，可先于受伤时作必要处理，以后如出现晶状体混浊，再作手术治疗。

3．在无产阶级文化大革命中，北京中医研究院广安门医院医疗队深入农村，批判地继承和发扬了我国古代“金针拨障术”的医学遗产，利用“针拨术”和“针拨套出术”，治愈了大量的白内障患者。实践证明，这两种治疗方法简便易行，对老年性白内障特别适用，某些先天性、外伤性和并发性白内障患者也可使用，是中西医结合工作的一个范例。

十、青　光　眼

青光眼是一种常见的眼病，主要特征为眼球发硬、眼压增高，是造成失明的重要原因之一。引起眼压增高的主要原因，是各种因素使房水循环的回流通道发生了障碍，或房水产生过多（较少见）。临床上可根据其发病原因的不同，将青光眼分为原发性和继发性两大类。原发性青光眼的发病原因至今不甚明了，有待进一步研究，一般认为与

中枢神经系统、血管及内分泌系统的失调有关。由于上述原因使眼内血管扩张，组织肿胀，前房角狭窄或闭塞，使房水的出路受到障碍，眼压便增高。继发性青光眼常发生于虹膜睫状体炎、角膜溃疡穿破、眼球受伤、晶状体肿胀、眼内出血、眼内肿瘤等疾患之后，上述原因均能使前房角因组织粘连而闭塞，引起房水循环障碍，或眼球内容物增加，因而使眼压增高。祖国医学称为青风内障、绿风内障、五风内障等，认为本病多因暴怒之后，肝胆之火上扰；或外受风热，诱动内风；或劳神过度，脾虚肝郁，气血不和；或肾阴亏损，虚火上炎，均可导致房水瘀滞而发病。

（一）原发性青光眼

根据症状的不同，分为充血性和单纯性两种。

1．充血性青光眼　多见于中年以上，女性较多。常有明显的精神因素，往往于感情冲动后突然发生。临床上有如下特点：

(1) 突然发生头痛、眼痛，可伴有恶心、呕吐，甚至误诊为肠胃炎或其他疾患。

(2) 视力剧降，可能在几小时内失明。

(3) 患眼充血，有时眼睑也浮肿。角膜水肿，如毛玻璃状。瞳孔散大，呈卵圆形，对光反射减弱或消失。

(4) 眼压很高，用手指按压呈硬实感。

(5) 病史中可有前驱期症状，如过去有过暂时的视力模糊，看灯火发花或有虹彩色光圈，以及眼胀、眼痛、头痛等，但休息后可好转。

(6) 以上急性期症状如不及时治疗，可发展到慢性。

2．单纯性青光眼　中年以上者多见，也可见于年轻人。其特点为：

(1) 病程缓慢，自觉症状一般很轻，仅有轻度头痛、眼酸胀不适、视力模糊及眼疲劳等，经休息后可消失，故容易忽略，往往直到视力损失至相当程度才被发觉。

(2) 眼球不充血，角膜透明。瞳孔初时不改变，后期可散大。

(3) 眼压初期不一定持久升高，一日间有波动；中、后期则出现持久上升，但程度不如充血性青光眼厉害。

（二）继发性青光眼

(1) 原发疾病史。

(2) 上述原发性青光眼相似的症状如视力高度减退、视野缩小，头痛、眼胀、眼压高等。

治疗

1. 急性充血性青光眼，应及时抢救（首先是降低眼压），包括：

(1) 滴缩瞳剂，如1～2%毛果芸香碱，每15分钟滴眼1次，待眼压下降后改为1～2小时1次；或0.25～0.5%毒扁豆碱滴眼，每日3～4次。

(2) 口服醋唑磺胺，第一次500毫克，以后每次250毫克，每6小时1次，长时间服用时须加服氯化钾。

(3) 服用中药肝热泻火汤：大黄2钱(后下)、龙胆草1钱、玄参2钱、车前子5钱（包）、当归4钱、黄芩3钱、知母4钱、怀牛膝5钱、玄明粉3钱（冲），水煎服。

(4) 针刺太阳、印堂、合谷、风池、睛明、承泣、球后等穴，每次选2～3穴，隔日1次。

(5) 必要时可用脱水剂，如50%葡萄糖40～60毫升静脉注射，每日1～2次；或20%甘露醇、25%山梨醇等静脉滴注。

(6) 经以上处理无效，应作手术治疗。

2. 单纯性青光眼，早期应采用非手术治疗，主要是滴缩瞳剂（可长期应用）、服用中草药、针灸等；如以上治疗不能奏效，再考虑手术治疗。

中草药治疗以益肾平肝为主，可用生熟地各4钱，女贞子、夏枯草、黄芩各3钱，五味子2钱；珍珠母、生牡蛎各1两；或苍白术、茯苓、泽泻、楮实子、菊花各3钱，石决明8钱，均为水煎服。

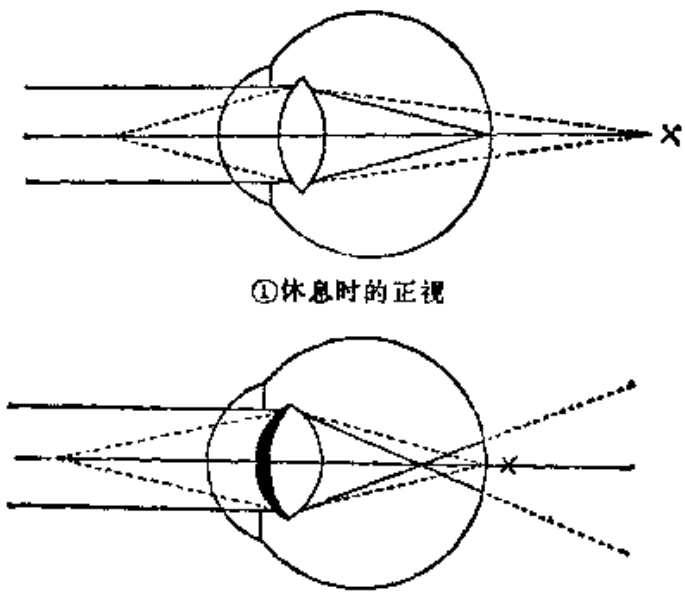
3. 继发性青光眼，主要是针对病因进行治疗，同时可根据青光眼的情况，作一些必要的处理，原则同上。

十一、近视、远视和散光

我们的眼睛，所以能够看清物体，主要是由于外界的光线射入眼

内，透过眼球的一系列屈光装置（包括角膜、房水、晶状体、玻璃体等），在虹膜和睫状体的调节下，使物象正好落在视网膜上，再通过神经系统反映到大脑，产生视觉形象。如果眼球屈光的调节发生了障碍，物象就不能很好地落在视网膜上，物体就会看不清楚，这种情况称为屈光不正。

在正常情况下，我们看近（5米以内）的物体时，如果没有睫状肌调节，物象就会落在视网膜后；但因睫状肌收缩，使晶状体变厚，从而使眼内的物象向前移，正好落在视网膜上，获得清晰的视觉形象（图12-13）。在看远处（5米以外）的物体时，则不需进行调节，物体刚好成象在视网膜上，产生清晰的视觉（图12-14）。如果因为眼球前后轴太短，物体成象在视网膜后，使之不能产生清晰的视象，这就是远视眼（图12-14）；如果因为眼球前后轴太长，物体成象在视网膜前，使之不能看清远处物体，就是近视眼（图12-14）；如果由于角膜表面的弯曲度不是一个完全一致的球面，使光线进入眼球后不能集合于一点，这就是散光。老年人由于年龄增加，晶状体纤维硬化或



①休息时的正视

②调节时的正视

图12-13　看近物时眼球的正常调节

睫状肌收缩力减弱，可引起生理性的调节减退，因而产生类似远视眼（不是由于眼球前后轴短，而是近处物体成象于正常位置的视网膜后）的情况，称为老视眼。

症状 近视眼主要表现为远处物体看不清，视物很近并易疲劳，在写字或眼前近距离工作稍久，会出现字迹模糊、跳格现象，并觉眼部干涩，眼睑沉重，以后又有眼胀痛及头痛；但休息片刻，自觉症状可明显减轻或消失。病情发展到一定程度，需配眼镜才能工作。远视眼除了看近的物体感到吃力以外，一般无明显自觉症状，只有在长时间阅读或近距离工作后才产生视力疲劳现象，甚至引起偏头痛。散光则看远、近物体都觉模糊，常引起视力疲劳、视力减退，尤以下午和晚上为明显，可伴有结膜和眼睑充血。

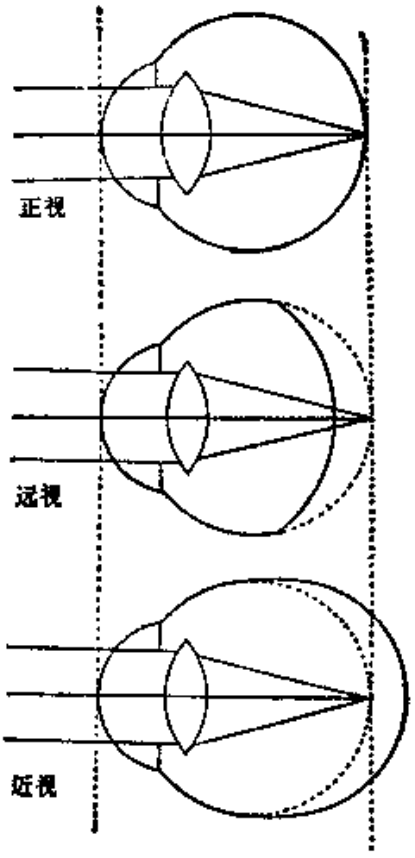


图 12-14 正视、远视、近视

判断近视、远视和散光可用远、近视力表检查。如远视力小于1.0，近视力正常，考虑为近视眼；如远视力正常，近视力小于1.0，考虑为远视眼；如远视力、近视力都小于1.0，考虑可能是高度远视眼、散光或近视眼合并老视眼，但须排除眼部器质性病变。

防治 由于近视眼的发生，多在学龄儿童及青少年时期，与阅读时照明不足、课桌椅高度不合适、阅读姿势及生活习惯不良等有很大关系，因此，大搞中小学的普查，提倡群防群治，对中小学师生宣传有关近视眼方面的知识，积极采取各种有关的预防措施，加强对学龄儿童、青少年的体育锻炼，组织他们适当参加生产劳动，以促进其全面发展，是预防近视眼的关键。要教育儿童和青少年，不在照明不足或

过强的光线下看书，看书时位置要坐好，躺着、走路和乘车时不要看书，平时看书、写字时书和笔记本要距离眼睛一市尺左右，读写的时间不宜过长，其间适当进行休息和活动，以减少眼肌的调节负担，缓解眼的疲劳。最好每天能坚持做两次眼保健操，对预防近视更有好处。

矫正近视、远视和散光的一般方法是配戴眼镜。应先到医院或眼镜店进行验光检查，以根据屈光不正的度数配戴合适的眼镜，千万不能乱配乱戴，以免引起不良后果。近年来，广大革命医务人员敢想敢干，大胆创新，运用新针疗法治疗近视眼，收到了一定的效果（详见75页）。新针治疗的同时应每日配合做眼保健操。远视和散光也可参照上述方法进行治疗。

十二、夜　盲　症

夜盲症是维生素A缺乏症的一个表现。维生素A的缺乏可由多种原因引起，如食物中缺乏维生素A，慢性腹泻使维生素A不能很好被身体吸收，以及患某些疾病如麻疹、高热等使体内维生素A消耗过多而补充不足，等等。祖国医学对本病早有记载，称之为“雀目”、“鸡盲眼”等等，唐代的孙思邈已采用羊肝来进行治疗。本病解放以来已很少见。

症状　主要表现为视力障碍，一到晚上便看不清东西，系由于视网膜上感光物质（维生素A是这一物质的重要组成部分）的形成发生障碍所致。严重者角膜及球结膜干燥，失去光泽，甚至全身的皮肤也出现干燥、角化和脱屑。如进一步发展，可发生角膜软化、穿孔而造成严重后果。

治疗

1．积极治疗全身性疾病如麻疹、腹泻、高热等。

2．补充大量维生素A，一般可口服富含维生素A的食品如胡罗卜、南瓜、菠菜、肝、蛋类等，必要时服用维生素A丸或AD丸，每次2丸，一日3次，或鱼肝油每次1汤匙，一日2～3次；儿童可用浓缩鱼肝油滴剂，每日10～20滴。如有胃肠道功能紊乱，或症状比较严

重，可肌注浓维生素AD针剂，0.5～1毫升/次，每日1次。

3．眼局部滴用抗菌素眼药水或涂眼药膏，防止感染。必要时滴用1％阿托品扩瞳，以防虹膜粘连。

预防 注意食物中补给维生素A，纠正忌口、偏食等不良习惯，有慢性腹泻或消耗性疾病应及时进行治疗。

思 考 题

1．睑缘炎、麦粒肿、沙眼、结膜炎如何防治？

2．试述化学性眼外伤、电光性眼炎、角膜异物的处理原则。

3．什么叫白内障、青光眼？一旦发现，如何治疗？

4．近视、远视、散光和夜盲是怎么一回事？有什么好的防治方法？

十三、外耳道炎及外耳道疖

外耳道炎指外耳道皮肤的弥漫性炎症，而外耳道疖则为毛囊或皮脂腺的局限性化脓性炎症。多因挖耳损伤，污水入耳或中耳炎长期流脓，浸渍耳道刺激皮肤，加上细菌、霉菌的感染而引起。有过敏因素者或糖尿病者容易反复发作。祖国医学称外耳道疖为“耳痈”、“耳门痈”等。

症状 外耳道炎的表现主要是耳道发痒，有时灼痛，可流黄水、结干痂或有轻度耳聋。检查见耳道皮肤弥漫性红肿，表面糜烂，有少量稀脓性分泌物，以软骨部为明显，骨部及鼓膜多无改变；严重者病变可向周围组织蔓延。

外耳道疖表现为耳道疼痛，逐渐加重，剧烈时放射至同侧头部，张口、吃东西或压迫时更厉害。检查见外耳道有局限性红肿，触痛明显，附近淋巴结可肿大。

治疗

1．局部处理 外耳道炎先用棉签蘸3％双氧水或生理盐水洗耳，稍干后再选用氯霉素或新霉素滴耳液滴耳。滴药

时嘱病人将头向对侧倾倒或侧卧，将耳廓向上后方轻拉，滴入药液 3～5 滴，稍待片刻。外耳道疖应作局部热敷，或用地丁草 1 两捣烂敷患处；脓头成熟后可作切开排脓。

2. 症状严重或有发烧等全身症状者，可应用磺胺或抗菌素，或服用清热泻火、凉血解毒的中草药，如连翘 4 钱、忍冬藤 1 两、赤芍 3 钱；或龙胆草 3 钱、栀子 3 钱、紫地丁 5 钱、银花 5 钱、连翘 4 钱、丹皮 3 钱、柴胡 3 钱，均为水煎服。剧痛者服止痛片。

预防 避免挖耳时损伤外耳道。防止污水及婴儿哭啼时泪水等进入外耳道；如已入耳，立即拭净。及时治疗外耳、中耳的化脓性炎症。

十四、外耳道异物

外耳道异物常见的有昆虫（如蚊、蝇、小甲虫等，常于入睡时飞入），以及豆粒、砂石、碎片等（多为儿童玩耍时有意无意放入）。

症状 昆虫进入外耳道，可产生严重的耳痛和响声，甚至损伤鼓膜，引起中耳炎。植物性异物遇水膨胀后阻塞外耳道，可引起听力障碍、耳痛等，如存留较久，还可引起炎症。

治疗

1. 昆虫飞入，宜先将油类、酒精或乙醚滴入耳内，使之闷死后取出。

2. 轻而细小异物，可用凡士林或粘胶涂在棉签上粘出。

3. 小而遇水不会膨胀的异物，可用针筒吸水（温的较好），装上钝针头，向外耳道后上方向灌注冲出。化脓性中耳炎有鼓膜穿孔者禁用。

4. 圆形豆类等植物性异物，不宜用水冲，可用异物钩钩取；如已遇水膨胀，应先灌入 95%酒精，俟其缩小后再行取出。

5. 如异物嵌顿不能取出，或小儿哭吵乱动无法合作，则应手术处理。

预防 主要是教育儿童不随便乱玩细小的东西，更不要将东西往耳内放。

十五、化脓性中耳炎

化脓性中耳炎俗称“烂耳朵”，常在感冒、鼻和咽部急性炎症、急性传染病（麻疹、百日咳、流感等）时发生，由于化脓性细菌经过咽鼓管侵入中耳而引起。鼻的机械性阻塞、猛力擤鼻或鼻灌洗等，可促使本病的发生。幼儿因咽鼓管解剖上的特点和易患上呼吸道感染，发病远较成人为多见。祖国医学称为“聤〔音亭，tíng〕耳”、“耳漏”、“底耳”、“脓耳”等，认为多系肝胆、三焦蕴热，复感外邪，风热上扰，凝聚于耳底，蕴久化腐成脓所致。临床可分急性和慢性两种，慢性中耳炎多因急性未治愈，反复发作而成。

症状

1. **急性中耳炎** 早期耳内剧烈疼痛，呈搏动性，可放射到头部和牙齿。伴有发热和耳内阻塞感。进一步发展，耳内疼痛更剧，畏寒、高热(小孩可达40°C)，听力明显下降，并伴有耳鸣。以后，鼓膜溃破(穿孔)，流出脓液，症状即好转。

2. **慢性中耳炎** 主要是耳道经常流脓，时好时发，同时听力减退。

中耳炎的细菌如果侵入颅内，可引起化脓性脑膜炎，造成严重后果。

治疗

1. 急性中耳炎

(1) 症状严重的应休息，服止痛药，选用适当的抗菌素（青霉素为主）。

(2) 服用清热解毒、疏风解表的中草药，如忍冬藤1两、

连翘5钱、蒲公英5钱、杭菊花3钱、薄荷1.5钱（后下）；或龙胆草1.5钱、栀子3钱、菊花3钱；或银花5钱、蒲公英1两、牛蒡子3钱、荆芥穗2钱、薄荷1钱（后下）、栀子3钱、柴胡3钱，均为水煎服。也可用当归龙荟丸，每服3钱，日服2次。

(3) 新针疗法：翳明、合谷、下关、曲池等穴。

(4) 鼓膜穿孔后，用双氧水或生理盐水洗耳，滴10～30%磺胺醋酰钠（内可加入少量酒精，成人每支加1毫升，儿童加0.5毫升）或氯霉素、新霉素滴耳液（方法见外耳道炎治疗，但滴药后应用手指按压耳屏数次，以使药液能经鼓膜穿孔处进入中耳）。也可选用中草药，如：①虎耳草（金丝荷叶）若干，捣烂取汁，滴患耳内，每日3～4次。②橘子皮3钱，煅明矾1两，共研极细末，吹患耳内，每日2～3次。③煅明矾5钱，装入新鲜猪苦胆内，风干，研为细粉吹耳，每日2～3次。

(5) 穿孔流脓不畅的可作鼓膜切开术。

2. 慢性中耳炎：清洗耳道和滴药水（同上），严重者可服滋阴降火、清利肝胆的中草药，如知母、黄柏、当归、赤芍、熟地、龙胆草各3钱，玄参3～5钱，脓水多加天花粉、旱莲草，头晕加荷叶，水煎服；或用知柏地黄丸，每服3钱，每日2次。

预防 加强锻炼，增强体质。及时防治急性传染病和上呼吸道疾病。不要随便挖耳和猛力擤鼻，游泳后注意将耳内积水倒出。

十六、急性乳突炎

急性乳突炎常是化脓性中耳炎的并发症。当急性化脓性中耳炎时，

炎症可扩展至乳突部，使乳突气房积脓，称为急性乳突炎。轻者气房骨隔不受损；重者脓液积聚而压迫、破坏气房骨隔，使乳突成为一个蓄脓的空腔。

症状 有如下特点：

1. 急性化脓性中耳炎患者虽经治疗，但耳痛继续加剧；或鼓膜穿破，耳痛一度减轻后又突然增剧。

2. 耳后有肿胀，乳突部压痛。

3. 可有畏寒发热、周身不适等症状，听力更形减退。

4. 严重者可因感染穿破乳突外侧壁发生骨膜下脓肿。此时耳廓被推向前下方，局部穿刺有脓。急性乳突炎脓肿如向内穿破颅骨板，可产生极为严重的耳源性颅内并发病。

治疗

1. 继续按急性化脓性中耳炎原则治疗。

2. 经上述治疗无效或排脓不畅，可施行单纯乳突凿〔z60〕开术。

3. 如有骨膜下脓肿形成，可作切开引流，切口应与耳根平行。

十七、耳源性眩晕

耳源性眩晕（美尼尔氏病）的确切病因至今未明，一般认为与内耳的淋巴代谢失调引起的内耳积水有关。各种原因的迷路疾病、血管痉挛、出血性疾病、变态反应和脑神经肿瘤等，均可促使发生。祖国医学将其列入“眩晕”证中，认为是由于肝阳上亢、气血两虚、痰湿阻逆或肝肾不足而发病。

症状 主要表现为突发性的剧烈眩晕，患者自觉四周景物或自身旋转，常静卧不敢动。同时有恶心、呕吐、面色苍白、耳鸣、听力减退等。检查可能见到眼球震颤。发作持续数分钟、数小时乃至数天不等。不发作时以上症状均可消失。发作往往随耳鸣、耳聋的加重而减少，至完全耳聋时，眩晕不再发作。

治疗

1. 发作时患者静卧休息，减盐饮食。同时采用以下措施：

(1) 针刺风池、内关、太冲、翳风、听宫、合谷、三阴交、足三里等穴，选用。或耳针皮质下、内耳、枕、胃，配神门、额。

(2) 氯丙嗪25毫克肌注，苯巴比妥钠0.1克肌注，或溴化钙每次10毫升缓慢静注。

(3) 阿托品0.25～0.5毫克加入25%葡萄糖20毫升中缓慢静注。

(4) 口服麻黄素25毫克，利眠宁10毫克，烟酸0.1克，维生素$B_6$20毫克，乘晕宁50毫克等，均为一日3次。

(5) 辨证论治：表现为头胀、易怒、胸胁胀满、舌红、苔腻、脉弦的为肝阳上亢，治宜平肝潜阳，选用镇肝熄风汤加减，可用钩藤3钱，代赭石1两(先煎)，龙骨、牡蛎各5钱(先煎)，远志、白芍各3钱，玄参、天冬各5钱等，水煎服；表现为气短、乏力、四肢酸麻、舌淡胖、脉细软无力的为气血两虚，治宜补益气血，可用归脾汤（方见225页）加减；表现为目糊咽干、肢冷尿频、腰腿酸重、动则气急、舌暗红或淡、脉弦细的为肝肾不足，治宜滋补肝肾，可用肾气丸（方见226页）加减；表现为恶心、呕吐、胸膈满闷、苔白腻、脉滑的为痰湿阻逆，治宜化痰利湿，可用代赭石1两（先煎）、钩藤4钱、胆星2钱、半夏3钱、白术4钱、丹参1两、米仁4钱、冬瓜子4钱、甘草1.5钱，水煎服。还可用验方苍耳草叶，晒干研粉，每服1钱，酒调服；或苍耳子、禹豆衣各3钱，水煎服。

2. 严重病例药物治疗无效时，可采用手术治疗。

十八、耳　聋

耳聋是指耳的听力低于正常，临床上比较常见，并常并有耳鸣。耳聋轻者仍能听清近距离的普通谈话，也可称为重听；严重者须大声讲话才能听见；全聋者则任何声音都听不到。耳聋一般可分为三类：

1. 传导性（或称传音性）耳聋　病变在外耳或中耳，使声波传入内耳受到障碍。如伴耳鸣，多属低音调，如吹风样或机器转动的“洪洪”声。引起的原因主要有外耳道疾病如耵聍、异物或肿瘤阻塞，外

耳道炎性肿胀或先天性闭锁等；中耳疾病如急、慢性中耳炎，鼓膜或鼓室外伤，中耳的先天性畸形或肿瘤等。

2．神经性耳聋　病变在内耳、听神经或大脑中枢，使传入内耳的声波无法感受。耳鸣一般属高音调，如蝉鸣或汽笛声。多见于老年（因内耳的退化性变化所致），以及头部外伤（波及内耳），长期在噪音环境（如造船、纺织、炮兵等）下工作而不注意防护者，使用某些药物如奎宁、水杨酸盐类、链霉素、新霉素、卡那霉素、庆大霉素等，某些急性传染病如流脑、腮腺炎、麻疹、流感、伤寒或其它高热疾患等等，均与内耳听神经受损害有关。

3．混合性耳聋　听觉器官对声波的传入和感受都有障碍。如慢性中耳炎晚期内耳受细菌毒素侵害，强烈爆炸时因空气压力急骤变化，除可造成鼓膜破裂外，常伴有耳蜗损伤等情况，皆可造成混合性耳聋。

以上三种耳聋一般可根据发病的原因、病情的经过、耳聋的程度和伴有耳鸣的情况加以鉴别。进一步确诊有赖于详细的专门检查。

防治

1．由于耳聋可引起许多不良后果，治疗上又比较困难，故必须十分重视预防。应采取各种有效措施，做好传染病的防治工作，搞好噪音的劳动防护，预防并及时治疗外耳及中耳的感染，合理应用抗菌素等药物，并注意观察药物反应等等。

2．对传导性耳聋应针对引起的原因治疗，如清除外耳道的耵聍或异物，治疗外耳及中耳的炎症，对肿瘤、先天性畸形和中耳炎后引起的鼓膜穿孔、听骨破坏等进行必要的手术等。

3．对神经性耳聋除积极治疗病因外，可采取以下一些措施：

(1) 新针疗法：选用听宫、听会、翳风、耳门、百会、合谷等穴，也可用维生素 B_1、B_6、B_{12} 等药物作穴位注射，疗程宜长一些。

(2) 选用维生素 B_1、B_6、B_{12} 和三磷酸腺苷等口服或注射，以及血管扩张剂如烟酸、地巴唑、654-2 或妥拉苏林等。

4．辨证论治：祖国医学把耳鸣、耳聋分为实证和虚证两类。实证多暴发，常见于新病，主要指传导性耳聋，表现为耳内如塞或胀，

讲话时有共鸣音。如因风邪侵袭，出现发热恶寒、头痛、脉浮等风热表证的，治宜疏风清热、芳香通窍，可选用荆防败毒散（方见318页）或银翘散（方见205页）加藿香、石菖蒲；如因痰火郁结，出现胸闷痰多、口苦、苔黄腻、脉弦滑的，治宜健脾化湿、化痰降浊，可选用二陈汤（方见228页）或温胆汤加厚朴、杏仁、薏苡仁、木通等；如因肝胆火热上扰，出现头痛面赤、口苦咽干、心烦易怒的，治宜清热泻火、平肝利窍，可用龙胆泻肝汤（方见210页）加减。虚证多渐起，常见于久病，主要指神经性耳聋，表现为耳鸣如蝉叫，夜间更甚，常因肾阴亏损、气血两虚所致，治宜滋阴潜阳、补肾益窍，可用杞菊地黄汤（方见221页）加减或成药杞菊地黄丸、耳聋左慈丸等。此外，对链霉素中毒引起的耳聋者，还可选用验方生地4钱，女贞子、桑椹子各3钱，枸杞子2钱，五味子1钱，珍珠母、磁石、牡蛎各1两（均先煎），水煎服。

十九、聋　哑　病

聋哑病的发生，往往是由于胎儿时期或儿童时期，因各种原因使听觉分析器发生了病变，以致耳聋，与外界音响、语言隔绝，无法学习语言所致。因而，一般都是又聋又哑。凡出生时即失去听觉的患者，称为先天性聋哑；生后由于婴儿患急性传染病（如流脑、乙脑、伤寒、猩红热等）或严重中耳疾病以及注射链霉素等药物，使听觉丧失者，称为后天性聋哑。此外，根据听力和发音障碍的程度，又可分为全聋哑或半聋哑。在患者脑后大声说话或击掌都听不见，不能发生较清楚的单音者，属于全聋哑；患者残存部分听力，在短距离内有音响反应，但不能发出较清楚的连音，即为半聋哑。在诊断聋哑病时，应向家属详细询问病史，并作必要的检查，以确定患者是属于何种类型的聋哑。

治疗　以前认为得了聋哑病，没有什么好的治疗方法。特别是那些资产阶级医学“权威”，在唯心论、形而上学的支配下，认定聋哑病是“不治之症”，把得了本病的劳动人民及他们的子女拒于医院门外，

不想治也不敢治。在伟大的无产阶级文化大革命中，解放军的医务人员，坚决捍卫毛主席的无产阶级卫生路线，靠毛泽东思想打开了聋哑禁区，治好了大量患聋哑的阶级兄弟，使他们唱起了《东方红》，喊出了"毛主席万岁！"在医学史上写下了新的一页。现将聋哑病的治疗原则简要介绍如下：

1．充分调动两个积极性　聋哑病的治疗是个长期的艰巨的工作，医务人员必须以白求恩同志为榜样，树立全心全意为人民服务的观点。在治疗过程中，要努力学习毛主席光辉的哲学思想，用唯物辩证法指导医疗实践，解决治疗中遇到的各种难题。同时，要对患者进行深入细致的思想工作，发挥他们的主观能动性，使他们树立起战胜疾病的坚定信心，以愚公移山的精神，坚持治疗，坚持艰苦的锻炼。这点对于巩固和提高疗效，关系很大。

2．新针疗法　是治疗聋的主要方法，对治疗哑也有一定帮助。由于聋哑患者往往是先聋后哑，哑在聋的基础上发生。所以，在聋哑这一对矛盾中，聋是主要的矛盾方面，必须先解决聋，然后解决哑。常用的穴位如下：

(1) 耳门、听会、听宫。

(2) 医聋（翳风上 5～8 分，骨与软骨间）、翳风、翳明。

(3) 百会、哑门、上廉泉（颏下一横指）。

(4) 合谷、中渚、外关。

(5) 足三里、聋中（小腿外侧腓骨小头下 3 寸，腓骨后缘）。

以上每组穴位每天轮流选用一对穴位进行治疗，10～15 次为 1 疗程，结束后休息 3～5 天，再行下一疗程。等听力恢复到基本治愈时，再作巩固治疗 2～3 个疗程。

3．语言训练　是解决哑的主要方法，同时应配合针刺哑门等穴。当针刺治疗使患者有了听力后，哑就转化为主要矛盾方面。如哑不解决，则恢复了的听力又可减退。语言训练应从听力部分恢复时就开始，持续进行，坚持较长一个时间。可由简到繁，循序前进，从掌握发音入手，逐步提高。待患者有了一定说话能力时，可开始教唱歌，并投入到三大革命运动的实践中去，通过组织宣传、参加劳动、进行

大批判等，逐步丰富语言，不断巩固和提高听力。听力和说话能力较好的聋哑儿童，可输送到普通学校中去，和正常儿童一起学习、工作和生活。

在语言训练中，如发现患者听力恢复较好，但发不出(清)音，应检查舌系带，过短者可手术纠正（见1317页）。

思 考 题

1. 化脓性中耳炎、急性乳突炎是怎样引起的？如何诊治？
2. 耳源性眩晕临床上有什么特点？怎样控制其发作？
3. 你的大队中有耳聋及聋哑病人吗？你打算怎样来治疗？

二十、鼻前庭炎及鼻疖

鼻前庭炎系指鼻前庭皮肤的弥漫性炎症，分急、慢性两种，多为两侧性，可经久不愈或反复发作，主要因鼻分泌物的刺激所引起，常见于急慢性鼻炎、鼻窦炎或鼻腔异物的病人。鼻疖则是鼻前庭毛囊、皮脂腺或汗腺的局限性化脓性炎症，多为单侧性，有时还可发生于鼻尖和鼻翼处，主要因挖鼻孔、拔鼻毛等致鼻前庭皮肤损伤，金黄色葡萄球菌乘机而入，以致发生。祖国医学认为鼻疖是因脾胃积热而致热毒积聚鼻部肌肤，气血凝滞而发病。

症状

1. 鼻前庭炎　急性者鼻前部疼痛较剧，检查可见鼻前庭及其附近上唇皮肤有弥漫性红肿或糜烂。慢性者鼻内作痒、发热、发干及有异物感，检查可见鼻前庭皮肤有皲裂或结痂，清除痂皮时微有出血，鼻毛常脱落；如痂皮阻塞鼻腔，可引起鼻塞。

2. 鼻疖　局部胀痛、灼热、红肿，有时还可伴有低热和全身不适。检查可见鼻前庭内有丘状隆起，成熟后，顶部

出现黄色脓点，多在一周内自行穿破而愈。严重病例可引起上唇及颊部蜂窝组织炎，表现为唇、面部肿胀，全身症状加重。由于该处的静脉血可和颅内相通，故鼻疖切忌挤压，以免引起严重的颅内并发症，甚至危及生命，这一点必须引起警惕。

治疗

1. 鼻前庭炎主要是积极治疗原发疾病，减少分泌物的刺激，局部涂用鼻软膏或其他抗菌素软膏，结痂多者可先用3%双氧水洗净后再涂药。对顽固的慢性患者，可先用10～20%硝酸银涂抹皲裂处，再涂抗菌素软膏。

2. 鼻疖应严禁挤压，未成熟时忌作切开，可局部热敷，每天数次，或敷10%鱼石脂软膏；使用磺胺药或抗菌素及镇痛剂等。也可服用清热解毒消肿的中草药，如五味消毒饮，即银花、野菊花、紫地丁、蒲公英各5钱，天葵子3钱，水煎服。如疖已化脓成熟，可待其自然穿头或用小探针蘸少许纯石炭酸烧灼刺破，必要时可用尖头刀轻轻挑开排脓，局部保持清洁，以利引流。在上述处理的同时适当注意休息，多饮水，注意大便通畅。如发生严重并发症，应紧急送卫生院处理。

预防 戒除挖鼻孔、挖鼻毛等不良习惯，积极治疗鼻腔疾病。对屡发鼻疖者，应检查是否有糖尿病等慢性全身疾病。

二十一、鼻腔异物

鼻腔异物多见于幼儿，常为小儿嬉玩时放入，如纸片、橡皮、豆类、花生、菜屑或其他小物件等。医生治疗鼻病时塞入的纱布、棉球等，如忘记取出，也可成为异物。此外，呕吐或进食时打喷嚏，可使

食物经鼻咽部进入鼻腔。

症状 无刺激性的光滑异物，除患侧鼻塞外，短期内可无其他表现；但时间久后，就出现炎性症状。刺激性的异物，很快就出现单侧鼻炎的表现，如鼻塞、大量带血性或脓性分泌物、局部红肿疼痛等。因此，凡儿童有鼻部感染症状，均应作详细的鼻腔检查。

治疗

一经确定诊断，应立即将异物取出。一般圆形、质软或位置较浅的异物，不需作麻醉；多角形或位置较深的异物，须用1～2%地卡因溶液（最好加入少量0.1%肾上腺素）作表面麻醉，可用棉花片浸湿后敷于鼻腔粘膜表面，稍待片刻即可；小儿可仅用1%麻黄素溶液滴鼻，但应设法固定头部及身体，防止乱动，如极不合作，或异物嵌顿过紧，取出有困难，有时需作全麻，以防因痛挣扎，而误将异物推入下呼吸道。取异物时，凡非球状异物，可用镊子取出；球状异物，则忌用镊子，而用圆头钩子，从空隙中跨过异物，慢慢钩出（图12-15）。

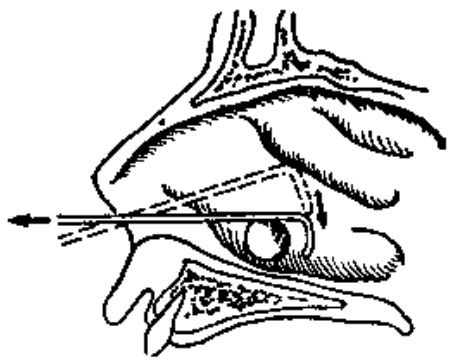


图12-15 鼻腔圆形异物钩取法

嵌顿在鼻腔的较大异物不能弄碎取出时，则应手术取出。异物取出后，用1%麻黄素溶液滴鼻腔，以防鼻腔粘连。

预防 教育儿童不随便玩细小的东西，治鼻病时塞在鼻内的东西要及时取出。

二十二、鼻 出 血

鼻出血又称鼻衄，在许多情况下都可发生。局部原因如指头挖鼻、猛力擤鼻、鼻或头颅外伤、鼻粘膜干燥或溃疡、肿瘤等；全身原因如剧烈运动、急性传染病高热、血液疾病或维生素缺乏、血管硬化或高血压、肝硬变以及妇女倒经

（月经期鼻出血）等。出血部位大多在鼻中隔前下部。祖国医学认为鼻衄多属心火、肺火、胃火，一般又分实火和虚火两类。

症状 主要表现为鼻腔流血，由鼻部原因引起的常限于一侧，而全身疾病引起的两侧可同时或交替出血。有的病人甚至因鼻血从鼻腔后部流入口腔而出现吐血。小儿或昏迷者还可将血咽下。严重出血者当时可致休克。反复出血可引起贫血。

治疗 主要是止血，预防再出血，并寻找原因治疗。

1. 让病人仰着头坐下或躺下，捏住鼻子，冷敷额部和鼻部。并试用以下方法止血：

(1) 用消毒的棉花、纱布条或干净的软纸塞住鼻孔，或浸渍肾上腺素和麻黄素（可用针剂各1支临时配成）塞住鼻孔；紧急时还可用中草药如小蓟叶、灯芯草、青艾叶等揉成团或干艾绒填塞鼻腔止血。

(2) 大蒜头1个，捣烂敷涌泉穴；或土三七根打汁，敷太阳穴（同侧）。

(3) 蚕豆叶打汁，汁内服，渣外敷额部。

(4) 针刺上星、大椎或合谷、迎香、少商、内庭。也可针上星留针10分钟，少商点刺出血。

(5) 有条件时可用硝酸银烧灼出血点止血。先以棉花片浸渍1%麻黄素（可用针剂稀释配制，内加少量1～2%地卡因溶液）敷于鼻腔表面，待粘膜收缩后查看出血点，然后取探针或棉签蘸30～50%硝酸银作点状烧灼，必须注意避免损伤其他部位的正常粘膜。

2. 出血量大或一时不止血的病人，应加用以下措施：

(1) 服用中草药，对出血量多、口干口渴、口臭、便秘、

小便短赤、舌质红、苔微黄、脉数的实火证病人，治宜清热凉血止血，可用白茅根、旱莲草各1两，侧柏叶、生地各5钱，或山栀4钱，淡竹叶、侧柏叶各3钱，均水煎服；对出血为渗血性、色较淡、面赤颊红、头晕、心跳、失眠、易怒、口干、舌尖红、脉细数、手足心发热或足冷至膝的虚火证病人，治宜养阴清热为主，可用百合、白薇各1两碾细，每服3钱，每日1次，或服成药知柏地黄丸或六味地黄丸，每次4钱，每日2次，用淡盐水送下。

(2) 应用止血剂如仙鹤草素5毫升肌注或静注，每日1～2次；安络血5～10毫克肌注，每日1～2次，或5毫克口服，每日3次；抗血纤溶芳酸0.1～0.2克静注，每日1～2次等。还可配合应用维生素K_3 4～8毫克肌注，或K_1 10毫克肌注或静注，均每日1～2次，或K_4 4毫克口服，每日3次；维生素C 0.5克肌注或静注，每日1～2次，或0.1～0.2克口服，每日3次等。

(3) 精神紧张者适当加用镇静剂。

(4) 因失血过多出现休克症状者，应及时采取输液、输血等抗休克措施。

3. 反复鼻出血的患者，应找出原因，并加以治疗。

二十三、鼻　　炎

鼻炎可分为急性、慢性、萎缩性和过敏性四类。急性鼻炎即感冒的局部表现，是鼻腔粘膜的急性炎症，具体详见感冒项。慢性鼻炎是鼻腔粘膜及粘膜下层的慢性炎症，常伴有不同程度的机能障碍，主要因急性鼻炎反复发作、演变而成，其他如邻近病灶（慢性扁桃体炎、慢性鼻窦炎等）分泌物的长期刺激，外界不良因素（尘埃、有害蒸气和气体、干

燥、高温等）的长期刺激，以及某些全身性疾病（传染病或心、肝、肾疾病等）有时也能引起，根据表现的不同，又可分为单纯性、肥大性和干燥性三种。萎缩性鼻炎是一种发展缓慢的鼻腔粘膜、骨膜甚至骨质都发生萎缩的特殊性炎症，亦称臭鼻症，多始于青春期，女性比较多，可分原发性和继发性两种，原因尚未十分清楚，原发性者可能与细菌感染有关，或为全身代谢障碍的一种局部表现；继发性者可因高浓度粉尘、有害气体或鼻窦炎脓性分泌物的长期刺激以及鼻腔手术不当引起。过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎，如身体对某些过敏原敏感性增高而呈现以鼻粘膜病变为主的一种异常反应，患者常合并有支气管哮喘、血管神经性水肿或荨麻疹等其他过敏性疾病，过敏原包括尘埃、花粉、动物毛发等，有时物理因素如冷、热及某些化学物质的刺激也可以诱发。祖国医学认为鼻炎主要因肺气不足，内有伏热，外受风寒或风热，寒热凝聚，肺气不宣，壅塞肺之外窍所致，有时还把它与鼻窦炎一起统称为鼻渊。

症状

1. 慢性单纯性鼻炎　主要表现为间隙性和交替性鼻塞，即白天、天热或运动后，因血循环较好，鼻塞减轻，而夜间、寒冷或久坐后，因血循环较差，鼻塞加重；向一侧卧时，由于下侧鼻腔粘膜易于郁血，故鼻塞厉害，而上侧鼻腔往往通气。同时，鼻分泌物增多，常为粘液性或粘液脓性，并可流入咽喉部而经口咯出；分泌物经常刺激鼻前庭，还容易引起鼻前庭炎。检查可见鼻粘膜充血，下鼻甲肿大，表面光滑，用1%麻黄素滴鼻后很快缩小，总鼻道及下鼻道中有粘稠的丝状分泌物。

2. 慢性肥大性鼻炎　鼻塞较单纯性严重，多为持续性，

说话呈闭塞性鼻音，甚至嗅觉减退并有头昏、头胀痛等表现。鼻分泌物不多，呈粘脓性，不易擤出。有时还可因肥大的下鼻甲影响咽鼓管通畅而发生耳鸣、听力减退等。检查可见下鼻甲明显肿大，表面不平，呈桑椹样，滴麻黄素后不明显缩小。

3. 慢性干燥性鼻炎　主要为鼻内发干、发痒，或有灼热感，常诱使病人擤鼻或挖鼻，以致易发生鼻衄。检查可见鼻中隔前下部位和下、中鼻甲前端的粘膜表面干燥发亮，有小片薄痂附着，去之常出血，严重者鼻中隔可发生溃疡甚至穿孔。

4. 萎缩性鼻炎　表现为鼻内干燥，发痒不适，每诱使患者挖鼻，以致鼻衄。重者可擤出大块绿色痂皮。分泌物及呼出气体有腥臭味，但患者本人因嗅区粘膜萎缩、嗅觉减退而闻不到。伴有不同程度的头昏、头痛等症状。检查可见鼻腔粘膜干燥，鼻甲缩小，鼻腔显得宽大，常有大片脓痂覆盖于糜烂的鼻粘膜上，有时因阻塞鼻道而自觉鼻塞；严重者还可因鼻骨和鼻中隔软骨同时萎缩而使鼻梁呈扁平状。

5. 过敏性鼻炎　往往突然发作，出现阵发性鼻内发痒，接连打喷嚏，鼻塞，流清水样或稀薄粘液样鼻涕，并伴有流泪、头痛等。这些症状可自行消失，并重复发作。检查可见下鼻甲肿大，鼻腔粘膜苍白或淡紫色，表面水汪汪地有如浸在水里一般。如有条件将分泌物送化验涂片检查，常显示嗜酸性白细胞增多。

治疗

1. 慢性单纯性鼻炎主要是消除病因和对症治疗，包括：

(1) 1%麻黄素和0.02%呋喃西林混合液或鼻眼净（儿童用淡的）滴鼻（图12-16）。

(2) 0.5%普鲁卡因作下鼻甲封闭，即将药液注入下鼻甲前端粘膜内，每次1～1.5毫升，每周2次，6次为一疗程。

(3) 针刺印堂、合谷、迎香、上星、列缺等穴，或耳针内鼻、肾上腺、内分泌。

(4) 服用温肺通窍、疏泄风寒的中草药，如苍耳子5钱、辛夷花2钱、香白芷1.5钱、薄荷2钱（后下）、路路通5钱，水煎服；或藿香1斤、山栀1两，研细，用猪胆汁做成梧桐子大丸子，每次服3钱，每日3次。也可用苍耳子、辛夷花各3钱煎汁滴鼻。

2. 慢性肥大性鼻炎先用上法治疗，或用10%弱蛋白银涂布下鼻甲；无效时可考虑鼻甲内注射硬化剂，或手术切除肥大鼻甲。

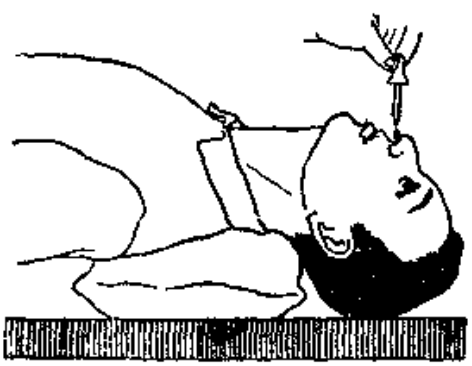


图12-16 滴鼻药法

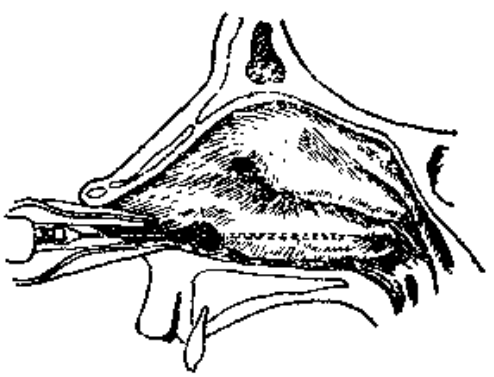


图12-17 下鼻甲粘膜内硬化剂注射法

硬化剂注射法：病人端坐，用窥鼻器看清下鼻甲后，先以棉花片浸1～2%地卡因置鼻腔内作表面麻醉或取合谷穴作针麻，再用2～5毫升注射器装上长针头抽取硬化剂（常用50%葡萄糖、12.5～25%氯化钠、5%鱼肝油酸钠或5%石炭酸甘油等），自下鼻甲前端沿粘膜内向后刺入，直至接近下鼻甲后端处，然后将针头缓缓拔出，边拔边注入药液，直至拔出为止。每次剂量约1毫升左右，两侧可同时进行（图12-17）。拔出针头后立即用浸有1%麻黄素或1‰肾上腺素的棉花片

慎于注射处，以免出血。以后根据下鼻甲收缩情况，7～10日后可重复注射，一般3～4次为一疗程。

3. 慢性干燥性鼻炎可用复方薄荷滴鼻剂、清鱼肝油或麻油滴鼻，每天数次。同时可内服鱼肝油丸，每次2粒，每日3次，以及5%碘化钾溶液，每次5毫升，每日3次。

4. 萎缩性鼻炎可用温盐水或鱼腥草、山白芷各1两煎水洗鼻，清除干痂，并滴用石蜡油、复方薄荷滴鼻剂、清鱼肝油以及0.5～1%链霉素溶液等。或用白菊花3钱放入白蜜2两内蒸2小时成膏，涂抹鼻腔。还可口服维生素A、维生素B_2、鱼肝油丸等，以增强抵抗力。必要时可服中药清燥救肺汤，即沙参、麦冬、甜杏仁各3钱，生石膏1两（先煎），阿胶5钱，桑叶3钱，甘草1.5钱，枇杷叶3钱，黑芝麻1两，水煎服。

5. 过敏性鼻炎最好能找到过敏原，从根本上进行防治，但往往很难做到这一点，目前主要是对症疗法，包括：

(1) 应用抗组织胺药物，如口服苯海拉明25～50毫克/次、非那更12.5～25毫克/次、扑尔敏4毫克/次、安其敏25毫克/次等，任选一种，均一日3次。可配合服用葡萄糖酸钙或乳酸钙以及维生素C等。

(2) 用1%麻黄素溶液、0.25%麻黄素苯海拉明溶液或0.5%麻黄素可的松溶液等滴鼻。

(3) 作下鼻甲封闭，方法同单纯性鼻炎，但每次可加入可的松12.5～25毫克。

(4) 针刺疗法同单纯性鼻炎。

(5) 服用温肺固表、疏散风寒的中草药，如荆芥、防风、苍耳子各3钱，细辛1钱，桔梗1.5钱，黄芪、党参各3～5钱，兼有脾肾亏损者加白术、肉苁蓉各3钱；或用防风、

桂枝、白芍、白术、茯苓、清半夏各3钱，生芪5钱，细辛、五味子各1钱，生甘草1.5钱，均为水煎服；也可用验方苍耳子4钱，辛黄花、菊花、茜草各3钱，金银花5钱，水煎服。或用2.5～5%鹅不食草流浸膏液滴鼻。

预防

1. 采取各种有效措施，包括大搞爱国卫生运动，加强体育锻炼以提高机体抵抗力等，预防伤风感冒。

2. 积极治疗上呼吸道有关疾病。

3. 注意劳动卫生，尽量减少有害物质、气体、高温、干燥等的刺激。

4. 过敏性鼻炎还要注意避免接触各种致敏物质。

二十四、鼻　窦　炎

鼻窦炎亦称鼻旁窦炎、副鼻窦炎，是鼻窦粘膜的化脓性炎症，重者可累及骨膜，临床上比较常见。可分急性和慢性两种。急性鼻窦炎多因急性鼻炎发展而来，也可由于猛力擤鼻、喷嚏、游泳或洗鼻时细菌进入鼻窦，急性传染病时累及，邻近组织炎症（如扁桃体炎，上颌第二双尖牙及第一、二磨牙牙根部炎症等）的蔓延，以及鼻腔其他疾病、外伤、异物、肿瘤等引起；慢性鼻窦炎则往往是急性鼻窦炎未能得到适当的治疗，反复发作所致，比急性更为多见。由于各鼻窦的开口彼此靠近，常互相影响，故发病时往往几个鼻窦同时累及，但感染的程度可有不同，其中以上颌窦炎、筛窦炎的发病率比较高。祖国医学把鼻窦炎和鼻炎一起统称为“鼻渊”，慢性者又称“脑漏”，认为多因风寒伏郁化热，或胆经之热上升；熏蒸清窍所致；亦有肺气虚寒，津液不得下降，并子空窍而成。

症状 急性鼻旁窦炎往往有头痛、局部胀痛、畏寒、发热、全身不适、食欲减退等，有的病例还有鼻塞、流脓鼻涕和嗅觉减退。严重者可卧床不起，发高烧，剧烈头痛，鼻窦部发炎区胀痛等。还可根据部位不同而产生相应症状，如上颌窦炎的邻近牙齿胀痛或叩痛，急性额窦炎的定时头痛（早饭后开始，逐渐加重，中午后渐渐减退或停止，第二日又重新出现），急性蝶窦炎的枕部疼痛和急性筛窦炎的眼内眦与鼻根之间疼痛等。检查可见鼻粘膜充血肿胀，鼻道内有脓性分泌物，鼻窦局部有压痛甚至红肿等。如不及时治疗，可形成病灶，甚至引起风湿病、多发性关节炎或肾炎等。

慢性鼻窦炎主要表现为头昏、头痛、倦怠、思想不集中、记忆力减退、长期鼻塞和流脓涕等，鼻涕常经后鼻孔流入咽部，使患者觉“痰”多，嗅觉常减退。检查可见鼻粘膜充血、肥厚，严重者中鼻甲肥大、息肉样变或有息肉，中鼻道或上鼻道狭窄并有脓液流出。

治疗

1. 急性鼻窦炎一般可按感冒（急性鼻炎）的原则处理。症状严重的应采取以下一些措施：

(1) 适当休息，给予镇静止痛药物。

(2) 局部冷敷，用1%麻黄素或鼻眼净滴鼻。

(3) 使用磺胺药或抗菌素（青霉素或四环素族为主）。

(4) 针刺迎香、鼻通、太阳、头维等穴，急性额窦炎时可刺印堂、攒竹、阳白、合谷等穴。

(5) 中草药：一般以疏风清热、芳香通窍为主，可用苍耳散加减，即苍耳子、辛夷花、黄芩、生山栀各3钱，桑叶、菊花、白芷、藿香各1.5钱，薄荷（后下）、生甘草各1钱，水煎服；或用五味消毒饮（见鼻疖治疗）加减，即发

热恶寒加荆芥、防风，头痛重加藁本或蔓荆子等；若为胆经之热引起，则可清胆纾之热兼以利湿，用藿香丸（见单纯性鼻炎治疗）或龙胆泻肝汤（见210页）加减。此外，还可选用一些验方，如玉米须装入旱烟管内用火点燃，把烟吸入后从鼻呼出，每日3～4次；辛荑花、蝉衣、白芷各2钱，水煎，先吸热气，后吃汁；川桂枝2钱、桔梗1钱、苍耳子2钱、茶叶2钱，泡茶喝；丝瓜藤（近根粗藤）焙干研细末，每服2钱，每日2次，或苍耳子焙干研末，每服1钱，每日2次，服用时间宜长一些；等等。

2. 慢性鼻窦炎的治疗应采用中西医结合的综合措施，包括：

⑴ 新针疗法：同急性鼻窦炎。

⑵ 滴鼻药物：可选用1％麻黄素、1:5,000呋喃西林麻黄素、鼻眼净等，也可用麻黄、辛荑花、甘草、茶叶等煎后过滤作为滴鼻剂；或将鹅不食草3钱微炒研细，取少许吹鼻，每日2～3次。

⑶ 中草药：可先按急性原则处理，如见肺虚寒者，则宜补肺祛寒，用温肺止流丹加减；即党参、诃子、马兜铃、麦冬各3钱，荆芥、桔梗各1.5钱，细辛、甘草各1钱，鱼脑石煅末1钱（冲服），水煎服；久病体虚者，还可服用补中益气丸（见219页）等。

⑷ 上述治疗无效，可作穿刺、理疗或手术治疗。

预防 加强体育锻炼，增强机体抵抗力。注意个人鼻腔及口腔的卫生，预防并及时治疗感冒、鼻炎及其他鼻部急慢性炎症。

二十五、鼻 息 肉

鼻息肉主要由于过敏性鼻炎或鼻窦炎，以及鼻、鼻窦的慢性炎症时脓性分泌物的长期刺激，使鼻腔粘膜极度水肿，向下垂坠而成。祖国医学称为“鼻痔”、“鼻茸”等，认为系肺气不清，风湿郁滞，或胃经积热上蕴，以至气血凝聚而成。多见于成人，好发于中鼻甲游离缘及中鼻道等处，可生于一侧或两侧。

症状 主要表现为渐进性鼻塞。早期息肉很小时，症状轻微或没有症状，鼻分泌物可能较多。当息肉逐渐长大时，就出现鼻塞，并越来越严重，最后可发展成持续性鼻塞，并有粘脓涕、嗅觉减退及头昏等。息肉向前可突出于鼻前孔，向后可延伸至鼻咽部。巨大的息肉不仅塞满鼻腔，还可使鼻背饱满、外鼻增宽而成畸形。检查可见鼻腔内有一个或数个形似鲜荔枝肉或去皮葡萄的息肉，色灰白，半透明，表面光滑，触之柔软，可移动，无疼痛，也不易出血。

治疗

1. 早期鼻息肉可采取以下一些措施：

(1) 使用抗过敏药，如苯海拉明、非那更、扑尔敏、安其敏等，必要时加用葡萄糖酸钙、维生素C等。

(2) 内服中草药以清泄肺胃之热，可用辛夷清肺饮加减，即辛夷花、知母各1.5钱，桑白皮2钱，黄芩、生山栀、枇杷叶各3钱，生石膏6钱（打碎先煎），生甘草1钱，水煎服。

(3) 局部应用明矾散（明矾1两、甘遂1钱、白降丹2分、雄黄5分共为细末）吹鼻，或以硼砂散（硼砂1钱、轻粉3分、雄黄3分、冰片5厘共为细末）水调浓蘸点于息肉上。

2. 以上疗法无效或晚期鼻息肉，可用手术摘除（见1318页），如能于摘除后配合使用上述外治法，则效果更好。

预防 积极防治鼻腔慢性疾病，可以减少鼻息肉的发生。

思 考 题

1. 哪些原因可引起鼻出血？鼻出血如何处理？

2. 鼻前庭炎、鼻疖、鼻炎、鼻旁窦炎、鼻息肉怎样防治？

二十六、咽　　炎

咽炎分为急性和慢性两种。急性咽炎多因细菌或病毒感染引起，常见的致病菌为溶血性链球菌、肺炎双球菌等，受凉、疲劳、吸烟过度、长期受化学气体或粉尘等刺激，以及鼻窦炎等邻近器官病变的影响，使人体抵抗力降低，可促使其发生，常与急性鼻炎同时或相继发病，成为感冒的一个表现，有时也为某些急性传染病的前驱症状。慢性咽炎多见于中年人，可因急性咽炎反复发作而成，也可由于慢性鼻炎、鼻窦炎时鼻腔阻塞，迫使长期张口呼吸，或脓性分泌物的刺激，长期烟、酒、粉尘或其他有害气体的刺激，以及全身性疾病如贫血、糖尿病、风湿病或心、肾等病而引起。急性咽炎在祖国医学中相当于风热喉痹，认为系外感风热或过食烟酒辛辣而致肠胃积热，以致风热之邪上蒸咽喉而成；慢性咽炎则相当于阴虚喉痹，认为多因肾水不足，虚火上炎，消灼肺阴，熏燎咽喉所致。

症状

1. 急性咽炎　先有咽部干燥、烧灼感，以后觉疼痛，吞咽时更甚，口水增多，常伴有全身不适、轻度发热和颌下淋巴结肿痛等症状。检查见咽部粘膜呈弥漫性充血，色鲜红，腭弓、悬雍垂可水肿，咽后壁淋巴滤泡也可呈红肿，有时表面出现黄色小点，严重时颌下淋巴结肿大并有压痛。小儿患者有时发生疱疹性咽炎，即于软腭及舌腭弓上有疱疹出现，初为黄色小疱，破裂后成糜烂面，不久自愈。

2. 慢性咽炎　主要表现为咽部不适，觉干痒、异物感、灼热或微痛。分泌物增多、粘稠，重者可引起刺激性咳嗽。

上述症状在说话过多、天气变化时更为明显。检查可见咽粘膜充血肥厚，咽后壁血管扩张，并见肿大的淋巴滤泡，有的滤泡毗连成簇。咽侧索增厚，有的悬雍垂也有增大。咽部反射多敏感，检查时易恶心。有的人并无慢性咽炎，但自觉咽部有异物梗阻，咽之不下，吐之不出，症状或轻或重，时有时无，但吞咽、进食正常，检查无特殊发现，祖国医学称为“梅核气”，认为系肝气郁结，上逆咽喉所致，须加以鉴别。

治疗

1. 急性咽炎宜适当休息，进软食，通大便，多饮温开水，并采取以下一些措施：

(1) 针刺颊车、合谷、鱼际、少商等穴。

(2) 服用中草药，以疏风解表、清热利咽为主，可用银翘散（见205页）加减，或挂金灯、山豆根、牛蒡子各3钱，桔梗、射干、荆芥、薄荷（后下）各2钱，蝉衣1钱，水煎服。也可选用成药咽喉丸（六神丸）口服或含化，抗炎灵、牛黄解毒丸等口服，以及注射银黄针剂、四季青针剂、板蓝根针剂等。

(3) 发热较高、症状显著者，可酌情应用磺胺药或抗菌素；咽痛剧烈可服止痛片。

(4) 局部用1:5,000呋喃西林、复方硼砂溶液或淡盐水等漱口，含服各种喉症片如杜灭芬、洗必泰、薄荷含片、碘含片等，必要时吹敷中成药冰硼散、锡类散、珠黄散等。吹药方法是先用一根小塑料管、麦秸管或其他细长管，一头剪成斜面（注意头部勿太尖以免戳伤口粘膜）后装上药粉，用压舌板协助看清咽部后，将细长管装药一端伸入口内对准患部，在其近端吹气即可。

2. 慢性咽炎应在积极祛除各种致病因素的基础上，作

以下一些处理：

(1) 新针疗法同急性咽炎，或刺上廉泉、扁桃体、合谷、内关等穴。咽部异物感明显或梅核气，可用0.5％普鲁卡因作上廉泉、人迎穴位注射，每穴1毫升，每天1次，3次为一疗程。

(2) 中草药：一般以滋阴降火为主，可用桔梗、胖大海、麦冬、元参各3钱，薄荷1钱（后下），甘草2钱，水煎服；或生熟地各4钱，元参5钱，黄柏、麦冬、丹皮各3钱，合并咽后壁淋巴滤泡增生或扁桃体肥大者加山慈菇、土贝母各3钱，干咳不利者加炙枇杷叶、桑白皮各3钱，水煎服；也可用知柏地黄丸（见226页）加减。对咽部异物感偏重或梅核气患者，宜舒肝解郁、降逆通气，可用半夏厚朴汤加减，即半夏、厚朴各3钱，茯苓、元参、香附、合欢花各5钱，郁金4钱，苏叶2钱，生姜1钱，水煎服。

(3) 局部用药同急性咽炎。咽后壁淋巴滤泡肿大明显者可用3％碘甘油或10％硝酸银涂于滤泡表面，每日1～2次。

预防 主要是预防感冒，避免发生急性咽炎。同时应戒除烟酒等不良嗜好，加强劳动保护，改善工作环境，积极治疗鼻和鼻窦的炎症。还要加强体育锻炼，增强体质，注意防治各种慢性疾病。

二十七、扁桃体炎

扁桃体炎有急性和慢性两种。急性扁桃体炎主要因细菌或病毒（较少见）感染引起，常见的致病菌为溶血性链球菌、葡萄球菌和肺炎双球菌等，多见于儿童和青年，可在疲劳或受凉后因机体抵抗力降低而发生；急性炎症时如隐窝口被堵塞，感染可向深层发展，先发生扁桃体周围炎，继则形

成脓肿。慢性扁桃体炎主要因急性反复发作而形成。祖国医学把扁桃体炎称为“乳娥”、“喉娥”，认为多因肺胃之火上升，风热之邪外侵，风火相搏，挟痰凝滞而成；如屡次急性发作，或素体虚弱，真阴不足，水不制火，以致虚火上炎咽喉，皆可成为慢性。扁桃体周围脓肿则称为“喉痈”，认为由急性继发，或肺有积热，复感风邪，风热相搏，痰火壅滞而成。

症状 急性者起病较急，突发畏寒、高热，体温可达39～40°C以上，可有头痛及周身不适，同时咽喉疼痛，有时颈部也痛，吞咽不便，吃东西时更痛。检查可见咽充血，扁桃体肿大，上面有黄白色分泌物，容易拭去，不出血（此点可与白喉鉴别）；有的扁桃体肿大不明显，但扁桃体陷窝中有脓性分泌物。下颌或颈部淋巴结常肿大并有压痛。如发病4～6天后，症状未有减轻，反而加剧，应考虑扁桃体周围脓肿的可能。此时体温更高，一侧咽痛加剧，吞咽时尤重，常向同侧耳部或牙齿放射，口涎增多，说话不清，喝水可呛入鼻腔，甚至张口困难。检查见软腭及一侧舌腭弓显著充血，脓肿形成后可红肿隆起，将扁桃体推向内下方，悬雍垂也红肿并移向对侧；如脓肿位于扁桃体后方，则见咽腭弓红肿隆起，将扁桃体推向前下方。

慢性扁桃体炎的特点是常有急性发作，而平时多无明显自觉症状，有时可有咽部不适、异物感、刺激性咳嗽、口臭等，偶有扁桃体过度肥大而出现呼吸、吞咽或语言共鸣等障碍的。检查可见扁桃体及舌腭弓呈慢性充血，上有白色乳腐样点状物，不易拭除。扁桃体大小不定，儿童、青年多属增生，故较肥大；成人多已纤维化，故缩小，表面可见瘢痕，凹凸不平，与周围可有粘连。下颌淋巴结常肿大。慢性者如

不及时治疗，往往成为慢性病灶，可引起风湿热、肾炎等疾患。因此不应忽视。

治疗

1. 急性扁桃体炎　主要是控制感染，并作必要的对症处理，包括：

(1) 针刺合谷、扁桃体穴，发热配曲池等穴；或耳针扁桃体、内分泌。

(2) 服用中草药，以疏风解表、清热解毒为主，可用生石膏1两（打碎先煎），银花、元参各5钱，黄芩、桔梗、连翘、大青叶、山豆根、挂金灯各3钱，薄荷2钱（后下），水煎服，或银花、连翘、元参各4钱，牛蒡子、桑白皮、黄芩、天花粉、浙贝母各3钱，荆芥、防风各2钱，甘草1.5钱，水煎服。也可选用验方，如土牛膝、金银花各5钱，水煎服，或新鲜土牛膝打汁内服；马兰根2两，水煎浓汁，慢慢含咽；牛丝落灯10只，鲜芦根2两，水煎服；土大黄5钱，水煎浓汁，日服1次；石菖蒲2钱、麦冬1两，水煎服；薄荷1.5钱、金银花1两，水煎当茶喝，等等。还可用中成药口服或注射（同急性咽炎）。

(3) 症状较重者应用磺胺药或抗菌素，以青霉素疗效较好。高热或咽痛明显者用解热镇痛药。

(4) 咽喉部局部处理可同急性咽炎。

2. 扁桃体周围脓肿开始可按急性扁桃体炎原则治疗，抗菌药物剂量适当大一些。脓肿形成后，应穿刺抽脓或切开排脓。穿刺时先用1～2%地卡因溶液涂于咽部，取一粗长针，在脓肿最膨出处进行穿刺，抽出脓液，必要时可反复进行。切开排脓可在针麻或局麻（1%普鲁卡因浸润或地卡因涂咽）下进行，切口选于脓肿最膨出处，或在悬雍垂根部作一水平

线，再于舌腭弓下端引一垂直线，两点相交处为切口（图 12-18），与舌腭弓上端相平行切开粘膜，用血管钳插入脓腔扩张排脓。术后注意口腔清洁，经常漱口，待炎症消退后，应将扁桃体摘除，以防复发。

图 12-18　扁桃体周围脓肿切开的位置

3. 慢性扁桃体炎最好手术摘除，发作期间可按急性原则处理。

预防　主要是预防感冒及其他上呼吸道感染。锻炼身体，增强体质是最好的预防措施。此外，如扁桃体周围器官有疾患（鼻炎、鼻旁窦炎、口腔疾患等），应积极治疗。

二十八、喉　　炎

喉炎是喉部粘膜的炎性病变，可分急性和慢性两种。急性喉炎多见于冬、春季节，可为上呼吸道感染的一部分，与急性鼻炎、咽炎同时发生，先由病毒感染，继而细菌入侵，常见的致病菌有肺炎双球菌、流感杆菌、溶血性链球菌或溶血性葡萄球菌等；也可在某些急性传染病（如麻疹等）的过程中发生，或因吸入过多的粉尘或有害气体，发声不当或用嗓过度使声带急性充血等原因而引起。慢性喉炎主要因急性喉炎反复发作演变而成，也可由于职业因素（如教师、演员、售票员等）声带运用过度，长期烟酒或有害因素的刺激，以及邻近器官的慢性病灶如鼻窦炎、扁桃体炎、支气管扩张等原因所致。祖国医学认为急性喉炎多因外受风寒，或风热袭肺，肺失清肃，痰热上壅而致；慢性喉炎则由于急性反复发作，肺阴不足，痰涎不化而致。

症状　急性喉炎主要表现为声音嘶哑，其程度常因声带炎症程度的轻重而有不同，重者可失音。有时伴有喉部干燥、灼热或疼痛，并

出现咳嗽，干咳或咯出脓性分泌物。炎症明显者可有发热、全身不适等症状。儿童症状较剧，热度高，出现犬吠样咳嗽及呼吸困难，严重者甚而因喉头水肿，发生梗阻而窒息，必须提高警惕。检查可见喉部充血水肿，儿童更显著，但没有假膜(此点可与白喉相鉴别)。

慢性喉炎早期病人常自觉有分泌物粘附喉腔，说话时先要将嗓子清理一下，不然讲不清晰。以后声音逐渐变哑，上午较轻，下午可加重：早期为间隙性，后来常变为持续性。有的病人尚感喉部干燥不适，喉痛，并经常要咳嗽，以清除喉内分泌物。详细诊断应作喉镜检查。

治疗

1．急性者适当休息，少说话，禁食刺激性食物及烟、酒等，并用以下方法治疗：

(1) 针刺天突，配合谷，或取合谷、内庭、少泽等穴。

(2) 服用中草药，以宣肺解表、清热利咽喉为主，可选用：①牛蒡子、桔梗、杏仁、胖大海各3钱，蝉衣、挂金灯、射干、薄荷（后下）各2钱，水煎服；②生石膏1两（打碎先煎），杏仁、桑白皮、枇杷叶各3钱，炙麻黄、生甘草各2钱，水煎服；③银花5钱，连翘、牛蒡子、杏仁各3钱，桔梗2钱，甘草1.5钱，水煎服；④以失音为主者用胖大海4～6个，玉蝴蝶5～10对，蝉衣、凤凰衣(即鸡蛋衣)各1.5钱，挂金灯3钱，水煎当茶饮。

(3) 给予止咳祛痰剂，并作蒸气吸入，简单办法是让患者张口对着一大杯冒热气的开水（最好是茶，如能于其中滴入少量安息香酸酊效果更好），做多次深吸气动作，吸入蒸气。

(4) 症状严重者，给予大剂量青霉素，每次20～40万单位肌注，每4～6小时1次。必要时配合其他抗菌素如四环素族、链霉素等，并口服或注射激素。

(5) 呼吸困难者可喉头喷雾1％麻黄素。如发生喉梗阻，危及生命时，应紧急切开气管。

2．慢性喉炎可采取急性治疗的某些措施如少说话、新针、给止咳祛痰剂和蒸气吸入等；并服用中草药，以益气养阴、润肺化痰为主，对声哑伴咽干微痛、午后潮热、痰少而粘、不易咯出、舌红少苔、脉

细数的阴虚病人，可用生地、元参、知母各3钱，射干、生甘草各1钱，炙紫苑2钱，玉蝴蝶3分，水煎服；对声哑伴少气乏力、多话或劳累后声哑加剧、舌淡胖、脉濡细的气虚病人，可用孩儿参4钱，黄芪、南沙参、淮山药各3钱，桔梗1.5钱，凤凰衣2钱，玉蝴蝶3分，水煎服。也可服用成药清音丸或铁笛丸，均为每次1丸，日服2次。此外，对于声带有息肉或小结的病人，应予手术摘除。

预防 做好各项预防工作，防止感冒及其他传染病的发生，一旦发生及时治疗。加强劳动防护，减少有害气体、粉尘的刺激。禁忌或少食烟酒。职业工作者应正确发音，一般人感冒期间说话也不要过多，以使声带得到休息。

二十九、鱼骨鲠喉

鱼骨鲠喉是由于吃鱼时不慎将鱼刺咽下，卡于咽喉部所致，多见于儿童。主要表现为咽喉部刺痛并有异物感，鱼刺较大而部位较浅者可于张口检查时见到。如不及时处理，有时可引起咽喉部感染。

治疗

1. 嘱患者用力咳出，较小的鱼刺也可吞咽干饭或馒头(不要嚼细)而将其咽下。

2. 口含米醋不断漱洗咽喉部，并缓缓咽下；或用中草药威灵仙2两、桔梗1～2两(单用前者也可)水煎后不断漱口、咽下，可将鱼刺软化并消去，必要时反复进行。

3. 大而看得清的鱼刺可用长镊子拔去，但注意不要戳伤咽喉部，最好先用1～2%地卡因喷或涂咽喉部后进行，以免引起恶心。

4. 大而深的鱼刺应至医院五官科手术取出。

5. 有继发感染者应使用磺胺药或抗菌素，也可服用清热解毒的中草药。

三十、口腔粘膜病

常见的口腔粘膜病有复发性口疮、鹅口疮、单纯疱疹性口炎、楔

螺菌龈炎等，除复发性口疮外，其余都易在患传染病之后及营养不良、口腔卫生差的情况下发生。

（一）复发性口疮

俗称“口疳”，是一种在口腔任何部位均可反复发生的、孤立的、单发或多发的口腔溃疡，临床十分常见。祖国医学认为系外感风热之邪，与心脾积热上攻口舌而成；或思虑过度，睡眠不足，以至心肾不交，虚火上炎所致。

症状 开始先在口腔粘膜某一区域充血、发红并出现小疮，短时间内可溃破成圆形或椭圆形的溃疡，表面凹陷，呈淡黄色，边缘微凸，成一鲜明的红色充血区，疼痛剧烈。多发生在唇、颊、舌粘膜上，以黄、红、凹、痛为其特征。溃疡大多单发（1～2个），有时也可多发（数个到数十个），甚至互相融合成一边缘不整齐、大而深的溃疡，疼痛加剧，有时不能进食。一般4～5天后溃疡逐渐缩小、变浅，疼痛也减轻，再过2～3天即自行愈合；但严重者可迁延不愈。

治疗

1. 用温盐水漱口，局部涂敷龙胆紫、青黛散、冰硼散或锡类散等。

2. 单发而比较小的溃疡可用药物烧灼，即将与溃疡大小相似的小棉球（可制成棉签）蘸10%硝酸银或石炭酸涂于溃疡面，应注意避免腐蚀正常粘膜。

3. 溃疡数目多而发作频繁的，可采用以下一些措施：

(1) 维生素B_6 50毫克肌注，每日1次，5次为一疗程；或泛酸钙20～50毫克口服，每日3次。

(2) 维生素C 1,000毫克加入10%葡萄糖酸钙10毫升及25%葡萄糖20毫升中静脉注射，每日1次，5次为一疗程。

(3) 中草药：症状明显、实热盛时，宜清心火、祛湿热，用栀子、茅根、绿豆各1两，生地5钱，淡竹叶3钱，水煎服；或银花5钱，连翘、黄芩、栀子、淡竹叶各3钱，薄荷（后下）、甘草各2钱，水煎服；实热较轻者也可用鲜茅根、凤尾草、淡竹叶、车前草各1两，或鲜竹叶、茅根、芦根各1两，水煎当茶饮。反复发作、体弱阴虚的病

人，宜养阴血、清虚火，可用四物汤(见222页)加黄柏、知母、丹皮；或用天冬、麦冬、玄参、孩儿参各5钱，水煎服。有的病人还可试用吴茱萸5钱，碾细醋调，用纱布敷二足底，幼儿可包敷肚脐，24小时一换。

预防 注意口腔清洁，少吃煎炸滚热食物，避免口腔粘膜损伤，治疗口腔慢性疾患和消化道功能紊乱（如便秘、消化不良等）、妇女月经失调、神经官能症、肠寄生虫病等，可防止或减少本病的发生。

（二）单纯疱疹性口炎

由单纯疱疹病毒引起，好发于婴幼儿，冬春季节比较多见。

症状 婴幼儿发病较急，先有高热或急性传染病症状，有时口腔溃疡与高热同时发生，患儿多涎、哭闹、拒食。初起口腔粘膜充血，有散在或簇集的小水疱，很快溃破成浅在溃疡，大小不等，数目十到数十个，表面有浅黄包膜，边界尚清楚，病程约7～10天。如为成人患者，大多发生在口唇周围的皮肤上，为透明小疱，簇集成一串葡萄状，不易溃破，如溃破可有白色渗出液，发生继发感染则为黄色脓液。常在高热或上感时发生，但复发者也可无全身症状。

治疗

1. 溃疡局部涂敷龙胆紫、青黛散、冰硼散、锡类散等。

2. 服用复合维生素B和C。

3. 发热者服用中草药，可用银花、连翘、山栀各3钱，黄连1钱，板蓝根5钱，鲜芦根1两，水煎服。

4. 必要时使用磺胺药或抗菌素以控制感染。

预防 注意口腔卫生及食具的消毒，积极防治感冒和急性传染病。

（三）鹅口疮

俗称“雪口”、“口糜”，由白色念珠菌(一种霉菌)引起，主要见于婴幼儿，常在严重热性传染病的后期发生，长期使用抗菌素和久病体弱的成人有时也可出现。祖国医学认为系心脾二经积热上蒸所致，或母亲乳头不洁，吮乳后发生。

症状 好发于唇、颊、软腭等处。初起在口腔粘膜上出现乳白色

斑点，如食物残渣一样，略为突起。以后逐渐融合成片，如一块块凝结的奶块，不易脱落，强力撕脱后可见红色出血面。患儿拒奶，但体温不高。严重者可蔓延至咽、喉、食管等处。

治疗

1. 用2～4%小苏打水清洗、漱口，局部涂敷青黛散、冰硼散、锡类散或龙胆紫，也可用中药枯矾1钱、朱砂2分研细末，取少许涂患处。

2. 口服或注射复合维生素B和C。

3. 服用中草药以清泄心脾积热，可用导赤散(见210页)加减。

4. 病情严重，向咽喉部蔓延的，可口服制霉菌素12.5～50万单位(成人50～100万单位)，每日3次。

预防 哺乳期婴儿及重病患者注意口腔卫生。人工哺乳者用具应清洁或消毒，乳母要注意乳头清洁。尽可能避免长期使用大量抗菌素。孕妇如有霉菌性阴道炎，应及时治疗，以免分娩时传染给婴儿。

(四) 梭螺菌龈炎

又名溃疡性龈炎(旧称奋森氏龈炎)，由厌氧的梭形杆菌和螺旋体引起，常在口腔卫生不良、急性传染病或其他原因使全身抵抗力降低时发生。祖国医学称为"风热牙疳"，认为系胃经积热，外感风邪相搏，或热病后余火上炎所致。如机体抵抗力极度衰弱，本病可迅速发展，造成组织坏死，甚至穿腮透唇、牙齿脱落，此时则称为"走马牙疳"。

症状 初起牙龈发红、肿胀，很快糜烂坏死，牙龈边缘形成溃疡，上覆棕灰色假膜，触之极易出血。口腔常有特殊的恶臭，并有多涎、剧痛或自发性出血。有的病人还有发热、全身不适，颌下淋巴结也肿大并有压痛。如病情经久不愈，可转为慢性。此时全身症状不明显，局部症状也较急性期为轻，主要表现为口臭、刷牙时出血或睡眠醒来枕上有血迹；检查可见牙龈乳头及龈缘呈水平型刀切样缺损，牙龈轻度充血并有溃疡。

治疗

1. 用1.5%双氧水或1:5,000高锰酸钾溶液清洗口腔，温盐水经常漱口。局部涂敷青黛散、锡类散或珠黄散。

2. 口服维生素B、C。

3. 服用中草药，以散风清热解毒为主，可用桑叶、菊花、竹叶、山栀、连翘、赤芍、鸡苏散（包煎）各3钱，生石膏（打碎包煎）、鲜生地、鲜芦根（去节）各1两，黄连1钱，水煎服。

4. 症状严重者可注射青霉素。

预防 平时注意口腔卫生，及时防治各种急性传染病。患者的食具和漱口杯等应与健康人分开，并作消毒，以防传染。

三十一、龋　　齿

龋齿俗称“虫牙”或“蛀牙”，是最常见的疾患之一，发病率很高。发生的原因很复杂，主要可能是牙齿上停留的食物残渣特别是糖类等物质，经过细菌发酵，产生酸性及其他能毁坏牙齿组织的物质，作用于牙齿，使其脱钙毁坏，渐渐形成龋洞。因此，一切能够促使食物残渣停留于牙面上的因素，如牙齿结构上的弱点（有点隙、沟裂等）或排列不整齐，食物嵌顿及不注意口腔卫生等，都能诱发；此外，与机体的健康情况、营养不良（特别是维生素和盐类）、牙齿本身的钙化不良及唾液的性质等，也有密切的关系。祖国医学认为本病多系多食甘腻，胃肠积热，以至生虫蛀蚀而成；而外因风热，引动胃火上升，或内因阴亏，引动虚火上亢，均为本病的诱发因素。龋齿往往可以使牙齿组织破坏，发生牙痛，影响咀嚼能力，严重时还可发生牙髓炎、牙根周围炎、甚至牙槽脓肿、颌骨骨髓炎等，危害患者的健康。因此，应于以足够的重视。

症状 病程进展比较缓慢。初时无自觉症状，但检查可见患牙有黑色边缘不齐、大小不一的龋洞。进一步发展，龋洞深入牙本质，遇到冷、热、酸、咸、甜的食物刺激，可发

生疼痛，但当刺激消除后，疼痛很快停止。较深的龋洞可经常有食物嵌入、腐败而发生口臭。当病变发展到牙髓，并发牙髓炎时，便可引起自发性疼痛，或因外界刺激而引起持续性疼痛。本病到最后，可使牙体大部分龋蚀破坏成残冠或残根，此时牙髓已坏死或坏疽。

牙髓炎往往是龋齿进一步发展的结果，但也可由于血源性的细菌感染，或牙周疾患的细菌通过根尖孔侵入牙髓而引起。临床主要特点是自发性的剧烈疼痛，痛时坐立不安，夜间或安静时更明显。开始时遇冷热刺激疼痛加剧；以后如牙髓化脓，则含漱冷水可使之减轻。疼痛可向同侧上下颌牙齿及邻近组织放射，以至患者不能确定患牙的位置。如不及时治疗，可反复发作。

祖国医学把本病分为虚、实两类。若齿龈红肿热痛，或有寒热，口有秽臭或齿孔出脓，苔黄腻，脉弦数者，为风热实火；若齿龈不肿，其痛日轻夜重，微寒不热，口无秽臭，齿根易于摇动，舌红少苔，脉弦细数者，为阴亏虚火。

治疗

1. 龋洞侵蚀到牙髓以前，主要治疗方法是清除龋洞中的腐败组织，并用牙科材料加以修补。

2. 并发牙髓炎的患者，首先是止痛和消炎，包括：

(1) 针刺牙痛穴、合谷、内庭、下关、颊车、大迎等，强刺激，往往能达到立止疼痛的功效。或耳针牙痛点，上、下颌。

(2) 用牙钻、锐利刮匙或探针等器械，刺穿牙髓腔，清除龋洞内的腐物，然后放入蘸丁香油的棉球，定时更换。也可用止痛草药如花椒、细辛、五倍子、芒硝等，任选一味，研细末塞入龋洞。

(3) 给予镇痛剂。疼痛较剧时，可注射复方氨基比林或口服去痛片，并加用镇静剂。

(4) 炎症较剧，波及周围组织者，可适当使用磺胺药或抗菌素。

(5) 中草药治疗：实火者宜清泄胃热，可用生石膏(打碎先煎)、鲜芦根（去节）各1两，竹叶、山栀、银花、连翘、赤芍、黄芩各3钱，黄连1钱，有表证者加薄荷（后下）、桑叶各2钱，白蒺藜3钱，便秘者加生大黄3钱（后下），水煎服；虚火者宜滋阴降火，可用生地、玄参、麦冬、知母、黄柏、牛膝、石斛（先煎）各3钱，丹皮2钱，肉桂1钱，水煎服，或用知柏八味丸（见226页）。

3. 在控制牙髓炎发作的基础上，对病变侵入牙髓的龋齿，可根据具体情况，进行修补或拔除（拔牙术见1312页）。

预防 龋齿的预防应及早进行，特别是儿童及青少年。应做到以下几点：

1. 对孕妇及儿童有营养不良症状者，可适当给予钙质及维生素A、D等。

2. 加强口腔卫生，最好用标准牙刷刷牙，发现龋齿及早治疗。用市售含氟牙膏刷牙，有一定预防作用。

3. 集体儿童及青少年最好定期进行口腔检查，并指导防治龋齿的知识。

三十二、牙周炎症

牙周组织与牙齿的关系甚为密切，两者发生感染，均可互相影响。现将常见的牙周炎症介绍如下：

(一) 牙根周围炎

又称牙周围炎或根尖周围炎，往往是牙髓炎进一步发展，感染越

过根尖孔而引起。

症状 急性牙根周围炎，开始可觉患牙不适、浮动，并有伸长感觉；继而可发展为自发性局限性疼痛，吃东西碰及时更痛，故不敢咀嚼。患者常能正确地指出患牙的位置。检查时可见患牙明显松动并有叩痛。如不及时治疗，可发展为牙槽脓肿，此时出现发热、头痛，患牙有持续性剧痛，并有跳痛的感觉。周围牙龈红肿并有压痛，严重者邻近组织也肿胀，颌下淋巴结常肿大、触痛。

慢性牙根周围炎，多无自觉症状，有时可出现牙龈瘘管。当机体抵抗力降低时，可出现急性发作。

防治

1. 平时注意口腔卫生，有龋齿应及时治疗。起病后可以1:5,000高锰酸钾溶液漱口，每日用生石膏细末擦牙，或香附2两、青盐5钱研末，并加姜汁擦牙。

2. 给予清火解毒的中草药如金银花、元参、丹皮、芦根、赤芍各5钱，水煎服。或使用磺胺药。严重患者往往需注射青霉素。

3. 疼痛明显者可用新针疗法，或服用镇痛剂及镇静剂（详龋齿治疗）。

4. 牙槽脓肿形成者，作切开引流。

5. 慢性者经一般治疗无效，时有复发，应拔除患牙。

（二）牙龈炎

多因口腔不卫生，牙面上堆积结石或两齿间嵌入纤维性食物，经常刺激牙龈，引起细菌感染所致。此外，糖尿病、青春期、妊娠期、白血病、紫癜等病人有时也可发生，而维生素C吸收不佳或长期服用苯妥因钠等药则是常见的诱因。祖国医学称为“牙宣”、“龈宣”。

症状 无明显不适，但刷牙时容易出血。有时病人自觉牙痒。少数因全身原因引起者可自发性牙龈出血。检查可见牙龈红肿，表面失去坚韧光滑的外观，刺激时易出血。

防治

1. 平时注意口腔卫生，多刷牙(可用乌贼骨粉刷牙)、漱口。牙石过多者可定期到口腔科进行刮除。

2. 局部涂锡类散、青黛散，或旱莲草2两、青盐5钱，炒焦研末擦齿。

3. 内服维生素B、C，或用中草药，肿胀为主者用清胃散加味，即生石膏1两(先煎)、升麻1.5钱、生地3钱、丹皮3钱、当归3钱、黄连1.5钱、丝瓜络1尺，水煎服；出血为主者用鲜芦根1两、西瓜翠衣5钱、竹叶心3钱、绿豆5钱、丝瓜络1尺、荷叶1圈，酌加生地、银花、生石膏等，水煎服。

4. 极少数因全身性疾病引起者应针对原发疾病治疗，其中血液病引起者不宜作牙石清除，以免造成大量牙龈出血。

(三) 智齿冠周炎

智齿(第三磨牙)由于生出较晚(17～22岁左右)，往往萌出不好，牙冠的一部分可被牙龈包盖，形成一个囊袋。如食物残渣及细菌在内蓄积，当机体抵抗力降低时，即可发生炎症。

症状 局部红肿疼痛、张口困难，吞咽时也痛，如炎症扩散至咽旁，可致吞咽困难。严重者可有发热等周身症状。检查可见包囊患牙的牙龈红肿，压之有少量脓性分泌物溢出。

防治

1. 注意口腔卫生，用1:5,000高锰酸钾或盐水漱口，局部涂2%碘甘油、龙胆紫。

2. 针刺下关、颊车、听宫、合谷等穴。

3. 炎症严重者选用磺胺药或抗菌素，或服用中药川芎茶调散(见212页)。

4. 有脓肿形成，须作切开引流。

5. 炎症消退后，拔除患牙，或作龈瓣切除。

(四) 牙周病

是牙周组织的慢性进行性炎症性破坏，多见于中年及老年。原因未完全明了，但与牙石的长期刺激、细菌感染和全身性疾患(如糖尿病)等因素有密切关系。

症状 初期病变局限于牙龈，患处红肿，但多数无自觉症状，有时可觉痒、胀感，易出血，牙颈部可见牙石堆积。病变发展，累及牙

周膜、牙槽骨，使齿龈沟加深，成为牙周袋，其内有脓流出。最后，牙龈萎缩，牙根露出，对温度和机械刺激有酸痛感觉，牙周支持组织逐渐被慢性炎症所破坏，牙齿松动，甚而脱落。

防治

1．注意口腔卫生，经常漱口、刷牙。治疗全身性疾病。

2．刮除牙石，术后涂布2％碘甘油。也可用中药骨碎补炒黑研末擦牙，或用920软膏涂患处，日3～4次。

3．牙周袋可用碘氧疗法，塞入研细的碘化钾，再滴入3％双氧水，使产生新生态氧，以杀灭细菌。

4．急性炎症发作时，使用抗感染药及镇痛剂，或中成药银翘解毒丸。

5．较多的牙齿有轻度松动，祖国医学认为系肾虚，治宜补肾壮骨，可用骨碎补、狗脊、续断各4钱，牛膝3钱，炙甘草1.5钱，见肾阳虚者加鹿角霜5钱、桂枝2钱，肾阴虚者加龟板4钱、桑椹子3钱，兼有气虚者加党参3钱，血虚者加当归3钱，水煎服。

6．以上治疗无效，可考虑拔牙或作其他有关手术。

思考题

1．怎样诊断咽炎、扁桃体炎、喉炎？如何治疗？

2．试述鱼骨梗喉、口腔粘膜病、龋齿和牙周炎症的防治原则。

第十三章　计划生育、妇幼卫生及妇产科常见疾病的防治

第一节　生殖系统解剖生理

一、男性生殖系统

男性生殖系统包括睾丸、附睾、输精管、射精管、精囊腺、前列腺、阴茎、阴囊等（图13-1）。功能是产生精子，通过性交输送精子到女性生殖道，与卵子结合，以繁殖后代；同时，生成性激素，维持男性的副性征（即男性的特征，亦称第二性征）。

（一）睾丸

呈卵圆形，左右各一，位于阴囊中，是男性的生殖腺，由许多曲细精管和间质细胞构成。曲细精管是产生精子的地方，间质细胞则可分泌男性激素。

睾丸在胎儿时期位于腹腔内，至出生前不久才经腹股沟管穿过腹壁，降到阴囊内；如出生后仍未降下，则成为隐睾症，该侧睾丸不能生成精子（性激素仍能产生），两侧隐睾可导致不育，应及时治疗。

（二）附睾　位于睾丸的后上缘，紧贴于睾丸上，呈两端粗细不等的长扁圆形，其头部是睾丸曲细精管形成的一排输出小管，体、尾部则汇成一根弯曲回转的附睾管，为储存精液的主要场所，末端通输精管。附睾有时可被结核菌侵犯，形成附睾结核，常影响生殖机能。

（三）输精管和射精管

都是输送精子的管道。输精管在附睾的尾部开始上行，和睾丸的血管以及其他一些组织合在一起，形成一条索状的东西，称为精索，向上经腹股沟管进入腹腔，与精囊腺的排泄管合并成一条射精管，再

穿入前列腺的尿道中。男子的绝育手术，就是在阴囊处把输精管结扎、切断，以阻断精子的出路。

（四）精囊腺和前列腺

精囊腺位于膀胱后面输精管末端的两边，前列腺的后上侧，上端游离，下端左右并列插入前列腺内。前列腺形如扁平的栗子，位于膀胱的下方，直肠的前面，包围在尿道的上部。精囊腺和前列腺均可分泌液体，和精子混合成精液。有的老年人前列腺因结缔组织增生而肥大，属于病理现象，有时可压迫尿道而发生尿潴留。

（五）阴茎和阴囊

阴茎是性交和排尿的器官，呈圆柱状，前端叫阴茎头，感觉很灵敏。阴茎由三条海绵体构成，海绵体充血后可使阴茎勃起，并射出精液。阴茎外面的皮肤比较疏松，在阴茎头处反折过来，形成包皮。包皮过长或外口狭小不能使阴茎头翻出来（称为包茎），易发生炎症或其他疾病，应及早进行手术。

阴囊是包在睾丸、附睾及下段精索外面的皮样囊袋，由皮肤、平滑肌和结缔组织组成，伸缩性很强，不但可保护睾丸、附睾等组织，还能通过调节，使阴囊内的温度保持恒定（低于体温 1 ℃左右），有利于精子的产生。

（六）精液和男性激素的排出

精子自睾丸产生后，先送到附睾管中贮存起来。射精时，附睾中的精子经输精管到射精管，和精囊腺及前列腺分泌的液体混合成精液，经尿道排出体外。

男性激素自睾丸间质细胞产生后，并不进入输精管，而是经睾丸的毛细血管进入血液，作用于人体，产生男性副性征，如身材高大、肌肉发达、多毛、喉结突出、发音响亮而音调比较低等，并产生性欲。因此，作男子绝育手术结扎输精管后，只是阻断了精子的排出，对男性激素的分泌和排出一点也没有影响，男性的副性征和性欲依然和原来一样；同时，由于结扎的部位在精囊腺和前列腺以下，故仍可有精液生成和排出，只是其中没有精子而已。这二点，我们在作计划生育宣传工作时一定要解释清楚，以免引起不必要的误解。

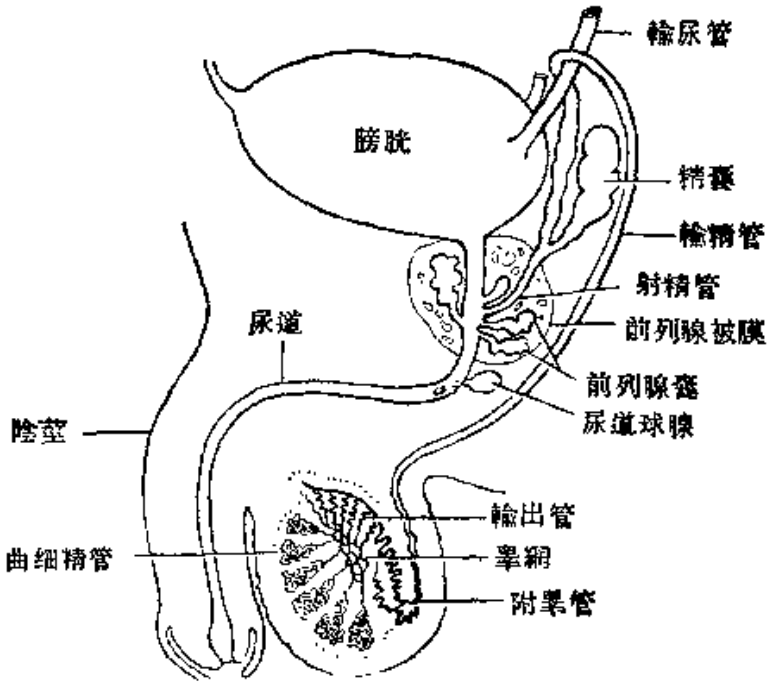


图 13-1　男性生殖器（剖面图）

二、女性生殖系统

女性生殖系统包括内生殖器和外生殖器两部分。此外，骨盆与乳房虽不属于生殖器官，但因与生殖机能密切相关，故也在此简述。

（一）骨盆

骨盆由骶骨、尾骨和两块髋骨组成。髋骨包括髂骨、坐骨（左右两边）、耻骨（前面）3 个部分。后面骶、尾骨为后壁。骨之间有关节（骶髂关节、耻骨联合），由韧带或软骨相连结（图 13-2）。女性骨盆是胎儿娩出的通道，故宽而浅。如以骶骨岬、两髂骨的髂耻线及耻骨联合上缘为界，可将骨盆分为上下两部分。上部称为假骨盆，临床意义不大；下部称为真骨盆，是胎儿娩出的必经之道，亦叫骨产道。真

骨盆如有狭窄或畸形，可造成难产。

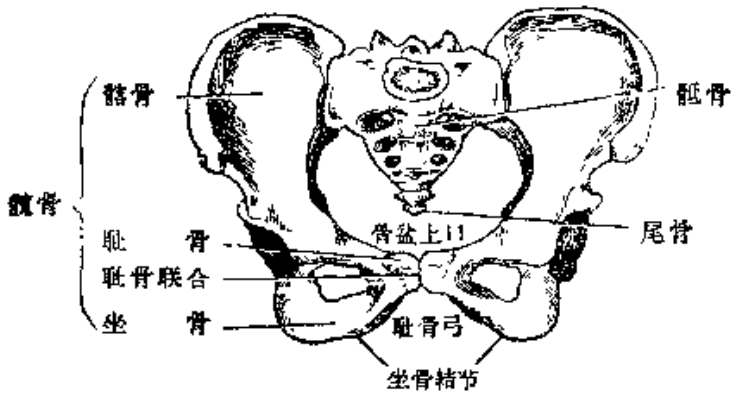


图 13-2 女性骨盆

产科学上常将骨盆分为三个假想的平面，以便于我们了解分娩时胎儿先露部通过产道的过程：

1. 入口平面 即真假骨盆交界面，为横椭圆形。在这一平面上有前后径、横径和两条斜径（图 13-3），其中以前后径最短，与分娩关系最大，亦称为真结合径，其距离（从骶骨上缘正中起到耻骨联合上缘）正常为 11 厘米。

2. 中骨盆平面 亦称最小平面，前界为耻骨联合下缘中点，经两侧坐骨棘，后界为第四与第五骶椎之间，呈纵椭圆形。其中横径的临床意义较大，系两坐骨棘之间的径线（图 13-3），平均长 10 厘米。

3. 出口平面 从耻骨联合下缘，经两侧坐骨结节，再至骶骨下端。此四点不在一个平面上，实际上是前后两个三角形的平面联合而成，以坐骨结节间径为共同的底线，平均长度为 8～9 厘米。两侧耻骨降支在耻骨联合下形成弓形，称为耻骨弓，正常为 80～90°。耻骨弓角度大的，出口横径亦较长。

骨盆的底部是封闭骨盆出口的由肌肉、筋膜及韧带所形成的软组织层，支持着盆腔内的各个器官。其中最主要的是提肛肌，作用是加强盆底的托力，并在分娩时帮助调节胎先露部分在产道内前进。分娩时如损伤骨盆底，可使其发生松弛，以致影响盆腔内器官的位置和功能。

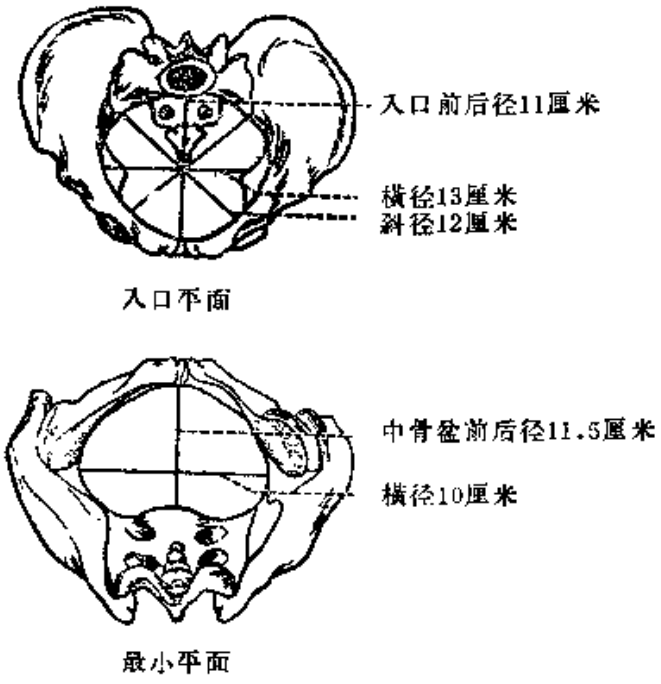


图 13-3　骨盆径线

（二）内、外生殖器（图 13-4）

内生殖器包括卵巢、输卵管和子宫，前两者又合称为子宫附件（图 13-5）；外生殖器即外阴部；阴道则介于内外生殖器之间。女性生殖器的功能是产生卵子，使卵受精（和精子结合）并发育成胎儿；同时，还产生性激素，维持女性的副性征并调节月经等。

1. 子宫　是胎儿生长发育的地方，也是月经产生之处。位于盆腔中部，前面是膀胱，后面是直肠，两侧通输卵管，下通阴道，中间是个空腔。正常位置微向前倾，像一个倒置的梨，长约 7～8 厘米，宽约 4～5 厘米，厚约 2～3 厘米。整个子宫可分为底、体、峡、颈四部分。上部较宽，称为子宫体，输卵管就开口于其上部的左右两侧；输卵管入口以上的隆出部分称为子宫底。下部狭窄呈圆柱形伸入阴道，为子

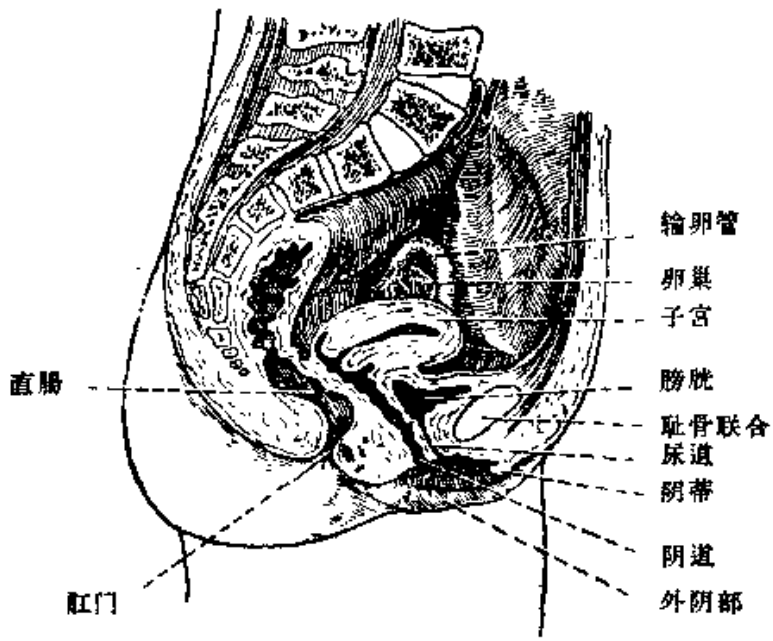


图 13-4　女性生殖器（剖面图）

宫颈。体与颈之间一个长约一厘米的狭区称为子宫峡部，分娩时可伸长达 7～10 厘米，即子宫下段。子宫颈内腔称为子宫颈管，上面通宫腔为宫颈内口，下面开口于阴道称宫颈外口，未产妇的宫颈外口呈圆形，经产妇多呈“—”字形，并将宫颈分为上下两唇，或称前唇及后唇。

子宫壁组织可分为三层：内层是子宫内膜，在青春期至绝经期因受卵巢激素的影响而发生周期性变化，形成月经周期；中间是平滑肌层，很厚（妊娠期可增至 2.5 厘米厚），并有很大的伸缩性，其间分布有多量血管，特别是静脉；外层是浆膜，即覆盖子宫的腹膜。

子宫的周围有三对韧带，即阔韧带（也称主韧带）、圆韧带和子宫骶骨韧带，其主要作用是维持子宫在正常的位置。其中阔韧带和盆底组织形成一个有力的支架，支撑着子宫，使之维持在一定的水平；同

时圆韧带把子宫底向上向前牵引，子宫骶骨韧带则把子宫颈向上向后牵引，这两个作用合在一起就能把子宫维持在一个前倾的位置，使子宫体与阴道呈直角，腹压加大时子宫也不会下垂。如果这些韧带松弛，则容易发生子宫后位，此时子宫体与阴道的轴向一致，在腹压增大时，容易发生子宫脱垂。

2. **输卵管** 是一对喇叭形细长弯曲的管子，位于子宫两侧，一端与子宫相通，另一端较为膨大，并有孔通腹腔，可接受卵巢排出的成熟卵子，并将它输送到宫腔，也是卵子受精的场所。全长 8～14 厘米，可分为四个部分：子宫壁内既窄又短的部分称为间质部，紧接间质部比较狭窄的地方称为峡部，再向外是宽大的壶腹部，最外面开口于腹腔的为漏斗部或伞部，形如伞状，与卵巢比较接近，便于卵子运行到输卵管内。女子绝育手术就是在输卵管峡部进行结扎、切断。

输卵管壁也分粘膜、肌肉和浆膜三层。其内膜有纤毛，可以摆动，帮助卵子或受精卵向子宫方向运行；如内膜有病变，可使管腔狭窄，卵子受精（因精子很小，故可通过）后无法通过，就在此处停留、发育，形成宫外孕。由于输卵管血管丰富，故输卵管妊娠（宫外孕）破裂时，可引起大出血；同时，结扎输卵管时也要注意严密止血。

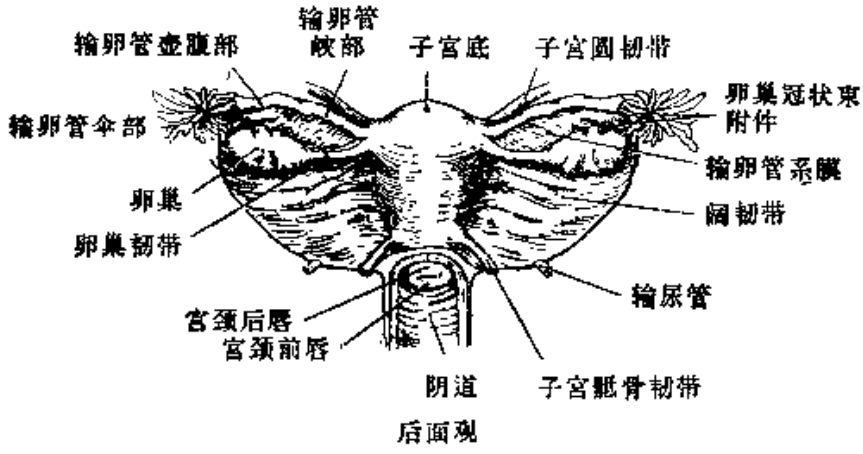


图 13-5 女性内生殖器

3. **卵巢** 左右各一，位于盆腔内于宫两侧，输卵管的下面，呈扁椭圆形，灰白色。其外端靠近输卵管伞部，有韧带连结，内端借卵巢韧带与子宫角相连。卵巢内有大量卵泡，主要功能是成熟并排出卵细胞(卵子)，以及分泌性激素，维持女性的副性征和月经。

4. **阴道** 由粘膜、肌肉、外膜三层组成，有很大的伸缩性，是内外生殖器之间的通道，也是月经及胎儿排出的通路。阴道下端开口于外阴部，上端连接子宫颈阴道部，其围绕子宫颈的部分称为阴道穹窿，后穹窿较深，故阴道后壁也较长。阴道前面是膀胱及尿道，后面是直肠。阴道后穹窿上面的子宫直肠陷凹，为腹腔最低的部分，当宫外孕破裂时腹腔内血液常积聚此处，可作后穹窿穿刺，以明确诊断。

5. **外阴部** 由阴阜、阴蒂、大阴唇、小阴唇、前庭、阴道口及会阴等组成（图 13-6）。阴道口的两侧分布有一对前庭大腺，可分泌粘液滑润阴道，如腺管阻塞，可形成囊肿，甚至感染化脓；阴道前庭内有尿道口；阴道口上盖有处女膜，其中有一孔，便于经血流出，如先天性闭锁可使经血淤积在阴道、子宫腔甚至输卵管内，必须及时手术切开，已婚

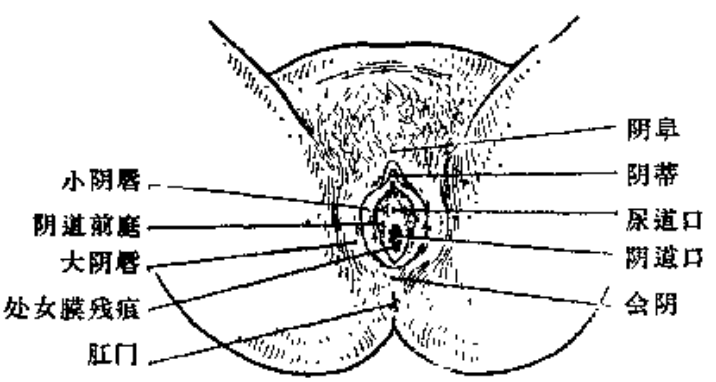


图 13-6 女性外生殖器

妇女处女膜已破裂，分娩后则留下残痕；会阴位于阴道口和肛门之间，由结缔组织、脂肪和肌肉等构成，分娩时受到很大压力，容易发生撕裂，应注意保护。

（三）乳房

是哺乳的器官。女子到了青春期，乳房开始发育，膨大凸起，乳头突出。乳房主要由乳腺组成。它由分泌乳汁的乳腺叶和输送乳汁的输乳管构成。输乳管以乳头为中心，呈放射状走行，乳房脓肿切开引流时切口所以要和它的走向平行，就是为了避免损伤输乳管。

（四）生殖系统各阶段的生理变化

女性一生中各个不同的时期，有不同的生理特点，这主要是由于生殖系统在各阶段的不同生理变化所造成的。

1. **儿童期** 从出生到12岁以前。出生后一个月以内又称为新生儿期，由于胎儿在母体内受胎盘分泌的大量雌性激素的影响，其子宫、卵巢及乳房等均有一定程度的发育，分娩后与母体脱离，性激素突然下降，可引起阴道流少量血性分泌物（亦称新生儿月经）、乳房肿胀甚至分泌少量乳汁等，但这种影响很快就可消失。此后身体不断发育，但生殖器官仍处于幼稚状态，至11～12岁左右，生殖器官和乳房开始发育，逐渐出现女性的特征。

2. **青春期** 从月经出现至生殖器官发育成熟之间的时期，一般在13～18岁之间。这期间生理上的变化特别大，主要表现在生殖器官（亦称第一性征）随着卵巢的发育及其分泌性激素的增加而明显变化，逐渐趋向成熟；第二性征（即副性征）发育，表现为音调变高，乳房丰满，长出腋毛和阴毛，骨盆宽大，皮下脂肪积聚于胸、肩、髋等部位，形成女性特有的体形；出现月经，但初期因卵巢功能尚未成熟，故月经周期往往不规则。

3. **性成熟期** 从18岁左右开始，持继约30年左右。此期间身体各方面的发育趋于成熟，是性功能最旺盛的时期，卵巢功能非常活跃，

出现周期性的排卵和月经，并具有生育能力。

4. 更年期 是成熟期进入老年的一个过渡时期，一般在45～50岁之间。此期间卵巢功能由活跃变为衰退，其生殖机能首先减退，逐渐失去规律的周期性排卵，直至不再排卵；雌激素分泌量减低，功能也不稳定，故有月经不调出现，往往数月才来一次，经量也逐渐减少。少数妇女（据统计约有20%左右）因卵巢内分泌功能减退得比较突然，一下不能适应，故出现一系列植物性神经系统功能紊乱的现象，如阵发性颜面潮红、心悸、头痛、失眠、出汗、皮肤麻木、有蚁爬感、血压波动等，称为更年期综合征。

5. 绝经期 系卵巢功能进一步衰退，月经停止，生殖器官萎缩。

（五）月经

女子到了青春期，子宫内膜开始发生周期性变化，每月要脱落一次，并有流血。脱落的粘膜和血液经阴道排出体外，这就是月经。第一次来月经称为初潮。初潮后的月经还不规则，以后才慢慢转为正常。正常月经周期为28天左右（20～40天内均属正常范围），经期3～6天；经量一般在50毫升左右，最多不超过150毫升；颜色一般为暗红色，开始时色较浅，中间逐渐加深，最后又变成淡红色，不凝结，无特殊臭味。但这些可受年龄、气候、环境、生活习惯等影响而有所改变，属于生理范围。如果由于全身性疾病（如贫血等）或局部病变（如子宫疾病等）引起月经量、色、周期等的改变，则属于病理范围，必须究其原因，进行治疗。在月经来潮时，大多数妇女都没有症状；但部分人可在月经前期或月经期出现不同程度的腰酸、下坠感、乳房胀痛、便秘或腹泻，以及头痛等，也有的感到容易疲劳，情绪不稳定，一般不致影响日常工作，不过必须注意经期卫生。临床上记录月经可用以下式子：

初潮 $\frac{\text{经期}}{\text{周期}}$。例：$15\frac{5}{30}$--，表示15岁来月经，每30天一个周期，每次经期5天。

祖国医学认为月经的生成与冲脉、任脉的盛衰有关。月经的主要成分是血，而血的生成、统摄、运行有赖气的生化调节；同时气又要血来营养。此外，月经还与肾、肝、脾、胃等的功能有关。因此，脏腑、经络、气血的协调，才能使月经正常来潮。反之，就会形成疾病。

现代医学则认为，月经周期的调节主要是受神经系统、脑垂体前叶和卵巢激素的控制，也间接地受体内其他激素和机体内外环境的影响。月经的周期性变化主要包括脑垂体前叶、卵巢和子宫内膜的周期性变化：

1. **脑垂体前叶促性腺激素** 脑垂体前叶分泌的促性腺激素有三种，即促卵泡激素、促黄体激素和黄体营养激素，可作用于卵巢，促使卵泡成熟、排卵和使排卵后的卵泡变成黄体，并维持黄体的生长。脑垂体前叶一方面接受神经系统的控制，另一方面也接受卵巢激素的作用而发生周期性变化，使三种脑垂体促性腺激素的分泌量彼此起伏，互相影响，互相制约，调节卵巢的周期性变化。

2. **卵巢的周期性变化** 主要表现为周期性的产生卵子和分泌性激素。

(1) 卵泡的发育和成熟：卵巢中共有二十万个左右的原始卵泡，但一生中只有四百个左右发育成熟，其余都在发育的不同阶段自行萎缩。一般每月只排一个卵，由左右卵巢交替排出。原始卵泡是在脑垂体前叶分泌的促性腺激素的作用下逐渐发育的，并在此过程中分泌雌激素。一般经14天左右，在一批正在发育的卵泡中，有一个发育最快，成熟后破裂，排出卵子，进入腹腔，这就是排卵。排卵后的卵泡则形成黄体，可分泌黄体素和雌激素。黄体常在排卵后8～9天发育成熟，在卵子受精的情况下，可维持至妊娠3～4个月后才衰退；如果卵子未受

精，黄体便逐渐萎缩而变成白体。最后白体也逐渐吸收消失。从排卵到白体形成也需14天左右。以上过程共计28天左右，称为一个性周期。以后，又开始一个新的周期。

(2) 分泌女性激素：随着卵泡的发育和成熟，卵巢分泌两种激素：雌激素（又称卵泡素或求偶素）和黄体素（又称孕激素或孕酮）。一般在卵泡开始发育时，雌激素的分泌量很低。以后卵泡渐趋成熟，雌激素量渐渐增加，于排卵前形成一个高峰。排卵后8～9天左右，黄体成熟，分泌大量雌激素，形成又一高峰。黄体还分泌黄体素，从排卵后开始，逐渐增多，至黄体成熟时达最高峰。以后黄体萎缩，雌激素与黄体素的分泌很快减少。此时卵巢中又有新的卵泡发育，开始另一个分泌过程。

雌激素的主要作用是促使女性生殖器官和乳房发育，特别是可使子宫内膜增殖，使子宫肌肉肥厚、收缩力加强并对脑垂体后叶分泌的催产素的敏感性增加；同时，还对维持女性的第二性征起主要作用。黄体素的主要作用则是在雌激素作用的基础上，进一步促使子宫和乳房发育，如使子宫内膜在增殖后发生分泌期变化等，为妊娠准备条件，而且在妊娠后的早期还有帮助维持胚胎正常发育的作用；但对子宫肌肉的作用则与雌激素相反，可使子宫肌肉对垂体后叶分泌的催产素的敏感性降低，从而抑制子宫的节律性收缩。

与男性激素一样，卵巢分泌的雌激素和黄体素也是内分泌素，是直接通过卵巢内的毛细血管进入血液而发挥作用的，故输卵管结扎时，对女性副性征和月经等生理功能没有什么影响。这一点在作计划生育工作时应解释清楚。

3. 子宫内膜的周期性变化 由于卵巢分泌的激素随着性周期而变化，因此，子宫内膜受激素的影响，也发生相应的周期性变化，一般可分为四期：

(1) 增生期：为月经周期的第5～14天，相当于卵泡发育成熟的阶段。月经期内子宫内膜剥落后，由于卵巢内卵泡开始发育，分泌雌激素，子宫内膜在雌激素的作用下开始生长，迅速修复内膜脱落后的创面，以后雌激素分泌量逐渐增多，子宫内膜继续增生变厚，腺体增多，

腺腔变宽而弯曲，内膜血管增多，呈螺旋状。在此期末卵巢排卵。

(2) 分泌期：为月经周期的第 15～23 天，相当于黄体成熟期。排卵以后，黄体分泌大量雌激素和黄体素，两者共同作用于增生的子宫内膜，使其继续增厚，腺体增大而弯曲，管腔内有分泌的粘液；同时，内膜血管比内膜长得更快，因此更形弯曲，间质有水肿充血。此期内子宫内膜松软并含有丰富的营养物质，为受精卵在内种植和生长发育作好准备。

(3) 退行期：即月经前期，为月经周期的第 23～28 天，相当于黄体退化阶段。由于未受孕，黄体迅速退化，雌激素和黄体素的分泌很快下降，子宫内膜出现退行变化而变薄，内膜血管受到挤压而极度弯曲，使血流阻滞。在月经前 4～24 小时，内膜血管出现局部性痉挛收缩，引起子宫内膜缺血坏死。血管收缩后又舒张，导致血管破裂出血，于是子宫内膜脱落，发生出血，成为月经。

(4) 月经期：为月经周期的第 1～4 天。内膜成片状或分散剥落，和血液混合一起排出体外。同时，内膜创面开始修复。

以上脑垂体前叶、卵巢和子宫内膜等方面的变化都是在神经系统的统一调节下进行的。在神经系统的调节和脑垂体前叶分泌的促性腺激素的影响下，卵巢的周期变化对控制月经周期（即子宫内膜的周期变化）起着主导作用。

（六）排卵、受精和妊娠（图 13-7）

根据上面所讲的原理，有生育能力的妇女，在正常情况下每月都由卵巢排出成熟卵子 1 个，通常在两次月经的中间，即月经周期的第 14 天左右（也可在第 8～20 天之间）进行排卵。排出的卵子即为输卵管所摄取，如此时男女同房，精子就从阴道进入，通过子宫到达输卵管壶腹部与卵子相遇结合，形成受精卵，这个过程就称为受精。受精卵在输卵管粘膜纤毛的摆动和管壁肌肉的蠕动下，逐渐向子宫方向移动，约在受精后 4～5 天到达子宫腔，然后穿破内膜埋入其

中，这个过程叫作受精卵的着床或种植。种植的受精卵以后在子宫内逐渐发展成胎儿及其附属物，这就是妊娠。妊娠期一般为 280 天（农历 10 个月）左右。

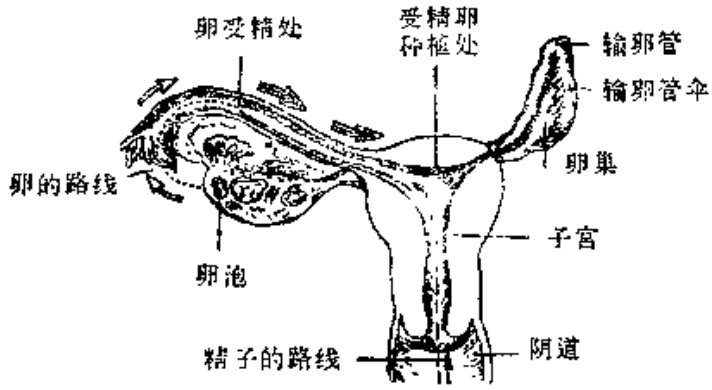


图 13-7　排卵及受精示意图

妊娠后，胎儿在子宫内不断发育。至第二个月末，已初具人形，如这时受到外界不良影响，有可能阻挠某些器官的正常发育而发生畸形。至第三月末，外生殖器已发育。第四月末，已能辨别性别，骨胳也进一步发育而能在 X 线下显示出来，并出现胎动。第五个月心脏不断完善，在检查时能听到胎心音。第六月末皮下脂肪开始生长，各器官已发育。第七月末如出生，已能啼哭及吞咽，但生活力弱。第八月末生活力稍强，出生后在适当护理下可以存活。第十月即为成熟婴儿。

在胎儿发育的同时，其附属物也不断形成并完善，主要有胎膜、胎盘、脐带及羊水等。胎膜是包围胎儿及羊水的膜，有保护胎儿的作用，可分为三层，即最里面的羊膜、中间的绒毛膜及外面已经退化的子宫蜕膜；其间有羊膜腔，内中充满羊水。足月妊娠时羊水量约为 1,000 毫升左右，其主要作用是防止胎儿体表与羊膜粘连，保护胎儿不受外伤，保持胎儿周围一定的适当温度，使胎儿在宫腔内有一定限度的活动，以及分娩时传导子宫壁的压力，促使宫口扩大并滑润产道等。胎盘是胎儿与母体组织的结合体，由胚胎的绒毛和子宫的蜕膜所

构成，是胎儿与母体间联系的通道，母体的营养物质和氧气通过胎盘送给胎儿，胎儿血中的代谢废物和二氧化碳也通过胎盘进入母体，然后排出体外；此外，胎盘还具有产生雌激素、孕激素（黄体素）和绒毛膜促性腺激素的功能。胎盘约在妊娠的6～7周时即已开始形成，足月胎盘重500～600克，分为母体面和胎儿面两个面，母体面紧贴子宫壁，呈暗红色，粗糙，可见许多小叶样结构；胎儿面表面光滑，覆盖羊膜，其上附有脐带。脐带一端与胎儿脐部相连，另一端附着在胎盘胎儿面，长约50～60厘米，直径1～1.5厘米，内有两条脐动脉和一条脐静脉，其主要作用是保持胎儿与胎盘间的联系，并保证胎儿在宫腔内有一定的活动度。

随着胎儿及其附属物的发育，孕妇全身各系统在妊娠期也发生一系列的变化，以适应胎儿发育的需要并为分娩哺乳作准备。主要表现为子宫逐渐增大，特别是肌纤维增生肥厚，重量可从未孕时的40克增加到足月时的1,000克左右，里面的血管也增多并且扩大，循环血量增加，子宫颈腺体增生，充血变软，呈紫蓝色，颈管内充满粘液。外阴有色素沉着，组织松软，阴道也变软，粘膜充血而呈紫蓝色，分泌物增多。乳房发育，乳头增大，自觉发胀，触之有结节感，乳晕着色较深，至妊娠后期可挤出少量稀薄无色或黄色的乳汁，称为初乳。由于子宫胀大和皮下脂肪增多，部分孕妇的腹壁或大腿外侧皮肤因弹性纤维断裂而出现裂纹状斑纹，称为妊娠纹，初孕妇呈淡红色或紫红色，旧妊娠纹呈银白色。面部前额、两颊、乳头及其周围、腹部中线等处皮肤可有棕色色素沉着。骨盆各关节均有不同程度的松弛现象。血液量可比未孕时增加30%左右，其中血浆比血细胞增加更多，形成生理性的血液稀释现象。心脏因子宫增大、膈肌上升而被推向上及向左，更靠近胸壁，还因大血管扭转而产生收缩期杂音或肺动脉瓣区第二音加强。由于增大的子宫压迫盆腔内的静脉丛，使下肢静脉回流发生障碍，常出现下肢、外阴及痔静脉的曲张，甚至下肢浮肿。增大的子宫还可压迫输尿管，引起输尿管甚至肾盂积尿，尿液潴滞，易为细菌入侵而发生尿路感染，并压迫膀胱，使其容量减少而引起尿频现象。妊娠初期常有怪食癖、食欲不振、恶心、呕吐等症状，而且由于胃酸减

低，胃肠蠕动减弱，常发生肠胀气或便秘等现象。妊娠期的新陈代谢也比未孕时增高，其基础代谢率一般可增加10%左右。其他如神经、内分泌、呼吸、骨骼等系统均可有一定程度的变化。

祖国医学认为，妊娠期脏腑经脉的气血皆下注于冲、任脉以养胎，因此，从全身来讲，血就感到不足，气相对的有余，形成阴血偏虚、阳气易盛的特点，临床上每见妊娠有贫血、怕热等症状，即是此缘故。

思 考 题

1. 男、女生殖系统各包括哪些器官？它们有些什么机能？试述女性生殖系统各阶段的生理变化特点。

2. 月经是怎样形成的？

3. 什么叫排卵、受精和妊娠？妊娠期间孕妇有哪些生理变化？

第二节 计 划 生 育

计划生育，就是运用科学的方法，控制生育的时间，调节生育密度，避免生育过早、过多和过密。

我国是一个发展中的社会主义国家，属于第三世界，社会生产的安排和国民经济的发展都是有计划按比例地进行的，这就要求人口的增长也要有计划。因此，实行计划生育是我国社会主义革命和社会主义建设时期的一项重要任务，是党和国家的一项既定政策。认真地长期地实行这一政策，有利于更好地组织广大群众努力学习马列主义、毛泽东思想；有利于全面落实毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针和支援世界革命；有利于移风易俗、改造世界，巩固无产阶级专政；有利于社会主义计划经济的发展，加速社会主义革命和社会主义建设，提高人民生活水平；有

利于保护妇女和儿童的健康，增进民族的繁荣；有利于很好地教养后代，培养和造就无产阶级革命事业的接班人。因此，计划生育决不是无关大局的个人小事，而是关系到国计民生的大事，也是符合广大群众的迫切要求的。

计划生育是一场深刻的社会大革命，要与几千年遗留下来的旧的传统观念实行最彻底的决裂。在这场革命中，始终充满着两个阶级、两条路线、两种思想的激烈斗争。长期以来，毛主席、党中央一直非常关怀计划生育工作，曾作了一系列重要指示，为计划生育工作指明了方向。但是，刘少奇、林彪一伙却竭力破坏无产阶级的计划生育政策，否认计划生育对人民群众思想革命化，对社会主义革命和社会主义建设的重大意义，大肆宣扬腐朽的资产阶级享乐观和孔孟之道，竭力散布“养儿防老”、“男大当婚，女大当嫁”、“男尊女卑”、“不孝有三，无后为大”等反动谬论。国际上的社会帝国主义、帝国主义则不遗余力地贩卖反动的马尔萨斯“人口论”，叫嚷“穷国是由于人口多”，世界面临着“人口过剩”、“人口爆炸”危机等等，并对我们的计划生育工作竭尽造谣污蔑之能事。在无产阶级文化大革命和批林批孔、学习无产阶级专政理论运动的斗争中，刘少奇、林彪和“四人帮”的反革命修正主义路线和剥削阶级没落的意识形态孔孟之道，以及国内外阶级敌人的各种破坏活动都遭到了深刻的揭露和批判，极大地提高了广大人民群众的思想觉悟和为革命实行计划生育的自觉性，各地都涌现出了大量的先进思想和先进事例，使计划生育工作出现了前所未有的大好局面。

我们赤脚医生在开展计划生育工作中，必须高举毛泽东思想伟大红旗，充分发动群众，大讲毛主席的无产阶级革命

路线，狠批刘少奇、林彪、“四人帮”的反革命修正主义路线和反动的孔孟之道、马尔萨斯“人口论”，广泛宣传计划生育的重大意义，肃清阻碍计划生育的各种封建主义和资产阶级思想余毒；在群众中进行深入细致的思想工作；同时也要把计划生育的知识交给群众，并作好有关技术指导。在工作中，要随时注意树立典型，推广先进经验，把计划生育工作做得既轰轰烈烈，又扎扎实实。

计划生育，包括提倡晚婚、避孕、人工流产和绝育，应根据不同对象进行不同的工作。

一、提倡晚婚

提倡晚婚不但是实行计划生育的一项重要内容，也是关系到培养和造就无产阶级革命事业接班人的一件大事。

伟大领袖毛主席对青年寄予无限希望。毛主席说：**“世界是你们的，也是我们的，但是归根结底是你们的。你们青年人朝气蓬勃，正在兴旺时期，好象早晨八、九点钟的太阳。希望寄托在你们身上。”**毛主席又说：**“要使全体青年们懂得，我们的国家现在还是一个很穷的国家，并且不可能在短时间内根本改变这种状态，全靠青年和全体人民在几十年时间内，团结奋斗，用自己的双手创造出一个富强的国家。”**毛主席这样重视和爱护青年人，因此，每个青年人都应该坚持晚婚，以便有充足的精力和时间学习马列主义、毛泽东思想，批判修正主义，实现思想革命化，树立无产阶级世界观；学习文化、科学知识；积极参加三大革命运动，为革命作出更大的贡献。其次，青年时期正是人体生长发育的一个重要时期。二十岁左右，身体还没有完全发育成熟，男子的发育更比女子要晚些。如果过早地恋爱结婚，生育子女，化

较多的时间去照顾孩子和操劳家务，容易影响身体的全面发育和健康成长。因此，坚持晚婚，有利于青年身体健康地发育和成长。由此可见，提倡晚婚，是时代的要求，革命的需要，也符合青年的生理特点。我们赤脚医生应该把提倡晚婚的工作当作一项重要的政治任务来抓，要以身作则，做破旧立新的战士，还要充分发动群众，大力宣传晚婚的好处，坚决破除剥削阶级的旧风俗、旧习惯，为树立无产阶级新风尚而努力。

二、避　　孕

避孕就是采用各种方法，使育龄妇女暂时不受孕。其基本原理在于控制这样几个环节：抑制精子或卵子的产生，阻止精子与卵子结合，以及促使子宫内环境改变，不适宜受精卵的种植和生长。理想的避孕方法应该是有效、安全、简便，使男女双方都易于坚持。目前常用的方法主要有以下几种：

（一）节育环

是将不锈钢或塑料制的象戒指大小的环，放到子宫腔内，阻止受精卵的种植和生长，达到避孕。适用于各种需要避孕的对象。一般于月经干净后3～7天（此期间不要同房）放入，产后三个月及人工流产后则可随即放环。一个环可放四、五年至七、八年，取出后还可再换新环。如要怀孕，随时可以取出。放环的具体方法和有关注意事项详见第十七章第三节计划生育基本操作。

（二）避孕套

亦名阴茎套，为男方使用的避孕工具，同房时套在阴茎上，让精液排在套内，使精子不能进入阴道而达到避孕。一

般适用于需临时或短时期避孕者，但如能坚持，也可适用于其他对象；对橡胶有过敏者则不适宜应用。有大、中、小三种，选择合适的使用。用前先吹气检查套子有无漏洞，发现有漏气的就不能用。检查后，将套子卷好备用。使用时，先把套子顶端的小囊捏扁，再将套戴在阴茎上，慢慢的将阴茎全部套住。用后可洗净凉干，扑上粉。如无损坏，可再用1～2次。避孕套如与避孕药膏合用，则效果更好，并有润滑作用。

（三）避孕帽

亦名子宫帽或阴道隔膜，是一种女方使用的避孕工具，同房时放入阴道内遮住子宫颈口，阻止精子进入宫腔以达到避孕。其适用对象同避孕套，但如阴道前后壁膨出比较明显或子宫脱垂者则不易安放，有重度阴道炎或宫颈炎者也暂不配用。有大小不同的型号，应先进行妇科检查，选定合适的型号并教会使用方法后，再由女方自己使用。使用时，解小便，洗净双手，左脚踩在凳上或平卧屈腿，一手分开大小阴唇，另一手将避孕帽凸面向上压成长形后送入阴道，顺着阴道后壁进去直达后穹窿，再用手指推前缘使之抵达耻骨弓下缘，用食指探摸宫颈口是否完全盖严。每次同房前放入，同房后过8～12小时才能取出。过早取出，因精子未死易致失败。取出时只要用右手食指伸入阴道，勾住避孕帽弹簧环的前缘向下向外拉出即可。取出后可洗净擦干，下次再用。一般可用1～2年。如在使用前先在避孕帽的凸面（接触子宫颈的一面）及其周围涂布避孕药膏，则避孕效果更好。

（四）口服避孕药

1. 口服避孕片1号和2号 即普通所称的口服避孕药，已经有关部门鉴定，大力推广使用。如应用得当，避孕效果

可达 99.96%，适用于绝大多数需要避孕的育龄妇女。这两种避孕药都是由一种合成的孕激素加上一种雌激素制成的，其避孕的主要原理是抑制卵巢排卵，改变子宫内膜的环境而阻止受精卵在子宫内种植和发育成胎，以及改变子宫颈管粘液的稠度，阻止精子进入子宫腔等。口服避孕片 1 号又称复方炔诺酮糖衣片，含炔诺酮和炔雌醇；口服避孕片 2 号又称复方甲地孕酮糖衣片，含甲地孕酮和炔雌醇。两种药效果用法都一样，可任选一种。

用法：从月经来的当天算起，到第五天开始服药，每天 1 片，连服 22 天；如在临睡前服，可减少反应。停药后 1～3 天来月经。以后再按同样方法服用。因服药 1 月仅可避孕 1 个月，故必须每月服药。应注意服药期间不能中断，如有漏服，第二天早上应补服，否则不仅会使避孕失败，而且有造成阴道流血的可能。对月经不调的妇女，服药后往往可使月经正常起来（人工月经），起内分泌治疗的作用。本药副作用小，少部分妇女初服药时可产生轻度恶心、头昏、乏力、不适、嗜睡等类似早孕的反应；偶而有呕吐、奶胀、哺乳期妇女乳汁减少及皮疹等反应。轻者不需处理；重者可加服维生素 B_6 10 毫克和维生素 C 100 毫克，每天 1～3 次，连服 1 周，可使症状减轻或消失。如服药期间有少量滴状阴道流血，可每晚加服炔雌醇 0.005～0.01 毫克。一般坚持服用 2～3 个月后，以上反应都可消失。还有少数妇女，服药后可使月经减少甚至出现闭经，开始暂不作处理，一般在停药后七天如仍不来月经，即开始服下一个月的药。若连续闭经 2～3 个月，则应暂时停药观察，待月经来潮后再继续服药；但停药期间应使用其他方法避孕。也可于停药后每天肌肉注射黄体酮 10 毫克，连续 5 日，或每日 20 毫克，隔天一次，

连注三次，常能使月经来潮；如月经仍不来，应到医院作进一步检查。本药禁忌症很少，主要是患急慢性肝炎、肾炎、高血压、乳房肿块和子宫肌瘤等患者不宜服用，但以往有肝肾病史现无症状者，也可在医务人员指导下服用。

对于爱人在外地工作回家探亲需临时服用口服避孕药者，可于预知爱人回家探亲的这个月的经后第五天开始服药，也需服满22片，才能达到避孕的目的；即使爱人中途离去，仍应继续服完，以免导致副作用。如果爱人是突然回家的，可以采用临时服药的办法，即从当天开始每天服药1片，继续服满22片，但在开始一周内，**必须同时采取**其他避孕措施，才能达到可靠效果。此外，**人工流产后服药，最好在**来过一次正常月经后再按一般方法服用；哺乳期妇女则应在产后一年左右再开始服药，以免减少乳汁，但不服药期间应注意采用其他方法避孕。

2. 探亲避孕药 是最近试制成功的专供分居两地临时探亲夫妇实行计划生育应用的避孕药，每片含炔诺酮5毫克。此药使用方便，不受经期限制，其主要作用在于转化子宫内膜，使之不利于受精卵种植，有效率可达99.53%。服用方法是在探亲期间，每晚服1片，于探亲结束时即停服。一般在停药后一周左右来月经，经量无明显改变。

（五）避孕药膏 同房前，用吸管将药膏吸出大半管，挤到阴道深处，能杀灭精子，而起避孕作用。由于效果不十分可靠，目前一般作为配合避孕帽或避孕套，以及当避孕套使用中破裂作为补救办法应用。

三、人工流产

凡因子女过多、有病及其他原因需要中止妊娠的妇女，在怀孕2～3个月之内，可到医院进行人工流产，去除胚胎及胎盘组织，达到中止妊娠的目的。目前一般采用吸引流产术（如负压瓶、电动吸引器等），手术安全，出血少，对身体很少影响；必要时也可用刮宫手术。

吸引流产术的具体操作方法及有关注意事项详见第十七章第三节计划生育基本操作。

此外，对于怀孕超过3个月，确实需要中止妊娠者，在4～5个月期限内，还可到医院进行引产，方法有水囊引产、天花粉针剂引产等，但均需在严密观察下进行。

四、绝　育　术

绝育术是永久避孕的最好办法，包括男子结扎输精管和女子结扎输卵管二种，手术后可使精子或卵子的通路阻断，使之不能再受孕。手术安全，对身体健康、劳动和性生活均无影响。如夫妇不需再生孩子，或因患有比较严重的慢性疾病（如心脏病、高血压、肺结核等）及重复剖腹产而不宜再生育者，都可采用。但术前24小时内二次测体温均超过37.5°C或患各种急性传染病者，全身情况不良（如心力衰竭时）而不能承受手术者，严重的神经衰弱（本人有迫切要求者例外），以及生殖系统患有重度炎症，如男性患前列腺炎有明显症状、阴囊炎症、湿疹或水肿、精索静脉曲张、较大的疝或鞘膜积液等，女性患急性或慢性盆腔炎、子宫内膜炎等，都必须暂缓手术，待治愈后再施行。应该注意的是，对于农村中对绝育手术还存在着的一些不正确的看法，赤脚医生应该大力宣传，讲明科学道理，使群众容易接受。可以找些结扎过的对象现身说法，向群众进行宣传，则更有说服力。

（一）男子结扎输精管　此项手术随时都可施行，操作比较简便，刀口小，不需住院，不会影响健康和劳动，也不影响房事，值得大大推广。术后休息3～7天，此期间不宜作重体力劳动或剧烈运动，并避免性交和盆浴。手术时如果没有向输精管里灌注杀死精子的药物，术后仍然要坚持避孕

2～4个月（或避孕10次以上），因远端输精管或精囊内仍可能有部分残余精子存在。术后要注意随访。

（二）女子结扎输卵管 此项手术在非孕期、产后、人工流产后、中期妊娠引产后，以及剖腹产或其他妇科手术时均可施行，手术不大，尤其是产后结扎更为容易，结扎后不影响健康和劳动，也不影响房事。

术后一个月内不要参加重体力劳动，避免性交与盆浴，并注意随访。

〔附〕 关于计划生育后遗症问题

随着计划生育工作的广泛开展，接受计划生育的对象也越来越多，这时，必然会遇到一个比较突出的问题：因计划生育（特别是绝育手术）后出现种种症状而前来就诊的人逐渐增多。据现有资料的分析，这些主诉“计划生育后遗症”的人，绝大部分不是真正的后遗症，而是由于对计划生育手术的认识不足，或受了一些不正确说法的影响，产生了疑惧心理，因而出现种种症状，但这些症状与计划生育手术联系不上，表现形式可以多种多样，临床上很难加以解释；还有的人把在计划生育手术后偶而发生的，与计划生育手术根本无关的疾病和症状也归咎于计划生育。如果遇到这种情况，应对他（她）们进行耐心细致的思想教育工作，使他们了解计划生育工作的重大意义，消除思想上的顾虑，必要时也可适当作些对症处理（如服用少量镇静剂等）。如能在作计划生育手术前先做好思想工作，或根据不同的对象举办各种类型的学习班，解除思想顾虑，交代手术前后注意事项，使受术者在手术时密切配合，则可减少后遗症的发生，取得预期的效果，并在术后自觉地成为计划生育宣传员。这里必须指出，在计划生育工作中始终存在着两个阶级、两条路线的激烈斗争，如果发现阶级敌人从中破坏，造谣惑众，就应坚决把他揪出来。当然，计划生育手术后，也可能有个别的人，由于种种原因，的确出现了一些后遗症，这时，就应认真对待，介绍他们到医院进行检查治疗，并负责到底。总之，

赤脚医生在处理计划生育后遗症问题上，一定要把它当作一项严肃的政治任务来对待，决不能马虎大意。

思 考 题

你如何根据不同对象，向群众进行计划生育的宣传和指导工作？

第三节 妇 幼 卫 生

一、妇女四期卫生

伟大领袖毛主席教导我们："**中国的妇女是一种伟大的人力资源。必须发掘这种资源，为了建设一个伟大的社会主义国家而奋斗。**"在毛主席、党中央的英明领导下，我国广大的劳动妇女，在政治上、经济上都翻了身，当家作了主人，在各个革命历史时期都作出了重大的贡献。通过无产阶级文化大革命、批林批孔和无产阶级专政理论学习运动，广大妇女更加努力学习马列主义、毛泽东思想，积极地投入到轰轰烈烈的阶级斗争、生产斗争和科学实验三大革命运动中去，成为社会主义革命和社会主义建设的一支强大的生力军。但是，妇女的生理特点和男子不同。妇女有月经、怀孕期、产褥和哺乳等问题。妇女还可患一些特有的妇科疾病。因此，认真做好妇女保健工作，特别是向群众宣传"四期"卫生知识，对于保障广大妇女的健康，保护劳动力，有着重要的意义。

（一）月经期卫生

月经是妇女特有的生理现象。在行经前和月经期，妇女的生殖器、盆腔及乳房均有一定程度的充血，加上内分泌的影响，常可引起轻度的全身或局部不适；而且，月经时子宫

内膜脱落，宫腔内有一层创面，子宫颈口也微开，经血又是细菌繁殖的好养料。因此，月经期必须注意卫生，防止细菌入侵和避免其他一些不良的刺激，以保障妇女的健康。

1. 对月经要有正确的认识，月经期间精神不可过分紧张，思想要开朗，心情要愉快。必须注意的是，由于几千年来孔孟之道、封建意识和旧习惯势力的影响，一部分妇女对月经还存在着怕羞、神秘或恐惧心理。因此，要采取各种形式，大力加强卫生宣教，特别对进入青春期的女孩，学校或生产大队可组织定期上课，使广大妇女真正掌握月经的有关知识。

2. 经期可照常工作和学习。参加一般的体力劳动和户外活动不但没有害处，反而可以促进盆腔血液循环，使经血畅流，减轻腰酸、背痛、下腹胀等不适。但应注意劳逸结合，避免剧烈的运动，在分配劳动任务时应实行“调近不调远、调轻不调重、调干不调湿”的原则，适当安排就近劳动，不作太重的体力劳动，尽量在平地劳动，还要保持比较充足的睡眠。

3. 注意保暖，避免寒冷刺激（如冷水浴等）或受凉，保持大便通畅，少吃生冷、酸辣、酒类等刺激性食物。

4. 保持外阴清洁，每天用温水洗净，但不可坐浴或盆浴，以免脏水进入阴道。禁止游泳、阴道用药，已婚妇女严禁性交。大小便后，草纸要从前面向后揩拭，以免将肛门附近的细菌带入阴道。衬裤和月经带要勤洗换。

5. 月经带要用干净的、软一些的布来做，并要破除封建迷信思想，每次用后都洗干净，放在太阳底下晒干，包好备用，切不可藏在阴暗的角落里下次再拿出来用。月经纸最好用市售消毒纸，如用普通草纸，应选柔软一些的，使用前

放在太阳底下曝晒或在火上烤过，以保持干净，千万不可随便用脏纸、破布、烂棉花等做月经垫，这样容易引起感染。

6. 赤脚医生要与生产队妇女队长、卫生员一起，通过调查研究，掌握本队每个女社员的月经期，建立月经卡片，以便加强月经期的卫生指导、合理安排劳动和做好计划生育工作。

（二）孕期卫生

怀孕的妇女，为了适应胎儿生长发育的需要，生理上发生不少变化。因此无论在衣、食、住、行以及劳动和休息等方面，都应该适当安排，这样才能保证孕妇健康，胎儿正常发育。

1. 应按时进行产前检查，如发现异常情况，可及早进行处理（具体详见第 1041 页孕期检查一节）。

2. 妊娠期如无特殊情况，可以照常参加劳动，但应减轻劳动强度，并避免腹部受压或受到撞击。生活要有规律，睡眠要充足。

3. 孕妇穿着的衣裤要宽大舒适，袜带和裤带不宜过紧，以免压迫子宫或影响血液循环。

4. 注意清洁卫生。由于怀孕期间汗腺、皮脂腺及阴道分泌物增多，应勤洗身、勤换衣（特别是内衣内裤），并保持外阴部的清洁。妊娠三个月以内及末两个月应避免性交，其余月份亦要节制，以免引起流产、早产及产后感染。妊娠七个月以上还要禁止坐浴或盆浴。

5. 怀孕以后由于乳腺增生，乳房增大，上衣不能太紧，能用乳罩托起更好。妊娠五、六个月以后，最好每天用肥皂水擦洗乳头，使其皮肤坚韧，防止哺乳时乳头皲裂，引起感染。如乳头向里凹陷，可经常用手向外轻轻牵拉，使其逐渐

矫正，以免产后婴儿吸吮困难。

6. 孕妇在怀孕期间，体内除了正常的生理需要以外，还要供给胎儿生长发育所需要的养料。因此，要适当注意营养，避免偏食。有人怕胎儿过大而故意少吃东西，这是错误的。如果每天从饮食中得到的营养不能满足胎儿的需要，胎儿将夺取母体内维持本身代谢所需要的养料，这样孕妇身体就要衰弱，甚至影响劳动。当然，也要避免妊娠期间过分讲究吃喝的做法。孕妇的饮食应以既有营养而又易于消化为原则，可多吃一些富含蛋白质、维生素和钙、铁等成分的食物，如鸡蛋、肉类、豆类及新鲜的蔬菜等，但应避免吃刺激性的东西。大便要保持通畅，还要鼓励多晒太阳。

（三）产褥期卫生

妇女妊娠期间全身与生殖器官所发生的变化，在产后会逐渐恢复正常。从产后至生殖器官恢复原状的这段时间，便称为产褥期，一般约需6～8周。此期间，子宫颈管还暂时开放，子宫内又留有胎盘剥离的创面，阴道内常流出血性的分泌物（称为恶露），故细菌很容易侵入并在恶露中生长繁殖，加上分娩时流血、体力消耗和产后乳汁分泌旺盛等使产妇抵抗力大大降低，故容易发生感染或其他病理情况。因此，产褥期应特别注意卫生，这对保障妇幼的健康都有重要意义。

1. 刚生产后产妇常感觉十分疲劳，故头一、二天应卧床休息，适当翻翻身。一定要破除某些地区产后必须半卧于床上的旧习惯，这样不但不利于产后休息，还有引起“血晕”（虚脱）的可能。以后可逐渐起床活动，做一些轻的家务事，但避免劳累和干重活，以防盆底组织松弛引起子宫脱垂，或日后出现腰酸背痛。满月后可逐步参加正常劳动，六周以上

才可干重活。

2. 产后一、二天内，应吃些容易消化的食物，以后就可以恢复正常饮食。由于产妇不但要使身体恢复，还要哺育婴儿，故应适当注意营养，特别是多吃一些新鲜的蔬菜和富含蛋白质、矿物质及维生素的食物，并进食一些汤类。某些地区流行的产后忌嘴的旧习惯一定要破除，但也要防止片面强调营养，以致产后过食而引起胃肠消化功能障碍。

3. 产妇睡的房间，冬天要注意保暖，夏天要注意通风，平时还要多开窗户，使室内空气流通，保持新鲜。有的地方大热天产妇仍需头包厚布、身穿厚衣、盖厚被子的旧习惯，必须坚决破除，以免引起中暑。当然也要防止受风。冬天最好能多晒太阳。

4. 产后出汗多，又有恶露不断流出，因此必须注意清洁。冬天可每隔两、三天用温水揩揩身，夏天则每天用温水洗澡，但避免坐浴和盆浴。内衣内裤要勤洗换。外阴部至少每天用温开水洗涤两次，有会阴裂伤缝合伤口者还要用1:1,000高锰酸钾冲洗，但避免水流入阴道。会阴垫要常换，保持清洁。

5. 整个产褥期间都必须禁止性交，会阴有伤口或产道有损伤者更应禁忌。

6. 产后其他注意事项，详见第1075页产后家庭随访及产后常见症状的处理。

（四）哺乳期卫生

婴儿最好哺母乳，一般哺乳一年左右，不宜过长。此期间也应注意卫生，以确保母婴的健康。

1. 分娩后即应将乳头洗净，如果乳头痂皮较厚，可先涂上植物油使痂皮软化，再用热肥皂水或清水洗净。一般在

产后 12 小时左右开始喂奶(产后 6 小时先给婴儿喂些温开水或糖水)，以后则定时进行。每次喂奶前应洗手，用干净毛巾擦干净乳头。这样可避免婴儿患鹅口疮和腹泻等疾病，又可防止母亲感染乳腺炎。如果母亲患感冒，喂奶时应戴口罩；如患有其他传染病，则应立即停止喂奶，进行隔离治疗，以免传染给婴儿。

2. 喂奶时应有合适的姿势，一般都是坐着，并用中指和食指轻轻抵住奶头，这样可以防止乳头堵住孩子的鼻孔而妨碍呼吸，并防止奶水流得太快而呛着孩子。应避免躺着喂奶，因为这样一方面易使奶水通过孩子的咽鼓管流入耳朵引起中耳炎，另一方面也容易养成孩子一边吃奶一边睡觉或含着乳头睡觉的不良习惯。喂奶一定要定时，以使乳房按时受到孩子吸吮的刺激而增加乳汁的分泌。还要注意左右乳房轮着喂，先喂空一侧，再换另一侧，如果奶水太多吃不完，多余的奶水可用手挤出或用吸乳器吸出，以免积于乳内使乳汁分泌减少或引起乳腺感染。每次喂奶完毕，应把孩子抱起来，头靠在母亲的肩膀上，在背部轻轻地拍打几下，可防止吐奶。

3. 哺乳期妇女可以照常参加劳动，但应安排近处的工作，并保证一定的哺乳时间。注意避免过度劳累，睡眠、休息要充足。

4. 注意饮食和衣着，多吃营养丰富并易于消化的食物，多喝汤水，少吃刺激性食物；上衣要宽大，以免压迫乳房。

5. 哺乳期仍有妊娠的可能，应注意避孕。

二、儿童的卫生保健

儿童是无产阶级革命事业的接班人。儿童时期正是生长发育最旺

盛的时期，生理上与成人有很大的区别。我们必须遵照毛主席关于"**好生保育儿童**"的教导，搞好儿童、特别是婴幼儿的保健工作，使他们能够健康地成长，使家长能够全力"**抓革命，促生产**"，也有利于计划生育工作的开展。

（一）婴幼儿喂养及学龄前儿童的卫生

1. 生长发育特点 详见附表1及2。

表1 婴幼儿的发育

年龄	动作发育	智力发育
1月	睡眠多，醒后常作欠伸动作，头竖不稳	有听觉反应，能注视物件，寻找声音方向
2～3月	俯卧能够抬头	会笑出声音，用"啊、哦"声表示快乐情绪
4～5月	扶髋能坐，扶腋下能站直，能翻身	能辨出母亲的声音
6月	能独坐，扶两前臂能站直	能辨别生人和熟人
7～8月	能爬，会从爬的姿势坐起来	能听懂大人的语言，能发单调的声音
9～10月	能扶栏杆站	能重复大人所发的简单音节，如爸、妈等
10～12月	能站起，扶着一只手可以走路	能使用简单的声调表达自己的意思
15月	能自己走着玩	能正确指出身体各部位，开始会自己吃饭
18月	会爬台阶	喜欢看画和翻书
2岁	跑得稳，能单独上下楼	能说2～3字组成的话，白天可自知大小便
2～3岁	会跳会跑，会两脚交替上楼	能说自己的名字，会模仿成人劳动

表 2　婴幼儿身长体重正常值

年　龄	体　重（公　斤）		身　长（厘　米）	
	男平均数	女平均数	男平均数	女平均数
出生时	3.15	3.09	49.8	49.4
1　月	4.47	4.20	55.0	55.9
2　月	5.45	5.03	58.3	56.5
3　月	5.04	5.70	60.2	59.4
4　月	6.70	6.12	62.1	61.1
5　月	7.29	6.82	64.3	62.9
6　月	7.77	7.38	66.4	65.4
8　月	8.59	8.01	69.4	68.1
10　月	9.26	8.48	72.5	70.7
12　月	9.6	9.2	74.5	73.6
15　月	10.3	9.6	78.6	76.6
18　月	10.7	10.2	80.0	79.1
21　月	11.1	11.1	82.9	81.8
2　岁	12.2	11.3	86.1	84.1
2½ 岁	13.0	12.4	90.2	89.1
3　岁	14.1	13.4	95.0	92.8
3½ 岁	14.7	14.3	98.3	96.7
4　岁	15.5	15.1	101.1	100.3
4½ 岁	16.2	16.1	104.1	104.1
5　岁	17.1	16.5	107.3	106.0
5½ 岁	17.5	17.2	109.1	108.7
6～7岁	18.9	19.6	113.1	112.6

2. 喂养　婴幼儿一般都用母乳喂养，但母亲乳汁分泌过少或因其它特殊情况（如意外事故、患急性传染病隔离等），也可用人工喂养或混合喂养。

(1) 母乳喂养：母乳是小儿最理想的食品，既适合小儿营养的需要和消化能力，又能供应抗体，增加乳儿对疾病的抵抗力，还因直接吸吮，细菌污染的机会也少，因此应尽量采取母乳喂养。

喂乳应定时。因为小儿吃饱后，胃里的奶要经过 3～4 小时才能排

空，如果喂奶间隔的时间太短，会影响消化功能。一般喂的次数从出生到3个月的婴儿可间隔2小时喂一次，夜间少一些；3～6个月时可间隔3小时一次，夜间喂奶次数更要减少；6个月每隔4小时一次，夜间逐渐养成不吃奶的习惯。

随着婴幼儿的长大，母乳的营养成分逐渐不能满足小儿的需要，特别是母乳中含铁量较少，因此必须逐渐增加辅助食品，同时可以锻炼小儿对各种半固体和固体食物的适应能力，为小儿断奶作准备。辅助食品的增加，可根据小儿的不同月龄，先由流质、半流质（容易消化），逐渐过渡到固体，不能心急贪多，而要根据小儿消化能力来决定。如出现不消化现象，要减慢速度或暂停，等恢复后再增加。要待一种食品适应后再考虑增加另一种。一般是，婴儿满1个月即可加菜汤或果汁；2～3个月加米糊或粥；5个月以后加调匀的嫩蛋或熟蛋黄，开始加半个，以后增加到1个，还可加切碎的蔬菜泥；6～7个月可加捣烂的芋头、胡萝卜和豆制品；7～8个月可加切碎的鱼、肉等食品。

母乳喂养的婴儿一般在1岁左右断奶为宜。断奶时间不要在夏季，以春季为好，因为夏季小儿消化能力有所减退，饮食稍有不慎，就可能引起肠胃道疾病。断奶时应逐步减少喂奶次数，直到完全停止。在断奶过程中，要注意保持婴儿正常的生活规律，按时给婴儿吃、睡、玩，不要一哭就给东西吃，以免引起消化不良。不可采用不合理的断奶方法，如突然断奶，在奶头上涂一层辣的、苦的东西等，使孩子不敢碰奶头，这样会影响小儿的情绪和食欲。刚断奶的小儿，饮食还不能和成人一样，食物要松软、易消化并富于营养，逐步做到使孩子一次吃饱，不吃零食，每天进食次数可比成人多二次。

(2) 混合喂养：母乳分泌不足或母亲因工作关系，不能按时哺乳时，可用米糊、豆浆、粥、牛奶等来代替一部分人乳，这种方式称为混合喂养。由于母乳不足而采取混合喂养，应先吃母乳，再给其它食物补充，一天中母乳次数不宜少于3次。混合喂养时要注意食物的质和量，6个月以内的婴儿以添乳品为主，其它辅食的增加参照母乳喂养的办法。

(3) 人工喂养：婴儿出生后，因某些原因得不到母乳喂养，不得不采用其它食物喂养，称为人工喂养。人工喂养要食物搭配恰当，并注意增加辅食，否则会引起消化不良。人工喂养常用的食物有下列几种：

① 米糊（奶糕）、粥：即将米磨成粉或用市售奶糕，调煮成糊状，或用米煮成烂粥喂小儿。这种食品主要成分是淀粉，不够小儿生长发育的需要，长期以这种食物喂养，会引起小儿营养不良，故6个月以内的小儿应设法加用乳品，还可加些蛋黄和食油。

② 豆浆：豆浆营养价值较高，但不易消化，3个月以上幼儿方可喂用。小儿吃豆浆的量相当于乳品量的1.5倍。用米糊或粥喂养的小儿可常加些豆浆。

③ 鲜牛奶：牛奶营养价值高，易于消化，是人工喂养中较好的食物。其用量应根据不同的月龄来计算，未满月的婴儿牛奶里应加适量的水，奶和水的比例先为2:1，以后为3:1，加些糖为好；满月后可用全奶。每次量未满月30毫升（即奶瓶一大格），满月后60毫升，满2个月90毫升，以此类推，最大量一次不超过240毫升。

④ 奶粉：1平汤匙加水4汤匙，它的成分就等于鲜牛奶，然后根据鲜牛奶的调配方法加水和糖。调配不可太稀，因乳量不足可引起营养不良，也不可太浓，以免引起消化不良。

3. 衣着 婴幼儿的衣服应该宽松，使四肢活动不受限制。尼龙布料不适宜作小孩衣服。尿布宜用柔软而有吸水性的棉布，橡皮尿布不透热，只适合婴儿外出时短期应用。婴儿还需穿上小袜或布制小鞋，以保持两足温暖。

4. 睡眠 新生儿每天要睡20小时以上。随着月份的增大，睡眠时间逐渐减少。1岁以内的婴儿，每天应睡12～18小时，1～3岁应睡12～13小时，3～7岁应睡10～12小时。要养成孩子午睡的习惯，2岁以内或体弱儿童上午应增加睡眠一次。孩子在入睡前，应脱去外衣，被子不要太厚，否则会影响小儿的活动。不要把被子蒙住头睡，以免影响呼吸。

5. 清洁卫生 婴儿要常洗澡洗头。浴后，要特别注意揩干皮肤皱褶部，如耳后、颈、腋、腕、腹股沟等处，并敷爽身粉。洗澡时要防

止受凉。每次换尿布时，也要注意腹股沟及臀部的清洁与干燥。要注意头面的清洁，经常洗脸，3岁以后的小儿要教其刷牙。从能自己进食开始，即应在饭前为其洗手，较大儿童则培养其饭前、便后洗手的良好习惯。还要经常修剪指趾甲。

6. **活动** 婴儿啼哭时，四肢挥动，可促使胸廓和肺的扩张。为使生后数月的婴儿有足够活动的机会，可在浴前或睡前解衣，让其自由活动全身，或作轻柔按摩，但此时应关闭门窗，防止受凉。当婴儿已能在俯卧位仰头时，即可每日在一定时间内置小儿于俯卧位活动片刻。未能独坐前，鼓励婴儿学爬是促进运动的好方法，有助于上肢和胸部的发育。应积极创造条件，在户外利用日光、空气和凉水擦浴进行锻炼。

7. **培养良好的习惯** 婴儿在3个月以上就可以定时把尿，随月龄的增长逐步训练大、小便坐盆，养成良好的大、小便习惯，做到少用或不用尿布。

要根据小儿的特点，从小培养热爱劳动、互助友爱的好习惯。从2～3岁开始，即可训练料理自己的能力，如穿脱衣服、收拾玩具；入托儿所的，可教以互相帮助，如帮他人解开结在背后的衣带等。对幼儿园儿童应进一步给以劳动的机会，如收拾玩具、简单的打扫工作、菜园中除虫、拔草以及日常生活中力所能及的体力劳动等。由于儿童喜学榜样，故成人在饮食、睡眠等生活习惯上，也要与其他行为一样，做出好的样子，并鼓励儿童间互相学习，养成优良习惯，改正缺点。

8. **预防疾病** 生产大队卫生室应定期对全大队的儿童进行体格检查，如发现隐患，要及时矫治。要适时进行预防接种（见表3），并做好其他各项预防工作，防止发生儿童传染病（详见第七章常见寄生虫病及传染病的防治有关项内）。还要预防意外伤害，一般生后第一年特别注意防止吞食及吸入有害物品、烧伤、烫伤等；年龄渐大还要注意防止溺水、触电及车祸等。

（二）幼托机构的卫生

办好托儿所、幼儿园，是关系到保障儿童身体健康，使家长安心投入社会主义革命和社会主义建设的一项重要工作。每个大队、生产

表3　儿童预防接种程序参考表

年　龄	预　防　接　种　程　序
6个月以内	卡介苗、小儿麻痹糖丸、痘苗(初种)
6～12个月	麻疹，百日咳、白喉、破伤风(初种)
13～24个月	小儿麻痹糖丸(第一次复服)、百、白、破(第一次加强)
3岁	小儿麻痹糖丸(第二次复服)
4岁	卡介苗(第一次复种)，百、白、破(第二次加强)
6岁	痘苗(第一次复种)
7岁	卡介苗(第二次复种)、吸附精白类(第三次加强)
10岁	卡介苗(第三次复种)
12岁	吸附精白类(第四次加强)、痘苗(第二次复种)

队都应逐步创造条件，分别举办农忙或日常托儿所、幼儿园，把儿童管养起来，以便广大社员能集中精力，投入到农业学大寨，普及大寨县的运动中去。

1．幼托机构的房屋尽量选择向阳、通风、地面干燥、坚固安全的，并远离公共厕所、大粪池、禽畜棚和河湖，最好周围装上篱笆、栅栏，附近有水井须加盖上锁。

2．幼托机构的基本设备可根据大队、生产队的经济情况，因陋就简、就地取材地置备，有条件者应创制一些玩具和教具。

3．保教人员必须政治思想好，服务态度好，无急、慢性传染病(并于入机构前先进行体格检查，以后每年健康检查一次)。如患传染病时，应立即进行调换，痊愈后方可继续工作。

4．入托儿童要先作体格检查，证实无传染病；有传染病时先在家隔离治疗，痊愈后再入托。入托后发生传染病，要及时报告，采取必要的措施。在幼托期间，每年应进行健康检查1～2次，并做好预防接种工作。

5．幼托机构要建立合理的生活制度，根据儿童年龄的特点，处理好教、吃、玩、睡的关系，按时教学、进食和游戏，保证充足的睡眠，培养定时大、小便的习惯，做到饭前便后洗手，每天定时到室外活动

两次，婴儿要多晒太阳。

6．做好室内和环境卫生，如定期打扫，除四害，定时开窗通风以保持空气新鲜，被头要经常晒洗，尿布勤换洗，食具、茶具不公用，并经常消毒等。

7．注意安全，防止意外事故的发生。

8．根据小儿的具体情况，逐步开展教养工作，如利用玩具、图片等，以帮助儿童认识环境事务。对大一些的儿童，要注意教育儿童从小热爱领袖，关心国家大事，爱护集体财产，培养互助、团结、友爱和热爱劳动的好品质。

（三）小学校的卫生

儿童从7周岁开始入学，逐步接触社会，这时要加强政治思想教育，同时也应注意保护其身体健康，使他们在德育、智育、体育几方面得到全面发展，为培养其成为有社会主义觉悟的、有文化的劳动者打下基础。小学校的许多工作都是由教师负责的，但赤脚医生也应进行必要的卫生指导，协助教师把卫生工作搞好。

1．要培养学龄儿童养成良好的卫生习惯，如吃饭定时定量，不暴饮暴食，不偏食挑食，不边吃边玩，饭前便后要洗手，饭前后不做剧烈运动，不吃腐烂变质的食物，生吃瓜果要洗净；注意口腔卫生，每天刷牙，防止发生龋齿；每天按时睡眠，夏季适当午睡，保证有比较充足的睡眠时间；课间到户外活动，呼吸新鲜空气，教室内应有充足的采光，并进行远眺以消除视力疲劳，预防近视眼；随身携带手帕，不喝生水，喝水用自己的水碗，不随地吐痰；等等。

2．为了保证骨骼的正常发育，应教育儿童养成正确的坐（听课、阅读及写字）、立、行走等姿势，避免经常弯腰或歪头扭身写字和读书、站立时歪肩、走路时低头或驼背等，以防影响胸廓的正常发育甚至造成驼背，脊柱异常、弯曲等畸形。

3．采取各种有效措施，预防近视眼的发生（详见962页）。

4．向小学生宣传预防传染病的常识，及时进行预防接种和采取有关的措施，一旦发生传染病，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗。

5. 组织学生定期参加劳动，养成热爱劳动的习惯，树立劳动人民的思想感情，并促进其生长发育。还要组织他们参加系统的体育锻炼，如体操、赛跑、球类运动、游泳等，以促进少年儿童体力、耐力等方面的发展，并提高对疾病的抵抗力和锻炼坚强的革命意志。

第四节　产　　科

一、妊娠的诊断

（一）早期妊娠的诊断（3个月以下）

1. 已婚妇女，月经一贯正常，突然停经。

2. 妊娠反应：早晨有恶心、呕吐，厌油腻，爱吃酸的东西等。

3. 乳房增大，乳晕、乳头颜色加深。

4. 白带增多，排尿次数增多。

5. 妇科检查子宫增大，宫颈及阴道壁呈紫蓝色。

6. 尿妊娠试验阳性（用孕妇早晨第一次尿送医院化验）。

（二）中、后期妊娠诊断（4～9个月）

1. 停经数月，有早孕反应史。

2. 孕妇腹部逐渐膨大，至怀孕第四个月末开始可自觉有胎动。

3. 产科检查可摸到增大的子宫或胎儿，从怀孕第五个月开始可听到胎心音。

（三）死胎诊断

胎儿在母体内死亡，称为死胎。诊断要点如下：

1. 妊娠试验由阳性变为阴性（3个月之内）。

2. 妊娠子宫长期不增大或反而较前缩小。

3. 胎动及胎心音消失。

4. 孕妇发热，自觉口里有臭味。

二、孕期检查

（一）孕期检查的意义和内容

孕期检查（产前检查）是保护母婴健康、保证顺利分娩的有效措施，也是赤脚医生开展妇幼卫生工作的一个重要任务。在做孕期检查的时候，赤脚医生首先要政治挂帅，细致地了解并解除孕妇的思想顾虑（包括对分娩的不正确认识）；同时，要积极宣传计划生育的意义；还要以完全、彻底为人民服务的精神认真工作，以便能及早发现胎位不正、妊娠中毒等异常情况，及时处理。

孕期检查主要包括询问病史、推测预产期、作一般体格检查和进行产科检查等。

在一般情况下，孕妇从怀孕3～5个月开始，每月检查一次，至7～8个月每半个月检查一次，8个月以后每周检查一次，直至分娩；如有异常情况，可随时进行检查。

（二）预产期计算方法

正常妊娠约280天，即农历10个月左右。常用的计算方法是末次月经第一天的月份减3或加9，日期加7，即为预产期。

如，末次月经是9月10日，预产期则是第二年的6月（9减3）17日（10加7）；又如：末次月经若是1月26日，预产期则是同年的11月2日（日期26加7，为下一个月的2日，月份1加9，再推延1个月，成11月）。

假如孕妇记不清末次月经的日期，可用测量子宫底与脐或耻骨联合的距离，大致推测妊娠的月份：

妊娠的月份	子宫底的位置
3	耻骨联合上2～3横指
4	脐与耻骨联合上缘之间
5	脐下1～2横指
6	平脐或脐上1横指
7	脐上2～3横指
8	脐与剑突之间
9	剑突下1～2横指
10	因胎头进入骨盆，又回到8个月的高度，但较宽

（三）产前检查的步骤和方法

1. 询问病史

(1) 一般情况：姓名、年龄、结婚年龄、爱人姓名、职业、地址、胎次和产次等，如本大队情况熟悉的也可不问直接记录。

(2) 现在病史：这次妊娠以来有什么反应，有无头昏眼花、恶心呕吐、水肿及小腿抽筋、胸闷、阴道流血等异常情况，胎动情况如何。

(3) 既往病史：以往生过什么疾病，特别注意有无心脏病、肾脏病、结核病、血液病等病史及曾经作过何种手术，必要时还要询问爱人健康情况如何。

(4) 月经史：初潮年龄、月经周期及行经情况、末次月经日期，并进一步推算出预产期。

(5) 分娩史：以前有无流产、早产、难产、死胎及产后流血、胎盘滞留等病史；如有难产史，应详细了解其经过情况。

2. 一般体格检查 注意全身发育及营养状况。测量血压、体重，正常孕妇血压一般不超过120/80毫米汞柱，与基

础血压（即妊娠前或妊娠5个月时的血压）相比收缩压不超过30毫米汞柱，舒张压不超过15毫米汞柱，如血压超过130/90毫米汞柱或比基础血压增高较多，应考虑妊娠中毒症的可能；妊娠最后一个月体重一般每周增加不超过0.5公斤，超过此数，则应考虑异常，必要时作小便检验。检查心肺、肝脾与甲状腺有无异常情况。还要注意乳房的发育，如有乳头下陷，应指导其矫正方法。

3. **产科检查** 孕妇解空小便，仰卧，两腿屈曲并稍分开，露出腹部，检查者站在右侧，按下列步骤检查：

⑴ 腹部望诊：注意腹部外形、大小、妊娠纹和有无水肿及手术疤痕等。如腹部过大，与妊娠月份不符，要考虑是否双胎、羊水过多或胎儿过大等情况。如宫底较低，腹部两侧特别宽，应考虑横位的可能。如腹部过分悬垂，则有骨盆狭窄的可能。

⑵ 腹部触诊：触诊的目的是确定子宫底的高度、胎方位及胎先露。胎先露是指临产时胎儿最先进入骨盆的部分。如胎儿在子宫里是直卧，则先露部分可能是头或臀，若在子宫里是横卧，则先露部是肩。胎方位指胎儿的先露部分与母体前后左右的关系，如头先露时可有左枕前、右枕前、左枕后、右枕后、左枕横、右枕横（后两种少见，且多为难产）六个胎位。

触诊可分四步（图13-8）：

第一步：双手放于子宫底上，摸清子宫底的高度、形状及子宫底为胎儿的那一部分（宽阔而软的是臀，圆而硬的是头）。

第二步：两手掌平放在子宫两侧，从上向下，仔细检查。两手会有不同的感觉：平坦而硬的是胎儿背部，高低不平、

不规则的是胎儿肢体。

第三步：右手在耻骨上握住先露部(鉴别是头还是臀)，然后左右推动胎先露，如能推动，说明先露尚未入盆；不能推动，则说明已入盆。

第四步：检查者面向孕妇足部，在腹部肌肉放松时，以两指尖在髂前上棘和耻骨联合之间沿骨盆壁慢慢压入骨盆内，可查知先露部的下降情况，了解胎儿与骨盆入口是否相称。在头位时，若胎头已入骨盆入口，称为儿头衔接（已固

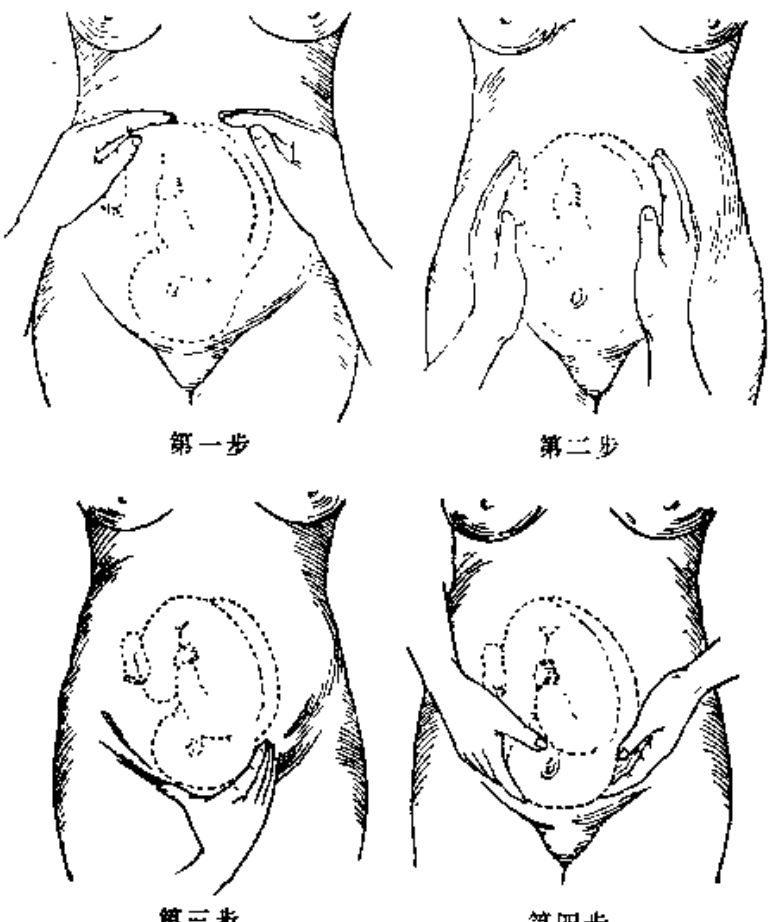


图 13-8　腹部触诊

定），表示头盆大致相称。如果初产妇在预产期前两周，胎头尚未入盆，特别是胎头高于耻骨联合前表面的水平时，则头盆不称的可能性很大。

(3) 腹部听诊：主要是听胎心音。正常胎心率大约 120～160 次/分，低于 110 次或超过 160 次，都属不正常。根据听诊时胎心音最清楚的部位，可以帮助确定胎先露和胎方位（图 13-9）。

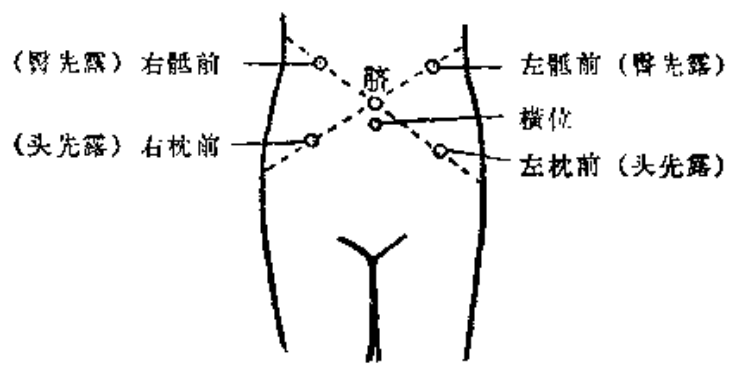


图 13-9　胎心音位置

(4) 骨盆测量：骨盆的大小和形状，对分娩有很大影响，骨盆不正常，往往造成难产。因此，测量骨盆对初产妇特别重要，而经产妇以往有难产、死产或多次胎位不正分娩史者也应测量；即使是有过足月顺产的经产妇，第一次检查时，最好也测量一下。

测量骨盆时孕妇应平卧，检查者站在右侧，在没有骨盆测量器的情况下，先用以下两种简便方法测量：

一是测坐骨结节间的距离：正常约 8～9 厘米，如果能容下一个拳头（图 13-10），就说明骨盆下口正常。二是测耻骨弓角度：正常是 90 度(直角)，可用两拇指尖斜着对拢，放在阴阜下正中间（耻骨联合下缘），左右两拇指平放在耻

骨左右下斜的部分，看成什么样的角度。如果小于80度，就有骨盆狭窄的可能（图13-11）。

如卫生室有骨盆测量器，则可以测量：

髂棘间径（图13-12(1)）：即两髂前上棘外缘间的距离，平均为25.2厘米，如小于23厘米，则为不正常。

髂嵴间径（图13-12(2)）：即两髂嵴外缘间最宽的距离，平均为28.4厘米，小于26厘米为不正常。

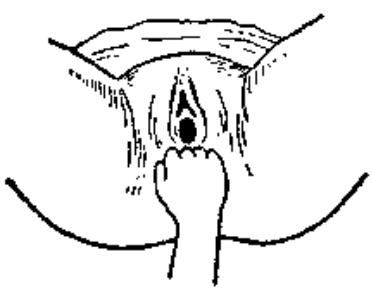


图13-10　用拳头测量坐骨结节间距离

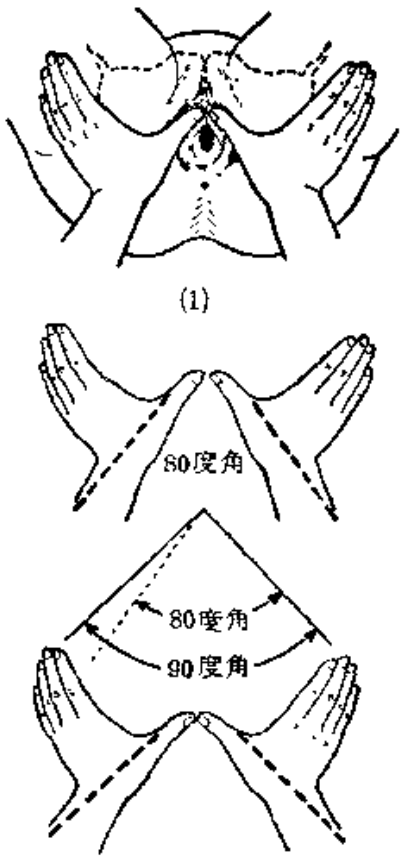
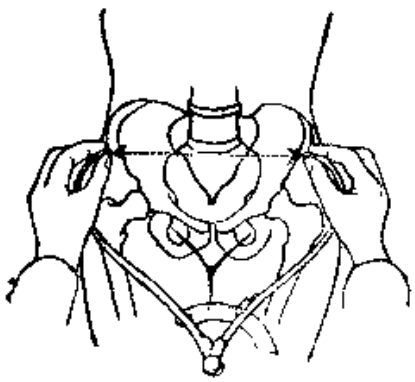


图13-11　测量耻骨弓角度

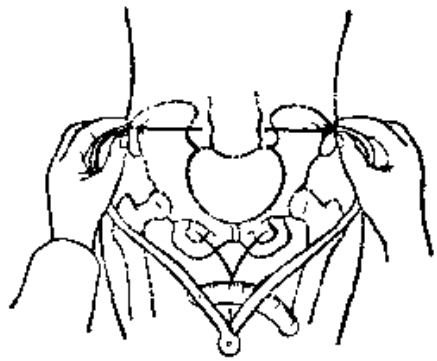
骶耻外径（图13-12(3)）：即耻骨联合上缘中点到第5腰椎棘突下的距离，平均为20.5厘米，小于18厘米为不正常。

此外，还可精确测量坐骨结节间径（图13-12(4)）。

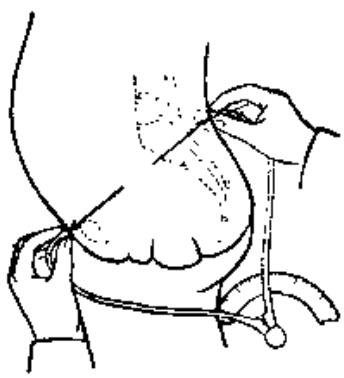
在上述测量中，如怀疑有骨盆狭窄，特别是骶耻外径小于18厘米者，应作阴道内测量，测定对角径（也称骶耻内径，即从耻骨联合下缘中点至骶骨岬正中之间）的距离，正常时平均约为12.5厘米。检查方法是：孕妇仰卧，两大腿分开屈膝，检查者戴消毒手套，以食、中指放入阴道内，沿骶骨前面向上，当中指尖接触骶骨胛中点时，用食



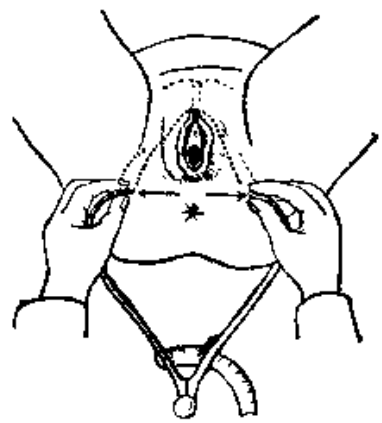
1.测量髂棘间径



2.测量髂嵴间径



3.测量骶耻外径



4.测量坐骨结节间径

图 13-12　骨盆的器械测量

指紧贴耻骨联合下缘，并用另一手的食指固定此接触点，然后将手从阴道中退出，测量中指尖到此接触点的距离，即为对角径；将此数值减去 1.5～2 厘米，即为产科结合径或真结合径的大概数值。若在检查时，中指尖不能触及骶岬，则对角径常大于 12 厘米，说明其入口前后径无明显狭窄。作此项检查最好在妊娠 6 个月以后进行，如在 9 个月以后检查，则必须严格遵守无菌操作，以防感染。

三、正常分娩和接生

成熟或近成熟的胎儿由母体娩出的过程称为分娩。

（一）决定分娩的因素

分娩过程的顺利与否，通常由产力、产道及胎儿等三个因素决定。产力是推动胎儿娩出的动力，又称分娩力，主要包括子宫收缩力及腹肌和提肛肌的收缩力，其中以子宫收缩力为主，作用于分娩的全过程。产道是胎儿经过的通道，又分为骨产道与软产道两部分，骨产道即骨盆；软产道由子宫下段、子宫颈、阴道及盆底软组织构成，分娩时起很大变化，可明显扩张而使胎儿娩出。胎儿的大小如何、胎位是否正常和有无发育畸形，是决定其能否顺利通过产道的因素之一。总之，分娩是这三个因素之间的矛盾不断斗争的复杂过程。其中产力推动胎儿娩出，而胎儿通过产道时则形成一定的阻力。如果产力克服了阻力，可使胎儿顺利娩出，即为正常分娩；但如产力难以或不能克服阻力，则使分娩发生困难，成为异常分娩。由于正常分娩和异常分娩在一定条件下可以互相转化，因此，我们的责任，就是要**树立全心全意地为人民服务**的思想，正确地掌握和运用分娩的客观规律，防止正常分娩向异常转化，或采取有效措施，尽力促使异常分娩向正常转化，以确保母婴的安全和健康。

（二）胎儿正常娩出的步骤

是指分娩时胎儿通过产道，为适应产道的形状和大小所发生的一系列动作。

正常分娩以枕先露最为多见，枕先露中又以左枕前位比较常见，故此处以左枕前位为例，说明这一过程（图13-14）。

1. 衔接 先露部进入骨盆入口称衔接，也称入盆。枕先露时如双顶径（又称横径，指二侧顶骨结节之间的距离，平均9.25厘米）已达骨盆入口平面以下，即表示胎头已衔接。初产妇90%以上在预产期前2～4周已开始衔接，经产妇多数在分娩开始后才衔接。如果初产妇已近预产期或分娩已开始，而胎头尚未入盆，应注意是否有头盆不称。

正常情况下，胎头因受产力的作用而呈半俯屈的状态，以枕额径（又称前后径，指自鼻根至后囟底部的距离，平均11.3厘米）入盆，即以矢状缝衔接于骨盆入口的斜径或横径上。由于斜径和横径都较前后径长，而左斜径后端有直肠，所以一般以衔接于右斜径上者居多，这就是左枕前位最常见的原因。

2. **下降** 在分娩过程中，下降动作是非常重要的。促使胎头下降的主要是子宫收缩力，其次是当子宫口开全后，腹肌的收缩可加强子宫收缩的力量而迫使胎头下降。下降总是与其它的动作配合的，而且是间歇性的。在间歇期间，可以使母亲的产道与胎儿的血液循环得到恢复。

在下降过程中，由于分娩力与盆底的阻力之间的相互抵抗，可相继引起俯屈、内旋转、仰伸和外旋转等四个动作。

3. **俯屈** 胎头以枕额径入盆，遇到盆底阻力而产生俯屈，变为最小的枕下前囟径（自前囟中心至枕骨下方的距离，平均9.5厘米），以进一步下降。

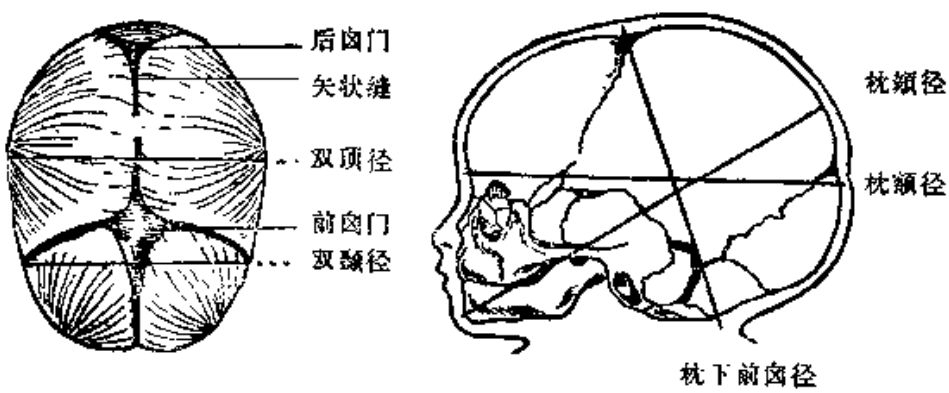


图 13-13 胎头各径线

4. **内旋转** 是胎头绕骨盆的纵轴旋转。胎头下降到盆底，由于提肛肌的收缩，使胎头向逆时针的方向转45°，而胎枕由母体骨盆左前方转向耻骨联合。此动作是为了使胎头的矢状缝与骨盆出口的前后径相符合，由于骨盆出口的前后径大于横径，故利于娩出。

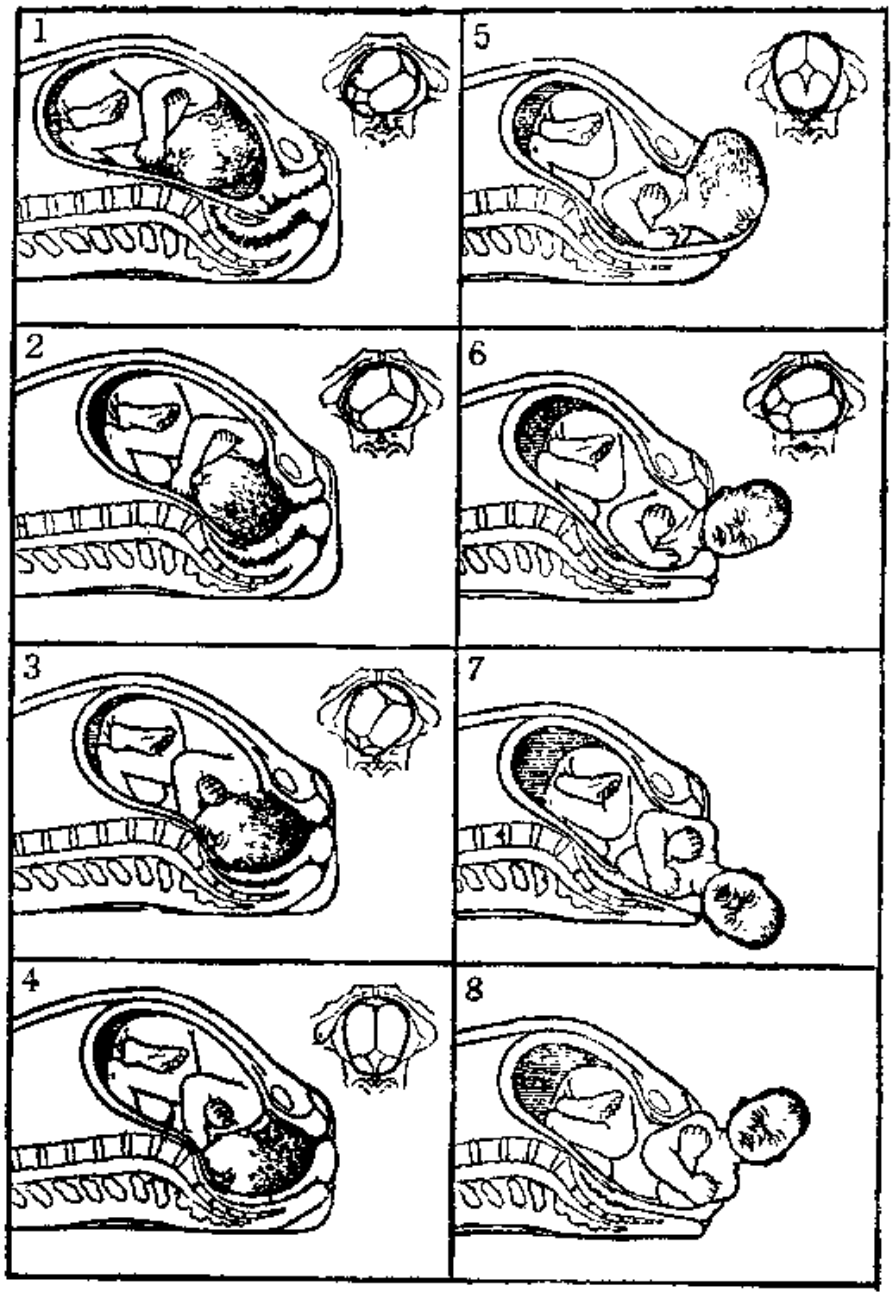


图 13-14　左枕前位的分娩机转

5. **仰伸** 胎头继续下降达耻骨弓下，较强的产力与提肛肌的收缩共同作用，使胎头以枕部为支点，向前仰伸，胎头的枕、额、面、颏相继娩出，最后胎头全部娩出。

6. **外旋转** 胎头娩出以后，胎儿即转向45～90°，使右肩转于耻骨弓下，胎儿的双肩转向骨盆出口的前后径一致的方向，以利娩出。

7. **肢体娩出** 外旋转完成后，右肩以耻骨弓为支点，左肩由会阴前缘娩出，然后身体及下肢很快娩出。

（三）分娩的先兆

在分娩开始以前，往往可出现一些有关的征象，主要有：

1. **子宫底下降** 初产妇在分娩前2～4周内先露入盆，宫底随之下降（相当于妊娠8个月时的高度），产妇感到上腹部轻松，胃口好转，但可出现下腹坠胀、腰酸、小便频数等现象。经产妇先露入盆较迟，在分娩前才出现以上现象。

2. **不规则子宫收缩** 分娩前数周，子宫比较敏感，孕妇常感子宫有不规则收缩，但收缩力弱，持续时间短。

3. **阴道有血性分泌物** 系分娩开始前由于子宫颈扩张，胎膜与子宫壁分离，毛细血管破裂，少量血液与宫颈粘液混合而成。

以上只能作为分娩开始的征兆，不能作为肯定的依据，但出现血性分泌物一般认为临产即将开始。

（四）接生的准备

1. 接生人员应随时准备好接生提包和消毒产包，器械和物品可根据当地的条件配备。

(1) 接生提包里包括：消毒接生包1～2只，消毒橡皮手套1～2副（也可包在产包中一起消毒），指套2只，洗手刷1只，肥皂1块，小圆盘2只，冲洗碗1只或冲洗壶1把，弯盘1只，剃刀1把，镊子1～2把，木听筒1只，针灸针1套，消毒注射器（2毫升和30毫升）

2～3只，塑料布1块，口表1只，气管吸管（可用导尿管代）1只，饭盒1只（内有消毒持针器、缝针、缝线、敷料和导尿管等）。药品有红汞、2.5%碘酒、75～95%的酒精、新洁尔灭、来苏儿，还有麦角新碱、脑垂体后叶素或催产素、可拉明、洛贝林、维生素K、安络血、50%葡萄糖等备用。必要时携带血压表。

(2) 接生包(产包)里包括：消毒巾3块、大单1块、套脚巾2只、接生衣1件、方纱布5块、剪刀1把、血管钳2把（如无血管钳，可以2根线代替，在脐带卷内多包二根线）、脐带卷1个（内有小儿腹带1条、方纱布3块、脐带线2～4根、棉花签2根）等，外用双层包布包好。产包最好高压消毒，如无此条件，也可放蒸笼内，于水开后蒸1小时。

2. 到产家后先作产科检查，了解胎儿、胎先露及产妇的情况。

3. 进一步可作肛门指诊，了解宫口大小、先露高低、胎膜凸出情况。注意避免粪便污染外阴。

检查方法：食指带指套，涂少许润滑油，慢慢伸入肛门内，掌面向上，沿子宫直肠凹陷可触到一硬边(即宫颈口)，沿这个边划圈，可以估计宫口扩张的程度及宫颈是否消失，先露部的识别，先露下降的程度与坐骨结节间径平面的关系以及羊膜是否破裂等等。在子宫收缩时肛查最为清楚。但检查次数不宜过多，以免引起产妇不适和增加感染的机会。有阴道出血和可疑前置胎盘者禁作肛门指诊。

4. 在床上铺塑料布之后再垫草纸和干净的旧布，让产妇躺在上面。

5. 临产前作外阴部消毒（图13-15），让产妇仰卧，两腿屈起并分开，剃去阴毛，臀下接弯盘，用棉球蘸1‰新洁尔灭擦洗外阴部两次，其次序为阴道前庭、小阴唇、大阴唇、阴阜、大腿内侧及臀部，最后擦肛门周围及肛门部，如

无新洁尔灭，也可改用1‰来苏儿或红汞。如果会阴部较脏，应先进行冲洗，产妇取半卧位，臀下接清洁的脸盆或木盆，用棉球蘸肥皂水按次序擦洗，再用冲洗碗或壶盛温开水冲除肥皂，然后用1‰新洁尔灭或1‰来苏儿冲洗、擦干；冲洗时应注意避免污水流入阴道。

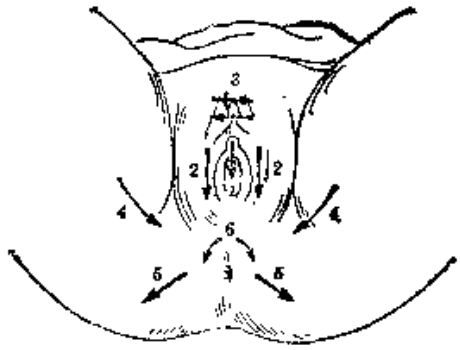


图13-15 消毒外阴各部的先后次序

6. 将新生儿的衣、被和产妇用的消毒纸、丁字带等放在一边备用。

7. 打开接生包，置于妥当的位置后，接生人员自己进行消毒，包括：

(1) 戴口罩、帽子。

(2) 将两袖口挽到肘上2寸，用肥皂水刷手，从指尖到肘部顺次刷洗3遍，然后洗去肥皂，将两手浸泡于1‰新洁尔灭溶液中5分钟；如无此条件，至少要用碘酒及75～95%酒精各擦1遍。

(3) 戴消毒手套。

(4) 铺消毒接生布，然后站在产妇右侧等候接生。

（五）分娩的过程及其处理

整个分娩过程是从子宫有规则的收缩开始，至胎盘娩出为止。根据这一过程中各阶段的特点，可分为三个产程。

1. **第一产程及处理** 第一产程亦称开口期，是从子宫有规则的收缩开始，到子宫口完全张开（肛指检查时摸不到宫口边缘，宫口直径约10厘米）为止。初产妇一般要12～

16 小时，经产妇平均 6～8 小时。在分娩刚开始时，宫缩间歇期（两次宫缩相隔的时间）长，约 10～15 分钟，收缩期（子宫收缩的时间）短，只有 15～30 秒。以后子宫收缩逐渐增强、转密，收缩期延长，每次可达 40 秒至 1 分钟；而间歇期逐渐缩短，每 2～3 分钟一次。由于子宫收缩的加强，宫口渐渐开大，胎儿相应下降。胎膜往往于宫口开全时破裂（破水），流出羊水 100～200 毫升。

在此产程中，主要是观察分娩的进展及产妇的一般情况，并作好接生的准备：

(1) 观察分娩的进展，包括注意子宫收缩的频率及强弱，可询问产妇或用手置于产妇腹部了解；适时进行肛门检查，以了解子宫颈口开大情况、宫颈厚薄、胎头高低及胎膜破裂等情况；在阵缩间隙期注意听胎心音，分娩开始时每 2～4 小时听一次，阵缩紧时每半到 1 小时听 1 次，破膜时立即听 1 次，听时注意胎心的变化；等等。

(2) 注意产妇的一般情况，宫口未开全时叫产妇不要用力憋气，适当休息，避免疲劳；待产期间可吃些营养丰富而容易消化的食物；鼓励产妇随时排空小便(必要时导尿)，以免胀满的膀胱妨碍胎儿娩出；必要时测量体温、血压等。

(3) 一般初产妇宫口开全（外观可见会阴膨起、肛门松弛，产妇有大便感，外阴裂开见到胎头），经产妇宫口开到 4 厘米，宫缩时间长（50 秒钟左右）、间歇时间短（约 2 分钟）时，即可让产妇躺在床上准备接生，作好一切接生的准备（详前）。

(4) 若第一产程胎膜已破裂，而胎头又未固定时，应注意不可让产妇坐起或行走（以防脐带脱垂），外阴部盖消毒纱布(防止感染)。对产科检查发现胎位不正或头盆不称，以及

第一产程时间过长，超过16小时者，应及时报告卫生院，要求协助处理。

2. 第二产程及处理 第二产程亦叫胎儿娩出期，是从宫口开全到胎儿娩出为止，初产妇约1～2小时，经产妇15分钟～1小时。此期由于胎头下降压迫直肠，产妇常有排便感，但此时尚无痛感，只有下坠感，这是第二产程的特征。

第二产程时间虽短，但却是关键时刻，胎儿随时都有娩出的可能，故必须十分注意。此期的重点是指导产妇合作，保护会阴，做好无菌接生及新生儿处理：

(1) 勤听胎心音：因此时宫缩强度、频率已达最高峰，易使胎儿血液循环受阻或胎头受压而造成宫内缺氧（称宫内窘迫），故必须每隔5～10分钟听一次胎心音。如胎心音每分钟少于120次或超过160次，表明胎儿有缺氧现象，应立即采取抢救措施，即静脉注射50%葡萄糖溶液40～60毫升加维生素C 500毫克、可拉明1.5毫升，或肌肉注射可拉明并服浓的糖开水等，必要时可重复进行，并报告卫生院，要求派人协助抢救。

(2) 子宫口开全后，可指导产妇在阵缩时象拉大便一样使劲，间歇时应休息，喝一点水。如果进程很快，胎头已露出而胀得厉害时，叫产妇张口呼气，不要用力憋，使胎头在两次阵缩中间娩出。对宫口开全而胎膜未破者，可进行人工破膜，用血管钳撕破胎膜，以加速分娩。

(3) 接生人员站于产妇右侧进行接生，要保护好会阴，可盖消毒巾于会阴部，右手虎口部支持在会阴上，向胎儿的额部（左枕前）加以适当的压力。左手将先露部轻压向后，使头低俯，枕骨就可以出产道。这时左手不必再压，使胎头随出随仰，枕骨结节由耻骨弓下出来后，前额及颜面也可越过

会阴而出。左手再帮助胎头外旋转。肩胛产出时也能使会阴破裂，所以右手仍要保护好会阴部，左手扣住胎儿颈部，先向下压，上方肩胛在耻骨弓下露出后，就提胎头向上，使后肩娩出，双肩娩出后躯干部和下肢也就容易产出，羊水也全流出了。保护会阴（图 13-16）的目的是避免会阴撕裂，帮助胎头作正确的转动、产出。

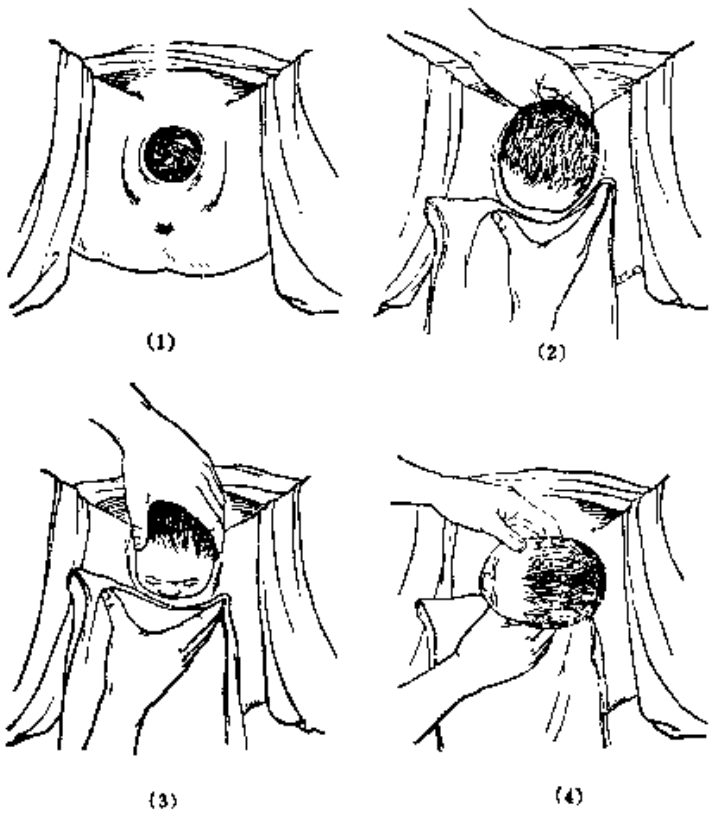


图 13-16　保护会阴的方法

(4) 婴儿娩出后，先用手握住脐带，向新生儿方向滑挤，用两把血管钳夹住脐带，然后在两钳中间剪断。婴儿的足稍提起，使成头低足高位，用纱布轻轻擦去口中的粘液和羊水，等婴儿哭了，就可放下，处理脐带（如婴儿不哭，可拍打婴

儿臀部或足底，再不哭，表示有窒息，应即处理脐带，进行抢救，方法详 1081 页新生儿一节)。先在离脐 1 厘米处用消毒线结扎脐带，再在脐窝处结扎一道，剪去多余之脐带，断头处用 2.5%碘酒和 75%酒精消毒，包上消毒纱布，腹带包扎。新生儿处理后，交别人穿衣并护理。

(5) 胎头娩出时，如脐带绕颈而不易由胎头上退下，可马上用两把血管钳在颈部夹住脐带，中间剪断（图 13-17），胎肩就可娩出。

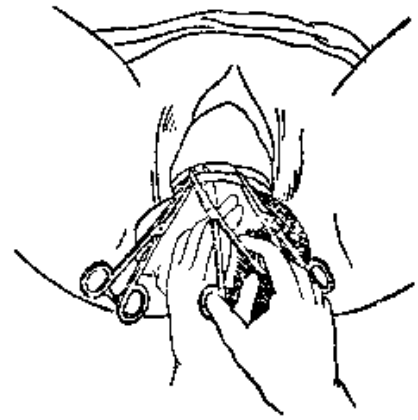


图 13-17　脐带绕颈的处理

(6) 第二产程时间过长，超过 2 小时没有进展时，要及时报告卫生院。

3. 第三产程及处理　第三产程又称胎盘娩出期，是从胎儿娩出到胎盘娩出为止，平均 15～30 分钟，不超过 2 小时。当胎儿娩出后，宫缩暂停几分钟，以后又开始收缩，使胎盘剥离娩出，娩出后有少量出血，一般不超过 200 毫升。此期主要是严格掌握胎盘剥离的征象，帮助胎盘娩出，并预防产后出血：

(1) 仔细观察胎盘有否自然分离。如子宫变硬呈圆形，压耻骨上缘脐带无回缩，阴道有一阵出血，表示胎盘已自然分离，用左手放于腹部消毒巾上，向盆腔下口稍压（不可用力挤，以免子宫翻出），右手轻轻牵引脐带，当胎盘娩出阴道后，再用双手接住胎盘，慢慢扭转，将胎膜呈绳状向外牵出（图 13-18）。

(2) 胎盘及胎膜娩出后，立即检查胎盘母体面及膜是否

完整。如有缺损，应请卫生院医生协助，作相应的处理，必要时进行刮宫。然后用消毒纱布擦净外阴，检查有无宫颈、会阴撕破（会阴裂伤可分3度：Ⅰ度仅有粘膜皮肤破裂，Ⅱ度可裂到肌层，Ⅲ度则连肛门括约肌也有损伤）。如宫颈、会阴破裂较重（Ⅱ、Ⅲ度）时，需给予缝合（肌层与粘膜可用羊肠线作间断缝合，皮肤用丝线缝合）。而后在阴部垫上消毒草纸，用丁字带固定。

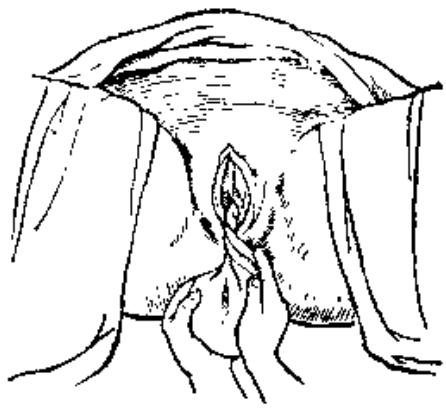


图 13-18　帮助胎盘娩出

(3) 产后应密切观察1～2小时，没有大出血且子宫收缩良好，才可离开产家。

(4) 胎盘超过30分钟以上仍不能娩出、产后子宫收缩力量过小或有多量出血者，均应和卫生院联系，进行必要的处理(详后)。

复习方法

1. 在医生带领下，实习几次产前检查和正常接生。

2. 掌握妊娠的诊断、正常分娩的机转等有关知识，提高为人民服务的本领。

四、异常分娩

异常分娩亦称为难产，主要是由于产力、产道和胎儿三个因素之间的关系不正常，使分娩发生困难。

(一) 臀位产

胎儿臀部或下肢先露称为臀位，为最常见的异常分娩，接生时常

可遇到。

引起臀位的原因有好几个方面，主要如骨盆狭窄、头盆不称、前置胎盘、子宫肌瘤等使胎头的衔接受到阻碍，或羊水过多、腹部松弛（悬垂腹）、多胎妊娠、早产儿等使胎儿的活动性过大，以及双角子宫、胎儿脑积水等子宫和胎儿的畸形。

诊断

1. 触诊时在子宫底可摸到胎头，在子宫下段可摸到胎儿臀部。

2. 听诊胎心音在孕妇脐上一侧听得最清楚（见图 13-8）。

3. 分娩过程中可有胎便随羊水流出。

处理 臀位的处理原则是：在产前发现，尽量设法纠正；如临产时才发现，则应认真对待，如能熟悉臀位接生方法，并有高度的责任心，一般还是不难处理的。

1. 产前发现臀位时，可用以下方法纠正：

(1) 在妊娠 30～32 周时，可让产妇坚持做膝胸卧位（图 13-19），每次 15 分钟，每日 2 次。

图 13-19 膝胸卧位

(2) 艾灸至阴穴（小脚趾甲根偏外下方）。孕妇仰卧，解松腰带，双侧至阴穴每次灸 15 分钟，每日 1 次。晚上孕妇睡觉时，应卧向胎儿背的对侧，一般作数次后可以纠正。

(3) 上述方法不成功，可请医院作外倒转术。

2. 临产才发现是臀位，已来不及纠正时，就应发扬“救死扶伤”的精神，认真进行臀位接生。应做到以下几点：

(1) 尽量不要使胎膜早破。如果胎膜已破，要让产妇平卧，以防脐带脱垂。

(2) 不要强拉胎儿肢体，让他自然转动，慢慢娩出。

(3) 接生过程中应注意胎心音的变化，同时要作好胎儿急救的准备。

(4) 部分产妇需臀位助产，方法如下：

必须耐心等待宫口开全、产道充分扩张后才能进行。当臀部自阴道口露出一些，而产道又没完全扩张时，切记不要牵拉胎臀。为了达到产道充分扩张，保证胎儿顺利娩出的目的，接生者这时可用手支撑胎儿臀部，当有宫缩时要用两手使劲按住阴道口。这样，产道能扩张得快些。当臀部自阴道口露出较多时，接生者将双手的大拇指放在胎儿的大腿后面，其余四指放在胎儿骶骨部。随胎体娩出的进展，将胎臀举向上方，接生者双手手指沿胎儿腿逐渐向产妇的会阴方向移动。在整个胎儿娩出期间，要保持胎儿伸直，使儿腿紧靠儿胸，以使胎儿两手交叉地压在胸前，不向后上方伸展。同时，由于胎足抵住面颊，使胎头保持俯屈，就更利于娩出。待胎儿脐部娩出后，接生者可将胎臀略向下倾，使胎儿前手从母体耻骨弓下娩出，然后再将臀部上举，

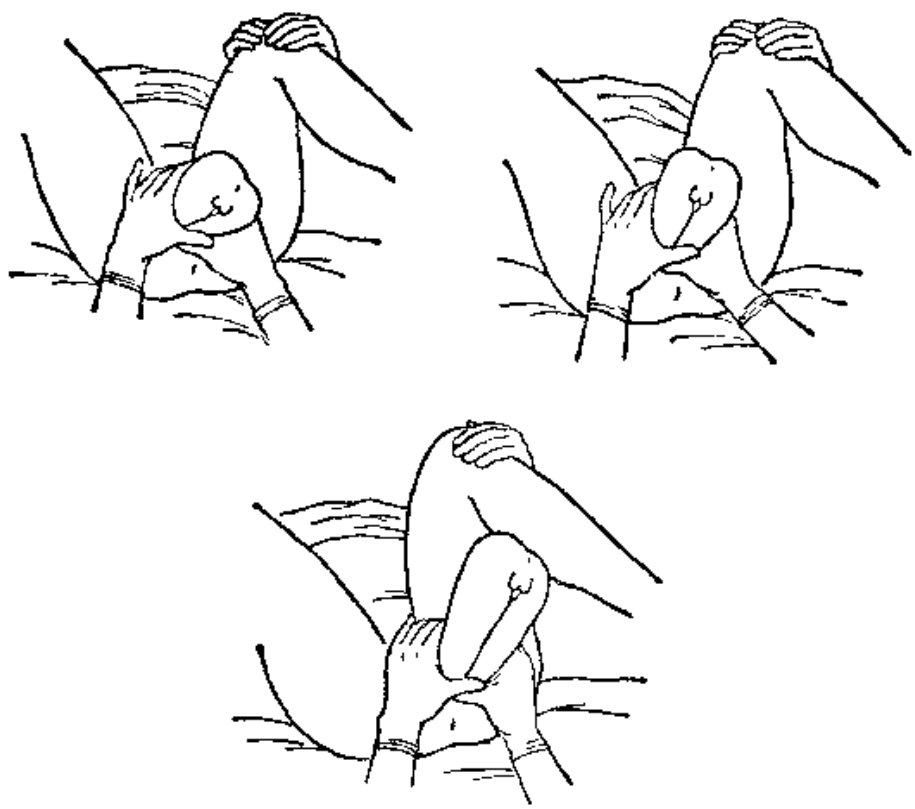


图 13-20　臀位助产法

使后手娩出。当胎头下降至骨盆底时，胎足即自阴道娩出，此时可继续上举胎身，使胎头进一步俯屈而娩出（图 13-20）。

(5) 如胎儿脐已娩出，在数分钟内，胎儿肩胛不能显露时，应立即进行臀位牵引，以免胎儿窒息。接生者可用一只手将胎臀及胎儿下肢上举，另一手食指和中指伸入阴道，沿胎儿上臂一直摸到肘关节处，将胎儿的上臂经前胸牵出。然后将胎臀略放下，使胎儿前臂自耻骨弓下娩出。最后将胎儿伏骑在接生者的前臂上，并以食指伸入胎儿口内舌上，固定下颌，防止胎头仰伸；同时将另一手的食指和中指放在胎儿两侧肩上。这样两手同时向下方牵引，至胎头枕骨达到耻骨弓下时，再将胎体向前上方提起，胎头即可自阴道娩出（图 13-21）。

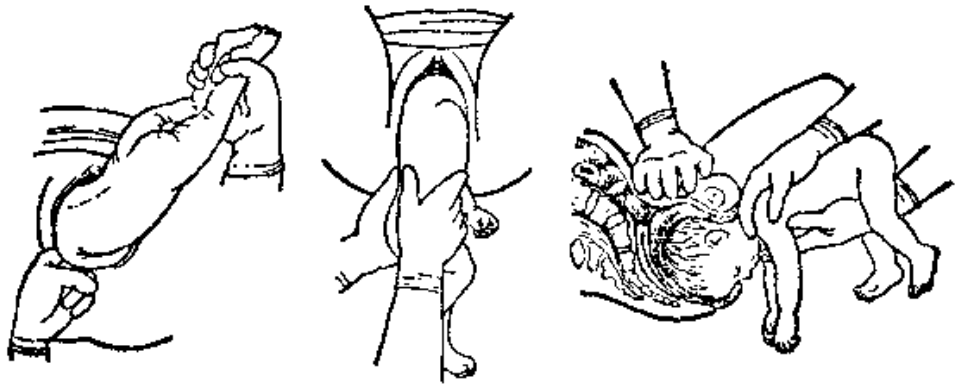


图 13-21　臀位牵引法

(6) 如果遇到足先露，其助产方法是：当每次阵缩时，接生者先用无菌巾抵住阴道口，防止胎足过早脱出。随着宫颈口的扩张，胎臀部逐渐下降，待产道充分扩张，宫口开全时，让胎足滑出。以后再按上述助产法处理。

（二）横位

横位就是胎体横卧于骨盆入口的上面，以肩为先露，是比较复杂的难产，应尽量争取在产前及早发现，并设法纠正；否则，分娩时胎膜破裂后，胎手及脐带脱垂，胎肩深深嵌顿于骨盆入口，甚至造成产妇子宫破裂，危及母子生命。引起横位的原因与臀位同，多见于经产妇。

使后手娩出。当胎头下降至骨盆底时，胎足即自阴道娩出，此时可继续上举胎身，使胎头进一步俯屈而娩出（图 13-20）。

(5) 如胎儿脐已娩出，在数分钟内，胎儿肩胛不能显露时，应立即进行臀位牵引，以免胎儿窒息。接生者可用一只手将胎臀及胎儿下肢上举，另一手食指和中指伸入阴道，沿胎儿上臂一直摸到肘关节处，将胎儿的上臂经前胸牵出。然后将胎臀略放下，使胎儿前臂自耻骨弓下娩出。最后将胎儿伏骑在接生者的前臂上，并以食指伸入胎儿口内舌上，固定下颌，防止胎头仰伸；同时将另一手的食指和中指放在胎儿两侧肩上。这样两手同时向下方牵引，至胎头枕骨达到耻骨弓下时，再将胎体向前上方提起，胎头即可自阴道娩出（图 13-21）。

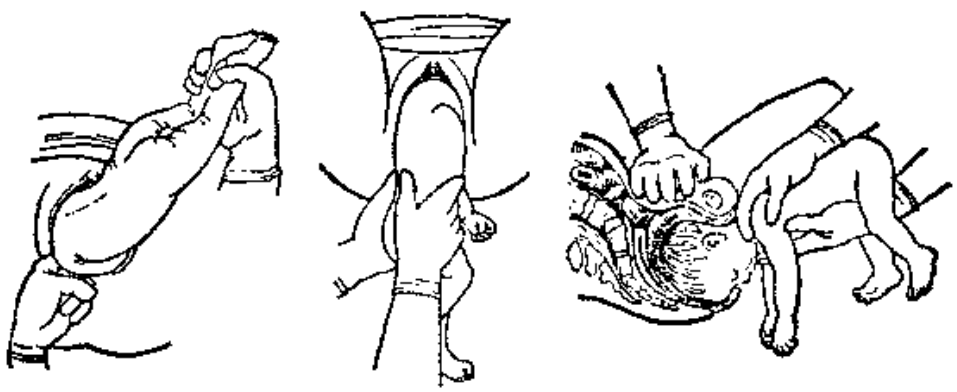


图 13-21　臀位牵引法

(6) 如果遇到足先露，其助产方法是：当每次阵缩时，接生者先用无菌巾抵住阴道口，防止胎足过早脱出。随着宫颈口的扩张，胎臀部逐渐下降，待产道充分扩张，宫口开全时，让胎足滑出。以后再按上述助产法处理。

（二）横位

横位就是胎体横队于骨盆入口的上面，以肩为先露，是比较复杂的难产，应尽量争取在产前及早发现，并设法纠正；否则，分娩时胎膜破裂后，胎手及脐带脱垂，胎肩深深嵌顿于骨盆入口，甚至造成产妇子宫破裂，危及母子生命。引起横位的原因与臀位同，多见于经产妇。

卡住，不能娩出。一旦发生这种情况，应立即送卫生院处理。

（四）脐带脱垂

胎膜破裂前如脐带已下降至胎先露部之前，称为脐带先露；破膜后如脐带脱出于阴道内甚至阴道口外者，称为脐带脱垂。脐带脱垂是引起胎儿死亡最常见的原因之一，应分秒必争地进行抢救。凡阻碍先露部位下降的原因，如骨盆狭窄、胎位异常、先露与骨盆入口不相称等，都可在胎儿与骨盆间留下或大或小的空隙，因而使脐带容易顺此滑出；此外，在羊水过多而早期破膜者，因宫腔压力大，羊水冲出急，也容易发生脐带脱垂。

诊断 分娩时胎膜突然破裂后，胎心变慢或不规则，这时应想到脐带脱出的可能性，可在严格消毒后作阴道检查，以确定诊断。若已从阴道看到了脱出的脐带，则更可确定。

处理

1．临产后，如胎头未固定或胎位异常，产妇应卧床休息。一旦破水，要立即听取胎心，禁止下地活动，以防发生脐带脱垂。

2．对有脐带先露可疑的产妇，尽量送到卫生院分娩。如已临产，应嘱产妇静卧，以防胎膜突然破裂；在子宫口未开全时，可让产妇侧卧于脐带先露的对侧，并将床脚抬高。

3．脐带脱垂已经发生，应根据不同情况，立即进行抢救：

(1) 子宫口未开全而胎心音尚好者，可让产妇胸膝卧位或抬高臀部，促使脐带退回；胎心音不好，立即戴消毒手套推开胎先露，把脐带轻轻送回宫腔，并尽快由有经验的医务人员协助处理。

(2) 宫口已开全而胎心音尚能听到者，立即将脐带消毒送入宫腔，并设法使胎儿加速娩出。

(3) 如脐带无搏动感，听不到胎心音，表示胎儿窒息死亡，但仍不能放弃，而应设法加速娩出，尽力抢救胎儿。

(4) 骨盆狭窄、高年初产妇、子宫颈口仅部分扩大或其他特殊情况，但胎心音好的，应于适当急救处理后，立即送卫生院作剖腹产手术。抬送时尽量保持头低脚高的体位。

（五）子宫破裂

是产科严重的并发症之一。一旦发生，如不及时处理，可因出血性休克、感染等，引起母子死亡。发生子宫破裂的原因，主要有以下三方面：(1)胎儿娩出受阻，如骨盆狭窄或畸形、胎儿巨大或畸形（如脑积水）、软产道狭窄（如阴道有疤痕）、盆腔肿瘤阻塞、未及时处理的横位等。(2)原有子宫病变，如子宫内膜炎、子宫发育不良或畸形、子宫壁疤痕（剖腹产后）等。(3)产时处理不当，如宫缩剂使用过量、宫口未开全进行助产手术、横位内倒转术不当、产科手术粗暴或处理不当等。

症状 胎儿娩出受阻引起的子宫破裂，一般可经过三个阶段：

1. 先兆破裂 胎儿娩出受阻，阵缩时间延长而间隙时间缩短，每次收缩均引起剧烈疼痛，产妇烦躁不安，并因胎儿先露持续压迫膀胱而出现排尿困难，甚至肉眼见血尿。腹部检查，耻骨联合上缘明显压痛，拒按；子宫底坚实，可见斜置或横置的子宫病理收缩环（因子宫下段肌过分伸长变薄，与较厚的子宫体之间形成明显的分界所致），先低于脐部，后继续上升；两侧圆韧带紧张并呈索状，有压痛，尤以左侧明显；胎心音不规则、微弱甚至消失。

2. 破裂时 突然出现剧烈的阵缩痛，产妇非常烦躁。

3. 破裂后 胎儿进入腹腔，产妇腹痛突然停止而转为安静，但很快就出现持续性的腹痛。随着内出血量的增加，可很快发生休克。腹部检查，腹壁有压痛及反跳痛；时间较久，出现灼热、胀痛，腹腔穿刺可见血性腹水。由于子宫的收缩，可于腹部一侧触到宫体，另一侧清楚地触到胎儿。因胎儿死亡，无胎动及胎心音。阴道检查，先露部上升，原来已开的宫口反而缩小。阴道流血，有血尿。

原有子宫壁疤痕发生破裂者，可不经过先兆破裂阶段，在宫缩逐渐增强的过程中突然破裂，个别患者甚至在妊娠期或临产前稍经轻微外力影响而发生。

由于手术损伤而发生子宫破裂者，往往因麻醉而掩盖了破裂症状，有时虽然术后流血不多，但有休克现象。

子宫破裂多发生在较薄的子宫下段。如破裂时胎儿及胎盘经破裂口进入腹腔，称为完全破裂；如仅子宫肌层破裂，但外面的浆膜未破，

未与腹腔相通者，称不完全子宫破裂，此时症状不如完全破裂那样典型。

诊断 凡产妇突然发生腹痛，贫血，并发生休克、肠胀气，或产后流血不多，而出现腹痛及休克者，均应想到子宫破裂的可能，而作详细的检查。

子宫破裂须与胎盘早期剥离相鉴别：

	子宫破裂	胎盘早期剥离
病史	有剖腹产史，分娩时阵缩过强，产程延长或手术产后	有妊娠中毒症或外伤史
腹部情况	腹胀，有移动性浊音	不甚胀，无移动性浊音
子宫	形态不清，胎儿排入腹腔后，子宫多偏于一侧腹部	形态清楚，宫壁收缩呈硬板样，有压痛
胎儿	腹部检查时，胎儿清楚，但多已死亡，胎心音消失	触诊时由于子宫收缩，胎儿摸不清楚，胎心音低沉减弱或消失

预防

1. 做好产前检查工作，发现胎位不正要及时纠正；有骨盆狭窄、软产道异常、胎儿先露部与骨盆入口不相称，或曾有剖腹产史者，须提前进院及早作出分娩的处理方法，做好各项准备工作，在严密观察下等待分娩。

2. 严密观察产程，及时发现先兆子宫破裂，及早处理。

3. 分娩期或引产时应用子宫收缩剂要谨慎。

4. 进行阴道手术助产时，要操重仔细，切忌简单粗暴。横位在羊水流尽时切勿做内倒转术。

5. 宣传月经期卫生，人工流产和接生时严格注意无菌操作，预防子宫内膜炎的发生。

处理

1. 先兆破裂：应尽量防止向子宫破裂发展。先肌注苯巴比妥钠

0.2克和阿托品0.5毫克，使患者安静，宫缩减弱；必要时注射吗啡10毫克或用乙醚麻醉。同时，迅速送医院处理。如胎心音好，可行剖腹产。如胎儿已死，可用其他手术方法将胎儿处理后娩出；但如宫口未开全，估计阴道处理有危险者，也应考虑剖腹产。

2．子宫已破裂：必须迅速送院抢救。先积极抗休克，如输血补液等，同时作手术治疗，剖腹取胎，清除腹腔内羊水及血液，将子宫切除或修补裂口。

思 考 题

1．常见的异常分娩有哪几种？如何发现？试述其处理原则。

2．怎样预防子宫破裂的发生？

五、产前、产后出血

（一）产前出血

产前出血一般指妊娠七个月以后发生的阴道流血，常见的原因有前置胎盘和胎盘早期剥离，两者情况都很严重，应积极正确处理。

1．**前置胎盘** 即胎盘附着在子宫下段或遮盖子宫颈内口，前者亦称低位胎盘，后者又分部分性前置胎盘（遮盖子宫颈内口的一部分）和完全性前置胎盘（完全遮盖子宫颈内口）两种。

前置胎盘发生的原因主要是受精卵发育延迟，直到下行至子宫下段才种植，或因多次分娩、流产刮宫、产褥感染等造成子宫内膜炎或子宫内膜萎缩，使胎盘供血不足，胎盘为获得足够的营养而扩大其附着面积所致。由于胎盘位置较下，故妊娠晚期或临产时子宫下段逐渐伸展或宫颈口扩大时，使胎盘与子宫壁分离，因而引起阴道出血。本症在祖国医学中属于“漏胎”及“妊娠卒然下血”的范围内，认为系因气血虚弱和肾气亏损引起冲任不固所致。

诊断要点

(1) 经产妇多见。

(2) 起病缓慢，找不到诱因。

(3) 无痛性阴道出血，可反复出血。

(4) 阴道出血量与休克症状相符合。

(5) 检查子宫是软的，无压痛，往往胎位不正，胎心多正常。

处理 原则上应转卫生院或县医院治疗，转院时有大量出血可用腹带扎紧或阴道填塞无菌纱布，必要时先进行补液、输血等抗休克治疗。只有少数出血不多的低位性前置胎盘，妊娠又未足月者，可在严密观察下留家处理，包括：

(1) 卧床休息，可适当服用镇静剂如鲁米那、三溴片等。

(2) 肌注黄体酮 10～20 毫克，每日一次，直至症状消失后 5～7 天停用，帮助蜕膜生长；同时可口服维生素E 10 毫克，每日 3 次，促进胚胎发育。

(3) 服用止血药物如维生素K、C等。

(4) 辨证论治：若下血量多色淡，兼见面色皖白、少气懒言、头晕乏力、心悸少眠、舌质淡、苔薄润、脉细弱者，属气血虚弱，治宜益气补血、安胎止血，方用安胎散加减，即熟地黄、地榆各 5 钱，白芍、黄芪、阿胶、当归、杜仲、川断各 3 钱，艾叶、甘草各 1 钱，水煎服；若反复下血，兼见腰酸乏力、头晕耳鸣、舌润、苔薄、脉沉细者，属肾气亏损，治宜益肾安胎止血，方用补肾安胎饮，即艾叶 1.5 钱，党参、白术、狗脊、阿胶、补骨脂各 3 钱，杜仲、川断、菟丝子各 4 钱，仙鹤草 1 两，水煎服。

(5) 经上述处理后出血很少或已止，全身情况又较好者，可待其自然分娩，但接生时须密切注意。

2. 胎盘早期剥离 即在胎儿未娩出前，胎盘已经与子宫壁部分或全部分离。

引起前置胎盘的原因较多，如晚期妊娠中毒症、慢性高血压及慢性肾炎等疾病，外伤、腹部受打击、跌伤、高举、胎位不正施行外倒转术不当等意外事故，分娩时羊水过多突然破膜而骤然流出、双胎第一个胎儿娩出等使子宫内压力过低，以及脐带过短或绕颈、绕身，在分娩时牵拉胎儿而使胎盘剥离等等。本症在祖国医学中属于“妊娠腹痛”、“胎动不安”、“胎死不下”的范畴，认为系因瘀阻胞宫，使胞宫运行受阻和肝郁气滞致冲任失调、胎失依附而成。

诊断要点

(1) 初产妇多见。

(2) 起病急，有上述有关病史或诱因。

(3) 有痛性阴道出血，流血不止。

(4) 阴道出血量与休克症状不符合（部分血液积聚在宫腔内）。

(5) 检查子宫是硬的，有压痛，胎心音消失。

处理 立即转医院治疗，必要时先按出血性休克抢救。

（二）产后出血

产后出血量超过400毫升，叫做产后出血，在祖国医学中属于“产后血崩”、“产后血晕”、“胞衣不下”等范畴。凡产后24小时内出血的，叫做立时出血；产后24小时以后至42天之内出血的，叫做隔时出血（晚期产后出血）。原因很多：

1. 子宫收缩乏力（占70%以上）

(1) 全身因素：产妇紧张、产妇体质虚弱、产程过长、治疗妊娠中毒症时镇静剂应用过多及分娩过程中用了麻醉剂等。

⑵ 局部因素：子宫过度膨大，如羊水过多、双胎；子宫肌肉有病变，如经产妇、前置胎盘、胎盘早期剥离、子宫肌瘤。

2．产道损伤　宫颈撕破，会阴、阴道或子宫下段破裂。

3．胎盘滞留或残留。

4．全身性疾病　高血压、血液病、心脏病、营养不良等。

处理　有休克者首先抢救休克，产妇头低足高位，补液输血，适当应用升压药物。迅速寻找出血原因，分别处理。

1．子宫收缩乏力

⑴ 新针疗法：三阴交、隐白（足大趾甲内角后1分）。血流不止可灸百会、隐白、大敦（足大趾甲根外1/3与趾关节之间）。

⑵ 按摩子宫、挤压宫底，使子宫收缩。

⑶ 用宫缩剂：脑垂体后叶素10单位或催产素10单位肌注，麦角新碱0.4毫克肌注（高血压及心脏病者禁用）。必要时也可用麦角新碱0.2毫克加在25%葡萄糖20毫升里，静脉注射。或用催产素10单位加入5%葡萄糖内静脉滴注。以上药物都可反复使用。

〔注〕 脑垂体后叶素、催产素和麦角新碱都属于子宫收缩药。脑垂体后叶素中含有催产素和加压素（又名抗利尿素）两种成分，两者均对子宫有兴奋作用，但在妊娠末期对子宫有兴奋作用的主要是催产素，小剂量可增强子宫的节律性收缩，临床可用于催产（必须非常谨慎）；大剂量能引起子宫的强直性收缩，故常用于产后子宫收缩乏力性出血或加速产后子宫的复旧。加压素则有收缩小血管、毛细血管和抗利尿作用，临床常用于大量肺咯血及尿崩症；但其此种作用可引起血压的升高，故有高血压者或动脉硬化者必须慎用。同时，还有面色苍

白、出汗、心悸、胸闷、腹痛、便意等副作用，应予注意。制剂催产素对子宫的收缩作用与脑垂体后叶素相同，由于不含加压素，故无升高血压的副作用，对高血压、动脉硬化及子痫产妇均可应用。两药都是每次5～10单位，可肌注、静注（以25%葡萄糖稀释，缓注）或静滴（加入补液中）。应该指出的是，催产素虽然用“催产”这个名词，但绝对不能随便作为催产（即俗话所说的“催生针”）应用，必须严格掌握适应证（宫口未开大，胎位不正，骨盆狭窄等时严禁使用）；如一旦用作催产，必须掌握好剂量，按规定注射，并严加观察（一般要在医院内或在有经验的医生指导下进行）。否则，贸然使用，将会导致严重后果（如子宫破裂等）。

麦角新碱的作用主要是引起子宫的强直性收缩，从而压迫血管起止血作用。临床用于产后子宫收缩乏力性出血、加速产后子宫复旧及月经过多。但有收缩血管的副作用，故血管硬化、冠状动脉疾病者禁用。此外，也不能用作催产。常用量每次0.2～0.5毫克，肌注或稀释后静滴，必要时半小时后可重复，但一日量最多不超过1毫克。

除了上述3种药物以外，还有麦角流浸膏、益母流浸膏和益母草膏也有收缩子宫的作用，但作用比较缓和，常用于加速产后子宫复旧和月经过多。常用量前两者均为2～4毫升，每日3次口服；后者每次口服1汤匙，也为每日3次。

(4) 下腹部放置沙袋压迫腹主动脉。

(5) 双手压迫子宫法：一手在腹壁紧压子宫壁，另一手（消毒）伸进阴道捏住子宫颈前后唇（图13-22），直至宫缩好转。

(6) 用浸有乙醚的纱布条填入阴道上½段，使子宫产生反射性的收缩。

(7) 子宫填纱布法：在严密消毒情况下，将一狭长的无菌纱布条填入子宫腔内，应将宫腔填满，将纱布条的尾端留在阴道内（图13-23），24小时内取出。纱条要将宫腔紧紧填满，一层层顺次填塞以便于取出。

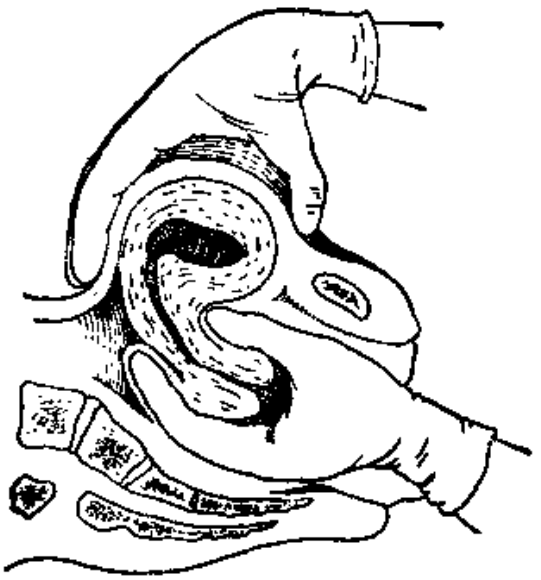


图 13-22　双手压迫子宫法

(8) 辨证论治：祖国医学认为本症系气虚所致，证见产后下血如崩、色红、小腹不痛，兼见头晕目花、面白心悸、气短自汗、肢冷、舌质淡、苔薄、脉沉细而数等，治宜补中益气，佐以摄血，方用固本止崩汤加味，即党参、黄芪、熟地各 8 钱，白术 4 钱，当归 3 钱，黑姜 1 钱，水煎服；若头晕目眩甚者加龙骨、乌贼骨各 1 两，茜草根 3 钱；腹痛者加艾叶炭 1 钱。若汗出肢冷、面色苍白、脉微细欲绝，宜急用参芪救逆汤，即党参、黄芪、浮小麦各 1 两，黑附片 5 钱，炙甘草 3 钱，水煎服。还可用参附汤加减，即党参 1 两、淡附片 1 钱、全当归 4 钱、阿胶 3 钱、艾叶 8 分、茜草炭 3 钱、炮姜炭 3 钱，水煎服。

2. 产道损伤　宫颈、阴道、会阴撕裂，用羊肠线缝合。

3. 胎盘滞留或残留

(1) 先用人工逼出胎盘法：用右手握住子宫底，拇指放

在子宫前壁，其余 4 指放在子宫后壁，挤压子宫底，使胎盘娩出（图 13-24）。

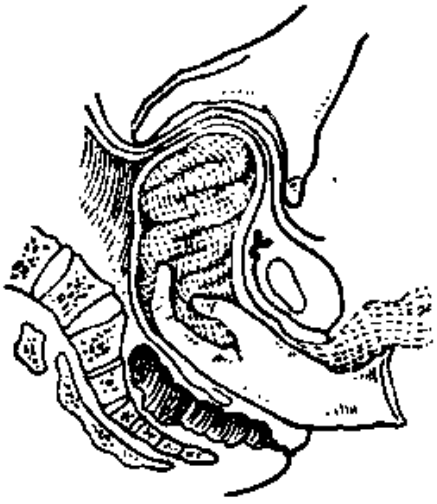


图 13-23　子宫腔填塞法

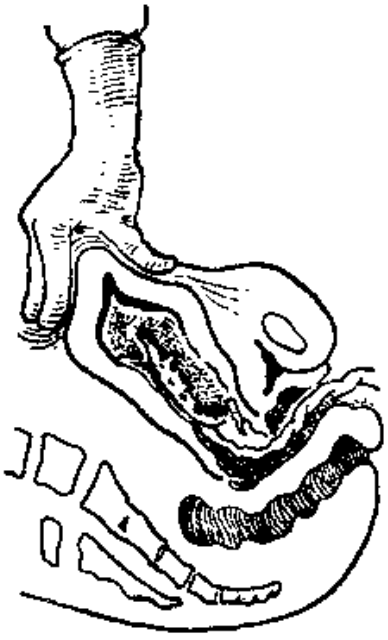


图 13-24　人工逼出胎盘法

(2) 上法无效，可用徒手剥离术：在严密消毒下，将手伸入宫腔，取出滞留胎盘组织。

方法（图 13-25）：术者一手握成锥形，伸入宫腔，沿脐带触到胎盘边缘后，用四个手指（并拢）沿胎盘与宫壁交界处轻轻剥离。另一手可在腹部按压子宫体。待胎盘全部剥离后，另一手牵拉脐带协助胎盘娩出。立即检查胎盘是否完整，若有成块缺损，应再次用手伸入宫腔清除。术中切忌粗暴，并避免用手指抓挖，以免损伤子宫壁。若剥离有困难，应即送医院处理。

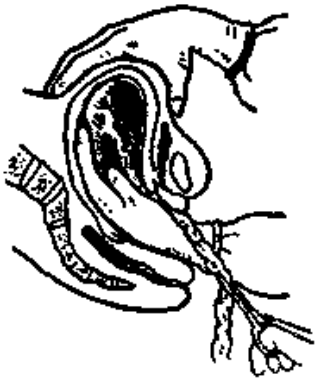


图 13-25　人工剥离胎盘术

(3) 应用宫缩剂，待子宫收缩后行刮宫术。

(4) 部分胎盘组织残留，可用中医药治疗，祖国医学认为属于血瘀，证见产后下血如崩、色紫暗有块、小腹疼痛拒按、按之似有硬块、脉沉弦或细等，治宜活血行瘀，方用逐瘀止崩汤加减，即艾叶1钱，三七末1.5钱（分吞），没药、阿胶、川芎、丹皮炭、炒丹参各3钱，当归、五灵脂各4钱，乌贼骨5钱，龙骨、牡蛎各1两，水煎服；轻者也可用失笑散、生化汤加减。

4. 全身性疾病：对因治疗。

预防

1. 做好产前检查，了解产妇情况，有病及时治疗。

2. 助产手法要轻巧，避免产道损伤。

3. 避免镇静药物应用过多。

4 注意排空膀胱，以免影响子宫收缩。

5. 第一产程让产妇适当休息、进食，避免过度疲劳。

6. 第二产程胎儿娩出速度要慢。

7. 若有出血可能，当胎头娩出后立即注射子宫收缩剂，如麦角新碱、催产素等。

8. 第三产程避免牵拉脐带或过早的用力按压子宫，以免胎盘娩出不全而出血。

思 考 题

怎样发现产前、产后出血？如何处理？

六、产褥感染

产妇在分娩以后，由于细菌从生殖器官侵入，引起局部或全身的感染症状，总称产褥感染，俗称“产褥热”，多发

生在产后一周以内。

引起产褥感染的主要原因是由于生殖道在分娩过程中造成许多的创面，如胎盘剥离面，宫颈及阴道、外阴的裂伤等，为细菌的入侵造成了有利条件。如果产前合并有营养不良、贫血、产程过长、胎膜早破、产道损伤等，接生者消毒不严，产后流血过多或胎盘、胎膜残留，产褥期又不注意卫生，便容易引起感染。此外，产妇在分娩时体力消耗过多，使机体抵抗力降低，可为本病的诱因。

产褥感染在祖国医学中属于“产后发热”的范畴，认为系由于产后恶露不去、瘀血停留所致。

症状及检查 当会阴或阴道局部发炎时，主要表现为局部炎性症状，如红肿、疼痛、小便困难等，多无全身症状。炎症进一步发展，则出现全身症状如发热、畏寒、头痛、乏力、胃口不好、舌红、苔黄腻或干燥、脉细数等。同时，下腹部疼痛，恶露增多并有恶臭；血化验白细胞增多。严重者尚可有寒战、高热、腹肌紧张及触痛等表现。

治疗

以控制感染为主，并配合对症疗法。包括：

1. 中草药 以清热化瘀利湿为主，可用黄芩3钱、栀子3钱、败酱草3钱、柴胡2钱、茯苓3钱、川楝子3钱、元胡3钱、丹参5钱、益母草5钱，水煎服。

2. 选用适当的磺胺药或抗菌素。

3. 对症处理：如应用解热镇痛药、子宫收缩剂等。

4. 其他：多饮开水，注意营养，必要时补液输血；产妇取半卧位，以利恶露的排出；胎膜残留者要刮除。

预防

1. 加强孕期和产褥期卫生宣传，产后6周内避免同房。

2. 提倡新法接生，注意无菌操作。

3. 难产或有感染可能者，可用抗菌素。

思 考 题

产褥感染如何预防？一旦发生，如何治疗？

七、产后家庭随访

产后家庭随访是一项非常重要的工作，通过随访不但可及时发现有关问题而作出相应的处理，还可向产家大力宣传产褥期的卫生知识，以保障母婴的健康。一般应在产后 2～3 天开始，以后根据母、婴的具体情况决定随访的次数，直至产后 42 天。随访时注意以下二个方面：

1. 婴儿方面　了解母乳是否够吃，大小便和活动情况如何，测一下体温，看看皮肤是否正常，眼睛有无分泌物，脐带是否已脱落，有无出血或感染等等。

2. 产妇方面　主要是辅导产褥期卫生知识（详见 1030 页）并作相应处理。如产后应适当休息；饮食应吃易消化富于营养的食物，多吃流质。恶露一般 7～10 天由鲜红变成暗红，再变成粉红，最后成白色。如有感染，恶露有臭味。会阴缝合者，可以用高锰酸钾溶液热敷清洗，于产后 3～5 天可拆线。宫底一般每天下降一指，10 天左右回缩至耻骨联合处。喂奶时间不宜太长，一般 15～20 分钟；注意乳头清洁，乳头破裂可用药物（如次炭酸铋糊剂）外涂。产后便秘、盗汗和子宫收缩痛等可给予相应处理（详下）。夏季室内空气要流通，防止中暑。注意体温、脉搏，以防产褥热。如产前有高血压，应观察血压是否恢复正常，血压不降者给予适当治疗。

复习方法

在医生的带领下，作几次产后家庭随访。

〔附〕 产后常见症状的处理

产妇在产前劳累过度，分娩过程中产时过长、失血过多，产后往往有一些症状出现。其实这些症状有的不一定是“病”，仅是机体恢复过程中暂时的现象；有些虽属病态，但只要找出原因，不难治疗。现将我们农村常见的几种产后症状及其处理方法，简述如下。

1. 蒸乳　产后48～72小时，二乳肿胀，结块作痛，有的还有怕冷、发热感觉。主要因乳汁郁积所致，祖国医学认为由肝气郁结引起。

处理　主要是使乳汁畅流。方法有：

(1) 注意乳头清洁，并频频用热毛巾敷熨乳部，或者将熏热的木梳背自乳房基部向乳头方向按摩，手法要轻柔。

(2) 用吸乳器反复吮吸。

(3) 服用活血通乳的中草药，可用瓜蒌散加味，即瓜蒌3钱，穿山甲、留行子各4钱，甘草1钱，通草1.5钱，生姜三片，酒一匙，水煎服。

(4) 若肿块持续不退、发热寒战，应按乳腺炎处理(详见860页)。

2. 乳汁分泌过少　指产后乳汁甚少或者全无。原因有全身因素，如气血不足或肝郁气滞，以及汗出过多，饮食摄入水分不足等；局部因素，如凹乳头，虽有乳汁分泌，但不能吮吸出来。

处理　针对不同原因进行处理。

(1) 产后多进汤类饮食。

(2) 辨证论治：气血不足者证见乳汁不行或甚少，乳房无胀痛、无结块，面色不华，精神欠佳，食少，舌淡苔薄，脉虚细，治宜补益气血，佐以通乳，可用党参、黄芪、当归、王不留行各3钱，穿山甲3钱，白术、通草各1钱，水煎服；或木通1两，猪蹄1只，文火煮烂，多次分服，但注意少用破血药物。肝郁气滞者证见乳汁不行或少，两

乳房胀满而痛，或因情绪影响而见乳汁不行，精神抑郁，胸胁胀满，嗳气纳少，苔薄黄，脉弦，治宜疏肝解郁、佐以通乳，可用下乳涌泉散，即柴胡、青皮、当归、白芍、天花粉、漏芦、白芷、留行子各3钱，生地、穿山甲各4钱，川芎、桔梗各2钱，通草1.5钱，甘草1钱，水煎服；也可加地龙3钱，以增加通乳效果。

(3) 针刺膻中、外关、少泽。

(4) 如系回乳头，则需将吸乳器频频吸吮，或由大一点的孩子帮助吮吸。

3. 乳汁分泌过多、断乳(回乳)

(1) 炒麦芽2两、蝉衣4钱，水煎分2次服；或将炒麦芽研末，每服5钱，每日3次。

(2) 芒硝2两，装布袋内敷乳房上，湿透更换。

(3) 必要时注射乙底酚4毫克，每天1次，连续3～5天；或口服3毫克，每日3次。同时紧束双乳，少进汤类。

4. 产后盗汗、自汗 产后一般总有些出汗，以利排泄体内多余的水分。但汗出过多，对体力恢复不利，应设法制止。可用：

(1) 牡蛎（煅研末）3钱、五味子1钱，每日1～2次，白开水冲服。

(2) 淡竹叶1～2两，水煎频饮。

(3) 马齿苋1两，用水1中碗，煎沸15分钟后滤汁，加蜜2匙，每日3次分服。

(4) 固汗散(方见229页)。

(5) 症状剧烈，用上述方法治疗无效，多因气血俱虚所致，若病情较急，可用十全大补汤，即用党参、白术、茯苓、炙甘草、熟地、白芍、当归、川芎、黄芪、肉桂等；若偏于阳虚，宜用参附汤，即用党参、附子等；若偏于阴虚，宜用当归六黄汤，即用当归、熟地黄、黄芪、生地黄、黄柏、黄芩、黄连等。以上方剂还可加入麻黄根或牡蛎、浮小麦。

5. 产后小便不通 气虚不能运化所致，可用加味参苓术草汤；恶露不行、小便少而大便涩者，用五苓散（方见215页)加桃仁；二便俱

秘，恶露不行者，宜通恶露，用生化汤（1073页）加莪术、三棱、山楂。

6. **产后浮肿** 原因较多，根据条件可作尿液检查。一般可用橘皮2钱研末，酒调服下；或用泽兰、防己等分研末，每服2钱，一日3次，陈酒送下(白开水亦可)。严重者需辨证论治。祖国医学认为产后浮肿多因气血虚而脾胃弱、瘀血流注或感外邪风寒湿热等原因，以致肺气不输而引起。若浮肿兼见恶露不断或少而色淡、自汗、子宫脱出、乳汁少、小便频数、面黄、舌质淡、脉细弱，属气血虚，治宜大补气血佐以利水，可用十全大补汤（见上述盗汗治疗）加苍术、茯苓等；若产后面黄、四肢浮肿、恶露不下或下而不爽、少腹硬痛拒按、舌质紫黯或有瘀紫斑点、脉沉涩，属瘀血流注，治宜祛瘀补血利水，可用小调经散加减，即没药、琥珀、桂心、芍药、当归各1钱，研末每服0.5钱，姜汁温酒调服；若产后浮肿兼见小便少、口渴恶寒、胸脘满闷、苔腻脉沉，属有湿热，治宜补中导水行气，可用香砂六味汤（见225页）加川芎、木通；若上证见苔薄白脉浮，则属有风寒，治宜固卫行水，可用防己黄芪汤加减，即防己、白术、黄芪各3钱，甘草1.5钱，生姜3片，大枣5枚，水煎服。

7. **产后不寐** 多因失血所致。可用当归、茯苓各5钱，大枣10枚，水煎，一日2次分服。症状较重者可根据不同情况分别服用四物汤（222页）、八珍汤（四物汤同量茯术草汤）或十全大补汤（八珍汤加黄芪、肉桂）加减，但要掌握适应证，防止滥用。

8. **产后儿枕痛** 产后子宫收缩恢复过程中阴道有少量红色分泌物，并且一阵阵挛缩痛，俗称“儿枕痛”。

处理

(1) 下腹部热敷。

(2) 内服丹皮、滑石各3钱，没药1钱，共研细末，每服1钱，每日2次；或山楂1两水煎浓汁，加糖一次吃下；或将蒲黄研末，每次2钱，每日2次，白开水送下。

9. **产后伤食** 产后食物宜清淡，有的地方过分强调“营养”，油腻太重，或进冷食，伤及脾胃，致成消化不良。

处理　宜服生化汤，肉积加山楂，冷食积加吴茱萸；胃肠虚弱用参苓白术散；也可用神曲炒热布包熨贴胸腹部。

应该指出，产后适当增加营养，是必要的，不过应比较容易消化（特别产后不久）。而有些地区存在着“忌嘴”的旧习惯，即产后只能吃菜汤或其他素食，结果造成产妇身体非常虚弱，这种情况，也是必须防止的。

10. **产后便秘**　主要因产后“忌嘴”，缺少水分而引起大便干燥。但因产妇一般比较虚弱，故治疗上不可用峻下攻法。可用缓泻剂，如：(1)酚酞 0.1～0.2 克，日服 2 次。(2)大便秘结、腹满觉胀、欲下而不能者，给开塞露 1 只。(3)蜂蜜 5 钱，日服 3 次。(4)服麻子仁丸(方见 207 页)。

更重要的是产后不要“忌嘴”，多食新鲜蔬菜，多进水分，防止便秘发生。

八、新　生　儿

新生儿是指出生 1 个月以内的婴幼儿。

(一) 新生儿特点

1. 新生儿在出生时的体重约 3 公斤左右，身长约 50 厘米。由于产道的挤压，头颅往往可有产瘤存在，以后可逐渐消失。骨缝未闭，有前、后囟门。

2. 自出生至 6 个月左右，由于从母体中获得先天性免疫力，故不容易得传染病，但对外界环境的抵抗力较差，故易患其他各种疾病。以后免疫力降低，各种传染病的发病率就增加。

3. 神经系统发育还不够健全，对外界刺激的反应较差，体温的调节不稳定，易因外界的影响而波动。正常情况下可有划跖试验等阳性所见，以后随着生长，到 4 个月左右才消失。

4. 消化系统方面，由于没有牙齿，消化液的作用比较弱，肠壁的抵抗力比较差，故容易发生消化功能紊乱。正常新生儿出生时，大便每日3～4次，是暗绿色、粘稠、均匀、无臭味的胎粪。3～4日后可变为一般大便，以后若大便次数增多、绿色、稀薄、有粘液等时，就说明有消化不良或其他肠道疾患存在。

5. 循环、呼吸系统方面，正常新生儿心跳为120～140次/分，心跳较强，有时可听到轻度收缩期吹风样杂音。啼哭、发热等情况可使心跳加快。如心率快，听到响亮而粗糙的收缩期或舒张期甚至连续性杂音，应考虑到先天性心脏病的可能。

新生儿的呼吸在40～60次/分，深浅不均匀，一般较浅。发热或呼吸道疾病，可使呼吸增快。由于新生儿呼吸道比较狭小，故在呼吸道疾患或咽喉部炎症如喉炎、白喉等时，常可发生呼吸困难。

6. 几种生理状况的说明

(1) 生理性体重下降和脱水热：出生后由于摄入水分较少，同时排出胎粪、尿，以及肺和皮肤散发水分，一般均有体重下降，一周后可逐渐恢复。少数婴儿于体重减轻同时，尚可因脱水而突然发热，可补充足够的水分，便能恢复。

(2) 生理性黄疸：出生后2～3天出现，7～14天消退，系由于出生后用肺呼吸，部分红细胞破坏所致，也属正常情况。

(3) 新生儿红斑：因外界刺激、皮肤血管充血造成，出生后1～2天明显，至5日消失。

(4) 乳腺肿胀：因受母体性激素刺激引起。约7～10天出现，2～3周后可消失，不必处理，也不要挤乳，否则易引

起感染。

(5) 阴道流血：部分女婴生后3～7天出现，不久即消失，产生机理同上。

(6) 尿酸梗塞：出生后2～3天，排尿前啼哭，尿布上可见红褐斑。可给新生儿多饮水，使尿稀释，便可解除。

（二）常见的几种新生儿疾病

1. **新生儿窒息** 胎儿娩出后短期内仅有心跳而无呼吸（或仅有微弱的呼吸），称为新生儿窒息，必须立即进行抢救。

症状

(1) 青紫型（轻度窒息）：皮肤粘膜青紫，体温正常，肌张力好，呼吸慢而浅，心跳慢，但尚有力。如及时抢救，预后较好。

(2) 苍白型（重度窒息）：皮肤苍白、发凉，全身肌肉松弛，呼吸无或极不规则，心跳慢而微弱。预后较差，但能坚持抢救，尚有恢复希望。

治疗

(1) 首先清除新生儿口腔内粘液及羊水，将下肢抬高，使气管内分泌物流出，用纱布擦尽或用吸管吸出。

(2) 针刺人中、十宣、涌泉等穴。

(3) 立即注射洛贝林0.1～0.2毫升或咖啡因0.1～0.2毫升，肌肉或静脉注射均可，以兴奋呼吸中枢，恢复呼吸，必要时可重复注射。同时应进行口对口人工呼吸及托背法人工呼吸（将手掌插入新生儿背部向上托起、放下，反复做，每分钟16～20次），直到呼吸恢复为止。以后仍须观察，防止再次窒息的可能。

(4) 有条件时氧气吸入。

(5) 如心跳停止，可进行胸外心脏按压，或经左第三或第四肋间胸骨旁向心内注射肾上腺素 0.1 毫升。

(6) 注意保暖，防止继发肺炎。

(7) 赤脚医生在整个抢救过程中必须发扬救死扶伤的革命人道主义精神，不怕累、不怕脏，坚持抢救，直至患儿恢复或确证已死亡为止。

2. **新生儿败血症** 又称新生儿脓毒血病，发生原因有的是分娩前母亲患败血症，细菌经胎盘进入胎儿体内，在血内繁殖；或者是分娩时吸入污染的羊水，以及脐部伤口（最多见）、皮肤或呼吸道感染，细菌侵入新生儿血液而引起。

症状 多在生后 3～15 日发病，临床表现很不一致。开始出现衰弱，不愿吸奶，呕吐及体重减轻，体温不稳定。以后可见中毒症状（精神萎靡、嗜睡、反应差、皮肤苍白等），青紫或黄疸，呼吸不规则，或有出血倾向（鼻出血、脐出血、皮肤粘膜出血点等）。严重者可出现昏迷、惊厥等。早产儿败血症的症状不明显，仅有不哭、拒食或呕吐、腹胀、体温不升等。晚期败血症常见症状是体温升高及黄疸，其他症状根据化脓性病灶部位而定，如继发脑膜炎时，出现惊厥、呕吐、嗜睡、囟门隆起等，继发脓胸时出现呼吸道的有关症状等。

治疗

(1) 应用抗菌素控制感染，如青霉素 40～80 万单位/日，分 4 次注射；链霉素 25 毫克/公斤/日，分 2 次注射；土霉素、四环素或金霉素，均为 50 毫克/公斤/日，分 4 次口服；必要时可选用红霉素及氯霉素，均为 50 毫克/公斤/日，分 4 次口服。一般往往两种以上抗菌素合用。严重者尚可先以抗菌素静脉注射，如选用土霉素、四环素、金霉素、红霉素、

氯霉素等，按上述剂量计算，加入5%葡萄糖液250毫升（不要超过）中缓缓静滴(头皮静脉)，每分钟不超过10滴，同时配合青或链霉素肌注（选用红霉素者必须配合链霉素），待症状明显好转后，再改肌注或口服。

(2) 注意保暖和喂养，多给开水及其他液体，必要时输血或补液（原则同上）。

(3) 中毒症状严重者，加用氢化可的松5～10毫克/公斤/日，加入补液中滴注。惊厥时，肌注苯巴比妥钠5毫克/公斤/次或冬眠灵1毫克/公斤/次。出现呼吸或循环衰竭，立即皮下注射山梗菜碱1～3毫克、25%尼可刹米0.2～0.4毫升或25%苯甲酸钠咖啡因0.1～0.2毫升；有条件时吸氧。有出血现象者肌注维生素K。

(4) 化脓性病灶给予相应处置，如皮下脓肿作切开引流，化脓性脑膜炎按脑膜炎治疗，等等。

3. **新生儿脐炎** 在脐带脱落后，脐周围红润潮湿，正常情况一周内可愈合，结痂脱落。如有感染，愈合便要延迟。轻者仅分泌增多，不影响小儿一般情况；重者有红肿，甚至发生蜂窝组织炎，最严重的可发生败血症。

治疗 轻症局部外涂2%龙胆紫，保持干燥即可。重症须注射青霉素，局部用生理盐水或双氧水洗及凡士林纱布包扎。严重情况须积极治疗及抢救（详见败血症）。

4. **新生儿肺炎** 由于感染，吸入羊水，头部产伤，呼吸中枢机能不全及窒息等原因引起。

症状 主要是流涕，拒吸吮，呕吐，烦躁，呼吸障碍，鼻翼扇动，紫绀，口吐白沫，严重时可惊厥；但一般的发热、咳嗽却可不明显，肺部体征很少可查出。

治疗

(1) 多呼吸新鲜空气，多开窗户通风。保暖，呼吸道保持通畅（清除分泌物，盖被时头露出），适当补充维生素，足量饮食、饮水。

(2) 使用适当的抗菌素，如青霉素 10～20 万单位，每日 2～4 次肌注；链霉素 ½～½克，每日 2 次，肌注。其他可用土霉素、四环素、金霉素、红霉素等（30 毫克/公斤/日，分 4 次口服，必要时静脉滴注）。

(3) 气急厉害可肌注氨茶碱 5 毫克/公斤/次或喘定 5～10 毫克/公斤/次，每日 1～2 次，必要时加入补液中滴注。有条件者给予氧气吸入。

(4) 其他如毒性症状严重加用氢化可的松、呼吸功能不好注射中枢兴奋剂、出现惊厥应用镇静剂等，详上述败血症治疗。

思 考 题

新生儿的特点与临床有什么关系？新生儿窒息、新生儿败血症如何抢救？

九、妊娠中毒症

妊娠中毒症多见于初产妇、双胎和羊水过多的孕妇，临床上分为早期和晚期两种。

(一) 早期妊娠中毒症(妊娠剧吐)

孕妇可于妊娠第 2～3 月内出现轻度恶心、呕吐和厌食等症状，称为早孕反应，属正常现象。如呕吐剧烈，妨碍进食和影响孕妇健康时，就称为妊娠剧吐，祖国医学称为“恶阻”，认为系因肝经郁热、痰湿阻滞或脾胃虚弱所致。

症状

1. 妊娠 6 周左右开始出现呕吐，症状逐渐加剧，尤以清晨时为

重。不能进食，甚至空腹时也有呕吐。

2. 进一步发展，可引起失水、电解质紊乱和酸中毒等严重症状，此时必须迅速处理。

3. 祖国医学把本病分为三型，若呕吐酸水或苦水，食入即吐，兼有胸闷嗳气、口臭且苦、溲黄便艰、心烦头痛、舌质红、脉弦滑者，属肝经郁热；若呕吐痰涎或粘沫，消晨空腹尤甚，兼有胸闷心悸、口淡或腻、倦怠嗜卧、苔白腻、脉濡滑者，属痰湿阻滞；若平素食欲不振，孕后纳呆厌食、久呕不止，兼有全身乏力、面白虚浮、苔薄、舌质淡边有齿痕、脉细滑者，属脾胃虚弱。

治疗

1. 解除患者的精神负担对治疗妊娠剧吐极为重要，应对患者进行细致的思想工作，关心她，鼓励她，使她树立战胜疾病的信心。

2. 注意适当的休息，尽量争取进食，饮食应易消化、少油腻和富含维生素，如喝米汤、稀饭、豆浆、水果汁等。

3. 镇静、止吐

(1) 维生素 B_6 10～20 毫克，每日 3 次口服；较重者 50～100 毫克肌注，或加入 50%葡萄糖 40 毫升中静脉注射，每日 1 次。同时配合应用镇静剂如鲁米那 0.03 克，每日 3 次；利眠宁 10 毫克，每日 3 次；三溴合剂 10 毫升，每日 3 次；必要时可服冬眠灵 12.5～25 毫克，每日 3 次，或 25～50 毫克每日 1 次肌注。

(2) 针刺内关、中脘、足三里等穴，强刺激，留针 10～15 分钟。

(3) 辨证论治：属肝经郁热者治宜抑肝和胃、顺气止呕，方用苏叶黄连汤加减，即紫苏叶、姜半夏、炒白术、淡黄芩、炒白芍各 3 钱，姜竹茹、陈皮各 1.5 钱，黄连 0.5 钱，水煎服；属痰湿阻滞型者治宜化痰顺气、降逆止呕，方用二陈汤(见 228 页)加生姜、砂仁、大枣、乌梅、炒白术等；属脾胃虚弱者治宜益气健脾、和胃降逆，方用香砂六味丸(见 225 页，改用汤剂)加灶心土。

4. 如病情严重，应卧床休息，暂停进食 12～24 小时，静脉滴注 5～10%葡萄糖液或 5%葡萄糖生理盐水 1,500～2,000 毫升，同时肌注维生素 B_1、B_6 和镇静剂，待症状改善后，再逐步恢复饮食及口服药

物。

5. 极少数经上述各种处理，尚不能使症状缓解，病情严重，可能危及生命的患者，需考虑人工流产中止妊娠。

（二）晚期妊娠中毒症

晚期妊娠中毒症发生于妊娠24周以后，一般至产后即迅速好转，也有少数患者可延至产后2周。按病情发展的不同程度，一般可分为妊娠水肿、妊娠高血压、先兆子痫和子痫四种。临床特点为水肿、高血压和蛋白尿三大症状，若不及时治疗，可以发展而出现昏迷、抽搐以至死亡。

症状及检查

1. **妊娠水肿** 仅表现为浮肿，可由足部、小腿逐渐向上发展。有凹陷性水肿或隐性水肿(按压皮肤没有陷坑，但孕妇体重增加过快，妊娠后期，每周体重增加1市斤以上)。但此时尚无高血压及蛋白尿。

祖国医学认为本症属于“子肿”、“子气”和“子满”的范围，系脾肾阳虚而致水湿不行、泛滥引起，临床多表现为脾虚症候，除浮肿外，兼见四肢不温、气短懒言、口淡无味、便溏、舌淡苔白而润、脉滑无力。

2. **妊娠高血压** 妊娠期血压在130/90毫米汞柱以上或较基础压（原来血压）升高30/15毫米汞柱以上，均算妊娠高血压，可在妊娠水肿的基础上发展而来，但有的也可无水肿。此时尿中尚无蛋白。

祖国医学认为本症属于“子烦”的范围，认为系由于肝阳亢盛或肝肾阴虚所致，表现为妊娠数月后见头晕头疼、眼花、腰疼腿软、舌红，若口苦、苔黄腻、脉弦滑者，属肝阳亢盛；若少苔、脉细者，属肝肾阴虚。

3. **先兆子痫** 多由妊娠水肿或妊娠高血压发展而来。祖国医学认为患者多为平素脾气不足或肝肾阴虚，受孕后影响肝、脾、肾三脏。孕妇具有水肿、高血压、蛋白尿三项或两项症状，还有头晕、眼花、胸闷、呕吐等。检查血压高达160/100毫米汞柱左右，水肿明显(也有不明显者)，尿中有蛋白，并可有红血球和管型。这是发生子痫的先兆，应密切注意。

4 **子痫** 先兆子痫进一步发展，患者出现神志迟钝，面部肌肉颤动，四肢、躯干抽搐，进入昏迷状态，即为子痫。可反复发作，若不及时处理，往往导致严重后果，以至死亡。子痫可在分娩时发生（产时子痫），也可在产前及产后发生。

治疗

1. 注意休息，限制饮水和改食低盐饮食，注意观察体重、血压、小便的变化。

2. 利尿退肿

(1) 双氢克尿塞25毫克，每日3次。同时加服10%氯化钾10毫升，每日3次。

(2) 氨苯蝶啶50～100毫克，每日3次，或与双克交替应用（均可不服钾盐）。

(3) 必要时用氨茶碱0.25克加入50%葡萄糖40毫升中，静脉注射。

(4) 中药以健脾益气行水为主，可用天仙藤散加减，即天仙藤5钱、炒白术3钱、白茅根3钱、姜半夏3钱、生米仁5钱，水煎服；或白术散合五苓散加减，即党参3钱、白术3钱、茯苓3钱、泽泻3钱、大腹皮3钱、天仙藤5钱、紫苏3钱，小便短赤加猪苓3钱、冬瓜皮3钱，湿重加苍术3钱，气喘重者加葶苈3钱、大黑枣6枚，轻者加旋覆花1.5钱、白芨3钱，气滞加陈皮3钱、木香3钱，肾阳虚加附子1.5钱、肉桂3钱，水煎服。

3. 镇静、降压

(1) 鲁米那0.03克，每日3次；或利眠宁10毫克，每日3次。

(2) 冬眠灵12.5～25毫克，每日3次；必要时以25～50毫克肌注。

(3) 利血平0.25毫克，每日3次；或降压灵4毫克，每日3次。

(4) 中草药治疗：肝阳亢盛者治宜平肝养阴、清热降逆，可用桑寄生、淡黄芩、炒枣仁各3钱，夏枯草2钱，杜仲、茯苓、珍珠母各4钱，水煎服；肝肾阴虚者治宜滋肾养肝、平肝潜阳，可用杞菊地黄汤（见226页）加珍珠母、龙骨、牡蛎等。

4. 先兆子痫的处理

(1) 必须卧床休息，保持安静，避免刺激。必要时禁食。

(2) 使用镇静剂，如苯巴比妥钠0.1～0.2克肌注，每6～8小时1次；冬眠灵50毫克肌注，每6～8小时1次；10%水合氯醛20毫升保留灌肠；必要时肌注吗啡0.01～0.015克。

(3) 迅速降压，如利血平1～2毫克肌注，每日2次；25%硫酸镁10～20毫升肌注，每6小时1次；必要时将25%硫酸镁10毫升加入50%葡萄糖20～40毫升中静脉注射，再将20毫升加入10%葡萄糖水500毫升中静脉滴注。使用硫酸镁应注意每日总量不超过15～20克，如一旦出现呼吸过缓(每分钟少于16次)、膝反射消失等中毒症状，应立即停药，并静脉注射5%氯化钙20毫升。

(4) 尿少者，除使用利尿药(详前)外，可静脉注射50%葡萄糖液60毫升，每日1～2次；或25%葡萄糖液250～300毫升静滴。

(5) 中药以祛风、定痉、化痰为主，可用山羊角5钱～1两(先煎)、杏仁3钱、生米仁5钱、防风1.5钱、独活3钱、川芎1.5钱、全当归3钱，茯神3钱，水煎服。

(6) 如经以上处理无效，应考虑手术引产，中止妊娠；必要时考虑剖腹产。

5. 子痫的处理　应立即进行抢救(有条件最好送院抢救)，包括：

(1) 卧床休息，保持幽暗安静，避免声、光刺激；加强护理，防止抽搐跌伤或咬破舌头。

(2) 针刺人中、内关、照海，以后可针行间、风池、上脘。惊厥时可两组穴位交替使用。

(3) 大量镇静剂如苯巴比妥钠0.1～0.2克肌注，10%水合氯醛20毫升灌肠，冬眠灵50毫克肌注或将其加入50%葡萄糖20～40毫升中静注，阿米妥0.2～0.3克加入50%葡萄糖20～40毫升中静注等。以上药物可交替使用。

(4) 立即肌注或静注25%硫酸镁(方法同前)，待症状改善后可改用利血平肌注(同前)。

(5) 能口服者，投以中药平肝熄风、清热泻火。可用紫贝齿1两、

钩藤5钱、鲜生地1两、防风3钱、茯神5钱、全蝎1钱、天竺黄3钱、黄连1钱，水煎服。抽搐不止，加山羊角5钱～1两；神志不清，用菖蒲煎水鼻饲；喉有痰声，加用竹沥。

(6) 设法加速分娩。对产前子痫者，应于患者完全清醒24小时后，用胎膜穿刺术引产；产时子痫则用胎头吸引器或产钳助产。

预防 主要是加强孕期检查，及早发现病情，及早治疗。

思 考 题

妊娠中毒症有哪些特点？怎样治疗？

十、流　　产

正常妊娠期40周左右，如果在28周以前分娩，就叫流产。发生流产的原因很多：

1. 精子或卵子发育不健全。

2. 精神紧张等精神因素，可使子宫收缩而引起流产。

3. 内分泌失调，雌激素过多而黄体酮不足，影响孕卵发育。早期黄体酮由黄体分泌，3个月以后则由胎盘分泌，故流产最易发生在妊娠2～3月时。

4. 母体患伤寒、肝炎、肺炎、肾炎等急性病。

5. 外伤或过劳。

流产根据临床表现，可分先兆流产、难免流产、不全流产、完全流产、过期流产、习惯性流产。流产如处理不当，可合并感染，增加患者痛苦。

(一) 先兆流产

有停经史和早孕反应，少量阴道流血，色鲜红，并感轻度腹痛。检查阴道内有少量鲜红血液，宫口闭，宫体大小与妊娠月分相符。化验尿妊娠反应阳性。祖国医学称为“胎动

不安”、“胎漏”，其原因很多，有气血虚、脾虚、肝郁气滞等。

治疗 以保胎为主。孕妇卧床休息，应用适量的镇静剂，如鲁米那0.03克，每日3次；眠尔通0.4克，每晚1次等。同时，给予下述治疗：

1. 中医辨证论治：可针对病情施行。如妊娠期间下腹痛，腰酸，阴道少量流血，宜补气安胎，用药以党参、黄芪、白术、生地、芝麻根、白芍、黄芩、川断为主，可选用四物汤加党参、黄芪；如出血较多，应止血安胎，可用胶艾汤（方见222页）。

2. 黄体酮20毫克，每天1～2次肌注，用到出血停后1周。

3. 维生素E10毫克，每日3次。

〔注〕 维生素E又名生育酚，主要作用为维持生殖器官的正常机能，并对肌肉的代谢有良好影响。临床上可用于肌营养不良、习惯性流产、先兆流产及不育症，最近，还有人把它用于防治血管硬化和眼科疾患。

（二）难免流产

有停经史和早孕反应，中量或多量阴道出血，腹痛较重。检查子宫口已开，有剥离的胎盘组织堵塞宫口，宫体大小与妊娠月分相符，尿妊娠反应可以阳性或阴性。

治疗 因流产不可避免，治疗以清除宫腔内容物为主，可采用：

1. 中草药治疗 以活血、加强子宫收缩为主，可用土牛膝5钱、当归5钱、赤芍5钱、益母草1两，水煎服。

2. 新针疗法 合谷、三阴交、足三里、阴陵泉，强刺激。

3. 妊娠3个月以内可以吸引或刮宫，3个月以上可以引产（可用子宫收缩剂如脑垂体后叶素2.5单位肌注，每半小时1次，共4～6次；或将5～10单位加入5％ 葡萄糖水500毫升中静脉缓慢滴注）。

（三）不全流产

有停经史，大量阴道流血，可有血块或部分胎盘组织。如出血过多，可引起休克。检查宫口开，宫体大小比妊娠月分小。

治疗

1. 首先要纠正休克，如补液、输血、应用升血压药等。

2. 刮宫。

3. 应用抗菌素防止感染。

（四）完全流产

有停经史，大量阴道流血，当胎儿、胎盘组织排出后，阴道流血量减少或停止。检查宫口闭，子宫如正常大小。

治疗 不需特殊治疗，如失血多而致头晕、食少等，给予中草药治疗，以补血补气为主，可用党参3钱、白术3钱、茯苓3钱、炙甘草1钱、当归3钱、菟絲子3钱、大红枣6枚，水煎服。

（五）过期流产

指胎儿在子宫内已死亡而仍留在子宫内，祖国医学称为“胎死不下”。有停经史和早孕反应，但宫体增大比妊娠月分小，尿妊娠反应由阳性转为阴性。阴道流血可有可无。检查宫口闭，宫体小。

治疗 最好住院治疗，使死胎娩出，可用：

1. 乙底酚1毫克，每日3次，服7天。

2. 引产。

3. 辨证论治 祖国医学认为胎死不下多系血瘀或气血虚弱所致。若妊娠胎动突然消失，阴道血色紫黑或有部分瘀块排出，或胎死腹中不下，兼见小腹疼痛拒按、舌暗、脉弦，属血瘀，治宜行血祛瘀下胎，可用黑神散加减，即肉桂、干姜、炙甘草各1钱，当归、炒黑豆、牛膝、三棱、莪术各3钱，地黄、赤芍、蒲黄各4钱，水煎服；若妊娠胎动突然停止，阴道有淡红色血水流出或有部分瘀块排出，兼见小腹疼痛或冷痛、面色苍白、形体虚弱、精神疲乏等，腹部停止增大或反而缩小，舌质淡，脉虚大而涩，则属气血虚弱，治宜补气益血下胎，可用疗儿散加减，即党参、当归、怀牛膝、鬼臼（薤荔果）各3钱，乳香1.5钱，急性子4钱，水煎服。

（六）习惯性流产

连续流产3次以上，叫习惯性流产。相当于祖国医学的“滑胎”，认为多由冲(脉)任(脉)不足、肾气亏损、气血虚弱而致胎元不固引起。临床可以有上述各种流产的表现。

治疗

1. 发生流产时，根据临床情况，给予上述有关各种处理。

2. 下次妊娠时，应从停经开始注意适当休息，防止过劳，避免同房。如一旦出现阴道流血，立即卧床休息，并进行以下治疗：

(1) 中草药治疗　以补脾肾为主，常用四物汤加杜仲、川断、山药、桑寄生、狗脊、女贞子、菟絲子、黄芩、白术等。

(2) 口服维生素E，每次10毫克，每日3次。

(3) 肌注黄体酮，每次10～20毫克，每日1次，持续至妊娠4～5月止。或口服安宫黄体酮，妊娠头3个月每日10毫克，4～6月每日20毫克，6月以上每日40毫克。

（七）流产合并感染

流产时流血时间过久，会阴垫不干净，流血期间盆浴，以及在未消毒的情况下进行阴道检查等，均可引起感染(亦称感染性流产)。此时患者往往阴道有腥臭腐败的分泌物排出，同时有发热、寒战、头痛，化验白细胞增加等。严重者可出现败血症甚至感染中毒性休克。

治疗　原则上先控制感染，选用有效的抗菌药物；同时适当使用子宫收缩剂以减少出血。待感染控制后(最好体温降至正常3天以后)，再进行刮宫手术。如出血较多，成为主要矛盾，便应在控制感染的同时，采取有关的止血措施，用手术方法去除较大的胎块，注射宫缩剂；待感染控制后，再行第二次刮宫术。祖国医学辨证论治可根据不同情况参照上述各种方法进行，但在方剂中再加入银花、红藤等清热解毒药。

思　考　题

流产分哪几种？如何诊断、处理？

十一、宫 外 孕

受精卵种植于子宫外器官中(主要是输卵管)，在内生长发育，称为宫外孕，又称异位妊娠。胎儿发育至一定大小，就可使该处器官破裂，引起腹腔内大出血，导致严重后果。引起宫外孕的主要原因是慢性输卵管炎。由于输卵管狭窄，纤毛消失，使受精卵不易通过，因而在该处种植。

祖国医学认为属于“经停腹痛”、“血郁少腹”、“经漏”及“癥瘕”等的范围，系由于血郁少腹、冲任失调及肾气不足所致。

症状 患者往往因输卵管破裂而来就诊。此时，由于腹腔内大量出血，而突发剧烈腹痛，开始先在下腹一侧，继而迅速扩展到整个下腹部以至全腹。患者恶心、呕吐、出冷汗；如腹内血液聚于子宫直肠窝，尚可出现频频便意及肛门下坠感。阴道有少量流血，典型者可排出蜕膜组织，但也可无阴道流血。追问病史，有停经史，部分患者还有早孕反应；而且许多患者有慢性盆腔炎史和多年不孕史。检查时，患者呈休克状态，腹部有明显触痛及肌紧张，并有移动性浊音。妇科检查子宫体稍大，患侧附件触痛，宫颈有举痛（抬动子宫颈时整个盆腔发生剧痛），阴道后穹隆饱胀，穿刺能抽出血液或小血块。

此外，少部分患者可于急性期症状过后前来就诊。此时，腹腔流血已自行停止，盆腔中形成血肿，故症状不甚紧急。追问病史中有过上述急性症状，但不十分严重。主要表现为急性腹痛发作后，尚未完全消失，并有全身不适和头昏，也可能觉下腹部渐渐隆起。如并发感染，尚可有发热。检查时，患者呈贫血状态，下腹部有块状物。妇科检查可摸得盆腔内有不规则的包块，触痛明显，阴道后穹隆穿刺有陈旧的血液。

治疗 过去认为宫外孕一旦破裂，即应迅速送医院手术治疗。山西医学院第一附属医院和山西省中医研究所的医务人员，在毛主席无产阶级卫生路线的指引下，发扬了敢想敢干的革命精神，从1958年起，开展了中西医结合非手术方法治疗宫外孕的工作，经过十几年的反复

实践，终于获得成功，开创了医学史上新的一页。根据他们的经验，除了那些病情十分复杂，发病后休克严重并经各种方法抢救未能纠正以及合并机械性肠梗阻或肠扭转者以外，均可用中西医结合非手术疗法治疗，疗效显著。

对于那些确需手术治疗的患者，采用了自血输入的办法，即在手术的同时，将患者腹腔内流出的血液，于无菌条件下用8～16层纱布过滤后，重新输入其静脉内。这样，既可以有效地抢救休克，保证手术的顺利进行，又节约了血源。这一方法切实可行，可在农村医院推广应用。

由于宫外孕的治疗一般宜在医院内进行，所以赤脚医生一旦发现这类病人，首要的措施是抢救休克，如给予补液（必要时输血）、血压降低者应用升压药物等，同时在密切观察下护送至卫生院或县医院。

〔附〕 中西医结合非手术疗法治疗宫外孕　可将患者分为三型，根据不同情况辨证施治。

1．休克型　指出血较多，临床上有明显休克症状者，祖国医学称为气血虚脱型。应立即采取输液、输血、给氧等急救措施，同时用活血祛瘀止血加益气扶正的方法治疗，一般可先给服以下主方：丹参3～5钱、赤芍2～3钱、乳香2～3钱、没药2～3钱、桃仁2～3钱，水煎服。如血压不升或不稳定，虚脱征象严重，可加用人参；四肢厥逆加附子；痛剧加延胡索。此外，应加强护理，患者卧床休息，避免过早活动，严格控制饮食，忌服生冷油腻，并尽量减少突然改变体位和增加腹压的因素。

2．不稳定型　指内出血不多，无休克症象者；或内出血量较多，经抢救后血压平稳者，祖国医学称为血郁少腹。治宜活血祛瘀止血，一般仅需使用上述主方即可。护理仍按休克型处理，以后可适当增加活动量。

3．包块型　指宫外孕后形成包块者，或宫外孕未终止，孕卵继续成活者，祖国医学称为"癥瘕"。治宜活血祛瘀、破瘕消积，一般可用主方加攻坚药如三棱1～2钱、莪术1～2钱。如包块表浅而体弱不宜久用攻坚药者，可辅以外敷膏药：麝香2厘、樟脑2钱、血竭3钱、

松香3钱、银朱3钱。除麝香外，各药共研细面，置磁缸中，用时加热即成糊状，麝香后入。根据包块大小，将膏药摊白布上趁热贴于腹部即可。对孕卵未终绝者，可以主方加三棱、莪术及蜈蚣1条、牛膝2钱，煎服。因攻坚药久用可伤正气，必要时可酌加党参、黄芪等补气药。如用药后胚胎继续成活，包块逐渐增大，妊娠试验持续阳性，应考虑给手术治疗。

以上三型患者治疗过程中可并发大便秘结、鼓肠腹胀、胃脘不安甚至拒按等实症，称为腑实、治宜攻下通里。其中如属热实，可于主方中加大黄、芒硝或枳实、厚朴；如属寒实，则用九种心痛丸，即附子(炮)3钱、朝鲜参1钱、干姜1钱、吴茱萸1钱、狼毒(醋炒)1钱，巴豆霜1钱，共研细面，炼蜜丸如豌豆大，每次3～10丸，开水送服；而寒热夹杂者，可用大黄，芒硝佐以官桂。

思考题

宫外孕在临床上有哪些特点？

十二、葡萄胎

葡萄胎是一种异常妊娠。由于孕卵的绒毛呈水泡样变性，形成无数自针尖大小至葡萄大小的小囊肿，囊内充满液体，形状好似葡萄，故称为葡萄胎，又称水泡状胎块。在妊娠的前3个月较多见。胎儿多已被吸收，可能发生大量出血、恶变而危及孕妇生命。

症状

1. 有停经史。有较重的早孕反应，甚至早期出现妊娠中毒症。

2. 子宫往往超过正常妊娠月份大小，质地较软，摸不到胎儿肢体，听不到胎心音。

3. 不规则阴道流血，有时可见阴道排出水泡状组织物，且可伴有腹痛。

4. 小便妊娠反应呈强阳性，在妊娠3个月以后小便稀释200倍仍为阳性者即可确诊。

治疗

1. 明确诊断后立即送医院作刮宫术，一星期后再进行1次。如子宫过大，近乎7～8个月妊娠大小时，为避免大量出血，可行剖腹取出葡萄胎；必要时应切除子宫。

2. 刮宫后必须严密随访，拟定期作尿妊娠反应，开始每周1次，至阴性后改每月1次，半年后3月1次，1年后6月1次，直至2年。如尿妊娠反应阳性，必须作稀释试验；稀释后持续阳性，或阴性后再转阳性，应送医院进一步检查，以排除恶性变（绒毛膜上皮癌）的可能。此外，随访期间应注意有无不规则阴道流血、子宫增大、咳嗽咯血等，如出现这些症状，表示有恶性变可能，应送医院进一步检查。

3. 整个随访期间（2年）均应避孕，以免再度妊娠混淆诊断。

4. 祖国医学对本病的治疗以逐瘀下胎为原则，可用加味失笑散，即生蒲黄、当归、川芎、党参、白术各3钱，五灵脂、白芍、熟地各4钱，水蛭2钱，蜈蚣1条，紫草1两，水煎服。

思 考 题

葡萄胎有什么危害性？如何发现？

第五节 妇科常见疾病

一、月经失调

成年女子月经周期、月经量、经期异常改变或混乱，以及月经期前后出现某些特殊症状或体征，称为月经失调。由于生殖器官器质性病变引起的月经失调，称器质性月经失调。若生殖系统发育正常，而由于卵巢功能紊乱或身体其他器官疾病引起的月经失调，称为功能性月经失调。

（一）闭经

凡成年女性从来未有过月经（原发性），或者在月经周期

中没有怀孕的情况下3个月以上无月经(继发性)，均可称闭经。闭经是一种症状，常见原因有以下3种：

(1) 子宫内膜病变：结核性子宫内膜炎(详盆腔炎)。

(2) 卵巢病变：肿瘤，放射治疗，手术切除，功能失常。

(3) 垂体性病变：垂体萎缩，肿瘤，炎症等。

此外，妇女患慢性疾病、贫血、营养不良、内分泌失调以及先天性生殖器发育不良或畸形等，均可引起闭经。祖国医学认为主要由于冲任失调引起。

治疗 最好首先找到原因，然后进行治疗。常用的治疗方法如下：

1. 全身治疗 对贫血、营养不良、内分泌失调者，应加以纠正。患慢性病者，首先针对原发疾病治疗。

2. 内分泌治疗

(1) 雌激素（乙蔗酚）治疗：乙蔗酚1毫克，每日1次，共服20天，停药后3～5天可有月经来潮。

(2) 孕酮（黄体酮）治疗：用于闭经不超过6个月，可用黄体酮10毫克，每日肌肉注射1次，共注射3～5天，停药后1周内可有月经来潮。

(3) 雌激素和孕酮联合治疗(人工月经)：口服乙蔗酚1毫克，每日1次，共21天；口服乙蔗酚第16天开始肌肉注射黄体酮10毫克，隔日1次，共5次。停药后3～5天，可有月经来潮。

以上方法可在月经干净后重复治疗，共治疗3～6个月，往往可以恢复正常月经。

3. 辨证论治 祖国医学认为本病多见虚症，血瘀实症少见，故治疗中多以益气养血、调补肝肾为主，少加行气活血药。一般可分为：

(1) 气虚阳虚：证见经闭，面色㿠白，疲乏，四肢不温或浮肿，消化不佳，便溏，舌质淡，苔白，脉沉缓。治以益气温阳，用药可选择党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、当归、川芎、附子、牛膝等。通常可用参苓术草汤、右归饮加减。

(2) 血虚阴虚：证见经闭，面色萎黄或潮红，心悸少气，手足心热，舌苔中剥有刺，脉细。治以养血滋阴或养肝滋阴，用药可选择当归、熟地、白芍、柏子仁、泽兰、麦冬、山萸肉、茯苓、枸杞子等；如阴虚阳亢，加龙骨、牡蛎、钩藤、菊花；相火旺者，加黄柏、知母。通常可用柏子仁丸或六味地黄丸加减（方见 226 页）。

(3) 气血两虚：证见经闭，面色萎黄，头晕，耳鸣，心悸，气短，纳差，舌质淡，苔剥，脉沉细。治以益气养血，用药可选择黄芪、党参、白芍、茯苓、陈皮、当归、白术、沙参、麦冬等。通常可用养营汤加减（方见 1078 页）。

(4) 气郁：证见经闭，精神抑郁，易激动，善怒，胸胁胀痛，胸闷，嗳气，舌苔白腻，脉弦微数。治以疏肝解郁，用药可选择柴胡、香附、木香、陈皮、半夏、茯苓、当归、川芎等。通常可用舒肝散加减(方见 203 页)。

(5) 血瘀：证见经闭，小腹胀剧痛，胸腹胀满，舌质紫，脉沉涩。治以活血散瘀，用药可选择桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、山楂、肉桂、小茴香等。通常可用桃仁四物汤加减。

(6) 痰阻：证见经闭，体较肥胖，胸脘胀闷，嗜睡，倦怠，痰多作呕，口淡乏味，苔白腻，脉濡滑。治以化痰行滞，用药可选择苍术、香附、陈皮、半夏、川芎、牛膝、生姜等。通常可用导痰汤加减。

4. 新针疗法　中极、三阴交、血海、足三里、关元。用弱手法。

5. 其他治疗　如发现卵巢或其他部位肿瘤，以及生殖器先天性畸形等，有手术指征者，应及早施行手术治疗。

（二）功能性子宫出血

功能性子宫出血，主要表现为月经过多和行经期延长。祖国医学称为“崩漏”。大量的经血暴下，叫“崩”；周期过长，淋漓不断，称“漏”。临床上根据发病原因的不同，可分为二类。

1. 子宫内膜过度增生　绝大部分发生于卵巢功能成熟初期（青春期）或功能趋于衰竭的时期(更年期)。患者卵巢并不排卵。症状长达 10～20 天。可以为一段时间的闭经以后有大量出血，或长期出血。出血过多可引起贫血。

妇科检查找不到明显的器质性病变，子宫可能稍大，质软，有时有一侧或两侧卵巢稍增大。

应详细询问病史。一般未婚少女患本病较多，而在已婚妇女，则应首先想到病理妊娠、流产、宫外孕等，老年妇女应想到癌症，排除以上疾患和一些全身性原因后才可诊断本病。

2. 子宫内膜不规则脱落　月经周期正常，但经期延长，血量增加。大多数患者卵巢仍排卵。发生率较前一种为低，多见于生育能力旺盛的中年妇女，且常见于流产或足月产之后。

症状　很象“月经过多”，出血量增加，出血时间延长，一般在 8～10 天，长的可达 20 多天，间隔时间可缩短到 2～3 天。

治疗　首先要做好病人的思想工作，解除精神负担，调

动同疾病作斗争的积极性。

1. 全身治疗　改善营养，纠正贫血。

2. 内分泌治疗

(1) 黄体酮每日 5～10 毫克，连续注射 5 天，停药后 2～3 天可发生与月经相似的子宫出血，从而使功能性出血停止。

(2) 乙蔗酚每日 1～2 毫克，服后 24～72 小时出血停止，继续服用至 20～25 天停药，可产生月经样出血，流血 5～6 天后，再进行第二疗程。

(3) 乙蔗酚、黄体酮联合治疗(即人工月经，同前)。

(4) 丙酸睾丸素每日肌注 20～25 毫克，2～5 天内可止血，以后每周注射 25 毫克，每月总量不超过 300 毫克。

〔注〕 乙蔗酚（己烯雌酚），黄体酮（孕酮）、丙酸睾丸素等都是性激素类药物。乙蔗酚又名雌性素或求偶素，原为女性激素的一种，因此具有雌性激素的各种作用，临床用于治疗月经失调（痛经、闭经、子宫功能性出血）、子宫发育不全、绝经期综合征、老年性阴道炎、男子的前列腺肥大以及回乳等。黄体酮又名助孕素，也是女性激素的一种，可促进并维持妊娠前期与妊娠期的子宫变化，帮助胚胎正常生长和发育，可用于月经失调、先兆流产、习惯性流产等。还有一种安宫黄体酮，口服，作用同黄体酮，但效强 50 倍。丙酸睾丸素是男性激素，有促进男子性器官及副性征的发育和成熟，对抗雌性素、抑制卵巢及垂体功能以及促进蛋白质合成等作用，常用于男子性功能不足、子宫功能性出血、月经过多、儿童生长发育障碍、长期消耗性疾病消瘦以及卵巢癌的晚期。此外，尚有一种甲基睾丸素，作用与丙酸睾丸素基本相似，但为口服片剂。

3. 辨证论治　祖国医学认为，崩证有虚有实，漏症则虚多实少。虚证中以气虚、阳虚、血虚较为多见。实症中则

以血瘀、血热、气郁较为多见。崩与漏又可互相转化。因此，既要根据症状的轻重缓急，找出主要矛盾，进行辨证治疗，同时，也要注意到矛盾的互相转化，进行相应的处理。一般可根据出现的各种症状进行辨证施治，例如：

(1) 出血量多或持续不断，色淡白，自汗气短，颜面浮肿，腹胀便溏，舌苔白腻，脉虚弱者，认为是脾气虚弱，不能统血。治以补气温中，用药可选择党参、白术、甘草、陈皮、生龙骨、生牡蛎、炮姜炭、陈棕炭等。

(2) 出血持续不断，色淡或暗，少腹寒冷，腰背酸痛，恶寒，舌苔淡白，脉细弱，表现为机能不足，退行性病变。治以温肾补阳，用药可选择熟地、山萸肉、山药、杜仲、枸杞子、鹿角胶、血余炭、胡桃肉等。

(3) 出血量多而色淡红，面色萎黄，心悸，头晕目眩，舌质淡，脉细弱，系因心主血，脾统血，主统失司所致。治以补养心脾，用药可选择党参、白术、当归、白芍、茯神、枣仁、莲房、藕节炭等。

(4) 出血量多而色殷红，耳鸣，腰痛，脚跟痛，舌质红，脉细虚数，呈虚性亢奋。治以补肾滋阴为主，用药可选择熟地、沙参、山药、枸杞子、龟板、鳖甲、女贞子、墨莲炭等。

(5) 出血量多，色紫黑有块，块去痛减，下腹胀痛，拒按，舌苔灰暗，脉涩，为血瘀。治以活血祛瘀，用药可选择当归、川芎、赤芍、桃仁、土牛膝等。

(6) 出血量或多或少，或淋漓不断，胸闷胀满，乳房胀痛，头痛，舌苔淡黄，脉弦，系肝失条达。治以疏肝理气，用药可选择当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、香附、青陈皮、黑山栀、茜草炭等。通常可用舒肝散（即逍遥散）加减（方见208页）。

(7) 出血量多，色深红，面红，口干，渴欲冷饮，舌苔黄，舌尖红，脉数，系血热妄行。治以清热凉血，用药可选择生地、丹皮、黄柏、栀子、地榆、槐花、侧柏叶、大小蓟等。

4. 新针治疗　关元、血海、三阴交、太溪、合谷、足三里等穴，可选穴配组。

5. 其他治疗　已婚妇女必要时可作刮宫手术，特别子宫内膜不规则脱落者，刮宫往往可收到较好效果。经绝期妇女出血严重，久治无效者，可考虑子宫切除。

（三）痛经

凡在经期前后或在经期中发生腹部疼痛或其他不适，以致影响生产劳动者，均可称为痛经。大多发生在经前1～2天，或月经来潮的第一天开始，于经期中逐渐减轻消失。痛经部位在下腹部，也有放射到后腰部、上腹部、外阴、肛门及其他部位的。

痛经是一种症状，常见原因是盆腔炎症性充血、子宫颈管狭窄、子宫位置不正、内分泌紊乱、子宫发育不良等，但精神紧张在痛经发生中起着很重要的作用。凡月经初潮就开始疼痛的，多因精神紧张，内分泌失调或子宫发育不良，宫颈口狭窄等引起，称为原发性痛经。凡初潮以后，过一段时间发生痛经的，多因生殖器官炎症及子宫内膜异位症等引起，称为继发性痛经。

治疗

1. 原发性痛经　进行妇女卫生教育，消除青年患者对月经的恐惧，甚为重要。同时，经期适当防止过度劳动，给于一定的治疗，方法如下：

(1) 辨证论治：祖国医学认为经前或经期腹痛，多属实

证；腹胀痛属于气血瘀滞，胀甚于痛为气滞，痛甚于胀为血瘀。经后腹痛多属虚证，喜按喜热属于虚寒；经血过多，经后腹痛则属血虚。可根据出现的症状辨证论治：

① 经前或经期下腹胀痛，月经少而不畅，胀甚于痛，胀甚时连及胸胁，胸闷恶心，舌苔厚腻，脉弦，属于气滞。治以疏肝理气，用药可选择柴胡、当归、川芎、赤芍、小茴香、乌药、木香、香附、元胡等。

② 经前或经初下腹拘急，疼痛拒按，经行不畅，色紫而有凝血块，块下后痛减，舌正常或紫，脉沉涩，属于瘀血凝滞。治以活血行瘀，用药可选择当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、香附、肉桂、小茴香、干姜等。通常可用桃仁四物汤加减。

③ 经血过多，经后腹痛，头晕心悸，心烦少眠，舌淡苔白，脉沉细，属于血虚。治以养血益气，用药可选择当归、川芎、白芍、首乌、党参、白术、香附、元胡等。

痛经临床上常不是单纯的气滞、血瘀、血虚，治疗时往往活血药、理气药同时应用，随症加减。

⑵ 新针疗法：中极、关元、三阴交、足三里，或关元、关元俞。也可耳针子宫、交感，配皮质下、神门。

⑶ 激素治疗：适用于内分泌失调的病人，应谨慎使用。可在经前1周内给小量黄体酮或睾丸素。

⑷ 对症处理：给止痛药如阿斯匹林、去痛片等或解痉药如阿托品、颠茄等。

⑸ 手术治疗：已婚妇女如是子宫颈管狭窄引起痛经，可用器械扩张颈管。

2. 继发性痛经　查出原因，对症处理。如因子宫肌瘤等病变引起，应作手术治疗。其他治疗同原发性痛经。

（四）经前期紧张症

经前期紧张症指月经前一周或半月起，出现头胀、头晕、头痛、胸胁胀满、乳房胀痛或有小结节、浮肿、尿频、尿急以及胃肠道功能失调、脉弦等症状，月经来潮后就逐渐消失。常有痛经、不育及月经失调史。病因及发病原理不详，可能由于大脑皮层、植物神经系统及内分泌腺之间的调节机能障碍，引起体内雌激素和水、盐的代谢紊乱所致。祖国医学认为多系肝郁气滞所致。

治疗

1. 自月经下半周期开始吃少盐饮食。

2. 中医药治疗以疏肝解郁为原则，可用舒肝散（见208页）加减。

3. 如有浮肿，可服双氢克尿塞25毫克，一日3次，三天为一疗程；停药数天后可再重复应用。

4. 使用黄体酮，有促使钠盐排泄作用，可隔日肌注10毫克，共注5次。

（五）绝经期综合症

绝经期综合征有时也称更年期综合征，大多发生于自然绝经前后或人工绝经（如手术切除卵巢或放射治疗）之后的妇女，病因未详，一般认为卵巢功能减退或消失之后，雌激素水平降低，对垂体的抑制作用减弱，因而出现一时性垂体功能亢进，促性腺激素、促甲状腺激素及促肾上腺皮质激素均有所增加，以致甲状腺、肾上腺的功能也有亢进现象。这些内分泌功能的显著改变，影响神经系统，特别是植物性神经系统的调节作用，从而产生一系列内分泌、植物性神经系统功能紊乱的症状和体征。

症状 妇女在此期间，月经紊乱，情绪多不稳定，易激动，常影响睡眠，并有头晕、耳鸣、头痛、困倦、舌红、脉数等现象。最典型的症状为阵发性面部潮红、潮热，伴有出汗、畏寒或怕热，使患者烦躁不安，祖国医学称为阴虚火旺。由于卵巢功能减退，雌激素分泌减少，可使生殖器官、乳房渐趋萎缩，盆底肌肉及括约肌松弛，有的因而引起子宫脱垂、大小便失禁。病人有肢冷、腰部冷痛、舌淡、脉虚

弦等，祖国医学认为属于肾阳不足。当促肾上腺皮质激素过多时，还可产生高血压、肥胖、糖尿病等。

治疗

1．加强宣传工作，使患者了解这些生理上的变化是正常的必然过程，以后会逐渐消失，从而消除紧张心理。平时要有充足的睡眠，仍可从事适当的体力劳动和适当参加体育锻炼，保持身体健康。

2．药物治疗

(1) 适量应用镇静安眠药物。

(2) 使用雌激素，不仅可以供给体内雌激素的不足，且能抑制垂体功能，改善它与内分泌腺之间的相互调节作用。但不宜多用，应采取间歇性用药。一般可用乙烯酚0.5～1毫克，一日一次或数次，视病情而定。

(3) 雄激素与雌激素合用，可减少和避免子宫出血。因雄激素一方面能抑制垂体功能，一方面有促进蛋白质合成的作用，可解除一些神经症状，使人有舒适感觉。可服用甲基睾丸素5毫克，一日3次，症状改善后逐渐减量。

(4) 中草药治疗：属阴虚火旺者治宜滋阴降火，可用知柏八味丸，即六味地黄丸加知母、黄柏，或丹栀舒肝散，即舒肝散加丹皮、栀子；属肾阳不足者治宜补肾壮阳，可用二仙汤加减，即仙茅、仙灵脾、当归、巴戟肉各3钱，知母、黄柏各2钱，水煎服。或用金匮肾气丸（见226页）。

思考题

常见的月经失调有哪几种？试述其处理原则。

二、阴道炎

阴道炎是比较常见的病。虽然炎症在局部，但是往往引起不同程度的全身性变化，特别可反复发作，使患者思想负担很重。最常见的有滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎和老年性

阴道炎。

（一）滴虫性阴道炎

由阴道毛滴虫感染引起。祖国医学认为属“阴痒”、“带下”范围，认为多由于脏虚虫蚀，脾虚生湿化热，肝经郁热注于下焦而成。滴虫感染的途径有直接或间接两种。直接传染可通过性生活由男性传来，或由患者自身尿液粪便直接传染；间接传染则主要由患者或带虫者通过浴池、游泳池、公共厕所、浴具等传染他人。

症状 主要表现为白带增多，呈黄色泡沫状，往往流到外阴部，可刺激皮肤引起外阴皮炎或外阴搔痒，犹如虫爬感。如损及尿道口或膀胱，可出现尿频、尿急等尿路刺激症状。

妇科检查见阴道内充满黄色泡沫状液体，擦净后见阴道粘膜充血，有时有杨梅样出血点。

防治

1. 加强卫生宣传，平时注意个人卫生和公共卫生。每年进行妇科普查，发现滴虫患者应积极治疗。

2. 药物治疗

⑴ 滴维净：每天 1 粒，置于阴道后穹窿，10 天为一疗程。

⑵ 曲古霉素：每天 10 万单位，置于后穹窿，10 天为一疗程。

⑶ 灭滴灵：每服 200 毫克，一日 3 次，7 天为一疗程，对治疗伴有尿路感染者或男性患者比较好。

上述药物任选一种即可，放置药物前应以 0.5～1% 醋酸或 1:5,000 高锰酸钾溶液冲洗阴道。一疗程结束后，待下次月经干净后再行复查。因为常在月经来潮时复发，故必须连续三次阴性方算治愈；如为阳性，则再行第二疗程。

⑷ 中草药：祖国医学对本病以局部外治为主（内服法参见白带），常用的洗方有：

① 蛇床子、花椒、明矾、百部、苦参各5钱，煎汤乘热先熏后洗，每日早晚各一次，10天为一疗程。

② 狼毒、密陀僧、土槿皮、枯矾各4钱，煎汤熏洗，方法同上。

③ 大蒜头数只煎汤熏洗，每日一次，10天为一疗程。

④ 鸦胆子20个去皮，用水一杯煎至半杯，凉后将带线棉球浸湿，塞入阴道深处，隔8～10小时取出，每天1次，10天为一疗程。

（二）霉菌性阴道炎

由白色念珠状菌引起。念珠菌平时即寄生在阴道内，当阴道内糖元增多、酸性增强时即迅速繁殖，以致引起症状。故本病多见于孕妇、糖尿病患者，长期应用抗菌素或身体虚弱者亦容易发生。祖国医学对本病的认识与滴虫性阴道炎相似。

症状 外阴奇痒为霉菌性阴道炎的主要症状，多自小阴唇内侧开始，逐渐蔓延到外阴部，严重时可使患者坐立不安，影响睡眠。阴道分泌物呈白色豆腐渣样，于急性期后逐渐出现，但量并不太多。

妇科检查可见阴道、外阴部被一层白膜状分泌物覆盖，擦净分泌物可见粘膜充血红肿。

治疗

1. 用2％硼酸溶液或4％苏打水冲洗阴道后，涂1％龙胆紫，每天1次；或将碳酸氢钠0.5克置于阴道内，每天1次，5～7天为一疗程。

2. 制霉菌素1万单位塞阴道，每天1次，10天为一疗程。

3. 曲古霉素 10 万单位塞阴道，方法同上。

上述药物任选一种。

4. 中草药　将阴道用 4 %苏打水冲洗擦净后，局部涂一枝黄花浸液，10 天为一疗程。其它也可用治滴虫性阴道炎的方法治疗。

（三）老年性阴道炎

本病发生于绝经期后的老年妇女，因此时卵巢功能衰退，阴道上皮细胞萎缩，阴道酸度降低，容易使其它细菌丛生而引起炎症。本病在祖国医学中也属“带下”范围，认为多由于肝肾不足、湿热下注所致。

症状　外阴搔痒或呈灼痛感，有时也可无特殊症状。阴道分泌物呈黄色浆液状，有时呈血性，如有继发感染则呈脓性。必要时应涂片检查，以排除宫颈癌。

治疗

1. 一般以加强阴道的生理性保护作用为原则，可用 0.5～1%醋酸或 1:5,000 高锰酸钾溶液冲洗阴道后，将乙雌酚 0.5 毫克置于阴道内，10 天为一疗程。

2. 辨证论治

(1) 若带多兼见头晕目眩、耳鸣心悸、心烦易怒、腰酸口干、手足心热、舌质红、脉细弦，属肝肾不足，可用知柏地黄汤加减，即六味地黄汤加知母、黄柏各 3 钱，莲须、芡实各 4 钱，煅牡蛎 1 两。

(2) 若带多色黄如脓、秽臭，兼见胸脘不适、胃纳欠佳、舌苔黄腻、脉滑数，属湿热下注（相当于继发感染），治宜清热解毒利湿，可用止带方加减（见白带治疗）。

(3) 外治可用野菊花、紫花地丁、半枝莲、蛇床子各 1 两，苦参 5 钱，煎汤先熏后洗，每天 1～2 次，10 天为一疗程。

思 考 题

常见的阴道炎有哪几种？如何防治？

三、慢性子宫颈炎

子宫颈炎有急性和慢性两种。急性子宫颈炎大多由于分娩后子宫颈的裂伤受到感染而发生，表现为发热、子宫颈红肿并有大量脓性分泌物，可按一般急性炎症原则加以治疗。慢性子宫颈炎则可由急性发展而来，或因产褥期、月经期不注意卫生，阴道感染而直接引起，是妇科常见疾病，此处加以重点讲述。

症状 主要表现为白带多，呈黄白色、粘稠或脓样。严重者因宫颈重度糜烂，可有性交后少量出血。阴道窥器检查时，可发现宫颈糜烂，绕宫颈口有一片红色损害区，其上有小颗粒状的增生物，易出血；宫颈肥大，或有陈旧撕裂、外翻等情况，宫颈表面可有散在的腺体小囊肿，偶可见单个或多个息肉。

治疗

1. 1:5,000 高锰酸钾溶液坐浴或作阴道灌洗，或用蛇床子、黄柏、苦参、贯众各 5 钱，煎水冲洗阴道。

2. 在子宫颈上涂药，可选用：

(1) 子宫丸，每次 1 丸放于穹窿内宫颈旁，用带线纱布棉球塞住阴道口，至晚间自行取出，24 小时后再灌洗阴道。每周 1～2 次。

子宫丸成分：乳香 3.3 钱，雄黄 4.4 钱，冰片 3.5 钱，血竭 2.5 钱，钟乳石 4.3 钱，儿茶 3.6 钱，硇〔音挠，náo〕砂 3.5 钱，没药 3 钱，蛇床子 1.4 钱，章丹 1.55 两，白矾 1.35

两，麝香4分，硼砂4分，加蜂蜜半斤、花生油4两制丸。

(2) 蛇床子5钱、川椒3钱、白矾2钱、白藓皮3钱、硼砂5钱、苍耳子3钱，诸药烘干，碾为极细末，用阴道窥器暴露宫颈后，取适量涂于宫颈糜烂面（或做成坐药、胶囊让患者自己上药），后用带线棉球堵寒阴道，第二天取出，每周上药2次，8次为一疗程。

(3) 黄柏5钱、冰片8分、蜈蚣2条、雄黄1钱、青黛5钱，烘干碾细，用法同上。

(4) 0.5%新霉素棉球或青链霉素溶液棉球（青霉素应作过敏试验）贴于宫颈，每日1次，晚上由患者自行取出，5～10次为一疗程；或用0.5%氯霉素鱼肝油（或甘油）棉球（鱼肝油或甘油50毫升内含氯霉素250毫克），隔日1次，5次为一疗程。

以上药物应用期间应注意保持阴道清洁，避免性交，同时月经期或近月经期几天切勿上药。

3. 中草药治疗　祖国医学认为本病属于“湿热带下”，治宜清热解毒、利湿止带，可用加味止带方，即猪苓、茯苓、泽泻、茵陈、赤芍、丹皮、黄柏、山栀各3钱，车前子、牛膝各4钱，蒲公英、紫花地丁、红藤、败酱草各5钱，水煎服；或用紫花地丁、野菊花、半枝莲、黄柏各0.5～1两，水煎服，亦可煎汤熏洗阴部。

4. 重度糜烂或久治不愈的患者，可至医院试行电烙或硝酸银烧灼法治疗，必要时尚应作活组织检查以排除癌症；如宫颈有息肉，应手术切除。

预防　注意产褥期卫生，预防产褥感染。平时注意月经期卫生和性生活卫生。

思 考 题

怎样治疗慢性子宫颈炎？

四、盆 腔 炎

本病主要是指内生殖器（输卵管、卵巢、子宫）的炎症，由细菌感染引起。最多见的是化脓性盆腔炎，有急性和慢性两种。此外，结核性盆腔炎也可见到。细菌侵入的途径如下：

(1) 直接进入生殖器：例如性交时、月经来潮时或产后不卫生而直接到生殖器。

(2) 血液传播：其他器官感染而细菌进入血液，再到生殖器官，如结核性盆腔炎。

(3) 经淋巴系统：其他器官感染，通过丰富的淋巴系统而传到生殖器官。

祖国医学认为属于“月经不调”、“带下”、“痛经”、“癥瘕”等的范围内，认为多因湿热之邪内侵胞宫胞络，影响冲(脉)、任(脉)，使气血凝滞、阻塞不通所致。

(一) 化脓性盆腔炎

1. 急性盆腔炎

症状 急性盆腔炎常发生于产后、流产后、经期后，或妇科小手术后，多属实证。主要表现为：

(1) 发热，体温往往高达38～40℃，常伴有寒战、头痛、恶心等。

(2) 口干、引饮、腰酸、尿频急或短赤、排尿痛或有残留尿、苔黄腻、脉滑数有力。

(3) 腹痛，尤以下腹明显，但疼痛可以忍受。

(4) 阴道流出物增加，呈脓性或脓血性，味臭。

(5) 妇科检查，阴道内发热，有下腹触痛，拒按，双侧输卵管增粗，明显压痛，有时可摸到肿块，子宫较固定。

(6) 化验白细胞增多，中性白细胞增多。

治疗

(1) 控制感染：①青霉素20万单位，每6小时1次；链霉素0.5克，每日2次肌注。严重时可用四环素1克，加入5%葡萄糖水中静滴。②服用中草药，以清热解毒、活血化瘀为主，可用黄芩3钱、黄柏3钱、栀子3～5钱、败酱草3钱、柴胡2钱、茯苓3钱、川楝子3钱、元胡3钱，水煎服。③中毒症状明显者，可加用激素，如强的松5毫克，每日3次口服；或氢化可的松100毫克，加入5%葡萄糖水1,000毫升中静滴。

(2) 其他对症处理：①卧床休息，分泌物多者取半卧位，以利引流。②注意营养，供给足够水分，必要时补液输血。③解热止痛剂，如复方氨基比林2毫升，肌注；安乃近0.5～1.0克口服。④如有盆腔脓肿，应作切开引流。

预防 加强妇女经期、孕期卫生的宣传工作。产后及经期保持外阴部、月经带的清洁，不要盆浴。

2. 慢性盆腔炎

症状 可由急性盆腔炎发展而来，常因急性日久不愈而成脾肾不足的虚证或虚实夹杂证。主要表现为：

(1) 经常性下腹胀痛，喜热喜按，月经来潮时疼痛加剧，甚而不能参加劳动。

(2) 月经期延长或月经过多，白带增多。

(3) 时有低热。

(4) 常引起不孕症。

(5) 舌苔白，脉沉细。

(6) 妇科检查，盆腔内可触及肿块，输卵管明显增粗，宫体固定，阴道分泌物多。

治疗 首先应做好患者的思想工作，调动患者与疾病作斗争的积极性。在此基础上再采用以下中西医综合疗法：

(1) 中草药治疗，以破瘀理气、清化湿热为主，常用当归尾5钱，赤芍4钱，香附、延胡索、桑螵蛸、炙甘草各3钱，水煎服；或当归3～5钱，川断、山楂炭各5钱，生蒲黄、香附、苦参、赤石脂各3

钱，肉桂2钱，茯苓、元胡各3钱，水煎服。

⑵ 新针疗法：三阴交、关元、肾俞、中极、足三里等穴，可交替使用。或耳针子宫、卵巢、内分泌。

⑶ 拔火罐和推拿疗法。

⑷ 热敷：下腹部用炒离砂热敷，或热水袋热敷。

⑸ 痛经者，可口服安宫黄体酮2～6毫克，每天1次，自月经第六天起连用22天，共6个月。

⑹ 必要时适当应用抗菌素。

预防 积极治疗急性盆腔炎，防止转为慢性。其他措施详急性盆腔炎。

（二）结核性盆腔炎

本病大部分是由肺结核、肠结核、腹膜结核经血行或淋巴蔓延而来，祖国医学认为属于“血枯经闭”、“虚劳”、“不孕”等范围，临床多表现为阴虚内热。

症状 有以下特点：

1．不孕症 由于结核菌病灶在生殖器官内发展，使输卵管闭锁妨碍卵子的输送，以及子宫内膜破坏，影响受孕卵着床。

2．月经失调 初期由于炎性反应使内膜增生，故月经量可以增多，经期延长。到晚期由于内膜萎缩，故经量逐渐减少，甚而发生停经（“干血痨”）。

3．下腹坠痛 经常性下腹部胀痛，月经来潮时反而加剧。

4．全身症状 低热、乏力、食欲不振，以及慢性消耗症状。

5．妇科检查往往发现两侧输卵管增粗，压痛，表面不光滑，周围有粘连。必要时可作阴道涂片检查或分泌物培养，找结核菌，以助确诊。

治疗

1．抗结核治疗 链霉素0.5克，每天2次肌注，用2～3个月；并加异烟肼0.1克，每日3次，服1年。对氨水杨酸钠2克，每日4次，服6个月；并加用异烟肼（剂量同上）。

2．中草药治疗 以养阴清热或理气化瘀为主，常用当归5钱，百

部、白芍、柴胡、白薇各3钱，生鳖甲5钱，生牡蛎1两（先煎），丹参5钱，香附3钱；有包块加肉桂2钱、茯苓3钱，水煎服；也可用山药1两、炒芡实6钱、黄柏2钱、车前子3钱(包煎)、白果10枚，水煎服。

思 考 题

慢性盆腔炎如何诊断、处理？

五、子宫脱垂

子宫位置低于正常（正常时子宫颈外口平坐骨棘平线），称为子宫脱垂，祖国医学称为“阴挺”。根据子宫下降的程度，临床上可分为三度：第一度子宫虽下降，但宫颈仍在阴道内；第二度子宫颈或部分子宫体已露于阴道口外；第三度子宫颈及子宫体全脱出阴道外，此时常伴有膀胱或直肠膨出。

引起子宫脱垂的主要原因为子宫韧带松弛、阴道和会阴等软组织在分娩时裂伤而未加缝合等，使子宫失去了悬吊和支持，以及生育过多、产后过早参加劳动、长期慢性咳嗽、便秘等使腹压增加等因素。祖国医学认为多系患者平素中气不足，或分娩时用力过度，生育过多，产后过早劳动等，以致气虚下陷而起。在万恶的旧社会，由于剥削阶级的残酷剥削和压迫，广大劳动妇女在分娩时大多用旧法接生，会阴损伤得不到及时处理，产后又因生活所迫，过早参加重体力劳动，因而子宫脱垂发病率很高，所以这也是一种阶级压迫病。解放以来，在毛主席和共产党的英明领导下，劳动人民过着幸福的生活，农村中普遍推行新法接生，产后得到适当休息，以及开展计划生育，本病的发生已大大降低。

症状 患者大多有不同程度的阴道肿物突出和腹部下坠感，并伴有腰背酸痛，每于站立过久、走路或劳动时加剧，平卧后可减轻或消失。严重者可因膀胱膨出及尿道变位而出现尿频、排尿困难或尿失禁；伴有直肠膨出者还可出现便秘。三度脱垂者因整个子宫脱出，宫

颈瘀血，与衣裤磨擦而发生浅在溃疡，分泌物增加，十分痛苦。

治疗 应根据具体情况，采用中西医综合疗法。

1. 新针疗法 选用：(1)维胞、关元、三阴交、百会；(2)曲骨、关元、阴陵泉；(3)维胞、曲骨、阴陵泉。三组穴位可交替进行，强刺激。或针维胞，气海针后加灸。还可耳针子宫、皮质下、内分泌。

2. 中草药治疗 以补中益气、升提收摄为主，可选用：

(1) 补中益气汤（方见219页）。

(2) 党参、升麻、甘草等量研末，炼蜜为丸，每服3钱，日服2次。高血压者慎用。

(3) 金樱子根、棉花根各2两，枳壳5钱，水煎服。

(4) 若并发感染或溃疡时，轻则用上方加黄柏3钱、车前草1两；重则宜先清利湿热，可用龙胆泻肝汤（见210页）加减，煎服或局部熏洗，待炎症痊愈后再用补气升提药。

3. 上子宫托 适用于第一、二度脱垂者，应至医院检查，选择合适的应用，并指导患者每天将宫托取出洗净放回。月经期及妊娠3个月后停放。

4. 骨盆底肌肉运动锻炼（束肛运动） 患者取自然体位，练习忍住大便或小便的动作，继而放松，如此一松一紧，每天2次，每次10～15分钟；或者患者坐于凳上，两小腿交叉，两手不扶东西站起，随后又坐下，如此反复动作多次。这样锻炼可使盆底肌肉紧张度增加，提高疗效。

5. 局部用药

(1) 阴挺丸：雄黄3钱、铜绿5钱、五味于5钱、煅白矾6两、桃仁1两(去皮)，研末（留5%雄黄为衣），以蜂蜜3两炼丸，每丸重4钱，外包雄黄衣。将此丸每隔3～4天塞入阴道1粒，4粒为一疗程，停药3～5天，再行第二疗程，共用3个疗程。其间如出现溃疡，立即停药。药物副作用为阴道粘膜肿胀，分泌物增多，局部有灼热和疼痛感，下腹坠胀，腰酸，头晕，有的患者尚出现腹泻、腹痛等肠胃道症状。肠胃道疾病，子宫颈糜烂、阴道溃疡者，必须愈后才能用药。

(2) 蓖麻仁柱：蓖麻仁1斤，洗净，捣成半碎状，炒至黄色（避免

出油过多），然后制成圆柱状，每个重8钱，用消毒纱布包好备用。洗净外阴部及子宫脱垂部后取1个放入阴道，带上消毒垫纸。每天1次，5～7天为一疗程。也可用蓖麻仁捣烂敷百会穴。

(3) 有子宫颈糜烂者，按宫颈炎原则处理。

6. 如经上述综合疗法无效，可进行手术治疗。

预防 主要是大力提倡新法接生和计划生育。医务人员在处理分娩时，尽量保护好会阴，避免产道损伤；如有损伤，及时缝合。同时，妇女在产后应有适当的休息，避免过早参加重体力劳动。

思 考 题

怎样来判断子宫脱垂？试述其处理原则及预防方法。

六、白带过多

在正常情况下，妇女阴道内可有少量带白色的分泌物，分泌物主要来自子宫内膜腺。此种分泌物呈酸性，有杀灭细菌作用，通常就称为“白带”。在某些生理状况下，如青春期、妊娠期和月经前期，由于生殖器充血，阴道渗出物和腺体的分泌物增加，可使白带增多，这是正常现象。这种白带多为粘液性，无臭味。如果排除上述原因，出现白带过多，或其性质发生了变化，就往往属于病理状态，祖国医学称为“带下”。病理性的白带过多常见于下述情况：

1. 生殖器感染，如阴道炎、宫颈炎、子宫内膜炎、盆腔炎等，白带往往呈脓性。

2. 生殖器肿瘤，如子宫肌瘤、宫颈癌等，白带也往往呈脓性，且混有血液，并有恶臭。

3. 全身性的原因如身体衰弱、性刺激过多等，也可因局部充血而出现白带过多，但多呈粘液性。

祖国医学认为带下主要是由于任（脉）、带（脉）失调

和脾失运化，湿邪易侵易聚，下注而成。湿可兼热或寒。湿热白带多属于急性炎症，证见带色黄、粘稠如涕如脓、有臭秽气、或兼血红色、下腹胀痛或有烦躁感、小便频急短赤、舌红苔黄厚腻、脉滑数；寒湿白带，多属于慢性炎症，证见带色白、质清稀、量多有腥臊气，兼见面色苍白、精神萎靡、下腹隐痛或冷、舌淡或胖、苔白厚腻、脉沉缓。

治疗 生理变化引起的白带过多，无需治疗。病理性的白带过多，则应根据原因进行治疗；在治疗原发疾病的同时，可采取以下一些方法：

1. 辨证论治 以健脾、除湿为主，可用完带汤加减，即党参、白术、白芍、山药、苍术、陈皮、柴胡、黑荆芥各3钱，车前子4钱，甘草1钱，水煎服。若湿热重加银花藤1两、蒲公英8钱、椿树根白皮5钱，或合二妙散(黄柏苍术)；若寒湿重加白芷、艾叶各3钱，日久质清稀如水，兼有腰部疲痛，则原方去柴胡、车前子，加韭菜子、菟丝子各4钱，覆盆子5钱。

2. 中医药验方

(1) 湿热白带：向日葵梗5钱、忍冬藤1两，水煎服。也可用成药白带丸（由墓头回、黄柏等组成）每日3次，每次4～6片。

(2) 寒湿白带：①桑螵蛸5钱、益母草1两，大红枣1两，水煎服。②海螵蛸3钱、十大功劳叶5钱、米仁1两，水煎服。③香白芷1钱、香附5钱，水煎服，并可用药渣水温洗二足。

3. 新针疗法 针刺气海、环跳，气海加灸；或耳针子宫、内分泌、卵巢。

预防 注意妇女卫生，保持外阴部清洁，经常换洗内裤。

思 考 题

试述白带的原因及其治疗。

〔附〕 妇 科 检 查

妇科检查是诊断妇产科疾患特有的检查，一般应从严掌握。特别未婚女子，尽量不作检查；如因故必须检查时，应先征得本人及其家属同意。检查前患者必须排空小便。有阴道流血者，应先消毒外阴，再进行检查。月经期间应尽量避免检查。

检查时，患者仰卧于妇科检查台上，头下垫低枕，臀部和台边相齐，两腿分开，膝部弯起，使腹部肌肉尽量放松。然后按下列步骤进行：

1. 外阴检查　注意发育是否正常，阴毛多少，有无畸形、炎症、白斑（可为癌前期症状，应提高警惕），会阴有无破裂，前庭尿道口周围有无潮红炎症以及处女膜是否完整等。

2. 阴道检查　检查者戴上手套，将食指和中指涂上润滑油，慢慢伸入阴道。注意阴道的宽度、长短，有无触痛、阴道部膨出或阴道中隔。注意子宫颈的位置、大小、硬度和有无触痛。

3. 阴道腹部双合诊　将伸入阴道的二指仍放在阴道内，将另一手放在下腹部轻轻加压作双合检查。应注意子宫体的大小、位置、形状、硬度、有无触痛和活动性等，并检查两侧附件（输卵管和卵巢）。检查时，将伸入阴道内的两指将宫颈、宫体往头的方向推，放在腹部上的手则自上向下压，内外两手联合检查（图 13-26）。一侧检查完毕后然后移动手指（腹壁上的手相应配合），检查两侧附件（图 13-27）。正常输卵管和卵巢不能摸到，两侧穹隆软而无触痛。如果附件有病变，可以触知疼痛或肿块。

4. 阴道直肠腹部三合诊　以右手食指伸入阴道内，中指伸入肛门内，另一手放在下腹壁轻轻加压（图 13-28）。如此联合检查，更能清楚地探查盆腔内的情况。

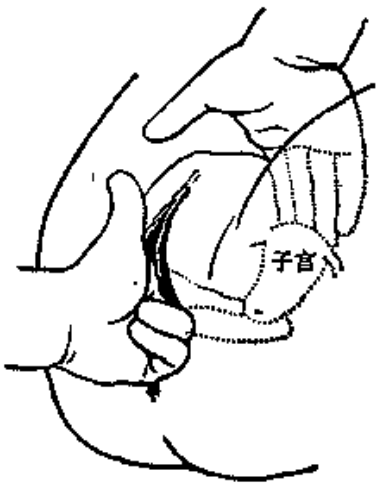


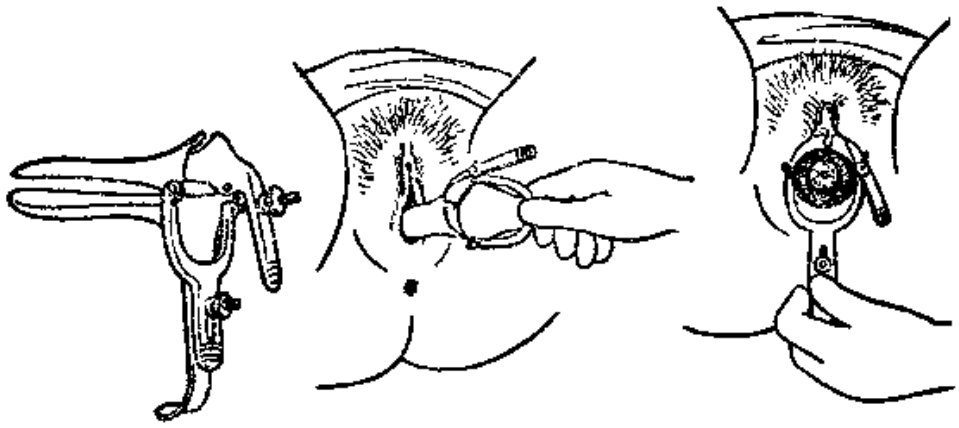
图13-26　阴道腹部双合诊

图13-27　双合诊检查附件

图 13-28　阴道直肠腹壁三合诊

5. 直肠腹部双合诊　适用于未婚女子（因不宜作阴道检查）。以右手食指伸入肛门内，另一手放在腹壁，轻轻加压联合检查。

6. 阴道窥器检查　将阴道窥器蘸以润滑油，先倾斜地放入阴道，然后放平，顺阴道插至后穹隆，然后退出一些，慢慢张开两叶，暴露子宫颈，固定（图13-29）。检查时，注意子宫颈的大小、形状、颜色、外口形状，有无糜烂、息肉和旧的裂伤。并注意阴道部有无红肿，溃疡及分泌物的色、量和臭味等。未婚女子非特殊情况并经患者和家长同意，不准作此项检查。



(1)阴道窥器　　(2)斜向放入　　(3)暴露子宫颈

图 13-29　阴道窥器检查法

病例讨论一

周××，女，26岁。记录日期1969年7月16日。

主诉：阴道出血半月余，近2天出血增多。

病史：末次月经今年5月26日来潮5天干净。半月前阴道有少量出血，小腹轻微胀痛，无恶心、呕吐及腹泻，认为是月经来潮，故未就诊医治。近10天来感疲乏，食欲减退，仍有断续少量阴道出血。昨天上午劳动后不久出血增多，疲乏而休息在家。今晨起发现阴道有紫血块落出，出血更多，并有头晕。不发热。小便正常。患者以往身体健康。月经史：$16-\frac{3\sim7}{28\sim34}$，量中等，色暗红，稍有痛经，白带少。

患者于今年5月1日结婚。爱人体健。

检查：精神较萎软，面色稍苍白，发育中等，神志清楚，检查合作。体温36.8℃，脉搏82次/分，呼吸20次/分，血压100/64毫米汞柱。头面五官无异常发现。心肺正常。腹软，平坦，肝、脾摸不到。下腹部有轻度压痛，无肌紧张及反跳痛，肠鸣音存在，不亢进。肾区无叩痛。外阴部及衬裤内有血迹，阴道有少量鲜血滴出，未作妇科检查。也未作任何化验。

"赤脚医生"同志：你考虑该患者患了什么病？诊断依据是什么？

进一步应该如何处理？

病例讨论二

在赤脚医生病例讨论会上，东海大队的赤脚医生小刘向大家介绍了她在县人民医院妇产科学习时遇到的一个病例：

蒋××，女，32岁，已婚，1971年12月28日来院急诊。患者于二小时前开始剧烈腹痛，整个腹部都痛，但以右下腹为甚。同时脸色萎黄，额出冷汗，手足发冷，头晕眼花，几乎晕倒在地，平卧后稍好。阴道有少量流血。追问病史中平时即有不时下腹胀痛史，月经来潮时更甚，同时月经不规则，白带较多。这次闭经二月，以前也有过并月。未生育过。爱人在外地工作，体健，今年国庆节曾回家探亲。

检查：体温37.5℃，脸色黄、结膜、指甲苍白，脉细弱，100次/分，血压80/60毫米汞柱。心肺无特殊所见。腹部稍膨，有弥漫性压痛，以右下腹为甚。肝脾未触及。腹部有少量移动性浊音，肠鸣音减退。妇科检查：……。

诊断：……。

处理：……。

赤脚医生同志，对这个病例，你的诊断是什么？有何根据？应该怎样处理？

第十四章　肿瘤防治知识

肿瘤是在某些致病因素作用下，人体部分组织细胞出现的异常的过度增生。身体各种组织都能发生肿瘤。病因尚不大清楚。

肿瘤，主要是恶性肿瘤，是一种严重危害人民健康的疾病。过去，资产阶级“权威”们只为城市少数资产阶级老爷服务，丝毫不关心劳动人民的健康；遇到患严重肿瘤的劳动人民，根本不积极给予治疗，冷酷地判为“不治之症”，推出门外了事，使许多本来可以治好的阶级兄弟姐妹，遭到不应有的痛苦甚至牺牲。无产阶级文化大革命以来，广大革命医务人员以毛泽东思想为武器，敢想、敢干、敢闯、敢革命，在防治恶性肿瘤例如食管癌、绒毛膜上皮癌、子宫颈癌、肝癌、白血病等方面，作出了不少成绩。完全可以相信，在毛主席革命路线指引下，我国人民，一定可以在不远的将来攻克肿瘤这个顽固堡垒。

肿瘤的分类方法，通常有两种：

1. 按照肿瘤构成的组织，大致可分为：

(1) 来自上皮组织的肿瘤，如乳头状瘤、各种癌症等；

(2) 来自结缔组织的肿瘤，如纤维瘤、肉瘤等；

良、恶性肿瘤的区别

良　性　肿　瘤	恶　性　肿　瘤
1.生长慢	1.生长快
2.膨胀性生长，多有完整的包膜，和周围组织分界清楚	2.浸润性及膨胀性生长，破坏周围组织，多无包膜形成，边界不清楚
3.可以达到巨大体积	3.很少达到巨大体积
4.不转移，手术切除后一般不复发	4.转移，治疗后常复发
5.一般不影响全身状况	5.晚期严重影响全身状况，引起恶病质；如早期未作彻底治疗，最后多导致死亡

(3) 来自血管的肿瘤，如血管瘤；

(4) 来自肌肉组织的肿瘤，如子宫肌瘤、平滑肌瘤等；

(5) 来自神经组织的肿瘤，如神经纤维瘤等。

2. 按照肿瘤的生长特性、临床表现、对人体的危害程度等，可分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类。

肿瘤的良性恶性是相对的，有些肿瘤长在重要脏器内（如脑瘤），即使是良性瘤，不及时治疗，也可产生严重后果；其次，某些良性瘤可转变为恶性瘤。另一方面，有些恶性肿瘤（如子宫颈癌），发展较慢，只要早期发现、及时治疗，是可以治愈的。

一、常见的体表良性肿瘤

1. 皮脂腺囊肿（粉瘤） 由于皮脂腺阻塞而成，多发于颜面、头、颈、背部等处。为高于皮肤的小肿块，质软，与皮肤粘连，但基底不粘连。内有豆腐渣样物，有时可感染化脓。

治疗：主要是手术摘除。如有感染，早期可适当选用抗菌药物、外敷等；一旦化脓，则应切开引流，并注意把瘤的囊腔清除，以防复发。

2. 脂肪瘤 是皮下脂肪组织发生的良性瘤，生长缓慢，大小不等，质软而分叶，与皮肤不粘连，推之能活动。多见于肩、背、臀部等处。

治疗：手术摘除。巨大的脂肪瘤手术时应注意止血，避免损伤大血管和神经。

3. 纤维瘤 由纤维结缔组织构成，体表纤维瘤位于皮下，质硬，常为圆形，边界清楚，与皮肤不粘连。多见于腿、膝、肘等处。

治疗：手术摘除。

4. 腱鞘囊肿 好发于腕、肘、踝、膝、肩等多活动的关节处。为高出皮肤的小肿块，与表皮不粘连，生于肌腱上，质地坚硬，推之不易活动。

治疗：最好手术摘除，应尽量小心，使之包膜完整地摘出。对于小的腱鞘囊肿，也可将其用力挤破，然后注入醋酸氢化可的松0.5～1

毫升(以适量普鲁卡因混和)；必要时可重复1～2次。如此法无效，则应手术。

5. **血管瘤** 是一种由血管组织所形成的良性肿瘤。可分为毛细血管瘤和海绵状血管瘤两类。是婴儿和儿童常见的肿瘤。

毛细血管瘤常见于脸面皮肤内，边界清楚，呈鲜红或暗紫色，直径一般2～4厘米左右，略高出皮肤。有时能自行消退。

海绵状血管瘤系呈局限隆起的肿团，形状不规则，边界不清楚，呈蓝或紫色，柔软易被挤缩。

治疗

1. 硬化剂注射 常用于海绵状血管瘤。用5%鱼肝油酸钠，根据瘤体大小，每次用0.5～3毫升，注入瘤体，每隔1～2星期注射一次。注射后局部加以压迫。此法简便、经济，有一定效果。

2. 手术治疗 对一些浅表面较小的血管瘤可用手术摘除。

3. 冷冻法：用固体二氧化碳冷冻治疗毛细血管瘤效果较好。

4. X线放射治疗 有条件的地方可采用。

二、恶性肿瘤

恶性肿瘤可分为癌和肉瘤两类。来自上皮组织的恶性肿瘤，称为癌，如胃癌、子宫颈癌、肝癌等，多见于中、老年人。来自间叶组织的恶性肿瘤，称为肉瘤，如平滑肌肉瘤、脂肪肉瘤、骨肉瘤等，多见于青少年。癌比肉瘤多见。

恶性肿瘤生长迅速，早期大多没有明显症状，因此常被忽略，而当临床所见明显时，往往已发展到晚期，肿瘤已向身体其他部位和器官蔓延、转移（通过直接浸润、淋巴、血行等途径），造成治疗的困难。所以，提高对恶性肿瘤的警惕性，对可疑的病人加强观察、检查，尽力做到早期诊断，及时治疗，开展肿瘤普查工作，是防治恶性肿瘤的一项重要措施。

（一）常见恶性肿瘤

据上海市1965年的统计，最常见的恶性肿瘤按照其发病率高低，

依次为子宫颈癌、胃癌、肺癌、食管癌、肝癌、乳腺癌、结肠及直肠癌、鼻咽癌和白血病等，现简述如下：

1. 子宫颈癌 多见于绝经期前后的妇女，其发生与早婚、多产、慢性子宫颈炎、丈夫包皮垢[音够，gòu]的刺激等因素有关。早期可有性交后出血、白带增多并带血，此时易被忽视，故应大力开展防癌宣传，出现上述症状及时到妇科去检查。晚期则有反复不规则的阴道出血，伴有脓血样恶臭白带，病人逐渐消瘦和贫血；如侵犯盆腔，则有腰痛、下腹疼痛；如侵犯直肠、膀胱，则有大小便异常；如通过淋巴、血行等转移至锁骨上淋巴结、肺、骨、肝等处，则可出现相应的症状。

阴道检查见宫颈凹凸不平，呈菜花状，硬而脆，易出血，子宫固定。必要时可作阴道涂片检查或宫颈活组织检查，以便确诊。

2. 胃癌 以40岁以上男性多见，好发于胃的幽门部及小弯侧。慢性胃炎（特别是萎缩性胃炎）与胃癌的发生有一定关系，部分胃溃疡病人经久不愈，也可以恶变而发展成胃癌。早期可有消化不良、上腹不适、腹胀等症状，易被病人和医生忽视，或误诊为“消化不良”、“溃疡病”等。晚期则上述症状加剧，并可有上腹部不规则疼痛，反复出现柏油样大便或呕吐咖啡样物等消化道出血征象，病人迅速消瘦和贫血。上腹部可摸到肿块，质硬，有压痛。左锁骨上淋巴结常肿大。若肿瘤位于幽门或贲门部，则可早期出现梗阻症状。X线钡餐检查或纤维胃镜检查有助于早期诊断。

3. 肺癌 多发生在40岁以上的男性，与长期吸烟、工业废气刺激、尘肺、慢性支气管炎、支气管扩张等因素有一定关系。早期症状不明显，可表现为咳嗽、血痰、胸痛等。以后，症状逐渐加剧，并出现发热、消瘦、乏力等。同时，因癌肿压迫较大支气管，可出现气急；癌肿侵及胸膜，可出现血性胸水；癌肿转移至淋巴结，使淋巴结肿大而产生相应的邻近器官压迫症状；严重者癌肿可转移到脑，而出现头痛、头晕、呕吐昏迷等症状。X线检查、痰液癌细胞检查，对早期诊断有很大帮助。

4. 食管癌 好发于40岁以上的男性，北方比南方多见。其发生

可能与长期饮酒、爱吃烫食和酸菜、进食过快、口腔不卫生等有一定关系。早期症状仅有进食时胸骨后(或心窝部)不适，闷胀感或针刺样、烧灼样疼痛，以及持续性的吞咽异物感。进一步发展，则出现本病的典型症状——进行性吞咽困难，开始为进干食困难，继而半流汁，最后流汁、开水都难通过。同时可有反食、脱水、营养不良等出现，患者迅速消瘦、衰弱。X线钡餐检查、食管脱落细胞检查是早期诊断常用的方法，必要时可作食管鏡或纤维食管鏡检查。

5. **肝癌** 任何年龄均可发生，但以30～60岁男性多见。常在肝硬化基础上发病，但与长期肝炎或肝肿大，肝吸虫病，以及某些生物、化学、物理因素的慢性刺激，也有一定关系。早期可无明显症状或仅有消化不良、上腹饱胀不适、上腹刺痛等，此时即应提高警惕；如为肝硬化或慢性肝炎病人，症状突然加剧，更应注意。以后，可出现肝区明显疼痛，肝脏进行性肿大，质坚硬，有触痛；患者消瘦、乏力，甚至恶心、呕吐、腹泻、发热等。晚期常可出现黄疸、腹水和食管静脉曲张破裂出血、肝昏迷等并发症。诊断主要是根据病史和肝脏触诊，必要时可作超声波检查、同位素检查及X线透视等。甲种胎儿球蛋白测定对诊断有一定价值。

6. **乳腺癌** 是女性中发病率仅次于子宫颈癌的恶性肿瘤，多见于绝经期前后的妇女。它的发生与内分泌紊乱及某些乳腺疾病有关。早期可发现乳房上有单个无痛、质硬的肿块（检查时应用手掌触摸，不宜用手捏），活动度大；当肿瘤侵犯皮肤时，如将乳房轻轻上抬，可见表面皮肤被牵引而呈浅的凹陷，即所谓“酒窝”征。到了晚期，则瘤体与胸壁固定，表面不平，并出现乳头内陷，皮肤象橘皮样（“橘皮”征），周围可有小结节，是淋巴播散所致；以后，可破溃流血，有恶臭，同侧腋下可摸到肿大的淋巴结。病人逐渐衰弱，出现恶病质，并可发生肺、骨胳等处转移病灶。

积极开展卫生宣教工作，普及本病防治知识，使广大妇女学会检查自己的乳房，是早期发现乳腺癌的好方法。对于一时不能确诊的乳房肿块，应及早去医院诊查和作活组织检查。一经确定，应即手术。

7. **结肠及直肠癌** 多见于30～50岁的男性，大多发生在距肛门

25厘米以内的范围内。其发生与肠息肉、经久不愈的肛瘘、慢性溃疡性结肠炎以及慢性血吸虫病有一定关系。症状可因癌肿部位的不同而异：右侧结肠癌主要表现为贫血、乏力、体重减轻、食欲不好、腹胀不适等全身症状，随着病变的进展，可出现右下腹隐痛、腹泻、便秘（或腹泻、便秘交替出现）；检查可扪及右下腹部肿块，伴轻度压痛。左侧结肠癌主要表现为大便次数增多，大便带血及粘液；当癌肿增大时，可发生肠梗阻，出现腹胀、便秘、腹部阵痛等，检查见腹部膨隆并伴有肠型，肠鸣音亢进。直肠癌初起没有什么不适，以后逐渐出现下坠感，大便带少量粘液；至癌肿长大表面溃破后，则出现大便带血，粘液增多，大便变细，次数增多，甚至里急后重；如不及时治疗，也可导致肠梗阻，或侵犯其他组织而出现相应症状，如癌延至周围的骶神经丛而出现剧痛，累及前列腺或膀胱而出现尿频、排尿不畅或血尿，远处转移至肝脏而出现相应的症状等。肛管癌主要症状为便血、疼痛，大便时加剧；如癌肿侵犯肛门括约肌时，出现大便失禁，转移至腹股沟淋巴结时，可触及肿大而质硬的淋巴结。

诊断可根据症状，并作直肠手指检查、乙状结肠镜检查和活检、X线钡餐灌肠检查等，以手术治疗为主。

8. 鼻咽癌 大多发生在30～50岁之间，南方比北方多见。早期主要症状是鼻塞和少量鼻出血。以后可出现耳鸣、耳聋（堵塞咽鼓管引起），并因早期淋巴转移而出现颈部肿块（可为病人前来就诊的第一个症状）。到了晚期，常因颅底骨质、颅神经受侵犯而出现头痛及相应的颅神经压迫症状。鼻咽镜检查、颅神经检查、耳道及鼻腔检查、颈部触诊等，是诊断鼻咽癌的有效方法，必要时可作活组织检查或X线摄片检查。

9. 白血病 是造血系统的恶性肿瘤（也有人认为它不属于肿瘤，是一种异常的白细胞过度增生性疾病），多见于青壮年及儿童。其特征为人体中白细胞极度增生，影响全身各脏器（特别是骨髓、肝、脾），血液循环中出现多量幼稚型白细胞，并常伴白细胞计数显著增高。它的发生，与病毒、放射线和某些化学药物有一定关系。临床症状主要是发热，贫血，出血，以及肝、脾、淋巴结等造血系统有关器官肿大。

白血病可分急性和慢性两种。急性白血病起病急，发热、贫血、出血等症状明显，而肝、脾、淋巴结肿大较轻，当病变侵及关节时可引起关节疼痛，还可因口腔、咽喉或肺部感染而产生相应症状。慢性白血病起病缓慢，初期主要表现为易疲倦、乏力、贫血等，肝、脾、淋巴结肿大较明显，以后可因继发感染而出现有关症状。诊断主要为血化验检查，必要时作骨髓穿刺检查或淋巴结穿刺检查，以便确诊。

（二）恶性肿瘤的治疗原则

1．充分调动病人和医生两个积极性　恶性肿瘤是严重危害人民健康的疾病，赤脚医生和专职医务人员，必须怀着对广大工农兵病人深厚的阶级感情，狠批刘少奇、林彪的反革命修正主义卫生路线，立下雄心壮志，定要攻克恶性肿瘤这个顽固堡垒。在治疗中，要把革命干劲和科学的实事求是精神结合起来，敢想敢干，力争做到早期发现，早期治疗，彻底根治。要遵照毛主席关于“**外因通过内因而起作用**”的教导，充分调动病人的主观能动性，和他们一起学习毛主席著作，以毛泽东思想为武器，发扬“**一不怕苦，二不怕死**”的彻底革命精神，煥发起机体内部旺盛的抗病因素，并积极配合治疗，与疾病展开顽强的斗争。

2．整体观念，具体情况具体分析　人是一个完整的有机体，人体某一部分发生肿瘤，可影响到整个身体或其他器官，而全身的状况又会影响到局部肿瘤的变化。因此，在治疗中，必须妥善解决局部与整体的关系。决不能象过去那样，只满足于治疗局部病灶，运用“单打一”的方法。而应把各种治疗方法很好地结合起来。同时，由于目前治疗方法较多，肿瘤的性质和各人的机体状况又有所不同，所以治疗中不能千篇一律，而应具体情况具体分析，根据不同的病人和病情灵活掌握。

3．中西医结合　以往，恶性肿瘤单纯应用西医疗法，不是手术就是放射治疗或应用西药，往往不能取得满意的疗效。无产阶级文化大革命以来，广大革命医务人员遵照毛主席关于“**用中西两法治疗**”的教导，中西医团结合作，创造了许多行之有效的治疗方法，抢救了不少阶级兄弟的生命。事实证明，要攻克恶性肿瘤这一堡垒，非走中西

医结合这条道路不行。

现将目前常用的中西医治疗方法介绍如下，可供选用：

(1) 中草药：民间积累有丰富的中草药治癌经验，应当进一步加以发掘提高。例如：治肝癌的半枝莲、猪殃殃、垂盆草、天胡荽、半边莲、七叶一枝花、平地木等；治肺癌的半枝莲、鱼腥草、蛇六谷、杏香兔耳风、米仁、漏芦、蜂房、芦根等；治宫颈癌的半枝莲、凤凰草、蛇头回等；治食管癌的半枝莲、石见穿、急性子、藤梨、鬼针草、黄药子等；治胃癌的藤梨、水红菱、石见穿等；治鼻咽癌的葵树子、全蝎、地龙、蜂房等；治乳腺癌的蒲公英、象贝、臭椿树根、天葵子、玉簪花、芙蓉叶、老菱壳等。

(2) 辨证论治：祖国医学认为，凡肿瘤结块者，应以软坚散结的药物来治疗，常用的有鳖甲、牡蛎、海藻、昆布、海带等。同时，还要根据其出现的征象来治疗，如：

① 气滞：证见胸闷不适、吞咽梗阻、腹部胀满或者作痛、脉弦滑。可用理气药，常用的有苏梗、青陈皮、木香、香附、八月扎、枸橘、橘核、荔子核、乌药等。

② 血瘀：证见舌质紫黯而多瘀斑，脉弦滑，伴有疼痛和皮肤干涩。可用祛瘀药物，如丹参、王不留行、红花、蒲黄、刘寄奴、虎杖、马鞭草、凌霄花、水红花子、桃仁等。

③ 痰凝：常见舌苔白滑，脉滑。可给化痰药物，如全瓜蒌、海浮石、山慈姑、皂角刺、象贝、夏枯草等。

④ 湿聚：证见苔腻，胸膈满闷、胃纳不佳、大便溏薄。可给渗利化湿药物，如苍术、厚朴、半夏、车前子、米仁等。

⑤ 气虚：证见疲乏无力、面色苍白、脉弱、舌质淡白。可给补气药物，如党参、白术、茯苓、黄芪等。

⑥ 血亏：可见面色苍白、贫血、脉细、舌淡等。可给补血药物，如熟地、当归、白芍、鸡血藤等。

⑦ 热邪亢盛：可见舌质红、苔黄、脉弦滑而数，常是肿瘤急速发展的征象。可给清热解毒药，如蒲公英、凤尾草、土茯苓、红藤、漏芦、野菊花、马齿苋、芙蓉叶、败酱草、贯众、大青叶、板蓝根、山

豆根、银花、连翘等。

此外，还有一些虫类药如蟾蜍、全蝎、壁虎、地鳖虫、蜣螂、水蛭、蛾蚣等，可适用于头颈部癌肿和有淋巴结转移者（其他癌肿也可用），常研粉内服，每天2分至1钱。肿瘤病人治疗中有咳嗽、出血、疼痛、消化不良等，可随证加减。

(3) 新针及穴位注射：常用的穴位，子宫颈癌有中极、关元、归来、内关、公孙、三阴交、足三里等；肺癌有风门、肺俞、心俞、中府、尺泽、膻中、列缺、内关、足三里等；食管癌有天突、上脘、中脘、膈俞、内关、足三里等；肝癌有肝俞、胆俞、脾俞、足三里、内关、阳陵泉等；乳腺癌有肩井、乳根、膻中、上脘、肺俞、膈俞、内关、足三里等；鼻咽癌有风池、下关、听宫、攒竹、上星、百会、合谷、列缺、外关、太冲等。穴位注射可用3％当归、川芎、红花溶液。耳针疗法也可应用。其他如割治疗法等也可试行。

(4) 手术：是目前最有效的治疗方法之一，应本着“早期诊断、早期治疗”的原则，在早期癌肿尚未转移或播散时施行手术，常可获得良好的疗效。但手术必须完整彻底（即作“根治性手术”），并积极配合其他治疗。此外，某些肿瘤虽已到了晚期，但选择性地进行一定的手术，可以解除某些严重的症状，减轻患者痛苦。

(5) 放射治疗：能使某些恶性肿瘤细胞的生长受到抑制、破坏。也是目前常用的较为有效的方法之一。但必须要在一定的条件设备之下施行，并应选择适宜的病例，不是所有病人都能使用的。

(6) 化学药物：常用的有氮芥、环磷酰胺、嘧嗜派、氟脲嘧啶、长春新碱、自力霉素等，可根据不同的病例选用，有全身给药、局部用药等几种方式，具体剂量方法等详见常用药物表(1431页)。用药过程中需注意毒性反应，特别是定期化验白细胞和血小板，如白细胞低于4,000、血小板低于10万，应暂停用药，并给予维生素B_4、B_6、鲨肝醇、核苷酸、强的松及中草药等，也可与抗癌药物同时应用以预防毒性反应的产生或加重。

（三）恶性肿瘤的预防

主要从以下几方面进行：

1．讲究卫生、增强体质　除平时搞好卫生、坚持体育锻炼外，尚应注意避免一些与肿瘤发生有关的因素，如节制烟酒，不吃、少吃过烫或有刺激性的食物，注意口腔卫生并防治龋齿，提倡晚婚和计划生育，防止分娩时产道损伤，以及包茎者及时手术切除等。

2．消除或减少致癌因素的作用　从职业、环境、生活习惯等各方面消除或减少化学、物理、生物性致癌因素，特别是搞好工业卫生，对于预防肿瘤的发生有积极的意义。

3．及时治疗癌前期病变　如对于胃溃疡病、萎缩性胃炎、结肠多发性息肉、乳房异常肿块、慢性子宫颈炎粘膜白斑等疾病进行及时而合理的治疗，可防止这些疾病演变为癌症。

4．积极开展肿瘤普查工作　目的是早期发现及时治疗，提高治愈率和降低发病率。首先要加强防癌宣传，开展群众性的防癌工作，使群众了解癌症的早期征象和症状。例如教会妇女自己作乳房检查可及时发现乳房肿瘤。发动赤脚医生和专职医务人员定期对某些常见恶性肿瘤作普查。例如开展子宫颈癌、乳房肿瘤、食管癌、甲状腺肿瘤、鼻咽癌等普查工作，早期发现，大大提高了治愈率。近年来有的单位和地区进行肝癌普查，亦取得了一定的成绩。

思　考　题

1．良性肿瘤和恶性肿瘤有哪些不同？

2．常见的恶性肿瘤有哪几种？各有什么特点？

3．你怎样向群众宣传肿瘤的预防知识？

第十五章　中毒和急救

一、急性中毒的处理原则

急性中毒种类很多，中毒的途径又各不同，因此，处理时必须根据具体情况，选用不同的方法。现将一般的处理原则介绍如下：

（一）除去毒物及延缓毒物吸收

根据不同的中毒途径进行：

1. 清洗　脱去污染的衣服，清除皮肤表面的毒物，迅速清洗。酸性毒物用面碱或3～5%小苏打等碱性溶液，碱性毒物用食醋或3～5%醋酸、柠檬酸等冲洗。

2. 催吐　口服中毒患者意识清醒的应在洗胃前催吐。

(1) 用手指、羽毛、压舌板、筷子等刺激咽部。

(2) 饮大量温盐水（每500毫升水加食盐半两）。

(3) 0.2～0.5%硫酸铜100～250毫升，每5～10分钟1次，至呕吐为止。

(4) 服其他催吐剂如硫酸锌（1克）、吐酒石（1克）、吐根糖浆（30毫升）、碘酒（20滴）等，加水饮用。

(5) 必要时皮下注射阿朴吗啡5毫克，但休克及昏迷病人、吗啡中毒者禁用。

3. 洗胃　一般服毒4～6小时内洗胃有效，但服毒过多或某些可经胃排出的毒物，6小时以上仍应洗胃。可用洗胃器或普通胃管，涂以液体石蜡（食油也可）后从鼻腔或口腔通过食管插入胃中，动作轻柔，防止误插入气管（可引起剧

烈咳嗽、管中有气排出)。而后，抽空胃内容物，用大量液体反复灌洗。常用的洗胃液有：

(1) 毒质不明者用温水或加入少量食盐。

(2) 生物碱中毒用0.2～0.5%鞣酸溶液或碘酊40～60滴滴于水中。

(3) 氰化物、巴比妥类、吗啡、士的宁中毒用1:4,000高锰酸钾溶液。

(4) 有机磷类中毒用肥皂水、2%苏打水（以上敌百虫中毒禁用）、1:4,000高锰酸钾或温水。

注意：强酸强碱中毒不宜洗胃，休克病人需待血压维持于90～100毫米汞柱后进行，昏迷病人防止呕吐物进入气管内；洗胃同时应给予其他特效药及对症治疗。

4. 排除肠中毒物　可用高压盐水灌肠，或经胃管投以盐类泻剂如25%硫酸钠30～60毫升、50%硫酸镁40～50毫升等，但不用油类泻剂。

5. 吸附剂及粘膜保护剂　通常用活性炭2份、氧化镁1份、鞣酸1份混和，每次15～20克；如为对粘膜有腐蚀或刺激作用的毒物，可给豆浆、蛋白水（鸡蛋5～10个取蛋清，加适量水）或牛奶100～200毫升。

（二）促进毒物排泄

静脉注射10%葡萄糖及生理盐水，促进利尿。如尿量过少，可静脉注射50%葡萄糖60～100毫升，或静脉滴注20%甘露醇、25%山梨醇100～250毫升，必要时可反复应用几次。

（三）应用解毒剂

绿豆汤、甘草汤可作为通用解毒剂。其他应根据毒物的性质给予有关的特效药物，如有机磷中毒用阿托品及解磷毒，

砷化物中毒或汞中毒用二巯〔音球，qiú〕基丙醇，铅中毒用依地酸钠钙，氰化物中毒用硫代硫酸钠和亚硝酸类，硫化氢中毒或亚硝酸盐类中毒（包括肠原性紫绀症）用亚甲蓝（美蓝）等，具体用法及剂量等详有关章节或药物表(1428页)。

（四）对症治疗

1. 呕吐、腹泻　补充水及电解质，有酸中毒者给予乳酸钠或碳酸氢钠，伴腹痛者针刺中脘、天枢、足三里、关元等穴。

2. 烦躁不安、惊厥　口服苯巴比妥 0.03～0.1 克，10% 水合氯醛 10～20 毫升口服或灌肠，必要时肌注苯巴比妥钠 0.2 克或阿米妥钠 0.3 克，并可针刺人中、大椎、合谷、百会、涌泉等。

3. 呼吸衰竭　肌注尼可刹米 1.5 毫升、山梗菜碱 3～6 毫克、苯甲酸钠咖啡因 2 毫升等，每 1～2 小时交替注射，必要时吸氧、作人工呼吸或气管插管。

〔注〕 洛贝林、可拉明、咖啡因等主要有兴奋中枢的作用，称"中枢兴奋药"，常在急救时应用。

洛贝林（盐酸山梗菜碱）的主要作用是兴奋呼吸中枢，使呼吸加深加快，常用于各种原因引起的呼吸停止，新生儿窒息，溺水和触电、催眠药、麻醉药、一氧化碳和有机磷农药中毒以及休克、昏迷的抢救等。每支 3 毫克或 10 毫克，可皮下、肌肉、静脉、心腔注射（静脉注射应缓慢，心腔注射只在心跳停止时才应用）。成人每次可注射 1～2 支，儿童每次每公斤体重 0.15～0.2 毫克。

可拉明（尼可刹米）的主要作用也是兴奋呼吸中枢，使呼吸加深加快，同时对循环中枢也有兴奋作用，常用于各种原因引起的呼吸、心跳停止或呼吸、循环衰竭。具体疾病同洛贝林。每支 0.25 克或 0.375 克，注射途径同洛贝林，成人每次可注射 1～2 支，儿童每次每公斤体重 5～10 毫克。

咖啡因（安钠咖）在小剂量时能增强大脑兴奋过程，提高脑力活动，振作精神，可与溴化物合用治疗神经官能症。大剂量时能兴奋呼吸和循环中枢，可抢救各种原因引起的呼吸、心跳停止或呼吸、循环衰竭，具体疾病同洛贝林。针剂每支0.25克或0.5克，注射途径同洛贝林，成人每次用1～2支，儿童每次每公斤体重10毫克。

以上三药若一次用量过大，可引起惊厥，故一般除紧急抢救外，不能轻易应用。对惊厥病人，一般也不宜应用。

4. 循环衰竭　休克者静脉滴注去甲肾上腺素(每200毫升溶液中加1～2毫克)、氢化可的松（100～200毫克），将血压维持在90～100毫米汞柱，必要时输入右旋糖酐或输血。心力衰竭者静脉缓缓注入毒毛旋花子素K 0.25毫克或西地兰0.4～0.8毫克（均以高渗葡萄糖稀释），必要时可重复一次。心动过缓及阿-斯综合征，可注射阿托品1～2毫克或静滴异丙肾上腺素（每200毫升中加1毫克）。心跳停止者，立即心腔注射肾上腺素1毫克，并作胸外心脏按摩。

5. 肝脏损害　注射高渗葡萄糖，给予维生素B、C等，有肝昏迷征象者给予谷氨酸（23～46克/日）、精氨酸（10～20克/日）。

6. 急性肺水肿　心力衰竭引起者给予氧气吸入、强心药、注射吗啡、四肢止血带轮换结扎等。药物本身引起者除给特效解毒剂或对抗剂外，给氧，暂停输液或减缓速度，给予高渗葡萄糖，清除呼吸道分泌物，使用抗菌素预防肺炎等，但禁用吗啡。

7. 其他如急性脑水肿用脱水剂（见570页），急性肾功能衰竭限制输液、纠正酸中毒（见767页）等等。

思考题

试述口服中毒者的一般处理原则。

二、农药中毒

目前最常用的农药有二类：一类是有机氯杀虫剂，如二二三（滴滴涕）、六六六等；另一类是有机磷农药，如1605、1059、敌百虫、敌敌畏、乐果等等。这二类农药如果进入人体，均可引起中毒；特别是有机磷农药，毒性很大，中毒后如不及时抢救，往往导致死亡，必须认真对待。

（一）二二三和六六六中毒

主要因误服中毒，还可因长期接触不注意防护而引起积蓄中毒（如二二三），但少见。毒物进入人体后，主要作用于神经系统，可引起惊厥，也可损害肝、肾。

症状和检查 主要为神经系统和胃肠道症状。轻度中毒者，仅有精神紧张、恶心、呕吐和腹痛等症状；重度中毒者，还有肌肉震颤，先自眼睑开始，以后向下延及全身，发生惊厥甚至麻痹等，最后可因呼吸衰竭或心室纤维颤动而死亡。检查可见肌腱反射亢进，动作不协调，眼球震颤，心动过速及心律不齐等。

此外，局部接触二二三或六六六，还可对皮肤和粘膜刺激而引起结膜炎或皮炎，特别夏季多汗时更易发生。

治疗 目前尚无特效解毒剂，主要是一般处理和对症疗法。

1. 立即脱离中毒场所，呼吸新鲜空气，如皮肤有污染应脱去污染衣服，并用肥皂及大量清水冲洗。

2. 用2%苏打水或肥皂水洗胃，并给50%硫酸镁30～50毫升导泻。禁用油类泻剂，以免毒物溶解而增加毒性。六六六中毒还可用生黄豆4两、生绿豆2两，共捣碎加入米泔水服下；或白前4两，分2次煎服。

3. 惊厥者给镇静剂，如注射苯巴比妥钠、阿米妥钠等，也可静脉注射10%葡萄糖酸钙10毫升，每4～6小时1次。

4. 呼吸困难时，应用呼吸兴奋剂如尼可刹米、山梗菜碱、苯甲酸钠咖啡因等，有条件时给予氧气吸入。肺水肿者按肺水肿抢救（详前）。

5. 静脉滴注5～10%葡萄糖或葡萄糖盐水以助毒物排泄。

6. 口服维生素B_6、烟酸各5～10毫克，每日3次；并注射大量维生素B_1及C。

7. 接触农药而发生皮炎时，除清洗皮肤外，可给氧化锌软膏或氟氢可的松软膏外用。

8. 抢救中禁用肾上腺素，以免发生心室纤颤。

预防 主要是加强农药保管，严防敌人破坏，防止误服并注意安全使用，操作时加强个人防护。

（二）有机磷农药中毒

可通过以下途径引起中毒：

1. 口服 误服，防护不周沾染手上而随喝水吃东西时带入，吃了不久前喷过药的东西等。

2. 吸入 喷药时不戴口罩，迎风喷药，把农药随便放在屋内而蒸发开来等。

3. 皮肤接触 配药时手接触药物，把农药当作普通药物治疗皮肤病，喷药时不戴口罩手套、不穿鞋袜，甚而穿短衫短裤，喷雾器坏了直接用手去拧等等。

有机磷杀虫剂经胃肠道、呼吸道或皮肤吸收后迅速分布全身，能抑制多种酶，特别是胆碱酯酶的活力，造成乙酰胆碱蓄积，引起胆碱能神经过度兴奋，继而转入抑制衰竭，表现出一系列的症状和体征。

症状和检查

1. 轻度中毒　头晕、头痛、恶心、呕吐、出汗较多、视力模糊、食欲不振、疲乏无力等。

2. 中度中毒　除上述轻度中毒症状外，还有肌纤维挛缩、瞳孔缩小、胸闷或紧束感、流涎、多汗、腹痛、腹泻、轻度呼吸困难、精神恍惚、行路不稳等。

3. 重度中毒　除上述症状外，还伴有心跳加快、血压升高、发绀、肺水肿(两肺有湿罗音)、惊厥、大小便失禁、昏迷或呼吸麻痹。若不及时抢救，有生命危险。

此外，中毒者的衣物、呕吐物等常有大蒜样等农药的特殊臭味。如有条件作胆碱脂酶活力测定，可见血中胆碱脂酶活力降低，一般轻度中毒降低30%，中度中毒降低50%，重度中毒降低70%。

治疗　必须迅速抢救，分秒必争，包括：

1. 立即脱离现场，脱去污染衣物，全身污染部位(包括皮肤、头发、指甲等）用微温肥皂水彻底洗净。如是口服中毒，还须用生理盐水、1:5,000高锰酸钾溶液（1605不用）彻底洗胃或服大量盐水催吐。但敌百虫中毒，禁用肥皂水和其他碱性液冲洗，以免增加毒性。

2. 迅速给予特效药物。

(1) 轻度中毒：可单用阿托品或解磷毒（P. A. M.)，以阿托品1毫克皮下注射或口服，必要时反复给予。也可以解磷毒0.4克（粉剂可用10～20毫升蒸馏水、盐水或葡萄糖水稀释）缓缓静注。

(2) 中度中毒：可单独使用阿托品或解磷毒，也可两种并用。可以阿托品1～2毫克静脉或皮下注射，每15～30分钟1次，根据瞳孔放大程度及症状变化（如眼部受污染，则

不应以瞳孔作为指标）逐渐减量或延长间隔时间。可合并使用P. A. M. 0.8～1克，以后每2小时静脉注射0.4～0.8克或每小时注射0.4克，共用6小时。如合并应用，阿托品首次剂量同上，以后适当减量。

(3) 重度中毒：应合并应用解磷毒和阿托品。可以解磷毒1～1.2克静脉缓注，30分钟后如无效再注射1次，必要时于注射2克后改为静脉滴注，每小时0.4克，待症状好转时（至少6小时后）酌情停止注射。同时用阿托品第一次2～5毫克静注，以后每10～30分钟注射2～3毫克，至瞳孔开始散大，肺部罗音消退，意识恢复时酌情减量，至出现轻度阿托品过量症状（颜面潮红、口干）时再减量或停药。

(4) 中草药治疗：甘草4两煎汁冲服滑石粉5钱，10分钟后，再以甘草煎汁冲服滑石粉2钱，15分钟后再服1次（同第二次冲量），均冷服，各型中毒都可使用。

3. 有发绀或呼吸困难者，应在给药治疗的同时，进行人工呼吸或吸氧。如分泌物过多，必须随时清理呼吸道。呼吸停止时，除仍给特效药外，特别应持续进行人工呼吸，不要轻易放弃抢救。

4. 呼吸循环衰竭者，可给洛贝林、可拉明、咖啡因等中枢兴奋剂。血压下降者，应使用升压药。

5. 有惊厥者，可用鲁米那或苯妥英钠肌注，禁用吗啡等麻醉剂。

6. 对重度中毒及脱水失盐者，可输液（有明显肺水肿者应慎重），必要时酌情给抗菌素，防止肺内感染。

7. 整个抢救过程中，应提高警惕，症状轻者也不例外，即使症状已经消失，也应继续观察至少24小时，遇有病情恶化，立即加强抢救。

注意：中度病人出院后，应停止接触有机磷农药3周；重症病人出院后休息至少2周，并停止接触有机磷农药至少3个月。

预防

1. 使用剧毒农药期间，应大力宣传安全用药知识，并加强对用药的监督和检查。

2. 对从事管理和喷洒这类农药的人，必须进行严格的挑选和健康检查。首先应选择出身好、政治可靠、责任心强的人来担任这项工作，另外如年老、体弱，有慢性病、皮肤病的人，以及妇女怀孕期、哺乳期也不宜担任，妇女月经期最好暂停这项工作。

3. 剧毒农药应专人专箱专仓保管，保管员应及时回收剩余药物、装药瓶子及配药工具，防止失散于外。人员入仓时，应先开窗通风后进去。应提高警惕，严防阶级敌人利用农药进行破坏活动。

4. 配药、喷药时应严格遵守操作制度，如穿长袖裤、衫，戴口罩、帽子、手套，手足涂肥皂；背风倒退喷，隔行喷；天过热时，早出工，晚收工，中午多休息；喷药过程中不吸烟、喝水、吃东西；喷好药用肥皂洗手，碰水浸衣服，再用肥皂洗净；喷药前先检修喷雾器等等。

5. 喷过药的水果、谷物在1个月内不能吃，所以收获前4～5周不能再喷药。喷过药的田间应设立明显标志，7天内严防人畜入内。

6. 严格防止用剧毒农药喷洒住屋及牲口棚来杀灭蚊蝇，也不能拿来当灭鼠药用，更不能用来治皮肤病。

思 考 题

1. 怎样诊断有机磷农药中毒病人？如何抢救？

2. 你怎样向群众宣传预防农药中毒的知识？

三、有毒植物中毒

野生的有毒植物很多，常见的如毒蕈、某些毒性较大的中草药等，一旦误服，可引起严重的中毒症状。此外，有些家种的植物虽本身无毒，但如保管或制作不好，以及某些特殊的原因，也可成为有毒植物而使人中毒，如吃了发芽的马铃薯，有病的小麦、荞麦、山芋（白薯），以及腐烂、腌渍不久的青菜等。

（一）毒蕈中毒

毒蕈[音训，xùn]种类很多，每种毒蕈含有一种或多种毒素，中毒症状可因所含毒素的不同而异，常见者有：

1. 胃肠症状　恶心、呕吐、腹泻、腹痛等。病程较短，症状消退后逐渐好转。但严重者可并发急性肾功能衰竭或其他器官损害症状，甚至因此死亡。

2. 肝脏损害　初期有胃肠症状，继而出现黄疸，肝脏肿大及压痛、肝功能不正常，严重病例有广泛出血，如不及时抢救，可死于肝坏死、肝昏迷。

3. 类霍乱症状　剧烈吐泻、腹痛，粪便呈米泔水样，引起严重脱水及电解质紊乱，严重者可发生休克、昏迷、急性肾功能衰竭，甚而死亡。

4. 溶血症状　急性贫血、黄疸及血红蛋白尿。

5. 中枢神经症状　幻觉、谵妄、昏迷、抽搐、精神错乱。

6. 毒蕈碱症状　流涎、多汗、瞳孔缩小、心动过缓、气急、急性肺水肿，甚至呼吸衰竭而死亡。

以上症状可以只有一种或有多种，中毒早期多为胃肠症状，轻者胃肠症状消失后即痊愈。严重者胃肠症状平息后立即（或经过1～3天

的假缓解期）出现严重的肝肾及中枢神经系统损害症状。

治疗

1. 立即催吐，并用1:5,000高锰酸钾、浓茶水或碘酒2毫升溶于1,000毫升温水中反复洗胃，洗后给予通用解毒剂（活性炭2份、鞣酸1份、氧化镁1份），并给硫酸镁20～30克导泻。

2. 静脉注入生理盐水及5%葡萄糖水，输入速度及量，视脱水程度而定，应保持每小时尿量不少于40～60毫升，有尿后适当补充氯化钾。出现休克者除补液外，可给升压药物及针刺人中、十宣等穴。

3. 如有毒蕈碱症状，可肌注阿托品对抗，每15分钟0.5～1毫克，直至瞳孔扩大、心率增加为止；必要时可加大剂量。

4. 服用解毒的中草药，可选用：

(1) 先服甘草流浸膏3～5毫升，以后每小时服甘草煎剂50毫升，至中毒症状消失为止。甘草煎剂可用甘草半斤，加水2,000毫升，煎至1,000毫升即成。

(2) 绿豆1～4两，蒲公英、紫草根、大青叶各1～2两，银花1两，生甘草3～4钱，水煎服，儿童酌减。

(3) 轻者也可仅用银花（干）1两、甘草5钱，或绿豆3两、生甘草3钱，水煎服；或以生绿豆1～4两打碎，开水浸泡后冷服。

5. 注射高渗葡萄糖，给予维生素B、C、K及谷氨酸(每次3～5克，每日3次）等，以保护肝脏；有肝昏迷者按肝昏迷处理。

6. 出现溶血及血红蛋白尿者，可给强的松10～20毫克口服，每日3次；或静滴氢化可的松，每日200～300毫克。并口服碳酸氢钠1～2克，每日4次。必要时可在严密观察下输入新鲜血液。

7. 如有兴奋、狂躁及痉挛症状，可肌注苯巴比妥钠0.2克，或10%水合氯醛15～20毫升保留灌肠。

8. 如有昏迷、呼吸衰竭表现，可肌注或静注山梗菜碱3～6毫克，或尼可剎米1.5～3毫升，每1～2小时1次。

预防 主要是避免服食毒蕈。因此，采集蕈类应由有经验者指导，千万不能乱采野蕈煮服。一般说，毒蕈的外观大多色泽鲜艳美丽，蕈盖上有肉瘤，蕈柄基部大多有毒托，且质柔多乳状汁液，采集后容易

变色。有的毒蕈夜间可发出磷光。

（二）发芽马铃薯中毒

发芽的马铃薯由于其嫩芽中富含一种叫做龙葵碱的毒素，具有腐蚀性及溶血性，故服食后可发生中毒，表现如下：

1. 食后数十分钟至数小时即发病。

2. 先有上腹部烧灼感或疼痛，继有恶心、呕吐、腹痛、腹泻，严重吐泻可致脱水及血压下降。

3. 严重中毒者体温升高、昏迷、全身抽搐、呼吸困难、脉速，甚至呼吸麻痹而死亡。

治疗

1. 催吐及用0.5%鞣酸、浓茶水或高锰酸钾溶液洗胃。

2. 静脉滴注5%葡萄糖盐水或5%葡萄糖水，必要时加用升压药物。

3. 呼吸困难者给予人工呼吸、氧气吸入，注射中枢兴奋药等。

4. 其他对症疗法。

预防 加强马铃薯保管，防止生芽。生芽少的马铃薯如要食用，必须挖除芽和芽眼，并将周围发紫的皮肉削掉，浸于水中30～40分钟，煮时加些醋（加速毒素破坏），煮熟煮透后再食用。生芽多的马铃薯必须停止出售及食用。

（三）木薯中毒

木薯是我国南方某些地区较常食用的杂粮，由于其内含有毒性较强的氰配糖体，如服用不当，可发生类似氢氰酸类中毒的表现。其他植物如苦杏仁、枇杷仁、桃仁、樱桃仁等，也可引起这类中毒。中毒后的主要症状如下：

1. 多在食后5～6小时发病，最快2～3小时，最迟12小时。

2. 开始先有头晕、头痛、恶心、呕吐、心悸、脉速及四肢软弱无力。

3. 严重中毒者上述症状加剧，并感胸闷，呼吸频速，随后变为缓慢而深长，甚而停止。还可有烦躁不安、瞳孔散大、昏迷、阵发性抽搐等表现。

治疗 处理原则与氰化物中毒相似，包括：

1. 迅速用1～3%过氧化氢或1:5,000高锰酸钾溶液洗胃，或5%硫代硫酸钠溶液、2%盐水等洗胃。之后经胃管注射2汤匙活性炭混悬液，并服50%硫酸镁50毫升导泻。

2. 呼吸困难或发绀者吸氧；休克者抗休克。

3. 及早给予解毒药物。轻者静注10～20%硫代硫酸钠2～5克（小儿0.1～0.2克/公斤/次），严加观察。重者立即吸入亚硝酸异戊酯数支；继而静注3%亚硝酸钠10～15毫升（即以0.3～0.5克加入注射用水10～15毫升中，小儿剂量以6～10毫克/公斤计算），5分钟内注完；然后静注20～50%硫代硫酸钠20～50毫升（小儿0.25克/公斤），于10分钟内注完；如情况好转，30分钟后再用半量重复注射。此外，也可用1%亚甲蓝20～50毫升（小儿10毫克/公斤）与硫代硫酸钠交替静脉注射，必要时可每15～30分钟注射1次。

4. 可配合服用中草药，如新鲜萝卜3～4斤打汁内服；防风、绿豆、甘草各1两煎服；甘草2两、金银花1两煎后3次分服等。

5. 经上述治疗后，要继续密切观察1～2天或更长时间，如症状重复出现，可再行上述处理，但剂量酌减，直至完全恢复为止。

预防 向群众广泛宣传预防木薯中毒的知识，木薯须经去毒后方可食用，方法主要是水浸水煮，因地制宜进行。

（四）白果中毒

白果中毒多见于儿童一次大量食入（连吃30～40枚即可中毒）。毒素尚未明了，但加热可减少毒性。主要中毒症状为恶心、呕吐、腹泻、发热，并有中枢神经系统症状，如极度恐惧、烦躁不安、阵发性抽搐、对外界刺激敏感等，很快出现意识丧失，严重者呼吸困难、发绀，甚至出现心力衰竭及呼吸衰竭而死亡。

治疗

1. 洗胃、导泻及灌肠。

2. 静脉滴注5～10%葡萄糖。

3. 恐惧、抽搐者注射苯巴比妥钠，或水合氯醛灌肠，必要时作冬眠疗法。

4．心力衰竭者静注毒毛旋花子素K，按0.07～0.1毫克/公斤体重计算，并以50%葡萄糖20～40毫升稀释。

预防 主要教育儿童不一次吃大量白果。

（五）亚硝酸盐类中毒（肠原性紫绀症）

蔬菜中小白菜、青菜、韭菜、菠菜等含有丰富的硝酸盐，当蔬菜腐败变质、腌制后存放时间不久、煮制不妥或煮制后放置过久，以及人体胃肠功能失调、胃酸过低等以致肠内硝酸盐还原菌大量繁殖的情况下，蔬菜中的硝酸盐可被还原成亚硝酸盐，进食后可引起中毒。此外，有的苦井水也含有多量硝酸盐及亚硝酸盐，饮用后亦可引起中毒。

亚硝酸盐进入血液后，可与正常血红蛋白作用形成高铁血红蛋白，使其失去带氧能力，而出现全身缺氧现象。此时表现为皮肤、粘膜(特别口唇)、指甲呈紫绀色，患者头晕、头痛、乏力、思睡、气促、恶心、呕吐、心悸、脉速，严重者全身青紫，甚至昏迷、抽搐、呼吸麻痹等，如不及时抢救，可以致死。常于食后半小时至3～4小时突然发病。

治疗

1．进食不久可以催吐、洗胃及导泻。

2．立即静脉注射亚甲蓝，按1～2毫克/公斤体重计算（静注有困难者也可先肌注），一般可迅速使高铁血红蛋白转变为正常血红蛋白。如注射后1～2小时症状仍不缓解，可重复注射1次。

3．静脉注射高渗葡萄糖，并加大剂量维生素C。

4．症状严重者，应采取其他有关措施，如吸氧、呼吸兴奋剂、其他对症及支持疗法等，必要时输血。

5．抢救过程中可配合中医治疗，如针刺人中、承浆、迎香、地仓、印堂、少商等穴；三棱针刺十宣、双侧肘窝及腘窝部静脉出血或人中、少商、中冲点刺出血；刮痧（脊柱两侧皮肤自第二胸椎至第五腰椎，至紫黑色为度）；服活血散瘀的中草药，如桂枝3钱、赤芍3钱、桃仁2钱、红花2钱，水煎服；或当归4钱、川芎1.5钱、生地3钱、桂枝2钱，水煎服；等等。

预防 叶菜类蔬菜不宜一次吃量过多。不吃变质、新腌或腌制不

好以及煮后放置过久的蔬菜。煮菜时放些油，多翻动，并尽量急火快炒、打开锅盖。苦井水不宜饮用。

思 考 题

1. 怎样抢救毒蕈中毒、木薯中毒和肠原性紫绀症？
2. 你怎样向群众宣传预防有毒食物中毒知识？

四、河豚毒素中毒

河豚又名气泡鱼、鲅鲅，其肉质鲜美，但某些脏器及组织中有剧毒，食后常引起中毒。由于河豚所含毒素毒性大，中毒后若不及时抢救，病死率很高。因此预防河豚中毒，在某些地区有现实意义。

河豚毒素主要存在于卵巢、睾丸、肝脏中，其次为皮肤、血液、眼球及脑髓等。毒素相当稳定，经日晒、盐腌和一般炒煮等处理方法都不能使之破坏。河豚毒素有类似箭毒样的中毒作用，主要表现为神经中枢与神经末梢麻痹。一般先是感觉神经麻痹，继而运动神经麻痹，使肢体无力甚至不能运动。当血管中枢麻痹后，则引起血压下降、脉搏迟缓。最后呼吸中枢麻痹，可导致呼吸停止而死亡。

临床表现 潜伏期约为30分钟至3小时。病情发展极速，严重者常在食后数十分钟即出现明显症状。开始为上腹部不适、口渴、唇发麻等；偶尔有咽喉刺痒、恶心呕吐或腹泻。严重者可出现四肢肌肉麻痹，甚至瘫痪；继而语音不清，呼吸浅慢、不规则，血压、体温下降，昏迷，瞳孔散大；最后出现呼吸麻痹甚至死亡。

预防 向群众宣传不要食用河豚鱼。

治疗

1. 立即用1:4,000高锰酸钾液洗胃，高位清洁灌肠，并服硫酸镁导泻。
2. 静脉输入高渗或等渗葡萄糖溶液，促使毒素尽快排出。
3. 中草药鲜芦根捣汁服用。
4. 出现呼吸衰竭或循环衰竭时必须及时抢救。

五、一氧化碳中毒

一氧化碳（CO）中毒又称煤气中毒。煤、煤球、木炭等在氧气不足、燃烧不完全的情况下产生大量一氧化碳。所以冬天用火炉取暖，通风不良时，易发生中毒。

一氧化碳是无色无臭的气体，无局部刺激作用，所以人体吸入了一氧化碳而往往自己还不知道。一氧化碳对红细胞中血红蛋白的结合力比氧大200倍，所以一氧化碳透过肺泡进入血液后，即与血红蛋白结合成碳氧血红蛋白，而阻止氧气与血红蛋白的结合，使血液和组织严重缺氧；同时，在碳氧血红蛋白存在的情况下，又可阻碍氧合血红蛋白离解，因此更加重了组织的缺氧。

症状和检查

1. 轻型　有头昏、头痛、恶心、呕吐、四肢无力、心悸、呼吸不规则和颞部搏动感等。

2. 重型　神志不清，大小便失禁，呼吸困难，脉搏细弱（先增快后减慢），血压、体温下降，若不抢救，可以死亡。患者唇、颊和指甲呈樱桃红色为其特点。

如有实验室检查条件，可测定血中碳氧血红蛋白，简易方法有：(1)取患者血液数滴用等量蒸馏水稀释，加入10%氢氧化钠1～2滴，如有碳氧血红蛋白存在，呈淡红色不变，正常血液则变为棕绿色；(2)蒸馏水10毫升加患者血液3～5滴，煮沸后仍为红色，而正常血液则呈褐色。

治疗

1. 立即将患者从中毒场所移出，安置在空气新鲜而又流通的地方，同时注意保温，有条件给吸氧气。

2. 呼吸循环衰竭时进行人工呼吸，并注射中枢兴奋药，

如洛贝林、可拉明、咖啡因等。若心跳停止，可以心内注射肾上腺素或异丙肾上腺素，同时作胸外心脏按压。血压下降者适量输液并用升压剂。

3. 新针疗法：昏迷者针刺人中、少商、十宣、涌泉。无昏迷者可针刺合谷、内关、百会、风池、曲池、足三里等穴。

4. 静脉注射25%～50%葡萄糖水40毫升和维生素C 0.5～1.0克，可反复注射。或者静脉滴注10%葡萄糖水和山梨醇、甘露醇等脱水剂，治疗或防止脑水肿。还可使用激素，如氢化可的松200～400毫克静脉滴注或地塞米松10～30毫克，分次静脉注射。

5. 昏迷者应用抗菌素预防肺部感染。

预防

在屋内生炉子应装上烟囱，如用炭盆、炭缸或煤球炉，应先在室外烧红后再移入室内，而且要将门窗打开一些或装上风斗，睡觉以前，必须将它们移到室外。

思 考 题

怎样预防煤气中毒？一旦发生如何急救？

六、毒蛇、毒虫咬伤

我国各地尤其是南方各省，毒蛇品种很多，常见的如眼镜蛇、眼镜王蛇、银环蛇、金环蛇、蝮蛇、竹叶青等(上海郊区只有蝮蛇一种)，常出没于田野、山林、海边，对人民群众有一定的危害性。如一经咬伤，往往症状剧烈，有的甚至危及生命。但广大劳动人民在长期与毒蛇作斗争的实践中，积累了很丰富的防治蛇咬伤的经验，为我国医学科学的发展作出了贡献。此外，在农村，毒虫（如蝎子、蜂类、蜈蚣、毒蜘蛛等）咬伤也很常见，不及时处理，有的也会造成严重的后果。因此，防治毒蛇、毒虫咬伤，对保障广大劳动人民健康，保护生产力，有很大的意义。

（一）毒蛇咬伤

毒蛇一般有如下几个特点，可与无毒蛇区别：(1)头呈三角形。(2)尾短而细。(3)身上花纹色彩比较鲜明（与其经常栖息的环境容易混淆）。(4)被咬后伤口有2个或4个牙痕，或者有断牙留在组织内（无毒蛇的牙痕呈锯齿状）。

毒蛇有毒牙和毒腺，咬人时分泌毒液使人中毒，严重的可致死亡。毒蛇分泌的毒液可因品种的不同而异，一般有血液毒素和神经毒素。血液毒素能引起出血、溶血及使血管舒缩功能瘫痪，神经毒素能使延髓中枢和肌肉迅速瘫痪。

症状

1. 局部症状　伤口疼痛，局部出现肿胀，并迅速向近心端伸展。中毒较深，常有患肢麻木，甚至不能活动。

2. 全身症状　全身疲劳、无力、头昏、嗜睡、畏寒、发热、胸闷、呼吸困难、视力模糊、复视、上眼睑下垂等。严重时发生血压下降、瞳孔放大、抽搐、呼吸肌麻痹、心力衰竭而死亡。以上症状发展非常迅速。

治疗

1. 阻止毒素吸收　可应用止血带、手帕、布条或绳子扎紧咬伤处近侧端的肢体，在作扩创处理后半小时到1小时即可放松。

2. 清除毒素　先用盐水或高锰酸钾溶液冲洗伤口，用小尖刀把伤口切开成十字形，在周围用小刀刺数个小口，使淋巴液连同毒素一起排出。伤口可用吸奶器或拔火罐吸出毒液。

3. 迅速给予解毒药物

(1) 新鲜草药金钱草3两、野菊花叶2两、紫花地丁(犁头草) 2两洗净捣烂，汁内服，渣适量加水外敷创口及肿胀处，每日1～2次，连用数天。据本地使用，对大多数蝮蛇

咬伤有效。

⑵ 南通蛇药片（原名季德胜蛇药）数片溶化温开水中，在肿胀上端1寸的地方涂敷一圈，以阻止肿胀蔓延；肿胀处也可涂满，仅将伤口露出。同时口服南通蛇药片，首次20片，以后每6小时5～10片，可同服等量解毒片。必要时可加大剂量，并增加服用次数。

⑶ "691"蛇药（散剂）取少量涂于两眼睑结膜上，用手揉搓，每1～2小时1次，连续一个时期。同时可将药涂敷于伤口上。

⑷ 也可用"上海蛇药"，对我国各种毒蛇咬伤中毒有显著解毒作用，使用安全，疗效高，是一种全身性治疗用解毒药。同时必须口服和肌注合用。口服第一次20毫升，以后每次10毫升，每6小时1次；重症首次30毫升，以后每4小时20毫升，症状控制后改服常用量。若牙关紧闭、吞咽困难，可作鼻饲。注射（6912-87）第一次肌注1针，病重时每4小时1次，至中毒症状消失为止。

⑸ 还可应用以下中草药：①半边莲鲜草3钱至1两，浓煎300毫升，每日3次分服，另以鲜草捣烂同雄黄一起调和敷伤处，每日换1次。②节节花6～8两，洗净捶破，用黄酒及清水各10两煎30分钟。去渣加白酒4两，以一半内服，一半外搽。③鬼针草、紫花地丁、大叶半边莲、木芙蓉等分，捣烂敷患处。④忍冬藤2两、野菊花5钱、半边莲1两、生大黄3钱，煎服；如头晕眼花，可用蜈蚣1条、全蝎1只、半边莲1两、七叶一枝花（根）1颗、金银花藤1两、射干3钱，煎服。

⑹ 有条件时，可注射多价抗蛇毒血清；如能确定毒蛇性质，也可注射单价血清。

4. 药物封闭　在上肢或下肢的伤口上端用0.25%普鲁卡因40～100毫升作环封，有阻止毒素扩散的作用。

5. 应用激素　中毒症状明显的，可用强的松5～10毫克，每日3次口服；或者用氢化可的松100毫克，加入5%葡萄糖500毫升中静脉滴注，可重复应用。

6. 给予抗菌素　一般可用普鲁卡因青霉素40万单位，每日1次，以预防继发感染；并注射破伤风抗毒血清1,500国际单位。

7. 对症处理　①镇静用鲁米那。②补液。③心力衰竭时可用强心药，吸入氧气。

〔注〕 咬伤处若无毒蛇齿痕或15分钟内无红肿疼痛，则可能是无毒蛇咬伤或毒素未进入体内，则不需治疗。

预防　在有毒蛇的地区，要清扫居住环境，填塞洞穴。到山林蛇出没的地方行走时，最好拿根棍棒，打草惊蛇；蛇很多的地方，要穿靴、厚袜和厚裤等。

（二）蝎螫伤

蝎子尾部末端有刺，与毒液腺相连，刺人时，将毒液注入人体，作用于局部、中枢神经和心脏，引起毒性症状。一般的蝎螫〔音折，zhē〕伤，仅局部肿痛，持续数小时，不致有生命危险；严重的蝎螫伤多见于幼儿，甚至可引起生命危险，应提高警惕。

症状　局部灼痛、红肿麻木、出血，以后出现流涎、流泪、头痛、感觉过敏、全身不适、恶心、呕吐、体温下降、昏睡、大量出汗、舌和口部肌肉强直，以至不能张口和说话，并有发热、畏光、气喘、尿少等表现。严重者，可有抽搐、血压增高、脉缓、胃肠（或肺）出血、肺水肿、呼吸麻痹等，甚至危及生命。

治疗

1. 立即拔出毒刺，局部冷敷，伤口上方扎止血带。

2. 将伤口切开排毒，用高锰酸钾溶液、3%氨水或生理盐水冲洗。伤口上方作0.25%普鲁卡因环状封闭。疼痛者给止痛片。

3. 用南通蛇药片数片，以冷开水溶化成糊状，敷于创口周围（露出伤口）。也可选用以下药物外敷：

(1) 明矾2分，研细末，米醋调敷。

(2) 二味拔毒散：雄黄、枯矾（明矾加热溶化干枯）各等分，研细末，用茶水调敷。

(3) 蜗牛1个，洗净带壳捣烂外敷。

(4) 大青叶、薄荷叶、马齿苋捣烂外敷。

4. 必要时，可应用氢化可的松、阿托品及葡萄糖酸钙等。

（三）蜂类蜇伤

常见的如黄蜂、蜜蜂等，均可伤人。蜂毒液主要含蚁酸等，但也含有作用于神经的毒素。

症状 主要是局部红肿及刺痛，严重者也可有全身症状如头晕、焦虑、发热等；还可有鼻炎、荨麻疹、唇及眼睑水肿、喉头水肿、气喘等过敏症状及腹痛、恶心、呕吐、脉速、血压下降、全身震颤、神志不清、休克、昏迷等。一般无生命危险，但刺伤眼结膜，情况就比较严重。

治疗

1. 立即拔出毒刺，如蜜蜂蜇伤，局部敷5～10%碳酸氢钠溶液、肥皂水或3%氨水溶液；若是黄蜂，则用醋酸。

2. 伤口周围外搽南通蛇药，或选用新鲜草药紫花地丁1～4两、蒲公英1～2两，捣烂外敷。

3. 有过敏者，给予苯海拉明、非那根等，注射肾上腺素，必要时加用强的松或氢化可的松。

4. 其他对症疗法，如肌肉痉挛，注射钙剂，以及局部封闭疗法等。

（四）毒蜘蛛蜇伤

症状 局部剧烈肿胀、疼痛，严重者可有头昏、呕吐、萎靡不振、虚脱等全身症状。

治疗

1. 肢体伤口近心端扎止血带或其他代用物，每隔15～30分钟放松1分钟。

2. 伤口作十字形切开，排除毒液，用石炭酸烧灼后，放松止血带。

3. 伤口周围搽南通蛇药或清热解毒中草药等。

4. 根据症状轻重，必要时给予镇静止痛药、强心药、钙剂、补液等。

（五）蜈蚣咬伤

症状 局部剧痛、红肿及其他发炎症状，并有淋巴管炎和坏死；严重者可有全身症状如头痛、眩晕、呕吐，甚至发热和昏迷。

治疗

1. 局部湿敷3%氨水或5～10%碳酸氢钠溶液，忌用碘酊。

2. 伤口周围外搽南通蛇药，或草药鱼腥草、桑叶、蒲公英1～2两，任选一种捣烂外敷。

3. 其他对症及支持疗法，如镇痛等。

思 考 题

试述蛇咬伤、蜂螫伤的处理原则。

七、中　　暑

中暑是因高热和强烈日光曝晒引起的急性疾病，根据病因和症状的不同可分为日射病、热射病和热痉挛三种，俗称“发痧”。

1. **热射病** 高热环境和不良的气象条件是导致本病的主要原因。如果温度过高而空气又潮湿或通风不良，则体内的热量不能随出汗而大量散发，于是就积聚体内，使体温升高。炼铁炼钢或其他高温车间，以及炎热的夏季在野外劳动，长途跋涉，甚至居住在过分拥挤闷热的房间中（特别是受旧风俗影响的产妇），都可引起本病。

2. **日射病** 由于强烈的阳光照射头部，脑组织受到损

害而引起。

3. **热痉挛** 在高热环境中工作，人体大量出汗而又不补充盐分，引起体内盐分过少，便发生本病。

以上三种情况，以热射病最为常见，而通常所指的中暑也是指热射病而言。此外，身体过度疲劳，饮酒过量，年老，身体过分虚弱和慢性病，以及初到高温环境等都是引起中暑的诱因。

症状和检查

1. 热射病 症状有轻有重。起病急，初期可有疲乏、头痛、头晕、口渴、胸闷、多汗等。此时体温已开始上升，脉搏和呼吸也增快。如不加注意，则迅速出现意识模糊，狂躁不安或昏睡、昏迷以及癫痫性痉挛等症状。此时出汗减少，体温高达41℃以上，可有腹泻、呕吐等消化道症状。

患者面色潮红，皮肤灼热而干燥，瞳孔缩小，脉搏快而洪大，呼吸浅促，瞳孔反应及膝反射减退或消失，若不抢救，可在数分钟或数小时内因心力衰竭而死亡。

2. 日射病 起病急，有头痛、头晕、耳鸣、眼花，并见精神兴奋或昏睡、痉挛、呼吸和循环障碍等。

患者面色苍白，皮肤湿冷，脉搏细速，血压降低，呈极度疲倦状，体温不高或微热。

3. 热痉挛 表现为对称性的小肌肉群震颤、抽搐或痉挛，重者躯干肌肉群也有痉挛。症状往往是对称性的，常以活动较多的肌肉最容易出现痉挛。痉挛时发时好，发前可有肌肉疼痛。轻者不影响工作，但发展严重时可致呼吸肌痉挛，妨碍呼吸。患者体温正常或稍高。

治疗

1. 热射病

(1) 迅速将患者转移到荫凉通风处，解开衣服，用冷湿毛巾敷在额部，随时更换，并让患者多喝盐开水。

(2) 中暑昏倒时可用草药辣蓼嫩叶捣烂取汁灌入口中或滴入鼻孔，也可用大蒜捣烂取汁（方法同上）。头晕、头痛、恶心、呕吐等可用藿香2钱、连翘2钱、姜半夏2钱、陈皮1.5钱煎服。成药痧气丸、行军散、避瘟丹等（均用开水冲服）对本病也有一定疗效。

(3) 新针疗法：人中、内关、足三里、十宣等穴。

(4) 重危病人必须大力抢救，分秒必争，包括：①迅速降温，可以物理降温结合药物降温。如用井水、冰水或（有条件时）酒精擦浴，使皮肤发红，结合扇风；体表盖以湿毛巾，头、颈、腋窝、腹股沟等浅表大血管区置冰袋（无冰袋以冰水或井水湿毛巾代替，但随时更换），结合扇风；必要时用井水浸浴。降温过程中随时测肛温，并注意血压、脉搏、心率，肛温降至38°C左右时，须暂停，以后有回升时再进行。同时注射降温药物，如复方氨基比林2毫升、冬眠灵25毫克（注意血压）等，有条件时可将冬眠灵25～50毫克加入生理盐水500毫升中静滴，1～2小时内滴完，随时测定血压。②纠正水及电解质平衡，可以5%葡萄糖盐水1,500～2,000毫升缓缓静滴，心肾功能不佳者慎用。③防治休克及呼吸、心力、肾功能衰竭。④年老、有慢性病患者，注意防治并发症如肺炎、急性肺水肿、中毒性休克、脑水肿以及中风等。

2. 日射病

(1) 将患者迅速转移到荫凉而无阳光直接照射处，平卧休息，解开或脱去衣服，用冷毛巾敷于头颈中，给饮冷盐水。

(2) 中草药治疗：同上。

(3) 新针疗法：人中、合谷、十宣、足三里、风池、大椎。

(4) 神志模糊者，可嗅用氨水或以咖啡因、可拉明等皮下注射。有呼吸障碍时，注射洛贝林 5～10 毫克。四肢应保持温暖，以保证循环良好。

3. 热痉挛

(1) 转移到荫凉通风处，服用盐开水。痉挛止后仍要服用。

(2) 有条件可滴注生理盐水 1,000 毫升左右，以后改口服盐水。

预防

1. 根据气候温度情况和工作条件，适当安排好休息，如农村夏季劳动做到早出工、晚收工，中午多休息，工厂单位还要做好防暑降温工作。

2. 加强劳动保护，如戴草帽，离房远的工地或田间搭凉棚、厕所，田头送盐开水等。对专门从事高温工作者进行体格检查。

3. 住房应多开窗户，通风降温。

4. 中草药薄荷、藿香等烧茶饮用可预防中暑，也可携带人丹、清凉油等预防药品。

思 考 题

怎样预防中暑？一旦发生中暑如何处理？

八、溺　　水

大量的水经口、鼻吸入肺内而造成窒息，称为溺水，常于游泳或失足落水时发生。患者表现为面色青紫，呼吸、心跳停止，如果不及时抢救，可致死亡。

发病原理 溺水后，由于呼吸道为水所堵塞或由于水分刺激产生

喉痉挛或声门关闭，以致无从进行氧气交换。此种急性窒息产生的缺氧状态，可引起人体各器官的病变，其中以脑组织最先受到影响，其次是心脏。

淡水及海水的成分及渗透压不同，对机体的影响也不同。大量低渗淡水通过肺泡进入血液循环，迅速引起血液稀释，血容量增加及溶血。由于溶血，钾自红细胞释出，血钾增高。血容量的急剧增加可产生心力衰竭及肺水肿。海水淹溺者，则高渗的海水通过肺泡将体液吸出，引起严重肺水肿、高度血液浓缩及血容量减少。

急救原则

1. 立即将溺水者从水中抢救上岸，清除口鼻污物，并使其背部向上，腹部置于急救者屈曲的膝上，进行按压，使胃部和呼吸道的水流出，为人工呼吸作好准备。必要时，可不经这一步骤而直接进行人工呼吸。

2. 立即进行口对口人工呼吸，持续至少2小时。其间根据情况，适当辅以俯卧压背法或仰卧压胸法人工呼吸。

3. 心跳停搏者应同时进行胸外心脏按压。

以上抢救措施应迅速就地进行，争分夺秒，并配合应用盐酸山梗菜碱、可拉明、肾上腺素、异丙肾上腺素等急救药物，必要时作心腔注射。但绝对不可以药物来代替人工呼吸。还可配合针刺会阴穴（强刺激）。

〔注〕 肾上腺素、异丙肾上腺素等药物都是急救药。它们的作用较多，如在呼吸系统疾病中，由于它们有解除平滑肌痉挛、扩张支气管的作用，而用于止喘。又由于它们有兴奋心脏、恢复心跳和收缩或扩张血管、回升血压的作用，因此常在急救和抗休克中用到它们（属于抗休克药，详后述）。

肾上腺素有兴奋心脏、收缩血管、松弛胃肠道及支气管平滑肌等作用，可用于哮喘、过敏性休克及其他过敏性反应，某些心跳停止的急救（锑剂治疗血吸虫病引起的心源性脑缺血综合征和一般触电引起

的心跳停止禁用）等。每支1毫克，口服无效，一般皮下注射，每次0.3～1毫克。急救时可静脉注射1毫克，心跳停止时可心内注射1毫克。用量过大可引起恐惧、头痛、心悸、心律失常，甚至发生危险，故应谨慎应用。非急救者，一般心脏病、高血压、糖尿病、甲状腺机能亢进、洋地黄中毒、外伤或出血引起的循环衰竭忌用。

异丙肾上腺素也有强烈的兴奋心脏、松弛支气管平滑肌的作用，但对周围血管却有扩张作用，使其阻力降低，而增加心排出量，达到抗休克的目的。故可用于支气管哮喘、败血症休克和心跳停止的急救（心源性脑缺血综合征和触电病人可用）。片剂每片10毫克，可含在舌下或口服，根据需要每次应用1～2片，或者做成气雾剂喷雾吸入治疗哮喘；急救时则加入补液中静脉滴入；心跳停止时用1毫克心内注射（每支1毫克）。用量过大时有心悸、头昏、恶心等反应。

救护人员要遵照毛主席的教导，发扬勇敢战斗，不怕牺牲，不怕疲劳和连续作战的作风，坚持抢救，不可轻易放弃。

4. 患者苏醒之后，注意保暖，暂禁饮食，应用抗菌素预防感染，并密切观察病情有何进一步变化，切不可麻痹大意。如出现肺水肿、脑水肿等严重并发症，应及时抢救。但在补液时需注意，如为淡水溺水者，因血液稀释，可输入高渗盐水（如3％氯化钠500～1,000毫升）；而海水溺水者，因海水中电解质大量进入体内，血液浓缩，应输入5％葡萄糖等溶液，不可输盐水。

预防 教育儿童不在河、井边玩耍。游泳时做好安全组织工作。

九、触　　电

触电是由于超过一定数量的电流通过人体所引起，大都是直接接触电源所致，也可在雷阵雨时被闪电击伤。

临床表现 少量电流通过人体仅产生发麻感，对机体影响不大。较大量的电流通过人体可引起局部灼伤，并出现头晕、心悸、面色苍白、惊慌和四肢软弱、全身乏力等；严重者则有昏迷、抽搐与休克等症状，甚至心跳、呼吸停止而死亡。

急救原则

1. 救护人员要发扬“一不怕苦，二不怕死”的革命精神，立即奔赴现场，迅速切断电源，或用木棒、竹竿等不传电物体，使伤员迅速脱离电源（但要做好触电伤员的保护工作，防止从高处摔下）。

2. 急救措施应争分夺秒，并尽量在现场进行，防止一切不必要的忙乱。

(1) 心跳良好而呼吸停止时，用口对口人工呼吸。

(2) 心跳及呼吸均已停止时，除口对口人工呼吸外，并应进行心脏按压。

(3) 药物仅能起辅助治疗，可用盐酸山梗菜碱、可拉明、咖啡因等中枢兴奋剂，一般禁用肾上腺素。但具体情况具体分析，在有一定条件的医院中，必要时也可用肾上腺素进行抢救，当心跳完全停止时，可以用肾上腺素心内注射；上海新华医院在文化大革命中抢救一位电击后心跳停止 8 分钟的患者时，就打破了以前禁用肾上腺素这一旧框框，使患者获得新生。

3. 患者心跳、呼吸恢复后，应密切注意病情的进一步变化。如发生脑水肿、并发感染等严重情况，应及时处理。

4. 灼伤局部清洁处理后，给予油纱布掩盖包扎。创面大者给抗菌素以控制感染。

预防 宣传安全用电知识，严格执行安全操作制度，定

期检修电气设备和线路。下雷雨时不在大树下避雨。

思 考 题

遇到溺水和触电者怎样进行抢救？

十、人工呼吸和胸外心脏按压

（一）人工呼吸

人工呼吸（特别是口对口人工呼吸）是抢救窒息和其他任何原因引起的呼吸突然停止的较有效的方法。救护者必须要有深厚的无产阶级感情和不怕脏、不怕累、不怕苦的革命精神，持续不停地进行抢救，决不轻易放弃丝毫还可以使患者复活的希望；同时，掌握正确的救护方法，对于恢复患者的生命，也甚为重要。在进行人工呼吸的同时，可以适当配合一些呼吸中枢兴奋剂的应用，以助呼吸机能的恢复。但是应指出，药物绝然代替不了人工呼吸的作用。

注意事项

1. 施行人工呼吸前应解开病人领扣和胸腹部衣服，如口腔内有假牙、泥土、血块粘液等应立即取出，以免阻塞呼吸道。如果舌头后缩而有阻碍呼吸的可能时，应拉出并用绷带固定于口腔外面，以保证呼吸道的通畅。

2. 根据病情选择适宜的人工呼吸法。

3. 施行人工呼吸时，用力不可过大过猛，以免损伤肋骨，速度为每分钟 16～18 次左右，不可过快或过慢。

4. 施行人工呼吸时，应有耐心，不间断地连续进行至少 2 小时以上（可二人交替），直到出现正常呼吸或发现伤病员确已死亡为止。为促使病人苏醒，同时可给闻氨水。

几种常用的人工呼吸法

1. 口对口（鼻）人工呼吸法 是较有效的人工呼吸方法，适用于一切患者。

(1) 位置：病人仰卧，颈下垫枕。两手在耳垂下方托住病人的下颌，使头部尽量后仰，保持下巴、颈前部与胸前部基本在同一平线上。并将下颌向前托起，使下列牙齿放在上列牙齿的前面。假如舌根向后倒，应即设法将舌拉出固定（一般假死时舌根大都后倒）。

(2) 动作（图 15-1）：救护人员弯腰跪在病人的头部左方或右方。用手捏紧病人的鼻（或口），救护人员深吸气后向病人的口（或鼻）内吹气。吹气应保持规律和不漏气，均匀地每分钟吹气 12～16 次，有效时可见胸部一起一伏。救护人员自己吸气时（换气时）将病人的鼻（或口）放松，让病人自己呼气。

图 15-1 口对口人工呼吸法

2. 俯卧压背法 可用于溺水患者，但最好与口对口呼吸交替进行。

(1) 位置：病人俯卧，腹部放一枕垫，两臂伸向头侧，其中一前臂屈曲，使头侧枕其上，以防口鼻触地。救护人员两腿分开，跪在病人大腿两外侧，面向头部，两臂伸直，二手平放于病人背部，拇指向脊柱，其余四指向上外方伸开。

(2) 动作要领：

双臂垂直与肩平，身体渐渐向前倾，
全身重力向下压，操作节律要均匀，

只要心脏还跳动，人工呼吸不能停。

(3) 操作方法：救护人员身体向前倾，以身体重量压迫病人背部，胸腔缩小，将肺中空气逼出，使病人呼气。随后，身体后仰（两手不离背部），除去压力，此时胸廓扩张，空气进入肺中，使病人吸气，然后依上法重复操作。此法用于溺水者，可使水向外流出，舌也不致阻塞咽喉（图 15-2）。

图 15-2　俯卧压背法

3. 仰卧压胸法　用于一般窒息病人。

(1) 位置：病人仰卧，背下放一枕垫，使胸部突出。如两臂没有骨折时，使肘屈曲，两手重迭放于头下（也可将两臂放于身体两侧），头侧向一边。救护人员两腿分开，跪在相当于病人大腿上部两外侧，面向病人头部，两手五指伸展，平放病人胸部两侧乳头下，拇指向内，靠近胸骨下端，四指自然向上向外伸开。

(2) 动作要领：同俯卧压背法。

(3) 操作方法：救护人员身体前倾，压迫病人胸部，胸腔缩小，肺中的空气被逼出，使病人呼气。随后，身体后仰（两手不离胸壁），除去压力，病人胸廓扩张，空气进入肺中，使病人吸气，继续重复上述动作（图 15-3）。

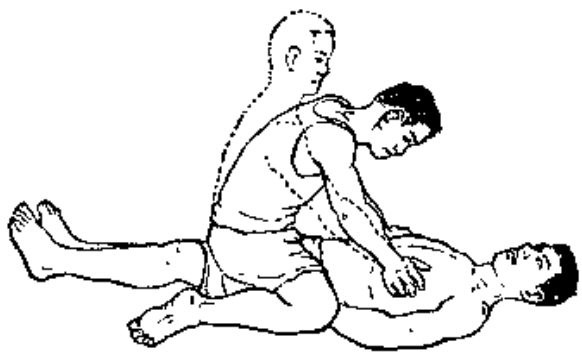


图 15-3　仰卧压胸法

（二）胸外心脏按压

当窒息或各种原因使心跳突然停止时，必须立即进行心脏按压，以促使心跳恢复。在有条件的大医院里，可立即作紧急手术打开胸腔，直接进行心脏按压；但在一般情况下，则进行胸外心脏按压。与人工呼吸一样，救护者必须要有强烈的阶级感情和高度的责任心，分秒必争地进行抢救，并掌握正确的救护方法。一般于心跳停止后立即心腔注射肾上腺素或其他急救药，然后进行胸外心脏按压，在按压过程中还可根据情况重复注射，但应注意，药物一定不能代替心脏按压。同时，往往在心跳停止之前已先有呼吸停止，故必须在坚持人工呼吸的基础上配合进行心脏按压，这也是非常重要的。

按压位置

1．使病人仰卧在地上或硬板上，解开衣服，面部向上。

2．救护者面对病人，跪在他的身体左侧或右侧。

3．救护者两手相迭，用手掌根部放在病人的胸骨下½处（即心口窝的上方，约相当于中山装第三粒纽扣的位置）。

操作方法（图 15-4）

1．用手掌根部将心口窝的上方部分向下压陷 3～4 厘米左右。

2．有规律、有节奏地每分钟压挤 60～80 次。

3．每次加压时可略慢一些，放松时可略快一些，目的是让胸廓自动弹起，手掌根部不必完全离开胸壁。

图 15-4　胸外心脏按压法

注意事项

1．加压时不可用力太大，切忌粗暴，位置要正确，不可太高太低，或左或右，否则易致肋骨骨折或内脏损伤。

2．按压有效时可摸到大动脉的搏动（如颈总动脉、股动脉）。

3．应有耐心，不间断地连续进行到出现规律的心跳、呼吸，或者在肯定病人确已死亡时才可停止。

复习方法

练习各项人工呼吸和胸外心脏按压的操作方法。

第十六章　常见症状的鉴别诊断及处理原则

一、发　　热

正常情况下，体内的产热（热量由组织代谢产生）和散热（通过呼吸、出汗、尿便等散发）这两个过程，在神经系统的调节下，处于相对平衡状态。体温调节中枢位于丘脑下部。当在一定的原因作用下使产热大大增加，远远超过散热，或者产热正常而散热发生障碍时，便可引起发热；另外，体温调节中枢的机能发生障碍时，也可引起发热。

正常人的口腔温度一般在36.2℃～37.2℃间（肛温高0.3～0.5℃，腋温低0.3～0.5℃），每天波动不超过1℃。临床上常将发热分为高热和慢性低热（又称长期低热）两类。

（一）高热

一般说，口腔温度在39℃左右或更高者称为高热。它是机体对致病因子的一种强烈反应。

常见病因

1．急性传染病

(1) 病毒性传染病：上呼吸道感染、麻疹、流行性感冒、传染性肝炎、乙型脑炎、脊髓灰质炎等。

(2) 细菌性传染病：败血症、肺炎、猩红热、流行性脑脊髓膜炎、细菌性痢疾、伤寒、白喉、丹毒、结核病、钩端螺旋体病等。

(3) 寄生虫病：疟疾、急性血吸虫病、丝虫病等。

2．化脓性病灶或病灶性感染　扁桃体炎、淋巴结炎、泌尿道感染、胆道感染、急性中耳炎、关节炎、皮肤疖痈、脓肿等。

3．组织破坏引起的高热　如手术后、骨折、烧伤、恶性肿瘤等。

4．其他　中暑、风湿热、急性失血、药物反应、输液反应、脑溢

血、蛛网膜下腔出血等。

诊断要点 一般情况下，凡是发热的病人都感到全身不适、头晕、头痛、乏力、食欲不振，有的还伴有恶心、呕吐；高热者则常伴有寒战、精神不振、谵妄、甚至昏迷等。这都是发热病人一般共有的症状。我们必须通过详细询问、全面检查、慎密观察，从中发现各个不同疾病的"个性"，以便确立诊断或者有个初步印象，有根据地再作进一步检查来明确诊断，使病人得到及早、适当的治疗。

1. 病史

(1) 首先应了解起病的缓急、季节、传染病流行情况及接触史。一般急性传染病均起病较急。某些传染病如麻疹、流感、流行性脑脊髓膜炎、乙脑、传染性肝炎、痢疾等，往往可询得接触史。呼吸道传染病好发于冬春季，而肠胃道传染病多见于夏秋季。

(2) 病程的长短：一般急性传染病的病程较短，如长时间发热（2周以上），应考虑伤寒、急性血吸虫病、结核病等。

(3) 伴随的主要症状：重点在各系统的病史询问。如呼吸系统疾病常有咳嗽、咯痰、咯血、胸痛、呼吸困难等；胃肠道疾病常有呕吐、腹泻、腹痛、恶心等；胆肝系统疾病常有右上腹痛、黄疸等；泌尿系统疾病常有尿频、尿急、尿痛、腰痛等；脑部疾病常有剧烈头痛、喷射性呕吐、昏迷、惊厥等。

2. 体格检查

(1) 一般情况：包括精神状态如何；神志清醒与否；皮肤颜色怎样；有无出血点或皮疹；全身淋巴结是否肿大；五官和身体各部有无感染等等。如流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎等传染病或其他严重感染（象败血症）引起的毒血症，往往可使神志昏迷。麻疹、猩红热等疾患，皮肤发红，出现红色疹子。败血症和流行性脑脊髓膜炎可在皮肤上出现瘀点或瘀斑。肝炎、胆囊炎有时可使皮肤、巩膜黄染。局部淋巴结肿大往往是局部感染所致，颈部、腋下、腹部淋巴结肿大以结核可能性大。五官科疾病常有局部症状。

(2) 检查心、肺、肝、脾体征，腹部有无压痛和肿块。发热病人大多心率快（一般体温每上升1℃，心率增快10次/分），但心律齐，如

心律不齐或心脏有明显杂音，应考虑心脏疾患的可能。肺和支气管等感染，往往可在肺部听到罗音。肝肿大常见于肝炎或其他肝部疾患。脾肿大则多见于伤寒、败血症、严重结核病等等。如肝、脾均肿大，应考虑疟疾、血吸虫病等的可能。肝炎、阑尾炎、腹膜炎等，腹部往往有压痛或肌紧张，有的还可摸到肿块。

(3) 神经系统检查：检查正常神经反射是否敏感，有无病理反射等等。脑膜炎、脑炎等疾患，可有项强、病理反射等体征。

3. 化验检查

(1) 血中白细胞计数和分类及血液涂片检查：一般传染病和化脓性感染疾病，白细胞总数及中性细胞均可增高，但伤寒、流感、疟疾等疾患，白细胞总数往往可较低，中性也不增高。寄生虫病则嗜酸性细胞增高。结核病常有淋巴细胞增多。疟疾、丝虫病及流行性脑脊髓膜炎时，作血涂片检查，可找到病原体。

(2) 大小便常规检查：泌尿道感染者，尿中往往有红、白细胞。肾炎时，尿中有红细胞和蛋白、管型等。痢疾时，大便呈粘液脓样，有多量白细胞及少量红细胞。寄生虫病者的大便中可找到虫卵。

(3) 肝机能检查：肝脏疾病时可见异常。

(4) 有条件时，可针对疾病再作其他检查，如血、尿培养，痰培养，脑脊液化验等。

必须指出，诊断发热疾病，在农村必须以病史和体格检查为主，通过反复的分析研究来确诊，决不能单纯依赖化验检查，即使有条件作上述各项化验，也只能作为诊断时参考。

4. 其他检查　有条件时，可作X线透视等，对肺部疾患的诊断，有一定参考价值。但同样地不能依赖它。

5. 热型分析　住院、留卫生室观察或情况比较复杂一时无法确诊的病人，最好定时测定体温，记录在统一印制的体温表格上，绘成一条体温曲线，然后据此进行分析，常对诊断有一定帮助。常见的热型有以下几种：

(1) 稽留热：高热持续数日或数周，每天变动范围在1℃以内，可见于某些急性传染病，如伤寒、大叶性肺炎等（图16-1）。

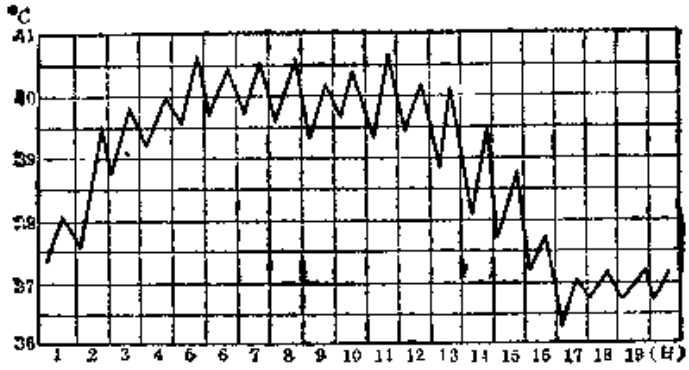


图 16-1　稽留热

(2) 弛张热：一日之中体温有高有低，变动范围在 2℃ 或更多，见于化脓性疾病，如肺脓肿等（图 16-2）。

(3) 间歇热：体温突然升高，可达 39℃以上，经若干小时后恢复正常，然后经一间歇时期（数小时或数日）后又突然升高，如此反复发作，见于疟疾等病（图 16-3）。

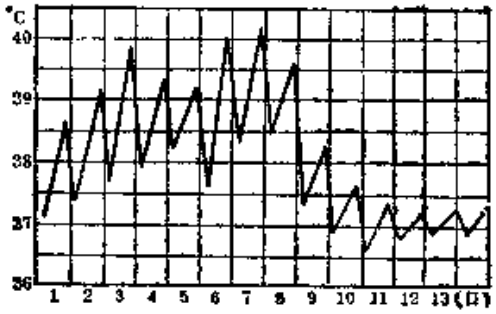


图 16-2　弛张热

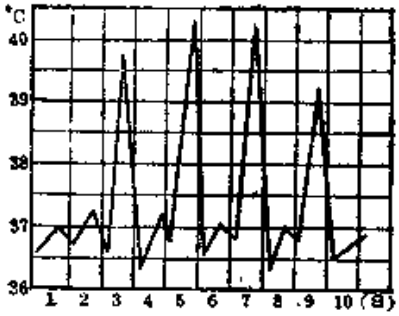


图 16-3　间歇热

(4) 消耗热：温度的变动范围比弛张热更为显著，在 3～5℃之间，见于败血症、重症肺结核等（图 16-4）。

(5) 颠倒热：一般发热都是早晨低、下午高，此种发热正好相反，为早晨较高，傍晚较低，可见于持久性败血症，有时亦见于肺结核。

(6) 不规则热（不整热）：体温变动极不规律，持续时间也不定，见于风湿热、流行性感冒、支气管炎、肺结核等（图 16-5）。

除了上述几种热型以外，体温上升或减退时的情况有时对疾病诊

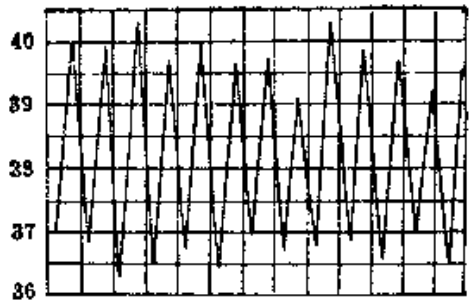


图 16-4　消耗热

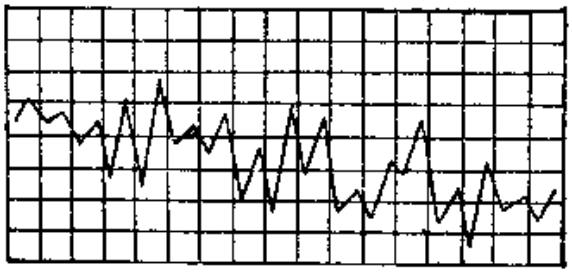


图 16-5　不规则热

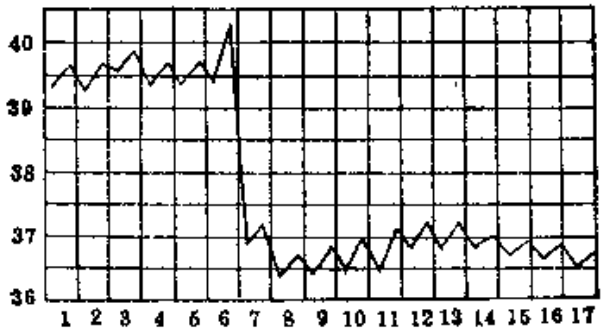


图 16-6　骤退热

断也有一定参考作用。如体温在数小时内迅速上升，并伴有寒战者，常见于疟疾、大叶性肺炎等病；体温在数日内渐渐上升者，可见于伤寒。体温在数小时内迅速下降（称为骤退）者，常伴有大汗，可见于大叶性肺炎等病（图 16-6）；体温在数日内逐渐下降（称为渐退）者，可见于伤寒、猩红热等（图 16-7）。

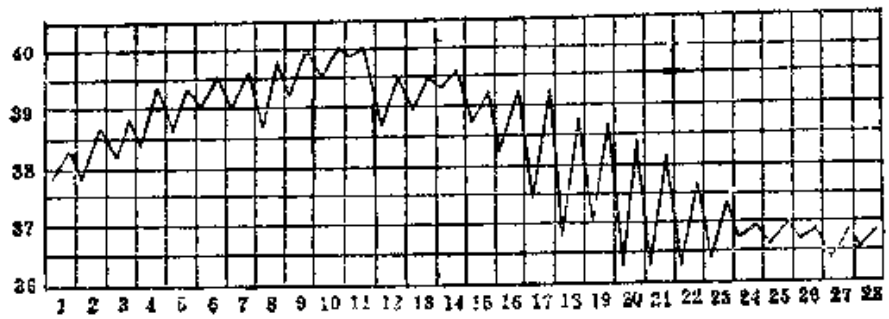


图 16-7　渐退热

治疗

1. 一般处理及对症处理　卧床休息，多饮水，吃易消化的食物。高热患者在未确诊前，不应随便使用退热剂，以免掩盖症状，延误病情。只有当热度过高、严重影响病情时，才在其他措施配合下适当应用退热剂，常用的如 A. P. C.、P. P. C.、复方氨基比林、阿斯匹林等，但使用量不宜过大，以免退热过快，引起虚脱。对疾病已经确诊者，可用退热剂，但用量也应控制。剧烈头痛者可应用止痛剂，如去痛片等。高热惊厥者，除给退热剂外，应立即肌注苯巴比妥钠（或阿米妥钠），成人 0.1～0.2 克，儿童 5～8 毫克/公斤/次；或 10%水合氯醛，口服或灌肠，成人 10 毫升，儿童 0.4 毫升/公斤/次。二者可交替应用。还可用冬眠灵肌注，成人 50 毫克，儿童 1 毫克/公斤/次。必要时加等量非那根同时注射，可迅速达到降温、止惊的目的。还可用物理降温如冷水（酒精更好）擦浴等。

2. 辨证论治　祖国医学把高热分为以下几型：

(1) 若恶寒发热同时存在、脉浮，属邪在表的发热症，治疗参照"感冒"。

(2) 若恶热发作似疟，属邪在少阳、表里不和的发热，治宜和解少阳，方用小柴胡汤加减（见 207 页）。

(3) 若高热不退、烦渴汗出，属邪在阳明气分发热，治宜清热生津、除烦止渴，方用石膏知母汤加减（见 209 页）；若兼见大便不通，可用承气汤加减（见 206 页）；若高热夜重，烦热不寐，口不甚渴等症

（属营分）兼见呕血、便血而易解、舌深绛，外发斑疹，甚则谵语狂躁不宁等症（属血气），则为热入营血，治宜清营泄热、熄风宣窍，方用清营汤加减即水牛角1两，元参、银花、连翘、麦冬各3钱，生地5钱，黄连、丹参各2钱，竹叶心1钱，水煎服。

(4) 不论在表在里，若舌苔白厚而腻、脉濡数，则属湿热，可在上述方剂中加化湿药如豆豉、厚朴、滑石、山栀等。

(5) 暑日高热未明原因者，急以香薷1.5钱、藿香5钱，水煎代茶频饮。如为小儿，可用香薷0.5钱、浮萍1钱、薄荷0.8钱（后下）、桔梗0.5钱、西瓜翠衣3钱，用水500毫升，煎20分钟，分3～4次服用，常能收效。

3. 新针疗法　①肺炎高热：尺泽点刺出血；②风湿热：外关；③感冒高热：合谷；④肠炎、痢疾高热：曲池；⑤流感高热：大椎、合谷；⑥发热不出汗：大椎、曲池；⑦发热出汗：曲池、复溜；⑧一般高热用少商、商阳刺出血。

4. 病因治疗　根据病史及体检，分析矛盾，加以确诊，而针对原发疾病作进一步治疗，这是根本的治疗方法。

（二）慢性低热

口腔温度在37.4～37.8℃，持续二周以上者，一般称为慢性低热，亦称长期低热。必须指出，正常体温变异很大，有的人体温正常就偏高，可称为生理性低热。故遇到低热的人，赤脚医生们应采取认真负责的态度，进行详细的分析和检查，作出正确的判断和处理，而不能轻易地肯定为病理性低热或把病理性低热作为生理性来处理。

常见病因和诊断要点

1. 慢性感染　是低热最常见的器质性原因。必须指出，慢性感染与低热的关系有二种情况：第一，如低热是感染的直接反映，则当感染被控制后，低热亦随之消退；第二，如由于慢性感染引起机体衰弱而造成功能性低热者，则感染虽被控制，低热仍不退。故只有当感染性病灶治愈后低热亦消退时，才可肯定为感染性低热。常见原因如下：

(1) 慢性肾盂肾炎：多见于已婚女性。详细询问过去病史，多有发冷、发热、尿频、尿急、尿痛、腰酸等症状。体检常有肾区叩击痛。

化验检查，清洁中段尿常规有5个以上白细胞；如有条件作中段尿培养，常呈阳性，对诊断有帮助。

(2) 结核病：是引起低热较常见的器质性原因。对每一个低热病员，都应考虑有无各种结核的可能，如肺结核、肠结核、肾结核、盆腔结核、脑膜结核、腹膜结核、淋巴结结核等。除有低热、乏力、消瘦、盗汗等症状外，大部分病员，均有相应的症状、体征。另外，血沉增速，1:10万结核菌素试验阳性以及X线检查阳性发现等，均对诊断有帮助。必要时可用抗结核药物作诊断性治疗。

(3) 慢性胆道感染：除一般头晕、乏力外，主要为消化系症状，如食欲不振、恶心、呕吐、右上腹慢性疼痛、肝脏肿大等。病史中可有胆绞痛。

(4) 其他：慢性扁桃体炎、副鼻窦炎及牙根化脓性病灶等亦可引起低热。

2. 肝病　多见于无黄疸的慢性迁延性或活动性肝炎，有食欲不振、腹胀、消瘦、肝区隐痛等症状。体检有肝大、轻度压痛，肝功能大多正常或有轻度变化。肝硬化亦可有低热。

3. 风湿　病员除低热外，常有关节酸痛、心动过速等症状，如化验血沉快及抗链球菌溶血素"O"试验增高，则可考虑为风湿热或风湿性关节炎；如临床上怀疑为风湿而不能确诊，可用青霉素等作诊断性治疗，用药后低热消退，则可考虑为风湿或链球菌感染后状态。

4. 甲状腺机能亢进　亦可有低热，特别是心动过速者；但病员大都有心悸、食欲亢进、消瘦、怕热、多汗、甲状腺肿大、突眼等症状，诊断一般无困难。有条件时，可作基础代谢率、吸碘^{131}等试验以帮助诊断。

5. 其他　贫血、恶性肿瘤、红斑狼疮、类风湿性关节炎等也可引起低热，但较少见，且多有相关的临床表现。

6. 功能性低热　一般认为是因植物神经功能紊乱或散热功能发生障碍所致。

(1) 夏季低热：俗称"疰夏"，每年夏季即有低热，同时伴有头晕、乏力、食欲减退等症状，一般连续几年后可自愈。

(2) 感染后热：常见于病毒或细菌感染后，高热已退，但低热一直持续不退，并有乏力、食欲减退等症状，体检及化验检查无阳性发现。可能为感染后机体虚弱所致。

(3) 植物神经功能紊乱：临床上以20～40岁女性多见，常有头晕、乏力、腰酸、食欲减退、心悸、失眠、消瘦、窦性心动过速等症状。大多数病员在清晨和卧床休息时无低热，而于活动或激动后即出现低热。一般在排除器质性疾病后可考虑此诊断。

治疗

1. 器质性疾病引起的低热，以病因治疗为主。

2. 功能性低热

(1) 夏季低热：本症在祖国医学中属“湿阻”范围，治宜燥湿、清热解暑，可用藿香、佩兰各3钱，炒香薷8分，厚朴1.5钱，青蒿4钱，砂仁壳（后下）1钱，橘皮1.5钱，半夏1.5钱，茯苓3钱，六一散(包)3钱，水煎服；如苔黄腻、口渴喜饮，加黄连8分、西瓜皮3钱。

(2) 感染后热：可试服水杨酸钠每次1克，每日3次；或麻黄素每次12.5～25毫克，每日3次，心动过速者忌用；或氯丙嗪每次12.5毫克，每日3次。

(3) 植物神经紊乱：可试服氯化喹啉每次0.25克，每日2次；伴有心动过速者，可用利血平，每次0.25毫克，每日2次。

中草药：知母、蒲公英、葎草各1两；或白毛夏枯草、丹参、葎草各1两，功劳叶5钱，甘草1钱，水煎服。

〔附〕暑热症

暑热症是婴幼儿的特有疾病，主要症状是发热、口渴多饮、多尿、尿闭或少汗。因多在夏季发病，故名“暑热症”，又称“小儿夏季热”。其特点是进入秋凉以后，症状都能自然消退。还可有第二年夏季再发，甚至连续发病三、五年的，但一般较初发时为轻。

症状 主要表现为长期发热不退，气候愈热，发热愈高。多数患儿，皮肤灼热无汗，烦躁不宁，多饮、多尿，一昼夜可尿数十次而清

晨、夜间小便又较白天为多。

病儿营养状况一般较差，但无急性病容，面色大多苍白，口唇干红。初起时，精神食欲无明显变化，以后渐显精神萎靡，食欲减退。

治疗 应着重于合理的护理，以及并发症的预防和治疗。

1. 尽可能将小儿置于比较阴凉的地方，或使居室通风降温。

2. 有高热、惊厥者应予以必要的对症处理(详高热的处理)。

3. 辨证论治：

(1) 发病初起，除发热、口渴多饮、多尿、夜尿以外，烦躁较明显，精神食欲改变不大，舌质较红，脉滑数，治宜清暑益气、养阴生津，可用清暑益气汤加减，即沙参、麦冬、知母各2钱，甘草5分，竹叶1.5钱，黄连5分，石斛、西瓜翠衣各3钱，荷梗1尺，粳米1匙，水煎服；或用人参石膏知母汤加减(方见209页)。

(2) 病情发展至精神萎靡、面少华色、食欲明显减退、舌淡苔薄、脉细数时，治宜温下清上兼养阴，可用附子、黄连各5分，磁石、石斛、孩儿参各3钱，补骨脂、覆盆子、菟丝子、桑螵蛸、白莲须、缩泉丸（包煎）各1.5钱，水煎服。

(3) 亦可用蚕茧、红枣各10～20枚，煎汤代茶饮。

4. 治疗过程中，尽量避免长期使用抗菌素，以防引起某些不良的反应。

思 考 题

1. 高热可由哪些原因引起？怎样进行鉴别诊断？

2. 试述高热的处理原则。

3. 暑热症是怎么一回事？如何治疗？

二、小 儿 惊 厥

惊厥在许多疾病都可发生，是小儿常见的急症，6岁以下的小儿多见。发作时可见全身或局部肌肉强直性或阵发性的痉挛，眼球固定或向上翻，知觉丧失，呼吸浅而不规则，有时迸气或面色青紫。一般经过数秒至数分钟即自行停止，少数可反复发作或持续发作不止。祖国医

学称为“急惊风”，认为系因风、火(热、暑)、食、痰、受惊等原因(尤其火最多)侵扰心、肝二经，使经络孔窍壅闭所致；此外，还有一种“慢惊风”，多由于急惊风治疗不当或久泻伤脾胃，致阳虚、阴虚而成。

诊断及鉴别诊断 一般可按无热、有热分类：

(一) 无热惊厥

1. 低血鈣 多见于人工喂养及多胎次的婴儿，以及母亲妊娠反应重或有缺鈣病史者。在发作间歇，病儿一般情况较好。

2. 癫痫 好发在7岁左右的儿童，大部分有过去发作史，发作停止后，神态如常。

3. 低血糖 常在清晨早饭前发生，或有饮食不足史、呕吐史等。病人常有以往发作史。症状是：出冷汗，头昏，疲乏，面色苍白，心跳及脉搏缓慢，严重的甚至昏睡、昏迷或惊厥。

4. 破伤风 多见于老法接生的新生儿，或者1～2周前曾有外伤史者。病儿牙关紧闭，全身阵发性强直性痉挛，不时面部抽搐，呈苦笑面容。

5. 中毒 有农药中毒及食物中毒史。

6. 产伤 新生儿颅内出血、窒息、颅脑外伤等。

(二) 有热惊厥

1. 任何全身或局部感染，体温增高，都可引起惊厥。如上呼吸道感染、扁桃体炎、中耳炎、疖、痈、脓肿、肺炎、败血症、菌痢等。大多见于半岁至3岁之间的儿童。一般抽搐一次，个别患者亦可在短期内多次发作，可伴有原发疾病的症状。

2. 各种原因引起的脑炎、脑膜炎(如乙脑、流脑、结核性脑膜炎和其它化脓性脑膜炎)均能引起惊厥。一般可借原发疾病的症状和神经系统检查、脑脊液检查等予以确诊。

治疗 必须抓住主要矛盾，分秒必爭，利用中西医结合、土洋并举的各种方法进行抢救，先设法制止惊厥，然后针对原因处理。

1. 一般处理

(1) 松解衣服，侧臥，使口腔分泌物不致吸入气管。

(2) 防止摔伤，并将清洁的布或纱布包裹压舌板，插入上、下门齿间，以防止舌咬伤。

(3) 有窒气及青紫的，可用人工呼吸，有条件时给予氧气吸入，并用呼吸兴奋剂(尼可刹米、山梗菜碱等)，或用中药成药(详下)。

2. 制止惊厥

(1) 新针疗法：合谷、人中、少商，嗜睡者加风池。强刺激。

(2) 抗惊厥药物：可给予10%水合氯醛0.4毫升/公斤/次，保留灌肠；苯巴比妥钠(鲁米那钠)5～8毫克/公斤/次，肌注；异戊巴比妥钠(阿米妥钠)5～10毫克/公斤/次，肌注，必要时静脉注射(必须注意，静脉注射往往会引起呼吸抑制)；冬眠灵1毫克/公斤/次，肌注；等等。

以上药物，可选用一种或合并使用。有高热者，在止惊同时，应给予头、足部冷敷，酒精擦浴及注射退热剂；或服中成药(详下)。

3. 病因治疗

(1) 低血钙症：紧急时采用10%葡萄糖酸钙5～10毫升，加入25%葡萄糖5～10毫升中静脉缓注，必要时4～6小时后重复注射。

(2) 低血糖：即服温糖开水1饭碗或静脉注射25～50%葡萄糖40～60毫升。

(3) 其他疾病如流行性脑脊髓膜炎、癫痫、上呼吸道感染等的治疗见有关章节。

4. 辨证论治

(1) 急惊风除突然出现抽搐、昏迷、牙关紧闭、两目上视等症状外，常伴有高热、烦躁、惊叫、痰鸣、吐泻、喘咳等症，同时见眼、鼻、唇舌干燥，口渴，尿色赤量少，舌苔黄厚或黄干，脉象弦数，指纹青紫等，治疗时可先以通关散(皂角、细辛等量，共研细末)喷入鼻内引起喷嚏，或灌服成药抱龙丸、紫雪丹等；待苏醒后，治宜清热、熄风、祛痰、镇惊为主，可用钩藤龙齿汤加减，即龙齿6钱，钩藤4钱，天竺黄、菊花各3钱，地龙、僵蚕、白芍、竹叶卷心、象贝母各2钱，蝉蜕1.5钱，水煎服，高热者兼服紫雪丹，抽搐剧烈加羚羊角(也可用山羊角代)，全蝎，颈项强直加葛根，桑枝等；病情稳定后，再根据不

同病因根治。

(2) 慢惊风可见全身衰弱、面色苍白、神智昏沉、抽搐频繁而乏力、无发热或额凉肢冷、出汗、泄泻清稀、哭声低沉无力、昏睡露睛、呼吸微弱、唇舌色淡、舌苔白润、脉沉细无力等，治疗时宜先用针灸处理，并兼灌服成药回春丹，1～2岁每服3粒，3～4岁每服4粒，10岁每服5粒。病情稳定后，若阳虚，治宜温中健脾为主，可用理中汤加减（见213页），甚则加附子、肉桂、肉豆蔻、丁香等；若偏于阴虚，治宜滋阴益肾、柔肝熄风，可用三甲复脉汤加减，即阿胶、龟板、鳖甲、白芍、白薇、五味子、川断各3钱，生地、生龙牡各5钱，地龙2钱，水煎服。如病久影响发育，可用六味地黄丸加减（见226页）。

思考题

试述惊厥的处理原则。

三、休　克

休克是人体因受各种因素的刺激，引起周围循环衰竭，微循环机能障碍和重要脏器血液灌流量不足、组织缺氧所引起的综合病征。在祖国医学中属于“厥症”的范畴。

病因及分类

1．外伤性休克　见于严重外伤、手术创伤、灼伤、骨折等。

2．出血性休克　见于肝脾破裂、宫外孕破裂、溃疡病出血、食管静脉曲张破裂等。

3．感染（中毒）性休克　见于中毒性菌痢、中毒性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、败血症及小儿中毒性消化不良等。

4．过敏性休克　见于青霉素过敏，其它药物、疫苗、抗毒血清过敏等。

5．心源性休克　见于急性心肌梗塞、慢性心力衰竭末期。

临床上以感染性休克为最多见，其次为出血性及外伤性休克。

发病原理和临床表现　休克的病变的关键是微循环障碍。所谓微循环是指小动脉通过毛细血管至小静脉这一段的血液循环（如图

16-8)。其血液通路有三条：(1)直捷通路：血液由小动脉、中间微动脉、直捷通道流入小静脉；(2)真毛细血管通路：血液由小动脉、中间微动脉、真毛细血管，汇入小静脉；(3)动静脉短路：血液由小动脉经动静脉通道直接流入小静脉。真毛细血管本身无舒缩功能。在中间微动脉分出真毛细血管的分支处，其管壁外有平滑肌，称前毛细血管括约肌，当其收缩时可增加血液由中间微动脉流入真毛细血管的阻力，从而调节真毛细血管的灌流量。微循环血管的舒缩受神经体液以及一些血管活性物质的调节。在正常情况下，动静脉短路是关闭的，直捷通路开放，大部分血液流过这条通路；一小部分血液（占全身血量的6～7%）通过轮换开放的真毛细血管通路（每次约开放20%），直接向组织细胞供应氧、激素、维生素和其他营养物质，并带走代谢所排出的二氧化碳及其他废料。

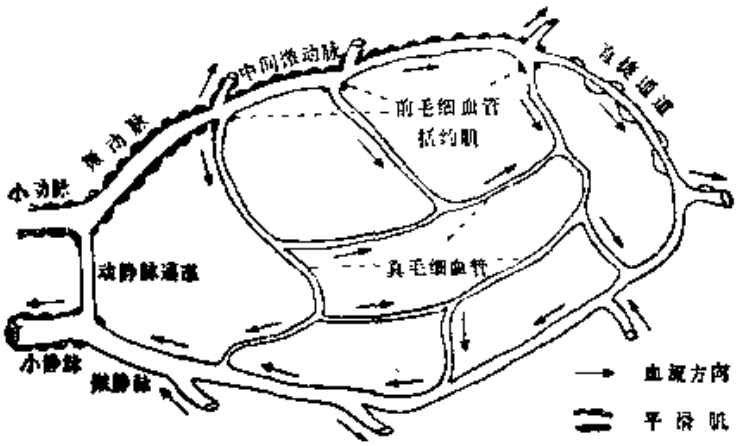


图 16-8　微循环模式图

当患急性严重感染（细菌毒素进入血液循环）、大量出血或严重创伤等时，首先引起交感神经兴奋，释放大量促使血管收缩的血管活性物质，如肾上腺素、去甲肾上腺素、儿茶酚乙胺等，使皮肤、内脏等的小动脉、前毛细血管括约肌、小静脉等强烈收缩，致真毛细血管关闭。这样就导致周围血管阻力增加，心输出量下降；另外，因组织血液灌流量减少，产生缺氧和代谢性酸中毒。此时临床上可出现烦躁不

安、面色皮肤苍白、四肢发凉、出冷汗、心率增快、血压正常、偏低或偏高、脉压差减小、呼吸深而快、尿量减少等。这就是临床上所谓休克早期或微循环痉挛期。

如果病情继续发展或未作及时治疗，由于组织缺氧，酸性物质增加，产生一些血管活性物质，如组织胺、5-羟色胺、蛋白酶等，使小动脉及前毛细血管括约肌扩张，真毛细血管大量开放；由于小静脉对酸中毒的耐受性较强，此时仍处于收缩状态，因而大量血液停滞于真毛细血管网内，不能参加循环，使有效循环血量明显减少；加上因缺氧而造成的血管壁通透性增加，使大量血浆外渗，有效循环血量进一步减少。由于有效循环血量减少以及因回心血量减少而造成心输出量下降，终致血压急剧下降。此时，病员出现神志淡漠、反应迟钝甚至昏迷，口唇肢端发绀，四肢冰冷，脉搏细速或摸不到，血压明显下降或测不出，尿量减少或无尿，临床上称为重型休克或微循环扩张期。

当休克时间过久，细胞缺氧加重，最后导致心、脑、肾、肺等重要脏器功能衰竭；因溶酶体的作用可引起组织细胞广泛坏死和自溶，并因血管麻痹，血流缓慢等可产生弥漫性血管内凝血等并发症，此即临床上所称休克晚期或微循环衰竭期，如不及时抢救，病员可因衰竭而死亡。

祖国医学认为“厥证”（休克）可由气虚、血瘀、血虚、痰浊内壅、暑热等引起。

(1) 若平素体虚，因惊恐或过度疲劳、睡眠不足、饥饿受寒等诱发成休克，属气虚。

(2) 若牙关紧闭，面赤唇紫，痛处拒按，脉多沉涩，属血瘀。

(3) 若兼见面唇苍白、目陷口张、自汗肤冷、呼吸微弱、舌质淡、脉微细，属血虚。

(4) 若平素多痰多湿，或闻喉间有痰声，或呕吐涎沫，舌苔白腻，属痰厥。

(5) 若同时身热面赤，汗多、口渴、脉细数，属热厥，即“逆传心包”。

治疗 引起休克的病因是多种多样的，病情发展中亦可以产生多种矛盾，因此处理休克是比较复杂的。但是，只要我们在实践中抓住各阶段的主要矛盾，分秒必争，迅速而及时地给予正确的紧急措施；同时，做好患者的思想工作，坚定斗志，增强信心。通过这些，就能够战胜休克，使病人转危为安。

治疗休克的原则是尽早除去引起休克的原因，尽快恢复有效循环血量，改善组织的血液灌流，恢复人体的正常代谢。具体措施如下：

1. 紧急处理 头部放低，足部抬高（头部外伤者例外，可平卧），不要随意搬动，注意保暖，保持呼吸道通畅，有条件时可以给以氧气吸入。疼痛严重者，可以用止痛剂（度冷丁、可待因之类，但颅脑损伤或胸部损伤伴呼吸困难者禁用）。烦躁、恐惧者，可用小剂量镇静剂。记录血压、脉搏、呼吸、尿量。立即进行针刺疗法，以升高血压和止痛。先刺十宣穴及二侧内关、合谷、足三里，用强刺激，留针。以后根据血压情况反复刺激，也可加刺人中、涌泉等穴。耳针可埋针皮质下、肾上腺、交感、内分泌等穴。

2. 补充血容量 休克大多有血容量绝对或相对的不足。而足够的血容量是维持正常血液循环和微循环灌流的必要条件之一。因此补充血容量在治疗休克中极为重要。

抢救休克时，一般说，休克时间越长，越严重，则需要补充的液体量就越多。在具体补液过程中应密切观察，反复检查，及时调整。下列一些指标可作为参考。

(1) 尿量和尿比重：可比较敏感地反映内脏血液灌流的情况。正常人每小时尿量在30毫升以上，休克时明显减少，如尿量每小时低于20毫升，而比重增加，则表示血容量不足。如血压脉搏已恢复正常而尿量仍少，比重低，则表示有急性肾功能衰竭，不能再盲目地补液，此点应予注意。

(2) 血压和脉搏：脉搏慢而有力，血压接近正常水平，脉压大于20毫米汞柱，说明血容量已补足。如血压波动或下降，脉压变小，脉搏细速，则表示血容量尚不足，仍需继续补液和加快补液速度。

(3) 一般情况：如病员安静、神志清醒、手足温暖，表示血容量已

基本补足。

(4) 微血管充盈情况：压迫指甲使之变苍白后，放松压迫，如甲下微血管很快（一秒钟内）即充盈恢复红色，表示血容量已基本恢复。如微血管充盈迟缓，则表示休克尚未纠正。

休克较轻时，先从静脉快速输入低分子右旋醣酐和5%葡萄糖盐水等，再根据情况决定是否需要输血。大量出血造成休克时，需快速输入全血和低分子或中分子右旋醣酐。

3. 纠正酸中毒以及水和电解质紊乱。

4. 病因治疗　如及时对大出血进行手术止血、对感染性休克应根据不同的菌种选用有效的抗菌药物，大力控制感染。

5. 肾上腺皮质激素　对过敏性休克、感染性休克可减轻类症反应，增加机体对外界环境的适应能力及抗过敏能力，并能增加毛细血管的灌流。应用时宜采取大剂量短程疗法，可用氢化可的松，每日0.2～2克，加入补液中静脉滴入，1～2天后即停用。使用时要慎重，需在抗菌药物应用下使用，以防感染扩散。

6. 血管活性药物　此类药物可分为血管收缩剂和血管扩张剂二种。过去在治疗休克时，为了提高血压，大多采用血管收缩剂。近年来认识到维持机体生存的因素主要是血液的灌流而不是血压。血管收缩剂使血管收缩，表面上虽然可使血压上升，但实际上却加重了微循环的灌流不足，反而使休克加重，此点必须充分注意。

血管收缩剂适用于过敏性休克、心源性休克、休克的血管扩张期以及在休克早期，无治疗条件时，可作为抢救及强化机体的代偿作用。常用药物有：

(1) 去甲肾上腺素：能加强心肌收缩，提高心脏排出量，除对冠状血管略有扩张作用外，对其他血管都有强烈的收缩作用，升高血压，但降低组织灌流而加重微循环障碍，对肾功能不良者忌用。一般用2～8毫克加入5～10%葡萄糖500毫升中静脉滴注。本药如误注于皮下可致组织坏死，目前应用已逐渐减少。

(2) 新福林：通过收缩血管使血压升高。肾功能不良者亦忌用。剂量一般5～10毫克肌注，每半小时到1小时一次。亦可用20～40毫克

加入5～10%葡萄糖500毫升中静脉滴注。

(3) 麻黄素30毫克或肾上腺素1毫克肌注，对过敏性休克效果好。

(4) 阿拉明：和去甲肾上腺素相似，但作用较弱、慢而持久，是去甲肾上腺素良好的代用品。剂量一般10～20毫克肌注，每半小时到2小时一次。亦可用10～40毫克加入5～10%葡萄糖中静滴。

血管扩张剂的作用是解除血管痉挛，消除动静脉短路循环，改善微循环灌流，加强心肌收缩，增加心输出量，使血压回升，纠正休克，通过解除肾脏和肺血管痉挛，可防止肾功能衰竭和肺水肿。适用于休克的血管痉挛期和血管衰竭期，对感染性休克效果良好。常用药物有：

(1) 异丙肾上腺素：有扩张血管，改善组织灌流量作用，亦可兴奋心肌，增加心输出量，使血压上升，脉压加大。常用1～2毫克加入5%葡萄糖500毫升内静滴。本药易引起心动过速及心律失常，心率每分钟120次以上者慎用。

(2) 阿托品：临床实践证明，对感染性休克效果较好，有面色苍白、紫绀、四肢厥冷、心率140次/分以下，用其它升压药物无效者可试用。成人每次不超过1.5～3毫克，加入葡萄糖液10～20毫升内静注，在5～10分钟内注完，每隔10～20分钟1次。如病人面色潮红，四肢温暖，血压升至80毫米汞柱时，逐步延长间隔时间、减量或停用。

(3) 654-2：作用和阿托品相似，毒性较低，副作用亦较轻。常用剂量20～100毫克静注，每10～15分钟一次，直至休克好转再逐渐减量至停药。

(4) 多巴胺：能增强心肌收缩，使皮肤粘膜血管收缩，但对内脏血管和冠状血管有扩张作用，适用于微循环痉挛期尿少而血容量已补足的病员。剂量一般用20～40毫克加入5～10%葡萄糖中静滴。

必须指出，应用血管扩张剂治疗休克，应在补足血容量后使用，以防造成血压骤降。

7．对过敏性休克，可疑的过敏药物应即停用，并适量给予抗过敏药物，如10%葡萄糖酸钙10～20毫升静脉注射等等。

8. 有心力衰竭时应用西地兰、毒毛旋花子甙K等强心药物。

9. 辨证论治

(1) 气虚者，治宜补气回阳，方用四味回阳饮加减，即四逆汤（见214页）加人参（或重用党参）。

(2) 血瘀者，治宜活血顺气，方用通瘀煎，即当归尾、山楂、香附、红花、乌药、青皮、木香、泽泻。

(3) 血虚者，治宜补养气血，方用归脾汤（见225页）。出血不止加仙鹤草、藕节、侧柏叶等，阳虚加附子、干姜等。

(4) 痰厥者，治宜导痰汤（二陈汤加枳实、南星，痰热内蕴可加山栀、黄芩、竹茹等）。

(5) 暑热厥者，治宜清心开窍、解热益气，方用牛黄清心丸、紫雪丹。

思 考 题

1. 什么叫休克？试述它的发病机理和临床表现。

2. 试述休克的治疗原则。

四、昏　　迷

昏迷就是神经系统机能受到严重抑制，意识深度丧失。轻度昏迷时，虽然强的刺激无法使病人清醒，但角膜反射及瞳孔反射仍未完全消失；重度昏迷则各种刺激的反应均消失（包括角膜反射和瞳孔反射），患者肌肉松弛，处于被动臥位，只有呼吸和心跳仍还存在，表示生命仍存在。昏睡就是半昏迷状态，患者不易唤醒，醒后很快入睡，能睁眼看东西，但无表情，回答问题含糊不清或答非所问。昏迷见于以下各种情况：

1. 传染病　如脑膜炎、乙型脑炎、中毒性细菌性痢疾、大叶性肺炎和败血症等。

2. 新陈代谢紊乱　如尿毒症、肝昏迷、高血压脑病和妊娠毒血症等。

3. 脑部疾患　如脑外伤（脑震荡、脑挫伤）、脑溢血、脑血管栓

塞、脑型血吸虫病、癫痫、颅内肿瘤等。

4. 中毒　如有机磷农药（1605、1059）中毒，食物中毒，一氧化碳、乙醇(酒精)、阿托品、安眠药(巴比妥类)中毒等。

5. 物理因素　如中暑、触电和溺水等。

诊断

1. 病史　昏迷患者因完全失去知觉，只能向家属或陪伴者询问病史。

(1) 发病前情况：发病时的环境（如一氧化碳中毒、中暑），是否服过药物或其它特殊物品(中毒)，有无外伤或触电史。

(2) 昏迷发生缓急及伴随症状：突起的多半是脑溢血、脑血管栓塞、癫痫或脑炎；缓起的则可能是尿毒症、肝昏迷、各种中毒和颅内肿瘤等。还应注意是否伴有失语和偏瘫（脑溢血、脑血管栓塞），是否有高热、惊厥和呕吐（急性传染病）。

(3) 昏迷前是否患有传染病，心、肝、肾疾病或高血压病等。

2. 检查

(1) 皮肤：皮肤干燥湿度高，可能是中暑。如有水肿，则应考虑高血压脑病、妊娠中毒症或尿毒症。皮肤有瘀点或紫癜，则表示有出血的倾向或严重的细菌感染。如皮肤出现明显黄疸，则可能是肝昏迷。一氧化碳中毒时，唇粘膜和甲床呈樱桃红色。外伤者，头部有伤痕或血肿。

(2) 呼吸和气味：尿毒症者有尿味。急性酒精中毒者有酒味（但有酒味不一定都是酒精中毒）。呼吸时有鼾声，见于脑溢血和急性酒精中毒。巴比妥类中毒者，呼吸浅而慢。

(3) 有关神经系统的体征：①瞳孔：有机磷农药中毒时，瞳孔缩小如针尖大，而酒精中毒者则常常扩大。两侧瞳孔不对称，可能有脑外伤、脑溢血、脑血管栓塞等。②面部不对称，一侧肢体瘫痪，表示对侧脑部有病变。③颈项强直、屈腿伸膝试验阳性者，表示有脑膜刺激现象。

(4) 心脏：心律是否规则，有无过快或过慢现象。是否有心脏扩大，有无杂音，是否有风湿性心脏病。是否有高血压病。

(5) 其它：如肺部、腹部和四肢的检查。

3. 化验检查　有条件时可作血常规、尿常规、大便常规及脑脊液常规、肝功能等检查，以协助明确昏迷原因。

治疗　昏迷病人的处理原则，最主要的是争取时间尽快地作出诊断，分别给以适当的治疗。

1. 一般治疗　昏迷病人有呕吐时，应保持侧卧位，以免呕吐物吸入肺内，造成肺炎。昏迷时间久的病人，要经常变换体位，以免发生褥疮。要注意营养及水分补充，可静脉滴注10%或5%葡萄糖水等。针刺人中、合谷，强刺激。

2. 对症治疗　发热过高者可给退热剂或物理降温，如冷水毛巾敷头部等。有抽痉者（如癫痫）止痉，但止痉药物能加重昏迷程度，以至模糊诊断。若抽痉停止，最好不用。昏迷深，呼吸不佳，可肌注可拉明、洛贝林、咖啡因等，或将可拉明、洛贝林加入葡萄糖内静脉连续滴注。也可用回苏灵8毫克，每4～6小时1次，肌注或静注。

3. 病因治疗　明确昏迷原因后，就按病因给予不同处理。

4. 辨证论治　参见休克。

思考题

试述昏迷的诊断和急救处理原则。

五、眩　　晕

眩晕系自觉身体或外物有旋转或摇动的感觉，也即重度的头晕眼花。

病因及诊断要点　眩晕可由迷路的病变引起，称为周围性或耳源性；也可由前庭神经、脑干及小脑疾患引起，称为中枢性或神经源性。此外，还可由于其他全身性疾病而引起。

1. 周围（耳源）性眩晕

(1) 内耳眩晕（美尼尔氏）症：常突然发作，视物旋转，伴有耳鸣、听力减退及眼球震颤，有的还有恶心、呕吐、面色苍白等，可在体位改变时加重，故患者静卧不动。

(2) 迷路炎：多由中耳炎并发，症状与内耳眩晕症相似，有耳道流脓史，检查见鼓膜穿孔。

(3) 晕动病：见于晕车、晕船等情况。

(4) 链霉素族（包括新霉素、卡那霉素）药物中毒：多有长期用药史。

2. 中枢（神经源）性眩晕　包括听神经或脑部的肿瘤、前庭神经炎、脑部血管性病变等，症状多比较复杂，须到医院神经科进行检查以确诊。

3. 全身性疾病引起的眩晕　这类眩晕多系普通所称的头昏眼花，大多无真正的旋转感，一般不伴有听力减退及眼球震转，耳鸣也不多见，可有原发疾病的相应症状与体征。可见于重度贫血、高血压、低血压、心动过速或过缓及其他心血管疾患，某些胃肠道疾病，神经官能症及脑震荡后遗症，服用巴比妥类等抑制中枢的药物，以及尿毒症、严重肝脏疾病、低血糖等等。

祖国医学认为眩晕可由风(肝阳上扰)、火（气血亏虚）、痰（痰湿中阻）、虚（肾精不足）所致。若眩晕每因烦劳或恼怒而增剧，兼见面红目赤、急躁易怒、少寐多梦、口苦、舌红、脉弦细，属肝阳上扰；若头晕目眩因动作而加重，兼见心悸气短、神疲懒言、面白食少、唇甲少华、舌淡、脉虚涩无力，属气血亏虚；若眩晕耳鸣因疲劳而加重，兼见腰膝酸软、肢冷尿频、舌质淡、脉沉细，属肾精不足；若眩晕头重不可动作，兼见胸脘痞闷、恶心呕吐、苔白腻、脉濡滑，属痰湿中阻。

治疗

1. 仔细找出发作原因，针对原发疾病处理。

2. 对症处理　无旋转感的一般头晕，可给镇静剂或小量兴奋剂；眩晕者可服乘晕宁 50 毫克，每日 3 次，并配合应用维生素 B_1、B_6、氯丙嗪、阿托品、麸酸等。针刺风池、太冲、太溪等穴，对各种眩晕均有一定疗效。

3. 辨证论治

(1) 肝阳上扰，治宜平肝潜阳、养阴安神，可用天麻钩藤饮加减，

即天麻、钩藤、黄芩、栀子、益母草、茯苓各3钱，牛膝、杜仲各5钱，石决明、桑寄生、首乌藤各1两（天麻可改用白蒺藜、地龙干等），水煎服。

(2) 气血亏虚，治宜健脾养心、补益气血，可用归脾汤（见225页）加减。

(3) 肾精不足，治宜滋补肝肾、温助元阳，可用肾气丸（见226页）加减。

(4) 痰湿中阻，治宜燥湿化痰、健脾和胃，可用二陈汤（见228页）加白术、天麻（亦可改用白僵蚕），若化热则加竹茹、黄连、枳实。

六、晕　厥

晕厥俗称“昏倒”（亦叫“昏厥”），是一种暂时性脑缺血、缺氧引起的短暂的意识丧失，少数也可因其他原因产生。血压降低是晕厥的普通现象。晕厥须与眩晕、昏迷及休克相鉴别。眩晕主要表现为自身和外物旋转的感觉，通常无意识丧失；昏迷是持久而不易迅速逆转的知觉丧失；休克是急性循环衰竭引起的全身综合性反应，主要表现为血压明显而持续的下降，并有面色苍白、出冷汗、手足发凉等症状，但早期意识是清楚的。

病因及诊断要点　晕厥可由多种原因引起，常见的有：

1. 血管运动失调性晕厥

(1) 血管抑制性晕厥（普通晕厥），因各种刺激引起反射性的外周血管扩张，发生一时性脑缺血所致，临床比较常见。如恐惧、紧张、晕针、创伤剧痛等突然刺激，往往可诱发晕厥；也可在闷热、疲劳、通气不良等情况下发生。一般多伴有头昏、眼花、恶心、呕吐、出汗、脸色苍白等前驱症状，发作时血压可短暂下降，脉搏先增快后减慢，在躺平或放低头部后即可恢复。

(2) 直立性低血压：在平卧或久蹲后突然起立时发生，伴有血压下降、脉搏增速，但无抽搐。可在应用氯丙嗪或某些扩张周围血管的药物（如降压药、氨茶碱等）后发生，也可因神经系统某些特殊的疾病

而引起。此外，某些比较衰弱的正常人久立不动或慢性疾患长久卧床后突然起立，有时也可发生。

2．心源性晕厥　最多见的是急性心源性脑缺血综合征（阿-斯综合征），常因严重心脏病或在血吸虫病锑剂治疗的过程中发生，表现为突然昏倒，听不到心音或呈严重心律紊乱，常有抽搐、苍白、紫绀等，如不及时抢救，可很快死亡。此外，少数心肌梗死或心绞痛、风湿性心脏病严重的主动脉瓣狭窄及某些先天性心脏病（如法乐氏四联症等）有时也可发生，一般都有这些疾病的特殊症状。

3．神经精神源性晕厥　如癫痫小发作常无先兆而突然意识丧失，数秒钟后即恢复，可有一些刻板无意义的动作，事后不能记忆，以往有类似发作史；轻度脑震荡常在脑外伤后发生，有近事遗忘（即记不清最近经历的事情而能回忆往事）；高血压脑病常有血压突然而显著的增高，并有头痛、呕吐、局部或全身抽搐、暂时性局部运动或感觉障碍等；严重的偏头痛有时也可发生晕厥，但发作后常有剧烈头痛；癔病引起者常在暗示或情绪波动后突然发作，无前驱症状，有手足发麻甚至抽搐，持续时间较长，并有其他一些精神症状。

4．低血糖晕厥　多属功能性，可有少食或饥饿史，昏倒前常有疲乏、心悸、出冷汗、头昏、不安等前驱症状，进食糖水后迅即恢复。

5．失血、失液及严重贫血也可引起晕厥，严重者则进一步可引起休克。

6．其他　如窒息、轻度一氧化碳中毒、严重的眩晕、药物过敏等也可引起，有极少数人尚可在剧咳或排尿时发生。

治疗　晕厥均应找出病因，针对原发疾病治疗。紧急情况下可一边进行抢救，作对症处理，一边再逐步明确诊断。一般普通晕厥及某些功能性晕厥经对症处理即可好转。主要措施是：

1．让病人平卧于空气流通处，或将头部放低，同时解松衣领，给饮温热开水。

2．针刺人中、百会、十宣等穴。

3．恢复较慢或癔病者可嗅氨水，或用中药通关散吹鼻以开窍。必要时可皮下注射0.1%肾上腺素0.3～0.5毫克或麻黄素25毫克。

4. 反复发作的不明原因的直立性低血压须给高盐饮食，服用麻黄素 12.5～25 毫克，一日 2～3 次。

5. 低血糖引起者可饮糖开水，不能进食者可静脉注射 50% 葡萄糖 40 毫升。

6. 祖国医学辨证论治参照休克一节（见 1183 页）。

思 考 题

晕厥与眩晕、昏迷、休克有什么不同？如何抢救？

七、头　　痛

头痛是一个常见的症状。由于头痛有时可为某些严重疾病的早期或突出的症状，因此对一些突发性头痛病人，必须详细询问病史，作细致的体格检查（必要时包括全面的神经系统检查），系统地考虑头痛的各种可能的病因，再结合临床和必要的辅助诊断方法，作出正确的诊断。

病因及分类

头痛按病因可分为：神经机能性、血管性、损伤性、中毒性、颅内高压性、脑膜性、窦性及眼源性。按临床表现，头痛又可分为：

1. 慢性进行性头痛　颅内压增高及一些慢性毒血症的头痛属此类型。其特点为晨起即呈剧痛，常伴有呕吐，以后即逐渐减轻，第二日又以同样的规律出现。可见于神经机能性头痛、颅内肿瘤、脓肿及硬膜下血肿、尿毒症、糖尿病及其它中毒状态等。

2. 反复阵发性头痛　最有代表性者为偏头痛，此外有脑损伤、脑动脉疾病、高血压以及颈椎疾病等。

3. 急性发作性头痛　如急性感染（脑膜炎、脑炎等颅内炎症及流感等伴有高热者）、饮酒过量、头部外伤、蛛网膜下腔出血、腰椎穿刺后头痛等。

4. 头部局部原因引起的头痛　此类头痛的性质可为急性发作性，亦可为慢性进行性，如青光眼、虹膜炎、鼻窦炎、颅骨病变等。

祖国医学认为，头为“诸阳之首”（因系多数经脉汇聚之处），故

外感（如感风寒暑湿燥热六邪，尤其是风邪）、内伤（如肝阳上亢）、气滞血瘀、虚劳都能引起头痛。

鉴别诊断要点

1．血管性头痛　多为高血压引起．测量血压即可诊断。其次有脑动脉硬化，可根据其它脏器动脉硬化的表现来诊断，必要时到医院作眼底检查或血胆固醇测定。

2．蛛网膜下腔出血引起的头痛　头痛常急性发作，伴有呕吐及脑膜刺激征——颈项强直及抬腿试验阳性。必要时作腰椎穿刺，可见脑脊液中充满血液。

3．颅内高压性头痛　大多为位于头颅深部的持续性钝痛，一度以晨起较重，咳嗽、喷嚏等可使之加剧。头痛程度不如偏头痛剧烈，并可自行缓解和复发。以颅内占位性病变如脑瘤引起的头痛（往往为单侧性头痛）为多见，十有八九肿瘤是位于痛侧。至颅内压增高后，头痛常位于两侧前额或后枕，剧烈时伴有呕吐。长期颅内压增高可使视神经乳头水肿以至萎缩，视力逐渐减退，最后可导致双目失明，此时头痛却反可减轻。

4．颅内炎症引起的头痛　头痛常急性发作，为全头性剧痛，但往往以枕部最重。常伴有呕吐（典型者为喷射性），并有急性感染症状，亦可有昏睡现象。体检有脑膜刺激征，必要时可作脑脊液检查以确诊。

5．头部局部病变引起的头痛

(1) 眼部疾病：头痛多为慢性，往往在用眼过久后出现，休息后可好转。疼痛位于眼眶、眼球后或额部。眼部疾病经治疗后，头痛即逐渐减轻消失。

(2) 鼻及鼻窦疾病　急性炎症时，头痛为急性发作性；慢性感染时，则为慢性进行性。头痛的规律为晨起时最重。体检时可见鼻腔内有分泌物(一般为脓性)，病变侧鼻窦及其附近组织有压痛。必要时，可作鼻窦X线摄片检查。

(3) 牙病　头痛常为持久搏动性疼痛，病牙一般均有叩击痛及其他所见。

(4) 颈部疾病　如颈椎关节炎、肌炎及颈肌损伤等均可引起头痛，

多位于枕部、体检时颈椎或颈肌有压痛，颈部活动受限制，必要时可作颈椎X线检查。

(5) 三叉神经痛　痛呈阵发性，历时短暂，约数十秒至1～2分钟，可伴有局部感觉异常。

(6) 偏头痛　多开始于青春期，女性多见，常有家族史，发作前可有一定诱因，如月经来潮、情绪激动、疲劳等。祖国医学认为此病多因肝阳上扰、肝胆火升所致。发作前可有先兆症状，如眼前有闪光、暗点、偏盲、暂时性失语、半身麻木等，一般持续15～20分钟。发作为周期性，每次头痛大约持续4～48小时，伴有恶心、呕吐、畏光、面色苍白，少数病例还可有眼肌麻痹、两侧瞳孔大小不等。

(7) 神经机能性头痛　临床最常见，往往表现为神经衰弱的症状之一，并有思想不集中、记忆力减退、失眠等。头痛部位在头顶中央，精神、情绪的改变常与头痛的发作频数或严重程度有一定关系。

祖国医学把头痛分为四类：

1．外感头痛　除外感症状外，多见头痛在前额与枕部，伴有发热、怕冷、身痛、脉浮数弦等。

2．肝阳头痛　多在枕部或全头部，为胀痛或跳痛，伴有眩晕、失眠、多梦、烦躁、脉弦滑或弦细、舌质偏红等。

3．瘀血头痛　痛有固定部位，为刺痛或钝痛，舌质紫暗或有瘀斑。

4．虚性头痛　头痛较轻，多在全头部或两太阳穴部，其中伴有面色苍白、头昏、失眠、心悸者属气血虚；伴有腰酸、遗精带下者属肾虚；伴胸脘满闷、多痰、舌苔白腻者属脾虚生痰。

治疗

1．针对病因治疗

(1) 如为颅内高压性头痛，应进一步明确颅内压增高原因，必要时可用脱水剂降低脑压。颅内炎性病变者应使用较大剂量的抗菌素，头部等器官疾病应查出原因及时治疗。

(2) 偏头痛：

① 一般发作时可针刺合谷、太阳、外关等穴，或用镇静剂（如鲁

米那等）和止痛剂（如阿斯匹林等）。

② 先兆症状刚出现时，可用血管扩张剂，如烟酸50～100毫克，一日3次，或用亚硝酸异戊酯吸入，每次一安瓿。

③ 头痛发作严重时，可用麦角胺咖啡因片在发作初期服1～2片；如症状持续，半小时后可再服1片，总量不超过6片。但有高血压、心绞痛、闭塞性血管疾病、肝肾疾病及孕妇应禁用。呕吐剧烈者可肌注阿托品0.5～1毫克和苯巴比妥钠0.1克。

④ 祖国医学治偏头痛以平肝泻火为主，可用天麻钩藤饮加减，即天麻、黄芩各2钱，生石决、珍珠母各1两，半夏3钱，夏枯草5钱，水煎服。验方苍耳子、稷豆衣各3钱，蝉衣1.5钱，或白芷、蝉衣各1钱，水煎服。

2．对症治疗

⑴ 新针疗法：合谷、外关、风池、太阳、后溪、昆仑、印堂及足三里等穴。

⑵ 止痛剂：阿斯匹林、安乃近、优散痛等。

⑶ 安定剂和肌肉弛缓剂：如苯巴比妥、利眠宁、安定、安宁等。

⑷ 扩血管药物：如烟酸等。

⑸ 中草药治疗：

① 外感头痛：多属实症，治疗参照感冒及传染病，以祛邪为主，邪除则头痛自愈。

② 肝阳头痛：治宜平肝熄风潜阳，可参照高血压的治疗。

③ 瘀血头痛：治宜活血祛瘀通络，可用血府逐瘀汤加减，即当归、红花、生地、牛膝各3钱，桃仁4钱，枳壳、赤芍各2钱，川芎、桔梗各1.5钱，柴胡、甘草各1钱，水煎服。

④ 虚性头痛：属气血虚者治宜益气补血，可用参苓术草汤合四物汤（见222页）加牡蛎、白蒺藜等。属肾虚者治宜补肾益元，可用大补元煎加减，即党参、山药、熟地、杜仲、枸杞子、当归各3钱，山萸肉2钱，炙甘草1钱，水煎服；若偏于肾阳虚可加鹿角、附子。属脾虚生痰者治宜温中化痰，可用二陈汤（见228页）加白僵蚕、远志、白术等。

思 考 题

头痛可由那些原因引起？如何鉴别？如何处理？

八、呼吸困难

患者感到空气不足、呼吸费力，表现为呼吸次数、深度和节律等方面的改变，叫做呼吸困难；高度呼吸困难表现为呼吸急促者称为气喘。

呼吸困难不仅见于呼吸系统的疾病，按其病因，可分为五种基本类型：

1. 肺原性呼吸困难　呼吸器官机能的障碍，包括呼吸道、胸膜和呼吸肌方面的病变，都可引起肺脏的换气不足和肺的血液循环阻碍，使血内二氧化碳浓度增高，作用于呼吸中枢而引起呼吸困难，常见的如：

(1) 急性喉炎、哮喘：由于喉或气管、支气管的狭窄或阻塞，影响肺内换气所致。喉炎可表现为音哑、犬吠样咳嗽、气急，明显者有三凹症；哮喘表现为气急、端坐呼吸，听诊有哮鸣音。

(2) 肺炎：发病急，发冷发烧，胸痛，咳嗽，有肺炎体征。

(3) 肺气肿、肺原性心脏病：慢性咳嗽史，发绀，心悸，咯白粘痰或脓痰，肺有罗音，以及肺气肿与右心衰竭的体征。

(4) 上呼吸道异物：多见于小儿，突然发生，呛咳剧烈，甚至很快窒息。

(5) 胸腔积液、气胸：如发病急骤，有明显呼吸困难与发绀、胸痛、患侧胸部叩诊实音、语颤和呼吸音减弱、气管向健侧移位等胸腔积液体征，可能为渗出性胸膜炎；而患侧叩诊鼓音，语颤或呼吸音减弱或消失，呼吸困难、紫绀等发展迅猛，则可能为气胸。

2. 循环障碍性呼吸困难　心力衰竭能引起呼吸困难，系由于心机能不全小循环发生障碍，肺换气受到限制所致，患者不能平卧，伴有心悸、下肢水肿、颈静脉怒张及心脏异常改变。

3. 中毒性呼吸困难　包括酸中毒、毒血症及药物所致的呼吸障

碍。如尿毒症及糖尿病昏迷时，酸中毒使呼吸中枢受到强烈的刺激作用，呼吸常深而慢；高度深而慢的呼吸，叫库氏呼吸。昏迷状态时，气管内常积有分泌物，使呼吸时发出一种粗糙的鼾声。吗啡、巴比妥等中毒时，呼吸中枢受到抑制，故呼吸迟缓。

4．血源性呼吸困难　重症贫血、变性血红蛋白血症（如一氧化碳中毒）时，红细胞带氧量减少，呼吸常频速而加深。

5．神经性或中枢性呼吸困难　中枢神经系统性病变，如脑瘤、脑溢血、颅内压增高时，呼吸慢而深。

诊断　主要根据病史及原发疾病的症状体征，必要时作血液化验及X线检查以助诊断。

治疗

1．对因治疗　处理原发疾病后，常能减轻呼吸困难的症状。

2．对症治疗

(1) 患者安静休息，心力衰竭者取半卧位。

(2) 新针疗法：可针对原发疾病进行，紧急时针刺人中、十宣。

(3) 肌注呼吸兴奋剂如尼可刹米0.25～0.375克（即1.0～1.5毫升），儿童10～15毫克/公斤/次；或山梗菜碱5～10毫克（即1～2毫升），儿童酌减；或回苏灵6～8毫克（即1.5～2.0毫升）。必要时静脉注射。惊厥患者应慎用。

(4) 保持呼吸道通畅：呼吸道疾病常因喉头分泌物过多而致呼吸困难，可用30毫升注射器接上导尿管（F 14～18号）反复抽吸，加以清除。如喉头有阻塞，应紧急作气管插管或气管切开。

(5) 呼吸肌瘫痪或呼吸十分微弱甚至暂停者，应即进行口对口人工呼吸。

(6) 呼吸困难伴有发绀者，应争取给予氧气吸入。

(7) 安慰与镇静剂对癔病所致的呼吸困难常能奏效。

3．辨证论治　祖国医学认为呼吸困难系因外邪侵袭、痰湿内盛、痰饮和肺、心、肾等几方面不足引起的，治疗时宜先辨明虚实，实证重在祛邪，虚证重在扶正。

(1) 外邪侵肺可使肺气失宣、痰浊壅塞不通而致呼吸困难，相当于

急性喉炎、哮喘、肺炎等病，凡属风寒者治同风寒感冒，宜祛散风寒、宣肺平喘，可用三拗汤(麻黄、杏仁、甘草)加减；若郁而化热，治同肺炎，宜清泄肺热，可用麻杏石甘汤（见205页）加黄芩、桑白皮等。

(2) 痰湿内盛，痰饮及心、肺、肾等不足引起的呼吸困难，相当于肺气肿、肺心病、循环系统疾病等，治宜温肺散寒、化痰平喘，可用化饮解表汤加减（见204页）；后期宜补益心肾、纳气平喘，可用附桂八味丸加减，即肾气丸内桂枝易肉桂，肿则可用温阳利水汤加减，即附子、白术、白芍、茯苓各3钱，生姜3片，若挟热加鱼腥草、桑白皮，血脉瘀阻加丹参、桃仁、红花等。

(3) 胸腔积液引起的呼吸困难属结胸、悬饮，治疗详见胸膜炎一节。

思 考 题

常见呼吸困难有哪几种？怎样处理？

九、咳　　嗽

咳嗽是一种反射性防御动作。当呼吸道粘膜受到异物或分泌物的刺激时，即引起咳嗽，将异物或分泌物排出。胸膜受刺激时也可引起咳嗽。

发生原理　咳嗽的发生是因为延髓中靠近呼吸中枢的咳嗽中枢受到刺激所致。这种刺激一般是由迷走神经传导的。迷走神经的分布面相当广，当呼吸器官的粘膜或其他某些部位(如胸膜、皮肤或内脏等)受到刺激时，就可通过迷走神经的感觉纤维传到咳嗽中枢，然后由传出纤维通过喉下神经、膈神经及脊髓神经分别传导到声门、膈肌及其他呼吸肌，因而引起咳嗽动作：短促的深吸气之后，声门关闭，继以突然剧烈的呼气，使肺内高压的空气冲击狭窄的声门裂隙，喷射而出。咳嗽亦受大脑皮层的支配，因此人们可以随意作咳嗽动作或抑制咳嗽。

祖国医学认为咳嗽主要是由于外邪或内伤犯肺，影响肺气正常的肃降、宣通等功能，使肺气上逆而发生。

常见病因

1．发炎　呼吸道炎症、胸膜炎、结核和某些过敏因素，都可刺激迷走神经而产生咳嗽。

2．物理因素　如呼吸道内异物（包括食物、空气中灰尘、浓烟及鼻腔内的分泌物等），呼吸道受压（纵隔肿瘤、胸腔积液等），呼吸道突然吸入很热或很冷的气体等等。

3．化学性刺激　呼吸道吸入刺激性的气体如氯、碘、硫酸、硝酸等，可使肺或支气管充血、发炎，而引起咳嗽。

诊断

1．病史　应注意询问咳嗽的性质、节律、音色、出现时间及伴发的症状等，具体详见呼吸系统问诊一节（见 306 页）。

2．体格检查　注意各种能引起咳嗽的疾病的特殊体征，如急性支气管或肺部炎症可有呼吸音减低或干湿罗音；慢性呼吸系统疾患常有气急、口唇紫绀、桶状胸、杵状指等；长期肺结核或呼吸道肿瘤病人可有消耗性体征；渗出性胸膜炎病人有胸腔积液的体征；等等。

3．必要的化验检查可协助某些疾病的诊断，如呼吸系统急性炎症病人血化验常有白细胞数增高（主要是中性增多）；怀疑肺结核、支气管或肺恶性肿瘤可取痰检查结核菌或癌细胞；支气管扩张或肺脓疡病人咯出的大量脓痰久置后可分为三层；等等。

4．对某些病情比较复杂，一时不易确诊的病，必要时还可到医院作 X 线检查，以排除肺、支气管和胸腔内的某些疾病。

治疗

1．病因治疗　根据不同的疾病采取相应的措施，是最好的治疗方法。

2．对症处理　咳嗽病人一般均可选用一些镇咳祛痰药物，必要时还要根据具体症状采取其他有关的对症疗法。

(1) 祛痰药：祛痰药的作用在于使呼吸道的分泌增加，稠痰稀释，既可保护粘膜免受外界的刺激，又可使痰易于咳出以减轻刺激，有利于炎症的治愈。祛痰药一般都还有镇咳的效果，因为痰液排除后咳嗽可自然停止。常用的如含有皂素的中药远志、桔梗、沙参、前胡、紫菀、款冬花等，以及西药氯化铵（可配成 10%的合剂或用片剂）等。

(2) 镇咳药：单纯的镇咳药没有祛痰作用，只能减轻咳嗽，有的甚至因强烈镇咳而抑制排痰，对疾病的恢复不利，故只适用于痰液少而咳嗽剧烈的病人，必要时与祛痰药配合应用，常用的如咳必清（包括糖浆或片）等。中药贝母、半夏、杏仁等也有镇咳作用。

(3) 其他：有剧烈痉咳者可配合应用松弛支气管的药物，如氨茶碱、麻黄素及中药麻黄等；咳嗽过分剧烈者还可适当配合应用小剂量的镇静剂如利眠宁、鲁米那等。

3. 辨证论治　祖国医学把咳嗽分为两类：

(1) 外邪犯肺引起的咳嗽，主要是风、寒、热、燥四种，其特点除兼外感症状外，风寒咳嗽见稀痰，风热咳嗽见稠痰，燥热咳嗽则无痰。其中风寒咳嗽治宜疏散风寒、宣通肺气，可用三拗汤（见1195页）加减，化热则用麻杏石甘汤（见205页）加减；风热咳嗽治宜疏风清热、宣通肺气，可用桑菊饮（见205页）加减；燥热咳嗽治宜清肺润燥、疏风清热，可用桑杏汤加减，即桑叶、豆豉、杏仁、贝母各3钱，沙参、梨皮各5钱，水煎服。各种外感咳嗽如日久不愈或复发，喉痒咳嗽、咯痰不爽，可用止嗽散加减，即荆芥、紫菀、白前、百部、橘红各3钱，桔梗、甘草各1.5钱，水煎服。

(2) 内伤咳嗽：又分脾虚生痰、肝郁化火犯肺以及肺虚三种，其中咳嗽多痰且粘，伴有胸脘闷、乏力、舌苔白腻，脉濡滑者，属脾虚生湿痰犯肺，治宜健脾燥湿、化痰理肺，可用二陈汤（见228页）加减；若咳时胸胁作痛、咽干而红、舌苔薄黄少津、脉弦数，属肝火犯肺，治宜平肝泻火，润肺化痰，可用泻肺散合黛蛤散加减，即桑白皮、地骨皮各3钱，甘草1.5钱，青黛5分，海蛤壳3钱，水煎服；若干咳少痰如胶或带血、咽干消瘦、潮热颧红、舌红、脉细数，属肺阴虚，治宜滋阴清火、润虚润肺，可用百合固肺汤加减，而咳时兼喘痰稀、自汗畏寒、舌淡、脉沉细，则属肺气虚，治宜补益肺气、收敛止喘，可用生脉散（见211页）加党参、黄芪等。

思　考　题

咳嗽是如何产生的？怎样治疗？

十、胸　　痛

胸痛是比较常见的症状，可因局部轻微的损害引起，也可由于躯干或内脏的病变而发生，在祖国医学中属于“胸痹”、“热毒壅肺”等的范围。

病因及诊断要点　引起胸痛的原因很多，主要有以下五个方面：

1. 胸壁病变　是最常见的原因，其特点为：痛的部位固定于病变处并有明显压痛，深呼吸、咳嗽、举臂时因胸廓活动而疼痛加剧。可见于肌肉、肋骨和肋间神经的病变。其中肌肉病变常因局部损伤或慢性剧烈咳嗽所致胸肌及肋间肌的劳损而引起，压痛局限于肌肉；肋骨病变常见的是肋软骨炎，多位于第二肋骨与肋软骨交界处，疼痛呈针刺样或持续隐痛，局部可见轻微隆起并有压痛，其他如肋骨挫伤、骨折及骨髓炎也可引起，但压痛均限于肋骨本身；肋间神经病变引起的疼痛多局限于该神经分布的范围内，呈刺痛、烧灼痛甚至刀割样痛，检查时沿肋骨下缘肋间神经部位可有压痛，其分布区域常有感觉减退或过敏，如肋间神经痛（神经接近表面的部位如脊柱旁、腋窝线、胸骨旁等压痛明显，当身体向患侧弯曲时因神经受压而疼痛加剧）、带状疱疹有典型的疱疹出现）等。此外，胸壁皮肤、皮下组织或肋间肌的炎症也可引起胸痛，常有局部炎症的表现。

2. 肺及胸膜病变　此种胸痛多伴有咳嗽或咯痰，常因咳嗽、深呼吸而加重，但躯体活动一般不加重疼痛，胸壁局部常无压痛，可伴有原发疾病之症状及体征，如作胸部透视往往可发现病变。临床主要见于气胸、肺及胸膜炎症或肿瘤、胸膜粘连等疾病。其中气胸引起的胸痛常突然发生，伴有干咳及呼吸困难，并有胸膜刺激症状；肺组织本身的病变不引起痛觉，只有在病变侵及壁层胸膜时才出现疼痛，可伴有发热、咳嗽、气急等症状，检查常有肺组织实变的体征；胸膜炎疼痛多发生于干性或少量渗出性阶段，咳嗽、深吸气或身体弯向健侧时因病变部两层胸膜摩擦而疼痛加剧；肿瘤引起的胸痛多发生于中年以上的病员，可伴有刺激性咳嗽及痰中带血；胸膜粘连时，常表现为长期的钝痛。此外，支气管炎剧烈咳嗽时，患者也可有胸骨后疼痛或发

紧的感觉。

3．心血管病变　常见于心绞痛、心肌梗死、心包炎和心肌炎等疾患，其特点是疼痛多位于胸骨后或心前区（少数可在剑突下），可向左肩放射，常因体力活动诱发或加重，休息后可好转。

4．纵隔及食管病变　可见于纵隔炎症、肿瘤、气肿，以及食管炎症或癌等疾病，临床比较少见，特点是疼痛位于胸骨后，呈持续性隐痛或钻痛，常放射至其他部位，吞咽时疼痛加剧，常伴有吞咽困难。

5．膈或膈下病变　这类胸痛主要是由于膈神经受刺激所引起，特点是疼痛一般位于胸廓及胸骨下部，当膈中央受到刺激时可放射至肩部及颈部；如膈胸膜炎时疼痛位于胸廓下部，可向肩部、心窝部及腹部放射，有时还引起腹肌紧张及压痛，甚至被误诊为肝胆疾患或阑尾炎；阿米巴肝炎、肝脓疡、肝癌及膈下脓肿引起的疼痛早期仅表现为胸廓下部疼痛，向肩部放射，并伴有肝区压痛，而缺乏原发疾病的症状，须加以注意；传染性肝炎、胆囊炎、胆石症有时也可引起胸痛，但常有原发疾病的症状；还有膈疝等疾病也可引起胸痛，但比较少见。

祖国医学认为本症主要是由于气滞、血瘀，热邪、阴虚及胸阳虚所致。若胸痛呈阵发性胀痛，每因情志的波动而增减，且无固定疼痛点，脉弦，属气滞；若为刺痛、胀痛且固定不移，伴有面色暗滞、唇舌青紫或有瘀斑等，属血瘀；若咳则胸痛且咯痰腥臭，并有壮热、苔黄腻、脉滑数，属热邪壅肺；若胸痛绵绵、咳嗽加重，兼咳血、五心烦热、颧红盗汗、苔少脉数等，属阴虚；若胸痛倒背、气短心悸、形寒肢冷、苔薄白、脉沉细或结代，属胸痹。

治疗

1．内脏病变引起的胸痛均按原发疾病治疗。

2．胸壁痛一般可选用以下一些方法：

(1) 针刺内关、丘墟透照海、阳陵泉、支沟等穴。

(2) 局部贴关节镇痛膏或伤湿止痛膏。

(3) 用1％普鲁卡因5～10毫升作局部封闭，必要时加入氢化可的松混悬液0.5～1毫升，每日或隔日一次，对肋间神经痛、局部肌肉痛及肋软骨炎有较好的疗效。

(4) 服用镇痛药如解痛、散痛、安乃近等；必要时可用磷酸可待因、杜冷丁等，但慢性病例禁用，以免成瘾。

3．辨证论治

(1) 气滞胸痛治宜疏肝理气为主，可用舒肝散（见208页）加减。

(2) 血瘀胸痛治宜活血祛瘀为主，可用血府逐瘀汤加减。

(3) 热邪壅肺治宜清热解毒、化瘀排脓，可用千金苇茎汤（见228页）加减。

(4) 阴虚胸痛治宜滋阴润肺、益气杀虫，可用月华丸加减，即天冬、麦冬、山药、沙参各5钱，生熟地、百部、茯苓、阿胶、白菊花、桑叶各3钱，川贝母粉、三七粉各5分（均冲服），水煎服。

(5) 胸痹治宜辛温通阳为主，可用瓜蒌薤白汤(见222页）加半夏、桂枝、枳实或丹参、红花、毛冬青等。

思 考 题

胸痛怎样鉴别诊断？如何处理？

十一、吐　　血

农村中俗称的“吐血”，实际上包括咯血和呕血二种。前者指喉部以下呼吸道（气管、支气管、肺组织）咳出来的血液，后者指消化道（食管、胃和十二指肠）呕出来的血液。二者区别如下：

咯　　血	呕　　血
咳出，咳前有喉部发痒	呕出，呕前有恶心和上腹部不适
色鲜红，泡沫状	暗红色或棕色，无泡沫
常混有痰液	常混有食物．可带酸味
咯出后，继有痰中带血	无血痰
粪便无血(但血液被咽下时例外)	粪便黑色，呈柏油样
有呼吸系统或心脏病史	有溃疡病或肝硬化病史

（一）咯血

下列情况可引起咯血：

1．气管或肺组织的损伤及破坏　以肺结核最常见，其次是支气管扩张、支气管炎、肺部肿瘤、肺炎、肺脓肿等。

2．肺的血液循环障碍　如风湿性心脏病二尖瓣狭窄、动脉硬化、心力衰竭等。

3．其他疾病　如出血性疾病。

4．祖国医学认为咯血主要是由于体虚时感受外邪，或情志郁结而肝火犯肺，损伤肺的血络和阴液而发生。

（二）呕血

引起呕血的主要原因有：

1．食管、胃和十二指肠本身的疾病　如溃疡病、胃癌、胃炎等。

2．肝硬化引起食管和胃底静脉曲张并破裂出血。

3．其他疾病　如出血性疾病、尿毒症等。

4．祖国医学认为呕血多由于胃中积热、脉络阻塞后瘀血和脾不统血所致。

诊断

1．区别咯血还是呕血　根据上表询问并观察血液性质即可区别。

2．找出吐血的原发病因　需详细询问有关病史和体格检查，必要时作一些辅助检查。若暂时不能找出原发病变，可待急救处理后再进一步检查。

3．估计出血量

(1) 根据病人或家属主诉估计。

(2) 根据临床症状：少量出血可无明显异常，大量出血可有头昏、眩晕、眼花、心跳、苍白、出冷汗、血压下降甚至休克、昏迷，不及时抢救，可有生命危险。

治疗

1．注意做病人的思想工作，解除顾虑，增强战胜疾病的信心。病人应卧床休息。呕血者一般应禁食，但溃疡病小量或中等量出血仍可进流汁饮食。

2. 止血

(1) 新针疗法：尺泽、足三里、少商、列缺。

(2) 中草药：①鲜茅根 1～2 两，切碎开水冲泡，日服 5～6 次；②菊三七（鲜草）2～4 两，捣烂取汁，每次 1～2 匙，日服 2～3 次。

(3) 选择应用止血药：①维生素K：口服 K_4 每次 4 毫克，每天 3 次，或肌注 K_3 8 毫克，每天 1～2 次，或静脉注射 K_1 10～20 毫克，每天 1～2 次；②安特诺新：口服 2.5～5 毫克，每天 3 次，或者肌注 10 毫克，每天 2 次；③仙鹤草素：口服 20～60 毫克，每天 3 次，或者肌注 5 毫升，每天 2 次；④脑垂体后叶素：肌注 10 单位，每次间隔不得少于 4～6 小时，或者用 10 单位加入 25% 葡萄糖 20 毫升缓慢静脉注射，也可加入 5% 葡萄糖 500 毫升静脉滴注；⑤对羧〔音梭，suō〕基苄胺 100～200 毫克加入 25% 葡萄糖液缓慢静注，每天 1～2 次。

〔注〕 目前临床上常用的止血药有维生素K、安特诺新、仙鹤草素、紫珠草液、凝血质、对羧基苄胺、脑垂体后叶素等。

维生素K是肝脏合成凝血酶元的重要原料，凝血酶元在血液的凝固中起着重要作用。因此，临床上可用维生素K来补充肝脏制造凝血酶元的原料，促进凝血作用，达到止血的目的。常用于各种出血性疾患、阻塞性黄疸、各种大手术术前准备等。其制剂有 K_1、K_3、K_4 等。K_1 作用较快，可用于肌肉或静脉注射，每支 10 毫克；K_3 作用稍缓慢，用于肌肉注射，每支 4 毫克；K_4 为口服片剂，每片 2 毫克或 4 毫克。

安特诺新能增加毛细血管对损伤的抵抗力或增进断裂毛细血管端的回缩作用，而达到止血的目的，可用于血小板减少性紫癜及各种出血症。有片剂及注射剂两种，前者每片 2.5 毫克或 5 毫克，后者每支 5 毫克或 10 毫克。有癫痫、精神病者慎用。

仙鹤草素、紫珠草液都是能缩短凝血时间的药物，可用于各种内脏出血（包括咯血、呕血）。仙鹤草素有液剂、片剂（20 毫克/片）和注射剂（每支 1 毫升/5 毫克或 5 毫升/10 毫克，供肌肉或静脉注射）。用药后偶有心跳、颜面充血与潮热等现象；个别患者若发生休克，可用尼可刹米急救。紫珠草液则为口服液剂，每次 10 毫升，日 3 次。

凝血质有促进凝血作用，用于凝血酶元过低症、内脏出血，亦可作局部止血剂。每支2毫升/15毫克或5毫升/15毫克，供肌肉或皮下注射（不可静脉注射），或用无菌纱布浸润敷于局部止血。

对羧基下胺具有很强的抗血纤维蛋白溶解作用，适用于血中纤维蛋白（一种凝血物质）溶解所引起的各种病症，如妇产科出血、上消化道出血、外伤及外科出血、泌尿科血尿、伤寒败血症、急性白血病等，对一般慢性渗血效果特别显著，但对某些严重出血如癌出血、大量创口出血等无效。每支10毫升/0.1克，供静脉注射或静滴，应与葡萄糖或生理盐水混合注射，速度宜慢。

(4) 咯血病人给予镇咳药，可防止因咳嗽引起再出血。

(5) 呕血病人应禁食或吃流汁，同时可给阿托品皮下注射0.5毫克，每6～8小时1次，以解除胃肠道痉挛，防止再出血。还可服氢氧化铝凝胶保护胃粘膜。

(6) 食管静脉曲张破裂所致呕血病人如出血量多而不止，应急送医院抢救。

3．辨证论治

(1) 祖国医学对咯血的治疗以清热润肺、平肝宁络、凉血止血为主。如为外邪伤肺，除咳嗽咯血外，常伴有发热、便秘、舌红苔黄、脉数等，若邪盛，则咯痰血量多、胸痛，治宜清热泻火、凉血止血，或加祛瘀，可用三黄泻心汤合犀角地黄汤加减，即大黄(后下)、黄连、丹皮、山栀、蒲黄炭各3钱，黄芩、赤芍各4钱，水牛角、生地各1两，侧柏叶、鲜茅根各1两，三七末3～5分(冲服)，水煎服；若阴虚则咯痰、血量少，治宜清热润肺、宁络止血，可用桑杏汤加减，即桑叶、象贝母、淡豆豉、栀子、梨皮、知母各3钱，杏仁、沙参各4钱，黄芩1.5钱，茅根、生地、百合各5钱，水煎服。如为肝火犯肺，除咳嗽咯血外，兼见咳时胸胁牵痛、烦躁易怒、大便干燥、舌质红、脉弦数，治宜清肝润肺、和络止血，可用咳血方（见223页）加减。

(2) 祖国医学对呕血的治疗以降逆清火、凉血止血、益气摄血为主。若吐血鲜红或夹食物，兼见胸腹胀痛、大便秘结或色黑、舌红苔黄、脉滑数，属胃中积热，治宜清胃泻火、化瘀止血，可用三黄泻心

汤加减，即大黄（后下）、黄连各3钱，黄芩4钱，侧柏叶、大小蓟各5钱～1两，水煎服。若吐血外，兼见口苦胁痛、善怒、烦躁不宁、舌质红绛、脉弦数，属肝火犯胃，治宜泻肝火、清胃热，可用舒肝散（见208页）加丹皮、山栀、生地、侧柏叶等。若血色暗淡，兼见面白唇淡、心悸气短、腹胀便溏，舌淡红、脉细弱，属脾不统血，治宜补养气血、健脾收涩，可用归脾汤（见225页）加炮姜，虚热加丹皮、栀子；或用黄土汤（见223页）。

4．对症处理　如情绪紧张的病人给镇静剂，有腹痛的呕血病人给解痉剂。

若因咯血较多而引起呼吸道阻塞或喉头和气管痉挛而发生突然窒息时，需立即抢救：使病人头低足高位，轻轻拍击背部，促使血液由气管咳出，并清除口中血块，必要时采用口对口人工呼吸或气管切开等急救措施。

若出血量多并有休克，应立即静脉输液（10%葡萄糖、5%葡萄糖盐水或右旋糖酐），最好输血。血压降低明显者，应及时使用升压药物。

思　考　题

呕血和咯血如何区别？如何治疗？

十二、便　　血

大便呈鲜红或暗红色（柏油状）是消化道出血的表现，出血的位置愈下，颜色愈鲜红。血液在肠内停滞过久，则由于血红蛋白在肠内分解后转变成硫化铁，形成黑粪。祖国医学则有“先便后血、先血后便”之分。

病因

1．直肠与肛门局部病变如肛裂、痔疮等，便血清鲜，多在排便后呈滴状或喷射状，量较多，肛检常能发现。

2．胃、十二指肠溃疡出血，可为柏油样便；肠道溃疡或炎症，如菌痢、血吸虫病、肠结核、阿米巴痢疾等出血，多为粘液或脓血便。

3. 肠道肿瘤如直肠癌、结肠癌和息肉等。前二者中老年多见，常为顽固性便血。

4. 血液病，为全身性出血疾病，因胃肠道出血而致便血，常伴有皮肤、粘膜紫癜。

祖国医学认为直肠与肛门局部病变引起的便血属于湿热下注大肠，除上述症状外，舌苔常黄腻；而其它三种原因引起的便血属于脾不统血，除上述症状外，兼见面色无华、神疲懈怠、舌质淡、脉细等。

诊断 详询病史，观察大便血液的量、色以及全身症状。大便及血液常规检验，常能帮助诊断。怀疑直肠结肠有炎症时，应作乙状结肠镜或直肠镜、钡剂灌肠检查。肛门指诊常能分别直肠息肉或癌肿。应注意，进食某些食物（如动物血）、药物（铁剂）大便可变黑，须与便血鉴别。

治疗

1. 寻找病因，根据发病病灶进行处理。

2. 对症处理

(1) 草药验方：①小蓟、槐花各3～5钱，水煎早、晚分服；②十灰丸日3次，每次4～5钱；③灶心土2两、白术3钱、淡附片1钱，水煎服；④茜草炭0.5～1两、藕节炭3～5钱，水煎临睡时一次服下。

(2) 应用止血剂。

3. 辨证论治

(1) 湿热下注大肠、损伤阴络 治宜清化湿热、凉血止血，可用赤小豆当归散，即赤小豆1两，当归3钱，水煎服；或用槐花散，即炒槐花、柏叶炭、芥穗炭各3钱，枳壳2钱，水煎服。

(2) 脾不统血 治宜健脾温中、敛肠止血，可用归脾汤（见225页）加地榆、仙鹤草、侧柏炭等；若脾虚中寒，兼有肠热，可用黄土汤（见223页）加减。

4. 结肠、直肠癌应早期手术治疗。

思 考 题

便血可由哪些原因引起？如何鉴别？

十三、呕　　吐

呕吐是胃内容物不自主地经贲门、食管而从口腔冲出来的现象。当某些有害物质进入胃内时，通过呕吐可将这些物质排出，在这种情况下，呕吐就属于一种保护性的动作。但过多的呕吐，往往可使大量的水与电解质丧失，对机体非常不利。呕吐一般是在延髓呕吐中枢(位于咳嗽中枢及呼吸中枢附近）的控制下，通过一系列复杂的神经反射而完成的。

病因及诊断要点　呕吐可分为中枢性和周围性两类：

1．中枢性呕吐　此种呕吐一般无前驱症状（恶心）而突然发生，吐后患者不觉得舒适，大多与进食及食物的种类无关。常见的有：

(1) 颅内压增高：脑膜炎、脑炎、脑肿瘤、脑震荡、脑溢血和脑血管栓塞等疾患时均可发生，多表现为喷射状呕吐（胃内容物从口中急剧地冲出），伴有剧烈头痛，一般都有这些疾病的特殊症状。

(2) 神经性（以前称精神性）呕吐：多见于女性，常反复发作，发病与一定的精神因素有关，大多表现为食后即吐，并不费力，量也不多，可伴有其他神经官能症的症状。

(3) 药物的中枢性作用：吗啡、依米丁、洋地黄等药物剂量过大时，均可影响呕吐中枢而引起呕吐。

(4) 代谢性酸中毒及电解质紊乱：常见于糖尿病酸中毒、尿毒症及各种病因引起的低鉀、低钠状态等，可有原发疾病的特异症状，呕吐仅为一时的突出表现。

(5) 其他：如闻到或想到某种厌恶的气味和食物引起的条件反射性呕吐；妊娠引起的呕吐主要为内分泌的影响，也有部分精神因素，可有停经史，作尿妊娠试验阳性。

2．周围性呕吐　又可分为胃源性和反射性呕吐。胃源性呕吐常由于胃部迷走神经受到化学性（食物及其分解产物、药物等）或机械性（胃过度充盈、幽门机能性及器质性狭窄使胃内压力显著增高）的刺激而发生，通常伴有恶心的前驱症状，呕吐后可觉胃部舒适，有疼痛者也可减轻，有的还与饮食有一定关系。反射性呕吐原因多种多样，

特别在腹腔内脏病变侵及腹膜时，可刺激感觉神经而发生，吐后即使胃已空虚，但呕吐仍不停止，甚至一直要到原发疾病好转后才能止住。

(1) 胃肠道药物或毒素刺激：如口服过量的水杨酸盐、氯化铵、氨茶碱、磺胺类、四环素及一些催吐药物，均能刺激胃、十二指肠的迷走神经而发生呕吐；误服强酸强碱及某些毒物，常立即发生呕吐；饮酒过量可刺激胃肠粘膜或伴发单纯性急性胃炎而发生呕吐；进食不洁食物常引起急性胃肠炎症，并因细菌毒素的刺激而发生剧烈呕吐。

(2) 胃肠阻塞性病变：溃疡病或胃癌如并发幽门梗阻，可发生重度呕吐，一般均于食后数小时以上才发生，可吐出大量胃内容物，内有隔宿食物；暴饮暴食可引起幽门痉挛、水肿，导致急性幽门梗阻而发生呕吐，伴有胃扩张者可有上腹明显胀满和疼痛；肠梗阻也可引起不同程度的呕吐，常因其梗阻部位的高低而异，一般梗阻部位越上，呕吐越剧烈，同时有腹痛、腹胀、停止排便和肛门排气等特殊表现，检查时肠鸣音常亢进。此外，食管癌引起的食管梗阻，以及胃贲门有痉挛时，可出现反食，一般常伴有吞咽困难，应注意与呕吐鉴别。

(3) 腹内脏器的炎性病变：如胆囊炎、胆石症或胆道蛔虫症引起者常有右上腹或上腹剑突下阵发性绞痛史，可向右肩部放射，局部有触痛；急慢性肝炎引起者可有肝区疼痛、肝肿大、肝功能异常甚至黄疸等特殊症状；急性胰腺炎引起者有上腹或左上腹持续性剧痛，可放射至腰背或左肩，局部有压痛，甚至伴有休克现象，化验血尿淀粉酶明显增高；急慢性阑尾炎引起者多有右下腹局限性疼痛及压痛；肾绞痛引起者可有泌尿系结石病史，疼痛剧烈并沿输尿管向下腹部放射；女性内生殖器炎症引起者可有月经失调或白带史；等等。

(4) 其他：如慢性咽炎引起者常有咽部梗阻感，检查可见咽后壁滤泡增大；心血管疾病引起者有心脏病史或心力衰竭、心肌梗死的剧痛等特殊表现；百日咳等剧烈咳嗽或肺炎引起者常有呼吸系统的有关症状；内耳眩晕症（美尼尔氏症）和晕车、晕船引起的呕吐主要因内耳迷路功能障碍所致，常在眩晕的同时发生呕吐，前者还与头部位置的变动密切有关。

祖国医学认为呕吐属于“胃气上逆”，临床可分虚、实两类。实证多因邪气犯胃或浊气上逆所致，若呕吐突然，且伴有寒热头痛、苔白腻、脉浮，属外邪犯胃；若呕吐酸腐、嗳气厌食、得食愈甚、吐后感舒畅、苔厚腻、脉滑实，属食滞；若呕吐痰涎伴头眩心悸、苔白腻、脉滑，属痰饮内阻；若呕吐吞酸、咽嗝不利、胸闷胁胀、甚至作痛、舌边红、脉弦，属肝逆犯胃。虚证是胃气虚寒或胃阴不足，失其和降而成，若呕吐清水、饱食即吐，伴面白肢冷、倦怠乏力、大便溏薄、舌质淡、脉濡弱，属脾胃虚寒；若干呕，伴口燥咽干、似饥而不欲食、舌红、脉细数，属胃阴不足。

治疗

1．明确病因，针对原发疾病治疗是最根本的疗法，具体详见各有关章节。

2．对神经性呕吐者首先应做深入细致的思想工作，帮助病人解除顾虑及紧张状态，用毛泽东思想武装头脑，树立战胜疾病的坚强信心。在这个基础上，给予必要的对症处理（其他原因引起的呕吐，症状比较剧烈者，在治疗原发疾病的同时也可试用）：

(1) 针刺内关、中脘、足三里等穴。

(2) 服用中枢性镇吐药，如冬眠灵、奋乃静等，必要时用冬眠灵肌肉注射；轻者也可用其他镇静剂如利眠宁、安定、鲁米那等。

(3) 服用维生素 B_1、B_6 及谷维素等，以调整植物神经功能。

(4) 配合应用解痉药如阿托品、普鲁本辛、颠茄（片或合剂）等，必要时服用 2％普鲁卡因溶液，每次 10 毫升，一日 3 次，以抑制胃肠道平滑肌的蠕动。

3．辨证论治：祖国医学认为实证应治以祛邪化浊、和胃降逆，虚证则治以温中健胃或滋养胃阴，具体方法为：

(1) 外邪犯胃者治宜疏邪解表、芳香化浊，可用藿香正气散（见 318 页）加减。

(2) 食滞者治宜消导化滞、调和胃气，可用保和丸（见 227 页）加减。

(3) 痰饮内阻者治宜温化痰饮、和胃降逆，可用小半夏加茯苓汤加

减，即半夏、茯苓、白术各3钱，生姜5钱，桂枝、川朴、陈皮各2钱，化热再加竹茹3钱，黄连1钱，水煎服。

(4) 肝逆犯胃者治宜理气降逆，可用四七汤加减，即半夏3钱、茯苓2钱、厚朴1.5钱、紫苏叶1钱、生姜三片，水煎服；若化热则用左金丸加减，即黄连、吴茱萸各3钱，随症加味，水煎服。

(5) 脾胃虚寒者可用理中汤（见213页）加砂仁、半夏、吴茱萸。

(6) 胃阴不足者治宜滋养胃阴、降逆止呕，可用麦门冬汤（见403页）加竹茹、天花粉等。

思 考 题

试述呕吐的常见病因、鉴别方法及处理原则。

十四、腹　　泻

腹泻是由于粪便在肠内运行过速所致，表现为排便次数频繁、粪便稀薄。腹泻有时是机体的一种保护性反应，以便将肠内的有毒的和刺激性的物质排出体外。腹泻的发生主要在于肠的运动和消化吸收机能失调，使粪便通过大肠加速，水分不能充分吸收，形成稀便。祖国医学称腹泻为“下痢”、“泄泻”。

病因及诊断要点　腹泻通常分为急性和慢性两类，可因各种原因引起，最多见的是肠内炎性病变。

1. 急性腹泻

(1) 饮食失当：主要是引起急性肠炎而致腹泻，可有暴饮暴食或进食不洁、生冷、腐败食物史，大便呈水状，常伴有呕吐，病程短暂。

(2) 食物中毒：主要是引起严重的急性肠胃炎而致腹泻，常有进食有毒食物、鱼虾或被细菌污染的食物（夏天多见）史，起病急骤，吐泻剧烈，常有腹痛、发热等症状，甚至很快失水，同食者可在同时起病；如为毒蕈或河豚鱼中毒，则很快出现严重中毒症状，不及时抢救可致死亡。

(3) 急性感染：细菌性痢疾者可排脓血便，每日十几次甚至数十次而量少，伴里急后重，严重者有腹痛或发热等毒血症状；阿米巴痢疾

排脓血混和的果酱样大便，每日三、五次至十多次不等，量稍多，有恶臭，有时有右下腹痛或轻度里急后重；还有伤寒的早期、各种出疹性疾病(如麻疹等)、败血症、流行性感冒（胃肠型者）、痢疾（恶性痢胃肠型者）等也可引起腹泻，一般都有这些疾病的特殊症状。

(4) 其他：如服峻泻剂引起的腹泻、某些化学毒物或药物口服中毒，以及变态反应性疾病（常与荨麻疹、气喘等同时出现）等。

2．慢性腹泻

(1) 肿瘤：以结肠或直肠癌为多见，老年人居多，常腹泻与便秘交替出现，有时可排脓血便，直肠癌者还有里急后重、大便变细等，应作进一步检查以确诊。

(2) 寄生虫病：钩虫、姜片虫、鞭虫因寄生于小肠内而出现轻度慢性腹泻，可经大便常规检查而确诊；慢性阿米巴痢疾或血吸虫病，可因结肠受累而出现腹泻，大便有粘液或脓血，有时还有里急后重，须进行大便检验。

(3) 细菌感染：慢性菌痢者以往常有急性发作史，主要表现为反复排脓血便，有时还有里急后重，病程在二个月以上，大便检查可发现多量白细胞；肠结核者大多有结核病史，主要表现为反复腹泻，常与便秘交替出现，伴有腹痛、肠鸣等；慢性胃炎或阑尾炎也可经常引起轻度腹泻，但尚有其特殊的症状。

(4) 消化、吸收功能不良：这类腹泻多为轻至中度腹泻，除有轻度的气胀痛外，一般不伴有腹绞痛，大便检查无红、白细胞而有不消化食物。最多见的是碳水化合物消化不良，患者可有长期间断发作之腹胀气、胀痛、肛门排气等，常于饭后加重；有时腹泻与便秘交替出现，大便呈糊状，可见气泡并有酸臭。在胆道阻塞或慢性胰腺炎的病人，还可因胆液或胰液缺乏而出现脂肪性消化或吸收不良，但较少见，常有原发病的症状。

(5) 非特异性溃疡性结肠炎：腹泻呈痢疾样，间有水泻，伴有痛性痉挛、肠胀感等，用一般方法治疗少效。

(6) 其他疾病：甲状腺机能亢进、糖尿病、尿毒症、肝硬化、某些药物等有时也可引起腹泻。

(7) 功能性腹泻：这类腹泻病程长而一般对健康影响不大，病情也不进行性加剧，大便检验常无明显异常。如少数人的腹泻可与精神紧张或情绪激动有明显关系，次数很多，多系水泻，不伴有腹痛，称为情绪性腹泻；有的人患粘液性结肠炎而腹泻，主要表现为大便次数增多，大便表面有大量粘液，有的还有腹痛；还有一种结肠过敏，多见于女性，常因饮食不当、受凉或情绪因素的影响而发生，伴有腹痛，排稀便，可有粘液，一般与便秘交替发生。诊断这类腹泻必须排除其他器质性疾病。

祖国医学认为腹泻多因感受外邪、饮食积滞和脾胃虚弱、肝脾失调、肾阳不足等引起脾胃运化功能障碍，形成湿盛和脾虚而发生，其中粪便清稀的多属寒，粪便黄褐、肛门有烧灼感的多属热，痛势急骤、腹部胀痛、泻后痛减的多属实或湿盛，病程较长、腹痛不甚、次数略增的多为脾虚。

1. 外邪引起者若腹泻粪便稀薄腥秽，兼有寒热、头痛等表症和苔白腻、脉濡者，属感受寒湿；若粪便热臭、肛门灼热、身热口渴、舌红苔黄腻、脉滑数，属感受湿热。

2. 饮食积滞者表现为粘便异臭、泻后痛减、嗳气吞酸、舌苔厚腻、脉弦滑，并有暴饮暴食史。

3. 脾胃虚弱者表现为便稀清冷，时作时止，并有食少脘闷、面黄神疲、舌淡苔白、脉缓弱等。

4. 肝脾失调、肝气乘脾者表现为腹痛即泻，每因情绪波动而发，并有胸胁胀痛、脉弦。

5. 肾阳不足者表现为黎明腹痛肠鸣即泻，便急，泻则安，兼见腹部畏寒、形寒肢冷、舌淡苔白、脉沉细无力。

治疗

1. 找出病因，针对原发疾病治疗，详见各有关章节。

2. 对症处理　功能性腹泻或腹泻剧烈者在治疗原发疾病的基础上，可选用以下一些方法：

(1) 针刺天枢、足三里、大肠俞、止泻穴等，功能性者也可选用长强、阴陵泉或天枢、阴陵泉。

(2) 中草药：石榴皮3钱、山楂炭3钱，水煎服。

(3) 止泻药：如解痉药颠茄、阿托品、普鲁本辛，收敛药次碳酸铋、鞣酸蛋白、乳酸钙、氢氧化铝凝胶，吸附药活性炭、矽碳银等。

(4) 功能性者适量应用镇静药如利眠宁、鲁米那等。

3. 辨证论治　祖国医学治疗腹泻对湿盛者以祛邪为主，脾虚者以扶正为主。

(1) 外邪寒湿者治宜散寒燥湿、芳香化浊，可用藿香正气散（见318页）加减；湿热者治宜解表清里、清热燥湿，可用葛根芩连汤（见308页）加减。

(2) 食滞者治宜消食导滞，可用保和丸(见227页)，甚而胀痛者加大黄、枳实、木香等。

(3) 脾胃虚弱者治宜健脾和胃、温中散寒，可用参苓白术散（见226页）加减；若偏于寒则用理中汤（见213页）加肉桂、附子；偏于气虚下陷可用补中益气汤（见219页）加减。

(4) 肝气乘脾者治宜抑肝扶脾，可用痛泻要方加减，即白芍4钱、白术3钱、陈皮2钱、防风1钱，水煎服。

(5) 肾阳虚寒者治宜温肾健脾，可用最泻丸（见214页）加减。

思考题

腹泻怎样鉴别诊断？如何辨证论治？

十五、便　秘

便秘是肠内容物在肠内运行迟缓及排出困难，表现为排便次数减少，三、四日(或更长)一次，粪便量少而坚硬，不易排出。正常时，促成排便动作的主要因素有：肠内容物在质与量上能作为肠壁的正常刺激、肠壁神经的正常调节及正常的直肠反射，任何能影响这些因素的情况均可引起便秘。

病因及诊断要点　便秘可由肠道器质性病变引起，或为某些非肠道疾病的伴随症状，但大多数属功能性（即单纯性）便秘，应注意鉴别：

1．肠道内外器质性疾病

(1) 部分性肠梗阻，尤其是梗阻部位在降结肠者，如各种良性和恶性肿瘤、肠粘连、炎性或先生性狭窄等，可因肠腔狭窄后通过的内容物太少，不足以引起正常的排便刺激而造成便秘。

(2) 能引起肠道外压迫的疾病，如卵巢囊肿、子宫纤维肌瘤、腹腔内任何巨大肿瘤或腹水等，也可使肠腔狭窄而发生便秘。

(3) 直肠肛门疾患，如炎症、肛裂、痔疮等，可引起肛门括约肌痉挛或直肠内排便感觉减退而致便秘。

(4) 某些溃疡病人，因有反射性的结肠痉挛或发生幽门梗阻使胃内容物滞留而引起便秘。

2．常伴有便秘的各种非肠道疾病　如甲状腺机能亢进所致的肠蠕动减退，门静脉高压或心力衰竭时直肠粘膜充血而使排便反射消失，慢性肺气肿时膈肌衰弱而使排便力量不足，以及某些工业毒物中毒、脊髓病变等等。

上述两类情况均属器质性疾病引起的便秘，常有原发疾病的其他表现，根据病史、体格检查和必要的化验、器械检查常可作出诊断。

3．功能性（单纯性）便秘

(1) 排便动力缺乏：如多次妊娠、肥胖或急剧消瘦所致的腹肌衰弱，老年性肠平滑肌衰弱以及经产妇的提肛肌衰弱等。

(2) 结肠痉挛：多表现为腹泻与便秘交替出现。

(3) 食物中渣滓太少可使肠蠕动减退而发生便秘。

(4) 直肠排便反射迟钝或丧失：如经常忽视正常的便意、未养成定时排便的习惯等，日久可形成习惯性便秘。

(5) 偶有便秘，即滥用强泻剂或灌肠。

祖国医学认为便秘系因大肠传导功能失常所致，临床可分为实秘和虚秘两类：

1．实秘　又有燥热和气滞之分。若大便干燥、硬结如球，兼有面赤身热、口臭唇疮、小溲短赤、舌红苔黄燥、脉滑实，属热秘；若腹胀欲便、粪便不畅，兼有嗳气频作、胸胁满闷、甚时腹胀而痛、苔黄腻、脉弦，属气秘。

2．虚秘　又分气虚、血虚及冷秘。若大便并不干硬而无力排出，便后疲乏，兼有一般气虚症状如自汗气短、舌淡、脉虚软，属气虚便秘；若便秘兼有头眩、心悸、面色及唇爪晄白无华、舌质淡、脉细软等血虚症候，属血虚便秘；若腹中攻痛、大便艰涩、面青肢冷、喜热畏寒、小便清长、舌淡润、脉沉迟，属冷秘。

治疗

1．器质性疾病引起的便秘主要应找出病因，针对原发疾病治疗，在这一基础上再进行必要的对症处理。

2．功能性便秘应先消除造成便秘的各种因素，并作必要的对症治疗。

(1) 多饮开水，多食蔬菜及其他多纤维食物，养成定时大便的习惯。

(2) 全身衰弱或腹肌衰弱者加强劳动及体育锻炼，并经常作排便动作（即肛门一收一放），以锻炼提肛肌的张力。

(3) 针刺支沟、天枢等穴，强刺激。

(4) 必要时选用泻剂，一般用刺激性泻剂如酚酞（每片0.1克）、双醋酚酞（每片10毫克）、大黄苏打片等，均2～4片，每晚服1次，或用中药大黄粉1～2克顿服、番泻叶1～2钱泡茶服等；体质较好、便秘严重者也可用稀释性泻剂，如硫酸镁20克顿服，鳀乳5～10毫升一日3次或中药玄明粉3钱冲服等，服后应多饮开水；对年老体弱、排便动力较差或缺乏者则宜用润滑性泻剂，如甘油或液体石蜡5～15毫升一日3次，或30毫升每晚服一次等。

3．辨证论治

(1) 实秘：属热秘者治宜清热润肠，可用麻子仁丸（见207页）加减；属气秘者治宜顺气行滞，可用六磨汤加减，即木香、乌药、大黄、槟榔、枳实各2钱，沉香5分，水煎服。

(2) 虚秘：属气虚便秘，治宜益气通便，可用黄芪汤加减，即黄芪5钱，陈皮、麻仁各2钱，水煎服。属血虚便秘，治宜养血润肠，可用润肠丸（当归、桃仁、麻仁、枳壳制成）或生首乌1两煎服。属冷秘，治宜温通开秘，可用半硫丸（半夏、硫磺制成）。

或可用生大黄或番泻叶，每日2钱，用开水泡饮治偏于热性的便秘。

用生首乌1两煎服或制成丸药吞服：蜂蜜、黑芝麻捣碎、调蜂蜜（也可拌白糖冲服）治老年肠道失润便秘以及习惯性便秘。

思 考 题

怎样根据不同的病因治疗便秘？

十六、黄　　疸

血液中胆红素增高（正常血液中胆红素为0.1～0.8毫克%，超过2毫克%为增高），引起皮肤、巩膜甚至汗液出现黄色，称为黄疸。

胆红素的正常代谢　正常的胆红素代谢是这样的：衰老的红细胞被脾脏等破坏，生成间接胆红素。它随血到肝脏，变化成直接胆红素，成为胆汁的成分。胆汁在肠内起消化作用后随食物残渣抵达结肠时，直接胆红素在肠内细菌的作用下，变为尿胆素元和粪胆素元。它们大部分又变为尿胆素和粪胆素，使粪便具有正常的黄褐色；小部分又被肠管吸收，经肝进入血循环，当流经肾脏时，又有少量尿胆素元从尿中排出。

正常时血中只有间接胆红素而无直接胆红素，尿中只有少量尿胆素元而无胆红素。疾病时，任何使胆红素生成过多或排出受阻的因素，均可造成血中胆红素过多而出现黄疸。临床上常通过检验血、尿、便中胆红素，尿和粪胆素元等协助诊断各种黄疸。

病因和分类　黄疸一般可分三类：

1．溶血性黄疸　由于红细胞脆性增加或血中有溶血因素存在，血中大量红细胞被破坏，（间接）胆红素大量增加。大多数病人有不同程度的肝肿大。一般病起缓慢，呈慢性经过；也有急性发作的，如蚕豆病、毒蛇咬伤及血型不合的输血等，此时可有寒战、高热、恶心呕吐，伴有明显腰痛．严重病例可出现少尿、无尿或血红蛋白尿。

2．肝细胞性黄疸　由于肝细胞受到感染、化学刺激、恶性肿瘤以及缺氧等因素的影响，使胆汁失去正常的排泄途径，直接胆红素反流

而入血内。同时，肝细胞功能下降，使间接胆红素变为直接胆红素的能力降低，血中间接胆红素也增加，常见的有传染性肝炎、肝硬变、钩端螺旋体病、肝癌等。一般都具有消化道症状。传染性肝炎伴有发热、肝区疼痛、肝肿大、肝功能障碍等。肝硬变有肝脾肿大、腹水，腹壁常可见静脉曲张。肝癌右季肋部疼痛，肝肿大凹凸不平、质硬，可有腹水，且多为血性。

3. 阻塞性黄疸　肝外胆管梗阻，直接胆红素大量反流到血液中去，由于粪内尿、粪胆素减少，大便颜色变浅甚至呈灰白色。常见的有胆石症、胆道蛔虫症、胰头癌等。胆石症有明显的胆绞痛，疼痛可向右背、右肩放射，血中白细胞常增加。胰头癌黄疸出现较早，进行性加重，最后形成完全阻塞性黄疸。

此外，在有些病例，黄疸可能是几型综合的。例如在长期肝外阻塞时，可有继发性肝细胞损害，肝炎时常伴有肝内小胆管阻塞等。

临床表现　黄疸主要表现为皮肤及粘膜呈黄色，以眼睛的巩膜最为明显。在某些阻塞性或肝细胞性黄疸的病人，由于胆汁的成分（特别是胆酸）蓄积于血液内，可引起机体的中毒状态，称为胆血症。除黄疸外，主要症状有：皮肤搔痒、脉搏缓慢、贫血及出血倾向、食欲减退及消瘦等；有些病例胆血症与肝机能不全可合并发生。脉搏徐缓是胆酸作用于迷走神经的结果，同时还可引起血压下降和过早收缩的倾向。皮肤搔痒是胆酸作用于神经末梢所致。出血倾向是因为肠内缺乏胆酸，使维生素K吸收受到了障碍。贫血则是由于制造红细胞所必需的物质吸收障碍的缘故。

诊断根据

1. 年龄、性别、居住地区、特殊嗜好、职业。
2. 肝肿情况。
3. 发热与否。
4. 皮肤、粘膜、尿液、粪色的深浅。
5. 实验室检验　常能帮助诊断（见下表）。

处理

1. 对因治疗　根据原发疾病而定。

各型黄疸化验检查鉴别表

	血胆红素定性试验(凡登白试验)	尿胆红素	尿胆素元	粪胆素元
溶血性黄疸	间接反应	-	++	++
阻塞性黄疸	直接反应	++	减少或阴性	减少或阴性
肝细胞性黄疸	直接和间接(双相)反应	+	++	+

2. 对症处理

(1) 新针疗法：胆俞、太冲、至阳、足三里、翳明、内关等穴，每日1次，黄疸消退后隔日1次或每周2次。

(2) 中草药：①平地木0.5～1两、红枣10枚，水煎浓汁，分2次服；②茵陈蒿、蒲公英各1两，水煎3次分服，能加白糖少许更好；③卷柏、石见穿各5钱，水煎早晚分服。

(3) 配合应用维生素、葡萄糖、肝太乐等，必要时补液。

3. 辨证论治　祖国医学对黄疸的防治积累了丰富的经验，在历代中医文献中均有记载。根据祖国医学的理论，黄疸主要是由于湿邪结于脾胃，或饮食不节、劳累过度损伤脾胃，使运化失常，胆汁不循所致，一般可分为阳黄、阴黄两类：

(1) 阳黄：病程较短，黄色鲜明，属于热症、实症，又分湿热黄疸和热毒黄疸两种。

① 湿热黄疸证见黄色鲜明、发热、小便色黄赤，并伴有恶心呕吐、厌食油腻、上腹部有不适感或胀痛、大便秘结或溏泄、舌苔黄腻、脉滑数，多见于传染性肝炎、胆石症、胆囊炎等病，其中热重于湿者，治宜清热利湿、泻下解毒，可用茵陈蒿汤（见217页）加减；若湿重于热，治宜利湿化浊，佐以清热，可用茵陈五苓散（即215页的五苓散加茵陈）。

② 热毒黄疸常突然起病，黄疸进行性加深并呈红黄色，伴有高热、烦渴、胸腹胀闷，甚则神昏谵妄，全身有出血性倾向，舌质红绛，脉数，多见于急性或亚急性黄色肝萎缩，治宜清热解毒、凉血滋阴，

可用犀角散加减，即水牛角1～2两，黄连、赤芍、山栀各3钱，茵陈、大青叶、半地木、生地各5钱，升麻2钱，水煎服。

(2) 阴黄：病程较长，黄色晦暗，属于虚症、寒症，又分寒湿黄疸和瘀血黄疸两种。

① 寒湿黄疸黄色不鲜明，小便短少、乏力，胃口不好，胸胁胀闷或疼痛，舌苔厚腻，脉濡弱等，可见于慢性阻塞性黄疸，治宜健脾和胃、温化寒湿，可用茵陈术附汤加减，即茵陈5钱，白术、附子、干姜各3钱，甘草1.5钱，水煎服。

② 瘀血黄疸者黄疸呈进行性加深而色多晦暗，右胁或两胁胀痛，形体消瘦或有腹水，舌有紫斑，脉细，多见于慢性肝炎，治宜活血化瘀、健脾益肾，可用丹参饮加减，即檀香、砂仁各1钱，丹参、玉不留行、桃仁、三棱、莪术各3钱，红花2钱，水煎服。

思 考 题

黄疸可由哪些原因引起？如何鉴别诊断？怎样辨证施治？

十七、心　　悸

心悸是病人自觉心跳并有心前区不适，常见于心律紊乱，特别是心律突然发生变化时，但也可在神经系统过度兴奋时发生，故心悸不一定就是心脏病，而常见于心脏无器质性病变的病人。祖国医学称为"惊悸"、"怔忡"。

病因及诊断要点　临床上引起心悸常见的原因有：

1. 心律失常

(1) 过早搏动：有半数以上发生于心脏功能性疾病，少数可为病理性，如见于冠状动脉性心脏病、活动性风湿性心肌炎或洋地黄应用之后等。功能性早搏多发生于安静时，在睡眠前尤为多见，而在工作时或体力劳动时大都消失。

(2) 心房颤动：心律极不规则，每分钟100～160次，心音强弱不一，可出现脉搏短绌现象。

(3) 阵发性心动过速：心率每分钟达160次以上，常伴有心悸，尤

其在发作开始及终了时显著。发作停止后，心悸亦大多消失。

2．循环系统以外的疾病

(1) 甲状腺机能亢进：由于基础代谢的增加使心率加快、心搏加强，甚至出现心律失常如过早搏动、心房颤动而引起心悸，临床上可有突眼、甲状腺肿大及面红、出汗、手抖等特殊表现。

(2) 贫血：由于心跳加速而引起，轻者仅劳累后出现，重者可经常心悸。检查可见结膜、指甲苍白，心前区有收缩期杂音。

(3) 急性出血：在心悸的同时可出现休克症状。

(4) 发热：由于心率加快、心搏增强，少数病人可自觉心悸。

3．神经衰弱或心脏神经官能症　主要由于大脑皮层对植物神经系统的调节减弱，发生植物神经系统功能失调而引起，除心悸外，可有其他神经衰弱的症状如焦虑、恐惧、感觉过敏、失眠、易疲劳、注意力不集中、记忆力减退等。临床上很常见，但诊断时须排除其他疾病后才能确诊。

祖国医学认为本症可由心神不宁、心血不足和心阴虚、心阳虚所致，若兼见善惊易恐、少寐而多梦，属心神不宁；若兼见头晕、面色少华、舌淡、脉细无力，属心血不足；若兼见心烦失眠、头晕目眩、舌质红、脉细数，属心阴虚；若兼见喘满、头眩、形寒肢冷、尿少、舌淡苔白或腻滑、脉沉紧或结代，属心阳虚。

治疗

1．应仔细找出病因，针对原发疾病治疗，这是最好的办法。具体详见各有关章节。

2．在治疗原发疾病的同时，应给予必要的对症处理，尤其对心脏神经官能症者更为重要，但这类病人应首先应用毛泽东思想武装头脑，树立战胜疾病的坚强信心；赤脚医生应对患者进行安慰并作必要的解释，消除思想顾虑和紧张状态，在此基础上再对症处理，包括：

(1) 针刺内关、神门等穴，用中等度刺激。

(2) 适当应用镇静剂如利眠宁、眠尔通（安宁）、鲁米那等，严重失眠者必要时晚上剂量加大，但应避免常用。

(3) 无明显器质性病变或有关禁忌证者可服用心得安10毫克，或

心得宁15毫克，均一日3次。

(4) 可配合服用维生素 B_1、B_6，谷维素等药物，均每次10～20毫克，一日3次。

3. 辨证论治

(1) 心神不宁，治宜镇惊安神，可用磁朱丸（磁石、朱砂、神曲制成，也可改汤剂）加减。

(2) 心血不足，治宜益气补血、养心安神，可用归脾汤（见225页）加减。

(3) 心阴虚，治宜滋阴清火、养心安神，可用补心丸加减，即柏子仁、酸枣仁、天冬、麦冬、当归、茯苓、远志、生地黄、党参、元参各3钱，桔梗、五味子各1.5钱，朱砂3分（冲服），水煎服。

(4) 心阳虚，治宜温助心阳、益气行水，可用苓桂术甘汤加减，即茯苓、桂枝、白术各3钱，甘草1.5钱，并加桃仁、红花、丹参等活血药，水煎服。

思 考 题

心悸可由哪些原因引起？如何治疗？

十八、水　　肿

液体在组织间隙的过分潴留，临床上称为水肿，在祖国医学中则属于“水”或“水气”一类。

发生原理　正常时，血液内与组织内的水分经常不断地相互交换。血浆内液体在毛细血管靠近小动脉的一端渗到组织中，而在毛细血管靠近静脉的一端则液体由组织中被吸入到血液中。此种液体的交换决定于毛细血管内压力（使液体渗出的力量）与血浆胶体渗透压(使液体回流的力量）之间的差别。在生理状态下，它们之间保持着动的平衡。

引起水肿的主要因素有：

1. 毛细血管内压力的变化　毛细血管内液体压力的增加，可能由于小动脉扩张或静脉压增加所引起。靠近小动脉端的毛细血管内液体

压力增高，可使更多的液体自毛细血管内渗到组织内；靠近静脉端的毛细血管内液体压力增高，则可阻碍液体自组织内回到毛细血管内。这两种情况都使组织内的液体含量增加而产生水肿。

2．血浆渗透压的变化　毛细血管内液体静力压的作用是使血液内液体自毛细血管渗出到组织内；血浆蛋白的胶体渗透压的作用则是将组织内的液体回吸到血液内。若血浆蛋白量，特别是白蛋白的量减少至一定程度时，则由于血浆的胶体渗透压降低，使过多的液体积留在组织内而产生水肿。

3．毛细血管壁通透性的变化　当毛细血管壁的通透性增加时，不仅液体更易通过，血浆的蛋白成分亦能进入组织内，结果血管内血浆的渗透压降低而组织的渗透压升高，使过多的水分积留于组织内而形成水肿。

4．淋巴回流受阻　由于组织间液的一部分经常经淋巴管回流入血，因此，当淋巴回流受阻时，含有蛋白质的组织液不能经淋巴管回流入血，就在组织内积聚，组织内的渗透压也升高，便容易发生水肿。

5．钠与水的潴留　肾脏和内分泌（特别是垂体及肾上腺）的功能障碍，可使钠和水在体内潴留，从而导致水肿。

6．组织压力的减低和亲水性的增加　皮肤及皮下组织比较松弛的部位（如眼睑等处），由于组织内压力较低，液体易于积聚，故容易发生水肿。某些原因使组织蛋白的亲水性增加，也可引起水肿。

必须注意，水肿的发生往往是上述一些因素（或其中某几个因素）综合作用的结果，而且这些因素之间又有着密切的联系。

病因及分类　水肿一般分为全身性及局部性两类：

1．全身性水肿

(1) 心脏性：主要是由于右心衰竭时大循环静脉充血引起的毛细血管内压力升高和肾脏充血所致的水、钠排泄障碍，以及缺氧时毛细血管通透性的增高和消化功能、肝脏功能障碍而使血浆蛋白量降低，胶体渗透压随之降低，因而发生水肿。一般都是从下肢开始，逐渐遍及全身，同时有颈静脉怒张和肝脏肿大。常见于风湿性心脏病、肺原性心脏病、高血压性心脏病等发生心力衰竭时。

(2) 肾脏性：如急慢性肾炎时，水肿常从面部开始（特别是眼睑），以后延及全身，可伴有血压升高以及尿液的改变。其中急性肾炎引起的水肿主要是由于全身毛细血管壁的损伤及其通透性的增加，以及肾小球的滤过机能减低而使体内水、钠潴留所致；而慢性肾炎的水肿则主要因长期蛋白尿导致血浆胶体渗透压降低和肾脏排泄水、钠障碍而引起。

(3) 营养不良性：见于小肠吸收功能不好、长期泄泻、贫血以及钩虫病等时，主要是由于血浆蛋白质缺乏使胶体渗透压降低所致。

(4) 肝脏性：见于晚期肝硬变和肝癌等病，主要是由于消化不良和蛋白质代谢障碍，血浆白蛋白低于正常，使胶体渗透压降低而引起水肿。此外，在门脉高压症病人，由于腹腔内静脉压力明显升高，水分渗出而形成腹水，而腹水可压迫下腔静脉，进而使下肢水肿和肾脏瘀血；肾脏瘀血则可使水、钠排泄障碍而加重水肿。

(5) 内分泌性：肾上腺皮质机能亢进或长期使用激素类药物，可促进肾小管对钠离子的重吸收，使水、钠潴留而发生水肿。甲状腺机能低下时，由于代谢改变，大量粘液蛋白蓄积在组织内，使组织的亲水性大大增加而发生水肿。

(6) 妊娠中毒性：妊娠毒血症时常由于血浆的蛋白降低与水、钠潴留而发生水肿。

祖国医学把全身性水肿分为阳水与阴水两大类。一般阳水多为外感风邪水湿所致，阴水多为内伤饮食劳倦所致。但无论外感或内伤所致的水肿，均和肺（调节）、脾（运化）、肾（气化）的失调有关。如心脏性水肿多属脾肾阳虚、水湿上凌心肺，肾脏性水肿多属外感风邪水湿所致阳水消化功能不良引起的营养不良性水肿属于脾虚，肝脏性水肿属阴水中的脾肾阳虚，内分泌性和妊娠中毒性水肿属于阴水等等。

2．局部水肿

(1) 血管神经性及过敏性：女性较多见，肿处多见于面部、手背等暴露部位。发生和消退均很迅速。

(2) 下腔静脉回流受阻：如大量腹水、腹内肿瘤以及妊娠后期，常以下肢浮肿为显著。

(3) 上腔静脉受阻：患纵隔肿瘤常可出现颈部及上肢局限性水肿。

(4) 感染中毒和局部蜂窝织炎。

(5) 静脉炎可引起病变肢体水肿，病变部位常有压痛，外表呈紫红色。

(6) 淋巴梗阻：常见于丝虫病、慢性淋巴管炎等，发生于下肢者称大脚风。

诊断 根据水肿的部位（全身或局部）、性质（按之凹陷或发硬）、时间（水肿出现在全身症状之前或后）、年龄以及心、肝、肾、血液、尿液的必要实验室检查，可作出初步诊断。几种常见的全身性水肿的鉴别见下表：

常见全身性水肿鉴别表

水肿性质	心脏性水肿	肾脏性水肿	肝脏性水肿	营养不良性水肿	妊娠中毒性水肿
水肿部位	先出现于踝部，然后逐渐向上蔓延	先出现于眼睑，然后遍及全身	见于下肢，多伴有腹水，一般逐渐发生	先见于下肢，然后遍及全身，一般逐渐发生	先出现于踝部，然后逐渐向上蔓延
皮肤	可能有发绀	苍白	可有黄疸及蜘蛛痣	粗糙、苍白、干燥、有鳞屑	紧张而发亮，按之凹陷
心脏	扩大，有收缩期或舒张期杂音，或心律不齐	多半正常	正常	正常或心尖及肺动脉瓣区有轻度收缩期杂音	严重时可产生心力衰竭
肝脏	肿大	不肿大	肝脏肿大或缩小，可有脾脏肿大	正常或稍大	不肿大
呼吸	困难（端坐呼吸）	正常（能平卧）	正常（能平卧）	正常（能平卧）	正常（能平卧）
红细胞计数	正常或增加	可能减少	正常或减少，可有脾功能亢进	减少	正常或增加

水肿性质	心脏性水肿	肾脏性水肿	肝脏性水肿	营养不良性水肿	妊娠中毒性水肿
尿液检查	正常或有少量蛋白、白细胞及管型	明显异常，有蛋白、红、白细胞和管型	正常	正常	蛋白尿明显，可有少量透明管型
其他	可能有轻度肝、肾损害	肾功能损害明显	肝功能损害明显	血浆蛋白减低	合并妊娠，有高血压，严重者可发生抽搐

治疗

1. 新针疗法　曲池、列缺、足三里、三阴交等穴，每日或隔日1次。

2. 中草药　①大蒜（去外皮）3～4枚，活大田螺2～4只去壳取肉，和入大蒜内捣烂，敷脐脐孔，外用布包。②冬瓜皮、小麦杆各2两，水煎代茶饮。③陈葫芦壳4两，水煎服。④麻黄、浮萍各1两，用水5～6大碗煎汤熏洗，洗后盖被令出汗。

3. 利尿剂　①口服氨茶碱0.1克，每日3次；或双氢克尿塞0.25克，每日3次，服3天停3天，并加服10%氯化钾10毫升，每日3次。②汞剂：肌注撒利汞茶碱1～2毫升/次，常有很好利尿效果，但肾性水肿及肾有病变时不能使用。需同用氯化钾。

4. 辨证论治　祖国医学把阳水分为风水和水湿内聚两种，风水常见于急性肾炎，其治疗详见有关节（见747页）；水湿内聚表现为全身水肿且以腹部及下肢为主，按之有凹陷，小便少，身重胃呆，苔腻，脉濡，治宜通阳利水，可用五苓散（见215页）加减。阴水的治疗则参照慢性肾炎（见750页）、慢性肝硬化（见414页）、肺原性心脏病（见685页）及妊娠中毒症（见1087页）等节。

5. 病因治疗　应积极针对原发疾病进行治疗，并限制盐的摄入或给予葡萄糖、多种维生素等内服。

思考题

引起水肿有哪些原因？如何诊断、治疗？

十九、排尿异常

正常人尿从肾脏形成后，经肾盂和输尿管流入膀胱。当膀胱内的尿积聚到一定容量时，便通过一系列的神经反射，产生尿意，在意志的支配下，经尿道而排出体外。正常的排尿需要健全的泌尿、排尿机构和健全的神经系统，其中任何一个环节发生病变，均可引起排尿异常。排尿异常的表现可以多种多样，常见的如多尿、少尿或无尿、尿潴留（见761页）、夜尿、遗尿，以及尿频、尿急和尿痛等。

（一）多尿　正常人每昼夜排尿量常在1,000～1,800毫升之间。尿量一般与摄入的水量成正比，但在生理情况下，饮食、温度、运动、年龄、精神紧张等都能影响尿量。每昼夜尿量持续地超过2,500毫升称为多尿。多尿通常是由于肾小管重吸收水分的机能失常所致。

病因及诊断要点　多尿可分暂时性和长期性两类：

1. 暂时性多尿　多半是生理性的，见于摄饮大量液体、受冷或服用利尿药物时；但也可能是病理性的，如水肿或体腔积液消退时。

2. 长期性多尿　都是病理现象，常见的有：

(1) 慢性肾炎：因肾脏对尿的浓缩的功能减低引起。可有急性肾炎的病史，多尿以夜间增多为特点，还有水肿、高血压、心脏扩大等，如作小便常规检查，可见尿色淡、比重低并有蛋白、管型及少量红细胞，肾机能常减退。

(2) 尿崩症：因脑垂体后叶抗利尿激素分泌减少，影响肾小管的重吸收所致。尿量特别多，每昼夜可达15,000～20,000毫升，并有多尿、烦渴及组织失水等现象，作常规检验尿比重明显降低，尿澄清而无异常成分。

(3) 糖尿病：因血糖过高从小便中排出，带走大量水分所致。尿量较多，同时有多饮、多食、消瘦。常规检验尿色澄清、比重增高并有大量尿糖。

(4) 其他：如某些神经机能障碍的疾病有时也有多尿。

本症在祖国医学中属“消渴”、“水肿”等范畴。若口渴频繁饮水而尿多，兼见皮肤干燥、烦躁不安、苔白而涩、舌淡红、脉细滑数，属

阴亏阳亢（上焦燥热，肺阴受灼），多见于尿崩症、糖尿病等。若尿多清长，兼见消瘦面暗黑、腰腿酸软、舌淡白、苔白涩或腻、脉沉细无力，属下元虚寒，不能固摄水液，多见于慢性肾炎。

治疗

1. 应仔细找出病因，针对原发疾病治疗。糖尿病及慢性肾炎的治疗详见有关章节。尿崩症的治疗包括：

(1) 皮下或肌肉注射长效的鞣酸加压素油剂（每毫升含5单位），一般每30～72小时注射1毫升即可。无油剂也可改用水剂（即普通的脑垂体后叶素，每毫升含20单位），每4～8小时皮下或肌肉注射0.5～1毫升，但易引起面色苍白、头晕、肠绞痛、腹泻等副作用。还可使用垂体后叶干粉剂，每3～4小时一撮（约20～50毫克），经鼻吸入。

(2) 服用双氢克尿塞100毫克/天，分2～3次服用，须同服钾盐。

2. 辨证论治

(1) 阴亏阳亢：治宜清热泻火、滋阴生津，可用人参石膏知母汤加味，即党参、生石膏各8钱，石斛、花粉各5钱，葛根、知母、黄芩各3钱，水煎服。

(2) 下元虚寒：治宜温阳化水、补肾固下，可用附桂八味丸加减，即熟地、山萸肉、茯苓、白术、菟丝子各3钱，炮附子2钱，怀山药5钱，水煎服。

（二）少尿或无尿

一昼夜尿量持续少于500毫升称为少尿，若泌尿完全停止即为无尿。如无尿持续7～10日，则患者常因尿毒症而死亡。少尿、无尿通常是由于肾脏血循环严重失调或肾小球肾小管有严重病变所致。

病因及诊断要点 临床上根据其发病原因的不同，一般可分为三类：

1. 肾前性 病变不在泌尿系统本身而在其他系统或部位，由于影响了肾脏的血循环或反射性地抑制其排尿功能所致，又可分为：

(1) 血循环性：常见于休克、腹泻、呕吐、大量出汗、失血、心力

衰竭等情况下，一般均有原发病症的表现。

(2) 反射性：可见于脊髓或全身麻醉之后，腹腔手术后，局部疼痛如肠绞痛、肠梗阻等，以及某些癔病或神经官能性的病人，一般根据病史或有关症状即可诊断。

2. 肾内性　因肾脏本身的病变引起。如急性肾炎常有少尿或无尿，同时有水肿、高血压和血尿等表现，尿液检查可有多量蛋白、管型及红细胞；慢性肾炎肾病期也可少尿，可见全身重度浮肿、高血压、心脏扩大等，化验检查有大量蛋白尿、血清蛋白降低及血中胆固醇增高；慢性肾炎晚期或尿毒症期出现少尿或无尿，常伴有尿毒症的症状如头痛、恶心、呕吐、便秘或腹泻、感觉迟钝、不安静、失眠、昏睡，甚至肌肉痉挛、痉挛及昏迷等，血压很高，化验检查血中非蛋白氮及肌酐高度潴留；其他如两侧肾脏严重病变如结核、化脓性肾盂肾炎等到晚期也有尿闭出现，一般都有长期慢性病史，此时常有神志不安、痉挛、昏迷，甚至因此而死亡。此外，某些药物中毒、烧伤、严重黄疸、妊娠毒血症等可使肾小球变性或坏死，磺胺药中毒、血型不合的输血等可使肾小管阻塞及变性，也能引起少尿或无尿，多表现为尿量突然减少或完全停止，能持续多天，其中输血或外伤引起者可立即出现腰痛，继之发生呼吸困难、出冷汗、呕吐、面色苍白等，同时有少尿或无尿。

3. 肾后性　病变在肾脏以下的部位，如输尿管由于结石、血块、创伤、感染等原因而阻塞，下尿路由于肿瘤而阻塞，以及盆腔手术或创伤损伤输尿管、腹腔内巨大肿瘤压迫输尿管等。其中结石引起者尚有肾绞痛史，尿量虽少而比重正常，常有血尿。

少尿或无尿应与尿道狭窄或阻塞引起的尿潴留相鉴别，后者一般仍有正常的尿液分泌，但不能经尿道排出而积聚在膀胱内，患者感小腹明显胀痛，可在耻骨上摸到增大的膀胱。

本病在祖国医学中称为“癃闭”，认为多因湿热壅积、肾气不充、肝郁气滞及尿道阻塞所致。若尿少或闭，兼见小便热赤、小腹胀满、口渴不欲饮、大便不畅、舌质红、苔根黄、脉细数等，属湿热壅积；若小便不通或无力排出而不畅，兼见面色㿠白、神疲、腰以下冷而乏

力、舌质淡、脉沉细，属肾气不充；若因情志忧郁或愤怒时小便不通或不爽，兼见胁腹胀满、苔薄舌红、脉弦，属肝郁气滞。

治疗

1．首先应明确诊断，针对原发疾病治疗，一般均可在原发疾病好转的过程中逐步恢复排尿机能。

2．对症处理　根据不同的情况，适当应用利尿药物。

(1) 一般可服用双氢克尿噻、氨苯喋啶等，必要时两药合用。其中单用双克者应同服氯化钾。

(2) 有明显浮肿者可服比较强烈的利尿剂如速尿25毫克一日3次，利尿酸钠20毫克一日3次等，必要时可作肌肉或静脉注射（剂量与口服同）；也可用利尿合剂静滴，即苯甲酸钠咖啡因0.25～0.5克、维生素C 1克、普鲁卡因0.5～1.0克、氨茶碱0.25～0.5克加在10%葡萄糖水250～500毫升中滴注。如能排除肾脏病变，由其他原因引起的浮肿也可肌肉注射汞撒利茶碱。使用这些药物都必须同时服用氯化钾。

(3) 血循环性、反射性及肾功能衰竭的少尿或无尿病人应根据具体情况予以处理。必要时可静脉注射25～50%的高渗葡萄糖、山梨醇、甘露醇等渗透性利尿药，剂量均可按1～2克/公斤/次计算，每4～6小时一次。

3．辨证论治

(1) 湿热壅积，治宜清化湿热，可用通关丸合八正散加减，即知母、黄柏各3钱，肉桂1钱，车前子、木通、瞿麦、萹蓄、栀子、大黄各3钱，甘草、灯心草各1钱，滑石5钱，水煎服。

(2) 肾气不充，治宜温阳益气、补肾通窍，可用济生肾气丸，即金匮肾气丸（见226页）加牛膝、车前子。

(3) 肝郁气滞，治宜理气通便，可用沉香散加减，即沉香、甘草各5分，石苇、滑石、冬葵子、王不留行各3钱，当归、橘皮、白芍各2钱，香附、乌药各3钱，郁金、青皮各2钱，水煎服。

（三）夜尿

正常人夜间与日间尿量的比例约为1:3。若夜间排尿较多，甚至等

于或超过日间尿量，称为夜尿。

病因及诊断要点 主要见于心脏机能不全及慢性肾脏病。

1. 心脏机能不全 主要是由于夜间心脏机能和血液循环好转而使排尿增多，称为心脏性夜尿。一般都有心脏病史和有关症状体征，而且白天多表现为少尿。

2. 慢性肾脏病 夜尿是肾脏浓缩机能减退的表现，称为肾性夜尿。一般都有长期肾脏病史和有关症状体征，白天尿量亦多，尿检验常明显异常。

治疗 主要针对原发疾病治疗，详见各有关章节。

（四）遗尿

遗尿是一种不随意的排尿，但临床上多指睡觉时不能控制排尿而言。婴幼儿在三岁以前的遗尿可视为生理性的；三足岁后仍有遗尿，则应认为是不正常的现象。

病因及诊断要点 根据病因的不同，一般可分为两类：

1. 体质性遗尿 主要因排尿机构或控制排尿的神经系统的障碍所致，又分为先天性与后天性两种。先天性遗尿都因先天性发育不全所致，如泌尿生殖器畸形、神经系统畸形等，可通过体格检查发现，患者多系婴儿时期起即经常遗尿，经久不愈，祖国医学称为“先天不足”；后天性遗尿可因多种疾病如泌尿系感染、寄生虫病、脊柱或颅脑损伤等，以及发育营养不全而引起，常有原发疾病史，可表现为自婴幼儿时期起有间歇性的遗尿，或本来排尿正常，以后因患病而出现，祖国医学称为“后天不足”或“后天亏损”。

2. 习惯性遗尿 也称机能性遗尿，主要因排尿中枢控制不善，以致仍象婴儿时期一样，排尿只是一种自发性的反射动作。特别多见于夜间熟睡时。

遗尿者常有怕羞或精神紧张，日久后可出现面色苍白、智力减退、形体消瘦、小便多而清长、四肢不温等，祖国医学称为“膀胱气虚”。

治疗

1. 积极找出引起遗尿的原发疾病并进行治疗。

2. 做深入细致的思想工作，鼓励患者消除怕羞、精神紧张等不良

因素，对治疗建立必胜的信心。

3. 每天自晚饭至临睡前控制进水量，晚饭最好吃得干些。睡后每三小时左右由旁人叫醒进行排尿，逐渐养成每晚能自行排尿的习惯。晚上睡太熟而不易自醒者必要时可适当服用氯酯醒（每晚0.1～0.2克，儿童酌减）、麻黄素等中枢兴奋剂。

4. 针刺关元、三阴交、中极等穴，有梦者加神门。也可用阿托品作双侧足三里穴位注射，每次每侧0.1～0.2毫升，隔天1次，5次为一疗程。

5. 中草药治疗

(1) 早期无虚症者，可用缩泉丸1～3钱吞服，每日1次。

(2) 膀胱气虚者治宜益气固摄，可用党参、白术各3钱，益智仁、补骨脂、覆盆子各4钱，肉桂8分，五味子1钱，水煎服。也可用五倍子1钱，研末用温开水调敷于脐部，外盖纱布，每晚1次，连用5次；或桑螵蛸1钱，炒焦研末加少量糖，每日下午温开水调服，连服10天。

（五）尿频、尿急与尿痛

尿频、尿急和尿痛统称为膀胱刺激征。尿频指排尿次数超过正常（正常成人在一般生理状况下日间排尿4～6次，夜间0～1次），除可因饮水过多等生理因素或病理性的尿量过多（详见多尿）引起外，一般都系尿路有损害的结果，表现为仅排尿次数增多而尿量并不增加(每次尿量反而减少)，同时伴有尿急和尿痛。

病因及诊断要点 引起尿频并伴尿急、尿痛的原因很多，以炎症、刺激和下尿路刺激最为常见。

1. 急、慢性膀胱炎 急性膀胱炎多见于已婚妇女，尿频、尿急、尿痛的表现非常突出，小便化验检查有大量白细胞和部分红细胞、蛋白等。慢性膀胱炎多因急性反复发作，迁延不愈发展而成，症状相似但较轻缓。

2. 肾和膀胱结核 膀胱结核大多继发于肾结核，因膀胱被累及而出现尿频、尿急和尿痛等症状，患者可有肾结核的腰部酸痛、输尿管疼痛和血尿史，有的还有肺结核的病史，发作时耻骨上区有痛感，在排尿之末尤为剧烈，甚至可放射到阴部，尿化验检查有多量红细胞和

部分白细胞，但涂片找不到普通的化脓细菌。

3. 膀胱结石　结石多数来源于肾脏，常有肾或输尿管绞痛史；也可直接在膀胱内形成，主要见于老年及幼儿。尿频多发生于白天，有感染时更为明显，排尿时疼痛剧烈，可放射至阴部，有时身体移动可使疼痛加剧，排尿之末常有数滴鲜血排出，某些病例还有排尿中断或排出小石的现象。

4. 膀胱肿瘤　多发生于中年以上或老年人，血尿明显，同时有尿频、尿急、尿痛。

5. 下尿路阻塞　大多发生于男性患者，如幼儿的严重包茎、尿道先天性畸形，中年人的慢性尿道炎或损伤引起的尿道狭窄，老年人的前列腺肥大等，开始表现为排尿时间延长、尿流变细、尿后仍有尿意等，但无尿痛，晚期则因膀胱排尿不尽、继发感染而出现明显症状。

6. 其他　如妊娠时膀胱受压迫而容量减小，也可出现尿频。

本症在祖国医学中属于“淋症”的范畴，认为多由膀胱湿热、石淋、肾阴不足所致。其中膀胱湿热多见于急性膀胱炎、急性肾盂肾炎，石淋多见于尿路结石，肾阴不足多见于肾结核、膀胱结核。

治疗

1. 明确病因，针对原发疾病治疗。

2. 有明显膀胱刺激症状者可应用解痉止痛药，如口服颠茄片或合剂、阿托品等，必要时肌注阿托品；同时可服用碳酸氢钠片，使尿液碱化，以减少对膀胱的刺激；还可配合应用小量镇静剂，如利眠宁、安宁或鲁米那等，以减轻患者因排尿痛苦而引起的紧张状态，有利于疾病的恢复，但肾机能有损害者应慎用。

3. 辨证论治

(1) 膀胱湿热，治宜清热利湿、宣通利尿，可用八正散（见757页）加减。

(2) 石淋，治宜消石利尿，可用金钱草1两，石苇、冬葵子各3钱，猪苓、泽泻各2钱，水煎服；有血尿加鲜生地、小蓟各5钱。

(3) 肾阴不足，治宜补肾阳利尿，可用知柏地黄丸，即六味地黄丸（见226页）加知母、黄柏，有血尿再加生地、仙鹤草、侧柏叶等。

（六）血尿

正常尿中仅偶可见到非常少量（1～2个）红细胞。血尿系指病理情况下，尿沉淀物中出现红细胞，甚至肉眼可见尿液呈红色或“洗肉水”色。

血尿须与血红蛋白尿及假性血尿相鉴别。血红蛋白尿多见于体内大量溶血的情况下，尿呈酱油色，隐血试验强阳性，但显微镜检查并无或仅有少数红细胞存在；假性血尿见于妇女尿内混有月经血或子宫、阴道的出血，以及痔出血混入尿内等。此外，服用某些化验用的染料试剂或某些药物（安替匹林、山道年等）后，有时尿也可呈红色，但非血尿，应予注意。

为了明确血尿的出血部位，可作简易的三杯试验法，即将尿依次排入三个小杯中，如仅第一杯呈血色，以后两杯澄清，表示病变在尿道，称为首段血尿；如仅第三杯呈血色，前二杯澄清，表示病变在膀胱基底部、后尿道或前列腺，称为终末血尿；如三杯均呈血色，表示血液来自肾脏或出血位置在膀胱颈以上，称为全程血尿。

病因及诊断要点 血尿可由泌尿系统疾患引起，也可由全身其他疾患引起，以前者比较多见。

1. 泌尿系统疾病 常见的有：

(1) 结核：常继发于肺部或其他部位的结核病灶。当病变局限于肾脏时，可能以血尿为唯一的症状；当输尿管及膀胱被累及时，则兼有尿痛、尿急与尿频。常无寒战、高热，对一般抗菌药物无效，可以此与尿路其他感染相鉴别。作尿液检查，可能找到结核杆菌。

(2) 结石：除血尿外，常有肾绞痛史。尿检查除红细胞外，可有结晶。如并发尿路感染，可有发热、寒战及脓尿。必要时可作X线摄片检查。

(3) 肾炎：急性肾炎发病前常先有扁桃体炎等溶血性链球菌等感染史，突然起病，有发热、明显浮肿、少尿和高血压等，尿检验除红细胞外，还有大量蛋白、白细胞及管型。

(4) 肾盂肾炎：部分病例可出现血尿，但有寒战、高热和膀胱刺激症状，尿检验有大量白细胞，多见于已婚妇女。

(5) 肿瘤：肾脏肿瘤比较少见，早期主要表现为无症状的间断性血尿，当肿瘤逐渐增大时，可出现腰部肿块及疼痛，侵入肾盂时即产生大量血尿。膀胱肿瘤除血尿外，可并发炎症而有尿频、尿急和排尿将完时的尿痛。前列腺癌引起的血尿多见于老年病人，有排尿壅胀及尿意频繁，肛门指检前列腺坚硬、不规则并呈结节状。

(6) 损伤：肾及泌尿系的创伤（如肾挫伤），以及尿道器械检查损伤等，均可引起血尿，一般都有损伤史。

2．全身性疾病

(1) 血液疾病：如过敏性紫癜、血小板减少性紫癜及白血病等。

(2) 心血管疾病：如充血性心力衰竭时因肾郁血而引起血尿等。

(3) 感染：如流行性出血热和败血症等。

(4) 血丝虫病：多表现为乳糜血尿，可有丝虫病的其他症状。

祖国医学认为本症主要是由于心火亢盛、石淋、脾肾阳虚、肾阴不足所致。若小便热赤带血，兼见面红口干、舌疮、夜寐不安、舌尖红、脉数，属心火亢盛移热于小肠；石淋多为尿石症；若血尿是无痛性，且见全身虚弱、精神萎顿、食欲减退、舌质淡胖、脉虚细，属脾肾阳虚；肾阴不足则多见于肾结核、膀胱结核。

治疗

1．对因治疗。

2．应尽量避免使用各种对泌尿器官有刺激性的药物。

3．适当应用解痉止痛药如颠茄、阿托品等，镇静药如利眠宁、安宁、安定等，凝血药如维生素K和C、安络血、对羧基苄胺等。

4．辨证论治

(1) 心火亢盛型，治宜清心泻火、凉血止血，可用导赤散（见210页）加小蓟、侧柏叶等。

(2) 脾肾阳虚型，治宜补气摄血，可用补中益气汤（见219页）加阿胶、旱莲草等。

(3) 石淋和肾阴不足的治疗详尿频、尿急与尿痛。

5．大量或反复出血时，应及时抢救，包括输血补液、抗休克及应用各种止血剂等。

思 考 题

常见的排尿异常有哪一些？如何鉴别诊断并作必要的处理？

病例讨论一

清晨，一阵紧急的敲门声，把赤脚医生小杨从酣睡中吵醒。他一下子从床上跳起来，顾不上穿戴，衣服一披就去开门。进来的是东庄李大嫂，抱着一个小孩，着急地说："小杨，小杨，孩子发高烧，又抽筋，快给瞧瞧吧！"尽管小杨还只睡了二、三个小时，两眼满布着血丝，但一听这个情况，立即精神振作起来。他一面招呼李大嫂坐下，一面点起了灯，拿近来看看孩子。只见患儿面色灰白，两眼紧闭，脉搏细弱，呼之不应。小杨拿出针灸针来，在患儿的人中、合谷上各扎了一针，同时问李大嫂："什么时候开始发病的？到底是一个什么样的过程？你讲给我听听。"李大嫂见孩子动了一下，有了知觉，稍定了一下心，便说道："这几天田里生活忙，我起早摸黑地在田里做，孩子由他奶奶带着，我也顾不上照料他。昨天吃饭，我还见他好好的，独个儿在地上玩。不知怎么一来，半夜开始突然发冷发抖，寒热高了起来，哭吵不安。2点钟的时候又吐了一次，吐出来的东西都是白天吃下去的。不久，又泻了一次，是清薄大便，里面好象有点粘冻冻。当时给他喝了些开水，用热毛巾在肚子上敷了敷，象好了一些，就没来找你，想也许自己会好，不要麻烦合作医疗了。谁知道不到4点钟，突然两眼上翻，抽起筋来，手脚冰冷，大声叫他也不应。我心里着了慌，抱起来就往卫生室里跑。半路上碰到队长阿福去田头派工，知道你昨夜开夜工到早晨才睡下，实在对不起啊！"小杨连连摇头说："不要紧，不要紧，毛主席教导我们要全心全意地为人民服务，我这一点算得了什么！"说着，又仔细给患儿检查起来。

患儿神志不清，两侧瞳孔等大，对光反射存在。颈软，神经系统病理反射阴性。皮肤无瘀点。测体温40.5℃。心率140次/分，心律尚齐，但第一心音较钝。两肺未见异常。腹稍膨隆，肝脾未触及。肠鸣音稍亢进。血压偏低，60/30毫米汞柱。小杨立即给他注射了一针

新福林，同时加强了针刺的手法，又在涌泉、足三里处进针。这时，李大嫂以期待的眼光望着他，并问道："孩子得的是什么病？要紧不要紧？"小杨告诉她："孩子的病很重，已到了休克状态。但我们一定要抢救他。大嫂，你放心吧！"边说，边在脑子里思考着：看孩子才2岁，长得胖敦敦的，怪惹人欢喜。为什么一下子得了这么凶险的病呢？毛主席教导我们要抓主要矛盾，这疾病的主要矛盾在那里呢？他迅速地回忆着各个系统疾病的特点，从那些可以引起高热、惊厥和昏迷的疾病中反复进行着比较。猛地，一个念头在脑子中一闪。他急忙问道："大嫂，孩子吃过什么不清洁的东西吗？"李大嫂回答："夜里孩子呕吐的时候，我发现吐出的东西中有未嚼烂的瓜。问了奶奶，才知道邻家孩子吃剩的瓜，丢在地上，孩子不懂事，拣起来吃，给奶奶看见了，夺了去。"这时，小杨心中有了底，就说："李大嫂，孩子的病很危重，送医院路远，怕有个好歹，留在卫生室抢救吧！"李大嫂说："小杨，你大胆治吧，我完全相信你。"

支部书记老高闻讯来到卫生室。他鼓励小杨："贫下中农支持你，你需要什么，只管对我说。"听着支书的热情鼓励，望着病家的殷切期望，小杨下了决心："好，就地抢救！我一定要用毛泽东思想武装自己，打好这一仗！"他和另二名赤脚医生小赵和小周密切协作，支起了盐水瓶架，给孩子输了液，注射各种有效的药物和作新针疗法，并给孩子鼻饲中草药。通过三天三夜的抢救，终于使小孩渡过险关，清醒过来了，小脸蛋上露出了笑容。小杨情不自禁地和贫下中农一起高呼："毛主席万岁！毛主席万万岁！"

赤脚医生同志，你知道小孩究竟患的是什么病吗？小杨是如何给他治疗的？针对这一疾病，要向群众宣传些什么知识？

病例讨论二

今天，是进驻县人民医院的赤脚医生进行第一次病例讨论会。小赵、小孙、小龚很早就来到了病房值班室。不一会，带教老师蓝医生也来了。于是，讨论会就开始。

先由小赵宣读病例：

汤××，男，35岁，农民，1970年11月29日入院。患者近三天来自觉饭后中上腹胀闷，食欲略差，无恶心、嗳酸等。晨起进食二块生山芋后，中上腹饱胀不适，欲嗳气不成。出现恶心，接着便大口吐血，吐出暗红色血液约一大碗。同时，感头晕、心慌，眼前发黑，手足发软。由家属抬送来院急诊。

患者居于血吸虫病流行区，曾于58、61、64年三次分别进行过锑剂和血防846治疗。近几年来常有饭后中上腹不适，偶有嗳气和反酸，但从无大便发黑现象。57年因参加铁路工程建设，进行体检，发现右上肺有陈旧性结核灶。

检查：发育尚佳，体质中等，神志清晰。口唇略苍白，巩膜无黄疸，皮肤无出血点。颈部发现蜘蛛痣一颗。心率100次/分，律齐。血压100/70毫米汞柱。肺部无特殊发现。腹软，腹壁浅表静脉看不清楚。肝未触及，脾在肋下触及4指，质硬。全腹无压痛，无移动性浊音。

化验检查：……。

治疗经过：入院后，在作好手术准备的同时，先进行内科治疗。包括：

(1) 禁食，每2～4小时测血压一次。

(2) 静脉输入右旋糖酐500毫升、10%葡萄糖500毫升、5%葡萄糖盐水500毫升，其中还加入维生素C 1,000毫克。

(3) 口服鲜菊叶三七捣汁，每次2汤匙，上、下午各1次。

(4) 肌注安特诺新10毫克，上、下午各1次。

(5) 因患者精神紧张，有些烦躁不安，故耐心给他做了思想工作，解除思想顾虑，并注射非那根25毫克。后渐渐安睡。

下午大便2次，均为紫黑色稀便，第一次约500毫升，第二次约400毫升。血压降至90/60毫米汞柱，遂输血200毫升。

次日，又排黑便1次，约600毫升，血压100/60毫米汞柱。再次输血200毫升，并给10%葡萄糖500毫升、5%葡萄糖盐水1,000毫升、维生素C 1,000毫克。继续服中草药及注射止血剂。

第三日精神大有恢复，略感饥饿，无大便。未再输血，其他处理

同前。

第四日大便一次，隐血试验强阳性。暂停补液，开始进流汁饮食，食后无不适。

以后，便色逐渐转黄。一周后，身体基本恢复。为进一步明确诊断，去作了一次X线钡剂透视，见食管下段呈静脉曲张，胃、十二指肠无异常发现。化验检查已渐趋正常。

董医生：这个病例是你们亲手治疗的，大家谈谈体会。

小孙：好，我第一个讲，有什么错误大家指正。我认为这是一个上消化道出血病例。遇到吐血病人，首先必须判断是咯血还是呕血。前者来自支气管，后者来自消化道。本例除57年体检发现陈旧性结核灶外，平日无呼吸道症状。而此次吐血，是大口呕出，伴有多量黑粪，且呕前有进食史和上腹不适、恶心等表现，呕出血液又是暗红色的。因此，咯血基本上可以排除，而符合上消化道出血的特征。

小龚：我同意小孙的意见。呕血、黑粪都是上消化道出血的症状。若出血量少，可不引起恶心、呕吐，血液下流而出现黑粪。如出血量多，则可自胃内呕出，且因血在胃内与胃酸作用，故成为暗红色或咖啡色。引起呕血的原因主要有溃疡病并发出血或肝硬化食管及胃底静脉曲张破裂。我觉得，本病例出血以后一种原因引起的可能性较大。

(1) 溃疡病出血：一般胃或十二指肠溃疡出血，是由于溃疡侵袭血管以致破裂而引起，常提示溃疡病变高度活动。因此，一般有疼痛发作或加剧，并有明显的反酸、嗳气等症状。本例平日为中上腹闷胀，没有疼痛发作，虽偶有嗳气反酸，总的不象是溃疡病。另外，医院做了钡剂透视，未见溃疡病变，更可排除溃疡病。

(2) 肝硬化食管静脉曲张破裂：患者有血吸虫病已确实无疑。平日的中上腹不适，可能是慢性肝硬化消化不良所致。检查肝未触及（硬化的肝缩小）、脾脏肿大以及有关化验检查，均提示肝功能慢性损害。加上X线检查见食管静脉曲张，更可确诊本例是由于肝硬化门脉高压症引起食管下段及胃底静脉曲张。此次所以破裂，与进食两块生山芋（粗糙食物）有关系。

小赵：你们都分析得很对，我完全同意。我认为，上消化道出血

是常见内科急诊，并且病势凶险，处理得是否及时正确，是极关重要的。首先，我们要遵照毛主席的教导，树立全心全意为人民服务的观点，以高度认真负责的精神，投入这一场战斗。同时，用毛泽东思想武装病人头脑，对患者进行耐心的解释，消除他对疾病的恐惧心理，调动机体与疾病作斗争的主观能动性，也非常重要。本例病人正因为我们做到了这一点，使治疗进行得比较顺利。在具体的治疗措施方面，我看这几点是基本的：

(1) 大吐血者应予禁食，以免食糜损伤血痂，引起再度出血。在出血停止后48小时，如无特殊情况，可开始给予流汁，以后逐渐酌情改半流汁、软食。

(2) 补液输血：大出血病人，一般常有休克，故及时补充血容量很为重要。在农村现有条件下，赤脚医生能做到的，是先迅速输入10%葡萄糖液及5%葡萄糖盐水，其中可加入维生素C 500～1,000毫克（可起保护小血管壁、促进血液凝固的作用）；如备有右旋糖酐，就更好。医院条件好的，能及时输入全血，则更好。如果病人血压下降，应加快输液速度，甚至二侧静脉同时给予，必要时还可加入升压药物，如新福林、去甲肾上腺素等，争取在短时间内提高血压。补液的量根据失血情况而定，一般在每天2,000～3,000毫升左右。

(3) 止血：上消化道出血止血比较困难，应中西医结合，多种方法同时采用。本例用了安特诺新注射，口服中草药菊叶三七等，出血比较容易地止住了，可能与输血提高了患者凝血功能也有关系。除此而外，还可采用：①针刺尺泽、足三里、少商、列缺等穴；②注射维生素K、仙鹤草素等；③对精神过分紧张者，注射适量的镇静剂，对止血也有一定帮助。

我的这些意见，比较肤浅，請大家纠正补充。

最后，董医生作了一个概括的总结：

今天的病例讨论，大家都说得很好，明确了本病例的诊断，又提出了有效的治疗措施，我表示同意。这说明大家平时努力学习毛主席著作，能够用唯物辩证法来看问题，所以有这样正确的分析。同时，在业务上也刻苦钻研，因此来院短短时间，就掌握了不少疾病的有关

防治知识，提高了为人民服务的本领。这些，都是值得我好好向你们学习的。事实上，在本病例的抢救过程中，我已向大家学到了很多东西。你们那种对病人热情诚恳，对工作认真负责，细心观察，一丝不苟；能用中西两法治病；等等，这些都是值得我们好好学习的。现就这个病例来说，我还有这样两点补充：

(1) 在止血药的应用方面，除了大家刚才讲的几种外，必要时还可应用脑垂体后叶素。这种药的血管收缩作用比较强烈，对全身血管都有作用，对各种内脏出血（特别是子宫出血、肺咯血）都有效。一般可肌注，必要时也可静脉滴注甚至推注。如果病人没有高血压、动脉硬化、心脏病等疾患，就可应用。还有一种对羧基苄胺，效果也较好。

(2) 如果经各种内科疗法仍不能使出血止住，可试用气囊压迫止血；再不行，就要考虑手术治疗，结扎胃底和食管曲张的静脉；如情况许可，应同时作脾切除和静脉分流术，以减轻门脉高压症，预防再出血。

赤脚医生同志，你对上面的分析同意吗？当地还有些什么治疗上消化道出血的好方法？病人出院后要注意哪些问题？

病例讨论三

患者男性，18岁。因全身浮肿一周，当日有抽搐发作而入院。一周前先觉两眼发胀及下肢轻度浮肿，继而全身明显浮肿，仍以眼睑、下肢为甚，同时前额及两颞部胀痛，无发烧，食欲尚佳。近三日来浮肿加重，头部阵发性胀痛加剧。晨起头痛剧烈，曾呕吐二次（非喷射状），吐出食物及黄苦水；并视物模糊，眼前发黑，继而四肢抽搐，呼之不应，口吐白沫，历时约二分钟自止。以后神志不清，因而于上午9时许来卫生院急诊。抽搐时大队曾肌注鲁米那0.2克，副醛10毫升加花生油保留灌肠。

起病后，无发冷发热，无咳嗽及喉痛。小便量及次数较前显著减少，无尿痛。近三日来食欲减退，时有恶心，但无呕吐，大便秘结，已4天未解大便。

患者以往身体一直健康，无慢性疾病史，也无心跳、气喘及浮肿

等情况。

检查　发育营养中等，神志模糊，检查时尚合作。体温37.4℃，呼吸22次/分，血压190/130毫米汞柱，脉搏86次/分。全身有明显凹陷性水肿，但以眼睑、手背、阴囊及下肢更甚。巩膜无黄染，皮肤及粘膜无出血点、疹子及疤痕。全身浅表淋巴结未触及。两侧眼睑裂缝宽度因浮肿而明显变狭。头部感觉正常。口腔咽部、扁桃体无异常。颈软。呼吸音清晰，无罗音；心界不大，心音正常，心律规则，未听及杂音。腹饱满，腹壁无静脉曲张，肝脾均未触及，有明显的腹水症。两侧肋脊部有叩痛，以右侧为重。四肢关节能活动，但膝反射较迟钝，神经系统病理反射均为阴性。

化验检查，红细胞420万/立方毫米，血红蛋白13克%，白细胞9,100/立方毫米，中性70%，淋巴25%，大单核2%；大便有蛔虫卵；小便量少，呈浓茶色，尿蛋白强阳性，红细胞20～30个，血细胞5～8个，粗颗粒管型3～5个；血液非蛋白氮29.1毫克%，二氧化碳结合力38容积%；肝机能试验无异常；尿细菌培养三天后无细菌生长。

诊断本病例应排除以下几种情况：

1．心脏性水肿　根据患者以往无心脏病史，这次发病亦无端坐呼吸，能平卧，检查心界不扩大，心音正常，律规则，无杂音，无关节肿痛及皮下结节，肝脾不肿大，故心脏性水肿基本上可排除。

2．肝脏性水肿　患者一般状况尚好，肝脾不大，肝机能正常，不符合肝脏性水肿的诊断。

3．营养不良性水肿　患者以往无慢性消耗病史，发育营养状况尚佳，无贫血及血浆总蛋白减少现象，故营养不良性水肿的可能性也不大。

根据本病例尿中有大量蛋白、红白细胞及管型等，应诊断为肾脏性浮肿。又根据患者以往身体健康，发病时间较短，病情进展迅速，有显著的浮肿及血压增高，非蛋白氮含量正常，尿中发现大量蛋白、红白细胞及颗粒管型等，符合急性肾小球性肾炎的诊断。还根据起病后有头痛，三日后头痛有阵发性加剧，入院当日早晨头痛剧烈，伴有

呕吐、视物模糊及眼前发黑，并有癫痫样发作二次，血压超过180/120毫米汞柱，上述情况是发生在急性肾炎的基础上，故提示患者并发了高血压脑病。其发生原理是由于血压突然升高，脑内血管未能及时适应变化，以至发生脑组织缺血及缺氧

赤脚医生同志，你同意上述的分析和诊断吗？这个病例应该怎样处理？

第十七章　常用技术操作

第一节　内科基本操作

一、注　射　法

（一）皮下注射法

器材准备　2毫升及5毫升的消毒注射器及针头，75%酒精棉花球1盒或1瓶，注射药品，砂轮。

方法

1. 将消毒注射器接好针头。

2. 用75%酒精棉球消毒药瓶（即安瓿），以砂轮磨安瓿颈部后，用手挤干棉球，垫在药瓶后面，掐断瓶颈（防止玻璃屑落入药水内）。

3. 用左手食中两指挟住安瓿，使破口向内；右手持注射器。将针头插入口内，左手拇指及无名指夹住注射器下端，右手抽动内塞，把药液抽入针筒内。

4. 针头向上，排出空气。

5. 注射部位一般在上臂外侧三角肌下方（注意不要在炎肿部和疤痕部）。

6. 以75%酒精棉球作局部消毒后，左手拉紧皮肤，右手持针，使针与皮肤成30～40°角度斜刺入皮下，左手放松，稍微抽动内塞，在无回血时将药液注射皮下。

7. 注射完后，迅速拔出针头，用棉球压迫片刻。

（二）肌肉注射法

器材准备 2毫升及5毫升的消毒注射器、针头(备6号或5½号)、75%酒精棉球、注射药品及砂轮。

方法

1. 取药方法同上。

2. 患者侧卧或坐位，露出臀部，肌肉尽量放松，选择一侧的外上方¼为注射区。臀部划区法：以一侧臀部中央为纵线，平肛门沟上端为横线，将其划分为四个区域，外上¼即为注射区(图17-1)。

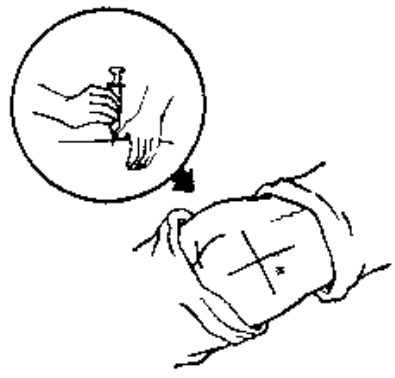


图17-1 肌肉注射

3. 消毒皮肤，左手拇指及四指分开，紧绷注射区部位皮肤，右手持注射器(以执笔式为宜)，使针头与皮肤成直角，迅速垂直刺入皮肤（达肌层)，右手小指固定皮肤，勿使针头全部进入肌层，以防针头根部断裂。

4. 手持针筒，抽动内塞，无回血时，将药液缓缓注入。如有回血，则不要注射，可以拔出针头（少许）再试回抽，如果没有回血了，再慢慢注入。

5. 注射完毕，迅速拔出针头，用棉球压迫片刻。

6. 如逢注射油剂或乳剂药物，必须特别注意持牢针头，防止脱落。

(三) 皮内注射法

器材准备 1毫升消毒注射器（即结核菌素针筒）1只，4号或5号消毒针头1只，75%酒精棉球、药物（多为试验剂）及砂轮。

方法

1. 以酒精棉球消毒前臂屈侧，待干（千万不要用力反复涂擦，以免红肿）。

2. 取出已消毒好的注射器，装好针头，吸取药物，并排尽空气。

3. 注射者左手拉紧注射部皮肤，右手持注射器，使针头斜面向上，与皮肤成 15°～20° 角度，刺入皮内（注意不要太深，以免刺入皮下）。

4. 待针头斜面刺入皮肤时，推动针筒内塞，局部可见半球形隆起，注射剂量一般为 0.1 毫升。

5. 注射完毕，拔去针头，切勿按压。

（四）静脉注射法

器材准备 消毒空针筒 1 包（5 毫升、10 毫升、30 毫升或 50 毫升），7 号消毒针头 2 只，小脉枕或小沙袋，止血带 1 根，75% 酒精棉球 1 盒，3 % 碘酒 1 瓶，消毒棉签 1 包，砂轮，注射药物。

方法

1. 取药。

2. 露出前臂，用止血带压迫上臂，并嘱患者握拳，伸屈前臂，使肘部静脉充盈，肘下垫脉枕。

3. 消毒皮肤，先用棉签蘸碘酒在注射部起点向外旋转涂擦，再用酒精棉球抹去碘酒。

4. 左手食指及拇指分别在穿刺点上下方固定静脉，右手将针头斜行刺入静脉，在有回血后，将针头略微抬起，顺静脉方向稍微前进，然后固定不动，解除止血带，嘱患者手放松，将药液缓缓注入血管。

5. 注射完毕后，拔出针头，以棉球压住，将前臂屈曲几分钟。

（五）静脉输液术

器材准备 消毒输液皮管1副，消毒7号针头或各号尼龙管针头若干，脉枕、止血带、酒精棉球、碘酒、棉签、砂轮，输液夹子（水阻）1只，血管钳1把，胶布若干，输液网袋2只，输液架（如无，可因地制宜处理），输入液体（瓶装、塑料袋装均可）及其他注入药物。如为儿童及昏迷患者，还要准备夹板、绷带、棉垫等。

方法（图17-2）

1. 撬开输液瓶铝盖顶部（塑料袋的无铝盖），将输液瓶装入网袋倒挂在输液架上，用75%酒精棉球消毒瓶塞（如要加入其他注射药物，应于此时加好）。

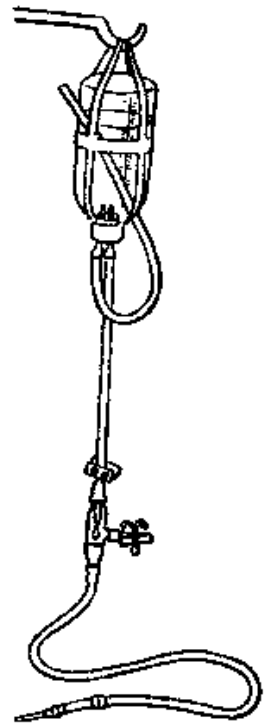


图17-2 静脉输液装置

2. 在瓶塞上插入消毒输液皮管滴注管及通气管，将通气管拉高，滴注管放低，进行排气。排气时最好先用手指捏住滴管球上端皮管的下部，将其内空气排入输液瓶，让液体充盈此段皮管；然后放松手指，将滴管球下段皮管缓缓放低，让液体通过滴管球流入，并注意排除其内气泡，直至完全充盈。此时装上针头，并用血管钳或输液夹子夹住。滴管球内最好保持一定液面；如液面太高，影响观察时，可将滴注管上端从输液瓶上拉出来，下面放松，让液体流至适当的平面再插入，上段皮管再依前法排气充盈；或将滴管球上端皮管与其分开，把球内水酒去一些再装上。但此过程中必须严格防止污染。

3. 注射部位通常选用肘窝静脉，但婴幼儿及有些静脉不显的病人可选用其他部位的浅静脉（详下），此时应尽量选用合适的尼龙管针头注射，以便固定，防止脱落。

4. 以碘酊及酒精棉球消毒注射部皮肤后，按静脉注射同样的方法，用接上针头的滴注管接管（必须充满注射液，如有气泡，应放松

夹子加以驱除）进行注射，见有回血后，放松止血带和皮管上的血管钳或输液夹子。当见到滴管球内液体顺利地滴出后，用胶布将针头加以固定（如为尼龙管针头，应注意使其有一定的伸屈度）。对小儿及神志不清的病人，可再用加垫的夹板托在注射肢体的下面，然后用胶布及绷带固定，应包括上下两个关节，但不宜过松（防止脱落）或过紧（影响输液）。

5．观察输液速度，用输液夹子加以调节，一般约保持成人30～60滴/分，半岁以上婴幼儿15～20滴/分，半岁以下8～15滴/分。对脱水酸中毒者，速度可增快，对心功能不佳或其他严重情况则应减慢。

6．随时检查针头是否阻塞和保持在血管内。如发现滴流不畅，即应检查局部。如局部肿胀疼痛，说明针头已不在血管内，应拔出重新注射。局部不肿，可转动针头或调整其高低位置，畅通后固定在此位置；如仍不滴，可提高输液瓶以增加压力；再不滴，说明针头阻塞，应重新注射。

7．滴注过程中发生注射液充满滴管球的情况，可按上述注射前处理方法同样处理。

（六）小静脉输液术

器材准备 基本上与静脉输液术相同，但消毒针头选用4号或5号，最好用尼龙管针头，并备2毫升或5毫升消毒注射器1副（包括针头），增加血管钳1把，准备好夹板、绷带、棉垫等。

方法

1．将输液瓶装置妥善，排尽橡皮管内空气。

2．选择适当的血管，婴儿多采用头皮、手背、脚背、手腕、踝部等处小静脉。其中头皮静脉可不用止血带，最好乘婴儿啼哭静脉充盈时注射；其余部位仍使用止血带压迫，以使静脉充盈。局部皮肤用碘酊及酒精消毒，注射肢体或头部应由助手固定以防哭吵掙扎。

3．用注射器装上针头吸取无菌生理盐水或5%葡萄糖水（可在输入的液体中吸取，但应在加入其他药物前进行），再换上注射用小针头或尼龙管针头，排尽空气，尼龙管的还要排出一些注射液冲洗一下。

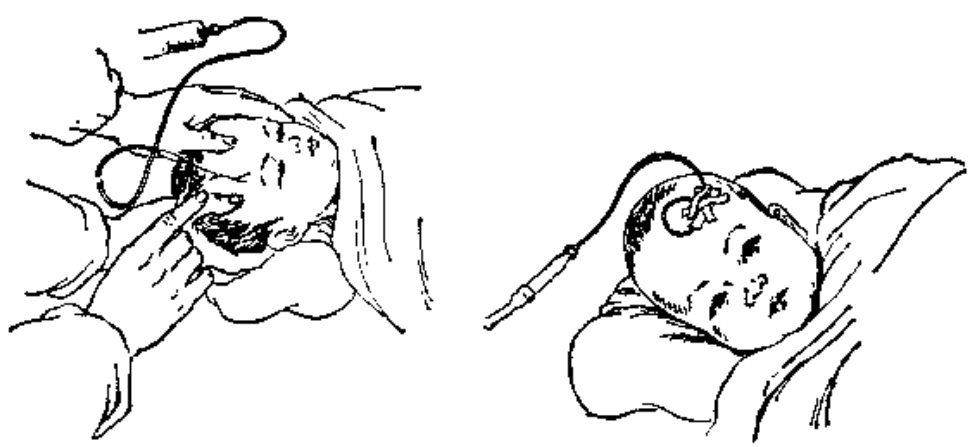
4. 剪好长短与宽度适当的胶布条，以备将针头固定在体表。

5. 注射前先确定针头在静脉内所要达到的平面，再确定皮肤上的刺入点，看准后进行穿刺。为了方便注射，常用血管钳夹住针柄后进行。穿刺局部应妥善固定，并沿静脉方向绷紧皮肤，以免血管滑动（图 17-3）。

6. 进入静脉后即可见到回血；但如血管过细或外周循环不良，可无回血，此时可慢慢注入针管内液体，如不漏在皮下，说明针头在静脉内。然后放去血管钳，用胶布条将针头及尼龙管、针栓等分别固定在皮肤上，将注射器从针栓上卸下，连接输液器。此过程中应注意仍不停地把针管内液体以很慢的速度缓缓注入静脉内，直至接好输液器并见液体能顺利滴入时为止。

7. 用绷带或宽胶布将该侧肢体固定于夹板上，再将夹板固定在床上。如用头皮静脉，可将砂袋置于头之两旁以助固定。

8. 调节滴液速度及其他处理均详见上述静脉输液术。



(1)　　(2)

图 17-3　头皮静脉穿刺术

〔附〕 **输液皮管及其他注射器的消毒方法**：输液皮管包括滴注皮管 2 根（总长 1.2 米左右，上端约⅓，下端⅔），排气皮管一根（20 厘米左右），滴管球 1 只，接管 1 只，16～18 号回气粗针头 2 只。以上物件均须经严格处理和消毒。第一次应用时，应将上述物件分别洗

净（尽量用明矾澄清的河水，如用井水，最好用澄清的冷开水），然后，把皮管放在肥皂水、石碱水或2～3%的苏打溶液内浸泡12小时左右，充分搓揉后，用清水洗净，再煮沸消毒5分钟左右（煮时须用纱布将皮管包好），捞出。最后，把各部分装配好，用蒸馏水（如无，用澄清过滤的冷开水）流水冲洗，再用纱布棉垫及包布妥善包好，经高压消毒后才能应用。如无高压消毒条件，应放蒸笼内充分蒸煮。一般尽量不用煮沸消毒，如必须如此消毒，应将经各种处理完善并装配好的皮管用纱布包裹后，加冷开水煮沸至少15分钟以上，并于使用时使管内水流净，再插入输液瓶排气，待液体充盈后，放掉一部分以冲洗管腔，然后注射。注射用针头，可放于包布内一起消毒；但尼龙管针头不用此法，可浸泡75%酒精中（管内用注射器注入酒精使其充盈）12小时以上，使用时冲去酒精。

以后再次应用时，主要是将皮管各部分拆开，彻底洗净，再煮沸、装配、流水冲洗、消毒（同上方法），不必再放在碱性液内浸泡。如能注意于每次注射完毕即放在清水内浸泡，洗起来就更方便一些。

其他注射器的消毒，虽不如此严格，但也须用清水充分洗净，再经高压或煮沸消毒后应用。特别是静脉注射器，清洗及消毒的要求更要高一些；如为煮沸消毒，应于使用时注意把针管内水滴排除，并先抽少量注射药液（葡萄糖、生理盐水等辅助药物）洗一下排去，再进行正常注射工作。

（七）静脉切开术

适应证 (1)急需输液的休克、大出血或其他危急情况的病人，因浅表静脉不充盈，以致静脉穿刺有困难时；(2)小儿因急需输液而静脉穿刺失败时；(3)长时多次静脉穿刺输液后，浅表静脉硬化阻塞，再作静脉穿刺有困难时；(4)需要较长时间输液，而静脉穿刺已不能适应时。

器材准备 消毒的手术刀1把、持针器1把、血管钳1～2把、三角弯缝针1根、丝线若干、静脉套管或塑料管（或硅橡胶管）1根、手套1副、洞巾1块、注射器（2毫升或5毫升）1副，碘酊、干棉球、酒精棉球、1%普鲁卡因及消毒敷料若干。

方法（图17-4）

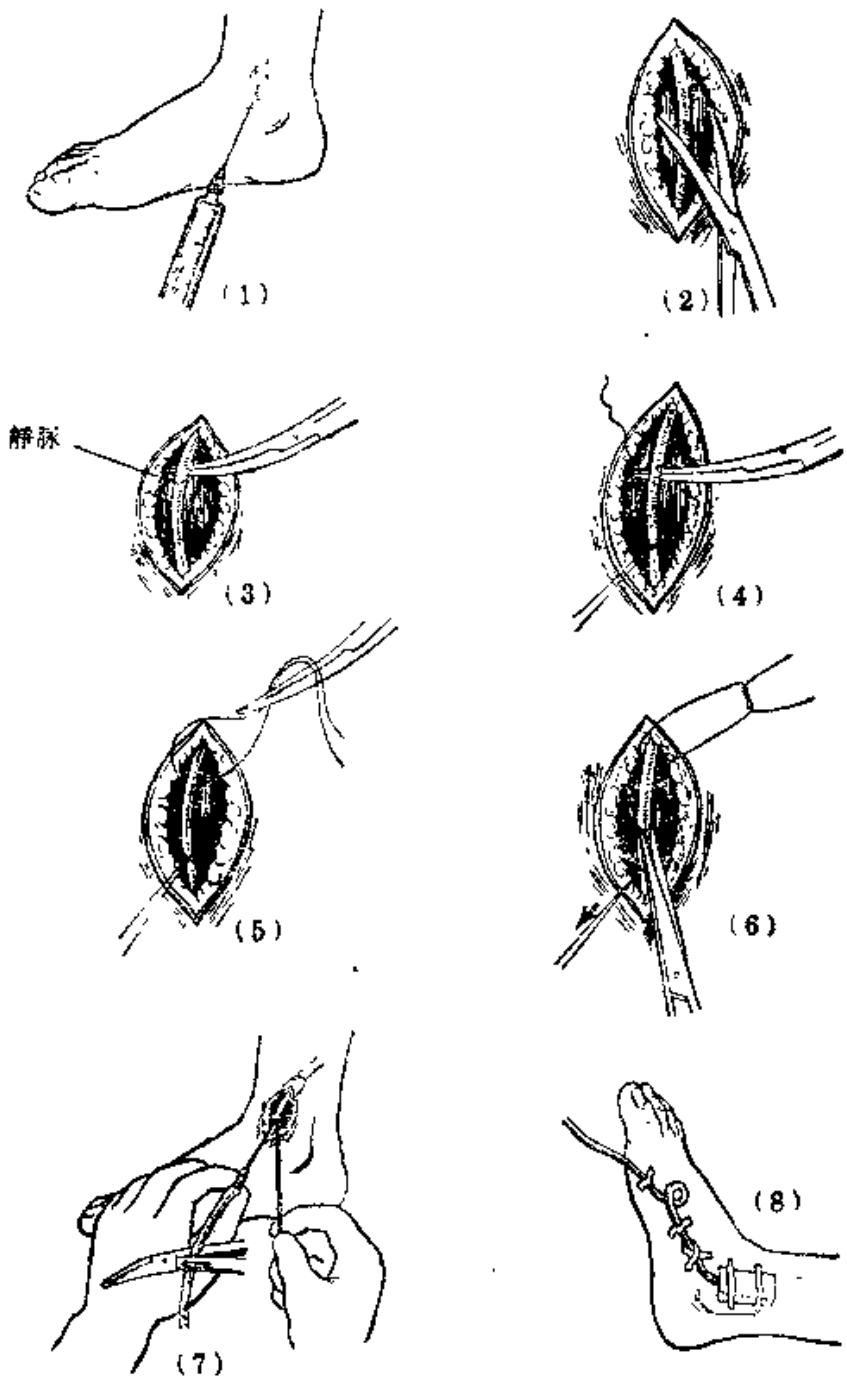


图 17-4　静脉切开术

1．切开部位常为足内踝的大隐静脉，其他如上肢头静脉、肘窝部贵要静脉及高位大隐静脉等亦可。

2．局部皮肤严密消毒。

3．术者洗刷双手，戴消毒手套，铺无菌巾。

4．用1％普鲁卡因作局部浸润麻醉。

5．在静脉显露表面，作斜形、横形或直形切口，长约1.5～2.0厘米。

6．切开皮肤后，以小弯血管钳分离皮下组织，显露静脉并将其挑出。

7．在静脉下放丝线二段，一段放于远端并结扎，一段在近端暂不结扎。

8．牵引远端线头将静脉提起，用小尖刀在静脉近端作一小斜口。

9．将静脉套管或塑料小管（或硅橡胶管）经小斜口插入静脉，结扎近端丝线使套管不致滑出。

10．剪短线头，接上输液皮管。

11．如证明通畅无阻，即可将切口皮肤缝合2针，盖上消毒纱布并予固定。

12．终止输液时只需拔去套管，清洁创口，重新用敷料加压包扎，待创口愈合后拆线。

注意事项

1．每作一次静脉切开，要损坏一条静脉，故适应证应从严掌握，尽量采取穿刺输液。

2．塑料小管或套管需先用生理盐水冲洗，插入静脉前，应使其中充满滴注液，严防气泡进入静脉内。

3．插导管时，若静脉痉挛，可先注入1％普鲁卡因2～5毫升。

4．手术切忌粗暴，避免损伤神经，并注意无菌操作。

5．静脉套管或塑料小管留置于静脉内一般不能超过3～5天，如采用硅橡胶管则留置时间可延长至1～2个月。但需严格防止感染，每3天更换一次敷料；每天更换输液装置。

6．一旦出现静脉炎，局部静脉呈索状发硬、疼痛、甚至全身发热，

应即将导管拔除，局部热敷，患肢抬高，必要时使用抗菌素。

复习方法

1. 作各种注射的实习，先易后难（从皮下、肌肉、皮内再到静脉注射，静脉输液，从中掌握有关要领）。

2. 跟随辅导医务人员进行各种注射器、输液皮管的消毒工作。

二、穿刺术

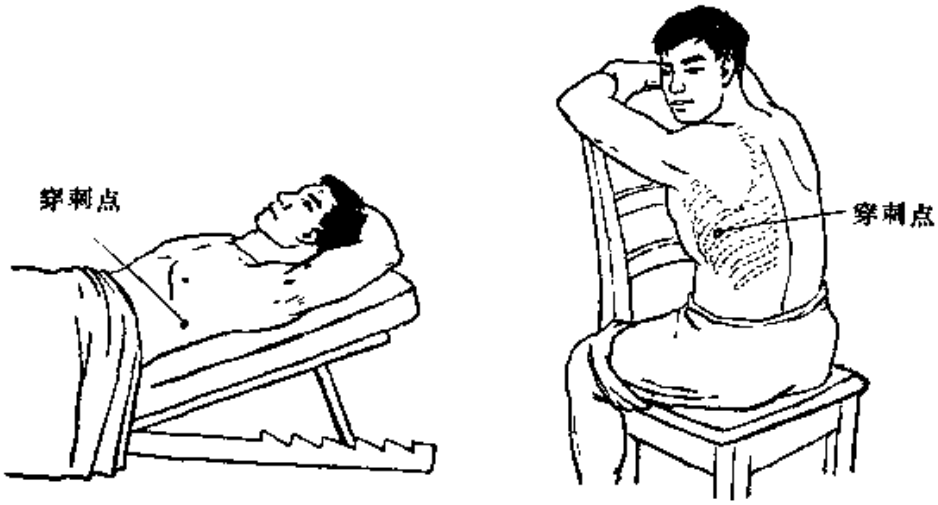
（一）胸腔穿刺术

适应证 ⑴抽液作诊断用；⑵解除大量积液的压迫症状；⑶积液过久不吸收；⑷因积液致高热及中毒症状；⑸胸膜腔注入药物。

器材准备 消毒穿刺针（带5～10厘米橡皮管）1根，2毫升消毒针筒（连针头）1副，50毫升消毒针筒一副，消毒橡皮手套1副，消毒洞巾一块，血管钳1把，碘酊、干棉球、酒精棉球，1％普鲁卡因1瓶（或2％普鲁卡因1支），1:1,000肾上腺素1支。

方法

1. 患者取坐位或半卧位（图17-5）。能坐的可反坐在靠背椅上，



(1) (2)

图17-5 胸膜腔穿刺时的病人姿势

双手平放椅背，头伏在前臂上，作下背部穿刺。不能坐的则取半卧位，病侧上肢举起，手放在头下，作侧胸穿刺。

2．穿刺部位须在叩诊实音水平面之下，故应先作叩诊确定液体平面。背部穿刺一般选择背部肩胛线上第七或第八肋间，相当于肩胛角下的肋间（此处胸壁厚度约为4厘米）。侧胸穿刺可选择腋中线第五或第六肋间（此处胸壁厚度约为2～3厘米）。

3．用2％碘酊和75％酒精消毒穿刺部位皮肤（亦可用0.1％硫柳汞酊消毒），范围可广一些。

4．穿刺者洗刷双手，戴上无菌手套（如无手套，可用2％碘酊和75％酒精先后消毒双手），在穿刺部位铺上无菌洞巾（如无，也可不用，但消毒范围要广。下同）。

5．在穿刺点肋间的下肋骨上缘注入适量1％普鲁卡因作局部麻醉，最好深达胸膜（刺到胸膜时病人有痛感）。

6．用注射器检查穿刺针是否通畅，然后用止血钳夹住尾端橡皮管使不漏气。

7．将带有橡皮管和止血钳的穿刺针在穿刺点沿下肋骨的上缘慢慢刺入，抵抗感消失时，表示已进入胸膜腔（须注意穿刺的深度）。

8．用50毫升注射器接上皮管，松开止血钳，进行抽液。当注射器抽满液体后，先用止血钳夹住橡皮管（防止空气进入），再松开放液；然后反复进行。

9．抽液完毕后，注入药物，拔出穿刺针，用手揉压穿刺孔，然后盖上无菌纱布，用胶布固定。患者应静卧二小时。

注意事项

1．严格遵守无菌操作，穿刺及放液时防止空气进入胸膜腔，穿刺针必须从肋间的下肋骨上缘刺入，以免损伤血管、神经。

2．抽液不要过快，并随时观察患者。如出现头晕、苍白、出冷汗、心慌、胸部压迫感、剧烈疼痛、昏倒、连续咳嗽、吐白沫痰等情况，应立即停止抽液，速将针拔出，让患者躺下取头低足高位，并皮下注射1∶1,000肾上腺素1毫升。

3．第一次抽液量最好控制在500毫升以下，以后每次最多不超过

1,000 毫升。

4. 心力衰竭患者，因心脏扩大，尽量避免在左侧胸部抽液；背部抽液时也不可刺得太深，以免刺伤心脏。脾肿大患者，左侧胸穿应防止刺伤脾脏。

5. 精神紧张的患者，可先服用镇静剂和止痛剂。有剧烈咳嗽者，可先服用可待因。

（二）腹腔穿刺术

适应证 (1)取液作诊断用；(2)腹水过多时减轻腹腔压力；(3)腹膜腔注射药物。

以下情况禁忌：(1)妊娠；(2)腹腔内有粘连；(3)肝昏迷患者。

器材准备 带橡皮管的消毒穿刺针 1 根，2 毫升及 50 毫升消毒注射器各 1 副，消毒橡皮手套 1 副，消毒洞巾 1 块，碘酊、干棉球、酒精棉球，1 %普鲁卡因及 1:1,000 肾上腺素。

方法

1. 嘱患者排尿，然后坐靠椅上或斜卧床上（图 17-6）。

图 17-6 腹膜腔穿刺时的病人姿势

2. 将宽布带一条围在患者上腹，以便放水时逐渐拉紧加压，防止腹压突然下降引起虚脱。

3. 用叩诊法确定腹内积液水平面，选择适当的穿刺点，常用的有：(1)脐和耻骨联合间的中点（在液面之下）；(2)脐和左髂前上棘连线之外（髂侧）⅓ 和中 ⅓ 的交点。

4. 用碘酊和酒精（或硫柳汞酊）消毒穿刺部皮肤。

5. 穿刺者洗手，戴手套（或用碘酒和酒精消毒），铺无菌巾。

6. 用 1 %普鲁卡因在穿刺点作局部麻醉，深达腹膜（患者有痛感）。

7. 将连橡皮管的穿刺针自穿刺点缓缓刺入，当抵抗感消失时，即

已进入腹膜腔。如为诊断性抽液，可用50毫升注射器接在橡皮管上抽液100～200毫升；如为放水减压，可逐渐拉紧腹带，让腹水自然流出。

8．穿刺完毕，注入药物，拔出穿刺针，用力压迫局部，盖上无菌纱布，用胶布固定。

9．缚紧腹带，让患者卧床休息8～12小时。

注意事项

1．严格遵守无菌操作，穿刺部位有毛者应于术前剃除并清洗。

2．术前必须排尿，以免误刺膀胱。

3．穿刺和放液时，随时观察患者情况，如有苍白、出冷汗、心慌、头昏和恶心时，应立即停止，并使患者平卧和注射1:1,000肾上腺素。

4．一次放水一般为3,000～5,000毫升，最多不超过10,000毫升，并注意边放边拉紧腹带加压；晚期肝硬化患者，更应注意。

5．腹水流出不畅，可将穿刺针退出少许或改变方向，腹水如为血色，应即停止放水。

6．放腹水后应检查肝脾是否肿大，腹内有否肿块，并测量脐部腹围，作为以后腹水量增减的参考。应注意穿刺点有否腹水继续流出。

（三）腰椎穿刺术

适应证 (1)取脑脊液作检验，供诊断之用；(2)鞘内注射治疗药物；(3)腰椎麻醉术。

下述情况禁忌：(1)脑肿瘤；(2)脑出血。

器材准备 消毒腰椎穿刺针1根，消毒手套1副，2毫升及5毫升消毒注射器（连针头）各1副，消毒洞巾1块，碘酊、干棉球、酒精棉球、1%普鲁卡因。

方法

1．患者侧卧硬木板床上，背部靠床缘并与床面垂直，头向前弯，双膝屈向腹部，双手抱膝。身体尽量屈曲，使腰椎棘突显露及间隙增大，便于穿刺（图17-7）。

2．穿刺点通常在第三腰椎间隙（即第三、四腰椎之间）或第四腰椎间隙。一般在两髂嵴间连一直线，此线和脊椎的交点的凹处即为第

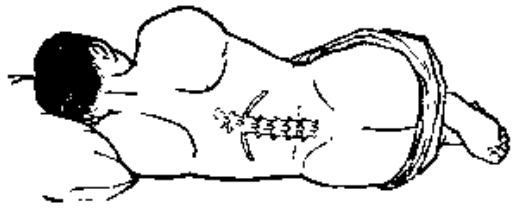


图 17-7　腰椎穿刺时的病人姿势

三腰椎间隙。

3．用碘酊和酒精（或硫柳汞酊）消毒穿刺部皮肤。

4．穿刺者洗手，戴手套（或消毒），铺无菌巾。

5．用 1％普鲁卡因在穿刺点作局部麻醉，须深达韧带（回抽一下再注射，以免注入血管）。

6．穿刺者蹲在床前，左手固定穿刺点皮肤，右手持针（针尖斜面向上，针和背部保持垂直），对准棘突间隙的中线慢慢刺入，当刺到皮下肌肉层时，可将针稍斜向头部方向，继续刺入。如刺在骨上，可稍退出，更换方向再刺入。如果阻力突然减小，则表示针已进入蛛网膜下腔（婴幼儿无此感觉），立即停止。

7．慢慢抽出针芯，稍候片刻，观察有无脑脊液流出。如不见流出，可把针转动一下或嘱患者深呼吸一下；再无流出，可插上针芯，再刺深或退出一些；如仍失败，则另行穿刺或换一个腰椎间隙穿刺。

8．用 2 根试管分次收集脑脊液（共 5 毫升）作检验之用，并分别标写清楚。同时观察脑脊液流出速度（如有仪器测定压力更好）。

9．将针芯插入，再一并拔出穿刺针，盖上无菌纱布，用胶布固定。嘱患者去枕平卧 6 小时以上，以免产生头痛等副作用。

注意事项

1．严格遵守无菌操作。穿刺点及其附近皮肤如有感染，则禁作穿刺。

2．小儿腰穿如作局部麻醉，注射麻醉药用的针尖不可太长（一般用皮试针头），并回抽一下，无脑脊液流出方可注射。

3．疑有颅内压显著增高时，最好不作穿刺，以免发生危险；如必须作时，放液速度应慢，一般不将针芯完全拔出。

4. 脑脊液一般不可放得太多、太快，尤其颅内压增高者。

5. 脑脊液如为血色，应停止放液（必须检验者例外）。

6. 鞘内注射药物时，应先放出与注射药物同量的脑脊液，然后注入药物。

三、洗 胃 法

适应证 (1)吞服毒物者的急救处理；(2)胃或十二指肠溃疡并发幽门梗阻者（须用小口径胃管，且洗胃时液量应少，压力应低）。

以下情况为禁忌：(1)最近有上消化道出血或胃穿孔者；(2)食管静脉曲张（因特殊情况需急救者例外）；(3)严重的心脏病或主动脉瘤，以及呼吸困难者（急救例外）；(4)吞服酸、碱等腐蚀性毒物者。

器材准备 消毒洗胃器或胃管1根，石蜡油适量，50毫升注射器1副，灌洗液（常用的有清水、生理盐水、1:1,000高锰酸钾或2～5%碳酸氢钠溶液等，可根据病情选用）及有关器具（灌洗壶或杯子、盛溶液及接受灌洗液的容器等）。

方法

1. 病人坐椅上，或仰卧，头转向一侧且放低些。

2. 将洗胃管涂石蜡油（食油也可），自口腔或鼻腔插入，令病人作吞咽动作，于吞咽时轻轻将管推送，直至50～60厘米（胃管预先作好标记）。插时如病人有发绀、呛咳、呼吸困难等现象，或胃管内有气体流出，表示可能插入气管，应迅速拔出重插。

3. 将胃内容物尽量抽出，将洗胃液倒入漏斗内，每次不超过500毫升。提高漏斗位置，待溶液完全流入胃内后放低，漏斗口向下，并轻轻按压上腹胃部，胃内液体即流出（图17-8）。如此反复进

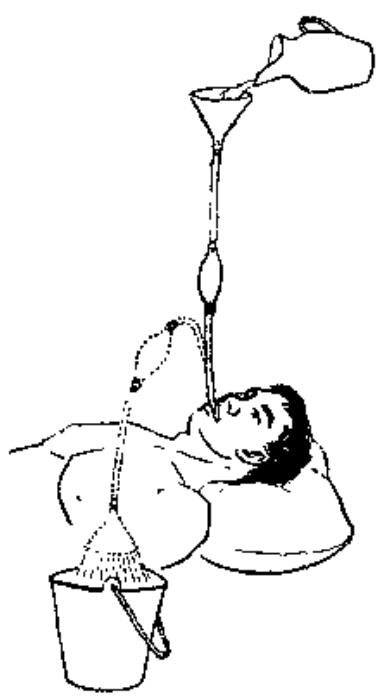


图 17-8 洗胃法

行，直至洗出液与灌洗液颜色相同为止。如无灌洗漏斗，可用50毫升针筒抽灌洗液注入，至一定数量后再抽出。如此反复进行。

4. 灌洗完毕，将胃管抽出，帮病人漱口、擦脸，然后嘱其休息。

注意事项

1. 虚弱、神志不清或不合作的患者，洗胃时可用张口器张开口腔，并将舌头向外拉出，再插胃管。

2. 有活动性假牙的，应先取下。

3. 必须确定洗胃管确在胃中（即管内无气体流出，病人无呛咳、气急等反应，能抽出胃内容物），然后才能注入灌洗液。

4. 根据情况需要（如中毒），可把第一次洗出的胃内容物留下，以作各项化验检查。

四、灌 肠 法

适应证 (1)帮助便秘者排便；(2)清洗直肠，为肠道或肛门手术作准备；(3)由直肠给药；(4)导出肠内积气，减轻腹胀。

器材准备 灌肠筒或灌肠器1只，肛管1根，有开关和玻璃接管的橡皮导管1根，石蜡油适量，灌洗液或有关药物。

方法 根据治疗的目的，灌肠可分为不保留灌肠、保留灌肠和肛管排气三种。

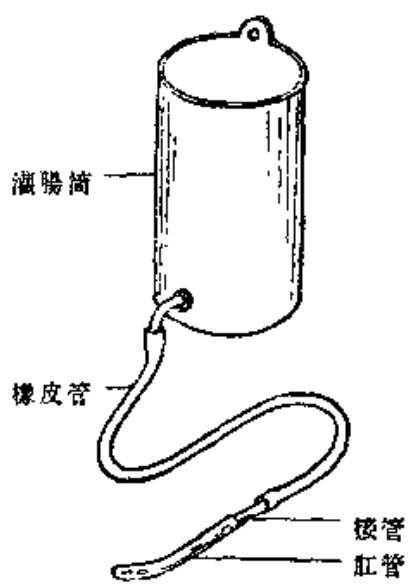


图 17-9 灌肠器具

1. **不保留灌肠** 主要用于帮助排便和清洁肠道。

(1) 取灌肠筒，依次接上橡皮导管和肛管(图17-9)。

(2) 扭紧开关夹，将所用液体（肥皂水、温水、生理盐水、石蜡油等）装入灌肠筒内。一般成人用1,000毫升（油类可大大减少），小儿1岁以下50～100毫升，1～3岁100～300毫升，3岁以上300～600

毫升。

(3) 病人取左侧臥位或仰臥位，双膝屈曲，臀部垫油布或塑料布，露出肛门。

(4) 肛管涂石蜡油，从肛门缓缓插入约 10～12 厘米。扭松开关，一手固定肛管，另一手举起灌肠筒或挂在一定高度（离床约 60～100 厘米），使溶液缓缓流入。如病人腹胀，应暂停灌入；如溶液流入受阻，可挤压或移动肛管；再不通，应拔出洗通后再插入。

(5) 溶液流完，夹紧橡皮管，迅速拉出肛管，用便纸抵压肛门，使溶液在內保持 5～10 分钟后排便。

(6) 如无灌肠筒，可用灌肠器抽取溶液，头部涂石蜡油后从肛门注入，重复进行至注入预定量。但其间注意防止溶液从肛门流出。儿童患者，也可用导尿管插入肛门，用注射器将溶液注入。

2. 保留灌肠 主要用作从直肠给药，也可用此法为不能进食的病人补充水份和营养。

(1) 病人体位与上述灌肠同，但臀部须略垫高，以利保留溶液。

(2) 先用上述方法作清水灌肠，使肠道清洁而易于吸收。

(3) 用灌肠器或连注射器的导尿管将所用药物或液体注入。

(4) 嘱患者留住所灌入的溶液，不可排出。必要时须用纸抵压肛门数分钟。

3. 肛管排气 可导出肠內积气而减轻腹胀。

(1) 取 1 玻璃瓶，盛水约$^{3}/_{4}$，瓶口系布带，挂在床侧。

(2) 病人左侧臥或仰臥，屈膝，露出肛门。

(3) 连接肛管和橡皮管，橡皮管的另一端插入瓶內水中。将涂石蜡油的肛管轻轻插入肛门內约 10～15 厘米，用胶布固定于臀部以防脱出，并将管固定于床单上。

(4) 注意观察水瓶內气泡的多少，如排气不多，须帮助病人翻身或順结肠方向按摩腹部。一般保留 20～30 分钟即可。

五、导 尿 术

适应证 (1)尿潴留经各种处理无效者；(2)产科手术前常规导尿；

(3)取无菌尿化验。

器材准备 消毒导尿管1根，消毒镊子2把，消毒石蜡油棉球若干，消毒手套1副，消毒弯盘1只，消毒洞巾1块，长镊子或钳子1把，红汞（或硫柳汞）、1:1,000升汞（或1:5,000高錳酸鉀）及干棉球。

方法

1．患者仰臥，屈双膝并分开，臀下放便盆。

2．用钳子或长镊子夹棉球，用升汞或高錳酸鉀溶液自上而下地冲洗尿道和外阴部。如为男病人，则应翻转包皮冲洗。

3．洗毕，取去便盆，两腿勿动，然后由内而外地涂红汞消毒尿道口和外阴部（如未进行第一道冲洗手续，则最好用硫柳汞酊消毒2次以上）。

4．操作者洗手，戴消毒手套。

5．用消毒洞巾盖在阴部，露出尿道。

6．将置有导尿管、镊子和石蜡油棉球的弯盘放在靠近会阴处，用石蜡油涂导尿管前端，左手拇食两指分开小阴唇（女病人）或夹住阴茎前端向上提起（男病人），右手用镊子夹住导尿管前端（戴无菌手套者可直接用手）插入尿道，缓缓向前推送，直至进入6～8厘米（女病人），或15～20厘米（男病人）处，即有尿流出。

7．如须送验无菌尿标本，应先让尿流去一些，然后再用无菌试管盛尿约10毫升。

8．尿液如流出不畅，可轻轻按压下腹膀胱部位；再不畅，应将导尿管送入一些或拉出一些。

9．导尿完毕，将导尿管慢慢抽出。如需保留导尿，可用胶布将导尿管牢固地固定在下腹壁上，并用止血钳夹住，定时开放。

注意事项

1．严格遵守无菌操作，防止尿路感染。保留导尿者导尿管留置时间一般不应超过1周，并需加服尿路消毒药物或抗菌素。

2．导尿管插入时必须轻缓，防止损伤。

3．膀胱高度胀滿时，排尿应缓慢，且不宜一次排空，以防腹压突

然降低而引起虚脱。

复习方法

熟悉洗胃、灌肠、导尿等各项操作。

第二节　外科基本操作

一、无　菌　术

外科操作中严格掌握无菌原则，是保证手术治疗成功的重要条件之一。外科操作中细菌感染的来源，除了病人体内原来可能存在的以外，不外乎下列三方面：皮肤，空气，手术器械与敷料等。所谓无菌技术，就是用各种方法消灭细菌和预防细菌进入伤口的方法。为了做到这一点，应对皮肤、空气、敷料和器械等采取严格的无菌措施。常用的方法为：

1. 皮肤

⑴ 病人的皮肤：主要为药液消毒。常用的药液有：①碘酊、酒精：先以2.5%～5%碘酊消毒手术区皮肤，自切口中心向外擦，消毒范围广一些，一般应距切口周围15厘米以上；待碘酊干后，再以75%酒精擦2遍脱碘，方法同上。②硫柳汞酊：以1:1,000硫柳汞酊消毒手术区皮肤，必须2次以上。③红汞：适用于会阴、粘膜等处，一般用2%红汞溶液。

注意：有毛发的部分，应先剃去；有污垢者，应先以肥皂水擦洗或以汽油、乙醚拭净，再进行消毒。碘酊、酒精等应避免进入创口。红汞与碘酊严禁同时使用。

⑵ 手术者的手：主要是防止手直接接触创口或切口，在操作时应使用消毒器械进行，需要直接接触创口者，应戴消毒手套。作较大手术时，应先刷洗双手，用75%酒精或1:1,000新洁尔灭溶液浸泡5分钟，穿无菌手术衣，再戴手套进行操作。

洗手方法：农村无自来水的条件下常用装有开关的茶桶或茶缸作为外科洗手用。洗时先用肥皂及清水洗去肘部、前臂及手上的油脂及

污垢，再用消毒刷子蘸肥皂（最好事先制成很浓的肥皂液）反复洗刷上述部位，次序应自下至上，直至上臂下1/3处，特别注意洗刷指端及指缝间。每洗刷3分钟即用水冲洗一次，冲时须使水自手向肘部流下，并注意两手不可接触其他物品，水龙头开关要用头或肩部启闭。如此连续三次，共10分钟。洗净后用两条消毒毛巾分别依次擦干双手、前臂及肘部。然后将双手直至肘部以上5公分浸泡于75%酒精或0.1%新洁而灭溶液的桶（盆）里，用大纱布或小手巾擦洗5分钟（注意勿触及桶的上缘及边缘），取出待干（同样应使消毒液自手向肘部流下），再戴消毒手套。

戴手套与穿手术衣方法：戴手套如用干手套，应先穿手术衣后戴手套；如用湿手套，则宜先戴手套后穿手术衣。戴干手套时，先打开经高压蒸气消毒好的手套袋，取滑石粉滑润两手，再以左手指撑起右手手套开口部，将右手伸入；而后用右手指插入左手手套的翻折部，

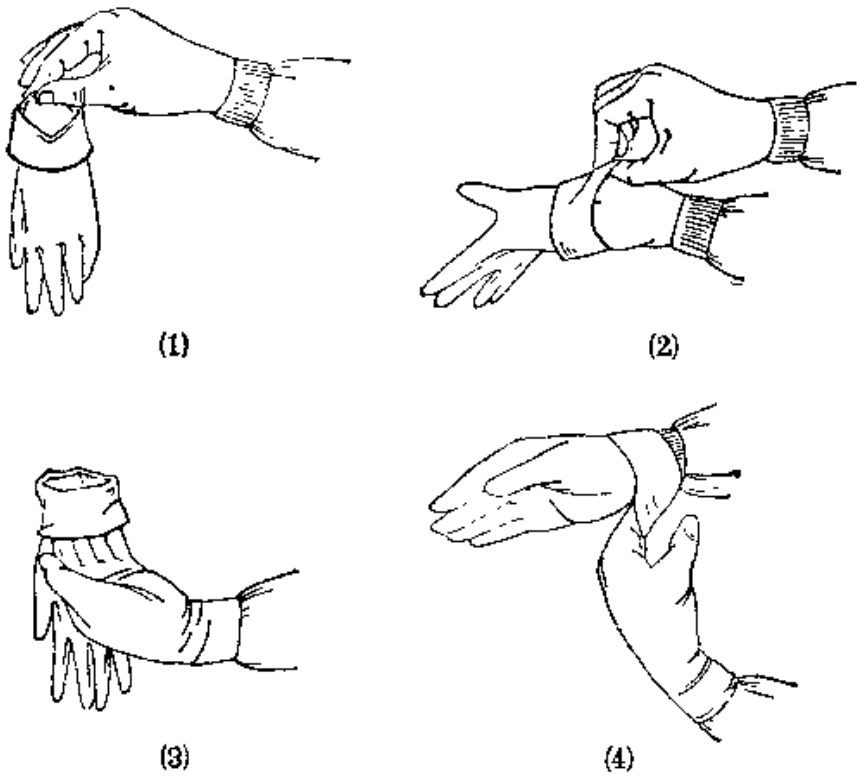


图 17-10　戴手套方法

并提起之，同样将左手伸入（图 17-10）。戴湿手套则应于双手经浸泡消毒后即乘湿戴上，先从经煮沸消毒好的手套盆中按号码取出适用的手套(注意勿要乱翻)，再用右手提起两只手套翻转部的内面，先戴左手手套，继用已戴手套的左手自右手手套的翻折部之下提起，戴上右手手套，最后挤出手套内的水。在戴手套的过程中，应注意未戴手套的手不可接触手套的外面，而已戴手套之手则不可接触正在戴手套的手或另一手套的内面。

穿手术衣时，先由桌上取得无菌手术衣，并以双手握持，使远离胸前及其他人员。再拿住手术衣的两肩部，松开手术衣，勿使接触周围任何物品。而后用右手提起领部，左手伸入袖筒，再换左手提起领部，右手伸入另一袖筒。旋即由助手在背后拉紧领带系住。继而交叉双手，提起腰带，仍由助手接过系好。最后缚紧袖口，并将手套之翻折部套住袖口(图 17-11)。

2. 空气

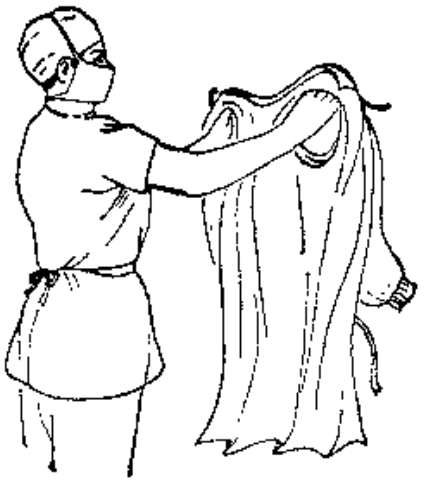
(1) 操作时应戴帽子、口罩。

(2) 手术如在农村普通房子中进行，最好用被单和白纸把屋顶及四周墙壁遮起来，以防灰尘落下。

(3) 操作时避免大声讲话和易使空气振荡的动作。

(1)

(2)



(3)

(4)

(5)

图 17-11　穿无菌手术衣方法

(4) 操作时尽量减少旁人观看，尤其禁止有上呼吸道感染的人观看。

(5) 较大的手术应在手术室进行，术前对空气进行熏蒸消毒，一般可用乳酸 10 毫升放在小铁盘内，其下用火（最好用酒精灯）加热熏半小时。

3. 敷料器械

(1) 煮沸消毒：适用于钝性器械。消毒时间为水沸后15～30分钟以上。如有条件，可水内加碳酸氢钠，使成2％溶液，有防止器械生锈的作用，并可提高水温至105℃以上。

(2) 高压蒸气消毒：敷料、器械均可应用，特别是纱布、棉球等敷料更宜使用此法。一般用高压锅烧至1.1～1.2公斤/平方厘米压力，维持20～30分钟，此时温度可达121.5℃。大队卫生室可做一双层布口袋，内装纱布块和棉球，然后交卫生院代为消毒。没有高压锅，也可用蒸笼蒸煮，水沸后蒸1小时以上。

(3) 药液浸泡消毒：目前较好的办法是用1:1,000新洁尔灭溶液，内加6～9‰亚硝酸钠防锈，浸泡20分钟以上。此法优点是使用便利，价廉，又能作长时间浸泡（需定时更换药液）而不生锈，尤其是不宜作煮沸消毒的锐利器械，可用此法消毒。临时需用的器械，也可以70％酒精浸泡2小时，但不宜长浸，以防生锈。

(4) 酒精干烧法：仅于不得已时使用，将95％酒精直接倒在器械或药碗上，用火点燃。多烧器械易损坏。

复习方法

1. 到公社卫生院手术室参观无菌手术和各种消毒方法，从中熟悉无菌术及其在临床上的重要意义。

2. 跟随带教医生进行洗手、戴手套和穿无菌手术衣的练习。

二、手术常用器械及基本操作

（一）常用器械简介

1. 手术刀（图17-12） 包括刀片与刀柄两个部分，使用时用血管钳把刀片装在刀柄上。执刀方法有指压式、持弓式、执笔式和上挑式等几种。

2. 手术剪（图17-13） 有组织剪和剪线剪等几种，执握方法如图。

3. 手术镊（图17-14） 有带齿和不带齿两种。执握方法如图。

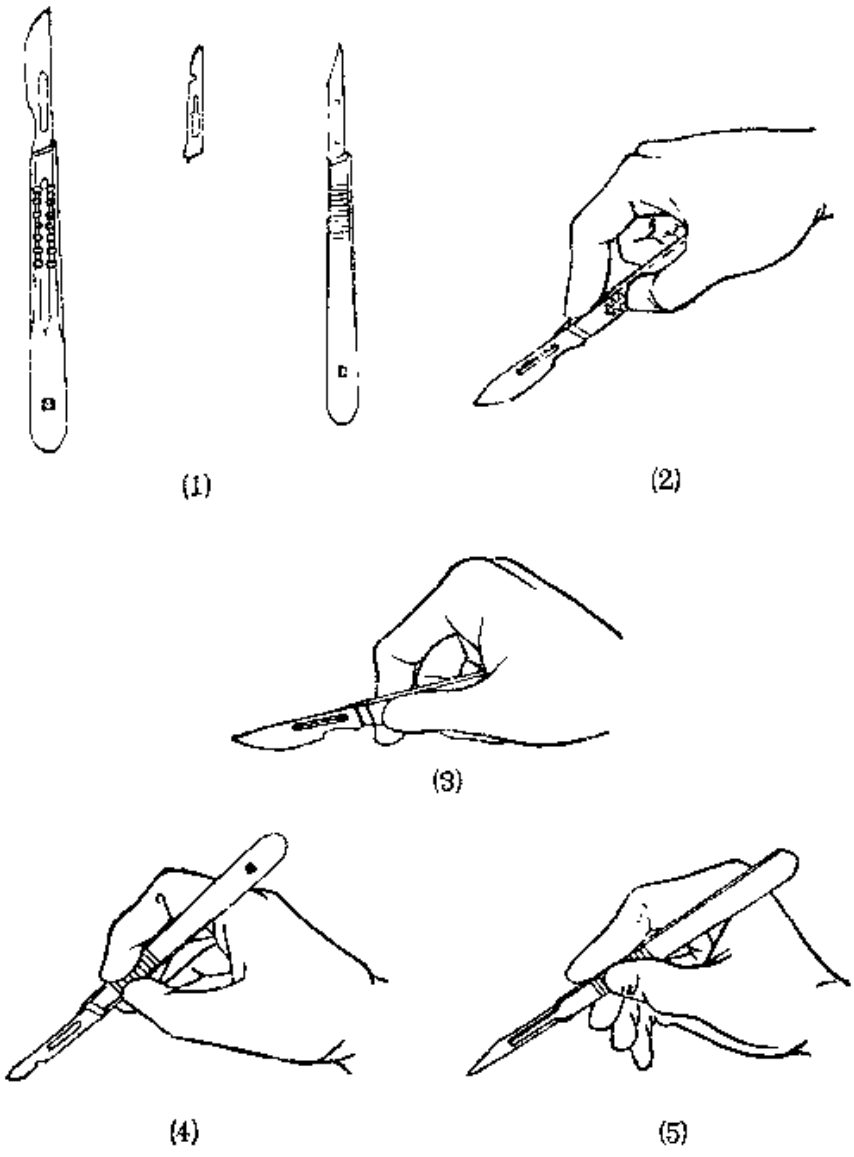
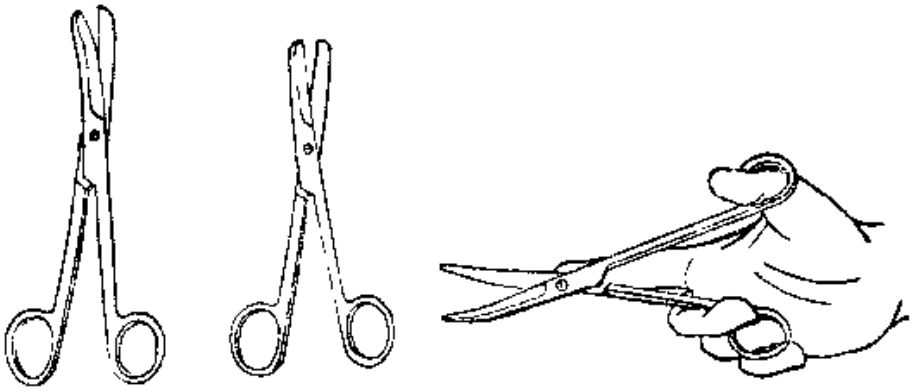


图 17-12　手术刀与执刀方法

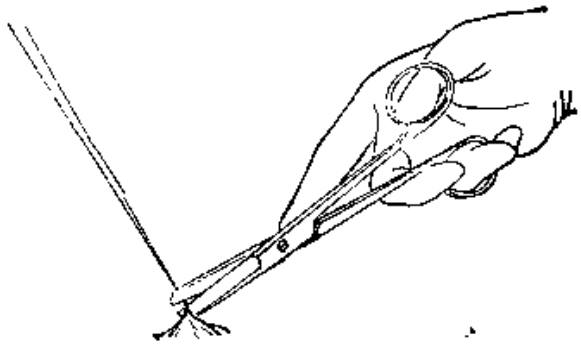
4．**止血钳**（亦称血管钳，图 17-15）　用以止血或分离组织，有大、小和弯、直等几种规格，弯的一般用于深部。执握方法如图。

5．**持针器**（图 17-16）　用以夹持缝针。执握方法如图。

6．**巾钳与组织钳**（图 17-17）　巾钳用于固定手术巾，组织钳用于夹持组织。

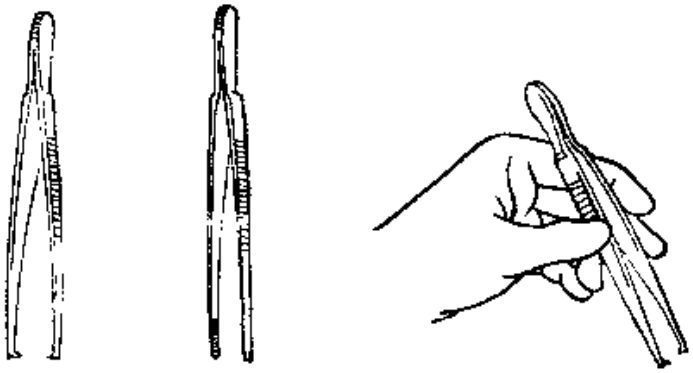


(1)　　(2)　　(3)



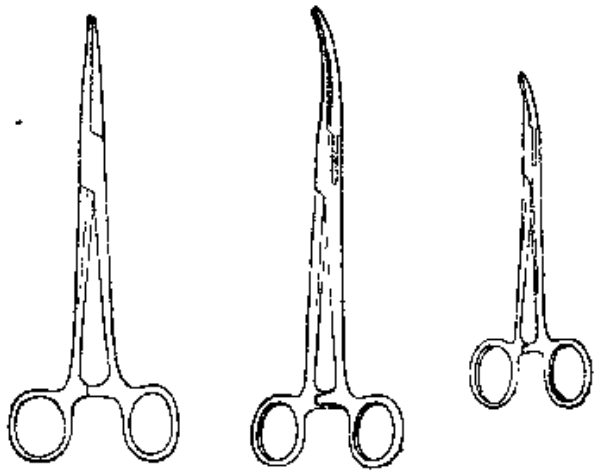
(1)

图 17-13　手术剪与执剪方法

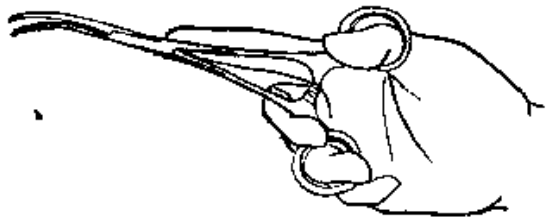


(1)　　(2)　　(3)

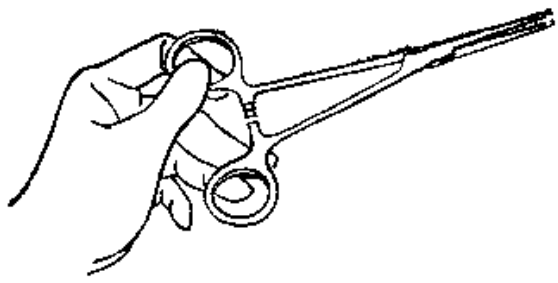
图 17-14　手术镊与执握方法



(1)

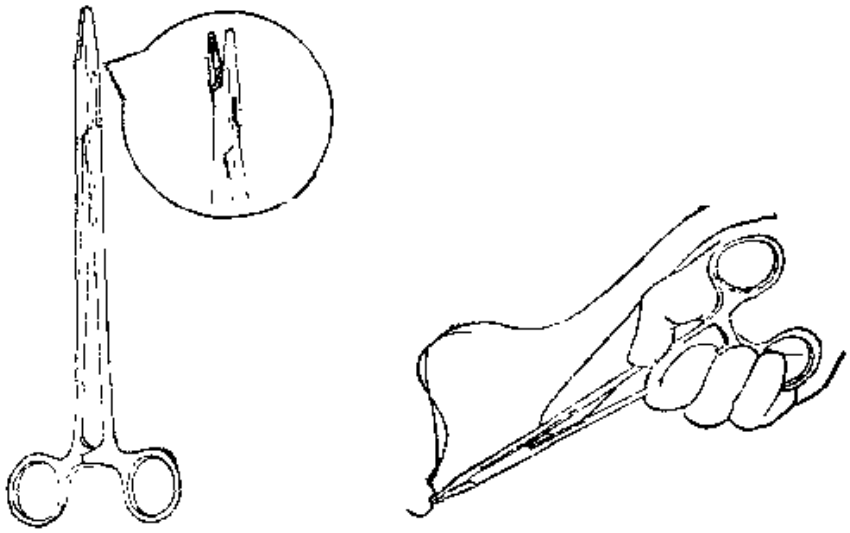


(2)



(3)

图 17-15　止血钳与执握方法



(1)　　(2)

图 17-16　持针器与执握方法

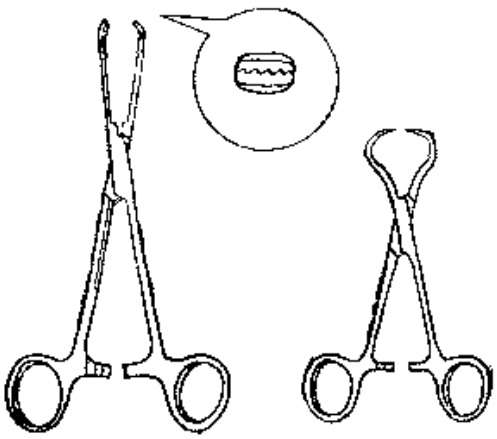


图 17-17　巾钳与组织钳

7. 缝针与缝线（图 17-18）　缝针用以缝合组织，有大小、弯直、粗细等多种规格，按针尖形状又分为圆针和三角针两种，三角针只用于缝合皮肤和骨膜等。缝线用于结扎或缝合，有丝线与肠线之分，两者又按粗细分成各种型号。

8. 牵开器（亦称拉钩，图 17-19）　用以暴露手术野，有大小各种规格，常用的如甲状腺拉钩、阑尾拉钩、腹部拉钩等。

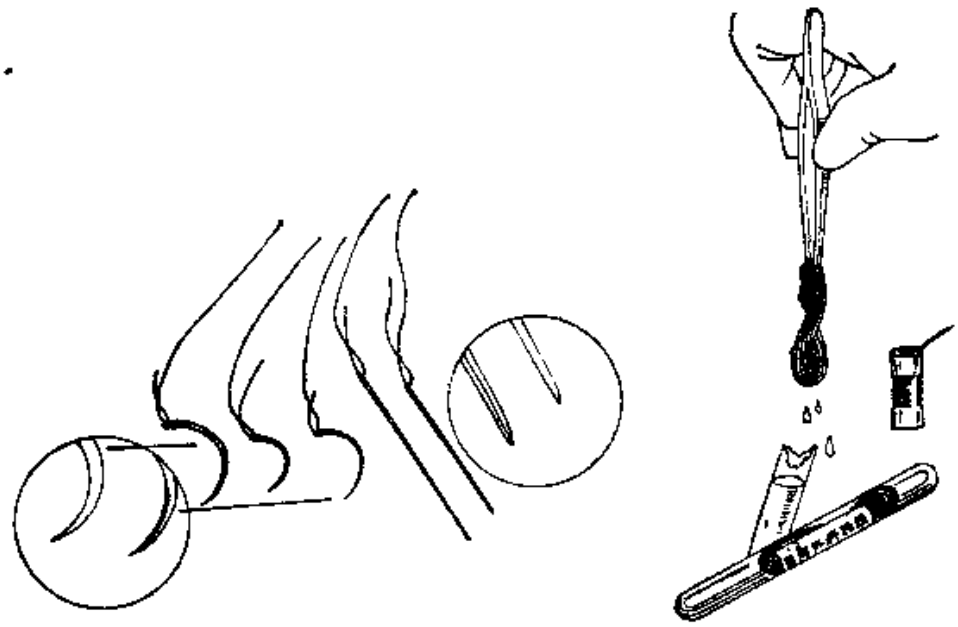


图 17-18　缝针与缝线

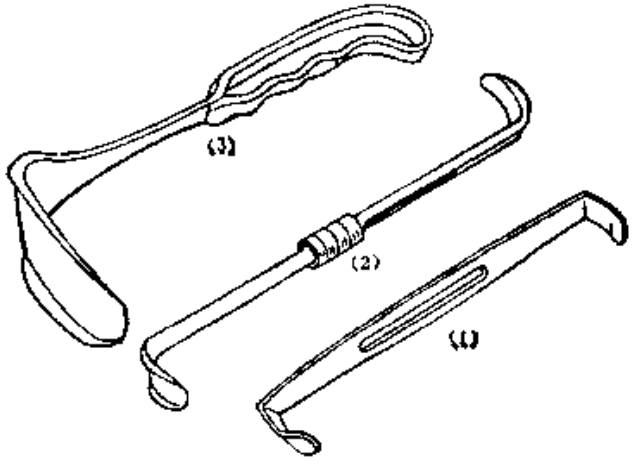


图 17-19　各种拉钩

（二）各种小手术的器械配备

1. **切开引流与拔甲**　弯盘 1 只（大的脓肿应另准备 1 只接脓弯盘），手术刀 1 把(一般以小刀柄和尖头刀片为好)，弯、直血管钳各 1 把，有齿、无齿镊各 1 把，组织剪 1 把。

2. 扩创缝合 上述基础上再加弯、直血管钳各1把，小弯血管钳2～4把(简单的创伤也可不用)，持针钳1把，圆和三角缝针各1～2只（大小视创伤情况决定），缝线若干，剪线剪1把；大的创伤还要加皮肤拉钩1对。

3. 体表良性肿瘤摘除 基本上同扩创缝合，必要时多加几把弯血管钳，并加组织钳2～4把，皮肤拉钩则一定要配备，手术刀片应改用圆头的。

4. 肛门部小手术 一般可同扩创缝合，比较复杂的手术加扩肛器1个，作肛瘘挂线手术时还要加探针1根和橡皮条2根。

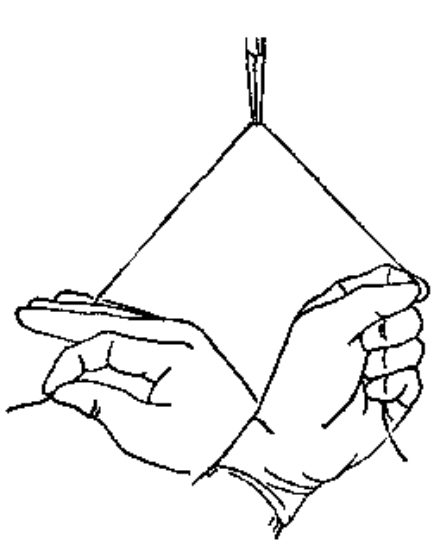
5. 换药与拆线 一般清洁创口的换药只要弯盘1只，有齿、无齿镊各1把，以及有关敷料；要拆线者再加剪线剪1把。复杂创口的换药须加手术刀、组织剪、血管钳和探针等。

（三）手术基本操作

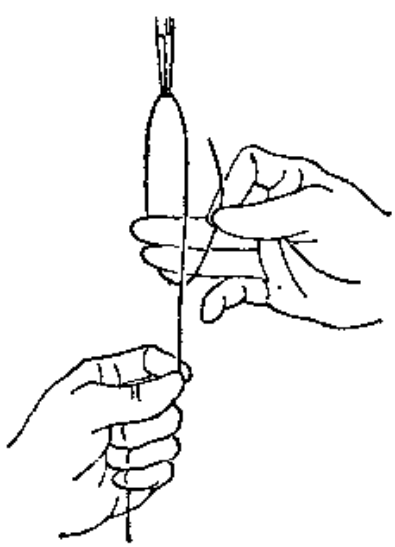
1. 切开与分离 切开皮肤是手术的第一步。进行之前要先摆好体位，选择合适的切口，原则是使手术进行时组织有比较充分的暴露或有利于感染的引流，术者操作方便，而又尽量少影响病人的生理功能或外观。如一般浅表手术的切口多在病变的表面，其他手术的切口则作在最易暴露病变的部位，长度根据手术的需要而定；面颈部手术的切口应尽量沿皮纹的方向进行，以减少张力，愈合后瘢痕较小；不要在受压部位作切口；在关节屈曲面作切口时应与关节面的横径相一致，以使愈合后不致因瘢痕收缩而影响伸屈功能；脓肿的切口应作在最容易引流的部位，并要有足够的长度；等等。选好切口，并作好消毒和麻醉以后，就切开皮肤。可用左手固定皮肤，右手下刀，刀片与皮肤要垂直，避免向内外偏斜，刀柄与皮肤呈45度角。切开皮肤后再切开皮下组织，可沿着皮肤切口深入，直达皮下组织的全层，两端可用剪刀剪开。其他组织则应根据手术的具体情况，决定切开或分离。如深筋膜或肌（腱）膜的切开，可先在上面切一小口，用剪刀伸入筋膜或肌（腱）膜深面，使之与下面的组织分离后再剪开。肌肉可顺纤维方向用刀柄、血管钳、手指或牵开器作钝性分开，直达切口的两端；也可根据需要，将肌纤维切断。结缔组织一般也用钝性分离法，即用刀柄、

止血钳或纱布球等边推边分离。有的手术要打开腹腔，则应由术者与助手先后用无齿镊提起腹膜，在确定无腹内脏器被钳住的情况下，先切开一小口，然后再用组织剪剪开。剪时剪刀的钝头在下，边挑起腹膜，边予以剪开，注意不伤及腹内脏器。如切口较大时，可将手指伸至腹膜之下，脏器之上，将两者分开再剪。组织的切开分离必须在熟悉此部解剖关系的基础上，逐层进行，要严格防止误伤血管、神经、重要组织和器官。

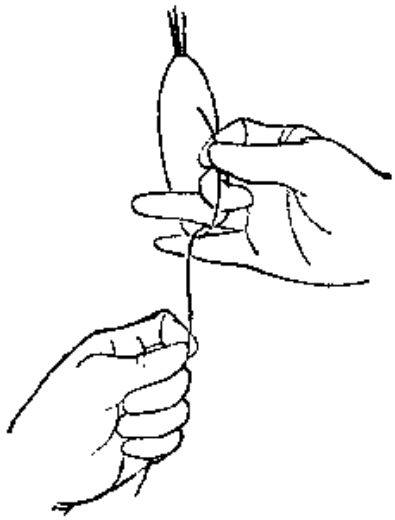
2. **止血** 外科手术中的止血是一项非常重要而又细致的工作，其目的一方面是减少出血，另一方面可使创面干净，以利手术进行。一般在手术前即应考虑如何减少手术中出血的问题，而采取一些必要的措施。如在肢体上进行一些较精细的手术或属于外伤性出血的手术时，常可使用止血带（具体详见战伤救护一章）；头颈部或肢体的某些手术，可使用降低血压的药物佐以体位的改变，以使手术区达到最小的出血限度，头部手术切开前先以手指压迫切口附近的组织；等等。手术进行中的止血方法很多，应根据当时的具体情况采用适当的方法。如毛细血管的出血一般表现为渗血，可用纱布或温盐水纱布压迫片刻止血；静脉或小的动脉被切断后，立即用纱布或指端将出血点按住，再逐渐移开，用血管钳仔细地将断端夹起（要防止盲目乱夹），用



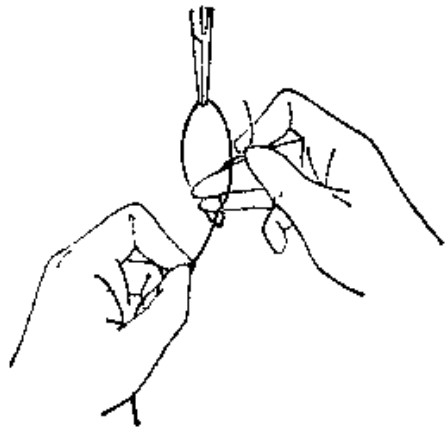
(1)



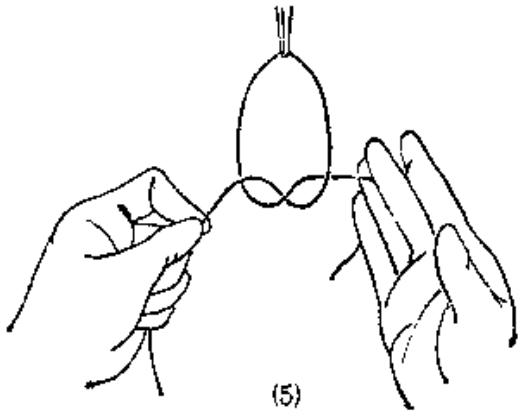
(2)



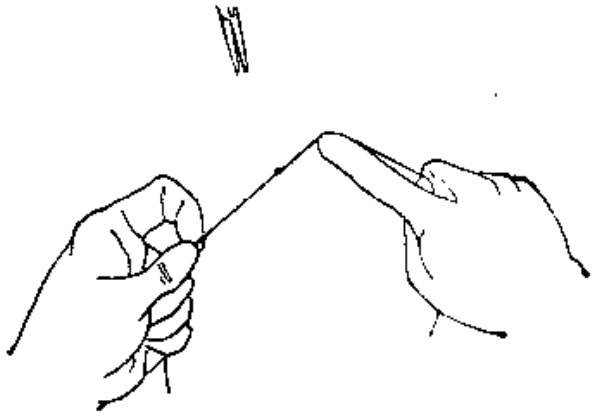
(3)



(4)



(5)



(6)

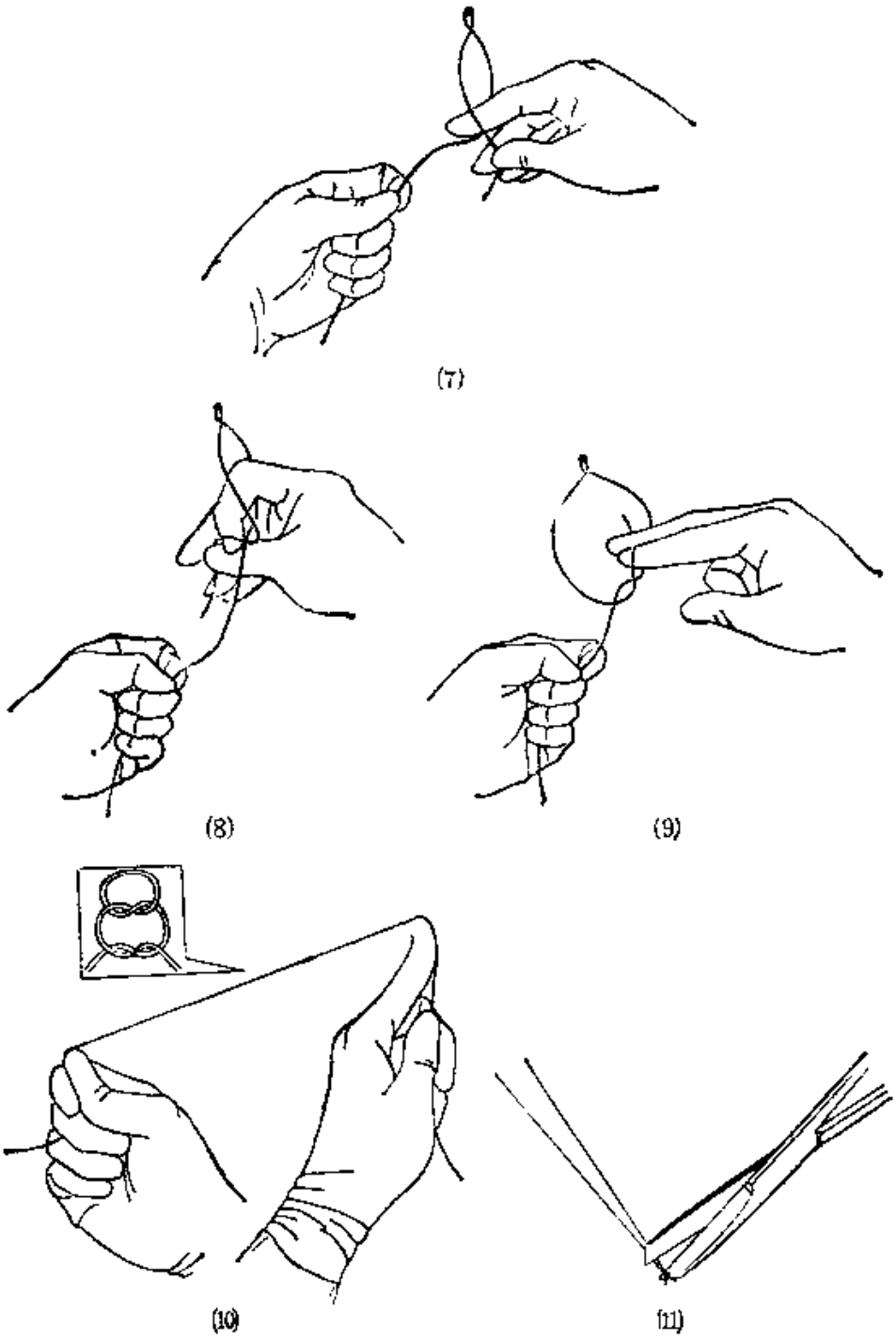
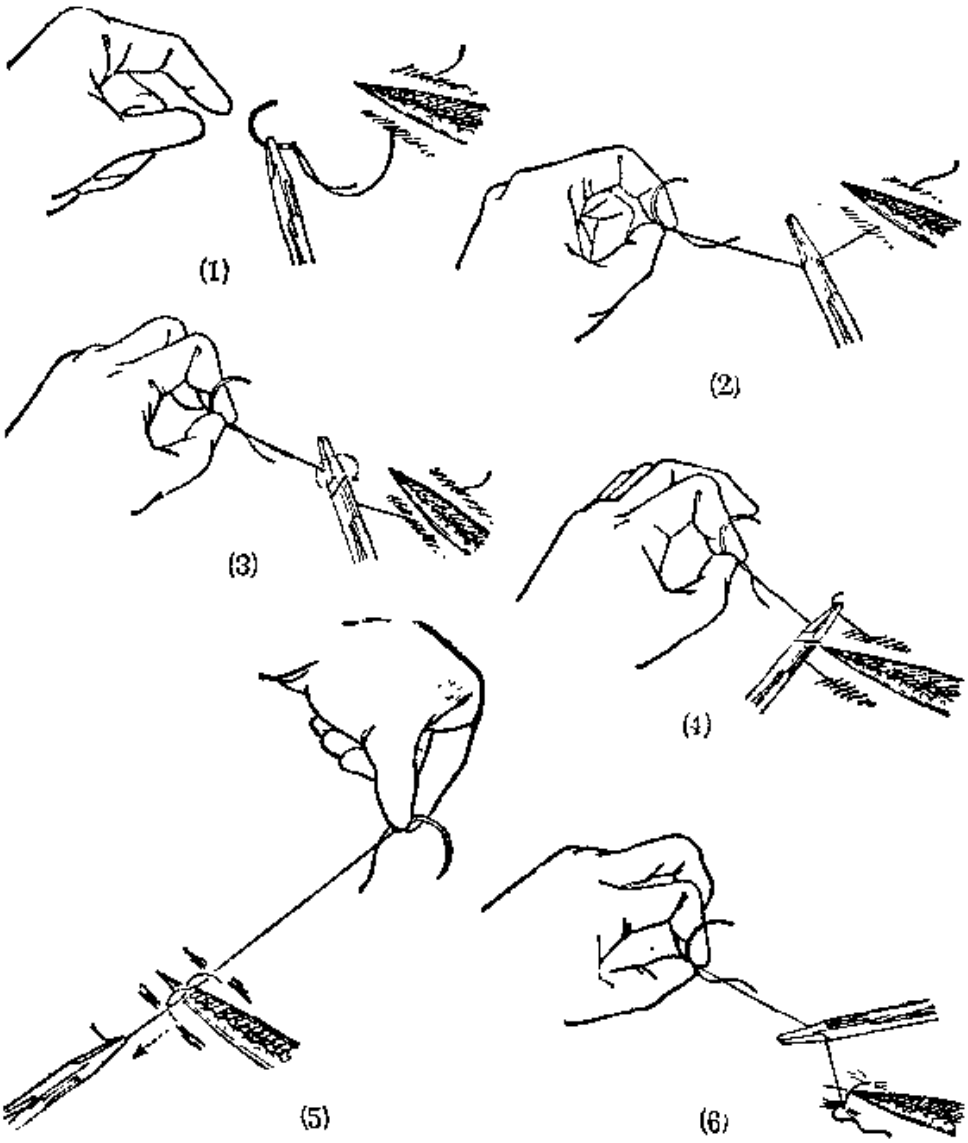
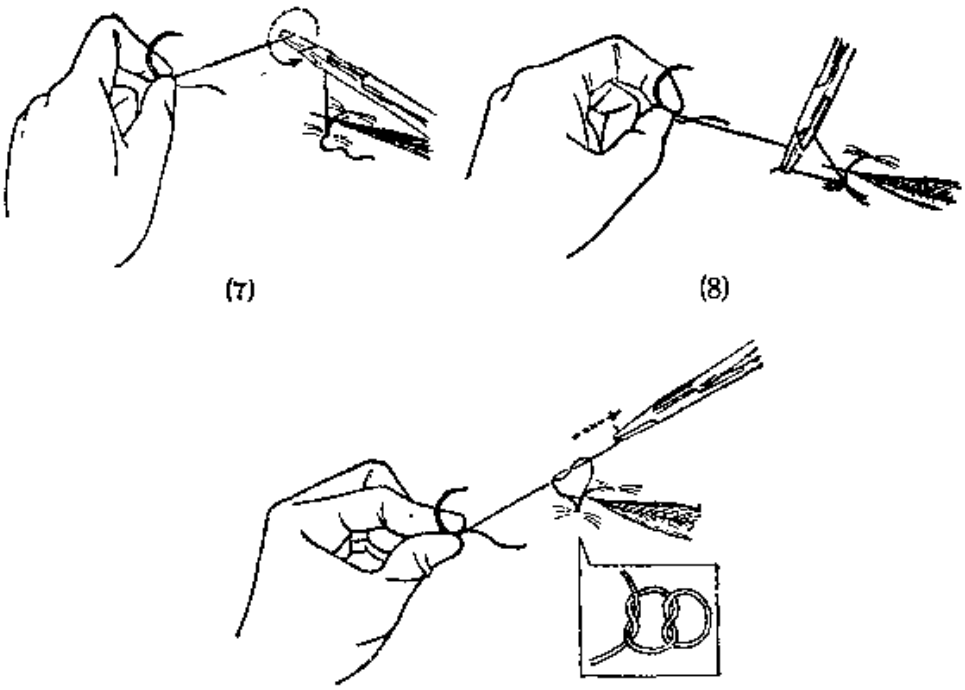


图 17-20　单手打结法

细丝线结扎或缝合结扎。此外，某些特殊部位的出血还可采用止血剂或电烙止血等，必须在有条件的情况下进行。

3. **结扎** 止血或缝合，都需要结扎。正确的结扎有赖于熟练地掌握打结的方法。这是外科手术中的一项重要技术，必须在平时反复练习，掌握过硬的本领，以便手术时结扎得快而牢，保证质量。打结的方法很多，最常用的是单手打结法（图 17-20）和止血钳打结法（图 17-21）两种。

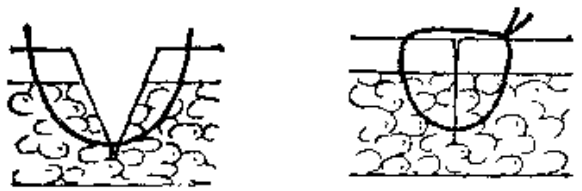




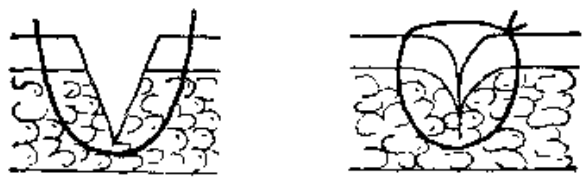
(7)　(8)　(9)

图 17-21　止血钳打结法

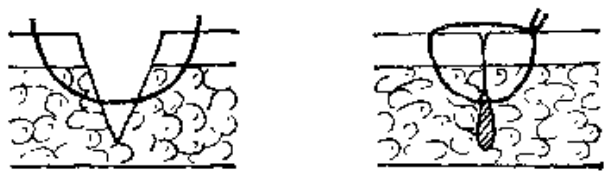
4. 缝合　组织切开后，除特殊情况外，一般均应缝合，使创口靠拢，创缘对合，从而得到一期愈合（图 17-22）。但有严重感染的创口则不宜缝合，而改为引流。缝合时必须注意，各层组织要按层次进行严密而准确的对合，切不可仅缝合表层皮肤而使深层留有死腔，否则将延迟愈合过程甚至招致感染。一般浅而短的切口，可按一层缝合，但缝线必须包括各层组织；而较大的切口，则须自深向浅逐层缝合，即分别缝合腱膜、深筋膜、浅筋膜和皮肤。缝合所用的丝线的粗细，要视组织的张力而定。缝合的密度以使两针间不发生弧形裂隙为度。缝线的松紧度以使创缘紧密相接、不割裂缝合部位的组织和不使结扎部位的组织发生缺血性坏死（如局部皮肤出现苍白或紫绀）为原则，不可过紧或过松。每层缝线在两侧所包含组织的厚度应大致相等，且为同类组织。缝合终了时，皮肤表面的皮肤对合线应略隆起，不应下陷或卷曲。缝合的方式可有多种，最常用的有间断缝合、连续缝合、



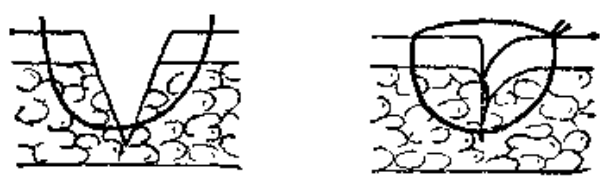
① 正确缝合



② 缝合后皮肤内翻



③ 缝合后残留死腔



④ 缝合后皮肤对合不良

图 17-22 切口缝合

连续闭锁缝合、荷包缝合(图 17-23)等。

5. 拆线 埋入组织内的缝线一般不需要拆除，皮肤缝线则应在创口达到初步愈合后即尽早拆去。拆线的时间应根据缝合的部位、切口的性质、缝合时的张力、皮肤血液供应等各方面的因素决定，一般头颈部的缝线可于术后3～4日拆线，躯干部缝线于术后5～7日拆除，四肢的可于7～10日后拆除；年老、营养不良的人拆线的时间应适当延长。但在此期间如一旦发现切口感染，则应立即予以提早拆除，并将创口开放以作引流。拆线时，可用无齿镊夹住线结轻轻上提，以剪刀

伸入缝线的一侧，略将皮肤下压，露出缝线的埋入部分并于此处剪断，再向剪断一侧的方向牵出缝线（图 17-24）。

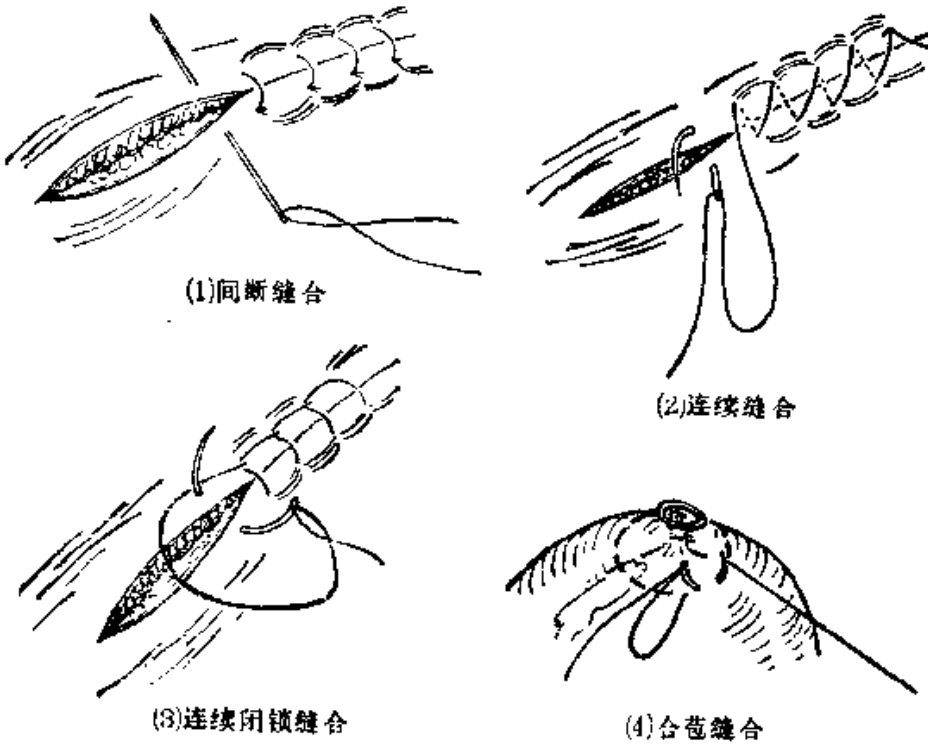


图 17-23　常用的缝合方法

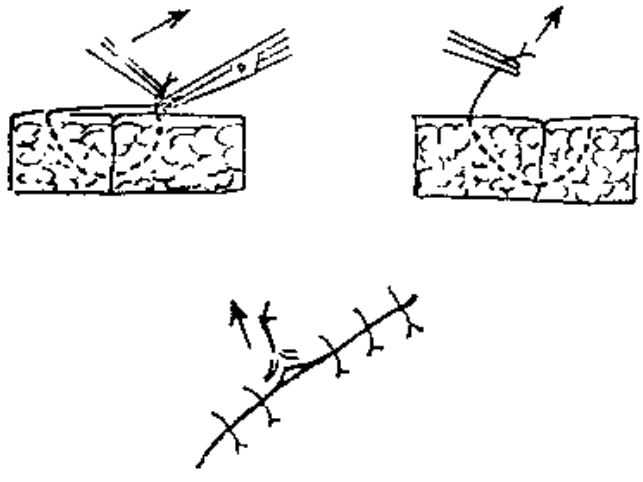


图 17-24　拆线的方法

复习方法

1. 到卫生院手术室参观，由带教医生用实物介绍各种手术器械及其执握方法。

2. 跟随带教医生练习各种手术基本操作，并通过平时的自学锻炼，逐步掌握结扎、缝合等技术。

三、局部麻醉

良好的安全的麻醉，是保证手术顺利进行的重要因素。局部麻醉是使身体一定部位痛觉暂时消失的麻醉方法。临床常用的有：局部浸润麻醉，区域阻滞麻醉，神经阻滞麻醉和表面麻醉等。因其设备简单，操作方便，使用安全，术后恢复快、并发症少，故适用于各种大小手术，特别在农村尤为适用。

常用的局部麻醉药有：

1. 普鲁卡因　毒性小，效果满意，麻醉时间为1小时左右。适用于浸润麻醉和阻滞麻醉。药物浓度：浸润麻醉常用0.5～1%，阻滞麻醉常用1～2%。用药总量在20分钟内不得超过1克。浓度越高，毒性越大。

2. 邦妥卡因（地卡因）　常用0.5～2%溶液作为表面麻醉。毒性较普鲁卡因约大20倍，总量不能超过20毫克。

（一）局部浸润麻醉

是最常用的麻醉，简称“局麻”。可用于切开引流、扩创缝合、浅表肿瘤切除、阑尾切除、疝修补等手术。

操作方法　先在切口线上或伤口周围，用细针头作皮内注射，使成一皮丘（皮内小泡），再沿此皮丘按切口需要，连续作一皮内浸润带（进针时针尖斜面需向下），此时可见皮肤呈橘皮样。以后再向深层依次浸润皮下、筋膜、肌肉等。深层注射时可扇形浸润，以减少穿刺点（图17-25）。

注意事项

1. 注射药物前，每次均须稍稍回抽，无血方可注射，以免药物注

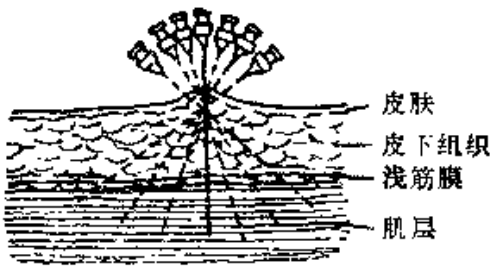


图 17-25　局部浸润麻醉（剖面图）

入血管内。

2. 在每 100 毫升麻药中加入 1:1,000 肾上腺素 0.2～0.3 毫升，可减少手术区出血，延长麻醉时间，并减低毒性。但高血压、心脏病、甲状腺机能亢进等病人忌用。

3. 麻醉前给予适量的镇静药，特别是巴比妥类药物，可增强麻醉效果，并减弱麻药的毒性作用。

（二）区域阻滞麻醉

是将麻醉药物注射在手术部位的四周，使之发生麻醉作用，多用于浅表小肿瘤切除或较大的疖、痈等切开引流，恶性肿瘤活组织检查等。方法基本上与浸润麻醉相同，先在手术区四周作环形连续皮丘，再向深部和四周底部作扇形浸润。注意事项也与上述浸润麻醉同。

（三）神经阻滞麻醉

是用麻醉药（一般用 1～2% 普鲁卡因）注射于神经干或神经丛的周围，使这些神经所支配的区域麻醉。如手指或足趾神经阻滞，可用于手指、足趾的切开引流、扩创缝合、截指（趾）等手术。操作时先在指(趾)根部背侧两旁作皮丘，然后刺向指（趾)骨，边进针边注射，再在指骨四周皮下作浸润，每指(趾)需用药 3～6 毫升。麻醉药内不可加肾上腺素，以免造成指(趾)坏死。

（四）表面麻醉

常用 0.5～2% 邦妥卡因(地卡因)涂布在粘膜或角膜上，使表面麻醉，适用于眼及五官科手术。对一些浅表脓肿的切开引流手术，可用氯乙烷局部喷射，使局部皮肤冷冻而发生麻醉作用。

复 习 方 法

在教师带领下进行各种局部麻醉的实习，掌握其要领。

四、针刺麻醉和中药麻醉

（一）针刺麻醉

针刺麻醉是在人体某些穴位上扎针并进行手法运针或通过电流，达到镇痛而施行手术的一种新的麻醉方法。这是我国广大革命医务人员遵照伟大领袖毛主席关于“**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高**”的教导，于一九五八年创造成功的一项崭新的医疗技术。十几年来，针刺麻醉在两个阶级、两条道路、两条路线的激烈搏斗中不断发展。特别是无产阶级文化大革命以来，广大医务人员提高了阶级斗争、路线斗争和继续革命的觉悟，把针麻工作提到贯彻落实毛主席关于“**备战、备荒、为人民**”的伟大战略方针的高度来认识，使针刺麻醉有了许多新的发展。

现在全国各地，一个广泛学习、使用和研究针麻的群众运动正在深入开展。针刺麻醉已成功地用于全身各种大小手术（包括体外循环心脏直视手术）。而且，除了体针麻醉外，又创造了耳针麻醉、面针麻醉、鼻针麻醉、水针麻醉（即小剂量药液穴位注射麻醉）等新方法。我们赤脚医生应该认真学习这一崭新的医疗技术，为在农村条件下开展手术，更好地为贫下中农服务作出贡献。

针刺麻醉的特点

1．能够充分发挥病人的主观能动作用。手术中医务人员可以和病人一起学习毛泽东思想，以旺盛的斗志向疾病作斗争，并能很好地配合手术进行。

2．使用安全，适应范围广。药物麻醉有的因用药过量、过敏反应、操作不当等原因，可造成麻醉意外，严重时可危及病人生命。但使用针刺麻醉却很安全，一般都不会发生意外。另外，针刺麻醉可适用于各种大小不同的手术；一些年老、体衰、病重、休克等病人用药物麻醉有一定的危险性，但能安全地使用针刺麻醉。

3. 生理扰乱少，术后恢复快。使用针麻手术过程中，病人的血压、呼吸、脉搏等变动很小。术后恢复快，不会产生头痛、腹胀、尿潴留、肺不张等并发症，手术后伤口疼痛也轻，可以早期起床。术后切口感染也很少见。

4. 简便易学，容易推广。技术操作简便，一般只要经过较短时间的学习，就可以掌握。在设备上也很简单，只要几根毫针，不论在平时或战时，在山区或海岛，都能方便地解决麻醉问题。另外，针刺麻醉很经济，可减少手术费用。所以，针刺麻醉有利于贯彻落实毛主席关于“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的指示和“**备战、备荒、为人民**”的战略方针，巩固城乡合作医疗制度。

目前，针刺麻醉也还存在一些问题有待解决，如：

1. 镇痛不全。部分病人在某些手术时，还有些疼痛，有时尚需用些辅助药物。

2. 肌肉松弛不够。腹腔手术中，如阑尾切除时，有时腹肌比较紧张，使手术操作不便，这时需要增加些局部麻醉药物。

3. 内脏牵拉反应。腹腔手术中，有时在牵拉内脏器官时会引起恶心、呕吐等不适，以及疼痛等反应。

“**任何新生事物的成长都是要经过艰难曲折的。**”我们一定要遵循伟大领袖毛主席的教导，再接再励，克服各种困难和存在问题，把针刺麻醉做得更好，为全中国和全世界人民服务。

操作方法

1. 手术前做好有关的准备工作，包括对病人进行必要的解释，以消除顾虑，取得良好的合作；组织参加手术的全体人员进行讨论，确定麻醉和手术的具体方案；结合治疗，选择几个有关的穴位，对病人进行一至数次试针，以了解针刺后的“感应”情况和耐受力；继续进行必要的治疗，以增强病人抵抗疾病和手术创伤的能力；等等。

2. 根据手术的不同部位和具体要求，选取合适的穴位，配成针麻的穴位处方(详下)。

3. 进针手法与新针疗法一样，一般刺入1～3寸，四肢、腹部、腰背部可深一些，注意避开血管和防止伤及重要脏器，以“感应”为

有效。如选用耳穴，一般刺2～3分。

4. 感应后，可根据需要和条件，以及病人的适应情况，分别采用手法运针、电脉冲刺激和小剂量药液穴位注射等方法刺激穴位。手法运针一般仅采用捻转或提插的方法，也可两者同时进行；耳针则只捻转，不提插。运针频率每分钟约几十次至二百次，宜稍快；捻转幅度一般是90～360度，即捻转四分之一到一圈；提插幅度一般在10毫米以内，给病人以中等强度的刺激。运针时注意手法的均匀稳定，保持针体和针尖于同一方向，以免造成疼痛或滞针，影响感应。长时间运针后，如操作者手下有松空的感觉，表明感应减弱或消失，这时应当加大捻转幅度或提插深度，或适当改变针尖方向，待重新获得和保持得气后，再恢复均匀稳定的手法。电脉冲刺激是用各种类型的电针机（电脉冲发生器）接在刺入体内已经感应的毫针上，通以一定量的电流而进行的，刺激中须随时注意调整电流的强度。穴位注射就是在针麻的穴位内注射少量的注射液，如10%葡萄糖、维生素B_1、当归注射液、杜冷丁、东莨菪碱（后两种药物可用生理盐水稀释）等，一般四肢、躯干的穴位每穴注射2～5毫升，耳穴每穴注射0.1～0.2毫升。这种方法常在"配穴"上使用，以加强针麻的效果；但也可单独使用。

5. 手术开始之前最好先进行诱导，即在选定的穴位上进行一段时间的刺激，以使病人逐渐适应穴位的刺激，并且情绪逐渐安定下来，准备接受手术，时间一般20分钟左右。在手术过程中，如果某一段手术刺激较轻，可以暂时停止手法运针或电刺激而留针一段时间，但不宜过久，并注意保持一定程度的感应。

6. 与其他麻醉方法一样，针麻手术前和手术中有时也需要使用辅助药物。术前辅助用药主要是镇静、镇痛药如杜冷丁（成人50毫克/次，小儿0.5毫克/公斤体重/次，肌注或静滴）、非那更（成人25毫克/次，小儿0.5毫克/公斤体重/次，肌注或静滴）、苯巴比妥钠（成人0.1克/次，小儿3毫克/公斤体重/次，肌注）、冬眠灵（成人12.5毫克/公斤体重/次，肌注或静滴）以及抗胆碱能药物如阿托品（成人0.5毫克/次，小儿0.01毫克/公斤体重/次，皮下或肌注）、东莨菪碱（成人0.3毫克/次，皮下或肌注）等。一般在术前半小时给药。术中

辅助用药主要是局部麻醉药如盐酸普鲁卡因、赛罗卡因（利多卡因）、地卡因等，通常作局部浸润或封闭，必要时也可给予镇静药、镇痛药，但用量要适当控制。

7．针麻下的外科操作应特别注意稳、准、轻、快，一般应避免用有齿镊子钳夹皮肤，切皮时应选择锋利的刀片快速切开，对肌肉层应尽量避免钝性分离，对内脏器官组织不要作过多的牵拉，尽量减少对敏感部位的刺激。

8．手术后做好医疗护理工作，具体指导病人怎样进行休养，争取早日恢复健康。还要认真总结经验，为针麻工作提供丰富的第一手资料。

常用小手术的穴位处方

1．颜面部手术

(1) 丰隆、阳辅(外踝上4寸，腓骨前缘)、合谷，均双侧或单侧。

(2) 合谷、内关、郄门（前臂前面，腕上5寸，两筋间），均双侧。

(3) 合谷、内关和耳针头面区的相应穴位。

2．拔牙术

(1) 三间（手背部第二掌骨小头的上方）透合谷，选用病牙的对侧，并根据病牙所在的部位配下列穴位：①上颌切牙：人中透迎香；②下颌切牙：承浆（下颌正中线上，下唇缘的下方，正当颏唇沟中央的凹陷处）、颊车；③上颌尖牙：人中透迎香、颧髎（颧骨下缘中央，目外眦直下方，与迎香穴平齐）；④下颌尖牙：承浆透大迎、颊车；⑤上颌双尖牙：下关、颧髎；⑥下颌双尖牙：承浆、颊车；⑦上颌磨牙：颧髎、颊车；⑧下颌磨牙：承浆、颊车、下关。

(2) 单用双侧合谷。

(3) 双侧三间透合谷和耳针屏尖。

3．颌下区手术　丰隆、阳辅、踝阳（外踝后上方3寸处，直对昆仑穴）、太冲、公孙（第一跖趾关节后1寸，跖骨基底部的前下缘处）。

4．颈部手术

(1) 合谷、内关，均双侧或患侧。

(2) 合谷、内关（均双侧或单侧）和耳针的神门、交感、肺、颈透

锁骨（均患侧或双侧）。

(3) 合谷、颊车（或翳风）、风池，均患侧或双侧。

(4) 合谷、内关、医明、风池、后溪。

(5) 甲状腺手术可取双侧扶突穴。

5. 头顶部手术　合谷、头维（额角发际处，鬓发前缘直上入发际5分）、风池。

6. 枕部手术　合谷、内关、风池。

7. 肩背部手术　合谷、内关，相应节段的华陀夹脊穴（第1胸椎到第5腰椎各棘突下，背正中线旁开5分处，每侧计17穴，左右共34穴）。

8. 上臂手术　合谷、曲池、三角肌穴（三角肌中央）。

9. 肘部手术

(1) 合谷、曲池、三角肌穴、四渎（前臂后面，肘下5寸，尺桡骨之间）。

(2) 合谷、曲池、尺泽、支沟。

10. 前臂手术

(1) 合谷、列缺、曲池、孔最（前臂前面桡侧，腕上7寸处）。

(2) 合谷、外关、曲池、臂臑（曲池上7寸，三角肌的下端）。

11. 腕和手背部手术

(1) 腕部手术取合谷、内关、通里，手背手术取曲池、支沟、列缺。

(2) 腕、手掌背部桡侧手术取合谷、内关、列缺，腕、手掌背部尺侧手术取合谷、内关、通里（前臂前面、腕横纹尺侧端上方1寸处）、后溪。

12. 手指手术

(1) 拇、食、中指手术：合谷、内关、鱼际（第一掌骨的掌侧中点，赤白肉际处）、四渎、手三里（曲池下2寸）、八邪（手五指背侧指缝间，两手共计8穴）。

(2) 无名指手术：合谷、通里、中渚、八邪之一。

(3) 小指手术：合谷、通里、后溪。

13. 胸部手术　合谷、内关。

14. 腹股沟部手术　足三里、公孙。

15. 臀部手术　殷门，环跳，第三、四、五腰椎华佗夹脊穴。

16. 股部手术

(1) 股前部手术：足三里、冲门（股动脉外侧，耻骨联合上缘，腹正中线旁开3.5寸处）、居髎（侧卧时在髂前上棘与大转子最高点联线中间）。

(2) 股后部手术：殷门、委中。

17. 膝部手术　足三里、髀关（髂前上棘直下，缝匠肌外侧，平齐会阴处）、冲门。

18. 小腿手术

(1) 足三里、太冲、昆仑、阳陵泉。

(2) 前面手术取足三里、太冲、蠡沟（内踝上5寸，胫骨后缘），后面手术取足三里、丰隆、殷门、委中。

19. 踝部手术　足三里、三阴交、太溪、绝骨。

20. 足底手术

(1) 昆仑、太溪、公孙。

(2) 涌泉、昆仑、承山、大钟（太溪穴下5分稍后，跟骨与跟腱之间）。

21. 足背手术

(1) 足三里、昆仑、解溪、绝骨。

(2) 足三里、三阴交、昆仑、太溪、太冲。

22. 足根手术　承山、照海、涌泉、合谷、昆仑。

23. 足趾手术

(1) 第一、二、三趾手术：足三里、公孙、解溪、太冲、三阴交。

(2) 第四、五趾手术：足三里、公孙、委中、承山。

（二）中药麻醉

中药麻醉是以中药洋金花为主药配合氯丙嗪、杜冷丁等药物的一种复合麻醉方法。是江苏省徐州医学院等单位的革命医务人员，遵照毛主席关于中西医结合的教导，在总结古代劳动人民经验的基础上，

经过反复试验，于1970年成功地应用到临床的。几年来，中药麻醉在全国各地广泛开展，取得了很大成绩。实践证明，这一中西医结合的全身麻醉方法有着非常广阔的前途。我们赤脚医生应该逐步加以掌握。

中药麻醉的特点

1．麻醉效果确实，适应证广。据统计，中药麻醉可用于全身各种大、中、小型手术八十多种，特别是脊柱、四肢、头面部、下腹部的手术，效果更好。

2．较为安全。经过广泛实践，证明中药麻醉安全有效，术中管理方便，术后一般恢复良好。对于原来麻醉处理比较困难的一部分休克及严重复合外伤等危急病人，采用中药麻醉有一定的优点，据报导尚具有一定的抗休克作用。

3．药源丰富，费用低廉，操作简便易学，无需特殊设备，故适用于农村、工矿等基层单位，有利于战备。

4．给药途径多。剂型有注射剂、煎剂、流浸膏等，可根据临床需要加以选择，扩大了应用范围。

5．病员乐意接受。用药时病人无痛苦，术后镇痛时间长，刀口疼痛一般不严重。

6．可以催醒。中药麻醉可进行控制，麻醉后需要提前苏醒的病人，可随时使用催醒的方法。

由于中药麻醉是中西医结合的产物，临床应用的时间还不长，目前还存在一些问题没有完全解决，有待于今后进一步研究，如：

1．麻醉深度不够，部分腹部手术（尤其是上腹部手术）的肌肉松弛不够满意，尚需辅助一些肌肉松弛的药物才能完成。

2．术中心率增快比较明显。

3．术后尚有部分病人发生并发症，如精神症状、体温升高、视觉改变、体表包块等，有待今后研究改进。

适应证和禁忌证

中药麻醉适用于不同性别、年龄的患者和全身各部位的各种手术，尤其适用于肌肉松弛要求不高、手术时间较长和创伤较大的手

术。临床实践对于骨科、整形外科、五官科、胸科及休克病例应用中药麻醉已经取得了良好的成绩。

中药麻醉的禁忌证主要有：

1. 青光眼或有眼压增高者。
2. 心动过速及心肺功能代偿不全者。
3. 重症甲状腺机能亢进未得到控制者。
4. 重症高血压者。
5. 肝肾功能严重损害者。
6. 高热病人应该慎用。

思 考 题

1. 针刺麻醉和中药麻醉的开展有什么重要意义？
2. 你打算如何在大队里开展针麻小手术？

五、切开引流和外科换药

（一）切开引流

凡成熟的痈、化脓性指头炎、脓肿等，应作切开引流，排出脓液，以利愈合。

方法（图 17-26）

1. 洗净局部皮肤，剃去毛发，仔细检查脓肿波动处，选定切口。
2. 用碘酒和酒精或柳硫汞酊消毒切口及周围皮肤，范围广一些。
3. 以 1％普鲁卡因在切口处作局部麻醉或在针麻下进行手术。
4. 以手术刀刀尖垂直刺入脓腔，然后向两端延长切口，一般要贯穿整个脓肿。
5. 以血管钳张开切口，或用戴手套的手指伸入其中捣一下，有间隔组织应将其分开，让脓液流出。可用纱布轻压周围皮肤，以利脓液排出，但不可过分挤压。
6. 脓液流尽后，塞入凡士林纱布压迫止血，同时起引流作用，然后覆盖疮口，包扎，完成手术。
7. 脓肿过大，可在两侧处切开，作对口引流。如为痈疽，应作＋

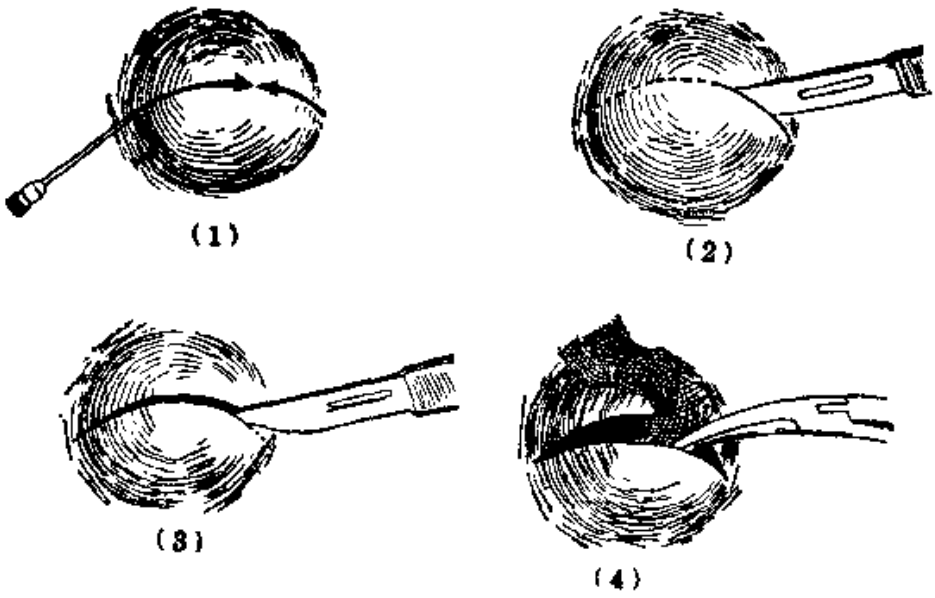


图 17-26　脓肿切开引流术

或十形切口，并剪除坏死组织（见 853 页图 11-6）。如为乳房脓肿，应作放射状切口或弧形切口（见 861 页图 11-11）。

8．术后第二天起进行换药，按换药常规操作。

注意事项

1．严格执行无菌操作，最好戴帽子、口罩，大的脓肿应戴消毒手套。

2．浅表脓肿作局部浸润麻醉，较大较深的脓肿可作区域阻滞或神经阻滞麻醉。

3．切口应选择在波动最明显处，并要位于最低处，以利引流。切口应尽可能与皮下的神经和血管方向相平行，以免损伤；在面部、颈部、手指等处，尚应注意切口方向尽量和皮纹方向相一致，以减少疤痕。深部脓肿应先作穿刺，证实有脓，才可作切开引流，并按解剖层次逐渐切开，不能一刀切到底。

（二）外科换药

外科换药的目的是观察创口，去除不利于创口愈合的因素，使创口尽早愈合。

方法

1. 解除外层敷料，用镊子轻轻揭去覆盖创口的内层敷料。观察敷料被创口分泌物浸湿的情况（程度、颜色、气味等）。

2. 用75%酒精棉球消毒创口周围皮肤，由创口边缘向周围涂擦，注意防止酒精进入创口。

3. 用生理盐水或呋喃西林溶液棉球清洁创口内部，轻轻除去脓液、坏死组织等。观察创内情况，如创口是否缩小变浅，肉芽生长是否良好，引流是否通畅等。不易擦去的坏死组织可用手术剪剪去；肉芽组织高出皮肤或水肿的肉芽（颜色淡而无血色），也应剪去；引流不畅者，应及时扩大引流。然后，在创口内放置生理盐水或呋喃西林溶液纱布引流条。如创面已长平，创口又清洁，可考虑用凡士林油纱布覆盖。烫伤创面以凡士林纱布为宜。

4. 以酒精棉球再消毒创口周围皮肤一遍，然后覆盖消毒纱布，以胶布贴住，完成操作。

5. 换药间隔时间随创口清洁而定，清洁创口2～3天换1次，流脓创口应天天换或每天换2次。

六、拔 甲 术

临床上如遇到指(趾)甲周围炎、外伤、甲下积脓、甲下异物等情况，有时需要将指甲拔除，以利引流，促进愈合。

方法（图17-27）

1. 患指(趾)及其附近指(趾)严密消毒。

2. 在针麻下进行手术或用1～2%普鲁卡因6～10毫升（不可加肾上腺素）作指(趾)神经阻滞麻醉，即用注射器在患指根部稍近背侧处刺向指(趾)骨注入麻醉剂适量，然后再向上、下方向各注入一些。先注一侧，再注另一侧，最后环绕根部作皮下浸润一周。

3. 用刀先在甲根两侧各作一纵形小切口，再将两切口间甲根上的皮肤向基部推开。

4. 用1把直血管钳张开后，将其一叶钳尖由一侧甲边插入甲下与甲床之间，然后关闭血管钳，夹住指(趾)甲向对侧旋转，即可将甲拔除。

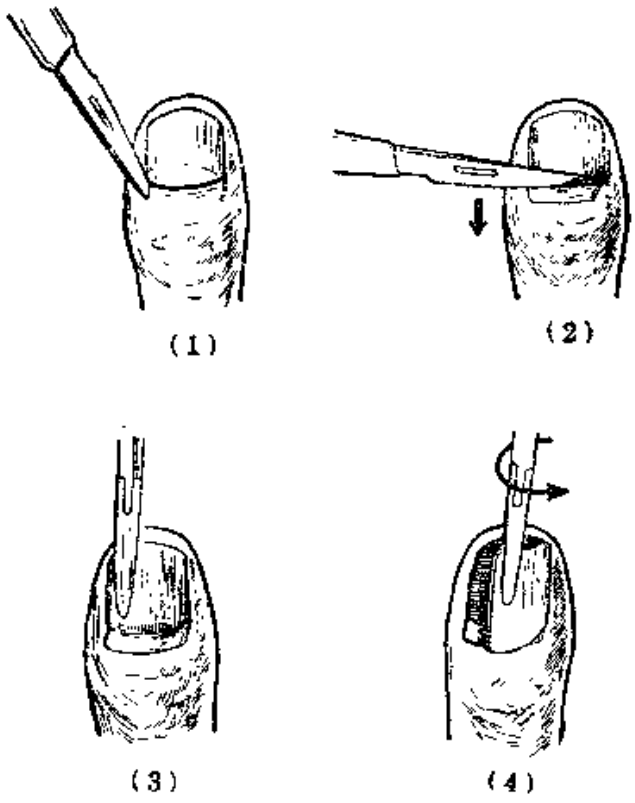


图 17-27　拔甲术

5. 创面用凡士林纱布覆盖后加压包扎，以后定时换药，直至创面变干。

七、扩创、缝合

软组织开放性损伤后，都有不同程度的污染，并可能有组织坏死，有利于细菌生长繁殖，以致引起感染。扩创术的目的主要是在无菌条件下，去除伤口内污物以及表面无生长能力的组织，减少感染的机会，争取使伤口得到一期愈合。

方法

1. 用清水或肥皂水清洗创口周围皮肤（图 17-28(1)），有毛发者应剃去，如有油腻污染皮肤，可用汽油擦去。

2. 用碘酒和酒精或硫柳汞酊消毒创口周围皮肤，自创口边缘逐渐

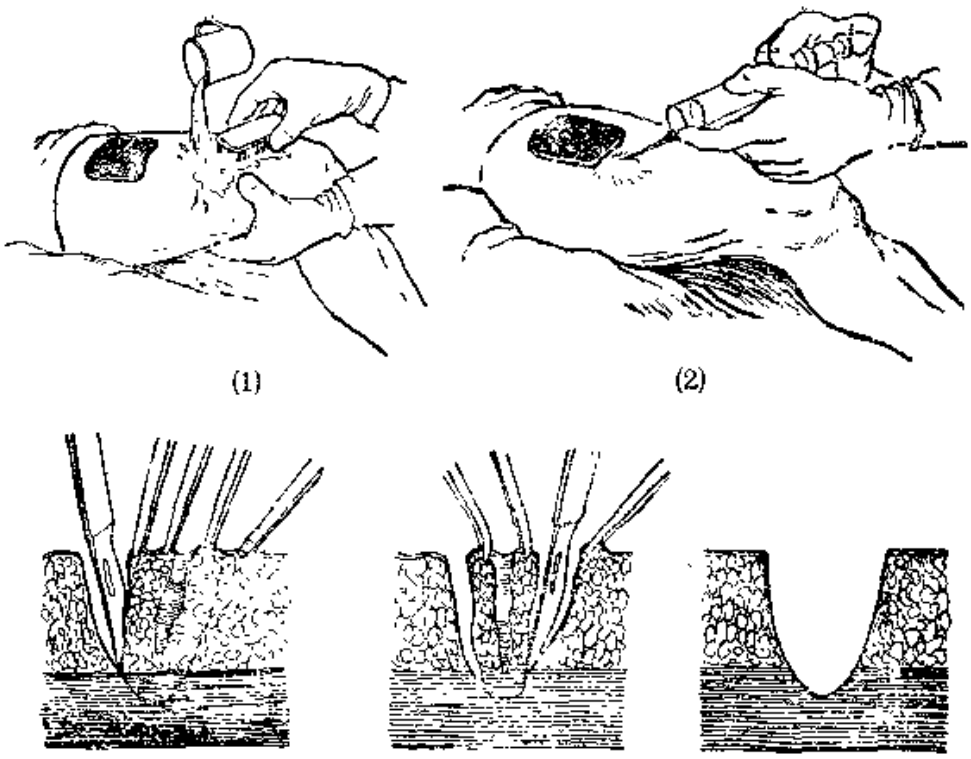


图 17-28　扩创术

向外，范围可广一些。

3．在针麻下进行手术或以 1%普鲁卡因在创口周围皮肤作浸润麻醉（图 17-28(2)），注意针头不得进入创口内，以免引起感染扩散。

4．以生理盐水或呋喃西林溶液充分洗涤创口，除去异物、凝血块等。

5．用手术刀或剪除去创内坏死组织。创缘皮肤最好切除 1～2 毫米，但手指部皮肤应尽量保存。血液供应不良的脂肪组织应予切除。凡呈暗红或灰白已失去原有光泽的肌肉组织也应切除（图 17-28(3)）。创口内如有较大的血管出血，须结扎止血。肌腱断裂者，应争取修补；如污染重或伤后时间过长，则不宜作一期修补。断裂的神经可缝合神经鞘。游离的小骨片应清除。

6．缝合创口。一般损伤 6～8 小时内的创口应作一期缝合。时间

较长者需视创口情况而定，如割伤，创口污染轻，即使伤后12～24小时也可考虑一期缝合；污染较重者不予缝合，创口内先以盐水或凡士林纱布填塞，待5～6天后根据创口是否感染等情况，再决定缝合或作相应处置。缝合时必须注意：

(1) 缝合皮肤时不能使深层留下残腔，皮下组织一般不需缝合，肌膜作疏松缝合。

(2) 创口对合要正确，无张力。如皮肤缺损过大，无法缝合，需作植皮术。

(3) 伤口内不宜放置化学杀菌剂。

7．术后适当加压包扎，但需注意肢体血运，抬高患肢。

8．拆线时间　头面部及颈部4～5天，四肢7～10天，其余部位7天左右；此期间可根据情况适当换药1～2次。但如创口有感染，则应立即拆除缝线，改为开放引流，定期换药。

9．抗菌药物应用　一般说及时的、彻底的扩创术，可不必用抗菌素。只有在发生严重感染的情况下，才在采取开放引流等措施的同时，适当选用合适的抗菌素。

八、体表良性肿瘤的切除

体表良性肿瘤一般是指长在皮肤、皮下组织内的皮脂囊肿(粉瘤)、脂肪瘤、纤维瘤等。如果身上长了这些小肿瘤，一般以手术切除为好。有时鸡眼和浅部肿大的淋巴结也需切除。

方法（图17-29）

1．皮肤洗净，有毛发的部位要剃去毛发，常规消毒。

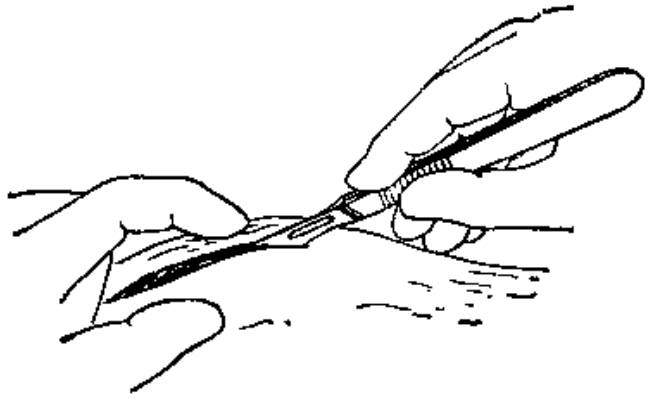
2．在针麻下手术，或用0.5～1%普鲁卡因在肿瘤的四周做梭形阻滞，并沿切口做皮内浸润麻醉。

3．在肿瘤的表面沿皮纹方向切开皮肤，切口的大小以能使肿瘤摘除即可。如为与皮肤有粘连的粉瘤，则可沿粉瘤周围做梭形切口。

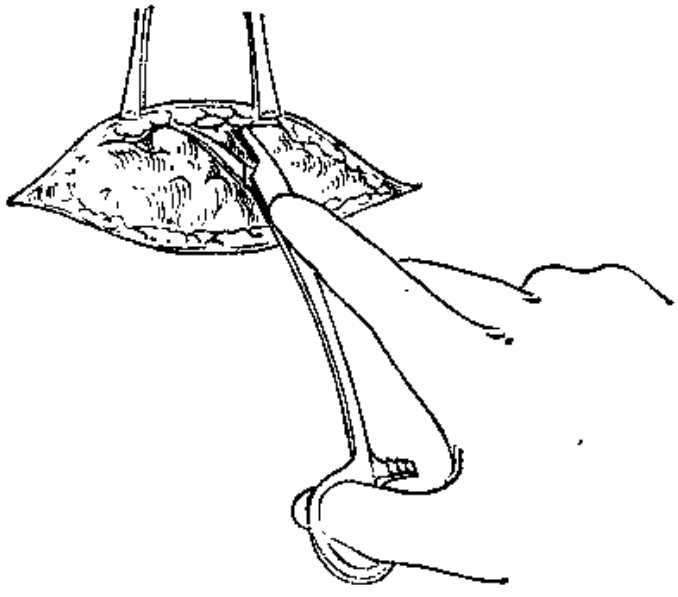
4．用两把组织钳夹住一侧皮瓣，用止血钳沿肿瘤包膜进行钝性分离，或用剪刀作锐性分离。

5．肿瘤显露清楚后，用组织钳夹住提起，再用剪刀从基底部切

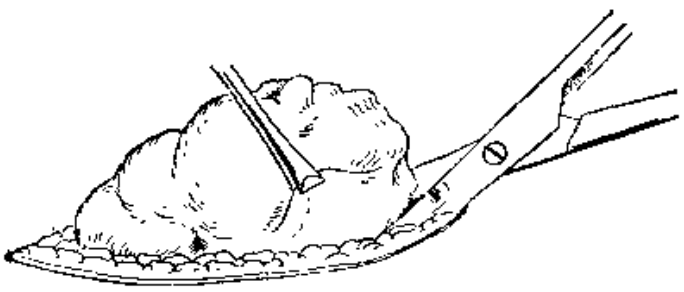
(1)



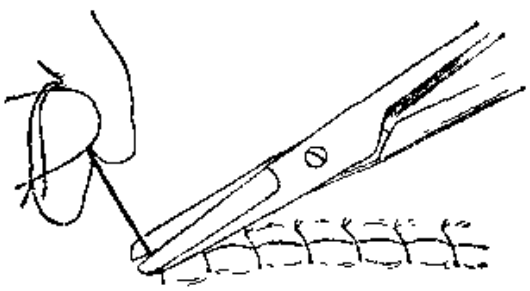
(2)



(3)



(4)



(5)

图 17-29　体表良性肿瘤的切除

除。如为粘连性粉瘤，可将其连同上面的皮肤一并切除。要注意在肿瘤的下面往往有小血管，需用止血钳夹住、切断、结扎。

6．缝合皮下组织及皮肤。

7．术后局部保持安静，5～7 天拆线，一般不必用抗菌素。

注意事项

1．原来比较清楚的肿瘤，往往在注入麻药后就摸不清，增加手术的困难，可在术前用龙胆紫做一切口标志。

2．切口一般均应按皮纹走行，不可过大或过小。

3．手术中注意解剖层次要分明，主要用钝法分离肿瘤，尽量完整地连同包膜切除，不要破或残留。

4．如果怀疑肿瘤有恶性变可能，可将肿瘤浸泡在福尔马林液中，送到有条件的医院中进行病理检查。

九、肛门部小手术

（一）肛裂切除术

肛裂经久不愈或经常出血者可予手术切除。

方法（图 17-30）

1. 患者取膀胱截石位，显露肛门，用0.1%硫柳汞酊或2%红汞消毒会阴皮肤及肛门，铺无菌消毒巾。

2. 用1%普鲁卡因在病变周围作局部浸润麻醉。

3. 在肛裂的周围连同皮垂作一梭形切口，将肛裂及皮垂一并切除，妥善止血。

4. 创面用凡士林纱条敷盖，不予缝合。

5. 每次便后用1:4,000高锰酸钾溶液坐浴，然后换药。

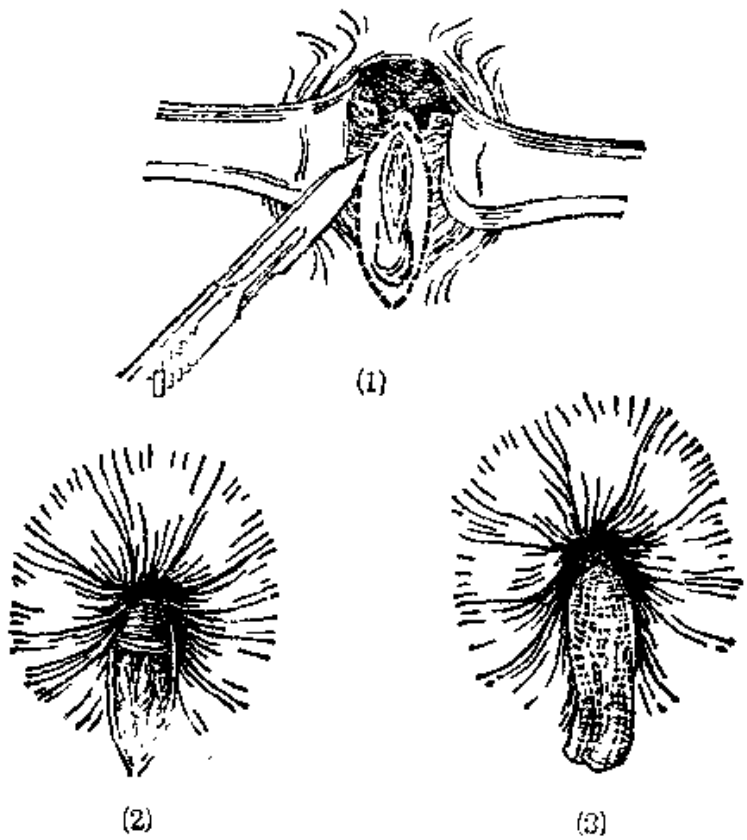


图 17-30　肛裂切除术

注意事项

1. 术前一日最好吃无渣半流质饮食，手术当天早晨应禁食。

2. 术前解尽大便并用1:4,000高锰酸钾坐浴。

3. 术后如疼痛显著，可口服止痛片或肌注杜冷丁。大便如有困难，可服用石蜡油以润滑。

（二）外痔血栓摘除术

外痔血栓如用一般治疗无效，疼痛剧烈，可予手术摘除。

方法（图17-31）

1. 体位、消毒、铺巾同前。

2. 于肿胀的外痔皮肤及基底部注入少量1%普鲁卡因。

3. 沿肿物表面做纵形切口，切开外痔皮肤后，用止血钳取出血栓。

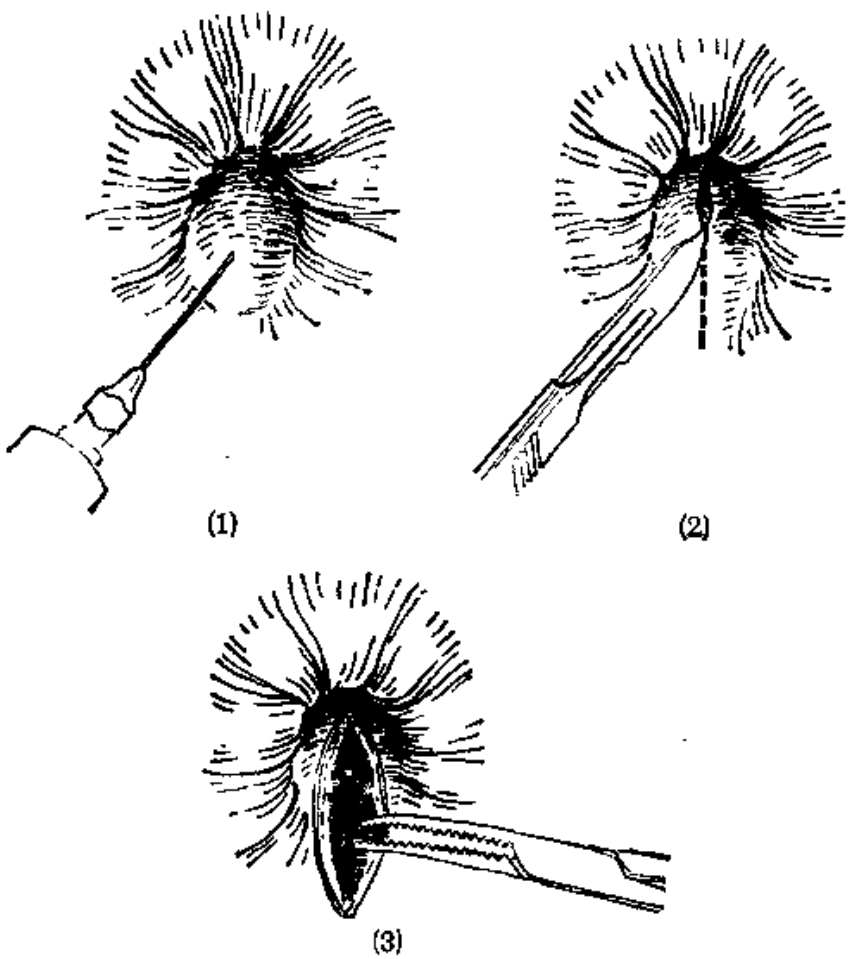


图17-31　外痔血栓摘除术

4. 切口不缝合，创面盖凡士林油纱条。

5. 术后于每次便后坐浴、换药。

注意事项

同前。但紧急时也可作一次清洁灌肠后立即手术。

（三）内痔结扎术

内痔经一般治疗无效，可予手术结扎。

方法（图 17-32）

1. 取膀胱截石位，或向患侧卧，下面一腿屈曲，上腿伸直。消毒、铺巾同前。

2. 嘱患者摒气作大便动作，协助其分开肛门，使内痔脱出，在痔上及基底部注入 1 %普鲁卡因。

3. 用止血钳夹住痔的基底部，再用直血管钳将痔反复压缩，直至萎缩变扁为止。如能先用 15% 明矾溶液 1～2 毫升注入痔的粘膜下层再予挤压，则效果更好。

4. 用丝线贯穿缝合结扎（小的痔也可单作结扎）痔的基底部，结扎前最好在被扎部位的两端沿血管钳下缘剪开少许口子，以便扎紧并有利于痔的坏死脱落。

5. 去掉血管钳，待内痔以后自行坏死、脱落。

注意事项

1. 术前准备和术后处理同肛裂切除术，如能于手术开始前作一次清洁灌肠，则更为理想。

2. 一次结扎以不超过 3 个为宜，如痔较多，可分次结扎。

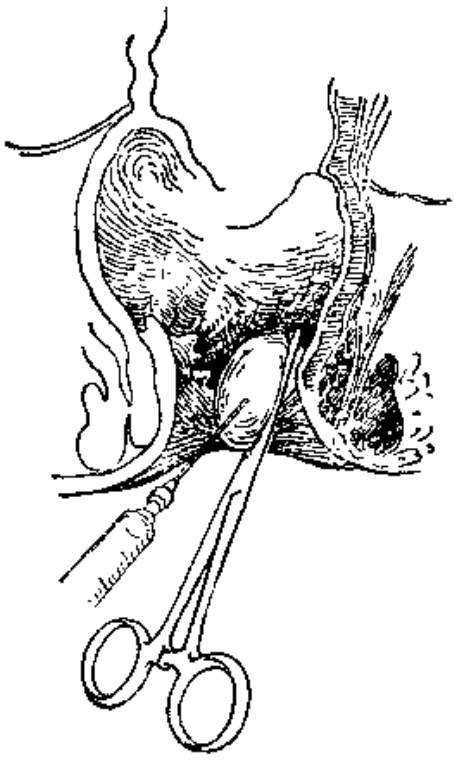
（四）肛瘘挂线疗法

简单的肛瘘可用此法治疗。

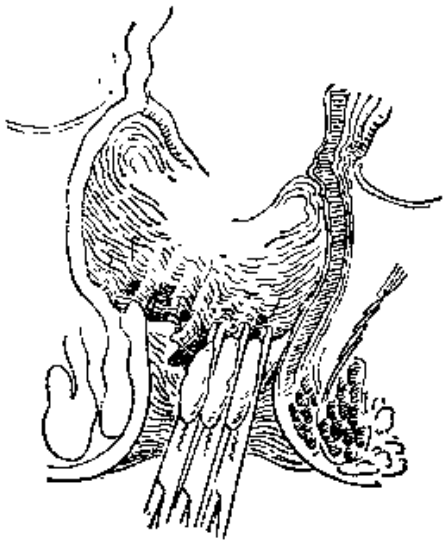
方法（图 17-33）

1. 取膀胱截石位，局部消毒、铺巾，在病变周围作局部浸润麻醉，麻药适当注得深一些，量足一些。

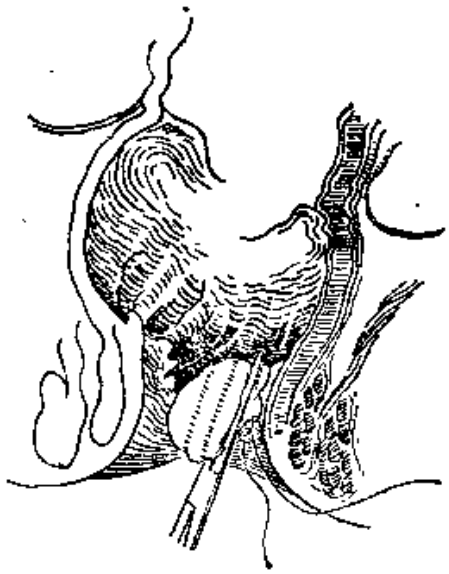
2. 用手指扩张一下肛门，再将左手食指伸入肛门内，用探针自肛瘘外口伸入，沿瘘管轻轻推进，找到内口后穿出。寻找内口必须准确，可用伸入肛门的手指触摸探针头仔细体会。探针进去时用力一定



(1)



(2)

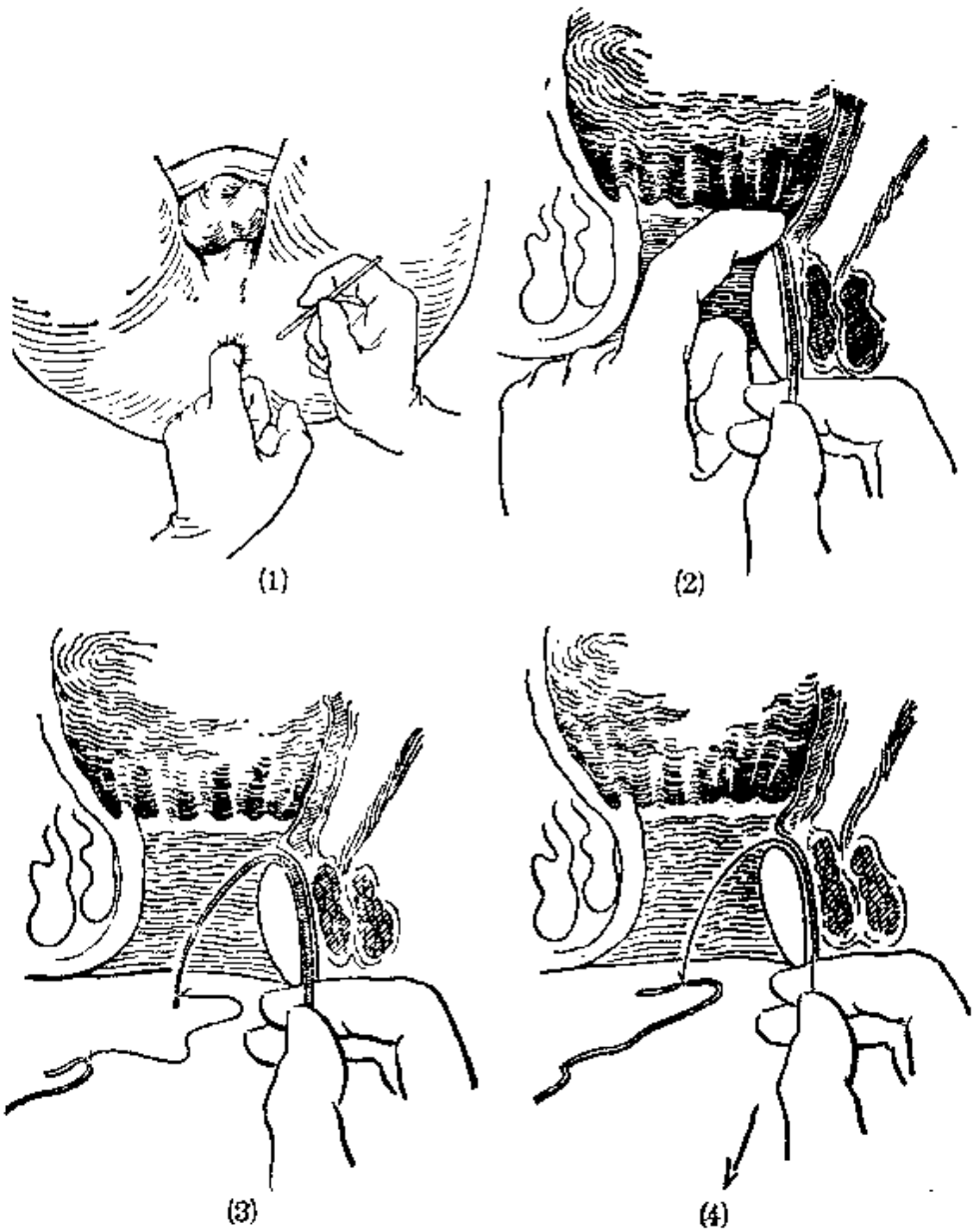


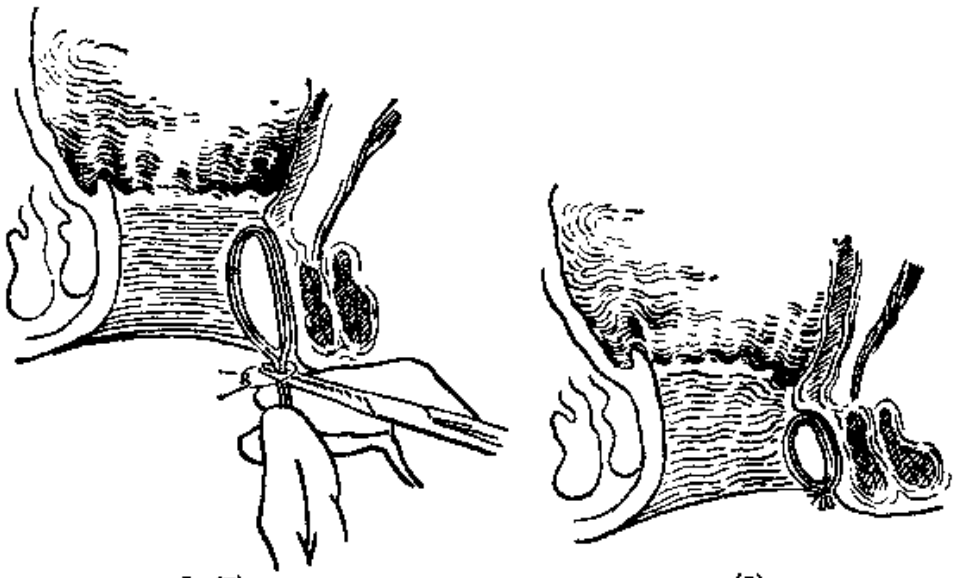
(3)

图 17-32　内痔结扎术

要均匀，必要时可先用一块盐水纱布塞入直肠内，自瘘管外口注入美蓝或龙胆紫少许，根据纱布上的染色位置确定内口的大致部位后再行探寻，切不可盲目地硬穿，造成人为的内口，否则术后必然复发。

3．将探针头引出肛管，用丝线把一根橡皮条缚在探针头上，抽出探针，即将橡皮条经瘘管内口而由外口引出。





(5)　　(6)

图 17-33　肛瘘挂线疗法

4．将橡皮条两端拉紧，用直血管钳在近外口处夹住，用力牵引橡皮条，使包括在橡皮条内的组织被勒紧，并用丝线于止血钳上缘牢固缚住，剪断结扎线及多余的橡皮条。

5．术后第二、三天，可把橡皮条再拉紧一些，加缚一个丝线结。这样，瘘管逐渐被橡皮条切开，同时底部生长新的肉芽。橡皮条一般可在术后3～7天内脱落。

注意事项

1．术前准备和术后处理同肛裂切开术，最好术前作一次清洁灌肠。

2．挂线一定要贯穿肛瘘的内口与外口，如实在找不到内口，应考虑改用切开手术，切不可盲目乱穿。

复习方法

通过外科实习，掌握切开引流、扩创缝合、外科换药、拔甲、体表肿瘤切除、肛门小手术等基本技术操作，并从中进一步认识无菌术的重要意义。

十、封闭疗法

机体受到外来有害刺激如外伤、感染等时，可通过中枢神经系统而表现局部反应，如局部疼痛、组织水肿、坏死、化脓、溃疡形成等。这些反应本身又可作为不良刺激，作用于中枢神经系统，而造成病理性的恶性循环。封闭疗法的目的就是要阻断不良刺激传到中枢，打破恶性循环，为恢复健康创造有利条件。一般可用0.25～0.5%普鲁卡因作为封闭药物。现介绍几种常用的封闭疗法如下。

（一）局部封闭

用于急性软组织感染如疖痈、急性乳腺炎等的早期以及劳损性疾病等。

方法 在急性感染病灶周围，取2～4个点，用0.5～1%普鲁卡因在这些点分别作皮丘。然后经这些皮丘，将0.25～0.5%普鲁卡因注射于病灶周围和底部，把整个病灶“封闭”起来。操作时针头不要进入病灶内。剂量按病灶大小而定，一般为20～100毫升，必要时可加青霉素20万单位混合封闭。劳损性疾病可在压痛点作封闭。

（二）肋间神经封闭

用于肋骨骨折、胸壁挫伤、肋间神经痛等。

方法 在肋骨骨折处的后方或肋骨角处，选定所需封闭的肋骨，在该处作皮丘。用针头垂直刺入，碰到肋骨后稍退出，将针头连同皮肤推向下方一些，再向上斜行刺入肋骨下缘约2～3毫米，回抽无血后于局部注射1%普鲁卡因3～6毫升。需同时封闭骨折处上下各1条肋骨神经。操作时注意不可刺入过深，以免造成气胸。

（三）坐骨神经封闭

适用于坐骨神经痛。

方法 病人俯卧，找到股骨大转子及坐骨结节，在二点连线的内、中⅓交界处（环跳穴）作一皮丘，然后用10厘米长针头垂直刺入。当刺到坐骨神经干时，病人有触电发麻感，向小腿后外侧放散，直达足背外侧。此时可将针头稍退回，注射0.25～0.5%普鲁卡因20～30毫升（不要直接注入神经干内）。

（四）套式封闭

适用于四肢远端的急性炎症、毒蛇咬伤、血栓闭塞性脉管炎等。

方法 先在患肢的一侧作皮丘，用长针头对准骨的方向刺入，边进针边注射，刺到骨头后稍退出约1～2毫米，回抽无血后，注射0.25%普鲁卡因。拔出针头，再同法在患肢的对侧作注射，一般可取2～3个点。大腿及上臂内侧要防止损伤血管、神经。药物剂量因部位而异，大腿部总量为100～200毫升，上臂部80～120毫升，手指部3～5毫升。

（五）肾周围脂肪囊封闭

简称"腰封"，适用于手术后肠胀气、麻醉后肠梗阻、急性肾功能衰竭、血栓闭塞性脉管炎、蛇咬伤、破伤风等。

方法 病人侧卧，注射侧在上。找到第十二肋下缘与骶棘肌外缘交界点，在该点下外方约0.5厘米处作皮丘。用10厘米长针头向内偏斜约10°刺入，边进针边注射。当刺破腰背筋膜进入肾周围脂肪囊时，有阻力突然减小感觉。取下针筒，此时可见针头随病人呼吸而上下摆动，表示位置正确。注射0.25%普鲁卡因50～60毫升。注射时应无阻力，如阻力大，则可能刺入肾实质，应避免。一般5～7天封闭1次，3次为一疗程。

（六）骶骨前封闭

适用于盆腔炎、前列腺炎、尿道炎、性神经衰弱等。

方法 病人取膝胸位，在肛门和尾骨之间作皮丘。术者将左手食指伸入直肠内作为进针时的指引，用10厘米长针头自穿刺点向后上方刺入直肠后、骶骨前的部位，刺入7～9厘米，回抽无血后，注射0.25%普鲁卡因30～50毫升。

以上各种封闭操作时均应注意：

1．严格执行无菌操作。

2．封闭前作普鲁卡因过敏试验。

3．少数病人封闭后出现头晕、出汗、苍白、恶心、呕吐等症状，可平卧，肌注苯巴比妥钠0.2克，并严密观察。

复习方法

选择几个典型病例，作一次封闭疗法的实习，主要掌握局部封闭、肋间神经封闭、坐骨神经封闭和套式封闭。

第三节　计划生育基本操作

一、放置节育环

凡已婚妇女自愿放节育环避孕而无禁忌症者，均应给予放置。放环时间一般在月经干净后3～7天无性交史或产后3个月及人工流产后，短期闭经或哺乳期闭经如能排除早孕，也可放置。有严重的全身性疾病、月经不调及生殖器官炎症者应暂缓放环，其他如宫颈重度裂伤、子宫脱垂或生殖道肿瘤者则不宜放环。

器材准备　消毒的放环包一只，内有血管钳2把、子宫颈钳1把、双叶阴道窥器1个、子宫探针1根、放置器1根、洞巾1块，纱布数块、棉球若干。节育环可统一用煮沸、高压或75%酒精浸泡（塑料环只能浸泡）消毒后，临时选用合适的型号。其他如消毒用的长镊子或卵圆钳、肥皂水、温开水、硫柳汞酊、有关敷料，以及消毒手套等。

手术步骤

1．受术者排尿后，取膀胱截石位，用消毒纱布或棉球蘸肥皂水依次擦洗外阴、阴阜、大腿内侧、肛门周围及阴道（应另换敷料），再用温开水冲洗干净后用干纱布揩干，然后用硫柳汞酊消毒阴道及上述区域（冲洗及消毒次序见1053页图13-15）。

2．术者戴消毒手套，铺无菌洞巾后作阴道检查，明确子宫大小、位置及活动度。

3．用阴道窥器将阴道张开，暴露子宫颈（图17-34(1)），擦尽阴道内积液，再用硫柳汞酊消毒宫颈及阴道穹窿。

4．用宫颈钳钳住子宫颈前唇，以硫柳汞酊消毒宫颈管，然后左手持宫颈钳并固定之，右手持子宫探针按子宫位置之方向轻轻插入子宫腔，直达子宫底部，测定宫腔深度（图17-34(2)），并据此选择节育环

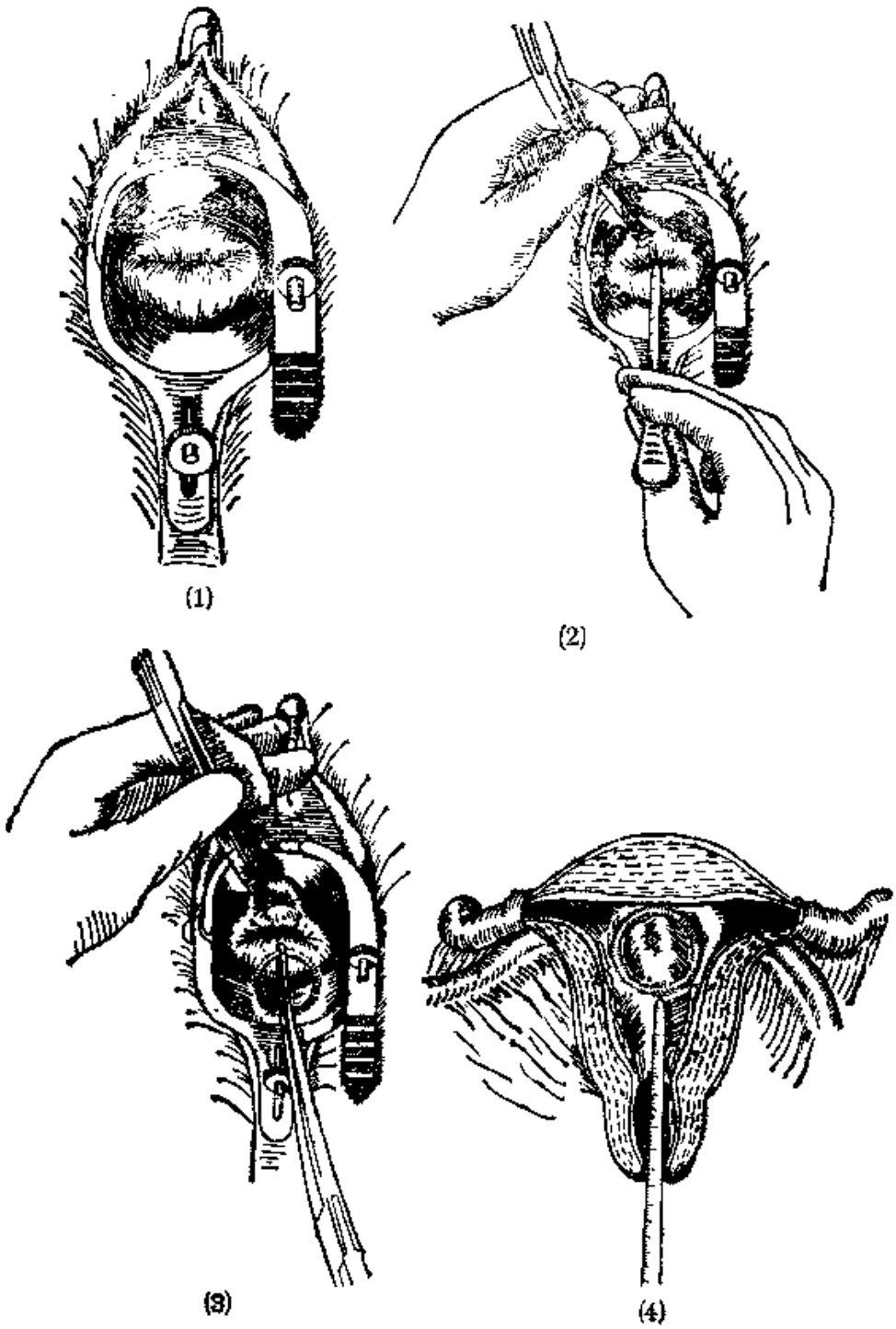


图 17-34　放置节育环方法

的大小，一般宫腔在5.5～6.5厘米者用小号（环外径18毫米），6.6～7.5厘米者用中号（环外径20毫米），7.6～8.5厘米者用大号（环外径22毫米），8.6厘米以上者用特大号（环外径24毫米），小于5.5厘米或大于9厘米者则不适宜放环。

5．将消毒好的合适型号的节育环装于放置器顶端的小叉内，顺宫腔方向将环送入宫腔（图17-34(3)），至宫底后将放置器轻轻取出。如子宫颈管太紧不易放入，可适当扩张（详人工流产手术）后放入。

6．用探针探清环的下缘，如偏低或接近颈管口，应轻轻将其推进或取出重放（图17-34(4)）。

术后注意事项

1．术后注意外阴清洁，一周内不做重体力劳动，两周内禁止盆浴和性交。

2．放环后头3个月内，尤其是经期或大便后应注意节育环有否脱落。

3．赤脚医生应定期对放环者进行随访，一般于术后第一次月经后和3个月后各随访检查一次，以后每1～2年访问一次，有特殊情况随时检查，必要时作X线透视（指金属环）。

4．术后最初几次月经量可能增多，以后会恢复正常。

5．一般金属环可放置7～10年左右，塑料环4年左右。

二、取出节育环

凡节育环放置期限已到，放环后有不规则阴道流血、盆腔炎症或其他特殊症状经治疗无效而影响健康，要求生育或改换其他节育方法，以及绝经后一年的对象均可取环。取环时间以月经干净后3～7天为宜。

器材准备 与放环手术基本同，但不要放置器和节育环，代之以取环钩1只。

手术步骤

1.～4．与放置节育环基本同。

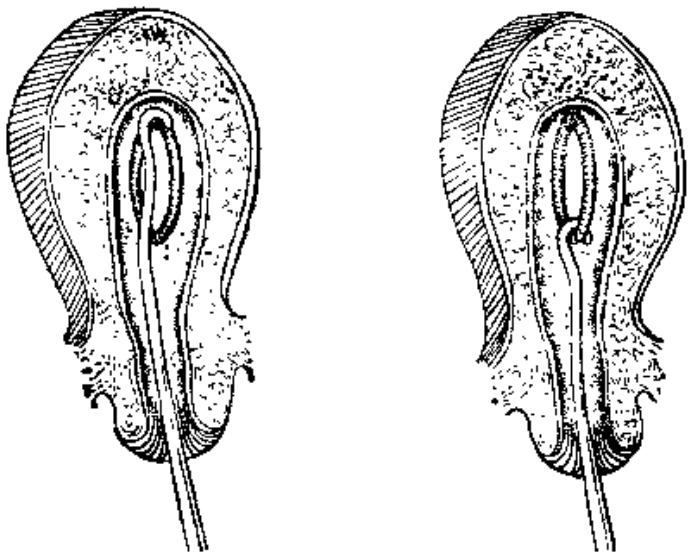
5．以取环钩先探测节育环的位置，然后伸达宫腔底部（图17-35

(1))。

6．将取环钩稍向外拉，即可钩住节育环（图 17-35(2)），然后轻轻将环拉出。如有困难，应适当扩张宫颈口（详人流手术）后取环，切忌强力拉出，以免损伤宫壁；万一有子宫内膜被带出，应送医院作病理检查。有尾絲之环可不进宫腔，拉住尾絲取出即可。

7．如欲换置新环，可在取环后立即用放置器放入，或待来过一次月经后再按前述放环方法放置，但此期间应注意采用其他方法避孕。

8．术后禁止盆浴和性交二周。



(1) 钩子探测环的位置　　(2) 钩住节育环

图 17-35　取环方法

三、人工流产吸引术

凡妊娠在 12 周以内要求终止妊娠，或因心、肝、肾等重要器官慢性疾病不宜继续妊娠者，均可进行人工流产吸引术。患有各种急性传染病、慢性疾病急性发作期、生殖器官有急性炎症或有出血倾向者，一般不宜进行手术，必要时经积极治疗后方可作人工流产。术前二次测体温均在 37.5℃以上者，也应暂缓手术。

器材准备　消毒人工流产包一只，内有长血管钳（消毒用）1 把，

双叶阴道窥器1个、巾钳1把、子宫颈钳1把、子宫探针1根、宫颈扩张器1套（常用5～9号）、卵圆钳1把、锐刮匙（小号）1根、小盅（盛水用）1只、小碟（放液状石蜡）1只、治疗巾1条、大洞巾1条、纱布数块、棉球若干。吸引管应按大小型号（口径自0.3～0.8厘米不等，常用0.6、0.7、0.8三种）分别另包消毒，每包内应包括连接负压瓶的长约45厘米、内径0.6～0.8厘米的硬橡皮管一根，以便根据孕妇具体情况选用，其原则是妊娠6周前用0.6厘米口径的吸引管，妊娠8周左右用0.7厘米的，妊娠10周左右用0.8厘米的。还要准备负压吸引瓶数只。产生负压的方法是将一燃烧着的酒精棉球丢入吸引瓶，立即盖紧瓶塞，瓶塞上有一根管子，连接预先用夹子夹住一端的橡皮管，橡皮管另一端装有一根玻璃接管，用以连接吸引管的橡皮管（图17-36）。其他冲洗及消毒用的器材同放环术。

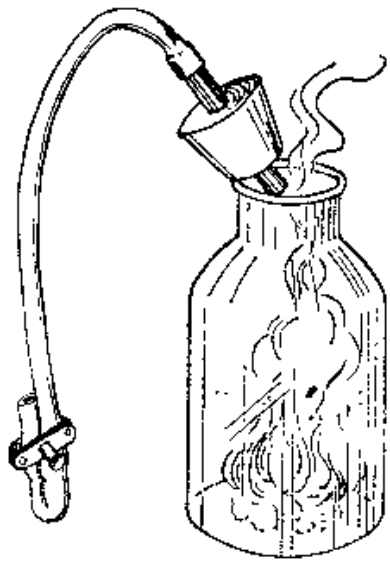


图17-36　负压吸引瓶

手术步骤

1．孕妇排尿后，取膀胱截石位，剃除阴毛。冲洗并消毒会阴部周围及阴道（与放环同），但术前有阴道流血者禁止冲洗阴道。

2．术者洗手并戴消毒手套，先将无菌治疗巾铺于臀部下方，再铺大洞巾，然后作阴道检查，明确子宫大小、位置、活动度及附件情况。

3．用阴道窥器扩开阴道，暴露子宫颈并消毒（详放环术）。

4．用宫颈钳钳住子宫颈前唇，消毒宫颈管后以探针测定宫腔深度（详放环术）。

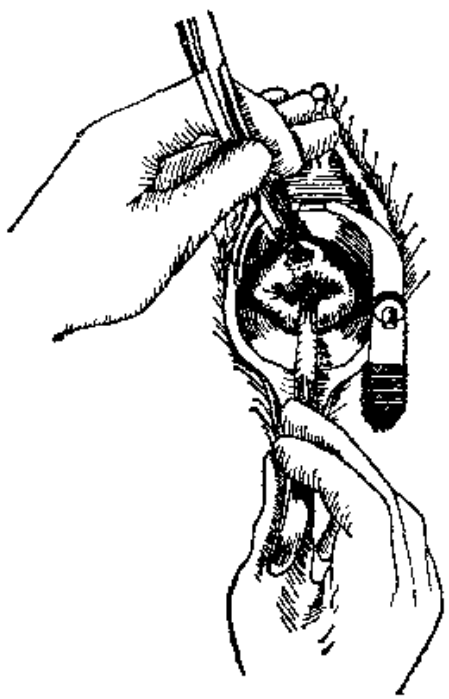
5．顺次用小号至大号宫颈扩张器逐渐扩大子宫颈管，一般扩张到与所用吸引管口径相仿或大半号到1号即可。扩张时防止用力过猛，在扩张器通过宫颈内口后即停止深入（图17-37(1)）。

6．将吸引管接上橡皮管，由助手协助接于负压瓶橡皮管接头上，

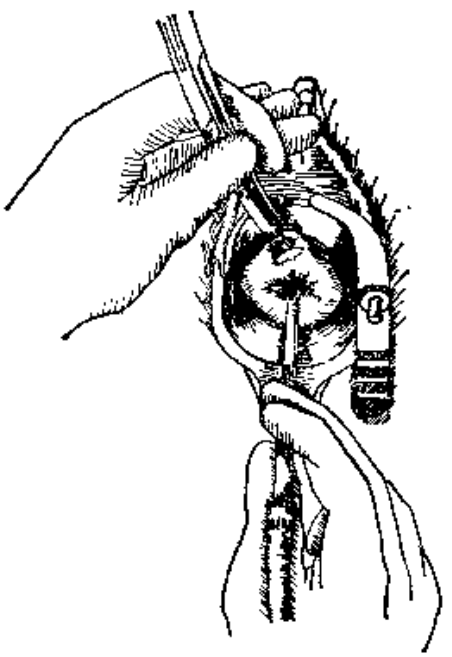
再将吸引管按子宫位置的方向徐徐插入子宫腔（图 17-37(2)），俟其顶端达子宫底后退出少许，请助手放开负压瓶橡皮管上的夹子。

7．感觉有负压后将吸引管反复由宫底往宫颈内口顺序旋转移动（图 17-37(3)），此时可感到有组织不断吸出（如负压不足时，可另换一负压瓶继续吸引），当子宫壁收缩，吸引管口紧贴宫壁并有粗糙的感觉时，可折叠捏住皮管，慢慢取出吸引管。必要时可将吸引管重新伸入宫腔重复吸引。至子宫显著缩小，吸引管紧贴宫腔四壁感粗糙坚实而且移动困难，吸引瓶内仅有少量带血性的泡膜滴出而无组织继续吸出，停止吸引后亦无出血时，表示宫腔内容物已完全吸尽。此时可取出吸引管。

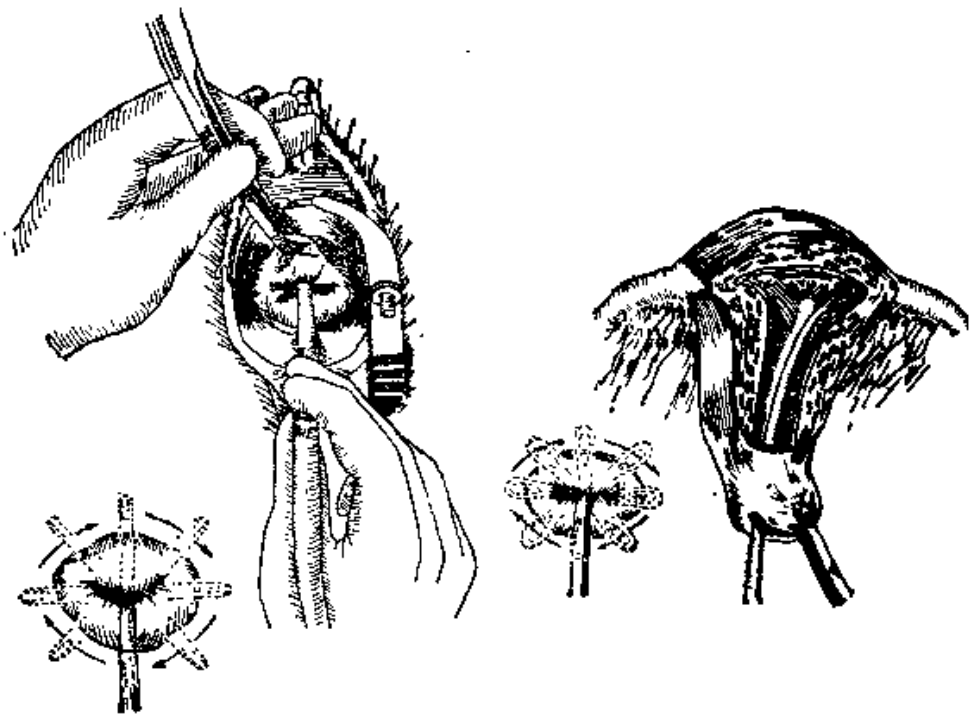
8．用小号锐刮匙伸入宫腔轻轻搔刮一周，特别注意宫底及二侧子宫角部，证实宫腔内容物已吸净后，用探针再次测量宫腔深度并结束手术（图 17-37(4)）；如要求放环，可于此时用放置器将节育环送入宫腔。



(1)



(2)



(3)　　(4)

图 17-37　人工流产吸引术

9．手术过程中出血较多者，可肌注催产素10单位或麦角新碱0.2毫克。

10．术中操作必须细致、轻柔，若发现宫颈扩张器、探针、吸引管、刮匙超过宫腔深度，或孕妇感剧烈酸痛，应考虑到有子宫穿孔的可能，必须停止手术，严密观察，必要时立即送医院处理。

术后注意事项

1．手术结束后应留下观察两小时左右，无异常情况方可离去。手术时间长、出血多者可考虑应用磺胺药或抗菌素。

2．术后休息两周，此期间或血水未尽前禁止盆浴，一个月内禁止性交。

3．做好计划生育宣传，指导避孕方法，以防短期内再次受孕。

4．一个月后随访一次，有异常情况及时处理。

实习方法

到公社卫生院或县医院计划生育手术室参观和实习，在有经验医生的指导带教下进行实习，由简单到复杂，掌握放环、取环和吸引流产这三种基本操作。

第四节　其他操作

一、倒睫手术

（一）倒睫电解术

适用于没有睑内翻的以及少数散在的倒睫。以2～3节干电池（每节1.5伏）串联在一起，用一根细软电线一端接电池阴极，一端接一短针灸针；再用一根细软电线一端接电池阳极，一端接一块小铜片，铜片用浸盐水的纱布包裹（图17-38）。

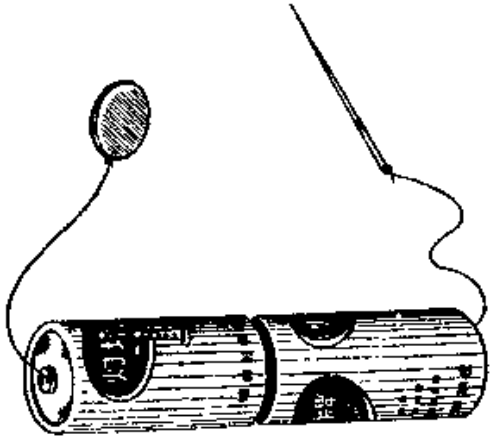


图17-38　简易倒睫电解装置

手术步骤

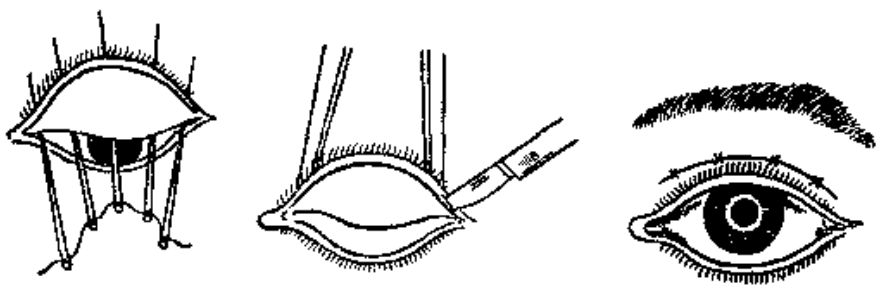
1．洗眼和消毒手术野皮肤，注射少量2％普鲁卡因于倒睫根部皮下。

2．将电解器阳极一端的小铜片贴在病人手术侧颊部，用连接阴极的针灸针刺入倒睫的毛囊内约2毫米，接通电流。此时应有气泡自针

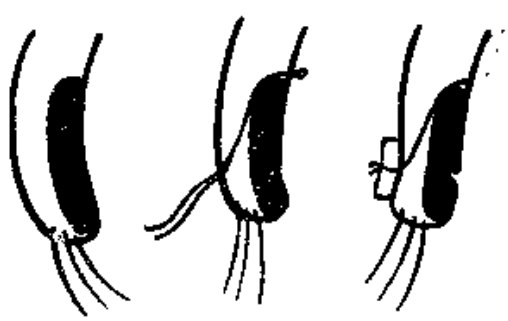
孔逸出。留针 15 秒后中断电流拔针，此时可将倒睫轻轻拔出。依次一个一个地做；一次不成功，可再次电解。

（二）睑内翻矫正术

1. 五针一线法（图 17-39） 适用于睑板不肥厚的内翻倒睫。



(1)手术步骤



(2)侧面观

图 17-39 五针一线睑内翻矫正术

手术步骤

(1) 眼睑消毒，局部麻醉。

(2) 翻转眼睑，用一根 0～1 号丝线穿 5 根细缝衣针（使等距离分开），依次从穹窿部结膜穿入，通过睑板和肌层，在离睫毛 1.5～2 毫米处穿出皮肤，针距约 2～3 毫米，暂不拔针。

(3) 用刀片在距睑缘约 2 毫米处的睑结膜面与睑缘平行地将睑板切断，刀锋应触及针身。

(4) 拔出 5 针，使各线长短一致，在缝针眼处剪线，得 4 组（8 根）

缝线。然后根据内翻程度打结，轻者较松，重者稍紧，共打4个结。术毕，清洁创口，涂抗菌素眼膏后包扎，每日换药1次，6～7天拆线。

2．**灰线切开法**（图17-40）适用于睑板不肥厚的内翻倒睫。手术步骤同上法，所不同的是不切断睑板而将睑沿灰线切开。

(1)切开位置　　(2)侧面观

图17-40　灰线切开法

3．**睑板切除术**　适用于严重的睑内翻，特别是睑板肥厚变形者。手术需去卫生院作。

复习方法

去卫生院参观倒睫手术，最好能在医生带领下，作电解术及五针一线法实习。

二、拔牙术

（一）拔牙工具（图17-41）

1．牙龈分离器　用于分离牙龈，防止拔牙时牙龈撕裂。

2．牙钳　分上牙钳、下牙钳。主要用来钳夹牙齿，利用各种力量将牙齿从牙槽窝中拔出。

3．牙挺　使用牙挺是借杠杆作用，使牙根与牙槽窝分离。

4．刮匙　用于清除牙槽窝内的肉芽组织和碎片。

（二）麻醉（图17-42）

常用浸润麻醉和阻滞麻醉，也可用针麻。

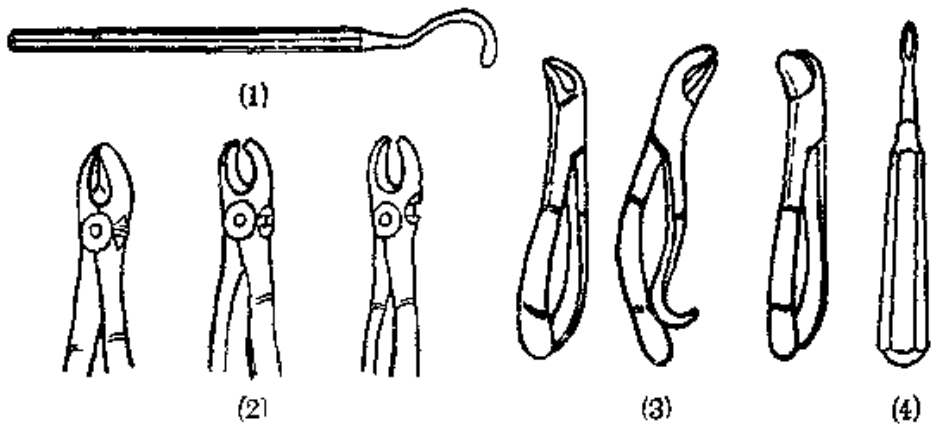
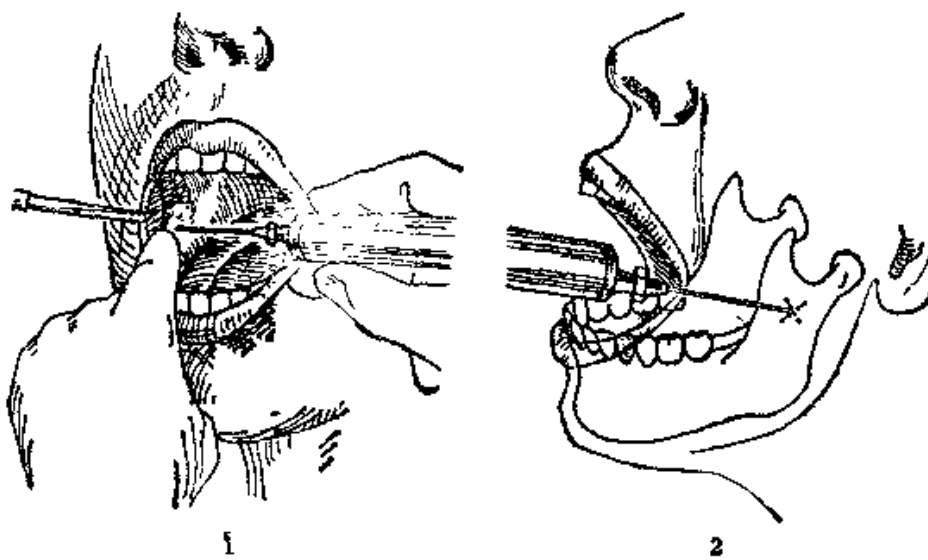


图 17-41　拔牙工具

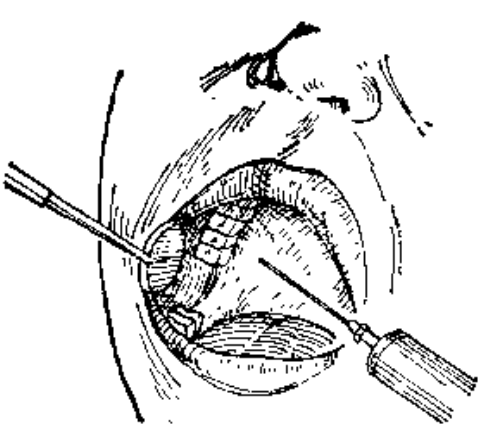
(1)牙龈分离器；(2)上牙钳；(3)下牙钳；(4)牙挺

1．浸润麻醉　适用于拔上颌切牙、单尖牙、双尖牙和下颌切牙，乳牙。将针刺入拟拔牙牙根尖处粘膜，直达骨膜，然后缓慢注射麻醉药。一般在颊、唇侧注 1～1.5 毫升，腭、舌侧注 0.3～0.5 毫升。

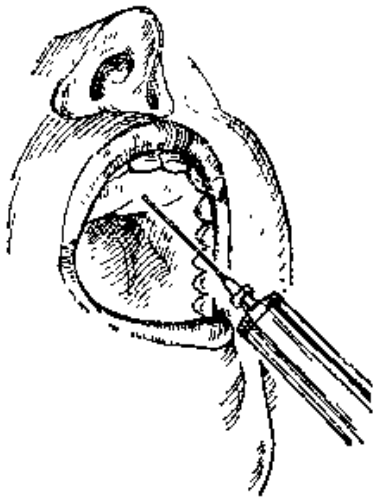
2．阻滞麻醉　在骨质较致密，特别是磨牙部位，浸润麻醉效果往往不佳，可用阻滞麻醉，将麻醉药注射到支配手术区的神经干周围，阻滞痛觉传导。



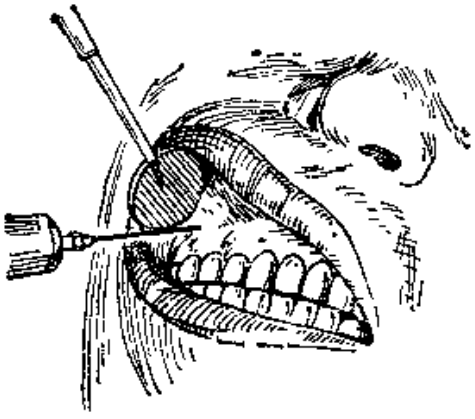
(1)下颌阻滞麻醉



(2)腭大孔麻醉



(3)切牙孔麻醉



(4)上颌结节麻醉

图 17-42　阻滞麻醉方法

(1) 下颌阻滞麻醉法：患者大张口，注射器放对侧口角处，针头与下颌牙列平行并高出约 1 厘米，对准上下列磨牙之间尽头处粘膜的中点刺入，进针约 2～2.5 厘米，回抽无血，注射麻醉药 1.5～2 毫升；然后退针 0.5～1 厘米，边退边注入麻药 0.5 毫升。麻醉成功的标志是 5～10 分钟后该侧下颌牙、牙龈、下唇、颏部舌前1/3和口底均失去知觉。

(2) 腭大孔麻醉法：患者大张口，在上颌第二磨牙腭侧距龈缘 1.5 厘米处，垂直刺入粘膜下，注射麻醉药 0.5 毫升。针刺点不可过后，

以免引起呕吐。成功后可使腭部后1/3的粘膜、骨膜及后牙的牙槽骨、牙龈全被麻醉。

(3) 切牙孔麻醉法：在两上中切牙之间腭侧粘膜突起旁斜刺入，然后将针头与中切牙长轴平行，进入切牙孔后可感到无阻力，注射麻醉药0.5毫升，即可使硬腭前1/3的粘膜、骨膜和前牙的腭侧牙龈麻醉。

(4) 上颌结节麻醉法：患者半张口，在上颌第二磨牙的龈颊沟处以与上磨牙呈45°刺入到骨膜，然后将针尖紧贴骨膜，向内、后、上方进针约2厘米，回抽无血，注射麻醉药1.5～2毫升。注射侧的上颌第一、二、三磨牙及其颊侧的牙槽骨、骨膜、牙周膜、龈和粘膜可被麻醉。

上下颌拔牙麻醉表

拔除的牙齿		麻醉法
上颌	切牙、单尖牙	唇、腭侧浸润麻醉，切牙孔麻醉
	双尖牙	唇侧浸润及腭大孔麻醉
	磨牙	上颌结节麻醉及腭大孔麻醉
下颌	切牙、单尖牙	唇、舌龈浸润，或下颌阻滞及唇侧浸润
	双尖牙	下颌阻滞及颊侧浸润
	磨牙	同　上

3．针麻　穴位见1283页。

麻醉注意事项：

(1) 注射中或后出现头晕、出汗、苍白、恶心、心跳加快、烦躁等，应松解衣领，饮热茶或针刺人中穴。

(2) 出现血肿，应暂停拔牙，局部冷敷或压迫止血。24小时后改用热敷促进血肿吸收。

(3) 麻醉药一般采用肾上腺素普鲁卡因，但高血压、心血管病者拔牙，禁用含肾上腺素者。

（三）适应证和禁忌证

1．适应证　(1)牙齿因龋蚀或外伤折断，无法修补者；(2)多生牙、异位牙、第三磨牙不对合；(3)阻碍恒牙正常萌出的乳牙；(4)根尖周围

病，牙髓脓肿；(5)晚期牙周病。

2．禁忌证　血液病；肝、肾疾病；结核病活动期；心血管病、高血压；甲状腺机能亢进、糖尿病；月经期及妊娠初期和晚期。以上情况，尽量避免拔牙。

（四）拔牙步骤

1．患者体位　拔上颌牙时头稍后仰，拔下颌牙时下颌牙咬合面与地面平行。患者头部的高度，约在术者肩、肘关节之间为宜。

2．患者漱口后，用2％碘酊消毒病牙附近牙龈。局部麻醉。注意患者的手不要触及口内组织以及器械伸入口内的部分，避免污染手术区。

3．分离牙龈。

4．用牙挺将拟拔牙、残冠或残根挺松。

5．安放牙钳，使用不同力拔出病牙。

6．拔出后，检查是否有断根。

7．用刮匙清除牙槽内的肉芽组织、牙碎片和异物，但拔乳牙一般不刮创口。如创口过大，须缝合牙龈。

8．用消毒棉花或纱布填塞牙槽窝，嘱患者咬合，1～1.5小时后吐出。3天内不吃硬或过热的食物。

（五）并发症处理

1．牙根折断　要看清断根的位置，然后用牙挺取出。必要时，要凿去少许牙槽骨。

预防断根，应熟悉各牙的牙根数目及特点，手术时要仔细，用力要得法，防止粗暴。

2．牙槽骨骨折　常由于拔牙时用力过猛引起。若断片不大，可取出，并将剩下的牙槽骨锐利边缘修平。若断片较大而并连着骨膜，可复位并缝合撕裂的牙龈。

3．出血　处理时先去除血块，检查出血点。如牙槽内有肉芽组织，应刮除后用棉花压迫止血。如为牙槽深部出血，可用淀粉海绵或中药马勃粉填充，再用棉花压迫。如为牙龈撕裂，应缝合，4～5天后拆线。

局部处理无效，应考虑全身因素，设法明确诊断后，针对原发疾

病处理并注射维生素K等。严格掌握禁忌证，可防止这类出血的发生。

4．感染　常为麻醉药中肾上腺素过多而使局部缺血，无法形成足够血块(正常拔牙后牙槽窝都形成一块凝血块）保护创面而引起感染，或者因手术损伤过大，患者抵抗力低，创口感染引起血块崩解。凡拔牙2～3天后出现伤口剧痛和口臭、体温升高等，表示有感染可能，需局部用3％双氧水或1:8,000高锰酸钾溶液冲洗，然后用凡士林纱条轻轻填塞伤口。每日换药1次，并适当给予消炎、镇痛、含漱药物。1周后常可好转。

复习方法

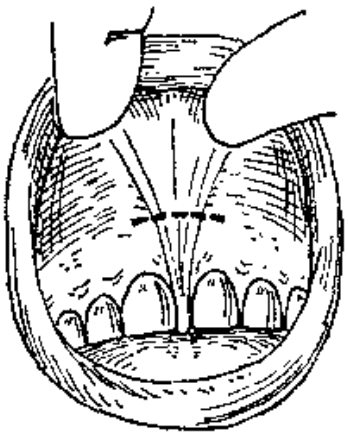
至卫生院牙科见习，观察拔牙的具体操作。

三、唇、舌系带矫正术

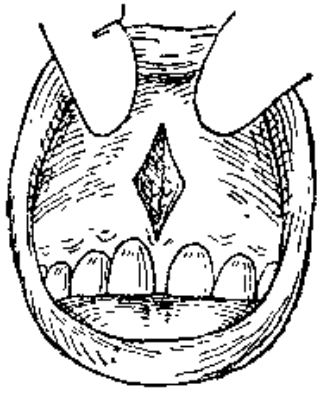
上唇系带过短，附着过低，可影响唇活动和发音。上唇系带肥大，附着过低，可使牙齿错位、发音不准及牙颌畸形等。舌系带过短，可影响舌活动及发音，或影响婴儿正常哺乳。以上情况均需手术矫正。

手术方法

1．上唇系带过短者，可做横切口切断过短的系带直达粘膜皱襞，牵引上唇使之复位，创口即成菱形，沿纵轴用絲线缝合伤口（图17-43(1)～(3)）。



(1)



(2)

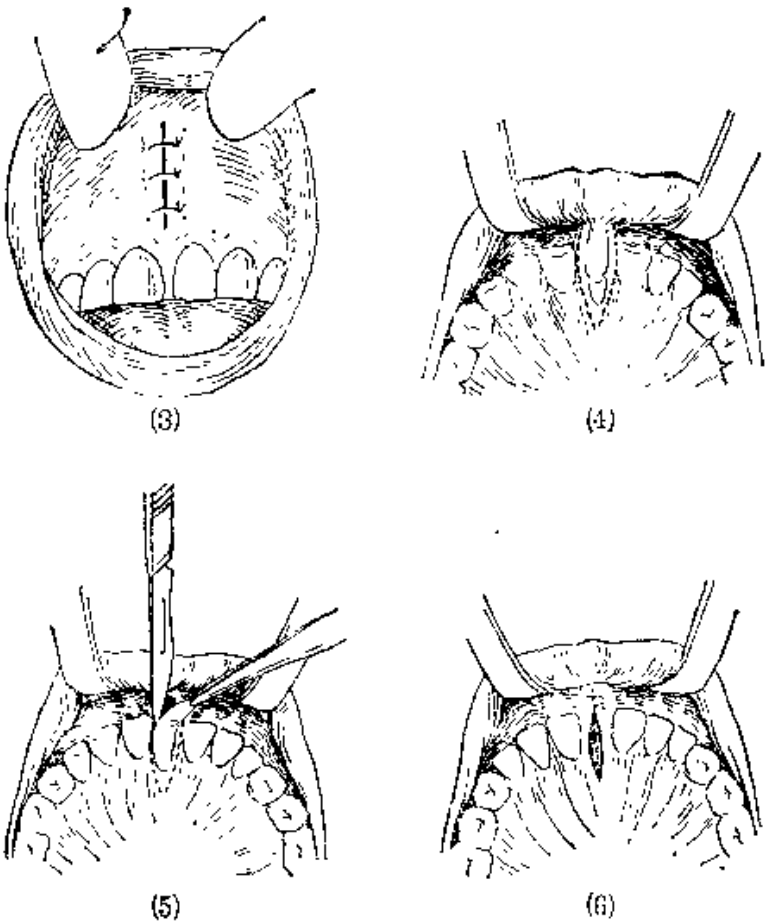


图 17-43　唇系带矫正术

2．上唇系带肥大者，可将上唇提起，沿腭乳突及唇系带的两侧作切口，同时在上唇的基底部做横切口，与上述切口相交，切除肥大的唇系带，缝合创口（图 17-43(4)～(6)）。

3．舌系带过短者，可横行切断系带，纵形缝合即可；如为婴儿，可用剪刀剪断系带，以纱布压迫止血，无需缝合。

以上手术术后均需注意口腔清洁，缝合者一般 5～6 天拆线。

四、鼻息肉摘除术

鼻息肉根蒂比较清楚者可用圈套器摘除，方法比较简便；如情况复杂，则应介绍去医院作手术。凡患急性上呼吸道感染、鼻前庭炎、

高血压、血液病或其他严重疾病者，手术应暂缓进行。

器材准备 窥鼻器、枪状镊、鼻息肉圈套器、消毒棉花片、2％地卡因、1‰肾上腺素、1％麻黄素、酒精棉球和凡士林纱条等。

手术方法

1．病人取坐位或半坐位。最好先剃去胡须、剪去鼻毛。

2．取合谷、迎香或四白穴作针麻，同时在鼻腔填塞浸1％麻黄素的棉片以减少术中出血，或用棉片浸2％地卡因（内加少量1‰肾上腺素）填塞于鼻息肉与鼻腔粘膜间作粘膜表面麻醉。填入的棉片均在1刻钟左右取出。

3．用酒精棉球消毒外鼻周围，范围稍广一些，能铺上无菌洞巾更好。

4．将圈套器沿息肉游离端向根部套去，至不能再套进时，收紧钢丝，将息肉连蒂带根部一齐绞断拉出（图17-44）。

5．息肉摘除后先用浸1‰肾上腺素或1％麻黄素的棉片收敛止血，然后用凡士林纱条填塞鼻腔，息肉简单而出血很少者亦可不填。

6．1～2天后抽出凡士林纱条，用1％麻黄素棉片收缩创面止血，以后每天滴1％麻黄素数次，并将脱离创面的纤维蛋白物清除，直至痊愈。

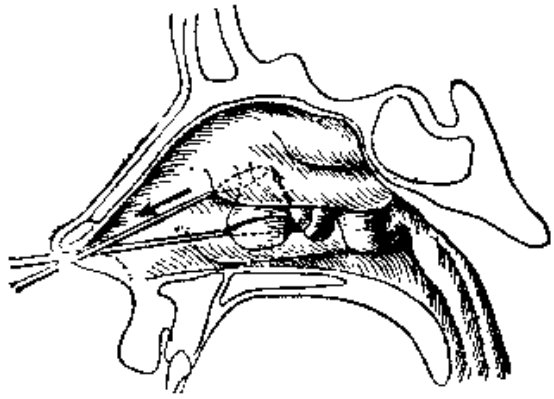


图17-44 鼻息肉摘除术

复 习 方 法

选择合适的机会，到公社或县医院有关科室参观舌系带矫正、鼻

息肉摘除等手术。

〔附〕 液体疗法概述

在疾病的治疗中，有时根据病情的需要，须补充一定量的液体。这种治疗方法就称为液体疗法。液体补充的方法，可分为经胃肠道补液（口服）和胃肠道外补液两种。后者又可分为静脉输液、动脉输液和皮下输液，以静脉输液较为常用。随着农村医疗卫生事业的发展，静脉输液已成为治疗和抢救某些农村常见病、多发病的重要方法之一，赤脚医生应该很好掌握，正确应用，为就地抢救危重病人作出贡献。在农村，由于条件设备的限制，补液不可能象城市大医院那样，先作详细的化验检查，而后计算液体的需要量及其种类。农村补液应该在掌握有关基本知识的基础上，分析病情，当机立断，并随时观察，根据具体情况作适当的调整。

（一）输液的目的和适应范围

1．补充丧失的水分和电解质，纠正酸碱平衡紊乱，如对呕吐、腹泻、高热、大量出汗、糖尿病酸中毒病人等。

2．防止休克，如对于出血性休克、中毒性休克、灼伤病人等。

3．供应营养物质维持机体生理需要，如对于禁食、昏迷、胃肠道梗阻病人等。

4．在治疗过程中，某些药物需经静脉输液滴入，如抗菌素、升压药物、激素等。

5．农药或其它毒物中毒时，促进病人排泄有毒物质。

（二）水与电解质的正常生理及代谢异常

1．水与电解质在体内的分布 正常人全身水分约占体重的60%左右（老年男性约55%、女性约50%，婴儿约75%）。体液可分为细胞内液和细胞外液两个部分，其中细胞内液约占体重的40%左右，细胞外液约占体重的20%左右；后者又分为血浆（约占体重的5%左右）和细胞间液（约占体重的15%左右）。正常人每日水分的需要量与排出量大致相等，为2,500毫升左右。人体水的来源包括饮入水、食物水、食物及体内物质代谢产生的水等三个方面。水的排出主要是通过尿

液、粪便、皮肤出汗及蒸发、呼吸等途径（见下表）。由于正常人每日最少要有约500毫升尿液排出，才能将体内的代谢废物排出，加上经粪便、肺呼吸及皮肤蒸发排出水分约1,000毫升，故1,500毫升为维持正常生理所需的最低需要量。婴儿每天需水量可按每公斤80～120毫升计算。

表1　正常成人每日水分出入量

水的入量（毫升/24小时）		水的出量（毫升/24小时）	
固体和半固体食物	1,200	尿排出	1,500
饮料（水、茶、汤及其他统计）	1,000	皮肤蒸发	500
物质代谢所产生	300	肺呼出气所含	350
		粪便排出	150
共　　计	约2,500	共　　计	约2,500

体液中除了水以外，还含有许多电解质。凡溶质在溶液中能产生导电及带电的阳离子和阴离子者都称为电解质，如酸、碱、盐类、蛋白质等。人体内电解质种类颇多，以钠、钾、氯、碳酸氢、钙、镁等离子为重要。它们在维持机体的正常生理功能和体液的酸碱平衡上起着重大的作用。各种电解质在细胞外液和细胞内液中的浓度有很大的差异。

(1) 钠：钠离子（Na^+）主要存在于细胞外液中，正常血浆中的含量为142毫当量/升（326毫克%），是细胞外液中最主要的阳离子，对维持血浆和细胞间液的渗透压，调节水分和血容量以及维持神经肌肉的正常应激性有着非常重大的意义；钠主要从尿及汗中排泄，正常成人每日需要量相当于氯化钠（食盐）5～10克，最少3～4克。

(2) 钾：体内的钾离子（K^+）约有98%存在于细胞内，为细胞内液中的主要阳离子；正常血浆中的浓度只有4～5.5毫当量/升（16～22毫克%），但在生理上却很重要。钾的主要作用是参与细胞的醣、蛋白质和能量代谢，维持细胞内外的渗透压和酸碱平衡，维持肌肉神经的应激性，以及维持正常心肌收缩功能的协调等。钾主要从尿中排出，

少量可从粪便和汗中排出。正常成人每天的需要量相当于氯化钾3～4克。

(3) 氯和碳酸氢：体内的氯离子（Cl^-）和碳酸氢离子（HCO_3^-）是细胞外液中的主要阴离子。氯离子在正常血液中的浓度为103毫当量/升（365.7毫克%），它是组成胃酸的重要成分，并对血液酸碱平衡的调节起重要作用。氯主要与钠一起从小便中排出，也常与钠一起（氯化钠）摄入体内。碳酸氢离子在正常血浆中的浓度为27毫当量/升（60.5容积%），主要与维持酸碱平衡有关（详后述）。

(4) 钙和磷：钙（Ca^{++}）和磷（一般以磷酸根$HPO_4^=$形式存在）紧密结合，是构成骨骼的重要成分。正常血浆中钙的含量为5毫当量/升（9～11毫克%），主要作用为抑制肌肉神经的兴奋性，缺乏时可引起抽搐和血管通透性增高而致水肿，一般从消化道和尿中排泄。磷在正常血浆中的浓度为2毫当量/升（3.4毫克%），是细胞的重要组成成分，主要从尿中排出。

(5) 镁：镁（Mg^{++}）是体内仅次于钠、钾、钙的阳离子，对许多酶的活动起重要作用。正常血浆中浓度为2毫当量/升（2.4毫克%），主要从尿中排出。

2. 水与电解质代谢的调节 水和电解质的正常代谢是在神经系统的控制下，通过肺脏、肾脏以及肾上腺、脑垂体和甲状旁腺等内分泌腺体加以调节的。

(1) 肺：肺主要是通过呼吸，控制二氧化碳（CO_2）的排出量，对酸碱平衡的调节起重要作用（详下）；肺呼吸时还排出一部分水分。

(2) 肾脏：肾脏主要是通过调节尿量、尿的浓度及尿的组成，在液体平衡和酸碱平衡中起很大的作用。如果肾脏机能不正常，保留或排出过多的水及电解质，都会造成严重的平衡失调。

(3) 肾上腺：肾上腺主要是通过分泌促盐激素、促糖激素和醛固酮等肾上腺皮质激素，作用于肾脏等器官，来调节钠、钾等的代谢。在肾内，促盐皮质激素可促进远端肾小管重吸收钠和氯，并分泌钾、氢离子等，促糖皮质激素则维持正常的肾小球滤过率和肾血流量，维持远端肾小管和集尿管中水分的重吸收以及维持排尿量昼多夜少。醛固

酮主要是调节肾脏对钠的重吸收功能，来控制细胞外液的容量。当血容量减少时，醛固酮的分泌增加，促使远端肾小管重吸收较多的钠离子，从而保留一定量的水分，结果使血容量增加。

(4) 脑垂体：脑垂体的前叶和后叶均对水和电解质有调节作用。前叶分泌的促甲状腺激素（TSH）、促肾上腺皮质激素（ACTH）及促性腺激素可通过有关内分泌腺起调节作用；后叶分泌的抗利尿激素（ADH）对调节水和电解质的平衡起着极为重要的作用，可作用于远端肾小管，增加水的重吸收，浓缩尿液，从而控制细胞外液的渗透压。

(5) 甲状旁腺：甲状旁腺主要是调节血液内钙离子的浓度。当其机能减退时，血钙浓度下降，临床可出现手足抽搐。

3．水与电解质的代谢异常 由于各种原因引起的水与电解质的代谢异常，情况比较复杂，一般可将其分为水和钠的代谢紊乱、钾代谢紊乱及其他电解质代谢紊乱等三个部分。水和钠的代谢紊乱又分为水肿和脱水二个方面，脱水还可根据水和钠的丧失情况的不同分为单纯性(高渗性)脱水、失盐性(低渗性)脱水和混合性（等渗性）脱水三种，其中水肿的内容已在第十六章讲述，此处不再重复。钾代谢紊乱可分为缺钾和钾过多二个方面。其他电解质的代谢紊乱由于比较少见，不在此一一赘述。

(1) 单纯性(高渗性)脱水：这类脱水以水分的丧失为主，钠及氯的丧失不多，发生的主要原因是不能进水或水分的排出过多，如尿崩症时排尿过多，高热或大量出汗时不饮水等。单纯性失水时，由于体内水分丧失，而电解质丧失不多，所以最初常因血液浓缩、渗透压升高而刺激丘脑下部的渗透压感受器，产生口渴感觉，另一方面反射性地引起垂体后叶分泌抗利尿激素，使尿量减少，因而临床上主要表现为口渴、尿少、体重减轻、乏力等症状。同时，由于血中钠离子的浓度增加，使肾上腺皮质醛固酮一类激素的分泌减少，肾小管对钠及氯的重吸收减少，因此盐类的排出增多，尿液变浓。此外，由于血液浓缩、渗透压增高，便吸引组织间液进入血管内。如持续时间稍久，由于组织间液的水分不断丧失，渗透压增高，可将细胞内液吸出，进而引起

细胞内脱水(示意图1)。后期因细胞外液亦无法获得足够的代偿，故发生周围循环衰竭，继而肾功能降低，进一步加深体液酸碱度的紊乱及有毒产物的积滞，引起中毒。严重时大脑皮层和皮层下中枢发生机能紊乱，出现烦躁及性格变化，进而可发生狂躁、昏迷甚至死亡。

对于单纯性脱水的病人，如能及时补给5%葡萄糖水，可很快被吸收，体液中的电解质得到稀释，病情迅速好转。

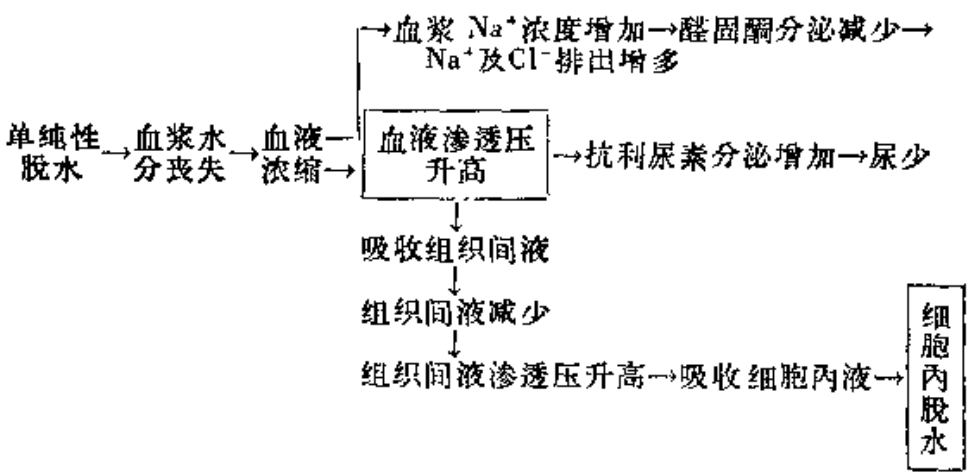


示意图1　单纯性脱水时水盐代谢变化的发生原理

(2) 失盐性(低渗性)脱水：这类失水主要以盐（NaCl）的丧失为主，水的丧失相对地较少。发病原因主要是因肾上腺皮质机能不全而致钠丧失过多；因慢性肾机能不全而致钠的重吸收减少；连续服用强力利尿剂后；由于呕吐，腹泻、胃肠道引流丧失大量消化液后只补给水分，或出汗后饮用过量的水；大面积烧伤和范围广泛的炎症（如大叶性肺炎）；等等。失盐性失水时，由于丧失的主要是盐类，故组织液渗透压降低，可反射性地引起抗利尿激素分泌减少，因此尿量初期不仅不减少，反而可能增多；同时由于血液中钠的浓度降低，可使醛固酮类激素分泌增加，小便中钠及氯的排出减少；此外，由于血浆渗透压降低，组织间液中的水及电解质（主要是电解质）进入血液内。如果脱水不很严重，机体可通过这些方式，得到一定程度的代偿。但如盐的丧失进一步加重，则由于组织间液的电解质丧失过多，渗透压降低，

细胞内的渗透压相对地高于组内间液，水分即进入细胞内，引起细胞肿胀，组织间液显著减少(示意图2)。这时，血浆量随之减少，血流变慢，血压下降，甚至出现周围循环衰竭。随着血液循环障碍，肾脏的血流量也显著减少，肾小球滤过率降低，故尿量急剧减少，血中非蛋白氮升高。严重时，还可引起中枢神经系统的机能紊乱，出现精神症状或意识模糊，甚至昏迷、死亡。

失盐性脱水的临床表现是病人皮肤松弛、两眼下陷，不觉口渴，食欲减退，血液浓缩，血压下降，尿量变化不大，有时反而增多，晚期则锐减，尿内几乎不含钠和氯。此外，这类失水还常因发生原因的不同而伴有不同种类的电解质丧失，引起酸碱平衡的紊乱和有关的功能障碍。因此，对这类失水的治疗，不能光补充水分，而更重要的是根据电解质丧失和酸碱平衡紊乱的具体情况，给予相应的补充和纠正。

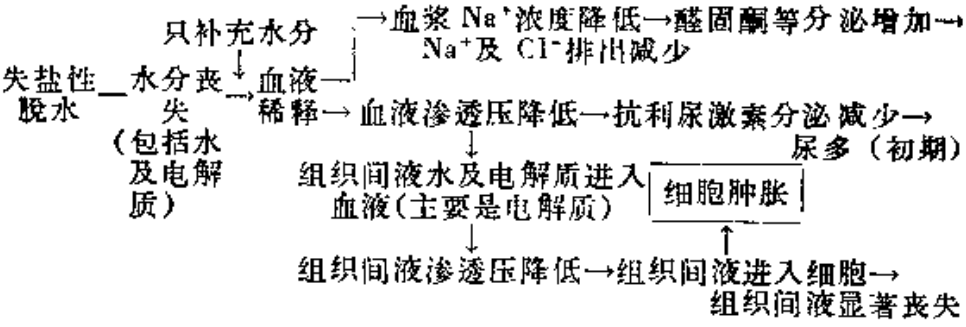


示意图2　失盐性脱水时盐代谢变化的发生原理

(3) 混合性脱水：这类脱水时体内水分及盐类都丧失，但往往以水的丧失更显著一些，多发生于上述失盐性脱水的情况下不补充水分，或只补充很少量的水分时。这种情况临床上多见，最常见的是胃肠消化液的大量损失，如不及时补充水分，则一方面丢失含有大量电解质的等渗消化液，另一方面从肺和皮肤还在不断地丢失水分，故水的损失比电解质丧失更多；其他如大面积烧伤、放腹水后重又产生大量腹水、肾上腺皮质机能不足的早期、大量出汗后只补充部分水等情况下，都可发生等渗性脱水。这时，既有单纯性脱水的症状，也有失盐性脱水的表现。由于失水过多，血液浓缩，血液渗透压升高，一方面通过

渗透压感受器引起口渴、尿少等症状；另一方面吸收组织间的水分以维持血液的正常渗透压。但由于血液中电解质也丧失，吸收的水分仍不足以维持正常的血容量，仍可发生血液浓缩、血流速度减慢及血压降低等周围循环障碍的症状。混合性脱水时也常伴有酸碱平衡的混乱。

治疗混合性脱水必须补充丧失的水分和电解质，并防止和纠正可能发生的酸碱平衡紊乱。

以上三种脱水的发病原因及主要特征可列表比较如下：

表 2　三种脱水的比较

		单纯性脱水	失盐性脱水	混合性脱水
发病原理		水分摄入不足或水分排出过多	盐（Na^+，Cl^-）丧失过多（如肾上腺或肾机能不全）或水盐同时丧失（如腹泻呕吐大量出汗大面积烧伤）但只补充水分	失盐性脱水而无水分补充或补充很少
主要特征	细胞外液	高渗，量变化不大（晚期才降低）	低渗，量减少	高渗或等渗，量减少
	细胞内液	减少，细胞脱水	增多，细胞肿胀	减少，细胞脱水
	血　浆	血浆量改变不大（晚期始降低），血浆氯化物浓度增加	血浆量减少，血液浓缩，血浆氯化物浓度降低	血浆量减少，血液浓缩
	酸碱平衡紊乱	到晚期才出现	较常见	较常见
	血液循环	变化不大，到了晚期血压开始下降	有明显外周循环衰竭，血压降低	有明显外周循环衰竭，血压降低
	尿	量少，含 Na^+及 Cl^-	量往往增多，晚期开始减少，几乎不含 Na^+及Cl^-	量少，可含Na^+及Cl^-
	口　渴	+	−	+
治疗原则		给水加葡萄糖	给电解质、水加葡萄糖	给电解质、水加葡萄糖

⑷ 缺钾：体内钾总量减少称缺钾。如血中钾离子浓度低于3.5毫当量/升，则称为血钾过低。

引起缺钾的原因很多，主要是三个方面：①钾摄入不足，如长期禁食或少食而静脉补液内少钾或无钾；②钾损失过多，如频繁呕吐、腹泻等大量消化液丢失；③钾在体内分布异常，如大量注射葡萄糖，特别是应用胰岛素时使大量钾离子从细胞外转移入细胞内，引起血钾过低。

严重缺钾可以造成各种组织的病理损害，以肾脏和心脏最显著；缺钾还可使心肌的应激性增高。临床主要表现为神经肌肉的兴奋性降低，患者全身无力，以四肢肌肉最为突出，肌腱反射迟钝或消失，严重者发生肌瘫痪；消化系统功能改变，出现食欲不振、恶心、呕吐等，严重者发生肠麻痹；心血管机能障碍，以心律失常为主，严重时发生室性心动过速、室性扑动或颤动，甚至心跳骤停。

对于缺钾病人，首先应积极治疗原发疾病，轻度缺钾可鼓励患者多进食富含钾的饮食，慢性病人可服钾盐。严重缺钾或口服不便者则应根据缺钾程度，给予静脉注射钾盐。但必须注意，钾盐绝对不可直接静脉注射，而应加入补液中缓缓滴注，使用的量不宜过多，以防骤然引起血钾过高而发生意外；对于脱水病人，一般应于补入一定量的液体，脱水情况有所好转，或见排尿后再予补钾（即所谓"见尿补钾"），因脱水时细胞内钾离子往往进入细胞外液中，如贸然补钾可导致血钾过高，反而不利。

⑸ 钾过多：钾过多是指体内钾总量过多；如血中钾离子浓度高于5.5毫当量/升，则称为血钾过高。

钾过多发生的原因主要有：①钾排出困难，如急性肾机能衰竭或慢性肾炎的晚期可因尿闭或显著少尿而导致钾过多，这是发生钾过多最主要的原因；②细胞内钾外移，如血型不合的输血或其他原因引起的溶血、缺氧、酸中毒，严重组织创伤等，均可使细胞内的钾离子释出而进入细胞外液与血中；③钾摄入过多，特别是静脉内输入过多等等。

钾过多病人主要表现为心血管机能异常，出现心率缓慢、心音减低、血压早期偏高晚期降低、心率失常等，最后可发展为反复发作的

心脏停顿、心室扑动和心室颤动，甚至心脏停搏；神经肌肉兴奋性改变，早期出现手足感觉异常、肢冷苍白、疼痛等，有时动作迟钝、嗜睡、极度疲乏、肌张力减低，肌腱反射消失，亦可因呼吸肌麻痹而造成呼吸困难。

血钾过高而病情危急者应紧急抢救，使血钾下降以免心脏受损，如静脉注射11.2%乳酸钠或5%碳酸氢钠，静脉注射高渗葡萄糖和胰岛素(按2～4克糖加1单位胰岛素计算)，静脉注射葡萄糖酸钙等；对肾机能衰竭而血钾高于7毫当量/升者，应在医院一定条件下采用一些特殊疗法以排除体内多余的钾盐。

（三）酸碱平衡及其紊乱

1. 酸碱平衡的概念及调节　凡物质在溶液中放出氢离子（H^+）者为酸，接受氢离子者为碱。习惯上可用氢离子的浓度来表示物质的酸碱度。但由于氢离子浓度很小，用这种形式表示很不方便，故为了简便起见，现在统一改用pH值来表示。一般以pH 7.0作为中性，小于7.0为酸性，大于7.0为碱性。人体的正常代谢和生理活动要求体液的碱酸度稳定在一定的范围，血浆的pH值通常是7.35～7.45（平均7.4），小于7.35称为酸中毒，大于7.45称为碱中毒。人体在代谢过程中虽然有酸性及碱性物质（酸多于碱）不断产生，但pH的改变却不大。这是因为人体内有很完善的调节pH的机构存在，能够维持酸碱度于平衡状态。这种体液酸碱度的稳定性称为酸碱平衡。

体内维持及调节酸碱平衡的因素主要有以下四个方面：

(1) 缓冲系统：包括碳酸氢盐系统、磷酸盐系统、血浆蛋白和血红蛋白系统等三组。其中碳酸氢盐系统最为重要，由弱酸碳酸（H_2CO_3）和弱碱碳酸氢盐($BHCO_3$)组成。一般说来，血液pH的高低直接决定于这个缓冲对的比值大小。正常血液中$BHCO_3$与H_2CO_3之比约为20:1，只要这个比例不变，血液的pH就能保持恒定。强酸或强碱进入人体后，都将首先通过这个系统的缓冲作用而化为弱酸（H_2CO_3）及弱碱（$NaHCO_3$），如：

$$HCl + NaHCO_3 \longrightarrow NaCl + H_2CO_3$$

盐酸　碳酸氢钠　氯化钠　碳酸

$$NaOH + H_2CO_3 \longrightarrow H_2O + NaHCO_3$$

氢氧化钠　碳酸　　水　碳酸氢钠

此过程中强酸被缓冲后产生的 H_2CO_3 再分解为二氧化碳（CO_2）而经肺泡排出，强碱被缓冲后生成的碳酸氢盐由肾脏处理而排出碱基，从而保持 $\frac{BHCO_3}{H_2CO_3}$ 的比值不变，使血液 pH 维持于正常范围。由于这个缓冲系统在保持血液 pH 的稳定上具有极其重要的意义，其中缓冲酸的主要物质又是 $BHCO_3$，故在临床上将血浆中的碳酸氢钠（$NaHCO_3$）称为碱储。由于碱储（$NaHCO_3$）经过加酸和分解后变为 CO_2，因此测定血浆中所释出的 CO_2 量（即 CO_2 结合力），就可以推算出 $NaHCO_3$ 的相对量，故通常都以 CO_2 结合力代表碱储。正常人的 CO_2 结合力为 50～70 容积%，小儿为 40～60 容积%。其他缓冲系统的作用远没有碳酸盐系统的重要。此处从略。

(2) 肺的调节作用：肺主要通过呼出二氧化碳（CO_2）来调节酸碱平衡。肺的呼吸机能受延髓呼吸中枢的控制。当体内碳酸（H_2CO_3）浓度增加时，血中的二氧化碳分压（PCO_2）增高，就刺激呼吸中枢，使呼吸加深加快，增加排出 CO_2，减低 H_2CO_3 的浓度，从而维持 pH 值于正常水平；当 H_2CO_3 浓度减低时，则相反，呼吸变浅变慢，减少 CO_2 的排出。此外，主动脉弓及颈动脉体的化学感受器也可反射性地调节呼吸机能。当血中缺氧、CO_2 积聚、pH 下降时，都可使化学感受器受到刺激而反射性地使肺的换气作用加强；反之，则换气作用减弱。

(3) 肾脏的调节作用：肾脏调节酸碱平衡的原理比较复杂，主要是一个排酸保碱的过程。在肾脏中，由于碳酸酐酶的作用，可使 CO_2 与水（H_2O）合成 H_2CO_3，后者又离解为 H^+ 和 HCO_3^-，在肾小管中 H^+ 可和原尿中的 Na^+ 交换，使 H^+ 由尿中排出，而 Na^+ 重新吸收并与 HCO_3^- 结合成 $NaHCO_3$ 回到血液，保持血内碱储的含量。在肾小管中还可通过分泌 H^+ 与原尿中的磷酸氢二钠中的钠离子交换后生成磷酸二氢钠排出体外，使尿的酸度增高，而钠离子则被替回形成碱储回到血内。此外，肾脏还通过产生氨，与尿液中的强酸合成铵盐，以及离

子交换等作用，使保钠排氢的作用能够继续进行。

⑷ 离子交换：除了上述三个方面的作用外，离子交换，包括红细胞内外 HCO_3^- 与 Cl^- 的交换，肾脏、肌肉、骨骼等细胞内外 Na^+、K^+、H^+ 离子的交换，对于调节酸碱平衡，也有重要的意义。

2．**酸碱平衡紊乱的表现** 当各种原因使体内 $BHCO_3$ 减少或 H_2CO_3 增加，以至 $\frac{BHCO_3}{H_2CO_3}$ 比值减小（小于 20/1）时，均可引起血液 pH 值降低而发生酸中毒，前者称为代谢性酸中毒，后者称为呼吸性酸中毒；反之，当各种原因使体内 $BHCO_3$ 增加或 H_2CO_3 减少，以致该比值增大(大于20/1）时，则可引起血液 pH 值升高而发生代谢性碱中毒或呼吸性碱中毒。

⑴ 代谢性酸中毒：主要由于体内 $BHCO_3$ 减少所致，临床上最为常见。如糖尿病、缺氧、强烈的体力劳动、高热、传染病、甲状腺机能亢进，禁食、饥饿及休克时，由于分解代谢增强及氧化不全，使有机酸（乳酸、酮体等）产生过多；服用大量酸性药物(氯化铵、盐酸、阿斯匹林等)时；严重的持续性腹泻、肠瘘或十二指肠引流丧失了大量碱性消化液；各种急、慢性肾机能不全或肾血流量减少，滤过率下降，导致酸性物质排出障碍而在体内积滞；等等。

当体内酸性物质含量增多时，$BHCO_3$ 即与之缓冲结合，于是碱储减少，CO_2 结合力降低，血 pH 下降。

代谢性酸中毒一般多继发于其他疾患，临床上除见原发疾病的症状外，轻者可无明显表现；重者则出现疲乏、软弱、嗜睡、眩晕、烦躁不安或反应迟钝等，呼吸增强是其突出症状，表现为呼吸深而快，呼出气体可带酯酮味，还可有周围血管扩张、口唇呈樱红色、周身脱水等，尿量锐减甚至尿闭，如不及时抢救，至末期出现呼吸弱而不规则、血压下降、脉搏细弱，进入昏迷甚至死亡。如有条件作化验检查，可发现血浆 CO_2 结合力降低（<50 容积%）。处理原则是在治疗原发疾病、纠正水与电解质平衡的同时，给予一定量的碱性药物。轻者可口服碳酸氢钠。重者需静脉输入 5% 碳酸氢钠或 11.2% 乳酸钠（最好稀释 6 倍配成 1/6 克分子乳酸钠再输入），剂量一般前者按 2～4 毫升/

公斤/次，后者按1～1.5毫升/公斤/次计算，必要时一日内可重复1～2次；如有条件作化验时，则可按下列公式计算，首次给予算出量的⅓～½，以后再视情况决定继续输入与否：

$$(50-CO_2\text{结合力})\times\text{体重(公斤)}\times 0.5$$
$$=5\%\text{碳酸氢钠(毫升)；或}$$
$$(50-CO_2\text{结合力})\times\text{体重(公斤)}\times 0.3$$
$$=11.2\%\text{乳酸钠(毫升)}$$

对于忌用钠盐的病人，还可选用7.28%三羟甲基氨基甲烷（THAM），剂量按2～3毫升/公斤/次计算，用等量5～10%葡萄糖稀释后注入。

(2) 呼吸性酸中毒：主要由于体内H_2CO_3增加所致，远较代谢性酸中毒为少见。引起的原因也是多方面的，如呼吸中枢因脑肿瘤、麻醉等原因而受损或发生抑制，呼吸运动因呼吸肌麻痹胸廓严重外伤等原因而发生障碍，呼吸道因喉头及声门水肿、喉头痉挛、窒息等原因而狭窄或阻塞，肺组织发生炎症、水肿、肿瘤、哮喘等病变，以及心脏机能不全而引起肺泡与肺毛细血管之间的气体交换障碍等等，都可使CO_2排出障碍而在体内积滞，发生酸中毒。此外，由于人群密集、通风不良以及坑道口坍陷等情况而吸入了CO_2浓度过高的空气，有时也可发生。

CO_2排出障碍或吸入过多，使血中的H_2CO_3增多。如果进一步发展，机体代偿失调时，血浆的pH即降低。在这一过程中，由于缓冲系统的作用，产生较多的碳酸氢盐，因此血中的碱储（CO_2结合力）不仅不减少，反而增加，这一点必须充分注意，也是与代谢性酸中毒的主要区别点。

呼吸性酸中毒如因某些急性疾患而骤然引起，则临床表现不太明显，一般可有呼吸缓慢、换气不足，偶有以心室纤维颤动作为第一个征象。慢性呼吸性酸中毒则往往先有慢性肺部疾病的病状，而在这个基础上因感染或手术而发生酸中毒，出现疲乏无力、气促加重、紫绀明显、头痛胸闷等，进一步发展可出现血压降低，甚至发生昏迷。如

有条件作化验检查，可发现血中 CO_2 结合力升高（>50 容积%）。处理原则是首先治疗原发疾病，解除引起呼吸困难的原因，进行加压吸氧把 CO_2 冲出去等；并在此基础上给予静脉注射 7.28%三羟甲基氨基甲烷（THAM），对合并高血钾症而出现心室纤颤者还可静脉滴入乳酸钠或碳酸氢钠，剂量均如前述。

(3) 代谢性碱中毒：主要由于体内 $BHCO_3$ 增多所致，引起的原因有剧烈的持续性呕吐或使用某些利尿剂而使酸性物质丧失过多，溃疡病人服用多量碳酸氢钠等。

当上述原因使体内 $BHCO_3$ 升高，而 H_2CO_3 相对不足，血液 pH 升高时，可直接或反射性地抑制呼吸中枢，使呼吸变慢变浅，CO_2 积滞，CO_2 分压增高。

代谢性碱中毒在临床上的表现常为原发疾病所掩盖。在剧烈持续性呕吐的患者，常有严重的水与电解质紊乱的表现，甚至引起周围循环衰竭和急性肾机能损害。碱中毒可使血钙浓度降低，因而手足发麻、抽搐，严重时甚至全身抽搐；同时呼吸浅而慢，周身肌张力增高，腱反射亢进，精神神经的兴奋性也增高，合并低血钾者还可出现软瘫。如有条件作化验检查，可发现血中 CO_2 结合力增高。处理原则首先针对原发疾病，如纠正水与电解质的紊乱，适当补充钾盐等。临床上大多数代谢性碱中毒病人只需用生理盐水治疗就能纠正。

(4) 呼吸性碱中毒：主要由于通气过度使体内 CO_2 丧失过多，H_2CO_3 降低所致。引起的原因有脑膜炎、癔病、发热、水杨酸盐中毒和呼吸中枢兴奋所致的通气过度等。由于通气过度，使 H_2CO_3 降低，但由于 $BHCO_3$ 不但不增加，反而通过代偿而减少，以尽量保持 $\frac{BHCO_3}{H_2CO_3}$ 的正常比例，故血中 CO_2 结合力降低，这一点必须充分注意，也是与代谢性碱中毒的重要区别点。

呼吸性碱中毒的病人早期呼吸深而快，但当碱中毒出现后，则变慢变浅，甚至出现暂停现象。由于血钙降低，出现手足发麻、抽搐，神经肌肉的兴奋性增高，严重时肌肉震颤、抽搐。处理原则主要是针对原发疾病治疗，轻者即可随之恢复。呼吸深快时间过长而有失水症

状者应予补液，输入生理盐水。缺钙而出现抽搐时，可静脉注射钙剂。对水杨酸盐中毒病人，必须积极抢救。

以上四种酸碱平衡紊乱可列表比较如下：

表 3　四种酸碱平衡紊乱的比较

类　别	代谢性酸中毒	呼吸性酸中毒	代谢性碱中毒	呼吸性碱中毒
发病原因	酸性代谢产物积滞或体内碱基丧失过多，见于糖尿病、缺氧、饥馁、休克、腹泻、酸性物质摄入过多时	CO_2 排出障碍或吸入过多，见于窒息、哮喘、呼吸中枢神经麻痹、心力衰竭等时	酸性物质丧失过多或摄取碱性物质过多，见于呕吐、幽门梗阻、服用大量碳酸氢钠等时	CO_2 呼出过多，见于脑膜炎、癔病、外界环境过热、高空病等时
$NaHCO_3$	首先降低	可能升高（继发性）	首先升高	可能下降（继发性）
CO_2 结合力	降低（<50容积%）	可能升高（>70容积%）	升高（>70容积%）	可能下降（<50容积%）
H_2CO_3 及 PCO_2	可能降低（继发性）	首先升高	可能升高（继发性）	首先下降
血液的变化 pH	代偿时不变，失偿时下降	代偿时不变，失偿时下降	代偿时不变，失偿时升高	代偿时不变，失偿时升高
呼吸的变化	加快，加深	加快，可能加深，但呼吸性代偿往往不很有效	变慢，变浅	可能变慢，变浅，但呼吸性代偿往往不很有效
肾脏及尿液的变化	分泌 H^+ 增加 产氨增加 排酸增加 酸性尿	分泌 H^+ 增加 产氨增加 排酸增加 酸性尿	分泌 H^+ 减少 产氨减少 排碱基增加 碱性尿	分泌 H^+ 减少 产氨减少 排碱基增加 碱性尿

必须指出，在临床上，呼吸性及代谢性的酸碱平衡紊乱，往往可以同时或相继出现，表现为混合性的酸碱平衡紊乱，因此情况比较复杂。我们一定要了解并掌握酸碱平衡紊乱的一般规律，在实际工作中根据病人的具体情况，作出正确的判断，采取各种有效的措施，来加以纠正。

（四）病理情况下水和电解质的补充举例

1. 呕吐　胃液含多量氢离子、氯化物等，呈酸性。急性胃炎、幽

门梗阻等病人大量呕吐，丧失胃液过多，可引起代谢性碱中毒，严重时可出现手足抽搐、肌无力等症状。此时，静脉输液需补充：(1)每天最低需水量（如病人完全不能进食）1,500毫升，儿童按80～120毫升/公斤计算；(2)呕吐丧失的水分和电解质。一般可按呕吐量一半补入生理盐水，一半补充5％葡萄糖液；另外，每1,000毫升呕吐液应补充氯化钾2～3克，可在患者有尿后加入补液内缓慢滴注（每500毫升中加1～2克），不得直接静注。

如为糖尿病等慢性代谢疾病引起的呕吐，则因在呕吐之前已有代谢性酸中毒之倾向，呕吐之后不能进食，更加重了酸中毒，因此对这一类呕吐病人电解质的补充应以其呕吐量的半数补给生理盐水-乳酸钠（或碳酸氢钠）溶液；氯化钾的补充则相同。

2．腹泻　肠液电解质含量和血浆电解质浓度相仿，呈碱性。剧烈腹泻时水分和电解质大量丧失，且有酸中毒倾向，此时水和电解质补充应以生理盐水、乳酸钠(或碳酸氢钠）溶液为宜。同时应补充适量的氯化钾，每升液体(失去部分)加入氯化钾2～3克。一般可将补液量按⅓的⅙克分子乳酸钠（一般用11.2％乳酸钠加入5倍的5％葡萄糖液即得⅙克分子乳酸钠)和⅔的生理盐水之比例补给，如补液量为1,600毫升，可用生理盐水1,000毫升、11.2％乳酸钠100毫升及5％葡萄糖液500毫升混合作静脉滴入，同时加入适量的氯化钾（须在补液后期和患者排尿后加入）；如不用乳酸钠而用5％碳酸氢钠，则后者剂量按5毫升/公斤/次计算，其余原则同。

婴幼儿腹泻的输液应根据脱水的程度而定。一般轻、中度脱水的输液是按120～180毫升/公斤/日计算，可选用3:2:1溶液（即三份5～10％葡萄糖液、二份生理盐水和一份⅙克分子乳酸钠或1.5％碳酸氢钠混合而成)，或1:1溶液(即等量生理盐水和5～10％葡萄糖液混合而成)，将液量的一半于8～10小时内滴入，剩余的一半于14～16小时内滴入，见尿后应口服10％氯化钾3毫升/公斤/日或每100毫升输液（指尚未滴入的部分）中加入10％氯化钾注射液1.5～3毫升，待脱水基本纠正后，如腹胀减少，即可停止静滴，改成口服；重度脱水的输液量按180～200毫升/公斤/日计算，开始用2:1溶液（即二份生

理盐水、一份⅙克分子乳酸钠或1.5%碳酸氢钠混合而成），或生理盐水20毫升/公斤，于半小时内迅速滴入，余下的部分改用3:2:1溶液或1:1溶液，其中半量于10小时左右滴入，半量于14小时滴入，见尿后给钾，量同上。

3. 发热　高热病人有大量水分自肺部丧失，一天可达2,000～2,500毫升。如无汗，以补充5%或10%葡萄糖液为主，能加入适量胰岛素和氯化钾（详下）则更为理想，一天入水总量（包括口服和静脉补入）应在3,000～3,500毫升左右；如同时有出汗，则因汗中含有氯化钠，应另外补给生理盐水500毫升左右。

4. 禁食或其他原因不能进食的病人，每天应补充液体2,000～3,000毫升左右（最少1,500毫升）。如无体液丧失（呕吐、腹泻等），在头1～3天，一般可补给10%葡萄糖液1,500毫升及5%葡萄糖盐水500毫升，其中可加入维生素C 0.5～1.0克。禁食3天以上者，应于输液中加入10%氯化钾30～50毫升。如有条件选用下列配方，则效果更为理想：

5%葡萄糖	1,500毫升
10%葡萄糖	1,000毫升
氯化钾	3克
正规胰岛素	20单位
生理盐水	500毫升

5. 其他各种原因引起的水与电解质紊乱、酸碱紊乱，可根据前面讲述的有关原则正确分析，进行处理。

（五）输液的速度和常见的输液反应及其处理

输液的速度在不同的情况下，出入很大。例如在抢救休克、需迅速增加血容量时，500毫升液体可在8分钟内输入。而在心脏或肺机能不佳的病人，补液速度不宜太快，可控制在每分钟15～30滴。一般情况下输液速度以40～80滴/分为宜，1,000毫升液体约在3～6小时内滴完。

在输液的过程中，如果某些环节处理不当，可发生一些有关的反应，常见的有：

1. 发热反应 多在输液后15～60分钟内发生，先有全身发冷发抖，继之高热，可达39℃以上。其原因为输液环节中有污染，致使细菌进入血液，或因输液皮管及液体内有致热原存在所致。

处理

(1) 寒战时立即停止输液，肌注非那根25毫克或皮下注射1:1,000肾上腺素0.5～1毫升(小儿减量)。

(2) 保暖，并针刺曲池、合谷。

(3) 如仍无效，可给可待因30～60毫克静脉注射，或氢化可的松50～100毫克静脉注射(可直接推注或静滴)。

(4) 高热可用退热剂(如口服安乃近0.5克或肌注复方氨基比林2毫升)，或用物理方法降温。

(5) 应用广谱抗菌素如四环素等控制感染。

2. 输液过量 输入液体过多或过快，可加重心脏负担，引起心力衰竭、肺水肿，表现为呼吸困难、紫绀、两肺有水泡音、口吐粉红色泡沫样痰等，原有心脏病的患者更易发生。

处理

(1) 立即停止输液。

(2) 在肢体上扎止血带，减少周围血液回流心脏。

(3) 有条件者吸氧。

(4) 必要时作静脉切开放血。

(5) 应用毛地黄等强心药。

思 考 题

1. 水与电解质在体内的正常分布如何？试述水与电解质的代谢异常在临床上的各种表现。

2. 什么叫酸碱平衡？酸碱平衡紊乱有哪几种表现？各有什么特点？

3. 什么情况下应该输液？输液量及液体种类如何估计？

4. 常见输液反应有哪些？如何处理？

第十八章　战伤救护和三防基本知识

当前国际形势大好，天下大乱。世界各种基本矛盾日益激化，革命和战争的因素都在明显增长。“土豆烧牛肉”的假共产主义彻底破产，各国马列主义政党和组织在反对现代修正主义的斗争中发展壮大。第三世界国家和人民在反帝、反殖和反对大国霸权主义的斗争中，发挥了主力军的作用。苏美两霸的争夺愈演愈烈，争夺的战略重点在欧洲。搞“声东击西”、玩弄“缓和”骗局最起劲的苏联社会帝国主义，正是今天最危险的战争策源地。

伟大的领袖和导师毛主席教导我们：“**全世界人民团结起来，反对任何帝国主义，社会帝国主义发动的侵略战争，特别要反对以原子弹为武器的侵略战争！如果这种战争发生，全世界人民就应以革命战争消灭侵略战争，从现在起就要有所准备！**”我们一定要响应毛主席的伟大号召，紧密团结在以华主席为首的党中央周围，提高革命警惕，准备打仗。要努力学习战伤救护技术和三防知识，从精神上、物质上作好一切准备。要发扬光荣的革命传统，加强战备，严格训练，严格要求，随时准备歼灭一切来犯之敌。我们一定要解放我国的神圣领土台湾省。

第一节　战伤救护

毛主席教导我们：“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”。止血、包扎、骨折固定、搬运是实施战伤救护的四项基本技术，是火线抢救伤员的基本手段，是整个救治过程中的第一个环节，它直接影响着伤员

的健康恢复和生命安全。我们要怀着对阶级兄弟的强烈的无产阶级感情，怀着对帝、修、反的无比仇恨，用“**一不怕苦，二不怕死**”的彻底革命精神武装自己，用“越是艰险越向前”的大无畏革命气慨激励自己，带着实战观点，努力学习、熟练掌握这四项技术，做到不论在任何艰难复杂的情况下，都能把负伤的阶级兄弟抢得下，救得好，胜利完成战伤救护的战斗任务，为争取反侵略战争的胜利作出贡献。

在实施战伤救护时，应注意以下几个问题：

1．火线抢救要广泛开展群众性的互救、自救。要迅速安全地组织伤员后送。

2．要利用战斗中、战斗间隙、战斗结束后的一切抢救机会，积极迅速地寻找、急救、隐蔽和搬运伤员。

3．及时正确地包扎伤口。一个伤员如有多处受伤时，处理时要先重后轻，首先是要使伤员呼吸道通畅，防止窒息，止住大出血和防止休克；第二是处理内脏器官损伤；第三是处理骨折；第四是处理一般伤口。在救护伤员时，要尽量利用就便器材，使现有的抢救物资发挥最大的作用。

在战场上接近伤员，可以利用地形、地物，如土堆、田埂、断墙、墙角、战壕、掩地等，根据隐蔽物的高低特点，采取适当的姿势，以达到迅速接近伤员。接近伤员有以下几种姿势和动作：

1．**跃进**　先要看准伤员的位置和敌人火力情况，选好前进道路和隐蔽地点，然后跃进。在跃进时起立要快，前进要快。

2．**爬进**　也称匍匐前进，分以下几种：

(1) 低姿匍匐前进：胸腹紧贴地面，眼看前方，脚蹬手爬，交替前进（图 18-1）。

图 18-1　低姿匍匐前进

(2) 高姿匍匐前进：可用两肘两膝稍稍把身体撑起爬进，但要在隐蔽物稍高的地方进行（图 18-2）。

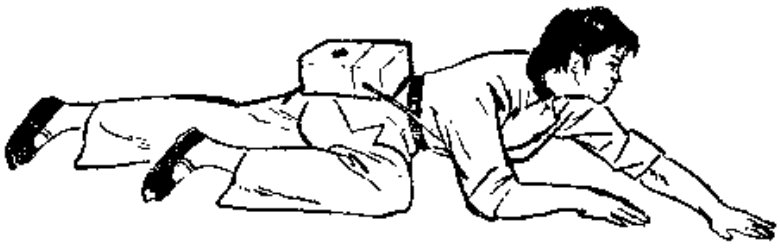


图 18-2　高姿匍匐前进

(3) 侧身匍匐前进：身体侧向一边，下面的前臂支起上身，腿收回，用上面一条腿的脚跟蹬地前进，这种姿势比较轻快（图 18-3）。

图 18-3　侧身匍匐前进

3. 屈身前进　弯腰、眼看前方，两臂下垂，可根据隐蔽物的高矮，弯曲两腿，快步前进。

在任何情况下，找到伤员后，都应立即搬到隐蔽或安全地带进行抢救，以免再次受伤。

一、止　　血

出血是战伤威胁伤员生命的重要原因之一。如果大量出血，一次出血量达全身血量的1/3以上时，生命就会有危险。遇到出血伤员时，我们要沉着勇敢，机智灵活，分秒必争，采取有效措施，立即止血，以挽救伤员的生命。

（一）出血种类及特点

1．按出血的血管种类分成三种：

⑴ 动脉出血：血色鲜红，向外喷出，时间稍久，出血过多，就有危险。

⑵ 静脉出血：血色暗红，缓慢流出，时间久了，也有危险。

⑶ 毛细血管出血：血色鲜红，断续从伤面渗出。常可自动凝固。

2．按出血的部位分成两种：

⑴ 外出血：身体外表受伤，血流到外面，容易发现。

⑵ 内出血：体内脏器（如肝、脾、血管等）受伤，血流到胸、腹腔内，不易及时发现。

大出血病人可有头昏、眼花、面色苍白、呼吸紧迫和烦躁不安等症状，不及时抢救，出血过多，就发生休克，甚至有生命危险。

（二）止血方法

这里介绍的是外出血的止血法。

内出血大多后果严重，除迅速给予一般处理（镇静、补液、抗休克）外，必须尽快送医院抢救。

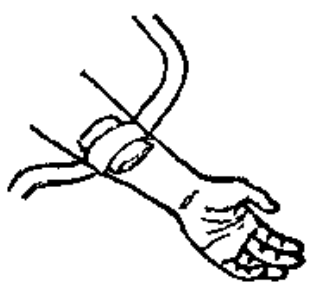


图 18-4　加压包扎止血法

1．加压包扎止血法（图 18-4）　即一般止血法。有两种方法，一种是将消毒纱布，或干净毛巾、布料折成比伤口略大的垫，盖住伤口，再用绷带、三角巾或布带紧紧包扎，压迫止血。另一种是在肢体的弯处，如肘弯、膝弯处用加垫（消毒纱布等）包扎的方法（图 18-5）来压迫止血。注意：有骨折时不用此种方法止血。

此法适用于小的创伤、毛细血管或静脉出血。

2．指压止血法　用手指或掌、拳把出血的血管上段（近心端）压在下面的骨头上，截断血流，达到临时止血的目的。

此法适用于动脉出血。

最易压住的那段动脉（摸时有搏动）叫指压点。

指压法是临时止血措施，在这之后要尽快改用止血带和送医院抢

图 18-5　加垫包扎止血法

救。

(1) 头面部出血指压点（图 18-6）：头顶前部出血，压耳屏（小耳朵）前边的颞动脉。面部出血，压下颌角前下凹内的颌外动脉。压一侧动脉不能完全止血时，可同时压两侧。

图 18-6　头面部出血指压点及止血区

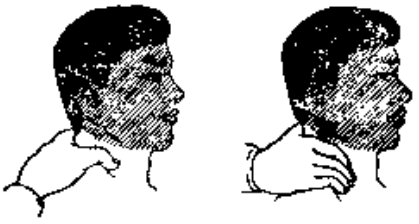


图 18-7　颈动脉指压点及止血区

(2) 颈动脉指压点（图 18-7）：头、颈部出血，压颈根部气管外侧的颈动脉。

注意：不要压迫气管，更不能同时压两侧颈动脉。

(3) 上肢出血指压点（图 18-8）：上肢前臂及上臂下部出血，压上臂内侧中部凹陷内的肱动脉。手掌出血，压手腕内外侧的尺桡二动脉。

(4) 下肢出血指压点（图 18-9）：下肢出血，压腹股沟中点的股动脉。脚出血，压踝关节外下侧的胫后和足背的胫前动脉。

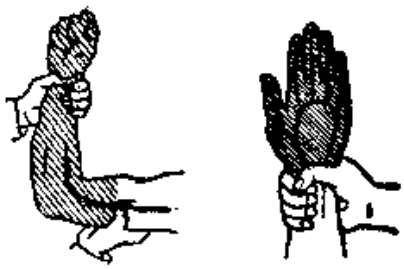


图 18-8　上肢出血指压点及止血区

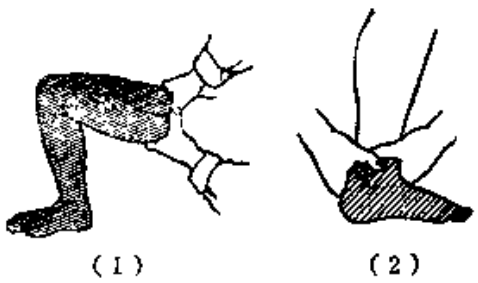


图 18-9　下肢出血指压点及止血区

3．填塞止血法（图18-10）　用消毒的棉垫或纱布填塞在伤口内，再用加压法包扎。此法适用于腋窝、肩部、大腿根部伤口的止血。

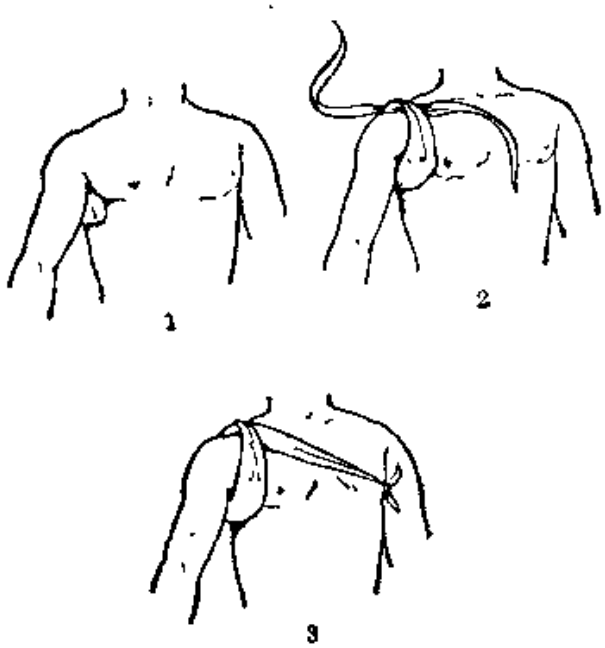


图 18-10　填塞止血法

注意：有骨折时，不用曲肢包扎止血。

4．止血带止血法

(1) 橡皮止血带止血（图 18-11）：将一条约 3 尺长的橡皮管（橡皮止血带）适当拉长，绕肢体 2～3 圈，橡皮管末端压在紧缠着的橡皮

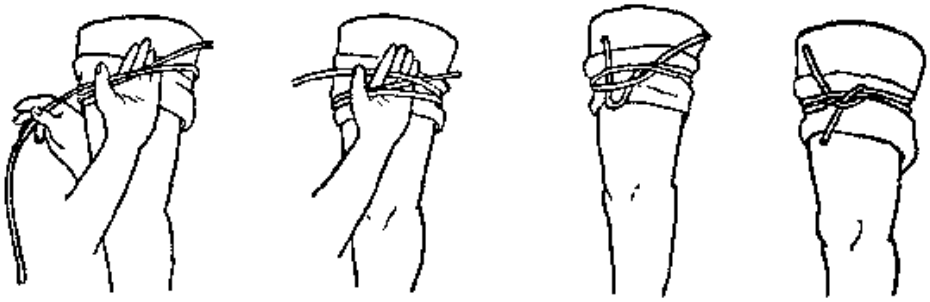


图 18-11　橡皮带止血法

管下面固定。由于橡皮管的弹力收缩，压迫动静脉血管，达到止血目的。

(2) 绞紧止血法（图 18-12）：没有橡皮止血带时，可用此法。

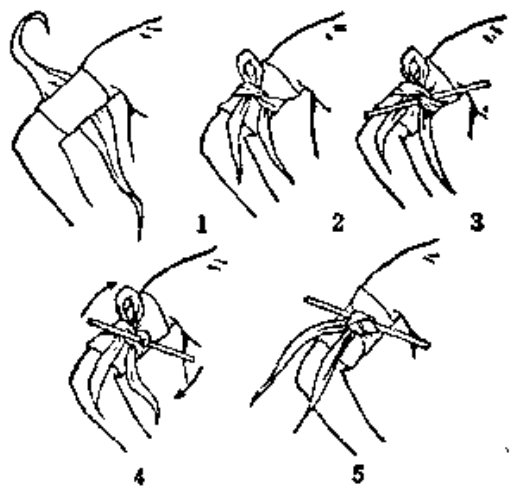


图 18-12　绞紧止血法

① 将三角巾迭成带或用一条布带，平整的绕肢体一圈，两头左右交叉打一活结，一头留一小套。

② 取一小木棒穿进活结，绞紧。

③ 将绞紧后的木棒一头插入小套内，把小套拉紧固定。

使用止血带止血应注意以下几点：

(1) 部位：止血带扎在伤口上段（近心端），原则是尽量接近伤口处。但不能扎在上臂的中1/3，以免损伤神经和大血管。

(2) 加垫：止血带不能直接缠在皮肤上，必须用三角巾、毛巾或衣服等作成平垫垫好之后，再扎止血带。

(3) 松紧：止血带要扎的松紧适当，一般以出血停止，摸不到远端脉搏为合适。

(4) 时间：使用止血带的时间不宜过长（最好不超过2～3小时），以一小时左右为好。

(5) 放松：止血带要不要临时放松，须根据运送、伤情等情况决定。如果运送时间短，就不必放松；如果运送时间较长，则可以每隔半小时放松一次，每次将止血带松开2～3分钟。松止血带时，应同时用指压法压迫止血，缓缓放松。

(6) 标志：扎有止血带的伤员，须有明显标记（一般将红布条用安全别针别在伤员左胸前），注明伤情、上止血带的部位和时间。

5．草药止血法

(1) 消炎止血粉：紫珠草四份、岗念三份、三棵针三份共研细末，混合均匀，备用。每天敷一次。

(2) 槲木叶、冬青树叶各适量，捣敷伤口，或细末口服。

(3) 旱莲草适量，捣敷伤口。或研末，口服。

二、包　　扎

（一）包扎目的

1．保护伤口，减少感染。

2．压迫止血，固定骨折。

3．减轻伤痛。

（二）包扎注意事项

1．净　接触、覆盖伤口的敷料（棉花、纱布等）要干净，最好经过消毒。

2．快　动作要快。

3．准　包扎的部位要准确。

4．轻　包扎动作要轻，不可碰撞伤口，以免增加伤痛、出血。

5．牢　包扎要牢固，松紧合适。

（三）包扎的器材

1．三角巾

(1) 三角巾的尺寸：将一块长宽约二市尺七、八寸的正方形的布，对角剪开，就成两块三角巾。三角巾的顶角可系一条带子备用（图 18-13）。

图 18-13　三角巾

(2) 三角巾使用时常迭成以下几种形式：

条带：将三角巾的顶角折向底边中央，根据需要再折迭成一定宽窄的条带。

鱼尾巾：将三角巾的两个底角斜对折在一边成鱼尾样，叫鱼尾巾亦称燕尾巾（图 18-14）。

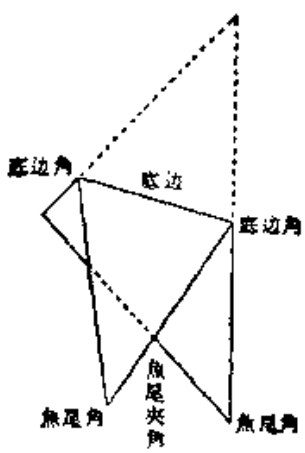


图 18-14　鱼尾巾

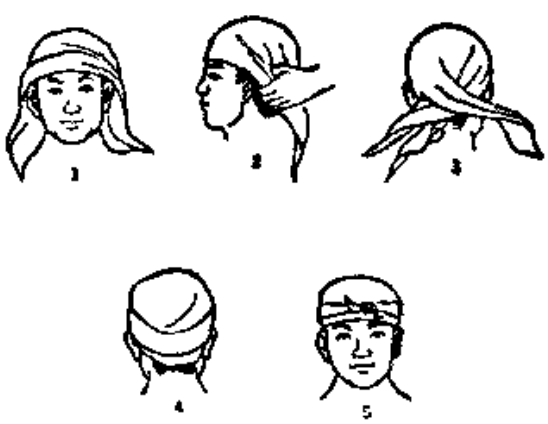


图 18-15　头顶部帽式包扎

2．其他器材　可用绷带、四头带、毛巾、布条、衣、帽等等器材。这方面各地创造了许多简易、有效的方法，本书从略。下面只介绍三角巾包扎法。

（四）三角巾包扎法

1．头顶部帽式包扎（图 18-15） 三角巾底边向内折迭二指宽后放于前额齐眉，顶角向后盖头，两底角经耳上绕向后拉，在头后部压住顶角，顶角平折在一底角内，两底角左右交叉绕到前额打结。

2．面具式包扎（图 18-16） 三角巾顶角打结套下颌，底边放到头后，两底角向头后左右交叉压住底边，经两耳绕到前额打结（包后，在眼、口处提起巾布各剪一洞，露出眼、口）。

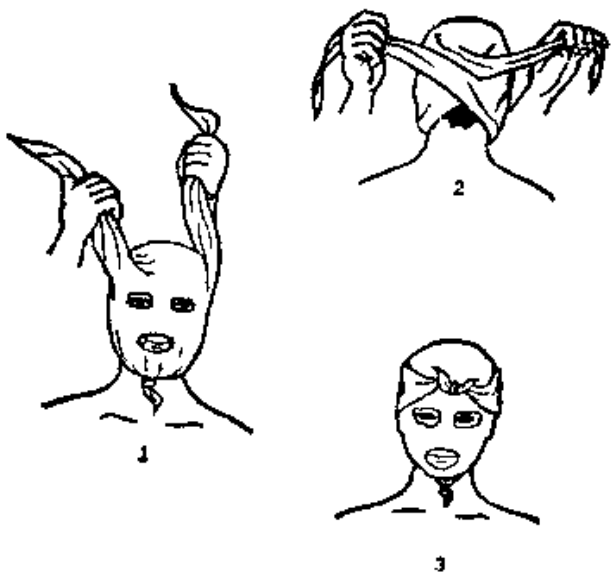


图 18-16 面具式包扎

3．头巾式包扎（图 18-17） 三角巾一腰边横放在前额上，一底角经面颊拉到顶角侧，两角在下颌处相遇打结。一手提底边中央向后拉紧，另手拉住一底角绕到前额，在耳后与底边相遇打结。

此法可包扎头顶、眼、鼻、下颌等处。

4．双眼包扎（图 18-18） 三角巾折成四指宽带，中点套在后脑勺下，绕耳下向前拉，左右交叉各包一眼，再经耳上到头后打结。

只包一眼，即成单眼包扎。

5．下颌包扎（图 18-19） 三角巾折成四横指左右宽（顶角带子要留出来），平放于后颈部，中点（顶角带子处）正对颈部正中，两端

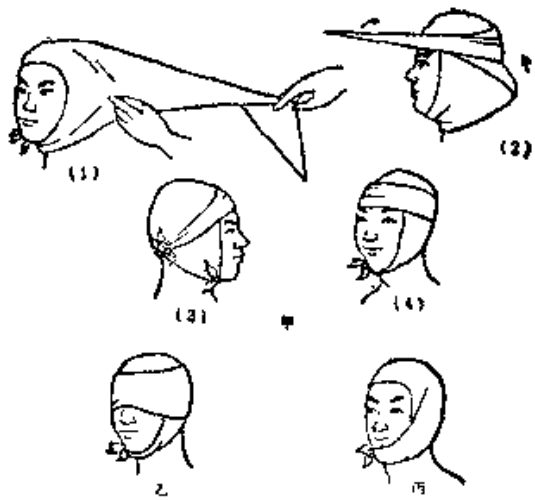


图 18-17　头巾式包扎

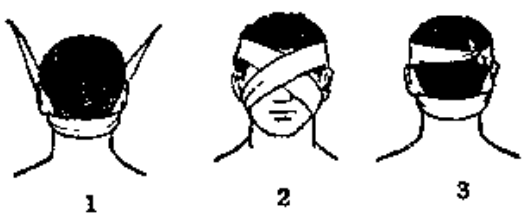


图 18-18　双眼包扎

图 18-19　下颌三角巾包扎

分别绕至前面，一端包住下颌，另一端放于耳前并与其交叉后，反折向下绕过下颌，两端同时上提在头顶部打结，然后再将颈后顶角带子提上打结。

6．**单肩包扎**（图 18-20）　三角巾折成鱼尾式，鱼尾夹角朝上，放在伤肩上。后角大些且后角压前角。鱼尾底边包绕上臂打结。两鱼尾角分别经胸背在对侧腋下相遇打结。

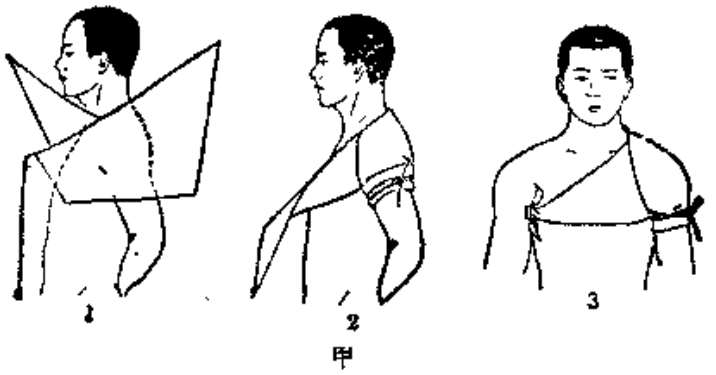


图 18-20　单肩包扎

也可将三角巾顶角向后，放在伤肩上，将顶角带子略为反折后绕臂上，再将下端底角向后反折并拉紧，与另一端在对侧腋下相遇打结。

7. **双肩包扎**（图 18-21）　三角巾折成鱼尾式，两鱼尾等大，夹

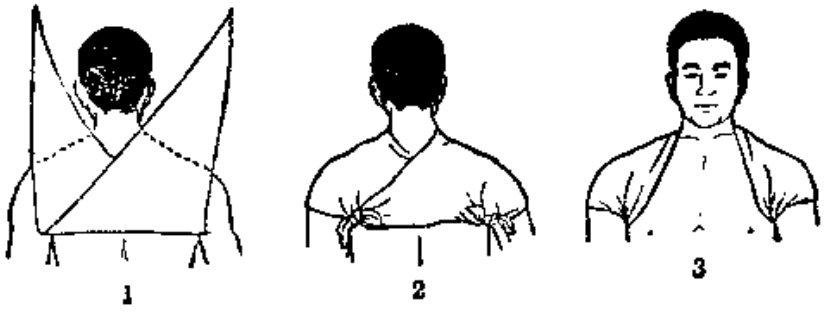


图 18-21　双肩包扎

角朝上，在背后披在双肩上，两鱼尾分别包绕左右肩，在腋下与鱼尾底边相遇打结。

8. 上肢包扎（图 18-22） 三角巾一底角打结套住伤手，另一底角经背部拉到对侧肩上，用顶角包绕伤肢打结，曲前臂，两底角相遇打结。

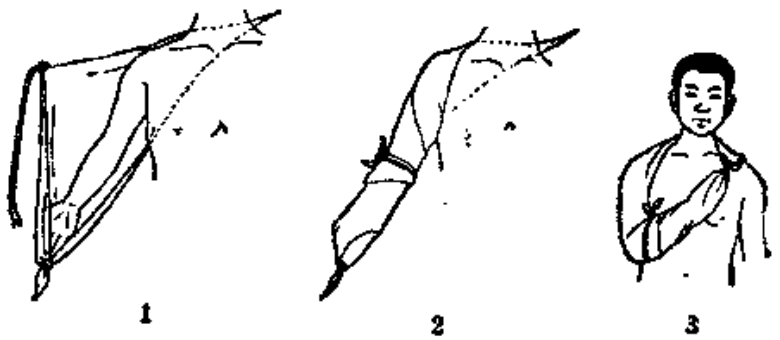


图 18-22 上肢包扎

9. 手(脚)包扎(图 18-23) 手心向下手指朝顶角放在三角巾上，

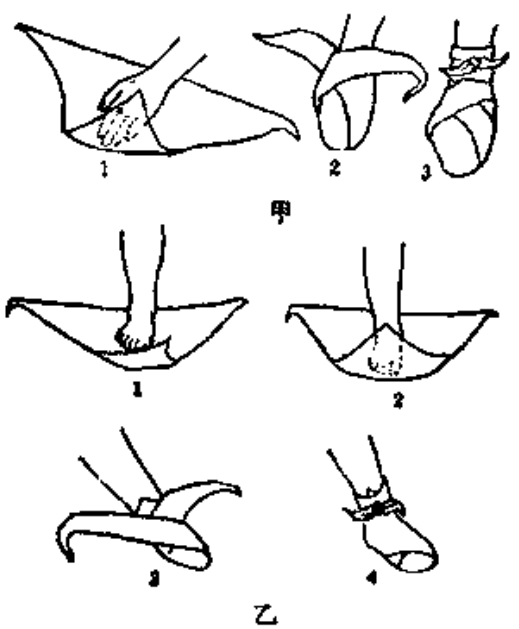


图 18-23 手(脚)包扎

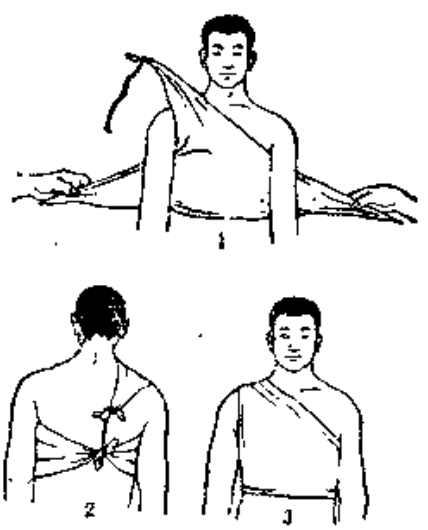


图 18-24 三角巾胸部包扎

顶角往上包，两底角拉向手背，左右交叉压住顶角绕手腕打结。

同法包脚。

10. **单侧胸(背)部包扎**（图 18-24） 三角巾顶角朝上盖住伤侧胸，两底角包绕胸部在背后打结，再与顶角连结。

同法包背。

11. **双侧胸(背)部包扎**（图 18-25） 三角巾折成鱼尾式，两角向上放在胸前（夹角对准胸骨上凹），顶角带子和鱼尾底边另一角围胸在背后打结，然后将两上角在颈后打结（或一上角系带，过肩到后背绕横带后上提，与另一上角打结）。

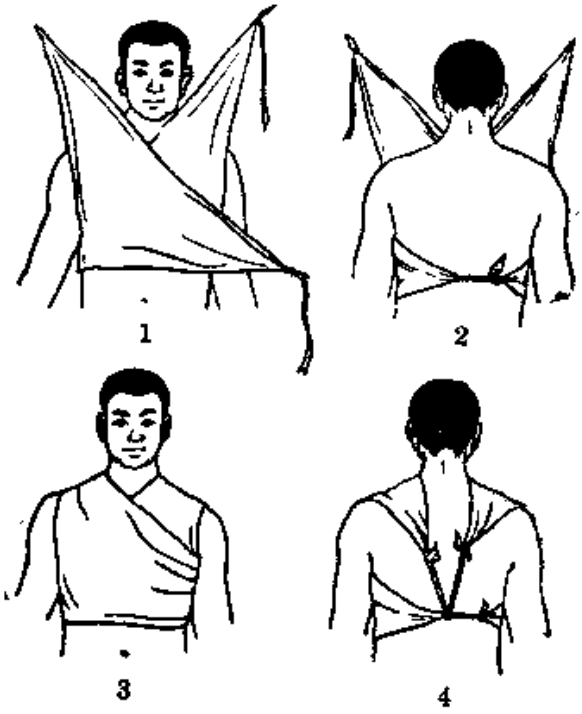


图 18-25 鱼尾巾双胸包扎

同法包背。

12. **腹部包扎**（图 18-26） 三角巾底边在上，顶角向下，盖住腹部。底边绕到后腰打结，顶角经两大腿之间后拉，经一侧臀部向上遇底边打结。

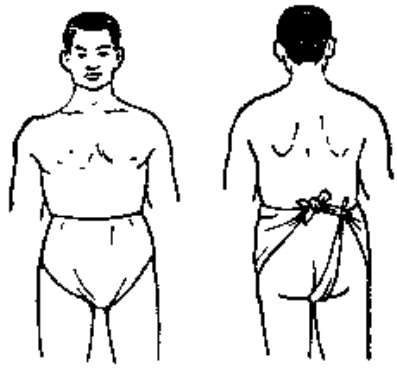
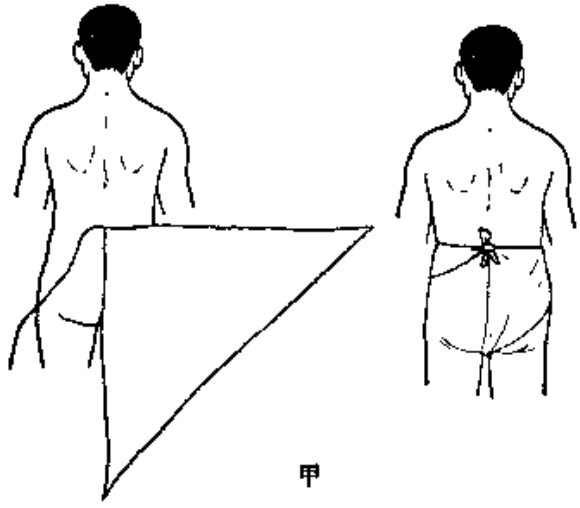
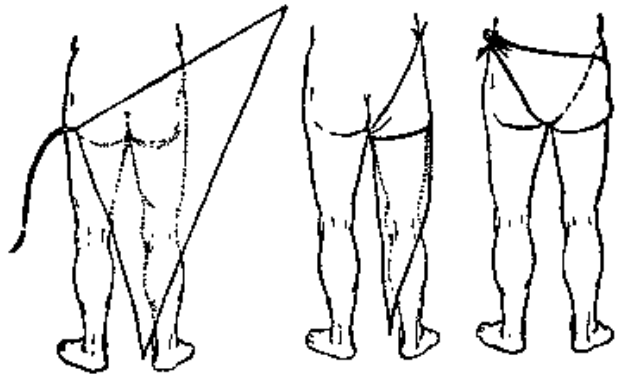


图 18-26　三角巾腹部包扎



甲



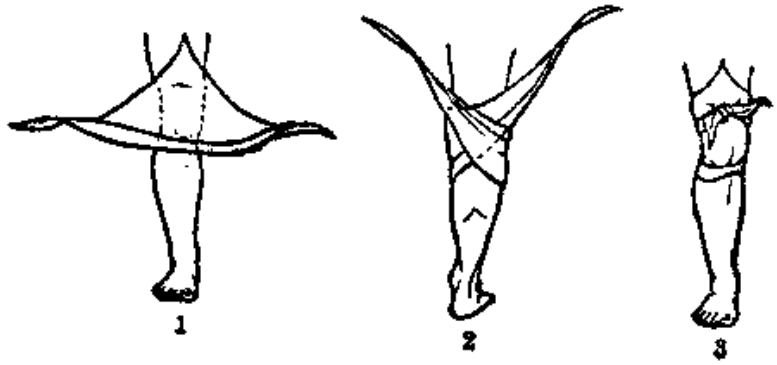
乙

图 18-27　臀部包扎

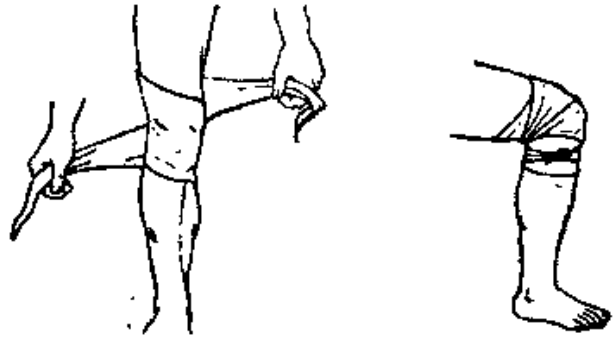
13. 三角巾臀部包扎（图 18-27） 三角巾顶角对着腰椎，一个底角垂下，一个底角水平展开盖住一侧臀部，绕腰和顶角打结，下垂的底角经两大腿之间前拉，向上遇底边打结。

也可将三角巾顶角向后，斜放于伤臀上（其下垂的底角位于同侧下肢内踝稍内处），将顶角带子稍反折后绕腿上，下角翻上后拉，在对侧髂上与另一底角相遇打结。

14. 三角巾膝关节包扎（图 18-28） 三角巾顶角向上盖住膝关节，底边翻折向后拉，左右交叉再向前上拉到关节上方，压顶角打结。



甲



乙

图 18-28 三角巾膝关节包扎

也可将三角巾顶角向内一折三，斜放膝上盖住伤口，两角向后交叉后绕至前面，压住上、下两边，在膝部内侧打结。

15. 小腿、脚包扎（图 18-29） 脚趾朝底边，踩在近一底角侧。

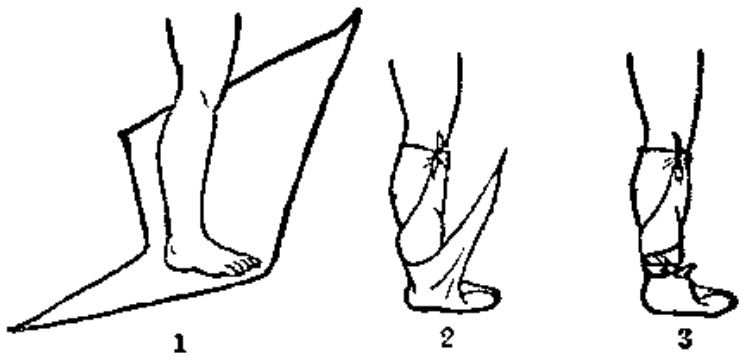


图 18-29　小腿、脚包扎

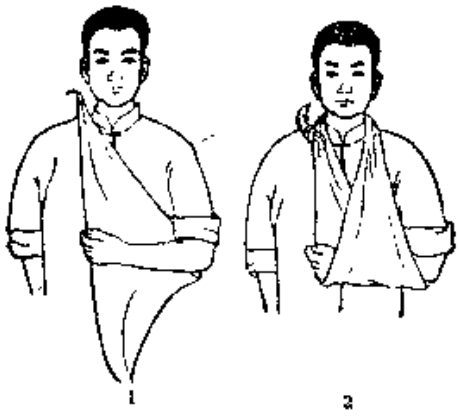


图 18-30　大臂带

图 18-31　小臂带

提顶角及另一底角包小腿打结。再将脚下底角折到足背，绕脚踝打结。

16．**大、小悬臂带**（图 18-30，31）方法详图。

17．**几个特殊伤口的包扎**

(1) 脑膨出的包扎（图 18-32）：头骨打掉一块，脑子露出时，先用大块消毒纱布盖好，再用纱布卷做一保护圈，套住膨出的脑组织，然后用三角巾包扎。

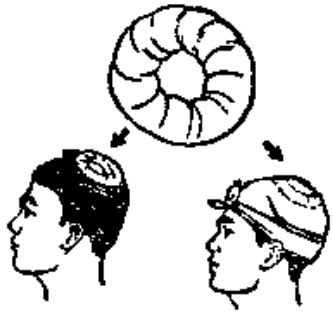


图 18-32　脑膨出包扎

(2) 开放性气胸的包扎（图 18-33）：

胸壁被打穿（开放性气胸），伤员呼吸困难，应立即用不透气的材料（塑料布、胶布等）盖住伤口，再用纱布垫或毛巾堵住，然后用三角巾加压包扎。

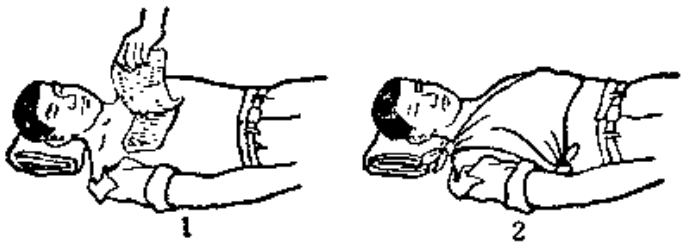


图 18-33　开放性气胸包扎

(3) 肠脱出的包扎（图 18-34）：肠子脱出时，绝不要塞回腹腔，应先用大块消毒纱布盖好，再用饭碗或皮带圈、纱布卷保护圈等扣起来（不要压住肠子），然后用三角巾包扎。

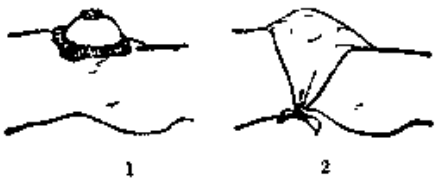


图 18-34　肠脱出包扎

三、骨折固定

骨头受到外力打击而折断，叫做骨折。骨折可分为两类：(1)闭合性骨折：骨头断了，但皮肤和肌肉都还完整，断端不与外界相通。(2)开放性骨折：骨头断了，骨折的断端刺破皮肉，穿出到外面。受伤后，如果伤肢出现剧烈疼痛、肿胀、淤血、变形或不能活动等现象时，都可能是骨折。一旦发现伤员有骨折，我们必须及时、正确和认真地对待，利用一切可以利用的条件，如木板、扁担、雨伞、木棍、树枝、竹竿或铁皮等，将骨折部位进行固定。

（一）骨折固定的目的

1．避免增加伤害　固定后，可避免断骨再损伤周围的血管、神经、肌肉、皮肤。

2．减轻疼痛。

3．便于运送、转移。

（二）固定时的注意事项

1．骨折有伤口和出血，应先止血，包扎伤口，再行骨折固定。

2．固定的目的只是为了保证伤员的安全后送，因此对于明显畸形的骨折，只要求大体纠正后固定就行了，不作严格解剖复位。特别开放性骨折，更不能把刺出的断骨送回伤口，以免增加污染和刺伤血管、神经。

3．尽可能做到就地固定，特别是大腿、小腿、脊椎骨折，尽量不随便移动伤肢，以免加重伤情增加痛苦。不得已必须先转移时，应注意保护好伤处。

4．夹板长度要与肢体相对称，一般应能扶托整个伤肢。夹板不够用时，可就便取材。

5．夹板或就便材料不能与皮肤直接接触，要用棉花或布片等柔软物品垫好，尤其在夹板两头、骨头突出处和空隙的部位，更须垫好。

6．固定时先扎骨折的上下两头，然后再把邻近两个关节固定好。

7．固定不可过松过紧。四肢骨折固定时应露出手指或脚趾尖，以便观察血液流通情况。如发现指（趾）尖苍白或青紫，表示包扎过紧，应适当放松或重新固定。

8．固定后要做明显的标志（一般将白布条用安全别针别于左胸前），并迅速后送。

（三）骨折固定材料

1．夹板　扶托伤肢用。有木制、铁絲制两种，长宽要合适。也可用木棒、树枝、高粱杆等临时夹板或伤员胸部、健侧肢体作扶托。

2．敷料　作垫子用的有棉花、纱布或衣服、布、纸、草等；綁夹板用的有三角巾、绷带或线绳、腰带等（不能用铁絲）。

（四）骨折固定方法

1．前臂骨折固定

(1) 夹板固定（图 18-35）：伤员手心握一棉团，两块夹板分别放在前臂的掌、背侧，加垫后用三角巾绑好屈肘 90 度固定。悬带吊在胸前。

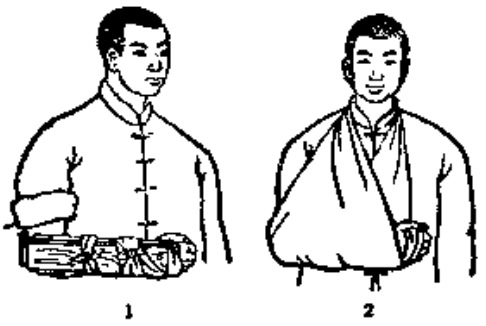


图 18-35　前臂骨折夹板固定

(2) 无夹板固定（图 18-36）：伤肢吊在胸前，再用一条三角巾将上臂和悬吊的前臂一同固定在胸部。

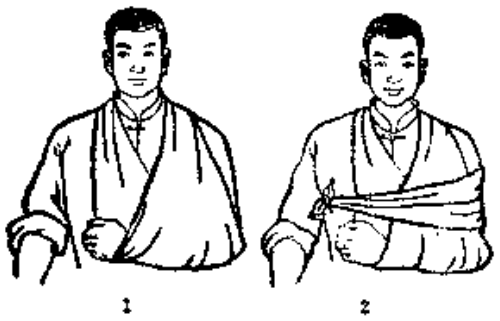


图 18-36　前臂骨折三角巾固定

图 18-37　上臂骨折夹板固定

2. 上臂骨折固定

(1) 夹板固定（图 18-37）：伤肢屈曲贴于胸前，一块夹板放在上臂外侧，加垫后用布带将骨折上、下两端固定。再将前臂吊在胸前，并用一条三角巾将上臂固定于胸部。

(2) 无夹板固定（图 18-38）：用一宽布带对准骨折处将上臂固定于胸侧，再用三角巾将前臂吊起。

图 18-38　上臂骨折三角巾固定

图 18-39　锁骨骨折三角巾固定

3．锁骨骨折固定

(1) 三角巾固定（图18-39）：救护人员用头顶住伤员上背部，同时用一条三角巾绕伤员前胸、两肩用力拉向后背，使两肩关节后张，然后打结。

两前臂屈曲，两腕在胸前交叉，再用一条三角巾固定。

(2) “8”字带、丁字夹板固定：固定法见图 18-40。

甲、8字形带固定　乙、丁字夹板固定

图 18-40　锁骨骨折“8”字带、丁字夹板固定

4．小腿骨折固定

(1) 夹板固定（图 18-41）：将两块自大腿中部到足跟长的夹板，放在伤肢的内、外两侧（若仅用一块，则夹板放在外侧），加垫后在骨折上下两端、膝下、足和大腿中部分别用布带缠紧二圈后在外侧打结。

足部应用 8 字形布带固定，使脚与小腿呈直角。

(2) 无夹板固定（图 18-42）：伤员仰卧。健肢移向伤肢，使两腿、两脚并列对齐。两腿之间塞紧棉花（或垫衣物），然后同上法用布带缠紧打结。

图 18-41　小腿骨折夹板固定

图 18-42　小腿骨折无夹板固定

5．大腿骨折固定（图 18-43）　将一块自腋窝到足跟长的夹板放伤肢外侧，再用一块自腹股沟到足跟长的夹板放伤肢内侧（亦可只用外侧一块夹板，而内侧一块夹板以健肢代替），加垫后依次在腋下、臀下、骨折上下端、小腿膝下、足跟等处用布带缠紧打结。足部仍用布带作 8 字形固定。

图 18-43　大腿骨折夹板固定

6．手、足骨骨折固定

(1) 手骨（包括手指和手掌）骨折固定（图 18-44）：可以用绷带卷或布卷塞在伤手掌心里，然后用绷带把手包扎起来，并用悬臂带吊起。

图 18-44　手骨骨折的包扎

图 18-45　足骨骨折的包扎

(2) 足骨骨折（图 18-45）：可扶住足关节，脱去或剪去靴鞋，用夹

板放在足底，用绷带缠扎。

7．脊椎骨折固定 让伤员俯卧在担架或门板上，腹部及胸部加垫固定，不使移动，以免加重损伤（图 18-46）。

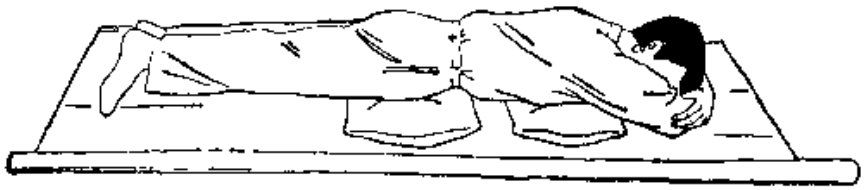


图 18-46 脊椎骨折的卧位

四、搬　　运

伟大的领袖和导师毛主席教导我们：**“我们的干部要关心每一个战士，一切革命队伍的人都要互相关心，互相爱护，互相帮助。”**

战场上及时抢救、搬运伤员十分重要，可以将阶级兄弟迅速转移、隐蔽，避免再次负伤；使伤员尽快得以安全后送、及时救治。因此，在战时，不论在何等困难复杂的情况下，我们都要想尽一切办法，千方百计寻找伤员，并把他们迅速抢救转移。在搬运过程中，必须随时注意隐蔽（利用地形地物），并保护伤员的安全。另外，在严寒和酷暑的气候条件下运送伤员，要注意伤员的保暖和防暑。在搬运时，还必须注意以下几点：

1．搬运前，最好先做好对伤员的检查和初步的急救处理。

2．按病情的需要，决定适当的搬运方法。

3．搬运时动作要轻、稳、迅速，避免震荡。

4．搬运时应时刻注意伤员的病情变化。

搬运伤员的方法有很多种，必须**对于具体情况作具体的分析**，可根据伤情、战斗进行情况、地形、地物等适当来选用。

搬运伤员要做到“三快”“一活”：“三快”即接近伤员快、搬运转移快、隐蔽伤员快；“一活”即根据伤情、敌情、地形、灵活运用搬运方法。

（一）搬运的方法

1. **单人徒手搬运**

(1) 扶、抱、背（图 18-47）：如果伤员还能行走，就可以扶着他走。如果伤员不能行走，但神志尚清醒，可在他的协助下，作抱、背的办法搬运。但有脊椎损伤的伤员，不可用这些方法。

扶　　抱　　背

图 18-47　扶、抱、背搬运

如果伤员神志不清，躺在地下，则应采用以下抱持法或背负法搬运：

抱持法：救护员先屈一膝跪地，以右手托住伤员背部，将他上身稍稍扶起，并使其一手勾住自己头颈，再用左手托住他的大腿，将他抱起。

背负法：救护者躺在伤员的一侧，面对伤员，一手紧握伤员的肩，另一手抱他的腿，用力翻身，使伤员伏在自己背上，而后慢慢站立起来，以双臂勾住伤员两膝，并牵着他的两手，背着运走。操作时注意尽量贴近伤员，翻身动作要迅速，站立时先屈出一膝，后再站起。

(2) 侧身匍匐〔音伏，fú〕搬运（图 18-48）：在敌人密集火力下可用侧身匍匐搬运。

图 18-48　侧身匍匐搬运

2. **双人徒手搬运**（图 18-49）椅式、拉车式、平托式。

脊椎损伤不用椅式、拉车式

图 18-49　椅式、拉车式、平托式搬运

搬运。

3．担架搬运（图 18-50）　将伤员平托到担架上，先把担架放在伤员的伤侧，两人再轻轻将伤员托到担架上。用衣、被、草等把伤员两侧空隙垫好塞住，以免抬起走时摇荡。

伤员脚朝前头朝后，担架行进时，后面的人要经常注意伤员情况的变化。抬担架的人假使一高一矮，矮的要走在前面。

上坡时，后面的人要高抬；下坡时，前面的人要高抬。这样可使伤员平稳。

4．脊椎损伤伤员的搬运　对脊椎损伤或可疑脊椎受伤的伤员，搬运时要非常小心，一定要避免脊柱弯曲和扭转。否则，会因搬运不当，折断脊髓神经，造成严重后果——使伤员瘫痪残废甚至发生生命危险。

注意事项（图 18-51）：不得用扶、抱、背、拥方法搬运伤员；不

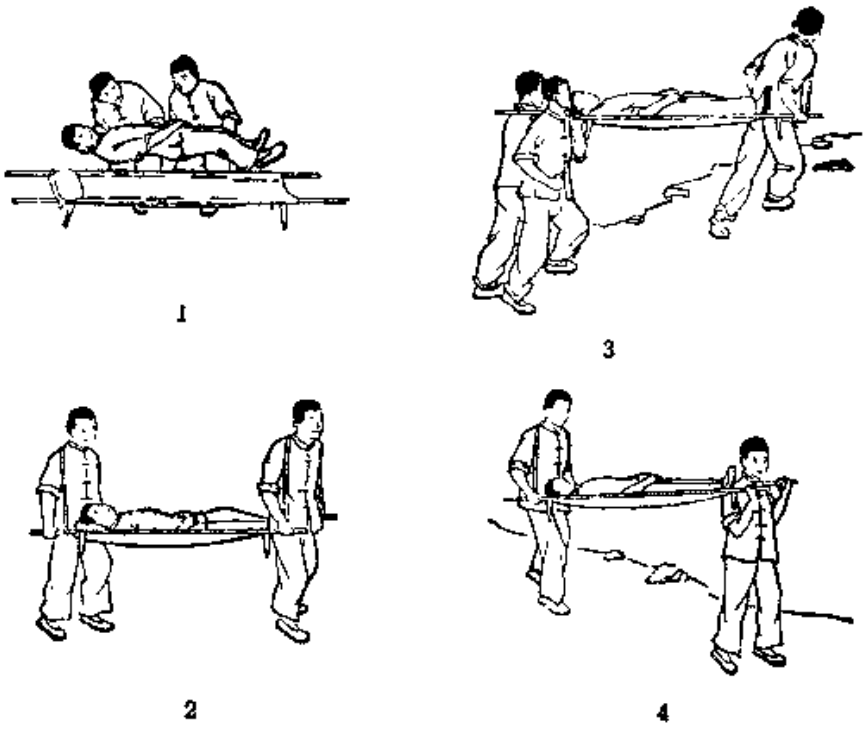


图 18-50　担架搬运

图 18-51　脊椎损伤的错误搬运

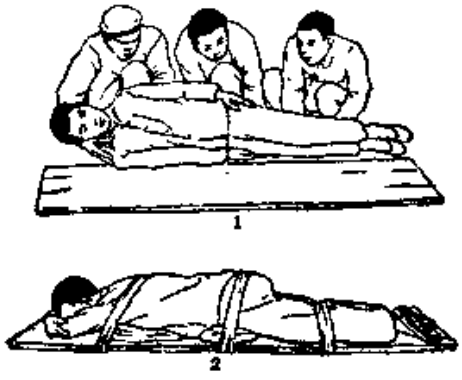


图 18-52　胸、腰椎损伤伤员搬运

得用椅式、拉车式搬运；不要用软担架搬运。

搬运方法：

(1) 胸、腰部脊椎损伤搬运（图 18-52），将一木板放在伤员一侧，

由3～4人分别用手托伤员的头、肩、臀、腿，动作一致，把伤员托或翻到木板上。

若仰卧，在伤员腰部要垫上一个衣服垫。若俯卧，在肩、腹下应垫一衣卷。然后，用几根布带把伤员绑在木板上固定即可。

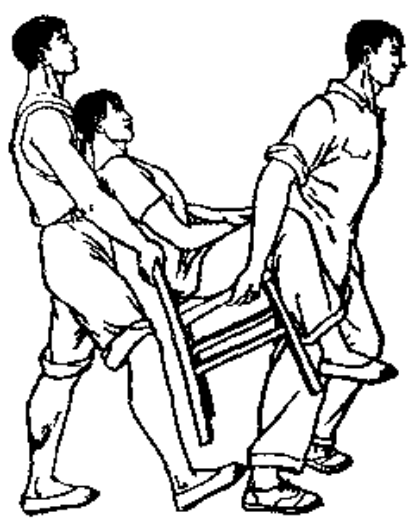
(2) 颈椎损伤搬运（图18-53）：同上，有3～4人，其中一人专管牵拉固定伤员的头部，使头与身体保持成直线位置不动。伤员仰卧在木板上。颈下垫一小布垫，头左右两侧用衣垫或砂袋塞住，防止头部摇动。

1　　2

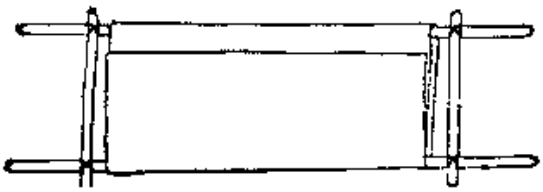
图18-53　颈椎损伤伤员搬运

（二）简易担架的制作

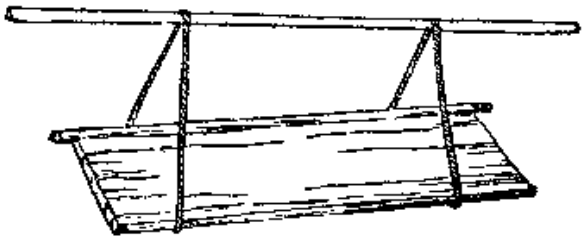
在没有现成担架时，可利用椅子、长凳、门板、长木棍、绳子、被单、梯子、高粱杆、玉米杆、大衣、上衣等制成简易担架（图18-54）。



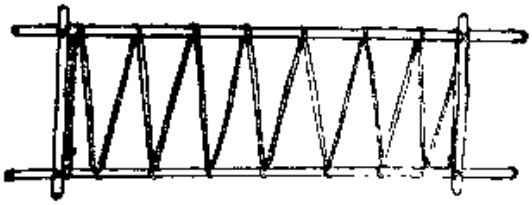
靠背椅作临时担架



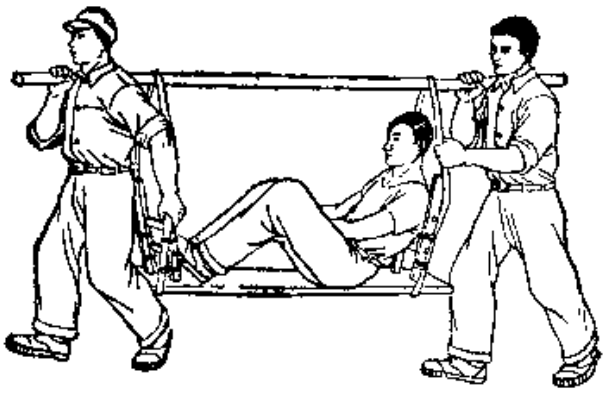
用毯子做临时担架



用门板做临时担架



用竹竿及绳子做临时担架



用长凳做临时担架

图 18-54　选择代用品代替担架搬运

复习方法

1．熟习止血、包扎、骨折固定、运送的技术操作。

2．练习用就便器材包扎搬运“伤员”。

第二节　三防基本知识

一、原子武器的防护

原子武器又称核武器，包括爆炸性原子武器（原子弹、氢弹等）和放射性战剂两种。过去，苏美两霸大肆宣扬“核恐怖”，到处进行“核讹诈”，妄图扑灭世界人民的革命斗争烈火，实现其称霸世界的罪恶目的。我们的伟大领袖毛主席早在一九四六年就指出：**“原子弹是美国反动派用来吓人的一只纸老虎，看样子可怕，实际上并不可怕。当然，原子弹是一种大规模屠杀的武器，但是决定战争胜败的是人民，而不是一两件新式武器。”**毛主席的英明论断，极大地鼓舞了世界革命人民的斗志。

在伟大的毛泽东思想指引下，我国的工人、解放军和革命科学工作者，发扬了自力更生、艰苦奋斗的革命精神，在短短几年中，就使原子弹、导弹、氢弹连续试验成功，人造地球卫星上天并返回地面，实现了毛主席关于**“搞一点原子弹、氢弹，我看有十年功夫完全可能”**的英明预见。这一伟大胜利，沉重地打击了超级核大国的核讹诈政策，打破了他们的核垄断地位，大长了革命人民的志气，大灭了帝、修、反的威风，对于正在进行革命斗争的世界各国人民，是一个有力的支援。

当前，在世界人民革命斗争节节胜利的一派大好形势面前，我们特别要警惕敌人对我国进行突然袭击。我们要掌握核武器损伤的防护措施，作好反侵略战争的一切准备。

（一）原子武器的爆炸景象

原子弹（氢弹）爆炸时，首先发出耀眼的闪光，然后出现明亮的巨大火球，在这一瞬间，产生了原子爆炸的四种杀伤破坏因素（后述）。

以后，可以听到巨大的爆炸声。火球形成棕色的烟云团，迅速上升，从地面吸起大量的尘土，成为放射性尘柱，尘柱和烟团一起上升，形成蘑菇状烟云。因此，原子爆炸的景象依次为：闪光-火球-巨响-蘑菇状烟云。

（二）原子武器的杀伤破坏作用

1. **光辐射** 是原子弹爆炸时产生的高温火球所形成，由可见光、红外线和紫外线组成。闪光出现时，就是光辐射开始。与冲击波一样，它的作用时间极短，在直视时能损伤眼睛，引起暂时失明、结膜炎、角膜炎和视网膜烧伤等；也能使人体对着爆炸方向的外露部分（面、颈、双手等）或紧贴衣服的皮肤引起烧伤；还能引起物体燃烧而使人烧伤。由于光辐射是直线行进的，故可以利用一切遮光物来进行防护。

2. **贯穿辐射** 是由原子弹爆炸时放出的一些肉眼看不见的穿透力很强的射线。当闪光出现时，人即受到射线影响，但很快就明显减弱。人受到大量射线照射后，会引起放射病，可在几小时到几天后出现头痛、恶心、呕吐以及食欲减退等症状。因其在穿透物体时，作用被明显削弱甚至消失，故可利用障碍物进行防护。

3. **冲击波** 是原子弹爆炸时，产生快速(每秒钟1,000米)向外扩散的强大气浪和高压。它的作用范围大、时间短(几秒钟到几十秒钟)，杀伤作用随着距离的增大而减小。在没有防护或防护不好的情况下，能直接伤害人畜，或使建筑物倒塌而引起间接伤害，如骨折、挤压伤、摔伤等。但在有效的防护下，此种作用便大大减弱。

4. **放射性沾染** 主要由蘑菇状烟云的放射尘降落而成。在原子弹爆炸的中心区，以及在它下风方向的空气、地面、水、器材及室外的人、畜都会受到放射性沾染。一般空爆后放射性的减弱较迅速，而地爆后则因污染较重，放射性的减弱较慢。人在沾染区停留过久，吸入放射性沾染的空气，吃了放射性沾染的食物或水，以及接触了放射性沾染的东西，都可引起放射病或放射性损伤。因此，需使用防护用具和洗消等防止发生放射性损伤。

（三）原子武器的防护

1．平时的准备工作

(1) 加强战备思想教育，揭露超级大国的反动本质及其核讹诈的阴谋，从思想上作好对付敌人突然袭击的准备。

(2) 在各级党委和革委会的领导下，建立严密的防空警报系统，健全三防组织，对卫生员、民兵和积极分子进行必要的三防知识训练。

(3) 做好一切防护准备，如挖防空洞、修建集体防护场所、因地制宜准备必要的防护器材（口罩、毛巾、草帽、雨伞、雨衣、塑料布、被单、胶鞋）等。

2．原子武器袭击时的防护

(1) 听到警报时，作战人员和必须坚守工作岗位的人员应该按规定和有关指示采取行动。一般人员应立即关窗并放下窗帘，关灯熄火，盖好水井，携带或穿戴平时准备好的防护用品，有组织地迅速进入掩蔽体。

(2) 如果遇到突然袭击，当看到耀眼闪光时，暴露人员（如正在行走的人）应迅速利用就近的地形、地物进行隐蔽。如果没有合适的掩蔽物，应立即就地趴倒，脚朝闪光方向，两手交叉放在胸前，胸部要离开地面（减少震动对内脏的损伤），脸朝下，嘴半张开（减少冲击波对鼓膜的伤害），头枕在手臂上，最好将上衣翻起遮盖头部。眼睛闭紧，切勿抬头看火球，以免引起眼睛损伤。室内的人应立即扑倒在爆炸方向的墙角下，避开窗口及火炉。

等冲击波过去后（约半分钟左右），及时使用个人防护用品，尽快进入附近掩蔽场所，以防止放射性灰尘的损害。待警报解除后，在专门人员指导下离开掩蔽场所。

3．原子武器袭击后的卫生救护　受到原子武器袭击地区的群众，要发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战的作风，积极开展互救自救，尽快离开沾染区。

(1) 抢救伤员做到“三快”（快抢、快救、快送）。抢救次序是由里而外，先重后轻，把伤员送到集中地点，由专人组织后送医疗。

(2) 原子武器袭击所引起的创伤性质，与常规武器引起的基本相同。急救时，除抢救外伤和烧伤外，应注意用清洁材料揩去伤员皮肤

及伤口上的放射性灰尘和液滴。

(3) 参加抢救的人员，必须做好个人防护；进入沾染区时，要穿戴个人防护用品，遵守沾染区的行动规则，禁止在沾染区内吸烟、吃东西、随便坐下和脱掉防护用品等；抢救完毕，要进行自身放射性沾染的消除。

4．放射性沾染的消除　沾染区的人员、衣服、食物、地面等，经专业人员检查发现有放射性沾染时，要认真地、及时地开展放射性沾染的消除工作。

(1) 衣服的除沾染：一般在皮肤除沾染前进行。通常不脱下衣服，直接在身上从上到下地抖拂、拍打，或用未沾染的草把、刷子、布巾等措刷。要站在上风向。放射性沾染不易去除的衣服(如呢绒、毛料、棉袄等)，可放在纸袋或塑料袋内暂时存放，等放射性减弱(衰变)后再使用；布类衣服可用清水反复洗涤，或用肥皂粉（1%盐酸也可）浸泡后，再用清水洗涤。

(2) 皮肤的除沾染：重点是身体的外露部位，先用毛巾、棉花或衬衣等轻轻揩去或吸干皮肤上的灰尘和液滴，然后用肥皂水和清水洗局部。水不足时，可用浸湿的毛巾、手帕等顺着一个方向揩拭；没有水时，也可干揩(防止揩破皮肤)。用清洁水漱口和冲洗眼睛，擤出鼻涕，清洗鼻孔。口角、眼角、耳根及耳廓等部位都要洗干净，不要遗漏。

如有条件，最好进行淋浴(或用桶、盆盛水)，自上而下清洗全身。脱衣服时动作要轻，从上向下脱，并注意风向。衣服需放到指定地点，集中处理。淋浴后，经专业人员检查体表合格后，穿上清洁衣服。

(3) 粮食和食物的除沾染：粮食和食物的包装材料被沾染，可以更换。粮食和食物只有表面沾染，可去除表层。能用水洗的沾染食物，可用清水反复冲洗，经检查合格后再供食用；不合格的暂时放存，等放射性减弱后食用；不能保存的，则作为放射性废物处理。

(4) 水的除沾染：可把沾染的水倒入缸、瓮内，加入明矾搅拌后，放置半到一小时，使其澄清，取上层清液，经检查合格后可食用；不合格的，应进一步过滤（以活性炭、黄沙、沙土为过滤材料)。如水不急用，可静置沉淀10～15小时，取上层清液检查合格后食用（液体食

物也可按此处理)。

(5) 地面、道路及建筑物的除沾染：经检查须除沾染的主要通道及建筑物，有条件的可用抽水机抽水冲洗；泥土路面不宜冲洗的，可用铁镘铲去表层泥土。大面积的地面沾染，应树立警告标志，暂停通行。

(6) 放射性废物、废水的处理：放射性废物先收集在缸、桶或塑料袋内，然后远离水源和居民区深埋，离地面至少1.5米，并树立警告标志。放射性废水，应引入事先挖好的、一定深度的排水沟及渗水坑，并注意勿使水溢出，然后填没，并树立警告标志。

二、化学武器的防护

化学武器是帝国主义用来发动战争、进行侵略的一种常备武器。在第二次世界大战中，德、日法西斯曾用这类武器毒害了许多革命人民；第二次世界大战以后，美帝国主义在侵朝、侵越战争中，也多次使用过这类武器。今天，苏修社会帝国主义也在加紧研制化学武器，我们必须保持高度的革命警惕。

(一) 化学武器的施放及判断

化学武器的施放形式很多，可将化学毒剂装在各种炮弹、炸弹、手榴弹、毒烟罐和地雷中施放，也可直接用车辆、飞机施放。

化学武器与其他武器一样，有一定的杀伤作用，但是也有其局限性。一般说来，化学武器的杀伤范围较广（能扩散到一定的面积和空间），杀伤作用时间较长（暂时性毒剂为几分钟到几十分钟，持久性毒剂可达几小时、几天甚至几周），中毒途径多（呼吸道、消化道、皮肤接触），但易受各种气候条件和地形的影响，如刮大风、下雨、下雪都不利于施放，高地、开阔地、起伏地等风易吹到的地方，其作用也会大大减弱和消失。所以可根据它的这些特点采取各种积极的防护措施。

怎样判断敌人施放化学武器呢？一般可根据下列各种迹象：

1. 看到敌机尾部出现云雾或带状烟雾，很快落到地面，象下小雨一样；爆炸的地方出现气团、烟或雾，弹坑附近有液滴、油雾和斑点；

潮湿地面有白色粉末，水的表面有漂浮流动的油膜；农作物、树木、草叶等植物上有油滴、棕色斑点或枯萎现象；地面有毒死的昆虫和动物；在同一时期内突然出现较多症状相同的伤员。

2．听到较一般为低沉的炮弹或炸弹爆炸声。

3．嗅到特殊的气味，如大蒜味（芥子气），鱼腥味（氮芥气），天竹葵味（路易氏气），苦杏仁味（氢氰酸、塔崩），水果味（沙林），樟脑味（索曼），烂苹果味（光气、双光气），荷花香味（苯氯乙酮）等。

4．眼睛或呼吸器官受到刺激，出现咳嗽、流泪和喷嚏等现象。

一旦发现上述情况，应立即报告各级防空、防疫有关部门。

（二）化学武器的损害和急救

1．化学武器对人体的损害　敌人使用的化学毒剂，按其性质大致可分为5类：

⑴ 神经性毒剂（又称含磷毒剂）：有沙林、索曼和塔崩等，主要毒害人的神经，破坏神经系统的正常活动能力，其作用和有机磷农药相似，但毒性大得多。中毒途径以呼吸道吸入最为常见和严重，也可通过皮肤、粘膜、伤口，或误食染毒的水和食物进入人体。中毒主要表现为瞳孔缩小、呼吸困难、流口水、多汗、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肌肉颤动，甚至全身肌肉抽搐、昏迷等。

⑵ 糜烂性毒剂：有芥子气、氮芥、路易氏气等，主要使人的皮肤和各种器官发生糜烂。可通过眼、皮肤、伤口、消化道及呼吸道等途径引起中毒。皮肤染毒后表现为痒、痛，出现红疱、水疱，由小疱发展成为大疱，以致溃烂，严重的可引起全身中毒。

⑶ 窒息性毒剂：有光气、双光气等，主要毒害人的呼吸器官，引起呼吸困难、缺氧以至窒息。经呼吸道吸入而引起中毒。中毒后有一定的潜伏期，开始只有咳嗽、胸闷等轻微症状，易被忽视；但经过2～8小时（有时长达24小时）后，可突然发生肺水肿，表现为呼吸困难，剧烈咳嗽，口鼻流出大量淡红色泡沫状液体，皮肤粘膜青紫、以后转为苍白，昏迷等。

⑷ 全身中毒性毒剂：有氢氰酸及氯化氰等，主要使人的血液和全身组织中毒，以呼吸道吸入为主，也可因误食染毒的水和食物而发

生。中毒后病情发展迅速（几分钟到几小时），出现舌尖麻木、胸痛、呼吸困难、心慌、脉搏快、皮肤粘膜呈鲜红色、瞳孔扩大等，严重者可先发生肌肉强直性抽搐，然后全身肌肉松弛。

⑸ 刺激性毒剂：有催泪剂（苯氯乙酮等）及喷嚏剂（亚当氏气等）两种，主要刺激人的眼睛和呼吸器官而引起眼睛灼热、刺痛、怕光、大量流泪、剧烈的喷嚏和咳嗽。

2．急救　当敌人施放化学毒剂时，我们必须发扬“一不怕苦，二不怕死”的彻底革命精神，积极地、迅速地进行互救和自救。急救原则如下：

⑴ 防止继续中毒。立即给伤员戴用防护用具，对眼睛及皮肤进行清洗和消毒；对误食染毒食物和水的伤员应立即用手指刺激咽喉等方法催吐。

⑵ 迅速将伤员撤离染毒区。

⑶ 当伤员出现呼吸及心跳停止时，应立即进行人工呼吸（光气及双光气中毒不宜进行压迫法人工呼吸）及体外心脏按压。

⑷ 经上述急救处理后，病情较重者应及时转送医院。

⑸ 如有条件，可在急救时给伤员使用抗毒药物。

（三）化学武器的防护

1、防护原则与要求　作战人员和必须坚守岗位的人员应按照命令和有关指示采取行动。一般人员应按下述原则进行防护：

⑴ 充分利用自然、地理条件，与有效的工事或建筑，及时进行隐蔽。当确定敌人单独使用化学武器时，可根据当时的条件与可能，采取不同的隐蔽方式：有楼房的地方，要有组织地撤离至附近较高的楼房内隐蔽，紧闭门窗，避向二层以上的高处；如果有装有滤毒装置的掩蔽部或地下室则更好。野外人员，应迅速转移到上风向，或利用现场的地形、地物很快登上高地，不可在低洼处、峡谷森林或植物茂密地带等空气不流通的地方停留。

⑵ 正确、迅速地使用现有的防护用具。除防毒面具、防毒口罩和防毒衣等外，还可就地取材，采用各种简易有效的个人防护用具。

⑶ 在染毒地区行动要遵守规则。非必要时，不准卧倒或坐在地

上；避免在植物茂密的地方行动；没有命令，禁止脱下防护用具；禁止吃东西、饮水和吸烟；尽量缩短在染毒区停留时间。离开染毒区后，应尽早地进行洗消。

2．防护方法　针对毒剂可能进入人体的途径，采取严格的全身防护，特别注意保护呼吸器官、眼及皮肤。可根据毒剂的理化特性，选用一定的材料来达到防护的目的。例如：

(1) 呼吸道的防护：可用水、肥皂水、碱水甚至尿，浸湿纱布口罩、毛巾、布条等任何布料，掩住口鼻，作为应急措施；或用毛巾、纱布口罩、手帕、旧布等做成袋子，内装浸有碱水的稻草灰、木屑、木炭屑、土粒等材料，做成装料防毒口罩；还可用浸渍防毒口罩，即用纱布迭成30～40层或将一条毛巾迭成12层，制成口罩，用10%苏打水或浓肥皂水、尿等浸湿，使用时稍拧干，可有暂时效力。也可用透明塑料袋、玻璃纸套在头上，口鼻部开孔，外面带上上述口罩，颈部束紧，作为简易防毒面具(图18-55)。

图18-55　简易防毒面具

(2) 眼部的防护：可利用防风、防尘眼镜，或用玻璃纸和透明塑料紧蒙在眼上（周围贴胶布封住）作为防护。

(3) 皮肤的防护：就地取材的土办法较多，如油纸、油布、塑料布、塑料雨衣、斗笠、蓑衣、毯子、棉被、雨伞等，都可作为防毒衣；两手涂肥皂，戴上各种手套（棉纱手套不宜用），或用塑料袋、塑料布包裹；两脚穿上半统或长统套靴，或用塑料布绑腿裹足等等。

总之，使用上述各种防护用品，一定要正确而迅速，特别要注意穿戴严密，避免用劲呼吸。同时，因其作用时间很短（几十分钟），所以要尽量减少在严重染毒地区停留的时间。

3．毒剂的洗消

(1) 人员的洗消：在染毒少的地区，能做到及时的个人防护，一般脱去防护用具，换上干净衣服，漱口，暴露部位用清水或肥皂水仔细

冲洗即可。已经染毒的首先用纱布、棉花、布条或草纸等吸去明显的毒剂液滴，然后迅速用清水或肥皂水冲洗。眼睛有刺激的，可用清水（2％苏打水或3％硼酸水更好）多次洗涤。有条件的，应淋浴，洗澡时避免用热水，以减少毒剂的吸收。

(2) 服装的洗消：对穿戴的防护用具及衣服，一般采用煮沸消毒（加些肥皂水或苏打更好）；塑料用品用碱水浸泡，或再用1:4～1:5漂白粉液喷洒消毒。价值不大的个人防护用具，可埋掉或烧掉。

(3) 水的消毒：小量的水可用煮沸消毒，煮至完全无气味时为止。染有神经性毒剂的水，应加碱煮沸。染有氰化物的水，每升加醋酸1～3毫升(或浓盐酸、硫酸3～4滴)。染有芥子气、氮芥的水，须煮沸20～30分钟。染有路易氏气的水，有条件的，加苏打、烧碱搅拌后，再加三氯化铁煮沸1～1.5小时。经上法处理的水须经检验合格后方可饮用。大面积的水源污染，应由专业部门负责处理。

(4) 食物的除沾染：少量食品或液体食物染毒严重的应予销毁。大量食品（包括粮食）被液态持久性毒剂染毒时，须除去染毒部分，未染毒的部分经化验和烹调处理后，再供食用。被蒸汽态毒剂染毒的食物，采用通风、加热、冲洗等方法消毒，一般经烹调后即可达到要求。有包装的食物（包括粮垛），如内部的食物未染毒，可更换包装；如有染毒，将染毒部分除去，其余更换包装，经化验后供食用。

(5) 地面、建筑物、器材的洗消：地面、建筑物的洗消，可用冲洗、喷雾器等进行，表面泥土可铲除埋掉。器械、器具的洗消，采用喷雾器或用蒸煮、浸泡在消毒液（漂白粉水、石灰水、苏打水、草灰水、氨水等）中等方法。

(6) 自然洗消：对暂时性的毒剂，以及染毒的江河，可随着时间的增长、潮水的涨落等，让毒剂逐渐分解和稀释，一般不必专门处理。

三、细菌武器的防护

细菌武器是利用细菌、病毒等微生物及细菌产生的毒素制成的武器。在抗日战争时期，日本帝国主义曾在我国的东北、浙江、江西等地多次使用过细菌武器，加上国民党反动派的黑暗统治，曾造成许多

严重的传染病流行，夺去了无数劳动人民的生命。在抗美援朝战争中，美帝国主义也曾在朝鲜战场和我国的东北、华东、中南沿海一带使用过细菌武器，妄图挽回他们的可耻失败。我国人民遵照伟大领袖毛主席关于“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，……”的伟大号召，充分发动群众，大搞爱国卫生运动，取得了反细菌战的伟大胜利。当前，帝国主义特别是社会帝国主义变本加厉地推行侵略政策和战争政策，在扩军备战的同时，积极研究和制造大量的细菌武器。因此，我们必须加紧行动起来，作好充分准备，随时准备粉碎敌人的细菌战争。

（一）细菌武器的危害性

细菌武器的作用主要是散布具有较强传染力的病菌、毒素，使人或家畜得传染病，达到杀伤人畜的目的。它的作用时间长，污染范围广，有多种传染途径。特别是病菌污染了空气以后，能够随风扩散。有的病菌还可在土壤或昆虫的体内长期存在，因此为害较久。此外，细菌武器在施放时没有巨大的爆炸声、闪光和颜色等，不易被发觉，更增加了其危害性。

但是，细菌武器也存在着一些根本的弱点。例如，受自然因素的影响很大，下大雨、刮大风、强阳光和高气温等，可使其作用减弱或消失；同时，平时大力加强预防工作（爱国卫生运动、除害灭病、预防接种等），可有效地防止传染病的发生和传播。所以，只要认真对付，细菌武器的破坏作用是能够防止的。

（二）细菌武器的施放及判断

1．细菌武器的施放方式　敌人施放细菌武器，一般采用如下几种方式：

(1) 从飞机上直接喷洒或丢下自动喷洒器喷洒细菌，在空气中形成象云雾或烟雾一样的东西（称为气溶胶），或用带细菌的炸弹、导弹、炮弹等爆炸后污染空气、水源和食物。

(2) 从飞机上直接撒布或用炸弹、导弹爆炸后放出带细菌的苍蝇、蚊子、跳蚤、老鼠、青蛙、玩具、羽毛等东西，这些东西可直接为害人畜或污染水源和食物。

(3) 派遣特务或潜伏特务暗中放毒破坏，污染食物和水源；或直接由海潮从海面漂送来有毒的昆虫、小动物和杂物等东西。

2．细菌武器的判断　敌人施放细菌武器，手法很狡猾，往往在人们容易疏忽的时候进行，如清晨、黄昏、夜间、多云、多雾、寒冷季节，特别是无风或微风时。无论什么时候，如发现以下可疑情况，要立即报告。在可能条件下，还要用筷子或火钳等小心采集下述各种可疑物品（切勿用手拿取），放入玻璃瓶或铁盒、罐头内，严密包封，及时上送检验。

(1) 敌机丢下喷洒器或直接从机尾喷出云雾样和烟雾样的东西。

(2) 敌机丢下不爆炸或爆炸声音很低沉的炸弹，敌机飞过后，地面出现玩具、树叶、烂棉花、羽毛、传单、昆虫、罐头等可疑东西。

(3) 炮弹、导弹等爆炸后，在弹坑周围地区发现密集的昆虫、小水滴和粉末等。

(4) 各种反常现象的出现，如冬天发现大量的苍蝇、蚊子；街道、公路、田间、屋顶等场所出现大量的跳蚤、老鼠或当地从未见过的昆虫、小动物等；在同一时期内，突然发生很多症状相象的病人、病畜，或大片庄稼、果树等突遭病、虫害；农田突然发现大批害虫；等等。

(5) 从海潮或河流中漂来老鼠、玩具、食物、木箱等来源不明的东西。

（三）细菌武器的防护

1．平时的准备工作　经常开展群众性的以除害灭病为中心的爱国卫生运动，是粉碎敌人的细菌战争的根本措施。应着重做好以下几点：

(1) 进一步健全和巩固发展基层群众性卫生组织网，充分发挥赤脚医生、基层医务人员及生产队卫生员和卫生积极分子的骨干作用，大张旗鼓地宣传毛主席对卫生工作的重要指示，养成“人人讲卫生，家家爱清洁”的良好习惯。

(2) 积极消灭蚊、蝇、老鼠、臭虫和蟑螂等，加强粪便管理，搞好饮食、饮水卫生。

(3) 加强传染病报告制度，建立群众性报病网，及时掌握传染病的

发生情况。

⑷ 定期开展预防接种，增强人群对传染病的抵抗力。

2．敌人发动细菌战时的防护工作

⑴ 个人防护方法：当敌人散布细菌气雾或烟雾团(即气溶胶)时，附近的人应即转移往上风处，绝不能朝下风方向或低洼地跑。同时，要因陋就简、就地取材地进行个人防护，如戴干的纱布口罩（6层以上），或用多层毛巾、布条、手帕和工业用防尘口罩掩盖口鼻。还可用大衣、被单、塑料雨衣、塑料布、油布等遮盖全身。为防毒虫叮咬，应扎紧衣服领口、袖口、裤脚口。如能利用防空洞、住房和地下室进行防护，必须紧闭门窗(但时间不宜过久)。

⑵ 污染区的处理：细菌武器污染区域，应在各级革委会或防空、防疫部门的统一指挥和专业人员的指导下，有组织、有步骤、有防护地开展群众性的杀虫、灭鼠工作。污染区周围要作出醒目的标志，禁止随便出入。

杀灭敌投毒物、毒虫，可采用群众性的捕、打、烧、烟熏、掩埋和药物(六六六、二二三、敌百虫等)处理等办法。对鼠类动物，要立即用各种工具迅速就地消灭。如已跑散，可使用各种捕鼠器材、挖鼠洞或用毒鼠药（磷化锌等），在附近地区广泛开展捕鼠、灭鼠工作。捕杀的鼠类，一定要集中烧掉，并注意捕鼠器材的消毒。

在污染区开展杀虫、灭鼠工作的人员，应严格注意个人防护。工作时严禁吸烟、饮水、吃东西或用手抹口鼻。也不能用手直接接触毒虫或毒物。工作后要用5％来苏儿液、1％漂白粉液或75％酒精（50度以上烧酒也可）揩擦污染的皮肤。用肥皂水洗刷双手和身体暴露部分。离开污染区后，要洗澡和换衣。在污染区用过的东西和换下的衣服、口罩等物，都要煮沸消毒，价值不大的可烧掉。

⑶ 在污染区的所有人员，都要迅速进行有关疫苗的预防接种。凡与传染病人、细菌、毒虫、毒物接触过的人，应隔离观察，必要时可用药物预防。

⑷ 污染物的消毒措施：地面可喷洒20％漂白粉或20％生石灰乳状液，2小时后重复一次，再用清水冲去。墙壁和家具用0.5％漂白粉

澄清液或5％来苏儿液喷洒或洗刷。室内空气用0.5％漂白粉澄清液喷洒，2小时后重复一次。服装用加入2％小苏打或肥皂粉少许的水浸渍后煮沸半小时；饮水及食物煮沸半小时即可。病人的大、小便和呕吐物，可用20％的漂白粉或20％生石灰乳状液搅拌混和2小时。

思考题

1．原子、化学、细菌武器有什么危害性？怎样发现敌人使用这类武器？

2．原子、化学、细菌武器如何防护？

3．你怎样用实际行动来粉碎敌人的细菌战争？

附　录〔一〕

一、用药基本知识

药物是人类同疾病作斗争的武器之一，但是，我们治病不能完全依赖它。在一定的条件下，人的主观能动性可以加强人体的抗病能力，而抗病能力在与疾病斗争中起着决定性作用；药物则只是一个外因，必须通过人体的抗病能力而发挥作用。

药物有治疗作用，但又有不良反应。所以我们要用一分为二的观点看待药物。用药时，应力求明确诊断，有的放矢，从整体出发，抓住主要矛盾。不能"头痛医头、脚痛医脚"。例如高血压引起的头痛，必须治疗高血压，才能使头痛缓解，盲目地应用镇痛药物是有害的。

（一）药物的作用

1．预防作用　药物可用来加强人体的防卫机能，预防某些疾病的发生和蔓延，例如口服抗疟药预防疟疾发作，进行预防接种预防某些传染病等。

2．治疗作用

(1) 对因治疗：针对疾病发生的原因治疗，如链霉素治疗结核病，鸦胆子治阿米巴痢疾等。这是治疗疾病的根本措施。

(2) 对症治疗：在某些情况下，有的疾病暂时找不出原因；或者不能作出明确诊断而病人遭受病痛的折磨；或者疾病的症状可以引起疾病的进一步恶化；此时就可给予对症治疗，解除或减轻病人的症状，然后再根据需要，采取进一步的治疗。例如剧烈疼痛可以引起休克，为防止休克发生，需先制止疼痛，然后再进一步查出原因并给以对因治疗。

3．不良反应　一般包括副作用、毒性作用、过敏反应和继发性反应四种。

(1) 副作用：指药物除发挥其治疗作用外，同时还产生其他作用。

如阿托品在治疗胃痛时可产生口干的副作用。

(2) 毒性作用：如链霉素对耳前庭机能的损害。

(3) 过敏反应：如青霉素对某些病人可引起过敏性休克。

(4) 继发反应：如长期应用广谱抗菌素，可引起新的霉菌感染，称"继发感染"。

因此，在使用药物时，既要充分发挥其治疗（或预防）作用，又要避免和减轻其不良反应。

（二）给药途径

给药方法一般分为局部、经口和非经口三种。有的药由于给药途径不同，可以产生截然不同的作用。例如，硫酸镁内服是泻剂，静脉注射则产生镇痉作用。所以，要充分发挥药物的作用，熟悉给药途径也是很重要的。

1．局部给药

(1) 熏洗、浸泡、涂擦、外敷等，在局部产生作用。

(2) 灌肠、栓锭、吸入，虽给药于局部，但通过粘膜吸收，可产生全身作用，如水合氯醛灌肠、氨茶碱栓锭、异丙肾上腺素喷雾剂吸入等。

2．口服 方便安全，作用于胃肠本身快，吸入血流产生全身作用较慢，为最常用的给药途径。但急性昏迷、剧烈呕吐患者和药物本身易被胃粘膜破坏者，不宜使用此法。

3．注射

(1) 局部注射：如普鲁卡因封闭等。

(2) 皮内、皮下及肌肉注射：作用较快，缺点是药液不能太多，一般皮内不超过0.2毫升，皮下不超过1～2毫升，肌肉不超过5～10毫升。

(3) 静脉注射：作用最快，若给大量液体，须采用输液法。

（三）给药时间和次数

要使药物获得治疗效果，并且不致发生毒性和副作用，必须注意给药的时间和次数。有些药物（如磺胺类、抗菌素）在体内停留时间短，为了保持在体内一定的浓度，需要每隔4～6小时给药一次。有些药物（如洋地黄）在体内停留久、排泄慢，容易蓄积而引起中毒，就需要服用一个时间后减少药量或停用。驱虫药常在半空腹时服用；健

胃药、制酸药等常在饭前服；对胃有刺激性的药物在饭后服；催眠药须在睡前服；等等。

（四）给药剂量

剂量是药物在治疗中必要的分量，不足则药物不能奏效，过量则不仅浪费，且有中毒危险。一般说的剂量是指成年人一次平均口服量；最大安全剂量叫“极量”；超过“极量”而能发生中毒现象的剂量，叫“中毒剂量”；超过中毒剂量而能致命的剂量，叫“致死量”。有些药物不能一次奏效，故又有一日剂量和全程剂量。前者常为一次剂量的3～4倍，分3～4次给予；后者系一疗程所需的剂量。

此外，药物在同一剂量下受下列因素影响：有些人用某种药物，只用少量即可产生毒性反应（个体差异）；有些人对某些药物特别敏感（过敏反应）；其它如年龄、性别、体重、给药方式等，给药时都应加以注意。

（五）处方

赤脚医生在大队工作，一般都自己看病，自己配药，应正确使用处方并妥善保管，以便从中吸取经验，总结和提高医疗工作的质量。

处方应包括病人的姓名、年龄、性别，处方日期，药物名称和剂量（主要药物在前，次要药物在后）、用法、禁忌等，医生签名。

处方注意事项：⑴注意配伍禁忌（详见药物表及配伍禁忌表）；⑵核对药物剂量并告诉病人用法和可能出现的副作用；⑶处方字迹不可潦草。

（六）药物的保管

药物如果保存不当，可因外界气候、温度的变化而发生霉变、虫蛀等，或过期失效，均可影响质量，不仅造成物质上的浪费，在抢救和治疗疾病中还会引起事故。装药容器应严密消毒，瓶塞必须盖紧，避光药品应装在有色玻璃瓶内，生物制品必须在适当的温度下保存。同时，要注意标签使用期限，过期药物或药液有混浊和瓶口有破损，就不能再使用；易燃和易炸性药物应和火种隔离。还须注意医药公司及卫生领导机关来文，如有纠正、停止使用批号药物，应立即检出停止使用或上交有关部门处理。

二、常用药物表

常用药物表(一)

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
镇静、催眠、抗惊厥、抗癫痫药	三溴片	片剂 0.3克	口服	1～3片/次，一日3次	5岁以上半片/次，一日3次	镇静	易潮解，对胃有一定刺激性
	溴咖合剂（巴甫洛夫合剂）	溶液	口服	10毫升/次，一日3次	1毫升/岁/次，一日3次	镇静，用于神经衰弱	
	安宁（眠尔通）	片剂 0.2克	口服	镇静：1片/次，一日3次 催眠：2片/次	25毫克/公斤/日，分4次	有安定、松弛肌肉、镇静、催眠作用	
	利眠宁	片剂 5毫克 10毫克	口服	镇静：5～10毫克/次，一日3次 催眠：20毫克/次，睡前服	5岁以上5毫克/次，一日1～3次	有安定、松弛肌肉、抗惊厥作用，用于神经衰弱失眠、癔病	久用可成瘾，肝肾功能减退者慎用
	安定	片剂 2.5毫克 5毫克	口服	2.5毫克/次，一日3次，极量25毫克/日	5岁以上1～2.5毫克/次，一日3次	和利眠宁相似，其安定作用及肌肉松弛作用较利眠宁强5倍，抗惊厥作用强10倍	婴儿、青光眼患者及重症肌无力均忌用
		针剂 10毫克	肌注	10毫克			

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
镇静、催眠、抗惊厥、抗癫痫药	冬眠灵（盐酸氯丙嗪）	片剂 5毫克 12.5毫克 25毫克	口服	12.5～100毫克/次，一日3次	1～2毫克/公斤/次	镇静，催眠，降低基础代谢，降温，镇吐，扩张周围血管，降压，冬眠疗法（与非那根等同用）治精神病	①偶有厌食、皮疹、便秘、黄疸、白血球减少 ②用药剂量较大后应平卧，以防血压突然下降 ③肝病、心血管疾患者慎用 ④治精神病剂量可较大
		针剂 1毫升=25毫克 2毫升=50毫克	肌注 静滴	25～50毫克/次			
	安他乐	片剂 25毫克	口服	25～50毫克/次 一日3次	2毫克/公斤/日，分4次	镇静，催眠，抗过敏及抗心律不齐	
		针剂 2毫升=0.2克	肌注	0.1～0.2克/次			
	苯巴比妥（鲁米那）	片剂 0.015克 0.03克 0.1克	口服	镇静： 0.015～0.03克/次，一日3次 催眠： 0.1克/次	镇静： 1～2毫克/公斤/次，一日3次 催眠： 3～6毫克/公斤/次	为长时间类催眠药（约6～8小时），小剂量镇静，中剂量催眠，大剂量抗惊厥	①有精神萎靡、头晕、疲惫、乏力等后遗作用 ②过敏者可出现皮疹 ③久用有耐药性和成瘾性 ④肝、肾严重疾患者慎用 ⑤针剂临时以注射用水或生理盐水溶解，但不可久置
	苯巴比妥钠（鲁米那钠）	针剂 0.05克 0.1克	肌注	镇静： 0.1克/次 抗惊厥： 0.1～0.2克/次	镇静： 1～2毫克/公斤/次 抗惊厥： 5～8毫克/公斤/次		

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
镇静、催眠、抗惊厥、抗癫痫药	阿米妥（异戊巴比妥）	片剂 0.1克 0.2克	口服	催眠 0.05～0.2克/次	催眠 3～6毫克/公斤/次	中时间类催眠药（约3～6小时）；大剂量抗惊厥	①久用有耐药性和成瘾性 ②肝严重病患者慎用 ③大剂量时注意防止呼吸抑制 ④临用时将注射剂以注射用水或生理盐水溶解成5～10%，其水溶液不稳定
	阿米妥钠（异戊巴比妥钠）	针剂 0.1克 0.5克 1.0克	肌注静注	0.2～0.5克/次	镇静：1～2毫克/公斤/次 抗惊厥：5～10毫克/公斤/次		
	水合氯醛	溶液 10%	口服或灌肠	5～15毫升/次（即0.5～1克/次）	1毫升/岁/次	长时间作用催眠药（约6～8小时），作用较快，服后15分钟入睡，用于失眠、烦躁不安、惊厥	①大剂量可出现呼吸抑制及心脏抑制 ②久服可致耐药性和成瘾性 ③心、肝、肾功能严重减退者慎用
	副醛	溶液	灌肠	5～10毫升/次	0.3毫升/公斤/次	同水合氯醛	①对胃肠道粘膜刺激性很大，不宜口服 ②灌肠用10%溶液，用米汤或糖浆稀释，起保护作用 ③呼吸道或肝病者慎用 ④静注应缓慢
		针剂 2毫升 5毫升	肌注	2～5毫升/次	0.1毫升/公斤/次		
			静注	1～2毫升/次	0.02毫升/公斤/次		
	安眠酮（海米那，眠可欣）	片剂 0.1克 0.2克	口服	镇静：0.1克/次，一日3次 催眠：0.1～0.2克/次		长时间作用催眠药（约5～8小时），用于对其他催眠药产生耐药性的失眠患者	毒性较小，副作用较轻，部分病人有轻度不适如头晕、思睡

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
镇静、催眠、抗惊厥、抗癫痫药	丙烯戊巴比妥钠（速可眠）	胶囊 0.1克	口服	催眠：0.1克/次，麻醉前给药：0.1～0.3克	镇静：2～3毫克/公斤/次	短时间催眠药（约3小时），用于不易入睡的失眠，或用于麻醉前给药	肝肾功能严重减退者慎用
	奋乃静	片剂 2毫克	口服	2～4毫克/次 精神分裂症 4～16毫克/次	6岁以下 4毫克/日，分3～4次 6岁以上 6毫克/日，分3～4次	与氯丙嗪相似，止吐及安定作用较之强5～10倍	①忌与肾上腺素同用，否则可产生低血压 ②肝功能减退者忌用
		针剂 5毫克	肌注	5～10毫克/次			
	苯妥英钠（大仑丁）	片剂 0.05克 0.1克	口服	0.05～0.1克/次，一日2～3次	5～10毫克/公斤/日，分2～3次	用于癫痫大发作，对小发作及精神运动性发作疗效较差。并有抗惊厥作用，还用于三叉神经痛等	①常见有恶心呕吐、厌食、皮疹 ②偶有震颤、视觉障碍、精神错乱、齿龈增生、紫癜、白细胞减少 ③定期检查血象
		针剂 5毫升=0.25克	肌注	0.1～0.25克/次	5～8毫克/公斤/次		
	三甲双酮	片剂 0.15克 胶囊 0.3克	口服	0.15～0.3克/次，一日3次	20～40毫克/公斤/日，分2～3次	用于癫痫小发作	①可有畏光、恶心、疲乏、头痛、皮疹 ②严重者可致白细胞减少症、再生障碍性贫血以及肝肾功能减退 ③肝、肾及造血功能严重减退者忌用 ④定期检查肝功能和血、尿常规

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
解热、镇痛、抗风湿药	阿斯匹林（乙酰水杨酸）	片剂 0.1克 0.3克 0.5克	口服	0.5～1克/次，一日3～4次	10～20毫克/公斤/次，一日3～4次	解热，镇痛，抗风湿	①可引起恶心、呕吐，久服可致出血症 ②偶有过敏 ③溃疡病人应与制酸药同服
	复方阿斯匹林（A.P.C.）	片剂 0.42克	口服	1～2片/次，一日3次	2～5岁½片/次， 6～10岁½片/次， 一日3次	解热，镇痛	同阿斯匹林。含阿斯匹林、非那西汀，咖啡因成分
	小儿退热片	片剂	口服		2～3岁 1片/次， 4～6岁 2片/次， 一日3次	解热，镇痛	同阿斯匹林。 含有阿斯匹林、非那西汀成分
	安乃近（诺瓦尔精）	片剂 0.5克	口服	0.5～1.0克/次，一日3次	10～20毫克/公斤/次，一日3次	解热，镇痛，抗风湿	①有引起白细胞减少可能，久服要检查血象 ②溃疡病人应与制酸药同服，以减轻对胃粘膜的刺激 ③退热（高热）剂量宜小，以防虚脱
	解痛片（复方安乃近片）	片剂	口服	1片/次，一日3次		同安乃近	同安乃近。 含有安乃近、氨基比林成分

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
解热、镇痛、抗风湿药	氨基比林（匹拉米洞）	片剂 0.3克	口服	0.3～0.6克/次，一日1～3次	20毫克/公斤/日，分3～4次	解热、镇痛	同安乃近。有呕吐、皮疹、白细胞减少症等副作用
	复方氨基比林（凡拉赛）	针剂 2毫升	肌注	2毫升/次	3岁以下0.5毫升/次 7岁以下1毫升/次	解热、镇痛	含有氨基比林、巴比妥成分
	氨非咖（P.P.C.）	片剂	口服	1～2片/次，一日3次		解热、镇痛	同安乃近。含有非那西汀、氨基比林、咖啡因成分
	克感敏（P.P.C.C.）	片剂	口服	1～2片/次 一日3次		解热、镇痛	含 PPC＋扑尔敏
	保泰松	片剂 0.1克	口服	1～2片/次，一日3次	0.02～0.03克/岁/日，分2～3次	消炎，退热，镇痛，能治痛风、风湿性关节炎、关节强硬性脊椎炎、关节痛，退热作用较差	①恶心、皮疹、腹痛、便秘 ②严重者可有血尿、白细胞及血小板减少症 ③心、肝、肾脏疾病和溃疡病者忌用
	消炎痛	片剂 25毫克	口服	1片/次，一日3次		有较强的消炎退热及镇痛作用	①头痛、眩晕、失眠、精神错乱 ②恶心、食欲不振、腹泻 ③偶有血小板减少、皮疹、黄疸、胃出血等 ④与阿斯匹林或激素同用，可提高疗效，减少副作用
	抗风湿灵（氯灭酸）	片剂 0.2克	口服	1～2片/次 一日3次		有类似激素作用，消炎、退热、镇痛	个别患者有头昏、头痛

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
镇痛药	盐酸吗啡	针剂 1毫升＝10毫克	皮下	5～10毫克/次	0.1～0.2毫克/公斤/次	有镇痛、镇静、镇咳、抑制呼吸及肠蠕动，提高胃肠道括约肌的紧张性的作用，用于剧烈疼痛、心脏病哮喘、麻醉前给药	①便秘，呕吐，嗜睡 ②久用有成瘾性 ③肺原性心脏病、支气管哮喘、严重肝病、婴儿及哺乳期妇女忌用 ④胆、肾绞痛应与阿托品合用
	度冷丁（盐酸哌替定）	片剂 25毫克 50毫克	口服	50～100毫克/次	0.5～1毫克/次	镇痛作用和吗啡相似，但较弱 冬眠疗法（与冬眠灵、非那更等合用）	①可有头痛，头昏，出汗，口干，恶心呕吐等副作用 ②久用可成瘾 ③对胆绞痛应与阿托品合用
		针剂 2毫升：100毫克	肌注 皮下 静滴	0.05～0.1克/公斤/次	0.5～1毫克/公斤/次		
	磷酸可待因（甲基吗啡）	片剂 15毫克 30毫克 糖浆0.5%	口服	15～30毫克/次，一日3次	镇痛：3毫克/公斤/日 止咳：1～1.5毫克/公斤/日，分3～4次	吗啡的同类药，镇痛作用较吗啡弱，常用于镇咳	①副作用较吗啡轻 ②久用可成瘾 ③痰多者忌用
	安侬痛（安那度）	注射剂 1毫升＝20毫克	肌注 皮下 静注	10～20毫克/次 一日不超过60毫克		镇痛、镇静，用于胃肠道、泌尿道平滑肌痉挛性疼痛以及小手术止痛	①久用可成瘾 ②有短暂轻微的眩晕、无力或多汗 ③分娩时慎用

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
中枢兴奋药	苯甲酸钠咖啡因（安钠加）	针剂 1毫升＝0.25克 2毫升＝0.5克	肌注 皮下	0.25～0.5克/次	6～12毫克/公斤/次	小剂量兴奋大脑，大剂量兴奋呼吸、血管运动和迷走中枢，用于中枢性呼吸、循环衰竭及神经衰弱	①剂量不宜过大 ②惊厥病人禁用
	洛贝林（盐酸山梗菜碱）	针剂 1毫升＝3毫克 1毫升＝5毫克	静注 皮下 肌注	3毫克/次 10毫克/次	0.3～3毫克/次 1～3毫克/次	刺激颈动脉体的化学感受器，反射性地兴奋呼吸中枢，用于呼吸衰竭、新生儿窒息及各种疾病引起的呼吸衰竭	①静注应缓慢 ②10毫克针剂（混旋）不能用于静注 ③惊厥病人慎用
	可拉明（尼可刹米）	针剂 1毫升＝0.25克 1.5毫升＝0.375克	皮下 肌注 静注	0.25～0.375克/次	10毫克/公斤/次	兴奋呼吸中枢，用于呼吸和循环衰竭	惊厥病人慎用
	回苏灵	针剂 2毫升＝8毫克	肌注 静注 静滴	8毫克/次 8～16毫克/次		兴奋呼吸中枢，用于各种原因引起的呼吸衰竭	①惊厥病人慎用 ②静注应缓慢，并用葡萄糖或生理盐水稀释
	氯酯醒（遗尿丁）	片剂 0.1克	口服	1～2片/次 一日3次	0.05～0.1克/次 一日3次	兴奋中枢神经，用于外伤性昏迷、新生儿缺氧、儿童遗尿	注射时用等渗液配成5～10%溶液
		针剂 0.25克	肌肉	昏迷状态 0.25克/次 每2小时1次	新生儿缺氧60毫克/次 每2小时1次		

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
呼吸系统药物	祛痰镇咳药	氯化铵（氯化铵）	溶液 10% 片剂 0.3克	口服	祛痰：0.3～0.6克/次，一日3次 利尿：0.6～2.0克/次，一日3次	祛痰：30～60毫克/公斤/日，分3次 利尿：75毫克/公斤/日，分3次	祛痰，亦有利尿作用。用于支气管炎痰多者；心脏性水肿用汞剂前应用，可增强利尿	严重肝、肾疾病者忌用
		咳必清（妥克拉斯）	片剂 25毫克	口服	12.5～25毫克/次，一日3次	5岁以上 ¼～½片/次 一日2～3次	镇咳作用强（中枢性镇咳），用于呼吸道炎症刺激性咳嗽和百日咳	①痰多者忌用 ②可有轻度头痛、头晕、口干、恶心、腹胀等不良反应
		复方咳必清糖浆	糖浆	口服	10毫升/次，一日3次	1毫升/岁/次，一日3次	祛痰、镇咳作用	含有咳必清、氯化铵成分
		棕色合剂（复方甘草合剂）	溶液	口服	10毫升/次，一日3次	同上	祛痰镇咳	含甘草流浸膏、吐酒石、樟脑酊等
			片剂	口服	1～2片/次 一日3次	½～1片/次 一日3次		
		敌咳糖浆	糖浆	口服	5～10毫升/次，一日3次	0.5～1毫升/岁/次，一日3次	祛痰镇咳，儿童常用	
		非那根糖浆	糖浆	口服	5～10毫升/次，一日3次	0.5～1毫升/岁/次，一日3次	祛痰镇咳，抗过敏，用于哮喘性支气管炎	含非那根、氯化铵等

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
呼吸系统药物	止喘药	盐酸肾上腺素	针剂 1毫升=1毫克	皮下	0.25～1毫克/次	0.02～0.03毫克/公斤/次	兴奋心脏，收缩血管，松弛支气管及胃肠道平滑肌作用，用于哮喘、过敏性休克、过敏性反应及某些心跳停止的抢救	①可有焦虑、恐惧、震颤、头痛、心悸 ②过量或静注可引起血压急骤增高，心律不齐等 ③心脏病、高血压、糖尿病、甲状腺机能亢进、外伤或出血引起的循环衰竭忌用
		油剂肾上腺素	针剂 1毫升=2毫克	肌注	2毫克/次	5～7岁½支 3～5岁⅓支 3岁以下¼支	作用同上，但较缓而长，用于哮喘	
		氨茶碱	片剂 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，一日3次	4～6毫克/公斤/次，一日3次	舒张支气管、胆道平滑肌和冠状动脉，亦有增强心肌收缩力和利尿作用，用于哮喘、胆绞痛、心绞痛、心脏性喘息	①口服可有恶心、呕吐 ②静注过速可致心肌过度兴奋而发生心悸、惊厥、血压剧降等，故速度宜慢
			针剂 10毫升=0.25克	静注 静滴	0.25～0.5克/次	2～4毫克/公斤/次		
		盐酸麻黄素	片剂 25毫克	口服	25毫克/次，一日3次	0.5～1.0毫克/公斤/次，一日3次	作用与肾上腺素相似，但较温和持久，能口服	①可有失眠、震颤、眩晕、头痛、心悸、出汗及发热感 ②久服有耐药性 ③高血压、冠状动脉硬化和甲状腺机能亢进患者忌用
			针剂 1毫升=30毫克	肌注 皮下	30～50毫克/次	0.5～1.0毫克/公斤/次		

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
呼吸系统药物	止喘药	盐酸异丙肾上腺素（喘息定、治喘灵）	气雾剂	喷雾	吸入	吸入	对支气管平滑肌有显著舒张作用，对心脏有兴奋作用，用于哮喘	偶有心悸、头晕、恶心、喉干等，久用效果降低
			片剂 10毫克	舌下	10毫克/次，一日3次	5岁以上 2.5～10毫克/次，一日3次		
		喘定（二羟丙基茶碱、甘油茶碱）	片剂 0.1克 0.2克	口服	0.1～0.2克/次 一日3次	5岁以上 0.05～0.1克/次	与氨茶碱相似	与氨茶碱相似，但对胃肠道刺激性小，静注时用25%葡萄糖20毫升稀释后使用
			针剂 0.25克	肌注静注	0.25克/次			
		平喘灵（复方喘咳宁）	溶液	肛门给药	20毫升/次	5岁以上 5～10毫升/次	有显著的扩张支气管和松弛平滑肌的作用。适用于病情严重的哮喘	①年老体弱、心脏病患者使用宜减小剂量 ②含有喘咳宁、茶碱、水合氯醛成分
消化系统药物	健胃、助消化药	健胃片（龙胆苏打片）	片剂	口服	2～3片/次，一日3次	酌减	促进胃液分泌，帮助消化，增进食欲	含有炭酸氢钠、龙胆粉等成分
		大黄苏打片	片剂	口服	1～3片/次，一日3次（饭后服）	酌减	制酸健胃，用于食欲不振、胃酸过多、消化不良	含有炭酸氢钠、大黄粉、薄荷成分
		多酶片	片剂	口服	1～2片/次，一日3次	酌减	帮助消化	含有淀粉酶、胃蛋白酶、胰酶等成分

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
消化系统药物	健胃、助消化药	胰酶片	片剂 0.3克	口服	1～3片/次，一日3次	酌减	帮助消化	为肠溶糖衣片，可保护胰酶不受胃酸破坏，故不宜咬碎
		胃蛋白酶合剂	溶液	口服	10毫升/次，一日3次	1～2毫升/岁/次	消化蛋白质	含有胃蛋白酶、稀盐酸成分
		乳酶生（表飞鸣）	片剂 0.3克	口服	0.3～0.9克/次，一日3次	5岁以上0.3～0.6克/次，一日3次	是乳酸杆菌的干制剂，用于消化不良、小儿饮食不当引起的腹泻	不宜与碳片和抗菌素合用
		干酵母（食母生）	片剂 0.3克	口服	0.3～0.6克/次，一日3～4次	酌减	用于防治维生素B属缺乏症及消化不良的辅助治疗	嚼碎后服下
	解痉制酸药	硫酸阿托品	片剂 0.3毫克	口服	0.3～0.6毫克/次，一日3次	0.01毫克/公斤/次	解除平滑肌痉挛，抑制腺体分泌；解除迷走神经对心脏的抑制；解除血管痉挛；散大瞳孔；兴奋呼吸中枢。 用于有机磷中毒，阿-斯综合征的急救以及胃肠痉挛疼痛	①有口干、皮肤潮红、兴奋、瞳孔散大、心悸副作用 ②中毒时可昏迷、幻觉、谵妄、狂躁、痉挛等 ③青光眼患者忌用 ④抢救用时剂量可大大增加
			针剂 1毫升＝0.5毫克 1毫升＝1.0毫克	皮下肌注静注	0.5毫克/次	0.01毫克/公斤/次		
		颠茄酊	酊剂	口服	0.3～1毫升/次，一日3次	0.03～0.06毫升/岁/次，一日3次	同阿托品，但作用较弱，用于胃肠痉挛性腹痛	同阿托品，但较轻

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
消化系统药物	解痉制酸药	复方颠茄片	片剂	口服	1～2片/次，一日3次	5岁以上半片/次	同颠茄酊，尚有镇静作用	同颠茄酊 含颠茄、鲁米那等成分
		颠茄合剂	溶液	口服	10毫升/次，一日3次	1毫升/岁/次	同颠茄酊	同颠茄酊 含颠茄酊(5～6%)、复合维生素B
		普鲁本辛	片剂 15毫克	口服	1～2片/次，一日3次	2毫克/公斤/日，分3～4次	有解除平滑肌痉挛及抑制腺体分泌的作用	①偶有轻微口干，视觉模糊，小便不畅，便秘，头痛，心悸等。适当减少剂量，反应即可消失 ②青光眼忌用
		碳酸氢钠(小苏打)	片剂 0.5克	口服	1～3片/次，一日3～4次		制酸作用，也可与磺胺药同服以助排泄	引起嗳气、腹胀，不宜多服
		氢氧化铝	片剂 0.3克	口服	0.3～0.6克/次，一日3～4次	5岁以上半～1片/次	抗胃酸、收敛和保护溃疡面	引起便秘，不宜长期大量服用
			凝胶	口服	5～10毫升/次，一日3次	5岁5毫升/次		
		复方胃舒平片(复方氢氧化铝片)	片剂	口服	2～4片/次，一日3次	5岁以上1～2片/次	中和胃酸，减少胃酸分泌，并有保护胃粘膜及解痉止痛作用	含有氢氧化铝、颠茄流浸膏、三矽酸镁成分
		维生素U	片剂 50毫克	口服	1～2片/次，一日3次		可能促进胃肠粘膜再生，使溃疡缩小及愈合	

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
消化系统药物	肝病辅助药	复方胆碱	胶丸	口服	1～2粒/次，一日3次	5岁以上 1粒/次，一日3次	保护肝脏，用于肝炎肝功能减退	
		肝宁	针剂 2毫升 10毫升	肌注	第一日1毫升，以后每日增加0.5～1毫升直到3～5毫升为止		保护肝脏，促进肝细胞新生，用于慢性肝炎、肝硬化	①肝功能衰竭患者忌用 ②注射前须作过敏试验，以0.1～0.2毫升作肌注
			片剂	口服	1～2片/次，一日3次	5岁以上 1片/次，一日3次		
		肝泰乐（葡萄糖醛酸内酯）	片剂 0.05克 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，一日3次	5岁以上 0.05～0.1克/次	保护肝脏及解毒，用于肝炎、肝硬化、食物和药物中毒	
			针剂 2毫升＝0.1克	肌注静注	0.1～0.2克/日，隔日一次			
		维生素B_{12}（氰钴铵）	针剂 1毫升＝0.1毫克 1毫升＝0.5毫克 1毫升＝1毫克	肌注	0.05～0.5毫克/次，每日或隔日1次	0.05～0.1毫克/次，隔日1次	用于肝硬化、肝炎、妊娠期贫血、牛皮癣、多发性神经炎	

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
消化系统药物	肝病辅助药	肝乐	片剂 20毫克 针剂 1毫升=20毫克 2毫升=40毫克	口服	40毫克/次，一日3次		用于急、慢性肝炎、肝功能减退	初期可有嗜睡，不必停药
				肌注	40～60毫克/日/次，20日为一疗程	20～40毫克/日/次，20日为一疗程		
	导泻药	硫酸镁	溶液 50%	口服	10～40毫升/次	2毫升/岁/次	导泻作用，反射性地引起胆囊排空用作利胆	①服时多饮水 ②服药后4～6小时，排出稀便 ③孕妇忌服
		开塞露	每只10毫升 20毫升	肛门注入	20毫升/次	10毫升/次	用于各种便秘	含50%甘油
		一轻松（双醋酚汀）	片剂 5毫克	口服	1～3片/次（睡前服）	5岁以下 半～1片/次 5岁以上 1～2片/次	用于便秘	口服后8～12小时排出软便
		三醋酚汀	片剂 10毫克	口服	1～3片/次（睡前服）	同一轻松	用于便秘	同双醋酚酊
		酚酞	片剂 0.1克	口服	0.1～0.2克/次（睡前服）	同上	用于便秘	①连续应用偶有皮疹及过敏性肠炎 ②口服后4～8小时排出软便
		液体石蜡（石蜡油）	液剂	口服	15～30毫升/次，睡前服	0.5毫升/公斤/次，睡前服	用于便秘、蛔虫性肠梗阻，预防手术后排便困难	久用可妨碍维生素A、D、E、K和钙、磷的吸收

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
消化系统药物	止泻药	矽炭银	片剂	口服	1～3片/次，一日3～4次	5岁以上½～1片/次	有吸着与收敛作用，用于腹泻	含白陶土、活性炭、氧化银成分
		药用炭片（活性炭）	片剂 0.3克	口服	1～3克/次	5岁以上 0.3～0.6/次	用于止泻，口服中毒急救（吸附肠中毒物）	
		次碳酸鉍	片剂 0.3克	口服	0.3～2克/次	5岁以上 0.3～0.6克/次	有保护、收敛、止泻作用	
		鞣酸蛋白	片剂 0.25克 0.3克	口服	1～2克/次，一日3次	2岁以下 0.1～0.2克/次	收敛止泻作用	
		复方樟脑酊	酊剂	口服	2～5毫升/次，一日3次	0.04～0.06毫升/公斤/次，一日3次	止泻、镇咳、镇痛	含阿片酊、樟脑等成分
血液循环系统药物	治贫血药	硫酸亚铁	片剂 0.3克	口服	0.3～0.6克/次，一日3次	减半	用于缺铁性贫血	①有胃肠道不适、腹痛、腹泻等 ②忌与茶同服 ③大便黑色
		枸橼酸铁铵	溶液 10%	口服	5～20毫升/次，一日3次	0.1～0.2克/公斤/日分3次	同硫酸亚铁	①同硫酸亚铁 ②忌与安替匹林配伍 ③遇光易变质

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
血液循环系统药物	止血药	安络血（安特诺新）	片剂 2.5毫克 5毫克	口服	2.5～5毫克/次，一日3次	5岁以上 2.5～5毫克/次	可能增加毛细血管对损伤的抵抗力。用于各种出血症	癫痫和精神病慎用
			针剂 2毫升＝10毫克	肌注	10～20毫克/次	5岁以上 5～10毫克/次		
		仙鹤草素	片剂 20毫克	口服	20～60毫克/次，一日3次	10～20毫克/次，一日3～4次	有缩短凝血时间的作用。用于内脏出血	①少数病人可有心跳、颜面潮红和潮热现象 ②遇有虚脱，可用可拉明解救 ③注射液不可与其它药物混合
			针剂 1毫升＝10毫克	肌注 静注	10毫克/次	同成人		
		凝血质	针剂 2毫升－15毫克	肌注 皮下	7.5～15毫克/次	同成人	促进凝血作用，用于内脏出血，并可作局部止血剂	不可静注！
		维生素K_3	针剂 1毫升＝4毫克	肌注	4～8毫克/次，一日2～3次	同成人	帮助凝血作用，用于出血性疾病、梗阻性黄疸	
		维生素K_4	片剂 2毫克	口服	4毫克/次，一日3次	5岁以上 2毫克/次 一日3次	同上	

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
血液循环系统药物	止血药	维生素K_1	针剂 1毫升=10毫克	肌注 静注	10毫克/次，一日1～2次，或视病情而定	同成人	同K_3，作用更迅速	静注可出现局部潮红、出汗、胸闷等，应缓慢
		紫珠草液	溶液	口服	10毫升/次，一日3～4次		肺结核、支气管扩张咯血，消化道出血等	
		对羧基苄胺	针剂 10毫升=0.1克	静注 静滴	0.1～0.6克/次 一日2～3次		用于产科出血、肺咯血、上消化道出血、血尿、伤寒败血症、急性白血病等，对一般慢性渗血效果显著	须用葡萄糖或生理盐水稀释缓慢静注或静滴
	治疗心力衰竭药	洋地黄（毛地黄）	片剂 0.1克	口服	饱和量： 0.8～1.2克 维持量： 0.05～0.1克/日	饱和量： 2岁以下 40毫克/公斤 2岁以上 30毫克/公斤 维持量： 3毫克/公斤/日	加强心肌收缩力；反射性兴奋迷走神经，使心率减慢；降低房室传导机能，用于充血性心力衰竭和某些心律异常	①服药期或服药后7日内禁用钙剂或麻黄碱 ②心肌梗塞、冠状动脉功能不全慎用 ③心率慢至60次/分以下，或出现二联律、三联律应即停药 ④服氯化钾可减少毒性反应

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
血液循环系统药物	治疗心力衰竭药	地高辛	片剂 0.25毫克	口服	饱和量： 2～3毫克，分次于1～2日内服 维持量： 0.25～0.5毫克/日	饱和量： 小于2岁 0.06～0.08毫克/公斤 大于2岁 0.04～0.06毫克/公斤 维持量，为饱和量的¼	同洋地黄，但作用较快，易于排出	同洋地黄
			针剂 2毫升＝0.5毫克	静注	首剂 0.5毫克，2小时后注0.25～0.5毫克			
		西地兰（毛花洋地黄C）	针剂 2毫升＝0.4毫克	肌注 静注	饱和量： 0.8～1.6毫克 首剂0.4～0.8毫克，加入25%葡萄糖20毫升静注（慢） 必要时4～6小时后可再注0.2～0.4毫克	饱和量： 小于2岁 0.04毫克/公斤 大于2岁 0.03毫克/公斤	同洋地黄，但作用甚快，排泄更易。适用于急性病例	同洋地黄

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
血液循环系统药物	治疗心力衰竭药	毒毛旋花子甙K	针剂 1毫升＝0.25毫克	静注	0.25毫克加于25%葡萄糖20毫升静注（慢）必要时2～4小时后重复一次，0.125～0.25毫克	0.007～0.01毫克/公斤/次	同洋地黄，但作用较西地兰更快，排泄更易。适用于急性病例	1～2周内用过洋地黄者忌用或慎用
	抗高血压药	利血平（血安平）	片剂 0.25毫克	口服	0.25毫克/次，一日1～3次	0.02毫克/公斤/日，分2～3次	扩张血管，起降压作用；减慢心率；镇静	①可引起鼻塞、乏力、嗜睡、腹泻 ②大量长期服用可出现精神抑郁症 ③溃疡病患者忌用
			针剂 1毫升＝1毫克	肌注静注	0.5～1毫克/次	0.07毫克/公斤/次		
		安达血平（阿达芬）	片剂	口服	1～2片/次，一日3次		降压作用	副作用较利血平轻。含有利血平、肼苯哒嗪成分
		降压灵	片剂 4毫克	口服	4～8毫克/次，一日2～3次	按年龄折算	作用同利血平，但较弱而温和	副作用同利血平，但较少较轻
		肼苯哒嗪（盐酸肼酞嗪）	片剂 10毫克 25毫克	口服	10～25毫克/次，一日3次	1～2.5毫克/公斤/次，一日3次	作用较利血平迅速，用于早期高血压。与其他降压药合用于晚期或恶性高血压	可引起心悸、头痛、恶心、呕吐、皮疹等。易引起耐药性

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
血液循环系统药物	抗高血压药	硫酸胍乙啶（依斯迈林）	片剂 10毫克 25毫克	口服	10毫克/次，一日2～3次，以后按情况递增，有效量一般为20～80毫克/日		作用缓慢持久，适用于顽固的高血压和肾性高血压	有乏力、腹泻、心跳过缓、直立性低血压等副作用
		路丁（路通）	片剂 20毫克	口服	20毫克/次，一日3次	同成人	改善血管脆性，适用于高血压辅助治疗	
	血管扩张药（治心绞痛药）	亚硝酸异戊酯	玻管 0.2毫升	吸入	0.2毫升/次		适用于心绞痛、胆绞痛发作和氰化物中毒急救	①易产生头胀、头痛 ②青光眼忌用
		硝酸甘油 三硝酸甘油酯	片剂 0.6毫克	含化下	0.3～0.6毫克		适用于心绞痛、肾绞痛	①轻度头胀、头晕，也可出现直立性低血压 ②青光眼忌用
		硝酸戊四醇酯	片剂 10毫克	口服	10～20毫克/次，一日3次		能扩张冠状动脉，作用缓慢而持久，用于心绞痛的预防	①头痛、视力障碍、恶心、昏睡、呼吸窘迫 ②青光眼忌用
		潘生丁	片剂 25毫克	口服	25～50毫克/次，一日3次		扩张冠状动脉，增加其血流，增加心肌对缺氧的耐受力，用于心绞痛，预防和治疗心肌梗塞	
			针剂 10毫克	肌注	10毫克/次，6小时1次			

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
血液循环系统药物	升压药（抗休克药）	硫酸异丙肾上腺素（治喘灵）	针剂 2毫升＝1毫克	静滴	1毫克用5%葡萄糖液500毫升稀释。按需要调节滴速	比成人适当减量	对支气管平滑肌有显著舒张作用；对心脏有兴奋作用，改善心脏传导机能，使心率加快	①有心悸、头昏、恶心、心律紊乱等 ②忌与碱性药物配伍 ③心绞痛，心肌梗塞、甲状腺机能亢进者忌用
		重酒石酸去甲肾上腺素	针剂 1毫升＝2毫克	静滴	2毫克用5%葡萄糖液500毫升稀释（根据休克情况可增加，但不超过20毫克）	同上	收缩血管和升高血压作用较强，亦有兴奋心脏、扩张支气管作用，用于周围血管紧张度下降的休克	①可有心律紊乱、尿闭 ②药液外漏可引起皮肤及肢体坏死 ③高血压，动脉硬化时忌用 ④不宜与偏碱性注射液配伍
		新福林（苯肾上腺素，新交感酚）	针剂 1毫升＝10毫克	皮下肌注	5～10毫克/次	同上	有收缩血管作用，而兴奋心脏作用较弱，升高血压作用时间较长，但较弱，用于周围循环衰竭	动脉硬化、甲状腺机能亢进、老年患者应慎用
				静注	5毫克/次			
				静滴	10～30毫克用5%葡萄糖液500毫升稀释，视情况调节滴速			

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
血液循环系统药物 抗心律紊乱药	心得安	片剂 10毫克	口服	10～20毫克/次，一日3次		用于心律失常，如窦性和室上性心动过速，对室性早搏也有效，也可用于心绞痛	①血压下降、心率减慢，头昏、嗜睡、乏力、失眠 ②心力衰竭、心动过缓、支气管哮喘心肌梗塞忌用 ③孕妇慎用
	心得宁	片剂 15毫克	口服	15～30毫克/次，一日3次		和心得安相似，心力衰竭和哮喘病人也可用	心率缓慢、房室传导阻滞者不宜应用
利尿药	双氢克尿噻（双氢氯噻嗪）	片剂 25毫克	口服	25毫克/次，一日2～3次	1～2毫克/公斤/日，分2～3次	抑制近端肾小管钠的重吸收，有利尿作用。用于各种类型水肿和高血压	①可有恶心、呕吐、气胀、皮疹，并可致低血钾 ②长期服用，应服三日停三日，并应与氯化钾同服，停药时应逐渐减量 ③肝、肾功能减退者慎用
	乙酰唑胺（醋唑磺胺、醋氨酰胺）	片剂 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，每日或隔日一次	10～30毫克/公斤/次，每日或隔日一次	有利尿作用，用于青光眼、心脏性水肿、脑水肿	①可有倦睡、手足麻木感 ②长期应用可致低血钾和酸中毒，故需加服氯化钾和小苏打 ③肝昏迷、肾和肾上腺皮质功能严重减退者忌用

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
利尿药	汞撒利茶碱	针剂 1毫升 2毫升	肌注	1～2毫升/次，每周最多2次		有利尿作用，用于心脏性水肿、肝硬化腹水	①可因低氯化钠而引起头晕、乏力、精神不振、谵妄甚至昏迷 ②不宜长期应用 ③肾炎及肾功能减退者禁用 ④用药期间应经常检查尿常规，尿比重在1.015以下者禁用；并应同服氯化钾 ⑤加强利尿作用，可注射前1～2天服氯化铵 ⑥含汞撒利10%、茶碱5%
	三氨喋啶（氨苯喋啶）	片剂 50毫克	口服	50～100毫克/次，一日3次	3～5毫克/公斤/日，分3次	利尿作用，用于心脏性、肝性和肾性水肿	①与双氢克尿噻同用效果更好 ②长期单独应用可产生高血钾
	安体舒通（螺旋内酯）	胶囊（微粒） 20毫克	口服	10～30毫克/次，一日3～4次	2毫克/公斤/日，分3～4次	对抗醛固酮，起利尿作用 用于心脏性、肾性、肝性水肿	①部分病人有头痛、嗜睡；并能引起低血钠、高血钾 ②用药5～7日效不显，可与双氢克尿噻或汞剂合用 ③连续应用不超过2～4周

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
利尿药	甘露醇	针剂20% 100毫升 250毫升	静注	1～2克/公斤/次	同成人	有利尿和降低颅内压作用。用于脑水肿和急性肾功能衰竭	心力衰竭者慎用
	山梨醇	针剂25% 250毫升	静注	1～2克/公斤/次	同成人	同甘露醇	①同上 ②偶可引起头晕、血尿
	高渗葡萄糖注射液	针剂50% 20毫升	静注	40～60毫升/次	同成人	有利尿脱水作用。用于脑水肿、急性肾功能衰竭	心力衰竭时注射速度宜慢，量也应限制
	利尿酸	片剂 25毫克	口服	25毫克/次	5岁以上 12.5毫克/次	利尿作用强大，用于心脏性、肝性、肾性水肿	①可有衰弱、肌肉痉挛、电解质紊乱、皮疹、头痛 ②最好间隙用药 ③静注以5%葡萄糖或生理盐水50毫升稀释缓慢注射
		针剂 25毫克	静注	25～50毫克/次	0.5～1毫克/次		
	呋喃苯胺酸（速尿）	针剂 2毫升＝20毫克	肌注 静注	20毫升/次，一日1～2次		利尿作用强，作用迅速而短，用于各种类型水肿	①可有恶心、腹泻、乏力、肌肉痉挛 ②肝病者易产生肝昏迷 ③糖尿病人、孕妇、哺乳妇忌用
		片剂 20毫克	口服	20～40毫克/次，一日3次			

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗过敏药	盐酸苯海拉明（可他敏）	片剂 25毫克 糖浆 0.25%	口服	25～50毫克/次，一日2～3次	2～4毫克/公斤/日，分3～4次	抗过敏作用，尚有抑制中枢的作用，用于各种过敏性疾病、晕船晕车	①有口干、头晕、思睡等副作用 ②服药期间不宜高空作业和驾驶车辆等工作 ③对支气管哮喘效差
	非那根（盐酸异丙嗪，盐酸普鲁米近，抗胺荨）	片剂 12.5毫克 25毫克	口服	12.5～25毫克/次，一日1～3次	0.5～1毫克/公斤/次，一日1～3次	抗过敏作用，尚有显著的中枢安定作用 冬眠疗法（与冬眠灵等合用）	①有口干、恶心、思睡，静注可使血压下降，个别出现躁动 ②肝肾功能减退者忌用 ③服药期间不宜高空作业和驾驶车辆 ④有刺激性，不宜皮下注射
		针剂 1毫升＝25毫克 2毫升＝50毫克	肌注 静注 静滴	25～50毫克/次	0.5～1毫克/公斤/次		
	扑尔敏	片剂 4毫克	口服	4毫克/次，一日1～3次	0.35毫克/公斤/日，分3～4次	同苯海拉明	副作用较小，宜用于儿童
	安其敏（盐酸氯苯丁嗪）	片剂 25毫克	口服	25毫克/次，一日2～3次	4毫克/公斤/日，分3～4次	抗过敏作用，镇吐作用较强	有轻度思睡及眩晕副作用
	葡萄糖酸钙	片剂 0.5克	口服	0.5～2克/次，一日3次	0.5克/次，一日3次	抗过敏作用；加强大脑皮层抑制过程	①静注有全身发热感 ②药液外漏有强烈刺激性 ③洋地黄治疗期间及期后一月内忌用
		针剂10% 10毫升	静注	1～2克加于25%葡萄糖液20毫升中，一日1次	成人半量		

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗过敏药		乘晕宁（晕海宁）	片剂 50毫克	口服	50毫克/次，一日3次		抗过敏作用较弱，用于防治晕车、晕船，亦可用于耳源性眩晕	
抗寄生虫病药物	驱肠虫药	灭虫宁	片剂 0.3克	口服	3～5克，临睡前一次顿服	0.2～0.3克/岁	杀灭钩虫，对蛔虫及鞭虫也有一定疗效	①偶有轻度恶心、呕吐、腹痛、腹泻等 ②宜半空腹服，一般不需服泻药 ③儿童最大量不得超过10片/次
		驱蛔灵（枸橼酸哌嗪）	片剂 0.5克 糖浆16%	口服	驱蛔虫：5克/日，分2次，连服2～3日 驱蛲虫：1克/次，一日2次，连服7～10日	驱蛔虫：0.15克/公斤/日，分3次，连服2日 驱蛲虫：0.06克/公斤/日，分2次，连服7～10日	麻痹虫体，使随粪便排出，有驱蛔虫及蛲虫作用	①偶有头晕、恶心、呕吐、腹痛、荨麻疹 ②一般不需服泻药

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗寄生虫病药物	驱肠虫药	山道年	片剂 15毫克 30毫克	口服	60毫克/次，每晚1次，连服2～3日	5～10毫克/岁/日，每晚1次，连服2～3日（每次不超过100毫克）	能使虫体发生痉挛性收缩，在泻药的作用下，被排出体外	①可有呕吐、腹痛、腹泻、黄视、眩晕、头痛等副作用，严重者有血尿、抽搐、中枢抑制 ②服药第3～4日清晨服泻药 ③肾病、肝炎、急性胃肠道疾病、急性热性病者忌用或慎用 ④禁食油腻 ⑤另有山道年酚酞片，每片含山道年15毫克，酚酞30毫克，服本片不必服泻药
		扑蛲灵	片剂 50毫克	口服	250毫克 睡前一次服	5毫克/公斤，睡前一次服下	驱蛲虫	偶有恶心、呕吐
		驱虫净（四咪唑）	片剂 25毫克 50毫克	口服	驱蛔虫： 150～200毫克 晚饭后顿服 驱钩虫： 100毫克 晚饭后顿服，连服3天	驱蛔虫： 3毫克/公斤/次 晚饭后顿服 驱钩虫： 2毫克/公斤/次 晚饭后顿服，连服3天	广谱驱肠虫药，用于驱蛔虫、钩虫混合感染，也可用于蛲虫病	①偶有头昏、头痛、失眠、恶心、呕吐、腹痛、心悸等 ②肝功能不良者慎用

药物类别		名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗寄生虫病药物	抗血吸虫病药	酒石酸锑钾（吐酒石）	针剂 10毫升＝0.1克	静注	3日疗法： 总量12毫克/公斤，分6～7次用，每日2次 20日疗法： 总量25毫克/公斤，分为20～25次，每日1次（详见血吸虫病治疗）	同成人	治疗血吸虫病	①一般可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、食欲减退、头痛、头晕、咳嗽、关节痛、肌痛、发热、皮疹、血压降低等反应 ②严重时出现肝肿大、黄疸、蛋白尿、管型尿、心律不齐、心动过缓、心动过速、阿-斯综合征等 ③肝、肾功能减退，重度营养不良，晚期血吸虫病腹水患者慎用 ④药液外漏，可致剧痛，组织坏死；同一血管反复注射可产生静脉炎
		呋喃丙胺（F-30066）	片剂 0.25克 0.5克	口服	1克/次，一日3次，连服14日	60～70毫克/公斤/日，分3次，连服14日	用于急性血吸虫病	①可有食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肌肉痉挛，少数病人记忆力减退，轻度血尿和蛋白尿 ②片剂变黄，即不能使用

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗寄生虫病药物	抗血吸虫病药	血防片（复方846）	片剂 每片含0.25克	口服	①80毫克/公斤/日，12日为一疗程 ②100毫克/公斤/日，8日为一疗程	同成人	适用于健康状况较好的血吸虫病患者；肝脾肿大而无明显压痛，肝功能较好。也可用于晚期血吸虫病	治疗中或结束后一个月左右，可能出现头痛、眩晕、乏力，一般可自行消失，或用维生素B、烟酰胺治疗。出现恶心、食欲不振、腹泻或便秘，可用干酵母、维生素B_6。极少数出现兴奋、多语、精神紊乱，可给镇静药
	抗丝虫病药	海群生（枸橼酸乙胺嗪）	片剂 50毫克	口服	①0.05～0.2克/次，一日2～3次，7～14日为一疗程 ②大剂量一次疗法23毫克/公斤/次（详见丝虫病治疗）	6毫克/公斤/日，连服2～4周	用于丝虫病	可有头痛、乏力、关节痛、恶心、呕吐、畏寒、发热、皮疹、支气管哮喘等，以及局部淋巴结肿大
	抗疟药	磷酸伯氨喹啉（扑疟奎）	片剂 13.2毫克	口服	4片/日，连服4日	5岁以下 1片/日； 6～9岁 2片/日； 10～14岁 3片/日； 连服4日	主要杀灭红细胞外期疟原虫，用于控制疟疾复发及传播	①可有疲乏、头昏、恶心、呕吐、腹痛、发绀、发热，停药后可恢复 ②偶有急性溶血性贫血，应即停药

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗寄生虫病药物	抗疟药	硫酸奎宁	片剂 0.3克	口服	0.3～0.6克/次，一日3次，连服7日	30毫克/公斤/日，分3次服，连服7日	抗疟作用同磷酸氯喹，还有退热、刺激组织、收缩子宫等作用	①可有耳鸣、头痛、恶心、呕吐、视力减退、听力减退、停药后可恢复 ②过敏者可有急性溶血、皮炎、搔痒、血管神经性水肿及支气管哮喘等 ③孕妇忌用，月经期间慎用
		磷酸氯喹	片剂 0.25克	口服	首日1克，第2、3日0.5克/日	首日25毫克/公斤，第2、3日为首日半量	杀灭红细胞内期疟原虫，用于疟疾的治疗、预防，对阿米巴肝脓肿也有效	可有轻度皮肤搔痒、胃肠道反应、耳鸣、头晕等副作用
		乙胺嘧啶（息疟定）	片剂 6.25毫克	口服	预防：25毫克/次，一周一次 抗复发治疗：25毫克/次，一日1～2次，连服2日	按年龄递减	杀灭红细胞前期疟原虫，主要用于疟疾的预防	①连续服用一月以上可引起贫血 ②中毒症状有恶心、呕吐、发热、发绀、惊厥等 ③本药味甜，应防止儿童误服中毒

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗寄生虫病药物	抗疟药	盐酸环氯胍	片剂 0.1克	口服	预防：每周0.4克，分2日服 治疗：0.3克/次，一日1次，连服4日	预防：每周7～10毫克/公斤，分2日服 治疗：5～7毫克/公斤/日，分2次服，连服4日	同乙胺嘧啶，但作用较差	
		无味奎宁（优奎宁）	片剂 0.1克	口服		30～60毫克/公斤/日	同硫酸奎宁，适用于儿童	同硫酸奎宁
	抗阿米巴病药	盐酸依米丁（盐酸吐根碱）	针剂 1毫升＝30毫克 1毫升＝60毫克	深部皮下	0.5～1毫克/公斤/日，连用6日	同成人	杀灭阿米巴滋养体，对包囊无效，故对症治疗效力大，而根治效力低，用于急性阿米巴痢疾或阿米巴肝脓肿	①常有血压降低、心前区疼痛、心动过速、甚至心律不齐。可有恶心、呕吐、腹泻、肌无力、肌压痛及肌僵硬等 ②孕妇、心脏病、肾脏病、血压过低或严重衰弱病例慎用
		卡巴胂	片剂 0.1克 0.2克	口服	0.2克/次，一日3次，连服10日	8毫克/公斤/日，分3次，连服10日	对滋养体和包囊均有杀灭作用，用于急慢性阿米巴痢疾	①偶有皮疹、恶心、呕吐、腹泻等反应，应停药 ②肝、肾功能减退者慎用
		阿的平	片剂 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，一日3次，连服10日	5岁以上 0.05～0.1克/次，一日3次，连服10日	杀灭滋养体，用于阿米巴痢疾，常和卡巴胂同用；还可治疗疟疾	①皮肤发黄 ②有食欲减退、恶心、呕吐、皮疹、兴奋、烦躁等副作用

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
磺胺类及呋喃类药物	磺胺嘧啶（S.D.）	片剂 0.5克 合剂10%（又称大力克）	口服	1克/次，一日2～4次，首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日，分2～4次，首剂加倍	对溶血性链球菌、葡萄球菌、肺炎双球菌、脑膜炎双球菌、淋球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等及砂眼病毒等均有抑制作用。用于上呼吸道炎、流行性脑膜炎、中耳炎、痈疖、产褥热、菌痢、尿路感染等	①可有血尿、尿闭、头痛、眩晕、食欲不振、恶心、呕吐、药热、皮疹，偶有溶血性贫血、白细胞减少、紫癜等 ②口服应加等量小苏打，服药期间多饮水 ③肾功能减退者忌用 ④针剂忌与酸性药物配伍
		针剂 2毫升＝0.4克 5毫升＝1克	静注肌注	1～2克/次，一日3～4次（稀释到50毫克/毫升静注）	0.1～0.2克/公斤/日，分3～4次（稀释到50毫克/毫升静注）		
	磺胺二甲嘧啶（SM_2）	片剂 0.5克	口服	1克/次，一日3～4次，首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日，分3～4次，首剂加倍	同磺胺嘧啶	同磺胺嘧啶
	磺胺噻唑（消治龙）（S.T.）	片剂 0.5克 合剂10%（又称乐乳）	口服	1克/次，一日4次，首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日，分4次，首剂加倍	同磺胺嘧啶，效较差	副作用同磺胺嘧啶，但较严重、多见，须与等量苏打同服
		针剂 2毫升＝0.4克 5毫升＝1克	静注肌注	1～2克/次，一日3～4次	0.1～0.2克/公斤/日，分3～4次		

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
磺胺类及呋喃类药物	长效磺胺（磺胺甲氧嗪）(S.M.P.)	片剂 0.5克	口服	0.5克/日，首剂加倍	15～20毫克/公斤/日，首剂加倍	同磺胺嘧啶	同磺胺嘧啶。不需同服等量小苏打，此药排泄较慢，故可一日服药一次，长期使用注意蓄积
	息拉米（酞磺胺醋酰）(P.S.A.)	片剂 0.5克 合剂10%	口服	1～3克/次，一日4次	0.2～0.4克/公斤/日，分4次	有抑菌作用。肠内很少吸收，故可保持较高浓度。用于菌痢及肠炎	
	止痢片（磺胺脒、磺胺胍、克痢定）(S.G.)	片剂 0.5克	口服	1～3克/次，一日4次，首剂加倍	0.2～0.4克/公斤/日，分4次	同息拉米	
	痢特灵（呋喃唑酮）	片剂 0.1克 合剂1%	口服	0.1克/次，一日3～4次	5～10毫克/公斤/日，分4次	具有较广的抗菌谱，口服肠道不易吸收。用于菌痢、肠炎及尿路感染	①偶有恶心、呕吐、皮疹、头痛 ②服药后小便呈深黄色
	呋喃呾啶（呋喃妥因）	片剂 50毫克	口服	0.1克/次，一日3～4次	6～10毫克/公斤/日，分4次	用于尿路感染	①可有恶心、呕吐、皮疹等 ②严重肾功能减退者忌用

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
磺胺类及呋喃类药物	磺胺甲基异恶唑（SMZ）	片剂 0.5克	口服	1克/次，一日2次，首剂加倍	25毫克/公斤/次，一日2次，首剂加倍	在尿中浓度高，用于尿路感染、肺部感染、菌痢，临床上常与TMP合用	
	抗菌增效剂（TMP）	片剂 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，一日2次	5～10毫克/公斤/日分2次	不是磺胺药，是一种广谱抗菌素，对磺胺药、四环素、庆大霉素等有增效作用	①毒性低，偶可引起恶心，药疹 ②一般不单独使用 ③孕妇、新生儿不宜用
抗菌素	青霉素G钠（钾）	针剂 20万单位 40万单位 100万单位	肌注	20万～40万单位/次，6小时一次	2.5万～5万单位/公斤/日，4～6小时一次	低浓度时起抑菌作用，在高浓度时有杀菌作用。对球菌有作用，对破伤风杆菌、白喉杆菌、螺旋体也有作用，对大肠杆菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌无效。用于中耳炎、肺炎、脑膜炎、脓肿、心内膜炎、败血症等	①毒性虽小，但易引起过敏反应如皮疹、过敏性休克。使用前必须作过敏试验 ②钾盐不可静脉推注，但可静滴
			静滴	600万～1000万单位/日	随年龄及病情决定		
	普鲁卡因青霉素G（青霉素混悬剂）	针剂 40万单位 80万单位	肌注	40万～80万单位/日	20万～40万单位/日	作用同青霉素G钠，较持久，但发挥也慢，故在严重感染时不宜使用	同青霉素G钠

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗菌素	硫酸链霉素	针剂 1克/瓶 2克/瓶 0.25克/支 0.5克/支	肌注	0.75～1克/日，分1～2次	25～40毫克/公斤/日，分1～2次	对结核杆菌有特效，对大肠杆菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌等有作用，低浓度时有抑菌作用，高浓度时有杀菌作用	①可有口唇周围及面部麻木、头晕、头痛，长期使用可引起耳鸣、耳聋、眩晕、蛋白尿及管型尿，亦可引起过敏反应如皮疹、药热、甚至休克 ②肾功能减退者慎用 ③另有硫酸双氢链霉素，对听神经副作用较大，但一般副作用小
	氯霉素	片剂 0.05克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，一日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分4次	为广谱抗菌素，对固紫染色阴性杆菌作用最强，其中以伤寒杆菌最敏感。用于伤寒、副伤寒、菌痢、泌尿道感染、百日咳、腹膜炎及其他细菌感染等	①可有恶心、呕吐、腹泻、胃口减退、舌炎及口角炎；偶有皮疹、药热；亦可引起白细胞及血小板减少症、再生障碍性贫血。应从严掌握适应证 ②忌与硷性药物配伍
		针剂 1毫升＝0.125克 2毫升＝0.25克	静注 静滴 肌注	0.5～1克/次，12小时一次	25～50毫克/公斤/日		
	合霉素	片剂 0.05克 0.25克	口服	氯霉素加倍量	氯霉素加倍量	同氯霉素	同氯霉素
		针剂 2毫升＝0.25克	肌注				
	盐酸黄连素（盐酸小檗碱）	片剂 0.05克 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，一日3～4次	5～10毫克/公斤/日	有抗菌作用，用于肠道感染、百日咳、猩红热、化脓性中耳炎等	偶有恶心、皮疹及药热

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗菌素	灰黄霉素	片剂 0.1克	口服	0.1～0.2克/次，一日4次	10～20毫克/公斤/日，分4次	有强大的杀灭霉菌作用。用于头癣、手足甲癣及其他部位霉菌感染	①可有恶心、上腹不适、头痛、嗜睡、眩晕及皮疹 ②偶有暂时性白细胞减少、蛋白尿、黄疸
	盐酸金霉素（氯四环素）	片剂 0.125克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，一日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	为广谱抗菌素，对多数固紫染色阳性和阴性细菌有抑制作用，高浓度时有杀菌作用。对沙眼病毒也有作用	①可有恶心、呕吐、上腹不适、腹泻，口腔炎；偶有皮疹、药热 ②静注，静滴最好以0.9%甘氨酸钠溶解后应用。静注可引起静脉炎 ③忌与碱性药物配伍 ④溃疡病者忌口服
		针剂 0.1克 0.2克	静注	0.5克/次，一日2次（10毫克/毫升）	15～30毫克/公斤/日，分2～3次（10毫克/毫升）		
			静滴	0.5克/次，一日2次（1～2毫克/毫升）	15～30毫克/公斤/日，分2～3次（1毫克/毫升）		
	盐酸四环素	片剂 50毫克 0.125克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，一日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	同盐酸金霉素，对大肠杆菌、变形杆菌作用较好	①副作用同盐酸金霉素，但较轻 ②针剂可用生理盐水或注射用水溶解 ③溃疡病者可口服 ④肾功能减退者慎用
		针剂 0.25克 0.5克	静注	同盐酸金霉素	同盐酸金霉素		
			静滴	同盐酸金霉素	同盐酸金霉素		

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗菌素	盐酸土霉素（地霉素、氧四环素）	片剂 50毫克 0.125克 0.25克	口服	0.25～0.5克/次，一日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	同盐酸金霉素，对肠道感染和阿米巴病效较好	①副作用同盐酸金霉素，但较轻（静注副作用多） ②针剂可用生理盐水或5%葡萄糖溶解后应用 ③溃疡病者可口服
		针剂 2毫升＝0.1克	肌注	0.1克/次，一日2～3次	10～12.5毫克/公斤/日，分2次		
		针剂 0.25克	静注	0.5克/次，一日2次（2.5～5毫克/毫升）	15～30毫克/公斤/日，分2～3次（2.5～5毫克/毫升）		
			静滴	0.5克/次，一日2次（1毫克/毫升）	15～30毫克/公斤/日，分2～3次（1毫克/毫升）		
	红霉素	片剂 0.1克	口服	0.2～0.5克/次，一日3～4次	25～50毫克/公斤/日，分3～4次	抗菌范围同青霉素，可用于各种耐青霉素的葡萄球菌感染、链球菌及肺炎球菌感染及白喉带菌者	①红霉素可被胃酸破坏，可与苏打同服 ②针剂必须用注射用水或5%葡萄糖溶液（与盐水产生沉淀） ③另有无味红霉素，每片含0.125克，不须同服苏打 ④口服可有恶心、呕吐、腹泻，长期静滴可有局部疼痛
		针剂 0.3克	静注静滴	15～30毫克/公斤/日（静注分3～4次）	同左		

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗菌素	硫酸卡那霉素	针剂 1克/瓶 0.5克/支	肌注	15毫克/公斤/日 分2～3次	同左	对许多固紫染色阳性和阴性菌有抑制作用。用于一般抗菌素无效的尿路感染、败血症、肺炎、胆道感染，也有抗结核作用	①长期注射可引起肾功能损害和听力减退 ②可有头晕、耳鸣、恶心，食欲不振、皮疹 ③老年和肾功能减退者慎用
			静滴	1～1.5克/日	15～30毫克/公斤/日		
	庆大霉素	针剂 1毫升＝20毫克 1毫升＝40毫克	肌注	120～240毫克/日，分3～4次，疗程7～10日	3～5毫克/公斤/日，分2～3次	抗菌谱和卡那霉素基本相同	①参照卡那霉素 ②1毫克＝1,000单位
			静滴	160～240毫克/日，分1～2次	3～5毫克/公斤/日，分1～2次		
抗结核药物	异烟肼（雷米封）	片剂 0.05克 0.1克	口服	0.1克/次，一日3次或0.3克临睡前一次顿服	10～20毫克/公斤/日，分3次或临睡前一次顿服	对结核杆菌有强烈的抑制及杀灭的作用，用于各种类型结核病	①可有精神兴奋、感觉异常、头痛、口干、便秘、出血倾向、肌肉抽搐，停药后可消失 ②大剂量可引起四肢麻木等，维生素B_6可防治 ③不可同服麻黄碱、颠茄类制剂 ④肝、肾功能减退者及癫痫病人忌用或慎用 ⑤易产生抗药性，常和其他抗结核病药物合用，能延缓抗药性的产生
		针剂 2毫升＝0.1克	肌注	同口服	同口服		

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗结核药物	对氨基水杨酸钠(P.A.S.)	片剂 0.5克	口服	8～12克/日，分4次	0.2～0.3克/公斤/日，分3～4次	对结核杆菌有抑制作用，与异烟肼合用，加强抗结核作用，延迟耐药性的产生	①可有恶心、呕吐、食欲减退、腹泻，与小苏打同服可减轻；结晶尿、蛋白尿，停药后可消失；偶见过敏性皮炎、药热、白细胞减少、黄疸 ②忌与水杨酸钠同服 ③肝功能减退者慎用
维生素类药物	维生素B_1（盐酸硫胺）	片剂 10毫克	口服	10～30毫克/次，一日3次	10毫克/次，一日3次	维持神经、心脏及消化系统正常机能。用于脚气病预防，多发性神经炎、周围神经炎、中枢神经系统损伤，食欲不振、营养不良、消化不良等	①极少数病人在注射时可有过敏性休克 ②禁忌静脉注射
		针剂 2毫升=100毫克	肌注	50～100毫克/日	50毫克/日		
	维生素B_2（核黄素）	片剂 5毫克	口服	5～10毫克/次，一日3次	5毫克/次，一日3次	用于角膜炎、结膜炎、口角炎、舌炎、脂溢性皮炎、阴囊炎等	服药后尿，小便可呈荧光色
		针剂 2毫升=5毫克	皮下肌注	5～10毫克/日，一日1次	5毫克/日，一日1次		
	复合维生素B	片剂	口服	1～3片/次，一日3次	1片/次，一日3次	用于营养不良、厌食、脚气病及因缺乏维生素B属所致的各种疾患作辅助治疗	含有B_1，B_2，B_6，烟酰胺成分 避光保存
		溶液	口服	10～15毫升/次，一日3次	视需要而定		
		针剂 2毫升	肌注	2毫升/次，一日1次	同上		

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
维生素类药物	维生素C（抗坏血酸）	片剂 50毫克 100毫克	口服	50～100毫克/次，一日3次	同成人	增加毛细管致密性；刺激造血机能；增加机体对感染的抵抗力。用于坏血病的防治、各种急慢性传染病及紫癜等	最近报导可用于预防传染性肝炎和感冒（0.5～4.0克/日）
		针剂 2毫升＝0.25克	肌注静注	0.25～0.5克/日，一日1次	酌减		
	维生素B_6（盐酸吡多辛）	片剂 10毫克	口服	10～20毫克/次，一日3次	5～10毫克/次，一日3次	用于妊娠呕吐、放射病呕吐、异烟肼中毒及抗肿瘤药物胃肠道反应的防治，白细胞减少症	
		针剂 2毫升＝50毫克	肌注静注	50～100毫克/次，一日1次	25～50毫克/次，一日1次		
	浓维生素AD	滴剂 10毫升 50毫升	口服		预防：3～6滴/日 治疗：15～60滴/日	用于维生素A缺乏症、佝偻病的防治及婴儿手足搐搦症	
		针剂 0.5毫升	肌注		0.5～1毫升/日		
	维生素D_2（骨化醇）	针剂 1毫升＝40万单位	肌注		40万单位/次，隔日1次，连用2次	用于防治佝偻病、婴儿手足搐搦症、骨软化症	①用药前应先补充钙剂 ②维生素D_3作用同，但维持时间长，半至1月注1次，连用2～4次

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
激素类及抗甲状腺药物	氢化可的松	片剂 20毫克	口服	10～20毫克/次，一日3～4次	4～8毫克/公斤/日，分3～4次	使水、钠潴留及促进钾排泄的作用；减轻机体对损伤引起的病理反应；抑制结缔组织的增生，减少炎性渗出；对神经系统有提高兴奋性的作用；在严重感染时与大剂量抗菌素合用，有良好降温、抗炎、抗毒、抗休克及促进症状缓解的作用	①长期大量应用可引起浮肿、低血钾、毛发增多、血压增高、心动过速、精神欣快、抵抗力低弱、骨质疏松等 ②用药期间宜控制钠盐摄入量，并口服氯化钾 ③长期大量应用后不可突然停药，应逐渐减少 ④心力衰竭、肾功能不全、溃疡病者慎用 ⑤2.5%醋酸氢化可的松混悬液每瓶5毫升，可用于局部及关节腔内注射，常用量0.5～1.0毫升/次
		针剂 2毫升＝10毫克 5毫升＝25毫克 20毫升＝100毫克	静滴	0.1克/次（4毫克/毫升）	4～8毫克/公斤/日		
	强的松（去氢可的松）	片剂 5毫克	口服	2.5～10毫克/次，一日3～4次	1～2毫克/公斤/日，分3～4次	同氢化可的松，但水、钠潴留及促进钾排泄的作用较小	同氢化可的松，但副作用较小
	地塞米松（氟美松）	片剂 0.75毫克	口服	0.75～3毫克/次，一日2～3次	0.1～0.25毫克/公斤/日，分3～4次	同氢化可的松，对炎症和皮肤过敏效较著	①水肿、高血压、肌无力的副作用较轻 ②易引起精神症状，故不宜久用 ③肝功能障碍者不宜用
		针剂 1毫升＝5毫克	肌注	5～10毫克/次，一日1～2次	2～5毫克/次		
			静注输内	5～10毫克/次			

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
激素类及抗甲状腺药物	甲基硫氧嘧啶	片剂 50毫克 100毫克	口服	50～100毫克/次，一日3次，症状体征消失后酌减	25～50毫克/次，一日3次，症状、体征消失后酌减	有抑制甲状腺素合成作用。用于甲状腺机能亢进	①可有白细胞减少、药热及皮疹等副作用 ②经常检查血象 ③孕妇及哺乳期妇女慎用
	他巴唑（甲硫咪唑）	片剂 5毫克	口服	5～10毫克/次，一日3次，待症状减轻后用维持量5～10毫克/日		同甲基硫氧嘧啶，但作用强10倍，疗效快而持久，副作用少	同甲基硫氧嘧啶
	甲状腺素片	片剂 30毫克 60毫克	口服	粘液水肿：开始0.1～0.18克/日，分3次；后逐渐减至维持量0.06～0.12克/日 极量：0.2克/日	2岁以上0.03～0.12克/日，分3次服	促进代谢和生长发育，用于克汀病、粘液水肿等甲状腺机能低下症	大剂量可引起心悸、手足震颤、多汗、体重减轻、兴奋、失眠等

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
妇产科药物	子宫收缩药	脑垂体后叶素	针剂 1毫升＝10单位 1毫升＝5单位	肌注 静注 静滴	流产： 2～10单位/次 产后子宫出血： 5～10单位/次 肺咯血： 10单位/次		小剂量可增强子宫的节律性收缩，大剂量能引起强直性收缩，使子宫肌层内血管受压迫而起止血作用。作用时间较麦角短。亦有抗利尿及升压作用。主要用于产后出血、大量肺咯血及尿崩症	①可有面色苍白、出汗、心悸、胸闷、腹痛等，应立即停药。偶有过敏反应 ②动脉硬化、高血压、肺源性心脏病、妊娠中毒症者忌用 ③偶有过敏反应
		催产素	针剂 1毫升＝5单位 1毫升＝10单位	肌注 静滴 静注	5～10单位/次		对子宫有收缩作用，用于引产、产后出血及子宫复旧等	①引产静滴时2.5～5单位/次，以5%葡萄糖液500毫升稀释后，其速度开始为8～10滴/分钟，严密观察子宫收缩情况，调节滴数，不超过60滴/分钟 ②胎儿头与骨盆不相称，有剖腹产史的产妇及心脏病患者忌用
		益母草流浸膏		口服	2～4毫升/次，一日3次		可使子宫平滑肌兴奋收缩，但作用较麦角弱。用于产后出血、流产后月经过多	

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
妇产科药物	子宫收缩药	马来酸麦角新碱	针剂 1毫升=0.2毫克	肌注 静注 静滴	0.2～0.4毫克/次		对子宫平滑肌有直接作用，可引起子宫的强直性收缩，从而压迫血管止血。用于产后出血及月经过多	①孕妇及胎盘未排出前的产妇忌用 ②有血管硬化、冠状动脉疾病者忌用 ③静注要用25%葡萄糖液20毫升稀释后应用 ④长期或大量应用，可引起中毒，轻则呕吐，重则昏迷
			片剂 0.2毫克 0.5毫克	口服	0.2～0.5毫克/次 或0.2毫克/次日2次			
		麦角流浸膏		口服	1～2毫升/次， 一日3次		同上	同上
	性激素	黄体酮（助孕素）	针剂 1毫升=10毫克 1毫升=20毫克	肌注	10～20毫克/次		用于习惯性流产、子宫功能性出血、血崩症、痛经及月经失调等	与乙蔗酚联合作人工月经周期疗法
		乙蔗酚（己烯雌酚，雌激素）	片剂 0.5毫克 1毫克	口服	月经失调： 0.5～1毫克/次，一日1次 回奶： 5毫克/次， 一日3次， 连用3日		用于卵巢机能不全或垂体机能异常引起的月经失调，经绝期综合征，前列腺癌，抑制乳腺分泌	①可有恶心、呕吐、头痛及性欲增强等，久服能导致子宫出血与子宫肥大 ②孕妇，肝、肾功能严重减退者忌用 ③按指定方法服药，以免中途停药导致子宫出血
			针剂 1毫升=2毫克	肌注	2～4毫克/次			

药物类别		名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
妇产科药物	性激素	丙酸睾丸素	针剂 1毫升=25毫克	肌注	25毫克/次，一日1次，连用3日，于经期注射		促进男性性器官发育，抑制卵巢功能及子宫内膜生长，用于子宫功能性出血、垂体性侏儒、转移性乳腺癌、无睾症、隐睾症	用量过大可引起女性男性化、浮肿、黄疸、恶心、肝损害
		甲基睾丸素	片剂 5毫克	口服或舌下含	5～10毫克/次，一日2～3次		同上	肝功能不良者慎用
		苯丙酸诺龙	针剂 1毫升=10毫克 1毫升=25毫克	肌注	25毫克/次，一周1～2次	5～25毫克/次，一周1次	慢性病强壮剂，用于营养不良、长期消耗性疾病患者、长期使用激素者	前列腺癌、高血压、肝功能减退者及孕妇禁用
	避孕药	口服避孕片1号（复方炔诺酮片）	片剂	口服	1片/日，月经第5日开始，连服22日		抑制排卵而达到避孕；又可使月经过多者经量减少，痛经减轻，月经规则。用于口服避孕	①偶有恶心，呕吐、食欲减退及头晕等，可同服维生素B_6 ②肝炎、肾炎患者忌用 ③按规定方法服用，经常漏服会失效 ④本品可使乳汁减少，故产后哺乳者6个月以内忌用
		口服避孕片2号（复方甲地孕酮片）	片剂	口服	同口服避孕片1号		用于口服避孕	同口服避孕片1号

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
生物制品	破伤风抗毒素(T.A.T.)	针剂 1,500单位	肌注皮下	预防：1,500～3,000单位/次	预防：1,500～3,000单位/次	用于破伤风预防及治疗	①可有热反应、血清病及过敏性休克 ②用药前应作过敏试验，有过敏反应者应作脱敏处理后使用
		针剂 1万单位	肌注 静注 静滴	治疗：10万单位，分2次，每日1次。重症20万单位分4次，每日1次	治疗：3万～10万单位，分2次，每日1次		
	胎盘球蛋白	针剂 3毫升	肌注	3～6毫升/次	0.2～0.8毫升/公斤	用于麻疹、肝炎的预防	可有体温升高、不适感。可自行消退
	α-糜蛋白酶	针剂 1毫克 5毫克	肌注	1～5毫克/次，一日1次	0.1毫克/公斤/次，一日1次	促进创面愈合，与抗菌药物合用可治疗各种炎症、溃疡、脓肿、血肿等	偶有过敏反应
	丙种球蛋白	针剂 3毫升＝0.3克	肌注		预防麻疹：15毫克/公斤（能减轻症状）40～60毫克/公斤（能制止发作） 预防肝炎：5～10毫克/公斤 预防脊髓灰质炎：50～70毫克/公斤	含有多种抗体，用于麻疹、肝炎、脊髓灰质炎的预防	如有摇不散的沉淀，则不可使用

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
生物制品	白喉抗毒素(D.A.T.)	针剂 1万单位	肌注	预防：1,000～1,500单位 治疗：2万～3万单位	同成人	中和白喉杆菌外毒素，用于白喉的预防和治疗	注射前必须作过敏试验。有药物过敏史者应作脱敏处理后应用
解毒药	解磷毒(解磷定，P.A.M.)	针剂 10毫升＝0.4克	静注	0.8～1.2克/次	15～30毫克/公斤/次	对有机磷农药有解毒作用	①可有轻度恶心及口苦 ②忌与碱性药物配伍 ③还有0.4克粉剂
	二巯基丙醇(巴尔，B.A.L.)	针剂 1毫升＝0.1克 2毫升＝0.2克	肌注	2.5～5毫克/公斤/次，初2日，4小时1次，第3日，6小时1次，以后12小时1次，7～14日为一疗程	同成人	用于酒石酸锑钾及砷、汞、金、鉍中毒	①可有恶心、呕吐、腹痛、头痛、粘膜烧灼感、手发麻、流泪、流涎、血压升高、心悸等 ②多次注射可引起过敏反应 ③严重肝功能减退者慎用
	二巯基丙磺酸钠	针剂 5毫升＝0.25克	皮下肌注	5毫克/公斤/次，第一日6～8小时/次，第二日12小时/次，以后每日1～2次 5～7日一疗程		同上。吸收好，作用大，对急性或亚急性汞中毒较二巯基丙醇好	偶有恶心、心动过速、头晕、面色苍白等

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
解毒药	亚甲蓝（美蓝）	针剂 2毫升：20毫克	静注肌注	1～2毫克/公斤/次	同成人	为还原剂，用于肠原性紫绀症等	
	硫代硫酸钠（大苏打）	针剂 0.32克/支 0.64克/支	静注肌注	砷、汞、铅、碘、铋中毒：0.5～1克/次	10～20毫克/公斤/次	用于砷、汞、铅、碘、铋、氰化物等中毒	可有头晕乏力
				氰化物中毒：12.5～25克/次，一日1次，共3～5天	0.25～0.5克/公斤/次		
补液用药	葡萄糖注射液	5% 250毫升 500毫升 1,000毫升 10% 250毫升 500毫升 1,000毫升	静滴	2,000～3,000毫升/日，视病情需要而定	80～120毫升/公斤/日，视病情需要及体重而定	补充体液及热量，用于不需补充盐的患者	①心脏病人用时应控制剂量及速度 ②脑水肿病人应用10%制剂，并控制剂量
	葡萄糖氯化钠注射液	5% 葡萄糖 0.9% 氯化钠 250毫升 500毫升 1,000毫升	静滴	1,000～2,000毫升/日，视病情需要而定	视病情需要及体重而定	补充体液和钠离子、氯离子及热量	①心脏病人注意点同上 ②水肿病人尽量少用

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
补液用药	生理盐水	500毫升 1,000毫升	静滴	同上	同上	补充体液和钠离子，氯离子，用于轻、中度低氯碱中毒	同上
	乳酸钠	针剂 20毫升＝2.24克 (11.2%)	静滴	5～8毫升/公斤	同左	主要用于酸中毒治疗	①肝功能减退者慎用 ②应用5倍5%葡萄糖液稀释后滴入
	碳酸氢钠（小苏打）	片剂 0.5克	口服	0.5～1克/次，一日3次	0.1～1克/次，一日3次	中和胃酸，防治酸中毒	①服后易产生二氧化碳，引起继发性胃酸过多 ②不宜与酸性药物配伍
		针剂 20毫升＝1克	静滴	5毫升/公斤		用于酸中毒	
	右旋糖酐	6% 500毫升	静滴	按病情而定	按病情而定	提高血浆胶体渗透压，使血容量增加，用于低血容量性休克	①肾病患者慎用 ②充血性心力衰竭忌用 ③本品常用有低分子（分子量20,000～40,000）中分子（分子量60,000～95,000）两种

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗肿瘤药物	氮芥（恩比兴）	注射剂 10毫克	静注	0.1毫克/公斤/次，开始每周3次，随白细胞计数下降，减为每周2次，最后每周1次，每周1次总量60～80毫克	0.08～0.1毫克/公斤/次，用法同左	能抑制肿瘤细胞的核分裂。用于网状细胞肉瘤、慢性白血病、淋巴肉瘤、绒毛膜上皮癌、肺癌等	①恶心、呕吐、发热、皮疹、头痛、呼吸困难、白细胞及血小板计数下降，反复注射同一血管，可引起血栓和血栓性静脉炎 ②白细胞减低者忌用 ③经常检查血象 ④注射宜在睡前进行
			胸腹腔内注射	5～10毫克/次，最大剂量不超过20毫克，5日1次，一疗程4～5次			
	盐酸氧氮芥（弥得平）	片剂 25毫克 50毫克	口服	50～100毫克/次，用法同氮芥，极量100毫克/次 1疗程总量500～1,000毫克	0.5～1毫克/公斤/次 用法同氮芥	同上，还用于肾病综合征	①同氮芥，但较轻 ②不能与维生素丙等还原剂混合使用 ③成人胸腹腔内注射100毫克/次，用生理盐水溶解(10毫升)。5～7日注射1次，总量为500毫克
		针剂 50毫克	静注				

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗肿瘤药物	环磷酰胺（癌得星）	片剂 50毫克 100毫克 针剂 100毫克 200毫克	口服	50～100毫克/次， 一日2次； 200毫克/次， 每日或隔日1次 总量8～12克（一疗程）	2～8毫克/公斤/日，分1～2次； 2～6毫克/公斤/次， 每日或隔日1次	作用见氮芥，用于淋巴肉瘤、网状细胞肉瘤、慢性淋巴性白血病、绒毛膜上皮癌、乳腺癌、晚期肺癌、晚期鼻咽癌	①白细胞减少、脱发、恶心、呕吐，偶见肝脏损害 ②白细胞减低者忌用 ③大多数首剂静注100毫克以后改为每日200毫克，最后用口服维持。 ④经常检查血象，并定期检查骨髓象，如白细胞低于4,000每立方毫米，需停药。如用药累积量达4克，肿瘤不见消退时，宜停药
			静注	大剂量 800～1,000毫克，以生理盐水40～50毫升稀释后，作静脉注射，缓慢进行，1周1次或1日1次，连用2～3次	大剂量 10～15毫克/公斤/次，1周1～2次， 以生理盐水20毫升稀释后缓注		
	氟脲嘧啶（S-FU）	针剂 5毫升＝0.25克 10毫升＝0.5克	静注	10～12毫克/公斤/日， 一日1次， 连续3～5日后改为5～6毫克/公斤隔日1次，直到出现毒性反应为止， 一疗程总量约90～100毫克/公斤		用于直肠癌、结肠癌、乳腺癌、卵巢癌、胃癌、肝癌	①食欲不振，恶心、呕吐，口干，口炎，咽炎，腹泻，白细胞减少，颈面部斑状丘疹和红肿，皮肤色素沉着，脱发 ②体质差、贫血、肝功能减退者慎用 ③恶液质或衰竭病人忌用

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
抗肿瘤药物	自力霉素	针剂 2毫克 4毫克 （瓶装）	静注	一般剂量 2毫克/次，1日1次，以生理盐水10～20毫升溶解，1疗程总量60～80毫克； 大剂量 8～10毫克/次，1周2次，以生理盐水20～40毫升溶解，1疗程总量为60～80毫克		用于肺癌、乳癌、胃癌、恶性淋巴瘤、胰腺癌、卵巢癌、皮肤癌性溃疡	①白细胞、血小板下降，轻度食欲不振，恶心呕吐 ②局部用药，可将自力霉素2～4毫克，用10～20毫升生理盐水混敷，1日1次，10～20次为一疗程
			静滴	8～10毫克 以5～10%葡萄糖液500毫升稀释，2～3小时滴入			
			脐内注射	6～10毫克 以20～100毫升生理盐水稀释，5日1次，4～6次为一疗程			

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
降血糖药物	胰岛素（正规胰岛素）	注射剂 10毫升＝400单位 10毫升＝800单位	皮下	视病情而定。一般轻中度患者，4～10单位/次；重度患者，20单位/次，一日3次，食前半小时	视病情而定	调节糖代谢，促进组织对葡萄糖的利用。用于糖尿病	①大剂量能产生胰岛素休克，用于精神病 ②急救时可静注
	精蛋白锌胰岛素（长效胰岛素）	注射剂 10毫升＝400单位，10毫升＝800单位	皮下	视病情而定，一般10～20单位/次，一日1次，食前1小时注射	视病情而定	同胰岛素，注射后吸收较慢而均匀，最大作用出现注射后10～24小时，作用持续24～36小时	作用缓慢，不能用于抢救，不能静注
	苯乙双胍（降糖灵）	片剂 25毫克 50毫克	口服	25毫克/次，一日3次，必要时可增到50毫克/次，一日3次	0.5毫克/公斤/次	用于糖尿病	①恶心、呕吐、腹泻 ②有酮症、酸中毒禁用 ③与胰岛素合用有协同作用
	甲苯磺丁脲（甲糖宁，D860）	片剂 0.5克	口服	第一天 1克/次，一日3次， 第二天 0.5克/次，一日4次，以后逐渐减量，在1～2周内减至维持量（0.5克/次，一日2次）		刺激胰岛释放胰岛素而发挥降低血糖的作用。用于轻度和中度肥胖的糖尿病人	有胃肠道反应，轻度肝细胞损害及粒细胞减少

药物类别	名称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
其他	新斯的明	片剂 15毫克	口服	10～20毫克/次，一日3次	1～2毫克/公斤/日，分4～6次	有抗胆碱酯酶，兴奋平滑肌、横纹肌及抑制心血管作用。用于重症肌无力、腹气胀、尿潴留、阵发性心动过速	①机械性肠梗阻、哮喘忌用 ②可有流涎、心动过缓、腹痛、肌肉震颤等
		针剂 1毫升＝0.5毫克 2毫升＝1毫克	肌注或皮下	0.5～1毫克/次	0.05～0.1毫克/岁/次		
	氢溴酸加兰他敏	片剂 5毫克	口服	10毫克/次，一日3次	0.5～1毫克/公斤/日，分3次	与新斯的明相似，但作用较弱，用于重症肌无力、小儿麻痹症后遗症、由神经系统疾病或外伤引起的感觉运动障碍，多发性神经炎，脊神经根炎	①同新斯的明 ②使用时，应从小剂量逐渐增大 ③有效者，可连续三个疗程
		针剂 1毫克 2.5毫克 5毫克	肌注或皮下	2.5～10毫克/次	0.05～0.1毫克/公斤/次，一日1次，一疗程2～6周		
	谷维素	片剂 10毫克	口服	10～20毫克/次，一日3次		能改善植物神经功能，用于周期性精神病、脑震荡后遗症、妇女更年期综合征、经前期紧张症、血管神经性头痛、心血管神经官能症	可有胃部不适、恶心、皮疹、头昏、体重迅速增加

药物类别	名　称	剂型规格	用法	成人剂量	小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
其	辅酶A	针剂 50单位 100单位	肌注	50～100 单位/次， 一日1次， 用生理盐水 2毫升溶解		对糖、脂肪、蛋白质的代谢起影响。用于白细胞减少症、原发性血小板减少性紫癜、功能性低热，对肝炎，冠状动脉硬化、尿毒症、肾病综合征等可作为辅助治疗药物	1疗程7～14日
			静滴	50～100 单位/次， 一日1次， 用5%葡萄糖500毫升溶解稀释			
他	三磷酸腺甙(A.T.P)	针剂 10毫克 20毫克	肌注或静注	20～40 毫克/次， 一日1～3次	10～20 毫克/次， 一日1～3次	为一种辅酶，用于冠状动脉及周围血管痉挛，心绞痛，偏头痛，肌营养不良，急慢性肝炎	①脑出血初期忌用 ②静注时每10毫克以5%葡萄糖液10毫升溶解后缓慢注射，否则易引起低血压及眩晕等

常用药物表（二）

药物类别		名称	规格	用途	用法	注意点
外科用药	消毒药	乳酸	溶液	用于空气消毒	每100立方米用12毫升加热蒸发，消毒30分钟	
		新洁尔灭	5%	外科器械消毒	用0.1%（加0.6%亚硝酸钠）浸泡器械30分钟以上	忌与肥皂水及洗涤剂合用
				手消毒	用0.1%泡手5分钟	
		漂白粉	0.03～0.15%	用于饮水消毒	加入水中	①临用前新鲜配制，久放易失效 ②有褪色及腐蚀金属、衣物的作用
			1～3%	用于消毒厕所	喷洒	
			0.5%	用于消毒食具、痰盂、便盆、灌肠器	浸泡	
			干粉	用于粪便消毒	稀便用1:5，干便用2:5	
		来苏儿（煤酚皂溶液）	含50%煤酚	手、皮肤消毒	用2%溶液泡洗	
				一般器械物品消毒	用2%溶液浸泡1～2小时	
				传染病者用过的器械物品消毒	用5%溶液浸泡0.5～2小时	
				病人排泄物消毒	用5～10%溶液	

药物类别		名称	规格	用途	用法	注意点
外科用药	表皮消毒药	酒精(乙醇)	50%	用于防止褥疮及物理降温	涂擦皮肤	①可用95%酒精以蒸馏水稀释配置 ②浸泡器械过久可生锈
			75%	皮肤及器械消毒	①皮肤消毒局涂②手术器械浸泡0.5～1小时以上	
		红汞	2～4%	粘膜，皮肤及伤口的消毒	局涂	不可与碘酊同用。红汞20～40克，水加至1,000毫升
		碘酊	2～3%	皮肤消毒	局涂	粘膜禁用
		硫柳汞	0.1%	用于皮肤粘膜的表面消毒	局涂	使用时忌与酸、碘类接触，0.1%酊剂用于手术前皮肤消毒
	创面用药	硼酸	溶液3～4%	洗涤创面及粘膜面	清洗创面	配制：硼酸30～40克，加水至1,000毫升，过滤，煮沸灭菌
			软膏 5%	用于灼伤、褥疮、皮肤溃疡等	局涂	
		双氧水（过氧化氢溶液）	溶液 3%	用于清洗创伤、灼伤、脓窦、溃疡等创面	清洗创面	棕色瓶中存放
			1%	口腔炎、扁桃体炎	漱口，一日2～4次	
		雷佛奴尔（利凡诺）	溶液 0.1%	用于皮肤粘膜伤口的洗涤及湿敷	清洗创面，纱布湿敷	配制：雷佛奴尔1克，氯化钠适量，加水至1,000毫升，过滤灭菌

药物类别		名称	规格	用途	用法	注意点
外科用药	创面用药	漂白粉硼酸溶液（优琐溶液）	1.25%漂白粉 1.25%硼酸 1.25%小苏打	消炎杀菌，用于化脓病灶、清洁创面或湿敷	局部湿敷	宜储存暗处，密封瓶塞（橡皮塞），存放不能超过2周，过期失效
		生理盐水	溶液	用于皮肤粘膜伤口的洗涤	清洗创面	配制：氯化钠9克，加水至1,000毫升，过滤消毒
		硫酸镁溶液	溶液50%	用于消炎退肿	局部湿热敷	
		呋喃西林	溶液 0.02～0.1%	用于伤口消毒	清洗创面	可出现过敏反应
		高锰酸钾（P.P.）	溶液 0.1%	用于伤口洗涤	清洗	溶液应现用现配
			0.01～0.02%	用于洗胃	洗胃	
		龙胆紫（甲紫）	溶液 0.5～2%	对固紫染色阳性细菌有作用。用于粘膜、皮肤的创面及灼伤	局涂	配制：龙胆紫5～20克，75%酒精80毫升，加水至1,000毫升
	麻醉药	盐酸普鲁卡因	针剂 2毫升＝0.04克(2%) 10毫升＝0.1克（1%）	用于局部麻醉或神经阻滞麻醉、封闭疗法	局部注射	①一般用量不超过1克/次 ②注射后1～3分钟起作用，可维持1小时左右 ③加入少量肾上腺素可延长作用时间 ④首次应作皮试

药物类别		名称	规格	用途	用法	注意点
皮肤科用药	抗细菌类	三磺软膏	支：14克	疮疖化脓、溃烂	局涂	磺胺过敏者禁用
		硼酸软膏	支：10%25克	皮肤溃疡、手足皲裂	局涂	一般用4%浓度
		鱼石脂软膏	支：10%25克	皮肤炎症	局敷	
		呋喃西林软膏	支：0.2%14克	化脓性皮肤疾患	局涂	
		四环素软膏	支：14克	化脓性皮肤疾患	局涂	
		红霉素软膏	支：4克	化脓性皮肤疾患、灼伤	局涂	
	治皮炎湿疹类	炉甘石洗剂	瓶：100毫升 500毫升	用于搔痒症、急性皮炎、湿疹	局涂	摇匀后使用
		氧化锌软膏	支：15%25克	慢性湿疹	局涂	
		复方糠馏油软膏	瓶：300克	亚急性、慢性湿疹	局涂	
		醋酸氢化可的松软膏	支：1%4克	过敏性皮炎，顽固的局限性皮炎及湿疹	局涂	
		氟氢可的松软膏	盒：0.1～0.25% 4克	同上	局涂	

药物类别		名称	规格	用途	用法	注意点
皮肤科用药	治灼伤及冻疮类	水火烫伤膏	支：20克	烫伤	局涂	
		冻疮膏	支：14克	冻疮、手足皲裂	局涂	
	治癣病类	癣可净	瓶：20毫升	手足癣	局涂	
		复方土槿皮酊	瓶：20毫升	手足癣	局涂	
		鹅掌疯药水（鹅根）	瓶：20毫升	手足癣	局涂	
		硫磺软膏	5～10%	头癣，疥疮	局涂	
		水杨酸软膏	5%	手足癣等	局涂	
眼科用药		斑马牌眼药水（磺胺醋酰钠滴眼液）	支： 15%10毫升 30%10毫升	沙眼、结膜炎	滴眼，每日4次	
		疾得宁眼药水	支： 10% 8毫升	沙眼、结膜炎	滴眼，每日4次	
		氯霉素滴眼液	支： 0.25%10毫升	结膜炎、角膜炎	滴眼，每日4次	注意失效期
		金霉素眼膏	支：0.5% 2克 4克	结膜炎、角膜炎及沙眼等	涂眼，每日3次	同上

药物类别	名　称	规　格	用　途	用　法	注　意　点
眼科用药	四环素眼膏	支：0.5%4克	结膜炎、角膜炎	涂眼，每日3次	
	四环素可的松眼膏	支：4克	过敏性眼炎、结膜炎	涂眼，每日3次	避热
	醋酸可的松滴眼液	瓶：0.5%3毫升	非溃疡性角膜炎、巩膜炎、虹膜炎、过敏性结膜炎	滴眼，每日3～4次	用时摇匀，角膜溃疡忌用
	醋酸氢化可的松眼膏	支：0.5%4克	同上	涂眼，每日3次	角膜溃疡忌用
耳鼻喉科用药	鼻眼净	支：淡（1:2,000）10毫升 液（1:1,000）10毫升	收缩粘膜血管作用，用于结膜炎及鼻塞	滴眼，每日2～4次，每次1～2滴 滴鼻，每日3次，每次1～2滴	①儿童宜用淡的 ②一次不能滴入太多，一日使用次数亦不宜过多 ③长期使用，应在使用10日后，停止2～3日，再继续使用 ④萎缩性鼻炎忌用

药物类别	名　称	规　格	用　途	用　法	注　意　点
耳鼻喉科用药	盐酸麻黄碱滴鼻液	支：1%10毫升	用于急、慢性鼻炎，鼻旁窦炎	滴鼻，每日4次	
	麻黄素呋喃西林滴鼻液	支：10毫升	用于鼻旁窦炎、慢性鼻炎	滴鼻，每日4次	
	薄荷喉症片	片剂	用于喉痛及咽喉部不适	含服，每次1～2片，每日数次	
	含碘喉症片	片剂	用于咽喉炎及扁桃体炎	含服，每次1～2片，每日数次	
	酚甘油滴耳液	支：10毫升 1%或2%	外耳道疖、急性中耳炎，有止痛、防腐、消炎作用	滴耳，每日3次，每次1～2滴	儿童宜用1%的
	氯霉素甘油滴耳液	支：0.25%10毫升	急性、慢性中耳炎	滴耳，每日3次	

三、小儿用药剂量计算法

（一）按年龄折算法（根据药典） 见下表。

年　龄	剂　量	年　龄	剂　量
初生～1个月	1/24成人剂量	4岁～7岁	1/4～1/3成人剂量
1个月～6个月	1/24～1/12成人剂量	7岁～11岁	1/3～1/2成人剂量
6个月～1岁	1/12～1/8 成人剂量	11岁～14岁	1/2～2/3成人剂量
1岁～2岁	1/8～1/6 成人剂量	14岁～18岁	3/4成人剂量
2岁～4岁	1/8～1/4 成人剂量		

〔注〕本表仅供参考，使用时根据病人发育、营养、体重等情况可增减剂量。

（二）按体重计算法

1．体重计算

1岁以下：1～6个月体重（克）＝3,000克（出生时体重）＋月龄×600

7～12个月体重（克）＝3,000克（出生时体重）＋月龄×500

1岁以上：体重（公斤）＝年龄×2＋7

2．药量计算

每日用药剂量＝体重（公斤或克）×药物剂量/公斤（或克）/日

每次用药剂量＝每日用药剂量/每日分的次数

举例：两周岁小儿应用四环素的剂量怎么算？已知四环素的剂量是25～50毫克/公斤/日〔注〕，一般每日分4次用。

计算：

体重＝2×2＋7＝11公斤。

每日用四环素＝11公斤×50毫克/公斤/日＝550毫克。

每次用四环素＝550毫克/4＝约125毫克。

〔注〕考虑到小儿喂药困难、容易吐药等因素，故用药剂量可偏大一些。

四、常用除害药物的使用配制方法

范围	对象	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	效果
室外	灭蚋	90%敌百虫	药8克加水16斤	可喷粪缸16只	天热时每周检查2次，见蚋就下药，先搅碎粪块，然后下药，每只粪缸喷1斤左右水溶液，天冷时配制比例药物加大1倍	蚋一般在1天内死亡，并能杀灭飞来的成蝇
		6%可湿性六六六粉	药8两加水16斤	同上		
	灭孑孓	25%二二三乳剂	药3毫（约30毫升）加水6斤	喷15米²水面	天热时每周检查1～2次，发现孑孓及时下药，如水面有垃圾要捞掉，每平方米水面喷200毫升，池塘不能喷二二三、六六六，只能喷敌百虫、敌敌畏。天凉时按比例加大1倍药量	一般在1天内死亡
		6%可湿性六六六粉	药6两加水15斤	喷40米²水面		
		90%敌百虫	药7.5克加水6斤	喷15米²水面		
室内外	灭蚊蝇	90%敌百虫	药15克加水15斤	喷75米²	在多蝇场所或绿化地带重点喷洒或泼在地面四周，关闭门窗30～60分钟。天冷时药量加倍	接触或取食后死亡
		50%敌敌畏乳剂	药2毫升加水1斤	喷25米²		
		25%二二三乳剂	药1斤加水9斤	喷50米²	喷洒墙壁或蚊蝇栖息场所（如牲口圈棚）	喷洒后数小时内死亡
		10%六六六乳剂	药1斤加水9斤	喷50米²		
		50%敌敌畏乳剂	药1～2毫升	熏蒸50米³	关闭门窗，将药水敲在纸捻上燃烧，熏半小时，天冷时药加倍	30～60分钟死亡
	毒蝇点	90%敌百虫 50%敌敌畏	药1克加水1斤 药4毫升加水2斤	配5个毒蝇点，可在诱饵内搅拌	每个毒蝇点加药水2两，保持潮湿，3～7天换饵一次，放在多蝇地点的上风向	吃后即死
	毒蚊缸	90%敌百虫	药1克加水9斤	缸容量的三分之一	诱蚊缸设在屋前、后避风有阳光处或多花地带，天热时每周加药一次	吃后即死

范围	对象	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	效果
	灭臭虫	6%可湿性六六六粉	药半斤加水0.5～1斤	均匀喷门床缝	用刷子涂在缝隙内	接触后几小时至几天死亡
		90%敌百虫	药8克加水0.5斤	喷缝内，潮湿为度		
		50%敌敌畏乳剂	药4毫升加水1斤	同上		
		灭害净（二二三敌敌畏混合剂）	不加水	同上		
		25%二二三乳剂	药1斤加水4斤	可喷15米^{2}房间		
	灭鼠	磷化锌	药3～5克加食饵95～97克混合	制成毒丸200粒，分40～60堆	放在鼠洞及出没处	
	灭蚤	6%可湿性六六六粉	药10克加细土1两	可撒布1米^2	每日1次，撒在猫窝、鼠洞、床下及阴暗角落	
	灭虱	50%敌敌畏乳剂	药4毫升浸毛笔1枝	可供2～3人衣服灭虱	用笔在有虱衣、被上，每隔3寸纵横划线，划后透放2小时以上	
			药4毫升加水1斤	同上	混合后喷衣被、草垫、草席，每米^2 20毫升，然后卷放2小时	
		1%六六六粉或10%二二三粉		草席、草垫每条用半两左右	均匀撒布	
		百部酒（灭头虱）	百部1两，加70%酒精或50度高粱酒1斤，浸1～2昼夜	可供8人用	擦洗头发根部，再用毛巾包裹1小时后，篦洗头发	

五、青霉素皮试法及过敏性休克的急救

青霉素过敏试验分划痕法和皮内注射试验法，前者已不采用，因含量高（0.1毫升含200单位），往往在划痕时产生过敏性休克。现把皮内注射试验操作方法加以介绍。

皮试方法 目前常用每毫升200单位溶液一次皮内试验方法。用20万单位青霉素加生理盐水或注射水2毫升，抽0.1毫升用生理盐水或注射水稀释至1毫升，取其中0.1进一步稀释至1毫升，再取其中0.2稀释至1毫升，将此溶液0.1毫升注入前臂掌侧皮内，作一个直径小于0.5厘米的皮丘。20分钟后观察，如皮丘增大红肿，直径超过1厘米或皮丘周围明显红晕，甚或身上出现皮疹等等，均为阳性，不可注射青霉素。

注意事项

1．已知有青霉素过敏史者，禁作过敏试验，更须禁用青霉素。

2．本药停用1周（小儿3日）后再用，应重作过敏试验。

3．注射青霉素前应备好肾上腺素和注射器等抢救药械，注射后观察15～20分钟。

4．普鲁卡因青霉素一般不宜作过敏试验用。如要应用，应分别作青霉素和普鲁卡因过敏试验。

过敏性休克的急救 病人注射青霉素时，若出现面色苍白、额出冷汗、四肢发凉甚至昏厥、呼吸心跳停止等征象，这就是发生了青霉素过敏性休克。急救措施如下：

1．立即停用青霉素。

2．病人平卧，或采取头低足高位，保暖。

3．立即肌肉（或静脉）注射1‰的肾上腺素0.5～1毫升（小儿用0.3毫升）。必要时数分钟内重复注射。针刺人中、十宣。

4．严重者静脉滴注氨化可的松100～200毫克，补液；血压过低者用升压药物（详见休克一节）。

5．有气急者可用氨茶碱0.25克（小儿每公斤体重5毫克）加

25%葡萄糖20～40毫升静脉注射。

6．有呼吸抑制的作人工呼吸。有条件时给氧气吸入。

7．心跳停止时要持续进行胸外心脏按压，直到心跳恢复。

六、破伤风抗毒素皮试法及脱敏法

皮试方法 常用每毫升150单位破伤风抗毒素一次皮内注射试验法。取每毫升1,500单位的抗毒素0.1毫升，用生理盐水稀释到1毫升。以此稀释液0.1毫升在前臂掌侧作皮内注射，成一个直径小于0.5厘米的皮丘。20分钟后观察。若皮丘肿大、周围出现明显红晕，直径大于1.5厘米时，即为过敏试验阳性。

脱敏方法 凡皮试阳性者，均须作脱敏治疗，方法如下：第一次皮内注射稀释10倍的抗毒素0.2毫升，观察20分钟；如无反应，第二次皮下注射稀释10倍的抗毒素0.5毫升；如此每20分钟注射一次，第三次皮下注射未稀释抗毒素0.1毫升，第四次皮下注射未稀释抗毒素0.5毫升，第五次肌肉注射所余全量的未稀释抗毒素。

在注射过程中，应密切注意观察，如有气急、紫绀、胸闷、心跳、起荨麻疹、甚至休克等反应，应立即抢救(同青霉素休克)；如反应轻微，应在20分钟后重复一次前量注射，如无反应，再进行下一个剂量注射。

七、普鲁卡因过敏试验

试验方法 用0.25～0.5%普鲁卡因溶液0.1毫升在前臂中部掌面皮肤作皮内注射，20分钟后若注射处红晕直径超过1厘米者为阳性，不宜使用普鲁卡因。

八、结核菌素试验

试验方法 一般用旧结核菌素作试验，简称O．T．试验。先将旧结核菌素稀释成各种需要的浓度，用试验针筒抽取后在前臂掌侧下⅓处作皮内注射，注入0.1毫升。经72小时后观察反应，如局部红肿横竖平均直径不超过0.5厘米，表示阴性；如超过则为阳性，其中横竖平均直径在0.5～0.9厘米者为“＋”(可疑)，1.0～1.9厘米为“卄”，

大于2.0厘米为“卅”，局部出现坏死或水疱为“卌”。

临床意义 主要用于检验曾否患过结核菌感染，以及帮助诊断活动性结核病，尤其是肺外结核病。在人口稠密的城市（结核菌感染率高），或已广泛进行结核菌苗预防接种的地区，在成人中一般用1:2,000稀释度作试验多属阳性。因此为了诊断而应用本试验时，应先用1:100,000的稀释度试验，如为强阳性，说明病人对结核菌素高度敏感，有助于活动性结核病的诊断。如为阴性，需以1:10,000的稀释度再作一次试验，若仍为阴性，则结核病的可能性不大；如为阳性，一般无特殊意义，但强阳性仍有一定的诊断价值。在结核菌感染较低的地区，试验时所用的稀释度应适当减小，开始即用1:10,000；如为阴性，可再用1:2,000的稀释度，其临床意义同。必须注意：在严重结核病如粟粒性肺结核、结核性脑膜炎或有严重中毒症状者，患急性传染病如麻疹、百日咳、肺炎等时，有长期慢性病或全身衰弱，妇女在月经、妊娠或哺乳期，年老体弱者，中枢神经系统功能障碍，以及应用促肾上腺皮质激素或抗过敏药等情况下，即使有过结核菌感染或患有活动性结核病，本试验仍可阴性。

九、常用化验项目的临床意义及正常值

（一）血　液

项　目	正常范围	临床意义
红细胞计数	男性 400～500万/毫米^3 女性 350～450万/毫米^3	降低：贫血、出血性疾病（紫癜、坏血病、血友病）、急性溶血性黄疸、溶血性输血反应、血吸虫病、钩虫病、肾炎、白血病等 增高：一时性增高见于严重脱水、灼伤及休克；肺原性心脏病、先天性心脏病、慢性一氧化碳中毒等； 高山区居民有生理性红细胞增多
血红蛋白	男性 12～15克/100毫升 女性 10.5～13.5克/100毫升	大致与红细胞计数相似，但两者不一定成比例

项　目	正　常　范　围	临　　床　　意　　义
白细胞计数	4,000～10,000/毫米^3	增高：各种细菌性感染，如：阑尾炎、胆囊炎、肺炎、多数急性传染病、疖痈、风湿热、败血症等；白血病，急性失血等 降低：病毒及某些细菌性感染，如：麻疹、流感、风疹、伤寒、副伤寒、波状热等；再生障碍性贫血、脾功能亢进、药物反应（抗癌药等）、化学中毒、放射性损伤等
白细胞分类	嗜中性白细胞 50～70%	嗜中性白细胞 增高：各种细菌性化脓性感染，急性失血 降低：病毒感染（麻疹、流感），细菌感染（伤寒、副伤寒），感染严重、病人抵抗力过低，药物反应，放射性损伤等
	嗜酸性白细胞 0.5～4%	嗜酸性白细胞 增高：过敏变态反应（哮喘、荨麻疹等），某些寄生虫病（钩虫病、血吸虫病等） 降低：严重疾病的进行期（如伤寒、心肌梗死、大手术后），如嗜酸性白细胞恢复正常，常表示病情好转
	嗜碱性白细胞 0～1%	嗜碱性白细胞：在正常血液中所占百分比很低，临床意义不大
	淋巴细胞 20～35%	淋巴细胞增高：百日咳、结核病、传染性单核细胞增多症、淋巴细胞性白血病、传染病及中毒的恢复期
	单核细胞 3～8%	单核细胞增高：疟疾、结核病、传染性单核细胞增多症、单核细胞性白血病、急性传染病恢复期
红细胞沉降率（血沉）	1.长管法（旧称“魏氏法”）： 男性 0～15毫米/小时 女性 0～20毫米/小时 2.短管法（旧称“克氏法”）： 男性 0～8毫米/小时 女性 0～10毫米/小时	增快：结核病、风湿病、贫血、急性感染、败血症、心肌梗死、恶性肿瘤、内脏出血等 〔注〕女性较男性快，波动较大，妊娠期血沉增快。抽血后放置过久，可使血沉减慢
血小板计数	10～30万/毫米^3	降低：血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、急性白血病、脾功能亢进、放射性损伤、某些中毒
出血时间测定	1～3分钟	延长：血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、肝硬化、阻塞性黄疸、急性白血病等

项目	正常范围	临床意义
凝血时间测定	毛细管法 3～7分钟 试管法 4～12分钟	延长：血友病、严重肝病、阻塞性黄疸、白血病以及使用抗凝药物（如肝素）后

（二）尿　液

项目	正常范围	临床意义
尿量	成人 1,000～1,600 毫升/24小时	夜尿：夜间尿多于日间尿在500毫升以上，且比重固定在1.014左右，见于慢性肾炎 多尿：尿量经常在3,000～10,000毫升左右，见于糖尿病、尿崩症(可更高)、慢性肾炎肾浓缩功能障碍时 少尿：休克、肾炎、心脏性心力衰竭 尿闭：尿毒症、严重休克、溶血性输血反应
颜色	淡黄或茶褐色 （尿量少、浓缩时）	浓茶样：肝炎或其他黄疸疾患 红茶样：血尿（混浊）、血红蛋白尿（色清） 乳白色：丝虫病乳糜尿
透明度	新鲜尿透明，放置后因盐类析出而生混浊（夏季可在尿中加甲醛2滴以防细菌繁殖而影响检验结果）	混浊：肾炎、尿路感染、血尿、乳糜尿
比重	1.003～1.030 晨间比重较高，常在1.020以上	比重须与尿量结合考虑。正常时尿量越少，比重越高。如尿量多而比重高，或尿量少而比重低，均为异常 增高：糖尿病、急性肾炎、发热、严重吐泻等 降低：尿崩症、慢性肾炎等
气味	氨味	腐臭氨味：尿路感染 烂苹果味：酸中毒
反应	一般呈弱酸性，也可呈弱碱性	强酸性：酸中毒、糖尿病、服用氯化铵等 强碱性：严重呕吐、输血后、膀胱炎、服用小苏打等
蛋白质	阴性	蛋白尿：肾炎、肾病、肾盂肾炎、肾结核、高血压发生肾动脉硬化、肾结石以及全身性疾患损害肾功能者

项　目	正　常　范　围	临　　床　　意　　义
尿　糖	阴　性	持续性糖尿：糖尿病、甲状腺机能亢进、慢性肝病、颅内压增高

	正　常	阻塞性黄疸	肝细胞性黄疸	溶血性黄疸
尿胆素元	阳　性	阴　性	阳　性	强阳性
胆红素	阴　性	强阳性	阳　性	阴　性

醋　酮	阴　性	阳性：糖尿病酸中毒、急性胃肠炎严重脱水、妊娠剧吐、中毒性休克等
管　型	无（偶见透明管型）	有透明管型、颗粒管型、上皮管型、脂肪管型、蜡样管型以及红白细胞管型等，常表示肾脏疾患或损害

（三）粪　便

项　目	正　常　范　围	临　　床　　意　　义
粪　量	成人100～200克/24小时	消化不良、吸收功能差，能引起粪量增加
颜　色	黄褐色，受食物、药物的影响而有变化	陶土色或灰白色，见于阻塞性黄疸；黑色（柏油样），见于上消化道出血；红色，见于下消化道出血，直肠肛门病
粘液、脓、血	无	见于菌痢（脓多血少）、阿米巴痢疾（血多脓少）；单纯粘液见于急性肠炎、慢性结肠炎
隐　血	阴性（进食肉类、铁剂等可呈弱阳性）	阳性：上消化道出血，出血越多，反应越强
寄生虫		检查蛔虫卵、血吸虫卵、钩虫卵、阿米巴、中华枝睾吸虫卵、蛲虫卵、绦虫卵及节片等，用于诊断各该疾病

（四）血液生化检验

项　目	正　常　范　围	临　　床　　意　　义
葡萄糖	80～120毫克%	增高：糖尿病、甲状腺机能亢进、肾上腺皮质机能亢进等 降低：进食过少、肾上腺皮质机能低下、某些肝病，胰岛细胞瘤

项　目	正　常　范　围	临　床　意　义
总蛋白 白蛋白 球蛋白 白蛋白/球蛋白	6～7.5克% 3.8～4.8克% 2～3克% 1.5～2.5/1	总蛋白是白蛋白和球蛋白的总和 总蛋白或白蛋白降低：营养不良及慢性消耗性疾病，肝硬化、肾病综合征、大面积烧伤 白蛋白增高：脱水、血液浓缩 球蛋白增高：慢性感染、肝炎、肝硬化、血吸虫病、痣疾、部分恶性肿瘤等
黄疸指数	2～6单位	增高：各种黄疸 7～15单位为隐性黄疸，15单位以上临床显示黄疸
谷-丙转氨酶 (S.G.P.T.)	32单位以下 32～64单位为可疑，64单位以上有诊断价值	增高：急性肝炎、肝硬化、阻塞性黄疸、肝癌、心肌梗死、急性胰腺炎 (注)在急性肝炎早期明显增高，4～6周后下降可至正常。肝癌、肝硬化、慢性肝炎中度增高，心肌梗死仅轻度增高
麝香草酚浑浊度试验 (T.T.T.)	0～6单位	增高：肝炎、肝硬化、肝癌、血吸虫病、痣疾、风湿病，红斑狼疮等
硫酸锌浊度试验 (Zn.T.T.)	2～12单位	同上
脑磷脂胆固醇絮状试验 (C.C.F.T.)	阴性(-)～+ ++以上有价值	增高的意义同上
淀粉酶	8～64单位 (稀释法) 70～250单位 (比色法)	增高：急性胰腺炎、胆石症、胆囊炎、胆总管阻塞、肠梗阻，腹膜炎
二氧化碳结合力	50～60容积%	增高：代谢性碱中毒、呼吸性酸中毒 降低：代谢性酸中毒（糖尿病、尿毒症）、呼吸性碱中毒
非蛋白氮 (N.P.N.)	全血 25～35毫克% 血清 20～30毫克%	增高：各种严重肾脏疾病引起的肾功能衰竭、严重休克、严重灼伤、脱水等
肌　酐	1～2毫克% 血清 / 0.5～1.4毫 血浆 \ 克%	增高：尿毒症 对预后判断有价值，肾功能损害愈严重，含量愈高，预后愈不良

（五）脑脊液检查

眼直接看：无色、透明，不凝固。压力卧位80～180毫米水柱，坐位较卧位约高一倍。

化验检查：

1．蛋白含量：每100毫升脑脊液含20～40毫克蛋白。

2．糖的含量：成人每100毫升含40～60毫克，儿童60～90毫克。

3．氯化钠含量：成人每100毫升含700～750毫克，儿童650～720毫克。

显微镜检查：

1．红细胞：无。

2．白细胞：少量（0～3个）淋巴细胞。

3．内皮细胞：少量。

临床意义：对一些神经系统疾病诊断有较大价值，如化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、乙型脑炎、脑肿瘤、脑出血等。

十、常用有关衡量制的换算

十两制（两）	十六两制（两）	公　制（克）
1	1.6	50
2	3.2	100
3	4.8	150
4	6.4	200
5	8	250
6	9.6	300
7	11.2	350
8	12.8	400
9	14.4	450
10	16	500

（一）公市制重量换算

1公斤＝2市斤＝1000克

0.5公斤＝1市斤＝500克

1克＝1000毫克

1毫克＝1000微克

1两(旧)＝10钱＝31.25克

1钱(旧)＝10分＝3.12克

1分(旧)＝10厘＝0.31克

(二) 容量换算

1升＝1000毫升

1汤匙约为15毫升

(三) 长度换算

1公尺(米)＝100公分（厘米）

1公分（厘米）＝10毫米

1公尺＝3市尺

附　录〔二〕

一、中草药索引

一　划

一见喜……140

二　划

七叶一枝花……141
九龙根……163
人参……189
人胞……189

三　划

三棱……176
土细辛……117
土楝子……168
土大黄……151
土牛膝……170
大蓟……177
大戟……159
大豆卷……121
大青叶……145
大枣……190
大蒜……201
大田基黄……174
川贝……129
川朴……169
川芎……175
川椒……165
川椒目……165
川楝子……167
小蓟……177
小青草……138
山楂……184
山药……187
马兜铃……123
马齿苋……136
马兰根……138
马蹄金……158
马鞭草……172
千日红……124
广木香……169
女贞子……193

四　划

牛膝……175
牛蒡子……122
牛筋草……134
天冬……195
天麻……199
天竺子……127
天竺黄……127

天花粉……127
天将壳……128
天仙藤……123
天南星……130
贝母……129
乌头……165
乌梅……182
乌蔹莓……143
乌稍蛇……199
乌绒树皮……197
水蛭……171
水蜈蚣……144
水牛角……147
车前草……153
车前子……153
木通……158
木瓜……164
元参……195
元胡索……169
开金锁……143
凤尾草……156
月季花……171
王不留行……175
瓦松……179
瓦楞子……181
五味子……181
巴戟天……191

五　划

艾叶……166
白芷……126
白果……127
白薇……147
白英……160
白茅……180
白术……189
白芍……190
白芥子……130
白鲜皮……145
白头翁……145
白扁豆……149
白蒺藜……195
白花蛇舌草……141
石膏……133
石斛……195
石见穿……176
石榴皮……182
石决明……199
龙葵……132
龙骨……200
瓜蒌……127
半夏……185
半边莲……137
甘遂……159
甘草……189
冬葵子……154
冬瓜皮……155
冬瓜子……155
冬青子……193

玉米须……156
仙茅……191
仙灵脾……191
仙鹤草……177
生地黄……190
北秫米……192
玄参……195
玄明粉……152
代赭石……199
田基黄……134
片姜黄……169
平地木……173
功劳叶……188
鸟不宿……188

六 划

芒硝……152
百部……126
百合……193
米仁根……127
米赤豆……155
竹沥……129
竹叶……133
竹茹……185
防风……118
决明子……131
地黄……147
地榆……180
地耳草……133
地枯蒌……124
地锦草……146
地骨皮……146
地肤子……154
地柏枝……159
地龙干……198
西瓜翠衣……150
寻骨风……160
肉桂……165
肉豆蔻……183
肉苁蓉……191
刘寄奴……173
红花……175
血余炭……180
伏龙肝……180
当归……190
合欢皮……197
全蝎……199

七 划

苏叶……116
苏梗……116
苏子……116
芫荽……117
芫花……159
芦根……133
芡实……182
苍术……150
苍耳子……160
辛夷花……119
杏仁……126

连翘……145
连钱草……147
牡丹皮……147
杠板归……156
附子……165
阿胶……191
陈皮……169
陈胆星……130
陈棕炭……180
臭茉莉……165
赤芍……175
麦芽……184
麦冬……194
灶心土……183
诃子……183
鸡内金……183
鸡冠花……133
鸡头米……182
谷芽……184
谷树……188
补骨脂……192
佛手……184
佛耳草……125
何首乌……194
沙参……195
沙蒺藜……195
龟板……195
含羞草……196
远志……198
牡蛎……200
忍冬藤……136
杆杆活……161
旱莲草……178

八　划

茅根……133
茅花……133
茅莓……174
苦楝根皮……200
细辛……119
枇杷叶……123
板兰根……145
枫桃子……182
昆布……130
知母……133
青蒿……149
青箱子……133
青木香……123
金银花……134
金铃子……167
金钱草……157
金樱子……182
金雀根……188
鱼腥草……137
虎杖……163
虎耳草……137
垂盆草……142
佩兰……149
罗勒……150

都金……169
都李仁……152
泽泻……158
泽漆……160
泽兰……170
河白草……156
羌活……164
卷柏……180
延胡索……169
夜交藤……194
侧柏叶……178
使君子……201

九　划

荆芥……118
茯苓……158
茯神……158
茵陈……158
茴香……165
荠菜……173
茜草……178
荜澄子……171
香薷……119
香附……166
香橼皮……169
姜……164
前胡……126
胖大海……129
沙仁……150
扁竹根……152
扁豆衣……149
扁豆花……149
穿心莲……140
牵牛子……160
将军下……155
络石藤……161
独活……164
厚朴……169
威灵仙……164
枳实（壳）……169
枸杞根……146
枸杞子……146
枸桔李……167
枸骨叶……188
柏子仁（霜）……198
挂金灯……145
虻虫……172
急性子……172
韭菜子……181
钩藤……199
鸦胆子……202
洋金花……125

十　划

荷叶……148
荷梗……148
荷蒂……148
莪术……175
莱菔子……123
桑叶……120

桑枝…… 120
桑椹…… 120
桑白皮…… 120
桑螵蛸…… 182
桑寄生…… 195
柴胡…… 122
海藻…… 130
海金砂…… 157
海螵蛸…… 182
浮小麦…… 180
凌霄花…… 174
桂枝…… 118
桔梗…… 130
桃仁…… 175
夏枯草…… 131
鸭跖草…… 140
射干…… 145
徐长卿…… 162
秦艽…… 164
高良姜…… 165
益母草…… 171
益智仁…… 192
透骨草…… 173
铁落…… 196
铁苋菜…… 179
铁扁担…… 152
党参…… 189
神曲…… 184
料豆衣…… 121

十一划

菊花…… 122
菊叶三七…… 176
萝藦…… 126
菱实…… 162
黄芩…… 134
黄连…… 134
黄柏…… 134
黄精…… 187
黄芪…… 189
黄药子…… 145
麻黄…… 118
麻黄根（节）…… 118
鹿角…… 191
鹿茸…… 191
曼陀罗花…… 125
旋覆花…… 130
梔子…… 134
接骨木…… 161
蚯蚓…… 198
蛇莓…… 143
蛇蜕…… 199
蛇床子…… 202
蚱子壳…… 181
野大豆…… 194
野荞麦根…… 143
野蔷薇花…… 168
绿豆…… 148
续断…… 192

淡竹叶…… 133
淫羊藿…… 191
常山…… 202
银杏…… 126
银柴胡…… 122
梨头草…… 136

十二划

葱白…… 116
蒴蓄…… 153
萹草…… 141
菟丝子…… 191
紫苏…… 116
紫菀…… 126
紫丹参…… 176
紫金牛…… 173
紫茉莉…… 179
紫河车…… 189
紫背浮萍…… 121
紫花地丁…… 136
款冬花…… 126
酢浆草…… 139
犀角…… 147
象贝…… 129
豨莶草…… 162
腊梅花…… 168
童子益母草…… 171
椿实子…… 188
黑芝麻…… 192
雄黄…… 202

十三划

葛根…… 122
蒲黄…… 177
蒲公英…… 136
蓖麻子…… 152
鼠曲草…… 125
蜀椒…… 165
槐花…… 180
榄核莲…… 139
榕根白皮…… 135
锦灯笼…… 145
蜂蜜…… 151
蜂房…… 202
蜈蚣…… 198
滑石…… 158
路边菊…… 138

十四划

蔓荆子…… 122
蝉壳（蜕）…… 122
漆姑草…… 132
酸枣仁…… 198
磁石…… 200
槟榔…… 201

十五划

蝼蛄…… 156
蝴蝶花…… 152
墨莲草…… 178
墨鱼骨…… 181
熟地黄…… 190

蓖蔴蔡…… 195
鹤虱…… 202

十六划

薄荷…… 120
薤白…… 167
壁虎…… 202
橘皮…… 169

十七划以上

藁本…… 119
藿香…… 147
蔔床…… 138
翻白草…… 146
瞿麦…… 154
糯稻根…… 182
癟桃子…… 182
稽豆衣…… 121
鳖甲…… 195
蟾皮…… 202
蟾酥…… 202

二、中草药方剂索引

二　划

二陈汤…… 228
二妙丸（散）……1117
二至丸…… 721
二冬汤加减…… 836
二仙汤加减……1105
二味拔毒散……1152
七味都气丸…… 338
八珍汤……1078
八正散…… 757
九种心痛丸……1095
十枣汤…… 227
十全大补汤（丸）……1077
人参乌梅汤…… 392
人参健脾丸…… 393
子宫丸……1109

三　划

三拗汤……1195
三仁汤…… 217
三子汤…… 228
三黄丹…… 908
三黄汤…… 950
三黄泻心汤……1203
三甲复脉汤加减……1177
小金丹…… 232
小柴胡汤…… 207
小承气汤…… 206
小建中汤…… 226
小活络丸…… 825
小蓟饮子加减…… 748
小调经散加减……1078
小半夏加茯苓汤……1208
大补元煎…… 751
大活络丸…… 585

大陷胸汤……434
大柴胡汤……209
大承气汤……206
大黄牡丹皮汤……231
川芎茶调散……212
千捶膏……555
千金苇茎汤……228
千年红复方片……327
下乳涌泉散……1077

四　划

五苓散……215
五味消毒饮……974
六一散……212
六味汤……225
六味地黄丸（汤）……226
六味回阳饮加减……513
六磨汤加减……1214
牛黄清心丸……609
牛黄抱龙丸……233
牛黄解毒丸……987
双解汤……204
平胃散……216
化饮解表汤……204
丹栀舒肝散……208
乌梅丸……427
乌头汤加减……825
止嗽散加减……543
内消瘰疬丸……555
天仙藤散加减……1087
天麻钩藤饮加减……1186
月华丸加减……1200
丹参饮加减……1218

五　划

四逆散……208
四逆汤……214
四苓散……215
四物汤……222
四七汤……220
四味回阳饮……1183
四海舒郁丸加减……827
生脉散……211
生铁落饮加减……812
生化汤……1073
生肌玉红膏……555
白金丸……802
白带丸……1117
白头翁汤……597
白术散加减……1087
白蔻苦荟散……724
甘草煎剂……1142
甘草苍术汤……216
甘麦大枣汤……219
甘遂通结汤……440
归脾汤……225
左金丸……403
左归丸……690
右归丸……690
右归饮……1098

导赤散……210
异功散……215
失笑散……224
龙胆泻肝汤……210
半夏厚朴汤……220
瓜蒌薤白汤……222
石膏知母汤(白虎汤)……209
石膏熟地煎……837
戊己丸……597
代抵当丸加减……763
半硫丸……1214
加味二妙丸加减……585
加味失笑散……1096
加味止带方……1110
东方1号油膏……888

六　划

至宝丹……233
回春丹……233
导痰汤……228
阳和汤……231
阳和解凝膏……436
舟车丸……217
冰硼散……232
红棉散……233
交泰丸……804
安神补心丸……233
安宫牛黄丸……347
安胎散加减……1067
朱砂安神丸加减……804
百合固肺汤……1197
百合地黄汤加减……807
当归龙荟丸……812
当归六黄汤……1077
再生汤……723
再生丸……723
扫风丸……930
防己黄芪汤……1078
血府逐瘀汤……1200
耳聋左磁丸……971
妇科十珍片……232

七　划

良附丸……221
辛夷清肺饮加减……985
苏合香丸……233
苏子降气汤……221
苏叶黄连汤……1085
芩连解毒汤加减……909
苍耳散……983
沉香散加减……763
沙参麦冬汤加减……335
补中益气汤……219
补阳还五汤……819
补肺汤加减……338
补肾安胎饮……1067
补心丸加减……1220
杏苏饮加减……323
杷菊地黄汤(丸)……1087
抗炎灵……757

吴茱萸汤……214
乳腺炎方……232
完带汤……1117
阴挺丸……1115
连朴饮……589
赤小豆当归散……223
麦门冬汤……403
肝热泻火汤……960
肠粘连松解汤……440
疔儿散加减……1091

八　划

茅根汤……886
苓桂术甘汤……216
苦楝子约奢……921
定喘汤……221
实脾饮……414
参苓术草汤……225
参苓白术散……226
参附汤加减……347
参附龙牡汤……578
参芪救逆汤……1071
知柏地黄(八味)丸(汤)……758
金匮肾气丸……226
炙甘草汤(又名复脉汤)……218
附子理中汤……213
附桂八味丸……1195
泻肺散……210
河车大造丸……498
固汗散……229
固经丸……230
固本止崩汤加味……1071
虎潜丸……585
鸡苏散……212
青黛散……232
青麟丸……891
青蒿鳖甲汤……211
金黄散……908
明矾散……985
明目地黄丸……958
抱龙丸……1176

九　划

茵陈蒿汤……217
茵陈术附汤……1218
荆防败毒散加减……318
香薷饮……211
香连丸……233
香砂六味汤……225
牵正散……212
济生肾气丸……763
钩藤饮……801
钩藤龙齿汤加减……1176
养营汤……1098
养阴清肺汤……539
养心汤加减……812
柏子仁丸……223
指迷茯苓丸……338
咳血方……223
咽喉丸(六神丸)……987

保和丸……227
独活寄生汤……213
首乌汤加减……690
厚朴饮加减……382
顺气导痰汤加减……812
胆蛔宁……427
南通蛇药片……233
复方阴阳莲……327
复方麻黄炒地龙片……327
复方大柴胡汤……429
复方大承气汤……440
复方丹参合剂……617

十 划

桂枝汤……203
桂枝麻黄各半汤……203
桂枝龙骨牡蛎汤……350
桃红饮……677
桃仁承气汤……224
桃花汤加减……603
桃红四物汤……897
桑菊饮……205
桑杏汤……1197
桑螵蛸散……229
通关丸……762
通关散……1176
通瘀煎……1183
逐瘀止崩汤加减……1073
消痞丸……229
消瘤饮……230
涤痰汤……807
润肠丸……1214
海藻玉壶汤加减……827
调胃承气汤……206
胶艾汤……222
益元散……212
益黄散加减……394
铁笛丸……232
哮喘丸……331
哮喘冲剂……331
射干麻黄汤加减……331
健脾益气汤……597
祛风活络丸……925
烧伤粉……887
烧伤油……887

十一划

麻黄汤……203
麻杏石甘汤……205
麻子仁丸……207
麻黄附子细辛汤……204
麻黄石膏赤小豆汤……747
黄土汤……223
黄连油……887
黄芪汤……1214
黄连阿胶汤……219
黄连解毒汤……386
黄连香薷饮……577
黄芪建中汤……226
银翘散……205
银翘解毒丸……320
银翘石斛汤……757
银车烧伤饮料……886
清胰汤……432
清音丸……993
清复汤……539
清燥救肺汤……218
清营汤加减……513
清胃散加味……1001
清暑益气汤……1174

清瘟败毒饮加减……211
理中汤……213
晨泻丸(四神丸)……214
旋覆代赭汤……222
蛇咬伤方……231
控涎丹……414
排石汤……423
栀子饮……886
羚羊角汤加减……816
羚角钩藤汤……818
硇砂膏……856
硇砂散……985

十二划

黑锡丹……233
黑神散加减……1091
温脾汤……206
温胆汤……228
温阳化水汤……213
溃疡丸1号……430
溃疡丸2号……430
溃疡丸3号……430
溃疡丸4号……430
舒肝散(逍遥散)……208
越鞠丸……220
跌打丸……232
犀黄丸……232
紫雪丹……233
紫菀汤加减……553
普济消毒饮加减……533
痛泻要方……408
阑尾化瘀汤……436
阑尾清化汤……437
阑尾清解汤……437
犀角散……618
犀角地黄汤……386
禽胆片……543
强肝丸……617
越婢汤……747
喘咳膏……327
雄黄膏……921
蓖麻仁柱……1115

十三划

锡类散……232
催乳丸……233
解语丹……819
感冒冲剂……318
新加香薷饮……318
葛根黄芩黄连汤……208

十四划

碧玉散……212
槐花散……1205
磁朱丸……1220
缩泉丸……1230
暖下逐瘀汤……224
酸枣仁汤加减……804

十五划

增液承气汤加减……514

十六划

橘核丸……215
蜜蛤散……1197

十七划

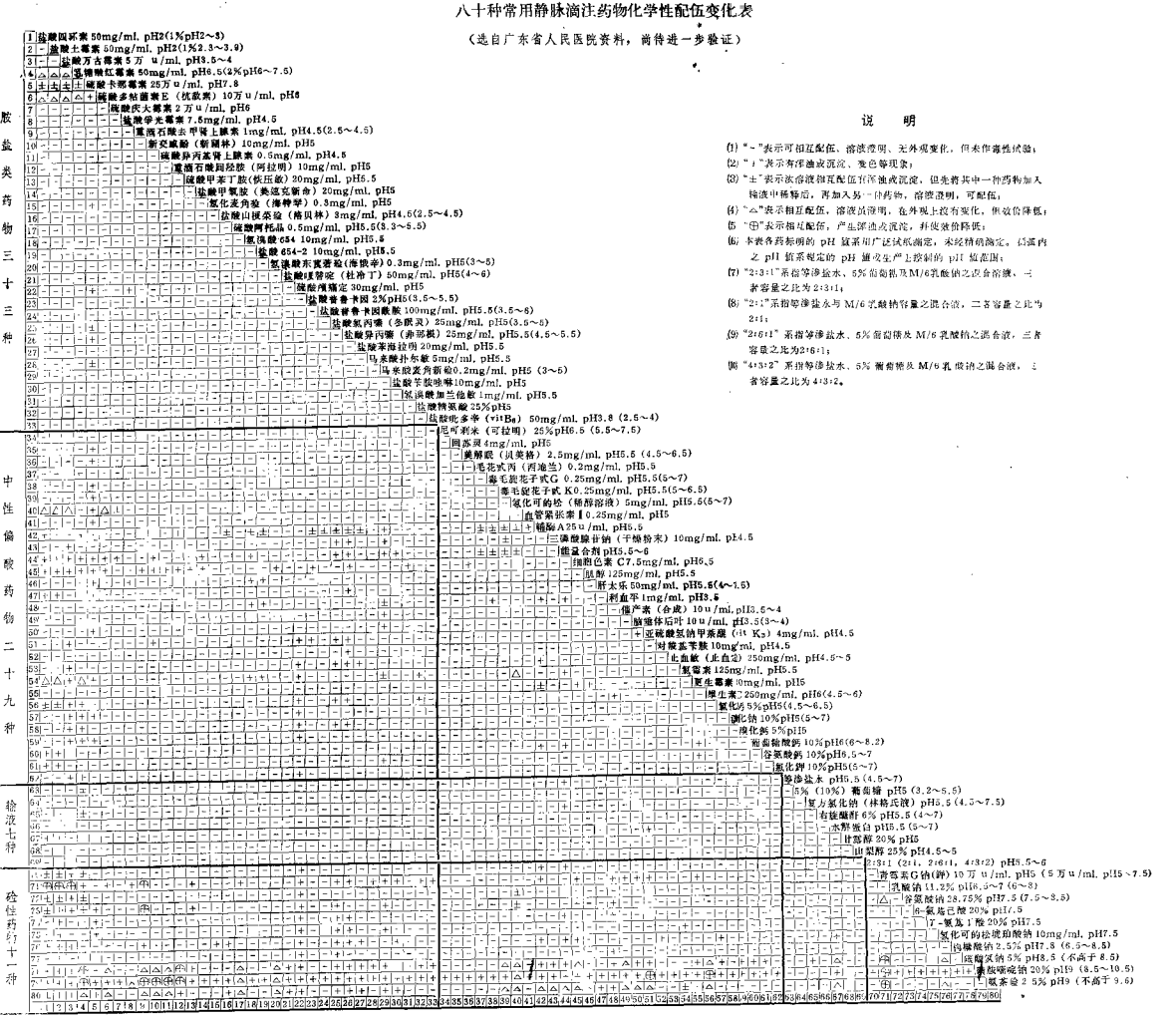
礞石滚痰丸……229
薏苡仁汤加减……825
薏苡附子散加减……353

十八划以上

藿香丸……980
藿香正气散……318
鹭鹭涎丸……232
鳖甲煎丸……498

八十种常用静脉滴注药物化学性配伍变化表

（选自广东省人民医院资料，尚待进一步验证）



说　明

(1) "－"表示可相互配伍，溶液澄明、无外观变化，但未作毒性试验；

(2) "＋"表示有沉淀或浑浊、变色等现象；

(3) "土"表示浓溶液相互配伍互注混成沉淀，但先将其中一种药物加入输液中稀释后，再加入另一种药物，溶液澄明，可配伍；

(4) "△"表示相互配伍，溶液呈澄明，在外观上没有变化，但效价降低；

(5) "空"表示相互配伍，产生絮状或沉淀，并使效价降低；

(6) 本表各药标明的 pH 值系用广泛试纸测定，未经精确测定。括弧内之 pH 值系规定的 pH 缓冲液所调制的 pH 值范围；

(7) "3:3:1"系指等渗盐水、5%葡萄糖及M/6乳酸钠之混合溶液，三者容量之比为 3:3:1；

(8) "2:1"系指等渗盐水与 M/6 乳酸钠容量之混合液，二者容量之比为 2:1；

(9) "2:6:1"系指等渗盐水、5%葡萄糖及 M/6 乳酸钠之混合液，三者容量之比为2:6:1；

(10) "4:3:2"系指等渗盐水、5%葡萄糖及M/6乳酸钠之混合液，三者容量之比为 4:3:2。

[General Information]
书名=赤脚医生教材　（上、下册）　供南方地区参考用
作者=
页数=1468
SS号=0
出版日期=
Vss号=65832302