

# 赤脚医生复训教材

吉林医科大学 编



人民卫生出版社

# 赤脚医生复训教材

吉林医科大学 编

人民卫生出版社

一九七二年·北京

**赤脚医生复训教材**

吉林医科大学 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16开本 36印张 830千字

1972年7月第1版第1次印刷

1976年2月第1版第6次印刷

印数：511,001—611,000

统一书号：14048·3282 定价：1.87元

團結新老中西各部分  
醫藥衛生工作者，嚴  
鞏固統一戰線，為開展  
偉大的人民衛生工作  
而奮鬥

毛澤東

救死扶傷，寧死

革命的人道主義

——朱東

# 毛 主 席 语 录

列宁为什么说对资产阶级专政,这个问题要搞清楚。这个问题不搞清楚,就会变修正主义。要使全国知道。

要搞马克思主义,不要搞修正主义;要团结,不要分裂;要光明正大,不要搞阴谋诡计。

抓革命,促生产,促工作,促战备。

农业学大寨

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

我们的教育方针,应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展,成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。

要注意,要他们不要脱离群众,不要脱产,又要工作。

# 目 录

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| 第一章 基础知识.....                                              | 1  |
| 祖国医学临床基础知识.....                                            | 1  |
| 阴阳.....                                                    | 1  |
| 气.....                                                     | 2  |
| 血.....                                                     | 4  |
| 心.....                                                     | 6  |
| 肾.....                                                     | 7  |
| 脾.....                                                     | 9  |
| 肝.....                                                     | 10 |
| 肺.....                                                     | 11 |
| 风.....                                                     | 12 |
| 寒.....                                                     | 14 |
| 热.....                                                     | 16 |
| 〔附〕 温病病证 (17)                                              |    |
| 湿.....                                                     | 18 |
| 〔附〕 痰的病证 (20)                                              |    |
| 疾病基础学知识.....                                               | 20 |
| 人体的基本组织.....                                               | 20 |
| 组织的损伤与修复.....                                              | 24 |
| 感染与免疫.....                                                 | 26 |
| 炎症.....                                                    | 34 |
| 变态反应.....                                                  | 37 |
| 肿瘤.....                                                    | 40 |
| 代谢障碍.....                                                  | 44 |
| 第二章 农村劳动卫生.....                                            | 52 |
| 稻田皮炎的防治.....                                               | 53 |
| 尾蚴性皮炎 (53) 浸渍糜烂性皮炎 (54)                                    |    |
| 农药中毒的防治.....                                               | 55 |
| 预防农药中毒的原则 (56) 几种常用农药中毒的治疗 (56)                            |    |
| 防尘和矽肺的防治.....                                              | 59 |
| 防尘 (59) 矽肺的防治 (59)                                         |    |
| 暑病的防治.....                                                 | 60 |
| 冻伤的防治.....                                                 | 63 |
| 地方小型工业劳动卫生.....                                            | 64 |
| 农机农具厂的劳动卫生 (64) 煤窑的劳动卫生 (66) 砖瓦厂的劳动卫生 (68) 粮食加工厂的劳动卫生 (68) |    |

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 第三章 急症.....                                                          | 69  |
| 高热.....                                                              | 69  |
| 昏迷.....                                                              | 71  |
| 休克.....                                                              | 74  |
| 损伤性与失血性休克 (78) 感染中毒性休克 (79) 心源性休克 (81)                               |     |
| 过敏性休克 (81)                                                           |     |
| 呼吸困难.....                                                            | 81  |
| 咯血.....                                                              | 84  |
| 呕血与黑粪.....                                                           | 86  |
| 急腹症.....                                                             | 88  |
| 急性腹膜炎 (88) 急性阑尾炎 (90)                                                |     |
| 胆道蛔虫病 (93) 胆囊炎与胆石病 (95) 急性胰腺炎 (97) 急性肠梗阻 (99) 〔附〕 关于急腹症问题的点滴体会 (102) |     |
| 败血症.....                                                             | 105 |
| 急性尿闭.....                                                            | 108 |
| 第四章 常见传染病和寄生虫病.....                                                  | 111 |
| 传染病流行的基本规律.....                                                      | 111 |
| 传染病的防治.....                                                          | 112 |
| 流行性脑脊髓膜炎.....                                                        | 145 |
| 流行性乙型脑炎.....                                                         | 120 |
| 流行性感冒 (流感).....                                                      | 126 |
| 白喉.....                                                              | 127 |
| 麻疹.....                                                              | 129 |
| 百日咳.....                                                             | 132 |
| 流行性腮腺炎.....                                                          | 133 |
| 急性传染性肝炎.....                                                         | 134 |
| 伤寒.....                                                              | 137 |
| 肺吸虫病.....                                                            | 139 |
| 肝吸虫病 (华枝睾吸虫病).....                                                   | 140 |
| 流行性出血热.....                                                          | 141 |
| 脊髓灰质炎.....                                                           | 143 |
| 细菌性痢疾.....                                                           | 145 |
| 阿米巴痢疾.....                                                           | 148 |
| 疟疾.....                                                              | 149 |
| 绦虫病及囊虫病.....                                                         | 152 |
| 蛔虫病.....                                                             | 153 |
| 钩虫病.....                                                             | 155 |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 蛲虫病 .....                       | 156 |
| 第五章 地方病 .....                   | 157 |
| 血吸虫病 .....                      | 157 |
| 急性血吸虫病 (159) 慢性血吸虫病 (160) ..... |     |
| 克山病 .....                       | 164 |
| 大骨节病 .....                      | 169 |
| 地方性甲状腺肿 .....                   | 171 |
| 钩端螺旋体病 .....                    | 172 |
| 丝虫病 .....                       | 174 |
| 波状热 .....                       | 177 |
| 包虫病 .....                       | 179 |
| 第六章 内外科病症 .....                 | 181 |
| 咳嗽与咯痰 .....                     | 181 |
| 哮喘 .....                        | 183 |
| 慢性支气管炎 .....                    | 186 |
| 胸痛 .....                        | 188 |
| 大叶性肺炎 .....                     | 190 |
| 肺化脓症 .....                      | 191 |
| 肺结核 .....                       | 193 |
| 结核性胸膜炎 .....                    | 199 |
| 脓胸 .....                        | 200 |
| 肺癌 .....                        | 201 |
| 心悸和心律失常 .....                   | 202 |
| 心功能不全 .....                     | 206 |
| 风湿病 .....                       | 209 |
| 风湿性心脏瓣膜病 .....                  | 211 |
| 高血压 .....                       | 213 |
| 动脉硬化性心脏病 .....                  | 216 |
| 水肿 .....                        | 217 |
| 弥漫性肾小球肾炎 .....                  | 220 |
| 急性肾炎 (221) 慢性肾炎 (222) .....     |     |
| 尿频、尿急、尿痛 .....                  | 224 |
| 血尿 .....                        | 227 |
| 泌尿系统结核——肾结核 .....               | 229 |
| 泌尿系统结石 .....                    | 230 |
| 肾与输尿管结石 (231) 膀胱结石 (231) .....  |     |
| 膀胱肿瘤 .....                      | 232 |
| 尿潴留 .....                       | 232 |
| 前列腺肥大 .....                     | 234 |
| 呕吐 .....                        | 235 |
| 腹痛 .....                        | 237 |
| 慢性上腹痛 .....                     | 240 |

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 胃十二指肠溃疡 .....                                                            | 242 |
| 胃癌 .....                                                                 | 245 |
| 肝脾肿大 .....                                                               | 246 |
| 黄疸 .....                                                                 | 250 |
| 腹水 .....                                                                 | 253 |
| 肝硬化 .....                                                                | 254 |
| 肝脓肿 .....                                                                | 256 |
| 细菌性肝脓肿 (256) 阿米巴性肝脓肿 (257) .....                                         |     |
| 肝癌 .....                                                                 | 258 |
| 腹部肿物 .....                                                               | 259 |
| 腹泻 .....                                                                 | 261 |
| 腹腔结核 .....                                                               | 264 |
| 咽下困难 .....                                                               | 265 |
| 食管癌 (265) 贲门痉挛症 (266) 食管疤痕性狭窄 (266) .....                                |     |
| 贫血 .....                                                                 | 266 |
| 紫癜 .....                                                                 | 269 |
| 甲状腺功能亢进症 .....                                                           | 270 |
| 糖尿病 .....                                                                | 272 |
| 淋巴结肿大 .....                                                              | 273 |
| 腰痛 .....                                                                 | 276 |
| 腰肢风湿痛 .....                                                              | 278 |
| 类风湿性关节炎 (280) 肌风湿症 (281) 肩关节周围炎 (282) 损伤后慢性腰肢痛 (282) 腰椎间盘突出症 (283) ..... |     |
| 骨关节结核 .....                                                              | 285 |
| 脊椎结核 (285) 膝关节结核 (287) 髌关节结核 (288) 骨干结核 (288) .....                      |     |
| 肛门部病症 .....                                                              | 289 |
| 头痛 .....                                                                 | 292 |
| 眩晕 .....                                                                 | 294 |
| 抽风 .....                                                                 | 296 |
| 癫痫性痉挛 (296) 癫痫大发作 (297) .....                                            |     |
| 偏瘫 (脑血管疾病) .....                                                         | 299 |
| 脑出血 (300) 脑血管关闭 (301) 蛛网膜下腔出血 (301) .....                                |     |
| 截瘫 .....                                                                 | 303 |
| 急性脊髓炎 (305) .....                                                        |     |
| 脑膜刺激症状 .....                                                             | 306 |
| 结核性脑膜炎 (307) 流行性脑脊髓膜炎 (308) 化脓性脑膜炎 (308) 浆液性脑膜炎 (308) .....              |     |
| 颅内压增高及脑疝 .....                                                           | 308 |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 〔附〕 几种易引起慢性颅内压增高的疾病 (310)                                                                            |     |
| 精神病诊疗常识 .....                                                                                        | 311 |
| <b>第七章 损伤</b> .....                                                                                  | 315 |
| 损伤概述 .....                                                                                           | 315 |
| 颅脑损伤 .....                                                                                           | 318 |
| 头皮损伤 (318) 颅骨骨折 (319) 闭合性脑损伤和颅内血肿 (319) 开放性脑损伤 (320)                                                 |     |
| 眼外伤 .....                                                                                            | 320 |
| 结膜、角膜异物伤 (321) 眼球挫伤 (321) 眼球穿通伤和眼内异物 (322)                                                           |     |
| 眼化学性腐蚀伤 (323) 眼辐射伤 (323)                                                                             |     |
| 面颌伤 .....                                                                                            | 323 |
| 面颌骨折 (325) 耳爆震伤 (327)                                                                                |     |
| 骨关节伤 .....                                                                                           | 327 |
| 骨折 (327) 锁骨骨折 (332) 肱骨干骨折 (332) 肱骨髁上骨折 (334) 前臂骨折 (335) 桡骨下端骨折 (336)                                 |     |
| 股骨颈骨折和粗隆间骨折 (337) 股骨干骨折 (337) 髌骨骨折 (337) 胫腓骨干骨折 (338) 脊椎骨折和脱位 (338)                                  |     |
| 肩关节脱位 (339) 肘关节脱位 (340) 桡骨小头半脱位 (340) 腕关节脱位 (340) 扭伤 (341) 踝关节扭伤 (342) 膝关节扭伤 (342) 腰部急性扭伤和慢性劳损 (342) |     |
| 胸腹伤 .....                                                                                            | 343 |
| 胸部伤 (343) 腹部伤 (346)                                                                                  |     |
| 烧伤 .....                                                                                             | 347 |
| <b>第八章 小儿病症</b> .....                                                                                | 352 |
| 儿科特点 .....                                                                                           | 352 |
| 新生儿疾病的防治 .....                                                                                       | 354 |
| 新生儿硬肿症 (355) 新生儿颅内出血 (356)                                                                           |     |
| 婴幼儿消化不良症 .....                                                                                       | 356 |
| 小儿疳积 .....                                                                                           | 359 |
| 小儿惊厥 .....                                                                                           | 361 |
| 小儿肺炎 .....                                                                                           | 363 |
| 佝偻病和婴儿手足搐搦症 .....                                                                                    | 365 |
| 小儿先天性疾病 .....                                                                                        | 367 |
| 先天性心脏病 (367) 先天性幽门痉挛和幽门肥大性狭窄 (368) 先天性                                                               |     |

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 胆道畸形 (368) 巨结肠症 (368) 先天性肛门直肠闭锁 (369) 大脑发育不全 (369)                   |     |
| <b>第九章 产科</b> .....                                                  | 370 |
| 妊娠生理 .....                                                           | 370 |
| 胚胎的发育 (370) 妊娠期母体的变化 (371)                                           |     |
| 分娩生理 .....                                                           | 371 |
| 决定分娩过程的三个因素 (371) 正常胎位的分娩动作 (373)                                    |     |
| 妊娠中毒症 .....                                                          | 375 |
| 妊娠剧吐 (恶阻) (375) 晚期妊娠中毒症 (376)                                        |     |
| 孕产期出血 .....                                                          | 379 |
| 妊娠前半期出血 (379) 妊娠后半期出血 (383) 分娩时出血——子宫破裂 (385) 产后出血 (386) 产褥期出血 (388) |     |
| 妊娠合并心脏病 .....                                                        | 388 |
| 难产 .....                                                             | 389 |
| 产力性难产 (390) 产道性难产 (391) 胎儿性难产 (393)                                  |     |
| 产后发热 .....                                                           | 395 |
| <b>第十章 妇女病症</b> .....                                                | 398 |
| 妇女病的诊断方法 .....                                                       | 398 |
| 月经病 .....                                                            | 399 |
| 月经不调 (399) 痛经 (402) 闭经 (402)                                         |     |
| 白带过多 .....                                                           | 404 |
| 子宫脱垂 .....                                                           | 406 |
| 常见女性生殖器肿瘤 .....                                                      | 408 |
| 子宫颈癌 (408) 子宫肌瘤 (409) 卵巢瘤 (410)                                      |     |
| 不孕症 .....                                                            | 411 |
| 乳房病症 .....                                                           | 412 |
| 乳痛 (413) 乳房肿物 (414)                                                  |     |
| <b>第十一章 皮肤病症</b> .....                                               | 416 |
| 皮炎 .....                                                             | 416 |
| 药物性皮炎 (416) 接触性皮炎 (417)                                              |     |
| 植物日光性皮炎 (418)                                                        |     |
| 湿疹 .....                                                             | 418 |
| 荨麻疹 .....                                                            | 420 |
| 神经性皮炎 .....                                                          | 421 |
| 银屑病 .....                                                            | 421 |

|                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|
| 癣                                              | 422 |
| 头癣 (422) 体癣 (423) 手足癣与甲癣 (423)                 |     |
| 脓疱病                                            | 424 |
| 带状疱疹                                           | 424 |
| 麻风                                             | 425 |
| 〔附〕 皮肤病常用外用药处方                                 | 426 |
| 第十二章 五官病症                                      | 428 |
| 红眼                                             | 428 |
| 急性结膜炎 (429) 泡性结膜炎 (429)                        |     |
| 沙眼 (430) 角膜炎 (433) 虹膜睫状体炎 (435) 急性充血性青光眼 (435) |     |
| 视力下降                                           | 436 |
| 白内障 (437) 慢性单纯性青光眼 (437) 近视、远视和散光 (437)        |     |
| 咽痛                                             | 439 |
| 咽的急性炎症 (439)                                   |     |
| 咽的慢性炎症 (441)                                   |     |
| 鼻出血                                            | 441 |
| 鼻咽癌 (442)                                      |     |
| 鼻窦炎                                            | 443 |
| 慢性鼻炎 (443) 鼻窦窦炎 (444) 腺样体肥大症 (445)             |     |
| 耳流脓                                            | 445 |
| 耳疳 (445) 急性化脓性中耳炎 (446)                        |     |
| 慢性化脓性中耳炎 (446)                                 |     |
| 耳聋                                             | 447 |
| 传音性耳聋 (448) 感音性耳聋 (448)                        |     |
| 牙痛                                             | 449 |
| 口腔颌面部间隙感染                                      | 450 |
| 口疮                                             | 452 |
| 小儿口疮 (452) 复发性口疮 (453)                         |     |
| 口腔颌面部常见肿瘤                                      | 454 |
| 第十三章 临床药理讲座                                    | 456 |
| 急救药                                            | 456 |
| 安神镇惊药                                          | 458 |
| 清热消炎药                                          | 461 |
| 止血药                                            | 466 |
| 止咳平喘药                                          | 468 |
| 消化药                                            | 471 |
| 理气药                                            | 473 |
| 消肿利水药                                          | 475 |
| 治风湿痛药                                          | 477 |
| 补益药                                            | 479 |

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 〔附 1〕 激素的临床应用                                                                                              | 481 |
| 〔附 2〕 维生素的临床应用                                                                                             | 483 |
| 第十四章 手术治疗                                                                                                  | 484 |
| 建立农村手术室                                                                                                    | 484 |
| 消毒和灭菌                                                                                                      | 486 |
| 手术基本操作                                                                                                     | 488 |
| 麻醉                                                                                                         | 492 |
| 麻醉前准备 (493) 针刺麻醉 (493)                                                                                     |     |
| 局部麻醉 (495) 椎管内麻醉 (498)                                                                                     |     |
| 乙醚吸入麻醉 (501)                                                                                               |     |
| 清创术                                                                                                        | 503 |
| 浅部感染的手术处理                                                                                                  | 505 |
| 手部感染切开引流术 (505) 皮肤及皮下组织感染的手术治疗 (508) 乳房脓肿切开引流术 (509)                                                       |     |
| 浅部肿物切除术                                                                                                    | 510 |
| 皮脂腺囊肿切除术 (510) 乳房良性肿瘤切除术 (511)                                                                             |     |
| 眼睑手术                                                                                                       | 511 |
| 睑板腺囊肿 (霰粒肿) 摘除术 (511)                                                                                      |     |
| 倒睫电解术 (512) 睑内翻矫正术 (512) 睑内翻矫正缝线术 (513)                                                                    |     |
| 拔牙术                                                                                                        | 513 |
| 气管切开术                                                                                                      | 516 |
| 阑尾炎手术                                                                                                      | 519 |
| 腹股沟斜疝修补术                                                                                                   | 522 |
| 肛门及男性生殖器手术                                                                                                 | 525 |
| 肛门周围脓肿切开术 (526) 肛裂切除术 (526) 肛瘘挂线法 (526) 枯痔法 (527) 外痔血栓摘除术 (528) 嵌顿包茎的处理 (528) 包皮环切术 (528) 睾丸鞘膜切除与翻转术 (529) |     |
| 〔附 1〕 胸腔穿刺术 (530) 〔附 2〕 膀胱穿刺术 (531) 〔附 3〕 静脉切开 (531)                                                       |     |
| 子宫颈手术                                                                                                      | 532 |
| 子宫颈息肉摘除术 (532) 子宫颈扩张术 (533)                                                                                |     |
| 产科手术                                                                                                       | 534 |
| 外倒转术 (534) 内倒转术 (535) 人工破膜 (537) 头皮钳牵引胎头术 (537) 会阴剪开及缝合术 (538) 胎头吸引术 (539) 产钳术 (539) 臀位牵引术 (542) 穿颅术 (543) |     |
| 计划生育手术                                                                                                     | 544 |

|                                                    |                                                                                             |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 上和取避孕环术 (544) 人工流产术<br>(546) 绝育术 (547)             | 血液检查 (556) 尿液检查 (557) 粪<br>便检查 (557) 痰的检查 (558) 脑脊<br>液检查 (558) 肝功能检查 (558) 肾<br>功能检查 (559) |
| 〔附 1〕 X 线检查基本知识 .....549                           | 〔附 3〕 超声波检查基本知识 .....559                                                                    |
| 胸部 X 线检查 (550) 胃肠道 X 线检<br>查 (553) 骨关节 X 线检查 (555) |                                                                                             |
| 〔附 2〕 化验检查基本知识 .....556                            |                                                                                             |

# 第一章 基础知识

## 祖国医学临床基础知识

在毛主席的无产阶级革命路线指引下，我国卫生战线出现了生气勃勃的景象，广大中西医务人员团结合作、为发展中国新医药学而努力奋斗。我们赤脚医生要积极响应毛主席和党中央的号召，努力学习中医和西医两套本领，更好地为广大贫下中农服务，并为中西医结合创造中国统一的新医药学作出贡献。

历史的经验值得注意。在对待祖国医学的问题上，多年来一直存在着尖锐的阶级斗争和路线斗争。刘少奇一类骗子代表地主资产阶级，奉行民族虚无主义、洋奴哲学，鼓吹医学要“全盘西化”，妄图取消中医。他们有时又忽而主张对古代的东西不准批判，颂古非今，推行复古主义。他们的阴谋就是搞资本主义复辟。我们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，深入批判反动的民族虚无主义、复古主义和洋奴哲学。在学习祖国医学时，我们要坚持以马克思列宁主义、毛泽东思想为指导，立足实践，勇于创新，认真总结，不断提高。

### 阴 阳

祖国医学里的“阴”和“阳”是用来表示人体结构功能和疾病变化的。“阴阳学说”曾经是祖国医学基础理论的重要部分，具有朴素的辩证观点。现在，科学已有很多进展，特别是哲学思想有了巨大的飞跃。因此，我们就应以辩证唯物主义来指导医学实践。对于祖国医学的阴阳之说，应当批判吸收，去粗取精。

#### 一、阴阳表示什么意思？

阴和阳可以表示祖国医学范围内任何矛盾对立着的两个方面。例如：

部位 { 阴：下、内、腹  
阳：上、外、背

气血脏腑 { 阴：血、五脏  
阳：气、六腑

病证表现 { 阴：里、寒、虚(不足)、功能减弱等。  
阳：表、热、实(有余)、功能增强等。

由于事物之间有着广泛的联系，事物内部又有可分性，阴和阳所表示的，并不是绝对的，而是相对的，祖国医学中关于“阴中有阳，阳中有阴”的说法，就是说明阴阳之间的辩证关系。

现在比较常用的是对内脏的阴阳辨证，如肾阴、肾阳、肝阴、肝阳、肺阴、脾阳、心阴、心阳等。大体上来看，脏阴包括它的血、津液和某些功能(功能本来常用气来表示)，脏阳包括它的气和某些物质。

#### 二、阴阳互根

“阴阳互根”就是指对立着的双方，相互联结，相互依存。例如：血属阴，气属阳。

阴阳互根，“血为气母，气为血帅”，就是说，血是保持人体脏腑功能活动的物质基础，气是维持血运的作用力量。血虚时会引起气的不足，如失血后可呈现面色、口唇苍白，气短，头晕，无力，出虚汗等，治疗时除了用补血药当归、熟地等，还要用补气药，如黄芪、党参等。气虚时血运多不旺盛，如心气不足，除呈现心悸、气短、精神不足，还可呈现面色发白、舌质淡等，治疗时除用补气药外，也需要加一些养血药。

再如：水谷（饮食物）中的营养物质属阴，脾胃功能属阳。阴阳互根，水谷靠脾胃消化，脾胃要有水谷的营养才能保持正常功能。脾胃有病时消化不良，营养不良时脾胃虚弱。某些消化器官疾病引起慢性腹泻、消瘦等，治疗时用健补脾胃的药物，如白朮、山药、薏仁、饴糖、大枣等，其中多数含有营养成分。适当用藕粉、小米汤、米粥等也有补脾胃的作用。

### 三、阴阳平衡

阴阳平衡又称为“阴平阳秘”，是指人体内外和内部之间要保持结构功能上的相对平衡。阴阳失调，一方偏胜，另一方偏衰，就会发生疾病。例如：“阳胜则热，阴胜则寒”，这里的阳胜，是指人体疾病时反应强烈，引起热证，如发热、口渴喜饮、大便干结、小便短赤、舌红苔黄、脉数。阴胜是指人体疾病反应部分地降低，引起寒证如怕寒、肢体不温、口不渴、舌苔白、脉迟。在大多数病例，热证应用寒药如石膏、黄连等治疗，寒证则应用热药如附子、干姜等治疗，使阴阳恢复平衡。

阴阳的偏胜偏衰，也是相对来说的。阳偏胜可能因为阳太盛，也可能因为阴不足。阴偏胜可能因为阴太盛，又可能因为阳不足。例如，高血压常见的就有两类情况，一类是阳太盛（肝火盛），多见于体质壮实者；另一类是阴不足（肝阴、肾精不足），多见于体质较弱者。治疗上，肝火盛者应清肝降火，阴不足而致阳偏胜者则应滋阴潜阳（使阳气潜藏）。

### 四、阴阳转化

阴和阳在一定的条件下，可以转化到各自的对立面。这是诊治疾病时必须重视的变化。例如：由于人体抗病能力的改变和治疗作用的好坏，阳证可能转化为阴证，阴证也可能转化为阳证。阳证一般是指精神兴奋、语声粗壮、发热喜凉、脉搏有力等，多表示抗病能力较强。如果抗病能力削弱到一定的程度，同一病例可能呈现精神萎靡、语声低微、面色晦暗、身冷畏寒、脉搏无力等，也就是转化为阴证。相反地，阴证经过治疗，人体抗病能力有所增强，可转化为阳证。又如：寒属阴，热属阳。临床上可见“寒极生热”和“热极生寒”的转化现象。“寒极生热”是病本属于寒的性质，反而出现身热、面色浮红、口渴、烦躁、脉洪大等热的征象，由于阴证似阳，这时的治疗仍应用温性药（如附子、干姜）祛寒。“热极生寒”是病本属于热的性质，反而出现手足发凉、出汗、脉细等寒的征象，由于阳证似阴，这时的治疗仍应用凉性药（如生石膏、知母）清热。

总之，在祖国医学中阴阳是表示一定的具体变化的相对性概念，阴阳互根、阴阳平衡和阴阳转化是反映人体疾病变化的某些规律性，在实践中，则是运用阴阳的转化规律，进行防治疾病。

## 气

祖国医学里关于“气”的提法很多，大体上可分人体的气和外界的气（如寒气、湿

气)。这里所讨论的是人体的气。

一般来说,人体的气是指功能。但是气也包括了进行功能活动所需要的某些物质如精气。因分布和作用不同,人体的气可有不同的名称。例如:行于脉外、温养周身、并防御外邪侵袭肌肤的气叫做卫气,相当于皮肤的保护、调节体温、防御病原体侵入等作用。行于脉中,构成血液、营养周身的气叫做营气,相当于血液的循环、供应营养物质。充养脏腑、发挥脏腑生理作用的气叫做脏腑之气,如肺气、肾气等。

### 一、气的生成

总的来看,气的生成要有两个条件:一是器官组织的生理活动,其中比较主要的是脏腑活动;另一是所需要的物质,如水谷、空气。例如:脾气的保持要有正常的脾脏和适当的水谷饮食。肺气的维持要有正常的肺脏和空气。

如果脏腑生病或者物质基础不足,就会引起气虚。例如:脾有病或其他原因引起营养缺乏,都可导致脾气虚。肺有病或肺失滋养(脾胃或肾有病),可导致肺气虚。(参看后述脏腑篇)

### 二、气的运行

运行是气的基本性质。健康时,人体的气都在运行不息,各部分的气往往有一定的运行方向,而且相互之间有一定的联系。例如:脾气主升,能使水谷之精上输于肺;胃气主降,能使尚未完全消化的水谷下注肠道;脾升胃降,从而保持消化吸收正常。肺在上,肺气下降;肾在下,接纳其气;一上一下相互联系,从而保持呼吸和通调水道。

如果气不能正常运行,就可能发生病证。例如:气的运行发生障碍或停滞,叫做气滞或气郁,可引起疼痛和其他功能障碍。又如:胃气不降则饱胀,胃气上逆则呃逆或呕吐,肺气壅塞则咳嗽或气喘。

### 三、气对精血脏腑的影响

气由精血脏腑产生,反过来,气对它们也有相当的影响。例如:气在发挥其功能的过程中,要消耗一定的精血津液。如果消耗过多,叫做“气伤精”;精血亏损又可反过来削弱气,叫做“精食气”。剧烈运动后发生气短、气促、汗出,就是这个道理。高热后发生口渴、虚弱无力,也是这个道理。

气对脏腑的影响:气虚使脏腑功能活动减弱,气盛使脏腑功能活动增强。临床上常用补气的方法促使脏腑功能增强。练拳、体操能够治疗某些疾病也是这个道理。

气与血有重要的关系,将在后述的“血”篇内讨论。

### 四、气的常见病证

(一) 气虚 气虚一般是指功能降低,表现为气力不足、不耐寒冷、脉搏无力等。由于疾病的部位不同,气虚可表现不同的病证。常见的气虚病证是:脾胃气虚(中气不足),肺气虚和肾气虚(属于肾阳虚),将在脏腑病证篇内叙述。

治疗气虚病证采取补气法。常用的补气药是黄芪、人参、党参等,黄芪补中气而有增强卫气作用(可治气虚力乏、易出虚汗),参补元气而能固脱(可治虚脱、休克)。为了增强治疗作用,用补气药时常合用其他药物,例如:(1)增强脏腑,如补中气时健脾用白朮、茯苓,补肺气时养肺用麦冬、百合,补肾气时壮肾用附子、仙茅;(2)补血,如用当归、熟地等;(3)补药容易引起壅滞,不利于气的运行。因此,补气时常合用某些理气的药物,如陈皮、砂仁等。

(二) 气滞 气滞一般是指功能受到限制、但功能尚未降低或衰退，故属于实证。常见的气滞病证有：

1. 气滞痛 气在经脉内运行受阻，“不通则痛”，表现疼痛的特点是胀痛、或阵发、或痛处不定，同时常有肢体运动障碍或脏腑失调。

治疗的原则是行气通滞，使气行通畅，同时注意祛除病因。针灸是疏通经脉、行气止痛的常用方法之一，对气滞痛有较好的效果。药物可用香附、延胡索、木香等理气药物。例如胃气痛用香砂枳朮丸（木香、砂仁、枳实、白朮）。此外，兼有寒凝的常加以散寒，兼有血瘀的加以活血等法祛除病因。

2. 肝郁气滞 多由情志原因引起，证治见“肝”篇。

(三) 气逆 气逆一般是指功能的反常。常见的气逆病证有：

1. 肺气逆 多因痰引起，表现为咳嗽、气喘、不能平卧。治疗应用降气化痰法，降气可用苏子、沉香等，化痰可用半夏、贝母等。

2. 胃气逆 常见的证候为脘腹胀满、食欲减退、呃逆或呕吐。治疗应用降逆和胃法，可用香砂养胃丸或旋复花、代赭石、半夏、党参、生姜、甘草、大枣（旋复代赭汤）等药物。

## 血

祖国医学认为，血的原料是水谷精气，精气经过心肺和中焦的作用化为营气，继而再变成红色的血液。这种认识虽然没有详细阐明血的生成过程，但反映了血的生成与营养以及一定的组织器官的功能有关。

血在血脉内运行。血脉分布周身，血流供应全身的组织器官。如果血不能正常运行，或者不能循经脉而行（妄行、错行），就会发生病证。

心主血，肝藏血，脾统血，三者与血的生理病理有关。

气血关系极为重要，通常用“血为气母，气为血帅”来概括它们的关系。血是气的物质基础之一，人体各部分组织器官都需要血的供养，才能进行功能活动，例如：“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄”。血虚可并有气的病证。反过来，气（精气、营气）有供养血的作用，气虚有时可导致血的病证。血的运行，要靠气的推动，首先是心气和肺气的推动。“气行血行”，气滞可引起血郁。反过来，血瘀也可以引起气滞。在临床上，血的病证常要考虑同时从气治疗，气的病证有时也应从血治疗。

### 血的常见病证

(一) 血虚 血虚是指血量不足或血液分布不正常，引起功能降低或功能失调。血虚时可有贫血的现象，但也可能没有贫血的现象。血属阴，但血虚与阴虚不完全相同。

血虚的一般证候是：面色苍白或萎黄，头晕眼花，消瘦乏力，舌质淡，脉无力。见于慢性失血、长期消化吸收不良、严重感染等。

治疗：血虚可用补血药，如当归、熟地、何首乌、阿胶等，通用的方剂是四物汤（当归、熟地、白芍、川芎）。由于气血相联，一般都配以补气药加强补血的作用，如用当归补血汤（当归、黄芪）、八珍汤（四味汤，人参、茯苓、白朮、甘草，合四物汤）。补血药多滋腻，可能增加胃肠负担，因此又常合用健脾胃药，如人参养荣丸的组成。此外，以

上所列的方剂汤丸药性温热，不适宜于血虚生热者（发热、烦渴、脉大无力、按之即无）。

另外一类血虚病证，如肝血不足和心血不足，常无贫血的现象，可用滋补肝肾和养心安神法（见“肝”及“心”篇）。

（二）出血 处理出血要按照出血部位和病因，采取不同的方法。关于各部位出血的处理方法，将在鼻出血、咯血、呕血、崩漏等病症篇内介绍。在这里先介绍出血的病因治疗。

1. 损伤的出血 经脉受伤，血流于脉外，可流出体外，也可停留体内而形成瘀血。对于这种出血，祖国医学主张既用止血药，又用祛瘀法。止血药种类很多，如三七、侧柏叶、仙鹤草、大小蓟、茜草、血见愁、白藜皮等，还有炭霜类如百草霜、发灰等。

为什么止血要用祛瘀法？因为瘀不去则血不归经，瘀散后血可归经，出血停止。这里的祛瘀法主要是和血、行血、散瘀，常用当归、赤芍、红花、乳香、没药、桃仁等。

2. 血热的出血 除了损伤以外，血热是出血的常见病因。祖国医学认为，体内热盛可使血液错经妄行，发生出血。

血热多数是实火，表现发热、或不发热而烦躁、出血色鲜、较浓稠或有血块。脉数有力。见于急性传染病（鼻出血、皮下出血瘀斑点等）、肺化脓症（咯血）、胃十二指肠溃疡（呕血）等。治疗的原则是清热凉血止血。对这类出血，清热凉血是治本，应避免单纯止血，以免血热壅滞而发生其他病症。一般的凉血可用生地、丹皮等，或用童便；高热时可用清热药如黄连、黄芩、黄柏、石膏。再看出血的缓急合用藕节、仙鹤草、侧柏叶、花蕊石等。

阴虚火旺也可引起出血，血较稀或为血丝，兼有心烦、咽干、盗汗、手足心热等。见于肺结核（咯血）、肾结核（尿血）等。治疗宜滋阴降火止血，如用麦冬、鳖甲、知母、阿胶。

3. 气虚的出血 这是指中气虚、脾不统血而引起的出血，如便血、崩漏，多伴有面白唇淡、气短、食少、乏力等。治疗宜补气摄血，治便血可用黄土汤（灶心土、熟地、白朮、附子、阿胶、黄芩、甘草），治血崩昏晕用党参、黄芪、白朮、熟地、当归、炮姜。

4. 气逆的出血 这是指情绪激动、肝气上逆而引起吐血、鼻出血，多有眩晕、头痛、目赤、口苦、脉弦等。可见于高血压等疾病。治疗宜平肝止血，如用白芍、枳壳、郁金、青黛、焦山栀、丹皮、石决明、降香。

按：祖国医学的止血理论和方法，与西医相比具有独特的长处。在这个基础上，结合民间用草药单方止血的经验，已经发明不少高效的止血法。

（三）血瘀 血瘀即血液凝滞或蓄积在体内某处，其表现有不同的形式：（1）疼痛和其他功能障碍；（2）出血（流血块、形成瘀血斑）；（3）形成肿块。

引起血瘀的原因主要是：气滞血瘀，或者经络受寒使气血凝结，或者受伤。血瘀的常见病证：

1. 痹证 痹就是经络血脉受阻的意思。痹证是指受风寒湿后，气血凝滞而运行不利，引起疼痛、运动或其他障碍。可见于风湿性关节炎、类风湿性关节炎等。治疗宜温经活络，见“风”篇。

2. 妇女小腹痛 如痛经、月经延期量少色紫等，见“月经病”篇。

3. 肿块（瘰癧、肿瘤） 肿块包括炎症、血肿、囊肿或瘤等，在祖国医学均属血瘀

病证。治疗宜活血散瘀，常用当归、桃仁、赤芍、红花。此外，根据病因不同合用其他方法：行气如枳实、陈皮；攻下如大黄、芒硝；破瘀如三棱、莪朮等。

## 心

### 一、心的功能

(一) 心主血脉 心脏管理着全身脉管里的血液运行。心脏维持脉搏跳动和血液分布的功能叫做心气。心脏本身也需要血液供应营养。心脏的血叫做心血，是心气的基础。心血的正常与否，可影响心气，同时还可影响到神志或其他方面。

(二) 心主神志 心的另一方面功能与精神、意识和思维活动有关，相当解剖生理上大脑皮质的一部分功能。因为这样，心在脏腑中占主导地位，相当于高级神经中枢对全身起统一调节的作用。

心包络是心的外围，有维护心的作用。

心的气血和神志方面有密切联系。因为心神要有心的气血作为基础，所谓“血盛神旺，血亏神疲”就是这个道理。

心气属于心阳，心阳还包括了发挥心脏作用的热能。心血属于心阴，心阴还包括了心脏的其他物质。

### 二、怎样诊察心的病证？

祖国医学中心的病证与现代医学的心脏疾病有一部分相联系，但不是同一范围。诊察心的病证主要可根据下列证候：

(一) 面色 面部血运较丰富，面色可以反映心血情况，所谓“其华在面”。心血不足时面色苍白，失去光泽。心有热（心火盛）时面色红。

(二) 舌质 舌质（尤其是舌尖）可以反映心的情况，所谓“心开窍于舌”。心血不足时舌淡红。心气不足时舌淡白、发胖或青紫（血瘀）。心火盛时舌尖红痛。但是舌质同时可反映身体其他方面的变化。

(三) 脉象 心主血脉，心血、心气的盛衰可直接反映在脉象上。心血、心气不足时脉细弱或沉细或不齐等。但是脉象同时可反映全身的变化。

(四) 心跳、气短、出汗 见于心血、心气或心阳不足时，以心气不足时为明显。

(五) 神志 心血或心阴不足时可有失眠、多梦、易惊、健忘等。心火盛时可有烦躁、睡眠不安。温热病（急性传染病或感染）热传心包时有谵妄、神志昏迷等。

### 三、心的常见病证

(一) 心火盛 证候：面红目赤，口唇糜烂疮疡，心烦，睡眠不安，舌尖红或舌肿胀烂，脉数。可见于感染发热或其他原因引起的口疮（口腔炎）。又由于心与小肠相联系，心热移向小肠，小肠分清浊而影响泌尿，有时出现尿短赤、尿道热痛或尿血。可见于某些尿路感染。

治疗：清心火，可用导赤散加减（生地、木通、竹叶、黄连、栀子）或清心丸等。

（口疮与尿路感染均可按此辨证施治。）

#### (二) 心气不足

1. 证候 心跳，气短，活动时加重，精神不振，舌淡白，脉细弱。可见于轻度心功能不全或神经官能症。

治疗：补心气，可用党参、黄芪、当归、远志、五味子等。

2. 证候 心悸，气促，面唇发绀，胸前疼痛，舌质变紫，脉细弱或沉细。（心气严重不足，导致血流瘀滞。）可见于重度心功能不全（心力衰竭）。

治疗：强心益气可用参附汤（人参、熟附子），通脉化瘀可加肉桂、红花、丹参等。

（三）心血不足 证候：面色苍白无光泽，心跳，虚烦，失眠，易惊，舌质淡红，脉细数或细弱。可见于贫血、虚弱者。

治疗：补养气血，可用当归、地黄、黄芪之类，安神可加远志、枣仁、柏子仁等。

（四）心阳虚和心阴虚

1. 心阳虚证候 心跳，虚而无力，易惊，怕冷，健忘等。可见于神经失调症（旧名神经衰弱）。

治疗：益气扶阳，可用肉桂、附子、党参、远志、甘草等。

2. 心阴虚证候 心跳、心热、失眠、健忘、盗汗等。见于神经失调症有交感神经兴奋性增高者。

治疗：滋阴安神，可用归脾丸（汤）或酸枣仁、柏子仁、生地、玄参、知母、茯苓、甘草等。

（五）热传心包 证候：高热，谵妄，神昏，惊厥或昏迷。可见于急性传染病或急性感染高热者。

治疗：清心开窍（起恢复神志作用），可用（安宫）牛黄丸、至宝丹之类。

## 肾

### 一、肾的功能

（一）肾藏精 肾与人的精气有密切关系。人体的“精”有两种：一是“先天之精”，起生成发育作用，可形成胚胎的基本物质。二是“后天之精”，起营养代谢作用，相当于参加体内代谢的各种物质，包括糖类、蛋白质、脂肪、盐类、维生素、酶、激素等。先天之精，除了来自胎中而外，要靠后天之精来保持。后天之精来源于饮食，首先由脾胃消化吸收，但五脏六腑都要吸收精华物质，同时又形成各自的精气，叫做脏腑之精。脏腑有病，脏腑之精不足，可影响肾所藏之精。反过来，肾精不足可影响脏腑之精，使脏腑功能不正常。因为这样，肾与全身许多器官组织有着广泛的联系。

1. 肾与生长发育 肾通过“藏精”在生长发育方面所起的功能，通常叫做肾气。肾气与下列器官组织有关：（1）生殖器官的发育、成熟和衰退。（2）骨和牙齿的生长，所谓“肾主骨”。（3）毛发的滋养，所谓“其华在发”。

2. 肾与脑、耳 肾藏精，精生髓（骨髓、脑脊髓），“脑为髓海”。因此，肾影响“脑”的功能，如记忆、分析等。耳的听觉与肾有关，即所谓“肾开窍于耳”。

3. 肾与精力 精力包括精神和体力，肾健壮则精力充沛。

（二）肾主水 肾与人体水液有密切关系。

1. 肾与膀胱有联系，膀胱和尿道排尿受肾的调节支配（叫做气化作用）。

2. 肾参与尿的生成。

3. 脾是运化水分的重要脏腑（参看“脾”篇），但脾需要肾的“温化作用”才能正常进行运行。

(三) 肾纳气 肾纳气是指肾与肺呼吸的关系。肺主气，管呼吸，肺气下降后由肾收纳，那样才能保持呼吸正常。另一方面肾要收纳肺气才能保持肾气。

(四) 肾阳和肾阴 肾阳又称元阳或命火，包括生殖、调节水分等功能。肾阴又称元阴或肾水，与体内精血津液有关。肾阳与肾阴协调，才能保持肾本身以及其他脏腑功能正常。从现代医学来看，肾阳与肾阴可能包含神经内分泌方面的多方面功能，如性激素、肾上腺皮质激素、垂体的抗利尿激素等以及交感和副交感神经的某些作用。

## 二、怎样诊察肾的病证？

由于肾具有多方面功能，与其他脏腑有比较广泛的联系，因此，肾的病证也比较复杂。为了便利认识，可从下列方面着重分析：

1. 浮肿 为水液在体内潴留的结果之一，原因较多，但肾常是其中重要的病理环节。

2. 大、小便 肾阳虚可引起小便失禁或腹泻或五更泻。肾阴虚可引起小便少或大便干燥。

3. 生殖功能障碍 如不孕、遗精、阳萎等，为肾阳不足的表现。

4. 腰酸或腰痛 “腰为肾之府”，腰酸或腰痛应从肾考虑。

5. 精力不足 神疲，健忘，腰脊无力，下肢沉重等。

6. 阴虚 潮热，手足心热，烦躁而无力，口咽发干等为阴虚证候。肾阴虚在阴虚证中占重要地位，所以遇到阴虚证候时应考虑到肾。

7. 病久未愈 疾病日久，精气消耗，容易引起肾虚。因此病久未愈者应考虑到肾。

## 三、肾的病证

### (一) 肾阳不足（虚）

1. 肾阳虚，主水不力，水泛于皮肤。证候：浮肿，尿少，面色苍白，苔白，脉沉细。可见于慢性肾炎、肝硬变等。

治疗：温阳利水，可用附片苓芍汤（附片、白朮、茯苓、白芍、生姜）。

2. 肾阳虚，肾气不足，精力减退。证候：腰痛，怕冷，无力，性功能减退，小便清长，脉无力。可见于体弱的神经失调症。

治疗：温肾壮阳，可用肾气丸、固精丸等。

3. 肾阳虚，不能温化脾阳，使脾不能健运，形成脾肾阳虚。证候：消化不良，腹泻，腹部冷痛，腰酸肢软等。见于慢性结肠炎等。

治疗：温肾健脾，可用温肾止泻丸（旧名四神丸：破故纸、五味子、肉蔻、吴茱萸、生姜、红枣）等。

4. 肾气虚，不能正常纳气，引起肺气虚。证候：气短，气急，气喘，心跳，面部虚浮，怕冷，易出汗，脉沉细。见于哮喘或其他肺病久者。

治疗：补肾纳气，可用黑锡丹加人参、蛤蚧等。

### (二) 肾阴不足（虚）

1. 肾阴虚，引起虚热证候：头晕，目眩，耳鸣，腰酸，潮热，盗汗，手足心热，口咽发干，舌红苔少，脉细数。见于慢性消耗性疾病如结核病等。

治疗：滋阴益肾，可用地黄丸等。或滋阴降火，可用知柏地黄丸。

2. 肾阴不足，不能养肝，引起肝阴不足，肝阳上亢（参看“肝”篇）。

3. 肾阴不足，可引起心火过盛，出现心火盛和肾阴虚的证候：心烦，失眠，健忘，神疲，腰痛，遗精等。可见于体质弱、神经失调症。

治疗：滋阴清心，可用补心丹（丸），心火旺者可加黄连。

## 脾

### 一、脾的功能

脾主运化，以消化吸收运输为其主要功能。脾所运化的水谷之精和水液，是人体代谢的基本物质，它的其他一系列功能都与代谢密切相关。脾的功能统称为脾阳，在全身阳气中占重要的成分。

（一）脾合胃 胃是受纳、消化水谷（饮食物）的重要脏腑。脾调节胃，将胃所消化的水谷，形成水谷之精，运输到肺，然后再分布于周身，供各脏腑的需要。脾胃正常是身体健壮的重要保障之一，“脾胃为后天之本”。

（二）运化水液 水液代谢由脾、肺、肾三脏共同来管理。脾气有运化水液作用，使水分合理分布。另一方面，脾本身喜燥恶湿，湿气重会妨碍脾的功能，叫做湿困脾阳。

（三）中气 中气主要是脾胃之气，其中脾气占主要方面，其作用如下：

1. 脾气主升，中气有提挈内脏（保持它们在腹内正常位置）的作用。（可能与肌肉筋膜的力量有关。）

2. 脾统血，有统摄（保持）内脏血液的作用。（可能与体内蛋白质代谢以及血管功能有关。）

3. 中气有营养肺、保持肺气的作用。

### 二、怎样诊察脾的病证？

1. 消化症状 脾调节胃肠，所以对消化不良、食欲不振、腹胀、腹痛、腹泻等，应从脾考虑。

2. 营养不良 消瘦、无力、口唇淡白等，与脾胃消化吸收有关，所谓“脾主肌肉”和“开窍于口唇”。

3. 水肿或腹水 常与脾阳不足，运化水液无力有关。体内湿重，舌苔多厚腻，也应考虑到脾。

4. 黄疸 多为脾胃湿热所引起。

5. 便血、月经过多或崩漏 可因脾不统血引起。

6. 阴挺（子宫脱垂）或脱肛 常与中气不足或下陷有关，故与脾有关。

7. 阳虚 疲弱乏力、喜温怕凉、面唇淡白，脾阳虚产生热量不足，喜温怕凉，脉无力等证。

### 三、脾的常见病证

（一）脾气虚弱 证候：面色萎黄，消瘦无力，食欲不振或消化不良，时有腹胀，大便稀薄。

治疗：脾胃气虚，运化力弱，食少黄瘦者宜益气补脾，可用四味汤。食入即泻、经久不愈、脉缓无力者宜补中健脾，可用参苓白朮散（人参、茯苓、白朮、扁豆、陈皮、山药、莲肉、砂仁、薏仁、桔梗、甘草、大枣）。

（二）脾阳不振（虚寒） 证候：除上述脾虚证候外，可有腹部隐痛、喜热喜按、肢

凉等。可见于慢性胃肠病体内热能不足时。

治疗：温振脾阳，可用附子理中丸。

（三） 湿困脾阳和湿阻脾胃 证候：胸脘不舒，食少，腹胀，大便稀薄，苔腻，脉濡。湿重者有面部肢体浮肿，指按后凹陷，尿少。湿阻脾胃时可有恶心唾液多，甚至呕吐。

治疗：健脾化湿，可用茯苓、白朮、泽泻、薏仁等。受雨淋潮湿或饮食不当后发生的湿阻中焦，可用芳香化湿法，如用藿香、佩叶、苍朮、厚朴等。

（四） 中气下陷 证候：体瘦，无力，食欲不振，子宫脱垂、脱肛或胃下垂，脉细。

治疗：补中益气，如用补中益气丸（汤）。

（五） 脾不统血 见“血”篇。

## 肝

### 一、肝的功能

（一） 肝藏血 “肝藏血”，有贮藏和调节血液的功能。人体活动时，肝血流到各经脉，适应活动的需要。人体休息睡眠时，血流又收归肝内储藏。因此，肝血是否正常，影响到其他器官组织的营养和功能。

1. 筋（肌腱、韧带、关节囊等）需要肝血来营养，才能保持正常的运动能力，所谓“肝主筋”。

2. 眼也需要肝的营养作用，所谓“肝开窍于目”。

（二） 肝气 肝气是指肝的活动功能包括在精神神经方面所起的作用。

1. 肝气应当“疏泄条达”，不受压制，不发生郁结，也就是神经（包括内脏神经）的兴奋和抑制比较协调。

2. 肝为“谋虑所出”，就是与思维等高级神经活动有关。

肝气需要肝血维持，肝血的变化可引起肝气变化，反过来肝气也可影响肝血。肝气属于肝阳，但临床上肝阳常是指亢进的神经系统变化。肝血属于肝阴，肝阴还包括了其他的物质。

（三） 肝与胆相联系 胆有贮藏胆汁功能，同时又协助肝气（也与神经活动有关）。

### 二、怎样诊察肝的病证？

1. 情绪变化 由于肝与精神神经活动有关，情绪变化如生气、抑郁等也可引起肝的变化，肝有病时也容易发生情绪变化。所以，病人有生气、急躁、心情不畅或思虑过度等应从肝病考虑。

2. 胁肋痛、胀闷 胁肋为肝脏所在和肝经所行过的部位，肝气郁滞可引起胁肋痛、胀或闷的感觉。少腹（下腹两侧）也是肝经循行部位，少腹痛可由肝经寒凝引起。

3. 眼的病症 肝开窍于目，肝血不足时双目发干、视物不清或夜盲（相当于维生素甲缺乏症），肝热时目赤红肿、怕光流泪（相当于结膜急性充血）。

4. 肝风 头晕、眼花、舌颤、肢体麻木、肌肉跳动、抽筋等神经症状，叫做肝风或内风。肝生内风的原因是肝热（火）盛，或者是肝血（阴）虚。

5. 上腹其他症状 胃脘痛胀、噎气等应从肝气考虑。因为肝气不能正常疏泄，就可横逆侵犯脾胃。肝脾肿大（“肝积”）为肝的气血郁滞所致。

### 三、肝的常见病证

#### (一) 肝郁气滞

1. 证候：胁肋胀痛，胸闷噎气，发作与情绪激动有关，口苦，脉弦。可见于肝、胆、胰等慢性炎症。

治疗：舒肝理气，可用舒肝丸或青皮、柴胡、枳壳、木香之类。

2. 肝气犯胃 证候：胃脘痛、吐酸噎气、食欲不振等。可见于慢性胃炎、胃神经官能症或胃十二指肠溃疡。

治疗：舒肝健脾，可用柴胡、当归、白芍、白朮、甘草等。

(二) 肝胆湿热 证候：胁痛，烦热，口苦，目赤肿痛，尿赤，或湿热下注，排尿急痛，尿混浊等。可见于不同系统的疾病如急性结膜炎、胆囊炎或膀胱炎等。

治疗：泻肝清热，可用龙胆泻肝汤（龙胆草、梔子、黄芩、柴胡、生地、车前子、泽泻、当归、木通、甘草）。

#### (三) 肝阳亢盛

1. 肝实火。证候：头晕，头痛，性情急躁，面红，口苦，便干，舌红苔黄，脉弦实。可见于初期的高血压病或甲状腺机能亢进症。

治疗：清肝泻火，可用夏枯草、菊花、龙胆草、黄芩等。

2. 肝阴不足，肝阳相对亢盛。证候：头晕，头痛，面部烘热，失眠，口燥咽干，舌红少苔，脉弦细。可见于高血压病、动脉硬化症等。

治疗：柔肝潜阳，可用白芍、菊花、生地、沙苑蒺藜、牡蛎等。

3. 肾阴虚，不能滋养肝阴，形成肝肾阴虚。证候除上述肝阴不足外，还有耳鸣、腰膝酸软、手足心热等。

治疗：滋补肝肾，可用杞菊地黄丸之类。

#### (四) 肝风内动

1. 肝热生风（火热过甚，风阳妄动）。证候：面赤，口渴，燥热，眩晕，舌强或颤动，肢颤或抽风，脉弦数有力。可见于热性病时抽风惊厥。

治疗：清肝熄风，可用钩藤、桑叶、菊花、白芍、茯苓、贝母、生地、竹茹、甘草（有条件的可加羚羊）。

2. 肝虚生风（阴血虚弱，不能制阳）。证候：神疲，头晕，手足微抽，肢体麻木，脉细无力。可见于病后体质消耗时。

治疗：滋阴平肝，可用白芍、牡蛎、首乌、鳖甲、钩藤、天麻、菊花。

## 肺

### 一、肺的功能

肺主气。这里所说的“气”，一方面是指呼吸之气，另一方面是指与身体其他部位功能有关的气。从下列肺的功能来看，祖国医学的肺既概括了呼吸器官，又具有循环等其他方面的作用。

(一) 呼吸 肺司呼吸，气体从鼻进出，所谓“肺开窍于鼻”；气体又经过喉，能发声音，也与肺有联系。肺气宜肃降。肺内保持清肃（不受痰热等因素阻碍）。同时肺气必须适当下降，为肾气所接纳，上下交流，这样呼吸才能正常，体内水道才能通畅。

## （二） 输布血液和水分

1. 心主血脉，肺主气，气行血行，肺气有协助心推动血行的作用。
2. 水液进入人体，先由脾来运化到肺，再由肺输布周身。水液排出，大部分通过小肠、肾和膀胱（成尿），肺气有通调水道的作用。水分排出的另一方式为汗，也与肺有联系。

（三） 肺与皮肤的联系 “肺主皮毛”，肺可影响皮肤腠理毛孔的开闭、出汗的多少和对风寒等外界因素的抵抗力等。反过来，皮肤受到风寒等因素的侵袭，可使肺（包括鼻、喉、气管等）起反应。

## 二、怎样诊察肺的病证？

1. 咳嗽、咯痰 咳嗽、气喘、哮喘等，都是肺气上逆的症状。咯痰也是肺的一项常见症状，但痰的生成与脾有关（痰属湿浊）。咯血为肺热、肺（阴）虚或肺络受伤的表现。

2. 鼻部症状 鼻塞、流涕、鼻衄（出血）等，应从肺考虑。

3. 喉部症状 嗓子痒，呛咳，声音嘶哑或喉鸣等，应从肺考虑。

4. 面睑浮肿 眼睑或面部浮肿，或四肢手足也肿，可能由于肺气壅塞、不能通调水道引起。

## 三、肺的常见病证

（一） 肺气虚 证候：气短，活动时易引起气喘，形寒怕冷，语声低，易出汗，易感冒，苔薄白，脉虚弱。可见于慢性支气管炎、肺气肿等有肺功能不良者。

治疗：补益肺气，可用黄芪、党参、五味子等。

（二） 肺阴虚 证候：呛咳，痰少或痰中带血丝，咽干口燥，午后低热，颧红，盗汗，舌质红，脉细数。可见于肺结核等。

治疗：养阴清肺，可用沙参、麦冬、百合等。

（三） 肺热咳嗽 证候：咳嗽，咯痰黄稠或带血块，发热，口渴，大便干结，苔黄，脉数。可见于急性呼吸道感染如肺炎、肺化脓症等。

治疗：清肺化痰，可用桑白皮、黄芩、贝母、枇杷叶等，重者可用石膏、知母、苇茎、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁等。

（四） 肺寒咳嗽 证候：咳嗽，痰白质稀，苔薄白，脉弦紧。可见于慢性支气管炎等。

治疗：温肺化痰，可用麻黄、杏仁、苏子等。

## 风

### 一、什么叫做风？

风本来是自然界的一种变化，用来作为病因、病理和病证的名称，其含意就比较复杂起来，但还是保持着“变动较快”这个风的特点。风病的范围较广，分为外风和内风两大类。

（一） 外风 是指外界的风引起疾病变化，例如伤风。风常和其他外界致病因素结合起来侵害人体，如风寒、风热、风湿等，所以曾经说“风为百病之长”，它是外感病（环境因素引起的疾病的总称）的先导。现在来看，风以及其他寒、热、湿等外界致病因素，

不仅是指气候环境条件，而且包括了致病的微生物或其他物质。外风的病证有很大一部分是急性感染性疾病。

(二) 内风 是指体内脏腑有病，功能失调引起的一类病证，如头晕、眼花、肢体麻木、抽风等，相当于某些神经系统症状。这类症状发生发展较快，且常有“动”的表现，因此也用“风”来概括它们。

内风可由外风间接引起，常见的是外感病发高热时并发惊厥、昏迷等。叫做“热极生风”。

## 二、怎样观察风的病证？

1. 恶风、发热 是外感风邪初期的主要表现，其中发热是肌肤受风寒、人体卫气和风寒相搏斗的反映。

2. 鼻塞、流涕、喷嚏 是伤风的常见症状。风寒侵及皮肤，皮与肺相联系，肺开窍于鼻，于是发生鼻的症状。

3. 肢体疼痛或麻木 风气所引起的疼痛特点是痛无定处而可游走。但是风寒湿相结合引起的风湿痛，因为寒凝作用和湿着（粘滞）作用，痛处也可以固定。麻木是风病时气血不能正常运达肢体的表现。

4. 眩晕、头痛 内风上冲头顶，可引起头晕、头痛、眼花等。

5. 肌肉抽动 肌肉的颤动、跳动、抽搐、角弓反张等都属于内风病证。

6. 中风 突然昏倒、瘫痪、口眼歪斜、半身不遂等，也属于内风病证。

7. 脉象 风侵表者脉多浮，内风与肝有关者脉多弦。

## 三、风的常见病证

### (一) 外感风寒和风热

1. 外感风寒 证候：恶风，恶寒，发热，鼻塞，流涕，头痛，无汗，小便清，舌苔薄白，脉多浮紧。

治疗：祛风散寒解表，一般感冒可用葱豉汤（葱白、淡豆豉）。较重者可用荆防败毒散（荆芥、防风、柴胡、前胡、川芎、枳壳、羌活、独活、茯苓、桔梗、甘草）。

2. 外感风热 证候：发热，或稍恶风寒，口渴，有汗，咽痛，小便黄，舌苔薄黄，脉多浮数。

治疗：疏风清热透表，如用桑菊饮（片）或银翘散（片）。

风寒或风热可以是伤风感冒，也可以是某些急性传染病的初期表现，因此要注意它们的变化，是否从表证转为里证。

(二) 风湿 有外感风湿和风湿痹证。外感风湿证候：恶寒、发热、无汗、头痛、项强、身重、肢体酸痛、口苦、舌苔薄白、脉浮缓。治疗：散风除湿，如九味羌活汤（羌活、防风、苍术、细辛、川芎、白芷、地黄、黄芩、甘草）。

风湿痹症一般可分四型：

1. 风痹 风气较盛，呈游走性关节痛，发作处伸屈不利；或有恶风发热等表证。见于慢性风湿性关节炎。

治疗：以祛风湿为主，如用羌活胜湿汤（羌活、独活、藁本、防风、甘草、川芎、蔓荆子）。

2. 寒痹 寒气较盛，痛有定处，受寒时明显加重，温热时缓解。见于某些关节周围

炎。

治疗：以散寒为主，如用小活络丹或乌头汤（川乌、麻黄、白芍、黄芪、甘草）。

3. 湿痹 湿气较盛，痛有定处，肢体沉重或发木感，舌苔白腻，脉多濡。见于肌肉风湿症。

治疗：以利湿为主，如用薏苡仁、乌药、当归、麻黄、桂枝、苍朮、生姜、甘草。

4. 热痹 风湿可以化热，引起关节红肿热痛，伴有全身发热。见于风湿性关节炎、类风湿性关节炎急性期。

治疗：清热化湿，如用当归拈痛散（当归、羌活、防风、猪苓、泽泻、茵陈、黄芩、苍朮、白朮、葛根、苦参、知母、甘草）。

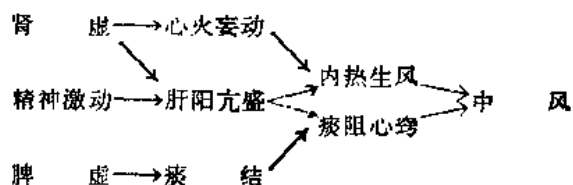
在运用祛风湿药的同时，应适当配合养血调气的药物，如当归、川芎、芍药、黄芪、党参等。

（三）内风 内风主要与肝有关，肝气易动，动则生风，上冲头顶，引起一系列症状，如头晕、头痛、眼花、肌肉跳动或抽动，口眼歪斜等。但内风也可由肾脾的病引起。大体上可分实和虚两类。

1. 热极生风 高热、神昏、抽搐，风阳妄动等症，在幼儿则呈现急惊风。可见于流行性脑脊髓膜炎和其他传染病发高热时。证治见“肝”篇“肝风内动”项。

2. 血虚生风 阴血不足，不能制阳，虚风内动。证治见“肝”篇。

3. 中风 中风以突然昏倒，不省人事或口眼歪斜、言语困难、半身不遂为主要症状，相当于脑血管疾病。其原因比较复杂，与肝、心、肾、脾都有关系，大体上来说是肝阳、心火的亢盛和肾阴、脾阳的不足。



治疗中风要采取中西医的综合疗法。在中医疗法方面，常用针灸、平肝熄风、涤痰宣窍和滋阴补肾等法。

（四）其他 许多皮肤病与风有关，其中以风疹块为常见。风疹块即荨麻疹，是变态（过敏）反应的病证。祖国医学认为，这种病是湿热内蕴在受风后发生的。因此，治疗上可散风清热利湿，如用桑叶、荆芥、防风、蝉衣、山柰、车前子。

破伤风也属风病，外风（破伤风杆菌）从伤口或脐带断端侵入，引起牙关紧结、项强、角弓反张、阵痉发作等。治疗应祛风镇痉，如用五虎追风散或玉真散，加蝉衣、蜈蚣等虫类熄风药。

## 寒

### 一、什么叫做寒？

“寒”可作为病因，也可表示病理和病证的性质。带有寒冷、收缩、凝结或不活跃等性质的变化，多属于寒病的范围。通常将寒分为外寒和内寒。

（一）外寒 是气温较低引起的病症。气温可受气流或湿度的影响，因此寒常和外界

的风和湿相结合引起疾病。寒气有束缚人体卫气的作用，二者相搏可引起发热、恶寒或寒战。寒气又可使经络内气血运行迟缓或凝滞，引起肌肉关节酸痛和其他功能障碍。外寒包括了某些感染性疾病和肌体对寒冷的反应。

(二) 内寒 在内脏有病的情况下，经常有寒冷感，手足不温暖、面色发白、舌苔白润、脉沉细等，叫做内寒。这表示阳气不足，常与脾肾阳虚有关。内寒是人体代谢降低、热量不足和某些器官组织功能降低的反应。

## 二、怎样诊察寒的病证？

寒和热是对立的。但寒证和热证可能在同一病例中错综相杂地同时存在，两者又可能互相转化。因此辨别寒热是十分重要的。一般来说，可以从自觉冷热感、口渴与否、手足温度（不是体温）、二便变化、舌象和脉象等方面进行区别。寒证经常呈现：寒冷感，喜温热，口不渴，手足发凉，小便清长，大便溏稀，舌苔白，脉不数。

须注意辨别寒热的真假，不为某些表面现象所迷惑。如某些病重体虚的病人可出现假热真寒的症状：身热反而喜盖被服，口渴而不欲多饮或饮热水，面浮红而唇淡白，烦躁而神志清，舌干而质淡、苔黑而滑润，脉数或洪但按之无力。

诊察寒证要辨别病因、表里、虚实、脏腑等。例如：感受外寒常引起表寒证，如恶寒重而发热较轻、头痛、身痛、无汗、苔薄白、脉浮紧。少数受寒较重者可呈现寒战、面青、身凉、手足冷、脉沉细迟等。受寒兼受风或湿者，兼有风证或湿证的症状。里寒证常可表现恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。阴气胜则可发生内寒，临床上常见脾、胃和肾的虚寒证，出现这些脏腑功能低下的症状。

## 三、常见的寒证

(一) 表寒证 证候见上。见于感冒和某些急性传染病初期。

治疗：辛温解表，如用麻黄汤（麻黄、桂枝、杏仁、甘草）。

(二) 寒痛 寒使气血凝滞不行，引起疼痛。这类疼痛的特点是痛处固定，得温热可减轻。它的发生往往与肌肉痉挛或缺血有关。

1. 肢体寒痛 如治疗某些风湿痛，可用温经散寒法，如用附子、白朮、桂枝、甘草。

2. 胃寒痛 常属虚痛，痛时喜按，得食可缓解，可见于某些十二指肠溃疡、慢性胃炎等。可用温中补气法，如用附桂理中丸。

3. 子宫寒痛 如某些痛经证见下腹冷感、经血紫黑而少、舌淡苔薄白、脉沉迟。治宜温经散寒，如用艾附暖宫丸或艾灸三阴交、血海、中极等。

(三) 寒泻 1. 脾胃虚寒引起腹泻，兼有食欲不振、消化不良、腹部隐痛、四肢无力等。可见于小儿消化不良、痢疾、胃肠炎等治疗后期。

治疗：温中止泻，如用理中汤（丸）。

2. 肾脾虚寒引起五更泻，兼有食欲不振、腹中寒冷感、腰酸肢凉等。可见于慢性肠炎等病久者。

治疗：温肾固脾，如用温肾止泻丸。

(四) 寒厥 证候：面色苍白，形寒怕冷，四肢厥冷，汗多，舌淡、紫或青，苔滑润，脉细。见于重病将发生休克之前，或体弱者受强烈刺激时。（可能与交感神经兴奋性增高有关。）

**治疗：**应采取中西医的综合疗法。中医疗法包括艾灸（神阙、足三里）和四逆汤等。

## 热

### 一、什么叫做热？

“热”用来表示病因、病理和病证的性质，一般是指温度增高，但又可指功能活动亢进的其他变化。

在病因方面，外界六气（淫）中的暑和火都属于热的范围。暑是指暑季的热，常挟有湿的因素（暑湿）。火与热有程度不同，热极为火。但有时二者并不严格地区分。外界的风、寒、暑、湿、燥都可引起火证，所谓“五气化火”。因此，火证或热病的来源除暑、火、热而外，还有风、寒、湿、燥。“疫疔”（包括某些急性传染病）也是热病的来源。

临床上用火或热的名称时，主要还是说明病理和病证。上述外界致病因素侵入体内后可以生热化火，脏腑有病时或精神活动过度时也可以生火，这类体内的变化叫做内火（热），如肝火、心火等。

热的病证可分为外感与内伤两大类。外感热病包括中暑和许多感染性疾病。内伤热病也包括不少的感染性疾病，还包括了高血压、出血性疾病、甲状腺功能亢进等非感染性疾病。

### 二、怎样诊察热的病证？

热的病证范围较广，一般的表现是：发热或自觉烦热（但体温可能正常），口渴喜饮，小便短赤，大便干结，舌质红苔黄，脉数。火证也呈现这类症状，但比较剧烈。由于“火性上炎”，火证常发生头部症状，如面红、目赤、头痛或胀等。

须注意辨别假寒真热的病证。其外表似寒，如面色发白、手足厥冷、出汗、脉细等。但同时有咽干、口臭、舌红、苔燥、尿黄赤、腹满便秘，证明内里有热。这种假寒真热是阴阳格拒的表现，可见于严重的热病如严重感染并发中毒性休克。

诊察热的病证要辨别病因、表里、虚实、脏腑等。例如：许多外感引起的热病有季节性和流行性，其中尤以温病比较明显，因为温病有较强的传染性。外感热病初期常呈现表热证，如发热较重、恶寒较轻或不恶寒、脉浮数。内伤热病可由外热侵入脏腑、消耗津液转变而成，也可因体内阴分不足引起。后一类病多呈现虚热证，如潮热、盗汗、虚烦、咽干痛、舌绛红、脉细数。一般的里实热证见：高热、口渴、烦躁、小便黄赤、大便秘结、舌红苔黄、脉数有力，此外，因所病的脏腑还有一定的症状。热与风、湿或燥相结合引起的疾病，兼有风、湿或燥的症状。

### 三、常见的热证

（一）温病病证 见本篇附。

（二）暑热

1. 中暑 证候：突然昏倒，神志不清，出冷汗或无汗。

治疗：移到荫凉处休息。身不热者可针刺合谷、内关，醒后刮痧或服十滴水、人丹等。身热脉数有力者，可针刺大椎、曲池，醒后用玉露散（生石膏、滑石、寒水石、天花粉、甘草）清凉暑热。身热脉数无力者，宜清热生津益气，如用竹叶石膏汤（竹叶、石膏、党参、麦冬、半夏、粳米、甘草）。

2. 伤暑 证候：寒热，头痛，汗出，烦闷，呕吐，腹泻，舌红苔腻。

治疗：清暑疏理，如用香薷饮（香薷、厚朴、扁豆）或藿香正气散。

（三） 湿热 见“湿”篇。

（四） 血热出血 见“血”篇。

（五） 脏腑热（火）证

1. 心火 证候：面赤，心烦，口舌生疮，小便短赤。见“心”篇“心火盛”项。另一种由于精神刺激、内生痰火，可出现烦躁不安、笑语不休、甚至癫狂、脉大而实等心神紊乱症状，一般称为心实证。治疗应以清火化痰为主，如礞石滚痰丸之类。

2. 肝的热证

（1） 肝火：证候有面红、眩晕、头胀头痛、易怒、失眠，见“肝”篇“肝阳亢盛”项。

（2） 肝胆湿热：证候有胁痛、口苦、目赤肿痛、耳肿耳聋，见“肝”篇“肝胆湿热”项。

3. 肺热（火） 证候：发热，咳嗽，咽痛，鼻干，咯血或鼻出血。见“肺”篇“肺热”及“肺阴虚”项。

4. 胃的热证

（1） 胃实热：证候有胃脘胀痛而拒按，食少，便秘等。可见于某些胃炎、胰腺炎等上消化道炎症。

治疗：清热消滞，如用枳实导滞丸（大黄、枳实、黄芩、黄连、茯苓、白朮、泽泻、六神）。。

（2） 胃积热：证候有口臭，牙龈肿痛，颊腮肿痛，便秘。可见于某些口面部炎症。

治疗：清胃泄火，如用清胃散（生地、丹皮、黄连、当归、升麻）。

5. 肾阴不足，虚火上炎 证候见咽干、腰酸腰痛、肢软、多梦、遗精等。可见于体弱或神经失调症。

治疗：滋阴降火，如用知柏八味丸。

## 〔附〕 温病病证

温病是许多急性传染病的总称，不过在祖国医学里不以病原体分类，而以季节性、类似的病理、共同性证候和发展过程（传变）为基础进行分类。在这里简要地介绍温病的卫气营血病证。温病的卫气营血和人体结构功能上的营卫气血不完全相同，主要是用来区分病势深浅，便于掌握治疗。

### 一、卫分热

证候：发热恶寒、头痛、咳嗽、舌苔薄、脉浮数。见于感冒、流行性感冒、麻疹、流行性脑脊髓膜炎等初起。

治疗：解表清热，如用桑菊饮、银翘散。除了感冒，其他传染病的卫分热表现时间往往较短，应注意病情变化。

### 二、气分热

证候：恶寒消失，身热出汗，烦渴欲饮，胸腹闷胀，小便短黄，大便秘结，脉洪数或滑数。见于传染病热盛时期。

治疗：由于脏腑变化不同，治法应随证选择。

（1） 高热、口渴、多汗、脉洪大者，宜清气泄热，如用石膏汤（石膏、知母、粳米、甘草）。

（2） 发热、腹满腹痛、大便秘结、舌苔黄燥、脉实者，宜通里（攻下）清热，如用大承气汤（大

黄、甘草、芒硝)。

(3) 发热迁延、嗜睡、身重、口渴不喜饮或不渴、脉浮数，宜芳香化湿，如用藿香、半夏、茯苓、厚朴、薏仁、蔻仁、泽泻、淡豆豉(三仁汤加减)。

### 三、营分热和血分热

病入营血，比较严重。营分热与血分热有不少相同的证候，但后者比较更为严重。

1. 热盛 证候：热度高，神志不清，谵妄，抽搐(小儿急惊风、成人抽风)或昏迷。可见于流脑、乙脑或其他传染病高热呈现脑症状时。

治疗：清营透热，如用清营汤(生地、玄参、竹叶、黄连、银花、连翘、丹参、麦冬、犀角或水牛角)。芳香开窍，如用牛黄丸、紫雪丹、至宝丹等。

2. 出血 证候：出血斑点，鼻出血或吐血等。见于感染中毒、败血症、有出血倾向时。

治疗：清热凉血解毒，如化斑汤(生石膏、知母、甘草、玄参、粳米、犀角)、犀角地黄汤(生地、赤芍、丹皮、犀角)或清瘟败毒饮(生石膏、生地、黄连、梔子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、连翘、甘草、丹皮、竹叶、犀角)。

3. 虚风 证候：发热不高，舌深红而干，少苔或无苔，手足抽搐，脉细无力。可见于疾病晚期，中毒严重、抵抗力低弱时。

治疗：滋阴透热，如用青蒿鳖甲汤(青蒿、鳖甲、生地、知母、丹皮)；重者须滋阴养血熄风，如用大定风珠(甘草、生地、麦冬、阿胶、白芍、牡蛎、麻仁、鳖甲、龟板、鸡子黄、五味子)。

|      | 卫 分           | 气 分                           | 营 分 和 血 分                         |                                     |
|------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 主要证候 | 发热、稍恶寒、苔薄、脉浮数 | 高热、口渴、便干、苔黄                   | 高热、神昏、烦躁、谵语、唇疹、舌红绛干               | 身热、发疹、吐衄、抽搐、舌绛或紫                    |
| 主要病理 | 表热或兼肺热        | 里热(肺、胃、肠)                     | 里热(心包、血、胃)                        | 虚热(肝、肾、血)                           |
| 主要治法 | 解表，桑菊饮，银翘散    | 清气，石膏汤<br>通里，大承气汤<br>化湿，三仁汤加减 | 清营：清瘟败毒饮<br>清营汤、化斑汤<br>开窍：牛黄丸、至宝丹 | 凉血解毒：犀角地黄汤<br>滋阴：青蒿鳖甲汤<br>滋阴息风：大定风珠 |
| 发展阶段 | 温病初期          | 温病中期                          | 温病盛期(毒血症重)                        | 温病晚期(毒血症严重)                         |

一般认为，温病初期在卫分，逐渐侵入气分和营分，侵入血分为晚期；反之，经过治疗后，病从里出表，表示好转。但是，有的传染病开始时即呈现气分或营分的病证，治疗好转也不一定都按次序地由里出表。另外，临床常见具体病例兼有卫分和气分、或气分和营分的病证。因此，温病的四个阶段不应截然分开。

## 湿

### 一、什么叫做湿

“湿”是潮湿的意思，其性质重浊腻滞，不易渗泄，因此湿病往往缠绵而不易迅速消失。湿分外湿和内湿。

(一) 外湿 多见于夏秋之间，是指外界湿气侵及人体，如淋雨、久居潮湿环境、浸水等所引起的病症。但湿气较少单独引起病症，往往和风、寒、暑等相结合为风湿、寒湿、暑湿等，成为外感病的原因。

(二) 内湿 是指脾胃运化不良所生的湿。脾是恶湿喜燥的脏腑，“湿困脾阳”，湿重则束缚脾的功能，更加妨碍水液运化。因此，湿病以脾为主。湿又可由饮食不当得

来，湿病初起往往有胃症状（食欲不振、恶心等），所以又认为湿病多属中焦，治疗上应脾胃并重。

## 二、怎样诊察湿的病证？

1. 湿痰淋浊 湿疹、咯痰、排尿淋浊（困难、混浊）、带下等，均属湿症。
2. 舌与脉 苔腻和脉濡，表示体内湿重。
3. 浮肿 水液泛于皮肤，指按后出现凹陷是湿证之一。
4. 消化不良 脾胃湿阻可引起食欲不振、胸闷腹满、恶心多涎（唾液），大便稀或腹泻等。
5. 黄疸 为脾胃湿热的表现之一。
6. 运动障碍 肢体沉重无力，行动不利也是湿证表现之一。

## 三、湿的常见病证

（一） 湿热 湿和热相结合叫做湿热。由于湿和热的偏轻偏重、病的部位不同，湿热的病证比较复杂，它们相当于许多急性感染和其他炎症。

1. 黄疸 由脾胃湿热郁蒸而发生，表现目黄、身黄、尿黄赤，舌苔黄腻。见于黄疸型肝炎、胆石症。

治疗：清热利湿，如用茵陈蒿汤（茵陈蒿、栀子、大黄）。

2. 下痢 可由肠胃湿热引起，表现腹痛、下痢脓血、里急后重。相当于细菌性或阿米巴性痢疾。

治疗：清热燥湿，如用白头翁汤（白头翁、黄连、黄柏、秦皮）。

3. 淋浊 可由湿热下注膀胱引起，表现尿急、尿热痛、尿浊等。可见于尿路感染。

治疗：清热利尿，如用八正散。

4. 带下 可由湿热下注带脉引起，表现带色黄或有脓、血、臭气重、下腹痛、小便短赤。见于阴道炎、盆腔炎等感染较重时。

治疗：利湿清热，如用白朮、苍朮、荆芥炭、陈皮、车前子、白芍、银花、公英（完带汤加减）。阴道炎宜先用外治法。

上述的下痢、淋浊和带下诸证，还可由寒湿引起（见下）。

5. 皮肤病有水泡、渗液或肿胀者常与湿有关，伴有化脓、红肿时则与湿热有关。例如湿疹、脓疱病、多发性疖肿、下肢丹毒或溃疡（脓疮）等，内治时宜清利湿热，如用草薢渗湿汤（草薢、苡仁、黄柏、赤苓、丹皮、泽泻、滑石、通草）。

（二） 寒湿 寒湿相当于不少慢性炎症或感染。上面所提到的下痢、淋浊和带下，可由寒湿引起。与湿热的主要区别是：下痢色白如鱼冻、鱼脑；淋浊色白，排尿无热痛感；带下稀薄、色淡、有腥味；此外，全身形寒、怕凉、舌苔白、脉多细。它们分别相当于慢性痢疾或肠炎、慢性尿路炎症和阴道炎感染较轻时。

治疗寒湿宜祛寒利湿。祛寒常用附子、肉桂、干姜、草薢等。利湿常用车前子、泽泻、木通、通草等。但是，寒湿的病证，脾胃常不健运，因此治疗上要考虑健脾，常用白朮、茯苓等，又寒湿的病证常迁延长久，病人气血可能不足，因此要考虑益气 and 血。例如，治寒湿痢用温中化湿法，如用附子、干姜、白朮、茯苓、白芍、木香等。治寒淋用温阳通淋法，如用肾气丸。治寒带用祛寒燥湿法，如用完带汤（白朮、苍朮、山药、陈皮、车前子、荆芥炭、白芍、党参、柴胡、甘草）。

(三) 湿与水肿 水肿的形成有多种原因,总起来与肾不主水、脾失运化、肺失通畅有关。湿引起水肿,主要是通过脾的关系,即湿困脾阳和脾虚生湿。

1. 湿困脾阳引起全身浮肿、下半身肿甚、困倦、便干、苔白腻,见于慢性肾炎。治疗宜通阳利水,如用五苓散(白朮、茯苓、猪苓、泽泻、桂枝)加大腹皮、生姜皮等。

2. 脾虚生湿引起下半身肿、面色萎黄、食减、腹胀、便秘,见于心脏病或慢性肝病。治疗宜温阳利水,如用附子、桂枝、干姜、白朮、茯苓、党参、陈皮、甘草。

## 〔附〕 痰的病证

痰由津液在体内某些部位郁滞凝聚而形成,性质比较粘稠。(如果凝聚的津液比较稀薄,叫做“饮”,常与痰相提并论。)狭义的痰就是咳嗽咯痰的痰,广义的痰则包括其他的变化。“脾为生痰之源”,痰多因脾不健运引起。痰又与肺、肾二脏有关。“肺为贮痰之器”,咳嗽与咯痰、哮喘与咯痰都经常同时出现,因为肺失通调可引起痰饮,痰饮可影响肺气肃降。肾阳虚可使水聚成痰饮,肾阴虚可因水液受内热煎熬成痰。痰可引起许多不同的疾病,常见的痰证如下:

### 一、咯痰

1. 热痰 痰黄而稠,可能带有血液,面赤,口干唇燥,苔黄,脉多洪滑。见于大叶性肺炎、肺化脓症等。治宜清肺化痰,如用桑叶、石膏、杏仁、麦冬、知母、黄芩、贝母、甘草。

2. 湿痰 痰多易咯,胸闷,口淡,苔腻,脉多缓。见于慢性支气管炎。治宜祛痰化湿,可用二陈汤(半夏、陈皮、茯苓、甘草)。

3. 寒痰 痰白而稀,喜温畏寒,苔白润,脉多沉迟。也见于慢性支气管炎。治宜温化湿痰,可用二陈汤加干姜、细辛、五味子等。

4. 燥痰 痰粘难咯出,或带血丝,咽干而痒,舌苔燥。见于某些支气管炎或肺结核。治宜清燥润肺,如用玉竹、沙参、生甘草、麦冬、桑叶、天花粉(沙参麦冬汤减味)。

### 二、风痰

证候:眩晕欲吐,吐痰多,四肢麻木,抽搐如癫痫,或中风昏迷,痰涎上壅,喉中有痰声。见于动脉硬化、高血压等。

治疗:应采取中西医结合的方法。中医用散风除痰法如用三生饮(生南星、生川乌、生附子、木香、人参),开窍涤痰法如用稀涎散(皂角、白矾)。

### 三、痰核

是指某些皮下肿块,为肝胆逆气与痰浊郁结所形成,见于瘰癧(淋巴结结核、慢性淋巴结炎)。

治疗:消散软坚,如用贝母、陈皮、半夏、白芍、当归、夏枯草、昆布、海藻、柴胡。

## 疾病基础学知识

### 人体的基本组织

疾病时,人体的构造和功能都会发生一定的变化。为了认识这些变化,我们首先需要了解人体正常的组织结构。

细胞是构成人体形态和功能的基本成分。在细胞之间尚有细胞间质(简称间质)。间质由纤维和基质组成。基质是半透明的胶体,有一定的粘稠性,其中所含的水分称组织液,能流动。间质起支持和营养细胞的作用。从血液中的营养物质,首先要通过间质才能进入细胞;细胞的代谢产物,也要先排入间质,然后才进入血液。细胞和细胞间质结合起来所形成的结构叫做组织。人体所有的器官就是由组织构成的。

人体内有哪些组织？它们的分布和功能如何？这里先以肢体为例来说明。

肢体的表面覆盖着皮肤。皮肤分外面的表皮和內里的真皮两个部分（图 1-1）。

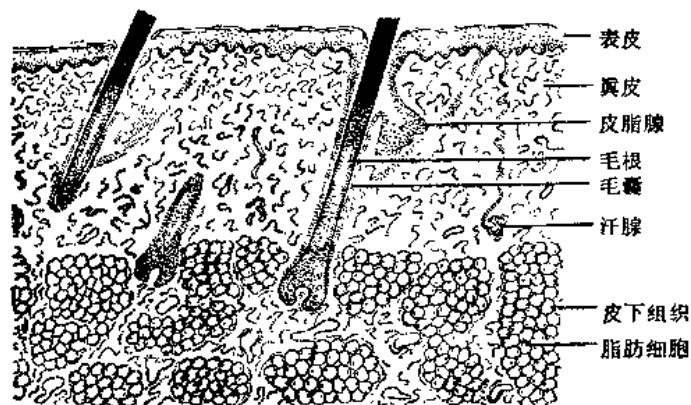


图 1-1 皮肤结构

表皮是一种上皮组织，由多层扁平形的上皮细胞构成，这种上皮称为复层扁平上皮（鳞状上皮）。它的底层细胞能以细胞分裂方式进行繁殖。所谓细胞分裂，就是细胞能按照一个分成两个、两个分成四个……的方式依次地分裂。分裂新生的细胞不断地向表层移动，并渐变成扁平形，以后逐渐衰老，形成角质层，最后脱落。因此表皮具有一定的抵抗机械磨损、化学刺激和细菌感染等保护作用。

真皮位于表皮的下方，是比较致密而坚韧的纤维性结缔组织，由一些散在的梭形纤维细胞和大量的纤维构成。真皮內有小血管、淋巴管、感觉神经末梢，以及毛发、皮脂腺和汗腺。毛发在皮內部分叫毛根，毛根周围有毛囊包裹。皮脂腺由皮脂腺细胞组成，能分泌皮脂，通过导管排入毛囊，对皮肤有保护作用。汗腺呈管状，直接开口于表皮，能分泌汗液，并能排出代谢产物。

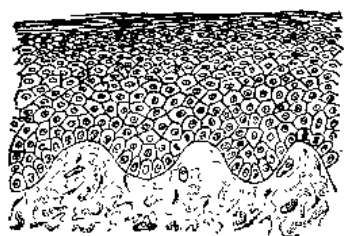
真皮下的组织叫皮下组织，由疏松的纤维性结缔组织（蜂窝组织）、血管和神经等构成。它的成分和真皮相似，但间质中纤维较少，基质丰富；细胞种类也较多，除纤维细胞外，还有能吞噬异物的巨噬细胞、未分化结缔组织细胞和脂肪细胞。由多量脂肪细胞聚集成的组织称为脂肪组织。皮下组织含有很多脂肪组织，故结构疏松而柔软，有缓和外界压力和隔热作用。侵入皮內少量细菌等有害物，可被巨噬细胞吞噬而消灭。

皮下组织的深层为骨骼肌，是由骨骼肌（横纹肌）细胞组成。肌细胞较长，呈纤维状，故又称肌纤维，具有收缩功能。骨骼肌借肌腱与骨相连。肌腱是一种最致密的纤维组织。骨由骨组织所构成。

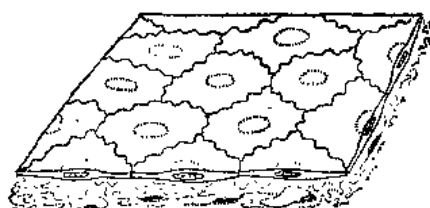
由上可见，一个肢体是由许多组织构成的。人体的其他器官同样也是由若干组织构成的。归纳起来，人体的基本组织可分为四大类。

（一）上皮组织 上皮组织是由许多密集的上皮细胞所组成的膜状结构，覆盖于人体表面和內脏管腔的內面，如皮肤表皮、消化管呼吸道粘膜和各种腺体都是由上皮组织构成的。象肝和胰等腺体中，上皮细胞完成这些器官的主要功能。

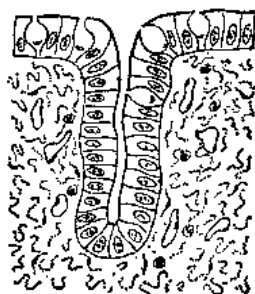
上皮细胞的形态和层次，依它们存在的部位和功能而不同（图 1-2）。皮肤表皮和口腔粘膜的上皮均为复层扁平上皮，有保护作用；胃肠道粘膜上皮为单层柱状，有消化吸收作用；心血管和淋巴管內衬有一层扁平上皮，叫做內皮，使管壁十分光滑；各种腺体的上



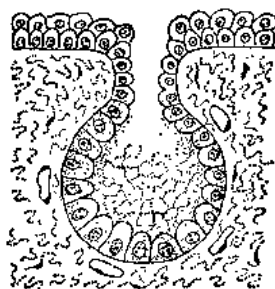
①复层扁平上皮



②单层扁平上皮



③柱状上皮



④腺上皮

图 1-2 上皮组织

皮称腺上皮，多为单层，围成腺腔，有分泌作用。

(二) 结缔组织 结缔组织分布于全身各处，种类很多，其特点是细胞成分较少而分散，间质较多。一般所说的结缔组织常指纤维性的结缔组织而言，有连接、支持和保护作用。结缔组织的细胞成分有以下几种（图 1-3）：

### 1. 纤维结缔组织细胞

(1) 纤维细胞：呈梭形，其幼稚型为成纤维细胞，有制造纤维的能力。当纤维形成后成纤维细胞发展成为纤维细胞（图1-4）。(2) 未分化结缔组织细胞：主要分布在血管的周围，具有演变成其他多种结缔组织细胞的潜力。(3) 网状细胞：主要分布于骨髓、淋巴结、肝、脾等器官，能演变成各种血细胞和巨噬细胞。肌体内除网状细胞外，肝、脾、骨髓及淋巴结中的内皮细胞亦具有吞噬能力，加上巨噬细胞，共同组成人体的一个重要的防御功能结构，叫做网状内皮系统。

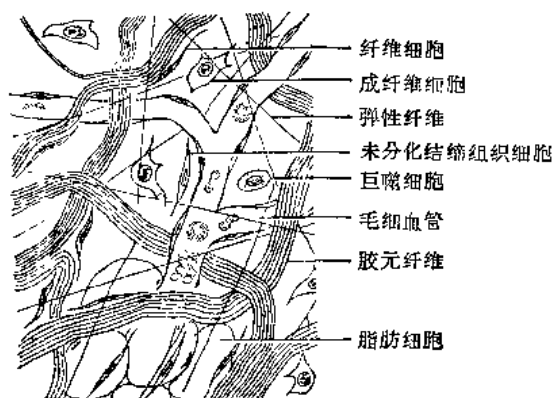


图 1-3 结缔组织模式图

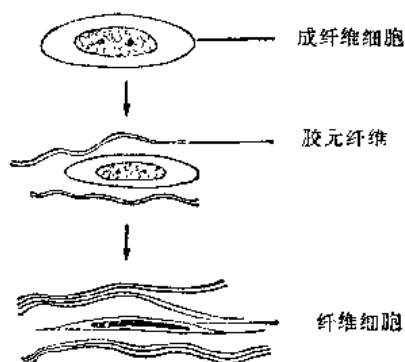


图 1-4 纤维细胞与胶原纤维的关系模式图

纤维结缔组织中间质较多，其中主要成分为纤维。纤维有三种：（1）胶原纤维：性坚韧，不易拉断，真皮、肌腱和韧带主要由这类纤维组成。（2）弹性纤维：有弹性，在动脉和肺脏中较多。（3）网状纤维：其分布和网状细胞同。

2. 血细胞 根据胚胎发育的来源，血液、淋巴、软骨和骨也属于结缔组织，但它们的形态和纤维组织差异较大。血液由血浆和血细胞组成，血细胞分红细胞和白细胞两类（图1-5）。

（1）红细胞：正常人每立方毫米血中含红细胞500万左右。红细胞呈扁圆形，无核，细胞内充满红色的血红蛋白，易于和氧及二氧化碳结合，故红细胞有运送氧和二氧化碳的能力。

（2）白细胞：正常人每立方毫米血含白细胞7000~9000。活的白细胞无色，涂在玻片上用染料染色后，可分以下几种：

嗜中性白细胞：占白细胞总数的65~70%。细胞质中有嗜中性颗粒，核呈分叶状。有吞噬杀灭细菌的能力，在许多急性炎症时常增多。

嗜酸性白细胞：占白细胞总数的2~4%。细胞质中有嗜酸性颗粒（即受酸性染料染色），核呈分叶状。在过敏性疾病或寄生虫疾病时增多。

嗜硷性白细胞：占白细胞总数的1%以下。细胞质中有嗜硷性颗粒（即被硷性染料染色），核可呈分叶状。

淋巴细胞：占白细胞总数的20~25%。核球形，染色深，细胞质甚少。在慢性炎症时增多。

单核细胞：占白细胞总数的3~6%。核卵圆或肾形，染色较浅，细胞质多。有吞噬细菌及异物的能力，穿出血管进入组织后，即为巨噬细胞。

除上述细胞成分外，在血液中尚有一些不具细胞形态的小体，称血小板，参与血液凝固的过程。

（三）肌组织 有以下三种（图1-6）：

1. 骨骼肌 主要附着在骨骼上，肌纤维有明暗交替的横纹，故又称横纹肌，可随意运动，收缩迅速有力，但不持久。

2. 平滑肌 肌纤维呈梭形，无横纹，主要分布于血管、胃肠等处，不能随意收缩，收缩运动缓慢而持久。

3. 心肌 仅见于心脏，运动不随意。

（四）神经组织 神经组织由神经元和神经胶质所组成。

1. 神经元 即神经细胞（图1-7），存在于脑和脊髓等处，是神经组织的功能单位，具有感受刺激和传导神经冲动的特性。由神经元的细胞体发出许多突起，即神经纤维。许多神经纤维集成束，外包有结缔组织鞘，就成了神经。神经纤维的末梢端，称为

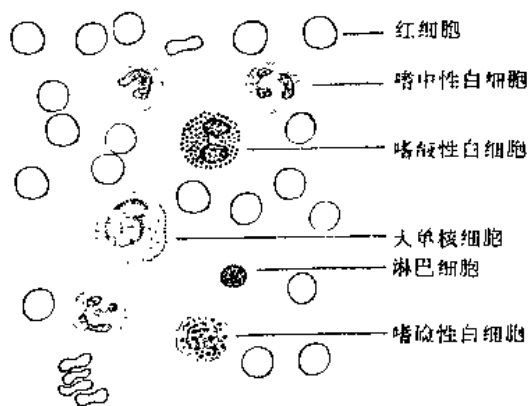


图1-5 血细胞分类

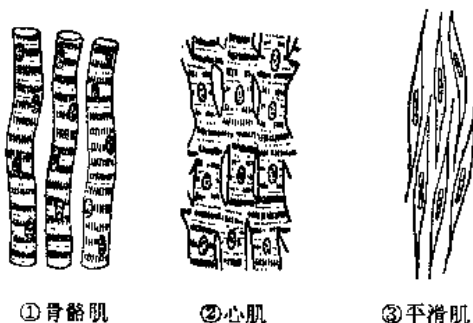


图1-6 肌组织

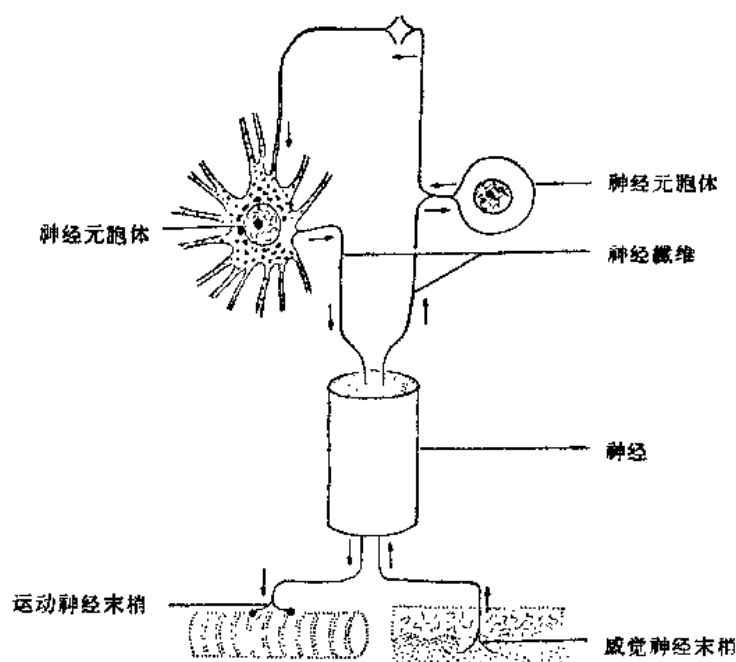


图 1-7 神经元模式图

肌体的组织则发生各种病理变化，轻则发生变性，重则出现坏死或组织的断裂，这些统称为组织的损伤。临床上，有一类叫做损伤的病症，是指外界物理的或化学的致病因素所引起的病症，如创伤、烧伤、冻伤、蛇咬伤、强酸强硷伤等等。这里所说的组织损伤的含义比较广泛，与临床的损伤病症有所不同。组织的变性、坏死及其修复变化过程简述如下：

(一) 变性 变性是细胞、组织代谢障碍引起的轻度病变，变性的细胞、组织仍然活着，但其功能往往降低。细胞变性多见于中毒、传染及缺氧时。变性的细胞内常出现一些异常物质，如蛋白颗粒、脂肪滴或水泡等，所以变性的细胞往往肿大。如传染性肝炎时有很多肝细胞变性，使肝肿大。变性的细胞是可以恢复的，只要病因消除，便可回复到正常状态。但严重的变性可发展为坏死，这是一个从量变到质变的过程。预防变性发展为坏死，促进变性的恢复，关键在于及时消除病因。

(二) 坏死与修复 肌体局部的细胞、组织死亡叫做坏死。任何可以引起损伤的病因，只要达到一定的强度而使细胞、组织代谢停止，均可引起坏死。坏死后原有的功能丧失。

1. 坏死组织的形态变化 组织坏死后，逐渐被蛋白溶解酶所分解，细胞核碎裂，以至溶解消失，最后细胞膜也破裂，于是整个细胞轮廓完全消失，彼此融合成为一片模糊无结构的物质。

用肉眼观察，坏死组织基本上有两种类型：(1) 凝固性坏死，失去原组织的结构，呈灰白色或灰黄色比较干燥的固体，如结核性干酪样坏死、肾梗死、脾梗死（凡因血管阻塞、组织血液供应断绝所致的坏死又名梗死）。(2) 液化性坏死，呈液状。脓汁是一种液化坏死物，由于坏死组织内有大量嗜中性白细胞破坏，放出大量蛋白溶解酶，将坏死组织分解成液状。

坏死组织早期虽保持着原组织的外观，但是确已失去生活的能力，临床上把它叫做失

神经末梢，分感觉神经末梢和运动神经末梢两种，分布于全身各处。

2. 神经胶质 由神经胶质细胞构成，有支持、营养和保护神经组织的功能。

## 组织的损伤与修复

疾病是从致病因素引起肌体的损伤开始的。当肌体战胜了致病因素，修复了损伤，疾病便痊愈。不同的损伤有不同的修复过程，认识损伤和修复的规律，对防治损伤、促进修复有重要意义。

各种致病因素作用于肌体时，若超过了肌体的抵抗力，

活组织。为了防止发生感染，有利于愈合，有时需要人工地清除失活组织，因此必须识别组织是否失活（坏死）。一般地说，失活组织有下列特征：（1）失去正常的色泽及润湿度，比较发暗、混浊；（2）失去了正常的弹性，捏起或切断后，组织回缩不良；（3）失去了血液供应，摸不到脉搏，无鲜血自血管中流出；（4）失去了正常的感觉及运动功能等。必须强调指出，以上各点均非失活组织的绝对指征。特别是受外伤切断的组织，在一定时间内细胞并未坏死，再植后可以成活。因此，“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”不要抓住一点，就做结论，要全面观察，综合判断。对那些尚不能肯定已失活的组织，必须采取积极的促进组织恢复的治疗措施，只有经过各种努力而无效时，才能按失活组织处理。

2. 组织坏死后的修复过程 组织坏死后，本身已不能恢复，反而成了体内的一种异物，必须将它清除，才能修复。肌体自身清除坏死组织的主要方式是溶解、吸收或排出。体内的蛋白溶解酶能将坏死组织进一步溶解，液化后为血管、淋巴管吸收，一些小碎片可为巨噬细胞所吞噬；较大坏死灶边缘处的溶解，常使坏死组织与健康组织分离，有利于脱落。皮肤、粘膜的坏死组织脱落后所形成的组织缺损，称为溃疡。肺或肾内的坏死组织经气管或输尿管排出后所形成的空腔，称为空洞。

随着坏死组织被清除，邻近健康的细胞则进行分裂来补充组织的缺损，这种修复过程称为再生。若再生的组织在结构和功能上与原来的组织完全相同，称为完全再生，见于再生能力较强的组织，如表皮、粘膜、肝细胞、纤维组织、小血管、骨及神经纤维等。若缺损的组织不能完全由结构和功能相同的组织来修补，则从周围长入新生的小血管及成纤维细胞所组成的肉芽组织（图 1-8）来代替，称为不完全再生，见于再生能力较弱的组织，如肌肉、软骨、神经细胞等。若坏死范围较大，即使是再生能力较强的组织，也常为不完全再生。

新鲜的肉芽组织呈红色颗粒状，湿润柔软，触之易出血。以后成纤维细胞变为纤维细胞，并产生大量胶原纤维，许多小血管则逐渐闭合、消失，肉芽组织就逐渐变为主要由胶原纤维所组成的灰白色坚韧疤痕。所以不完全再生实际上就是疤痕修复。疤痕在老化（变成结实）的过程中，逐渐有所收缩，较大的疤痕收缩，可引起器官的功能障碍，如靠近幽门的胃溃疡修复，可因疤痕收缩导致幽门管的狭窄，引起幽门梗阻。

除了坏死组织外，体内其他异物（如渗出物）也可由肉芽组织所取代，最后也变成疤痕。这种由肉芽组织来取代体内异物的过程，叫做机化。

（三）创伤与修复 创伤即机械外力所引起的损伤，主要引起组织断裂，同时伴有不同程度的变质。创伤愈合的过程大致是这样的，开始局部组织断裂出血，以后血液凝固，将伤口两侧初

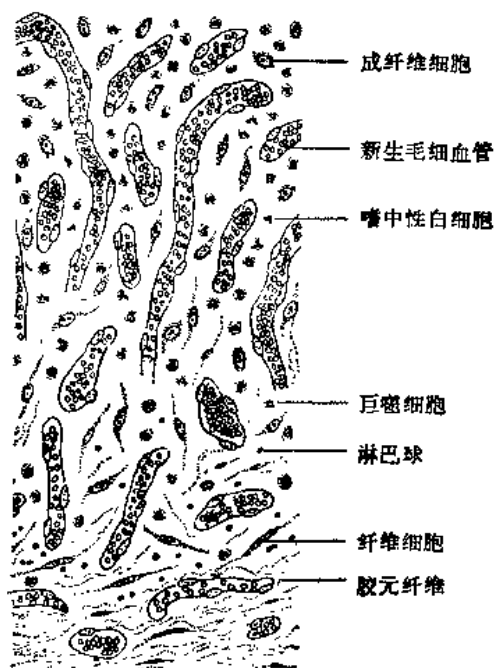


图 1-8 肉芽组织

步连接起来。同时出现炎症反应，局部红肿。炎症有清除异物及抗感染的作用。大约在24小时以后，从伤口边缘及底部长出肉芽组织，机化血凝块，逐渐填平伤口。肉芽组织大约5~6日后开始变为疤痕，完全变为疤痕约需三周或更多的时间。当伤口被肉芽组织填平后，伤口边缘表皮细胞迅速再生，向伤口中心推进，直到会合为止。假若有骨折，只要经过良好复位等治疗，能够完全再生。若肌肉断裂，多为疤痕性修复。

不同的创伤有着不同的修复过程。如损伤小，则修复完全，即或有疤痕，疤痕也较小，修复的时间短；若损伤大，一般为疤痕修复，疤痕也较大，修复的时间长。另一方面，良好的修复可防止再损伤，如肉芽组织有保护创面的作用。因此，处理创伤时总的原则是防止或缩小损伤，促进修复。所以处理创伤时应注意以下几点：

1. 及时消除引起损伤的致病因素。创伤时应及时止血、固定等；对细菌等生物因素应进行抗感染治疗；对化学毒物引起的损伤，应设法解毒或促使毒物排除。

2. 清除坏死组织及其他异物，预防和控制合并感染。坏死组织及异物不仅妨碍愈合，而且会助长感染，感染又可加重损伤，也妨碍愈合。只有清除坏死组织及异物、控制感染，修复才能迅速进行。创伤时进行清创术，其主要目的就是清除坏死组织及异物，减少细菌的污染。

3. 缩小创面。在确定没有感染的情况下，缝合伤口是缩小创面常用的方法。创面过大者，表皮再生很难将其完全覆盖，应进行植皮。

4. 促进局部血液循环，保证局部组织的营养及代谢，以利迅速再生，如用活血散淤的药物。此外还可使用一些刺激局部组织再生的药如生肌散、高渗盐水纱布等，以利于生肌收口。

5. 全身情况对局部组织修复的影响很大。如休克、贫血或蛋白质缺乏等可使组织再生缓慢延迟。因此应注意伤病员的全身情况，进行适当的治疗。祖国医学十分重视全身的气血状态，主张气血虚弱时应采取调补气血的方法促使局部病变治愈。严重的损伤，尤其是重要脏器的损伤，对全身的影响是很大的，因此，及时处理好局部病变，也是防治全身变化的重要措施。

毛主席教导我们：“人们要想得到工作的胜利即得到预想的结果，一定要使自己的思想合于客观外界的规律性”。资产阶级的医学“权威”从反动的阶级立场出发，并受唯心论、形而上学思想的支配，不可能正确认识客观世界的规律，他们散布唯心论的“先验论”，划定所谓“医学极限”，说什么“离体的断肢超过6小时便不可能再接活”，凡此等等，实际上是为了掩饰他们的无知和无能。我国工农兵和革命医务工作者，振奋大无畏的革命精神，以毛主席的哲学思想为指导，正确地认识再生修复的规律，充分发挥自觉能动作用，使断肢再植的成功率不断提高，已经接活了断成三截的肢体。“自由是对必然的认识和对客观世界的改造。”革命医务工作者要遵循毛主席教导，全心全意为人民服务，自觉地运用唯物辩证法，继续深入地认识再生修复的规律，用中西医结合的方法，积极创造条件，最大限度地促进再生修复。

## 感染与免疫

感染和传染都是指人体受到致病微生物和寄生虫的侵犯。但传染通常是指那些容易使疾病传播或流行的情况，感染则包括了传染和非传染的生物病原侵入肌体。例如：感冒和

流行性感冒都属于感染性疾病，流感为传染病，感冒为上呼吸道感染。

在感染过程中，人体和生物病原是矛盾着的两个对立面，二者的矛盾斗争贯穿整个过程的始终。只有从矛盾的各个方面着手研究，才有可能了解其总体。要认识感染，就须了解生物病原的基本性质、它们对人体的作用以及人体对生物病原的抵抗力等。

(一) 病原微生物的基本性质 生物病原种类很多，有细菌、病毒、斑疹小体（立克次体）、螺旋体、真菌、原虫和蠕虫等。前五类总称为微生物，后两类称为寄生虫。

微生物数量极多，分布广泛。在人体的皮肤、口腔、咽喉、肠道和尿道口、阴道等处，也有大量不同种类的微生物存在。这些寄居于人体的微生物，一部分对人体是有益的，但有一部分可成为感染的外因。病原微生物中以细菌和病毒两类最为多见。

1. 细菌 细菌是单细胞生物，个体微小，用显微镜放大千倍才能看到。细菌按其外形分为球菌、杆菌和弧菌三类（图 1-9）。球菌根据排列形式的不同，又可分为双球菌（如肺炎双球菌、脑膜炎双球菌）、葡萄球菌（如金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌）、链球菌（溶血性链球菌、绿色链球菌）等。杆菌大多没有固定排列，有的细长如结核杆菌、伤寒杆菌，有的短小呈球杆状如波状热杆菌、鼠疫杆菌，有的一端或两端膨大呈棒状如白喉杆菌等。病原性弧菌只有霍乱弧菌和副霍乱弧菌二种。



图 1-9 细菌的基本形态

(1) 细菌的染色：细菌的菌体很微小，无色透明，直接用显微镜观察，不易看清其形态特征，需用染料染色后才能看清它们的大小、形状、排列及构造等。最常应用的染色法有固紫染色法和抗酸染色法等。

细菌按照固紫染色后着色的不同，可分为两大类：①染成紫色的叫固紫阳性菌，如葡萄球菌、肺炎双球菌、白喉杆菌、破伤风杆菌等；②染成红色的叫固紫阴性菌，如脑膜炎双球菌、伤寒杆菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等。这种分类不仅说明细菌间有不同的染色性，而且这两类细菌在其他性质上也存在着差别。例如固紫阳性菌通常对青霉素敏感，在致病作用上产生外毒素；固紫阴性菌大多对链霉素敏感，在致病作用上产生内毒素。这在临床上有较重要的意义。

〔附〕 固紫染色法（旧称革兰氏染色法）

本法使用两种颜色的染料分四个步骤进行：

1. 初染 滴加结晶紫，染色 1 分钟，然后用水冲洗。经过这一染色后，菌体被染成紫色。

2. 媒染 用碘液媒染1分钟,水冲洗。碘液有加强结晶紫和细菌结合的作用,尤其是固紫阳性菌,经碘液媒染后,染色更牢固。

3. 脱色 滴加95%酒精约1分钟,水冲洗。酒精能使固紫阴性细菌所染紫色脱去,重新变成无色透明,但酒精不能脱去固紫阳性菌的紫色,故保持紫色不变。

4. 复染 用沙黄染色1分钟,然后水洗。固紫阴性菌重又被染上红色;固紫阳性菌保持紫色不变。

抗酸染色法通常是专为检查结核杆菌和麻疯杆菌用的。这两种细菌理化性质特殊,用一般染色法(包括固紫染色法)不能染上颜色。经抗酸染色法染色后,结核杆菌和麻疯杆菌等呈红色,为抗酸菌;而其他细菌均被染成兰色,为非抗酸菌。

#### 〔附〕 抗酸染色法

1. 初染及媒染 用5%石炭酸(媒染剂)硷性复红液加温染色5分钟,水冲洗。结核杆菌和麻疯杆菌只有用这种加强的染色法才染上红色。

2. 脱色 用3%盐酸酒精脱色直至无红色脱下为止,水冲洗。这两种细菌一旦染上颜色就具有抵抗酸类脱色的特性,因此仍保留红色。但其他细菌都能被酸类脱色,重新变成无色透明。

3. 复染 滴加硷性美兰液复染1分钟,水洗。其他细菌经此步后重又被染上兰色,结核杆菌、麻疯杆菌则仍保持红色。

(2) 生活条件:细菌需要一定的生活条件,包括适宜的温度、酸碱度、气体和一定的营养(蛋白质、糖、盐类)和水分,才能生长繁殖。一般病原菌生长繁殖的最适温度与人的正常体温相近。各类细菌对气体的需要不同。有的细菌需要生长在有氧的环境中,如白喉杆菌、结核杆菌。有的细菌则需要生长在无氧环境中,称为厌氧菌,如破伤风杆菌、产气荚膜杆菌,它们是战伤感染的重要病原菌。如伤口较深,污染严重,伤口里有坏死组织、血块、异物等造成伤口的缺氧环境,就适合这些厌氧菌的生长。大部分细菌对气体无严格要求,有氧无氧时都能生长。

有目的地制成培养基给细菌提供生长繁殖的条件,叫做人工培养,应用于诊断某些感染性疾病或制造各种菌苗等。

(3) 芽孢和荚膜:某些杆菌如破伤风杆菌、炭疽杆菌,在一定条件下生长到一定阶段,菌体内的重要物质浓缩在一处,外面包上厚膜,称为芽孢。芽孢的代谢很慢,外膜厚而渗透性低,对不利于细菌的条件如营养缺乏、干燥、高温、消毒剂等,其耐受力比一般细菌大得多。因此芽孢能更长时间保持生活能力,且不易被杀灭。芽孢在适宜环境中,又可重新发育成具有繁殖能力的一般细菌。医疗实践中控制感染要特别注意杀灭芽孢,对破伤风、炭疽等的接触物应当进行特别的处理,如高压灭菌、烧毁等。

有些细菌如肺炎双球菌、炭疽杆菌等,在一定条件下可以产生较多的粘性物质积聚在菌体表面成较厚的一层,称为荚膜(图1-10)。有荚膜的细菌能抗拒白细胞的吞噬,使细菌在人体内不易被消灭。



图1-10 细菌的芽孢和荚膜

2. 病毒 病毒是一类个体比细菌更微小、缺乏完整细胞结构的生物体,绝大多数病毒用普通显微镜看不见。病毒区别于细菌的另一特点是具有严格的细胞内寄生性,例如流行性感冒病毒寄生在呼吸道粘膜上皮细胞,脑炎病毒寄生在神经细胞内。病

毒的这种细胞内寄生性，主要是因为它结构简单，不能独立进行物质代谢，只有在能为它提供生活条件的活细胞内才能生长繁殖。

许多重要的传染病是由病毒引起的，如麻疹、天花、小儿麻痹、传染性肝炎、流行性乙型脑炎、森林脑炎、流行性感冒、流行性腮腺炎、水痘、砂眼等。

### 3. 其他各类微生物

(1) 斑疹小体（立克次体）：形态和细菌近似但较小，普通显微镜刚可看见。生活条件似病毒，在活细胞内寄生。斑疹小体通常都以节肢动物如虱、蚤、恙螨等为传播媒介。主要寄生在人体血管内皮细胞中，引起各种出疹性发热性疾病，如斑疹伤寒和恙虫热（图 1-11）。



图 1-11 斑疹小体、螺旋体和真菌

(2) 螺旋体：是一类细长（有 1~5 个红细胞直径长）、柔韧、呈螺旋状弯曲的微生物。引起的疾病如钩端螺旋体病和回归热。

(3) 真菌：个体比细菌大，多数是由很多菌体组成的丝状结构，也有一部分是圆形或类圆形的单细胞生物。真菌引起的疾病，多见的是体表组织如皮肤、指甲、毛发处的癣病；少数见于深部组织如肺的念珠菌病。

重要病原微生物及所引起的疾病

| 微 生 物 名 | 染 色 性 | 传染方式或侵入途径 | 疾 病 名       |
|---------|-------|-----------|-------------|
| 金黄色葡萄球菌 | 固紫阳性  | 皮肤粘膜      | 化脓性感染       |
| 大肠杆菌    | 固紫阴性  |           | 败血症         |
| 绿脓杆菌    | 固紫阴性  |           | 败血症         |
| 溶血性链球菌  | 固紫阳性  | 呼吸道       | 上呼吸道感染      |
| 肺炎双球菌   | 固紫阳性  |           | 大叶肺炎        |
| 脑膜炎双球菌  | 固紫阴性  |           | 流行性脑脊髓膜炎    |
| 破伤风杆菌   | 固紫阳性  | 创 伤       | 破 伤 风       |
| 产气荚膜杆菌  | 固紫阳性  |           | 气 性 坏 疽     |
| 结核杆菌    | 抗酸菌   |           | 结 核 病       |
| 百日咳杆菌   | 固紫阴性  |           | 百 日 咳       |
| 白喉杆菌    | 固紫阳性  |           | 白 喉         |
| 麻疹病毒    |       | 呼 吸 道     | 麻 疹         |
| 流感病毒    |       |           | 流 行 性 感 冒   |
| 腮腺炎病毒   |       |           | 流 行 性 腮 腺 炎 |
| 水痘病毒    |       |           | 水 痘         |
| 天花病毒    |       |           | 天 花         |

|                                       |                      |                          |                                 |
|---------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 痢疾杆菌<br>伤寒杆菌和副伤寒杆菌<br>脊髓灰质炎病毒<br>肉毒杆菌 | 固紫阴性<br>固紫阴性<br>固紫阳性 | 消 化 道                    | 细菌性痢疾<br>伤寒和副伤寒<br>小儿麻痹<br>肉毒中毒 |
| 砂眼病毒                                  |                      | 接 触 传 染                  | 砂 眼                             |
| 流行性乙型脑炎病毒<br>森林脑炎病毒<br>鼠疫杆菌<br>斑疹伤寒小体 | 固紫阴性                 | 蚊、蜱、蚤、虱<br>等节肢动物媒介<br>传播 | 流行性乙型脑炎<br>森林脑炎<br>鼠疫<br>斑疹伤寒   |
| 钩端螺旋体<br>波状热杆菌<br>炭疽杆菌<br>狂犬病病毒       | 固紫阴性<br>固紫阳性         | 动 物 传 播                  | 钩端螺旋体病<br>波状热<br>炭疽<br>狂犬病      |

(二) 感染发生和人体抵抗力 “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。”人们虽然经常可接触病原微生物，但绝大多数人并未因此而发生感染性疾病。可见病原微生物不是感染发生的全部原因。病原微生物所以能够侵入肌体且造成疾病，是由于人体的局部或全身抵抗力低下的缘故。

正常肌体抵抗力为各种组织器官结构和功能所形成。例如：人体表面完整的皮肤和粘膜，就是防止体外、体表的病原微生物直接接触体内其他组织的一种自然障碍（屏障）。如果皮肤或粘膜受伤破损，病原微生物就有可能乘机侵入。皮肤的皮脂、粘膜的粘液、口腔的唾液、眼的泪液等也能起保护体表的作用。有病体弱时，唾液分泌减少、口腔粘膜干燥，较易发生口疮；泪液分泌或引流障碍眼结膜干燥或过度湿润，较易发生结膜炎、角膜炎等。体内多种细胞和体液也都具有一定的防御功能。如结缔组织中的网状细胞、巨噬细胞和血液中的多核白细胞等，能吞噬消化某些病原菌；体液中还有某些物质如补体、防御素，能杀灭或抑制细菌和病毒。当人体生理功能障碍或有贫血、蛋白质缺乏等时，这部分防御功能可降低。

人体的抗感染能力是由多方面因素决定的。抗感染能力与年龄、发育和体质有关，幼儿常不如成人，发育缺陷者常不如正常发育者，体质虚弱者常不如强壮者。抗传染能力可与是否经过某些传染病或预防接种有关，如患过麻疹或接种过麻疹疫苗者能抵抗麻疹病毒感染。抗感染能力又与一般生理状态有关，如出汗后或睡眠时受风寒比较易得感冒。外伤、过热、过寒、过劳等因素破坏生理状态时，抗感染能力降低。人的主观能动作用对于抗感染能力有重要影响，除了能够进行多种预防接种提高抗传染能力，进行体育锻炼增强体质、讲究卫生和注意生产安全以保障健康、开展计划生育和加强妇婴保健等等，都具有增强抗病能力的普遍意义。

感染的发生就是在人体抗感染能力由于某些原因有所降低时，病原微生物通过薄弱环节侵入肌体，并且生长繁殖而损害肌体的正常结构功能。正如祖国医学所说的“正气内存，邪不可干。邪之所凑，其气必虚。”

(三) 微生物对人体的作用 病原微生物对人体的作用有两重性，既有引起疾病的一

面，又有激发抵抗力的另一面。

1. 致病作用 病原微生物的致病作用主要表现在下述几方面：

(1) 病毒寄生：病毒在宿主细胞内生长时，不仅大量消耗宿主细胞的营养物质，而且还使宿主细胞发生代谢障碍甚至代谢停止，于是细胞变性、坏死。

(2) 外毒素：某些细菌在生活过程中不断向菌体外分泌有毒的蛋白质，称为外毒素。不同病原菌的外毒素各有特性，常损害一定组织。例如：破伤风杆菌产生的外毒素，可作用于脊髓前角运动神经细胞，引起横纹肌的痉挛与强直；白喉杆菌的外毒素可作用于心肌和周围神经，引起心肌炎和神经麻痹；葡萄球菌的坏死毒素可促使多种组织发生坏死。固紫阳性杆菌和球菌大多以外毒素为主要致病因素。

(3) 内毒素：绝大部分固紫阴性菌，如伤寒杆菌、痢疾杆菌、百日咳杆菌、波状热杆菌、脑膜炎双球菌等，在细菌死亡溶解时放出菌体内的某种成分，对人体有毒性，称为内毒素。各种不同细菌产生的内毒素，其毒性作用大致相似，可引起发热、毛细血管舒缩功能的紊乱、导致血液循环停滞性缺氧和组织坏死，严重时可引起中毒性休克。

(4) 酶：有些病原菌能产生一些对肌体有害的酶。例如溶血性链球菌能产生透明质酸酶，能分解皮肤和皮下组织中的透明质酸成分，增加结缔组织的渗透性，使细菌及其毒素易于扩散，因而病变范围容易扩展。

2. 抗原作用 在感染过程中，病原微生物及其有害产物可激发人体的特殊免疫力，因而人体的防御功能逐渐增强，最后终于彻底消灭病原微生物而恢复健康。这是因为构成病原微生物及其产物的蛋白成分，对人体说来都是大分子异物，能在人体内停留较长时间，对人体有刺激作用，特殊免疫力就是人体排除大分子异物的措施。病原微生物及其产物的蛋白成分，即称为抗原。

(四) 免疫 在和病原微生物进行斗争的过程中，肌体的防御功能不但可逐渐增强，同时可起质的变化，即具有高度的针对性。例如：感染麻疹时，防御功能针对麻疹病毒逐渐加强；病愈后，这种抵抗力能使人体不再发生麻疹，但对其他微生物感染则无预防作用，这就是通常所谓的特殊免疫力或特异性免疫力。特异性免疫力主要表现在两个方面：

1. 细胞的防御作用 感染过程中，体内多种细胞如网状细胞、巨噬细胞、某些内皮细胞以及血液中的多核白细胞、单核细胞等，由于病原微生物的抗原性刺激而大量增生。增生的细胞发展为成熟的具有活动能力的吞噬细胞，并能包围病原微生物。它们吞噬细菌的数量和消化细菌的能力都明显提高。

吞噬细胞的增生常从感染部位迅速延至局部淋巴结，例如口腔感染时常发现颌下淋巴结肿大、咽部感染则有颈部淋巴结肿大。感染范围较大，远处的淋巴结也可肿大。严重的或全身性感染，不仅淋巴结，而且肝、脾、骨髓中可有大量细胞增生。因此检查病人可发现淋巴结和肝、脾肿大。骨髓中某些细胞的增生，有时可从外周血象的变化中观察出来。这些现象都对临床诊断有帮助。

除吞噬细胞外，其他细胞的防御功能也可增强。例如感染病毒后，易感细胞可以改变它的代谢方式，从而制止病毒继续生长，并能防止同种病毒的再次侵入。毒素对细胞的作用，可因细胞逐渐产生耐受性而减弱。

2. 产生特异性抗体 网状内皮系统在感染过程中，不仅有大量增生和功能活动加强，而且还能产生一种叫做抗体的物质。抗体是具有免疫作用的球蛋白，产生后主要存在

于体液、特别是血清中。抗体能和相应的抗原发生特异性结合。这种结合能使病原微生物发生死亡、溶解或活动减弱等，其有害产物的毒性也可消除。

微生物的性质不同，其抗原性刺激强度不同，使肌体产生抗体的量、作用和持续时间有所差别。由菌体抗原刺激而产生的抗体，大多数只能使细菌发生凝集，凝集后易被吞噬，只有少数能使细菌死灭或溶解。由外毒素刺激而产生的抗体，叫做抗毒素，和相应外毒素结合后能消除外毒素的毒性，免疫效果很显著。因此如破伤风、白喉、气性坏疽等以外毒素为主要致病因素的疾病，可用各种抗毒素治疗。由病毒抗原刺激而产生的抗体和相应病毒结合后，能使病毒失去侵入易感细胞的能力，随之病毒即被人体的其他防御功能消灭。因此抗病毒抗体的免疫效果也较显著，有一定临床实用价值。

从人体接受病原微生物的抗原性刺激到血清中出现抗体，需要经过一段时间，通常是几天到十几天。此后抗体的量不断增多，往往于2~3周后达到抗体水平的最高峰，然后缓慢减少，可保持低水平达数月或更久。抗体产生的这种规律性和抗体抗原结合的特异性，可用来帮助诊断某些疾病。例如：伤寒发病1~2周后，可取病人血清，加入已知的伤寒菌抗原。如出现细菌抗原的凝集现象，就表示病人血清中有相应的抗体存在。如用定量法测定此种抗体随病程进展而增多，即可确诊为伤寒。

感染后特殊免疫力的强弱、时间长短等，固然与微生物的性质、数量、在人体内的分布、作用时间等因素有关，但在更大程度上取决于人体的状态。

(五) 临床应用 我们掌握有关于感染的基本理论知识，就是要把它运用到防治疾病的实践中去，以达到控制感染和消灭传染病的目的。

1. 消毒灭菌 消毒是指杀灭病原微生物的一般方法。灭菌则比消毒更严格，杀灭各种微生物包括细菌的芽胞。

高温可使微生物死亡。一般病原性细菌和病毒在56~60°C的液体环境中经30~60分钟死亡，加热到100°C迅速死亡。芽胞对高温有相当强的抵抗力，有的芽胞能耐煮沸数小时，但芽胞在120°C的加压蒸气中很快死亡。因此医疗实践中经常采用高压灭菌法对耐高温的物品如各种敷料、玻璃器材、金属器械、注射用液体和针剂等彻底灭菌。

低温对大多数微生物影响不大，但能使其代谢减慢或接近停止，一旦温度适宜又可进行繁殖。血液、血清、某些注射药和疫苗等需用低温(4°C)保存以防止微生物繁殖引起变质破坏。

一般病原微生物在直射的日光下，数小时即可死亡。日光杀菌主要是紫外线的作用。紫外线穿透力很弱，只能消毒物品的表面。病人用过的棉衣被褥等，不能用其他方法消毒时，可在直射日光下长时间曝晒。

许多化学药品对病原微生物有杀灭作用，可作消毒剂。消毒剂对人体也有作用，因此只能供局部使用或用于消毒物品。芽胞对消毒剂的抵抗力很强，要杀灭芽胞，就要用较高的浓度并延长消毒时间。

2. 预防接种 根据传染病流行季节，人工接种微生物制剂，有计划地提高人体的特殊免疫力，以预防传染病的发生与流行。

人工接种疫苗、类毒素使人体自己产生对某些疾病的特殊免疫力，称人工自动免疫。它的特点是：免疫力产生较慢(需数周)，但持续时间长，可达数月到数年。常用的生物制品有：

常用消毒剂的种类及用途

| 药品名称           | 常用浓度   | 用 途                                |
|----------------|--------|------------------------------------|
| 新洁而灭           | 0.5~1‰ | 皮肤、粘膜和器械的消毒，皮肤消毒常用0.2‰             |
| 碘 酒            | 2%     | 皮肤消毒，作用较强                          |
| 酒 精            | 75%    | 皮肤消毒                               |
| 红 汞            | 2~5%   | 皮肤小创伤，粘膜消毒但作用不强                    |
| 龙胆紫            | 1~2%   | 化脓糜烂、创面及浅表创伤，但消毒能力不大               |
| 来苏儿液           | 3~5%   | 排泄物和器械消毒，手消毒用1~2%                  |
| 石炭酸            | 2~5%   | 同 上                                |
| 高锰酸钾           | 1‰     | 皮肤粘膜消毒                             |
| 过氧化氢           | 3%     | 皮肤创口及粘膜消毒                          |
| 漂白粉            | 0.5~1% | 井水和排泄物的消毒                          |
| 石灰水            | 10~20% | 排泄物消毒                              |
| 升 汞            | 1‰     | 手和非金属器械消毒                          |
| 甲醛溶液<br>(福尔马林) | 10%蒸气  | 空气消毒                               |
| 硫 磺            |        | 空气消毒，术前一日将室密闭，根据房间大小，点燃 5~10 克硫磺熏屋 |

(1) 疫苗(菌苗)：包括活疫苗和死疫苗两种。活疫苗是用致病力已大为减弱的病原微生物制成，免疫效果比较好。死疫苗是用加热或加化学药品的方法，将致病力强的病原微生物杀死后制成的。

(2) 类毒素：是把外毒素用甲醛处理使其失去毒性，但仍保持抗原性，如破伤风、白喉类毒素。类毒素免疫效果也很好。

3. 免疫血清治疗 某些以外毒素为主要致病因素的疾病，如破伤风、白喉、肉毒中毒、气性坏疽等，可用含抗毒素的免疫血清治疗。免疫血清通常用类毒素给马注射，待马体内产生大量抗毒素后，采取其血清又经精制而成。注射免疫血清可使人体立即获得免疫力，叫做人工被动免疫。这样获得的免疫力持续时间很短，一般只有2~3周左右，所以主要用于治疗。但在特殊情况下，可做为紧急措施进行预防，如未曾接受过破伤风类毒素预防的人，受伤后可注射破伤风抗毒素血清以预防破伤风。

从人胎盘中也可提取含有抗体的胎盘球蛋白，可用来预防麻疹等病毒性疾病。

4. 微生物学检查 采取病人的脓、血、尿、粪便、痰或穿刺液等，用直接涂片、集菌、人工培养等方法，以确定病原体的性质，帮助诊断感染性疾病、选择有效的抗感染药物或作为传染病隔离治疗的参考。例如：化脓病灶可取脓汁，脑膜炎可取脑脊液，怀疑败血症时可取血液，肺结核可取痰，肾结核可取尿，食物中毒可取病人的吐泻物和吃剩的食物进行生物学检查。

5. 血清学诊断 用检查抗体的办法帮助诊断疾病。采可疑病人血液分出血清，加入

已知抗原（细菌悬液），观察是否出现凝集现象，以鉴定病人血清中是否有特异性抗体存在、抗体的含量及其增长情况，再结合临床表现就能做出诊断。一般于疾病早期采血一次，间隔一周再采血一次。如第二次血清抗体含量（效价）比第一次增长四倍以上，即能确诊。常用的血清学诊断法有伤寒、副伤寒凝集反应（旧称肥达氏反应），波状热凝集反应（旧称瑞氏反应）和斑疹伤寒凝集反应（旧称外斐氏反应）等。

## 炎 症

炎症是指人体对各种损伤性刺激的防御反应在局部组织方面的变化，所以成为许多疾病的基本病变。感染时有炎症，创伤后有炎症，其他疾病时也会发生炎症。不同疾病的炎症病变各有不同的特点。这里所讨论的是各种炎症共同具有的一般规律，为认识各种炎症疾病奠定基础。

（一）炎症的基本病变 很早以前，人们根据体表的一些急性炎症如疖、脓肿、丹毒等，认为炎症具有红、肿、热、痛和功能障碍五大特点。实际上，这些是炎症的表面现象，没有涉及炎症的内部变化。随着认识的深入，现在已了解，不论炎症的原因、部位、表现形式和经过如何，炎症的基本变化有以下四个方面：

1. 变质 致病因素侵及人体组织，局部细胞受损害，发生变性、坏死，总称为变质。炎症过程中都有变质，例如：传染性肝炎时肝细胞发生变性、肿胀；淋巴结核时发生组织坏死。

2. 渗出 是指小血管充血和某些血液成分通过血管壁渗到血管外面。

当致病因素作用于局部组织时，首先小动脉和毛细血管扩张，血流加快，局部动脉血量增多，形成炎症性动脉充血（简称充血）。以后由于局部组织代谢障碍和酸性代谢产物堆积，小静脉麻痹扩张，血流逐渐变慢，局部静脉血量增加，于是动脉充血发展为静脉充血（简称郁血）。病变严重时，血流甚至停滞（淤滞）。

充血同时，血管壁的通透性增高，血液中的液体、蛋白质和血细胞通过血管壁，渗出到发炎组织内。渗出的成分称为渗出物（渗出液）。渗出显著时组织间液体量增多，呈现炎症性水肿。

渗出物除了含有水液，主要成分为蛋白和炎症细胞。（1）血浆蛋白渗出时，首先渗出的是白蛋白和球蛋白，进一步则渗出纤维蛋白元。纤维蛋白元可在凝血酶作用下变成纤维蛋白，起修复组织和限制炎症扩展的作用。（2）血液中的白细胞大多具有运动能力，可穿过毛细血管壁游走到发炎组织内。局部组织的网状细胞在炎症时常增生，可变成巨噬细胞、淋巴细胞、浆细胞，加入渗出液内。因此渗出液内可有多量细胞，其中嗜中性白细胞和巨噬细胞都有较强的吞噬作用，能吃掉细菌和坏死细胞等（图 1-12）。可见，渗出变化是机体的一种重要防御反应。

3. 增生 致病因素和发炎组织内代谢产物的作用，可激发局部细胞增生。炎症早期增生变化常不显著，随着发炎时间延长，增生往往显著起来，甚至可占炎症变化中的主要地位。除了网状细胞增生可变成巨噬细胞等，具有重要意义的是肉芽组织增生以及上皮细胞等增生，能修复疾病或创伤所破坏的组织。

4. 吸收 发炎组织中有渗出物、坏死组织、代谢产物和病原微生物等。其中的液体成分（包括坏死液化物质），可直接进入淋巴，或透过血管壁进入血液；而固体成分则由

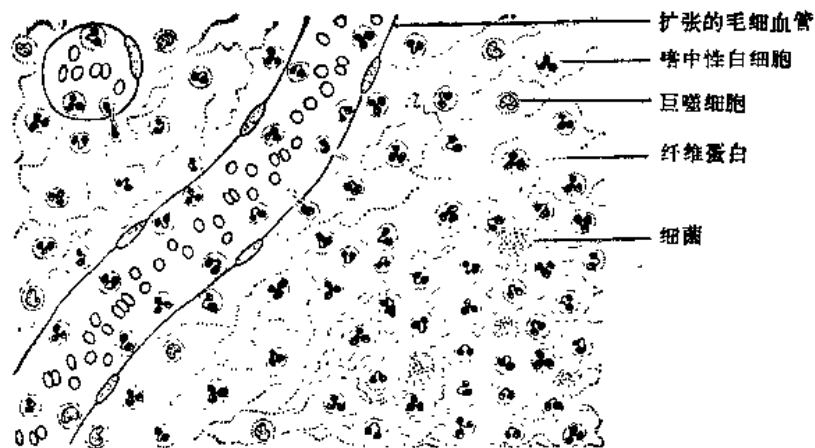


图 1-12 炎症渗出模式图

吞噬细胞吞噬、消化，或被运送到其他部位加以处理，这些就是吸收过程。吸收在炎症早期就已出现；在炎症消散过程中常成为处理炎性渗出物和坏死组织的重要手段；过剩多余的增生组织和细胞逐渐也会被吸收。吸收的物质中，有的对肌体是有害的，如果量少，影响并不大；如果量大，就会引起中毒症状，如体温升高、某些器官变性等。假如被吞噬的病原体没有被杀灭，会随着吞噬细胞被运到其他组织中去，可引起感染扩散。

前述的炎症“五大症状”，无非是炎症基本病变的外部表现。

(1) 红：初期由于动脉充血，局部呈鲜红色；以后由于充血转为淤血，故局部呈暗红色。

(2) 肿：由于炎性水肿和局部细胞增生。

(3) 热：主要由于动脉充血，炎区代谢增强也是一个因素。热通常只见于体表的急性炎症，正常皮肤温度低于血液温度，所以在大量动脉血流入炎区时，放出热量，使炎区温度升高。

(4) 痛：发炎组织肿胀，感觉神经末梢受到压迫或牵拉引起疼痛，所以组织越紧密，局部压力越高，疼痛越重。此外，炎区内某些化学物质也能刺激神经引起疼痛。

(5) 功能障碍：组织的变质可导致功能下降，如肝炎时肝细胞变性可发生肝功能降低。疼痛可引起保护性的运动障碍。

(二) 炎症的本质 从炎症的基本病变可以看出，它包含着损伤性变化和防御性反应，是肌体与一定的致病因素在局部进行斗争的复杂过程。

以感染时的炎症为例：细菌侵入人体，引起组织变质，局部很快发生充血。充血可以使局部组织得到更多的营养物质和防御物质，从而提高局部的抗御能力。充血发展为郁血后，血流减慢甚至停滞，可以防止细菌的扩散和毒素的吸收。渗出物中有大量液体，能稀释毒素，使它的毒性作用降低；渗出物中的蛋白质含有抗体，能吸附、中和和破坏各种毒性物质；纤维蛋白还能阻止细菌蔓延出去，并可作为白细胞活动和组织再生的支架。随着渗出，白细胞迅速穿过血管壁，向炎区运动，首先是嗜中性白细胞吞噬消化细菌，稍后，巨噬细胞也参与杀灭细菌的活动。细菌在肌体内仍可不断繁殖，而人体的防御反应也不断加强。经过一场激烈的搏斗，细菌被消灭了，局部组织也遭到不同程度的破坏，许多白细胞也死亡。死亡的嗜中性白细胞释放出蛋白分解酶，溶解坏死细胞，有利于吸收和排除。

剩余的一些坏死组织，由巨噬细胞吞噬加以清除。最后，肉芽组织增生，修复被破坏的组织。

炎症的大部分变化虽是防御性反应，但某些具有防御作用的反应，有时会对人体不利。充血和渗出过于剧烈时，局部张力增加，压迫炎性组织内血管而影响血运，可使局部抵抗力减弱，同时迫使病变向外周组织扩展。纤维蛋白多时，不易被溶解吸收，常引起纤维粘连。大量渗出物或分解的蛋白质被吸收时可引起中毒，如向体外或体腔流失又可引起体液丧失。因此，临床上治疗炎症，必须根据具体的病变情况，因势利导，既要发挥炎症的抗病作用，又要减少其不利作用。

(三) 炎症的类型 任何炎症都有变质、渗出、增生和吸收四种基本病变，但每一种炎症在临床表现和病理变化上都有它自己的特殊性。这主要是由具体的炎症过程中矛盾双方的特点所决定的，也就是致病因素的性质、数量以及全身状态和局部发炎组织的特性所决定的。根据炎症的临床经过不同，可以将炎症分为两大类。

1. 急性炎症 急性炎症一般发病急，病程较短。常由作用较强的致病因素引起，人体的防御反应相应地加强，局部和全身的斗争激烈，因此症状表现比较明显。在炎症病变上，渗出性和变质性变化占主要地位，炎区浸润以嗜中性白细胞为多。由于致病因素和发炎部位不同，急性炎症又有多种变化。例如：

比较常见的急性化脓性炎症，在病变上以渗出大量嗜中性白细胞为主，伴有局部组织坏死。嗜中性白细胞破坏后放出蛋白分解酶，可使坏死组织和死亡的白细胞溶解液化而形成脓汁。发生在组织内的局限性化脓性炎症叫做脓肿，常由金黄色葡萄球菌等化脓菌感染引起。发生在疏松组织的弥漫性化脓性炎症叫做蜂窝组织炎，充血、水肿显著，嗜中性白细胞弥漫浸润，病变容易沿疏松组织蔓延，常由溶血性链球菌感染引起。

有的急性炎症以渗出大量纤维蛋白元为特点。如大叶性肺炎，在肺叶的肺泡腔内有大量纤维蛋白和嗜中性白细胞，引起肺实变。

有的急性炎症以渗出浆液为主，主要见于浆膜腔（胸膜腔、心包膜腔、关节腔等）的急性炎症，使腔内发生积液。

还有不少的急性炎症以细胞变质为主，主要见于实质器官急性炎症，如传染性肝炎时肝细胞发生变性、坏死。

因为急性炎症有多种病理变化，临床表现有各种情况。大体来说，接近体表的急性炎症常呈现局部红、肿、热、痛和触痛以及某些体征和功能障碍，如有化脓或积液可触到该处的波动感，多容易发现和诊断。内部组织器官的急性炎症，有的可呈现肿物或肿胀、疼痛和压痛，仍较容易发现，但多数要根据功能障碍和其他体征等才能发现和诊断。治疗急性炎症首先要消除其致病因素如致病微生物，变态反应的过敏原或其他各种不良刺激，因为致病因素未除时炎症不能消退好转。同时必须注意由炎症产生的种种病变，如高热、体液缺乏以及组织器官的功能障碍等，在不少情况下这类病变对人体有严重的影响，应当及时治疗。

急性炎症的一部分类型，与祖国医学中的大部分湿热病证和一部分血瘀病证有相同点。祖国医学认为，湿热或瘀血在体内某处郁结，均可能化火、甚至生脓。治疗湿热应清热利湿，血瘀者应活血通络，火盛者应泻火，生脓者应排脓解毒。这种认识不但与急性炎症时充血、渗出、变质等病理变化相符，而且清热泻火、利湿、活血等治法对急性炎症常

有很好的疗效。

2. 慢性炎症 慢性炎症可从急性炎症转变而成。人体不能较快地消除急性炎症而完全恢复，炎症致病因素也没有使病变迅速恶化，于是病程就迁延持久，病变随着改变而与急性期有所区别。但有许多慢性炎症从一开始就是慢性经过，起病缓和，初期症状不太明显，甚至在长期过程中症状也可能不明显。

各种慢性炎症，由于致病因素与发炎组织特性的不同，在病理变化上可以有很大差异。但慢性炎症通常是以肉芽组织增生，逐渐纤维化形成瘢痕组织为特征，并有淋巴细胞和浆细胞浸润增生，渗出现象常不明显。

慢性炎症在临床上很多见，如慢性支气管炎、慢性阑尾炎、慢性胆囊炎、慢性骨髓炎、慢性肺脓肿、慢性宫颈炎和慢性乳腺炎等。下面以慢性支气管炎为例加以介绍。

大部分慢性支气管炎可能因感染、长期吸入刺激性气体、尘埃以及长期寒冷刺激而发病，往往反复发作。支气管粘膜分泌大量粘液，腺体增生、分泌亢进，粘膜下层有淋巴细胞浸润和肉芽组织增生。小支气管腔内有粘液阻塞，很容易有继发感染，使炎症进一步发展，在临床上也就出现急性发作的现象。小支气管壁内淋巴细胞浸润和肉芽组织增生越来越明显，呼吸道狭窄和阻塞也就越重。由于呼气困难，肺泡内压增高，加上长期咳嗽，可使肺泡扩张，肺泡壁变薄，弹力纤维破坏，肺泡壁断裂而形成肺气肿。

人体与病原因子之间的平衡状态总是相对的、暂时的，这一点在病原微生物引起的慢性炎症时尤为清楚。当人体抵抗力下降，病原微生物加速繁殖，病变加剧，这就是急性发作。当人体抵抗力增强或经过适当治疗，炎症逐渐消退，但肉芽组织和瘢痕组织又有所增加。经过多次反复，组织破坏的范围越来越大，瘢痕形成也越来越多，常给治疗增添困难。因此，应当积极地及早治疗，把炎症消灭在急性阶段或慢性炎症的早期。

一部分慢性炎症的病症从祖国医学来看属于寒湿，有的可属于血瘀。寒湿积滞也可能化火，但不如湿热化火为常。一般多见久病，气血容易亏虚，那样反过来使寒湿更不易祛除，血瘀可形成痞块。治疗上宜温经活血化湿，有虚证的应加补养。

## 变 态 反 应

毛主席教导说：“我们必须学会全面地看问题，不但要看到事物的正面，也要看到它的反面。在一定的条件下，坏的东西可以引出好的结果，好的东西也可以引出坏的结果。”人体具有一种排除体内大分子的异物的防御能力。因为有这种防御能力，人体才能对许多致病微生物产生特殊的免疫力。特殊免疫反应的基本方式，就是以微生物及其产物为抗原，人体形成相应的抗体，抗原与抗体相结合后，抗原失去原来的损害作用并最终被人体排除。但是，同样以形成抗体排除大分子异物的防御方式，在一定的条件下，反而可引起病症，这就是变态反应。可能成为抗原物质的，除了微生物及其产物，还有动物血清、某些药物、某些食物、花粉、皮毛、油漆等，当病人重复接触这些物质时，可发生变态反应性病症。

变态反应可以下列几种临床常见的情况为代表来说明。

(一) 药物和血清的过敏症 常用的某些抗菌素、解热镇痛药、磺胺类和抗毒素血清等，在一定条件下，可以使一部分人发生过敏。目前最常见而且严重的是青霉素过敏，通常发生在再次使用青霉素的过程中。其临床表现有的是一时性不适、皮疹、皮炎、腹泻，

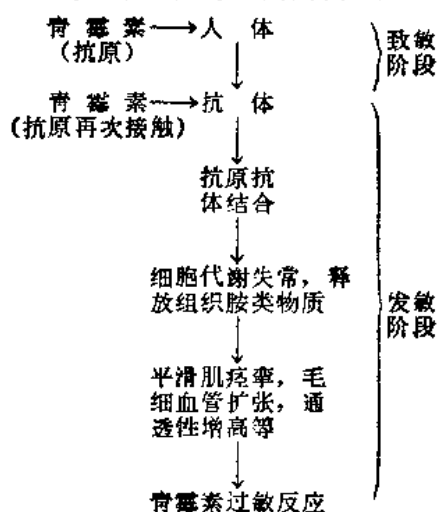
有的为严重的呼吸困难、休克、甚至危及生命。青霉素过敏的过程可以分为三个阶段：

1. 致敏阶段 青霉素是一种小分子物质，通常对人体没有抗原性。可是在少数人体内，青霉素可以和人体的某种蛋白质结合，变为大分子的异物，具备抗原物质的条件（称过敏原），刺激人体产生相应的过敏性抗体。过敏性抗体形成后，一部分在体液中，还有一部分附着在组织和细胞上。这一过程称为致敏。从人体接触青霉素，到体内产生过敏性抗体并有一部分附着在组织和细胞上，需要一定时间。在此期间，外表无可见病象。青霉素能否和体内蛋白质结合，主要决定于人体的体质与功能状况，也和青霉素进入人体的途径、剂量等有关。

2. 发敏阶段 已被致敏了的人体，当再次遇到青霉素时，通常在短时间内（数秒钟到数小时）就出现过敏的临床症状。

过敏现象的发生是一个相当复杂的过程，是一系列连锁反应。已处于致敏状态的人体，当再次接触同样过敏原时，新进入的过敏原就和附着在细胞上的相应抗体发生特异性结合。抗原抗体在细胞上结合，就有可能影响细胞的正常代谢，因而使细胞释放出大量的某些生物活性物质如组织胺、乙酰胆碱等。组织胺等活性物质作用于平滑肌和毛细血管，引起平滑肌痉挛、毛细血管扩张和通透性增高等病变。由于反应的部位不同，就引起不同的临床症状。如主要反应部位在皮肤，则病人出现皮疹、皮炎等。如主要部位为呼吸道，则引起粘膜肿胀、支气管痉挛，就出现呼吸困难等症状。如反应部位主要为消化道，则出现吐泻等。如反应部位主要在心血管系统则有发生休克或引起死亡的危险。

这两个阶段可用简图表示如下：



3. 脱敏阶段 人体出现过敏症状后的一定时间内，如有同样过敏原再度进入人体，由于过敏性抗体已被大量消耗，因而并不发生过敏现象，这一期间就是脱敏阶段。脱敏阶段一般不长。

根据发生过敏反应的过程，临床应当做到：

(1) 预防过敏反应。对那些容易引起过敏反应的药物如青霉素等，用药前，先询问病人有无过敏史。如有则应改用其他药物治疗。无过敏史者，用药前也必须先取小量做皮内过敏试验，皮试阳性者，说明有过敏，阴性者才能使用。间隔三天以上未用青霉素，当重新使用时，必须再做皮试判定。

(2) 如已发生过敏，可针对引起过敏症状的主要原因和主要病变进行治疗。如注射肾上腺素使血管收缩、血压上升、平滑肌松弛；用抗组织胺类药物（苯海拉明、扑尔敏等）降低肌体对组织胺的反应；用麻黄素、氨茶碱使支气管平滑肌扩张；用钙剂（葡萄糖酸钙、氯化钙）以减低毛细血管的通透性；也可使用肾上腺皮质激素类药物（氢化可的松、强的松）改变肌体的反应性（抑制抗体生成）和减少渗出、改善症状等。变态反应的症状多属祖国医学的风、血热、阴虚等，故可用祛风、凉血、滋阴等治法。

在用动物的免疫血清如破伤风抗毒素血清时，也有可能发生过敏。血清过敏和青霉素过敏基本相同，因此也应采取上述预防措施。不同的是对动物免疫血清过敏，其临床表现

常不十分紧急，因此皮试阳性者，还可以用动物免疫血清治疗。但必须采用脱敏法，即小量多次逐渐增量注射。小量过敏原进入人体，每次与抗体结合后释放出的组织胺类物质不多，引起反应较轻；而小量多次注射使体内过敏性抗体消耗，肌体可转为脱敏状态，再注入大量过敏原也就不会引起过敏的症状了。

(二) 结核菌素试验 结核杆菌感染和其他微生物感染一样，由于结核杆菌的抗原性刺激，人体对它产生特殊免疫力。但是结核杆菌的抗原性刺激还同时能使人体发生变态反应。因此，感染过结核的人再次接触结核抗原时，就要发生变态反应现象。结核菌素试验就是根据这个道理设计的一种皮肤变态反应试验。结核菌素是从结核杆菌中提取的菌体蛋白质，在结核菌素试验中起过敏原的作用。试验时，先把结核菌素稀释成1:2,000或1:1,000，然后取0.1毫升注射到上肢前臂皮内，48~72小时后观察。如观察时发现局部有红肿硬结现象，硬结直径在0.5厘米以上，即为结核菌素试验阳性。阳性表示肌体已感染过结核杆菌，也即已对结核杆菌具有一定的抵抗力。若注射后局部没有红肿或硬结极小，即为阴性。阴性反应一般表示没有感染过结核杆菌，即被检者对结核感染缺乏抵抗力，是需要进行结核预防接种的对象。

结核菌素试验也可以用来辅助对幼儿（二岁以下）结核的诊断。有结核接触史的幼儿，如出现消瘦、食欲差、午后低热等症状，而结核菌素试验阳性，即说明目前正有结核感染。

(三) 变态反应性疾病 临床上有些疾病为变态反应所引起，或认为与变态反应有关，称为变态反应性疾病。如风湿病、急性肾小球肾炎、过敏性紫癜等。

变态反应性疾病的过敏原，通常是人体内已起变化的组织或细胞。这种组织或细胞的改变，可因感染引起，也可由药物或其他物质引起。

急性肾小球肾炎病人发病前1~3周，多曾有链球菌感染史。在感染过程中，链球菌的一些无明显致病作用的代谢产物可能和肾小球血管壁上的蛋白质结合，使组织的蛋白质发生改变而成为抗原。人体因此种抗原的刺激而产生抗体，这一过程大约需要1~3周。抗体产生后，就和肾小球血管壁上的蛋白质抗原结合，引起血管壁的炎症。急性肾炎的主要症状：浮肿、血压增高、蛋白尿等都是由于肾小球毛细血管发炎所引起。反复发生链球菌感染就会加重病变。因此治疗这类疾病就应防止链球菌感染的发生，同时使用抑制抗体产生的药物如肾上腺皮质激素以及其他对症药物。

风湿病发生的基本过程与急性肾小球肾炎相似。但与链球菌代谢产物结合成为抗原的，是关节和心脏等组织内的胶原纤维，因此病变主要发生在关节和心脏等组织。

药物过敏所引起的血小板减少性紫癜，是某些药物进入人体与血小板结合，使血小板成为过敏原。当人体产生相应的抗体后，如再次有同种药物进入体内与血小板结合，则可作为过敏原被相应的抗体结合，使血小板大量破坏而发生紫癜。如果过敏原是红细胞或多核白细胞，那么这种抗原抗体的结合会引起溶血性贫血或粒细胞缺乏症。

变态反应的类型虽然多种多样，但它们都是人体对抗原物质的反应，人体的体质和功能状态在发病上占主要地位。因此，防治这类病症的根本方法应当从改进体质研究。

## 肿 瘤

肿瘤是肌体细胞受到某些因素作用后发生质变，呈现异常增生而形成的。引起肿瘤的因素，现在已经知道的有许多种，如某些化学物质，物理因素如长期慢性刺激和放射性质，生物因素如病毒等。在这些有害因素的影响下，经过一段相当长的时间，细胞逐渐发生质变，变为肿瘤细胞。这类细胞不断增生，数目越来越多而成为肿块。并且在许多情况下，肿瘤细胞能侵入周围正常组织内，破坏邻近组织。肿瘤细胞的形态和代谢、功能和原来的正常细胞不一样，它们丧失了正常细胞的一部分功能，甚至完全不具备正常功能。这种新长出来的肿瘤细胞，与组织修复过程中或炎症时增生的细胞在性质上是不同的：第一、修复或炎症增生的细胞，生长到一定程度，不再继续增生，而肿瘤细胞却往往不断增多；第二、修复或炎症后生长的细胞能替补损坏的细胞、组织，对肌体有利，而肿瘤细胞对肌体不但无益，在一些情况下还会破坏正常组织，造成危害。

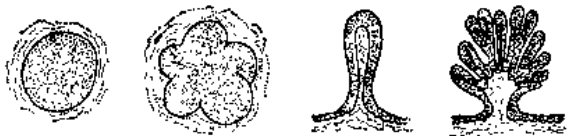
### 一、肿瘤的分类

肌体任何器官都能长肿瘤，每个器官又可能发生几种肿瘤，但是不论肿瘤有多少种，可以把它们归纳成两大类：良性肿瘤和恶性肿瘤。这两类肿瘤各有特点，掌握这些特点，对于肿瘤病人的诊断、治疗和预后有十分重要的意义。

(一) 良性肿瘤 临床上常见的腺瘤、脂肪瘤和血管瘤等都是良性肿瘤。良性肿瘤的命名方法就是发生组织后加上“瘤”字，如从腺组织发生的良性肿瘤称为腺瘤，来自血管、肌肉或软骨的良性肿瘤相应地叫做血管瘤、肌瘤或软骨瘤。良性肿瘤的特点如下：

1. 膨胀性生长 良性肿瘤多呈膨胀性生长。肿瘤生长时，推开和排挤周围组织，而不侵入附近正常组织，所以在组织内的良性肿瘤往往为球形或卵圆形，常有完整的包膜，与周围组织分界清楚，能活动，不固定。突出在皮肤、粘膜表面的良性肿瘤虽然没有包膜，但境界也常常是清楚的（图 1-13）。良性肿瘤易于用手术切除。

2. 增长速度慢 良性肿瘤的细胞增生速度慢，因此这类肿瘤生长缓慢。有的良性肿瘤发生已经几年甚至十几年，但体积增大不十分明显。



①体内肿瘤，膨胀生长，呈结节状  
②呈分叶状  
③被复上皮肿瘤，向外生长呈息肉状  
④呈乳头状

图 1-13 良性肿瘤模式图

3. 不转移 肿瘤细胞从原发肿瘤到达其他部位，并发展成为新的同样的肿瘤叫做转移。转移的发生是和瘤细胞的浸润生长能力有关的，具有浸润生长能力的瘤细胞能引起转移，良性肿瘤的细胞没有这种能力，所以良性肿瘤不转移。

4. 极少复发 手术切除或用其他方法治疗肿瘤后，经过一段时间，在这个部位又出现同样的肿瘤，称为复发。良性肿瘤切除后一般不复发。

(二) 恶性肿瘤 临床上所见到的宫颈癌、乳腺癌、纤维肉瘤等都是恶性肿瘤。恶性肿瘤基本上可以分为两类：一类是从皮肤、粘膜和各种腺体等上皮组织发生的恶性肿瘤称为“癌”，来自皮肤或粘膜鳞状细胞的癌叫做鳞状细胞癌（图 1-14），来自腺体的癌就叫做腺癌。习惯上，某个器官的上皮组织发生恶性肿瘤时，就以该器官名称加上“癌”来



图 1-14 鳞状细胞癌

表示，如胃粘膜上皮的恶性肿瘤名为胃癌、肝细胞的恶性肿瘤称为肝癌。另一类是从纤维、脂肪、肌肉、骨、软骨以及淋巴组织等发生的恶性肿瘤称为“肉瘤”，常用所发生的组织名称加上“肉瘤”来命名，如纤维肉瘤、脂肪肉瘤、淋巴肉瘤等。不论是癌和肉瘤都具有以下特点：

1. 浸润性生长 恶性肿瘤呈浸润性生长（图 1-15），能沿着组织间隙逐渐侵入附近正常组织，甚至侵



①体内肿瘤，浸润性生长 ②被复上皮肿瘤，向外及向深部浸润性生长 ③形成溃疡癌

图 1-15 恶性肿瘤生长模式图

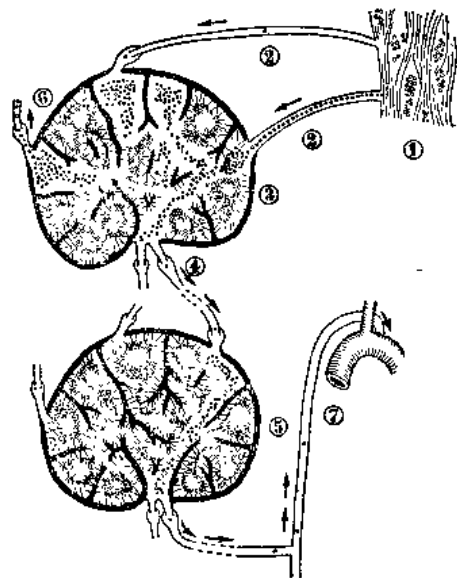
入血管、淋巴管。所以恶性肿瘤大多没有包膜，与周围组织分界不清楚，而且常常紧密相连，固定而不能活动。有的恶性肿瘤从表面检查时，它与周围组织的界限好象还清楚，或者具有不完整的包膜，但实际上肿瘤细胞的浸润远远超过肉眼所见范围。因此用手术治疗恶性肿瘤时，须将瘤体周围的健康组织适当地切除掉一部分。否则，瘤细胞没有完全切除，残留的瘤细胞在手术后在一定条件下仍可能发展。

2. 生长速度快 恶性肿瘤细胞分裂得快，增长迅速，可在较短时间内形成较大的瘤块。恶性肿瘤由于生长迅速，血液供应相对地跟不上而容易发生坏死。

3. 易于转移 恶性肿瘤能转移，尤其在晚期时，可转移到各处淋巴结或者肝、肺等器官。转移的途径有下列三种：

（1）淋巴道转移：瘤细胞侵入淋巴管，被淋巴液带到局部淋巴结，生长发展成为转移瘤，如乳腺癌转移到腋窝淋巴结、阴茎癌转移到腹股沟淋巴结。受侵犯的淋巴结常肿大、坚实、活动性较差，有时淋巴结可互相融合成为凹凸不平的大肿块。局部淋巴结发生转移后，瘤细胞还可能进一步转移到更远处的淋巴结，甚至通过胸导管，进入左锁骨下静脉而随血液流动（图 1-16）。

（2）血行转移：瘤细胞侵入小血管，随血液流到其他器官，发展成为转移瘤。例如：胃肠道的恶性肿瘤可通过门静脉转移到肝。肝以及其他器官的恶性肿瘤随着静脉血可转移到肺。肺和肝是发生血行转移瘤的常见部位，转移瘤往往



①恶性肿瘤原发灶 ②输入淋巴管 ③局部淋巴结 ④输出淋巴管 ⑤远处淋巴结 ⑥瘤细胞经输入淋巴管逆行转移 ⑦胸导管

图 1-16 瘤细胞淋巴道转移模式图

为多发、散在、大小不等的球形病灶。肺内有转移瘤时，在X光照片上可见到这种多发、散在、大小不等的球形阴影。

(3) 种植转移：内脏肿瘤侵犯浆膜面后，瘤细胞可脱落并粘着在他处浆膜上，发展成为转移瘤，如胃癌的癌细胞穿过浆膜脱落后，可种植转移到卵巢。肿瘤种植到浆膜面，常引起血性积液，积液中有肿瘤细胞，经涂片染色后，能辨认诊断出来。

4. 可能复发 恶性肿瘤用手术、放射线、化学药物等治疗后可能复发。

以上是良性肿瘤和恶性肿瘤的一些基本特点，掌握这些特点，有助于在临床上区别肿瘤的良恶性。应当注意：大多数良性瘤生长缓慢，但有一些良性瘤可能生长突然加快，转变为恶性；恶性肿瘤的恶性程度也各不相同，有的生长并不快，浸润的范围也不广而且不转移，为一种低度恶性的肿瘤；而另一些恶性程度高，若不及时治疗，对患者危害极大。所以在诊断和治疗肿瘤时，应该具体情况具体分析，不要简单地得出结论。

## 二、肿瘤的一般表现和诊断

各种肿瘤因性质和所在部位的不同，临床表现可有很大的差异。不过也可有某些共同的表现，主要有以下几点：

1. 肿块 位于皮肤、粘膜表面的肿瘤可以看到或者触及。某些内脏如胃、肝、肾和肠的肿瘤长大到一定程度时也能扪及。一般说来，良性肿瘤的境界清楚、表面光滑、且与周围组织无粘连、多可活动；恶性肿瘤的境界不清、与周围组织易粘连、癌的表面多不光滑。

2. 阻塞或压迫管腔 生长在有腔器官内壁、外部或者环绕管腔生长的肿瘤，可从内壁突出阻塞管腔或从外部压迫管腔，使管腔变狭窄，引起不完全或完全阻塞的症状。如环绕食管壁生长的癌可造成吞咽困难、胃癌可引起呕吐等。

3. 破坏组织引起坏死、出血或其他障碍 例如：宫颈癌发生溃疡和血性分泌物，膀胱肿瘤发生血尿，鼻咽癌发生鼻衄，骨的肿瘤有时造成病理性骨折，肝癌引起肝功能障碍等。

4. 全身症状 良性肿瘤一般只引起局部症状。恶性肿瘤在早期也不引起明显的全身症状，但在晚期，可使患者发生严重营养障碍、消瘦异常、贫血、血浆蛋白降低、以至出现恶病质状态。

上面的种种症状，多数由恶性肿瘤引起。所以，恶性肿瘤对机体的影响大，而良性肿瘤的影响小，肿瘤的防治工作重点应放在恶性瘤方面。

应该指出，肿瘤在早期既不引起疼痛，也不造成特别的症状，等到出现一定的症状时，肿瘤往往已经生长到相当程度，这就给治疗造成困难。要治疗肿瘤、特别对于恶性肿瘤，关键问题在于早期发现，早期正确诊断，早期彻底治疗。同样的一种恶性肿瘤，发现早与晚，诊断正确与错误，治疗彻底与不彻底，对其后果影响很大。

诊断肿瘤，首先要有全心全意为人民服务的思想，对医务工作高度的责任感。提高警觉，对于恶性肿瘤的多发年龄和好发部位更要多加注意。例如：癌多发于40岁以上患者，常见部位为子宫颈、乳腺、食管、胃、肝、肺、和鼻咽等处。青年人患癌的较少，但要想发生肉瘤如淋巴肉瘤类、骨肉瘤等的可能性。

要进行周密的调查，全面研究。毛主席教导我们：“要解决问题，还须作系统的周密的调查工作和研究工作，这就是分析的过程。”详细询问病史和全面细致的体格检查，是

最基本的调查方法。许多问题如肿瘤的生长速度、生长方式、发生部位以及有无转移等，可以从病史和体格检查中得到解决。通过调查研究，不但要搞清楚是不是肿瘤，而且还必须鉴别是良性瘤还是恶性肿瘤。

必要时可做某些特殊检查，如X线检查、超声波检查、内窥镜检查、脱落细胞检查以及病理组织学检查。尽管特殊检查法在诊断上有一定的重要价值，但决不能因此依赖特殊检查而轻视一般检查。只有通过病史和一般检查，才能有针对性地提出切合实际的特殊检查。在上述各种特殊检查中，以脱落细胞学检查比较便于开展实施，而且诊断比较可靠。胸腹腔积液、阴道分泌物、痰以及肿瘤穿刺标本等，都可以用这种方法来找肿瘤细胞。上述液体的涂片经染色后，在显微镜下就能进行观察。恶性肿瘤细胞的形态与正常细胞的不一样，表现为：细胞大小形态不等；细胞核大小形状不一；细胞核较大，因此细胞核显得大而细胞质相对少；细胞核染色质多、染色深，而且各个细胞核染色质多少不一致，染色深浅不等；核仁大。对于某些恶性肿瘤，在手术或其他治疗以前，为了确定诊断，可先切取小块瘤组织，用10%甲醛或70~80%酒精固定，送到一定单位进行病理切片检查。诊断确定后，再作进一步的治疗。

### 三、肿瘤的防治

良性肿瘤与恶性肿瘤的性质不同，治疗方法也不一样。

良性肿瘤的基本治疗方法是手术切除，将肿瘤连同包膜一起取出。小而生长慢的良性瘤，对肌体没有什么影响的话，不必急于切除。

恶性肿瘤的治疗方法有以下数种，在临床应用时，常常将几种方法并用，进行综合治疗。

1. 手术切除 切除肿瘤及其周围较大范围健康组织，并清除局部淋巴结，是目前治疗恶性肿瘤常用方法之一。手术治疗对早期恶性肿瘤效果较好。

2. 中医中药疗法 文化大革命以来，全国各地广泛开展了用中草药或中西医疗法结合治疗肿瘤，取得了一定效果。有的用单方（如喜树硷）治疗恶性肿瘤和白血病。有的根据中医辨证论治原则，采用攻补兼施的方药，治疗肝癌、宫颈癌、胃癌和食管癌等。患者经过治疗后，有的症状好转，肿瘤缩小，恢复工作；有的存活几年以上。

3. 化学药物治疗 常用药物有氮芥、环磷酰胺、5-氟脲嘧啶、6-巯基嘌呤、噻替派等，这类药物能抑制瘤细胞分裂或阻断瘤细胞的新陈代谢。化学药物疗法适用于绒毛膜上皮癌、淋巴组织肿瘤以及某些晚期恶性肿瘤等。

4. 放射治疗 利用深部X线、镭、钴<sup>60</sup>等的射线来破坏恶性肿瘤细胞。各种恶性肿瘤对放射线的敏感性不一样，淋巴组织的肿瘤最敏感，因此以放射治疗为主。有一些癌如鼻咽癌、食管癌、宫颈癌和乳腺癌等对放射线中度敏感，治疗上有的可以放射治疗为主，有的可与手术治疗结合进行。

肿瘤的预防是十分重要的问题，在目前对于肿瘤的病因还不完全清楚的情况下，比较有效的预防方法：一是开展肿瘤普查工作，进行群众性防治。如河南林县普查食管癌，通过群防群治，可以搞清楚引起肿瘤的某些条件，并可早期发现、早期诊断和早期治疗肿瘤患者；二是针对已知的与某些肿瘤发生有关的因素，采取预防措施。

毛主席教导我们说：“人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。停止的论点，悲观的论点，无所作为和骄傲自满的论点，都是错误的。”目

前，对于肿瘤问题的认识还很不够，但是所谓“不治之症”论的观点是错误的。马克思主义的认识论告诉我们，任何客观事物都是能够认识的。只要我们用辩证唯物论指导，加强调查研究，善于总结经验，就能更深入地认识肿瘤问题，从而更有效地控制肿瘤。

## 代 谢 障 碍

伟大领袖毛主席教导我们：“新陈代谢是宇宙间普遍的永远不可抵抗的规律。依事物本身的性质和条件，经过不同的飞跃形式，一事物转化为他事物，就是新陈代谢的过程。”人体在生命活动过程中，也是不断地进行新陈代谢，一方面，体内原有的成分不断分解破坏，变成各种代谢产物，排出体外；另一方面，又不断从外界获取养料，形成体内新的成分。通过这样经常不断的矛盾变化，人体能够进行各种生命活动。如果代谢发生障碍，人体就会发生病症。如果人体发生疾病，也可影响正常代谢。

### 一、糖类、脂肪及蛋白质的代谢及其障碍

糖类、脂肪及蛋白质是人体内含量较高的三类物质，也是食物中主要的营养成分。

人体内的糖类主要是葡萄糖和糖元。糖元是糖类的贮存形式，主要存于肝脏和肌肉中。食物所含的糖类主要是淀粉，在米、面、高粱、玉米、薯类等粮食中含量最高。糖元和淀粉都是由葡萄糖所组成，分解后可化为葡萄糖。脂肪是一类由脂肪酸和甘油所组成的物质，人体内的脂肪主要贮存在皮下及肠系膜的脂肪组织中。食用油类的主要成分就是脂肪。蛋白质是一类由许许多多氨基酸所组成的、结构复杂的物质，它是一切生物细胞的基本结构成分。在人体内，蛋白质的分布最广，含量最高。构成人体的各种物质中，除水以外，其余约有一半就是蛋白质。豆腐、蛋、瘦肉、奶汁等食物中所含的主要营养成分也是蛋白质。

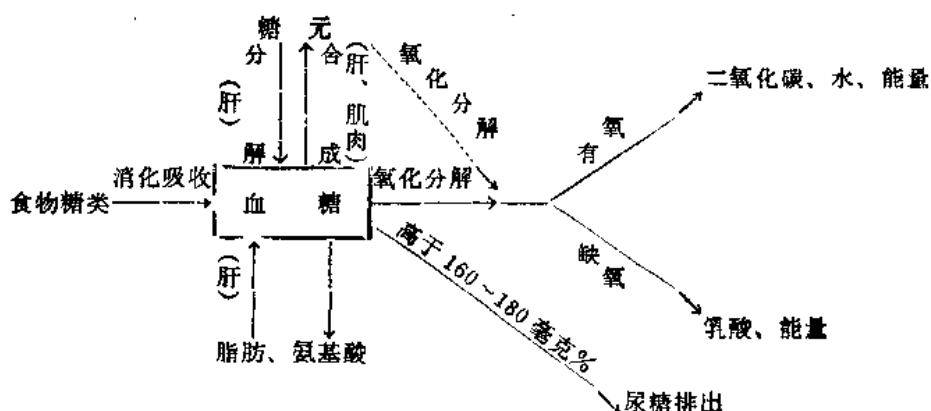
糖类、脂肪及蛋白质的代谢虽各有特点，但彼此又是密切连系，相互影响，因此一种物质代谢的障碍，往往也影响到其他物质代谢也发生障碍。但为了叙述方便起见，下面分别地讨论它们的代谢过程及其障碍。

(一) 糖类代谢及其障碍 人体各种功能活动，例如心脏搏动、呼吸活动、肌肉运动、消化吸收、思维活动等，都需要一定的能量，好比汽车行驶需要汽油供应能量。人体活动所需的能量，是靠不断从空气中吸取氧气，将体内的糖类、脂肪及蛋白质等物质氧化分解而获得的。正常情况下，人体活动所需的能量主要就是由糖类供给的。

糖类代谢是一个包含着许多矛盾的复杂过程。

1. 血糖的来源和去路 血糖是指血中所含的糖（主要是葡萄糖）。食物糖类消化为葡萄糖后吸收入血，是血糖的重要来源。疾病时不能进食，可使血糖趋向减少，因此常需输入葡萄糖液。人体各种组织细胞活动所需的能量，主要就是由血糖来供给（肝脏及肌肉组织还可利用贮存的糖元供能）。糖在细胞内的氧化分解，要经历许多化学变化。在血液运输来的氧的参加下，糖代谢的最终产物是二氧化碳和水，同时放出能量供人体活动需要。当血液供氧不足时（例如呼吸障碍），部分糖不能充分氧化，可产生乳酸。

血糖一方面经常从食物得到补充，另一方面又不断被氧化分解而消耗。此外，血糖还不断被肝脏和肌肉利用来合成糖元而贮存，肝脏的糖元又不断分解为葡萄糖来补充血糖；血糖可被许多组织利用来合成脂肪和氨基酸，反过来，肝脏又可将组成脂肪的甘油以及氨基酸、乳酸转变为葡萄糖来补充血糖。当血糖浓度过高时，有些葡萄糖还可从尿中排出。



这样，正常人血糖浓度就可经常维持相对恒定（80~120 毫克%）。

2. 糖代谢的调节 实际上，血糖的来源去路诸方面总是不平衡的。例如进食糖类后，经消化吸收，大量葡萄糖进入血液，血糖浓度就有增高的趋势。但由于人体有完善的调节作用，血糖的来源去路可从不平衡建立新的平衡，使血糖浓度经常维持相对恒定。神经激素的调节是维持这种相对恒定的必要条件。

中枢神经系统对糖代谢有重要影响，例如，中枢神经系统兴奋时，可使血糖升高。在神经系统的直接或间接管制下，许多激素可对糖代谢起调节作用，其中最重要的就是胰岛素、肾上腺素和肾上腺皮质激素。胰岛素的主要作用是促进组织对血糖的利用（氧化分解、糖元合成及转变为脂肪和氨基酸），是一种使血糖降低的激素。肾上腺素主要是促进糖元的分解（也可促进糖的氧化），而肾上腺皮质的某些激素则主要是促进氨基酸转变为糖（也抑制糖的氧化分解）。

由此可见，神经激素对糖代谢的调节，是分别作用于血糖的来源去路的两个方面，使它们保持对立统一的关系。当神经激素的调节发生障碍，或环境变化过分激烈，超过神经激素的调节能力限度时，必然影响到糖的正常代谢，即可出现血糖过低或血糖过高的异常现象。

### 3. 低血糖与高血糖

（1）低血糖：血糖浓度低于70毫克%称为低血糖。血糖是许多组织细胞的主要能量来源，特别是脑组织，它的活动所需的能量几乎完全靠血糖的不断供给。血糖过低必然首先引起脑组织供能不足而发生功能障碍。根据血糖浓度降低的程度以及全身状态的不同，病人可出现头晕、心慌、出冷汗，甚至晕倒、意识模糊、抽搐等一系列症状。

（2）高血糖：血糖浓度高于正常值时称为高血糖。正常人进食大量糖后或情绪激动时，可使血糖暂时升高，甚至出现糖尿，这是生理性高血糖。

病理性高血糖多见于糖尿病。糖尿病的发生，与胰岛素缺乏有关，糖代谢障碍进而可引起其它代谢障碍。由于胰岛素缺乏，血糖不能正常被组织利用，血糖升高。当血糖浓度超过160~180毫克%时，即可出现尿糖。

（二）脂肪代谢及其障碍 脂肪也是人体活动所需能量的重要来源，而且是体内能量贮存的主要形式。

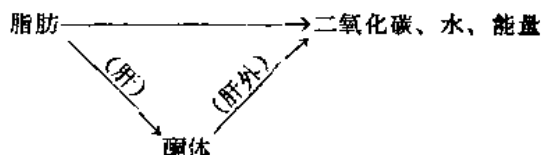
1. 脂肪的贮存和动用 正常人体内脂肪的贮存量相当大，约占体重的20~30%，随着代谢变化可有很大的变动，表现为肥胖和消瘦，这是脂肪的贮存和动用的结果。当食物

供应的能量超过人体的需要时，糖或蛋白质可转变为脂肪贮存起来。反之，供能不足时，脂肪氧化分解以补充能量需要。例如：长期禁食、厌食或消耗性疾病的病人易消瘦，就是由于供能不足或耗能增多。

2. 酮症 脂肪的氧化分解供能，和糖代谢一样，也是最终产生二氧化碳和水。但脂肪代谢还有其特点，其中最重要的就是酮体的产生和利用。

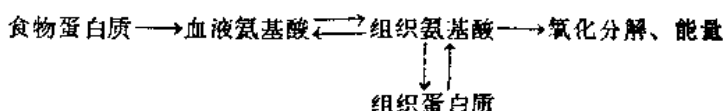
脂肪分解代谢过程中，有一部分要在肝脏生成未完全氧化的代谢产物——酮体，并放出能量；然后通过血液运输到其它组织利用，进一步氧化为二氧化碳和水，再放出能量。这就是酮体的产生与利用。在正常情况下，肝脏产生的酮体有限，迅速被肝外组织利用，所以血中酮体不多，尿中酮体也极微。

当能量供应不足（如因病不能进食）或代谢障碍（如糖尿病）时，由于动用大量脂肪供能，肝脏产生的酮体异常地增多，以至超过肝外组织利用酮体的能力限度，结果血及尿中酮体都增多，这种情况称为“酮症”。酮体包括两种较强的酸和丙酮，所以酮体过多必然影响到体内酸碱平衡，严重时可发生酮症酸中毒。这类病人往往在呼气中有丙酮的烂苹果气味，值得临床上重视。



(三) 蛋白质代谢及其障碍 蛋白质是人体最重要的组成成分，人体各种功能活动无不与各种具有特殊功能的蛋白质有密切关系。因此，蛋白质代谢的障碍必然对人体活动产生深刻的影响。

1. 蛋白质的更新 蛋白质在各种组织中的含量相当恒定，但始终是不断地进行更新。组织蛋白质不断分解为氨基酸，与从食物蛋白质消化吸收来的氨基酸，通过血液进行交换。组织从血液吸取所需的氨基酸合成新的蛋白质；同时还有部分氨基酸要在组织中进行分解代谢，氧化供能。



各种组织的蛋白质更新速度有很大差异，其中以肝脏的更新速度为最快。而且肝脏还是主持血浆蛋白质（白蛋白及部分球蛋白）更新的重要器官。当肝脏功能发生障碍时，血浆的白蛋白减少而球蛋白增高，严重者血浆蛋白质总量可降低，这些变化可以从临床化验发现。

人体经常需要从食物中获取足够的蛋白质，保证旺盛的蛋白质代谢。如果较长时间不能正常进食，或者某些疾病使体内蛋白质消耗过多，都可产生一系列蛋白质不足的表现，如疲倦乏力、消瘦、生长发育障碍、记忆力减退及浮肿等，对疾病抵抗力下降。

2. 尿素合成的障碍与肝昏迷 氨基酸的分解代谢，除氧化生成二氧化碳和水并供给能量外，还要产生有毒的含氮代谢产物——氨。因此氨的产生与解毒就成了蛋白质代谢中一个重要的问题。

正常情况下，肝脏具有解毒功能，它能迅速地将氨合成无毒的尿素，通过血液运输到

肾脏从尿中排出。这样，尽管体内蛋白质分解代谢不断产氨，但仍能及时处理，血氨浓度能经常维持在极低水平。

当肝脏功能受到严重损害时，由于尿素合成的障碍，氨不能及时解毒而在血中积聚，脑、神经组织就会产生中毒症状，如头痛、烦躁不安、谵妄、神志不清、昏睡等，这是肝昏迷的重要原因之一。

除合成尿素这种解毒方式外，肝、肾、脑及其他一些组织 还能将氨与谷氨酸（一种氨基酸）结合，生成无毒的谷氨酰胺。临床上根据这一原理，常用谷氨酸钠盐来抢救肝昏迷病人，也可收到一定疗效。

血液中象尿素、谷氨酰胺等这样的含氮物质，主要是蛋白质代谢的产物，临床上常把它们所含的氮总量称为非蛋白氮（NPN），其中约有一半是尿素氮。当肾脏功能受损时，由于含氮代谢产物的排泄障碍，血液非蛋白氮含量增高，是引起尿毒症发生的重要原因。

总的来说，糖类、脂肪和蛋白质的代谢障碍的原因，主要是：饮食不足或消化吸收不良，消耗过多，以及器官组织的功能失常。治疗的原则是补充不足和改善器官组织功能。临床上急用时，补充糖类常用葡萄糖，补充蛋白质常用血或血浆；如果消化功能容许，可进富有糖分和蛋白质的食品；一般少用含脂肪多的食物，因为它们不易消化吸收。改善胃肠、肝、胰、肾脏等的功能是恢复正常代谢的重要措施。特别是肝脏对三类物质的代谢起着重要的作用。神经、内分泌（激素）系统支配各器官组织的功能活动，同时直接参与一定的代谢过程。因此，治疗代谢障碍应当从人体内部各方面考虑，这一点在治疗重病时尤其要紧。

食物中的糖类、脂肪和蛋白质，属于祖国医学所说的“水谷之精”。水谷之精通过脾、胃、肠的作用转化为体内的“精气”，脾脏的功能极为重要。脾虚时可出现无力、消瘦与浮肿等，常用甘温药治疗，如饴糖、大枣、山药等。脾病的证治，有一部分可从代谢方面去理解。祖国医学认为，精气运化又与肾、肺、肝等有关。因此，用中草药治疗代谢障碍的疾病，要考虑调理有关的脏腑功能。

## 二、水及无机盐类的代谢及其障碍

水是人体的重要成分。正常成人的水含量约占体重的 60%，其中溶解有无机盐类及其它物质，分布全身各部，总称为体液。其中约三分之二存于细胞内，称为细胞内液；其余三分之一存于细胞外称为细胞外液（约占体重的 20%）。细胞外液包括组织间液（约占体重的 15%）和血浆（约占体重的 5%）两部分。

人体内含量高的无机盐类是钾、钠及钙盐。细胞外液所含的无机盐类主要是钠盐（绝大部分是氯化钠），细胞内液则主要是钾盐。钙盐除少部分存于体液，其余主要存在于骨骼及牙齿中。

体内的水和无机盐类不断地进行新陈代谢。原有的成分不断被排出，又不断从外界获取来补充，而且体内各部分之间，还不断地进行交换，这种运动过程一刻也不能停止。正常人体内水及各种无机盐类的含量和分布状态，都经常维持相对恒定。这是人体与外界、体内各部之间的交换过程，处于相对平衡状态的表现。当某方面交换过程失去正常的相对平衡，即可产生水及无机盐代谢障碍的病症，如脱水、酸硷中毒、高血钾症、钙缺乏

症等。

### (一) 水和钠盐的代谢及其障碍

1. 水和钠的进出平衡 食物及饮料是体内水及钠盐的主要来源。正常成人每天进水量约 2000~2500 毫升（其中包括从糖类、脂肪及蛋白质代谢产生的水约 300 毫升），进入钠盐约 10 克。

一般情况下，每天从呼吸及皮肤蒸发排出水约 900 毫升。在天气炎热或干燥、体温增高及肌肉运动等情况下排出水量增加。出汗时水的排出更多，还有钠盐随汗液流失。

正常人每天随消化液分泌，有大量水及钠盐进入消化道，但绝大部分（连同食入的水和盐）都被重吸收，从粪便排出的只不过约 100 毫升水和极少的钠盐。

肾脏是水及钠盐的重要排泄器官，每天尿量和随尿排出的钠盐量都有很大变化。正常人每天通过各种途径排出的水和钠盐量，通常总是和进入量相当。这种进出的相对平衡，除通过渴的感觉调节水的进入量外，主要就是通过肾脏的调节来实现的：多吃多排，少吃少排，其他途径排出多时尿中就少排。

2. 脱水 脱水是由于水和钠盐的进入量低于排出量，引起体液量异常减少的一种病症。疾病时发生严重的吐泻、出汗过多、长时间不能进饮食等，如果不能得到适当的治疗，就会发生脱水。但由于脱水的原因不同，体内水缺乏和钠盐缺乏的程度可有差别。例如：当出汗或腹泻过多而只喝白开水或输葡萄糖液时，就会引起钠盐缺乏。食道发生梗阻时，因不能正常饮食而钠盐排出并不增多，常引起慢性缺水。临床表现：（1）缺水可引起口渴、舌唇干燥、尿少、发热、烦躁不安以至惊厥等。（2）钠盐是细胞外液保持水分的重要因素，所以缺盐极易引起细胞外液量减少。组织间液量减少可引起眼眶及囟门凹陷，皮肤弹性减弱，血浆量减少可引起血液浓缩、血压降低、脉搏微弱而速、四肢不温等，血压下降可使尿量更减少，甚至无尿。

防治脱水的要点如下：

（1）计算病人每昼夜的液体出入量。出量包括尿、吐物、粪便、汗水、渗出液（如二度烧伤）等，还应包括从肺和皮肤蒸发排出的水分（近 1000 毫升）。入量包括饮食及输液。一般是“量出为入”，根据丢失的液体量补充。

（2）如果肾功能基本正常，则尿量可作为细胞外是否脱水的参考。尿量在 1000 毫升以上，液体补入量可略少于排出量。尿量在 600 毫升以下，补入量应多于排出量。此外，可根据眼窝、口唇、舌、皮肤等处的表现酌情增减补入量。

（3）静脉输液必须选择种类，如 5~10% 葡萄糖（水、葡萄糖）、生理盐水（0.9% 氯化钠）等，根据病情选用（参考表），并防止造成新的失衡。口服饮料比从静脉输液更好，但也应注意无机盐种类和多少。静脉输液的速度不应过快，过快引起血浆容量迅速增加，会使心脏负担过大。如果病人有心、肾或肺的疾病，输液更应缓慢，数量也应严格限制。

3. 水过多症 对脱水或其它疾病的病人，如果单纯补充大量的水或葡萄糖液，不但引起血钠浓度过低，而且更可使细胞外液的水大量进入细胞内，产生水过多的症状：倦怠无力，头痛，恶心呕吐，精神不振或谵妄，肌肉颤动或抽风，甚至神志不清以至昏迷。农村中在天气炎热时，由于大量出汗而喝水过多也可发生水过多症（称为“串凉”），可用浓咸菜汤或浓食盐水来治疗，必要时输入 3~5% 氯化钠。

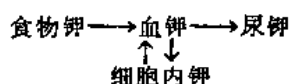
脱水时静脉输液参考表 (成人每日量)

| 脱水病因       | 5~10% 葡萄糖液 (毫升)  | 0.9% 氯化钠液 (毫升) | 氯化钾  | 碳酸氢钠 | 其 他         |
|------------|------------------|----------------|------|------|-------------|
| 严重吐泻、急性肠梗阻 | 1500~2000        | 1000~1500      | +    | +    |             |
| 幽门梗阻       | 1000~1500        | 1000           | (+)  |      |             |
| 急性腹膜炎、二度烧伤 | 1000~2000        | 1000           | 腹膜炎+ | +    | 全血、血浆 (必要时) |
| 大出血、严重创伤   | 1000~1500        | 500            |      | (+)  | 全血、血浆为主     |
| 单纯水缺乏      | (先)<br>1000~2000 | (后) 500        |      |      |             |
| 单纯钠缺乏      |                  | 1000~1500      |      | +    | 可用3~5% 氯化钠  |

## (二) 钾盐代谢及其障碍

1. 钾盐的进出平衡 正常人血钾(指血浆中的钾盐)浓度相当恒定(16~22毫克%), 虽然其浓度远比细胞内液为低, 但它却是维持神经肌肉及心脏正常活动的重要因素。

人类从食物获得的钾盐(蔬菜、水果、豆类及肉类等都含有丰富的钾盐), 吸收后通过血液运输到全身各部, 这就是血钾的重要来源。血钾又不断通过肾脏从尿中排出, 这就是血钾的主要去路(粪便和汗液也排出少量钾盐)。体内各组织细胞不断从血液中吸取钾, 又不断将细胞内钾释放入血。血钾浓度维持相对恒定, 是这些钾盐进出血液的对立统一关系的反映。



在神经激素的调节下, 肾脏的排钾功能是维持血钾浓度相对恒定的重要因素。一般口服钾盐不易引起血钾异常增高, 因为肾脏能迅速将钾盐排出, 多吃多排, 少吃少排。但是, 肾脏保留钾的能力有限, 即使完全不吃钾盐, 甚至体内缺钾时, 每天仍从尿中排出钾1~2克(来自细胞内钾)。因此对不能进食的病人应注意钾盐的及时补充。

2. 低血钾症 由于长期进入量不足, 或者排出量异常增多(如剧烈腹泻、呕吐, 大量利尿等)而缺乏适当的补充, 都可能发生低血钾症。

低血钾症的临床表现, 主要是肌肉(包括消化道平滑肌)无力甚至发生麻痹, 以及神经系统和心脏活动的障碍。轻度低血钾病人有精神不振、四肢无力、食欲减退; 较严重时, 则可出现嗜睡、烦躁不安、腱反射减弱、胃肠蠕动减慢、肠鸣音减弱、腹胀、心音低弱、脉无力、血压有降低趋势; 严重时, 可发生昏迷、四肢瘫痪、呼吸困难、心律不齐、血压降低等, 甚至心跳停止。

低血钾症较为常见, 并且多与脱水同时发生, 应注意及早防治。补钾时, 预防用量为氯化钾2~3克/日; 治疗用量为4~6克/日。较重的缺钾往往需要3~4日才能补足, 不应一次就给予大量钾。口服比较安全。静脉点滴应将氯化钾用葡萄糖液、生理盐水稀释, 浓度不宜大于1.5克/500毫升, 滴入速度不可快。切不可直接从静脉注射; 肾功能不好或泌尿很少时补钾必须慎重。

3. 高血钾症 临床上, 高血钾症(即钾中毒)比较少见, 主要原因是肾功能不全或输钾过多、过快。高血钾症一经出现就比较严重, 突出地表现心脏活动的失常: 心跳缓慢、

心律不整、脉无力、甚至可心跳突然停止，此外还可有四肢麻木、烦躁不安、神志不清、反射减弱或消失等。

治疗钾中毒是紧急的，采取下列措施：（1）停止输入钾；（2）注射 25~50% 葡萄糖液加胰岛素（50 克糖加 20~25 单位），帮助血钾转移到细胞内，暂时降低血钾；（3）静注 10% 葡萄糖酸钙 20 毫升（每 2~4 小时可重复一次），以对抗钾过多对心脏的作用；（4）如还可输液，则选碳酸氢钠或乳酸钠作静脉点滴；（5）肾功能尚好者可给予利尿药。

（三）钙盐代谢及其障碍 钙是人体内含量最高的无机盐类，绝大部分存于骨骼及牙齿中，是维持这些组织硬度的主要成分；只有百分之一左右存于血液中。

骨骼和牙齿的组织，一方面不断从血液中吸取钙构成骨盐，另一方面又不断将钙盐释放入血，并通过粪便和尿液排出体外。人体要经常从食物获取足够钙盐，才能维持骨骼、牙齿的正常硬度和生长。若食物中缺乏钙或钙吸收障碍，或者缺乏维生素 D（它的作用是促进钙盐吸收及骨骼钙盐沉着），都可发生钙缺乏症，如佝偻病或软骨病。

体内缺钙时，血钙浓度可降低。（正常人血钙浓度为 9~11 毫克%，其中约有一半与血浆蛋白质结合，其余为游离钙。）血钙浓度过低，可发生手足搐搦症。硷中毒时，血中游离钙减少（血钙总量可维持正常），也可发生搐搦。在这些情况下，可静注葡萄糖酸钙等缓解症状。

### 三、酸硷平衡及其障碍

（一）体液酸硷度的调节 体液酸硷度的相对恒定，是维持人体组织细胞正常活动的一个必要条件。决定体液酸硷度的物质就是体内的酸和硷。人体在代谢过程中不断产生酸和硷，而且产酸多于产硷，如最常见的代谢产物二氧化碳溶于水生成碳酸、糖代谢可产生乳酸、脂肪代谢可产生酮体、蛋白质代谢可产生磷酸、硫酸等。然而，正常人体能通过内部的调节，使体液的酸硷度经常维持相对恒定。

既然体内代谢产酸多，对酸的处理成为维持体液酸硷度相对恒定的主要方面。处理酸性物质主要通过下述三个环节：

1. 血液的缓冲作用 血液中含有许多缓冲物质（能与酸或硷起作用而缓和其酸硷度变化的物质）。其中有碳酸氢钠，是一种硷性的盐，可与酸起作用，在维持血液的正常酸硷度方面占重要地位。所以血液中碳酸氢钠含量的变化可影响体内处理酸的能力。

2. 呼吸的调节 体内酸过多时，呼吸中枢兴奋，使呼吸加深加快，呼出较多二氧化碳，以减少血中酸性物质（碳酸）；反之，体内酸减少时，呼吸变慢变浅，少呼出二氧化碳，保留较多碳酸。

3. 肾脏的调节 肾小管上皮细胞有排酸保硷的功能，即经常从尿液排酸和回吸收碳酸氢钠（硷）入血的作用。体内酸过多时，排酸保硷作用加强，使更多碳酸氢钠回血，维持血液处理酸的能力；反之，体内酸减少时，这个作用便减弱。

（二）酸硷平衡的障碍 体内处理酸硷的能力有一定限度，当酸硷的来源或消耗超过这个限度，体内酸与硷失去正常的相对平衡状态，体液的酸硷度发生显著的变化，就可引起酸中毒或硷中毒。

1. 酸中毒 酸中毒是临床工作中常见的酸硷平衡障碍。酸中毒的原因包括：（1）产酸过多。例如长期不能进食或糖尿病患者，脂肪及蛋白质分解代谢增强，产生酮体、磷

酸、硫酸等酸性物质增多。(2)失硷过多。例如严重腹泻,大量硷随肠液丢失。(3)处理酸的能力降低。例如肾功能障碍或呼吸障碍。

轻症酸中毒时临床表现不明显,严重时可出现呼吸深快、心率加快、烦躁不安、嗜睡、神志不清以至发生昏迷。

预防酸中毒应积极治疗原发病,并预防酸中毒的直接原因,如禁食或严重腹泻时应输葡萄糖液和生理盐水,必要时可用碳酸氢钠等。轻度酸中毒时,往往只要纠正脱水(酸中毒常合并发生脱水),改善肾脏调节功能,就可使酸中毒得到纠正。对重症酸中毒,就需要静脉输入4%碳酸氢钠或1.9%乳酸钠。

2. 硷中毒 硷中毒比较少见。严重呕吐(大量丢失酸性的胃液)是硷中毒较常见的原因。此外,钾缺乏(此时肾脏排酸保硷作用往往异常增强)也可致硷中毒。

硷中毒的临床表现,主要是呼吸浅慢,而且还可因血中游离钙降低出现手足搐搦。硷中毒的治疗,除了积极消除病因,可用生理盐水和氯化钾,必要时可用氯化铵(成酸药物)和氯化钙。

## 第二章 农村劳动卫生

农村劳动卫生是贯彻“预防为主”的方针，积极防治劳动生产中某些有害因素引起的疾病，保护广大群众的健康，促进革命生产发展的一项重要工作。

伟大领袖毛主席历来十分关心人民的健康，关心人民卫生事业的发展。解放后在毛主席革命路线的指引下，随着工农业生产的大跃进，劳动卫生和职业病的防治工作也蓬勃地开展起来，劳动条件大大改善，劳动防护不断加强，有效地预防和减少了一些职业性疾病的发生，促进了革命生产的发展。

但是，“城市老爷卫生部”顽固地执行刘少奇修正主义卫生路线，竭力反对“预防为主”的方针，重治轻防、防治分家。不是放手发动群众，走群众路线，而是依靠少数专家，推行“洋奴哲学”、“爬行主义”，严重脱离无产阶级政治，脱离我国农村实际，脱离广大工农的需要，把农村劳动卫生工作引向邪路。

无产阶级文化大革命以来，在毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示指引下，农村卫生工作呈现出一派大好形势。赤脚医生坚决执行毛主席无产阶级卫生路线，在当地党组织和革委会的领导下，积极开展农村劳动卫生工作，为贫下中农除害灭病，有力地促进了社会主义工农业的发展。

开展农村劳动卫生工作，首先要向群众宣传毛主席对人民的深切关怀，深入开展革命大批判，使大家知道搞好劳动卫生，减少疾病，提高健康水平，对社会主义革命和建设的重大意义。同时采取群众喜闻乐见的形式和方法，用通俗的语言把劳动卫生的常识教给群众，以成为群众自觉的行动。

开展农村劳动卫生工作要与实际的革命和生产任务结合起来，与群众性的爱国卫生运动结合起来，与防病治病结合起来。自力更生，土法上马，群策群力，除害灭病。在劳动生产中，逐步建立合理的、切合实际的劳动卫生制度，通过实践不断摸索，总结出行之有效的除害防病的具体方法。

当前，在毛主席“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针指引下，我国广大农村的小型工矿如雨后春笋般地蓬勃发展，支援了农业生产，有力地促进了我国社会主义建设的大跃进。

“人民群众有无限的创造力。”农村广大劳动群众在与天斗、与地斗的生产实践中，为国家创造出无数的财富，也积累了除害灭病的丰富经验。我们要深入实际，到工矿车间、工地炉旁，虚心向工人学习，和他们共同研究改善劳动环境，做好“四防”：防暑、防尘、防毒（职业中毒）和防意外伤，开展技术革新，大搞综合利用，变“废”为宝，变“害”为益，减少职业性疾病的发生。我们要深入实际，到田间地头，走门串户，虚心向贫下中农学习，尊重群众的首创精神，及时发现典型、抓住典型，总结经验，树立先进，普及推广。只要我们坚决执行毛主席的无产阶级革命路线，充分相信群众，依靠群众，农村劳动卫生工作就能搞的朝气蓬勃，就能在“抓革命，促生产，促工作，促战备”中发挥巨大力量。

## 稻田皮炎的防治

稻田皮炎是指参加水田劳动时得的几种皮炎。防治稻田皮炎，对于发展水稻和其他水田作物的生产，具有重要的意义。

常见的稻田皮炎有两种：一是尾蚴性皮炎，俗称“鸭屎疯”、“痕水病”等。另一是浸渍糜烂性皮炎，俗称“烂手烂脚”等。南方地区内，从春耕（三、四月）到夏收（六、七月），可发生尾蚴性皮炎；夏收夏种的炎热时期，易发生浸渍糜烂性皮炎。北方地区内则以尾蚴性皮炎为常见，发生于五至七月间。此外，钩虫性皮炎等也可在下水田后发生，但不如以上两种皮炎普遍。

### 尾蚴性皮炎

这种皮炎是禽畜的血吸虫尾蚴钻入人体皮肤引起的。

血吸虫寄生在家鸭、野鸭或牛、羊体内，当病鸭、病牛下水田时，血吸虫卵会随着它们的粪便进入水田。虫卵在适宜的水温下孵化成为毛蚴。毛蚴钻入一种螺蛳——椎实螺（俗称痕螺、实螺、海拉蚂等）体内，发育成为尾蚴。尾蚴成熟时成批地从螺体钻出到田水中。遇见鸭、牛等下水田，尾蚴就钻进宿主体内，发育成为血吸虫。如果人下水田劳动，尾蚴也可钻进人体皮肤，引起尾蚴性皮炎。因为人体不是它们的寄生宿主，所以尾蚴进入后随即死亡，人也不发生这种血吸虫病。

尾蚴性皮炎实际上是人体和皮肤组织对尾蚴的反应，因为尾蚴是一种异物蛋白质。下水田劳动时接触田水的部位，主要是小腿、前臂和手、足，皮肤受尾蚴侵入后，出现小红点、红斑和丘疹，很痒，影响夜间睡眠。一次感染一般经过几天就好转。然而往往是多次反复感染，造成腿足或手臂奇痒，时间较长，皮肤被抓破后流黄水，常可继发化脓感染，如发生脓疮、淋巴管炎、淋巴结炎等。

#### 【预防】

1. 灭螺 椎实螺是这种血吸虫的中间宿主，消灭它不但可预防人体发生皮炎，而且可预防禽畜受感染。灭螺可从两方面着手，一方面是用化学药物直接杀灭水田中的螺，另一方面是造成不利于螺生长的条件。

(1) 用化学药物直接杀灭田水中的螺，要同施肥、除稗、灭虫结合起来，而且田水不宜过深（一般不超过15厘米）。常用的灭螺药物、用量、作用见下表。

| 药<br>品 | 氨 水                       | 硫酸铵          | 草木灰      | 茶子饼粉                            | 五氯酚钠                          | 6%可湿性<br>666粉 | 硫酸铜                  |
|--------|---------------------------|--------------|----------|---------------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------|
| 用<br>量 | 30~40 斤/亩                 | 30~40<br>斤/亩 | 100斤/亩   | 20~30斤/亩                        | 1.0~1.5<br>斤/亩<br>(水深5厘<br>米) | 15~20斤/亩      | 1.0~1.5<br>斤/亩       |
| 作<br>用 | 施肥灭螺（一<br>小时内就使椎<br>实螺死亡） | 施肥<br>灭螺     | 施肥<br>灭螺 | 施 肥 灭 螺<br>(水温25℃<br>以上效果<br>好) | 除稗灭螺                          | 杀虫灭螺          | 灭螺（维<br>持时间半<br>月左右） |

注：有的地方用“大亩”计算，用药量适当增加。例如：氨水，每大亩用45~60斤，其他药量也可按比例增加。

(2) 造成不利于螺生长的条件：椎实螺多生长在比较低洼、荫蔽、水流迟缓的地方。因此，乘水稻收割时整修田埂地沟，或泔田耘地时减少坑洼，使椎实螺多数被强烈的日光晒死，或被灌溉水流冲走，水田里的螺就会明显减少。水田的水口加设竹篱或荆条的篱障，以防螺蛳随水流传播。残存螺蛳的小沟、坑洼、小池沼等，可用石灰、烟杆、菖蒲、敌稗等灭螺，并且发动群众用其他方法灭螺，做到除害务尽。

2. 治疗病牛 治疗病牛不仅在预防稻田皮炎上很重要，而且使病牛恢复健康，增加使役年限，有利于生产。当我们发现本地有稻田皮炎时，应当检查耕牛。如果发现患血吸虫病的牛，就要请当地兽医及时治疗。

可用牛粪孵化法诊断牛的血吸虫病。

3. 个人防护 如果水田内有尾蚴，下田以前，在腿足和手臂上涂抹防护剂，可防避尾蚴钻入皮肤。较常用的防护剂是用糠油、桐油、凡士林等涂抹，外加布制绑腿。但有效时间短。用25%松香凡士林或15%松香酒精涂抹，能防护3~4小时。塑料薄膜液、15%邻苯二甲酸二丁酯乳剂等，这类液体抹在皮肤上，防护时间较长。此外，还有各种塑料或乳胶制成的肢套，防避手足皮肤接触田水。这类办法多少会使人感觉不适，所以常用于稻田皮炎较重的地区。

以上灭螺、治疗病牛和个人防护都是预防尾蚴性皮炎的有效措施。但是，更好的方法是改进水稻种植技术、兴修水利以及逐步实现农业机械化。

在伟大领袖毛主席关于“农业学大寨”的号召下，全国各地农村发生了深刻变化。广大贫下中农战天斗地，连续多年夺得了粮食增产。在工人阶级的大力支援下，许多社队已经实现水田的电力排灌和机械或半机械耕作。许多地方不但粮食持续高产，而且已基本上消灭尾蚴性皮炎。结合对稻田皮炎的调查研究，进行水稻种植技术革新也可降低它的发病率。例如：有的地方水稻苗床工作中发病率较高，经过群众研究采用铲苗移栽法，可使发病率下降。有的地方实施薄膜育秧法，提前育苗和插秧时节，也可使发病率减少。

【治疗】 以止痒、抗过敏和抗感染为原则。

1. 针刺曲池、足三里、合谷、血海，配以委中刺血。耳针刺上、下肢相应的部位，配以耳背横行小静脉刺血。可收止痒效果。

2. 漆大姑（毛果算盘子）、桉树叶、苦楝树皮、旱辣蓼、艾叶等，任选一、二种煎水外洗，可止痒和减轻皮炎。必要时可内服扑尔敏4毫克或苯海拉明25毫克，一日3次。

3. 下田后初起红色小斑点时，可用5%来苏儿液、5%樟脑酒精或2%石炭酸酒精等点擦。

4. 抓破出黄水时，可涂紫药水。也可用炉甘石酞洗剂（详见“皮肤病常用外用药处方”节）。或黄柏、苦参、地肤子、明矾各3钱，加少量艾叶，水煎后，趁温浸洗。

5. 有化脓感染时，用炉甘石洗剂加硫黄（每100毫升加5克）、1:5000呋喃西林水、或大黄、黄柏、梔子（2:1:1）共研末加麻油外敷，必要时内服消炎解毒药。

### 浸渍糜烂性皮炎

这种皮炎与尾蚴性皮炎不同。一般在接连的下田劳动两三天后发病，先是几个指（趾）缝的皮肤发痒、变白和起皱，因搔痒或活动病变的皮肤表层磨破、脱落，露出肉色糜烂面，有黄水渗出，劳动时疼痛。严重糜烂者全部指、趾甚至掌、跖处都有表皮剥脱，剧痛而影

响工作和睡眠。糜烂处可能继发化脓感染。如果未继发化脓感染，病人停止下水约一周左右，糜烂常能自愈。但是，这种皮炎正好发生在双季稻抢收抢种的双抢大忙季节，而且常有多数社员得病，因此对生产影响很大。

浸渍糜烂性皮炎的发生，与几方面因素有关：

1. 下水田劳动时间较长，手足连续地浸泡在水里，而且皮肤受到机械性摩擦。
2. 田水温度较高，特别是水带有硷性时，使皮肤表面油脂消失，表皮组织易受田水浸透而变松软。
3. 大气中湿度较大，被田水浸透的表皮组织不易恢复干燥，尤其在趾缝、指缝间。

#### 【预防】

1. 皮肤卫生 夏季下稻田劳动后，应立即用清水将手脚洗干净。在多发地区，应请社员准备干燥粉剂或水剂，将手脚洗净擦干后，在指缝和趾缝内搽干燥药剂，以防浸渍糜烂。常采用的干燥药剂有以下几种：（1）枯矾粉末。（2）黄柏、炉甘石、五倍子、滑石粉各等分，研为细末。（3）明矾诃子水：明矾半两、诃子3两用白醋一斤浸泡，取液外擦。（4）桉矾水：明矾3斤，桉叶10斤加水50斤，煎成30斤，取液外擦。

2. 皮肤防护 （1）将凡士林、5%鞣酸软膏或桐油等抹在手脚皮肤上。（2）在手脚上涂一层塑料薄膜液（与防尾蚴用的相同）。（3）进行某种摩擦较多的操作前，可戴特制的指套（橡胶、塑料或尼龙制成），以减少磨损和避免水浸。

3. 合理安排劳动 在不影响生产进度的原则下，合理安排劳动，可减少稻田皮炎发生。例如，有的生产队安排社员半天下水田劳动，半天做旱地劳动，以减少手脚受浸泡的时间。又如，在高温田水里发生浸渍糜烂的机会较多，而且尾蚴在高温田水里活动力增强，因此在炎热季节安排早晚天气凉快时下水田，也可减少发病机会。

【治疗】 以干燥和抗感染为原则。治疗期间不宜下水田劳动。

1. 石榴皮加水4倍煎洗。
2. 病处无明显感染时，用枯矾滑石粉（1:9）、雄黄（1分研末）、大蒜（2分捣匀）或紫药水外擦。
3. 病处继发化脓感染时，可用2%硼酸水或1/5000高锰酸钾液洗净，再敷以氧化锌油或大黄、地榆（各等分）散等，必要时内服消炎解毒药。

## 农药中毒的防治

解放以来，在伟大领袖毛主席的英明领导下，光辉的农业“八字宪法”指导着我国农业飞速发展。化学农药的使用日益普遍，化学农药的品种越来越多，化学农药是防治农作物病虫害的一种有效工具，但如使用不当，对人畜也有毒害。因此，预防农药中毒是我们必须重视的一项卫生工作。

常用的农药主要有：有机磷化合物（如1605、敌百虫），有机氟化合物（如666、滴滴涕）和砷化合物（如信石、砷酸钙）等。这些农药都有强烈的毒性，通常只要用很小的数量或浓度，就能够灭虫，同时其中的大多数也容易毒害牲畜和人体。

农药有三种途径侵入人体引起毒害：

1. 从皮肤吸收 药液浸透衣服或者直接沾染到皮肤上，可经皮肤吸收而引起中毒。

2. 从呼吸道吸收 药液被吸入呼吸道内引起中毒。如天热气闷时, 农药在空气中浓度增高, 同时人体呼吸加快, 容易导致中毒。

3. 从消化道吸收 多数是因麻痹大意、不遵守安全操作制度而误食农药, 引起中毒。

伟大领袖毛主席教导我们: “千万不要忘记阶级斗争。”我们也决不可忽视一小撮阶级敌人可能盗用农药, 投毒破坏。因此我们要用阶级斗争的观点, 认真做好农药中毒的预防工作。

### 预防农药中毒的原则

1. 宣传群众, 依靠群众, 做好农药的“管”和“用”两件工作。要使广大贫下中农认识农药工作的重要意义, 提高警惕, 防止坏人破坏; 同时了解农药的常识, 正确施用农药, 监督关于农药工作的制度执行情况。

2. 组织农药工作的队伍, 选择政治可靠和身体健康的成年人担任管理和使用工作。这些同志应当熟悉农药的性能、使用和防止中毒的方法。

3. 加强管理: (1) 生产队贮存农药, 要有专人严格保管。(2) 用农药搅拌过的种粮, 要与粮食严格分开, 必要时掺入其他有色的东西, 以资区别。(3) 喷洒农药的用具和装存农药的口袋或瓶子等, 最好专用; 必须经过处理后才能作其他用途。器具坏了要及时修理, 以免使用时漏药。(4) 卫生工作用的农药, 要由使用人负责。拿回家庭的药品, 特别注意避免儿童误食。(5) 建立严格的购买、保管和使用制度, 必须登记出入账目。(6) 高浓度原液分装时, 不能随手倾倒, 最好用分装器。用剩的农药必须并在一起, 装入罐内, 严密加盖, 防止挥发。

4. 正确使用: (1) 按照农药性能和灭虫需要, 选配效能好而对人体、牲畜毒性最低的浓度。(2) 使用药物时, 要正确操作, 避免不必要的沾染。如果沾染可能性很大, 要采取适当的防护。如: 用口罩防避吸入; 用防护衣帽防避皮肤吸收; 用眼镜保护眼等。

(3) 农药作业时间要适当缩短, 减少接触中毒的机会。喷药时人站在上风侧, 做到顺风喷、隔行喷、退行喷、快速喷、换班喷、早晚喷。工作完毕后将用具和余药交保管员集中管理, 不得随便带回家中。自己要用肥皂水(敌百虫改用清水)洗脸、洗手后, 才可进食。(4) 喷过农药的田地, 要树立明显的标牌, 标明农药“有毒”字样, 防止人、畜进入。一般封闭7~8日。(5) 喷过农药的食用作物, 需经一定时间才能采用; 果树需20~30天, 牧草需一周, 玉米、稻麦等粮食作物须经过15天后才能收割。

5. 医务人员应当深入田间, 发现问题、及时处理。如发现头痛、头昏、恶心、呕吐、出汗、视力模糊等, 应立即洗净手、脸和皮肤污染部位, 脱去污染的衣服, 尽快予以治疗。如发现有不正确使用农药治癣疥、驱蛔虫等, 应予制止, 并加强宣传工作。

### 几种常用农药中毒的治疗

#### 一、有机磷农药

常用的有机磷农药有1605、1059、乐果、敌百虫等。这些化合物的毒性和其他有关的性质简单介绍如下:

这类化合物都比较容易溶解在酒精、煤油、乙醚等有机溶剂, 除敌百虫以外, 它们都有一些特殊的气味, 有一定的挥发性。这类农药引起的中毒, 潜伏期较短, 有时农药

| 药 物 种 类 | 原 料 剂 型 | 毒 性    | 水 溶 性 | 毒 性 残 存 时 间 |
|---------|---------|--------|-------|-------------|
| 1605    | 油剂或乳剂   | 大      | 不溶    | 长           |
| 1059    | 油剂      | 大于1605 | 可溶    | 较长          |
| 乐果      | 乳剂      | 低于1605 | 25%   | 短           |
| 敌百虫     | 粉剂      | 低于乐果   | 易溶    | 较短          |

进入人体后 20~30 分钟发病，一般都在 4~6 小时内出现症状。一般来说，潜伏期越短，中毒程度越重；潜伏期较长，中毒较轻。如果是在接触农药几十分钟内就出现中毒症状，常预示中毒严重，病情凶险。

中毒初期，病人首先有头晕、头痛、乏力、恶心、呕吐、多汗等症状；四肢麻木，但能自己行动（轻度中毒）。病情发展，则出现站立不稳、烦躁不安，肌肉纤维性挛缩（俗称肉跳），先从眼睑、面部等小肌肉开始，逐渐发展到全身。同时伴有呼吸困难，意识模糊，言语障碍，瞳孔轻度缩小等症状（中度中毒）。严重时出现脉快、血压升高、体温升高、口唇发绀、瞳孔高度缩小，或有肺水肿、昏迷、大小便失禁及呼吸麻痹等（重度中毒）。对病人要严密观察，有时短期内症状加重，不可因初期症状不明显，而当轻度中毒处理。

### 【治疗】

1. 去除毒物 经呼吸道吸入中毒者，立即离开现场，移至空气新鲜的地方；经皮肤接触中毒者，立即脱去污染的衣服，并用肥皂水清洗接触毒物的部位（敌百虫中毒用清水洗、不能用肥皂水，因其遇碱会变成更毒的敌敌畏）；经口侵入中毒者，则应立即用 1~2% 苏打水或 1/5000 高锰酸钾溶液洗胃，洗毕用硫酸镁导泻，以排除进入胃肠内的毒物。

2. 对症治疗 出现循环功能不全、血压下降者给去甲肾上腺素等升压药物。呼吸困难者给吸氧和人工呼吸。有抽搐者给用镇静药、如苯巴比妥钠肌注。

### 3. 解毒治疗

(1) 轻度中毒：可用阿托品 1~2 毫克，皮下或肌肉注射，每 30~60 分钟一次，总量为 3~9 毫克，或用解磷毒 0.4 克，溶于 20~30 毫升葡萄糖液中缓慢静注，1~2 小时一次，总量约 0.4~1.2 克。服中药甘草滑石汤，甘草 2~3 两，水煎，加入滑石粉 2~3 钱，调服。

(2) 中度中毒：用阿托品 2 毫克，肌肉或静脉注射，每 15~30 分钟一次，总量约 10~15 毫克。用解磷毒 0.8 克静注，每 30~60 分钟一次，总量约为 1.6~2.4 克。

(3) 重度中毒：用阿托品 3 毫克静脉注射，每 15 分钟一次，至瞳孔开始散大、肺水肿消失，再减少药量及延长用药间隔时间，总量约 25~60 毫克。用解磷毒 1.2 克静注，每 15~30 分钟一次，或经静注后改为静脉滴注，每小时用 0.5 克，总量约 2.4~8.0 克。

解毒治疗中，一般以阿托品为首选药物，因为它能迅速解除症状和控制肺水肿。中、重度中毒应并用阿托品和解磷毒，以增加药效；症状好转后停用解磷毒，继续使用阿托品治疗，直到症状完全消失。

## 二、有机氯农药

有机氯农药是农业上常用的杀虫剂之一。主要品种有 666、223（滴滴涕）两种。由

于这类农药对昆虫有强烈的触杀作用，且维持药效时间长，所以不仅用于农业杀虫，而且常用来消灭蚊、蝇、虱子、跳蚤和臭虫等。这类药虽不溶于水，但溶于油或某些有机溶剂，因此油剂或乳剂能增加皮肤对药物的吸收。

有机氯农药进入人体后，其毒性主要表现在侵犯神经系统和肝、肾等内脏器官。由于它在体内有蓄积作用，因此即使量少，但长期进入体内，也能引起慢性中毒。有机氯中毒表现，轻度为头晕、头痛、视力模糊，恶心、呕吐、腹痛等症状；中度为多汗、流涎、呕吐、肌肉震颤，抽搐、心悸、紫绀等症状；重度中毒可呈现癫痫样发作，甚至昏迷，呼吸衰竭。

#### 【治疗】

1. 去除毒物 经呼吸道或皮肤中毒者，去除毒物的方法同有机磷农药中毒。口服中毒者应用弱碱液，如2%碳酸氢钠洗胃或灌服鸡蛋白（15个）加明矾3钱，并服硫酸镁（30克）或芒硝（20克）导泻。忌用油类泻剂。

2. 对症及解毒治疗 （1）抽搐痉挛时，可用解痉镇静剂，如巴比妥钠（0.1~0.2）肌注，必要时用异戊巴比妥静注，也可静注葡萄糖酸钙。（2）呼吸困难时应用呼吸兴奋剂，如尼可刹米、苯甲酸钠咖啡因等。（3）急性有机氯中毒时，心肌对肾上腺素过敏，应慎用，以免导致心室纤颤。（4）肌注维生素B<sub>1</sub>、丙，静脉滴注葡萄糖液，以促进解毒和加速毒物的排泄。（5）皮肤沾染毒物而引起皮炎时，先用温水或2%碳酸氢钠液冲洗，再用氢化可的松软膏涂敷。（6）若有机氯农药落入眼内，宜用温水、生理盐水或2%碳酸氢钠溶液冲洗。

#### 三、砷化合物

常用的砷剂有砒霜（白砒）、亚砷酸、亚砷酸钠和砷酸钠等。其中以砒霜毒性最大，因其主要成分为三氧化二砷。

急性砷中毒主要是经口服引起，表现以胃肠系症状为主：恶心、呕吐（顽固性呕吐）、腹痛、腹泻（米汤样稀便或水样血便）、里急后重，重者可出现体温下降、四肢发冷、心跳微弱、脉细而快、血压下降。有时出现皮炎，甚至是剥脱性皮炎。急性砷中毒有时也可由呼吸道迅速大量吸入引起，表现以中枢神经系症状为主：头昏、头痛、全身衰弱、肌肉痉挛、疼痛、烦躁不安、语无伦次，甚至昏迷、呼吸中枢和血管运动中枢麻痹等。

#### 【治疗】

1. 去除毒物 对口服中毒者，应立即催吐或洗胃，如用大量蛋白水（10~20个鸡蛋白）催吐，或用生理盐水、普通水或苏打水溶液洗胃。

2. 对症及解毒治疗 （1）二巯基丙醇是砷中毒的有效解毒剂，每次每公斤体重肌注2.5~3.0毫克，第1~2日每4小时一次，第3日改为每6小时一次，第4~10日改为每日2次或直到恢复为止。二巯基丙磺酸钠对砷中毒，特别是有机砷中毒具有良好的解毒作用。每次每公斤体重5毫克，第1日，每6~8小时1次，肌肉或皮下注射。第2日，每8~12小时1次，以后每日1~2次，一般5~7日为一疗程。（2）补液，输入5%葡萄糖和生理盐水溶液，严重病例应加用乳酸钠溶液，一般在最初12小时内至少滴注1000~1500毫升，一直继续到排尿、血压正常及呕吐停止。（3）镇静及镇痛，可用杜冷丁50毫克或吗啡10毫克皮下注射。（4）口服维生素B<sub>1</sub>、丙，肌肉注射，对有神经炎病例尤应使用。（5）中药，防风甘草汤：防风1两，甘草2两，水煎服。（6）对

局部皮炎可外用 10% 二巯基丙醇油膏涂敷，对剥脱性皮炎可用肾上腺皮质激素治疗。

## 防尘和矽肺的防治

### 防 尘

防尘是指防避生产性粉尘。所谓生产性粉尘，就是在某些生产过程中产生的危害人体的灰尘。如采煤过程中，打眼、放炮、掘进过程可发生矽尘和煤矽尘；金属、矿石、粮食等在进行机械加工（研磨、粉碎、切削等）过程也可发生各种灰尘；水泥、砂土、面粉、化肥、农药等在进行混合、过筛、包装、搬运过程也能使粉尘飞扬；煤炭燃烧不全，也能形成烟尘。这些生产性粉尘虽然多种多样，概括起来可分以下几类：

1. 有机粉尘 棉、麻、烟草、木材等植物性粉尘；皮毛、骨粉等动物性粉尘；有机农药、染料等人工有机粉尘。

2. 无机粉尘 矽石、砂、石棉等矿石；铅、锰、锌等金属；水泥、玻璃等人工制品。大约有 90% 以上矿石中含有二氧化矽，因此矽尘是无机粉尘中最重要的一种。

3. 混合粉尘 如煤矽尘、铅矽尘等含有两种以上成分者。

上述各种生产性粉尘都是在一定的条件下才对人体发生危害作用。大体来说，这一定的条件取决于：粉尘在空气中的浓度、粉尘的毒性、及粉尘的颗粒这三方面。也就是说，浓度越大、毒性越大、颗粒越小（不容易在空气中沉降、容易深入呼吸道）则对人体的危害越大。人体受生产性粉尘的危害可能发生各种疾病，主要是呼吸道疾病。在呼吸道疾病中有矽肺、鼻炎、喉炎、肺炎。这些由粉尘刺激而发生的上呼吸道慢性炎症，有时也可急性发作。某些金属粉尘如锰尘可直接引起肺炎。此外，由粉尘的刺激也可发生皮炎、毛囊炎、中毒（见“农药中毒的预防”）、结膜炎及哮喘等。

【防尘原则】遵照“预防为主”的方针，在各级党组织的领导下，积极开展宣传工作。各生产部门都要注意做好防尘工作，尤其是容易发生生产性粉尘的单位，更应重视防尘工作。把防尘的知识交给群众，依靠广大群众想办法，改革操作技术，制定切实可行的防护制度和措施。

防尘的措施，主要是从防止和减少生产性粉尘的发生及做好工作人员的个体防护这两方面着手。具体的方法要结合生产来解决。下面以矽肺的预防为例，说明一般防尘的基本措施。

### 矽肺的防治

长时间吸入矽尘引起的肺脏的病理变化称为矽肺。二氧化矽的来源分布甚广，矽尘浓度越高，游离二氧化矽含量越大，其危害性也越大。一般含游离二氧化矽 10% 以上的矽尘最高容许浓度为每立方米空气中不超过 2 毫克。如果空气中含有矽尘量超过这一范围，工人长时间接触，就会发生矽肺。

早期矽肺病人多无不适，或有轻度气短、胸闷，且多在劳动后才出现。病情加重，则症状明显。主要为呼吸困难、干咳、胸痛，有时伴有头痛、头昏、疲乏等。此时由于肺功能减退，常出现下述合并症：如肺气肿、支气管炎、支气管扩张、肺结核、肺原性心脏病、自发性气胸等。所以有长期接触矽尘历史的工人，如发现有气短、胸痛、咳嗽等症

状, 应进一步做肺X光照片及肺功能等有关检查, 以便早期确诊、治疗。

【预防】矽肺是完全可以预防的。多年来, 我国广大劳动人民在防止矽尘危害工作方面已取得了不少的宝贵经验, 做出了很大的成绩。广大群众在实践中总结出来的防尘八字措施, 为我们进一步战胜一切矽尘的危害提供了条件。这防尘措施归纳总结的八个字, 即“宣、革、水、密、风、护、管、查”。

1. 宣 加强宣传教育, 提高思想认识。领导重视, 深入实际, 做过细的政治思想工作。
2. 革 大搞技术革新, 改进工艺操作, 使生产过程逐步达到机械化, 自动化。
3. 水 提倡湿式作业, 这是简单易行、效果良好的办法。
4. 密 密闭尘源, 并将密闭和吸尘结合起来, 为了防止粉尘污染大气, 可将排土的粉尘直接排入过滤器内, 有的还可以回收利用。
5. 风 改进通风, 原则上是选用局部抽出式机械通风。
6. 护 加强个人防护, 戴好防尘口罩。口罩应用8层纱布或加泡沫塑料等, 面积要稍大, 要勤洗、勤换。
7. 管 加强技术管理、维修及建立各种制度。对生产设备及通风装置要经常维修, 生产环境要保持清洁整齐。
8. 查 做到就业前健康检查和定期健康检查。要测定车间粉尘浓度, 经常保持在国家最高允许浓度以下。

#### 【治疗】

1. 首先要做好过细的思想工作, 使病人有坚强的信心战胜疾病, 充分调动病人的主观能动作用, 进行呼吸体操等体育锻炼, 以增强肺功能和肌体的抵抗力。
2. 克矽平(P204)可预防和阻止矽肺进展, 并能减轻症状。用法以4%克矽平溶液6毫升喷雾吸入, 每日一次, 连用6天休息1天, 三个月为一疗程。
3. 中医辨证施治, 以养阴润燥、益气健脾、化痰通络、宣肺豁痰为原则, 选用: 桑白皮、枇杷叶、白茅根、贝母、沙参、麦冬、玉竹、地骨皮、党参、茯苓、白朮、山药、薏仁、陈皮、半夏等。
4. 新针: 天突、喘息(双)、关元、三阴交, 及膻中、尺泽(双)、肾俞(双)、阴陵泉(双)等穴均可交替选用。
5. 对咳嗽、气短、胸痛等症状可做对症治疗。中药可用杏仁、桔梗、前胡、半夏、贝母等, 西药可用止咳合剂、咳必清、可待因、氨茶碱等。
6. 积极防治合并症, 如肺结核、肺源性心脏病、自发性气胸等。

## 暑病的防治

暑病是指与环境炎热有直接关系的病症, 又称为中暑。

人体要保持一定的体温, 才能维持正常的生理活动。但是外界环境的温度并不能经常保持适宜。除了改造环境和增减衣服, 人体本身有适应环境温度变化、调节体温的功能。环境温度升高时, 体表血管扩张, 从体表放散的热量也增多。当环境温度超过皮肤的一般温度( $32\sim 35^{\circ}\text{C}$ ), 从体表放散热量受影响, 就要靠出汗蒸发, 放出多余的热量(水分化气时吸热)。所以, 出汗蒸发是夏天和其他高温条件下, 保持体温正常十分重要的因素。

汗水蒸发，又与空气的湿度和流动度有密切关系。空气比较干燥时，水分容易蒸发，人体比较容易散热。空气比较潮湿时，水分不易蒸发，不利于人体散热。如果环境既热又潮（温度超过 $30^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度超过75%），人体散热受阻碍，热量就容易在体内蓄积，可引起体温上升。空气流动可使体表散热较快，使人感觉凉快。如果空气流动很少，即使人体热得出汗，蒸发散热仍然比较慢，使人感觉闷热。由于这个道理，在气温高，湿度大和通风不良的环境内，人们就容易得暑病。

人的身体对高温的适应能力是有差别的。例如：新到高温环境的人，比经常在高温环境下工作的人，容易得暑病。身体疲倦时比精力充沛时容易得暑病。产后、病后或身体虚弱者比较容易得暑病。总之，凡调节体温的功能比较差者，容易得暑病。

祖国医学认为，暑病是暑气阻碍内热宣发，或暑热入里，引起心、脾等功能失常，甚至亡阴，亡阳。由于病因病理有所不同，暑病可分几种情况。

（一）日射病 是指太阳光照射人体头部所引起的强烈反应。太阳光除了可见的光线，还有看不见的紫外线和红外线。红外线是太阳光有热力的重要因素。一部分红外线有较强的穿透力，可穿透颅骨作用于脑，引起脑的温度增高和其他变化。因此，在夏季强烈的日光下进行劳动，如果头部直接受红外线的作用，颅内温度可超过 $40^{\circ}\text{C}$ ，就会引起一系列症状。

本病发病急，出现头痛、头晕、眼花、无力、面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细数等，严重的发生烦躁、谵妄、昏睡等，甚至呼吸循环障碍。本病的特点是头部受强烈的热线作用，而体温增高常不显著。

（二）热射病 是指人体处在高热（约 $34^{\circ}\text{C}$ 以上）的环境中，体内热量蓄积过多引起的病变，发生在天气闷热、车间工场内温度高而通风不良或住房内空气闷热等条件下。

体内热量蓄积，体温就会增高。起初，有疲倦、面红、头痛、口渴、多汗、脉搏和呼吸增快等。体温继续上升，就会发生烦躁、意识不清或昏睡、出汗减少或无汗、皮肤发烫、瞳孔缩小、抽筋、呼吸迫促、脉洪数等。有时可发生吐泻。有时因为大量血液分布于体表，出汗过多，使循环的血量相对地减少，引起虚脱、血压下降、脉细弱等。更严重时，病人面色苍白、口唇青紫、呼吸和脉搏弱而不规则、瞳孔散大、体温反而下降，生命危急。

本病的特点是体温调节功能的障碍，发生高热症，以及后期的循环衰竭。

（三）热痉挛 是指在高温环境中，主要由于体内缺乏氯化钠发生的肌肉痉挛等病症。

在高温环境中进行劳动，出汗多。汗水中含0.2~0.5%氯化钠。如果出汗时只喝白水，不补充氯化钠，则体内氯化钠要减少。而且，喝白水后继续出汗或排尿，继续带出体内的氯化钠，会使血液中氯化钠更加减少。

血液中氯化钠缺乏时，人体感觉无力，腓肠肌容易抽筋，严重时许多肌肉发生疼痛和痉挛，可有恶心呕吐，脉搏细数等。但体温常正常或只稍升高。

暑病虽则可分以上几种不同的情况，但是日射病可与热射病同时发生，热射病也可与热痉挛同时发生。总的来说，暑病的变化是：（1）热量在全身或头部蓄积过多；（2）以神经系统功能和体温调节功能的失常为主；（3）体内脱水或缺盐（氯化钠）。

### 【预防】

### 1. 户外劳动时的防暑

(1) 根据夏季气温情况,适当安排出工和休息。一般在 $35^{\circ}\text{C}$ 以下,有微风的天气,健康人在户外进行一般劳动,中暑的机会很少。超过 $35^{\circ}\text{C}$ 或进行强体力劳动,就须注意防暑。应当早出工,晚收工,延长工间休息和午休的时间。

(2) 在比较强烈的阳光下劳动,要预防日射病。北方农业社员习惯用白色手巾或头巾包头,南方社员习惯戴凉帽,都是传统的避免阳光直接照射头部的好办法。一般穿白色或浅色衣服,有减少曝晒的热度的作用。

(3) 生产队在田地头搭起简便的凉棚,便于工间休息时乘凉。

### 2. 室内劳动时的防暑

(1) 工场和车间等应加强通风,应有天窗、气楼、侧窗等进出气口(利于自然通风),产热量较大或工作人数较多的车间应设风扇。

(2) 减少或遮断热源。各种发热的物件如铸铁、锻件、刚出窑的砖瓦,尽可能搬到车间外或离人远的地方。熔炉、加热炉、锅炉等引起高热的设备,尽可能用隔热材料(如石棉、碳酸钙和镁等混合物)遮隔,工人要穿防护服,减少对人体的作用。

(3) 改进技术操作,如炉灶加煤出灰等采用机械化、半机械化的方法,减轻体力劳动强度。

(4) 适当规定工间休息,或到户外活动。有条件的地方,应为工人建设洗澡淋浴的棚房。

### 3. 其他

(1) 夏季炎热天气里开会、学习等,要注意室内空气流通,避免人员过于拥挤,站立的时间不宜太久。否则人群中容易发生暑病。

(2) 无论户外和室内的劳动,要准备充分的饮料,供社员和职工解渴消暑。暑天和高温环境下进行劳动,出汗多,有的强体力劳动可能每天排除氯化钠 $20\sim 30$ 克(25克为半两)。因此饮料内必须包含氯化钠,否则就会发生热痉挛。饮料可根据各地情况配制,例如:任选绿豆、青蒿、茅根、菊花、薄荷、桑叶、竹叶等一、二种,煎水,内加食盐到 $0.25\sim 0.5\%$ 。高温车间劳动时宜再加白糖或红糖适量。

(3) 对社员和职工进行身体检查,有慢性病的人可减轻劳动。产妇和病人住房应通气。

#### 【治疗】

(1) 把病人移到荫凉处,平卧,松解衣扣,喝凉茶或凉盐开水,用冷手巾敷头部或擦清凉油。

(2) 服人丹或十滴水。或刮痧。

(3) 昏睡不醒者应针刺人中、中冲等,或刺十宣放血少许。

(4) 喝盐水,或静脉点滴生理盐水1000毫升。必要时继续口服食盐,每2小时3克,约4~5次。

(5) 要设法使病人体温迅速下降到 $38^{\circ}\text{C}$ 左右。用冷水作头部和四肢湿敷,或把酒精涂在皮肤上散热,或以冷盐水反复灌肠。针刺大椎、曲池等。必要时注射安乃近0.5克加冬眠灵25毫克,或将冬眠灵50毫克加入5%葡萄糖500毫升静点(血压低者勿用)。

(6) 脉细弱,血压降低者用5%葡萄糖生理盐水静点,皮下注射麻黄素30毫克或

静脉输液内加去甲肾上腺素等升压药。心律不齐者用毒毛旋花子素 K0.125~0.25 毫克加于 25~50% 葡萄糖 20~40 毫升静脉慢注。

(7) 抽筋者用苯巴比妥钠 0.1~0.2 肌注。若有频繁抽搐、血压升高、瞳孔不等大等，为脑水肿征象，可用甘露醇、山梨醇等。

(8) 经上述治疗，病情初步好转，可用中药清热养阴：石膏 10 钱、竹叶 5 钱、麦冬 3 钱、党参 4 钱、甘草 1.5 钱、梗米 4 钱，余热不尽加知母 2 钱、元参 3 钱。

## 冻伤的防治

冻伤是人体较长时间接触低温后发生的病变。低温在冻伤的发生上是重要因素，但人体发生冻伤并不完全取决于这一方面，还与其他方面有关：

1. 湿度 同样的低温条件，湿度大时容易引起冻伤。因为水分比较能传热，衣、鞋受湿后保温能力差，皮肤受湿后对低温的抵抗力也降低。冬季长江流域的气温虽不如北方地区寒冷，但儿童发生冻伤者却比较常见，这与空气湿度较大有关。东北地区儿童发生冻疮，多数不在严寒的冬季，而在春季冰冻开化前后，也是这个道理。

2. 人体抵抗力 接触同样的低温条件，人体抵抗力较低时容易发生冻伤。人体对寒冷抵抗力可分局部和全身两方面来说。局部抵抗力在相当的程度上决定于它的血液循环。例如：鞋袜过于紧小，站在原地不动，下肢骨折后用石膏绷带或夹板固定者等，遇寒冷后都容易发生足部冻伤，与局部血液循环不良有关。耳壳、指（趾）端、鼻尖等循环末梢处，比较易受冻伤。全身的抗寒能力是多方面因素决定的，如神经的调节能力、体内热能储备、内脏器官的功能、皮肤抵抗力等。所以体弱有病、受伤、饥饿、疲倦等情况下容易受冻伤。人体抗寒能力能够经过锻炼而增强。例如：北方农村有许多儿童和成人，冬季经常在户外活动，衣服鞋袜穿得不厚，却有较强的抗寒能力。民间采用茄子秧或蒂、生姜、辣椒等煎水，经常擦洗易得冻疮的部位，可预防冻疮，这也是一种增强局部抵抗力的方法。

3. 防护 冻伤常发生在人们缺乏适当的防护的情况下。在我国北方，寒冷季节较长，有的地区气温可降到零下 30~40°C 或更低。进行低温下的作业，如果缺乏适当的防寒装备，可发生冻伤，甚至冻僵。另一方面，人的主观能动作用在防冻上也很重要。例如：在寒冷的环境里缺乏战胜严寒的信心，畏缩不动，就容易受冻伤；反之如果有战胜严寒的坚强信心，克服困难、适当间歇地活动肢体、磨擦皮肤，主动增强抗寒能力，就可减少冻伤。

广义的冻伤包括临床上的冻伤、冻疮和冻僵：

(一) 冻伤 受冷部位由于血管痉挛性收缩，皮肤苍白，皮温下降，局部疼痛，随后麻木。若长时间持续受冷，由于组织冻结，软组织变硬。待高温或解冻后，才出现冻伤的典型症状：

一度冻伤：皮肤红肿、灼痛、发痒。

二度冻伤：皮肤出现水泡、红肿，疼痛较剧烈。

三度冻伤：皮肤全层、甚至深部组织（肌肉、骨）发生坏死。坏死前皮肤色青紺或青灰，皮温明显低下，痛觉消失，水肿明显，近侧疼痛剧烈，水泡可带血性。多为湿性坏疽。

(二) 冻疮 在手、耳、脚等部位发生局限性慢性冻伤，称为冻疮。常复发，故也称

为复发性冻伤。表现为皮肤红紫、发痒、疼痛，容易抓破而继发感染。

(三) 冻僵 全身长时间受冻，人体大量散热，体温逐渐下降，寒战，头晕，困倦，皮肤苍白，活动困难，呼吸、脉搏减弱减慢，血压下降，昏迷等。解冻后，病人常有休克、急性肾功能衰竭等严重变化。

#### 【预防】

1. 平时要注意锻炼身体，冬季进行耐寒锻炼，提高人体的抗寒能力。
2. 冬季参加露天作业者，应穿戴防寒装备。在北方林区的职工要在冬季进行采伐，边防指战员要在冬季执行任务，都须有适当的装备以防冻伤。
3. 尽可能避免作业环境的水湿，如坑道、壕沟等宜设法排水，或在底上铺干树枝，减少人体受浸湿的机会。作业人员的衣鞋被浸湿后，及时更换或烤干。
4. 冬季出外行路或行军，要注意衣服鞋袜等松紧合适，太紧则影响活动和脚的血液循环，太松则不能御寒。衣鞋等被汗水浸湿时，要及时烤干，不应长时间穿着湿衣湿鞋在寒冷环境内。
5. 在野外遇到突然的大风雪而迷路时，不可乱跑以免徒然消耗体力，也不应呆在原地不动以免被冻僵，应当在就近找一背风处，间歇地在该处进行肢体活动，等候机会重新上路。在容易使人迷路的地方，最好设立路标。
6. 冬季运送伤病员，要注意防冻。特别对于昏迷、病重或外伤后固定的伤病员，要严加保护，切勿使某一肢体暴露在寒冷之中。
7. 加强气象预报工作，使露天作业人员、行军部队或其他外出人员对气温变化有所了解，有所准备。

#### 【处理】

1. 复温 一旦发生冻伤，应当及早复温。将冻肢浸在温度42°C左右的温水中进行浸泡，直到冻伤处皮肤从苍白变为微红。如果临时没有温水，可先将冻肢放在本人或他人身体的暖和部位(如胸、腋下)。复温越早越好。忌用雪或冰水擦洗冻伤处，以免加重。

全身冻僵或心跳停止者，应先对心脏进行复温，在心脏复温的基础上进行全身复温。

2. 一、二度冻伤和冻疮，采用消炎、减少渗出的治疗。一度冻伤和冻疮未破溃者，可用热水、辣椒水、生姜水、茄子秧水等浸洗。二度冻伤可用氢化可的松软膏等。冻疮破溃者可用一般的冻疮膏、干姜枯矾粉(等分)、熟石膏乌贼骨粉(等分调香油)等。

3. 三度冻伤在快速复温后，局部可涂三度冻伤软膏，静脉滴入10%低分子右旋糖酐，口服路丁和大量维生素丙，应用抗菌素，注射破伤风抗毒血清等。冻僵者应送到医院继续进行抢救治疗。

## 地方小型工业劳动卫生

### 农机农具厂的劳动卫生

地方小型农机农具厂的劳动卫生工作，主要从下述三方面着手。

(一) 防暑降温 高温主要来自溶铁、浇铸、打铁及加热炉等放散出来的热，夏季太阳辐射也是使车间温度增高的原因之一。经济实用的防暑降温方法有下述几种：

1. 自然通风 这是高温车间通风降温的基本措施。

(1) 开敞式自然通风：在南方地区，对于一些不放散大量灰尘和有害气体的厂房，多采用这种自然通风方法（图 2-1）。是以穿堂风为主，其特点为进出口大，阻力小，通风量大，建筑投资少。冬天为了防止冷风进入车间，在迎风面或进风的开敞口安装可拆卸的窗扇，或用抹泥的芦苇、席棚等围起挡风。

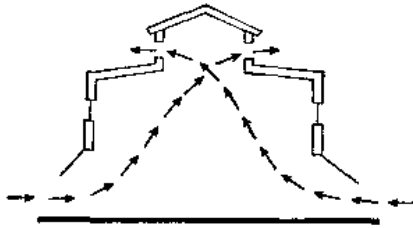
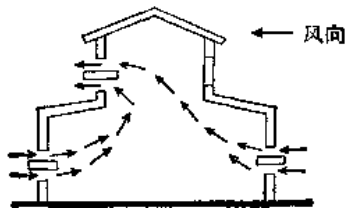
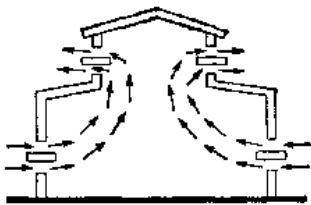


图 2-1 开敞式自然通风



① 有风时



② 无风时

图 2-2 有组织自然通风

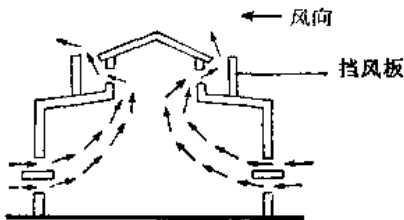


图 2-3 有挡风板装置的自然通风

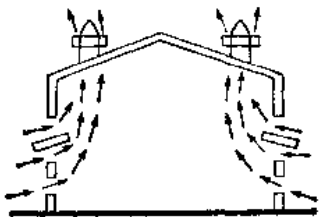


图 2-4 屋顶安装风帽的自然通风

(2) 有组织自然通风：利用车间内的热空气上升由天窗或气楼排出，新鲜空气由侧窗引入，使车间迅速换气。它可降低车间气温，使工人作业环境得到一定的自然风感。做好有组织的自然通风，关键在于合理的应用天窗、侧窗、挡风板、风帽和地脚窗等。

① 天窗和侧窗的合理利用。一般情况下是侧窗进风，天窗出风。有风时，为了防止气流倒灌，应把迎风面的一侧天窗关闭，无风时可开启两侧的侧窗和天窗（图 2-2）。② 挡风板的合理利用。在天窗外侧安装挡风板，可不受风向的影响，增强通风效果。安装时挡风板应与天窗平行，高度应与天窗同高，与天窗的距离一般为天窗高度的 1.5 倍（图 2-3）。挡风板的材料可用木板、薄铁板、旧窗子、玻璃、石棉瓦、芦苇等，各地可因地制宜采用适当的材料。③ 风帽和地脚窗的利用。在缺乏气楼建筑，侧窗也少的情况下，可在屋顶上安装风帽，做为排风口。墙壁也可开些地脚窗，做为进风口（图 2-4）。

2. 机械通风 在自然通风不能满足降温要求的情况下，可安装机械通风。例如：利用原有动力装置带动风扇，还可用木板、三合板、硬纸等制成多种简易的土风扇。

3. 散热及隔热 加热炉的烟道和加煤口应砌在室外，炉口留在室内，以减少由炉体放散的热量。热的产品和半成品要及时送到室外，在厂房狭小、热源较多的情况下，可集中热源，安放在排气天窗下面。热源之间设隔板，使热气流沿隔板上升，由天窗排出，避免热空气在室内散布（图 2-5）。

开放性加热炉在其上方要安装排气罩（图 2-6）。罩的材料可用铁板、耐火材料或草灰粘土压成的隔热板等制成。炉要设在下风侧靠墙处，烟囱靠墙直通房顶，使余热及时排除。炉的周围也可用砖砌成隔热炉壁和排烟罩，炉壁外涂石灰，防止炉壁散热。如用青砖砌成两层，再把稻草、麦秸烧成灰填在两层间的空隙内，则隔热效果更好。

(二) 防尘措施 粉尘来源主要在铸造作业的准

备型砂、打箱、清砂等工序中。型砂一般用砂土混合料，其中含游离二氧化矽很多，如不注意预防，对工人健康有影响。因此必须结合实际情况，采取积极有效的防尘措施。

### 1. 湿式作业

(1) 原料加水，湿式拌料：以前认为拌料加水会影响产品质量，都采用干式作业，发生粉尘很多。文化大革命以来，卫生工作与群众运动相结合，卫生医务人员与工人相结合，创造出有利于生产、有利于降尘的新办法。如沈阳某厂翻砂车间革命职工发明一种“流态自硬砂”，使作业环境空气中粉尘浓度降低到安全程度，同时还减轻了劳动力，提高工作效率两倍以上。

(2) 快速湿式打箱：铸件在 50 公斤以下时，浇铸后大约 5~10 分钟，待铸件定型即可打箱。这时型砂中水分尚未蒸发，可避免粉尘飞扬。如铸件在 50~100 公斤者，浇铸后大约 2~4 小时，铸件表面温度降低适当程度（约  $300^{\circ}\text{C}$  时），可覆盖湿砂并喷洒适量水，30~60 分钟后，待水渗入砂中再打箱。

(3) 湿式清砂：当铸件温度降至  $60^{\circ}\text{C}$  左右，可向铸件附砂部分喷洒适量水，砂土充分湿润后用清砂工具铲掉型砂。在不影响铸件质量的条件下，也可用水漂清砂法，即将开箱的热铸件浸入水中，利用水汽在砂中的膨胀作用，使型砂脱落。

2. 机械操作和密闭抽尘 尽可能用机械操作和密闭抽尘的办法进行原料碾碎、过筛、拌料等工序，避免粉尘飞扬。

3. 卫生防护措施 加强群众宣传，制定合理的操作规程。如操作中要轻放、轻倒。经常保持室内卫生，地面常洒水，避免粉尘飞扬，做到“二有”（有条理、有一定湿度）；个人在作业时戴防尘口罩等。

(三) 预防外伤、烧伤 个人操作时疏忽大意，机器设备发生故障及缺乏防护措施等，均可发生外伤。因此，认真执行生产安全操作制度，定期检修机器设备，加强操作防护措施是十分重要的。木工、机床等可能发生刀具、锯、齿轮、皮带等损伤人体的情况。除了要合理操作外，还应在快速运转的机器上尽可能设置铁板、铁丝网、木板等安全罩，工作服应收紧袖口，轻便合身，女工应戴帽，把长发罩在帽子里。铸造、锻造等可能发生烧伤、眼外伤等。应当有防燃隔热的工作服、围裙、鞋罩等，有时需戴防护眼镜。

## 煤窑的劳动卫生

采煤方式分井内采煤和露天采煤。煤窑的劳动卫生主要是在井内采煤方面。井内采煤过程，对工人健康危害较大的主要是粉尘、有害气体和高温潮湿的工作环境。(1) 粉尘：在采煤的全过程中几乎都能发生粉尘。特别是用干式打眼，粉尘浓度更高。煤炭本身含有二氧化矽量较低，但在采煤时常混有岩石灰尘，使煤尘成为煤矽尘，对人体危害较大。

(2) 有害气体：主要是沼气（瓦斯、煤气、甲烷）。在掘进采煤时沼气的排出量显著增

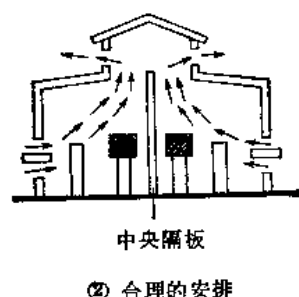
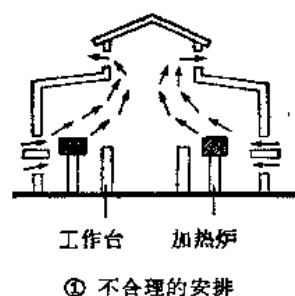


图 2-5 加热炉的安排



图 2-6 排气罩

加。沼气本身毒性不大，在煤矿中不致使人中毒，但它能排挤空气中的氧气而引起缺氧，甚至发生窒息。另外沼气还可引起爆炸，当它和氧气混合（成为爆炸气）后，遇到明火（650~700°C）就可发生爆炸。除沼气外，二氧化碳、一氧化碳和氮氧化物这些气体，如果超过一定的浓度，也可引起窒息或中毒。（3）不良的环境：矿井越深、气温越高。一般每深100米，气温升高1°C。另外由于地下水不断渗出和蒸发，又使井内潮湿。因此井下是气温高、湿度大、风流小。容易使工人患中暑、感冒、风湿症等各种疾病。

从上述可见，煤窑的劳动卫生措施主要是下述的几方面：

#### （一）通风

1. 加强矿井的自然通风 矿井通风十分重要，它可以降尘、排毒、降湿。目前，小矿井主要是采用自然通风。就是利用井下空气与地面空气的压力差，使空气在不同高度的进风井和出风井之间自然流动，形成风流。因此自然通风的设置要包括三个部分，即地面进风井、井下工作面、地面出风井。我们要充分利用和改善自然通风（沼气量高的矿井例外），就要从以下四方面着手。

（1）改善独井自然通风。只有一个巷道的独井不能形成穿堂风流，因此井内通风较差。简便的改进办法是用木板或砖将巷道进行纵向隔离，变成两个风道（口），即进风道（口）和出风道（口）。风口设在地面要因地制宜，采取一些有利于进、出风口的措施，提高自然通风的效果。

（2）加大通风口高度差。进风口和出风口的高低距离叫通风口高度差，高度差越大，自然风压就越大，就越有利于自然通风。设立风口时应考虑地形、风向、季节等因素，山区可利用地形，将进风口和出风口设立在不同高度。进风口设在低位，出风口设在高位。平原地区没有地形可利用，可在出风口加筑一定高度（10米以上）的烟囱或风筒，以便加大两井口的高度差。

（3）设立通风口应考虑常年主风向。进风口的方向应与当地常年主风向一致，如不具备这个条件，可在出风口增设挡风板，防止出风受外界过大的风流的阻碍。

（4）进出风流的温差大，自然通风就好。夏季地面温度高于井内时，上口进风，下口出风，冬季则相反。在南方的春秋季节，地面温度和井内相差不多，常有风流停滞现象。此时可在进风口洒水，以增加风流的温差，提高自然通风效果。

2. 机械通风 为了保证通风量，可酌情增设手摇、脚踏式或畜力扇风机。如有条件，应建立机械通风，进一步改善矿井的劳动条件。

#### （二）防尘 主要采用湿式作业、通风降尘和加强个人防护等几种措施。

1. 湿式作业 包括湿式打眼、喷雾洒水和湿式清扫。湿式打眼是打眼时，在表面加水，使钻孔全被水浸湿，粉尘不能飞扬。喷雾洒水是用喷雾器向采煤工作面及矿井周壁喷水，这样不仅能防止粉尘飞扬，还能降低空气中有毒气体的浓度。湿式清扫是定期洒水清扫，冲刷矿壁，可以避免因空气流动而引起的粉尘飞扬。

2. 通风降尘 加强通风，使粉尘随风流排出。

3. 加强个人防护 带防尘口罩、防护眼镜及安全帽等，这是个人防护的重要措施。

（三）改革生产技术，加强卫生保健 改革生产技术是改善劳动环境、减轻劳动强度、提高生产效率，提高健康水平的重要途径。大搞爱国卫生运动、加强卫生保健工作，又是增强矿工身体健康必不可少的措施。设立井下饮水桶，不喝井下生水；设立井下厕所

所，不随地大小便；下班后洗手、洗澡，衣服要勤洗勤换，个人防护用具使用要合理。对矿工的常见、多发病要积极治疗。

### 砖瓦厂的劳动卫生

砖瓦厂劳动卫生的主要问题是作业环境的高温与辐射热。小土窑焙烧砖瓦，出窑前虽经一定时间冷却，但窑顶温度仍在  $100^{\circ}\text{C}$  以上，四壁温度达  $90^{\circ}\text{C}$  以上，接近窑内地面温度也有  $40^{\circ}\text{C}$  以上。因此，工人进入窑内要受到高温的影响。

预防措施是出窑前充分打开窑门，并在烟囱或窑顶火眼加高拔火筒，使通风和冷却加速。窑顶喷水和窑内喷雾，合理组织、安排劳动与休息，增设工人休息用的凉棚，供应含盐饮料等，都是十分需要的。

为了防止高温，有的地区群众创造了“无窑烧砖法”，不但提高了产品质量，降低了成本，而且根本上消除了高温的危害。其具体做法如下：在平地挖一道通风沟，沟的长短、宽窄、深浅由烧砖瓦的多少而定。上面架上炉条，砖坯和燃料交替排列，顺着通风沟码成垛子。码坯时可在垛子中间留下火道，顶部用砖砌平，铺上一寸左右的泥土，加火焙烧 30 多小时，然后退火，揭掉上面的覆盖物，砖瓦很快冷却。这样就避免了高温和辐射热的影响。在装卸砖瓦时还可用小車代替肩挑，既减轻了劳动强度，也提高了劳动生产率。此法构造简单，地点也不必固定，便于就地取材，就地生产，值得推广。

### 粮食加工厂的劳动卫生

现已证明，稻谷中含有相当数量的游离二氧化矽，因此，粮食加工厂的防尘问题必须予以重视，这也是粮食加工厂的劳动卫生的主要问题。

粮食入仓口要安装排尘罩。用白铁皮、木板、硬纸等制成，罩口和管道外口最好涂漆，以使光滑、耐久。罩上周围留有约 4 公分的接边，以便与罩下三面密闭、一面开口的木制排尘罩相接。罩内接一内径 27 公分的排尘通风管，借抽气机进行抽尘。

在分流筛选粮食时，应安装密闭通风排尘装置。用木板沿分流筛机作成支架，上钉芦席，外糊废纸，作成密闭间，在顶部安装排气管，将粉尘排出。

此外，还可采用其他综合措施，例如车间经常洒水，定时清扫，制定卫生制度，力求作到“四勤”（勤扫、勤擦、勤检查、勤封糊密闭）。工作时要戴口罩，穿工作服，防止粉尘被吸入气管和沾污皮肤。

## 第三章 急 症

### 高 热

高热是指腋下体温超过摄氏 39 度或口腔温度超过 39.5 度，应当作为急症治疗。本篇主要讨论高热病症的诊断治疗，但为了说明起见，还须涉及一般的发热问题。

#### 一、发热是怎样发生的？

体温变化就是人体产热和散热的矛盾变化。产热的来源是营养物质代谢过程中氧化、分解所产生的热能，特别是肌肉运动产热较多。散热的途径主要是皮肤和呼吸道，特别是皮肤出汗时散热较多。在体温调节中枢（丘脑下部）和它所支配的神经内分泌活动的调节下，产热和散热保持着相对的平衡，所以体温能够保持相对的稳定。

疾病时体温调节系统发生变化，如体温中枢受到刺激、产热过多或散热过少，就会引起发热。在大多数情况下，发热是人体防御疾病的反应。祖国医学认为，发热是阳气与病邪相搏的一种表现。

发热的疾病很多，从病因方面可概括为两大类。

1. 感染性疾病 大多数发热是感染性疾病引起的，如麻疹、流感、流脑、疟疾等急性传染流行病，以及急性蜂窝织炎、急性胆囊炎、败血症等化脓性感染。

发热表示致病微生物侵入肌体，产生致热物质（如病原体、毒素或病理代谢产物），经血流刺激体温中枢。同时，发热反映肌体发挥防御功能对抗致病微生物的过程。这种对抗斗争越是激烈，往往就发高热。退热一般表示肌体战胜了病原体。但如果人体虚弱，严重的感染也只能发生低热。如果肌体在感染中遭受严重损害，则体温可骤然下降，所谓“阳气暴脱”，病情危重。

2. 非感染性疾病 体内出现某些非感染性致热物质，可作用于体温中枢而引起发热。例如：（1）某些蛋白质或其分解产物，如疫苗接种、输血、严重烧伤或创伤后引起的发热。（2）某些变态反应性疾病如风湿热、药物过敏症等的发热。（3）恶性肿瘤的发热。这类发热本来也是肌体对抗有害物质的反应。

其他体温调节方面的改变也可引起发热。例如：（1）暑病发热，与不能及时散热有关。（2）颅脑病伤直接刺激体温中枢时的发热。（3）脱水后发热，与不能散热有关。

（4）甲状腺功能亢进症发热，与产热增多、体温中枢功能失调有关。

祖国医学从病因方面将发热病证分为外感和内伤两大类。外感发热包括急性感染性疾病、暑病、某些变态反应性疾病等，多呈现实热证，常发生高热。内伤发热主要是指慢性感染性疾病、肌体虚弱者发生低热或潮热。

#### 二、诊断要点

诊断发热的疾病必须调查实际病情。由于高热大多数为感染性疾病的表现，通常可从分析感染着手，但不可忽视非感染性疾病。搜集病情要着重下述几方面问题。

1. 发病在何地、那一季节？发病前有没有传染病原接触史？有没有饮食不当、受伤、流产或分娩、中毒等情况？病人的年龄、体质与过去病史。

2. 发热过程的缓急，初期有无恶寒或寒战、头痛等？有汗或无汗？发热过程的体温变化，如持续高热、寒热往来、定时或不定时发热等，必要时予以记录。

3. 发热所伴随的其他症状体征，常可指示疾病部位和性质。例如：（1）消化症状如恶心呕吐、腹痛或腹胀、腹部触痛、腹泻或便秘等，多属中医脾胃病证。（2）呼吸症状如咽痛、咳嗽咯痰、气喘、咯血、胸痛等以及胸部肺区的体征，属中医肺的病证。（3）神经症状如头痛、项强、谵妄、惊厥、昏迷等以神经系统体征，多属中医心、肝的病证。

（4）循环症状如心悸、气急或喘、脉象改变、心脏体征，属中医心的病证。（5）泌尿症状如腰痛、排尿异常、浮肿等，多属中医肾的病证。（6）局部的疼痛、肿胀、发红、发热等为急性炎症征象，属中医湿热病证。（7）皮肤出疹或出血斑点（属中医血证）多见于急性传染病或败血症。

4. 根据病情进行必要的化验和X线检查。

搜集病情后，就要分析其中所包含的矛盾特性。特性与共性是相对的。一项症状在一定范围的疾病之间是共同点，在另一范围的疾病之间可成为特点；反之，一定范围的疾病之间的特殊症状，在另一范围的疾病之间可成为共同症状。这样，从症状的联系与比较中，就可以判明病情所反映的疾病。

例如：病儿10岁，今年3月间突然发病。先有恶寒、咽痛，随接发高热、头痛、呕吐、烦躁不安等。体温 $40^{\circ}\text{C}$ ，脉滑数，项强，屈髋伸膝试验可疑，两腿皮肤有少数出血点。分析如下：（1）恶寒、发热、头痛、烦躁是许多高热性疾病的共同症状。这些高热症状加以咽痛，常表示属于呼吸道传染病。（2）头痛和呕吐虽然是许多疾病的共同症状，但是与项强、屈髋伸膝试验阳性联系起来，则成为一项有特殊性的症状——脑膜刺激征。（3）脑膜刺激征在各种脑膜炎或出血时为共同症状，但与呼吸道传染病的共同症状以及皮肤出血联系起来，则成为流行性脑脊髓膜炎的主要表现。因此这个病儿可诊断为流脑。（必要时还可进行脑脊液化验帮助诊断。）

祖国医学对发热的诊断，一般以八纲辨证分类。发热病症初期常可呈现表证，如发热、恶寒、头痛、苔薄、脉浮，恶寒重而发热轻者属表寒，发热重而恶寒轻者属表热。多数高热病症呈现表证的时间不长，而较快地呈现里证，即高热伴有脏腑的病证。高热病症仅少数可呈现虚证，如潮热、盗汗、咽燥、舌干苔少、脉细数无力。对于流脑、乙脑、肠伤寒等急性传染病，可按温病辨证诊治（见第一章“热”篇附“温病病证”），上面所举流脑病例属于气分、营分热。

毛主席教导我们：“认识从实践始，经过实践得到了理论的认识，还须再回到实践去。”发热的疾病得到诊断后，必须经过治疗的检验。一般说来，治疗成功才证明诊断正确。有时，由于症状出现很少或者复杂难辨，暂时只能得到大体上的诊断。在这种情况下可试用一定的治疗，密切观察其结果，以有无效去反证诊断是否正确，例如用抗疟药试验是否恶性疟疾。但还应注意某些药物可能掩盖症状。

### 三、治疗要点

治疗高热病症，消除致病因素是治本，处理高热是治标。按照“急则先治其标”的原则，一般须先处理高热，争取将体温降到 $38^{\circ}\text{C}$ 左右。同时尽可能早日消除病因，使病人完全治愈。

（一）高热处理 发热有二重性。在发热过程中，人体对抗致病微生物或其他有害物

质的能力、体内物质代谢、组织修复能力等可能加强，利于战胜疾病。但是，发热增加了肌体消耗，正如中医所说的热伤津液，尤其是高热可引起烦躁、惊厥、抽搐甚或昏迷，对中枢神经有明显的影响。因此，高热时须降温，降温又不可过度。

1. 针刺曲池、大椎，配以外关、合谷。或以复方氯化钠液等注于上列穴位。或刺耳背静脉，使出少量血。

2. 物理降温 可选用下列方法：（1）用毛巾浸凉水或冰水，稍拧干后敷于病人头部，每3~5分钟调换一次。降温不够时，还可在腹股沟、颈部、腋下（接近大血管）作冷敷。为了使病人安静和减轻对突然寒冷的反应，可先肌注复方氯丙嗪0.5毫克/公斤。

（2）25~35%酒精浸小毛巾，轻擦四肢和身躯，腹股沟、腋下可多擦。擦后用被单盖身，避免着凉。（3）冷生理盐水灌肠，尽可能使盐水在肠内保留10~20分钟后排出，可反复进行。

3. 药物降温 可选用：（1）50%安乃近滴鼻，对3岁以下病儿效果较好。（2）安乃近双侧曲池或合谷穴位注射，或作肌肉注射。（3）口服阿司匹林，常配用苯巴比土或氯丙嗪，以免退热时出汗过多。

4. 护理 室内宜保持凉爽、通气良好，必要时可在地上洒水或放几盆冷水。病人应吃容易消化的食物，多饮水、或以芦根、茅根煎水代茶，必要时可输液以防发生脱水。

#### （二）病因治疗

1. 化学药物治疗 对感染性疾病可用磺胺类、抗菌素、杀灭寄生虫的药物等，如流脑可用磺胺嘧啶、大叶性肺炎可用青霉素、疟疾可用奎宁。这类药物疗法的优点是简便易行、可达到速效（因能注射），缺点是不少化学抗感染药易被病原体拮抗而效力降低。肾上腺皮质激素常用于高热病症，如治疗风湿热，对严重感染可与抗菌药合用。

2. 中草药治疗 （1）中成药如安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹，用于高热伴有谵妄、惊厥或昏迷时效果较好。（可能有降温、镇静、消炎等作用。）（2）按辨证施治原则选用中药方剂，如石膏汤、黄连解毒汤、犀角地黄汤等（见第十三章“清热消炎药”篇），并加以加减组合，可治疗许多高热病症，包括某些病毒性传染病如乙脑在内。（3）根据民间经验，草药对某些高热病症也有较好的疗效。近年来，不少中草药已改进剂型，有的已制成注射剂，应用比较更方便。

3. 手术治疗 化脓性炎症如乳房脓肿、脓胸、化脓性骨髓炎等，往往须经过手术治疗，高热才能下降。

此外，淋巴结疗法对某些炎症引起的高热很有疗效，可能与增强网状内皮组织功能有关。高热病症有许多疗法，不能在这里一一叙述。临床施治时应按照实际情况选择，中西医相结合，对症治疗与病因治疗相结合，药物治疗与其他方法相结合，以提高疗效。

## 昏 迷

### 一、昏迷是怎样发生的？

昏迷是脑组织代谢发生障碍、高级神经活动抑制的表现。深度昏迷时，意识、感觉和随意运动完全丧失，肌肉松弛，光反射、角膜反射、吞咽反射等都消失。浅度昏迷时，上述反射可存在，常呈现四肢躁动、腱反射亢进等。

昏迷的疾病较多，可分为下列五类：

1. 感染性疾病 如流脑、乙脑、中毒性痢疾、中毒性肺炎、脑型疟疾、败血症等。这类疾病发生昏迷，与病原体及其毒素损害中枢神经有关，有的还与高热有关。小儿的神经系统防御功能较弱，较易呈现昏迷。

2. 颅脑疾病 除侵及脑部的感染性疾病以外，颅脑损伤、脑血管疾病、脑肿瘤等，因使中枢神经受到破坏、压迫、缺氧等，都可引起昏迷。

3. 代谢障碍 如肝昏迷、尿毒症昏迷、糖尿病昏迷等，与有害的代谢产物作用于中枢神经有关。

4. 中毒 如一氧化碳、有机磷药物、酒精、安眠药等物质中毒，因毒物的化学作用损害中枢神经，可引起昏迷。

5. 物理因素 如日射病（中暑时）、电击伤作用于中枢神经，可发生昏迷。

祖国医学认为，昏迷属于闭证或脱证，主要的病因有风、火、痰等，与心、肝二脏有密切关系。如肝阳暴盛、火动痰升或气血并走于上等，心窍闭塞，就可发生昏迷。

## 二、诊断要点

突然昏倒或不省人事并不都是昏迷的表现，遇见这种情况应首先确定是否为昏迷，要与瘧病发作和晕厥相鉴别。瘧病发作多有精神方面的诱因，常常双眼紧闭而眼球活动、体温和脉搏正常、反射存在而且正常。晕厥时间短暂，病人平卧后易恢复。因此作比较分析后都容易与昏迷区别。

诊断昏迷的病因，由于病人不能配合检查，可能有一定的困难。但只要做到认真细致，就能达到正确的诊断。

（一）病史 可向病人的家属亲友和其他知情人调查。一般可询问三方面问题：

1. 过去得过什么疾病？如有无高血压、动脉硬化、肝硬变、肾炎或肾盂肾炎、风湿性心脏病、糖尿病等，常可提供诊断的重要线索。

2. 发病和发生昏迷的诱因，如有无颅脑外伤、电击伤、接触传染病原、接触毒性物质或情绪特别激动等。

3. 昏迷前后伴有的其他症状，如有无发热、头痛、呕吐、惊厥或抽搐、尿少、浮肿等。

（二）体格检查 对昏迷病人的体格检查既要抓紧时间，又要全面细致，更要重点突出。除一般的体格检查之外，尤其要注意血压、体温、呼吸、瞳孔、反射、皮肤、项强、屈髋伸膝试验、肢体肌肉的紧张度以及有否瘫痪等。

将检查结果结合病史进行分析综合，从而做出诊断。

1. 昏迷伴有发热者，常为感染性疾病所致。可根据下述主要鉴别点进行诊断：

（1）流行性脑脊髓膜炎：多流行于冬春季节，以儿童为多见。发病急，伴有恶寒、高热、头痛、呕吐，有明显脑膜刺激征，皮肤可见出血点。

（2）流行性乙型脑炎：由病毒引起，蚊虫传播，夏秋季多见。发病急，有高热、头痛、呕吐、惊厥，有脑膜刺激征，有时可见瘫痪。

（3）脑型疟疾：在瘧疾反复发作后转变而成。弛张热，初起头痛、抽搐、呃逆，继而出现烦躁不安、瘫痪，进入昏迷。脑膜刺激征多为阳性；并有贫血征。

（4）中毒性痢疾：有时在腹痛、腹泻症状出现前即有高热、惊厥、昏迷发生，严重者伴有呼吸、循环功能不全，以夏秋季小儿多见。

(5) 中毒性肺炎：昏迷前有高热、胸痛、咳嗽（咯锈色痰），病侧肺部呼吸音弱，有罗音，严重者可有周围循环功能不全。

(6) 败血症：昏迷前有化脓感染史，可伴有皮下出血斑点、肝脾肿大、黄疸等。

2. 昏迷伴有偏瘫、高血压者，多为脑血管疾病所致，可根据下述主要鉴别点进行诊断。

(1) 脑出血：多为中年以上病人，大多血压增高，严重者呈深度昏迷，呼吸深、慢、有鼾声。一般均有偏瘫，脑脊液常为血性。

(2) 脑栓塞：年轻病人，有心脏病史，偏瘫为其常见的症状，一般血压并不增高。脑脊液是清亮的。

(3) 脑血栓形成：多发生于有脑动脉硬化的老年人，常在安静时（夜间）发病，逐渐出现病变脑组织的对侧偏瘫，只有在较大动脉急性阻塞时才出现昏迷（较少见）。

(4) 蛛网膜下腔出血：青壮年发病多由先天性脑底动脉瘤或脑血管畸形破裂；老年人发病则是由脑动脉硬化破裂所致（多有高血压）。一般均有明显的脑膜刺激征象，多无偏瘫。脑脊液为血性。发热在发病后几日内出现（吸收热）。

3. 昏迷病人伴有深大呼吸，应仔细辨别其呼吸气味，此类病人多由严重代谢障碍所致。

(1) 糖尿病：在原有多食、多饮、多尿的基础上出现恶心、呕吐、思睡，进而昏迷。呼吸深大，呼气有烂苹果味。

(2) 肝昏迷：在肝病原有症状上，出现烦躁不安、谵语，继而陷入昏迷。呼吸深大，呼气有肝臭味。

(3) 尿毒症昏迷：原有肾病恶化，出现恶心、呕吐、鼻衄，逐渐加重则表现烦躁不安、神志模糊，甚而昏迷。呼吸深大，呼气带有尿臭味。

4. 如昏迷病人瞳孔明显缩小或散大，则应考虑急性中毒或脑疝。须进一步了解发病前情况，并根据下述要点进行分析：

(1) 有机磷农药中毒：瞳孔缩小，并有流涎、多汗、肌肉颤动；严重者出现发绀、呼吸肌麻痹。

(2) 安眠药中毒：瞳孔缩小，腱反射减弱或消失；严重时表现为呼吸减慢变浅、不规则，血压下降，以至呼吸停止。

(3) 一氧化碳中毒：瞳孔散大，呼吸增快，口唇、面颊呈樱红色，四肢可出现阵发性强直性痉挛。

(4) 脑疝：是颅内压增高的危重结局。小脑幕切迹疝昏迷的同时，表现幕上占位病变侧瞳孔散大，对侧偏瘫及去大脑强直。枕大孔疝则瞳孔对称缩小，继而散大。脑疝末期呈现呼吸循环解离。

对某些昏迷病例，如鉴别疾病确有疑难，或为了治疗或处理的需要，可选作某些化验或X线检查。例如：脑型疟疾时找疟原虫、尿毒症时检查血液非蛋白氮和二氧化碳结合力、糖尿病时检查尿糖和酮体等。有时还需进行脑脊液穿刺检查、眼底镜检查、毒物鉴定等。

### 三、治疗要点

(一) 病因治疗 针对昏迷的不同疾病，采取相应的治疗措施，是治疗昏迷的根本。例如：对感染性疾病以控制感染为主，对代谢障碍以调节代谢或消除有害的代谢产物为主，

脑水肿时要消除其水肿。

(二) 辨证施治 可按闭证与脱证的治疗原则处理。

1. 热闭 证见神昏、口闭、双手紧握或有躁动、发热面赤、气粗有声、二便不通、苔黄、脉数实。治宜开窍清心，例如：(1) 开窍用苏合香丸或通关散（均含芳香药物）；(2) 针刺人中、十宣等；(3) 清心用牛黄清心丸或至宝丹等；(4) 痰涎多者用礞石滚痰丸或涤痰汤（半夏3钱、胆南星3钱、枳实2钱、桔红2钱、茯苓3钱、菖蒲3钱、人参3钱、竹茹2钱、甘草1.5钱）。

2. 寒闭 证见昏迷、牙关紧闭、面白、手足拘紧而发凉、苔白腻、脉弦紧。治宜开窍驱风散寒，除可用苏合香丸、通关散外，可艾灸百会、涌泉等，并用人参3钱、附子2钱、防己3钱、防风3钱、桂心1.5钱、生姜3~5片，水煎服。

3. 脱证 证见不省人事、口开手撒、出冷汗、尿失禁、肢体发凉、脉细弱或虚大无力。治宜固脱救急，如用参附汤加味（人参5钱、附子3钱、生姜3片、大枣5~8个）浓煎频服。

(三) 对症处理和护理 对昏迷病人必须进行细致的护理工作和及时的对症处理，保证其安全和预防并发症。

1. 保持呼吸道通畅。注意病人头颈部与身体的位置，避免舌下坠阻塞呼吸。及时排除口腔和呼吸道的痰液或呕吐物。如有呼吸中枢抑制现象，及时用尼可刹米、咖啡因等。

2. 供给足够的水分和营养。初期常经静脉输液，须注意避免脑水肿加重。昏迷时间较长者宜经鼻插入胃管进行灌注，保证营养和体液平衡。

3. 高热者予以降温，见“高热”篇治疗。

4. 进行眼和口腔护理。可用生理盐水或3%硼酸液洗眼2次/日，涂以消炎眼膏并用纱布覆盖。及时清除口腔内痰涎或其他异物，用湿纱布清拭。

5. 进行排尿排便的护理。尿潴留者应在无菌条件下导尿，一般将导尿管留置在尿道内，外加固定，每3~4小时放尿一次。便秘者须灌肠或用某些缓泻药。

6. 及时为病人转动体位，并在背骶部进行按摩，以防发生褥疮。对躁动者要防止从床上坠地。

## 休 克

休克是各种损伤和疾病所并发的一种紧急而严重的病症，主要表现是神色虚脱、手足厥冷、脉细无力、血压下降等，相当于祖国医学的一部分厥证、脱证或亡阴亡阳。

### 一、休克是怎样发生发展的？

(一) 病因 休克可能在下列情况下发生：

1. 较重的外伤、大面积烧伤等。
2. 严重的感染如大叶性肺炎、细菌性痢疾、败血症、腹膜炎等。
3. 大出血和吐泻等丢失大量体液。
4. 急性心力不足如心肌梗塞、急性心肌炎等。
5. 严重的过敏反应如青霉素过敏、血清过敏等。
6. 其他如溶血反应、农药中毒等。

但是，并非所有上列情况都必然发生休克。休克的发生，不但和伤势轻重有关，而且

和伤病员的精神和体质有关，又和医务人员的防治工作有关。在革命战争的浓烟烈火中，在祖国建设的澎湃热潮中，用毛泽东思想武装起来的工农兵，革命斗志坚强，一旦身受重伤，仍能用惊人的毅力坚持战斗，直到胜利完成任务。麦贤得同志在头部受到严重创伤后，以压倒一切敌人的无产阶级革命战士的大无畏精神和英雄气概，继续坚持战斗到胜利，就是一个实例。平素体质较强者，抗病能力较强，抗休克能力也常较强。相反的，原有重要器官的慢性病、贫血等，即使遭到较轻的损害，也可发生休克。医务人员思想革命化，全心全意为人民服务，工作认真而有预见，常可预防休克发生。相反的，马虎大意，鲁莽粗暴，就可造成不应有的休克。

(二) 主要病理变化 尽管休克有各种不同的病因，但是有一项共同的主要病理变化，就是心排血量减少，使周围血循环发生障碍，供给组织器官的血流量不足。

心脏要保持正常的排血量（搏出量），必须是心腔内有充足的血液和心肌有一定的搏动力。如果心血不足或者心搏无力，心排血量就会减少。在临床上，心血不足的情况比较多见。

心血不足引起心排血量减少可有三种原因：(1) 失血较多，或因吐泻、炎症渗出等失液较多（血浆减少），血液总量减少，静脉回心血减少，心血随着发生不足。(2) 感染、中毒、过敏反应或损伤刺激等，引起神经内分泌功能变化，使血管系统的舒张收缩发生改变，毛细血管壁通透性失常，大量血液异常地分布到周围组织内。这样，虽然血液没有明显的丢失，但是从大静脉回流的血量减少，引起心排血量减少。(3) 腔静脉血液回流受阻，如胸外伤时纵隔受压等，这种情况少见。

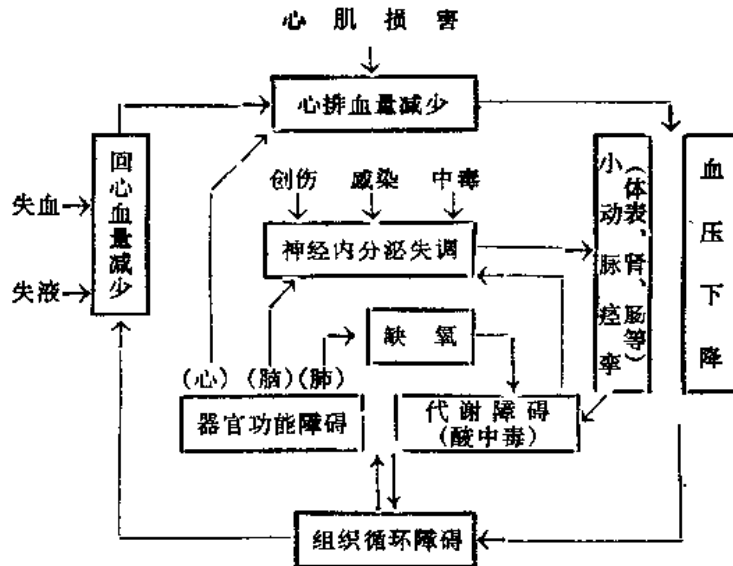
心搏无力使排血量减少，可由心肌病变如心肌炎、心肌梗塞引起，也可能由心搏受到束缚如心包出血或积脓引起。

实际上，伤病员发生心排血量减少的原因多数是综合的。例如：严重创伤时常既有失血、又有血液异常分布，严重腹膜炎时既有失液、又有血液异常分布。

从心排血量减少到休克出现，有一个从量变到质变的过程。在这个过程中，人体通过神经内分泌系统调节而发挥代偿作用，以维持对重要器官的供血。其中重要的变化如：心搏加强加快；皮肤等浅表组织和肾的动脉收缩，增高周围血管阻力以维持血压，并缩减血管系统容积以利于心、脑等器官的供血；加快呼吸；组织液可从组织间进入血管，以弥补血浆不足。因此，休克发生前后，可出现脉数、面色发白、手足皮温降低、尿少、呼吸较快等临床表现。这时如果能消除病因，如止血、控制感染、输液等，则休克可不发生或早期得到治愈。

如果病因继续起损害作用，上述的代偿变化就会导致周围血循和组织器官发生严重障碍（见下表）。因为，周围小动脉痉挛后，组织缺血缺氧，代谢发生障碍，产生有害的代谢中间产物。肾缺血后泌尿减少或停止，体内各种废物不能及时排出，可引起酸中毒（代谢产物多为酸性）。肠缺血后肠内异常地发酵，细菌的产物可引起人体中毒。小动脉痉挛可转化为麻痹，毛细血管血流迟缓，血液停留于末梢；加以血管壁通透性因缺氧、毒素、代谢中间产物等作用而失常，血浆较多地进入组织间；静脉回心血量更减少，血压进一步降低。如果心、脑、肺等重要器官供血不足，功能发生障碍，可导致生命危险。

休克的病理变化环节示意表



然而，总的来看，休克本身还是人体防御功能对抗严重损害因素的过程。

我们认识休克的主要病理变化，就是为了促使休克的矛盾向有利于人体方面转化。资本主义国家的“医学家”把严重的休克叫做“不可逆性休克”。那种观点是出于他们根本不关心人民群众死活的反动本质，也是反映他们把事物看作绝对不变的形而上学宇宙观。在毛泽东思想的光照耀下，我国工农兵和革命医务人员，用唯物辩证法的锐利武器，批驳了“不可逆性休克”和其他“不治之症”的错误观点，不断创造出医学史上的奇迹，不但许多极为危重的休克伤病员得到挽救，而且连心脏停跳几十分钟的人也重新获得生命。这是毛泽东思想在医学领域里的重大胜利！

## 二、诊断要点

(一) 休克的诊察 要努力做到早期发现休克，应熟悉休克的病因，从损伤、感染、失血、失液等方面分析发生休克的可能性。还要密切观察病情变化，特别是周围循环情况。

休克早期表现可分气脱和血脱两类：

1. 气脱 多发生于神经系统受强烈刺激、药物过敏、中毒等情况下，表现为突然神色骤变、面青唇绀、四肢皮肤发凉、出冷汗、呼吸弱、脉细。

2. 血脱 多发生于失血或失液时，表现为面色苍白、口渴、烦躁不安、出汗少而粘、舌淡、脉细数或芤大（浮大无力、按之即无）。

休克进一步发展，就出现气血双脱的症状，而且病人失去对周围事物的反应或神志不清、脉搏触不清、心音低弱等。

测量血压对诊察休克有重要意义。一般认为，收缩压在90毫米汞柱以下或降低原有血压的20%，表示休克。但早期血压可能稍升或降低不多，而脉压多变小，因为周围小动脉收缩、舒张压增高。休克加重时，血压明显地下降、甚至测不到。

诊察休克时要注意尿量变化。在肾功能正常的条件下，尿量常能反映血浆容量是否充足。每小时平均尿量在25毫升以下，多表示血浆容量不足，可能引起心排血量减少。

(二) 晕厥与休克的鉴别 晕厥是脑部暂时性缺血的病症，多发生于体质较弱的人。诱因是站立过久、蹲着突然起身、精神受刺激、周围空气闷热等。表现：突然发生眼黑、眩晕，恶心呕吐，无力，出冷汗，晕倒，一时不省人事，脉多缓，呼吸浅而慢，瞳孔多缩小。病人平卧数分钟后多能好转，或者用指掐人中使之清醒，喝少量温水，就可恢复。

(三) 休克好转的表现 经过治疗，病人面色好转、手足温暖、脉搏有力、血压回升、尿量增加，表示休克已基本解除。但在原发疾病没有完全治愈以前，仍须防止再发生休克。

### 三、治疗要点

在抗休克的斗争中，必须力争主动。我们要发扬不怕困难、不怕疲劳连续作战的战斗作风，又要保持清醒的头脑，认真分析病情，机动灵活地做好每一项具体工作。

(一) 抢救休克和治疗病因 抢救休克主要是指改善周围血循环；治疗病因是指处理引起休克的损伤或疾病。通常说，当损伤或疾病并发休克时，应当首先抢救休克，因为休克直接危及伤病员生命。但是，具体情况不同，不能都一律地对待。例如大出血并发休克，应当立刻设法止血，随即抢救休克。机械地等待抢救休克完全成功，然后再去处理病因，在不少的情况下会丧失主动。

从因果关系来看，治疗病因是解决休克的根本办法。只是病因治疗有的比较缓慢，有的不能直接使休克好转，有的（如手术）可能加重休克；而休克是个紧急问题，要立即解决。这样，抢救休克和治疗病因就应当妥善结合，应当运用解决主要矛盾的原则进行处理。

(二) 抢救休克的主要措施 抢救休克常被认为是提升血压。其实，血压回升只是休克好转的一个标志，应当把抗休克的主要目标放到改善血循环上。如前所说，休克时心排血量减少的常见原因是血液总量减少和血液分布异常。因此，改善血循环可根据具体病情用增加血液量和调整血液分布的方法。

1. 输液和输血 能直接增加血液量，一般是从静脉点滴，在极为危急的情况下可从动脉输入。失血和失液时，输血和输液的一般原则是“缺多少补多少，缺什么补什么”。但由于人体有一定的代偿能力，常可适当地采用代用液体。急性传染病、过敏反应、中毒等引起休克时，即使未失血或没有明显的失液，但由于静脉回心血量不足，也适应输液。对于心、肾功能障碍和肺疾病的病人，应严格限制输液、输血的数量，防止造成心脏负担过重、肺水肿等（常用静脉补液见下页表）。

2. 针刺 可调节神经血管功能，使血液循环改善。选取中冲、内关、足三里、素髻等1~2穴，强刺激留针或通电流。或行耳针，取皮质下区。

3. 应用升压药 如去甲基肾上腺素、新福林等，有收缩小动脉的作用，有的还可增强心肌收缩。适用于血液无明显减少或已经补充的休克，可提升血压以利脑、心等器官供血。如果血液量不足，升压药反会加重组织缺血。

4. 应用解痉药 如阿托品等，适用于感染中毒引起的休克，可缓解小动脉痉挛，利于改善周围循环。

(三) 解决休克的其他问题 休克过程存在着许多矛盾，随着病情发展，某些本来是

休克时常用静脉补液一览表

| 种 类         | 成 份      | 适 应 证 及 其 他                                                                              |
|-------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 胶<br>体<br>液 | 全 血      | 用于补充失血,也可用于其他原因(除心源性外)休克,但补充多量后可加重血浓缩、影响凝血                                               |
|             | 血浆或浓缩白蛋白 | 用于血浆从血管渗出,如烧伤、肠梗阻等;也可代替全血治疗失血                                                            |
|             | 右旋糖酐     | 中分子量(75000~120000) 6%于0.9%氯化钠液<br>低分子量(30000~60000) 10%于5%葡萄糖液或0.9%氯化钠液                  |
|             |          | 代用血浆,维持胶体渗透压24~48小时,维持血压时间较长,但可加重组织循环障碍,用量不应超过1500毫升<br>代用血浆,因其分子量低可改变血浓缩,有利于组织循环,但贫血时慎用 |
| 晶<br>体<br>液 | 葡萄糖液     | 5~10%葡萄糖(可加入氯化钠、氯化钾、碳酸氢钠等)                                                               |
|             |          | 50%葡萄糖                                                                                   |
|             | 生理盐水     | 0.9%氯化钠                                                                                  |
|             |          | 代用血浆,无胶性,维持血压时间短,但可供给热量<br>从组织抽取体液,增加血液量,暂时增高血压<br>代用血浆,无胶性,维持血压时间短,补充电解质                |

次要的矛盾可能上升为关键性问题。因此,对休克时并有其他病理生理变化,也应一一加以治疗。

1. 酸中毒 休克常伴有酸中毒,若酸中毒较重,可妨碍休克治愈。当采取输液、升压药等抗休克方法而效果不明显时,不可忽视酸中毒存在的可能性。治疗常用碳酸氢钠或乳酸钠溶液。

2. 缺钾或缺钠 也可妨碍休克治愈。应补充氯化钾或氯化钠溶液。

3. 其他 如严重休克时要给予氧气、注意急性肾功能障碍的发生等。

### 损伤性与失血性休克

损伤性休克是指损伤时神经受强烈刺激、失血或失血浆、大量组织分解等所造成的休克。常见于股骨骨折、神经干损伤、大血管损伤、脾破裂、严重烧伤、严重挤压伤等。

失血性休克是指大出血直接引起的休克。除了损伤时可发生,常见于上消化道大出血、宫外孕破裂、产科大出血等。

【诊断】典型的损伤性和失血性休克容易诊断。早期损伤性休克有下列征象可作参考:精神兴奋,烦躁,眼光无神,口渴,恶心,皮肤潮湿,脉沉细。或加某些失血性休克表现。早期失血性休克有下列征象可作参考:面白,口渴,起身时出冷汗、头晕、心跳,手足虽未凉,腕与踝部已不温,脉细或芤,舌淡。

#### 【预防】

1. 医务人员要发扬“一不怕苦,二不怕死”的革命精神,做好战地和现场急救以及搬运工作。要正确使用止血带(达到止血目的、又应按时松解一次),适当用止痛药(但不可过量),固定骨折,防避任何再损伤刺激,保温等。对昏迷伤员必须保证其呼吸通

畅。对胸伤要将伤口或漏动（浮动）的胸壁包扎固定。对脑质膨出或肠脱出要加罩包扎。

2. 治疗损伤和失血，应预见休克的可能性，及时预防。例如：对失血失液及时输血、输液；对有大量组织细胞分解者，适当给予碳酸氢钠和水分，必要时用甘露醇等利尿药，促使有害物质排出。

3. 争取时间进行比较全面的治疗，如烧伤的创面处理、内脏出血的手术治疗。不过，进行手术等措施都要有准备。

#### 【治疗】

1. 止痛 适应于烧伤、骨折等。可用吗啡 0.008~0.01 克、杜冷丁 50 毫克等（选一种），或耳针神门、肺、四肢等区。肋骨骨折宜用耳针或肋间神经 0.5~1% 普罗卡因阻滞。其他损伤也可考虑作神经阻滞（封闭）。

2. 输血、输液 失血者输全血，输入量可略少于失血量。烧伤等输血浆或血，同时配以右旋糖酐及晶体液。极严重的病例可考虑从动脉加压输血或血浆，即在短时间内补充 500~1000 毫升。胸伤、脑伤及肾功能障碍（尤其是尿闭）补液量要严加控制。

3. 给氧 尤其对胸伤。

4. 手术处理 止血手术应当与抗休克措施同时进行，一定要准备充足的血源。其他手术宜待休克基本好转时进行。

5. 其他 有大量组织细胞破坏者，宜加 5% 碳酸氢钠 150~200 毫升于输液。大量输血后应给予葡萄糖酸钙，以防枸橼酸钠副作用（但不可将钙直接加于血瓶内）。原则上，创伤与失血都不宜用升压药，必要时用 50% 葡萄糖 100 毫升静注或股动脉注射，可暂时升高血压。严重的外伤性休克，特别是脑伤、肢体挤压伤等，可考虑用局部降温（冰袋），以降低局部代谢、增强对缺血缺氧的耐受性。

### 感染中毒性休克

感染中毒性休克是指急性感染性疾病所并发的休克，如发生于大叶性肺炎、细菌性痢疾、流脑、败血症、腹膜炎、烧伤严重感染时等。这类休克的原因往往是综合性的，一方面与细菌毒素作用和组织细胞受细菌损害后形成有害物质有关；另一方面可与体液丢失（如吐泻、炎症渗出）、不能饮食等造成的脱水、缺盐、酸中毒有关。与损伤性、失血性休克比较，中毒性休克的特点是细菌毒素起重要的致病作用，一般未曾有出血，某些病例失液也不明显。

细菌有内毒素和外毒素，如痢疾杆菌、大肠杆菌等的内毒素作用较强，链球菌、葡萄球菌、梭形芽胞杆菌（气性坏疽病原菌）等的外毒素作用较强。感染后一旦细菌产生大量毒素，就可能引起下列变化而导致中毒性休克。（1）毒素可引起小动脉痉挛或麻痹（扩张），随着发生组织循环障碍。尤其肠管缺血缺氧、功能障碍后，肠内细菌异常发展，产生大量毒素，更加重中毒。（2）毒素可破坏毛细血管的正常通透性，促使血浆渗入组织间隙，减少血液量。又可引起门静脉郁血，腔静脉回心血量减少。（3）毒素损害心肌，影响心功能；又可损害脑，影响神经调节功能；又可损害肾，影响肾排泄有害物质；又可抑制网状内皮系统功能，削弱抗感染力。因此，中毒性休克常常开始时就很严重。

【诊断】 中毒性休克初期，可有两类临床表现：

1. 热型：多见于急性传染病、烧伤、感染等。常表现为高热、神志不清、谵妄或惊

厥、昏迷、口渴、喜冷饮、汗出粘稠、手足心热、呼吸深而气粗、舌红苔黄干、脉细数、血压下降。多属祖国医学的热毒内焚、伤津亡阴。

2. 寒型：多见于肠梗阻和其他急腹症等。常表现为面色灰白、表情淡漠、体温高低不定、汗冷、手足厥冷、呼吸深快而气不粗、舌淡或青、苔白或中心淡黑、脉细欲绝、血压常可突然测不清。多属祖国医学的亡阳。

中毒性休克的后期，兼有以上两型表现夹杂，心跳弱，血压测不清。

【预防】贯彻“预防为主”，积极预防急性传染病和各种急性感染。治疗感染性疾病，要及时有效地控制感染，重视调节体液，如遇见吐泻多、出汗多或渗出多，应适当补充液体。这样可减少发生休克的机会。

【治疗】一旦发生休克，常表示传染病或感染治疗得不够，而人体防御能力处于相对的劣势，必须采取综合疗法进行抢救。

1. 进一步控制传染病或感染。要改进抗感染方法，选择有效的中西药联合应用，对于某些化脓性疾病、气性坏疽等要考虑手术处理。

2. 补充体液。如有脱水，应在较短时间内输液以补充血液量。无明显脱水者也应输液以增加回心血量，但输血量应少于脱水者。液体一般选用生理盐水和5~10%葡萄糖。因为中毒性休克常伴有酸中毒，可配用硷性液，首次输入5%碳酸氢钠3~5毫升/公斤、或11.5%乳酸钠2~3毫升/公斤。此外，低分子右旋糖酐有胶性可维持血压稍久，且有改善毛细血管内循环的作用，成人首次可输入500毫升、小儿100~300毫升，以增加血液量。

3. 针刺法 热症可刺足三里、涌泉、内关、曲池，或耳针皮层下、肾上腺、内分泌。寒症宜灸百会。

4. 应用解痉药和升压药。这两类药都应在输液使血液量初步得到补充的情况下采用。阿托品适用于流脑、菌痢、肺炎等并发休克时，有缓解血管痉挛作用。从静脉输液滴管给予，用量小儿0.03~0.05毫克/公斤/次、成人每次1~2毫克，每隔15分钟可重复一次。如有效，则颜面转红、手足复温、血压回升到60~80毫米汞柱，表示周围血循环开始好转。如重复给药6~7次无效，多表示血管麻痹，应改用升压药。大量阿托品可引起烦躁不安或谵妄、抽搐、发热、瞳孔散大、口渴等，可用氯丙嗪12.5~25毫克以缓解这类症状。异丙基肾上腺素、654-2等也有血管解痉作用，也可用于抗休克。

升压药过去曾普遍用于中毒性休克，现在认为适用于血管麻痹的病例。常用去甲基肾上腺素1~3毫克加于葡萄糖液等100毫升内静点，浓度可根据用药后升压反应与输血量加以调整。必须防止将药液注入皮下组织，否则可引起皮肤坏死。新福林、阿拉明等也可应用。

5. 中药 人参3钱、五味子2钱、牡蛎及龙骨各1两，热症加麦冬5钱，寒症加炮附子3钱，浓煎频服。用人参注射液也有增强人体抗休克能力的作用。

6. 其他 静点氯化钾的松100~300毫克。有较长时间心搏过速（130次以上/分）、肺炎、菌痢等，常需用强心药，如毒毛旋花子素K0.125毫克、6小时后可重复一次。必要时给予氧气、用尼可刹米、樟脑等中枢兴奋药。

## 心原性休克

心肌梗死、心肌炎、克山病等发生急性心力不足，心排血量迅速减少引起休克，叫做心原性休克。

【诊断】 烦躁不安，无力，面色苍白，出冷汗，手足不温等。与其他性质休克的主要区别是心脏变化：脉细数不整，心律快而不齐，心音弱，尤以第一心音减弱，有时有杂音或摩擦音，有时可叩知心脏扩大。其次是过去有心脏病史（克山病、高血压、心绞痛等），发生休克多急骤。

### 【治疗】

1. 应用升压药，如阿拉明 5~10 毫克肌注或 10~40 毫克加于 10% 葡萄糖液 100 毫升静滴，去甲基肾上腺素 0.5~1.5 毫克加于 10% 葡萄糖液 100 毫升静滴。无效时可考虑用异丙基肾上腺素。但输液总量应严格控制，以不超过 1500 毫升（每日）为原则，以免引起心力衰竭。

2. 保持病人安静，必要时可用吗啡 0.005~0.008 克。

3. 较深的休克可用樟脑、尼可刹米等，樟脑用量可较大。

4. 血压上升后按原发病处理。

## 过敏性休克

过敏性休克由变态反应引起，常同时发生血液异常分布和呼吸突然抑制、心跳减弱。

【预防】 常见的过敏性休克一般发生在用药后，例如青霉素、破伤风抗毒素、链霉素、碘注射剂（X线检查用）、普鲁卡因等。为了防止过敏症发生，应当执行以下规定：

1. 用药前要询问过敏病史。

2. 作药物过敏性试验。如果已有某一药物过敏史，试敏药液要加倍稀释（再稀释 10~20 倍），或先作点眼、后作皮内试验。

3. 青霉素、破伤风抗毒素等容易引起过敏症的药，停药三日再用时，须重新试敏。

【治疗】 平时要准备好急救药放在诊疗箱里。一旦遇见病人用药时出现面色苍白、头晕、无力、出冷汗、呼吸困难、脉弱等，立即采取下列抗过敏与抢救措施：

1. 静脉注射肾上腺素 0.5 毫克，用止血带扎紧过敏原注入部位，在其远侧肌注 0.5 毫克，必要时可重复一次。

2. 提升血压可作股动脉注射 50% 葡萄糖 40~60 毫升，继以 10% 葡萄糖液点滴，帮助人体恢复和加速药物排出。

3. 呼吸抑制时，作人工呼吸。

4. 抗过敏可用苯海拉明 25~50 毫克或扑尔敏 10 毫克肌注或静注。

5. 静脉点滴氢化可的松 200~300 毫克。

应当把过敏情况告诉病人和家属，以防日后再次发生类似事故。

## 呼吸 困 难

呼吸困难是指呼吸急迫而费力，常伴有面青唇紫、鼻翼煽动、烦躁不安等。发生时病人非常痛苦，且生命受到危害。我们必须尽可能地迅速作出诊断和进行治疗。

## 一、呼吸困难是怎样发生的？

呼吸是在中枢神经调节下，呼吸器官和呼吸肌所进行的功能活动。凡是疾病使呼吸中枢受到刺激、呼吸器官发生改变或者呼吸肌运动障碍，都可能引起呼吸困难，但常见原因是呼吸器官疾病。呼吸器官有病，不能正常交换气体，血中二氧化碳含量增高，加以病变处产生刺激作用，可使呼吸中枢兴奋增强，呼吸急迫而费力。不过，在换气作用未恢复以前，呼吸动作的增强并不能生效。可见，呼吸困难的实质问题主要是换气不良。

1. 咽喉部疾病 如急性喉炎、白喉、喉气管异物、咽喉外伤、咽后脓肿等，可引起喉阻塞。这类呼吸困难多发生于小儿。小儿易受麻疹、流感、白喉等传染，加以喉部较小、粘膜下组织疏松、发炎时显著肿胀，因此容易阻塞。小儿误吞异物的可能性也较多。喉阻塞时，气管至肺以及呼吸肌的功能一般仍是正常的，呼吸困难以吸气时为重（吸气性呼吸困难）。

2. 气管支气管疾病 常见的是支气管哮喘引起呼吸困难。哮喘发作时支气管发生痉挛和水肿，使管腔狭窄阻塞。由于呼气时支气管收缩，可使阻塞加重，呼吸困难以呼气时为重（呼气性呼吸困难）。气管系统被大量脓痰、血液、误吸入的呕吐物堵塞，或气管被肿瘤压迫、堵塞，也都可引起呼吸困难。

3. 肺胸膜腔疾病 如肺炎、肺气肿、肺化脓症等，可因肺功能降低发生呼吸困难。如气胸、脓胸等，可因肺不能正常舒张（萎陷或受压）而发生呼吸困难。胸外伤造成气胸、肋骨骨折、血胸或肺的改变时可发生呼吸困难。

4. 心脏病 心功能不全时，肺郁血而功能降低，甚至发作心脏性哮喘。

## 二、诊断要点

### （一）病史 着重下列各项：

1. 得过那些病？如肺结核、肺气肿可能发生气胸，慢性支气管炎可能发生哮喘。有无胸外伤？

2. 突然发生、逐渐发生还是反复发作？突然发生的如胸外伤、疾病并发的气胸或喉气管被阻塞。逐渐发生的如肺气肿、心脏病。反复发作的多为支气管哮喘或心脏性哮喘。

3. 伴有那些其他症状？如发热可由急性炎症或传染病引起，胸痛为胸膜、肺或胸壁的改变。

### （二）身体检查 着重下列各项：

1. 呼吸困难类型 吸气性呼吸困难除可由病人感觉外，儿童常出现“三凹征”，即吸气时锁骨上窝、肋间隙与剑突下均凹陷，成人可出现锁骨上窝凹陷，表示上呼吸道阻塞。呼气性呼吸困难表示较细小的支气管阻塞。呼与吸都困难见于前述的肺、胸膜腔或心的疾病。

2. 声音 喉阻塞常发生喉鸣音或哮喘般的咳嗽声。哮喘发生哮喘音，伴有阵发性咳嗽。肺的疾病可能发生气管内痰鸣声。

3. 咽喉 白喉时可见假膜。急性喉炎时可呈现充血水肿。但小儿往往难能合作，如呼吸困难严重，应先解除呼吸困难，再进行详细的咽喉检查。

4. 胸部 桶状胸者多为肺气肿。胸壁一侧塌陷者多为慢性脓胸或肺结核。严重胸外伤可能造成胸壁畸形。肺部叩诊呈鼓音为气胸或肺气肿，呈实音为胸腔积液或肺实病变。听诊呈异常呼吸音者表示有支气管、肺或胸膜腔病变。心界扩大、有杂音或心律不齐等表示为心脏病。

呼吸困难的鉴别参考表

|              | 呼吸困难特点              | 伴有的症状                                                   | 体 征                                             |
|--------------|---------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 急性喉炎、白喉发生喉阻塞 | 发病急,吸气性困难,吸气时有喉鸣音   | 发热,咳嗽,呈哮喘样咳嗽声,嘶哑或失音                                     | 吸气时锁骨上窝凹陷或呈“三凹征”,咽喉充血水肿,或有假膜                    |
| 喉气管异物堵塞      | 突然发生,吸气性困难,可呈现吸气的喉鸣 | 咳嗽,嘶哑,有异物(包括液体)吸入史                                      | 吸气时可呈现锁骨上窝凹陷                                    |
| 哮喘           | 发作性,呼气性困难,有哮鸣音      | 1.支气管哮喘,咳嗽,咯泡沫粘痰,发作前鼻痒、打喷嚏;<br>2.心脏性哮喘,心慌,咯粉红色泡沫痰,有心脏病史 | 1.支气管哮喘,肺内有哮鸣音、罗音<br>2.心脏性哮喘:左心扩大,有杂音,心律不齐,肺有罗音 |
| 气胸           | 突然发生,呼与吸均困难         | 咳嗽或不咳嗽,有肺结核或肺气肿病史,或受胸外伤                                 | 胸廓可有改变或正常,气管偏位,病侧叩诊呈鼓音,呼吸音减弱或消失                 |
| 胸腔积液(水、脓、血)  | 发病急,呼与吸均困难          | 咳嗽,多有发热,胸痛,有肺结核或肺炎病史,或受胸外伤                              | 病侧叩诊呈实音,音浊改变,呼吸音减弱,血胸、脓胸可有贫血                    |
| 肺功能障碍        | 渐渐发生,呼与吸均困难         | 咳嗽,咯痰,胸闷或胸痛,发热或不发热,有慢性支气管炎、肺结核、肺炎或肺化脓症的其他症状             | 肺部理学检查有改变                                       |
| 心功能不全        | 同上,活动后加重            | 心悸,有风湿性或高血压性心脏病或克山病等病史                                  | 心脏理学检查有改变,颈静脉怒张,肝肿大,浮肿等                         |

### 三、 治疗要点

治疗应根据疾病性质和呼吸困难程度,采取对症处理与病因治疗相结合的方法。

#### (一) 排除上呼吸道的阻塞

1. 昏迷病人误吸呕吐物或气管被痰、血液堵塞时,立即取头低位,清除口咽鼻腔,用大号注射器接胶管吸引,或用口对口吸出法。
2. 白喉、急性喉炎等喉阻塞病症,呼吸困难不严重时,应积极施行抗菌素、清热中草药、白喉抗毒血清、针刺等综合疗法。若出现发绀、烦躁不安、出冷汗等症状时,及时作气管切开术。
3. 小儿误吸异物,应尽早取出气管内异物。有的可试将小儿倒置,拍击其背部。

(二) 哮喘发作的治疗 须区分支气管哮喘和心脏性哮喘,治疗方法见第六章“哮喘”篇及“心功能不全”篇。

#### (三) 肺脏萎陷或受压的处理

1. 气胸引起呼吸困难:开放性胸外伤时,必须立即用消毒的(或干净的)纱布块将伤口堵住,外加包扎使伤口不再漏气。闭合性胸外伤或疾病造成气胸时,呼吸困难较重者应

用注射器排除胸腔内气体(方法见第十四章“胸腔穿刺术”篇)。对紧张性气胸,临时可在胸前壁作活瓣式排气(方法见第七章“胸腹伤”篇),持续排气可用闭式引流法。(即将胸腔引流管连接于盛有少量水的玻璃瓶,引流管下端插到水面以下,使管腔不直接与大气相通。)

2. 胸水、脓胸或血胸引起呼吸困难,如果比较严重,也可作胸腔穿刺排液。脓胸有时须作闭式引流。

3. 气胸或胸腔积液仅使肺脏轻度萎陷,呼吸较困难,但病人无显著缺氧,不必急于作胸腔穿刺排气排液,可针刺内关、合谷、膻中等,给予适量苯巴比妥、非那根等镇静药,以缓解症状。同时治疗原有的疾病或损伤。

(四) 肺功能降低的治疗 肺本身病变如肺气肿、炎症等引起呼吸困难,心功能不全引起呼吸困难,均须从病因治疗,如抗感染、强心等。严重时须用氧气治疗。

## 咯 血

### 一、咯血是怎样发生的?

咯血是喉以下呼吸道出血引起的,常见的咯血疾病有:肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、风湿性心脏瓣膜病等。

1. 肺结核 据过去的统计,肺结核约有1/3以上可发生咯血。结核病变使支气管或肺的毛细血管壁通透性增高而渗血时,可发生咯血丝痰;如小血管破裂,则可发生中等量咯血;如较大的血管破裂(常见于结核空洞形成者),则发生大咯血。

2. 支气管扩张症和肺脓肿 咯血是支气管扩张症的一项主要症状,由于扩张部分的血管被炎症侵及所致。支气管动脉破裂时,咯血量往往较多。肺脓肿侵及血管时也发生咯血,但发生率低于支气管扩张症,发生大咯血者也较少。

3. 心脏病 风湿性心脏瓣膜病二尖瓣狭窄时,左心房压力增高,肺静脉压随着增高,肺脏郁血。同时,肺与支气管的小静脉之间可形成血管吻合枝,使肺静脉血部分地流到支气管静脉,支气管静脉可发生曲张。如果曲张的静脉破裂,就发生咯血(往往为中等量)。各种原因的心脏病发生左心功能不全时,肺脏郁血,血液可渗入肺泡,引起咯粉红色泡沫痰。

4. 其他如肺癌、肺吸虫病、胸外伤等,也可引起咯血。肺吸虫病分布于东北、浙江、福建、广东等地区。

祖国医学认为,咯血多属于肺的病证,有的属于心的病证,常见原因如下:

1. 实火 如肺热壅盛、肝郁化火等引起血热和肺络受损,血液溢出脉外而发生咯血。可见于支气管扩张症、肺脓肿或一部分二尖瓣狭窄症咯血时。

2. 虚火 多由于肺肾阴虚,肺络不固,血液为虚火蒸迫而发生咯血。见于肺结核或肺吸虫病咯血时。

3. 心气不足,血不能循血脉而行,见于左心功能不全咯粉红色痰时。

二、诊断要点 诊断咯血应根据病情缓急,采取不同的步骤。咯血量较少,如痰带红色、血丝或咯暗红色小血块,可进行较全面的检查诊断,然后治疗。咯血量多,应立即进行止血和其他急救措施。急救处理前只能进行简要的检查,待止血后再进行详细诊断。但应注意有的病例,起初咯血量虽少,继而可发生大咯血。外伤的咯血比较容易诊断,因此在这里省略了介绍。疾病的咯血可分为慢性咯血和大咯血两类情况来讨论诊断要点。

(一) 慢性咯血 指咯血量较少而连续或间断地发生。诊断时, 应观察咯血、咯痰、咳嗽的性状, 了解病史、伴随的其他症状和体征, 进行综合分析。必要时要进行X线检查和化验等。

下表可供鉴别慢性咯血的参考。但必须说明, 表内所列各病还可能发生大咯血, 也可能不咯血。而且, 有的支气管扩张症或肺结核病例, 咯血为唯一症状。

慢性咯血的鉴别参考表

|       | 肺结核                         | 肺化脓症(支气管扩张症、肺脓肿)                       | 左心功能不全             | 肺吸虫病                               | 肺癌                |
|-------|-----------------------------|----------------------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------|
| 咯血咯痰  | 常见血丝痰, 量较少, 血色较鲜, 痰为粘液性     | 常见脓血痰, 量多, 血色较暗, 痰为脓性, 有臭味, 放置后可分三层    | 粉红色痰, 多呈泡沫状, 质稀    | 常见铁锈色痰或烂桃样痰, 质如胶冻                  | 常见血痰, 量较少, 血色较鲜   |
| 咳嗽    | 有或不明显                       | 有                                      | 阵发性或哮喘发作           | 有                                  | 刺激性               |
| 发热    | 午后低热                        | 有, 高低不一                                | 不发热                | 低热                                 | 不发热或低热            |
| 其他症状  | 盗汗, 倦怠, 胸痛, 消瘦等             | 胸闷热, 消瘦等                               | 心悸, 气短, 活动后加剧      | 盗汗, 胸痛, 消瘦, 食欲不振, 腹部不适腹泻等, 有吃蟹或蜊蛄史 | 无力, 消瘦, 胸痛        |
| 体征和检验 | 体征可不明显或有肺部异常呼吸音, X线胸透可见肺结核象 | 肺部叩诊可呈实音, 听诊有异常呼吸音或呼吸音减弱, X线胸透可见肺实质炎症象 | 心左界扩大, 出现杂音, 肺可有罗音 | 体征可不明显或有肺部异常呼吸音, X线胸透可见肺吸虫病象       | 体征多不明显, X线胸透可见肺癌象 |

(二) 大咯血 指一次咯出十数毫升以上的血液, 其中含痰很少。因此, 大咯血首先要与大呕血区别。判断咯血后, 对病因作分析。

咯血与呕血的主要鉴别点: (1) 咯血多先有喉部发痒, 呼气带有腥味, 或先有咳嗽。呕血多先有心窝部发热、恶心, 或有上腹痛。(2) 咯出的血液中含有泡沫, 色比较鲜。呕出的血液中无泡沫, 色比较暗, 可能混有胃内容物。(3) 咯血者肺内多呈现罗音。呕血者肺部正常, 可能有腹部体征如触痛、脾肿大等。(4) 咯血后多咯痰, 痰内有血。呕血后有黑粪排出。

大咯血最常见的疾病是肺结核和支气管扩张症, 其次是二尖瓣狭窄症。因此, 遇见大咯血时, 可先初步区别肺与心的疾病, 采取止血措施, 然后再进一步诊断治疗。

### 三、治疗要点

发生大咯血时, 应当及时止血, 然后再治疗病因。慢性咯血可直接治疗病因, 同时结合某些止血疗法。

#### (一) 大咯血处理

1. 镇静镇咳 大咯血时, 如果病人急躁不安, 对止血不利。如有频繁的咳嗽, 对止

血也不利。因此，要做病人的思想工作，用毛泽东思想武装病人，使他有坚强的革命意志，对战胜疾病有信心。可给予适量的镇静镇咳药，如非那根和咳必清、磷酸可待因或复方樟脑酊等。

2. 防止窒息 要避免呼吸道被大量血液堵塞。如果血液或血块堵塞气管，立即放低病人头部，清除口腔、鼻腔，稍侧上半身，轻拍其背部使血咯出。必要时用口对口法吸出堵塞血块。

3. 应用止血药 如仙鹤草素 10 毫克肌注每天二次或 20~60 毫克口服每天三次，安特诺新 10 毫克肌注每天二次或 5~10 毫克口服每天三次。中药侧柏叶、茜草、旱莲草、仙鹤草、大小蓟、田三七等任选 2~3 种各 1~1.5 两，水煎服每天二次。但单纯用止血药的止血效果多不持久，宜配合病因治疗。

4. 咯血不止时，可用脑垂体后叶素 10 单位，加于 25~50% 葡萄糖液 20~40 毫升内缓慢静注。但有高血压、动脉硬化、心功能不全、妊娠者勿用。

5. 血压下降时，输血或暂时输高渗葡萄糖液。

(二) 疾病治疗 可针对病因采取中西医结合的治疗方法。

1. 肺结核可肌注链霉素、口服异烟肼或对氨基水杨酸钠。肺化脓症可肌注青、链霉素或口服四环素。肺吸虫病可口服硫双二氯酚。肺癌可施行手术或放射线、抗癌药物。

2. 中医辨证施治 (1) 肺热壅盛，证见咯血、发热、烦渴、舌红苔黄、脉洪数，治宜清热凉血，如用生地 1 两、赤芍 4 钱、丹皮 4 钱、黄芩 4 钱、桑白皮 5 钱、茅根 1 两水煎，冲白芨粉 2~3 钱同服。(2) 肝火郁结，证见咯血、胸闷、急躁、口苦、舌边红、脉弦数，治宜泻火凉血，如用生地 8 钱、梔子 3 钱、生大黄 3 钱、龙胆草 2 钱、黄芩 3 钱、旱莲草 6 钱、侧柏叶 1 两、白芍 3 钱、甘草 1 钱。水煎服。(3) 阴虚火炎，证见潮热、盗汗、咳嗽、痰中带血、脉细数，治宜滋阴降火，如用百合 4 钱、生地 4 钱、知母 3 钱、麦冬 3 钱、贝母 2 钱、白芍 3 钱、玄参 3 钱、沙参 4 钱、黄柏 3 钱、仙鹤草 1 两水煎服。

## 呕血与黑粪

呕血是上消化道(食管、胃、十二指肠)出血较多的一项症状。呕血常伴随排出黑色粪便，后者为消化液作用后变色的血液所染成。黑粪也可以单独发生，常表示出血部位在胃幽门以下、空肠以上。

### 一、呕血、黑粪是怎样发生的?

上消化道病变所出的血液，对胃肠是一种刺激，可引起呕吐或泄泻。由于出血急缓和多少，呕血和黑粪的外观有所不同。出血急而多，呕血色较鲜或带血块，黑粪稀软如柏油(柏油样便)，有时带血液或血块。出血较慢时，血液受胃酸等消化液的作用，呕血变成褐色并可含有其他胃内容物，黑粪含粪便成分较多而比较成形。常见的上消化道出血疾病如下。

1. 胃病 以胃十二指肠溃疡最为常见。溃疡侵蚀局部血管，可发生呕血和黑粪，动脉受损时出血量多而急。胃癌可形成溃疡，可发生出血，但一般不如良性溃疡那么严重。胃炎可发生粘膜糜烂和渗血，如果糜烂面积较大、渗血较多，可引起呕血。

2. 门静脉高压症 肝硬变、脾肿大等门静脉高压症，可形成食管（中下段）和胃底静脉曲张。曲张的静脉易发生破裂而出血，出血量多。

3. 胆道感染 胆道感染如肝内胆管炎症侵及邻近血管或胆囊粘膜糜烂等，可发生胆道出血，血液流进十二指肠，引起呕血和黑粪。

祖国医学认为，呕血的常见原因是胃热壅盛和肝火郁结，致使血热妄行。

## 二、诊断要点

诊断呕血应根据病情缓急，在步骤上有所不同，大呕血时要把急救止血放在首位。

1. 大呕血和柏油样便 呕血要与咯血区别，见“咯血”篇。大呕血和柏油样便的疾病鉴别，可参考下表。

大呕血、柏油样便的鉴别参考表

|            | 胃十二指肠溃疡                    | 门静脉高压症                        | 胆道感染                  |
|------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 呕血<br>黑粪   | 胃溃疡出血时呕血多于黑粪，十二指肠出血时黑粪多于呕血 | 呕血与黑粪均量多                      | 呕血较少，黑粪较多             |
| 上腹痛<br>与触痛 | 长期慢性上腹痛，触痛轻度               | 无                             | 阵发性绞痛，右上腹触痛           |
| 肝脾<br>肿大   | 无                          | 脾肿大，肝叶可肿大而较硬                  | 肝可肿大，有轻度触痛            |
| 其他诊断<br>根据 | 可有溃疡病史                     | 可有轻度黄疸、皮肤蜘蛛痣、肝掌等，可有血吸虫病、肝炎等病史 | 常有黄疸、发热，可有胆道蛔虫、胆囊炎等病史 |

2. 呕褐色血液和成形黑粪 常见于胃炎、胃溃疡和胃癌，出血较缓慢者。

胃炎出血多因饮食不当诱发，胃部胀痛，呕吐物量较多。吐后症状可缓解。

胃溃疡和胃癌呕吐褐色血液，多数伴有不同程度的幽门梗阻，胃内容物潴留，吐物有酸臭气味。如果幽门通畅，这类缓慢出血就造成黑色成形的粪便。胃癌多数有显著的贫血、消瘦，或在上腹部出现肿块。良性溃疡出血也可造成贫血，但全身情况仍比胃癌较好。必要时，可在出血基本控制后作X线钡餐检查。

## 三、治疗要点

### （一）大呕血处理

1. 做好病人思想工作，使他保持镇定。注意防止将血液吸入呼吸道。排便时勿起坐和下床，应取卧位，以减轻腹腔内压。禁饮食。

2. 密切注意脉搏血压变化。血压下降时，输血或输入葡萄糖液、右旋糖酐等，只需使血压保持正常范围的低水平，以利于出血停止。

3. 食管胃底静脉曲张出血者可用脑垂体后叶素（方法同咯血时）。

4. 选用白芨、花蕊石、田三七、紫珠草等干粉1~2种，每次0.5~1钱取童尿送下。或选用鲜生地、鲜旱莲草、鲜大小蓟等一种2两水煎服。或服用鲜藕汁。或阿胶3~5钱烔化内服。

5. 大呕血不止者应考虑手术治疗。

## （二）中等量或少量上消化道出血的治疗

1. 做好病人思想工作。根据出血多少急缓，禁饮食或用易消化的饮食，保持卧床或可起坐、下床。

2. 中药治疗 （1）胃热吐血：证见上腹灼热或闷痛、呕血色鲜或有血块、唇红、便干、苔黄、脉洪数，治宜清胃凉血，如用生地5钱、生侧柏叶5钱、藕节5~7个、生大黄2钱、黄芩4钱、黄连1钱，水煎，冲十灰散2~4钱服。（2）肝火吐血：证见急躁不安、呕血较稠、胁肋胀痛、口苦、舌边红、脉弦，治宜清肝和血，如用白芍4钱、当归3钱、炒栀子2钱、丹皮3钱、柴胡2钱、黄芩3钱水煎冲十灰散2~3钱服。（3）出血后贫血可用归脾丸、人参养荣丸等。

3. 针对疾病采取的其他疗法，例如：胃炎和胃十二指肠溃疡可用制酸解痉药（如阿托品、普鲁本辛），胆道感染应用抗菌素，门静脉高压症应用维生素K、维生素丙等。

## 急 腹 症

急腹症是指以急性腹痛为主要症状的腹部疾病。

十多年来，革命医务人员在卫生界两条路线的激烈斗争中，不断批判洋奴哲学、爬行主义，闯出中西医结合的新路子。中西医结合的新疗法，使不少病人免除了手术痛苦和并发症，便于在基层条件下进行治疗，更有利于战备，因此受到广大工农兵的热烈欢迎。

伟大领袖毛主席教导我们说：“在生产斗争和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。因此，人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。”我们应当认真学习毛主席的光辉哲学著作，继续深入实践，勇于闯新，善于总结，使急腹症防治工作取得更好的成绩。

## 急性腹膜炎

急性腹膜炎主要由腹内器官的化脓感染或穿孔破裂，病原体、消化液、血液等进入腹腔所引起。只有极少数病例找不到腹内器官的感染或损伤，由血行性感染所致。

【病理】腹膜是浆膜组织构成的，有较强的防御能力：（1）有屏障作用，器官内、外的病变要通过腹膜层会受到一定的限制。（2）当腹膜受到刺激，它的渗出和吸收作用增强。渗出液内含有白细胞、纤维蛋白元等，可起对抗病原体、吞噬异物颗粒、形成纤维粘连等作用，液体水分有稀释化学刺激的作用。（3）腹膜除了容易形成纤维粘连，还有较强的生新能力，因此修复作用较强。（4）由腹膜构成的大网膜，除了有上述防御功能，还有趋向和包围局部病变的作用。那里的器官组织发生病变，大网膜常能包裹它，限制它向腹膜腔广泛发展。

发生腹膜炎时，腹膜因受到病原体、消化液等的刺激，通过神经系统的反应，一方面发生腹痛、呕吐、腹肌紧张、肠蠕动抑制等，另一方面腹膜迅速发生充血、渗出等炎症变化，大网膜常可向炎症部位移动，使炎症局限化。但是，腹腔渗液可在化脓菌作用下变成脓液，其中有害物质吸收可引起中毒。由于呕吐、不进饮食、腹腔内渗出等，可发生脱水和酸中毒。后期因感染中毒严重，可发生休克。总的来说，腹膜炎的发展有三种可能：炎症消退治愈；形成腹腔局部的脓肿；或病情恶化发生中毒性休克。

【临床表现】突然发生剧烈腹痛，或在原有某一部位腹痛的基础上加剧、扩展，常同

时发生恶心、呕吐，有的在持续腹痛中有阵发加重。肛门排气多停止。

腹部有触痛（拒按），腹肌紧张发硬，有“反跳痛”（慢慢按压腹部，突然起手而引起剧痛）。这三项是判断腹膜炎的重要依据，叫做“腹膜刺激征”。一般在原发病变部位腹膜刺激征最明显。望诊腹部呼吸运动常减弱或消失。听诊肠鸣音减弱或消失。

全身状态：表情痛苦，常弯腰屈腿不愿活动，发热或不发热，口干唇燥，呼吸，脉搏多加快，严重者发生休克。

#### 【诊断】

1. 证明腹膜炎的存在 一般可根据症状和体征，其中最重要的是“腹膜刺激征”，因为这是反映腹膜炎主要矛盾的一项特征。但须注意，六岁以内的儿童、妊娠后期的妇女、腹部手术后以及病人气血亏虚反应很弱时，腹肌往往不紧张，“腹膜刺激征”不能完全具备，应综合分析判断。

确有疑问时，可作腹腔穿刺。选腹部外围部位，在消毒和局麻下，用注射器（8~9号针头）穿刺，通过腹膜时有抵抗消失感，就可抽吸。如果发现脓液、血性液或空气，就证明有腹膜炎。注意避免穿入肠管、胆囊等器官内！

2. 区别腹膜炎的范围 腹膜炎范围占腹腔的大部分时称为弥漫性腹膜炎，占腹腔的某一部分时称为局限性腹膜炎。两者的主要区别如下：

|              | 弥 漫 性   | 局 限 性   |
|--------------|---------|---------|
| 腹痛和“腹膜刺激征”   | 全腹或接近全腹 | 腹部的某一部位 |
| 肠鸣音          | 多完全消失   | 多不完全消失  |
| 脱水、消耗、酸中毒或休克 | 常见      | 较少见     |

局限性腹膜炎可扩展成弥漫性腹膜炎，弥漫性腹膜炎也可以局限化，这取决于机体防御机能强弱，和治疗是否恰当。

3. 分析腹膜炎的原发病 腹膜炎有许多不同的原发病，常见的是：急性阑尾炎、胃十二指肠穿孔、急性胆道感染、绞窄性肠梗阻、急性胰腺炎、腹部内脏损伤等。为了正确处理腹膜炎，应当认识其原发病的特殊性。一般可从病史（发病诱因和经过）、腹部与其他的体征进行分析，并可进行某些化验或X线检查帮助诊断。详见后述各病。

4. 对腹膜炎的辨证 除了诊断腹膜炎的范围和原发病，还需要根据其发展阶段的特点进行辨证，以利采取中西医结合的疗法。（1）腹膜炎初期，致病因子入腹引起气滞血瘀，多见脾胃运化失调，如腹痛、呕吐、腹部拒按、排气中止等，多属里实证。治以消除病因、行气散瘀为原则。（2）炎症进展时，气滞不行、血瘀不散，可化热生脓，渐加发热、舌苔黄、脉数等热证。治疗加以清热解毒。（3）如果消耗严重，津液干涸，气血两衰，就可形成虚证，如精神萎靡，口干唇燥，手足不温，脉细无力等，甚至休克。治疗必须补气养阴，防治休克。

【预防】 及时发现和治疗腹膜炎的原发病，如阑尾炎，胃十二指肠溃疡，胆道蛔虫病，单纯性肠梗阻等，就能防止继发腹膜炎。因此，医务人员要面向工农兵，送医上门。遇到急性腹痛要仔细诊断，不应滥用止痛药，以免延误诊断。

【治疗】 治疗腹膜炎要尽快地祛病扶正，因为病变发展较急。祛病的方法包括用清热解毒抗感染药、手术、胃肠减压等。扶正的方法包括输液、针灸、输血，用抗休克和调养

药等。在“好而快”的原则下，按原发病和具体病情发展情况选择方法。

根据中西医结合新疗法的经验，急性胰腺炎、胆道感染、急性阑尾炎、胃十二指肠溃疡穿孔、宫外孕破裂等，初期常可采用药物和针灸疗法。此外，病人抵抗力较强，弥漫性腹膜炎趋向局限化的过程，也可用药物和针灸疗法。治疗中应密切观察病情变化。

1. 手术适应证 (1) 无论什么原发病，如果腹腔内积脓积液多或有食物渣、寄生虫等，不易吸收或吸收后会引起严重中毒，则应手术。例如：阑尾炎发生腹腔广泛化脓、餐后发生的胃十二指肠溃疡穿孔、胆囊穿孔大量胆汁漏出、绞窄性肠梗阻(肠坏死或破裂)等。(2) 用非手术疗法后病情不好转。(3) 原来的局限性腹膜炎扩展弥漫。(4) 损伤后腹膜炎，病情较复杂者。

## 2. 非手术的疗法

(1) 饮食调理：一般应先禁饮食。无恶心、呕吐、腹胀、肠鸣音恢复时，可先饮水，逐渐进粥汤，暂忌油腻和粗纤维食物(如白菜、韭菜)。

(2) 胃肠减压：通常用于手术前后，以及虽不手术但有腹胀，频繁呕吐、胃十二指肠穿孔未粘合等情况。方法是经鼻插入胃内，外接负压瓶，使胃内液体、气体排出(图3-1)。这项处理可减轻呕吐、腹胀，减少胃十二指肠穿孔处的漏出，并可抑制胆汁、胰液的分泌(因胃酸被吸出，减少了肠壁产生的促分泌物质)，有利于腹膜炎治愈。但它增加了消化液丢失，又妨碍呼吸、咯痰等，所以不宜一律采用。既已做胃肠减压，一般就暂停饮食，从静脉输液。如需从胃管给中药，注药后将管夹闭1~2小时再放开减压。腹痛，腹胀缓解，肛门排气，肠鸣音恢复，胃管就可取出。

(3) 输液：是供给营养(热能)，防治脱水、酸中毒和休克的重要措施。常用5~10%葡萄糖和生理盐水，不能饮食期间成人每日约需2000~3500毫升，其中盐水500~1000毫升。应根据感染情况、呕吐、禁食、出汗等，增加输液量以及给予氯化钾、碳酸氢钠等。

(4) 针刺疗法：有行气通络，调理脏腑作用，不但可止痛，而且可促进肌体抵抗力。常以足三里或其上下纵线(即胃经)上的触痛点为主穴。以肝俞、胆俞、脾俞、胃俞等(按原发病部位选1~2穴)为配穴，强刺并留针20~30分钟，或注射药液。

(5) 抗菌素应用：常用青霉素40万单位肌注1次/6~12小时、链霉素0.5~1.0克肌注每日2次，必要时用四环素类静脉点滴。

(6) 中药应用：在适应的条件下用中药辨证施治。大体上是初起多用行气、消痰、清热；化脓者常用清热、解毒、祛湿；症状减轻后常用调理脏腑、补益气血、促使机体早日复原。

(7) 腹部热敷：用于腹膜炎局限化过程中，以助吸收。

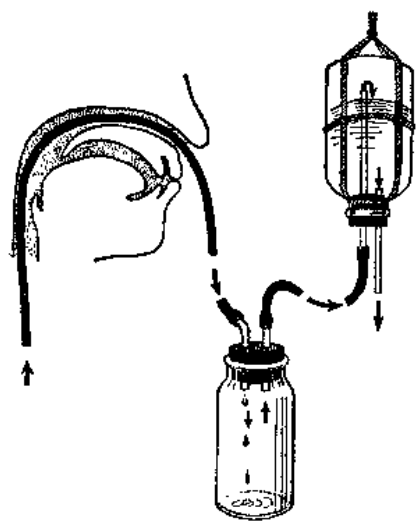


图3-1 胃肠减压装置

## 急性阑尾炎

急性阑尾炎属于祖国医学的肠痈，是急腹症中的多发病。阑尾炎为什么比较多发？这

可能与阑尾的解剖特点有关(图3-2)。阑尾是一段内腔狭小的盲管。它的盲端游离,位置多变,容易发生扭曲,或被粪石等堵塞。当阑尾发生梗阻时,内腔膨胀,管壁血运障碍,阑尾腔内本来存在的细菌(大肠杆菌、链球菌等)可乘虚侵入,引起阑尾炎。然而这仅是局部因素。主要的是人体因寒热失常、饮食不当、情绪波动等,胃肠功能失调,使阑尾功能不正常或阑尾血管痉挛,气血淤滞,郁热在肠,便发生本病。

【病理】 初期,阑尾充血、水肿。如果感染继续发展,阑尾肿胀加重,腔内化脓,阑尾壁发生变质、坏死或穿孔,感染可扩展引起腹膜炎。在阑尾炎过程中,肌体有一定的防御反应,如初期阑尾常增强蠕动以克服梗阻,大网膜移到右下腹以包裹阑尾,网状内皮系统增强活动等。如果再加以一定的治疗,促进肌体防御能力,则阑尾炎就能在不同的阶段上得到控制而治愈。

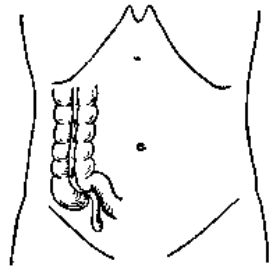


图 3-2 阑尾解剖位置

#### 【临床表现】

1. 单纯性阑尾炎(相当于阑尾本身发炎的阶段) 开始常为脐部或上腹部隐痛,多呈阵发性加剧,伴有恶心或呕吐。数小时或更长的时间后转移到右下腹部,并可转为持续性腹痛,这是阑尾炎比较典型的腹痛。有的病人开始即为右下腹痛。

腹部检查:右下腹阑尾区(腹直肌外侧、髂前上棘连线上下)有压痛点,常有局部轻度的反跳痛及腹肌紧张。诊断有疑问时,需用其他方法诱发右下腹痛以帮助诊断:(1)用手压迫降结肠,沿结肠的逆蠕动方向按压,使盲肠阑尾等间接受挤,病人可感觉右下腹痛(驱气痛征)。(2)病人侧卧,检查者用手轻按其右下腹,让他右腿伸直后伸。由于发炎的阑尾与腰大肌接近,病人伸腿时可感觉疼痛(腰大肌征)。(3)直肠指诊时右上方有触痛。

右下腹痛、阑尾区的触痛点以及轻度的腹肌紧张,是诊断单纯性阑尾炎的基本根据。

2. 阑尾炎并发腹膜炎 右下腹痛加剧、范围扩大、同时腹膜刺激征的范围也扩大,表示阑尾炎症已蔓延到腹膜腔。有时腹痛突然缓解,但腹膜刺激征反而明显扩大,表示阑尾穿孔引起腹膜炎。这种腹痛的暂时缓解,是阑尾内腔的压力一时解除的反映,并不表示真正的好转。腹膜炎开始为局限性,经过治疗可吸收好转;病情加剧则扩展成弥漫性腹膜炎。有一部分病例腹膜炎被局限化,但阑尾及其周围化脓,叫做阑尾周围脓肿,表现发热、右下腹痛而胀、可触到肿块、肿块境界较清而有显著触痛。

由于人体条件不同,阑尾炎的表现可有差别。以较常见的妊娠期和小儿病人为例:

妊娠期阑尾炎的特点:妊娠中期以后子宫明显增大,阑尾位置可向上移动。阑尾炎时,疼痛和触痛可出现在右侧腹或右腰部。检查时,将子宫从左向右推动,可引起右侧局部疼痛。子宫可能阻碍大网膜对阑尾炎的包裹作用,感染比较容易扩散成腹膜炎。由于腹壁膨隆,子宫又在腹内占据较大的位置,腹膜炎的腹肌紧张和反跳痛常表现不明显,值得注意。

小儿阑尾炎的特点:小儿肌体对阑尾炎的局限作用较弱,患了阑尾炎容易早期并发腹膜炎,发热和白细胞增多较突出。腹部检查时,腹肌紧张常不明显,主要的体征是触痛和反跳痛。检查小儿病人要有耐心,动作要轻巧,才能比较准确地发现阑尾炎的体征。另外,由于小儿的盲肠、结肠尚未固定,阑尾的位置不一定在右下腹部,可能稍高位或在脐

右侧。

【鉴别诊断】 右下腹痛是阑尾炎的一个特点，但是右下腹痛还可能是其他疾病的症状（虽然不一定是特点）。因此，不能片面地认为凡是右下腹痛都是阑尾炎，诊断时必须注意鉴别。

1. 单纯性阑尾炎应与下列疾病区别：

(1) 急性肠炎：发病前多有饮食不洁史，以腹泻为主，肠鸣音亢进，排便后腹痛减轻。

(2) 肠蛔虫症：腹痛呈阵发性发作，部位常变化不定，有时可触及索状物。过去可有排蛔虫史，舌边乳头增大而有红晕，下唇内有颗粒或球结膜有红丝青点，可供参考。

(3) 输卵管炎：可表现为右下腹痛，但多为持续隐痛，常向腰放散，压痛点位置较低，两侧下腹部多均有压痛，阴道内诊附件有触痛。

(4) 右侧输尿管结石：有时可有右下腹痛，特点是绞痛，并向右大腿内侧及会阴部放散，一般腹肌柔软，无反跳痛，化验尿中有红细胞，腹部X线照片可能发现结石。

2. 阑尾炎并发腹膜炎时，应与下列疾病区别：

(1) 胃十二指肠溃疡穿孔：可表现右下腹痛，多有溃疡病史。全腹或右侧腹有压痛及反跳痛，腹壁呈板状硬，又以上腹的腹膜刺激征最为突出。肝浊音区缩小或消失，X线检查见膈下有游离气体。

(2) 胆囊炎并发腹膜炎：常有上腹痛反复发作史，发热、恶寒或有黄疸，腹膜刺激征以右上腹部最为显著。

(3) 输卵管妊娠破裂：有闭经或月经不规则史。下腹痛后，即有心跳、脉快、头晕、口渴、面色苍白或失血性休克。腹部有触痛、反跳痛，但腹肌多不很紧张、肠鸣音多存在。阴道后穹窿部穿刺，可抽出血性液体。

【治疗】

1. 单纯性阑尾炎 表现右下腹痛、恶心呕吐、右下腹触痛、腹膜刺激征尚不明显或范围很小、苔薄、脉正常或微弦数，属胃肠失调、气血瘀滞、肠内郁热、尚未化脓，宜用通腑散瘀清热法。针刺加中药效果最好，其次为针刺加青、链霉素注射。

(1) 针刺：阑尾穴在右侧的足三里和上巨虚之间，以找到压痛点为好，强刺手法，留针20分钟左右，每日2~3次。或将10%葡萄糖10~15毫升注入阑尾穴，每日1次。注意先用针头试刺，不可引起向足背方向的放散痛或触电感（即刺中神经干），以免将葡萄糖液注入神经干！

(2) 中药：大黄牡丹皮汤加减（附方①）。孕妇宜用清肠饮或复方红藤汤（附方②、③）。其他中草药见附方④、⑤。

(3) 抗菌素肌注青霉素40万单位、链霉素0.5克，每日2次。

治疗中应随时观察病情变化。如见腹痛加剧、体温明显增高、腹膜刺激征范围扩大，表示病情加重，应改为手术治疗。（见第十四章“阑尾炎手术”篇。）

2. 阑尾炎并发腹膜炎 表现全腹痛、腹膜刺激征范围广泛、肠鸣音减弱或消失、口渴唇干，体温较高，舌苔由薄转腻，由白变黄，脉多弦数、滑数或细数，属腹内化腐生脓、热毒内炽、势将耗损津液，须及时清腑排毒、调补气血，应作手术，并加以其他腹膜炎治疗。

3. 阑尾周围脓肿 表现右下腹和限局性肿块，有触痛、发热或有恶寒、舌苔多腻。此时机体的防御功能多较好，已将感染局限。宜清热解毒、活血消瘀，服大黃牡丹皮湯加敗醬草等或復方紅藤湯，外用腹部熱敷、消腫膏(附方⑥)或加作淋巴結療法，以助膿腫吸收。不宜作闌尾切除術。因手術可破壞局部的“防禦線”，且闌尾周圍水腫、粘連、化膿，不易切除，又有造成腸瘻的危險。但如藥物等治療過程中出現膿腫擴大、體溫增高，則應作膿腫切開引流術。

4. 10歲以下的小兒闌尾炎及反復發作的慢性闌尾炎，宜行闌尾切除術。

#### 〔附方〕

① 大黃牡丹皮湯：生大黃3錢(后下)、桃仁3錢、丹皮3錢、冬瓜仁6錢、芒硝2錢(沖)，一劑分二次服，6~12小時一次。服後可發生腹瀉。經初步觀察，此方有促進腸蠕動、抗菌、改善闌尾血運等作用。一般服藥2~3日後腹痛可消失。加減法如下：

發熱、腹痛重、苔黃、脈數者可加公英、雙花各5錢、地丁、連翹各3錢；服藥後腹瀉過多時可去芒硝、生大黃，改為制大黃，並加當歸、玄參各3錢；腹痛基本消退，但尚有低熱、悶脹等可去冬瓜仁、芒硝，加柴胡、枳實各2錢、黃芪4~6錢；闌尾周圍膿腫可去桃仁，加敗醬草1兩、薏苡仁5錢、黃柏、公英各4錢，生大黃改為制大黃。

② 清腸飲：銀花1兩、薏苡仁、玄參各5錢、生甘草4錢、麥冬、黃芪各3錢、當歸2錢，用法同上。

③ 復方紅藤湯：紅藤1兩、大黃2錢、元胡3錢、乳香、沒藥各1錢、銀花4錢、連翹3錢、甘草1錢，用法同上。

④ 闌尾炎藥片：蒲公英3兩、厚朴、皂刺、大黃各5錢，研末製成60片，每次15片，每日3~4次。

⑤ 單純性闌尾炎單方：生地榆3兩、黃酒3兩、加水煎服；鬼針草2~3兩或白花蛇舌草2兩、加水煎服。

⑥ 闌尾膿腫消腫膏：生川烏、生半夏、生南星、牙皂、穿山甲、黃芩、大黃、芙蓉葉、黃柏各等分，研末加凡士林或蜂蜜調成軟膏，攤在油紙或塑料膜上外敷。

## 胆道蛔虫病

胆道蛔虫病很常见，多发于寒冷季节，女性病人占多数。本病的初期相当于祖国医学的蛔厥。

【解剖生理】胆道包括左右肝管、总肝管、胆囊、胆囊管及胆总管(图3-3)，在组织结构上主要由粘膜和平滑肌纤维构成，是输送和贮存胆汁的器官。

肝脏分泌胆汁，一昼夜约700毫升。胆汁呈硷性，内含胆红素、胆酸、盐类、胆固醇等，有帮助消化脂肪的作用。胆汁从肝管流向胆总管，又可经胆囊管进入胆囊。胆囊约可容纳几十毫

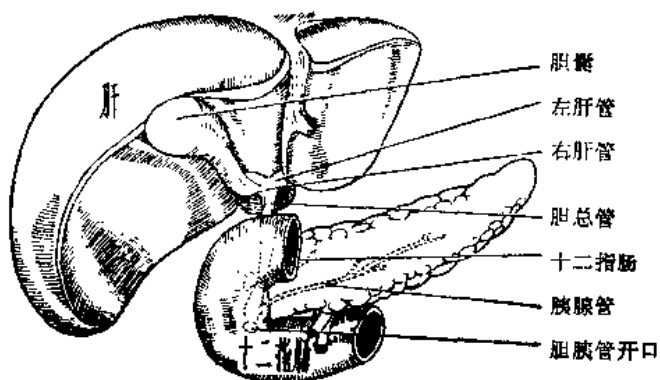


图3-3 胆道解剖位置

升，有浓缩胆汁作用。胆总管开口于十二指肠第二段（降部）后壁，约70%与胰管共同出口。开口处有括约肌，其近端胆总管稍膨大，称为壶腹部。在胃、十二指肠不进行消化活动时，总胆管括约肌保持一定的收缩状态，胆汁进入十二指肠较少；当进行消化活动时，胆囊收缩，括约肌舒张，胆汁就较多地进入十二指肠。

**【病理】** 蛔虫一般寄生于空肠与回肠。当人体受寒、发热、用驱虫药不当、饮食不当等引起消化道功能紊乱时，蛔虫可能上行到十二指肠钻入胆道。多数钻到胆总管内，也可深入到肝管、胆囊，偶可穿入肝实质。蛔虫刺激胆道，引起胆总管括约肌阵发性痉挛，临床上表现阵发性上腹绞痛。同时，蛔虫将肠内细菌如大肠杆菌等带入胆道，可引起胆道感染。然后本病的发展有两方面可能：（1）胆汁促使蛔虫死亡或退出胆道。如果胆道没有梗阻，肌体常能抵抗感染。再加以适当治疗，本病可较快地好转治愈。（2）蛔虫堵塞胆总管，胆汁不能顺利排出，常使感染加重而发生胆囊胆管炎。有时，胆道蛔虫影响胰液排出或引起胆汁逆流入胰导管，可发生急性胰腺炎。有时，胆道感染可继续向肝内蔓延，造成肝脓肿，更严重者可并发败血症。此外，胆道内的蛔虫尸体、虫卵或微生物体等，都可能成为胆结石的核心。总之，胆道蛔虫如果不能及时治愈，可引起多种并发症。

**【临床表现】** 突然发生上腹部绞痛，有的如有物钻顶心口，呈阵发性发作。发作时痛苦不安，手足不温，常伴有恶心呕吐，有的吐出蛔虫。缓解时病人安静。初期很少有发热，脉多迟紧或弦紧。腹部检查仅有剑突下轻压痛，无其他阳性体征。以上表现就是“蛔厥”。阵发性上腹绞痛，但体征很轻，这是胆道蛔虫病初期的临床特点。

发生胆道感染时，多有恶寒、发热，右上腹可触到胆囊肿大或有局部腹膜刺激征，有的出现轻度黄疸，舌苔多黄或黄腻，脉多数。并发胰腺炎时，腹痛持续增剧，范围扩展至左上腹部，或伴有左肩背部或腰部放射痛，血清及尿淀粉酶升高。并发肝脓肿时，可有高热、寒战、多汗，肝肿大触痛，有时出现黄疸或贫血。

**【防治】** 预防胆道蛔虫病的根本方法是防止蛔虫寄生，主要是加强粪便管理和重视饮食卫生。如有蛔虫寄生，应及时驱蛔，但须注意用药适当，否则可能诱发本病。治疗本病，除少数有较重的并发症外，一般可采取针刺和药物疗法。

1. 初期 上腹部阵发绞痛、呕吐、手足不温、脉紧，属于脏寒虫动，治宜温脏止痛安蛔。

（1）针刺：迎香透四白，或中脘、丘墟，或肝俞、胆俞，或阳陵泉下2寸的触痛点。也可选穴进行穴位注射。耳针取交感、神门、胆、肝区。

（2）简易安蛔法：根据蛔虫因酸而不扰动的经验。可用食醋1两加水一倍顿服，或醋内加适量鲜扁蓄汁，或1%稀盐酸100毫升加糖少许温服，或阿斯匹林1克以浓茶送下。

（3）中药乌梅丸或复方乌梅汤（乌梅6钱、槟榔4钱、川椒2钱、干姜1钱）。

（4）解痉止痛药如皮下注射阿托品0.5毫克或肌注杜冷丁50毫克、或口服50%硫酸镁10~20毫升等，适用于针刺尚不能完全止痛时和服中药前后。

2. 感染期 上腹闷痛、间有阵发性绞痛、恶寒发热、胆囊肿大或右上腹有触痛和肌紧张、苔黄、脉数，属于肝脾郁热，治宜清热疏肝。

（1）针刺疗法同上。

（2）内服胆道驱蛔汤：柴胡2钱、青皮3钱、木香3钱、槟榔、双花、苦楝皮各5

钱、黄连2钱，一剂分2次服，一日2~4次。便秘者加大黄3钱（后下）、芒硝2钱（冲），黄疸者加茵陈、栀子各3钱。

（3）感染重者肌注青霉素、链霉素。适当输液，可加卤硷4~6克于液体内。

（4）以上非手术疗法治疗过程中，如出现高热寒战、黄疸加重、腹膜炎加重或休克等任何病情加重的症状，应施行手术治疗。

3. 恢复期 宜驱除肠道蛔虫，可行新针疗法刺大横、关元、天枢，或用各种驱蛔药。

### 胆囊炎与胆石病

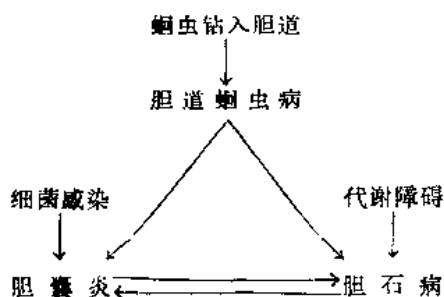
胆囊炎可单独发生，胆石病则一般并有胆囊炎症，两者常见的病因是胆道蛔虫病。饮食不当、胃肠失调、传染病（如肠伤寒）等也可能为本病病因。

#### 【病理】

1. 胆囊炎可分急性和慢性两类。急性胆囊炎常因胆总管或胆囊管梗阻、或直接受病原菌侵及，胆囊肿大，充血水肿，可发生粘膜溃疡。如炎症继续发展，胆囊内容物呈脓性，囊壁也可化脓，引起局限性腹膜炎。有时，因囊壁局限性缺血和坏死，发生胆囊穿孔，形成胆汁性腹膜炎。急性胆囊炎的过程与急性阑尾炎相仿，但胆囊血运比较丰富，所以临床上发生穿孔的病例较少。急性胆囊炎治疗不彻底，或胆囊多次反复的轻度感染或梗阻，可形成慢性胆囊炎，胆囊生理功能障碍、甚至丧失功能。当病人抵抗能力低下或有其他原因，慢性胆囊炎可急性发作。

2. 胆石病的形成，可有几方面因素，如胆道内有蛔虫尸体、虫卵、细菌体、脱落的上皮组织等，在胆道梗阻、胆汁淤积或代谢障碍等情况下，胆色素、胆固醇、盐类可围绕上述那些异物沉积而逐渐形成胆结石。胆石可位于胆囊、胆总管和肝内胆管，以在胆总管内较多见。胆石经常刺激损伤胆道内膜，或又阻塞胆道，引起胆汁排出不畅，因此胆石病经常伴有胆道的炎症，胆总管结石常可引起黄疸。

胆道蛔虫病、胆囊炎和胆石病之间有密切关系，可用三角形图解示意：



【临床表现】 胆囊炎和胆石病在临床上有急性和慢性两类表现。

1. 急性期 急性胆囊炎或急性胆管炎的过程，主要的表现有：右上腹持续性疼痛，阵发加重，可向右肩背部放散（一般认为是膈神经受到刺激所致）。常伴有恶心呕吐。右上腹胆囊区有触痛及腹肌紧张。以拇指掌面按压右上腹，请病人作深吸气，常可使痛加剧（因吸气时膈肌下降、推动发炎的胆囊，相当于间接触痛），叫做“吸气痛征”。多有发热、恶寒、白细胞增多等全身感染表现。同时，可能有下列情况：（1）胆囊肿大：多表

示胆总管梗阻，如蛔虫或胆石、加以炎症水肿、括约肌痉挛等所致。（2）黄疸：轻度黄疸多表示肝有感染；明显的黄疸和发热，尤其是曾经多次发作者，多表示胆总管结石。

（3）肝肿大：稍大而全身情况尚好者多表示肝有轻度炎症；明显增大、高热、消耗或贫血、触痛明显者，多表示并发肝脓肿。（4）腹膜刺激征：范围较大或弥漫全腹，表示腹膜炎；若弥漫性腹膜炎又有黄疸、多表示胆囊坏疽或穿孔，作腹腔穿刺可吸出胆汁样液体。

2. 慢性期 慢性胆囊炎或慢性胆管炎的过程，主要的表现有：上腹部隐痛，闷痛或不痛，消化不良、嗝气、厌油腻等。右上腹部有深部触痛。同时可能有下列情况：（1）上腹痛反复发作，发作时有黄疸、发热等，多表示有胆总管结石。（2）常在夜间睡觉中上腹痛发作，可能有胆囊结石，因为卧位时胆囊结石容易落到胆囊颈部（阻塞胆囊管）。

（3）上腹痛反复发作，发作时胆囊肿大，但无黄疸、发热等，多表示胆囊管有部分梗阻。

#### 【诊断】

1. 急性期 主要的诊断根据是右上腹痛和胆囊区触痛和肌紧张；胆囊肿大、黄疸、发热和寒战等，过去类似的发作病史，可帮助分析病因。

胆道感染并发腹膜炎时，应与胃十二指肠溃疡穿孔、急性胰腺炎、急性阑尾炎等鉴别。胆道感染、特别是胆总管结石引起黄疸时，应与传染性肝炎等鉴别。

胆囊炎和胆石病的急性过程，按祖国医学辨证可分为三型。

（1）气郁型：常见于感染初期或急性发作初期。右胁胀痛，阵发加重，可向肩背放散，恶心、呕吐，右上腹有触痛，可触到胆囊，但无明显腹肌紧张，苔薄白或微黄，脉多弦紧。治以舒肝理气为主。

（2）湿热型：常见于感染发展期。除右胁痛外，寒热往来，口苦，黄疸，尿黄，右上腹有触痛和肌紧张，舌红苔黄腻，脉数。治以疏肝清热利湿为主。

（3）脓毒型：相当于胆道内或腹腔内化脓。除有湿热型症状以外，腹部有广泛的腹膜刺激征，或高热、神昏谵语。此型为热极化火，生腐化脓，严重耗损气血津液，应积极抢救，多需手术治疗。

2. 慢性期 主要的诊断根据是有急性胆道感染病史、反复发作和右上腹有触痛。应与胃十二指肠溃疡、慢性胰腺炎等鉴别。必要时可作十二指肠液分析或X线检查。

#### 【治疗】

##### 1. 气郁型治疗

（1）新针：针刺阳陵泉下触痛点和足三里上下触痛点；或肝俞、胆俞、内关。强刺手法。耳针可取交感、神门、胆、肝等。

（2）中药：清胆行气汤 柴胡2钱、黄芩3钱、半夏2钱、枳壳3钱、郁金3钱、元胡3钱、木香2钱、白芍3钱、生大黄3钱（后下），水煎服。发热、脉数者加双花4钱、连翘3钱。

（3）饮食：一般病人不禁食，给予流质或半流质，忌油腻食物。呕吐较重者，应禁食，静脉输液及补充电解质，每日补充5~10%葡萄糖液2000毫升、生理盐水500~1000毫升、10%氯化钾10~20毫升。依呕吐、液体丢失情况，结合尿量而增减。腹胀明显者应胃肠减压。

(4) 解痉止痛：急性期服用中药和针刺，腹痛多可减轻或缓解。必要时可用解痉止痛药，如注射阿托品或杜冷丁。

## 2. 湿热型治疗

(1) 新针疗法同上。

(2) 中药治疗：清胆利湿汤 柴胡3钱、黄芩3钱、木香2钱、青皮3钱、车前子3钱、木通2钱、生大黄3钱（后下）水煎服。热重加板蓝根10钱、银花5钱、连翘5钱，黄疸加栀子3钱、茵陈5钱，呕吐加半夏3钱、竹茹2钱，局限性腹膜炎加桃仁3钱、当归3钱、赤芍3钱。

(3) 输液：胃肠减压，从胃管注中药后暂时闭管2小时。

(4) 抗菌素：病情较轻者服用中药配合针刺即可。病情较重者可肌肉注射青霉素40万单位、链霉素0.5克，每日2次；或用四环素静脉点滴，每日1~2克。

## 3. 脓毒型治疗 宜行手术疗法。

4. 胆石病中药治疗 胆总管结石，有寒热和明显黄疸慢性胆道感染有绞痛发作，经十二指肠液分析或X线检查有胆囊或胆总管结石者，或手术胆石再发，均可用中药胆道排石汤治疗：金钱草1两、海金沙1两、茵陈5钱、郁金3钱、枳壳3钱、木香3钱、生大黄2~3钱。水煎服。

5. 慢性期治疗 可采用利胆丸：茵陈4两，胆草、玉金、木香、枳壳各3两，共研细末，加鲜猪胆汁或牛胆汁或羊胆汁一斤（先将胆汁熬浓到半斤），并加适量蜂蜜，做或丸药，每丸3钱。早晚服用一丸。

6. 手术适应证 (1) 脓毒型胆道感染并发休克者，一面抗休克，一面抓紧时间早作手术。(2) 湿热型胆囊炎，在积极的非手术疗法期间，持续腹痛、高热、黄疸、局限性腹膜炎体征有发展者。(3) 慢性胆道感染（包括胆石病）反复发作、用非手术疗法不能彻底治愈者，可择期进行手术治疗。

# 急性胰腺炎

胰为一分泌腺，属实质性器官，且在腹膜后。胰腺炎和阑尾或胆囊等管腔器官的炎症有许多不同点。

【解剖生理】胰位于上腹深部，胃及十二指肠的后方，前方有腹膜覆盖，实际上属于腹膜后的脏器。胰有二个胰管，一个叫主胰管，另一个叫副胰管，收集腺体所分泌的胰液引流入肠内。多数病人主胰管与胆总管共同开口于十二指肠（图3-3）。胰腺具有外分泌及内分泌两种功能。外分泌即分泌胰液，其中含有胰淀粉酶、胰脂肪酶和胰蛋白酶（总称为胰酶），还有大量的碳酸氢盐，使胰液呈硷性，有很强的消化作用。胰液分泌减少或胰管阻塞，将引起消化不良。内分泌即胰岛细胞分泌胰岛素，对糖代谢起着重要的作用，缺乏时可引起糖尿病。

【病因病理】本病的发生，常与下列情况有关：(1) 胰液排出受阻，如胰管或胆总管壶腹部有结石、蛔虫等阻塞、括约肌痉挛或疤痕狭窄。(2) 邻近器官炎症，如胆道感染波及胰腺。(3) 饮酒与暴食引起十二指肠粘膜充血、水肿，同时胰液分泌过多。(4) 有的与情绪激动或受寒等使消化道功能失调有关。总之，胰液不能顺利分泌，或更有胆汁逆流流入胰管内，使胰酶活动；加以胰管内压增高，胰小管破裂，胰酶可渗入胰腺实质，

发生“自身消化作用”，可引起炎症改变。

根据病理改变，急性胰腺炎可分为水肿、出血和化脓三型：

1. 水肿型 常见，主要是胰腺充血、水肿。腹腔内可有浆液渗出，内含胰酶。经过治疗，这种炎症性水肿可消退而治愈。如治疗不彻底，可转变为慢性复发性胰腺炎。如炎症进展，可发展为出血或化脓型。

2. 出血型 胰腺高度肿胀，因实质内出血、呈棕紫或紫黑色。腹腔内有血性渗液，其中含有大量的胰酶，可“消化”大网膜、肠系膜等组织，将脂肪分解为甘油和脂肪酸。后者可吸取血中钙质，使血钙降低（发生手足抽搐）。由于胰腺纤维化（可能引起糖尿病）。

3. 化脓型 为胰腺坏死组织液化和化脓性细菌感染所形成。

【临床表现】 发病前常有暴食、饮酒、受寒、情绪激动等情况。起病较急，上腹部疼痛，为持续性，或有阵发加剧，可向肩背放散。伴有恶心呕吐，有的吐出蛔虫。检查见痛苦表情，有的呈现黄疸（与胰头水肿或胆道疾病有关）。腹部上腹胰腺区有触痛，腹肌多为轻度紧张（因胰在胃后），肠鸣音多减弱。测定血和尿的胰酶（淀粉酶和脂肪酶）含量增多，有相当的诊断意义，但有时也可能含量正常。

以上为水肿型（单纯性）胰腺炎的临床表现。如有下列情况之一则表示为严重的出血型或化脓型胰腺炎：（1）表现面色苍白，出冷汗，手足发凉，脉细，血压低等休克征象。（2）发热、不安，腹痛剧烈，腹膜刺激征明显，肠鸣音完全消失，舌红苔黄，脉数等重型腹膜炎征象。（3）发病后延迟治疗，口干唇燥，眼窝凹陷，腹胀显著，皮肤有出血点或瘀血斑，或有手足抽搐（血钙低）。（4）腹腔穿刺有血性液体。

【治疗】 治疗本病的原则是：疏通胰管，减少胰液分泌，防治休克和腹膜炎。本病属祖国医学肝胆气郁、脾胃蕴热病证的范围，治宜疏肝理气，清热散瘀。

1. 禁食，胃肠减压，输液。方法与腹膜炎时相同。

2. 中药 用清胰汤加减。郁金3钱、槟榔4钱、柴胡2钱、木香2钱、元胡3钱、赤芍3钱、牡蛎5钱、乌贼骨5钱。水煎一剂分2次从胃管注入（闭管1.5~2时），每日2~4次。主方治上腹痛、放散痛、轻度腹肌紧张、苔薄白、脉有力。发热、口干、腹紧、触痛明显、尿短赤、便秘结、舌红苔黄、脉数者，加清热攻下药双花5~10钱、黄芩4钱、大黄3钱、芒硝2钱（冲）、减乌贼骨、牡蛎。有黄疸者加利湿药茵陈5钱、木通2钱。平素体弱、低热、手足心热、腹软、舌红少苔、脉沉细者，加滋阴清热药生地3钱、麦冬3钱、玄参3钱、减柴胡、牡蛎、乌贼骨。吐蛔、阵发痛，脉弦紧者，加驱蛔药苦楝皮5钱、使君子仁3钱，芒硝3钱（冲），减牡蛎，乌贼骨。

3. 针刺疗法 针刺足三里及其上下触痛点、阳陵泉、胆俞。耳针可取胰区胆区。

4. 解痉和抑制胰分泌 用中药后一般可不用解痉和抑制胰分泌药。未用中药前、可皮下注射阿托品0.5~1.0毫克（1次/6小时）、或654-2加杜冷丁50毫克；或静脉滴入2%卤硷液200~300毫升；或口服普鲁本辛（30毫克每日3次）和醋唑磺胺（0.25克每日4次）。

5. 严重的出血型或化脓型应采取下列方法：（1）抗休克：输液内加升压药、氢化可的松（200~300毫克），并用阿托品解毒和改善末梢循环，酌情补充钾和钙。（2）腹腔穿刺证明有较多液体时，施行手术引流腹腔（包括胃后网膜囊）的液体，必要时作胆总

管引流。(3) 注射抗菌素(青、链霉素等)、解痉药等;肠鸣音恢复后可用中药继续治疗。

### 急性肠梗阻

肠梗阻是指肠内容物不能顺利地通过肠道。肠内容物完全不能通过肠管时,称为急性肠梗阻或肠结症,通常表现为恶心呕吐、腹痛、腹胀和排气排便停止。肠梗阻包括许多疾病,本节着重讨论急性机械性肠梗阻。

机械性肠梗阻就是指肠管阻塞、受压、扭结等发生肠腔狭窄闭塞。常见的疾病有:蛔虫性肠梗阻、粘连性肠梗阻、肠扭转、腹股沟斜疝嵌闭、小儿肠套迭等。

肠麻痹(肠蠕动停止)也引起肠梗阻。因为它通常发生在腹膜炎、机械性肠梗阻后期或其他疾病时,一般属次要问题,所以不作重点讨论。

【病理和临床表现】机械性肠梗阻的根本矛盾是肠内容物的运行在病变处受阻,由此产生一系列肌体内部和临床表现的变化。

| 肌体内部变化                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 临 床 表 现                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. 肠内容物在梗阻以上肠管内潴留,肠管轻度扩张,蠕动增强(以克服梗阻)。</p> <p>2. 肠内容物积存增多,肠管扩张加重,肠壁静脉受张力作用回流障碍,发生郁血水肿,肠蠕动开始减弱。</p> <p>肠吸收作用障碍,上消化道的分泌液不能回收,加以呕吐,引起水和电解质障碍。</p> <p>肠内细菌异常地滋长(因为内容物不能运行)产生毒性物质,可以通过抵抗力削弱的肠壁和腹膜吸收到全身,引起中毒。</p> <p>3. 肠壁郁血转化为缺血(动脉血运障碍),失去活力,蠕动停止、可发生坏死或破裂,引起腹膜炎。</p> <p>4. 全身脱水、酸中毒和感染中毒等,引起中毒性休克。</p> | <p>1. 阵发性腹痛,伴有恶心、呕吐(反射性)、腹胀感,排气中止,肠鸣音亢进,可听到气过水声。</p> <p>2. 腹痛转为持续性,有阵发性加重、腹胀加重,呕吐物带有粪臭味(回逆性),腹部可出现肠型(扩张的肠段),肠鸣音转为减弱,可听到稀少的高调的叮噤声。</p> <p>口渴、唇干、尿少,呼吸和脉搏多加快。(化验常有血液浓缩、血钾低、二氧化碳结合力减少等。)</p> <p>3. 腹部持续胀痛、肠麻痹肠鸣音消失,有腹膜刺激征。</p> <p>4. 烦躁不安、眼窝下陷、手足发凉、呼吸快而带酸味、脉细无力、血压下降等。</p> |

从以上过程来看、肠管本身的功能十分重要,而肠的功能与它的血运有密切关系。因此,临床上把急性机械性肠梗阻分为两类:(1)单纯性肠梗阻,指肠管尚能保持血运者;(2)绞窄性肠梗阻,指肠管血运发生障碍者。肠梗阻多数初期属单纯性,不能及时治疗时,可转化为绞窄性。某些肠梗阻发生开始就属绞窄性(因肠系膜血管受压、血流受阻),但如能及时治疗,肠管血运仍能恢复。

#### 【诊断】

1. 机械性肠梗阻的诊断,可根据腹痛、呕吐、腹胀、排气排便中止、肠鸣音改变(亢进、气过水声等)、肠形出现等,可概括为“痛、吐、胀、闭、肠”。X线检查可见肠腔内气液面。

2. 绞窄性肠梗阻是一个严重问题，必须紧急处理，否则威胁病人生命安全。机械性肠梗阻出现下列临床征象之一时，应警惕有绞窄性肠梗阻之可能：（1）腹痛剧烈、持续存在；或剧痛发作，但肠音反而减弱；或呕吐出现早、发作频繁。（2）发病早期即出现休克。（3）呕吐或便出血性液体。（4）有腹膜刺激征。（5）腹胀不对称，腹部扪诊或肛门指诊，触及一个比较紧张的疼痛包块。

某些绞窄性肠梗阻在早期表现单纯性肠梗阻，而单纯性肠梗阻发展到一定阶段可发生绞窄。所以诊断为单纯性肠梗阻，仍必须密切观察病情。

3. 机械性肠梗阻有许多病因，各种病因各有一定的特点。通常可根据年龄、过去病史、发病诱因和某些比较特殊的症状、体征等来分析病因。

#### 【治疗】

1. 单纯性肠梗阻 大多数可用非手术疗法解除梗阻，因此一般可先采用下述非手术疗法。但在治疗过程中必须密切注意病情。如病情加重，应改为手术疗法。

（1）禁饮食。必要时作胃肠减压，以减轻腹胀。也可经胃管注入中药汤。

（2）输液：包括5~10%葡萄糖、生理盐水、4%碳酸氢钠（酸中毒时），10%氯化钾（防治低钾症时）。水分输入量以尿量有800~1000毫升为宜。

（3）灌肠：帮助结肠内粪便排出，调节肠蠕动。有时灌肠压力可稍高，可反复几次；或用通便药条（细辛、皂角等分为末、以蜜糖做成）塞入肛门。

（4）新针：穴位有足三里、天枢、内庭、中脘、腹结，也可用曲池、合谷、上脘等各穴，重刺手法。耳针选用小肠、交感、神门，用重刺激。

（5）中药：①加味大承气汤：攻下散结，适用于便秘、尿黄、腹部触痛、胀满、舌红苔黄、脉弦数或沉紧。厚朴4钱、莱菔子1两、枳壳3钱、代赭石4钱、大黄4钱

（后下）、芒硝4钱（分2次冲），水煎分2次服。渣再煎作保留灌肠。②甘遂通结汤：逐水破结，适用于重症肠结症、腹胀而内有水鸣声、尿少、口干舌黄燥、脉沉实。甘遂末2~3分（冲）、桃仁3钱、赤芍5钱、牛膝3钱、厚朴4钱、大黄3~6钱、芒硝3钱，用法同上。③加味五仁汤：缓下理气，适用于身体素弱、畏寒、腹部触痛和胀满不明显、苔白、脉沉弦。厚朴、木香、莱菔子、桃仁、瓜蒌仁、郁李仁、火麻仁、番泻叶各3钱，乌药2钱、细辛1钱，水煎分2次内服。体虚加入参、当归，呕吐加半夏，发热加黄芩、银花、连翘。

（6）抗菌素：梗阻较严重时、肌肉注射青霉素40万单位、链霉素0.5克、每日2次，可减少中毒机会。

（7）其他如用腹部热敷，注射阿托品等解痉止痛。经上述治疗后、腹痛、腹胀不减或继续加重者；或经多次攻下通便，但梗阻仍不能解除者，应行手术疗法。

2. 绞窄性肠梗阻 一部分也可施行非手术疗法，另一部分则需作手术治疗。

#### 一、蛔虫性肠梗阻

蛔虫性肠梗阻，多发生于少年儿童，常因蛔虫聚结成团，堵塞肠腔。有时蛔虫可引起肠痉挛或肠套迭等，也形成梗阻。

【诊断】 初期为阵发性腹痛，部位常不定，多在脐周围。恶心、呕吐。腹部可出现肠形或摸到索状肿块，有触痛，可能随肠管收缩而变硬，严重时，可出现腹膜炎（肠穿孔、肠坏死）和休克等。过去排虫病史以及舌唇的“虫点”和结膜的“虫斑”可作诊断参考。

### 【治疗】

1. 蛔虫结团堵塞肠腔、腹壁柔软者，宜散虫解痉：（1）针刺足三里、天枢，口服生豆油（2~3两）或蓖麻油（20~30毫升）等润肠药。（2）腹部热敷，注射阿托品，以缓解肠痉挛。

2. 散虫解痉后宜驱虫通便：（1）针刺大横（向脐斜刺、捻转）、足三里；并用通便药条。（2）苦楝皮5钱、莱菔子1两、芒硝2钱（冲）。（3）口服派啉糖浆，12小时后温水灌肠。

3. 蛔虫引起肠痉挛，恶心、呕吐、腹痛较重，但腹壁柔软，无肿块、喜按压，舌淡苔白、脉多弦紧。宜温中散寒，可用大建中汤（川椒3钱、干姜3钱、党参3钱、麦芽糖1两（化）），加以中脘，内关针刺。

其他处理与上述基本疗法相同。

### 二、粘连性肠梗阻

腹腔粘连为腹膜炎治愈后所形成。化脓性或结核性腹膜炎，以及腹部外伤或手术后，都可引起腹膜纤维性粘连。但粘连不一定都引起肠梗阻。当粘连使肠管受压、折迭等造成肠腔狭窄时，就可发生肠梗阻。

早期治好腹内炎症或外伤，进行腹部手术时减轻损伤，彻底止血，清除异物，正确应用腹腔引流，术后早期离床活动，可减少本病的发生。此外，饮食不当常为发病诱因，所以应当避免。

粘连性肠梗阻发病时多属单纯性肠梗阻，有的开始就是绞窄性，值得注意。

【诊断】 下述各点可做诊断时参考：（1）肠梗阻多次反复发作，但不严重，常在禁食后好转，平日消化不良、腹部不适，发生绞窄的可能较小。发作次数很少，但呕吐腹痛等都很严重，多为粘连带，发生绞窄的可能较大。（2）结核性腹膜炎治愈后，腹部弥漫性胀大或不胀，触诊有“揉面感”（象揉面团、软而实），发生绞窄的可能性较小。平素腹部触诊感觉如常，发生梗阻时如腹胀不对称或有包块，常有绞窄可能。（3）X线检查见有多数较小的肠内液气面、多为单纯性肠梗阻。如发现有1~2个很大的肠内气液面，应警惕为绞窄性。

其余可参看机械性肠梗阻的诊断。治疗方法如同机械性肠梗阻。

### 三、肠扭转

肠扭转的部位，多在小肠，其次是乙状结肠，再其次是盲肠。其发生与肠系膜较长、肠段内容物的重量增加和人体姿势的急速变动或肠蠕动异常等有关。临床的资料表明，小肠扭转多发生于饱食不易消化的食物后，进行某种急转身或颠簸运动中；乙状结肠扭转多与习惯性便秘有关。所以，适当注意饮食，治疗习惯性便秘，可预防肠扭转。

肠管一旦发生扭转，除了扭转处发生梗阻，肠系膜血管受绞扼，肠壁血运发生障碍，容易引起肠坏死、腹膜炎或中毒性休克。因此必须争取早期诊断和早期治疗。

【诊断】 以突然发生腹部剧烈绞痛为主症，常为持续性、阵发加重。呕吐频繁。小肠扭转多见于青壮年，常发生在劳动或运动中。早期腹部体征可能不明显，但易出现四肢厥冷、出冷汗、休克。乙状结肠扭转多见于老年人，有严重腹胀并可见肠形，左下腹紧张而出现痛性包块。盲肠扭转症状类似乙状结肠扭转，但右下腹紧张而有痛性包块。

【治疗】 肠扭转早期，病人一般情况尚可时，可试行非手术疗法：（1）可嘱病人取膝

肘位，膝肘间的距离稍放宽。医生跨在病人的背上，双手抱病人腹部提起放下，使腹部颠簸运动，以利肠扭转复位。动作必须由轻到重，使病人能够忍受。这叫做“颠簸疗法”。

(2) 病人取上述同样体位。医生在病人一侧，双手重叠按摩病人腹部，一般沿逆时针方向作环形运动，因肠扭转多向顺时针方向。动作也应由轻到重。如果按摩时腹痛加重，表示方向不对，应立即反方向动作。以上手法复位成功时，腹痛缓解，并能排气排便。凡是病人一般情况较重的肠扭转，均以手术治疗为宜。

#### 四、肠套迭

一段肠管套入其邻近的肠管腔内，称为肠套迭。这是幼儿多见的急性肠梗阻，绝大多数发生在二岁以下，其中以4~10个月最多。发病常与饮食不当或腹泻肠炎有关。一般是回肠末端套入结肠，常连带使盲肠、阑尾等也套入。套迭发生后，不仅肠管梗阻，由于肠系膜血管受压，套入部肠管可以发生绞窄，即瘀血、水肿、出血、坏死等。

【诊断】 小儿肠套迭有四个主要临床征象：(1) 阵发性哭闹不安（即腹痛），常同时有面色苍白、屈膝弯腿，间歇期间比较安静。(2) 呕吐。(3) 便血（即肠出血），为粘液血便，其中缺乏真正的粪便。(4) 腹部包块（即套迭部），出现在上腹部横行位，如腊肠形。病程晚期，则有精神不振、腹胀、发热、脱水、酸中毒和休克等。

诊断上应与痢疾鉴别。小儿痢疾容易早期出现中毒症状，粘液血便中可找到不消化食物如奶渣等，腹部无肿物。必要时可作X线检查。

【治疗】 肠套迭可作气体灌肠法使套迭复位，必要时施行手术复位。

#### 五、麻痹性肠梗阻

麻痹性肠梗阻即肠麻痹，主要的表现是腹胀和肠鸣音消失。其病因有：(1) 腹膜受刺激如急性腹膜炎、腹腔手术后。(2) 肠管血运障碍如绞窄性肠梗阻。(3) 全身疾病变化如低钾症、尿毒症等。

【治疗】 通常不把肠麻痹作为单独的疾病来处理，应根据具体的原发疾病治疗。

肠麻痹有时引起严重腹胀，妨碍呼吸，或持续时间过长，可妨碍饮食。在这类情况下，需要采取下列促使肠蠕动恢复的方法：(1) 针刺：可采用足三里、天枢、内庭、中脘及合谷等穴位；腹胀加次髂、大肠俞；腹痛加内关、章门。(2) 耳针：大肠、小肠、交感、皮质下、腹。(3) 穴位封闭：两侧足三里，各注射新斯的明0.25毫克。(4) 腹部热敷。(5) 肾囊封闭：每侧用0.25%普鲁卡因60~80毫升，两侧可同时进行封闭。(6) 硬膜外麻醉或蛛网膜下腔麻醉（腰麻）。

（常见的急腹症除了上列各病以外，还有胃十二指肠溃疡穿孔和宫外孕，见242页和380页。）

#### 〔附〕 关于急腹症问题的点滴体会

毛主席教导说：“我们要求把辩证法逐步推广，要求大家逐步地学会使用辩证法这个科学方法。”我们在实践中体会到，用唯物辩证法指导对外科急腹症的认识，是一个极为重要的问题。

##### 一、外因和内因

认识外科急腹症的外因和内因的关系，是两种宇宙观的反映。机械论、形而上学的观点认为，外科急腹症都是细菌、寄生虫、外伤、异物等作用的问题，病人肌体完全处于被动地位。因此，治疗就完全

靠消除外因作用，尤其强调“只有手术才能解决问题”。但是实践证明，这种“外因论”是不符合客观实际的。如用针刺疗法治疗急腹症，显然是通过肌体本身作用。“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。”外科急腹症的外因虽然比较突出，对人体的刺激和影响较大，但是人体内因仍是疾病变化的根据。例如，胃肠等管腔器官破裂时，主要是内容物漏入腹腔；肝脾等实质器官破裂时，主要是出血较多。又如，同样的急性阑尾炎，成人常有相当的局限化能力，小儿就容易造成腹膜炎。资产阶级医学家把“外因论”的东西说得头头是道，为急腹症立下许多“条条框框”。其实那些都是阻拦医学进展的纸老虎。我们要用唯物辩证法的尖锐武器，把它们戳穿。我们既重视外科急腹症的外因条件，更要重视研究内因根据。这样，就有利于调动人体抗病的积极因素，有利于发挥病人的主观能动作用，有利于中西医结合，有利于创造更新更好的防治方法。

## 二、主要矛盾和次要矛盾

外科急腹症包括了许多不同的疾病，从腹部病理变化上看大体有三类：一是炎症，二是梗阻，三是损伤。这三种变化并不是分割孤立的，而是相互联系的。炎症可引起梗阻或损伤，如腹膜炎可引起肠麻痹或肠粘连、胃溃疡可发生穿孔。梗阻可引起炎症或损伤，如阑尾粪石堵塞可引起发炎、肠梗阻发生绞窄引起腹膜炎。损伤又可引起炎症或梗阻，如脾破裂引起腹膜炎、肠破裂引起腹膜炎和肠麻痹。认识急腹症，就要在炎症、梗阻或损伤所形成的复杂矛盾中，捉住起着决定作用的主要矛盾，其他的问题也就可以迎刃而解了。但是又不能单从腹部病理去看。因为，急腹症常引起脱水、酸中毒等全身性变化，严重时发生休克。这些变化也可成为主要矛盾，特别是休克最为要紧，必须重视预防和治疗。腹部和全身的变化究竟那方面算主要矛盾？这就要分轻重缓急。所谓“治病要治本”和“急治标、缓治本”。腹部的炎症、梗阻或损伤是“本”，全身的体液丢失、电解质失衡或感染物质中毒等是“标”（后果）。全身性变化不严重时，主要矛盾在腹部病变。治好了腹部病变，全身性变化也就容易好转。全身性变化严重时，直接危及生命，成为主要矛盾，必须抢先解决。水分、电解质或感染物质等的变化，有从量变到质变的过程。因此，在疾病的早期注意到它们的变化，加以预防性治疗，这类次要矛盾就不会激化而变成主要矛盾。腹部的炎症、梗阻和损伤之间，也有主要矛盾的转化问题。妥善处理，就能防止病变加重而趋向好转。

## 三、靠人和靠物

有两例诊断经过使我们深受教育。第一例：在某公社有一位贫农社员，上腹痛非常剧烈，烦躁不安，出冷汗。问病史时他不愿多答话。他平素健康，当天早上吃了小米饭，约8时左右发病，经过不到1小时找到解放军某医院医疗队。检查见上腹部稍膨满，胃鼓音区稍大，肠鸣音减弱，此外未发现其他明显的异常体征。当时没有化验和X线检查的条件。这究竟是什么病？一时诊断不定。但是医务人员决心给这位贫农社员治病。考虑到有“胃扩张”的可能，先试给病人作胃肠减压。插管时他呕吐一次，吐出大量小米饭、土豆和豆类等；插管后又吐两次，并把胃管都呕出了。又给他针刺足三里和胆俞，但没有明显效果。医务人员在处理中注意到他的腹痛为持续性而有阵发性加重。过了一回儿，从他哥哥那里，知道他是生产队里带头干活的把手，是在向大车上装粪肥时突然发病的。这样一面处理，一面检查，就先后得到较多的感性材料：饱食后进行用力的急转身运动，突然剧烈腹痛，持续而阵发加重，恶心呕吐，腹部稍胀，肠鸣音减弱，但无腹膜刺激征，对症处理无效。根据这一系列现象分析，医务人员就诊断为小肠扭转。以后的手术治疗证明这一诊断是正确的。

第二例：一病人腹痛约一昼夜入院。发病于夜间睡觉中，先觉上腹痛，有恶心、未呕吐。几小时后腹痛转到右下腹。过去病人常有“胃痛”，此次腹痛和过去不同。门诊化验白细胞14000/立方毫米，中性占87%；X线胸腹透视未发现膈下游离气体。入院检查发现右侧腹有明显触痛反跳痛和肌紧张，肠鸣音减弱。医生诊断为“阑尾炎穿孔”，并决定手术治疗。但是，手术时发现不是“阑尾炎”，而是十二指肠溃疡穿孔，漏出的胃十二指肠内容物沿在右结肠旁沟流到右下腹。结果只好作两个腹部切口，临时改变麻醉，给病人增加了不应有的痛苦。

毛主席教导我们说：“唯物论和辩证法则要用气力，它要根据客观实际，并受客观实际检查，不用

气力就会滑到唯心论和形而上学方面去。”

第一例小肠扭转的诊断本来是比较困难的。医务人员遵照毛主席关于“全心全意为中国人民服务”的伟大教导，积极处理，深入调查研究，终于克服物质条件的困难，做到了正确诊断和治疗。

第二例十二指肠溃疡穿孔，虽则病状不十分典型，但是如果更细致地检查，就会发现上腹触痛比较更重，加以病史已经显示了溃疡病的可能性，作腹腔穿刺会有助于鉴别诊断。负责医生检查不细，思想上又依赖X线透视，结果犯了错误。诊治急腹症，需要一定的物质条件，但是决定的因素是人。

#### 四、腹痛和止痛

腹痛很急，需要止痛。但是，“看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。”曾经有一位病人腹痛非常剧烈。医生没有弄清他的病，就给了大量的苯巴比妥钠和冬眠灵，使病人迷迷糊糊。一直到发生休克，才进行抢救和手术。手术证明粘连性肠梗阻已发生肠坏死。如果不滥用镇静药，早些时候诊断，肠坏死是可以避免的。要想正确处理腹痛，先须了解腹痛的规律性。腹痛是腹部的神经和病变刺激矛盾的反映。镇痛药、镇静药都属中枢神经抑制药，它们的止痛作用是暂时抑制了中枢神经反应性，实际上是掩盖了矛盾。消除病变刺激才是解决腹痛矛盾的根本方法。因此，用止痛药必须以不妨碍诊断治疗为原则，滥用止痛药就会走向反面（增加病人痛苦）。

祖国医学认为“通”与“痛”是一对矛盾，“不通则痛，通则不痛”。因此，在辨证论治的原则下，可用体针或耳针（循经取穴）、理气药（如元胡、香附）等，也起止痛的效果，而且不致影响正确诊断。同理，也可用解痉药（如阿托品、硫酸镁）和胃肠减压法处理腹痛。

#### 五、手术治疗和非手术治疗

治疗外科急腹症要研究手术和非手术的问题。“事物都是一分为二的。”手术这事物也是这样。手术治疗的优点是：能迅速排除腹腔内脓液等有害物质，直接处理内脏损伤或病变，常可很快使疾病矛盾转向治愈。它的缺点是：病人遭受手术的创伤痛苦，可能发生切口感染、肠粘连等并发症。优点和缺点那个占主要方面呢？这要看具体情况。在正确选择适应证，细致进行操作，和做好术前术后处理的条件下，手术的优点占主要方面；反之，选择适应证不当，手术操作粗暴马虎，准备不周，护理失职，手术的缺点就会突出起来，危害病人。

病人希望尽可能不用手术。医生必须慎重考虑这种要求。胆道蛔虫病、阑尾炎等曾经一律采取手术治疗的方针，后来有了改变，许多病人用非手术的疗法治好了。这种改革受到广大工农兵的欢迎。但是有的人却反对，迷信用一把刀治急腹症。一旦出现什么非手术的新疗法，他们总是拿手术的某些优点去比新疗法的某些缺点，看不到手术的缺点和新疗法的优点。显然，那是形而上学观点的反映，既不符合急腹症治疗进展的历史，又违背广大群众的愿望。

我们并不反对手术治疗，认为这是解除许多病人痛苦的需要。同时，手术必须与其他药物、处理（如胃肠减压等）、护理（如帮助咯痰等）相结合。但是要反对迷信手术的思想。因为，迷信一把刀，势必忽视其他疗法，有害于人民群众健康，又阻碍医学发展，特别是阻碍中西医结合。

#### 六、中西医结合

有人说：“中医无急症。在急腹症方面，中西医结合不是方向。”这种说法对吗？实践是最有力的证明。中西医结合治疗急腹症，虽则只经历不太长的时间，但已经显示出许多优越性：便利广大的农村和工矿，许多早期的病人能够就地治疗；也有利于战争条件下治疗急腹症；使许多病人免于手术痛苦，缩短疗程，能够早日参加生产劳动。中西医结合、创立我国的新医学，是伟大领袖毛主席指出的方向，代表了广大人民群众的利益，深刻地指明了医学发展的客观规律。执行毛主席的无产阶级卫生路线，必须进行中西医结合。

中、西医学由于历史的条件不同，有着不同的理论体系。这两者的结合必须靠辩证唯物论的指导，既要通过实践，又要研究分析。就急腹症的范围来说，西医对于腹腔病变的认识比较细致，中医对于调动人体的防御修复能力比较有经验。中西医结合，各取所长，取长补短，能够提高疗效。而且，新疗法提出新的研究课题，促使人们进一步研究，对医学进展是一种促进。

我们要认真学习毛主席的光辉哲学著作，不断肃清唯心论、形而上学和爬行主义，用辩证唯物论统帅中西医结合，不断实践，不断总结，不断创新，不断提高，为实现毛主席关于“中国应当对于人类有较大的贡献”的伟大教导而奋斗！

## 败血症

败血症是致病微生物侵入血流引起的全身性感染。这是一种严重的疾病，必须十分重视对它的预防和治疗。

【病因病理】 人体受到致病微生物感染时，一般可将感染限制在局部。例如：皮肤生疖子时，虽则葡萄球菌有破坏组织、并使感染蔓延的作用，但是肌体有制止病菌发展的功能，其中包括“炎症包裹作用”（由纤维蛋白、白细胞等形成对感染的“包围圈”），阻止感染向健康组织发展。即使有很少的病菌进入血流，也往往被白细胞、吞噬细胞等消灭，这样就防止了病菌感染向远隔部位扩展。败血症的发生，多数是因为人体抗感染能力降低，不能有效地控制局部的感染；也有的是因为病菌毒力过强，使人体抗感染能力受到严重的损坏；在这些情况下，病菌侵入血液循环，造成比较广泛的病变。

败血症的病理变化主要有下列几方面：

1. 发热 体温调节中枢受病菌毒素的作用，体温发生剧烈的变化。临床上表现恶寒、寒战、发热、热度波动（多呈弛张热型）、出汗等。肌体受到很大的消耗，往往在短期内可出现消瘦、无力、脱水等。

2. 感染转移 病菌或附着着脓栓（病菌和坏死组织构成的微粒）随着血流传播，可能到皮肤、皮下、肺、肝、脑或肾等组织内，引起新的感染病变。临床上可出现上列各部位的化脓性炎症，叫做转移（迁徙）性脓肿。这类败血症叫做脓毒血症。

3. 血管系统的改变 病菌毒素作用于血管神经，可使毛细血管通透性失常，出现皮肤出血斑点。某些病菌的内毒素更可使毛细血管痉挛或麻痹，使血液滞留在毛细血管内，引起周围末梢循环障碍。这是败血症发生中毒性休克的一个重要原因。

4. 网状内皮系统和血细胞的改变 网状内皮组织因为血流内的感染起强烈的反应，发生充血、增生等。因此临床上可出现淋巴结、肝和脾的肿大。白细胞的数量可明显增多。但感染极度严重时，白细胞大量损耗，骨髓功能受到抑制，血中白细胞反而可减少。红细胞受病菌及其毒素破坏，临床上可出现贫血和尿色加深，有的可出现黄疸（黄疸较重时，常表示肝还有炎症或脓肿）。

5. 其他 感染中毒引起中枢神经症状，如烦躁、谵妄、惊厥或昏迷（昏迷也可由脑脓肿引起）。败血症时又可发生心肌损害或肾上腺皮质功能降低等，这些也是促使休克发生的原因。

【预防】 我们要了解常见的败血症病因，在医疗工作中做到两个“极端”和“精益求精”，预防败血症的发生。

1. 防治皮肤感染 皮肤的化脓性感染，如疖、痈、蜂窝组织炎等，若治疗不当，都可能引起败血症。这类发病在祖国医学里叫做疔疮“走黄”（可能引起黄疸）或痈毒内攻。

皮肤感染以金黄色葡萄球菌为常见。一般来说，肌体对这种病菌的感染有较强的包裹（局限）作用。这类败血症的发生，通常是由于不适当地挤脓、病处受到磕碰、化脓后排

脓不及时或人体因其他原因抵抗力降低等。所以，不可轻视皮肤感染。要提倡卫生，生疔长疮时要及时治疗，如消炎、包扎、透脓、切开引流等。

烧伤后感染也是败血症的常见原因之一。二度以上的烧伤常可受葡萄球菌感染，还可受绿脓杆菌、大肠杆菌、链球菌等感染。要特别注意结痂和坏死组织下面的感染。

婴儿可发生臀背部的蜂窝组织炎，往往蔓延很快，发展成败血症。对婴儿要勤换尿布，保持臀部干净；一旦发生局部红肿，应及时治疗（必要时作切开），并且注意体位，避免压迫感染。

2. 防治头面部感染 常见头面部化脓性感染，除皮肤感染以外，还有中耳炎、扁桃体炎或扁桃体周围炎、颌下淋巴结炎等，以葡萄球菌和链球菌为多见。这些化脓性病变引起败血症，较多见于儿童，一则儿童对感染的局限作用不如成人，再则常与不能及时发现和治疗有关。因此，要向父母们宣传重视孩子的身体情况，尤其对发热、哭闹不安等要及时诊断治疗。成人的头面部感染也应及时处理，病变已经化脓时必须引流脓液。

3. 防治内部器官感染 胸腔和腹腔内的感染也都可能引起败血症，其中以胆道、尿路和产道的感染较为常见，以大肠杆菌、葡萄球菌、肺炎双球菌等为多见。肝内胆管对病菌的抵抗力，往往不如胆囊和胆总管；肾盂的抵抗力不如膀胱；子宫的抵抗力不如阴道；总之，这些系统的上段结构的抗感染能力，一般不如它们的下段结构，受感染时往往体温骤然升高，容易发生中毒症状，也比较容易引起败血症。因此，遇见寒战、发热、出汗、脉数等情况，必须积极控制感染。

其他如各个部位的脓肿或积脓，如乳房脓肿、化脓性骨髓炎、脓胸、化脓性腹膜炎等，都应当及时引流脓液，防止病菌窜入血流内。

前面已提到，败血症的发生多因肌体抗感染能力降低。具体来说，常见以下几种情况：（1）因损伤或疾病肌体受到严重损耗，如失血、失液等。（2）脓肿或积脓不及时引流，它们的内压增高而向外扩张，使炎症包裹作用受到破坏。（3）平素体质虚弱，或幼儿体质娇弱。（4）误受外伤（如挤压、手术不当），感染区周围的组织损伤。因此，治疗某一部分的感染时，必须重视全身和局部的防御功能，不给病菌乘虚扩展的机会。

【诊断】 诊断败血症要分析三个问题：（1）是不是败血症？（2）原发的感染在那里？（3）主要的致病微生物是那一类？这三个问题是互相联系的。不过，有时原发感染明确而败血症不易判断，有时败血症表现突出而原发感染比较隐蔽，因此，具体分析的重点有所不同。

当局部的感染比较明确时，例如：皮肤感染、烧伤、乳腺炎、骨髓炎以及表现比较突出的各部位感染，应当着重分析有没有败血症的问题。比较重的感染一般都可引起发热、消耗、脉数等，但不一定就是败血症。败血症包括毒血症（细菌毒素和感染产物所致）和菌血症（血流内存在病菌所致）。感染发热还要联系下述表现中的几项（不一定是全部），才能断定为败血症。（1）在原发感染部位的远处发现转移性感染。（2）短期内出现贫血或轻度黄疸、肝或脾肿大。（3）出现皮肤出血斑点。（4）原发感染不在颅内，但发生烦躁、谵妄、惊厥或昏迷。（5）血压不稳定或发生休克。（6）白细胞非常增高或反而减少。（7）血培养发现致病微生物。

当败血症比较突出而原发感染隐蔽时，就要分析原发感染究竟在那里。应当详细了解病史，并且认真地从全身皮肤、头部以至胸、腹、四肢检查，特别要注意咽、耳与乳突、

肝与胆或肾等有无病变。必要时可作尿常规、肝功能等化验，还可作穿刺检查。

败血症的致病微生物鉴定，有条件时应通过血培养。但原发感染明确后，多数可以估计病菌属那一类（见前）。各类病菌的致病作用有所不同，引起败血症时临床表现各有一些特点，也可作为鉴别参考。例如：金黄色葡萄球菌性败血症发热高、出汗较少而粘稠（同体温波动度较小）、容易出现多发性脓肿、肝或脾肿大、出血斑点较少、除晚期外血压变动不大、白细胞数很多而贫血较轻。大肠杆菌或其他肠内菌族的败血症发热不太高或不规则（有时反而低）、转移性脓肿较少、出血斑点稍多、血压变动大而易突然休克、常出现烦躁不安或乱动、白细胞数增高不如葡萄球菌感染时。链球菌性败血症发高热、出汗多、易发生贫血或黄疸、出血斑常较大、易出现休克或昏迷。应当指出，败血症常有两种以上病菌混合感染，呈现综合的症状。

【治疗】败血症的发生本来是感染趋向加重。我们要遵照伟大领袖毛主席关于“集中兵力”的教导，采取有力的措施，改变疾病的发展趋向，使肌体战胜病菌而转向恢复。

1. 增强体质的一般方法 用富有营养、容易消化的饮食。但病人食欲不振或不能饮食，一般需要输液。可静脉点滴葡萄糖液供给热能和水分，加快体内毒素排泄，并适当点滴生理盐水等。补充维生素乙、丙。有贫血、明显消耗、白细胞数不足、病期较长等情况，应多次少量输血。

2. 处理原发感染 根据具体病变尽力消除病菌和毒素的来源。要区别两类情况，一类是可以非手术疗法治好的原发感染，与败血症一并治疗；另一类是需要同时施行手术才能治好的，也就是指已成脓肿或积脓，如不将脓液排出，败血症就不能完全治好。但应当在病人全身情况允许的条件施行手术或者转送到医院去处理。

3. 应用抗菌药 要选择对致病微生物有控制作用的药物。选用抗菌药前，一定要先了解过去用药的种类、剂量以及疗效，避免因病菌有抗药性而使治疗失败。附表可供选药参考。治败血症时所用的剂量往往较大，要求高效和速效。但也不应过大，尤其是某些抗菌素对肾等器官有损害作用。

败血症的常用抗菌药表

| 原发感染                        | 主要病菌           | 首选药物                                     | 备用药物                                       |
|-----------------------------|----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 化脓性扁桃腺或周围炎；中耳炎；皮肤感染；化脓性骨髓炎等 | 金黄色葡萄球菌、链球菌    | 二甲苯青霉素 6 克/日，链霉素 2 克/日（合用）               | 红霉素 2 克/日；金霉素 2 克/日；杆菌肽 8 万单位/日；卡那霉素 2 克/日 |
| 消化道感染；尿路感染；产道感染             | 大肠杆菌及其他肠道菌族    | 链霉素 2 克/日，四环素 2 克/日（合用）                  | 氯霉素 2 克/日；多粘菌素 2.5 毫克/公斤/日；卡那霉素 2 克/日      |
| 烧伤                          | 金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌   | 红霉素 2 克/日 多粘菌素 2.5 毫克/公斤/日（合用）（可用 1% 卤硷） | 庆大霉素 8 克/日                                 |
| 肺炎，肺脓肿                      | 肺炎双球菌、链球菌、葡萄球菌 | 二甲苯青霉素 6 克/日，链霉素 2 克/日（合用）               | 红霉素 2 克/日；四环素 2 克/日（可用 1% 卤硷）              |

4. 中药疗法 按照祖国医学辨证施治的原则, 败血症大体可分为实和虚两类, 证治如下:

(1) 体质尚可, 高热、热度波动不大、出汗较少而粘稠、舌红苔黄、脉数有力者, 属实证, 宜以清热解毒为主: 双花、公英、地丁、败酱草、板蓝根等(选三种各 1~2 两), 连翘、黄柏、黄芩等(选二种各 5 钱~1 两), 黄连(3 钱)。凉血: 生地(1 两)、丹皮(1 两)。解高热: 石膏(1~2 两)、知母(3 钱)。通大便: 大黄、芒硝(各 3 钱)。退黄疸: 茵陈(1 两)、山栀(3 钱)。

(2) 体质虚弱, 热度波动大、出汗多而发凉、或热度不高、面色白、手足不温、舌淡或绛红, 脉沉细无力者, 属虚证, 宜以滋补解毒为主。补气血: 党参、黄芪(各 1 两)、当归、白朮(各 4 钱)、甘草(1 钱)。滋阴: 麦冬(4 钱)、鳖甲(1 两)。清热解毒: 双花、连翘、玄参、板蓝根等(选两种各 3~5 钱)。

5. 对症处理 (1) 高热: 头部冷敷, 儿童可用安乃近滴鼻, 曲池、大椎等穴位注射, 牛黄丸、紫雪丹等(并有神志不清时), 淋巴结疗法等, 酌情选择。(2) 休克: 针刺中冲、人中等, 实证者可刺十宣放血, 输血、输液, 用升压药或加氢化可的松等。

6. 恢复期治疗 体温恢复正常、精神和食欲好转、感染处伤口愈合, 表示病情已基本好转。但这个时期肌体尚未复原, 感染也不一定完全消除。病人仍应继续休养, 酌情用中药治疗。如感觉虚弱无力、面色苍白者一般可用“八珍汤”(丸), 胃口不好、心跳失眠者可用“归脾汤”(丸), 稍活动就引起低热者可用“补中益气汤”(丸)。病人体质增强时, 通过本身的抗感染能力, 能够消除残余的病菌, 因此这个时期多不必再用抗菌药。

## 急性尿闭

尿闭是指肾脏不能形成、或只能形成极少量的尿液(如每昼夜不到 100 毫升)。急性尿闭是短时间内肾脏因缺氧、中毒等而不能产尿, 一般称为“急性肾功能衰竭”。

### 一、急性尿闭是怎样发生发展的?

急性尿闭发生以前, 肾脏本身一般并没有病变。尿闭的发生, 是全身性病变引起的。发生时, 除有肾改变外, 还可引起全身性病变。

(一) 病因 主要有肾缺氧、中毒或肾小管堵塞, 以肾缺氧为常见。

1. 肾缺氧 如休克、严重的烧伤或创伤、严重感染、子痫等, 肾血管发生痉挛, 肾血流量不足, 引起肾组织缺氧、变质。

2. 中毒 如磺胺类、氯化高汞、四氯化碳、铋剂等物质可使肾组织损害。

3. 肾小管堵塞 肾小管内腔被磺胺类、组织分解产物、血红蛋白及其分解物等堆积堵塞。

(二) 病理变化 主要是肾小管上皮细胞的变质, 严重时可发生坏死。肾小球组织改变不明显, 但因缺血而滤过率降低, 形成原尿量减少。经过积极治疗, 肾的改变多可好转恢复, 肾功能也随着恢复, 所以不应当一律称本病症为“肾功能衰竭”。

人体每昼夜至少要有 500~600 毫升尿液排出, 才能使体内代谢的废物排出。发生尿闭后, 废物在体内堆积, 而且还有原发疾病所造成的细胞破坏, 代谢中间产物等也不能排出, 就可发生酸中毒和血钾过多(钾由细胞分解时放出)。如果不注意控制饮水或输液, 体内水分存积过多, 可继发其他病症。

“矛盾着的对立的双方互相斗争的结果，无不在一定条件下互相转化。”在前述病因的条件下发生的尿少或无尿，在肾功能逐渐恢复的条件下可转向有尿和尿多。通常，肾小球先恢复滤过作用，但开始时肾小管细胞尚未修复，再吸收作用未恢复，因此可出现尿量增多。在这个多尿阶段内，可排出许多废物，同时必然要排出多量水分、钾盐等，于是就有引起缺水、缺钾等的可能性。再经过适当的治疗，肾功能和肌体才能完全恢复。由于上述的过程变化，急性尿闭的临床表现可分为少尿无尿期、多尿期和恢复期三个阶段。

## 二、诊断要点

(一) 少尿无尿期 轻症者约2~3日，重症者可持续十数日，个别可超过三周。

1. 早期表现和诊断 急性尿闭发生时的主要表现是尿量极少或全无。诊断时首先要与脱水和尿潴留鉴别。严重脱水可使尿量极少或全无，但病人有口渴、眼窝凹陷、小儿囟门凹陷、唇干舌燥、皮肤失去弹性及脉数而细等，补充液体后可恢复排尿。尿潴留时膀胱充满尿液，下腹隆起而呈浊音，解除下尿路梗阻后可排出尿液。诊断早期尿闭，要熟悉其病因。当创伤或疾病所并发的休克、失血、失液等得到纠正时，或病人用大量磺胺药物、输血等时，排尿量极少或不排尿，就应考虑急性尿闭的可能性。为了详细观察尿的变化，必要时可导尿或作留置导尿。尿的变化是：量极少，色红，镜下常可见管型、血细胞等。

2. 并发症 由于肾脏功能障碍，可发生酸中毒、钾中毒、尿中毒、水血症（血液含水分过多）等，因此无尿期持续时可出现较复杂的临床表现：（1）头痛、精神不振、烦躁、抽搐、神志不清甚至昏迷，与尿中毒和脑水肿等有关。（2）呼吸较深且快、呼气带有酸味或尿味，与酸中毒和尿中毒有关。（3）眼窝浮肿、颜面胀胖、脉大、血压增高、肺底出现湿罗音等，与尿中毒和水血症有关。（4）其他如尿中毒还可引起恶心、呕吐、腹泻等，钾中毒可引起疲倦无力、肌肉软弱、心律紊乱等，晚期可发生心力衰竭、甚至心跳停止。如果治疗得当，上列并发症是可以避免或减轻的。

(二) 多尿期 病人安全度过无尿期后，即进入多尿期。开始每日排尿数百毫升，但迅速增加到每日排尿4000~6000毫升。在此期间，尿流清长，精神有所好转，浮肿可消退。但如果转变为缺水、缺钾、缺钠等，可出现口渴、消瘦、无力、恶心呕吐、腹胀、脉无力、心音减弱等。

(三) 恢复期 尿量从过多恢复到正常量（每日1000~1500毫升），症状一一消失。

急性尿闭未治愈以前，血液的非蛋白氮、钾、钠、钙、二氧化碳结合力等可有一定的改变，进行化验可帮助诊断。

## 三、防治要点

### (一) 预防

1. 积极防治损伤和急性感染，尤其要防治休克。应用磺胺噻唑、磺胺嘧啶等要适当配用碳酸氢钠，并多饮水。输血时必须注意防止溶血反应。采用其他药物时也应注意对肾脏的损害。

2. 发现病人排尿量很少，要分析其原因。如果体内水分足够，又没有尿路梗阻，尿量过少就可能是尿闭的先兆。应采取促进肾泌尿的措施（见下）。

3. 发现病人有溶血、大量组织细胞分解（如挤压伤、重症烧伤）或磺胺噻唑用量过多等，可从静脉给予4~5%碳酸氢钠液150~200毫升，以利于肾脏排出这类物质。

(二) 少尿无尿期治疗 着重于恢复肾的泌尿功能和防治此期内的并发症。

1. 改善肾的血运 如用氨茶碱 0.25 克、普鲁卡因 1.0 克加于 10% 葡萄糖液 500 毫升静点，或以 0.25% 普鲁卡因作肾囊封闭，每侧 60 毫升，或作肾区热敷。

2. 应用利尿药物 如用 20% 甘露醇或 25% 山梨醇 250 毫升快速静点，或用茯苓 2 两、白朮 5 钱、附子 2 钱、甘草 1 钱浓煎服。

3. 控制饮食和水分摄入 目的是既要维持营养代谢，又要防止并发症。水分摄入每日不应超过 1000 毫升左右，无尿期越长，每日摄水量减少到 600 ~ 800 毫升。要暂时不进蛋白质食物（以减少血内含氮的代谢产物），通常只给予葡萄糖约 250 克（静脉点滴或注入 25~50% 葡萄糖液），或补充脂肪食物。热量不足会增加体内蛋白质分解，增加酸中毒、钾中毒的程度。

4. 其他对症治疗 (1) 酸中毒时用碳酸氢钠或乳酸钠纠正。(2) 钾中毒时，可于点滴葡萄糖液时加入胰岛素、每 5 克加 1 单位，使血钾向细胞内转移。或先用泻药，再口服钠离子交换树脂 10~15 克，或将树脂加入山梨醇内灌肠，每日 3~4 次，换出体内钾离子。

(3) 钾中毒或抽搐均可静注 10% 葡萄糖酸钙 60~100 毫升。(4) 肌注丙酸睾丸酮 25~50 毫克/日，以减少蛋白质分解。(5) 控制感染。(6) 长时间完全无尿而出现重症尿中毒、钾中毒等，应用人工肾或腹膜透析法抢救。

(三) 多尿期治疗 要防止缺水缺盐。起初尿量增多时，不必进行额外的液体补充，由人体内部自行调节。连续 3 日每日尿量在 3000 毫升以上者，应补充食盐、水分、氯化钾等，最好是口服，必要时从静脉输入。

## 第四章 常见传染病和寄生虫病

### 传染病流行的基本规律

要预防传染病的发生，就要了解传染病流行的规律，才能采取有效的措施。传染病的流行必须具备三项条件：

(一) 传染源 患传染病的病人、带菌者或动物，将体内生存繁殖的病原体排出体外，使病原体散播，传染给其他人或动物，成为传染源。有时病人是重要传染源，如在麻疹时；有时带菌者是重要传染源，如在白喉、伤寒时；以动物为传染源的有钩端螺旋体病等。

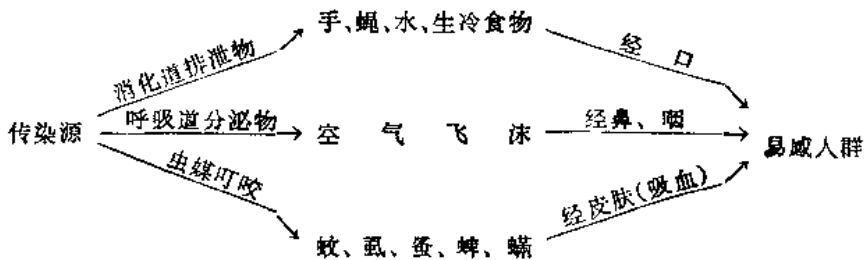
(二) 传播途径 是指病原体从传染源排出到感染别人的过程。根据传播途径不同，可将传染病分成三类：

1. 呼吸道传染病 病原体随着病人咳嗽喷嚏的飞沫和咯痰排出，通过空气及尘埃，被他人吸入致病，如流感、麻疹、百日咳等。这类传染病多发生于冬春季，而且容易传播流行。

2. 消化道传染病 病原体随着病人的粪便排出，通过污染水、食物、手、用具及苍蝇的传播，侵入他人的消化道致病，如痢疾、伤寒、传染性肝炎等。这类传染病多发生于夏秋季，发病与饮食卫生、环境卫生和个人卫生有密切关系。

3. 昆虫传播的传染病 蚊、虱、蚤、蜱、螨吸了病人或病兽的血后，再叮咬他人，使病原体侵入他人体内引起发病，如蚊子传播疟疾、流行性乙型脑炎；虱子传播斑疹伤寒；跳蚤传播鼠疫；蜱能传染森林脑炎等。这类传染病的发病与上述昆虫生长繁殖的季节性有密切关系。

(三) 易感者 是指对某种传染病缺乏抵抗力（免疫力）的人，一旦受病原体侵入即易发病。通常传染病都是在易感人群中造成流行，因此作好预防注射，保护易感人群，也是控制传染病发生和流行的重要一环。例如儿童接种了百白二联疫苗，对白喉、百日咳有了一定的免疫力，就不易发病。



任何传染病的传播，都是从传染源的体内排出病原体，通过一定的传染途径传给易感者，引起发病并传播开来。根据传染病流行的这种规律，进行预防时，要狠抓严格控制或消灭传染源，切断传染途径和保护易感人群三个环节，才能有效控制传染病，防止蔓延流行。

传染病的发生，以及能否及时控制和扑灭，不仅与医疗卫生和自然条件有关，社会制度更起着重要的作用。在旧中国国民党反动派统治时期，劳动人民受压迫受剥削，生活贫困，疾病成灾。曾多次发生霍乱大流行，血吸虫病在我国南方十几个省流行，到处是“千村薅荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”的悲惨景象。解放以后，在毛主席无产阶级革命路线的指引下，广大革命群众积极响应毛主席提出的“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平”的伟大号召，在全国范围内广泛开展群众性爱国卫生运动。对危害人民最严重的疾病开展了大规模的防治工作。天花、鼠疫、霍乱等烈性传染病在我国早已绝迹，回归热、斑疹伤寒、黑热病等已基本消灭，血吸虫病也在许多地区得到控制和消灭，其他传染病的发病率也都大幅度下降。人民健康水平有了显著提高。两种情况对比，有力证实了：一切剥削制度是传染病发生和流行的根本原因，社会主义制度是劳动人民健康的根本保证。

## 传染病的防治

### (一)认真贯彻“预防为主”，开展群防群治

1. 批判“重治轻防”，贯彻“预防为主” 贫下中农说：“‘预防为主’是方向，无病才能体力壮，光治不防多被动，预防才能打好主动仗。”贫下中农最听毛主席的话，对刘少奇一伙所推行的“重治轻防”、“只治不防”的修正主义卫生路线切齿痛恨。他们切身体会到，卫生防病工作对于社会主义革命和社会主义建设的重大意义。广东省乐昌县歧乐大队的贫下中农，十八年如一日，坚持不懈地开展群众性爱国卫生运动，讲究卫生，除害灭病，蚊蝇四害大大减少，使过去流行的痢疾、疟疾得到了控制，群众的健康水平不断提高，粮食、木材年年增产。我们要认真学习歧乐大队的经验，始终把预防工作放在首位，根据不同季节传染病发生和流行的特点，普及宣传防治知识，制定相应的预防措施，坚持开展群众性爱国卫生运动，做到无病早防，有病早治，防病在先，防治结合。

2. 发动群众，群防群治 “卫生工作与群众运动相结合”，这是党的群众路线在卫生工作上的体现。无产阶级文化大革命以来，广大革命群众狠批刘少奇一伙依靠少数资产阶级“专家”“权威”，把卫生防病工作搞得冷冷清清的罪行，掀起了热火朝天、齐送“瘟神”的群众性卫生防病运动的高潮。黑龙江省明水县繁荣公社的贫下中农在落实毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大战略部署中，大搞群众办医，实行群防群治，建立医疗卫生网。抓紧一切空闲时间举办学习班、培训班、炕头小课堂等，普及宣传传染病防治知识，在卫生防病工作上取得了显著的成绩。无数实践证明，“人民群众有无限的创造力。”只要群众发动起来，就会焕发出无穷无尽的力量和智慧，就能进一步控制和最终消灭传染病。

3. 自力更生，中西医结合 祖国医学在防治传染病方面有着丰富的经验，广大群众在长期同传染病的斗争中创造出许多简、便、廉、效的方法。全国各地贫下中农，遵照“自力更生”的方针，用中西医结合的方法防治传染病，取得了良好的成绩。浙江省兰溪县方下店大队的党支部，通过对当地的传染病进行调查研究，摸清发病规律，按季节组织社员服用预防药。冬春，用冬桑叶、野菊花泡茶喝预防流感，用牛筋草泡茶喝预防乙型脑炎，用本地紫草、贯众煎汤预防麻疹。夏秋，吃大蒜预防痢疾，用山胡椒根煎汤预防肠胃炎等。一年来，这个大队未发生流脑、乙型脑炎，肠道传染病减少百分之六十。要虚心向群众学习请教，热心为群众防病治病，坚持“自力更生”方针，用中西医结合的方法，在实

践中认真总结经验，不断提高传染病的防治效果。

## （二）早期发现疫情，主动控制流行

1. 主动巡诊，搜索疫情 传染病都是由极少数人首先患病，如能早期发现，采取防疫措施，传染病能得到控制，不使其蔓延。赤脚医生除平日做好社员的思想及组织工作外，要经常到各生产队巡诊，注意发现疫情。多数的传染病发病都有发热，发热后相继出现其他特有症状。因此，巡诊时要注意有无发热病的社员和儿童。尤其在流行季节，要注意发现在同一生产队有无类似病症的病人相继出现。根据当地既往传染病流行的规律和邻近地区的疫情情况，结合年龄等特点综合分析判断，就不难早期发现患传染病的病人。

2. 发动群众报病，及时掌握疫情 掌握疫情是作好传染病防治工作的重要一环。赤脚医生不仅本身要作好这项工作，并要发动群众报病。尤其在流行季节，要宣传群众对散发的传染病（包括疑似的传染病）提高警惕，及时报告，协助防疫部门及时、全面的掌握疫情。广大群众在平时对传染病有高度警惕，并做好充分准备，战时，对于反常的“虫情”、“毒情”和“疫情”就能很快发现，并迅速扑灭，粉碎敌人的细菌战和化学武器战的阴谋。

【附】 根据国家规定，需报告疫情的传染病有 25 种：

甲类：应做紧急疫情报告。1. 鼠疫 2. 霍乱 3. 天花

乙类：在农村，疫情报告不超过 3 日。4. 流行性乙型脑炎 5. 白喉 6. 斑疹伤寒 7. 回归热 8. 痢疾（菌痢及阿米巴痢） 9. 伤寒及副伤寒 10. 猩红热 11. 流行性脑脊髓膜炎 12. 麻疹 13. 脊髓灰质炎 14. 百日咳 15. 炭疽 16. 波状热 17. 森林脑炎 18. 狂犬病 19. 血吸虫病 20. 钩虫病 21. 疟疾 22. 丝虫病 23. 黑热病 24. 恙虫病 25. 流行性出血热。

此外，流行性感冒、流行性腮腺炎、传染性肝炎、钩端螺旋体病，亦应做疫情报告。

3. 发现疫情，立即扑灭 发现传染病人后，我们要一面积极治疗病人，及时上报，同时立即做好疫情处理，力争在最小范围、最短时间内扑灭疫情，不使蔓延。

（1）在当地党组织和革委会的统一领导和有关卫生防疫部门的支持下，向群众进行宣传，使群众既了解到传染病的危害性，又认识到传染病的可防性；既不惊慌失措，也不麻痹大意。

（2）深入疫区调查研究，查明传染病的种类，了解发病情况（发病时间、人数、范围），确定诊断，查明流行的原因，制订防治方案及具体防疫措施。

（3）抓住主要矛盾，采取综合措施。如对流行性乙型脑炎，以灭蚊为主；对痢疾、伤寒、肝炎，以注意饮食卫生、保护水源、加强粪管和灭蝇为主；对斑疹伤寒，以灭虱为主等。同时组织群众应用中草药和其他药物进行预防等措施，才能取得良好的效果。

### （4）处理方法

① 对传染性较强或危害较大的白喉、乙脑、流脑、伤寒、肝炎等病人尽量送医院隔离。若无条件，协助做好家庭隔离消毒工作。如呼吸道传染病人的痰和鼻涕要用痰盒收集后埋掉；消化道传染病人的吐泄物可用漂白粉或生石灰（前者比例为 1:10，后者比例为 1:5）或用热灶灰搅拌后，远离水源处挖坑深埋。病人的食具要与健康人分开，用后煮沸消毒。衣服、被褥要用开水烫洗，并放在阳光下曝晒 6 小时以上。室内要经常通风换气（注意勿使病人着凉），保持室内外卫生。

② 向群众宣传，在某些呼吸道传染病流行时，尽量减少集会，不去病家串门，以减

少接触感染的机会。

③ 护理人员和密切接触者，可戴口罩或用消毒液（3% 煤酚皂液或 0.1% 新洁而灭液）洗手。多吃大蒜或内服中草药、磺胺类药物预防。

（三） 做好预防接种工作 根据传染病流行的规律，有计划有目的地进行预防接种，是提高群众的抗病能力、预防传染病的重要措施。

预防接种有自动免疫和被动免疫两种。自动免疫是将菌苗、疫苗和类毒素接种于人体，使体内产生免疫能力，一般能维持 2~3 年；被动免疫是将免疫血清或抗毒素注射与病人的接触者，使其迅速获得暂时性免疫，一般能维持 1 个月左右。预防接种是群众性防病措施，必须做好宣传教育和动员组织工作，使群众认识到这是党和毛主席对广大群众的亲切关怀，体现出我国社会主义制度的优越性。

为了及时有效地使易感人群获得免疫，避免因预防接种工作忙乱造成漏种或重复接种，应根据各地传染病的流行季节和人群的免疫状态，制订切实可行的预防接种计划。特别对儿童实行计划接种更为重要，下表可供参考。

儿童计划接种参考表

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 6 个月以内  | 结核活菌苗、小儿麻痹、痘苗（初种）         |
| 6~12 个月 | 麻疹、百日咳、白喉、破伤风类毒素混合制剂（初种）  |
| 1~2 岁   | 小儿麻痹（第一次复服）、百、白、破（第一次加强）  |
| 3 岁     | 小儿麻痹（第二次复服）               |
| 4 岁     | 结核活菌苗（第一次复种）、百、白、破（第二次加强） |
| 6 岁     | 痘苗（第一次复种）                 |
| 7 岁     | 结核活菌苗（第二次复种）、白喉类毒素（第三次加强） |
| 10 岁    | 结核活菌苗（第三次复种）              |
| 12 岁    | 白喉类毒素（第四次加强）、痘苗（第二次复种）    |

接种前要了解接种对象的健康情况，如有发热、心脏病、肾脏病、肝脏病、活动性肺结核、重症高血压及孕妇不宜接种。

制品打开前必须仔细检查，凡有批号不清，效期已过，瓶子有裂纹、瓶内异物、凝块、冻结等异常情况，均不可使用。液体制品用前应充分摇匀。干燥制品要按说明书上的方法进行稀释，溶解摇匀后使用。制品打开后，应在半日内用完，用不完的应废弃，因打开后，空气里的杂菌有可能进入，注射后易引起异常反应。在接种时要严格执行无菌操作，以免在接种部位发生感染。

接种后，一般都会引起不同程度的局部反应和全身反应。局部反应多在接种后 24 小时左右局部发生红肿热痛现象，直径在 2.5 厘米以下的称为弱反应，2.6~5 厘米的称为中反应，5 厘米以上、伴有局部淋巴结肿痛的称为强反应。全身反应主要表现为发热，伴有头痛、寒战、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状。轻者一般不须处理，经适当休息即可恢复；局部反应较重的可做热敷；全身反应较重的可对症处理。极个别人可发生过敏反应、严重过敏性休克，须严加注意。

## 流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎（简称流脑）是冬春季常见的一种急性传染病，发病急，病情变化快，传播迅速，易引起流行，暴发病例死亡率高，对广大劳动人民尤其对儿童危害很大，直接影响社会主义革命和建设。因此，作好流脑的防治工作是一项光荣而艰巨的任务。

毛主席教导我们：“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。”在毛主席无产阶级卫生路线指引下，解放后，流脑的防治工作取得了巨大的成绩。无产阶级文化大革命以来，广大革命群众和医药卫生人员，以党的基本路线为纲，狠批刘少奇、林彪妄图颠覆无产阶级专政、复辟资本主义的罪行；在防治流脑的工作中，遵循毛主席的教导，大搞中草药的群众运动，实行群防群治，不但创制了复方连翘静脉注射液、清热解毒注射液，在流脑的治疗上取得了良好的效果；而且成功的制成了“流脑菌苗”，正在一些省市应用。

【病因及预防】流脑是由脑膜炎双球菌引起的。在带菌者的鼻咽部或病人的鼻咽部、皮肤瘀点、血液、脑脊液中，均可分离出呈肾形的双球菌，固紫染色阴性。此菌有内毒素，抵抗力低、不耐寒、怕日光，低于 $37^{\circ}\text{C}$ 、高于 $50^{\circ}\text{C}$ 或干燥环境皆易死亡。常用的漂白粉、乳酸等消毒剂，复方连翘注射液，许多清热解毒类的中草药，磺胺、青霉素、氯霉素及四环素等药物，都能短时间内杀灭或抑制细菌的生长。

病人和带菌者是本病唯一传染源。特别是带菌者和早期病人，难以发现，不易管理，在传播过程中的作用最大。脑膜炎双球菌生存于病人或带菌者的鼻咽部，咳嗽、打喷嚏时，借空气飞沫传播。人类对本病有普遍的易感性。由于儿童肌体防御能力弱，成人又多因隐性感染而获得免疫，所以本病常见于15岁以下儿童，尤以7岁以下最多。一般从元月份开始流行，2~4月份形成高峰，5月份逐渐下降。其他季节也可散在发生。了解上述的流行特点，在于主动、早期采取有效措施，预防本病的发生和流行。主要的预防措施有下述几方面：

1. 做好卫生宣传工作，实行群防群治。必须向群众宣传毛主席的无产阶级卫生路线，宣传流脑的危害性、可防性、可治性及预防办法。内容要通俗易懂，方式要采取群众喜闻乐见的形式，结合革命大批判反复宣传，做到家喻户晓，让群众了解防治流脑的重要性、掌握防治知识，自己起来同疾病作斗争。

2. 开展群众性的爱国卫生运动，锻炼身体，增强体质，开展群众性的爱国卫生运动，是防治流脑发生与流行的积极预防措施。经验证明经常做到三晒一开（晒衣服、晒被褥、人晒太阳，开窗通风换气），对预防流脑有重要的作用。

3. 作好预防接种。“吸附流脑菌苗”有一定预防效果，比较安全，在流行前期对15岁以下儿童（新疫区应包括成年人），有计划地、全程足量地实施预防接种。活菌菌苗正在试用中。使用方法，参照流脑菌苗使用说明书。

4. 作好疫情报告工作。早期发现病人，及时隔离治疗，是预防流脑扩大蔓延的重要措施。“早期病人”或“苗头病人”的主要表现有：①有轻微的上呼吸道感染症状，即不明显的鼻塞、流涕、咽喉干痛，充血，全身轻微不适，不发热或低热。②有低热，轻微头痛或恶心，呕吐，颈部、腿和腹部疼痛，皮肤可见1~2个不典型瘀点（即皮肤颜色较红，

边缘较整齐或类似斑丘疹样)或没有瘀点。③婴幼儿有拒奶、嗜睡、哭闹不安,或有轻微呕吐,发热或不发热。在流行季节遇有上述情况,赤脚医生、卫生员要加强巡诊,严密观察(不少于七天),并建立健全疫情报告网,以便做到早发现、早报告、早隔离、早预防、早治疗,及时控制疫情。

5. 发现疫情立即采取防疫措施。最好就地隔离治疗,以减少传播。危重病人更应就地抢救,避免因转诊加重病情和失去抢救机会。对病人周围的密切接触者,一周内应注意观察,并服用磺胺、复方连翘片等预防药物。观察期间,如发现有“早期病人”症状,应按轻型流脑病人隔离治疗。

6. 药物预防 (1)大青叶5钱、金银花3钱、板蓝根3钱、野菊花5钱、贯仲3钱,水煎,当茶喝,或浓煎一日分服,连服一周。流行季节可间断服用2~3周。(2)口服生大蒜,每次2~5瓣,每日2~3次,连服七天。(3)土黄连蒸馏液,呋喃西林液,交换滴鼻。(4)藤黄连1斤,加水5斤,煮沸半小时,每次服1~3匙,日服二次,亦可滴鼻喷喉。此外,如松针汤,贯仲汤,银花板蓝根煎剂;2~3%黄连素,0.3%呋喃西林,1:5000新洁尔灭,1:3000杜灭芬溶液滴鼻喷喉等。只要药源丰富,行之有效,方法简便,副作用小均可应用。

【病理变化】脑膜炎双球菌侵入人体后,发病与否,不仅取决于病原菌的存在和数量的多少,更重要的是取决于人体的功能状态(包括精神状态、体质情况、免疫力等),绝大多数的情况下,侵入人体的细菌在其未生长繁殖以前就被肌体所消灭,而不发病。如果肌体不能迅速完全消灭侵入的细菌,细菌亦不能大量生长繁殖,“正邪”双方的斗争处在暂时的“平衡状态”,这时人就成为“健康带菌者”。这种状态一般在两周左右,就以细菌被消灭而告终。只有极少数的情况、由于人体抵抗力减低,或入侵细菌数量多、毒力大,侵入人体后继续生长繁殖而引起发病。人体从细菌感染到发病,需经过数小时乃至6~7日不等的潜伏期。发病后根据疾病进展,大致可分三个阶段。

1. 上感期 是本病的初期阶段,肌体有充分能力调动各种防御措施与疾病作斗争。此期细菌在人体的鼻咽部生长繁殖,引起局部粘膜炎症,加上细菌毒素的作用,临床上可出现发热、头痛、咽喉干痛,苔薄白,脉浮数等卫分表症。这时如及时治疗,可帮助肌体抗邪外出,使疾病终止于这一阶段。如肌体抗病能力较差,或在某些不利于肌体因素的影响下,细菌经局部病灶侵入血流,继续生长繁殖,则使疾病进入败血症期。

2. 败血症期 可表现为多种形式;较多的情况是细菌入血循环后,即被肌体进一步的防御措施消灭,表现症状与上感期类似,但在皮肤或粘膜出现少数散在的瘀血点。另一种情况是“正邪”双方斗争剧烈,由于细菌毒素的作用和毛细血管被栓塞,造成小血管和内脏的损害,引起皮肤粘膜及某些内脏发生程度不同的出血,表现出高热、头痛、全身疼痛、烦躁、口渴、神昏谵语、皮肤瘀点(斑),舌绛、脉数等一系列“正盛邪盛”,气血(营)两燔的里热实证。少数情况,感染的细菌量多毒性大,又没有及时治疗,或由于肌体对于细菌毒素的致敏状态,矛盾急剧发展,除了造成上述的病理改变和症状外,由于细菌毒素的作用,全身毛细血管舒缩功能障碍和血管通透性增加或致敏坏死,致使血液郁滞在“微循环”中,导致全身有效血容量的减少;内脏也可因细菌毒素的损害和血液供应不足,出现各种严重的病理变化和功能障碍,甚至造成大量出血,出现表情淡漠,反应迟钝或烦躁不安,四肢厥冷,面色苍白或灰暗,口唇肢端发绀,皮肤粘膜大片瘀斑或呕血、便

血，心率加快，血压下降，脉细微或不能触及，体温下降或不升等严重循环衰竭症状。此时肌体的抗病能力急剧下降，从“正盛邪盛”的实证变为“气阳衰竭，邪盛正虚”的虚症。

3. 脑膜炎期 是继败血症期之后，细菌突破血脑屏障侵入中枢神经系统，引起蜘蛛膜及软脑膜的化脓性改变，脑脊液变为混浊，成为脓性，同时由于细菌毒素损害，脑血管通透性增加，渗出增多，可致脑组织水肿。轻症临床上仅表现发热、头痛、呕吐、项强等症状。较重的则表现为高热、剧烈头痛，频繁呕吐，呈喷射状，项强等脑膜刺激症状，舌质红，苔黄或燥，脉洪数有力。此时若得不到及时治疗，或由于肌体对于细菌毒素的致敏状态，可迅速出现颅内高压，表现神志恍惚、烦躁不安、抽搐、肢体强直、血压升高、脉数有力等气营（血）两燔、热郁化风的症状。若脑水肿仍然得不到控制而急剧发展，肿胀的脑实质向颅内两个空隙（小脑幕裂孔、枕骨大孔）嵌入而形成脑疝，病人迅速出现深度昏迷，瞳孔不等大，抽搐、呼吸不规则，甚至猝然停止等现象。

脑膜炎期虽然是败血症期的深入发展阶段，但疾病的严重程度却并不完全一致，而且各期之间，没有明显界限，因此，对重症败血症期和脑膜炎期所出现的这些错综复杂的症状，应该根据性质的不同，及时采取各种有效措施，使矛盾在没有达到激化之前就得到及时解决。

【临床表现】 一般起病急骤，以发热畏寒开始，伴有头昏、头痛，咽喉干痛，咽部充血，苔薄白，脉浮数等上感症状。以后体温很快升到  $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，头痛重，恶心呕吐，皮肤粘膜出现大小不等的瘀点或瘀斑，少则数个，多则布满全身。有些病人，瘀点瘀斑较多，但脑膜刺激征常阴性，即或阳性也比较轻。此类病人近年日见增多。其中部分病人如不治疗可很快出现脑膜刺激征。还有些病人一开始即出现高热、头痛欲裂，恶心呕吐（可呈喷射性），皮疹多少不等，脑膜刺激征明显，进而出现嗜睡，昏迷、烦躁，抽搐等严重症状。

婴幼儿由于神经系统发育尚不完善及囟门未闭，因此脑膜刺激征常不明显，而以高热、拒乳、呕吐、腹泻、嗜睡、两眼凝视、惊叫等症状为主，检查时可以有瘀点、囟门紧张及隆起（但在吐泻失水时不明显），及屈颈试验阳性等体征。

依照病情的轻重和发病的缓急分为下列各型。

1. 轻型 相当于卫气同病。病属初期，有轻度上感症状，并有皮肤散在瘀点，或有轻度脑膜刺激征。

2. 普通型 相当于气血（营）两燔。

（1）败血症型：病情发展以败血症为主，气分血分见症较多，发热较高，皮肤粘膜有较多的瘀点或瘀斑，脉洪数，舌质红，苔黄。一般呼吸和循环无明显改变。脑膜刺激征不明显或较轻，部分重症病人中毒症状较重。

（2）脑膜炎型：病情发展以脑膜炎为主，气分营分见症较多。发热较高，头痛剧烈，呕吐，脑膜刺激征阳性，脉洪数或弦大，舌质绛红，苔黄，皮肤粘膜瘀点瘀斑较少，部分较重病人可有神志改变（如烦躁、嗜睡和轻度昏迷），抽搐等表现。

3. 暴发型 起病急骤，病势凶险，多数病人在发病 24 小时以内迅速出现循环衰竭或颅内高压，甚至脑疝等症状。普通型病人治疗不及时也可迅速恶化出现此类凶险症状。

（1）循环衰竭型（休克型），相当于“气阳衰竭”。特点是高热，面色灰白，轻度青紫，手脚发凉，皮肤发绀，瘀点较多，且迅速增多融合成片，脉细数。早期血压下降不

明显或略高，但在连续检查时呈现下降趋势，脉压差减少。随后血压很快下降，甚至到零，青紫及指端发凉加重，脉微细或不能触及，体温可以不升，神智逐渐不清，进一步可出现呼吸及心脏功能的衰竭。

(2) 脑膜脑炎型：主要表现为高热、面色极度灰暗，剧烈而严重的头痛，病人因此呼叫不已。频频呕吐（多为喷射性），抽搐，神志急剧改变，迅速陷入昏迷，肢体发紧，血压增高，脉缓而有力。病情继续恶化可出现瞳孔大小不等，四肢呈弛缓性瘫痪，以及呼吸节律改变甚至呼吸猝然停止。

必须注意到，疾病程度和病理发展过程是连续进行的，因此临床各型间没有严格界限，常常互相重迭。所以对待临床分型应当用动态观点去认识，才能合理的使用治疗措施。

【诊断与鉴别诊断】 在流行季节，病人有发热、头痛、呕吐，即应考虑中枢神经系统感染之可能，如检查皮肤有典型皮疹或更有脑膜刺激征者即可确诊。在非流行季节，虽有脑膜刺激征，但无典型皮疹时应结合化验材料帮助诊断。

血象：白细胞总数增高在 15000~30000 之间，或更高，多形核常在 80% 以上。

脑脊液检查：起病 15 小时左右即可出现化脓性改变。表现为黄色混浊，白细胞数在 1000 以上，以中性白细胞为主。蛋白明显增加，糖、氯化物减少，涂片可找到脑膜炎双球菌。

鉴别诊断：见下表

流脑和其他中枢神经系统疾病的鉴别

| 病 名     | 流 脑                                 | 化脓性脑膜炎                                   | 结核性脑膜炎                                  | 虚性脑膜炎 | 腮腺炎脑炎                              |
|---------|-------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|------------------------------------|
| 年 龄     | 15岁以下儿童多                            | 肺炎、流感杆菌、脑膜炎二岁以下多；金黄色葡萄球菌各年龄均有            | 各年龄均有                                   | 各年龄均有 | 儿 童                                |
| 发 病     | 急                                   | 急                                        | 缓慢，呈慢性中毒状，少数病例可急性起病                     | 急     | 急                                  |
| 流行季节    | 冬 春                                 | 无                                        | 无                                       | 无     | 冬春较多                               |
| 接 触 史   | 可 有                                 | 无                                        | 结核接触史                                   | 无     | 有                                  |
| 其他部位病症  | 无                                   | 常有中耳炎或肺炎等                                | 肺部有结核病灶、结核菌素试验阳性                        |       | 可有腮腺肿大                             |
| 出 血 点   | 多                                   | 极少见                                      | 无                                       | 无     | 无                                  |
| 脑脊液检查特点 | 脑脊液外观黄白色混浊，细胞数多在1000以上，蛋白增多，糖、氯化物减少 | 脑脊液外观呈脓性，细胞数在数千以上，以多核细胞为主，蛋白增多，糖减少，氯化物正常 | 脑脊液外观呈毛玻璃状，细胞数在1000以下，淋巴为主，糖、氯化物减少，蛋白增加 | 正 常   | 脑脊液外观清，细胞数在500以下，蛋白微量，糖正常或增高，氯化物正常 |
| 病 原 体   | 脑膜炎双球菌                              | 肺炎球菌、流感杆菌、金黄色葡萄球菌                        | 结核杆菌                                    | 无     | 腮腺炎病毒                              |

【治疗】 在流脑的发病过程中，人体和细菌的斗争，是主导疾病的根本矛盾。因此，用“中西两法”早期足量地进行清热解毒、抗感染治疗，是控制疾病发展解决根本矛盾的重要措施。但在疾病发展过程中，新的矛盾不断产生，有的矛盾不断激化，如果只注意解决根本矛盾，忽视激化了的矛盾，治疗就不会达到预期效果。如重症败血症型和脑膜炎型病人，出现休克和脑水肿症状，此时抗休克、降低颅内压就上升为主要矛盾。必须及时解

决，并在抗休克和降低颅内压的同时，既要解决主要矛盾，又不可忽视次要矛盾，这样治疗才能生效，促使病情向痊愈方面转化。

### 1. 清热解毒、抗感染

(1) 复方连翘注射液：主要作用是清热解毒、凉血化斑，同时适当照顾到镇痉熄风。复方连翘注射液在体外对脑膜炎双球菌有明显抑菌作用。此药副作用很小，对轻症和普通型疗效显著，可单独使用；对重症脑膜炎型及暴发型病例可加用抗菌素联合治疗。

方药组成及比例：银花 15、板蓝根 10、贯众 10、龙胆 5、黄连 10、连翘 5、生石膏 10、知母 5、钩藤 10、甘草 3，制成灭菌水溶液，每毫升药液相当于原药材 3 克。

用法与剂量：按药液中所含生药量计算。轻型——每日每公斤体重 9~18 克。第一天分四次肌注，首次量加倍，病情好转后可减半量或改用片剂、糖浆口服，共用 3~5 天。普通败血症型——每日每公斤体重 18~24 克，首次用总量的五分之一，静脉推注。余量用 10% 葡萄糖液稀释后静脉滴注，全日量的三分之二应在第一个十二小时内用完，病情好转后，可减三分之一至二分之一量，由静脉或肌肉给药。共用药 3~5 天。普通脑膜炎型——用法同上，剂量及疗程均适当增加，可按暴发型剂量，用 5~7 天。暴发型——每日每公斤体重 24~30 克（最大剂量不宜超过 45 克）。以静脉给药为主，首次量可按每公斤体重 3~6 克静脉推注，以后用 10% 葡萄糖液稀释后静脉滴注维持，并可根据病情定时加用静脉推注。病情好转后，药量递减，用药 5~7 天。

(2) 清热解毒注射液：作用与复方连翘注射液大致相同，适用于轻型病人。

方药组成及比例：生石膏 50、知母 4、玄参 8、麦冬 4、龙胆草 5、黄芩 5、连翘 5、栀子 5、板蓝根 5、地丁 6、银花 10、生地 6，制成灭菌水溶液，每毫升药液相当于原药材 1.5 克。用法和剂量：1~6 岁每次 2~4 毫升，7~12 岁每次 4~6 毫升，12 岁以上每次 6~8 毫升。每 6 小时一次，肌肉注射，首次量加倍。一般用 3~5 天。

(3) 磺胺药物：对脑膜炎双球菌有抑制作用，且到达脑脊液的浓度较高，尤适用于脑膜炎型病人。轻症可单独使用，重症病人可与复方连翘注射液、青霉素、氯霉素等联合使用。一般多选用磺胺嘧啶 (SD)，亦可用磺胺二甲基嘧啶 (SM<sub>2</sub>)。成人每日用 6~8 克，儿童每日每公斤体重 0.15~0.2 克，分四次口服，首次量加倍，与等量碳酸氢钠同服。重症病人首剂可用 20% 磺胺嘧啶钠作肌肉注射或稀释至 5% 浓度作静脉注射。一般用药五天左右。若用磺胺药治疗 48 小时病情未见好转，考虑细菌具有耐药性，必须加用或改用其他药物。

(4) 青霉素：对败血症型作用良好。在使用一般剂量时脑脊液中药物浓度较低，故不单独使用。用量成人每日 120~240 万单位，儿童每日每公斤 5~10 万单位，分 4 次肌肉注射。重症剂量需加倍，并可静脉给药。用药五天左右。

(5) 氯霉素：给药后在血液和脑脊液中浓度较高，对败血症型及脑膜炎型疗效均较好。因为大量长期使用可引起造血系统的损害，所以在对青霉素、磺胺药物过敏或治疗无效时及重病人可选用此药。成人每日 2~3 克，小儿每日每公斤体重 50~100 毫克，分 4 次口服或肌注。重病人可静脉滴注，一般用药五天左右。在使用期间要注意血像变化。

此外，四环素对脑膜炎也有一定疗效，必要时可酌情应用。

### 2. 一般疗法 (见“乙脑”)。

### 3. 对症治疗

(1) 高热：(见“高热”)。

(2) 呕吐：针刺内关、足三里。或用复方冬眠灵肌注。

(3) 烦躁和抽风：可酌情选用地龙注射液（每次2毫升肌注）。醒脑静注射液（每次2~4毫升，静脉或肌肉注射）。水合氯醛、苯巴比妥钠及复方冬眠灵等药。应注意如有脑水肿存在时，及时给予脱水剂。

(4) 腹胀：针刺关元、气海、足三里。也可用松节油热敷腹部或肛管排气等。

(5) 尿潴留：(见“急性尿潴留”)。

(6) 出血：常见鼻衄和消化道出血。应给予大剂量维生素丙及维生素K，并可选用仙鹤草素、白芨、对羧基苄胺、6-氨基己酸、安络血等药。出血严重者可输新鲜血液。

4. 循环衰竭的治疗（见“感染中毒性休克”）。

5. 脑水肿和脑疝的治疗 脑膜炎型和暴发型病人易发生脑水肿。早期脑水肿有剧烈头痛、躁动不安、频繁呕吐、抽风、脸色苍灰等表现。应注意观察。一般脑水肿多发生在起病后24小时内，部分病人发生于24~48小时后，故对发病1~2天的病人不应失去警惕。早期脑水肿治疗不及时可进一步发展形成脑疝，因此治疗脑水肿及脑疝的重点是及时发现早期脑水肿，予以治疗（早期脑水肿和脑疝的治疗见“颅内压增高及脑疝”）。

6. 呼吸衰竭的抢救 呼吸衰竭多由脑疝引起，治疗措施除积极进行脱水治疗外，应按一般呼吸衰竭抢救措施处理（见“乙脑”呼吸衰竭的处理）。

### 流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎（简称乙脑）是由一种嗜神经病毒引起的中枢神经系统的急性传染病。在祖国医学中属于“暑瘟”范畴。

在旧社会，反动统治阶级不顾劳动人民的疾苦，造成本病严重流行，死亡率极高。解放后，在毛主席的正确领导下，防治乙脑工作取得显著进展。但是刘少奇一伙顽固推行反革命修正主义卫生路线，散布“有水就有蚊，蚊子除不尽”、“防无好法，治无好药”的悲观论调，全盘否定祖国医学防治乙脑的经验，与毛主席中西医结合的伟大指示相对抗。无产阶级文化大革命彻底粉碎了刘少奇、林彪的反革命修正主义路线，广大医务人员大搞爱国卫生运动，大搞中西医结合，使乙脑的发病率大大降低，使乙脑的防治工作沿着毛主席无产阶级医疗卫生路线胜利前进。

【病因和预防】 乙脑病毒在外界环境中的抵抗力不强，56℃半小时即可死亡，易被消毒剂灭活，大青叶、板蓝根等中草药有对抗病毒的作用。人和动物均可成为乙脑的传染源，人和家畜家禽如猪、马、牛、羊、鸡、鸭等感染病毒后，都出现短期病毒血症，此期有传染性。病毒在动物中传播很广泛，往往在人群中流行前2~4周先有流行，所以就增加了对人群的威胁，尤其是猪，每年屠宰数量较多，易感数量大，在流行病学上意义较大。

乙脑的主要传染媒介是蚊子，能传播的蚊种有库蚊、伊蚊、按蚊中的某些种。病毒不仅在蚊体内繁殖，而且可随其越冬和经卵传代。因此，蚊子不但是本病的传播媒介，也是本病毒的长期储存宿主。此外，福建从台湾蠓中分离出本病毒，其传播作用应予重视。

流行区以10岁以下的儿童最多，成人常因隐性感染获得免疫。非流行区的人群，年龄

上无差别。夏秋季气温最适宜蚊虫的生长繁殖，也有利于病毒在蚊体内繁殖，促进了本病的传播，故有明显的季节性。发病集中在七、八、九三个月内，占全年病例的90%左右。我国幅员广大，南北方流行高峰和持续时间并不一致。

在构成乙脑传播流行的三个环节中，即带病毒的家畜（家禽）和早期病人——蚊子（包括受传染经卵传代的蚊子）——易感人，蚊子起了决定的作用，没有蚊子乙脑就不能传播流行。因此，必须努力作好灭蚊工作。目前的预防措施，除对家畜（家禽）、早期病人较难实施外，从其余两环切断流行环节是办得到的。

1. 灭蚊 根据蚊虫生长繁殖规律，采取综合措施，冬春季以灭越冬蚊为主，夏秋季以清除孳生地为主，突击和经常相结合，治标和治本相结合，做到灭早、灭小、灭了，以达到灭蚊的目的。

（1）清除孳生地是灭蚊的根本措施。填平洼地、疏通沟渠、清除房前屋后的杂草等清除孳生地工作，应和生产积肥、兴修水利等结合进行。

（2）灭幼虫（孑孓即翻筋斗虫），在积水较大的地方，应因地制宜地采取措施。如养鱼吞吃孑孓，用废机油或种浮萍等浮盖水面、稻田可用氨水施肥，以达到消灭孑孓的作用。同时应就地取材，使用野生植物杀灭孑孓，如辣蓼、百部、打破碗花花、猫眼草（泽漆）等，每100斤污水加入1~5斤切碎的野生植物、有效期约十天。也可用0.1%丙体666溶液，每平方米水面可喷20~40毫升。90%敌百虫半两加水10斤，50%敌敌畏7.5毫升加水6斤等均以每平方米水面喷200毫升。定期或不定期喷洒投药。此外可发动群众到蚊子孳生的水面捕捞卵块和孑孓。

（3）灭成蚊：①灭越冬蚊：冬天消灭一只蚊子，等于来年消灭千万只。越冬蚊数量少，生活能力弱，分布集中，是进行灭蚊十分有利的时期，应有计划地开展几次灭越冬蚊活动，以防空洞、柴窖、下水道、仓库等为重点，用药物喷洒或烟熏。②熏杀法：在乙脑流行地区、蚊虫孳生季节，应发动群众，统一行动，在流行季节前一月有计划反复数次使用666、敌敌畏等药物大面积熏杀成蚊。③喷杀法：在蚊虫栖息的室内和动物畜圈里，用5%223或0.5%丙体666油剂或乳剂，每平方米40毫升，1%敌敌畏溶液每平方米20毫升，0.5%敌百虫溶液每平方米20~50毫升。④网兜和粘蚊法：在黄昏和黎明时用网兜捕捉成蚊或用肥皂水涂在脸盆里或扫帚上粘捕成蚊。

（4）防蚊：可用蚊帐、蚊香，也可用青蒿、艾叶、辣蓼熏，亦可用驱蚊油等避免蚊子叮咬。

2. 对传染源的措施 对病人要作到早期发现、早报告、早隔离治疗、早处理疫点，对患家及周围应及早用药物灭蚊。搞好牲畜圈的卫生，清除周围杂草垃圾，建立勤扫、勤垫的清除制度，定期撒石灰或喷洒灭蚊药物。

### 3. 保护易感人群

（1）做好脑炎灭活疫苗接种，提高人群免疫力：流行季节前1~2月进行预防接种，在流行区内以6月至10岁的易感儿童及来自非流行区的人为接种对象。通常接种在上臂外侧，皮下注射2次，每次0.5~1.0毫升，间隔7~10天，免疫期一年。使用前应认真阅读疫苗使用说明书，做好登记工作。

在毛主席革命路线指引下，我国现已成功地制成脑炎减毒活疫苗，正在试用中。

（2）中草药预防：①牛筋草（蟋蟀草、鼠尾粟）一两，水煎当茶饮，连服三天、隔

10天再服三天。②大青叶1两加水2碗，煎至一碗，分3次服（饭后），连服5~7天。③板蓝根，用量及用法同大青叶。④黄皮树叶1两、龙眼树叶1两，野菊花、板蓝根各1两，水煎，每周服3天，每天服一次。各地使用的方药还很多，应因地制宜选用。

【病理变化】当人体被带病毒的蚊虫叮咬后，病毒即进入血液循环中，发病与否，不仅在于病毒的毒力和数量，更主要的是取决于人体的抵抗力。当抵抗力强时，只形成短暂的病毒血症，病毒即被消灭而不能侵入中枢神经系统，临床上也不表现症状，称为“隐性感染”，人体可以获得免疫。当抵抗力弱或感染病毒量多，毒力大时，病毒可经血循环侵入中枢神经系统，则出现临床症状。从感染病毒到发病，一般经过11~21天（平均14天）的潜伏期。其后进入初热期，一般3~5天，表现发热、头痛、嗜睡、呕吐、舌质红、脉浮数等卫分和气分症状，脑膜刺激征可不明显。由于暑天气候湿、热的影响，和个体反应状态的不同，可表现偏湿、偏热的不同症候群。偏湿者发热而热不高，胸闷腹胀，恶心、嗜睡、舌苔白腻等；偏热者壮热、口渴、烦躁、大便秘结、舌红苔黄。

经初热期之后，进入极期。为时5~7天，此期病毒在中枢神经系统中大量繁殖，引起脑组织广泛的病理改变，如严重的水肿及血管炎症变化，神经细胞坏死解体、小胶质细胞增殖坏死、软化灶形成等（以脑底及中脑较重）。病人表现为高热、嗜睡、神昏、惊厥、浅反射消失、舌绛、脉弦数或细数，此时病已入营（血），严重者可见角弓反张、痰阻、呼吸衰竭、检查时可发现脑膜刺激征：项强、屈髋伸膝试验（旧名克尼格氏征）阳性；椎体束征：划足底试验阳性；椎体外束征：肌张力增强，肢体震颤、痉挛。生理反射多见膝腱反射亢进，亦可减弱或消失。

在极期正邪相争的过程中，人体免疫力逐渐增加，病毒不断被消灭，在积极的治疗下，则矛盾便向利于人体方面转化。多数病人进入恢复期，上述症状消失，于病后1~2周内痊愈；少数重危病人脑组织损害严重，可出现过高热，反复惊厥，呼吸衰竭等严重症状，威胁病人生命，但在合理治疗下，亦可进入恢复期而痊愈。重危病人中还有一部分中枢神经系统严重损害不能在短期内恢复，临床上可有营热未尽、暑热伤阴、筋脉失荣的症候，如低热、多汗、失语、瘫痪，精神异常、痴呆，肢体弯曲畸形、扭转痉挛等精神神经系统症状，多可经过治疗逐渐恢复，即或超过六个月尚未恢复的后遗症，只要用毛泽东思想作指导，充分调动病人的积极性，继续坚持治疗，绝大多数亦可逐渐恢复。

【临床表现】临床经过可分初热期、极期、恢复期，重症病人可见后遗症。常见症状是发热、头痛、嗜睡、惊厥、昏迷等，脑膜刺激征阳性。临床上还根据病势急缓、病程长短、神经系统症状，并参考发热的高低、舌诊、脉象、及有无后遗症等，分为四型。

1. 轻型 发热常在38°C左右，轻度头痛，无汗或微汗、嗜睡、恶心、呕吐、神智往往清楚，无抽搐，可有轻度脑膜刺激征，舌质红，苔白，脉浮数等，以卫分气分见症为主，病人多在5~7日内痊愈。

2. 普通型 发热常在39~40°C左右，头痛，烦躁，口渴或胸闷，恶心、呕吐，神智恍惚，意识迟钝、惊跳，偶有抽搐，脑膜刺激征阳性，皮肤浅反射消失，腱反射亢进或消失，舌质红，苔黄或腻，脉数，以气分症状为主，可有较轻的营分症状，多在7~10天内痊愈。

3. 重型 发病急，初热期短，高热，体温可达40°C以上，极度烦躁、昏迷、反复抽搐，脑膜刺激征明显，皮肤浅反射及腱反射常消失，大便秘结或溏泻、舌质绛红，苔白

臌或黄臌，脉弦数或濡数，以营分症状为主。多于病后10天左右进入恢复期，部分病人留有不同程度的神经精神症状。

4. 极重型 来势凶猛，病势险恶，多数起病由卫分直入营（血）分。体温迅速上升到40~41°C以上，深度昏迷，反复惊厥不止，可出现瞳孔改变，呼吸浅表或不规则等呼吸衰竭症状。病人舌质红绛、苔黄或黑少津，脉细数。进入恢复期可见后遗症。

【诊断与鉴别诊断】 根据本病流行多集中在7、8、9三个月，10岁以下儿童多见，发病较急，有发热、头痛、嗜睡、呕吐、抽风、脑膜刺激征阳性，脑脊液为病毒性脑炎典型改变即可诊断。极少数病人须要进一步做化验检查才能确诊。

血像：白细胞总数多在1~2万左右，个别可达3~4万以上，早期中性多核白细胞增加。

脑脊液检查：外观无色透明，白细胞多在50~500之间，以单核细胞为主。蛋白稍高，糖正常或稍高，氯化物正常，此为病毒性脑炎的一般脑脊液所见。

在乙脑流行季节中，还可见到许多疾病有发热及神经系统症状，见鉴别诊断表。

乙脑鉴别诊断表

| 病名      | 乙 脑           | 中毒型菌痢                | 腮腺炎脑炎                  | 结核性脑膜炎                                | 流 脑               | 其他化脓性脑膜炎                                           |
|---------|---------------|----------------------|------------------------|---------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|
| 流行季节    | 夏 秋 季         | 夏秋季多见                | 冬春季多见                  | 无                                     | 冬春季多见             | 无                                                  |
| 接触史     | 不 明 显         | 可 有                  | 可 有                    | 有结核病接触史                               | 可 有               | 无                                                  |
| 发 病     | 较 急           | 急 骤                  | 急                      | 缓慢、少数病人发病较急                           | 急 骤               | 急                                                  |
| 主要症状及体征 | 神经系统症状为主      | 早期以中毒症状为主，洗肠或肛查可见脓血便 | 神经系统症状较轻，常伴有腮腺肿大       | 脑膜刺激征为主，其他部位可有结核病灶                    | 脑膜刺激征为主，皮肤粘膜有典型瘀点 | 脑膜刺激征为主，常有原发病灶                                     |
| 化 验     | 脑脊液为病毒性脑炎典型改变 | 粪检可见大量脓细胞，脑脊液正常      | 脑脊液改变似乙脑，末梢血白细胞总数减少或正常 | 脑脊液呈毛玻璃样，细胞数在1000以下，单核为主，糖、氯化物减少、蛋白增加 | 脑脊液化脓性改变（同右）      | 脑脊液呈脓性，细胞数在数千以上，以多核细胞为主，蛋白明显增加，糖显著减少，氯化物减少，常可查到病原菌 |
| 病 因     | 乙脑病毒          | 痢疾杆菌                 | 腮腺炎病毒                  | 结核杆菌                                  | 脑膜炎双球菌            | 肺炎双球菌、流脑杆菌、金黄色葡萄球菌等                                |

此外，本病尚须与中暑、脊髓前角灰白质炎、脑型疟疾、钩端螺旋体病的脑膜脑炎型等疾病相鉴别。

#### 【治疗】

（一）一般疗法 必须带着无产阶级感情，日夜守护在危重病人身旁，严密观察病情，随时注意病人体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔变化、记录液体出入量，以便及早发现病情变化，及时处理。为了便于抢救，集中观察，应将轻重病人分开，成立重症病人抢救室。室内要保持安静。发热期应给以流质饮食，热度减退后改为半流质或软食，不能进食者应予鼻饲。并应注意补液，以10%葡萄糖为主，适当补充生理盐水，过多的钠盐及水分均可加重脑水肿，但应注意补钾，成人口服氯化钾1.0克，每日3次。或静脉滴入每日1.0~3.0克，缓慢分批给予，小儿口服量为每日每公斤体重0.2~0.3克，静脉滴入量每日每公斤体重0.1克。

用3%硼酸水或生理盐水洗眼及口腔，昏迷病人眼不能闭合者，可上眼药膏并用湿纱布遮盖。经常擦澡，定时翻身，可用50%酒精按摩骨隆起及受压处，以防止褥疮。抽风病人牙关紧闭，可用包有纱布之压舌板或橡皮类物质，垫在齿间，以防止舌被咬伤。深昏迷病人以侧卧为佳，以利呼吸道分泌物引流及防止舌根后坠引起窒息。

## (二) 中草药治疗

(1) 复方板蓝根注射液：对控制乙脑高热，减轻极期症状，减少后遗症均有一定效果。方剂组成：柴胡、连翘、双花、生地、大青叶、玄参、板蓝根。做成灭菌水溶液，浓度每毫升相当于原药材3克。用法：每日每公斤9~18克，放在10%葡萄糖液内静脉点滴，轻型普通型病人每日每公斤3~6克，分2~4次肌注，共用5~7天。

(2) 复方大青叶注射液：方剂组成：大青叶、银花、大黄、草河车、羌活。做成灭菌水溶液，浓度每毫升相当于原药材2.25克。每次2毫升，肌注，每日2~4次。

(3) 板蓝根注射液(201注射液)：板蓝根制成灭菌水溶液，浓度每毫升相当于原药材0.5克。淋巴结内注射，选1~2个浅表淋巴结作为注射点，每次0.5~1.0毫升，每日2次。

(4) 香蕉根汁：成人每日1500~2000毫升，加蜂蜜少许，分数次服用，小儿酌减。具有清热解毒泄泻利尿作用。服药后无泄泻或有腹胀者，应用甘油灌肠，或口服玄明粉1~2钱等引泻。

(5) 九里香煎剂：九里香5钱~1两，金盏银盘1~3两，有高热者加大青叶(干)1两，加水3碗，煎至半碗，加糖调味，分2次服。有清热解毒，镇惊的作用。

(6) 水牛角汤：单味水牛角切片水煎一小时。用量：三岁以下每日一两，三岁以上每日二两。

## (三) 辨证施治：

1. 初热期(病在卫气) 又有几种情况：(1) 偏湿：宜清热解毒，芳香化浊。可用银花、连翘、大青叶、生石膏、鲜芦根、鲜薄荷、鲜藿香、鲜佩兰、鲜荷叶，六一散。

(2) 偏热：宜清热解毒、降火。可用银花、连翘、板蓝根、生石膏、知母、黄连、山栀，六一散。(3) 阳明里实腹胀便秘：加大黄、玄明粉，有入营之势，加生地、元参。

2. 极期(病在气营) 宜清热解毒、清营凉血、熄风。可用银花、连翘、大青叶、板蓝根、生石膏、知母、黄连、鲜生地、丹皮、紫草、钩藤。湿邪未解，加藿香、佩兰、苡仁、芦根。阳明里实便秘：加大黄、玄明粉，抽风：加钩藤、僵蚕或全蝎、蜈蚣，昏迷：加菖蒲、玉金，痰多：加白矾或竹沥汁。极重病人可酌情用安宫牛黄丸、局方至宝丹、紫雪丹等。

(四) 抢救中要把好三关 高热、惊厥、呼吸衰竭可直接威胁病人生命，一般认为是抢救工作中的三关。三者病程不同时期互相交替，互为因果。所以在抢救时，必须严密注意病情的发展，及时抓住主要矛盾，给以有效措施，使病情向有利方向转化。

1. 高热处理(见“高热”)。

2. 惊厥处理

(1) 新针：针刺人中、涌泉、十宣；耳针取交感、神门。

(2) 醒脑静注射液：每次2~4毫升，每日1~2次肌注或静注(上海制药厂制、作用与安宫牛黄丸同)。

(3) 地龙注射液：大椎、合谷穴位注射，每穴0.5~1毫升。

(4) 苯巴比妥钠：成人每次0.1~0.2克，儿童每次每公斤体重5~10毫克，肌注。

(5) 水合氯醛：成人每次2~3克，小儿每次每公斤体重40~80毫克，鼻饲或灌肠。

(6) 复方冬眠灵：成人每次25~50毫克，小儿每次每公斤体重1~2毫克，肌注或静脉缓注。

(7) 阿米妥钠：成人每次200~500毫克，小儿每次每公斤体重5~10毫克，其水溶液不稳定，临用时以生理盐水或蒸馏水配成5~10%溶液静脉慢推，镇惊后立即停止注射。此药可抑制呼吸中枢，应加注意，如出现呼吸抑制现象，立即注射呼吸兴奋药。

3. 呼吸衰竭的处理 引起呼吸衰竭除脑实质炎症、脑水肿、脑疝外，对气道阻塞、惊厥也应重视，仔细分析，给予有效处理。

(1) 吸氧。

(2) 新针：针刺会阴，留针，强刺激，10~20分钟捻转一次。

(3) 10%人参注射液0.5~1毫升，膻中、中府、肺俞等穴位注射或肌肉注射。

(4) 呼吸兴奋剂：可拉明、洛贝林、戊四氮、野靛硷等，成人每次一支肌注或静脉注射，必要时可加量。阿托品有兴奋呼吸中枢的作用，可小量多次使用。

(5) 保持呼吸道通畅：及时吸痰要彻底，并应注意保护口腔粘膜、吸痰管应保持清洁消毒。必要时可作气管切开。

(6) 发现病人呼吸减弱，暂停或突然停止时，应立即做人工呼吸。

(7) 抢救呼吸停顿时应注意降低头部温度（有条件可用冰帽），以延长脑组织对缺氧的耐受时间。

(8) 由脑水肿、脑疝引起者应立即使用脱水剂，降低颅内压。

#### 4. 几种药物的应用

(1) 激素：在高热、中毒症状严重时，酌情应用。氢化可的松，成人100~300毫克，小儿每日每公斤体重4毫克，每日1~2次，静脉点滴，一般不超过3~5日。地塞米松，成人每次5~10毫克，小儿每次每公斤体重0.15~0.3毫克，用法同上。

(2) 脱水剂：25%山梨醇每次每公斤体重1~2克。20%甘露醇每次每公斤体重1~2克。50%葡萄糖每次每公斤体重1~2克。用法：在20~30分钟内由静脉推入，必要时6~8小时可重复应用。

(3) 抗菌素：不作为常规应用，有继发感染时可酌情选用。

(五) 恢复期治疗 积极治疗极期和恢复期病人，是防止后遗症发生的重要环节。

1. 中草药治疗 恢复早期病人仍有低热、肢体活动不利者，可适当应用养阴清热药，如银花、扁豆、竹叶、丝瓜络、元参、鲜荷叶、鲜石斛、鲜生地。

2. 功能锻炼 例如吞咽锻炼、肢体功能锻炼、语言智力训练等。

3. 新针疗法 吞咽困难：天突、内庭、廉泉、合谷。面部瘫痪：地仓透颊车、眉梢透阳白，四合透迎香、鱼腰透眉梢，均可配下关、合谷、太阳、后溪、廉泉，每次可用1~2个透穴及远端配穴。失语：哑门、廉泉、通里、合谷、涌泉。震颤：手三里、间使、合谷、阳陵泉。上肢瘫痪：①肩髃透极泉、曲池透少海、合谷透后溪。②治瘫。③腕背

(养老)、臂髻。下肢瘫痪：①环跳、承扶、阳陵泉透阴陵泉、昆仑透太溪。②风市上二寸，五里（腹股沟处、股动脉内侧下三横指），五里下二寸、阳陵泉透阴陵泉，昆仑透太溪。其他新疗法可配合使用。

## 流行性感冒（流感）

【病因病理】 流行性感冒是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病。起病急，病程短（约7~8日），呼吸道症状轻，全身症状重。传染源是流感病人。流感病毒存在于病人（发病前1~2日至得病后5日内）的鼻咽分泌物中。借空气飞沫直接传播，常是突然发生，迅速蔓延，短时间内使许多人发病。一年四季均可散在发生，但以冬春两季多见。由于流感病毒分型数种，同时病毒的免疫时间短，仅1~2年，且对其他型流感病毒无免疫力，故易反复感染。

### 【临床表现】

1. 全身中毒症状 畏寒后发热，体温可迅速升至39~40℃，伴有头痛、全身无力及酸痛等症状。发热多在3~5日后逐渐下降，但全身无力等症状则需较长时间才能消除。

2. 呼吸道症状 出现晚，且不如全身症状重，可有流涕、干咳、咽干、声音嘶哑等。

3. 除高热外，可见急性病容，眼结膜充血、多泪、怕光，鼻咽部充血。白细胞无明显改变或稍减少。

4. 流行时可有胃肠型流感，主要症状是恶心、呕吐、腹痛及腹泻。病程2~3日即可恢复。也可有肺炎型流感，多见于小儿，因侵及肺部，可有呼吸困难、紫绀等症状，肺内可听到细湿罗音。病情较重。

【并发症】 如高热持续不退，病情反见加重，应想到有并发症的可能。尤以体弱、年老及小儿，更易发生并发症。

1. 上呼吸道感染 在起病及病程初期，常与流感相似，但在第3~4日后，因呼吸道包括鼻窦的继发性感染，出现鼻涕加多，咳嗽加重，痰变脓性。体温更高，延至7~10日始退，或保留相当长期的低热。

2. 继发细菌性肺炎 主要由于肺部继发细菌感染，目前已较少见。多在病后2~4日时出现，发生越早，病情越重。除有高热及全身中毒症状外，可有呼吸困难、紫绀、脓痰或血痰，白细胞总数增多。

【预防】 做好流感的预防工作，及时控制流行，对落实毛主席关于“抓革命，促生产，促工作，促战备”的伟大号召，极为重要。首先，赤脚医生要从思想上重视流感的预防工作，认真对待。

1. 搞好室内外卫生及个人卫生，被褥经常晒（流感病毒对紫外线的抵抗力低），养成讲卫生的好习惯。

2. 警惕性要高，一旦发现较多“感冒”病人，就应想到流感的可能。早期隔离治疗，送医送药上门。病人食具应煮沸消毒，室内及痰盂应用漂白粉消毒（因漂白粉可杀死病毒）。

3. 流感流行期间，应尽量避免大型集会。

4. 因地制宜地推广中草药预防流感。可用10%大蒜汁、3%黄连素液滴鼻；贯众、连翘、银花各3钱，水煎服，每日一剂；贯众、板蓝根各3钱，煎汤代茶饮；均有预防流感的效果。

5. 进行亚洲甲型流感活疫苗（此型在我国最常见）行喷雾法接种，每人0.5毫升，可在接种后2周，体内产生抗体，免疫力约可维持6~10个月。

#### 【治疗】

1. 一般治疗 应适当休息，多喝开水，注意保暖，进易消化的食物。

2. 新针 合谷、风池、印堂。高热加曲池，头痛加太阳，鼻塞加迎香。采用中强刺激手法。酌用复方阿斯匹林片等解热镇痛。

3. 中药治疗 本病多为外感风热，治宜辛凉解表。可用板蓝根5钱、薄荷2钱、甘草1钱，水煎服；高热不退，加银花3钱、连翘3钱、石膏4钱。也可用大青叶1两、芦根5钱，或用银翘散，每次3钱，每日3次服。

4. 并发症的治疗 有因继发性细菌感染引起肺炎或其他并发症时，可给予磺胺或抗菌药治疗。

## 白 喉

白喉由白喉杆菌引起，多发生于冬春季节，5岁以下小儿易发生。解放后，由于普及推广白喉预防注射，本病的发生已十分少见，但于流行季节仍需警惕散发病例。

【病因病理】 白喉杆菌为固紫染色阳性、细长的棒状杆菌，在外界环境中对热的抵抗力弱，但对干燥抵抗力较强，易被一般消毒剂杀灭。本菌产生强烈的外毒素，其致病作用强。

白喉杆菌通过飞沫由呼吸道侵入人体后，附着在咽部和鼻腔粘膜上生长繁殖，产生大量外毒素，引起局部组织炎症。粘膜充血、水肿、坏死，并有大量纤维蛋白和嗜中性白细胞渗出。渗出物和坏死组织形成灰白色假膜，附着在咽部、扁桃体等处。病变严重时，喉和气管甚至支气管粘膜上也有假膜形成。咽部和扁桃体的假膜紧贴在组织表面，不易剥离，而气管粘膜上的假膜容易脱落，脱落后堵塞气管，能引起呼吸困难。

白喉杆菌的外毒素吸收入血，可侵犯心肌，引起心肌炎。心肌纤维变性、坏死，并且嗜中性白细胞浸润。心肌病变范围较广时，心室往往扩大，心音减弱。

舌咽神经以及其他一些神经，由于外毒素作用，可能发生变性而使肌肉麻痹。但神经纤维只是部份变性，所以恢复较快。

#### 【临床表现】

1. 扁桃体和咽白喉 比较多见。可分为三型：（1）轻型：病变限于扁桃体，起病缓，婴幼儿除有微热外，仅表现为不活泼；儿童则自觉咽痛，体温可在38~39℃之间，全身常有乏力、厌食、恶心、头痛等症状，检查咽部及扁桃体明显红肿，2~3日后局部可见灰白色假膜，边缘整齐，不易剥离，强行撕下则易出血。颈部淋巴结略肿，并有压痛。

（2）重型：假膜很快蔓延至鼻咽及喉头。假膜周围红肿较重，颈部淋巴结明显肿大。病人一般状态不佳，脉快而弱，体温高低不一。神智虽清晰，但常仰臥不动，面色苍白，甚至出现心音低钝、心律不齐等心肌炎症状。（3）中毒型或恶性型，起病较急，局部假膜蔓延极广，损害为坏死性，咽部水肿极为显著，颈部淋巴结肿大，周围软组织水肿，形成

所谓“牛颈”。中毒症状严重，高热，面色苍白，唇发绀，脉细弱，心脏扩大，可能有心律不齐，如奔马律等，血压降低，烦躁不安，死亡多在1~2周内。目前此型已少见。

2. 喉白喉 多数由咽白喉蔓延所致，少数也可起病即为喉白喉。多见于婴幼儿。临床表现除发热、全身不适和烦躁不安外，初期突出的症状是呼吸增快、干咳，声音嘶哑、甚至失音。随病情进展，假膜堵塞喉头，可出现呼吸困难，病儿吸气时有喘的征象。阻塞严重可发生窒息，面色苍白、口唇青紫、躁闹不安，心率增速，出冷汗。病儿常用手抓颈部。极少数病人假膜可能蔓延至气管和支气管，则呼吸道阻塞症状更加严重。

3. 鼻白喉 多见于婴幼儿。原发于鼻部较多。因病变范围小，毒素吸收少，全身症状较上二型为轻。主要表现为鼻塞，流浆液性或脓性鼻涕带血丝。检查一侧或两侧鼻粘膜表面有灰白色假膜，鼻孔外口皮肤发红、剥脱、糜烂及结痂。病变局限于鼻腔时，全身症状轻微，不发热或低热。若蔓延至鼻咽部，则鼻塞症状较重，全身中毒症状亦比较明显。此型易被忽视而成为传染源，应加注意。

#### 【并发症】

1. 心肌炎 一般多发生于病后第二周末。病人表现面色苍白、精神萎靡、食欲不振、恶心、呕吐、脉搏不规则、心律不齐等。心尖部常听到第一心音减低及收缩期杂音，心界亦可扩大，有时可突然因心功能不全而死亡。

2. 神经麻痹 软腭麻痹多见。表现为语言含糊、带鼻音、吞咽困难、饮食物可经鼻孔呛出，偶有动眼神经、外展神经或面神经的麻痹。治疗后，麻痹多可自行恢复。

3. 支气管肺炎 多为继发细菌感染，是喉白喉最常见的并发症，详见“小儿肺炎”。

【诊断及鉴别诊断】 白喉的诊断主要根据临床症状、细菌检查（有涂片及培养两种方法，如涂片时，应采自假膜周围部分，则阳性率较高）。白细胞总数增多（1万~2万）。

咽白喉应与常见的急性扁桃体炎相鉴别，见下表。

|      | 扁桃体和咽白喉                     | 急性扁桃体炎                     |
|------|-----------------------------|----------------------------|
| 起 病  | 较 缓 慢                       | 急                          |
| 体 温  | 低热或中度热                      | 高 热                        |
| 全身状况 | 中毒症状明显，精神不振，烦躁，面色苍白，脉搏细弱    | 急性病容，面色红润，脉快有力             |
| 假 膜  | 可超过扁桃体表面，膜呈灰白色，不易擦去，强行剥离易出血 | 于扁桃体陷窝有脓点，易剥去，不出血，病灶不超过扁桃体 |
| 检 菌  | 白喉杆菌                        | 链球菌、葡萄球菌等                  |

喉白喉需与急性喉炎鉴别。急性喉炎的特点是：起病急、高热、中毒症状不明显，喉部无假膜，喉粘膜红肿明显，轻度声音嘶哑，呼吸困难呈周期性发作。

#### 【预防】

1. 对病人要早期发现、早期诊断，及时送传染病院隔离治疗。住院隔离时间至少2周，一是细菌检查应为阴性，二是待并发症危险期过去。如有条件，最好隔离至假膜症状完全消失、白喉杆菌培养连续两次阴性后。

2. 病人的痰、鼻涕，污染的食品、用品等，应随时消毒，病人离开后，室内进行消毒。

3. 注射白喉类毒素是预防白喉最有效的措施，可以控制白喉的流行。白喉易感者大

部分是6个月到12岁的儿童，是预防接种的主要对象。白喉的发生集中在九月至次年二月，预防接种要在流行之前进行。一般作法是：婴儿满6个月后即应注射白喉类毒素，第一次0.5毫升，间歇4~8周再注射0.5毫升，第二年注射0.5毫升，以后每隔3~5年加强注射一针，以增强和巩固免疫力。

#### 【治疗】

1. 一般疗法 根据病情轻重，应卧床休息2~4周。如有心肌损害，卧床休息时间需延长，应给予流食或软食，大量使用维生素丙、乙<sub>1</sub>，静点10~25%葡萄糖250~500毫升，每日一次。

2. 抗毒素血清 应早期使用，剂量大小与年龄体重无关，应依据病变位置、假膜范围大小、病期长短及中毒症状的轻重而定。原则上轻型者1万~2万单位，重型者2万~4万单位，中毒型4万~6万单位，并应静脉注射一部分。发病已三日才治疗者，剂量应加一倍。注射24小时后病变仍有进展者，应考虑再注射一次。

注射抗毒素血清前，应做皮肤过敏试验：取0.1毫升血清制品，用生理盐水稀释到1毫升，在前臂掌侧皮内注入0.1毫升。注射后观察10~30分钟，注射处如有红肿、皮丘为阳性反应，须做脱敏法，无红肿者为阴性，阴性者方可注射。

脱敏方法很多，现举一种方法供参考：将血清制品稀释10倍，分数次作皮下注射。每次观察10~30分钟。第一次注射0.2毫升。观察无气喘、紫绀及显著呼吸短促、脉搏加速时，可酌情增量注射。共注射观察3次以上，仍无异常反应，即可将全量作肌肉注射。

3. 抗菌素 青霉素可抑制白喉杆菌生长及防止合并感染。每日肌注40~80万单位，共用5~7日。如青霉素过敏者，可用红霉素，每日按每公斤体重25~50毫克计算分四次口服或静脉注入。

4. 中药治疗 (1) 单方验方：局限性咽白喉可用：鲜生地1两，黄芩、连翘各6钱，麦冬3钱，玄参5钱，制成合剂冲服。中毒症状重，可加用犀角粉1~2分。(2) 阴虚型：喉痛或有微热、喉有白块、白条或白点状假膜，治宜养阴清肺。用养阴清肺汤加减（生地、玄参、麦冬、银花、连翘、土牛膝、白芍、丹皮、芦根）。(3) 实热型：面赤唇裂、口烂舌燥、发热口渴、口臭、喉痛、假膜显著者，治宜清热解毒，佐以养阴。用连柏汤加减（黄连、黄柏、银花、连翘、土牛膝、僵蚕、贝母、射干、鲜生地、芦根、木通）。

5. 喉白喉有严重喉梗阻时，应做气管切开术。

6. 并发症治疗 (1) 心肌炎时，病人须绝对卧床休息，静脉注射适量葡萄糖，补充大量维生素乙<sub>1</sub>，在急性期禁用洋地黄。重症者可应用肾上腺皮质激素。心功能不全的治疗见内科有关内容。(2) 软腭麻痹引起吞咽困难者应行鼻饲，可口服或肌注维生素乙<sub>1</sub>及针灸治疗。

## 麻 疹

麻疹是由麻疹病毒引起的一种急性传染病。传染源是病人。病毒存在于口、咽、鼻、结膜分泌物中，通过飞沫直接传播。在出疹前后5日均有传染性，但有并发症者，传染性可延长至疹后10日。6个月以上的小儿未经接种过麻疹疫苗及未患过麻疹者，均易被感染。常于冬末春初流行。病后一般有终身免疫。

在旧社会反动统治时期，麻疹是严重危害小儿健康与生命的一大“瘟神”。解放后，在毛主席的无产阶级卫生路线指引下，对麻疹的预防和治疗采取了一系列有效的综合措施，取得了很大的成绩，麻疹的发病率与死亡率已显著降低。近年来，我国科技人员遵照毛主席关于“中国人民有志气，有能力，一定要在不远的将来，赶上和超过世界先进水平”的伟大号召，从工农兵需要出发，研究试制成功了麻疹减毒活疫苗，并在城乡儿童中广泛接种，在许多地区已经基本上控制了麻疹流行。我们必须进一步依靠群众，大搞群防群治，为彻底消灭麻疹而努力。

**【病理】** 麻疹病毒进入人体后，先侵犯上呼吸道粘膜及眼结膜，使之发生浆液性炎症。而后通过血液循环，引起全身器官的病变，以皮肤改变为显著。皮疹为真皮充血，毛细血管内皮细胞肿胀，淋巴细胞、巨噬细胞浸润，随后表皮细胞变性、坏死及角化脱落。

祖国医学认为，本病多由“内蕴胎毒，外感天行，五脏皆见病证，以肺见证独多”。病势趋向宜由内达外，疹子透发，毒从外泄，则病好转；若护理治疗不当，疹不出透或麻疹内陷则病重或有兼证（并发症）。

**【临床表现】** 毛主席教导我们说：“如果人们不去注意事物发展过程中的阶段性，人们就不能适当地处理事物的矛盾。”麻疹的过程可分为三个阶段，处理上不相同，因此应加以区别。

1. 疹前期 从发热至皮疹出现为期约3~4日。表现为发热，咳嗽，流涕，含泪怕光，结膜和咽明显充血，脉多浮数，指纹赤。这些表现与感冒相似，但如接触过麻疹病人，就应该考虑为麻疹疹前期。发热2~3日，90%病儿在颊及口唇内粘膜上出现针头大小的小白点，周围有红晕，叫做麻疹斑，可作为早期诊断依据。麻疹斑初起细小而稀疏，必须在较亮的自然光线下检查才能发现，随后斑疹迅速增多，密布两颊粘膜并互相融合成片；皮疹出现后这些斑点迅速消退。

2. 发疹期 皮疹开始出现至疹子出齐。此时皮疹外透，高热，咳嗽加重，烦渴，小便黄赤，大便微泻，精神不振，烦躁不安，舌质红，苔黄而干，脉多洪数，指纹紫。

皮疹透发程序，一般先见于耳后、发际，颈项之间，渐渐波及颜面、躯干和四肢，待手心足心见疹即为出透。若先见于四肢，后达于躯干和头面部，或头面部疹子稀少甚至无疹（白面疹），多表示病情严重。若皮疹出而突然隐没，并有面色苍白、咳嗽气急、口唇发绀，身高热、四肢凉等叫做麻疹“内陷”或“内攻”，多由于发热出汗时感受风寒，并发肺炎和末梢循环不良。

麻疹初出细小而稀疏呈玫瑰色，逐渐融合成片，疹色转为暗红，疹与疹之间仍有健康皮肤。若疹出稀疏或色淡，发热不高或厌食腹泻，表示体质虚弱、气血不足，麻疹不能完全透毒于表，易并发其他疾病。若皮疹过密，疹色紫红夹有出血斑，多为热毒过盛，毛细血管损害严重，血溢于皮内。

3. 恢复期 麻疹出齐后，体温下降，全身症状减轻，身体日渐康复，皮疹依次消退。约4~5日后，皮疹有糠皮样脱屑，留有棕色色素沉着斑。约10余日后完全消失。

疹退后若热度升高，咳嗽气急或神昏惊厥，这也是有并发症的表现。

**【并发症】** 麻疹病程中，若护理治疗不当，容易发生并发症，常见者有以下几种：

1. 支气管肺炎 是本病最常见的并发症，早期并发肺炎多为麻疹病毒所致；疹后出现肺炎则以细菌感染为主。并发肺炎时，患儿咳嗽加剧，呼吸困难，体温继续升高，肺部

有中、小水泡疹。

2. 喉炎 可由麻疹病毒或细菌感染所引起。病儿声音嘶哑，并有“吼喘声”咳嗽。由于喉头狭窄，有时可出现喉头梗阻症状（吸气性呼吸困难）。

3. 脑炎 麻疹脑炎常并发于发疹期或疹退后4~5日。此时出现高热，昏迷、抽搐等症状。

4. 肺结核 麻疹常使肺结核加重或扩散，甚至引起粟粒性肺结核或结核性脑膜炎。

5. 其他 肠炎、中耳炎、口腔炎、营养不良以及维生素A缺乏症等。

【鉴别诊断】 麻疹须与幼儿急疹、风疹、猩红热和药物疹相鉴别（见下表）。

| 疾病<br>症状    | 麻 疹                                                                                                                   | 幼儿急疹                                                      | 风 疹                                                            | 猩 红 热                                                                                                    | 药 疹                               |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 上呼吸道<br>症状  | 咳嗽、流涕，含<br>泪怕光、结膜与<br>咽明显充血                                                                                           | 轻                                                         | 轻                                                              | 嗓子痛，有咽峡<br>炎及扁桃腺炎                                                                                        | 无                                 |
| 发热与皮<br>疹关系 | 发热3~4日开<br>始出现皮疹                                                                                                      | 高热3~5日后<br>体温下降，热退<br>后出疹                                 | 发热一日后皮疹<br>迅速出齐                                                | 高热1~2日内<br>出现皮疹，数小<br>时内出齐                                                                               | 发热与皮疹同时<br>发生                     |
| 皮疹特点        | 皮疹先见于耳后<br>发际、颈项之间，<br>渐渐波及躯干、<br>四肢；皮疹大小<br>形态不一，为暗<br>红色斑丘疹，可<br>互相融合成片，<br>但其中仍有健康<br>皮肤，皮疹退后<br>有糠皮样脱屑，<br>并遗有色素斑 | 皮疹多集中在躯<br>干，四肢较少，<br>为细小的玫瑰色<br>或淡红色斑丘<br>疹，皮疹退后不<br>留痕迹 | 皮疹由面部延及<br>四肢，遍布全身，<br>为淡红色斑丘<br>疹，有搔痒，1~<br>2日消退，无脱屑<br>及色素沉着 | 皮疹自颈部、胸<br>部开始，渐及全<br>身，皮肤弥漫性<br>潮红，上有猩红<br>色细小丘疹，有<br>时如鸡皮状细<br>粒，皮疹之间无<br>健康皮肤，疹退<br>后有大片状脱<br>皮，无色素沉着 | 皮疹大小形态<br>不一，对称，<br>或全身分布，<br>有痒感 |
| 其 他         | 口腔粘膜有麻疹<br>斑                                                                                                          |                                                           | 耳后及枕后淋巴<br>结肿大                                                 | 草莓舌                                                                                                      | 有服磺胺巴比<br>妥类等药物史                  |

### 【预防】

1. 普及预防接种 6个月至7岁的健康易感儿及没有得过麻疹的成人应广泛接种麻疹减毒活疫苗，一般用0.2毫升，皮下注射，2~3年后再注射一次。

2. 控制流行 （1）控制传染源：要早期发现麻疹病儿，及时隔离，隔离至出疹后一周，有并发症者应延长隔离期。（2）切断传染途径：应严密控制易感儿与麻疹病儿接触，流行期间不要带易感儿到人群集中的场所去。医生应作到医药送上门，使麻疹病儿不出门，易感儿有病不出门。（3）保护易感儿：体质弱的小儿，接触麻疹病儿后，于一周内应肌注患过麻疹的成人血20~30毫升；或用胎盘球蛋白3~6毫升肌肉注射。

3. 中草药预防 可用紫草三豆饮：紫草1钱、绿豆3钱、黑豆3钱、赤小豆5钱，水煎，连服5剂；紫草甘草汤：紫草2钱、甘草1钱，水煎，每日三次，连服5剂；贯众合剂：贯众4钱、升麻0.5钱、甘草1钱，水煎服，隔日1次，连服3剂。

### 【治疗】

1. 护理 麻疹过程的顺利与否，与护理有密切关系，因为在病儿肌体尚未克服麻疹病毒损害以前，生理功能和防御功能都较低下，容易发生并发症。在这个期间护理就特别重要。通常要做到：安静休息。室内保温，预防感冒，但不宜闷热，空气要流通。多饮开水，吃易消化食物。保持眼、耳、口、鼻卫生，最好用温开水加少量盐清洗。

## 2. 辨证施治

(1) 疹前期及发疹早期：治疗以辛凉透表为主，使皮疹顺利透发。可用草药透疹：可任选下列各法之一、二种：胡萝卜、荸荠、香菜（芫荽）等可不拘量，紫背浮萍，西河柳各3~5钱，水煎服；升麻葛根汤：升麻1钱、赤芍1.5钱、甘草0.8钱、葛根3钱，水煎服；或紫草丸半丸一日2次服。

(2) 发疹期：治疗以清热解毒为主随证加减。①一般可用黄芩1钱、连翘2钱、前胡1钱、蝉蜕0.5钱，水煎服。②麻疹出而不透者，可用香菜1钱，西河柳1两，水煎加酒一两，用毛巾温擦皮肤，以助皮疹透发。③麻疹内陷者：感受风寒使麻疹一出即没，面色㿠白，咳嗽气急，口唇发绀，出冷汗，四肢凉，末梢青紫，脉细无力，宜回阳救逆。可用25%可拉明肌注，或维他康、维生素丙加入25%葡萄糖内静脉注射；有心功能不全者可用毒毛旋花子素K。④体质虚弱、透疹不全者：疹子稀少、疹色淡，四肢不温，舌质淡，脉细弱。宜益气活血，可用党参2钱、黄芪2钱、当归1.5钱、桃仁、红花各1钱，或用保元汤（人参、黄芪、甘草）。⑤有出血性皮疹者：宜清营凉血解毒，可用丹皮2钱、赤芍2钱、生地3钱、紫草根4钱、大青叶4钱，或用犀角地黄汤〔犀角（水牛角代）、生地、芍药、丹皮〕。

(3) 恢复期：治疗以滋阴养津为主，可用沙参麦冬汤（沙参、麦冬、玉竹、天花粉、甘草、生扁豆、桑叶），或用石斛1两、知母5钱、鳖甲5钱，共为末，每次1~2钱，一日二次服。

如有并发症时，应根据不同情况按不同疾病进行治疗。

## 百 日 咳

百日咳是小儿常见的呼吸道传染病，传染性很强，多见于冬末春初。2~5岁小儿多发，一般年龄愈小病情愈重，病程较长，可迁延2~3个月之久。本病以阵发性痉挛性咳嗽为特征。

【病因病理】 本病致病菌为百日咳杆菌，固紫染色阴性。传染源为本病患者，发病后6周内均有传染性，3~4周传染性最强。主要通过空气飞沫传播。细菌进入易感者呼吸道以后，在喉头、气管、支气管粘膜内繁殖，引起粘膜发炎。细菌及炎性分泌物大量聚积于气管、支气管内，刺激呼吸道，引起咳嗽中枢兴奋，发生痉挛性咳嗽。

【临床表现】 潜伏期为7~14日。全病程可分为三期。

1. 初咳期 初期症状与一般感冒相似，微热或无热，但咳嗽逐渐加重，尤其是晚上厉害。此期7~10天。

2. 痉咳期 形成阵发性痉挛性咳嗽。每次咳嗽多表现为一连紧接不断的短咳，可连咳十数声至数十声，继之即深吸气，由于吸气很急，声门痉挛狭窄，可发出特殊的笛鸣声。这样反复多次，直至咯出大量粘痰或呕吐为止。病儿眼泪交流，面红耳赤，甚至口唇青紫。每日阵咳十多次或几十次。由于痉咳频发，使头部静脉瘀血，可出现眼睑浮肿，球结膜下出血或鼻出血，舌系带与牙齿磨擦发生溃疡。肺部检查多属正常或有少量干罗音。

体弱幼小的婴儿病情多较重，不出现典型的痉咳，往往发生阵发性窒息或惊厥。

轻者痉咳数日即减轻，重者可持续两个月以上，一般为4~6周。

3. 恢复期 咳嗽逐渐减轻，痉咳次数减少，持续2~3周后恢复正常。此期病菌虽

已消灭，但因长期反复咳嗽，在大脑皮层形成了一定的兴奋灶，其他刺激也可引起痉咳。如病愈初期患感冒或支气管炎可诱发百日咳样痉咳，感冒等痊愈后痉咳亦随之消失，不可误认为是百日咳的复发。

#### 【并发症】

1. 肺部病变 体弱小儿易并发肺炎，且病情较严重。其他尚可引起肺气肿、气胸、支气管扩张等。
2. 脑部病变 由于痉挛性咳嗽，妨碍换气，引起脑缺氧时即可出现惊厥昏迷。百日咳杆菌毒素可引起脑炎。少数病例可发生颅内出血。
3. 其他 由于痉咳使腹压增加，可造成脐疝、腹股沟疝、直肠脱垂等。

#### 【预防】

1. 预防注射 对6岁以下易感儿，应广泛进行预防接种。可用百日咳杆菌菌苗，分三次皮下注射，每隔4周注射1次，依次为0.5、1.0、1.5毫升。或用百日咳菌苗和白喉类毒素的二联菌苗注射，一年后可重复注射一次。
2. 控制流行 发现百日咳患儿应及时隔离，避免患儿和健康儿接触。隔离时间至发病后6周。

#### 【治疗】

1. 一般疗法 保持室内空气新鲜，减少不良刺激。吃易消化食物，少量多餐，避免呕吐，多喝水。避免受凉，以防合并肺炎。睡前可服镇静剂，如氯丙嗪、异丙嗪1~2毫克/公斤/次，以减少夜间痉挛性咳嗽。有出血倾向时可用维生素丙。
2. 新医疗法 (1) 新针：主穴：喘息；备穴：丰隆、天突。先针喘息，然后在太椎穴拔罐，痰多加丰隆。(2) 穴位注射：2%奴佛卡因2毫升天突、肺俞、喘息穴注射，每日一次，连用5~6次。
3. 单方草药 (1) 鸡苦胆（其他禽兽的胆亦可）加白糖调服，1岁以下日服1个，2~3岁服2个。(2) 大蒜（去皮）1两，捣成蒜泥，加入白糖4两和开水10两，搅拌后澄清，取澄清液口服，每次2匙，一日3~4次。(3) 百部5钱、白前3钱，水煎服。(4) 侧柏叶3钱、红枣4枚，水煎服。(5) 鲜车前草5两，水煎服，连服7天。
4. 发病初期，可用氯霉素25~50毫克/公斤/日，分4次口服，或用链霉素25毫克/公斤/日，分二次肌注。疗程5~7天。

### 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎又称“痄腮”，是腮腺炎病毒经呼吸道引起急性腮腺非化脓性炎症的传染病。多发生于幼儿及学龄儿童，但成人也可感染。于冬春季多见。

【临床表现】 发病可能无明显的全身症状，也可有发热、头痛、食欲不振等症状。随后出现一侧或两侧腮腺肿大，以耳垂为中心，边缘不清，局部皮肤无明显改变。腮腺可有轻度压痛，且可妨碍张口。吃酸性食物或咀嚼时，局部酸胀疼痛较明显。腮腺管口（正对上颌第2臼齿旁颊粘膜处）红肿。有时颌下腺、舌下腺及颈部淋巴结也可发生肿胀。多数病例的症状以第2~3日最明显，持续4~5日后可逐渐消退。病程共7~12日左右。

【并发症】 少数病人感染比较严重，除了腮腺发炎，其他某些器官也受病毒侵害，可并发以下病变：

1. 脑膜脑炎 在病程第2~8日出现高热,头痛,喷射性呕吐,烦躁不安,嗜睡,抽风,项强,屈髋伸膝试验阳性。一般多于12日内症状消失,常无后遗症。

2. 睾丸炎 常在腮腺肿大第2~10日发生。表现为第一侧或双侧睾丸肿大疼痛,再度出现高热、寒战、头痛等症状。持续3~4日至1~2周后渐消退而愈。重症者如两侧同时受累引起睾丸萎缩,可影响生育。睾丸炎只发生于成年病人。

3. 胰腺炎 在腮腺肿大第3~4日发生,表现为上腹部剧烈疼痛及压痛,常伴有呕吐。肿胀的胰腺有时可以触及。症状多于两周内消失。

【鉴别诊断】 本病须与化脓性腮腺炎及颌下淋巴结炎鉴别。

1. 化脓性腮腺炎 多在急性感染性疾病的过程中发生,与全身抵抗力降低和口腔干燥或感染有关。多发生于一侧腮腺,局部红肿热痛明显,张口困难。时间稍久,肿胀部常较紧张,少数可有波动感,穿刺可吸出脓汁,有的在腮腺管口有脓性分泌物溢出。全身症状比较明显。

2. 颌下淋巴结炎 未化脓时,于颌下可触到肿大的淋巴结,与周围组织的界线较清楚;化脓时局部红肿热痛明显。

【预防】 发现腮腺炎病人,应早期隔离,直至腮肿消退。于流行期间,接触病人的易感者可预防服药,板蓝根1两,水煎服,每日一剂,连服3剂。或针刺颊车、合谷穴,每日2次,连续2~4日,预防效果较好。

【治疗】

1. 外敷法 任选鲜蒲公英、菊花叶、大青叶、马齿苋等捣烂加醋;或青黛、靛青、生大黄末、紫金锭、金黄散等醋调;或赤小豆、绿豆等研末醋调,敷贴于腮部,有止痛消肿作用。

2. 单方 以清热解毒为主,可治发热的病例。(1)大青叶1两或板蓝根1两,水煎服;(2)蒲公英1两、夏枯草5钱,水煎服;(3)蒲公英1两、银花5钱、生甘草1钱,水煎服。

3. 针刺颊车、翳风、合谷、外关,每日2次;发热时加大椎、曲池穴。

4. 灯火灸法 用灯心草两根蘸油(菜油或香油)约2厘米长,点烧后,对准病侧的角孙穴(耳尖的正上方凹陷处),用快动作点烧皮肤,一点即起,点烧1~2次。

5. 并发脑膜脑炎时,可酌情静滴10%葡萄糖和氢化可的松,同时对症处理。并发睾丸炎时,应以丁字带托住阴囊,并用小茴香3钱、川楝子3钱、桔梗2钱,水煎服。并发胰腺炎时,可用胆草4钱、柴胡2钱、黄芩4钱、枳壳3钱、木香2钱、木通2钱、赤芍3钱、甘草1.5钱,水煎服。

## 急性传染性肝炎

传染性肝炎是由病毒引起的一种消化道传染病。多见于青壮年和儿童。全年均可有散在发生,以秋冬季发病较多。

【病因病理】 病原体是传染性肝炎病毒。经日光曝晒、煮沸或高压消毒均能使它死亡。传染源主要是病人和病毒携带者。病原体随粪便排出,通过手、水、苍蝇污染的食物,经口传染给健康人。极少数是通过输血或注射器等方式传播。

病人发病后3~4周内均具有传染性,但以发病前后的3~4日的传染性最强。无黄疸

型病人不易被早期发现，又具有传染性，在流行病学上有重要意义。

本病不论有无黄疸，均有肝细胞变性、肿胀及小坏死灶散在于各处。但肝脏有强大的代偿和再生能力，本病如经适当治疗，肝脏的功能和结构可能完全恢复正常，而且病后有一定的免疫力。

由于肝细胞弥漫性肿胀，可使肝脏肿大，触诊时有压痛。肝细胞变性、坏死后，肝功能往往发生不同程度的障碍。

黄疸主要为肝细胞性。由于肝细胞肿胀，门静脉区发生渗出性病变及水肿，可使胆汁排出受阻，加之胆管表皮渗透性增强，胆栓形成，胆汁漏出等，就会使胆红素反流入血内。

少数病人由于抵抗力很低或病毒过强，可能发生重症肝炎。肝细胞大量坏死，肝体积缩小（肝萎缩），可使肝功能严重障碍。肝为解毒器官，肝功能极度衰竭后其解毒作用亦减退，体内氨积聚过多，病人可因中毒而进入昏迷状态，即为肝性昏迷。由于全身毛细血管脆性增加，更重要的是肝脏利用维生素K合成凝血酶原的能力消失，易有出血倾向。腹水主要是因血浆白蛋白明显降低，加之肝内静脉充血（急性期）或门静脉压增高和钠等的潴留（慢性期）所致。

【临床表现】 潜伏期 3~6 周，平均约 1 个月左右。

（一） 急性黄疸性肝炎 病程大致可分为三期：

1. 黄疸前期 表现畏寒、发热（约  $38^{\circ}\text{C}$ ），易疲劳，食欲不佳、厌油、恶心、呕吐，上腹不适、腹胀、便秘、腹泻也较常见。有的出现明显的肌、关节疼痛或上呼吸道症状，少数病例腹痛剧烈，疑似急腹症。

本期体征不明显，可有右上腹叩压痛，本期末可有肝脏肿大，尿色变黄，尿胆原试验阳性，胆红素试验可能阳性，血内转氨酶增高。本期可持续数日至 2 周。

2. 黄疸期 在黄疸前期最后几日，当尿色加深、粪色渐淡时，开始出现黄疸，并逐渐加重。当黄疸明显时，粪便常呈灰白色，可有皮肤瘙痒、食欲减退等症状。多数病人除肝肿大外，脾也肿大。肝区有明显叩痛。尿胆原试验、胆红素试验均为阳性。肝功能有不同程度的异常，转氨酶可明显增高，黄疸指数增多等。此期约 2~4 周，重者可持续 2 个月左右。

黄疸属于祖国医学的脾胃湿热病证，根据此期肝炎常见的表现，可分为偏湿或偏热两型，

（1） 热重型：黄疸较重，发热较高，口干烦渴，胁肋疼痛，尿少赤黄，大便秘结，舌红苔黄或黄腻，脉多弦。

（2） 湿重型：黄疸、低热或无热，头重体倦，不渴，食欲减退，腹泻便溏，或有足肿。

3. 黄疸后期（恢复期） 多数经 2~6 周后黄疸消退，精神好转、食欲增加。肝肿大逐渐缩小，肝功能逐渐趋于正常，自觉症状减轻或消失。部分病人可有易疲劳，腹胀，消化不好，肝区隐痛。一般病程约 1~3 个月，个别可长达半年左右。

（二） 急性无黄疸型肝炎 临床表现如食欲不振、疲乏无力、腹胀、肝区痛、肝肿大等，均与黄疸型相似，但程度往往较轻。不同点是在病程中始终无黄疸出现、病程迁延。某些病例可全无主诉，仅在普查时被发现。

按照祖国医学辨证原则，又可分为两型：

1. 胁痛胸闷、口苦、噯气、苔薄脉弦，属肝郁气滞。

2. 倦怠、腹胀、食欲不振、便秘或腹泻，舌苔白腻或黄腻，属脾胃不和。

(三) 暴发型肝炎 少见。起病急骤，少数病例一开始即有高热，消化道症状严重，黄疸迅速加重，伴有尿少、腹水及皮肤粘膜出血，甚则呕血、便血，一部分病人表现烦躁或嗜睡，肝脏触不到及肝浊音界缩小，随病情恶化可进入肝昏迷。本型属于急性或亚急性肝萎缩。病情危重，必须及时救治。

【诊断】 黄疸型肝炎因具有黄疸，肝脏肿大等明显症状，诊断并不困难。无黄疸型肝炎可能因症状表现不明显，早期诊断不易。临床应详细了解有无接触肝炎史，认真分析症状，检查肝肿大，压痛，结合肝功能化验综合判断。

【预防】 肝炎病毒传染性强，生活力也强，主要经消化道传染。因此，要发动群众，讲究饮食卫生，加强水源保护，搞好粪便管理，宣传饭前、便后洗手，饮用开水，不吃生冷不洁净的食物。

急性期病人应尽早隔离（至少40天）。病人的食具要单独使用放置，并经常煮沸消毒。粪、尿、呕吐物要认真处理，不要污染水源。

肝炎病人不能作供血者。

护理病人和与病人密切接触者，可行个人预防服药：茵陈1两、大枣10枚，水煎服，连服3日。胎盘球蛋白一次肌注，量为0.2~0.3毫升/公斤/次，在接触病人后及早使用。

【治疗】 采用综合疗法，绝大多数病人均可恢复健康，后果是良好的。

(一) 必须突出政治，树立革命的乐观主义精神。医务人员和病人共同配合，使肌体能够调动一切有利因素，来战胜疾病。

(二) 适当的休息 劳动可加重肝脏的负担，故急性期病人应停止劳动，卧床休息。待症状改善、黄疸消退即可逐渐增加活动量，以不疲劳为原则。若病程超过3个月，症状基本消失，肝脏恢复正常大小或稳定不变，肝功能已恢复正常或接近正常者，可逐步恢复工作。

(三) 适当的营养 可根据病人的生活习惯适当改善即可。以糖和维生素乙<sub>12</sub>及丙为主，食欲良好者则不须补充。

#### (四) 药物治疗

##### 1. 急性黄疸型

(1) 黄疸前期：以清热消炎为主。但一般抗菌素对肝炎病毒无效，可用中药如板蓝根、败酱草、银花、黄连、龙胆草等。由于本期常有胃肠症状，常须合用疏肝解郁和调理脾胃的药物。例如：青皮3钱、枳壳3钱、木香1.5钱、半夏2钱、白朮3钱、甘草1钱。

(2) 黄疸期：①热重型可用茵陈蒿汤加味：茵陈1两、梔子4钱、大黄3钱、赤芍3钱、板蓝根5钱、木香2钱、甘草1.5钱。②湿重型可用茵陈五苓散加减：茵陈6钱、茯苓4钱、猪苓2钱、白朮3钱、茅根8钱、银花4钱、陈皮1.5钱、槟榔4钱。③穴位注射：以维生素乙<sub>12</sub>（加生理盐水，普鲁卡因）注于肝俞、足三里等穴。④卤硷注射剂3~6克加入5~10%葡萄糖液500毫升内缓慢静点。⑤强的松口服或氢化可的松静滴，用于重症病人。

(3) 黄疸后期：黄疸刚刚消退，仍应用药，可选用肝太乐、肝宁、复方胆碱胶囊等。也可用穴位注射或新针疗法，中成药可用归脾丸或人参健脾丸等。

2. 急性无黄疸型 如证见肝郁气滞者可用郁金3钱、青皮3钱、赤芍3钱、香附3钱、甘草2钱。水煎服。

如证见脾胃不和者可用青皮3钱、白朮4钱、茯苓3钱、半夏2钱、木香2钱、板蓝根5钱、银花3钱、炒谷麦芽6钱。水煎服。

另外可口服肝太乐、肝宁等药物，或作穴位注射（见上述）。

3. 暴发型 病情严重，要争取早期发现。遇有急黄、高热、恶心呕吐重，精神明显改变等情况中的一、二项，就要预想到此型的可能性。在大队卫生所应做以下措施：（1）静脉点滴10%葡萄糖液500毫升内，先加氢化可的松100毫克，再加28.7%谷氨酸钠60~80毫升；（2）注射维生素K及维生素丙，以减少出血的可能；（3）口服新霉素或土霉素，每次0.5克，每日四次，以抑制肠内细菌，减少氨的产生。在处理的同时，送至医院治疗。

#### （五）新针疗法

1. 各项肝功能均有变化者：主穴取至阳、胆俞、太冲。备穴为足三里、翳明。

2. 仅转氨酶增高者：主穴为至阳、足三里、大椎。备穴配行间、阳陵泉。

## 伤 寒

伤寒是由伤寒杆菌引起的急性传染病，属于祖国医学中湿温病范畴。解放前，伤寒在我国经常不断流行。解放后，由于爱国卫生运动和预防接种的普遍开展，本病的流行已基本控制，仅有散发。多发于夏秋两季，儿童及青壮年多见。

【病因病理】 伤寒杆菌属固紫染色阴性杆菌，耐低温，60°C时10余分钟可死亡，静水中可生存2个月。传染源是伤寒病人和带菌者，病人在潜伏期末即可随粪便排菌，在起病后2~4周内传染性最大，恢复期中和恢复后仍可继续排菌。伤寒是肠道传染病，主要通过污染的水源、食物或经苍蝇传播给他人。

伤寒杆菌进入消化道后，一部分被胃酸杀死，其余进入小肠，在回肠末端的淋巴组织内繁殖，并经淋巴管至肠系膜淋巴结。淋巴组织内的网状细胞增生，有吞噬伤寒杆菌的作用，病人可不表现出症状，此时期相当于临床上的潜伏期，约10~14日。

随着肌体抵抗力的减弱，伤寒杆菌在淋巴组织（以肠系膜淋巴结为主）内繁殖与死亡，菌体裂解释放出内毒素，使淋巴结发生炎症。以后病菌及其毒素经淋巴组织进入血流，临床上即开始出现发热、毒血症等一系列症状。随血流病菌及其毒素散布至各脏器，以脾、肝、骨髓和淋巴结的病理改变明显，故常表现有肝脾肿大、白细胞减少。

伤寒的病理变化以回肠末端粘膜的淋巴组织变化最为显著。开始是肿胀，局部因肿胀引起营养障碍出现坏死并结痂，结痂脱落形成溃疡，溃疡侵蚀肠壁血管可引起肠出血，溃疡深、底部薄，容易发生穿孔。

体内免疫能力逐渐形成，肌体中毒症状随之减轻以至消失，肠壁溃疡愈合，病后可获持久性免疫。

#### 【临床表现】

1. 初期 病人在初期先有精神不振、全身不适、食欲不振等前驱症状，易被病人忽

路。起病多缓慢，从前驱症状开始，病情渐重，全身不适、食欲减退、头痛等症状渐显著。体温呈梯形上升，常伴有畏寒，少汗或无汗，在5~6日内体温可达40°C，脉搏相对缓慢，与体温上升不相称，可仅80~90次/分。表情淡漠，两颊潮红，常有腹部不适，饱胀感，右下腹部可有轻度压痛。

2. 高峰期 约在起病第二周开始，初期症状更加明显，高热持续不退，毒血症状逐渐明显。病人呈重病容，表情淡漠，烦躁，无食欲，皮肤干燥，多在病后6~15日时胸腹背部分批出现红色皮疹（玫瑰疹），如米粒大，指压退色，通常数目不多，2~3日后消退；腹胀明显，不少病人有腹泻，无脓血；脾多肿大，扪之质软、有压痛，肝亦可肿大，极少出现黄疸；重症可有谵语、昏睡、昏迷，小儿多发生惊厥。近十年来重症已极少见。

3. 缓解期 从病后第三、四周开始，为伤寒最紧要的转折时期。虽体温渐降，中毒症状渐减轻，病人精神转佳、思食，但此期小肠病变尚未修复，若饮食及护理不当，易造成肠出血和肠穿孔。小儿病人易并发支气管肺炎。

4. 恢复期 病后第四、五周进入恢复期。体温下降至正常，伴有较大出汗，腹部常出现汗疹。食欲恢复，出现饥饿感。恢复期的长短与病人原来的健康、营养状况及有无并发症有关。一般约需一个月始能完全恢复。

上述为典型病例的病程。接受氯霉素、进行预防接种者病程明显缩短，小儿病例的病程亦短。如合并有慢性血吸虫病时，病程迁延，易复发。

小儿伤寒的特点：病情较成人轻，病程短，并发症少，起病多缓慢，但急性开始者亦不少见，缓脉不明显，皮肤发疹少见，热型多不规则，并发肠出血、肠穿孔少见。婴儿多属重型，起病急，以高热、惊厥开始，中毒症状明显，有不规则的速脉、腹胀、腹泻、呕吐等。

伤寒的复发：因潜伏在体内的伤寒杆菌再次进入血内引起。复发是伤寒的特点，不是伤寒症状的持续，而是症状消失、体温恢复正常后约10~15日时出现。复发的症状较轻，病程较短（1~3周）。应用氯霉素后复发率增多。

伤寒的再燃：多在体温渐下降、但尚未达到正常体温时，热度回升，持续约5~7日而后退热，常无固定症状。

#### 【并发症】

1. 肠出血 为最多见的并发症。有腹泻者出血机会多，常发生于第2~4周。少量出血有时多无症状；大量出血时，热度常骤降，随再升至更高热度；出现面色苍白、出冷汗、脉速、呼吸急促、血压下降等症状，大便呈黑便或咖啡色便。

2. 肠穿孔 为严重的并发症。常发生于第2~3周。常先有腹胀、腹泻或肠出血等。因穿孔处多在回肠末端，症状为右下腹突然剧痛，伴有恶心、呕吐，并出现腹膜刺激症状以至休克。检查肝浊音界消失，X线透视可见腹腔有游离气体，白细胞明显增多。

3. 急性胆囊炎 表现为右上腹疼痛及压痛。多数成为带菌者。

4. 心肌炎 重症病人偶见，以脉速、血压下降、心律不齐为主要症状。

【诊断及鉴别诊断】 根据临床表现（持续性高热、相对缓脉、皮肤发疹、脾肿大及中毒症状）、化验检查（白细胞总数减少、特别是嗜酸性白细胞减少或消失）多可确诊。有条件应做血及骨髓培养及伤寒血清凝集反应（旧名肥达氏反应）。

【附】 伤寒血清凝集反应：用以测定病人血清中伤寒杆菌抗体，判断有无伤寒杆菌的感染。菌体

抗原“O”凝集效价1:80以上、鞭毛抗原“H”凝集效价1:160以上有诊断参考价值。如效价随病程而增高,更有诊断价值。

应和斑疹伤寒鉴别。斑疹伤寒的特点是:起病急,高热伴有寒战,脉搏较快,通常在病的第5日,颈、胸、背、腹及四肢出现圆形或卵圆形不规则的斑疹,多呈出血性,按之不退。病程约2周。白细胞总数常正常或稍高。

【预防】 本病预防基本同细菌性痢疾。初夏需行伤寒、副伤寒甲及乙的三联菌苗预防接种。多采用皮下注射。注射剂量见表:

| 针次                     | 年 龄<br>剂 量<br>(毫升) | 1~6岁 | 7~14岁 | 15岁以上 |
|------------------------|--------------------|------|-------|-------|
|                        |                    |      |       |       |
| 第一年<br>(每针间隔<br>7~10日) | 第 1 针              | 0.2  | 0.3   | 0.5   |
|                        | 第 2 针              | 0.3  | 0.5   | 1     |
|                        | 第 3 针              | 0.3  | 0.5   | 1     |
| 以后每年注射一针               |                    | 0.3  | 0.5   | 1     |

#### 【治疗】

1. 精心护理十分重要,病人需卧床休息,宜吃流质食物,少食多餐。不能进食者,可静滴葡萄糖加维生素丙。病情好转恢复时,病人常饥饿思食,此时切忌暴饮暴食和吃不易消化的食物,以防发生肠出血和肠穿孔。

2. 氯霉素或合霉素治疗 氯霉素成人每次0.25克,一日4次,小儿按30毫克/公斤/日服用,用至热退后3日时剂量减半,再用药7~10日。如用合霉素,用量加倍。氯、合霉素长期应用可能使白细胞减少,应注意。

3. 黄连素0.3~0.4克,每日4次,口服。疗程同氯霉素。

4. 中药治疗 初期多出现表证为主的症候,可用银翘散加藿香、佩兰、滑石、通草,水煎服。病后2~3周时,多出现里热证为主的症候,若证见发热不退、胸闷腹胀痛、口渴思饮、出现皮疹、舌苔黄厚、脉洪(热重)时,可用山栀、黄连、厚朴、滑石、茵陈、茯苓、芦根、通草、黄芩,水煎服;如有高热、口不渴、舌苔白、脉弦细而濡者(湿重),可用杏仁、白蔻仁、生薏仁、竹叶、半夏、通草、厚朴、滑石、黄芩、黄连、黄柏,水煎服。神志不清可加鲜菖蒲,黑便加早莲、地榆炭。恢复期,体温正常,精神不佳、食欲不振,身体虚弱者,可用沙参、麦冬、石斛、木瓜、生甘草、生谷芽、鲜莲子,水煎服。

5. 并发症的治疗 (1) 肠出血:安静卧床,禁食,如病人烦躁不安可用苯巴比妥钠0.1克,肌注;可内服犀角地黄汤加味(犀角、生地、丹皮、芍药、侧柏叶、藕节)。大量出血时应输血。(2) 肠穿孔:应及早行手术治疗。同时合用抗菌药抗感染。

### 肺 吸 虫 病

本病是由肺吸虫寄生在肺部所引起的一种慢性寄生虫病。系因吃生或半熟的含肺吸虫囊蚴的蜊蛄、石蟹等而感染。

【病因病理】 肺吸虫虫卵随病人的痰咯出,如痰被咽下也可随粪便排出。虫卵入水后孵化成毛蚴。毛蚴钻入淡水螺体内发育成为尾蚴。尾蚴从螺体钻出,进入石蟹或蜊蛄的脏或肌肉内,形成囊蚴。人(或猫、狗、猪)吃了生蟹或蜊蛄即可感染。

囊蚴进入人体的肠道后,在肠腔内脱囊而出。幼虫穿过肠壁进入腹腔,上行穿过膈肌至胸腔,可引起胸膜炎症状。又穿过胸膜进入肺内,发育成为成虫,在肺内形成多发性囊

肿。如囊肿与支气管相通，坏死组织咯出时，可见有烂桃样痰。幼虫也可沿纵隔上行到颈部沿颈动脉周围的疏松结缔组织，经颅底裂孔进入颅内，可出现神经系统症状。

**【临床表现及诊断】** 起病缓慢，早期多有低热、食欲不振、乏力、盗汗，偶有荨麻疹。成虫因寄生部位不同，可引起不同症状。成虫寄生在肺部最多见，可引起咳嗽，晨起较剧烈，初为干咳，逐渐加重，痰中可带血，随后可有烂桃样痰咯出。胸痛也较常见。成虫寄生在腹腔内时，常有腹痛、腹泻、呕吐。查体腹部可有压痛，偶可触及结节，但肌紧张很少见。成虫寄生在脑部时，可有颅内压增高症状如持续性头痛、呕吐、神志迟钝等；如有脑组织破坏时，可有肢体瘫痪、失语等；也可出现癫痫。常见于儿童。

诊断本病时，根据来自流行区，有吃生蜊蛄或生蟹史时，又有上述病状，应想到本病。查血可有嗜酸性白细胞增高。肺部症状明显者应和肺结核相鉴别，查痰中可查到肺吸虫卵即可确诊。有条件作X线检查时，可见有肺炎样改变，部位多在中下肺叶内侧。

#### **【预防】**

1. 加强卫生宣传，改变吃生蜊蛄及生蟹的习惯，进行普查普治。
2. 不随地吐痰和大便，做好病人的痰液及粪便无害化处理。
3. 彻底治疗病人，杀灭病猫、病狗及病猪，以消灭传染源。

#### **【治疗】**

1. 应首先选用硫双二氯酚，用量按 50 毫克/公斤/日，分早晚两次服，隔日用药，20~30 日（服药 10~15 次）为一疗程。此药常有头痛、头晕、恶心、腹痛、腹泻和荨麻疹等副作用，多较轻微，可自行消失。
2. 硫双二氯苯酚，用量按 30 毫克/公斤/日，连服 6 日为一疗程，少数病人可发生皮炎，服药期间避免日光直晒。
3. 鸦胆子仁 15 粒，放入胶囊内，温水送下，每日 3 次，连服 2 周，停药 3~5 日可再服。

### **肝吸虫病（华枝睾吸虫病）**

本病是由肝吸虫（华枝睾吸虫）寄生肝内胆小管所引起的一种寄生虫病。轻者常无症状，较重者可有肝肿及消化功能紊乱。与吃生鱼或半熟鱼有密切关系。多见于广东省。

**【病因和病理】** 肝吸虫寄生于病人、猫、狗的肝胆中。虫卵与胆汁一起进入肠道随粪便排入水中，被淡水螺吞食后，在螺体内发育成为尾蚴。尾蚴从螺体钻出，浮于水中，再钻入淡水鱼（以鲤鱼属为主）体内，成为有感染能力的囊蚴，如果人吃生鱼或半熟鱼（内有肝吸虫囊蚴），即被感染。囊蚴在人的十二指肠内脱囊，幼虫钻入十二指肠乳头，沿胆总管进入肝内胆小管内发育成为成虫。

病变以肝内胆小管为主，由成虫引起。胆总管因虫体机械性阻塞，胆汁淤积，使胆小管扩张，胆管壁变厚，可出现黄疸；在慢性病例以结缔组织增生为主。如有继发性细菌感染，可有胆管炎、胆小管肝炎等。

**【临床表现】** 症状的有无和轻重，取决于感染的程度、病程的长短及有无并发症。

轻症常无症状；较重者常发生消化功能紊乱，如食欲不振、上腹部不适、腹胀、腹泻等，查体有肝肿大，伴有压痛，查血嗜酸性白细胞，可高达 10~30%，大便中可查到虫卵；当大量成虫阻塞胆总管时，可出现黄疸及胆绞痛，伴以发热，可有慢性胆管炎及胆囊

炎症状；极少数严重病人可出现消瘦、黄疸、浮肿、肝大，少数可有脾肿大、腹水等肝硬变的症状。

#### 【预防】

1. 加强卫生宣传，改变吃生鱼和半熟鱼的习惯，并进行普查普治。
2. 认真进行粪便无害化处理，杜绝虫卵入水。不可将病人粪便直接倒入鱼塘。
3. 积极治疗病人，杀灭病猫、病狗，以消灭传染源。

#### 【治疗】

1. 一般治疗 少吃油腻食物，投予葡萄糖及多种维生素，以保护肝脏。
2. 硫双二氯酚，用量按50毫克/公斤/日，或成人每日3克，分3次服，连服3日。
3. 氯化喹啉，每次服0.5克，每日2次，连服2日；以后每次0.25克，每日2次，可连服2~3个月，为一疗程。仍未治愈者可隔一个月再给服一个疗程。儿童用量按10~20毫克/公斤/日计算。
4. 依米丁，成人每日皮下注射2次，每次0.03克，10日为一疗程。儿童用量以0.5~1毫克/公斤/日计算。

#### 5. 中药治疗

(1) 脾虚为主者，证见食欲不振、上腹部不适，大便稀薄，苔薄，脉濡，宜健脾利湿。可用党参3钱、焦白术3钱、生熟苡仁各4钱、焦扁豆4钱、山药3钱、茯苓3钱、甘草1钱，水煎服，每日一剂。

(2) 寒湿为主者，证见消瘦、黄疸、右上腹疼痛，脉沉细、苔薄腻，宜温阳利湿。可用茵陈1两、焦白术3钱、附片3钱、陈皮3钱、木香3钱、香附3钱、郁金3钱，水煎服，每日一剂。

### 流行性出血热

流行性出血热是一种急性传染病。根据现有材料，病原体可能是一种病毒。传染源主要是鼠类。借一种螨类的稚虫叮咬人时，将病原体传播给人。发病季节多在5~6月及10~12月。本病发生的地区较局限，多为低洼潮湿地带。

【病因病理】 本病的基本病变是全身小动脉和毛细血管的广泛损伤和扩张，以及血管壁的脆性及通透性增加。可以引起皮肤、粘膜的充血、水肿以及各处的出血现象。由于血管扩张、血浆外渗、血容量减少，可引起血压降低和休克。由于肾脏病变及循环障碍而致肾功能减退，可出现少尿或无尿。最突出的病理变化是全身皮肤和粘膜的出血点，肾脏肿胀、肾脏皮髓质交界处及垂体前叶的出血和坏死，右心房内膜下出血等特有改变。

【临床表现】 潜伏期约7~46日。多数起病急，少数有头痛、眩晕、食欲不振、腰痛等前驱症状。典型病例的临床经过可分为五期：

1. 发热期 突然高热，伴有畏寒、头痛、全身酸痛等。体温在一、二日内可高达38~40℃，多为弛张热型，也可为稽留热型或不规则。发热持续3~6日，少有超过1周以上。多在起病第2日出现酒醉状颜貌，表现为颜面潮红，轻度浮肿，眼结膜水肿、充血及出血，表情迟钝。在本期末，可见上半身及大腿等处皮肤有点状、线状及片状出血。粘膜出血见于软腭、咽部等处。严重时可有鼻出血、呕血、咯血、便血、尿血等。束臂试验

多呈阳性。退热过程或骤退或徐退，但症状反加重，是本病的特点。

2. 低血压期（休克期） 部分病人在病程第5日，于热退时出现血压下降或休克，表现为皮肤发凉、脉快且弱或无脉等，血压（收缩压）多在70毫米汞柱以下。有的因持续时间较短，仅数小时不易被发现，严重者可持续数日之久。此期出血现象常增多。

3. 少尿期 于病程第6日左右，病人尿量明显减少，甚至无尿，并伴有头痛、恶心、呕吐及明显腰痛等症状，同时各种出血现象加重。病情严重者可发展成尿毒症，如嗜睡、幻觉、肌肉震颤、抽搐等。少尿期可持续3~7日。

4. 多尿期 经少尿期后，病情渐好转，尿量增多，每日尿量可多至数千毫升，毒血症状渐好转，皮肤瘀斑及粘膜出血逐渐吸收。此期如不及时补充入量，可引起脱水及电解质紊乱，可能再度出现休克。多尿期约在病后10~14日开始，持续数日至数周不等。

5. 恢复期 约在病后第3~4周开始，一般状态好转，尿量逐渐恢复正常，仅觉体力稍差。

以上是典型病例的临床经过，临床上轻型或非典型病例并不少见，上述五期常不明显，如低血压期常和发热期或少尿期相互重叠，轻症可仅有发热期的表现。

【诊断】 根据流行地区、发病季节及可能感染史，结合症状，如突然高热，有酒醉状颜貌及皮肤粘膜出血点，化验检查尿内早期有大量蛋白、管型及红细胞等。血象：起病1~3日白细胞数常减低，稍后即增高，且粒细胞明显增多，并有异常淋巴细胞，红细胞及血红蛋白增多，加之血压低，出现少尿期症状，即可确诊。

本病主要应和流感、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、败血症等病相鉴别。

【预防】 在疫区劳动时，工棚或营房应设在地势较高、干燥的地方，彻底清除周围的杂草垃圾。用捕打、挖鼠洞、药物毒杀等方法灭鼠，忌用手捉。加强食物保管，防止鼠类污染。野外作业时扎紧袖口、裤脚口，以免被鼠叮咬。积极治疗病人，并应隔离，病人衣物用开水烫或用药物灭鼠。

#### 【治疗】

##### 1. 发热期治疗

（1）卧床休息，给予流食或半流食，避免用发汗退热药，以防虚脱，必要时可用镇静剂。

（2）激素治疗，可减轻毒血症状，可用强的松10毫克，每日3~4次，口服。

（3）有出血时，可用维生素丙300~500毫克加入葡萄糖液内静滴，也可用维生素K4毫克，每日2次，肌注。

（4）抗菌素对本病疗效不明显，为防止继发感染，可酌情应用。

（5）中药治疗：高热、头痛、肢痠，宜清瘟解毒，如银花、连翘、荆芥、薄荷、生石膏、甘草。身热、衄血、皮下出血，宜清热凉血，如紫珠草、丹皮、生地、侧柏炭、焦槐炭。

##### 2. 低血压期治疗

（1）热退时应密切观察血压变化。当血压有下降趋势或收缩压已低于90毫米汞柱时，应立即采取治疗措施。可先用5~10%葡萄糖液及4%碳酸氢钠或11.2%乳酸钠溶液，以补充血容量及纠正酸中毒。

如处理后血压仍低，可酌用去甲肾上腺素、盐酸甲氧胺、新福林等，以维持血压。合

并应用激素，可增加肌体对升压药物的反应。

(2) 中药治疗：肢冷、脉细、低血压，宜回阳升压，可用人参、附子，水煎服。

3. 少尿期治疗 (1)与急性肾功能不全的治疗原则相同。可针刺肾俞，肾区热敷，使用利尿合剂(2.5%氨茶碱10~20毫升加于0.25%普鲁卡因200毫升内)以利尿。严格记录每日液体的进出量，控制入量不超过1000毫升，以防发生肺水肿。如有尿毒症、酸中毒时，可用乳酸钠溶液静点。因尿少引起高血钾时，可用大量葡萄糖液合并胰岛素治疗。有出血者，可用维生素K、凝血质、氯化钙等。(2)中药治疗：阳虚尿少宜温肾利水，如附子、茯苓、白术、生姜、芍药、车前子。

4. 多尿期治疗 应注意补给充分液体，尽量口服，并每次口服氯化钾1.0克，一日3次，防止因脱水再次发生休克或低血钾症。

## 脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由病毒引起的急性传染病。主要侵犯神经系统的运动神经元，以肢体弛缓性瘫痪为特征。多见于1~5岁的小儿，故又名小儿麻痹症。

在解放前，本病发病率很高，病儿多因得不到合理治疗而造成终身残废。解放后，本病的大规模流行已得到控制。近年来，我国工人阶级及革命科技人员遵照伟大领袖毛主席关于“自力更生”的方针，成功地创造了减毒活疫苗，目前已广泛应用，大大地降低了本病的发病率。本病的后遗症，过去一直被国内外资产阶级“权威”宣判为“不治之症”。中国人民解放军医务人员，敢想敢干，在中西医结合的基础上创造了穴位结扎刺激疗法，突破了脊髓灰质炎后遗症这一医学难关，使许多病儿重新得到参加学习和社会活动的机会，这些都是我国医药卫生战线革命的重大成果。

【病因病理】 本病的病原体是脊髓灰质炎病毒。传染源是病人和病毒携带者。借粪便及呼吸道分泌物传播。病毒主要侵犯脊髓前角灰质，常以腰膨大部的损害最严重，也可侵犯脑干及大脑，引起运动神经元变性、坏死；间质充血、水肿及炎细胞的浸润。

【临床表现】 有非瘫痪型和瘫痪型两种类型。非瘫痪型因肌体抵抗力较强，仅表现上呼吸道和消化道症状。瘫痪型的一般临床过程可分为三期。但经过及时积极的治疗，瘫痪型也可能不留或仅留轻度的麻痹后遗症。

1. 瘫痪前期 表现为发热、腹泻、恶心、呕吐或咽痛、头痛、全身不适等，1~4日后症状消失。几天后再度发热，患儿有嗜睡，烦躁不安，肌肉疼痛，痛觉过敏，不让抚抱，颈及脊背肌亦可出现强直征象。

2. 瘫痪期 发热1~7日后出现瘫痪，此时体温逐渐下降。瘫痪进展较迅速，但热退后1~2日瘫痪就不再进展。瘫痪部位多发生在肢体，以下肢瘫痪最为常见。瘫痪为弛缓性，不对称，发生于一定的肌群，患肢腱反射减弱或消失，但感觉无明显障碍。严重病例可引起呼吸肌麻痹发生呼吸困难，咳嗽无力，痰不易咯出。当病变侵犯脑干，第9、10、12对的脑神经运动核受累时，可致呛咳、吞咽困难、声音嘶哑等。若累及延髓生命中枢，则可致呼吸减弱，不规则，甚至呼吸停止，可危及病儿生命。

3. 恢复期 病情不继续进展，痛觉过敏及全身症状消失，瘫痪肌肉运动及反射逐渐恢复，否则可引起肌肉萎缩、挛缩、肢体畸形等后遗症。

【诊断与鉴别诊断】 夏秋季5岁以下小儿有发热、腹泻、呕吐、肢体疼痛，感觉过敏（不让抚抱），结合流行病史，应考虑到本病的可能。如出现不规则不对称性弛缓性瘫痪，诊断常可确定。

瘫痪发生后应注意与感染性多发性神经炎鉴别，后者病程中多无发热，瘫痪逐渐加重，常是对称性的，且有感觉障碍。

#### 【预防】

1. 2个月到7岁小儿子以服用脊髓灰质炎病毒减毒活疫苗，是预防本病最有效的措施。因本病病毒有三型，故需服用三型疫苗，一般糖丸疫苗每次一粒，先服Ⅰ型（红色），次服Ⅱ型（黄色），后服Ⅲ型（绿色），每次间隔一个月，第二年可再重复一次。

2. 一旦发现散发病人后，应立即隔离治疗，防止继续扩散。因早期病人的粪便及咽部分泌物可排出大量病毒，传染性最强。应自发病日起隔离40日。对密切接触者也应观察约20日左右。

#### 【治疗】

##### 1. 急性期

（1）应卧床休息，避免疲劳。尽量避免刺激及肌肉注射，以减少瘫痪的发生。已发生瘫痪，应注意保持肢体正常功能位置。

（2）早期瘫痪病人可静注50%葡萄糖加入大量的维生素丙（500~1000毫克），一日1~2次静脉注射，可减轻神经细胞水肿，促进毒素排除。亦可静点氢化可的松，对控制炎症发展可能有帮助。

（3）用中药清热解毒，宣痹通络。如黄柏2钱、苍朮1.5钱、当归2钱、丹皮2钱、牛膝1.5钱、防己2钱，发热者加银花2钱、板蓝根4钱、大青叶4钱。

（4）如出现呼吸困难，应千方百计地进行抢救。首先要保持呼吸道通畅，分泌物多时，应进行体位引流，吸痰，必要时应早期作气管切开。静脉点滴高渗糖、维生素丙和氢化可的松。呼吸功能不全者应用呼吸中枢兴奋药和人工呼吸。

##### 2. 恢复期

（1）新针疗法：上肢瘫痪主穴：肩贞、曲池、臂中、三角肌穴。备穴：外关、肩后。下肢瘫痪主穴：风市上二寸、环跳、足三里。备穴：绝骨、阳陵泉、昆仑、足三里。

（2）穴位注射：在瘫痪肢体局部取穴，一次2~3个穴位。以下药物中可任选一种，维生素乙<sub>12</sub> 100毫克、加兰他敏0.05~0.1毫克/公斤、当归注射液0.5毫升。川芎注射液0.5毫升。一日一次，10次为一疗程。

（3）督脉注射：维生素乙<sub>12</sub> 100微克，督脉穴注射，一日一次。10次为一疗程。

（4）地巴唑0.2毫克/公斤/次，一日一次口服，有兴奋脊髓的作用。或同时肌注维生素乙<sub>12</sub>，维生素乙<sub>12</sub>有维持神经组织代谢的作用。

（5）中药治疗：宜补气活血、滋养肝肾、温通经脉。可用虎潜丸、大活络丹交替使用。

##### 3. 后遗症期治疗

（1）继续采用恢复期时的新针疗法、穴位注射等。

（2）穴位结扎刺激疗法，具体取穴见表。

(3) 按摩、推拿及功能练习, 可加强肌肉自动和被动运动, 促进肢体血液循环, 促进麻痹肌肉的恢复。

穴位结扎刺激疗法选穴表

| 主要症状         | 主要麻痹肌肉及神经                        | 选 择 穴 位                             |
|--------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 不能抬腿, 踢腿     | 臀大肌 (臀下神经) 髂腰肌 (腰丛神经)            | 环跳, 迈步, 跳跃, 承扶                      |
| 膝关节过伸        | 股四头肌 (股神经) 股二头肌, 半腱肌, 半膜肌 (坐骨神经) | 殷门, 直立, 腓肠, 承扶, 风市, 四强, 髀关, 伏兔, 阳陵泉 |
| 足下垂合并足内翻     | 胫前外侧肌群 (腓总神经)                    | 足三里, 阳陵泉, 丰隆, 悬钟上一寸                 |
| 足跟不着地        | 胫骨前肌群 (腓总神经) 小腿后肌群 (胫神经)         | 承山, 跟平, 落地, 跟腱, 足三里, 丘墟, 阳陵泉        |
| 仰 趾 足 (大足跟)  | 腓肠肌, 比目鱼肌 (胫神经)                  | 腓肠, 合阳, 落地, 承山, 八髎, 环跳, 殷门          |
| 上肢不能水平外展     | 三角肌 (腋神经)                        | 肩贞, 肩髃, 肩井, 三角肌中 (三角肌正中点)           |
| 不能伸肘, 伸腕, 伸指 | 上肢伸肌群 (桡神经)                      | 曲池, 外关                              |
| 不能屈腕屈指       | 前臂屈肌群 (正中神经)                     | 内关, 间使                              |
| 腹肌局部膨隆       | 腹外斜肌, 腹内斜肌, 腹横肌 (7~12对胸神经)       | 在腹肌麻痹隆起处外围, 作环形、三角形、菱形穿线结扎          |

### 细菌性痢疾

细菌性痢疾 (简称菌痢) 是由痢疾杆菌引起的肠道传染病。借手、食物、水和苍蝇传播。一年四季均可散在发生, 以夏秋季为多。

【病因病理】 痢疾杆菌为固紫染色阴性杆菌, 病菌存在于病人及带菌者的粪便中。它们在 60°C 时经 10 分钟即死亡, 对低温抵抗力强, 能存在于自然环境中。传染源是病人和带菌者。人们可因污染病菌经口感染。痢疾杆菌侵入人体后发病与否以及病变程度, 取决于细菌种类、数量和毒力以及人体健康情况。如果胃肠道功能正常, 侵入的小量病菌易被胃液杀灭, 不致发生症状。反之, 病菌进入小肠后, 就会繁殖、裂解, 并放出内毒素使肠壁血管渗透性增强, 毒素易于吸收, 毒素一方面作用于中枢神经系统及心血管系统, 出现一系列毒血症状; 一方面可使肌体发生过敏状态, 大肠粘膜在毒素的作用下也产生损害, 产生炎症、溃疡, 并排出痢疾样便。

痢疾的病变主要在结肠和直肠。粘膜充血、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白喉样的假膜, 附着在粘膜表面。假膜脱落后, 可出现小而浅的溃疡, 常有出血。治愈后, 粘膜再生不留瘢痕。如治疗不彻底, 肠道粘膜可形成溃疡, 引起慢性下痢。

【临床表现】 表现很不一致, 主要取决于肌体状态 (免疫反应状态、中枢神经状态、胃肠道状态)、年龄、病菌的种类及数量、以及接受治疗的情况。

1. 急性菌痢 发病急, 病初可有恶寒、发热 (常在 38°C 以上)、食欲不振、或有恶心、呕吐等, 继之出现腹痛、腹泻。腹痛多在左下腹部, 为隐痛或坠胀痛, 少数呈绞痛。最初为稀便或水样便, 粪量少, 经 1~2 日后转为脓血便, 一日可达数十次, 伴有明显的里急后重, 痛苦异常, 体力迅速消耗, 营养受到障碍。严重者大便失禁。病程一般为 7~10 日。

部分菌痢病人,症状可较轻或类似急性肠胃炎或阿米巴痢疾,而易被误诊,应注意鉴别。

2. 中毒性痢疾 多见于2~7岁、体质较好的儿童,成人感染严重者可发生。病人突然高热达40℃以上,首先出现神经系统症状,表现为精神异常、萎靡或神志不清,面色青灰,四肢发凉,呼吸微弱而表浅,多有惊厥或连续不断的惊厥等中毒症状。腹泻呕吐亦较常见,但大便次数不一定很多,不一定呈脓血便,而呕吐物可呈咖啡色。病情急,可在数小时内下痢尚未出现前即进入休克或呼吸、循环衰竭。易被误诊为乙型脑炎、流脑或败血症等,此时如作肛拭行粪便检查,可发现有大量粘液及脓细胞,常可明确诊断。

3. 慢性菌痢 多由急性菌痢迁延而来,但部分可无明显急性期症状,病程在2个月以上。可表现为反复急性发作,或持续慢性腹泻;大便经常或间歇带有粘液或脓血,乙状结肠区有压痛;或有腹泻与便秘交替出现;少数病人可无明显症状及体征,但大便培养可查到痢疾杆菌,亦称为慢性带菌者,在流行病上有重要意义。

#### 【预防】

1. 深入开展群众性爱国卫生运动,搞好环境卫生,彻底消灭蝇、蛆、蛹,加强粪便及垃圾的处理,保护水源清洁。农村中偶见的痢疾大流行,多因水源污染引起,值得注意。

2. 加强卫生宣传教育,加强饮食业的卫生管理,养成饮食卫生习惯。如不做不吃不清洁的食品及饮料,食具要洗净并定期煮沸消毒,生冷食物要防蝇和其他的污染,养成饭前便后洗手的习惯等。

3. 医务人员要主动发现病人,并进行彻底治疗。对慢性带菌者应及时治疗,如为饮食行业工作人员,应暂换不接触饮食的工作。要作好疫情报告,必要时通知社队和家庭,服用大蒜或马齿苋等药物行预防服药。

#### 【治疗】

(一) 急性菌痢 急性菌痢的疗法很多,可根据病情轻重选用。轻者常只用一法一药就可治愈,重者则应采用综合的疗法。但无论病情轻或重,都必须重视治疗的彻底性,症状消除后,仍应继续治疗3~5日。

1. 一般疗法 应卧床休息,按病情定期测血压、脉搏;应进易消化无刺激性的流质或半流质饮食,但一般不须禁食,要多饮盐水、糖水。体内水分不足时应补液,腹痛剧烈时,可在腹部放置热水袋等。

#### 2. 药物治疗

(1) 呋喃唑酮(痢特灵)0.1克、止痢片(磺胺胍)1.0~1.5克、黄连素0.2~0.3克、氯霉素0.25克、合霉素0.5克、链霉素0.5克等,任选一种,每日4次口服。上述药物疗程均为7日。对单独应用上述药物无效或重症病例,可选不同类的两种合用。这些药物已证明有抗痢疾杆菌的作用。

(2) 大蒜、马齿苋、铁苋菜、水辣蓼、凤尾草等鲜品均可止痢,可根据各地草药生长情况选用。

(3) 清热燥湿的中药如黄连、胡黄连、黄芩、黄柏、白头翁、秦皮、苦参等,均有止痢作用,可以选用。临床上常配伍应用。中成药有香连丸、木香槟榔丸、枳实导滞丸等。汤方有白头翁汤(白头翁5钱、黄连2钱、黄柏3钱、秦皮4钱)、葛根、黄芩、黄连汤(葛根、黄芩各3钱、黄连、甘草各1钱)等。汤与丸可合用。近年来有将中药精制后

制成冲剂或茶剂，应用方便。

3. 新针和穴位注射 新针可取足三里、天枢为主穴，里急后重加太冲，下痢频繁加三阴交，发热加曲池。

穴位注射可取天枢、止泻，用药为黄连素液（加普鲁卡因或阿托品），也可用其他药液，每穴0.5~1.0毫升。

4. 较重的急性菌痢经药物治疗后，脓血便好转，但常见腹泻未止或腹部不适，再继续用止痢药也不能改善。这种情况易被误认为慢性痢疾，实际上可能是肠道功能紊乱，属于祖国医学脾胃虚寒病证（因止痢药多苦寒，加以下痢日久有损肠胃）。可用参苓白朮散或人参养荣丸等益气健脾。

（二）中毒型菌痢 本型的主要病变是由大量内毒素所引起的血管功能障碍，使病人发生休克和呼吸功能障碍，在小儿还发生惊厥。治疗上首先应抗休克、恢复呼吸和抗惊厥，同时进行病因治疗。

#### 1. 抗高热惊厥

（1）新针：人中、百会、合谷，配以内关、风池、涌泉。

（2）镇静药：可选用10%水合氯醛，小儿30~60毫克/公斤体重，直肠注入，亦可应用苯巴比妥钠，小儿8~10毫克/公斤体重，肌注。如仍不能止抽，可肌注冬眠灵（氯丙嗪）、非那根（异丙嗪），小儿1~2毫克/公斤体重，肌注，4~6小时一次，同时用安乃近、牛黄丸、至宝丹等，配合冷敷、酒精擦浴。

#### 2. 抗休克

（1）新针：人中、足三里、百会。耳针：肾上腺、交感、内分泌、大肠。

（2）解除血管痉挛，使用大剂量阿托品，方法同流脑时休克。

（3）升压药：用阿托品治疗无效，补液到一定量时，选用去甲基肾上腺素、甲氧胺、阿拉明等，方法与其他病抗休克时同。

（4）输液：有脱水症状者应先用2:1液（生理盐水2份、1.9%乳酸钠1份），20毫升/公斤/次，于1~2小时静脉滴入。以后给10%葡萄糖（其中含等渗氯化钠液约占1/3~1/4），小儿总液量为80~100毫升/公斤/日；成人2000~2500毫升/日。

（5）静滴氢化可的松。

3. 恢复呼吸 如瞳孔大小不等，呼吸节律不整，应立即降低颅压疗法和兴奋呼吸中枢，用法同流脑时。

4. 抗菌素 在进行各项治疗的同时，应在静点内加氯霉素或四环素（50毫克/公斤/日）。

（三）慢性菌痢 慢性菌痢多由急性迁延而来，病人身体常较弱，胃肠功能也失调。临床病状多属祖国医学寒湿脾虚。与急性菌痢治愈后腹泻的区别是本病的病原体尚未清除，有传染性。治疗上应从止痢和恢复人体功能两方面着手。

1. 止痢方法 为了增强止痢药物的作用，可用保留灌肠法，如5%大蒜液、3%黄连素、0.5%链霉素、黄柏白头翁（各五钱）煎剂200~300毫升。灌药前应先用温生理盐水洗肠排尽粪便，灌药后尽量延迟排出。另一部分止痢药可加入补益方剂内。

2. 祛寒化湿补益法 方剂可选下列药物组成：（1）祛寒：附子、干姜各2~3钱，肉桂1.5~2钱；（2）健脾化湿：白朮、茯苓各3~4钱，白扁豆4~5钱，苡仁

5~6钱；(3) 益气：党参3钱~5钱、人参2钱~3钱、炙甘草2钱；(4) 行气：木香、陈皮各2钱，槟榔3钱~4钱；(5) 止痢：黄柏、白头翁各3钱，黄连1.5钱；水煎服。

## 阿米巴痢疾

【病因病理】 阿米巴痢疾是由溶组织阿米巴原虫引起的肠道传染病。溶组织阿米巴在人体组织及大便中有滋养体和包囊两种形态。滋养体在急性病人粪便中可以查到，但抵抗力弱，随粪便排出后很快死亡。肠腔中一些滋养体又能形成包囊，包囊随粪便排出可污染水、食物或以苍蝇为媒介传染。人吞食包囊后，在肠内变成滋养体，在人体抵抗力低下时，滋养体借溶组织酶和伪足运动，侵入肠粘膜下层不断繁殖形成炎症和溃疡，有时在粘膜下层潜行蔓延，侵蚀肌层与浆膜，可造成肠出血与肠穿孔。

【临床表现和诊断】 潜伏期自10日乃至数月。主要有以下三型。

1. 普通型 起病多缓慢，全身症状轻，不发热或有低热，腹泻每日数次，很少超过10次以上，粪便量较多。由于病变多在结肠上部，里急后重不如菌痢明显。因溃疡出血与粪便混合，呈酱色或混有暗红色血，有腐臭味。如病变发展到下部结肠就形成粘液脓血便，里急后重较明显，如不治疗，可迁延成慢性。

2. 暴发型 起病急骤，以恶寒高热开始，大便呈水样或血水样，每日可达二十次以上；腹痛、里急后重及腹部压痛明显，可伴有呕吐、脱水、虚脱、谵妄等中毒症状。肠出血与肠穿孔的危险性较大。

3. 慢性型 多为急性期过后，症状迁延不愈，常有五更泻、胃肠功能紊乱等，或反复急性发作。在间歇期可如健康人，或有腹痛、腹胀或便秘，或腹泻与便秘交替出现，排出含有包囊的软便。如出现明显痢疾样症状时，便中常含有滋养体。

肠道外的阿米巴病，因滋养体侵入门静脉，随血流可至肝、肺、脑等处，引起脓肿（参见有关章节）。

本病的诊断主要根据临床症状，镜检粪便急性期可找到滋养体，慢性期可找到包囊。可连续多次检查。

### 【治疗】

1. 一般疗法 进流食或半流食；必要时补液；急性期应卧床休息；慢性型病人饮食应避免刺激性食物等。

2. 病因治疗 (1) 盐酸吐根碱（盐酸依米丁）：对滋养体有效。成人量0.03克，每日2次，深部皮下注射，连用6日。儿童用量0.5~1毫克/公斤/日。用药期间，须防止中毒性心肌炎的发生。应卧床休息，注意血压、心律，如收缩压在90毫米汞柱以下，则应停药。有心肾疾病、孕妇禁用。近年有去氢吐根碱，疗效与用药剂量和盐酸吐根碱相同，但毒性反应较少。(2) 金霉素、土霉素：不宜用吐根碱者可用。用量0.5克，每6小时一次内服，7~10日为一疗程。(3) 卡巴肿：对包囊作用强，对滋养体作用较弱。用吐根碱控制急性症状后用此药。成人0.25克，每日二次，连服10日。儿童用量为8毫克/公斤/日，分三次，连服10日。肝肾功能不良者禁用。(4) 安痢平，每日0.3~0.8克，分3~4次服，7~10日为一疗程。(5) 喹碘方（药特灵）：对包囊有效。成人每次0.25克，每日3次，儿童每日每公斤8毫克，10日为一疗程。也可用1%喹碘方溶液，保留灌肠。(6) 双碘喹啉：每次0.6克（每片0.2克），每日3次，口服，20日为一疗

程。此药毒性较大，偶有中毒性皮炎。肝脏病禁用。（7）氯碘喹，每次0.25克，每日四次，口服，10日为一疗程。（8）鸦胆子，对滋养体及包囊均有效，每次用10~15粒，去壳取仁，装入胶囊内，或用龙眼肉、馒头皮包裹吞服。每日3次，连服10日。（9）白头翁汤：白头翁6钱、黄柏2钱、黄连5钱、秦皮6钱、椿白皮6钱，水煎服，一日一剂。（10）大蒜：紫皮生蒜对滋养体有效。每次2克，一日3次，10日为一疗程。也可用10%溶液100毫升灌肠。

## 瘧 疾

疟疾由疟原虫引起，多见于夏、秋季。解放前，本病在我国南方各省流行甚广，使广大劳动人民健康受到很大摧残。解放后，在毛主席的英明领导下，积极贯彻“预防为主”的方针，群众性的防疟工作取得了显著成绩。目前，疟疾的流行已基本控制。

【病因病理】 寄生在人体的疟原虫，主要有间日疟原虫、三日疟原虫、恶性疟原虫，由疟蚊按蚊进行传播。当疟蚊叮咬疟疾病人或带原虫者时，雌雄生殖原虫被吸进蚊体内，经发育、繁殖形成孢子体。当疟蚊叮咬人体时，疟原虫孢子体便进入人体，首先侵入肝细胞内分裂繁殖（称为红细胞前期），产生大量潜隐体。肝细胞破裂时潜隐体进入血源，其中大部分进入红细胞内繁殖，称为红细胞内期；另一小部潜隐体又侵入肝细胞继续裂体繁殖，形成新的潜隐体，称为红细胞外期。红细胞内期的疟原虫经裂体繁殖，使红细胞破裂释出大量裂殖体，并再侵入新的红细胞，这样反复裂体繁殖，经过几代裂体繁殖后，部分裂殖体在红细胞内增长发育为雌、雄性原虫。

当红细胞破裂，裂殖体及其代谢产物同时进入血循环，便可引起寒战、发热等症状。各种疟原虫裂体增殖的周期长短不一，间日疟为48小时，三日疟为72小时，恶性疟则不规则，约为36~48小时。红细胞外期是疟疾复发的原因，恶性疟原虫，因很少有红细胞外期，所以很少有复发。

### 【临床表现】

（一）典型发作 有周期性发作的特点。

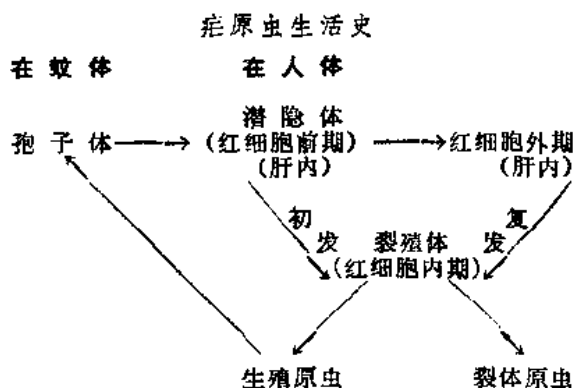
1. 发冷期 突然恶寒战慄、面色苍白，发作持续半至2小时，体温迅速上升。

2. 发热期 寒战停止后，继以高热，体温常在39~40°C或更高。

3. 出汗期 热退时，体温迅速下降，出汗多，持续约2~3小时，病人感疲乏。

每次发作历时共6~10小时。各种疟原虫的裂体繁殖时间不同，故发作的间隔时间也不同，间日疟为二日发作一次，三日疟为三日发作一次，恶性疟的发作时间不规则。

由于每次发作均有相当数量的红细胞被破坏，因此，病人在多次发作后，就出现不同程度的贫血。贫血程度与感染的轻重和病程的久暂有关。由于网状内皮系统增生，可见肝脾肿大，以脾脏肿大比较明显。



## (二) 不典型发作

1. 不规则发作 疟疾发作的时间不定,可以每天发作,一天发作二次或发作后热不能完全退等。常因疟原虫生活周期的变异,如恶性疟原虫在红细胞内周期不规则,间日疟原虫生活周期也可缩短或延长,同种疟原虫的二重或三重感染,二种或三种疟原虫的混合感染。

2. 恶性发作 是指疟原虫重度感染引起特别严重而危急的临床现象,临床上已较少见。大多由恶性疟原虫引起,偶由间日疟原虫引起。

(1) 脑型:起病时有剧烈头痛、抽搐、呃逆等,进而出现谵妄、昏迷、不规则发热;少数病人可发生精神失常、躁狂,脑膜刺激征阳性。脑脊液检查仅压力增高,细胞数和其他化学检查均正常。

(2) 胃肠型:突起剧烈腹痛,伴有呕吐或腹泻,类似急性胃肠炎或急性阑尾炎等病的表现。

(3) 黑尿热:是由恶性疟原虫引起急性溶血性贫血、血红蛋白尿所致。常为急起寒战、高热、腰痛,数小时后即有血红蛋白尿出现,尿呈暗红色或黑色,故称黑尿热。伴有显著贫血和黄疸,严重者可发生少尿或尿闭、尿毒症。

【诊断】 疟疾流行地区,夏秋季节,如有周期性发冷、发热、出汗,伴有脾肿大、贫血等,应着重考虑本病。对疑似病例,以抗疟药物进行试验治疗,服药后迅速控制发作,也可确定诊断。如有化验条件,作血涂片找疟原虫更是确定诊断的重要依据。

### 【预防】

1. 消灭蚊虫,是防疟工作的主要环节,具体措施见流行性乙型脑炎的预防项。

2. 彻底治疗疟疾病人,并于次年春季给予休止期抗复发治疗。

3. 加强防护 根据具体条件,加强防护设施如使用蚊帐、纱门、纱窗等减少被蚊虫叮咬的机会。

4. 预防性服药,于流行地区的发病季节,采用预防服药,每隔二周服乙氨嘧啶一次,剂量为1~2岁1片(每片6.25毫克),3~5岁2片,6~10岁4片,11~15岁6片,16岁以上8片,1岁以下不服。

### 【治疗】

(一) 抗疟药物治疗 常用的抗疟药有氯化喹啉、奎宁、环氯胍、伯氨喹啉、乙氨嘧啶等。前三种药的作用主要是抑制疟原虫的红细胞内期,适用于治疗疟疾的发作;伯氨喹啉主要作用是杀灭疟原虫的红细胞外期和生殖原虫,适用于控制疟疾的复发和传播;乙氨嘧啶和环氯胍能杀灭红细胞前期疟原虫,常用作疟疾的预防药。

1. 治疗疟疾既要控制发作,并且抑制复发,才能达到根治的目的。临床上常选用二种抗疟药联合治疗,可用伯氨喹啉分别与氯化喹啉、奎宁、环氯胍等药联合服用,各药的用法和用量见附表。

2. 休止期的治疗 为根绝传染源,对两年内曾患疟疾者,于次年春季再服药一疗程,此时因无疟疾发作症状,故选用乙氨嘧啶与伯氨喹啉,前者服二天,后者连服四天,各年龄的剂量见表。

3. 重症疟疾如有昏迷等,不能口服药物时,可用二盐酸奎宁0.25~0.5克溶于250~500毫升5%葡萄糖生理盐水中,在密切观察下,缓慢静脉滴注,必要时一日内可重复1~2次。常见的毒性反应有耳鸣、听力减退、恶心、呕吐,有时引起视力减退以至丧

抗疟药剂量表

| 药名 \ 每日总量 (片) \ 年龄   | 2岁以下 | 3~5岁 | 6~10岁 | 11~15岁 | 16岁以上 | 用法                   |
|----------------------|------|------|-------|--------|-------|----------------------|
| 磷酸伯氨喹啉<br>每片 13.2 毫克 | 1/2  | 1    | 2     | 3      | 4     | 每日一次, 连服四天           |
| 磷酸氯喹啉<br>每片 0.25 克   | 1/4  | 1/2  | 1     | 1 1/2  | 2     | 每日一次, 连服三天<br>第一日量加倍 |
| 硫酸奎宁 每片 0.3 克        | 1    | 2    | 4     | 6      | 9     | 每日 2~3 次分服,<br>连服四天  |
| 盐酸环氯胍 每片 0.1 克       | 1/2  | 1    | 1 1/2 | 2      | 3     | 每日一次, 连服四天           |
| 乙氧嘧啶每片 6.25 毫克       | 不服   | 2    | 4     | 6      | 8     | 每日 1~2 次分服,<br>连服二天  |

失。因大剂量可引起子宫收缩, 对孕妇可能引起流产, 故孕妇宜禁用奎宁。黑尿热与心功能不全者禁用。病人既往对奎宁有过敏反应时, 也应避免采用。如病情好转而能口服时, 应即改为口服给药。

(二) 针刺治疗 取穴: 大椎、陶道 (第一胸椎脊突下凹陷处)、间使、内关、合谷, 发作前 1~2 小时针刺。

### (三) 中草药治疗

#### 1. 外治

(1) 川芎、白芷、桂枝、苍朮各等分。共研细末。取药末三分, 用棉花或纱布卷成条状, 于疟疾发作前 2 小时, 纳入一侧鼻孔, 4 小时后取出; 小儿将药末撒于膏药上, 于疟疾发作前 4 小时贴于脐处。

(2) 胡椒面外贴法: 先针刺大椎穴, 并少量放血, 然后取胡椒面一分左右, 撒在半寸见方的胶布上, 于发作前三小时左右贴大椎穴处。

#### 2. 土方验方

(1) 豨莶草 (干品) 1 两, 水煎分两次服, 每日一剂, 连服三天。

(2) 马鞭草 (干品) 1~2 两, 水煎, 于发作前 (后) 1~2 小时, 各服一次。

(3) 地骨皮 (鲜品) 1 两, 茶叶 (干的) 1 钱, 水煎后于发作前 2~3 小时服。

#### 3. 中药方剂

(1) 间日疟和三疟: 寒热往来, 头痛, 全身肌肉痛, 恶心, 烦渴, 食欲不振, 汗出后热退身凉, 舌苔薄白或黄腻, 脉弦。宜和解透邪, 可用小柴胡汤加减 (柴胡、黄芩、半夏、常山、草果、槟榔)。

(2) 恶性疟: 热多寒少, 或但热不寒、汗出不畅, 头痛、身痛, 口渴饮水多而小便黄少, 舌红苔黄, 脉弦数; 严重者可由烦躁、嗜睡转入昏迷, 宜清气、生津、截疟。可用生石膏、知母、玄参、麦冬、柴胡、常山; 昏迷者加菖蒲、远志、竹沥。

(3) 慢性疟疾: 疟疾日久, 面色萎黄, 消瘦, 脾脏肿大, 名为“疟母”是病久正气虚亏, 气滞血瘀所致。治宜软坚散结, 可用鳖甲煎丸, 每次 3 钱, 每日一次, 或用鳖甲、白朮、丹参、玉金、柴胡, 水煎服用。

## 绦虫病及囊虫病

绦虫病是由猪绦虫和牛绦虫的成虫寄生在人体小肠而引起。猪绦虫的幼虫叫做猪囊尾蚴，可寄生在人体各处组织内，引起囊尾蚴病，简称囊虫病。

【病因病理】猪绦虫的成虫形如细带，呈分节状，白色，全长2~4米，分为头、颈和体节三个部分，头节如小米粒大，圆形，上面有四个吸盘和两圈小钩，是固着器官。紧接于头后为颈部，是生长节片的部分。因此驱虫时，必须将头节驱除，否则无效。由颈部向后，虫体逐渐增大，分成许多节片（一条虫体可有约一千个节片）。虫体后端的节片是长方形，里面充满虫卵，叫做妊娠节片。牛绦虫的成虫形态大体上与猪绦虫相似，但其头节较大、呈四方形、无钩，体长4~8米，约1000~2000个节片。

寄生在人的小肠内的猪、牛绦虫成虫，它的妊娠节片成熟后，可以单个或多个连在一起脱落下来，随粪便排出体外。猪吃人粪时，吞入妊娠节片或虫卵。虫卵中带有六个小钩的幼虫——六钩蚴，在猪肠内钻进肠壁组织的血管或淋巴管，随血液或淋巴液流布全身各处，经两个月左右即发育成囊虫。囊虫常寄生在猪的肌肉组织内，为黄豆粒大小的白色水泡，泡内有一高粱米粒大小的白团，即囊虫的头节，其结构与成虫的头节相同。一般称有猪囊虫寄生的猪为“痘猪”，它的肉为“痘肉”或“米珠肉”。牛是食草动物，仅因吃了被牛绦虫卵污染的草料而得感染。因此，一般牛的囊虫感染较轻，牛囊虫数较少，位于皮下组织内，有时不易发现。人吃“痘肉”时，如囊虫未被煮死，吃入后在人的小肠内经消化液作用后，其头部突出，吸附在肠壁上发育成成虫，经过2~3个月即可随粪便排出妊娠节片或卵。成虫在人体内可存活多年。

人们可因食入被猪绦虫卵污染的食物、蔬菜、饮水等而感染囊虫病。患有猪绦虫病的人可因个人卫生习惯不好，便后未洗手，虫卵随污染的手入口，或因肠内脱落的妊娠节片，随胃肠的逆蠕动被送入胃内，节片被消化后散出大量虫卵，卵中的六钩蚴孵出而钻进肠壁的血管或淋巴管，被带至全身各处，也可使人得囊虫病。

猪绦虫的成虫寄生在人体，故人是它的终宿主。猪绦虫的幼虫寄生在猪或人的组织内，因此猪和人都可成为它的中间宿主。

【预防】随病人粪便排出体外的绦虫妊娠节片（其内充满虫卵），是绦虫繁殖和传播的主要环节。所以狠抓粪便管理，消灭粪便中的妊娠节片和虫卵，是预防绦虫病的关键性措施。加强粪便管理和搞好饮食卫生的方法，与预防蛔虫等相同。另一方面还要预防猪的感染。养猪注意避免猪吃人粪，猪就不会感染囊尾蚴。建立严格的屠宰、检查制度，不出售痘肉。把预防绦虫病的知识教给群众，群众发动起来，一定能够达到消灭这种寄生虫病的目的。

### 【临床表现】

（一）绦虫病 成虫寄生于人体小肠内，多为一、二条，三条以上者很少见。临床症状一般甚为轻微，病人常因大便中发现成虫节片而就医。由于绦虫分泌的毒素刺激肠道，可引起消化功能紊乱而致腹痛，大都为上腹部或全腹性隐痛，少数病人可有肠绞痛。偶可有消瘦、乏力、食欲异常、肛门搔痒、腹泻等症状。

绦虫病的诊断主要是依据检查随病人粪便排出的妊娠节片。粪检时最好留取病人的全便，观察有无如面条状的单个或多个连在一起的白色节片。应询问病人有无随粪便排出节

片的病史。有时在粪便中也能查到虫卵，但检出率较低。虫卵呈圆形，深黄色，胚膜厚，有放射状条纹，膜内有一个带六个小钩的幼虫。

(二) 囊虫病 自吞食虫卵至囊虫发育成熟约需三个月的时间。囊虫可寄生于人的皮下组织、肌肉、脑、眼、心、肝、肺等全身各处。出现的症状是随囊虫的部位和数量而定。肌肉和皮下组织的囊虫常无特殊症状，但在体格检查可发现囊虫结节，呈椭圆形，黄豆粒大，质韧，在皮下不与皮肤粘连，全身各处均可发现，数目多少不一，若囊虫死亡而钙化，可在X线片上查见阴影。若囊虫寄生在脑部组织，则按寄生部位不同，可产生各种复杂的神经症状，其中以癫痫发作最为常见，可以局限性发作，也可为全身性发作。如囊虫寄生于脑底或脑室，产生脑脊液循环障碍时，可引起颅内压增高而表现为头痛、呕吐等症状。颅压增高或囊虫直接侵及视网膜，可引起视力障碍。囊虫弥漫分布于脑组织，引起广泛性脑组织破坏或脑皮层萎缩，则可出现精神异常。

部分猪绦虫病病人可同时有囊虫病，故对疑有囊虫病时，也应详细询问有关绦虫病史，并检查有无绦虫的感染，如得阳性结果，不仅对诊断有很大的帮助，也应该进行驱虫治疗，以消除囊虫感染的来源。

#### 【治疗】

(一) 绦虫病 驱虫时应注意将头节驱出，否则不能达到治疗的目的。因此，在服驱虫药后，当虫体排出时应坐于温水盆中，使虫体自然排出，也不能用手牵拉，以免折断。要仔细检查虫体，发现头节才是治疗有效，否则经二周后再重复治疗。

1. 槟榔 2 两、南瓜子或西葫芦子 4 两，早晨空腹先服南瓜子或西葫芦子，两小时后服槟榔煎剂（槟榔 2 两，水煎一小时），如无腹泻，过二小时后再服 30% 硫酸镁 60 毫升。小儿剂量减半。瓜子应炒熟，去皮取仁，嚼碎顿服。

2. 槟榔 1~4 两，石榴树皮 3 钱至 1 两，水煎，早晨空腹一次服，1~2 小时后再服泻药。

3. 雷丸细面，成人量 10~20 克，每日服三次，连服 2~3 天。

4. 鲜山楂（小儿一斤）或山楂半斤（小儿四两）洗净后去核，下午三时起开始另食，至晚十时吃完（不吃晚饭），次晨用槟榔二两水煎至一茶杯，一次服完，卧床休息，虫体即能随粪便排出。

5. 仙鹤草片（丸），用仙鹤草的根及芽洗净，去皮晒干，粉碎制成片或丸剂。成人每服 30~50 克，小儿每公斤体重 1 克，空腹顿服，不用服泻药。

#### (二) 囊虫病

1. 蛇蛻研粉，每次 1.5~2 钱，每日三次，开水送服，连服 2~6 月。

2. 氯喹、阿的平法 先服氯喹 0.5 克，一日二次，共五天，继之改为 0.25 克，一日二次，又 15 天，总量为 12.5 克。随之给阿的平 0.4 克与碳酸氢钠 3.0 克，共二次，间隔两小时服下，再于二小时后服泻药（无肠道绦虫病者可不用泻药），如囊虫结节不消失，可间隔 2~3 周再间歇用阿的平治疗 1~2 次。对未钙化的皮下或脑囊虫病有良效。

3. 全蝎四分、雷丸一两，共研细末分成 10 包，每次一包，一日三次内服。

### 蛔虫病

蛔虫病是由蛔虫寄生于小肠或体内其他器官所致的疾病。多数病例无明显症状，但有

时可能引起严重的并发症。

【病因病理】 蛔虫成虫形如蚯蚓，长约15~35厘米，多寄生在人体小肠腔内，受精卵随粪便排出，如温度、湿度适宜，经两周左右发育为含有幼虫的成熟虫卵。成熟虫卵被人吞食后，大部在胃内被胃酸杀死，仅少量进入小肠内孵化发育成幼虫，幼虫钻入肠粘膜内，经淋巴管入门静脉，随血流经肝、右心室到达肺泡，又经毛细支气管、气管上行至咽部，再被咽入食管入胃到小肠，在小肠内发育成成虫。从吞食虫卵至发育成成虫排卵，约须60~75日。蛔虫在肠内约能生存一年左右后死亡。

【预防】 伟大领袖毛主席教导我们：“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。”我们要向群众进行宣传，把预防蛔虫的知识教给群众，群众明了后就会自己起来同不卫生的习惯作斗争；改善环境卫生，不随地大便，加强粪便管理，不用新粪作肥料，以防止虫卵污染蔬菜，提倡泥封堆肥，使粪便充分发酵，这样既能杀灭虫卵和病菌，又能提高肥效；注意饮食卫生和个人卫生，要养成爱清洁、讲卫生的习惯，吃生菜要洗干净，饭前便后要洗手；积极治疗蛔虫病病人。

【临床表现及诊断】 小肠内有少数蛔虫时，常无症状。儿童病人以腹痛较为多见，位于上腹或脐周围，常反复发作，也可有易饿、厌食、恶心、呕吐等症状。半数病人有随粪便排出蛔虫史，少数病人有吐虫史。此外，还可引起儿童夜惊不宁、咬牙等症状，偶有反复低热、眩晕、荨麻疹等表现，长期厌食可引起营养不良、身体消瘦等。

祖国医学认为本病可有以下体征：巩膜血管末端有蓝黑色小点，舌尖及两侧舌面有红色小刺，唇粘膜有小白斑点，面部有色素减退的斑点，可作诊断上的参考。

幼虫在人体内移行时，少量时可无症状，幼虫数量很多，可使肺脏受损，出现程度不同的发热、咳嗽、气喘、胸痛，甚至咯血。痰内可检出幼虫。血内嗜酸性白细胞增多。胸透可见肺野内有不整齐的散在小点状阴影。若无继发感染，则3~5日可自行痊愈。

蛔虫成虫有钻孔的习性，可钻入人体器官狭窄的部位（如胆道、阑尾、胰管等），引起这些器官的阻塞和炎症（详见有关章节）。若蛔虫集结成团，可引起肠梗阻。

根据上述临床症状、体征，粪便中查到蛔虫卵，或有排虫、吐虫史时即可确诊。

#### 【治疗】

1. 驱蛔灵（枸橼酸哌嗪）成人3克，小儿0.15克/公斤，总量不超过3克，每日一次，睡前服。可连服2日。

2. 山道年 驱蛔虫效果较好，患肝病者忌用。（1）三日法：成人每晚服0.06克，小儿0.01克/岁/日（不超过0.06克），连服3日，第四日清晨服硫酸镁20~30克（小儿1克/岁）。（2）一日法：清晨空腹成人服0.06克/次，每小时服一次，共服3次；小儿0.01克/岁/次（不超过0.06克），连服2次。在服最后一次药后1小时，服硫酸镁导泻（剂量同三日法）。

3. 使君子 炒熟食用，成人每日20~30粒，儿童2~3粒/岁/日，连服2~3日。

4. 苦楝根皮 干品成人2~3两，小儿1~2克/公斤（新鲜者加倍），水煎后清晨空腹服，不加泻剂，可连用2日。偶有恶心、呕吐、轻泻、无力等。

5. 针刺大横（双），针尖斜向内侧，得气后即出针，可作2~3次，有驱虫作用。

## 钩 虫 病

钩虫病俗称“桑叶黄”，是由钩虫寄生于小肠所致的疾病。

【病因病理】 钩虫成虫体细圆，长约1厘米，半透明，米黄或浅红色，寄生在小肠上段，以其口吸咬于肠壁，吸取宿主的血液而生活。虫卵随粪便排出体外，在适宜的阴湿环境下，经1~2日即孵出幼虫。幼虫在泥土中经7~9日的发育变为丝状蚴。此时如接触人体皮肤，即钻入皮内，侵入小静脉或淋巴管，再经心脏而达肺；穿破肺毛细血管而进入肺泡，然后沿气管上行至会厌；再被咽入食管，经胃而到小肠。幼虫从钻入皮肤至发育成成虫产卵，约需5~7周左右。成虫在人体内能生存数月甚至数年。

钩虫吸附于小肠壁，一条钩虫每日吸血量约为0.2~0.6毫升，且钩虫常在肠粘膜上更换咬着点，因其分泌抗凝血物质，形成创口，可持久出血，因此容易造成贫血。

【预防】 预防钩虫病传播的重要措施是加强粪管和治疗病人。接触阴湿土壤的菜农、桑农易感染钩虫病。在流行地区下地劳动不应赤脚，或于下地前在手足等部位涂擦防护剂。常用的保护剂有：1.双矾液，白矾1斤，青矾4两，加水1斤；2.松香油：松香半斤，植物油（豆油、菜油均可）1斤，加热溶解；3.紫草茸松香酒精：紫草茸37克加入酒精100毫升和松香粉15克，溶解后搽用。

【临床表现及诊断】 幼虫引起的症状：接触幼虫的部位（如趾间、足背、指间、手腕）的皮肤可出现灼热、红肿和奇痒，继则呈丘疹或疱疹，由于抓痒可致继发性感染，偶有荨麻疹出现。幼虫移行至肺时，引起肺部出血和炎性病变，可有发热、干咳、痰中带血丝、哮喘等症状，多在受染后1周内发生。

成虫引起的症状：成虫在小肠内不断吸咬损伤和刺激肠壁，可引起消化吸收障碍，出现恶心、呕吐、腹部不适或疼痛、食欲不振或嗜异癖（喜食生米、泥土等），也可有便秘或腹泻，甚或便血。由于钩虫在肠道吸血，引起慢性失血，加以胃肠消化吸收功能障碍，铁质缺少，而产生缺铁性贫血。贫血可出现头昏、耳鸣、心悸、气短、乏力等症状，严重者可出现水肿或并发贫血性心脏病。小儿病人可有生长发育障碍、智力迟钝等表现。

血象：红细胞和血红蛋白减少，嗜酸性白细胞增多。

根据职业和有经常与施用新鲜粪肥的土壤接触史，以及临床表现，不难诊断。镜检粪便中有钩虫卵（椭圆形，卵壳薄，无色透明，新鲜粪便中的虫卵多含有2~4个细胞）可以确诊。

### 【治疗】

#### 1. 驱虫

（1）贯众汤 贯众1两、苦楝皮、紫苏、土荆芥各3钱，水煎。早晨空腹服一剂即可。小儿5~10岁服1/3量，10~15岁服2/3量。孕妇忌服。

（2）榧子、槟榔、红藤各1两、贯众5钱，浓煎，每次随药吃生蒜2~3瓣，每日早饭前服一次，连服2日。

（3）灭虫宁 成人3克，儿童每岁0.2~0.3克（总量不超过2.4克），清晨空腹或睡前一次服下，严重的钩虫病病人，在服药二周后，可重复服用。偶有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等反应，心脏病、肝功能明显不好者忌用。

（4）四氯乙烯 成人3~4毫升/次，小儿0.2毫升/岁/次（总量不超过3毫升），

清晨空腹一次服下，二小时后再服泻药。常有眩晕、恶心、困倦等副作用，偶有出现精神症状或昏迷者；有严重蛔虫感染时，需先驱蛔虫，服药前和服药期间忌用酒和油类；心、肝、肾病患者和孕妇忌用。

2. 严重贫血者应补充含铁和蛋白质较多的食物，如菠菜、肉、肝、猪血、蛋、红枣等，内服硫酸亚铁剂。

## 蛲 虫 病

【病因病理】 本病多见于儿童。蛲虫形细小，长约0.3~1.2厘米，乳白色，寄生在人体结肠或盲肠中。雌雄成虫交配后，雄虫死去，雌虫向肛门移行。由于夜间入睡后，肛门括约肌松弛，雌虫乘机爬出，在肛门周围及会阴部皮肤皱折处爬行、产卵。虫卵接触空气4~6小时，即可发育成熟。成熟的虫卵污染了手指、衣裤、被褥，再间接污染食物而被吞入人体消化道，在十二指肠处孵化成幼虫，经两次脱皮在小肠发育成熟。从吞食虫卵到发育成成虫约须2~4周，成虫的生存时间约为30日。由于蛲虫发育迅速，又不需中间宿主，故极易感染和自体感染。

### 【预防】

1. 集体治疗 蛲虫病在集体生活的托儿所、幼儿园、集体宿舍，甚至家庭中流行，且易感染和自体感染，故必须进行集体治疗，消灭再感染的来源，才能收到效果。

2. 加强个人卫生 衬衣裤、被褥等要经常晒洗，最好用沸水浸泡或煮沸以杀灭虫卵。要做到饭前洗手，勤剪指甲，纠正儿童吸吮手指的习惯。

【临床表现和诊断】 成虫在肠内，一般不产生症状，偶见消化不良、轻度腹痛等。主要危害是雌虫在肛门周围和会阴部爬行产卵，刺激局部皮肤，引起剧烈的瘙痒感，不仅使患儿睡眠不安，甚至造成失眠，更因搔痒而使肛门周围皮肤破裂发生炎症感染。

确诊主要依靠检查肛门发现成虫。

### 【治疗】

1. 驱蛔灵 成人1克，每日二次，共服7~10天；小儿60毫克/公斤/日，（一日总量不超过2克）分二次，连服7~10天。

2. 扑蛲灵 小儿5毫克/公斤，临睡前一次服。

3. 榧子炒熟，每次饭前一小时服五个，日服三次，共3~5天。

4. 鹤虱 2~4钱，水煎浓汁，临睡前一次内服。

5. 槟榔 1两，石榴皮 1两，南瓜子 3钱，水煎，空腹服下。儿童减半。

6. 鲜马齿苋二两，水煎浓汁，酌加盐、醋少许，空腹一次服。

7. 雄黄软膏 雄黄细粉 20克，冰片 2克，用凡士林共制成 100克，每晚睡前洗净肛门，涂此药膏于肛门处。

8. 花椒水灌肠 花椒一两加水二市斤，煮沸 20~40分钟，过滤后取 20~40毫升作保留灌肠，每日一次，连用四次。

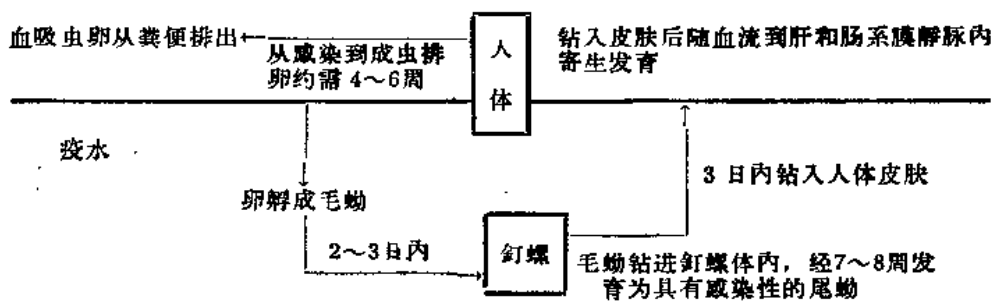
## 第五章 地 方 病

### 血 吸 虫 病

血吸虫病是一种寄生虫病。解放前在国民党反动派统治下，血吸虫病在我国南方、特别是长江中下游广大地区广泛流行。病区人口减少，村庄十室九空，土地荒芜，到处一片悲惨景象。解放后，伟大领袖毛主席对血吸虫病防治工作极为关心，多次发出重要指示。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，普查普治血吸虫病。特别是在大跃进的一九五八年，毛主席发表了光辉诗篇《送瘟神》，极大地鼓舞了全国亿万劳动人民，掀起了既轰轰烈烈又扎扎实实的消灭血吸虫病的群众运动。大规模的血防工作，彻底改变了解放前病区的“千村薅荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”的悲惨景象。

但是，一九五八年大跃进以后，血防的群众性工作曾一度处于低潮，这是卫生战线两条路线激烈斗争的反映。刘少奇一伙乘我国三年自然灾害之机，在血防战线上大刮右倾下马风，他们公开对抗毛主席的有关指示，压制人民群众的积极性，使某些地区的疫情又有所发展。无产阶级文化大革命的熊熊烈火，彻底摧毁了刘少奇、林彪两个资产阶级司令部。广大工农兵和革命医务人员狠批反革命修正主义卫生路线，批判他们所散布的“钉螺灭不光，病人治不完”等谬论。在毛主席、党中央的亲切关怀下，血防的群众运动有了更大的发展，取得了更大的成绩。毛主席关于“一定要消灭血吸虫病”的伟大号召，一定会在不久的将来实现。

【消灭血吸虫病的措施】 血吸虫病是日本血吸虫尾蚴通过皮肤侵入人体，发育成为成虫，寄生在门静脉系统引起的一种疾病。血吸虫的生活史可以下面的简图表示。



从简图中可以看出，血吸虫病的流行通过三个环节：1. 带有血吸虫虫卵的粪便入水中，形成污染的水或疫水；2. 中间宿主钉螺的存在；3. 人或易感动物（如牛、马、羊、猪、狗等）接触疫水。消灭血吸虫病的工作，就是结合当地的自然条件 and 生产情况，切断血吸虫生活周期，使其不能生存为害。

1. 灭螺 彻底消灭钉螺是预防血吸虫病的主要措施。发动和依靠群众，查清螺情，钉螺多孳生在水流缓慢、草多、泥土疏松的地方，如水草地、池塘、湖汊、河滩等的水岸交界线附近。水急、干旱、无草木、土硬等条件，都不适于钉螺生长。灭螺应结合生产和兴修水利，以土埋法为主，药物法为辅，集中优势人力打歼灭战，搞一块，灭一块。灭螺

后定期复查，发现钉螺再灭。具体方法有：

(1) 结合农田水利，开垦种植，改变钉螺孳生环境。如在芦苇滩上筑堤围垦，聚歼钉螺老窝，把芦苇滩变成良田；洼地分块翻耕；水旱轮作等。

(2) 土埋钉螺：连螺带土铲起4寸厚，将螺土填于事先掘好的沟或坑中，上盖净土4~5寸、打实。在血防实践中，群众创造了“开新沟、填旧沟”、“河边复土灭螺”等方法，均比较有效。

(3) 药物灭螺：常用五氯酚钠及血防-67，用法、用量及注意事项见下表。

灭螺药物

| 药 物 名 称 | 喷 洒 法     | 浸 杀 法      | 注 意 事 项               |
|---------|-----------|------------|-----------------------|
| 五 氯 酚 钠 | 5~10克/平方米 | 10~20克/立方米 | 对鱼类毒性强，人畜大量吞食或接触也有毒性。 |
| 血防-67   | 2克/平方米    | 2克/立方米     | 对鱼类毒性强，对人畜毒性均低。       |

常用灭螺中草药

| 中 草 药 名 称          | 配 制 和 用 法                                          | 材料来源           |
|--------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| 石蒜(石蒜科)            | 1斤加水2斤，研碎取汁，每亩地用200~300斤。                          | 江西省瑞昌县         |
| 石蒜及烟梗              | 各一斤加水2斤，取汁，每亩地用150斤。                               | 江西省瑞昌县         |
| 杨柳叶(枫杨)            | 每亩地用2000斤，加铲草皮。                                    | 武汉市            |
| 火 麻 根<br>(大麻科、大麻)  | 1斤加水10斤，煎至5斤，喷洒，每亩用200~300斤。                       | 江西省瑞昌县         |
| 九 龙 川<br>(大戟科巴豆属)  | 用其皮或鲜叶2.5斤~5斤，捣烂加水100斤，制成2.5~5%药液，撒于钉螺疫区，2小时钉螺死亡。  | 广 西 省          |
| 苦楝叶(楝科)            | 取鲜叶，按每立方米10斤放入有螺沟塘中，浸泡2~4天，将旁边有钉螺的水渗入水中，3天后即可杀死钉螺。 | 湖 北 省<br>公 安 县 |
| 麻 柳 叶<br>(胡桃科、枫杨)  | 用其枝叶按每亩300斤泡于水田内。                                  | 云 南 省          |
| 黎 仙 叶              | 制成5%浸泡液杀灭钉螺。                                       | 云 南 省          |
| 龙 舌 兰<br>(龙舌兰科)    | 用其液或叶浸泡，杀灭钉螺。                                      | 福 建 省<br>漳 浦 县 |
| 断 肠 草<br>(马钱科、胡蔓藤) | 制成1%药液，喷洒草坡。                                       | 福 建 省<br>漳 浦 县 |

(4) 铲土、药物综合灭螺：河岸每100米长用五氯酚钠3斤撒于岸边水面稍上处，然后铲土约3~4寸深，将螺土铲入沿岸水中，药物遇水发挥作用灭螺。

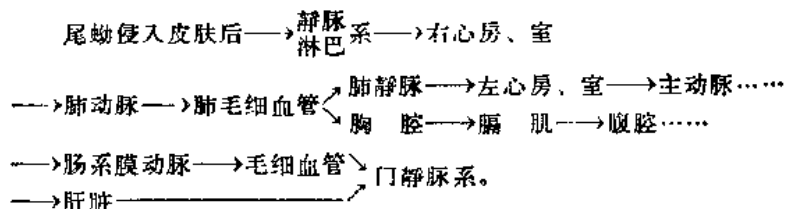
2. 粪便管理 管好粪便，作到粪便无害化，不仅是消灭血吸虫病的一项重要措施，也是移风易俗改变农村卫生面貌的大事。要作到：(1) 粪便集中管理，有专人倒马桶，粪缸要加盖，远离河岸至少20米，并定期下药。(2) 粪便进行无害化处理，可用粪尿混合密封法，夏季需半个月，冬季一个月，也可用泥封堆肥，夏季需一个月，冬季2~3个月。

3. 水的管理 做到粪便及垃圾不污染水源；提倡饮用井水；用疫区河水、池水等要先灭尾蚴，可用煮热(60°C)、加生石灰或漂白粉等法；疫水区要有标志。

不在有釘螺的水区内洗澡或游泳。

#### 4. 普查普治病人。

【积极治疗血吸虫病】 血吸虫尾蚴侵入人体皮肤后，到达肠系膜静脉内发育成为成虫，约需 3~6 周。尾蚴在人体内走行途径是：



血吸虫病发生较明显的临床表现，不但视其虫卵沉着部位的不同，产生各种不同的临床表现，而且由于感染的轻重和人体抵抗力的强弱和治疗或再感染的经过不同，致使症状轻重缓急有明显的差异。按其病程与临床表现可分为急性和慢性血吸虫病。

### 急性血吸虫病

多发生在初次严重感染后，也可由再次感染引起。

【临床表现】 发热为主要症状。热度高低、发热期的长短与感染轻重有关。重症病人每日下午及晚间的体温可高达摄氏 39~40 度，次日上午可退至正常。发热前多有怕冷、寒战，退热时伴有出汗。如不经治疗，发热可持续一个月，甚至更长。长期发热消耗病人体力。可以出现荨麻疹，也可有腹痛、腹泻或便秘，或腹泻、便秘交替出现。便中可带血和粘液。感染重时，可有明显的中毒症状，如神志迟钝，听力减退，甚至可有谵语、昏迷等神经精神症状。

查体：心脏听诊可有奔马律，肺部听诊可有不定位的干、湿罗音，肝区可有压痛，肝肿大，部分病人可有脾肿大，粪便内可检出血吸虫虫卵，沉淀孵化后可找到毛蚴，血内白细胞增多，2 万~3 万/立方毫米，嗜酸性白细胞可高达 30~60%。

#### 【治疗】

1. 一般疗法 因长期发热，需补充营养，适当休息。必要时应静脉补液，至少量输血。给予维生素乙<sub>1</sub>、丙也有必要。

2. 应用小剂量激素 为减轻中毒症状，可静脉注射氢化可的松 50~100 毫克/日，或口服强的松，5 毫克，每日三次，连用 2~3 周。退热可用保泰松，0.1 克，每日三次。

3. 发热期可单用吡喹酮，成人每日口服三次，每次 1 克，小儿用量为 60~70 毫克/公斤/日，分三次口服，第一、二日量宜减半。连服 14 日。

4. 锑剂治疗 应在退热后进行。如其他疗法效果不佳，可试用小剂量锑剂治疗，以长程疗法为好，有时仅治至退热为止，不强求一次根治，可待以后体力恢复时进行（锑剂疗法详见慢性血吸虫病）。

5. 中草药治疗 可将南瓜子制成粉剂，成人每次 80 克，每日三次，连服七日。小儿体重在 40 斤以下者，服半量，40~50 斤者服 40~50 克，50 斤以上者服全量。也可用柳树叶（枫杨）治疗，采新鲜柳树叶，洗净切碎，一斤柳树叶加水一斤半，煮沸 15 分钟，得药液 500~600 毫升。每日 3 次，每次服 100 毫升，20 日至 1 个月为一疗程。并可用干柳

树叶半斤，水煎后，一日服完，连用20日。经1~2个疗程，病人症状改善，全部退热。还可用鲜鸭跖草，每日5~8两，煎汤代茶饮，5~7日为一疗程，多在服药一周内体温恢复正常。

## 慢性血吸虫病

### 【临床表现】

1. 慢性早期 这类病人多，既无急性期的发热，又无晚期的门脉高压症状和体征。

(1) 无症状型：病人健康和劳动力基本上不受影响，仅因普查或看其他疾病时化验大便有血吸虫虫卵才发现。

(2) 腹泻痢疾型：轻者仅有腹泻，每日2~3次，偶见大便中带血，消瘦不明显。重者有腹痛、里急后重及脓血粘液便。查体可见肝轻度肿大，偶有脾肿大，血内嗜酸性白细胞增多。此型病人应注意和痢疾作鉴别。

2. 慢性晚期 主要有三型。

(1) 腹水型：因门静脉高压、肝功能不佳使血浆蛋白降低以及因水和钠的潴留，可出现腹水，消瘦逐渐明显，毛发易脱落，皮肤、口唇干燥，出现贫血面容。如不经治疗，腹水不断增多，腹大如鼓，腹壁静脉显露，呈恶病质状，脉细无力，有时可出现黄疸。因胃底及食道静脉曲张，有时可引起大量呕血。

(2) 巨脾型：以脾显著增大为主要表现。脾肿大可过脐，质硬，出现脾功能亢进，肝左叶明显肿大，也可出现腹水。劳动力受影响。

(3) 侏儒型：因童年受本病感染，使生长发育受到障碍为主要表现。体格矮小，伴有晚期肝硬变体征。

### 【治疗】

1. 锑剂 可麻痹虫体肌肉及吸盘，使之失去吸附在血管内膜的能力，并使成虫失去排卵功能。有静脉注射1%酒石酸锑钾针剂和口服锑<sub>278</sub>片（内含0.2克）两种。

(1) 锑<sub>278</sub>片：多用于慢性血吸虫病，但有肝炎、心及肾有器质性病变或功能不全、活动性肺结核、哮喘、重症高血压、风湿活动、上消化道出血、癫痫、体温在37.5℃以上、妊娠期、哺乳期、锑剂治疗后尚未满半年、重症贫血、营养不佳、体质极弱者不宜使用。一般多采用15日疗法。总量按0.4克/公斤计算，分15日服完（见表）。第一日可服“适应片”3~4次，分别口服0.01、0.02、0.05和0.2克。疗程结束可使虫卵转阴率达70%以上。本药副作用有疲劳、头昏、恶心、呕吐、厌食、肝大及肝痛，重者可引起期前收缩、二联率，甚至出现急性心源性脑缺血综合征。

(2) 1%酒石酸锑钾：常用三日疗法和二十日疗法。

① 三日疗法：适用于体健的青壮年和部分年长儿童的慢性血吸虫病人，因药物反应重。三日疗法的总量为12毫克/公斤，平均分为6次，每日静注2次，相互间隔时间至少为5小时。每次量不超过0.1克（即1%酒石酸锑钾10毫升），如胃肠反应重，可将最后一针移至第4日。

② 二十日疗法：适用于体弱的慢性血吸虫病人。疗效较好，但疗程长，不适于大规模治疗。二十日疗法的总量为25毫克/公斤，分为20次，开始时量小些，以后量稍大些（见表）每日静注一次。总量男性不超过1.5克，女性不超过1.3克。

锑<sup>273</sup> 十五日疗程剂量表 (中速片)

| 体重<br>(公斤) | 总量<br>(克) | 总片数 | 每 日 片 数 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |
|------------|-----------|-----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
|            |           |     | 一       | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 | 七 | 八 | 九 | 十 | 十一 | 十二 | 十三 | 十四 | 十五 |
| 50         | 20.0      | 100 | 3       | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 6 | 6 | 6  | 5  | 5  | 5  | 4  |
| 49         | 19.6      | 98  | 3       | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 | 6 | 6 | 6  | 5  | 5  | 4  | 4  |
| 48         | 19.2      | 96  | 3       | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 6 | 6 | 5  | 5  | 5  | 4  | 4  |
| 47         | 18.8      | 94  | 3       | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 6 | 5 | 5  | 5  | 5  | 4  | 4  |
| 46         | 18.4      | 92  | 3       | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 6 | 5 | 5  | 5  | 5  | 4  | 4  |
| 45         | 18.0      | 90  | 3       | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 6 | 5 | 5  | 5  | 4  | 4  | 4  |
| 44         | 17.6      | 88  | 3       | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 5 | 5 | 5  | 5  | 4  | 4  | 4  |
| 43         | 17.2      | 86  | 3       | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5  | 5  | 4  | 4  | 4  |
| 42         | 16.8      | 84  | 3       | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5  | 4  | 4  | 4  | 4  |
| 41         | 16.4      | 82  | 3       | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5  | 4  | 4  | 4  | 4  |
| 40         | 16.0      | 80  | 3       | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5  | 4  | 4  | 4  | 4  |
| 39         | 15.6      | 78  | 3       | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5  | 4  | 4  | 4  | 4  |
| 38         | 15.2      | 76  | 3       | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  |
| 37         | 14.8      | 74  | 3       | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4  | 4  | 4  | 4  | 3  |
| 36         | 14.4      | 72  | 3       | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4  | 4  | 4  | 3  | 3  |
| 35         | 14.0      | 70  | 3       | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4  | 4  | 4  | 3  | 3  |
| 34         | 13.6      | 68  | 3       | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4  | 4  | 4  | 3  | 3  |
| 33         | 13.2      | 66  | 3       | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4  | 4  | 3  | 3  | 3  |
| 32         | 12.8      | 64  | 3       | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4  | 3  | 3  | 3  | 3  |
| 31         | 12.4      | 62  | 3       | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4  | 3  | 3  | 3  | 3  |
| 30         | 12.0      | 60  | 3       | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4  | 3  | 3  | 3  | 2  |
| 29         | 11.6      | 58  | 3       | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4  | 3  | 3  | 2  | 2  |
| 28         | 11.2      | 56  | 3       | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  |
| 27         | 10.8      | 54  | 3       | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  |
| 26         | 10.4      | 52  | 3       | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  |
| 25         | 10.0      | 50  | 3       | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 24         | 9.6       | 48  | 3       | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 23         | 9.2       | 46  | 3       | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 22         | 8.8       | 44  | 3       | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 21         | 8.4       | 42  | 3       | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |
| 20         | 8.0       | 40  | 3       | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  |

(总剂量: 400 毫克/公斤体重, 每片含锑<sup>273</sup> 200 毫克)

酒石酸锑钾 20 日疗法剂量逐日分配表 (25 毫克/公斤体重)

| 1%药液<br>每次用量<br>(毫升) | 针次 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|----------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|                      |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 20                   | 50 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  |
| 21                   | 53 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  |
| 22                   | 55 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  |
| 23                   | 58 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  |
| 24                   | 60 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  |
| 25                   | 63 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  |
| 26                   | 66 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  |
| 27                   | 68 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  |
| 28                   | 70 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  |
| 29                   | 73 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  |
| 30                   | 75 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  | 5  |
| 31                   | 78 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 5  | 5  | 5  |
| 32                   | 80 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  |
| 33                   | 83 | 4 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  |
| 34                   | 85 | 4 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  |
| 35                   | 88 | 4 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  |
| 36                   | 90 | 4 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  | 5  |
| 37                   | 93 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  | 5  |
| 38                   | 95 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  | 5  | 5  |
| 39                   | 98 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  | 5  | 5  | 5  |

|    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | 100 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| 41 | 103 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| 42 | 106 | 5 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| 43 | 108 | 5 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| 44 | 110 | 5 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 45 | 113 | 5 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 46 | 115 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 47 | 118 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 48 | 120 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| 49 | 123 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| 50 | 125 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| 51 | 128 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| 52 | 130 | 6 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| 53 | 133 | 6 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 54 | 135 | 6 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 55 | 138 | 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| 56 | 140 | 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| 57 | 143 | 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 |
| 58 | 145 | 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 |
| 59 | 148 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 60 | 150 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 7 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 |

本药的毒性作用，常于首次注射后立即出现咳嗽，胃肠道症状（食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻）多发生于注射后1~2小时，此外，尚有头痛、关节痛、皮疹等，可对症治疗。严重反应可出现黄疸、蛋白尿、心律不齐、心率过缓或过速。最严重的反应是急性心源性脑缺血综合征，多发生在治疗后期或治疗结束后1~7日内，发作前多有精神激

动和出现频发的期前收缩，发作时病人面色苍白，四肢抽搐，听诊心音消失或心律不齐，甚至出现呼吸停止。此时抢救必须及时、迅速。可立即静注阿托品1~2毫克，依病情每半小时至一小时静注一次，需维持面红，心率增至100~120次/分时，改为4小时皮下注射1次，直至停止发作后24小时。因阿托品而致烦躁不安时，可改用异丙肾上腺素0.5毫克加入5%葡萄糖液500毫升内静点。为使病人安静，可肌注苯巴比妥钠0.1克/次，每日3~4次。如心脏停搏，除静注阿托品外，应同时作胸外心脏按摩；呼吸停止者，静注洛贝林5毫克，并作口对口的人工呼吸。

在用锑剂治疗过程中，必须胆大心细，仔细观察病情，及时处理各种反应。有发热、恶心、呕吐、食欲不振时要及早处理，必要时停针观察，已出现期前收缩者，必须立即停针。当注射过程中发现心率比基础心率（注锑剂前、安静时的心率）每分钟快或慢20次以上时，要加倍小心。

2. 血防<sub>846</sub> 血防<sub>846</sub>乳干粉最常用。每100克内含血防<sub>846</sub> 21克，吸收较片剂为佳。用量较小，疗程短。多用于慢性血吸虫病员。但有精神病、家族精神病史、肝脏病、脑炎及脑膜炎后遗症、溃疡病、头晕、内耳性眩晕症、妊娠期、哺乳期者不宜使用。此药多采用7日疗法。每日口服量为50毫克/公斤。血防<sub>846</sub>总量不超过17.5克。遇有副作用出现（如严重头晕、乏力、卧床不起，失眠或嗜睡，复视，视力模糊及发热）时，应停药。用中草药夜交藤、合欢皮、瓜蒌皮、陈皮各0.7钱，仙鹤草2钱，水煎服，可减少血防<sub>846</sub>副作用的发生。

3. 锑<sub>275</sub>-血防<sub>846</sub>疗法（简称8-4疗法） 先口服锑<sub>275</sub> 8日（总量为15日疗法的60%），接着口服血防<sub>846</sub>乳干粉4日（每日量为7日疗法的每日量）。疗程仅12日，可减少副作用的发生。

4. 腹水型晚期血吸虫病还可采用中西两法利尿为主，兼以改善肝功能，必要时输血。中草药可用：生米仁1两、小姜衣4钱；或瓜蒌皮、地骷髅、炙鳖甲各1两；或陈凉帽、陈葫芦壳各1两，水煎服。

治疗血吸虫病的药物常有副作用发生，对副作用的处理时，要批判“药物挂帅”，对副作用长期不愈者，更应充分调动病人的主观能动作用，使之树立必胜信念。在方法上，可采用新针、中草药及其他常用药物综合治疗。

5. 门静脉高压症常需药物治疗的基础上施行手术，以降低门静脉压、治疗脾功能亢进症等。

## 克 山 病

克山病是一种以心肌损害为主的地方病。在我国东北、西北的若干地区以及西南的某些地区皆有本病分布，而且在一定的时节内可发生流行，对病区人民健康危害较大。因此，本病是我国重点防治的地方病之一。

### 【流行特点】

1. 本病多分布于山区、半山区、丘陵地带。在某些地方本病和大骨节病分布相近。但是，在病区范围内，流行情况并不平衡，有非病点和病点（村），病点又可分轻重。

2. 急型和亚急型克山病有不同年度集中多发的现象。而且有明显的季节性，如东北和西北的病区内在寒冷季节多发，南方某些地方可在炎热季节多发。但是，病点内并不是

每年都发生流行，间隔年限不一。

3. 发病以生育期妇女和小儿居多，其他年龄和男性也可发病。近年来小儿发病相对地增加。有的病区成年人几无发病。

4. 大流行时，可见一家内连续发病两例以上的情况。这种家庭常是新迁入病区者，居住条件差，而且子女较多。

5. 防治工作对本病流行有一定的影响。由于积极开展防治，重病点可变为轻病点，轻病点可变为非病点。反之，防治疏忽的情况下，轻病点可变为重病点，或者出现新的病点。

我们了解克山病的流行特点，对于诊断和预防都有一定的帮助。但是，本病的流行规律现在还没有完全认识清楚，有待于我们继续作调查研究。

**【临床表现】** 克山病的主要病变是心肌变性、坏死和瘢痕形成，表现为一系列循环功能障碍的症状和体征。为了便于防治，按着病情的轻重缓急不同，可分为四种临床类型：潜在型、急型、亚急型和慢型。

1. 潜在型 此型病人的心肌损伤较轻，心脏代偿功能良好。一部分是由其他各型病人好转而来，过去有发病史；另一部分从健康逐渐得病，过去无发病史。症状一般不明显，多能照常参加工作。有轻度头晕、心悸、心难受、胸闷、气短、无力等，小儿则有阵发性腹痛或咳嗽、精神不振、消化不良、食欲减退等。

体征：心界轻度向左扩大或无明显改变，全心音或第一心音减弱，心尖部内上方有1~2级收缩期杂音，心音分裂，心律不齐多为室性期前收缩等。X线检查：部分病人显示心脏轻度扩大。心电图：主要有Q-T间期延长，低电压，右束支传导阻滞及各种心律不齐。

2. 急型 多见于成人或7岁以上的儿童。发病急，有急性循环功能不全。多数病人在发病前有早期症状，也有少数发病前无症状，而骤然起病。最常见的早期症状是头晕、头痛、心难受。恶心、呕吐也多见，轻重不一。频繁而剧烈的呕吐、吐黄水是病情十分严重的表现。脐周或上腹部的阵发性腹痛，或为持续性腹痛阵发性加剧，主要多见于小儿病人。烦躁，腹泻，腹胀，咳嗽，气短，惊厥。有的病人以惊厥猝倒而突然发病（多为完全性房室传导阻滞）。其次尚有精神和食欲不振、畏寒、四肢麻木、腓肠肌痛等。

体征：急重病容，面色苍白或灰暗，口唇及口周围发绀，四肢发凉，出冷汗，表情淡漠等休克表现。体温下降，呼吸浅而快，脉搏细弱、甚至触不到或有脱落，血压降至80/60毫米汞柱以下，脉压缩小，严重时血压测不出。心界轻度扩大，伴有心功能不全时则心脏急速扩大。全心音或第一心音减弱，心尖部内上方有1~2级收缩期杂音，心跳过速或过缓。如发生急性左心功能不全时则有呼吸困难、发绀、肺部干湿罗音等。化验检查：血清转氨酶明显增高。心电图：主要有ST-T改变，有的可出现特有的单项曲线，Q-T间期延长、低电压、各种心律不齐及传导阻滞等。X线检查：显示心脏增大以左室明显，心搏减弱，可有不同程度的肺瘀血。

3. 亚急型 发病及进展过程较急型缓慢，常见2~6岁的小儿病人。由于左右室心肌损伤都较重，常于发病后出现急性全心功能不全。初期有感冒状症状，以后咳嗽、气喘加剧，伴有腹痛、恶心、呕吐、腹胀、腹泻等；也有的开始为腹部症状，以后出现咳嗽、气喘。病儿精神萎靡、不食不玩。一般自发病至出现心功能不全，约经过1~4周。

体征：急重病容，哭闹烦躁不安，颜面苍白灰暗，四肢发凉，出冷汗，严重呼吸困难和发绀，浮肿；脉频细弱，血压降低，脉压明显缩小，心界向两侧呈中等或显著扩大，心动过速，有舒张期奔马律，心音减弱，心尖部内上方有1~2级收缩期杂音。两肺有较多中小水泡音。肝脏中等肿大，有压痛等。化验检查：血清转氨酶明显增高。心电图：主要有低电压，ST-T异常等。X线检查：显示心脏向两侧扩大呈球形，心搏减弱、两肺瘀血。

4. 慢型 经过缓慢，主要表现为慢性充血性心功能不全。大多数由潜在型逐渐发展，和急型、亚急型治疗不彻底形成。主要症状为头晕、头痛、咳嗽、咯痰、心跳、气短、浮肿等，以及体循环郁血的各种体征。这些症状和体征决定于心功能不全严重程度和持续时间的长短。心脏也是如此，由轻度扩大至显著扩大不等。心电图：有低电压、右束支传导阻滞、ST-T异常和各种心律不齐。X线检查：显示心室及心房增大，有的增大十分明显，心搏减弱，两肺瘀血。

慢型急发：慢型病程中可突然急性发作，这时除原有的各种临床表现，病情常急速恶化，血压下降。

【诊断】 诊断克山病要进行综合判断，大体上是根据：（1）病区居住史，流行季节等；（2）既往有无急性发作，有无感冒或腹泻等诱因；（3）症状与体征；（4）实验室检查（化验、心电图、X线）所见；（5）与其他类似疾病鉴别。

由于病情急缓不同，诊断上要采取机动灵活的方法。主要靠问、望、触、叩、听五诊检查作出初步诊断。对于一时不能确定者应先给予对症治疗，在治疗中继续分析诊断。有条件时可作心电图和X线检查。

对于急型与亚急型要尽可能作出早期诊断，以提高疗效。在病区和多发季节内，我们要有计划地进行巡视。注意发病前的早期症状，如成人的头晕、头痛、心难受等，小儿的咳嗽、腹痛、腹泻、呕吐等；了解过去病史和这次病前有无诱因；详细作心脏和其他器官的检查，以鉴别感冒、胃肠炎或消化不良；并且密切观察这种病人的病情发展，这样就能比较及时地发现本病急发。

【预防】 坚决贯彻“预防为主”的方针，批判“重治轻防”的错误思想。在各级党组织领导下，依靠广大革命群众，结合农业生产，开展防治克山病的工作。实行“三防”（防寒、防烟、防潮湿）、“二改”（改善饮水、改善营养）、“一灭”（灭鼠）等综合性预防措施，控制发病诱因。

1. 因地制宜改善居住条件，防寒、防烟、防潮湿。利用农闲时节，苫房、抹墙、修理炉灶烟囱，入冬前糊好门窗、备足干柴，以达到屋暖、炕热、不冒烟；屋地要垫平砸实，保持室内干燥。在炎热夏季多发的地区要注意防暑。

2. 改良水质。结合兴修农田水利，采用土洋并举的办法，开凿深水井。在水质尚未改良的病区尽量饮用泉水和过滤水，不喝小河沟和低洼地、岗地浅井水。要加强水井管理，保护水源不受污染。在饮水或食物中加放卤硷（一般每人每日1~2克）或在井底压上硫黄、含硫煤块改变水质，都有一定的防治效果。

3. 改善营养。粮食品种合理搭配，适当调剂豆类食品、多种多贮蔬菜，提倡粗粮细作，饭食多样化，纠正偏食。

4. 积极开展爱国卫生运动，搞好环境和家庭个人卫生，发动群众大除四害，用各种

方法灭鼠。

5. 向广大群众普及宣传防病知识，举办“防克”学习班，培训不脱产的防治员，建立当地的防克队伍。

6. 普查普治，认真贯彻“三早”做到有病人早发现、有发病早报告、诊断后早治疗。同时，防治其他疾病如上呼吸道感染、小儿消化不良等，可减少发病率和提高治愈率。

【治疗】治疗克山病要发挥病人和医务人员两个积极性。要使病人能正确对待疾病，树立坚定的信心。赤脚医生要怀着深厚的无产阶级感情，以两个“极端”的精神，和病人共同克服困难，去争取胜利。

急型、亚急型克山病的心肌损害，大部分是早期改变，及时合理地治疗是可以恢复正常功能的。因此，克山病不但可治，而且可以治好。治疗首先要用加强心肌营养、改善心肌代谢、恢复心脏功能的办法。并根据各型病人的不同情况进行分型和综合治疗。

#### (一) 潜在型

1. 根据心脏功能状况，适当安排生活劳动。小儿要加强生活管理。积极防治急发的各种诱因。生育期妇女要注意节育避孕。

2. 卤硷 每日6~8克，分三次口服，1~3个月为一疗程。或以10%卤硷20~40毫升加25%葡萄糖液60~80毫升静脉缓慢注入，每日一次，3~5日后改用口服。

3. 新针疗法 膻中透巨阙，内关，肺俞透厥阴俞，心俞，胃俞，中脘，足三里。

4. 二氯片 氯化钾加氯化镁各1克，一日三次内服，连续三月。

5. 五味子汤 五味子1斤加滚开水10斤浸泡，取上清液，并加糖精调味。加卤硷则为五味子卤硷汤；加甘草则为五味子甘草汤。

6. 樟救汤 樟木5钱，小救驾草3钱（无小救驾草可用三七代替），五灵脂2钱，红花2钱，加水10斤煎至3~7升滤过加白酒2两，每次口服100毫升，每日二次。

7. 糖西康 25~50%葡萄糖60~80毫升，12.5%维生素丙20毫升，维他康复（强尔心）2~5支混合后静注。

(二) 急型 重症主要是抢救心源性休克，调整心律不齐和治疗急性左心衰竭（肺水肿）。急性发作缓解后适当巩固治疗一段时间。

1. 保持安静，这对于小儿更为重要，必要时应用镇静剂，如氯丙嗪或苯巴比妥钠肌注或静注，副醛或水化氯醛灌肠，注意保温，调节饮食。有条件应争取吸氧。

2. 守护 重症因有突变、多变、易变的特点，守护很重要。通过守护，严密观察病情变化及时处理。直至病情稳定，血压和尿量皆恢复正常时，方可撤离专人守护。

3. 新针疗法 (1) 涌泉、内关、足三里，耳针：内分泌、肾上腺、皮质下。(2) 内关、合谷、神门根据情况加定神、间使、膻中等。施行强刺激大幅度捻转，或根据情况取穴位注射（654-2）等。

4. 静脉点滴 抢救第一步是做好静脉点滴，这样可以保持一条用药的通路，药物可以随时调整，同时静脉给药作用快而且确实。每次用10~25%葡萄糖300毫升，10%卤硷20~40毫升，10%氯化钾10毫升，三磷酸腺苷20~40毫克进行静点。可连续应用，24小时用量不超过1500毫升，速度每分钟10~20滴，直至血压维持在正常水平后可改为一日一次。对于连续静点的病人应注意防止静脉炎，每24小时更换一次血管。

5. 大量维生素丙注射 首次应用 5~10 克加适量 25% 葡萄糖液静注, 根据病情于 2~6 小时后再注 1~2 次, 第一天量一般不超过 15 克, 以后酌情减量 (每日为 3~5 克) 连用 7~10 天。

6. 血管升压药物的应用 一般血管升压药物在不同程度上都可加重心脏负荷, 增加心肌耗氧量。但在休克时, 由于血压过低, 影响冠状循环供血不足, 同时全身脏器组织缺血, 又产生一系列不良后果。此时循环衰竭上升为主要矛盾。因此在应用上述治疗不见好转时, 血压不上升, 适当选用血管升压药物是必要的。如重酒石酸间羟胺 (阿拉明), 硫酸甲苯丁胺 (恢压敏), 盐酸甲氧胺 (美速克新命), 苯肾上腺素 (新福林、新交感酚), 去甲肾上腺素, 异丙肾上腺素等。

7. 急性左心衰竭 (肺水肿) 的治疗 重症休克病人经抢救好转后, 多发生程度不同的急性左心衰竭。因此, 在抢救开始时, 就要考虑到这个问题。若病人出现咳嗽、呼吸增快、两肺干湿罗音, 表明已有急性左心功能不全, 应立即进行治疗, 治疗原则与抢救一般肺水肿相同。

8. 纠正心律失常 一般心动过缓肌注阿托品 0.5~2.0 毫克即可奏效。完全性房室传导阻滞或同时伴有急性心源性脑缺血综合征、应用阿托品或并用麻黄素静注或静滴。无效者可改用异丙肾上腺素静滴。为解除心肌坏死时水肿压迫所致的传导阻滞, 可用大量氢化可的松静滴。总之, 务必设法使心率维持在 60 次/分以上。心脏停跳时应急施复苏术。若心跳不恢复, 可用肾上腺素或异丙肾上腺素心腔内注射, 必要时 2~3 分钟可重复应用, 并不停的做复苏术。若持续时间过久, 为了防止缺氧性脑损伤和脑水肿, 可用 50% 高渗葡萄糖液或 20% 甘露醇或 25% 山梨醇静滴。纠正酸中毒用 4% 碳酸氢钠静注。

心动过速 (多为室性) 或多发性室性期前收缩, 用 10% 卤硷 20~40 毫升, 加于 25% 葡萄糖液 60~80 毫升缓慢静注, 一般效果较满意。若效果不显时, 可用普鲁卡因酰胺或普鲁卡因静点。同时并用钾盐口服或静点。此外尚可选用苯妥英钠缓慢静注。阵发性室上性心动过速用西地兰等洋地黄类制剂或心得安效果较好。

(三) 亚急型 在治疗急性进行性心肌坏死的同时, 应迅速纠正急性全心功能衰竭, 因此型患儿心肌损伤较重, 治疗时间比较长, 一定要坚持到底。

1. 一般治疗 同急型。

2. 浅冬眠疗法 氯丙嗪和异丙嗪, 小儿各按 1~2 毫克/公斤/次计算, 加 25% 葡萄糖液 10 毫升静注。视病情需要每隔 4~6 小时重复应用, 以维持浅冬眠状态 (病人处于熟睡状态, 推动时能短时间觉醒), 可连用 1~3 日, 到病情好转为止。

3. 静脉点滴 同急型。小儿滴速每分钟不超过 10 滴。维生素丙首次 2.5~5.0 克静注, 以后可减量, 每日 1~2 次, 可连用 1~3 日。

4. 全心功能不全的治疗 开始用毒毛旋花子苷 K 或强心灵缓慢注射, 6~8 小时重复一次, 每日用 3~4 次。病情好转后改用地高辛口服。若开始就用地高辛, 则于 24 小时内洋地黄化、首次服饱和量的一半, 其余一半分成三次, 每八小时服一次。若继毒毛旋花子苷 K 后用, 可将饱和量平均分配, 每六小时服一次, 48 小时达洋地黄化。维持量为饱和量的四分之一。国产强心灵作用类似毒毛旋花子苷 K, 用法用量同毒毛旋花子苷 K。在应用上述强心药时应注意并用钾盐。

5. 利尿 双氢克尿塞和氨苯喋啶并用效果较好, 2~6 岁小儿每次用量各 25 毫克,

一日三次口服，3~5日为一疗程，间歇1~3天可再用直至心力衰竭完全纠正为止。

6. 恢复期的治疗 是防止心力衰竭复发，降低病死率的重要措施，不可忽视。这样的病人心肌损伤的修复需1~2个月左右，除了预防各种诱因外，并且需要用强心甙或福寿草（成人每次服相当生药0.5克，1日2~3次）维持治疗1~3月。以后可用福寿草或樟救汤或卤硷等巩固治疗3~6个月。

（四）慢型 与治疗一般心脏病慢性充血性心力衰竭方法同。再根据病情参考潜在型、急型、亚急型的治疗进行。如卤硷疗法，新针疗法，强心剂，利尿剂，和纠正心律不齐的治疗等。有急发时，需用静脉点滴或大量维生素丙治疗。治疗必须坚持较长时间。

（五）并发症的治疗 可参考有关疾病的治疗。

## 大 骨 节 病

大骨节病又称柳拐子病，是一种关节增粗、疼痛、发生运动障碍的慢性病。这种病主要分布在我国北方的某些山岳丘陵地区。对当地的农业生产和人民生活有严重影响。解放以来，在伟大领袖毛主席的英明领导下，山区农业生产有了很大的发展，人民的生活水平有了很大的提高。加上防治工作的积极开展，大骨节病逐渐减少，严重程度也已减轻。特别是无产阶级文化大革命以来，许多地区开展防治大骨节病的群众性运动，取得了比较显著的成绩。我们要依靠党的领导，充分发动群众，加强科研工作，就一定能够控制和消灭大骨节病。

【病理】大骨节病多发生于童年与青年，也就是骨骼生长发育旺盛时期。病变主要在管状骨两端的软骨组织。

人体的管状骨本来是由软骨发展而成的，骨化从软骨中部开始。婴儿下生后，骨干已骨化，但其两端仍为软骨组织，叫做骨骺。以后骨骺中心也出现骨化点，逐渐扩展，骨骺与骨干之间还有一层软骨板，叫做骺（板）软骨。骺软骨不断地产生新骨，使骨逐渐增长。直到25岁左右，骺软骨完全骨化，骨骺与骨干已融合在一起，骨就不再增长了。在骨的两端还留一层软骨，即关节软骨，有利于关节活动和负重。大骨节病时，软骨发生变性，坏死、通常形成下列的病变：

1. 如果发病于骨发育未成熟时期，骺软骨受到破坏（可形成囊腔或裂隙），骨骺过早骨化，使骨的生长停顿，管状骨长度不再增长。童年发病者四肢手足缩短尤较明显。

2. 关节软骨形成大小不等的溃疡，关节面不平滑，活动时摩擦较大；一部分软骨可脱落，变成关节游离体（“关节鼠”），妨碍关节运动。

3. 关节软骨的边缘，可发生异常增生和化骨，所以骨端粗大，在运动多的关节尤较明显。

【临床表现】本病早期常无明显症状，或由于病人年龄较小，对轻微症状未加注意。初发现的症状常是关节发紧或疼痛，活动易疲倦或不灵活。渐见关节粗大，以指（趾）关节比较最明显，踝、肘、膝、腕等关节均可粗大，呈对称性。指（趾）骨节常比正常者缩短。旧社会时期发病的，可能四肢骨很短（但头部、躯干基本上如常），形成身材畸形，解放后发病的已罕见这类情况。女性骨盆可能发育不良，少数可引起难产。

疾病逐渐进展，关节痛和伸屈不利日益加重。早晨起床后，需要磨蹭活动一番，才能

下地做事。走了较长的路或干体力劳动后，关节痛增重。在轻微损伤后或不知不觉中，可发生膝或肘关节被卡在屈曲位，活动后始能舒展，叫做交锁；以后还可以发生类似的关节交锁情况。这是关节软骨脱落成为关节游离体的表现。有时游离体可在关节浅部摸到，因此时出时没（又叫“关节鼠”）。当关节结构发生严重改变时，关节弯曲不能伸展而成畸形。

### 【诊断】

1. 儿童病人如病在早期，症状体征不明显，可借X线检查确诊（骨骺线早期变窄或消失，干骺端不整等）。

2. 成年病人可根据关节增粗疼痛、伸屈不利或畸形及X线检查（关节面不整，软骨下骨硬化，骨刺形成，骨端组织疏松不匀或有小囊腔等）诊断。

【预防】毛主席教导我们：“社会的财富是工人、农民和劳动知识分子自己创造的。只要这些人掌握了自己的命运，又有一条马克思列宁主义的路线，不是回避问题，而是用积极的态度去解决问题，任何人间的困难总是可以解决的。”关于大骨节病的病因，目前还缺乏全面的认识。在刘少奇的反革命修正主义路线干扰下，只靠少数人冷冷清清地去搞防治研究，没有获得显著的成绩。文化大革命以来，在毛主席的无产阶级革命路线指引下，进一步贯彻“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，各地工农兵和革命医务人员组织起来，与地方病进行斗争，对大骨节病也找到了某些有效的防治措施。

根据患区群众的普遍认识和医务人员的调查，认为大骨节病与饮水的水质不好有关。群众把本病和地方性甲状腺肿都看作“水土病”。在患区，饮用河沟水、浅井水或其他浅层水的人们发病率较高，饮用泉水、深井水者发病率低。因此，目前各患区都重视改良水质。有些地区，充分动员群众，发扬大寨的革命精神，在改造山地夺取粮食高产的同时，引泉入村，或凿深水井，或用草、木灰加砂过滤水改良饮用水的性质，并注意饮用水不受地面水污染。这些地区的大骨节病发病率已显著降低。

陕西省某些地区的调查研究结果提示，大骨节病可能与水中硫酸根含量低有关。用硫酸钠或稀硫酸治疗本病有一定的效果。在井底压上硫黄或含硫量较多的煤炭，提高饮用水中含硫量；或者食用锅巴盐（含硫酸根），或12%硫酸钠盐（88斤食盐加12斤硫酸钠）都有预防效果。这些说明本病可能与硫的代谢障碍有关。但是，目前对人体内硫的代谢规律还不够清楚，尚待继续深入研究。

此外，某些地方应用卤硷预防本病，如在饮水中加卤硷，把卤硷掺进馒头、窝窝头里等，也有一定的效果。

总的来看，结合修筑农田水利，改良水质，是目前比较普遍的预防措施。

### 【治疗】

1. 儿童病人 治疗应增强营养，注意粮食品种搭配。1%稀硫酸，每日5毫升饭后服，三个月为一疗程或内服卤硷（可掺入主食内），每日3~5克，三个月为一疗程。

2. 成年病人

（1）1%稀硫酸：每日6~10毫升，饭后服。三个月为一疗程。有胃病反酸者用硫酸钠，每日6.0克，分三次口服。

（2）卤硷：每日口服6.0克，三个月为一疗程。

（3）草木灰浸出液：每日3次，每次30~40毫升口服。30日为一疗程。（草木灰

浸出液制法：玉米杆、谷杆、麦杆、山草等的灰3斤，加水10斤，浸泡24小时，取上清液煮沸浓缩到2斤。）

(4) 具有风湿痛特点，即疼痛轻重与气温环境变化有关者，宜用祛风湿药，如土三七、小活络丹及草药穿山龙等。其中以土三七疗效较好，莖叶或根都可用。10%酊剂或12.5%糖浆剂，每次20~30毫升，每日二次饭后服，30日为一疗程。但本病往往病期长久，属于祖国医学的骨痹，因此宜同时滋补肝肾。例如采用下方：独活、苍朮、牛膝、续断、川芎、肉苁蓉、当归各2两，黄芪3两，杜仲、防风、五灵脂、红花、秦艽、茯苓各一两半，桂皮、干姜各1两，细辛3钱，研末制丸，每丸2钱，一日3丸。

(5) 关节痛用电刺激或新针疗法。

(6) 关节游离体宜行手术摘除。

### 地方性甲状腺肿

地方性甲状腺肿在祖国医学中称为瘰疬，是某些山区半山区的多发病之一。女性病人多于男性。

**【病因病理】** 甲状腺位于颈前气管的两侧，其峡部位于气管前面。它的生理功能是分泌甲状腺素，起促进代谢的氧化过程的作用。甲状腺素的重要原料是碘，甲状腺是体内碘代谢的主要组织。因饮食关系，血内含碘量时多时少，但甲状腺素分泌量比较稳定。这是因为神经内分泌系统，主要是垂体促甲状腺激素能起调节作用。当血内含碘较少时，此激素增多，增强甲状腺功能活动；当血内含碘较多时，此激素减少，甲状腺功能活动受抑制。

如果人体内较长时期缺乏碘，甲状腺除了增强功能活动，还会发生组织增生、腺体增大（代偿性增生肥大），以适应代谢氧化的需要。甲状腺普遍均匀增大者称为弥漫型甲状腺肿；一部分腺体增大，形成大小不等的结节，称为结节型甲状腺肿。

体内缺碘不外有两种情况：一是摄入碘不足，如饮食物中缺碘或胃肠道吸收碘少；另一是人体需要碘较多，如青春期、妊娠期等需要有较多的甲状腺素以促进代谢。

祖国医学文献中早有记载：“诸山水黑土中出泉流者，……常食令人作瘰病。”说明本病与水土有关。现在了解，主要是和饮食中缺碘有关。

#### 【预防】

1. 多发地区供应碘化食盐（食盐中加1/10000碘化钠（钾）），可降低发病率。
2. 改善水质，如凿深水井等。本病与大骨节病在不少地区分布相同，预防后者也要改善水质。因此病区应结合农业生产建设，大力改良饮用水，可同时预防这两种地方病。
3. 青年或妊娠期，如发现颈部增粗、甲状腺稍肿大，应多吃含碘食物如海带等，以防转变成本病。

**【诊断和鉴别诊断】** 诊断本病比较容易，为了准确，应注意下列几个问题：

1. 甲状腺肿与非甲状腺肿的区别 脖子粗大或颈前区有肿物，不一定是甲状腺肿大，有的可能是淋巴结肿大或其他肿物。甲状腺肿的特点是随吞咽动作而上下运动。因为甲状腺的包囊与气管筋膜相连，进行吞咽动作时喉结上下活动，甲状腺也随着活动，只是正常的甲状腺体积不大，外面看不出来。所以检查颈前肿物时，可用手指摸肿物（最好从病人后面用相并的四指轻托肿物），请病人吞咽，如肿物随着上下活动，则表示为甲状腺的

肿大或肿物。其他组织所发生的肿物，一般没有这个体征。

2. 甲状腺肿与甲状腺瘤的区别 甲状腺的肿大三种病理变化：（1）甲状腺肿，又分单纯性和功能亢进性；（2）甲状腺瘤，又分良性和恶性；（3）甲状腺炎，较少见。所以，在实际工作中常遇到结节型甲状腺肿与甲状腺瘤的鉴别问题。

甲状腺瘤比较多见，为单一结节，常发生于峡部（气管正前面），有的在侧叶内。腺瘤内部可液化，成为腺囊肿或囊腺瘤，触之较硬而有弹性（象乒乓球）。结节型甲状腺肿常发生于侧叶内，一般是多个结节，即使初步只触到一个结节，仔细触诊仍可感到腺体不平滑或硬度不一致。

甲状腺癌为恶性，发展快。起初多在一侧，可发展成两侧。肿块往往不大，质硬，表面不平，活动性差（因癌与周围组织粘连），易引起声音变粗或嘶哑（癌侵犯喉返神经）、呼吸困难或刺激性干咳（侵及气管）等，这些在甲状腺肿时很少见，特别是在早期不会出现的症状。癌发展后有颈部淋巴结转移，病人全身状态恶化。

3. 单纯性甲状腺肿与甲状腺功能亢进症的区别 地方性甲状腺肿属于单纯性。甲状腺功能亢进症是指甲状腺素分泌过多，引起代谢亢进和某些神经兴奋性过高的病症。

甲状腺功能亢进症的临床表现有：急躁易怒、失眠、多食、消瘦、出汗、心慌、脉数、手发颤抖等，甲状腺处常可听到血管杂音，可出现突眼征，血压常增高而脉压加大尤较明显，心脏可听及收缩期杂音、叩诊左心界扩大等。

【并发症】 甲状腺肿较大而病期长久者，因气管受压，可并发呼吸道病症，如慢性支气管炎、肺气肿等。

【治疗】 本病早期治疗简便有效。必须遵照毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，深入多发地区，宣传毛泽东思想，依靠当地人民群众，一方面积极做好预防工作，一方面普查病人，采取早期治疗的方针。

1. 新针疗法 从侧方向肿大的甲状腺组织中间，用毫针穿刺，基本上贯穿腺叶，但不可刺出对侧包囊（以免损伤气管等）。或刺突起的结节中心，也不可穿透到其他组织。出针后指压针刺点数分钟。注意不应刺甲状腺叶的上下两端，因该处血管较大。针刺后多可使甲状腺缩小，针刺1~3次即可。

2. 选用下列药物：（1）海藻或海带2两，水煎服或作副食用，一日一次。（2）黄药子4两，浸白酒1斤，泡5日以上，每次饮酒1两左右，每日2次，连用2周。（3）五海丸，每次1丸，每日服2~3次。（4）碘化钾10~15毫克，每日一次服。此药不应多用，否则可能造成继发性功能亢进症。每服2~3周应间歇2周后再用。

上述含碘药物可使甲状腺缩小、变硬，因血内含碘增多时可减少垂体分泌促甲状腺激素，从而抑制甲状腺增生。轻度弥漫型只用某一种药物即可。较大的弥漫型或轻度结节型可在针刺前或后配用药物，针刺前用碘可减少针刺出血的机会。

3. 手术 适应于较大的结节型，尤其是引起呼吸不畅或吞咽障碍者。因这种情况用上述针刺及药物疗法的效果常不满意，且结节型影响呼吸较明显，又有恶性变的可能。

### 钩端螺旋体病

本病也称“稻热病”，由钩端螺旋体引起的一种急性传染病。多发生于夏收夏种、秋

收秋种季节(6~11月)。病人多为青壮年,对农业生产影响较大。无产阶级文化大革命以来,在毛主席无产阶级卫生路线的光辉照耀下,群众性的防病治病运动正在深入开展,本病的防治工作取得了很大的成绩。

【病因病理】 病原体是钩端螺旋体,有多种型。对酸、漂白粉及一般消毒剂敏感,短时间即被杀灭。传染源主要是受感染的野鼠及病畜(猪、牛、羊、狗等),病人也可成为传染源。病原体不断随尿排出,当农民、渔民和饲养员等与疫水接触时,通过皮肤的轻微损伤侵入人体内而致病;也可经口、鼻、眼结膜进入人体内。食用污染的水或食物而感染者比较少见。

病原体侵入人体后,首先引起败血症,继而定位于内脏器官,主要损害肝、肾、毛细血管、肌肉等。损害肝脏可发生变性、坏死及肝肿大,肝内毛细胆管瘀胆,可出现黄疸。损害肾脏可发生肾曲管上皮变性坏死,使肾小管内有坏死细胞或红(白)细胞形成的管型,但肾小球基本正常,表现为尿少、尿闭、尿中有蛋白及管型。毛细血管受损害,可因毒素直接作用于血管壁,使血管通透性增加,表现为皮肤、内脏发生点状出血。损害肌肉,主要是腓肠肌,可发生肌纤维肿胀、变性、坏死和出血,表现为腓肠肌疼痛等。

【临床表现】 潜伏期4~20日,平均约为10日。本病轻者似上呼吸道感染,重者可出现昏迷、肾功能不全。临床上常分为五型:

1. 黄疸出血型 可分三期:

(1) 发热期或败血症期:起病急,畏寒、高热可达38~40°C,头痛,全身及四肢酸痛,尤以腓肠肌痛和压痛为显著。查体可见颜面潮红、眼结膜充血、表浅淋巴结、尤以腹股沟淋巴结肿大压痛为明显,肝肿大,尿少。少数病人皮肤及粘膜在发热期可有小出血点或出血斑,或出现谵妄。发热持续3~10日渐退。不少病人在发热的第4~5日或在热退后出现黄疸。无黄疸型或轻症病人则不进入黄疸期。

(2) 黄疸期:主要症状为黄疸及出血。黄疸出现后逐渐加深,常伴有皮肤搔痒,肝肿大、中等硬、有压痛。严重肝损害时可出现肝昏迷。出血常表现为咯血、鼻衄、呕血、齿龈出血、血尿、便血等。少数病人可同时伴有尿少、尿闭及尿毒症等,使病情更加严重。此期应和黄疸型传染性肝炎、急性肝坏死及肝胆道感染相鉴别。

(3) 恢复期:经2周左右,黄疸渐消退,神志逐渐恢复正常,尿量增多,出血停止。此期约持续1~2周左右。个别严重病人常需2~3个月才完全恢复。

2. 流感伤寒型 主要表现为发热、剧烈头痛、肌肉酸痛(以腓肠肌最明显)、眼结膜充血、咳嗽等。一般病情较轻,无黄疸出现,也无中枢神经系统症状,须与流感、伤寒相鉴别。

3. 脑膜脑炎型 表现为剧烈头痛、烦躁不安、嗜睡等症状。体检可见锥体束征及脑膜刺激征。

4. 肺出血型 咳嗽、咯血、胸闷和肺部罗音为主要临床表现。多数病人有低热,初期病情轻,以后病情可突然加剧,咳嗽加重,发生大咯血,甚至引起窒息。

5. 肾功能不全型 表现早期尿少、尿闭或酸中毒等。

本病常可观察到第二次发热,甚至第三次发热。第二次发热常出现在第一次发热下降后的1~5日,热度一般不超过39°C,伴有症状的复发,但较轻。部分病例的第二次发热是在持续使用抗菌素时发生的,发热持续1~3日,可能与免疫形成后的过敏反应有关。

第三次发热多见于恢复期时，为期3~5日，也伴有症状的重现，可能是复发所致。

本病查血可见轻度贫血及白细胞增多，约10000~15000/立方毫米，中性白细胞增多。如有严重出血时，红细胞和血红蛋白明显减少。

#### 【预防】

1. 开展群众性的捕鼠运动，加强家畜卫生管理。猪也是传染源，要实行圈养。
2. 保护水源不被病畜排泄物污染，不在污染的池塘洗衣或游泳；水田中结合施肥用草木灰、石灰、农药等改变水质，消灭病原体。
3. 目前我国制成含有五种常见菌型多价疫苗，对严重流行区的居民或无免疫力的外来人员进行注射，有一定的预防效果。
4. 在流行期可口服中药：紫珠草、马鞭草各4~5钱，水煎服，每日一剂。在接触疫水期内，可用滑石6钱、甘草1钱、银花、连翘、贯众各5钱，水煎服，每日一剂。

#### 【治疗】

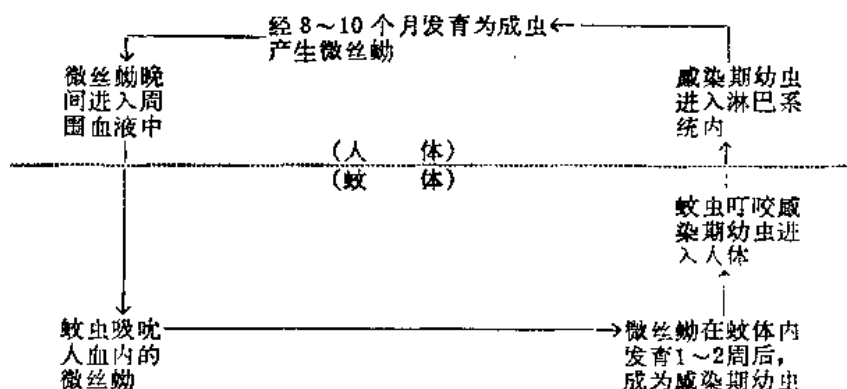
1. 抗菌药 应早期应用。首选药物为青霉素，成人每次40~60万单位，每日2~4次，肌注。病情严重时，剂量应加大，还需考虑加用链霉素或金霉素。退热后上述剂量减半，维持3日。其他抗菌素如链霉素、金霉素等均有一定效果。
2. 对症治疗 如对黄疸出血型，基本上可按重症肝炎病人处理，如输液、补充葡萄糖、维生素丙等。有出血倾向时，应及早用止血药，并防止窒息、缺氧、失血等，可给予氧气吸入。如肺出血型，要防止大量出血，须卧床休息，给予镇静药，如水合氯醛、氯丙嗪或苯巴比妥等。并根据情况给予输液、输血等。对脑膜脑炎型，可酌用肾上腺皮质激素，头痛重时可用高渗葡萄糖液静注。昏迷病人应加强护理，鼻饲饮食。
3. 中药治疗 (1) 土茯苓1两、甘草3钱，水煎服，每日一剂。病情较重、体质较好者，土茯苓可加量至2两，并可酌情加黄芩、防己、茵陈、泽泻。(2) 银花、连翘、芦根、白茅根各1两、黄芩6钱、栀子5钱、淡竹叶（或竹叶心）、藿香（或佩兰）各4钱，通草3钱，水煎服。每剂煎3次，分6次服，每4小时一次。热退后，分4次服，每6小时一次。

## 丝 虫 病

丝虫病是丝虫寄生在人体淋巴系统内引起的一种寄生虫病。见于长江流域及长江以南地区。

【病因】 丝虫寄生在人体淋巴系统内。成虫雌雄异体，常结在一起，交配后产出微丝蚴。微丝蚴白天多在肺毛细血管内，晚间随血流出现在周围血液中。如此时蚊虫吸吮含微丝蚴的人血，在蚊体内经两次脱皮发育成感染期幼虫。当蚊虫再叮咬人体时，幼虫进入人体，随血流至淋巴管及淋巴结，多数被消灭，部分在淋巴管内经8~10个月发育为成虫。参阅下表。由于成虫在淋巴系统内的代谢产物或成虫死亡时分解的物质，可引起淋巴管炎、淋巴结炎及阻塞等产生一系列症状。

在流行地区约有50~70%的“无症状”的感染者。



### 【临床表现】

1. 急性期 主要由丝虫及其代谢产物刺激淋巴组织引起炎症。

(1) 肢体淋巴管炎、淋巴结炎：常先有恶寒，随即发热，多在  $38\sim 39^{\circ}\text{C}$  之间。病变多数出现在下肢，有的可在上肢。表现为肢体内侧皮肤出现红线和成片的皮肤红肿（皮肤毛细淋巴管炎），自下而上地移动，俗称流火。一般发作 3~5 日后自退，但同一肢体可反复发作。

(2) 丝虫病：实际为深部淋巴组织发炎，体表不易发现，因此只有恶寒、发热，症状类似疟疾。

(3) 精索淋巴管炎：发作是精索部位及阴囊疼痛，可触到精索增粗、压痛，阴囊红肿，或并有鞘膜积液。

急性期丝虫性淋巴管炎可并有链球菌感染，出现恶寒、发热和局部皮肤红肿等，比单纯丝虫病时严重。

2. 慢性期 主要是由丝虫阻塞淋巴结或淋巴管引起淋巴液回流障碍的变化，可自然发生，也可在用海群生后出现。

(1) 生殖系淋巴管阻塞：多见于男性，个别见于女性。①鞘膜积液，液体多为淋巴液，也可含乳糜，其中又常可找到微丝蚴。②精索淋巴管曲张，触诊与精索静脉曲张相似，穿刺可见淋巴液。③附睾结节和输精管结节形成。④淋巴阴囊或阴囊象皮肿。偶见阴唇象皮肿。⑤腹股沟淋巴管曲张，触诊如海绵状，其中有硬结。

(2) 象皮肿（病）：多见于下肢。前期常有“流火”反复发作。后期肢体尤其是小腿和足明显肿胀，指压无明显凹陷性，皮肤变粗和有角刺（如疣），俗称大脚疯。可继发细菌感染，形成慢性溃疡。

(3) 乳糜尿和乳糜腹：腹主动脉近旁淋巴结或淋巴管堵塞，乳糜从肾盂排出成为乳糜尿或乳糜血尿。乳糜内含大量脂肪和蛋白质，浓度高者在膀胱内或尿器内可凝结成块。胸导管被堵塞时，出现乳糜腹，表现有腹水的体征。有时可形成乳糜胸，表现有胸腔积液的体征。穿刺可以证明。由于病人丢失大量营养物质，身体可受影响。

诊断丝虫病的重要依据，是在血液中找到微丝蚴。一般在晚间取血检查。

### 【预防】

1. 认真开展普查普治工作。无症状的丝虫感染者是主要传染源，只有通过普查工作，才能及时普治。通过无产阶级文化大革命，遵照我们伟大领袖毛主席“把医疗卫生工

作的重点放到农村去”的光辉指示，当前一场消灭丝虫病的群众运动，正在蓬勃开展。要完成普查普治工作，应做到以下几点：

(1) 组织一批文教卫生干部、赤脚医生和卫生员相结合的防治队伍。

(2) 深入实际，抓好典型，有力地推动普查普治工作。充分发挥业务部门的积极作用，做好名册、器材、设备等方面的准备工作，要做到标本不弄错，器材、设备不损坏。并抓住先进和典型，推动整个普查普治工作。

(3) 做好普查采血工作。这项工作面很广，工作量大，既不能掉以轻心，又不能畏难而退。必须广泛深入地做好宣传教育，把群众真正发动起来，使普查普治工作形成一个轰轰烈烈的群众运动。

(4) 经过普查普治之后，每经过一定时间，还需再行复查复治，直至完全消灭丝虫病为止。

2. 灭蚊、防蚊及处理孳生地，切断传播途径，也是消灭丝虫病中的一项重要工作。必须结合开展群众性以除害灭病为中心的爱国卫生运动，杜绝本病的流行。

#### 【治疗】

1. 海群生 用于杀灭微丝蚴，对成虫也有一定的效果。常用方法有：

(1) 3日疗法：每日1克，连服3日。适合于大规模防治用。但药物反应较重，须特别注意。

(2) 7日疗法：每次0.2克，每日3次；小儿按6毫克/公斤/日计算，分3次服，7日为一疗程。

服用海群生的副作用和注意事项有：头痛、无力、关节痛、恶心及呕吐较常见；畏寒、发热、皮疹、支气管哮喘和淋巴结肿大等过敏反应，系由大量幼虫和成虫死后释出异性蛋白所致，多不妨碍治疗，可并用抗过敏药物；成虫死后可引起局部淋巴结肿大、淋巴管炎，多在用药10~14日后出现，数日后可自行消退。

2. 海群生(0.05克)与卡巴肿(0.5克)联合治疗，连用10日，每日各2次，口服。

#### 3. 一般疗法

(1) 急性期应卧床休息，患肢固定或抬高，局部冷敷，酌情服用止痛解热药物。

(2) 急性淋巴管炎时，可口服强的松10毫克，每日3次，连服2~3日。

(3) 乳糜尿时，应少食脂肪，多饮水，及时排尿，以免凝结成块。

(4) 慢性期局部抵抗力低，易继发感染，可用抗菌药物预防及治疗。

4. 新针疗法 多于淋巴结炎、淋巴管炎时应用。可针刺足三里、下巨虚、阴陵泉及三阴交，强刺激手法，留针15分钟，每日一次。

#### 5. 中草药治疗

(1) “无症状”的丝虫病病人可用马鞭草6钱、苏叶5钱、青蒿4钱，水煎服。7~10日为一疗程。1~10岁按成人1/3量，11~15岁按成人1/2量服用。少数病人可有轻度头昏、恶心及腹痛，不需特殊处理。

(2) 淋巴结炎、淋巴管炎时，可用威灵仙5钱，红糖2两，白酒少许，水煎服，每日一次，空腹时服，连服2日。

(3) 有乳糜尿时，可用：①金樱子根5钱、黄毛耳草1两、贯众、车前草各3钱，

水煎服，每日一剂，连服10~14日。有血尿可加桃树根、算盘子根各1两、白前草5钱；妇女有血尿可加地茄子1两；白带多可加星宿菜3钱；小便疼痛加黄蘗木4钱；腰酸加革薢2钱；体弱者加六金荣5钱。②爵床草2两、地锦草、龙泉草各2两，车前草1.5两、小号野花生、狗肝菜各1两（狗肝菜必选）。每日一剂，水煎服，连服3个月。疗程越长，复发机会越少。③水蜈蚣草（干的根茎）、桂圆（或黑枣）各2两，水煎服，每日一剂，当茶饮，连服15日。④荠菜4两至1斤，连根洗净，水煎服，每日一剂。⑤糯稻根2两，荠菜花4钱，水煎服，每日一剂。

（4）有象皮肿时，可用：①早期用活血消肿法，六月霜（刘寄奴）2两（鲜品加倍），小火煎，每日一剂，连服10~15日。②核桃树叶2两、石打穿1两，鸡蛋3个，用前两味药煮鸡蛋，待蛋熟后剥去壳、捣洞，继续煮至鸡蛋发黑为止。每晨吃鸡蛋3个，14日为一疗程，如未愈可继续服用。用药期间，用白果树叶每日煎水熏洗1~2次。

6. 某些慢性丝虫病如象皮肿、鞘膜积液等可行手术治疗。

## 波 状 热

本病是由波状热杆菌（旧名布氏杆菌）引起的一种全身性传染病（旧名布氏杆菌病）。传染源是病羊、牛、猪，人虽也可作为传染源，但机会较少。在我国传播本病的主要是病羊。动物感染后的主要症状是流产。直接接触病羊等的粪、尿及流产物是造成传染本病的主要方式。接触被污染的皮毛或食用未经消毒的病畜的乳、肉也可以感染。常见于牧民、兽医或屠宰业工人等。本病主要分布于牧区。人多在羊产羔后1~2个月即春季发病。

【病因病理】波状热杆菌为固紫染色阴性杆菌，对光、热及一般消毒剂的抵抗力弱，但在潮湿土壤可生存两个月以上。

病菌经皮肤或胃肠道侵入人体后，沿淋巴管扩散，在胃肠道的淋巴结中繁殖，继而进入血液遍及全身，一切脏器均可受累，在肝、脾、骨髓、淋巴结等网状内皮组织内繁殖，引起肝、脾及淋巴结肿大。由于病菌又从网状内皮组织不断进入血流，可反复出现菌血症。关节、神经根、睾丸、附睾等也常可发生炎症。

【临床表现】潜伏期约为2周。可分三期：

1. 急性期 病程在3个月以内。起病多缓慢，表现发热、畏寒、乏力、头痛、肌肉痛、大关节游走性疼痛，并常见坐骨神经和腰骶部神经痛，出大汗。肝、脾、淋巴结肿大。发热多呈波状热型，即发热持续2周左右后，体温降至正常，经数日到数周的间歇期，体温再度上升，症状随之加重。热型也可是弛张型、不规则型、持续低热或脓毒败血症型等。也可出现睾丸炎、附睾炎及鞘膜积液等。有些病人经2~3次波状发热后，转为亚急性期。

2. 亚急性期 发病3~6个月为亚急性期。亚急性期是急性期的延续，在症状严重程度有所缓和，由典型高热、寒战向低热转变，但某些局部损害更为明显，如关节炎、滑囊炎、周围神经炎、皮下脓肿等。多次反复后转为慢性。

3. 慢性期 发病6个月以后为慢性期。本期已无发热或有不典型的微热，主要表现为各器官受损害症状，常见固定性关节痛，部分病例遗留关节强直、挛缩和行动受限等。无慢性消耗病容，食欲正常，但自诉症状多，如头昏、胸闷、目眩、耳鸣，睾丸下坠、潮

湿、发凉等，不可误认为神经官能症。

**【诊断】** 根据病人有接触史，出现反复的发热、出汗、关节痛、神经痛、肝脾肿大及生殖系统改变，可以初步诊断本病。某些病例无明显急性期症状（多数是受牛、猪波状热感染所致），可酌情做以下化验检查：（1）血象：白细胞总数正常或偏低，分类中淋巴细胞相对增多。（2）波状热凝集反应。（3）血及骨髓培养细菌。（4）皮内变态反应试验：在前臂皮内注射 0.1 毫升（1:2000）波状热杆菌素，经 24~48 小时，局部红肿范围达 2×2 厘米以上者，即为阳性，表示病人感染过本病或正患本病。

本病应与长期发热的疾病如伤寒、风湿病、结核病等鉴别，主要根据流行地区接触史以及关节、神经、肌肉疼痛，以及血清凝集试验等。

**【预防】** 充分发动群众，结合农牧业生产，同畜牧兽医部门合作，控制传染源（主要是病羊），切断传染途径，以及做好预防接种工作，增强人和畜的免疫力，波状热病的发生和流行是可以得到控制的。

1. 加强牲畜检疫，早期发现并正确处理病羊对于控制畜间和人间疫情的流行十分重要。要和兽医、防疫部门一起，每年检疫牲畜（羊、牛）一次，早期发现、隔离和治疗病畜。对牲畜普遍进行菌苗预防接种，增强牲畜的免疫力。我国创用畜群气雾和饮水人工免疫，有较好的免疫效果。

2. 加强预防波状热的宣传工作，使牧区广大群众认识它的危害性。因地制宜地制定防疫措施，切断传染途径，控制发病、流行。河南省原阳县祝楼公社阎庄大队原来是一个波状热的流行区。这个大队的革委会带领广大群众，开展群防群治波状热的群众运动，实行“六要七不要”的防疫措施。“六要”：羊圈要勤清扫，勤垫土，专人管理，定期消毒；羊流产物要深埋；流产母羊要隔离一个月；放羊回家要洗手；新羊入群要检疫；剪羊毛后要消毒。“七不要”：不买卖病羊；不吃病死羊羔肉；不喝流产母羊奶；不住家牵自留羊；羊圈不要设在村里；没事不到羊圈去；教育儿童不玩羊。并发挥群众智慧，用灶炕热灰、碱水、生石灰等土办法杀灭病菌。由于他们认真贯彻执行“预防为主”的方针，经过一年奋战，有效地控制了波状热的流行。

3. 菌苗预防接种，增强人的免疫力，减少发病。接种时间一般在羊产羔的旺季前 2~4 个月进行。可用气雾免疫方法进行人群免疫。

#### **【治疗】**

1. 急性期及亚急性期须合理应用抗菌药，以控制病情进展。但因本病致病菌为细胞内寄生，疗程要长，并要反复用药。目前认为两种抗菌素同时应用效果较好，如四环素（或土霉素）与链霉素合用，四环素成人每日 2 克，分 4 次服；链霉素每日 1~2 克，分 1~2 次肌注。2~3 周为一疗程。进行 2~3 个疗程，疗程之间间隔为一周。

2. 菌苗疗法 适用于治疗慢性病人，具体用法见制品说明。

#### **3. 中药治疗**

（1）急性期：治宜清热利湿。如用黄芩 4 钱、薏米 5 钱、竹叶 5 钱、杏仁 2 钱、连翘 3 钱、滑石 4 钱、通草 1 钱，水煎服。

（2）亚急性期：治宜祛风、活血、利湿。可用银花 4 钱、连翘 3 钱、当归 3 钱、赤芍 3 钱、丹皮 3 钱、生地 4 钱、桃仁 3 钱、红花 2 钱、黄芩 3 钱、知母 2 钱、薏米 5 钱、蝉退 3 钱、甘草 1 钱，水煎服。

(3) 慢性期：治宜祛风通络养血，可用五痹汤（黄芪6钱、木瓜3钱、防风2钱、桑寄生4钱、桂枝1钱、红花1.5钱、当归3钱）。

(4) 验方：①雄黄一两，大蒜六十瓣。将雄黄研成细末，大蒜捣烂，配制成60丸，每次一粒，一日三次，连服20天为一疗程。治疗亚急性及慢性波状热的后遗症疗效较好。②柳枝、大枣、桑枝、羊角棘、小麦、牛筋草、黑豆各1两，五加皮、地黄各3钱，丝瓜络、红花各2钱，枸杞子、槐枝各5钱。用水3,000毫升，煎至1,000毫升，每次100毫升，早、晚分服，用于亚急性波状热的治疗。③苍朮、甘草、五味子各4钱，桂枝3钱，干地黄、浮小麦、棉花根各1两，大枣4个，每天一剂水煎服。10天为一疗程。此方对慢性波状热的治疗收到了良效。

4. 针灸理疗 (1) 新针疗法：适用于各期关节痛，在患部附近取穴。(2) 灸法：适用于慢性期关节痛或肌肉呈虚寒痛。发热病人禁用。此外尚有穴位注射、拔罐、电针及蜡疗等理疗。

## 包虫病

包虫病是由狗绦虫（细粒棘球绦虫）的幼虫（又称包虫或棘球蚴）所引起的慢性寄生虫病。多流行北方牧区。终宿主主要是狗。中间宿主主要是羊，也可以是马、牛、猪等，人可成为中间宿主而得病。

【病因病理】 狗绦虫寄生在狗的小肠内，很细小（长仅2~6毫米），但数量很多。其虫卵随狗粪排出，可污染草料等。羊吞食了狗绦虫的虫卵，虫卵经胃肠消化液的作用，幼虫即脱壳而出，并侵入肠管静脉血流，经门静脉到达肝内，部份到达肺、脑等处，形成包虫囊的病变。狗吃了有包虫病的羊内脏，包虫囊内的幼虫即可在狗肠内发育成绦虫成虫。这就是狗绦虫在动物体寄生的生活史。

如果人吞食了狗绦虫的虫卵，就会发生包虫病。包虫囊大多数形成在肝脏（占2/3以上），其次在肺，其他如脑、肾等少见。

包虫囊形成的过程较慢，肝包虫囊常要经过一年至几年才出现症状。幼虫在肝脏寄生引起局部炎症反应，一般不影响肝功能。但是由于包虫囊内有繁殖能力，囊逐渐增大，容积可达数百至数千毫升，形成肝脏巨大囊肿。包囊为肝组织形成的纤维膜包裹；囊的外层肉眼看如粉皮或熟蛋白，容易与肝纤维膜分离；囊的内层有生长繁殖能力，可形成无数小囊，小囊也能生长繁殖；囊内为透明液体，有时被胆汁染成黄色。有些病例肝脏包虫囊向外生长，可形成巨大的腹腔包虫囊。肺包虫囊，生长较快，但不如肝包虫囊巨大，可破入支气管。

### 【临床表现和诊断】

1. 肝包虫病 多在肝右叶，约占85%左右。早期多无自觉症状。当包虫囊增大时，可发现上腹部有肿块，局部有闷胀感。查体：触诊多可发现肝脏明显肿大，表面光滑，有囊性感，无压痛，如包虫囊向膈面隆起，则肝下缘可能轻度肿大。如包虫囊扩散到腹腔，则腹腔形成巨大囊肿。叩诊可有震颤感。

2. 肺包虫病 可引起咳嗽、咯痰等。胸透可见圆形囊肿，单个右下叶多见。少数肺包虫囊破入支气管后，囊液被咯出可自愈。但易发生细菌感染，出现肺化脓症的症状。

3. 脑包虫病 少见。多见于儿童。可引起癫痫发作及颅内压增高的症状。

不论肝、肺及脑包虫病，嗜酸性白细胞常见增多，一般不超过10%，但也偶有高达70%者。当包虫囊破裂后可见嗜酸性白细胞明显增多。

应注意肝包虫囊肿不可作穿刺。如有条件，可作包虫病皮内试验，有诊断价值。以包虫囊液抗原0.1毫升注于前臂皮内，15分钟观察结果。阳性是指注射局部呈红色丘疹，并有伪足出现，此为快速反应，很快消退；约12~24小时后常继以皮下红肿及硬块，此为延迟反应，持续1~3日后消退。

#### 【并发症】

1. 囊肿穿破 多因外伤或穿刺后发生。囊肿穿破后，大量包囊内容物（内含幼虫）进入腹腔，引起剧烈腹痛，伴有休克，随后有发热、荨麻疹及搔痒等，主要由过敏反应所致。偶见囊肿穿破入肝内胆管，因破碎囊皮阻塞胆道可有胆绞痛及黄疸等表现。

2. 细菌感染 肝包虫可并发感染，细菌多来自胆道，可引起发热、黄疸、肝区压痛等。

#### 【防治】

1. 对牧区群众进行有关本病的常识宣传，使群众重视对本病的预防。
2. 应设法发现和处理病狗、羊、牛等。内脏要深埋，勿使猪狗等吞吃，病狗捕杀深埋。
3. 注意饮食卫生，尤其牧区，改变生食习惯，注意食具清洁。
4. 在流行区内不要玩狗。
5. 肝或肺的包虫病可行手术摘除。

## 第六章 内外科病症

### 咳嗽与咯痰

#### 一、咳嗽与咯痰是怎样发生的？

咳嗽是一种保护性反射动作，主要是迷走神经感觉纤维受到刺激，传入延脑咳嗽中枢所引起的，起着排除呼吸道有害物质的作用。迷走神经感觉纤维分布较广，从头部直到腹部均有它们的分布。但引起咳嗽的刺激，绝大多数是从喉、气管支气管、肺以及胸膜的病变发生的。大脑通过对咳嗽中枢、迷走神经和呼吸肌的影响，对咳嗽也起一定的作用。

痰是从气管内咯出的分泌物。正常时，气管支气管的粘膜经常地分泌少量粘液，起保护作用。当气管支气管因炎症等病变而分泌增多时，或者肺泡因病有渗出时，就形成各种性质的痰。痰是引起咳嗽的多见因素，咳嗽常伴有咯痰。但咳嗽也可不咯痰（干咳）。咳嗽的常见疾病如下：

1. 咽喉疾病如喉炎、白喉、咽炎、扁桃体炎。
2. 气管、支气管疾病如支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张症、百日咳、气管或支气管异物等。
3. 肺疾病如肺结核、肺炎、肺脓肿、肺癌、肺水肿等。
4. 胸膜疾病如胸膜炎、胸膜外伤等。
5. 心脏病如心功能不全引起肺充血、郁血。

祖国医学认为，“肺为咳”，肺气上逆或不宜畅就发生咳嗽，但咳嗽的原因还涉及脾和肾两脏。关于咳嗽的病因可分为两类：

1. 外感咳嗽（1）外感风寒或风热，病邪束缚肌表，肺气不宜而引起咳嗽。相当于急性呼吸道感染。（2）感受燥气，气道干燥，肺部失润，痰液凝结，引起咳嗽。见于秋季或环境干燥时，病人多数原有慢性呼吸道炎症。

2. 内伤咳嗽（1）肺热，有的是外感后引起的，有的是内脏郁热上炎伤肺，肺气不能宣发而发生咳嗽。多见于肺的感染。（2）痰湿，多因脾胃虚弱，痰浊阻塞肺络，引起咳嗽。多见于慢性呼吸道炎症。（3）肺虚，常并有肾虚，肺气不能正常升降，也可引起咳嗽。见于慢性呼吸道炎症病久体弱者。

#### 二、诊断要点

诊断咳嗽咯痰的疾病时，要了解咳嗽和咯痰的性状，询问过去病史和发病诱因，咳嗽咯痰所伴有的其他症状，注意病人年龄、体质和各系统器官的体征。必要时可进行X线检查、化验等。

咳嗽和咯痰的性状常可反映某些病变的情况。例如：阵发性咳嗽表示支气管平滑肌痉挛，如百日咳、支气管哮喘；或者表示支气管内有痰潴留，如慢性支气管炎或支气管扩张症晨起时常发生一阵子咳嗽，咯出痰后就可缓解。刺激性咳嗽表示病变刺激性强，屡次用力咳嗽，但喉部仍觉不爽快，如急性喉炎、急性支气管炎、气管异物、肺癌侵及较大的支气管时。干咳或咯痰极少，多表示咽喉、胸膜的病变，一部分支气管和肺的病变、支气管

内无痰时也可发生干咳。咯粘液痰表示支气管有一般的急、慢性炎症。咯脓性痰表示支气管或肺有化脓性感染。如果脓痰中含有多量脓细胞和坏死组织，痰液放在玻璃瓶内静置后，可以分层，上面为泡沫与稀痰，底层为稠脓。咯较多的泡沫痰，多表示肺泡有渗出。血痰表示支气管或肺出血。如果所出的血液在肺内受细菌等作用，血红蛋白变质，咯出时就呈铁锈色或酱色。

咳嗽的常见疾病因主要病变的部位不同，临床表现各有特点。

1. 咽喉部疾病 (1) 呼吸出声响，吸气时呼吸困难较显著。(2) 刺激性咳嗽，干咳或痰很少。喉炎时咳嗽呈特殊的“打空腔”声，语声变哑。(3) 咽充血或扁桃体红肿等。

2. 气管和支气管疾病 (1) 咳嗽多数和受风寒、受烟或粉尘、闻刺激性气味等有关。(2) 急性炎症时咳嗽重，痰少或无痰，发热恶寒。慢性炎症时，一般有咳嗽、咯痰，有的咯脓痰，低热或无热。(3) 呼吸比较气粗和费力。一部分可呈现呼气困难，哮喘发作时尤其明显。(4) 肺部呈现粗糙的呼吸音或罗音。如果不并有肺和胸膜的改变，叩诊无异常，呼吸音不减弱。但慢性支气管炎、支气管哮喘等可引起肺气肿，支气管扩张症可引起肺改变。

3. 肺疾病 (1) 急性炎症的初期高热比较更为突出，有刺激性咳嗽，痰往往较少。肺结核常有午后潮热，夜间盗汗等。肺病多数可使全身较快的消耗，或引起中毒。(2) 咯痰常带有血液。大叶性肺炎时可咯铁锈色痰，肺结核时常见血丝痰或可发生大咯血，肺脓肿时可咯脓痰，肺癌时也可咯血痰。(3) 肺的急、慢性炎症常可引起胸痛，与炎症波及胸膜有关。肺气肿往往觉胸胀。此外，不少的肺病有胸内发热感。(4) 病变部位叩诊多呈浊音或实音。听诊呼吸音常减弱，或还有罗音、支气管呼吸音等。但肺气肿叩诊为鼓音，听诊呈呼气延长。

4. 胸膜疾病 (1) 干咳。(2) 胸痛，深呼吸或咳嗽时加重。(3) 呈现胸膜摩擦音，或者叩诊浊音、呼吸音减弱等。

5. 心脏疾病 咳嗽，气短，气喘，咯泡沫状稀痰、粉红色泡沫痰或咯血，有心功能不全的其他表现。

对于咳嗽和咯痰的辨证，要辨别表里、寒热、虚实。急性发病，咳嗽并有恶寒发热、头痛、咽痛、鼻塞流涕等，咯痰少或不咯痰，脉浮苔薄，一般为表证，见于急性呼吸道感染初期。咳嗽并有胸痛、呼吸困难、二便改变等，咯痰多或有脓、血，脉弦、滑、沉、细等，均属于里证。辨寒热主要根据咯痰颜色和稀稠、对冷热的反应、二便改变情况、有无口渴、舌苔变化等。辨虚实主要根据体质强弱、有无虚汗与盗汗、脉有力与无力等。

### 三、治疗要点

咳嗽是疾病的一项症状，而且具有祛痰等清除呼吸道作用。当然，咳嗽又会增加病人痛苦。频繁的咳嗽因气管支气管不断强烈收缩，局部的炎症不易好转，还可加重咯血或其他一些病变。所以，治疗咳嗽一般以治疗疾病为主，但有时须先作对症处理。不同病因的咳嗽疾病，要用不同的方法治疗。例如：由于感染引起的宜用抗感染疗法，肺癌则用手术、放射线和抗癌药物。

在治疗咳嗽的疾病时，有几种共同性的疗法常被采用，介绍如下：

1. 针灸：有止咳祛痰作用。一般取主穴天突、丰隆，配穴喘息、膻中、内关、列缺等。慢性咳嗽宜用三棱针刺膻中，深达胸骨表面，上下左右划动；或者在膻中作埋线或割

治。但虚证者应改用灸法。

2. 应用祛痰药 选用氯化铵(0.3~0.6克)、远志糖浆(5~10毫升)、咳停片(2~3片)、去咳片(愈创木酚甘油醚0.2克)、敌咳(5~10毫升)等每日3次。这类药可使痰液变稀,容易咯出,适用于咳嗽痰粘稠者,痰液排出后咳嗽可减轻。

3. 应用镇咳药 选用咳必清(妥克拉司12.5~25毫克)、咳美芬(10~20毫克)、退咳(50~100毫克)、磷酸可待因(30毫克)等每日3次。这类药可能抑制咳嗽中枢,减轻咳嗽,适用于刺激性干咳或大咯血时,不应当用于痰多的咳嗽。

4. 应用中药方剂 根据辨证施治原则用药,例如:

(1) 外感风寒:证见发热恶寒、头痛、鼻塞、咳嗽、无汗、全身酸痛、舌苔薄白、脉浮紧。宜疏风散寒宣肺,可用麻黄2钱、杏仁3钱、甘草1钱、荆芥2钱、前胡2钱、桔梗2钱,气短加苏子2钱,胸闷加陈皮2钱,痰多加半夏3钱。

(2) 外感风热:证见发热、咽痛、咳嗽、痰稠色黄、口干、舌苔薄黄、脉浮数。宜疏风清热宣肺,可用桑菊饮或银翘散,或桑皮4钱、黄芩3钱、杏仁3钱、贝母3钱、枇杷叶3钱,热甚加石膏6钱,胸闷加枳壳1.5钱、瓜蒌2钱。

(3) 燥热:证见干咳或咳嗽痰少、鼻燥、咽干、喉痛、胸痛、身热无汗、舌红苔黄、脉细数。宜清肺润燥,可用甜杏仁2钱、瓜蒌仁3钱、麦冬3钱、桑白皮3钱、百合4钱,咯血丝加茅根1两。

(4) 肺热:证见咳嗽气促、痰稠黄、口渴、舌干苔黄、脉弦数。宜清肺降火,可用桑白皮4钱、地骨皮4钱、甘草1.5钱、知母3钱、天花粉3钱、山梔3钱,热甚加鱼腥草1两,咯血痰加生地4钱、侧柏叶4钱。

(5) 痰湿:证见咳嗽、痰多色白易咯、胸闷、食欲不振、舌苔白腻、脉濡或滑。宜燥湿化痰,可用橘红丸,或半夏3钱、陈皮2钱、杏仁3钱、白前2钱、茯苓3钱、甘草2钱。

(6) 肺虚:证见久咳、气短、自汗、口渴、无力、手足心热、脉无力。宜益气养阴,可用生脉散(党参4钱、麦冬4钱、五味子1钱)。

## 哮喘

哮喘是指呼吸急促费力、感觉气不够用、同时发出声调较尖的哮喘音。广义的哮喘包括心脏性哮喘(左心功能不全时)。狭义的哮喘是指支气管哮喘,但又常把哮喘性支气管炎也包括在内(也就是俗称的气急病、气喘病等)。以下叙述的是狭义的哮喘。

【病因病理】哮喘是一种变态反应性病症,因人体对某种刺激发生过敏引起。祖国医学早已发现“哮”与气温、饮食或接触其他物质有关,并将哮喘分为寒哮、热哮、糖哮、咸哮等。现在了解,哮喘不仅可由外界的过敏原,如风寒、花粉、烟尘、药物、饮食物等引起,而且可由体内感染、特别是呼吸道感染病菌或产物引起。引起哮喘的因素绝大多数是人们经常接触的东西,它们所以会变成过敏原,根本的原因还是在病人体质方面。例如:哮喘病儿常有婴儿湿疹(奶癣)、佝偻病、百日咳或反复的呼吸道其他感染的过去史。成人的哮喘常在慢性呼吸道炎症的基础上发生。产后体弱并有呼吸道感染时也较易发生哮喘。

哮喘的主要病理变化是:小支气管平滑肌痉挛,粘膜充血和分泌物增加,管腔狭小,

通气发生障碍。

一般认为,支气管哮喘初期,只在哮喘发作期间支气管的变化比较显著,间歇期间基本上恢复正常。多次反复发作,可使支气管形成慢性炎症,并可形成肺气肿。病久则与哮喘性支气管炎的病理变化大致相同,即小支气管有炎症,分泌增多,管壁发生肥厚或疤痕纤维化。到了这个阶段,支气管哮喘和哮喘性支气管炎就不易区别了。

祖国医学认为,哮喘多由肺脏痰因气升、气因痰阻,但病之本常在脾肾。脾虚痰壅,可阻塞肺络气道;肾虚不能纳气,肺气失降,都可发生哮喘。临床上,对支气管哮喘可用清宣肺脏调补脾肾的方法治疗。

#### 【临床表现和诊断】

1. 支气管哮喘的典型过程 (1) 发作前:鼻痒、喷嚏、流涕、胸前紧闷感等,是过敏反应开始的表现。(2) 发作时:呼吸困难、哮喘有声、端肩而坐、发绀、出冷汗等,这些是支气管痉挛、分泌物增多、通气障碍的种种表现。呼气性呼吸困难和哮喘有声是特征。呼吸困难的原因见“呼吸困难”篇(81页)。哮喘是气体通过狭窄而有水液的气道所发出的声音,肺部听诊时比较更清楚,出现许多哮喘音、鼾音等。哮喘发作持续时间不一,几分钟或几小时,重者可持续几日,叫做哮喘持续状态或哮喘状态,可造成严重的缺氧、甚至心功能严重障碍。(3) 发作缓解:哮喘被咳嗽所代替,咯出粘痰,呼吸转为平稳。这表示支气管痉挛得到缓解后,管腔变大,分泌物可随痰咯出,气道重新通畅。然后有一段间歇时期,无明显症状。

哮喘可几月或几日发作一次,也有一日内发作几次。一般来说,病期愈久,发作就愈频,发作持续时间也往往较长。

2. 哮喘与支气管炎、肺气肿的演变 支气管哮喘反复多次发作后,支气管粘膜抵抗力降低,形成慢性炎症,容易并发细菌感染;而且细小支气管发生狭窄,可引起肺泡改变,导致肺气肿。

另一部分病例,本来有慢性支气管炎或肺气肿,在原有的病变基础发生哮喘——哮喘性支气管炎,而哮喘发作又可加重原有的病变。

以上两种情况可以合称“炎症型”哮喘。哮喘发作后支气管基本上恢复正常者可称为“单纯型”。两类哮喘在临床上有所区别,见下表。

|        | “单纯型”哮喘                 | “炎症型”哮喘                          |
|--------|-------------------------|----------------------------------|
| 发作时节   | 多在春、秋季                  | 多在冬季或冷热多变时                       |
| 发作诱因   | 闻花草气味、某种刺激性气体或吃某种食物、药物时 | 受风寒或感冒时                          |
| 发作预兆   | 喷嚏、流涕、鼻痒等               | 咳嗽加剧                             |
| 哮喘持续状态 | 较少见,咯痰少                 | 较多见,咯痰多                          |
| 间歇期    | 较长,无明显症状                | 较短,多有咳嗽咯痰                        |
| 咽部     | 不红                      | 发红                               |
| 肺部     | 发作时有体征变化;间歇期正常, X线透视也正常 | 间歇期常有鼾音,肺气肿者叩诊鼓音,呼气延长, X线透视肺纹理增强 |

### 3. 辨证

(1) 实证哮喘：外感寒热，或接触某种物质，或痰火内郁，肺失宣降，气逆哮喘，气满有余，以呼出为快，声息较响，脉多实而有力，又可分风寒与肺热两种。① 风寒哮喘：怕冷，口不渴，面较苍白，痰白稀薄、并带泡沫，舌淡苔薄白，脉浮或弦。多见于支气管哮喘初期（“单纯型”）。治宜散寒宣肺。② 肺热哮喘：怕热，口渴，面唇较红，痰粘稠、可带黄色，大便干，小便黄，舌红苔黄燥，脉多洪数或滑数。多见于哮喘并发感染时。治宜清热化痰降气。

(2) 虚证哮喘：年老体弱，或咳嗽病久以后，肺、脾、肾功能不足，发生哮喘，气短声微，以引得一深吸气为快，四肢倦怠，脉多细而无力。常见者为肾虚哮喘，宜以温肾纳气或滋阴补肾为主。

4. 与心脏性哮喘的区别 心脏病左心功能不全时，肺郁血、水肿，可引起呼吸困难，临床表现和支气管哮喘发作很相似，如胸闷气急、端坐呼吸、哮喘有声、发绀、出冷汗等。二者的病理变化不同，而且处理方法不同，因此必须加以鉴别。

|       | 支 气 管 哮 喘            | 心 脏 性 哮 喘                        |
|-------|----------------------|----------------------------------|
| 发作前病史 | 咳嗽、哮喘等，呼吸器官病史较长，反复发作 | 心悸、眩晕、头痛等，心脏病、高血压、肾炎等，病史较短，发作次数少 |
| 发作时间  | 不定，先有喷嚏、鼻痒、流涕或咳嗽等预兆  | 多在夜间睡眠中突然发生                      |
| 胸部望叩诊 | 胸廓多饱满，常有肺气肿征，心界正常或缩小 | 无胸廓外形异常，心界多扩大                    |
| 胸部听诊  | 肺以哮喘音、鼾音为主，心律规则、无杂音  | 肺底有水泡音，心有杂音、心律失常                 |

### 【防治】

1. 预防哮喘主要是增强体质，减少形成肌体变态反应的机会。要做卫生宣传工作，依靠群众，大家都来重视和想办法。要搞好妇婴卫生工作，如防治产后呼吸道感染、防治百日咳、佝偻病等。一般人都要加强身体锻炼，增强呼吸道抗病能力，要及时治疗支气管炎等呼吸道常见病。

#### 2. 哮喘发作期治疗

(1) 新医疗法：体针取定喘、肺俞、天突、内关、膻中。耳针取平喘、肺、肾上腺、神门。穴位注射如2.5%异丙嗪或白胡椒液0.2毫升、1%卤硷或10%葡萄糖1毫升等。也可作穴位埋线。

(2) 一般发作时用药：可选用：① 氨茶碱0.1~0.2克口服，一日三次。② 麻黄素0.03克口服，一日三次。高血压、动脉硬化者勿用。③ 喘息定（异丙肾上腺素）5~10毫克舌下含或0.5~1% 0.5毫升雾化吸入。④ 哮喘冲剂（含麻黄、大力子、大青叶等），一包，一日三次服。同时配用镇静药，如苯巴比妥0.03克或冬眠灵25毫克口服。

(3) 发作较重时用药：可选用：① 氨茶碱静注剂0.25克加入25%葡萄糖20毫升内静脉缓注（心律不齐、血压低者慎重）。② 1%卤硷5%葡萄糖液40~50毫升静脉缓注。③ 麻黄素15~30毫克皮下注射。同时配用苯巴比妥钠0.1克或冬眠灵25毫克

肌注。

(4) 哮喘持续状态的用药: ① 0.1%肾上腺素 0.5 毫升, 皮下注射, 必要时可隔半小时再注, 共 2~3 次。(高血压、心功能不全者勿用。) ② 氢化可的松 50~100 毫克或促肾上腺皮质激素 12.5~25 毫克加入 5%葡萄糖 500 毫升内静点。③ 抗菌素如青、链霉素肌注或四环素等口服, 因常合并呼吸道感染。④ 1%卤碱 5%葡萄糖 200~300 毫升静点。⑤ 稍缓解时, 口服强的松等、镇静药和解痉止喘药, 并用祛痰药。⑥ 必要时吸氧。

(5) 辨证施治: ① 风寒哮喘: 可用麻黄 3 钱、杏仁 2 钱、甘草 1.5 钱; 或麻黄 1 钱、芍药 1.5 钱、细辛 1 钱、干姜 1 钱、桂枝 1 钱、半夏 3 钱、五味子 2 钱、甘草 1 钱, 水煎服。② 肺热哮喘: 可用麻黄 2 钱、杏仁 2 钱、半夏 3 钱、贝母 3 钱、石膏 8 钱、甘草 1.5 钱、银花 5 钱、大青叶 5 钱, 水煎服。

### 3. 间歇期治疗

(1) 穴位埋线或割治(方法同慢性支气管炎时)。

(2) 中药治疗: ① 有肾阳虚证者, 可用肾气丸或河车大造丸, 若兼有脾阳虚证者, 可加用参苓白朮散。② 有肾阴虚证者, 可用地黄丸或大补阴丸。

(3) 应用哮喘疫苗: 这种疫苗是由呼吸道常见细菌培养制成的, 接种后可增强免疫力, 对哮喘性支气管炎较有效。在哮喘好发时节以前 2 个月开始注射, 每周注射一次。剂量从 0.1 毫升起, 每周增加 0.1~0.2 毫升, 至 0.5~1.0 毫升为维持量。注到 8~10 次时可起效, 见效时可连续用 1~2 年。有活动性肺结核、肺炎等不宜用。

(4) 既要防避诱发哮喘发作的刺激因素, 也要适当进行体操、游泳等锻炼。

## 慢性支气管炎

慢性支气管炎是一种严重危害人民健康的常见呼吸道疾病。患者多数是在旧社会饱受苦难的老工人和老贫农。文化大革命以前, 大叛徒刘少奇及其在“城市老爷卫生部”的代理人, 推行反革命修正主义卫生路线, 对劳动人民的健康漠不关心, 象慢性支气管炎这一类群众中的常见病、多发病和普遍存在的疾病, 就一直被他们认为是“治不好, 也死不了”的病, 根本不予重视。许多慢性支气管炎患者长期不愈, 病情较重的人往往伴有肺气肿等合并症, 严重地影响了革命和生产。在无产阶级文化大革命取得伟大胜利的今天, 在毛主席无产阶级卫生路线指引下, 一个群众性的防治慢性支气管炎的运动在城乡各地掀起, 其规模之大是从来没有过的。医药卫生和科研人员, 深入农村、工矿、街道、进行防治、病因调查和病源、病理的研究工作。这充分体现了毛主席和党中央对劳动人民健康的无比关怀。我们一定要坚持自力更生、艰苦奋斗的方针, 依靠群众, 敢于实践, 善于总结, 在现已取得的成绩基础上, 找出更好的防治慢性支气管炎的高效、长效、速效的办法来, 为保护劳动人民的健康作出贡献。

【病因】慢性支气管炎可由多种原因引起:

1. 细菌和病毒感染。常见的病原菌如肺炎双球菌、流感杆菌、甲型链球菌、卡他球菌等。这类微生物的毒力大小不一, 其中有不少对健康人并不足以引起支气管炎。因此感染与人体内部条件有密切关系。

2. 风寒、尘埃、烟熏、刺激性气体等的反复刺激，可能引起或加重支气管粘膜的炎性病变。

3. 变态反应可能是很重要的原因。刺激原可能由空气吸入，也可能在人体内（多在呼吸道）。变态反应引起支气管炎症反应或平滑肌痉挛，发生小支气管的狭窄、阻塞。

4. 急性支气管炎反复发作、口腔卫生不良（如齿槽溢脓）、上呼吸道慢性炎症（如鼻窦炎）等，均可能引起慢性支气管炎。肺部疾病如支气管扩张、肺结核等也常并发慢性支气管炎。

【病理】 初期，粘膜充血、水肿，粘液腺分泌增多；逐渐发生肥厚和表面粗糙，纤毛细胞损害，因此分泌物不容易顺利排出；粘膜组织变性后，也可能变为苍白、光滑或萎缩，分泌物反而减少。管壁及其周围发生炎症浸润（淋巴细胞占多数），逐渐纤维性变，弹性减弱，有时可形成轻度扩张。慢性支气管炎的这些改变可导致一系列生理功能障碍：

（1）在一定阶段内，支气管内分泌物增多（即痰多）。（2）由于纤毛运动障碍，分泌物不能及时清除，常有积滞现象。（3）分泌物积滞，粘膜水肿、肥厚，管壁及其周围组织纤维性变，容易使管腔阻塞，影响气体流通。越接近毛细支气管部分，这种阻塞的机会越多。（4）由于分泌物积滞，容易继发细菌感染。（5）由于分泌物、感染或其他的刺激，容易引起支气管平滑肌痉挛，加重阻塞程度。

此外，肺泡内压因毛细支气管阻塞而增高，加以间质炎性变化，可能并发肺气肿。支气管通气和肺泡换气不良，引起人体慢性缺氧。再加以肺气肿使肺动脉阻力增加，心脏负担加重，可能并发肺原性心脏病。

【临床表现】 本病多发生于40岁以上，但年轻人也可发生。主要表现是，（1）长时间反复发生咳嗽和咯痰，为支气管炎症所致。有的病例可咯血痰，与并发支气管扩张有关。（2）劳动和运动后发生气急气促，与支气管通气不良有关。（3）一部分病例可发生哮喘，叫做哮喘性支气管炎，多与继发感染或受其他刺激而发生支气管痉挛有关。

（4）肺部听诊可听鼾音、细捻发音、湿罗音或哮鸣音，这些声音于咳嗽咯痰后往往即消失。继发感染时，则上列症状加重，肺部异常呼吸音可经常存在，并可能有低热。

慢性支气管炎伴有肺气肿时，气急气喘比较明显，并出现桶状胸廓，肺部叩诊鼓音，肺泡呼气时间延长、杵状指等。

本病在祖国医学中多属内伤咳嗽，可有久咳伤肺、脾虚生痰或肾虚不能纳气等症状变化。

为了便利用中西医两种方法治疗本病，慢性支气管炎可分为三种临床类型：

1. 单纯型 咳嗽，咯白色痰，咯痰后咳嗽缓解，胸闷，口粘，苔多白腻。中医认为以痰湿内聚为主，宜健脾化痰。

2. 感染型 咳嗽，气急，痰黄，口干，或有发热，尿黄，舌红苔黄，脉多数。祖国医学认为以痰热相结为主，治宜清热化痰。

3. 哮喘型 咳嗽，呼吸有哮鸣声，胸满，或不能平卧，咯白痰而粘稠，咯出后稍缓解，苔多白滑。祖国医学认为以痰阻兼气虚为主，宜豁痰平喘、益气补肾。

#### 【预防】

1. 慢性支气管炎的发病，与体质有密切关系。因此，要提倡身体锻炼，发展群众性体育运动，如体操、游泳、行军等，增强人体抵抗力。

2. 重视感冒、扁桃体炎、鼻炎等一般呼吸道疾病的防治。防治小儿传染病如麻疹、百日咳、肺炎等。这类感染性疾病是引起变态反应、导致支气管炎的常见病因。

3. 改进劳动环境和居住条件，设法防尘、防烟、防寒。

4. 老年人容易得本病和肺气肿，应当重视老年人的休息、营养、劳动条件等，鼓励他们晨起进行户外活动和体操，有病及时治疗。

【治疗】 以下介绍本病单纯型和感染型的治疗，哮喘型治疗见“哮喘”篇。治疗以消除支气管慢性炎症为根本目标，适当进行对症处理如祛痰、镇咳、平喘、清热等。

#### (一) 单纯型

1. 轻度咳嗽，早晨或晚间咯痰少量，无其他症状和体征。应以锻炼身体为主，治疗其他感染病变（如鼻炎、扁桃体炎等），防尘和防烟。

2. 咳嗽，痰较多，肺部尚无明显体征。除用上法处理以外，加以化痰法。例如：  
(1) 百部4钱、诃子3钱浓煎成100毫升，一日分三次服。(2) 白芥子、苏子、葶苈子各等分研末，每服一钱，姜汤送下，一日三次。(3) 蛤壳与瓜蒌仁各等分研末，每服二钱，一日二次。

3. 咳嗽重，易气急，痰粘，或有轻度肺气肿。除用1.法处理外，加以镇咳祛痰法。例如：  
(1) 敌咳10毫升，一日三次。本品内含百部流浸膏、麻黄硷、氯化铵、桔梗流浸膏、吐根酊、愈创木酚、磷酸钾等。(2) 咳停片2~4片，每日三次。本品内含氯化铵、桔梗和远志流浸膏、贝母粉。(3) 马兜铃、苏子、杏仁各2钱、沙参3钱水煎服。(4) 款冬花5钱、百合10钱，水煎，胡桃肉（连皮）、冰糖各5钱，捣碎服。(5) 定喘丸。

4. 穴位疗法 喘息（定喘）、大椎、膻中、肺俞等作小剂量药物注射或腧线埋入。膻中或掌部鱼际割治。

#### (二) 感染型

1. 抗菌药如青霉素、链霉素等。

2. 咳嗽、痰稠者用清热祛痰法，例如：  
(1) 桑白皮、枇杷叶各6钱，水煎服。  
(2) 黄芩4钱、桑白皮4钱、贝母3钱、瓜蒌仁3钱、桔梗1.5钱，水煎服。(3) 二母宁嗽片（丸）或橘红丸（片）。

3. 咳嗽、发热、气喘者用清热止喘法，例如：  
(1) 麻杏石甘汤（片、糖浆）。(2) 马兜铃1钱、菊花3钱、知母4钱、黄芩3钱、远志3钱，水煎服。(3) 暴马子2两、款冬花4钱，水煎服。(4) 穴位注射。(5) 1%卤硷5%葡萄糖液250毫升静滴。

4. 缓解期间用菌苗疗法（见“哮喘”）和其他单纯型治疗。

## 胸 痛

### 一、胸痛是怎样发生的？

胸痛是胸部的神经受到刺激的反映。胸壁（包括壁层胸膜）发生感染或损伤，刺激分布于胸壁组织的肋间神经，或者神经本身的病变，都可引起明显的胸痛。胸部内脏组织有病时也可发生胸痛，但因分布于内脏的是植物性神经，痛觉不及肋间神经敏感。以下分胸壁、胸膜和内脏三部分介绍胸痛的常见病因。

#### (一) 胸壁痛

1. 胸肌痛 胸部挫伤、过度用力、剧烈咳嗽等，可引起胸肌疼痛，受伤和劳损者同时常有触痛，痛区与肌肉分布一致。

2. 肋间神经痛 可由神经炎、肋骨骨折、神经瘤等引起，疼痛比较剧烈，有明显触痛或皮肤过敏，痛区与神经分布一致。

## (二) 胸膜受刺激

1. 胸膜炎症 比较常见的是结核性胸膜炎，其次是化脓性胸膜炎。往往炎症初期时，胸痛比较剧烈，而炎症引起渗出后，疼痛缓解。

2. 气胸 突然发生气胸时，可引起胸痛。因为胸膜腔本来没有空气，而且呈负压，内部条件突然改变，也是刺激因素。

## (三) 胸内器官组织的病变

1. 肺的病变 肺内病变多数并不引起胸痛。但肺结核、大叶性肺炎、肺癌、肺化脓症等可发生胸痛，常与肺的炎症或癌瘤侵及胸膜或引起胸膜反应有关。

2. 心肌缺血 内脏神经对缺氧比较敏感，当心肌缺血如心绞痛、心肌梗死时，可发生心前区绞痛。由于内脏神经与脊髓神经有联系，心绞痛可向左胸、左肩或左臂放散。

3. 其他如食管、纵隔的病变也可引起胸痛，但很少见。

祖国医学认为，胸痛的病因有外感和内伤，病变在肺心二脏。病在肺者比较多见，肺气不宣，或血瘀阻塞经络，可发生胸痛，治宜宣肺理气或活血散瘀。病在心者常为心气不足使血行阻滞，治宜养心活血。

## 二、诊断要点

诊断胸痛时应着重下列几方面病情的分析。

1. 发病诱因 如外伤、受风寒、情绪激动等。受风寒可诱发呼吸道感染。情绪激动或饱食、劳累后突然发生胸前绞痛，见于心脏病变。无明显诱因突然发生胸痛和呼吸困难，见于肺结核或肺气肿突发气胸。

2. 胸痛的部位和性状 一侧胸痛并以下胸或侧胸为重，刺痛性质，呼吸、咳嗽时加剧，常表示胸膜有炎症。限局的胸痛并有触痛，多见于胸壁损伤和感染。胸痛沿肋间放散，表示肋间神经受刺激，常为刀割样或烧灼样疼痛，见于肋骨骨折、肋间神经炎或癌等。肺的病变可引起钝痛、闷痛或隐痛。

3. 伴随的其他症状 并有发热者表示为感染性疾病。并有咳嗽，咯痰较多而且为脓性或血性，见于肺部感染。并有咳嗽、但咯痰很少的，多为胸膜炎症，也可能为肺结核、肺癌等肺的病变。并有心慌不安或心闷难受、恶心呕吐、面色苍白等，多为心脏病变。

4. 胸部体征 (1)望诊注意胸廓形状和呼吸运动，如慢性疾病可促使胸廓呈桶状(肺气肿)、扁平或一侧塌陷(肺结核等)，并使胸式呼吸减弱。观察皮肤有无红肿、带状疱疹等。(2)气管有无偏位，偏位者表示气胸或其他胸内病变。胸壁触诊注意有无触痛或肿物。(3)叩诊呈实音或浊音表示胸腔积液或肺实变(炎症等)，呈鼓音则为气胸。(4)听诊注意有无胸膜摩擦音、呼吸音减弱或罗音，以及心音强弱、心率、心律不齐和心杂音。

5. 必要时可进行X线检查、心电图等帮助诊断。

## 三、治疗要点

治疗胸痛主要是治疗其病因，例如肺结核和结核性胸膜炎用抗结核疗法，大叶性肺

炎、肺脓肿等用中西药物抗感染。然而，剧烈的胸痛不仅影响病人休息，而且妨碍呼吸和咯痰。病人因胸痛不能深呼吸，长时间浅呼吸可能使二氧化碳在体内蓄积。又因胸痛不能将痰尽量咯出，可能引起或加重支气管、肺的感染。因此，剧烈的胸痛须作对症处理。另有一部分病因不突出的胸痛，也须作对症处理，方法如下：

1. 耳针或肋间神经阻滞 适用于肋间神经痛，单纯性肋骨骨折、胸壁挫伤、肋间神经痛等。耳针取部位穴，配以神门、皮质下，可用维生素乙<sub>1</sub>或乙<sub>12</sub>等注射。肋间神经阻滞，在疼痛处脊柱侧（后方），取支配该处的神经，一般要注射三个肋间点，因为神经纤维有交错分布。药物可用0.5~1.0%普鲁卡因，每点5~10毫升。注意皮肤消毒。

2. 镇痛药 内服索密痛、复方阿斯匹林等，也可用较强的镇痛药如白屈菜碱、延胡索素等。阿片或吗啡等兼有止咳作用，可能使痰蓄积在支气管内，应慎用。

### 3. 辨证施治

(1) 胸痛胀闷，呼吸不畅，但咳嗽少，脉弦紧，多为气滞痛。宜疏肝理气，可用柴胡3钱、郁金3钱、赤芍4钱、当归4钱、杏仁2钱、枳壳3钱、瓜蒌5钱、甘草2钱、延胡3钱。水煎服。

(2) 胸痛较重，咳嗽，咯白痰，舌苔白腻，多为寒痰使胸中之气不得宣发。宜温化寒痰，可用枳实3钱、薤白3钱、桂枝1.5钱、厚朴2钱、瓜蒌4钱、半夏2钱。水煎服。

(3) 胸部刺痛，呼吸时加剧，或胸部有触痛，多为血瘀痛。宜祛瘀和络，可用旋复花3钱、红花3钱、香附3钱、当归4钱、枳壳2钱。

(4) 胸闷气窒，胸前作痛，面色白，气短，心神不安，脉细数或不规律，为阳虚气滞。宜用温阳理气，可用白朮3钱、茯苓3钱、甘草1钱、桂皮2钱、枳实1.5钱、生姜3片、桂枝2钱。水煎服。

## 大叶性肺炎

大叶性肺炎为肺实质急性渗出性炎症，可侵犯肺的一大叶或一肺段。常发生在冬春季，属于祖国医学风温范畴之内，青壮年多见。致病菌绝大多数为肺炎双球菌，也可由链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎杆菌等引起，这些细菌平时常寄生于人体的鼻咽部，当感受风寒、疲劳等使肌体抵抗力降低时，即可发病。

【病理与临床表现】 大叶性肺炎主要表现为突然寒战、高热、咳嗽、咯铁锈色痰或血痰、患侧胸痛以及肺实变体征。病理改变可分成充血期、实变期、及消散期三个阶段。

1. 充血期 以肺部充血为主，伴有炎性渗出，为期较短，约1~2日。表现为突然寒战，继之高热、咳嗽、咯少量粘痰；以及头痛、全身酸痛、食欲不振，可无胸部体征或仅有病侧呼吸音减弱，或出现少量捻发音，苔薄白，脉浮数。

2. 实变期 肺部实变、肺泡内充满纤维蛋白，先为红细胞继之为白细胞渗出，常伴有患侧纤维素性胸膜炎，历时4~6天。症状为稽留高热、出汗、口渴、苔黄而干，脉洪数。年老体弱者因反应性较差，可无明显发热。咳嗽、咯血痰，若渗出之红细胞破坏后，释出含铁血黄素，则咯铁锈色痰。重者气短发绀，常有患侧胸痛，于深呼吸及咳嗽时加重。有的向腹部放散，出现右侧腹痛，易误诊为急腹症。病情可急剧进展，出现高热、谵语、烦躁不安，甚至昏迷。有的且有虚性脑膜炎的表现，如头痛呕吐、颈强直，但脑脊液

无改变。

在胸部相应部位可有不同程度的肺实变体征，典型的为叩诊浊音，可闻支气管性呼吸音或支气管肺泡呼吸音，语音传导增强。当支气管开口部为粘液所堵塞时呼吸音减弱。若为肺段病变时，则体征常不明显。累及胸膜能听到胸膜摩擦音。在发病后12~36小时作胸部X线检查，可在病变部位出现片状均匀致密阴影。白细胞数多增高，中性粒细胞增加，有的有核左移现象。病人较衰弱者，白细胞数可不高，但核左移仍极明显。

严重者可伴发中毒性休克，甚至昏迷。胸部症状常被掩盖。

3. 消散期 病变逐渐液化吸收，病期为一到数周。体温常骤然下降到正常，局部出现较多水泡音，并随着炎症之吸收而逐渐消失。

【防治】 应积极锻炼身体，增强机体抗病能力，在气温骤变时应避免受凉，以预防本病之发生。

1. 一般疗法 高热者须饮足量水分，必要时应静脉补充，但不宜过多，过快，以防肺水肿之发生。降温措施可采取头部冷敷、温水擦浴，也可应用解热镇痛药如柴胡注射液、安痛定等。咳嗽较剧者可服镇咳祛痰药，胸痛剧烈者用镇痛药或可待因。

2. 新医疗法 (1)小剂量青霉素经络穴位注射，以青霉素10万单位稀释成2毫升，注射肺俞、肺热穴，每天一次。(2)卤硷疗法：成人剂量每日5~10克，以葡萄糖稀释后静点。

3. 抗菌素治疗 可肌注青霉素40万单位，每日2~4次，病重者并用链霉素0.5克，每日2次肌注，必要时四环素静点每日1克（加入5~10%葡萄糖1000毫升中），也可选用红霉素、磺胺类药物。

4. 草药单方 (1)鱼腥草桔梗合剂：鱼腥草6钱，桔梗3钱，煎到200毫升，一次服30毫升，每日3~4次。(2)白茅根、鱼腥草各1两，金银花5钱，连翘3钱，水煎服。

#### 5. 辨证施治

(1) 初期：发热恶寒、怕风、咳嗽、头痛、身痛。苔薄白、脉浮数。宜疏风宣肺，可用桑菊饮、银翘散加减：薄荷、防风、桑叶、菊花、连翘、银花、桔梗、杏仁、甘草、芦根。

(2) 中期：高热、出汗、口渴、咳嗽加剧、痰多气粗、可见铁锈色痰或血痰，苔黄，脉洪大滑数或弦数。宜清热解毒，宣肺化痰，可用麻杏石甘汤、苇茎汤加减：麻黄、杏仁、甘草、生石膏、苇茎、薏仁、冬瓜仁、桃仁、黄芩、黄连。痰多加瓜蒌皮、葶苈子、贝母等。胸痛加旋覆花、郁金、赤芍、橘络、丝瓜络。

(3) 严重期：高热、鼻翼煽动、喘息、唇甲青紫，谵语、烦躁、甚至昏迷。舌红绛或有芒刺，脉细数或弦数。宜清营养阴宣窍，可用清营汤加减：水牛角、生地、玄参、竹叶心、金银花、连翘、黄芩、丹参、麦冬。

6. 并发休克者应积极抗休克治疗，可参阅“休克”章。

## 肺 化 脓 症

肺化脓症（又称肺脓）是一个总名称。它包括肺实质的化脓性病症，又称肺脓肿；又包括支气管化脓性炎症即支气管扩张并发化脓性感染。因为二者在病理变化上是相互联

系的，肺实质的化脓性病变可合并局部支气管扩张；严重的支气管扩张又可导致肺实质的化脓性改变。二者临床症状也基本一致，主要为咳嗽、胸痛、发热、痰见脓血，多带臭味等。

**【病因病理】** 肺化脓症的病因较复杂，引起肺实质的化脓性病症的原因大致有：（1）大叶性肺炎、支气管性肺炎等在肌体抵抗力低下时，炎症加重而化脓。（2）昏迷、惊厥等或手术麻醉时，误吸呕吐物、血液或小儿误吸异物等均可造成吸入性肺炎，进而形成脓肿。

（3）脓毒败血症，亚急性细菌性心内膜炎等感染性栓子，经血入肺引起化脓。（4）肺癌、支气管扩张症等继发肺化脓症，多与痰液积存于支气管内有关。

支气管扩张的形成，除了一部分病例为先天支气管发育不正常、管壁薄弱，大部分是继发于其他肺病，如肺炎、肺结核、肺肿瘤等。因为，支气管感染可使管壁组织（平滑肌、软骨等）变质，支气管引流不畅，腔内分泌物积存，内压增高，或管壁受肺实质炎后的纤维性病变牵拉，使支气管发生扩张。

祖国医学认为，肺痛的病因是外感风热、熏蒸于肺、肺气失调、热壅血瘀、日久化脓，或是痰热久结、再加外感风热、热毒成痈。这与上述肺的急性感染和支气管内感染物积存的认识是一致的。

**【临床表现与诊断】** 肺化脓症主要临床表现为咳嗽、胸痛、发烧，数日后突然咯脓痰。咯脓痰为本病特点。痰量较多，每日几十毫升，多至数百毫升。将脓痰收集在玻璃容器内，放置后又分为四层：上层为泡沫，其次是悬垂絮状脓痰，第三层为混浊浆液，底层为脓和坏死组织。一般化脓菌（肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌等）感染时，咯油粘黄痰、有腥臭味。合并厌氧菌（梭形杆菌、弧菌属、螺旋体属等）感染时，肺组织坏死，咯污秽脓血痰，有特殊臭味。该病人吃生黄豆，多不知生腥反而以为香。这种严重的肺化脓症称为肺坏疽。炎症侵蚀肺内血管，使痰中带血，重者发生大咯血。

从以上症状可初步诊断为肺化脓症，但还应详细分析病史和体格检查，以进一步区别肺脓肿与支气管扩张症。

1. 肺脓肿 发病急，突然高热，燥咳，胸痛，脉多洪数有力。经历7~10日，肺内热毒郁久成痈。脓肿一旦与支气管相通，则咯出大量脓痰。再过3~5日，体温渐降，多有微热，全身状态可好转，脓痰减少，脉多滑数。肺部病变区叩诊实音，听诊呼吸音减弱或有罗音。如果治疗不当，咳无休止，脓痰不尽。拖延3个月以后，脓肿壁因纤维组织增多而增厚，引流病变区的支气管继发扩张，形成慢性肺脓肿。胸部叩、听诊与急性期大致相同。但肌体消耗，脉多虚数，出现杵状指、肝肿大等。

2. 支气管扩张症 支气管扩张由前述多种原因引起，所以是逐渐发生发展的。常为慢性发病，病期长，每当支气管感染时，脓痰增多，一般晨间多痰，有时大咯血。肺部叩诊往往无明显改变。听诊可听到罗音或支气管音。

根据病史和体征，大致可以区别肺脓肿和支气管扩张症。要确诊二者，需进行X线检查。急性肺脓肿呈大片状暗影，肺脓肿内容一旦咯出，出现空洞，洞内常见液气面，洞壁较厚，周围有浸润影。支气管扩张症，在普通X线照片上仅见肺纹理粗糙、或呈蜂窝状阴影（囊状扩张）。作支气管碘油造影时，显示支气管为囊状或柱状扩张。碘油造影并可判定其部位、范围和程度，有助于与慢性化脓性支气管炎鉴别，可作为手术选择的参考。

【预防】肺化脓症影响肺的功能，严重者不但丧失正常劳动能力，甚至生命受到威胁。所以必须认真做好预防工作。

1. 积极防治麻疹、流感、病毒性肺炎等小儿常见病。（儿童支气管尚在继续发育，若在此期间得呼吸道感染病，容易形成支气管扩张。）

2. 积极防治肺炎、败血症、肺结核等，以减少肺化脓症的发生。

3. 口腔、上呼吸道手术时，麻醉兴奋期，昏迷期间，都要防止误吸感染物及其他物质。

#### 【治疗】

1. 初期肺内脓肿尚未形成，恶寒发热、咳嗽、胸痛、呼吸气急、痰量少、舌苔薄、脉洪有力，宜清肺消炎。桑白皮4钱、鱼腥草1两、杏仁2钱、苇茎1两、枇杷叶1两、桃仁3钱、双花5钱、连翘4钱、桔梗3钱、甘草2钱，水煎服。青、链霉素合用，或用四环素。

2. 肺脓肿已溃，咯大量脓痰、胸闷而痛、舌红苔黄、脉多滑数，宜排痰清肺解毒。

（1）进行体位引流：上肺叶脓肿取斜坡卧位。下肺叶脓肿取俯卧上身低位，按全身情况每次排痰数分钟至半小时，一日数次。只有在脓痰充分排出的基础上，药物才能起充分的作用。

（2）苇茎1两、鱼腥草1两、黄芩4钱、败酱草8钱、桔梗2钱、贝母3钱、薏苡仁1两、冬瓜仁6钱、桃仁3钱、甘草2钱，水煎服。热盛加双花1两、连翘4钱；咳嗽重加亭劳4钱、大枣10个。

（3）应用抗菌素。

3. 慢性肺脓肿，微热，时有出汗或寒意，咽干，咯少量脓痰，舌质红绛，脉无力，宜养阴清肺。痰多者仍应做体位引流。并可用沙参4钱、麦冬3钱、百合5钱、知母3钱、五味子3钱、生地3钱、甘草2钱、双花1两、红藤1两，水煎服。咯血加花蕊石4钱、阿胶1两；咳嗽重加瓜蒌仁4钱、杏仁3钱。

4. 慢性肺脓肿和支气管扩张症经上述治疗不能完全治愈者，要考虑作肺切除术。

## 肺 结 核

肺结核又名肺癆，是结核病中最多见的一种。在资本主义制度下，劳动人民受着残酷的剥削和压迫，过着贫病交迫的生活，劳动和生活条件十分恶劣，以致结核病猖獗蔓延。我国解放后，在伟大领袖毛主席的英明领导下，社会主义革命和社会主义建设飞速发展，人民生活水平不断提高，体质不断增强；同时积极开展群众性的爱国卫生运动，成立了全国性防癆机构，以防为主，防治结合，使肺结核的发病率及死亡率大幅度的下降。我们要坚决贯彻毛主席的无产阶级医疗卫生路线，为彻底消灭结核病而努力。

【病因和预防】结核菌是一种抗酸杆菌，可存在于结核病人的病变组织以及痰、尿等排出物中。此菌对干燥、酸、碱抵抗力强，故能长时间生存于外界环境中。但对湿热抵抗力低，煮沸15分钟即死灭；日光的紫外线也有灭菌作用。感染途径主要为呼吸道，也可通过消化道等感染。

结核菌侵入人体后能否发病，取决于肌体状态。绝大多数健康人对结核菌有抵抗力，

感染后可不发病。反之，抵抗力降低时则可发病。但其过程比较复杂。肌体感染结核菌一定时间后，就会产生免疫和变态反应。免疫是肌体获得对抗结核菌的能力，再感染时可不发病。人工接种结核菌苗也可获得这种免疫。变态反应是对再感染反应性增高，如渗出或变质现象比较明显。但变态反应若比较缓和，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，则导致组织坏死，降低局部组织抵抗力，促使病变扩大、全身中毒症状加重。结核的免疫与变态反应同时存在，二者的强弱决定于肌体状态，又影响病变的转归。

根据上述结核病的发生过程，应做下列几项预防工作：

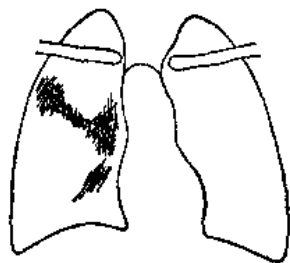
1. 加强防痨宣传教育，普及防痨卫生知识，依靠广大群众，使防痨专业队伍与群众相结合，把防痨工作不断推向前进。
2. 锻炼身体，增强体质，增强肌体对结核菌的抵抗力。
3. 普及结核菌苗的接种，对预防结核病有重要价值。接种对象是结核菌素试验阴性的儿童，初生儿可直接接种。
4. 早期发现和早期治疗结核病。结核病早期缺乏自觉症状，可通过普查、X线胸透或缩影集体检查发现。农村应建立以赤脚医生为骨干的防痨网，定期普查，对可疑结核病患者进行X线或痰菌检查。
5. 切断传染途径：开放性肺结核病人应隔离治疗，不要随地吐痰，可将带痰物品用火烧、煮沸、坑埋或药物消毒处理（可用10%来苏儿或3%漂白粉）。饮食用具及可煮物品最好煮沸消毒，不能煮沸的物品可放在太阳下曝晒。

【病理】结核菌侵入肌体后引起组织的变化为慢性炎症，比较多样化，基本的病理变化如下：

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，有少量中性白细胞。组织易发生凝固坏死，呈灰黄色，称干酪样坏死。继而可发生液化，成稀薄脓液。病灶内结核菌多。
2. 增生性变化 炎症以增生为主，形成结核结节。病灶内结核菌少。

上述两种病变密切联系。当肌体抵抗力弱，反应性过强，或结核菌的量多、毒力强时，病变以渗出、坏死为主，甚至液化形成空洞，向其他部位播散；相反，肌体抵抗力强，反应缓和，结核菌不断被杀灭，病变以增生为主，病灶吸收缩小，纤维化或钙化而愈合。

【分型】人体对结核菌的初次感染和再次感染的反应不同，且结核病变发展情况不同，因此肺结核有各种类型。



① 原发综合征

图6-1 肺结核

(一) 原发性肺结核(原发综合征) 是指人体初次感染结核菌后所发生的病征，常见于儿童。结核菌侵入人体后，通常在上叶下部或下叶上部近胸膜处引起小的炎症反应，随后经淋巴管达肺门淋巴结。X线所见，由肺内病灶、淋巴管炎、淋巴结炎所组成(图6-1①)。临床上常缺乏自觉症状，大多经过良好，病灶逐渐吸收钙化。少数可恶化，经淋巴或血行播散形成下述两型肺结核。

1. 支气管旁淋巴结结核 是原发性肺结核肺内病灶吸

收，淋巴结病变仍处于活动状态，并顺淋巴管侵及邻近淋巴结而发生。肿大淋巴结互相粘连形成团块，临床上可有压迫症状（图 6-1②）。

2. 急性血行播散型肺结核（急性粟粒型肺结核） 大量细菌侵入血循环所致。发病急，全身中毒症状严重，常出现脑膜刺激症状。X 线摄片肺内有分布均匀、大小一致如粟粒的阴影（图 6-1③）。

（二）继发性肺结核 是人体第二次感染结核菌而发生的肺结核，多发生于成人及较大的儿童。由于机体经过初次感染，具有一定的免疫力及变态反应，很少经淋巴和血行扩散，支气管扩散成为主要扩散方式。

1. 浸润型肺结核 为最常见的继发性肺结核。病灶常见于锁骨下和肺尖（图 6-1④）。开始为渗出性病变，中心干酪样坏死。如抵抗力强，早期发现，及时治疗，病灶可完全吸收，纤维化或钙化。如抵抗力低，发生干酪坏死，液化形成空洞，并可经支气管播散。空洞早期壁薄，故经积极治疗较易愈合；时间较久的空洞，洞壁周围有大量肉芽组织及纤维组织增生，称厚壁空洞（壁厚 0.2 厘米以上），洞壁也不易塌陷，故较难愈合。按病变进展分以下几期：

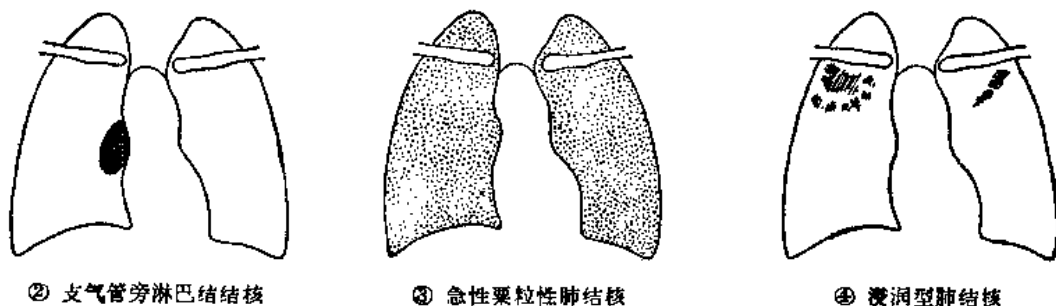


图 6-1 肺结核

（1）浸润进展期：病灶周围有渗出，向四周扩展，阴影呈云雾状，边缘模糊，为病变进展或恶化。

（2）溶解播散期：病灶液化形成空洞，有新的播散灶。

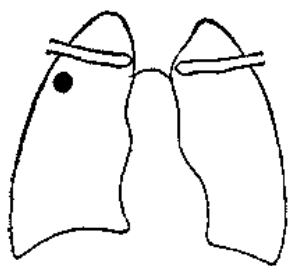
（3）吸收好转期：病灶周围炎症吸收，阴影缩小，边缘清楚。

（4）硬结钙化期：病灶纤维化或钙化。

结核球（瘤）：是浸润型肺结核干酪样物质被纤维包围，直径大于 2 厘米者称为结核球。X 线见边界清楚的球形阴影，内有小钙化点密度不均（图 6-1⑤）。抵抗力低时，结核菌加速繁殖，病变活动扩展，干酪坏死液化，穿破包膜成空洞而扩散。结核球越大，这种可能性也越大。

2. 亚急性或慢性血行播散型肺结核 机体免疫力较强，细菌少量多次入血后发生。X 线阴影大小不一，新旧不等，分布于肺上中部（图 6-1⑥）。此型 X 线所见需与矽肺鉴别。

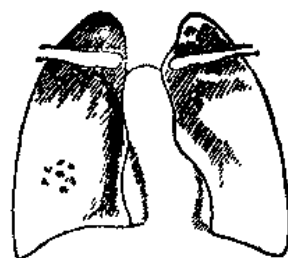
3. 干酪性肺炎 发生于体弱、变态反应过强的病人，细菌毒力强，肺内病灶或支气管淋巴结结核破入支气管而扩散，可侵犯许多小叶、甚至整个大叶，多见于右肺上叶。病变进展迅速，广泛发生坏死，故该处肺组织明显实变，坏死组织液化咯出后，可形成多数不整形的空洞。临床上发病急，中毒症状严重。X 线可见大片状不均匀致密影，阴影内有边缘不整的（虫蚀样）空洞。同侧或对侧中下部有播散灶。



⑤ 结核球



⑥ 亚急性血行播散型肺结核



⑦ 慢性纤维空洞型肺结核

图 6-1 肺结核

4. 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。常在肺上叶有1~2个老的厚壁空洞，其周围及肺下叶还有一些新旧不等的扩散病灶，其中又可有新空洞形成。长期的结核病变不仅破坏大量肺组织，也引起大量纤维增生，间杂有不同程度的肺气肿。临床上出现肺功能障碍，经常排菌。X线所见：由于纤维组织增生使肺门上移，肺纹理呈垂柳状，并有多数厚壁空洞。肺内有支气管播散的新病灶（图6-1⑦）。

【临床表现】 肺结核的症状轻重不一，与肌体抵抗力、病灶的性质、范围有一定的关系。原发性肺结核一般多无自觉症状；若继发性肺结核病灶小，抵抗力强也可无自觉症状。而肌体抵抗力弱、病变比较重时，则可出现症状。这类症状多属于祖国医学肺虚、阴虚等病证。大多起病缓慢，症状持续时间较长，但急性粟粒型肺结核与干酪性肺炎发病较急。

1. 全身症状 全身不适、疲倦、精神萎靡、易烦躁、发热、盗汗、食欲不振、消瘦。女病人可有月经失调或闭经。小儿尚有不活泼、精神不振及睡眠不安等。发热是肺结核的早期重要症状，热型不规则，一般为长期微热，掌心热，午后及傍晚明显，次晨降至正常。病灶急性进展，发生播散时可有高热，体温达39~40℃，呈稽留热或弛张热。

2. 呼吸系统症状 咳嗽、咯痰、咯血、胸痛及呼吸困难。咳嗽和咯痰为常见的症状，多为轻咳，早期无痰或少量粘痰，空洞形成时痰呈脓性，量较多。约有1/3~1/2的病人发生咯血。少量咯血仅痰内带血丝；大量咯血可达数百毫升，往往伴有病灶扩散，全身症状加重。小儿咳嗽、咯痰、咯血均少见。

3. 体征 活动性肺结核或严重病例，可有全身消瘦，无力，语音低弱，面色苍白，脉细数，舌红苔薄。局部体征与病灶大小、深浅及病变进展情况有关。病灶小且较深时，无明显体征；病灶大，仔细检查，叩诊音浊，因肺结核多发生于肺尖，叩诊肺尖清音区缩小，呼吸音减弱，可闻及支气管肺泡呼吸音、干湿罗音，尤其要注意肩胛间区听诊，嘱病人深呼气连咳几次随即深吸气有助于发现水泡音。水泡音固定，咳嗽后仍不消失，则考虑有空洞形成。

【诊断】 由于结核病起病缓慢，早期常缺乏症状，早期诊断有一定的困难。因此，要认真对待，详细问诊及体格检查，配合其他检查。

1. 病史 除症状外，尚需问有无与结核病人接触史（有接触史比无接触史者发病率高三倍）。麻疹、百日咳、糖尿病与矽肺等使肌体抵抗力降低，易患肺结核。

2. 化验检查 （1）痰结核菌检查：痰菌阳性，不仅有诊断意义，且有防治意义。小儿病人常无痰，必要时可用胃液检查。（2）血沉：对结核病的诊断无特异性，有助于病变活动性的判定。病灶活动进展血沉快，吸收好转血沉减慢。但血沉不快不能否定病灶

活动。

3. X线检查 不仅能发现早期病变，且能辨别病变部位、性质及范围，对肺结核的诊断、防治有较大帮助。摄片与透视结合应用。为判定治疗效果，可3~6个月复查。

4. 结核菌素试验 感染结核菌一定时间后，组织产生变态反应，结核菌素试验出现阳性反应。对小儿结核病的诊断价值较大，成人多数受过结核菌感染，阳性反应无诊断意义。如低热，疑有结核活动者，结核菌素强阳性对诊断有参考意义。

#### 【鉴别诊断】

1. 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，如无化脓性感染可无中毒症状，肺部听诊可闻固定罗音，胸部X线检查大多无改变或仅有肺纹理增强呈蜂窝状。痰中查不到结核菌。

2. 大叶性肺炎 与干酪性肺炎有时很相似，此病发生急骤，高热、胸痛、咯铁锈色痰；X线检查大片状密度均匀之阴影；血液白细胞明显升高；磺胺及青霉素疗效显著。干酪性肺炎病程迁延，痰菌阳性，X线检查密度不均，有多数不整形之空洞，对侧常有扩散灶。

3. 肺吸虫病 有咳嗽、反复咯血，X线征象与肺结核相似。但有食生蜊蛄的历史，血痰呈烂桃样，痰中可查到肺吸虫卵。

4. 支气管肺癌 有咳嗽、咯痰、咯血、胸痛的历史。癌长在肺门部易与支气管旁淋巴结结核相混，支气管肺癌多发生在40岁以上的病人，早期一般无中毒症状，痰内无结核菌。周围型肺癌易与结核球相混，但肺癌病灶边缘不清，无钙化点，短期内病灶形态有改变。

【治疗】 肺结核病程长，恢复慢，病情多有反复。治疗时首先要耐心细致的做好病人的思想工作，对于疾病要有顽强的斗志，保持革命的乐观主义精神。根据病情、肌体状态适当安排工作与休息。症状重，发热高，咯血者应卧床休息。待病情好转后酌情活动。病情稳定后，逐渐恢复工作，并进行适当的身体锻炼。

注重营养，帮助身体恢复。肺结核病人常有脾胃虚弱，为此不仅要注意食物的质和量，并要健脾胃，促进消化吸收。

药物治疗要针对病变情况选择。大体上以抗结核药为主，身体明显虚弱者增加中药滋阴清热，对某些突出的症状要加以处理。

1. 抗结核药物的应用 凡确定为活动性肺结核的病人，应及早应用。常用的抗结核药物有异菸肼、链霉素、对氨水杨酸。临床上多联合使用，以增强疗效，达到制菌目的，延缓耐药性产生，减少毒性作用。以异菸肼为主，加链霉素或对氨水杨酸，或三种药物同时应用，待病情稳定后，用异菸肼维持。

(1) 异菸肼（雷米封）：制菌力最强，能渗入淋巴细胞及单核细胞内，消灭细胞内的结核菌。成人每日300毫克，分三次服，儿童每日10~15毫克/公斤。结核性脑膜炎、急性血行播散型肺结核成人最大量每日可达600~800毫克，小儿400毫克，口服或加入5%葡萄糖液内静点，病情好转后即减量。疗效在3~6个月时最高，疗程一般1~2年。

本药治疗量很少发生毒性反应，少数有神经兴奋、头晕、反射亢进、四肢抽搐及周围神经炎，偶可损及肝、肾功能。长期大量用药时宜并用维生素B<sub>6</sub>，减少其副作用的发生。

(2) 链霉素：制菌力较强，能增强细胞吞噬作用，防止结核病的发展，对急性渗出

性病变效果较好。成人每日1克，肌注。结核中毒症状消失后每周注射2~3克。儿童用量为每日20~30毫克/公斤。除重症外，一般疗程2~3个月。穴位注射能减少用量，提高疗效，缩短疗程，用0.1~0.2克稀释成10毫升，注入肺俞、结核穴（每穴2.5毫升）。

本药过敏反应有皮疹、药热，甚至休克。其毒性反应则为第八对脑神经损害，引起耳鸣、耳聋、眩晕等。对肾脏及造血器官亦有一定损害。

（3）对氨水杨酸（PAS）：制菌力不如异菸肼及链霉素，但耐药性产生慢，本药多与链霉素或异菸肼并用。成人每日8~12克，儿童每日0.2~0.4克/公斤，口服，疗程1~2年。对于重症病人，可做静点，3~12克/次，每日或隔日一次。

本药对胃肠刺激性较大，通常从小剂量开始，并用碳酸氢钠。也可发生过敏反应及损伤肝、肾及造血器官。

（4）其他制菌药物：有氨硫脲、卡那霉素、环丝氨酸等。这类药物毒性大，易产生耐受性，只有对常用抗结核药产生耐药情况下才应用。

2. 中药治疗 肺结核时用中药治疗，常能使全身情况好转，使抗结核药充分发挥作用。可以从几个方面考虑：（1）滋阴药：生地、鳖甲、知母、麦冬、沙参、地骨皮。

（2）泻火药：黄芩、黄连、夏枯草、穿心莲。（3）止咳药：百部、百合、白前、紫菀、贝母、桔梗。（4）健脾药：白朮、山药、党参。

也可根据病情配成方剂，例如：（1）肺肾阴虚：滋阴润肺，可用月华丸加减（天冬、麦冬、生地、山药、百部、川贝、茯苓、地骨皮）；滋阴降火，可用百合固肺汤加减（生地、熟地、麦冬、百合、芍药、阿胶、当归、元参、生甘草）。（2）脾阳虚：健脾补气养血。方用人参养荣汤加减（党参、白朮、茯苓、生甘草、当归、黄芪、熟地、五味子、芍药、远志、肉桂）。

3. 单方验方 实践证明，单方验方有时可起控制结核发展的作用，有的可起对症作用。（1）猫爪草2两，水煎服，一日一剂。或用猫爪草针剂2~4毫升，一日二次肌注。

（2）十大功劳叶1~2两，水煎服，一日一剂。（3）夏枯草1两，煎取汁浓缩成膏，晒干，再加青蒿1钱、鳖甲0.5钱，均研细，拌匀为一日量（亦可制成丸剂、水剂服用）。

（4）夏枯草（全草）二斤，加水五斤煮后，去渣取汁，再浓缩至斤许，加红糖适量收成膏。每日服三次，每次15毫升。（5）百部6钱、黄芩4钱、丹参4钱、桃仁4钱；偏阴虚加沙参3钱、麦冬2钱、夏枯草6钱；偏阳虚加党参3钱、炒白朮3钱、山药3钱；低热加地骨皮3钱；盗汗加五味子1钱；咯血加侧柏叶5钱、仙鹤草10钱。（6）羊苦胆烘干研粉，装入胶囊内，每次服一粒。应放于干燥处保存。（7）松萝酸钠30毫克，日服三次或25毫克加生理盐水30毫升缓慢静注，每日二次。儿童量酌减。

#### 4. 对症处理

（1）发热：由于吸收结核菌毒素而引起，一般不需特殊处理，必要时可用少量匹拉米洞，或用清骨散加减（银柴胡、胡黄连、秦艽、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母、生地、玄参）。高热时尚可作新针或水针疗法。

（2）盗汗：①浮小麦3钱、黑豆衣3钱，水煎服。②敛汗丹（五味子0.5飞辰砂0.1）研细末，用凉开水调成糊状，临睡时敷填臍窝，上盖纱布，用胶布固定，次晨即可揭去，一般连用两夜。③山萸肉5钱、白朮3钱、牡蛎5钱，水煎，一日分三次服。

（3）咯血：见第三章“咯血”篇。

5. 激素的应用 激素有抗炎、抗毒、抗过敏、抗纤维增生作用。适用于病变进展快，以渗出为主，中毒症状严重者，如渗出性胸膜炎、粟粒型结核、干酪性肺炎、结核性脑膜炎及结核性心包炎等。常用药物有去氢可的松（强地松），10毫克，一日3次；去氢氢化可的松（强地松龙），10毫克，一日3次内服；氢化可的松100毫克/日加入5%葡萄糖液500毫升内静点。用1~2周后，症状改善就要逐渐减量。注意：激素对结核菌无直接作用，并可使病灶扩大播散，因此要严格掌握其适应症，并在有效的抗结核药物治疗基础上才能应用，用期不宜过长。

6. 其他处理 一部分肺结核病例，如形成厚壁空洞、较大的结核球等需要手术治疗；如支气管结核等可作抗结核药雾化吸入或气管内滴入。

### 结核性胸膜炎

本病由结核杆菌侵入胸膜腔所引起，为临床上最常见的一种胸膜炎。多继发于肺结核，由肺内病灶或肺门淋巴结结核经淋巴道或直接蔓延所致，少数是由血行播散引起。

【临床表现及诊断】 结核性胸膜炎按有无胸腔积液分为干性和渗出性两种。

1. 干性胸膜炎 多无明显全身中毒表现。常见症状为胸痛、干咳少痰，疼痛一般在病变局部，较剧，呈针刺样，咳嗽及深吸气时加重。胸部检查可听到胸膜摩擦音，呼吸音改变不明显。X线检查无阳性所见。

2. 渗出性胸膜炎 胸腔内有大量浆液渗出，全身中毒症状明显。全身症状与肺结核相同，有发热、疲乏、无力、盗汗、消瘦、食欲不振等。但发病较急，发热较高（有时可达 $39^{\circ}\text{C}$ 左右）。局部症状主要为胸痛、咳嗽，呼吸困难。早期出现胸痛，待渗液增多而缓解。有无呼吸困难取决于胸腔渗液出现的快慢和量的多少。渗液出现快，量多可发生明显呼吸困难，甚至发绀。心脏及纵隔移向健侧，病人喜患侧卧位，以减轻压迫症状。渗液量少或包裹局限于胸腔某部位（包裹性胸膜炎），则呼吸困难不明显。体格检查所见由渗液量不同而异。少量积液仅可听到胸膜摩擦音；包裹性积液只在病变局部叩诊变浊；而多量积液则患侧胸廓膨满，呼吸运动受限，叩诊呈浊音或实音，呼吸音减弱乃至消失，支气管语音传导减弱，由于积液上方的肺组织受压，含气量减少，在局部可听到支气管肺泡性呼吸音。

X线检查对胸腔积液的诊断帮助较大，少量积液可见膈肋角消失；包裹性积液可见阴影局限，常在胸腔下部的侧胸壁或后胸壁，呈圆形或卵圆形（图6-2）。中等量积液可见肺下部密度增浓的弧形阴影（图6-3）；大量积液则患侧为一致性密度增浓影，伴有心脏及纵隔移位。

化验检查：病初血中白细胞增多，血沉快。胸腔穿刺液多为草黄色，稍混浊。

【鉴别诊断】

1. 急性化脓性胸膜炎 症状重，高热伴有寒战，体温波动显著呈弛张热，热

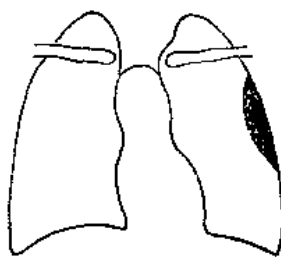


图6-2 包裹性胸膜炎

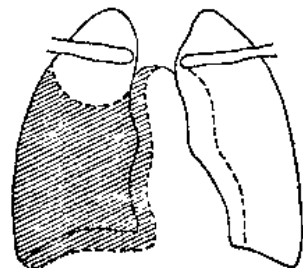


图6-3 渗出性胸膜炎

退后出汗多。血化验白细胞总数及中性分叶核明显增多,胸腔穿刺液为脓性渗出液或脓液。

2. 恶性肿瘤胸腔积液 为胸膜原发肿瘤及其他部位肿瘤转移于胸膜所致。老年人多见,常为大量积液,发展快。胸腔穿刺液多为血性,常能找到癌细胞。抗炎或抗结核治疗无效。

3. 由心、肾、肝疾病引起的胸水,有原发病之特征。

【预防】 同肺结核。

【治疗】

1. 一般治疗 发热时应卧床休息,加强营养。

2. 抗结核药物应用 原则及用量同肺结核,通常用异菸肼加链霉素2~3个月,中毒症状消失,积液吸收后可单用异菸肼或并用对氨水杨酸。单方验方亦可参考肺结核。

3. 辨证施治 本病属于祖国医学的痰饮,由于肺、脾受病,体内水液不得布化,停留在肋下所致。

(1) 干性胸膜炎有畏寒、胸痛时,可用小柴胡汤加减:柴胡2钱、黄芩3钱、半夏3钱、瓜蒌皮3钱、枳壳2钱、郁金2钱、黛蛤散5钱,水煎服。

(2) 渗出性胸膜炎应用逐水饮法,可用葶苈大枣汤合葶苈汤:葶苈子3钱、芦根1两、桃仁3钱、薏米4钱、冬瓜子8钱、枳壳2钱、大枣4个,水煎服。大量积液,体质壮实者可用十枣汤(甘遂5分,大戟2钱、芫花2钱,大枣10个)及控涎丹(甘遂、大戟、白芥子)5~7分。甘遂、大戟、芫花为逐水之峻药,有毒性,不宜久用。

4. 激素 急性期,中毒症状重,积液较多者,在有效的抗结核药物使用的同时,配合应用肾上腺皮质激素。常用的有强的松、强的松龙。一般用四周左右。激素可减轻中毒症状,减少渗出,促进液体吸收,减少胸膜粘连的后遗症。

5. 胸腔排液 胸腔积液较多时,为减轻压迫症状及减少粘连,可采用胸腔排液,排液量每次500~600毫升,每周1~2次。排液时要注意病人的反应,速度不宜过快。

6. 对症处理 胸痛伴有干咳,影响睡眠时可用可待因0.03克,顿服,或用其他镇静镇痛药。

## 脓 胸

胸膜腔内的化脓性感染即为脓胸。由于胸腔的特点,脓胸不仅临床表现复杂而且治疗也较为困难,病人往往因患脓胸而长期不能参加劳动生产,甚至造成终生残废。因此我们必须十分重视对脓胸的早期诊断、合理治疗。

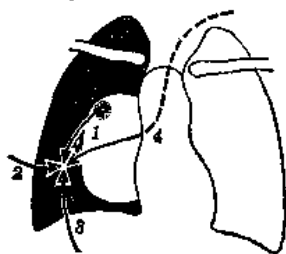


图6-4 发生脓胸的主要途径

脓胸按其病因、病理、临床表现之不同分急性和慢性两类。

### 一、急性脓胸

【病因】 急性脓胸可继发(并发)于其他胸部疾病,又可由败血症经血行感染造成,主要途径有四(图6-4): (1) 由肺内病变(炎症、结核、脓肿等)侵及胸膜或穿入胸腔。农村常见的小儿肺炎(尤其是麻疹并发者)继发急性脓胸,即为此类。(2) 由胸壁的开放性损伤(胸外伤、手术等),甚至胸腔穿刺造成胸腔内感染。闭合性胸外伤、有时形成血胸,如处理不当也可形成脓胸。(3) 腹腔内感染穿破膈肌引起胸腔

内感染。如肝脓肿、膈下脓肿继发的脓胸。(4)经血行传播引起。如败血症并发脓胸。

胸膜腔感染的初期为浆液性渗出,以后逐渐变稠成脓性。如脓液量大,布满全胸膜腔,为全脓胸;渗液逐渐吸收、机化,纤维组织使两层胸膜发生粘连,部分胸膜腔闭塞,则为局限性脓胸;脓胸同时有空气存在,为脓气胸。

【临床表现和诊断】病人可出现高热、胸痛、气喘、脉数。检查时患侧全胸或下胸部肋间膨满,叩诊呈浊音,呼吸音减弱或消失。如为脓气胸,则下胸部音浊,上胸部音鼓。X线检查对脓胸的诊断很有帮助。准确的诊断方法是胸腔穿刺,既可确定脓胸诊断,又可明确病原菌。根据脓汁性状检查,应注意与结核性脓胸区别。

#### 【治疗】

1. 清热解毒、消炎 可用抗菌素肌注、口服,亦可用中草药。马齿苋、白果、郁金、柴胡、双花、连翘、黄连、甘草。

2. 胸腔排脓 可减轻中毒症状,又可使脓腔缩小以利肺的舒张,是治疗脓胸的重要措施。一般先取穿刺排脓,只要病人情况允许,每次可尽量多排一些,最好同时进行脓腔冲洗(用生理盐水注入胸腔,抽出,反复进行),和抗菌素胸腔注入(每次用青霉素40~60万单位,链霉素0.5~1.0克。注意:注入前应做过敏试验)。如经反复穿刺排脓效果不显著,且脓汁变稠,则应及时作胸腔闭式引流。(注意:结核性脓胸无混合感染,或单纯阿米巴感染性脓胸,禁忌胸腔引流;一般用穿刺合并相应的药物治疗均可痊愈。)

#### 二、慢性脓胸

慢性脓胸主要是由急性脓胸处理不当,使脓液长期积留在胸腔,大量纤维蛋白析出,使胸膜表面附着一层纤维组织,逐渐变成结缔组织,极度增厚,使肺不能舒张,残腔不易闭合,胸膜腔内感染长期不愈,成为慢性脓胸。

因为慢性脓胸的主要病理变化是胸膜表面的纤维板增厚,所以临床表现的炎症感染征象并不显著,而胸廓变形,体质消耗为主要改变,且胸壁常有慢性瘘孔。检查时常见患者消瘦、营养不良、贫血。患侧胸廓内陷、肋间隙变窄,呼吸运动减弱甚至消失。叩诊呈实音,呼吸音消失。严重的慢性脓胸可引起心脏、肝脏的改变(前者与缺氧、贫血有关,后者与慢性中毒有关)。

慢性脓胸治疗以手术为主。

## 肺 癌

绝大多数肺癌原发于支气管,所以又名支气管肺癌。多发生于40岁以上,也有发生在40岁以下的青壮年。临床治愈率和早期诊断、早期治疗关系密切。因此,医务人员对本病应充分重视和警惕,尽量做到早期诊断和早期治疗。

【临床表现】因肺癌原发于支气管,癌肿刺激支气管壁可引起刺激性咳嗽,初为干咳,或有少量粘痰。癌组织破入支气管腔后,咳嗽、咯痰加重,痰成脓液,并常带血(鲜血或陈旧血),大量咯血比较少见。支气管被癌瘤组织阻塞或不全阻塞,通气不畅,排痰不便,易继发支气管和肺部的感染。轻时症状似感冒,但经治疗症状迁延数周甚至数月不愈。重时则表现肺炎、肺脓肿、支气管扩张等肺部化脓性感染的症状,检查可有相应的体征发现。因癌肿在肺内发生的部位不同,症状表现也不同。

1. 中心型 癌肿发生在肺门区附近,向支气管腔内生长,阻塞支气管,造成肺不

张，出现咳嗽较早，并有呼吸困难，检查病侧可有局限性干鸣音和呼吸音减弱。重时病侧胸壁下陷、肋间隙变窄、呼吸运动受限制、语颤减弱、叩诊呈浊音或实音，听诊呼吸音消失等。X线摄影可见肺门区出现块状阴影，癌肿沿肺的间质向外浸润，块状阴影周围呈毛刺状。左侧中心型肺癌，有时会压迫喉返神经，使同侧声带麻痹，出现音哑。

2. 周围型 癌肿发生在距肺门较远的肺野内。症状可不明显，X线摄影可见肺内出现圆形、椭圆形或块状阴影。肝癌若侵犯胸膜，可引起胸痛，并进而出现干性和渗出性胸膜炎的体征。肺癌引起胸水多为血性，胸水内可能查到癌细胞。

无论中心型或周围型肺癌，肺部发生继发感染或癌肿转移时，均出现相应的体征。

【诊断】 凡病人年龄较大，出现干咳、痰中带血或有肺不张、血性胸水和肺部化脓性感染症候时，要十分警惕本病的可能；肺部X线摄影发现有原因不明的阴影时，要密切观察，并配合其他检查，如痰癌细胞检查、支气管镜检查等。

【治疗】 目前多采用中西医结合综合疗法。

1. 早期癌瘤比较局限时，宜争取作肺切除术，术后配合其他疗法。

2. 放射线治疗。

3. 化学治疗 按细胞学分类不同选药。鳞状细胞癌和未分化癌用环磷酰胺，0.2克加生理盐水10毫升静注，每日一次，总量8~10克。腺癌用氟脲嘧啶0.5克加生理盐水10毫升静注，每日一次，总量8~10克。

4. 选用中草药，如薏苡仁、半枝莲、白花蛇、核桃枝、菝葜等，此外宜辨证施治。

## 心悸和心律失常

心悸是一项症状，即病人自觉心跳、心慌或还有心前区的其他不适感。心律失常是一项体征，即检查时发现心脏跳动过快、过慢或节律不齐。心悸常常是心律失常的一个重要症状，但也可能在心律正常时出现（仅是一个主观感觉）。而且心律失常时也可能并不感觉到心悸。这两项临床表现都须经过详细的调查，才能判断它们所反映的疾病。

一、心悸和心律失常是怎样发生的？

心悸和心律失常可因心脏疾病、精神神经因素（如情绪激动、神经官能症）、内分泌疾病（如甲状腺功能亢进症）、药物中毒（如洋地黄、锑剂等中毒）、贫血、发热等引起。

祖国医学认为，心悸（怔忡）是心病的一项症状，可因心血或血气不足、劳思过度、痰饮、阳气虚弱等引起，常与肝、肾、脾诸脏的功能失调有关。心悸时可出现涩、数、结、代等脉象，相当于心律失常的表现。

要想比较深入地认识心律失常，应当先了解有关心肌的生理。心肌除了和一般肌肉能收缩舒张，还能从本身产生冲动。每一次心跳的冲动起源于上腔静脉进口处的窦房结（图6-5）。窦房结发出的冲动迅速传布到左右心房，再传到心房与心室之间的房室结。房室结向下延续成为房室束，在心室间隔的顶部分为左右二束枝，并继续分为小枝，最后在心内膜下分成细网枝而与心肌纤维相连。（窦房结、房室结、房室束、左右束枝及其细网枝合称为心脏传导系统。）从窦房结发生的冲动就是按上述途径由上至下传到心室，使左右心室收缩。心肌受整体神经体液的调节和控制。交感神经对心肌有兴奋作用，迷走副交感神经则有抑制作用。

心脏本身的病变、直接的刺激或损伤,以及心外神经受高级神经活动或反射作用的影响对心律调节发生障碍,均可使心肌冲动的发生或传导不正常,于是就引起心律失常。

## 二、诊断要点

(一) 心律失常 可分为冲动起源紊乱和冲动传导紊乱两类。临床上常见的心律失常如下:

1. 窦性心律失常 是指冲动仍起源于窦房结,但发出冲动的频率过快、或变慢、或不整齐。

(1) 窦性心动过速: 呈现数脉,成人每分钟超过 100 次,儿童超过 120 次。其特点除了心率加快,心率常可因体位、活动或精神因素而变化,但节律规整。这种心动过速较常见,正常人可在运动或情绪激动时发生,病人有发热、贫血、休克、心功能不全、甲状腺功能亢进等时可发生,用某些药物如肾上腺素、阿托品时也可发生。

(2) 窦性心动过缓: 呈现迟脉,成人每分钟少于 60 次,与迷走神经兴奋性增强有关。见于颅内压增高、黄疸、洋地黄中毒等病理状态,但也可见于正常的体力劳动者、运动员和老年人。

(3) 窦性心率不齐: 由于窦房结发出冲动时快时慢,一般是吸气时心率增快、呼气时心率减慢。其特点是运动后心率加快时或进气时心律常变为较规则。见于健康人,儿童较多见。

2. 期前收缩 或称过早搏动,是指在窦房结发出冲动以前,心肌其他部位的异位兴奋灶提前发出冲动,使心脏过早地出现搏动。按异位兴奋灶的部位,期前收缩可分为心室性、房室结性和心房性三种,以心室性为多见。

期前收缩可无明显的症状,但也可引起心悸、心前区不适等症状。脉搏常变成细弱,可呈现结、代、促等脉象。听诊时发现心搏提前出现,第一音增强、第二音减弱,或仅听到第一音,随后有一加长的间歇期(因期前收缩常替代了下一个正规的搏动)。期前收缩与正规心搏交替出现时叫做二联律,在一段时间内频频出现时叫做多发性期前收缩。

正常人可发生期前收缩,各种心脏病则常发生期前收缩。精神紧张、疲劳、吸烟饮酒过度、过饱或用洋地黄、麻黄素等药物,均可成为诱因。

3. 阵发性心动过速 是指窦房结以外的异位兴奋灶阵发地快速地产生产生冲动,使心跳阵发加快,相当于一系列接连很快的期前收缩。按其冲动起源部位可分为室上性(包括心房性和房室结性)和室性两种,室上性者远较室性者多见。

发作时呈细数脉象,每分钟 160~220 次,一般比较规整。每次发作可持续几秒钟以至几天,但以几分钟或几小时常见。多伴有心悸、头晕、乏力、出汗等。室上性阵发性心动过速时,心律规整,第一音强度不变,刺激迷走神经(如压迫颈动脉窦)可制止其阵发。室性阵

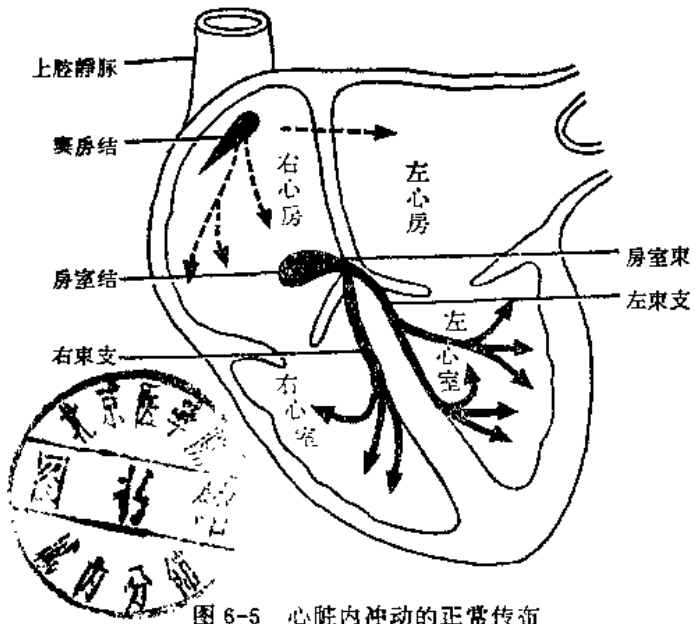


图 6-5 心脏内冲动的正常传布

发性心动过速时,心律较不规整,第一音强度常有显著改变,用刺激迷走神经法不起影响。

室上性阵发性心动过速可发生于无心脏病的人,也可发生于风湿性心瓣膜病或心功能不全者用洋地黄后。室性阵发性心动过速则多见于严重心脏病,尤其是冠状动脉疾病或洋地黄奎尼丁等中毒时。心脏病并发阵发性心动过速,持续时间较无心脏病时长久,容易使血压下降或引起心功能严重障碍等。

4. 心房颤动 是心房失去整体收缩能力,各部分发生快而细的乱颤,每分钟达 350~600 次。但心室只能接受一部分由心房传下的冲动,常每分钟搏动 120~160 次,且不规整。脉象很不规则,时大时小、时快时慢。脉搏数少于心跳数,心动愈快时二者相差愈显著。病人常有心悸、气短等症状。

心房颤动绝大多数见于心脏病,以风湿性心瓣膜病最常见,其次是冠状动脉性、高血压性心脏病。发生后容易造成心功能严重障碍或心房内血栓形成。

5. 房室传导阻滞 又称心脏传导阻滞,是指冲动在从心房到心室的传导过程中发生障碍。按其阻滞程度可将房室传导阻滞分为三级:

第一级:房室传导时间延长,但心房的全部冲动都能传到心室。临床无特殊表现,但心电图可以检查证明。

第二级:一部分窦房结的冲动受阻碍,不能传到心室。可引起心悸或心跳停顿感,脉搏和心音都出现脱漏(时有一止),脉率和心率一致。

第三级:所有的窦房结冲动都不能下传到心室,在阻滞部位以下心肌内出现一个节律点,产生独立的心室节律以维持心室跳动。病人多有头晕、心悸、乏力等症状,脉象迟缓,每分钟 30~50 次,第一音可有显著改变。有时,由于心跳突然减慢或心室暂停收缩或诱发心室颤动,脑部缺血,可发生昏厥、抽搐等(又称阿-斯氏综合征)。

房室传导阻滞见于风湿病、白喉等引起心肌炎时、克山病、冠状动脉性心脏病、洋地黄中毒等。

常见的心肌冲动紊乱鉴别表

| 心<br>律<br>区<br>别 | 窦性心<br>动过速 | 期前收缩                     | 阵发性心动过速        |         | 心房颤动           |
|------------------|------------|--------------------------|----------------|---------|----------------|
|                  |            |                          | 室上性            | 室性      |                |
| 心 率              | 100~150    | 不 定                      | 160~220        | 160~220 | 不 定            |
| 节 律              | 规 整        | 时而提早搏动                   | 规 整            | 欠规整     | 不规整            |
| 心 音              | 强度一致       | 提前搏动的第<br>一音增强,第<br>二音减弱 | 强度一致           | 强度不一致   | 强度很不一致         |
| 持续时间             | 不 定        | 不 定                      | 阵发,数秒钟<br>以至几日 | 同 左     | 多致持久           |
| 脉 象              | 数          | 促、结、代                    | 细 数            | 细、促、结、代 | 散、微、绝          |
| 活动或改变体<br>位时     | 心率加快       | 可减少期前<br>收缩              | 无 改 变          | 无 改 变   | 心率加快,更<br>加不规整 |
| 压迫颈动脉窦<br>或眼球时   | 心率暂时减慢     | 无 改 变                    | 暂时制止发<br>作或无改变 | 无 改 变   | 无 改 变          |
| 心脏器质性疾<br>病      | 不一定有       | 不一定有                     | 不一定有           | 多有,且严重  | 多 有            |

(二) 心悸 临床上所见的主诉心悸者,不少是神经官能症。但是诊断心悸时,必须把心律失常放在首要地位,只有经过详细检查而确定没有器质性心脏病和其他疾病,才可以诊断为神经官能症。关于心律失常的诊断已经介绍。下面从祖国医学方面说明心悸的诊断。

心悸常是“心不自主”的一种表现,常可伴有易惊、不安、不耐烦或活动后加重等,多数属于虚证。如果面色恍白、四肢无力或酸痛、气短、脉微弱或涩小,为心的气血不足的表现。如果具有眩晕、痰涎多、身体摇幌、或消瘦、或面浮足肿等,为痰饮浸及心的表现,可呈现沉细、滑数、结、代等脉象。

### 三、治疗要点

对于心悸和心律失常,应针对病因进行治疗。例如:风湿病时应首先制止风湿病变活动,甲状腺功能亢进症应降低甲状腺功能,贫血或身体虚弱者应补气养血以振作心阳。除了治疗病因之外,对于心律失常、特别是某些直接影响到血液循环的心律失常症,应当及时进行处理,使心律恢复正常。

1. 窦性心律失常 主要进行病因治疗。一部分心动过速者可选用:(1)针刺内关、间使或耳壳心区,用强刺激手法达针感后退针。(2)服镇静药如苯巴比妥0.03克或利血平0.25毫克、一日2~3次,必要时可用心得安10毫克、一日2~3次。(3)兼有气血不足症状可用人参归脾丸等。

2. 期前收缩 偶发性期前收缩且无症状者不必特殊治疗。由洋地黄中毒引起者应停用洋地黄,给予氯化钾。有心功能不全而未用洋地黄者可用洋地黄治疗(见“心功能不全”治疗项)。一般还可服用镇静药、氯化钾。发生频繁者可考虑用奎尼丁或普鲁卡因胺,这两种药能降低心肌兴奋性和传导性。奎尼丁先试服0.1克,如无不良反应,以后每隔2小时服0.2,连用5~6次。如效果不显著,第二日可用0.3每2小时一次,连用5次,全日量不超过2.0克。以后再增加药量必须审慎。有效者用维持量0.2克,一日3次。普鲁卡因胺首次口服0.5~1.0克,以后每隔2~3小时再服0.5克直到发作停止。但总量达4~6克仍无效时应停用。有效者可用维持量0.5克每4~6小时一次。期前收缩并有心阴不足者,证见心悸、面色晦暗、舌尖红、舌苔干或无、脉结代等,治宜养阴益气,可用炙甘草汤(炙甘草、大枣、阿胶、生姜、人参或党参、生地、桂枝、麦冬、麻仁)。

3. 室上性阵发性心动过速 可选用:(1)针刺法同窦性心动过速治法。(2)刺激迷走神经的方法如:深吸气后闭住几十秒钟,再用力呼气;压迫颈动脉窦(甲状软骨水平颈动脉搏动处)10~20秒钟,一般先压右侧,必要时改为压左侧,不能同时压双侧;用手指压迫一侧或双侧眼球约20~30秒钟,用力不可过大;指压一侧或双侧劳宫穴约2分钟,用力应较强。(3)如上法无效时,可用快效洋地黄类,使短期内达到全效量。(4)对洋地黄中毒引起者(伴有房室传导阻滞),可口服氯化钾2克一日3次,或急用0.6%溶液静点至发作中止,但一次用量不能超过3克。(5)应用升压药如甲氧胺、新福林、去甲肾上腺素,可迅速制止发作。

4. 室性阵发性心动过速 可选用普鲁卡因酰胺、奎尼丁或心得安,方法同频发期前收缩治法。

5. 心房颤动 心室率正常的慢性病例应治疗病因,无需对症处理。心率快或伴有心功能不全者可用洋地黄制剂。

6. 房室传导阻滞 如传导阻滞与洋地黄毒性有关,应暂停或减少剂量。原有二级以上传导阻滞者应避免用洋地黄以防发生昏厥抽搐的综合征。(1)阵发心室停顿而引起昏厥抽搐等,必须进行急救,用0.1%肾上腺0.3毫升作皮下或肌肉注射,可在1~2小时内重复应用。心搏骤停时可以0.5~1.0毫升作心内注射。但心室颤动时禁用肾上腺素。必要时进行心脏按摩和人工呼吸。(2)心室颤动或停搏都可用异丙基肾上腺素10毫克舌下含化每1~2小时一次,或以1毫克加入5%葡萄糖500毫升静点,速度约每分钟2毫升,急救时还可用0.1~0.25毫克作心内注射。(3)如迷走神经兴奋是发生传导阻滞的主要因素,可用阿托品0.5毫克每4~6小时口服一次,或0.5~1.0毫克每4~6小时肌注一次。为了效用持久,可口服麻黄素15~30毫克每日3~5次。(4)急性心肌炎引起者可用肾上腺皮质激素如强的松、氢化可的松。

## 心功能不全

心脏收缩力减弱,不能将从大静脉回心血液充分排出而引起循环障碍,出现心悸、气短或水肿等症状,称为心功能不全,过去又称为“心力衰竭”。实际上心功能减弱的程度不一,经过积极治疗,大多数都能好转,一律称它为“心力衰竭”是不恰当的。即使心功能不全达到严重程度,也以称为心功能严重障碍为宜。

### 一、心功能不全是怎样发生的?

心脏有强大的储备能力,精神振奋而体格强壮的人在需要时能把心脏每分钟排血量增高到休息时的5~10倍。心脏有病变时,一般以心肌扩张、肥大和加快心跳等方式发挥代偿作用,常在相当长的时间内仍能保持正常的血循环。但是如果原有的病变继续存在或加重,心肌的代偿就会转化为代偿障碍。心肌过度肥大后,供给心肌的血液不能适应需要,使心肌缺氧而发生代谢障碍。心跳过快,反而使心室收缩舒张不得充分,每次心搏的排血量减少。这样就不能将从大静脉回心血液充分排出,引起一定程度的循环障碍。由于代偿障碍是逐渐发生的,临床上通常并不首先出现心脏输出不足的症状,而是逐渐先出现大静脉回流障碍(郁血)的症状。引起心功能不全的疾病有以下几类:

1. 心脏瓣膜病变如瓣膜口狭窄或关闭不全,或先天性心脏大血管畸形,使血流受阻或倒逆,可加重心脏负担。

2. 各种原因引起的血压增高周围循环阻力增加,或肺气肿时肺循环阻力增加,均可加重心脏负担。

3. 冠状动脉疾病、各种原因的心肌炎等,可使心肌营养不足或受损。

4. 重症贫血、甲状腺功能亢进症等引起心跳加速、血流加快、静脉回流量加多,因而可加重心脏负担。

心功能不全时受到某些因素可加重,例如,急性感染,过劳,心动过速,妊娠分娩,大量的静脉输液输血等。

### 二、诊断要点

早期可分为左心功能不全和右心功能不全,发展到一定程度时则成为全心功能不全。

1. 左心功能不全 常见于高血压病、冠状动脉硬化、二尖瓣或主动脉瓣病、肾炎等。临床表现主要为肺循环郁血所引起。

常见的症状是呼吸困难、咳嗽、发绀、咯血等。呼吸困难常是最早发现的症状。开始时较轻，只在劳动时发觉心悸、气短，逐渐加重。重时呈端坐呼吸，因为躺平时下半身回流到右心的血增多，使肺充血加重，而且膈上升也妨碍吸气动作。呼吸困难可能在夜间睡眠中阵发，病人发生气喘、被迫坐起、发绀、咳嗽、咯泡沫痰可带血色、呼吸有哮鸣音，叫做心脏性哮喘，应与支气管性哮喘严格区别。发作的原因是肺郁血突然加重或伴有急性肺水肿。所以在夜间睡眠后发作，与睡后平卧、迷走神经兴奋性增高而使冠状动脉收缩、呼吸中枢敏感性减低而当血内二氧化碳显著增高时才起反应等原因有关。发绀与肺郁血、水肿影响氧与二氧化碳的交换有关。咯血常见于二尖瓣狭窄症或肺梗塞，前者与肺静脉高压、肺及支气管形成静脉曲张而发生破裂有关，后者为肺血管受损所致。

主要的心肺体征是：左心室增大，心尖搏动向左下方移位。心率加快，有时可听到舒张期奔马律，病人深呼吸时较明显。肺动脉瓣第二音亢进，表示肺循环高压。可出现交替脉，因心室收缩一时较强、一时较弱。肺部有湿罗音，阵发呼吸困难时尤较明显。

2. 右心功能不全 常见于左心功能不全的进一步发展、肺心症等。临床表现主要为体循环郁血所致。

常见的表现有：颈静脉怒张，呼吸困难，水肿尿少，发绀，肝肿大，腹水或胸水，心脏肿大、心律失常或有杂音等。颈静脉于直坐位时膨胀或更有搏动，压迫右上腹时更加显著。呼吸困难可能有几方面因素，如原有肺部疾病、静脉郁血后体内二氧化碳和乳酸增高而刺激呼吸中枢、腹水或胸水影响呼吸等。水肿尿少与体静脉血压增高、从组织间渗回毛细血管的液体量减少，以及肾郁血后排出钠盐和水减少有关。水肿以身体下垂部分较显著。发绀常比左心功能不全显著。肝肿大为下腔静脉血压增高所引起，常有压痛。腹水和胸水也是静脉血压增高的缘故，但又与某些局部因素如肝郁血、腹膜或胸膜的渗出性等有关，常在后期出现。

3. 全心功能不全 呈现左、右心功能不全的综合病症，由于原有的疾病不同，可以左侧（肺郁血）或者右侧（体静脉郁血）为主，如高血压性心脏病时全心功能不全以左侧为主，肺心症时则以右侧为主。通常按心功能不全的严重程度将它分为三度：

第一度：休息时无不适，仅在体力劳动时有心悸、气短。

第二度：轻微体力劳动即有心悸、气短，同时常伴有肝大及水肿。

第三度：休息时即有明显心悸、气短，肝大、水肿明显。

### 三、治疗要点

过去，在受形而上学的影响下，对于心功能不全采取消极的治疗方针，限制这个、限制那个，尤其没有重视发挥病人的积极性。无产阶级文化大革命以来，工农兵和赤脚医生以辩证唯物论为指导，在医疗实践中突破了治疗心功能不全的旧框框，采取了积极的治疗方针，获得比过去良好的疗效。

治疗本病症，要充分发挥医生和病人两方面的积极性，采取综合性措施。

1. 防治引起心功能不全的疾病和诱因，例如：防治感染性疾病，降低过高的血压，纠正贫血，实行计划生育等。

2. 依照具体病情鼓励病人参加三大革命运动实践。一般只要不引起明显的心悸气短，适当地进行活动对精神和肌体都是有益的。病情严重时则应安静休息，避免加重心脏负担。

3. 应用洋地黄类药物。这类药物可加强心肌收缩力，减轻心率，增加每次心搏的排血量，因此是治疗心功能不全的有效药物。有慢作用和快作用的两类，慢作用的如洋地黄叶、洋地黄毒甙；快作用的如西地兰、毒毛旋花子甙（素）K或G（毒毛旋花子甙G较K的药效和毒性均大一倍）；另外如地高辛口服时作用慢，静脉注射时作用快。应用洋地黄的方法可概括为“两个阶段、两种情况、一项原则”。

（1）要确定两个阶段的用药量。首先要在较短时期内使心脏受到洋地黄类的作用，达到心率减慢（每分钟70~80次为理想）、心悸气短明显减轻、尿量增多、肝脏肿大减小等，即达到心脏洋地黄化。这一阶段的用药量叫做全效量。用药达到全效量以后，每日给予小剂量，补充从体内排泄和分解的药物，以维持疗效，这一阶段的用药量叫做维持量。

洋地黄类药物剂量及用法表

| 名 称         | 给 药<br>途 径  | 开 始<br>有 效 | 效 力<br>最 大   | 效力完<br>全消失 | 剂 量                |                       | 给 药 法                                                 |
|-------------|-------------|------------|--------------|------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|
|             |             |            |              |            | 全 效                | 维 持                   |                                                       |
| 洋地黄叶        | 口 服         | 6 小时       | 12~24<br>小 时 | 约 20 天     | 0.8~1.2<br>克       | 0.05~<br>0.1 克        | 0.1 克，每天3~4次，达全效量后改维持量。必要时可剂量加大，在24小时内达全效量            |
| 洋地黄毒甙       | 口服或<br>肌肉注射 | 2 小时       | 8~12<br>小 时  | 约 20 天     | 0.8~1.2<br>毫克      | 0.05~<br>0.1毫克        | 0.1毫克，每天3~4次，达全效量后改维持量。必要时分剂量加大，在24小时内达全效量            |
| 地高辛         | 口 服         | 2 小时       | 3~4小时        | 4~7天       | 2~3毫克              | 0.25~<br>0.5毫克        | 开始0.5毫克，第1天3次，以后0.25毫克，每日三次，服1~2日                     |
| 毛花洋地黄甙（西地兰） | 静 脉         | 10分钟       | 1~2小时        | 2~4天       | 1~1.6<br>毫克        | 0.2~0.4<br>毫克         | 首次0.4~0.8毫克加入25%葡萄糖20~40毫升中静注，4~6小时后给0.4毫克1~2次。       |
| 毒毛旋花子甙K     | 静 脉         | 5 分钟       | 1~2小时        | 1~3天       | 0.5~<br>0.75毫<br>克 | 0.125~<br>0.25 毫<br>克 | 首次0.25毫克，加入25%葡萄糖20~40毫升缓慢静注，2~4小时后必要时再注射0.125~0.25毫克 |

（2）根据两种情况用药达到全效量。一种是较轻的慢性心功能不全，近二周内未用洋地黄类者，可选用慢作用制剂，用缓慢给药法达到全效量。例如用洋地黄叶0.1克每日3次口服，连用3~4日达到全效量，然后改为维持量。（“轻慢慢”）另一种是急重症心功能不全，近二周内未用洋地黄类者，可选用快作用制剂，用快速给药法达到全效量。例如用毒毛旋花子甙K0.25毫克静注，隔2~4小时再注0.125~0.25毫克，待病情稳定后改用慢作用制剂维持。（“急快快”）如果临时没有快作用制剂，也可用慢作用制剂加大剂量，在24小时内达到全效量。例如用洋地黄叶首次0.4克、然后每6小时用0.1克、连用3~4次。对于近二周内用过洋地黄类的病例，可根据已用剂量和临床表现选用慢作用制剂，逐渐达到全效量。一般要慎用快作用制剂，以免发生洋地黄中毒。

（3）要坚持具体情况具体对待的原则。洋地黄类的全效量和中毒量比较接近，病人，个体对药物的反应有较大的差异。因此不要完全一律对待，应细致观察病情，认真分析研

究，既要发挥药物作用，又要预防不良反应。

洋地黄类的中毒反应表现为食欲不振、恶心呕吐、心律失常如期前收缩、传导阻滞等，严重时可危及生命。发现中毒时应立即停药，口服氯化钾1~2克、每日3次，严重时将氯化钾1~2克加于10%葡萄糖液300~500毫升缓慢静点。钾有减轻洋地黄毒性的作用，所以通常在应用洋地黄类时并用口服氯化钾每日3克。钙有协同洋地黄对心脏的作用，所以应用洋地黄类时要避免用钙剂。

4. 应用中草药，可选用单方、验方和辨证施治方剂。单方如万年青根1两水煎、每日一剂分2次服，铃兰酊2毫升、每日2次服。（铃兰酊用铃兰全草250克加40%酒精2500~3000毫升、用渗滤法制成。据研究，万年青和铃兰均有类似洋地黄对心脏的作用。）验方如铃兰草2钱、万年青1.5钱、大叶金钱草4钱、淫羊藿2.5钱、柏子仁3钱、白茅根1两水煎服。辨证施治方剂例如：

(1) 心悸、气短胸满、面唇发绀、舌质灰暗、脉细弱，治宜益气强心，可用人参3钱、熟附子3钱、肉桂2钱、茯苓3钱、白朮3钱、炙甘草2钱。水煎服。

(2) 心悸气短，面色苍白、四肢厥冷、足踝浮肿、脉细，治宜温阳补肾，可用熟附子2钱、熟地3钱、肉桂1.5钱、山药4钱、补骨脂2钱、山萸肉3钱、茯苓4钱、丹皮3钱、泽泻3钱。水煎服。

(3) 心悸不安、气短喘息、心痛阵作、舌紫暗、结脉，治宜活血祛瘀，可用当归3钱、生地5钱、桃仁3钱、红花2钱、枳壳2钱、赤芍3钱、柴胡2钱、牛膝3钱、川芎2钱、甘草1.5钱。水煎服。

(4) 心悸气短、水肿明显、腰酸膝冷、食少乏力、舌淡苔白、脉沉细，宜治温补脾肾，可用附子2钱、白朮4钱、茯苓3钱、白芍3钱、炙甘草2钱、桂枝1.5钱、北五加皮3钱。水煎服。

5. 针刺疗法 心悸气短可以心俞、内关、神门、安眠为主穴，通里、大陵、少海为配穴，或取耳壳心、小肠、神门、皮质下，各选1~2穴，每日一次，10次为一疗程。心前区作痛可刺内关透外关，配以足三里。其他方法见“风湿性心脏瓣膜病”篇。

6. 防治水肿、腹水或胸水。因为水肿或腹水、胸水明显时，可加重心脏负担，又可影响呼吸或进食（胃肠水肿）。病人饮食宜易消化而富有营养成分，尿少肿重时要适当减少食盐，同时酌情应用消肿利尿药物。

7. 卤砒疗法对克山病、高血压病、某些肺心症等引起心功能不全有效，口服1~2克一日3次，或静点1%溶液200~300毫升一日一次，连用2~3周。

8. 心脏性哮喘和急性肺水肿的处理 立即帮助病人取半坐位或坐位，小腿下垂。缓缓静注氨茶碱0.25克（加于25%葡萄糖20~40毫升）。吸氧。皮下或肌肉注射吗啡5~10毫克，但休克和严重发绀者勿用。应用毒毛旋花子甙K。肺水肿重时，将止血带缚于四肢阻止静脉血回流（缚带的紧度不应使脉搏消失），以减轻心脏负担，但必须每5分钟轮流地把一个肢体的止血带放松一次。吸入酒精蒸气，可使泡沫痰易于溶化，有利于呼吸换气。

## 风 湿 病

风湿病（风湿热）是一种慢性而有反复急性发作的全身性疾病，可侵及关节、心脏、

皮肤等组织。

本病发生前多有溶血性链球菌感染如扁桃体炎、咽峡炎的病史。但发病是在急性感染以后，病变组织中无链球菌，在血清中常可发现对溶血性链球菌抗原的抗体。因此认为本病是一种与链球菌感染有关的变态反应性疾病。

【临床表现】 风湿病多见于青少年。发病前数日至4周可有扁桃体炎或咽峡炎，但有时这些感染症状很轻而不明显。发病多数较急，全身可有不规则发热、多汗、乏力、食欲不振、面色苍白、鼻衄等，接着出现常受侵犯的组织器官的病变。

1. 关节炎是最常见的局部病变，主要侵及膝、踝、髌、肩等较大的关节。关节呈现红肿热痛，属于祖国医学的热痹；且有游走不固定于某关节的特点，属于行痹。有些病例只有关节酸痛而无急性关节炎症状。

风湿性关节炎一般很少侵及小关节，好转后无关节畸形及功能障碍，可与类风湿性关节炎区别。

2. 心脏炎是风湿病最重要的病变，包括心包炎、心肌炎和心内膜炎。

(1) 心肌炎：可引起心悸、气短等心功能不全的症状。脉搏明显加快，与体温增高不成比例，且休息或睡眠时仍较快。心脏可在短期内明显增大，心尖搏动扩散（表示心肌收缩不正常），第一心音减弱，心尖部可听到吹风样收缩期杂音，偶而还有舒张期杂音。可出现各种心律失常如期前收缩、心房颤动等。

(2) 心包炎：常与心肌炎同时存在，可引起心前区疼痛。检查可听到心包摩擦音，心包内积液较多时心界增大、心尖搏动减弱、心音较远。

(3) 心内膜炎：主要侵犯二尖瓣和主动脉瓣，使心尖部出现收缩期杂音。但因病人同时还有发热、心脏增大或贫血，所以杂音是否完全由瓣膜炎产生，须经过一段时期治疗后才能判定。

3. 皮肤病变 在躯干及四肢内侧面可出现环形或半环形红斑，边缘红润稍隆起，中心皮色如常。有时在骨突起部位如肘后、髌前、踝部等处，可触到皮下小结节，约小米到黄豆大小，附着于骨膜或肌腱上，而与皮肤不粘连，往往双侧对称。这种皮下结节的出现，常表示有心肌炎，值得注意。

4. 神经系统方面症状 少数儿童、尤其是女孩，可出现某些不自主、不协调的肌肉运动如挤眼眉、耸肩膀等（称为舞蹈症）。

化验检查：血沉加快，可有贫血和白细胞增多，血清抗链球菌溶血素“O”增高。

#### 【防治】

1. 积极锻炼身体，增强肌体抗病能力。如有扁桃体炎、咽炎、副鼻窦炎等慢性感染病变，应及时治疗。患过风湿病的人在冬春季应当重视预防感冒等一般感染，以免复发或病变再活动。

2. 急性期内应注意休息，好转后逐渐增加活动。宜多吃含有维生素丙、乙的蔬果之类。如有合并的感染，需用清热解毒药或抗菌药治疗。

#### 3. 辨证施治

(1) 热痹，关节疼痛，痛处红肿灼热而不可触，活动受限，发热恶风，脉数，宜清热利湿、活血祛风，可用宣痹汤加减（防己5钱、杏仁3钱、滑石3钱、连翘3钱、薏苡仁5钱、蚕砂3钱、黄芩3钱、络石藤5钱，水煎服。如热度较高而汗出不解、口渴、脉

弦数、苔黄，可用桂枝石膏汤（石膏1两、桂枝3钱、薏苡仁1两、知母4钱、防己1两、苍朮3钱、甘草2钱）。

（2）行痹：关节疼痛、游走不定、屈伸不利，或见恶风发热，舌苔白，脉浮，宜祛风散寒利湿，可用防风3钱、当归3钱、猪苓3钱、羌活3钱、秦艽3钱、桂枝2钱、生姜2钱、甘草1.5钱，水煎服。也可用小活络丹等中成药。

（3）有神经方面病状者可用钩藤6钱、生地4钱、生牡蛎1两、菊花3钱、白芍4钱、全虫3钱、桂枝1.5钱，水煎服。

#### 4. 应用水杨酸制剂或肾上腺皮质激素

（1）阿司匹林每日4克（小儿50~100毫克/公斤）或水杨酸钠每日6~8克，分4~6次口服，连用1~2个月，然后将剂量减半继续治疗，直到病状完全消失为止。为了减轻这类药物对胃肠道的刺激，应在饭后服用或同时服氢氧化铝、三矽酸镁等。与阿司匹林有类似作用还有安基比林、安乃近等。

（2）肾上腺皮质激素常用强的松或强的松龙，开始阶段每日20~30毫克，2~4周以后逐渐减量，每5~10日减少5毫克，疗程约1~2个月。停用再用一段时间促肾上腺皮质激素（ACTH）。用激素过程中注意防止水肿、低血钾或感染的发生。激素最好与水杨酸制剂合用，控制症状后停用激素，以后者巩固疗效。

5. 其他 可口服卤硷1~3克、一日3次。关节痛可行针刺，但急性关节炎时勿刺局部穴。

### 风湿性心脏瓣膜病

风湿性心肌炎及心包炎，经过积极治疗，病变可吸收或纤维化而痊愈，痊愈后对心脏多无明显影响。但风湿性心内膜炎在愈合过程中，受损瓣膜纤维化及血栓机化，均可使原来薄而软，具有弹性的瓣膜变厚、变硬、缩短、瓣叶之间粘连以及腱索变粗变短，造成瓣膜的关闭不全或狭窄。可见，瓣膜变形引起的狭窄或关闭不全是风湿病的后果，也是疾病转入新阶段，即风湿性心脏瓣膜病的过程。在风湿性心脏瓣膜病阶段仍可有风湿病的再发，称为风湿性心脏病活动期。所以风湿性心脏瓣膜病与风湿病二者之间是既有连系又有区别的。风湿性心脏瓣膜病约有90%以上是二尖瓣受损，以及二尖瓣与主动脉瓣联合损害。瓣膜病变可以是瓣膜关闭不全或瓣膜口狭窄，但常常二者同时存在。

#### 【临床表现】

1. 二尖瓣狭窄 绝大多数二尖瓣狭窄都是由风湿病引起的。二尖瓣狭窄时左心房血液流向左心室受到一定的阻碍，使左心房负担加重产生肥厚、扩张，进一步可导致肺静脉郁血、肺动脉高压及右心室肥厚、扩张。

（1）早期轻度狭窄可无明显症状。多数病人有心悸、气短、咳嗽以及不同程度的咯血。病人面颊部呈紫红色，口唇发绀，即所谓的“二尖瓣面容”。

（2）左心房及右心室增大，肺动脉段扩张。X线检查时可见心腰变直或突出，心外形呈梨形或称“二尖瓣型心脏”，吞钡检查尚可发现左房增大、食道受压后移。

（3）心尖部第一音明显亢进，有隆隆样舒张期杂音，左侧卧位时更为清楚，有时心尖部可触及舒张期震颤。肺动脉第二音亢进。

2. 二尖瓣关闭不全 心室收缩时有部分血液经二尖瓣口逆流回左心房，使左心房血

量增多，左心房产生扩张及肥厚。心室舒张时左心房过多血液又流回左心室，使左心室负担加重，左心室产生扩张及肥厚。左心的肥厚、扩张，逐渐失掉代偿机能，就会造成肺部血、肺动脉压增高，进而使右心负担加重，甚至造成右心的肥厚扩张。

(1) 心脏代偿功能良好时无症状，代偿功能不全时可出现心功能不全的表现，如心悸、气短等。

(2) 左心室及左心房增大。心尖部有显著粗糙的吹风样收缩期杂音，并向左腋下传导。应注意与生理性收缩期杂音及由贫血、发热、甲状腺机能亢进等引起的收缩期杂音相鉴别。此外心尖部第一音较弱，肺动脉第二音增强。

3. 主动脉瓣关闭不全 当心室舒张时，主动脉中部分血流可逆流回左心室，使左心室血量增多、负担加重，产生扩张与肥厚。

(1) 早期无何明显症状，如发生左心功能不全，可有心悸、气短等表现。

(2) 关闭不全显著时可出现周围血管征，收缩期血压增高、舒张期血压下降，因而脉压加大；水冲脉；颈动脉搏动明显；股动脉可听到“射枪音”以及指甲床看到毛细血管搏动等。

(3) 左心室向左下增大，心尖搏动强而有力。X线检查心脏呈主动脉型心脏。主动脉听诊区及胸骨左缘3~4肋间有吹风样舒张期杂音，主动脉第二音减弱。

并发主动脉瓣狭窄时，可听到响亮粗糙的收缩期杂音向颈动脉方向传导，如能在主动脉瓣听诊区触及收缩期震颤则诊断更为可靠。

4. 联合瓣膜病 一个病例同时有两个瓣膜病变，叫联合瓣膜病。最常见的为二尖瓣与主动脉瓣合并存在的联合瓣膜病，病状基本上是两个瓣膜的综合表现。

5. 风湿性心脏瓣膜病过程中还可发生下列的病情变化或并发症：

(1) 风湿再活动：风湿病复发，既可加重瓣膜病变，又可使已经受累的心肌产生新的病变，故对病人危害较大，应予以注意。一般发现有低热不退、心跳过快、心脏病变发展快并且心功能不全较顽固、洋地黄耐受量低等情况，都应警惕风湿再活动的可能。

(2) 心房颤动：多见于二尖瓣狭窄的病例。

(3) 亚急性细菌性心内膜炎：常因外感或某些小手术（如拔牙）使细菌入血，在病变瓣膜上发生炎症，导致细菌性心内膜炎的发生。凡遇有发烧、贫血、脾肿大、杵状指以及听诊杂音性质发生改变者，应注意本病发生。如做化验检查证实有血沉快、白细胞数增多、血浆球蛋白增加，尿中有红细胞，甚至血培养细菌阳性，则可明确本病的并发。

(4) 心功能不全：（见“心功能不全”篇）。

(5) 栓塞：多见于二尖瓣狭窄及心房颤动的病例，以脑栓塞为常见，其后果也较严重。

【防治】 首先要破除迷信，解放思想，解除风湿性心脏瓣膜病是所谓“不治之症”的精神枷锁，发挥病人和医务人员两个积极性，努力同疾病作斗争。

1. 正确对待动静关系。要合理安排生活与工作，在不引起明显心悸气短的情况下，鼓励病人积极参加三大革命实践。提倡计划生育。

2. 新针疗法 主穴：有强心安眠、使心跳减慢和减轻呼吸困难的作用。①内关、间使、少府。②内关、郄门、曲泽，或用尺泽及泽前（即尺泽前一寸处）。

配穴：(1) 抗风湿：①阴陵泉透阳陵泉、足三里、解溪、昆仑。②足三里、膝眼、

解溪、昆仑。

(2) 调节胃肠功能、助消化：中脘、天枢、气海、足三里。

(3) 利水消肿：①太冲、阴陵泉透阳陵泉、水分。②中极透曲骨、殷门、水泉、飞扬。

(4) 镇咳止喘：①肺俞、中府、合谷。②天突、俞府、膻中。

(5) 缓解心动过速：内关、间使、耳针心区。

(6) 心律不齐治疗：期前收缩：①列缺透内关。②内关、大陵、少府、神门。③心俞、大陵、间使手法可用二补一泻。心房颤动：①泽前、通灵透小天星（左）、间使、郄门、郄上（右）。②侠白（天府下一寸）、泽前、内关（双）、大陵透小天星、腋灵（腋窝前缘小窝）。

(7) 肝肿大：太冲、章门、肝俞等穴。

以上主穴可选①组或②组，配穴根据病情选用。每次针刺6~7个穴位，四肢有双穴的针双穴。手法：深扎强刺，用鸡捣米式捻转提插，达酸麻胀或通电感，得气后即可退针。疗程：每日一次，7~10天为一疗程。根据病情休息数日后再进行下一疗程。为巩固疗效，以后每周针2~3次。每次取穴应少而精，如内关、足三里等。

3. 在病程经过中要积极预防风湿病复发（再活动）。对于可能发生的并发症：如亚急性细菌性心内膜炎、心功能不全、心房颤动及脑栓塞等应积极防治。

4. 单纯性二尖瓣病变，若心悸气短较重，影响劳动时，可考虑手术治疗（二尖瓣分离或修补术）。

## 高 血 压

血压包括收缩压和舒张压。高血压通常是指舒张压超过90毫米汞柱。收缩压波动较大，一般40岁以下的人收缩压应在140毫米汞柱以下，40岁以后收缩压可能缓慢地升高，年龄每增加10岁，收缩压至多增加10毫米汞柱。若多次测量超过此限度，如50岁时收缩压超过150毫米汞柱，同时舒张压超过90毫米汞柱者也是高血压。

### 一、高血压是怎样发生的？

血压由心脏排血力和血管壁阻力两方面因素决定。心脏搏动有推进血液流动的作用，血管壁有阻止血液向前流动的反作用，二者保持着对立统一的关系。其中任何一方发生变化，血压也就随着发生变化。收缩压反映心搏（收缩）的力量，舒张压反映血管的阻力。

在健康人，虽有许多因素可使心搏或血管舒张收缩发生变化，但是能够通过神经内分泌系统的调节，使血压保持在正常范围内。例如：体力劳动时心搏增强，情绪激动时心搏可增强，一部分血管可收缩，血压都可一时地上升，但通过调节不久就能恢复正常。

在疾病的条件下，如心肌有病搏动无力，回心血量减少而心排血量减少、或者周围血管失去正常紧张度等，超过了机体的调节能力限度，血压就会降低。高血压是相反的情况，其主要条件是血管的阻力增加（故舒张压增高）。当然，随着血管阻力增加，心搏也会相应地增强（故收缩压可相应增高）。高血压的常见病因如下：

1. 动脉内阻力增加 比较最常见的是高血压病及动脉硬化症，由于周围小动脉紧张

度增强或管腔的狭窄，使血压增高。

2. 肾脏因素 当肾脏缺血时，可产生高血压蛋白原酶（肾素）。此酶能使血浆中的高血压蛋白原（肝脏中生成）形成高血压蛋白，能使血管收缩而血压增高。可见于肾脏实质性疾病如急、慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、妊娠中毒症等。

3. 其他 内分泌因素如肾上腺疾病或长期内服皮质激素（强的松等）、甲状腺功能亢进症。颅内疾病或外伤，有时也可能使血压升高。

高血压属于祖国医学的眩晕等病证的范围，主要由于肝肾阴阳失调所引起。

1. 肝的阴阳失调 肝气适宜于疏泄舒畅。精神因素可使肝气发生郁滞，日久气郁化火，可呈现高血压的症状，如头痛、眩晕、面红、口苦等。肝阴不足，肝阳偏盛，也可呈现高血压的症状，除头痛、眩晕，还有耳鸣、口咽干燥、舌红等。肝郁化火和肝阴不足均可见于高血压病、甲状腺功能亢进症等。

2. 肾虚 肾阴不足，不能养肝，可引起肝阴不足、肝阳偏盛。除呈现肝阴不足的症状外，还有腰膝无力、手足发麻或发热等。肾阳虚可伴有轻度浮肿、心悸等症状。肾虚多见于慢性肾炎、妊娠中毒症等，也可见于高血压病、动脉硬化症等。

## 二、诊断要点

判断血压高低一般要用血压计测量。但是，在实际工作中需要先从症状和体征去发现血压高低。因此，了解高血压所引起的一系列变化，有助于我们认识高血压。高血压可以引起下列几方面的变化：

1. 心血管系统的变化 高血压时周围动脉紧张度增高或者弹性减低，心脏搏动增强，以克服血管阻力把血液推送到全身去。所以从脉象来看，高血压多半呈现弦、紧的脉象。

心脏由于负担增加，左心室可肥厚、扩大，心尖部可听到收缩期杂音（二尖瓣相对的关闭不全）。逐渐形成高血压性心脏病后，可出现心跳、气短等症状。

血管变化：除了动脉硬化症，其他原因的高血压由于动脉经常发生紧张收缩，血管壁代谢不正常，也可渐渐发生“硬化”，继而引起脑、肾、心的病变。

2. 脑部的变化 血压增高时经常伴有头痛、头脑发胀、头晕等。如果血压急剧上升，脑血管发生痉挛，可引起脑血液循环障碍、缺氧、水肿，临床上呈现剧烈头痛、眩晕、恶心呕吐等，甚至发生抽搐或昏迷，这叫做高血压脑病。脑动脉硬化者，在血压突然升高时，可发生脑溢血等（脑卒中）。

3. 肾的变化 肾的病变可引起高血压，高血压又可引起肾血管硬化，加重肾的缺血。所以，高血压可伴有尿少或尿频、浮肿以及尿的化验改变。

临床上把高血压的疾病分为两大类。原发性高血压病和动脉硬化症，即血管本身的功能性和器质性改变为一类。肾炎、妊娠中毒症等其他器官组织病变引起的高血压为另一类，叫做继发性或症状性高血压。

常见的高血压疾病鉴别可参考下表。

## 三、治疗要点

继发性高血压原则上要首先治疗原发病，如妊娠中毒症严重时要考虑人工分娩、肾盂肾炎时要控制尿路感染。但由于高血压本身可引起许多病变，无论原发性和继发性，均须尽可能使过高的血压适当下降。

常见的高血压疾病鉴别表

|        | 高血压病                    | 动脉硬化症                   | 肾 炎                                        | 妊娠中毒症         | 慢性肾盂肾炎                               |
|--------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| 多发年龄   | 30~40岁                  | 50岁以上                   | 儿童与青年                                      |               | 青壮年妇女                                |
| 病前情况   | 无诱因或有精神过于紧张             | 长期高血压或无特殊病史             | 链球菌感染或急性肾炎史                                | 妊娠24周         | 急性尿路感染及反复发作史                         |
| 血压变化   | 初期为间歇性增高,变动较大;逐渐变为持续性增高 | 持续性增高,常比其他疾病程度严重        | 急性可中度增高,较易恢复;慢性高血压型持续增高,其他型可有增高            | 增高较快,分娩后可迅速恢复 | 可有轻度或中度增高                            |
| 其他重要表现 | 严重时才引起心血管、脑等改变          | 以心脏变化为突出,如有心绞痛,可发生脑血管病等 | 以蛋白尿、水肿、管型尿为突出,易发生肾功能障碍,急性可有发热、血尿等,慢性可有贫血等 | 水肿,蛋白尿,子痫     | 发作时常有膀胱刺激症状,尿中有脓细胞、细菌培养阳性,后期易发生肾功能障碍 |

### (一) 降压措施

1. 舒张压在 90~100 毫米汞柱,调节工作、劳动或适当休息后可下降到正常范围,原则上从调节神经系统功能治疗入手,不用降压药。(1) 调节工作劳动,注意劳逸结合。(2) 针刺:曲池、内关、神门等,或耳的降压沟、肾上腺等。(3) 镇静药:选用三溴片(0.3~0.6 克)、苯巴比妥(0.03 克)、利眠宁(10 毫克)等,每日 3 次。或配合氨茶碱、地巴唑等血管舒张药。(4) 草药:选用带根芹菜(不拘量捣烂取汁)、臭梧桐叶(1 两)、桑寄生(2 两)、野菊花(1 两)、豨薟草(2 两)等,煎水代茶饮。(5) 鹼硷 2 克口服每日 3 次,或静注每日 2 克(加于葡萄糖液内)。

2. 舒张压经常在 100 毫米汞柱以上,或收缩压经常在 160 毫米汞柱以上,有轻度心、肾等改变者,应用降压药,同时辨证施治。降压药可选用利血平(0.25 毫克)、降压灵(4~8 毫克)每日 3 次。合用双氢克尿塞(25~50 毫克)及氯化钾(1 克),每日 3 次。或再配用镇静药。也可用鹼硷(每日 4~6 克)静脉点滴。

3. 经上述治疗无效,或血压在 200 毫米汞柱以上,须用强作用的降压药。但须注意不要使血压急剧下降,否则病人一时不能适应,而发生虚脱。所以,开始用药量较小,必要时逐渐增量。服药期间病人起床和起立变动体位的动作应稍缓慢,以免突然晕倒。降压药可选用胍乙啶(10 毫克)、硫酸胍生(10~20 毫克)、阿达芬(1~2 片)、美加明(2.5~5 毫克)等每日 3 次,也可减量与利血平等合用。

(二) 辨证施治 下述辨证施治的疗法适应于高血压病和动脉硬化症,有时也可用于继发的高血压。

1. 肝郁化火 头胀痛、眩晕、急躁、面红、口苦、脉弦有力,宜清肝泻火,可用龙胆草 4 钱、栀子 3 钱、柴胡 3 钱、生地 6 钱、车前子 3 钱、泽泻 3 钱、丹皮 3 钱、甘草 1 钱。

2. 肝阴不足、肝阳上亢 头痛、耳鸣、眩晕、失眠、咽干、舌红、脉弦细数,宜滋阴潜阳平肝,可用生地 6 钱、麦冬 4 钱、白芍 4 钱、五味子 2 钱、天麻 3 钱、牛膝 3 钱、牡蛎 1 两、石决明 1 两。

3. 肾阴不足 头痛、耳鸣、眩晕、腰膝无力、手足发麻、脉沉细，宜养阴补肾，可用六味地黄丸。

4. 肾阳虚 眩晕、心悸、面和下肢浮肿、舌质淡、脉沉紧，宜暖阳化水，可用附子2钱、茯苓5钱、白朮3钱、杜仲3钱、白芍4钱、生姜2钱。

(三) 高血压危象和脑病的处理 病程中症状突然加剧，血压显著增高，伴有心率加快、头痛、视力模糊、心绞痛、气急等，称为高血压危象，这是冠状动脉、脑血管等强烈痉挛所引起的。有时脑部因急性循环障碍，发生脑水肿、颅内压增高，可发生剧烈头痛、恶心呕吐、抽搐甚至昏迷，则属于高血压脑病范围。必须进行紧急处理。

1. 降压可选用，25%硫酸镁10毫升肌注或20毫升加于50%葡萄糖60~100毫升缓慢静注，1%地巴唑2~3毫升皮下注射或缓慢静注，利血平1~2毫克肌注等，必要时可每4~8小时重复一次，血压以降到160毫米汞柱左右为宜。

2. 镇静可选用，苯巴比妥钠0.1~0.2克肌注，副醛3~5毫升缓慢静注，氯丙嗪50毫克肌注等。

3. 脑水肿时可用甘露醇或山梨醇静点。

4. 中药清热息风，如用钩藤5钱、桑叶5钱、菊花4钱、生地6钱、白芍3钱、山羊角1两、连翘3钱、竹茹4钱，水煎服。

5. 其他如耳壳降压沟针刺，2%卤硷液200毫升静点，吸氧，罂粟硷0.03克肌注等。

### 动脉硬化性心脏病

动脉硬化症是一种多见于老年人的疾病，由于动脉壁的非炎症性增厚和斑块的形成，可导致管腔的狭窄及管壁增厚且无弹性。其发生与动脉壁的功能障碍和脂质代谢紊乱有较密切关系。长时间的高血压、长期饮食中含动物脂肪丰富或某些代谢障碍的疾病如糖尿病、慢性肾炎肾变期等，均易并发动脉硬化。动脉硬化在体内各部位的发展常不平衡，往往某一器官改变较突出。当大中动脉如主动脉、脑动脉、肾动脉、冠状动脉等发生硬化后，由于供血不足，可继发心、脑、肾等重要器官的改变。

冠状动脉硬化后因供血不足、缺氧，可发生心脏的改变叫做冠状动脉硬化性心脏病。由于心肌缺血发生的速度和程度的不同可分成三种类型：心绞痛、心肌梗塞及心肌硬化。

1. 心绞痛 心绞痛是由于一时性心肌急性缺血所引起的发作性胸骨后剧痛。常因剧烈活动、寒冷、饱餐后或精神激动等影响下，导致脉管的阻塞，不通则痛。发作时症状为胸骨后绞窄性剧痛，可向心前区、左肩及臂部放散，时有窒息感，不敢活动，甚至不敢说话，大汗淋漓，通常历时3~5分钟，很少超过15分钟以上的可于休息或使用血管扩张药物后迅速缓解。反复频发者，应警惕心肌梗塞的发生。

2. 心肌梗塞 心肌梗塞是由于冠状动脉急性关闭血液循环受阻，严重而持续的供血障碍造成心肌坏死。临床表现为：

(1) 疼痛：性质与心绞痛同，但因动脉关闭，故疼痛较剧且持久，有时长达数天，扩张血管药物不能缓解。少数病人疼痛部位在上腹部，伴以恶心呕吐，症状与急性胃炎、急腹症很相似。有的病人有休克症状所掩盖，疼痛可不明显。

(2) 心脏的改变：由于心肌坏死，心脏收缩无力，故心音减弱，心率增快，且能出

现心律不齐如期前收缩、心房纤颤等。严重者可发生急性循环功能障碍如心源性休克，表现为血压下降、颜面苍白、出汗、脉细无力而不整等，或发生心功能不全，表现为心悸、气短、肺底湿罗音、浮肿等。

3. 心肌硬化 心肌硬化是由于冠状动脉硬化后，长期慢性缺血的后果，可继发心肌营养不良、萎缩及纤维化，因而心肌收缩无力，心音弱，由于左室代偿性扩大，在心尖部可听到收缩期吹风样杂音（二尖瓣相对性关闭不全），常有心律不齐，进而可发生心功能不全。

诊断时须除外其他心脏病，尤须与心肌改变为主的疾病如慢性克山病等鉴别，后者则有流行地区居住史，多变之心律异常，心脏改变常呈球形增大。

【治疗】 冠状动脉硬化性心脏病所出现种种临床症状中，突出的是疼痛，相当于祖国医学中的“真心痛”，此与冠状动脉的关闭有密切关系。因之治疗中必须抓住这一主要环节，采取活血、化瘀、通络的措施，才能解除疼痛等症状。常用的方法如下：

1. 新针疗法 内关、膻中、间使。耳针：心、神门、皮质下；配穴：交感、内分泌、肾、胃。

2. 扩张血管药物 可选用：（1）亚硝酸盐类：对于由冠状动脉供血不足引起的心绞痛适用，而对心肌梗塞引起的疼痛则为禁用！故用药前应先鉴别清楚。亚硝酸异戊脂吸入，或硝酸甘油 0.3~0.6 毫克舌下含化，作用均较快。复方硝酸甘油作用快且持久。（2）氨茶碱 0.25 克，加于 25% 葡萄糖 20 毫升中缓慢静注。（3）罂粟碱 0.03 克肌注，适用于疼痛不能缓解或心肌梗塞时。

若继发心功能不全、心源性休克、心律不齐时均应有相应治疗措施。

3. 辨证施治 （1）实证：心绞痛、体形实、舌苔白腻、脉沉弦，可用瓜蒌薤白桂枝汤加减以活血、逐瘀、通络、助阳，方为薤白 3 钱、桂枝 2 钱、桃仁 3 钱、红花 3 钱、生蒲黄 3 钱、五灵脂 3 钱、郁金 3 钱、丹参 1 两，胸闷加木香 3 钱、枳壳 3 钱。水煎服。（2）虚证：疼痛持续，且反复发作，体形瘦弱，低声、气短、心悸、舌质淡、苔薄白、脉细弱。宜补养气血，佐以逐瘀通络，可用，炙甘草 3 钱、桂枝 2 钱、桃仁 3 钱、薤白 3 钱、生地 6 钱、党参 4 钱、枣仁 4 钱、瓜蒌 4 钱、当归 5 钱、丹参 1 两、红花 3 钱，水煎服。

4. 中草药治疗 常用单方如：五灵脂、蒲黄各一两共研细末，每服 2~3 钱，用温开水送服，早晚各一次。延胡索、川楝子各一两共研细末分六包，每日三次，每次一包，开水送服。

同时应积极防治动脉硬化，如低脂饮食、内服维生素丙、亚硝酸丸等；也可采用单方如核桃仁一斤半、桃仁半斤，捣碎后与红糖二斤混合，每次服一两，一日 3 次。

## 水 肿

组织间隙积液过多，使组织发生肿胀，叫做水肿。水肿可发生在某一局部，也可比较广泛地发生。本篇所讨论的是后一类水肿。

### 一、水肿是怎样发生的？

组织液和血浆通过毛细血管壁进行交换。血浆比组织液含蛋白质较多，胶体渗透压较



图 6-6 毛细血管内外液体交流示意图

大，水液可以从组织间隙渗入血管<sup>〔注〕</sup>。然而，在毛细血管的动脉端，血压较高，超过血浆高于组织液的渗透压，所以水液就从血管内渗到组织间隙。在毛细血管的静脉端，血压降低，水液就重新从组织间隙渗回血管内（图 6-6）。可见，组织液的多少，直接与血浆蛋白（主要是白蛋白）和毛细血管的血压有关。

另一方面，组织液的多少，又和毛细血管功能以及全身水液代谢有关。毛细血管壁的通透性正常，水液代谢保持相对平衡，组织间隙的液体才能维持正常量。

（一）水肿的发生 可能有下列几种因素：

1. 组织间隙的水液不能正常渗回血管内，积聚过多而发生水肿。

（1）静脉郁血，毛细血管静脉端的血压增高，接近或超过血浆胶体渗透压，水液就不能正常渗回血管内。由于地心引力作用，静脉血压往往在身体较低部分较高，所以静脉郁血性水肿多从下肢开始，而睡觉（平卧）后腿足肿可减轻。

（2）血浆白蛋白减少，胶体渗透压降低，水液停留在组织间隙内，不易渗回血管内。这种低蛋白性水肿，发生后就比较广泛，但也以身体低垂部位较重。

2. 血管内的水液过多或过快地进入组织间隙，使组织发生水肿。

（1）毛细血管通透性失常，不仅有大量水液渗进组织间隙，而且蛋白质分子、甚至血细胞都可渗到组织间。这种水肿出现较快，多从组织比较疏松处（如眼睑）开始，或者在某一局部表现突出（如炎症局部）。

（2）全身性水液潴留，主要是肾不能有效地排出水分和盐类。这种水肿开始时就比较广泛。

（二）常见的水肿病

1. 肾脏病 如肾炎时血管通透性增高，水液渗出血管壁较多，同时蛋白质也有渗出，发生水肿。急性肾炎时肾小球滤出率降低，泌尿减少，促使水和钠盐等在体内潴留。慢性肾炎时由于长时间有蛋白渗出（包括蛋白尿排出），血浆蛋白减少。这些都是水肿的因素。肾的其他病变，如肾盂肾炎、肾结核、急性肾功能障碍等，到了严重程度也可引起水肿。

2. 心脏病 如风湿性心瓣膜病等，凡引起右心功能不全时，静脉回流障碍，周围静脉郁血，就可发生水肿。而且，由于肝、肾郁血而功能发生障碍，水肿可加重。缩窄性心包炎等也可引起水肿。

3. 肝脏病 如肝硬化和肝炎，凡引起肝功能代偿不足时，血浆白蛋白减少，毛细血管壁通透性也有改变，可发生水肿。后期伴有醛固酮（一种潴水保钠的激素）增多，肾不能正常地排出水分和钠盐，使水肿加重。

4. 其他 如妊娠期水肿，与血管通透性增高、肾功能改变等有关。如某些过敏症，

〔注〕毛细血管壁属于半透膜，有渗透性（通透性）。渗透压就是各种液体的分子对半透膜的作用力，渗透压的高低决定于液体分子的多少（浓度）。渗透压不同的两种液体隔着半透膜，液体的分子就会通过半透膜进行交流，使这两种液体的渗透压趋向相等。血浆、组织液等体液的渗透压可分为两种：（1）晶体渗透压，由分子较小的葡萄糖、盐类等产生；（2）胶体渗透压，由分子较大的蛋白质分子等产生。血浆与组织液的晶体渗透压大体上相等，胶体渗透压则不相等。

可因血管通透性改变而发生水肿。如慢性胃肠疾病和慢性疾病消耗，血浆白蛋白减少或贫血可引起水肿。

(三) 祖国医学对水肿发生的认识 人体的水液是由肾脏主管，由脾脏运化，由肺脏输布。水肿与肾、脾、肺的功能有密切联系。

1. 肾有病不能主水，水液就不能正常排泄，聚积于体内。肾阳不足，不能温养脾阳，脾不能正常运化。因此，肾的病证中可出现水肿。

2. 脾有病不能正常运化水液，可使水液在体内聚积而呈现水肿。

3. 肺有病不能正常推动水液输布和通调水道，可引起水肿。

大体来看，慢性肾炎、肝硬变后期或右心功能不全等多可呈现肾虚水肿，肝硬变、慢性胃肠疾病或慢性疾病消耗等多可呈现脾虚水肿，急性肾炎等可因肺气壅塞不宣而发生水肿。

## 二、诊断要点

诊断水肿必须比较全面地了解病情，才能作出比较中肯的分析。应当重视下列情况：

(1) 水肿发生发展的部位和顺序。例如：眼睑先肿，多见于急性肾炎或其他血管通透性改变的变态反应性疾病；足腿先肿，多见于右心功能不全；水肿发生比较广泛，指按凹陷而需较长时间才能恢复，多见于低蛋白性水肿如肝硬变、慢性胃肠疾病等。

(2) 全身状态如营养、面色、舌苔、脉象、血压等。

(3) 心肺变化如心悸、气喘或呼吸困难、心界大小、心杂音、心率心律改变、异常呼吸音等，必要时可作X线检查。

(4) 肝脏变化如肝脾肿大、肝的硬度、蜘蛛痣或肝掌、腹水等，必要时可作肝功能化验。

(5) 肾脏变化如腰痛腰痠、排尿异常以及尿的化验等。

(6) 其他如有无妊娠、过敏病史、长期腹泻、长期发热、恶性肿瘤、贫血等。

为了便于中西医结合治疗水肿，可将水肿性疾病分为三类：

1. 风水病证 眼睑先肿，继而面部手足等浮肿，可有发热、恶风、腰痛和关节痠痛等，小便不利，苔多薄白，脉多浮。治宜祛风宣肺行水。

常见疾病为急性肾炎，病前曾有扁桃体炎、上呼吸道感染等病史，发病后呈现上列病证，肾区可有叩痛，血压可增高，化验尿有红细胞、蛋白等。

2. 实水病证 广泛性水肿，指按凹陷易起，尿少，体重，苔多腻，脉沉有力。多见于慢性疾病，肾不利水，湿困脾阳，但全身尚未衰弱。治宜行气利水。

常见疾病如下：(1) 慢性肾炎：多由急性肾炎迁延而成，除实水病证外，血压可增高，化验尿有蛋白、管型、血细胞等。(2) 风湿性心脏瓣膜病右心功能不全：下肢肿胀，平卧休息后稍减轻。有风湿热病史，心悸气短，心脏有明显杂音，心界多扩大，肝肿大，颈静脉可怒张，可有腹水。其他原因的心脏病也可引起水肿，均有心脏体征。(3) 肝硬变：有腹胀、食欲减退等病史，肝肿大或收缩、硬度增加，脾常肿大，可有腹水、黄疸、蜘蛛痣等，肝功能化验显示功能不良。其他肝病如慢性肝炎、肝癌也可引起水肿，但往往不如肝硬变时严重。

3. 阴水病证 属虚证，浮肿指按凹陷不易起，面色无光泽，苔滑润，脉沉细。脾虚者面黄消瘦，腹胀，消化不良，大便溏稀。肾虚者面色灰暗，腰酸，下身凉，尿短少或清长。治宜补养脾肾。

常见疾病如下：(1) 慢性胃肠疾病：消化吸收不良，长期腹泻，消瘦无力，以脾虚为主。(2) 慢性肾炎后期、肝硬化后期、长期心功能不全等：可呈现脾肾两虚病证。(3) 消耗性疾病：如恶性肿瘤、严重的慢性化脓性感染，以及严重的贫血，均属气血双虚病证。

### 三、治疗要点

治疗水肿首先要尽可能治疗病因。例如风湿性心脏瓣膜病引起水肿，应改善心功能，用洋地黄类增强心肌作用。肝脏病发生水肿，应扶持肝功能，如补充糖类和蛋白质等。消肿利尿也很重要，不但可减轻病人痛苦，而且能改善循环、呼吸、消化等功能，增强肌体抗病能力。祖国医学的水肿治疗方法，除消肿利尿而外，并有一定的消除病因作用，值得重视采用。

#### 1. 风水病证

(1) 方剂以越婢加朮汤为主（参看第十三章“消肿利尿药”），小便短赤、腰痛者加茯苓皮、防己各3钱；咽红痛、舌红者加双花5钱、甘草3钱、黄芩、蒲公英各4钱；发热不高或恶风寒、身痛者去石膏加防风、羌活各3钱；咳喘者加杏仁、陈皮、葶苈各3钱，水煎服。

(2) 青霉素40万单位肌注每日2次，或用四环素、土霉素等250毫克每日4次。配用双氢克尿塞25~50毫克、氯化钾1.0克每日2~3次。

#### 2. 实水病证

(1) 草药单方：任选西瓜皮、冬瓜皮、白茅根、玉米须、车前草、益母草、金钱草等二种，各1~2两水煎，一日分两次服。

(2) 方剂：一般可用五苓散加五皮饮。遍身肿，皮肤紧张，胸腹闷胀，小便短赤，大便干结，舌苔黄腻，脉数有力，可用疏凿饮子：商陆3钱、羌活2钱、秦艽3钱、槟榔4钱、大腹皮4钱、茯苓皮4钱、椒目2钱、木通1.5钱、泽泻3钱、赤小豆4钱、姜皮3钱，水煎服。若水肿仍不消，可用十枣汤（以上两方勿用于孕妇）。上半身肿甚，气粗咳喘，倚坐不能平卧，苔黄脉数，可用五皮饮加葶苈3钱、大枣10余枚，水煎服。

(3) 利尿药：双氢克尿塞25毫克与氨苯喋啶50毫克合用每日3次。无效者用安体舒通20毫克每日3~4次。必要时可用汞撒利茶碱注射液1~2毫升每周肌注2次，注射前2日服氯化铵1.0克每日3次（肾病禁用汞剂）。

(4) 给予维生素丙、乙和高渗葡萄糖液，饮食少盐。

#### 3. 阴水病证

(1) 方剂：治脾虚湿盛可用实脾饮：厚朴3钱、白朮3钱、木瓜3钱、木香1.5钱、草薢1钱、大腹皮4钱、附子2钱、茯苓3钱、干姜2钱、炙甘草1钱，水煎服。若食欲尚可、无力、晨起面肿，二便通利，可用人参健脾丸等。肾阳虚可用肾气丸，或苓朮姜附汤（旧名真武汤）加五苓散。若肾虚寒更甚，可用苓朮姜附汤加巴戟天、补骨脂、菟丝子等各3~5钱。水煎服。

(2) 其他：如慢性肾炎肾变期可用强的松、强的松龙等。脾肾虚者可用乌鱼、黑鲤鱼等。脾肾虚者又可用胎盘粉等。

## 弥漫性肾小球肾炎

弥漫性肾小球肾炎（简称肾炎）较为常见，是一种与溶血性链球菌等感染有关的变态

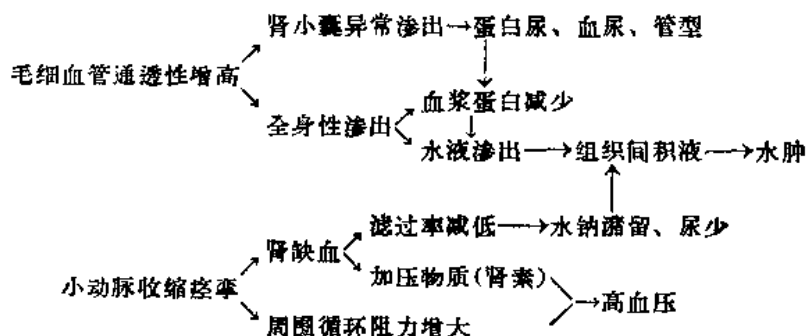
反应性疾病。病变以肾小球血管最为显著，因此称为弥漫性肾小球肾炎。根据疾病发展的过程，可分为急性和慢性两类。

## 急性肾炎

多见于儿童，其次在青年。临床上以水肿、血压增高和尿液的改变为主要特征。

【病因病理】 大多数急性肾炎在发病前 1~3 周，先有上呼吸道感染、扁桃体炎、咽峡炎、猩红热等溶血性链球菌感染，少数也可有葡萄球菌、肺炎双球菌甚至病毒的感染史。急性肾炎虽与上述感染有关，但并非由感染直接致病。而是由感染先引起免疫反应，形成某种抗体，继而又引起变态性的神经血管反应，发生小动脉收缩痉挛和毛细血管通透性增加。肾的变化就是这类血管反应造成的，主要有：肾小球的血管内皮细胞肿胀、增生，小囊内血细胞浸润和渗出物淤积，影响原尿滤出；肾小管上皮细胞可肿胀、变性，间质内也有渗出、肿胀。身体的其他部位也可发生小动脉收缩和毛细血管通透性增加，不过肾的变化特别显著。可见，肾炎是一种全身性变态反应疾病，不是肾本身的感染。

急性肾炎的病理变化可导致尿的异常、水肿以及高血压三项主要临床变化：



【临床表现】 本病发病前常有急性感染史。起病一般较急，但轻重程度可有很大差别。轻者可无明显症状，只能发现尿的化验变化。有的在晨起时有眼睑浮肿。较重者可以尿少浮肿、腰痛尿频或血尿为初发症状，或出现恶寒发热、头痛身痛、恶心等症状。本病的主要表现如下：

1. 水肿 最先出现在组织较疏松的眼睑，继之面部也肿，早晨起床时较为明显。重者可呈全身性水肿，甚至可出现腹水和胸水。引起水肿的因素包括：肾小球滤过率降低，肾小管对水分和钠的回收增加，毛细血管通透性增高使水分、盐类、蛋白较多地渗入组织间，血浆胶体渗透压降低，病重时可有肾功能不全引起的静脉压增高。

2. 血压增高 程度不一，多数在 180/100 毫米汞柱以下，少数可超过 200 毫米汞柱。严重的高血压可引起高血压脑病和加重肾功能不全。引起血压增高的主要因素是肾炎时肾缺血而产生加压物质（肾素），作用于肝产生的高血压蛋白元，形成血管紧张素Ⅱ，使全身小动脉发生痉挛。

3. 尿的改变 （1）尿量减少常见于起病时和病情加重时，严重时可发生尿闭和尿毒症。尿少的原因是肾功能障碍。当水肿消退时，尿量增多。（2）血尿，轻者在显微镜下可见红细胞或尿液微红而混浊，稍重者尿呈酱红色或浓茶色，重者呈血色。（3）蛋白

尿和管型尿，此外尿中还有白细胞。尿中出现血细胞和蛋白，都是肾血管通透性失常的缘故，直到肾炎治愈时这些红细胞和蛋白才消失。

以上本病的主要表现在具体病例常各有差别，有的是水肿重而血压只略增高，有的血压剧增而水肿较轻。值得注意的是是一些儿童病人，他们只表现面色苍白、软弱无力、食少口渴和轻度水肿，如果被忽视，往往变成慢性肾炎。

本病的过程中可并发高血压脑病，表现剧烈头痛、恶心呕吐、视力障碍、惊厥或抽搐等。由于心肌供血障碍、尿少后血容量增加、血压增高等因素，本病可并发心功能不全，表现心悸、气短、不能躺平、咳嗽喘息、脉细数等。本病发生尿闭后可并发尿毒症（见“慢性肾炎”）。这些并发症都可危及病人生命，必须积极预防，发生时更加要全力抢救。

【诊断】 临床表现比较典型的病例，有急性感染史、水肿、血压增高、血尿、蛋白尿等，即能确定诊断。症状不明显的病例，必须检查尿液，有时要反复观察才能确诊。本病应与下列疾病鉴别：

1. 慢性肾炎急性发作容易与本病相混淆。慢性肾炎有较久的肾炎病史，高血压持久且较高（常超过200毫米汞柱），左心室多见增大，常伴有贫血，肾功能显著障碍。

2. 本病表现恶寒发热、腰痛、尿频等时，应与泌尿系感染如肾盂肾炎或肾结核等鉴别。尿路感染时膀胱刺激症状（尿频、尿急、尿痛等）比较显著，尿的改变以红白细胞多为主，而水肿、高血压、多量的蛋白尿、管型尿等都比较少见，感染的经过与肾炎有区别。

【防治】 平时加强身体锻炼，增强体质。早期治疗扁桃体炎、咽峡炎、上呼吸道感染等感染性疾病，以减少发生肾炎的机会。发病后应适当休息，饮食以低盐为宜，水肿较重时应酌情少饮水，尿量很少时要限制蛋白质摄入。症状消除、肾功能恢复时对饮食不应再加以限制，以免引起水盐营养物质不足。体力劳动应在尿液恢复正常、且比较稳定以后才能完全恢复。治疗方法如下。

1. 辨证施治 （1）发热、恶风、眼面浮肿、肢节酸痛、尿少、苔白、脉浮，属于风水病证。治宜祛风行水，可用越婢加术汤加减（麻黄2钱、生石膏8钱、生姜2钱、茅根1两、连翘3钱、泽泻3钱），或选用鲜益母草及茅根各2两，鲜车前草、玉米须及淡竹叶各1两，野菊花、银花、地丁各4钱，车前草、茅根各1两，水煎服，每日2次。

（2）浮肿、尿少、尿赤或尿血、舌微红、脉数，宜清热凉血止血，可用鲜茅根2两、生地6钱、旱莲草1两、滑石5钱、生甘草3钱；或用鲜大小蓟2~4两水煎服，每日2次。

2. 化学药物治疗 （1）利尿和降压可用双氢克尿塞、利血平或降压灵等。（2）控制并发的感染可用青霉素。

3. 针刺治疗 主穴三阴交、关元透中极、肾俞，备穴复溜、阳陵泉透阴陵泉，每次选2~3个穴交替针刺。

4. 并发症的处理 分别见“高血压”、“心功能不全”及“慢性肾炎”各篇。

## 慢性肾炎

慢性肾炎多数由急性肾炎演变而成。通常认为急性肾炎迁延一年以上就可成为慢性肾炎，其原因可能是治疗不彻底、病人体内存在着慢性扁桃体炎等感染病灶或者体质、年龄

方面的因素。少数病例无急性肾炎病史，可能与急性期症状轻微而被忽视有关。

本病的病理变化比较急性肾炎复杂。肾的主要变化是肾单位的结构损坏和功能丧失。由于炎症继续或反复发生，肾小球血管内皮细胞、肾小囊和肾小管的上皮细胞发生变质和增生，增生的细胞又可发生变质，肾小球和肾小管就会转化为纤维组织，肾单位减少。肾的外观起初为肿大、苍白或有出血点，后期发生萎缩、瘢痕形成和表面呈颗粒状。另一重要病理变化是中小动脉发生管壁肥厚、硬化甚至坏死，不仅可加重肾的病变，而且对其他器官组织均可有损害。但是，人体有相当的抗病能力，肾的一部分肾单位遭受损坏时，其余的肾单位呈现代偿性增生和肥大。因此，如果进行积极的治疗和休养，炎症不再发展，本病是能够好转治愈的。

**【临床表现】** 慢性肾炎的基本症状与急性肾炎相同，有水肿、高血压、蛋白尿等。由于病期较久，常呈现消瘦、贫血、精神萎靡、乏力等，而且并发各种感染、尿毒症或心功能不全的机会较多。临床上按照其主要表现可分为几种类型，但各型之间可以转化。

1. 潜伏型 病人无自觉症状，但检查尿时可发现微量蛋白或红细胞等。不少这类病人可逐渐自愈，但也可能缓慢发展造成肾功能不全。在感染、受寒或过度劳累等情况下，症状可加剧而成为其他类型。

2. 反复发作型 常因反复的上呼吸道感染、扁桃体炎等感染，慢性肾炎随着急性发作，呈现血尿、蛋白尿加重、高血压、水肿等，与急性肾炎相似。间歇时间则仅有轻度尿的改变而无其他明显症状。但是屡发屡重，使肾功能障碍加重，愈加容易有并发症。

3. 水肿型（肾病型或肾变型） 以长时期较重的水肿和蛋白尿为主征。一般以肾小球通透性失常，从尿中丢失大量蛋白，血浆白蛋白显著降低为其主要病理变化，与慢性肾病或肾变病很相似（但后者肾内无明显炎症改变）。本型多无血尿，血压不增高。重者可有腹水和胸水。病程中很容易得感染性疾病，与体内蛋白不足而抵抗力降低有关。并发感染如呼吸道感染、蜂窝织炎、腹膜炎等，则病情加重。

4. 高血压型 以血压持续地明显增高为主征，水肿、尿的改变等居于次要地位。通常这是动脉病变、特别是动脉末梢闭塞的表现。症状常见头痛、眩晕、眼力模糊、鼻衄、心悸、气急气喘等。检查血压高于160毫米汞柱，可达220毫米汞柱以上，心界扩大（左心界先扩大），眼底可有血管和视神经乳头的改变。本型容易发生左心或全心功能不全，少数可引起高血压危象或脑病。由于动脉硬化，肾病变渐加重，肾功能可发生严重障碍。一部分高血压型为急性肾炎高血压的延续或加重，但另一部分可在水肿型水肿消退以后或潜伏型的基础上形成，值得注意。

5. 混合型 即同时有显著的水肿、高血压、尿的改变或并发症的表现。

以上各型慢性肾炎，在病情加重时，都可因肾功能严重障碍而发生尿毒症。尿毒症就是体内氮质和其他代谢产物潴留所引起的病症，可呈现一系列症状。（1）酸中毒症状：疲乏、恶心呕吐、呼吸深而快、呼气中带有尿味。（2）神经系统症状：头痛、乏力、失眠、烦躁不安、肌肉颤动或抽搐、昏迷。（3）胃肠症状：食欲不振、恶心呕吐、腹泻、口腔炎。（4）贫血和出血倾向如鼻衄、齿龈出血、皮肤出血点。（5）其他：皮肤搔痒，心包或胸膜摩擦音。

**【诊断】** 在了解疾病的全过程的基础上，慢性肾炎的诊断多不困难。如果无急性肾炎史且症状不典型，则应反复检查尿的改变，同时与有关的其他疾病鉴别，然后确定诊断。

临床上常须和慢性肾炎鉴别的疾病如下：

1. 急性肾炎应与慢性肾炎急性发作区别（见前）。
2. 慢性肾盂肾炎有蛋白尿、高血压、肾功能障碍等，应与慢性肾炎区别，主要可根据急性尿路感染史、尿中有较多的脓细胞、尿培养阳性、用抗感染药物可使尿的改变好转等。
3. 高血压病应与慢性肾炎高血压型区别。高血压病一般是血压增高症状先出现，而后出现水肿、尿的改变等，发生消瘦、贫血、血浆白蛋白减少等比较少见，眼底变化常有区别。

#### 【防治】

1. 积极治疗急性肾炎，使其完全治愈。对于同时存在的慢性感染病变如扁桃体炎等，也应认真治疗，消除促成慢性肾炎的因素。
2. 慢性肾炎的过程较长，要充分调动病人的积极性，鼓励他们发扬同疾病作顽强斗争的革命精神，正确对待本病。
3. 本病的休养原则和饮食调节与急性肾炎时相同。
4. 预防和治疗上呼吸道感染、扁桃体炎或其他化脓性炎症，要注意防寒防湿和防潮，适当应用某些抗感染药物，对于避免本病加重和巩固已有疗效有重要意义。
5. 辨证施治

（1）水肿型：常为脾肾两虚，治疗应以温补脾肾为主，佐以利水。如证见浮肿、腹胀、食欲减退、面色㿔白、腰酸痛、怕冷、便稀尿少、四肢发凉、舌质淡、苔薄白、脉沉细者，可用附子3钱、肉桂2钱、黄芪5钱、茯苓4钱、白朮3钱、陈葫芦1两、泽泻3钱、车前子3钱，水煎服。浮肿基本消退后，可用黄芪4钱、党参3钱、山药4钱、熟地3钱、当归3钱、金樱子2钱、菟丝子3钱、鹿角霜4钱，水煎服。

（2）高血压型：多属肝肾阴虚、阴虚阳亢，治宜滋阴潜阳。如证见头痛、耳鸣、口干、心烦、腰膝酸痛、手足心热、舌质红，脉沉细数者，可用熟、生地各3钱、山萸肉5钱、丹皮3钱、枸杞子3钱、茯苓5钱、菊花4钱、杜仲4钱、生牡蛎1两，水煎服。

（3）并有腹水、腹胀、便实、苔厚腻、脉沉弦者，多属实水病证，治宜泻下利水，可用槟榔3钱、商陆3钱、苍皮5钱、木通2钱、泽泻3钱、郁李仁4钱、川楝子3钱、赤小豆1两，水煎服。腹水消退后，可用参苓白朮散健脾胃，以及肾气丸固肾。

（4）蛋白尿长期不消者，可用黄芪、龟板、山药、山萸肉、胎盘等制丸较长期地内服。

6. 激素治疗 慢性肾炎血压不高、无血尿、肾功能尚好者可用肾上腺皮质激素治疗，常有消除水肿和减少蛋白尿的作用。常用强地松5~10毫克或地塞米松0.75~1.5毫克、一日3~4次口服，约3~4周后应逐渐减少剂量，以每日强地松2.5~5毫克或地塞米松0.375~0.75毫克维持数月。用药期间必须注意防治感染，必要时可用抗感染药物。

7. 血压过高或并发高血压脑病、心功能不全时均应进行相应的治疗。发生尿毒症时必须进行抢救，包括控制蛋白质摄入、调整水分和钾钠的紊乱、纠正酸中毒等以及其他对症处理。

### 尿频、尿急、尿痛

尿频是指排尿次数异常增多；正常人排尿每天约4~6次。尿急是指刚有尿意感，必

须立即排尿，否则可尿至裤内或床上；尿痛是指排尿时尿道或下腹部疼痛。这些症状，是泌尿系统常见的症状，可以单独出现，但常同时发生。

### 一、尿频、尿急、尿痛是怎样发生的？

#### (一) 尿频

1. 尿量增加 正常人每天排尿总量约为1200~1500毫升左右，每次排尿量约一般在200~400毫升之间。如果每天排尿总量增加（如3000毫升或更多），则排尿次数必然增多。正常人如果饮水量增多，尿量增加，排尿次数也增多，这是正常生理现象。

糖尿病患者每天从尿中排出大量糖，同时有大量水排出，会出现尿频。患者除多饮水外，还有多食、易饿、消瘦无力等。急性肾功能不全的多尿期，由于肾小管回收功能不良，排尿量增加，而出现尿频。这类尿量增加所致的尿频，每次排尿量正常，且不伴有尿急、尿痛等症状。

2. 炎症刺激 膀胱炎、尿道炎、泌尿系结核等，可引起尿频，并且引起尿急和尿痛。这是尿频最常见的原因。

正常人当膀胱内积存尿量达到一定程度时，膀胱内压升高（12~15厘米水柱），刺激膀胱粘膜的感受器，引起尿意，通过神经反射使膀胱逼尿肌收缩，同时括约肌松弛，尿道开放而排尿。当膀胱与后尿道附近有炎症时，膀胱粘膜敏感性增加，膀胱内只有少量尿液，就引起刺激而要排尿。由炎症刺激所引起的尿频，每次排尿量很少，且常伴有明显的尿急与尿痛。尿频、尿急、尿痛合称为“膀胱刺激症状”，是膀胱炎症的典型症状。

3. 膀胱容量减少 正常人的膀胱容量约为400~500毫升左右。膀胱内积存尿液达200毫升以上时，可产生尿意感。膀胱容量缩小时，每天排尿总量不变，排尿次数必然要增加。例如，膀胱结核所致的瘢痕挛缩，常使膀胱容量减少到50毫升以下，尿频的程度就可相当严重了。膀胱容量减少的原因，除结核性挛缩膀胱外，尚有膀胱巨大肿瘤或结石、膀胱受附近肿瘤压迫等。

4. 下尿路不完全梗阻 如前列腺肥大、尿道狭窄、尿道结石等，由于下尿路梗阻，排尿困难，膀胱内残余尿量增加，膀胱有效容量减少，每次只能排出少量尿液，也出现尿频。

5. 神经性因素 神经受炎症（如盆腔炎）或肿瘤等刺激，也可出现尿频。此外，如受到寒冷刺激、听到水声、受到惊吓等可能引起尿频，但只是一时的现象。

(二) 尿急 尿急多由于膀胱（尤其是三角区）或后尿道、前列腺等炎症所引起，膀胱容量显著缩小时也可出现尿急。有时与精神因素有关。

(三) 尿痛 尿痛也多因膀胱炎、尿道炎与前列腺炎引起。其他如膀胱与尿道结石或肿瘤也可引起尿痛。尿道炎多在排尿开始即出现烧灼样痛，排尿终了时疼痛消失。膀胱炎常在排尿终了时疼痛加剧，且常有下腹部疼痛。

尿频、尿急和尿痛的症状，属于祖国医学淋证的范围。“淋”本来是小便淋漓的意思。淋证包括石淋、膏淋、血淋、气淋等，可见于泌尿系统的感染、结核、结石或肿瘤等疾病。总的来说，淋证是湿热渗入膀胱，以及肾虚湿浊下注、气化不利所引起。

### 二、诊断要点

尿频、尿急、尿痛主要是膀胱的症状，但常与肾、尿道、前列腺以及其他方面的病症有关系。临床上，这组症状多见于尿路感染，其次是泌尿系统结核，再次是膀胱尿道结

石、前列腺肥大、尿道狭窄、膀胱肿瘤等。

尿路感染多见于妇女，男性和未婚女性比较少见。感染开始于尿道方面的居多，一部分可开始于肾盂方面（血行感染），因此常以尿频、尿急、尿痛为主要症状（膀胱炎），感染到肾盂时一般可伴有寒战、发热、腰酸或腰痛等（肾盂炎）。尿有改变，出现白细胞、脓球、红细胞等。急性感染容易转为慢性，成为慢性膀胱炎、慢性肾盂炎或肾盂肾炎、慢性尿道炎；慢性感染又容易急性发作，并可引起败血症、肾功能不全、血压增高。

尿路感染可继发于尿路结石、尿路梗阻或结核、肿瘤等。

常见的膀胱刺激病症鉴别如下。

膀胱刺激症状鉴别表

|        | 膀胱炎                    | 膀胱结核                         | 膀胱结石        | 前列腺肥大          |
|--------|------------------------|------------------------------|-------------|----------------|
| 多发者    | 妇女                     | 青年男女                         | 男性          | 老年人            |
| 发病史    | 发病急，发病前有沾染或导尿等，或过去有发作史 | 发病缓慢可有肺结核、肾结核、付睾结核等          | 发病急，或过去有尿石史 | 发病缓慢发病前有受寒、饮酒等 |
| 膀胱刺激症状 | 尿频、尿急、尿痛（灼热）同时出现       | 尿频、尿急先发生，然后又有尿痛              | 疼痛突出，尿频、尿急  | 尿频、尿急先发生，尿痛不明显 |
| 其他排尿异常 | 偶见血尿                   | 常见血尿，也见脓尿，后期尿失禁              | 尿线中断，有时尿潴留  | 尿潴留突出，也可有尿失禁   |
| 全身症状   | 有肾盂炎时恶寒发热，腰酸腰痛，全身不适    | 可有低热、盗汗、消瘦、无力等               | 不明显         | 不明显            |
| 其他诊断依据 | 尿：白细胞、脓球、红细胞           | 尿（同左，更可找到抗酸菌），X线泌尿系造影、膀胱镜检查等 | X线检查或膀胱镜检查  | 前列腺指诊          |

### 三、治疗要点

对尿频、尿急、尿痛，以控制感染为主，同时配合其他治疗，如多饮水使尿液稀释、适当休息、加强营养等。但须注意，泌尿系感染常为继发性疾病，必须查清有无泌尿系结核、结石、肿瘤等，予以相应的治疗。否则感染不易控制。

1. 新针疗法 取穴关元、足三里、中极、三阴交等。

2. 中药治疗 中药治疗感染有一个突出的优点，就是使致病细菌极少产生抗药性。而泌尿系感染的致病菌常对一般抗菌素有抗药性，因此宜首选中药治疗。

（1）发病较急，尿频、尿急、尿痛，口干，喜凉饮，或有发热，舌质红，苔白腻或黄腻，脉滑数。治宜清热利湿解毒，可用八正散加减：萹蓄3钱、木通2钱、瞿麦3钱、梔子3钱、双花4钱、连翘3钱、车前子3钱、滑石5钱、甘草梢1.5钱，水煎服。

（2）发病时间较长，尿少色黄，尿频、尿急、尿痛，伴有低热，手足心热，口干、腰部酸痛，身疲，两腿无力。苔白薄或少苔，舌质红，脉沉细而数。治宜滋阴清热、佐以解毒，可用知柏地黄汤（丸）加减：知母3钱、黄柏3钱、生地5钱、丹皮3钱、山药4

钱、茯苓3钱、泽泻3钱、续断3钱、双花4钱、旱莲草5钱，水煎服。

(3) 如在尿频、尿急、尿痛基础上，又表现有食欲减退、腹胀、浮肿、便秘、腰痛、疲乏、舌质淡苔薄白、脉沉细无力，属脾肾两虚证候。治宜健脾补肾，可用金匱肾气丸，或参苓朮草汤加减，黄芪4钱、党参3钱、白朮3钱、茯苓3钱、陈皮2钱、续断3钱、寄生3钱、菟丝子3钱、土茯苓3钱，水煎服。

3. 抗菌药治疗 (1) 磺胺类药物磺胺噻唑、磺胺嘧啶、磺胺异恶唑等，0.5~1.0克，每天4次口服。其中以磺胺异恶唑较好，不必加碳酸氢钠同服。(2) 呋喃咀定0.1克，每天3~4次口服。(3) 青霉素40万单位每天2~4次肌注，链霉素1克分1~2次肌注，二者合用效果较好。(4) 氯霉素0.25~0.5克或合霉素0.5~1克、每天4次口服。因可引起白血球减少，不宜长期应用。(5) 其他如四环素、土霉素、红霉素、卡那霉素等均可选用。如果需要长期应用，最好选择多种药物交替使用，每1~2周更换一次。

## 血 尿

正常尿液中不含有红细胞，如果尿中含有红细胞，不论其量多少，均称血尿。当尿中含有大量红细胞，使尿色变红，肉眼即可看出者，称为肉眼血尿。如尿中红细胞含量较少，肉眼不能看出，只有在显微镜下才能辨认者，称为显微镜下血尿。有血尿出现时，均为异常现象，而且可能是严重疾病，应引起警惕。

### 一、血尿是怎样发生的？

任何原因引起泌尿器官的血管破裂或者通透性增加，都可发生血尿。

#### (一) 泌尿系统疾病

(1) 泌尿系统肿瘤 为血尿最常见病因之一，以肾与膀胱肿瘤较多见。其特点是起初多为间歇性无痛性全程血尿。

(2) 肾炎 多于急性期出现血尿。

(3) 泌尿系结石 可引起血尿，肾与输尿管结石的血尿常在剧烈疼痛后加重。

(4) 泌尿系结核和感染 引起血尿以肾结核为多见，肾盂肾炎也可发生血尿。

(5) 泌尿系损伤。

(二) 全身性疾病 如紫癜、白血病、再生障碍性贫血等血液病可引起大量血尿。

(三) 药物中毒 如磺胺类、汞剂、四氯化碳等中毒可出现血尿。

(四) 其他 如急性传染病、败血症等，也可出现血尿。

### 二、诊断要点

诊断血尿时应注意下列各点。

1. 出血的部位 由于出血的部位不同，血尿常表现为下列三种类型，即初血尿、终末血尿与全血尿。(1) 初血尿：指排尿开始时尿内有血，病变多在前部尿道，如尿道炎、尿道肿瘤、尿道损伤等。(2) 终末血尿：排尿终末时出现血液，病变多在后部尿道、膀胱颈与膀胱三角区，如膀胱炎、尿路结核、前列腺炎等。(3) 全血尿：排尿全程都有血液，病变在膀胱或膀胱以上部位(肾与输尿管)，如肾与膀胱肿瘤、肾炎等。

为了了解出血的部位，通常用三杯试验法检查，当病人排尿时，让病人将排尿初期、中期与末期的尿液分别盛于三个杯子内。若血尿仅在第一个杯，说明血液来自前尿道；若血

尿仅在最后一杯，说明血液来自膀胱颈附近；若三杯尿均呈红色，说明血液来自膀胱或膀胱以上。

2. 血尿伴随的症状 (1) 血尿伴有腰部绞痛者，应想到肾或输尿管结石。(2) 血尿伴有尿频、尿急、尿痛者，应想到膀胱炎、尿路结核等。(3) 血尿伴有排尿困难与尿潴留者，应想到前列腺肥大、肿瘤等。(4) 无痛性血尿：老年人多为泌尿系肿瘤，青壮年应多考虑结核。(5) 血尿伴有身体其他部位出血者，如皮下、齿龈、鼻腔等处，应想到血液系统疾病。(6) 血尿伴有水肿，高血压者，多为肾炎。(7) 同时要注意外伤或服用特殊药物等病史。

3. 其他 如年龄、性别、居住地区、身体其他部位的阳性体征均可有助于诊断。

祖国医学所称的血淋和尿血，都是肉眼血尿的病症。血淋是指尿中见血或血块，多伴有膀胱刺激症状等。尿血也是尿中见血或血块，但没有膀胱刺激症状。两者的共同病因是火盛迫血妄行（宜清热凉血），或气虚不能摄血（宜补气摄血）；两者病因的区别是血淋兼有湿热或寒湿下注膀胱为多见，尿血则以心火盛或肺肾阴虚为多见，但二者不能完全分开。血淋和尿血均可有实证和虚证两型。

1. 实证 小便有血或血块，色鲜，发热，尿道或膀胱有热痛感，苔厚，脉有力。

2. 虚证 小便血色暗，低热或不热，尿道无热痛感，消瘦，神疲，或有盗汗，苔润滑，脉细无力。

三、治疗要点 治疗血尿必须根除病因，不能只满足于血尿减轻或暂时停止。如泌尿系肿瘤常为间歇性血尿，一次血尿停止后，可能很长时间没有症状，等再次血尿出现时，肿瘤可能已发展到不易治愈的地步。除了特殊的病因治疗外，可用下述各种疗法。

1. 止血药应用 作为对症处理可选用1~2种：安特诺新2.5~5毫克每日3次口服，或5~10毫克每4~6小时肌注。仙鹤草素20~60毫克每日3次口服，或10毫克每日2~4次肌注。紫珠草溶液10毫升每日3~4次口服。凝血质15毫克每日1~2次肌注。维生素K4~8毫克每日2~3次肌注。白茅根或紫珠草1~2两，水煎服。鲜小蓟5钱水煎服。鲜仙鹤草2两冷开水洗净，捣烂绞汁服或水煎服。

2. 辨证施治 对于一部分诊断明确的血尿病例，可按辨证施治原则用药，既可止血，又可起病因治疗作用。

(1) 泌尿系感染引起血尿，表现小便黄赤有血，心烦口渴，面红口苦，夜睡不宁，苔黄，脉数有力。治宜清热利湿、凉血止血，可用小蓟饮子：生地8钱、小蓟3钱、滑石5钱、通草2钱、蒲黄2钱、竹叶3钱、藕节4钱、当归3钱、栀子3钱、甘草2钱，水煎服。

(2) 急性肾炎引起血尿，表现尿少，浮肿较轻，舌微红苔薄，脉数。治宜清热凉血止血，可用茅根1两、旱莲草1两、生地6钱、大小蓟各5钱、茜草根5钱、焦栀3钱，水煎服。

(3) 肾结核引起血尿，表现小便频数，血色淡红，精神疲倦，气短，面色萎黄，头晕，耳鸣，腰脊酸痛，舌质淡，脉虚弱。属气虚，治宜补气摄血为主，可用补中益气汤加阿胶、旱莲草，水煎服。如小便频数，量少，腰酸疼痛、唇燥口干，面颊潮红，盗汗，虚烦，或见潮热，舌红，脉细数。属阴虚，治宜养阴止血为主，可用知柏八味丸加阿胶、旱莲草。

(4) 紫癜症或再生障碍性贫血引起血尿，可选用归脾汤（丸）（白朮、当归、党参、黄芪、枣仁、木香、远志、甘草、龙眼肉、茯苓）加阿胶、三七。

### 泌尿系统结核——肾结核

泌尿系统结核包括肾、输尿管、膀胱及尿道结核，是泌尿系统常见的疾病之一。它常继发于身体其他部位（如肺、淋巴结）的结核。在泌尿系统中，一般都是肾脏首先发病，然后再蔓延到输尿管及膀胱，故泌尿系结核实际上就是肾结核及其继发病。

结核杆菌从原发病灶经血行到肾脏，先在肾脏外层形成小结节；当身体抵抗力减低时，病灶扩大到肾脏内层与肾盂，并可向下蔓延到输尿管、膀胱以至尿道。肾结核感染最初常为双侧，但多数能自行愈合。临床上所见的大部分病例是单侧的，仅少数为双侧。

【临床表现】 本病多发生在20~40岁之间，男性较女性稍多见。早期多无临床症状，尿中出现少量蛋白与红、白细胞，可查到结核菌。发展到一定程度时出现下列症状。

#### 1. 排尿症状

(1) 尿频、尿急、尿痛：是肾结核最突出的症状，也是大多数病人最早出现的症状。尿频逐渐加重，每天可达数十次，甚至上百次，以至尿失禁。常伴有明显尿急与尿痛，病人非常痛苦，不得休息。

(2) 脓尿：轻者显微镜下可见脓细胞，重者尿色混浊或呈米汤样，盛于瓶内可见有大量脓汁沉于下层。

(3) 血尿：约三分之二的患者有血尿，多数发生在尿频、尿急、尿痛等症状之后，少数为首发症状。大量全程血尿多来自肾脏结核病变，终末血尿则来自膀胱。

2. 肾区症状 肾结核破坏严重引起肾内脓肿或周围炎症时，才出现腰痛与肾区肿块。

少数病例可因血块或脓块通过输尿管而引起绞痛。

3. 全身症状 在早期多不明显。严重时食欲不振、消瘦无力、盗汗、发烧等全身症状。如果伴有肾功能障碍、酸中毒或尿毒症，表现为头痛、恶心、呕吐、厌食、嗜睡、血压升高等。

【诊断】 肾结核比较常见，但早期病例易被延误诊治。因此应加强对本病的认识，及时发现早期病例，才能得到良好的治疗效果。

1. 注意分析病史中的特点 要重视慢性膀胱炎的症状。尿频、尿急、尿痛等膀胱炎症状常是诊断肾结核的一个重要线索。慢性膀胱炎很少单独存在，多由其他疾病所引起。肾结核所致的膀胱炎症状，特点为持续存在，进行性加重，且常伴有血尿，用一般抗炎药物治疗效果不明显，与肾盂肾炎、结石等其他疾病引起的慢性膀胱炎不同。因此，凡遇见没有明显病因的慢性膀胱炎，症状如长期存在，逐渐加重，应考虑肾结核的可能。尤其是男性患者，几乎不发生单纯的慢性膀胱炎。在女性，慢性膀胱炎也多有诱因或原发病灶。

要正确鉴别血尿。很多泌尿系疾病可引起血尿，但表现的特点不同。肾结核所引起的血尿，常常在膀胱刺激症状以后出现，起初多为少量终末血尿，以后可发展为大量血尿。只有少数病例首先发生大量血尿。

2. 要注意男性生殖系统结核 男性肾结核患者，常伴有生殖系统结核，如附睾、输

精管和前列腺的结核。有些患者生殖系统结核症状很明显，而肾结核症状不明显，经过系统检查，才证实有肾结核。故男性生殖系统结核，也是诊断肾结核的线索之一。

3. 化验检查怀疑有肾结核者，都应当仔细检验尿液，包括尿常规与结核菌检查。X线尿路造影可确定病变的部位与范围。必要时还应作膀胱镜检查。

【治疗】对肾结核治疗包括适当休息、加强营养、应用药物、多晒太阳、施行手术等。如身体其他部位合并有结核病灶，要同时予以治疗。按照肾结核病变情况，治疗原则如下：

1. 早期肾结核，病人没有症状或只有轻度膀胱刺激症状，尿中找到结核菌，但X线尿路造影肾盂无改变。这类病例用药物治疗效果最好。

2. 破坏较轻的肾结核，X线造影见肾盂有轻度变形，甚至有小的空洞，但空洞向肾盂开放，空洞内的坏死与干酪样物质可充分引流到肾盂，排出体外。这类病例用长期药物治疗也有治愈的可能；如药物治疗无效，可进行手术。

3. 破坏广泛的单侧肾结核，功能已完全或大部分丧失，需作肾切除术。手术前后应用抗结核药物。

4. 双侧肾结核，多用药物治疗，尽力使病情好转。然后可根据具体情况，配合必要的手术。

#### 5. 药物应用

(1) 抗结核药：一般均选择两种或三种药物联合使用。链霉素每1~3日肌注1.0克；异菸肼每日3次，每次100毫克；对氨基柳酸每日3次，每次2~4克。治疗时间依病情而定，单纯药物治疗常需要半年到一年或更久。必须注意，不能单纯把症状的好转或消失当作治愈的根据，要根据尿常规与细菌检查（有时或须作X线尿路造影）来判定是否治愈。不少患者经药物治疗后症状明显好转或消失，但病变未愈，如果停止药物治疗，症状可复发或病变可加重。

(2) 中草药：肾结核引起淋症主要是肾虚、气虚、阴虚火盛，引起血淋或膏淋。治疗应清热凉血、益气通淋。①早期以尿频、尿急、尿痛为主者可用下药治疗：萆薢3钱、滑石5钱、木通2钱、石菖蒲3钱、瞿麦3钱、茯苓3钱、黄芪4钱、甘草2钱。②伴有血尿、排尿不利为主者可用下药治疗：生地6钱、滑石4钱、梔子3钱、旱莲草1两、大蓟、小蓟各3钱、竹叶3钱、当归4钱。③身体虚弱可用下药治疗：鳖甲5钱、黄芪4钱、当归3钱、知母3钱、地骨皮3钱、甘草1.5钱、白芍3钱、阿胶3钱（烔）。水煎服用。

## 泌尿系统结石

肾、输尿管、膀胱或尿道内有尿结石存在统称为泌尿系统结石，相当于祖国医学的石淋。

尿结石最初形成在肾或膀胱内。尿石的形成可有多种原因，如尿路感染、尿液滞留、代谢紊乱、下尿路异物存留、维生素甲缺乏等。尿石由尿酸盐、磷酸盐、草酸盐、碳酸盐等组成，多为混合性而以一种盐类为主。由于所含的成分不同，尿石的形状质地有所不同。尿石大部分可在X线透视照相时显影，另一部分则不显影。尿石可造成对泌尿器官的损伤、梗阻以及继发感染。

## 肾与输尿管结石

肾内形成的尿石，可存留在肾盂肾盏；也可下降到输尿管，多数停留在三个狭窄部位，即肾盂输尿管交界处、输尿管经过髂动脉处和输尿管进入膀胱处附近。

【临床表现】 临床症状决定于结石的大小、部位、有无梗阻和感染。有些肾结石可长期没有症状，或仅有轻微症状而不被重视。但大多数病人均有明显而典型的症状。

1. 疼痛 少数呈现腰部钝痛。大多数早现腰部剧痛，常突然发作，沿输尿管走行向下腹部、外阴部或大腿内侧放散。病人痛苦不安，甚或面色苍白，大汗淋漓，恶心呕吐，呈虚脱状。这就是肾绞痛，是肾输尿管结石所特有的症状。肾绞痛是较小的结石向下移动，引起肾盂或输尿管梗阻与管壁痉挛的表现。

2. 血尿 往往与疼痛并发。一般血尿较轻，或仅为显微镜下血尿，有时可出现大量肉眼血尿。典型的表现是病人剧烈活动后突然发生疼痛与血尿，叫做体动性血尿。

3. 感染 本病常伴有泌尿系感染，轻者仅于尿中查到白细胞或脓细胞，严重者可有高烧、寒战或肉眼脓尿。

此外，还可能出现膀胱刺激症状或排出石砂等。

遇到典型的绞痛与血尿，应想到肾或输尿管结石。摄腹部X线平片，多可确定尿石的部位与大小。少数透光性尿石在X线平片不显影，需要作肾盂输尿管造影才能诊断。

本病需与阑尾炎、肠蛔虫症等相鉴别。

### 【治疗】

1. 较小的结石（直径0.8厘米以内），有自行排出的可能。可利用增加饮水量、调节饮食、加强运动等方法，促进结石排出。

2. 中药治疗 以消石通淋为主。可用海金砂1两、金钱草1两、石苇6钱、车前子3钱、冬葵子3钱、茯苓3钱、猪苓3钱、瞿麦3钱、赤芍3钱、沉香5分（研末）。

3. 新针疗法 取肾俞、足三里、关元、中极、三阴交、阴陵泉等，有解痉止痛和促使结石下降排出的作用。

4. 尿结石较大，用上述方法不能使它排出者，需要手术取石。

5. 肾绞痛时，可用针刺、腰部热敷、温水浴等，并可用阿托品、吗啡或杜冷丁解痉止痛。

## 膀胱结石

【临床表现】 膀胱结石最突出的症状是排尿困难和排尿疼痛。由于尿石在膀胱内可以活动，堵塞尿道内口时使排尿中断，改变体位后又能重新排尿。耻骨上常出现隐痛，并向会阴部放散。幼儿尿道较细，小的尿石易嵌顿在尿道内，引起排尿困难与急性尿潴留。排尿时疼痛难忍，患儿常用手牵拉阴茎。

膀胱结石可直接刺激损伤膀胱粘膜而出现血尿，多为终末血尿与显微镜下血尿。同时，常合并感染而出现尿频、尿急、尿痛等膀胱炎症状；有时可发生上行性感染而引起肾盂肾炎。

本病的诊断多不困难。有时双合诊可摸到尿石。用尿道探子伸入膀胱内，碰到尿石时有感觉，并能听到响声。X线腹部平片，不但能显示膀胱区的尿石影，并可显示上尿路有

无尿石。少数尿石照像不显影，需作膀胱镜检查。

#### 【治疗】

1. 较小的尿石可服中药排石，如金钱草、海金沙、石苇有排石作用；猪苓、车前子、木通、瞿麦、滑石、灯心草有消炎利尿作用；甘草、白芍、乌药有缓解排尿刺痛作用。

2. 嵌顿在尿道内的尿石，接近尿道外口者可用止血钳子钳出或钳碎后取出，靠近后尿道者可用金属尿道探子将尿石推回膀胱，以缓解尿道阻塞。

3. 较大的膀胱结石需行手术治疗。

### 膀胱肿瘤

膀胱肿瘤是泌尿系统中常见的一种肿瘤。以男性较多，40岁以上多见。病理类型以乳头状瘤、乳头状癌和浸润性癌占多数。

【临床表现】 1. 血尿 膀胱肿瘤最突出的症状是血尿，90%以上病人有此症状，且常为最早出现的症状。血尿常为无痛性间歇性全程血尿。两次血尿间隔时间可以很长，也可频繁发作。出血量往往很多，也有时很少，或仅为显微镜下血尿。间隔时间内可以无任何症状。血尿为肿瘤破溃所致，但出血量多少与肿瘤大小或恶性程度无关。

2. 膀胱刺激症状 一部分病人有尿频、尿急、尿痛等，多发生在血尿出现很长时间之后。这是由于肿瘤长大而使膀胱容量缩小，或合并感染与溃疡引起的症状。

3. 排尿困难 少数病人的肿瘤组织接近尿道内口，排尿时肿瘤堵塞尿道内口而引起排尿困难。膀胱内有大的凝血块，也可造成排尿困难，严重者可引起急性尿潴留。

4. 排出坏死组织 肿瘤组织坏死脱落，从尿道排出。

凡是40岁以上的病人出现无痛性血尿时，应首先想到本病。有的病人经直肠(或阴道)与下腹部双手合诊，可摸到膀胱内有肿物。膀胱镜检查与膀胱造影可以确定诊断。

【治疗】 宜早期手术治疗，有的病例可用化学疗法或放射治疗。

### 尿 潴 留

尿潴留就是指膀胱内有尿且有尿意感，但不能将尿从尿道排出或排不尽，一般分急性和慢性两种。

急性尿潴留常突然发病。病人有强烈尿意感，但不能排尿。下腹胀膨、疼痛，痛苦异常。触诊常可摸到膨胀的膀胱而有压痛，叩诊耻骨上有增大的浊音区。

慢性尿潴留多有长期排尿困难病史。虽然能排尿，但不能排尽，排尿后仍有尿意。膀胱逐渐膨隆，有时可高达脐部，而胀痛常不明显，多伴有明显的尿频、尿急、尿痛以及尿失禁(充溢性)等症状。慢性尿潴留在一定条件下，又可转变成急性尿潴留。

尿潴留的特点是膀胱胀满、不能排尿。祖国医学将排尿不畅称为“癃”，完全不能排尿称为“闭”，合称为癃闭。

#### 一、尿潴留是怎样发生的？

尿潴留的病因主要有下尿路梗阻和神经功能障碍两类。

1. 下尿路梗阻 是指膀胱以下的尿路受到机械性压迫或堵塞，是形成尿潴留最常见的原因。产生下尿路梗阻的疾病较多，例如老年男性以前列腺肥大多见，青壮年以尿道外

伤与尿道狭窄多见，儿童则以尿道结石、尿道外口狭窄等多见。其他如膀胱肿瘤、膀胱结石、膀胱颈后唇肥厚、尿道肿瘤、尿道炎以及尿道或膀胱颈周围器官的肿瘤或炎症性肿胀压迫，均可造成排尿困难与尿潴留。

2. 神经功能障碍 如脑炎、脑膜炎、脑肿瘤、脊髓损害或受压以及其他疾病发生昏迷时，都可影响排尿功能而引起尿潴留。某些刺激通过神经反射引起尿道括约肌痉挛，也可发生尿潴留，如腹部及盆腔手术后、腰麻麻醉后或严重便秘。此外，有的人精神紧张时或在有人的地方排不出尿来，有的伤病员卧位时不能排尿，有些精神病患者可发生尿潴留。某些药物如普鲁本辛等可影响排尿。

急性尿潴留可在数小时内使膀胱胀满。膀胱过度紧张可发生血运障碍，平滑肌失去收缩能力，易有血管破裂出血；遇有外力易发生膀胱破裂。

慢性尿潴留使膀胱壁代偿地扩张、肥厚（因此常无胀痛感），在薄弱部分可形成憩室，常引起上尿路（输尿管和肾盂）扩张和尿路感染，严重时影响肾功能。

祖国医学认为癃闭的病因病理也是二个方面：一是尿路障碍；一是气化不利，小便无法排出，包括肾阳久虚（如老年人癃闭）、湿热下注（如膀胱外阴肿痛）、心包受病（如神志不清）以及经络气滞（如产后或伤后癃闭）。

## 二、处理要点

尿潴留容易认识，但必须与尿闭相区别。尿闭是指肾功能障碍达到一定程度，不能生成尿液，表现为无尿、膀胱空虚、无尿意感。因此通过询问病史、体格检查、导尿等易于鉴别。

尿潴留是一项症状，因此诊断尿潴留只是完成了第一步，尚须详细分析病因，进一步明确引起尿潴留的原因，以便彻底治疗。

尿潴留的处理应当根据潴留的急缓和病因来选择处理方法。尿潴留为病之标，急则治标，缓应治本。遇到急性尿潴留，首先应设法解除潴留，以减轻病人的痛苦，然后再治疗原因。有的可直接从治疗病因着手，如小儿尿道口内结石嵌顿，可直接用止血钳夹出。慢性尿潴留应着重治疗病因，同时治疗其并发症。急性尿潴留的处理方法如下。

1. 一般措施 如手术或麻醉后尿潴留，可安慰病人不要着急，耐心排尿。有的人卧位不能排尿，可改换坐位或立位排尿；或用流水诱导，使病人听到流水声即可有尿意而随之解出小便。耻骨上热敷也常有效。因肛门疼痛或下腹手术切口疼痛不能排尿，可使用止痛药。要重视调动病人的积极性。

2. 新针疗法和按摩 对多数尿潴留有效，对非梗阻性尿潴留效果更好。针刺：水道、关元、三阴交、曲骨、阴陵泉、膀胱俞等。耳针：膀胱、肾区。按摩：用手按摩膀胱顶部，轻轻加压，或指压气海、关元等穴，对手术后或神经性尿潴留往往有效。

3. 温水坐浴 对不完全性尿路梗阻或因感染所致之尿潴留常有效。用葱头、王不留行、皂角煎汤坐浴，可加强效果。

4. 辨证施治 适用于尿路未完全梗阻并发感染者。如排尿不畅或点滴排尿、尿色黄浊、舌红苔黄、脉滑数者，宜清热化湿利尿。可用八正散（瞿麦、萹蓄、篇蓄、大黄、滑石、木通、车前子、甘草各等分研末）每剂8钱～1两水煎服。便秘加芒硝2钱；尿石加鸡内金5钱、海金沙5钱、金钱草1两；寒热加柴胡2钱、黄柏3钱、麦冬3钱。水煎服。

5. 导尿术 使用上述方法不能排尿时，可施行导尿术。导尿术必须无菌操作，一般

先使胶皮导尿管。如不能插入膀胱，可于胶皮导管内放一金属丝作为支持，则比较容易插入。此外还可利用金属导尿管。根据病情需要可采用分次导尿术，或将导尿管留置于膀胱内，持续引流或定时开放。

6. 膀胱穿刺术 如导尿不成功，而又不能立即消除病因时（如尿道损伤、前列腺肥大等），可施行耻骨上膀胱穿刺术。在无菌条件下，用一长针头于耻骨上刺入膀胱内，将尿液抽出，以解除病人的痛苦。

## 前列腺肥大

前列腺为一男性生殖腺，包绕膀胱颈与后尿道，正常的大小与形状近似一个倒置的栗子，直肠内诊可摸到它的后面。

前列腺肥大多发生在50岁以上的老年人，其发病原因可能与内分泌失调有关。

### 【临床表现】

1. 排尿困难 是前列腺肥大最突出的症状。起初感到排尿费力，排尿时间长，尿线细，射程近。逐渐加重而感到排尿困难，尿不成线，时常中断或呈点滴状，形成慢性或急性尿潴留。急性尿潴留常在着凉、饮酒、食刺激性食物、便秘、剧烈活动等情况下突然发生，是由于前列腺充血肿胀所致。

2. 尿频、尿急 是前列腺肥大最早出现的症状，夜间常较明显。当出现慢性尿潴留时尿频更为明显。

3. 血尿 不常出现，但少数病例的血尿可能很严重。

4. 充盈性尿失禁 是因为膀胱内积存大量尿液，膀胱极度膨胀，逼使少量尿液不断自尿道流出。并非真正尿失禁。

5. 直肠指诊 可摸到增大的前列腺向直肠凸起，可比正常大数倍，表面光滑，境界清楚，触之有弹性感，不引起触痛。

前列腺肥大的诊断一般不困难。50岁以上男性发生进行性排尿困难和上属其他症状，应首先考虑本病。多数通过直肠指诊触到肥大的前列腺，就可确定诊断。但有少数病例肥大的前列腺向膀胱凸起，直肠指诊前列腺不大，因此需要作膀胱造影或膀胱镜检查来确诊。

前列腺肥大的病人，由于长期排尿困难，残余尿量增加与慢性尿潴留，很容易发生尿路感染、肾功能障碍、慢性尿毒症等严重合并症。老年患者又常伴有心血管疾病，在诊断时都应特别注意。

【治疗】 前列腺肥大的早期，有轻度排尿困难，膀胱内残余尿量不多时，就应开始治疗。

1. 一般处理 避免着凉，戒酒，不作剧烈活动，不吃或少吃刺激性食物，保持大便通畅等。总之要避免一切可能使前列腺充血及增加排尿困难的因素。

2. 药物治疗 （1）中草药以通利为主。常用六一散（滑石、甘草）3～4钱以鸡内金5钱煎汤冲服，每日2～3次。（2）并发尿路感染，如尿色不清（尿中有脓细胞）、舌苔腻等，宜清热利湿逐瘀，可用猪苓4钱、茯苓3钱、萹蓄4钱、桃仁3钱、当归3钱、甘草1钱、大黄3钱、滑石1两、王不留行3钱、竹叶5钱。也可使用抗菌药。（3）女性激素有抑制前列腺增生的作用，可用己烯雌酚2～5毫克，每日2～3次口服或肌注，

常有明显效果。

3. 急性尿潴留的处理 见“尿潴留”篇。

4. 经药物治疗不能奏效或反复发生急性尿潴留者，应施行手术治疗。

## 呕 吐

呕吐是使胃内容物排出的一种防御性反射，发生在许多消化系统疾病以及其他疾病刺激延脑的呕吐中枢时。呕吐前多伴有恶心和唾液增多，也是属于防御性反射。呕吐时可有出汗、心跳、脸色发白等，这是植物性神经伴随着起反应的现象。呕吐虽然是有保护性质，但是长期的或严重的呕吐，使体液丧失过多，可造成脱水和代谢紊乱。

### 一、呕吐是怎样发生的？

引起呕吐的常见疾病如下：

1. 消化系统疾病 (1) 胃肠道梗阻：如幽门梗阻、肠梗阻等，食物不能顺利通过，积存在胃肠道的某部位，可引起呕吐中枢兴奋，发生呕吐。(2) 腹腔内炎症：如急性胃炎、胃十二指肠溃疡、胆囊炎、胰腺炎、腹膜炎等，炎症病变刺激胃肠道或腹膜时可反射地引起呕吐。肠道传染病如痢疾、伤寒等也可引起呕吐，多与发热、毒素刺激呕吐中枢有关。(3) 其他：如饮食或药物刺激胃可引起呕吐。肠扭转、卵巢瘤蒂扭转、输尿管结石嵌顿等可引起呕吐，与腹内神经受强烈的刺激有关。

2. 中枢神经系统疾病 (1) 颅内器质性病变：如脑外伤、脑炎、脑膜炎、高血压脑病、脑瘤等，均可引起呕吐，主要与颅内压增高、刺激呕吐中枢有关。(2) 功能性紊乱：如晕动病(晕车、晕船等)和“神经性呕吐”。

3. 其他方面疾病 (1) 高热性疾病时可发生呕吐，多见于儿童。(2) 代谢障碍如酸中毒、尿毒症。(3) 食物中毒或药物中毒如洋地黄中毒。(4) 青光眼等眼病可引起呕吐。此外，妇女妊娠早期常有恶心呕吐。

祖国医学认为，胃主降，使水谷下行入肠。如果胃失和降，胃气上逆，则发生呕吐。其原因常见有下列几方面：

1. 外感风寒暑湿等或饮食不当，侵及胃脾，胃气失和，上逆呕吐。
2. 肝气郁结，横逆犯胃，胃失和降，发生呕吐。
3. 脾胃虚弱，痰湿内生，阻塞胃肠，饮食不降而反逆。

### 二、诊断要点

呕吐应与咽下困难时的反食区别。后者是进食后因食道或贲门阻塞，食物被噎住而反出，不伴恶心，也没有呕吐的动作，吐物中无胃液胆汁。诊断呕吐应着重分析下列各点：

1. 呕吐与饮食的关系 呕吐发生于食后较短时间内，可能为饮食物有刺激性，或有胃炎、胃溃疡病或胃癌等，吐前往往有胃痛。若发生于饭后8~12小时，见于幽门梗阻，往往伴有胀痛，吐后轻快。

2. 呕吐物的量和质 吐物量大，有酸臭味，可带有一两天前所吃的食物，见于幽门梗阻。吐物量大，含有胆汁，见于上部肠梗阻；若含有粪汁，见于下部肠梗阻。吐物含有血色或褐色物见于上消化道出血。吐物量少见于妊娠呕吐和神经性呕吐。

3. 呕吐的伴发症状 伴有急性腹痛者，见于急腹症疾病如阑尾炎、腹膜炎等。伴有腹泻者见于急性胃肠炎等。伴有头痛者见于颅内压增高疾病、青光眼等。伴有高热者见于

急性传染病。伴有黄疸者见于传染性肝炎、胆囊炎、胆石证等。

4. 呕吐是否疾病的主症 呕吐在许多疾病的症状中并不占主要地位，例如急腹症虽多有呕吐，但主症是腹痛。可是，对于另一部分疾病，呕吐可成为主症或有重要诊断意义，常见的如下表。

常见的以呕吐为主症的疾病表

|      | 急性胃肠炎              | 颅内压增高                    | 幽门梗阻                | 妊娠呕吐             | 神经性呕吐             |
|------|--------------------|--------------------------|---------------------|------------------|-------------------|
| 发病   | 急                  | 慢或急                      | 慢                   | 慢                | 慢                 |
| 呕吐特点 | 急而频繁，先吐出食物，随后吐液体较多 | 呈喷射状，吐前无恶心               | 多发生于下午或晚间，吐出物有宿食，量大 | 多发生于早晨，恶心较重，吐物量少 | 食后立即吐，或不定吐，无恶心，量少 |
| 其他症状 | 发热，腹泻，腹痛           | 头痛，除急性炎症所致外不发热           | 上腹饱胀，进食后更重，呕吐后好转    | 停经，厌食，偏食         | 失眠，头昏，健忘，多梦等      |
| 重要体征 | 常有脱水               | 脑膜刺激征，或神经系统定位症状，视神经乳头水肿等 | 胃蠕动波及振水声            | 乳晕有色素沉着          | 无特殊体征             |

### 三、治疗要点

呕吐原则上应当针对病因治疗，病愈则呕吐随即消失。同时临床上常采取一定的对症治疗措施，减轻病人痛苦，纠正呕吐引起的代谢紊乱，或同时消除某些病因。

1. 针刺内关、中脘、足三里。外感加合谷、列缺；寒吐加曲池、内庭，或灸中脘、神阙；伤食加胃俞、天枢；肝气犯胃加阳陵泉、肝俞。耳针：胃、交感、神门、皮质下。

2. 饮食调节与输液 呕吐剧烈频繁者应予禁食。待呕吐减轻后，先开始饮水，再逐渐酌情增加饮食。为了供给热能和纠正体液失衡，可静脉点滴5%葡萄糖盐水、生理盐水或复方氯化钠液等。输液量应根据病情而定，一般要维持每日尿量在800毫升以上。

3. 解痉镇静药应用 解痉止吐常用阿托品0.5毫克皮下注射，或选择阿托品0.3毫克、颠茄0.03克、普鲁苯辛30毫克、溴苯辛50毫克口服，适宜于胃疾病的呕吐。

镇静止吐常用冬眠灵25~50毫克肌注或者12.5~25毫克口服，或苯巴比妥钠0.1~0.2克肌注或苯巴比妥0.03克口服，适宜于神经性呕吐或其他中枢性呕吐。

#### 4. 辨证施治

(1) 单方：如选用生姜三片，半夏3钱，橘皮5钱，或炒麦芽和生山楂各3钱，水煎服，适宜于某些胃病和消化不良的呕吐。如鲜芦根1两和竹茹4钱水煎服，可用于高热时呕吐。

(2) 外感呕吐，证见恶寒发热、呕吐、头痛、苔白、脉浮，治宜解表和胃，可用藿香4钱、苏叶4钱、荆芥3钱、半夏3钱、六曲4钱、生姜三片。如呕吐而兼心烦口渴、不恶寒，宜清热和胃，可用藿香4钱、生石膏3钱、黄连2钱、佩兰3钱、荷叶4钱。水煎服。

(3) 伤食呕吐，证见上腹胀满、吐物酸腐、嗳气厌食、苔腻、脉滑，治宜消导化滞，可用保和丸方加减：焦三味各3钱、槟榔3钱、枳实1.5钱、半夏3钱、陈皮3钱、炒莱菔子3钱，水煎服。

(4) 肝郁犯胃，证见胸胁满闷、呕吐吞酸、噯气频繁、情志失调、脉弦，治宜泄肝和胃，可用柴胡2钱、半夏3钱、厚朴3钱、茯苓3钱、青皮2钱、生姜3片、大枣5枚。水煎服。

(5) 脾胃虚弱，证见朝食暮吐、面色苍白、神疲无力、脉细无力，治宜温中健脾，可用附子理中汤加姜汁、韭汁。

5. 病因治疗 如颅内压增高症需采取减低颅内压的措施，幽门梗阻由疤痕收缩造成者应施行手术，肠梗阻需设法解除梗阻等等。

## 腹 痛

腹痛是常见的症状，许多疾病都有腹痛。要想正确处理腹痛的病症，必须了解腹痛的规律性。不然就会出错，危害病人的健康、甚至生命。本篇内主要介绍有关腹痛的基本知识。

### 一、腹痛是怎样发生的？

腹痛是支配腹部的神经受刺激的一种反映。支配腹部的神经有二类，一类是分布于腹壁组织（包括腹膜壁层）的胸<sub>1</sub>~腰<sub>1</sub>脊神经；另一类是分布于内脏组织（包括腹膜脏层）的交感和副交感神经（上腹器官的副交感来自迷走神经）。脊神经的感觉很敏锐，用小针刺腹壁即可引起刺痛。内脏神经则不如脊神经那么敏感。但是，通过内脏神经与脊神经之间的联系，内脏方面的刺激仍可反映到大脑，感觉到一定的疼痛。例如，阑尾炎初期，由于内脏神经不大敏感，病人常感到上腹或脐部疼痛；经过一段时间，通过内脏神经与脊神经的联系，疼痛才转到阑尾所在的右下腹。因此，判断内脏痛的病变，不仅要听病人主诉的感觉，还必须作客观的检查。

当腹壁神经受刺激时，如急性腹膜炎，腹痛常伴有腹肌紧张，强硬。当内脏神经受刺激时，如胃炎、肠炎、阑尾炎，腹痛常伴有胃肠功能失常，出现恶心、呕吐、腹泻等。用“一分为二”的观点来看，腹痛以及腹肌紧张，呕吐，腹泻等，既是病症，又是人体的防御反应。

许多疾病可引起腹痛，其基本原因是它们的病变使腹部神经受到化学性或物理性的刺激。化学性刺激常由炎症产物、消化液、某些代谢产物等引起。物理性刺激常由组织受挤压、牵拉、紧张度增大等引起。下面举例说明腹痛的发展过程。

急性阑尾炎：初期，由于阑尾腔多被粪石等堵塞，阑尾蠕动增强，以排除堵塞。当它的平滑肌强烈收缩时，挤压神经感受器，并引起局部缺血，发生腹痛。平滑肌暂时松弛时，腹痛缓解。因此，腹痛为阵发性。后来，细菌在阑尾内繁殖，感染物质刺激组织，而且组织发炎肿胀，加以管腔内压增高，就发生剧烈的持续性腹痛。若阑尾发生穿孔，管腔内压和组织紧张度可降低，腹痛常可暂时减轻。但是感染物质进入腹膜腔，造成腹膜炎，敏感的腹膜壁层受到刺激，迅速又发生剧烈的持续性腹痛。

从阑尾炎的腹痛经过可以看出：（1）有腔器官的蠕动增强，平滑肌强烈收缩，可引起腹痛（多为阵发性）；（2）组织缺血或缺氧，产生某种刺激，可引起腹痛；（3）感染物质或其他炎性产物等的刺激，可引起腹痛；（4）组织肿胀，紧张度增高，也可引起腹痛。从这里也就可以理解其他许多常见的腹痛病因。

1. 炎症 如胃炎，胃十二指肠溃疡、肠炎、痢疾、胆囊炎、胰腺炎、肝炎、输卵管炎、肠结核等。

2. 梗阻 如肠梗阻、幽门梗阻、胆道结石或蛔虫病、输尿管结石等。
3. 脏器破裂 如脾破裂、宫外孕时输卵管破裂等。
4. 肿瘤 如肝癌、胃癌、卵巢肿瘤蒂扭转等。
5. 平滑肌痉挛 如蛔虫症、流产、功能性胃肠痉挛等。

常见的腹痛病变多在腹部，但其他方面的疾病也可能引起腹痛。例如，大叶性肺炎等由于刺激胸神经，可能引起上腹痛。尿毒症时由于腹部神经受大量代谢产物刺激，可能出现腹痛。过敏性疾病时由于胃肠等发生炎症或出血，也可能出现腹痛。

祖国医学认为，疼痛是气血运行障碍的一种表现。气血沿经络血脉周流全身，它们的正常运行必须靠脏腑的正常功能。如果有某种因素使经络血脉阻塞，脏腑功能活动失常，发生气滞血瘀或气血不足，就可发生疼痛。这种情况叫做“不通则痛”。

五脏六腑除心、肺以外都位于腹，肝、胆、脾、胃、肾五经和任、冲脉都经过腹部，加以心、肺等以及其他经脉与腹部也有联系，因此许多病都可能发生腹痛。虽则这样，脏腑经脉的功能失常不外有两类情况，一则过强，一则不足。功能过强时发生实痛，气滞血瘀使痛处发胀、发热、有触痛、肿起或成肿块，相当于急性炎症、某些器官的梗阻、肿瘤等。功能不足时发生虚痛，痛处因气血不足表现与实痛者不同，腹壁软而喜按、喜温，相当于某些慢性炎症、胃肠痉挛等。

气与血密切相关。正常时，气能推动血液运行，血是气的物质基础，所谓“气为血帅，血为气母”。所以有些病气滞在先，继而引起血瘀，如梗阻引起炎症；有些病则血瘀导致气滞，如肿瘤；有些病则因气虚引起血滞或血虚引起气虚，发生某些慢性腹痛。

至于引起脏腑经脉气血失常的原因，主要是：饮食不节，感受寒、热、虫、湿等病邪，受外伤以及情志变化等。

## 二、诊断要点

诊断腹痛必须全面地搜集病史、体征以及必要的化验、X线检查结果，进行分析推理。诊断要着重解答下列三个问题。

1. 主要的病变在那里？腹痛可能关系到消化、泌尿和女性生殖三个系统的许多病，又可能涉及腹部以外的疾病，所以诊断时必须确定主要病变的部位。

腹痛的部位常可指示病变的部位。但是，要注意内脏病的自觉痛部位可能并不准确地指示病变所在，如阑尾炎初期、胆道蛔虫病或胆石病的疼痛常在上腹中央。此外，如大叶性肺炎等可引起上腹痛，其病变在腹部以外。因此，对病变的定位还须参照以下情况：

(1) 腹痛所伴随的症状，尤其那些具有特点的症状如黄疸（多属肝胆疾病）、腹泻（多属肠疾病）、咳嗽（胸部疾病）、阴道出血或停经史（生殖器病）等。

(2) 体征，如腹部触痛、肌紧张、反跳痛，肠鸣音改变、肝脾大小、肿物、震水音等，心和肺的变化，皮肤表现等。必要时还应当作直肠或阴道内指诊，或用某些手法检查（如胆囊部位的深呼吸痛）。

(3) 必要的化验或X线检查等，如粪便有改变常表示肠疾病，尿有改变常表示泌尿器官疾病，X线检查可发现肠梗阻、胃肠穿孔、肺炎等。

2. 腹痛反映什么病理变化？有时，腹痛的性状可以反映病变的性质。如阵发性腹痛一般表示器官的平滑肌强烈收缩与弛缓相交替；绞痛、剧痛者多为梗阻性病变；而隐痛、钝痛者多为慢性病变。但大部分腹痛要结合其他方面的症状，体征或化验等分析，才能识

别它的病理变化。例如：发热、痛处有明显触痛、腹肌紧张、白细胞增多等，多表示为急性化脓性炎症。痛处有一定的触痛、腹肌柔软、不发热或低热、白细胞数在正常范围内，多表示慢性炎症。痛处喜按、喜温、遇冷加重、腹软，多表示器官功能失调。急性贫血、面色苍白、脉细数、腹痛触痛，多表示有内脏破裂出血。

3. 腹痛属于那方面证候：为了运用中西医结合的方法治疗腹痛，需要按照祖国医学的辨证原则分析腹痛。

(1) 从腹痛部位区分：上腹痛（或称胃脘痛）属胃，又多与脾或肝有关。侧腹痛（胁痛和少腹痛）属肝胆，可涉及大腸。中腹痛（或称脐腹痛）属肠，又多与脾或肾有关。下腹痛（或称小腹痛）属冲任二脉，多与子宫、膀胱、肝、肾等有关。

(2) 从症状区分：一般应辨别虚实、寒热、气血。

虚实：属实证的痛而胀闷，触痛拒按，腹肌紧张，脉有力，多见于病初，体壮者。属虚证的痛而不胀，空腹时痛而食后可缓解，腹软喜按，脉无力，多见于久病、体弱者。

寒热：属热证的身热、腹满，尿短赤、大便秘结、舌苔多黄、脉多数，常并有实痛。属寒证的隐痛而无休止，常因受寒或食生冷而起，喜温暖，舌苔多白，脉多迟缓。

气血：属气分的痛可窜动或放散，发作时起包或触到肿物，间歇时消散，脉多弦。属血分的痛有定处，如有包块则不易消散，脉多涩。

毛主席教导我们说：“离开具体的分析，就不能认识任何矛盾的特性”，“有比较才能鉴别”。诊断腹痛应当对具体病情，从解剖部位、病理变化和辨证三方面进行分析；而比较或对比是基本的方法。

### 三、治疗要点

治疗腹痛有两方面问题，一是止痛或镇痛，另一是治病。止痛、镇痛是暂时的处理，治病是根本。

止痛、镇痛常用针刺和镇痛药的方法。其中以针刺较适宜，因为针刺不但有减轻疼痛的作用，而且可以治疗疾病。针刺常用二种方法：（1）体针可循经取穴，如刺足三里治胃脘痛；也可局部取穴，如刺中脘治胃脘痛；又可从经验取穴，如刺阑尾穴治阑尾炎。

（2）耳针常取反应部位或加交感等穴。体针与耳针都可能用穴位注射法代替。应用镇痛药、特别是吗啡、杜冷丁或大量的冬眠灵等，有掩盖症状的作用，因此必须以不影响诊断为原则。吗啡类容易引起成瘾，不应多次使用。

腹痛的疾病各有特殊性，治疗上要按照具体病情决定方针方法。综合起来有下列七类治法：

1. 理气 治气滞。例如：上腹痛、胁痛时常用疏肝开郁的青皮、香附、姜黄、枳壳等，脐腹痛常用乌药、沉香、厚朴、木香、槟榔等，这类药有调理内脏功能作用，还可包括颠茄、阿托品、普鲁本辛、硫酸镁等。针灸也有理气作用。

2. 清热 治热证。例如：急性感染常用青霉素、链霉素、黄连素、四环素等，或双花、蒲公英、黄连、板蓝根、连翘等。清热中药除有抗感染作用外，还有其他功效如茵陈、栀子兼治黄疸、大黄可泻下、白茅根能利尿等。选用中药要区别所作用的部位，如黄芩宜于肺肝胆、黄柏宜于胃肠、竹叶宜于膀胱等。

3. 泻下 治食积、虫结等所引起的实痛。例如：某些肠梗阻可用豆油滑肠或大黄、芒硝、厚朴、莱菔子（后二药通气）等，驱虫配用硫酸镁、双醋酚汀等，便秘腹痛用番泻

叶、火麻仁、液体石蜡等，上述几种情况下也较常用灌肠法。根据祖国医学，泻下还有逐水（水从粪便走）、逐瘀（瘀浊从粪便走）、泄热毒（热毒从粪便走）等作用，因此泻下法可配合治疗许多炎症性疾病和某些损伤。

4. 温补 治寒证和虚痛。例如：温运脾肾常用白朮、附子、干姜、肉桂等，温脾胃可用吴茱萸、川椒、高良姜等，补养常用人参、党参、黄芪、当归、山药、熟地、山萸等。

5. 活血 治血瘀。例如：治妇科腹痛常用益母草、泽兰、蒲黄等，治腹痛肌痉或形成包块时常用桃仁、赤芍、红花、川芎等。

6. 手术 治肿瘤、缺血坏死（如扭转）和一部分炎症、梗阻等。

7. 其他 如驱除寄生虫，利尿，助消化，补充营养、水分和盐类等。

上述治法在具体实施中是互相结合的，如清热理气、理气活血、泻下清热等，手术应与非手术疗法相结合。

## 慢性上腹痛

### 一、慢性上腹痛是怎样发生的？

慢性上腹痛相当于祖国医学的胃脘痛和胁痛，是胃、胆道、胰腺和肝的慢性炎症的一项主要症状，此外，还可能由其他疾病引起。常见的慢性上腹痛疾病有：（1）慢性胃炎、胃十二指肠溃疡、胃神经官能症和胃癌。（2）慢性胆囊、胆管炎和胆石病。（3）慢性胰腺炎。（4）慢性肝炎和肝癌。

以上疾病与急腹症之间有着一定的关系。胃十二指肠溃疡可发生急性穿孔引起腹膜炎。慢性胆囊胆管炎和慢性胰腺炎多数由各自的急性炎症迁延而成，而且在一定的条件下可急性发作。胃癌也可发生穿孔，肝癌有时可发生破裂出血，均能引起腹膜炎。因此，治好慢性上腹痛可以减少急腹症的发病，治好急腹症也可减少慢性上腹痛的发病。

上腹部的消化器官不但位置邻近，而且因受迷走神经和内脏神经的支配，在进行消化活动时也密切联系，发病时也往往互相影响。

### 二、诊断要点

常见的慢性上腹痛疾病之间，常有某些相似的症状，如上腹痛、胀、闷、噯气、食欲不振、消化不良、大便不正常等。发作可与生气、睡眠不足、思虑过度、受寒等有关。这样，在诊断上就可能比较困难。除去胃癌、肝癌等以外，上腹部的慢性炎症多属于祖国医学的肝胃不和、脾胃失调等病证，但不同的疾病可呈现相同的病证，同一疾病又可呈现不同的病证。

1. 胃痛、胆痛、胰痛和肝痛的鉴别 常可从分析疼痛着手。为此，应当比较详细地了解腹痛的主要部位、放散部位、性质、与饮食的关系、触痛等，可参考下表进行分析。

#### 2. 几种疾病之间的鉴别诊断

（1）胃疾病之间的鉴别：见“胃十二指肠溃疡”诊断项。

（2）十二指肠溃疡和胆石病的鉴别：①十二指肠溃疡可有空腹痛发作，有时在夜间发作，胆囊结石常有发作性，也可在夜间发作（可能与平卧睡觉时、胆石容易落到胆囊颈发生嵌顿有关）。因此二者应予鉴别。②十二指肠溃疡多有反酸、烧心等，痛时吃少量食物可缓解，触痛多不明显，有的压迫后反觉不痛。③胆囊结石发作时，觉恶心，不愿进

慢性上腹痛鉴别诊断表

| 疾病<br>区别   | 胃 痛                           | 胆 痛              | 胰 痛              | 肝 痛                 |
|------------|-------------------------------|------------------|------------------|---------------------|
| 主要部位       | 上 腹 中                         | 剑突下或上腹偏右         | 上腹中或偏左           | 右肋                  |
| 放 散        | 病变不侵及周围器官<br>时不放散             | 右 肩 背            | 背脊或左肩背           | 右腰                  |
| 性 质        | 程 度 不 一                       | 隐 痛 或 绞 痛        | 钝痛或背脊欲断          | 隐痛、刺痛或胀痛            |
| 与饮食<br>关 系 | 与饮食的酸硷、软硬<br>或凉热有关，并与饥<br>饱有关 | 与油腻有关，空腹时<br>常减轻 | 与饮酒有关，空腹时<br>常减轻 | 不明显                 |
| 触 痛        | 上腹中或偏右，但常<br>可喜按              | 右肋缘下腹直肌缘相<br>交处  | 上腹中或偏左           | 肝肿大触痛或右肋<br>弓侧方有叩击痛 |

食，触痛较明显，有时可触知肿大的胆囊。病人转动体位后可能自行缓解。过去可能有黄疸史，平素不喜食油腻。④以一般胃病药的治疗效果，并不足以区别这两种病，因胃病药常含有解痉药等，对胆石病也可起缓解作用。确定鉴别诊断常需要作X线钡餐检查，或再作其他检验。

(3) 胃十二指肠溃疡、慢性胆囊胆道炎和慢性胰腺炎的鉴别，可参考下表。

|         | 胃十二指肠溃疡(单纯型)                  | 慢性胆囊胆管炎                       | 慢性胰腺炎                       |
|---------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 发 病 经 过 | 饮食不当或精神过于紧张，发病慢               | 有蛔虫史，急性胆道感染史                  | 饮酒或有蛔虫史，急性胆道感染、急性胰腺炎史       |
| 疼 痛 特 点 | 上腹中，发作与饮食有直接关系，寒冷季节多发，睡眠不足时多发 | 剑突下或上腹偏右，与一般饮食(除油腻外)和季节无明显关系  | 上腹中或偏左，向左肩背放散，发作与饮酒、情绪变化等有关 |
| 其 他 症 状 | 反酸，烧心，嗝气，食欲多能保持               | 嗝气，口苦，食欲不振，可有腹胀               | 嗝气，腹胀或腹泻，性情易急躁              |
| 体 征     | 上腹中或偏右有触痛点                    | 右肋缘下有触痛，可能触到胆囊或见黄疸            | 上腹中或偏左有触痛带                  |
| 其 他     | X线钡餐检查见溃疡影象                   | 十二指肠引流液化验阳性，或X线胆道造影检查可能见胆囊无功能 | 发作时可能有血和尿淀粉酶、脂肪酶增高          |

3. 癌瘤引起的慢性上腹痛 慢性上腹痛可由上腹部的癌瘤引起。但疼痛通常不是癌瘤的早期症状，而是癌瘤较后期症状。

肝癌的疼痛主要是侵及邻近神经引起的，部位在右肋或右侧腰背，钝痛而往往持续不断，使病人极度痛苦。检查可触到肝肿大，边缘极坚硬，表面多不平。全身消耗，或还有腹水、脾肿大、浮肿等。

胃癌的疼痛可因幽门梗阻引起，为阵发性，伴有恶心、呕吐等。后期也可侵及腹腔神经，引起顽固的痛苦。病人在发生上腹痛以前，早有胃部不适、食欲减退、嗝气、贫血、消瘦、无力等症状。上腹部可触到肿块。

其他如胰腺癌等也可引起上腹痛。

### 三、治疗要点

常见的慢性上腹痛疾病中，一部分必须强调早期消除病因，特别是癌瘤；另一部分如慢性胃炎，慢性胆囊胆管炎，慢性胰腺炎等，可进行对症治疗和辨证施治，实际上这些治疗有时也起消除病因的作用。

1. 针灸和耳针 中脘、足三里，配肝俞、胆俞、胃俞等或上脘、幽门、期门等。体弱脉无力者可用灸法。有的长期病者可作穴位埋线。耳针：耳区触痛点，用针刺刺激后埋针3~5日。

#### 2. 对症治疗

(1) 解痉：选用颠茄浸膏（0.03），莨菪浸膏（0.3毫克），阿托品（0.3毫克）或普鲁苯辛（15~30毫克）等每日3次口服。这类药有缓解平滑肌痉挛，减少消化腺分泌等作用，适用于胃十二指肠溃疡、慢性胆囊胆管炎、慢性胰腺炎等疼痛发作时。

(2) 制酸：选用碳酸氢钠（0.5~1.0克）、碳酸钙（1.0克）、碳酸镁（0.5克）等每日3次口服，适用于胃炎、胃十二指肠溃疡、慢性胰腺炎，可中和胃酸，并间接地减少胆汁、胰液分泌。乌贼骨末、蛋壳（煅后研末）等也有制酸作用。

(3) 镇静：选用苯巴比妥、利眠宁、氯丙嗪等，适用于性情易急躁、失眠等神经系统兴奋性亢进时。

(4) 助消化：选用干酵母，乳酶生，蛋白酶、胰酶等，适用于口淡无味、胀饱、有停食感、胀气等。

(5) 抗感染：选用抗菌药，用于慢性胆囊胆管炎或慢性胰腺炎急性发作触痛明显时。

(6) 补充维生素乙、丙等，用于慢性肝炎，或其他营养状态欠佳的病例。

#### 3. 辨证施治

(1) 肝气郁结：证见上腹胀痛，连及胸胁、性情急躁、噯气后轻快、苔薄白，脉弦，宜疏肝解郁，可用舒肝丸或柴胡3钱、陈皮2钱、川芎2钱、赤芍3钱、枳壳2钱、香附3钱、甘草1.5钱，消化不良者加六神3钱、谷芽3钱，烧心者加柴连丸（吴茱萸、黄连）。

(2) 肝胃热盛：证见上腹痛较急，心烦、口干苦、舌红苔薄黄、脉弦数、宜清肝火，可用青皮3钱、陈皮2钱、芍药3钱、胆草3钱、梔子3钱、知母2钱，腹胀便秘者加清宁丸，上腹触痛者加黄连1.5钱、黄芩4钱、大黄3钱。痛缓解后可用：当归3钱、白芍4钱、白朮3钱、柴胡2钱、茯苓3钱、甘草1.5钱、薄荷5分、生姜3片，水煎服。

(3) 脾胃虚寒：证见上腹隐痛、喜暖喜按、吐酸水、舌淡苔白，宜温中补气。偏气虚者可用补中益气汤（丸）加乌贼骨；偏寒者可用附桂理中汤（丸）。

## 胃十二指肠溃疡

胃十二指肠溃疡是一种比较常见的上腹痛疾病，多发生于青壮年时期。

【病理】 本病的病变虽然在胃和十二指肠，但与神经系统的功能状态有相当的关系。当大脑皮层和植物神经的调节功能有某些障碍时，饮食不当、寒冷、精神过度紧张、劳累等因素的影响，可引起胃酸分泌过多或过少、胃十二指肠蠕动亢进或减弱、局部血管痉挛

性收缩等，使胃十二指肠发生溃疡。

溃疡的部位多在胃小弯和十二指肠第一段（球部），大多数为单发，少数发生两个或多个。

溃疡开始比较浅表，圆形或椭圆形，从粘膜向深层组织侵蚀。如及时治疗或人体调节功能重新恢复，溃疡可愈合，一般为纤维组织修复（疤痕愈合）。在溃疡演变过程中，可能发生下列问题：

1. 胃痛 溃疡受胃酸或食物刺激，反射地发生胃十二指肠痉挛，或胃粘膜有炎症，可引起胃痛。

2. 溃疡出血 溃疡侵蚀血管，一般小出血可从大便潜血反应试验证明，大出血时发生呕血和柏油样便。

3. 溃疡穿孔 溃疡侵蚀胃十二指肠壁的全层即发生穿孔。前壁溃疡穿孔时，消化液和食物从穿孔进入腹腔，引起弥漫性腹膜炎。后壁溃疡穿孔，由于溃疡侵蚀接近浆膜时常引起胃后壁与胰腺包膜粘连，不引起弥漫性腹膜炎，但可引起胰腺局部的慢性炎症。

4. 幽门梗阻 邻近幽门的溃疡，易引起幽门痉挛和粘膜水肿，发生一时性幽门梗阻。这个部位的溃疡愈合时，由于疤痕收缩，幽门常发生狭窄。食物通过幽门受到阻碍，可引起呕吐、胃扩张、粘膜水肿等。

5. 胃溃疡恶性变 长期的胃溃疡，细胞可能发生性质改变，变成胃癌的过程。

#### 【临床表现】

1. 单纯性溃疡 指未并发大出血、穿孔、幽门疤痕狭窄或癌变的胃十二指肠溃疡。主要的表现是胃痛，可伴有烧心、反酸、呕吐、腹泻或便秘等。

单纯性溃疡的疼痛具有以下几个特点：（1）部位比较固定，在上腹中间（胃脘、心窝部）。程度不一，多于胃十二指肠痉挛收缩的强度有关。有局限的触痛点，胃溃疡的居中间，十二指肠溃疡的偏右。刚用手扪时觉得痛，持续扪压时反而缓解。（2）疼痛发作与饭食有时间上的联系。胃溃疡痛常在进食后1~2小时，食物过了胃以后可缓解。十二指肠溃疡痛常在进食后2~3小时，空腹时痛，进食后可缓解。一般认为都与胃酸刺激溃疡有关，服硷性药能使疼痛缓解。（3）从季节来看，胃痛发作在寒冷季节比较频，气候温暖时少发作。（4）睡眠过少、饮食不当、思虑焦急等常可促使胃痛发作。

烧心、反酸、腹泻或便秘等是胃肠功能失调的表现。呕吐有时可因饮食失宜引起，但大多数是幽门一时性梗阻（痉挛、水肿）引起的，用解痉药、针刺、硷性药和调节饮食以后，呕吐和胃痛就可缓解。

2. 溃疡慢性穿孔 指后壁溃疡穿孔，与胰腺粘连并引起部分胰组织的炎症。这类溃疡的表现大部分与单纯性溃疡相同，不过疼痛情况有区别。（1）发作比较频繁，气候温暖时仍常发作。（2）疼痛比较剧烈，向背脊部放散。（3）触痛明显，持续扪压时疼痛不缓解。（4）硷性药的止痛作用不明显。所有这些特点都与胰组织炎症有关。由于一般的胃药对这种溃疡的疗效不满意，过去称它为“顽固性溃疡”。

3. 大出血 大出血前可有胃痛发作加剧的先兆，也可突然发生。胃溃疡大出血容易呕血，十二指肠大出血容易发生柏油样便，当然呕血必定会有柏油样便或黑便。静脉出血比较容易止血，动脉出血则容易接连地呕吐和便血。

4. 溃疡急性穿孔 指引起弥漫性腹膜炎的前壁溃疡穿孔。发生之前可有胃痛发作加

1. 剧的先兆,或有暴饮暴食的诱因,也可能直接发生,甚至病人没有发现过去曾有胃病。十二指肠溃疡可在夜间睡眠中发生穿孔。

发生穿孔时,突然剧烈腹痛,有溃疡病经验的病人能够明显感觉这次发作不同于过去的胃痛。由于腹肌收缩,有憋气感。恶心但呕吐次数很少。检查腹部可发现:(1) 腹式呼吸运动消失,腹肌收缩痉挛使腹壁硬如木板,有广泛的触痛和反跳痛。肠鸣音消失。这些都是腹膜刺激征。(2) 肝浊音界消失或缩小。这是因为气体从穿孔进入腹腔,又进入膈下肝上的间隙内,改变了正常的肝区叩诊音响。这是溃疡急性穿孔有诊断意义的一项体征。

5. 疤痕性幽门梗阻 这种幽门梗阻多有较长的溃疡病史,逐渐发生。主要的表现有:(1) 饱胀,呕吐,吐物量大而有酸臭味,可发现其中有隔夜或隔日的食物,吐后有轻快感。一般早晨和上午不吐,可进食,下午和晚间饱胀明显,待呕吐后方能睡眠。(2)

上腹部有蠕动波可见,叫做胃型。摇动上腹部或按动胃区可听到震水音,好象一个大瓶子里放半瓶水摇动时那样。(3) 消瘦,脱水,便秘。

6. 胃溃疡癌变 有长期的溃疡病史,癌变以后溃疡痛的一些规律性就改变了。胃痛持续进展,用一般胃药不起作用,消瘦、无力、贫血等相继出现。十二指肠溃疡基本上不发生癌变。

【诊断和鉴别诊断】 胃十二指肠溃疡呈现上述1至5项临床表现时,比较容易作出初步诊断。但是,有一部分单纯性和慢性穿孔型溃疡,临床表现不典型或不明显。而且,其他疾病如慢性胃炎、慢性胆囊炎、慢性胰腺炎等都可引起上腹痛,和本病有一些相同的表现,所以在诊断上不可不注意区别。除了在“慢性上腹痛”篇内已介绍的鉴别要点,在这里再介绍关于慢性胃炎和胃神经官能症的临床特点。

慢性胃炎指胃粘膜的弥漫性炎症,充血、水肿,日久粘膜可增生肥厚或者发生萎缩(较少)。临床表现胃痛和胃部不适,特别在饮食不相宜时明显,一般并不象溃疡时有周期性发作的规律。胃炎时食欲减退和食量减少,而溃疡时多数保持食欲,胃痛间歇期食量多不减少。胃炎时上腹中间的触痛区比较溃疡触痛点广泛。胃炎还有不少其他表现,如烧心、反酸、呕吐、腹泻或便秘、出血、贫血等,与溃疡不易区别。

胃神经官能症是指有胃病表现而不能找到胃的器质性病变。临床特点是发作与精神状态有密切联系,伴有失眠、头痛、多梦、健忘等神经失调症,胃病症状时现时消变化较快。

关于胃癌将在下一篇内介绍。

X线钡餐检查是诊断胃十二指肠溃疡、慢性胃炎和胃癌的重要方法。通过钡餐检查可发现溃疡(龛影)、粘膜纹理、肿物(充盈缺损)等以及胃的蠕动、排空内容物等情况。当临床诊断需要时,应当进行此项检查。

### 【治疗】

1. 精神治疗和饮食调节 这两项工作在本病治疗上占着重要地位。要使病人了解自己的病情,正确对待,发挥主观能动作用,以战胜慢性病。饮食与胃肠有直接关系,应当重视本病的饮食疗法。怎么样的饮食质量和数量对治愈本病有利,病人往往自己能够体会,医生可以帮助总结经验。用过去书本所说的饮食疗法一律处理,效果不一定好,而且常因不符合个人习惯和各地条件,无法坚持施行。

## 2. 单纯性溃疡的治疗 可选用下列方法:

(1) 制酸解痉: 如用成药复方氢氧化铝片(含氢氧化铝、三矽酸镁、颠茄浸膏)、胃疡宁(含维生素U、组氨酸、氢氧化铝、三硅酸镁、颠茄流浸膏)等。可以用几种药物按成药方式配伍。某些制酸药如氢氧化铝、碳酸钙、次碳酸铋等有便秘作用, 另一些如氧化镁、三硅酸镁等有腹泻作用, 可以随症加减。制酸解痉法不适宜于分泌功能降低的胃溃疡病例。

(2) 辨证施治: 单纯性溃疡可按中医胃脘痛病证治疗。

① 胃寒痛, 痛有定处, 喜温畏寒, 苔白, 脉沉迟。宜温中散寒, 如用附桂理中丸或良附丸, 也可用肉桂粉、良姜和蔻仁研粉、蛇胆汁姜粒或胡椒等。

② 胃气痛, 脘胀胸闷, 噯气后稍舒, 性情急躁, 脉沉弦。宜行气散滞, 如用胃气止痛散(木香、延胡索、砂仁、川楝子)、香砂养胃丸、舒肝丸等。

③ 胃虚痛, 喜按喜温, 得食后缓解, 腹泻或便秘, 脉无力。宜温养中气, 如用人参健脾丸、理中丸、香砂六味汤(丸)等。

反酸可加乌贼骨粉、牡蛎或其他蚌壳类、或鸡蛋壳煅末。食物不消化可加六神、鸡内金、谷麦芽等。

(3) 针刺或埋线, 取中脘、上脘、足三里等穴。耳针感应部位。虚寒痛宜用灸法。

3. 其他类型的治疗 慢性穿孔者可按单纯性治疗方法处理。但有时呈现胃热痛, 即痛处拒按、食后疼痛加剧、便秘等, 宜清热泻火, 如用清胃丸、清宁丸等。长期不愈者应考虑手术治疗。大出血按呕血急症处理。幽门梗阻、急性穿孔及癌变, 均应送到医院治疗。

## 胃 癌

胃癌是我国较常见的恶性肿瘤之一。多发生于40~60岁, 男性多于女性。

【病理】胃癌属腺癌, 起初发生在胃粘膜层, 然后逐渐侵入粘膜下、肌层、甚至穿透浆膜。瘤组织形成肿块, 并可发生溃疡。瘤细胞可从淋巴道转移, 使胃周围淋巴结肿大, 并且继续随淋巴转移到其他部位的淋巴结。瘤细胞还可在腹膜腔内播散, 使腹内其他器官组织表面发生粟米样的癌粒。又可从门静脉转移, 发生肝转移癌。显然, 只有当胃癌比较局限时, 才能用手术方法将它切除, 获得较好的效果。

【临床表现】初期, 症状不特殊, 如胃部不适、轻度疼痛、噯气、消化较慢(不易有饥饿感)、乏力等。容易与慢性胃炎、胃十二指肠溃疡相混淆。以后症状逐渐加重, 身体消瘦, 常有贫血和浮肿, 或发生呕吐、上腹部饱胀等。可发现上腹部肿物, 较硬, 日渐增大, 并从有活动性趋向固定。后期, 消瘦枯槁, 面色苍白或灰黄, 气血耗损, 精神萎顿。

【诊断】胃癌的初期症状虽不特殊, 但正是治疗的时机。要力争提早诊断。关键是医务人员对一般的胃病必须认真分析。遇见下述有胃病症状的情况, 应考虑胃癌的可能性:

1. 40岁以后开始闹胃病, 疼痛多不重, 口淡无味, 食后上腹不适, 体力减弱, 渐见消瘦等。

2. 年轻时有胃病, 时好时犯, 发作多与饮食、季节等有关。但近来症状改变, 与原有的某些规律不同, 变为持续存在, 而且一般用胃病药和调节饮食均无明显效果。

3. 无呕血和黑色便，但发生贫血。

以上表现反映出胃癌的某些特点，即逐渐发展，一般治疗方法无效，对全身影响较严重。

考虑到有胃癌的可能，应进行下列检查：

1. 乘空腹时触诊，如发现胃的肿物，即可初步诊断为胃癌。

2. 作X线钡剂胃肠检查，对胃癌诊断有重要价值。这是目前最常用的检查法。

3. 连续试验粪便潜血，特别是经过一定的胃病药和饮食治疗后，如连续3~4次都发现潜血，就要怀疑胃癌。因为癌的溃疡出血不易完全制止。

为了区别胃癌和慢性胃炎、胃十二指肠溃疡等，列下表供诊断参考：

胃癌与胃炎、溃疡病的区别

| 疾 病<br>表 现              | 胃 癌                                  | 慢 性 胃 炎、胃 溃 疡                      |
|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 发 病 年 龄                 | 多在中年以上                               | 多在 40 岁以下                          |
| 胃病症状（胃痛、胃部不适、暖气、反酸、呕吐等） | 开始不明显，渐渐加重，与饮食、季节等无明显联系，用胃病药无明显效果    | 开始就较明显，时轻时重，发作与饮食、季节等有关，用胃病药有明显效果  |
| 全 身 状 态                 | 肌体渐受消耗，乏力，消瘦，经过休养并不好转，多见进行性贫血        | 病重时消耗肌体，经过休养可好转，除呕血、便血外，一般无贫血      |
| 主 要 体 征                 | 胃的肿物                                 | 胃区触痛                               |
| 其 他 体 征                 | 后期有肝肿大、腹水、左锁骨上淋巴结肿大、卵巢肿物等            | 无左列体征                              |
| 化 验 检 查                 | 血红蛋白降低，便潜血连续存在                       | 除出血者外，多无贫血，便潜血可间断出现                |
| X线钡剂检查                  | 主要为钡剂充盈缺损，局部粘膜纹理消失，不蠕动，或有较大的溃疡面，周围隆起 | 溃疡较小，呈龛影（溃疡内钡剂附着），粘膜可改变，但纹理存在，蠕动存在 |

#### 【治疗】

1. 手术适应证 （1）较早发现的胃癌，均应争取手术切除。（2）已有较广泛的转移，但因癌瘤堵塞幽门部发生梗阻，如果全身条件可耐受手术，可作胃空肠吻合以缓解幽门梗阻。

2. 非手术适应证 （1）胃癌大而固定。（2）左锁骨上窝淋巴结转移；肝转移癌（体征同肝癌）；腹水（腹膜广泛转移）；卵巢转移癌（阴道内检查发现）；腹壁转移癌等。（3）严重贫血。（4）全身衰弱。

非手术治疗可选用氟脲嘧啶、噻嘧啶等化学药，或中草药。

中草药方例：① 蜈蚣0.5钱研末，白酒送下，每日一次。② 夏枯草、炙山甲、赤芍、桃仁、姜半夏、陈皮各3钱、生牡蛎1两，水煎服（配蜈蚣服）。

### 肝 脾 肿 大

肝和脾位于膈下肋弓内，除了二三岁以内儿童，正常的肝脾绝大多数不能在肋弓下触

到。一般认为，在肋弓下触到肝脾的边缘，表示肝脾发生肿大。但是，有的正常肝脾因位置低垂也可在肋弓下触到边缘，个别有病的肝脾向膈面肿大而向下肿大不明显。因此，检查肝脾时，须注意它们的叩诊浊音区上界，并注意所触到的边缘钝或锐、质地软硬、是否平滑、有无触痛等，然后判断肝脾是否肿大。

肝是物质代谢的一个重要器官，进行糖元和白蛋白等蛋白质的合成、胆红素的转化、分泌胆汁、形成凝血酶元、使肠管吸收的氨无害化、消除体内药物或毒物的有害作用、转化某些激素和酶等等。因此，肝病可能引起血浆白蛋白减少、黄疸、脂肪消化不良、出血倾向、血氨增高等，并可能呈现肝功能化验的多种改变。

脾是网状内皮系统的一个重要器官，参与血细胞的代谢，有抗感染作用。因此，脾病时可能发生白细胞、血小板、红细胞的变化。

肝与脾的血液循环都属门静脉系统，有调节门静脉血流的作用。两者都有网状内皮组织，肝解毒而脾抗感染，共同起防御作用。因此，疾病时肝和脾可能单独发生肿大，也可能同时或先后发生肿大。

#### 一、肝脾肿大是怎样发生的？

引起肝或脾肿大的疾病很多，如感染、郁血、肿瘤、代谢病、血液病等，常见的是前面三类（见下表）。

|     | 肝 肿 大                              | 脾 肿 大                          |
|-----|------------------------------------|--------------------------------|
| 感 染 | 传染性肝炎、肝脓肿、肝吸虫病、血吸虫病、肝包虫病、胆道感染、败血症等 | 伤寒、副伤寒、亚急性细菌性心内膜炎、疟疾、血吸虫病、败血症等 |
| 郁 血 | 右心功能不全、脾肿大、缩窄性心包炎等                 | 肝硬变、脾静脉阻塞等                     |
| 肿 瘤 | 肝 癌                                | 白血病                            |
| 其 他 | 胆汁淤积（如胰头癌）、脂肪肝等                    |                                |

感染是肝、脾肿大最常见的一类病因。感染时网状内皮组织发生对抗感染的反应，如吞噬病原体、形成免疫体等，组织充血，细胞增生，脾的变化尤较显著。某些病原体可在脾、肝内繁殖引起炎症。急性感染一般只引起一时的脾、肝肿大，治愈后脾、肝随即恢复。慢性感染容易引起脾、肝明显增大，而且因间质增生不容易回缩，功能上也容易长时间有改变。

肝接受门静脉（包括脾静脉）的血流，肝静脉血回流于下腔静脉。右心功能不全或其他原因引起腔静脉内压增高时，肝就发生郁血肿大。脾肿大而血流量增多时，肝也可发生郁血肿大。但是，肝郁血时间久后细胞变质，间质增生，可形成肝硬变，而体积稍可缩小。

肝硬变或肝郁血使门静脉回流受阻，或者脾静脉发生血栓、受压等，脾就发生郁血肿大。脾郁血时期不长，血流恢复后肿大尚可回缩。如时间较久，则间质组织增生，就不易回缩。

肝癌的肝肿大和白血病的肝脾肿大，因癌细胞或其他细胞大量增生所致，与感染和郁

血性质不同。

## 二、肝脾肿大引起的变化

肝或脾肿大的疾病，因为病因病理不同，临床上表现各异。肝肿大或脾肿大的病变本身可引起某些结构功能变化，所以各种肝脾肿大的疾病可具有某些相同的表现，病期长的病例共同性症状尤较常见。

1. 肝肿大 (1) 消化和营养失调，表现食欲不振、厌油腻、口苦、嗝气、胁腹胀、大便溏稀等。与胆汁分泌失常、门静脉瘀血、胃肠功能失调等有关。(2) 水肿或腹水，出现程度不一。与蛋白代谢障碍、门静脉瘀血、肝淋巴液回流障碍、内分泌失调等有关。(3) 黄疸，是肝对胆红素代谢发生障碍的表现。(4) 并发或引起脾肿大。(5) 由于门静脉回流受阻，食管胃底的静脉、脐静脉、直肠静脉等发生曲张，可出现腹壁静脉曲张(多在脐周围或脐上)。破裂时发生呕血、便血。(6) 由于肝功能不良，促使皮肤粘膜毛细血管改变，凝血功能不全，可形成皮肤的蜘蛛痣、出血斑点、齿龈出血等。

2. 脾肿大 (1) 出血倾向或贫血。脾肿大时它的网状内皮组织对血细胞的代谢功能可能发生亢进(脾功能亢进)，使血小板、红细胞或白细胞减少。(2) 脾肿大而脾静脉未阻塞时可引起肝都血肿大。

此外，肝脾肿大时可出现胁胀、胁痛等，常随情志变化而加重。

## 三、诊断和治疗要点

### (一) 肝肿大的常见疾病

1. 肝寄生虫病 血吸虫病、肝包虫病和肝吸虫病都有地区性；变形虫(阿米巴)性肝脓肿为散发性。寄生虫病一般有接触感染史，但可能被病人忽视。若临床表现比较典型，这类疾病并不难诊断。治疗用灭寄生虫药或手术疗法。

肝寄生虫病简表

|       | 阿米巴性肝脓肿                  | 血吸虫病(后期)                 | 肝包虫病              | 肝吸虫病               |
|-------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|
| 地区流行性 | 散在                       | 南方河流地区接触疫水               | 北方牧区接触病犬、羊、牛等     | 华南地区，有食生鱼史         |
| 主要症状  | 变形虫性痢疾时有腹泻，粪便呈酱色。低热，肝区胀痛 | 腹胀，消化不良，腹泻，腹痛等           | 肝区发胀              | 消化不良，上部不适，或有腹泻、发热等 |
| 主要体征  | 肝大、表面平、不硬、有触痛，左下腹可有触痛    | 肝大、表面有结节、较硬，脾肿大，或有腹水，黄疸等 | 肝大、触诊有水囊感，或有肝外囊肿  | 肝大轻度，稍硬，可有黄疸       |
| 特殊检查  | 超声波检查可发现囊液波型，肝穿刺得脓液      | 肝功能损害，大便找到虫卵             | 超声波检查可发现囊液波型(禁穿刺) | 大便及十二指肠引流液中找到虫卵    |
| 治疗    | 穿刺排脓，吐根素及氯喹疗法            | 锑剂疗法，扶肝疗法、中草药、必要时作脾切除等   | 手术摘除              | 氯喹及吐根素治疗           |

2. 传染性肝炎 分黄疸和无黄疸两型。肝肿大不如肝寄生虫病显著，少数慢性病例肝显著肿大，诊断和治疗可参看第四章内本病篇(第134页)。

3. 细菌性肝脓肿 感染来自胆道或血流。急性过程：发热、出汗、消耗、右胁痛、

可能有黄疸或贫血、肝大而有明显触痛。应用大量抗菌素或清热解毒中草药，必要时须手术。

4. 肝郁血和肝内胆汁淤积 (1) 肝郁血常由右心功能不全、如风湿性心脏瓣膜病等引起，也可由缩窄性心包炎（下腔静脉回流受阻）等引起。肝肿大、光滑、边钝、有轻度触痛，可伴有水肿与腹水。诊断的重要依据是心界扩大、有杂音或心音弱（心包炎）、颈静脉怒张等。治疗应从改善心功能着手。(2) 肝淤胆汁是胆道系统阻塞、如胆石病、胆管炎等所引起，常是轻度肝肿大，但呈现较重的黄疸。脾也可肿大。治疗应疏利胆汁。

5. 肝癌 肝癌是恶性肿瘤，特点是肝体坚硬、不光滑而且不断增大，病人全身情况较快地恶化。其余方面与肝硬化有许多相同的症状，如脾肿大、腹水、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、黄疸等。所以要注意与肝硬化鉴别（见“肝癌”篇）。治疗应争取早期手术。

## (二) 脾肿大的常见疾病

1. 肝硬化 各种病因所引起的肝硬化（包括血吸虫病），发生门静脉高压时，都可引起脾肿大。肝脏由于细胞变质、坏死，而纤维组织增多，多数从肿大变成缩小，功能可发生明显损害。因此，临床上常从脾肿大发现肝硬变的病例。肝硬化可表现肝脾两方面的许多症状，治疗上也比较复杂，包括扶持肝功能、疏通门静脉血流、消肿、利尿、利胆、纠正脾功能亢进症、改善凝血功能等。

2. 疟疾 疟疾初阶段脾因充血和吞噬细胞增生肿大，疟疾治愈后脾可恢复。长期感染后，由于疟原虫破坏红细胞所产生的物质积聚于脾内，引起纤维增生，脾增大而发硬。疟疾有寒战、高热的发作，血中可找到疟原虫。治疗用抗疟药。

3. 白血病 急性和慢性白血病都可引起脾肿大，尤其以慢性者肿大显著。临床上遇到脾大、苍白、发热、皮肤出血斑、消耗等情况，要考虑白血病的可能。急性白血病以血中出现幼稚白细胞为特征，慢性者以大量白细胞增多为特征。治疗可用抗癌药等。

4. 血小板减少性紫癜 此病以出血倾向为主，如皮肤出血斑、鼻出血、齿龈出血、胃肠及泌尿器官粘膜出血等。长期的病例可发生脾肿大和贫血，但脾大不如上述其他疾病。化验血小板减少。治疗上可用激素、凉血止血养血中药，必要时可作脾切除。

(三) 辨证施治 肝脾肿大属祖国医学的胁腹痞块，主要为血瘀所成。肝气抑郁或肝血瘀滞，可形成肿块，同时影响脾胃正常运化。肝郁脾虚和气滞血瘀可影响到肾，肾阳不能正常温化脾阳，肾阴不能滋养肝血，所以疾病加重时更可出现其他症状。因此对肝脾肿大的基本治疗方针是：疏肝理气，活血散瘀，健脾补肾。实践证明，祖国医学对肝脾肿大的治疗有相当的效果，中西医结合正在开辟治疗肝病的新途径。

临床辨证可将肝脾肿大分为实与虚两大类，再按其他方面证候进行治疗。但严格地说，肝脾肿大时人体很少是壮实的，其气必虚，所以治实证时用“泻”法，又应注意到正气。

1. 实证 肝脾胀痛，且可有触痛，形气比较壮实，脉有力，舌苔厚，水肿指按后凹陷易起，大便秘结，蜘蛛痣、出血点紫红色等。治宜疏肝理气、活血散瘀，如用膈下逐瘀汤加味制丸：柴胡、郁金、当归、枳壳、五灵脂、丹皮、延胡索各2两，桃仁3两，乌药、香附、红花各1两，研末制丸，每次2~3钱，一日2次。或散利攻逐：丹参1.5两，桃仁1两，穿山甲3钱、莪朮5钱、大黄4钱，研末制丸，每日2~3钱。

以上方剂主治肝脾肿大，用药不宜超过7~10日。若同时有水肿或腹水，可与健脾利水方交替应用：冬瓜皮1两、车前5钱、白朮3钱、茯苓4钱；或黑白丑4两、茴香1两，研

末制丸,每次1~2钱,一日2次。若同时有腹水和黄疸,可用茵陈五苓散(见“黄疸”篇)。

2. 虚证 肝脾大,形气虚弱,脉无力,面色苍黄或灰暗,水肿指按后凹陷难起,大便稀等。治宜培补脾肾为主,待病情好转后再用散利攻逐法。

虚证多兼寒证,如手足不温、不渴或喜热饮、小便清、苔白等,宜温运脾肾,可用苓朮姜附汤(见“消肿利水药”)加党参、黄芪,或用肾气丸。血症者,舌质淡、无力、脉细等,宜用四物汤养血。阴虚者,口干咽燥、手足心热、舌干起刺、脉细数,宜养阴和肝,可用沙参3钱、麦冬3钱、生地5钱、当归3钱、枸杞子3钱、川楝子2钱。水煎服。

## 黄 疸

黄疸是体液中胆红素浓度增高的表现。血清胆红素的正常浓度不超过1毫克%,如超过2毫克%,临床上就会出现巩膜、皮肤和尿液发黄(黄染),称为黄疸。(血清胆红素超过正常浓度,但临床上未出现黄染,叫做隐性黄疸。)巩膜黄染宜在自然光线下观察,以接近穹窿部的巩膜发黄为准。皮肤黄染时粘膜也黄染,所以可以手指轻按口唇后见到黄色。黄疸重者胆红素刺激皮肤可引起搔痒感,或出汗使衣服黄染。黄疸的尿液呈桔色或豆油状,尿泡沫也发黄,可与一般的尿色发黄区别。

### 一、黄疸是怎样发生的?

胆红素来自血红蛋白。在红细胞的代谢过程中,衰老解体的红细胞放出血红蛋白,可转变为间接胆红素(胆红素球蛋白)。间接胆红素经肝细胞的作用,转变为直接胆红素(胆红素钠),随着胆汁通过胆道进入十二指肠,又经肠道细菌作用变成尿胆元。(其结构近似胆红素,是使尿、粪呈黄色的主要成分。)尿胆元大部分随粪便排出,其余的被肠管重新吸收,经门静脉到肝。进入肝的尿胆元,一部分再转变为直接胆红素,随胆汁进入肠内(叫做尿胆元的肝肠循环),另一部分则随血流通过肾随尿液排出。(图6-7)直接胆红素和尿胆元都可从肾小球滤出,但间接胆红素因与蛋白分子结合,不能通过肾小球滤出,不在尿中出现。

胆红素代谢有三个环节:红细胞放出血红蛋白、肝细胞将间接胆红素转变为直接胆红素以及胆汁排泄。这三个环节上发生改变可引起黄疸。(1)红细胞破坏过多,血清内间

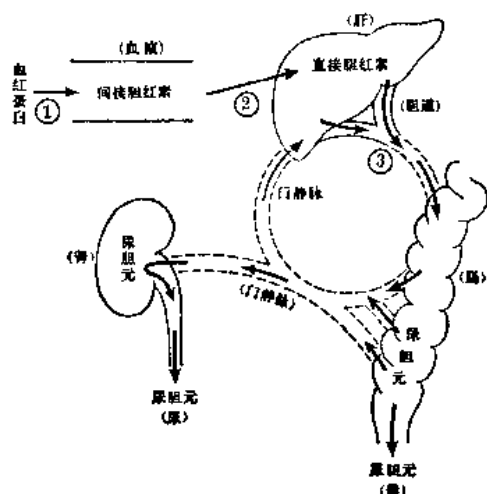


图6-7 胆色素肝肠循环示意图

接胆红素大量增加,可引起溶血性黄疸。(2)肝细胞功能降低,不能正常地使间接胆红素转变为直接胆红素,同时一部分直接胆红素也不能正常地从胆汁排泄,因此两种胆红素在血清内增多,可引起肝细胞性黄疸。(3)胆管系统梗阻,胆汁不能正常排泄,血清内直接胆红素积存过多,可引起阻塞性黄疸。

引起黄疸的常见疾病如下:

1. 肝的疾病 如传染性肝炎、肝寄生虫病、肝脓肿、肝硬变、肝癌、钩端螺旋体病等可发生黄疸,以肝细胞性黄疸为主,有的可并有阻塞性黄疸。肝病也可无黄疸,有黄疸时多数黄染程度不重,如果发黄急而重,则常表示大量肝细

胞变性、坏死，必须引起警惕。

2. 胆道疾病 如胆石病、胆囊胆管炎可引起阻塞性黄疸，较重时可并有肝细胞性黄疸。黄染程度随胆道梗阻情况而有很大差异。

3. 溶血性病变 如严重的感染、蚕豆病、输血发生溶血反应等可引起溶血性黄疸，有的病可同时引起肝细胞性黄疸。溶血性病变不如肝胆疾病多见。

祖国医学认为，黄疸可由外感湿热或时病（季节流行病）和饮食不节引起，主要病变在于脾胃。黄疸可分阳黄与阴黄。湿从火化，郁热在胃，胆液不得疏泄，熏蒸发黄于外，即成阳黄。湿从寒化，湿困脾阳，胆液浸淫肌肤，即成阴黄。

## 二、诊断和治疗要点

（一）病因诊断和治疗要点 在临床上，黄疸性疾病可分为急性和慢性两大类。

诊断急性黄疸性疾病（附表），应注意流行或发生情况，这些情况常可提供诊断病因的线索。分析临床表现时，要注意各种病的特点，例如，传染性肝炎常以消化障碍为主，钩端螺旋体病以肝、肾、肺等多种器官病变为特征，胆道感染以腹痛和腹膜刺激征为突出，蚕豆病以血液、循环改变为主，急性肝坏死以肝功能严重损害引起的神经系统障碍为特征。

常见急性黄疸性疾病

|         | 传染性肝炎                                                                  | 胆道感染                                        | 钩端螺旋体病                                                      | 蚕豆病                                    | 急性肝坏死                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 流行或发生情况 | 四季都可发生，当地有流行情况，可有接触肝炎史                                                 | 四季都可发生，寒冷季节多发                               | 夏秋季较多发，有接触含病原体的出水、塘水、沟水等情况，可发现当地带菌的鼠、猪、牛、犬等                 | 蚕豆开花和结实季节，发病于吃蚕豆或接触花粉后，多见于儿童，男多于女      | 发生于各种肝病过程中，与治疗不当有关                                                           |
| 症 状     | 发热、恶心、呕吐、厌食、右胁胀痛等，多为中等黄疸，约3~4周                                         | 发热、恶寒、剧吐、上腹痛等，黄疸有轻有重，重者为胆石阻塞                | 发热、恶寒、头痛、肢体酸痛、可有鼻出血、咯血、尿少等，多为轻度黄疸                           | 发热、头痛、腹痛、恶心、呕吐、耳鸣、呼吸困难、昏迷等，多为轻度黄疸      | 精神不振、烦躁或昏迷、发高热或不发热、恶心、呕吐、出血等，黄疸短时间加重                                         |
| 体 征     | 肝肿大、有触痛、轻度水肿等                                                          | 右上腹有触痛、肌紧张、胆囊或肝可触知                          | 淋巴结肿、腓肠肌压痛、肝肿大、皮肤出血斑点、脑膜刺激征等                                | 苍白、肝脾可肿大、脉细、手足不温等                      | 肝缩小、呼气中有肝臭、皮肤出血斑点、黄疸加重等                                                      |
| 化 验     | 肝功能损害                                                                  |                                             | 肝、肾功能损害，血或尿培养出病原体或血清检查阳性                                    | 贫血                                     | 肝功能损害                                                                        |
| 治疗要点    | 1. 高糖、多蛋白饮食，维生素乙类、维生素丙等，必要时静滴葡萄糖液；<br>2. 中草药清热利湿；<br>3. 茵陈、栀子、板蓝根等制剂注射 | 1. 中药清热疏肝理气；<br>2. 青、链霉素等；<br>3. 必要时胃肠减压或手术 | 1. 大量青霉素，或用四环素等；<br>2. 静滴葡萄糖液，并用维生素丙、维生素K等；<br>3. 中草药清热解热利湿 | 1. 输血数次；<br>2. 中草药清热利湿凉血养血；<br>3. 皮质激素 | 1. 谷氨酸钠、葡萄糖液静滴；<br>2. 四环素、金霉素等；<br>3. 皮质激素；<br>4. 清洁灌肠；<br>5. 中药清热利湿凉血或温肾补气等 |

诊断慢性黄疸性疾病（附表），可分析黄疸的发展过程以及伴随的表现。胆石病与胆管炎的鉴别可能比较困难，其余之间比较容易区别。治疗大体上分消除病因和对症处理两方面，消除病因包括抗菌消炎、消除胆石、切除肿瘤等，对症处理要着重改善营养代谢，并及时纠正出血倾向、肾功能不全或中毒等。

常见慢性黄疸性疾病

|      | 胆 石 病                                 | 肝 内 胆 管 炎                          | 慢性肝病(肝硬变、肝寄生虫病、肝癌等)                                   | 胆总管下端周围肿瘤                |
|------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| 症 状  | 黄疸程度不一，有波动性，发作时腹痛、发热、恶心、呕吐，用消炎药等有明显效果 | 黄疸程度不一，波动性小，无腹痛发作，食欲不振，粪便色淡，消炎药多无效 | 黄疸一般较轻，（突然加重表示肝坏死）肝寄生虫病有地方多发性                         | 黄疸持续加重，偶有腹痛，粪便如陶土        |
| 体 征  | 肝稍肿大，右上腹有触痛，发作时有腹肌紧张、可能触到胆囊，并有触痛      | 肝稍肿大，脾也可肿大                         | 肝肿大而较硬，或缩小，脾可肿大，可有腹水或水肿、蜘蛛痣                           | 胆囊明显肿大，肝稍肿大，无明显触痛        |
| 其他检查 | 十二指肠引流见胆砂、血细胞等                        | 十二指肠引流胆汁少，见白细胞                     | 肝功能损害                                                 | 十二指肠引流无胆汁，X线钡餐检查见十二指肠曲改变 |
| 治疗要点 | 1. 中药消石清热利湿行气；<br>2. 针刺；<br>3. 必要时手术  | 1. 中药疏肝利湿清热；<br>2. 皮质激素            | 1. 扶肝（葡萄糖、维生素等）；<br>2. 中药活血疏肝散瘀利湿；<br>3. 寄生虫病与肝癌应另行治疗 | 手术                       |

（二）辨证施治 按照辨证施治原则，可将各种疾病引起的黄疸归纳为阳黄和阴黄两类治疗。

1. 阳黄证治 阳黄在临床上较阴黄多见，表现皮肤发黄而色鲜，可有发热、口渴、胸胁闷胀、腹痛或有触痛，尿黄如豆油状，舌苔黄，脉有力。治疗以清热化湿为主。

（1） 草药单方：茵陈蒿、土茵陈、虎杖、田基黄、马蹄金、岗稔根、金钱草、下田菊（江西产）等鲜品2两或干品1两，任选一、二种，水煎服时可加红糖，或加车前草、西瓜皮、冬瓜皮、陈葫芦等利湿药。

（2） 阳黄偏热者证见发黄较急、体温高、大便干结、舌质红、脉数，可用茵陈蒿汤（茵陈5钱、栀子3钱、大黄2钱），必要时可加芒硝2钱攻下、银花、板蓝根、黄连、龙胆草等清热降火。

（3） 阳黄偏湿者证见发黄较慢、身重乏力、小便不利、舌苔腻、脉濡，可用茵陈五苓散（茵陈5钱、猪苓3钱、泽泻3钱、茯苓3钱、白朮3钱）。

茵陈蒿汤和茵陈五苓散主要用于治疗肝细胞性黄疸如传染性肝炎。如有阻塞性黄疸，宜加疏肝行气活血的药物，如青皮、柴胡、郁金、枳壳、桃仁等。如为胆石病，宜加金钱草、海金沙等消石药。如有轻度溶血性黄疸，宜加当归、赤芍等活血养血。

（4） 阳黄伴有高热、烦躁、神昏、出血斑等，可能是严重的肝细胞性或溶血性黄疸，应采取中西医结合的综合措施。中药可选用清热凉血法，如用生地1两、黄连2钱、栀子

4钱、水牛角2两（或犀角2分）、丹皮3钱，高热神昏时配用紫雪丹、牛黄丸，出血时加侧柏叶1两、阿胶3钱。

2. 阴黄证治 阴黄多数由阳黄转变而来，表现皮肤黄色深暗，发低热或不发热，口不渴，大便溏稀，尿色淡黄或如浓茶，舌淡苔滑，脉沉无力，治宜温阳化湿，可用茵陈朮附汤（茵陈1两、白朮3钱、附子2~3钱、干姜2钱、肉桂2钱、甘草1.5钱）。阴黄病人体质虚弱，常需同时用益气补肾法。

## 腹 水

腹水又称水臌，就是指腹膜腔内积液过多，引起腹部膨大、发胀，常伴有消化功能障碍，严重时影响呼吸、循环。

腹水应与肠胃胀气（气臌）或腹内巨大囊肿区别。腹水时，腹部触诊多有水波感；仰卧位叩诊腹中央多呈鼓音而两侧呈浊音，侧卧位则上部呈鼓音而下部呈浊音，叫做移动性浊音，因为水趋向低处呈浊音，而肠内有气体趋向上面呈鼓音。气臌时，腹部触诊无水波感，叩诊呈鼓音。囊肿时，触诊有水波感，叩诊呈浊音，但没有浊音移动现象。

### 一、腹水是怎样发生的？

腹膜腔内本来只有少量浆液，起着滑润作用。腹水症状出现，表示腹膜腔因病而积液明显增多（大约超过1000~1500毫升）。腹膜腔内积液过多，可有三方面原因：

1. 腹膜本身无病变，但由于腹膜毛细血管不能正常回收组织间液，腹膜腔内液体增多，叫做漏出性腹水。这种情况可由门静脉郁血、血浆白蛋白低或体内水、钠潴留等因素引起。常见于肝硬变、血吸虫病、心功能不全、缩窄性心包炎、肾炎等，常可伴有水肿。

2. 腹膜受刺激起反应，血管通透性失常，渗出增多而形成渗出性腹水。这种腹膜渗出液常含蛋白较多，或更有血细胞。常见于结核性腹膜炎和腹内恶性肿瘤。

3. 腹膜腔的淋巴回流失常。肠管有大量淋巴液，通常沿其系膜流向腹膜后，汇于乳糜池，通过胸导管归于左锁骨下静脉与左颈内静脉会合处。如果这个淋巴回流系统被血丝虫、肿瘤（如淋巴肉瘤）等阻塞或破坏，淋巴液就可渗入腹膜腔，形成乳糜性腹水，内含大量蛋白和脂肪滴。肝硬变时，肝的淋巴回流障碍，也是形成腹水（但不含乳糜）的一个因素。

祖国医学认为，水臌主要由肝、脾的病引起。肝气郁滞，伤及脾胃，脾不健运，水液内停腹中；肝脾病久，肾阳虚损，水液更不能正常排泄。因此水臌多从肝、脾、肾三脏治疗。

### 二、诊断要点

发生腹水的常见疾病，有肝硬变、腹腔结核、肝癌等腹部疾病，还有肾炎、心脏病心功能不全、缩窄性心包炎、血丝虫病等其他部位的疾病。要鉴别腹水的疾病，必须从具体的病史、体征以及必要的化验等检查中，分析腹水和其他病理变化在过程中的地位以及它们的相互关系，从而得出疾病的诊断。

1. 病史方面 （1）发热史，如结核病可有低热、盗汗；肾炎急性期可有发热恶寒；血吸虫病有发热、出汗；血丝虫病有寒战发热。（2）水肿与腹水的关系：水肿发生在先、腹水在后，多表示疾病在肾、心，肾病水肿常先出现于眼睑面部，心功能不全水肿常出现于下肢。腹水先发生，或与水肿同时发生，多表示病变在腹部。（3）系统的症状，

肝的疾病可先有食欲不振、消化不良、大便失常、腹痛等。肾炎有腰痛、尿少等。心脏病有心跳、气短、运动后喘息等。

2. 体征方面 (1) 肝或脾肿大：肝脾均肿大见于晚期血吸虫病、肝癌。肝肿大见于心功能不全肝郁血。肝缩小而脾肿大见于肝硬化、其他门静脉高压症。(2) 腹部肿块：见于腹部恶性肿瘤、结核病。(3) 其他：如肝病可见蜘蛛痣、肝掌、黄疸等，心脏病呈现心界扩大、杂音等。

3. 其他检查 (1) 尿中有蛋白、血细胞或管型多表示肾病，有时肝病日久或腹水严重可影响肾，也可使尿改变。(2) 腹水穿刺检查：漏出液呈淡黄色、澄清。渗出液呈淡黄而不清。有血色者多为恶性肿瘤所引起。乳糜腹水呈乳色，放置后可见脂肪。

### 三、治疗要点

轻度腹水一般在治疗原发的疾病后自行消退，所以不必专门处理。腹水多时，腹内压明显增高，除了可妨碍腹式呼吸，还可影响腹内静脉血液回流，因此常使胃肠功能失调，又可能使下肢水肿加重。这样，就需要设法消除腹水。临床上，常用利尿法消腹水，但单纯用利尿药往往只能收到一时的效果、甚或无效，所以消腹水要尽可能祛除原因和调整全身功能，适当配用利尿药。下面将腹水分为实证和虚证两型介绍其疗法。

1. 腹水属实证者形体尚壮实、脉有力、苔多厚腻、尿黄、便干，治宜行气利水，或用各种利尿药。(1) 方剂一般可用茯苓4钱、猪苓3钱、泽泻3钱、青皮3钱、枳壳3钱、砂仁1钱、木香2钱、大腹皮4钱、厚朴2钱、白朮3钱、苍朮3钱。腹水重、体壮脉实兼有烦热、喜冷饮等可用十枣汤（见第十三章“消肿利水药”项）加大黄2钱、黄芩4钱。(2) 利尿药一般可用双氢克尿塞（配用氯化钾），效果欠好时加氢苯喋啶或安体舒通，必要时可用汞撒利（先用氯化铵3日，肾脏病禁用）。

2. 腹水属虚证者身体虚弱、面色灰暗、脉无力、舌质淡舌苔滑润、便溏稀，治宜温补脾肾与利水相结合。(1) 一般可用白朮4钱、茯苓4钱、附子3钱、甘草1钱、泽泻3钱，兼有肢凉腹泻可加干姜1钱、肉桂2钱、党参3钱，兼有手足心热、咽干可加鳖甲5钱（先煎）、阿胶3钱（烊化）。(2) 可配用50%葡萄糖（注射）、维生素乙、丙等。

3. 腹水量很多，各种药物消水无效，为了减轻病人痛苦，可施行穿刺排液法。病人取坐位，经消毒局麻后，用腹腔穿刺针或粗针头，从左或右下腹穿刺，缓慢放出腹水，一般每次不超过2000毫升。注意防止发生虚脱。

## 肝 硬 变

肝硬化是由各种原因引起肝细胞损害后纤维组织增生，使肝脏失去正常结构的一种病症。一直被资产阶级“权威”判为“不治之症”。无产阶级文化大革命以来，广大医务人员坚持走中西医结合的道路，在肝硬变的防治工作中已取得了一些可喜的成果。

【病因】肝硬变的致病因素很多，凡能引起肝细胞损害的因素均可导致肝硬变的发生，概括起来主要有：(1) 感染，如肝炎病毒感染，血吸虫寄生等。(2) 郁血，如充血性心功能不全，缩窄性心包炎等。(3) 中毒，如长期小量的砷、镉等化学中毒等。

(4) 营养代谢障碍，如继发于其他疾病的营养不良等。(5) 胆汁淤积，如胆石病，胆

管狭窄等。

**【病理与临床表现】** 肝细胞的再生能力很强。一般情况下,肝细胞受到损害发生变性、坏死后,如能早期治疗,祛除病因,肝细胞可以再生,使肝脏功能和结构恢复正常。若有害因素长期或反复作用,使肝细胞发生广泛坏死,这时除有肝细胞的再生而外,结缔组织增生也特别显著,参与病变的修复。纤维组织增生虽是肝脏病变修复的一种方式,然而结缔组织增生,可使肝脏内部的细胞排列,血管之间的联系等结构变得不规则,影响肝细胞的再生、修复和功能活动,并且阻碍门静脉的血流。这是肝硬变形成的基本过程。肝硬变的发展通常是逐渐的,早期肝的代偿功能较好,症状多不明显。肝脏功能代偿不足和门静脉循环障碍时,就可引起一系列临床表现。

1. 门静脉压力增高 (1) 门静脉高压导致脾脏郁血肿大,脾脏功能亢进,外周血液中红细胞、白细胞、血小板减少。(2) 门静脉血液回流受阻,促使门静脉与腔静脉之间建立侧支。其主要侧支通路有:胃底或食管静脉、脐周围的皮下静脉、后腹壁静脉。形成侧支通路的局部静脉曲张,破裂后易出血,如食管、胃底静脉曲张造成大呕血。(3) 腹水(腹水形成除主要因素为门静脉高压之外,还有白蛋白减低、醛固酮增加、肝内淋巴液外溢等因素)。

2. 肝功能不良 (1) 消化、吸收功能障碍,甚至出现黄疸。(2) 凝血障碍,引起出血倾向:鼻衄、齿龈出血、紫癜等。(3) 营养缺乏,如消瘦、浮肿、贫血等。

(4) 内分泌代谢失调,如蜘蛛痣、肝掌、月经失调、男性乳房肿大等。

肝硬变晚期,由于肝细胞进行性坏死可出现低热、肝臭(呼气带甜味)、持续性黄疸。甚至由于肝失去把氨转化成尿素的能力,或由肠道吸收的含氮物质从门静脉侧枝直接进入体静脉,造成血氨增高,导致肝昏迷。昏迷前往往有精神异常、烦躁不安、言语不清,手部颤动(让患者平举两上肢,可见两手扑动样的抖动)。进而出现嗜睡、昏迷,这是病情危重的表现。

3. 化验及透视检查 (1) 血液:有脾功能亢进时,红、白细胞和血小板计数均可减少,其中以白细胞减少最明显。各种肝功能试验常可呈阳性结果。有黄疸者血清胆红素量增加。(2) 尿:尿中尿胆素元含量增高;有黄疸时尿胆红质阳性。(3) 钡餐检查:可见有食管静脉曲张所致的虫状缺损和纵行皱襞加宽,以食管下端为著;胃底静脉曲张可致胃底部有菊花形的充盈缺损。

**【预防】** 预防和积极早期治疗慢性肝病,控制病变发展,是防止肝硬变发生的关键。应积极发动群众,讲究卫生,除害灭病;改进环境卫生,加强饮食卫生的检查,预防传染性肝炎和避免胃肠道疾病的发生;搞好工农业生产卫生防护,避免肝脏化学性中毒。

**【治疗】** 祖国医学认为肝硬变的发生首先是由病邪引起肝脾两伤,继而伤肾;造成肝病则气滞血瘀,脾病则水湿不运,肾病既不能温运脾阳,又不能温化膀胱,造成水湿停滞。因此本病的治疗原则是疏肝、健脾、补肾以治其本;行气、化瘀、消肿以治其标。

#### 1. 早期肝硬变治疗

(1) 以气滞血瘀为主。患者主要表现为:食欲不振、面色晦暗、胁肋胀痛或刺痛、肝脾肿大、脘腹胀满、苔薄、脉弦。治宜疏肝理气、活血化瘀。可用,柴胡、当归、赤芍、桃仁、红花、香附、郁金。腹胀加枳壳、木香;肝脾大加鳖甲或三棱、莪朮。

(2) 如表现有:食欲不振、疲乏无力、面色㿔白、腹胀、大便稀溏、容易出汗、舌

苔薄白、脉细无力等脾胃虚弱症候，治宜健脾和胃。可用：党参、白朮、茯苓、陈皮、半夏、木香、内金、麦芽。如有：头晕、手足心热、甚至有低热，或兼有肝区痛。舌质红、苔白、脉细等气阴两虚症候，应以益气补阴。可用：白朮、党参、当归、熟地、白芍、茯苓、丹参等。有低热加青蒿、地骨皮；肝区痛加川楝子、元胡、香附。

(3) 同时也可用食母生、乙种维生素、维生素丙、肝太乐，葡萄糖等适当保护肝脏，并可用去酯药物，如复方胆硷、甲硫氨酸等。

2. 腹水期治疗 以水湿停滞为主。治疗上虽然需要利湿，但因患者表现不同，治法亦有差异。

(1) 食欲减退，两胁胀痛，腹大胀满，叩之如鼓，嗝气或排气后腹胀减轻，苔白腻，脉弦等气滞明显者，应行气利湿。可用：苍朮、厚朴、陈皮、香附、泽泻、车前子、大腹皮、木香、枳壳等。

(2) 腹大胀满，同时表现为烦热，口臭，小便赤，大便秘结，巩膜、皮肤黄染，苔黄腻，脉弦数等湿热蕴结显著者，应清热利湿。可用：茵陈、栀子、黄柏、猪苓、茯苓、泽泻、车前子、滑石等。

(3) 面色㿠白，脘腹胀闷、食后加重，大便溏薄，腹大，下肢浮肿，小便少，舌体胖，苔白腻，脉细等脾虚明显者，应健脾利湿。可用：党参、白朮、山药、扁豆、猪苓、茯苓、泽泻、车前子等。

(4) 如在腹大胀满同时，表现有口渴、思饮、两颧微红、心烦、齿衄或鼻出血、手足心热或有低热、小便少、舌质绛红、脉弦细而数等肝肾阴虚症候者，应佐以滋补肝肾，可用：熟地、当归、白芍、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、猪苓等。

(5) 出现神倦嗜睡、肢冷畏寒、下肢浮肿、大便秘、小便少、苔白、脉沉细等脾肾阳虚症候者，应温阳利水。可用：附子、干姜、肉桂、车前、牛膝、茯苓。

肝硬变腹水治疗，除上述中草药之外，还要注意患者进少盐饮食，并可加用利尿药，如：双氢克尿塞、氨苯喋啶、汞撒利及安体舒通等。

### 3. 并发症治疗

(1) 上消化道出血：是严重的并发症，应嘱患者卧床休息，禁食，严密观察病情，至少每半小时测血压、脉搏一次。有关输血、补液等急救措施参见第三章急症“呕血与黑便”节。

(2) 肝昏迷：首先要降低血氨。①严格限制蛋白质的入量，一般以静脉补液来维持热量，待病情好转后，再逐渐给予含蛋白质的食物，且从少量开始逐渐加量。②谷氨酸治疗。谷氨酸能和氨结合成谷氨酰胺，为一种与脑细胞代谢有关的物质。从而消除了氨对脑组织代谢的影响。28.7%谷氨酸钠100毫升溶于10%葡萄糖500毫升中，静脉滴注，每日1~2次。③口服泻药，如硫酸镁，或灌肠，以清除肠内的含氮物质。口服新霉素或四环素，0.5克每六小时一次。④有关昏迷的一般治疗及护理，参看第三章急症“昏迷”节。

## 肝 脓 肿

### 细菌性肝脓肿

细菌性肝脓肿又称肝痈，常见的病原体是大肠杆菌和金黄色葡萄球菌。在机体抵抗力

较弱的条件下，病原体可能从胆道、血流（肝动脉或门静脉）或淋巴（肝邻近组织器官）侵入肝组织，引起化脓性炎症。较常见的病因有两类：一是胆道感染如胆道蛔虫病、胆石症等；另一是脓毒败血症。因此，预防肝脓肿发生的主要办法是防治这两类疾病。

【病理】肝脓肿初期为肝实质炎症，肝肿大而尚未化脓。炎症进展到一定程度，肝组织坏死，可形成多数较小的脓肿。位置邻近的小脓肿又可融合形成较大脓肿，但极少融合成一两个大脓肿。由于肝的血流丰盛，肝脓肿所产生的有害物质容易进到全身，所以全身中毒现象常较显著。少数肝脓肿可以转为慢性过程，脓肿周围有相当多的纤维包裹，妨碍治愈。

【临床表现】一般细菌性肝脓肿的主要表现是发热和肝肿大。发热多为不规则的弛张热，有恶寒或寒战，出汗常多。葡萄球菌感染时热度高，也可能持续不降。大肠杆菌感染时热度稍低，升降可能很不规则。肝肿大程度不一，常有胁痛或腹胀，肝有触痛，或更有肺部叩击痛。此外，还有贫血、消瘦、黄疸等。

【诊断】从临床表现初步诊断细菌性肝脓肿后，通常可进行肝穿刺术以确诊肝内有脓肿。但有时因为脓肿尚未形成、或脓肿较小而穿刺不到脓肿部位，肝穿刺术也未必都能确诊本病。X线透视和超声波探测也可帮助诊断。

祖国医学认为，肝痛多为湿热蕴结、生腐化脓，因此有发热、胁痛、口苦、黄疸等。初期多属实热症，但后来毒火伤阴，汗出伤津，身体消耗，可成虚症。

#### 【治疗】

1. 对原发的胆道感染等病因，积极进行治疗。
2. 应用抗菌素：可先用青、链霉素的联合或四环素等广谱抗菌素。然后根据疗效（体温、肝以及其他方面的变化）酌情调整。
3. 中药治疗 龙胆草4钱、柴胡2钱、黄芩3钱、黄连2钱、生地4钱、当归3钱、泽泻2钱、木通2钱、双花5钱、大黄3钱；胁痛加木香2钱、延胡索3钱；黄疸加茵陈4钱、栀子3钱；虚弱加首乌3钱、阿胶4钱、减柴胡、木通。
4. 汗多食少者输液。明显贫血者输血。
5. 手术适应证：（1）穿刺发现较大的脓肿，应作切开引流。（2）并发于胆道蛔虫病者应进行手术治疗（因为有蛔虫钻入肝内的可能）。（3）脓肿穿破引起腹膜炎或膈下脓肿时极需手术。

### 阿米巴性肝脓肿

阿米巴性肝脓肿的病原体是溶组织阿米巴原虫。阿米巴原虫先感染肠管，引起阿米巴性肠炎（痢疾），继而可经门静脉侵入肝内。

【病理】阿米巴原虫引起肝实质炎症，由于它产生溶组织酶，而使肝组织坏死、溶化，形成含有血液成分的棕红色或酱灰色的脓液，脓肿常融合成一个或两个较大的脓腔。又因溶组织酶的作用，接近肝表面的脓肿，比较容易穿破，阿米巴原虫进入膈下间隙或腹腔，又可穿破膈肌而引起阿米巴性脓胸，甚至形成支气管胸膜瘘，咯出棕色脓痰。

脓肿周围组织的反应性较轻，对肝功能影响较小。全身性反应也较轻，主要是慢性消耗。

【临床表现和诊断】阿米巴性肝脓肿的主要表现是肝肿大，可有轻度触痛。发热或不

发热，逐渐消瘦、无力、贫血等，罕见黄疸。一部分病人有下痢史，其余被忽视或无下痢。

有些病人因为胸闷、呼吸困难、咯大量脓痰来诊，胸部右侧叩音浊，呼吸音减弱，则常为并发阿米巴性脓胸的表现。

确诊阿米巴性肝脓肿，一般可用肝穿刺的方法。所取得脓液量多，棕色或棕灰色，较稀，无臭，脓液中找不出细菌，也难发现阿米巴原虫（因阿米巴原虫在脓肿壁组织内）。超声波和X线检查也可帮助诊断。

综上所述，阿米巴性和细菌性肝脓肿有较大的区别，可参见下表。

阿米巴性肝脓肿与细菌性肝脓肿比较表

| 表 现 \ 疾 病 | 阿 米 巴 性 肝 脓 肿  | 细 菌 性 肝 脓 肿        |
|-----------|----------------|--------------------|
| 原 发 病 史   | 阿米巴性痢疾         | 胆道感染、败血症等          |
| 起 病       | 较缓             | 急                  |
| 发 热       | 较低或不发热         | 高或弛张热              |
| 黄 疸       | 很少             | 较常见                |
| 出 汗       | 少              | 多                  |
| 消 瘦       | 慢              | 较快                 |
| 肝 功 能     | 障碍不明显          | 障碍明显               |
| 白 细 胞     | 增多不显著          | 明显增多               |
| 肝 穿 刺 液   | 棕色、量多、较稀找不到细菌。 | 黄色、灰色、较稠、量较少，可找到细菌 |

#### 【防治】

1. 预防和治疗阿米巴性痢疾。

2. 药物治疗 （1）依米丁 0.03 克肌注，每日二次，连用 10 日。应注意心脏和血压变化。（2）氯喹 0.25 克口服，每日四次，两天后改为每日二次，连用两周。如无不良反应可连用三周。（3）白头翁 8 钱、黄柏、黄连、秦皮各 3 钱，水煎，每日分二次服。

3. 穿刺排脓 第一次穿刺排脓，如有X线检查条件，可注入空气 10~20 毫升，以便观察脓肿部位和大小。以后隔 3~5 日穿刺一次。必须严密消毒，以防混合感染。必要时可并用青、链霉素肌注。并发脓胸者同时作胸穿排脓。并用青、链霉素以控制肺部感染。

4. 手术适应证 （1）并发混合感染者可作切开引流。但无混合感染者禁作切开。（2）经X线检查或穿刺证明脓肿接近肝表面者可作闭式引流，用一直径约 3 毫米的塑料管经套管针插入脓腔，外接水封并引流。其目的是防止脓肿穿破，又要避免混合感染。

## 肝 癌

肝癌是腹内两种常见的恶性肿瘤之一（另一为胃癌）。多见于 40~50 岁，与肝硬变有一定的联系。

【病理】 肝癌多为肝细胞癌，其次为肝管癌。从生长方式来看，有的肝癌形成肝的局部肿块，有的散布于全肝。肿块硬，但质较脆。常见肝癌与肝硬变同时存在。因为不少肝癌是在肝硬变的基础上发生的，此外也可能有肝癌引起轻度肝硬变的情况。肝癌发展后，可经血流转移到肺、骨等组织内，也可向腹膜腔播散。有的肝癌由于内部变质，脆性增加，遇到轻微的外力（咳嗽、排便、腹部受震动等），可发生破裂出血。

【临床表现与诊断】 初期症状象其他慢性肝病，如上腹不适、胁闷胀、食欲不振、有时腹胀多气或腹泻等。

发现下列表现应警惕有肝癌可能：（1）肝触诊坚硬，边缘较钝，特别是肝的一部分出现肿物。（2）肌体消耗较快，明显无力。（3）顽固的右胁闷痛。

后来肝持续地肿大，可发生腹水、黄疸、肢体浮肿等。

诊断检查包括：（1）超声波探测；（2）测定血清甲种胎球蛋白；（3）将组织细胞作病理学检查，但须防止出血。

#### 【治疗】

1. 局限的肝癌，无腹腔及远处转移，肝功能尚可，可作肝切除术。

2. 肝癌发生出血（血腹），可作肝切除或肝止血手术。

3. 不能切除的肝癌可选用下列综合疗法

（1）中草药治疗，选用原则如下：①治癌：马钱子、白花蛇舌草、半枝莲、山豆根、铁树叶、蜈蚣、壁虎等。②软坚：鳖甲、牡蛎、瓦楞子等。③治黄：茵陈、败酱草、郁金、黄连等。④利水：大腹皮、茯苓皮、车前子、木通、泽泻等。⑤滋补：党参、黄芪、地黄、白术、山药、甘草等。⑥清热：双花、连翘、板蓝根、龙胆草等。

（2）肝癌放射线治疗，加以中药辨证施治。

## 腹部肿物

腹部肿物是一种常见的症状或体征。形成肿物的原因有：（1）炎症性增生组织；（2）肿瘤；（3）各种液体潴留形成的囊状物或囊肿；（4）其他如肠内粪块或蛔虫团、异位妊娠、腹腔内异物、动脉瘤等。肿物可能从腹壁、腹腔器官和腹膜后组织发生。因此腹部肿物的诊治问题可能比较复杂。但是，只要我们认真对待，这个问题就能够有比较正确的解决方法。

### 一、诊断要点

腹部肿物常可以从检查腹部着手，然后再询问病史和检查其他方面。因为首先的问题是究竟有没有腹部肿物存在，其次才是分析它的疾病。

1. 腹部肿物检查法 病人平卧，放松腹肌。观察有无膨隆突起处，形状如何。如果见到包块起伏，往往是肠胃的蠕动波，不是肿物。病人屈髋，使腹肌更放松。进行触诊时，手指应并拢与腹壁平行。如触到肿物，要辨别有无触痛、硬度、表面平滑性、形状、境界、移动性、有无搏动或颤动等。有些病人（尤其是较瘦者），在脐下可触到脊柱前缘或腹主动脉，或在左下腹可触到乙状结肠和其中的粪块，或在脐的水平上下可触到横结肠，都不可误认为是病变。

比较浅表的肿物，须辨别在腹壁还是在腹腔内。嘱病人收缩腹肌，（如不用臂而欠起

上半身)如果肿物在腹壁就依然能触清,如果肿物在腹腔就不容易触清。

上腹和肋弓下的肿物须辨别所属的器官。方法之一是嘱病人作深呼吸,肿物随呼吸运动而上下移动者可能与肝、脾或肾有关,胃、胰或结肠的肿物一般不因呼吸而移动。

下腹中(小腹)的肿物,须辨认尿潴留的膀胱和妊娠的子宫,并且要作直肠或阴道内诊。

巨大的腹内囊肿或囊状物应与腹水区别。囊肿与腹腔的其他间隙不相通,故不出现移动性浊音。由于肠管位置关系,腹水时腹中部可呈鼓音,囊肿时鼓音在腹侧部。有的囊肿受主动脉搏动的作用,于其表面腹壁上放一尺子或纸片,可看出搏动或震动,腹水者则无此现象。

有搏动或震动的肿物,必须作听诊,有明显的收缩期杂音者多为动脉瘤。

2. 询问病史 询问发现肿物的经过。肿物初发的部位常可指示病变属于那个器官。肿物增长的快慢和是否持续不断增大,常可指示病变的性质,增长较快而有时可缩小者多属炎症,增长很慢、甚至常年无明显变形者多属良性肿瘤,持续不断增大且无暂时缩小的情况者多属恶性肿瘤。出现某些系统器官的症状,也常可指示病变属于那个器官。

3. 肿物以外的体征和检验所见 例如:发热是炎症和某些恶性肿瘤的征象。贫血可能是出血或恶性肿瘤所引起。黄疸属于肝、胆疾病的表现。腹水是肝病、腹腔结核或恶性肿瘤等的征象。下肢肿胀可能是盆腔病变阻碍静脉或淋巴回流所引起。因此,需要比较全面地检查身体。

在诊察腹部肿物时,还可利用X线钡餐或灌肠检查了解肿物与胃肠道的关系,有时需作肾的造影术、超声波探测等。对囊性肿物有时可作试验穿刺,但必须避免囊性液体漏入腹腔(1)。

下面举常见的腹部肿物,介绍它们的诊断要点。

#### (一) 上腹部肿物

1. 胃癌 上腹中(多偏右)肿物,初期可移动,持续增大,后期固定。其他主要症状是胃部不适或疼痛、食少、消瘦、易贫血、呕吐、左锁骨上淋巴结转移肿大等。X线钡餐检查等可帮助诊断。

2. 肝癌 右肋弓下(右叶)或剑突下(左叶)肿物,坚硬、表面不平,触诊随呼吸运动而上下,持续增大。其他主要症状是消瘦、无力、消化不良、腹胀、腹水、右胁痛、蜘蛛痣、轻度黄疸、可破裂出血。超声波检查等可帮助诊断。

3. 脾肿大(门静脉高压症、血吸虫病、疟疾等) 左肋弓下肿物,较硬、表面平滑、有切迹,触诊随呼吸运动而上下。可有传染病史,化验呈现血小板减少、白细胞减少或贫血。(白细胞异常增多见于白血病。)超声波可帮助诊断。

4. 肝寄生虫病 如肝包虫病可形成肝的包虫囊肿,有时可形成腹腔内包虫囊肿,表面比较光滑,常有特殊的震颤感。又如肝血吸虫病也可形成肿块,表面有结节,可伴有脾肿大等。这类病有地区流行性和寄生虫接触史。再如阿米巴性肝脓肿,可引起肝增大、低热、贫血等,可能有痢疾史。

#### (二) 下腹部肿物

1. 卵巢瘤 起初发现在下腹一侧,囊性或实性或软硬不一,多数有较大的移动性,增长缓慢,但可形成相当大的肿物。有的卵巢瘤可引起月经失调。有的卵巢瘤为恶性,消

瘦，有腹水。有的卵巢瘤系膜较长，可发生扭转，引起急性腹痛、呕吐等。阴道或直肠内诊可帮助诊断。

2. 子宫肌瘤 位于耻骨上方，一般为实性，多数移动性较差。有的肌瘤可引起子宫出血。阴道内诊可帮助诊断。

3. 回盲部结核 增生型可形成肿物，位于右下腹，无明显移动性。可有肺结核病史，消瘦，低热，常有慢性肠梗阻及腹泻。X线钡餐或钡灌肠有助于诊断。

4. 髂窝结核性脓肿 由胸腰段脊柱结核引起。肿物的下界为腹股沟韧带，有弹性。脊柱多见成角畸形或有压痛。可有肺结核史、低热、盗汗、腰痛等。穿刺可见结核性脓液（但勿当作一般脓肿切开）。

（三）中腹部肿物 不如上腹和下腹肿物常见。伴有急性腹痛的肿物如小儿肠套迭、蛔虫性肠梗阻、腹腔脓肿等。伴有腹部不适、慢性疼痛、腹泻、腹胀等，可能是腹腔结核病，触诊时腹壁常有“揉面团感”。腹腔淋巴结肿大，可触到枣核样（椭圆状）的硬结，或成堆的结节，有的属结核病变，有的属淋巴类肿瘤（恶性）。

## 二、治疗要点

腹部肿物多数需要住院进行治疗。一部分炎症性肿物可考虑留队进行治疗，包括：

（1）选用抗菌药，如用链霉素、异烟肼等治疗结核病变，用其他抗菌药治疗化脓性病变。（2）选用杀灭寄生虫药，如用锑剂治疗血吸虫病；用抗阿米巴药治疗阿米巴性肝脓肿（同时作穿刺排脓）。（3）选用中药。如病人体质尚好，可用活血祛瘀法，如桃仁、赤芍、当归、三棱、莪朮、穿山甲等。如病人体质虚弱，可用滋阴化痰法，如当归、白芍、鳖甲、牡蛎、丹参等。

# 腹 泻

## 一、腹泻是怎样发生的？

腹泻是肠道的吸收、分泌或运动功能失调的一个症状。正常时，肠内容物由饮食物和消化道分泌的消化液合成，到回肠末段，营养物质和一部分水分已被吸收，成为粪水；经过大肠吸收水分，变为成形的粪便，每日粪便中含水量大约100~150毫升。若肠道吸收作用不好、分泌增多或蠕动加快，则粪便内水分加多，或含有异常的成分（未消化食物、多量粘液、血细胞等），排便次数增多，这就发生腹泻。

腹泻虽是肠道功能失常的表现，且多数属于肠疾病的症状，但引起腹泻的病因不只限于肠道，可能涉及其他方面。所以，要想正确处理腹泻，应当对它的原因有比较全面的认识。腹泻的病因有下列几类：

1. 肠疾病 （1）感染，如细菌性痢疾、变形虫性痢疾、血吸虫病、肠结核及其他肠的感染（伤寒、副伤寒、沙门氏菌或葡萄球菌的感染等）。（2）非感染性炎症，如慢性肠炎、非特异性溃疡性结肠炎等。（3）肿瘤，如癌或肉瘤。（4）单纯肠功能失调。

2. 胃、肝、胆、胰的疾病 消化系统诸器官是互相联系的。如胃炎、胃十二指肠溃疡、慢性肝炎、肝硬变、胆道梗阻或感染、慢性胰腺炎等，由于消化不良、内脏神经活动失常、门静脉血流改变等因素，肠吸收不好，发生腹泻。

3. 其他 如某些热性传染病，食物中毒或过敏症，尿毒症，甲状腺功能亢进症，某

些化学物中毒等，均可发生腹泻。

祖国医学将腹泻与痢疾分别论述。腹泻是指大便不含脓血、无里急后重的泄泻，不包括痢疾。痢疾是指便中有粘液脓血的下痢。因此中、西医学中“腹泻”与“痢疾”这两个概念并不完全相同。

祖国医学认为，腹泻与痢疾多属于湿病。常见的外界病因是寒、热、湿以及饮食不当；内部病因是脾虚、肝郁、肾虚等，以脾虚为多见。具体的发病情况如：

1. 饮食不洁，或过食生冷、不消化的食品，秽浊、湿热或寒湿侵入肠内，发生腹痛、泄泻、下痢等，相当于急性肠道感染、急性胃肠炎、食物中毒等。

2. 平日体弱脾虚，湿气内结，若受寒气或饮食不相宜，寒湿或湿食相夹，肠胃不能正常分清浊，清浊并入大肠而泄泻，相当于慢性肠道炎症。

3. 肝气郁滞，影响脾胃，可引起腹痛、腹泻等，相当于胃、肝、胆、胰的炎症所引起的腹泻。

4. 肾虚不能温化脾阳，胃肠失去节制，发生腹泻，相当于一部分慢性病体弱者的腹泻。

## 二、诊断和治疗要点

诊断腹泻可从分析病史和体征着手，必要时可进行化验和其他检查。

粪便的性状改变常可反映病变的部位和性质。（1）粪便含水分多少：如水泻多表示小肠疾病或其他原因的吸收不良、蠕动过快，如已成软便多表示结肠疾病。（2）便脓血：一般表示肠道感染如痢疾等，（但沙门氏菌、葡萄球菌等感染并不引起出血），癌和非感染性溃疡也可使粪便内含血。（3）便粘液：正常大便可有少量粘液。如粘液明显增加，多表示结肠炎症或肿瘤，因为结肠壁的粘液腺较多。（4）便不消化食物：表示消化不良。为了判断粪便性状，医生应当亲自观察，必要时可作化验检查。

腹泻所伴发的其他症状也可作为诊断的一定依据。（1）腹痛：腹泻之前常有阵发性下腹痛、腹鸣，这是肠蠕动增强的反映。若其余的时间内仍有腹痛，尤其是还有某一部位的触痛，则表示有腹内器官的炎症。（2）里急后重：腹泻后一般觉轻快。若有里急后重感，这是直肠粘膜神经感受器受刺激的反映，多见于痢疾，但直肠周围的炎症或直肠癌时也可出现这种症状。（3）发热：为肠道感染或全身性感染的表现，高热者多为急性感染如菌痢、伤寒、肠道葡萄球菌感染、流感、疟疾等，低热者多为慢性感染如肠结核等。

各种腹泻的疾病，各有一定的特点。以下将常见的腹泻病症分急性和慢性两类介绍。

（一）急性腹泻 急性腹泻常由于饮食生冷不洁，暴饮暴食或受病原体传染引起，相当于祖国医学的伤食泻、痢疾等。这类腹泻，一方面可起排除病菌、不消化食物和其他有害物质的作用；另一方面可使人体丧失营养物质、水分、盐类等，消耗津液。因此，治疗上不应单纯止泻，在维持体液的原则下，应当清肠通里化湿，同时注意保持脏腑功能。

### 1. 伤食泻

（1）饮食不当，或兼受寒凉，腹痛肠鸣，水泻数次，泻后轻快，无其他症状。一般只须调节饮食，或加针刺足三里，即可好转。

（2）伤食较重，胃胀嗳气，食欲减退，腹泻物臭气重，舌苔厚腻。宜消导和胃，可用“保和丸”或莱菔子3钱、山楂5钱、神曲3钱、大腹皮3钱水煎服等。腹痛较剧，泻后隐痛，苔白，加乌药3钱、干姜1钱。

(3) 急性胃肠炎也属于伤食泻，以腹痛、呕吐、腹泻为主症。夏季发病者多与暑湿有关，常并有发热、口渴、心烦、尿黄、脉数等，治宜清暑祛湿。可用双花4钱、连翘3钱、滑石6钱、甘草1钱。若病与寒湿有关，口不渴、尿清，并有恶寒发热、身重体倦等，治宜芳香化浊，可用藿香正气丸。若吐泻很多，应输补葡萄糖、生理盐水等。

2. 急性痢疾 多发生于夏秋季。病原体为痢疾杆菌和溶组织性阿米巴。临床上表现腹痛、下痢粘液脓血和里急后重。详见第四章“细菌性痢疾”篇。

其他的急泻疾病如食物中毒、伤寒或副伤寒、恶性疟疾等，腹泻在这类病占次要地位。

急性腹泻的排泄物过多，丧失许多水分和盐类，加以营养物质不能吸收，体内发生代谢障碍，可发生脱水、酸中毒。常表现眼窝凹陷、口渴唇干、烦躁不安、饮水、进食后可能呕吐、呼吸快、尿很少、手足不温、脉细数等。应静滴葡萄糖、生理盐水和碳酸氢钠液，再用养阴生津药如沙参、麦冬、石斛、花粉、生地等。

(二) 慢性腹泻 慢性腹泻涉及的疾病较多，一部分须进行特殊的治疗，如血吸虫病、肠结核、肠癌或肉瘤等；另一部分可按腹泻的辨证施治原则处理，如慢性痢疾、慢性肠炎、慢性消化不良等。所以，诊断慢性腹泻时必须区分这两类情况。

血吸虫病有流行地区疫水接触史。急性期有发热、腹痛、腹泻等，肝脾可肿大。慢性期以肝脾肿大为主症，仍有粘液稀便，后来可出现肝硬变的一系列变化。治疗以锑剂为主。

肠结核多继发于肺结核，有低热、盗汗、腹痛、腹泻等，但常间有便秘。一部分肠结核可出现腹部肠形（肠狭窄后上端梗阻），或触到肿块（结核性增生病变）。治疗以抗结核药为主。

肠癌或肉瘤的早期，大便改变可能是唯一症状，结肠癌可发生粘液血便。因此，对慢性腹泻不可忽视肠癌的可能性。肿瘤增大后，腹部可触到肿块，或从直肠内直接触到瘤体。治疗以手术为主。

以上几种病，为了早期诊断和鉴别，应当选用特殊的检查法，如血吸虫病的粪便孵化试验、肠结核和肿瘤的X线肠道检查、直肠镜或乙状结肠镜检查等。

慢性痢疾、慢性肠炎、慢性消化不良等，可由急性痢疾、消化不良症等迁延而成，也可由于胃、肝、胆、胰的疾病，或由于原因不明显的消化功能紊乱。这类腹泻虽与饮食、寒湿等因素有关，但更重要的是与脏腑功能虚弱有关。实践证明，用辨证施治原则处理慢性腹泻，具有一定的疗效。

1. 慢性痢疾 急性痢疾治疗不彻底，腹泻次数减少或每日不过2~3次，但腹部不适，时有隐痛，粪便中夹有粘液，身体无力，饮食不宜或遇寒后腹泻加重。若因感染（湿热）未尽，粪便仍有时带脓血或呈褐色，尿黄，舌苔黄腻，脉濡数，治宜清热化湿。可用黄芩3钱、黄连2钱、白芍3钱、白朮4钱、茯苓5钱、枳壳2钱，阿米巴性痢疾加白头翁4钱。若因久痢体虚，食欲减退，粪便带胶冻状物，肛门收缩无力或脱肛，尿清，舌苔滑白，脉细弱，治宜补中益气。可用黄芪5钱、党参3钱、白朮3钱、陈皮2钱、柴胡3钱、升麻4钱、炙甘草2钱、姜枣。

2. 脾胃虚泻 上腹隐痛，喜温喜按，泻下稀薄、含不消化食物，尿清长，舌淡苔白润或薄腻，脉濡弱，宜健脾温胃。可用参苓白朮散或附子理中汤（丸）。若腹泻次数多，

便中不含血细胞，可用止泻法：（1）艾卷悬灸神阙或天枢（双）拔罐；（2）推拿，先摩中脘10分钟、腹部10分钟，再按脾俞、胃俞、大肠俞（以酸胀为度），横擦脾俞、胃俞、肾俞、八髎（以发热为度）；（3）选用次碳酸铋或复方樟脑酊（后者不应久用）；（4）赤石脂8钱、干姜2钱、粳米5钱，水煎服。

3. 肾虚泻 黎明前肠鸣作痛，泻稀便几次（五更泻），日间往往不泻。常因其他慢性病体弱、肠道功能紊乱，或因腹泻日久转变而成。祖国医学认为这是由于肾阳虚不能温脾的表现，因此常伴有腹不耐寒、腰酸无力、下半身凉感、夜间尿次多、脉沉细等，宜温肾健脾。可用“温肾止泻丸”（旧名“四神丸”），或党参1两、茯苓2两、巴戟天1两、芡实1两、肉桂5钱、车前子1两、五味子5钱，研末制丸，每服2~3钱，一日2次。

4. 肝胃不和 上腹胀痛，大便稀薄，排气多，食欲欠佳，情志变化时症状明显或疼痛加重，脉多弦。这类腹泻为肝旺脾弱，治宜抑肝扶脾。可用芍药4钱、枳壳3钱、白朮4钱、防风3钱、陈皮1.5钱。若肝火伤阴，便呈酱色，口干苦，胸胁闷，舌红，脉弦细数，可加石斛、黄芩各3钱。水煎服。

## 腹 腔 结 核

腹腔结核以肠结核、肠系膜淋巴结结核和腹膜结核为最常见，三者常同时存在。腹腔结核的基本病变及全身中毒症状同肺结核；因其侵犯腹腔脏器，在临床上又有其特点。

腹腔结核感染途径主要是通过消化道，如开放性肺结核病人咽下含大量结核菌的痰及食用结核菌污染的食物；其次为经淋巴血行播散；也可由邻近脏器结核（如生殖器结核）直接蔓延所致。

### 【病理和临床表现】

1. 肠结核 多发生在回肠末段和盲肠，也可见于其他肠段。按病理形态分为溃疡型及增生型两种。

（1）溃疡型肠结核：病变开始是粘膜下淋巴组织内形成小的结核结节，以后病变逐渐扩大形成溃疡。溃疡大小不一，病变可沿肠道的淋巴管环状扩展，这样的溃疡愈合后，瘢痕收缩而引起肠管狭窄。溃疡引起肠管穿孔很少见。浆膜常有纤维粘连。肠系膜淋巴结常被侵犯。其临床特点：①腹痛：疼痛多位于右下腹或脐周围，常呈阵发性绞痛，饭后加重，排便后缓解。②腹泻：常在晨起时排便，属于“五更泻”。有一部分病例腹泻与便秘交替出现。③全身中毒症状，如发热、盗汗、消瘦等。④检查可见右下腹压痛或肌紧张，或触到因肠管粘连而形成的肿块，多不移动。

（2）增生型肠结核：结核病变以增生过程占优势，呈息肉状突入肠腔，肠管肥厚而硬，可形成肿块，易引起肠梗阻。临床上常无全身症状，仅有右下腹隐痛，或出现呕吐等肠梗阻症状可触及肿块。其肿块质较硬，初可移动，后期多固定，肠系膜淋巴结常肿大。要注意与癌瘤鉴别。

肠结核的诊断主要根据慢性腹泻、腹痛、右下腹压痛或触及肿物，可有无乏力、消瘦、微热、盗汗、贫血等症状。如肺内有结核灶有助于诊断；X线钡剂灌肠检查能帮助确诊。

2. 肠系膜淋巴结结核 多见于儿童及青年，常与肠结核并发。肠系膜淋巴结被结核侵犯后，发生干酪样坏死，明显肿大，互相粘连。可有腹痛、腹泻等症状，疼痛阵发性，

多于脐周围及腹部深处。腹部检查可触到肿大之淋巴结，位于深部者常不易触及。

3. 结核性腹膜炎 主要病变为腹膜上有无数大小不等的灰黄色结节，并有浆液纤维素渗出。按病理改变不同分为：

(1) 腹水型：病变以渗出为主。除有乏力、低热、腹胀、腹痛外，腹部逐渐胀大，有弥漫性轻度压痛及反跳痛，叩诊有移动性浊音和波动感。

(2) 粘连型：纤维组织使腹膜形成广泛粘连，全身症状轻，腹部膨满，触诊有抵抗及揉面感，有轻度压痛。因粘连、肠管扭曲使肠腔狭窄，可发生粘连性肠梗阻。

结核性腹膜炎的诊断主要根据临床表现。腹水型可作腹腔穿刺检查，穿刺时应注意防止损伤肠管，以免引起混合感染。

#### 【治疗】

1. 一般治疗及抗结核药物治疗同肺结核。

2. 辨证施治

(1) 慢性腹泻：①肾脾阳虚：证见五更泻，舌苔白，脉沉细。治以温补肾脾为主。方用温肾止泻丸（补骨脂、肉豆蔻、五味子、吴茱萸）。②脾胃虚弱：食欲不振，便稀薄，有不消化食物，舌淡苔白，脉细弱。治以补脾健胃。方用参苓白术散。

(2) 腹部胀满，疼痛不安，小便黄赤。方用薏苡仁2两、丹皮1两、瓜蒌仁1两。

(3) 结核性腹膜炎：①腹水型：川军3钱、党参3钱、黄芩3钱、半夏2钱、木香1.5钱、砂仁2钱、甘草2钱、炮姜7分。②粘连型：失笑散加味：丹参4~6钱、生蒲黄3钱、五灵脂3钱、桃仁3钱、香附3钱。

3. 皮质激素 适用于腹水型，中毒症状重，大量腹水者。用法及剂量同肺结核治疗。

## 咽下困难

咽下困难是食管疾病的主要症状。其他疾病如纵隔肿瘤、胸骨后甲状腺肿等也可能引起这个症状，但较少见。

食管疾病包括食管癌、食道炎、食道憩室、食管贲门失弛（痉挛）症等，其中比较常见的是癌，其次是贲门痉挛症和食管（疤痕性）狭窄。

## 食管癌

食管癌是常见的癌瘤之一，在我国某些省比较更为常见。多发生于40岁以上，瘤的部位多在食管中段和末段。

初起，病人咽下食物时容易噎住，并能感觉出噎在食管的那一段。由于经常噎食，病人不得不细嚼慢咽或改为软食。有时噎住的食物不能下行，反逆吐出，反吐食物时没有呕的动作，吐物因未接触过胃酸而无酸味。食管逐渐被癌瘤堵塞，病人的食物不得不改为稀软的性质，进而改为液体食，最终连水都不能入胃。唾液也不能入胃，不得不随时吐出。病人逐渐消瘦、脱水。晚期，癌瘤侵及周围组织，可发生胸骨后胀闷、疼痛等；癌瘤从淋巴系统转移，在锁骨上窝可触及肿大、硬韧的淋巴结；还可引起一些其他病症。

较早期的食管癌可用手术和放射治疗。所以凡遇到40岁以上、经常噎食、只有软食才能咽下等情况，要请病人到医院去详细检查，以便及时治疗。

## 贲门痉挛症

贲门痉挛症初起是食管末端贲门处的环形肌收缩，使食物难以通过，与支配肌肉的神经功能失常有关。但是，后来因为局部经常受刺激，环形肌经常痉挛后血运不良，食管末端贲门渐渐形成纤维化，可变成器质性的狭窄。

这种病多发生于青年人。初期咽下困难为间歇性发作，有的发作与精神变化有联系。因为不是经常发作，在相当长的时期内，病人的营养状态不至于太差。如果变为器质性狭窄，则食物咽下后经常被吐出，身体消瘦明显。

贲门痉挛可能自然好转，但大多数需要治疗。

1. 间歇性发作时期，可用镇静药加解痉药，如苯巴比妥加以颠茄、阿托品或亚硝酸盐。针刺内关配膈俞、上脘。木香调气散（薏仁、檀香、木香各1两、香附、藿香、陈皮、砂仁、甘草各2两、丁香3钱，研末）每服2钱，加盐少许，每日3次。

2. 形成器质性狭窄后应考虑手术。

## 食管疤痕性狭窄

多数因误吞强酸强碱，食管被烧伤后形成。要告诫社员保管好家庭里的强酸强碱，以防儿童误吞。烧伤当时可用豆汁、牛奶等缓解化学刺激。食管疤痕性狭窄需用食管扩张术或其他手术治疗。

## 贫 血

贫血是指单位体积的循环血液内血红蛋白或红细胞的含量低于正常，属于祖国医学的“血虚”及“虚劳”的范畴。

### 一、贫血是怎样发生的？

正常人体内的红细胞是在不断更新的，死亡和新生处在一种相对的平衡状态，使循环血液中的血红蛋白、红细胞保持一定的数量，变动很少。如果红细胞的新生不足或死亡（消耗）过多，就会发生贫血。贫血只是一个症状，它常与某些疾病密切相关，概括起来有下述两大类：

#### （一）红细胞消耗过多

1. 失血 急性或慢性失血如外伤出血、痔出血、溃疡病出血、月经过多、钩虫病等，丢失血液过多，人体内虽加速新生，但仍不足以补偿，就可发生贫血。

2. 溶血 某些药物的毒性反应、疟疾、烧伤、血型不合的输血反应等，均可引起体内大量红细胞破坏，而导致贫血。

#### （二）红细胞新生不足

1. 造血原料不足 红细胞生长、发育和成熟的过程中，需要多种物质如铁、维生素B<sub>12</sub>、叶酸等，其中任何一种物质缺乏都会引起贫血。（1）铁缺乏，铁是构成血红蛋白的主要原料。铁质缺乏，造血器官产生的红细胞，不但血红蛋白含量低，而且体积也小。这类缺铁性贫血又称为低血红蛋白小细胞性贫血，常见于慢性失血时（铁质随同丢失），以及某些生理情况下，如多次妊娠、哺乳期、儿童生长发育过程（铁的需要量增加）。

(2) 维生素乙<sub>12</sub>或叶酸缺乏: 维生素乙<sub>12</sub>和叶酸的作用是使红细胞正常发育和成熟, 缺乏任何一种, 红细胞的发育即不正常, 结果产生大红细胞。这类贫血称为巨幼红细胞性贫血。长期偏食、胃肠功能紊乱(如长期腹泻)、肝脏疾病造成吸收和利用障碍, 以及婴儿、孕妇和各种感染时需要量增加等因素可致维生素乙<sub>12</sub>和叶酸缺乏。

2. 造血器官功能障碍 骨髓造血功能受各种致病因素抑制, 使血细胞新生减退, 甚至完全停止, 这类贫血称为“再生障碍性贫血”。常见的致病因素如苯、砷、氮芥、氯霉素等化学药品; 镭、X线等物理因素; 黑热病、结核病或其他慢性感染等生物因素。此外还有部分原因不明的造血功能障碍。

## 二、诊断要点

贫血时, 由于血红蛋白低下, 而且往往血浆蛋白也同时减少, 血液输送氧的能力不足, 或者供给营养也有所减少, 可引起下列几方面临床表现: (1) 面色苍白, 口唇、结膜、甲床等处色淡, 舌淡红、苔滑或无苔。(2) 心悸, 气短, 活动后加剧, 胸前不适等; 脉虚无力, 心率加快, 心前区有收缩期杂音, 或心界扩大。(3) 神疲, 无力, 易出冷汗, 头晕, 眼花, 耳鸣, 心烦, 失眠, 易惊等。(4) 食少, 恶心, 便秘, 或有水肿。

常见的贫血病因的临床特点见下表:

| 病 因                        | 病 史                                | 主要临床特点                                | 化 验 参 考                                     |
|----------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 失 血                        | 外伤出血, 疾病所引起便血、呕血、咳血、月经过多, 鼻衄等      | 贫血症状可急性或缓慢发生                          | 红细胞, 血红蛋白、红细胞比值均少, 但长期慢性失血者血象可与缺铁或再生障碍性贫血相似 |
| 溶 血                        | 败血症、疟疾、药物中毒或过敏、蚕豆病等                | 贫血症状急性发生; 发热、头痛、身痛、恶心呕吐; 黄疸和尿色赤黄      | 血液胆红质增多、尿中出现血红蛋白管型                          |
| 缺 铁                        | 慢性失血、慢性消化器官疾病、钩虫病等                 | 发病缓慢, 贫血症状渐加重                         | 血红蛋白明显减少, 血浆白蛋白多同时减少                        |
| 维生素乙 <sub>12</sub><br>叶酸缺少 | 胃癌、胃切除后, 慢性肝病, 腹泻、妊娠等              | 贫血缓慢进行, 舌炎明显, 腹泻多见, 可有手足麻木, 感觉迟钝等神经症状 | 红细胞明显减少, 血红蛋白相对增高, 红细胞多数增大, (大红细胞)          |
| 造血障碍<br>(再生障碍)             | 氯霉素、磺胺、安替匹林等用药后; 接触放射线后; 其他化学药物中毒等 | 贫血症状可缓慢或急性发生; 多有紫斑, 鼻衄等出血症状; 易感染发热    | 血液中出现幼稚血细胞、血小板常减少, 骨髓相改变                    |

贫血的症状在祖国医学里多与心、脾、肝、肾四脏相关。心主血, 脾统血, 肝藏血, 肾藏精(精与血密切相关)。大体上, 一般贫血症状多属心脾的虚证, 重症贫血则更涉及肝肾的虚证。辨证施治的要点如下: (1) 心悸气短、活动加重, 自汗等, 属心气虚, 宜补心气如用黄芪、党参。(2) 面苍白、舌质淡等, 属心血虚, 宜补心血如用当归、熟地、阿胶、胎盘粉。(3) 面色萎黄、无力、食少、腹胀、便溏稀等, 属脾气虚, 宜健脾如用党参、白朮、山药。若兼肢沉肢肿等为脾困于湿, 宜健脾利湿如用茯苓、薏仁。若有紫癜等出血症状多为脾不统血, 宜补脾再加止血。若有黄疸为脾胃湿热, 宜清湿热如用茵陈、栀子。(4) 头晕、眼花、头痛、肢体麻木或发颤等, 属肝阴虚, 宜滋肝阴如用枸杞子、何首乌。(5) 耳鸣、腰酸、妇女闭经等, 属肾阴虚, 宜补肾阴如用山萸肉、女贞

子。若有低热、手足心热、盗汗等，为阴虚生热，宜滋阴清热如用玄参、地骨皮、龟板、知母等。

### 三、治疗要点

贫血病症经过治疗，大多数都能在较短时期内好转，但再生障碍性贫血比较复杂而严重。因此在这里将其他贫血的防治一并叙述，再生障碍性贫血的则单独介绍。

#### (一) 一般贫血的防治

1. 病因防治 防治钩虫病、疟疾等寄生虫疾病。控制出血如外伤出血、痔出血、月经过多、胃十二指肠溃疡出血，鼻衄等。积极防治慢性腹泻、消化不良、肝病等。重视小儿、孕妇或慢性病患者的营养补充。

2. 补充疗法 (1) 加强饮食营养。(2) 缺铁性贫血，可用硫酸亚铁 0.3~0.6 克、碳酸亚铁 1 克或枸橼酸铁铵 2 克，一日服三次。铁剂对胃肠道有刺激作用，宜在饭后服用，稀盐酸和维生素 C 能促进铁的吸收，可同时服用。或用枣矾丸（大枣十枚（去皮核）皂矾 2 钱（研细）先将枣肉捣烂，再加入皂矾捣匀，捻成 40 丸），每服 1 丸，每日二次，20 天为一疗程。其他含铁剂的补血成药。(3) 巨幼红细胞性贫血可用：维生素 B<sub>12</sub> 50~100 微克，每日或隔日肌肉注射一次；叶酸每日口服 10~30 毫克，或口服大量酵母。(4) 严重贫血者应输血。

3. 辨证施治 (1) 气虚为主者宜益气生血，可用当归补血汤加味：炙黄芪 6~8 钱、当归 2 钱、炒白朮 3 钱、茯苓 3 钱、柏子仁 2 钱、陈皮 2 钱。水煎服。(2) 血虚为主者宜补血益气，可用四物汤加味：当归 4 钱、熟地 5 钱、川芎 2 钱、白芍 3 钱、党参 3 钱、丹参 3 钱、麦冬 3 钱、陈皮 1.5 钱。水煎服。(3) 气血两虚者宜气血双补。可用八珍汤加味：党参 3 钱、白朮 3 钱、茯苓 3 钱、当归 4 钱、熟地 4 钱、白芍 3 钱、陈皮 2 钱、川芎 2 钱、黄芪 5 钱、炙甘草 3 钱。水煎服。(4) 肝肾阴虚宜滋阴养血。可用大造丸加减：龟板 5 钱、白芍 3 钱、阿胶 3 钱、生地 4 钱、元参 3 钱、当归 3 钱、杜仲 3 钱、牛膝 3 钱、黄柏 3 钱、陈皮 2 钱。胎盘粉 2 钱随汤药吞服。

#### (二) 再生障碍性贫血的防治

1. 应慎用对骨髓造血功能有影响的药物，如使用氯霉素、合霉素等药物时应密切观察血象变化，若有造血抑制迹象时，应及早停用。对工作中接触能抑制骨髓的物理因素和化学物质的人员，应加强防护，遵守操作规程，定期健康检查，做到早期发现，及时治疗。

2. 应用氯化钴 有刺激骨髓制造红细胞的作用，对慢性感染、肿瘤、肾炎所致的贫血有一定疗效，每日剂量 90~120 毫克，分 3 次口服，疗程 1 月至 1 年。钴的毒性反应有：食欲不振、恶心呕吐、皮疹、耳鸣、感觉异常、甲状腺肿、甲状腺功能减退和胸骨下疼痛等，应酌情减量或停药。

3. 激素疗法 (1) 丙酸睾酮可促进蛋白质合成，对再生障碍性贫血有一定疗效。剂量 50~100 毫克，每日一次肌注，2~3 月为一疗程。(2) 肾上腺皮质激素如强的松每次 10 毫克每日 3 次，对某些病例有一定效果。

4. 辨证施治 (1) 贫血兼有怕冷、四肢不温、舌淡、脉浮大无力或细弱，可用当归、黄芪、何首乌各 5 钱，水煎，送服胎盘粉 2 钱，或用参茸卫生丸。(2) 贫血兼有眩晕、耳鸣、潮热或手足心热、舌少脉细，可用大造丸，或用生熟地各 3 钱、何首乌 3 钱、枸杞子 4 钱、菟丝子 3 钱、女贞子 3 钱、黄精 3 钱、旱莲草 5 钱。(3) 贫血兼出血者可

用归脾丸合用生地、白茅根、藕节、仙鹤草，或加三七粉。

5. 并发感染时应用抗感染药。

## 紫 癜

紫癜又称紫斑，是出血性疾病的一项表现。凡血管壁通透性或脆性增高、血小板减少、或血液其他成分改变，促使血红蛋白出于毛细血管之外，都可形成紫斑，例如坏血病、糖尿病、尿毒症、肝功能严重障碍等，都可形成紫斑。但是，临床上所称的紫癜，通常是指血小板减少性紫癜和过敏性紫癜两类。

### 【病理和临床表现】

1. 血小板减少性紫癜 血小板在凝血止血功能上起很大的作用，它不但参与血液凝固的过程，而且对血管壁和纤维蛋白元也有影响。血小板减少时容易发生出血。血小板减少的原因，大多数是破坏过多，如感染、药物作用、脾功能亢进等，仅少数是血小板生成不足或内在缺陷。临床上对这类紫癜有时可发现明显原因，如败血症、脾肿大、贫血等；但常不能发现明显原因，只在化验时发现血小板减少，叫“原发性血小板减少性紫癜”。

发病可急可缓，主要症状为不同程度的皮肤和粘膜出血。皮肤出血以瘀斑和青紫块为多见，分布不一，四肢多于躯干。粘膜出血常引起鼻出血及牙龈出血，偶有内脏出血如呕血、便血。有的女病人以月经过多为突出的症状。如长期反复出血或出血量多，可引起贫血。

2. 过敏性紫癜 这是一种变态反应性病症。由于毛细血管壁扩张，或血管周围组织发炎，血管壁的通透性增加，血细胞和血浆可进入组织间隙，所以紫癜是渗出性出血的表现。引起变态反应的过敏原常是某些感染因素（如结核杆菌、链球菌）、寄生虫（如蛔虫、丝虫）或蛋白类食物。因为变态反应还可引起其他组织的炎症，所以这类紫癜症不仅有出血，而且还可有其他表现。

起病多较急。皮肤紫癜多稍隆起（因伴有轻度水肿），以四肢为多，往往呈对称性分布，在关节伸侧面多较密集。常可同时伴有荨麻疹或多形红斑等。可发生胃肠出血和水肿，引起腹痛或便血等，有时腹痛剧烈，与急腹症相似。可伴有关节疼痛和肿胀，以膝关节、踝关节为多见。有的可累及肾脏，有血尿及其他肾炎表现，并可于紫癜消失后遗留肾炎改变。

两类紫癜的鉴别要点如下表。

|           | 过 敏 性 紫 癜         | 血小板减少性紫癜    |
|-----------|-------------------|-------------|
| 皮 肤 紫 癜   | 稍隆起，对称性分布，可伴有其他皮疹 | 青紫和瘀斑，分布不对称 |
| 鼻衄、牙龈出血   | 少见                | 多见          |
| 胃 肠 道 出 血 | 多见，可伴有腹痛、便血       | 少见          |
| 关 节 改 变   | 多伴有关节肿痛           |             |
| 肾 脏 改 变   | 可有尿血或出血性肾炎        | 偶见尿血，无肾炎    |
| 血 小 板 计 数 | 正常                | 减少          |

【治疗】 以上两类紫癜的治疗原则是：缓（轻）则治疗病因，急（重）则病因和症状同时治疗。应当尽可能寻找病因，如感染病灶、肠道寄生虫、脾肿大、药物中毒、饮食过敏等，及时予以治疗。当出血较重、其他病变（关节、肾等）显著时，应采取以下对症治疗。

1. 减少紫斑发生 两类紫斑的发生虽有血小板方面的区别，但都与变态反应（过敏）和血管壁功能有相当的关系。因此，可用肾上腺皮质激素等治疗。（1）皮质激素如强的松 10 毫克、强的松龙 15 毫克或地塞米松 1.5 毫克，每日三四次口服。（2）维生素丙 200 毫克，每日 3 次；可合用路丁或维生素 P，以增强血管壁功能。（3）葡萄糖酸钙、苯海拉明等，过敏史明显者或有皮疹等时用。必要时选上列同类药物静点或肌注。（4）卤碱注射液 2.0 克加入 10% 葡萄糖液内静点。

2. 辨证施治 紫癜在祖国医学内属血证，可因血热或气虚引起，因此可用凉血或益气的方法治疗。

（1）血热者，除出血症状外，兼有口干、或有关节肿痛、尿赤、舌红、脉数有力，宜清热凉血止血。可用槐花 6 钱、鲜生地 1 两、鲜小蓟 1 两、侧柏叶 5 钱、丹皮 3 钱；或旱莲草 2 两、茅根 2 两、羊蹄 1 两、小蓟 5 钱，水煎服，每日一剂。

（2）脾虚不能摄血者，出血兼有面色苍白、头晕、神倦、食少、舌淡、脉虚，宜健脾补气，可用归脾汤或黄芪 8 钱、党参 3 钱、白朮 3 钱、茯苓 3 钱、当归 2 钱、阿胶 3 钱、甘草 1.5 钱、鸡血藤 5 钱、红枣 10 枚，水煎服，每日一剂。

### 3. 其他处理

（1）鼻衄：见“鼻出血”。

（2）齿龈出血：局部以马勃、白藜皮粉等少许压敷，或生石膏 1 两、焦黄柏 5 钱、儿茶 2 钱、五倍子或蔷薇根 5 钱，煎浓漱口。

（3）出血性肾炎：腰部热敷。选用白茅根、益母草、旱莲草等煎水代茶。

（4）血小板显著减少，如有贫血可考虑输新鲜血。如长期不愈可考虑手术切除脾脏。

## 甲状腺功能亢进症

甲状腺的功能是在垂体分泌的促甲状腺素和交感神经的控制下，分泌甲状腺素。甲状腺素有促进物质代谢和生长发育的功能。甲状腺功能亢进症就是神经活动失调和甲状腺素分泌过多引起的病症。

【临床表现】 本病多见于女性，以 20~40 岁为多见。主要表现：

1. 神经系统兴奋性增高 病人易激动，性情急躁，失眠、肌肉震颤，以手指细微震颤为最多见。（病人双手前伸平举，手指张开时更明显。）

2. 甲状腺肿大 大多数病人的甲状腺轻度肿大，两侧对称。因腺体内血管扩张，血流增快，可触到震颤，听到杂音。少数呈结节肿大，两侧不对称，极少数甲状腺不肿大。

3. 眼部体征 突眼与促甲状腺素分泌有关。眼球突出程度不一，重度突出者有眼肌麻痹、复视、畏光、眼睑不能闭合。除突眼外，尚有上眼睑后缩，当眼向下看时，上眼睑不能随眼球立即下落；瞬目运动减少；眼球辐辏能力减弱等。但也有的病人无明显

眼征。

4. 心血管表现 心动过速，安静时心率常在90~120次/分，情绪激动或轻度感染时心率更快。有的可出现心律不齐。心音增强。血压收缩压升高，舒张压一般较正常为低，脉压增大。如病人有严重心律失常，心脏增大甚至发生心功能不全等称为甲状腺功能亢进性心脏病。

5. 代谢增高 物质代谢速度加快，产热较多，病人怕热，并有微热（体温一般不超过38°C），多汗，皮肤潮红、湿润，多食易饥，食欲亢进，反见消瘦。基础代谢升高（正常基础代谢率为±10%）。

基础代谢率概测法：基础代谢率 = (脉搏 + 脉压) - 111。本法应在清晨病人安静卧床时测定。

此外病人尚有无力、腹泻。妇女病人可有月经失调及闭经。

本病的诊断一般容易，但要注意与神经官能症鉴别。神经官能症也可有心悸、脉数、多汗、易兴奋等症。但甲状腺不肿大，眼球不突出，入睡后心率不快，基础代谢正常。

【治疗】病人的精神状态可影响疾病的发生发展，我们要满腔热情、深入细致地对病人做思想工作，具体帮助消除顾虑，妥善解决各种问题。

1. 适当休息，合理营养，酌情补充维生素B<sub>1</sub>和丙。

2. 镇静疗法 (1) 镇静药可用利血平0.25毫克，一日三次内服。此药有镇静神经，减慢心率、降低体温的作用。还可使用苯巴比妥0.03一日三次；眠尔通0.2一日三次。(2) 酸枣仁汤（川芎、甘草、酸枣仁），补心丹2~3钱，一日二次服用。(3) 新针，主穴合谷、内关，失眠配神门，失眠；心悸配少府、通里。

3. 应用抗甲状腺药物 (1) 硫脲类：目前有硫脲嘧啶及噻唑二类，前者如甲基硫氧嘧啶、丙基硫氧嘧啶；后者如他巴唑。有抑制甲状腺合成甲状腺素的作用。用量：甲基硫氧嘧啶100毫克，一日三次；丙基硫氧嘧啶100毫克，一日三次。他巴唑10毫克，一日三次。用3~4周后，症状减轻，体重增加，心率减慢，可改为甲基硫氧嘧啶或丙基硫氧嘧啶每日50~100毫克，或用他巴唑5~10毫克维持，期限根据病情而定。副作用：主要为粒细胞减少，服用过程中要定期复查血液白细胞总数及分类。(2) 碘剂：抑制垂体分泌促甲状腺素，使甲状腺充血减轻，质地变硬，服后症状很快好转，但继续应用，症状复发，并能影响硫脲类药物的效果。故仅适用短期治疗。用量：用饱和碘化钾或复方碘液，每次5~10滴，一日三次，剂量应由小至大。副作用：少数病例可发生碘过敏，出现皮疹，流泪，流鼻涕等。并发结核病者慎用碘剂，以免引起病变扩散。

4. 中药治疗 (1) 性情急躁、易怒、心悸、失眠、怕热，舌红苔薄，脉弦。宜降火平肝，可用菊花5钱、丹皮3钱、生地4钱、牡蛎8钱、龙骨6钱、白芍3钱、茯神4钱，水煎服。(2) 多食易饥、消瘦、心悸、多汗、苔微黄而干，脉数。宜清热滋阴，可用知柏地黄丸；或用生地6钱、黄柏4钱、花粉4钱、玉竹3钱、龟板5钱、昆布6钱，水煎服。

5. 凡出现心率过快，超过120次/分，显著发热，恶心、呕吐、腹泻、烦躁不安或谵妄等症状，表明有甲状腺危象发生，应立即肌注镇静药，送往医院治疗。

6. 在用药的基础上，有些病人可作手术治疗。

## 糖 尿 病

糖尿病是一种以糖代谢紊乱为主，伴有其他物质代谢障碍的疾病，属于祖国医学的消渴症。本病发生的直接因素是胰岛素分泌不能适应组织需要。胰岛素是胰腺所分泌的一种内分泌物质，其主要作用为加速血糖利用（如促使葡萄糖转化为糖元和脂肪，又促使葡萄糖氧化放出热能）和抑制血糖生成，因而是糖代谢不可缺少的物质。糖尿病者多数有胰岛素分泌减少。但也有一部分胰腺无明显改变。可由于某些其他因素如神经系统和其他内分泌器官功能失调、感染等引起本病。

由于糖代谢障碍，肌体对糖的利用率降低，血糖常增高，糖从尿中排出，本病因此而得名。碳水化合物不能充分利用，体内热能不足，因此脂肪和蛋白质分解相应地增加，以补充热能供给。脂肪代谢增加，产生大量酮体，可形成酮症、酸中毒。本病日久更可引起一系列其他病症。

【临床表现】 起病缓慢，早期多无自觉症状，化验血及尿才发现。其常见症状为多尿、多饮、多食、消瘦、无力等。

1. 多尿 由于尿中有糖，尿的渗透压增高，肾小管水的回吸收减少，尿量增多，每日可达数千毫升。尿干后发白，并吸引蚁、蝇咬食。

2. 多饮 因尿多而渴，渴而多饮，饮水量增多，与尿量成正比。

3. 多食 葡萄糖不能充分利用，大量葡萄糖由尿排出，因而易饥贪食，食量大增。

4. 消瘦 大量丢失葡萄糖，脂肪及蛋白质分解代谢增加，肌体逐渐消瘦。

5. 疲乏无力。其他如会阴瘙痒，便秘，肌肉酸痛和麻木，神经抽痛，月经失调等。

6. 化验检查 尿糖定性检查阳性，轻者仅于饭后出现，重者终日呈阳性（因血糖超过160~180毫克%时尿中才能出现尿糖），尿中并出现酮体。血糖增高情况与出现尿糖一致。

严重病例可发生糖尿病酮症、酸中毒，出现恶心呕吐、厌食、思睡，甚至呼吸深大，呼气带烂苹果味。

此外，糖尿病时易并发疖、疔等感染或肺结核，也可并发神经炎、动脉硬化、白内障等，都与代谢障碍有关。

【治疗】 治疗本病充分发挥病人的积极作用，让病人了解有关本病的常识。按肌体状态、病情、年龄、有无并发症制定防治措施。

1. 合理调节饮食 因血糖变化与饮食有关，调节饮食就有治疗意义。应适当限制碳水化合物，增加蔬菜、蛋白及脂肪类食物。但孕妇、儿童及有并发症者，营养需要量多，不应控制饮食，可用胰岛素等控制血糖。

2. 降血糖药物应用

(1) 降糖灵（苯己双胍）25毫克，一日三次内服。如大量应用可有食欲不振，恶心、呕吐、腹泻、无力、消瘦等。

(2) 甲苯磺胺丁脲（D<sub>860</sub>，甲糖宁）：适用于轻症糖尿病。第一日1.0克，一日三次内服，以后每日减0.5克，至每日1.5克，用至尿糖消失，血糖基本正常，每日再用0.5~1.5克维持。副作用有恶心吐、厌食、皮疹、肝损害、白细胞及血小板减少。有肝病、磺胺过敏及血液病者慎用。

(3) 胰岛素：是降血糖消除尿糖的有效药物，适用于糖尿病酮症酸中毒昏迷；有并发症的糖尿病；儿童及青年型糖尿病；用其他办法治疗血糖不降者。

胰岛素有普通胰岛素（快效）及鱼精蛋白锌胰岛素（慢效）。两者区别如下表：

| 胰岛素种类    | 作用时间(小时) |        |        |
|----------|----------|--------|--------|
|          | 开始作用时间   | 最强作用时间 | 持续作用时间 |
| 普通胰岛素    | 1/2~1    | 2~4    | 6~8    |
| 鱼精蛋白锌胰岛素 | 4        | 8~12   | 24~36  |

用量：一般开始每日用普通胰岛素 20~40 单位，分三次于饭前 30 分钟皮下注射，可根据病情及尿糖情况增减用量。

|             |      |     |    |
|-------------|------|-----|----|
| 尿糖定性        | ++++ | +++ | ++ |
| 普通胰岛素用量(单位) | 8~12 | 4~8 | 4  |

如尿糖(+)~(-)应逐渐减量，每3~4日减4~8单位，尽可能完全停用或用最小维持量。

3. 辨证施治 糖尿病可按消渴辨证施治。消渴主要为肺胃郁热、消耗阴液，日久则使中气和肾气亏损。临床上分上消（肺消）、中消（胃消）和下消（肾消）。

(1) 上消以口渴多饮为主，咽干舌燥，苔黄脉数。宜清热生津，可用生石膏1两，知母3钱、沙参5钱、生地6钱、黄芩3钱、花粉4钱。水煎服。

(2) 中消有口渴引饮、多食易饥、出汗，消瘦、尿多、便干。宜清胃养阴增液，可用生地1两、麦冬4钱、大黄4钱、玄参6钱、芒硝2钱，便下后去大黄、芒硝，加石膏6钱、石斛3钱、黄芪6钱、当归3钱。水煎服。

(3) 下消有烦渴、尿频量多、面色发暗、气短乏力、舌绛而干、脉细。宜滋阴补肾，可用知柏地黄丸，或益气固阴，可用黄芪1两、山药5钱、生地5钱、五味子3钱、龟板5钱、山萸4钱。水煎服。

4. 新针疗法 (1) 多饮为主：肺俞、金津、玉液、鱼际、少商，配耳针肺区。

(2) 多食为主：中脘、脾俞、胃俞，配耳针胃区。(3) 多尿为主：肾俞、关元、水道、水泉，配耳针肾及膀胱区。

5. 单方验方 (1) 猪胰一个、低温干燥、研为粉末，制成蜜丸，每次服3钱，开水送服。(2) 玉米须一两，水煎服，连服10日。(3) 玉竹一两，花粉一两，葛根五钱，水煎服。(4) 糯稻草，剪去两端留中节，烧炭存性，每次八分，连服半月。(5) 苍朮1两、元参5钱、绿豆4钱、五味子3钱、生地1两、生黄芪1两，水煎服。

6. 糖尿病酮症、酸中毒、昏迷的治疗 酮症、酸中毒、昏迷常因急性感染，胃肠功能紊乱、饮食失调、手术等诱发。一旦发生应立即皮下注射普通胰岛素40~60单位，同时静点5%葡萄糖生理盐水1000毫升加25单位胰岛素。然后送医院救治。

## 淋巴结肿大

### 一、淋巴结肿大是怎样发生的？

淋巴结主要由网状内皮细胞和淋巴组织构成，能够防御侵入体内的病原体（细菌等），起屏障、吞噬、形成免疫体等作用。淋巴结还可产生淋巴细胞，在骨髓造血功能不足的情况下，还可产生一部分其他血细胞。淋巴结发生肿大与它本身的结构功能有密切联系。

1. 急性或慢性炎症 当人体受到感染时，病原体被淋巴结阻挡和吞噬，或者淋巴结发生对抗病原体的反应，淋巴结就会发生充血、渗出、炎细胞浸润和组织增生等。有的病变可进一步发展成淋巴结化脓，有的病变只引起肿大而不至于化脓。常见的淋巴结炎发生于皮肤感染（疖、痈、毛囊炎、外伤后感染等），口腔内感染（如龋齿、口疮、扁桃腺炎等），乳房感染等以及麻疹、风疹等传染病。

2. 淋巴结结核 是结核菌感染的常见病变之一，淋巴结内形成结核性肉芽，可干酪化、液化而破溃。

3. 淋巴结转移癌 癌细胞可沿淋巴转移到淋巴结。在一定的意义上、这是淋巴结对癌细胞的屏障作用。但癌细胞在淋巴结内增长，使它也成为癌组织。

4. 淋巴类肉瘤和白血病 淋巴结的网状细胞、淋巴细胞等可能转变成恶性细胞，而形成肿瘤、统称为淋巴类肉瘤。白血病、尤其是淋巴细胞性白血病，淋巴结发生肿大。

## 二、诊断要点

临床上所发现的淋巴结肿大，多数是在浅部，仅一部分在深部（如腹内）。正常的淋巴结小而柔软，一般不易触清。在皮下脂肪很少处有时可触到扁而软的小淋巴结，也可认为正常。淋巴结肿大是指它比较大、比较硬，可有触痛或波动感，但还要结合其他病情，才能辨别它的性质。不应当忽视淋巴结肿大，但也不应当过分夸大它的临床意义。

比较常见的淋巴结肿大的疾病是，化脓性淋巴结炎，慢性淋巴结炎和淋巴结结核。淋巴结转移癌和淋巴类肉瘤等恶性疾病比较少见，但应当重视。

### （一）鉴别淋巴结肿大的性质

1. 淋巴结的慢性炎症和肿瘤 鉴别淋巴结肿大是慢性炎症，还是肿瘤，是一个重要的问题，其要点如下：

（1）慢性炎症：可有慢性感染原，如龋齿可引起颌下淋巴结炎，头皮慢性感染可引起耳后、枕下淋巴结炎，脚癣可引起腹股沟淋巴结炎。淋巴结肿大到一定程度后，一般不再继续增长，局部有触痛、多数活动性良好。病人全身情况不受明显影响。

（2）恶性肿瘤：淋巴结转移癌可有原发癌瘤的病状，如胃癌引起左锁骨下淋巴结转移时可有消瘦、贫血、胃部不适、疼痛、呕吐、上腹肿物等。淋巴结原发的肉瘤则可有全身不适、无力、发热、贫血等。淋巴结肿瘤比较硬，有的如橡胶样硬度，有的更坚硬，活动性差，推移时有粘滞感。而且，往往继续增大、融合成块，用一般的消炎疗法无效。

2. 淋巴结结核和慢性淋巴结炎 这两种淋巴结病变都比较常见，在初期较为相似，但治疗不相同。淋巴结结核 一部分有全身性结核病活动（如肺结核、骨关节结核），消瘦、潮热、盗汗等，淋巴结容易软化或破溃，因此容易与一般炎症区别。另一部分全身状态较好、常不能发现其他部位的结核病变，与一般炎症相似。但淋巴结增大较明显，超过一般的炎症，每逢春季或夏初可发展，其余季节可缩小。

3. 急性淋巴结炎 局部疼痛和触痛明显，常伴有恶寒、发热等。发展后可化脓形成脓肿，蜂窝组织炎等。

根据上述临床表现要点，一般能够鉴别诊断。但有的病例鉴别比较困难，应当摘取可

疑的淋巴结作病理学检查。

## (二) 各部位淋巴结肿大的常见病因

1. 全身性淋巴结肿大的疾病 这类疾病可发生多处淋巴结肿大,但以颈部比较多发,其次是腋窝、腹股沟部。这类疾病包括:(1)结核病。(2)多处皮肤感染(如多发性疖疮)。(3)麻疹、风疹;可引起淋巴结肿大,以耳后、颈后为多见。不痛、活动性好。可根据这两者的主要病状如发热、发疹等诊断。(4)淋巴类肉瘤:全身的淋巴结可明显肿大,但以颈部、腋窝、腹腔内等处多发。淋巴结硬度如橡胶,不及转移癌坚硬,不痛、初期可活动,后期粘连。进展较快,可伴有发热,明显消耗体质。(5)白血病:贫血、发热、消耗、淋巴结肿大、脾肿大等,可根据血液检查诊断。

2. 颈部淋巴结肿大的疾病 (1)头面部感染引起急性、慢性淋巴结炎。(2)颈淋巴结结核。(3)转移癌:①鼻咽癌:可有鼻咽症状,淋巴结转移癌常在胸锁乳突肌后,坚硬、活动性差、逐渐增大增多。需作鼻咽部或淋巴结病理检查诊断。②肺癌:可转移到锁骨上淋巴结。根据咳嗽、咯血痰、胸痛等以及X线胸部照片诊断。③胃癌:可转移到左锁骨上淋巴结,可根据胃癌临床表现以及X线钡餐检查诊断。(4)淋巴类肉瘤。(5)其他如麻疹、风疹等。

3. 腋窝淋巴结肿大的疾病 (1)乳房炎症或上肢感染。(2)腋淋巴结结核。(3)乳癌转移:可根据年龄、乳房肿物、乳头内陷、皮肤毛孔变粗等诊断。

4. 腹股沟淋巴结肿大的疾病 (1)下肢或会阴部感染。(2)转移癌:如直肠肛管癌、阴茎癌、下肢皮肤癌等。

## 三、治疗要点

淋巴结肿大应按照其病因选择治疗方法。

1. 急性淋巴结炎 在未化脓以前,可用抗菌药如青霉素、磺胺嘧啶、土霉素等,或清热解毒药如蒲公英、银花、地丁等。局部用热敷,或蒲公英等捣烂外敷。已化脓者应作切开引流。有的急性淋巴结炎引起严重的蜂窝组织炎,全身发热中毒,可内服清热消炎药和外敷呋喃西林液等。如不能控制其发展,也应切开减压,使炎症不继续扩展。

2. 淋巴结结核 全身情况较好,无结核病活动症状,局部淋巴结较硬者(实型),可用截根疗法:取病例第七胸椎旁开1.5寸(肠俞),或第九胸椎旁开1.5寸(肝俞),经消毒和局麻后,捏起皮肤切开表皮一厘米左右,以刀尖挑断皮下组织,达0.5厘米深,然后消毒包扎。上述两个穴位交替进行,7~10天截根一次,3~5次为一疗程。也可用玄参、海藻、牡蛎、贝母、夏枯草各等分研末为丸,每次2~3钱口服,每日3次。

全身情况较差,有活动性肺结核、局部易化脓破溃者(虚型),可用口服雷米封100毫克3次/日,肌注链霉素0.5克1次/日。或用黄芪4钱、当归3钱、生地4钱、地骨皮4钱、玄参3钱、红枣10个水煎服。

3. 淋巴结转移癌 在体表浅部发现淋巴结转移癌,大多数表示癌瘤已有远处转移,可用放射治疗、抗癌化学药和中草药治疗。有的癌瘤,如乳癌的腋淋巴结转移、阴茎癌的腹股沟淋巴结转移,可与原发癌瘤一并手术切除。

4. 淋巴类肉瘤和白血病 可用化学药治疗,比较局限的淋巴类肉瘤也可用放射治疗或手术切除。

常用抗癌药应用简表

| 抗 癌 药          | 适用于常见恶性肿瘤                | 用 法                                                                             | 注 意 事 项                                                                   |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 氧化氮芥<br>(癌得命)  | 淋巴类肉瘤<br>肺癌<br>鼻咽癌       | 每日 50~100 毫克口服或<br>静注, 500~1000 毫克为<br>一疗程                                      | 白细胞计数, 低于 3000 时<br>停药, 复增后可继续。恶<br>心、呕吐等副作用可用维<br>生素乙 <sub>6</sub> (吡多辛) |
| 噻 替 嘧          | 乳癌、卵巢癌、胃癌、肝癌             | 10 毫克溶于生理盐水 10 毫<br>升静注, 每日一次, 总量<br>500 毫克                                     | 白细胞数 低于 3000 时停<br>药, 用中药治疗复增后可<br>继续                                     |
| 氟脲嘧啶<br>(5-Fu) | 胃肠癌<br>肝癌<br>乳癌          | 10~15 毫克/公斤、静注或<br>静点, 每日一次; 3~5 日<br>后改为 5 毫克/公斤, 每日<br>一次。一疗程总量 100 毫<br>克/公斤 | 副作用为口咽炎、腹泻等,<br>可用吡多辛、维生素丙、乙<br>等或中药, 严重者停药。<br>停药好转后可继续                  |
| 环磷酰胺<br>(安道生)  | 淋巴类肉瘤<br>肺癌<br>鼻咽癌<br>乳癌 | 口服 50~100 毫克, 每日<br>2 次, 静注 100~200 毫克,<br>每 1~2 日一次, 一疗程总<br>量 8~12 克          | 白细胞数 低于 3000 时停<br>药, 治疗复增后可继续                                            |

## 腰 痛

腰痛包括胸椎下段到骶椎上段范围内脊柱及两旁的疼痛, 是许多疾病的一项症状。

### 一、腰痛是怎样发生的?

腰痛可由外伤、感染、肿瘤等病因引起, 按病变部位可分为两类。

1. 运动器官组织病变 是指脊柱和腰背部肌肉的病变, 常见的有: (1) 损伤如脊柱骨折、腰部扭伤、腰椎间盘突出症等。(2) 脊柱结核。(3) 类风湿性脊椎 (关节) 炎。(4) 风湿痛 (腰背部纤维组织炎)。(5) 脊椎肿瘤。(6) 脊柱和下肢的畸形 (引起腰背肌肉负担不均)。

以上病变引起腰痛的主要原因是: (1) 炎症、损伤或肿瘤的机械作用直接刺激腰背部脊神经。(2) 腰背肌肉发生痉挛。

2. 内脏器官病变 常见的腰痛的内脏病变有: (1) 肾疾病如肾炎、肾盂炎、肾周围炎、肾结石等。(2) 子宫及其附件的炎症 (盆腔炎), 前列腺炎 (可引起下腰痛)。(3) 胰腺炎症等 (可引起上腰痛)。

内脏器官病变引起腰痛的主要原因是: (1) 这些器官周围的内脏神经很丰富, 病变刺激通过内脏神经感应到脊神经方面。(2) 病变比较接近胸椎下段、腰椎或骶椎, 病变的刺激可波及脊神经。

无论运动器官组织或内脏引起腰痛, 与大脑的功能状态都有关系, 特别是慢性腰痛往往和大脑对痛觉兴奋性增高 (异常敏感) 有密切关系。

祖国医学认为, 腰为肾之府, 肾病可引起腰痛, 腰痛又可损伤肾脏。经过腰部和肾脏的经络血脉发生阻塞或损伤, 气滞血瘀, 也是腰痛的重要原因。因此, 慢性内脏器官病变的腰痛多应从祖国医学的肾考虑, 如慢性肾炎、慢性盆腔炎、慢性前列腺炎等往往与肾阳虚或肾阴虚有关, 治疗上应包括补肾。运动器官组织损伤和风湿痛, 直接与经脉不通、气

血凝滞有关，治宜活血通络为主。但病情较重或病期较长者也往往影响肾。脊椎结核则多与肾阴虚有关。

## 二、诊断要点

毛主席教导我们说：“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”对于腰痛，不当粗枝大叶地只看一眼，轻易地下一个诊断，那样就容易耽误病人。为了正确诊断，应当进行比较全面的检查。

### （一）病史

1. 腰痛的经过 （1）发生的原因：如受外伤、风寒或潮湿等。（2）部位：除脊柱或背肌局部疼痛外，肾疾病的疼痛在“腰眼”（即第十二肋下、骶棘肌外侧），胰腺疾病的疼痛在胸椎下段及其两旁，盆腔疾病的疼痛在骶背部，腰椎间盘突出症的疼痛向臀部及下肢放散（坐骨神经痛）。（3）性状和变化：剧烈的疼痛多由脊神经直接受机械作用刺激或肌肉痉挛引起，如腰部扭伤等。酸痛或木痛、随气候环境寒热而变化者，多为风湿痛。内脏病变多引起钝痛或隐痛。顽固的疼痛要考虑为肿瘤引起。

2. 腰痛所伴随的其他重要症状 （1）运动功能：脊柱病变常引起腰部运动受限，有时可并发下肢运动知觉障碍。背肌病变也可引起运动受限。（2）发热：为炎症的一项症状，脊柱结核活动期可有低热、盗汗，类风湿性脊椎炎发作期可有恶寒、发热，急性肾盂肾炎、肾周围脓肿也有恶寒、发热。（3）其他：肾疾病可有水肿、排尿异常、血压增高等。盆腔炎可有带下等。胰腺炎有腹痛、消化不良等。大小便不能自主是脊髓受损害的症状。

（二）身体检查和其他检验 可根据了解病史后的初步分析，先检查运动系统，或者先检查内脏，有检查的重点，也要全面照顾。

1. 全身状态 消瘦、出汗见于结核病、类风湿性脊椎炎等。消瘦、皮色暗淡见于恶性肿瘤。浮肿见于肾炎等。走步困难或取强迫姿势，见于运动系统疾病。

2. 脊柱 （1）外形：侧弯可能是腰椎间盘突出症或脊柱畸形。平腰（失去正常腰椎向前的弯度）或腰椎后凸可能是类风湿性脊椎炎或腰椎间盘突出症。尖锐的角形后凸者为脊柱结核或骨折。（2）活动度：作前俯、后仰、侧弯、旋转等动作。脊柱病变可限制腰部活动，类风湿性脊椎炎限制程度最大，其他多为部分受限制或动向一方时引起疼痛加剧。（3）压痛和间接击痛：棘突压痛可能为脊椎病变，但也可能非脊椎病变。如使慢性腰痛病人取坐位，检查者用左手放在病人头顶上，右手握拳击左手背，如引起脊椎某处疼痛，则往往表示有脊柱结核等。棘突间或旁有压痛，见于腰椎间盘突出症或扭伤。（4）神经功能：膝和跟腱反射减退或亢进见于脊髓或神经根受压。下肢或下半身的知觉障碍和肌肉张力改变，也是脊髓或神经根受压的征象。（5）其他特殊体征：见有关疾病篇内。

3. 背肌 骶棘肌有无压痛、痉挛或薄弱无力。压痛多表示风湿痛，痉挛而压痛多表示神经根受刺激。肌肉薄弱无力多为“肾虚”、畸形或外伤后背肌未经锻炼所致。有时可发现脊旁有脓肿。

4. 肾区 一侧触痛见于肾结核、肾结石等，双侧触痛见于肾炎等。触痛明显而肿胀者为肾周围脓肿。肾肿大见于肾结核、肿瘤等。

5. 腹部 胰腺炎有上腹部触痛。脊柱结核时可能在腹股沟区触到肿块，为流注的结核性脓肿。盆腔炎可有下腹部触痛，但以阴道内诊时为明显。

6. 化验和X线检查 怀疑肾疾病时应化验尿。脊柱X线照片对诊断脊柱病变很有价值,怀疑结核病时可作肺部透视。

### 三、预防要点

腰痛的疾病比较常见,对人民群众的健康和生产劳动有一定的影响。我们要贯彻预防为主方针,把预防腰痛的卫生常识交给群众,依靠群众做好预防工作。

1. 开展农村体育活动,增强对风寒湿的抵抗力。
2. 合理组织劳动,重视生产安全,革新农业技术,减少损伤。
3. 改善生活环境,住房要避免风寒潮湿,讲究卫生,减少感染和传染。
4. 对伤病做到及时治疗、彻底治疗,减少后遗症。

### 四、治疗要点

处理腰痛,要明确诊断,按其具体疾病采取不同的治疗方法。

1. 内脏器官的疾病,一般比较容易诊断,特点是:没有运动功能上的障碍,但有泌尿、生殖或消化等方面的症状。治疗上应以消除病因为主,如抗感染、抗结核、清热、化湿、理气、补肾,一般不作腰痛的局部处理。

2. 运动器官组织的疾病,大体上又可分两类:一是脊柱以外软组织的疾病,以风湿痛为最多见;二是脊柱的疾病。在脊柱疾病中,值得特别重视的是那些可能造成神经损害的疾病,如脊柱结核、骨折、腰椎间盘突出症、肿瘤。这些疾病可出现运动、知觉、大小便的功能障碍,必须争取早日消除其病因,以免造成残废。除此以外,可采用对症和辨证相结合的治疗方法(参见“腰肢风湿痛”的治疗)。

3. 治疗腰痛、特别是慢性腰痛,必须重视精神因素。要发挥两个积极性,医生要做到完全、彻底地为人民服务;病人要坚定意志、增强信心,同疾病作斗争。

## 腰肢风湿痛

腰肢风湿痛(以下简称风湿痛)是指与风寒湿有密切关系的慢性腰背痛、腿痛和胳膊痛,是多种疾病的共同病症。风湿痛和风湿热不同,风湿热是一种以发热、侵犯心脏为主的疾病,只有慢性风湿性关节炎可按风湿痛处理。

无产阶级文化大革命以来,广大医务人员遵照伟大领袖毛主席关于“全心全意地为人民服务”的教导,坚决执行毛主席的无产阶级卫生路线,积极研究慢性腰腿痛,成功地创造了中西医结合的水针、电针等新疗法,大大提高了风湿痛的疗效,使大批病人解除了痛苦,重回革命生产工作岗位。

### 一、风湿痛是怎样的病症?

1. 风湿痛多属于祖国医学的痹症。痹症就是肌体受风寒湿侵袭后,血脉经络受阻,气血凝滞在某些部位引起疼痛和其他障碍。风湿痛的发病,在年青病人常与变态反应有关。在40~50岁可能与内分泌变化有关。在老年人多与代谢趋向衰退有关。

此外,过去受伤后治疗不当、多次受伤或积累性损伤,陈旧性损伤可转为风湿痛。外界的风寒湿条件,如出汗后受风、冒雨受寒或睡凉炕等是在肌体内部已有某种变化的基础上起作用的。

2. 得风湿痛时,主要的症状是骨节、筋腱或肌肉处疼痛,部位多为固定,有的可游

走变动。疼痛程度不一，如钝痛、掣痛、酸痛等，有时可较剧烈，有的并觉发沉、麻木。特点是症状时轻时重，常与气候变化、住处寒冷潮湿、劳累等有明显关系。

检查多可触到一定部位的压痛点（或区），有的还有皮肤知觉迟钝。腰部或四肢关节活动可不受限制或稍受限制，有的呈现关节肿大等。一部分疾病可在X线照片显示骨质改变。

通常可根据上列临床表现初步认识风湿痛。

3. 风湿痛的组织改变主要是运动系统纤维组织，即关节囊、韧带、滑液囊、肌肉等的非特异性炎症（变态反应、代谢障碍或损伤等所致）。一部分疾病并有某些骨质改变（如增生、疏松等）。

炎症通常在局部循环障碍时加重，循环改善时可好转。纤维组织炎症也是如此。在风寒湿（主要是寒）的条件下，筋肌收缩痉挛，经脉受阻和气血凝滞加重，循环不良，纤维炎症加重，风湿痛也就加重。反之，遇到温热，筋肌舒展，经脉畅通，气血运行改善，则疼痛可缓解。同样的道理，有的病人早晨起床时，由于较长时间不活动，患处气血凝滞较重，所以腰腿掣痛、行动不利；下床稍加活动，筋肌舒展一些，痛可减轻；但劳累后筋肌纤维炎症又加重，痛又可加重。疼痛的多次反复，可在神经系统打下“烙印”，对寒冷、阴雨等外界条件产生敏感，而神经系统的敏感又加重筋肌痉挛。这样就逐渐形成了风湿痛的某些规律性发作。

至于某些骨质改变，有的可在运动中促使纤维组织损伤发炎，有的并不是纤维组织改变的原因。从运动功能上说，骨骼通常是被动的，肌肉是主动的；而且，增生、疏松等骨质改变本身并不直接引起疼痛。临床上对风湿痛疾病，无论有无骨质改变，采取祛风散寒、舒筋活血等措施，一般可收到相当的疗效。但如果有明显的骨关节结构失常，应当加以治疗，否则运动时纤维组织继续受到损伤，炎症就难以好转。

## 二、防治风湿痛的基本方法

1. 要和病人共同学习毛泽东思想，树立为革命战胜慢性病的信心。把风湿痛疾病的常识交给病人，使他们能主动配合治疗，坚持功能锻炼（如作背肌运动），并适当注意防护，以增强疗效。

2. 开展体育活动，锻炼身体，可增强对外界风寒湿的抵抗力，使筋肌有力，反应灵活，减少损伤机会。合理组织劳动，注意生产安全。在寒冷水湿环境下作业，应有适当的防护。重视创伤处理，治伤要彻底，加强功能练习，防止转为慢性病症。防治感染（如扁桃体炎、产褥感染），以减少某些变态反应形成。

3. 风湿痛的病情变化是不同的，可分为风、寒、湿、热四类证候（见第一章“风”篇“风湿”项），采取辨证施治的方法，才能收到较好的效果。

### 4. 治疗方法

（1）穴位疗法，基本原理是给穴位以一定的刺激，祛邪通络，行气活血，解痉消炎。常用的方法是针灸、耳针、拔罐、水针或电针等。祛风宜针，散寒宜灸，利湿宜点刺后拔罐。

水针或电针的刺激量较大，对病期较长者效果常比针灸好，针灸不能彻底治好时仍可采用。水针多取触痛点（以痛为俞）。如疼痛有放散现象，或找不到明显的触痛点，宜取近处的经穴。注射药一般用10%葡萄糖。为加强疗效，可辨证用药，例如：祛风加防风

或川芎注射液，散寒加生姜注射液，此外还可用1%卤砒、654-<sub>2</sub>注射液等。

注意事项：①风湿痛出现热痛证候，即急性发作时，不宜用水针、拔罐、温灸，宜服药，针刺须取远离关节的穴位。②水针应选肌肉较丰富的部位，不应把药注进关节腔内，更要避免把药注入神经干内（针头刺到神经干有触电感和放散痛）。

（2）推拿疗法：通过手法作用，舒筋通络，使气血恢复运行，局部循环改善。有的还可以使纤维粘连松解，某些失常的关节结构复原。因此可以治疗风湿痛，尤其是某些劳损后形成的慢性疼痛。但在风湿痛急性发作期间不相宜。

（3）内服药疗法：西医治风湿痛主要用水杨酸钠和肾上腺皮质激素两类。水杨酸钠或阿司匹林1.0克，加半量碳酸钙或碳酸氢钠，每日4次口服。强的松5~10毫克，每日3~4次口服。这些药有减轻某些炎症、解热镇痛的作用，效果多不持久。中草药中有许多治风湿痛的品种，（参看第十三章“治风湿痛药”）应当加以利用，并通过实践认真总结经验。①鲜穿地龙加红糖各二两，水煎，每日1~2次。祛风散寒。②威灵仙研末制或蜜丸，温酒送下，2~3钱，每日2次。治腰膝沉痛。③苍耳子2~3钱，水煎，每日2次。祛风除湿。④苍朮、黄柏等分制成蜜丸，2钱，每日3次。清热燥湿。⑤独活3钱、桑寄生5钱、秦艽3钱、细辛5分、川芎3钱、当归3钱、桂皮1钱、甘草1钱（独活寄生汤减味），每日一剂分二次服。治风寒湿痹；腰膝痛，腿足凉，行动不利，畏寒喜温，苔白脉迟。⑥薏苡仁4钱、白藓皮3钱、牛膝3钱、防己3钱、苍朮3钱、黄柏3钱，每日一剂分二次服。治湿热痹；下肢重着，膝踝肿痛，多有恶风、发热，舌淡红苔黄，脉数。⑦小活络丹治寒痛为主。⑧猪桐丸治风痛为主。

（4）其他疗法：如热敷、贴膏药（万应膏、狗皮膏、伤湿止痛膏等）、红外线照射、温泉疗法等，对劳损后风湿痛比较有效。

## 类风湿性关节炎

本病多见于青壮年，女性多于男性。发病的具体因素尚未明了，可能与某些感染如产褥感染、盆腔炎等有关。

初期为对称性的关节周围纤维组织炎，属一般的风寒湿痹。病变继续进展，关节周围组织变质加重，弹力（胶原）纤维渐为一般纤维所代替，因此关节趋向强硬。病久使气血虚弱，加以运动受限，筋肌失去营养，所以萎缩拘挛（筋痹）；病变又可侵及骨节（骨痹），发生骨端疏松，后期关节周围组织发生钙化，使关节僵硬。

【临床表现】 本病有某些与风湿性关节炎相似处，如关节痛反复发作，急性期可呈现发热、出汗、关节肿热等，因此取名。但本病另有特点，其中最重要的是可造成关节畸形，严重影响劳动能力。

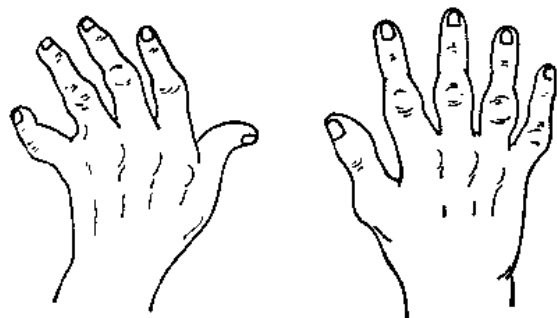


图 6-8 类风湿性关节炎（四肢型）

侵犯四肢为主的：多从指（趾）关节或指掌（趾跖）关节开始，疼痛，伸屈不利，渐渐关节肿成梭形（图 6-8）。分布左右对称。如不治疗控制，病变可向腕、肘、膝等较大的关节发展。后期关节强硬不能伸展，肌肉可萎缩，筋腱可挛缩变短。

侵犯脊柱为主的：多从骶髂关节发病，下腰痛，逐渐上延到腰骶关节和更上段的椎关节。后期脊柱强硬，常形成严重的驼背畸形。

【鉴别诊断】 见下表。

|      | 类风湿性关节炎                | 风湿性关节炎          | 骨关节结核                             |
|------|------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 发 病  | 慢                      | 快               | 慢                                 |
| 部 位  | 小关节起始，对称性，或骶部起始，逐渐向上发展 | 较大关节，游走性        | 单发于下肢及脊椎较多，无向上发展和游走性              |
| 关节改变 | 梭状肿大，容易强硬              | 急性期红肿，过后不留畸形    | 漫肿，多不红不热，活动受限，后期强硬                |
| X线照像 | 后期骨质疏松或脊椎硬化呈竹节形        | 无改变             | 早期不明显，逐渐脱钙，并有骨质破坏                 |
| 其 他  | 可并有肌萎缩腱挛缩              | 可有心脏改变、红斑或皮下结节等 | 可有肺结核等，关节活动障碍常比疼痛先发生，可并有肌萎缩或结核性脓肿 |

【治疗】 处理本病必须争取主动，使病人不留残疾。要充分发挥医生和病人的积极性，控制病变进展，消除疼痛，坚持动静统一的原则，恢复功能。

1. 初期风寒湿痹，宜祛风散寒利湿。（1）新针法重刺：上肢的八邪、合谷等，下肢的八风、足三里等，腰骶的八髎等，脊椎的夹脊等。（2）生草乌和生甘草各二钱、白蜜一两，水煎一小时，每日一剂分二次服，连服一周至半月。（草乌有毒不宜多用。）

（3）每日3~4次擦热患处，配合热敷、关节活动。避免经常取屈膝或弯腰的体位，以防关节挛缩。（4）羌活2钱、独活2钱、秦艽3钱、麻黄2钱、芍药3钱、黄芪4钱、川乌2钱、甘草2钱、水煎，每日一剂分二次服。（5）保泰松100毫克，3次/日，共7日，以后酌减。（服药期间注意白细胞减少。）或用水杨酸钠、强的松等，但效果多不显著。

2. 急性发作，宜清热利湿、祛风活血。（1）新针法同上。（2）苍朮3钱、黄柏3钱、秦艽3钱、丹皮3钱、当归3钱、赤芍3钱、川芎2钱、乳香1.5钱、没药1.5钱、防己3钱、水煎服。（3）此期内局部宜相对安静，可用伤湿止痛膏固定于功能位。

3. 关节强硬，肌肉萎缩，属骨痹和筋痹，按照“肾主骨”和“肝主筋”的理论，应从肾、肝治疗。同时这类病人多有气血虚弱，治疗上也应照顾。

（1）水针法在关节外围取穴。（2）推拿施滚法于局部，配合被动运动。（3）中药选用：祛风利湿：秦艽、川芎、羌活、蚕砂、地龙、全蝎、白花蛇等。活血行瘀：红花、乳香、没药、五灵脂、桃仁等。滋养肝肾：牛膝、杜仲、续断、鹿角胶等。调补气血：党参、黄芪、当归、地黄、白芍等。（4）外用川乌、草乌、生南星、生半夏各一两，浸酒擦患处。（5）加强关节功能锻炼。（6）经各项处理仍不能恢复的严重关节畸形，可考虑手术矫正畸形。

### 肌 风 湿 症

本病多见于中年以上，通常发生于受风寒湿邪后，例如冒雨受寒、汗出当风或居住寒冷潮湿环境等。

腰背部（偶见其他部位）酸胀、疼痛、发沉，活动不便，喜温怕冷，对气候变化比较敏感，劳累后症状也可加重。检查可发现局部肌肉有压痛或压之发木，常较硬而少弹性；有的表面皮肤变粗，毛孔增大，知觉迟钝。

#### 【治疗】

1. 选用针刺后拔罐、水针、推拿、电针等治疗。
2. 运动练习与适当休息结合。治疗期间避免受风寒湿邪。
3. 病期较久者可加服小活络丹或其他活血散寒祛风的中草药。

### 肩关节周围炎

本病多发于50岁左右，又称“五十肩”、“冻结肩”或“漏肩风”，女性多于男性。肩部酸痛，上臂不能高举、外旋、后伸，所以穿衣、梳头等动作困难。如不及时治疗，肩部的三角肌等可萎缩，肩关节周围组织可粘连，使病程迁延数月甚至数年。

#### 【治疗】

1. 针刺肩髃、肩前（三角肌前缘腋纹端）和肩后（三角肌后缘腋纹端）。
2. 水针岗上、岗下肌，可用生姜注射液或654-2等。
3. 推拿施滚法于肩部为主，配合推按风池、风府、肩贞、肩髃等穴，揉搓上肢。
4. 肩关节功能锻炼。
5. 病久者配合中草药治疗。

### 损伤后慢性腰肢痛

损伤可引起损伤性炎症，处理得当，这种炎症为一过性，并不遗留慢性疼痛。若处理不当，气血长期瘀滞，损伤性炎症可迁延而转化为“风湿痛”。这种“风湿痛”的发生与肌体情况也有密切关系。青少年常发生损伤，但一般都不遗留风湿痛。中年以后或体质素弱者气血较虚，组织受伤后瘀血容易内结，甚至引起脏腑（肝、肾）功能失调，可形成痹症。

【临床表现】一部分病人有明显的外伤史，另一部分曾长期进行某种体力劳动操作。但现有的疼痛轻重与当初的受伤轻重，并不一定是一致的。

腰背痛较为多见，其次为膝、踝等关节痛，活动多受限，有的还带麻木重着。局部喜温怕凉，常对变天比较敏感。有的病人（常为有骨质改变者）刚起床时较痛，稍活动后缓解，多活动后又加重。

检查患部有触痛点，腰部或肢体关节活动范围减小，活动到某一方位时可引起疼痛。腰背痛者多有骶棘肌痉挛，或更有皮肤知觉迟钝。一部分病人的骨关节X线照片可呈现骨质增生形成骨赘，或有陈旧性骨折愈合的影象。

#### 【防治】

1. 及时正确治疗损伤，加强伤后功能练习。
2. 适当进行工间休息活动，尤其是长时间取弯腰体位或单用某一肢体操作的劳动，预防慢性劳损。
3. 选用新针、耳针、推拿、电针等治疗。止痛后进行背肌练习或关节活动。这点应当特别强调，因为通过练习才使筋肌加强，具有更大的适应能力。

4. 体质较弱者加用内治，祛风活血、增补肝肾，如：黄芪4钱、川芎2钱、桃仁3钱、当归4钱、红花2钱、羌活3钱、杜仲3钱、党参3钱、茯苓2钱、甘草1钱。或虎骨酒、五加皮酒等。

5. 要向病人说明损伤与慢性疼痛的关系，使他们消除疑虑，增强战胜病症的信心，积极配合治疗。

### 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症是腰腿痛中较常见的一种疾病。多发生在20~40岁的青壮年，以腰椎<sub>4-5</sub>和腰椎<sub>5</sub>~骶椎<sub>1</sub>椎间盘突出最常见。

【病理】椎间盘由纤维环、软骨板、和髓核构成。纤维环为坚韧的纤维软骨，包绕在

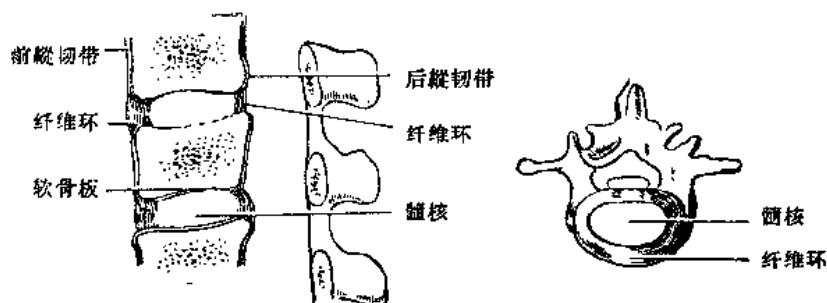


图6-9 腰椎间盘的解剖

上下软骨板周围，髓核位于上下软骨板和纤维环的中间(图6-9)。健康的椎间盘可以承受身体在正常运动中产生压力。椎间盘组织一般在20岁以后即开始变性，进而可出现裂隙。

当举重、抬重物扭伤腰部时，髓核就会沿着纤维环裂口突出。但临床上三分之一的病例并无明显外伤史，可见纤维环变性是根本的原因，而外伤只是一个诱因而已。由于椎体前有前纵韧带，纤维环前面厚后面薄，后面中央有后纵韧带，因此髓核多向薄弱的后外侧突出。

【临床表现】腰椎间盘突出向后外方突出压迫神经根(图6-10)，这是它的临床现象的总根源。

1. 腰腿痛 开始为间歇性，活动时明显，休息后缓解。疼痛多呈放射性，由腰部向下肢放射，咳嗽、打喷嚏时加重。到后期，疼痛转为持续性。

2. 腰部体征 为缓解躲避突出椎间盘对神经根的压迫，腰椎生理性前凸消失，甚至向后凸，同时常有腰椎侧凸畸形。在腰椎<sub>4-5</sub>或腰椎<sub>5</sub>~骶椎<sub>1</sub>棘突间旁1~2横指处(椎间盘突出部)有压痛，压痛局限，可向患侧下肢放射。腰椎后伸及向凸侧屈曲活动受限。

3. 患肢体征 患肢体征是由于坐骨神经受压引起的。(1)直腿抬高受限：正常人直腿抬高可达70°以上，腰椎间盘突出时，患肢直腿抬高坐骨神经紧张，牵引受压明显，因而受限。但髂棘肌痉挛(风湿、扭伤等)时直腿抬高亦受限，应进行鉴别。(2)肌肉萎缩：病程较长者，因患肢负重行走困难，肌肉出现废用性萎缩。踮趾背伸力弱。(3)知觉障碍：神经根受压可引起支配区皮肤知觉障碍，主要表现为小腿和足背外侧知觉减退。(4)腱反射减弱：多数病人都有膝腱反射和

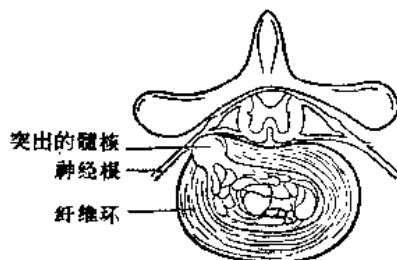


图6-10 椎间盘突出压迫神经根示意图

跟腱反射减弱。在早期偶有亢进者。

4. X线检查 腰间盘突出症主要根据临床表现诊断。X线照片对诊断并无直接意义,可借以除外脊椎结核、类风湿、肿瘤和先天性变异等疾患。间盘突出后X线照片可显示腰椎侧凸、后凸,椎间隙患侧变窄,有唇样增生等征象。

【治疗】 治疗的目的是消除椎间盘突出对神经根的压迫。

1. 推拿按摩 此法简便易行,安全有效,有还纳突出椎间盘和松解神经根粘连的作用。可在无麻醉或全麻下进行,操作要轻柔,用力应逐步加大,较急剧的手法必须在肌肉松弛时实施。常用手法有五种。

(1) 按摩:在无麻醉下进行推拿按摩时,应首先作腰背部和下肢肌肉按摩,使肌肉松弛。患者俯卧位,全身放松。术者先以两手大鱼际部按揉腰背两侧骶棘肌(图6-11)。继而“封腰”(拇指和其余四指分开,置于两侧腰之角部,进行按摩),柔捏两下肢肌肉,再用拇指按摩环跳、承扶、委中等穴位,每种手法反复三次。

(2) 牵抖:患者俯卧位。助手紧拉固定两肩或嘱患者用两手拉住床头。术者向后上方牵拉抖动两下肢(图6-12),由轻及重,反复3~5次。

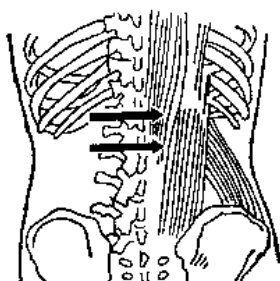


图 6-11 腰间盘突出按摩示意图

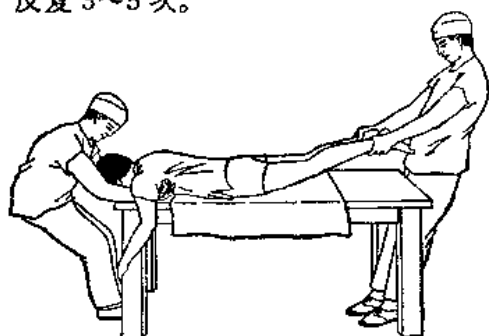


图 6-12 牵抖

(3) 斜搬:患者侧卧位,上方肢体屈曲,下方肢体伸直。术者立于患者背面,一手拉肩,另一手推臀后部。开始一般活动,待患者肌肉放松时,两手在相反方向猛然斜搬腰部(图6-13),反复三次后变换体位,在另一侧进行。

(4) 强制伸展:健侧卧位,术者立于患者背面,以前臂托起患肢小腿,手掌按于患肢膝前,以另一手掌按于患者压痛处,反复活动髋关节,屈曲至贴腹为止。随即将患肢拉直至髋关节过伸位,同时向前推压患侧腰骶部(图6-14)。

(5) 屈髋膝蹬腿:仰卧位,先使髋膝屈曲,然后蹬腿,将患肢拉直逐次抬高。每次推拿后可休息3~5天,以后再进行,直至临床症状基本消除为止。



图 6-13 斜搬

2. 骨盆牵引 也是一种比较安全有效的方法,可使椎间隙扩大,突出的间盘组还纳修复。牵引可持续3~4周。须在医院条件下进行。

3. 其他治疗 针灸、理疗、水针、封闭、背肌练习和药物治疗,均有一定效果,可配合上述治疗进行。



①屈曲髋、膝关节



②过伸膝关节

图 6-14 强制伸展

4. 手术治疗 非手术治疗无效或屡次复发者，考虑手术切除突出的椎间盘组织。

## 骨 关 节 结 核

骨关节结核是一种常见的骨关节疾病，祖国医学称之为“骨癆”。

本病是一种继发性结核病，其原发病灶常在肺部或消化道，儿童和青年对结核的抵抗力较差，再因其他疾病或损伤后体质衰弱，比较容易发病。

在全身骨关节结核中，脊椎结核发病率最高，其次以膝关节、髋关节、肘关节结核常见，单纯的骨干结核较少见。

## 脊 椎 结 核

脊椎结核在骨关节结核中约占 40% 以上。病人多为 20~30 岁的青壮年，发病部位以腰椎为最多，胸椎下部次之，颈椎较少。

【病理】 脊椎结核病变多先侵犯椎体，椎体病变可分中心型与边缘型。前者病变发生在椎体中心，多见于小儿；后者发生在椎体边缘，并向其上下缘蔓延，以致椎体边缘及椎间盘被破坏，故多累及数个椎体。病灶内可为干酪性变、肉芽、脓肿及死骨形成。病椎被破坏后因负重压迫而变窄，因而造成脊柱的角状后突畸形。结核性脓肿于病灶部贮积时，形成椎旁脓肿，沿组织间隙流向远隔部位停留时，形成流注脓肿。脓肿继发感染则破溃形成瘘孔，经久不愈。若结核性脓汁、肉芽、死骨或椎间盘进入椎管，压迫脊髓，可引起截瘫，多见于胸椎结核及颈椎结核。

### 【临床表现】

1. 全身症状 脊椎结核全身症状一般较明显，表现周身无力，贫血，午后潮热，夜间出虚汗，胃纳不佳，消瘦等肾阴虚或肾阳虚的症候。继发感染后全身症状加重，可出现寒战，高热等全身化脓性感染征象。

### 2. 局部症状

(1) 疼痛 初期隐隐作痛，活动时明显，休息则缓解，呈持续性，逐渐加重，小儿常有“夜哭”现象。因病变部位不同，疼痛可放射至上肢，肋间，腹部或下肢。病变脊椎有压痛和叩击痛。

(2) 功能障碍 由于疼痛引起肌肉痉挛，脊柱发板，活动受限，姿势不正。小儿有颈椎结核者常以手托下颌，有胸腰椎结核者则表现拾物试验阳性。

(3) 后凸畸形 到后期多数患者病变脊柱呈角状后凸畸形。

(4) 脓肿 颈部结核可形成咽后壁脓肿和两侧颈前脓肿,前者可压迫气管,引起呼吸困难。胸椎结核多形成椎旁脓肿,胸腰段及腰椎结核形成的脓肿可流注两侧髂窝部,后腰部和大腿内后侧。脓肿表面不红,不热,无压痛,为寒性脓肿。到后期可继发感染,发红,发热,压痛明显,以致破溃,开始流黄色稀薄脓汁,内有豆腐渣样干酪样物质,继续感染明显时脓汁则转黄而粘稠,形成瘘孔,经久不愈。

(5) 截瘫 颈椎、胸椎及胸腰段脊椎结核可能并发截瘫,临床分四度。

I度——感肢体无力,步行困难,知觉迟钝,腱反射活跃,大小便无障碍。

II度——肢体部分瘫痪,肌肉痉挛,腱反射亢进,有病理反射,知觉明显障碍,大小便费力。

III度——肢体呈完全伸直性痉挛瘫,腱反射亢进,病理反射和踝阵挛明显,知觉丧失,大小便潴留。

IV度——肢体呈完全弛缓性瘫痪,腱反射消失,病理反射及踝阵挛消失。

3. X线检查 初期显示椎体边缘破坏,不规正,椎间隙变窄,椎体破坏加重后可出现空洞死骨,被压缩成楔形,以致累及邻近椎体,到后期相互融合。颈椎结核并发脓肿时可见椎体前软组织阴影增宽,胸椎结核可见椎旁脓肿影,腰椎结核并发脓肿时可见腰大肌影模糊增宽。

#### 【治疗】

1. 骨关节结核是一种慢性病,必须鼓励病人树立战胜疾病的信心。

2. 脊椎结核治疗期间,病人应控制下地活动,以减轻脊柱负重。病变未稳定之前,应卧床休息,可活动肢体。要增强营养,多接触阳光和新鲜空气。

3. 抗结核药物治疗 雷米封 100~200 毫克,每日三次口服,治疗期 6 个月至 1 年,长期服用维生素 B<sub>6</sub>。链霉素 0.5~1 克,每日 1~2 次肌注,可连续用 1~3 个月。活动期或手术前后两种药物并用效果好。长期用药以雷米封为主。如有继发感染需并用其他抗感染药物治疗。

4. 中药治疗 本病多属身体虚弱,脾胃失调,表现肾虚的证候,大部分病人可施用补益法治疗。滋肾健脾、补养气血可服用十全大补汤。如有阳虚症象者,可服温阳类药物,如阳和汤(咯血者忌用)。如有阴虚症象者,则应以滋阴清热治疗,可服用清骨散。

#### 〔附方〕

十全大补汤:当归 3 钱、白朮 1.5 钱、茯苓 3 钱、甘草 1 钱、熟地 3 钱、白芍 1.5 钱、人参 1 钱、川芎 1.5 钱、黄芪 3 钱、肉桂 0.5 钱,水煎服。

阳和汤:熟地 1 两、肉桂 1 钱、麻黄 1 钱、鹿角胶 3 钱、白芥子 2 钱、姜炭 0.5 钱、生甘草 1 钱,水、酒各一杯煎服。

清骨散:柴胡 2 钱、鳖甲 6 钱、炙草 2 钱、秦艽 3 钱、青蒿 2 钱、黄连 2 钱、知母 3 钱,水煎服。

5. 手术治疗 (1) 病灶清除术:脊椎结核有脓肿,死骨均可行病灶清除术。术前应进行一段内治(三周左右),全身情况较稳定,体温,血沉基本正常时再手术。(2) 脊椎融合术:如病人一般情况较差,不能耐受病灶清除术,可单纯作脊椎融合术,以促进病变脊椎早日融合治愈。在病灶清除术同时或术后亦可作脊椎融合术。(3) 减压术:截瘫病人在病灶清除的同时,可做椎板切除减压,或前外侧椎弓切除减压术。如病人全身情况不佳,可单纯做椎板切除减压术。

6. 截瘫病人的护理很重要，详见“截瘫”节护理部分。

### 膝关节结核

膝关节结核是四肢骨关节结核中发病率最高者，占骨关节结核的10%以上。多发生在20岁以下的青少年。

【病理】四肢关节结核的初期，病灶均局限于骨组织或滑膜组织，为单纯骨结核或滑膜结核。膝关节滑膜面积最大，病灶多起始于滑膜，约占80%。滑膜受病充血肥厚，逐渐形成暗红色绒毛状结核肉芽组织，随着病变进展，肉芽组织侵及关节软骨，致使软骨坏死剥脱，形成全关节结核。病灶也可起始于股骨或胫骨的内外髁部及髌骨，约占20%，表现骨破坏明显，可形成空洞，死骨，脓肿，可穿破皮质进入关节而形成全关节结核。如局部形成脓肿继发感染，则可破溃变成慢性瘘孔（图6-15）。

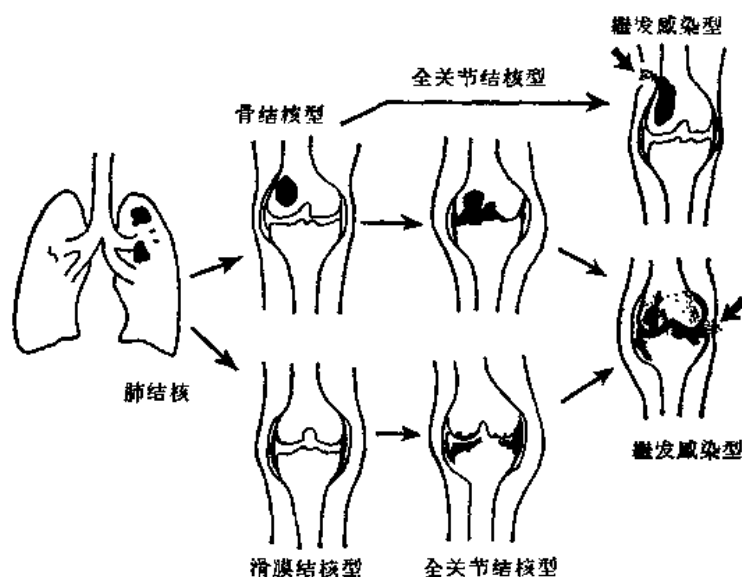


图6-15 膝关节结核病理发展过程

上述病理发展过程也就是膝关节结核和其他关节结核临床发展的规律。如能在单纯骨结核型或滑膜结核型确定诊断，及时进行有效的治疗，可能基本或部分保留关节的功能。如已发展到全关节结核，关节软骨面被破坏，则关节最后融合，变成纤维性强直或骨性强直。当韧带和关节囊被破坏时，可引起半脱位。如小儿的骨骼被破坏时，则可以引起肢体短缩或其他畸形。

【诊断】膝关节结核根据病变发展规律，临床表现和治疗原则分成骨结核，滑膜结核，全关节结核和继发感染四种类型。

1. 骨结核型 病变起始于股骨内外髁，胫骨内外髁或髌骨。早期仅感局部隐隐作痛，走路多时明显，关节活动不受影响。病变局部有压痛，肿胀。全身症状往往不明显，血沉不快。X线照片可见病变局部骨质破坏，可形成死骨。

2. 滑膜结核型 临床表现关节肿胀，疼痛，早期行走活动尚可。以后活动受限逐渐加重。局部检查关节呈梭形肿胀，肌肉萎缩，皮肤稍热，不红，有轻度压痛，可出现浮征，关节活动有不同程度的障碍。全身多有肾阴虚或肾阳虚的症候，多数病人血沉快，X

线照片除有骨质疏松外，无其他异常。本型早期诊断较困难，需与滑膜瘤，慢性滑膜炎鉴别，有时需做活体组织检查确定。

3. 全关节结核型 病变侵及全关节，局部肿胀，疼痛明显，活动行走困难。局部检查皮肤微热，压痛广泛，关节不能活动，全身症状多表现肾虚的症候。X线照片显示关节面破坏，不规正，间隙变窄，可出现半脱位。后期关节间隙消失。以致骨小梁通过而骨性强直。

4. 继发感染型 当局部脓肿继发感染，局部和全身症状加重，出现化脓性感染征象。脓肿破溃流脓，即形成慢性瘘孔。X线照片改变同全关节结核，到后期可出现硬化征象。

【治疗】 应用抗结核药物和施行手术。

### 髌关节结核

髌关节结核多数发生于10岁以下的小儿。髌关节结核亦分单纯骨结核、滑膜结核、全关节结核和继发感染四种类型，单纯骨结核型可原发于髌臼，股骨头或股骨颈，病变发展规律与膝关节结核相同。当髌臼或股骨头破坏明显时，容易出现病理性后脱位。

【诊断】 髌关节周围软组织较丰富，早期结核症状表现不明显，且多发生在小儿，早期诊断较困难。因此，应认真研究掌握临床特点，反复进行检查观察，争取早日确诊，及时治疗，以保留关节的功能。

1. 早期多在剧烈活动或长途行走后感局部痛，出现跛行，小儿常有夜哭现象。因闭孔神经的反射作用，患儿可诉膝关节痛。多无全身症状，局部检查无明显体征，X线照片可见骨破坏，偶可形成空洞或死骨。

2. 滑膜结核 局部检查可出现髌关节肿胀，压痛，多有功能障碍，以伸直受限明显，伸髌试验（旧名托马氏征）阳性。（病人仰卧，屈曲健侧髌关节 $60^{\circ}\sim 90^{\circ}$ ，如被检髌关节能伸直 $180^{\circ}$ 为阴性，如不能伸直为阳性）。X线照片除有骨质疏松外，无其他异常。

3. 全关节结核 关节肿胀，疼痛功能障碍明显，患肢短缩，关节多固定在外展外旋前屈位。出现病理性脱位后则固定在内收，内旋，前屈位。全身症状明显，血沉快。

X线检查显示髌臼及股骨头关节面破坏，关节间隙变窄。严重的病例股骨头可完全破坏消失，或出现病理脱位，后期关节间隙消失，骨小梁通过，以致骨性强直。

【治疗】 应用抗结核药物和施行手术。

### 骨干结核

骨干结核较少见，多发于掌指骨，其次是尺桡骨和胫腓骨。

【病理】 骨干部位有血运丰富的骨膜和肌肉组织，因此骨干结核主要病变为增生，新骨形成明显，坏死组织被吸收快，形成死骨、脓肿瘘孔的较少见。

【诊断】 骨干结核发病缓慢，局部表现肿胀疼痛不显，皮肤常有微热，病变部触之较硬，有轻度压痛，关节活动多不受影响。如形成脓肿继发感染，可以破溃，形成慢性瘘孔。病变范围较大时，可出现全身症状，血沉快。

X线照片显示骨增生明显，骨膜反应呈葱皮样，中央有骨破坏，很少形成死骨。发生在长管状骨的骨干结核应与骨干骨肉瘤（旧名尤文氏瘤）慢性骨髓炎鉴别。有时需作活体

组织检查确定。

【治疗】多数病人采用抗结核疗法可以痊愈，但疗程较长。在内治的基础上，行病灶清除术，可以缩短疗程。

## 肛门部病症

肛门部是指肛门、直肠下端及其周围组织。这个部位的常见症状有：局部疼痛，排便出血，和肿物脱出。这些症状也就是痔、肛裂、肛瘘、肛门部脓肿、直肠息肉等病的比较显著的表现。

### 一、肛门部检查法

我们诊察肛门部病症，除了要了解病史，必须检查这个部位的体征。（1）病人可取抱膝侧卧的姿势，但最好是取膝肘位。外痔、肛瘘外口或皮下脓肿都可直接看到。（2）用双手拇指分开肛门两边的皮肤进行观察。这时如果引起肛门疼痛，很可能是肛裂所致。（3）嘱病人用力作排便状，或者乘病人排便刚完毕时观察，这样可看到肛管外露，可能看到脱肛和内痔。但绝大多数内痔须用肛门镜才能完全看清。（4）右手示指戴一指套，涂上肥皂液或凡士林，作直肠指诊，可能触到直肠下段的肿瘤，并试验肛门括约肌收缩力。不过，有肛裂时一般不应再作指诊和肛门镜检查。（5）肛门直肠镜检查。

### 二、肛门部常见病

（一）肛门部疼痛 直肠下端受内脏神经支配，肛门部受骶尾脊神经支配。肛门部比较敏感，因此这里发生的疼痛比较剧烈，多见的病是肛裂、外痔血栓或肛门旁脓肿。但这三种病的疼痛各不相同。

1. 肛裂 排便引起疼痛，粪便表面可能有血，便后继续痛一些时间而后消失。这是肛裂痛的特点，排便痛因刺激肛裂引起，便后痛是由于肛门括约肌痉挛，最后痉挛缓解时疼痛消失。分开肛门两边皮肤，可见到肛裂。肛裂是肛管的长梭形溃疡（因肛门收缩看起来象裂伤），大多在尾骨侧中线，有的在会阴侧中线。肛裂外方常有一小皮瓣（“前哨痔”），因此这种小皮瓣也可标志肛裂的存在。

2. 外痔血栓 肛门突然疼痛，持续存在（约3～5日），使病人坐卧不安，但无全身症状。检查局部可见肛门口突起一个紫色的小肿物、表面为表皮，有触痛，它的周围组织无红肿浸润。单纯的外痔一般除突起外不引起明显的症状，一旦痔核内形成血栓，血栓刺激神经而引起剧痛。

3. 肛门旁脓肿 即比较浅在的直肠周围脓肿。疼痛渐起，伴有发热、恶寒等。检查局部可见有急性炎症征象，红肿、有触痛、或有波动感。脓肿破溃或切开后常形成肛瘘。因为直肠周围脓肿主要是由直肠末端隐窝的感染发展形成的，所以脓肿常内通直肠隐窝处。因此引流后虽然急性炎症好转，但感染来源依然存在，经常流脓。有时肛瘘外口暂时封闭，就会因蓄脓而起急性炎症，引起疼痛；随后又破溃流脓，这样可以反复发作。

（二）排便出血 排便出血是指直肠、肛管的出血，不同于较上部位的胃肠道出血，血液附在比较成形的粪便表面。可有两种情况：一种是单纯的比较新鲜的出血，多见于内痔和肛裂；另一种是粪便表面有血、粘液或脓性物，多见于直肠息肉和癌。肛裂已在前面介绍。

1. 内痔出血 内痔表面粘膜糜烂后可出血。如果痔核的静脉或动脉破裂，排便时出

血很多。当排便完毕括约肌收缩后，出血一般可以制止。但多次出血可能造成贫血。用肛门镜检查，可见内痔的糜烂和出血点。

2. 直肠息肉 是儿童便血的常见原因。有时可发现息肉在排便时脱出肛门外，表面有糜烂、粘液等，便后缩回直肠内。作指诊多可触到柔软的小肿物，活动性较大，指套染有粘液和血迹。有的息肉位置较高，须用直肠镜才能看到。

3. 直肠癌 粪便有血、粘液或脓性物是直肠癌形成溃疡的一项症状，这个症状容易被误认是“慢性痢疾”，必须引起我们警惕。直肠癌是一种较多见的肠癌，发生于中年以上的人。早期症状是大便不规则，含有一些粘液。后来出现粘液血便，但是在这个时期治疗还不算晚。如果延误诊断治疗，癌瘤继续发展，可出现直肠内有物堵塞感或里急后重、消瘦无力、骶部钝痛、排尿困难（侵及膀胱等）、肠梗阻等。诊断直肠癌的重要步骤是作指诊和直肠镜检查。指诊能够触到直肠下段8~10厘米以内的癌瘤，呈结节状，较硬，常沿直肠壁环形生长，所以容易造成狭窄。有时可触到癌的溃疡，即在隆起的癌体中有一处凹陷，常有触痛，可使指套染血。我们对于大便不规则、有粘液血便的病人，特别是没有急性痢疾或其他感染病史的，必须进行直肠指诊，或者请他到医院去进一步检查。

（三） 肛门内肿物脱出 肛门内肿物脱出，比较常见的是痔脱出，其次是直肠脱垂和直肠息肉。诊断这类病症，必须亲自观察肿物脱出情况，不能只凭病人主诉。

1. 痔脱出 内痔初期常无明显症状，随后可发生出血，已在上面介绍。当痔核增大时，可随着排便动作脱出肛门口，排便完毕自行缩回。但由于内痔逐渐向肛管发展，成为混合痔（表面有粘膜和表皮），加以肛门括约肌比较松弛，痔脱出渐渐不容易缩回，大便后要用手指帮助送回。有时内痔脱出比较多，如果肛门括约肌受刺激（多为肛门炎症）而痉挛，脱出的痔就被卡在肛门外，叫做痔嵌顿。如果不设法将其送回，痔和直肠末端粘膜发生血液循环障碍，郁血、水肿、痔静脉内形成血栓，久则可引起溃疡等。

2. 直肠脱垂 又称脱肛，轻度的只有直肠末端粘膜外翻，但通常遇到的是直肠全层脱出。这种病多见于儿童，也可发生于成人。脱出的直肠有时可达5~6厘米以上。起初在大便后，可自行缩回，后来要用手指帮助送回，也可能发生嵌顿。

痔脱出与直肠脱垂的局部体征不同。痔脱出可见大小痔核。直肠脱垂的外翻部分不是痔核，脱垂的粘膜呈花瓣状，全层脱垂的可见环形的直肠皱襞。

### 三、基本治疗方法

（一） 保持大便正常 不少肛门部疾病的发生发展，与大便不正常有关。如肛裂、肛门周围脓肿、痔等常与便秘有关；如脱肛可能与腹泻有关。因此，调节大便是防治肛门部病症的重要措施之一。

1. 养成每日定时大便的习惯，大便时间不宜过久（以减少肛门部郁血时间）。

2. 便秘者应及时治疗。首先从饮食着手，必要时可用润肠缓泻药，如蜂蜜、双醋酚汀、番泻叶、清宁丸等。也可用咸萝卜条、肥皂条等插入直肠末端，或用“开塞路”等。

3. 腹泻者按其原因治疗。

（二） 坐浴熏洗 可改善肛门部血运，保持局部清洁，适用于痔、肛裂、肛瘘等（包括手术后）。最简便的是用热水，也可在水中加入少许食盐、或加高锰酸钾（配成1/5000溶液）或用芒硝（配成1~2/100溶液）先熏后洗。

（三） 肛裂治疗 坐浴通便，多能使症状缓解，有的也能达到彻底治愈。但多数情况

下，还要靠局部处理。

1. 局部用药 新裂口可涂生肌白玉膏（尿浸石膏90%，制炉甘石10%，以麻油少许调成膏药。）陈旧裂口、溃疡底较厚者，可采用腐蚀法，先用枯痔散（白砒3.0、白矾20.0、月石3.0、硫黄2.0、雄黄3.0）少许敷于创口上，并以薄层药棉填入裂口内，每日换药一次。连续2~3天，改用九一丹（熟石膏9份，红升丹1份共研极细末），待到创面清洁后再用生肌白玉膏收口。

2. 手术切除 即将溃疡连同前哨痔一并切除。

（四）肛门部脓肿治疗 脓肿未溃时可用：当归、赤芍、丹皮、桃仁、地榆、槐角、黄柏、知母、草薢、薏仁、大黄、山梔。脓肿将破时加入皂角刺、穿山甲。剧烈疼痛时加入乳香、没药、秦艽。应用磺胺，抗菌素类药物。

一旦脓肿形成，则应及时切开排脓。肛门旁皮下脓肿引流手术，可做放射方向切口，切口长度与脓肿同等大小。同时应寻找齿状线处内口，如发现，应将切口与内口之间组织切开，减少肛痿形成。深部脓肿切开时切口方向取前后方向，需在外括约肌纤维以外，至少距肛门三厘米。切口处可将皮肤和皮下组织切除少许，以利引流。

（五）肛痿治疗

1. 挂线法 此法简单易行，效果良好。适用于外口距肛门不远的单纯内外痿。方法见“手术治疗”章。

2. 切开法 将痿管全部切开，创内敷用二宝丹（煅石膏八份，红升丹二份）或九一丹，填入纱布条。每日换药一次，逐渐脱腐生新，待创口清洁后，改用生肌白玉膏即可。

3. 切除法。

手术前后都应坐浴熏洗。

（六）痔治疗

1. 通便坐浴（见前）。

2. 挑痔疗法 方法见“手术治疗”章。

3. 外痔血栓形成的处理 外痔血栓形成时疼痛剧烈，可先用热敷，镇痛等一般对症处理。3~5日内疼痛缓解，有时血栓可逐渐吸收，如不能吸收，可在局麻下切开皮肤，取出血栓。局部不缝合，术后换药，坐浴，切口自能愈合。

4. 内痔的枯痔疗法 用化学药使痔静脉闭塞机化枯萎，叫做枯痔。肛门感染，妊娠和有全身性疾病时不宜采用。外痔也不应采用，可引起剧痛和感染。术后嘱病人暂戒酒，保持大便通畅。方法见“手术治疗”章。

5. 痔嵌顿的处理 内痔嵌顿可引起内痔血栓形成，感染或坏死。应及时予以处理。可先让病人坐浴，乘肛门括约肌较松弛时以油纱布包住脱出部位，揉送还入肛门。如不能复位，可用纯甘油（或25%硫酸镁）纱布包住脱出部位，并作热敷，使之消肿后复位。

6. 痔切除手术治疗 上述疗法不能治愈的痔，主要是较重的混合痔，可采取手术治疗。

7. 年老体弱或兼有其他严重慢性疾病者，不能作上述治疗时：（1）出血或感染者，清热利湿，祛风润燥，可用槐角3钱、生地4钱、黄柏2钱、赤芍3钱、丹皮1.5钱、泽泻3钱、苍朮2钱、防风1.5钱、地榆3钱、大黄3钱，水煎服。（2）出血气血

虚弱者，调补气血，可用党参3钱、黄芪3钱、白朮3钱、茯苓3钱、当归3钱、白芍2钱、熟地4钱、甘草1钱、陈皮1.5钱、槐花炭3钱、阿胶2钱，水煎服。

#### (七) 直肠脱垂治疗

1. 小儿脱肛，于每次排便后，石榴皮水或2000分之一过锰酸钾液熏洗。然后以五倍子、煅牡蛎、煅龙骨（等分）细末，撒少许于脱垂处，用纱布托回肛内。

如不好转可用直肠周围注射法。在阴部手术位3、6、9点（直肠右、左、后），各用8%明矾液8~15毫升，注于直肠周围结缔组织内。必要时可间隔7~10日再注一次。治疗期间最好采取卧位排便，至少用坐位排便。

2. 成年人体弱，因中气下陷而致的脱肛，常用治疗方法：（1）取补气升提的方法，常用药物如下：党参4钱、黄芪4钱、升麻2钱、当归3钱、焦白朮8钱、陈皮1.5钱、炙甘草1钱、大枣5枚，水煎服。（2）针刺：百会、足三里、长强、承山、环跳，宜补法，留针3~5分，隔日一次。同时应以丁字带束紧压迫固定局部，或用五倍子，白矾各5钱煎水洗，以丁字带固定。

成年人也可用直肠周围注射法，明矾液用量为每处各20毫升左右。

## 头 痛

### 一、头痛是怎样发生的？

头痛是一项相当常见的症状。各种急慢性疾病由于炎症、压迫、毒素等因素作用于头部的敏感结构尤其是脑膜、血管或末梢神经时，均可伴有头痛。头痛的常见原因有：

1. 颅脑疾病 如颅脑外伤、肿瘤、脑寄生虫病、脑炎、脑膜炎、脑出血、蛛网膜下腔出血、脑动脉瘤和脑血管畸形等。

2. 头颅邻近器官疾病 如青光眼、虹膜睫状体炎和屈光不正，中耳炎、乳突炎、鼻窦炎、鼻咽癌和扁桃体炎等。

3. 全身性疾病 如流感、一氧化碳中毒、尿毒症、高血压病及贫血等。

4. 精神神经因素 神经衰弱、癔病、血管神经性头痛和各种精神病等。

祖国医学认为头为诸阳之会、清阳之府，脏腑的气血均上汇于头部；脑为髓海，依赖肝血肾阴之营养。因而外感之邪或脏腑病变，都可影响头部而发生头痛。

1. 外感头痛 外感头痛以风为主。但可伴寒邪，则血为寒凝；伴热邪，则火性上炎；伴湿邪，湿浊也可上达头部。故外感头痛又分风寒、风热和风湿三种。

2. 内伤头痛 内伤头痛与饮食生活、情志以及肝、脾、肾三脏虚损有关。病在肝者可有肝阳和肝火之不同，病在脾者可有痰浊和气血亏之不同，病在肾者可分为肾阴虚和肾阳虚。此外，跌打损伤或久病之后都可引起气滞血瘀而有瘀血头痛。

### 二、诊断要点

头痛的原因虽多，但伴有明显的神经系统、五官或内科方面症状的头痛，诊断常无困难。诊断困难的是以头痛为突出症状，但无伴随症状的病例。但是，如能认真了解病史，掌握其发病过程，仔细检查体征，将所获得的资料作一番全面分析研究，大多数病例可以得到正确的诊断。

#### 1. 病史方面

(1) 头痛的部位：前额痛常为屈光不正、青光眼和鼻窦炎；一侧头痛常为中耳炎和乳突炎等；头顶部痛或帽状压迫感常为神经失调症。

(2) 头痛的性质：剧烈头痛多见于脑膜炎或颅内占位性病变引起的急、慢性颅内压增高；胀痛或钝痛多为神经官能症、高血压病和慢性中毒等。

(3) 头痛的时间：眼病头痛常在下午或晚上发生，尤其是在阅读和持久用眼时加重，休息后减轻；鼻窦炎的头痛晨起时较剧；高颅压的头痛多为持续性；血管神经性头痛则为阵发性，间歇期可完全缓解。

(4) 伴随症状：神经失调症的头痛，多伴有失眠；脑瘤的头痛多伴有呕吐；青光眼多有视力减退。

(5) 既往病史：慢性头痛多有既往病史，如耳流脓、外伤、感染和中毒等。

## 2. 体检方面

(1) 一般检查：测体温，发热的头痛与感染有关；测血压可发现高血压性头痛；摸皮下、肌肉、口腔粘膜和舌肌有无囊虫结节，可发现脑囊虫病的头痛等。

(2) 五官方面的检查：查结膜、角膜、瞳孔等外眼部的变化；查外耳道有无溢脓，乳突及鼻窦有无压痛，扁桃体有无红肿等，可发现五官方面的头痛原因。

(3) 神经系统检查：查有无高颅压症（包括眼底在内）、脑膜刺激症状和神经系统定位症状，可发现脑部疾病头痛的原因。

(4) 辅助检查：必要时须作血、尿及脑脊液检查或行头颅照片等。

## 3. 几种特殊头痛的病因

(1) 血管神经性头痛：为一侧发作性剧痛，呈搏动性，也可扩散到全头痛。常伴有呕吐、流泪和畏光等。数月或数年发作一次，每次持续数小时到数日。间歇期无头痛或只有轻微头痛。因属血管舒缩障碍所致，故称为血管神经性头痛。一部分属于神经官能症，另一部分可能是脑动脉瘤或脑血管畸形的发作性头痛。

(2) 脑动脉瘤和脑血管畸形：均可引起头痛，但在发生蛛网膜下腔出血之前确定诊断者较少。一侧头痛伴有同侧动眼神经障碍者可能为该侧脑底动脉瘤膨大所致；头痛伴有癫痫的青壮年病人，可能为脑血管畸形。

(3) 慢性高颅压头痛：常伴有呕吐和视神经乳头水肿。头痛剧烈，表情淡漠，不愿讲话，和神经官能症的头痛明显不同。后者主诉多，迫切要求治疗。常见的疾病为脑瘤、脑脓肿、脑寄生虫病和脑蛛网膜粘连，后两者往往无明显的伴随症状，容易漏诊，应注意问既往史。

## 三、治疗要点

1. 病因治疗 见有关章节。

2. 镇静止痛药应用 镇静、止痛药常合并使用。常用的镇静药有苯巴比妥、利眠宁和眠尔通等。止痛药有非那西丁和复方阿斯匹林等。索密痛、优散痛等成药即为上述两类药物的组合。

3. 针刺 前额痛针印堂、合谷、上星、列缺；一侧头痛针太阳、外关、风池；枕部头痛针哑门、后溪、昆仑、风池；顶部头痛针涌泉、太冲、百会；全头痛针哑门、印堂、足三里、合谷。

4. 草药和单方的应用 (1) 川芎5钱、白芷3钱，水煎服。(2) 藁本3钱、蔓

荆子3钱、细辛1钱、白芷2钱，水煎服。（3）鲜羊蹄根和鲜蒲公英根等量加少许小米饭共捣成糊状敷两太阳穴。

#### 5. 辨证施治

（1）风寒头痛：多在受凉受风时诱发或加重，苔薄白，脉浮紧。宜疏散风寒，可用荆芥、防风、羌活、川芎、细辛和白芷，水煎服。或用川芎茶调散冲服。

（2）风热头痛：伴有面目发红、口渴喜冷，尿黄，苔黄，脉浮数。宜疏风清热，可用薄荷、桑叶、菊花、黄芩、连翘和蔓荆子。或用桑菊饮，热重者用黄连上清丸。

（3）风湿头痛：伴有肢体沉重而痛，不思饮食胸脘满闷，苔白腻，脉濡滑。宜祛风胜湿，可用羌活胜湿汤加减：羌活、独活、川芎、蔓荆子、甘草、防风和藁本。

（4）肝阳头痛：伴有急躁易怒、睡眠不宁、舌质红、脉细弦。宜平肝潜阳，可用天麻、钩藤、石决明、珍珠母、牛膝和桑寄生。

（5）肝火头痛：伴有面目发红，尿赤便秘，苔黄，脉弦数。宜清肝泻火，可用龙胆草、山栀、黄芩、当归、生地、柴胡。

（6）气血亏虚：以气虚为主者体倦乏力、气短怕冷，脉虚无力，用补中益气汤加减；可用党参、黄芪、白朮、当归、陈皮、柴胡、川芎；以血虚为主者面白、心悸、舌淡、脉细，用四物汤加菊花，蔓荆子。

（7）痰浊：伴有胸脘满闷，呕恶痰涎，身重懒动，苔白腻，脉弦滑。宜理脾化痰，方用半夏白朮天麻汤：半夏、白朮、天麻、茯苓、陈皮、甘草。

（8）肾虚头痛：伴有腰背痠痛、遗精耳鸣。宜补肾益阴，方用熟地、山芋、枸杞子、白蒺藜、菊花。肾阳虚伴四肢不温，舌质淡、脉沉弱可加附子，肉桂以温阳。肾阴虚伴口干，手足心热、舌质红、脉弦细，可加丹皮、地骨皮以退虚热。

（9）瘀血头痛：头痛经久不愈，痛有定处，舌质紫暗，脉沉细。宜活血通窍，方用血府逐瘀汤加减：当归尾、赤芍、川芎、红花、牛膝、桃仁、柴胡、枳壳、地龙。

## 眩 晕

### 一、眩晕是怎样发生的？

轻度眩晕只有站立不稳而无旋转的感觉，闭目即止，可称为头晕；重者会感到自身和周围的环境都在旋转，以致不能站立，甚至伴有恶心、呕吐等症状；如同时有耳鸣者称为耳源性眩晕（旧名美尼攸氏综合征）。引起眩晕的原因有：

1. 内耳疾病 （1）急性迷路炎，可由各种传染病、脑膜炎、中耳炎、鼻及副鼻窦炎等引起。（2）内耳的血行障碍，可由内耳出血、供血不足和血管舒缩障碍引起。（3）内耳外伤，可由岩骨骨折，出血和瘢痕组织引起。（4）毒素刺激，如奎宁、链霉素、苯妥英钠等药品中毒以及胃肠病，吸烟过度等。

2. 脑部疾病 小脑、脑干和大脑半球颞顶叶病变均可引起眩晕，如小脑炎、小脑肿瘤、听神经瘤、桥小脑角病变、基底动脉系统供血不全、颅脑外伤、大脑肿瘤或炎症等。

3. 心血管疾病 如高血压、动脉硬化症等引起内耳和脑部的血液循环障碍，临床上多见。

4. 神经精神系统疾病 如癫痫、神经失调症和癫痫等引起迷路和小脑系统的功能障

碍或血液分布上的暂时性障碍，临床上多见。

祖国医学认为眩晕的发生与肝、肾、心、脾的关系最为密切。肝阴不足，肝阳偏亢，则阳升风动；肾虚不能生髓，则髓海不足（脑为髓海）；心脾虚，气血亏，不能上荣脑髓或因脾失健运聚湿生痰等均可发生眩晕。总之，肝、肾、心、脾虚为眩晕之本，风、痰为眩晕之标。

## 二、诊断要点

头晕及眩晕虽可由上述多种原因引起，但常见的是功能性障碍或局部血液循环障碍，即神经官能症、高血压、动脉硬化和贫血等。而脑瘤、炎症和外伤等实质性损害的疾病，很少单以眩晕为主症，但在确定眩晕的病因诊断时，仍需考虑此类疾病。

### 1. 病史

(1) 眩晕发生的情况：自身和周围环境都旋转者，多见于内耳迷路和前庭神经的疾病；无自身和周围环境旋转，只有站立不稳者，多见于心血管系统疾病。

(2) 眩晕的伴随症状：伴有恶心、呕吐、耳鸣和眼球震颤者应考虑耳原性眩晕。伴有许多说不清楚的症状，应考虑癔病和神经失调症。情绪激动时头晕加重，应考虑高血压及动脉硬化。伴有口吐白沫、抽搐等应考虑癫痫。

(3) 眩晕发生的环境：长期生活在嘈杂的环境中，耳原性眩晕可能性大；在坐船或乘车时发生，多为晕动病。

(4) 仔细询问既往类似发作史和其他的既往史。

2. 体检 详细检查病人有无高血压、贫血、中耳炎和神经系统症状，如眼球震颤、闭目难立征（旧名龙伯氏征）及其他定位症状。

3. 几种特殊的眩晕病症 见下表。

| 病 名             | 症 状                                                                            | 体 征                                   |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 耳源性眩晕（美尼攸氏综合征）  | 突然发作性眩晕，自身和周围境界均旋转，恶心、呕吐、耳鸣、面色苍白、出汗，严重者可神志不清，持续数小时至数日不等。在间歇期症状完全消失，多次发作可引起听力障碍 | 发作时体检可见眼球震颤，而间歇期则无阳性所见                |
| 迷路炎             | 常继发于中耳炎、乳突炎。发热、眩晕、呕吐、走路不稳                                                      | 眼球震颤、闭目难立征、听力障碍和乳突部压痛                 |
| 脑肿瘤（小脑肿瘤、听神经瘤等） | 头痛、眩晕进行性加剧，常伴有呕吐，强迫性一侧卧位，走路不稳                                                  | 眼球震颤、共济失调征状，听神经瘤时听力减退。头颅照片和脑脊液检查有助于诊断 |
| 椎基底动脉供血不全       | 常有高血压及脑动脉硬化，表现突然发作的眩晕伴有恶心、呕吐、吞咽障碍及肢体麻木等                                        | 眼球震颤、一侧软腭麻痹、对侧肢体痛觉障碍或轻瘫等              |

## 三、治疗要点

1. 病因治疗 如手术、抗炎和降血压等针对病因进行治疗。

2. 一般处理 发作时宜卧床休息，呕吐频繁者可给高渗葡萄糖静脉注射或爱茂尔肌肉注射。口服药物可用苯巴比妥、利眠宁、异丙嗪、氯丙嗪、乘晕宁和菸酸，亦可用双氢克尿塞或乙酰唑胺等。

### 3. 辨证施治

(1) 肝阳眩晕：有肝阳偏亢和肝火之分。辨证治疗和方剂同肝阳及肝火头痛。症状减轻后可服杞菊地黄丸以滋肾养肝。

(2) 肾虚眩晕：分肾阴虚和肾阳虚。辨证、治疗和方剂同肾虚头痛。

(3) 气血亏虚眩晕：伴面色㿔白，心悸失眠，体倦无力，食欲不振，舌质淡，脉细弱。宜补益心脾，可用黄芪、当归、白朮、茯神、远志、炒枣仁和木香。亦可用归脾汤加减。

(4) 痰浊眩晕：辨证、治疗和方剂同痰浊头痛。如痰郁化火，出现头胀痛、心烦口苦、尿黄苔黄、脉滑时，宜清化痰热。半夏白朮天麻汤去白朮加枳实、竹茹和黄芩。

4. 单方验方 (1) 向日葵盘(去子)一个加冰糖适量，水煎服，治阳虚头晕。(2) 鲜小蓟根1两，水煎服，治肝阳眩晕。(3) 天麻6钱、钩藤1两，水煎服。(4) 蝉蜕7个，水煎服。

5. 针刺疗法 选风池、百会、头维和足三里。痰浊加丰隆；恶心呕吐加内关和中脘。

## 抽 风

抽风是指发作性全身痉挛，临床常见的是癔病性痉挛和癫痫大发作。癔病性痉挛是神经官能症的一项症状，查不出脑部器质性病变，是大脑兴奋性亢进，在某种因素影响下兴奋迅速扩散引起全身性痉挛。癫痫大发作，一部分查不到原因者也是大脑兴奋和抑制功能失调的一种表现，称为原发性癫痫，另一部分可以查到原发病，称为继发性癫痫。

临床上遇到抽风病人，首先要鉴别癔病性痉挛和癫痫大发作。如为癫痫大发作，还要鉴别原发性和继发性以及继发于何种病。然后根据疾病施行治疗。

### 癔病性痉挛

#### 【临床表现】

1. 癔病性痉挛无先兆，常在愤怒、惊吓等精神刺激时发生全身性痉挛，不象癫痫大发作先由强直性痉挛以后变为阵挛性抽搐那样有规则的抽风。有些癔病性痉挛，由于胸腹部上举，由头足支持其身体而形成角弓反张样特殊姿势。癔病性痉挛的持续时间也比较长。

2. 无明显意识障碍，发作消失后患者对发作中的某些情景能够记忆。

3. 发作时面色一般无变化，不引起外伤、舌咬伤，无尿失禁，瞳孔大小和对光反应均正常，引不出病理反射，发作后不入睡，不同于癫痫大发作。

4. 常在白天发作。

5. 癔病患者情绪易变动，可伴有身体某一部分与神经分布不一致的感觉异常、迟钝或消失，或咽头反射消失、味觉减退、视野缩小和癔病球(咽部或食道上端有阻塞感)等症状。

【治疗】 癔病性痉挛用新针疗法往往可立见效果。穴位可选用人中、合谷、足三里和涌泉等。用强刺激手法或用电针。痉挛缓解后要进行精神治疗，分析发病原因，解决病人的思想问题，以防止再发。亦可根据情况同时给以药物治疗。

## 癫痫大发作

癫痫大发作俗称“羊痫风”，属于祖国医学的“痫症”。可分原发性和继发性两类。

### 【临床表现】

1. 先兆 约半数发作前有先兆，如视、嗅、味觉异常，眩晕、发汗、颜面苍白、恐怖、忧郁、苦闷等预感。此类先兆有多种多样，但同一病人每次的先兆相同，因而病人可以预感到要发作，此点对定位诊断也有意义。

2. 意识障碍 紧接先兆出现即痉挛发作，意识也突然消失，病人跌倒，四肢出现强直性痉挛持续约30秒钟即变为阵挛性抽搐。开始颜面苍白，很快出现发绀，往往还发出异常的尖叫声，口吐白沫，有舌咬伤时吐血沫，可有尿便失禁，瞳孔散大，两下肢可引出病理反射。

3. 痉挛和抽搐 原发性癫痫发作，痉挛开始就为全身性，而不是从某一特定部位开始。继发性癫痫发作，多从一定部位开始，继则向同侧其他部位扩延，最后波及到全身，称为扩延性癫痫。常见于大脑运动中枢的局限性病变引起，如颅骨凹陷骨折、脑膜粘连和脑肿瘤等。因此凡扩延性癫痫必须寻找其原发病。

4. 逆行性健忘 发作后多进入熟睡，醒后对发作中的情景完全不能回忆。常在夜间睡中发作，发作后又入睡，早晨醒来感到全身疲劳。

### 【诊断】

(一) 原发性癫痫 有的病人家属中有同样疾病。原发性癫痫发病年龄多在幼年或20岁以内，因而病期多较长。中年以后第一次发病的癫痫病人应多考虑继发性癫痫，要进一步追查其病因；这类病人发作后可能查出神经系统定位体征，也是与原发性癫痫的不同点。

同一癫痫病人可有多多种发作类型，要追问有无小发作、精神运动性发作以及局限性发作的既往史，有助于诊断。

### (二) 继发性癫痫 病因如下：

1. 脑部疾病：(1) 炎症：如脑膜炎、脑炎等，在急性期引起癫痫发作者，因主病表现比较突出，诊断很少误差。但脑膜炎和脑炎治愈以后出现的癫痫，多是在问既往史时发现其病因。(2) 脑寄生虫病：如脑囊虫病、脑肺吸虫病、脑血吸虫病、脑棘球蚴(包虫)病等均可引起癫痫发作。要注意到流行地区，北方脑囊虫较多，南方血吸虫较多，牧区要注意脑包虫病。脑囊虫易被忽略，要注意检查皮下、肌肉有无囊虫结节和追问有无便检虫节片的病史。(3) 脑瘤：在脑瘤的中期和晚期，高颅压和定位症状出现后病因诊断一般不难，然而一部分脑瘤病人在比较长的时间内以癫痫为其主要症状，在治疗过程中要注意观察，诊断上不要搞“一次完成”论。(4) 颅脑外伤：急性期脑损伤、颅内出血和以后的瘢痕、粘连均可引起癫痫发作。(5) 脑血液循环障碍：各种脑血管病和脑动脉硬化亦可引起癫痫发作。(6) 脑发育不全：多见于儿童，除抽风外常伴有智力发育障碍，说话、走路比一般小孩晚或有头颅畸形(如小头、尖头等)或其他神经系统症状。

2. 全身性疾病 全身性疾病出现抽风是由于体液代谢障碍引起。如在尿毒症、子痫、高热和各种中毒等的过程中发生，病因诊断一般不会漏掉。而低血钙和低血糖的抽风，由于主病症状不突出，抽风又不象癫痫大发作那样典型，容易误认为癔病性痉挛而延误了病人的病因治疗。

总之，抽风是个一过性的症状，医生不一定能够看到抽风当时的情况，发作间歇期又往往查不出明显的异常体征。因此，有些抽风病人的病因诊断一下子很难肯定。只要在问诊和检查上认真下功夫，癫痫病因的诊断率就可以提高。

问诊时要注意以下几点：（1）初次发作的年龄。（2）发作前有无诱因或先兆。（3）抽风当时的情况，有无规律，全身性或扩延性。（4）抽风的伴随症状，如昏迷、发热、呕吐和肢体瘫痪等。（5）全面了解有无上述各种可以发生癫痫的原因病。

检查要在问诊的基础上进行。引起癫痫发作者多属脑部疾病，故应重点检查神经系统，例如检查眼底有无视乳头水肿，对确定有无慢性高血压有重要意义。此外，还要根据需要检查血液嗜酸细胞、大便查虫卵、血糖、血钙定量及脑脊液。

【治疗】除继发性癫痫查到了病因争取治本以外，癫痫大发作的治疗主要是控制发作，病愈前不宜从事登高作业、驾驶机动车等工作。帮助病人解除顾虑，正确对待疾病，同时根据具体情况选用西药、中药和针灸等疗法。

1. 控制癫痫大发作 常用药物有：（1）苯妥英钠：抗痉作用强且无安眠作用，是最常用的抗癫痫药。成人每次用量0.1，每日3~6次，长期用药有的病人出现齿龈肥厚，可用手按摩和并用维生素丙；少数病人可出现步态不稳、眩晕、恶心及皮疹。（2）苯巴比妥（鲁米那）：也是常用的抗癫痫药，用量大可引起睡眠。成人每次0.03~0.06，每日3~4次。少数病人可出现皮疹及发热等过敏现象。（3）麦苏林（扑痫酮）：价格较贵，副作用偏多，但有时前两种药治疗效果不满意时，用麦苏林可以收到较好的效果。

用药注意事项：（1）几个月发作一次者可以不用药。（2）发作频繁者（如每周发作几次）要坚持每天用药，突然停药或换药可能引起发作加重。（3）开始的用药量要大或同时用两种抗癫痫药物。摸出安全有效的剂量连用药半年到一年不发作，可逐渐减量到慢慢停药。

2. 癫痫连续状态的治疗 大发作连续出现，病人昏迷不断加深，并可出现高热和脱水等，危及病人生命。应争分夺秒地积极抢救。（1）原则上第一次用药量要大，如鲁米那钠0.3~0.4克肌肉注射，或用副醛5~8毫升肌肉深部注射，或用10%水合氯醛20~30毫升灌肠。如用药15~30分钟后仍有发作可改药，交替用药可避免中毒。（2）在用上述药物的同时尚可选用25%硫酸镁10~20毫升肌肉注射，10%葡萄糖酸钙10~20毫升静脉缓慢注射，4%卤硷葡萄糖溶液250毫升静脉滴注；也可用25%山梨醇（或20%甘露醇）250毫升静脉快速滴注，以减轻因连续发作所致之脑水肿。通过上述用药，如24小时内已无发作，则减少用药次数。意识清醒后改用口服药。（3）如仍不能控制发作者，可慎重地使用阿米妥钠0.5或硫喷妥钠0.25~0.5克加生理盐水稀释到20毫升缓慢静脉注射。（4）呼吸、循环障碍时，应予吸氧、注射呼吸中枢兴奋剂及强心剂。昏迷较久应予抗菌素以防感染。

3 中药治疗 祖国医学对癫痫的论述，大致认为与肝肾阴虚和脾胃虚弱有关。偶有情志失调或劳力过甚，则肝阳激升挟痰上逆而发病。

（1）发作时的治疗以豁痰开窍、熄风定痫为主，方用定痫丸减味：半夏、陈皮、竹茹、天麻、钩藤、菖蒲、茯苓、远志、麦冬、丹参。

（2）连续发作，舌苔黄腻、脉弦滑而大者，宜清火、化痰和熄风为主，方用温胆汤加味：黄连、胆草、半夏、陈皮、茯苓、甘草、竹茹、枳实、石决明、钩藤。

(3) 单方及验方：①郁金、明矾各四两共研细面，炼蜜为丸、每个重2钱，每次2丸，日服二次。②胡椒2钱、地龙4钱、大黄豆1斤，以水五斤煎药至水干为度，去药吃黄豆，每次2~4粒，每日二次。③吴茱萸2钱研细末撒入肚脐窝内，外用胶布固定，7~10天换一次。④雷丸面半斤、鸡肉面半斤、桑枝1两、全蝎3钱共研细面，每次三钱，日服三次（治脑囊虫症的癫痫）。

4. 针刺疗法 发作时针人中、而后针涌泉。间歇期针合谷、太冲、百会、内关、神门、三阴交、大椎、照海、后溪等穴。

### 偏瘫(脑血管疾病)

偏瘫俗称半身不遂，是指一侧上下肢不能活动（完全性偏瘫）或活动能力差（不完全性偏瘫）。要认识偏瘫，必须了解发生偏瘫的解剖生理基础。本节内容是在此基础上重点阐述偏瘫的常见原因病，即脑血管疾病。

偏瘫通常是由一侧脑半球病变引起的，尤其是内囊附近的病变。一侧大脑半球支配对侧半身的随意运动，大脑半球的运动中枢（前中央回）有一定的分工，即靠上方者支配对侧的下肢，往下依次排列为躯干、面肌、和舌肌。（图6-16）由运动中枢各部位的锥体细胞分散地发出的下行运动纤维均经过同侧内囊（在内囊的排列由前到后为面、舌、上肢

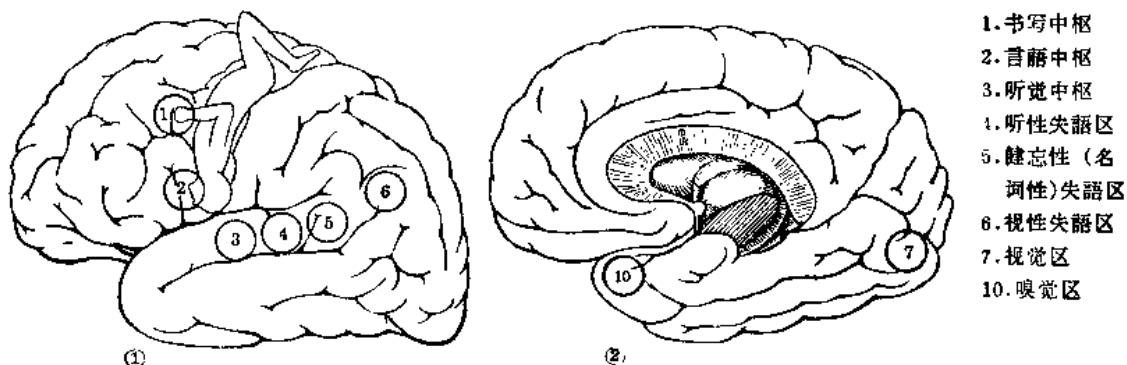


图 6-16 大脑的功能定位

和下肢）。（图6-17）再分别到脑干对侧的面神经、舌下神经核（称为皮质延髓束）和脊髓对侧各节段的前角细胞（称为皮质脊髓束）两者均属上运动神经原，亦称锥体束。然后再由面、舌下神经核和脊髓的前角细胞发出运动纤维到达面肌、舌肌、和躯干及上下肢（称为下运动神经原）。上下运动神经原组成了人体整个随意运动的传导系统。

内囊附近发生病变时，在对侧可出现面瘫（鼻唇沟变浅和不能鼓腮等，而面上部肌肉因受两侧脑半球支配，故皱额纹和闭眼功能正常），舌下神经瘫（舌伸出时

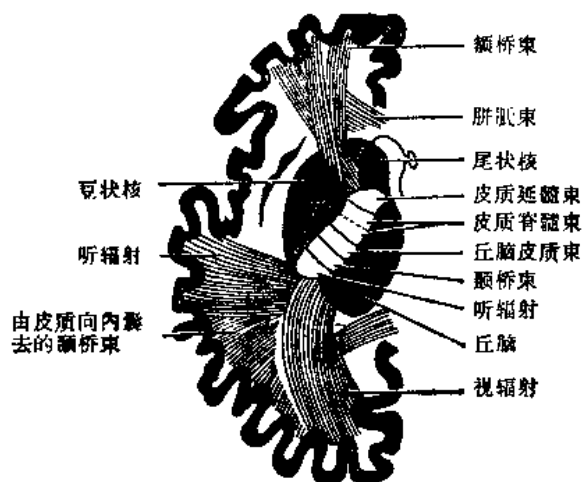


图 6-17 内囊纤维排列

偏向偏瘫侧)和对侧的上下肢瘫。锥体束(即上运动神经原)对肢体的肌张力和腱反射均具有控制作用。当内囊附近病变损及锥体束时,由于控制解除,在对侧肢体可出现病理反射(亦称锥体束征),肌张力增强和腱反射亢进。言语中枢在左侧,故左侧内囊附近病变多同时合并有失语症。由周围到中枢的感觉纤维也分别在脊髓和延髓水平交叉到对侧后上行通过内囊,最后分散地到达半球的感觉中枢(后中央回)的特定部位(其排列顺序和运动相似)。感觉传导路在内囊是走行在下肢运动传导路的后方,因此,内囊附近损害的偏瘫,在偏瘫侧可合并有一定的感觉障碍。

总起来说,内囊附近损害的偏瘫多合并有:(1)同侧的面瘫和舌下神经瘫;(2)瘫侧肢体肌张力增强,腱反射亢进并有病理反射;(3)也可伴有同侧的感觉障碍。

这些特点可以区别于脑干水平损害的偏瘫和癔病性的偏瘫。在一侧脑干水平锥体束受损时出现对侧上下肢瘫,但同时有损害侧的颅神经瘫,称之为交叉瘫。如动眼神经交叉瘫(损害在中脑),面神经交叉瘫(损害在桥脑)。这种病例远比内囊附近损害者少见。癔病也可出现一侧上下肢瘫,但不合并同侧面瘫和舌下神经瘫,更无病理反射。癔病的不完全性偏瘫,走路时瘫侧下肢为拖拉步态,与锥体束不完全损害时瘫侧下肢出现的划圈步态不同,也是重要的鉴别点。

很多原因可以发生偏瘫。从其发生率来说,以脑血管病占多数,如脑出血、脑血栓形成和脑栓塞,偏瘫是它们的基本症状。蛛网膜下腔出血有时也伴有偏瘫。其他原因所致的偏瘫,比较少见。

脑血管病的偏瘫多在高血压病、脑动脉硬化或心脏病的基础上发生。其特点是发病急,急性期多为完全性的偏瘫,且常伴有不同程度的意识障碍,除抢救无效死于急性期者外,其偏瘫多可逐渐好转。

颅内占位性病变(脑肿瘤、脑寄生虫病和脑脓肿等)所致的偏瘫,除基础病与脑血管病不同外,其发病缓慢,多由单瘫开始发展到不完全性偏瘫,同时伴有高颅压症,病情逐渐加重,后期才出现意识障碍。

颅脑外伤(脑挫伤和颅内血肿)有明确的外伤史,可以鉴别。

各种脑血管病及其特点 脑血管疾病也称脑血管意外、脑卒中或中风,包括脑出血、脑血栓形成、脑栓塞和蛛网膜下腔出血。它们虽有上述的共同特点,但在病因、病理和临床表现上仍有某些不同,分述如下。

## 脑 出 血

【病因病理】 高血压继发脑动脉硬化,血管壁弹力纤维被破坏,脆性增加。在情绪激动、剧烈咳嗽、排便用力等血压突然增高的条件下,病变的脑血管破裂而发生出血。

脑出血的好发部位多在内囊附近,大量出血时可穿破侧脑室流入蛛网膜下腔。在出血灶的部位血液可直接破坏脑组织,在其周围可发生脑水肿。重则继发脑移位、脑疝甚至脑干出血。经治疗好转的病例,出血灶被吸收,病灶周围形成一个薄壁,中间液化形成中风囊。出血量小,病灶不大者只遗留胶质瘢痕。

### 【临床表现】

1. 40岁以上的高血压病人,突然发生昏迷和偏瘫,是脑出血的基本症状。
2. 偏瘫侧肢体在急性期由于大脑高度抑制,开始为弛缓性(肌张力弛缓、腱反射减

弱)，以后变为痉挛性（肌张力增强，腱反射亢进，病理反射阳性），偏瘫侧的手脚可有发凉，青紫和水肿等植物神经的症状。

3. 昏迷时可伴有呕吐。呼吸深大并有鼾声、多汗和体温增高等症状。由于昏迷的全身肌肉弛缓常掩盖偏瘫症状，可通过以下方法查出：（1）下肢平伸时，瘫侧足呈外展位。

（2）压迫眶上缘内侧（眶上神经）瘫侧口角不收缩。（3）以针刺检查，瘫侧肢体无运动反应。（4）如有一侧瞳孔散大（小脑幕切迹疝）则其对侧为偏瘫侧。

4. 血性脑脊液。急性期腰穿可促进病情加重，诊断无困难的病例，原则上不作腰穿。

### 脑血管关闭

1. 脑血栓形成 多在脑动脉硬化（常伴高血压）的基础上发生。硬化的动脉内膜粗糙，在血流缓慢、血压偏低的条件下，血液的有形成分易附着在动脉的内膜凝成血栓而发病。老年人夜间醒来发现偏瘫者多属本病。白天发病者也不象脑出血那样急剧，偏瘫多在数小时内发展到高峰。昏迷也比脑出血轻，也可无意识障碍。

2. 脑栓塞 多在心脏病的基础上发生。风湿性心脏病二尖瓣狭窄伴心房纤颤时，在左房内易形成附壁血栓，血栓脱落形成栓子；亚急性细菌性心内膜炎时瓣膜上的疣赘脱落亦可成为栓子。栓子随血流进入脑血液循环阻塞了脑血管称为脑栓塞。因此，脑栓塞发病比脑出血还要急，但其昏迷不象脑出血那样严重和持久。发病年龄以青壮年多，同时存在心脏病的症状。

3. 其他类型的脑血管关闭 一部分脑血栓形成可由于脑动脉本身的炎症引起，如结核性脑膜炎伴发的偏瘫多属于此类型。青少年和儿童发生的急性偏瘫，临床上查不出明确原因，其中一部分是由于脑血管发育上的变异在某种诱因下而发病；另一部分由于脑血管的某种非特异性炎症（如过敏性炎症）引起。此外，还有一部分病例偏瘫的发生和恢复都很快，习惯上称为脑血管痉挛，或脑供血不全。实际上，这类病例也可能在脑血管器质性变化的基础上发生。单纯的脑动脉腔狭窄在血流缓慢和血压低的条件下也可出现脑血管关闭的症状。

各类脑血管关闭均多发生于中大脑动脉及其分支，发生偏瘫的病理基础是脑组织缺血缺氧后，先是脑组织水肿，以后形成脑软化。

### 蛛网膜下腔出血

【病因病理】蛛网膜下腔出血亦称脑膜出血，脑膜卒中，是软脑膜上的血管破裂，出血流入蛛网膜下腔，与脑出血（脑实质内出血）不同。病因一是由先天性动脉瘤或脑血管畸形破裂出血，多发于青壮年；二是由脑动脉硬化（多由高血压继发）所致的动脉瘤破裂出血，多发生于50岁以上的老年人。

【临床表现】以脑膜刺激症状为主，即突然发生头痛、呕吐、颈强及屈髋伸膝征。可有兴奋不安等精神症状，部分病人亦可昏迷。发病后几天内可有中度发热（吸收热），易误诊为脑膜炎，腰椎穿刺如为血性脑脊液即可确定诊断。少数病例也可伴有偏瘫是因为出血波及到了脑实质，但本病脑膜刺激症状突出，偏瘫轻，脑脊液血性浓，不同于脑出血。

祖国医学把脑血管疾病统归于中风范畴内，不再区分为脑出血和脑血管关闭，但在辨证施治上仍有区别对待。如对高血压性脑出血多认为与风、痰、火有关。风是由于肝肾阴虚肝阳上亢引起的肝风，肝风内动，气血痰随风上逆而发生突然昏迷和偏瘫等症状。火是由阴虚内热所生，痰是热煎津液而生。对动脉硬化性脑血栓形成和心脏性脑栓塞则认为多与肝肾不足，心脾两虚和气血亏损有关。祖国医学对中风的辨证施治在某些地方比西医在诊断上的分类还要细，如对中风时的昏迷，西医只讲昏迷的深浅，而中医则辨闭证和脱证，起到了指导临床治疗的作用。

**脑血管病的防治** 预防脑血管病主要应以早期治疗高血压、动脉硬化和风湿性心脏病入手，并应定期观察，对较重的高血压、动脉硬化和风湿性心脏病最好不参加重体力劳动。烟酒嗜好、暴饮暴食、情绪激动和便秘等，均可能促进脑血管病发生。在宣传这些卫生常识的同时，还要解除病人对疾病的精神负担，鼓励病人主动同疾病作斗争，这也十分重要。

治疗脑血管疾病可归纳为以下几方面：

1. 昏迷的护理和治疗 可参照昏迷一节。对脑血管病来说重要点是预防并发症，如肺炎、褥疮和尿路感染。

2. 止血 出血的病例首先要保持安静，尽量就地治疗，避免长途搬运，以防止继续出血。止血药应选用增强血管壁功能的药物，如安络血5~10毫克每日2~4次肌肉注射。血压过高者可用降压药，如利血平1毫克肌肉注射，每天1~3次，或25%硫酸镁10毫升肌肉注射每日2~3次，意识清楚者也可口服降压药。

3. 降低颅内压和减轻脑水肿 适用于急性脑血管病伴有昏迷者。昏迷2天以上者，由于出汗过多或连续用脱水药物，可逐渐引起水和电解质的紊乱，每天补液量应保持在2000毫升左右，可用10%葡萄糖1500毫升，生理盐水500毫升。5天以上仍不清醒者应给鼻饲饮食（米汤、菜汤、豆浆、牛奶、糖水或果汁）。对剧烈头痛或昏迷逐渐加深的蛛网膜下腔出血，如无偏瘫，可行治疗性腰椎穿刺，缓慢放液，每次5毫升左右，以降低颅内压力，缓解临床症状。

4. 舒张脑血管和改善脑血循环 适用于脑血管关闭的病例，可选用菸酸25~50毫克每日三次或100毫克每日1~2次肌肉注射，氨茶硷0.25克加入25%葡萄糖20毫升内静脉注射。

5. 辨证施治 根据不同症状，通过祛邪补正和疏通经络的方法治疗。

（1）脑出血急性期：轻症：指无明显意识障碍者，以平肝熄风，滋阴潜阳为主，可用镇肝熄风汤和天麻钩藤饮加减：天麻、钩藤、龙骨、牡蛎、白芍、石决明、代赭石、元参，有肝胆胃热者：加黄芩、胆草、枯草，有痰者：加半夏、竹茹、南星。

闭症：面红气粗、鼻鼾痰鸣、苔腻、脉弦滑。则熄风、潜阳、清热、豁痰、开窍并进。可先用牛黄清心丸（安宫牛黄丸亦可）或至宝丹每天1~2粒有开窍、清热、豁痰的作用。继进汤剂：磁石、赭石、石决明、黄芩、胆草、枯草、大黄、半夏、菖蒲、竹茹。

脱症：目合口开、面白气微、苔白、脉弱。以益气回阳固脱为主，可用参附汤。肢冷，加桂枝、干姜，多汗，加龙骨、牡蛎。

（2）脑出血恢复期：以滋补肝肾，益气活血为主，佐以通络之品。方用地黄饮子合补阳还五汤加减：熟地、山芋、石斛、麦冬、菖蒲、远志、黄芪、当归、川芎、桃仁、赤

芍、红花。

(3) 脑血栓形成：高血压肝风内动为主者，可按轻症脑出血用药；动脉硬化气虚血滞为主者：宜益气活血通络，以补阳还五汤为主方；当归、黄芪、桃仁、红花、赤芍、川芎、地龙。根据辨证酌用熄风、豁痰、清热药。

(4) 脑栓塞：心脏病所致的脑栓塞宜培补心脾、活血通络。用归脾汤合用补阳还五汤加减；党参、黄芪、白朮、山药、桂枝、远志、茯神、菖蒲、当归、川芎、桃仁、红花。

(5) 蛛网膜下腔出血 高血压肝风内动为主者，可按轻症脑出血用药。头痛剧烈者，重用桑叶、菊花、全虫。呕吐者，重用竹茹、半夏、赭石。

湿热内阻为主者：则清化湿热，可用黄连温胆汤加味；半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、竹茹、黄连、黄芩、葛根、羌活。

6. 针灸治疗 (1) 肢体瘫痪：曲池透少海、养老透间使、阳陵泉透阴陵泉，悬钟透三阴交。(2) 失语：上廉泉（下颌颏部一横指处）斜向舌根部1.5~2寸，还可向两侧斜刺。(3) 口角流涎：地仓透颊车、地仓透迎香。

7. 功能练习 按摩瘫痪侧肢体，并被动活动其关节。偏瘫恢复一般均从下肢开始。下肢出现主动运动时，要充分调动病人的主观能动性，树立战胜疾病的坚强信心，坚持不懈地锻炼瘫痪侧肢体，逐渐增加活动量。失语者可由单音词开始教病人发音到讲话。

## 截 瘫

截瘫主要是指脊髓横贯性损害造成的肢体瘫痪。本节内容首先阐述发生截瘫的生理解剖基础，其次介绍脊髓性截瘫的病因诊断，然后重点介绍急性脊髓炎。

【病因病理】 脊髓在脊柱椎管中，上接延髓，下达第一腰椎水平，是大脑到末梢的运动纤维和末梢到大脑的感觉纤维中间的通路。从大脑发出的锥体束（上运动神经原）到脊髓各节段的前角细胞，再由前角细胞发出纤维（下运动神经原）支配所属的肌肉。

（图6-18）支配上肢运动是从下部颈髓发出的纤维，支配下肢运动是从腰髓发出的纤维。从下部颈髓和腰髓发出的纤维、比胸髓和上部颈髓多而粗大，因而在颈髓和腰髓各形成一个颈膨大和腰膨大，这与上、下肢活动量大有关。

脊髓细长，发生半侧损害的机会很少，脊髓病变多数为横贯性损害，即发生截瘫、感觉丧失和尿便困难。

瘫痪分痉挛性和弛缓性两种。

1. 痉挛性瘫 是损及上运动神经原。肌张力增强、腱反射亢进并出现病理反射。

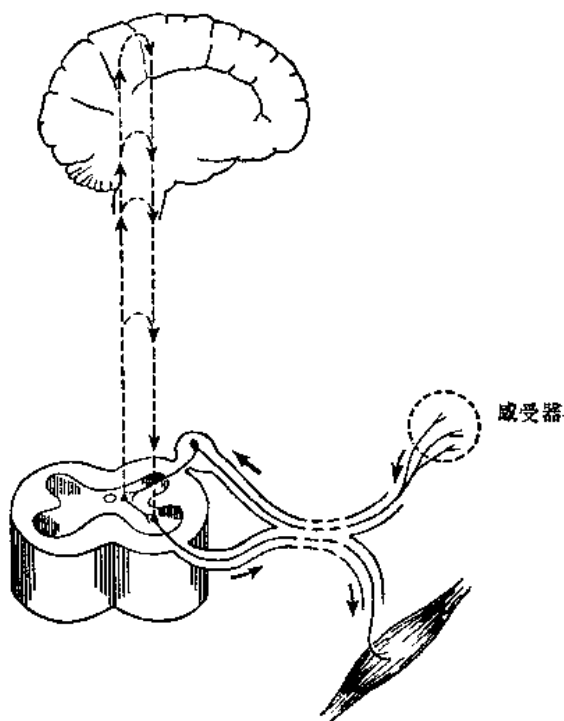


图6-18 脊髓反射的传导过程

其原因已于偏瘫节内阐述。

2. 弛缓性瘫 是损及下运动神经原。前角细胞有维持肌肉张力和肌肉营养的作用，它又是腱反射的反射弧的组成部分，因此，前角细胞受损时就可出现肌张力低下，肌萎缩和腱反射减弱或消失。

因脊髓受损的部位不同，出现的截瘫性质也不一样：（1）胸髓以下的横贯性损害引起两下肢痉挛性截瘫。（2）损害在腰膨大时引起两下肢弛缓性截瘫。（3）损害在颈膨大时的四肢瘫，两上肢为弛缓性而两下肢则为痉挛性。（4）颈髓上段损害引起的四肢瘫则全为痉挛性。但急性脊髓损害时，由于脊髓处于“休克期”，损害水平以下的肢体开始均为弛缓性，以后可能出现痉挛性截瘫。

发生截瘫的同时，由于在脊髓内走行的感觉传导路被截断，故出现一定平面的感觉丧失。

由于管理大小便的低级中枢（在骶髓）与脑部中枢的联系被截断，所以截瘫伴有尿便困难。

截瘫的常见原因虽然是脊髓损害，但是神经系统其他部分（如大脑、周围神经）或是肌肉的疾病，也可能出现截瘫的症状。所以，应当区别非脊髓性与脊髓性截瘫。

#### 1. 非脊髓性截瘫

（1）脑性截瘫：多见于儿童，由于分娩时新生儿头顶部（大脑两半球的下肢代表区）受伤所造成。常出现两下肢不完全性痉挛性截瘫，多无尿便障碍，更无感觉障碍水平面。结合产伤史、诊断可以确定。

（2）感染性多发性神经炎：比较常见。病前多有不同程度的感染症状，可能是一种感染后神经系统的变态反应性疾病。其病理变化为神经系统急性弥漫性水肿，而以运动神经根为著。发病比较急，开始多为两下肢弛缓无力，1~2天即波及到两上肢出现四肢弛缓性瘫，引不出病理反射。感觉改变不明显，很少出现尿便障碍，而且约半数病例出现面神经和舌咽迷走神经的症状。注意到这些规律和横贯性脊髓性截瘫的鉴别并不困难。治疗和急性脊髓炎基本相同。

（3）周期性麻痹：是一种肌肉疾病，没有神经系统原发性损害，多数由低血钾引起表现为四肢弛缓性瘫，无感觉和尿便障碍，引不出病理反射，经补钾以后恢复很快，既往可能有类似的发作病史。

（4）癱病性截瘫：查不出病理反射和无尿便障碍，此外尚具有癱病的特点。

（5）脊髓灰质炎：多只限于侵犯前角细胞，出现两下肢弛缓性瘫，也多不对称，无横贯性脊髓损害症状。

2. 脊髓性截瘫 除脊髓本身病变外，脊椎体或椎管内病变均可能造成脊髓受压而出现横贯性脊髓损害。

（1）脊椎结核：多见于青壮年，起病缓慢，病变的椎体可有后突畸形，局部有压痛，X线照片可见椎体破坏和椎旁脓肿。

（2）脊膜粘连：可为结核性脑膜炎的并发症，也有查不到明显的致病原因的，脊膜粘连的感觉障碍水平面多不整齐。

（3）脊椎外伤：有外伤史，X线照片多有脊椎骨折。

（4）其他：椎管内肿瘤起病缓慢，转移瘤可有原发灶。脊椎硬膜外脓肿有发烧、白

细胞增多和原发感染灶，在病变水平处的棘突往往有显著压痛，局部试穿有脓汁抽出者是重要的诊断根据。

上述的压迫性脊髓病，除晚期外很少出现全瘫。而急性脊髓炎发病急，多为全瘫。

### 急性脊髓炎

急性脊髓炎，大多发生于胸段脊髓，常侵犯几节脊髓的全部灰质和白质，又称为横贯性脊髓炎。急性期脊髓充血肿胀而发软，如治疗无效转入慢性期可形成瘢痕组织，使脊髓萎缩、苍白而发硬。

多发于男性青壮年，但儿童与壮年以上也可发生。发病之前可有类似感冒的症状，也可发生于高热、肺炎、产褥感染或疫苗接种以后（尤其是狂犬病疫苗接种），但有不少病例查不出任何原因。

【临床表现】 急性发病，病变在胸髓者起病前几天可先有胸背部痠痛或束带感，下肢软弱无力或感觉异常。少数伴有发热。多在1~2天或3~5天以内发生瘫痪。肌张力低，腱反射减弱或消失（脊髓休克期），有时出现病理反射。损害部位以下的感觉减退或消失，大小便潴留，下半身少汗或无汗，两脚可发生浮肿。脊髓休克期以后，截瘫即变为痉挛性。病变在上颈髓或在胸髓，而且瘫痪不断向上发展者可出现呼吸肌麻痹，波及到延髓时可威胁生命。护理不周容易发生并发症，以尿路感染为多，其次为褥疮。

血液白细胞正常或偏多，少数可在2万/立方毫米以上。脑脊液压力、蛋白含量多正常，少数稍增高，细胞数约半数病例有不同程度增多。

【治疗】 长期以来，脊髓横贯性损害的截瘫是一个“老大难”的问题，被判为“不治之症”。但是，几年来，我国革命医务人员和工农兵患者，以毛泽东思想为武器，狠批刘少奇反革命修正主义卫生路线，大破资产阶级反动的唯心论、形而上学，发扬无产阶级的革命气概和科学态度，坚持中西医结合，充分调动医患两个积极性，在攻克截瘫难关的工作中取得了可喜的成果。我们应当再接再厉，争取更大的成绩。

急性横贯性脊髓炎发生截瘫，并不意味着脊髓的完全坏死。早期的脊髓充血、肿胀是一种可逆的改变，治疗上要强调“早”，护理上要强调“细”。大搞中西医结合，积极抢救、细心护理。这样，就能取得良好的治疗效果。

#### 1. 护理

(1) 预防褥疮：截瘫病人不能翻身，感觉障碍，骶尾部受压不知痛。发生褥疮后又容易受尿便污染。这些都给护理工作提出了更高的要求。受压部位要加上气垫或软垫，每2小时翻身一次，调换受压部位。皮肤要保持干燥清洁，骨突出部每日用30~50%酒精按摩数次。

(2) 排尿：有尿潴留者应在无菌操作下放入留置导尿管，定时放尿，每日用外用生理盐水冲洗1~2次，或用多饮水多排尿的办法，达到冲洗膀胱的目的。每周换一次导尿管，以防尿路感染。

(3) 排大便：大便秘结可用缓泻剂或定时用肥皂水灌肠，必要时用手指挖出结便。

(4) 肢体功能：瘫痪的肢体要常给按摩和被动活动，以改善局部的血液循环，避免肌肉萎缩和关节挛缩。下肢放支被架，用托板使两足立于功能位，以免足部受棉被压迫而发生足下垂。

## 2. 急性期药物治疗

(1) 激素：可用氢化可的松静脉滴注，开始量要大，200~500毫克，2~3天以后视情况可减到100~200毫克，至少连用1~2周，再改为口服剂。

(2) 预防并发感染：可用青、链霉素。有呼吸肌麻痹者用呼吸中枢兴奋剂，必要时用人工呼吸器。有痰咯不出应做气管切开以防窒息。其他则属对症治疗。

3. 辨证施治：急性脊髓炎与祖国医学的痿证相似。痿证多属肝肾亏虚与湿热久蕴。

(1) 肝肾阴虚：伴有头昏目眩，舌质红，脉细数。以滋阴清热、补益肝肾为主。方用虎潜丸：知母、黄柏、龟板、熟地、当归、锁阳、陈皮、牛膝、白芍、虎骨。

(2) 湿热久蕴：伴有胸脘痞闷，喜冷怕热，小便赤涩热痛，苔黄腻，脉濡。以清热渗湿为主。方用三妙散加味：苍朮、黄柏、牛膝、桑寄生、茯苓、枳壳、陈皮。

(3) 肾阳不足：伴有病肢发凉，舌质淡，脉沉细。以壮肾阳、益筋骨与活络为主，杜仲、牛膝、巴戟、木瓜、苡蓉、天麻、菟丝子、当归、淫羊藿。

4. 针刺疗法：取哑门、大椎、陶道、风池、安眠、合谷、曲池、内关、神门、足三里为主穴。每次选1~2个穴，再选瘫肢的配穴2~3个。上肢配穴：可选肩部、上臂、肘、腕各一个穴。下肢配穴：取腰臀部、大腿、小腿、踝部各一个穴。

十天至一月为一疗程，各疗程之间可停针几天。针刺治疗瘫痪必须有决心和耐性，针刺一段时间没有明显效果就放弃治疗是不对的。在针治的同时更为重要的是坚持按摩和功能练习，要充分发挥病人向瘫痪作斗争的主观能动性。有手脚挛缩畸形或肌肉萎缩者可用穴位刺激结扎疗法。督脉注射维生素B<sub>12</sub>，电兴奋和物理透热疗法也可选用。

## 脑膜刺激症状

脑膜刺激症状是指由于脑膜遭受炎症、出血、毒素等刺激而引起的一类症状，主要有头痛、恶心呕吐、项强、屈髋伸膝征阳性等。

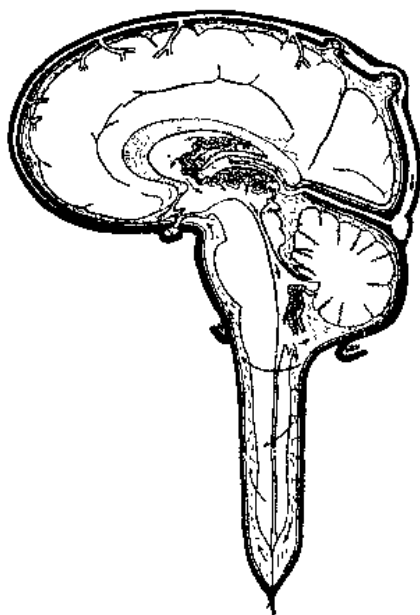


图 6-19 脑脊液循环示意图

【脑膜和脑脊液解剖生理】 脑膜分三层。紧贴着脑皮质并随着脑回、脑沟移行的一层，叫做软脑膜，它的外层叫蛛网膜，最外层叫做硬脑膜。这三层膜不仅包绕着大脑，也包绕着脑干、小脑和脊髓。软膜和蛛网膜之间的腔叫做蛛网膜下腔，内有脑脊液，并和脑室相通。脑脊液由脑室壁的脉络丛产生，在脑脊髓循环之后还流到颈静脉。（图 6-19）脑脊液起着保护脑脊髓，供给脑脊髓营养，运走代谢产物和缓解脑脊髓压力等作用。正常脑脊液侧卧位压力为70~180毫米水柱，无色透明，成分见 558 页。

【病因】 脑膜刺激症状，以脑膜炎（常是脑膜、脊髓膜均广泛发炎）时最为常见及表现突出。脑膜炎特别是细菌性脑膜炎时，软膜和蛛网膜发炎，炎症渗出物进入蛛网膜下腔，脑脊液也发生相应的变化。

脑膜刺激症状包括：（1）头痛、恶心、呕吐，是

炎症刺激及渗出增多引起高颅压症状。(2) 皮肤感觉过敏、项强、屈髋伸膝征、抬颈屈膝征，都是感觉神经根的刺激症状。(3) 舟状腹或角弓反张，为运动神经根受刺激，肌肉痉挛性收缩的症状。

脑脊液变化有：压力增高，细胞数和蛋白增加；有的糖和氯化物降低。腰椎穿刺检查脑脊液对诊断有重要意义。

在一般情况下，脑膜炎既有脑膜刺激症状，又有脑脊液的变化，且两者的程度多互成正比。应该指出，出现脑膜刺激症状不一定是脑膜炎。例如：蛛网膜下腔出血，血液刺激脑膜可产生脑膜刺激症状，但仔细了解发病过程，腰穿证实为血性脑脊液，即可区别。又如有的化脓性中耳炎、急性扁桃体炎、肺炎和流感等，可发生神经系统的中毒反应而出现脑膜刺激症状，但脑脊液并无炎症变化，称为虚性脑膜炎。反之，脑脊髓膜的慢性炎症也可以不出现脑膜刺激症状。以上事实说明，不能只简单地根据脑膜刺激症状轻率地肯定或否定脑膜炎的诊断。

脑膜炎常见的有结核性脑膜炎、流行性脑脊髓膜炎、化脓性脑膜炎、浆液性脑膜炎四种。

### 结核性脑膜炎

本病多继发于肺结核、淋巴结核或骨关节结核等。结核杆菌经血行播散到软脑膜引起的纤维蛋白性渗出性炎症，软脑膜及皮层血管充血，蛛网膜下腔内有渗出物积聚为其基本的病理变化。

【临床表现】 本病多发生于小儿及青少年，成人亦可发病。起病多数缓慢，开始多为全身不适、无力、食欲不振、头晕及发热等一般症状，经 1~2 周后症状加重。亦有因感冒和过劳等为诱因而起病较急。

头痛伴恶心、呕吐为主要症状。头痛有时剧烈，可为弥散性或主要局限于额部和枕部，并向下放散到颈部或背部。检查可发现不同程度的项强及屈髋伸膝征；婴儿患者多出现抬腿屈膝征或早期出现前囟紧张膨隆。严重病人可出现角弓反张及舟状腹。

血沉多有加快。脑脊液压力多轻度或中度增高；早期外观可无色透明，以后出现极细微的浮游物（极轻微的混浊）或略具浅黄色，但决不出现脓样混浊；细胞增多至数十到数百个，多为淋巴球，超过 1,000 以上者可以除外本病；蛋白含量增多，糖和氯化物含量减少；脑脊液留置 24 小时多数出现蛛网样纤维蛋白丝，涂片染色可能找到结核杆菌。

炎症累及颅神经如动眼神经可引起瞳孔散大和眼睑下垂；累及脑血管引起脑软化可出现偏瘫、单瘫等。脑膜粘连可以引起慢性高颅压和脑积水（多见于儿童），粘连在脊部可以发生压迫性脊髓症状。重症或晚期病人可发生昏迷。

【防治】 结核性脑膜炎均为继发性结核，故应彻底治疗全身性结核（但有一部分结核性脑膜炎查不出原发结核灶或原发结核灶并不严重）。本病诊断确定后要坚持系统地使用抗结核药，停药指征是脑脊液完全恢复正常而不能单纯地根据临床症状，这对防止复发甚为重要。药物应首选异菸肼和链霉素并用。异菸肼较易渗入脑脊液内，成人每日 400~600 毫克，小儿每日每公斤体重 15~25 毫克，可口服、肌注，也可以静脉滴注。口服时和维生素乙或菸酸合并使用可防止其副作用。链霉素成人每日 1 克，小儿每日每公斤体重 20~30 毫克，肌注。急性或重症病例，用链霉素和异菸肼的同时可使用氢化可的松静脉

滴注。急性症状缓解及体温恢复后，链霉素可隔日用药一次或每周用药二次到停药，疗程至少3~4月。但异菸肼至少连续用药1~2年，以防复发。此外，如有脑外活动性肺结核，可并用对氨基水杨酸。

从祖国医学看，结核性脑膜炎是在阴虚内热的基础上发生的。久热化火并可发展为热毒。另方面，阴虚伤津可使肝阴不足内生肝风；肠道枯燥发生便秘。风、火、毒损及脾胃，可内生痰湿出现苔腻、脉滑；胃失降出现呕吐。

急性期以清热解毒、熄风豁痰为主。可用枯草、黄芩、大黄、甘草、龙骨、牡蛎、钩藤、白芍、半夏、竹茹。亦可服牛黄安宫丸。

恢复期以滋阴清热、健脾和胃为主。可用生地、麦冬、沙参、知母、党参、半夏、竹茹、生姜、大枣。

### 流行性脑脊髓膜炎

诊断和治疗详见第四章“流行性脑脊髓膜炎”。

### 化脓性脑膜炎

多为继发性的化脓性脑膜炎，原发灶可为化脓性中耳炎、乳突炎、扁桃体炎、面部疖肿或肺炎等。具有化脓感染的全身症状及脑膜刺激症状，脑脊液检查可确定诊断。治疗主要是应用抗菌药物及对症治疗；重症者需静脉给药并可并用激素治疗。

### 浆液性脑膜炎

本病可由病毒引起，有时化脓性中耳炎、腮腺炎、钩端螺旋体病、乙型脑炎、急性脊髓灰质炎等病可引起脑膜的炎症反应，表现轻度脑膜刺激症状及脑脊液变化，也属于本病范围，但在诊断治疗上主要是针对着主病而较少考虑它们并发的浆液性脑膜炎方面。

浆液性脑膜炎发病急，症状轻，很少有高热，有意识障碍者也较轻。脑脊液为无色透明或极轻度混浊，细胞数和蛋白含量轻度增多，糖和氯化物含量正常。本病预后良好，病程一般在2周以内，此点对本病的诊断意义也很大。治疗：原发性者可予休息及对症治疗，有条件者适当腰穿可促进症状缓解；继发性者对原发病治疗即可。

### 颅内压增高及脑疝

【病因】 颅内脑、脑膜、血管及脑脊液，后者的分泌、循环、吸收保持着动态平衡，使颅腔内保持正常压力，即70~180毫米水柱。若颅内发生占位性病变（如血肿、脓肿、肿瘤），脑水肿（如脑挫裂伤、脑膜炎、脑炎、脑寄生虫、脑组织急性缺氧或中毒），脑脊液循环受阻（如脑膜炎粘连等），即出现颅内压增高。

#### 【临床表现】

1. 颅内压增高 在幼儿期引起囟门膨起紧张、颅缝裂开、头颅增大；在儿童及成人，主要表现为：

（1）头痛：剧烈而阵发加重，甚者躁动不安。为颅内高压刺激脑膜和血管所致。

（2）呕吐：呈“喷射性”，常与剧烈头痛伴发。为颅内高压刺激延髓的呕吐中枢引起。并无腹痛、腹胀、厌食等病状可与胃肠病相区别。

(3) 意识障碍及抽搐：大脑功能多呈抑制，表现淡漠、迟钝、嗜睡。有时大脑皮质受刺激兴奋，引起癫痫样抽搐。

(4) 慢性颅内压增高病人，用检眼镜观察眼底，可发现视神经乳头水肿。腰椎穿刺作脑脊液测压及化验，通常能反映颅内压及有无炎症、出血等，但此检查有诱发脑疝的危险，故凡疑有颅内压增高者，如非诊断或治疗上迫切需要及设有充分药物及手术条件时，不应作腰椎穿刺。

(5) 颅内压增高的病人，往往伴有原发病的定位症状，如偏瘫、失语、病理反射阳性等。

2. 脑疝 是颅内压增高的危重结局。颅腔是密闭的，仅在后下方有枕骨大孔与椎管相通，脑干（延髓部分）经此与脊髓连接。颅腔被小脑幕（硬脑膜的反折）分为幕上和幕下两部分。大脑在幕上、小脑及脑干大部分在幕下。小脑幕中央有一孔，容纳脑干（中脑部分）通过，构成此孔的小脑幕沿，称为小脑幕切迹。

颅内压增高到危急程度，大脑或小脑的一部分受压迫发生移位，被挤入附近的孔隙，叫做脑疝。重要的脑疝有下述两种（图 6-20）。



图 6-20 颅内占位性病变示意图

(1) 小脑幕切迹疝（图 6-21），小脑幕上一侧的占位性病变，使大脑底面内侧（颞叶钩回）挤入小脑幕切迹、压迫中脑、绞窄动眼神经，产生一系列严重症状，从躁动不安、嗜睡进入昏迷；病变侧瞳孔散大；对侧偏瘫及病理反射阳性；呼吸深慢，脉迟而洪；甚至四肢呈伸展位强直状态，称为去大脑强直。

(2) 枕骨大孔疝（图 6-22），任何原因引起的颅内压增高、小脑下方（扁桃叶）

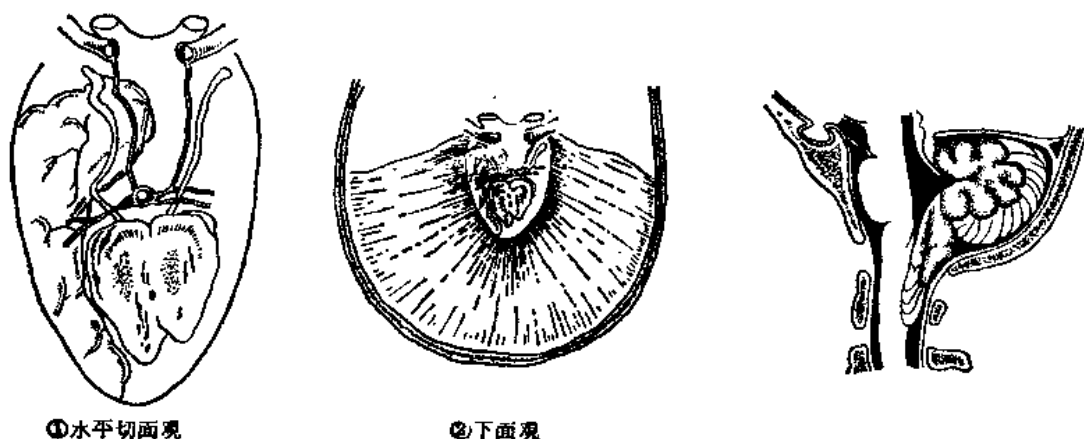


图 6-21 小脑幕切迹疝

图 6-22 枕骨大孔疝（侧面观）

被挤进枕骨大孔，引起颅内压增高病状加剧，颈后痛及颈强直，即慢性枕大孔疝。一旦延髓严重受压，迅即昏迷，两侧瞳孔散大，呼吸减慢甚至停止（延髓的呼吸中枢受压）；循环中枢因位置较高未直接受压，故出现代偿性血压增高，脉搏增强，称为呼吸循环解离。当脑干因全面缺氧、发生水肿、出血等严重损害，才出现循环衰竭。

小脑幕切迹疝继续发展，最后必并发枕骨大孔疝。

### 【治疗】

1. 发现病人出现颅内压增高病状，要以只争朝夕的精神，尽早到有条件地方明确病因及时治疗。切不可单纯依赖降低颅内压药物而延误原因治疗；如果原发病因明确、则需在积极进行原因治疗的同时使用脱水剂降低脑压、防止脑疝的发生。一旦发生脑疝，应维持人工呼吸，同时应用脱水剂。

2. 脱水剂均为高渗性制剂，短时间内由静脉输入使血液的渗透压增高，利用血液和脑脊液的渗透压差，使肿胀的脑细胞内外的液体迅速进入血液内，经小便排出，从而缩小脑体积，减低脑重量，降低颅内压、解除脑水肿。

常用的脱水剂有 20% 甘露醇，25% 山梨醇，每次每公斤体重 1~2 克，50% 葡萄糖，小儿每次每公斤体重 1~2 克，成人每次 60~80 毫升，静脉注射，一般在 30 分钟内缓慢静脉推注或快速滴入，必要时 6~8 小时重复使用。

应用脱水剂注意点：（1）注射过程中应注意心脏情况，如病人心率过快（成人超过 120 次/分，儿童超过 100 次/分），不宜作静脉直接注射，可作较快速度的静脉滴注。如用药前已有心率过快，心音减弱，或老年患者则应先使用强心药物，预防心衰。（2）注意补充水分及电解质（尤其注意钾的补充），如无明脱水时，液体输入量可略少于尿量，同时不能输入过多生理盐水或硷性液体，以免加重脑水肿。（3）防止药物漏出血管，引起局部红、肿、起水泡甚至组织坏死，如发生漏出可用 0.25% 普鲁卡因局部封闭或用 25% 硫酸镁湿敷，外敷如意金黄散。

3. 早期、轻症、慢性病例在应用上述脱水剂时，可配合选用口服药，如乙酰唑胺 0.25 克，双氢克尿塞 0.25 克，氯苯噻吨 0.05 克等，或 50% 甘油 50~100 毫升，每日二次服。

### 〔附〕 几种易引起慢性颅内压增高的疾病

#### 颅内肿瘤

1. 幕上肿瘤 颅内压增高病状进展缓慢。定位征的有无及出现早晚取决于脑各部功能区受侵害的程度（参看图 6-15）。

2. 额叶肿瘤 主要表现智力和记忆力减退及淡漠、欣快等精神障碍。若肿瘤侵入前中央回，则出现对侧肌力弱或癫痫。左侧额下回后部受损，则有运动性失语（言语困难）。

3. 顶叶肿瘤 对侧感觉异常或减退，尤以精细感觉减退为明显。

4. 颞叶肿瘤 在左侧者表现感觉性失语（不理解他人语言）、名词性失语（不知物品名称）；颞叶深部受压引起对侧偏盲（图 6-21）。

5. 枕叶肿瘤 少见。表现对侧偏盲。

6. 幕下肿瘤 以小脑肿瘤为多见。因幕下（后颅窝）容积小，肿物又易阻塞脑脊液循环，故较早发生阵发性头痛、呕吐及视乳头水肿。定位体征有眼球震颤、同侧肌张力低及共济失调（动作及步态不稳）等。

颅内良性肿瘤大多能手术切除治愈。恶性及转移性肿瘤手术切除后有的可作放射治疗。

## 脑脓肿

常见为乳突感染蔓延入颅内引起的耳源性脑脓肿，发生于颞叶或小脑。血源性脑脓肿多发生于额叶、顶叶。开放性颅脑损伤清创不彻底，可在早期（数月内）或晚期形成外伤性脑脓肿。

病人多有近期化脓感染史，如慢性乳突炎急性发作，皮肤、肺或胸膜感染等。病变初期为化脓性脑炎阶段：有急性感染的全身症状（发热，白细胞增多等），颅内压增高症状（头痛、呕吐、嗜睡等）和脑膜刺激征（项强、屈髋伸膝征阳性）。2~3周后脓肿渐趋局限化，包膜形成，急性感染病状消失。脓肿逐渐增大，头痛、呕吐、嗜睡、迟脉甚而视乳头水肿等颅内压增高病状及相应的定位征也随之加重。

化脓性脑炎期主要用抗菌及脱水药物治疗。如病情恶化，或已达脓肿形成期，则应及时经颅钻孔穿刺抽脓或开颅作病灶吸除或脓肿切除。

## 脑寄生虫病

下述几种人体寄生虫，有时可寄生在脑内，并使周围组织发生慢性炎症。其流行病学、主要寄生部位及病状参看寄生虫章。

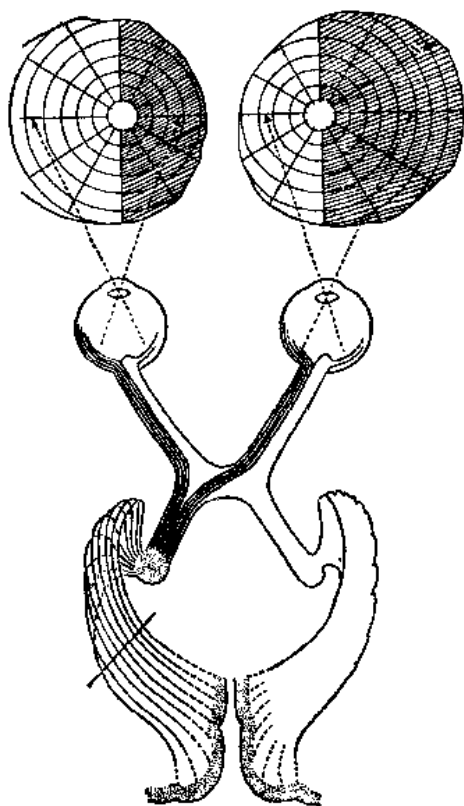


图 6-23 额叶深部和枕叶损害引起的对侧偏盲

|        | 囊虫 (成虫为猪绦虫)          | 包虫 (成虫为狗绦虫)   | 肺吸虫              | 血吸虫     |
|--------|----------------------|---------------|------------------|---------|
| 脑部寄生物  | 囊尾蚴                  | 蚴             | 虫卵沉积和成虫寄生        | 虫卵沉积    |
| 病理变化   | 多数豆粒大结节，脑水肿，晚期可钙化、萎缩 | 形成多或单个大小不等的囊肿 | 形成肉芽肿或多房脓肿，脓液棕褐色 | 脑水肿或肉芽肿 |
| 好发部位   | 散在于脑皮质中，少数可浮在脑室内     | 额叶            | 额、顶叶             | 顶、枕叶    |
| 主要脑部症状 | 癫痫、精神障碍、颅内压增高、视力下降   | 癫痫、精神障碍、颅内压增高 | 癫痫、偏瘫或偏盲、颅内压增高   |         |

药物治疗参看寄生虫章。手术治疗包括切除占位的囊肿、肉芽肿和颅骨切除减压术，以缓解脑水肿和颅内压增高，挽救生命或视力。

## 精神病诊疗常识

精神病在治疗和护理上不同于其他疾病，通常由精神病院收治。但不是任何有精神病症状的病人都必须在精神病院治疗，如在某些感染或用药过程中出现的一些精神症状和癌病的精神症状，经过治疗往往可以在较短时间内消失，就不必送往精神病院。因此，我们应当学习精神病的诊疗常识，以便就地为病人治疗。

**【症状】** 毛主席教导我们说：“在阶级社会中，每一个人都在一定的阶级地位中生活，各种思想无不打上阶级的烙印。”精神症状常反映出阶级性。因此，遇有精神异常表现的人要确定是否有精神病，我们应当和有关的领导及群众一起调查，共同进行分析研究，应当注意其政治思想情况，才能得出比较正确的结论。有下列症候群者可初步诊断有精神病。

1. 幻觉状态 没有客观事物刺激，而病人却感知并且确认无疑。例如：（1）幻听：听到别人骂他。（2）幻视：看到奇怪的景象。（3）幻嗅：闻到怪味。其中以幻听为多见。幻觉影响病人的情感和行为，如病人独自侧耳倾听或以棉花堵耳，甚至和幻听对骂；有时幻觉可引起病人恐惧、紧张或自笑，甚至自伤或伤人。

2. 妄想状态 纯属病人主观的病态想法，既与事实不符，又缺乏根据。例如：将一些无关的现象如别人吐痰、谈笑、无线电广播等，强和自己联系，认为是针对他的，疑心有人要谋害他；或认为自己患了某种“不治之症”；等等。妄想合并幻觉时，称为幻觉妄想症候群。

有妄想的病人在情感和行为上也常出现怪异，如怀疑有人要害他而恐惧不敢出门等。

3. 痴呆状态 因精神错乱，情志失常，智力降低。不能接受新鲜事物，对往事的记忆也发生障碍，因而计算、理解和概括等的智力活动也失常。

4. 躁狂状态 情绪过分高昂，对一切都盲目乐观，讲起话来滔滔不绝，但常转变话题。遇到活就肯干，但易受另外因素的影响而不能坚持到底。还常因为一些小事与别人发生冲突。这种兴奋的特点是：（1）病人的言语和行动都是有动机、有目的的，所以可以被理解。（2）与周围环境保持一定的联系。

5. 青春期兴奋 与躁狂状态的兴奋不同，（1）病人的语言和行动缺乏动机和目的，如作翻筋斗、打滚等一些离奇的动作，不易为人理解，言语常前后不连贯，不易听懂。（2）和周围环境缺乏紧密联系。（3）情感表现给人们以“傻”或“蠢”的印象。

6. 抑郁状态 病人表现与躁狂状态相反：情感低落，话慢而少，少动。病人常低头不语，甚至感到痛苦，周围的一切都可给他带来抑郁。

7. 木僵状态 言语动作极度减少，而且缓慢，甚至不说、不动，对外界许多刺激如声、光等均无反应。生活不能自理，饮食、大小便需人照顾。

8. 意识障碍症候群 整个精神活动都发生失调，可发生大量的幻视或错视，对时间、地点、人物的定向力也可发生障碍，言语片断，话与话之间缺乏联系，行动和处境脱离。病愈后对意识障碍当时的情况不能回忆。

### **【分类】**

#### **（一）原因不明的精神病**

1. 精神分裂症 多见于15~35岁，起病一般缓慢，但也有在几天之内发展到很严重的程度。病程较长，体检常无阳性体征。精神症状可表现为幻觉妄想症候群，青春型兴奋或木僵状态等，常具有以下几个基本症状：（1）情感淡漠（病人对一切都漠不关心）。（2）意志低下（缺乏主动性，很少与人来往，孤僻，懒散）。（3）思维古怪、离奇（如荒谬的妄想等）。病人意识清楚，无自知力（即否认自己精神不正常），不谈或不主动谈体验，记忆力、智力一般良好。

2. 躁狂抑郁性精神病 是一种具有周期性的精神病，表现为躁狂状态或抑郁状态可

交替出现，也可单独发生，每次发病一般为2~3个月，间歇期精神状态完全正常。

## （二）心因性精神病 由精神因素引起。

1. 反应性精神病 精神症状可为妄想状态或抑郁状态，其特点是：（1）起病急，其精神症状的内容（如妄想）均与精神创伤（刺激）有密切联系。（2）病人的情感鲜明，愿谈体验。（3）随着精神创伤的消除，精神症状一般可以在较短时间内消失。

2. 癔病性精神病 精神症状可表现为情感障碍和兴奋不安：如哭笑无常，躁动不安和骂人毁物等；或表现意识朦胧；或出现类似木僵状态；也可同时发生癔病性全身痉挛。其特点是：（1）起病急，发病与精神创伤和心情不畅有关。（2）精神症状与患者的实际生活有联系，而且愿意说出来，极易为人理解，绝不出现荒唐的妄想和离奇的动作。

（3）症状为阵发性，既往多有类似的发作，病人有自知力。

（三）脑器质性疾病引起的精神障碍 主要是由大脑弥散性或破坏性病变所引起，如脑血管疾病、脑外伤、脑炎、脑肿瘤、脑寄生虫病，大脑发育不全、癫痫等。临床上可表现为痴呆状态，也可表现为意识障碍症候群或木僵状态等。诊断可根据病史、全身及神经系统的相应体征以及有关的精神症状。

（四）感染中毒性精神病 主要由于毒素的作用所致，脑部病变是可恢复的。精神症状作为全身症状之一而存在，主要表现为意识障碍症候群。诊断根据有感染或中毒因素的存在，如高热、激素治疗、大量服用合霉素、雷米封、阿的平和山道年等。

祖国医学将精神病归纳为癫狂二类，癫为阴证，狂为阳证。癫与狂在一定条件下又相互转化，癫病日久，痰火妄动可转化为狂；狂病日久，中气渐衰，可转化为癫。

## 【治疗】

1. 精神治疗 过去，资产阶级精神病学“权威”对精神病人采取“管”、“关”、“绑”、“吓”的办法，在治疗上用的方法如电休克等，给病人造成很大的痛苦。无产阶级文化大革命以来，在毛主席的无产阶级卫生路线指引下，革命医务工作者破除迷信，敢想敢干，对精神病尤其是精神分裂症患者废除“管、关、绑、吓”的残酷管理法，采用完全新的治疗方法。首先是医务人员怀着深厚的无产阶级感情和高度的政治责任感对待病人，以极端的负责任的精神对病人做艰苦细致的工作。把病人组织起来，用毛泽东思想进行教育和管理，从思想上发挥病人向自身疾病作斗争的主观能动性，同时配合适当的药物治疗和针刺疗法。例如吉林省舒兰县和湖南省郴州地区精神病院，用这种方法治愈了很多过去被认为是“不治之症”的精神分裂症衰退期的病人，使他们重新恢复了工作能力。

2. 病因治疗 脑部器质性疾病和感染中毒性疾病所引起的精神障碍，应针对病因进行治疗。

3. 镇静药应用 主要是应用吩噻嗪制剂，其中代表的药物是盐酸氯丙嗪。从小量开始每次25毫克，每日三次，以后每日增加25~50毫克，直到每日200~300毫克，必要时每日500毫克。持续用药直到病情好转，症状消失，病人对自己的所有症状均能批判时，可再用此量1~2个月。然后逐日递减药量（每日减25毫克），至每日100~150毫克，维持2~3年以上。盐酸氯丙嗪可以引起体位性低血压，长期服用偶可引起剥脱性皮炎、中毒性肝炎和粒细胞减少症等合并症，用药过程中要注意观察。对有肝肾等疾病或因其他原因不能服用氯丙嗪者可用奋乃静（每日20~30毫克）、三氟拉嗪（每日20~50毫克）或泰尔登（剂量同氯丙嗪）。

4. 中药治疗 癲狂二证，病在肝、心、脾，标在痰和火。其治疗分述如下：

(1) 癲证：①痰气郁结：抑郁为主，苔薄腻，脉弦滑。治宜理气开郁、化痰开窍，药用半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹、厚朴、菖蒲和远志。有便秘或失眠等酌加其他药物。②心脾两虚：病久则心脾两虚伴心悸、无力，不思饮食、苔淡，脉细无力。治宜养心安神、补脾益血，药用党参、黄芪、川芎、当归、远志、枣仁、五味子、熟地。

(2) 狂证：①痰火上扰：伴面红目赤，舌质红绛，苔多黄腻，脉弦大滑数。治宜镇心涤痰、泻肝清火，药用生铁落、陈皮、胆星、菖蒲、远志、茯神、麦冬、元参、钩藤和胆草。亦可用礞石滚痰丸（泻火逐痰）、当归龙荟丸（清肝泻火）等。②火盛伤阴：狂病日久，神疲力竭，形瘦面红，舌质红，脉细数。治宜滋阴降火、安神定志，药用生地、元参、麦冬、黄连、木通、竹叶、茯神、远志、枣仁等。③有认为癲狂是由气血凝滞所致，治宜调气破血，而用癲狂梦醒汤（桃仁、赤芍、木通、柴胡、香附、半夏、腹皮、青皮、陈皮、桑皮、苏子、甘草）。④癲病性精神病可用甘麦大枣汤加味，药用甘草、浮小麦、大枣、夜交藤和远志。⑤单方验方：竹茹煎剂：竹茹一把加冰糖煎服，连服1~2周。明矾1钱，瓜蒂7个，研末，一次服下，隔2~3日再服一次。或明矾煎剂：明矾和冰糖各1.5~2两，加水500毫升，混合浓煎成200毫升，空腹一次顿服，隔2~3日可再服一次。后两方服后均发生呕吐，明矾煎剂并可引起腹泻，借此将痰火排出体外。吐泻严重者可给予高渗糖和维生素丙静脉注射。

#### 5. 针刺疗法

(1) 癲证：以大椎、陶道为主穴，每天一次。配穴分两组：甲组取合谷、丰隆；乙组取头维、阳陵泉或足三里。每天一次，两组交替使用。也可取有兴奋作用的穴位：如人中、涌泉、十宣、少商、劳宫、兴奋、后溪强刺激。

(2) 狂证：主穴同上，每天一次，配穴分两组：甲组取风岩、人中、三阴交；乙组取翳明、合谷、足三里每天一次，两组交替使用。也可取有镇静作用的穴位：如安眠、神门、内关、间使、膻中等穴位。

## 第七章 损 伤

无论平日和战时，损伤是经常发生的。

当前，我国社会主义革命和社会主义建设事业不断向前发展。广大农村以党的基本路线为纲，正在掀起“农业学大寨”的热潮，抓革命、促生产；水利化、机械化、电气化和科学种田的规模日益扩大。这样，防治损伤的重要性也随着增加了。另一方面，世界上只要存在着帝国主义和社会帝国主义，战争的根源就一天也不会消除。我国人民必须作好反侵略战争的一切准备。因此，我们应当认真学习防治损伤的知识和技能，以实际行动响应毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大号召。

### 损伤概述

损伤是指物理和化学因子对组织的直接破坏。损伤可有许多名称：按致伤因子命名，如扭伤、挫伤、刀伤、火器（子弹、弹片等）伤、烧伤、冻伤、电击伤、放射（原子）伤、兽咬伤等。按损伤部位命名，如颅脑伤、胸部伤、腹部伤、面颌伤等。按组织器官伤情命名，如骨折、脑震荡、脾破裂等。

皮肤有伤口者叫做开放伤，皮肤无伤口者叫做闭合伤。开放伤穿透体腔（颅腔、胸腔、腹腔）者叫做穿透伤，贯通人体某部分者叫做贯通伤，没有贯通人体而造成伤道者叫做盲管伤。

【病理变化】 损伤的变化是人体修复功能与损伤有害因素的矛盾斗争的反映。这可以从下列损伤的基本病理变化得到证明。

1. 出血 损伤出血可引起失血（循环血量减少）和瘀血（血停滞于组织器官内）两种变化。

失血较少，人体能够通过局部的凝血止血、血管收缩以及心搏加强等，减轻失血对全身的影响。失血较多，虽然人体仍有一些防御反应，但气血亏损，就会呈现面色苍白、手足发凉、心跳、口渴、尿少、脉数等症状，更严重时就发生失血性休克，危及生命。瘀血常阻碍气血正常运行，引起种种机能障碍，如发生疼痛、胀闷等症状。浅部的瘀血可呈现红肿、瘀斑等体征。但是，瘀血有时也可有利于损伤修复，如骨折愈合常借助于局部血肿。

2. 损伤性炎症 受伤后常可见伤处肿痛、发红、发热等。这就是损伤性炎症或损伤所致的气滞血瘀的一些表现。损伤性炎症可促进损伤治愈，主要是通过充血、增强局部新陈代谢、渗出纤维蛋白元、新生毛细血管等，利于组织修复。若人体气血衰弱，炎症反应微弱，伤处就会延迟愈合。但炎症又可引起种种机能障碍。

3. 功能障碍 伤后发生种种功能障碍，如四肢伤时运动障碍，脑损伤时昏迷，胸部伤时呼吸困难等。对这类功能障碍也应用一分为二的观点去看待。例如：四肢伤的运动障碍，一方面制止运动（制动），保持局部安定，有利于修复；另一方面肌肉可萎缩，关节可僵硬，尤其在长时间制动后这些不利点更见突出。

肌体内存在着广泛复杂的联系，一处受伤可影响全身，特别是重伤后功能改变比较复杂。一般应重视神经内分泌、血循环以及代谢三个重要环节，换句话说，除了重视上述的局部气血变化，还应重视脏腑和经络的功能变化。

4. 修复 损伤的修复主要是靠组织生新。一种是由本组织生新而修复者，如皮肤伤口由上皮生新修复（即一期愈合）、骨折后的骨性连接等，能保持原有功能。另一种是由纤维组织生新代替修复者，即疤痕组织修复，只能起连接或充填缺陷作用，其他方面的机能多不良。

各种组织的生新能力不一，如粘膜、皮肤、骨等生新能力较强，如软骨、肌肉等生新能力较差。

生新修复还要有适当的条件才能顺利完成，大体上有三方面条件：（1）组织断裂处对合良好或比较接近。（2）消除障碍愈合的因素如感染、坏死组织、异物存留或再次损伤等。（3）有充足的血液和营养供给。

根据上述损伤基本过程的认识，为了防止和减少损伤变化的有害因素，促进其有利因素，为修复提供良好条件，处理损伤的基本原则应当是：止血止痛，整复伤处，散瘀消肿，行气活血，克服功能障碍，调养全身。此外，应防止损伤的并发症。

#### 【并发症】

1. 休克 损伤并发休克，在早期可因创伤刺激过强或失血过多，发生损伤性休克或失血性休克；在后期可因感染或其他有害物质吸收中毒，发生中毒性休克。

并发休克的伤员，除有短时间的兴奋、烦躁以外，多数处于抑制状态，神疲失色，默然少声。所以在同时处理几个以上的伤员时，必须重视沉默的伤员，检查是否休克。发现早期休克，要靠对伤情病史的分析，如受伤范围和轻重、失血量、烧伤面积等以及伤员体质、同时检查心率、脉搏和血压，心率超过100次/分、脉压小于30毫米汞柱、脉细者应警惕有休克可能。

休克直接危及伤员生命，常使损伤延迟修复，又可加重感染，或引起急性肾功能障碍等。所以必须加倍重视防治休克。

2. 感染 开放伤容易并发化脓感染和破伤风等。感染的发生，除伤处污染了细菌，通常与损伤轻重、伤处坏死物质多少、有无异物存留以及肌体抵抗力强弱等有关。因此，伤后处理是否及时和正确起着重要作用。

闭合伤也可继发感染，如血肿继发感染。

损伤发生化脓感染，炎症加重，伤处的充血、渗出、变质等多较剧烈，而组织生新受到阻碍，影响修复。临床上，一般损伤时全身不发热或热度不高（常不超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ ），伤处多为木痛，仅在受震动时剧烈，从伤后2~3日起症状多趋向减轻。如发生化脓感染，则从2~3日起发高热、恶寒，伤处胀痛跳痛，红肿不消，伤口分泌物多，且转为脓性。严重时，可引起败血症。

损伤并发破伤风或气性坏疽的感染，对肌体影响更为严重，本章内将有专题介绍。

【防治原则】我们必须运用辩证唯物论的尖锐武器，彻底批判资产阶级形而上学、机械唯物论的错误观点，在防治损伤中充分发挥人的因素，贯彻防和治结合、局部和整体结合、结构和功能结合等原则。预防损伤必须依靠群众。例如：执行生产施工的安全制度，采取适当的防护措施。加强纪律性，遵守交通秩序，注意交通安全。居民区加强治保工

作，严防敌人破坏，注意防火。教育青少年参加正常文体活动。总之，要从积极方面预防损伤，以利革命和生产。

治疗损伤首先要重视发挥伤员的主观能动性。医务人员和伤员共同学习毛主席著作，树立为革命而治伤的思想。战斗英雄麦贤得同志、救火女工王世芬同志等，用坚定的革命斗志和顽强的毅力战胜了严重损伤。治疗损伤应做到：

1. 比较全面地了解伤情，不可疏忽那些临床表现不够明显的损伤（常在身体内部）。
2. 分清矛盾主次，着重先解决主要矛盾，如大出血、休克、呼吸困难等。但是并不能忽视次要矛盾，次要矛盾也应一一逐步解决。
3. 对损伤变化有预见，治疗有计划，治中有防，防治结合，第一步处理就为下一步处理准备好条件。
4. 用“完全”、“彻底”的精神把治疗工作进行到底，防止前紧后松。

#### 【处理方法】

1. 急救与战地救护同。
2. 止痛 目的是减轻伤员痛苦，减少休克发生，有利于伤员休息、睡眠等。（1）精神治疗与止痛措施相结合。（2）尽可能消除疼痛原因，如伤处制动、防震，减轻压迫等。（3）耳针神门（外伤）、交感（内伤）加部位穴。（4）吗啡0.008~0.01克皮下注射、杜冷丁50~100毫克肌注或同类强镇痛药。用药应先诊断清楚，并注意呼吸、咳嗽受抑制。
3. 防治休克 减轻损伤刺激（伤处制动、止痛等），控制出血和补充血循环量，调养气血，防治感染，防寒防暑，及时正确处理损伤可预防休克发生。一旦发现休克，采取综合措施积极抢救，着重消除休克病因和恢复循环功能。
4. 伤口处理 （1）清洁伤口：一般用生理盐水冲洗，污染重的宜用高锰酸钾（1:5000）、双氧水（1%）或新洁而灭（1:1000）等。伤口周围皮肤应以肥皂水或0.5%氨水刷洗，涂以70~75%酒精。毛发应修去。较大伤口应在麻醉下清洁。（2）止血：无需手术处理的较小的伤口可用压迫止血，或上止血粉（附方①）。其余用手术止血法。（3）清创和缝合：见第十四章手术治疗“清创术”。
5. 闭合伤处理 一般的闭合伤多不用手术。骨折和关节脱位均应复位。但有些内伤（如腹腔内脏器破裂）和某些闭合性骨折须做手术处理。伤部红肿有瘀血多可用药外敷（附方②）。某些部位血肿可加压包扎限制血肿增大。头皮下、关节内、阴囊内等处积血较多时，可在伤后2~3日起血肿液化阶段穿刺排血，注意严密消毒。
6. 防治感染 开放伤如果污染较重、伤口较深或损伤组织多，都要考虑用破伤风抗毒血清，用量1500单位肌注（先做皮内试敏）。在战士和民兵中普及破伤风类毒素接种，可减少受伤后破伤风。

处理伤口时，注意消毒，仔细清创，正确缝合或引流，术后保持清洁，可减少感染。

复杂损伤或已发生感染者应用抗感染药防治。伤口已感染者应换药（附方③）使其去腐生新，保持引流通畅。

7. 损伤内治 损伤内治有行气、活血、消瘀和生新、滋养两个方面，气行则瘀散，瘀散更可促使气血恢复，于是伤处生新修复。气血虚，不利于行气活血，因此需要滋养。

但结合具体伤情，消补之间，气血之间，宜有所区别。一般用药如下：（1）有胀闷痛（气滞）症状：桔梗、枳壳、香附、木香、柴胡、郁金等。（2）有瘀肿痛（血瘀）症状：桃仁、赤芍、红花、乳香、没药、延胡索、川芎、牛膝等。（3）有发热、便秘、烦躁等（里实）症状：大黄、芒硝、瓜蒌仁等。（4）补养气血：急用输液输血等；缓用党参、黄芪、当归、地黄等。（5）补养内脏：白朮、山药、杜仲、鹿角等。常用中草药见附方④。

8. 制动和运动 损伤的局部在未修复以前应当制动。有些伤员应采取一定的体位，或把肢体放在一定的位置上，这样可以避免再次损伤，或有利于循环、呼吸及其他生理功能活动。但是从全身来说，必须有适当的活动才能保证整体功能接近正常和促进修复，因此局部制动必须结合其余体部的主动或被动运动。

损伤组织修复后，应当坚持功能锻炼。损伤后功能恢复须有组织修复的基础，但是组织修复不能代替功能恢复。例如：肢体骨折愈合后，要经过锻炼，才能完全恢复伤肢的功能。而且只有功能锻炼才能促进体质强壮，消极的“静养”观点是错误的。

#### 【附方】

① 新鲜伤口止血粉 马勃末、发灰（存性）、松树皮炭末（存性）、白藓皮末、地榆炭末（存性）、锅底灰（烧草木者）、乌贼骨末等，可任选1~2种。熟石灰和生大黄，2:1分量，共炒至石灰呈粉红色，去大黄，用石灰末（或生石灰加于猪胆汁内，晾干，用石灰末）。土三七或三七末，白药。以上粉末放在干净器具内备用。

② 祛瘀消肿外治药 节骨草（加红糖）、接骨木叶（加酒）、鸡眼草（捏不齐）、银线草（灯笼草）、红旱莲、打碗花根、凤仙花（全草）、韭菜等，任选一种捣烂外敷患处。早期酒精湿敷，后期热敷或伤湿止痛膏等敷贴。

③ 感染伤口用药 凡士林纱布条（一般引流）、生理盐水纱布条（分泌物多时）、高渗盐水（肉芽水肿时）、1%碘酊纱布条（见草绿色脓时）。提脓去腐用升丹和熟石膏，比例为1:9、2:8、3:7等，升丹越多去腐作用强。生肌收敛用熟石膏和炉甘石，比例为9:1。以上配为散面，用2倍麻油或凡士林调成膏。

④ 损伤内治药 跌打丸（刘寄奴、桃仁、地鳖虫等）。七厘散（红花、乳香、血竭等）。白药。

接骨木、董草、银线草、土三七等，任选一种水煎，加酒服。

伤酒：防风、红花、当归、白芷、天南星各5钱，入白酒1斤浸7日以上，每次20毫升，每日3次，加温服。活血消瘀方：桃仁4钱、赤芍2钱、当归3钱、红花3钱、枳壳2钱、甘草1钱、延胡索3钱；腹胀便秘者加大黄4钱、芒硝2钱（冲）；胸肋胀闷者加柴胡2钱、郁金3钱、桔梗1.5钱；发热者加丹皮3钱、双花5钱。贫血者加熟地4钱、芍药3钱。调养气血方 黄芪5钱、党参3钱、白朮3钱、当归3钱、甘草2钱、陈皮2钱，水煎服。

## 颅 脑 损 伤

### 头 皮 损 伤

头皮有五层，即皮肤、皮下组织、帽状腱膜、腱膜下层、骨膜。头皮的皮下组织致密，故皮下血肿范围较小而坚实。腱膜下层疏松，钝力从斜方打击头颅时，常发生腱膜下

血肿。此血肿易向周围扩散，2~3日后血肿边缘组织被血液浸润、机化，呈较硬隆起。一般宜待血肿自然吸收，必要时可在无菌操作下穿刺抽出积血，压迫包扎。头皮血管丰富，组织缺乏弹性，故头皮裂伤后出血量多，不易自然止血，压迫包扎也不易确切止血。应即剃去伤处头发，清洗创口，检查有无骨折，并将头皮全层紧密缝合，包扎。大范围的头皮裂伤，应防治失血性休克。

## 颞 骨 骨 折

1. 颅盖骨折 由直接暴力引起。表现疼痛、头皮下肿胀及出血。线形骨折往往需经X线拍片始能发现。凹陷骨折常可触到，但有时腱膜下血肿边缘硬隆起，中央凹陷，易误认为凹陷骨折，故一般也应做X线拍片（拍片应取切线方向）确诊。

2. 颅底骨折 多为颅盖骨折的延续。颅底X线拍片对诊断价值不大，而主要根据下述病状诊断。（1）头颅损伤时伤及鼻或耳腔，必有鼻或耳道流血，且流血量较多，如有血性稀薄液体（脑脊液）从鼻、耳流出，诊断即可确定。（2）由于骨折出血外渗，伤后数小时至数天在球结膜、眼睑、眶沿内或耳后逐渐出现瘀血斑。（3）各颅神经均可随颅底骨折而受损。常见有面及听神经损伤，表现伤侧闭睑不全，面肌瘫痪，听力减退；其次为视神经损伤。

【治疗】对颅骨骨折伤员，观察及治疗重点应放在脑损伤及可能发生的颅内血肿上。

1. 颅骨线状骨折 不需手术处理。

2. 凹陷骨折 骨折片塌下1厘米以上，原则上应尽早整复，以解除骨折片对脑的压迫，从而缓解局部脑受压可能引起的瘫痪、失语等功能障碍，并预防晚期脑瘢痕性癫痫的发生。

3. 颅底骨折 常致颅腔与鼻、耳腔相通，应着重感染的预防。早期应用抗菌药，鼻、耳流血或流出血性脑脊液时，禁用棉花、布片等堵塞，以免病菌逆行感染导致化脓性脑膜炎。

## 闭合性脑损伤和颅内血肿

脑损伤按轻重分为脑震荡及脑挫裂伤。脑震荡是头部受暴力冲击后脑发生短暂的功能障碍，没有明显的病理变化；脑挫裂伤则由病变的范围程度不同，可有脑组织充血、出血、碎裂及继发水肿等。少数脑损伤伤员，可因脑或脑膜的血管破裂出血，逐渐形成血肿。

### 【诊断】

1. 脑震荡 伤后意识消失一般不超过30分钟，醒后有头痛、头晕、嗜睡和呕吐。神经系统无阳性体征，脑脊液压力及成份均正常（一般不需检查）。

2. 脑挫裂伤

（1）伤后意识消失持续数小时、数天甚至数周以上。意识状态大致分：清楚、朦胧、半昏迷、昏迷，可根据能否答应、疼痛反应、吞咽反射、深或浅反射等综合判断。昏迷的深浅、时间长短等，反映着脑损伤的程度和好转或恶化趋向。醒后头痛、头昏、嗜睡等也较重。

（2）有的伤员可出现偏瘫、病理反射阳性、失语等。

(3) 脑脊液压力轻度增高。因损伤出血渗至蛛网膜下腔, 脑脊液如呈粉红色甚至血性, 即为外伤性蛛网膜下腔出血。血性脑脊液刺激脑脊膜, 产生脑膜刺激征: 剧烈头痛、颈强直及屈髋伸膝试验阳性。腰椎穿刺须在伤后稳定 1~2 天, 初步除外颅内血肿后, 如诊断治疗需要, 方可施行。

(4) 重症脑挫裂伤可有呼吸深慢或浅快, 循环亢进或衰竭, 体温增高或过低, 瞳孔缩小、不等大或散大, 对光反应迟钝或消失等生命功能的紊乱。

3. 颅内血肿 血肿多在伤后数小时至数十小时内逐渐形成、扩大并产生严重病状。少数属亚急性或慢性血肿, 其形成需数天或更久。颅内血肿的主要病状就是进行性颅内压增高, 并发展为脑疝。

颅内血肿与原发脑损伤的表现往往有很多共性的地方。如脑震荡、轻度脑挫裂伤的症状, 与血肿引起的颅内压增高的症状都有头痛、呕吐、嗜睡、不安等。但仔细分析它们的共性当中又有不同的个性存在: 较轻的原发脑损伤的症状是逐渐好转, 而血肿的症状则进行性加重, 甚至出现脑疝。所以, 血肿主要是靠观察病情演变来判断。如伤员清醒或好转后, 又逐渐昏迷, 即有中间清醒或好转期; 或伤后昏迷逐渐加重; 观察中出现频繁呕吐, 剧烈躁动, 尤其是出现一侧瞳孔散大、对光反应消失, 偏瘫及病理反射、呼吸深大, 循环亢进等, 就很可能是发生了颅内血肿。

#### 【治疗】

1. 脑震荡或轻症脑挫伤伤员, 应卧床休息一至数周。选用去痛片、利眠宁、三溴片等镇静止痛药。新针疗法可对症取穴。

不少人误认为脑震荡是严重脑损伤或一定有后遗症。因此要耐心解释, 消除顾虑。

2. 对颅脑损伤, 不论轻重都必须在数天内密切观察意识、瞳孔、呼吸、循环、神经系统症状及体征的变化, 一旦疑有颅内血肿, 应即送往能做颅脑手术的医院观察, 以便能及时手术。

3. 重症脑损伤多需做手术探查及治疗。在送往医院途中要防止颠簸, 取头侧位或侧卧位, 不垫枕头等, 防止呼吸道阻塞和呕吐物误咽。宜先静脉推注 50% 葡萄糖液 80~100 毫升, 或 25% 山梨醇 250 毫升以降低颅内压。确诊前不宜用强效的镇静药(如杜冷丁等), 以免妨碍观察意识变化。

### 开放性脑损伤

开放性脑损伤系指头皮、颅骨及硬脑膜均有破裂致脑或脑脊液与外界相通。此种损伤容易感染, 局部脑组织出血、碎裂、软化、常有碎骨片残留。其他方面与闭合性脑损伤相同。应早期做清创术, 清除伤道内异物、碎骨片及损伤的脑组织, 以利减轻脑水肿, 预防感染及促进伤口早日愈合。

### 眼 外 伤

眼外伤较常见, 处理不当又易造成严重的视力障碍。“预防为主”是防治疾病的根本方针。预防眼外伤必须走群众路线。赤脚医生要深入生产现场, 同群众一起改善劳动生产条件, 加强劳动保护; 要深入学校、居民, 做好宣传教育工作, 切实减少生产和生活中眼

外伤的发生。眼外伤有如下的特点：

1. 眼球含有丰富的血管膜、房水、玻璃体，伤后易为细菌感染，使病情加重，因此处理眼外伤，防治感染非常重要。

2. 眼球外伤的临床表现和损伤程度常不一致，如眼球挫伤，有时眼部仅有表层轻度的创伤，而眼内组织损伤严重，因此必须详细检查，防止贻误。

3. 一侧眼外伤，有时可因交感性眼炎使健眼发病甚则失明，这是眼外伤所特有也是最严重的结局，必须提高警惕，积极防治。

### 结膜、角膜异物伤

常见为煤屑、尘砂、金属碎屑、谷壳、木屑、飞虫等粘于结膜的穹窿部或角膜表面。病眼有异物感、刺痛或磨痛、流泪及结膜充血。常因用手揉眼而使上述症状加剧。

处理 可用生理盐水（或清水）冲洗，翻转眼睑，仔细检查。粘附在结膜表面的异物，可用清洁手帕或消毒棉签轻轻拭去；角膜异物用0.5~1%地卡因表面麻醉后，用湿棉签轻拭除去，如擦不掉，可用消毒针头，小心剔除。后涂以抗菌素眼膏，可戴眼罩，以防感染。

注意事项：（1）操作中应尽量避免损伤周围健康组织，并注意无菌操作，防止感染。（2）散在数目的角膜异物，一次不能取尽，可分次去除。（3）角膜深层异物取出困难时，勿作过多操作，滴1%阿托品液，涂抗菌素眼膏，戴眼罩，迅速送医院治疗。

### 眼球挫伤

多因受各种钝器的机械外力打击而受伤。如爆炸的弹片、飞起的石块或炮竹崩伤，工业生产中的钝器击伤等。伤情轻重不一，但应注意挫伤的眼球虽未破裂或穿孔，但眼内组织可能遭受严重损害。因此，对眼球挫伤病人必须从外至内，详细检查，以确定眼内组织有无受伤和伤势情况。

#### 【临床表现】

1. 轻度挫伤 有角膜表层擦伤和角膜混浊。

2. 重度挫伤

（1）前房积血，因虹膜睫状体血管破裂造成。积血部分或全部遮盖瞳孔时可影响视力。少量出血可自行吸收消散；大量出血或反复出血可使眼内压升高，继发青光眼。

（2）瞳孔散大，因缩瞳肌受伤后麻痹所致。瞳孔形状不规整，因瞳孔缘撕裂伤，或虹膜根部撕裂造成（图7-1）。

（3）晶状体因囊膜破裂，可发生外伤性白内障（晶状体混浊），并可有部分或全部晶状体脱位（图7-2），若嵌入瞳孔或玻璃体内，常继发青光眼，引起眼球剧烈疼痛，

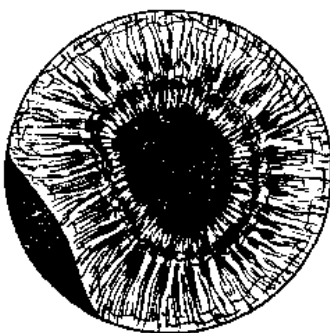


图7-1 外伤性虹膜根部撕裂

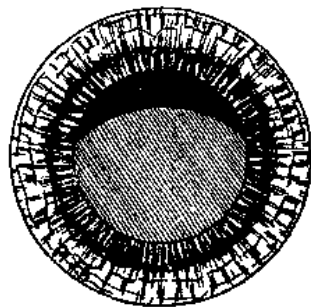


图7-2 外伤性晶体脱位

须手术摘除晶状体。

(4) 玻璃体积血，因脉络膜视网膜血管破裂所致。病人自觉眼前有黑影飘动，出血多时视力极度下降，甚至失明。

(5) 眼底损伤，可因视网膜震荡、出血、破裂或剥离，使视力明显降低。

(6) 眼球严重挫伤时，可有眼球破裂，眼内容物脱出。

【处理】 1. 仅有角膜上皮擦伤，局部消毒后，涂抗菌素软膏包扎，24小时后上皮修复痊愈。

2. 前房或玻璃体积血时，嘱病人安静休息，早期眼部冷敷，24小时以后可热敷。应用止血药物及10% 苄碱注射液20毫升，每日静注一次，注时应缓慢，也可用早三七点眼液点眼，数日后可吸收。口服维生素丙，中药大黄当归散可防止继续出血；也可用高渗盐水结膜下注射及碘化钾合剂内服等。

3. 如继发青光眼，可口服醋氮酰胺，每次250毫克，每日2~3次。

4. 瞳孔散大者，可滴1%毛果芸香碱缩瞳。

5. 有眼球破裂者，处理同眼球穿通伤。

【附方】 大黄当归散方：大黄1两，木贼、黄芩各1两，梔子、苏子各5钱，红花8钱，菊花3钱，当归2钱，共研细末，每服2钱，每日2次，饭后清茶送下。

碘化钾合剂方：碘化钾10克、小苏打10克、苦味酊5毫升，加水至100毫升，每日口服3次，每次10~15毫升。

### 眼球穿通伤和眼内异物

眼球穿通伤多因各种锐器（刀、剪等）和弹片、玻璃、金属碎屑、矿石碎片等所致。

【临床表现】 疼痛、羞明、流泪及流血。视力减退的程度根据伤口的大小及部位而定。眼球前部受伤，伤口内常有脉络膜脱出。此外，前房积血、瞳孔变形、外伤性白内障等都可能出现。严重者眼球内容物溢出，可使眼球塌陷变形。

眼内异物，多是金属碎屑（如铁和铜屑），带有一定的速度打入眼内。对眼组织的损伤，可分为两方面：一方面是早期异物所致的机械性破坏，另一方面是异物对组织所引起的物理性或化学性变化（铁锈沉着或铜锈沉着）。

【诊断】 (1) 详细询问病史：有无外伤史，以及了解异物之种类及伤的性质。(2) 检查有无异物进入眼内的创道，如伤口、伤痕。(3) 检眼镜检查：如屈光间质清晰，可发现玻璃体及视网膜上的异物。(4) X光照像及异物定位：对怀疑有球内异物者，应拍片确定。

【处理】 手术取出及按一般眼底病治疗。早期处理原则：眼球穿通伤伴有眼内异物者，易发生感染。因此，眼外伤要尽早彻底的清除污物和异物，穿通性眼外伤，不论伤口大小，均禁忌用水冲洗眼睛，以免造成感染或眼内容物脱出更多。对表面污物，可用消毒生理盐水棉棒轻轻拭去。检查操作时动作要轻柔细致，切忌压迫眼球，以防眼内容物从裂伤处脱出或脱出加重。伤眼清拭后，应涂抗菌素眼膏，并加绷带包扎，同时口服消炎药或注射抗菌素，预防和控制感染的发生。并应注射破伤风抗毒血清。眼有裂伤、异物存留及穿通伤者，应迅速转送医院，进一步检查处理。

## 眼化学性腐蚀伤

1. 酸性烧伤 如石炭酸、硫酸、硝酸等，因酸与组织接触形成蛋白凝固，能阻止酸的继续扩散，故损伤区界限清晰，常限于局部。

2. 硷性烧伤 如石灰、氨水、苛性钠等，硷性与组织起皂化作用，进入组织的硷液常继续扩散，向深部渗透，引起严重的眼内组织改变，故其后果较酸性烧伤严重。

【临床表现】 有严重的羞明、流泪、灼痛等强烈的刺激症状。眼睑皮肤充血、起泡、糜烂。球结膜充血，水肿，可有灰白色坏死。角膜上皮脱落，组织水肿，严重时完全变为灰白色。

### 【处理】

1. 受伤后应就地立刻用大量清水（河水、井水、自来水均可）冲洗，分秒必争，尽速除去腐蚀性物质，不要因急于送医院而失去有效的急救机会。

2. 清除结膜囊内固体化学物质。

3. 滴用抗菌素药液或涂膏剂，滴用1%阿托品液散瞳，硷性烧伤可结膜下注射维生素丙0.5~1毫升，加以保护，转送医院治疗。

## 眼 辐 射 伤

1. 丙种射线损伤 核爆炸瞬间发生的丙种射线，对人体可造成放射性损伤，伤情和平时X射线所产生的伤眼相同，可发生角膜炎、白内障、视网膜炎等。

2. 紫外线损伤 在雪地上大量紫外线反射，可损伤眼形成“雪盲”，电焊时放射大量紫外线，可造成“电光性眼炎”。

3. 红外线损伤 除可造成角膜、球结膜烧伤外，常可形成白内障及眼底病变。

【预防】 积极做好三防教育。对眼部紫外线、红外线的损伤预防，目前多采取戴防护眼镜的方法。

【治疗】 一般症状于1~2日后即可痊愈。对疼痛重而无角膜上皮损伤者，可滴用0.5%地卡因和1:1000肾上腺素1~2次止痛。针刺睛明、合谷、风池、太阳或球结膜下封闭疗法，症状很快消退。用人乳或牛乳滴眼，也能减轻症状。

冷敷可使其血管收缩，达到止痛目的。对于其它眼部损伤，如白内障、视网膜炎可根据同样眼病的治疗方法处理。

## 面 颌 伤

### 【面颌部创伤的特点】

1. 伤情较复杂。面颌创伤常伴有颅脑损伤、面颌骨折和感官功能障碍。救治时，应以抢救伤员生命为第一，分清矛盾主次，有步骤地进行处理。

2. 易引起窒息。面颌伤后，因骨折移位、舌后坠、组织水肿、血块血肿和泥砂异物堵塞口鼻咽腔，易发生窒息，昏迷的伤员更易发生，必须提高警惕，积极处理。

3. 出血较严重，可引起失血性休克。但由于面颌部血运丰富，组织抵抗力和再生修复能力强，具有不容易感染和创伤愈合较快的特点；拆线时间较早，一般五天即可拆线。

4. 面颌部集中了多数重要器官,具有呼吸、咀嚼、吞咽、语言、表情和感觉(视、听、嗅、味觉)等复杂生理功能,伤后易造成功能障碍和面容的损坏,因此,处理时必须过细,尽量减少功能障碍和畸形的发生。

5. 面颌口腔损伤后,严重影响咀嚼、吞咽功能,伤员饮食需特别护理。口鼻腔和上颌窦的穿通伤容易发生感染,因此预防感染对于面颌伤员也非常重要。

#### 【急救】

##### 1. 防止窒息

(1) 启开口腔,伸入手指,清除血凝块、碎骨片和异物,或口对口、用胶皮管(接大注射器)抽吸血块和粘液。

(2) 伤员宜取侧卧位,松解衣领,以便血液等从口鼻流出。

(3) 下颌骨折舌后坠,尤其是昏迷伤员,可用大弯针(或别针)等粗丝线,自舌背正中(距舌尖后2.0~2.5厘米处)穿透舌,牵舌于口腔外,将缝线结于上衣钮扣上(或用胶布粘固于颊部)。

(4) 上颌骨横形骨折腭骨下坠时,用筷子、压舌板等托腭向上,再用绷带固定在头部。同时可用粗胶皮管(表面涂凡士林或油),自鼻孔插向咽部,使呼吸通畅。

如经上述处理仍不能防止窒息,应尽早行气管切开术。

##### 2. 止血

(1) 面颌浅部出血,可用指压止血法止血。压迫包扎时要露出口鼻腔,更不可压迫舌根和咽部。

(2) 口底出血可用细纱布填塞,但应随时注意呼吸道通畅情况。

(3) 大块软组织缺损出血时,填塞纱团(或纱垫)。动脉出血点可用止血钳夹住,外用绷带一并加压包扎。

(4) 口、鼻、咽腔弥漫出血(面颌深部出血),可压迫颈总动脉止血。方法是在胸锁乳突肌的前缘扪清颈总动脉的搏动,用四指将其压向第六颈椎的横突上。要注意:①勿压迫气管;②压迫时间不可过久,以免脑缺血;③不能两侧同时压迫;④要积极准备行颈外动脉结扎术。

3. 防治休克和感染 严重面颌伤常伴有颅脑损伤和休克。应及时行抗休克处理,不可输入过多液体。预防感染与其他外伤时相同。

#### 【面颌部软组织伤的早期处理】

面颌部软组织创伤的早期处理直接关系到恢复面颌器官的生理功能和形态完整,我们必须以对工作的极端的负责任的精神,认真细致地进行处理,尽力减少面颌畸形和功能障碍的发生。

1. 清创 在局麻下,用1~3%双氧水和盐水反复清洗创口,清除泥砂、弹片异物,剪去坏死组织,一期缝合。一般伤后24~48小时内,如能很好处理创面,缝合后仍能达到一期愈合。

##### 2. 珍惜组织

(1) 只剪除已明显坏死的组织,保存有可能存活的组织;尽量将撕裂和带蒂的组织按正常位置缝回原位。

(2) 注意勿损伤面神经和腮腺导管,防止形成面瘫和涎瘘(腮腺瘘)。

(3) 脱落(部分或全部)的鼻、耳、唇、舌组织,立即清洁处理后,可缝合原处。

### 3. 正确对位缝合

(1) 用细针细线,按层对位缝合,先缝口腔粘膜,再缝肌层,最后缝皮肤。对唇红、鼻唇沟、鼻翼、上下眼睑、眼眉等部位,缝合必须正确对位,可先作定位缝合后再作全面缝合。

(2) 唇、颊大块软组织全层缺损时,可将创缘的皮肤与口腔粘膜直接缝合,封闭缺损部位周围的创面(图7-3)。但不要为封闭缺损而勉强牵拉缝合,防止造成疤痕畸形、开口闭眼障碍。遗留的缺损,可待日后整形修补。

(3) 舌损伤应尽早缝合,防止与口底或下颌骨内侧创面粘连。缝合时应用稍粗的缝线,离创缘稍远作深而密的缝合,以免舌组织撕裂或缝线脱落。

(4) 伴有面颌骨折或骨质缺损的损伤,应注意因颌骨缺损、移位引起的变形。一般应将断骨作初步复位固定后,再行软组织的缝合。同时,也须防止因软组织的拉拢缝合加重骨折的移位。骨断端必须严密地包埋在软组织中,不可暴露。



图7-3 面颊部较大软组织缺损缝合法

4 眼外伤的急救处理 除了清除浅表的异物,一般勿作过多的操作,弹片、竹刺嵌顿眼球壁时,切忌粗暴拨出;滴抗菌药液,包扎双眼,迅速护送去医院进一步治疗。

### 5. 预防感染

(1) 正确清创是预防感染的关键。

(2) 对下颌、腮腺的深部创伤,缝合不宜太密;口腔贯通伤,应严密缝合口腔粘膜。伤口如已有明显感染化脓,应先除去坏死组织、异物,伤口湿敷引流,控制感染,待炎症消退后再行缝合。

(3) 污染严重的开放性损伤,须注射破伤风抗毒素血清,并应用抗菌药物。

(4) 面颌部伤口缝合后宜暴露,尤其口周围伤口不需包扎,保持局部清洁干燥,5日可拆线(张力较大时可作间断拆线)。

#### 【面颌伤员的护理】

1. 半卧位,并经常更换体位,预防肺部并发症;在病情许可时早期下地活动。
2. 经常清除口、鼻、咽腔的粘液、血液,保持呼吸道通畅。
3. 保持口腔清洁,以2%双氧水擦拭口腔,1:5000呋喃西林清洗含漱。
4. 根据伤情,选择喂饲或鼻饲法,增加营养、促使早愈。

## 面 颌 骨 折

常见为鼻骨折、颧骨骨折和颌骨骨折(上、下颌骨)。严重的面颌骨折多并发颅脑损伤;颌骨骨折常伴有牙齿和牙槽突创伤。

(一) 鼻骨折 外鼻出现一侧内陷或鞍状畸形。如鼻部肿胀变形不明显时,需仔细检查有无骨折声,鼻腔粘膜撕裂状况等。有条件时可作X线检查。

#### 【处理】

1. 止血。

2. 复位 (1) 先以浸1%麻黄素液棉片置入鼻腔, 5~10分钟后, 换以1%地卡因和0.1%肾上腺素混合液的棉片作表面麻醉。(2) 用竹筷、长弯止血钳套胶皮管(或骨膜剥离器包薄层凡士林纱布), 插入鼻腔鼻骨的下方, 将凹陷的鼻骨抬起, 同时以另手触扪鼻背, 了解骨折片复位情况(图7-4)。(3) 复位后, 用凡士林纱条填塞鼻腔, 24~

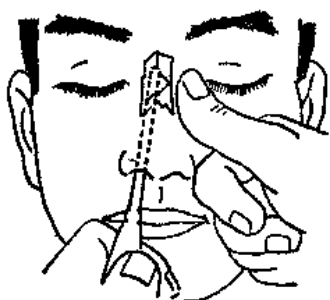


图7-4 鼻骨骨折复位法

48小时后取出, 换以裹凡士林纱布的粗胶管, 维持骨折片位置并通畅呼吸。(4) 肿胀、瘀血严重者, 可待渐消时复位, 但不宜超过3周, 以免发生纤维粘连, 复位困难。

(二) 颧骨骨折 以颧弓骨折最多见, 有时并发上颌骨、鼻骨和眶骨损伤。张口受限。可发生鼻衄和上唇皮肤粘膜麻木。

颧弓处塌陷, 面形不对称, 弓上可扪得骨折的凹陷, 但可因肿胀而不明显。触扪不清时, 可以食指伸入口内颊沟最高处, 检查颧骨与上颌骨之间的空隙, 两侧对比, 伤侧空隙变小或消失。顶颌位X

线检查有助于诊断。

(三) 下颌骨折 颌骨包括上颌骨和下颌骨, 以下颌骨折为多见。

下颌骨折易发生于下列部位: 颏孔附近、下颌角、颏部正中、髁状突下方(髁颈部)(图7-5)。应注意一侧下颌受击, 除发生下颌体、角部骨折外, 对侧髁颈部可因冲力伤并发骨折(图7~6); 坠落、颏部受击, 除发生正中骨折外, 两侧髁颈部可同时并发骨折。

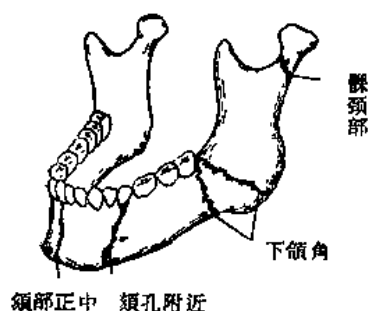


图7-5 下颌骨骨折线

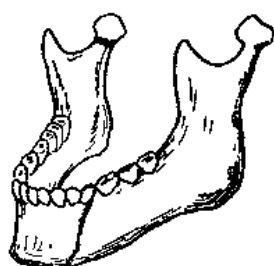


图7-6 下颌双侧骨折(下颌体及髁颈部)

下颌骨折除有疼痛、肿胀、出血和骨擦音等一般骨折表现外, 因骨折端移位, 可出现面颌变形, 上下牙咬合错乱, 咬不紧牙; 骨折两断端可出现异常活动; 张口受限, 咀嚼、吞咽功能障碍; 下齿槽神经损伤可发生下唇麻木或感觉异常。

因局部肿胀, 骨折不易确定时, 根据口内牙弓变形、多数牙咬合关系紊乱和下颌骨有异常活动等, 常可诊断下颌骨折。X线检查可确定骨折的部位、性质和程度。

【处理】对骨折行复位固定术。

(四) 牙与牙槽突损伤 颌骨骨折常伴有牙与牙槽突损伤, 以前牙区最多见。

1. 牙脱位 轻度脱位, 可立即将脱位牙纳回原位, 用不锈钢丝或铜丝结扎固定在邻近牙齿上; 全脱位时, 有条件可除髓, 充填根管, 植入原位; 或清洗消毒后, 植入原位, 结扎固定, 待牙齿稳固后再行根管治疗。

2. 牙折断 牙冠部分折断可行治疗保存, 大部缺损或牙根折断则须拔除。

3. 牙槽骨骨折 表现骨折处牙龈撕裂, 牙齿脱嵌(或脱位), 局部牙齿咬合紊乱。治疗是复位、牙间结扎固定、缝合伤口。

## 耳 爆 震 伤

强烈的爆震作用损伤鼓膜，并使听觉和前庭功能发生障碍。主要表现为听力减退，伴有耳鸣、眩晕、头痛等症状。检查鼓膜内陷、充血或破裂。伴有颅底骨折时，可有脑脊液或血性液体自外耳道流出。

### 【处理】

1. 鼓膜破裂，严禁灌洗、滴药（！）。外耳道消毒后，用无菌棉球将外耳道口松松填塞（勿使耳道堵死），局部保持清洁干燥。一般较小的鼓膜穿孔，能自行愈合；较大者须作鼓膜修补术。如发生化脓感染，则按化脓性中耳炎处理。

2. 耳鸣、耳聋、眩晕、头痛等症状，经休息、针刺、穴位注射和药物治疗可逐渐减轻或消失，听力部分或全部恢复。

3. 针刺 （1）耳聋：取穴耳门、听宫、听会、翳风。（2）耳鸣：取穴听宫、听会、外关、合谷。（3）眩晕：取穴内关、风池、百会、太冲。治法：内关透外关，风池透风池。如有恶心呕吐加中脘，心烦心跳加神门。（4）头痛：取穴印堂、合谷（前额头痛）；太阳、外关（侧部头痛）。

4. 穴位注射 用0.5%普鲁卡因液0.5~1.0毫升注射耳门、翳风穴，可减轻耳鸣和眩晕；注射太阳、印堂合谷可减轻头痛。

## 骨 关 节 伤

### 骨 折

近十几年、特别是无产阶级文化大革命以来，我国医务人员以唯物辩证法为指导，在整理提高祖国医学的正骨经验的基础上，创新了中西医结合治疗骨折的方法。这种新疗法具有疗程短、功能恢复好和经济便利的优点，深受人民群众的欢迎。

【骨折的发生】骨折可以在两种情况下发生。一种是正常的骨骼因受到外界暴力的作用造成的骨折，叫外伤性骨折。另一种是当骨有炎症、肿瘤或骨的代谢疾病等，受到轻度外伤或在正常活动时发生的骨折，叫病理骨折，不易愈合。

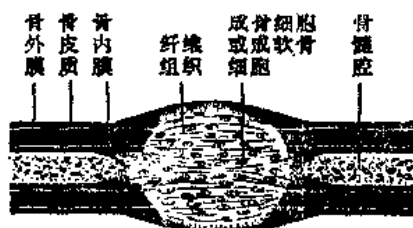
加强身体锻炼，防治易产生骨折的疾病，加强遵守交通规则和生产安全的教育，大力开展技术革新，对于骨折都有预防的意义。

【骨折的愈合】了解骨折愈合的全过程，对掌握治疗骨折的基本原则很有帮助。骨折愈合过程可分为四个阶段。

1. 纤维愈合期 骨折后局部形成血肿，以后血肿逐渐机化，被纤维组织代替。同时，骨外膜和骨内膜在骨折后即起反应，产生成骨细胞和成软骨细胞，向骨折部伸展（图7-7①）。

一般在伤后二周左右，骨折就为纤维组织所连接而比较稳定，局部肿胀亦消退。临床上多在此时交换外固定物（夹板、石膏等）。

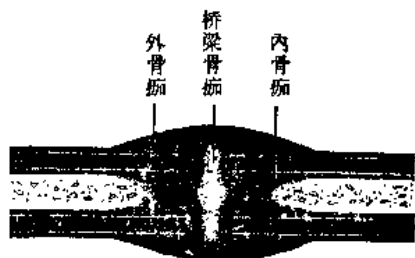
血肿属瘀血，如果长久瘀结不散，则影响局部循环，阻碍细胞生新。因此，为了促进生新，此期治疗



①纤维愈合期  
图7-7 骨折愈合示意图

宜活血化痰。

2. 骨痂愈合期 骨膜生新的细胞向骨折血肿伸展，由骨外膜形成外骨痂，骨髓腔内膜形成内骨痂，二者汇合于骨折断端间，血肿经机化等过程，形成桥梁骨痂（图 7-7②）。



②骨痂愈合期



③骨合期

图 7-7 骨折愈合示意图

3. 骨合期 骨折断端间的桥梁骨痂逐渐完全骨化（图 7-7③），重新恢复了骨组织的连续性，肢体能够负重劳动。X线照片显示骨折线逐渐消失。骨合多需 6~12 周。骨合以后，一般无需治疗。

4. 改建期 骨折愈合后，随着肢体的运用和负重，进行改建。非负重部多余的骨痂通过破骨细胞的作用而吸收，负重部骨痂不足可通过膜内骨化补充，骨髓腔重新沟通，逐渐恢复原来骨的结构，X线照片见不到骨折的迹象。

小儿改建能力强，需时约一年，成人需较长时间。

骨折整复时，在不加大副损伤的情况下，应尽量做到解剖学复位，这对于骨折愈合和防止固定后再移位都有重要意义。但如果条件不允许时，由于骨折有改建的过程，骨折复位的对位对线，如有轻度缺陷，也可以在改建期矫正，不致影响肢体的正常功能。

【诊断】对骨折既要重视局部的变化，同时还要注意全身的变化。问诊、检查、伤情分析，要注意下列五个问题。

1. 有无严重复合伤？如颅脑或胸腹重要脏器的损伤，应比较急缓而有秩序地处理。

2. 有无休克？凡比较严重的损伤，特别是火器伤或其他原因造成的开放性骨折，容易发生休克。单纯性股骨干骨折、骨盆骨折、脊椎骨折也可发生休克。骨折治疗应在休克好转后进行，但应作好伤肢的适当外固定。

3. 有无重要血管、神经损伤？骨折往往合并血管神经损伤，特别是肢体重要动脉的损伤，需要及时处理。因此，凡肢体骨折必须检查末梢动脉搏动和皮肤温度，检查手指和足趾的活动。

4. 有无骨折？完全骨折一般容易诊断，局部压痛，远端叩痛和骨的叩、听诊检查，对判断有无骨折有很大价值。

5. 骨折属何类型？临床常用的分类法有两种，

（1）开放骨折和闭合骨折：开放骨折，骨折部皮肤破裂，骨折和外界相通。战时检

查火器伤骨折，须注意致伤武器的性质、作用范围，有无特异细菌，化学毒物或放射性物质沾染。闭合骨折，骨折部皮肤无破裂，骨折和外界不相通。

(2) 稳定骨折和不稳定骨折：稳定骨折，这类骨折复位和固定比较容易，如横形骨折、嵌入骨折、不全骨折、肌肉牵引力小的部位的骨折。不稳定骨折，这类骨折复位和固定均比较困难，如斜形骨折、粉碎骨折、撕脱骨折、肌肉牵力大的部位的骨折。

X线照片对判定骨折类型，决定治疗方针有肯定的意义。但须指出，在没条件拍X线照片时，许多骨折（如锁骨骨折、桡骨下端骨折、小腿骨折）都可以通过“手摸心会”进行诊治。

#### 【治疗】

1. 急救 急救的任务是：防治休克，避免再损伤和再污染伤口，为安全运送作好准备。

方法：止血，止痛，保温，与其他损伤时处理相同。在搬动伤员以前，应先进行临时固定，可就地取材作为外固定物，如木板、厚纸板、树枝、树皮、竹竿、枪枝等；无外物时可将上肢固定在前胸，下肢固定于健侧。脊柱骨折者应保持脊柱伸直位，避免搬动伤员时引起再损伤。

#### 2. 开放性骨折的治疗

(1) 清创缝合：开放骨折容易感染而造成骨髓炎，必须积极预防其发生。关键在于做好清创缝合，变开放伤为闭合伤。

(2) 骨折处理：在彻底清创术的条件下，作好骨折端的内固定及适当的外固定。

(3) 防治感染：预防破伤风、气性坏疽，防治化脓感染，与其他开放伤时相同。

可根据骨折情况和当地医疗条件，决定在本地治疗或送到医院治疗。

#### 3. 闭合性骨折的治疗 治疗骨折的基本原则是：

(1) 人体的局部发生骨折，可以影响全身；而全身状况又可以影响骨折的愈合。因此在治疗上必须注意局部和整体的关系，运用局部和全身治疗相结合的原则。

(2) 在骨折未愈合前，骨折部的固定是必要的，可以防止骨折再移位，有利于骨折的愈合。但伤肢的适当活动也是十分重要的，不仅可以防止肌肉萎缩和关节僵硬，还可促进气血运行，促进骨折愈合，有利于功能的恢复。固定的原则应该是既能保证骨折复位后不变位，又有利于伤肢的活动。这就是静（固定）和动（运动）对立统一的原则。

治疗骨折的方法包括：复位、固定、功能练习和用药。

(1) 复位：复位是骨折治疗的首要步骤。复位好，骨折愈合快，功能恢复好。复位标准分解剖复位和功能复位两种。骨折复位后，完全对位对线，叫做解剖复位；如果对位对线有一定缺点，但不影响肢体的功能，就叫功能复位。

全身各部位绝大多数的骨折可以通过手法复位达到治疗要求，少数骨折需要牵引复位和手术切开复位。应该在手法复位上多下功夫。在复位时应尽到最大努力，使骨折能复位到理想程度。

手法复位愈早愈好。早期局部肿胀轻，容易达到一次准确复位，有利于骨折的愈合。如伤后时间较长，局部肿胀明显，一次准确复位有困难，可进行逐次整复，以免伤后时间过长，不易整复。

有时骨折早期复位可不用麻醉，如需麻醉，一般可选择针麻或局麻等。如需要肌肉松

弛，上肢可用臂丛麻醉，下肢可用腰麻。

目前中西医结合治疗骨折的手法复位有六种。

① 手摸心会：复位前先触摸骨折两端，由远及近，由浅及深，结合X线片，确切掌握骨折的变位方向。同时舒张肌肉肌腱，准备复位。

② 牵引拔伸：主要是克服肌肉抗力，矫正重叠移位。牵引时，沿着肢体纵轴，在远近骨折段两端作对抗牵引，将重叠的骨折端拔伸出来。

③ 旋转屈伸：用于有旋转或成角变位的骨折，尤其在关节附近的骨折，往往需用此法复位。在牵引远端骨折片的同时，根据骨折变位情况，作旋转屈伸活动。

④ 端提挤按：左右移位用挤按手法矫正，前后移位用端提手法矫正。

以上四种是基本手法，多数骨折采用这四种手法即可复位。下面两种手法用于特殊情况的复位。

⑤ 夹挤分骨：用于两骨并列部位的双骨折。用两手拇指及食、中、环指由骨折部的两面夹挤两骨间隙，使骨间膜张开，便于骨折复位（图7-8）。

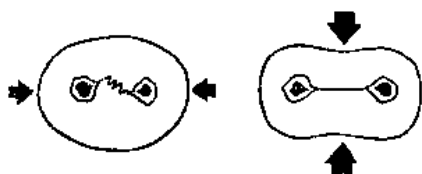


图7-8 夹挤分骨示意图

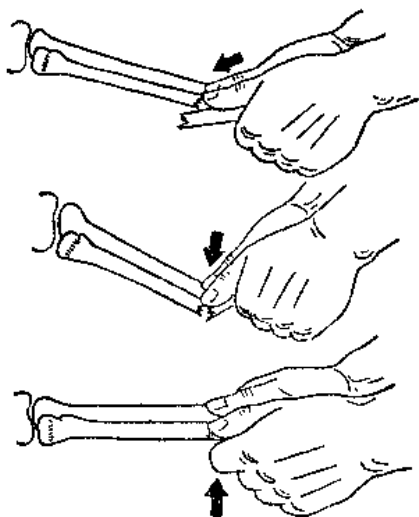


图7-9 折顶示意图

板或硬纸壳，随时制备使用。

为加强夹板的固定作用，使整复后的骨折端能有效地固定于良好位置，防止再移位，可根据骨折部位、类型、变位的特点，采用两点或三点分置固定垫法（图7-10）。固定垫可使用纸压垫或棉垫，以毛头纸折成的纸压垫效果好。纸压垫分平形、塔形、梯形等多种（图7-11）。

在骨折复位后，肢体表面可敷以外用药，然后放置固定垫（可将固定垫用胶布固定在

⑥ 折顶回旋：在肌肉较丰富或横断骨折重叠移位多，拔伸牵引不能复位时，可用折顶法。以两手拇指抵压骨折突出的一端，其余四指环抱于下段骨折另一端，两手拇指用力向下挤按突出的骨折端，加大骨折端原有成角，依靠拇指感觉，估计骨折远近端的骨皮质已接触，而后反折（图7-9）。反折角度不宜过大，用力不宜过猛。回旋手法多用于骨折断端间有软组织嵌入的股骨干和肱骨干的骨折，特别是有背向移位的斜骨折，需按骨折移位的相反方向进行回旋。回旋时必须谨慎，以免损伤血管和神经。

（2）固定：固定的方法有：夹板固定、石膏固定、牵引固定和（手术）内固定等。在农村基层常用的是夹板固定法。

① 夹板固定：夹板分定型夹板和非定型夹板两种。定型夹板是根据各部位骨折特点、治疗要求设计制备的，多用柳木制成。夹板里面粘有毡垫，外面包以线套。采用这类夹板固定较稳固，治疗效果好，可用于治疗某些难度较大的骨折。非定型夹板可就地取材制成，利用木板、树皮、竹帘、胶合



①两点分置法 ②三点分置法  
图 7-10 固定垫分置法

夹板的相应地方再进行安放，以免固定垫移动），再安放夹板，以布带包扎。

固定范围根据骨折部位和骨折特点而定，分局部固定和超关节固定两种。局部固定适用于一般骨干骨折，如肱骨干骨折、胫腓骨干骨折等。超关节固定适用于关节部或接近关节部的骨折，如肱骨髁上骨折、踝部骨折等。

② 石膏固定：石膏绷带塑形好，硬化干燥后外形即固定不变，有一定优点，是西医传统用的外固定材料。但亦存在不少问题，如伤肢消肿后，骨折易发生再变位，需固定上下多个关节，影响功能练习，容易造成关节僵硬。由于广泛采用小夹板取得了很好的效果，石膏固定治疗骨折的适应范围正在缩小。

(3) 注意事项：①外固定包扎前骨突起部须用棉花垫好，以防压迫局部引起坏死。②骨折经手法复位后，必须在维持牵引下包扎外固定，以防变位。③除治疗有特殊要求外，关节应固定在功能位。④采用小夹板固定时，使用加压垫须根据骨折变位情况分开放置，切不可在同一部位的对立面放置加压垫，以免压迫血管、神经。⑤包扎夹板或石膏松紧度要合适。指、(趾)露在外，以便观察和进行功能练习。⑥伤后两天局部肿胀达最高峰，在此期间应密切观察肢体末梢血运。



图 7-11 固定垫

(4) 功能练习，十分重要。功能练习分主动练习和被动练习两种，应以主动练习为主，被动练习为辅。练习方法的选择必须根据骨折类型、复位情况和骨折愈合程度决定。

① 主动功能练习：骨折经复位固定后，即可开始练习。凡是能够活动的关节，能够收缩的肌肉，都要积极进行练习活动。在骨折临床愈合、解除外固定后，即活动被固定的关节。当骨折骨性愈合后即可进行持重功能练习，上肢可以从事劳动，下肢可以下地行走。但不能操之过急，以免造成畸形愈合或再骨折。

② 被动功能练习：脊髓或周围神经损伤、肢体不能主动活动时，应由医务人员和家属协助活动。被动练习不宜过于频繁，用力不能过猛，以免损伤关节，反而使关节活动障碍加重。

(5) 中草药内治：骨折早期局部由于气血瘀滞，表现肿胀疼痛，运动功能障碍。局部血瘀生热，临床常有发热、口干、便秘、尿少等实证的症候。

骨折中后期，内伤肝肾，临床多见局部肌肉萎缩、无力、头晕、目眩、失眠多梦等虚症的表现。

① 早期以活血化瘀为主，多采用桃仁、赤芍、红花、土虫之类的药物，可并用当归、木香、枳壳等和血理气。

活血化瘀散：赤芍5钱、桃仁1两、红花1两、当归1两、大黄1两、木香1两、乳香1两、三七1两、共研细面，每服一钱。常用成药如跌打丸、七厘散等，均可服用。

② 中期以和血生新为主，仍兼用一些活血化瘀药物。这一阶段内应注意肝、肾阴虚的症候，可采用滋补肝肾的药物，如川断、杜仲、虎骨、鹿角胶等。接骨散：土虫2两、

黄瓜子1两、自然铜1两、桃仁1两、红花1两、三七1两、炙马前5钱、乳香1两、骨碎补1.5两、苏木1两、龙骨1两、牡蛎1两、川断5两、月石1两，共研细面，每服钱半。

⑧ 后期出现虚症，可补肝肾，强筋骨，服壮筋养血汤或八珍汤等。壮筋养血汤：白芍、当归、川断、川芎、红花、生地、牛膝、丹皮、杜仲。

## 锁骨骨折

锁骨骨折多发生在中外1/3弯曲部。局部肿痛，骨折部有明显局限压痛，完全骨折可触及骨折片异常活动。应注意有无锁骨下动脉、静脉或臂丛神经的损伤。

变位特点：近折片因胸锁乳突肌牵拉向后上方移位，远折片因肢体重量和锁骨下肌牵拉向前下方，同时向内侧移位（图7-12）。

### 【处理】

1. 复位 患者坐位，两手插腰，术者站在背后，以一侧膝关节顶住患者脊柱，两手牵拉双肩向后上方，同时嘱患者挺胸，两肩尽力后伸，即可复位（图7-13）。

2. 固定 用布绷带或石膏绷带，沿两侧肩腋背部绕行，作前后“八”“∞”形固定（图7-14）。为加强布绷带固定作用，可于背后置一“T”形夹板，将绷带绕行固定于两侧板上（图7-15）。固定3~4周。

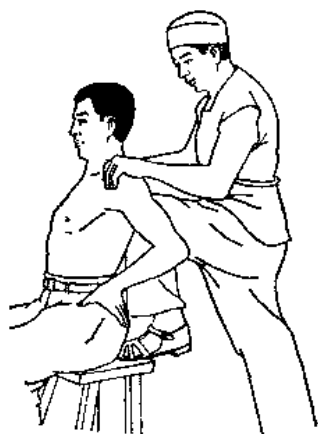
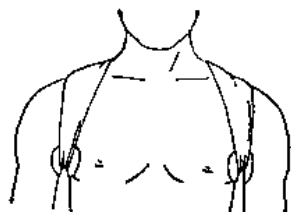


图7-12 锁骨骨折变位 图7-13 锁骨骨折手法复位

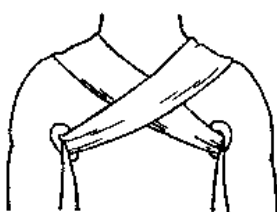
## 肱骨干骨折

肱骨干骨折表现局部肿胀、疼痛，活动障碍。骨折部有畸形和异常活动，压痛明显。

变位特点：发生在三角肌止点以上的上段骨折，其近折片因胸大肌牵拉向内，远折片因三角肌牵拉向上、向外侧移位。位于三角肌止点以下的中段骨折，其近折片因三角肌和喙肱肌的牵拉向前向外，远折片因肱二头肌和肱三头肌牵拉向上移位（图7-16）。下段骨折移位随前臂和肘关节位置而异。



①前面



②后面

图7-14 “八”或“∞”形固定

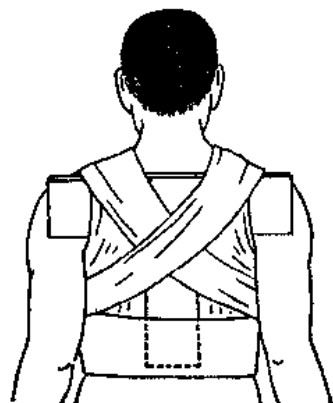


图7-15 “T”形夹板固定

肱骨中上段为桡神经沟绕行部，此段骨折易并发桡神经损伤，引起手腕下垂，不能伸

腕伸指。

### 【处理】

1. 手法复位夹板固定 早期闭合骨折均可采用此法治疗。

(1) 上段骨折：复位时一助手用布带向上牵拉患肢腋窝，另一助手握住肘关节，向下牵引，术者以两拇指抵住骨折远段外侧，其余四指环抱近段内侧，两手四指首先托提近段向外，使与远段微向外成角，继而拇指由外侧向内推压远段骨折片，即可复位

(图7-17)。在维持牵引下，先敷外用药，缠绷带3~4层，根据变位特点放置纸压垫，用胶布固定，再放置木板，后外侧为长板，前内侧为短板，用布带固定，再于内、后、外侧板上端穿行布带，绕过对侧腋窝下固定。固定后肘关节屈曲90°，前臂中立位，用托板和绷带悬挂于胸前(图7-18)。固定6~8周。

(2) 中段骨折：两手拇指抵住骨折近段外侧，其他四指环抱骨折远段内侧。在牵引下两拇指推压近骨折片断端向内，两手四指牵拉远折片向外，先向内侧微成角，继而牵拉远折片向外，压近折片向内，纠正成角，即复位(图7-19)。局部用夹板固定(图7-20)。

(3) 下段骨折：复位较易，因此部肌肉拉力较弱，牵引力不宜过大。复位后用夹板作超肘关节固定。

2. 开放骨折创口较大时，可在彻底的初期外科处理的同时，作适当的内固定及外固定。合并肱动脉、神经

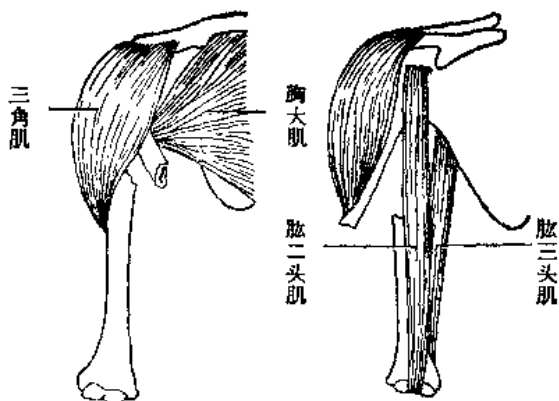


图7-16 肱骨干骨折变位

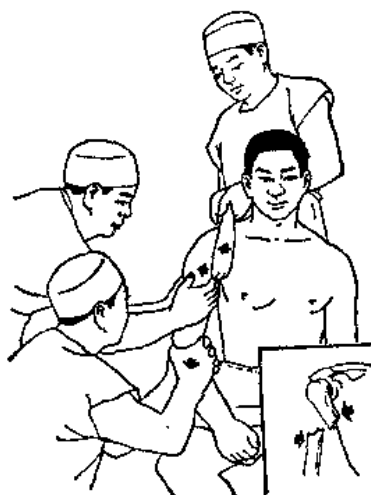


图7-17 上段骨折复位法

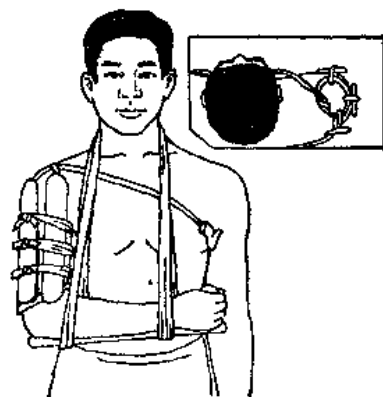


图7-18 上段骨折夹板固定

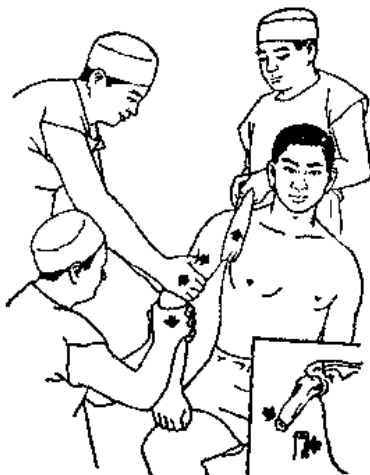


图7-19 中段骨折复位法

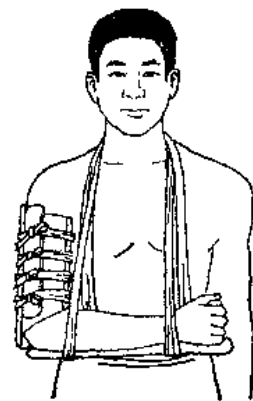


图7-20 中段骨折夹板固定

损伤的骨折，须切开复位，外固定可采用肩人字石膏或外展架。

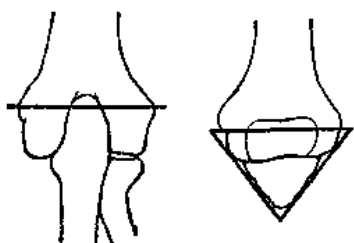
3. 练功 开始用力握拳，活动腕关节，按摩前臂和被动活动肘关节，活动肘关节时需把持骨折部。3~4周可主动伸屈肘关节，如骨折已愈合，解除外固定，可活动肩关节。

### 肱骨髁上骨折

肱骨髁上骨折是儿童中最常见的骨折，发生在10岁以下的小儿，约占4/5。分伸展型、屈曲型和粉碎型三种。伸展型常见，约占9/10。

1. 伸展型 跌倒时，手掌着地，肘关节呈伸展位受伤，暴力传达到肘关节所造成。伤后肘部肿胀，疼痛。尺骨鹰嘴向后上方突出，和肘关节后脱位相似，但检查肱骨内外上髁和尺骨鹰嘴骨突起三点关系不变，尺骨鹰嘴仍位于肱骨内外髁联线以下。肱骨髁上有明显压痛（图7-21）。

骨折多呈短斜型，骨折线由前下向后上，远折片向后上方移位，近折片向前下方移位（图7-22），同时常常合并侧方移位。



① 伸肘位 ② 屈肘位  
图7-21 肱骨内外上髁与尺骨鹰嘴正常关系

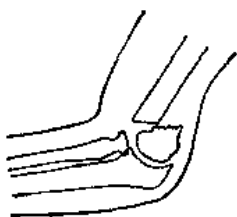


图7-22 伸展型骨折

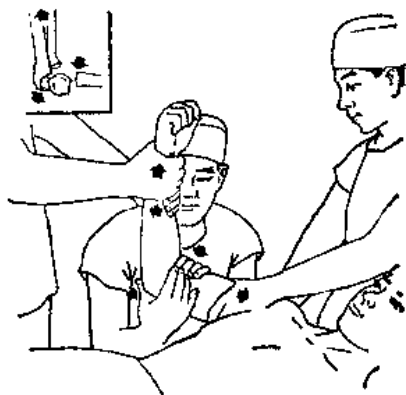


图7-23 肱骨髁上骨折复位法

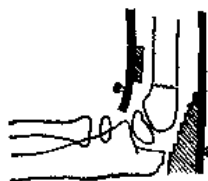
骨折片可挫伤或压迫肱动脉、正中神经。应注意检查桡动脉搏动，手指温度，知觉和运动功能。

复位：患者卧位，在麻醉下一助手固定上臂，另一助手牵拉前臂，肘关节轻度屈曲，矫正重迭移位，在前臂旋后位，按压骨折端，矫正侧方移位。进而用两手拇指推压远折骨片或尺骨鹰嘴突向前，其余四指牵拉近折骨片向后，同时屈曲肘关节，前后移位亦即复位（图7-23）。

固定：取夹板4块，先于肘部缠绕绷带1~2层，根据骨折变位情况，于两骨折端内外侧放置塔形垫，后方远侧骨端折放梯形垫，近折片前方放方形垫，胶布固定后，妥善放置4块夹板，以布带三根捆绑固定。检查桡动脉搏动良好，用绷带固定前臂于胸前（图7-24、25）。固定2~3周。复位后用长臂石膏托固定肘关节于屈曲位亦可。



正面



侧面

图7-24 肱骨髁上骨折固定示意图



图7-25 肱骨髁上骨折  
固定后外观

如有肱动脉、正中神经损伤或受压征象，应及时送医院处理。

2. 屈曲型 肘关节屈曲位着地受伤，暴力作用于肘部所致。远折片向前方移位，多数复位后需固定在伸展位。

3. 粉碎型 多发生在成年人，骨折往往累及关节面，可用手法或作尺骨鹰嘴牵引复位，有的需手术切开复位。

## 前臂骨折

前臂双骨折发生比单骨折多。尺骨上段骨折易合并桡骨小头脱位，桡骨下段骨折可并发尺骨小头脱位。

骨折局部肿胀、疼痛，有限局性压痛，活动受限，尤以旋转活动受限明显。双骨折或单骨折合并脱位时畸形比较显著。

### 【变位特点】

1. 尺骨骨折变位甚小。尺骨上段骨折合并桡骨小头脱位，可在异常位置触及桡骨小头，前脱位较后脱位多见，尺骨近折片往往随桡骨小头脱位方向移位（图 7-26）。

2. 桡骨骨折上段（旋前圆肌止点以上）骨折时，近折片因肱二头肌和旋后肌牵拉向后旋转，远折片因旋前圆肌作用向前旋转。中段（旋前圆肌止点以下）骨折时，近折片因旋前圆肌和旋后肌同时作用，处于中立位，远折片因旋前方肌作用处于旋前位（图 7-27）。下段骨折可合并尺骨小头脱位，尺骨小头向尺侧突出，手偏向桡侧。

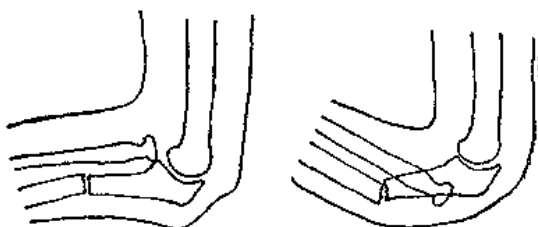
3. 双骨折变位往往无定型，有的随桡骨骨折部位的变位特点而变位。

### 【处理】

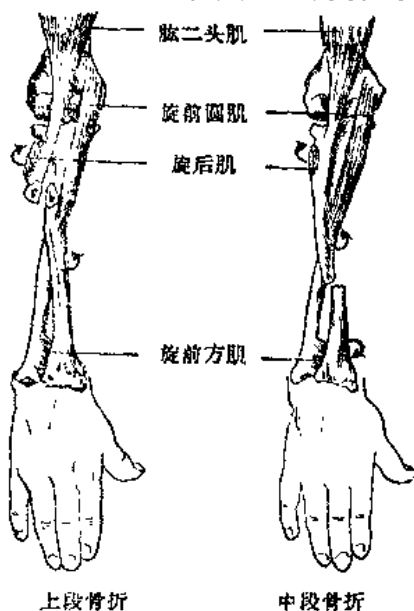
1. 复位 在臂丛麻醉下，前臂肌肉完全松弛，一助手固定上臂，肩关节外展 $70^{\circ}\sim 80^{\circ}$ ，肘关节屈曲 $90^{\circ}$ ，另一助手牵引前臂，桡骨上 $1/3$ 骨折在旋后位牵引，中下 $1/3$ 在中立位牵引，重迭移位拉开后，术者两手指在前臂掌背面对向夹挤骨间隙，进行分骨。如肌肉丰富，重迭移位难以拉开，可采用折顶回旋手法复位。如骨折合并脱位，应先整复脱位，再整复骨折。

2. 固定 复位后，在前臂背侧和掌侧放置分骨垫，如为单骨折或同一平面的双骨折，可在骨折部放置，双骨折不在同一平面，则在两骨折线间放置（图 7-28）同时根据骨折和脱位情况放置加压垫，取四块夹板捆绑固定。固定 6~8 周。

骨折复位后，如包扎长臂石膏，需在两骨间加压分骨塑形。桡骨上 $1/3$ 骨折应固定在旋



①前脱位型 ②后脱位型  
图 7-26 尺骨骨折合并桡骨小头脱位



上段骨折 中段骨折  
图 7-27 桡骨干骨折变位

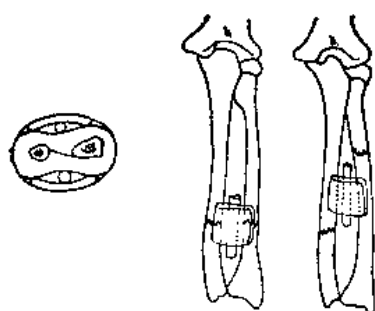


图 7-28 分骨垫放置法

后位，中下 1/3 骨折应固定在中立位。

3. 练功 开始作握拳活动，肿胀基本消退后，可作肩、肘关节的活动，先作小云手活动，后作大云手活动。

(1) 小云手活动：伤手握拳，前臂中立位，健手托伤臂，送伤肢斜向健侧的前外方伸出，而后两臂由健侧转向伤侧，肘关节由伸变屈，回到原来位置。如此反复活动肩、肘关节。(2) 大云手活动：经小云手活动，伤肢有力，不用手托亦可活动时，即加大肩、肘关节的活动，双侧同时作云手活动。

骨折愈合后，解除外固定，应着重练习前臂旋转活动。

### 桡骨下端骨折

桡骨下端骨折（旧名科雷氏骨折）发生在桡骨下端 2~3 厘米内。多因跌倒手掌着地，间接暴力传达所致。伤后局部肿胀、疼痛，活动受限。骨折部有明显压痛，骨折移位显著时，手腕呈典型的铲把状畸形。X 线照片示远折骨片多向背侧和桡侧移位，有时可并发尺桡关节脱位。

#### 【处理】

1. 复位 患者坐位，将患肢腕部掌面置于靠背椅架上，术者以左手握住患手向远位端掌尺侧牵引，右手拇指推压远折片向掌尺侧，其余四指牵拉近折片向近心端和背桡侧，即可复位。如骨折端嵌插较重，复位有困难，可由一助手固定上臂，另一助手握住患手进行牵引，将重迭嵌插拉开后，术者用两拇指推压远折骨片向掌尺侧，其余四手指于近折骨片远端掌面提端向背桡侧，则可复位（图 7-29）。

2. 固定 复位后在远端骨折片背桡侧和近端骨折片掌侧分别放置加压垫，用胶布固定。再取夹板四块固定，背侧和桡侧夹板需超过腕关节。将前臂放在带柱托板上，悬挂于胸前（图 7-30）。固定 3~4 周。

复位后亦可用掌背面前臂双石膏托固定。腕关节固定在掌屈和尺屈位。

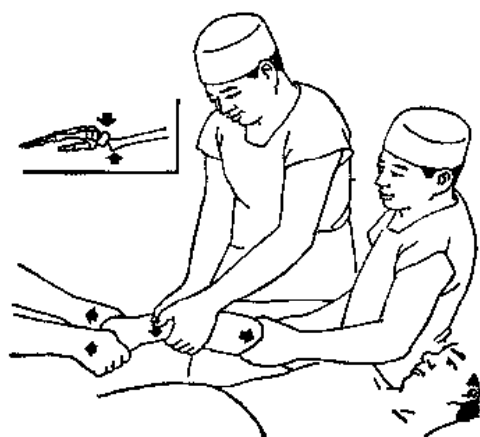


图 7-29 桡骨下端骨折手法复位

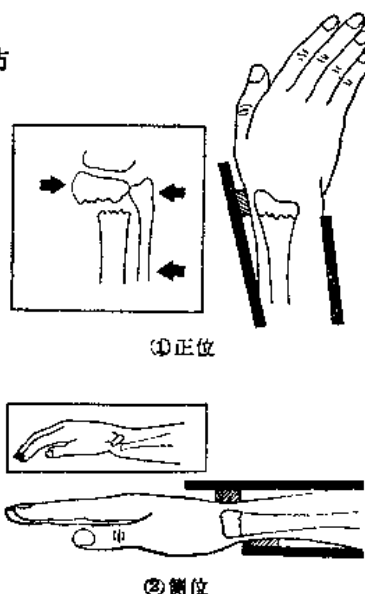


图 7-30 复位后夹板固定示意图

3. 练功 与前臂骨折相同，但每步练习均可提前。

### 股骨颈骨折和粗隆间骨折

股骨颈骨折常发生在老年人，老年人骨质疏松，平地跌倒，大腿急骤内收或外展时均可发生。因受伤姿势和骨折线方向不同，可分为外展骨折和内收骨折。外展骨折多有嵌插，较稳定，临床症状不明显，常可站立行走，仅感局部痛。往往在骨折移位后或照X线照片才确诊。内收骨折局部疼痛明显，不能站立或坐起，伤肢呈外旋、短缩、内收畸形。大粗隆上移，超过髂前上棘和坐骨结节联线。需与粗隆间骨折或髋关节后脱位鉴别。

粗隆间骨折常发生在老年人，多因肢体内收跌倒，粗隆部着地造成。伤后局部肿胀、疼痛明显，肢体呈内收、外旋、短缩畸形，不易与股骨颈骨折鉴别。需照X线片确定。

### 股骨干骨折

股骨干骨折较常见，多因车压、重物撞击、高处坠落或火器伤所致。佝偻病者骨质脆弱，股骨较易发生骨折。

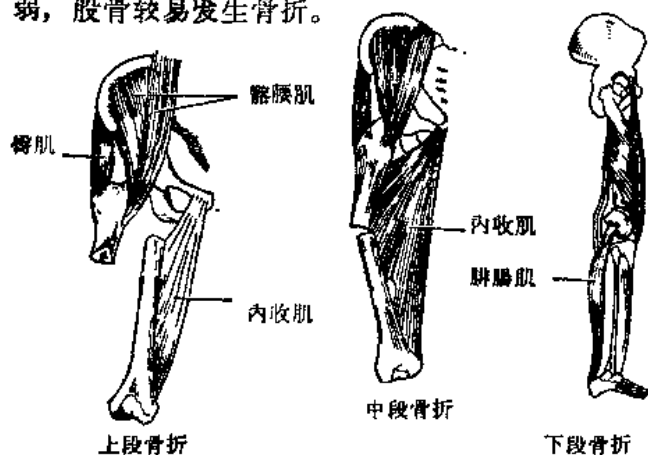


图 7-31 股骨干骨折

伤后局部症状明显，容易诊断。应注意全身有无休克，局部有无股动脉或坐骨神经损伤。

【变位特点】(图 7-31) 上段骨折：近位骨折片因髂腰肌作用前屈，臀部肌肉作用外展外旋。远折片因内收肌作用向内上方移位。中段骨折：近位骨折片因臀肌和内收肌同时作用，处于中立前屈位。远折片向上移位。下段骨折：近折片位于中立位，远折片因腓肠肌作用多向后变位。

【处理】4岁以下幼儿股骨干骨折，两下肢同时作皮牵引，牵引重量以使臀部稍离床为准(图 7-32)。牵引3~4周。5~10岁儿可作滑动皮牵引，同时在骨折整复后加夹板固定，牵引4~6周。年龄较大的人大腿肌肉发达有力，可根据骨折类型采取其他接骨法。

### 髌骨骨折

髌骨骨折多数是在膝关节骤然屈曲跌倒时，股四头肌强力收缩所造成，多属横断撕脱骨折。直接暴力打击可发生粉碎性骨折。伤后膝关节肿胀明显，局部疼痛，髌骨可触及骨折线，浮髌征阳性(紧压髌上囊和髌下囊，按髌骨有浮沉感)。

【处理】手法复位局部固定，在局麻或腰麻下，抽出关节腔内积血，将骨折整复，于髌骨上下方各放置一半月形合骨垫，膝关节后方放一夹板，将合骨垫固定在夹板上，再以

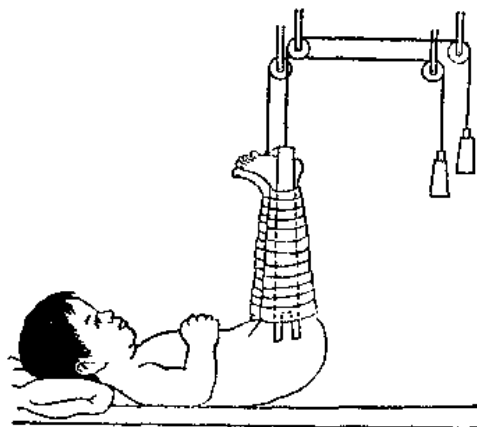


图 7-32 悬吊牵引

绷带缠绕，膝关节伸直位固定4~6周。手法复位困难，可切开复位固定。

### 胫腓骨干骨折

胫腓骨干骨折的局部表现明显，诊断比较容易。上段骨折可并发腓总神经损伤，足下垂，足趾不能背伸。严重的挤压伤后，如有足趾不温、脉搏消失，为胫前动脉痉挛或损伤所致。

【处理】 胫骨干是小腿的主要支柱，因此接骨以胫骨为重点。

1. 除了有上述并发症，胫腓骨干骨折多可用手法复位，夹板固定。伤员仰卧位，在局麻或腰麻下，一助手固定大腿，另一助手握住足跟部，在屈膝位牵引，术者用提端手法矫正前后移位，再用挤压手法矫正侧方移位（图7-33、34），根据骨折变位特点，放置

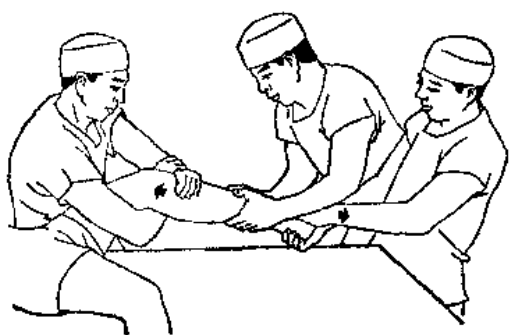


图7-33 小腿骨折手法复位（矫正前后移位）

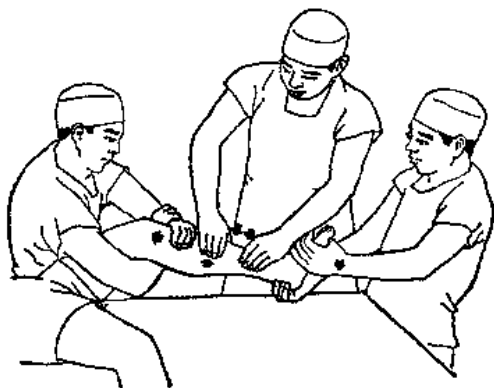


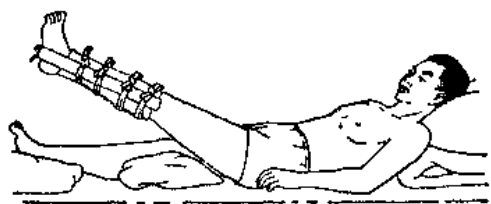
图7-34 小腿骨折手法复位（矫正侧方移位）

加压垫，取夹板5块捆绑固定。上段骨折需固定膝关节，下段骨折需固定踝关节。如骨折不稳定可同时作跟骨牵引。固定6~8周。

2. 练功 开始作踝关节背屈和股四头肌收缩活动（图7-35）。如包石膏和牵引时，作股四头肌锻炼需用两手支撑起臀部。稳定骨折两周后即可练习伸直抬腿，逐渐作膝关节伸屈活动。3~4周则可持拐或扶高方凳下地行走。不稳定骨折需在4~6周后下地练习活动。



①踝关节背屈及股四头肌收缩



②膝关节伸直抬腿

图7-35 小腿骨折后的练功

### 脊柱骨折和脱位

脊柱损伤常发生于下列情况：从高处跌下，肩背部受重物砸伤，屈身时受到上下挤压，总之使脊柱突然过度屈曲。脊柱直接受冲击创伤，和过度伸屈引起的损伤，较为少发生。

骨折、脱位多发生在活动度较大的颈椎<sub>3~6</sub>和胸椎<sub>12</sub>、腰椎<sub>1</sub>。

伤后局部肿胀，疼痛，损伤部棘突后突，有明显压痛，活动受限。合并脊髓损伤时，出现截瘫。颈段脊髓损伤表现四肢瘫痪，肋间肌亦麻

痹，呼吸困难。胸段和腰段脊髓损伤表现下肢瘫痪。马尾圆锥以上脊髓损伤时大小便潴留，马尾圆锥部损伤时则出现大小便失禁。

【处理】凡可能有脊椎损伤的伤员，急救搬运时脊柱务必保持在伸直位，尽量减低震动，切勿让伤员坐起，以免加重损伤，造成严重后果。颈椎损伤并发高位截瘫，出现呼吸困难时，可注射呼吸兴奋剂。如呼吸道分泌物多，排出困难，应及时作气管切开，必要时进行人工呼吸。

治疗脊椎骨折以前，一般应拍X线照片，以便了解骨折改变。X线照片可分为三种类型：（1）单纯椎体压缩骨折，椎体前缘压缩，使椎体呈楔形。（2）单纯附件（棘突、横突）骨折。（3）椎体压缩骨折合并附件（关节突、椎板）骨折或脱位。前两种为稳定骨折，后一种为不稳定骨折（图7-36）。

### 肩关节脱位

肩关节是全身活动范围最大的关节，同时也是稳定性较差的关节。临床上以前方脱位常见，后方脱位很少。

肩关节前脱位是指肱骨头突破关节囊最弱的前壁而移至喙突下、锁骨下或肩胛盂下（图7-37）。其中以喙突下脱位最为常见，脱位同时可并发腋神经损伤，而致三角肌麻痹。

伤后肩关节肿胀、疼痛，不敢活动。肩峰突出，肩峰下空虚，肩膨隆消失，变成“方形肩”，在喙突下或锁骨下可触及肱骨头。伤肢上臂呈弹性固定。伤肢手触摸对侧肩部时，肘部不能贴近胸前壁，称为触肩贴胸试验（旧名杜加氏征）阳性。肩关节脱位需与肱骨外科颈骨折鉴别，后者无“方形肩”，亦不存在弹性固定，触肩贴胸试验阴性。

#### 【处理】

1. 新鲜脱位复位有时可在无麻醉下进行，遇肌肉发达难复位者可在局麻、臂丛麻醉或全麻下进行。可用两种方法：（1）卧位法：病人仰卧，术者用一足跟蹬于伤员腋下

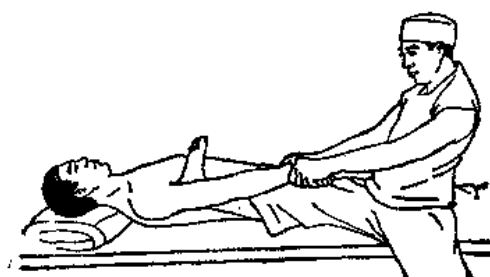


图7-38 肩关节脱位卧位法复位

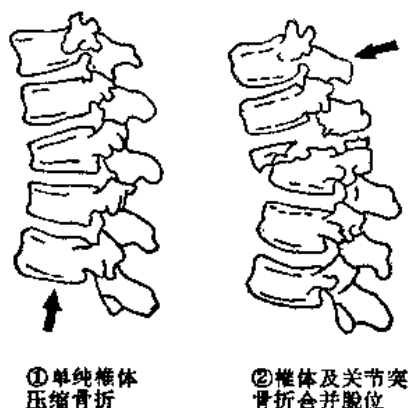


图7-36 脊椎骨折



图7-37 肩关节前脱位分型

作支点，两手握其前臂向下牵拉，并使患肢内收，稍加外旋，然后放松拉力，肱骨头即复位于关节盂内（图7-38）。复位成功的标志是肩关节恢复丰满膨隆外形，触肩贴胸试验阴性。（2）坐位法：伤员坐位，术者站在背后，一足踩在伤肢侧坐凳上，将伤肢越经术者的大腿，腋窝恰置于术者大腿上，助手持续牵拉伤肢，逐渐内收外旋，术者推拉

肱骨头向后外方，即可复位（图 7-39）。

2. 固定 复位后，肩关节需用绷带固定 3 周，以后进行功能练习，以免发生习惯性脱位。

### 肘关节脱位

肘关节脱位时关节囊破坏，关节明显肿胀。尺骨鹰嘴向后上方突出。肘窝处能触到肱骨下端。肘关节在半屈位呈弹性固定。肘后三点关系改变，尺骨鹰嘴超过肱骨内外上髁联线。应与肱骨髁上骨折鉴别。

【复位】 常不需麻醉，必要时可用针麻、局麻或臂丛麻醉。伤员坐或仰卧，术者一手握其前臂沿长轴牵引，另一手向后上方牵拉肱骨下端，同时以拇指向前下方推压尺骨鹰嘴，即可复位（图 7-40）。此时肘部畸形消失，功能恢复。复位后用夹板固定肘关节于  $90^\circ$  位 3 周。



图 7-39 肩关节脱位坐位法复位



图 7-40 肘关节脱位手法复位

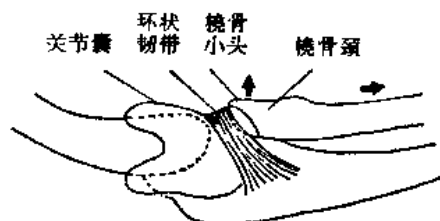


图 7-41 桡骨小头半脱位

### 桡骨小头半脱位

常见于四岁以下的小儿，因小儿桡骨头发育不全，环状韧带松弛，在前臂被牵拉时，桡骨小头向前部分脱出，环状韧带嵌顿于肱桡关节间，为桡骨小头半脱位（图 7-41）。

肘关节呈伸直旋前位，不敢屈肘，试行屈肘时患儿啼哭，关节外观无改变。

【复位】 术者一手将患儿前臂外旋，另一手拇指压桡骨小头，同时屈曲肘关节，即能复位（图 7-42）。复位后，患儿可随意屈肘持物。有的小儿可反复再发，应向家属讲明，要避免猛力牵拉前臂，并教会其复位要领。

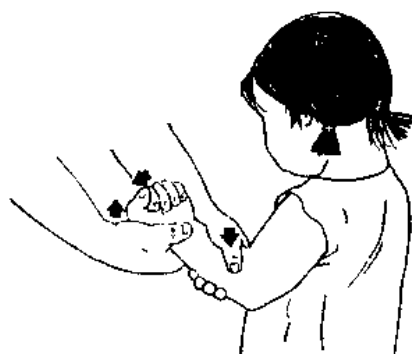


图 7-42 桡骨小头半脱位手法复位

### 髌关节脱位

髌关节是人体最坚强的关节，受强大的外力方致脱位。髌关节脱位分前、后和中心型三种，以后脱位最常见。

1. 髌关节后脱位 股骨头穿破关节囊的后下方而发生后方脱位。伤后患肢功能丧失，局部肿胀，疼痛。脱位后股骨头位于髌骨后面，髌股韧带强力牵拉，出现屈曲、内

收、内旋畸形，患肢短缩，臀深部有时可触到股骨头。坐骨神经受伤时，足趾不能屈伸，并有放射疼痛和知觉障碍。

诊断明确后应立即复位，后脱位复位法常用问号法或牵引旋转法。

(1) 问号法：全麻或腰麻下，病人仰卧，助手双手按住两髂前上棘，固定骨盆。术者一手握病人踝部，另一侧前臂横穿患者腘窝，进行牵引，使髋关节在内收屈曲位，大腿贴腹壁后，再逐渐外展、外旋，最后将下肢伸直（左侧呈问号，右侧呈反问号）此时常可听到股骨头进入臼窝的响声，肢体畸形随即矫正（图 7-43）。复位后皮牵引或夹板固定 3~4 周。

(2) 牵引旋转法：在全麻或腰麻下，固定骨盆，术者左手握住伤肢踝部，右侧前臂绕过小腿上端后方，在髋、膝关节屈曲 90° 位进行牵引，同时作内外旋活动，即可复位（图 7-44）。

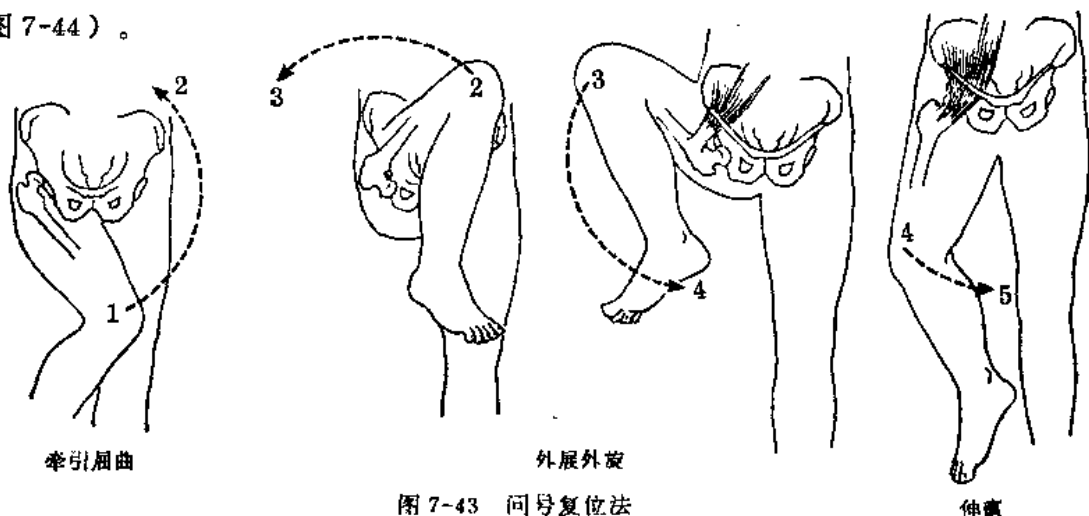


图 7-43 问号复位法

2. 髋关节前脱位 当髋关节极度外展下受到外力冲击时，股骨大粗隆以髋臼后上缘为支点，股骨头冲破前下方关节囊脱出至闭孔附近，而发生前脱位。前脱位的临床表现是伤肢呈屈曲、外展、外旋畸形，伤肢延长。可用问号法复位，但牵引旋转方向与后脱位相反。

## 扭 伤

扭伤是指关节周围组织如肌腱、筋膜、韧带等，受到过度牵拉所造成的损伤。下肢比上肢多见，以踝关节最为常见。

病理改变程度不一，多数只有软组织损伤，有的肌腱或韧带并未断裂，而在其附着部发生骨质撕脱，偶见肌腱滑脱，或关节周围软组织被嵌顿于关节间。关节周围组织通常都有瘀血，有的并有关节内出血。

关节扭伤一般表现为伤后关节剧痛，活动及负重更加重。在组织撕裂或断裂部有明显的局限性压痛。由于关节内外组织出血，在伤后数小时内出现关节肿胀及皮下瘀血。韧带断裂时，检查关节有异常活动。

应注意关节扭伤与骨折、脱位相鉴别，必要时可拍 X 线照片。对陈旧性扭伤应与关节结核和其他慢性关节炎鉴别。

【处理】 新鲜扭伤，以活血散瘀，消肿止痛为治则。根据病情和当地条件，选用推拿

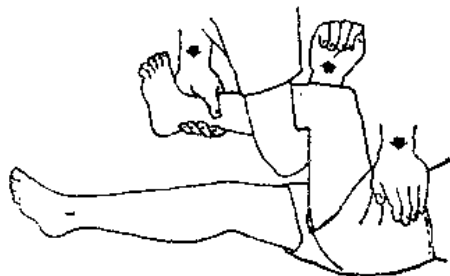


图 7-44 牵引旋转复位法

疗法、新针疗法、水针疗法等，局部制动，外敷消肿药，内服舒筋活血药及止痛药等。

### 踝关节扭伤

踝部强度向内或向外翻转，造成外踝或内踝扭伤。伤处肿胀，疼痛，有触痛。须与骨折、脱位鉴别，扭伤一般无关节畸形，触痛点在内、外踝下方，必要时可照X线照片。

#### 【处理】

1. 按摩疗法 (1) 伤员仰卧，由下而上顺序按摩患肢的太溪、解溪、足三里、风市、冲门等穴。(2) 以一手拇、食指挟持踝关节间隙，另手握患侧足趾，在牵引下将伤足左右摇摆，内翻外翻1~2次。(3) 两手仍在原位牵引，并背伸跖屈踝关节，背伸时挟持于关节间隙的拇、食两指向下推，跖屈时向上提，反复2~3次。(4) 一手背伸踝关节，另手拇指由外踝向下滑行至足背，将筋按揉。(5) 以手掌大鱼际肌按揉关节肿胀部。

2. 局部外敷消肿膏。使足向伤侧翻转(外踝扭伤时，足向外翻)，消肿膏贴在伤侧，包扎。

3. 封闭疗法 用1~2%盐酸普鲁卡因2~5毫升作局部注射。

4. 新针疗法 主穴昆仑，配穴绝骨。更可在压痛点的健肢相应点上针刺，得针感后活动伤肢。

5. 外用洗药 宜伤后3~4天开始应用秦艽、艾叶、桑枝、赤芍、防风、透骨草各3~4钱，放入盆内加水煮沸后，熏洗患处。一剂可用3日。

6. 口服跌打丸、七厘散、各种止痛药等。

### 膝关节扭伤

膝关节是大的持重关节，而且结构复杂，因此不仅关节囊、韧带可能发生损伤，有时半月板、交叉韧带或关节端软骨也常并发损伤。扭伤当时，尤其是有组织断裂时，关节剧痛，不敢活动。疼痛逐渐减轻，但有时持续时间较长。因损伤处的组织出血和渗出，关节很快肿胀。侧副韧带损伤时，在其附着部有明显的压痛点；断裂或撕脱时，可有异常的侧方活动。交叉韧带断裂时，膝关节抽屉试验阳性(前交叉韧带断裂者，胫骨在屈膝时向前移位，后交叉韧带断裂者，胫骨向后移位)。

严重的膝扭伤须与骨折鉴别，必要时可照X线相。

【处理】 1. 伤后应将伤肢用夹板或石膏托制动。如有关节血肿，应于严格无菌操作下行穿刺抽血，用棉垫绷带压迫包扎，并早期开始股四头肌功能锻炼(主动收缩运动)。侧副韧带断裂用一般疗法治疗无效时，可手术修补。

2. 早期服用活血散瘀止痛药，外敷伤科消肿膏或外用洗药熏洗。内服跌打丸或七厘散以及止痛药等。后期可用新针疗法、按摩疗法及理疗等。

### 腰部急性扭伤和慢性劳损

急性腰扭伤 多因挑重物或提举重物时，体位或用力不适当，或突然扭转身躯，致腰部肌肉强力收缩，造成肌肉痉挛、筋膜或肌纤维撕裂、腰骶部小关节扭挫等，引起急性腰痛。常见的损伤部位为两侧腰肌、腰骶部椎间小关节、棘间或棘上韧带。伤后腰部发硬，运动受限，不能前屈、后仰和侧转活动。重者体位倾斜或不能行走。伤处有明显压痛。腰

肌扭伤时，在骶棘肌上压痛明显。伤在腰骶部椎间小关节时，在腰骶椎间及骶髂韧带部压痛明显。

慢性劳损 急性损伤治疗不当，或腰部积累性劳损引起腰部软组织充血、水肿、变性、粘连等时，产生慢性腰痛。多见于中年以上。常和劳动、运动中用力不当，以致发生腰部扭伤或劳损有关。因此，锻炼身体，在劳动和运动中使动作协调，做必要的准备动作，可以预防其发生。

检查病人，有过度劳损或慢性损伤史。持续性腰背酸痛，时轻时重，劳动后加重，也与天气变化有关，常在阴雨寒冷时加重。腰部活动受限。腰背部压痛范围较广泛，多无固定的压痛点，痛的程度也轻重不一。须与非外伤性脊柱病变的腰背痛，如脊椎结核、腰骶部先天性畸形、肥大性脊椎病等相鉴别。必要时须照X线相检查。

#### 【治疗】

1. 推拿疗法 腰肌扭伤和腰骶关节扭伤，均可采用推拿按摩疗法（详见第八章椎间盘突出症）。

2. 新针疗法 主穴：大肠俞、秩边、环跳、阳陵泉透阴陵泉。备穴：腰段夹脊、腕骨、委中。先取主穴，作深部强刺激，感应达下肢为佳。必要时可加拔火罐。

3. 水针疗法、电针疗法等 可取得良好效果。一般可取触痛点或痛处经穴。

4. 药物疗法 可外敷活血散瘀、消肿止痛、舒筋通络类药物，如消肿膏、跌打膏、万应膏等。内服跌打丸、小活络丹、鸡血藤浸膏片等。

5. 理疗 促进局部血液循环，有条件可用热敷、蜡疗、红外线、超声波、超短波等。慢性劳损治疗可参看第八章“腰肢风湿痛”。

## 胸 腹 伤

胸部和腹部有许多内脏器官，受伤时可发生较复杂的功能障碍，严重者可危及生命。

处理胸腹伤时，必须认真地作具体分析，从比较复杂的临床表现中，找出主要矛盾，积极抢救治疗。

## 胸 部 伤

胸内有肺、心等呼吸和循环的重要器官。胸部受伤时，伤气伤血的变化比较突出，可发生下列三项共同性症状：（1）胸痛、胸闷、胸胀等——气滞血瘀症状。（2）呼吸费劲、气急气促、咳嗽、鼻翼煽动等——呼吸困难症状。（3）心跳加快、脉搏细数、血压下降甚至休克——气血衰脱症状。仅有（1）项症状时，伤常较轻；症状顺次增多时，伤较重或严重。但还要对胸部伤的其他表现进行具体的调查和分析，才能作出正确的处理。

#### 【病理】

1. 胸壁软组织伤 与其他部位软组织伤相同，有闭合性和开放性两种。

2. 肋骨骨折 一两条或几条肋骨各有一处发生骨折，如果不并有胸腔和内脏组织的损伤，主要表现为胸痛、妨碍深呼吸、咯痰等。多处多数肋骨骨折，即几条肋骨同时有两处以上骨折，则伤处胸壁失去支架作用，发生塌陷，并且可随呼吸动作（胸膜腔负压变化）而浮动（图7-45）。这种“胸壁浮动”可使肺在吸气时不能正常舒张，呼气时不能正常

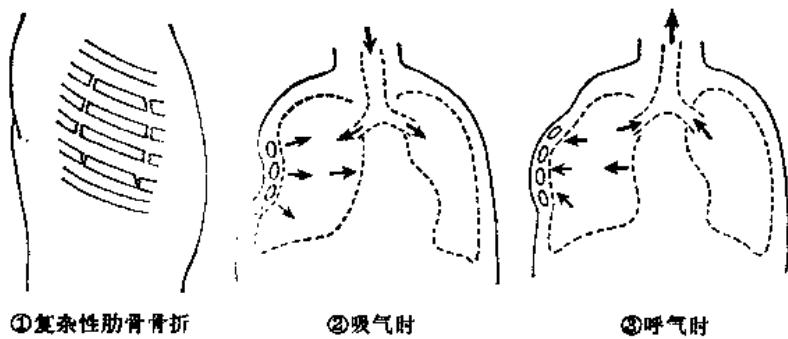


图 7-45 胸壁浮动引起的障碍

完全萎陷，引起呼吸障碍。

胸部开放伤穿透壁层胸膜，空气直接从胸壁伤口进出胸膜腔，叫做开放性气胸。这时，不但伤侧肺完全萎陷，而且由于呼吸时胸膜腔内压变化，纵隔可左右摆动（图 7-46），易发生休克。胸部闭合伤有肺、支气管或食管等和胸膜（脏层）破裂时，也可造成气胸或纵隔、皮下气肿。

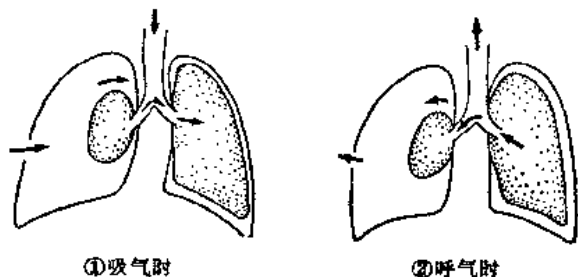


图 7-46 开放性气胸

无论开放伤或闭合伤引起的气胸，如果胸膜破裂处呈活瓣状，吸气时空气进入胸膜腔，呼气时破裂处闭合，使胸膜腔内气体不断增多，内压高于大气压（正压），叫做张力性气胸。张力性气胸病情危重，造成呼吸困难较开放性气胸重，由于把纵隔推向健侧，影响血流回心，休克常早期发生，十分危险。

4. 血胸 血管破裂出血，流入胸膜腔，形成血胸。出血多少与损伤血管的部位、多少和种类（毛细血管、静脉或动脉）有关。如肺实质出血，由于肺循环血压较低，若损伤不大，比较容易凝血止血。如胸壁肋间动脉或支气管动脉出血，由于体循环血压较高，就比较容易持续出血。

大量血胸时，全身失血，甚至发生休克，同时可压缩肺而妨碍呼吸。

5. 皮下气肿 肺、支气管、气管等破裂，可使气体进入纵隔，可窜到颈部锁骨上及胸壁部位皮下。

以上是胸部伤时常见的损伤变化。轻伤时只有一两项变化，重伤时几项变化同时存在，此外还可发生胸骨或脊柱损伤、心包积血（限制心搏，妨碍循环）、心及大血管损伤、食管损伤等。

#### 【诊断】

1. 询问伤史，了解全身一般状态（精神、面色、呼吸、脉搏等），进行初步分析。例如：只有伤处疼痛，精神、呼吸、脉搏等都属正常范围，多表示胸壁局部损伤。焦急不安，呼吸困难，脉搏快等，多表示胸腔内损伤。胸部穿透伤，或出现严重呼吸困难、休克状态等，都属严重情况。

2. 检查血压，气管偏正，胸部望、触、叩、听诊的体征以及其他部位伤情。

常见胸伤变化的症状诊断要点如下：

收缩，以致换气不良；同时可引起纵隔左右摆动，影响腔静脉血流回心，刺激血管、内脏的神经，促使休克发生。

3. 气胸 胸膜腔正常为负压，所以胸膜破裂就可发生气胸。气胸使患侧肺不能正常舒张，甚至

|    |       |      |                  |
|----|-------|------|------------------|
| 胸壁 | 软组织损伤 | 闭合性: | 局部肿痛、触痛等。        |
|    |       | 开放性: | 有伤口、出血等。         |
|    | 肋骨骨折  | 单纯性: | 局部剧痛、触痛及肋骨间接压痛等。 |
|    |       | 复杂性: | 胸廓畸形、胸壁浮动、呼吸困难等。 |

|     |   |                                          |
|-----|---|------------------------------------------|
| 胸膜腔 | { | 一般性：呼吸困难、肺区呈鼓音、呼吸弱等。                     |
|     |   | 气胸 { 开放性：胸壁伤口、呼吸严重困难、易休克，并有上列症状。         |
|     |   | 张力性：胸壁有伤口或无伤口、气管偏向健侧，余与开放性气胸同，胸腔穿刺呈正压。   |
|     |   | 血胸：胸痛，呼吸费劲，肺区呈浊音、呼吸音弱等；失血多时，出现苍白、脉快甚至休克。 |
|     |   | 皮下气肿：皮下（多在颈或锁骨上）有“握雪感”等。                 |

3. 进行胸腔穿刺和X线检查,对诊断胸伤很有帮助。胸穿可证实有无气胸、血胸。气胸应从胸膜腔上部(多在锁骨中线第二肋间)穿刺;血胸应从胸膜腔下部(多从腋后线第七、八肋间)穿刺。在消毒和局麻下,用消毒空注射器及较粗长的针头(9号),于上述部位刺入胸膜腔。如抽出气体,则为气胸。如有空气自然进入注射器,注射器芯被推出,证明胸腔内为正压,即张力性气胸。血胸穿刺的血液浓(血红蛋白含量接近正常)表示出血较急;重复穿刺所得的血液较浓,血红蛋白在40%以上,且放置后凝固,则表示有持续出血。穿刺血液静置后见血液混浊,或白细胞含量多(含血红蛋白30%,但白细胞在10000/毫米<sup>3</sup>以上),表示血胸并发感染。

X线检查可证实肋骨骨折(多用照片)、气胸、血胸、肺的改变等。

### 【处理】

1. 急救处理 (1) 开放伤应予临时止血、包扎, 必须使开放性气胸转为闭合性。胸壁浮动, 应予局部加垫包扎, 限制浮动。(2) 张力性气胸, 临时用粗针头, 从锁骨中线第二肋间刺入胸腔, 针的接头处缚带孔的旧胶皮指套(起活瓣作用), 外加胶布固定, 以减低胸膜腔气压(图7-47)。(3) 呼吸和循环发生衰竭时, 急用口对口呼吸; 心跳停止时立即心脏按摩。

2. 抗休克 尽力消除休克原因，输血或血浆，慎用其他液体，以防肺水肿或心力衰竭。

3. 肋骨骨折处理 对单纯性肋骨骨折，主要是镇痛和局部制动。胸壁可外敷中草药或用0.5%普鲁卡因阻滞肋间神经（范围包括骨折在内的上、下两个肋间，各点注药10毫升左右），外贴宽长胶布（范围包括骨折上下3个肋间，前后超过中线。在呼气末进气状态贴，胶布重迭1/3左右，使成迭瓦状），约10~15日。内服跌打丸、七厘散等，

必要时加耳针镇痛（肺、神门等），慎用吗啡等药，以免抑制呼吸、咳嗽。

对多处多数肋骨骨折、胸壁浮动，应行加压包扎，护送医院治疗。

4. 气胸和血胸处理 胸膜腔内气体不多,可等待自然吸收。气体多而影响呼吸,可穿刺排气或作临时减压,并送医院治疗。血胸也应送医院治疗。

5. 防治肺部感染、肺水肿和其他感染 (1) 鼓励伤员定时作深呼吸, 尽力咯痰, 并选用祛痰药 (如10%氯化铵等), 防止分泌物在支气管内积留。这些措施对于防治肺并

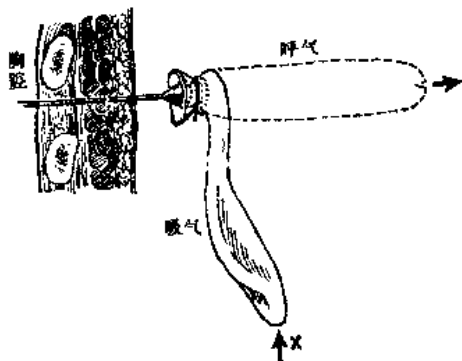


图 7-47 张力性气胸临时减压法

发病极为重要。(2)较重的损伤,选用抗感染药,如青霉素40万单位肌注,6~12小时1次;链霉素0.5~1.0克肌注,一日二次;或中草药(加入内治方内)。开放伤应注射破伤风抗毒血清。(3)处理伤口、胸腔穿刺等要在严格无菌操作下进行。

6. 辨证施治 (1)胸闷胸痛,气急,低热,脉沉紧,宜疏肝理气、活血祛瘀、宣肺化痰:柴胡2钱、赤芍4钱、丹参3钱、当归3钱、郁金3钱、杏仁2钱、延胡索3钱、瓜蒌4钱、桔梗2钱、甘草2钱,便秘加生大黄3钱、芒硝2钱。水煎服。(2)发热,气急,咯痰不畅,脉数,宜清热祛痰宣肺,黄芩3钱、丹皮4钱、贝母4钱、杏仁2钱、桔梗2钱、梔子3钱、瓜蒌仁2钱、生地2钱。水煎服。(3)伤后遗留胸肋闷痛、脉细,宜扶正散瘀:党参3钱、白朮3钱、当归3钱、赤芍3钱、三棱3钱、枳壳2钱、陈皮2钱、甘草1.5钱。水煎服。

## 腹 部 伤

腹部伤也分开放伤与闭合伤。比较复杂的是腹内器官受伤,单纯的腹壁损伤与其他软组织损伤相同。因此这一节着重讨论腹内器官损伤的问题。

【临床表现】 腹内器官损伤有以下三项共同性表现:

1. 腹膜炎 急剧的腹痛,恶心呕吐,腹部触痛、肌紧张和反跳痛,肠鸣音消失等。
2. 急性 口渴,面色口唇苍白,脉数无力等。
3. 休克 伤后早期可发生创伤性休克,后来可出现失血性或中毒性休克。

不同的器官受伤还可出现相应的不同症状和体征。

【病理】 腹内有消化、泌尿、生殖等器官,其中以消化器官(尤其是肠)受伤的机会较多。器官损伤与致伤因子作用部位直接有关。例如,子弹或弹片穿透腹腔时,它们所穿过的器官都可受到破坏。肋(季肋)部受到钝力作用(打击、挤压)可引起肝或脾的破裂。

1. 管腔器官损伤 胃、肠、胆囊、膀胱等发生破裂,主要的变化是消化液、尿液等流入腹腔,造成急性腹膜炎。由于这些液体具有化学刺激性,特别是胃液、胆汁、胰液的刺激性很强,常可迅速引起休克。

2. 实质器官损伤 肝、脾、肾等发生破裂,主要的变化是出血,且出血不易凝止,失血较多。血液流入腹腔,也造成腹膜炎,只是血液的刺激性较弱而已。所以失血或失血性休克比较突出。肝或脾等受伤,可能实质破裂而包膜(腹膜、纤维膜)未破,起初在包膜内出血。后来因为受到轻度的压力(如咳嗽、排便),包膜破裂而发生较大的出血,值得临床上重视。肝和胰的严重损伤(胰损伤少见),除出血外,还可有消化液漏出,更加其他的一些原因,休克常常相当严重。肾损伤涉及到肾盂,可有尿液外渗或血尿出现。肠系膜也常可受伤,发生出血。

【诊断】 诊断的重点,首先是判断有无腹内器官的损伤,其次是分析可能发生什么样的损伤。在处理腹部闭合伤时,尤其不可忽视这两个问题。

1. 怎样判断有内脏伤?单纯的腹壁损伤,可发生局部腹痛、触痛和肌肉紧张,也可能发生恶心呕吐等。如果还有下列表现的一项,就要考虑有内脏损伤:

- (1) 广泛的腹痛、触痛、肌紧张和反跳痛。
- (2) 明显的腹胀,排气停止,肠鸣音消失。

(3) 腹部叩诊肝浊音区消失，或者一侧腹部呈鼓音而另一侧呈浊音。

(4) 呕血，或便血，或尿血。

(5) 口渴、面色苍白、脉快等急性失血症状，或发生休克。

## 2. 怎样分析腹内损伤情况？

(1) 根据受伤经过，结合解剖知识，分析腹内损伤的可能性。例如：穿透或贯通伤，可结合弹道（或穿刺）方向和受伤时体位，分析可能损伤什么器官。闭合伤时损伤与钝力作用部位有关。中腹部多为小肠损伤，上腹部常为肝、脾、胰、胃损伤，侧腹部可伤及结肠，下腹部常为膀胱、小肠等受伤，腰部可损伤肾。

(2) 分析临床表现的特点。例如：伤后迅速出现明显的腹膜刺激征，多为肠、胃、胆囊等破裂。如有肝浊音区消失现象，表示胃肠破裂。全身出现急性失血症状，腹部出现移动性浊音，表示肝或脾等破裂。早期发生重度休克，常表示多个器官受伤或某一器官有严重损伤。呕血表示胃、十二指肠损伤，便血表示肠道损伤，尿血表示肾、膀胱等损伤。

(3) 其他检查所见，如腹腔穿刺液、X线检查结果等。怀疑膀胱破裂，可作导尿试验（观察膀胱容量，必要时注入无菌生理盐水数 10 毫升，试验能否全部抽回）。

## 【处理】

1. 急救，抗休克和抗感染 与其他部位较重的损伤基本相同。开放性腹伤发生器官（如肠管）脱出者，在现场暂时加罩包扎，不可强行还纳进腹腔，以免加重休克和污染腹腔。腹伤并发休克时，失血失液常较多，应当重视补血补液和纠正酸中毒。

2. 决定治疗方针 发生下列情况的一项，应急送医院处理：（1）腹内急性出血；（2）腹膜炎；（3）开放伤。其余的闭合伤一般可用非手术疗法，但应密切观察经过，以防后来发生的腹膜炎或大出血。

3. 辨证施治 腹部闭合伤未发生腹膜炎和大出血，但内部可能有组织内出血、神经功能紊乱等，发生气滞血瘀，临床上出现某些症状，宜用中药治疗。

(1) 早期有腹痛、腹胀、口苦、腹部轻度触痛、肠鸣音弱、大便不畅、苔薄等，宜活血化瘀理气。如用：当归、桃仁、赤芍、枳实、乌药、延胡索各 3 钱，红花、青皮各 2 钱；便秘、苔厚者加大黄 3 钱、芒硝 1.5 钱；胁痛者加柴胡、郁金各 2 钱；尿短少者加车前子、茯苓各 3 钱。水煎服。

(2) 后期有腹部不适、食欲不振、噎气、腹胀、便秘或腹泻、苔白腻等，宜健脾。如用：党参、茯苓、白术、香附各 3 钱，炙甘草、陈皮各 2 钱，山药、扁豆各 5 钱。水煎服。

## 烧 伤

烧伤是人体接触高温物质或强化学性物质等所发生的损伤的总称，日常以火伤及烫伤最为常见，战时的烧伤多与燃烧性武器等有关，生产中可能发生强酸、强碱、磷等化学伤。我们要为落实伟大领袖毛主席关于“备战、备荒、为人民”的号召，学好“烧伤”这一课。

我国在烧伤治疗方面取得了卓越的成就。十多年前，在党的总路线光辉指引下，医务人员发扬敢想、敢干、敢闯的革命精神，使钢铁工人邱财康同志的严重烧伤得到抢救，开创了烧伤治疗史上新的一页。从那时起，许多严重烧伤的伤员都得到成功的治疗。青年女

工王世芬同志的烧伤面积达百分之九十八，三度烧伤达百分之八十八，她发挥了工人阶级硬骨头革命精神和顽强毅力，在正确、及时的医疗下，终于战胜了严重烧伤。我国在这方面的成就已经把资本主义、修正主义国家远远抛在后面。

#### 【烧伤程度的估计】

1. 烧伤面积 面积越大，伤情越重。一般情况下，成人烧伤面积大于10%，小儿烧伤面积大于5%，有发生休克的可能。下面介绍常用的面积计算法。

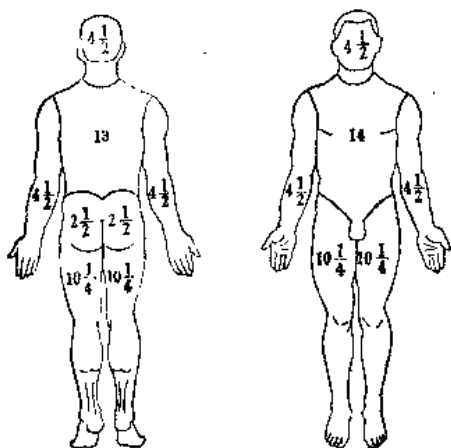


图 7-48 新九分法

(1) 新九分法：根据我国人体格提出的新九分法，将全身体表面积分为11个等分，头面颈部为9%，双上肢为 $2 \times 9\%$ ；躯干前后包括外阴为 $3 \times 9\%$ ；双下肢包括臀部为 $5 \times 9\% + 1\%$ （图 7-48）。

(2) 手掌法：伤员五指并拢，一个手掌面积为1%，手指分开为1.25%。

(3) 小儿面积的计算：小儿头部大，下肢小，其体表面积比例与成人不同。不同年龄的小儿，可按下列公式估计。

小儿头颈部面积为  $9 + (12 - \text{年龄}) = \%$

小儿两下肢面积为  $41 - (12 - \text{年龄}) = \%$

2. 烧伤深度 深度越深，伤情越重。一般采用三度四分法（如下表、图 7-49）。

表 烧伤深度及伤面变化

| 分度  | 深度                  | 伤面表现                    | 伤面无感染时的愈合     |
|-----|---------------------|-------------------------|---------------|
| 第一度 | 伤达表层                | 红、肿、痛，无水泡               | 无疤痕           |
| 第二度 | 浅二度<br>伤达真皮浅层       | 有水泡，泡底鲜红色，局部肿胀，有剧痛      | 无疤痕           |
|     | 深二度<br>伤达真皮深层       | 有水泡，基底苍白，间有红色斑点，局部肿胀、疼痛 | 轻度疤痕          |
| 第三度 | 皮肤全层毁损，伤达皮下组织或肌肉骨骼等 | 苍白或黄灰色，焦、干、硬、紧，无水疱，感觉消失 | 需植皮后愈合，或成疤痕挛缩 |

对烧伤严重程度的估计，以下分类可作参考：

1. 轻度烧伤 面积在10%以下的一、二度。
2. 中度烧伤 面积在11~30%之间或三度在10%以下。

3. 重度烧伤 面积在31~50%之间或三度11~20%之间，或烧伤面积不到30%，但全身情况较重如出现休克，或合并化学中毒、或重度呼吸道烧伤。

4. 特重烧伤 总面积在50%以上或三度在20%以上。

必须指出，除了面积与深度以外，其他如年龄、体质、部位、烧伤种类以及有无并发症等，特别是病人的精神状态，都对伤情起着很大的影响。

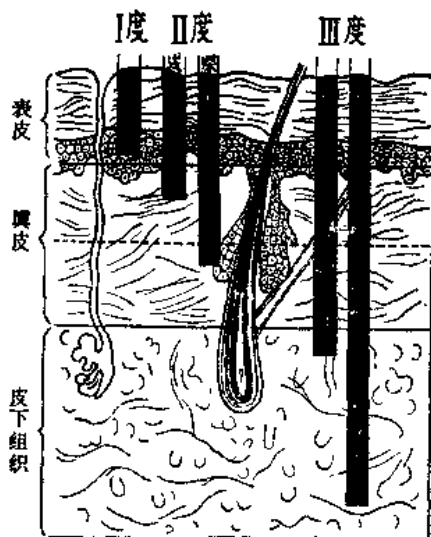


图 7-49 烧伤分度示意图

【烧伤各阶段的变化】 烧伤从皮肤受损到创面愈合，可分为几个阶段，各个阶段有一定的特点。烧伤轻重程度不同，阶段性也不相同。下面说明中度烧伤的过程。

1. 烧伤早期 皮肤受到强烈的热作用，引起剧痛、充血、血管扩张、通透性增加，血浆渗至组织间，形成水泡或渗出创面。这个时期的主要问题是休克，可由体液大量丢失引起，表现口渴，烦躁，尿少或无尿，脉细数，血压降低等。三度烧伤的组织失活或炭化，对体液影响较少。

2. 烧伤中期 伤后三日起，渗出渐趋减少，创面吸收增加，同时容易发生感染。这个时期的主要问题是中毒和败血症，可表现寒战发热，神昏谵语，呼吸急促，食欲不振，舌苔黄，脉数等。严重者发生中毒性休克。三度烧伤的焦痂下感染很容易引起败血症。

3. 烧伤后期 创面逐渐愈合，二、三度烧伤可形成疤痕，妨碍关节或其他部位功能活动。

总之，烧伤可先后引起：体液丢失——休克，化脓感染——败血症，疤痕挛缩——功能障碍。这三项也就是治疗烧伤时着重解决的问题。

【治疗】 治疗烧伤，因具体伤情变化，重点有所不同。轻度烧伤着重于创面处理；中等以上烧伤先应着重于休克预防和防治感染。同大面积的二度烧伤，在小儿或在头部比较容易引起中毒。三度烧伤的主要问题是败血症和功能障碍。所以，我们要根据具体伤情，结合当地的条件，决定烧伤病人留队治疗还是送医院治疗。

(一) 现场急救 抢救人员要发扬“一不怕苦，二不怕死”的革命精神，奔赴现场，扑灭火源，积极抢救阶级弟兄的生命。伤员脱去着火的衣服或就地打滚扑灭火焰，避免火焰吸入引起呼吸道烧伤。伤后要注意保暖。创面用消毒敷料或干净布类简单包扎，避免污染和再损伤。除强酸强硷烧伤外，一般不要用水冲油擦。如遇到燃烧弹、凝固汽油弹烧伤时，用流水冲洗磷颗粒，忌油类敷料（因磷溶解吸收引起全身中毒，可用2%硫酸铜溶液外擦）。

(二) 创面处理 创面处理在治疗烧伤中极为重要。创面处理得好，可减轻痛苦，缩短疗程，并可防治败血症。创面处理的方法：

1. 小面积轻度烧伤 早期未形成水泡、有红热剧痛者，可擦用狗油、獾子油、清凉油，亦可用大酱、碱面、酱油湿敷，既可消肿，又可止痛。已形成水泡者，在无菌条件下，将泡内液体抽出，创面加压包扎，或用中药膏敷用（依当地药材供应情况而选用，配方见后）；或用龙胆紫药水涂沫。不宜用红汞药水。

#### 2. 大面积二度烧伤

(1) 清洁消毒：应待休克好转后清除污物，防止感染。具体做法是剃除伤区附近毛发，周围皮肤用0.1%新洁尔灭或75%酒精涂拭，创面用温盐水或清水冲洗，以湿纱布轻轻擦去污物，大水疱应将液体抽出，游离表皮予以剪除。要注意保温、操作轻柔。然后根据情况采用中草药，包扎或暴露。

(2) 外用中草药：各地民间治疗烧伤的验方、单方较多，现介绍几种中草药膏：①大黄地榆膏：大黄、地榆等量研细末，香油调敷。其中加入少量冰片，黄连则奏效更佳。用于二度水泡破溃创面。②紫草膏：紫草、忍冬藤、白芷、大黄、黄蜡各1两，麻油1.5斤。先将麻油文火加热，再放入紫草、忍冬藤、白芷、大黄继续用文火煎半小时，煎到白芷焦黄为度。然后滤去药渣，将黄蜡放入油中煎烊收起。用时将药膏贴于纱布上包扎。③

黄连膏：黄连、黄柏、姜黄各3钱，当归5钱，生地1两，麻油12两，黄蜡4两。上药除黄蜡外浸入麻油内，一天后用文火煎至药枯，去渣滤清，再加入黄蜡，文火徐徐收膏。用时将药均涂于纱布上敷贴患处。④蜂蜡豆油膏：蜂蜡（最好山蜂蜡）1两、豆油1斤。先开豆油后放蜂蜡煮沸成油膏，然后冷却，凉处保管。创面经简单处理后即可涂擦。

（3）包扎：创面上用一层薄油纱布紧贴，外面裹以纱布及棉垫包扎（注意包扎手指时应相互分开）。如用外用药，可将药物直接涂在创面上；也可将中草药及抗菌药物与油纱布配制在一起使用。如无感染，浅二度可在二周内愈合。深二度在3~7天更换敷料，以后根据创面情况酌情处理。包扎疗法宜用于四肢及小面积烧伤、冷天及小儿伤员。

（4）暴露：创面直接暴露在温暖、干燥、清洁的空气中，促使创面迅速结痂干燥，预防细菌污染及保护创面。宜于头面、会阴部烧伤，热天或感染较重的创面。

（5）固定：四肢的关节部位，尤其是手和手指，要适当加以夹板固定于功能位，以防挛缩畸形。

3. 三度烧伤 三度烧伤创面，早期进行清创消毒，包扎或暴露，然后根据焦痂的部位和大小进行处理。头面部焦痂和小的焦痂，可等待其自行脱落。其他部位较大的焦痂，应争取早期（无休克时）进行手术切痂，酌情植皮，以防败血症发生和减少疤痕挛缩畸形。

（三）抗休克治疗 小儿烧伤面积大于5%，成人大于10%，均应警惕休克发生。防治休克的主要方法是补液。

补液方法有口服饮料及静脉输液两种。能口服的尽量口服。应以食盐饮料为主，常用有烧伤饮料片（食盐0.3克、碳酸氢钠0.15克、苯巴比妥5毫克、糖少量；用水100毫升溶解），不应单独饮用开水或糖水，以免引起缺钠。口服时应少量多次，一次不宜太多。如发生呕吐者，应改为静脉点滴。

小儿烧伤面积大于10%或成人大于15~20%，一般应静脉补液，其计算方法如下：

（1）伤后第一个24小时，按每公斤体重每烧伤面积1%（指二度与三度而言）给胶、晶体液各0.75毫升；另加成人每日需要量5%葡萄糖液2000毫升。

输液总量 = 胶体液 + 晶体液 + 葡萄糖液

胶体液 = 0.75毫升 × 体重（公斤） × 烧伤面积%

晶体液 = 0.75毫升 × 体重（公斤） × 烧伤面积%

胶体液通常用全血、血浆和右旋醣酐。三者可根据伤情不同而选择使用。总面积小于50%以右旋醣酐为主，但右旋醣酐第一日用量以1000~1500毫升为限。总面积大于50%以全血或血浆为主。三度烧伤因红血球破坏多，宜多用全血。晶体液通常用生理盐水或平衡盐溶液（2份生理盐水 + 1份 $\frac{1}{6}$ 当量乳酸钠或1.25%碳酸氢钠），以平衡盐溶液较好。输液的速度每8小时各输总量 $\frac{1}{3}$ ，其中晶、胶体半量最好在伤后6~8小时内输完。

（2）伤后第二个24小时内输液，其胶、晶体液各为第一个24小时的 $\frac{1}{2}$ ，5%葡萄糖液2000毫升，平均输入。

（3）伤后第三个24小时因体液回收，总面积小于50%不必再输晶、胶体液，大于50%可给相当于第一个24小时的 $\frac{1}{4}$ 量的晶胶体液，特别注意给胶体。水分应鼓励口服，不足之量则由静脉补给。

以上的补液公式作为参考。伤员对于补液量的需要，个体差异较大。因此，不能机械

执行，以免补液量不足或过多。如何判断输液是否适量呢？可根据下列指标调整输液量。

(1) 尿量：最为重要。婴儿每小时尿量能维持在10毫升左右，儿童20毫升左右，成人30毫升左右，多能平稳地渡过休克。

(2) 心率（脉搏）：成人每分钟在120次以下，儿童每分钟在140次以下。

(3) 精神安静、口不渴、舌润等表示体液基本上充足。烦躁不安、口渴、舌干，表示血容量不足。

补液疗法同时，可口服养阴生津、清热解毒药物，如梔子饮（梔子、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）或茅根汤（茅根、芦根各1两，野菊花、蒲公英、银花藤各5钱，竹叶3钱，甘草2钱）。

治疗烧伤休克的基本原则方法，与其他休克相同。

(四) 抗感染治疗 除了要正确处理创面以外，应采取下列方法：

1. 中度和重度烧伤应于伤后注射破伤风抗毒血清1500单位。

2. 一般烧伤创面感染以葡萄球菌为多，可用青霉素、红霉素或四环素等。但容易合并大肠杆菌感染等，可合用链霉素；如发现脓液呈草绿色，则有绿脓杆菌感染，创面可外用2~3%醋酸、1~3%卤硷或1%苯氧乙醇，同时考虑内服氯霉素等。

3. 败血症处理 当出现高热、寒战、脉数、腹胀、意识障碍等时，就应想到败血症。如果出现呼吸困难，肠麻痹、体温低、低血压，坏死斑等，是败血症晚期的表现，并要特别警惕绿脓杆菌败血症的发生。应给予升压药物，静脉点滴大量氢化可的松及大剂量多粘菌素或庆大霉素，以及其他对症措施。

4. 辨证施治

(1) 发热、口渴、烦躁、尿短赤、舌红苔黄等，宜养阴清热解毒，可用生地1两、丹皮3钱、赤芍3钱、双花6钱、生甘草2钱、黄连1钱、黑山栀3钱。口干加鲜石斛1两，便秘、脉不虚加大黄3钱；尿少加淡竹叶4钱、滑石4钱；苔厚热盛加黄柏3钱、黄芩3钱；舌尖绛红无苔而脉细数，去黄连加麦冬4钱。水煎服。

(2) 发热、神疲、面色白、四肢不温、舌紫、脉细等，宜益气活血解毒，可用生黄芪1~2两、全当归5钱~1两、双花1两、紫丹参4钱、炒赤芍3钱、红花3钱、桃仁泥3钱、生甘草3钱、连翘5钱。水煎服。

清热药也可选用蒲公英；若出现体温低、反应迟钝、神志恍惚，呼气性呼吸困难等加用红参5钱、附片3钱。水煎服。

(五) 烧伤后期治疗 烧伤基本治疗以后，常有气血不足、脾胃虚弱、勉强进食，易消化不良，可用参朮苓草汤（党参3钱，白朮、茯苓各4钱，甘草2钱），如面色苍白，食欲不振、四肢无力，可用八珍汤（党参、当归各3钱，白朮、茯苓、芍药、熟地各4钱，川芎2钱，甘草1钱半）。

烧伤后期疤痕挛缩所致的肢体畸形，在治疗过程中加强预防，多数是可以避免的。处理创面时，应将关节固定于功能位；手指换药时，指间用凡士林纱布隔开，防止粘连；关节附近的三度烧伤，早期切痂植皮，特别是早期进行肢体活动及加强功能练习，对防止畸形有重要意义。后期已经形成的畸形如口唇缩小，眼睑外翻、肢体的严重畸形，需行整形术。

## 第八章 小儿病症

### 儿科特点

#### 一、小儿肌体特点

小儿是肌体发育的一个重要阶段，具有与成人不同的生理解剖特点。

##### (一) 生长发育迅速

##### 1. 体格发育

**体重：**出生时平均体重约3公斤左右。生后半年内增长最快。与出生的体重相比，4~5个月时的体重为2倍，约6公斤。1岁时的体重约为3倍，约9公斤。1岁至10岁期间的体重可按〔年龄 $\times$ 2+7〕公斤来计算。体重是小儿发育的一项重要指标。

**身长：**新生儿平均身长约50厘米。与出生的身长相比，1岁时约为1倍半，75厘米。2岁至10岁期间的身长可按〔年龄 $\times$ 5+80〕厘米推算出大概数字。身长是小儿骨骼生长的一项重要指标。

**牙齿：**乳齿初现早晚不同，早者4个月，晚者9~10个月时开始萌出，2~3岁时出齐，共20个。乳齿数约等于〔婴儿月龄-6〕。佝偻病儿出牙较晚，多在1岁以后才开始萌出。6~7岁时乳齿开始脱落，恒齿萌出，14岁以前长满28个（还有4个智齿要等发育成熟时出齐）。

**2. 动作与体力的发育** 小儿初生时仅有反射活动（如吞咽、吸吮等）和四肢无规律的不协调的动作。3个月的小儿俯卧时能以肘支起上半身，6个月开始会坐，7~8个月时会爬，1岁至1岁半会独自站立和会走。

**3. 智力与语言的发育** 3~4个月的小儿会发出笑声，7~8个月开始咿呀学语，1岁时会说单字，2岁时会用简单的话表达自己的意思，如看到毛主席像，会说“毛主席万岁！”3~4岁时经过教练，会唱“东方红”。

必须指出，社会因素对于小儿的生长发育有着重要的影响。劳动人民在旧社会身受反动统治阶级的残酷剥削和压迫，子女也自幼过着饥寒交迫的生活，儿童时期被迫担负起沉重的劳动，身心健康受着严重的摧残。今天，在共产党和毛主席的英明领导和亲切关怀下，儿童的健康得到了切实保证，少年儿童在德育、智育、体育各方面得到了全面发展，一代新人正在毛泽东思想的雨露阳光哺育下茁壮成长。

**(二) 新陈代谢旺盛** 小儿的新陈代谢以每公斤体重计算要比成人旺盛的多。这是因为不仅要保证自身组织细胞不断更新，维持正常生命活动，而且肌体还要不断生长发育。

**物质代谢：**小儿所需热量、蛋白质、糖和脂肪，以每公斤体重计算，比成人要高的多，各种维生素和矿物质（尤其是钙和磷）的需要也较多。如果喂养不当或消化吸收障碍时，各种营养物质长期供应不足，容易引起营养不良和肌体发育障碍。

**水代谢：**婴儿体内水分总量约占体重的70~75%，成人则仅占60%。因小儿新陈代谢旺盛及肌体生长的需要，需水量较多。婴儿每公斤体重每日需水110~150毫升，而成人仅为30~45毫升。排出的水量比例也较成人多，婴儿每日排出量约占细胞外液的二分

婴儿①与成人每日需要量对照

|    | 总能量<br>卡/公斤 | 基础代谢<br>卡/公斤 | 蛋白质<br>克/公斤 | 糖<br>克/公斤 | 脂肪<br>克/公斤 |
|----|-------------|--------------|-------------|-----------|------------|
| 成人 | 40          | 25~30        | 1.0         | 4.0~6.0   | 1.5        |
| 婴儿 | 100~120     | 55~60        | 3.5~4.0     | 10.0~15.0 | 4.0        |

① 婴儿是指生后1个月至1岁期间的小儿。

② 卡是使1公斤水升高1°C所需用的热能。

发育不成熟，调节功能不够完善，易受惊吓或发生搐搦，热性病时常可引起神经系统的症状。小儿消化功能弱，胃肠娇嫩，喂养不当、饮食不节或受疾病影响，容易引起腹泻或呕吐等（祖国医学有“肝常有余，脾常不足”之说）。小儿防御功能尚未健全，抗病能力低，皮肤粘膜柔嫩，易受损伤感染。气候冷热变化易受外感风寒。除6个月以内婴儿因体内有从母体获得的抗体，很少患传染病外，其余年龄的小儿则因体内缺乏后天免疫力，易患各种传染病。

## 二、儿科诊断特点

（一）问诊 主要依靠家长介绍小儿的病情，而家长又往往只了解一些客观症状，如发热、咳嗽、呕吐、腹泻等。小儿主观感觉的症状，如头晕、头痛、腹痛等，家长常不易发现或了解不够全面确切，病儿又不会讲述或讲述不清，这就要求我们作细致认真的检查，综合多方面的情况去分析判断。还要询问病儿出生、喂养和发育情况，如新生儿破伤风系因接生时处理脐带不注意消毒，喂养不当常是小儿腹泻或疳积的原因。也要了解小儿既往患病情况。因患某些传染病后可获得终身免疫，如患麻疹后，再得麻疹的机会就很小。此外，应注意有无急性慢性传染病的接触史，对诊断小儿传染病甚为重要。

## （二）体格检查

1. 一般状态 细致观察病儿神色形态，对于辨别病证的虚实、判断病情的轻重及推测疾病的转归很有意义。如小儿精神尚好、目光有神、面色红赤，多属热证、实证；精神萎靡、面色苍白，多属寒证、虚证；形态消瘦、疲乏无力、面色萎黄，多属脾虚疳积；面色灰暗、口唇发绀，多为循环功能不良；意识朦胧、两眼发呆，常为神经系统疾病表现，多属肝风；神昏谵语、意识丧失，表示病情危重，更须积极抢救。

2. 囟门 正常小儿前囟平坦，约于1岁至1岁半时闭合。前囟凹陷常为脱水表现；前囟膨隆常表示颅内压增高，多见于颅内疾病（如脑膜炎、脑炎等）时；前囟闭合过迟常见于佝偻病、脑积水等时。

3. 胸部 婴儿胸廓较成人短粗，胸壁较薄。叩诊呈鼓音。听诊呼吸音比成人响，且呼吸和吸气时均较明显。小儿呼吸较成人表浅而频速，年龄愈小，呼吸愈快，新生儿每分钟40~45次，1~2岁时30~40次，5~6岁时20~25次，10岁左右时，呼吸次数接近成人。

小儿心脏趋于水平位，心界较成人稍大，心左界5岁以内左锁骨中线第四肋间外1~2厘米，6~12岁在锁骨中线上，12岁以后移至锁骨中线内。心率、脉搏远较成人为速，新生儿每分钟120~140次，1~2岁时100~120次，4~5岁时90~100次。血压也较成人低，正常婴儿收缩压是70~90毫米汞柱，至12岁时约达108毫米汞柱，在儿童阶段不超过120毫米汞柱，舒张期血压在小儿时期改变不大，约在60~70毫米汞柱之间。

之一，而成人只占七分之一。故婴儿不能进食或吐泻时很容易发生脱水。

（三）脏器结构与功能发育不成熟 祖国医学认为小儿五脏六腑“成而未全，全而未壮”。小儿神经系统

4. 腹部 小儿腹部稍膨隆,随年龄增长逐渐平坦。婴幼儿肝脏可在右肋下触到,质软,不超过2厘米。

5. 神经系统 婴儿划足底试验可为阳性,不是病态。

6. 指纹 祖国医学根据指纹出现的部位和色泽异常的变化,判断小儿疾病的轻重。指纹的变化可能是末梢循环功能变化的一种反映。是诊断3岁以内小儿疾病的一种方法。

方法:把食指分成三部,食指近虎口的第一节为风关,第二节为气关,第三节为命关。指纹是指从虎口直至食指内侧上所显露的脉络。看指纹时应抱病儿向光处,医生用左手握病儿食指的末端,以右手拇指按压直推食指皮肤,从指端向掌部,经数次后,指纹可出现。正常指纹是红黄隐现,显露不超过“风关”,色浅的病轻,色深的病重,红色主寒,紫色主热,青色主惊风、主痛,青紫(瘀血凝滞)则主病危。指纹仅在“风关”显现,表示邪轻病浅,指纹从“风关”透至“气关”甚至透至“命关”,表示病情较重。指纹明显透达指甲(透关射甲)则病情危重。

### 三、儿科治疗特点

小儿起病急,变化快,如中毒型菌痢、暴发型流脑,起病数小时内即可出现严重症状,以至危及生命。因此,治疗小儿疾病,必须抓紧时机,分秒必争,及时用药。

小儿用药量要适当,过大或过小均对病儿不利。小儿用药剂量算法常用以下两种:

1. 按公斤体重计算 先算出体重,然后计算出一日或一次用药量。如4岁小儿体重为 $4 \times 2 + 7 = 15$ 公斤。痢特灵每日每公斤体重10毫克,则4岁小儿每日药量为 $15 \times 10$ 毫克=150毫克,一次50毫克,一日三次口服。小儿用药量相对较成人小,如计算出剂量超过成人量,则应以成人量为最大限度。

2. 按年龄计算

$$\text{小儿剂量} = \frac{\text{成人剂量} \times (\text{小儿周岁} + 2)}{10}$$

例如:安乃近片,成人一片,8岁小儿为:半片 $\times (8 + 2) \div 10 =$ 半片。

注意毒剧药应按公斤体重计算。

不同年龄用药剂量相差很大,给药前应反复核对,并向家属交代清楚用量、用法和注意事项,以免用药过量发生中毒。喂药时要将小匙放入舌根部,让小儿自然咽下,以防吐出。新生儿和呼吸困难小儿给药时更宜耐心,强灌往往造成窒息。小儿输液过程中,应切实注意液体总量及速度,根据病情进行调整,如肺炎时,输液速度过快,可导致心功能不全的发生。患病过程中护理工作必须细心,室内空气要新鲜,不宜过冷或过热,以防并发症发生。病儿食欲不好时,宜耐心喂养,以保证营养及水分的供给。

## 新生儿疾病的防治

(一) 新生儿的护理 新生儿需要有适当的护理,是因为新生儿从母体内转到母体外生活,要发生一系列改变,如肺呼吸的建立、血循环的改变、吸吮和消化的开始以及对外界环境冷热的适应等。

1. 皮肤护理 新生儿皮肤柔嫩,易受损伤和感染,故应保持皮肤清洁、不受浸渍和避免损伤。要设法保持会阴和臀部不受粪便长时间浸渍,尿布要勤换勤洗,不使尿布发硬,以免磨损新生儿皮肤。不然,容易引起臀红,甚至臀部、背部可发生蜂窝组织炎。发

现有臀红时，须用温盐水洗净，表皮有损伤者可涂1%龙胆紫液，干燥后涂以香油或豆油。颈部、腋下及腹股沟等处皮肤皱折多，尤需注意，当天气炎热时更要防止汗渍，可撒布滑石粉或爽身粉。

2. 脐部护理 脐带脱落前，脐部包裹的纱布应保持清洁及干燥，洗澡时不可使脐部沾水以免感染。脐带脱落后，如创面潮湿可涂1%龙胆紫液；如有渗液和脐周围发红，多为脐部感染（脐炎），可用3%双氧水或75%酒精局部处理后，涂以1%龙胆紫液或撒布车前子和黄柏末。如伴有发热时，可用抗菌药物。

3. 保温 新生儿体温调节能力尚不完善，对外界温度适应能力较差，故保温极为重要，尤其是早产儿、在寒冷季节出生的要预防发生硬肿症和肺炎等。

4. 喂养 新生儿消化能力刚开始建立，易发生消化不良。喂养以母乳最好，还要重视喂养方法。生后12小时可开始喂奶，每3小时喂一次，夜间可停喂一次。为了供给水分充足，可在两次喂奶之间喂糖水一次。人工喂养时，尤须注意合理喂养和食具卫生。

## （二）新生儿生理特殊状态和病理临界状态

1. 新生儿生理性黄疸 多数新生儿于生后第2~4日出现皮肤、粘膜及巩膜不同程度的黄染，但多无其他症状，称为生理性黄疸。系因胎儿在母体内，所需氧气皆取自母血，使胎血内含氧量较低，为适应需要，红细胞及血红蛋白增高。胎儿出生后用肺部呼吸，血内含氧量高，不再需要过多的红细胞和血红蛋白，因而红细胞大量破坏，短时间内产生多量胆红素。同时由于肝功能尚不健全，不能排除过多的胆红素，储留在血内，因而出现黄疸症状。生理性黄疸多在7~14日内自行消退，如持续1周后黄疸反而加深，则属病理性黄疸，应与胆道及肝脏疾病作鉴别。

2. 新生儿乳腺肿胀 与母体雌激素影响胎儿有关，故男女新生儿均可发生。多在生后4~7日发生，经2~3周消退。乳腺肿胀多不太大，并可挤出乳汁，成分略似初乳。因属生理现象，不需治疗和挤压。

3. 新生儿阴道出血 也与母体雌激素影响有关。女婴生后数日内，可从阴道内流出血液、浆液性或血液粘液性分泌物，常持续数日后自然停止。但需指出，新生儿自然出血症也发生阴道出血。

## 新生儿硬肿症

新生儿皮下组织中含有未饱和性脂酸较多，熔点较高，易于凝固。在寒冷季节，由于室温过低，新生儿不能适应，皮下脂肪组织即凝固成块，表现全身皮肤发板发硬，由于新生儿体质弱、代谢不旺盛，产热不足，体温降低导致本病发生，故多见于早产儿及体弱儿。

【临床表现】 出生后2~3日，皮肤呈弥漫性变硬，多由下肢开始，逐渐蔓延至躯干及臀部、上肢以至面颊。皮肤压之发板不呈凹陷。病变部位活动受限，如面部无表情、四肢关节活动受限等。体温不升，常在35℃以下，全身状态差，嗜睡，不吃奶，呼吸浅表，心音弱，偶有发绀。

【防治】 新生儿时期应注意保温与营养、水分的供给，尤其对早产儿及体弱儿更要加强护理。治疗方法有：

1. 保温 用棉被或新棉花将病儿包好，放在热炕头上或周围放上热水瓶（袋），亦

可用玻璃瓶装热水代替。应注意不可直接接触病儿皮肤，以免发生烫伤。

2. 供给足够的营养及水分 不能吸乳者，将人奶挤出用滴管喂养，每次15~20毫升，每2小时一次。也可静点10%葡萄糖液，同时给以四分之一量的生理盐水。

3. 激素治疗 最好用氢化可的松5毫克/公斤，加入10%葡萄糖液100毫升内静脉缓慢点滴，或口服强的松1毫克/公斤/日，分2~3次服。

4. 维生素E 10毫克，一日3次口服。

5. 谷氨酸合剂 每次5毫升，一日3次服。此合剂由谷氨酸钠（味精）2克，维生素乙<sub>1</sub> 15毫克，维生素丙 150毫克，放入10%葡萄糖液50毫升内制成。

6. 合并感染时，应加用抗菌药物。

### 新生儿颅内出血

新生儿颅内出血多因在胎内或分娩过程中缺氧或产伤引起。出血多发生在硬脑膜下、蛛网膜下、脑室和脑组织内任何部位。病情多较严重。如能做好孕期检查，减少难产的发生，及时治疗母亲的疾病（如妊娠中毒症），接生时动作轻柔，注意保胎不致发生早产等，颅内出血的发生率可明显降低。对早产儿、难产或有窒息者，应在出生后头3天静卧，尽量少搬动，并用维生素K 4毫克，肌注，每日1~2次，连注3日。

【临床表现】 生后不久或数日内出现嗜睡、不吃奶、吐奶等症状，以后则表现烦躁、尖叫，甚至反复惊厥，或出现昏迷。呼吸节律不整，有阵发性或持续性发绀。检查囟门饱满或隆起，严重者可有两侧瞳孔不等大或眼肌瘫痪（病儿有斜视、眼睑下垂等）。

【治疗】 尽量保持安静。头部稍抬高，以减少头部瘀血。烦躁不安或发生惊厥时，可用氯丙嗪1毫克/公斤/次肌注，必要时，3~6小时可重复使用。也可用止血剂，如维生素K 4毫克、维生素丙 100毫克、安络血2.5~5毫克，各一日2次，肌注。出现高颅压症状时，可用甘露醇或山梨醇1~2克/公斤/次静点，6~8小时后可重复一次。亦可用50%葡萄糖2毫升/公斤/次静脉推注。如有呼吸节律不整时，可用洛贝林1~3毫克加入10%葡萄糖液内静脉点滴。

### 婴幼儿消化不良症

婴幼儿消化不良症是指消化功能紊乱，食物在肠内分解异常，发生腹泻和呕吐，常伴有脱水、酸中毒等的病症。在夏秋季发病者占绝大多数。

#### 一、消化不良症是怎样发生的？

婴幼儿的消化器官发育尚不完善，神经系统的调节功能也不够健全，但小儿发育生长所需要的营养物质相对地比成人多，消化器官的负担较大。因此，正如祖国医学所说的小儿脾常不足，他们比较容易发生消化器官疾病。消化不良症发生的因素有下列三方面：

1. 喂养不当 喂乳或其他食物过多，喂食时间不定，饮食成分不易消化，或饮食过少，都可能引起婴幼儿胃肠功能紊乱。胃肠功能紊乱后，食物不能充分消化，肠内细菌异常地繁殖，使不消化的食物分解为许多酸性的有害物质，这类物质可作用于胃肠道加重其功能障碍，又可能影响全身。

2. 感染 包括胃肠道感染和消化道外的感染。胃肠道感染是指大肠杆菌、变形杆

菌、产气荚膜杆菌等的感染，使食物异常发酵，同时细菌本身也可产生毒素。但消化不良症不包括痢疾杆菌感染。消化道外感染如中耳炎、流行性感冒、上呼吸道感染等，可引起消化功能紊乱，促使本病症发生。

3. 气候或其他环境不适宜 本病症多发于夏秋季，常与这两季内身体排出水分较多容易引起脱水，小儿口渴而哺乳过多，脱水后体内废物不能充分排泄，或血液循环欠佳影响脏器功能等有关。中暑也可促使胃肠功能失调。

在具体病例的发病过程中，以上几方面因素所起的作用可有主次不同，有的可以喂养过多或食物成分不易消化为主要原因，有的可以胃肠道感染为主要原因。

本病症发生后，表现腹泻和呕吐等，同时常呈现脱水和酸中毒的症状。脱水的原因是不能正常吸收水分和从吐泻丢失水分。酸中毒的原因有：人体得不到营养物质，体内脂肪、蛋白质分解产能而产生多量酸性物质；脱水后排尿减少，酸性代谢产物不能及时排出；腹泻后丢失多量钠盐；肠内异常发酵产生多量酸性物质。除了脱水、酸中毒，还可发生钾缺乏、钙缺乏、感染毒素中毒等。严重时这些改变可导致休克。

## 二、诊断要点

消化不良症主要发生于两岁以内婴幼儿，人工喂养者和体质欠佳者较易发生。根据病因和病情轻重，可分为单纯性和中毒性两型。

1. 单纯性消化不良(轻型) 多因喂养不当、肠道外感染或气候改变所致。以消化道症状为主。大便次数增多，每日数次至十数次不等，黄绿色稀便混有“奶瓣”，有时呈蛋花汤样，有酸臭味。便前常因腹痛而哭闹，便后则安静如常。偶有呕吐，吐物为胃内容。尿量正常或稍减少。精神尚好，食欲稍减，舌苔厚腻或薄白。一般无脱水及酸中毒所见。

2. 中毒性消化不良(重型) 可由轻型发展而来，或起病即表现为重型者，多由肠道感染所引起。临床上除上述胃肠道症状加重外，还伴有程度不同的脱水、电解质紊乱及酸中毒。(1) 胃肠症状：腹泻频繁，大便呈蛋花汤样或水样，有腥臭味；严重者可因肠麻痹而无腹泻，但腹胀明显。呕吐亦较重，饮水或进食后即吐，甚至空腹时仍有恶心呕吐。部分病例吐物中混有褐色残渣(胃粘膜出血)。(2) 脱水：根据病情可分三度：①轻度：仅见囟门及眼窝轻度凹陷，尿量稍减少；②中度：眼窝、囟门明显凹陷，烦躁，尿量显著减少，皮肤弹性减低，口腔粘膜干燥；③重度：除上述所见更加明显外，常伴有末梢循环衰竭，如脉细弱、血压下降及四肢末端发凉等。(3) 酸中毒：临床可见呼吸深大，口唇呈樱桃红色，严重者甚至呈昏迷状态。酸中毒的程度多与脱水程度成平行关系。(4) 低钾：常见于输液后，表现为腹胀、肠鸣音减弱、心音低钝、肌张力减低及腱反射减弱或消失等。(5) 低钙：伴有佝偻病及营养不良的患儿，在纠正酸中毒过程中，易出现低钙现象，如手足搐搦、烦躁不安、甚至惊厥。(6) 其他：少数病例可有发热，感染重时呈现高热；但体弱者亦可不发热甚或低于正常。

消化不良症有时须与幼儿细菌性痢疾鉴别，因幼儿痢疾常可无粘液血便。但痢疾可有家族或邻近者的痢疾病史，常早期出现中毒症状如发热、烦躁、嗜睡、惊厥或昏迷等，而脱水症状不如消化不良症明显，检查肛门括约肌常弛松无力，大便镜检等有助于鉴别。

## 三、防治要点

1. 对婴幼儿做到合理的喂养，饮食定时，避免过饱或喂食不足。母乳喂养比人工喂养较少发生本病症。母乳不足时应用针刺、单方验方或中药催乳。人工喂养时应注意供给

充足的营养物质和水分，且易于消化吸收。热天里婴幼儿要多饮水。

2. 要讲究卫生，特别是夏秋季饮食卫生。不应给小儿吃或者玩弄不洁的瓜果之类。重视食具、手、乳部的清洁，以减少感染机会。

3. 饮食治疗很重要。出现消化不良情况，就应及时调节饮食，减少胃肠负担以利其功能恢复。轻度时可酌情减少乳量，呕吐频发者须停食 6~12 小时，减乳和停乳期间可多次少量地喂精盐水或胡萝卜煎汁（加少量盐），必要时进行补液。病情好转时也宜逐渐恢复饮食。

#### 4. 单纯性消化不良症疗法

(1) 选用下列验法：①取高粱米的第二遍糠炒熟呈褐色，过筛取其细末，每次服 1 钱、一日 3 次。②针刺足三里或止泻穴，配以合谷、内关等。③穴位注射，取穴同上，用 0.05% 阿托品加生理盐水一倍，每穴注药 0.2 毫升，每日一次。④柞树皮、桦树皮、洋铁叶、苍耳子、列当等任选一种煎水洗脚。⑤取熟鸡蛋的蛋黄，捣碎后置小铁勺中，以文火焙至黄褐色，挤取蛋黄油，每日用一个蛋、分二次服。⑥苍朮 5 钱、车前子 1 两共研细末，每次服 5 分，一日 3 次。

(2) 中药疗法：①伤食：证见腹泻、大便酸臭、混有奶块等、便前腹痛哭闹、便后安静、腹胀、有时呕吐、苔白腻，治宜消食导滞。可用保和丸 1 钱捣碎加水少量，隔水烧开，去渣喝汤，一日 3 次；或用六曲、麦芽、山楂各 1 钱水煎服，呕吐加藿香 1 钱、生姜 5 分，水泻较重加车前子、泽泻各 1 钱，腹胀加陈皮 1 钱、木香 5 分。②脾虚：证见面色萎黄或发白、精神不振、消瘦软弱、食后即泻、大便稀薄臭味不重、舌质淡苔白滑，治宜健脾益气。可用参苓白朮散半包或人参健脾丸半丸（服法同保和丸）；或用党参 1 钱、白朮、茯苓各 1.5 钱、苡仁、山药各 2 钱、陈皮 1 钱、木香 5 分，久泻不止加诃子 2 钱、煨肉蔻 1 钱，呕吐加炮姜 1 钱。

(3) 口服液体和消化药等：液体可用食盐、碳酸氢钠、氯化钾各 2.5 克、白糖 100 克（2 两）加温开水 1000 毫升配成，按每日每公斤体重 100 毫升计算分多次饮入。消化药如胃蛋白酶合剂 5 毫升、胰酶和淀粉酶各 0.25 克、乳酶生 0.3 克，每日 3 次服。并可适当补充维生素乙<sub>1</sub>、乙<sub>2</sub>、丁及钙剂等。

(4) 如有感染，应用抗感染药。如体液失衡较重，应从静脉补液。

5. 中毒性消化不良症疗法 饮食调节原则同上，并可选用前述某些验法如针刺和穴位注射等，但需同时积极控制感染和纠正体液失衡。

(1) 抗菌药物可选用新霉素 50 毫克/公斤/日、痢特灵 10 毫克/公斤/日、黄连素 10 毫克/公斤/日、磺胺脒 200 毫克/公斤/日、氯霉素 50 毫克/公斤/日（合霉素增一倍）等口服，不能口服时改用链霉素肌注或氯霉素、四环素等静点。

(2) 中药可按辨证施治原则配方。证见发热、腹泻、大便臭味重、尿黄、腹胀、舌质红苔黄等，治宜清热利湿，可用葛根 1.5 钱、黄芩 2 钱、黄连 5 分、银花 3 钱、泽泻 1 钱、枳壳 1 钱、木香 5 分水煎服。

(3) 静脉输液是治疗体液失衡的重要措施，可补充口服液体的不足，对较重的病儿则常是主要方法。输液前要分析病情，选择液体种类和用量。一般的用法是先盐类后糖、先较快后慢（总量的一半在 8 小时内滴入、其余可较缓）、有尿可加钾、见抽搐可加钙。输液中和输液后要观察效果，酌情调整方法。

① 输液总量：根据脱水程度而定。轻度脱水时 100~150 毫升/公斤/日，5% 葡萄糖液与生理盐水各半（1:1）。中度脱水时（眼窝及囟门凹陷较明显、口干唇燥）150~200 毫升/公斤/日，重度脱水时（眼窝深陷、口干唇紫、皮肤明显失去弹性、无尿）200~250 毫升/公斤/日，由于中度和重度脱水时血钠缺乏明显，可在上述液体中加入 11.2% 乳酸钠 3~6 毫升/公斤/日，既增加钠盐，并有纠正酸中毒作用。

② 纠正酸中毒（呼吸深大而快、叹息状呼吸、呼气有酸味），除用 11.2% 乳酸钠以外，或可用 5% 碳酸氢钠 5 毫升/公斤/日。

③ 钾缺乏（明显腹胀、肌肉无力、脉弱、心音降低）时，应补充钾盐，但须患儿有尿才能开始点滴。用 10% 氯化钾 1~2 毫升/公斤加入液体中，每 100 毫升静点液加 10% 氯化钾不超过 3 毫升（即不超过 0.3% 浓度）。如无呕吐及明显肠麻痹，尽可能口服为安全。

④ 当长时间脱水或酸中毒在短时间内纠正后，血钙可降低，原有佝偻病者更容易出现低钙症，发生手足搐搦或惊厥，可用 5~10% 葡萄糖酸钙 5~10 毫升肌注或加入静点液体中。

⑤ 严重脱水伴有休克时，宜首先直接推注由生理盐水 2 份、11.2% 乳酸钠 1 份组成的液体 20 毫升/公斤，然后继续静点其他液体。

⑥ 营养不良患儿脱水时，因缺盐、缺糖较显著，补液总量应比一般量减少 1/3~1/4，并选用 10% 葡萄糖或另加 50% 葡萄糖 40~60 毫升，钠盐及钾盐也应适当增加。对新生儿输液总量及钠盐均宜减少，24 小时内不超过 300 毫升，含钠液体不超过总量 1/3，速度以每小时滴入 20 毫升为宜。酸中毒时以碳酸氢钠液纠正，因新生儿肝功能尚不全，不宜用乳酸钠。

## 小 儿 疳 积

疳积又名疳症，是祖国医学儿科病症的名称。“疳”有两个意思，一是“甘”、指小儿饮食不节、恣食肥甘、有伤于脾胃，二是“干”、指脾胃虚损、不能滋养肌肤、引起消瘦干枯。总之，疳积是以脾胃虚损、形体干瘦为主的病证，相当于慢性消化营养障碍。

### 一、疳积是怎样发生的？

疳积的成因有下列几点：

1. 饮食不节，如进食不定时、饥饱不均、过食生冷或油腻，以致脾胃受损，运化迟滞，渐生积热，热久可消耗津液形体，造成疳症。

2. 母乳不足，或断奶后人工喂养不合理，或婴儿偏食，以致营养不足，不能正常生化气血、充养肌肤，发生疳症。

3. 久病脾虚，或因病用过某些寒凉攻下的药物，脾胃不健运，引起消化营养障碍。

4. 肠胃虫积，日久成疳。在上述疳积成因中，最主要的是脾胃虚损，也就是指消化器官功能紊乱。小儿、特别是婴幼儿的消化器官功能，不及成人健全。当饮食不节时，不消化的食物容易在胃肠道异常发酵，发酵后的酸性产物或毒性物质可削弱消化功能。当饮食长期缺乏营养物质时，全身发育生长迟缓，消化功能也同时削弱。当小儿消化不良症迁延、反复发生某种感染或有蛔虫、钩虫、绦虫寄生时，除了体质受消耗，消化器官功能可发生紊乱。在消化功能紊乱的条件下，即使进入一般的营养物质，仍不能很好地消化吸收，人体就缺少营养物质和热能。长时间营养不足的结果，就发生脂肪消失、肌肉萎缩、

生长迟缓等现象，也就是形成疳症。

## 二、诊断要点

疳积可按五脏辨证，分为脾疳、肝疳、心疳、肺疳、肾疳。五疳之中以脾疳为多见，其余四疳往往是在脾疳基础上转变而成的，而且临床上常见两种或多种疳症同时出现。因此，为了简明扼要，可按病情轻重分类。

1. 轻度疳积 逐渐消瘦，精神体力不若正常小儿而易疲倦，食欲不振、或嗜食不厌（表示不耐饥饿），腹部胀大，大便溏稀，舌苔多腻，属于脾疳初期。如有虫积，则可有揉鼻挖耳、磨牙咬甲，时有腹痛、夜睡不安，或喜吃炭末、泥土等异物，或便虫吐虫。

2. 重度疳积 面黄肌瘦，毛发干而疏，皮肤皱纹增多（面部与臀部最明显），颈细，腹大坚硬，腹泻或便秘，或可有浮肿，困倦嗜睡，或时发潮热，属于脾疳。兼有青筋外露、眼多眵泪、摇头揉目、白膜遮睛等，属于肝疳，其中眼部症状与维生素甲缺乏引起干眼症、角膜软化或夜盲有关。兼有惊悸不安、口舌生疮、颊红发热等，属于心疳，与维生素乙类缺乏、并发口腔感染或其他感染有关。兼有面色晄白、咳嗽气喘、发热流涕等，属于肺疳，与合并上呼吸道感染或肺炎等有关。兼有面色暗黑、齿龈出血或皮肤瘀斑、手足发凉等，属于肾疳，其中出血与维生素K缺乏等有关。

## 三、防治要点

预防小儿疳积，要重视婴幼儿的喂养。最好以母乳哺育，人工喂养既要适应小儿消化能力，又要保证充足的营养。增添婴儿辅食时，要逐步增加品种和数量，尤其在断乳过程中要防止消化不良或营养不足。讲究卫生，积极防治小儿各种急、慢性疾病，如消化不良症、痢疾、扁挑体炎、结核病、寄生虫病等。在小儿病中或病后消化功能失调时，要加强饮食护理。

疳积为慢性病症，比较缠绵，治疗宜采取综合措施，包括健运脾胃、增强营养和祛除病因及诱因。

1. 单方草药 （1）鲜疳积草（铁苋菜）5钱、葱姜各1两、鸭蛋白一个，将草药捣碎加入蛋白搅匀，外敷脚心一夜，隔3日一次。（2）鲜疳积草2两、猪肝3两，将草药切碎煎水去渣，加猪肝再煎后吃肝喝汤，连服5~6日。可任选一方或二方并用。

2. 新医疗法 （1）捏脊疗法可通过任督二脉调气血健脾胃。（2）割掌疗法，在鱼际内侧鱼腹穴处，用尖刀划破皮肤，挤出皮下脂肪少量剪去，外用包扎。应注意无菌操作。（3）针刺四缝穴，深约0.5~1分，挤出少量黄水。病久体弱者加灸脾俞、胃俞。

3. 中药治疗 （1）轻症以消积为主，可用肥儿丸，或黄连5分、茺萸1钱、胆草1钱、麦芽2钱、山楂肉1.5钱、陈皮1钱、六曲1钱水煎服，体虚加党参1钱，食欲不振加鸡内金1.5钱，有蛔虫加使君子2~3个。（2）重症以健脾养胃益气为主，可用党参1钱、黄芪2钱、白朮1钱、甘草5分、苡仁2钱、山药2钱、白芍1钱、熟地1钱、当归1钱，久泻加茯苓1.5钱、藟子1钱、芡实1.5钱，腹大加木香5分、陈皮1.5钱，面色苍白、四肢发凉加附子3分、干姜1钱。（3）恢复期可用参苓白朮散。

4. 营养疗法 改善喂养，因地制宜地选择营养丰富而易消化的饮食品。适当补充各种维生素。开始补充乳类或其他食品时，量不宜多，品种不宜复杂，可渐次增加，以防不能消化。喂哺时间不必硬性规定，可按照小儿需要而定。为了帮助消化，可考虑用胃蛋白酶合剂等消化酶。少数严重病例要进行输液输血。

5. 祛除病原体和治疗并发症 如抗感染、驱除肠道寄生虫、抗结核等。

## 小 儿 惊 厥

惊厥就是一般所说的抽风，是小儿时期常见的中枢神经系统功能暂时紊乱的症状，主要表现为搐搦和意识不清。

小儿大脑发育尚未完善，调节功能不健全，受疾病或外界因素刺激时易发生惊厥。年龄愈小，愈易发生。

引起惊厥的原因很多，除中枢神经系统本身的疾病外，其他系统的疾病影响到中枢神经系统功能时也可发生。祖国医学认为惊厥多因风、火、痰所致，多与心、肝、脾、肾有关。如小儿急性传染病，疫毒侵入营血，火热上炎心经，同时肝经风阳妄动，可引起神昏惊厥；久泻久痢或其他疾病治疗不当引起脾肾阳虚时，元气衰弱，不能温煦，风寒痰涎内生，也可引起搐搦。

### 【诊断】

惊厥的典型症状是容易辨认的。发作多骤然开始，意识丧失，头向后背，眼球向上翻，口吐白沫，面肌及四肢肌肉呈强直性或阵挛性搐搦。但发作轻时仅有两眼发直或向上翻，四肢发挺，片刻缓解，易被忽略。发作严重时可引起呼吸、循环功能障碍，面色苍白，呼吸浅表不规律，口唇发绀，并可窒息致死。

惊厥的病因须从症状、发病季节、患儿年龄以及其他体征进行比较全面的分析，方能作出正确诊断。临床上通常根据有无发热将惊厥分为两类。

1. 惊厥伴有发热者 大都为感染引起。常见者有高热惊厥、中枢神经系统的感染（各类脑炎或脑膜炎）以及中毒性脑病（菌痢或肺炎等引起）。

（1）高热惊厥：是指中枢神经因高热的刺激，发生功能紊乱，并不包括中枢神经系统本身的病变。此种惊厥多发生于上呼吸道感染、流感等发高热时。6个月至3岁小儿多见，6岁以上很少发生。特点是抽风发生于高热起初数小时内，发作一、二次，搐搦时间短。以后虽高热持续一段时间，也不再反复发作，因为神经系统已对体温适应。惊厥发作后，神志清楚，一般不伴有全身中毒症状。

（2）脑膜炎、脑炎等中枢神经的感染以及中毒性脑病引起的惊厥，除高热外，常伴有剧烈头痛、呕吐、脑膜刺激征。惊厥反复发作，发作间歇期患儿仍意识不清。鉴别诊断见下表。

感染性脑疾患鉴别表

| 起病急缓 | 好发季节  | 临 床 特 点                                                         | 疾 病       |
|------|-------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| 起病急  | 冬 春 季 | 1. 以高热、头痛、呕吐起病，早期发作惊厥；<br>2. 儿童多有明显脑膜刺激征，婴儿囟门饱满、隆起；<br>3. 皮肤有瘀斑 | 流行性脑脊膜炎   |
|      |       | 麻疹、流行性腮腺炎等传染病的恢复期（或疫苗接种后），突然高热、惊厥、意识障碍                          | 传染后脑炎     |
|      |       | 肺炎过程中反复发生惊厥，意识不清，有肺炎的症状与体征。                                     | 肺炎合并中毒性脑病 |
| 急    | 夏 秋 季 | 突然高热，1~2天内发生惊厥，意识不清，同时发生肢体瘫痪                                    | 乙型脑炎      |
|      |       | 2~7岁小儿突然高热、惊厥，并有全身严重中毒症状，灌肠查便有脓血便                               | 中毒型菌痢     |
| 起病缓  |       | 逐渐发生低热、头痛、呕吐、嗜睡，1~2周后才出现脑膜刺激征，惊厥发生多为晚期病例。有结核接触史，肺部多有结核病灶        | 结核性脑膜炎    |

2. 惊厥不伴有发热者 多为中枢神经系统非感染性疾病如新生儿颅内出血、癫痫、大脑发育不全等，以及代谢性疾病如手足搐搦症等。诊断要结合年龄、症状和病史等综合判断。

(1) 新生儿，有难产史者或早产儿，生后数天内发生惊厥，应考虑颅内出血，详见“新生儿疾病”篇。生后4~10天，口紧不能吮奶，颜面呈苦笑状，并有全身阵发性搐搦，为新生儿破伤风。本病为接生时脐部创口处理不当，感染破伤风杆菌所致。

(2) 周岁以内婴儿，突然发生惊厥，意识丧失，全身搐搦，反复发作，一日之内可发作1~2次至10余次不等。不发作时，病儿精神、饮食如常，用钙剂治疗可控制惊厥发作，为婴儿手足搐搦症。

(3) 三岁以上儿童，反复发生惊厥，发作前有先兆，不发作时一切如常，为癫痫。除反复惊厥外，尚有智力不足，下肢痉挛性瘫痪，为脑发育不全。如突然发生惊厥，同时有下肢浮肿、尿少、血尿、血压明显升高，为急性肾炎并发高血压脑病。

以上为无热惊厥常见的原因。其他尚有低血糖、缺氧、一氧化碳中毒、脑瘤等，但较少见。上述疾病虽大多体温不高，但也可合并感染引起高热。如手足搐搦症常可因上呼吸道感染发热后诱发惊厥。癫痫惊厥时间过长亦可发热。因此必须根据具体情况全面分析判断。

#### 【处理】

1. 紧急处理 惊厥是一种危急证候，可造成严重后果。在病因诊断之前或进行病因治疗的同时，就应争分夺秒地对惊厥进行抢救。

(1) 针刺人中、十宣、合谷、涌泉穴。亦可用通关散少许吹入鼻中。

(2) 镇惊药应用：如惊厥不止，可先用10%水合氯醛0.4毫升/公斤，加水一倍灌肠，亦可用苯巴比妥钠6~8毫克/公斤（或3~6月0.02~0.03克，6~12月0.03~0.05克）肌注；紧急时可以上述剂量加入10~25%葡萄糖内静脉注射。无效时，10分钟以后，可用副醛0.1毫升/公斤肌注或0.3毫升/公斤加水20毫升灌肠。若仍无效，20~30分钟后可重复交替使用上述药物，但剂量宜较首次剂量小。应用以上药物时，可并用氯丙嗪1~2毫克/公斤，以增强疗效。

镇惊药物应根据情况灵活运用。一般先选用一种作用快的，无效时再换药或重复使用。不能一次同时用几种镇惊药，或短时期内几次连续大量用一种药物，以防抑制呼吸中枢。

(3) 防止窒息和损伤：让病儿平卧，解开衣扣，保持呼吸道通畅。头向一侧歪，以免口腔分泌物流入气管内发生窒息。以干净布包裹压舌板或筷子，垫于上、下牙之间，以防舌咬伤。

(4) 其他：高热者应同时降温，可用安乃近0.3毫升注射曲池、大椎穴位，也可用安乃近点鼻。出现呼吸浅弱或窒息时，应肌注25%可拉明，一般用量6个月0.3毫升/次，1岁时0.5毫升/次，4~7岁时0.7毫升/次，或用洛贝林（山梗菜碱）1~3毫克/次，肌注。

#### 2. 辨证施治

(1) 兼有表证如恶寒、发热、头痛、鼻塞、流涕、苔薄者，宜解表熄风，可用银花3钱、薄荷1钱、荆芥1.5钱、连翘2钱、钩藤2钱、地龙2钱、全蝎0.5钱。水煎服。

(2) 兼有里热如高热、面红耳赤、烦躁不安、谵妄或昏迷、舌红绛而干者，宜清热熄风，可用羚羊钩藤汤（羚羊片、钩藤、桑叶、菊花、茯神、芍药、甘草、生地、竹茹、川贝），解毒可加大青叶、板蓝根、连翘、栀子，抽风严重者可加地龙、僵蚕、天麻。

(3) 病势缓，面色㿔白或发青，精神萎靡，四肢冷厥，出冷汗，大便稀，抽风缓慢，手足蠕动，舌苔白滑，舌质淡白，脉沉细无力。宜温补脾胃，可用理中地黄汤（熟地、当归、黄肉、枸杞、白朮、炮姜、党参、炙甘草、枣仁、肉桂、补骨脂、黄芪）。

(4) 面色㿔白，有时潮红，神疲，烦躁，舌光无苔，抽风时急时缓，肢体多早拘挛强直。宜养阴生津，辅以镇惊，可用大定风珠方（生白芍、阿胶、生龟板、干地黄、麻仁、五味子、生牡蛎、麦冬、炙甘草、生鳖甲、鸡子黄）。

## 小 儿 肺 炎

最常见的是支气管肺炎（小叶性肺炎），常继发于上呼吸道感染或急性传染病之后。冬春季多发。2岁以内的婴幼儿发病率较高。

【病因病理】引起小儿肺炎的病原微生物有细菌和病毒两种。细菌中以肺炎双球菌较多见，其次为金黄色葡萄球菌、链球菌。病毒中有腺病毒、流感病毒和麻疹病毒。这些微生物在周围环境中广泛存在，人们呼吸时经常可能吸入此类微生物，但因为人体有防御能力，并不得病。只有当肌体抵抗力低下时，病菌才能侵入并引起呼吸道感染。婴幼儿防御功能尚未健全，如果患各种急慢性传染病、佝偻病、疳积等，可使肌体抵抗力进一步降低，这时就容易发生肺炎。由于小儿肌体对感染的局限能力较差，通常使肺炎病变在两肺弥散分布。支气管肺炎是以细支气管为中心的肺小叶病灶，严重时互相融合成大片肺组织实变。细支气管因炎症渗出、粘膜肿胀，管腔显著狭窄使通气不畅；病变部的肺泡因充满炎性渗出物，阻碍气体交换，因此容易发生呼吸困难与缺氧。由于肺毛细血管阻力增大，肺动脉压力增高，增加心脏负担，加上缺氧和毒素对心肌的作用，可造成急性心功能不全。脑组织受毒素和缺氧的作用，可出现中枢神经系统病症。

### 【临床表现】

1. 一般型肺炎 常见的症状可有发热，咳嗽，气喘，精神不振，烦躁，并可有呼吸困难和发绀。肺部检查：早期可于两肺后下或脊柱两侧听到少量中、小水泡音；病变明显时，两肺前后皆可听到密集的中、小水泡音；病灶互相融合成大片实变时，该处叩诊浊音，听诊呼吸音减弱，并可听到支气管呼吸音。X线检查：两肺呈斑点状、小片状或大片状阴影。

2. 严重型肺炎 可并发心功能不全或中毒性脑病。

(1) 心功能不全：突然烦躁不安，面色发灰，呼吸困难及发绀加重，心率显著加快（160~180次/分以上），心音低钝，肝脏于短期内增大，偶有下肢浮肿。

(2) 中毒性脑病：早期表现为嗜睡、两眼凝视或向上偏视，随后出现抽风、昏迷。如不及时抢救，可导致呼吸、循环衰竭。如及时治疗，可于1~2日内症状消失，抽风、昏迷时间过长者，可能遗留智力障碍或肢体瘫痪。

### 3. 特殊类型

(1) 新生儿肺炎：在新生儿时期（从出生到一个月）发生肺炎，症状常不典型，甚至没有肺炎的普通表现。多无发热，如发热也不高，所以看到无发热的新生儿，如一般情

况不好，仅出现厌食、哭声无力、嗜睡、吐泡沫，也要考虑肺炎。病情发展可有呼吸表浅、点头样呼吸、鼻翼煽动、发绀或阵发性窒息。肺部体征不明显，于啼哭时或深吸气后有时可听到少许小水泡音。

(2) 腺病毒性肺炎：起病急，持续高热可达2周之久。早期可出现全身中毒症状，如精神萎靡、嗜睡、面色苍白。高热4~5日后可于肺部听到中、小水泡音，常以一侧为重。在体征出现之前，X线检查往往可发现大片状阴影。白细胞总数多不增多。易发生中毒性脑病和心功能不全。病程较长，多需3~4周。肺部病变消失时间需更长。

(3) 毛细支气管炎肺炎：以毛细支气管炎痉挛和分泌物聚积引起毛细支气管阻塞为特点。除一般肺炎症状外，发生暴喘，极度呼吸困难，呼吸时喉头发出哮鸣音，容易导致心功能不全。

#### 【防治】

1. 注意小儿卫生保健，防治佝偻病、疳积等慢性病，给体弱小儿增加营养。适当使小儿到户外晒太阳和活动。气温变化大时要预防感冒，积极防治麻疹、百日咳等传染病，特别对重感冒、麻疹、百日咳等病儿要重视护理治疗，以免并发肺炎。

2. 抗菌药的应用 抗菌药可控制肺炎双球菌、葡萄球菌、链球菌等，用药方法要根据病情选择。

(1) 抗菌素：轻症可用青霉素20~40万单位，一日2次肌注。或5万单位肺俞、肺热穴注射，每次注同侧两穴，两侧交替，每日1~2次。也可用四环素、土霉素或金霉素25~50毫克/公斤/日，分四次口服。病情较重者可青、链霉素并用，链霉素30~50毫克/公斤/日，分二次肌注。治疗2~3日无效时，可改用广谱抗菌素合并链霉素治疗。有条件者可用10%葡萄糖250毫升加四环素（或金霉素）或红霉素25毫克/公斤静点，一日一次。

(2) 中药针剂：有清热解毒作用。如板蒲注射液（板蓝根、蒲公英）或抗601（大青、银花、连翘、黄芩、板蓝根）0.5~2毫升，穴位注射或肌注。

#### 3. 中药治疗

(1) 一般型肺炎急性期多表现为：高热，面红，呼吸促迫，咳嗽剧烈，痰黄稠不易咯出，唇红，口干，尿少而黄，舌质红苔黄，脉洪数，宜清肺化痰定喘。可用麻黄5分、杏仁1.5钱、生石膏3钱、连翘3钱、栀子2钱、黄芩2钱、贝母2钱、瓜蒌2钱、甘草1钱，水煎服。

(2) 重症肺炎多表现为：高热，烦躁或神昏谵妄，呼吸困难，口唇发绀，手足发凉，舌红苔黑或无苔，宜清营解毒养阴。可用水牛角2两、生地3钱、玄参1钱、麦冬2钱、竹卷心4钱、银花3钱、连翘2钱、黄连5分，水煎服。

(3) 有佝偻病或营养不良者以及迁延不愈的肺炎多表现为：发热不高，神倦体弱，干咳痰少，盗汗，咽干口燥，舌质红绛而干，脉细数，宜养阴清热。可用桑白皮、地骨皮、知母、麦冬各2钱、石斛、沙参各3钱、杏仁1.5钱、甘草1钱、粳米4钱，水煎服。

#### 4. 对症处理

(1) 暴喘：① 镇静止喘药：异丙嗪1毫克/公斤/次，肌注或稀释后静脉缓注。氨茶碱2~6毫克/公斤/次，肌注，或2毫克/公斤/次静脉缓注。② 激素：氢化可的松4~

5毫克/公斤加入10%葡萄糖液内静脉点滴或强的松1毫克/公斤/日，分三次口服。③ 卤碱疗法：10%卤碱液10~20毫升加入10%葡萄糖内静脉点滴，速度不可过快。对减轻症状，尤其是对暴喘和惊厥有一定的疗效。④ 冷空气疗法：将患儿严密包好，将面部露在外面，抱到空气凉爽处15~30分钟，可减轻毛细支气管痉挛。此法可反复施行。

(2) 心功能不全：是严重的并发症，必须分秒必争，积极救治。危急者应选毒毛旋花子素K0.005~0.007毫克/公斤，加入25%葡萄糖20毫升内静脉缓注，必要时可每6~8小时后重复使用。病情稍缓者，可用毛地黄毒甙，毛地黄化的总量（饱和量）为0.02~0.03毫克/公斤，分成4次，每6小时一次肌注，第二日开始用饱和量的1/8~1/10作维持量，直至心功能不全症状完全控制后停用。此外，必须使患儿保持安静，烦躁不安时应加用镇静剂（如苯巴比妥钠5毫克/公斤肌注或10%水合氯醛5毫升灌肠）。

(3) 中毒性脑病：可用激素、卤碱疗法，用法同上。脱水疗法见颅内压增高及脑疝篇。控制惊厥见小儿惊厥篇。

### 佝偻病和婴儿手足搐搦症

这两种疾病均属维生素D缺乏引起的钙磷代谢障碍性疾病。佝偻病多见于婴幼儿，主要表现为骨骼软化、骨骼生长发育障碍，故又称软骨病。手足搐搦症多见于婴儿，主要表现为全身或局部肌肉痉挛，故又称低钙性惊厥。

患儿不但生长发育受到影响，而且抗病能力减低，易感染肺炎和发生腹泻。而这些疾病又可进一步造成体内钙磷代谢障碍，使症状加重和治疗困难，严重影响婴幼儿的健康。因此，防治佝偻病和婴儿手足搐搦症是小儿保健的重要内容之一。

【病因病理】 婴幼儿时期，骨骼生长很快，需要较多的钙质。维生素D可增加肠内钙磷的吸收，并能使血液内的钙磷沉积于骨骼的生长部分。维生素D在鱼肝油、动物肝脏、乳类等含量较多，而其他食物中含量甚少。婴幼儿所需维生素D的重要来源是经阳光中紫外线的照射，可在皮肤内不断产生，我国北方寒冷季节较长，婴幼儿受日光照射不足，因此，北方的发病率较南方为高。如果晒太阳少，维生素D产生不足，即使食物中的钙磷不缺乏，胃肠道也不能很好吸收，骨骼的生长发育因原料不足，软骨不能正常化骨，也就生长的不快；骨骼因缺钙而变得疏松软化，容易变形，即形成佝偻病。由于钙质吸收不足，血钙减少到一定程度（7~8毫克/百毫升以下），就可使中枢神经系统受到影响，可以发生惊厥（较小的婴儿多见）或手足搐搦。

如果食物中缺乏钙质、或长期腹泻等慢性疾病影响钙的吸收，或婴幼儿先天不足（如早产儿），均可因造骨原料不足而发生佝偻病。

祖国医学早就描述佝偻病有囟门晚闭、牙齿迟萌、鸡胸等症候，并观察到佝偻病有五迟（立迟、行迟、齿迟、发迟、语迟）等特征。发病原因或为先天不足、肾气虚弱，或为后天失调，乳食不节，久病腹泻，造成脾胃虚弱。两者互为因果，故此病发生的原因是脾肾两虚。肾虚又可导致肝阴虚，引动肝风，引起抽搐。

【临床表现】 佝偻病表现有骨骼、肌肉、神经、造血等系统的症状，其中以骨骼生长的改变最为突出，甚至形成畸形及侏儒状态。但轻症早期常仅表现为某些神经系统症状，晚期才出现明显的骨骼改变及贫血。婴儿手足搐搦症表现为中枢神经系统兴奋性增高，发生惊厥、手足搐搦等症。

1. 神经系统症状 佝偻病早期病儿常有兴奋不安,如哭闹、夜惊、多汗等。出汗多的部位是后枕部,因此处与枕头接触温暖,皮肤因发痒,病儿用头在枕上左右摇动,可使后枕部头发脱落(枕秃)。

钙是调节神经系统肌肉兴奋性所必需的因素。当血钙显著减少时,可使神经兴奋性明显增高,从而发生手足搐搦症,常见有三种类型:

(1) 全身惊厥:1岁以内的婴儿多见。其特点是病儿不发热,也无其他原因,忽然出现痉挛,发作时间自数秒至数十分钟,往往是屡发屡停。多为两侧同时发生抽搐。发作时意识不清,全身肌肉抽动,眼球固定于某一方向,并有大小便失常等现象,惊厥停止后,往往进入熟睡,醒后活泼如常。有时仅有面肌的微弱痉挛,为本病的早期症状。一日发作1~2次或10余次不等。

(2) 局部肌肉痉挛:见于较大的婴幼儿和儿童,6个月以下的婴儿很少看到。表现为手痉挛和足痉挛。手痉挛时手腕挛曲,手握成锥状;足痉挛时,踝关节伸直,足趾直挺而向足心略弯。

(3) 喉痉挛:主要见于2岁以内的婴幼儿,2岁以后就很少见。虽少见,但是一个严重症状。轻者表现为呼吸困难;严重时呼吸可于数秒钟内停止,如不及时抢救,可窒息死亡。

## 2. 骨骼症状

(1) 头部:6个月以内婴儿的颅骨发育较快,缺钙明显时可引起颅骨软化,表现为顶骨或枕骨中央部软而有弹性,手压可凹陷,放手则恢复原状。1岁以上的幼儿因颅骨的骨样增生,使额骨和顶骨增大而形成方形的头盖,称为方颅现象。前囟大,囟门晚闭,有时可迟至2~3岁时方闭合。出牙也晚,有时在第一年末仍未出牙。

(2) 胸部:两侧肋骨与肋软骨交界处膨大呈结节状,上下排列成串,称为串珠胸。严重时,串珠胸可向内压迫肺组织,由于吸气作用使胸部两侧软化肋骨部内陷,胸骨明显突出而成佝偻胸(鸡胸)。胸廓变形使病儿胸腔变小,肺扩张受限。如患肺炎时易发生呼吸困难。

(3) 四肢及脊柱:长骨两端,尤其是腕、踝部软骨显著膨大。由于骨质软化,病儿站立、行走时下肢可因负重变形呈“O”形腿(膝内翻)或“X”形腿(膝外翻)。脊柱易形成后凸或侧弯。

3. 其他 肌肉松弛无力,韧带弛缓,站立及行走均较正常小儿要晚。腹部肌肉无力可发生腹胀。严重病儿可有贫血、肝脾肿大等。

【诊断】这两种疾病诊断均不困难。

1. 佝偻病 主要根据上述的临床表现,对可疑病例,如有条件可做X线长骨检查(多用腕、踝部),并作血清的钙磷和碱性磷酸酶的测定。除此以外,还必须注意病情有无活动,2岁以内幼儿有神经系统改变者为活动期,需要及早治疗。年长儿仅有骨骼畸形,无其他症状者,为非活动期。

2. 手足搐搦症 只要看到手或足痉挛,虽无其他症状,可以诊断本病。但手足搐搦常见于较大儿童而不常见于婴儿。在婴儿时期,主要依靠惊厥的反复发作,惊厥之后神志恢复正常且无高热或传染病症状时。如能找出营养不良历史或有佝偻病并存,则更应疑及本病。有条件时可测血清钙,但应及时补钙,不可为等待化验而不及及时补钙,因可立即见

效。

【预防】 因为婴儿手足搐搦症往往和佝偻病同时并存，故预防措施基本相同。

1. 积极开展计划生育，认真做好孕妇保健，因胎儿的骨骼生长发育，所需钙质取自母体，生育过密或妊娠期缺乏户外活动，可致新生儿先天缺钙而易发生本病。

2. 多晒太阳。特别是冬季寒冷，也应多到户外晒太阳。因隔玻璃晒太阳效果不好，玻璃可防碍紫外线透过，故窗内日光对人体形成维生素D无大效果。

#### 【治疗】

##### (一) 佝偻病的治疗

##### 1. 补充维生素D和钙剂。

(1) 轻症：有神经系统症状和轻度骨骼改变者，可每日口服维生素D 5000单位，同时服乳酸钙0.5克，一日3次，或将鸡蛋壳、鱼骨焙干压碎，每次口服2分，一日3次。

(2) 重症：有明显骨骼改变并有其他症状者，可采用突击疗法。维生素D<sub>2</sub> 30~60万单位，一次肌注。1~2个月后可再注一次。在注药前，应先服钙剂（如乳酸钙0.5克，每日3次口服等）一周。

2. 中药治疗 可用苍朮、海螺壳、五味子、龙骨研成末，每日口服3次，每次1~2钱。也可行补脾益肾，用六味地黄丸或补中益气丸交替内服。

(二) 手足搐搦症的治疗 治疗措施是：第一是急救，使痉挛停止；第二是补充钙剂，使血清钙迅速上升；第三是供应大量维生素D，使体内钙磷代谢得以恢复正常。

1. 急救措施 用足量苯巴比妥钠，按8~10毫克/公斤体重计算，肌注，以控制持续性惊厥。经半小时后惊厥仍不停止，可经肛门注入10%水合氯醛5毫升。必要时静脉缓注10%葡萄糖酸钙。有喉痉挛时，应将舌拉出，并施行人工呼吸，不需作气管切开术。

2. 补钙 可用10%葡萄糖酸钙10毫升，依病情轻重1~2次/日。必要时可连用2~3日。同时口服10%氯化钙溶液或乳酸钙。

3. 补充维生素D 对一般病例，可日服5000国际单位，连服2周。以后可服2000单位，持续1~2个月。

## 小儿先天性疾病

### 先天性心脏病

主要是由于胎儿时期心脏发育的障碍所引起。种类很多，常见的有以下几种：

1. 房间隔缺损 缺损常较大，左右心房交通，左心房的血可流向右心房，使右心负担加大。症状轻重不一，在初生后及婴儿期可能没有症状，也可有一过性青紫，发育不良，易得呼吸道感染等。年龄稍大，症状渐显，体格瘦小、苍白、无力，甚或可出现心功能障碍（心悸、气短等）。心脏扩大，主要为右心室扩大。在胸骨左缘第2~3肋间有收缩期杂音，响亮而粗糙。

2. 室间隔缺损 多数患儿无明显症状，生长发育多正常，偶在健康检查时才被发现，不出现青紫。心脏正常大小，仅在胸骨左缘3~4肋间有粗糙响亮、搔抓样的收缩期杂音，多从初生时即有杂音。只有高位室间隔缺损时可能有青紫，两侧心室可扩大，病情

可以比较严重。

3. 动脉导管未闭 主动脉与肺动脉之间，于胎儿期间有一导管相连，生后二年之后仍未闭锁时，称为动脉导管未闭。症状轻重与导管大小有关。多数病例导管较小，症状很轻或无症状。重症病例可有呼吸困难、心跳，由于多量血由左心室流入肺动脉，引起发育迟缓。一般无青紫。有响亮粗糙的连续性杂音，贯穿全收缩期及舒张期，收缩期加重。以胸骨左缘第2肋间最明显。

4. 先天性紫绀四联症（旧名法鲁氏四联症） 包括肺动脉狭窄、主动脉右移、高位室间隔缺损和右心室肥大。病儿可出现青紫。青紫的轻重与肺动脉狭窄的程度和主动脉右移的程度有关。轻微活动即有呼吸困难，重者可发生阵发性神志不清，甚至惊厥（与脑部缺氧有关）。青紫以指（趾）端、口唇最明显，活动和啼哭时尤甚。以后可出现杵状指（趾）（指末端增宽肥厚呈鼓槌状）。于胸骨左缘第2～4肋间可听到响亮粗糙的收缩期杂音。

先天性心脏病一般心脏功能良好者，可考虑手术治疗；如有心功能不全时，应先投予毛地黄类强心药纠正心功能不全。

### 先天性幽门痉挛和幽门肥大性狭窄

本病可能与植物神经失调有关，使幽门痉挛（环状肌不能松弛），继而导致环状肌肥大，使幽门狭窄。

有幽门痉挛的病儿，常在出生后数日内即发生呕吐，呕吐次数多，但量不多，可自行缓解，对全身营养状态影响较大。用解痉药及镇静药可使幽门痉挛的呕吐得到改善。可用阿托品（1:1,000 新鲜溶液），在每次喂奶前20分钟喂给，开始给1滴，逐渐增至2～6滴，直至皮肤出现红晕为止。必要时可加用鲁米那或氯丙嗪。也可针刺内关、足三里、巨阙、中脘等穴。

幽门肥大性狭窄主要表现是剧烈呕吐，多在生后2～3周时呕吐渐加重，每次哺乳后可将吃进的奶汁大部分吐出，以致发生营养不良、脱水、消瘦。上腹部于进食后可见胃蠕动波，右上腹可触及2×1×1厘米大小的肿块。治疗可先试用阿托品，如无效应行幽门肌层切开术。

### 先天性胆道畸形

由于先天发育异常，胆道狭窄或闭锁，胆汁排泄不畅，淤滞于胆道内，毛细胆管破裂，胆红素反流入血，使病儿于生后不久出现黄疸，且逐渐加重，粪便灰白色或微黄，尿色深黄（含大量胆汁），肝脏可肿大，一般营养状态多良好。如经久不治可导致肝硬变，并发维生素甲、丁及K缺乏症。如能肯定为胆管完全性阻塞，应争取早做手术。

### 巨结肠症

本病可能是因为直肠与乙状结肠交接处的肠壁间神经丛不正常所致。使该段肠管长期处于痉挛状态而形成狭窄，狭窄以上的结肠因长期膨胀而扩张肥厚。故本病主要病变在巨结肠以下的肠管。

典型症状为顽固性便秘，可1～2周不排便，一当排便量很多，很臭。渐渐腹部膨

隆，出现乙状结肠的巨大肠型。病儿营养发育很差。多无呕吐。

新生儿的巨结肠症稍有特点。多出现便秘、腹胀及全部结肠的肠型，且常出现呕吐，不能吃奶。灌肠后一切症状消失。但有时灌肠无效。

轻症经定期灌肠、针刺疗法（取穴支沟、阳陵泉，强刺激手法）多可治愈，如病情严重，上述治疗无效时应考虑手术治疗。

### 先天性肛门直肠闭锁

本病包括肛门闭锁、直肠闭锁及直肠肛门闭锁。典型的肛门闭锁诊断无困难，生后即见会阴部无肛门，无胎便排出，检查肛门部位发育并且有冲动。直肠闭锁诊断较困难，会阴部有肛门，但无胎便，小指不能插入应考虑为直肠闭锁。肛门直肠闭锁的诊断依据是会阴部无肛门，肛门部位皮肤毫无冲动，可借助X线检查确定。诊断确定后应尽早行手术治疗。

### 大脑发育不全（脑性瘫痪）

大脑损害可能发生在出生之前或之后，多由于脑出血或缺氧所致。常是从小就出现不同程度的中枢性瘫痪，或伴有语言、听力、视力或智力障碍。部分病儿有反复的癫痫发作。治疗可采用新针疗法，取穴大椎、安眠、内关、足三里。配合用耳针，取心、肾、皮质下、脑点等穴位。也可采用当归注射液穴位注射或穴位结扎刺激疗法。

## 第九章 产 科

### 妊娠生理

重点介绍胚胎的发育及妊娠期母体的变化。

#### 胚胎的发育

如果妇女的月经周期规律，在月经前的第14日，从卵巢排出一个成熟卵子，随即进入输卵管。如在此时性交，精子由阴道经子宫腔进入输卵管，与卵子结合，称为受精。由于输卵管壁上的纤毛向子宫腔方向摆动和输卵管壁肌肉的蠕动，受精卵逐渐向子宫腔移动。约在受精后4~5日到达子宫腔，埋入子宫内膜中，称为植入（坐胎）。植入的部位多在子宫体部。在受精卵植入数日后，分泌期的子宫内膜即成为蜕膜。

受精卵逐渐发育，一部分形成胎儿，另一部分发育成包裹胎儿的球形囊。胎儿在该囊内发育，囊内有液体，称为羊水。羊水有保护胎儿不受外伤、使胎儿不与羊膜相连、保持子宫腔内维持一定的压力和温度恒定，

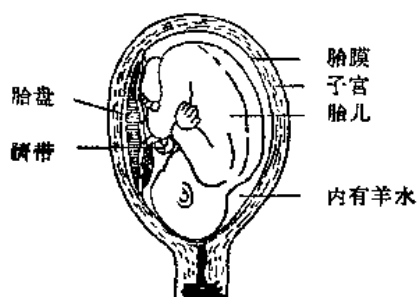


图 9-1 胎儿及其附属物示意图

以及分娩时有扩张子宫口开大等作用。囊壁的内层为很薄的膜，称为羊膜，有分泌羊水的作用。囊壁的外层为具有绒毛的绒毛膜。绒毛膜表面最初均生有大量绒毛，状似绒毛球。在妊娠四个月时，植入部分绒毛膜的绒毛迅速发育，和该部位的蜕膜共同构成了胎盘。其余部分的绒毛则退化，变为光滑的薄膜，与羊膜合在一起，形成胎膜（图 9-1）。

胎盘的主要成分是绒毛膜，绒毛溶解蜕膜，形成许多间隙，间隙底部有母体的血管开口，大部分绒毛浸泡在绒毛间隙里的血液中。胎儿血和母体血不相混，两者之间有绒毛上皮、绒毛间质和毛细血管内皮相隔（图 9-2）。由于渗透作用，胎儿得以由母体吸取营养、排除废料、进行气体交换。胎盘中绒毛内的血管汇集至脐带中，与胎体相连。

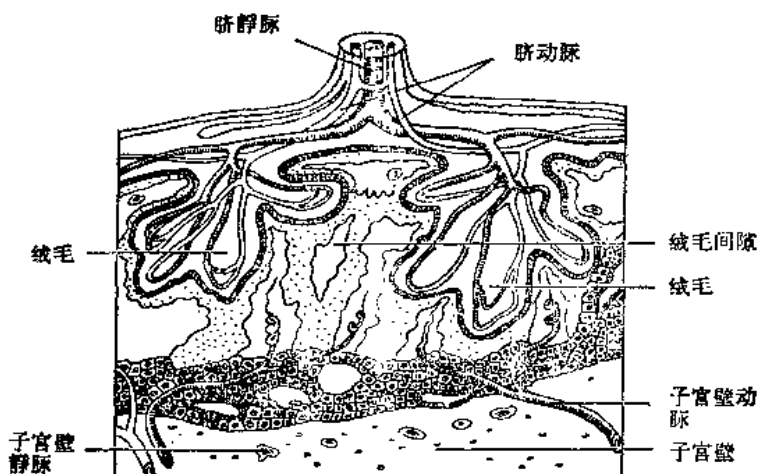


图 9-2 胎盘横断面示意图

胎盘分泌雌激素、孕激素及绒毛膜促性腺激素。前两种自妊娠3个月以后开始分泌，

后一种在受精后 20 日即可分泌。

足月妊娠时胎盘呈扁圆形或扁椭圆形，其直径约 16~20 厘米，厚约 2.5 厘米，重约 500 克。有母体面和胎儿面，母体面呈暗红色，由 15~20 个小叶构成；胎儿面表面光滑，附有脐带。胎膜附着在胎盘周围。

上述的胎盘、胎膜、羊水和脐带统称为胎儿附属物。

### 妊娠期母体的变化

妊娠期间，母体需要供给胎儿营养，并为分娩准备条件。因此，生殖器官及全身各部均随妊娠发生变化。

1. 生殖器官的变化 外阴色素沉着；阴道松软；子宫颈变软，呈紫蓝色，分泌物增多，在子宫颈管内形成粘液塞，防止细菌侵入；子宫逐渐增大，临床上可根据子宫大小来判断妊娠月数。如妊娠 4 个月末，子宫底达脐耻之间，妊娠 6 个月末平脐，妊娠 8 个月末在脐与剑突之间，妊娠 9 个月末在剑突下二指，妊娠 10 个月末又降至妊娠 8 个月末的高度，但子宫较 8 个月末要宽。

2. 乳房的变化 乳房逐渐增大，乳头及乳晕色素沉着，妊娠后期可挤出黄色水样乳汁（初乳）。

#### 3. 循环系统的变化

(1) 血液：总循环血量比妊娠前增加约 30%（于妊娠 32 周时达最高峰），血浆量增加 40%，血细胞增加 20%，所以表现为贫血。如查血象，可见红细胞减少，但不应低于 350 万/立方毫米。红细胞低于 350 万时，属病理性贫血。

(2) 心脏：因新陈代谢及循环血量的增加，可使心脏负担加重，每分钟心搏出量增加；又因横膈上升使心脏移向左上方致心浊音界扩大，心尖搏动向左移约 1~1.5 厘米；由于心脏移位使大血管扭转，可出现收缩期杂音或肺动脉瓣第二音增强。

4. 呼吸系统的变化 因气体交换的需要，呼吸往往可以加快。

5. 消化系统的变化 妊娠早期可出现妊娠反应。妊娠期胃酸分泌减少，胃肠蠕动减慢，可有肠胀气或便秘。

6. 泌尿系统的变化 妊娠早期，子宫将膀胱上推；妊娠末期，胎先露压迫膀胱，使其容量减少，均可出现尿频。孕妇肾脏血管及肾小球过滤速度增加，加之肾脏排蛋白及糖阈减低，可以出现生理性蛋白尿或糖尿。

7. 其他 皮肤常有色素沉着，尤以乳头周围、外阴部、脐下正中线及颜面更为明显；内分泌系统在结构和功能上都有明显改变，使全身各器官新陈代谢过程增强，使孕妇体健，也保证了胎儿营养发育的需要。

### 分娩生理

#### 决定分娩过程的三个因素

分娩是指子宫收缩推动胎儿及其附属物通过产道自母体娩出的过程。产力（主要是子宫收缩）推动胎儿下降以至娩出，胎儿通过产道时又有一定的阻力，虽然决定分娩有产力、产道及胎儿三个因素，但分娩过程中的主要矛盾是产力与阻力之间的矛盾。产道正

常、胎儿正常（不过大、胎位正常），由于产道的阻力不大，产力顺利地克服了产道的阻力时，就能正常分娩。如产力不足、或因产道异常、胎位异常（如先露部为肩）使胎儿娩出阻力增加，就是异常分娩。因此，严密观察产程的进展，抓住分娩过程中的主要矛盾，并采取一切有效措施，解决产力与阻力这一对矛盾是非常重要的。

（一）产力 将胎儿从子宫内逼出的力量，称为产力。这个力量相当强。产力主要是指子宫收缩。在分娩第一期时，子宫收缩能使子宫颈口逐渐展平和开大，推动胎儿下降。在分娩第二期和第三期时，除子宫收缩外，还有腹压参与，使胎儿及其附属物娩出。

1. 子宫收缩 子宫上段（概指于宫体）是收缩段，该段肌纤维比收缩前略短，因之越来越短越厚。子宫下段（在非孕期，子宫体与子宫颈之间有约1厘米的峡部。妊娠后逐渐拉长，称为子宫下段）是扩张段，上段收缩时，下段被牵拉扩张，每次收缩后，该段肌纤维比收缩前略长，因之越来越长越薄。子宫上段和下段的交界处，因肌壁厚薄不同，形成环状沟，称为生理性缩复环。

分娩初期，子宫阵缩持续三、四十秒钟，间歇时间约15~20分钟。以后阵缩时间渐长，且强度渐增，间歇时间渐短。当子宫口开全（开大约10厘米）以后，阵缩可持续一分钟左右，间歇时间可仅1~2分钟。

阵缩是由两侧的子宫角部开始，先向子宫底的中央，再向下扩展，这样就牵拉子宫下段，使子宫颈扩张，并使胎儿下降。

阵缩对胎儿的影响：阵缩时胎儿被推向下，同时子宫血管（因多在子宫肌纤维之间）受压，血流中断；间歇时子宫肌纤维变松，血循环又恢复，子宫肌肉得以休息，胎儿与母体之间又能进行物质交换。

2. 腹压 在分娩第二期时，腹压是逼出胎儿的重要力量之一。阵缩使胎先露或前羊水囊（胎先露前面的羊水囊）压迫盆底组织，产生“排便”感，诱起产妇用腹压，出现向下进气的动作，但需在宫缩时运用才有促使胎儿加快各种娩出动作的效果。在分娩第三期时，运用腹压可帮助胎盘的娩出。

（二）产道 是胎儿娩出所经过的通路。包括：

1. 骨产道 即骨盆。胎儿通过骨产道时，须按其形状、大小引起各种娩出动作。如骨盆变形或狭小，则能阻碍胎儿前进，造成难产。

2. 软产道 由子宫下段、子宫颈、阴道及盆底组织组成。分娩时软产道被动扩张，让胎儿通过。如软产道过度坚硬，不能充分伸展，可影响分娩进展，造成难产。

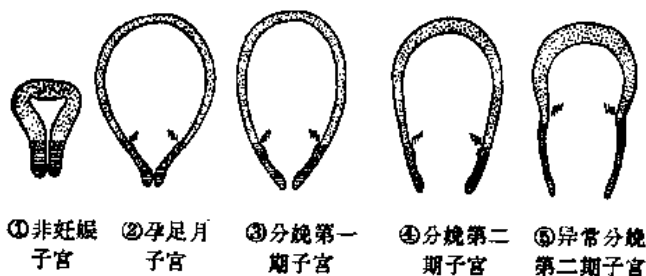


图 9-3 分娩时子宫的改变

子宫颈在妊娠期变软。分娩开始后，其主要变化有二：一是子宫颈管的消失。分娩开始后，原来长约1~2厘米的子宫颈管变短，进而消失。这主要是因为子宫肌纤维的牵拉，使其成为上宽下窄的漏斗形。此时子宫颈管内的粘液塞

（平时也有）被挤出，又因子宫下段与胎膜之间发生剥离而有少许出血，有血液及粘液塞相混的血性分泌物排出体外，即是“见红”。初产妇的子宫颈管先消失，子宫颈口后开

大，经产妇多是两者同时进行。二是子宫颈口的开大，这是因为子宫阵缩向上牵拉子宫下段及子宫内的压力使胎先露直接压在子宫颈上的结果（图 9-3）。

（三）胎儿 胎儿在分娩过程中，是被动地娩出母体外。若胎位正常，胎儿不过大，无畸形，则不会成为分娩过程时的主要矛盾。但遇有异常时，如胎位异常（如横位）、胎儿或胎头过大（如脑积水）或有畸形发育，则不能通过产道，导致难产。

弄清楚上述分娩过程的三个因素，对于判定是顺产还是难产和及早预防、发现难产有很大帮助。这时最重要的问题，就是要用分析的方法。例如，产力正常，骨盆经外测量稍小，但胎儿也较小，胎头也较小，虽有一个因素稍属异常，但仍有自然分娩的可能，应该试经阴道分娩，而不应盲目决定行剖腹产术。再如，产道经骨盆外测量证明稍有狭窄，虽然胎儿大小正常，胎位正常，宫缩规律、强度正常，但是因为产道狭窄阻碍分娩进展，常常经过一段时间以后，宫缩相应变弱，胎儿回转也因而受阻，形成异常胎位，导致难产。

值得注意的是胎位和产力在分娩过程中是可以发生变化的。如分娩初期时，宫缩强而规律，但以后可以变为微弱无力，胎位可在分娩过程中，因回转异常而出现异常胎位，使正常的分娩过程转化为异常的分娩过程。

如果医务人员能够采取积极、正确的措施，就有可能使异常的分娩过程转化为正常的分娩过程。比如做好孕期检查，发现胎位异常及时纠正；在未能纠正时，则创造有利条件，使异常胎位顺利娩出，尽可能避免和减少母婴受损伤；临产时仔细观察产程，及时发现和纠正影响产力的因素，产时如发现轻度头盆不称，正确运用试产，必要时作剖腹产等。反之，医务人员措施不当，可使正常分娩转为异常分娩。比如粗暴、过多地检查阴道，可使子宫发生痉挛性收缩；宫口尚未开全，就过早指导产妇运用腹压，可使宫颈水肿，造成软产道难产；产程中滥用垂体后叶素，可使子宫痉挛性收缩造成子宫破裂；过量使用镇静药可抑制子宫收缩，人为地造成宫缩乏力等等。总之，医务人员必须用毛主席哲学思想作指导，辩证地分析分娩过程中的三个因素，采取及时、正确的措施，为分娩的顺利进行创造条件，便能有效地保证母婴健康。

### 正常胎位的分娩动作

正常胎位是胎臀在上，胎头在下，胎头轻度前屈，先露部为枕骨，并在母体骨盆的左（或右）前方，也就是胎位为左（右）枕前位。

正常胎位的分娩动作是指胎头在通过产道时，为适应产道的形状及大小所采取的一连串动作。

产道呈一弯筒状，前短后长，阴道外口朝向上方。骨盆腔的上口（骨盆入口）横径长、前后径短；骨盆腔呈筒状，上部近似圆形，下部则是前后径长、横径短；骨盆腔的下口（骨盆出口）也是前后径长于横径。这些就构成胎儿前进时的阻力。

现以最常见的左枕前位为例说明分娩动作。

1. 衔接 胎头双顶间径（即两顶骨间的最大距离）已进入骨盆入口，称为衔接。胎头衔接可通过肛诊或阴道内诊扪到胎头顶端已达骨盆坐骨棘平面。

经产妇多在分娩开始后，胎头才入盆。初产妇多在预产期前 2~4 周，胎头即已衔接。因此，如初产妇已达临产期或分娩已经开始，胎头仍未入盆时，应想到有头盆不称的可能。

2. 下降 下降的动作极为重要。整个分娩动作都包括在下降这一动作之中。临床多

以观察胎头下降的程度作为判断产程进展的参考。

促使胎头下降的因素，最主要的是子宫收缩，子宫口开全以后，腹压也可促使胎头下降。经产妇的胎头衔接与下降常同时在分娩开始后出现，初产妇的胎头在临产时多已衔接，进一步的下降常在子宫口开全之后出现。在下降过程中，相继发生下述动作：

(1) 俯屈：胎头下降时，枕部遇到产道阻力，使胎头在原是轻度俯屈的条件下进一步俯屈，使下颏贴在前胸，原以枕额径（11.5厘米）下降的胎头转成以枕下前囟径（前囟中央至枕骨隆凸下的距离，平均为9.5厘米）继续下降，这对胎头的下降极为有利。

(2) 盆腔内回转：胎头沿骨盆纵轴旋转，使其矢状缝与骨盆出口前后径（耻骨联合下缘至骶骨尖端的距离）相一致的动作，称为盆腔内回转。自上向下看，左枕前位时，胎头是向右转45度，使其小囟门转到耻骨弓的后面。产生盆腔内回转的原因有：①提肛肌的反射性收缩，使盆底变成两侧斜、前方较宽的尖底槽，迫使胎头在盆腔内进行回转；②枕部最低，最低的部分被推向前方，使胎头矢状缝转至与骨盆出口前后径一致的位置，才能使胎头

与产道的弯曲相适应。

(3) 仰伸：胎头下降到阴道外口时，子宫收缩的压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，使胎头枕、顶、额、面、颊相继娩出，最后胎头全部娩出。

(4) 体外回转：当胎头娩出时，胎肩正通过产道，同胎头一样须进行盆腔内回转，使双肩间径转成与骨盆出口前后径相一致的方向，致使胎头娩出时，胎颈略有扭转。胎头娩出后，为适应与胎肩方向相一致，会自然出现体外回转，使胎儿枕部又转向左侧。

3. 胎体娩出 胎头是胎儿全身中最大的部分，且变形范围较小，胎头一经娩出，胎肩、胎体及胎儿下肢很快可以自然娩出（图9-4）。

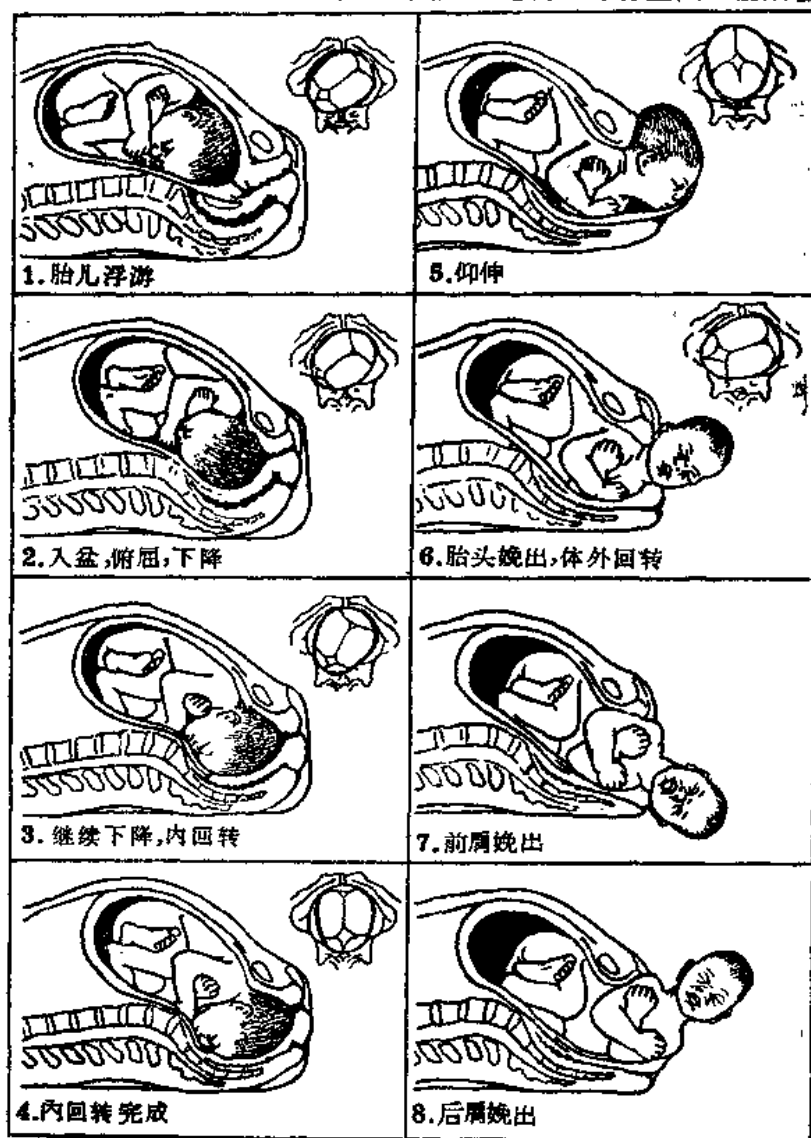


图 9-4 左枕前位的分娩动作

上述一系列动作，决不是一个动作完成后，再开始下一个动作，而是连续进行的。

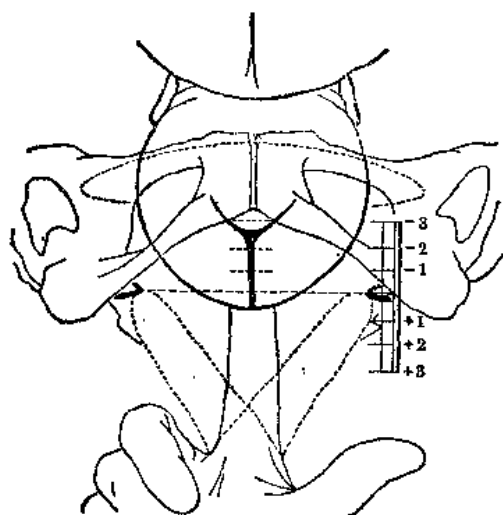


图 9-5 肛查胎头下降的程度

通过对正常胎位的分娩动作的了解，有助于我们理解临床实际工作中的一些作法。如临产时为什么作产前检查时要查清胎头是否已经衔接；观察产程时，为什么肛查时特别重视胎头下降的程度（图 9-5）；为什么接生时胎头刚娩出时要帮助胎头先作俯屈动作，后作仰伸动作等等。

### 妊娠中毒症

妊娠中毒症是指妊娠所引起的病症，这类病症在胎儿及其附属物娩出或人工引出母体后，多能在短期内自行消退。妊娠 2~4 个月内可发生妊娠剧吐（恶阻）；

6 个月以后可发生妊娠水肿、妊娠高血压、子痫先兆以及子痫。

### 妊娠剧吐（恶阻）

从妊娠 5~6 周时开始，多数孕妇出现倦怠喜卧、食欲减退、喜酸食，而且还常常伴有清晨恶心甚或呕吐。这种妊娠呕吐，多可在妊娠 12 周以内自愈，无需治疗。恶阻是指呕吐频繁，引起脱水、体重明显下降、身体衰弱，甚至发生酸中毒等，应及时治疗。

目前仅知本病与子宫内的胎儿及其附属物有直接关系。不论多重呕吐，一旦中断妊娠（如行人工流产术后），呕吐随即停止。情绪易激动，伴有头晕、心悸、失眠的妇女和平时消化功能差的妇女易患本病。

#### 【诊断】

1. 有停经史，伴有上述呕吐等病状，滑脉。
2. 内诊检查可见阴道、宫颈着色，子宫增大且软。尿妊娠试验阳性。
3. 为确定呕吐程度，尿酮体试验可帮助判断，阳性表明呕吐重。（因不进食，体内缺乏碳水化合物，动用体内脂肪，又因肝缺乏糖元，脂肪氧化不全，产生酮体，排至尿中。）

〔附〕 尿酮体测定法 取尿 10 毫升，放于试管内，加醋少许使尿呈酸性，再加少许亚硝基铁氰化钠结晶，上下颠倒混匀后，将浓氨水沿管壁慢慢加入，静置 5 分钟，两液间有紫色环为阳性。

#### 【防治】

1. 必须重视精神、情绪、饮食、生活和周围环境的影响，如治疗失眠、消除对妊娠的恐惧心理等。避免一切内在和外在的不良刺激，可减少本病的发生率。

2. 新医疗法 可针刺内关穴，双侧同时进针，用强刺激手法。也可用 10% 卤碱液 50 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升内静点，一日一次。

3. 应用镇吐及镇静药 不能口服药物者，可用氯丙嗪 25 毫克及维生素 B<sub>6</sub> 50 毫克，肌注。可以口服者，可服鲁米那 0.03 克或氯丙嗪 25 毫克，一日 3 次。

4. 中药治疗 脾胃虚弱者，证见喜卧，消化不良，胃胀，舌淡苔白，脉缓无力，应调和脾胃，可用干姜1钱、姜制半夏3钱、党参5钱，水煎服，每日2次服。肝胆气郁者，证见精神不好，胸胁疼痛，头重而晕，心烦，舌红苔黄，脉弦滑数，应舒肝解郁，可用藿香2.5钱、香附2.5钱、黄连1钱、吴茱萸0.5钱，水煎服，每日一剂。也可用草药单方，如灶心土（包）1~2两，生姜3片，水煎服。

5. 有脱水者，应补充液体及盐类。可静点5%葡萄糖及生理盐水，总量在2000~3000毫升，以消除酮血症。

6. 个别病人，虽经治疗，病情不见好转而且加重，如具备以下指征之一，以行人工流产中断妊娠为宜：体温持续在摄氏38度以上；脉快休息时仍在120次/分以上；出现黄疸；出现视力减退（视网膜出血、视神经炎）；出现嗜睡或昏迷。

### 晚期妊娠中毒症

是指妊娠24周以后发生的水肿、高血压、蛋白尿，严重时可抽搐、昏迷。多见于初孕妇，多胎妊娠或羊水过多症。本病的基本病理变化为小动脉痉挛和钠潴留。本病由轻到重，一般最先发现的是水肿，随后高血压和蛋白尿，如不治疗，可能进入抽搐、昏迷阶段。

#### 一、妊娠水肿

水肿多自踝部逐渐向上扩展，可达下肢、外阴。外阴部水肿多表现为阴唇肿胀，皮肤紧张发亮。严重时颜面、全身均可出现水肿，但无高血压和蛋白尿。

#### 【治疗】

1. 中药治疗 脾虚者，证见四肢肿，按之有凹且不易恢复，面黄，无力，四肢不温，口淡无味，舌淡苔薄，脉沉缓。应健脾利水。可用五皮饮加味：茯苓皮、生姜皮、大腹皮、陈皮、桑白皮各2钱，炒白朮3钱，水煎服，每日一剂。气滞者，证见四肢肿，按之随按随起，精神不振，头晕胀痛，胸胁胀痛，舌苔厚腻，脉沉弦滑。可用砂仁2钱，枳实2钱，茯苓3钱，冬葵子1两，水煎服，每日一剂。也可用玉米须或冬瓜皮，水煎服。

2. 新医疗法 针刺：脾虚者取穴水道、足三里，用弱刺激手法；气滞者取穴行间，期门，用强刺激手法。也可用10%卤碱液50毫升加入5%葡萄糖液500毫升内静点，每日一次。

3. 双氢克尿塞25毫克并用氯化钾1.0克，每日3次，连服三日。也可应用氨苯喋啶50~100毫克，每日3次，连服3~5日。

4. 外阴部水肿严重者，可用50%硫酸镁液湿热敷，每日2次，每次15分钟。如仍不消退，可在严密消毒下，行多部位针刺排液。

5. 低盐饮食，适当限制饮水量。

#### 二、妊娠高血压

血压超过130/90毫米汞柱，或比未妊娠时的血压增高30/15毫米汞柱，但多不超过160/100毫米汞柱。无水肿和蛋白尿。多在孕期检查时发现。

【治疗】 原则是镇静降压，防止进展为子痫先兆。

1. 新医疗法 针刺可取曲池穴，双侧，用强刺激手法。用耳针，可针刺降压沟，也

可埋针。卤硷液静点剂量同上。

2. 简易方 可用钩藤、夏枯草、白芍各4钱，水煎服。也可用夏枯草1两，或猪毛菜1两，水煎服，每日一剂。

3. 应用镇静降压药，可选用鲁米那0.03~0.06克，每日3次；10%水合氯醛10毫升，每日3次；氯丙嗪25毫克，每日3次；降压灵4~8毫克，每日3次；利血平0.25毫克，每日3次；肼苯达嗪50毫克，每日3次，口服。

4. 适当休息，低盐饮食。

### 三、子痫先兆

三个主要症状（水肿、高血压、蛋白尿）同时出现，并有明显自觉症状时，称为子痫先兆。子痫先兆是发生子痫的前阶段。子痫是妊娠期最严重的疾病之一，是造成孕产妇死亡的一个主要原因。应积极开展孕期检查，早期发现妊娠水肿、妊娠高血压和子痫先兆，及时给予治疗，控制病情进展，尽一切力量防止子痫发生。

#### 【诊断】

1. 血压高 多在160/100毫米汞柱以上，但收缩压不超过200毫米汞柱。超过者应考虑伴有慢性高血压。舒张压对推测预后有意义。

2. 水肿 可有全身水肿。但也有水肿不明显而仅体重增加者。

3. 蛋白尿 尿中蛋白量不定。常有尿少。尿中可查到管型、红细胞、白细胞及上皮细胞。

4. 自觉症状 可有头晕、头痛，多为前头部钻痛、跳痛（因脑部小动脉痉挛缺氧或脑水肿）；视力减退、眼花、复视（因视网膜水肿、出血）；如伴有恶心呕吐及右上腹胀痛，紧缚感（因肝被膜下出血），常是抽搐的先兆。

5. 化验检查 尿内蛋白量多，显微镜下可见管型、红细胞、白细胞。

根据上述症状，不难诊断。

【治疗】 原则是降压利尿，防止抽搐发生。

1. 严密观察病情。定时测血压，计算全日总尿量，尿量增多表示病情好转，尿少是病情渐重的象征；注意病人的自觉症状，症状渐轻表示病情好转。

2. 自觉症状明显时，为防止抽搐发生，应迅速选用以下药物：吗啡0.01~0.015克，肌注（估计在4小时内不能分娩时方可用，因吗啡可抑制新生儿的呼吸，造成窒息）。25%硫酸镁20毫升，肌肉深注，每8小时重复一次，但必须在呼吸不少于16次/分，每日尿量不少于600毫升，膝腱反射存在时方可用，否则禁用；注射时应备有注射用钙剂，以防意外。氯丙嗪50毫克肌注；苯巴比妥钠0.2克肌注；杜冷丁100毫克肌注；冬眠1号合剂半量（杜冷丁50毫克、氯丙嗪、异丙嗪各25毫克）肌注或加于25%葡萄糖20毫升内缓慢静注。

3. 中药治疗 ①脾虚者，证见头、面、四肢水肿，按之凹陷，尿少，饮食减量，舌淡苔白，脉沉缓，宜健脾利水，可用防己3钱，白朮3钱，茯苓5钱，苡仁、车前子各4钱，水煎服，每日一剂。②肝热者，证见头痛头昏，眼花，口苦，眼红，舌红苔白，脉弦滑，宜平肝，可用胆草2钱、菊花2钱、蔓荆子3钱，水煎服，每日一剂。

4. 应用降压利尿药 见妊娠高血压及妊娠水肿治疗项。对尿少者，还可用10~25%葡萄糖500~1000毫升静点，每日一次。必要时可用山梨醇250毫升静点，每日1~2次。

也可静点卤碱液，用法同上。

5. 对妊娠近足月的孕妇，症状减轻后，可行人工破膜引产。分娩时要缩短产程，可用胎头吸引术或产钳术助产。

#### 四、子痫

子痫是子痫先兆向坏的方向发展的结果。除有水肿、高血压、蛋白尿及自觉症状外，抽搐是其主要表现。

【临床表现】 典型症状是抽搐。开始时，病人面部及颈项部肌肉强直，头扭向一侧，眼球固定，瞳孔散大；随即有口角及颜面肌肉的颤动，持续约数秒钟；继而全身肌肉强直性收缩，两臂屈曲，手紧握，腿内收，牙关紧闭，呼吸暂停，持续约15秒钟；随后眼睑忽开忽闭，牙关上下咬动，全身肌肉发生痉挛性抽搐，头向两侧急转，四肢乱动，全身震颤，面色青紫，如舌被咬伤可吐血沫；持续约30秒至2分钟后，抽搐停止，全身松弛，紫绀渐退，发出鼾声，呼吸恢复，处于昏迷状态。昏迷时间长短不一，清醒后不能回忆抽搐过程。抽搐可多次反复发作，也可在昏迷时连续抽搐，而不清醒。此时病人的血压一般较高，出现血尿、少尿甚至无尿。且尿内蛋白量显著增多。

抽搐一经发作，可出现严重并发症。母体方面有：外伤，包括舌咬伤、跌伤；吸入性肺炎（粘稠分泌物于抽搐时聚集，昏迷时不能吐出而吸入呼吸道深部引起感染）及急性心功能不全；视力障碍甚至失明（眼底水肿甚至视网膜剥离），如属眼底水肿，可逐渐恢复；血压可突降至100毫米汞柱，甚至到零（指收缩压，多因血管运动神经功能障碍）。胎儿方面有胎儿死亡（因宫内缺氧，胎盘发生出血、梗塞引起早期剥离）。

【诊断及鉴别诊断】 详细询问病史（通过家属）或观察抽搐时的情况，结合症状，检查血压及尿，即可确诊，但需和癫痫、脑卒中和尿毒症相鉴别。

| 病名<br>项目 | 子 痫    | 癫 痫    | 脑 卒 中  | 尿 毒 症    |
|----------|--------|--------|--------|----------|
| 抽 搐      | 定 型    | 定 型    | (±)    | 不定型或类似癫痫 |
| 昏 迷      | (+)    | (+)    | (+)    | (+)      |
| 水 肿      | (+)    | (-)    | (+)    | (+)      |
| 高 血 压    | (+)    | (-)    | (±)    | (+)      |
| 蛋 白 尿    | (+)    | (-)    | (±)    | (+)      |
| 历 史      | 有子痫先兆史 | 有以往发作史 | 有高血压病史 | 有肾炎史     |

#### 【治疗】

1. 子痫的主要矛盾是抽搐，必须全力抢救，控制抽搐。

(1) 立即肌注吗啡0.015克或杜冷丁100毫克（如无上述药物，也可用氯丙嗪及异丙嗪各50毫克肌注）。

(2) 将病人单独放入一室，床要加床栏，避免抽搐时跌伤。室内安静，光线要暗，避免光、声刺激。去掉枕头，将病人头部放低，并转向一侧，以防吐出物误入呼吸道。床旁准备好压舌板或筷子上缠纱布，发作时垫在上下臼齿之间，以防舌咬伤。必须亲自守护，定时测血压，留置导尿管，观察尿量。昏迷期间禁食，可放鼻饲管。待意识完全清醒后，方可进无盐饮食。

(3) 根据病情,继续给药。可反复肌注镇静药。步骤是:第一次用药后半小时用25%硫酸镁20毫升肌注;隔二小时,可再注吗啡或杜冷丁,量同上。硫酸镁每6~8小时可再注。如此用药多可控制抽搐的再发生。病人多处于朦胧状态,呼之能醒,问话可答。如病人发鼾声,呼之不醒,应注意可能有脑出血。

也可辨证应用中药,通过鼻饲管灌入。肝热者应清肝泻热熄风,可用羚羊角3分(或用牛角3钱)、桑叶、菊花、防风、胆草各2钱,水煎服。内风证应养血定风,可用钩藤、当归、茯苓、人参、桑寄生各3钱,水煎服。

(4) 针灸疗法:抽搐发作时,取穴百会、照海、印堂、间使、风池、足三里、阳陵泉。除百会用灸外,余各穴均针刺,用疾进徐出手法,留针10分钟。每次选3~4个穴位。

2. 除治疗抽搐外,尚需给予降压利尿药,如前所述。

3. 要密切注意宫缩,昏迷时易忽略。子痫病人的宫缩强,产程进展快,注意听胎心音,防止“漏产”及胎盘早剥离。对产程尚未发动的子痫病人,当清醒24小时后,如预产期已到或已妊娠九个月以上时,可行人工破膜引产。如已进入产程,宫口一当开全,头位应施行胎头吸引器助产或产钳助产,臀位应行牵引术,以缩短第二产程。除有产科指征(如狭小骨盆等)须行剖腹产术外,一般以经阴道分娩为宜。分娩后应防止子宫弛缓性出血,可肌注马齿苋、麦角新碱或催产素。

## 孕产期出血

孕产期出血包括妊娠前半期、妊娠后半期、分娩期、产后和产褥期以出血为主症的疾病。

### 妊娠前半期出血

#### 【病因】

1. 流产 最常见。经产妇多于初产妇。多发生在妊娠2~3个月时。妊娠3个月内流产者,称为早期流产。妊娠3个月后的流产,称为晚期流产。早期流产比较多见。

妊娠的维持,必须是母体健康和胚胎发育正常。流产的发生以母体因素为主,其他因素也有一定影响。例如:母体患高热疾病,引起子宫收缩,导致蜕膜出血。母体内分泌功能不全(主要是卵巢)或胎盘发育不良,孕激素分泌不足,可引起子宫收缩,导致出血;蜕膜出血又可促进子宫收缩,子宫收缩又加重蜕膜出血。母体子宫发育不良,可引起子宫收缩,由于绒毛发育幼稚,与子宫联系不牢固,易剥离引起蜕膜出血。再如胚胎发育异常,即卵子或精子有缺损,常在妊娠1~2个月时出现出血。又如外伤时能引起蜕膜出血等。

在妊娠四个月以后,由于胎盘已经形成,与子宫的联系已较牢固,故流产的发生率大大减少。晚期流产的娩出与正常分娩相类似。

2. 葡萄胎 在胚胎发育过程中,绒毛膜的绒毛上皮细胞异常增生,并出现水肿、变性,纤细绒毛膨大成水泡状,连接成串,状似葡萄,故称为葡萄胎。本病实质上可视为绒毛膜的良好性肿瘤。

因为是绒毛异常增生的疾病,绒毛有溶解侵蚀周围组织的特点,故可引起大面积的蜕膜出血。出血可经阴道流出,也能积存于子宫腔内。偶尔葡萄胎侵蚀穿破子宫壁,造成腹

腔内有大量血液。患葡萄胎时，胎儿多已死亡吸收。

3. 宫外孕 本病可有阴道流血，但往往不是主要症状，易被忽略，而多因内出血发生剧烈腹痛才发现。

受精卵不在子宫内植入。多因输卵管狭窄（由于慢性输卵管炎所造成）或受精卵活动缓慢，尚未到达子宫腔时已具有着床能力。以在输卵管内植入最多，故本病多是指输卵管妊娠。植入在输卵管内的受精卵，它的绒毛可溶解周围组织，由于输卵管没有肥厚的蜕膜和肌层，绒毛破坏了输卵管壁，造成输卵管破裂；或受精卵植入在近伞端，先是血管被侵蚀出血，继而输卵管将胚胎组织向腹腔挤出，形成输卵管流产。无论那种类型都发生腹腔内出血，仅量多少不一。

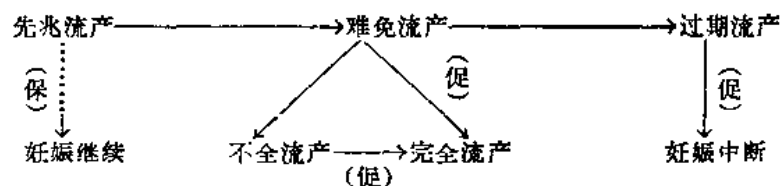
宫外孕时，子宫内膜受内分泌作用呈现蜕膜反应。一旦胚胎死亡，蜕膜即小片地剥离引起长时间少量阴道出血，偶而蜕膜管型完整排出。

#### 【诊断及治疗】

（一）流产 早期流产的主要症状是：阴道出血、阵发性下腹痛和流出胚胎组织。根据三者的表现，可以了解不同阶段和类型的流产的特殊性，如表所示。

| 类<br>型 | 症 状                     |                 |                                    | 妇 科 检 查         |                  |
|--------|-------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------|------------------|
|        | 阴 道 流 血                 | 下 腹 痛           | 其 他                                | 子宫颈口            | 子 宫 体            |
| 先兆流产   | 量少，红色，无血块               | 轻度阵发性下腹痛或腰酸     |                                    | 闭               | 大小与妊娠月份相符，偶可扪及宫缩 |
| 难免流产   | 量多，鲜红色，有血块              | 下腹坠胀感及频繁的阵发性下腹痛 |                                    | 开。或胎膜已破，有羊水流出   | 大小与妊娠月份相符，有频繁宫缩  |
| 完全流产   | 量很少或停止                  | 无               | 有完整胎囊排出史                           | 闭               | 较硬，接近正常大小        |
| 不全流产   | 量多或极多                   |                 | 1.曾有胚胎组织部分排出史<br>2.可有贫血外貌甚或出现出血性休克 | 开，或有胚胎组织堵塞于子宫颈口 | 小于妊娠月份，但仍较正常大    |
| 过期流产   | 量少，或淋漓不断，或时来时止，血性或茶褐色血水 | 腰酸，下腹微痛或不痛      | 全身无力食欲不振等                          | 闭               | 较妊娠月份显著缩小        |
| 感染流产   | 量不定，呈脓血性，有臭味            | 持续性下腹痛及下坠感      | 体温高，伴有寒战                           | 开               | 增大、软、有明显压痛       |

除先兆流产需保胎、安胎之外，流血多时均需促使胚胎组织流出，如表所示。



保胎时，着重抑制子宫收缩达到止血；不再保胎时，着重加强子宫收缩，促使胚胎组织排出，以达到止血的目的。下边分别介绍各类流产的治疗：

1. 先兆流产 原则是保胎（缓解子宫收缩，止血）。具体作法是：（1）适当卧床休息。（2）中药治疗。无阴道流血者，可用杜仲5钱、桑寄生5钱，水煎服，也可用杜仲4钱、桑寄生4钱、菟丝子4钱、川断3钱，水煎服；有阴道流血者，多属阴虚血热，可用当归、白朮、川断各3钱、生地4钱，水煎服。（3）镇静药可口服冬眠灵25毫克或鲁米那0.03克，每日3次。必要时可肌注冬眠灵25毫克。（4）黄体酮10~20毫克，每日一次，肌注。经两周治疗，如不愈，应想到胚胎可能已死亡。

2. 难免流产 原则是促使胚胎组织排出，及时结束流产。可每半小时肌注垂体后叶素5单位，连用4次。如无效，应行刮宫术。

3. 完全流产 多不需治疗。也可用益母草4钱水煎服；或益母丸1丸，每日2次服。

4. 不全流产 有休克者须行抗休克治疗。酌情清除内容物，设法止血；如用牛膝4钱、红花3钱，水煎服，每日一剂。如出血很多，必要时，可送医院行刮宫术。

5. 过期流产 原则是促使子宫收缩，排出胚胎组织。（1）新针疗法：取穴合谷、三阴交、足三里，用强刺激手法。可引起和加强子宫收缩。（2）口服己烯雌酚5~8毫克，一日3次，连服3日后，用垂体后叶素10单位加入5~10%葡萄糖液500毫升内静脉点滴，多可将胚胎排出。（3）上述方法无效，可送卫生院行刮宫治疗。

6. 感染流产 原则是先控制感染。（1）如流血不多，胚胎尚未排出或排出不全（不全流产）者，应先用抗菌素（如青、链霉素，常规剂量，肌注），待体温下降后，再去卫生院行刮宫术。（2）如流血量多，可去卫生院治疗。只可先挟出宫腔内胚胎组织，决不可作刮宫术，以免扩散感染。待感染控制后，再行刮宫术。同时应用抗菌素。

7. 习惯性流产 有妊娠可疑（如月经未按时来潮），即应避免体力劳动，暂禁性交。可肌注黄体酮10~20毫克，每周2~3次；口服维生素E10毫克，一日3次；也可用杜仲4钱、川断3钱、寄生、菟丝子各5钱，水煎服，每周2剂，连服1个月。

（二）葡萄胎 阴道流血常是延续不断，时多时少的陈旧血（如排出有水泡状物，则可确诊）；追问病史常有停经史及较严重的妊娠呕吐症状；查体可有高血压、蛋白尿及水肿，子宫大小与妊娠月份不符，常超过妊娠月份（迅速增大表示子宫腔内有出血和积血），或子宫虽已达妊娠5个月以上大小，但无胎动及胎心音，也触不到胎儿。根据上述特点，典型病例诊断并不难。但遇不典型病例或极早期，容易和先兆流产混淆。尿妊娠试验常可帮助鉴别，本病时，将尿稀释160倍、320倍、甚至640倍，还能出现阳性反应，而先兆流产则不出现这种情况。

〔附〕尿妊娠试验 将妊娠妇女的晨尿3毫升，注入雄蛙背部皮下，过2~4小时从其排泄口取尿液，在显微镜下可见到有多数精子为阳性。此试验可以帮助诊断妊娠，这是因为胎盘的绒毛上皮分泌绒

毛膜促性腺激素，孕妇的尿中含有此激素，后者可使雄蛙排精。葡萄胎时，此激素产生极多，远远超过正常妊娠范围，所以将尿稀释后仍可为阳性。

本病一经确诊，应迅速除去子宫腔内容物。对年轻妇女或子女少的妇女，可行刮宫手术，为清除干净，应进行二次刮宫。第一次刮宫后一周，再行刮宫一次。术后要继续观察有无阴道流血、咯血，有条件者定期作尿妊娠试验。对高龄或多子女的妇女，以切除子宫为宜，以免继葡萄胎后发生恶性葡萄胎或绒毛膜上皮癌。

(三) 宫外孕 在输卵管尚未破裂或流产前，常无明显症状。当出现破裂或流产时，主要症状是腹痛及内出血，故属急腹症。腹痛是最先出现的症状，多在妊娠两个月左右（也有的病例仅是预计的月经延迟数日），突然发生一侧下腹部剧痛（多为流产型）或发作性绞痛（多为破裂型）。起初腹痛偏一侧，不久即可扩散到全腹，并伴有向肛门部放散性疼痛。无论是那种性质的疼痛，病人均可因急性内出血及腹膜受刺激而发生晕厥。

大量腹腔内出血或正在出血的过程中，病人可出现出血性休克。检查血压可能很低，甚至听不清；腹部稍膨隆，叩诊时有移动性浊音，有压痛及反跳痛，尤以患侧为重。如内出血已停止，并相隔日期较长，在下腹部可能触及包块。因血液充满在子宫直肠窝处，病人常有下坠感，但无大便排出。

阴道流血常与腹痛同时或稍迟出现。

诊断主要依据是：有停经史或有月经延迟；突然一侧下腹痛，甚至出现休克；有内出血的体征；妇科检查：子宫增大、宫体软，附件有明显压痛，阴道后穹窿膨满，子宫颈举痛（推举子宫颈时疼痛）明显。如内出血停止并历时稍久，可在子宫直肠窝及子宫附件部位扪到不规整的稍软包块，境界不清。

为证明腹腔内出血，可行经腹壁的腹腔穿刺或经阴道后穹窿穿刺（图 9-6），如抽出不凝的血液可助诊断。

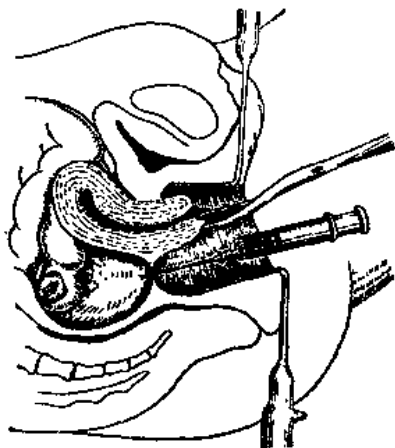


图 9-6 阴道后穹窿穿刺

本病属急腹症，病情多很严重，我们必须发扬“救死扶伤，实行革命的人道主义”的精神，及时进行救治。治疗方法必须按照病人的具体情况而定。过去认为，宫外孕一经确诊，只有手术才能治愈。我国革命医务人员在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”的思想指导下，以祖国医学辨证论治治疗宫外孕，成功地创造了不作手术、保存输卵管的新疗法，治愈了许多病人，冲破了“唯手术论”的旧框框，为宫外孕的治疗提供了一条新途径。

当腹腔内出血不多、流血处于静止期时，可采取非手术疗法。祖国医学认为异位妊娠属血瘀少腹形成“不通则痛”的实证类型，故用活血逐瘀法作为主要治法。主方（丹参 3~5 钱、赤芍、乳香、没药、桃仁各 2~3 钱）有祛瘀、活血、止痛作用。在“急则治其标”“缓则治其本”的原则下，根据体质、合并症及寒热虚实不同征象，进行辨证治疗。

(1) 本病兼寒证者，常兼有喜暖、恶寒不敢进冷食，脉沉迟，可在主方中加附子、官桂；

(2) 本病兼热证实证者，常兼有口苦、口渴、喜冷饮、脉数、腹部疼痛拒按、大便秘结，可在主方中配入大黄或芒硝；

(3) 本病兼肝气不舒证者，常兼有寒热往来、胸胁胀满等肝郁症状，可在主方中酌情加柴胡、香附；

(4) 本病兼有脾胃虚弱证者，常兼有全身疲倦、食欲不振、右关脉无力，先调理脾胃，可酌用人参养荣汤加减，加强消化吸收功能，并在这一基础上，逐渐加入活血逐瘀药物。

开始可每日服一剂，病情明显减轻时，可改为每周服2剂。服药期间应卧床休息，不可暴饮暴食，饮食以全流食或半流食为宜，尽量不吃生冷、油腻食物；并须注意血压有无变化。

对内出血已停止并形成包块的陈旧性宫外孕，除用上述处方外，还应加用化坚破积药物，以三棱、莪朮为好，从小量开始，每味1钱，渐增至2钱。因长期服用可引起体虚，故应加用党参、黄芪等补气药。

当遇到下列情况时应慎重考虑，严密观察，必要时应行手术治疗。

(1) 妊娠试验持续阳性。妊娠反应存在，妇科检查：包块极软，且继续增大，应考虑输卵管妊娠未破，胚胎继续存活，应手术治疗，以免发生较大破裂，引起急性大量内出血。

(2) 停经时间长，而孕卵较大者，破裂时流血多，且胎儿较大难于吸收，可考虑手术。

(3) 停经时间不长，但发病后呈休克状态，虽经输血、输液、吸氧等抢救处理，休克持续存在或加重，估计来不及服中药者，可考虑手术治疗。

### 妊娠后半期出血

妊娠后半期，尤其是妊娠七、八个月以后时出现阴道流血，首先要注意出血的时间、出血量、有无凝血块，是否反复发生，以及有无诱因；其次要了解出血与腹痛的关系，有无腹痛，腹痛是持续性还是阵发性，子宫是硬还是软，有无压痛，胎儿的情况如何；此外，还要注意有无休克，出血量与休克程度是否相称。

通过掌握上述现象作为向导，进而抓住它的实质，查清出血的原因，才能确定诊断，区别对待，恰当处理。

#### 【病因】

1. 前置胎盘 受精卵不是植入在子宫体的前、后壁上，而是植入在子宫腔内下方，接近宫颈内口处，当胎盘发育完成，就会覆盖在宫颈内口上，宫颈内口可被胎盘全部或部分覆盖；或虽植入位置不低，而胎盘面积大，伸展到子宫下部。妊娠后半期至分娩前，子宫上段肌肉的收缩使子宫下部渐渐伸展，附着于子宫下段或宫颈内口上的胎盘不能相应地扩张，胎盘边缘部与子宫壁分离，绒毛从蜕膜中拔出，绒毛间隙的血液流出而发生阴道出血。

2. 胎盘早剥离 胎盘附着部位正常，即在子宫体部，不受子宫下段的形成和于宫颈口开大时牵引的影响，虽然出现子宫收缩，但子宫腔内的胎儿和羊水对胎盘有对抗压力的作用，可以阻止其自子宫壁分离。但如在妊娠后半期受外伤、合并妊娠中毒症、子宫腔突然缩小（如双胎的一胎娩出之后）、羊水过多症（当羊水迅速流出之后），均可因胎盘部分或大部分与子宫壁分离而出现阴道流血。

### 【临床表现】

1. 前置胎盘 无诱因性阴道流血是本病的特征。多发生在睡眠时，无任何诱因。开始时出血不多，剥离处血液凝固，流血可暂时停止。如出现子宫收缩，则流血可反复发生，流血量一次比一次增多。出血的迟早、严重程度以及两次出血相隔时间的长短，可因不同类型而有区别。完全性前置胎盘（子宫颈内口全为胎盘所覆盖），流血较早出现，常在妊娠33周左右即已开始，出血量多，间隔短。低置胎盘（胎盘下缘不超越子宫颈内口），出血较晚，常在妊娠37~40周左右开始，甚至临产时才发生，出血量少，间隔长。部分性前置胎盘（胎盘覆盖子宫颈内口一部分），常在妊娠34~36周左右开始，出血量较多，间隔稍长。反复流血可致孕妇贫血。

流出的血为新鲜血或有凝血块。检查子宫无压痛，胎位清楚，胎心音正常。由于胎盘位于子宫下部，胎头高浮或胎位异常（横位、臀位）比较常见。

2. 胎盘早剥离 外出血型者（图9-7），阴道出血是主要症状，且贫血程度与出血量相符合。典型症状见于隐性出血型（图9-7），且胎盘后血肿较大者：有剧烈的持续性腹痛，性质为撕裂痛或胀痛；子宫可在短时间内增大（子宫腔内大量积血）；

子宫呈板状硬，压痛明显。胎位及胎心音皆不清。严重者呈休克状态，且休克程度与阴道流出的血量常不相称。

有时胎盘剥离面很小，出血量不多，并能从子宫腔流出，则上述症状不明显，可等待其自愈或自然分娩。

### 【治疗】

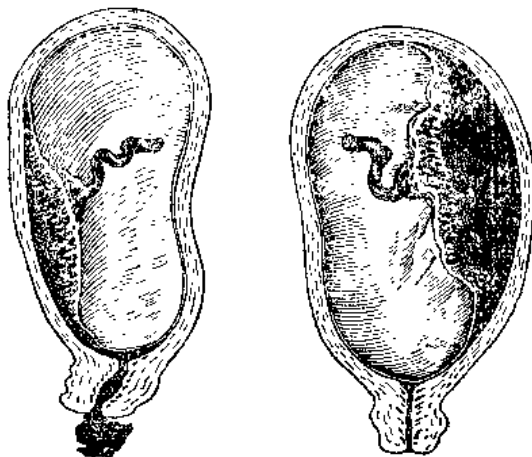
1. 前置胎盘 处理原则是制止出血，必要时补偿失血。如出血量不多，全身状态良好，可让孕妇卧床休息，给予镇静剂，使之自然止血。已止血或出血很少时，在严密观察下，可以等待自然分娩，但不应作阴道内诊或肛诊。

子宫颈内口被胎盘全部覆盖或部分覆盖，处理方法不同。只有作阴道内诊后方能判定确切。但阴道内诊能人为地加大剥离面，引起更多的出血。所以，必须在做好输液、输血及手术分娩的准备，再对出血多或反复出血的产妇作阴道内诊检查，以便决定处理方法。

如胎盘只覆盖子宫口的一部分，子宫口已开大3~4厘米，如能触到胎胞时，可行人工破膜。人工破膜后，胎头下降，将胎盘紧压于子宫壁上，可以止血。如能用头皮钳夹住胎儿头皮行牵引，则止血效果更好（操作方法见537页）。

如胎盘覆盖子宫口一部分，子宫口开大3~4厘米，臀位，先露部为足时，可将足牵出，悬以重物牵拉以胎儿臀部压迫胎盘分离部分，也可止血。

如子宫口全被胎盘覆盖，宫口未开者，应立即行剖腹产术。



①外出血型

②隐性出血型

图 9-7 胎盘早剥离

产后应注射子宫收缩药，预防产后出血。

2. 胎盘早剥离 原则是纠正休克，迅速结束分娩。如子宫口已开大，可行人工破膜（详见537页）。产程仍无进展，可用催产素静脉点滴引产。如子宫口未开，又是初产妇，内出血严重时，应立即行剖腹产术。

### 分娩时出血——子宫破裂

分娩时子宫破裂出血，多由于难产引起，可发生腹腔内大出血而致严重的出血性休克，威胁母婴的安全。近年来，农村妇幼工作迅速铺开，子宫破裂的发生已显著减少。实践证明，只要积极开展孕期检查，早期发现引起难产的因素（如狭小骨盆、胎位异常）并予以处理，推广计划生育，子宫破裂是完全可以预防的。

#### 【原因】

1. 头盆不称 如头盆不称，宫缩很强，先露部胎头不能进入骨盆入口，使子宫下段伸展得越来越薄。顶在骨盆入口处的胎头，就在强烈的宫缩推压下，可将子宫下段最薄弱点挤裂破入腹腔。

2. 胎位异常 如横位胎儿横卧在骨盆入口之上，子宫收缩很强时，分娩仍难以进行，子宫下段伸展变薄，可以发生破裂。

3. 接产处理不当 如内倒转术，产钳术时操作粗暴，也可发生子宫破裂。滥用催产药（如垂体后叶素10单位一次肌注）可以引起强烈的子宫收缩，而造成破裂。

前已述及，子宫下段较薄弱，最易发生破裂。如子宫体部有瘢痕处（如做过剖腹产手术）也易破裂。子宫发生破裂，主要是过强的宫缩与胎儿前进受阻之间的矛盾所造成的。在发展过程中，如果胎儿前进受阻不能解决，此时如能使子宫收缩的强度减弱，就不致发生子宫破裂。所以在可能发生子宫破裂时，先给予深度乙醚麻醉或给予肌注冬眠灵，可使宫缩减弱，就能减少子宫破裂的机会。

#### 【临床表现】

1. 破裂前的表现 宫缩频而强烈，甚至无间歇，使产妇恐惧不安。呼吸、脉搏加快。子宫下段有压痛。由于子宫体强烈收缩，子宫下段伸展膨胀，于当时在近脐部见到一条环状沟即“病理缩复环”，此环逐渐上升。常常出现血尿。此时称子宫破裂先兆。

2. 破裂一瞬间的表现 出现剧烈腹痛，产妇自觉腹内有物裂开的感觉。

3. 破裂后的表现 宫缩随即停止，一时感到轻松和舒适。不久又出现持续性腹痛和休克。检查可见子宫轮廓不清，在腹壁下可摸到胎儿肢体。有明显的腹部压痛及反跳痛，尤以破裂侧最明显。阴道流血常不多，阴道内诊检查可发现原来抵压在盆腔入口处的先露部又上升，开大的子宫颈口又复缩小。如不及时处理，可形成弥漫性腹膜炎。根据上述病史及体征，可诊断胎儿娩出之前的子宫破裂。

在胎儿娩出之后，如疑有子宫破裂（出现内出血及外出血），可行子宫腔内检查，如有破裂可触到裂口。尤其是作产科手术（如内倒转术、碎胎术等）之后，应认真检查有无子宫破裂的发生。

【处理原则】 一经确诊，在纠正休克的同时，应及时行剖腹手术切除子宫。对破裂不久、裂口整齐、要求能再生育的妇女，可将裂口缝合。

## 产 后 出 血

胎儿娩出后 24 小时内，产妇出血超过 400 毫升称为产后出血。在孕产期出血中，以产后出血最常见也最严重。妊娠时，子宫壁内血运非常丰富，尤其是在胎盘附着部血行更旺盛，无数粗大的血管开放在绒毛间隙内，当胎盘自其蜕膜层剥离时，此部位血管的残端就向子宫腔内开放。然而在正常分娩情况下，子宫肌肉强烈收缩可将血管闭合，加上其他止血凝血作用，可以促进止血，所以子宫收缩的好坏是决定产后出血的主要因素。分娩过程中，胎儿被动的通过软产道（宫颈、阴道、骨盆软组织）娩出体外，当软产道的扩大与胎儿大小不相适应时，软产道可能发生裂伤，血管断裂而出血，这也是产后出血的一种。

产后出血发生时间不同可分为胎盘娩出前出血及胎盘娩出后出血。

（一）胎盘娩出前出血 常见的有会阴、宫颈裂伤和胎盘滞留。

1. 会阴、宫颈裂伤 胎儿娩出后，暂短时间内，若有多量流血时应考虑有软产道的损伤，如会阴裂伤、宫颈裂伤。

（1）会阴裂伤：由于会阴过厚、过宽、过于坚实，伸展性不良或有旧瘢痕，容易发生撕裂，胎头娩出过速，会阴未能充分扩张，也容易造成裂伤。

（2）宫颈裂伤：由于助产者未等子宫颈口开全，即做助产手术；另外胎儿巨大或胎位不正，通过子宫颈的胎体面积较大，或者子宫收缩过强、过频、胎头过速娩出，正常分娩子宫颈口扩张不全过早加腹压也可引起宫颈撕裂。由于宫颈两侧肌肉及纤维组织较少，因而容易在此处发生撕裂。宫颈裂伤者自胎儿娩出后即开始出血，血液新鲜连续不断，不受子宫收缩影响。

2. 胎盘滞留 在正常情况下，当胎儿娩出后，子宫肌肉的有力收缩和缩复，能使整个子宫壁的面积迅速缩小，胎盘即自子宫蜕膜层剥离，在腹部压力稍有增加时胎盘随之顺利娩出。凡胎儿娩出后一小时胎盘尚未排出者，称为胎盘滞留。胎盘滞留的常见原因如下：

（1）胎盘剥离不全：一部分已与子宫壁分离，一部分尚未剥离，从已剥离处流血不止。此种情况多见于胎儿娩出后，过早的触摸刺激子宫，使子宫收缩不协调所致。

（2）胎盘已全剥离，但由于宫缩无力，仍留存于子宫腔内。因为胎盘堵塞宫腔，也影响子宫的缩小，所以流血不止。

（3）蜕膜发育不良或有炎症，胎盘粘连宫壁上，不能剥离，称为胎盘粘连。整个胎盘均粘连者很少见，多数是部分粘连，即剥离一部分，而另一部分不能分离，故流血不止。

（二）胎盘娩出后出血 包括乏力性出血和胎膜及胎盘部分残留。

1. 乏力性出血 产后子宫收缩无力引起的出血，是产后出血中最多见最重要的一种，平时所说的产后出血，均是指乏力性出血而言。

如胎盘娩出前无出血或出血不多，胎盘娩出后子宫收缩不良而出血不止者。其特点是子宫收缩时出血减少，子宫松弛时出血增多。

按失血量的多少，流血的快慢及产妇一般情况而不同，如在短时间内有大量失血，则情况最为严重，此外，少量持续不断流血，由于机体对失血的代偿机能使脉搏血压及一般情况无明显改变，如不测量它的失血量，就会被忽视，一旦出现症状及体征时，失血情况

已相当严重，可出现头晕、呼吸短促、打呵欠、辗转不安。检查时则见产妇面色苍白、血压下降，脉搏细且快，瞳孔散大等。腹部检查子宫体柔软、轮廓难以辨认，在下腹部不能看到有隆突的圆块。

2. 胎膜及胎盘部分残留 胎盘娩出后，应作检查，如有大片的胎膜或成块的胎盘组织残留在宫腔内，也可造成出血。

#### 【预防】

1. 妊娠期应注意孕妇一般健康情况，发现贫血、血液系统疾病，应积极进行治疗，大力开展计划生育工作，避免过多过密的生育都能预防产后出血。

2. 临产期解除产妇思想顾虑，消除一切恐惧心理，保证分娩顺利进行。

3. 分娩期宫口未开全时，切勿施行阴道分娩手术。对产程延长、子宫高度膨胀、多胎、等待胎儿娩出后，即针刺合谷、中极，并注射子宫收缩药。胎儿娩出后，勿过早地挤压子宫，牵拉脐带，要仔细测量或估量所流出血量，以便早期发现产后出血。

【治疗】 产后出血一旦发生，应使产妇取头低位，保温，进行输液输血，有条件时应吸氧。每个医务工作者必须要做到沉着、冷静，积极进行抢救，争分夺秒，不可贻误。

1. 会阴裂伤 按一般伤口处理，逐层进行缝合，保持局部清洁，愈合较快，3~5天可拆线。

宫颈裂伤：用阴道扩张器，撑开阴道，用环形钳提起宫颈前壁，仔细检查全部宫颈，发现裂伤进行缝合，出血即可停止，产后保持外阴清洁，预防感染。

2. 胎盘滞留处理 (1) 胎儿娩出后，不要过早地揉摸宫体。(2) 流血较多，或者胎儿娩出后一小时以上胎盘尚不娩出时，应人工娩出胎盘。

先用手逼出法：用手先在子宫底部作轮状按摩，引起子宫收缩。当宫缩时，术者的右手拇指放于子宫前壁，其他四指跨过宫底放在子宫后壁，向盆腔方向挤压子宫，可助胎盘剥离娩出。

用手剥离胎盘法：上法失败，可行此法。产妇的外阴和术者的手严密消毒后，排空膀胱，伸入阴道的手使手指做圆锥状，进入宫腔，另一手放于腹壁上把握子宫体。内手沿着脐带找到胎盘，从胎盘之游离边缘部，手指并拢，作左右摆动的姿势，自宫壁钝性分离胎盘。待胎盘确已完全分离，手握胎盘取出体外。

胎盘娩出后，应立即检查是否完整，若有成块的缺损，应再用手清除。但要尽量减少手入宫腔的次数，以减少感染机会。

在分离胎盘时，切忌暴力，不可强行剥离。遇分离困难，应及早放弃此处理法，早做剖腹取胎盘或子宫截除手术。

#### 3. 乏力性子宫出血

(1) 寒冷刺激：如冰袋置下腹部冷敷。

(2) 注射子宫收缩药：①马齿苋注射液2毫升。肌肉注射效果较好。②麦角新碱0.2毫克肌肉注射，或麦角新碱0.2毫克或垂体后叶素5~10单位同时肌注。也可直接注至宫颈。麦角是寄生于黑麦的一种霉菌菌块，制成注射药品，用于临床者有麦角新碱及麦角胺。增强子宫的收缩力量，能引起痉挛性收缩，是制止产后流血的有效药物。严禁在胎儿娩出前使用。③垂体后叶素10单位加20毫升葡萄糖，由静脉注入。④遇有产后流血史的病人，可在胎盘娩出时，肌注马齿苋或麦角新碱。或预先静点5%葡萄糖500毫升内加

垂体后叶素 10 单位，胎盘娩出后加速点滴速度。

(3) 按摩子宫：于子宫底处做轮状按摩，或一手自两侧捏住子宫下部向头侧上提，另一手做轮状按摩。

(4) 压迫子宫：①消毒之一手握拳，伸入阴道内放于前穹窿处，另一手在腹壁上将子宫向前推，两手紧紧压迫不放松，直至子宫收缩好转为止。②以大纱布团放于阴道内，用拳自下方顶住，另一人面向产妇足部跪骑于产妇体上，面向盆腔，上下同时压迫子宫。③消毒之手握拳，伸入子宫内，另一手自腹壁上边按摩、边压迫子宫（用手剥离胎盘法后多用此法）。

4. 胎膜或胎盘部分残留 将残留在宫腔内的胎膜或胎盘，在无菌操作下用手取出，手取有困难时，可采取刮宫术。取出后可注射子宫收缩药，促进子宫收缩，出血即可停止。

### 产褥期出血

从胎盘娩出至生殖器恢复原状，约需 6~8 周，称为产褥期。产褥期出血多发生在产后一个月以内。主要原因是感染和胎盘、胎膜残留。

1. 感染 在产后 2~10 日内，因感染使子宫回缩不良，表现为阴道流血持续不断，量不多，常有小血块。检查可见子宫尚大，有压痛，子宫口已闭。属轻度产褥感染。可用抗菌药物（磺胺、青霉素、链霉素等）、子宫收缩药（肌注麦角、口服益母草煎剂等）及中药生化汤或生化丸。

2. 胎盘、胎膜残留 小的碎块胎盘或成片的胎膜残留在子宫腔内，有如异物，使子宫收缩不良，引起出血不断。连续应用子宫收缩药，常可使小的碎块胎盘及胎膜自行排出。

大块胎盘组织残留在子宫腔内，常见于产褥期，主要是在产后半个月内，突然发生阴道大出血，量可以很多，甚至造成出血性休克。检查可见贫血外貌，血压降低，子宫较大、较软，子宫口未闭，有时可在子宫口处触到残留的胎盘。这时应果断处理。立即行抗休克、补液、肌注垂体后叶素、行刮宫术等。如有条件，应做好输血准备。

### 妊娠合并心脏病

患心脏病的妇女，在妊娠期、分娩期及产褥期均可能出现心功能不全，甚至威胁生命。

#### 一、怎样区分妊娠期心脏变化是否正常？

1. 妊娠后半期膈肌上升，心脏呈横位，叩心界向左稍扩大。因生理性贫血可听到二尖瓣的柔软的收缩期杂音和期前收缩，属正常表现。如出现舒张期杂音和心律不齐则是心脏病的征象。

2. 妊娠末期，在劳动后觉心悸、气短是正常表现。如出现严重的心悸、气短或夜间端坐呼吸则应考虑是心脏病。

3. 妊娠期间，出现下肢浮肿，属正常表现。但如高度水肿，颈静脉怒张、肝肿大、肺底部有湿罗音、吐粉红色泡沫样痰，则是心脏病心功能不全的特有表现。

#### 二、妊娠、分娩对心脏病的影响

1. 妊娠期 血总量和每分钟心搏出量逐渐增加,在妊娠 32 周左右达高峰,心脏负担最大,于妊娠 36 周后渐减,至产后 4~6 周恢复正常。因此,妊娠期发生心功能不全以在第 32 周时为最多,过了这个时期就明显减少。其他如水、钠潴留、氧的消耗量增加等,也可增加心脏负担。

2. 分娩期 在上述妊娠期的因素的基础上,又有:第一产程时,子宫的收缩能增加周围血循环的阻力。第二产程时,子宫收缩更频,加上加腹压,使周围血循环阻力更大。分娩时的进气和加腹压,使肺内压力增高,内脏区血管内的血液涌向心脏,加重心脏负担。

3. 产后期 胎儿娩出后,子宫缩小,大量血液进入血循环中,增加心脏负担。

从上可见,心功能不全主要发生在妊娠第 32~36 周、分娩当时和产后 24 小时内。

### 三、处理要点

妊娠合并心脏病,大多是风湿性心脏病(尤以二尖瓣狭窄最多),其次是肺心症。

在产前检查时应对心脏病进行了解和诊断,分析心脏病的病情和影响生命的程度,抓住主要矛盾进行处理。

1. 妊娠期处理 过去未发生心功能不全,此次受孕后心脏代偿功能良好,妊娠可以继续。须定期做产期检查,尤其是在妊娠 32~36 周时要更加注意。少吃盐,尽量减轻劳动,必要的休息均不可忽略。

既往妊娠期曾发生过心功能不全,再次妊娠最好早期行人工流产术,中断妊娠。如已到妊娠中期以后,中断妊娠须手术解决,所以要衡量利弊。一般多采取继续妊娠,同时采取防止心功能不全的措施。分娩前两周应安静休息,使用镇静药,少盐饮食等。

如已发生心功能不全,应及时处理(见“心功能不全”)。

2. 分娩期处理 第一产程时,应避免精神过度紧张,注意心跳及脉搏数,必要时给予吸氧,应用抗菌药物预防感染。如发现心功能不全,应及时治疗,在心功能不全未控制前,不应急于结束分娩。

第二产程时,给予镇静药物,安慰产妇使其减少恐惧和紧张。宜半卧位。分娩时尽量避免用力,如胎头已较低,可用产钳术或胎头吸引术助产。应持续吸氧。分娩过程中,尽量减少失血,因失血可加重已存在的缺氧。

第三产程时,腹内压力突然降低,内脏血管充血,易产生心功能不全。可以用砂袋放在腹部,并皮下注射吗啡 0.01 克,或杜冷丁 100 毫克,或苯巴比妥钠 0.15~0.2 克。如有产后出血,可用冰囊冷敷,肌注麦角新碱 0.2 毫克。禁用垂体后叶素,因其可使血压增高,促使心功能不全发生。

3. 产褥期处理 产后 24 小时内易发生心功能不全,应严密观察产妇的血压、脉搏和呼吸。产后 3~4 周内,注意休息,避免过劳。产褥期应避免感染的发生,应给予抗菌药物。如有心功能不全,应停止哺乳,并及时治疗心功能不全。应依病情的轻重缓急选用强心药缓给法(口服)或快给法(口服或静注)治疗(详见“心功能不全”)。

## 难 产

难产包括产力性难产、产道性难产及胎儿性难产三大类。

大力开展孕期检查,对胎位异常、胎儿畸形、狭小骨盆、产前出血等早期诊断,给予及时处理,能够显著地降低难产发生率。

## 产力性难产

产力性难产以子宫收缩乏力为常见。此外,子宫不协调的过强收缩也可导致难产。

### 子宫收缩乏力

子宫收缩力的强弱是决定产程快慢的重要因素之一。子宫收缩乏力的重要表现是:临产后,阵缩时间短而弱,间歇时间长,子宫颈口开大及胎儿下降缓慢,产程延长。第一产程超过24小时,第二产程超过2~4小时,称为滞产。

子宫收缩乏力有原发性和继发性之分。

1. 原发性子宫收缩乏力 从分娩开始起,子宫收缩就很微弱,间歇时间长,致使产妇精神过度紧张。多因子宫肌肉发育不好或因羊水过多、双胎等使子宫过度膨胀引起。

2. 继发性子宫收缩乏力 在分娩初期,子宫收缩良好。但经过一段时间后,多自第一产程末或第二产程初开始,子宫收缩转弱,间歇时间延长,分娩进程几乎处于停顿状态。多因骨盆狭小或胎位不正造成产道与胎先露部的不相适应,致使子宫肌肉经过较长时间收缩后转入疲劳无力。

子宫收缩乏力,使产程延长,导致产妇精力疲惫。由于子宫收缩不好,容易发生产后出血。又因胎膜早破和常需行手术助产,增加了产道损伤及产后感染的机会。此外,产程延长,胎先露部因受压过久,尤其是在第二产程时,还可发生胎儿窒息、羊水吸入性肺炎以及颅内出血。

### 【处理】

1. 遇有继发性子宫收缩乏力的产妇,必须认真作骨盆外测量和扪胎位,注意有无异常,一旦确定不能经阴道分娩时,应做剖腹产术。如确定无产道异常、胎位不正或胎儿畸形,仅仅是宫缩乏力时,应首先对产妇进行安慰,帮助她克服恐惧心理,充满信心与医务人员密切合作。

2. 因休息不好致疲劳过度者,应用25~50%葡萄糖60~80毫升,内加维生素丙300毫克及10%葡萄糖酸钙10毫升静脉缓慢注射。为使产妇充分休息,可给予镇静催眠药,此时不宜应用催产素,经过3~4小时的睡眠,醒后宫缩多可好转。

3. 新针疗法 取合谷、三阴交、支沟、太冲等穴,用强刺激手法。也可在上述穴位中任选1~2个穴位,注入催产素0.1~0.2单位。

4. 气血虚弱者,证见面色苍白,精神疲倦,心悸气短,宫缩无力,脉大而虚或沉细而弱,宜补气血。可用当归4钱、川芎2钱、龟板5钱、黄芪5钱,水煎服,分二次服。

5. 催产素的应用 必须确定胎位正常和头盆相称方可使用。用法,催产素10单位加于5%葡萄糖液500毫升内,静脉点滴。点滴速度开始为10滴/分,按宫缩情况予以调整,随后可维持在20~40滴/分。必须有医生在旁观察宫缩及胎心变化,如出现子宫痉挛性收缩或胎心有改变,应立即减少滴入量,甚至停药,以免引起子宫破裂或胎儿宫内窒息。

6. 灌肠和必要的导尿 可以增宽产道并促进宫缩。但胎膜早破者禁行灌肠并需投予抗菌药物,以预防感染。

7. 宫口开大5厘米时,可行人工破膜,破膜前先行剥离胎膜(操作方法见537页),常可促使宫缩好转,使产程进展。如子宫口已开全,胎头已下降至坐骨棘平面或以下时,可行胎头吸引术(见539页)或产钳术(见541页)助产。

8. 胎儿娩出后,为了预防发生子宫弛缓性出血,应立即肌注马齿苋注射液2毫升或麦角新碱0.2~0.4毫克或催产素10单位。

### 产道性难产

在产道中,骨盆是关键的部分。由于它的形状不能再改变,是胎儿娩出途中的一个主要阻力。胎儿为了适应骨盆腔的形状,借助于子宫阵缩及腹压前进、转动等一系列动作,使能通过骨盆娩出母体之外。如果骨盆腔小于胎头可以通过的限度,则骨盆的阻力即成为难产的原因。然而,骨盆的大小与胎儿的大小、骨盆的大小与宫缩的强弱是相对的,不能看做是绝对的。如骨盆虽稍小,但胎儿也较小,而且宫缩有力,自然分娩并无困难。

(一) 狭小骨盆对妊娠及分娩的影响 妊娠末期和分娩过程中,宫缩促使胎儿(主要是胎头)前进,由于骨盆狭小,阻碍其前进,此时主要矛盾是骨盆狭小,影响到宫缩、胎位等的发展。

1. 在妊娠末期,胎头因骨盆狭小不易下降入盆,使胎头高浮或胎位异常(如臀位、横位、额先露、面先露以及分娩过程中的持续性枕后位、枕横位等)。初孕妇在妊娠末期,胎头应衔接,如胎头仍浮动,应考虑有头盆不称(即胎头与骨盆大小不相称)。

2. 在分娩过程中,开始时宫缩多是正常的,因为胎头下降受阻,产程延长,子宫肌肉疲劳,导致继发性宫缩乏力。此情况多见于初产妇。在分娩过程中,因胎头下降受阻,子宫收缩过频过强,最后变成子宫强直性收缩,子宫下段过分伸展,缩复环升高,甚至发生子宫破裂。此情况多见于经产妇。

3. 因胎先露部不能衔接,使前羊水囊内的压力不均,可出现早期破膜(早期破水)。由于胎先露部不能填堵骨盆入口,胎头浮动可造成脐带先露(胎膜完整而脐带位于先露部之下),或破水后脐带脱出。此时如为头位,破水后,胎头压于骨盆入口处,压迫脐带,阻断血运,可使胎儿死于宫内。

4. 胎头长时间滞留于盆腔内,压迫软部组织,发生水肿、坏死以至脱落,于产后形成膀胱阴道瘘、直肠阴道瘘以及阴道瘢痕性狭窄。

(二) 怎样确定骨盆狭小?

1. 询问病史

(1) 幼时有无外伤史,有无引起骨盆变形的下肢及骨盆疾病,有无腰腿痛(是否为骨软化症性骨盆),问清何时开始会走路(是否是佝偻病性狭小骨盆)。

(2) 既往分娩史,分娩次数、分娩经过,末次分娩的日期及经过。骨软化症常有一次比一次重的难产史。骨盆中部狭小常使胎头入盆后不进展,使第二产程延长,既往分娩有无此情况。

2. 一般检查 注意身材、体形、走路姿势及腹形(尖腹及悬垂腹时应疑有狭小骨盆)。

3. 产科检查 异常胎位及初孕妇在分娩前胎头仍浮动,应疑骨盆狭小。应重点做骨盆测量。

(1) 均小骨盆：多见于身体矮小及患大骨节病的妇女。骨盆的形状正常，但骨盆外测量各径线均短。

(2) 佝偻病性扁平骨盆：骨盆外测量时，骶耻外径短，而横的径线正常。肛诊可扪到突出的骶岬，骶骨短而直，说明骨盆入口前后径短。

(3) 漏斗型狭小骨盆：类似男性骨盆，骨盆入口尚属正常，只是骨盆中部渐小，骨盆出口明显狭小，状似漏斗样。骨盆外测量时，股骨粗隆间径（两侧股骨粗隆间的距离，正常值平均为29厘米）及坐骨结节间径短。肛诊可知坐骨棘间径小，骶骨弧度小，骶尾骨向前弯。

(4) 骨软化症性骨盆：因成人骨质脱钙变得疏松、软化，重力压迫而使骨盆变形，表现为骨盆内腔塌陷，骨盆入口呈三角形，严重者骨盆内腔难容两指宽，因耻骨联合向前突出，骨盆壁内陷，故骨盆外测量时，骶耻外径可能正常，但股骨粗隆间径明显缩短。

(5) 倾斜骨盆：幼年患一侧骶髂关节炎、髋关节结核，可使该侧骨盆壁向内凹陷。

经骨盆外测量，狭小骨盆仍不能排除者，可测量对角结合径：术者戴消毒手套，将食指、中指伸入阴道内，中指的尖端触到骶岬后，食指桡侧缘紧贴耻骨联合下缘，在紧贴处做一标记，然后抽出阴道内的手指，测量骶岬至耻骨联合的下外缘的长度，即是对角结合径（图9-8）。对角结合径减去1.5~2.0厘米等于骨盆入口前后径（正常值为11厘米）。

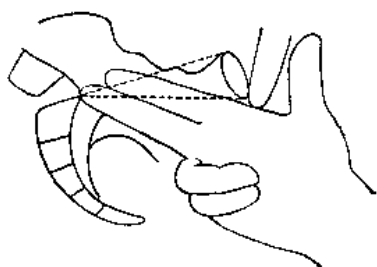


图 9-8 对角结合径测量方法

4. X线检查 如有条件，可在临产开始时照骨盆正、侧位像，以测量骨盆各平面的径线和胎头的最大径线。

#### 【处理】

1. 骨盆入口狭小 估计是否为头盆不称的方法有：

(1) 孕妇平卧，两腿屈曲，

用手自宫底向下推胎臀，使胎头向骨盆入口逼进。若胎头高过耻骨联合前表面为高度头盆不称；胎头平耻骨联合前表面为轻度头盆不称（表示头盆可能有不相称）；胎头低于耻骨联合前表面时为头盆相称（图9-9）。



图 9-9 头盆间相称程度的测定

(2) 用一手自腹部向骨盆入口推压胎头，另手两指分别放在阴道及直肠内，触抵胎头。如胎头能下降进入骨盆入口，表示头盆尚属相称。

处理方法：

(1) 骨盆入口前后径在8.5厘米以上，胎头不大或判断尚属头盆轻度不称的产妇，可以试经阴道分娩。试产过程要详细观察宫缩情况，对比宫缩与胎先露部下降程度及子宫口开大的速度，经过顺利者可一直观察到分娩为止。如子宫收缩过强，应注意子宫形态的变化，有无病理缩复环出现。如已出现，应于腹壁相应部位作出标记，继续观察有无继续

上升。如继续上升，应考虑有子宫破裂先兆，立即停止试产，改行剖腹产术。除此之外，还应注意产妇的全身状态与上述各条件综合研究，全面考虑，对于具体情况作具体的分析。既往的教材认为试产的观察硬性规定6~10小时的作法，是片面的。

(2) 骨盆入口前后径短于8.5厘米，或估计是高度头盆不称，则不应试产。如胎心音好应行剖腹产术。如胎死宫内，子宫口已开大，可行穿颅术（见543页）。

2. 骨盆中部及出口狭小 初产妇需根据骨盆外形及骨盆出口的外测量来确定。

骨盆中部是胎头完成俯屈、盆腔内回转等分娩动作的地方。如骨盆中部平面小，可造成持续性枕后位或枕横位。因而表现分娩初期进展顺利，而在第一产程末或第二产程初时进展困难，致使宫缩乏力产程延长。如经产妇既往有难产史，应考虑骨盆中部或出口有狭小的可能，也应做骨盆外测量。

如胎头不大，骨盆中部及出口轻度狭窄者，可以试产。子宫口开全时，可用产钳术或胎头吸引术结束分娩。如胎儿较大，且曾有过难产史（第二产程延长）者，宜及早行剖腹产术。

骨盆显著变形及高度头盆不称（骨盆入口前后径在8.5厘米以下）时，可在妊娠末期择期行剖腹产术。

### 胎儿性难产

在胎儿性难产中，以胎位异常最多见。包括头位异常、持续性枕横位及枕后位、臀位、横位、双胞胎等。

#### 一、头位异常

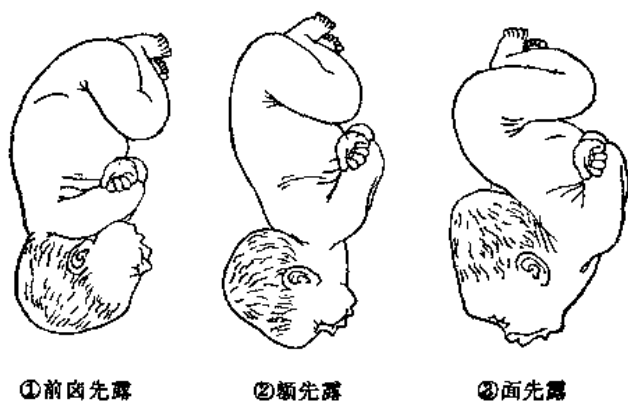


图 9-10 异常头位

胎头在下的胎位多数是正常胎位，但不全是正常胎位。头位在分娩过程中，如胎头采取不同程度的仰伸姿势衔接，则可出现前囟先露、额先露、面先露三种情况，也会造成难产（图9-10）。前两种情况多能自然分娩，仅产程延长。后一种情况如系经产妇，产力很强，又是颏前位，也可自然娩出，但初产妇多须作剖腹产手术。如为颏后位则均须作剖腹产手术。

#### 二、持续性枕横位及枕后位

胎头衔接时多为枕横位，但是随着分娩的进展，多在盆腔内进行内回转转成枕前位娩出。只有少部分始终保持枕横位或枕后位，称为持续性枕横位或持续性枕后位。多因骨盆狭小、子宫收缩乏力等原因。必须是在产程发动后诊断枕横位或枕后位才有实际意义。可通过腹部检查（胎背不易扪清，胎儿肢体扪之明显，胎心音在下腹部一侧的外侧最清楚）及肛诊或阴道诊（胎头矢状缝在斜径上、大囟门在前为枕后位；矢状缝在骨盆横径上，为

枕横位)确定。

【处理】枕后位多因子宫收缩乏力引起,也常因枕后位造成子宫收缩乏力;如在第一产程时发现,应让产妇向胎背的对侧侧卧,可有利于协助胎枕向前转。如子宫口已开全,确诊为枕后位或枕横位,可用手或胎头吸引器转至枕前位,则有自然分娩的可能。如因严重的头盆不称者,宜及早行剖腹产术。

### 三、横位

胎儿横卧于骨盆入口之上,先露部为胎肩,胎头在左方、肩胛朝前时称为左肩前位;肩胛朝后时称为左肩后位。胎头在右方,肩胛朝前时称为右肩前位;肩胛朝后时称为右肩后位。

分娩开始后,子宫下部空虚。宫缩时,子宫口处的胎膜承受的压力大,容易发生胎膜早破。破水后,上肢和脐带可以脱出。左肩前位时,脱出的是右手,左肩后位脱出的是左手。右肩前位与右肩后位时则相反。当阴道内诊时,可以根据脱出的是那侧手及肩峰的方向,确定胎位。破水后如不处理,胎肩下降,胎体折迭弯曲,脱出的上肢可在会阴外见到,胎肩及部分胸廓被压入骨盆腔内,此时即成为忽略性横位。胎肩堵塞于骨盆入口,胎儿不能下降,致使宫缩过强过频,子宫下段随之变薄变长,缩复环明显上升,称为病理性缩复环。如有子宫强直性收缩,可以发生子宫破裂。由于脐带脱出及羊水流尽,子宫壁紧贴胎体,脐带血循环受阻,胎儿可死于宫内。产妇除受子宫破裂等产伤威胁外,产程延长,出血多,频繁的阴道检查及手术操作,可使产后发生严重的感染。

【产前诊断】所有影响胎先露部下降的因素(如骨盆狭小、前置胎盘、嵌顿于盆腔的肿瘤等)和宫腔大、子宫壁肌肉松弛(如经产妇,羊水过多、腹壁松弛等),都是造成横位的原因。

孕期检查,横位表现腹部横宽,子宫底较低,胎头在腹部的一侧,胎臀在腹部的另一侧;肛查或阴道内诊,可以发现先露部高,不能触到,有时可以触到手或肩胛。

妊娠期间,发现横位时,应作外倒转术(操作方法见534页),转成头位,以腹带固定。也可采用胸膝位及艾灸至阴穴。服用中药也有效。方剂是:紫苏梗、当归、陈皮、杜仲、白芍、白朮各3钱 砂仁、云苓、大腹皮各2钱水煎服,每日一剂,分二次服。连服3剂。

实践证明,多数横位是可以及早发现的,也是可以纠正的。值得注意的是在狭小骨盆、胎头浮动、腹壁松弛等情况下,突然破水,可以变头位为横位。加强产前检查和临产时的细致观察,可以大大减少横位的发生。

【处理】在分娩过程中,经检查发现为横位,如尚未破水,应立即行外倒转术,转成头位或臀位。如子宫口已近开全,胎膜未破,行外倒转术困难时,可在宫缩间歇期,行人工破膜,并做内倒转术。如上肢已脱出,子宫口已开全,胎肩尚未嵌入骨盆腔且宫缩强时,应在乙醚深度麻醉下行内倒转术。如无乙醚,可改用肌注冬眠灵25~50毫克和阿托品0.5毫克。如胎心音好,子宫口未开或行内倒转术有困难时,可行剖腹产术。如已是忽略性横位,胎儿已死,应行头颈离断术或除脏术。

在行内倒转术或碎胎术后,须详查子宫下段、子宫颈及阴道有无裂伤,有裂伤时应作相应的处理。

## 产 后 发 热

产后发热是指在产褥期间以发热为主症的疾病，其中以产褥感染常见而且比较严重。

### 【病因】

1. 产褥感染 多发生在产后2~10日内。由于生殖器防御功能在分娩后有所降低或受到破坏，如子宫颈口开放、子宫内膜留有创面、或分娩中发生某些损伤等，加之产露存在，易导致细菌侵入、繁殖。最常见的细菌为链球菌、葡萄状球菌、大肠杆菌等。严重时，感染可从生殖器局部发展成为腹膜炎、血栓性静脉炎、甚至败血症。

### 2. 产后其他部位感染

(1) 上呼吸道感染：产后身体抗病能力减低，加以往往出汗较多，受风寒而易患感冒等。

(2) 乳汁淤积和乳腺炎：产后2~3日，乳房胀满发硬，或成硬块疼痛红肿。多见于初产妇。

3. 产后体质虚弱 如出血过多，造成贫血，可有发热。分娩时产程延长或过度疲劳，在产后24小时内，可有微热。

祖国医学认为，产后发热的根本原因是分娩时耗损气血，因此这类发热在不同程度上都具有血虚气弱的共同点。只是诱因和病变部位不同，各有特点。产褥感染为邪毒从阴户侵入，以毒火为主。感冒为卫表不固受风寒或风热所致。乳房病（蒸乳或乳痛）与肝郁胃热有关。贫血为阴虚生内热。体乏发热与气虚有关。

|       | 临 床 表 现                                             | 治 疗                                  |
|-------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 产褥感染  | 寒战之后高热（可高达40℃），弛张热型，子宫缩小慢，两侧下腹部有压痛，产露呈脓血性，严重时有更多的表现 | 见后                                   |
| 产后感冒  | 怕冷，发热，头痛，身痛，鼻塞、流涕、咳嗽                                | 疏风清热，如桑菊饮片、银翘散片                      |
| 贫血发热  | 午后发热（微热），怕风寒，面色苍白，头晕、心悸，口干不喜饮水                      | 铁剂、维生素等，必要时补血。养血益阴，如地骨皮饮（四物汤加地骨皮，丹皮） |
| 乳房病发热 | 怕冷，发热，乳房胀痛，压痛，有硬结，乳汁流出不畅                            | 吸引乳汁，外敷，清热消炎，必要时手术（见“乳房病症”）          |

【诊断】 产褥感染的主要症状是发热、腹痛和产露变化。

1. 发热 有的病人伴有恶寒战慄。

2. 腹痛 因炎症感染的部位、范围不同，腹痛的部位和程度可有差别。炎症局限于子宫内膜或肌层，则以下腹痛为主。子宫缩复不好，触诊子宫质软，有压痛。炎症感染扩

延至子宫附件及其周围则形成盆腔腹膜炎，有下腹痛、压痛和反跳痛。病期稍长时，更可触及有压痛的肿块。盆腔结缔组织炎则腹痛多偏于一侧，且部位偏低，腹膜刺激症状多不显著。应该指出，腹痛的程度和病情的轻重可不一致。严重的全身感染，如溶血性链球菌感染，引起血行播散，局部的表现并不明显。

3. 产露变化 表现为产露增多（或产露不下）和色、质改变。产道和子宫内膜炎性病变，内膜组织坏死、腐烂或化脓，使产露增多、并有臭味。当感染扩延至子宫深层和盆腔时，产露量并不多，全身症状较显著。子宫缩复不良或子宫腔内残留有胎盘胎膜时，血性产露淋漓不断。会阴、阴道、宫颈化脓性炎症，产露多为脓血性。子宫内膜炎如为腐败性细菌（厌氧性链球菌和大肠杆菌）感染时，则产露如高粱米汤样，其中夹杂有坏死组织，虽不粘稠，但臭味很大。

由于产后肌体抵抗力较弱，产后感染如不加以控制，可导致严重的并发症：（1）弥漫性腹膜炎，如盆腔感染扩展引起，全腹呈现腹膜刺激症状。（2）败血症，病人消耗、心跳加快、肝脾可肿大、皮肤有出血点、甚至神志不清等。腹膜炎与败血症都可引起中毒性休克。（3）下肢血栓性静脉炎，出现下肢肿胀、皮温不高等，血栓延展或脱落可引起更严重的后果。总之，在观察产褥感染时，应注意全身性变化。

【预防】产褥感染重在预防。医务人员做好产前卫生宣传工作和产前检查，在接产工作中有“完全”、“彻底”为人民服务的精神，严格遵守无菌操作，避免损伤和加强产褥期的护理，产褥感染是完全可以避免的。

1. 产前检查要注意产妇有无贫血、慢性炎症或其他慢性消耗性疾病，并及时治疗。妊娠末期避免性交，勿行盆浴或阴道冲洗，减少细菌侵入机会。

2. 提倡新法接生，消毒要严密。正确处理难产，避免产道损伤。发生损伤时要及时缝合和妥善处理，投与必要的药物预防感染。仔细检查胎盘，防止胎盘胎膜组织残留。控制出血，尤其是产后出血。

3. 产褥期要安静休息，睡眠充分，被褥要干净，会阴和外阴部必须保持清洁。应避免受风寒，注意体温和脉搏的变化、产露质和量的改变及子宫复旧情况。如子宫复旧不好，可用益母草一两，红糖煎汤服（或服益母膏），也可用马齿苋、麦角制剂。并酌情给予抗炎药物，预防感染。

#### 【治疗】

1. 卧床休息，宜半卧位，以利产露外流。多饮水并进软食。

2. 子宫缩复差，血性产露淋漓不断，可用益母草6钱，当归2钱，赤芍3钱，水煎服。也可应用麦角流浸膏1毫升，每日服3次。

3. 辨证施治 总的原则是活血散瘀，清热解毒。

（1）产后发热怕冷、面色白或淡黄，身体消瘦，头痛眩晕，肢节疼痛，舌质淡、苔薄白，脉象细浮。可用当归3钱、熟地3钱、白芍3钱、川芎2钱、荆芥、柴胡各3钱，水煎服。

（2）血色鲜红，腹痛拒按，心烦口渴，舌红脉数。应清热解毒，祛瘀生新。可用当归3钱、川芎3钱、赤芍3钱、桃仁3钱、银花1两、败酱草1两、连翘5钱、甘草1钱，水煎服。血块多，瘀血重可加红花3钱。

（3）产后产露淋漓不断，治以牡蛎散。牡蛎（煅）5钱、龙骨5钱、五味子3钱、地

榆2钱、姜、枣。气虚加入参2~3钱，血虚加当归3钱、熟地3钱。

(4) 产后产露停止或有少量紫黑血块，腹痛拒按，大便秘结，舌质紫，脉弦涩。应活血止痛，可用当归3钱、熟地3钱、白芍3钱、桃仁3钱、蒲黄、五灵脂各2钱，水煎服。

4. 抗菌药物 可用磺胺嘧啶首次量服2克，以后每四小时1克。青霉素40~80万单位肌注，每4~6小时一次。链霉素0.5克/次肌注，每日2次。静点四环素等广谱抗菌素。使用抗菌素应以集中优势兵力歼灭战的精神，根据致病菌之种类选用，用量要够。

5. 静点葡萄糖液，每日2000~3000毫升；严重贫血可少量多次输新鲜全血。

6. 高热不退，可用淋巴结疗法，选择腹股沟淋巴结注入0.9%生理盐水1毫升。每日或隔日一次。

7. 有并发症时应送医院治疗。

## 第十章 妇女病症

### 妇女病的诊断方法

妇女病和其他系统疾病一样，要根据病人的病史、症状及检查所见综合判断，才能作出诊断。

(一) 问病史 询问妇女病史除注意与一般病历相同点之外，尚有其本身的特点。

1. 月经史 必须问月经准否，有无痛经，末次月经距就诊时有多少天，经量的多少，经色的浓淡，质的稀稠，有无凝血块及臭味等，有无停经史。还要注意与月经无关的子宫出血。月经失常和子宫出血可因内分泌失调引起，也可因生殖器炎症、肿瘤、发育不全等引起。

2. 问带下 着重问带下的色、量、清浊及有无臭味。正常妇女阴道内有少量乳白色分泌物，以保持阴道等的湿润，是由阴道壁的渗出物、子宫颈及子宫内膜腺体的分泌物组成，内含脱落上皮和少量白细胞。内分泌失调引起的阴道分泌物增多，颜色及质正常；炎症时呈脓性或泡沫状；肿瘤表面有溃疡或坏死时，分泌物呈脓血性，有臭味。

3. 婚产史 问明结婚否，曾否受孕，流产及分娩次数，末次分娩或流产日期，有无难产史，产褥经过情况等。

4. 妇女病的主要症状有：

(1) 阴道流血：要问清阴道流血与月经的关系，是月经期的延长，还是与月经无关的流血，是否是停经后流血或孕期流血，血量、血色、有无凝血块或肉样物排出等。

(2) 下腹部疼痛：急性下腹痛多因急性炎症、肿瘤扭转或有腹腔内出血；慢性下腹痛多为慢性炎症或粘连。右下腹痛可由于急性阑尾炎、右侧输卵管急性炎症；下腹中央疼痛应想到子宫病变；两侧下腹痛多为子宫附件病变。下腹痛伴有停经应想到流产、葡萄胎、宫外孕等；月经周期中间发生下腹痛应想到可能是排卵痛；月经期伴有下腹痛则常是痛经，或为子宫内膜异位症等。

(3) 下腹部肿物：注意肿物大小、硬度、活动度、有无压痛等。

(二) 一般检查 妇女病和其他疾病一样，是与全身密切相关的，不能只凭妇科检查就确定诊断，而必须作全面的周身检查，注意乳房情况，因它与生殖系统有密切关系，并须观察舌质舌苔的变化，以及切脉等。

(三) 女性生殖器的检查（妇科检查） 嘱病人排尿，仰卧于检查台或床（炕）边，两下肢弯曲分开，显露外阴部。

1. 外阴部检查 观察外阴部有无畸形、炎症及肿物。然后用两手指（戴消毒手套）将阴唇分开，检视阴道外口、阴道口外膜（旧名处女膜）及尿道外口有无异常。并让病人向下用力，检查子宫及阴道前后壁是否有脱出。

2. 阴道窥器检查 将窥阴器上下两叶前端对合，沾消毒肥皂水。以一手的两指将小阴唇分开；另手持窥阴器顺阴道后壁送入阴道。张开两叶以扩张阴道，暴露出子宫颈及阴道壁。观察子宫颈的大小、色泽、光滑否，有无糜烂、肿物，子宫颈口有无息肉或肿瘤，

观察阴道有无炎症、溃疡、囊肿，有无异常分泌物等。

3. 阴道检查 手戴消毒手套后，食指及中指顺阴道方向轻轻伸入。检查阴道的松紧、形状及长度，阴道壁是否光滑，有无肿物、瘢痕或肿物。然后检查子宫颈的位置、大小、硬度及活动度，注意有无肿物。

4. 阴道内诊检查 即阴道腹部联合检查，目的是检查盆腔的内生殖器。方法是：阴道检查完毕，手指仍留在阴道内，将子宫颈连同子宫往上推，用另手平放在下腹部，轻压使内生殖器居于内外两手之间。扪得子宫轮廓、大小、形状、位置、硬度、活动度及有无压痛等；再将阴道内的手指移向侧方，在下腹部的手向盆腔侧边深处推压，使子宫旁的卵巢、输卵管居于内外手之间。正常时卵巢偶可触及，但扪不到输卵管。如两手之间触到增厚的组织或有压痛的肿块，多属输卵管、卵巢或子宫旁组织有炎症或肿物。

对未婚女性不应作阴道检查及阴道内诊检查，可改用直肠腹部联合检查。以食指放入直肠内，另手放在下腹部，如上述方法检查之。

通过上述妇科病史及检查所见，常可初步确定诊断。

## 月 经 病

### 月 经 不 调

成年妇女的月经周期、经量等有改变，而生殖器官未见器质性改变者，称为月经不调。

#### 一、月经周期缩短

【病因】 卵巢卵泡期缩短或黄体功能不全。祖国医学认为可由于血热、虚热，或因气虚、血瘀所致。

【辨证】 见下表。

|     | 经量、色、质     | 全身表现            | 舌苔及脉象        |
|-----|------------|-----------------|--------------|
| 血 热 | 量多，深红或紫黑粘稠 | 面红，唇红，干燥，小便黄，便秘 | 舌红苔黄，脉弦数     |
| 气 虚 | 量多，淡红，稀薄   | 精神不振，面色苍白，腰酸，腿软 | 舌淡苔薄白，脉无力    |
| 血 瘀 | 量不多，紫黑，有血块 | 下腹胀痛，或有积块       | 舌红有紫斑点，苔黄，脉弦 |
| 虚 热 | 量不多，色鲜，稀薄  | 手足心热，口干不渴，颧红    | 舌红苔薄或干，脉细    |

#### 【治疗】

##### 1. 中药治疗 四物汤（当归、熟地、白芍、川芎）。

补养为主 { 当归，和养 “和”是调节的意思。  
熟地，温补 血热时改生地。  
白芍，收敛 血瘀时改赤芍或其他。  
调 理 { 川芎，行散血多时减量或改其他。

补养而不调理，只能治血虚，而治月经不调要求的是正常行经。只调理而不补养，只能治经脉功能，但缺乏物质基础。所以，要调补兼施，而用四物汤时变化虽多，但其基本原则仍是这两个方面。

血热，经血量多者，可用四物汤（熟地改生地）加黄芩、黄连；血瘀者可用四物汤

(熟地改生地)加桃仁、红花;气虚者可用补气固经丸,每次40~50丸,每日2次,口服。虚热者可用四物汤去川芎加地骨皮、沙参、龟板、女贞子。

2. 新医疗法 血热者,针刺取穴行间、血海、三阴交,用弱刺激手法;血瘀者,取穴中极、血海,用强刺激手法;气虚者,取穴地机、气海、足三里,用弱刺激手法。

3 经血量多时,可用10%卤碱液20毫升,缓慢静注,每日1次,连用5~7日。也可在经前1~2日开始。

4. 内分泌治疗 可用延长月经周期的方法,在经期前3~4日肌注黄体酮20毫克,每日一次,连用4~6日。也可用人工月经周期的方法,在经净开始,口服己烯雌酚1毫克,每日一次,连服20日,在服药16日或20日开始并用黄体酮20毫克,肌注,每日一次,连注5日,停药后3~4日月经可来潮。

## 二、月经周期延长

【病因】 卵巢卵泡期延长或无排卵,或因黄体萎缩不全。祖国医学认为多由于血虚血寒或血瘀所致。

【辨证】 见下表。

|    | 经量、色、质     | 全身表现              | 舌苔及脉象        |
|----|------------|-------------------|--------------|
| 血虚 | 量少,淡红,稀薄   | 面黄,头晕,心悸,失眠,腹不胀不痛 | 舌淡苔薄,脉细弱     |
| 血寒 | 量少,紫黑且暗,稀薄 | 面色苍白,四肢不暖,下腹冷痛喜按  | 舌淡,苔薄白       |
| 血瘀 | 量不多,紫黑有血块  | 胸胁胀痛,下腹胀痛         | 舌有紫斑,苔白腻,脉沉涩 |

## 【治疗】

1. 中药治疗 血虚者应补血调经,可用四物汤加人参、黄芪;血寒者应温经散寒,可用温经汤;血瘀者应化瘀,可用四物汤加桃仁、红花。

2. 新针疗法 血虚者取穴气海、血海、归来、三阴交,用弱刺激手法;血寒者取穴气海、血海、归来、命门,用灸法;血瘀者取穴内关、中脘、行间,用强刺激手法。

## 三、月经周期不规律

【病因】 祖国医学认为多属脾虚、气滞。

【辨证】 见下表。

|    | 经量、色、质      | 全身表现          | 舌苔及脉象     |
|----|-------------|---------------|-----------|
| 脾虚 | 量多少不定,色淡,稀薄 | 面黄、喜卧、口淡无味,便秘 | 舌淡,苔白,脉无力 |
| 气滞 | 量少,色紫红      | 胸肋痛,经期腹胀      | 苔薄白,脉弦    |

## 【治疗】

1. 中药治疗 脾虚者应补脾调经,可用归脾丸。每次1丸,每日服2次。气滞者用理肝散(旧名逍遥散)(当归、炒白芍、茯苓、炙甘草、柴胡、薄荷、煨姜)。兼热者可加丹皮、梔子。

2. 新医疗法 经血量多,可用卤砒疗法(见前)。也可用新针疗法,脾虚者,针刺取穴太白、三阴交、足三里、脾俞、胃俞,用弱刺激手法;气滞者取穴内关、行间、中脘,用强刺激手法。

#### 四、月经周期规律，经量过多

【病因】多因子宫内膜不规则剥脱，致使延长出血时间和增加出血量。祖国医学认为多因血热、气虚。

【辨证】多见于流产或足月产后的妇女，月经周期虽正常，但月经量多，且经期延长，可达半月或更长，使间歇时间短至3~15日者。

经量过多辨证表

|    | 月经量、色、质      | 全身表现           | 舌苔及脉象     |
|----|--------------|----------------|-----------|
| 血热 | 量多，色鲜红或紫色，粘稠 | 面红，唇红，干燥，小便黄   | 舌红苔黄，脉洪数  |
| 气虚 | 量多，淡红，稀薄     | 身体虚弱，面色萎黄，不思饮食 | 舌淡苔薄白，脉细弱 |

#### 【治疗】

1. 中药治疗 血热者可用四物汤加黄芩、黄连；气虚者可用四物汤加黄芪。
2. 应用子宫收缩药 可用麦角新碱，马齿苋注射液，肌注。也可口服马齿苋煎剂及益母丸。
3. 10%卤碱液20毫升，缓慢静注，一日一次。
4. 行刮宫术。刮宫后，下次月经量常可恢复正常。

#### 五、崩漏

【病因】卵巢不排卵，子宫内膜仅受雌激素作用而增生过度，引起一段时间闭经，随后有多量流血或出血不断。生殖器官无器质性改变。

【辨证】见下表。

崩漏辨证表

|    | 经量、色、质          | 全身表现                           | 舌苔及脉象        |
|----|-----------------|--------------------------------|--------------|
| 脾虚 | 量很多，或出血不止，色红，稀薄 | 面色苍白，喜卧，口淡无味，便稀                | 舌淡苔白，脉无力     |
| 虚寒 | 量很多，色淡红，稀薄      | 喜热怕冷，下腹冷痛，便稀                   | 脉沉细          |
| 虚甚 | 大量出血，来势凶猛，色红或淡  | 头昏心悸，额汗如珠，面唇灰白，四肢冷，呼吸浅快，甚至神志昏迷 | 脉象虚细欲绝，或浮大无根 |

【治疗】本病初起有的属脾虚，病久多属虚寒。反复出血之后又出现大出血时，多属虚甚者，属重症。

1. 中药治疗 脾虚不摄血者，可用归脾汤加减；虚寒者，可用四物汤加阿胶、艾叶；虚甚者则首先应用独参汤。
2. 针灸治疗 出血多可取关元、三阴交、隐白、脾俞，脾虚者用弱刺激手法，虚寒者用灸法；出血时间长可取气海、脾俞、地机，用弱刺激手法。
3. 青春期妇女可用内分泌治疗，出血量多，需于短时间内止血者，可肌注己烯雌酚，日量10~16毫克，可分2~4次，逐日减量。止血后，改为口服己烯雌酚1毫克，每日一次，连服16~20日，随后再用黄体酮10~20毫克，每日一次，肌注，连用5~6日。经期后可改用人工月经周期的方法。
4. 已婚妇女应行刮宫术，既简便又有效。
5. 更年期妇女可用丙酸睾丸酮，25毫克每日肌注一次。止血后改用口服甲基睾丸

素5毫克，每日3次，每月总量不超过400毫克。

6. 应用子宫收缩药，使子宫收缩，达到止血。如马齿苋注射液（经我校试用，效果较好）2毫升或麦角新碱0.2毫克肌注，每日2次。

7. 如有出血性休克，应输血补液及按休克处置。

## 痛 经

每当经期或行经前后出现下腹痛，称为痛经。

常见于子宫发育不良、子宫过度前屈或后屈、子宫颈管狭窄、膜样月经、内生殖器炎症。子宫内膜移位到子宫肌层内时也可发生痛经。祖国医学认为，痛经多因气滞血瘀、寒邪凝滞、或气血虚弱等所致。

【治疗】 原则是注意养血和理气，经前痛以理气为主，辅以养血；经后痛以养血为主，辅以理气。

1. 中药及针灸治疗 见下表。

|     | 病理   | 证 见                                     | 中 药 治 疗                            | 针 灸 治 疗                   |
|-----|------|-----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| 经前痛 | 气滞血瘀 | 下腹胀痛或刺痛，连及胸肋，拒按；月经紫黑色有血块，舌红，苔薄或有紫斑点；脉沉涩 | 桃仁四物汤加元胡索、广木香、莪朮                   | 行间、气海、中极、三阴交、归来、血海、用强刺激手法 |
|     | 下腹瘀热 | 下腹剧痛，灼热感，拒按，喜冷；月经紫黑色，有血块；舌苔黄腻，脉沉数       | 当归、白芍、丹皮、黑山栀、柴胡、香附、玉金、甘草、黄芩        | 肾俞、脾俞、肝俞、血海，用强刺激手法        |
| 经后痛 | 子宫寒凝 | 下腹冷痛，四肢怕冷；月经血紫黑色，量不多；舌淡苔薄白，脉沉迟          | 四物汤加艾叶、香附、玉金、桂枝                    | 三阴交、归来、血海、气海、行间、中极，用灸法    |
|     | 气血虚弱 | 经后持续性下腹痛，喜按喜热，月经淡红色，量多少不一；舌淡苔薄，脉细无力     | 气虚者用黄芪建中汤，血虚者用当归建中汤，气血双虚者用十全大补汤〔注〕 | 肾俞、脾俞、肝俞、血海，用弱刺激手法        |

〔注〕 ①黄芪建中汤：黄芪、肉桂各1两，炒白芍2两，炙甘草7钱，姜、枣，水煎服，每日2~3次。②当归建中汤：同上方，黄芪改当归。③十全大补汤：人参2钱、白朮2钱、茯苓2钱、黄芪4钱、当归2钱、熟地3钱、白芍3钱、川芎1钱、肉桂、炙甘草各5分，水煎服，每日一剂。

2. 对症治疗 可口服止痛片、安乃近或去痛片等。

3. 手术治疗 只适用于已婚妇女某些原因的痛经。如子宫颈管扩张术及放玻璃棒手术。

## 闭 经

青春期以后从未来过月经或已经来过月经又出现3个月以上未来月经，称为闭经。前者称为原发性闭经，后者称为继发性闭经。偶而有一次月经未来，不能看做是病态。妊娠期、哺乳期妇女不来月经则是生理现象。

闭经分为子宫性闭经（指病变在子宫，如子宫发育不良、无子宫，子宫内膜结核等）、卵巢性闭经（指病变在卵巢，如卵巢被切除，结核或肿瘤破坏卵巢使其功能丧失，卵巢发

育不良等)、垂体性闭经(垂体肿瘤等)以及重病后,身体极度衰弱也可引起闭经。祖国医学分为血滞闭经(来自气郁和寒凝);血枯闭经(热涸脾虚、血亏)及痰阻闭经。

对原发性闭经,应了解其生长发育过程。对继发性闭经,应问清发病的诱因,有无其他疾病,长期哺乳及刮宫手术,难产或产后大出血等历史。

【辨证】 见下表。

|      | 证                                                                                                 | 见 | 舌 苔 及 脉 象                               |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------|
| 血滞闭经 | 1.气滞:精神忧郁,头晕头痛,精神不振,胸肋胀痛,腰酸带下,月经由乱期而闭经;<br>2.寒凝:下腹冷痛,腰酸                                           |   | 1.舌苔白腻,脉弦滑<br>2.苔薄白,脉沉迟                 |
| 血枯闭经 | 1.热涸:心烦,夜间潮热,口苦咽干,消瘦小便黄,月经由提前量少以至闭经;<br>2.脾虚:面黄,无力,头昏,心悸气短,食少,腹胀,月经色淡量少,延迟以至闭经;<br>3.血亏:头晕心悸,面色苍白 |   | 1.苔薄黄干,脉弦数;<br>2.苔白,脉虚细;<br>3.脉细软无力,苔色淡 |
| 痰阻闭经 | 身体肥胖,面黄,胸闷胃胀,食欲不振,白带多,经色淡少,常延期,渐至闭经                                                               |   | 舌苔白粘,脉弦滑                                |

原发性闭经应与阴道口外膜闭锁相鉴别。阴道口外膜闭锁在青春期前无症状;月经来潮后,因经血不能排出,而积于阴道、子宫,甚至输卵管以至倒流入盆腔。其临床特征是:有周期性下腹痛,逐渐加重;检查可见阴道外膜闭锁且向外膨出呈紫兰色。肛门指诊可在直肠前方摸及有血肿。可作阴道口外膜X形切开排出经血后,症状即渐消失;术后应预防感染。

【治疗】

1. 中药治疗 气滞者应疏肝解郁,可用开郁二陈汤;寒凝者应祛寒温经,可用和血通经汤;热涸者应清热养阴,可用一贯煎;脾虚者应补脾胃,可用补中益气丸,血亏者应用人参养荣汤,痰阻者应化痰理湿,可用厚朴二陈汤。

〔附方〕 ①开郁二陈汤:陈皮、茯苓、苍朮、香附、川芎、半夏、青皮、莪朮、槟榔、甘草、木香、生姜。

②和血通经汤:当归、熟地、三棱、莪朮、木香、官桂、红花、苏木、血竭。

③一贯煎:生地、归身、枸杞子、沙参、麦冬、炒川楝子。

④人参养荣汤:人参、黄芪、白朮、桂枝、陈皮、茯苓、当归、白芍、熟地、五味子、远志、甘草、大枣为引。

⑤厚朴二陈汤:陈皮、姜半夏、茯苓、炙甘草,厚朴。

## 2. 新医疗法

(1) 新针:取穴中极、三阴交、关元、血海、足三里、复溜。气滞、热涸、痰阻者用强刺激手法;寒凝者用灸法;脾虚、血亏者用弱刺激手法。

(2) 小剂量穴位药物注射,黄体酮针剂0.2毫升,注于双侧三阴交穴。

3. 内分泌治疗 子宫发育不良者,可用人工月经周期的方法治疗。可伴用甲状腺素,0.03克口服,每日一次,月经干净后开始,与己烯雌酚一起,连服20日。可连用3~4个周期。

4. 病因治疗 子宫内膜结核,可用抗结核药物治疗,盆腔内肿瘤应行手术切除。

## 白 带 过 多

妇女平时常有少量白色或淡黄色分泌物从阴道流出，称为白带。在青春期、月经期前及妊娠期间分泌物可能增多，但无不适症状，均属正常现象。这时的分泌物呈粘液样，无臭味。如果阴道分泌物增多，有秽臭味，颜色有改变或带血，或伴有外阴搔痒，则称为白带过多（带下）。

【病因病理】 多因阴道炎症、子宫颈或子宫体等的病变所致。常见的疾病有：

1. 滴虫性阴道炎 因阴道毛滴虫（图 10-1）在阴道内消耗糖原，阻碍了乳酸的形成，改变了阴道的弱酸性，破坏了阴道自身防御功能，使阴道内的细菌繁殖，引起炎症，致使白带明显增多。

2. 霉菌性阴道炎 使用大量抗菌素可使阴道内的阴道杆菌被抑制，或孕妇的阴道内酸性明显，使霉菌迅速繁殖，引起白带过多。

3. 老年性阴道炎 经绝期后或两侧卵巢切除后，因局部血液循环减少，阴道粘膜萎缩变薄，容易感染及出血，故白带增多常伴有血丝。

4. 慢性子宫颈炎 当子宫颈内口及外口有炎症时，使子宫颈管腺体分泌增多，故白带增多。

5. 子宫颈溃疡（单纯性或结核性）、子宫颈息肉、子宫颈癌、子宫体癌、子宫内膜息肉、子宫内膜炎、盆腔炎等，均可造成白带过多。



图 10-1 阴道毛滴虫

祖国医学认为带下的病因，有脾虚湿盛，痰湿下注，湿郁化热，肾气不固等，以湿热者较为多见。

【临床表现及诊断】 见下表。

| 白 带 特 点                       | 其 他 症 状                                                                | 阴 道 内 诊 所 见                              | 病 名    |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------|
| 量多，稀薄，黄白色，有味，泡沫状（碳水化合物分解产生气体） | 1. 外阴搔痒及疼痛（因分泌物刺激外阴）。<br>2. 排尿痛，尿频（尿道口、泌尿系统有滴虫感染）。<br>3. 不孕（滴虫有吞噬精子作用） | 阴道壁、后穹窿有红色小点，状如杨梅果。取分泌物用生理盐水稀释后，显微镜下可见滴虫 | 滴虫性阴道炎 |
| 量多，如豆腐渣样凝块状                   | 外阴奇痒及刺痛，甚至影响睡眠                                                         | 阴道壁有一层白膜状分泌物复盖，擦去后可见红肿面                  | 霉菌性阴道炎 |
| 量较多，内含血丝                      | 无明显症状                                                                  | 阴道粘膜萎缩、苍白、质脆，有出血点                        | 老年性阴道炎 |
| 量多，粘稠，脓样，黄色，偶带血或血丝            | 腰酸，下腹胀痛，或无明显症状                                                         | 子宫颈口周围红色及颗粒状，境界清楚，触之可有轻微出血               | 子宫颈糜烂  |

|                                   |                                                                   |                                     |       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 白带多，伴点滴样出血                        | 无明显症状                                                             | 子宫颈上可见鲜红色豆粒大软组织，有蒂，触之易出血            | 子宫颈息肉 |
| 早期为粘液，量多，晚期为血及坏死组织混成“高粱米汤”色，有明显臭味 | 1.早期性交后的接触出血或经绝期后重现出血。<br>2.晚期有下腹部、腰部、骶部痛向大腿放射痛。<br>3.有消瘦、贫血等全身症状 | 早期应与子宫颈糜烂相区别，癌极易出血。<br>晚期可形成溃疡或菜花状癌 | 子宫颈癌  |
| 早期为浆液性或染有血色，量多，以后呈脓性，有恶臭          | 1.早期症状是经绝期后出血，持续不断，量不多。<br>2.出现疼痛已属晚期，转移慢。<br>3.有消瘦、贫血等全身症状       | 子宫稍大                                | 子宫体癌  |

【预防】 加强卫生宣传，注意外阴部清洁，勤换内裤。预防阴道受霉菌感染，有癖者应积极治疗及不滥用抗菌素。预防滴虫性阴道炎，应避免不洁的性交、不洁的坐浴。

### 【治疗】

#### 1. 外治

(1) 滴虫性阴道炎：可用砷剂杀滴虫。如用滴维净片。每晚先用温水（内加食醋1两）坐浴后，将滴维净1片放入阴道内，10日为一疗程，直至痊愈。也可用蛇床子、苦参、白头翁、黄连、黄柏等量研末或制成坐药，放入阴道内，10日为一疗程。也可用去皮鸦胆子20个，煎成浓汁，用注射器注入阴道内20~30毫升，每晚一次。还可熏洗法，或用苦参4钱、蛇床子1两、防风3钱、大荆3钱，或用蛇床子5钱、川椒2钱、苦参3钱、白矾2钱，煎后趁热熏洗外阴部，每日洗熏2次，适用于外阴部痒痛者。

(2) 霉菌性阴道炎：可用制霉菌素25万单位，每晚放入阴道内，10日为一疗程。也可用1%龙胆紫液涂阴道及阴道口，每2~3日涂一次，10次为一疗程。

(3) 老年性阴道炎：己烯雌酚可使阴道血运增加，粘膜功能恢复，白带减少，收效明显。可每晚将己烯雌酚0.5~1毫克放入阴道内，共7次。

(4) 慢性宫颈炎：可用3~10%卤碱软膏涂宫颈糜烂处，隔日一次；或用硝酸银棒腐蚀糜烂面，随即用生理盐水冲洗；也可用金银花煎剂涂布宫颈糜烂面等。

(5) 子宫颈息肉：应行息肉摘除术（见533页）。

(6) 子宫颈癌及子宫体癌：应送医院行手术或放射线治疗或中草药抗癌治疗。

#### 2. 内治 原则以健脾除湿为主。

(1) 单方验方：① 向日葵茎（干品）切片，5钱，水煎服。服时加红糖。② 贯众（削掉外层叶柄残留部分）切碎，用白醋浸泡透，焙干研末，每次2钱，每日3次，糖水送服。

(2) 辨证论治：① 带色黄、粘稠、臭味重、或带血性，下腹胀痛，外阴搔痒，尿赤，苔黄，属湿热证。可用蒲公英8钱、黄柏3钱、苦参3钱、白朮3钱、陈皮1钱、车前子4钱、荆芥炭2钱，水煎服，每日一剂。② 带色白或如泔水，稀薄，腥臭，下腹隐痛，形寒，面色白或淡黄，苔白腻或润，属寒湿证。可用山药5钱、白朮4钱、苍朮3钱、车前子4钱、陈皮2钱、折艾4钱、白芷3钱，水煎服。③ 带色白、清稀、无臭味，面色白，无力，腰酸，足肿，便稀，苔白，脉弱，属脾肾虚证。可用党参3钱、茯苓3钱、白朮4钱、陈皮1钱、白芍3钱、复盆子5钱、菟丝子4钱、甘草2钱，水煎服。

3. 新针 可取穴三阴交、大赫（横骨穴上1寸中极穴旁开5分）、阴廉（耻骨联合

上缘中点旁开2.5寸，再下2寸）、曲骨（前正中线，脐下5寸，相当耻骨联合上方）、关元、肠遗（中极穴旁开2.5寸）、太阴腧（足内踝下缘凹陷处）等穴。可任选1~2个穴位。

4. 耳针 可取子宫、卵巢、内分泌等穴位。

## 子宫脱垂

本病指子宫不能保持正常位置，沿阴道下降，甚至脱出阴道口外，祖国医学称阴挺。

子宫脱垂是严重妨碍妇女劳动的一种疾病。但是，在刘少奇修正主义卫生路线干扰下，这种病的防治根本不被重视。有的资产阶级“专家”借这种病“难治”，不进行积极治疗。

我校护理员、共产党员王波同志，在实践中坚持学习毛主席著作，遵照毛主席关于“为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题”的教导，为了探索本病的疗法，在自己身上试验针刺穴位，终于取得了一定的效果，减轻了病人的痛苦。

### 【临床表现】

1. 症状 主要症状是阴部下坠感和有肿物脱出。开始常在产后，因过早参加体力劳动、站立过久或闹咳嗽病等所致，与腹内压增加有关。以后，每当劳累或身体虚弱时可发生，渐渐变成经常发生，而且脱出的肿物渐大。较轻时，脱出的肿物当病人平卧后可自行回缩；较重时则须用手帮助托进阴道内。

如伴有尿频、排尿困难或尿失禁等症状，是因为子宫下降可牵连膀胱或同时连带膀胱膨出。重度子宫脱垂如有排便困难或便秘，是因为子宫下降牵连直肠从阴道后壁膨出。

### 2. 体征 脱垂可分三度：

第一度：子宫颈降到坐骨棘平面以下，但仍在阴道内。

第二度：子宫颈已露出阴道口外，但子宫体全部或一部分仍在阴道口以内。

第三度：整个子宫脱出在阴道口外（图10-2）。

由于阴道、宫颈经常外露，受到磨擦和感染，可发生糜烂、溃疡及粘膜角化。由于血液循环障碍和炎症，宫颈常见肥大、变长，不利于回缩。

【病因】子宫和膀胱、直肠位于盆腔的底部，子宫等要承受腹腔的压力。子宫等所以能保持正常解剖位置，因为盆底的肌肉组织和子宫周围韧带起着支持作用。也就是说，子宫等的位置变化，以腹内压与盆底组织支持力的对立统一关系为基础。健康妇女在体力劳动时的腹内压可增高，但由于盆底组织坚强，子宫等的位置变化不大。可见，在腹内压与盆底组织支持力这对矛盾中，盆底组织的支持作用是主要方面，占着支配地位。一旦盆底组织的支持作用削弱，同样的

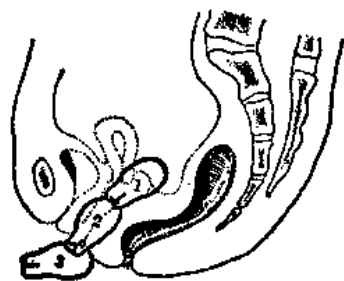


图10-2 子宫脱垂的分度

腹内压增高就可能迫使子宫等位置下降，渐渐发生各度的子宫脱垂。盆底组织支持作用的削弱可有各种原因，例如：分娩时盆底肌肉损伤，或子宫颈周围韧带也受伤，多发生于难产，接产处理不当，第二产程过长。产后没有将产道裂伤缝合，没有适当调理，损伤不能

较好地修复。这样，盆底组织支持力减弱，下一次产后容易发病。

产后过早地参加体力劳动，由于当时人体气血尚未复原，在分娩过程形成的盆底组织改变也尚未恢复，劳动时腹内压增高就可促使子宫等位置降低，不利于复位。

一般身体素弱或有慢性病，肌肉无力，韧带松弛，容易发生内脏脱垂，如果再有多孕多产、产后子宫后倾或水平位（与阴道纵轴相一致）或慢性咳嗽、长期便秘等，子宫也容易脱垂。

总的来说，子宫脱垂与中气（以脾为主）不足、肾气亏损、气虚下陷有关。产伤损及经络（冲、任脉）和气血，和多孕多产后护理不当等可损及肾气，脾失所养，脾主肌，所以肌肉薄弱无力。可见，子宫脱垂既有局部因素，又有全身因素。

#### 【预防】

1. 把妇女卫生常识告诉给广大群众，使她们动员起来搞好妇女卫生，提高健康水平。
2. 积极宣传和开展计划生育，改变无计划地多孕多产状况，破除旧习俗，提倡新风尚。
3. 实行科学的接生法，避免产伤。发生产伤时应当及时修复。做好产后护理工作。
4. 防治慢性病如慢性支气管炎、习惯性便秘等。

【治疗】治疗子宫脱垂就是要提升子宫，脱垂和提升是一对矛盾。因此，需要给子宫提升创造条件。提升子宫的首要条件是恢复盆底组织的支持作用。而盆底组织的功能，既与本身结构有关，也与全身气血有关。提升子宫的辅助条件应当是减轻由于其他疾病（咳嗽等）造成的腹内压增高，治好慢性病也有利于全身气血恢复。要正确解决局部和整体的关系。要采取综合的疗法。

1. 新针疗法 可以增强盆底组织功能。取下列穴位效果较好：

主穴：髂前上棘与耻骨联合联线中点。针刺角度与腹股沟成45度角，向子宫方向进针，深度以病人感到大阴唇发麻、子宫上抽、腰和阴道有酸痛感为准。通电流15~20分钟。伴有膀胱膨出者加曲骨、横骨，直刺2.5~3寸，以有膀胱上抽和尿感为准。伴有直肠膨出者加会阴穴，并在肛门旁开0.5寸点深刺提肛肌，进针3寸，以有肛门发热、上抽感为准。

配穴：三阴交、阴陵泉、百会、太冲。每次针后让病人进行功能练习，如双足交叉、起立坐下，练习肛门收缩等动作。

2. 中药治疗 宜补中益气。可用补中益气汤加减、党参3钱、黄芪5钱、炙甘草1.5钱、升麻4钱、陈皮2钱、当归3钱、白朮3钱、柴胡2钱，水煎服。

白带多者加牡蛎1两；腰酸者加菟丝子4钱、炒杜仲6钱；并发急性感染（阴部肿痛、出黄水、尿短而黄）先用龙胆草5钱、泽泻3钱、木通2钱、车前子4钱以清湿热，然后再用上方。

3. 外治 以1:5000高锰酸钾坐浴，每日2次；或用乌梅、五倍子、石榴皮各3钱煎汤熏洗，治疗局部糜烂、溃疡，改善血运。

轻度脱垂者在宫颈炎症消退后，可用子宫托。子宫托有几种形式，常用环状和漏斗状。托应于每晚取出洗净，次晨放回，要防止引起阴道的炎症感染。

4. 手术治疗 适应于上述治疗无效的重症，常伴有膀胱膨出等。手术前后宜用补中益气法。

5. 治疗慢性支气管炎、便秘等。如果对此类病忽视，治疗子宫脱垂后容易再发。其他注意事项与预防要点同。

## 常见女性生殖器肿瘤

### 子 宫 颈 癌

在女性的恶性肿瘤中，本病发病率居首位。多在40~50岁之间发病。

【病理】 宫颈癌绝大多数为鳞状上皮癌占95%，其余为腺癌。癌最初发生在子宫颈外口，外观似糜烂，但质较硬，继之形成溃疡，边缘隆起，较硬；或增生浸润，使子宫颈变成凸凹不平的结节状；或癌向外生长，突向阴道内，状似菜花；或癌向宫颈内浸润，组织坏死脱落，子宫颈可变成一空洞。

子宫颈癌可直接向阴道壁、子宫及子宫颈旁结缔组织蔓延；也可早期经淋巴管转移到盆腔内淋巴结或子宫旁组织。

【临床表现】 绝经后又现流血，和性交后的接触出血和排粘液增多（因癌使子宫颈腺体受刺激分泌增加），常是最早出现的症状，值得注意。

后期带下内有血液及坏死组织，如“高粱米汤”样，有特别的恶臭。癌浸润可引起下腹、腰及骶部痛，并向大腿放散；如癌侵及输尿管，则发生肾盂积水甚至无尿；压迫血管则下肢可现水肿；侵犯直肠及膀胱可形成瘘。因长期阴道流血，消耗体力可出现严重贫血，浮肿，全身衰竭等恶病质状态。

为了表示病情的程度，依视诊及触诊可分：0期：为原位癌；Ⅰ期：癌限于子宫颈；Ⅱ期：浸润到阴道上2/3或侵及子宫颈旁组织，但未到达盆壁；Ⅲ期：浸润到阴道下1/3，或侵及子宫颈旁组织直达盆壁，子宫完全或近于完全固定；Ⅳ期：癌已侵及膀胱、直肠，或转移到远隔部位（图10-3）。

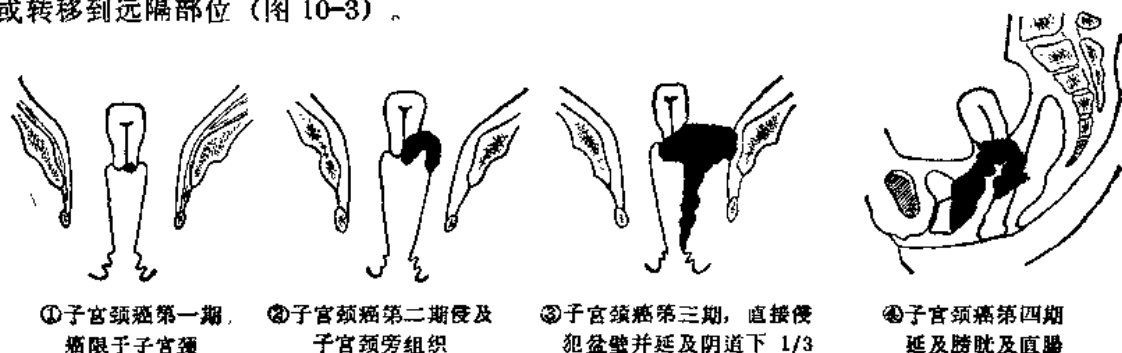


图10-3 子宫颈癌各期示意图

【诊断】 子宫颈癌病变接近体表，局部容易显露，症状容易查觉，有利于早期发现早期诊断。

必须批判防治癌瘤的神秘化，发动广大医务人员，发挥群众积极性和创造性，去发现早期宫颈癌，对35岁以上的妇女，每半年至一年进行一次妇科检查。对疑癌者作子宫颈表面涂色试验，阴道细胞涂片检查及子宫颈活体组织检查。

【预防】 根据临床观察，本病可能与结婚过早，多次生育，子宫颈糜烂，子宫颈裂伤有关，故应提倡晚婚，开展计划生育，积极治疗子宫颈糜烂，修复子宫颈裂伤。

【治疗】 子宫颈癌早期治疗效果比较理想。治疗方法有手术治疗（多用于第一期及第二期初）、放射治疗（多用镭、深部放射线、同位素钴）、中药治疗（多是内服、外敷、局部注射药物）及化学治疗（多作为辅助疗法）。

## 子 宫 肌 瘤

子宫肌瘤是女性常见的一种良性肿瘤。多发生在30~50岁之间。目前认为似与雌激素有关，根据有：多发生在卵巢功能旺盛的年龄；常伴有子宫内膜增生；在绝经期后，肌瘤可见缩小，用雌激素治疗，肌瘤缩小。

【病理和临床表现】 子宫肌瘤为平滑肌细胞增生，最初发生在子宫壁内，在其发展过程中，可形成各种类型（图10-4）。

1. 肌瘤向子宫表面凸出发展，其表面仅有很薄的浆膜复盖者，称为浆膜下肌瘤。增大后可触到肿物，对妊娠分娩无影响。

2. 肌瘤在子宫壁内，称为壁间肌瘤。因肌瘤可使子宫增大，宫腔也相应增大，可引起月经过多，经期延长。

3. 肌瘤向子宫腔内发展，可凸出于子宫腔内，甚而降到子宫颈口外，称为粘膜下肌瘤。致使子宫不规则流血；如有感染，可有脓血性分泌物排出。

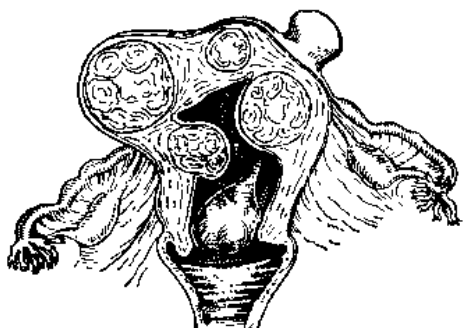


图10-4 子宫肌瘤发生部位示意图

4. 子宫上有多个肌瘤，各种类型可同时并存，称为多发性子宫肌瘤。

5. 肌瘤位于子宫颈，较少见，对妊娠影响不大；但瘤体可阻碍胎儿下降造成难产。较大者可压迫周围脏器及组织，出现尿频，排尿困难，排便困难、腹痛、腰痛等。

综上所述，子宫肌瘤的表现是：下腹部有质较硬且增大的子宫，子宫出血，白带多，下腹痛以及压迫症状等，不同类型各有不同的特点。

### 【鉴别诊断】

1. 壁间肌瘤须与正常妊娠、过期流产鉴别。

|           | 壁 间 肌 瘤 | 正 常 妊 娠 | 过 期 流 产       |
|-----------|---------|---------|---------------|
| 月 经       | 月 经 过 多 | 停 经     | 停 经 后 断 续 流 血 |
| 子 宫 收 缩 感 | 不 明 显   | 有 收 缩   | 有 收 缩         |
| 尿 妊 娠 试 验 | 阴 性     | 阳 性     | 阴 性           |
| 刮 宫 内 容   | 子 宫 内 膜 | 禁 作     | 退 化 的 胚 胎 组 织 |

2. 脱出到子宫颈口外的粘膜下肌瘤与菜花状子宫颈癌鉴别。粘膜下肌瘤表面光滑硬韧，有蒂连于子宫腔内或子宫颈。菜花状子宫颈癌表面凹凸不平，脆、坏死组织易脱落。

### 【治疗】

1. 中药治疗 本病属于祖国医学的症证，故治疗宜行气化瘀，软坚攻积。可用守宫20条、山茨菇1两5钱、紫草2两、蜂房1两、土鳖虫1两、炒干漆3钱，共研细末，每

次口服1钱，每日两次。月经不调，下腹部闷胀可加丹参、香附。月经量多，持续日数多，白带多，舌红苔干，可加凤眼草、重楼。下腹部大，坠胀感，月经淋漓不止，带下黄赤，有臭味，脉无力，可加党参、黄芪，也可用桂枝茯苓丸或大黄蛰虫丸。

2. 脱出于子宫口外的粘膜下肌瘤，可经阴道切断瘤蒂，蒂端缝扎止血。

3. 子宫增大不超过妊娠3个月大小，无明显症状并接近经绝期者，不须治疗，或用丙酸睾丸酮25毫克肌注，每日一次，连用2~3日，出血停止后改为隔日或每周2次肌注，每月总量不超过250~300毫克为宜。

4. 肌瘤较大或有症状，经中药治疗未见显效者，可行手术治疗。或剝出肌瘤，或切除子宫。

## 卵 巢 瘤

### 【分类】

1. 良性瘤 包括囊肿、囊腺瘤、纤维瘤。
2. 恶性瘤 包括卵巢癌、恶性畸胎瘤、转移癌。
3. 功能性瘤 指卵巢的某些功能细胞增生。少见。

### 【诊断要点】

1. 注意瘤的发生发展史 卵巢瘤发生初期，多居于下腹的一侧，逐渐增大，可充满下腹以至全腹部。肿瘤小时，位于盆腔内，需区别肿瘤来自卵巢或来自子宫，阴道内诊常可鉴别。与子宫不相连的瘤，则是附件肿瘤，多数又是卵巢瘤。

2. 肿物是囊性，还是实质性？

(1) 囊肿是卵巢滤泡内滤泡液潴留或者黄体腔内出血多形成血肿所致囊肿。触诊表面光滑呈球状，有囊性感，一般增大到直径5厘米左右，就不再增大，甚至内容物被吸收而缩小。

(2) 囊腺瘤或囊性畸胎瘤也有囊性感，前者可能长得很大，腹内巨大的肿瘤常属这种肿瘤。后者则内含皮脂物，毛发、牙齿、骨组织等，X线摄片常能帮助确诊。

(3) 实质性瘤区分良性与恶性，良性者为纤维瘤，多发生在40岁以上，肿物不大，球形，质硬，表面光滑，部分病例可有腹水，但全身情况较好。

恶性者有：①卵巢癌：也多发生在40岁以上，生长快，短期内肿块可增长较大，常与周围组织粘连，移动性较差，表面凹凸不平，质地柔软硬韧不均。②恶性畸胎瘤，多见于年轻妇女或幼女。质地柔软，常可发生转移。③继发性恶性瘤，卵巢良性瘤恶性变或胃、肠等癌转移。

3. 卵巢瘤合并腹水 卵巢瘤合并明显腹水，多属恶性瘤。但有的纤维瘤也合并胸水及腹水，将瘤切除，腹水及胸水可以自行消失。因此要辨证看待腹水，决不能因卵巢瘤合并胸、腹水，认定是恶性瘤而放弃手术治疗。

4. 合并疼痛

(1) 蒂扭转，较常见。蒂长的、中等大小的及无粘连的囊性畸胎瘤或囊腺瘤容易发生扭转。扭转后，病人突感患侧下腹部剧痛，出现恶心、呕吐。追问病史及查体多可确诊。

(2) 感染：表现为下腹痛，高热及腹膜炎等。

(3) 破裂：可自然发生或因外伤所致。破裂时瘤内容物流入腹腔内，引起腹膜炎，

出现腹部剧痛。

(4) 恶性肿瘤浸润周围脏器及组织，可出现疼痛。

5. 卵巢瘤与月经、妊娠及分娩 除非瘤组织破坏整个卵巢，否则对月经周期影响不大。所以患卵巢瘤的妇女，仍有妊娠的可能。活动性良好的肿瘤，对分娩无大影响。但在妊娠早期和产后要注意可能发生蒂扭转，嵌顿在盆腔的卵巢瘤，即使不太大，也可能阻碍胎先露下降，造成难产。

#### 【治疗】

1. 囊性瘤可用中药行气导滞、温散水湿的方法，处方如：木香丁香5钱，三棱、莪朮、枳壳、青皮、炒川楝子、小茴香各一两，研末，醋煮面糊丸，外裹朱砂为衣，每次2钱，每日2次口服。

2. 其他卵巢瘤原则上都应行手术治疗。

## 不 孕 症

女子结婚三年以上，性生活正常，而不受孕者；或曾受过孕（流产或分娩），又经三年以上不再受孕者，均称为不孕症。前者称为原发性不孕症，后者称为继发性不孕症。不孕本身并不是一种独立的疾病，而是由许多疾病造成的后果。

受孕是一个复杂的生理过程。夫妇双方必需具备以下条件，才有可能受孕：卵巢能排出正常的成熟的卵子；男子精液中含有足量、形态正常、活动良好的精子；卵子能在输卵管内和精子结合，形成受精卵，并能顺利到达子宫腔；子宫内膜有良好的着床条件等。如有一个条件不具备，均可造成不孕。

#### 【病因】

##### 1. 女方病因

(1) 生殖器发育不良：如卵巢的滤泡发育不全，不能排卵和形成黄体，卵巢内分泌素明显降低；输卵管长、管腔过窄，或纤毛蠕动减慢影响运行；子宫小；阴道短、穹窿部更短浅等。

(2) 生殖器炎症：结核性输卵管炎常是原发性不孕的原因。继发性不孕多因流产或分娩后引起输卵管炎症，使其内膜破坏，管腔闭塞、积水或积脓，与周围组织、器官粘连，使卵子不能与精子相遇。

(3) 生殖器肿瘤：子宫肌瘤，特别是粘膜下肌瘤，因易引起子宫内膜感染，不利于受精卵的着床；且子宫肌瘤多伴有子宫内膜增生，意味着卵巢不排卵，可造成不孕。

(4) 其他：如慢性病（血液病、肾炎等）可能影响卵巢功能，也可引起不孕。

##### 2. 男方病因

(1) 生殖器发育不良（如隐睾或幼时患腮腺炎时并发睾丸炎）使睾丸不能产生精子或产生数量不足，均可引起不孕。

(2) 附睾结核已使输精管阻塞；外生殖器畸形可对排精有影响；前列腺炎、精囊炎或尿道炎时所产生的分泌物不利于精子的生存等，也可造成不孕。

【诊断】 全面细致检查男女双方，找出不孕的原因，是治疗不孕症的关键。

1. 女方 应作阴道内诊检查，并作卵巢功能测定。其方法有：

(1) 测定基础体温：月经周期中的体温，在排卵前，基础体温较低，排卵时最低，

排卵后因黄体素的作用，体温可上升  $0.5^{\circ}\text{C}$ ，一直维持到下次月经来潮下降。须连测数月，每日清晨起床前查体温，逐日连续记载。基础体温可以看出有无排卵，也可看出卵泡期和黄体期的长短及黄体功能的高低。

(2) 检查子宫颈粘液：用干燥消毒镊取出子宫颈粘液，涂在玻片上，微加温使其干燥。显微镜下观察，排卵期前可见蕨菜状结晶，排卵后则变为小滴状结晶。如见到后者出现，则表示有排卵。

(3) 子宫内膜活体组织检查：月经来潮前刮取少许子宫内膜作病理检查，可以看出有无分泌期变化，间接判断卵巢有无排卵。

(4) 输卵管通气法（或碘油造影法）：可帮助确定输卵管是否通畅。

2. 男方 应做精液检查。注意量，内含精子数、形状及活动力等。

【辨证施治】 见下表。

|         | 病 因                  | 证 见                                             | 治疗原则 |
|---------|----------------------|-------------------------------------------------|------|
| 肾虚寒     | 肾气不足，损伤肾阳，胞宫寒冷       | 精神不振，腰酸腿软，下腹寒冷，常觉疼痛，经期延长，量少色淡，小便多，性欲减退，舌淡苔薄，脉沉迟 | 补虚温肾 |
| 痰 湿     | 体胖，喜食厚味，痰湿内生，胞宫闭塞    | 体胖，面色苍白，头眩心悸，白带粘稠而多，月经周期不定，色淡量多，舌淡红，苔白微腻或薄黄，脉滑  | 化痰燥湿 |
| 气 郁 火 旺 | 精神郁结，气血不和，或气郁生火，血热内盛 | 精神抑郁，不喜言笑，睡时多梦，胸胁痛，腹胀，月经期延长，舌淡红苔白微腻，脉弦数         | 舒肝解郁 |

1. 肾虚寒者，用当归、熟地、菟丝子各4两，土炒白朮、茯苓、酒炒白芍、杜仲、鹿角霜、川椒各2两，川芎、炙甘草各1两研末，炼蜜成丸，日服2次，每次1~2丸。

2. 痰湿者，用白茯苓3两，苍朮、制香附、炒六曲、黄芪、续断各2两，陈皮、川芎、远志、法半夏各1两，炼蜜成丸，日服2次，每次1~2丸。

3. 气郁火旺者，用旱莲草、生地各6钱，胆草2钱，元参4钱，白芍、黄柏各3钱，香附2钱，柴胡1.5钱，水煎服，日服2次，每日一剂。

4. 子宫发育不良者，可用己烯雌酚和孕酮进行人工周期治疗，共用3~4个周期。基础代谢较低者，可给予甲状腺素，日量0.03克，每月服20日，自经期结束时开始，每日一次，口服。也可用玻璃棒放置子宫颈管内的方法。

5. 病因治疗 治疗炎症，切除肿瘤等。

## 乳 房 病 症

乳房疾病主要有两类，就是乳腺的炎症和肿瘤，都是女性的常见病。乳房疾病的防治工作，既关系到广大妇女参加革命和生产，又关系到婴儿健康，为此应当认真做好。

乳腺的主要结构是乳腺腺叶、乳腺管系统和乳头，其发育变化与女性激素作用有密切关系。小儿时双性的乳房发育相象，随着个体发育生长，女性乳房逐渐增大；在妊娠期和哺乳期乳房发育较好；到更年期后乳房逐渐萎缩。乳房的病症和生理变化有一定的关系。

检查乳房病症，除了要了解病史，必须重视局部的体征。望诊时要注意皮肤、乳头、乳晕、乳房形状等，并将双侧乳房作对比。触诊时要注意触痛、肿胀、波动感、肿物等，并且要检查腋窝、锁骨上下窝的淋巴结。

乳房病症的常见主要表现是乳痛和乳房肿物，下面分别加以介绍。

## 乳 痛

### 一、急性乳痛（急性乳腺炎）

急性乳痛是急性乳腺炎（乳痛）的主要症状之一。诊断本病比较容易，可根据乳房疼痛、肿胀、有肿块和触痛、表皮发红发热、体温增高等表现确定。在这里着重讨论预防和治。

【预防】 急性乳腺炎大多数发生在初产妇，其原因可能是：（1）哺乳缺乏经验，婴儿食量小，或者由于乳头发育过小或内陷婴儿不能很好地吸吮，喂乳后乳汁剩余在乳房内。乳腺管被凝结的乳汁堵塞，乳腺内乳汁淤积而继发感染。（2）乳头表皮比较柔嫩，容易发生破损，在全身抵抗力较低的情况下，病原菌侵入乳房。婴儿有口腔感染，可增加母体乳房感染的机会。经产妇也能因为乳头损伤、身体抵抗力降低或乳汁淤积发生乳腺炎。

为了预防本病，应当加强妇婴卫生教育，把预防常识普及到妇女群众中去。医生检查孕妇时要注意初孕者的乳头发育。妇女妊娠后期可常用盐水洗揉乳头，以增强局部抵抗力。喂乳开始后，经常保持乳房清洁，并且要避免乳汁淤积。适当增加产妇营养，以提高母体和乳儿的抗病能力。发现乳汁淤积使乳房发胀或出现肿块，应及时处理，如进行温湿敷、用按摩法或吸乳器帮助排乳。乳头损伤时，宜暂时停止吮乳，用按摩法或吸乳器排乳，等损伤痊愈时再哺乳。婴儿有口疮时要及时治疗。

#### 【治疗】

1. 早期处理 乳汁淤积、形成肿块、胀痛、发热恶寒者，应以消炎通乳为主。（1）作温湿敷，或用鲜马齿苋、蒲公英等捣烂外敷，或以醋调姜黄散等中成药外敷。（2）用吸乳器吸出乳汁。（3）乳房胀痛、皮色不红者，可用贝母3钱、天花粉3钱、当归5钱、公英5钱、路路通3钱、王不留行5钱，水煎服。（4）乳房红肿、全身发热者，可用瓜蒌5钱、牛蒡子3钱、银花5钱、黑山栀3钱、公英5钱、赤芍3钱、石膏6钱、生地4钱、甘草1.5钱，水煎服。（5）简易方可用全瓜蒌1个、忍冬藤2两、蒲公英1两、生甘草2钱，水煎服。

2. 化脓期治疗 乳腺炎已化脓，表现乳房红肿、有波动、全身发热、出汗等，治疗应排脓和清热解毒。（1）切开引流，可在耳针或局部麻醉下施行。切口应与乳头呈放射状（即与乳腺管方向平行），避免切断较大的乳管，并且要达到充分引流的目的。（2）用清热解毒药：双花、公英、地丁、败酱草各1两水煎服，高热者可加石膏1两，便秘者可加生大黄3钱、芒硝1.5钱。（3）必要时用青霉素、土霉素、四环素等。（4）用温敷和吸乳器的方法，预防患乳的正常部分内乳汁淤积。

### 二、慢性乳痛

慢性乳痛的原因较多，一类是慢性感染如慢性乳腺炎、乳腺结核，另一类是非感染性病变如乳腺肿瘤以及其他。

1. 慢性乳腺炎 大多数是由急性乳腺炎治疗不彻底所致，少数没有典型的急性炎症病史。临床表现是：乳痛时轻时重，乳房内形成肿块、有的硬块正好在乳头的里面（乳腺导管周围），硬块有触痛、发作时增大，反复的发炎、破溃、流脓（从瘻孔或乳头流出）。治疗可用外敷消炎膏药、内服抗感染药，必要时应施行手术。

2. 乳腺结核 少见。年轻病人居多，常并有其他部位的结核病。初起为乳房内一硬

块，与周围境界不清，无痛或有轻度疼痛。后来可因结核病变液化，硬块处形成结核性脓肿，局部有波动感，并可从表皮破溃，流脓稀薄而伤口不易自行愈合。腋淋巴结可同时有结核病变。治疗可用抗结核药物，破溃流脓者应换药。

3. 乳腺肿瘤 常见，在乳房肿物项下介绍。

4. “乳痛症” 某些青壮年妇女发生乳痛，检查乳房完全没有异常体征，但可能伴有性情易激动、睡眠多梦、自觉发热（但体温正常）、胸闷等症状、脉象多弦。这种情况可用疏肝气的中药治疗，或可用镇静药加睾丸酮治疗。

## 乳 房 肿 物

对乳房肿物进行触诊，应先将手指相并，与胸壁平行地去扪摸。不宜先用手指捏起乳房，否则会把正常的乳腺腺叶当成肿块。平摸时发现肿块，再进一步检查它的大小、形状、硬度、触痛、表面光滑性、境界以及有无与皮肤或基底组织粘连等。

乳房肿物的性质可有炎症和肿瘤两类。区别这二者的要点有：（1）炎症常首先发觉乳痛；肿瘤常首先于无意中如洗身、换衣时发觉肿块。（2）炎症常发展较快，但增大到一定程度时可软化、化脓，或虽不软化但可变大变小。肿瘤发展较慢，硬度一致，持续增大，长大后一般不再缩小。（3）炎症常有触痛；肿瘤一般无触痛。（4）结合其他情况分析，如年龄、过去病史、消炎疗法的效果等。鉴别确有困难时，可作活体组织检查。

乳腺肿瘤常见有两种。

### 一、乳房纤维腺瘤

乳房纤维腺瘤为良性瘤，含有纤维组织和腺组织，两种成分各占多少不一，但一般都有完整的包膜，与乳房组织分界清楚。瘤体多在乳房外上方，肿块常为卵圆形或圆形，质坚硬，表面光滑，无触痛，用手指按推肿块时其活动度较大。生长缓慢。如果瘤内含有较多的腺组织，可受内分泌活动的影响，在月经期前病人有局部胀痛或肿块稍增大。单纯的纤维瘤则无此变化。腋窝淋巴结不肿大。对全身无影响。治疗可行手术摘除。

### 二、乳腺癌

乳癌为恶性瘤。但它的部位较浅，容易发觉，这是早期诊断和治疗的有利条件。应当把乳癌的常识宣传给群众，特别要使妇女了解，做到早期诊断、早期治疗，这样就能提高乳癌的治愈率。

乳癌多发生于40~60岁。开始时病人无自觉症状，于无意中发现乳房内有一个质硬、表面不平滑的小肿块，多在乳头外上方。肿块较快地逐渐长大，向周围组织浸润，境界不清楚。连接皮肤与腺体的纤维韧带常较早受侵犯，可使肿块外方的乳房皮肤稍微凹陷，乳管被牵引可致病侧乳头内缩（较健侧向上提），这两项征象须仔细观察才能认出，但有诊断意义。

稍晚，瘤体增大，且腋窝淋巴结因有转移而肿大变硬，从有少数分散的几个硬结，渐增多而互相粘连、甚至可形成一个巨块。乳癌可与皮肤发生粘连。皮肤可因局部淋巴回流受阻而有水肿，呈现橘皮样外观。

癌继续发展时，肿块与基底组织粘连而固定于胸壁，瘤体可破溃形成癌性溃疡，有恶臭，可引起顽固的疼痛。除了腋窝淋巴结转移，还有锁骨上下窝等处淋巴结转移。癌细胞又可沿血行转移到肺、肝、骨等处。病人消瘦、贫血、发热等，甚至呈现恶病质。

乳癌的发病过程可分为四期。

| 分 期   | 病 变 范 围          | 与 周 围 关 系  | 转 移 情 况       |
|-------|------------------|------------|---------------|
| 第 1 期 | 直径小于 3 厘米        | 无 粘 连      | 无             |
| 第 2 期 | 直径小于 5 厘米        | 有粘连，但有活动性  | 腋窝淋巴结有转移      |
| 第 3 期 | 直径大于 5 厘米        | 有广泛粘连，伴有溃疡 | 腋窝、锁骨上下窝淋巴结转移 |
| 第 4 期 | 癌肿显著增大<br>并扩散至皮肤 | 与胸壁固定      | 广泛转移，远隔脏器转移   |

对第 1、2 期乳癌施行切除术，术后配合放射治疗。对第 3 期乳癌，仍可施行手术，配合放射治疗、化学治疗或中草药治疗。对于第 4 期乳癌可用化学治疗、中草药治疗及内分泌治疗。

# 第十一章 皮肤病症

## 皮 炎

主要介绍因非感染性原因所致的皮肤急性炎症。常见以下三种：

### 药物性皮炎

某些药物经口服、注射或其他途径进入人体内可引起过敏反应或中毒反应，在皮肤表现出各种皮损，故称药物性皮炎（药疹）。祖国医学称因服药而致内脏或皮肤的异常反应为“中药毒”。

从用药到发病要经过一定时间，短者数分钟，长者2~3周，重复用药多在1~2日内发病，首次用药可在4~20日内发病。

药物性皮炎常伴有程度不同的全身症状，如烦躁、气闷、发热、甚至休克，严重者可有心、肾、肝以及血液方面的改变。

皮损种类很多，很少有特异性，如：红斑、丘疹、风团、红肿、水疱、紫癜、血疱、表皮松解、表皮剥脱或皮肤坏死，毛发或爪甲脱落。粘膜也可发生类似损害。现介绍以下两种较常见和较严重的药物性皮炎。

1. 固定性药物性皮炎 多发生于口、鼻、阴部等处，不对称。皮损多为圆形红斑或在其上形成水疱，愈后留有色素沉着。特点是重复用药在原发病部位反复出现皮损。自觉痒痛。此型药物性皮炎常由解热镇痛药、磺胺类药、巴比妥类药引起。

2. 剥脱性皮炎 是严重的一型。全身皮肤红肿，表皮大量反复剥脱，似“桦树皮”样。全身症状严重，高热，神昏谵语，常伴有肝、肾等的损害。病程久，可持续1~3个月。如抢救治疗不及时，可危及病人生命。砷剂、山道年、鲁米那、链霉素等易引起此型药物性皮炎。

此外，某些药物致病也有特殊表现，可助诊断。如磺胺类药所致的皮炎，常在暴露部位先发皮损，而且较重，然后波及其他部位；也常合并肝、肾及血液方面的改变。链霉素致病其皮损表现不一，有时伴有神经系统的损害，如口唇及指端麻木或针刺感、耳鸣、平衡障碍等。保泰松所致者，病情严重，多伴有胃肠道、肝、肾以及血液、电解质等方面的改变，如恶心呕吐、便秘或腹泻、肝脾肿大、溶血、血小板减少、皮肤红肿瘀血等，甚至昏迷抽搐。由注射药引起的，往往在注射的针眼处先发皮疹。

【诊断】 主要依据发病前有用药史，要问清用药和发病的关系。鉴别诊断除有关的皮肤病之外，重要的是与某些传染病和败血症的皮肤发疹相鉴别。

【预防】 医务人员对过敏体质的病人用药应谨慎，用药前要问病人有无药物过敏史。药物过敏者应禁用该类致病药物。如已确知致病药物，应详告病人或发给禁忌药卡片（记载致病药物的名称和致病的主要症状）。用药应掌握指征，不可滥用，同一时期用药种类不宜过多。用药过程中发现过敏反应时应立即停药，切忌继续用药。对有肝、肾、心等疾病者，用药尤应谨慎。

### 【治疗】

1. 立即停用致病药物和可疑引起过敏的药物。
2. 促进药物排泄，可多饮水、糖水，或用莱豆、甘草各1~2两煎汤当茶饮。
3. 内服或注射抗组织胺剂及钙剂静脉注射（参见湿疹）。
4. 输液疗法 5~10%葡萄糖液500~1000毫升，内加维生素丙500~1000毫克，静滴，每日一次；或在葡萄糖液内加卤硷4~6克，静滴，每日一次。
5. 严重病例可用肾上腺皮质激素，如强的松每日20~40毫克，口服；或用氢化可的松每日100~200毫克加于5~10%葡萄糖液500~1000毫升内，静滴。愈早应用效果越好。病情好转逐渐减量，以至停药。
6. 如并发感染，需加用抗菌素或行淋巴结疗法。如有内脏损害，要适当对症治疗，对原有疾病也应治疗。但应避免和致病药相近似的药物（如磺胺与普鲁卡因、保泰松和氨基比林等化学结构均有部分相同之处）。
7. 局部治疗 大水疱可以消毒后抽出疱液，涂2%龙胆紫液；粘膜糜烂可涂布软膏等。
8. 重症病人须加强护理，注意保温，精心换药，防止褥疮和继发感染。
9. 砷剂、汞剂所致剥脱性皮炎，可用二巯基丙醇2.5~5毫克/公斤/次，肌注。最初两日每4小时一次，第3日每6小时一次，以后则每12小时一次，7~14日为一疗程。
10. 中药治疗 宜清热、利水、解毒。可用五皮饮（方见“消肿利水药”篇）或二通汤（路路通、木通、石膏、连翘、泽泻、甘草各3~5钱，竹叶、翠衣各5~8钱），水煎服。依病情适当加减。如有继发感染，加双花、地丁、公英、蚤休、马齿苋等；如大便秘结，加大黄、番泻叶等；如痒甚加黄芩、蒺藜、当归、苦参等。

### 接触性皮炎

由于接触某些刺激性或致敏性物质可引起皮肤急性炎症，称为接触性皮炎。主要发病部位是接触致病物质的皮肤或粘膜。

#### 【诊断要点】

1. 有接触史 发病前局部或全身有接触致病物质的情况，如昆虫（毛虫、蜈蚣等）、植物（漆树、荨麻等）、化学品（药品、化妆品）等。
2. 发病较急 病变多限于接触部位。
3. 损害的边界明显，依接触物性质和肌体敏感程度有不同的表现，如红斑、丘疹、肿胀、水疱、糜烂、结痂，甚至发生坏死。严重者除局部损害外，全身可有急性湿疹样改变，并可有轻重不同的全身症状。
4. 停止接触后，损害常在1~2周内逐渐消退。如仍接触，病情可加重。再次接触可以复发。

【治疗】 彻底清除致病物质。局部可用中药。可行输液及督脉针封闭疗法（参看“湿疹”篇）；严重病例应及时对症治疗，必要时作特异治疗（如敌敌畏接触性皮炎严重时，有全身性磷中毒症状，应予解磷毒及阿托品等治疗）。

## 植物日光皮炎

某些人当吃了某些野菜或蔬菜（如灰菜、苋菜、油菜等），经日光照射后，皮肤暴露部位（颜面、手背等处）发生红肿、瘀斑、水疱，甚或表皮焦枯坏死，皮肤表面很像1~2度烧伤，但基底水肿明显。重者唇厚、睑闭、脸肿、颈粗、手背肿胀不能握拳。自觉头痛、头晕、气闷、乏力，或发绀、发热，局部麻木刺痛、干紧灼热。南方多在3~5月间、北方多在5~6月发病。女性多于男性。好发于习惯吃上述野菜的地区。

### 【防治】

1. 应向群众宣传有关本病的知识，吃上述野菜时，要先作一定处理（如充分烹煮）；患过本病的，应尽量不吃上述野菜；如已吃过，在近期内避免日晒，可不发病或发病症状轻微。

2. 全身治疗 （1）卤硷内服或静滴（每日4~6克）。（2）10%葡萄糖液500~1000毫升内加维生素丙500毫克，静滴，每日一次。（3）督脉针封闭疗法（参见“湿疹”篇）。（4）全身症状严重者，可酌用氢化可的松静滴。

3. 局部治疗 红肿瘀斑可涂氧化锌油<sup>(3)</sup>、紫石膏<sup>(4)</sup>，加用2%硼酸水或0.1%雷夫诺尔液湿敷。大水疱可将疱液抽出，涂2%龙胆紫液。

4. 中药治疗 可用二通汤或五皮饮加减（参见“药物性皮炎”）。也可用“消毒饮”方（黄芩、连翘、路路通、陈皮、板蓝根、僵蚕、地龙、牛蒡子、甘草）。热盛、便秘加生大黄；尿少色黄加泽泻、翠衣1两；高热烦躁、神昏谵语加安宫牛黄丸一粒内服。

## 湿 疹

湿疹是常见的一种过敏性炎症性皮肤病。可分为急性、慢性及婴儿湿疹。

【病因】 主要是过敏反应，致敏因子较复杂。其次是神经功能障碍。祖国医学认为主要是风、湿、热侵于肌肤所致。

### 【临床表现】

1. 急性湿疹 祖国医学称为黄水疮。特点是：皮疹多形性，可有红斑、丘疹、水疱、脓疱、糜烂、渗液、结痂、脱屑等不同损害，有轻有重，多以其中某几种损害为主。皮损发病部位对称，无明显界限，弥漫或散在；局部瘙痒，或伴有烧灼感；病程反复，时愈时犯。愈后一般不留瘢痕。

2. 慢性湿疹 祖国医学称为湿癣。病程久，常限于某些部位，皮损浸润增厚呈皮革样（苔藓化）改变。多伴有色素增加或减退。

3. 婴儿湿疹 祖国医学称为奶癣。周岁以内的婴儿好先发于面颊部及头部的急性湿疹，重者可延及躯干或四肢。

### 【防治】

#### 1. 全身治疗

（1）抗组织胺类药物，见下页表。

| 常用药物     | 每次用量                       | 给药方法                 | 备注                             |
|----------|----------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 盐酸苯海拉明   | 25毫克(片)20毫克(支)             | 口服1日1~3次<br>肌注1日1~2次 |                                |
| 非那根(异丙嗪) | 12.5~25毫克(片)<br>25~50毫克(支) | 口服1日1~3次<br>肌注1日1次   | 肌注时,有的发生轻度抽搐,重者烦躁、不安、摇头、眼球水平震颤 |
| 扑尔敏      | 4毫克(片)                     | 1日1~3次               | 作用强,副作用小,对神经系统抑制较轻             |
| 安其敏      | 25毫克(片)                    | 1日1~3次               |                                |

(2) 钙剂: 常用其注射剂, 常用药物见下表。

| 常用药物      | 每日用量               | 注射方法 | 疗程次数  | 注意事项          |
|-----------|--------------------|------|-------|---------------|
| 10%葡萄糖酸钙液 | 10毫升(支)            | 静脉   | 5~10次 | 注射宜慢, 切勿注到血管外 |
| 5%氯化钙液    | 10毫升(支)<br>20毫升(支) | 静脉   | 5~10次 |               |
| 3%溴化钙液    | 20毫升(支)            | 静脉   | 5~10次 |               |

(3) 普鲁卡因疗法: 见表。

| 给药途径 | 用量及方法                                                | 疗程日数   | 注意事项         |
|------|------------------------------------------------------|--------|--------------|
| 口服   | 100毫克, 饭前口服, 一日3次                                    | 10~15日 |              |
| 静注   | 0.25%普鲁卡因液由5毫升开始, 静注一日一次, 以后每日递增2毫升, 至20毫升持续之        | 10~15日 | 应缓慢          |
| 静滴   | 1%普鲁卡因液30~60毫升加入5%葡萄糖液500毫升中, 再加入维生素丙500毫克, 静滴, 每日一次 | 10~15日 | 先由小量始, 宜缓慢滴注 |

(4) 卤硷疗法: 如10%卤硷上清液10~20毫升, 饭后口服, 每日1~3次, 10~15日一疗程。10%卤硷40~60毫升, 加于5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注, 每日1次, 10~15次为一疗程。

(5) 维生素乙<sub>6</sub>口服或肌注; 维生素丙口服、静注或加于葡萄糖液中静脉滴注。

## 2. 针刺疗法

(1) 督脉针疗法: 选用适当型号的督脉针, 选督脉适当穴位, 沿后正中线刺入, 针行皮内, 使表皮呈橘皮状, 每日或隔日一次, 5~10次为一疗程。也可用胶布固定留针。

(2) 督脉针封闭疗法: 用7号长注射针将0.5%普鲁卡因液10~15毫升选督脉适当穴位, 沿后正中线行皮内注射, 每日一次, 5~10次为一疗程。可疏通经络、调整脏腑、平衡阴阳, 使肌体正常的内在联系得到恢复, 以起到治病作用。

(3) 梅花针疗法: 用于局限性慢性湿疹。

## 3. 局部治疗

(1) 急性湿疹: 红斑、丘疹为主, 可用三黄洗剂<sup>(1)</sup>或炉甘石酚洗剂<sup>(2)</sup>; 水疱、糜烂为主, 可涂氧化锌油<sup>(3)</sup>或用2%硼酸水湿敷; 结痂为主, 可先用四环素软膏<sup>(17)</sup>等软化后除去痂皮, 再依皮损情况选用婴儿霜<sup>(7)</sup>、二黄膏<sup>(5)</sup>或湿疹膏<sup>(6)</sup>等局部涂擦, 一日1~2次。

(2) 慢性湿疹: 可用三白膏<sup>(8)</sup>、湿疹膏等局部涂擦。

(3) 婴儿湿疹: 可用二黄膏、湿疹膏、紫石膏<sup>(4)</sup>或婴儿霜等局部涂擦, 一日1~2次。

## 4. 中药治疗

(1) 起病急，泛发全身，痒重，抓后出水，伴有水肿渗出者，治宜清热利水解毒，可用二通汤或五皮饮加减；或治以去风解毒，可用升麻消毒饮（当归、白芍、连翘、牛蒡子、梔子、羌活、白芷、红花、防风、甘草、苦参、升麻），水煎服，日服2~3次。

(2) 病久皮肤干燥，痒重，抓后渗血，咽干不渴，失眠者，治宜滋阴凉血。可用地黄饮加减：生地、首乌、元参各5钱，当归、丹皮、蒺藜各3钱，僵蚕、红花、荆芥、防风各2钱，水煎服。

5. 护理及其他 患处不用热水或肥皂水烫洗，避免用手搔抓；病人或乳母忌食鱼腥辛辣等食物；病儿不宜接种牛痘，以免湿疹症状加重或并发水痘样疹。

## 荨 麻 疹

荨麻疹俗称风疹块，祖国医学称为瘾疹。是一种过敏性疾病。主要是人体对致敏性或刺激性因素的反应性增高，表现为皮肤或粘膜的一种血管神经性反应。

【病因】 本病的致病原因是多方面的。祖国医学认为表虚之人出汗时受风寒可以发病。某些食物如鸡蛋、牛乳、鱼、肉、虾、蟹等往往诱发本病，称为“脾风”。另外，接触某些植物如漆树、荨麻、花粉等；蜂、蚊、虱、蚤、“小咬”（蠓）、“毛虫”、毒蛾等昆虫刺咬；肠道寄生虫、感染以及某些药物等，皆可引起荨麻疹。

【临床表现】 发病突然，出现大小不等、淡红或苍白的风团，消失也快，一日之内可起伏多次。自觉甚痒。有时胃肠道受累，可有恶心呕吐、腹痛、腹泻。喉头、气管粘膜受累时，可有气闷、窒息感。严重者全身可有发热、烦躁、呼吸困难甚至血压下降等症状。

丘疹性荨麻疹好发于儿童，夏秋季多见，皮疹多形。可见风团，其上有高粱粒大的丘疹、丘疱疹或水疱。因继发感染，常合并脓疱病。愈后留有色素沉着。自觉瘙痒，反复发作。

根据上述特点，诊断不困难。但需和虫咬皮炎（有昆虫刺咬史，皮疹中央有虫咬痕迹）和水痘（皮疹为绿豆大的水疱，疱壁薄而松弛，中央有凹窝，边缘有红晕，皮疹新旧不一，陈旧者顶有血痂，头部及躯干多见，伴有全身症状，无反复发作史）相鉴别。

荨麻疹有时伴有非炎症性局限性水肿（或称血管神经性水肿，祖国医学称为“卒风肿”）。好发于眼睑、口唇、喉头，小儿好发于耳廓、手背、足背或阴茎包皮等部位。如发生在喉头，可有窒息的危险。

### 【治疗】

1. 抗过敏疗法 (1) 抗组织胺药口服或注射；(2) 钙剂静脉注射；(3) 维生素丙口服或静注；(4) 严重时酌情用肾上腺素，必要时抗休克治疗、输液或氢化可的松静滴。

2. 调节植物神经药物 可口服麻黄素或氯丙嗪。

3. 针刺疗法 (1) 取穴风府、曲池、足三里、合谷、风市，强刺激。(2) 耳针，可选荨麻疹区或对耳轮下脚陷凹处。

4. 丘疹性荨麻疹的病儿应注意纠正偏食，不宜吃蛋白质过多；如有肠道寄生虫应驱虫。避免昆虫刺咬等诱因。如有继发感染，可按脓疱病治疗。

5. 外用药 炉甘石酚洗剂<sup>(8)</sup>、薄荷酚洗剂<sup>9</sup>涂擦，或用醋加水一倍后涂擦，均有止痒效果。

## 6. 辨证施治

(1) 证见皮疹色红、遇热加重，脉浮数，苔黄时，可用荆芥、防风、山梔、牛蒡子、浮萍、甘草各3钱，蝉蜕1.5钱，苦参、黄芩、蒺藜各5钱，水煎服。

(2) 证见皮疹色白，遇冷加剧，脉迟濡，苔白时，可用桂枝2钱，麻黄、赤芍、独活、羌活、僵蚕、甘草各3钱，防风、荆芥各4钱，黄芪5钱，水煎服。或用苍耳子炒至枯黄，研成细末，每服3~5分，一日3次，温开水或黄酒冲下。

(3) 证见皮疹色红、口干目赤，脉沉实，苔黄、便秘时，可用大黄、芒硝各3钱，甘草5钱，水煎服。

## 神经性皮炎

神经性皮炎是一种慢性瘙痒性皮肤病神经官能症，分局限型和播散型两种。

【临床表现】 局部先痒，抓后出现米粒大小不规则的多角形扁平丘疹，表面干燥、光泽或复细屑。久者形成一片，皮纹加深，皮肤增厚，“状如牛领之皮，厚而且坚”。故祖国医学称为牛皮癣。多见于成年人，局限型好发颈项部；播散型好发于四肢，如肘部、腋窝、大腿内侧和前臂伸侧，常对称分布。有时此病需与慢性湿疹鉴别，见下表。

|          | 神经性皮炎                  | 慢性湿疹                            |
|----------|------------------------|---------------------------------|
| 病史       | 初起为扁平丘疹，逐渐形成一片，一般不渗出   | 多有急性湿疹发作史，有时有渗出                 |
| 皮疹特征     | 边界清楚，均等性肥厚，皮纹清楚，如皮革样改变 | 边界较模糊，中央厚，边缘较薄，皮纹消失，有时伴有急性湿疹样改变 |
| 对刺激性药物反应 | 对刺激性药物耐受较好             | 对刺激性药物耐受较差，有时可引起急性湿疹化           |

## 【治疗】

1. 全身治疗 封闭疗法，卤碱疗法，督脉针疗法（参阅“湿疹”治疗），或应用抗组织胺剂及镇静剂。

2. 局部治疗 外擦二金膏<sup>(23)</sup>、三白膏<sup>(8)</sup>、神经性皮炎药水；或用10~20%氯化锌液涂布，每日1次，局部潮红有炎症反应时停用，改用二黄膏<sup>(5)</sup>或氧化锌膏<sup>(24)</sup>涂布，至炎症消退后，再涂氯化锌液，如此交替用药。

3. 中药 黄芩、白芍、丹皮、苦参、首乌各3~5钱，木通、石膏、泽泻各3钱，竹叶、翠衣各5~10钱，水煎，日服2~3次（本方对部分播散型皮疹潮红、痒甚者有效）。

## 银屑病

银屑病西医原称“牛皮癣”，虽然病因目前尚未明了，但已知不是浅部霉菌引起，故近年已改名为银屑病。祖国医学称为白疔（音bì）。

【临床表现】 初起为小米粒大至豆大的红色斑丘疹，以后逐渐扩大、增多或融合成各种形态，边界清楚，表面复以很厚的银白色鳞屑，抓之象云母片样层层剥离，重抓后可见薄膜及出血现象。自觉瘙痒。发病以头皮、四肢伸侧为主，也可泛发全身，指（趾）甲及粘膜也可受累。少数病人由于治疗不当，致全身皮肤潮红、肿胀、大量脱屑，叫银屑病性红皮症。个别病人并发类风湿性关节炎症状，关节痛、挛缩，指（趾）甲变形，皮损加重

而关节症状同时加重，一般夏季轻冬季重，称为关节病性银屑病。

【诊断】 根据发病部位及皮损特点，诊断多不困难。但有时需和玫瑰糠疹相鉴别，后者起病急，以躯干四肢屈侧为主，皮疹为不太规则的圆形、卵圆形红斑，其上有少量糠状细屑，痒较重，可以自愈。有的有母斑。

#### 【治疗】

1. 封闭疗法（参考“湿疹”，普鲁卡因静脉点滴疗效较好）。
  2. 654-2，10毫克肌注或加于25%葡萄糖液20毫升中静脉缓慢注射，一日一次。10~15次为一疗程（注意心脏病慎用，因该药可加速心跳）。
  3. 氨基甾素（白血宁）0.25毫克，一日2次口服，一周为一疗程。停药一周后可再服，一般不超过四个疗程。用此药应注意：（1）每疗程用药前须查白细胞数，如在4000/立方毫米以下，应停药。（2）如有口腔粘膜糜烂、食欲不振、脱发、腹痛等，应停药。
  4. 外用药 头面部可擦3号药水<sup>(22)</sup>，躯干四肢可擦5号<sup>(21)</sup>或9号药水<sup>(21)</sup>。一日一次。也可用0.01%或0.005%芥子气软膏<sup>(23)</sup>涂擦，一日一次。上述药物均不可一日之内涂擦数遍。5%白降汞软膏<sup>(19)</sup>、5%水杨酸软膏外用均有效。也可用熟猪油2两，加硫黄、轻粉各2钱，合匀成膏，外用，1日1~2次。银屑病性红皮症时，可涂擦硼酸氧化锌软膏<sup>(20)</sup>，不用芥子气类制剂，以免因刺激而加重病情。
  5. 耳针疗法、督脉针疗法。
  6. 中药 赤芍5钱，生地5钱，当归5钱，鸡血藤1两，蒺藜、苦参、黄芩各3~5钱，黄芪、桃仁各3钱，水煎服，每日2~3次。如皮疹色红屑厚，舌苔黄，大便干，痒甚，可加火麻仁、郁李仁、明天麻各3~5钱；如皮疹色淡屑薄，舌苔白薄，痒不甚，而冬季较重者，可加麻黄、桂枝、白芷各2钱。
- 服中药同时辅以其他治疗，效果较好。

## 癣

由浅部霉菌引起的皮肤病统称为癣，根据发病的部位及临床特点，有头癣、体癣、手足癣、甲癣等（祖国医学中的癣症，并不都是浅部霉菌性皮肤病）。常见的癣有以下几种。

### 头 癣

头癣祖国医学称为秃疮，主要有两种：（1）黄癣，祖国医学称为肥疮，俗称剃头疮。（2）白癣，俗称吃发癣。多发于儿童，传染性较强。两者的鉴别如下表：

|     | 黄 癣                                       | 白 癣                           |
|-----|-------------------------------------------|-------------------------------|
| 病 发 | 永久性脱发，残发卷屈无光泽，毛发折断不明显                     | 毛发折断明显，长短不齐，或发外有白鞘            |
| 皮 损 | 炎症反应明显，可见脓疱、溃疡，其上有盘状黄褐色痂，久者呈大片灰白色厚痂，有特殊臭味 | 炎症不明显，为大小不等圆形斑，其上有灰白色细屑，无特殊臭味 |
| 疤 痕 | (+)                                       | (-)                           |
| 预 后 | 至成年不一定自愈                                  | 成人可自愈                         |

### 【防治】

1. 普及宣传有关头癣的预防知识，早期发现，彻底治疗，减少传染源。集体生活中的病人应隔离治疗，病人用过的枕巾、帽子可煮沸消毒，污染的理发用具要消毒后再用。
2. 灰黄霉素口服，按每日每公斤体重10~20毫克计算，分三次服。连服2~3周。同时必须做到：（1）服药开始时剃光头一次，服药停止时再剃一次，并每日洗头一次。（2）每日用5~10%硫黄软膏<sup>(10)</sup>或硫黄水杨酸软膏<sup>(11)</sup>与5%碘酊或土槿皮酊交替涂布。
3. 皮损面积小者可用镊子将病发拔净，涂布上述的软膏或酊剂。

## 体 癣

体癣是指发于颜面、躯干、四肢等部位的癣。主要有两种：（1）圆癣，祖国医学称为钱癣，发生于大腿内侧的称为股癣。（2）花斑癣，祖国医学称为紫白癜风，俗称汗斑，成年人较多见，我国南方较多见。

圆癣与花斑癣的鉴别如下表。

|      | 圆 癣                                 | 花 斑 癣                                     |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| 发病部位 | 颜面、躯干、四肢等处均可发病，但以大腿内侧上部多见           | 以躯干上部为主，有时波及上肢等处                          |
| 皮损特征 | 为单排小丘疹，小水疱上附血痂或鳞屑组成的环状边缘，初为圆形，后成地图状 | 为豆大圆形小斑片，或融合成大片，上复灰褐色屑膜，愈后局部皮色变淡，呈深浅不一的花斑 |
| 痒    | 明 显                                 | 不 明 显                                     |

### 【防治】

1. 衣服要煮沸或日晒消毒。
2. 复方土槿皮酊<sup>(12)</sup>、复方乌洛托品洗剂<sup>(13)</sup>或脚气膏局部涂擦，一日1~2次。
3. 胆矾2钱、醋1斤，溶后局部涂擦，一日1次。

## 手足癣与甲癣

手足癣发生于手掌、足跖、指（趾）间，水疱为主的叫疱疹型；指（趾）间浸渍糜烂的叫间擦型；掌跖发红、干燥角化的叫角化型。均有瘙痒，夏季重，冬季轻。手癣常发生于一侧，足癣往往有继发感染。

甲癣又称灰指甲，指（趾）甲板增厚、变脆、糠化，变为灰黄色，多继发于手足癣。

### 【防治】

1. 鞋袜常洗常晒，保持清洁、干燥。
2. 复方土槿皮酊<sup>(12)</sup>、复方乌洛托品洗剂<sup>(13)</sup>、脚气膏涂擦，或脚癣粉<sup>(14)</sup>撒布，角质增厚时用10~15%水杨酸膏涂布，均一日1~2次。
3. 甲癣治疗应先治手足癣至近愈状况，用溶甲剂<sup>(15)</sup>包扎病甲，5~7天换药一次，2~3次后病甲松动软化，且甲板部霉菌基本杀灭时，拔除病甲。同时开始服用灰黄霉素，成人每日3次，每次200毫克。连服4~8周。同时外用5%碘酊涂布甲板，每日1~2次。并随时清除残存病甲（用小刀刮），还要做到原手足癣的彻底治疗。

【附】 霉菌检查方法：在有显微镜的条件下，采取可疑的病发、皮屑、水疱壁、病甲屑置玻片

上，滴上1~2滴5~10%苛性钾或苛性钠溶液，盖上盖玻片，稍稍加热，促使角质溶解，压片。于显微镜下暗光观察，阳性者可见菌丝或孢子。如不能及时检查，可将采集的毛发、皮屑、甲屑等用纸包好，一般2~3个月内检查，仍可发现阳性者。

## 脓 疱 病

本病是由葡萄球菌或链球菌引起的皮肤浅部感染，传染性较强，夏季常见，多发于儿童。祖国医学称为浸淫疮，俗称黄皮炎。

【临床表现】 好发于头面、四肢等暴露部位。初起为孤立的水疱或脓疱，溃后糜烂、结痂，周围有红晕，皮损界限清楚，自觉痒痛。可以相互传染或自身感染。严重时可有发热及邻近的淋巴结肿大。本病往往继发于瘙痒性皮肤病。

### 【防治】

1. 讲究卫生，勤洗澡、剪甲，勤换洗衣服。并注意避免接触传染。
2. 如有瘙痒性皮肤病（如湿疹、丘疹性荨麻疹等），应积极治疗。尽力避免因搔抓而致自身感染。
3. 局部治疗 水疱、脓疱可涂2%龙胆紫，结痂可涂呋喃西林软膏<sup>(16)</sup>、四环素软膏<sup>(17)</sup>等，或用马齿苋、白头翁各1~2两煎水洗局部，一日1~2次。

重症病人，可口服磺胺或抗菌素。用中药宜清热解毒，可用马齿苋、公英、地丁各5~10钱；或双花、连翘、黄芩、蚤休、黄柏、地骨皮各3~5钱，水煎，日服2~3次。

## 带 状 疱 疹

本病是由病毒引起的一种皮肤病，祖国医学称为蛇丹，俗称蛇蟠疮。多发于春秋，往往和水痘伴随发病。

【临床表现】 发病前多有局部皮肤刺痛或灼烧感，继而出现群集的丘疹、水疱，周围有红晕。特点是发于单侧，沿神经走行呈带状分布。自觉疼痛或灼烧。严重者可见血疱（出血性带状疱疹）或坏死（坏死性带状疱疹）。眼部的带状疱疹可引起结膜炎、溃疡性角膜炎，甚至引起全眼球炎或脑膜炎。病程2~4周。愈后终身免疫。有的病人愈后可遗留神经痛。

### 【治疗】

1. 针刺疗法 取阿是穴，配三阴交、足三里、合谷、内关、曲池、肝俞等穴。
2. 封闭疗法 0.5~1.0%普鲁卡因液10~20毫升。于被侵犯神经的根部浸润注射，一日1次。
3. 督脉针封闭疗法。
4. 应用止痛药，轻者用索密痛、安乃近等，重者可用杜冷丁等。
5. 维生素B<sub>12</sub>，口服或注射。维生素B<sub>12</sub>100~500微克肌肉注射。紫草液2毫升肌肉注射，一日1~2次。
6. 2%龙胆紫液或金霉素膏<sup>(17)</sup>涂布，也可用紫石膏<sup>(4)</sup>涂布，一日1~2次。
7. 如有继发感染或其他症状，应相应处理。
8. 用中药宜清热、解毒、止痛。可用公英、双花各1两，紫草、板蓝根、青黛、连

翘各 3~5 钱，白芷、透骨草各 2~3 钱，柴胡、黄芩各 3 钱，水煎，日服 2~3 次。

## 麻 风

麻风是接触麻风杆菌引起的一种慢性传染病。祖国医学称为疔风，俗称大麻风。

解放前，反动统治阶级对本病不但不进行防治，而且对麻风病人歧视并进行残酷的迫害，致使麻风蔓延扩散。解放后，在伟大领袖毛主席的英明领导下，麻风防治工作取得了显著的成绩。特别是经过无产阶级文化大革命的战斗锻炼，革命医务人员坚决贯彻执行毛主席的革命卫生路线，用“一不怕苦，二不怕死”的革命精神做好麻风的防治工作。如解放军五十二医院和四川省甘孜自治州人民医院，组成毛泽东思想医疗宣传队，深入麻风病院和麻风村，开展麻风病的防治工作，为我们树立了榜样。

本病潜伏期约 2~5 年，主要侵犯皮肤和周围神经。可分为两型（瘤型及结核样型）和两类（未定类及界线类）。两型较为常见，是防治的重点。诊断麻风主要根据临床表现、细菌检查、麻风菌素试验和组织病理变化。现将两型和两类麻风的特点列表如下：

| 型（类）别   |         | 瘤 型                                            | 结核样型                            | 未 定 类 | 界 线 类                 |
|---------|---------|------------------------------------------------|---------------------------------|-------|-----------------------|
| 发病情况    |         | 约占 20%                                         | 约占 60~70%                       | 5% 以下 | 约占 5~10%              |
| 传 染 性   |         | 有                                              | 几无                              | 大多不传染 | 有                     |
| 临 床 表 现 | 发 病 部 位 | 以皮肤为主，常泛发，对称。常侵犯粘膜及淋巴结，晚期可侵犯内脏（如眼球、睾丸、卵巢、肝、脾等） | 常侵犯面部、四肢部位的皮肤，周围神经常受累，不对称       | 以肢端为主 | 不 定                   |
|         | 皮 肤 损 伤 | 以红斑、结节和弥漫浸润为主，表面光亮，可形成麻风特殊面貌                   | 以斑疹为主，其上或有细屑                    | 淡色斑   | 具有瘤型及结核样型的表现，以浸润性斑片为主 |
|         | 边 缘     | 不清楚                                            | 清楚                              | 不定    | 清楚不清楚均有               |
|         | 神 经 症 状 | 出现较迟，肿大神经较软                                    | 出现较早，肿大神经较硬，有的只有神经肿大而无皮损（纯神经炎型） | 较微    | 具有两型的特点               |
| 细菌检查    |         | 阳性                                             | 阴性（反应期例外）                       | 多为阴性  | 多为阳性                  |
| 麻风菌素试验  |         | 阴性                                             | 阳性                              | 多为阳性  | 多为阴性                  |
| 病理变化    |         | 可见麻风细胞构成的疏松肉芽肿                                 | 结核样结构                           | 慢性炎症  | 有麻风细胞，又有结核样结构         |

### 〔附〕 1. 麻风杆菌检查法

（1）皮肤检菌：选择最活动的损害，如红色皮疹、结节或浸润显著处，酒精消毒后，左手拇指捏紧皮肤使呈苍白色，右手持消毒刀划到真皮，用刀尖在创口底部和两侧，由内向外刮取组织液及微量组织，涂片、烤干固定后，用抗酸染色法染色。

（2）粘膜检菌：一般选择鼻粘膜，先将鼻腔擦净，用鼻拭子或消毒棉签用力擦鼻中隔前下部粘膜后，作涂片。

麻风反应：各型（类）麻风均可发生麻风反应，表现为突然爆发新的损害，或原有的损害红肿扩大，或神经肿大疼痛，或伴有发热、关节酸痛等全身症状。在反应期间，麻风杆菌检查阳性率增高，传染性增大。

2. 麻风菌素试验 用麻风菌素作皮内试验，此反应对麻风分型及判断预后参考价值。

### 【预防】

1. 在有麻风的地区开展有关麻风防治知识的宣传。麻风主要是通过和麻风病人长期密切接触，尤其是长期与瘤型麻风病人接触而传染的。健康人，皮肤无破口，即使短暂接触麻风杆菌，也不会得病。皮肤有破伤，病菌侵入，加以肌体抵抗力不强，才能引起发病。因此，做好麻风病人的管理和治疗工作，麻风病是完全可以控制的。

2. 早期发现病人，早期处理。麻风发病很慢，如果发现病人身上有麻木性的斑，不知冷热，不出汗，有和麻风病人接触史，就应送医院详细检查，因为这些可能是麻风的早期症状。确诊麻风后，瘤型麻风病人应入麻风病院隔离治疗。结核样型麻风病人一般可在家作隔离治疗。

3. 病人家属及密切接触者，应定期进行体检。麻风菌素试验阴性者可接种卡介苗，既能预防结核病，也可能增加人体对于麻风杆菌的免疫力。使其麻风菌素试验转为阳性。

4. 批判过去各种对待麻风不正确的认识和说法，坚决反对任何歧视的思想行为。

【治疗】 鼓励病人树立起战胜疾病的坚强信心，使病人认识到麻风是可以治愈的，克服悲观情绪，发扬为革命治病的乐观主义精神。在治疗中应采取中西医药综合治疗。

1. 砒类药 有严重肝肾疾病，重度贫血及活动性溃疡病者禁用。

(1) 氨苯砒：开始每日口服 50 毫克，一个月后每日 100 毫克，每服六日停药一日，每服两个月停药两周。可连服 3~5 年。

(2) 苯丙砒：开始每日口服 0.5 克，以后每两周增加 0.5 克（日量），每日最大剂量不超过 3 克，停药法同上。

2. 中药 (1) 扫风丸：开始每日 2 钱，以后逐渐增加，最大剂量不超过 1 两，分三次饭前服。(2) 蝮蛇酒：用白酒 2 斤放入活蝮蛇一条，再加入人参 5 钱，密封后，置于冷藏处，3 个月后取酒服用，每次 5~6 毫升，每日服 1~2 次。

### 〔附〕皮肤病常用外用药处方

(1) 三黄洗剂：大黄、黄柏、黄芩、苦参各等分，共研细末。20 克，开水加至 100 毫升。用于接触性皮炎、湿疹等急性炎症的早期，用时摇匀，涂擦用。

(2) 炉甘石酊洗剂：炉甘石 12 克、氧化锌 12 克、甘油 5 毫升、液体酚 1 毫升，蒸馏水加至 100 毫升。用于稻田皮炎、接触性皮炎、荨麻疹等。

(3) 氧化锌油：氧化锌 50 克、橄榄油（也可用豆油或麻油）50 毫升。用于急性渗出性、亚急性炎症，作涂布用。炎症明显时并用湿敷。

(4) 紫石膏：紫草粉（细罗筛）50 克、煅石膏粉（细罗筛）30 克、蜂蜡 10 克、香油（或豆油）250 毫升。用于 1~2 度烫伤、带状疱疹、糜烂面。

(5) 二黄膏：大黄粉 15 克、黄柏粉 15 克、甘草流浸膏 20 毫升、凡士林 100 克，调匀。用于湿疹、接触性皮炎等急性、亚急性炎症。

(6) 湿疹膏：黄连粉 50 克、炉甘石粉 25 克、蜂蜡 50 克、蛤粉 50 克、煅石膏 25 克、蓖麻油 500 毫升，熔化调匀冷却成膏。用于急性、亚急性炎症，如湿疹、皮炎等。

(7) 婴儿霜（简单方）：氢化可的松片 12.5 片（如无氢化可的松片，可用地塞米松或强的松片代替，片数相同），雪花膏 1 两，将氢化可的松片研成极细末，与雪花膏调匀。用于婴儿湿疹、急性湿疹等渗出严重时。

(8) 三白膏：白芷粉 10 克（醇浸）、白藜皮粉 10 克（醇浸）、白头翁粉 10 克（水浸）、川乌

粉(草乌粉)20克(苯或氯仿浸)、凡士林200克,调匀成膏。用于神经性皮炎、慢性湿疹等瘙痒性慢性炎症。

(9) 薄荷酚洗剂:薄荷2克、液体酚1毫升,50%酒精加至100毫升。用于荨麻疹、皮肤瘙痒症、丘疹性荨麻疹等。

(10) 5~10%硫黄软膏:沉降硫黄5~10克,凡士林加至100克。用于霉菌感染,如头癣、脂溢性皮肤病。

(11) 硫黄水杨酸软膏:硫黄5~10克、水杨酸5克,凡士林加至100克。用于头癣。

(12) 复方土槿皮酊:10%土槿皮酊40毫升、苯甲酸12克、水杨酸6克,95%酒精加至100毫升。用于皮肤霉菌感染,如头癣、体癣、手足癣等。

(13) 复方乌洛托品洗剂:乌洛托品10克、甘油20毫升、8%醋酸70毫升。用于体癣、手足癣等。

(14) 脚癣粉:水杨酸1克、乌洛托品2克、氧化锌粉15克、硼酸粉15克、滑石粉15克,混匀。用于足癣。

(15) 溶甲剂:水杨酸20克、乳酸15克、雷琐辛15克、普鲁卡因5克、羊毛脂25克、凡士林10克、黄蜡10克。用于甲癣、鸡眼、寻常疣。

(16) 呋喃西林软膏:呋喃西林50毫克、凡士林100克。用于化脓性皮肤病。

(17) 四环素软膏:四环素0.5克、凡士林100克。用于化脓性皮肤病。

(18) 金霉素软膏:金霉素0.5克、凡士林100克。用于化脓性或病毒性皮肤病。

(19) 5%白降汞软膏:白降汞5克、凡士林100克。用于银屑病。

(20) 硼酸氧化锌软膏:硼酸5克、氧化锌10克,凡士林加至100克。用于亚急性炎症,如湿疹、银屑病红皮症。

(21) 9号及5号药水:2%芥子气花生油50毫升、花生油350毫升,松节油加至10000毫升。上記处方为9号,如配5号,将2%芥子气花生油减为25毫升即可。用于银屑病,躯干及四肢部位。

(22) 3号药水:盐酸氮芥250毫克、50%普鲁卡因10毫升、二缩三乙二醇50毫升、蒸馏水100毫升,二甲基亚砷加至500毫升。用于头面部银屑病、局部涂擦。

(23) 二金膏:生草乌粉100克(醇浸)、氧化锌粉50克、氧化锌100克、凡士林750克。用于神经性皮炎。

(24) 氧化锌软膏:氧化锌10克、凡士林90克。用于亚急性炎症,如湿疹或皮炎渗出不明显时。

(25) 0.005~0.01%芥子气软膏:0.5~1%芥子气花生油100毫升,凡士林9900克。用于银屑病。

## 第十二章 五官病症

### 红 眼

红眼是指白眼球（结膜、巩膜）全部或部分呈红色。由充血或出血引起，以充血为常见。许多眼病都有这一体征。

在正常情况下，由于结膜和巩膜的血管很少，且均为小血管或毛细血管，故看不出红色。一旦因眼外伤或其他疾病引起结膜下出血；或炎症引起血管扩张充血；或眼部血液循环障碍引起静脉淤血，都可使白眼球发红，形成红眼。

红眼包括两大类：（1）结膜下出血；（2）充血。充血又分：①浅层结膜血管充血，称为结膜充血；②深层环绕角膜的血管充血，称为睫状充血（角膜周围充血）。前者是较轻的眼病，后者是较重的眼病。有时两种充血同时存在，称为混合性充血。如充血的范围局限，称为限局性充血（图 12-1）。显然，如果一概认为红眼都是暴发火眼（急性结膜炎），只给滴点眼药，不仅收不到效果，反会贻误治疗时机，加重病情，甚至造成失明。

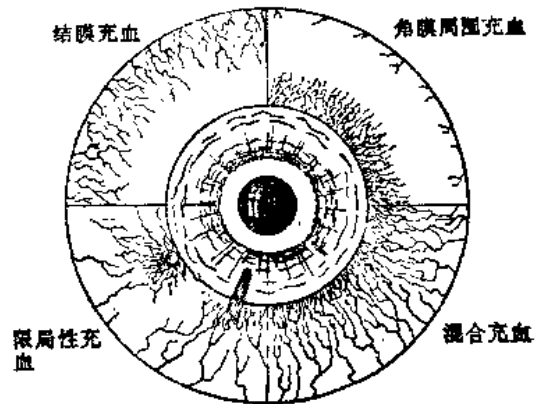


图 12-1 红眼的种类模式图

|      | 结 膜 充 血       | 睫 状 充 血     | 结膜下出血 |
|------|---------------|-------------|-------|
| 部 位  | 浅表，近穹窿部显著     | 深层，近角膜缘显著   | 球结膜下  |
| 颜 色  | 鲜红            | 暗红          | 鲜红或暗红 |
| 血管形态 | 血管走行清晰、弯曲而且扩张 | 血管走行不清，呈弥漫状 | 片状红色  |
| 症 状  | 异物感，分泌物多      | 眼痛，怕光，无分泌物  | 不适感   |

1. 结膜充血 这种充血部位表浅，颜色鲜红。包括覆盖在白色巩膜外面的球结膜，覆盖在眼睑内侧面的睑结膜以及两者移行的穹窿部结膜的血管扩张充血。多见于结膜炎症。凡是结膜炎都有结膜充血，这是共同点。但是各类结膜炎又各有其特殊点，如急性结膜炎的特点是结膜充血重和分泌物增多；沙眼是结膜充血伴有睑结膜粗糙不平滤泡，而泡性结膜炎则是限局性结膜充血和结节形成。

2. 睫状充血 睫状充血部位较深，颜色紫红，以角膜周围较显著。这是眼病常见的一项重要体征，表示巩膜、角膜和眼内部的虹膜睫状体等组织发生了病变。我们必须对它有足够的重视，要仔细检查，作出正确的诊断。

3. 混合性充血 见于充血性青光眼。

4. 结膜下出血 呈片状，鲜红或暗红色，多为外伤等所致。

## 急性结膜炎

急性结膜炎俗称暴发火眼，是一种急性感染性眼病。常见的致病菌为肺炎双球菌、葡萄球菌、链球菌等。

【临床表现】 发病急，初起时眼有异物感，视力多不受影响。明显的结膜充血和分泌物多是本病的特征。分泌物多为粘液性或粘液脓性，可粘着眼睑及睫毛，晨起时常睁不开眼睛。结膜充血严重时，可有点状出血和眼睑、球结膜水肿。病变多于1~2周内痊愈。如未得到及时治疗，可转为慢性结膜炎或并发角膜炎。

【预防】 细菌存在于眼分泌物中，可通过接触传染。应积极治疗病人，避免传播。病人的毛巾、手帕、面盆不要给他人使用。接触患眼之后要洗手。集体场所应加强卫生宣传教育。改变用手揉眼的不良习惯。一眼患病，另一眼也要点眼药预防。

### 【治疗】

1. 初起时，可冷敷患眼。
2. 针刺治疗 针刺风池、太阳、合谷，用强刺激手法；或用三棱针在患侧耳边点刺出血，或在太阳穴点刺出血加用拔火罐。
3. 中草药验方（1）小田基黄（全草）1~2两，煎水熏洗患眼。（2）将活水蛭3~5条，放于生蜂蜜5毫升内浸6小时，滴眼，每日一次，每次一滴。（3）黄连煎水洗眼，每日2~3次。（4）将石螺蛳喂养盆内，用时取一个，用注射器吸出螺蛳的水点眼，每日三次。（5）制成的点眼药：如1%黄连素液、10%三棵针液、1%金银花液、10%千里光液、10%十大功劳液、0.1%增光眼药水（6133）等，每日滴眼3~5次。亦可用当归尾3钱、菊花3钱、黄芩3钱，水煎服。
4. 0.25%氯霉素眼药水、15%磺胺醋酸钠眼药水滴眼，每日3~6次。晚间涂抗菌素眼膏。
5. 分泌物多时用盐水或冷开水洗眼，每日2次。盐水用500毫升开水化1钱精盐配成。

## 泡性结膜炎

本病是一种变态反应性疾病，由于结膜对异性蛋白（如结核菌素、体内病灶感染细菌的产物等）过敏引起。多发生在体弱和有偏食习惯的儿童。

【临床表现】 疱疹常发生在球结膜上或角膜缘，白色圆形，一个或数个。疱疹周围有限局性结膜充血。疱疹可自顶端破溃形成溃疡，约经1~2周痊愈，不留痕迹，但易复发，有的可拖延数月或数年之久。病人可仅觉眼睛不适。如疱疹位于角膜与结膜交界处，称为泡性结、角膜炎；位于角膜，称为泡性角膜炎，则有重度怕光、异物感及眼痛、睑痉挛等，患儿经常将头俯伏在大人肩上，喜在暗处。

### 【治疗】

1. 增强体质，加强身体锻炼，去掉偏食习惯。口服鱼肝油及钙剂。如查出身体有结核病灶，应及时治疗。
2. 新医疗法 淋巴结疗法（可取颌下、耳前淋巴结）和耳针疗法（针刺眼区）有效。

3. 中药治疗 可用花粉3钱、蜜炙桑皮1钱半、枳壳1钱、胆草3钱、银花5钱、蒲公英5钱、甘草1钱，水煎服，每日一剂。亦可用黄芩注射液0.3~0.5毫升，结膜下注射，每日一次。

4. 滴用0.5%可的松眼药水或眼膏；或用链霉素50~100毫克行结膜下注射；或用0.5—1%普鲁卡因0.5毫升在小泡附近结膜下注射。

5. 泡性角膜炎，可滴1%阿托品液维持瞳孔开大。必要时可用5%碘酊烧灼有进展趋向的角膜溃疡。方法：先滴0.5%地卡因于结膜囊内二次，用细小棉签蘸碘酊轻擦溃疡上，但不要触及健康角膜，擦后速用生理盐水冲洗。如未愈，数日后可重复一次。

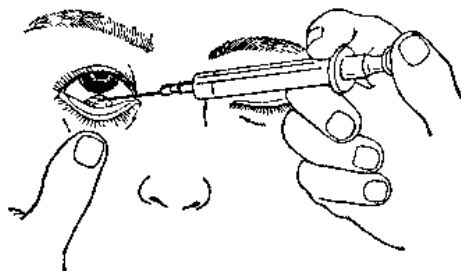


图 12-2 结膜下注射法

〔附〕 结膜下注射法（图 12-2）。

患眼向上注视，注射器的针头以水平方向刺入球结膜下。如需注射于上方球结膜，让患眼向下注视。注射时不可将针头刺伤巩膜。注射后闭眼2分钟，多有短时间的灼痛感，可自行消失。

## 沙 眼

【沙眼的发生和预防】 沙眼是由病毒引起的一种慢性传染性结膜炎。沙眼发病缓慢，病程较长，初起时因症状不明显，病人多不易察觉。炎症逐渐发展，侵犯结膜下组织及睑板，由于瘢痕收缩或角膜混浊造成一系列并发症时，则影响视力，妨碍劳动和生活。

在旧社会，沙眼是造成失明的主要原因之一，在反动统治阶级的残酷压迫和剥削下，广大劳动人民生活困苦，饥寒交迫，更无法防治眼病。因沙眼失明，流离失所，乞讨度日的难以数计。解放后，在党和毛主席的关怀下，广大劳动人民的生活水平和健康水平不断提高，沙眼防治工作有了很大发展，沙眼的发病率显著下降。但是叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，顽固地推行反革命修正主义卫生路线，背离为工农兵服务的方向，严重地阻碍了群众性沙眼防治工作的开展。在无产阶级文化大革命中，革命医务人员坚决贯彻毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大方针，深入农村为贫下中农服务，培养赤脚医生，举办防盲训练班。许多患沙眼及其并发病的病人得到了及时的治疗，恢复了视力，当他们看到我们伟大领袖的光辉形象时，不禁高呼毛主席万岁，万万岁！

沙眼主要是接触传染。沙眼病毒存在于患沙眼病人的分泌物中，通过被污染的手指、毛巾、脸盆或公共场所的用具而传染给别人，因此，沙眼的防治关键在预防。遵照毛主席关于“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平”的伟大教导，开展沙眼的防治工作，必须充分发动群众，广泛进行宣传，使广大群众了解沙眼的传染方式、危害性和预防方法，不与患沙眼的人共用毛巾、脸盆洗脸，勤洗手，常剪指甲，不用脏手揉眼、手巾、手帕要常洗晒等。服务性行业（浴池、理发店、旅店）用的手巾、浴巾、脸盆等用具要定时消毒。同时要把沙眼的防治工作和除害灭病、讲究卫生的群众性爱国卫生运动紧密结合起来，因地制宜地改善环境和个人卫生，定时开展群众性的沙眼普查普治工作，作为保护广大劳动人民健康的一项经常性措施，积极早期治疗沙眼病人，控制传染，消除并发症的发生。

【临床表现】 沙眼初起时，自觉症状不明显，或仅感眼发痒，摩擦感和有少量分泌物，视力不受影响。随病情进展，有继发感染，或角膜上有活动性血管翳时，症状逐渐加重，疼痛，羞明，流泪，视力减退。

沙眼病变多先出现在上睑结膜的睑板上缘和上穹窿部，后逐渐蔓延至全部睑结膜。初期的主要表现是结膜充血，血管模糊不清；结膜肥厚而显粗糙不平；乳头增生，典型的好象红色丝绒；滤泡形成，呈灰色半透明隆起。并可在角膜上缘发生新生血管，长向透明的角膜，形成角膜血管翳（图12-3）。上述体征代表了沙眼的活动性病变，此时期沙眼的传染性很强。当沙眼进行一个阶段后，所有炎症性的活动病变如滤泡、乳头相继被瘢痕组织所代替而自愈，瘢痕多呈白色线状或网状，后期瘢痕增多呈片状。为了诊断方便，掌握治疗时机，将沙眼分为二期。

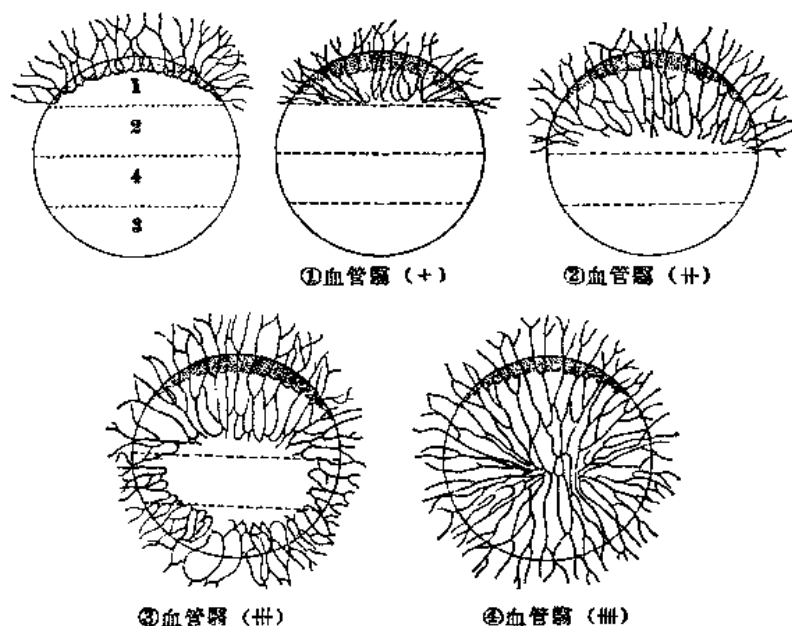


图 12-3 沙眼血管翳部位表示法

表示。所以，沙 I<sub>+</sub> 或沙 I<sub>+</sub> 代表轻沙眼，沙 I<sub>++</sub> 或沙 I<sub>++</sub> 代表重沙眼。

【诊断与鉴别诊断】 许多结膜病和沙眼有相似之处，因此，对沙眼诊断应全面观察，方能作出正确诊断。注意沙眼病人的睑结膜肥厚、沙眼乳头滤泡的特点及沙眼性血管翳和自然形成瘢痕等特征，是沙眼诊断的根据（图12-4）。

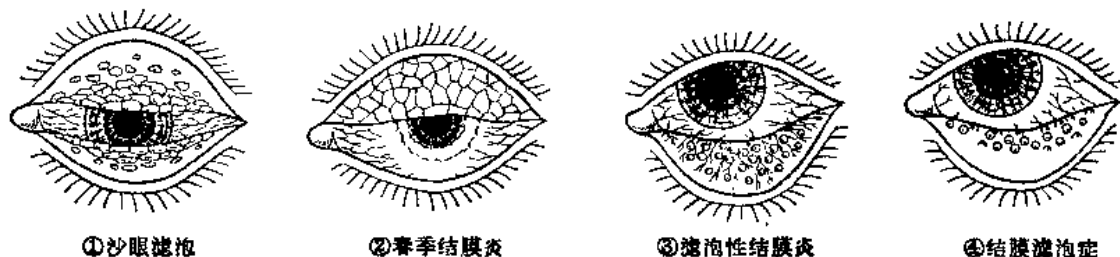


图 12-4 结膜滤泡的类型

### 1. 浸润期（沙 I）

即活动期，结膜上有乳头、滤泡出现。此期如及时治疗，能中断沙眼病程，对预防并发症的发生有着重要意义。

### 2. 瘢痕期（沙 II）

从瘢痕开始出现到全部结膜。病变结膜全部结膜表示沙眼痊愈，此时沙眼没有传染性。临床用“+”

“+”代表沙眼活动性病变的范围，凡活动性病变范围占睑结膜 1/3 以下者，用“+”表示；超过睑结膜 1/3 者，用“++”

### 沙眼的鉴别诊断

|      | 沙眼          | 慢性滤泡性结膜炎    | 春季结膜炎                                | 结膜滤泡症                 |
|------|-------------|-------------|--------------------------------------|-----------------------|
| 病因   | 病毒          | 颗粒杆菌感染      | 过敏原                                  | 结膜腺样组织增生              |
| 病变部位 | 主要在上穹窿及上睑结膜 | 下睑结膜及下穹窿部   | 睑结膜型：主要在上睑结膜，不侵犯穹窿部。<br>角膜缘型：主要在角膜周围 | 下睑结膜及下穹窿部             |
| 结膜情况 | 浸润，肥厚，血管不清  | 充血，不肥厚，血管不清 | 肥厚，呈乳白色                              | 滤泡之间的结构正常，血管清楚        |
| 滤泡特点 | 大小不等，排列不整   | 大小均匀，排列整齐   | 硬而扁平的乳头，大小不一，形似铺路的卵石                 | 圆形，小而半透明              |
| 角膜变化 | 有血管翳        | 无血管翳        | 角膜缘型：在角膜周围有灰黄色胶样隆起                   | 无变化                   |
| 其他情况 | 愈后结膜有瘢痕     | 无瘢痕         | 有季节性，多春季发作，发作有奇痒，也不留瘢痕               | 愈后结膜恢复正常              |
| 治 疗  |             | 0.25%氯霉素液   | 0.5%可的松点眼液                           | 0.5%硫酸锌液<br>0.25%氯霉素液 |

【治疗】 积极开展沙眼的治疗工作，对防盲、治盲有很重要的意义。对沙眼的不同阶段，应给予不同的治疗方法。对轻沙眼（沙Ⅰ<sub>+</sub>和沙Ⅱ<sub>+</sub>），重点放在预防上，同时配合积极治疗，勿使再感染及病变范围扩大。对重沙眼（沙Ⅲ<sub>+</sub>和沙Ⅳ<sub>+</sub>），重点放在治疗上，防止并发症的发生，对已有并发症者应及时处理。具体措施：

1. 轻沙眼可滴用0.25%氯霉素液、0.5%金霉素液或10~30%磺胺醋酰钠液，每日四次；0.5%四环素或金霉素眼膏，每日2~3次，对炎症较轻微大部结痂者可用0.5%硫酸锌液点眼。

中药眼药精：硼砂7.3%、硫酸铜1.8%、朱砂0.9%、冰片18%、炉甘石36%、荸荠36%。将药粉少许，直接点入眼内，每日数次。

2. 重沙眼除用上述眼药水、眼膏外，对乳头滤泡较多者，采用沙眼摩擦或滤泡压出术。可缩短沙眼之病程。术后仍继续滴眼药至痊愈。

3. 全身治疗 对炎症广泛，有刺激症状者，可口服磺胺嘧啶或长效磺胺。

【并发症及后遗症】 沙眼的发生发展过程，炎症由重变轻，瘢痕由小变大，以致全部结痂，但由于瘢痕形成，严重者可引起各种并发症和后遗症，因此，必须掌握沙眼的发展规律，用不同的方法去解决不同的矛盾。

1. 睑内翻与倒睫 睑内翻是由于睑结膜瘢痕收缩及睑板肥厚变形，使睑缘向内翻转所致。倒睫常与睑内翻同时出现，也可在睑缘尚未内翻时单独存在。倒睫触及眼球，经常摩擦角膜，造成弥漫性混浊或溃疡。本症比较常见，应及时行倒睫电解术或睑内翻矫正术。

2. 眼干燥病 广泛的瘢痕,破坏了结膜腺组织,闭锁了分泌腺管开口,使结膜、角膜干燥,久之角膜呈含灰白色混浊,严重影响视力。

3. 角膜溃疡 在角膜血管翳的末端出现半月形溃疡,治愈后遗留不同程度的角膜混浊,妨碍视力。治疗参考角膜溃疡章节。

4. 慢性泪囊炎 沙眼病毒侵入泪囊上皮,堵塞鼻泪管所致。病人自诉流泪、流脓,眼内眦部皮肤可有湿疹。检查用手指压迫泪囊部,常有浆液性、粘液脓性或脓性分泌物从泪道流出。此分泌物带有细菌可引起眼球感染。治疗应施行泪囊鼻腔吻合术或泪囊摘出术。

5. 睑球后粘连 穹窿部结膜瘢痕收缩,使穹窿变浅或消失,发生睑球粘连,影响眼球运动。

## 角 膜 炎

角膜是眼球最前部的一层无血管、透明的眼外膜,易受外伤和感染而变混浊,引起不同程度的视力障碍。

角膜炎症过程,一般包括浸润、溃疡、结疤三个阶段。

角膜炎初期,角膜周围出现睫状充血,同时在角膜上形成灰白色混浊,即角膜浸润。此时如能及时治疗,可完全吸收,使角膜恢复透明。如浸润发展扩大,进而表层坏死脱落,可形成溃疡。溃疡治愈过程,因形成不透明的瘢痕组织,引起角膜局部的翳斑,从厚度上分云翳、斑翳和白斑。如果溃疡继续进展,感染向内可引起虹膜炎,前房内有渗出或形成积脓。角膜溃疡穿破后,房水外流,虹膜脱出。以后溃疡愈合,使虹膜粘连于角膜,形成粘连性白斑,逐渐可能引起青光眼。有时粘连性白斑凸出,成为角膜葡萄肿(灰白色夹有黑蓝色的小包)。严重的病例可因眼内炎症而致眼球萎缩。

### 一、单纯性角膜炎

多由急性结膜炎、沙眼或轻微外伤引起。起初自觉症状轻微。在角膜缘内或沙眼血管翳的尖端形成点状浸润,以后逐渐融合扩大,形成弧形混浊,上皮脱落形成半月形溃疡(单纯性角膜溃疡)(图 12-5)。伴有睫状充血。应治疗原发病,并按角膜炎治疗,如治疗及时可吸收或留下小的云翳。

#### 【治疗】

1. 新针治疗 主穴:攒竹、丝竹空、阳白、四白、睛明、瞳子髎。配穴:合谷、足三里。每次主穴取两个加配穴。每日一次。

2. 淋巴结疗法 选耳前或颌下淋巴结,注入复方氯化钠液0.5~1毫升,每日一次。有时1~2次即可见效。

3. 中药治疗 结膜充血和睫状充血明显时可用金银花、蒲公英各5钱,枯黄芩、大黄、天花粉各3钱,蜜炙桑皮、蔓荆子、龙胆草各1.5钱,生甘草5分,每日一剂,水煎服。也可用桑白皮、地骨皮、玄参各4钱,云苓5钱、菊花、麦冬、黄芩、当归各3钱,甘草1钱,每日一剂,水煎服。

4. 热敷患眼 每日三次,每次30分钟。有止痛、消炎、吸收作用。

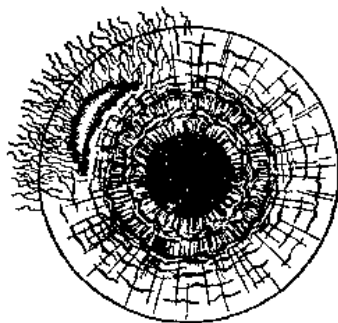


图 12-5 单纯性角膜溃疡

5. 消炎眼药 选用蒲公英、黄芩、黄连眼药水，抗菌素及磺胺眼药水或眼药膏点眼。

6. 散瞳 1~2%阿托品液或膏点眼，每日1~3次。

7. 止痛和促进吸收 可用1~5%狄奥宁液或膏，每日三次点眼。

8. 戴眼带 避免光线刺激及眼睑对角膜表面的磨擦，并防止继发感染。

## 二、前房积脓性角膜溃疡

多因角膜上皮受树枝、谷壳、麦穗及各种异物损伤或倒睫刺伤角膜之后，当肌体抵抗力降低，潜伏在结膜囊的细菌侵入角膜而发病。病菌多为肺炎双球菌、链球菌、葡萄球菌等。

【临床表现】 自觉怕光、流泪、眼痛、眼内异物感、头痛及视力障碍。检查除有明显睫状充血外，在角膜中央有溃疡，溃疡底有黄白色坏死组织，常伴有前房积脓(图12-6)。

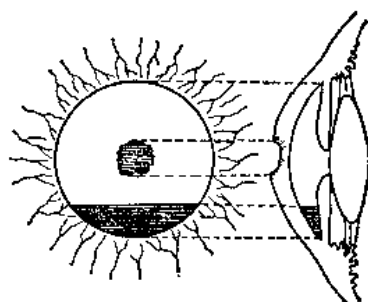


图 12-6 前房积脓性角膜溃疡

### 【治疗】

1. 除按角膜炎的一般治疗外，应着重控制感染。可肌注或口服抗菌素；结膜下注射青霉素5~10万单位、链霉素100毫克，每日一次。如用抗菌素无效者，可试用3%卤硃液0.3~0.5毫升加1%普鲁卡因0.5毫升行结膜下注射，每日一次；也可用复方黄芩注射液0.3~0.5毫升，结膜下注射。

2. 为制止溃疡扩大和穿破，可用5~10%碘酊烧灼溃疡面。

3. 脓液不吸收者可送医院行前房穿刺排脓。

4. 溃疡有穿通危险时，可做结膜瓣遮盖术。

5. 角膜溃疡治愈后，遗留的瘢痕可用简便易行的新疗法，包括角膜周围结膜下穿线法；对新的斑翳、旧翳还可当用当归液0.5毫升中都穴注射，每日一次。

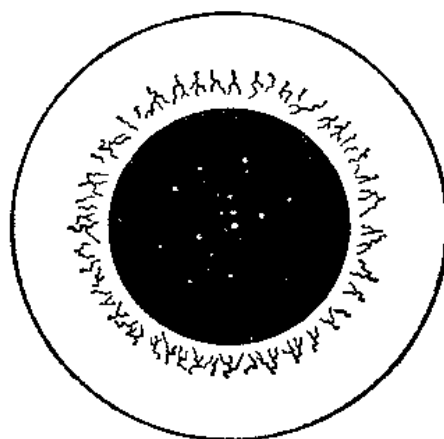


图 12-7 浅层点状角膜炎

## 三、浅层点状角膜炎(流行性角结膜炎)

本病由一种腺病毒感染引起，有流行性。初起时很象急性结膜炎，但分泌物少而稀薄；以后，耳前淋巴结肿大，1~2周后结膜充血减轻，出现弥漫的角膜浅层点状浸润，多位于角膜中央(图12-7)。病变停止后，角膜混浊可自行吸收，偶可拖延很久。

### 【治疗】

1. 新针治疗 耳针取眼区、肝区、目区、枕区、肾上腺、皮质下等穴，有消炎止痛作用。

2. 中药治疗 用一见喜、紫花地丁、野菊花、蒲公英、夏枯草各适量，水煎服。亦可用3%一见喜液、1%生地龙液、千里光液、增光眼药水(6133)点眼。

## 虹膜睫状体炎

虹膜和睫状体连同后部的脉络膜组成葡萄膜。三者紧密相连，病变也相互影响，特别是虹膜和睫状体常同时发炎，称为虹膜睫状体炎。虹膜睫状体炎常是与全身性疾病（如风湿热、结核、扁桃体炎、代谢疾病、过敏性疾病以及急性传染病等）有关，也可因穿通性眼外伤、眼内手术和角膜溃疡穿孔后细菌感染而发生。

### 【临床表现】

1. 眼痛，多在眉毛处和太阳穴附近；伴有怕光、流泪。检查时可有睫状体压痛。
2. 视力降低，系因虹膜睫状体发炎，产生大量渗出液进入前房。轻者出现房水混浊；重者出现角膜后沉淀物；更重者可出现前房积脓，或虹膜与晶状体发生粘连即虹膜后粘连。都可影响视力。
3. 睫状充血，可伴有结膜充血。
4. 瞳孔缩小或瞳孔边缘不规则，对光反应迟钝或消失。虹膜因炎症充血水肿呈暗淡泥土色，失去正常的光泽，纹理不清。

【治疗】 早期及时治疗，可以治愈。如延误治疗，可因房水循环障碍导致继发性青光眼。偶可因炎症严重，睫状体萎缩，最后眼球萎缩而致失明。

1. 散瞳 是最重要的措施。散瞳可拉开或防止虹膜后粘连，使眼内肌休息，并可促进眼血液循环及炎症吸收。常用1~2%阿托品液点眼，每日滴2~3次。以后可改用1~2%阿托品眼膏，每日1~3次。滴药时应压迫泪囊，防止药物从鼻泪管流入鼻腔吸收中毒。滴药后热敷患眼，可助眼药吸收。如滴药散瞳不满意，可用1%阿托品液和0.1%肾上腺素各0.1毫升，行结膜下注射。散瞳不及时，会造成虹膜与晶状体粘连，甚至瞳孔被渗出物所遮盖，以致视力障碍。

2. 激素类药物 局部滴0.5%可的松眼药水，每2~3小时一次。严重者可结膜下注射可的松（25毫克/毫升）0.3毫升，每周一次。或口服强的松，5毫克，每日3次。症状减轻后，可逐渐减量。

3. 中药治疗 一点红、白茅根、银花、崩大碗、犁头草、地胆头各5钱，水煎服。亦可用生石膏5钱、银花4钱、知母2钱、甘草1钱，水煎服。

4. 新针治疗 取穴睛明、合谷、风池、太阳。耳针取穴肝、肾、内分泌及眼。

5. 病因治疗 找出发病的原因，给予适当的治疗。

6. 对后遗症如虹膜后粘连，不影响视力和眼压不高者，不须治疗。眼压增高者应到医院治疗。

## 急性充血性青光眼

青光眼是眼内压增高为主征的眼病，属于眼科急症。眼压增高多因房水循环受阻碍引起。眼压持续增高可使视神经萎缩，视力急剧减退，严重时可能造成失明。本病多见于40岁以上，女性较多，常有精神过度紧张、情绪波动、过劳等诱因。

### 【临床表现】

1. 突然出现剧烈的眼痛和眼胀，伴有头痛、恶心、呕吐。
2. 看灯光有虹彩环（虹视）。视力迅速下降，有时只能看到眼前指动及光感。如不

及时治疗，可完全失明。

3. 指触眼球坚硬（眼压升高），这是本病的特征。

4. 角膜周围呈睫状充血，角膜水肿呈水蒸气样混浊。瞳孔散大，常呈横椭圆形，前房变浅，对光反应迟钝或消失。

【治疗】 抓住眼内压增高这个主要矛盾，力争在最短时间内使眼压降至正常。

1. 情绪可直接影响病情，要充分发挥病人的主观能动性，过细地作思想工作，树立战胜疾病的信心，解除对本病的顾虑。

2. 缩瞳 可以降低眼压。（1）1~2%毛果云香碱，开始每3~5分钟点眼一次，30分~1小时后，瞳孔缩小，可逐渐将时间延长，每1~2小时一次。或用0.25%毒扁豆碱眼膏，每日三次点眼（液体易中毒！）。（2）槟榔硷眼药水滴眼，每5分钟一次，共6次，随后每半小时一次，共3次，以后酌情点眼。此眼药水制法：槟榔片0.2克加水2斤，煎煮45分钟，滤出药液后再加水1斤煎煮45分钟，将两次药液浓缩至200毫升，过滤后加防腐剂，即可使用。

3. 新针治疗 太阳透率谷，合谷透劳宫。亦可针刺太阳、风池、足三里、内关等穴。耳针可取眼区、目<sub>1</sub>、神门、肝。

4. 中药治疗 泻肝散：大黄、羌活、桔梗各2钱，黄芩、芒硝各3钱，云苓、车前子、知母、当归各4钱，龙胆草1钱，水煎服。每日一剂。亦可用生地3钱，熟地3钱，草决明、菊花各5钱，芒硝1钱，水煎服，每日一剂。或夏枯草5钱、青箱子4钱、茺蔚子4钱、五味子3钱、地龙3钱，水煎服，每日一剂。

5. 降压药物

（1）醋唑磺胺：首次量500毫克，以后用250毫克，日服3~4次，可减少房水产生，降低眼压。眼压降低后，可逐渐减量，至眼压恢复正常时停药。

（2）高渗药物：可口服甘油，成人每次40~60毫升，每日1~2次；服后应卧床休息。可连服数日，但不可久服。亦可静点50%葡萄糖80~100毫升或山梨醇250毫升。

（3）镇静药：鲁米那0.03~0.06克，每日2~3次；或氯丙嗪25毫克，每日二次。口服。

经上述治疗，如症状缓解，视力恢复，可用缩瞳药维持。如眼压仍不下降，可送医院行手术治疗。

## 视 力 下 降

视力一般是指辨认最小的物象的能力。视力正常须具备两个条件：一是角膜、房水、晶状体及玻璃体屈光系统结构透明和调节功能正常，使外界物体结焦点能恰好落在视网膜上；二是有正常的视网膜和视通路以及健全的视中枢。如果有屈光不正，屈光系统出现病变，或视网膜、视通路遭受损害，均可引起不同程度的视力下降。

为了认识方便，可将视力下降分为逐渐下降和突然下降两大类。

1. 视力逐渐下降 使视力逐渐下降的眼病很多，除前述伴有红眼症状的沙眼、角膜炎、虹膜睫状体炎和急性充血性青光眼外，还有不伴有外眼症状而视力也逐渐下降的某些眼病，常见的如白内障、屈光不正、眼底病等。

2. 视力突然下降 造成视力迅速下降甚至失明的眼病，一类是有明显的外眼体征，

如急性充血性青光眼；另一类则无明显外眼体征，主要是眼底病，包括视神经炎、视网膜及其血管的病变、视网膜脱离、玻璃体出血等。遇有视力突然下降的病人，应去医院行眼底检查，及时治疗。

## 白 内 障

正常的晶状体是透明的。晶状体发生混浊，称为白内障，其视力障碍的程度取决于晶状体混浊的程度和部位。当晶状体全部混浊时，视力可降至只能看到眼前手动或仅有光感。常见的有老年性、先天性、继发性及外伤性白内障四种。

### 【临床表现】

1. 老年性白内障 年龄多在45岁以上，年龄越大，发病率越高。多为双侧性。发病缓慢，视力逐渐下降，无其他自觉症状。用电筒照瞳孔时，可见晶状体呈灰白色混浊。开始混浊较轻，或是部分混浊，以后可发展为全部混浊。瞳孔对光反应正常。

2. 先天性白内障 见于婴幼儿，生下来晶状体就混浊，这种白内障的晶状体多是一部分混浊，一般不继续发展，混浊位于中央部或混浊明显者，影响视力大。

3. 继发性白内障 并发于眼球其他部位病变如虹膜睫状体炎、青光眼、眼底病或高度近视等病之后。检查时，除可见晶状体混浊外，常伴有其他眼部症状，如角膜混浊、瞳孔变形、眼压升高等。

4. 外伤性白内障 眼球挫伤或穿通伤，均可使晶状体混浊发白，称为外伤性白内障。有眼外伤史。

【治疗】 对白内障的治疗，首先要确定是那一类白内障。对老年性或继发性白内障初期，可行金针疗法。主穴为睛明、球后、承泣等眼周围穴，配穴为合谷、风池、翳明、太阳。先天性白内障如视力影响不大，不须手术治疗。影响视力大的，可去医院行手术摘除或摘除晶状体。

## 慢性单纯性青光眼

本病特点是进程缓慢，初期常无明显症状。如未能及时发现，病情逐渐进展，一旦明显觉察到视力严重下降或视野明显缩小时，病变多已到了晚期。

【临床表现】 初期仅有轻微头痛，眼胀，视物稍模糊，有时看灯光有彩虹；这些症状常因情绪波动或过劳而加重。检查眼不充血，前房正常或稍浅，瞳孔不大，眼压常在可疑偏高范围。视力随疾病的发展而逐渐下降。需经常检查眼压和检查眼底，方可确诊。故遇此类病人应及时介绍到医院确诊。

【治疗】 如经医院确诊为本病，一般早期用缩瞳药控制眼压。并安慰病人，不可精神过度紧张，避免发作。如药物不能控制，需行抗青光眼手术。

## 近视、远视和散光

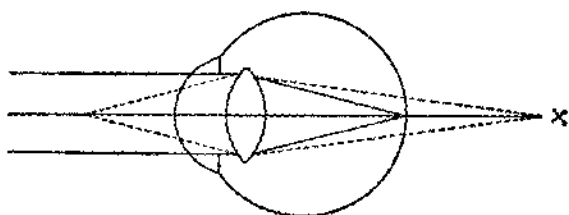
人的眼睛能看清外界的物体，是借助光线射入眼球，经过眼球的折光，在眼底视网膜形成一个物象。如果物象不能正好落在视网膜上，物体就看不清楚，叫做屈光不正。

眼球的屈光装置包括角膜（似凸透镜）、房水、晶状体（呈双凸透镜状）、玻璃体，均为透明物质。眼球的调节装置包括虹膜和睫状体。虹膜可以调节瞳孔的大小，睫状体可

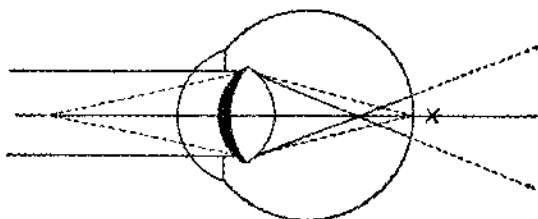
以调节晶状体的折光能力。

我们看近物时（5米以内），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，使视觉清晰，这就是眼的调节作用（图 12-8）。

我们看远处（5米以外）的物体时，在不进行调节的情况下，物体刚好成象在视网膜上，产生清晰的视觉，就是正视眼。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。如果因为眼球前后轴太短，物体成象在视网膜后，同样不能产生清晰的视觉，就是远视眼（图 12-9）。如果由于角膜表面的弯曲度不是一个完全



①休息时的正视



②调节时的正视

图 12-8 眼球的调节

一致的球面，使光线进入眼球后不能集合于一点，就是散光。

【临床表现】 近视眼的主要症状是自觉有视物疲劳感，在写字或眼前近距离工作稍久，出现字迹模糊、跳格现象，眼部干涩，眼睑沉重，以后眼胀痛及头痛；休息片刻，上述症状明显减轻或消失。病情发展到一定程度，则需配戴眼镜才能进行工作。远视眼一

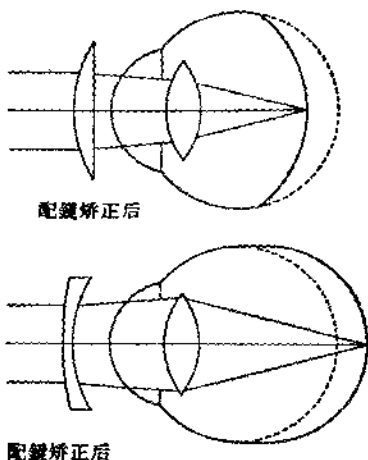
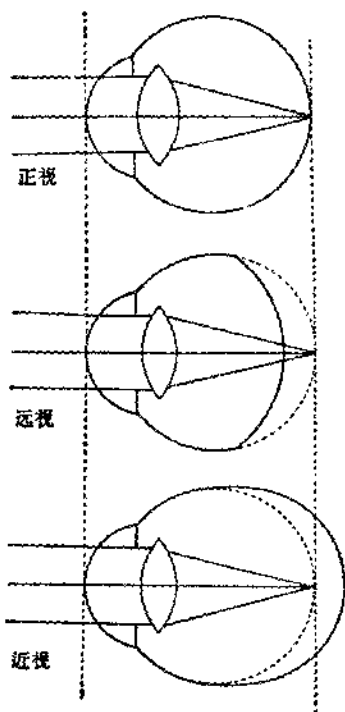


图 12-9 正视、远视、近视

般无明显自觉症状，只有在长时间阅读或近距离工作时产生视力疲劳现象，甚至引起偏头痛。散光则除视力疲劳外，尚可出现视力减退，尤以下午和晚间显著，常伴有结膜和眼睑充血。

检查近视眼、远视眼、散光，可用远、近视力表检查，进行视力分析。

远视力小于1.0, 近视力大于1.0, 考虑为近视眼; 远视力大于1.0, 近视力小于1.0, 考虑为远视眼; 远视力小于1.0, 近视力小于1.0, 考虑可能是高度远视眼、散光或近视眼合并老视眼, 但首先需排除眼部器质性病变。远视力大于1.0, 近视力大于1.0, 为正常眼。如看书报或做细致工作时有头痛、眼疲劳感, 应想到有轻度远视眼或散光的可能。

【治疗】 矫正屈光一般的方法是配戴眼镜。几年来, 广大革命医务人员大胆创新, 开展新针治疗近视眼、远视眼和散光, 收到了一定的效果。可用六组穴位轮换。第一组, 取穴球后、光明; 第二组取穴太阳、太冲; 第三组取穴临泣、外关; 第四组取穴翳明、列缺; 第五组取穴头维、合谷; 第六组取穴承泣、照海。如有散光, 可针刺眉梢透攒竹; 有内斜视者针第五组穴, 有外斜视者针睛明; 每日或隔日一次, 六次为一疗程, 可继续二个疗程。为巩固疗效, 每日应做眼保健操。不须戴眼镜。保健操按摩穴位有太阳、眉中、眉梢、攒竹、睛明、承泣。或每日按摩翳明穴二次, 需达到酸胀感, 方有效果。

【预防】 近视眼的发生, 多在学龄儿童及青少年时期。因此, 大搞中小学的普查、提倡群防群治, 对中小学教师普及、宣传有关近视眼方面的知识, 积极采取预防措施, 加强对学龄儿童、青少年的体育锻炼, 适当参加生产劳动, 促进其全面发展, 是预防近视眼的关键。

近视眼的发生, 与阅读照明、课堂桌椅高度、坐位姿势及生活习惯均有很大关系, 要教育儿童和青少年, 不要在照明不足或过强光线下看书, 看书时位置要坐好, 躺着、走路乘车时不要看书。平时读书、写字的距离要求在一市尺左右, 且时间不宜过久, 以减少眼肌的调节负担, 缓解眼的疲劳。

学龄儿童和青少年每日进行体育活动, 坚持做两次眼保健操, 并适当参加生产劳动, 对预防近视也有好处。

〔附〕老视眼 是由于年龄增加, 晶状体纤维硬化, 或睫状肌收缩力减弱, 引起的生理性调节减退。因此, 在近距离工作时须选用凸透镜, 以增加屈光力, 弥补调节之不足。一般正视眼在45岁左右大约需要一个屈光度的凸透镜。

## 咽 痛

咽痛多由咽部炎性病变引起。急性炎症发病急、疼痛重, 伴有发热; 慢性炎症发病缓、疼痛轻, 且无发热(或有低热)。许多传染病的早期也可有咽痛症状。因此, 对咽痛病人除必须检查咽部外, 还应注意其他症状和体征, 对于患儿此点尤为重要。

祖国医学认为咽喉肿痛是由外邪内热侵犯肺、胃或肾, 上结于咽喉所致, 临症一般有实火、虚火之分, 治宜滋阴润肺、清热或解毒泄热。

## 咽的急性炎症

### 一、急性扁桃体炎(急乳蛾)

扁桃体急性炎症多在着凉、疲劳的基础上发生, 由溶血性链球菌感染致病。多见于儿童和青壮年。

起病急剧, 畏寒发热(儿童可达40°C左右)。咽部疼痛, 不敢吞咽, 同时有头痛、关节痠痛和全身不适。检查咽部充血、水肿, 扁桃体肿大, 陷窝内有炎性渗出物堆积成的

白色或黄白色脓点，有时脓点能融合成膜状物（假膜），附着于扁桃体表面，脓点与假膜均易拭去。常伴有颌下淋巴结肿大、压痛。

咽白喉和猩红热均有咽痛症状、且有假膜产生，应注意区别（见下表）。

|      | 急性扁桃体炎                           | 咽 白 喉                                     | 猩 红 热                        |
|------|----------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|
| 全身症状 | 起病急，高热，常有寒战，急性病容                 | 起病缓，中等度发热，精神萎靡，严重者有呼吸困难                   | 发热，皮肤潮红，全身有小丘疹，口唇周围苍白，草莓样舌   |
| 局部体征 | 咽部充血明显，两侧扁桃体肿大，假膜局限在扁桃体上，易拭去，不出血 | 充血不明显，假膜超越扁桃体，蔓延至软腭、咽后壁等处，假膜厚，不易拭去，剥去后易出血 | 咽部充血，口腔及咽部粘膜有点状小红疹，假膜仅在扁桃体表面 |

#### 【治疗】

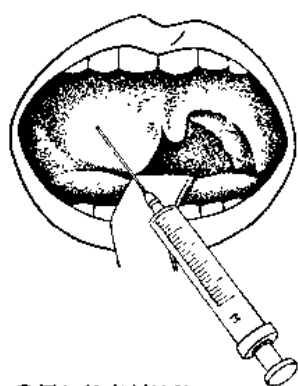
1. 针刺 合谷、颊车、风池。耳针：扁桃体、内分泌。
2. 鹿角汤 鹿角粉 100 毫克，加水 400 毫升，文火煎至 200 毫升，早晚两次服。
3. 解毒消炎丸 每日两次，每次五粒。小儿酌减。
4. 淡盐水含漱后，吹喉症散，每次五分吹咽部，每日二次。
5. 山豆根 4 钱、桔梗 3 钱、菊花 3 钱、元参 3 钱、寸冬 3 钱，水煎服。或用养阴清肺汤：生地 1 两、元参 8 钱、麦冬 6 钱、白芍 4 钱、贝母 4 钱、丹皮 4 钱、薄荷 2 钱、甘草 2 钱，水煎服。
6. 抗菌素 青霉素肌注。

#### 二、扁桃体周围脓肿（喉疳）

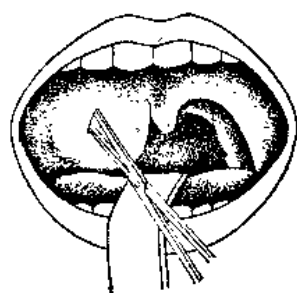
急性扁桃体炎扩延至扁桃体周围组织，可引起扁桃体周围炎或扁桃体周围脓肿。此时，除咽痛加重外，全身症状显著，张口困难、吞咽受限，流涎，言语不清。因咽部高度肿胀，可发生呼吸困难。

#### 【治疗】

1. 穿刺抽脓或切开排脓（图 12-10）。



①用粗针穿刺抽脓



②切开脓肿后用止血钳扩大引流

图 12-10 扁桃体周围脓肿穿刺与切开法

2. 脓肿将成未成时，可服透脓汤：双花 3 钱、赤芍 2 钱、贝母 2 钱、皂角刺 1.5 钱、

炮山甲 1.5 钱、连翘 2 钱、天花粉 3 钱、焦山栀 2 钱、板蓝根 3 钱、射干 1.5 钱、芦根 4 钱、黄芩 2 钱、山豆根 2 钱，水煎服，每日一剂。

### 3. 抗菌素治疗。

### 三、急性会厌炎

表现为发热、咽痛（吞咽时加重）。因为是下咽部病变，检查口咽部并无变化，只有行间接喉镜检查，方可见到会厌肿胀，有脓点。本病有阻塞呼吸道的危险。

【治疗】可内服解毒消炎丸，每日两次，每次 5 粒。也可应用抗菌素治疗。会厌肿胀严重的病人应送往医院，行切开排脓治疗。

## 咽的慢性炎症

### 一、慢性扁桃体炎

本病为急性扁桃体炎反复发作的后果。不发热（或有低热），咽痛也不明显，但病人常感咽部灼热发干，异物感。检查扁桃体及其周围腭弓粘膜充血，扁桃体可肥大，用压舌板压舌腭弓挤压扁桃体时，可有分泌物自扁桃体陷窝中挤出。

慢性发炎的扁桃体内，含有大量的细菌和毒素，在身体抵抗力降低时，不仅能引起炎症的急性发作，而且可能成为风湿性关节炎、风湿性心脏病和肾炎的原发病灶。儿童期扁桃体反复发炎，对身体的发育也有一定的影响。

#### 【治疗】

1. 中药 滋阴清热：生地 4 钱、元参 3 钱、寸冬 3 钱、石斛 3 钱、桔梗 2 钱、甘草 1 钱、胖大海 1 钱，水煎频服。

2. 手术摘除肥大的扁桃体。

### 二、慢性咽炎

多为伤风感冒、急性咽炎反复发作引起。患慢性鼻炎、鼻窦炎的人，因鼻堵塞，常用口呼吸和炎症刺激鼻咽部，亦是致病原因。本病多见于成年人。自觉咽干、发痒，或有异物感，常作干咳，企图将粘稠的分泌物咯出。检查咽部粘膜充血呈暗红色，咽后壁有淋巴滤泡增生，呈颗粒状。

#### 【治疗】

1. 清音丸或知柏地黄丸，一日二次，每次一丸。

2. 咽干疼痛，用元参 5 钱、生地 3 钱、白芍 3 钱、寸冬 3 钱、双花 3 钱、枇杷叶 3 钱，水煎服。咽干较重加石斛 3 钱；咽后壁淋巴滤泡增生加酢浆草 1 钱；咽部异物感加桔皮 3 钱。

3. 有干咳，音哑较重时，用沙参 1 两半、桔梗 1 两半、诃子肉 2 两、硼砂 2 钱，制成蜜丸，每丸 2 钱，每日服二次，每次一丸，含化咽下。

## 鼻 出 血

鼻出血较常见，可因鼻本身疾病引起，也可能是全身性疾病的表现。出血易发生在鼻中隔前下部和下鼻道后端。这两处粘膜下血管比较丰富，交织成网状，出血机会较多。

#### 【病因】

1. 局部原因 (1) 鼻外伤：如用手指挖鼻孔，鼻部受到撞击，头部外伤所致的鼻骨骨折或颅底骨折等。(2) 鼻粘膜干燥：如萎缩性鼻炎、鼻中隔弯曲等。(3) 鼻粘膜糜烂：如异物、白喉、肿瘤(如鼻咽癌)等。

2. 全身性原因 (1) 流感等高热疾病。(2) 饮酒过度或久食辛燥食物。(3) 高血压、动脉硬化等。(4) 出血性疾病，营养不良，月经异常(倒经)等。

【处理】鼻出血病人多数紧张不安，医生必须沉着、果断，安慰病人，迅速采取止血措施。于止血同时，要注意查找出血原因，进行病因治疗。对于出血量多，出现休克征象的病人，要一面止血，同时积极抢救休克。

#### 1. 对症处理

(1) 出血不多，可压迫鼻翼，或用1%麻黄素和0.1%肾上腺素棉片塞入鼻腔，并冷敷额部及后颈部，促进止血。鼻腔内吹入白藜皮粉、血余炭末、地榆炭末、马勃末等，也有一定止血效果。

(2) 鼻出血量较多，用上述方法无效时，可行填塞止血法。填塞前应先清除鼻腔凝血块，检查和判断出血部位，避免盲目填塞。年青病人应注意填塞压迫鼻中隔的前下部，年老病人应注意填塞压迫下鼻道的后端。①前鼻孔填塞法：用凡士林(或浸植物油的)纱布条经前鼻孔填入鼻腔，压迫止血点，由上而下，逐层压紧。②后鼻孔填塞法：前鼻孔填塞后，出血仍不止，并经鼻咽部流入口腔吐出，可行后鼻孔填塞法。清除前鼻孔填塞物。取一导尿管(或软塑料管)，经出血鼻腔的下鼻道送到口咽部，用止血钳经口腔拉出，将事先用双丝线捆好的纱布球(可用2~3层凡士林纱布条或普通纱布条卷成，稍粗于大拇指头)系在导尿管头上，然后由前鼻孔抽拉导尿管，同时用止血钳将纱布球送至口咽部，越过软腭，至鼻咽部，压迫后鼻孔区。导尿管不可放松，再作前鼻孔填塞。留在口腔内的线头贴口角拉出，用胶布固定在颊部，以备取纱布卷用。一般须在12~24小时内去除。

(3) 注射止血药：安络血5~10毫克，凝血质2毫升，仙鹤草素5毫升等，肌肉注射，一日2~4次。

2. 病因治疗 鼻出血的病因治疗很重要，病因不去除，出血会反复发生。外伤、鼻中隔弯曲、高热性疾病等，原发疾病治愈后，鼻出血便不会再发。血压高者应设法降压。有出血倾向者，可按照原因给药，如肝病时用维生素K、维生素丙等。

3. 祖国医学认为鼻出血是由血热、外伤或气血虚引起，如肺热、胃热、肝火、脾虚、肾虚等均可引起鼻衄。对于某些反复的鼻衄，可考虑用以下方法治疗。

(1) 胃热鼻衄，证见鼻干出血、口渴口臭，便秘、舌红苔黄厚，宜清热凉血。如用大黄3钱、黄连1.5钱、黄芩4钱、藕节8钱、生地5钱、芦根1两，水煎服。

(2) 肝火鼻衄，证见鼻出血、头痛、眩晕、目赤、易怒、脉弦，宜清肝滋阴。如用菊花4钱、牡蛎5钱、夏枯草4钱、沙参4钱、石斛3钱、丹皮3钱、麦冬3钱、茅根5钱、藕节5钱、黑荆芥3钱，水煎服。

(3) 脾虚鼻衄，证见鼻出血或兼有紫斑、面白、无力、便溏稀、舌淡、脉细或大而无力，宜补气血。可用归脾汤(丸)加胎盘粉2~3钱。

### 鼻 咽 癌

鼻咽癌为我国常见恶性肿瘤之一，好发于青壮年，南方多于北方，多发于鼻咽顶、咽

隐窝、鼻咽后壁。

【临床表现】 早期症状不明显，来就诊者多属晚期病人。因此，我们一方面要大力开展普查工作，另一方面在临床工作中必须提高警惕，注意早期发现病人，早期治疗，对于防治鼻咽癌有着重要意义。

1. 耳鼻症状 鼻涕带血丝或鼻出血是鼻咽癌早期症状；单侧耳鸣，听力减退。肿瘤长大时可引起鼻阻塞。有时病人没有上述耳鼻症状就出现颈淋巴结肿大。

2. 颈淋巴结肿大 多在乳突下方，下颌角后方，胸锁乳突肌前缘上1/3处。肿块坚实，基底固定，疼痛。应与颈淋巴结炎、淋巴结结核及颈淋巴肉瘤鉴别。

3. 颅神经症状 肿瘤增大侵蚀破坏颅底骨质，压迫邻近组织与颅脑神经，可有持续性剧烈头痛，眼球外展受限，伸舌偏向一侧等表现。

4. 鼻咽部检查 可发现不规则、表面溃烂肿物，触之出血。应取活组织送病理检查可确定诊断。

#### 【治疗】

1. 去医院作放射治疗，如用体外<sup>60</sup>或深部X线治疗。

2. 中药治疗 (1) 葵树子1~4两，水煎，每日一次。(2) 葵树子及半枝莲各2两，用水6碗煎至1碗，日服两次，10天为一疗程。(3) 半枝莲2两，加水3~4斤，煎汤做为一日饮料，连喝一个月。

## 鼻 堵 塞

鼻堵塞是指鼻通气发生障碍，常并有流涕、嗅觉减退、用口呼吸、咳嗽等。鼻腔、鼻窦和鼻咽部疾病是引起鼻堵塞的常见原因。如在前后鼻孔正常的情况下，鼻甲肿胀（可由急性鼻炎、慢性单纯性鼻炎、慢性肥大性鼻炎、过敏性鼻炎等引起）、鼻腔分泌物过多、鼻腔有结痂（如萎缩性鼻炎）和鼻甲肿胀伴有脓性分泌物过多（可由急、慢性鼻窦炎引起）等均可造成鼻堵塞。另外儿童由于腺样体肥大，成人因鼻咽部肿瘤阻塞鼻咽部，也可造成鼻堵塞。下面将这些引起鼻堵塞的疾病简单介绍，急性鼻炎这里从略。

## 慢 性 鼻 炎

慢性鼻炎的共同症状为鼻塞、流涕和嗅觉减退。由于病理改变不同，可分为四种。

### 一、慢性单纯性鼻炎

多因急性鼻炎反复发作所致。鼻腔粘膜的毛细血管呈扩张状态，以致血浆渗出，组织水肿，形成鼻甲肿胀。此种鼻堵塞的特点是间歇性，或左右交替。检查可发现鼻甲肿胀，用麻黄素后有收缩现象，分泌物多为粘液性。

【治疗】 锻炼身体，增加抵抗力，改善局部血液循环。另外可选用下列处理方法：

1. 新针 主穴迎香，每日一次。

2. 耳针 主穴内鼻、肺、肾上腺，每周一次。

3. 滴鼻 可用1%猪胆汁或1%麻黄素等。

4. 中药治疗 本病多因风引起鼻窍壅塞，宜散风透表，可内服苍耳散，苍耳子3钱、辛夷3钱、白芷3钱、薄荷3钱，水煎服，每日二次。

## 二、慢性肥大性鼻炎

慢性单纯性鼻炎日久未愈，鼻甲内纤维组织增生，粘膜肥厚，引起持续性鼻塞。检查可发现鼻甲肥大，表面不平，滴麻黄素后不收缩。

### 【治疗】

1. 硬化疗法 用5%鱼肝油酸钠0.5毫升注入下鼻甲内。每10日注射一次，三次为一疗程，可使鼻甲硬化缩小。

2. 下鼻甲切除术 在硬化疗法无效时施行，先用1% 糖酥液、1% 地卡因或1% 达克罗宁做鼻腔粘膜表面麻醉。然后用下鼻甲剪刀将下鼻甲肥大部分剪去。最后行前鼻孔填塞法止血。

## 三、过敏性鼻炎

鼻腔对外界刺激反应异常敏感，发作时鼻甲粘膜水肿。鼻塞的特点是阵发性，多伴有打喷嚏，流清水样鼻涕。部分病人伴有支气管哮喘。检查可见鼻甲苍白水肿，但多次发作后鼻粘膜可增厚形成鼻息肉。用麻黄素后能够收缩。

### 【治疗】

1. 1%麻黄素滴鼻。

2. 中药 乌梅3个、防风4钱、银柴胡3钱、五味子2钱、炙甘草4钱、黄芪5钱、苍耳3钱、辛夷3钱，水煎服每日三次。

3. 扑尔敏4毫克或苯海拉明25毫克，口服每日二次。

4. 鼻息肉可用圈套器将息肉摘除。

## 四、萎缩性鼻炎

慢性鼻炎发展或其他因素的影响，引起鼻腔粘膜小动脉闭塞，粘膜营养不良而逐渐萎缩，成为萎缩性鼻炎。鼻分泌物少、干燥、结痂，可堵塞鼻腔，擤出干痂后则鼻腔通气。多伴有嗅觉丧失和头痛。检查见鼻粘膜暗红、干而萎缩，呼气有臭味。

### 【治疗】

(1) 迎香穴位埋线疗法。

(2) 经常用生理盐水滴鼻或冲洗鼻腔。

## 鼻 副 窦 炎

鼻窦又称鼻渊，有急性和慢性两种，慢性者多见。鼻窦感染的来源是鼻腔的细菌或鼻炎，鼻甲肿胀阻塞鼻窦向鼻腔的引流，是形成鼻窦炎的重要因素。

鼻窦炎可只限一个窦腔，也可发生于数个窦内。临床上以上颌窦炎为多见，筛窦和额窦者次之。

【临床表现】 症状 除有鼻塞、流黄稠脓性鼻涕、嗅觉减退外，急性炎症时并有发热、头痛；慢性炎症多有头痛、记忆力减退等。上颌窦炎鼻塞头痛多于下午加重，额窦炎则以晨起和上午为著。

检查 急性期可见鼻腔粘膜充血肿胀，鼻腔内有脓液。慢性期可见鼻甲充血肿大或有息肉，中鼻道及嗅裂部有脓液。注意鼻腔内脓液和面部压痛的部位（见下表）。

【防治】 预防感冒是防治鼻窦炎的关键。同时对于急性鼻窦炎要力争一次彻底治愈，防止反复发作迁延成慢性鼻窦炎。治疗应局部与全身相结合，不应单纯治局部。

鼻副鼻窦炎鉴别表

|      | 额 窦      | 上 颌 窦      | 前组筛窦 | 后组筛窦    | 蝶 窦       |
|------|----------|------------|------|---------|-----------|
| 头痛时间 | 上午重      | 下午重        | 不定   | 不定      | 不定        |
| 头痛部位 | 眶上       | 眶下或上牙槽     | 眼内   | 眼内      | 额部、顶部、枕部  |
| 压痛部位 | 眶上       | 眶下         | 眼内   | ——      | ——        |
| 脓液部位 | 中鼻道      | 中鼻道        | 中鼻道  | 后鼻滴涕或嗅裂 | 后鼻滴涕      |
| 头位试验 | 头直立时脓易流出 | 头向健侧歪时脓易流出 | ——   | ——      | 头向前低时脓易流出 |
| 穿刺试验 | ——       | 可以做        | ——   | ——      | ——        |

1. 针刺 迎香、上星、合谷、印堂、风池。

2. 1%猪胆汁、1%麻黄素（小儿用0.5%）或0.1%鼻眼净交替点鼻，有利于鼻副窦的引流。

3. 鼻窦负压给药法 病人仰卧，头后仰，鼻孔朝天，将1%麻黄素滴入鼻腔，请病人捏鼻并作舌咽动作，此时鼻腔产生负压，使药液进入鼻窦。适用于慢性额窦炎、筛窦炎和蝶窦炎。

4. 上颌窦穿刺冲洗 在鼻粘膜表面麻醉下，将穿刺针经下鼻道侧壁穿入上颌窦，用无菌生理盐水抽吸冲洗，将窦内脓液洗净。

5. 中鼻甲肥大和鼻息肉可行手术切除。

6. 利鼻八味汤：苍耳3钱、辛夷3钱、白芷3钱、薄荷1.5钱、细辛5分、升麻2钱、川芎3钱、双花5钱，水煎服。

7. 利鼻糖浆：苍耳5钱、藿香2两、细辛5分、蒲公英1两、白糖2两，加水400毫升，煎至150毫升，滤过，煎至100毫升，加入少量防腐剂。每服20毫升，一日两次。

8. 抗菌素如青霉素注射等，仅适用于急性鼻副窦炎。

### 腺样体肥大症

儿童鼻堵塞常由此病引起。患儿张口呼吸，听力减退，鼻流粘涕，反应迟钝，食欲不振，发育欠佳，睡时有鼾声。滴麻黄素不能缓解症状，可考虑手术治疗。

### 耳 流 脓

耳流脓又称耳漏，是耳的炎症性疾病的一项表现。耳流脓伴有耳痛、发热，为急性炎症；耳流脓无耳痛和发热，则属慢性炎症。如耳流脓、耳痛、发热伴有耳屏压痛和耳廓牵引痛，表示急性炎症可能发生在外耳；若耳流脓汁为粘液性或粘液脓性，又无耳屏、耳廓压痛，则表示急性炎症可能发生在中耳。可见，对耳流脓，必须结合其他症状，进行详细的检查，才能作出正确的诊断。下面将常见的引起耳流脓的疾病做以简单介绍。

### 耳 疖

即外耳道毛囊的炎症，主要症状为剧烈的耳痛，耳屏或耳廓有压痛和牵引痛，耳下淋

巴结常有肿大疼痛。疖破溃，流出黄稠脓汁，疼痛便减轻。但常见一处破溃而他处又生。严重者可发生耳周围蜂窝组织炎及耳下淋巴结脓肿。

#### 【治疗】

1. 颈部淋巴结疗法 取同侧无触痛的淋巴结注射复方氯化钠溶液。
2. 耳部敷姜黄散或紫金锭等。疖肿破溃后用酒精棉签轻轻拭去脓液。
3. 口服或注射抗菌素及止痛药。
4. 内服龙胆泻肝汤（丸）或牛黄解毒丸等。

### 急性化脓性中耳炎

身体抵抗力降低时，如患流感、麻疹、猩红热等，鼻腔或咽部的病菌经咽鼓管侵入中耳，引起中耳发炎。

【临床表现】 初期症状为发热，耳堵塞感，耳鸣，耳痛，检查可见鼓膜充血而内陷。继则发热和耳痛加剧，检查见鼓膜膨隆，表示中耳化脓。以后鼓膜被炎症侵蚀穿孔，中耳的脓液流出，其他症状便减退。小儿患急性中耳炎，发热高，烦躁不安，摇头或以手抓耳。因咽下动作可使耳痛加重，故拒奶。

在人体抵抗力很弱而细菌毒力很强的情况下，鼓膜穿孔以前，中耳的炎症可能迅速扩散，破坏骨质，导致急性乳突炎。临床上并有头痛、乳突部压痛，或更有乳突部皮下组织肿胀。若炎症更进一步发展，侵入颅内，引起化脓性脑膜炎、脑脓肿等，叫做耳源性颅内并发症。临床上并有呕吐、项强等脑膜刺激症状，这是病情危重的表现。

#### 【治疗】

1. 外治 （1）在鼓膜穿孔以前可用2%酚甘油滴耳，减轻耳痛。（2）在穿孔以后须用3%双氧水滴耳，有利于脓液的清拭。（3）对乳突部深部脓肿可以暂行切开排脓，预防颅内并发症。乳突内的腐骨可在以后行乳突凿开术去除。

2 内治 内服龙胆泻肝汤加减，龙胆草3钱、栀子3钱、黄芩3钱、柴胡3钱、连翘3钱、赤芍3钱、木通3钱、公英5钱、地丁5钱、双花5钱，水煎服，每日两次。

3. 注射或内服抗菌素。

### 慢性化脓性中耳炎

多因急性化脓性中耳炎迁延而成，或因肝肾虚火，病后余毒诱发。根据不同的病理变化，临床上可分为两种类型：

1. 单纯型 病变限于咽鼓管和鼓室粘膜，多无全身症状，患耳有间歇性流脓，脓汁多为粘液性或粘液脓性，没有臭味。患耳常保留一些残余听力。鼓膜穿孔为中心性。

2. 复杂型 病变复杂，多有中耳和乳突的骨质破坏，中耳有肉芽，鼓膜穿孔为边缘性或在松弛部穿孔。有时外耳道上皮经边缘性穿孔不断向中耳和乳突内生长，形成胆脂瘤，日久能破坏骨壁引起颅内并发症。此型病人常有听力减退，头痛，眩晕，患耳脓汁有恶臭。

#### 【预防】

1. 小儿患麻疹等传染病时，要重视口鼻腔护理，如用淡盐水漱口、清拭鼻腔分泌物，多饮开水等。及时治疗感冒、扁桃体炎，鼻炎等。有鼻塞流涕时不要用力擤鼻，以减少感染进入咽鼓管和中耳的机会。

2. 不要随便挖耳垢, 要避免损伤鼓膜。有鼓膜穿孔的人, 下水生产作业或游泳等, 事先用凡士林棉球或耳塞堵塞外耳道, 避免潜水。

3. 及时而彻底治疗急性中耳炎, 以防转为慢性。

【治疗】 以上两种慢性化脓性中耳炎各有其特殊性, 需要用不同的方法治疗。

对单纯型的慢性化脓性中耳炎只须用 3% 双氧水清拭脓汁, 然后用消炎药物滴耳即可使流脓停止。(待炎症完全控制后, 可以试用大蒜内皮修补鼓膜穿孔。) 常用的滴耳药有 4% 硼酸酒精, 2.5% 氯霉素甘油, 和新霉素点耳剂(成药)和三黄液点耳剂。(三黄液点耳剂制法, 黄连 5 钱、黄芩 1 两、黄柏 1 两, 浸于 50% 酒精 1500 毫升内一星期后过滤即可使用。) 无滴耳药时, 用 2% 高张盐水或卵黄油滴耳效果也好。

对复杂型的慢性化脓性中耳炎, 除用以上方法治疗外, 须要注意颅内并发症的危险。遇到可疑的症状, 须将患者送上级医院考虑手术治疗。

## 耳 聋

耳聋可分为传音性耳聋与感音性耳聋两类。传音性耳聋是因外耳道、中耳、咽鼓管等传音结构的障碍, 致使外界音波传达不到内耳感音器。感音性耳聋是内耳或听神经疾病所引起, 即使中耳等传音结构正常无缺, 仍无感音能力。有时, 传音和感音两方面都发生障碍, 称为混合性耳聋。对不同性质的耳聋, 常用下述方法进行鉴别:

1. 同侧气导骨导比较法 将振动的音叉柄置于病人乳突处, 待病人听不到声音后, 立即将音叉放于离外耳道口约 1.5 厘米处。在正常情况下, 此时仍能听到声音, 因在正常情况下气导听力大于骨导听力, 约为 2:1。如果气导听力减退而骨导听力正常, 即骨导大于气导, 则可判定为传音性耳聋。反之, 如果气导和骨导听力均减退, 但气导仍然大于骨导, 则表示病变在感音器官, 属于感音性耳聋。

2. 两耳骨导比较法 将振动的音叉柄, 置于病人患侧乳突处, 待听不到声音后, 立即移至医生自己乳突处, 看是否还能听到声音。如果病人患耳的骨导听力大于医生的骨导听力, 则表示患耳为传音性耳聋, 反之则属于感音性耳聋。

3. 前额音叉检查法 将振动的音叉柄, 置于病人前额部, 在正常情况下, 自觉声音在正中, 凡声音偏向患侧的属于传音性耳聋, 偏向健侧的则患耳为感音性耳聋。

耳聋鉴别法

| 方 法       | 正 常 听 力 | 传音性耳聋   | 感音性耳聋         |
|-----------|---------|---------|---------------|
| 同侧气导骨导比较法 | 气导 > 骨导 | 骨导 > 气导 | 气导 > 骨导, 但均减弱 |
| 两耳骨导比较法   | 相等      | 延长      | 缩短            |
| 前额音叉检查法   | 正中      | 偏患侧     | 偏健侧           |

耳聋程度的估计 耳语检查法: 医生和受检者相距五米, 左右耳分两次检查。医生小声说某些单词(如“红旗”、“语录”、“革命”、“前进”等), 让病人将听到的单词照说一遍, 如果说对, 就将该耳听力记录为 5/5, 表示听力正常。如果受检者听不见, 或不能复诵医生所说的单词, 须改为相距四米再用同法检查, 如能复诵医生的耳语单词, 则记

录该耳听力为 4/5。如果在相距不到一米处仍听不到耳语单词，就记录该耳听力为 0/5。

## 传音性耳聋

### 一、耵聍栓塞

耵聍是外耳道浅部皮肤排出的油性分泌物。正常时有保护作用。在分泌旺盛、灰尘较多或霉菌感染等情况下，耵聍日久堆积而形成栓塞，影响外界声音传入中耳，可以发生耳聋。检查时可以发现在外耳道有黑褐色硬块。

【处理】 不宜用镊子探取，以免损伤外耳道，引起耳痛或造成感染。应先滴皂角水，一两天后耵聍软化时，用温水将耵聍冲出（冷水冲洗耳道可引起眩晕、呕吐）。

〔附〕 皂角水制法：皂角 1 两，加水 400 毫升，文火浓缩至 200 毫升，冷却过滤，加新洁而灭防腐剂。

### 二、慢性卡他性中耳炎

慢性鼻炎和鼻窦炎的病人，由于鼻不通气，往往用力擤鼻，致使鼻腔的炎性分泌物经咽鼓管进入中耳，引起后者轻度的浆液渗出。日久咽鼓管和听小骨等处发生粘连，鼓膜增厚，影响传音功能，出现耳鸣耳聋。

【治疗】 对有鼻炎和鼻窦炎的病人，应先治疗鼻腔和鼻窦的炎症。在鼻腔没有脓性分泌物时，可以行咽鼓管通气法，使空气进入中耳，吹开粘连，并促进听小骨和鼓膜的活动。

1. 饮水通气法 让病人含一口水，将通气球的小头放入鼻孔，并将对侧鼻孔堵塞，然后让病人将水咽下，同时用手压迫橡皮球，使鼻腔和鼻咽部气压增加，则有少量空气进入中耳，达到治疗目的（图 12-11）。

2. 自行通气法 病人自己捏住两侧鼻孔，闭嘴用力向外呼气，则空气可进入中耳，病人自觉有空气将鼓膜向外吹胀的声音。

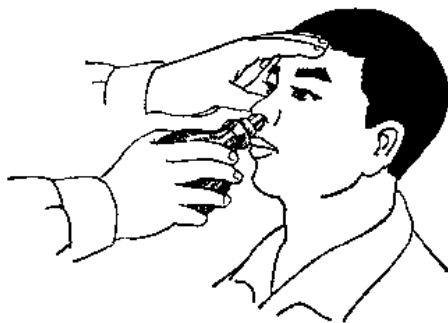


图 12-11 饮水通气法

## 感音性耳聋

感音性耳聋，除先天性听器发育不全和老年性血管硬化听器障碍以外，最多见的是高热性传染病所致的听神经炎。如小儿在高热惊厥或脑膜炎之后，往往发生感音性耳聋。药物中毒，如链霉素、新霉素、卡那霉素、奎宁、水杨酸钠等中毒可引起感音性耳聋，值得注意。此外，头部外伤、内耳出血或振荡，可导致感音性耳聋。

### 【治疗】

1. 新针疗法 取穴耳门、听宫、翳风、合谷、风池、中渚等穴。用强刺激。
2. 维生素疗法 用维生素 B<sub>1</sub> 20 毫克，菸酸 50 毫克，维生素 B<sub>12</sub> 500~1000 微克。
3. 654-2 疗法 用量 10 毫克肌注，或穴位注射。10 次为一疗程。
4. 中药疗法 对久病体虚耳鸣、耳聋的患者，可用补肾益气等药物治疗，如耳聋左慈丸或益气聪明汤加减（人参 2 钱、黄芪 2 钱、葛根 3 钱、升麻 2 钱、白芍 3 钱、黄柏 2 钱、蔓荆子 3 钱、远志 3 钱、茯苓 3 钱）。水煎服。

对胸胁胀满、口苦、耳鸣、暴聋，可用龙胆泻肝汤加减（胆草2钱、栀子2钱、黄芩3钱、柴胡3钱、生地4钱、车前子3钱、泽泻3钱、木通3钱、甘草3钱、当归3钱）进行治疗。

## 牙 痛

牙痛大多数由牙齿的病变引起，少数可因其他疾病的影响而发生。不同原因引起的牙痛，在程度、范围和性质上有所不同，应通过分析病因，作适当的处理，才能有效地止痛和防止再发。

### 【病因】

1. 龋齿 龋洞较深，接近牙髓腔。牙髓发生充血而敏感，当食物嵌塞龋洞或遇冷热时，便引起牙痛。但一般无自发痛。

2. 牙髓炎 龋齿治疗不及时，侵及牙髓腔，使牙髓发炎充血、水肿。急性期牙痛剧烈，特点为：自发性阵发痛，对冷热刺激十分敏感，疼痛可向患侧头面部放散，使病人指不清具体病牙。牙髓化脓时，变为持续性跳痛，夜间尤甚，含漱凉水有时可使疼痛减轻。检查：病牙有深龋，对冷热反应很敏锐。如牙髓暴露，触龋洞可引起剧烈疼痛，故不宜粗暴地深探。慢性牙髓炎时自发痛和冷热痛都不明显，咀嚼时可感觉疼痛。

3. 根尖周围炎（尖周炎）及牙槽脓肿 牙髓炎未得及时治疗，牙髓感染沿根管扩延至根尖部，引起牙周膜、牙槽骨的炎症。急性期牙痛较剧烈，特点为：持续性钝痛，有病牙伸长感觉，不敢咀嚼，疼痛也可放射，但病人多能指明病牙。检查：牙髓已破坏（或呈慢性炎症），触探和对冷热刺激无反应或反应迟钝，轻叩病牙却能引起剧痛。牙根附近的牙龈红肿、压痛，牙齿松动。如化脓感染穿破骨壁，在骨膜和粘膜下形成脓肿，称牙槽脓肿。此时病牙根部持续性跳痛，牙齿明显松动，不敢触碰，牙龈明显红肿或有波动，颌面部局部肿胀，并多伴有炎症的全身反应。慢性尖周炎自发痛不明显，牙龈上常有瘻孔、溢脓。

4. 牙周炎 牙齿无龋，但牙龈、牙周膜、牙槽骨发生炎症，俗称“风火牙痛”。有明显的自发痛和咀嚼痛。检查：牙龈红肿，牙周出血或溢脓，牙齿松动，叩痛明显。如形成脓肿，称为牙周脓肿。

5. 智齿冠周炎 下颌第三磨牙（智齿）牙冠周围组织的炎症，祖国医学称“牙咬痛”。下颌智齿萌出较晚（18~25岁），牙齿位置倾斜，牙冠周围龈袋内食物残渣堆积，细菌繁殖，感染发炎。表现为持续性钝痛或跳痛，咀嚼时痛更重，智齿冠周牙龈红肿，龈袋内可有脓液，下颌角区肿胀，张口困难并有吞咽疼痛，发热，下颌淋巴结肿大。

6. 三叉神经痛 主要应与急性牙髓炎鉴别。本病为面痛，沿神经分支放射至一定区域。疼痛呈阵发性发作，有激痛点，即洗脸、咀嚼、呵欠触碰或牵连口腔颌面某一区域（或点）时，可立刻引起疼痛发作。发作时牵涉一侧上颌或下颌“牙痛”，但病人指不清具体病牙。检查多无特殊发现，可能有龋齿、残根，但与三叉神经痛无直接联系。

【预防】 龋齿和牙周疾病是最常见的牙病，不仅引起牙痛，且常是面部感染的主要原因。因此，要向群众宣传、普及口腔卫生知识，力求做到早晚刷牙，饭后漱口，以减少牙病发生机会。儿童和青少年易患龋齿，赤脚医生可以组织小学教师和红小兵，普及开展群众性牙病防治工作，预防和早期发现、治疗龋齿。有条件时，用氟化物（如75%氟化钠

甘油糊剂)涂擦,半年至一年一次。或用含氟化物的牙膏,可减少龋齿的发生。

【处理】 剧烈牙痛应先行止痛,然后再作进一步处理。

1. 新针疗法 对各种原因引起的牙痛均有效。主穴合谷,上牙痛配下关,下牙痛配颊车,采用提插或震颤手法。或针牙痛穴,中等刺激。耳针:取上、下颌区或拔牙麻醉点。斜刺,捻转,留针10~15分钟。为加强效果,可作耳针埋藏。

2. 深龋齿疼痛,应除去龋洞内食物残渣,将沾有丁香油、樟脑酚、牙痛水、十滴水或1~2%普鲁卡因的小棉球,置入龋洞,可止痛。细辛、草拨、冰片各少许,研细末,小棉球蘸,置洞内,止痛后吐去。陈醋4两,花椒1钱,煎10分钟,温凉含漱;亦可服镇痛药。

3. 急性牙髓炎 经上述处理不能止痛时,可在局麻或针刺配合下,用一尖锐的稍粗的针头,在龋洞的薄弱处刺穿牙髓腔(手感阻力突然减低),穿髓处有脓血溢出,味臭。有条件应用牙钻钻开髓腔。漱口后上置止痛药棉,龋洞勿立即填补,止痛后再行治疗。

4. 急性尖周炎 应扩大穿髓口,清洗髓腔,内置消毒防腐药棉(酚醛液等),并以药物镇痛、消炎;牙槽脓肿早期可服五味消毒饮加减(紫地丁4钱、野菊花2钱、半枝莲3钱、银花3钱、连翘3钱、赤芍3钱、丹皮2钱、鲜生地6钱、黄芩2钱、草河车3钱、生甘草1钱)。脓肿形成,需切开引流。

5. 牙周炎 应除去牙垢,用细辛煎(此细辛煎浓汁)温热含漱或用盐水清洗牙周,上置碘甘油、三香散,内服清胃饮。

【附方】 ①碘甘油:碘1~2克,碘化钾1~2克。先将碘化钾溶于2毫升的水中,加入碘搅拌等完全溶解后,再加甘油至100毫升。②清胃饮:石膏、栀子、黄连、生地、升麻、当归、丹皮。

6. 智齿冠周炎 用盐水、2%双氧水清洗冠周龈袋,上置碘酊、碘甘油;内服牛蒡子、蒲公英、野菊花、连翘、荆芥、甘草等;外敷紫金锭、姜黄散;用1~2%普鲁卡因2毫升作下鼻甲粘膜下封闭注射;酌情应用抗菌素。

7. 三叉神经痛 穴位针刺或以2%普鲁卡因液按神经分布封闭注射。

牙痛经止痛和消炎后,应作进一步处理,如龋齿可充填龋洞。根尖周围炎牙冠(或牙根)破坏严重可予拔牙。牙周炎可作牙周洁治等。

### 口腔颌面部间隙感染

口腔颌面部间隙是指该处皮下、肌肉、筋膜或骨之间的疏松结缔组织。感染可由牙或牙周围组织的炎症,口腔粘膜或局部淋巴结的炎症扩散所引起,可形成蜂窝组织炎和脓肿。常见的感染部位有:(1)颌下间隙:下颌骨以下的三角形区,颈阔肌的深面。(2)嚼肌下颌间隙:嚼肌的深面。(3)眶下部间隙:眶下、上颌骨的前面。(4)舌下间隙:口底粘膜的深面,与颌下间隙有下颌舌骨肌相隔。

【临床表现】

1. 多数有牙痛脸肿或口疮的病史。
2. 局部常有红、肿、热、痛,可伴有张口、咀嚼、吞咽或说话的功能障碍。
3. 有发热、恶寒、头痛等全身反应,可有颈部淋巴结肿大和触痛。白细胞增多。

【注意事项】

1. 感染因病牙引起者，称为牙源性感染。如不处理病牙，间隙感染可反复发生。
2. 口腔颌面部间隙多数彼此交通，一个间隙的感染可向邻近间隙扩散。如颌下间隙感染可向舌下间隙扩散。因此，当某一间隙发生感染时，要抓紧治疗，防止扩散。
3. 口腔颌面部淋巴和血液循环丰富，处理须十分仔细；如有不当，感染可循血流和淋巴管扩散。颌面部静脉与颅内静脉窦相交通，感染可经静脉侵入颅内，引起严重颅内并发症（如海绵窦血栓、脑膜炎）。
4. 口腔颌面部间隙感染，大多属于葡萄球菌引起的急性化脓性炎症。极少数可由梭形杆菌、螺旋体引起，形成腐败坏死性口底蜂窝织炎，病情特别严重，必须提高警惕。

### 【治疗】

#### 1. 处理原则

(1) 早期应用抗菌药物控制感染，促使炎症局限，争取能吸收内消。内服或注射磺胺类、抗菌素；中药可用消毒饮、黄连解毒汤。外用鲜马齿苋或蒲公英各2两捣烂贴敷；或用抑阳散、姜黄散等调敷。有的部位感染可作淋巴结疗法，选择患侧扁桃体和健侧颈部、颌下淋巴结注入复方氯化钠溶液0.5~1毫升。

(2) 高热不退、肿胀不消、跳痛明显时，可加服透脓散，外用拔毒散，促使炎症局限，脓液早日形成。脓肿形成，应及时切开引流。由于化脓的部位在肌肉或筋膜，不应等待有明显的波动感。

(3) 注意口腔清洁，增加营养，必要时补液。

【附方】①消毒饮：地丁4钱、野菊花3钱、半枝莲3钱、银花3钱、连翘3钱、公英4钱、生地6钱、生甘草1钱；便秘加大黄2钱（后下），尿黄少加木通3钱、茯苓3钱。②黄连解毒汤：黄连2钱、黄芩3钱、黄柏3钱、山栀2钱、大黄2钱、连翘4钱、双花5钱、知母3钱。③抑阳散：天花粉3两、香白芷、姜黄、赤芍各1两，研细末，蜂蜜调敷。④姜黄散：大黄、黄柏、姜黄、白芷各5钱，南星、陈皮、厚朴、苍朮、甘草各2钱，天花粉1斤，共研细末，茶、醋调敷。⑤透脓散：生黄芪3钱、当归3钱、山甲3钱、川芎1钱半、皂角刺2钱，水煎服。⑥拔毒散：白芷、白蔹、枯矾、雄黄、半拨等分为末，开水调敷。

#### 2. 具体处理

(1) 颌下间隙感染（颌下疳）：有下颌磨牙疼痛或颌下淋巴结炎病史。表现为颌下区肿胀，使颌下缘消失，压痛。可引起张口困难，吞咽疼痛。切开时，切口应在颌骨下缘下1.5~2.0厘米，与下颌骨平行。切开时不得损伤颌外动脉和神经。

(2) 嚼肌下颌间隙感染（兜腮疔）：有智齿冠周炎或下颌磨牙疼痛病史。表现为以下颌角区为中心的弥漫性肿胀，可扩展到耳前、颞下及颌下区。早期出现张口困难，重者牙关紧闭。全身反应较重。切开时，切口应在下颌角稍下方，距下颌骨下缘1.5~2.0厘米，沿下颌角外形作弧形切口。深度应达嚼肌，并在下颌角处横断嚼肌附着点，用止血钳贴下颌骨壁自下向上作钝性分离，直至脓腔。

(3) 眶下部间隙感染：表现为眶下区肿胀，鼻唇沟消失，眼睑肿胀，睁眼困难。口内患牙区龈唇沟粘膜肿胀明显。切开时，切口应在口内，前牙龈唇沟粘膜肿胀波动明显处，作横切口。

(4) 舌下间隙感染：表现为口底肿胀，舌动受限，吞咽困难，严重时可发生呼吸困难。切开时，切口应在口内沿牙槽骨的舌面作一平行切口，并尽量贴近牙槽骨基部，勿损

伤舌神经和颌下腺导管。

## 口 疮

口疮就是口腔粘膜发炎感染而发生糜烂或溃疡。口疮的发生常与全身性疾病有联系，如患急性传染病（流感、麻疹等）和肺炎的病人，每于高热之后，口唇易发疱，溃破成疮。患慢性胃肠道疾病、消化不良、便秘和肠道寄生虫病等，可伴发口疮。有时口腔粘膜的局部损伤（如咬伤、擦伤、受龋齿或不良假牙的刺伤等）也能成为发生口疮的诱因，但少见。祖国医学认为，唇、舌与心脾二脏密切相关，口舌生疮可因外感或内伤后，湿热蕴结，上蒸于口；或心火上炎、发于口舌。因此，不应孤立地认为口疮就是口腔粘膜的疾病，治疗中忽视对原发病的处理，不善于调节内在因素，疗效也往往不好。

根据好发年龄和临床表现的不同，口疮可分为小儿口疮和复发性口疮两类。

### 小 儿 口 疮

常见的小儿口疮主要有下述三种：

#### 一、疱疹性口炎

由病毒引起，多发生于1~6岁的小儿。

【临床表现】 发热（可达39°C以上）、烦躁哭闹、流涎，不肯吃东西，颌下淋巴结多肿大、压痛。口腔粘膜普遍红肿，出现散在或成簇的针头至米粒大小的透明水疱，水疱很快破裂形成溃疡，融合成片。溃疡表面有黄白色伪膜，周绕红晕，多发生在舌颊唇，有时可扩展至腭、咽等处。溃疡灼痛，进食更甚。有时在颜面口角、唇周围、鼻翼和眉等处皮肤也可发疱。

#### 【治疗】

1. 轻症用淡盐水清洗口腔后，置冰糖散、口炎散，上药后勿立即吃奶。
2. 黄芩3钱、连翘3钱、双花3钱、鲜竹叶3钱、生甘草1钱、薄荷1钱，煎汤去渣，用蜂蜜1两冲服。
3. 高热、口舌肿痛明显时，内服解毒消炎丸或抗菌素，口舌上置小儿红白口疮散或涂布2.5%金霉素甘油糊剂。
4. 青黛1.5钱，醋调贴脐部；吴茱萸、赤芍各2钱（也有用生附子），每晚睡前醋调贴两足心，夜贴日揭下。

【附方】 ①冰糖散：儿茶1钱、冰片半钱、冰糖少量，共研细末。②口炎散：柿霜2钱、薄荷1钱、冰片3分，共研细末。③小儿红白口疮散：青黛5钱、人中白2钱、枯矾1钱、冰片5分、牛黄1分，共研细末。④2.5%金霉素甘油糊剂：金霉素250毫克、甘油10毫升，混匀。

#### 二、雪口病

俗称“鹅口疮”，多发生于一岁以内的婴儿，病原菌为白色念珠菌。婴儿长期腹泻、营养不良、患慢性消耗性疾病或长期（或大量）服用广谱抗菌素等均易引起本病的发生。

【临床表现】 不发热或有低热，口腔粘膜充血水肿，表面覆盖一层乳白色假膜，初期散在，似奶瓣或豆腐渣状，后逐渐融合成片状。假膜不易擦去，擦掉则出血。假膜涂片检查可发现白色念珠菌。病变多从两侧颊粘膜开始，可蔓延到舌、腭、咽和牙龈等处。病变局部不疼，但因妨碍吸吮，故婴儿可有烦躁、哭闹。唾液分泌减少，口腔干燥，有甜酸的

口臭味。

#### 【治疗】

1. 野蔷薇花5钱或金银花5钱，煎汤，用棉花沾汁轻拭口腔，上置口糜散或2%龙胆紫液。

2. 导赤散加减（参见“清热消炎药”篇）。

3. 口服复合维生素乙<sub>2</sub>10毫克，每日三次。

4. 积极治疗全身性疾病，如服用抗菌素过久者应停用或换药。

〔附方〕 口糜散：小麦面烧灰2分，冰片1分，混匀。

#### 三、溃疡性龈口炎

为口腔内梭形杆菌和螺旋体的混合感染，引起牙龈和口腔粘膜的坏死性炎症病变。祖国医学称之为“牙疳”、“口疳”。好发于冬末春初，儿童与青少年多见。

【临床表现】 发热、恶寒、食欲不振。病变从牙龈开始，牙龈缘溃烂，呈虫蚀状溃疡坏死，牙缝隙间的牙龈（牙龈乳头）也发黑坏死，溃疡表面覆盖灰白或黄绿色污秽假膜，触痛明显，易出血。假膜涂片检查可发现大量梭形杆菌和螺旋体。口腔有腥臭味，唾液粘稠带血丝，病区牙齿松动，颌下淋巴结肿痛。

#### 【治疗】

1. 3%双氧水清洗患处，除去坏死组织，轻症涂2%龙胆紫液或置青黛散；重症置霜梅乳没散。

2. 中药清热消疳，可用芦荟消疳汤：芦荟5分、胡黄连8分、银柴胡1钱、梔子1钱、元参3钱、生石膏3钱、甘草1钱，尿少加淡竹叶1钱，便秘加大黄5分，水煎服。

3. 口服解毒消炎丸或磺胺、抗菌素。

4. 宜食豆汁、小米粥、菠菜泥、豆腐、蛋花汤等，多吃新鲜蔬菜，适量补充维生素丙（50~100毫克，每日三次服）和维生素乙<sub>2</sub>（5~10毫克，每日三次服）。

5. 重症病人应用大剂量抗菌素药物、静脉输液，必要时输血。

〔附方〕 ①青黛散：青黛2钱、石膏4钱、滑石4钱、黄柏2钱，共研细末。②霜梅乳没散：白信、黄连、黄柏、甘草各1钱，红枣1两，青黛2钱，硼砂4钱、乳香、没药各5分，冰片1钱半，共研细末。

【小儿口疮的预防】 积极预防季节性传染病的发生，小儿患流感、麻疹、肺炎等疾病高热时，除进行治疗外，应加强口腔护理。如多饮水，吃流食或软食，注意口腔清洁。防止口腔粘膜擦伤。注意哺乳卫生，喂奶前，乳母要洗净奶头，奶具要定时消毒，病儿的奶具应单独使用。

### 复发性口疮

本病（旧名阿弗他口炎）以经常发作为特点，并随病情进展、发作频繁，溃疡数目增多，缠绵不断。溃疡多为孤立的圆形或椭圆形，好发于唇、舌、牙龈粘膜，溃疡灼痛明显，给病人带来很大痛苦。祖国医学认为，心脾（或脾胃）积热或肾经虚火多可造成本病发生。因此临床上将本病分两种类型：

1. 实热 疮色鲜红，溃疡四周水肿高起，表面覆盖灰黄色假膜，灼痛明显。病人

舌质红，苔黄，脉多弦数有力，同时伴有发热，口干、便秘、尿黄和食欲不振等。

2. 虚火 疮色淡红，溃疡中心凹陷、呈灰白色，灼痛稍轻。病人舌质淡，苔薄或荒剥，脉细数，可伴有失眠、多梦、腰酸膝软和便秘等。

#### 【治疗】

1. 中药治疗 ①实热：清热泻火，可用桑叶1.5钱、生山栀3钱、黄连1钱、鲜生地6钱、生石膏6钱、双花3钱、连翘3钱、木通1钱、竹叶1.5钱、鲜芦根1两，水煎服。或用石膏、黄芩、黄连、生地、丹皮、升麻各2钱，水煎服。②虚火：滋阴降火，可用生地4钱，元参、白芍、麦冬、知母、黄柏各3钱，石斛3钱（先煎），水煎服。失眠加五味子1.5钱、枣仁3钱。

2. 野蔷薇根煎汤，频频含漱。

3. 碘氧疗法 用2%的卡因作溃疡表面麻醉后，置碘化钾结晶少许于溃疡面上，以3%双氧水冲洗溃疡面，拭干，上置养阴生肌散。

4. 激素类药物（可的松25~50毫克，强的松或强的松龙5~15毫克，每日三次服）或肌注维生素乙<sub>12</sub> 50毫克，每日一次，五次为一疗程。可减轻症状，促使溃疡愈合，但不能控制复发。

【附方】 养阴生肌散：明腰黄2分，牛黄1分，煅石膏1钱、青黛2分、薄荷1分、甘草末2分，黄柏末1分，龙胆末1分，冰片2分，共研细末。

## 口腔颌面部常见肿瘤

### 一、颌骨囊肿

本病发生多与牙病有关，如慢性根尖周围炎根尖感染的肉芽组织坏死，分解形成空腔，进一步扩大成囊肿（根端囊肿）；牙齿在颌骨内萌出困难或牙胚在发育过程中受炎症、外伤破坏，在颌骨内异常发育形成囊肿（滤泡囊肿）。囊肿内含液体，空腔的内壁衬有上皮组织。

颌骨囊肿是良性肿瘤，发生缓慢，常无自觉症状。直至囊肿增大，局部膨出甚至面形改变时方被发现。由于囊肿压迫颌骨使骨质吸收，所以肿胀部位按之有乒乓球样感觉，穿刺能抽出淡黄色液体。X线检查能进一步明确囊肿的位置、大小和种类。

【治疗】 需手术摘除。

### 二、颌骨造釉细胞瘤

是颌骨内的上皮组织瘤，其发生与牙胚组织的异常分化有关。多发生于青壮年，以下颌骨多见。

生长缓慢，早期无自觉症状。肿瘤增大使颌骨膨胀，面形改变，下颌运动受限，甚至影响咀嚼与吞咽。肿瘤部位的牙齿移位、松动，牙骀关系改变，颌骨骨质变薄。如继发感染则疼痛、化脓、破溃，形成瘘孔，长期不愈。X线照片可见颌骨中多数囊腔互相重迭，类似蜂房状结构。病理组织检查有助于确诊。

高热、肿瘤生长迅速、疼痛，伴有全身消耗症状时，多为肿瘤恶性变。

【治疗】 以手术切除为主。如有恶性变，术后应辅以放射治疗。

### 三、腮腺混合瘤

发生在腮腺内，生长缓慢，多无自觉症状。数年至十数年后，肿瘤增大突出，周围境

界清楚，坚硬，表面光滑或呈结节状，有移动性。如果肿瘤突然增长加快，不易移动，疼痛，并有面瘫（面神经麻痹）时，多为肿瘤恶性变。

【治疗】 需手术摘除。

#### 四、口腔癌

老年男性多发。发生部位以舌（舌癌）、下唇（唇癌）、牙龈（牙龈癌）为多见。

初发多为久不愈合的溃疡，疼痛，易出血，逐渐在溃疡的基底形成硬的浸润块，并向四周扩展。溃疡中心坏死，边缘隆起呈堤状或菜花样，臭味大。癌肿转移可在颌下、颈部、腋窝处扪到肿大的淋巴结。肺X线检查可能发现转移病灶影。

【治疗】 以手术切除为主，配合中草药和放射治疗。

## 第十三章 临床药理讲座

### 急救药

严重损伤、急性感染或中毒的伤病员，突然发生面色苍白、呼吸微弱、脉搏细而无力、心音减弱等，是休克的一部分证候，祖国医学称为阳气暴脱。急救药就是用于这种紧急情况的药物，包括中枢神经兴奋药、升压药、解毒药等。

### 常用西药

(一) 中枢神经兴奋药 这类药可兴奋中枢神经，特别是兴奋呼吸中枢。但过量又都可引起惊厥。

1. 苯甲酸钠咖啡因(安钠咖、GNB) 能增强大脑皮层的兴奋性、兴奋呼吸和血管运动中枢，从而改善循环和呼吸。主要用于抢救各种原因引起的呼吸、循环衰竭及催眠药中毒。此外，咖啡因能加强解热镇痛药的作用，常与解热镇痛药合用(如止痛片)，可缓解头痛、身痛和退热。

2. 可拉明(尼可刹米) 其作用为直接兴奋呼吸中枢，使呼吸加快、加深，且作用温和，较安全。用于中枢性呼吸循环衰竭、新生儿窒息以及中枢抑制药中毒，尤其对吗啡中毒疗效较好。

3. 山梗菜碱(洛贝林) 其作用是兴奋颈动脉体的化学感受器，反射性地兴奋呼吸中枢，且作用迅速而显著。用于新生儿窒息和一氧化碳中毒等。应注意：剂量过大时反而抑制呼吸，并可引起痉挛、心动过速或心律不齐。

(二) 升压药 用于休克血压下降时，这类药物的升压作用主要是使周围小动脉收缩(增加阻力)，对心脏多有直接兴奋作用，可使心跳加快加强，但又各有其特点。

1. 去甲肾上腺素 兴奋心脏的作用较弱，收缩血管的作用强，能使血压迅速回升。用法是静脉内点滴，不作皮下和肌肉注射。静滴时必须防止将药液输血管外(!)，以免发生局部组织坏死。有时即使静脉穿刺正确，也可有药液外渗，应立即换一处静脉点滴，并在药液渗出处作热敷、以0.25%普鲁卡因、或以5毫克妥拉苏林(血管舒张药)加于生理盐水20毫升，作局部皮下浸润。常用的制剂为重酒石酸去甲肾上腺素，不宜与硷性液体配合，以免失效。

2. 甲氧胺(美速克新命) 升压作用较去甲肾上腺素稍弱但较持久，对心脏无直接作用，所以可用于治疗伴有心律不齐的低血压。

3. 苯肾上腺素(新福林、麦撒同) 性质稳定，可口服给药。有温和而持久的收缩血管的作用，对心脏则无兴奋作用。常用于休克时维持血压或过敏性休克。偶见副作用如头晕、恶心等。

4. 肾上腺素 对心脏作用强，使心跳加快加强，但剂量稍大可引起心律不齐、甚至心室颤动。对血管的作用比较复杂，大体上可使皮肤、粘膜和腹腔内血管收缩，心、脑、肺和肌肉血管舒张，升压作用不及去甲肾上腺素可靠，而且升压后可能使血压下降到比原

来更低的水平。此外，有一定的抗过敏作用。因此，肾上腺素的用途有：①静注或心内注射抢救某些心跳骤停；②静注或肌注抢救过敏性休克；③治疗支气管哮喘发作；④加于局部麻醉药液中，延长时效。

5. 麻黄硷 作用似肾上腺素，较温和而持久。可用于低血压、哮喘、鼻粘膜肿胀等。

### （三）解毒药

1. 阿托品 对平滑肌有较强的解痉作用，能抑制泪腺、汗腺、唾液腺和支气管腺体的分泌。并能散大瞳孔和兴奋中枢神经。大剂量时常引起口干、面红、瞳孔散大、心率加快等。上述作用主要是阿托品可以阻碍乙酰胆硷在组织器官中的作用。乙酰胆硷是某些神经活动过程中的必需物质之一，如神经支配分泌腺、肌肉等活动，都有乙酰胆硷参与。阿托品既然有阻碍乙酰胆硷作用，所以可引起分泌减少、血管舒张、瞳孔散大等。由于这个道理，阿托品可用于急救：（1）感染中毒性休克，有末梢小动脉的痉挛时，可改善末梢循环。（2）有机磷农药或其他某些神经毒（如毒蘑菇）中毒，可抑制胆硷脂酶（能够分解乙酰胆硷的物质），使体内乙酰胆硷过多，导致某些器官功能严重障碍。阿托品能够缓解大量乙酰胆硷的作用，所以常用以急救这类中毒。

2. 解磷毒（解磷定、派姆 PAM） 有机磷抑制胆硷脂酶，解磷毒可恢复胆硷脂酶的活性，使它重新分解乙酰胆硷。与阿托品合用解救有机磷中毒效果良好。

3. 硫代硫酸钠 在体内能与汞、砷等形成无毒硫化物而排出。与氰化物也能形成无毒硫氰酸盐排出。故可用于治疗砷、汞及氰化物中毒。

4. 二巯基丙醇（BAL） 也能与砷、汞等多种金属结合成稳定的化合物。因此能解除砷、汞对人体的毒害。但其副作用为升高血压、加快心跳、恶心呕吐、腹痛，多次注射可引起过敏或手部发麻等，应慎用。

## 常用中药

1. 四逆汤 附子5钱、干姜3钱、甘草2钱。附子大辛大热，为温阳祛寒要药，配干姜温中散寒，甘草补中益气。故有回阳救逆之效。用于阳气暴脱，四肢厥冷，脉沉微而细。（参考：实验证明附子有强心作用，甘草有解毒作用。）

2. 参附汤 人参5钱、附子4钱。人参大补元气，附子温阳，二者合用可回阳救逆。（参考：实验证明人参有强心、兴奋中枢神经、使人体抵抗力增强等作用。）

3. 苏合香丸（白朮、朱砂、诃子肉、麝香、香附子、丁香、毕拔、檀香、青木香、安息香、沉香、犀角、乳香、苏合香、冰片）。苏合香、安息香、乳香、麝香、冰片等芳香开窍，苏醒神志，丁香、檀香、香附、毕拔等行气，犀角清心解毒，朱砂镇惊安神，诃子酸敛，白朮健脾。故能祛寒开窍、苏醒神志。

## 临床应用

1. 复苏 复苏（苏）就是使呼吸和心跳重新恢复。主要的措施是人工呼吸、心脏按摩和用中枢兴奋药等。

呼吸停止有不同的原因，用药宜有所选择。呼吸中枢抑制者，如巴比妥类、吗啡类中毒，应用咖啡因和可拉明，每次极量（成人）咖啡因3支（0.75克）和可拉明5支

(1.25 克), 但宁可先少用, 然后再加注。如新生儿窒息、溺水等, 应用洛贝林, 利用其兴奋化学感受器的作用, 每次极量成人 2 支 (6 毫克)、小儿 (0.3~3 毫克), 必要时隔 30 分钟重复使用。

心跳停止可用肾上腺素心内或静脉内注射, 每次 1 支 (1 毫克)。过去对于电击伤心跳停止, 强调禁用肾上腺素。无产阶级文化大革命中, 上海新华医院职工在工人阶级领导和鼓舞下, 打破“常规”, 利用肾上腺素对心脏的兴奋作用, 成功地救活了心跳停止达 23 分钟之久的电击伤工人同志。只要我们勇于实践, 谦虚谨慎, 不断地认真总结经验, 就能够进一步掌握药物的性能。

2. 抗休克中的升压措施 抗休克包括多方面措施, 如升压、补液、补血、解毒等。血压回升是休克好转的一项重要指标。然而, 使用升压药应当结合具体病情。在基层的条件下, 升压的用药方法如下:

(1) 在体液未有明显丢失的情况下, 如中毒性休克、心源性休克等, 可用去甲肾上腺素或甲氧胺加于 5~10% 葡萄糖液作静脉点滴, 去甲肾上腺素每分钟可用 0.004~0.04 毫克, 甲氧胺注入滴管内每次 5~20 毫克 (也可肌注)。液体输入宜较慢 (因总量较少), 为维持血压可用升压药浓度调节。中毒性休克可用麻黄碱暂时代替升压 (心源性休克则不可)。

(2) 有失血或失液的情况, 首先要补血或补液, 不应先用升压药, 以免组织严重缺血缺氧。为了升压, 可用 25~50% 葡萄糖静注, 再继以血液等。体液已补充后, 如血压仍低, 则可用升压药。

(3) 过敏性休克应先静注或肌注肾上腺素, 再用 5% 葡萄糖液静滴。

升压还可用针刺穴位 (人中、足三里等) 的方法。

### 3. 解毒

(1) 阿托品作为解毒药, 可用于感染中毒和有机磷、毒蘑菇等中毒。感染中毒时, 小血管因细菌毒素作用而痉挛, 阿托品可缓解这种痉挛, 改善组织循环。因此, 在感染中毒性休克时, 首先可用阿托品静注 (同时用葡萄糖盐水), 一般成人每次不超过 2.5 毫克 (5 支), 小儿每公斤体重 0.03 毫克, 每隔 15~30 分钟一次, 以使病人口干、瞳孔散大、手足温度恢复、面微红为度 (但不宜使心率过快)。如血压未恢复, 可再用升压药。用于有机磷中毒, 首次静注 1~3 毫克 (2~6 支), 以后每 15~30 分钟一次。瞳孔开始散大后可改为 0.5~1 毫克皮下注射。

(2) 其他解毒药 解磷毒: 0.8~2.0 克, 配成 2.5% 溶液静脉内注射 (每分钟 0.25 克速度), 或加入 500 毫升生理盐水内静滴。硫代硫酸钠: 砷、汞等中毒用 0.5~1.0 克肌注或静注, 氰化物中毒用 12.5~25 克, 每日 1 次, 可用 3~5 日。二巯基丙醇: 每公斤体重 2.5~5 毫克, 每 4~6 小时一次, 2 日以后改为 6~12 小时一次, 可用 7~14 日。

4. 中药回阳救急 疾病或损伤引起面色苍白、四肢厥冷、出冷汗、脉细等, 可用四逆汤或参附汤。这种方药可用于休克初步好转后, 并不能普遍地实用于抢救。苏合香丸可使昏迷复苏, 可与针刺法合用。

## 安神镇惊药

安神镇惊药是通过中枢神经的抑制作用, 达到镇静、催眠、制止惊厥等的一类药

物。这类药物还常用来配合解热、镇痛、降压等。所以在临床上应用比较广泛。

## 常用西药

1. 巴比妥类 (1) 长效：苯巴比妥(鲁米那)、巴比妥；(2) 中效：阿米妥(异戊巴比妥)；(3) 短效：司可巴比妥(速可眠)、戊巴比妥；(4) 超短效：硫喷妥钠(作为静脉麻醉药或静脉注射制止惊厥)。

巴比妥类药物最基本作用是抑制中枢神经系统。随剂量的增减而出现镇静、催眠、抗惊厥。

(1) 镇静、催眠作用 小剂量(催眠量的 $1/3 \sim 1/5$ )的巴比妥类有镇静作用，可消除过度的精神兴奋；剂量加大可产生催眠作用。其睡眠一般深沉无梦。

(2) 抗惊厥作用 大剂量的巴比妥类可治疗各种原因引起的惊厥，如破伤风、子痫、脑膜炎和药物中毒引起的惊厥等。但必须注意剂量过大时能抑制呼吸中枢，甚至导致呼吸停止。故当呼吸功能不良者，不宜应用。

(3) 加强解热镇痛药的镇痛作用 巴比妥类药物本身没有镇痛作用，但与解热镇痛药合用，如索密痛(内含匹拉米洞、非那西丁、咖啡因、苯巴比妥)，可增强其镇痛作用。

巴比妥类易吸收，迅速分布于各组织及体液。巴比妥及苯巴比妥从血液进入脑组织的速度较慢，虽静脉注射，作用出现亦慢。主要经肾排泄，其作用时间较长，久用可致蓄积中毒。肾机能不全者，排泄更慢，故用时应注意病人肾脏情况，以免中毒。硫喷妥钠等易于进入脑组织，发生作用迅速；由于又迅速离开脑组织进入其它组织和体液，所以作用短暂。异戊巴比妥、戊巴比妥、司可巴比妥发生作用也较快，主要经过肝脏破坏，作用维持时间比较短。在肝功能不良时应慎用。

## 2. 盐酸氯丙嗪(冬眠灵)

(1) 镇静作用：对中枢神经系统有广泛的抑制作用，因而出现较强的镇静作用。可用于精神紧张、烦躁不安和躁狂型精神分裂症等。

(2) 止吐作用：氯丙嗪对延髓的呕吐中枢有较强的抑制作用，故能止吐。用于某些药物中毒、妊娠、感染等引起的呕吐，有较好的效果。对于晕车、晕船所致的呕吐，效果较差。对顽固性呃逆尚有一定疗效。

(3) 降低体温与人工冬眠：较大剂量的氯丙嗪能抑制丘脑、丘脑下部的中枢，特别是抑制体温调节中枢，可使体温下降，各个器官的活动降低，并进入深睡状态，称人工冬眠。临床常用冬眠合剂(氯丙嗪、异丙嗪各50毫克，度冷丁100毫克，称为冬眠合剂1号)和复方冬眠灵(氯丙嗪、异丙嗪各25毫克)，用于治疗重症感染，大面积烧伤和创伤性休克等危重疾病。

副作用：用药后起立可晕倒(直立性低血压)，应注意护理。其它如鼻塞、口干、便秘、皮疹、药热等。若大量长期应用本药，有时可出现黄疸，故肝功能不良者慎用。

3. 水合氯醛 水合氯醛有较强的镇静、催眠、抗惊厥作用。口服吸收快，约15分钟后可起作用。一般制成10%溶液口服或保留灌肠。主要用于控制惊厥和躁狂不安等。对心、肝、肾功能不良者应慎用。

4. 溴化物 临床常用的有：溴化钾、溴化钠和溴化铵，可加强大脑皮层抑制过程，

引起镇静作用。主要用于神经失调症，烦躁不安，紧张焦虑等。溴化物自体内排出较慢，长期服用易致蓄积中毒，表现为记忆减退，运动失调，皮疹等。可口服食盐（氯化钠）解除溴的毒性。

## 常用中药

安神药：枣仁、远志、柏子仁、合欢、酸枣、茯神、琥珀、朱砂等。

镇惊熄风药：全蝎、蜈蚣、羚羊角、僵蚕、天麻、钩藤、牡蛎、龙骨等。

祖国医学认为，心主神志，肝疏泄条达，均与中枢神经的功能活动有关。如睡眠不安或失眠、记忆力差、烦躁易怒、易惊怕、或谵妄、神昏、或肌肉抽搐等，都与心、肝的气血有关。安神药和镇惊熄风药是治心、肝的这类病证的主要药物。但是，心和肝的病证常和肾和脾相联系，肾虚可引起心神和肝气的变化，脾虚所生的痰浊壅塞也可引起上述的一部分病证。所以，在治疗上也应当考虑肾和脾。

### 【方剂举例】

1. 枣仁柏子汤（酸枣仁、远志、柏子仁、合欢） 枣仁养血安神为主药。远志、柏子仁以泄心热而宁心安神。合欢，甘平，调和心脾、安神解郁。用于心气不足、惊悸、失眠、健忘。（参考：枣仁、柏子仁均有抑制中枢神经兴奋性的作用。）

2. 朱砂安神丸（朱砂、黄连（酒）、生地、当归、甘草） 朱砂镇惊安神。黄连清热除烦、配以甘草、生地、当归滋阴益血，用于血虚心烦，心悸失眠等。（参考：朱砂能降低中枢神经兴奋性。）

3. 延龄散（钩藤、滑石、甘草） 钩藤镇痉熄风。滑石性味甘寒，能清热利湿。甘草补脾益气。用于因热引起的抽搐。（参考：钩藤有镇静和抗惊厥作用，对实验性癫痫有一定疗效但无明显催眠作用。）

4. 蝉蝎散（蝉蜕、全蝎、天南星、甘草、生姜、大枣） 蝉蜕散风热止痉。全蝎熄风镇痉。天南星祛风化痰。甘草补脾益气调和药性。大枣补脾和胃、生姜可制止南星的副作用。用于痰壅所致的惊厥。

## 临床应用

1. 惊厥 为小儿常见病症之一，见于急性传染病时，有的是中枢神经直接受病如脑膜炎、脑炎、有的是高热所引起。治疗上应当一方面抗传染病，另一方面作抗惊厥处理。

高热的惊厥则用降温镇静法，例如：冷敷头部，安乃近滴鼻降温，肌注苯巴比妥钠0.1克或10%水合氯醛10毫升保留灌肠，安宫牛黄丸或至宝丹（均含朱砂或牛黄，有镇静和清热作用），口服或灌肠。

### 2. 痉挛发作

（1）破伤风：除用青霉素和抗毒血清以外，应用镇痉法减少阵痉。常用苯巴比妥钠0.1~0.2肌注与水合氯醛30毫升（成人量）每4~6小时交替一次，并可酌情用复方氯丙嗪。中药可用追风散（蝉蜕一两、南星2钱、天麻2钱、全蝎7个、僵蚕7条）熄风祛痰。

（2）癫痫小发作：可用针刺，并服三甲双酮、磁朱丸（磁石、朱砂、六曲）或安神定志丸（远志2钱、石菖蒲1.5钱、茯苓5钱、朱砂0.5钱（冲）、龙齿8钱、党参3钱）。

(3) 癫痫大发作：也可用针刺，并用苯妥英钠、扑痫酮（与苯巴比妥结构相近）等。

3. 高血压病 高血压病和中枢神经活动有一定关系，属于肝阳上亢病证，因此常应用安神镇静药之类。轻型者可用苯巴比妥（镇静）和克尿塞（利尿），或酸枣仁汤（酸枣仁5钱、茯苓3钱、知母2钱、川芎1.5钱、甘草1钱）清心养血安神。中等型者可用降压药（如利血平、降压灵），或钩藤汤（钩藤4钱、菊花4钱、桑叶3钱、白芍4钱、茯苓5钱、竹茹5钱、生地6钱、贝母2钱、甘草1钱）清热平肝。重型者可用胍乙啶（降压）或用建瓴汤（生地6钱、白芍4钱、牛膝一两、柏子仁4钱、山药一两、龙骨8钱、牡蛎8钱、赭石8钱）滋阴平肝。

4. 神经官能症 神经官能症主要是神经系统的兴奋和抑制失调，可呈现多种症状。治疗上，一般可从调节神经的兴奋性着手，如用溴化物（抑制）结合咖啡因（兴奋）（溴化钠0.3~0.6克、咖啡因0.1~0.2克）、新针法或枣仁柏子汤。一部分神经官能症在某些慢性疾病基础上发生，或以内分泌失调为主要原因（如更年期官能症），适宜补肾治疗。例如：二至丸（女贞子、旱莲草等分）治头晕目眩、胸闷口苦、夜睡多梦。六味地黄丸（熟地、丹皮、茯苓、泽泻、山药、山萸）治头晕耳鸣、腰酸肢软、失眠健忘。

## 清 热 消 炎 药

清热消炎药是指治疗感染发热的药物，包括抗菌药和清热药（中草药）。

感染发热是人体和致病微生物的矛盾对抗的过程。用药物治疗感染发热，就应当了解药物对肌体和致病微生物这两方面的作用。而且，“我们必须学会全面地看问题，不但要看到事物的正面，也要看到它的反面。”药物对人体可起有利的作用，也可能起不利的作用。正确应用清热消炎药，就能收到良好的效果，相反，用药带有盲目性，就可能使它的不利作用突出起来。

## 常 用 抗 菌 药

常用抗菌药 有三类：1. 磺胺类 如磺胺噻唑（ST），磺胺嘧啶（SD），磺胺二甲嘧啶（SM<sub>2</sub>），磺胺异恶唑（SIZ），磺胺甲氧嘧（长效磺胺，SMP），磺胺胍（SG），琥珀磺胺噻唑（SST）。

2. 呋喃类 如呋喃西林，呋喃唑啉及呋喃唑酮（痢特灵）。

3. 抗菌素类 如青霉素、链霉素、氯霉素、合霉素及四环素类（四环素、金霉素、土霉素）。

（一）抗菌药的制菌原理 抗菌药有提高人体对致病微生物抵抗力的作用，但其主要作用是直接抑制或杀灭某些致病微生物。因此，抗菌药可以内用，也可以外用，但外用的效果常不如内用。微生物若长时间或反复地与不足量的磺胺或抗菌素等接触，可产生对药物的抵抗力，也就是对抗菌药的敏感性可逐渐降低，叫做抗药性。这是抗菌素临床应用中必须十分重视的一个问题。

1. 抗菌作用 磺胺类药物主要抑制大多数固紫染色阳性球菌及一些阴性球菌和杆菌。阳性球菌如溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌和肺炎球菌。阴性球菌如脑膜炎双球菌，阴性杆菌如痢疾杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、鼠疫杆菌、流感杆菌和肺炎杆菌等。此外，

他们对砂眼病毒也有抑制作用。

青霉素的抗菌范围，主要抑制固紫染色阳性球菌及阴性球菌外，还对固紫染色阳性杆菌有抑制作用，如炭疽杆菌、破伤风杆菌、坏疽杆菌及白喉杆菌等。钩端螺旋体及梅毒螺旋体对青霉素也敏感，而对固紫染色阴性杆菌和病毒则无明显作用。

链霉素对球菌的作用不如青霉素，而主要是对多种固紫染色阴性杆菌有抑制作用，如鼠疫杆菌、大肠杆菌、产气荚膜杆菌，肺炎杆菌、流感杆菌、痢疾杆菌与波状热杆菌等。对结核杆菌的作用尤为突出。

氯霉素的抗菌范围较大，属于广谱抗菌素。对固紫染色的阳性或阴性的球菌及杆菌皆有抑制作用。其中对阴性杆菌的作用较强，尤其对伤寒杆菌的作用较好，为其它抗菌素所不及。对于斑疹小体及砂眼病毒也有效。

四环素类也是广谱抗菌素，作用范围与氯霉素相似，但对阴性菌的作用不如对阳性菌强。对斑疹小体和大型病毒有效，对螺旋体和变形虫也有效。

呋喃类的抗菌范围也很广。大肠杆菌、痢疾杆菌、炭疽杆菌及副伤寒杆菌对本类药物较敏感。

2. 抗药性 各种致病微生物产生抗药性的难易不一，如葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌等容易产生抗药性，痢疾杆菌和肺炎球菌比较不易产生，而脑膜炎双球菌和溶血性链球菌则更不易产生。

微生物对某一种抗菌药产生抗药性后，往往对其同类的其它抗菌药也不再敏感，这叫做交叉抗药性，例如：磺胺类药物之间可有交叉抗药性，氯霉素与合霉素之间，链霉素与双氢链霉素及四环素类之间也可有交叉抗药性。

为防止和减少抗药性的产生，在应用抗菌药时必须注意：（1）要准确选择适应证，不可滥用。（2）用量要足。第一次可用较大剂量，使人体内迅速达到有效浓度，并且要定时给药，以维持有效浓度。（3）治疗要彻底。症状消失后，一般仍须坚持给药1~3日。

抗药性的产生已成为一个比较普遍的问题。临床上常见的金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等化脓性感染，对常用的一些抗菌药常出现抗药的情况，故必须不断寻找新的抗菌药。无产阶级文化大革命以来，革命工人和医药人员意气风发，斗志昂扬，在发展常用抗菌药的生产基础上，连续地试制成功多种新的高效的抗菌药，如庆大霉素、创新霉素等。另一方面，在广泛开展防治疾病的群众性运动中，证明许多中草药对感染性疾病的疗效很好，展示出发展抗菌药物新的途径。所有这些都是毛主席的无产阶级卫生路线指引下取得的丰硕成果，也是对刘少奇一类骗子鼓吹的洋奴哲学、爬行主义的有力批判。

（二）人体对抗菌药的吸收与消除 抗菌药可以口服、肌肉注射和静脉点滴，其它如外用、体腔内注射不常用。用药的途径一方面决定于病情，另一方面与药物性质有关。

口服抗菌药分易吸收和难吸收两类。易吸收者如土霉素、四环素、氯霉素、合霉素、磺胺噻唑、磺胺嘧啶等，可以经胃肠道吸收，作用于全身各个部位，故应用比较广泛。难吸收者如磺胺胍、琥珀酰磺胺噻唑、链霉素等，限于治疗肠道感染。

肌肉注射一般比口服吸收的快，静脉点滴的作用更快。因此对较重较急的感染，常用注射或点滴。有的药如青霉素G等，口服时易受消化液破坏，故应肌注。有的药如链霉素等从静脉给会引起不良反应，故不宜点滴。一般在制剂的标签上说明了用药的途径，应

加注意。

抗菌药从体内消除主要有两种方式，一是经过肝脏作用成为无效物质；另一是经肾脏排出体外。磺胺与抗菌素绝大多数都从肾排泄，为了维持血中一定的药物浓度，必须定时重复给药。根据排泄快慢，每3~4小时、6~8小时或12~24小时给药一次。排泄慢而维持药效较久的磺胺甲氧嘧啶和普鲁卡因青霉素，通常叫做“长效磺胺”及“长效青霉素”。从肾脏排泄快的药如磺胺嘧啶、呋喃唑啉等，易在尿内形成高浓度，可治疗尿路感染。如磺胺甲氧嘧啶排泄慢，则不宜用于尿路感染。呋喃唑啉易在体内分解破坏，尿中排泄少，亦不适用于尿路感染。

(三) 抗菌药对人体的不利作用 抗菌药对人体可能引起不利作用，应用时必须注意，避免引起不良后果。

#### 1. 毒副作用

(1) 磺胺类：口服吸收的磺胺类药物从肾脏排泄，在肾小管内可能形成结晶，引起腰痛、血尿、甚至尿闭。为此，口服磺胺类时，必须同时服用等量碳酸氢钠，并多饮水，使尿液多而呈硷性，避免磺胺类形成结晶。但磺胺异恶唑(SIZ)及磺胺甲氧嘧啶(SMP)因排泄慢而不易发生尿中结晶，故可免用碳酸氢钠。

(2) 呋喃类：可引起恶心呕吐、皮疹及多发性神经炎等。其中尤以用呋喃西林时多见，故目前仅作外用。用其它呋喃类较少引起严重的反应。

(3) 链霉素：可引起眩晕、耳鸣、平衡失调及耳聋等，即损害听神经。在年老者、幼儿和长期使用时尤应注意。

(4) 氯霉素与合霉素：长期服用可能抑制骨髓造血功能，而发生颗粒性白细胞缺乏症或再生障碍性贫血，故应用一般不超过两周。

(5) 四环素类：对胃肠道有刺激作用，可引起恶心、厌食及腹泻等。饭后服用可减轻这类反应。长期应用也可能导致维生素B、K的缺乏。长期或大量应用时还可引起“二重感染”(见后)。

2. 过敏反应 磺胺、青霉素、链霉素及呋喃类都可能引起过敏反应，但以青霉素过敏为常见，且较严重。过敏反应轻的仅在接触部位发生皮炎；稍重的可有荨麻疹、药热、出血性紫癜、剥脱性皮炎及血管神经性水肿等；最严重的是发生过敏性休克，可导致死亡。

为了预防过敏反应发生，在用药前，必须详问病人有无药物过敏史。有过敏史则不宜再用。用青、链霉素前应作过敏试验，不可疏忽。

3. 二重感染 是指应用抗菌药以后，除原来的感染外，继发新的感染。一般在连续应用广谱抗菌素后出现。婴儿、老人、体质衰弱或原有肺部感染者较易发生。

正常人口腔、鼻腔、肠道等处都有许多细菌，有的是致病菌，有的是非致病菌，两者之间可互相制约而不致为害。连续使用广谱抗菌素后，由于破坏了这些细菌之间的制约关系，其中未被抗菌药抑制的细菌可乘机大量繁殖，以致在原有感染的基础上发生新的严重感染。二重感染大多数为抗药的金黄色葡萄球菌、固紫染色阴性杆菌或白念珠菌(霉菌的一种)。葡萄球菌的二重感染可引起假膜性肠炎，表现为腹泻、腹痛、高热、脉快、脱水等，可导致休克。必须及早发现，立即停用原药，用健康人的粪水保留灌肠，给予其他有效的抗菌药如新型青霉素、红霉素等，并进行抗休克治疗。

## 常用清热药

清热的中草药品种很多，主要应用于感染性疾病，如伤寒（属湿温）、痢疾（属湿热）、疮疖脓瘍（属热毒）等。按其功能作用通常将清热药分作三类：

1. 清热泄火（降火）药 如黄连、黄柏、黄芩、小檗、梔子、石膏、知母等，一般用于里实热证。

2. 清热凉血药 如犀角（可以水牛角代，量加10倍）、生地、丹皮、青蒿、地骨皮、紫草、银柴胡等，一般用于血热证，其中有的药常与滋阴药同用，治疗阴虚发热。

3. 清热解毒药 如金银花、连翘、公英、地丁、白头翁、大青叶、马齿苋、败酱草等，常用于热毒证。

清热药中已有多种证明有抑制或杀灭致病微生物的作用。如黄连、黄柏与小檗等（含小檗碱，即黄连素）对痢疾杆菌、葡萄球菌和链球菌均有抑制作用。黄芩对肺炎球菌、百日咳杆菌、葡萄球菌、链球菌及流感病毒等均有抑制作用。金银花对葡萄球菌、链球菌及痢疾杆菌等也有抑制作用。马齿苋对痢疾杆菌、大肠杆菌及伤寒杆菌也有抑制作用。白头翁不但能抑制痢疾杆菌，也有抑制痢疾变形虫的作用。大蒜不仅对多种杆菌（包括结核杆菌）及球菌有抗菌作用，还对霉菌、变形虫、阴道滴虫及蛲虫等有抑制作用。

然而，祖国医学关于清热的理论，并不立足于抑制病原微生物（虽则前人从实践中推想有“病毒”之类），而是以发热病证的诊治经验为基础，与西医有不同之处。主要的特点是在辨证施治的原则下，采取不同的方法清除体内热火，如清气、凉血、通里（泻下）等，并且调理脏腑气血的功能。其基本方剂如下，临床上可随证加减。

（1） 黄连解毒汤：黄连2钱、黄芩3钱、黄柏3钱、梔子3钱。方中各药大苦大寒，清热降火功能较强，并有燥湿作用，适宜于里热兼湿，例如疮疖、下痢、淋浊（尿路感染）等可用，疗毒走黄（脓毒败血症）也可用。此方虽有较强的制菌作用，但表热（如上呼吸道感染）、燥热（口干、舌燥、干咳等体液缺乏时）或虚热等都不宜单用此方。

（2） 石膏汤（旧名白虎汤）：石膏1两、知母4钱、粳米4钱、甘草1.5钱，是清气除热的主方。石膏和知母清肺胃之热，粳米、甘草保护脾胃并防止热伤津液（无粳米可用好大米代）。适用于热从表入里初期，证见身热、汗出口渴、脉洪大有力，可见于感染性疾病初期和中期之间。主药石膏有解热作用，知母有抗菌作用，清热消炎效果较好。

（3） 犀角地黄汤：生地1两、赤芍4钱、丹皮3钱、犀角0.2钱。是清热凉血的主方，着重于凉血，用于温病。热入营血者，证见舌尖红转为全红、红绛、神昏谵语、有斑疹或有衄血、吐血等，相当于感染毒血症、高热并有出血倾向。

（4） 大承气汤：大黄4钱、厚朴3钱、枳实3钱、芒硝3钱。是通里清热的主方。大黄既清热又能泄下，芒硝润燥通便助大黄泄热，厚朴与枳实行气破气，可消胀满，并助大黄泄下。适用于高热、烦躁、便干结、苔黄糙时。泄下清热可能是通过泄下作用排出异常代谢产物或毒素。主药大黄有泻下和制菌二项作用，已经实验证明。

（5） 导赤散：生地6钱、木通4钱、竹叶6钱、甘草梢2钱。生地凉血，竹叶、木通及甘草梢清热利尿。适用于心热口舌生疮，或湿热下注膀胱伴有尿急尿痛，分别可见于口腔炎和尿路感染。木通经实验证明有利尿和强心作用，竹叶有解热和利尿作用。

(6) 青蒿鳖甲汤：青蒿2钱、鳖甲6钱、生地6钱、知母3钱、丹皮3钱，为治疗阴虚发热的方剂，证见低热或潮热、舌红绛、口干而不欲饮、大便干结、脉细数，可见于传染病后期余热未退或结核病发热等。方中滋阴药鳖甲可治体弱低热盗汗，其余是清热凉血药。

## 临床应用

应用清热消炎药，应根据感染性疾病的病人个体的特点、致病微生物的种类、感染的主要部位以及发展阶段，选择药物的种类、用量和用法。由于感染性疾病范围比较广泛，在这里只讨论有关用药的基本原则。

1. 要明确用药的依据 正确用药的前提是准确的诊断。为了有效地利用各种清热消炎药，诊断应当包括疾病和病证。例如：流行性脑脊髓膜炎为流脑双球菌感染，首选的抗菌药为磺胺嘧啶或磺胺二甲氧嘧啶。为了提高疗效，采取中西医结合的方法，就需要进行辨证施治。可按温病卫气营血辨证，流脑多迅速出现营血分病证（如神昏、瘀斑、抽搐等），可用清瘟败毒饮（由石膏汤、犀角地黄汤、黄连解毒汤组合，加桔梗、玄参、竹叶、连翘，去黄柏、甘草、粳米）。可见，明确疾病的诊断常可了解致病微生物的种类，结合抗菌药的抗菌范围，选择直接抑制病原体的药物。明确病证的辨证，就可以运用祖国医学的经验和理论，组合中药方剂。

### 2. 用法问题

(1) 单用与伍用（联合应用）：一般来说，凡是单独应用一种清热消炎药就能达到治疗目的，就不需要再加其他清热消炎药。例如：轻症细菌性痢疾，可任选马齿苋、白头翁、苦参等中草药，或痢特灵、磺胺脒、黄连素等成药的一种治疗。在有效的原则下，采用单味药的方针，有简便和节约的优点；如果致病微生物产生抗药性，也比较容易克服它。

以下几种情况适宜伍用清热消炎药：①单一药物不能有效控制的严重感染，如细菌性心内膜炎及葡萄球菌引起的严重感染；②混合感染，如严重烧伤常有几种微生物感染；③病因尚未明确的严重感染，如某些败血症；④需长期用药的疾病，为了延缓抗药性产生，如结核病时用异烟肼（雷米封）和链霉素；⑤较长期应用一种广谱抗菌素，可能产生二重感染的情况。

联合应用时最好选用不同类的药，如青、链霉素合用。如果用同类药物如土霉素和四环素，则并不能增加疗效。

近年来，以中西药合用治疗某些过去难治的感染，收到良好的疗效。例如：治疗葡萄球菌所致的败血症，可用金银花、黄连、黄柏、蒲公英、地丁等加大剂量青霉素或红霉素治疗。又如链霉素、异烟肼等的抗结核效果，可用阳和汤（熟地1两、白芥子2钱、麻黄1钱、肉桂1钱、甘草1钱、姜炭0.5钱、鹿角胶3钱）加强提高。

(2) 给药途径和剂量：选择给药的途径，大体上是根据胃肠吸收情况和感染的严重程度决定的。病人不能口服（如胃肠梗阻、呕吐频繁）、药物不宜口服（如青霉素G）以及感染严重者，都应注射。不然，尽可能口服。因为注射虽有使药物吸收分布快的优点，但也有缺点，如引起注射部位疼痛，形成硬结、静脉点滴处发生静脉炎等。

用药的剂量，除了与病人的年龄、体重有关，还要考虑治疗作用、毒副作用以及抗药

性等问题。小儿的药量与成人不同，虽则清热消炎药不属于剧毒药，但小儿药量应注意限度，特别是链霉素可导致耳聋、氯（合）霉素可导致白细胞减少、磺胺嘧啶可导致血尿或尿闭等，应当格外注意。从治疗作用或避免抗药性来看，用药量要足够（首次给较大量和定时给维持量），造成对致病微生物的优势。然而，药量愈大，毒副作用发生的可能性随之增加。因此，治疗严重感染时，常采取短期大量的用药方式，进行突击治疗。

中草药的抗药性目前尚不明显。但是剂量和疗效的关系，同样值得我们研究，因为任何事物的量与质都有辩证关系。例如，用大承气汤应根据腹泻的情况，酌情增减其量。用黄连解毒汤应根据体内津液情况，增减或合用其他药物。

（3）小剂量药物穴位注射：是用药方法上的一项新进展，可用来清热消炎。例如，以青霉素5万单位作曲池或足三里穴位注射，对蜂窝组织炎、丹毒、淋巴结炎等疗效较好。以黄连素（加生理盐水一倍）作天枢、止泻穴的注射，对菌痢有效。

（4）外用：清热消炎药外用主要为了减轻伤口感染。抗菌药如磺胺类、抗菌素外用时，很容易使病原体产生抗药性，弊多利少。中草药比较适宜，如烧伤用香油调中药涂抹，效果良好。

3. 用药与其他抗感染处理的配合 用药不是清热消炎的唯一手段。对许多感染性疾病，除了用药，还需要采取其他措施。常用的如淋巴结疗法、手术处理、输血等。

## 止 血 药

遵照伟大领袖毛主席关于“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针，我国各地革命医务人员正在努力研究治疗出血的药物。并已成功地创造了一些高效的止血药，为战备医疗作出了重要贡献。我们要把敢想、敢干的革命气概和科学的实事求是精神结合起来，为不断发展我国医药学而努力。

出血有不同的原因，概括起来有两类：一是因损伤或病变而发生血管破裂；另一是凝血止血的功能不良。除了较大的血管破裂应用手术的方法止血外，其他的出血常用药物治疗。

## 常 用 西 药

血液在血管内一般不会自行凝固，但流出血管后则很快就凝固。其血液凝固的过程主要有三个环节：（1）血浆中的凝血致活酶元，在血小板破裂后所释放的一种物质作用下，变为凝血致活酶。（2）维生素K（来自肠道）促进凝血酶元的合成（在肝脏内），凝血酶元在凝血致活酶和钙的作用下变为凝血酶。（3）血浆中纤维蛋白元在凝血酶的作用下变为纤维蛋白。纤维蛋白与血细胞形成凝血块。

止血药多数是促进上述的凝血过程而起止血作用，少数是加强血管抵抗力而起止血作用。

1. 维生素K<sub>1</sub>和K<sub>2</sub>（亚硫酸氢钠甲萘醌） 主要用于治疗因维生素K不足所致的凝血酶元缺乏性出血。维生素K由某种营养物质在肠道细菌作用下形成，然后在胆汁的帮助下经肠管吸收，到肝内促进凝血酶元的生成。所以，维生素K缺乏常发生于阻塞性黄疸（吸收不良）、早产儿或长期用肠道消炎药后（生成不足），这些情况引起的出血就适用

维生素 K。

2. 凝血质(克咯晶) 能促使凝血酶元变成凝血酶。其体内及体外应用均能加速血液的凝固。

3. 安得诺新(阿度那、安络血) 能减少毛细血管损伤后的通透性, 增强收缩性起止血作用。

4. 止血敏(止血定) 能促使血小板的增加和增强毛细血管对损伤的抵抗力, 因而产生止血作用。

5. 仙鹤草素 从仙鹤草提取, 可促进血液凝固, 缩短凝血时间。

6. 脑垂体后叶注射液 可使肺血管收缩, 肺血管和门静脉压降低, 减少咯血和呕血。

### 常用中草药

止血中草药品种很多, 如三七、土三七、仙鹤草、侧柏叶、茜草根、地榆、白芨、藕节、大蓟、小蓟、花蕊石、血见愁、紫珠草、苧麻等。许多植物炭类可以起止血作用, 例如十灰散可止血(大小蓟、侧柏叶、荷叶、茅根、茜草、大黄、山梔、棕榈、丹皮炒黑研末)。但并不是所有止血药都要炒黑来用, 侧柏叶、茜草根、棕榈等煅制后可增加止血作用, 三七、仙鹤草等则不宜炒黑, 藕节用鲜品更好。

祖国医学认为出血病证应按其原因治疗, 不宜单独用止血法, 否则常不易治愈, 或止血后可发生某些新的病证。因此, 用止血药常并用凉血、活血、行气、补益等药物。如: 凉血用生地、槐花、丹皮、犀角等。行血用川芎、桃仁、芍药、红花、益母草、乳香、没药等。补血用阿胶、当归、熟地、白芍、何首乌等。补气用黄芪、党参、人参等。

1. 凉血止血 用于血热妄行所致的出血。例如: 四生丸(生荷叶、生艾叶、生地、生侧柏叶各等分), 生地、侧柏叶凉血止血, 荷叶、艾叶清热止血, 生服更加有凉性, 可治发热性疾病时的鼻出血、吐血。槐花散(槐花、侧柏、荆芥炭、枳壳各等分), 槐花清肠热, 侧柏凉血止血, 荆芥、枳壳散风利气, 可治肠道炎症引起的便血。凉血止血法的基本配方临床上常是凉性止血药与清热凉血药合用。

2. 行血止血 用于因血瘀而出血不止, 如跌打损伤、呕血或咯血色紫成块、胸胁刺痛等, 可用当归、赤芍、桃仁、红花、三七、郁金等, 一方面行血散瘀, 一方面止血。产后血瘀产露见红, 可用生化汤丸(当归、川芎、桃仁、甘草、黑姜), 也同此理。(按: 祖国医学有“瘀不去则血不归经”之说。现在看来, 凝血有止血作用, 但有时凝血却可妨碍止血, 可能与它妨碍血管收缩和吸附了局部血小板有关, 外科临床常见除去凝血块后自行止血的现象)。

3. 益气止血 用于气虚、脾不统血的出血。例如: 月经过多或崩漏可用固本止崩汤(人参3钱、黄芪6钱、白朮3钱、熟地4钱、当归4钱、炮姜2钱), 人参、黄芪益气, 当归熟地补血, 白朮、炮姜健脾, 虽无止血药, 但可引血归脾、收敛止血。

### 临床应用

出血的药物治法, 应当按照出血的病因和部位选择方法。

1. 伤口出血 伤口出血, 除了需要手术止血外, 可用局部止血药。伤口止血药品种

很多,如桃仁粉(石膏炒大黄后取石膏粉)、白藜皮粉、马勃、乌贼、骨粉、韭菜(捣烂)、地榆末、白芨末、棕榈炭、血余炭等。

2. 鼻出血 鼻出血的原因不一。外伤者多能用压迫法,容易止血。常见者为疾病所引起,有时不易止血。一般先用凉性止血药粉,如白藜皮粉等,蘸在棉球上放于鼻腔内,外加额鼻部冷敷。有的可用麻黄素棉球(高血压者勿用)。在热性病时发生的宜用四生丸,重则宜用更强的凉血止血药,如生地、黄芩、藕节、茅根、黑山栀、丹皮、赤芍、石膏等。肝病时发生的,宜用维生素K、凝血质、仙鹤草素、维生素丙等。

3. 咯血 一般治少量咯血时,可用凝血质、仙鹤草素、止血敏或花蕊石散(花蕊石、白芨、血余炭研末,用童尿送下)。大咯血时,还可将垂体后叶素10单位加于葡萄糖液内静滴,同时适当用镇静药苯巴比妥钠等,肺结核咯血多为肺阴虚(潮热、盗汗、脉细),可用滋阴凉血止血法,如生地、麦冬、沙参、白芍、鳖甲、白芨、仙鹤草、藕节等。肺脓肿、支气管扩张症咯血多为肺热,可用清肺凉血止血法,如黄芩、茅根、苇茎、丹皮、生地、赤芍、紫珠草、白芨等。

4. 呕血 少量呕血(呕褐色血液)可注射安络血、止血敏或口服白芨末、紫珠草末、鲜藕汁等,童尿亦可用。大量呕血时,应区别为胃十二指肠溃疡、肝硬变或其他病因。溃疡出血可用白芨、三七、生大黄等研末凉开水冲服,注射仙鹤草素、凝血质、止血敏等。肝病出血可注射维生素K、凝血质等,并用垂体后叶素静滴。止血后,宜服生地、阿胶等滋养。

5. 尿血 可内服生地、蒲黄、小蓟、车前草等煎水,注射安络血、止血敏等。止血后应查明尿血原因。

6. 便血 常用槐花、地榆、侧柏叶等。同时应治疗痔、肛裂等便血的原因。

7. 血崩 阴道出血应先区别病因。一般可用仙鹤草素、凝血质等,或服棕榈炭、血余炭等。血色鲜红、苔黄者可用旱莲草、地榆、蒲黄等,加用麦角、举凡酮等。血色暗、小腹冷痛者可用姜炭、仙鹤草、艾叶、阿胶等。血中夹瘀块、腹部有触痛者可用蒲黄、五灵脂、益母草、赤芍、红花等。

## 止咳平喘药

咳嗽和气喘是呼吸系统疾病的重要症状,也可由心脏病等引起。

咳嗽是人体的一种防御反应,可清除呼吸道内的痰和异物。痰是惹起咳嗽的一个常见因素。而痰的产生主要和支气管、肺的炎症有关。所以,止咳常须从祛痰、消炎着手。

气喘是呼吸换气不够,使体内缺氧的一种表现。常见的病变在小支气管和肺泡。当支气管发生痉挛时,气喘特别明显,而且呼吸有声,即为哮喘。因此,平喘常须从舒张支气管着手。

抑制神经系统的反射作用,也可减轻咳嗽。但这只能起缓解作用。

## 常用西药

(一) 祛痰药 常用的有氯化铵、碘化钾、吐根。三者皆可刺激胃粘膜,反射地增加唾液腺和支气管粘膜分泌,使稠痰稀释,便于咯出,而起祛痰作用。

1. 氯化铵 主要用于呼吸道炎症引起的咳嗽、痰少粘稠而不易咳出者。副作用为恶心、呕吐、口渴等。氯化铵在体内须经肝脏分解破坏，肾脏排出，故严重的肝、肾功能减退者慎用。

2. 碘化钾 用于咳嗽稠痰者。但碘化钾刺激性较强，故不宜用于呼吸道炎症的急性期。对肺结核和甲状腺功能亢进者亦应慎用或禁用。

3. 吐根 用于稀释稠痰。对心脏病病人慎用。

## (二) 镇咳药

1. 磷酸可待因 可待因是从阿片中提出的一种成分。对咳嗽中枢有抑制作用。止咳作用较强。用于治疗剧烈干咳。较长期应用可引起成瘾的副作用。

2. 咳必清(托克拉斯) 系人工合成品。其止咳作用与可待因相似，也为中枢性止咳药。但止咳作用较弱，无成瘾的副作用。仅有轻度头痛、头晕、口干、腹胀等反应。用于上呼吸道感染引起的急性咳嗽。也常与氯化铵做成复方咳必清糖浆，有止咳祛痰的作用。

## (三) 平喘药

1. 氨茶碱 可供口服或注射。对支气管平滑肌和冠状动脉有舒张作用，并能加强心肌的收缩力。用于支气管哮喘、心绞痛和利尿消肿等。口服可引起恶心、呕吐等反应。静注过快时，可导致心悸、血压降低，故必须缓慢注射。

2. 麻黄碱、异丙肾上腺素、肾上腺素，三者皆有舒张支气管平滑肌和兴奋心脏、使心跳加快加强的作用。但作用有强弱久暂的不同。

(1) 麻黄碱：系从麻黄中提取的一种成分。性质稳定，可口服或注射给药。舒张支气管平滑肌的作用较缓慢而持久。但对中枢神经有兴奋作用，可引起精神兴奋、失眠等反应，故晚间给药应加巴比妥以防失眠。反复应用尚可成瘾。高血压、动脉硬化及甲状腺功能亢进病人应慎用。

(2) 异丙肾上腺素(喘息定，治喘灵)：舒张支气管平滑肌和兴奋心脏的作用强。为避免较强兴奋心脏的作用，用于治疗支气管哮喘时应作舌下给药或喷雾吸入。副作用为心悸、头昏、恶心、口干等。心脏病、甲状腺功能亢进病人应慎用。

(3) 肾上腺素：性质不稳定，口服易破坏失效。舒张支气管平滑肌作用迅速且强，中枢兴奋作用较弱，用于治疗急性支气管哮喘、过敏性休克等。副作用为心悸、头痛，也可发生心律不齐等。心脏病、高血压病人应慎用。

3. 氢化可的松、去氧皮质酮 有抗炎、抗过敏的作用。可用于治疗支气管哮喘。

## 常用中草药

祖国医学认为，咳嗽属于肺的病证，可分外感和内伤两类原因。外感多数是指受风寒、风热，相当于呼吸道急性感染，应以解表宣肺治疗；另一些是肺受燥气，应以润肺治疗。内伤包括肝、脾、肾等有病，多数是痰湿内伤可见于呼吸道较长期的炎症，因此治疗上要化湿祛痰。肺内有寒、热时，分别以温肺和清肺的方法治疗。宣肺：桔梗、白前、前胡等。润肺：贝母、沙参、百合等。祛痰：半夏、甘草、旋复花、天南星等。清肺：石膏、知母、黄芩、桑白皮、枇杷叶等。温肺：白芥子、款冬花、紫菀、杏仁等。平喘：麻黄、苏子、葶苈子、地龙等。

### 【方剂举例】

1. 麻黄汤 麻黄3钱、桂枝2钱、杏仁2钱、甘草1钱、是解表方剂之一，可作为加减的基础。麻黄辛温解表发汗平喘；桂枝助麻黄发汗解表；杏仁苦温，止咳平喘；甘草调和诸药。用于风寒感冒咳嗽或哮喘时伴怕冷，吐白色泡沫样痰。（参考：麻黄含有麻黄碱，有舒张支气管平滑肌、兴奋心脏、升压等作用；杏仁有止咳、祛痰的作用；甘草有皮质激素样作用。）麻黄汤去桂枝加石膏1两为“麻杏石甘汤”。方中石膏性味辛甘寒，以清肺实热。用于急性呼吸道感染。

2. 桑菊饮 桑叶4钱、菊花3钱、杏仁3钱、连翘4钱、薄荷1钱、甘草1.5钱、桔梗3钱、芦根6钱，是治肺热咳嗽的常用方剂之一。桑叶、菊花、薄荷性味辛凉，发散风热；杏仁、桔梗止咳祛痰；连翘、芦根清肺热；甘草润肺止咳。用于风热，呼吸道感染病初期，慢性支气管炎急性发作。

3. 二陈汤 半夏3钱、陈皮2钱、茯苓3钱、甘草1钱，是祛痰的通用方剂，常作为加减的基础。半夏辛温燥湿化痰；陈皮理气化痰；痰由湿生，湿去痰自消。茯苓健脾利湿；甘草调和诸药。用于脾虚引起的痰多。（参考：半夏有镇吐作用；陈皮有祛痰作用；茯苓有利尿作用。）

二陈汤加入人参、紫苏、生姜、前胡、枳壳、桔梗、木香为紫苏饮（或药有参苏理肺丸）。人参补气；紫苏、生姜解表散寒；前胡宣肺气；枳壳、木香理气。治风寒咳嗽、咯白色痰、气促等，如急性支气管炎。（参考：人参能增强人体抵抗力和有促性腺激素样等作用；枳壳能使下降的血压上升，使胃肠收缩力增加，对其它平滑肌也有兴奋作用。）

## 临 床 应 用

治疗咳嗽和气喘，要区别病因和病理。一部分疾病必须着重治疗其病因，例如大叶性肺炎、肺结核、肺脓肿、肺癌、胸膜炎以及心脏病心功能不全等，不能只顾止咳平喘。另一部分疾病，例如慢性支气管炎、肺气肿、百日咳等，则可根据病理变化进行止咳平喘疗法。近年来，用穴位注射、埋线、割治等新疗法，效果也较好，可与药物疗法配合应用。在药物治疗上，应当分析咳嗽的病情选用药物，原则如下：

1. 区别痰的多少和性状。痰多而易咯出者，如痰黄浓稠则应以治感染为主，可用青、链霉素、四环素等或鱼腥草、银花、连翘、苇茎、苡仁、冬瓜仁、桃仁、甘草（苇茎汤加味）。如痰白稀薄则应以祛痰化湿为主，可用二陈汤加苍朮、厚朴、紫菀、款冬花等。痰少而稠者宜以祛痰为主，可用氯化铵或止咳散（桔梗、紫菀、百部、白皮、陈皮、荆芥、甘草）。干咳者宜以润肺为主，可用贝母、麦冬、桔梗、橘红、花粉、甘草等。

2. 区别气喘程度和性质。哮喘者分支气管性和心脏性，后者宜镇静、吸氧。支气管哮喘可用肾上腺素、皮质激素等治发作，继以中药补肾治本。哮喘性支气管炎则用祛痰消炎平喘法，可用氯化铵、氨茶碱、麻黄素和抗菌药，或用白芥子、苏子、莱菔子、麻黄、半夏、百部等。一般的气喘（如肺气肿），可用氨茶碱等，或用蔓陀萝、白芥子、苏子等。

3. 区别热证和寒证，有无急性感染。热证（发热、痰黄、舌苔黄、脉数等）可用抗菌药或清热法。一般上呼吸道感染可用桑菊饮、银翘散；肺炎、肺化脓症等可用麻杏石甘汤、泻白散加味（桑白皮、地骨皮、黄芩、知母、石膏、杏仁、甘草）、苇茎汤加味等。寒证（痰白、畏寒、舌苔白等）可用温化法，如用桂枝、白朮、茯苓、甘草、干姜、细辛、半夏、五味子等。

4. 病久体弱者宜加滋补法。如肺结核有咳嗽、潮热、盗汗、腰膝酸痛等，可加用大补阴丸（熟地、龟板、知母、黄柏）。有咳嗽气短、口渴、体倦，可加用党参、麦冬、五味子等。

## 消 化 药

消化系统器官的基本功能是分泌、吸收和蠕动，消化药的基本作用就是调节这些功能。

### 常 用 西 药

#### （一） 消化酶类

1. 胃蛋白酶 是消化蛋白质的一种酶，在有稀盐酸时消化力增强，故常与稀盐酸作成胃蛋白酶合剂服用。用于胃酸缺乏的胃炎、胃癌、恶性贫血、及消化不良、食欲不振等。

2. 胰酶 帮助蛋白质、脂肪及淀粉在肠内的消化。此酶在硷性环境下较稳定，因此常与碳酸氢钠同服或做成肠溶片（口服时不可嚼碎）。用于食欲不振、消化不良和胰腺疾病等。

3. 乳酶生（表飞鸣） 为乳酸杆菌加淀粉酶制成。服后可使肠内糖类发酵产生乳酸，而乳酸能抑制腐败菌的繁殖，以防止肠内蛋白质的过度发酵。用于消化不良和单纯性腹泻等，尤常用于小儿病人。

（二） 制酸药 如碳酸氢钠、氧化镁、三硅酸镁、氢氧化铝、碳酸钙等。这类药物都是弱硷性，能中和胃内过多的胃酸，因而能缓解酸性胃液对胃、十二指肠粘膜病变的腐蚀和刺激作用。有些制酸药如氢氧化铝还可做成胶体制剂，对粘膜病变尚有保护作用。由于缓解胃酸的刺激，制酸药可缓解胃痛。此外，氧化镁、三硅酸镁有缓泻作用，碳酸钙、氢氧化铝则有收敛作用（止泻），因此临床上根据病人有无便秘或腹泻，合并用药或交替应用。这类药物常用于胃酸过多症。其中碳酸氢钠还可用于缓解酸性药物对胃的刺激、使尿液硷化或治疗酸中毒等。

（三） 调节胃肠分泌和蠕动的药物 如颠茄、莨菪、阿托品等，见“理气药”。

#### （四） 泻药

1. 硫酸镁（泻盐） 为峻泻药，硫酸钠（芒硝）作用与此相似。服后在肠道内不易吸收，并且通过渗透压的作用阻碍水分吸收，可使肠管因内容物增多而扩张，肠蠕动增加，引起泻下。服用时需多饮水，服药后约4~6小时排出水样便。硫酸镁尚能使胆总管括约肌松弛，有利胆汁排泄，可缓解胆绞痛。用于排除肠内毒物，协助驱肠寄生虫。以及利胆，不适用于慢性便秘。

2. 蓖麻油 服后在肠道内分解出甘油和蓖麻油酸钠，后者能刺激小肠，使肠蠕动增强，而引起泻下。用于便秘。因能使盆腔器官充血，故月经期或孕妇忌用。

3. 双醋酚汀（一轻松） 在肠内分解出酚汀和醋酸，前者能刺激肠壁使肠蠕动增加，而起缓泻作用。用于慢性便秘。

4. 液体石蜡（石蜡油） 为矿物油，在肠内不吸收，起滑润作用，同时尚能阻碍肠内部分水分的吸收，软化粪便。用于便秘，痔疮及肛门手术后的病人。但长期服用可影响维生素甲、丁等的吸收。

#### （五） 止泻药

1. 鞣酸蛋白 在肠内分解出鞣酸，有收敛作用，并使肠蠕动减慢，故能止泻。用于急性肠炎、溃疡性结肠炎及腹泻等。

2. 次碳酸铋（硷式碳酸铋） 服后次碳酸铋可覆盖于肠粘膜面，起保护、收敛等作用，减慢肠蠕动而起止泻。用于腹泻、慢性肠炎。

### 常用中草药

在祖国医学中，消化属于脾、胃、肠的功能，因此直接调理消化的中草药，就是作用于这些脏腑的药物。如：

1. 消食开胃药 有鸡内金、山楂、六神、麦芽、谷芽等。
2. 健脾药 有白朮、大枣、山药、扁豆、茯苓等。
3. 泻下药 有大黄、芒硝（峻下）、麻仁、番泻叶（缓下）等。
4. 止泻药 有赤石脂、乌梅、诃子、石榴皮、五倍子等。
5. 理气药 有厚朴、枳实、陈皮、莱菔子等。

#### 【方剂举例】

1. 枳朮丸 枳实和白朮（一比二合成）。枳实行气消痞满、白朮健脾燥湿。用于饮食停滞、腹胀痞满等症。（参考：枳实能增强胃肠节律性的蠕动）。枳朮丸加六神、麦芽为枳麦枳朮丸。六神、麦芽可增强消化作用。

2. 保和丸（山楂、六神、半夏、茯苓、陈皮、连翘、莱菔子） 山楂、六神消食开胃，半夏、茯苓、陈皮和胃化痰利湿，连翘清热泻火，莱菔子降气健胃。用于消化不良、腹胀满、腹痛、呕吐、腹泻，如小儿吐泻、胃肠炎等。

3. 参苓白朮散（党参、茯苓、白朮、陈皮、山药、甘草、扁豆、莲肉、砂仁、苡仁、桔梗） 人参、茯苓、白朮、甘草（四味汤成分）益气健脾，山药、苡仁、扁豆、莲肉补脾渗湿，陈皮、砂仁，理气温胃，桔梗祛痰利气。用于治脾胃虚弱、消化不良、四肢无力，如急性胃肠炎、痢疾、小儿吐泻后身体衰弱等。

4. 麻仁丸（火麻仁、杏仁、白芍、枳实、厚朴、大黄） 麻仁、杏仁润肠，大黄泻下清热，枳实、厚朴行气化滞，白芍止痛。用于肠燥便秘、脘腹胀痛。

5. 赤石脂禹余粮汤 赤石脂 8 钱、禹余粮 1 两。赤石脂、禹余粮涩肠止泻。用于腹泻清稀、次数较多，且经久不愈。

### 临床应用

治疗消化病症，首先要注意饮食调理，药物使用应居第二位。调理饮食往往可使症状好转。相反，不重视饮食，只用药物，效果往往不好。当然，用药也可以帮助食物消化。药物与饮食是相互关联的。

1. 胃炎和胃十二指肠溃疡 在没有并发症（如出血、幽门梗阻、穿孔）的情况下，这些胃病往往采取相同的疗法。通常为胃病配制药剂，多包括制酸、解痉、健胃的成分。例如：复方胃舒平每片由氢氧化铝 0.245 克、三矽酸镁 0.105 克、颠茄浸膏 0.0026 克合成；胃疡宁由氢氧化铝 0.15 克、三矽酸镁 0.15 克、维生素 U 50 毫克、盐酸组氨酸 10 毫克、颠茄浸膏 0.01 毫升合成；健胃片由龙胆粉 0.075 克、碳酸氢钠 0.175 克合成（龙胆味苦健胃）；大黄苏打片由大黄 0.15 克、碳酸氢钠 0.15 克合成；乌贝散由乌贼骨、贝母（3：1）合成。

但是，最好能区别病情调整用药。例如：烧心、反酸、进食可缓解胃痛，宜以制酸解痉（如颠茄、普鲁本辛）为主；喜热怕凉者，宜用温性药（如干姜、砂仁）；喜凉怕热者，宜用凉性药（如大黄、龙胆）；腹泻者宜用收敛药（如氢氧化铝、乌贼骨）；便秘者宜用缓泻药（氧化镁、番泻叶）；食滞口苦者宜用消食药（如胃蛋白酶、山楂、鸡内金）。

2. 消化不良，腹部不适 是指饮食不当和有慢性消化系统疾病（如慢性肝炎、胆囊炎、胰腺炎等）引起的腹部一般症状。对症治疗的原则是助消化，可用保和丸、健脾丸（人参、白朮、六神、陈皮、麦芽、山楂、枳实）等。但帮助消化也应分别情况，例如：胃蛋白酶、胰酶、山楂、鸡内金等比较适宜于蛋白、脂肪消化；麦芽、谷芽等比较适宜于淀粉消化；表飞鸣、干酵母、六神、枳朮丸等可用于腹胀（可与厚朴、陈皮合用）。

3. 慢性腹泻 慢性腹泻，如果没有特殊的病原体或病变（如肿瘤），可用鞣酸蛋白、次碳酸铋、活性炭等，身体消瘦无力者可按祖国医学脾虚治疗，如用参苓白朮散。有时慢性腹泻伴有腹痛、肠鸣，可用白朮3钱、白芍2钱、陈皮1.5钱、防风2钱（痛泻要方）。黎明泄泻、腹部寒痛、腰酸肢软者属脾肾阳虚，可用温肾止泻丸（旧名四神丸，由补骨脂、五味子、肉豆蔻、吴茱萸、生姜、枣肉组成）。

4. 便秘 便秘可能为一时性，如发热性疾病引起的便秘（热耗津液所致）。这类便秘可考虑用缓泻法兼清肠内热毒，可用小承气汤（大黄4钱、厚朴2钱、枳实3钱）或调胃承气汤（大黄4钱、芒硝1.5钱、甘草1钱）。慢性便秘一般用缓泻药如用双醋酚汀、石蜡油、番泻叶等。肠燥便秘可用麻仁丸。虚寒便秘（消瘦、无力、年老）可用半硫丸（半夏、硫黄、姜汁、六神等）。

## 理 气 药

理气药就是祖国医药学中调理气分的药物。这类药物常用于气滞的病症，如胸腹胀满、疼痛，噎气、恶心、呕吐等，具有顺气宽中（使胸腹舒畅）、行气止痛等功效。下面除了重点介绍理气药，还介绍某些有类似功效的西药。

### 常用理气药

理气药的主要作用，包括顺气——治气逆，行气——治气滞，破气——治气结等，也就是恢复气的正常运行。各个理气药则有某些特点，并兼有其他作用。例如：

1. 疏理肝气 如青皮、金铃子（苦楝子）、香附、木香等，对胸胁或上腹胀痛功效良好。
2. 调理胃气 如砂仁、蔻仁、佛手、柿蒂等，能治疗胃部症状如胃痛、噎气、呕吐等。
3. 下气消积 如厚朴、枳实、莱菔子、大腹皮等，能治疗腹部胀满等。
4. 温中行气 如乌药、小茴香、薤白等，能治疗腹部寒痛。
5. 行气祛痰 如陈皮（橘皮）、桔梗等。大多数理气药是辛温香燥之品，凡气虚阴虚的病人应当慎用，或与其他药物合用。

#### 【方剂举例】

1. 金铃子散 金铃子、延胡索各等分（每服2~3钱）。金铃子疏肝泻热（可能兼治蛔虫），延胡索活血散瘀，二者都有止痛作用（后者含延胡索乙素能镇痛）。可治胁痛

和脘腹痛。

2. 小承气汤 厚朴2钱、枳实3钱、大黄4钱。厚朴下气消积燥湿,枳实破气散结,大黄泻下清热。可治发热、便秘、腹胀痛。

3. 香砂二陈汤 木香2钱、砂仁3钱、陈皮2钱、半夏3钱、茯苓3钱、甘草1钱。木香行气止痛,砂仁行气宽中治呕止痛,陈皮行气祛痰,半夏祛痰治呕,茯苓健脾渗湿,甘草和解。陈夏苓草合为二陈汤,是祛痰的通用方剂。加木香、砂仁可治脾胃虚弱、饮食不当所致的胃痛恶心呕吐。三味理气药各有特点,木香可导滞,砂仁可温胃,陈皮可燥湿。

4. 四磨汤 乌药3钱、沉香1钱、槟榔4钱、党参3钱。乌药行气消胀止痛,沉香降气止痛,槟榔治虫消积行气,党参补气。可治胸膈痞满、气喘气急、腹胀、食少、腹痛等。此方有三味理气药,乌药治腹痛较好,沉香治气逆,槟榔治虫消积较好,理气药多可能伤气,故加党参防止伤气。

### 类似理气作用的西药

(一) 阿托品类 包括阿托品、颠茄浸膏、东莨菪碱等,其主要成分为阿托品,因为能解除内脏平滑肌的痉挛和抑制腺体分泌,所以用于胃痛、肠梗阻和肠痉挛、胆绞痛和肾绞痛(尿路结石)等。这类药物都可引起口干舌燥,剂量过大则面红、灼热、兴奋、谵妄、瞳孔散大、心跳过快、痉挛、神志不清等。青光眼时忌用。

(二) 本辛类 即溴木辛、普鲁本辛等,有缓解平滑肌痉挛和抑制腺体分泌的作用,可用于胃十二指肠溃疡、肠痉挛、胰腺炎、妊娠呕吐等。可引起口干、排尿困难、便秘等,减量后可好转。

(三) 兴奋平滑肌药 卡巴可(氯化氨甲酰胆碱)和新斯的明,对肠胃和膀胱平滑肌作用较强,可用于肠麻痹胀气和尿潴留,但不适于有机械性梗阻者。

### 临床应用

理气药常用于腹部病症,但还有某些其他的用途。

#### 1. 用于消化病症

(1) 消化不良:治一般消化不良常用健脾、消食配合理气的方法,例如枳朮丸、保和丸、香砂六味丸(党参、木香、白朮、砂仁、半夏、陈皮等)。如果消化不良主要由脾胃虚弱引起,则用补气健脾法,如参苓白朮散(见“消化药”)。

(2) 腹部疼痛:包括胁痛、胃脘痛、腹痛等。这类疼痛的常见病变是气滞,“不通则痛,通则不痛”,宜用理气法。单用一味理气药如香附、木香,有时可能有效,但比较合理的还是配用祛除病因的药物。例如,肝气郁结所致的胁痛(见于慢性肝炎、慢性胆囊炎等),可用青皮、柴胡、郁金等疏肝,合用枳壳、香附等行气止痛。痰食停滞所致的胃痛(见于慢性胃炎等),可用平胃散(苍朮、厚朴、陈皮、甘草),苍朮有燥湿作用。胃寒痛(见于胃十二指肠溃疡、慢性胃炎等)可用良附丸(高良姜、香附),高良姜有温胃作用。蛔虫所致的腹痛,可用驱虫药苦楝皮、使君子、槟榔等,合用木香、厚朴、枳实等。注意:腹部疼痛由气血虚引起者不宜用理气法。

某些气滞痛如胃痉挛、胆石症、慢性胰腺炎、肾绞痛等,也可用阿托品、颠茄浸膏、

东莨菪碱、普鲁本辛等，通常也与其他药物配伍，如碳酸氢钠、氢氧化铝、苯巴比妥、复方樟脑酊等。

(3) 大便失常：治疗腹痛下痢或便秘干结都可能用到理气药。例如：香连丸(木香、黄连)、木香槟榔丸(木香、槟榔、大黄、牵牛子、青皮、香附、黄柏、黄连、莪朮)等可治痢疾、肠炎。这类处方中有行气止痛的木香、香附等，同时有清热燥湿的黄连、黄柏等。起病因治疗作用的是黄连等(含小蘗碱而有制菌作用)，但配合理气药可调节肠道功能，帮助湿热泄出。又如：小承气汤(见上)治热性病便秘干结，用有破气作用的厚朴、枳实，帮助大黄泄出肠内积热(有害物质)。加芒硝(硫酸钠)即是大承气汤，泻下作用更强，除了用于热性病便秘，还可用于肠梗阻。小承气汤加火麻仁、杏仁、白芍即麻仁丸(见“消化药”)。

## 2. 用于其他病症

(1) 祛痰：祛痰常可用理气药。除二陈汤以外，如苏子降气汤(半夏、苏子、陈皮、前胡、肉桂、厚朴、当归、生姜、甘草)、三子汤(白芥子、苏子、莱菔子)等治痰涎壅盛、咳嗽气喘；又如三生饮(南星、川乌、附子、木香)治中风痰壅、口眼歪斜、半身不遂；上述平胃散也是从行气消胀治疗。

(2) 利湿(水)：利湿和利水可用理气药帮助，这是根据气行则水行的道理。例如：治外感风寒、内伤湿滞的藿香正气丸，其中就有大腹皮、厚朴、陈皮等成分。治脾虚寒水肿的实脾饮，用附子、干姜、白朮、茯苓等温中健脾，配以厚朴、大腹皮、木香、木瓜等行气。

(3) 活血：因为气行则血行，活血散瘀可用理气药帮助。例如：痛经、月经愆期、伤后胸腹刺痛等血瘀气滞者可用当归、赤芍、桃仁、红花、延胡索等活血，同时配以香附、金铃子、枳实等理气；膈下逐瘀汤(当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、丹皮、延胡索、五灵脂、香附、枳壳、乌药、甘草)以及姜黄散(大黄、黄柏、白芷、南星、花粉、苍朮、厚朴、陈皮、姜黄、甘草)，也是行气活血散瘀的配合。

## 消肿利水药

消肿利水药是指促使水分从体内排出，消除或减轻水肿的药物。

水肿有多种病因，如肾炎、心功能不全、肝硬变等。治疗水肿，应当分析它的病因，解决它的主要矛盾，不应当单纯地靠消肿利水药。然而，水肿比较严重时，就会引起肌体功能障碍，如肢体发沉、全身无力、食欲不振、腹胀喘满等。某些组织的急性水肿，如脑水肿、肺水肿等，更可造成严重后果。因此，治疗各种水肿的疾病，常要利用消肿利水药，以促进疾病好转。消肿利水药包括许多药物，其中一部分利尿药(直接促使肾泌尿增多的药)的作用原理比较明了，大部分中草药的作用原理则尚待研究。但是，实践证明中草药的疗效很好，对某些用一般利尿药无效的病例，仍能起消肿利水的效果，值得重视。

## 常用西药

利尿药使肾泌尿量增多，使体内水液从尿排泄。肾的泌尿过程是：先由肾小球滤出原尿，它的成分除缺乏蛋白质外，与血浆相似。原尿经过肾小管的处理，水的绝大部分又从

肾小管再吸收，葡萄糖和一部分电解质也被再吸收，另一部分电解质在肾小管内进行交换，于是原尿变成尿从肾排出。可见，肾的泌尿是肾组织分泌和吸收的矛盾运动。就排泄水分来说，肾小管的再吸收占矛盾的主要方面，肾小管再吸收作用稍有变化，就可引起尿量较大的变化。大多数利尿药的药理作用，就是抑制肾小管再吸收，所以能使尿量增多。不过，各种利尿药抑制肾小管再吸收的具体作用各有不同点，因此应用上也应有所区别。

1. 噻嗪类 如克尿塞（噻嗪）、双氢克尿塞（双氢噻嗪）、三噻嗪等，利尿作用较强，可使钠盐、氯化物排出增多，并且使钾盐排出也增多。所以，久用后要引起缺钾症，应当配用氯化钾。

2. 氨苯喋啶（三氢喋哈） 利尿和排钠排氯作用较强，但可使钾盐排出减少。所以，久用后要引起钾过多（中毒）。和克尿塞类配用正好弥补了两者的缺点，减少钾代谢失调的发生。

3. 高渗葡萄糖、甘露醇、山梨醇 从肾小球滤出后，可在肾小管内形成高浓度液体，阻碍肾小管再吸收，利尿作用强。同时，输入高渗糖类可使组织间液进入血管内，一方面可减轻水肿，另一方面可使血容量增多，可能增加心的负担，不宜用于心脏病病人。

4. 安体舒通（螺旋内酯固醇） 有阻止醛固酮（使肾小管潴水留钠）的作用，利尿作用较慢而持久。

5. 汞撒利 利尿作用强而短暂，排出氯化物多于钠盐。氯化物缺乏时，汞剂利尿作用就要削弱，所以常需配用氯化铵。汞剂本身有较大的毒性，不宜用于肾功能不全的病人。

### 常用中草药

消肿利尿的中草药品种很多，其中如车前、泽泻、猪苓、茯苓、瞿麦、木通等已证明有利尿作用。祖国医学治疗水肿，不仅用利尿中草药，有时还用泄泻逐水药等，如甘遂、大戟、商陆、牵牛子等，有时通过解表宣肺的方法，换句话说，体内水液有从尿、便或汗三者排出的方式。而且，祖国医学治疗水肿，按照辨证论治的原则，多采用方剂。方剂中药物的选配，除了利尿药和逐水药，常用一些健脾、温肾或宣肺的药物。因为，水肿与脏腑脾、肾、肺的功能有密切关系。此外，方剂内常用一些行气药，因为“气行则水行”，有利于水液输出体外。

#### 【方剂举例】

1. 五皮饮 陈皮1.5钱、茯苓皮5钱、生姜皮2钱、大腹皮3钱、桑白皮3钱，治一般水肿。陈皮行气，生姜皮散寒利水，桑白皮清肺利水，茯苓皮燥湿利水，大腹皮下气行水。

2. 五苓散 泽泻3钱、猪苓3钱、茯苓3钱、白朮3钱、桂枝2钱。治水肿身重，小便不利，并有轻度感染。泽泻、猪苓可去湿热，茯苓健脾利水，白朮健脾，桂枝解表温阳。

3. 十枣汤 甘遂、芫花、大戟各2~5分，大枣10枚。治较重的水实证。甘遂、大戟泄泻逐水，芫花利尿，大枣补脾。前三药为剧药，要限制药量，且不宜用于虚证和孕妇。

4. 越婢加朮汤 麻黄3钱、石膏1两、生姜3钱、甘草1.5钱、白朮3钱。治风寒

水肿，证见恶风、微热、眼睑浮肿等。麻黄、石膏、生姜清肺散寒，白朮、甘草健脾，可发汗消肿。

5. 苓朮姜附汤（旧名真武汤） 茯苓3钱、白朮3钱、生姜3钱、附子2钱、白芍3钱。治虚寒水肿，证见肢体肿重、无力、不温、尿清长、脉沉无力等。茯苓、白朮健脾行水，生姜、附子祛寒温阳，白芍收敛阳气。临床上用这个方剂时多再加利尿药。

### 临床应用

1. 急症如脑外伤后脑水肿，急性肾功能不全，严重烧伤，挤压伤等，为了减轻组织水肿和利尿，通常用甘露醇、山梨醇、高渗葡萄糖等。这类药要起消肿利尿的效果，必须使它在血液和肾小管内有相当的浓度。因此，从静脉输入的速度应当稍快，例如甘露醇或山梨醇250毫升宜在15~30分钟内滴入，50%葡萄糖100毫升可作缓慢注射。但是，又不可过快的输入，避免心脏负担骤然增加。这类药一般不用于慢性水肿。

2. 慢性水肿 轻度的可不必要多用利尿药，治疗病因后水肿容易消退。中度的水肿常用噻嗪类，如双氢克尿塞25~50毫克配用10%氯化钾10毫升或三氢噻哈50~100毫克，每日3次。草药可用车前草、鸭跖草等每日2~4两（鲜）。方剂可选用“五皮饮”、五苓散等。如果一般消肿利尿药不见效，必须研究其原因。“不同质的矛盾，只有用不同的方法才能解决。”利尿药的失效，就是因为没有找到水肿的实质，没有采用相应的疗法。所以要尽力分析形成水肿的各方面原因。

（1）长期心功能不全、肝硬变发生水肿，可能有醛固酮增多症，使克尿塞类失效，如果改用安体舒通0.1~0.2克，每日4次，就可能利尿。

（2）肝硬变或肾炎发生水肿，血中白蛋白可能减少，一般利尿药只能暂时消肿，如果配用乌鱼、黑鲤鱼或血浆等，就可能巩固消肿的效果。

（3）长期水肿的病人身体衰弱、食欲不振、肌体多方面功能失调，可使消肿利尿药失效。按照辨证施治原则给予一定的温补药，如附子、干姜、熟地、山药、山萸、仙茅、党参等，常能促进消肿利尿作用。

至于强有力的利尿逐水药，如汞撒利、甘遂、大戟等，只有在缓解严重的水肿、腹水或尿毒症时应用。

### 3. 注意事项

（1）水肿是疾病的一项症状，并非疾病的本质。因此，应当重视治疗疾病本质，例如心功能不全者要用强心药，肾炎者要用消炎的药物（包括清热、祛风、补肾等）。

（2）用消肿利尿药，应当熟悉其药性，用“一分为二”的观点去对待。不少的利尿药因为利尿，而尿中必然有电解质，可引起电解质失衡。利水的中草药，因为利尿、泄泻或发汗，可造成津液损耗（伤阴）。所以，在消肿利尿的过程中，常要注意一个“补”字，如用克尿塞时补钾，用利水逐水药时健脾等。

### 治风湿痛药

风湿痛是劳动人民中间较多发的一类慢性病症，疼痛发作常和受风、受寒、受潮湿有关，部位多在四肢关节、腰背和肩背等处。据目前了解，这是一种运动系统的纤维组织

(肌肉、韧带、关节囊等)的非感染性炎症。风湿痛与风湿热不是一回事,但风湿热所引起的慢性关节炎可按风湿痛治疗。

治疗风湿痛有几类方法:针灸、药物、推拿、热敷等。近几年来,更有水针、电针等新疗法。因此,我们应根据病人的具体情况以及当地的医药条件选择方法,而不应单靠药物。治风湿痛药主要是指水杨酸类、抗炎的肾上腺皮质激素和祛风湿中草药。但风湿痛的疾病可有某些其他症状变化,所以具体用药时常需要配合一些其他作用的药物。

## 常用西药

(一) 水杨酸类 常用的有水杨酸钠和阿斯匹林等。此类药物有解热、镇痛和抗风湿的作用。但以抗风湿作用较为突出。口服时,刺激胃粘膜,能引起恶心、呕吐等副作用,因此需同时服制酸药。对胃十二指肠溃疡慎用,肝功能不全者可引起出血,也应慎用。

(二) 肾上腺皮质激素 常用的有可的松、氢化可的松、强的松、强的松龙、地塞米松等。本类药物有抗炎、抗过敏等作用。可用于治疗风湿热或风湿痛。但并非是治疗风湿痛的首选药物,只是在应用水杨酸类效果不佳或风湿痛较重时方可使用。若长期应用,可出现类似肾上腺皮质功能亢进的现象(肥胖、面部多毛、浮肿、血压高、无力和糖尿等);胃、十二指肠溃疡时,甚至可有出血穿孔;易并发细菌感染或结核病灶的活动和扩散等副作用。故应严格掌握适应症,正确使用。

## 常用中草药

祛风湿的中草药品种很多,按照药性的温凉,可分为三类:

1. 温性祛风湿药 如独活、羌活、草乌、五加皮、威灵仙、天麻、穿山龙、苍朮、木瓜、伸筋草、蚕砂、白花蛇和虎骨等。除有祛风、祛湿(或燥湿)作用外,兼有祛寒作用。风湿痛多兼寒,所以此类药比较常用。

2. 凉性祛风湿药 如豨薟草、防风、斩龙剑、宽筋藤、野西瓜苗等。此类药不适宜于兼有虚寒的风湿痛。

3. 平性祛风湿药 如桑寄生、秦艽、桑枝、老鹳草、山野豌豆、海桐皮、马钱子、乌蛇、蛇蜕等。

祛风湿药可以单用一种。为了增强作用或为了治疗兼有的其他症状,可以配伍应用。

### 【方剂举例】

1. 小活络丹(川乌、草乌、地龙、南星、乳香、没药) 川乌、草乌性热祛风湿,有一定的止痛作用。地龙、南星镇痉祛风。乳香、没药活血散瘀,可改善局部循环。用于治疗受风寒后风湿痛发作者。孕妇慎用。(参考:地龙有解热、抗组织胺,扩张支气管,降低血压及促进子宫收缩的作用。南星有抗惊厥作用及增加支气管分泌而有祛痰作用。)

2. 天麻丸(天麻、当归、附子、杜仲、羌活、独活) 天麻祛风,当归活血补血,附子性热而祛寒燥湿,杜仲补肝肾而强筋骨,羌活、独活祛风胜湿。用于身体虚弱兼风湿为主的风湿痛。(参考:天麻有抗惊厥作用,当归有调节平滑肌作用,附子有强心作用,独活有抗关节炎、镇痛、镇静及催眠作用。)

3. 木瓜丸(木瓜、红花、川断、秦艽、木香、防风、狗脊) 木瓜性温而舒筋活络,红花活血祛瘀,川断、狗脊补肝肾而强筋骨,秦艽、防风能祛风胜湿,木香理气止痛。用

于寒气偏胜的风湿痛兼身体虚弱者。（红花有调节平滑肌作用。防风有解热镇痛作用。秦艽有解热止痛、抗过敏等作用）。

4. 舒筋活血片（红花、鸡血藤、香附、五加皮、伸筋草） 红花、鸡血藤活血补血、舒筋活络，五加皮、伸筋草性温而祛风寒胜湿，香附行气止痛。用于风寒偏胜的风湿痛。

近年来，应用中草药制剂，如当归、生姜、防风、川芎等注射液，作水针治疗风湿痛。这类疗法多数是刺激经穴或局部，通络活血。有的制剂，如穿山龙、防风等本身可能起某些祛风湿作用。

## 临 床 应 用

风湿痛病症包括不同病因、病理的疾病，因此不应一律对待。从药物治疗来说，应当把风湿痛分为下列几类处理：

1. 寒气偏胜的风湿痛，主要症状是局部疼痛，受凉时加剧，得温时缓解，其他症状不明显。在北方地区和中年以上者较多见，在病理上纤维组织炎症不重而筋肌对寒冷敏感，如肌风湿症，单纯的关节痛等。宜用小活络丹、舒筋活血片，其他如川乌1钱、麻黄3钱、白芍3钱、黄芪4钱、甘草1.5钱、附子2钱、白朮3钱、桂枝2钱、甘草3钱。总之，应用温性药以散寒气。

2. 风湿为主的风湿痛，主要症状是疼痛部位不固定或有发展趋向，疼痛性质是胀痛、木痛、钝痛等，关节外观可有改变（肿、热或红等）。较多见于中年以下者。在病理上炎症较重，可有渗出或可引起变质，如风湿性关节炎或类风湿性关节炎。适宜用祛风和利湿药配以活血、行气或清热药。如：（1）羌活2钱、独活2钱、藁本2钱、防风2钱、甘草1钱、川芎2钱、荆子3钱。（2）秦艽3钱、羌活3钱、川芎2钱、当归2钱、桃仁3钱、红花3钱、香附3钱、地龙2钱、甘草1.5钱。（3）羌活3钱、防风3钱、苍朮3钱、当归4钱、猪苓3钱、泽泻2钱、黄芩3钱、知母2钱。（4）可用水杨酸类或可的松类药物。

3. 身体比较虚弱的病人，抗炎能力较差，或者40~50岁之间的病人内分泌失调，单用祛风湿药效果较差，宜加用补养肝肾和气血的药物。例如：（1）木瓜丸；（2）天麻丸，配加理中丸或地黄丸；（3）独活寄生汤（独活2钱、桑寄生6钱、秦艽4钱、细辛1钱、防风2钱、当归4钱、生地5钱、白芍3钱、川芎2钱、茯苓4钱、人参3钱、甘草1钱、肉桂0.5钱、杜仲4钱、牛膝2钱）。

更年期病人有时可用雌激素。身体较弱者又可较长期地服用维生素丙每日300毫克。

## 补 益 药

当人体比较虚弱时，不但抗病能力有所降低，而且可出现一定的病症。例如：贫血一方面使人体抵抗力降低，另一方面可引起心悸、气短、无力、头晕等。祖国医学将各种因病致虚或因虚致病的情况概括为虚证，采取补法治疗。补益药就是治疗虚证的主要药物，主要有四类：

1. 补气药 如党参、人参、黄芪、白朮、山药、黄精、大枣等，主要补脾、肺之气。
2. 补血药 也称养血药，如当归、熟地、阿胶、何首乌、白芍等。

3. 补阴药 亦称滋阴药，如玉竹、沙参、天门冬、麦门冬、枸杞子、鳖甲、龟板、石斛等，主要是指补肺、胃、肾之阴。

4. 补阳药 亦称助阳药，如附子、肉桂、鹿茸、续断、杜仲、核桃仁、补骨脂（破故纸）、肉苁蓉、菟丝子。

#### 【方剂举例】

1. 四味汤 人参3钱、白朮4钱、茯苓4钱、甘草2钱（党参可代人参）是补气药的基本方剂。方中人参补元气，尤其是脾肺之气，并可改善血液循环，增加津液；白朮燥湿健脾；茯苓利湿健脾，都协助人参健脾；甘草补气和胃；故整个方剂的作用是补气健脾。可用于脾胃虚弱引起的营养不良、面色苍白，语声低微，四肢无力等。但临床上往往加减应用例如：（1）加半夏、陈皮为六味汤，益气祛痰可治脾胃虚弱，胸膈满闷，恶心呕吐或痰涎较多或腹胀泄泻等。（2）加扁豆、山药、莲肉、苡仁、砂仁、桔梗为参苓白朮散。益气补脾渗湿（见消化药）。（参考：人参有抗疲劳、抗失血及抗窒息等作用，并能兴奋中枢神经和有强心作用。甘草可缓解胃肠痉挛，并有解毒作用。）

2. 四物汤 当归3钱、熟地4钱、白芍4钱、川芎2钱，当归、熟地是补血的主要药物，白芍养肝（肝藏血），川芎活血，故本方有补血、活血作用，是补血药的基本方剂，应用广泛，尤其在妇科应用最多。例如：（1）加阿胶、艾叶为胶艾四物汤，可用于妊娠胎动下血或崩漏出血等。（2）加黄连、黄芩为芩连四物汤，主治血虚有热、崩漏出血过多。（3）合四味汤为八珍汤，主治气血两虚。再加黄芪、肉桂为十全大补汤，主治气血不足，阴阳两虚。（参考：当归含有维生素E，与其安胎作用可能有关，又含维生素B<sub>12</sub>等，可能与补血作用有关。）

3. 六味地黄丸 熟地8钱、山茱萸4钱、山药4钱、茯苓3钱、泽泻3钱、丹皮3钱。是补肾阴的典型方剂。熟地补血滋阴，是补肾肝的主药，山茱萸补肾养肝，山药补肾固精，泽泻利湿，茯苓健脾利湿，丹皮清热凉血。总的来看，前三个药温补肾虚，后三个则偏于泄虚热和利湿，可治肾阴不足，五心烦热，腰膝酸软，耳鸣耳聋、遗精盗汗等，相当于体质虚弱、神经系统功能失调、交感神经兴奋性增高时。本方加菊花、枸杞子为杞菊地黄丸，可治肝肾阴虚的头晕、目眩等，见于某些高血压症。本方加知母、黄柏为知柏地黄丸，可治阴虚火旺、潮热骨蒸等，见于结核病等消耗热时。

4. 肾气丸 即六味地黄丸加附子3钱、肉桂1钱。附子、肉桂皆大温大热，温补肾阳，可治肾阳虚弱的腹冷久泄、四肢发凉等。此二味加入六味地黄丸后即成为一个典型的补肾阳方剂，治肾阳不足、腰痛脚软、下身冷痛，阳萎遗精及小便不利等。可治疗慢性肾炎等，加车前、牛膝，利尿作用更好。（参考：附子有强心作用，肉桂有刺激胃肠分泌及增强血液循环作用。）

5. 益胃汤 沙参3钱、麦冬3钱、生地1两、玉竹2钱。沙参、麦冬养阴生津，生地清热凉血，玉竹润肺养胃（阴）。常用于热病体液耗损、口渴、咽干、气短、咳嗽少痰、便干等。

6. 大补阴丸 龟板6钱、熟地6钱、黄柏4钱、知母4钱、猪脊髓。龟板补养肝肾、滋阴潜阳，熟地补肝肾阴血，黄柏、知母滋阴降火，加脊髓用其滋肾补髓使滋阴作用更强，故称“大补阴”。常用于阴虚火旺，骨蒸潮热，耳鸣耳聋及盗汗咳血等症。

〔注〕 地黄分鲜地黄、干地黄与熟地黄三种。鲜地黄清热凉血而止血；干地黄滋阴凉血；熟地黄补

血、补肝肾。

## 临床应用

1. 祖国医学的治疗总则之一是“实则泻之，虚则补之”。使用补益药属于补法，治疗虚证，不用于实证。如果误用补益药于实证，会促使疾病产生强烈反应，不利于健康。然而，疾病时人体各方面的反应往往是不平衡的，虚中夹实或实中有虚。因此，补和泻（攻）应当按照实际病情适当结合。例如：热病耗损津液、体液不足、大便秘结，这种病情以伤阴液为主（虚），但夹有便秘（实）。治疗可用增液承气汤，以玄参、麦冬、生地三味增液（补），加大黄、芒硝二味通便（泻）。

2. 选用补益药，除了可以同类合用（如人参和黄芪、当归和熟地、白朮和茯苓），应根据各药的不同性能配伍，增强治疗作用，扩大治疗范围。例如：人参、附子（参附汤），一补气、一温阳，回阳救逆，有增强循环作用。当归、白芍（四物汤内），一和血（动）、一养血（静），有调节循环和止痛作用。附子、茯苓（肾气丸内），一温肾、一健脾渗湿，有增强肾功能作用。生地、麦冬（增液汤内），一滋阴凉血、一滋阴润肺，有减轻炎症反应的作用。鳖甲、青蒿（鳖甲青蒿汤内），一补阴，一清热，可治结核病发热。枸杞子、菊花（杞菊地黄丸内），一补肝肾，一清肝火，可治眼花视力不足。

### 3. 常见的虚证治疗

（1）脾胃虚：主要表现为面色萎黄，倦怠无力，食少脘闷，便溏或浮肿。见于慢性胃肠病、慢性肝病等。可用益气健脾法，如党参、白朮、茯苓、山药等。常随证祛寒（如干姜、肉桂），消导（如谷麦芽、六粮），理气（如陈皮、砂仁）或祛痰（如半夏）。这类方法对久病引起的胃肠功能紊乱很有疗效。

（2）肺阴虚：主要表现为咳嗽，痰少或带血丝，潮热、盗汗，舌红干，脉细数。见于肺结核等。可用滋阴养肺法，如沙参、天冬、百合、生地、玉竹等。

（3）肾阳虚：主要表现为怕冷，下身凉，腰酸痛，性功能减退，或尿少浮肿，或食少便溏等，脉沉细。见于慢性肾炎及某些内分泌功能减退症。可用补肾温阳法，如仙茅、苁蓉、巴戟天等合用附子、肉桂等，并随证补气（如党参、黄芪），健脾（如白朮、茯苓），利湿（如泽泻、木通）。补肾阳的药，有调节内分泌（包括性激素）的作用，功用比较广泛，如治疗某些顽固的水肿（根据肾阳虚不能温化脾阳的道理）、截瘫、严重的骨折等（根据肾藏精、精生髓的道理）。

（4）肾阴虚：主要表现为手足心热或低热、口干、盗汗、腰酸或头晕耳鸣、或虚烦失眠，舌红、脉细数。见于结核病和其他慢性病日久体弱者。可用补肾滋阴法，如熟地、何首乌、女贞子、枸杞子、山茱萸、龟板等。常随证合用清热（如地骨皮、丹皮、知母）、生津（如麦冬、石斛）、安神（如远志、枣仁、五味子）或平肝（如菊花、白芍、牡蛎）。补肾阴的方法应用也比较广泛，如治结核病时，可用以增强抗结核药的效果，治某些高血压病可巩固降压疗法效果（根据肝肾阴虚引起肝阳上亢的道理）。

## 〔附1〕激素的临床应用

（一）肾上腺皮质激素 常用的皮质激素有：可的松、氢化可的松、强的松、强的松龙、地塞米松

等。这类激素有增高血糖和肝、肌的糖元，减低人体对各种刺激的反应，抑制组织增生，减少炎症渗出，减少血液的淋巴细胞和嗜酸性白细胞，使水和钠保留，钾排出增加，提高神经系统兴奋性等作用。临床上常用于：

1. 变态反应性疾病 如风湿热、支气管哮喘、过敏性休克、过敏性皮炎、过敏性紫癜肾变病等。可用皮质激素减轻人体对过敏原的反应，缓解病症。

2. 感染中毒 如败血症，中毒性痢疾、中毒性肺炎和其它中毒性休克，可用皮质激素减轻毒素对人体的影响。但皮质激素本身没有抗感染和抗毒素的功能，所以必须与足够的抗感染药物合用。

3. 炎症反应 皮质激素可用于眼、皮肤、关节腔、胸膜腔等处的炎症，减轻充血和渗出，与抗感染药合用。

4. 其它 如淋巴细胞性白血病，再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜等也可用皮质激素。

注意事项有：（1）活动性结核病、高血压症、心功能不全、溃疡病、糖尿病等应慎用，尤其不宜长期使用。水痘不应使用。（2）长期用激素，要控制钠盐摄入，但要用氯化钾。停药不可突然，应逐渐减量或给予促皮质激素（ACTH）25单位，每日2次，肌注。（3）凡有微生物感染时，必须同用抗感染药，以免感染扩展。

（二）女性激素 常用的有：己烯雌酚、黄体酮等。

1. 己烯雌酚（乙蔗酚、雌激素） 有使子宫肌肉增厚，子宫内膜增生，使子宫肌肉对垂体后叶催产素的敏感性增加，促使阴道上皮细胞增生、角化，促进少女第二性征的发育，大剂量可抑制乳腺分泌等作用。临床上常用于：

（1）闭经时，采用人工月经周期，口服己烯雌酚0.5~1毫克，每日一次，连服20日，继于第16日开始加用黄体酮每日10毫克，肌注5日，停药2~4日可见月经来潮。

（2）月经量多时，确诊为功能性者，可用己烯雌酚10~16毫克/日，分2~4次口服或肌注，以后逐日减量，8毫克、6毫克、4毫克、2毫克、以后每日量为一毫克，共20日。停药2~4日可见下次月经来潮。用此法多在2~3日内止血。

（3）因子宫发育不好所致的不孕症，可用己烯雌酚，于月经后每日口服0.5~1毫克，连服20日，共用4个周期。

（4）老年性阴道炎时，可用己烯雌酚0.5毫克，放入阴道内，连用7日。

（5）需退奶时，可口服己烯雌酚5毫克，每日三次口服，连服3~5日。

（6）过期流产时，子宫超过妊娠10周大小，可口服己烯雌酚，日量15毫克，分三次服，连用5日后，再用催产素引产。

（7）经绝期症候群时，可口服小量己烯雌酚，日量0.25毫克，服10日后减量，直至停用。

（8）前列腺癌及绝经10年以上的女性乳癌，可用己烯雌酚，日量6~8毫克，分三次口服，连服2~3个月。

注意事项有：（1）在某种情况下雌激素与癌的发生有关，除前列腺癌及乳癌外，肿瘤病人禁用，肝、肾功能不良者慎用。孕妇慎用。（2）用药过程必须详细和病人说清楚，按指定方法服药，如中途停药可发生子宫出血。（3）有恶心、呕吐、厌食、头痛等副作用，长期使用可引起子宫内膜过度增生（表现为月经量多）和子宫肥大。

2. 黄体酮（助孕素） 可使子宫内膜呈分泌期变化、为受精卵植入做准备；可减低妊娠子宫的兴奋性，减低子宫对催产素的敏感性；与雌激素共同作用下，促使乳房发育等。临床上常用于：

（1）闭经时，采用人工月经周期，见上述。

（2）治疗先兆流产和习惯性流产，多在妊娠早期，每日肌注黄体酮10~20毫克，直至症状消失为止。

（3）月经周期缩短属黄体功能不全时，于经前期3~4日肌注黄体酮10~20毫克，每日一次，连

用4~6日。

(4) 痛经时,可用于月经前6日肌注黄体酮,每日一次,连用6日,因减少子宫的痉挛、促使子宫内膜发育而防止疼痛。

(三) 男性激素 常用的有甲基睾丸素(口服)、丙酸睾丸酮(肌注)。

1. 甲基睾丸素(口服或口含) 可抑制女性子宫内膜生长,大剂量促使内膜萎缩;小剂量中和、对抗雌激素,大剂量抑制垂体和卵巢功能;促进男性性器官及第二性征的发育等。临床上常用于:(1)月经过多及子宫肌瘤时,可口服5毫克,每日3次,每月总量不超过300毫克。(2)再生障碍性贫血时,可每日口服50~100毫克,连用2~3个月。

注意事项有:(1)年青妇女使用时应慎重,肝功能不良者禁用。(2)口服因由肠道吸收经肝脏破坏一部分,以口含为好。(3)用量过大(超过300毫克/月)可引起妇女男性化、水肿等。

2. 丙酸睾丸酮 作用同甲基睾丸素,临床上常用于晚期乳癌及再生障碍性贫血。晚期乳癌可隔日肌注50~100毫克,连续2~3个月。再生障碍性贫血用量同甲基睾丸素,每日肌注50~100毫克,连用2~3个月。

## 〔附2〕 维生素的临床应用

维生素种类繁多,仅介绍常用的几种。

### (一) 维生素乙类

1. 维生素乙<sub>1</sub>(硫胺) 是某种酶的组成部分,参与糖代谢过程,与神经、心脏和消化系统的功能有关。用于脚气病、多发性神经炎、周围神经炎等;在禁食和输葡萄糖液供给热量时,应肌注本药。维生素乙<sub>1</sub>在糠麸、麦胚等谷物皮层内含量丰富,在中药槟榔、木瓜、赤豆、车前子等含量也较多,故在口服时可代用。

2. 维生素乙<sub>2</sub>(核黄素) 参与营养物质代谢过程,与视觉有关。用于角膜炎、口角炎、舌炎、脂溢性皮炎等。

3. 维生素乙<sub>6</sub>(吡多辛) 参与氨基酸及脂肪的代谢过程。用于妊娠呕吐、异烟肼中毒及抗肿瘤药的胃肠反应。

4. 维生素乙<sub>12</sub>(氰钴胺) 与血细胞成长和神经组织代谢有关,参与脂肪、糖的代谢过程。用于妊娠期贫血、恶性贫血、肝炎、肝硬化、多发性神经炎、牛皮癣、日光性皮炎等。维生素乙<sub>12</sub>在肝制剂中含量较丰富,故可代用一部分。

(二) 维生素丙 又称抗坏血酸。参与体内氧化还原过程,增加毛细血管抵抗力,刺激造血功能,增强人体抗感染能力。用于坏血病、紫癜等出血倾向,严重感染时如败血症、流脑等,急性克山病发作时。维生素丙在水果、番茄等含量较丰富,故可代用。

(三) 维生素丁 促进钙磷的吸收利用,与骨的发育有密切关系。用于防治佝偻病、婴儿搐搦症等,大剂量可用于皮肤结核、红斑狼疮等。使用时应合用钙剂。维生素丁效用时间较短,需随病情连续应用。丁<sub>2</sub>(骨化醇)效用强,大剂量肌注(40万单位)只需2~3次。丁<sub>3</sub>效用持久,必要时隔2~4周可再用一次。剂量过大或久用可引起高血钙或低血钙和食欲减退、呕吐、腹泻、不正常的钙化等。维生素丁是人体在日光(紫外线)作用下合成的,因此多晒太阳可减少佝偻病的发生。

## 第十四章 手术治疗

学习手术治疗问题，首先必须树立为革命而学手术的思想，对手术在治疗疾病中的作用有正确的认识。

在一定的条件下，手术治疗能够很快收到效果。但手术对人体是一种创伤，可引起组织变化。而且手术只是治疗措施的一个部分，需要其他治疗配合。如果处理不当反而会增添伤病员的痛苦。因此，我们必须批判只管手术而不顾病人、“手术第一”、手术粗暴或粗心大意等资产阶级医疗思想作风，必须遵照毛主席的伟大教导，学习白求恩，做到“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”。

### 建立农村手术室

在毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示的指导和鼓舞下，战斗在农村第一线的广大医务人员，积极防病治病，送医送药上门。在农村简易的条件下，克服种种困难，因地制宜地建设起各种类型的简易手术室，开展手术治疗，为贫下中农解除多年的病痛，治愈和抢救了很多重危伤病员，使他们恢复了健康。

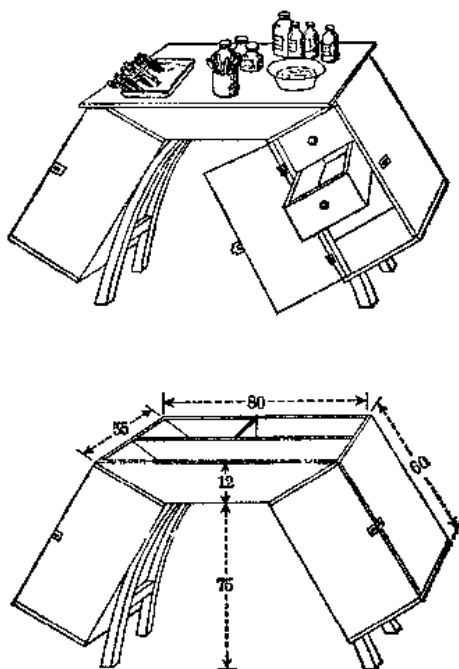
建设农村手术室必须坚持“自力更生”、“艰苦奋斗”的方针。在这方面，白求恩同志为我们树立了光辉的典范。白求恩同志从老乡的粪驮子上获得启发，亲手设计并创制出“芦沟桥鞍”的野战手术器械箱装置（图 14-1）。

这种驮运工具，在抗日战争和解放战争的战伤救治工作中发挥了巨大作用。我们要学习白求恩同志的精神，虚心向群众学习，敢于革新创造。

“备战、备荒、为人民。”农村手术室的建立和普及，不仅是为了改变农村缺医少药的面貌，更好地为贫下中农服务，而且更有深远的战略意义。我国广大农村，有了广大的医疗救护网，就能在伟大的人民战争中，更加发挥红色根据地的作用。

（一）农村手术室 在公社、大队，可利用一两间房屋作手术室。室内光线要充足，以便白天尽量利用自然光线作一般手术。夜间如无电灯，可用汽灯、手电筒照明。地面最好为水泥、三合土或用砖铺成，要经常保持地面清洁，减少尘土飞扬。墙壁应比较光洁，避免落灰。室内应保持适当的温度。

手术台、器械桌、麻醉桌、头架及其他手术室基本设置，均可根据具体条件设计制作，或以一般家具代替。



（单位为厘米）

图 14-1 芦沟桥鞍

每次手术完毕，应立即清除地面的敷料、杂物，用水刷洗并擦净手术台、器械桌和地面。清洗手术器械物品，并重新消毒。手术室每7~10日应大清扫一次，清除墙壁、地面、顶棚、墙角和门窗等处的积尘。

紧急情况下或巡回医疗中，在病人家中进行手术时，可将地面扫净后，必要时用2%煤酚皂液洒地。在门板、长条桌或炕上，铺以清洁塑料布或被单，作为临时手术台，为了防止落灰，可在手术区的上空悬吊塑料布或清洁布单。

战时在野外设置手术室，利用地形、地物，搭起帐篷。应选择比较隐蔽的地方，最好依山靠水。铲除地面杂草，填平坑洼，帐篷周围需挖几条排水沟。除器械物品外，必须准备担架。

## (二) 手术器械用品准备

1. 手术器械 一般器械如刀、剪、镊、止血钳、组织钳、持针器、牵开器等，要注意保养器械，避免不必要的磨损。保存时，器械表面应涂上液体石蜡或凡士林以防锈，生锈处可用碳酸氢钠甘油除锈。

2. 敷料 用纱布和脱脂棉制成。纱布裁成方形（边长等于幅面宽度1/3或1/2），即成手术中常用的小方纱；或把同样大小的4~8层纱布缝成纱布垫，亦经常有用；旧的小方纱可做成纱布球，用于消毒皮肤时蘸碘酒、酒精等；绷带亦用纱布制成。脱脂棉除用于包扎时用大块者外，应做成棉球或棉签，便于应用。纱布和棉花使用后，可酌情处理后再用。

3. 手术巾和手术衣服 用本色平纹白布裁制而成。手术巾（单）为长方形，用于铺盖手术野周围，有大、中、小三种，中央开口者称为洞巾。手术衣服包括帽、口罩、外衣、袖套、内衣等。此外需要准备若干方形包布，用于包裹器械、敷料、手术衣等，以便消毒灭菌。

4. 麻醉器械用品。

5. 手术其他用品 包括手术手套、缝线、针、注射用品、各种导管（如导尿管、胃管等）、各种玻璃、搪磁和铝制的容器（如广口瓶、搪磁杯、饭盒、面盆、换药盘等）、引流物（如胶皮膜、软胶管、卷烟式引流条等）以及固定用物（如胶布、夹板、石膏绷带、三角巾等）。

6. 药品 包括麻醉药、麻醉辅助药、各种输液用液体、急救用药品、外用消毒药、外用盐水等。

物品安置应有秩序，便于取用；应有专人负责保管；并且定期进行整理、检查、维修。

## (三) 手术工作原则

1. 严肃认真 手术工作必须严肃认真，一丝不苟。否则就会给伤病员增加痛苦，甚至造成严重后果。为了保证工作质量，应当研究制定几项制度。例如：当伤病员进入手术室后，工作人员就应守护在旁；查对药品、器械或深部手术用的纱布数目等，以防止差错事故；消毒灭菌的规定。

2. 有所准备 首先是思想准备，以两个“极端”统帅技术上的“精益求精”。对预定的手术要作到周密的计划和准备。并应练好急救技术，备好急救用品，随时准备抢救重急症伤病员。

3. 紧张而有秩序 手术过程中, 工作人员必须全神贯注, 精力集中。发扬不怕疲劳和连续作战的战斗作风。既要有明确分工, 又要配合协调, 应当事先研究确定, 统一指挥, 防止忙乱。

4. 遵守无菌操作原则 防止污染是手术室工作中极为重要的环节, 所有进入手术室的人都必须遵守无菌操作原则。对违反这个原则的做法, 应当及时指出改正。

5. 勤俭节约 手术室工作要注意节约。器械物品要注意正确使用和妥善保管, 尽量减少破损和消耗。可以回收的敷料不应随意废弃。

## 消毒和灭菌

手术感染的来源, 除伤口内部原有感染外, 多因手术器械用品的污染, 手术者洗手和手术区皮肤消毒不够严密。因此, 对消毒和灭菌不能有丝毫疏忽。

### (一) 器械用品的消毒灭菌方法 (见表)

| 时间(分)<br>方法       | 物 品 |  | 金 属 器 械     |    | 胶 质 用 品              |                | 玻 璃 搪 磁 器 皿         | 纤 维 类              |       |
|-------------------|-----|--|-------------|----|----------------------|----------------|---------------------|--------------------|-------|
|                   |     |  | 钝器          | 锐器 | 手套                   | 胶管             |                     | 棉丝                 | 人造    |
| 煮 沸               |     |  | 30          | 30 | 30                   | 30~45          | 30                  | 30                 | 15~30 |
| 高 压 蒸 气<br>(压力指数) |     |  | 30<br>(1.5) | —  | 15<br>(1.0)          | 15~30<br>(1.5) | 15~30<br>(1.5)      | 15~30<br>(1.5)     | —     |
| 新 洁 尔 灭           |     |  | 30          | 30 | —                    | —              | 30                  | —                  | —     |
| 酒 精               |     |  | —           | —  | —                    | 30~60          | 30                  | —                  | 30    |
| 氯 氰 化 汞           |     |  | 15          | 15 | —                    | 30             | 30                  | —                  | 30    |
| 煤 酚 皂             |     |  | 60          | 60 | —                    | —              | 60                  | —                  | —     |
| 注 意 事 项           |     |  | 消毒前擦去防锈油    |    | 内腔应冲洗清洁, 煮沸或浸泡时要灌满液体 |                | 避免磕碰破碎; 注射器外套和内芯要分开 | 缝线和人造纤维不宜反复多次用热力消毒 |       |

〔注〕“—”表示不适宜。

1. 煮沸消毒法 凡能耐热耐湿的物品, 均可用此法灭菌。刀片、剪及某些精密器械, 煮沸消毒时必须单用纱布保护, 以免损伤锋刃, 所以常用化学药液浸泡灭菌。玻璃器皿应放在冷水内加热煮沸, 避免裂损。注射器、套管之类, 外套和内芯不应套在一起消毒。水内加入2%碳酸氢钠, 可提高沸点至摄氏102°, 并有除污防锈作用。煮沸时, 锅盖须盖严, 物品必须置于水面以下。

#### 2. 蒸气消毒法

(1) 笼屉或蒸锅消毒: 可用于敷料、手术衣等的灭菌。器械包、敷料包等应包得薄一些, 使热力容易透入。笼屉盖或锅盖须盖严, 时间为1~2小时。消毒后的物品可能潮湿, 可放在热干锅或热炕上烘干。

(2) 高压蒸气灭菌器消毒: 在气压15磅时, 温度可达摄氏121°左右, 不但能杀灭细菌, 且能杀灭细菌芽胞。

方法是: 将清水灌到锅内, 到水线为度。放进装物罐, 加盖, 扣上, 拧紧边上的螺旋帽, 使锅密闭。加热。到压力表指示“0.5”处时, 打开气阀, 放出蒸汽, 使压力表回指

“0”处。再闭上气阀。等压力表再指示“1.0”，“1.5”等处，开始计算灭菌时间。保持压力稳定，如压力超过要求数，可排气降低；直到灭菌完成，停止加热。打开气阀，等压力表回指“0”处时开盖。物品可暂不取出，利用余热使它充分干燥。

注意事项：①初用高压灭菌器，先试验一次，注意其压力表、气阀，安全阀和锅盖边缘是否合乎要求。试验压力与温度，可将盛有少量硫磺的开口器皿放入锅内，如上法加热到压力表指示“1.5”处约10分钟，然后启开。如硫磺已升华，表示此锅部件性能良好。压力表所示“1.0~1.5~2.0”，代表压力10~15~20磅/平方吋，温度约为摄氏115~121~126°，硫磺升华点约为摄氏120°，与“1.5”代表的温度相近。②以后使用高压锅，仍要注意压力表和气阀是否失灵，防止爆炸事故。③加热过程中应经常有人看守，准确掌握压力和时间，不要依赖自动安全阀。

3. 火焰灭菌 急用金属器械时，可将器械放于搪瓷皿内，加少量95%酒精点燃消毒。此法不宜常用，因为酒精火焰温度高，可使刀刃变软、缝针变弯，其他器械亦易变质或生锈。

4. 化学消毒法 一般将物品浸泡在化学药液内15~60分钟，即可灭菌。个别物品可用化学性气体熏24小时，达到灭菌目的。

(1) 1:1000新洁尔灭液（内加0.5%亚硝酸钠作防锈剂）：常用于消毒刀、剪、缝针、缝合线等，胶制品不相宜。药液可根据使用率，隔1~2周更新一次。注意：如发生絮状物，则已失效，应即更换。

(2) 70~75%酒精：常用于保存腰麻药、肠线等安瓿、胶质引流物、塑料管等。金属物不相宜。

(3) 纯煤酚皂（来苏儿）液：常用于锐的器械的灭菌。

(4) 1:1000氧氟化汞灭菌液：用法与新洁尔灭液相同，且可用于胶制品。此药剧毒，应注意。

注意事项：①用化学消毒剂浸泡前，须将器械上的油脂擦净，并打开器械关节。②因化学消毒剂有毒性或侵蚀性，故物品使用前，须用灭菌外用盐水冲洗。

## (二) 污染物品的处理

1. 器械及搪磁器皿 使用后以清水刷洗干净，注意沟、槽、关节等处去污。然后煮沸30分钟可再用，或擦干包装再消毒。金属类器械保存前应涂上液体石蜡，针、刀片等可泡在液体石蜡内保存。

2. 敷料及手术巾、手术衣等 使用后用清水浸泡，以肥皂或洗衣粉去污。接触脓液者还应在2%煤酚皂液中浸泡数小时。勿直接用热水浸泡，免使血、脓等蛋白质凝固在上，晾干后包装灭菌备用。

3. 注射器及各种胶管 使用后注意冲洗内腔，除去注射器内的油质、导管内的粘液或尿盐等。

4. 胶皮手套 使用后应立即将里外洗净，晾干。保存前，里外撒上滑石粉，不要沾油沾水保存。

5. 特殊污染物品的处理 如接触过破伤风、气性坏疽及细菌芽胞或绿脓杆菌时的器械，应放在4%煤酚皂液中浸泡3小时，然后再刷洗并煮沸1小时。敷料及其他用品均放入2~4%煤酚皂液中浸泡6~12小时，再进行消毒灭菌。纱布等则应焚烧销毁。

(三) 手术洗手法 手术洗手是上手术台前手术人员准备的简称,包括更衣、戴手术帽、口罩、手和前臂的消毒以及穿手术衣和戴手套。这也是预防手术感染的重要一环。必须充分重视,不能有丝毫的马虎。

1. 手、前臂的消毒 应先剪修指甲。再分两个步骤进行,第一步除去污垢油腻,第二步用灭菌液消毒皮肤。

(1) 氨水——酒精或新洁尔灭液洗手法:①准备三个面盆(或二个盆、一个桶),以酒精火焰消毒一遍后,两个盆内各盛煮沸过的清水(温度约摄氏 $40^{\circ}$ 最宜)3000~4000毫升,加入浓氨(28%)5.3~7.1毫升成为0.5%氨水;另一盆内盛70~75%酒精或0.1%新洁尔灭液。②先在氨水内擦洗自手指尖到肘上一寸处,在每盆氨水里各洗2分半钟;擦干。③将手和前臂浸泡在酒精或新洁尔灭液内,同时擦洗,需5分钟。注意甲沟、指蹼等处的清洁消毒。④注意事项:擦干氨水时从手到肘,擦过肘部的纱布或毛巾面不能再接触另一只手。洗手消毒完毕,保持拱手姿势,手臂不应下垂,不要再接触非消毒的物品。如果手臂沾污,就须重新洗手。

(2) 肥皂水——酒精洗手法:①先用毛刷蘸肥皂水刷洗手和前臂(范围同上),一次刷洗5分钟,用清水冲掉手臂上的肥皂水;再刷洗5分钟,用清水冲净,擦干。②浸泡于酒精内5分钟。③注意事项同上。肥皂影响新洁尔灭的灭菌作用,所以用肥皂洗手后不宜用新洁尔灭液。

(3) 快速洗手法:在紧急情况下,可用2~4%碘酒涂擦手及前臂,干后即用70~75%酒精纱布涂擦脱碘。此法不应经常使用。

2. 无菌手套和手术衣的穿戴 原则是务必使手术人员的手、手套和手术衣(或袖)不受污染。用干手套时,应先穿手术衣或袖,而后戴手套;用湿手套时,则先戴手套而后穿手术衣。

穿戴手术衣、手套后,两臂不能下垂,一般作拱手状等待手术。

(四) 手术区皮肤的准备 皮肤表面的细菌和污物,是伤口感染的一个因素。术前必须认真地对手术区皮肤进行消毒。

1. 皮肤消毒的范围 手术部位和麻醉穿刺部位的消毒范围,一定要比预定的切口和穿刺点宽阔,例如腰麻下作阑尾切除术的皮肤消毒范围是:腹壁上达剑突、下至耻骨联合水平、两侧至腋后线。背部上达第十二胸椎、下至骶骨 $1/2$ 水平、两侧至腋后线。

2. 步骤和方法 皮肤消毒分两个步骤进行。

(1) 清洗和剃毛发:习称“备皮”,在术前一日或手术洗手前完成,目的是使药物能充分起灭菌作用。小儿皮肤可不剃毛,只作清洗。

(2) 消毒:在洗手后、铺巾前进行。①新洁尔灭法:1:1000新洁尔灭涂擦或浸泡3~5分钟。②碘酒——酒精法:2~4%碘酒涂布,待晾干后,以70~75%酒精(或加入3%硫代硫酸钠)脱碘。但下列情况不用碘酒:6岁以下的小儿;阴茎、阴囊、阴唇、肛门等处;植皮术的取皮区;伤口内。③酒精法:70~75%酒精涂擦2~3次。可用于上述不宜用碘酒的情况(除伤口以外)。

## 手术基本操作

任何手术都离不开基本操作。基本操作是否正确、能否熟练,直接影响手术效果。因

此，必须重视基本操作的练习。手术基本操作方法，是从实践中总结出来的，这类方法不应是死板的，应当在“稳、准、快”的原则下，不断改进。

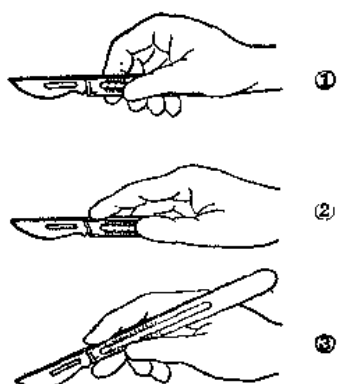


图 14-2 执刀法



图 14-3 执剪法

(一) 基本器械用品及其使用 基本器械用品包括：刀、剪、镊、止血钳、持针器、牵开器、针和线。

1. 手术刀 在较为用力切开时执刀如图 14-2 ①、②，作较精细的切开或解剖时用“执笔”式如图 14-2 ③。

2. 手术剪 常用的有二类：一是组织剪，前端钝圆，质量较好，用于剪开或分离组织，勿用以剪线或布；二是线剪，可以剪线、引流物及敷料等。执手术剪的方式和执普通剪刀不同（图 14-3）。这种执剪法使食指能起稳定和向导作用，有利于操作。这也是执其他带环柄的器械（如止血钳、持针器）的基本方法。

3. 手术镊 常用有二种：一种远端有齿，夹持组织牢固，但损伤较大，用于皮肤、皮下、筋膜等组织；一种远端无齿，用于夹持粘膜、肠壁、血管、神经等组织。

4. 止血钳 用于夹住出血点或血管，也用以分离组织等，是手术中用得较多的器械，有大、小、弯、直等不同规格。直的多用于浅部或拔针，弯的多用于深部。止血钳夹力较大，所以在夹住出血点时不要将组织夹得太多，以免损伤组织。

5. 持针器 用于夹持弯针。

6. 牵开器 用于牵开手术区周围的组织，以便于暴露手术部位，又称露钩。牵开器形状、大小不同，常用的有板状、鞍状及耙状三种，可根据不同的术式选用。

7. 缝针 缝针的种类很多，从针尖断面形状分为圆针及三角针两类。圆针损伤组织较小，适用于多数软组织如皮下、筋膜、肠壁、血管、神经等的缝合；三角针有锐利的刃，能穿透较厚组织，但损伤作用较大，适用于皮肤、骨膜、软骨等组织的缝合。

8. 缝线 常用的有丝线和肠线两种，丝线抗拉力大，组织反应小，价廉，缺点是不能吸收，在体内成为异物，故不适用于感染的创面。常用的丝线号型：

10号 最粗，适用于缝合张力较大的组织。

7号 较粗，适用于缝合腹膜、腱膜等组织。

4号 适用于缝合肌膜、皮肤等组织。

1号 较细，适用于结扎、缝合皮下组织。

0号 细，适用于胃肠缝合。

9. 肠线 为羊小肠粘膜下层制成，优点是可以吸收，缺点是价格较高，抗拉力小，本身为异性蛋白，故组织反应较大。普通肠线于7~10天被吸收，铬制肠线吸收较慢，约须3周左右。肠线又分“可煮”及“不可煮”两种，后者只能采用化学灭菌。消毒和使用时要注意说明书。

(二) 手术基本操作

1. 显露 显露手术野是进行手术的必要条件，在深部手术尤为重要。（1）采取一定的体位，使手术部位比较突出，便于显露。而且，常在手术部位下面垫入枕头、沙袋或布卷等，使局部抬高。（2）选择适当手术切口。切口部位应在体表距离手术野最近处，切口大小应方便手术操作。（3）麻醉良好也是充分显露手术区的条件。麻醉不充分，病人痛苦不安或肌肉紧张，往往影响显露。（4）手术中善于运用牵开器和纱布垫，也是显露手术野的重要步骤。（5）适当的照明。

## 2. 切开和分离

（1）皮肤切口：选择切口部位要考虑以下几点：①显露充分。②损伤较小，尽量少切断血管、神经或肌肉等。③利于愈合。④愈合后疤痕不妨碍肢体功能。尽量沿皮纹方向，使术后疤痕少和不明显。

切开皮肤时，先用左手将局部皮肤固定，右手下刀。刀片要与皮肤垂直，刀柄与皮肤所成的角度约45度角。使切口不过深、不过浅，边缘平直。

（2）皮下组织的切开：可以用刀。也可先用刀切开一小口，然后用组织剪插入皮下深筋膜下面，使其与下面组织分离后再剪开。

（3）肌肉的分离：肌膜用刀切开。腱膜可用刀切开，也可先切开一小口，再以组织剪剪开。肌肉的分离，顺肌纤维方向者可先以刀柄或止血钳分开其中一处，再用牵开器或手指向两端扩开；若与肌纤维交错，则须用刀或剪离断。

（4）腹膜等的切开：要特别注意不损伤内部的脏器组织。一般先用刀尖部切开一小口，再用组织剪扩大之。如有内脏从小切口膨起的情况，剪开前要以器械（刀柄、长镊或其他）或手指等，把腹膜等和内脏隔开。

（5）组织间分离：有锐法和钝法两种。锐法分离即切开和剪开，适用于比较致密的组织。钝法分离即用止血钳、手指、钝性剥离器或纱布小球等分离，适用于比较疏松的组织间隙。分离时必须认清组织性质和层次。避免不应有的损伤。

3. 止血 妥善的止血，能减少失血量，保证病人安全，而且可使手术野显露清楚，便于操作。手术中常用的止血法如下：

（1）压迫止血：毛细血管出血和渗血，一般可用纱布压迫或填塞于局部，几分钟后即可止血。用干纱布或用温热盐水纱布压迫、填塞，时间稍长，可加强止血作用。

（2）结扎止血：这是最主要的方法。先用止血钳夹住出血点（小血管断端）；或显露出血管，用止血钳夹住，切断之；再用线把它结扎住。较大的血管，则先显露游离，穿线结扎，然后切断。结扎止血的关键在于结扎得牢靠，结头不脱落、松解。

结扎方法分为单纯结扎法和贯穿结扎法两种（图14-4）（图14-5）。后者比较更牢固、不易脱落，含有较大血管的组织多用此法止血。

（3）局部止血药敷贴：应用于压迫止血无效的渗血面。过去常用的是明胶海绵、淀粉海绵。近年来，我国革命医务工作者在毛泽东思想和毛主席的中西医结合创立中国新医



图 14-4 单纯结扎止血

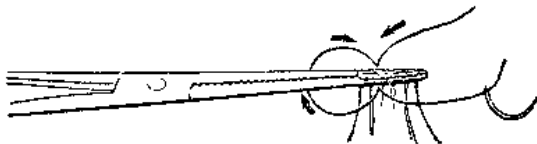


图 14-5 贯穿结扎止血

药学的方针指导下，创造出效果优良的新止血药，能够应用于创面。

4. 打结 缚线打结是手术中一项很重要的基本操作，必须经常练习，达到熟练。线结有：方结、外科结、三重、假结、滑结（图 14-6）。后两种易于松开滑脱，不宜在手术中应用。



图 14-6 各种线结

打结的方法常用的有三种：

- (1) 单手打结法：此法简便、迅速，需要的线较短，使用最多（图 14-7）。
- (2) 双手打结法：方法较繁，但较为牢固，适用于深部组织的结扎。

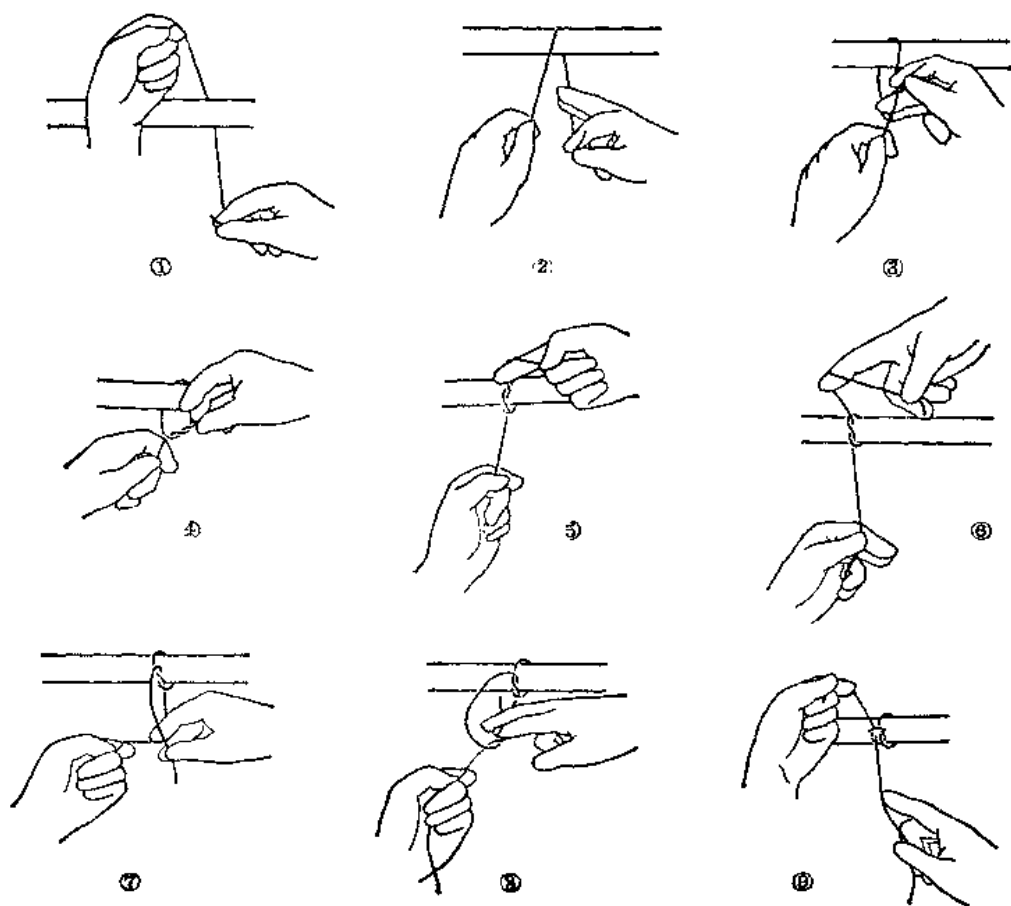


图 14-7 单手打结法

- (3) 止血钳打结法：用于线头过短或节约缝线时。

打结完毕后，须将多余的线剪去。线头的长短根据打结是否牢靠而定，一般留 1~2 毫米，肠线须留 3~4 毫米；重要的部位为了安全，须留长一些。

5. 缝合 缝合的目的是使组织创缘对合，以利愈合。有时，缝合组织可以止血。组

织能否愈合良好，常与缝合是否正确有关（图 14-8）。

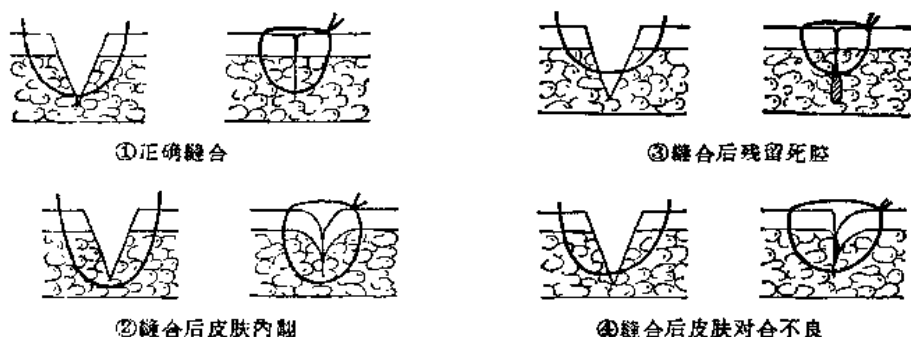


图 14-8 正确和不正确的切口缝合

缝合的方式很多，总的说来，分为单纯对合、组织内翻、组织外翻三类，每类又可分为间断（结节）和连续两种（图 14-9）。例如：皮肤、皮下、筋膜等组织多用单纯对合法。胃肠道吻合内层用对合法或全层内翻缝合法，外层用浆膜肌层内翻缝合法。血管吻合须用外翻缝合法。

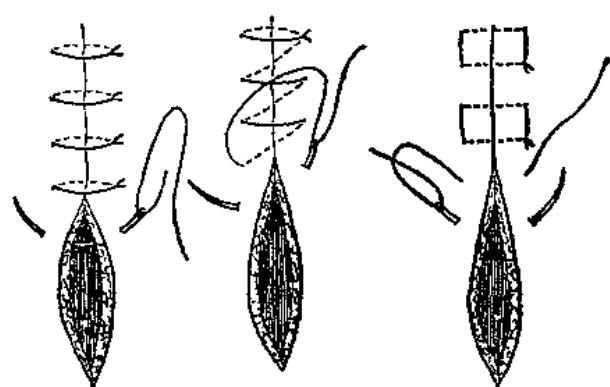
皮肤缝线拆除方法要求外露的线（已污染）不再经皮下组织抽出。

6. 伤口引流 引流的目的的是保证脓液、渗出物等排出，预防或减轻感染。

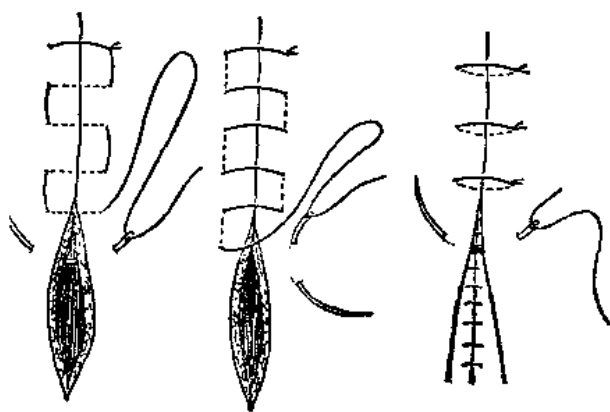
常用引流物有薄胶皮膜、胶皮管、盐水纱布、凡士林纱布和卷烟式引流条。

注意事项：（1）选择适当的引流物。如浅部脓肿可用胶皮膜或凡士林纱布，而腹腔内应用卷烟式引流条或软管。（2）引流物的位置要适当，应尽可能使液体能充分

流出。（3）保持引流通畅，避免填塞过紧或压迫。（4）妥善固定，既防止过早脱出，更要防止引流物进入脓腔或体腔。深部或体腔的引流物，须用缝线、别针等加以固定。



①单纯间断缝合 ②单纯连续缝合 ③间断外翻缝合



④连续外翻缝合 ⑤连续内翻缝合 ⑥间断内翻缝合

图 14-9 各种缝合法

## 麻 醉

麻醉的任务是通过一定手段，解除病人手术时的痛苦，保证手术安全顺利的进行。

今天的麻醉工作，早已不是过去那种单纯的技术工作，而是要以毛泽东思想为指导，充分调动病人主观能动性，敢于向疾病作斗争，医务人员以“完全”、“彻底”为人民服务的精神，“精益求精”地做好麻醉工作。

针灸、耳针是祖国医学的宝贵遗产，是我国劳动人民几千年来和疾病作斗争积累起来的宝贵经验。遵照伟大领袖毛主席关于“人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进”的教导，在继承发扬祖国医学遗产的基础上，彻底打破了病人是消极的被麻醉的旧观念，充分调动医生和病人两个积极性，用体针、耳针、中草药等麻醉能完成各种复杂的手术，这是毛泽东思想的伟大胜利，是对中国和世界革命人民的一项巨大贡献。

## 麻醉前准备

1. 必须做好病人的思想工作，把病人和医务人员的积极性结合起来。

2. 选择适当的麻醉方法 麻醉前要全面细致地检查病人，详细了解手术治疗的要求，科学分析术中术后可能发生的问题，作到心中有数，并采取相应的措施。

在农村具体条件下，一般选用针刺麻醉、局部浸润麻醉和神经阻滞麻醉。必要时可选用全身麻醉。

3. 麻醉前处理 全麻的病人要有充分准备，术前应禁食，灌肠和排尿，使其胃、直肠和膀胱“三空”，以减少麻醉并发症。局麻和椎管内麻醉的准备处理则根据手术需要和病人具体情况进行。

4. 麻醉前用药（见表） 麻醉前用药的目的有：（1）避免病人术前精神过度紧张。（2）降低疼痛敏感性和基础代谢，以减少麻药用量。（3）消除麻药的某些副作用，如乙醚麻醉前给阿托品以对抗乙醚所引起的分泌增加。（4）减轻麻醉和手术时病人的某些不适感。

| 药量(毫克)<br>年龄(岁) | 阿托品     | 苈 苈 硷 | 嘧 啶    | 吗 啡  |
|-----------------|---------|-------|--------|------|
| 出生~1            | 0.1     | 0.1   | —      | —    |
| 1~3             | 0.2     | 0.1   | 10~15  | —    |
| 3~5             | 0.3     | 0.15  | 15~20  | —    |
| 5~10            | 0.3~0.4 | 0.2   | 20~25  | 1~2  |
| 10~12           | 0.4     | 0.25  | 25~30  | 2~3  |
| 12~14           | 0.4~0.5 | 0.3   | 30~40  | 3~4  |
| 14~             | 0.5     | 0.3   | 50~100 | 4~10 |

## 针刺麻醉

我国革命医务工作者，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，把革命精神和科学态度结合起来，在祖国医学针刺止痛

治病的经验及理论的基础上创造成功了我国独特的麻醉技术——针刺麻醉，对医学发展作出了新贡献。这是我国医务工作者坚决贯彻毛主席关于中西医结合的指示，走我国自己医学发展道路的光辉范例，是无产阶级文化大革命的又一丰硕成果。

### 1. 针麻的优点

(1) 针麻安全，简便，经济，适用于全身各部位、各科的手术。

(2) 由于针麻不需要麻醉机等复杂的麻醉器械，不受设备和气候、地理等条件的限制，因而除了可以在城市推广外，特别适用于山区、农村和战争环境。

(3) 针麻手术是在病人神志清醒的状态下进行的。病人除了痛觉消失或迟钝外，其他生理功能都能保持正常。手术中，病人可以和医务人员一起，用毛主席的教导互相鼓舞，增强战胜疾病的信心；病人可以按照医生的要求进行配合。由于得到病人的配合，许多针麻手术可以做得较准、较快、较好。

(4) 没有麻醉药物带来的副作用。相反，由于针刺穴位可以调动和加强病人体内抵抗疾病的积极因素，手术后伤口和肌体的功能恢复得又快又好，可以早期活动，早期进食。

(5) 许多因为肝、肾、肺功能不好，高血压、病危体衰、休克、对麻醉药物过敏等不宜做药物麻醉的病人，能在针麻下安全地进行手术。

### 2. 针麻种类

(1) 体针麻醉：即在肢体的一定穴位上进行针刺，加以手法达到麻醉作用，叫体针麻醉。

(2) 耳针麻醉：即在耳壳的一定穴位上进行针刺并加以手法达到麻醉作用，叫耳针麻醉。

(3) 电针麻醉：将电针仪的电极接到针麻的针柄上，根据病人耐受情况调节输出电量，达到麻醉，叫电针麻醉。

(4) 水针麻醉：在选定穴位上，注射少量药液达到麻醉的方法，叫水针麻醉。常用药液有：1~2% 普鲁卡因、2.5% 维生素 B<sub>1</sub>、5% 当归液、10% 葡萄糖或 0.05% 阿托品等。

除上述四种外，广大医务人员又在实践中发现和创造成功了鼻针麻醉、面针麻醉、手针麻醉、足针麻醉及耳根麻醉等。

3. 针麻穴位的选取 许多手术只要选取少数、甚至一个“得气”的穴位即可。所谓“得气”就是指针刺穴位时病人有酸、胀、重、麻的感觉和针刺操作者手下的沉紧感觉。一般说来，针刺“得气”感觉比较强的穴位镇痛效果比较明显，反之则较差，所以针刺“得气”感觉是针麻方法中的一个关键性的问题。

为了增强针麻的效果，应当发挥体针、耳针、电针及水针各自的特点，取长补短，配合应用。做到一种手术可有几种针麻处方，一种处方可解决几种手术，使针麻能适应各种伤病情况和设备条件。

人体是一个统一的整体，躯干和肢体是互相关联的。在上肢肘关节和下肢膝关节以下取穴，能在躯干部作各种手术；在肢体接近躯干的部位或躯干部取穴，也能做四肢伤、骨科手术。例如：

前臂外伤清创缝合术，针麻处方，①体针 颈臂、极泉（患侧电针）；②耳针

神门、交感、肘——腕（双侧水针）。

腹股沟疝修补术，针麻处方：①体针 足三里、三阴交（患侧电针）；②耳针 神门、小肠（患侧水针）。

颈部小肿物摘除术，针麻处方：①体针 合谷（双侧电针）；②耳针 神门、颈（双侧水针）。

#### 4. 术前准备

（1）医务人员要以完全彻底为人民服务的精神，做好病人的政治思想工作。向病人介绍针麻的优越性及其重大意义，说明手术情况和可能产生的感觉。病人增强了对针麻和手术的信心，能主动配合，使针麻和手术圆满地成功。

（2）试针：在手术前选择病员的一至数个穴位进行针刺，称为试针。通过试针，可以了解病人对针刺的感应和“得气”情况，消除对针麻的顾虑，确定针刺的穴位、刺激方法和强度。

（3）辅助用药：一般的手术可不用术前药。如大手术或病人精神紧张，可用杜冷丁（每公斤体重1毫克），术前十五分钟肌肉注射；或于开刀前5~10分钟静脉滴注。

#### 5. 术中工作

（1）随时向病人介绍手术进程和可能出现的反应，让病人做必要的配合动作（呼吸等）。

（2）手术操作要做到“稳、准、轻、快、细”。

（3）麻醉者应密切观察病人的血压、呼吸、脉搏、表情等变化，及时作相应的处理。

6. 术后工作 术后认真听取病人对针麻的意见，组织病人、术者和麻醉者共同总结经验。

目前，针麻这一新生事物还有一些不够完善的地方。如进行腹部手术时，有时腹壁肌肉松弛不够满意；牵拉内脏时，部分病人感到不舒服。所以在针麻的实践中，还要努力研究，继续改进。

## 局 部 麻 醉

将局部麻醉药注射在手术区组织内的方法，称为浸润麻醉。注药于支配手术区的神经枝、神经干周围的方法，称为神经阻滞。这两种方法通称局麻。（广义的局部麻醉，除上述两种外，还包括椎管内麻醉和表面麻醉等。）这类麻醉的优点是安全，不良反应少，设备简单。但麻醉后肌肉松弛往往不够，对强刺激的阻断作用有限，麻醉持续时间不长，小儿和其他不能合作的病人也不适用。

（一）局部麻醉药 局部麻醉药（见下页表）的一般药性是：（1）浓度愈高，作用力愈强而持久，但毒性也愈大；（2）多具有局部血管扩张作用，如并用少量肾上腺素，则可延缓吸收，延长作用时间；（3）在炎症区内，局麻作用削弱。

普鲁卡因比较常用，应用时注意下列各点：

（1）麻药液必须保持无菌。液内出现絮状物应即弃去。

（2）普鲁卡因偶可引起过敏症。用前要询问过敏病史，必要时作过敏试验。

（3）为了延长麻药作用时间，减少毒性作用和可能引起的并发症，常在使用前每百

常用局部麻醉药的比较

| 局 麻 药   | 普鲁卡因<br>(奴佛卡因)                   | 地 卡 因<br>(潘托卡因)        | 利多卡因<br>(赛罗卡因)                   |
|---------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| 效 力 倍 数 | 1                                | 10~20                  | 1~2                              |
| 毒 性 倍 数 | 1                                | 20                     | 0.5% 和 0.5% 普鲁卡因相似, 浓度大时毒性显著增加   |
| 表 面 麻 醉 | 10~20%                           | 1~2%                   | 1~2%                             |
| 浸 润 麻 醉 | 0.25%<br>0.5%<br>1~2%<br>不超过 1 克 | 不用                     | 0.25%<br>0.5%<br>1%<br>不超过 0.5 克 |
| 神 经 阻 滞 | 1~2%<br>不超过 1 克                  | 0.25~0.3%<br>不超过 0.1 克 | 1~2%<br>不超过 0.5 克                |
| 腰 麻     | 3~5%<br>100~150毫克                | 0.3~0.5%<br>10毫克       | 3~5%<br>100~150毫克                |
| 硬膜外麻醉   | 3~5%<br>不超过 0.5 克                | 0.25~0.3%<br>不超过 0.1 克 | 1~2%<br>不超过 0.5 克                |
| 潜 伏 期   | 3~5分钟                            | 5~10分钟                 | 1~3分钟                            |
| 持 续 时 间 | 45~60分钟                          | 1.5~2小时                | 1~1.5小时                          |
| 灭 菌     | 可经高压、煮沸消毒, 但温度过高易变质。遇硷性物质即生沉淀    | 比普鲁卡因稳定。遇弱硷容易发生沉淀      | 最稳定。不受酸硷度改变的影响                   |

毫升溶液中加入 0.1% 肾上腺素 2~3 滴。

(4) 注药中要随时观察病人。如发生头晕、恶心、呕吐、面色苍白、脉搏加快、口舌麻木、精神异常兴奋或肌肉震颤等轻度或中等中毒症状, 即应停止注射。如发生惊厥或昏迷等重度中毒症状, 应立即行人工呼吸、吸氧及静脉注射 2% 硫喷妥钠 3~5 毫升。

(二) 浸润麻醉 浸润麻醉适用于浅部较小的手术, 如脓肿切开引流术、清创缝合术、浅部肿瘤摘除及淋巴结摘除等。进行深部而较大的手术可加用阻滞麻醉或针刺麻醉(耳针、体针)。

麻醉药一般用 0.25~0.5% 普鲁卡因。但如局部比较敏感(如手部), 范围小(如眼睑手术), 组织致密(如鸡眼手术), 则宜增加浓度(1~2%), 而用量减少。

选用细长的针头, 由浅而深地逐层注射麻药。先作皮内注射形成丘疹(皮丘), 然后在皮丘边缘沿切口方向浸润皮下, 切开皮肤及皮下组织后, 再作筋膜、肌肉、骨膜或腹膜浸润。麻醉的范围要稍大, 最好使麻药在组织内形成相当的压力。注药前应先抽吸, 观察有无回血, 以免将麻药注入血管内引起毒性反应。

### (三) 阻滞麻醉

1. 区域阻滞 适用于范围小而不宜将麻药浸润于局部的的手术, 如疖肿或小痛的切开、小外伤、小肿物的手术等。方法是将局麻药注射在手术区周围, 四边浸润呈方形或菱形, 再加基底部浸润, 达到手术无痛(图 14-10)。

2. 指(趾)根部神经阻滞 用于指(趾)部急性化脓性感染, 如甲沟炎、瘰疬的切

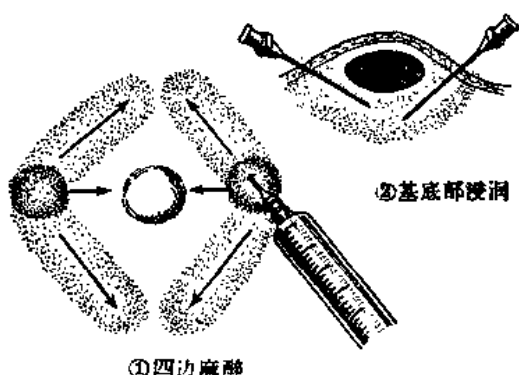


图 14-10 区域阻滞麻醉

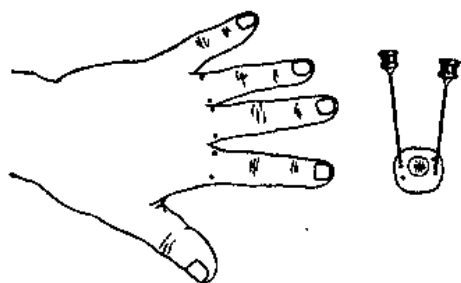


图 14-11 指(趾)根部神经阻滞法

开、拔甲术及指(趾)的外伤缝合术。指(趾)神经循行于指(趾)两侧，背侧掌侧共四枝。方法是将2%普鲁卡因先于指(趾)根部两侧稍靠背侧作皮丘，再将穿刺针垂直刺入，抵指(趾)骨后稍退出，每侧注入麻药2~3毫升，2分钟后远端即产生麻醉效果。麻药液中切不可加入肾上腺素，否则可能引起血管痉挛，指尖坏死(图14-11)。

3. 腕部神经阻滞 用于手掌或多个手指的手术。在腕部各阻滞点(图14-12、14-13)寻得麻电感后，每点注射2%普鲁卡因5~10毫升。必要时辅以指神经阻滞。

正中神经：在掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱间深处(尺骨茎突平线)，相当大陵穴。

尺神经：在豆骨下，尺侧腕屈肌腱桡侧(尺骨茎突平线)，相当神门穴。

桡神经：在桡动脉桡侧与长拇伸肌腱间肌膜下浸润(桡骨茎突平线)，相当于太渊穴至阳溪穴间。

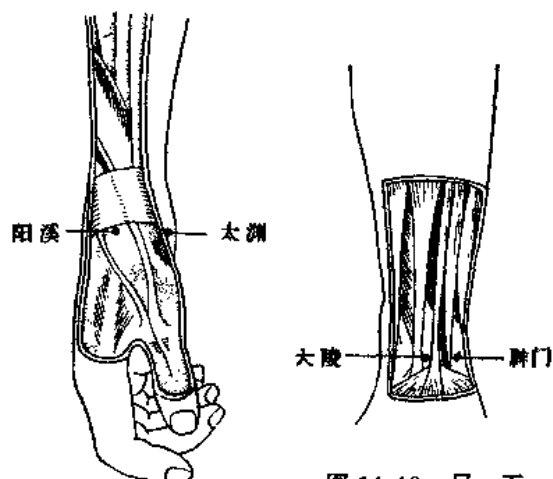


图 14-12 桡神经阻滞点与穴位的关系

图 14-13 尺、正中神经阻滞点与穴位的关系

4. 臂丛神经麻醉 臂丛神经系由第5、6、7、8颈神经和第1胸神经根前股交错组成。这些神经出离椎间孔后，在前斜角肌与中斜角肌之间组成臂神经丛，

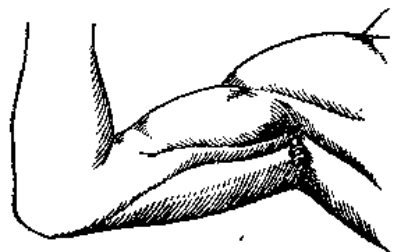


图 14-14 腋路法穿刺点(极泉穴)

然后自锁骨下动脉后方横过第一肋骨，再经锁骨外上方经腋窝分布于上肢。上臂内侧有肋间臂神经分布。臂丛阻滞常在腋部施行(腋路臂丛阻滞)，主要应用于上臂中部以下部位的上肢手术。腋部有感染、淋巴结炎等不宜采用此法。

方法 病人仰卧，上臂直角外展并外旋，屈肘，取“行军礼”位，充分暴露腋窝。左手食指在上臂内侧近腋窝顶按到腋动脉，以腋动脉搏动之最高点为穿刺点(相当极泉穴)(图14-14)。用最短小的针头(20~25号)刺入皮肤、皮下，当针尖穿过腋鞘膜，有阻力消失感或出现麻电感时，证明针已进入腋鞘管。抽吸无回血后，固

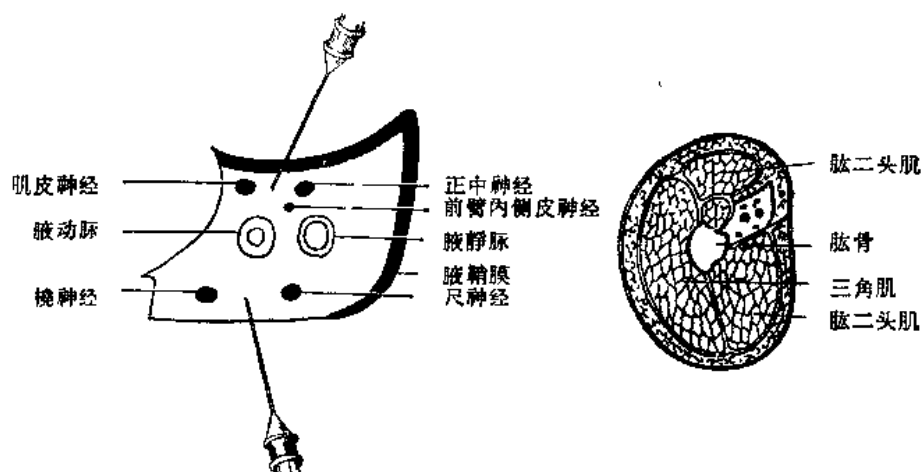


图 14-15 针刺入腋鞘的方向、位置

定腋动脉，在其上下两边各注入半量麻药（图 14-15）。

用药 常用（1）1~1.5%利多卡因和0.1~0.15%地卡因混合液。（2）2%普鲁卡因。（3）1~1.5%利多卡因。内可加入0.1%肾上腺素2~3滴。混合液有潜伏期短，发挥药效快和持续时间长的优点。腋路法常用的剂量（见表）。

腋路法局麻药用量

| 年龄（岁）  | 1~3  | 4~6   | 7~9   | 10~11 | 13~15 | 15以上  |
|--------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 剂量（毫升） | 8~12 | 15~20 | 20~25 | 22~28 | 25~30 | 30~40 |

#### 注意事项

- （1）穿刺过深、透过腋鞘管，或过浅注于皮下，为失败常见的原因，应加注意。
- （2）穿刺中要尽量避免血管损伤，如抽吸有出血时，不应注药，应将针移至血管外。注药要间断进行，警惕局麻药逾量中毒。
- （3）麻药要分别注在腋动脉上下两边，上边阻滞肌皮神经、正中神经和前臂内侧皮神经，下边阻滞桡神经和尺神经。因为它们比较深，要注意肌皮神经和桡神经的效果。
- （4）用3~5毫升麻药浸润腋窝皮下，以阻断肋间臂神经。

#### 椎管内麻醉

椎管内麻醉包括蛛网膜下腔和硬脊膜外腔脊神经麻醉。虽然都是椎管内麻醉，但脊椎穿刺的腔隙不同。前者必须刺破硬脊膜、蛛网膜，将麻药注入蛛网膜下腔，直接阻滞无鞘的脊神经根。硬脊膜外麻醉决不可刺破硬脊膜，在硬膜外腔阻滞有鞘的脊神经根，由于神经有鞘，麻药的用量和浓度较前者大，而作用比前者慢。

自脊柱3~4腰椎棘突间行蛛网膜下腔穿刺，要穿过皮肤、皮下组织、棘上和棘间韧带，黄韧带和硬脊膜、蛛网膜。每层组织有不同的穿刺感觉，最重要的是黄韧带和硬脊膜。黄韧带硬橡皮样弹力感，稍用力向深部进针，穿过黄韧带阻力消失感，试验时多呈负压，是针尖已进入硬膜外腔的重要标志。再继续深穿，则有扎破玻璃纸样脆性感，即穿破硬脊膜、蛛网膜。此时拔出针芯即有澄清温暖的脑脊液流出，证实已穿入蛛网膜下腔。

由于脊髓终止于1~2腰椎水平，蛛网膜下腔穿刺不可高于2~3腰椎间隙，以防损伤脊

髓(图14-16)。

脊神经在皮肤上有一定的分布, 简要记法为: 锁骨下区为第2胸神经分布。乳头水平为第4胸神经。剑突为第6胸神经。肋弓为第8胸神经。平脐为第10胸神经。腹股沟区为第12胸神经。大腿前面为腰神经2~3。小腿内面为第4腰神经。会阴肛门区为骶神经分布(图14~17)。麻醉后用针刺或手掐试验测定病人痛觉的消失, 可以得知麻醉的范围。

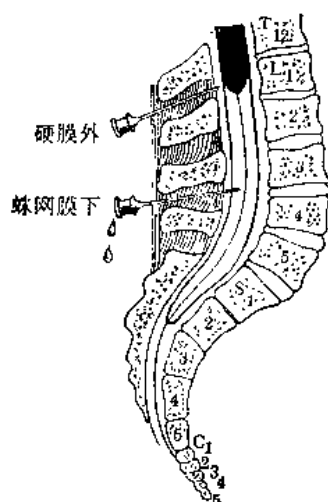


图14-16 硬膜外腔、蛛网膜下腔穿刺示意图

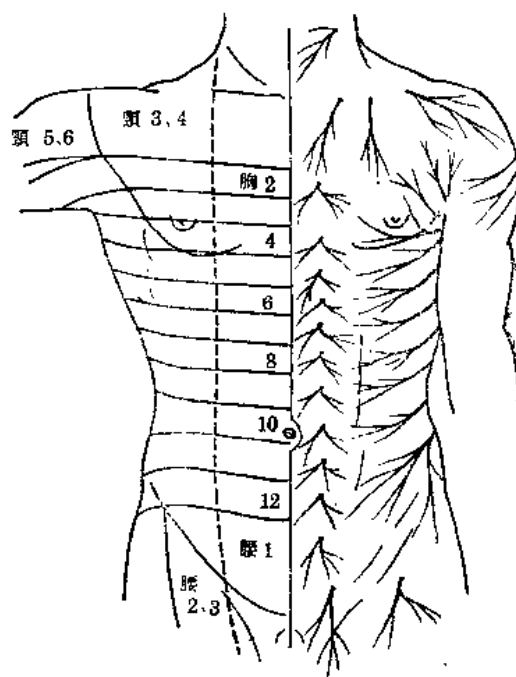


图14-17 脊神经分布

#### 蛛网膜下腔脊神经阻滞(简称腰麻)

1. 适应证 腰麻使下半身麻醉, 肌肉松弛, 适宜于中下腹部、盆腔、会阴部及下肢手术。但有下列情况之一者不用腰麻: (1) 儿童及不合作的病人。(2) 穿刺点邻近有感染者。(3) 脊椎有病变和严重畸形者。(4) 休克、低血压、心功能不全及严重高血压病人。

#### 2. 方法(单次腰麻)

(1) 穿刺时体位: 一般均取侧卧位, 屈膝弯腰, 身体尽量前曲, 使腰背部与床沿垂直(图14-18)。本法采用高比重麻药(药液比重较脑脊液比重1.003~1.004高), 故手术侧在下。会阴部手术(鞍区麻醉)时取坐位。

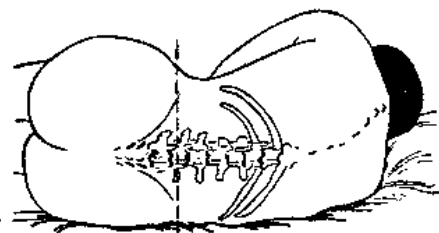


图14-18 腰麻穿刺体位与穿刺点

#### (2) 皮肤消毒。

(3) 穿刺点: 常于腰椎3~4棘突间隙穿刺。标志是髂嵴最高处连线与脊柱交叉处为第4腰椎, 稍上为腰3~4棘突间隙。

(4) 局麻: 用0.5%普鲁卡因5毫升作皮内及皮下浸润麻醉, 使穿刺时无痛。有时加麻黄素30毫克以对抗腰麻后血压下降。

(5) 腰穿、注腰麻药: 用20~22号腰椎穿刺针穿入蛛网膜下腔, 见脑脊液流出后缓

慢注入麻药（见表）。

常用腰麻药的比较

| 腰 麻 药   | 普鲁卡因<br>(奴佛卡因)        | 地 卡 因<br>(潘托卡因)           | 尼泊卡因<br>(沙夫卡因)             |
|---------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| 药 物 性 状 | 白色粉末                  | 白色粉末                      | 无色透明液                      |
| 制 剂     | 150毫克/安瓿              | 10毫克/安瓿                   | 10毫克/2毫升/安瓿                |
| 常 用 浓 度 | 5 %                   | 0.5 %                     | 0.5 %                      |
| 常 用 剂 量 | 100~150毫克<br>(2毫克/公斤) | 8~10毫克<br>(0.15~0.2毫克/公斤) | 8~10毫克<br>(0.12~0.15毫克/公斤) |
| 麻药固定时间  | 快<br>(3~5分钟)          | 较 慢<br>(5~10分钟)           | 慢<br>(10~12分钟以上)           |
| 持 续 时 间 | 短<br>(1小时上下)          | 较 长<br>(2小时上下)            | 长<br>(3小时上下)               |
| 稀 释 液   | 脑脊液或 5 %<br>葡萄糖液3毫升   | 脑脊液或 5 %<br>葡萄糖 2 毫升      | 不用                         |

〔注〕 1. 鞍区麻醉法剂量减 1/3~1/2。

2. 肥胖、体弱、年老、年幼者剂量酌减。

(6) 调节麻醉平面：麻醉平面的高低主要取决于药液的比重和病人体位。高比重麻药有下沉的特性，头低位时麻药易向头端扩散，使麻醉平面升高。头高位时麻药易向足端扩散，使麻醉范围局限。而轻比重麻药有上浮的特性，结果恰巧与此相反。

注药后要及时调整体位，在麻药固定时间内将麻醉平面调至手术所需水平。如阑尾炎切除手术需麻至肋弓（第8胸神经）或剑突（第6胸神经），斜疝修补术需麻至脐水平（第10胸神经）。

在没有可调节的手术台的情况下，可用砖头或木块垫高手术床的头端或足端调节体位，调节后选择好手术体位。

### 3. 注意事项

(1) 穿刺点勿高过第2腰椎，以免损伤脊髓。

(2) 麻药要事先核对药名、比重及浓度，确定用量。为了延长麻醉时间，可在麻药内加入麻黄素 15~30 毫克或肾上腺素数滴。

(3) 腰麻后易发生低血压。低血压与麻醉平面高有关。下半身血管扩张，周围阻力降低，心率减慢，血容量相对减少等是血压下降的主要原因。低血压时可出现呼吸困难和恶心呕吐。应及时抬高上身和肌注麻黄素 30 毫克。紧急时应输液，静脉滴入麻黄素 15 毫克或其他升压药物。

(4) 切勿使麻醉平面超过乳头水平（第4胸神经以上），以免因肋间肌麻痹引致呼吸困难。发生呼吸困难时要立即给氧或人工呼吸。

(5) 腰麻有时可引起恶心呕吐，故术前要禁食。呕吐反应强时，要密切注意血压和呼吸，并用耳针或肌注阿托品处理。

### 4. 腰麻后并发症

(1) 头痛：预防重于治疗。用细针穿刺，争取一次成功，用药要纯净，皮肤消毒要

严密等项均应注意。头痛用新针疗法，也可给予解热镇痛药。

(2) 尿潴留：多出现在肛门、会阴手术之后，治疗宜用新针疗法，必要时需导尿。

## 乙醚吸入麻醉

乙醚为无色透明液体，有特殊刺激臭味。遇光、空气产生过氧化物，需避光密封保存。易爆炸、燃烧，使用时应远离火源（如火炉、油灯等）。乙醚对呼吸道及胃都有刺激作用，使分泌物增加，易发生呕吐。浅麻醉时呼吸快，对心脏无直接作用，深麻醉时呼吸浅而慢，血压可下降。对肝、肾功能有一定影响。

乙醚作用比较缓和，安全性较大，各种年龄及各型手术均可应用。但多用于不合作的小儿和需要作全身麻醉的手术。对呼吸道感染、严重黄疸或肝、肾功能不好的病人不宜应用。在农村的条件下常使用乙醚开放点滴麻醉。

(一) 乙醚麻醉深度的掌握 应用乙醚麻醉，必须掌握麻醉分期。一般可分为四期：

(1) 镇痛期；(2) 兴奋期；以上两期合称诱导期。(3) 外科期；(4) 过量及中毒期。各期的主要体征如下：

(1) 镇痛期：意识存在，痛觉逐渐减弱，可做浅表脓肿切开手术。

(2) 兴奋期：意识消失，呼吸不规律，吞咽频繁，兴奋躁动，不能手术。

(3) 外科期：此期又分Ⅰ级，Ⅰ-Ⅱ级是常用的手术阶段。

Ⅰ级：吞咽消失，呼吸均匀规律，眼球不固定眼裂中央。

Ⅱ级：眼球固定眼裂中央，瞳孔不大。

Ⅲ级：呼吸减弱，血压下降，眼球干燥，瞳孔散大，无光反射。

(4) 过量及中毒期：呼吸微弱，血压明显降低，脉细弱，瞳孔散大。此期必须避免。

掌握乙醚全麻的深浅，以能保证无痛，没有不良反射，防止过深或过浅为原则。必须根据病人、手术的情况，合理地调节麻醉深度。

(1) 麻醉与病人的关系：由于病人的年龄、体质强弱不等、病情的轻重不一，因而麻醉的反应亦各异。同样的麻醉剂量对甲来说是浅麻醉，对乙则可能是难以耐受的深麻醉。如小儿麻醉时，出现眼球固定的深度较成人为深，瞳孔散大时则更深。因此只要维持手术时小儿无明显体动，呼吸规则，眼球微动，瞳孔不散大的深度即可。健康的病人一般对麻药的耐量较大，肌体对手术刺激反应亦强，麻醉应较深一些；衰弱病人则相反。

(2) 麻醉与外科手术的关系：麻醉的深浅与外科手术刺激的强弱和部位有着密切的关系，应当根据手术进行情况作相应的调整。一般来说，在维持浅麻醉总的趋势下，在手术刺激较强、操作部位痛觉敏锐或较深的神经反射区内，麻醉应加深一些或辅以局麻。在手术即将结束时，要减浅一些，使病人尽可能在术终清醒，反射恢复。

(3) 麻醉与用药的关系：术前用药可能影响麻醉体征，如阿托品可使瞳孔稍大、吗啡可使瞳孔稍小。二氧化碳在体内蓄积可使瞳孔增大，呼吸加快，血压升高，脉快和出汗等，应注意呼吸、换气是否良好。

总之根据麻醉分期，全面地观察病人体征，了解各方面的条件，分析判断，才能正确认识麻醉深度，保障病人在乙醚麻醉下手术的安全。

(二) 乙醚开放点滴法

1. 适应证 乙醚开放点滴法用具简单，操作方便，安全范围大，适用于各种短时间的手术。对不合作的小儿较为常用。对胃内饱满病人，因易发生呕吐而造成窒息，应设法使胃排空才能用醚。对伴有呼吸道疾患（如气管炎、肺结核等），由于乙醚刺激呼吸道并使分泌物增加，术后肺部并发症亦多，不宜采用。

2. 麻醉用具（图 14-19）①麻醉口罩，盖以 6~8 层纱布（小儿 3~4 层），用弹簧圈固定。口罩的大小根据病人口鼻大小选择。②点滴瓶利用棕色乙醚瓶即可，在木塞两旁开二道小槽，一侧放入棉花条，另一侧作为空气入口，点滴时乙醚随棉花滴下。橡皮膜眼罩和布巾，橡皮膜眼罩可用废手套剪成。使用时，先于患者两眼周围涂以凡士林，然后复以眼罩和布巾，以防乙醚进入眼内引起角膜烧伤。③吸痰用导尿管 1~2 根、盛有水的大口瓶一只，以及吸引器等，作为吸引分泌物用。如无吸引器则利用 100 毫升注射器或负压瓶代替。④口咽通气管 舌下坠时用以维持呼吸道通畅。⑤开口器。⑥氧气装置。

### 3. 麻醉前准备

（1）除急症外，麻醉前 6 小时禁饮食，保持空腹，避免呕吐后误吸。

（2）常规使用麻醉前用药。

（3）向病人做必要的解释，酌情使用杜冷丁镇静。

（4）检查口腔及牙齿，摘去可活动的假牙。眼镜、发夹等亦应取下。

（5）测量血压、脉搏和呼吸。

### 4. 方法（图 14-20）

（1）病人仰卧，头部后仰。将前臂



图 14-20 乙醚开放点滴法

和膝部固定在手术台上。盖上眼罩和布巾。置口罩于病人口鼻上。

（2）左手拇指、食指拿住口罩上下两端，其余三指把持病人左下颌，以便随时提起下颌。右手拿乙醚点滴瓶。两肘分别支在病人头的两侧，以便固定夹持病人头部。

（3）慢慢把醚滴在口罩前中 1/3 交界处。根据病人耐受程度，逐渐加快滴速，如有憋气，可将口罩稍抬起，使吸入部分空气。鼓励病人深呼吸，少吞咽，直到神志消失平稳渡过第一期。

（4）加快速度，使病人迅速通过兴奋期，进入外科期。以后用适当的速度滴入，维持浅而平稳的麻醉直至手术終了。

（5）麻醉过程中要始终注意保持呼吸道通畅。随时观察呼吸和眼球的变化，记录血压、脉搏和呼吸。及时处理麻醉中并发症。

### 5. 常见并发症及处理

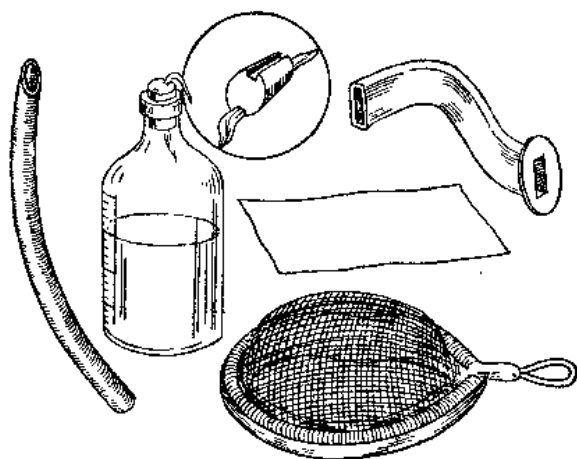


图 14-19 乙醚麻醉用具

(1) 呛咳：主要因为麻药点滴速度过快，乙醚刺激产生。应稍抬起口罩，减慢滴速，待呛咳停止后逐渐加快。

(2) 舌下坠：麻醉后肌肉松弛，舌根下坠贴近咽后壁使呼吸不畅。此时吸气有鼾声。应将下颌向前上方托起，使下牙移至上牙前。术后仍有舌下坠可置入口咽通气管。

(3) 喉痉挛：多发生在浅麻醉下咽喉受刺激（乙醚浓度骤然增高、分泌物、缺氧或吸引等）所致。吸气时出现尖声。轻度喉痉挛逐渐加深麻醉，去除刺激因素即可消失。严重者有缺氧及发绀，应给氧或人工呼吸。

(4) 分泌物过多：及时吸引口及鼻咽腔内的分泌物，以保持呼吸道通畅。如为阿托品量不足或已失败，可予补充以减少分泌。

(5) 循环功能变化：心律改变，兴奋期心率常加速。尤其小儿的心率可达160~200次/分，这是正常规律。有心律不齐和心率减慢，应注意是否二氧化碳蓄积或麻醉过深。血压波动，血压升高常常是麻醉太浅或呼吸道不通畅所致。血压明显下降应考虑麻醉过深，或血循环量不足。均应加以调整。

(6) 术后肺部感染：乙醚麻醉病人术后痰量常明显增加，尤其是冬季寒冷的北方。有呼吸道感染的病人易发生气管炎、肺不张及肺炎等肺部感染。麻醉后应鼓励病人咯痰，并行抗感染治疗。

(7) 恶心呕吐：恶心呕吐是常见的消化系统并发症。术前应予禁食6~8小时以上；必要时放置胃管。发生呕吐时，立即头低位，头偏向一侧，吸出呕吐物。

## 清 创 术

清创术（初期外科处理）的目的是促使创伤愈合，减少并发症及利于伤部功能、形态的恢复。这里介绍一般的开放伤的清创术。

### 【原则】

1. 首先注意伤员的全身状况，止血和防治休克，待病情稳定再行清创术。
2. 清创术并非单纯创缘切除，应着重于消除妨碍创伤愈合的因素，为促使创伤的早期愈合和功能的恢复创造有利条件。
3. 依伤员全身状况和伤情采用耳针麻醉、局麻和全麻。
4. 清创术处理应力争在感染未形成之前。一般伤后6~8小时以内，经清创，创口可行一期缝合。伤后10数小时，创口污染不重者，仍可在彻底清创后作一期缝合。头面、颈部血循环丰富，伤后24~48小时以内，如能仔细清创，仍可作一期缝合。创口明显感染者，清创后不作缝合，用盐水纱布填充，2~3日后创口无明显感染，再行缝合（或行一期缝合，创口内放置引流物）。
5. 创口和伤道内的异物和泥砂，必须彻底除净。创口敞开，间断更换敷料至创口内肉芽组织形成，上皮新生，再行延期缝合或植皮术闭合创口。
6. 浅部贯通伤，出入口接近者，可将伤道间的组织桥切开，变两个创口为一个。清创后酌情一期缝合。不能彻底行清创术者，不宜行一期缝合。应避免过深的清创处理，必要时可行对侧切开，去除异物，通畅引流。
7. 酌情采用抗感染治疗。较深的创伤须注射破伤风抗毒血清1,500~3,000单位。

### 【方法】

1. 皮肤准备 创口暂以无菌纱布覆盖,剃除周围毛发,用肥皂水及软毛刷清洗局部泥污和血迹,用汽油或乙醚除油垢,揭开无菌纱布,钳取创口内明显的异物,并用1:5,000新洁尔灭或生理盐水冲洗创口数次,拭干,再以3%碘酒和75%酒精消毒皮肤。粘膜、会阴及阴囊部,应用红汞酒精消毒。此步骤如能引起或加重休克,宜在麻醉下进行。

2. 创口检查 注意创伤范围内有否血管、神经、骨骼、肌腱及重要脏器的损伤,结扎出血点,检查有无存在于深部的异物。创口小显露不充分时,可作切开,以能显露伤道为度。

### 3. 创口处理

(1) 创缘修整沿创口边缘切除严重污染和坏死的皮肤、(距创口边缘不超过0.2~0.6厘米)和皮下组织(图14-21),必要时切开深筋膜显露伤道(图14-22)清除异物、血凝块。深部异物取出困难者,不宜勉强进行,以免损伤血管、神经并扩大污染区。头面、手部的皮肤,应尽量保留。

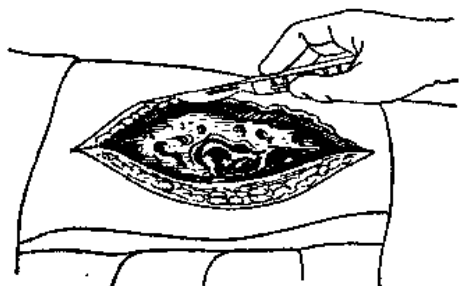


图14-21 切除皮肤边缘

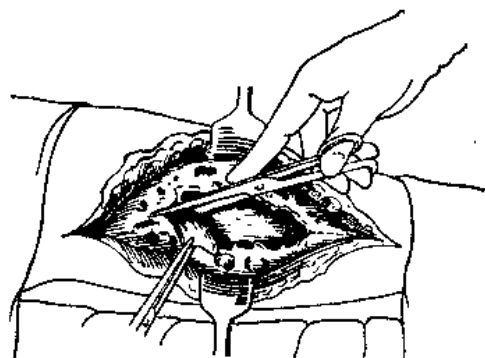


图14-22 切开深筋膜显露伤道

(2) 肌肉肌腱血管神经的处理 损伤的肌肉如呈紫红色,钳夹不收缩,剪开亦无出血者(表示肌肉已失去活力)应予切除,至断面出血处为止。断裂的肌腱予以定位缝合。

完全离断的神经干可作神经断端修整缝合(图14-23)。或暂行神经断端定位缝合,待创口愈合3周至3个月左右,另行修复手术。重要血管损伤须酌情行血管吻合术或血管移植术。

(3) 伴有粉碎性骨折的创伤,可将已与骨膜游离的小骨片清除,大骨片仍予保留,清洁后放回原处,以保持骨骼的连接。

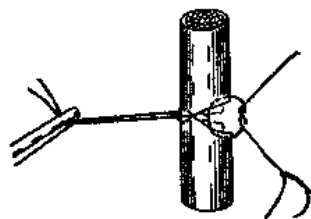


图14-23 神经鞘缝合法

(4) 关节开放性创伤,可用无菌生理盐水冲洗关节腔,并用肠线将关节囊缝合。

4. 创口缝合和引流 彻底清创后,再以生理盐水清洗创口,清除一切微小异物、血块和坏死组织,骨碎片等并彻底止血。按伤后时间、创口情况和伤员全身状况决定创口的缝合。缝合时要注意创口内不留有死腔,创面过大,缝合困难时,应争取植皮。创腔深大,感染明显,不能作一期缝合者,通常以生理盐水纱布或凡士林纱布松松填塞,开放引流,或作一期缝合加引流物。

5. 固定 骨折、关节伤,重要血管神经损伤和广泛软组织伤,清创后伤口应包扎固定,防止再损伤。

### 【术后处理】

1. 对严重创伤伤员，应严密观察，注意休克征兆。
2. 注意伤部包扎是否过紧或松脱，有无出血或伤部血液循环障碍，抬高固定伤肢。
3. 一期缝合的创口引流物，应在24~48小时内取出。
4. 注意有无感染征象（创口红肿剧疼，发热，寒战等），必要时配合抗感染治疗。
5. 创口出血或发生感染，应拆除缝线，检查原因，止血或开放引流。
6. 一期缝合的创口，无感染者，经5~7日拆线。未缝合的创口，则于术后3~8日无感染时，再行延期缝合。一般用丝线作间断缝合。缝合深浅要适度，过浅易留死腔，过深易引起血液循环障碍。必要时伤口内可放置胶皮条引流。

## 浅部感染的手术处理

### 手部感染切开引流术

【手的手术解剖】 处理手的伤和病，必须了解手的解剖。忽视解剖基础，处理错误，势将加重手的残废。今将手的解剖要点归纳为7项，以便认记。

1. 两个神经枝 （1）正中神经发出一重要分枝，分布于大鱼际的运动拇指的绝大部分肌肉（图14-24）。（2）尺神经的深枝，支配手掌的大部分肌肉（图14-24），在手掌部作切口时必须注意避免伤损。

2. 两个动脉弓 桡、尺二动脉在手掌部互相吻合成掌深弓和掌浅弓（图14-25）。它们循掌骨间隙下行，故排脓时应对着掌骨切开，以免伤及血管。各指动脉走行于相邻两指的肌腱之侧缘，故在指部切开时亦应纵行，对准指骨。

3. 两个淋巴流向 手指和手掌的淋巴管，一小部分向上行至前臂的前面，大部分都走向手背，因此，手掌和手指感染时常常引起手背的水肿。

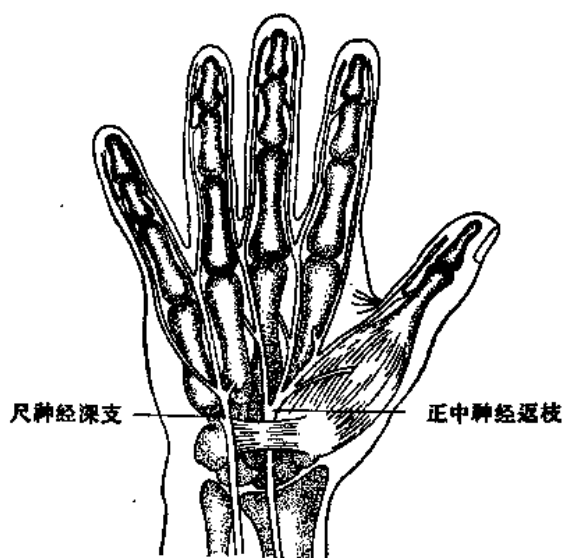


图 14-24 手部两个神经的分布

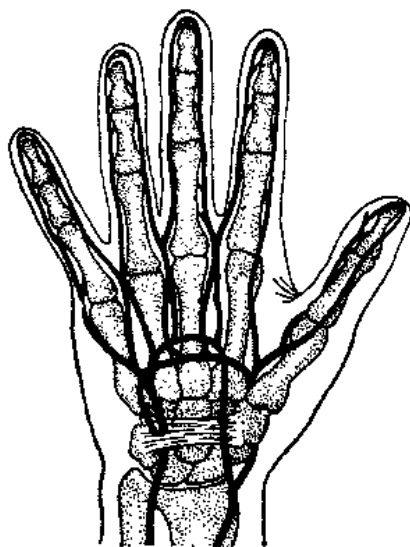


图 14-25 手部两个血管弓（深弓、浅弓）

4. 两个特点 (1) 手、尤其手指末节的掌面皮肤感觉极为锐敏, 手术时要尽量保护此部皮肤, 手指末节切口最好靠侧面。(2) 在手指末节的皮下组织中, 有许多纤维索, 张于皮肤与骨膜之间, 将脂肪组织分隔成若干小柱。瘰疽时, 脂肪组织发生的炎症水肿, 受坚韧的纤维索所限, 早期即压迫神经末梢产生剧痛, 进而压迫滋养指骨的血管, 甚至引起末节指骨坏死。因此, 治疗瘰疽必须早期切开。

5. 两个腱(滑膜)鞘 手掌部屈肌的腱鞘, 可分为包绕屈拇长肌腱的桡侧囊和包绕屈指肌腱的总腱鞘, 即尺侧囊(图14-26)。小指的腱鞘连通尺侧囊, 拇指的腱鞘连通桡侧囊。第2、3、4指腱鞘独立存在。两囊在腕部互相接近, 有时互通。因而感染时常呈“V”形肿胀。

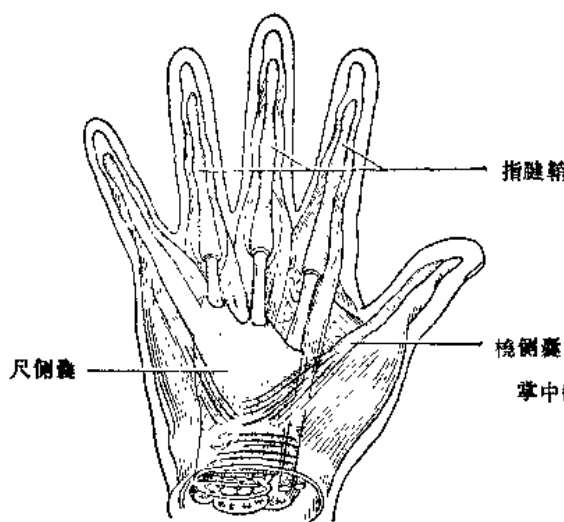


图14-26 手掌侧腱鞘

6. 两个(筋膜)间隙 在屈指肌腱及蚓状肌的深面与骨间肌之间有一大的筋膜间隙, 被附于第三掌骨的纤维中隔(图14-27)分为掌中间隙和鱼际

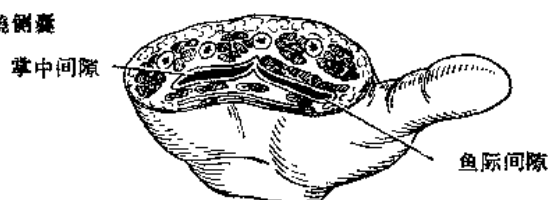


图14-27 手掌筋膜间隙

间隙。此隔能限制两间隙感染的互相蔓延。掌中间隙位于尺侧, 与第3、4、5指的腱鞘相接触, 所以第3、4、5指腱鞘炎穿破即可进入掌中间隙。掌中间隙向上又与尺侧囊相接, 因此掌中间隙的脓肿可向上穿入尺侧囊, 尺侧囊的脓肿也可向掌中间隙穿破。鱼际间隙位于桡侧, 与食指腱鞘相接触。因此食指腱鞘炎时可穿破进此间隙。桡侧囊在鱼际间隙中通过, 所以两者的炎症皆可互相穿破和蔓延。

7. 两个重要的手指 一手虽有五指, 就其功能, 拇指和食指是手的主体, 故对手的各种外科处理时, 必须尽最大努力, 保护拇指和食指的功能, 尤其是拇指。

#### 一、皮肤瘰疽(图14-28)

即指端掌面及指甲周围皮肤层的感染。局部形成白色或褐色脓疱, 触痛显著者应作如下处理: 皮肤消毒, 用剪刀轻轻的将鼓起的上皮组织剪掉, 创面敷以凡士林油纱布或其他抗菌素油膏类后加以包扎。如无异常变化, 中间不更换敷料。4~5日解脱敷料即可痊愈。

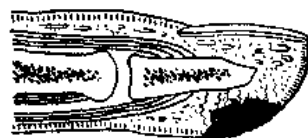


图14-28 皮肤瘰疽

#### 二、甲床周围瘰疽(甲沟炎)

甲沟炎是指甲两旁及指甲根部皮下组织的急性感染灶(图14-29)。起初炎症浸润期, 可用猪苦胆或烧酒和黄豆面外敷等方法。



图14-29 甲床周围瘰疽

局部有白色脓疱形成者如皮肤瘰疽处理。脓灶延及甲下者,

可根据病灶范围，除去病指的部分或全部指甲。

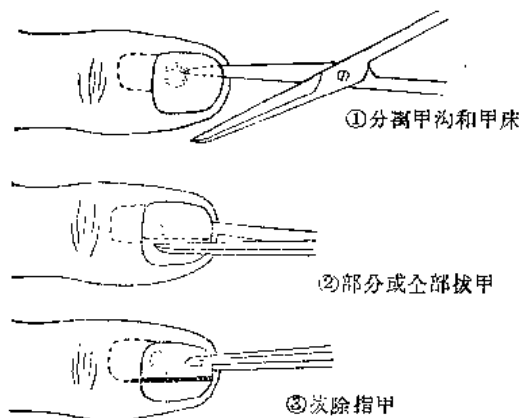


图 14-30 拔甲术

【拔甲术】多用指神经阻滞。用刀或剪刀顺甲床面分离甲沟、甲根部和甲床，然后用止血钳拔除指甲（图14-30）。注意勿伤甲床，应保留不积脓的部分指甲。拔甲后应检查指甲是否完整，并应注意清除残根。

### 三、皮下瘰疽（图14-31）

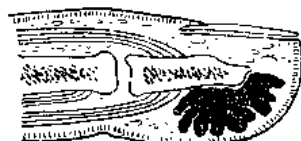


图 14-31 皮下瘰疽

病灶位于末节指头掌侧皮下，引起肿胀、剧痛、手指不能伸直，但局部不红。因此常易延误治疗，以致末节指骨发生骨髓炎，破溃形成瘰孔而长期不愈。初期尚未化脓时，与甲沟炎敷药相同，或加用抗菌药。

脓肿已形成，有波动感或局部肿胀继续加重，及时切开排脓：多用指神经阻滞。在指头侧方作一侧或双侧纵行切开（图14-32、14-33）。禁忌在手指掌面正中切开，以防愈后触觉发生障碍，影响功能，切口近端应距末节横纹5~6毫米，以防腱鞘感染。切开应到一定深度，并放置胶皮条引流。然后包扎、固定患部，间隔更换敷料。

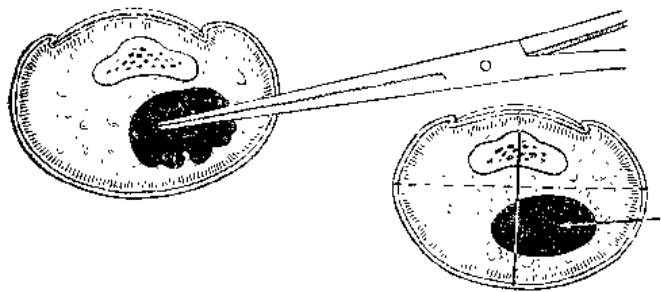


图 14-32 皮下瘰疽切开引流

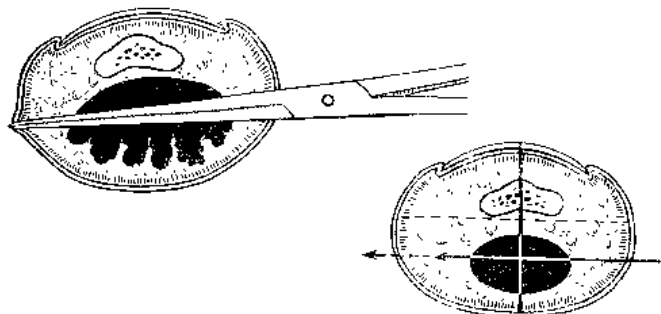


图14-33 皮下瘰疽对口引流

### 四、末节指骨骨髓炎（骨性瘰疽）（图14-34）

大多数继发于皮下瘰疽，因治疗不当。处理：指神经阻滞，或臂丛神经阻滞。围绕指尖作蹄形切口，或经瘰孔向左右两侧扩大切口。用咬骨钳，将死骨咬掉，并同时第2指骨关节面咬除少许，以利愈合。于伤口内松松填充凡士林油纱布，敷料包扎固定。用抗菌药，以控制感染扩散和脓毒败血症的发生。

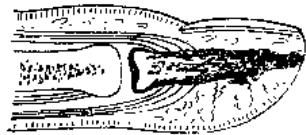


图 14-34 末节指骨骨髓炎

### 五、化脓性腱鞘炎

腱鞘囊的葡萄球菌脓性感染，严重者可使腱鞘发生坏死，愈后遗留指功能障碍。因此，用非手术疗法无效时，即应早期作切开引流。麻醉同骨性瘰疽。第2、3、4指腱鞘炎时，沿

腱鞘两侧切开皮肤和皮下组织，再切开腱鞘。排除脓汁，以生理盐水冲洗后，安放胶皮条或凡士林油纱条引流于皮下，切忌将引流物放在腱鞘或滑囊内。然后敷料包扎，固定肢体。拇指及小指腱鞘炎切开腱鞘外，合并掌间隙及腕部滑囊感染者，尚需同时作切开。术后间断更换敷料，注意引流通畅，局部保持安定，继续控制感染。急性炎症消退后，尽早开始功能练习。

#### 六、掌中间隙感染

常发生于手掌刺伤或切、割伤后，也可继发于3、4指腱鞘炎。掌中间隙感染位于掌中央偏尺侧，除掌心炎症体征明显外，手背常有明显水泡，勿因此而延误诊断和治疗。初期局部用金黄散或雷佛奴尔湿敷，保持安定，悬吊前臂，抬高患部。已化脓者应及时切开引流。可用臂丛神经阻滞麻醉。沿第4掌骨头部位作一横切口，即沿横掌纹方向切开（图14-35）。切开皮肤及皮下组织后，深部以止血钳钝性分离和扩大切口，排除积液，清洗脓腔，安放胶皮条或凡士林油纱条引流，敷料包扎，将患手固定于功能位，悬吊前臂，抬高患部。术后间断更换敷料保持引流通畅，继续抗感染治疗。急性炎症消退后，尽早开始功能练习，防止因挛缩而影响功能。

#### 七、鱼际间隙感染

鱼际间隙感染位于掌面桡侧，除外伤感染，可继发于食指腱鞘炎。突出的体征为拇指与食指指蹼（虎口）明显肿胀和拇指呈外展位。治疗方法基本同掌中间隙感染，所不同的是，切口应于虎口背侧行弧形切口，必要时掌侧可作对口引流，但不应将指蹼完全切开。脓腔以胶皮条或凡士林纱布条引流，包扎后固定于功能位，抬高患部。

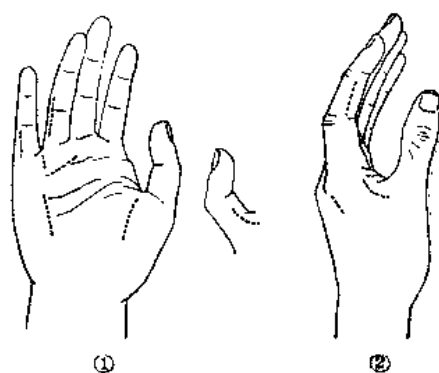


图 14-35 手指和手部切口位置

### 皮肤及皮下组织感染的手术治疗

#### 一、痈

痈为多个毛囊的感染，周围为炎症浸润灶，中央区有多个脓栓及组织坏死，好发生在颈部及背部。早期可用清热消炎和外敷药。脓栓及坏死组织形成时，应及时切开引流，不要等待自溃，因为其深部扩展较广而快。

痈切开或切除术（图 14-36 图 14-37 图 14-38）切开通常用局麻；切除用静脉麻醉。

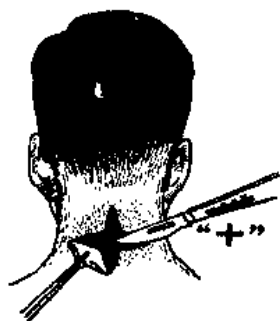


图 14-36 痈“+”字切开



图 14-37 痈“T”形切开



图 14-38 痈病灶切除

作“+”字或“卅”形切开。切口应该够大、够深，直达病灶边缘部位，达到充分引流。但切口不应进入健康区域。最好将坏死组织完全切除。切开后伤口内以凡士林油纱布条疏松填塞；切除后则宜用盐水纱布充填，局部压迫包扎，以防渗血。

术后注意伤口出血。第二日开始更换敷料，可用生肌散。如为病灶切除皮肤缺损大者，创面清洁后可考虑植皮。痈全身中毒症状明显，严重者可致脓毒败血症，故应用抗菌药或内服中药等。

## 二、蜂窝组织炎切开引流术

蜂窝组织炎一般在初期用抗感染药和外敷等，可促使其炎症局限、吸收。但有以下情况应作切开引流：（1）局部有波动，穿刺证明脓肿形成时；（2）因肿胀压迫邻近器官（如在颈部引起呼吸困难），或局部张力过大，将致组织发生坏死，应早期行减张切开。

【方法】小切口可用耳麻或局麻，广泛切开应用乙醚麻醉，新生儿可不用麻醉。在有波动处切开，以止血钳探查脓肿范围，分离其中纤维分隔，排出脓液，酌情作对口或多口切开，置以凡士林纱布引流。敷料包扎，局部固定。减张切开未必有脓液排出，但切口应较大。如有出血，以干纱布压迫片刻，然后用盐水纱布引流，加以包扎。术后继续抗感染治疗、更换敷料。

## 乳房脓肿切开引流术

乳房的急性化脓性感染可用清热消炎、通乳、经穴注射或零液注射疗法等控制感染，局部热敷或敷芙蓉膏（芙蓉叶、泽兰、大黄、黄柏、黄连、黄芩及冰片共研末，加凡士林调成），清拭乳头、乳晕，托起乳房。乳房脓肿已形成（图14-39①），局部穿刺抽出脓液者，应作切开引流术。

【方法】耳针麻醉或局麻，脓肿较大而深可用静脉麻醉。一般作放线状切口（图14-39②），与乳管平行，避免切断乳管发生乳漏。乳晕下脓肿切口应沿乳晕边缘行弓形切口。

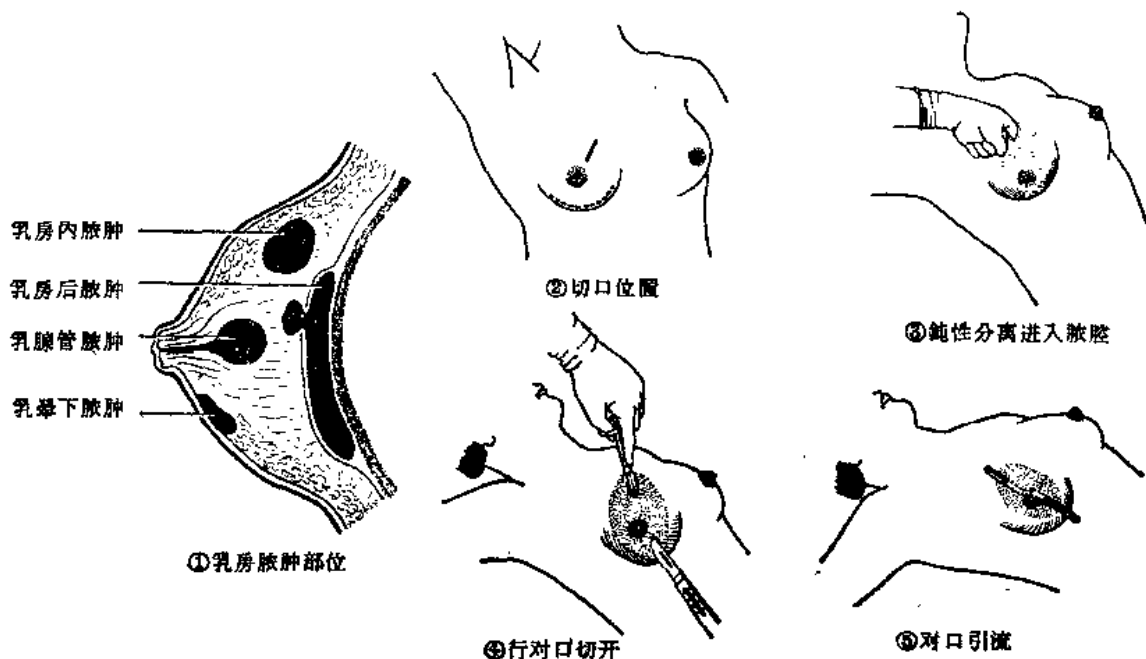


图 14-39 乳房脓肿切开步骤

乳房后脓肿，沿乳房下皱裂作弧形切口。切开皮肤后，用止血钳行钝法分离，进入脓腔，然后再伸进手指分离纤维间隔（图14-39③），根据脓腔大小、方向，适当延长和扩大切口。恐有引流不畅，应作对口引流（图14-39④⑤）。脓腔内放置油纱布条或软胶管引流并加固定。如伤口内出血较多，以干纱布条填塞止血，其上覆盖敷料，稍加压力包扎，24小时后徐缓取出并更换引流物。

【术后】托起乳房，保持局部安静，避免下垂，术后2~8日开始更换敷料，其它同一般感染治疗。引流后，全身症状及局部病变可迅速好转，最终治愈。如经久不愈，常见的原因是引流不畅、有残余脓腔，需进一步检查，并作适当处理。

## 浅部肿物切除术

### 皮脂腺囊肿切除术（图14-40）

1. 局部浸润麻醉或区域阻滞麻醉。

2. 作梭形切口，即切除与囊肿相连的皮肤。否则分离此处必使囊肿破裂。

3. 切开皮肤后，以组织钳夹起梭形皮瓣的一端，进行钝法分离，显露光滑发白的囊壁。沿囊壁外继续作钝法分离。遇有难分离的纤维索带，用止血钳挑起剪断，并结扎出血点。分离到一定程度后，再更换位置提起另一角，按同样方法进行分离，直至囊肿切除为止。最后缝合包扎。

4. 囊壁必须尽量完整地切除。残留一部分则术后极易复发。再发或感染后的囊壁，因粘连切除确有困难者，残留的囊壁内面可涂以纯石炭酸或3~5%碘酒以减少再发机会。

5. 化脓性皮脂腺囊肿急性期，不宜作切除手术，只作切开引流，脓腔以生理盐水冲洗，腔壁涂以纯石炭酸或3~5%碘酒。术后用抗菌药控制感染。

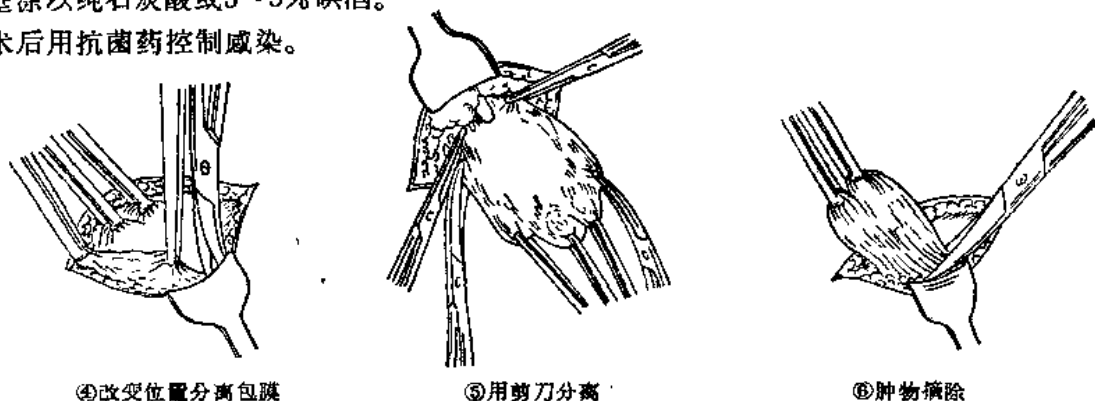
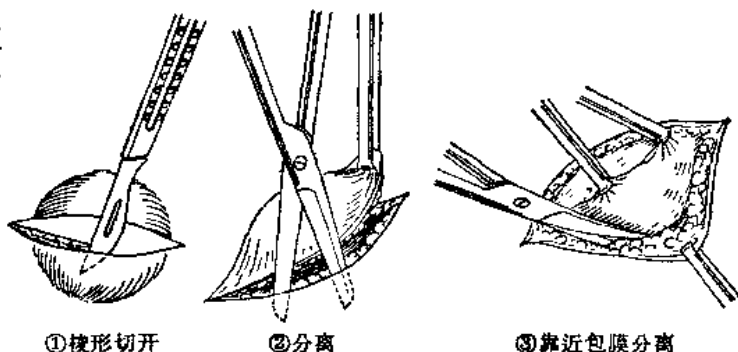


图14-40 浅部肿物切除术

## 乳房良性肿瘤切除术

乳房良性肿瘤，最多者为纤维腺瘤，其次为纤维瘤、脂肪瘤等。这些肿瘤均可用手术治愈。以乳腺纤维腺瘤切除为例介绍于下。

1. 麻醉 局麻或耳针麻醉。

2. 切口 乳房上部肿瘤作放射状切口。乳房下部肿瘤沿乳房皱裂行弧形切口。切开皮肤，钝法分离脂肪组织和推开乳腺，即达肿瘤表面。

3. 分离肿瘤 用组织钳将瘤组织夹住提起，紧贴肿瘤包膜进行钝法分离。

良性肿瘤均有包膜，境界清楚，剥离后容易完整脱出。分离过程中遇到血管，须一一加以切断、结扎，注意勿伤及乳腺导管。肿瘤剔出后，彻底止血，防止术后血肿。

4. 缝合 用肠线埋没缝合创腔，缝合过程中注意消灭死腔。皮肤用丝线缝合，创缘对合要严密。

5. 检查肿瘤 切除的标本应仔细作肉眼观察。如对诊断有怀疑，应进行病理切片检查。发现恶性变，应在二周以内再按乳癌切除处理，不可延期，以免增多转移机会。

6. 术后处理 切口上覆盖敷料加压包扎，并托起乳房，保持局部安定。术后一周拆线。

## 眼睑手术

【眼睑的解剖】 眼睑可分为两层：外层为皮肤肌肉层，内层为睑结膜及睑板。睑皮肤薄而细致。皮下组织疏松，有较大的移动性易形成皱折，为眼睑成形手术提供了有利条件。但眼睑皮肤不能随意切除，以免造成睑外翻。提上睑肌止端的主要部分附着于睑板上缘。手术时勿伤此肌，以免睑下垂。睑板为结缔组织构成的眼睑内坚固支架，上睑板宽，下睑板窄，睑板内有垂直并列的睑板腺（皮脂腺），开口于睑缘。内眦部睑缘有上下泪小点及泪小管，手术应避免伤及此处。眼睑有良好的血液供应，有利于眼睑伤口愈合，但要注意手术时可能引起较多的出血。睑部手术感染严重时，可直接沿静脉血流传播到眼眶、海绵窦，故应注意无菌操作。

【消毒】 用生理盐水冲洗结膜囊及眼睑皮肤。皮肤擦干后涂以 2.5% 碘酒，再以 75% 酒精脱碘，注意切勿流入结膜囊内，然后铺消毒洞巾。

### 睑板腺囊肿（霰粒肿）摘除术

1. 于囊肿周围皮下和睑结膜下注射 2% 普鲁卡因 1~2 毫升做浸润麻醉。

2. 用囊肿镊（图 14-41①）夹住囊肿，有环的一叶放在结膜面，旋紧螺丝，翻转眼睑。

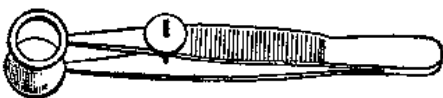
3. 用小尖刀于睑结膜面垂直切开囊肿壁，切口宜整齐（图 14-41②）。

4. 用小锐匙刮除囊肿内容物，然后用尖刀剥离囊壁与结膜分开（图 14-41③），再用有钩小镊夹住囊壁用小剪刀剪除（图 14-41④）。

注意不要剪破皮肤。

5. 除去囊肿镊，轻压数分钟，以助止血。

6. 涂抗菌素眼膏后戴眼带，术后第二天换药，即可除去眼带。



① 囊肿镊

图14-41 睑板腺囊肿摘除术

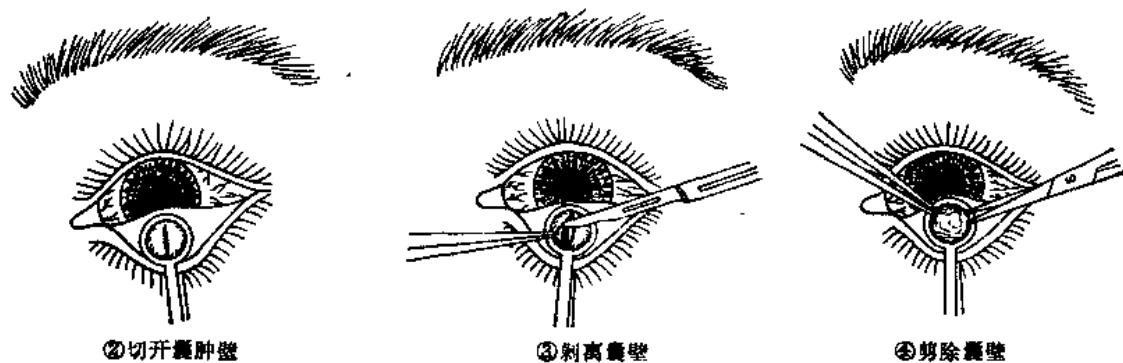


图 14-41 睑板腺囊肿摘除术

### 倒睫电解术

适用于少数倒睫，以电解针破坏毛囊，使睫毛脱落后不再生长，倒睫多时宜作矫正术。

1. 于倒睫毛囊附近皮下注射 2% 普鲁卡因 0.5 毫升。
2. 将电解器的阳极金属板包以湿盐水棉球贴于病人颊部，将阴极细针沿倒睫根部刺入毛囊（图 14-42①），深约 2 毫米，用弱电流（2 毫安）通电 10 秒左右可见白色泡沫冒出，表示毛囊已被破坏。
3. 用拔睫镊轻拔睫毛即可脱落，如毛囊未被破坏则不易拔出，须再电解一次。
4. 术后涂抗菌素眼膏，不必戴眼带。

简易电解器的装置：用普通电池 2~3 节，阴极与阳极串联接合，阳极连接电线与金属板，阴极连接电线与一普通细缝衣针或针灸针（图 14-42②）。



图 14-42 倒睫电解术

### 睑内翻矫正术

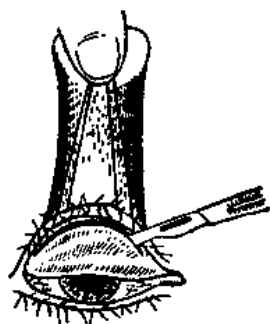
1. 于穹窿部结膜下及睑皮下注射 2% 普鲁卡因各 1 毫升。



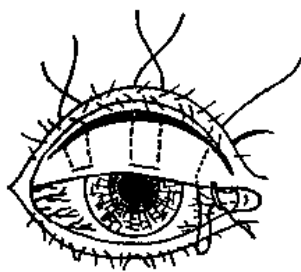
角板

2. 于睑缘做两针眼睑牵引固定线，角板垫于皮肤面翻转眼睑。

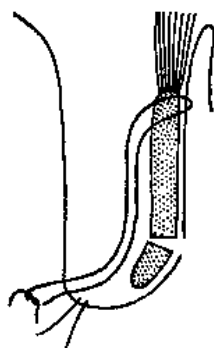
3. 距睑缘 2 毫米处相当于睑板下沟平行切断睑结膜及睑板，用力要适当，不可切穿皮肤（图 14-43①）。



①切断睑结膜及睑板



②缝双针线三条



③表示缝线穿行的切面示意图

图 14-43 睑内翻矫正术

4. 缝双针线三条，缝针由睑板上缘穿入，通过睑板与肌层之间，在距睑缘2毫米处皮肤穿出（图14-43②③）。缝线排列要均匀。穿线时使眼球尽量向下看，以免误伤角膜。

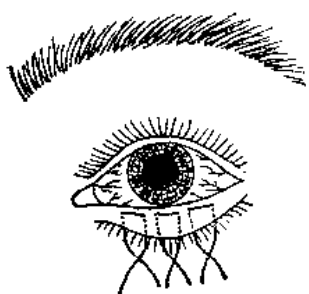
5. 结扎缝线，先结扎中间，当结扎后睑缘即向外翻转，掌握线结的松紧，以使睑缘轻度外翻为宜。线结下可垫以小橡皮垫，以防线结压穿皮肤。

6. 涂抗菌素眼膏，戴单眼带。

7. 隔1~2日换药一次，5日后拆线。

### 睑内翻矫正缝线术

适用于矫正小儿或成人的轻度睑内翻。



1. 于下穹窿部及下睑皮下注射麻药。

2. 缝双针线三条，由下穹窿穿入，距睑缘1~2毫米处皮肤穿出，两针相距约3毫米，线结在下睑皮肤面，三条缝线的距离要均匀（图14-44）。

3. 线结下放小橡皮垫，结扎时松紧要适当，以使下睑轻度外翻为宜。

4. 涂抗菌素眼膏，戴单眼带，隔1~2日换药一次，5

图14-44 内翻矫正缝线术 5日后拆线。

### 拔牙术

牙齿疾病要着重于预防和早期治疗，拔牙术仅是在牙齿病变至无法保存治疗时才采取。因此，对拔牙的适应症应严格掌握，要考虑缺牙的后果，不要轻易拔牙。

#### 【适应证】

1. 龋病使牙体大部破坏不能修复者。
2. 牙周溢脓，牙齿松动显著。
3. 龋齿经常疼痛，并引起牙槽脓肿者。
4. 反复发炎的阻生智齿。
5. 乳牙滞留，影响恒牙正常萌出者。
6. 牙齿外伤折断或位于骨折线上无法保留的牙齿。

下列情况拔牙须审慎，必要时术前需作预防处置再行手术。

1. 凝血功能障碍的病人，如血友病、白血病、血小板减少性疾病及恶性贫血等，最好避免拔牙。

2. 心脏病出现心力衰竭者，手术须在心力衰竭症状控制以后施行；高血压者术前给予降压镇静药物。麻醉剂中不加肾上腺素。

3. 急性传染病、感冒或原因不明的发热，应延期拔牙；患各种慢性病，如结核、糖尿病、肝、肾疾病等，应根据病情采取适当治疗后再行拔牙。

4. 口腔粘膜急性炎症或溃烂时，应在治愈后再拔牙。

5. 妊娠最初3个月及最后3个月一般避免拔牙；月经期非急需可缓期拔牙。

#### 【麻醉】

## 1. 针刺麻醉

(1) 耳针：在外耳道口后壁找压痛点，用毫针刺入，留针十分钟。

(2) 穴位针刺：上颌牙取合谷、下关穴；下颌牙取合谷、颊车穴。并均可取牙痛穴(手掌面第三、四掌骨间，距掌横纹1寸。直刺5分深)。强刺激提插针刺或电针麻醉。

2. 局部麻醉 常用2%普鲁卡因，加入0.1%肾上腺素(每2毫升普鲁卡因加一滴肾上腺素)。按拔牙部位采取局部浸润麻醉和神经阻滞麻醉。

(1) 浸润麻醉：一般应用于上颌切牙、单尖牙及双尖牙，也用于下颌切牙、单尖牙的拔牙手术。将注射针斜刺于患牙龈唇(颊)沟部粘膜，贴骨面进针至根尖处，注入麻药2毫升左右。

(2) 神经阻滞麻醉：将麻醉剂注射于三叉神经的分枝附近以阻断来自末梢区域传入的刺激。

①上颌结节注射：阻滞上齿槽后神经。麻醉范围为上颌三个磨牙及其颊侧牙槽骨壁、骨膜及牙龈。

方法(图14-45)病人头稍后仰，牵开口角，将针刺于上颌第二磨牙的龈颊沟部，使针与上颌磨牙的咬合面成45度角，针触骨面后，沿骨面向上、内及后方向进针1.5~2.0厘米，注入麻药1.5~2.0毫升。3~5分钟后可出现麻效。

②腭大孔注射：阻滞腭前神经。麻醉范围为上颌磨牙及双尖牙的腭侧牙龈。

方法(图14-46)病人仰头口张大，在上颌第二磨牙腭侧龈缘与腭正中缝垂直连线的等分点刺入，进针0.5厘米即抵骨面，稍加压力注入麻药0.5毫升。1~2分钟即显麻效。注意注射部位勿偏后，药液勿过多，以免引起恶心、呕吐。

③切牙孔注射：阻滞鼻腭神经。麻醉范围为上颌切牙、尖牙区硬腭的粘膜、骨膜。

方法(图14-47)刺入点为上颌两中切牙之间腭侧的切牙乳头处。自侧方刺入，注少量药液后，转移针头与切牙长轴方向一致，推针注药0.5毫升。2~3分钟后即显麻效。

④下颌孔注射：阻滞下齿槽神经。麻醉范围为半侧下颌牙齿和双尖牙以前的唇侧牙龈、半侧下唇。

方法(图14-48)病人大张口，使下颌牙列咬合平面与地面平行，将注射器置于对侧双尖牙附近，针尖刺于翼突下颌缝稍外的颊脂垫尖部，距磨牙咬合面上约1厘米高度。保持针管水平进针1.5~2.0厘米，针尖抵骨面后，回抽无血液，注入麻药1.5~2.0毫升。注射后5~10分钟，患侧下唇出现麻木灼热感，即显麻效。

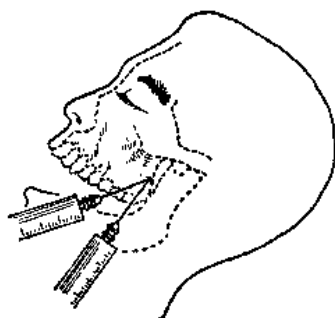


图 14-45 上颌结节注射

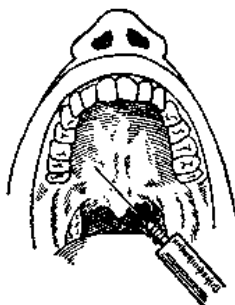
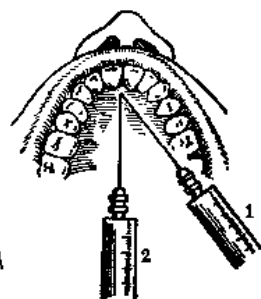


图 14-46 腭大孔注射



1.注射针刺入时的位置  
2.注射药品时的位置

图 14-47 切牙孔注射

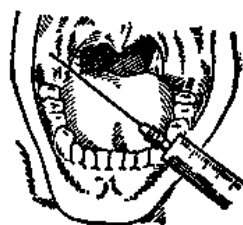


图 14-48 下颌孔注射

⑤舌神经及颊神经麻醉：舌神经支配下颌的舌侧牙龈、口底粘膜及舌前2/3部。用于拔除下颌牙齿。方法是在下颌孔注射后，将针后退1厘米，再注药1毫升即麻醉舌神经。同侧舌尖出现麻木灼热感表示呈显麻效。

下颌磨牙颊侧牙龈的感觉，部分受颊神经支配，拔除时于患牙颊侧龈颊沟处再作浸润麻醉即可。

局部麻醉在拔牙术上的应用

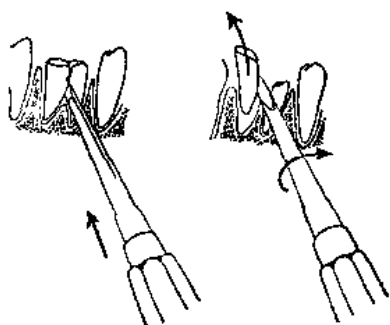
|                | 牙 别       | 麻 醉 方 法                 |
|----------------|-----------|-------------------------|
| 上<br><br><br>颌 | 321   123 | 唇侧局部浸润麻醉，腭侧切牙孔注射        |
|                | 54   45   | 颊侧局部浸润麻醉，腭侧腭大孔注射        |
|                | 6   6     | 颊侧上颌结节注射加局部浸润麻醉；腭侧腭大孔注射 |
|                | 87   78   | 颊侧上颌结节注射；腭侧腭大孔注射        |
| 下 颌            |           | 下颌孔注射，舌神经麻醉，后牙加颊神经麻醉    |

#### 【拔牙步骤】

1. 消毒 2.5%碘酊消毒患牙、牙周及注射部位。

2. 一般拔牙方法 (1) 分离牙龈：用锐利器械（龈刀或牙龈分离器）沿牙颈周围将牙龈与牙根分离。(2) 安放牙钳：使钳喙深插牙颈部，与患牙根颈部紧贴，注意勿夹住牙龈。(3) 拔出牙齿：紧握钳柄，利用腕力，按颊（唇）、舌方向摇动牙齿，摇动幅度要逐渐增大，上颌切牙、单尖牙可稍加小范围的旋转。摇动并使牙齿脱位、拔出。一般应从阻力最小的方向拔出，上颌牙多从唇（颊）侧方向，下颌双尖牙、磨牙多由舌侧方向拔出。拔除过程中应加保护，防止损伤对颌牙或邻牙。多根、较坚实的牙齿可先以牙挺挺松后再用牙钳拔除。(4) 拔牙创处理：牙齿拔除后，须仔细检查牙根是否完整，有无折断缺损。拔牙窝内有无肉芽、残根及骨碎片等，并用刮匙搔刮。用消毒纱布棉球（或纱布缠消毒卫生纸）置于拔牙创上，嘱病人咬紧，压迫止血。半小时后将棉球吐出，两小时后可进软食。当天勿刷牙漱口，勿用舌尖或手指触摸伤口以免出血和感染。

3. 牙根摘除法 由龋齿造成的残根，应用根钳或牙挺多可顺利摘除。因创伤或拔牙引起的折根，通常较稳固坚实，尤其在多根、弯根、折根位于牙槽窝深处时，根钳与牙挺取除均有困难，可采取切开法摘除。以下介绍牙挺除根法。



①用骨凿劈开牙根 ②以牙挺分别挺除牙根  
图 14-49 分根挺除法

(1) 将带有斜槽凹面的挺喙插入牙根与牙槽骨之间，以牙槽骨壁为支点，利用楔力，撬力将牙根自牙槽窝中挤出。

(2) 磨牙多数根未分离时，可先用壁凿将根分开，再用牙挺分别挺除（图14-49）。

(3) 下颌第一、二磨牙牙槽间隔比较厚实，挺喙不易插入，可用三角挺自一侧牙槽窝（牙根已摘除侧）插入，挺喙尖端正对牙槽间隔，用力旋转挺进，将牙槽间隔与牙

根一并挺除(图14-50)。

(4) 注意事项: ①安插牙挺时, 一定要使挺喙插入牙根与牙槽骨壁之间, 以牙槽骨壁为支点, 不能用邻牙牙面作支点。②操作中防止牙挺滑脱, 戳伤口腔粘膜。③挺前, 应擦净牙槽窝内血液、唾液, 看清牙根再挺, 盲目挺插, 易造成损伤。



①以三角挺插入近中根的牙槽窝中 ②用挺喙将牙槽间隔与近中根一并摘除

图14-50 用三角挺挺除牙根

#### 【拔牙合并症的处理】

1. 晕厥 多在紧张、疲劳、虚弱、饥饿和气温过高等情况容易发生。拔牙前注意病人全身状况并作好解释工作, 消除顾虑, 多可避免。处置: 立即扶病人躺平, 头低位, 松开衣领。呕吐时将头偏向一侧。针刺人中、合谷穴, 用棉花沾酒精擦拭鼻孔周围或以氨水嗅闻。注意呼吸、血压、脉搏, 必要时注射升压药和呼吸兴奋剂。

2. 出血 拔牙后数小时或数日后, 拔牙创仍溢血不止。除极少数属凝血功能障碍外, 多数因撕裂牙龈, 拔牙窝内残留肉芽炎症组织或碎骨片刺激伤口引起。拔牙创感染亦可引起。处置: 除尽拔牙窝内陈旧血块、肉芽组织和碎骨片等, 查明出血原因。用沾有0.1%肾上腺素(或2%凝血质)的棉球重新压迫止血。亦可用云南白药、明胶海绵等置入拔牙窝内压迫止血。牙龈撕裂所致者须缝合止血。为预防出血, 拔牙前认真分离牙龈, 拔牙操作细致, 勿施暴力, 减少损伤; 拔牙后仔细搔刮拔牙窝并预防感染。

3. 感染 多发生于拔牙后2~3日, 表现为伤口疼痛、周围粘膜红肿、口臭、发烧、颌下淋巴结肿大。偶有张口或吞咽困难。拔牙时认真消毒; 较大的创口, 可用清洁的手指压迫创口两侧牙槽骨壁, 缩小伤口或缝合伤口; 拔牙后仔细交待注意事项, 可预防感染发生。处置: 用2%双氧水和盐水清洗伤口, 除净创口内腐败的凝血块和污物、碎骨片等。置三黄粉(黄连、黄柏、黄芩)或含有抗菌素的软膏于拔牙窝内, 并给予消炎、镇痛、含漱药。耳针和穴位针刺亦可止痛。伤口迟迟不愈者必要时可在局麻下重新搔刮拔牙窝, 形成新鲜肉芽, 以利愈合。

### 气管切开术

气管切开术的目的是解除喉阻塞引起的呼吸困难, 清除气管内分泌物或血液等; 并可增加呼吸换气量。但气管切开后, 如果护理不当, 可并发支气管和肺部感染, 伤口也容易感染。因此, 术前应根据具体病情, 衡量利弊, 术中要注意气管及其附近解剖, 术后加强护理, 预防并发症的发生。这种手术又多用于抢救, 因此必须当机立断, 争取时间。

【气管(颈段)的解剖】 气管位于颈部正中, 分颈段与胸段, 气管切开部位在其颈段。气管颈段平均有6~8个环(环的前面大部分为软骨, 后面为膜部), 上接喉环状软骨, 在浅筋膜深面, 位置较浅; 下行至胸骨后, 位置较深。气管前有气管前筋膜及胸骨甲状肌和胸骨舌骨肌, 两肌中线上有纵行的白色筋膜线。甲状腺位于气管两侧, 其峡部多在第3、4气管环前面。食管位于气管后方。颈部大血管在气管和食管两旁的疏松组织中经过(图14-51)。

喉环状软骨是喉腔的基础和支架, 不可损伤。若在高位气管切开时, 误将喉环状软骨切断, 可造成更严重的呼吸道梗阻甚至窒息。

在低位气管切开时, 应注意有的人有最下甲状腺动脉, 若误伤时, 可能断端缩回胸骨

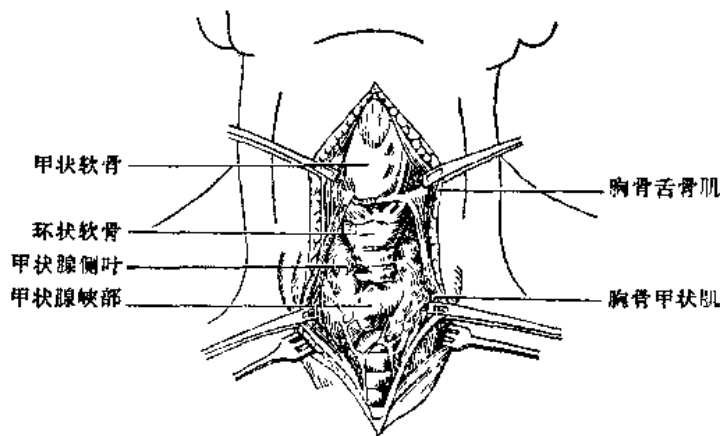


图 14-51 气管及其周围组织

柄之后，因不易止血而发生严重后果。

#### 【适应证】

1. 喉部的炎症、水肿、外伤、肿瘤、狭窄引起的喉阻塞时；
2. 头部严重外伤、颈椎骨折、中毒、昏迷和破伤风等严重疾病，为便于清除呼吸道的分泌物并防止喉痉挛时；
3. 下颌、口腔、咽喉、颈部等大手术时，为防止血液

等下流阻碍呼吸或术后咽部水肿造成窒息时。

【器械准备】除一般切开器械外，应选择适合病人气管大小的气管套管（外管、内管和管芯）（图14-52①），无气管套管时，可用橡皮管等代替；吸引器（或用大注射器代替）；导尿管；如有气管插管、通气管等准备，更便于急救。

#### 【手术方法】

1. 体位 仰卧，肩胛部垫高，头后仰并保持颈正中位，使气管前突（图14-52②）。不能仰卧者，取半坐位，亦须将肩部垫起，头后仰。

2. 麻醉 多用局麻。沿颈前正中线，上自甲状软骨，下至胸骨以上，以1~2%普鲁卡因作皮下浸润麻醉。紧急情况或昏迷病人可不作麻醉。忌用全麻。

3. 切口 摸清甲状软骨与气管，以左手拇指及中指固定喉头，食指按甲状软骨切迹处，作为切口中线的标志（图14-52③）。右手持刀沿颈前正中线，上自环状软骨下缘，下达胸骨上切迹，切开皮肤、皮下组织和颈深筋膜，钝性分离，充分止血。

4. 暴露气管 用拉钩牵开切口，可见两侧肌缘相接的白线，术者与助手各持止血钳（或无齿镊）夹起白线组织，用剪刀或用刀切开，然后术者及助手各以止血钳交替地逐层分离肌肉，随分随以食指探摸气管位置，保持拉钩适中，以防偏移。

处理甲状腺峡和胸腺，肌肉分离后，有时可见甲状腺峡或胸腺向上突出，影响操作。可以拉钩分别将甲状腺峡和胸腺拉开，如甲状腺峡部过宽，牵拉困难时，可用两把止血钳将其挟住，于钳间切断并结扎（图14-52④），分向两旁，气管即可暴露。

5. 切开气管 切开前应以手指再次探摸证实，准备好气管套管、吸引装置。看清气管环，先以尖刀刺入气管，将刀尖向上，自下而上切开气管第3~4环（图14-52⑤）。随即以止血钳将气管切口扩大，以能插入套管为度。必要时可切除一个软骨环的0.5厘米。切口不宜过高或过低，过高（切第1~2环）者损伤环状软骨，术后造成喉狭窄；过低则可能引起术后脱管或大出血。切开气管时用力应适度，以防损伤气管后壁。

6. 插入套管 气管切开后，空气和分泌物即能经切口出入，此时用小止血钳敞开切口，以吸引器或大注射器（套以导尿管）抽吸气管内分泌物。然后迅速将气管套管（带管芯）插入气管（图14-52⑥），拔出管芯。如一次未能插入，应检查是否切口过小，可适当延长，再行插入。套管插入后，放入内管，将套管两侧系带以外科结缚于颈部（图14-52⑦）。

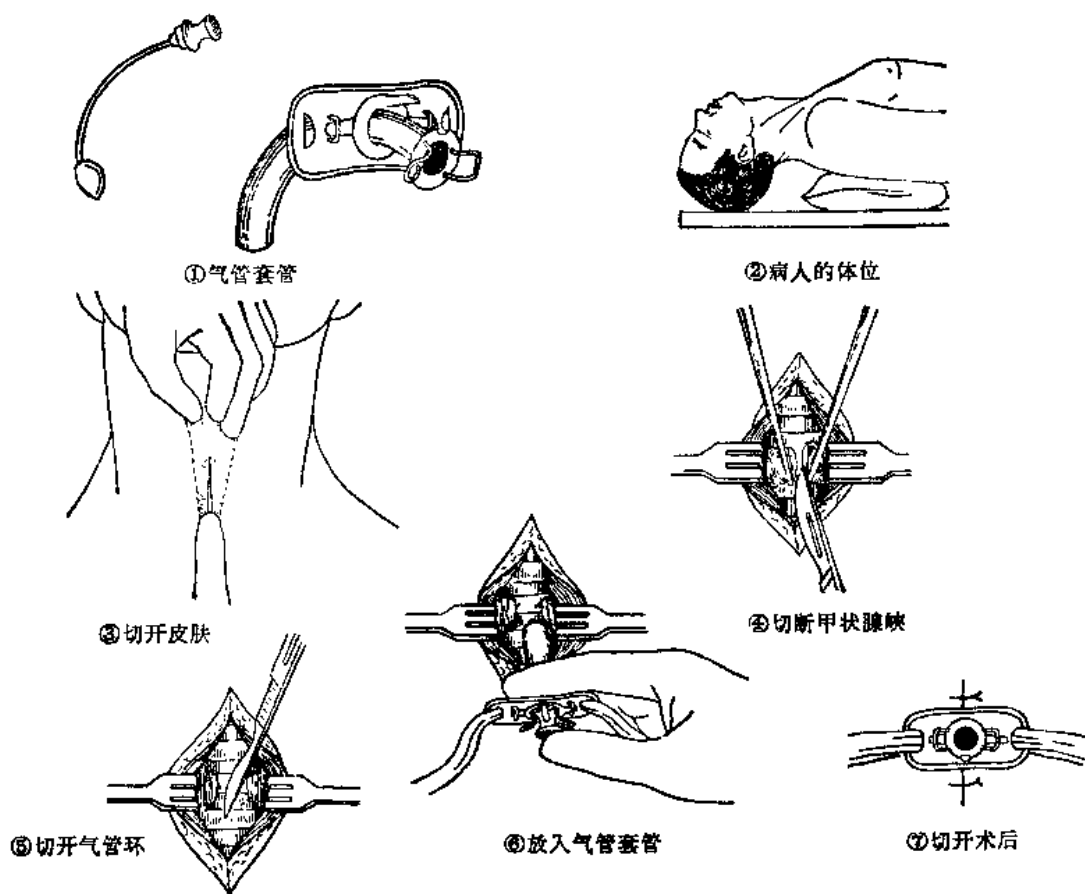


图 14-52 气管切开术

7. 伤口处理 不缝合，切口较长可将套管下方皮肤缝合1~2针。用一侧剪开的纱布围绕套管四周将伤口覆盖，气管套管口处可用湿纱布敷盖。

【术后护理】 应保持气管套管通畅，预防并发症的发生。

1. 床旁准备一套气管套管（同手术时所用）、两把止血钳、小导尿管、手电筒和吸引器（或大注射器）。

2. 病人去枕仰卧，室内需温暖，并保持一定的湿度（地面洒水勿洒煤酚皂液）。室内严禁吸烟，以防引起病人咳嗽。术后需有专人守护，为防止小儿病人抓扯套管，必要时可将其两手用布缠裹。

3. 经常保持套管的通畅，吸净咳出的分泌物。套管通畅，病人平静呼吸无响声，否则表示套管内有阻塞，应取出内管检查并抽吸管内分泌物。气管内分泌物过于粘稠（或干燥结痂）不易咳出时，可滴入2~3滴生理盐水湿润。

4. 术后头几日，每1~2小时清洁内管一次，并滴入青霉素溶液数滴（每毫升含1,000~5,000单位，须作敏感试验）。伤口垫布应每日更换一次。上述操作须小心、仔细，勿使套管（外管）脱出。

5. 术后七日可更换套管外管，换前必须作好准备，以防拔管后插管困难发生窒息。

6. 术后卧床数日，进流食，起床下地活动需依病情而定。禁用吗啡等镇痛、止咳药。

【拔管法】 拔管前首先更换小号气管套管，病人如无不适，呼吸不困难，分泌物不多，咳嗽不严重，用手指堵住套管口，病人能顺利呼吸、哭、笑或说话声近似正常时，即可用半圆形硬木塞堵塞套管口一半，经24小时无呼吸困难，可将套管外口全部堵塞，再经24~48小时仍无呼吸困难，即可拔除气管套管。拔管后伤口不缝合，可用胶布将两侧创缘向正中牵引，缩小创口，待其自愈。

拔管后1~2日内，如再出现呼吸困难，应重新将创口扩开，插入原气管套管。有时拔除套管后，可将管芯保留于气管切口1~2日，无呼吸困难再去除之。

拔管后应避免感冒和短期内勿作剧烈运动。

#### 【并发症的预防与处理】

1. 皮下气肿 最易发生，可局限于颈部，亦可扩延至胸、腋部。原因：（1）术中分离软组织过多。（2）术中拉钩脱落，肌肉及皮下组织卷盖气管口。（3）伤口缝合过紧。（4）气管套管脱出。术中、术后注意上述几点即可预防。皮下气肿多于术后数日内自然消退，无特殊处理，但应查找原因并注意是否继续扩延。

2. 气胸与纵隔气肿 原因：（1）术中分离软组织过多、过深，气体沿气管前筋膜进入纵隔。（2）手术损伤右侧胸膜顶。（3）严重纵隔气肿可使纵隔侧胸膜破裂，造成气胸。术中勿分离组织过多、过深，对气管前筋膜更不宜过分剥离，避免损伤右侧胸膜顶，以预防发生。轻度气胸、纵隔气肿可自然吸收，严重者有呼吸困难须行胸腔穿刺排气。

3. 气管套管脱出 可因气管套管较短或气管切口位置较低等引起。套管脱出后，可导致严重皮下气肿和气胸等严重后果。预防：除正确掌握手术方法外，加强术后护理尤为重要。发现套管脱落，应迅速将套管取出，以止血钳撑开气管切口，重新插入备用的气管套管，妥善固定。

4. 术后大出血 少见，但极严重，多因无名动脉损伤所致。可因切口过低、套管过大过长、术后继发感染等引起。切口勿过低，选择适宜套管并争取早日拔管，有感染者应及时应用抗菌素。

## 阑尾炎手术

【阑尾的解剖】 阑尾的位置一般位于右髂窝，其根部在回盲结合部稍下方，附着于盲肠的后内侧壁。盲肠的结肠带延到阑尾根部（图14-53）。无论阑尾位置如何变化，它的根部同结肠的这种关系是不会变的。因此手术中沿结肠带向下寻视，能找到阑尾。阑尾的尖部是游离的，它的体部可能在盲肠前后左右的任何方位（图14-54）。

很少数的阑尾位于腹膜后，将盲肠牵向上方，才能显露。幼儿的阑尾因其盲肠尚未下降至右髂窝，妊娠后期阑尾因子宫增大而稍升高，故在手术前应

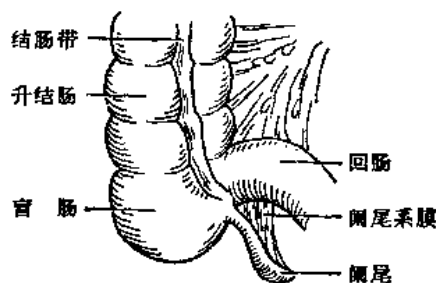
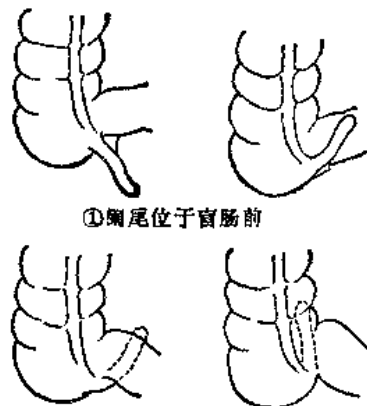


图14-53 阑尾及其相连的肠管



①阑尾位于盲肠前  
②阑尾位于盲肠后  
图14-54 阑尾和盲肠的关系

注意阑尾炎的触痛点，以便决定切口平面。

阑尾系膜内有动、静脉和神经。切除阑尾时必须把系膜的血管结扎住，否则会发生出血，甚至出大量的血。如果在局部普鲁卡因麻醉下进行手术，用止血钳夹阑尾系膜以前，应先麻醉系膜内的神经，否则会引起病人难受、疼痛。

【器械准备】 手术刀柄 1 刀片 2 组织剪 1 线剪 1 持针器 1~2 有齿、无齿短镊各 1 无齿长镊 2 直止血钳 6 弯止血钳 4~6 组织钳 2 巾钳 6 环状钳 2 阑尾露钩 2 深板钩 1。

【麻醉】 绝大多数可在局麻、耳针麻醉、或腰麻下进行。小儿病人不能合作者可采取乙醚麻醉法。

局部浸润麻醉法：用 0.5~1% 普鲁卡因（每 100 毫升加肾上腺素 1/3 毫克），按腹壁切口的解剖层次，作浸润麻醉。在侧腹壁将胸 9~11 神经枝阻滞，即将普鲁卡因液注射在腹外斜肌腱膜下和腹内斜肌、腹横肌之内，则切口周围肌肉可比较弛缓。开腹后，并在阑尾系膜或回盲部系膜作浸润阻滞。普鲁卡因用量不应超过 1 克。

#### 【手术方法】

1. 切口 取右下腹斜切口或右下腹腹直肌外缘切口。斜切口适用于比较易做的阑尾切除和阑尾周围脓肿引流。直切口适用于比较难做的阑尾切除，如慢性复发性阑尾炎等的处理。无论斜或直的切口，都应以触痛最明显处为中心，不必固定在腹壁某条线上，这样更有利于显露阑尾。

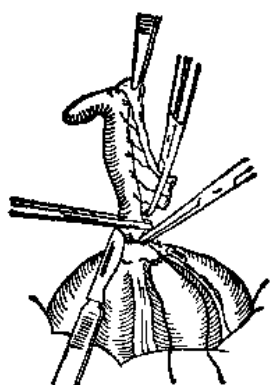
2. 显露阑尾 盲肠前方的阑尾容易找到。如果开腹后不能马上找到阑尾，可从右侧腹先找升结肠或盲肠，沿着结肠带向下找其起始处，随即能见到阑尾根部。如果大网膜下降到右下腹，或粘连包裹于阑尾上，就需要用长镊将大网膜送回中腹部，或用手指轻轻分离大网膜、再送回中腹部，从而显露阑尾。大网膜已呈蜂窝织炎、化脓的部分，应于以切除。如果阑尾与周围组织粘连，要用手指（必要时也可用弯止血钳、剪）把它游离出来。注意避免损伤其他肠管或引起较多的出血。

3. 切除阑尾 一般的阑尾切除，先游离整个阑尾体，切断结扎其系膜，再结扎切断其根部，用碘酒（或石炭酸）、酒精处理其残端，以荷包式缝合法把残端埋入肠内（图 14-55）。

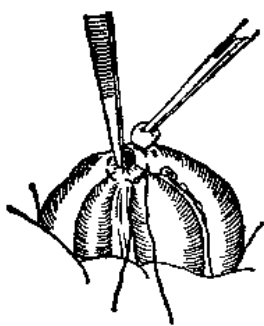
如果阑尾粘连于盲肠或回肠的后方，不容易把它游离出来，则需用“逆行”切除法



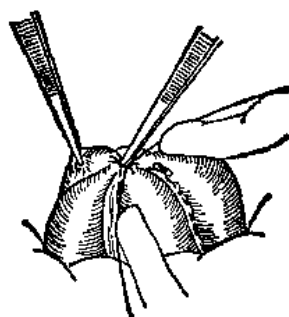
图 14-55 阑尾切除术



④在根部结扎处上方切断阑尾



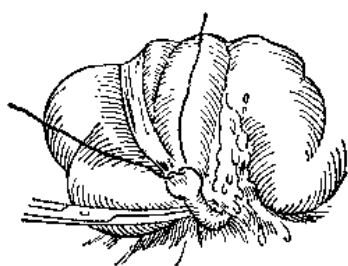
⑤用碘酒(或石炭酸)、酒精、生理盐水小棉球对阑尾残端进行消毒



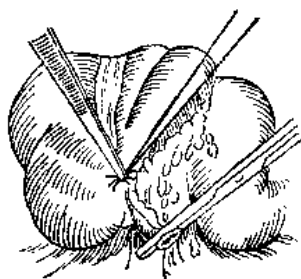
⑥结扎荷包式缝合线, 将阑尾残端埋入肠内

图 14-55 阑尾切除术

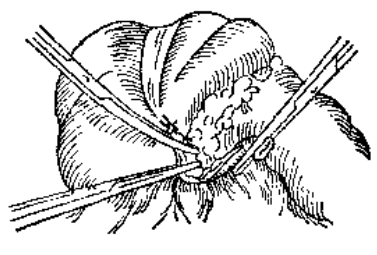
(图 14-56)。先用弯止血钳贯通阑尾根部与盲肠之间(注意切勿使盲肠穿破!), 结扎切断根部, 处理好残端(方法同上), 然后再分离阑尾体, 一方面结扎其系膜, 直到切除了阑尾。



①用弯止血钳贯通阑尾根部与盲肠之间



②结扎切断阑尾根部, 将残端埋入盲肠



③分离结扎阑尾系膜

图 14-56 阑尾“逆行”切除法

#### 注意事项:

- (1) 开腹后, 即应用纱布保护周围伤口, 直到缝合腹膜前, 以减少伤口感染的机会。
- (2) 切断结扎阑尾系膜时, 要避免出血。结扎系膜, 用贯穿结扎法或用双道结扎, 以免结扎线头脱落。
- (3) 阑尾根部发炎水肿者, 不用钳夹(以免夹断), 改用 0~1 号肠线作贯穿结扎。盲、结肠水肿者, 埋没阑尾残端的荷包缝合宜用 0 号肠线, 也可仅作残端单纯结扎, 取大网膜一角固定在残端上。
- (4) 阑尾坏疽, 盲、结肠明显水肿, 周围化脓也很严重, 就只宜作局部清拭和留置引流条。若勉强切除阑尾, 反而可能发生肠瘘。
- (5) 切除阑尾前, 必须确定病变在于阑尾。如果发现阑尾的改变与临床病象或腹膜炎情况不符, 则应探查其他器官有无病变, 如胃十二指肠溃疡穿孔、肠穿孔、右侧子宫附件炎等。

4. 缝合伤口 缝合伤口以前, 应当做到三点。其一、尽量把腹腔内感染性物质消除(但勿用纱布摩擦腹膜), 特别注意清除右结肠旁沟和盆腔内的脓液。其二、再检查一下

阑尾系膜或其他处有无出血。第三、检点纱布块数目，防止在腹腔内遗留纱布块。

腹膜可用丝线间断缝合，或用肠线连续缝合。如果伤口已被脓液污染，缝合腹膜后，用无菌生理盐水冲洗伤口。然后依次用丝线间断地缝合肌膜、腱膜、皮下筋膜和皮肤（肌肉不必缝合）。

5. 腹腔引流 阑尾切除后多半不必作腹腔引流。引流的适应症有：（1）阑尾周围脓肿切开后；（2）阑尾虽已切除，但局部感染严重，或腹腔内尚有较多的脓液，估计如不作引流将形成腹腔脓肿者；（3）开腹后见阑尾炎严重，但不宜作阑尾切除者；（4）全身情况极严重的腹膜炎。

引流物用卷烟式引流条或软胶管，引流条从斜切口进入腹腔（取直切口者应在外侧另作一较小的斜切口）。引流条的内端应深入盆腔，如用二条则另一条可深入右结肠旁沟内，要把引流条固定于伤口外，防止脱出或落进腹腔内。

#### 【术后处理】

1. 有腹膜炎者宜取上半身斜坡卧位。无腹膜炎者宜早期下床活动。
2. 有腹膜炎者应注射青、链霉素。否则可不用。
3. 根据肠蠕动情况，决定饮食软硬、多少，不能进食者应补液。如有腹胀，只宜用热敷，不可灌肠。
4. 一般在术后 6~7 日可拆除切口缝线。

#### 【术后并发症的防治】

1. 腹腔内出血 多因阑尾系膜结扎不牢，系膜血管出血，或因手术操作粗暴，撕裂了回结肠血管分支。所以，手术者必须加强责任心。注意结扎好阑尾系膜血管，手术禁止粗暴，缝合腹膜前应当检查一下有无出血。一旦发现有内出血征象，立即再开腹重新止血，并酌情输血。

2. 腹壁感染 包括缝线针孔感染、皮肤切口感染和腹壁感染。预防感染不能单纯依赖抗菌药，必须注意皮肤消毒，减少对腹壁各层组织的挫伤，处理阑尾炎的过程中要用纱布保护伤口。如果伤口被污染，缝合腹膜后可用无菌生理盐水冲洗伤口。如果伤口污染严重，可用延期缝合法，即在皮肤切口缘（包括皮下组织）穿上缝线 3~4 条，暂不结扎，伤口内敷以盐水纱布条；术后 24~48 小时除去纱布条，结扎缝线而使皮肤对合。

针孔感染和皮肤切口感染已形成，应提前拆除一部分或全部皮肤缝线，化脓的伤口可用纱布条或胶皮膜条引流。腹壁感染先用温敷，必要时分开切口组织作引流。

3. 腹腔脓肿 阑尾炎手术后可能形成右下腹、盆腔或膈下的残余脓肿。

4. 腹壁瘻 腹壁瘻形成于腹腔脓肿引流或腹壁感染之后。瘻之所以不愈合，主要是有感染源存在（如发炎的阑尾未切除、阑尾残端处有漏），或有异物残留（如粪石、结扎线头）。因此，处理腹壁瘻，一般首先注意清除感染伤口内的线头，进行搔刮。如果仍不能愈合，则应再作手术，切除瘻管组织，并且消除其根源。

### 腹股沟斜疝修补术

【腹股沟部腹壁的解剖】 腹股沟部腹壁较为薄弱，在腹内斜肌和腹横肌的游离缘（下缘）与腹股沟韧带之间，形成一裂隙（图 14-57）。此隙即所谓腹股沟管，精索或子宫圆

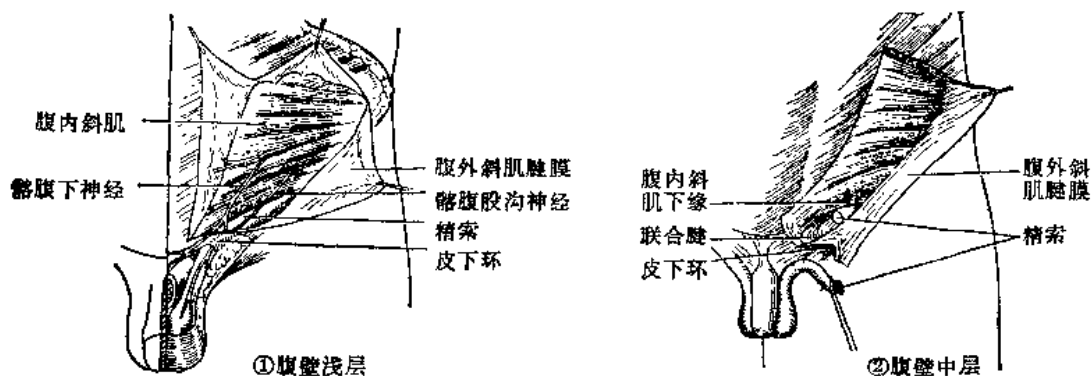


图 14-57 腹股沟部解剖

韧带由此通过。腹内斜肌和腹横肌的下部，在腹直肌的外侧缘互相融合而形成一镰状腱膜并绕向下外方，经精索之后附着于耻骨梳，名联合腱（或称腹股沟镰）。联合腱将上述之裂隙填补一部分，裂隙的其余部分为腹横筋膜所封闭。

以精索为中心，按其毗邻关系，将腹股沟管的构造分为二环、四壁。腹环（内环）：为精索进入上述裂隙之门户，由腹横筋膜所形成，居腹壁下动脉之外侧，体表投影相当于腹股沟韧带中点上方一横指处。皮下环（外环）：为精索在上述裂隙之出口，由腹外斜肌腱膜所构成。位于腹股沟韧带内侧端上方一横指处。前壁，为覆盖精索前面之结构，有腹外斜肌腱膜和腹内斜肌的一部分。上壁：为精索上面所相邻之结构，有腹内斜肌和腹横肌的游离缘（下缘）。下壁：为精索下面所相邻之结构，有腹股沟韧带和陷窝韧带。后壁：为精索后面（背面）所相邻之结构，有联合腱和腹横筋膜。后壁的腹横筋膜处与腹环之间仅以腹壁下动脉相隔，此两部分是腹壁之最薄弱区，是疝的好发部位。疝囊在腹壁下动脉外侧，经腹环入腹股沟管，再经皮下环入阴囊者为腹股沟斜疝；疝囊在腹壁下动脉内侧，经腹股沟管后壁之腹横筋膜处脱出者为腹股沟管直疝。

【器械准备】 手术刀柄 1 刀片 2 组织剪 1 线剪 1 持针器 1 有齿及无齿短镊各 1~2 无齿长镊 1 直止血钳 6 弯止血钳 6 组织钳 2 巾钳 6 环状钳 1 甲状腺露钩 2。

【麻醉】 多用局麻或耳针麻醉。小儿可用全麻。成人鞘闭性及复发性疝可用腰麻。

局麻方法：

1. 在髂前上棘内侧约一横指处注入 1~2% 普鲁卡因约 20 毫升，浸润腹内斜肌与腹横肌之间组织，即阻滞髂腹下及髂腹股沟神经。
2. 在耻骨结节外侧注入 1~2% 普鲁卡因 5 毫升，浸润耻骨骨膜附近及精索周围组织，以阻滞局部神经。
3. 以 0.5%~1% 普鲁卡因作切口皮肤、皮下浸润麻醉。

【手术方法】

1. 切口 自内环稍上方切至外环处，即在腹股沟中点内上方 1.5 厘米处，作与腹股沟平行的切口至耻骨结节处。
2. 解剖腹股沟部 切开皮肤、皮下组织，露出腹外斜肌腱膜。向腱膜下注入麻药 2~3 毫升，可进一步加强麻醉效果，又可避免在切开腱膜时损伤其下的神经。在腹外斜肌腱膜作一小切口，用剪刀分离其下方组织后，按纤维方向剪开腱膜，直至剪开外环（图

14-58①)。注意不要损伤其下方位于内环旁的髂腹股沟神经。以刀柄将腹外斜肌腱膜向两侧分离，外侧至腹股沟韧带，内侧至露出联合肌腱膜。髂腹股沟神经多露在切口下，分离后牵向一旁以免损伤。此时可见到精索和疝囊。

3. 显露疝囊 沿肌纤维方向切开提睾肌(图14-58②)，可在精索的内前方找到疝囊(图14-58③)。

4. 切开疝囊 疝囊多呈灰白色，当病人咳嗽时有冲击或隆起。切开疝囊切勿损伤疝内容，应将疝内容还纳腹腔。如内容与疝囊粘连，须分离或切断。然后用手指探查疝环大小，并触摸腹壁下动脉搏动部位。如在疝环内侧触到动脉搏动，可确诊为斜疝。此时在疝环处腹膜下注入麻药，既可使分离疝囊时无痛，亦有利于剥离疝囊。

5. 分离疝囊 以左手食指伸入疝囊内顶住囊壁，右手食指包以盐水纱布将疝囊自周围组织中分离出来(图14-58④)。以钝性分离为主，粘连严重则可用锐法分离，但须彻底止血。如疝囊甚大，分离后创面渗血，术后易形成阴囊血肿，故可将疝囊中部横断，远端经止血后留于体内。

6. 高位结扎疝囊 将疝囊分离至疝环处(常有腹膜外脂肪组织可帮助确定)，依疝环大小，用较粗丝线采取不同方法缝合；较小者可作贯穿结扎(图14-58⑤)；稍大者可作荷包缝合；更宽大者可切除疝囊后间断缝合。如为小儿病人，可不作修补术，按层缝合切口而完成手术。

7. 加强腹股沟部腹壁 常用的方法有：

(1) 精索前加强腹壁法：将腹内斜肌和腹横肌的下缘与腹股沟韧带在精索前方间断缝合2~3针(图14-58⑥)，先将缝线缝好，然后一一打结，以加强腹股沟管前壁。最下方一针结扎后遗留的孔道，须能容纳精索(相当于小指头)通过，以免压迫精索。此法适用于青壮年、肌肉较发达的病人。

(2) 精索后加强腹壁法：将精索游离至内环处，在精索下(后)将联合肌腱与腹股沟韧带间断缝合2~3针(图14-58⑦)，以加强腹股沟管后壁。最上方一针结扎后遗留的孔道，须能容纳精索通过。此法适用于老年及腹壁组织薄弱的病人。直疝亦适用此法修补。

8. 按层缝合腹外斜肌腱膜、皮下层及皮肤(图14-58⑧)。

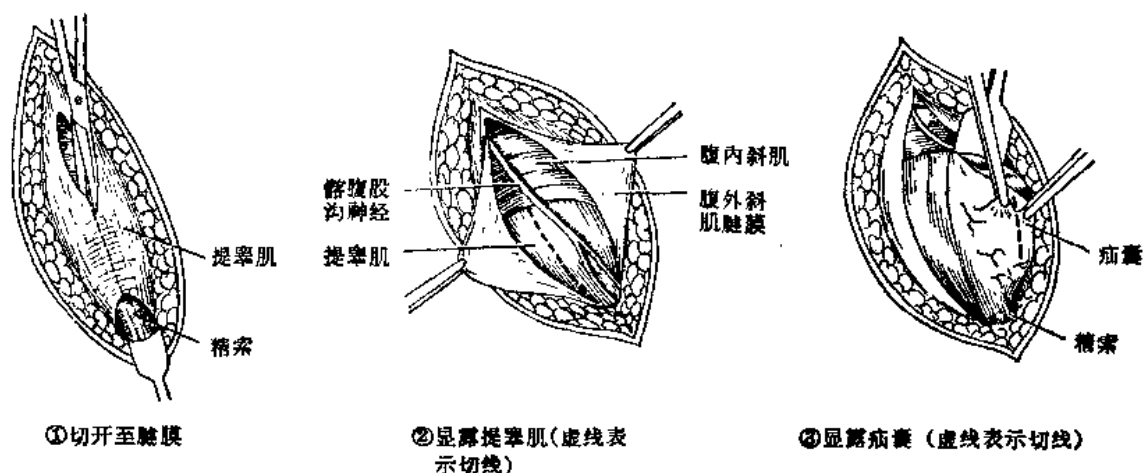
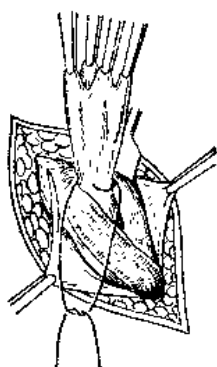


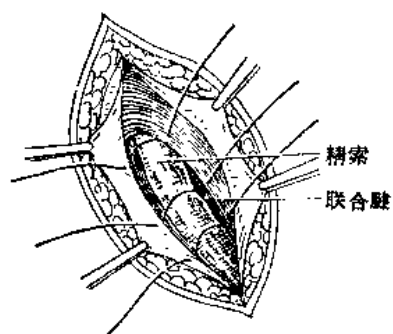
图14-58 腹股沟斜疝修补术



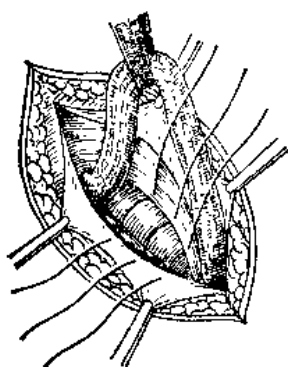
④分离疝囊



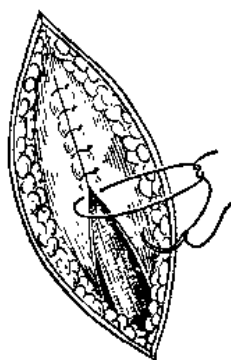
⑤高位贯穿结扎疝囊



⑥精索前加强腹壁



⑦精索后加强腹壁



⑧逐层缝合

图 14-58 腹股沟斜疝修补术

#### 【注意事项】

1. 勿损伤髂腹下及髂腹股沟神经。如被切断可引起局部皮肤麻木、肌力减弱，是术后复发因素之一。如被结扎可引起疼痛。
2. 剥离疝囊及精索时要注意止血。止血不彻底，术后可发生阴囊血肿。
3. 加强腹股沟管壁时，勿使精索受压，否则血运受阻可发生睾丸萎缩甚至坏死。
4. 术中注意勿损伤膀胱壁及股静脉。

【术后处理】卧床 2~3 日，避免增加腹压，如有咳嗽可用镇咳药。注意是否形成阴囊血肿。第 6~7 日拆线。术后 2~3 个月内应避免过重的体力劳动。

## 肛门及男性生殖器手术

### 【肛门手术前准备】

(1) 治疗便秘 (2) 热水坐浴 (3) 饮食调节 为使大便变软或术后数天内不排便，术前应调节饮食，手术前一日吃半流食或全流食，手术晨一般应禁食。(4) 灌肠 根据术式而决定，简单手术可以让病人自行大便或用肥皂水灌肠一次；较大手术须作清洁灌肠，即用肥皂水连续灌肠 2~3 次，以排空结肠内粪便。

【肛门手术体位和麻醉】多采用会阴手术位（膀胱截石位、亦即妇科检查时体位），即病人仰卧，两下肢悬于吊腿架上。这样手术野暴露较好，病人也较舒适。有时采取侧卧或肘膝位，应根据术式及条件选择。肛门部简单手术可用局麻，将 1% 普鲁卡因在肛门外周分 3~4 处注入肛门括约肌内，使括约肌松弛；另在病灶周围作浸润麻醉。较大手术最好采用鞍区麻醉（鞍麻），即低位蛛网膜下麻醉。病人取坐位，自 4~5 腰椎棘突间作腰椎穿刺，注入高比重麻醉药。约十分钟后，即出现肛门会阴部麻醉，范围与骑马时接触马鞍的部位相似，故称为鞍区麻醉。肛门会阴部用红汞及酒精消毒，周围用碘酒及酒精消

毒。亦可用1:1000新洁尔灭消毒。

### 肛门周围脓肿切开术

肛门周围红肿、剧痛，经一般抗感染治疗数天无好转，虽无波动感，可在局麻下试行穿刺，如有脓液，即须切开。

1. 作与肛门括约肌平行的弧形切口，目的在避免切断括约肌。如脓肿浅在，靠近肛门，也可采用与肛门呈放射状切口。

2. 切开皮肤、皮下后，用止血钳分离，进入脓腔，试探脓腔。如脓腔较大，可切除一块皮肤以利引流。如为深部脓肿，可用止血钳按肌纤维方向分开提肛肌。因为肛门周围脓肿切开后绝大多数形成肛瘘，故切口最好既能引流通畅，又尽量靠近肛门（约3厘米左右），使日后肛瘘外口靠近肛门，便于进一步治疗。

3. 切口内留置胶皮膜或胶管作引流。

4. 术后从开始排大便后，每日更换敷料，注意引流通畅，应避免皮肤过早愈合。脓肿转变为肛瘘者，宜于切开后约2月时再手术。

### 肛裂切除术

肛裂症状较轻、病期不长者，可以用坐浴、润大便、用肛门插药等方法，必要时加以在鞍麻或局麻下扩张肛管，改善局部血运，使肛裂治愈。症状较重、病期长久者，往往肛裂底部侵及皮下外括约肌，宜作切除（图14-59），可使其早日痊愈。

1. 局麻后用两个小扳状钩或肛门牵开器插入肛门内，向两侧扩开肛门，显露肛裂。

2. 用组织钳夹住肛裂外方的前哨痔（皮肤隆起），将溃疡连同前哨痔一并作梭形切除。

3. 溃疡切除后，可见皮下括约肌纤维暴露于切口底。用刀或剪切断此肌纤维，深度约2~3毫米，以解除术后括约肌痉挛。

4. 压迫创面止血后，不作缝合，敷盖一小块凡士林纱布，外加敷料包扎。

5. 术后可正常饮食，每次排便后坐浴并更换敷料。创面多在一周内愈合。

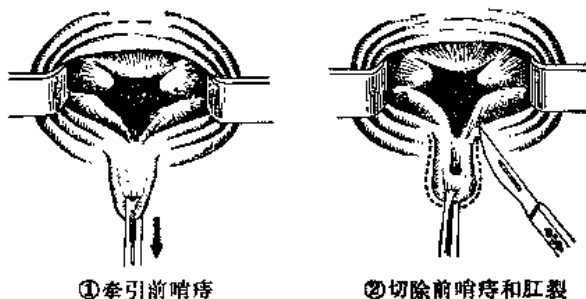


图 14-59 肛裂切除术

### 肛瘘挂线法

术前应检查病人有无活动性结核病。如果有，则必须先作一定时间的抗结核治疗，俟结核病基本上控制后行手术。

简单的肛瘘可以挂线、切开或切除。复杂的肛瘘则部分作切除，部分用挂线或切开，以免肛门括约肌切开过多，引起大便失禁，这里介绍挂线法（图14-60）。用品准备：银质或铝质探针、手术刀、胶皮筋和丝线。

1. 局麻、扩肛后，以探针自肛瘘外口探入，找到内口。必须准确地找到内口，不可盲目地穿出一新创孔。肛瘘内口大多位于尾骨侧中间的肛隐窝处，少数在会阴侧中间的隐

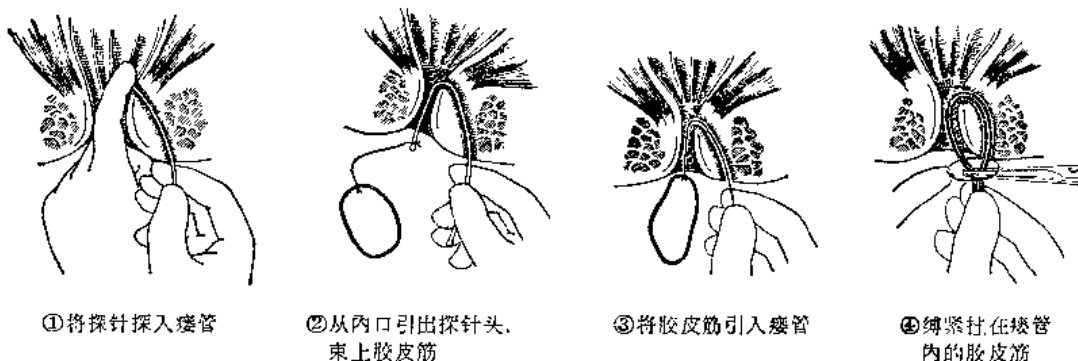


图 14-60 肛瘻挂线法

窝，个别则在其他方位的隐窝。

2. 将探针头引出肛管，用丝线把胶皮筋缚在探针头上。抽出探针即可将胶皮筋引瘻管内。

3. 切开外口至肛门的皮肤。切线相当于内、外口联线的方向。将胶皮筋拉紧，用丝线缚住，挂线就此完成。

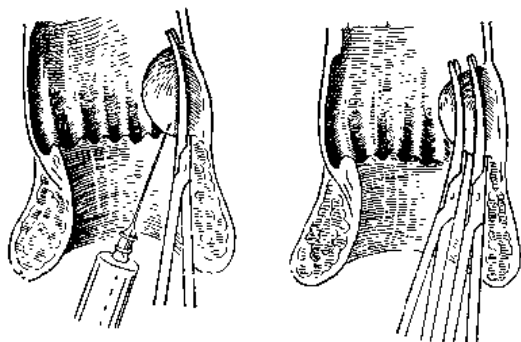
4. 术后，瘻管用胶皮筋的张力逐渐被切开，同时从底部生长肉芽，胶皮筋应在3~7日内脱落。当中可以紧线1~2次，即把胶皮筋稍拉紧些，加缚一个丝线结。坐浴，换药，直到创口愈合。

## 枯 痔 法

适用于内痔经常出血或有轻度脱出者。其基本原理是使痔核内静脉丛发生化学性炎症、血栓或闭塞，最后枯萎或脱落。此法不宜用于外痔和混合痔，以免引起剧烈疼痛。内痔组织纤维化者也不宜用此法。肛门部有急性感染时，暂不能用此法。

1. 插药法 (1) 取会阴手术位或侧卧屈髋位。肛门皮肤消毒。(2) 肛门部局麻，肛门括约肌较松者可不用麻醉。显露内痔。(3) 将“枯痔丁”(以枯痔药压制成药钉状者)沿直肠长轴成45度角，插入痔内，并剪去留在外面的部分。不要插入肠壁肌层内，以免引起肌层发炎。每个痔核可插2~3根，一次插1~2个痔核。(4) 术后24小时内最好不排大便，使插药起作用。

术后应无明显不适感。如有明显疼痛，应即检查局部，内痔脱出稍闭者立即使之复位，误插药于混合痔者，应取出插药。



①钳夹痔核，注入药液      ②用止血钳压缩痔核

图 14-61 内痔注药压缩法

2. 注药压缩法(图14-61) (1) 取会阴手术位。肛门皮肤消毒。局麻。(2) 扩肛显露内痔后，以止血钳夹住内痔核根部，向痔静脉丛内注射20%明矾液1~3毫升。数分钟后，再用另一止血钳将痔核逐渐夹扁，挤出淡血样液体。再过数分钟后除去痔根部的止血钳。一次压缩1~2个痔核。也可再次压缩。但必须注意避免肛门狭窄。

## 外痔血栓摘除术

外痔内有血栓形成，肛门剧痛，局部触痛明显。应先用局部热敷及镇痛药，一般可在3~5日内疼痛缓解，血栓逐渐吸收。血栓较大而疼痛不止者，可在局麻下切开外痔皮肤，取出血栓。切口不缝合，术后坐浴、换药。

## 嵌顿包茎的处理

包茎发生嵌顿，先尽力用手复位。手法复位失败，则行手术复位。

1. 手法复位（图14-62） 在阴茎头包皮处涂抹石蜡油、豆油等。用手紧握阴茎头及水肿的包皮处，约1~2分钟，使水肿减轻。然后以双手食指及中指固定嵌顿之包茎部位，两拇指用力推压阴茎头，将包皮推复原处。

2. 手术复位（图14-63） 在阴茎背部正中作纵行切口，切开包茎之狭窄处，解除对阴茎头之绞窄。切口之长短视包皮嵌顿情况而定。结扎止血后，将纵行切口作横行间断缝合。如有炎症，可暂不缝（待治愈后再作包皮环切术）。切口敷以凡士林纱布包扎。约5~6日后拆除缝线。

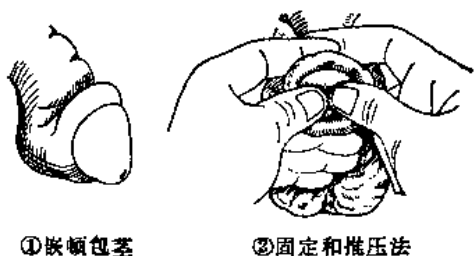


图14-62 嵌顿包茎手法复位



图14-63 嵌顿包茎背部切开整复术

## 包皮环切术

适应于包茎和包皮过长并反复有阴茎头包皮炎发作者。

【术前准备】 若有包皮阴茎头发炎者，局部用1:2000温热高锰酸钾溶液浸泡（或用1:2000新洁尔灭）。痊愈后可进行包皮环切术。术上用肥皂及清水彻底洗净包皮、阴茎、阴囊并剃毛。

【方法】（图14-64）

1. 麻醉 局麻。常用阴茎海绵体阻滞麻醉，即以胶皮带将阴茎根扎住，用细注射针

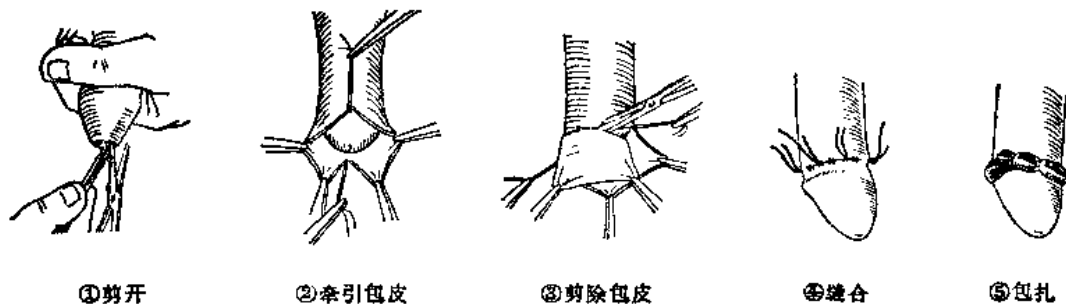


图14-64 包皮环切术

向阴茎海绵体（或阴茎背静脉内）注入1%普鲁卡因10~15毫升。注药后压迫穿刺处数分钟，以免形成血肿。

2. 分离 阴茎头与包皮之间粘连者用探针或剪刀分离。

3. 牵引 用四把止血钳夹住包皮口两侧以作牵引。

4. 切开包皮 分别在背腹侧中央切开包皮内、外板，以切口顶端距冠状沟0.5厘米为度。背侧切开较多，腹侧切开较少，以不损伤包皮系带为度（避免影响阴茎勃起）。于切口顶端各作一牵引缝合线。

5. 切除包皮 轻拉牵引之小止血钳，以背、腹侧缝合线为准，与冠状沟平行，半环形剪除过多之包皮板。残留的包皮以能覆盖1/3阴茎头为度。

6. 缝合 环周缝合8~10针，缝线不剪去。

7. 包扎 环周缝合线两股分开扎住一凡士林纱条，外面再用纱布固定。

【注意事项】防止伤口出血或形成皮下血肿。有三种止血方法：（1）切除包皮后，松去止血带，用细丝线结扎较大的血管；（2）止血带待缝合包皮后再松开，创口出血处作补充缝合以止血；（3）术中用纱布压迫止血，术终继续用干纱布（不是油纱布）压迫包扎止血，不用结扎或缝合血管。三者各有利弊，初学者以用前两种方法为宜。

【术后处理】术后排尿时，最好用无底玻璃试管接于阴茎头尿道外口，以防尿液污染敷料。第5~6日可拆线。如果拆线后，局部仍有肿胀，可用纯甘油纱布或25%硫酸镁湿敷。

### 睾丸鞘膜切除与翻转术

适应于睾丸鞘膜积液。

1. 麻醉 成人用局麻，小儿用全麻。

2. 用一手固定阴囊，在患侧阴囊前壁上方作一纵切口。（图14-65）连续向深部切开肉膜及诸层筋膜，直至睾丸鞘膜壁层。切口下肉膜、筋膜各层组织应采用锐性切开，不宜作钝性分离，以减少手术后出血及水肿。

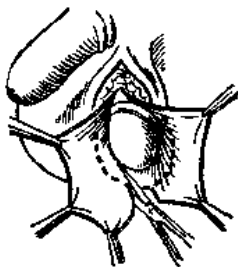
3. 沿鞘膜分离，最好能将它和睾丸挤出切口外。于鞘膜作一小切口放液，并剪开延长至睾丸上、下极。切除多余之壁层鞘膜，残留1~2毫米之边缘。

4. 将鞘膜翻转，边缘用丝线行结节缝合。如鞘膜因炎症而增厚，不便于翻转缝合，则用肠线连续缝合切除缘以止血。把睾丸放回阴囊，必须防止扭转精索。

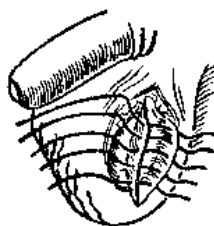
5. 彻底止血后，缝合诸筋膜及皮肤，必要时低位放置胶皮条引流，24小时后取出。



①切口



②切除鞘膜



③翻转缝合鞘膜

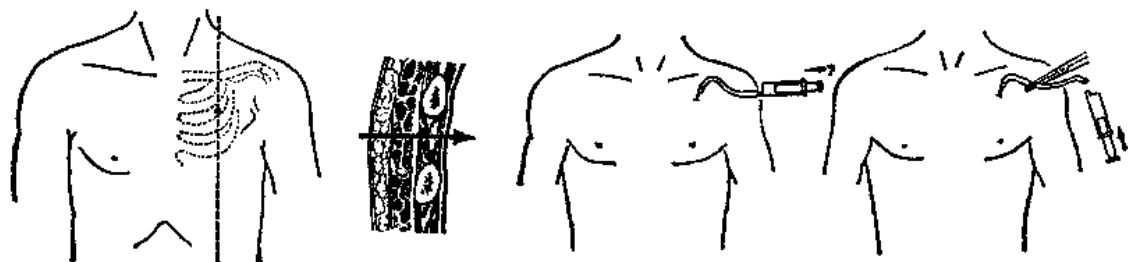
图14-65 鞘膜切除与翻转术

包扎、提举。

### 〔附 I〕 胸腔穿刺术

一、胸穿排气 病人取坐位或半坐位。以锁骨中线第二肋间为穿刺点(图 14-66①)。局部消毒。术者戴无菌手套或用碘酒、酒精擦手消毒。用 0.5~1% 普鲁卡因做皮内、皮下及肌层浸润麻醉。针刺至第 3 肋骨上缘后稍后退, 针尖移向上方越过肋骨上缘注入少许麻药, 再进针 0.5~1 厘米, 边进针边间断抽吸。如有气胸, 针刺入胸膜腔时便有气体抽出。为了确定是否为紧张性气胸(正压性气胸), 可用带有一段胶皮管的粗针头(1 号针头), 接 2 毫升内塞滑动、阻力小的注射器, 放平测压(图 14-66②)。如是紧张性气胸(胸膜腔内是正压), 注射器内塞随呼吸运动逐渐向外退出; 胸膜腔呈负压时, 注射器内塞随呼吸运动逐渐向内吸入。

排气治疗时, 接 50~100 毫升注射器。非紧张性气胸, 慢慢抽吸, 不可过急, 病人对胸腔压力的改变可逐渐适应。需连续排气换注射器时, 夹住胶皮管防止气体经管再进入胸腔(图 14-66③)。排气量依病人的反应而定, 如无不舒适, 气体应尽量抽出。发现病人有胸闷、胸痛、气短、咳嗽或有虚脱时, 应立即停止抽吸, 待一般情况好转或次日再穿。穿刺排气后应再次测压, 仍为正压时说明胸穿排气无效, 须作闭式排气引流术。



①气胸穿刺点

②紧张性气胸的测压方法

③连续排气换注射器时夹住橡皮管

图 14-66 胸腔排气法

二、胸穿排液 病人取坐位, 反坐于靠背椅, 两上肢交叉扶于椅背上。取肩胛线或腋后线叩诊实音区内作为穿刺点(图 14-67①)。在肩胛线上不要低于第 9 肋间, 腋后线不要低于第 8 肋间。病人不能坐起须仰卧位穿刺时, 取腋后线稍前方叩诊实音区内为穿刺点。

限局性(包裹性)积液时穿刺点的选择, 根据积液的部位而定。穿刺前的准备同胸穿排气。麻醉同时做试穿, 穿刺深度依胸膜增厚程度而定。胸膜增厚, 进针时有滞针感, 针穿入增厚的胸膜, 不需注入麻药, 边进针边抽吸, 待抵抗消失, 则有胸腔内容物抽出(图 14-67②)。如为试穿, 抽出适量液体, 供作诊断用, 观察其色、味及稠度, 必要时化验检查细胞、蛋白及细菌。如做细菌培养, 须用无菌试管采取标本。排液治疗时, 用 50~100 毫升注射器连接带胶皮管的穿刺针。依试穿时的深度和液体稠度, 选择穿刺针的长短和粗细, 并按试穿时的部位、方向及深度刺入。用粗针穿刺, 通过皮肤时需用力, 为



①穿刺点

②刺入胸膜腔

图 14-67 胸腔排液法

防止用力过猛而刺入过深损伤肺脏，用拇指与中指持针，食指顶于胸壁上。连续排液者，换注射器时要将胶皮管夹住，防止气体进入胸腔。抽吸时如遇有固体物阻塞针头，可注回少许液体或气体，排除阻塞，再继续抽吸。排液量依病人有无不良反应而定。病人无不适感，应尽量抽吸。如病人有胸闷、胸痛、气短、咳嗽或有虚脱时，应立即停止排液，次日或隔日再行穿刺。再穿刺时可在原穿刺点附近，但不应再从原穿刺点进行。排液后可向胸腔内注入青霉素 20 万单位（试敏阴性）及链霉素 1 克。术后记录排液量及性状。

**注意事项** 穿刺前向病人说明，穿刺时不可大喘气、咳嗽及随意活动，以免刺伤肺脏。如忍耐不住一定要咳嗽时，可向术者示意，暂时将针退至胸壁，待咳嗽完毕再行穿刺。一旦穿刺针误刺至脾脏，则抽出物为血性泡沫，要立即将针拔出，严密观察经过。穿刺完毕，针孔处敷以无菌纱布，胶布固定。

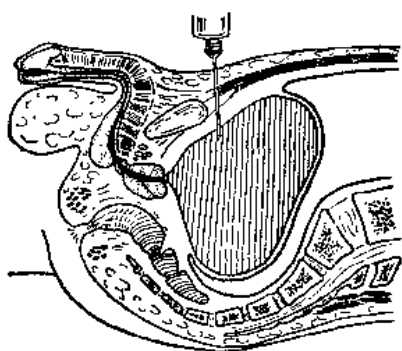


图 14-68 膀胱穿刺

## 〔附 2〕 膀胱穿刺术

适用于急性尿潴留、膀胱浊音界在耻骨联合上 3~4 横指以上，不能导尿或导尿失败时。经膀胱穿刺排尿只是应急措施。反复穿刺易发生尿外渗和感染。

**方法** 常规消毒。局麻。用较粗的长针头，在耻骨联合上约 2 厘米处垂直或稍斜向足侧作膀胱内穿刺（图 14-68）。当针头刺入膀胱后，抵抗可突然消失，针头可摆动，且有尿液外流。然后接注射器将尿液尽量抽净。而后拔出针头，消毒穿刺部，盖小纱布压迫片刻，上贴胶布固定。

## 〔附 3〕 静脉切开

抢救休克、脱水、大出血等需要输液输血，但静脉穿刺不成功时，或需要较长时间连续输液时，可采用静脉切开、插管。

静脉切开常用部位是内踝前的大隐静脉（图 14-69）。此处静脉位置恒定而且表浅。有时亦可在大隐静脉根部（图 14-70）插管，此处静脉较粗，插管后液体或血可快速滴入，但手术不如内踝部安全，多用于内踝部切开输液困难，或要求较快输液，或较长时间抢救休克时。

**器械准备** 刀柄 1 刀片 1 小止血钳 2 小无齿镊 1 小剪（眼科剪）1 持针器 1 针、线 医用塑料管（可接 8~9 号注射针头）或静脉切开针头。

### 方法

1. 手术野消毒，铺单。
2. 0.5~1% 普鲁卡因作局部浸润麻醉。
3. 在内踝静脉表面皮肤作长约 1~2 厘米的横切口。如在大隐静脉根部，切口约 3 厘米，相当于卵圆窝（可触知）下缘，与腹股沟为平行。切皮时不要过分用力，避免连静脉都切断。
4. 切开皮肤后用止血钳沿血管方向分离皮下组织，找出静脉（图 14-71①）。静脉在皮下位置较浅。如分离深达腱膜或阔筋膜而仍找不到静脉，则静脉可能在切口旁皮下组织内。在大腿根部作切开时，不可越过阔筋膜寻找大隐静脉，否则可能把股静脉误认为大隐静脉加以结扎及切开。
5. 找到静脉后，用止血钳在静脉下方引过一段丝线（图 14-71②），结扎暴露的静脉远侧，用同

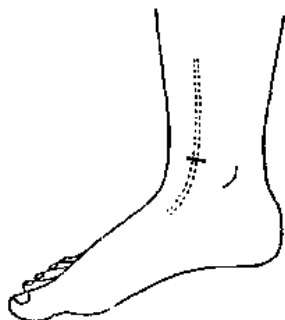


图 14-69 内踝前大隐静脉切口

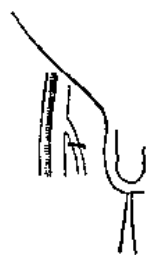


图 14-70 大隐静脉根部切口

样方法将一段丝线置于静脉近侧，暂不结扎。

6. 牵引静脉远侧结扎线，提起静脉（或在静脉下横置一小止血钳），用小剪刀（眼科剪刀）或小刀片在静脉上切一小口，要求切开静脉周径  $1/3 \sim 1/2$ ，但不要切断（图 14-71③）。这一步操作要求细致精确，器械要小而锐利。

7. 将连接输液器的塑料管或静脉切开针头放入静脉切口内（图 14-71④）。

（必要时可用眼科镊或小止血钳提起静脉切口的上缘，以帮助插入。）插管要细心轻巧，不要损伤静脉，以至插管失败。根据输液要求，将塑料管送入一定深度，一般约 5~6 厘米。如需滴注去甲基肾上腺素等刺激性较大的药物，可以送入的更深一些。在大隐静脉根部，塑料管可送入 20~30 厘米达到下腔静脉内。

8. 如液体输入顺利，结扎静脉近侧的丝线以固定塑料管或针头。剪去多余丝线。缝合皮肤。缝合线在结扎后，还可以再扎住塑料管以加强固定。最后用无菌敷料包扎切口。

#### 术后处理

1. 静脉插管应保持连续滴入液体，防止插管内凝血栓塞。一旦发现液体不能滴入，只能用注射器向外抽吸，不应向内挤压，避免血栓进入血流。

2. 要防止插管早期脱出，可用胶布加压固定，小儿病人宜用夹板固定下肢。

3. 静脉插管留置时间不应超过 5 日，过久则可引起严重的静脉炎。拔管时剪断外固定线，即可把塑料管拔出。静脉切开针头有时须拆除结扎线才能取出。

4. 注意静脉炎、去甲基肾上腺素液外渗等。如已发生，应即拔管。静脉炎应作温湿敷治疗。去甲基肾上腺素外渗到皮下，早期作普鲁卡因封闭或局部注以妥拉苏林（5~10 毫克加于 20 毫升生理盐水中），后期应作湿敷。

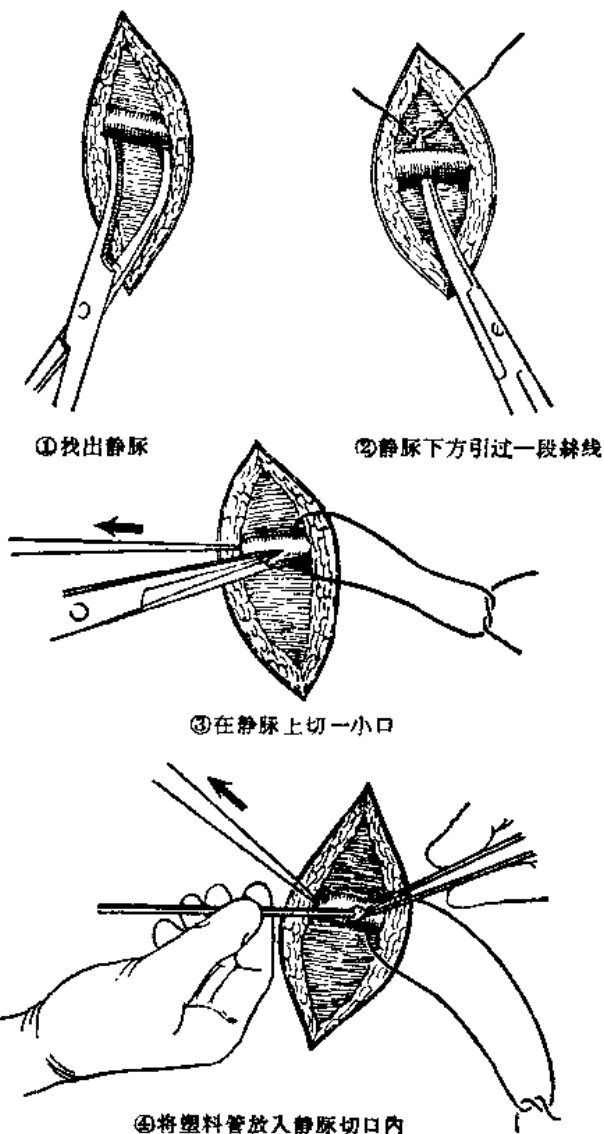


图 14-71 静脉切口的手术步骤

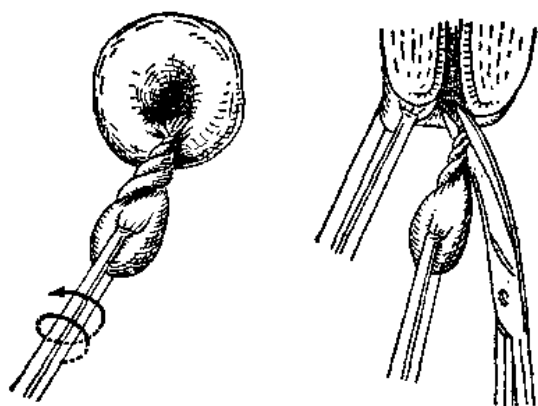
## 子宫颈手术

### 子宫颈息肉摘除术

【器械准备】窥阴器 1 组织钳 2 弯止血钳 2 剪刀 1 小弯圆针 丝线或肠线。

#### 【手术方法】

1. 自行排尿后，取会阴手术位。外阴常规消毒。作阴道内诊，复查子宫大小及息肉



①扭转蒂部  
取下息肉

②剪去蒂根部

图 14-72 子宫颈息肉摘除术

蒂部粗细及附着处。

2. 放置窥阴器于阴道内，用组织钳夹住子宫颈前唇后，向外牵拉，子宫颈息肉即可清楚暴露，仔细看清其蒂的附着部。此时，用碘酒、酒精消毒子宫颈及阴道。

3. 用组织钳夹住息肉。如蒂细者，可扭转蒂部即可将息肉取下，或用剪刀剪断蒂根部，丝线结扎（图 14-72）。如蒂粗，为防止滑脱，可用弯止血钳两把夹住蒂部，切除息肉后作贯穿缝合。

4. 若切除子宫颈息肉后，发现子宫体大，应扩张子宫颈管，以手指探查宫腔。如有子宫体部小息肉，可用环状钳夹住息肉，旋转牵拉取下，也可直接用手指剥下。如有出血，可用纱条填塞子宫腔，24 小时内取出。

## 子宫颈扩张术

### 【适应证】

1. 作为经阴道进行子宫腔手术（如诊断性或治疗性刮宫术、人工流产术、上或取避孕环等）的前步骤。

2. 某些不孕症及痛经的病人，可扩张子宫颈，并留置玻璃棒 5~7 日。为防止月经来潮时经血受阻，在月经干净后 3~5 日实施为宜。

【器械准备】 窥阴器 1 子宫探针 1 宫颈钳或组织钳 1 子宫颈管扩张器 1 套 如留置玻璃棒时，需玻璃棒 1 个（图 14-73）。系我校设计自制，长 5 厘米，直径 0.5 厘米，圆形，一端有孔，穿入中号丝线缚结，保留两根稍长的线头，以备缝合固定用。用前放在新洁而灭器械液内消毒。



图 14-73 玻璃棒

### 【手术方法】

1. 自行排尿后，取会阴手术位。外阴常规消毒。

2. 阴道内诊 确定子宫位置、大小、活动度、有无压痛以及附件有无异常。

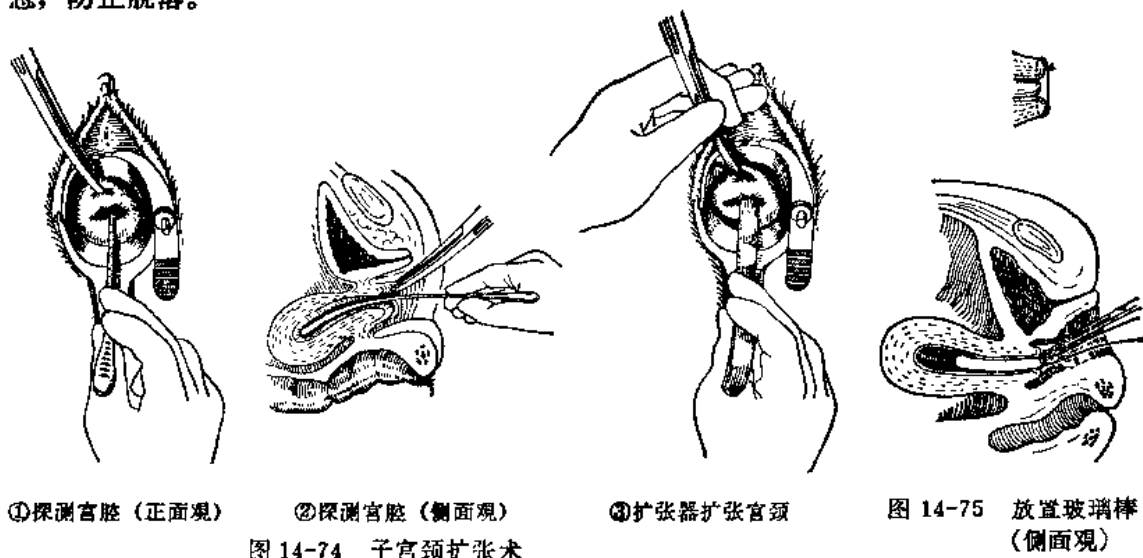
3. 牵拉子宫颈 将窥阴器放入阴道内，暴露子宫颈。用宫颈钳（或组织钳）夹住子宫颈前唇时，不可超过子宫颈口 1.5~2.0 厘米以上，以免伤及膀胱。为了防止滑脱，应夹住宫颈肌层。然后将子宫颈向阴道外口方向牵拉，并消毒子宫颈及阴道。

4. 探测宫腔 以子宫探针伸入宫腔，直达子宫底，测得子宫腔弯曲度及深度（图 14-74①）。

5. 扩张宫颈 先用灭菌油类使扩张器前段滑润，术者以持笔姿势将扩张器从小号开始，按子宫探针测得的方向送入，送至子宫颈内口时，稍有抵抗，再进入 1~2 厘米（图 14-74②）。动作要轻柔，不可用力过猛。扩张器须放入片刻，并内外移动数次后取出，乘子宫颈内口尚未回缩时，立即换放大一号者。切勿隔号插入，以免引起裂伤。为了诊断

目的，扩张至6号即可。如为了放置玻璃棒，可扩至6号后，将玻璃棒放入子宫颈管内，缚线端在子宫颈口外（图14-75），用小三角针将线头缝在子宫颈上，结线固定。

【术后处理】 放置玻璃棒者，术后5~7日拆线并取出玻璃棒。放置期间应卧床休息，防止脱落。



## 产 科 手 术

### 外 倒 转 术

外倒转术是用手经腹壁，将子宫内胎儿从不利于娩出的胎位转为有利于娩出的胎位。

【适应证】 胎儿为臀位、横位或斜位，经用其它方法不能矫正者，特别是初孕妇，适宜作外倒转术。时间宜在妊娠第33~36周，或者在分娩初期。

#### 【必备条件】

1. 孕妇方面 （1）腹壁不过厚，过厚者胎位查不确实；腹壁也不过紧，过紧者转动胎位困难。（2）扪腹壁时，子宫不出现频繁的收缩。（3）骨盆与软产道无明显狭窄。（4）有阴道出血者和曾经作过剖腹产手术者均不应作外倒转术，因易引起更多出血和子宫破裂。

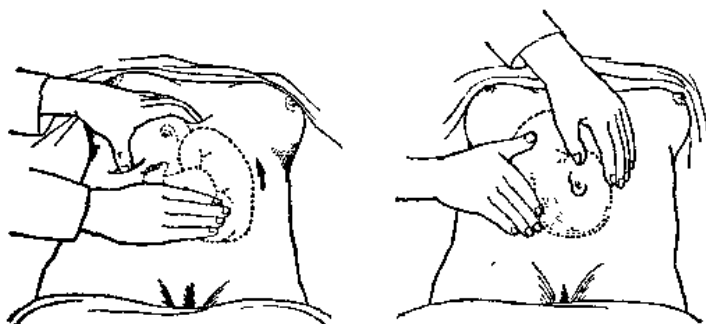
2. 胎儿方面 （1）胎儿的大小适宜。过大者难于转动；过小者则难以固定于矫正后的位置，因此均不宜作外倒转术。同理，羊水过少或过多时也不相宜。（2）双胎不可作外倒转术。（3）先露部已入骨盆者不能作外倒转术。

#### 【方法】（以臀位转为头位为例）

1. 准备 孕妇排尿后，取仰卧位，屈髋屈膝，放松腹壁。术者立于右侧，面向孕妇。

2. 松动先露部 确定胎位、记清胎心数后，术者以双手用力将先露部（臀）上提，即可松动先露部。

3. 转动胎儿两端 术者两手握胎儿两端，左手将上方的胎头顺胎腹方向慢慢地向骨盆入口推动，同时右手将下方的胎臀向上转动推向宫底。手法是断续的动作，用一手稳住



①转动胎儿两端

②胎头已转至骨盆入口上方

图 14-76 外倒转术

操作顺利完成，也应听取胎心音，此时胎心音可稍慢，但很快可恢复正常。经半小时后胎心音仍正常时，表示倒转成功。倒转后胎心音不能恢复正常时，表示脐带受压，应立即转回原胎位，并听取胎心音。

4. 固定胎位 因胎头未固定，仍有自行转回的可能，可用毛巾或棉垫放置在孕妇两下腹部（即先露部胎头的两侧），以腹带包扎。嘱一周后复查胎位。若分娩已开始时，在转胎成功后应向骨盆入口处下压胎头，直至宫缩出现，胎头入盆时为止。

横位行外倒转术可按图 14-77 选最直接的途径转动胎儿。

#### 【注意可能发生的问題】

1. 因行外倒转术时不能确定脐带长短和位置，可能造成脐带扭转、缠绕、打结以至胎盘剥离。当胎盘位于子宫前壁，本操作可能造成胎盘剥离，此时出现腹痛（因子宫内出血），严重时可使胎儿死亡。

2. 宫口开大时行本操作，偶使宫口处的羊膜破裂，造成早破水，以至脐带脱垂，胎儿生命受威胁甚或死亡。



图 14-77 转动胎儿最直接的途径

## 内 倒 转 术

常用的内倒转术是用手进入宫腔，将异常头位、斜位或横位转为足位。

#### 【适应证】

(1) 横位、斜位行外倒转术失败或已不能行外倒转术者。(2) 横位，破水不久，上肢已脱出者。(3) 头位伴有脐带脱垂者。行本操作常可挽救胎儿生命。(4) 横位、斜位伴有边缘性或部分性前置胎盘者。行本操作牵出胎足，使胎臀压住剥离的胎盘，既可止血，又帮助扩张宫颈，促其分娩。(5) 异常头位如颞后位、颞位等不能自然分娩者。

#### 【必备条件】

(1) 宫口已开全或近开全，能容术者全手伸入宫腔；(2) 骨盆不小；(3) 软产道不狭窄；(4) 子宫无痉挛性或强直性收缩；(5) 子宫下段不过度扩张；(6) 尚未破水或破水时间不长，有一定量的羊水，子宫能松弛；(7) 活胎。

#### 【禁忌证】

1. 破膜已久，羊水流尽，子宫壁紧裹胎儿者；

每次动作所取得的进展，另手进行下一步应有的操作(图14-76①②)。出现宫缩应暂停操作，若孕妇觉腹痛应立即停止操作。

操作过程中，应随时听胎儿心音。其节律及数均正常时，可继续进行。否则应停止操作等待片刻，如胎心音仍不恢复正常时，应转回原位。如

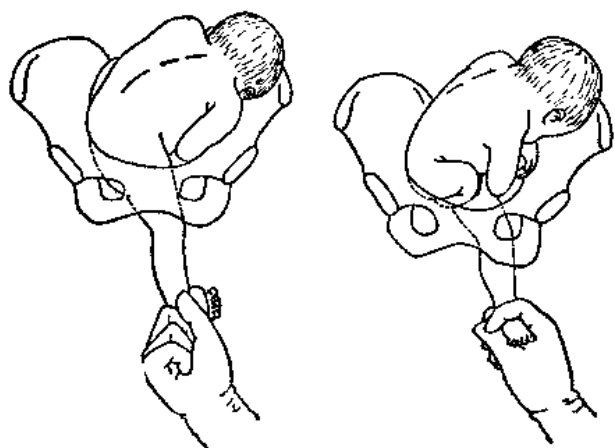
2. 临产已久，已有先兆子宫破裂者。

【方法】

1. 准备 孕妇取会阴手术位。导尿。外阴常规消毒。

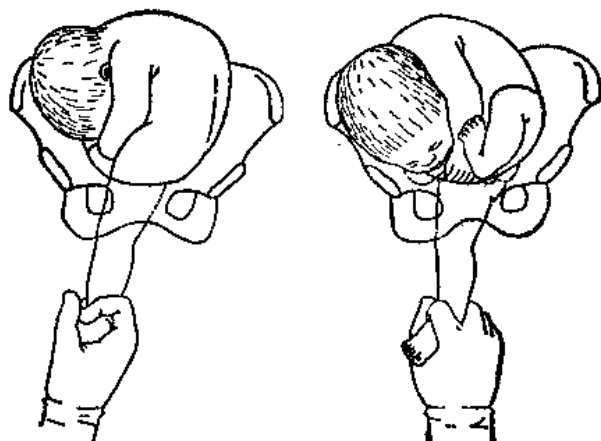
2. 麻醉 给予乙醚麻醉最好，可使子宫完全松弛，阵缩完全停止，避免子宫破裂。无乙醚时，可肌注杜冷丁 100 毫克或氯丙嗪 50 毫克，亦能使子宫松弛。

3. 阴道检查 术者戴无菌手套，涂以润滑油。先作阴道检查，查清胎儿位置及其先露部、宫口是否开全或近开全以及产道是否狭窄。确认可经阴道分娩，手入宫腔。



①横位时，胎背在前，应握其下方的胎足

②不应握其上方的胎足



③横位时，胎背在后，应握其上方的胎足

④不应握其下方的胎足

图 14-78 内倒转术

4. 手入宫腔，捉住胎足 须选易于牵出胎足的手入宫腔。横位时，脱垂胎肢在母体左侧，应伸入右手，脱垂胎肢在母体右侧，应伸入左手。手入宫口时，应五个指尖撮合呈圆锥状，便于伸入。手入宫腔深浅，视胎位而不同。头位者深，横位者浅，否则抓不到胎足。如羊膜未破，应行人工破膜，手伸入羊膜腔内，抓住胎足。要分清胎足与胎手，胎足的特点是：有明显突出的足跟，足趾短，不易活动，足趾窄而长，大趾不能与其他四趾远离。不可错抓胎手。不论胎背在前、在后，行内倒转时，均应使胎背向前。头位者应选位于前方的胎足，斜位或横位者，胎背向前时应选下方的胎足，胎背向后时应选上方的胎足（图 14-78）。否则可使臀部嵌塞于耻骨联合上方。寻找胎足的方法有两种：（1）直接法：伸手入宫腔后，经最短距离达胎腹前方，可找到并抓住胎足。（2）间接法：伸手入宫腔后，摸清胎背，经腰、臀、大腿、小腿后，必是胎足，抓住即可。本法优点是不致压住脐带或误抓胎手。

5. 倒转胎体 已抓住胎足的内手，可慢慢向骨盆腔方向牵拉，此时外手自腹部向下压送胎臀，要注意是否有脐带绕于胎腿，当胎足已牵至阴道时，外手可将胎头推向宫底方向，内手继续牵拉，直至胎膝关节抵达外阴部，胎臀已达骨盆入口，胎体已成直产式。至此，内倒转术完成。如不急于结束分娩，可等待以臀位助产告终，如急于结束分娩，稍等片刻，使胎心恢复正常后，行臀位牵引术告终。如胎心不好，产程过长，压迫脐带，有胎盘早剥离征象时，均应立即行臀位牵引术。

【注意事项】 操作过程中必须避免用暴力，防止子宫破裂、产道损伤和胎儿骨折。术

终必须仔细检查，以便及时处理。

## 人工破膜

目的是引产，包括剥离胎膜和刺破胎膜，前者引起宫缩较缓，后者较速。

1. 剥离胎膜 多用于预产期前后引产。胎膜必须完整。宫口最好开大已超过两指，不然可先以食指扩大宫口。胎膜剥离后，子宫多可收缩，但有力的宫缩多在24小时左右出现。经产妇效果好。方法如下：（1）孕妇取会阴手术位，外阴常规消毒。（2）术者戴无菌手套，以左手伸入阴道，如宫口只能通过一指时，应先以食指扩张宫口，直至宫口能通过两指或两指以上。（3）沿子宫下段内壁四周尽量将胎膜自宫壁分离。动作要轻柔，不可将胎膜戳破。

2. 刺破胎膜 具备剥离胎膜的条件，且胎头已固定，宫颈已展平者，或羊水过多须解除压迫、中断妊娠者，可作破膜。但如有头盆不称征象及异常胎位（臀位、横位）者，禁忌破膜。

【方法】 如羊水过多，剥离胎膜后，用细长针在胎膜高位刺破胎膜，使羊水徐徐流出。不可过快，否则易引起胎盘早剥离。如不慎破孔较大，羊水流出较快，术者应将手放置宫口处堵住，羊水流出现缓慢。为加速产程进展破膜者，可用有齿钳或长剪刀在术者的食、中指的指引下刺破胎膜（图14-79）。破膜后，使前羊水流出。多在破膜后2~6小时内即可出现宫缩。

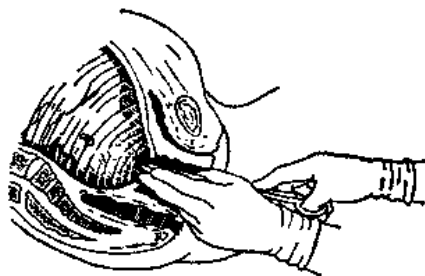


图14-79 刺破胎膜

如系经产妇，部分性前置胎盘，为达到止血目的，亦可刺破胎膜，使先露部压住前置的胎盘，但初产妇或完全性前置胎盘时不宜使用此法。

## 头皮钳牵引胎头术

【适应证】 胎头浮动，宫缩无力，致使子宫颈口扩张缓慢，产程延长时，为加速分娩者；边缘性或部分性前置胎盘，胎头不固定时，为达到止血目的及加速分娩者。

【必备条件】 头盆相称；已破膜（如未破膜，应先行人工破膜）；宫口开大二横指以上（因头皮钳“T”形顶端宽近2厘米）；活胎，且为头位者。

【器械准备】 头皮钳，亦可用长宫颈钳代替。

【方法】

1. 术者戴消毒手套，涂以润滑油，以左手放入阴道，摸清宫口、胎膜及胎头情况，确认符合必备条件。

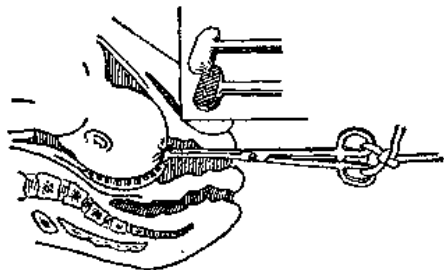


图14-80 头皮钳牵引胎头术

2. 术者右手持头皮钳，在左手手指的引导下，将头皮钳夹住胎头顶部的头皮，切勿误夹子宫颈。因胎头多未固定，助手可在下腹部下压并固定胎头，便于操作（图14-80）。

3. 用纱条固定并牵拉头皮钳。方法是：将纱条穿过钳柄的双环后打结系住，再将纱条拉至同高的产

床脚端（或椅背上），系上约 1 斤重的砖头起到牵拉钳柄的作用。如此多可引起宫缩，加速分娩。亦可并用催产素 10 单位加至 5% 葡萄糖 500 毫升内静点，并随时注意宫缩情况。

4. 当宫缩已很正常或头皮钳（长宫颈钳）有脱出征象时，可取下头皮钳。

## 会阴剪开及缝合术

分娩前剪开会阴，目的是减少会阴对胎头的阻力和避免会阴发生不规则的撕裂。

【适应证】 1. 会阴紧而伸展性不良、或胎儿较大、或作手术助产前，宜预先剪开会阴。2. 胎儿受软产道压迫发生窒息时，也应剪开会阴，以便迅速结束分娩。分娩后将伤口缝合。自然发生的会阴裂伤也应缝合，以减少疤痕组织。

【麻醉】 可用局麻。

【手术方法】

1. 会阴剪开 在儿头拨露、宫缩时剪开，估计切开后 5~10 分钟内胎儿可娩出。如行手术助产，应在术前准备工作完毕，即将行手术前剪开。常作侧斜剪开，术者以左手食、中指放入胎头和左侧阴道之间作保护，右手执长剪刀在阴裂后缘倾斜 45 度角处剪开（图 14-81），拟自然分娩者剪开 3~4 厘米，行手术助产者剪开 4~6 厘米。如作正中剪开，在阴裂后缘中央纵行剪开会阴 2 厘米（图 14-82），缺点是如会阴保护不好，可继续向肛门方向撕裂，甚至造成三度会阴裂伤，故应慎重选用。

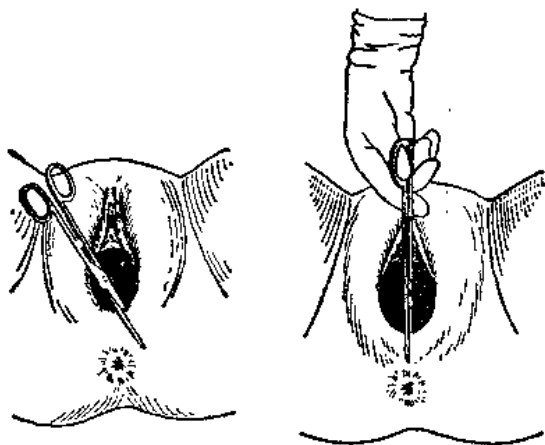
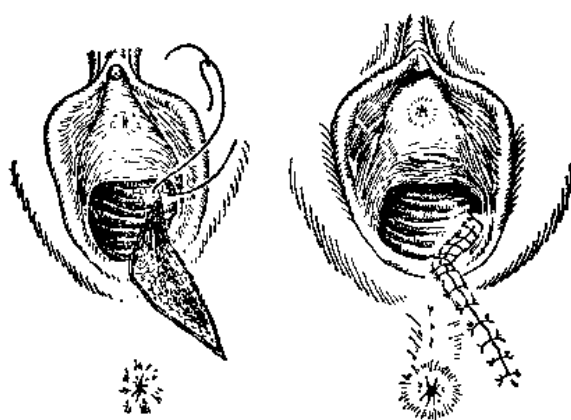


图 14-81 会阴侧斜剪开 图 14-82 会阴正中剪开

2. 会阴缝合 先将创口止血，以免伤口缝合后形成血肿。缝合时要辨清解剖关系按层缝合。先自阴道内切口的顶端开始



①自阴道内切口顶端开始缝合 ②会阴缝合完毕

图 14-83 会阴缝合术

（图 14-83 ①），用 0~1 号羊肠线作连续或间断缝合，直至将阴道粘膜及阴道口外膜缝好。再用肠线或丝线将肌层间断缝合，不可留死腔。最后用丝线间断缝合皮肤（图 14-83 ②）。术后 5~6 日拆线。

因裂伤所致的创口不整齐，缝合时一定要对齐。有时阴道内可撕裂到阴道上部，常须助手协助使手术野清晰。若会阴部撕裂过长，几达肛门，缝合时术者应以左手食指放入肛门内作引导，右手予以缝合可避免将丝线或肠线穿过直肠。若已属三度会阴裂伤，直肠已破，肛门括约肌已剥离时，则应以组织钳夹住括约肌断端对齐，以手指放入肛门内感觉有括约肌作用时，将括约肌断端用丝线缝合，并要预先将直肠粘膜用细肠线间断缝合好。

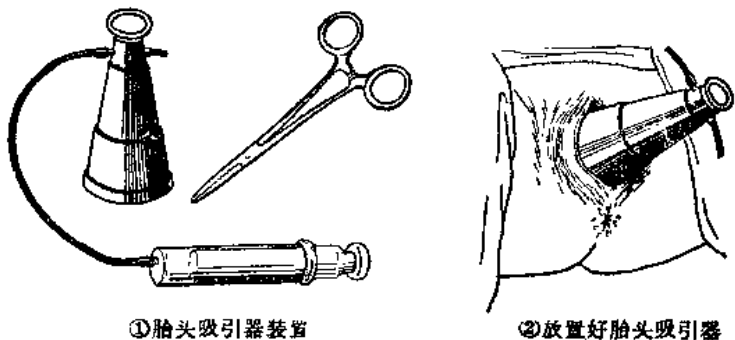
【注意事项】（1）彻底止血。（2）缝合时，组织要按解剖位对正，不留死腔。（3）打结不可过紧或过松。过紧易肿胀引起疼痛；过松易出血，伤口不易愈合。（4）会阴皮肤用丝线缝合，应告知产妇，以免贻误拆线。

### 胎头吸引术

是指用胎头吸引器吸住并牵出胎头，其适应症和产钳术相同，优点是操作简便，对母体和胎儿损伤小，多不须行会阴侧剪术及麻醉（图 14-84①）。

#### 【方法】

1. 孕妇取会阴手术位。消毒外阴。必要时导尿。
2. 作内诊确定胎位，常常是胎头的矢状缝和母体的骨盆出口前后径一致。
3. 沿阴道后壁放入胎头吸引器，使其与儿头紧密相接，其间无阴道壁及宫颈（图 14-84②）。即可用 50 或 100 毫升注射器接在与胎头吸引器相连的通气胶管上，抽出吸引器内的空气，约 3~5 次，使胎头在负压下被吸引器吸住，用止血钳夹住通气管，即可牵拉。



①胎头吸引器装置

②放置好胎头吸引器

图 14-84 胎头吸引术

4. 沿产道轴方向，在宫缩时间向后下方牵拉吸引器柄端。不可用力过猛。牵拉时胎头渐下降。当胎头露于阴道口时，松开止血钳，负压渐小直至消失，即取下吸引器，此时注意保护会阴，随后胎体即可自然娩出。

【注意事项】本手术的缺点是易滑脱，多因胎头位置不正、牵拉力量过大、牵拉方向不对及负压不足等引起，但如能正确掌握要领，此缺点是可以避免的。如多次滑脱，则应改用产钳术助产。如牵拉时间过长，滑脱次数过多，可引起胎头血肿，甚至发生颅内出血。

### 产 钳 术

是借助产钳牵出胎头经产道分娩的一项操作，目的是加速第二产程，防止产妇及胎儿可能发生的并发症。

#### 【适应证】

1. 母体方面（1）第二产程延长。初产妇宫口开全已二小时以上；经产妇宫口开全至少在一小时以上，产程无进展者。因胎头受压过久可致窒息、死亡；母体软产道受压过久，可致损伤性水肿、坏死。（2）患重度妊娠中毒症。（3）产前有出血史，或既往曾行剖腹产术但并非因头盆不称者。（4）妊娠合并严重心脏病、肺结核、肾炎，不适于过多用力者。
2. 胎儿方面 胎儿有窒息征象，如胎心超过 160 次/分或慢于 110 次/分；头位者有胎粪溢出等。

【必备条件】（1）胎头须衔接；（2）骨盆中部及出口不小；（3）宫口开全；（4）已破膜；（5）活胎。

【禁忌证】（1）骨盆入口狭窄或胎头过大，有头盆不称征象者；（2）宫口未开全，

强行本手术将导致宫颈深裂及子宫下段破裂；(3)死胎。

#### 常用产钳术的类别

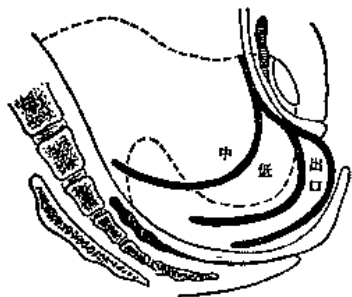


图 14-85 产钳术的种类

1. 骨盆出口产钳术 指在阴道外口已见胎头时所行的产钳术。

2. 低位产钳术 指胎头的最低部已降至坐骨棘水平以下，尚未达阴道外口，胎头矢状缝多在骨盆出口的前后径时所行的产钳术。

3. 中位产钳术 指胎头已衔接，胎头的最低部已达坐骨棘水平时所行的产钳术（图 14-85）。

#### 【操作方法】

1. 孕妇取会阴手术位。外阴消毒。导尿。

2. 阴道检查 了解会阴、阴道情况，宫口确已开全，胎膜已破，产道不小，无头盆不称，盆腔无肿物，最后要确定胎头的位置，以矢状缝及前、后囟门为标志。如矢状缝为前后方向，其后上方为菱形的前囟，前下方为三角形的后囟，则胎头为正枕前位，可行产钳术。反之则为正枕后位。若矢状缝横置，后囟在左侧，则为左枕横位。倘胎头水肿明显，不能触清矢状缝和前、后囟，此时最可靠的标志是胎耳，耳在侧方，耳轮在上则为正枕前位，反之为正枕后位。

3. 麻醉及剪开会阴 如不做会阴侧剪术，不需麻醉。如行侧剪手术，可行局麻，但以阴部神经阻滞麻醉为妥。阻滞麻醉和侧剪部位多选左侧。扪清坐骨结节后，先在皮肤及皮下组织作浸润麻醉，然后用 22 号长注射针刺入 2~3 厘米，即为坐骨结节底，注入 1% 普鲁卡因液 5 毫升；针头略向中侧深部再刺入 2~3 厘米达坐骨棘内侧，再注 10~15 毫升。此时可用手指放入阴道左壁作引导，以免刺入阴道。此麻醉法的优点是：方法简单，药物毒性小，不影响宫缩的强度及频率，不影响产程。麻醉后作会阴侧斜剪开。

#### 4. 放置产钳

(1) 产钳和执钳法：产钳有左、右两叶。术者左手握左叶，放于孕妇骨盆左侧。右叶握法和放置位置相反。每叶产钳有匙、胎、关节、柄四部分。匙的弯度适用于夹胎头侧面，胎与胎的弯度适应于骨盆（图 14-86）。

(2) 放钳法：放钳时，先放置左叶，再放右叶，然后扣合其关节部，准备牵引。

以正枕前位的低位产钳术为例，术者戴无菌手套，用润滑油涂抹双手和钳匙的内、外面，再将右手四指（除拇指外）伸入阴道左侧，触清胎头的左耳。以左手有如握笔样握住产钳左叶柄部，使钳匙凹面朝向孕妇，钳柄向上（图 14-87①）。将钳匙自会阴左侧后方沿右手掌面及胎头左侧面之间送入。送入后，钳匙顶端渐向前向上，钳柄渐向前向下，最后使钳匙贴在胎头侧面处，此时钳柄接近水平位，左叶放置即完毕。注意不可使产钳夹住宫颈、脐带。由助手扶住钳柄，固定不动。此时术者改用左手的四

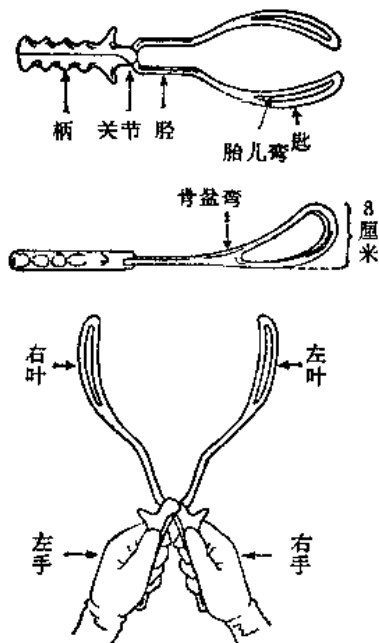


图 14-86 产钳

指伸入阴道右侧，用右手持产钳右叶柄部经同样方式放入胎头右侧（图 14-87②），右叶应在左叶的上面。放置正确则两叶扣合不困难（图 14-87③）。如不能扣合，表示产钳位置不正确，多为右叶放置不正确，故应改变、移动右叶，配合左叶，直至两叶可以扣合。扣合后，应听胎心音，以防脐带受压。

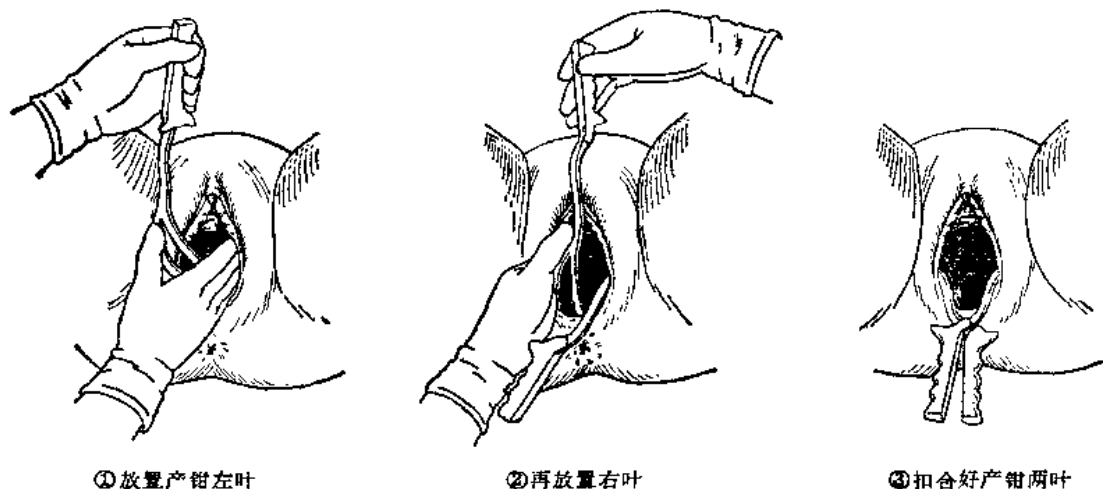


图 14-87 产钳放置法

5. 牵拉产钳 当确认产钳放置无误后，先行试牵，证明牵拉时不会滑脱。方法：术者右手握住钳柄，左手固定在右手背上，并以左手食指指尖抵住胎头，当右手将产钳稍向外牵拉时，左手食指指尖应始终能触到胎头（图 14-88①）。如指尖渐离胎头，表示产钳已从胎头处滑脱。

试牵成功，即可正式牵拉。术者取坐位，两臂稍弯曲，肘部稍低于钳柄的水平，双手握住产钳的柄和胫部，牵拉时才使得上劲，并能控制牵拉方向及速度。牵拉方向应按正常分娩的途径，先向下、向外牵拉（图 14-88②），直至胎头枕骨露于耻骨弓下，改变方向

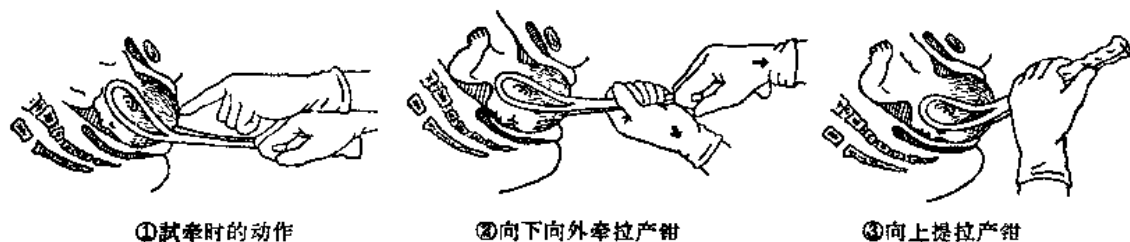


图 14-88 产钳牵引方法（侧面观）

向上方提（图 14-88③），以减轻会阴部受压及损伤。

放置正确的产钳（图 14-89），不需用很大力量，牵拉时尽量限于两臂用力，均匀用力，避免过猛，将胎头缓慢牵出。

牵拉应在宫缩时进行，并让产妇加腹压，间歇时不牵拉，并可稍松产钳关节部，以减少产钳对胎头的持续压迫。放松产钳时，应听胎心音。当胎头露于会阴部时，应保护好会阴。

6. 取下产钳 当牵拉胎头，使额部外露时，为了减少产钳



图 14-89 正确放置产钳（正面观）

对母体盆底软组织的损伤，可取下产钳。步骤和放置产钳的顺序相反，先取下右叶，再取下左叶。取下产钳后可依自然方式分娩。

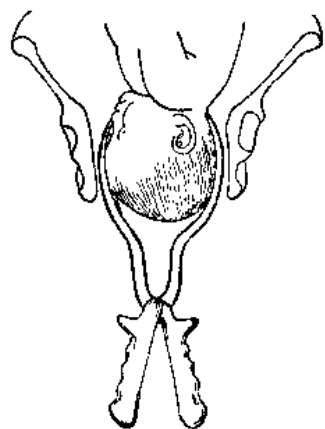


图 14-90 不正确放置产钳 眼球后血肿、颅骨骨折及颅内出血等。

#### 【术后处理】

1. 详查子宫及阴道壁有无裂伤，如有损伤应立即缝合。行侧剪术者应予以缝合。
2. 第二产程延长，产钳牵拉有困难者，术后应再导尿一次，并注意术后有无尿潴留。
3. 产钳术后因子宫收缩不良所致的出血，应迅速肌注麦角新碱或马齿苋注射液。
4. 术后有感染可能者，应投以磺胺药或抗菌素。
5. 产钳放置正确，对胎儿无大影响。如放置错误，如(图 14-90)所示，可夹伤胎儿眼睛，严重者可引起眼眶骨折、眼球后血肿、颅骨骨折及颅内出血等。

### 臀位牵引术

【适应证】 适用于臀位、宫口已开全而须迅速结束分娩者，如胎儿宫内窒息、孕妇合并心脏病不能用力时或内倒转术后急需娩出胎儿者。

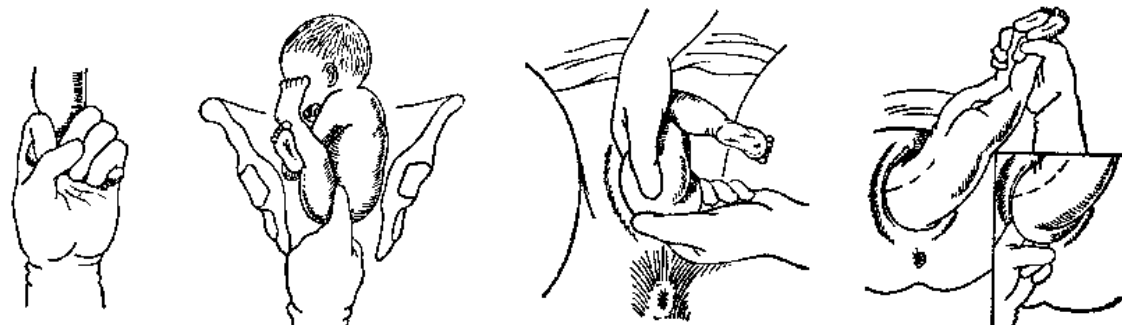
【必备条件】 (1) 宫口已开全；(2) 头盆相称；(3) 胎膜已破。

#### 【方法】

1. 如系初产妇，必要时应先在局麻下作会阴侧剪术。
2. 牵出下肢 足先露时，胎足在宫口附近，胎臀在母体右侧时，应伸右手入宫口内，即能抓住胎足。用手指握住两踝(图 14-91①)，有时只能先将一足牵出，可再伸手入宫腔，牵出另一足。

单臀位(胎儿双腿在股部屈曲，双膝伸直)时，如臀的位置不高，可用一手的食指钩住胎前臀的腹股沟向下牵拉(图 14-91②)，再用另手食指钩住另侧腹股沟，当双手钩住双侧腹股沟后，用力将胎臀向下牵拉。如此法失败，可伸手入宫腔内，沿前大腿内侧往上，将胎腿稍向外转，直至指尖达膈窝，加压膈窝处可使膝部屈曲，小腿即下降，用食、中二指抓住小腿向外牵拉。前腿取出后，同法取出后腿(图 14-91③)。

3. 牵拉胎臀 牵出双足后，用消毒巾包住双腿，沿产道轴的方向牵拉，使前臀固定在耻骨弓下，稍抬高双腿，臀部即可全部娩出。



①手握胎足

②钩住胎前臀的腹股沟，向下牵拉

③牵出另一下肢

④娩出后肩

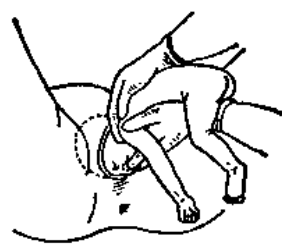
图 14-91 臀位牵引



⑤娩出前肩



⑥用手牵出上举的胎臂  
图 14-91 臀位牵引



⑦娩出胎头

4. 牵出胎肩 胎臀娩出后，双手拇指置胎儿骶部，双手余四指置胎儿髋部，向下牵出胎体，并转动使之胎背向上，继续向下牵拉直至脐部娩出。此时应向外稍拉一段脐带，再牵拉时双手不可挤压胎腹，当见到肩胛骨下角时，转动胎体90度角，使之仍呈原来所取的侧位，继续牵拉使腋窝出现于耻骨弓下，将胎背稍向前方转动，后肩即可滑出（图14-91④），将胎体下压，将胎肩转向反方向，前肩即可自耻骨弓下滑出（图14-91⑤）。

胎臂上举时，可用一手将胎身举起，另一手食、中两指沿胎背、肩及上臂伸入肘部，用两指钩住胎臂，沿胎脸及胎胸下降即可娩出（图14-91⑥）。

5. 牵出胎头 将胎背转向前方，使胎儿骑在接生者的左前臂上，并以左手食指放入胎儿口内固定下颌，以防胎头仰伸，右手食指和中指分开放在胎颈两侧肩上（图14-91⑦）。如此双手同时向下方牵拉，至胎头枕骨达于耻骨弓下时，再将胎体向上方抬举，使胎儿的口、鼻、眼及顶部相继自阴道娩出。这步骤应在数分钟内完成，否则将因缺氧使胎儿窒息甚至死亡。

【注意事项】 术中主要的困难有脐带受压、胎臂上举、胎头娩出困难。故胎儿预后较头位差。如术者操作粗暴，用力过猛，可致胎臂骨折、臂丛损伤及颅内出血。

## 穿 颅 术

【适应证】 不能经阴道顺利娩出的死胎或脑积水胎儿，如作穿颅后能从阴道娩出，就应在胎头固定、宫口开全时施行穿颅术。

### 【手术方法】（以头位为例）

1. 术前准备 与产钳术前相同。多不需麻醉。

2. 固定胎头 查明胎头是否固定及胎头的前、后凶及矢状缝的位置。如胎头未全固定，可让助手自孕妇下腹部向盆腔方向推压胎头，有助于胎头固定，以防穿颅器尖端自头皮滑下，伤及宫颈和阴道。胎头不固定，穿颅器不易穿入胎颅。

3. 穿颅 助手一手用阴道窥器撑开阴道，使手术野中胎头清晰可见，术者用组织钳夹住胎儿头皮，由助手另一手向下拉。

术者的右手握穿颅器的柄部，同时以左手的食、中二指保护穿颅器尖端，慢慢放入阴道内。依靠左手的引导，将穿颅器的尖端准确地用力穿透头皮并刺入胎头的前凶或后凶或颅骨缝。如无穿颅器，可用普通长尖剪刀代替，用剪刀时须沿颅缝或凶门剪开头皮后刺

入。如为臀位后出胎头，可经枕骨下或经上唇刺入。

打开穿颅器柄端的开关，用手闭合两柄，使其尖端外部的两刃张开，可扩大颅部切口，随即闭合两刃，将穿颅器旋转90度，再张开两刃，使颅骨缝或囟门处呈十字形穿孔，如此可重复一二次（图14-92）。最后将穿颅的刃部完全伸入颅内，作开闭及旋转动作，亦可用环状钳伸入颅内，捣碎脑组织使其流出，最后将穿颅器两刃闭合，取出穿颅器或环状钳。如用剪刀可一进一出剪碎脑组织使其流出。

4. 夹住头颅 常用两叶碎颅器。可固定胎头，便于牵拉，牵拉时脑组织流出，减小胎头体积，利于分娩。

术者握碎颅器无窗的内叶，在左手食、中指的指引下，将内叶尖端通过颅孔送入颅内。以内叶凸面接触胎头额骨内面，由助手扶住保持原位。术者将左手自阴道取出。再将无窗外叶同法送入阴道，以外叶凹面接触胎头额骨外面，使内外两叶相合（图14-93）。此时必须用手探查胎头周围，确认无软组织误夹，即可取出左手，扣好关节部，将螺旋拧紧，胎头被压缩变小。如无此器械，可用两把长宫颈钳或有齿长止血钳夹住胎头颅孔两侧。

5. 牵拉头颅 术者牵拉碎颅器或长钳，助手保护会阴，多能顺利牵出头颅，此时须注意不可造成创伤。出现创伤的原因多系将软产道组织误夹，牵引时造成撕裂，偶见颅骨断片将软产道划破。术后须再次详细检查产道，有无损伤。

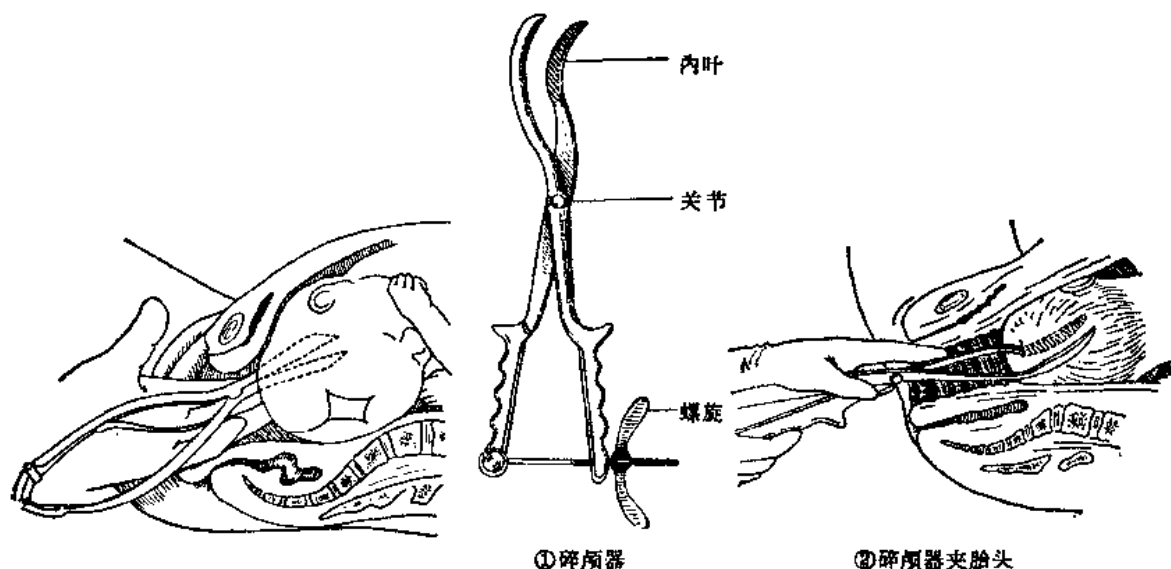


图 14-92 穿颅术

图 14-93 碎颅术

## 计划生育手术

### 上和取避孕环术

上环是计划生育中有效而简易的手术。但是，这种手术的推广常常受到旧习惯势力的阻挠。与旧习惯势力作斗争，实质上是两个阶级、两条道路和两种思想斗争的一部分。因此，必须批判对小手术掉以轻心的资产阶级医疗思想作风，认真细致地上好每一个环。这样就能起着宣传作用，也是对旧习惯势力有力的反击。

## 一、上环术

【上环时期】 (1) 最好在月经干净后一周内、尚未同房时；(2) 分娩3个月后(即子宫充分收缩后)，尚未受孕时。

【禁忌证】 (1) 早孕者；(2) 阴道有严重感染者；(3) 子宫颈或子宫体有明显病变者，如子宫肿瘤、子宫内膜炎、重度宫颈糜烂等。后两者经治疗痊愈或好转后，仍可上环。

### 【准备】

1. 自行排尿后，取会阴手术位，外阴消毒。

2. 器械准备 阴道窥器1个，宫颈钳或组织钳1把，大长镊1把，子宫探针1个，上环器(图14-94①)1个，各号避孕环(大号用于宫腔7.5厘米以上者，中号用于宫腔6.5~7.5厘米者，小号用于宫腔6.5厘米以下者)。

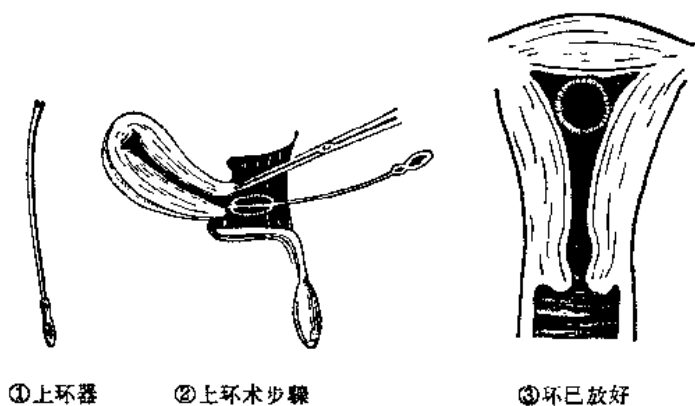


图14-94 上环术

### 【方法】

1. 再次内诊 了解子宫位置及大小。
2. 探测宫腔 放入阴道窥器。消毒阴道后、宫颈，以宫颈钳夹住子宫颈前唇，以子宫探针伸入宫腔，测其大小及倾斜度。动作必须轻柔，切勿使用暴力。
3. 放入避孕环 用上环器将适宜该子宫大小的避孕环从子宫口顶入子宫腔内(图14-94②)，其顶端必须达到宫底(图14-94③)。上环器和环进入宫腔后切勿转动，以免使环变成“8”字形。放环后，取出上环器，再次消毒子宫颈口及阴道后，取出所用器械。

### 【术后处理】

1. 按规定卧床休息一日，以防环脱出。
2. 上环后一周内不应性交，以免发生感染，且便于观察反应。
3. 带环后的最初几次月经量可能较多，多可自然恢复。在术前应向上环者交待清楚，解除顾虑。
4. 对带环者要关心，定期复查。如有X线设备，可透视查看金属环的位置。

## 二、取环术

【适应证】 (1) 凡带环已至3年，本人自愿取环者；(2) 带环后阴道流血过多，经药物治疗未见显效者；(3) 本人拟生育要求取环者。

【准备】 同上避孕环术，并需准备取环器(图14-95①)。

### 【方法】

1. 再次内诊 了解子宫位置及大小。
2. 探测宫腔及避孕环 放入阴道窥器消毒阴道后，以宫颈

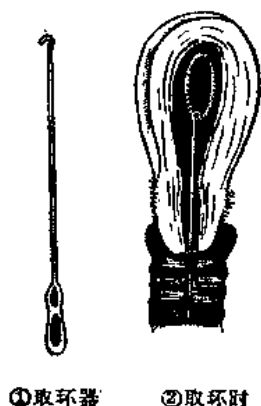


图14-95 取环术

钳夹住子宫颈前唇，以子宫探针伸入宫腔，测定其大小及方向，同时探测避孕环的部位。

3. 取出避孕环 用取环器伸入宫腔，可感觉到环在的部位，钩住而将环取出。取环时可能有阻力，可稍用力即可将环钩出（图14-95②）。但不可用力过大，过猛。如探针和取环器都不能触到环，可X线透视，观察金属环的部位，然后取环。切不可急于用暴力探取，以免损伤子宫。

## 人工流产术

人工流产术可作为避孕失败的一种补救措施。作了人工流产术，仍应避孕，否则会很快受孕。单纯依靠人工流产术解决节育问题是错误的。目前多采用负压瓶或负压吸引器吸宫的人工流产法，效果好、痛苦少。

【适应证】 妊娠10周以下。有急性病或重度宫颈糜烂者，应先治疗后再行本手术。

### 【准备】

1. 自行排尿，精神紧张者可适当给予镇静药。取会阴手术位，外阴部消毒。

2. 器械准备 负压装置（负压瓶或负压电吸引器），吸引管（6号、7号）各1，阴道窥器，宫颈钳或组织钳，宫颈扩张器，子宫探针长镊，小头环状钳各1。

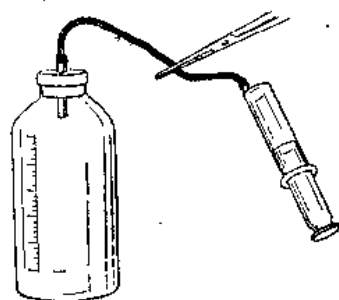


图14-96 自制负压装置

【附】负压瓶的制作及使用方法（图14-96） 用容量500毫升的输液空瓶，去掉铝制瓶箍，将橡皮塞的中心处穿一孔，插入一段金属管与较硬的橡皮管相连。准备一止血钳备用。使用前先以100毫升注射器，接至橡皮管内，抽出瓶内空气，用止血钳夹住，将注射器取下排空空气后，再接至橡皮管抽气，如此反复抽吸数次，直至抽不动为止。

### 【方法】

1. 行阴道内诊 检查子宫大小、位置及活动度。

2. 暴露宫颈 放入阴道窥器，消毒阴道及子宫颈后，用宫颈钳或组织钳夹住子宫颈前唇，向阴道口方向牵拉。

3. 探测子宫腔及扩张子宫颈 将子宫探针放入子宫腔内，探查宫腔大小及方向后，用扩张器扩张子宫颈管，依妊娠月数多少可扩张至6~8号，以吸引管可进入为度。

4. 吸宫 用负压瓶时，可将吸管伸入子宫腔内开始吸引。如有负压电吸引器装置，调整到500毫米汞柱左右，吸头送入宫腔前应用手指试验确为负压（电吸引器切勿接错成正压，以免压入空气）。然后伸入子宫达宫底开始吸引。吸引管头在子宫腔内移动应按顺时针方向，以免遗漏部分胚胎组织。可重复2~3次。动作切忌粗暴。

流产完全的判定：感觉吸引管头不能触到柔软、光滑的组织，宫体收缩变硬，宫腔明显变窄，出血基本停止、有“咔吃”声时，就是胚胎组织已除尽的征象。为防止两侧子宫角有残留，可用小刮匙再刮两侧子宫角。

5. 取下宫颈钳，消毒宫颈及阴道。

### 【术中注意事项】

1. 人工流产术是与贯彻政策有关的手术，必须认真对待。要学习白求恩同志两个“极端”的精神进行手术。既要彻底清除胚胎组织，又须避免子宫穿孔。

2. 妊娠子宫过软者，术中易出血及穿孔，可在术中肌注垂体后叶素10单位，待出现宫缩时再继续进行手术。

3. 如不慎造成子宫穿孔，应将手术作完，用探针或小号宫颈扩张器造成的小孔可保守治疗（抗感染、促子宫收缩），穿孔较大时须立即行开腹手术修补穿孔。

4. 应检视吸出的胚胎组织。如发现水泡状组织，应送病理检查，以确定是否为葡萄胎。

#### 【术后处理】

1. 宫缩不好、出血多时，可肌注垂体后叶素10单位或麦角新碱0.2~0.4毫克。

2. 术后阴道可有少量流血，1~2日后即可停止。如持续有阴道流血，表示有胚胎组织残留，或有子宫损伤等。应重新探查。如阴道流血少量迁延数日不止，或分泌物较多，可服用生化汤（丸）或抗菌素及子宫收缩药，控制感染和出血。

3. 按规定休息7~15日。避免性交，不可坐浴，以免引起感染。

## 绝育术

绝育术是一种永久性的避孕方法。它既不影响劳动，又不妨碍性生活。性的要求主要是受大脑皮层和男性睾丸或女性卵巢分泌的激素所支配。认为绝育与家畜“去势”一样是无根据的，必须加强宣传教育，消除疑虑，并且大力破除封建迷信思想。

开展绝育术，要过细的做好对象的思想工作，并以“完全”、“彻底”负责的精神作好手术。否则，将会严重地影响计划生育工作的顺利开展。

绝育术，有输精管结扎术和输卵管结扎术，两者效果都安全可靠。目前农村中多愿接受输卵管结扎术。但输精管结扎术创伤小、方法简便、恢复快，更值得推广。

### 一、输精管结扎术

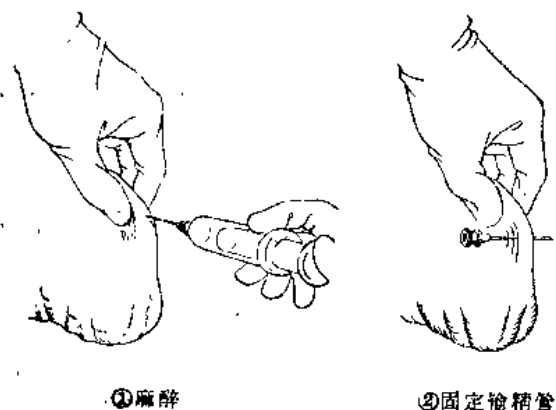
【适应证】（1）男性绝育。（2）一侧副睾或前列腺感染，或前列腺切除前，为了预防感染蔓延，可将输精管结扎。

【术前准备】（1）正确认识和理解绝育术的重大意义。（2）将阴毛剃去，以肥皂清水洗净阴囊、阴茎及会阴部皮肤。（3）手术野用酒精或2%新洁而灭液消毒5分钟，用消毒纱布擦干后，铺消毒巾。

#### 【方法】（图14-97）

1. 先从阴囊壁触到一侧输精管，用手法使之移到前壁皮下正中处，以左手固定，右手进行局麻，并以针头穿透阴囊皮肤，将输精管固定在皮肤与针之间。

2. 用尖刀片纵行切开皮肤、皮下组织0.3~0.5厘米，并直入将输精管壁切透。沿切口放置输精管钩针，转90度使针钩与切口垂直。提此针即可牵出输精管。用蚊式钳分离结扎输精管，切除0.5厘米，两断端以丝线结扎。（如无输精管钩针，可用小止血钳从切口分离出输精管，但不



①麻醉

②固定输精管

图14-97 输精管结扎术

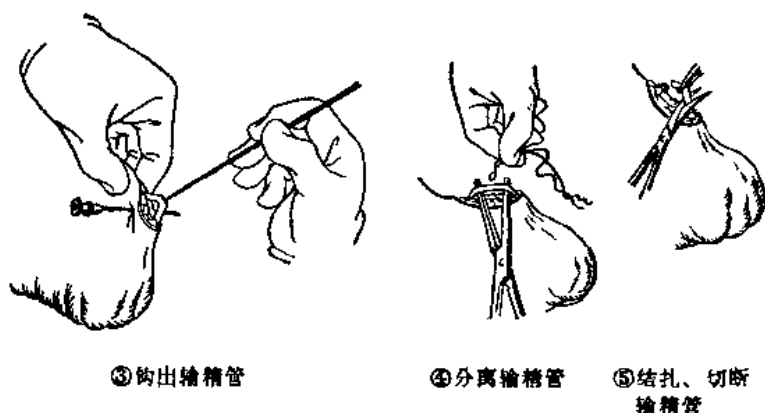


图 14-97 输精管结扎术

必切透输精管壁。)

3. 经原切口用同法处理另一侧输精管。然后使两侧精索复位。

4. 捏合皮肤切口或缝合一针，包扎，用提睾带托起阴囊。

#### 【注意事项】

1. 有下列情况时暂不宜作男性绝育术：(1) 有男性生殖器炎症者，如副睾

肿大、精索硬结、前列腺有触痛等，应检查尿或前列腺液，以便诊断。(2) 有阴囊皮肤病者，如湿疹、皮炎等。(3) 对绝育手术有思想顾虑者，应耐心宣传解释计划生育和绝育的重大意义，在解除顾虑之后进行手术。

2. 术中止血要彻底，以免术后形成血肿。重要的是分离输精管时不可损伤邻近的小血管，若小血管出血，应仔细结扎止血。(万一术后形成较大的血肿，在第3日后可用粗针头抽出血液，血肿太大则需切开清除、止血。)此外，分离输精管时要解剖清楚，只结扎输精管，不随便结扎其他组织；即使有出血，只结扎出血点，不宜结扎得过多，这样可以防止精索神经痛。

3. 术后3周内避免性交，否则原贮存在精囊内的精子仍可使女方受孕(个别的情况精子有效时间可延长到术后2~3月)。术中以万分之一的乙酸苯汞或5%维生素丙2~3毫升，注入远侧输精管内，可提高避孕效果。也可应用避孕套避孕3~4周。

#### 【术后处理】

1. 术后用丁字带提起阴囊，防止肿胀和感染。
2. 术后避免剧烈活动，勿骑车，注意休息，当日投止痛药。
3. 如有局部出血，应检查切口。

#### 二、经腹输卵管结扎术

对多子女的妇女或患病的妇女不宜再生育者，适用本手术。

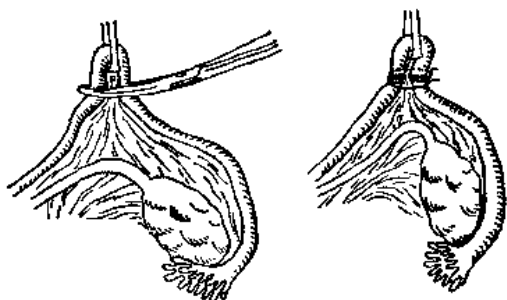
【时间的选择】(1) 非孕妇应在月经干净后，未行性生活时结扎输卵管；(2) 早孕时结扎输卵管可在人工流产后立即进行；(3) 分娩后结扎者最好在产后48小时以内。

【麻醉】以局麻最常用，当输卵管被提出后，应在输卵管系膜内再做浸润麻醉，可免牵拉时疼痛。体针和耳针麻醉效果均较好。

#### 【方法】

1. 切口 多取下腹正中切口，其高度以接近宫底为宜。大小约可通过二指。产后结扎多在脐下，人工流产后及非孕时在耻骨上(此时注意勿误切膀胱)。

2. 显露输卵管 因切口较小，打开腹腔后看不到输卵管，可以手指探查先触到宫底，然后向侧方移动，自子宫的后侧方向上，以手指勾起，可得卵巢及输卵管，用手指直接钩出或用海绵钳在手指的引导下牵出。产后子宫较大，以手指将宫体向一侧推移，易钩出或夹出相反侧的输卵管。如术中寻找和提出输卵管发生困难，可由手术台下另外一人伸



①夹住输卵管压挫 ②“8”字缝合

图 14-98 输卵管单纯结扎术

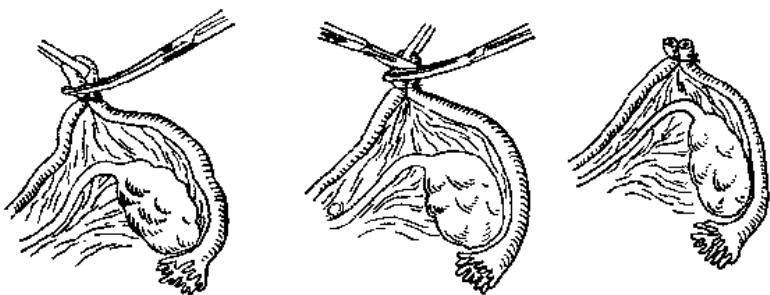
手指入阴道将子宫托起，多可使术者容易寻找并提出输卵管。输卵管提出后，必须看清伞端后，才能进行结扎操作。

3. 结扎输卵管 常用以下三种方法：

(1) 单纯结扎法：以组织钳将输卵管峡部提起，形成蹄铁状，用一止血钳同时夹住输卵管的二处，加以压挫后，用细丝线或肠线做8字缝合、结扎(图14-98①②)。

上放置一止血钳，将钳上的输卵管切除，断端分别涂碘酒、酒精及生理盐水(图14-99)。

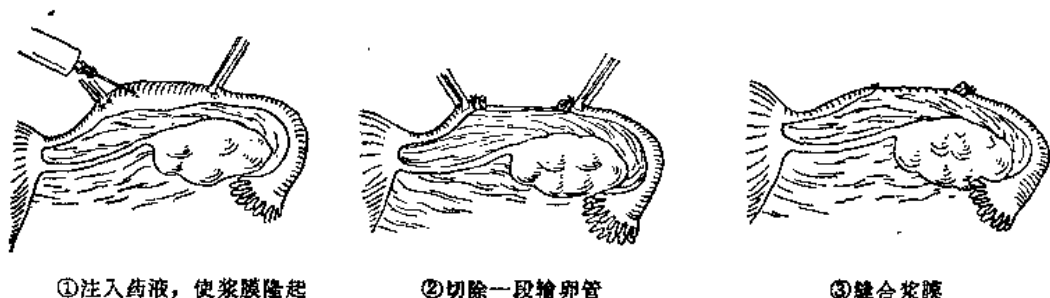
(3) 浆膜内输卵管切除法：将输卵管峡部提起，相距2厘米处各以一把组织钳固定，在输卵管游离缘的浆膜内，注入少量盐水或局麻药使浆膜隆起(图14-100①)。按输卵管的走行方向切开浆膜，用止血钳将输卵管分出，不可伤其下面的血管，两端进行结扎，中间一段输卵管切除(图14-100②)，以细丝线缝合浆膜，把近宫端的输卵管断端埋于浆膜内，将远宫端留于浆膜外(图14-100③)。



①结扎线上放一止血钳 ②用剪刀剪断一段输卵管 ③已切除一段输卵管

图 14-99 输卵管结扎切断法

(4) 将输卵管放回原位，缝合腹壁各层。



①注入药液，使浆膜隆起

②切除一段输卵管

③缝合浆膜

图 14-100 浆膜内输卵管切除法

## 〔附 1〕 X线检查基本知识

X线检查是一项临床常用的辅助诊断方法。X射线和普通光线、紫外线、无线电波等都属于电磁波，只是它们的波长不同，性质作用也就不同。X线由X线机器发射，肉眼看不见，对物体有一定的穿透作用，能使荧光屏发光亮，又能使X线照相底片感光。因此X线检查的基本方法是透视和照相。

人体各种组织结构的密度不同。从X线的穿透作用来区别，可概括地分为骨骼、软组织、脂肪组织和体内气体四类。骨骼含钙质最多，密度大，吸收X线量最多；软组织如皮

肤、肌肉、内脏以及体液等，密度和水大致相同，吸收X线量也和水大致相同，较骨骼少而较脂肪组织、气体多；脂肪组织也属于软组织，但因为比较疏松，比重较小，吸收X线量也较少；气体的密度最小，吸收X线量较前三类组织都少。这样，X线通过人体组织，照射到荧光屏和照相底片上，就会产生不同的影像。照射到荧光屏上的X线量越多，荧光就越强；照射到照相底片上越多，底片感光越多，冲洗后就发黑。如骨骼透视时在荧光屏上发暗，在X线照片上影像发白，与其他组织形成了明显的对比。气体则相反，透视时荧光屏上发亮，在照片上发黑。

内脏器官在组织密度上常常相近似，缺乏对比性，直接用X线透视和照相，得不到清楚的影像。这就要用人工造影的方法进行检查。常用的造影剂有硫酸钡和碘剂，它们对X线的吸收量大，可形成明显的X线影像，能使内脏的内腔显示出来。有时充注气体也可作为造影对比的方法。

### 胸部X线检查

胸部有良好的对比条件，最适于X线检查，多做透视，必要时结合照片。

(一) 正常X线解剖 在一张良好的胸片上可以看到胸壁的软组织阴影。在上部有胸锁乳突肌，中部有胸大肌阴影，女性乳房则见于下肺野（图 14-101）。肋骨及锁骨在片上

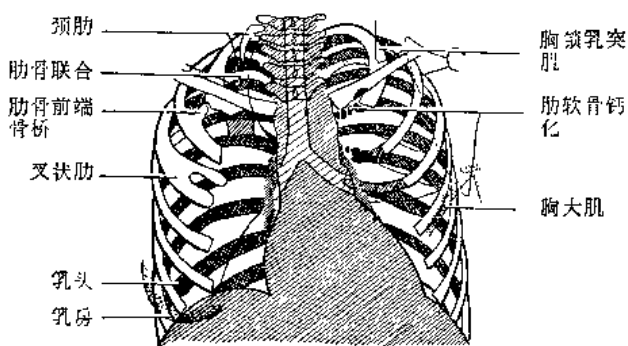


图 14-101 胸壁的软组织和骨骼阴影

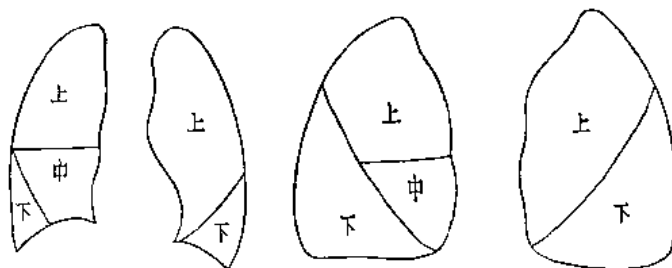
显示最清楚。肩胛骨位于上胸部之两旁。在片上也能看到上部胸椎，胸骨则仅能看到胸骨柄之两侧突出部分。

肋骨之变异很常见，不要把它当成病变。中间阴影称为纵隔，为心及大血管、食管、气管等所构成。在肺下部可见到圆顶状光滑的膈肌阴影，右略高于左，位于第六前肋和第十后肋水平。在膈肌之两外侧最低点与胸壁相接处为肋膈角，内侧与心缘相接处为心膈角。

深呼吸时膈肌之上、下运动范围能达3~6厘米。胸腹腔与膈接近部分之病变常能影响膈肌之形态、位置和运动的改变。如大量胸腔积液使膈肌下降；腹水或腹腔肿瘤可使膈肌上升；膈下脓肿可使膈肌运动减弱；肺气肿亦使膈肌下降和运动减弱。

两肺位于纵隔两旁，呈透明阴影。右肺三叶，左肺两叶（图 14-102）。在心影两旁可见到主要由肺动脉所构成之

“肺门”（其中亦有肺静脉、支气管和淋巴结之成分）。正常肺门边缘光滑，如有肿块则为病变，青少年多为结核性淋巴结肿大，老年则多为肺癌。由肺门伸向肺野呈放射状之条状阴影称为“肺纹”，由肺动脉、肺静脉、支气管和淋巴管



①正位所示之各叶位置 ②右侧位之右肺各叶位置 ③左侧位之左肺各叶位置  
图 14-102 肺野与肺叶

等构成。慢性支气管炎可见肺纹紊乱、粗细不均。与肺纹理交错在一起的透明阴影则称为“肺野”。通常为便于指明病变区域，将其划分为上、中、下三野和内、中、外三带。即自肺尖到第二前肋下缘为上肺野，第二前肋下缘到第四前肋下缘叫中肺野，以下为下肺野。将肺野自上而下的划为三等分，为内、中、外带（图 14-103）。

## （二）胸部的病理改变

1. 肺部改变 肺部疾患的X线表现是以它的病理改变为依据的，主要有以下几种：

（1）渗出：是急性炎症反应。渗出物内含有炎性细胞和渗出液。渗出物代替空气充满于肺泡内。常见于各种肺炎和结核病灶的周围。范围可大可小，可占一侧或一叶、一段或者是一个小叶。呈现密度增高边缘模糊不清的阴影（图 14-104）。

（2）增殖：是发展较慢的炎性反应。是在肺泡内形成肉芽组织，常呈腺状排列，呈梅花瓣状，叫腺泡结节型病灶（图 14-104）。这种病变边缘清楚，界限分明。粟粒性肺结核就可呈这种表现。

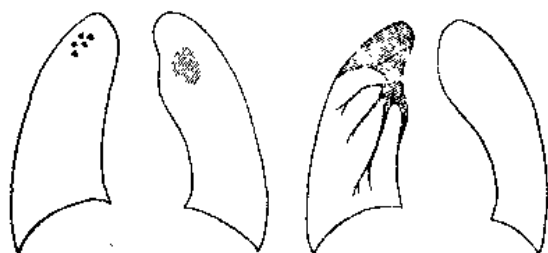


图 14-104 右侧为增殖性病变，左侧为渗出性病变

（3）纤维化：多为增殖型病灶愈合时所形成，使原来病灶变成瘢痕收缩。在X线上表现为密度增高的硬性阴影。如果肺的间质组织发生纤维化，则呈粗乱条状或网状阴影（图 14-105）。肺的纤维化常见于肺结核和尘肺等。

（4）钙化：为慢性炎症愈合的另一种表现，多见于结核病。呈斑点状或小块状密度甚高的致密阴影，边缘清楚。

（5）空洞与空腔：肺组织发生坏死或液化，经支气管排出后，在肺内即形成空洞。为圆形或近圆形的密度减低区，周围境界清楚。周围可有实变阴影或厚和薄的壁，有时空洞内尚可有液体形成液面（图 14-106）。空洞常见于肺结核或肺脓肿等疾病，有时亦可继发于癌瘤和包虫囊肿。局部的肺气肿、肺大疱可形成空腔；支气管扩张的囊腔亦是空腔。呈现比薄壁空洞壁还薄的壁包围着一个或多个透明区（图 14-107）。

（6）肿块：肺内有肿瘤组织时可形成肿块。为边缘清楚锐利、密度均匀一致的致密阴影。如呈分叶状则多为癌瘤的表现。肺肿瘤有良性、恶性原发的，还有多发的转移瘤。

2. 肺血管改变 心脏血管的病变可以在肺部反映出来。如心脏病的肺充血，表现为肺纹理的增粗和紊乱。先天性心脏病的肺郁血表现为肺纹由内向外增粗，血管边缘影像常较清楚。肺门亦有时见有搏动。心力衰



图 14-103 内、中、外带与上、中、下野

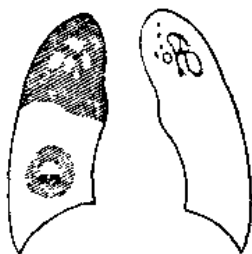


图 14-106 空洞的各种形态

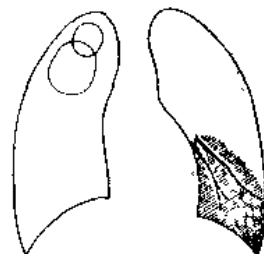


图 14-107 空洞的不同形态，右上为肺大疱，左下为支气管扩张

竭时的阻性充血则为肺静脉阴影扩大，边缘常较模糊。

### 3. 支气管阻塞 阻塞后可产生两种表现：

(1) 肺气肿：呈局限性或为一叶、一侧性、两侧性的。X线表现为肺透明度增强，肺膨胀合并有肋间隙变宽、肺纹疏散和膈下降等改变。

(2) 肺不张：和肺气肿呈相反的X线表现。

### 4. 胸膜病变

(1) 胸腔积液：少量时积于后肋膈角，正位上看不到。待外侧肋膈角填平时，则液体往往已达300~400毫升。X线表现为外侧高内侧低的致密阴影。中等量积液，阴影可占满肺下野，大量时整个肺野都呈密度增高影像，并有肋间隙增宽，纵隔向对侧移位和膈肌下降等表现（图14-108①②）。

(2) 胸腔积气：为外伤性和自发性。气体进入胸腔可使肺叶萎陷，因之形成对比，即气带呈现透明，多见于上及外侧，其内、下方则可见到萎陷的肺轮廓。如同时有积液，可见到液平面，叫做液气胸，胸部战伤多造成液气胸（图14-108③）。

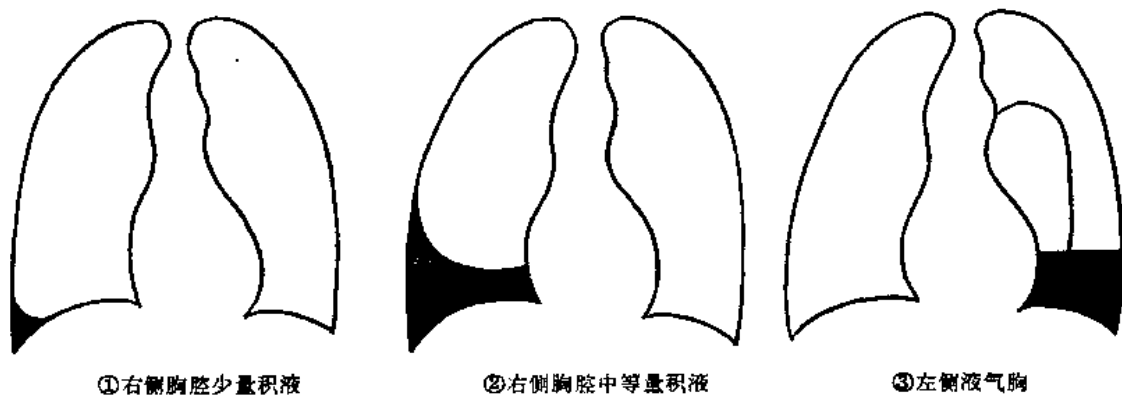


图14-108 胸腔积液

(3) 胸膜增厚粘连、钙化：壁层和脏层胸膜粘连在一起而增厚，轻度增厚时可见肋膈角变钝或消失，不随呼吸运动是和少量胸腔积液的鉴别点。尚可见到沿外侧胸壁有锐利的线条状阴影。如果增厚粘连广泛时，则可见该处肺野密度增高，有较宽的带状致密阴影，并有肋间隙变窄，膈肌上升和纵隔移向患侧等改变。胸膜钙化则呈密度更高的斑点状或格子状阴影。

肺部常见病变的X线图见图14-109, 110, 111, 112。

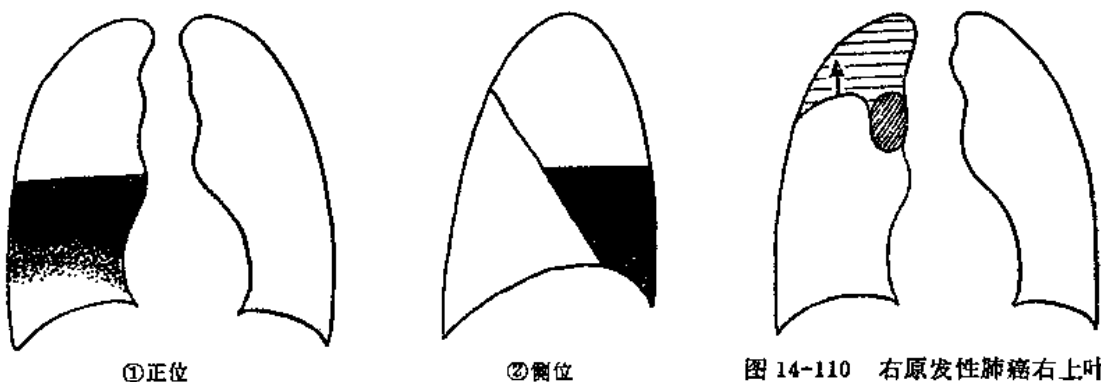


图14-109 右肺中叶大叶性肺炎

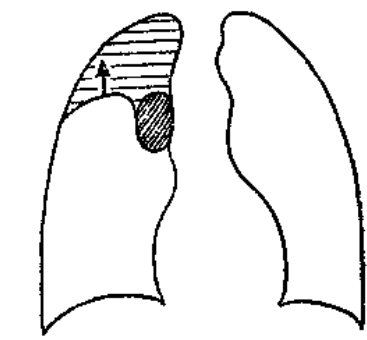


图14-110 右原发性肺癌右上叶不张和肺门部肿块

5. 心脏及大血管 检查心脏及大血管，通常照后前位、右前斜位（45°~60°）和左前斜位（60°~75°）三个位置，方能将各房室边缘显示清楚。以下仅介绍后前位的影像。心脏及大血管在后前位上的投影如图 14~113 所示，心脏阴影居中略偏左，心脏横径小于胸腔横径的二分之一。正常的左心缘不超过锁骨中线。

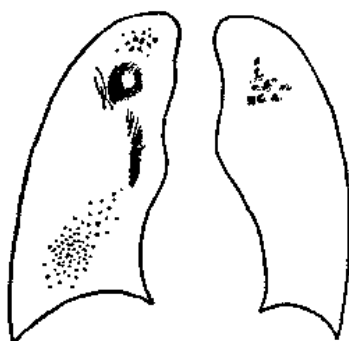


图 14-111 肺结核，右肺有空洞及播散

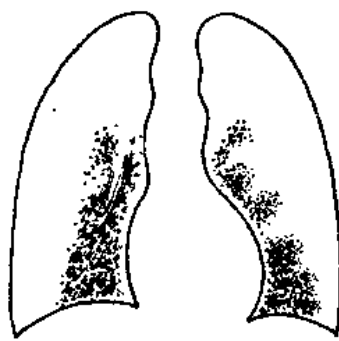


图 14-112 两肺支气管肺炎

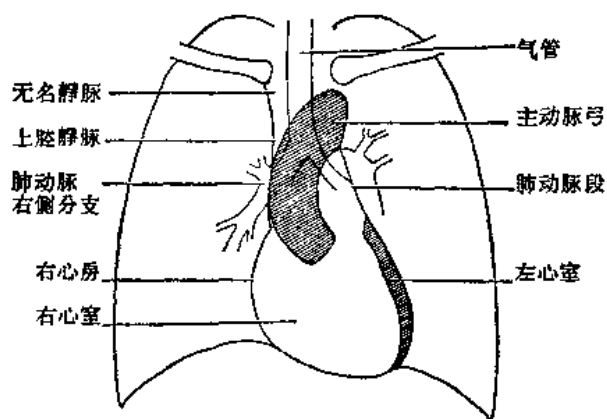


图 14-113 心脏后前位的X线表现

心右缘可以明显的分成两段，中间有一切迹。下段较圆，为右心房所构成；上缘为上腔静脉和主动脉升部的复合影，幼年时主要为上腔静脉，老年时则主要为升主动脉。左心房增大时可于此二段之间突出另一圆弧形密影。心脏左缘一般可分三段，最下段之显著凸出阴影为左心室。左心耳在正常情况下与左心室影相重，不能区别，左心房增大时耳部可突出，形成了第三弓。左心室之上方为肺动脉段，通常此区域称为心腰，肺动脉扩张时此段则明显凸出和延长。最上一段为主动脉球，在主动脉弓延长时可明显凸出。

### 胃肠道X线检查

胃肠道是软组织管道，多数病变必须借助硫酸钡造影检查才能诊断。胃肠道的疾病，除有形态上的改变外，尚有功能上的变化。整个胃肠道都有蠕动运动。通常在服钡后可立即观察到食管和胃、十二指肠的改变。如检查迴盲部或结肠，则需要在服钡四小时后分次观察。

食管为一纵行的肌肉管道，成人长约 23~25 厘米。通常采取右前斜位检查。食管的边缘轮廓光滑，有 2~5 条纵行皱襞，互相平行，有自上而下的蠕动。食管癌可使粘膜破坏，失掉其连续性，并可见到充盈缺损和管腔狭窄、僵硬，局部蠕动减弱或消失（图 14-114）。门脉高压症合并的食管静脉曲张多见于中、下段，X线表现是粘膜粗乱，有蛇行或串珠样的充盈缺损，管腔边缘不光滑（图 14-115），但管壁柔软、伸缩性和蠕动尚存在，是和食管癌的鉴别。

胃在X线表现上分底、体和窦三部分和大、小两个弯。和十二指肠相接处有幽门管，和食管相接处为贲门（图 14-

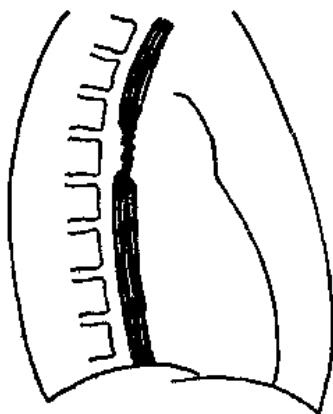


图 14-114 食道癌

116)。通常服钡后可先行立位检查，然后再行仰卧和俯卧位检查，以便仔细观察前、后壁和胃底。正常胃可见到沿长轴平行有4~5条纵行皱襞，小弯光滑，大弯呈锯齿状。全胃同时可见到有2~3个蠕动波。

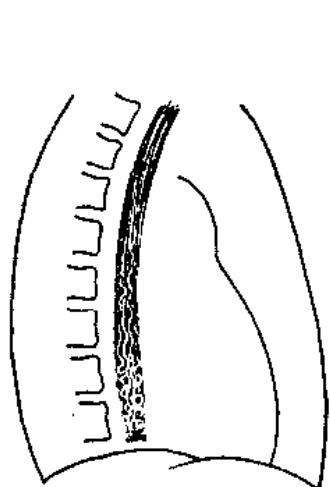


图 14-115 食管静脉曲张

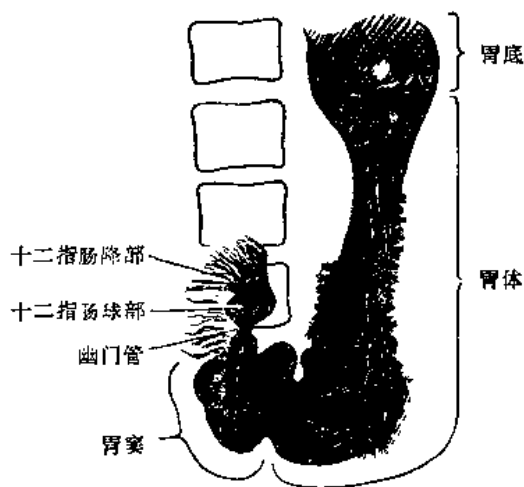
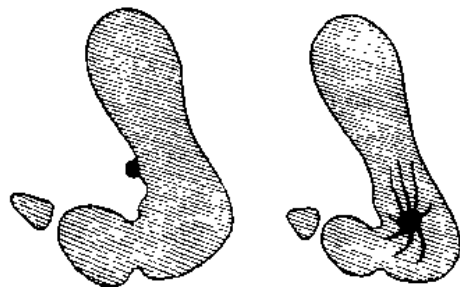


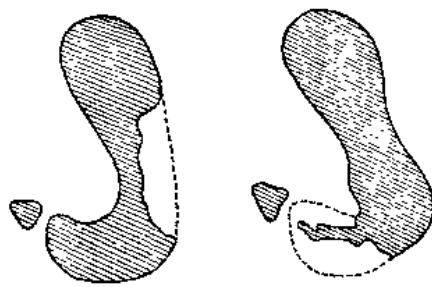
图 14-116 胃及十二指肠各部名称

溃疡病的X线表现是可以看到突出于胃轮廓之外的侧面龛影，绝大多数发生于胃小弯之角切迹附近（图 14-117①）。正面龛影则呈粘膜集中影像（图 14-117②）。胃癌的X线表现是局部粘膜破坏和充盈缺损，管腔狭窄和蠕动消失（图 14-118）。如无梗阻则见钡剂通过甚快，但如肿瘤甚大或在幽门附近则多形成梗阻，胃扩张，钡剂不能或很少通过。



①龛影侧面像 ②龛影正面像

图 14-117 胃溃疡龛影



①胃体部大弯癌 ②胃窦部癌

图 14-118 胃癌征像

十二指肠：分为球部、降部和升部，十二指肠的病变以球部溃疡为最多见。正常的十二指肠球部呈边缘整齐之三角形，有3~4条纵行皱襞，其余段粘膜则呈羽毛状。球部有溃疡除能见到有如胃溃疡之龛影外，尚有很明显的激惹现象。如球部变形、通过快和压痛等。

形成瘢痕收缩时则主要表现为球部变形，严重时可能造成幽门梗阻。

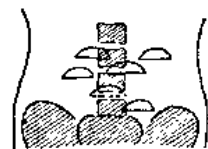


图 14-119 肠梗阻之液气面

小肠粘膜呈羽毛状或平行纹理。成人在正常情况下看不到气体阴影。结肠充满钡剂后可见到多数圆形膨胀的结肠袋，钡排出后可看到纵、横、斜相交错排列的粘膜纹。正常成人结肠内可以看到气体阴影。常见的肠梗阻是肠管内容物通过受阻，在单纯的立位腹部透视时可以看到肠管内大量积气和积液，形成阶梯状的气液面（图 14-119）。

胃肠道有穿孔时则形成气腹，在两膈下可以看见透明的气带。

## 骨关节 X 线检查

1. 长骨 在生长发育期的长骨，以胫骨为例，主要包括有一段长形管状部分，叫做骨干。骨干的中段较窄，两端稍向外扩展而较宽，是为干骺端。在每个干骺端附着一个骨骺（图 14-120）。骨干的周围是骨皮质，系由致密的硬骨质所组成，显示为密度最高、均匀密实的浓白阴影。骨皮质以骨干中部为最厚，在其两端逐渐变薄。骨膜在正常情况下，X 线上不显影。干骺端充满着松骨质，形如海绵。在干骺端的末端有先期钙化带，显示为密度较高的横带。骨干的中心为骨髓腔，为模糊、无结构的透明区域。在骨髓中存在不同比例的软骨和软骨内松骨质。软骨位于骨骺周围，中间的松骨质表现为继发骨化中心，随年龄的增长而逐渐扩大。待至发育完成，全部骨骺才为松质骨所组成。骨骺和干骺端之间有一个由软骨所构成的骨骺盘，为一透明带。待干骺端与骨骺结合后而消失，但可留下一致密白线，叫骨骺线。

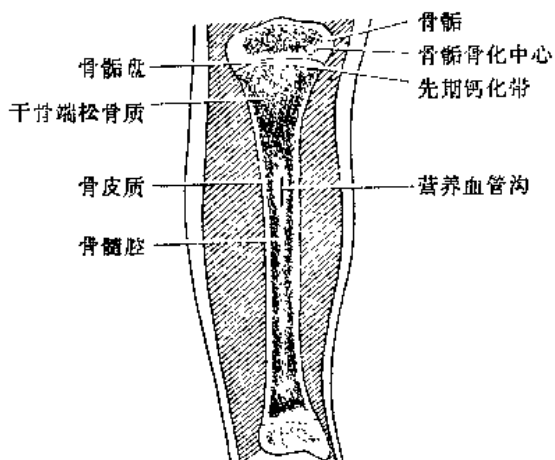


图 14-120 胫骨解剖图解

2. 脊柱 通常由七个颈椎、十二个胸椎、五个腰椎、五个骶椎和四个尾椎所组成。从正面观察，由颈椎到尾椎呈一直线。由侧面观察，成人则有四个弯曲，即颈椎向前凸弯，胸椎向后、腰椎又向前和骶尾椎则向后凸弯。婴儿的脊柱只有一个向后凸出的弯度。除第一、二颈椎外，每个成人的脊椎是由椎体和椎弓所组成。椎体为很厚的松骨质所组成，周围有一层致密的皮质。椎弓系由两个椎弓根和两个椎板所构成，椎板在后方联合成为棘突。在椎弓的两侧各附一个横突和上下两个关节突。椎体和椎弓围成椎管，脊髓由此通过（图 14-121）。两个椎体之间有椎间盘，是一个透

亮区，很像一个关节间隙。在脊柱上有许多的韧带附于椎体、椎弓和各个突出的上面，将脊椎连接在一起。

3. 四肢关节 每一个关节都显示有一个较为透明的关节间隙。这个间隙代表覆盖在关节上下两个骨端上面的覆盖软骨，以及介于其间的微小的真正关节空隙的总合。在骨端的关节面上，可见到一条细薄的密影与干骺端的皮质相连，是为关节板。关节周围软组织和软骨一样，在 X 线上不显影。

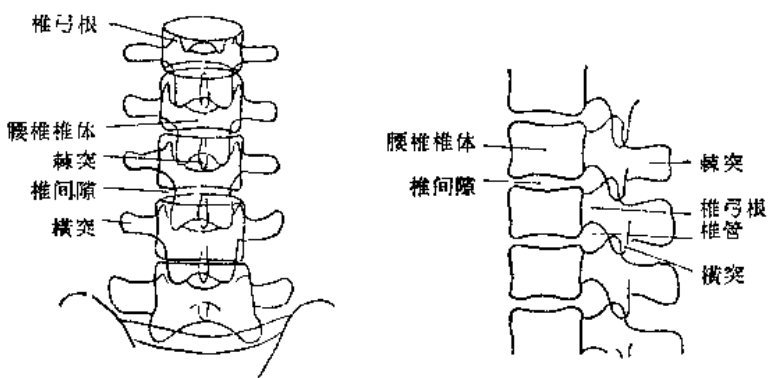


图 14-121 正常腰椎

## 〔附 2〕 化验检查基本知识

化验检查是利用物理、化学的方法和显微镜等对病人的血、尿、粪、痰、脑脊液等进行科学的检查，以便与临床的各种检查资料结合起来综合分析，而达到帮助诊断和治疗的目的。本节仅介绍某些常用化验的正常值及其异常的意义。

### 血液检查

(一) 血红蛋白 (Hb) 测定及红细胞 (R.B.C.) 计数 血红蛋白正常值：男 12.5~16.0 克%，女 11.5~15.0 克%。红细胞正常值：男 400~600 万/立方毫米，女 350~550 万/立方毫米。

临床意义：红细胞数生理性增高见于新生儿及高原居民；生理性减少见于妊娠期。病理性增多见于大量失水引起的血液浓缩，长期缺氧（如肺心症）引起的代偿性红细胞增多；病理性减少见于各种贫血。

影响红细胞数的因素大多也影响血红蛋白量，但二者增减比例不一定相称。

(二) 白细胞 (W.B.C.) 计数及分类计数 正常白细胞有多种，其抗病功能各异。不同疾病白细胞数及分类计数的变化也不同。正常值：总数 5,000~10,000/立方毫米。分类计数：

| 白细胞种类   | 中性粒细胞       |             | 嗜酸粒细胞<br>(E) | 嗜硷粒细胞<br>(B) | 淋巴细胞<br>(Ly) | 单核细胞<br>(Mon) |
|---------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|         | 杆状核<br>(St) | 分叶核<br>(Sg) |              |              |              |               |
| 正常范围(%) | 1~5         | 50~65       | 0~6          | 0~1          | 25~40        | 2~8           |

临床意义：白细胞数生理性增多见于初生儿，妊娠期，分娩时。

1. 白细胞增多 一般表示白细胞生成功能加强。最常见的是由于中性粒细胞增多所致，但也可能由于其他各类白细胞增多，如嗜酸粒细胞增多、淋巴细胞增多、单核细胞增多所致。

(1) 中性粒细胞增多：见于 ①急性全身性感染（如肺炎等）或局部炎症（如阑尾炎等）。②急性出血或溶血。③组织坏死（如心肌梗死等）。④粒细胞性白血病。(2) 嗜酸粒细胞增多，见于：过敏性疾病，寄生虫病（如钩虫、蛔虫病等），某些皮肤病（如湿疹）。(3) 淋巴细胞增多，见于：某些病毒或杆菌感染（如麻疹、传染性肝炎、百日咳、结核病等），以及淋巴细胞性白血病。

2. 白细胞减少 一般表示白细胞生成功能减退，多由于中性粒细胞的减少，因此常伴有淋巴细胞相对增多。白细胞减少见于：(1) 某些传染病，如伤寒、流感、麻疹、疟疾等。(2) 极严重感染，如重症败血症、粟粒结核等。(3) 脾功能亢进。(4) 粒细胞缺乏症：可能由于化学因素（如磺胺类药物、氯霉素等）或物理因素（如放射线等）引起。(5) 再生障碍性贫血。

(三) 血小板计数 正常值为 10~30 万/立方毫米。血小板有参与血液凝固的功能。减少见于血小板减少性紫癜、脾功能亢进、再生障碍性贫血、白血病、某些化学中毒（如苯、砷）或放射线损害等。

17

(四) 出血时间 出血时间是指针刺耳垂或指端出血开始到出血停止所需的时间。正常值为1~5分钟出血时间主要反映血小板的功能和毛细血管的收缩力,延长见于血小板减少的疾病、严重肝病及阻塞性黄疸(因维生素K吸收减少)、坏血病等。

(五) 凝血时间 凝血时间是指血液从血管流出(或取出)至发生凝固所需的时间。正常值:玻片法1~5分钟,试管法4~12分钟。延长见于血友病、严重肝病等。

(六) 红细胞沉降率(血沉) 正常值为第一小时男0~15毫米,女0~20毫米,儿童多在10毫米以下。血沉加速表示体内有组织坏死或有异性蛋白进入血液,如全身感染、局部炎症、结核病、风湿病、心肌梗死、癌等。但在生理情况下,如月经期、妊娠等血沉亦可加速。定期作血沉测定常能帮助推测疾病进展情况。

## 尿液检查

### (一) 一般检查

1. 色 正常尿为黄色。尿红色:见于血尿(呈洗肉水色),若尿为酸性时,则呈暗褐色。黄褐色:见于胆红素尿(似豆油色,泡沫呈黄色)或大量尿胆元、尿胆素尿。某些药物也可影响尿色如服用核黄素后尿色很黄。

2. 透明度 正常新鲜尿液多为透明的,放置后可出现混浊。刚排出的尿就混浊,多表示不正常,主要由于含有脓、血、细菌、上皮细胞等,但含有大量盐类时,亦可出现混浊。

3. 比重 正常尿比重一般在1.010~1.025之间。多数情况下尿多时,比重低;尿少时,比重高。尿比重增高,见于急性肾炎,糖尿病(尿量多),心力衰竭,脱水等;尿比重低时,见于慢性肾炎,尿崩症等。

4. 酸碱反应 新鲜尿多为弱酸性,放置稍久,因细菌分解尿素而呈硷性。

(二) 蛋白定性试验 蛋白尿见于各种泌尿系统疾病如肾炎、肾结核等,高热、心力衰竭、于痼先兆时也可阳性。

(三) 糖定性试验 正常时尿糖为阴性;糖尿病时呈阳性。

### (四) 尿沉渣显微镜检查

1. 红细胞 正常尿中无红细胞或偶见。尿中出现多量红细胞,表示泌尿系统有出血,如肾炎、急性膀胱炎、泌尿系结核、肿瘤、结石、外伤等。

2. 白细胞 正常尿中一个高倍镜视野内仅有1~3个白细胞,女性尿中不超过10个。尿中如出现大量白细胞,表示泌尿系统有化脓感染或结核。

3. 上皮细胞 正常尿中可有少量扁平上皮细胞。有大量上皮细胞表示泌尿系统炎症。

4. 管型 管型是在肾小管内形成。正常尿中仅偶见透明管型,出现其他管型(颗粒管型、细胞管型等)表示肾实质有病变。

5. 结晶 盐类结晶诊断意义不大。服磺胺药物应定时检查尿中是否有磺胺结晶,如有应立即停药,以免造成肾脏的损害。

## 粪便检查

### (一) 一般检查

1. 色 正常粪便黄褐色。如上消化道出血时，呈柏油样黑便；下消化道出血时，呈红色；总胆管完全阻塞时，粪便呈灰白色。某些药物或食物可影响粪便颜色，如服铁剂后粪便呈黑色。

2. 性状 正常为成形软便。腹泻时可呈粥样或水样便。痢疾时，则为粘液脓血便。

#### (二) 镜检

1. 白细胞：一般镜检时不易发现。当肠道下段有炎症或溃疡时，可见多量白细胞。大量白细胞出现时，见于细菌性痢疾，同时出现巨噬细胞。

2. 红细胞 通常粪便中无红细胞。多量出现时，表示肠道下段有出血。

3. 虫卵及原虫 常见有蛔虫卵、绦虫卵、蛲虫卵、鞭虫卵、钩虫卵等以及阿米巴原虫。

(三) 潜血试验 上消化道少量出血不致改变粪的颜色，镜检时又查不到红细胞，这种微量血液称“潜血”，只有用化学方法（检验有无血红蛋白内含的铁）才能证明。胃癌多为持续性少量出血，故潜血试验持续阳性；溃疡病则常为间断出血，经治疗后潜血试验可由阳性转变为阴性。为了避免出现假阳性，在取便做潜血试验前三天禁食动物血、肉类、青菜及含铁的药物。

### 痰 的 检 查

显微镜检查可查抗酸杆菌（大多是结核杆菌）、肺炎双球菌、寄生虫卵等。

### 脑脊液检查

脑脊髓的实质或被膜发生病变时，脑脊液成份可以发生改变。

(一) 一般检查 正常脑脊液无色水样透明。脑脊液混浊多表示其中白细胞明显增多。血性脑脊液，一为穿刺时伤及血管（开始滴出的脑脊液带血，继而转为清淅），一为蛛网膜下腔出血。脑脊液黄色，多为陈旧性蛛网膜下腔出血或脑脊液蛋白含量显著增多（常见于某些椎管内肿瘤压迫堵塞）。结核性脑膜炎的脑脊液，经放置12~24小时后，常有蛛网样纤维蛋白丝形成，其上常附有结核菌。

(二) 蛋白定量或定性试验 正常脑脊液的蛋白含量为20~40毫克%，定性试验为阴性或弱阳性。中枢神经系统炎症、脑脊液循环障碍时蛋白可增多。

(三) 糖定量 正常值为40~80毫克%。化脓性或结核性脑膜炎时，因病菌分解葡萄糖，使脑脊液中含糖量减少。近期大量注射葡萄糖时，糖可进入脑脊液中影响检查结果。

(四) 氯化物定量 正常值为700~760毫克%（氯化钠）。脑膜炎尤其是结核性者，其含量减少。

(五) 显微镜检查 正常脑脊液白细胞数0~8个/立方毫米，均为单核细胞。病毒感染及结核性脑膜炎时，主要为淋巴细胞（单核）增多；化脓性脑膜炎时，主要为中性粒细胞（多核）增多。正常脑脊液中无红细胞，若有大量红细胞可能是蛛网膜下腔出血或穿刺伤及血管，前者多混有萎缩红细胞。

### 肝功能检查

(一) 血清黄疸指数 正常值为4~6单位。黄疸指数在7~15单位之间，临床上尚无明确黄疸可见，称隐性黄疸。各类型黄疸均使黄疸指数升高。黄疸指数只表示血清的黄色

程度，可受血清中脂肪、胡萝卜素等影响。

(二) 血清胆红素定性试验及定量 正常时，直接胆红素(直接反应)阴性，定量为0.1~0.2毫克%。间接胆红素(间接反应)弱阳性；总胆红素定量为0.1~1.0毫克%，总胆红素量减去直接胆红素量即为间接胆红素量。各种黄疸，总胆红素量均增高，超过2.0毫克%，临床上出现黄疸。间接胆红素量增加为主，间接反应阳性见于溶血性黄疸；直接胆红素量增加为主，直接反应阳性见于阻塞性黄疸；直接、间接胆红素量均增加，呈双阳性反应，见于肝细胞性黄疸。原理参看250页。

(三) 尿液胆红素试验及尿胆元试验

|                | 胆 红 素 | 尿 胆 元 |
|----------------|-------|-------|
| 正 常            | —     | 极少量   |
| 阻 塞 性 黄 疸 (完全) | +     | —     |
| 肝 细 胞 性 黄 疸    | +     | +     |
| 溶 血 性 黄 疸      | —     | +     |

(四) 血清总蛋白、白蛋白与球蛋白测定 正常值：总蛋白6~8克%，白蛋白4~6克%，球蛋白2~3克%，白蛋白与球蛋白之比为1.5~2.5:1。白蛋白主要在肝内合成，球蛋白特别是丙种球蛋白主要是由网状内皮细胞合成。肝脏病变主要是肝细胞受损时，血清白蛋白减少，球蛋白增加并有质的改变，使二者比例改变甚至比例倒置。

(五) 血清麝香草酚浊度试验(T.T.T.)及硫酸锌浊度试验(Zn.T.T.) 正常值：T.T.T. 1~6单位，Zn.T.T. 2~12单位。数值增高见于血清丙种球蛋白增加，如急或慢性肝脏病变。

(六) 血清转氨酶测定 转氨酶广泛地分布于肝、心、肾等组织中。当这些器官发生病变时，转氨酶就从病变细胞释放到血液中，使血清转氨酶升高。临床测定的有谷、草转氨酶(G.O.T.)和谷、丙转氨酶(G.P.T.)两种。转氨酶测定的正常值，各地标准不一样，应参照各地的正常值确定之。

### 肾功能检查

(一) 血中非蛋白氮(N.P.N.)测定 正常值：20~40毫克%。非蛋白氮是体内蛋白质代谢的产物，主要经肾脏排出。血中非蛋白氮增加见于(1)肾功能明显障碍时，如慢性肾炎或肾盂肾炎、肾结核等；(2)体内蛋白质分解过多，如消化道大出血等；(3)引起尿少或无尿的因素，如脱水、心力衰竭、尿路阻塞等。

(二) 血浆二氧化碳结合力测定(CO<sub>2</sub>CP) 正常值为50~75容%。二氧化碳结合力值降低表示代谢性酸中毒，30容%以下为重度酸中毒。

### [附3] 超声波检查基本知识

超声波检查对于肝脏、脾脏、肾脏、胆囊、盆腔及颅脑等疾病的诊断有一定帮助，但不能单纯根据超声波检查结果来作诊断，必须结合临床作全面分析。现将超声波的临床应

用，扼要地介绍如下。

### 超声波的临床应用

| 脏 器 | 正 常 情 况                | 异 常 波 形                                                          | 临 床 意 义               | 注 意 事 项                               |
|-----|------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 肝 脏 | 稀疏微波<br>或较密微波          | 较密微波<br>或密集微波                                                    | 提示肝炎可能<br>或非特异性肝肿大    | 必须结合临床判定                              |
|     |                        | 分隔波，密集微波<br>中、小波，肝出波左移                                           | 提示肝硬化                 | 必须结合临床判定                              |
|     |                        | 肝区出现液平反射                                                         | 肝脓肿，肝囊肿，肝<br>包虫病，肝癌液化 | 结合病史及<br>体征进行鉴别                       |
|     |                        | 束状波，波形迟缓<br>呆小波，肝出波右移，<br>衰减                                     | 提示肝癌                  | 早期有时不易发现应<br>多次复查                     |
| 脾 脏 | 左肋下不能测出<br>脾厚 2.5 公分以下 | 脾厚>3.0 公分或<br>左肋下可测出                                             | 脾肿大                   |                                       |
| 肾 脏 | 肾盂反射波厚度<br>3~4公分       | 肾出现液平反射                                                          | 肾盂积水，肾脓<br>肿，肾周围脓肿    | 结合临床判定                                |
|     | 立、卧位肾脏移动<br>不超过一个椎体    | 立卧位肾脏移动超过<br>一个椎体以上(>3.0<br>公分)                                  | 肾下垂                   |                                       |
| 胆 囊 | 二个肋间可探到，<br>宽度不大于 3 公分 | 二个肋间以上可探到<br>大于 3.0 公分宽之液<br>平反射，能随呼吸移<br>动；或胆囊底在肋缘<br>下 2 公分以上。 | 胆囊增大                  | 比较空腹及脂肪餐后<br>胆囊大小尚可看出胆<br>囊的收缩程度      |
| 胸 腔 | 为气体反射                  | 出现液平反射                                                           | 胸腔积液                  | 可测出积液范围，指<br>示穿刺部位                    |
| 腹 腔 | 为肠腔反射                  | 侧卧或平卧可探出液<br>平反射                                                 | 腹水                    |                                       |
| 腹 块 | 无                      | 出现液平反射                                                           | 囊性肿块                  | 需结合临床<br>在体检时摸不出之包<br>块，超声波往往也测<br>不出 |
|     |                        | 出现实质波型                                                           | 实质性肿块                 |                                       |
| 颅 脑 | 中线波无移位                 | 中线波移位                                                            | 提示占位病变                | 必须结合临床判定                              |
| 子 宫 | 为宫腔反射                  | 子宫增大，出现M型波                                                       | 葡萄胎                   | 参考妊娠试验                                |

[General Information]

书名=赤脚医生复训教材

作者=

页数=560

SS号=0

出版日期=

Vss号=56804105