“赤脚医生”手册

天津市《“赤脚医生”手冊》編写組 編

（内部发行）

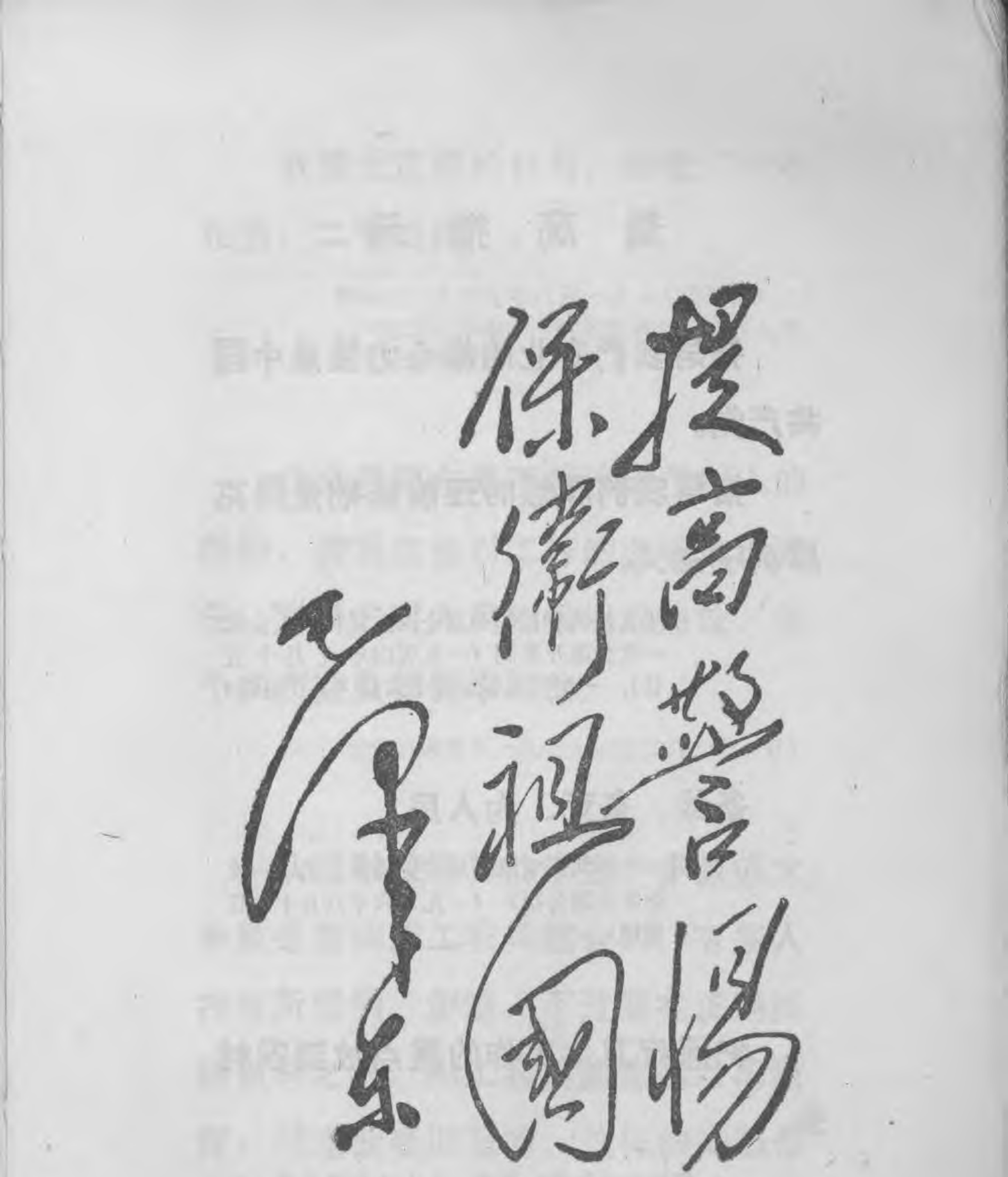
天津人民出版社

（内部发行）

“赤脚医生”手册

天津市《“赤脚医生”手册》編写組編
天津人民出版社出版
天津市新华书店发行
天津市第一印刷厂印刷

1970年4月第1版
1970年4月第1次印刷
书号：14072·33　（精）每册 1.90 元



最 高 指 示

領导我們事业的核心力量是中国共产党。

指导我們思想的理論基础是馬克思列宁主义。

中华人民共和国第一届全国人民代表大会第一次会議开幕詞（一九五四年九月十五日），一九五四年九月十六日《人民日报》

备战、备荒、为人民。

見《中国共产党第八届中央委員会第十一次全体会議公报》（一九六六年八月十二日通过）

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

轉引自《紅旗》杂志一九六八年第三期《从“赤脚医生”的成长看医学教育革命的方向》

我贊成这样的口号，叫做“一不怕苦，二不怕死”。

轉引自一九六九年八月一日《人民日报》、《紅旗》杂志、《解放軍报》社論《人民軍队所向无敌》

白求恩同志毫不利己专門利人的精神，表現在他对工作的极端的負責任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党員都要学习他。

《紀念白求恩》(一九三九年十二月二十一日)

从旧学校培养的学生，多数或大多数是能夠同工农兵結合的，有些人并有所发明、創造，不过要在正确路綫領导之下，由工农兵給他們以再教育，彻底改变旧思想。这样的知識分子，工农兵是欢迎的。

轉引自《紅旗》杂志一九六八年第三期，一九六八年九月十二日《人民日报》

救死扶伤，实行革命的人道主义。

追悼白求恩同志的題詞（一九三九年十二月），轉引自一九六七年十二月二十七日《人民日报》

应当积极地預防和医治人民的疾病，推广人民的医葯卫生事业。

《論联合政府》（一九四五年四月二十四日）

所謂扫除文盲，所謂普及教育，所謂大众文艺，所謂国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了空話？

《論联合政府》（一九四五年四月二十四日）

毛主席詩詞

七律二首

送瘟神

一九五八年七月一日

讀六月三十日人民日报，余江县消灭了血吸虫。浮想联翩，夜不能寐。微风拂煦，旭日临窗。遙望南天，欣然命笔。

線水青山枉自多，　华佗无奈小虫何！
千村薜荔人遺矢，　万戶蕭疏鬼唱歌。
坐地日行八万里，　巡天遙看一千河。
牛郎欲問瘟神事，　一样悲欢逐逝波。

其　二

春风楊柳万千条，　六亿神州尽舜尧。
紅雨随心翻作浪，　青山着意化为桥。
天連五岭銀鋤落，　地动三河鉄臂搖。
借問瘟君欲何往，　紙船明烛照天燒。

編 者 的 話

遵照偉大領袖毛主席“**提高警惕，保卫祖国**”，“**备战、备荒、为人民**”和“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的教导，我們怀着无限忠于偉大领袖毛主席的一顆紅心，在天津市革命委員会的领导和有关部門的支持下，集体編写了这本《“赤脚医生”手冊》，供“赤脚医生”和下乡医务人員参考使用。以农村常見病、多发病为重点，并編入了有关卫生防护、急救和新医疗法等內容。

毛主席教导我們：“**为什么人的問題，是一个根本的問題，原則的問題。**”在編写过程中，我們本着医疗卫生工作为工农兵服务这一根本方向，貫彻执行了毛主席的无产阶級卫生路綫和“**預防为主**”的方針。在診断和防治疾病中，采用中西医結合的方法，本着因陋就簡，土洋結合，就地取材的原則，充分发揮人的因素，以适应为农村广大貧下中农服务的需要。

我們在編写过程中，曾深入农村，向“赤脚医生”学习，听取了他們的意見，做了补充和修改。但是，由于我們活学活用毛澤东思想还很不够，阶級斗爭和两条路綫斗爭覚悟不高，对农村实际了解也很不足，因此，內容会有不少缺点錯誤，我們热誠地希望广大工农兵提出宝貴意見，給予批評指正。

天津市《“赤脚医生”手册》编写组

一九七〇年三月

目　录

一

提高警惕，保卫祖国

——防护与急救

卫生防护 …… 1
原子武器及其防护…… 1
化学武器及其防护…… 5
細菌武器及其防护…… 7
战救、急救 ……10
战地救护四項基本技术……10
止血……10
包扎……14
临时固定……21
寻找、隐蔽、
搬运伤員……24
水上救护……28
急救……29
人工呼吸……30
心脏按摩……32
心內注射法……32
气管切开术……32
顱脑損伤……34
胸部創伤……38
肋骨骨折……38
气胸……39
血胸……41
創伤性窒息……41
腹部創伤……42
腹部开放性損伤……42
腹部閉合性損伤……42
骨折……44
鎖骨骨折……49
肱骨上端骨折……50
肱骨干骨折……53
肱骨髁上骨折……55
尺、橈骨骨折……58
橈骨下端骨折……60
手部骨折……62
股骨頸和粗隆間骨折……63
股骨干骨折……63
髌骨骨折……64
胫、腓骨骨折……65
踝部骨折……67
足部骨折……68
脊柱骨折……69
脫臼……70
肩关节脫臼……70
肘关节脫臼……71
橈骨小头半脫臼……72
髖关节脫臼……72
电击伤……73
溺水……74
烧伤……75
冻伤、冻疮、冻僵……79
休克……81

二

动員起来，讲究卫生，減少疾病，提高健康水平

——农村卫生

飲水卫生 ……85
水源的卫生防护……85
飲水消毒……88

食品卫生和食物中毒 ……90
食品卫生……90
食物中毒……94
粪便管理 ……97
除害 ……100
灭蚊 ……100
灭蝇 ……101
灭臭虫 ……101
灭鼠 ……102
灭蚤 ……102
灭虱 ……103
灭蟑螂 ……103
农业劳动卫生 ……106
常見农药中毒的
预防原則 ……107
农药急性中毒的
急救原則 ……108
常見农药中毒 ……109
有机磷中毒 ……109
有机氮中毒 ……110
有机汞中毒 ……111
砷中毒 ……112
鉛中毒 ……112
苯中毒 ……113
硫化氢中毒 ……114
窖內缺氧窒息 ……115
中暑 ……115
矽肺 ……116
煤气中毒 ……117
毒蛇咬伤 ……118
昆虫螫伤 ……119
蜈蚣螫伤 ……119
蜂螫伤 ……119
蝎子螫伤 ……120

三

春风杨柳万千条，
六亿神州尽舜尧

——新医疗法

新針疗法 ……121
耳針疗法 ……152
梅花針疗法 ……157
电針疗法 ……160
电兴奋疗法 ……161
割治疗法 ……163
埋綫疗法 ……165
水針疗法 ……166
小剂量葯物穴位注射……167
按摩疗法 ……168
捏脊疗法 ……170
灸法 ……171
拔罐疗法 ……171
挑痔疗法 ……172
卤干疗法 ……172
穴位刺激結扎疗法……174
經絡綜合疗法 ……179

四

我們作計划、办事、想問題，都要从我国有六亿人口这一点出发

——計划生育

口服避孕葯 ……185
阴茎套……186

阴道隔膜 ……186
节育环……187
人工流产 ……190
絕育术……192
輸精管結扎术 ……192
輸卵管結扎术 ……192

五

理論的基础是实践，又轉过来为实践服务

——基本診断知識

詢問病史 ……195
体格检查 ……197
常用的几种辨証方法 ……205

六

讀书是学习，使用也是学习，而且是更重要的学习

——常用治疗技术

注射技术 ……214
輸血技术 ……216
青霉素过敏試驗 ……223
抗毒素血清过敏試驗 ……224
結核菌素試驗 ……225
吸痰法……226
氧气吸入法 ……226
鼻飼法……227
洗胃法……227
灌腸法……228
导尿法……228
封閉疗法 ……229
局部封閉(病灶周围封閉) …229
套式封閉(骨膜周围封閉) …229
腰封(腎周围脂肪囊封閉) …230
骶前封閉 ……231
神經周围封閉 ……231
靜脉封閉 ……231
胸腔穿刺术 ……232
腹腔穿刺术 ……233
腰椎穿刺术 ……234
灭菌术 ……235
伤口換葯 ……236
常用麻醉方法 ……238
局部麻醉 ……238
蛛网膜下腔麻醉(腰麻) ……240
乙醚吸入麻醉 ……241
扩創縫合术 ……243
拔甲术……244
脓肿切开引流术 ……244

七

离开具体的分析，就不能认識任何矛盾的特性

——症状鉴别診断

发烧……245
头痛……247
头暈……249
昏迷……250
小儿抽风 ……252
皮疹……254
貧血……256

水肿 ……257
黄疸 ……259
嗓子痛 ……260
胸痛 ……261
呼吸困难 ……262
心慌 ……264
吞噬困难 ……265
呕吐 ……266
腹痛 ……267
腹泻 ……269
呕血 ……271
便血 ……272
血尿 ……274
排尿困难 ……275
腹部肿块 ……276
白带增多 ……277
阴道流血 ……278

八

把医疗卫生工作的重点放到农村去

——疾病防治

传染病 ……281
疫情报告 ……281
预防接种 ……283
防疫措施 ……291
呼吸道传染病 ……297
上呼吸道感染 ……297
流行性感冒 ……299
麻疹 ……300
水痘 ……302
天花　附：痘苗接种 ……302
流行性腮腺炎 ……304
白喉 ……305
猩红热 ……306
流行性脑膜炎 ……307
百日咳 ……310
消化道传染病 ……311
脊髓灰质炎 ……311
传染性肝炎 ……313
伤寒及副伤寒 ……315
霍乱及副霍乱 ……316
細菌性痢疾 ……318
阿米巴痢疾 ……320
蛔虫病 ……322
蛲虫病 ……323
絛虫病 ……324
包虫病 ……325
姜片虫病 ……325
肺吸虫病 ……326
肝吸虫病（支睾吸虫病） ……326
虫媒传染病 ……327
流行性乙型脑炎 ……327
森林脑炎 ……330
流行性出血热 ……331
斑疹伤寒 ……332
恙虫病 ……332
鼠疫 ……333
回归热 ……334
疟疾 ……335
黑热病 ……337
絲虫病 ……338
經皮传染病 ……339
狂犬病 ……339
炭疽 ……339
波状热 ……340
鈎端螺旋体病 ……341
鈎虫病 ……342

血吸虫病 ……343
結核病……346
結核病的防疫措施 ……346
肺結核 ……346
結核性脑膜炎 ……348
結核性胸膜炎　附：脓胸……349
腸結核 ……350
結核性腹膜炎 ……351
結核性淋巴結炎 ……352
頸淋巴結結核 ……352
泌尿生殖系統結核 ……353
泌尿系結核 ……354
附睾結核 ……354
盆腔結核 ……355
骨关节結核 ……355
呼吸系統疾病 ……356
支气管炎　附：支气管扩张…356
支气管哮喘　附：肺气肿、
肺原性心脏病 ……358
大叶性肺炎 ……360
肺脓肿 ……361
消化系統疾病 ……362
急性胃腸炎 ……362
慢性胃炎 ……364
胃及十二指腸潰瘍 ……364
細菌性肝脓肿 ……367
肝硬化 ……367
痔 ……370
肛瘻 ……372
肛裂 ……373
直腸息肉 ……374
急腹症……374
急性闌尾炎　附：闌尾切除术
……375
潰瘍病穿孔 ……379
腸梗阻 ……380
胆道蛔虫症 ……383
急性胆囊炎、胆石症……384
急性胰腺炎 ……385
子宫外孕破裂　附：后穹窿穿
刺法 ……386
卵巢囊肿扭轉 ……387
循环系統疾病 ……387
高血压病　附：高血压性脑病
……388
动脉硬化性心脏病(心絞痛、
心肌梗塞)……390
风湿病 ……391
风湿性心脏病 ……393
克山病 ……393
心力衰竭 ……395
心律失常 ……398
周圍血管疾病 ……399
下肢靜脉曲张 ……399
血栓閉塞性脉管炎 ……400
神經系統疾病 ……401
面神經麻痺 ……401
多发性神經炎 ……402
三叉神經痛 ……403
脑出血 ……404
癲痫 ……405
神經衰弱 ……406
癔病 ……407
精神分裂症 ……408
血液系統疾病 ……409
白血病 ……409
血小板減少性紫癜 ……410
过敏性紫癜 ……410
脾机能亢进 ……411
內分泌疾病 ……412
单純性甲状腺肿　附：克汀病
……412

甲状腺机能亢进 ……413
糖尿病 ……414
泌尿生殖系統疾病 ……415
急性腎炎 ……415
慢性腎炎　附：腎病綜合征 ……417
腎功能衰竭（尿毒症）……419
泌尿系感染 ……421
慢性前列腺炎　附：前列腺按摩方法 ……422
精索靜脉曲张 ……423
包茎和嵌頓包茎　附：包皮环切术 ……423
外阴炎 ……425
阴道炎 ……425
滴虫性阴道炎 ……425
霉菌性阴道炎 ……426
老年性阴道炎 ……426
慢性子宮頸炎 ……426
盆腔炎 ……427
急性盆腔炎 ……428
慢性盆腔炎 ……428
月經失調 ……429
功能性子宮出血 ……429
閉經 ……430
痛經 ……431
子宮脫垂 ……432
不孕症 ……433
正常分娩与产科疾病……434
妊娠生理和診断 ……435
产前检查 ……437
正常分娩 ……440
新生儿窒息 ……443
产褥期处理 ……444
晚期妊娠中毒症 ……445
妊娠合併心脏病 ……446
流产 ……447
葡萄胎 ……448
良性葡萄胎 ……449
恶性葡萄胎 ……449
产前出血 ……450
前置胎盘 ……450
胎盘早期剝离 ……450
双胎 ……452
难产 ……452
宮縮无力 ……452
产道异常 ……453
胎位异常 ……454
臀位 ……454
横位 ……455
头位异常 ……456
早破水和臍带脫垂 ……456
胎盘滞留 ……457
子宮破裂 ……458
产后出血 ……459
产褥感染 ……459
产科常用的几种手术 ……460
会阴縫合术 ……460
胎头吸引术 ……461
产鉗术 ……462
倒轉术 ……462
外倒轉术 ……462
內倒轉术 ……463
內外倒轉术（两极倒轉术）……463
臀位牵引术　附：臀位助娩术 ……465
手取胎盘术 ……467
穿顱术 ……467
断头术 ……469
引产术 ……470
嬰幼儿疾病 ……471
新生儿保健 ……472

新生儿颧内出血 ……473
新生儿硬皮症 ……473
新生儿败血症 ……474
新生儿破伤风 ……474
佝偻病 ……475
婴儿手足搐搦症 ……476
婴幼儿支气管肺炎 ……477
婴幼儿消化不良症　附：小儿消化不良液体疗法 ……478
皮肤病 ……482
稻田皮炎 ……482
湿疹 ……483
接触性皮炎 ……484
癣 ……485
蕁麻疹 ……486
脓皮病 ……487
瘙痒症 ……488
神經性皮炎 ……489
药物性皮炎 ……490
疥疮 ……491
手足皲裂 ……491
寻常疣 ……492
鸡眼与胼胝 ……492
銀屑病(牛皮癣) ……492
麻风与梅毒 ……494
麻风 ……494
梅毒 ……494
常見外科感染 ……496
疖与疖病 ……496
痈 ……497
丹毒与蜂窝組织炎 ……498
急性淋巴管炎 ……498
急性淋巴結炎 ……499
急性乳腺炎 ……499
手部急性化脓性感染 ……501
全身性化脓性感染 ……502
破伤风 ……503
气性坏疽 ……505
骨关节疾病 ……505
腰背痛 ……505
急性腰扭伤 ……506
慢性腰背痛 ……507
腰椎間盘突出症 ……507
四肢关节扭伤 ……509
肩关节周围炎 ……510
腱鞘炎 ……511
落枕 ……512
关节炎 ……512
大骨节病 ……514
化脓性骨髓炎 ……514
五官科疾病 ……515
眼科疾病 ……515
睑边疖 ……517
睑板腺囊肿 ……517
睑緣炎 ……518
泪囊炎 ……518
急性結膜炎 ……519
慢性結膜炎 ……520
泡疹性結膜炎 ……520
沙眼 ……521
角膜、結膜干燥 ……524
翼状胬肉 ……524
角膜潰瘍 ……525
虹膜睫状体炎 ……526
白内障 ……527
青光眼 ……530
眼外伤 ……531
眼球鈍挫伤 ……531
結膜及角膜异物 ……532
眼球穿通伤 ……532
燙伤和化学腐蝕伤 ……533
眼底病 ……533

耳鼻喉科疾病 ……535
耵聍栓塞 ……535
外耳道疖 ……535
化脓性中耳炎 ……536
内耳性眩暈 （美尼尔氏綜合征） ……537
聋哑病 ……537
慢性鼻炎 ……540
慢性鼻竇炎 ……540
鼻息肉 ……542
鼻出血 ……542
扁桃体炎 ……543
喉阻塞 ……543
耳鼻喉异物 ……544
口腔科疾病 ……545
齲齿 ……545
急性牙髓炎 ……545
急性牙槽脓肿 ……546
牙周病 ……546
鵝口疮 ……547
疱疹性口炎 ……547
复发性口疮 ……548
溃瘍性龈炎 ……548
口腔頜面部炎症 ……549
冠周炎 ……549
口腔頜面部間隙感染 …549
頜面部損伤 ……551
牙外伤 ……551
下頜骨骨折 ……551
顳下頜关节脫臼 ……552
簡易拔牙 附：口腔科常用麻醉方法 ……553
肿瘤 ……557
肿瘤的預防 ……558
肿瘤的早期診断 ……558
肿瘤的性质 ……559
肿瘤的治疗 ……559
常見的良性肿瘤 ……562
皮脂腺囊肿 （粉瘤） ……562
乳头状瘤 （寻常疣） ……562
血管瘤 ……562
纖維瘤 ……563
脂肪瘤 ……563
腱鞘囊肿 ……563
腮腺混合瘤 ……564
甲状腺腺瘤 ……564
乳腺纖維腺瘤 ……565
卵巢肿瘤 ……565
子宫肌瘤 ……565
常見的恶性肿瘤 ……566
鼻咽癌 ……566
食管癌 ……567
胃癌 ……568
結腸癌和直腸癌 ……568
肝癌 ……569
肺癌 ……570
膀胱癌 ……570
阴茎癌 ……571
子宫頸癌 ……572
乳腺癌 ……573
淋巴肉瘤 ……574
其它 ……575
坏血病 ……575
高原病 （高山适应不全症） ……576
高山反应 ……576
高血压型、昏迷型、肺水肿型、心脏病型（包括单純之心脏扩大及併发心力衰竭者） ……576
暈車和暈船 ……577
腹股沟斜疝 ……578

九

武器是战爭的重要的因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物

——常用葯物知識

中葯的基本用法 ……579
常用葯物 ……582
中葯 ……583
理气药 ……584
理血药 ……584
补养药 ……586
安神鎮惊药 ……588
芳香开窍药 ……589
固涩药 ……589
解表药 ……590
祛风湿药 ……591
祛寒药 ……592
祛暑药 ……593
清热药 ……593
止咳化痰药 ……595
利尿逐水药 ……596
止吐药 ……598
泻下药 ……598
消导药 ……599
驅虫药 ……599
外科药 ……600
中成药 ……600
伤风感冒类 ……601
清热解毒类 ……601
祛风湿类 ……603
祛暑类 ……603
痰喘咳嗽类 ……604
胃腸疾病类 ……606
补益气血类 ……607
妇儿科成药 ……608
外科及五官科类 ……611
西药 ……613
作用于中枢神經系統药物 ……614
催眠药、抗惊厥药 ……614
鎮靜安定药 ……616
解热鎮痛药 ……619
鎮痛药 ……622
抗癲癇药 ……623
中枢兴奋药 ……624
作用于平滑肌、横紋肌兴奋药物 ……626
作用于呼吸系統药物 ……627
鎮咳祛痰药 ……627
止喘药 ……628
作用于消化系統药物 ……630
助消化药 ……630
制酸解痙药 ……631
导泻药 ……634
止泻药 ……635
保肝药 ……636
作用于心血管系統药物 …638
治疗心力衰竭及心律失常药 ……638
抗高血压药 ……641
血管扩张药 （治心絞痛药）……643
抗休克药 （升压药）…644
作用于血液及造血系統药物 ……646
抗凝血药 ……646
凝血药、止血药 ……648
治貧血药 ……650
血容量扩张和蛋白质补

充药 ……651
纠正水、电解质和酸碱平衡药物 ……652
作用于泌尿系统药物 ……655
利尿药 （包括脱水剂）……655
尿路感染用药 ……657
抗过敏药物 （抗組织胺药物）……658
抗菌药物 （磺胺类、呋喃类、抗菌素）……660
抗寄生虫药物 ……666
驅腸道寄生虫药 ……666
抗血吸虫病、黑热病及絲虫病药 ……668
抗疟药 ……669
抗阿米巴病药 ……672
抗結核病药物 ……673
生物制品 ……675
維生素类药物 ……676
激素类制剂 ……681
促皮质激素及腎上腺皮质激素制剂 ……681
甲状腺制剂及抗甲状腺药 ……683
降血糖药 ……684
抗肿瘤药物 ……686
解毒药物 ……689
外科用药 ……691
創面用药 ……691
局部涂擦用药 ……693
表皮消毒药 ……693
消毒药 ……694
麻醉用药 ……695
妇产科用药 ……697
子宫收縮药 ……697
性激素 ……699
五官科用药 ……701
眼科用药 ……701
耳鼻喉科用药 ……703
皮肤科外用药 ……704
附录一
临床检驗正常值 ……706
附录二
常用靜脉滴注药物配伍禁忌表 ……709

一

提高警惕，保卫祖国

——防护与急救

当前，走投无路的美帝国主义、社会帝国主义，为了摆脱国内外的困境，正在加紧互相勾結，妄图策划对我国发动侵略战爭，公然对我国进行核訛詐。我們要坚决响应毛主席**“提高警惕，保卫祖国”**的伟大号召，准备他們大打，准备他們早打，准备他們打常規战爭，也准备他們打核大战。革命医务人員要掌握原子武器、化学武器、細菌武器的防护技术，掌握战救、急救等技术，准备随时响应祖国的号召，奔赴战場，搶救負伤的阶級兄弟，狠狠地打击侵略者！

用毛泽东思想武装起来的，經过无产阶級文化大革命鍛炼的七亿中国人民，是不可战胜的。如果任何帝国主义、社会帝国主义硬要把战爭强加在中国人民头上，我們一定奉陪到底，把一切来犯的侵略者，**“坚决彻底干淨全部消灭之”**！

卫生防护

美帝国主义、社会帝国主义时刻准备使用原子、化学和細菌武器，对我国发动侵略战爭。毛主席教导我們：**“武器是战爭的重要的因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物。”**原子、化学、細菌武器的出現，并沒有改变战爭的根本規律，美帝国主义、社会帝国主义絕对逃脫不了**“搗乱，失敗，再搗乱，再失敗，直至灭亡”**的命运。

毛主席还教导我們：**“防御，是直接为了保存自己的，但同时也是辅助进攻或准备转入进攻的一种手段。”**毛主席最近指出：**“全世界人民团结起来，反对任何帝国主义，社会帝国主义发动的侵略战爭，特别要反对以原子弹为武器的侵略战爭！如果这种战爭发生，全世界人民就应以革命战爭消灭侵略战爭，从现在起就要有所准备！”**

原子武器及其防护

原子武器又称核武器，是利用原子能进行杀伤和破坏的武器。

伟大領袖毛主席教导說：**“原子弹是美国反动派用来吓人的一只纸老虎，看样子可怕，实际上并不可怕。当然，原子弹是一种大规模屠杀的武器，但是决定战爭胜败的是人民，而不是一两件新式武器。”**只要我們了解原子武器的特点，掌握其規律性，就可以減少或避免它所造成的伤害。

原子弹的种类

一、爆炸性原子武器，如原子弹、原子火箭、原子炮弹、原子导弹、原子魚雷、氢弹等。

二、放射性战剂，是利用能放出射綫的放射性物质，装在炸弹、炮弹、发烟罐、火箭和导弹中使用，也可以用飞机撒布，还可以和毒剂混合使用。

原子弹的爆炸　原子弹的爆炸可分为空中、地面、水面、地下或水下等方式。

一、空中爆炸：爆发于距地面几百米以上。先出現耀眼的閃光后，立卽出現一个火球。接着可听到雷鳴般的巨响，同时爆炸气浪象一股巨大的暴风，向四周扩散。火球迅速扩大、上升，变成一团放射性烟云。同时，由于高溫的空气上升，形成强大气流，卷起大量尘土，形成尘柱与烟团相接，成为蘑菇状烟云（图1—1），高达几千米，以后尘柱回降，烟云逐漸被风吹散消失。

二、地面或水面爆炸：火球是半球形，其他景象与空中爆炸相似。

三、地下或水下爆炸：在地下或水下几十米爆炸。地下爆炸时，有时能看到閃光，地面剧烈震动，有巨大的响声和尘柱。水下爆炸时，可能看到明亮的发光点，舰艇、船只震动很大，有低沉的轰隆声和巨大的水柱。

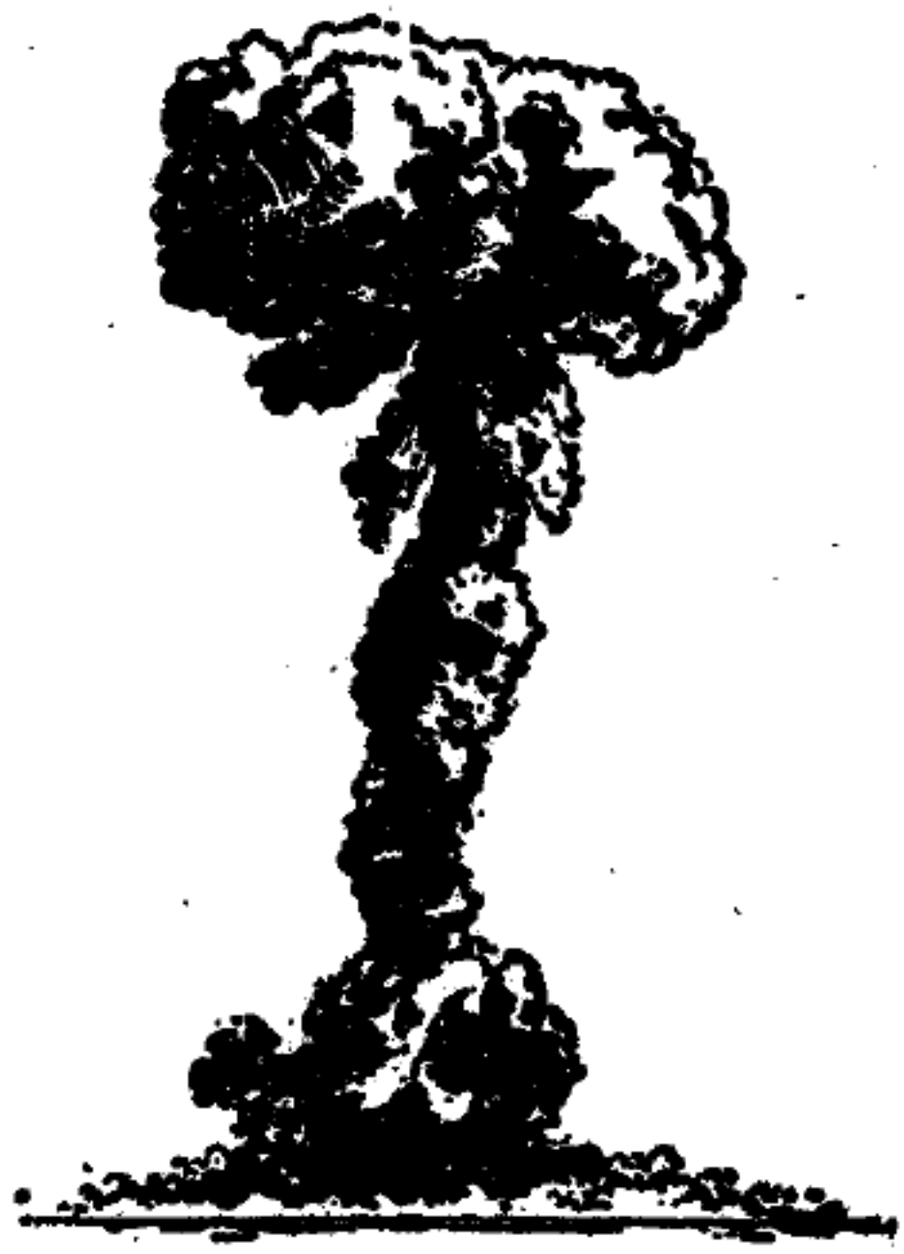


图1—1　原子弹爆炸时的蘑菇状烟云

原子弹的损伤和防护　原子武器的杀伤因素，一是在爆炸瞬时发生作用的冲击波、光輻射和貫穿輻射；二是瞬时作用后，放射性沾染的延續作用。

一、冲击波：冲击波是原子弹爆炸时形成的时間短暫的巨大气浪。这是主要杀伤因素之一。它可以使沒有防备的人体发生創伤、骨折或出血，并能破坏房屋、桥梁等建筑物。由于建筑物的倒塌，間接伤害人体。这种伤害，有时甚至比直接对人体的伤害还严重。冲击波的杀

伤、破坏作用距爆炸中心越远作用越小。

防护：迅速进入防空洞、防空壕，或利用弹坑、土坎、田埂、树桩进行隐蔽。沒有适当的掩蔽物时，則应立即背向爆炸方向臥倒。因为冲击波常在見到閃光后一秒钟到数秒钟才到达，所以臥倒和利用各种掩蔽物是来得及的。

二、光輻射：是原子弹爆炸时形成的高溫火球，发射强烈的光和热（包括爆炸时的閃光），作用时間很短，是原子武器的另一种主要杀伤因素。能烧伤眼睛等人体暴露部分；能使房屋及木质物品着火。

防护：光輻射是直接传播的，因此凡能遮光而又不易燃烧的物体都能防护。例如防空洞、坑道等。坚固的墙、弹坑及堤埧等的阴影部分亦可减少其伤害。如无掩蔽物，可迅速背向爆炸方向臥倒，紧閉眼睛，严禁抬头观望；北方冬季身穿冬装臥倒也可减少或避免伤害。为防止着火，可在建筑物的木质部分和玻璃涂上石灰泥浆。

三、貫穿輻射：原子武器爆炸时，发出肉眼看不見的丙种射綫和中子流。具有很大的速度和很强的穿透力。照射人体能破坏組织，引起放射病。貫穿輻射是从閃光开始，但持續时間只有十几秒钟。

防护：由于貫穿輻射穿透能力很强，故要有一定厚度的土层或較深的防空洞，才能很好地防护它。

由于原子武器爆炸时，冲击波、光輻射和貫穿輻射三种作用同时发生，而且迅速、强烈，因此我們必須认眞对待。但这几种作用时間短、有方向性，故及时采取防护措施，就能避免伤害。

四、放射性沾染：原子弹爆炸后，形成的蘑菇状烟云，內含大量的放射性灰尘，可随风飘落。在爆炸中心及其下风向的地面上、水及空气都可造成放射性沾染，从而伤害人体。此种作用虽比貫穿輻射弱，但作用时間很长，沾在身上或进入体內，能伤害皮肤和粘膜，严重者可引起放射病。

防护：为了避免放射性灰尘进入体內，可带防毒面具、口罩，或用多层紗布、毛巾、衣服等浸湿后掩住口鼻。在沾染区內应避免尘土飞揚，不得飲食和吸烟。为防止放射性灰尘沾染身上，可穿雨衣，或披雨布、油布、塑料布、包袱皮等。若需在沾染区內作搶救工作时，也要限制停留时間。

已經沾染放射性灰尘的衣服、物品，可用拍打、抖拂、擦拭法除去，但应注意风向，以免放射性灰尘落在别人身上。如有条件可用清水洗滌。人的臉、頸、手等先用干棉花、碎布等擦拭，然后用清水、肥皂洗滌；口、鼻、眼、耳亦应用清水冲洗干淨。用过的棉花、碎布等物，要集中掩埋。

对于伤員，除按一般止血、包扎、固定等搶救外，特别要注意对其局部皮肤进行消除沾染，防止放射性灰尘由伤口进入体內。同时要給伤員穿戴就便的防护器材，迅速撤出沾染区。

五、放射病：貫穿輻射和放射性沾染，均可造成放射病。在强烈的一次照射后，发生急性放射病；而在經常的照射后可发生慢性放射病。急性和慢性的主要症状和治疗方法是相同的。急性放射病发展过程可以分为四个阶段，即初期反应期、潜伏期、症状发作期和恢复期（附表1）。

附表1　急性放射病的主要症状

分期 / 分度	初期反应期	潜伏期	症状发作期	恢复期
輕微	疲乏、头暈、失眠、恶心、食慾减退等	1.分期不明显 2.症状不多 3.白細胞降低，但不低于3,000～4,000/立方毫米		不經治疗，二个月內可自行恢复
中等	几小时后即出現疲乏、头暈、失眠、恶心、食慾减退和呕吐，持續1～3天	症状消失，造血机能障碍繼續发展，此期20～30天	1.严重感染 2.严重造血功能障碍，白細胞降至1,000～3,000/立方毫米 3.出血明显，粘膜、皮肤出血，齦血、咯血、尿血、便血等 4.中枢神經系統和胃腸功能紊乱，代謝紊乱	5～8周后进入恢复期，此期2～4个月
严重	同中等，但症状出現早，呕吐次数多，还可有腹泻	同上，但造血机能障碍发展的更严重，此期15～25天，潜伏期末开始脱发	同上，但更严重。白細胞降至500～1,000/立方毫米	經积极有效治疗后可进入恢复期
极严重	一小时內反复呕吐、腹泻、衰竭等，持續1～2天	短暫或无明显潜伏期	一周之內白細胞即降至1,000以下/立方毫米。高烧、反复呕吐、腹泻、便血或柏油样便，全身衰竭	同上，但恢复期較长

放射病的治疗：

1.防治出血和造血障碍：在初期反应期，即应使用抗出血药——維生素C、路丁等。症状发作期应加維生素K。当造血功能开始恢复时，应用促进造血的药物，如叶酸、維生素B_{12}等，必要时輸給新鮮全血，严重者在潜伏期末即可采用。白細胞、血小板显著减少或严重出血时，可少量反复輸血，每次100～150毫升，3～5天一次，有条件时考虑輸注白細胞、血小板混悬液。

2.防治感染：注意病室的消毒、隔离，保持病人皮肤、口腔清洁。严重和极严重的病人，应早期使用抗菌素，根据病情可采用肌肉注射、口服、

嘖雾吸入及靜脉滴入等多种途径給药。为防止由胃腸道来的感染，可早期服用息拉米、琥珀酰磺胺噻唑。

3.改善全身营养状况：給予高蛋白、高維生素軟食，少量多餐，禁用刺激性調料。胃腸机能紊乱及便血时要給流质飲食。不能进食者，可用鼻飼或靜脉輸入葡萄糖液等。

4.对症治疗：为減輕初期症状，可給苯海拉明，必要时还可給鎮靜剂。在症状发作期，一般不給中枢神經系統抑制剂。有胃腸道症状及心血管功能障碍时，可按一般治疗原則处理。对高烧或严重腹泻者，应注意补充水份、电解质和維持酸碱平衡。

5.注意事項：

（1）謹愼使用解热鎮痛药。

（2）在症状发作期，謹愼使用嗎啡，用量应減为一般量的1/4～1/2，如合併顱脑損伤，則禁用。

（3）应用腎上腺素、麻黄素等亦应減为一般量的1/2～2/3。

（4）禁用汞剂利尿药。

化学武器及其防护

化学武器是帝国主义者发动侵略战爭，用以残害人民的最凶恶手段之一，我們必須遵照毛主席的教导，“**帝国主义者如此欺负我们，这是需要认眞对付的。**”

化学武器是指以化学作用而达到各种杀伤目的的武器，通常指軍用毒剂及其施放器材而言。在敌人使用化学武器后，可以看到气雾或烟团，在地面、水中及植物叶子上可有油滴状液体或斑点，有时能聞到特殊的刺激性气味。

化学武器的特点

一、杀伤范围大：毒剂在空气和地面上散布的范围較大，不仅使染毒区的地面和空气染毒，而且随空气流动扩散，还能随人、畜、昆虫和其他物体带走。它对人、畜的伤害作用，可从个别器官的暫时刺激，扩大到全身中毒。

二、起作用时間长：只要空气或地面保持一定浓度的毒剂，就能起杀伤作用。

三、受天气的影响比較大：如大风、大雨，就能减低甚至消除它的作用。因此，天气条件能够限制化学武器的作用。

毒剂的分类

一、神經性毒剂：所起的毒害作用，主要是引起神經系統机能障碍。如沙林、索曼、塔崩維埃克斯等。

二、糜烂性毒剂：所起的毒害作用，是引起組织发炎、溃烂和坏死。

如芥子气、路易士气等。

三、窒息性毒剂：能伤害呼吸器官，引起肺水肿，造成呼吸困难，严重的可以窒息。如光气和双光气。

四、中毒性毒剂：其毒害作用和煤气中毒相似，主要是引起机体缺氧及全身机能障碍。如氢氰酸、氯化氰等。

五、刺激性毒剂：包括催泪性毒剂和喷嚏性毒剂两种。其主要毒害作用，是强烈的刺激眼睛和上呼吸道粘膜。如苯氯乙酮、亚当氏气、希埃斯等。

六、失能性毒剂：毒剂具有中枢及周围的阿托品样作用。可使中毒人員造成一时性的思維、感觉、运动等功能障碍，4～10天內可自行恢复。如毕兹等。

防护

一、迅速脱离染毒区：毒剂一般比空气重，容易滞留在低洼地方和丛林里面。所以在遇到敌人施放毒剂时，应立即跑到較高的地方隐避，最好是到防毒掩蔽部內。毒气是随着风向移动的，故应朝逆风的方向走。

二、对面部的防护：有条件时，可預备防毒面具（图1—2）、防毒口罩及防毒眼鏡。如无条件，可用毛巾、手帕或撕下的衣服，多折几层，蘸上水或尿，最好是碱水，堵住口、鼻，閉上眼睛。

三、对全身皮肤的防护：有条件时，可准备防毒衣（图1—3）、防毒斗篷（图1—4）、防毒靴、防毒手套等。沒有这些器材，可用雨衣、雨伞、油布、塑料布、大衣、毛毯、棉被等，代替防毒斗篷；用帆布手套、皮手套等，代替防毒手套；用油紙、帆布、麻布等連同鞋子一起包在脚上，代替防毒靴。

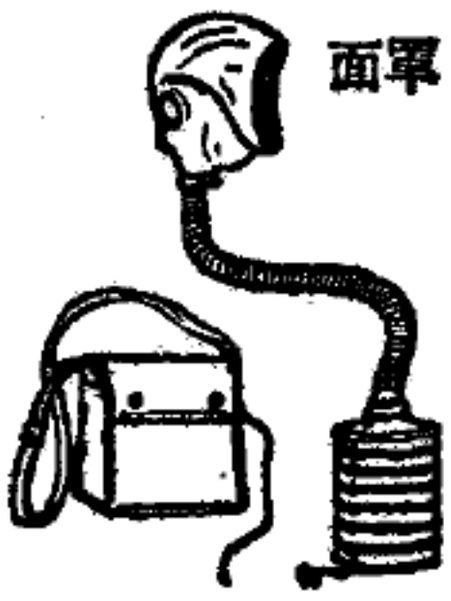


图1—2　防毒面具



图1—3　防毒衣



图1—4　防毒斗篷

四、毒剂損伤时的自救互救：

人員沾染毒剂后，应立即組织自救互救。先用棉花、紙片及碎布等吸去

皮肤或衣服上的毒液，再用碱水、肥皂水或清水擦洗。用稀的碳酸氢鈉或硼酸水漱口，冲洗眼、鼻及伤口周围的皮肤。

人員中毒后，应根据不同症状采取急救措施（見附表2）。如有呼吸困难，应松开領口、腰带，清除口、鼻分泌物。可吸入少量氨气以刺激呼吸。經急救后，应穿戴簡易防护用品，迅速撤离染毒区。

化学毒剂中毒的解毒药物用法及剂量見附表3。

細菌武器及其防护

敌人用来伤害人、畜和毁坏农作物的致病微生物、細菌毒素及有害昆虫等統称細菌战剂（也叫生物战剂）。装有細菌战剂的容器或施放器材就叫細菌武器（也叫生物武器）。

敌人常常使用細菌武器扰乱后方，企图造成传染病流行，毁坏农作物，破坏物資供应，阻断交通，妄图降低我方战斗力。敌人施放細菌武器的方法十分狡猾，如投擲細菌弹及带菌的昆虫（如蒼蝇、蚊子、跳蚤等）、老鼠、羽毛、树叶、各种日用品及粮食、罐头等，还可能用飞机或气球噴洒細菌雾，甚至派特务潜入或在撤退时散布細菌等各种卑鄙手段。

毛主席教导我們：**“总而言之，我们要有准备。有了准备，就能恰当地应付各种复杂的局面。”**不管敌人怎样狡猾，只要作好准备，我們就能粉碎它。

細菌战剂的种类和侵入人体的途径　細菌战剂的种类很多，小到細菌病毒，如鼠疫桿菌、霍乱弧菌、馬鼻疽或类鼻疽桿菌、布氏桿菌、炭疽桿菌、肉毒毒素、天花病毒、鸚鵡热病毒以及各种脑炎病毒等；大到昆虫动物或其他杂物。它們侵入人体的途径有：

一、呼吸道传染：吸入被严重污染的空气。

二、飲食传染：吃了或飲用被污染的食物和水。

三、接触传染：接触了带有病菌、病毒的动物或物体。

四、伤口传染：被带有病菌、病毒的弹片所伤，或伤口接触了被污染的物品。

五、昆虫等动物传染：被带有病菌或病毒的蚊、蝇、跳蚤、虱子等叮咬。

防护

伟大領袖毛主席教导我們：**“动员起来，讲究卫生，減少疾病，提高健康水平，粉碎敌人的細菌战爭。”**这是全国軍民反細菌战的根本指导思想和战斗綱領。

一、平战結合，认眞做好經常性的卫生防疫工作，大力开展以除四害为中心的爱国卫生运动，进行預防接种，在战备教育中加强反細菌战的教

附表2　各种化学毒剂中毒症状及急救

毒剂类型	主要中毒症状	急救方法
神經性毒剂	瞳孔縮小，多汗，流口水，呼吸困难，四肢有明显的抽搐。如經胃腸道中毒，还有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状	1.眼染毒后，立即用2%碳酸氢鈉冲洗，然后滴入1%阿托品 2.以手指刺激咽喉引起呕吐 3.伤口上方扎止血带，用碳酸氢鈉液冲洗伤口后包扎 4.口服或經鼻腔滴入 1%阿托品0.5~1毫升 5.人工呼吸
糜烂性毒剂	皮肤痒、痛，几小时后紅斑、水疱、潰瘍 眼痛、怕光、流泪、角膜潰瘍 剧烈咳嗽，吞嚥困难，呼吸困难 恶心、呕吐、腹痛、腹泻、血便等症状	1.眼部用水或2%碳酸氢鈉冲洗，剧痛时可涂二巯基丙醇軟膏 2.皮肤用18~25%氯胺消毒或用肥皂水冲洗 3.催吐，及用稀氨胺液漱口 4.注意保溫，防止感染和休克
窒息性毒剂	开始有咳嗽，呼吸浅快，胸悶 发展为呼吸困难，剧烈咳嗽，吐粉紅泡沫痰，皮肤青紫、蒼白，循环衰竭	1.口服或皮下注射盐酸嗎啡10毫克 2.离开染毒区后，冲洗眼鼻和漱口 3.保持病人安靜，注意保溫 4.不宜作人工呼吸
全身中毒性毒剂	舌尖麻木，眼痛流泪，胸痛，呼吸困难，心慌，脉快，皮肤粘膜呈鮮紅色 严重者强直性痙攣，瞳孔散大，反射消失，大小便失禁	1.迅速吸入亚硝酸异戊酯，每次0.2~0.3毫升，間隔数分鈡一次，可連續5~6次 2.行人工呼吸 3.注意安靜，保溫
刺激性毒剂	噴嚏、咳嗽，鼻咽部烧灼感，头部胀痛等 或眼灼痛、刺痛，流泪，怕光，眼睜不开及头部疼痛 咳嗽剧烈可引起胸痛、恶心等	1.吸入抗烟剂（氯仿40毫升、酒精40毫升、乙醚20毫升、氨水5~10滴混合而成） 2.痛得难忍者，可皮下注射盐酸嗎啡10毫克 3.用淨水或2%碳酸氢鈉洗眼、鼻及漱口 4.用肥皂水洗皮肤
失能性毒剂	深度視、听、触、痛、溫覚过敏，眩暈、无力、运动失調，口干、散瞳、心跳加快，甚至可出現感情、思維的一时障碍	1.冲洗眼鼻和漱口 2.0.25~0.5%毒扁豆硷滴眼 3.肌肉或皮下注射新斯的明 0.5~1毫克

附表 3　化学毒剂中毒的解毒药物用法及剂量

抗毒药名称	剂　型	对抗毒剂类型	用　法	剂　量
硫酸阿托品	注射剂 1毫升 0.5毫克	神經性毒剂	肌注、皮下或靜注	2～4毫克，必要时每隔15～30分鈡重复注射
解磷毒	注射剂 10毫升 0.4克	同　上	靜注	300～600毫克（与阿托品合用），必要时每隔30～60分鈡重复注射，一天总量不超过4克
氯磷定	注射剂 2毫升 0.25克 0.5克	同　上	肌注或靜注	同上，必要时剂量可加大
硫代硫酸鈉	注射剂 0.32克 0.64克	芥子气，氮芥气（糜烂性毒剂）	靜注，每分鈡5毫升	25%50～60毫升，間隔1～3小时，再分别注射20毫升
		氰类毒剂（全身中毒性）	靜注，每分鈡5毫升，在注射亚硝酸鈉后注射	25%50毫升，症状重复出現时，再給半量
二巯基丙磺酸鈉（解砷灵）	注射剂 5毫升 0.25克	路易氏气（糜烂性毒剂）	靜注、肌注或皮下	5%5～10毫升，第一天每4～8小时注射一次，第二天2～3次，第三至第七天，每天1～2次
二巯基丙醇	注射剂 1毫升 0.1克 2毫升 0.2克	同　上	肌注	10%1～2毫升，第一天每6小时注射一次，第二至第七天，每天2次
亚硝酸异戊酯	玻管 0.2毫升	氰类毒剂（全身中毒性）	鼻吸入	一次吸入0.2～0.3毫升，每隔2分鈡后可重复，一天不超过5～6次
亚硝酸鈉	注射剂 10毫升 0.3克	同　上	靜注，每分鈡2毫升	一次用3%10毫升，症状重复出現时，可再給半量

育，普及卫生防疫知識。

二、发現敌人投擲細菌武器或散布細菌雾时，应作好个人和集体的防护，如戴上多层的紗布口罩，或用四层毛巾、三角巾、八层手帕掩盖口、鼻。防空洞口或掩蔽部通气孔也应做好防护。

三、平时就应注意水源、食物和飼料的保护，严防阶級敌人的破坏。发現敌人使用細菌武器时，可用油布、席子、稻草等遮盖并做化驗检查。

四、对投下的有害昆虫及老鼠等动物和树枝、羽毛、玩具等物品，应立即上报，并組织群众用烧、打、烟薰、掩埋、喷药等办法进行围歼与消毒。围歼时应注意个人防护，如戴好口罩，袖口、領口、褲口都要扎紧。

五、注意上报和采集标本。对于敌人投下的細菌及动物的检驗和鉴定很重要，这是敌人发动細菌战的罪証，也是防护和粉碎細菌战所必須的。因此在围歼与消毒前，要用干凈的瓶子、盒子采集标本封好上送或报告有关部門。

六、組织好疫情报告，对已发現的病人，要尽量在当地进行隔离、治疗和消毒。严格控制疫区，防止传染病流行，同时要加强陆、海、空交通的检疫工作。

七、預防接种，消毒及治疗方法詳見第二、八篇。

战 救、急 救

战地救护四項基本技术

战地救护四項基本技术包括止血、包扎、临时固定和寻找、隐蔽、搬运伤員。为了革命的需要，我們要像白求恩同志那样**“对技术精益求精”**，熟练地掌握这些技术，并把这些技术普及到群众中去，如果美帝国主义、社会帝国主义硬把战爭强加在中国人民头上，无論在哪里打仗，哪里就能承担医疗救护，充分显示人民战爭的威力！

止　血

人体总血量約有5,000～6,000毫升。急性出血超过800～1,000毫升者，往往引起休克或心跳停止。因此，爭取时間为出血者进行止血，对挽救伤員的生命具有非常重要的意义。

各种出血的特点　根据損伤血管的不同可分为：

一、动脉出血：血色鮮紅，血液搏动性涌出，危险性大。

二、靜脉出血：血色暗紅，血液持續性溢出，危险性小。

三、毛細血管出血：血色鮮紅，血液从整个伤口滲出，危险性小。

判断动静脉出血的方法　除了根据上述出血的特点外，还可从以下几方面判断：

一、根据负伤部位和人体血管的解剖位置，預想到血管受伤的可能性。如上臂内側伤可能造成肱动脉出血，小腿深部伤可能造成胫前、胫后动脉出血。

二、根据伤道的大小深浅判断，若深部組织发生損伤或骨折，則伤及大血管的可能性較大，如枪弹穿通伤。

三、夜間判断出血的方法：在夜間視度不良的情况下，除依据上述一般方法进行判断外，还可根据伤員的脉搏、呼吸、意識、皮肤溫度、衣物湿度等进行判断。大量失血时，脉弱以至消失，呼吸浅表而且微弱，意識不清或昏迷，皮肤发凉并湿潤，衣服因浸血面大而粘膩。

止血方法　在紧急情况下，須先用压迫止血，然后再根据出血情况改用其它止血法。一般小动脉、靜脉出血可用加压包扎止血，只有較大的动脉出血才用止血带止血。

一、压迫止血法：以手指或手掌在伤部近端用力将动脉压于附近的骨骼上，达到止血目的。一般不能直接压于伤口。此法多适于头、頸、四肢血管出血的临时止血。

1.肱动脉压迫止血法：用于手、前臂及上臂下部的出血。压迫点在上臂肱二头肌內側沟处。方法是在受伤者前面或后面，一手握住前臂，一手握住上臂，用拇指或四指压迫（图1—5）。

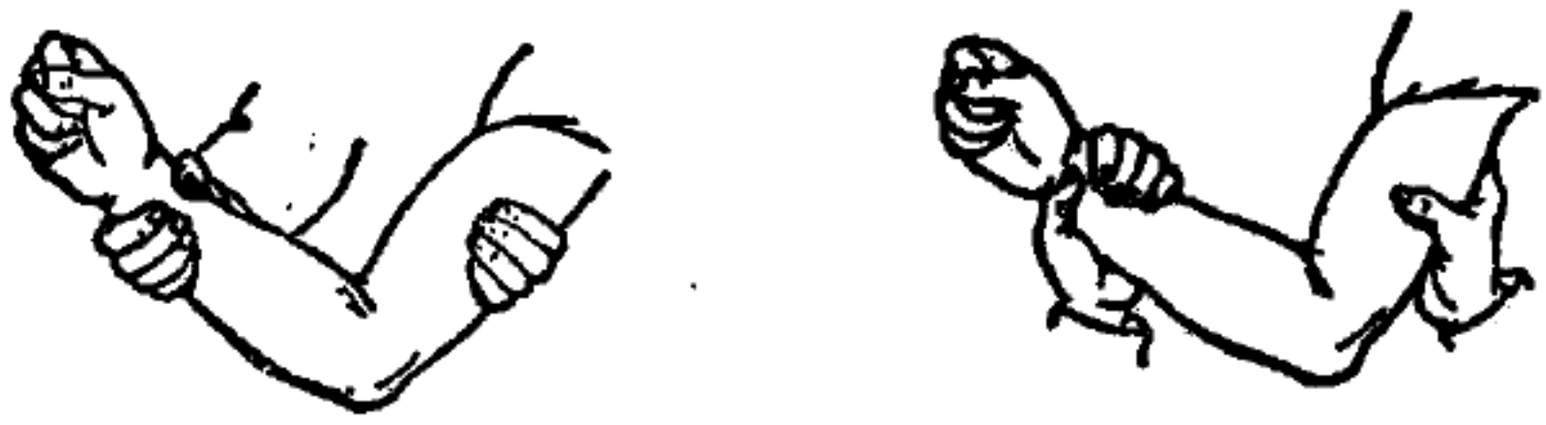


图1—5　肱动脉压迫止血法

2.鎖骨下动脉压迫止血法：用于腋窝、肩部及上肢出血。方法是用拇指在鎖骨上凹触及动脉搏动处，其余四指放在頸后，以拇指向下內后方压向第一肋骨（图1—6）。

3.股动脉压迫止血法：用于下肢出血。在腹股沟中点稍下方，用两手的拇指重叠施以压力，将股动脉压向耻骨（图1—7）。

4.頸总动脉压迫止血法：用于其他方法无效时的头頸部大出血。方法有两种：一是用拇指压迫；二是用四指压迫（图1—8）。

必须注意，頸总动脉压迫一段时間后可引起昏迷，因此非紧急时不能用，并禁止同时压迫两側頸总动脉。

5.顳动脉压迫止血法：用于头頂及顳部动脉之出血。用拇指或食指在耳前正对下頜关节处用力压迫（图1—9）。

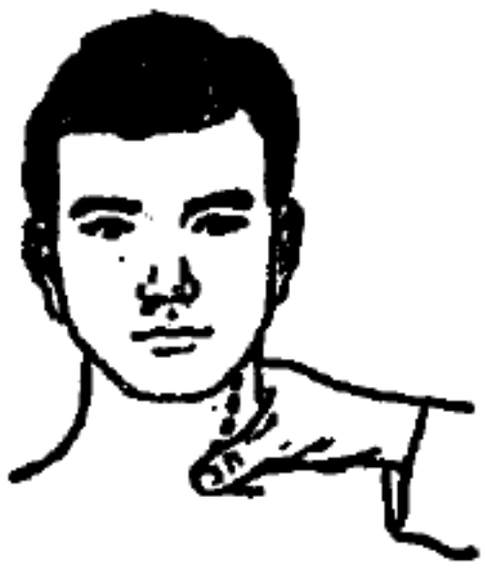


图1—6　鎖骨下动脉压迫止血法



图1—7　股动脉压迫止血法

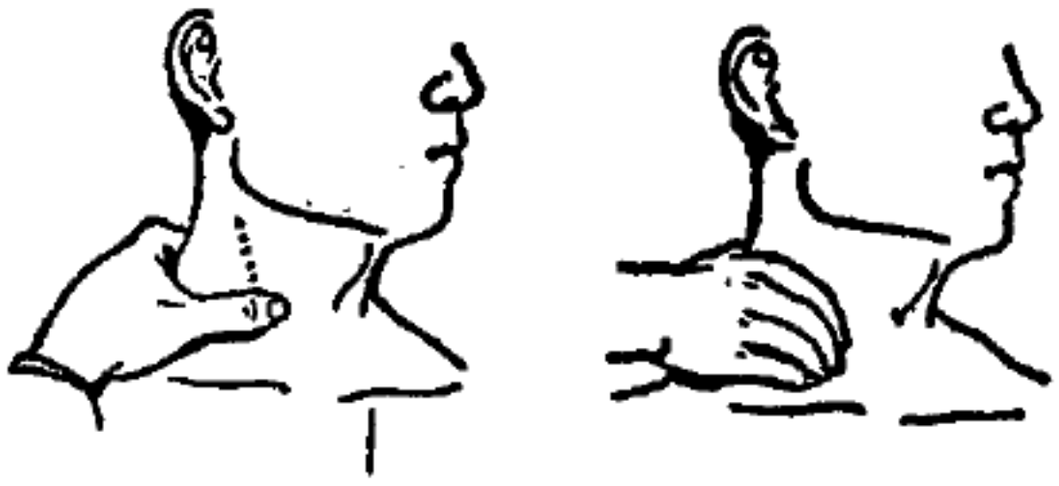


图1—8　頸总动脉压迫止血法



图1—9　顳动脉压迫止血法

6.頜外动脉压迫止血法：用于頰部及颜面部的出血。用拇指或食指在下頜角前約半寸处，将頜外动脉压向下頜骨（图1—10）。

二、加压包扎止血法：适于小动脉、小靜脉及毛細血管出血。用消毒紗布垫敷于伤口后，放上棉花团、紗布卷或代用品(如毛巾、帽子等)，然后用三角巾（叠成带状）或綳带紧紧包扎，使之达到止血目的。如伤处有骨折时，須另加夹板固定。

三、加垫屈肢止血法：适于无骨折的四肢动脉出血。

1.前臂或小腿动脉出血：可用綳带卷或以紗布、棉花、三角巾等物作成垫，置于肘窝或

图1—10　頜外动脉压迫止血法

腘窝处，再用绷带或三角巾将肢体紧紧地固定于屈曲位。

2.肘部或上臂的动脉出血，可在腋窝内放一个纱布垫，然后用三角巾将上臂固定于躯干旁。（图1—11.1）

3.膝部或大腿的动脉出血，可在腹股沟处放一小圆枕，然后屈曲髋关节和膝关节，用三角巾紧紧地固定于躯干上（图 1 —11.2）。



1　　2

图 1 —11　加垫屈肢止血法

四、止血带止血法：

1.橡皮止血带止血法：先在缠止血带的部位，用纱布、棉花或衣服垫好，然后拉紧止血带绕肢体缠两圈，再固定之（图 1 —12）。

2.布制止血带止血法：布制止血带可用一条长一米、宽二厘米的布带，上有一个金属夹，在金属夹下有长方形毡垫（图 1 —13）。在止血部位拉紧固定。本法缺点是固定不牢，常易滑脱。

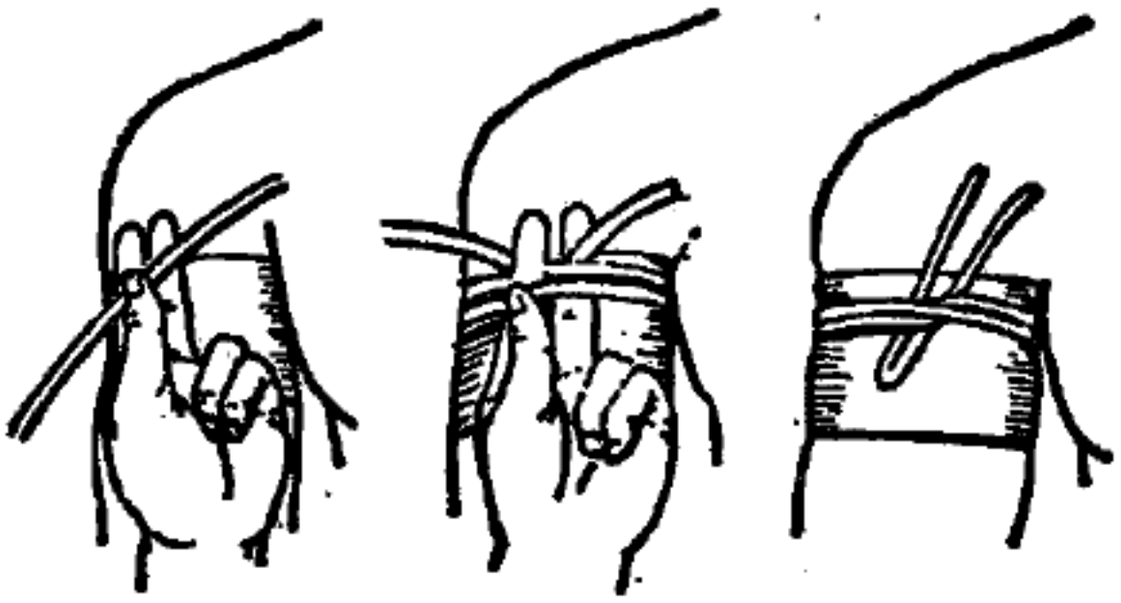


图 1 —12　橡皮止血带止血法

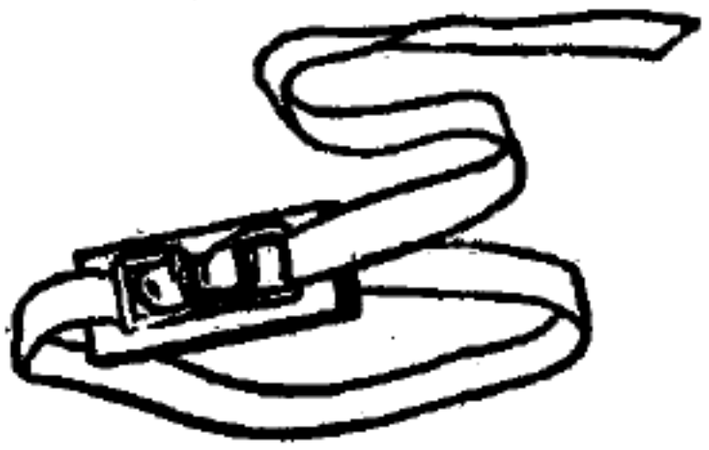


图 1 —13　布制止血带

3.就便材料絞紧止血法：如无橡皮止血带可用此法代替。适于四肢大动脉出血。其方法是用紗布折成卷（或繃带卷）放在伤口上部的动脉压点上，再用布带（或绳子）在垫上圍繞肢体打結，在結內或結下穿一短棒，旋轉此棒使带絞紧，至不流血为止，然后将棒固定在肢体上（图1—14）。

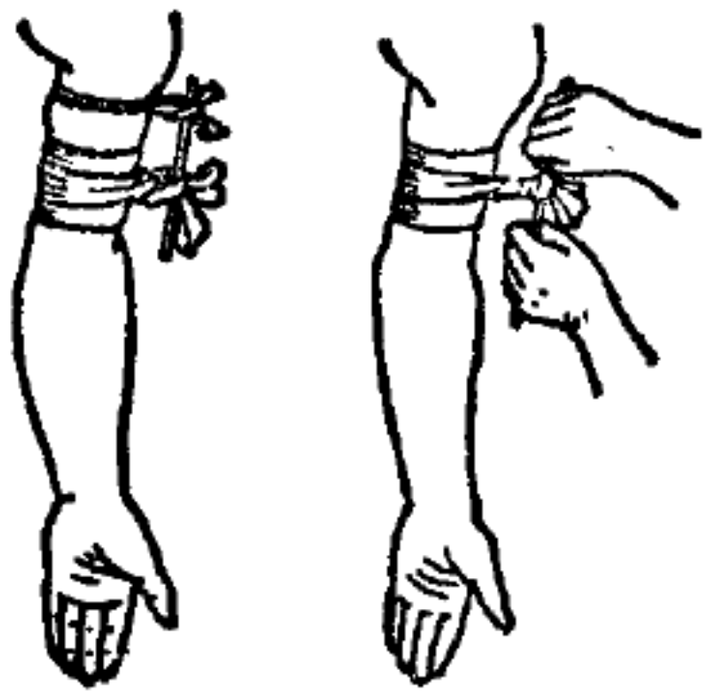


图1—14　就便材料絞紧止血法

4.止血带止血法的注意事項：

（1）上止血带的部位，上肢应在上臂上1/3处，下肢应在大腿中、下1/3处。

（2）止血带不应直接与皮肤接触，必須加垫。

（3）避免过紧或过松，过紧会引起皮肤和神經的損伤，过松不能达到止血目的。

（4）止血带的时間，上肢一般不超过1～2小时，下肢一般不超过2～3小时（均应尽量縮短使用时間），每隔30～60分钟松解1～2分钟，以暫时恢复血液循环，然后在另一稍高平面扎紧。凡放松止血带引起大出血者，則于后送途中不再松解。

（5）上止血带后应在明显部位加以标記，并注明上止血带的时間，尽量优先后送。

（6）如果出血停止，可改用加压包扎法，但应把止血带放在原处，并注意观察以备再出血时使用。

夜间止血的方法　由于夜間視度不良，必須熟练判断动靜脉出血的方法。若能确定为动脉出血时，应先压住动脉近心端，然后迅速采用止血带止血法。在分不清何种出血时，可先用四头带或三角巾加压包扎，不仅能减少伤口的再次污染，而且多数出血也可止住。如无效仍可用止血带止血。

包　扎

目的

一、保护伤口，防止感染。

二、包扎时加压可止血。

三、保持敷料和夹板的位置，以减少痛苦和固定骨折。

要求

一、动作要迅速、輕巧，以免引起疼痛或出血。

二、妥善处理伤口，避免再污染。可先除去伤口及其周围的泥土、油

污等，然后用酒精棉球消毒周围皮肤，再盖以无菌敷料并包扎。

三、包扎松紧要适当。

四、包扎打結或用别針固定的位置，应在肢体外側面或前面，避免在伤口处或坐臥能压着的地方。

方法

一、繃带包扎法：

1．环形包扎法：常用于手、足、頸、額部和其它部位較小的伤口(图1—15)。

2．螺旋包扎法：常用于臂、指、躯干等（图1—16)。

3．螺旋反折包扎法：常用于小腿和前臂等部位。注意反折处不要在伤口上或骨隆起处（图1—17)。



图 1—15　环形包扎法



图 1—16　手指螺旋包扎法

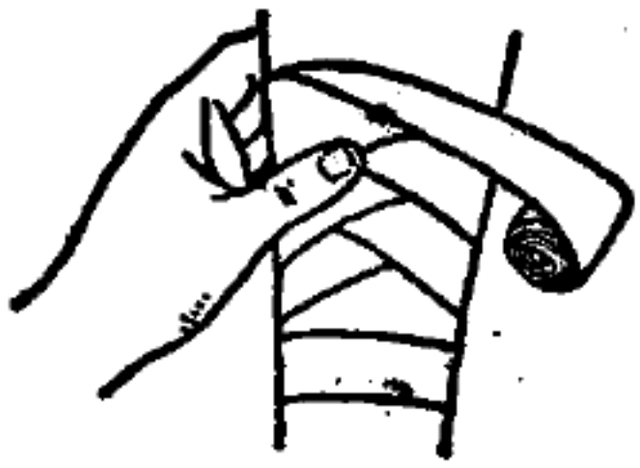


图 1—17　螺旋反折包扎法

4．“8”字形包扎法：常用于肘、膝、腕、踝、肩、髋等关节处（图1—18、1—19、1—20、1—21）。

5．回反包扎法：常用于头部和断肢包扎（图1—22）。

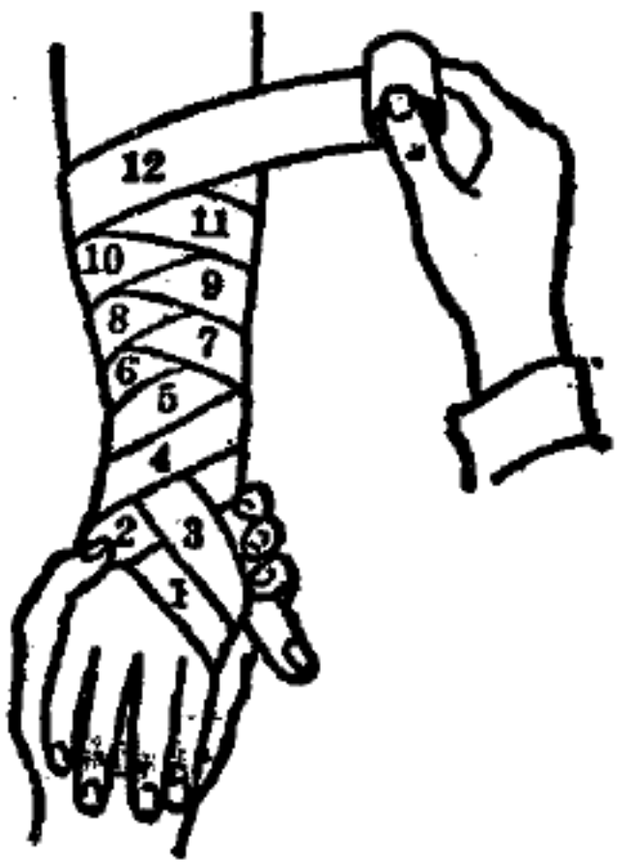


图1—18　前臂“8”字形包扎法

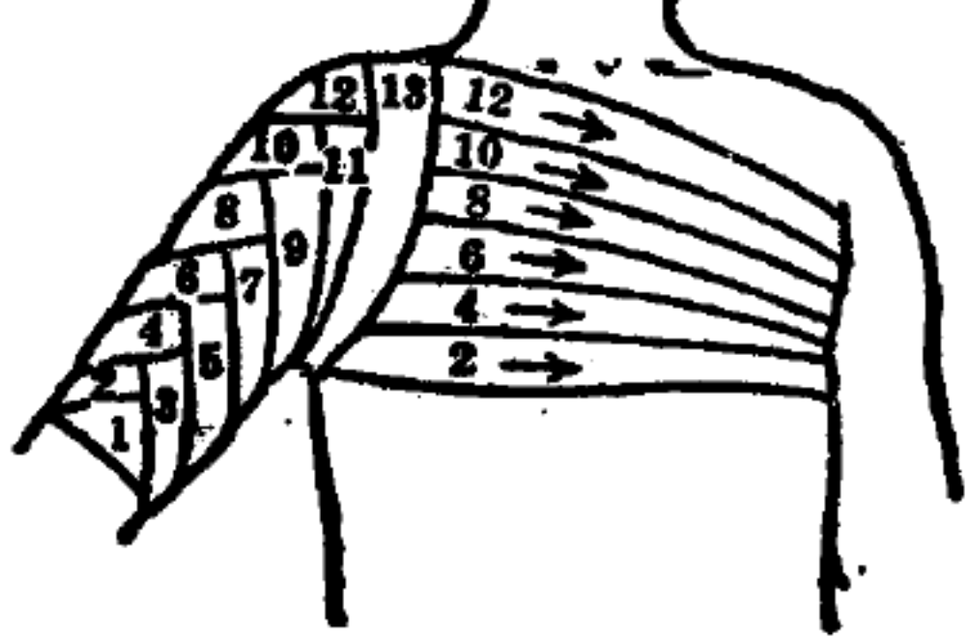


图1—19　肩关节“8”字形包扎法

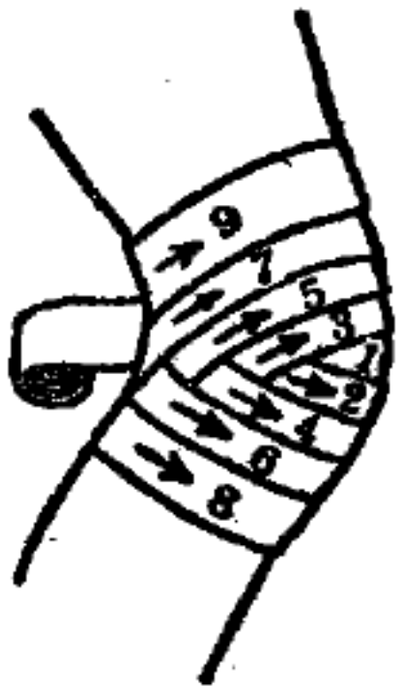


图1—20　膝关节“8”字形包扎法

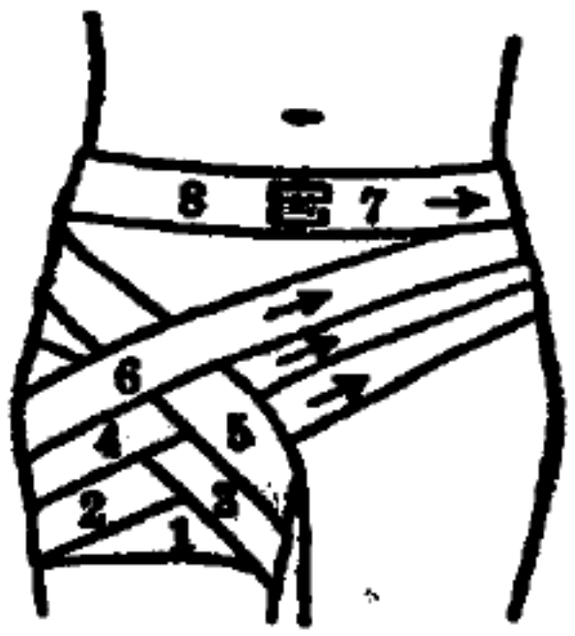


图1—21　髋关节“8”字形包扎法



图1—22　头部回反包扎法

二、三角巾包扎法：三角巾（图1—23）包扎操作簡易灵活，包伤面大。根据需要也可在三角巾頂角或底角縫上布帶子，以便打結固定。

1．头顶包扎法：将三角巾底边折叠約两横指寬，放于前額，頂角向脑后，三角巾的两端經两耳上方，拉向枕部先打一結（或交叉）再繞回前額結扎在一起。頂角拉紧掖入枕部的結內（图1—24）。

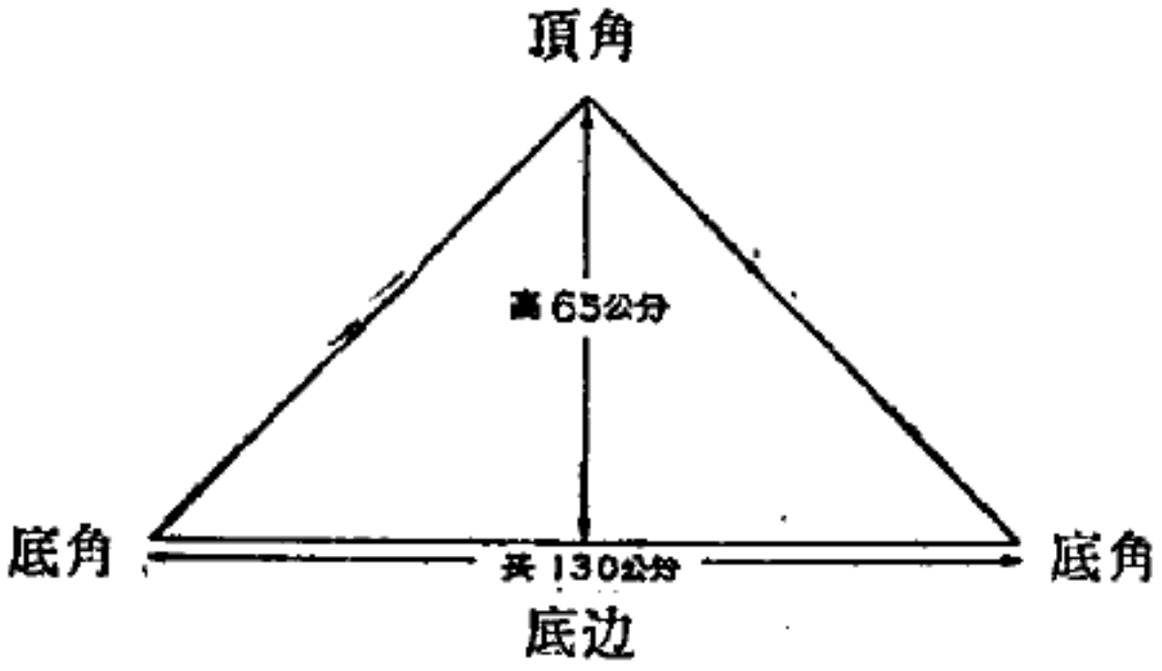


图1—23　三角巾

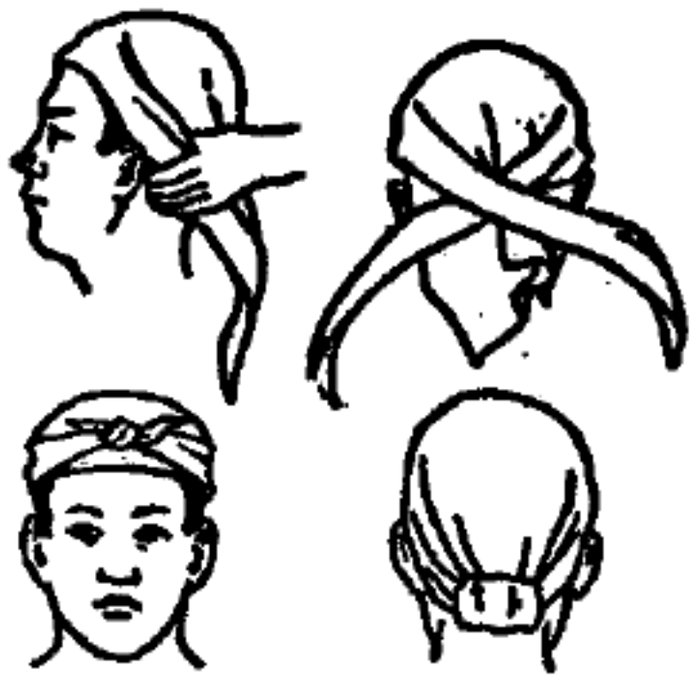


图1—24　头頂包扎法

2．头部风帽式包扎法：先在三角巾頂角和底部中央各打一結，形成风帽。把頂角放于前額，底結放于枕下方，包住头部。两底角往面部拉紧，向外反折成三、四指寬，包繞下頜，拉至枕后打結固定（图1—25）。

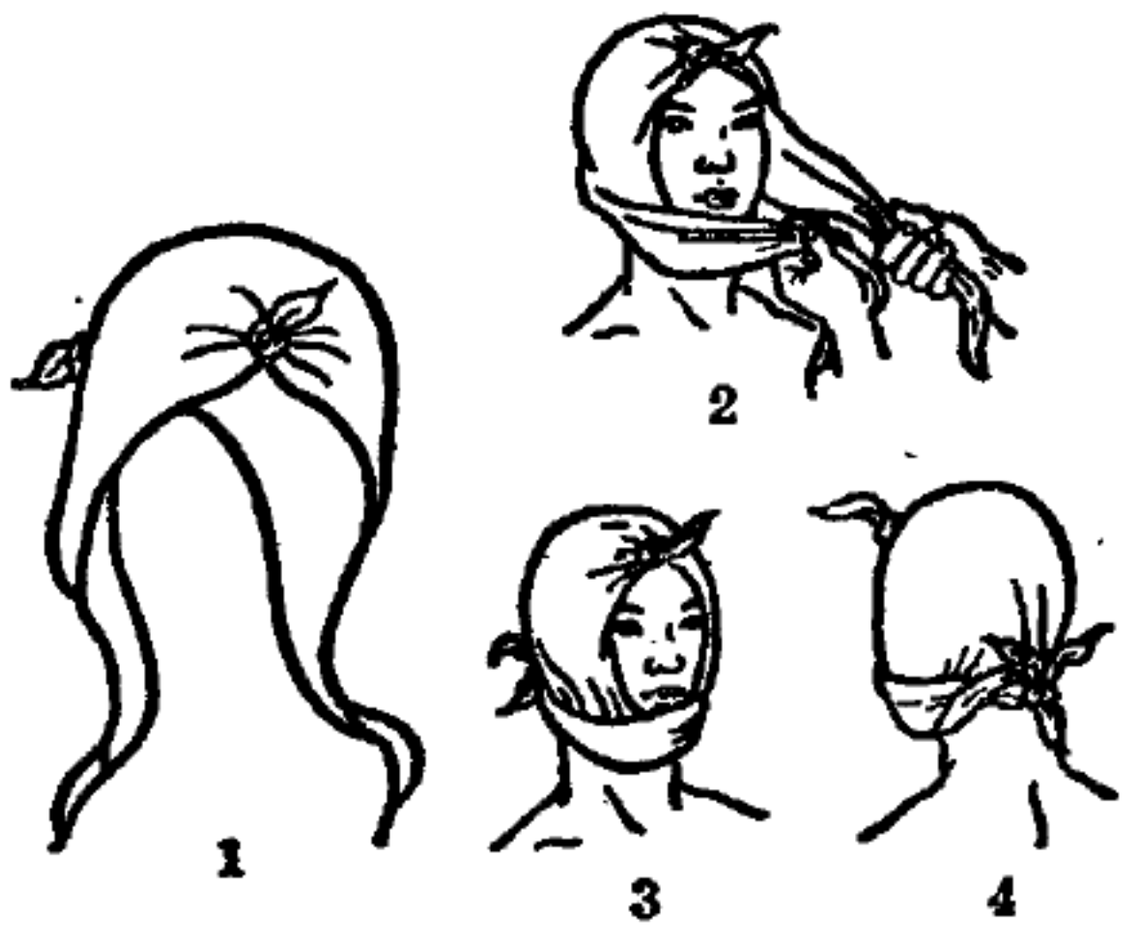


图1—25　头部风帽式包扎法

3．面部面具式包扎法：先在三角巾頂角打一結，結头下垂，提起左右两角，形成面具样。再将三角巾頂角結套住下頜，罩于头面，底边拉向枕部，左右角拉紧交叉压住底边，再繞至前額打結。包扎后，根据情况可在眼及口鼻处剪小洞（图1—26）。

4．单眼包扎法：将三角巾折叠成四横指寬的带形，以2/3向下斜放于

伤側眼部，此端从耳下繞过枕后，經健側耳上至前額，压另一端繞行。然后被压端于健側眉上向外翻轉拉向枕后，与对端相遇打結（图1—27）。

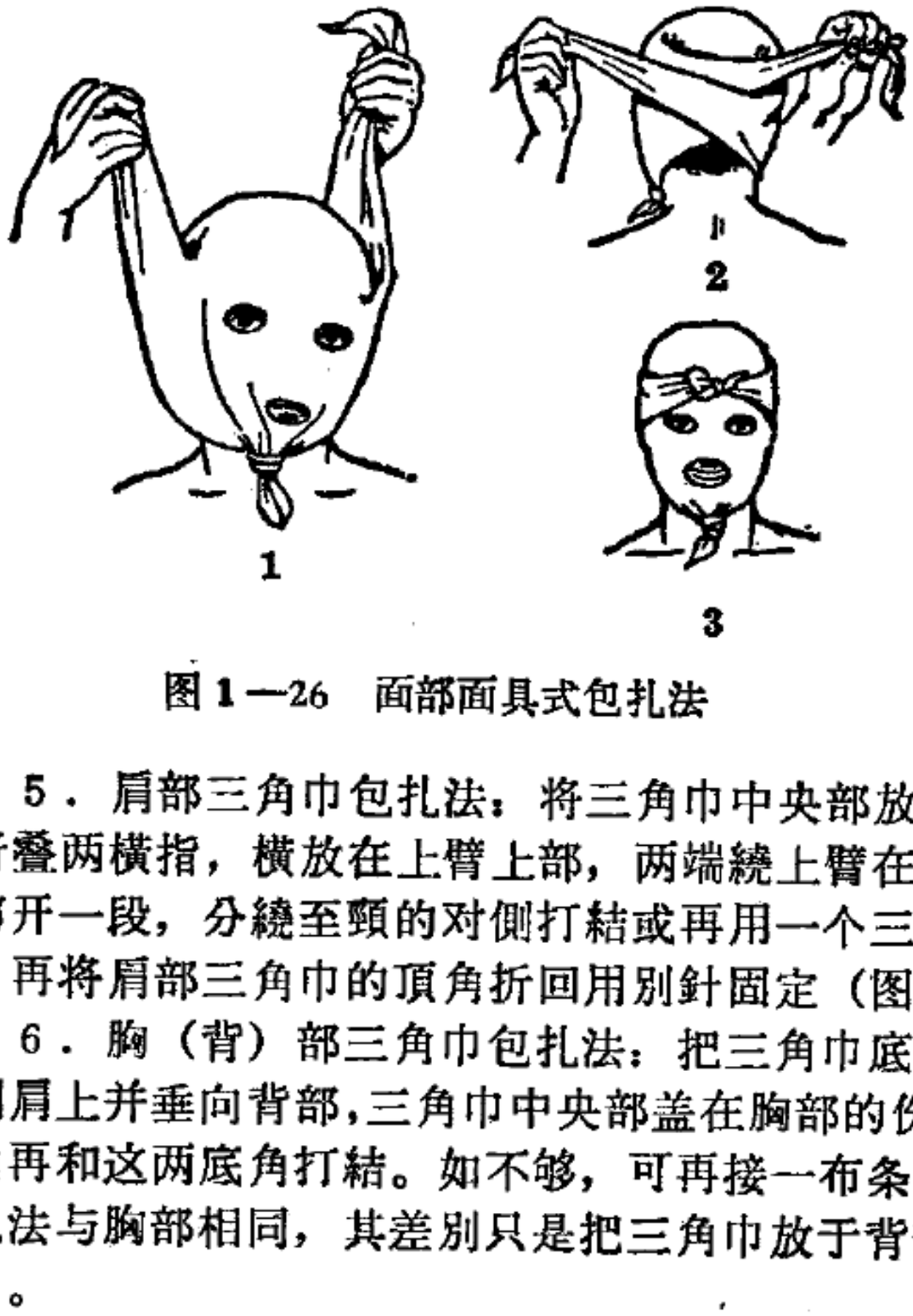


图 1—26　面部面具式包扎法



图 1—27　单眼包扎法

5．肩部三角巾包扎法：将三角巾中央部放肩关节上，頂角向頸部，底边折叠两横指，横放在上臂上部，两端繞上臂在外側打結，然后把頂角平分剪开一段，分繞至頸的对側打結或再用一个三角巾折成带状把前臂吊起来，再将肩部三角巾的頂角折回用别針固定（图1—28）。

6．胸（背）部三角巾包扎法：把三角巾底边横放在胸部，頂角越过伤側肩上并垂向背部，三角巾中央部盖在胸部的伤側，两底角在背部打結，頂角再和这两底角打結。如不够，可再接一布条（图1—29）。背部三角巾包扎法与胸部相同，其差别只是把三角巾放于背部而在胸前打結（图 1—30）。

全胸三角巾包扎，是将頂角剪开一段，分别越过两肩，再和背部打結后的两底角分别打結（图1—31）。



图 1—28　肩部三角巾包扎法

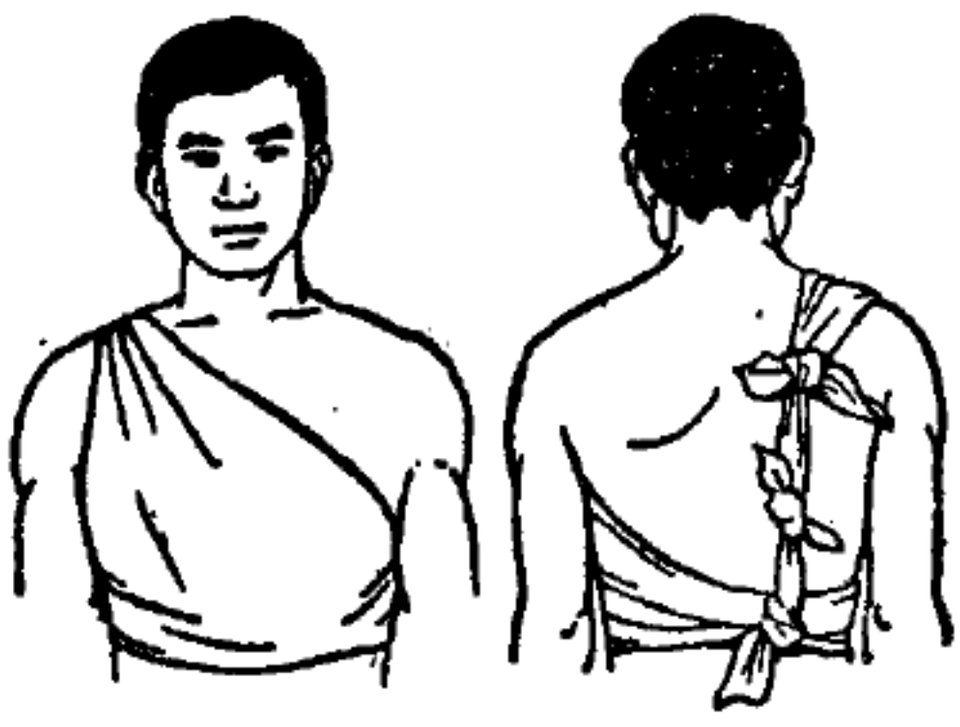


图 1—29　胸部三角巾包扎法

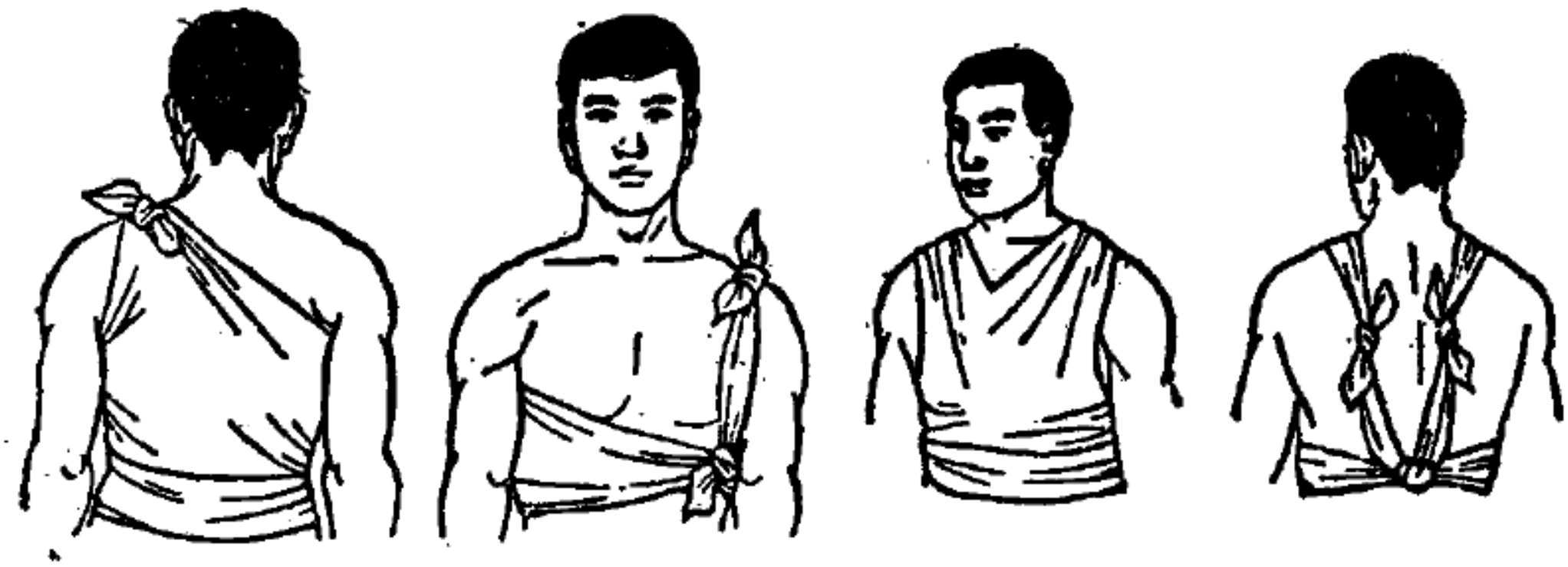


图 1—30　背部三角巾包扎法　　图 1—31　全胸三角巾包扎法

7．下腹部三角巾包扎法：把三角巾横放在腹部，底边向上，頂角向下，两底角围繞到腰后打結，頂角由两腿間拉向后面和底角打結(图1—32)。

8．臀部三角巾包扎法：包扎一側臀部时可用两条三角巾。将一条三角巾的中央部放于伤側臀部，頂角向上，三角巾底边折上两指寬横放在大腿根部，两端繞大腿一周在外側打結；用另一条三角巾折叠成窄带，压住前一三角巾的頂角，围繞腰部一周打結，再将被压頂角折回用别針固定(图1—33)。全臀三角巾包扎法与腹部包扎法相同，只是把三角巾放在腰后，两底角在腰部打結，頂角由两腿間拉到前面与两底角打結。

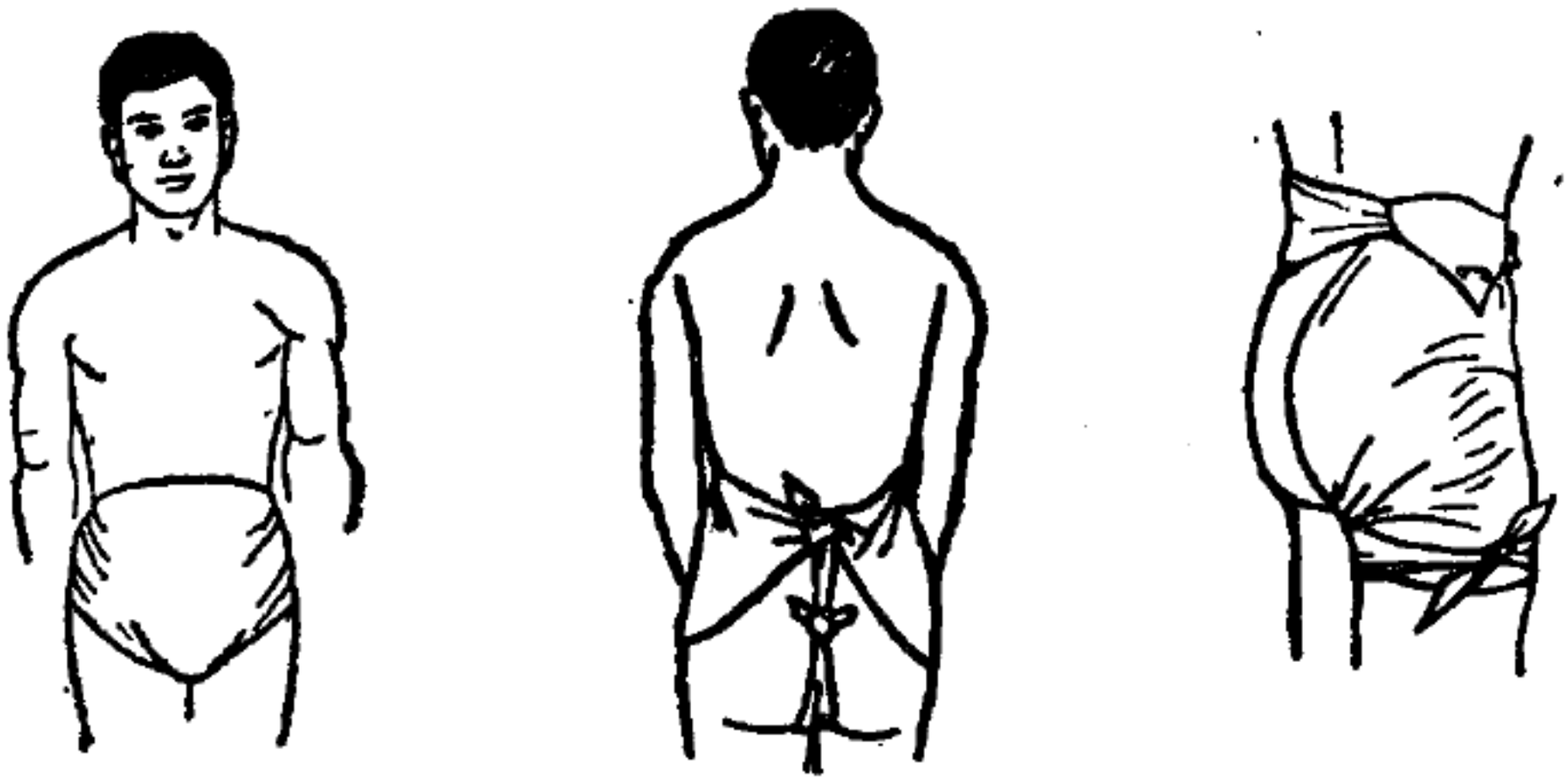


图 1—32　下腹部三角巾包扎法　　图 1—33　臀部三角巾包扎法

9．肢体包扎法：将三角巾折叠成适当寬度，呈带状，在伤口部位环繞肢体包扎，于伤口旁打結。

10．膝（肘）部带式包扎法：根据伤情将三角巾折叠成适当寬度，呈

带状，将带的中段斜放于伤部，拿住两端包繞肢体，并分别压住上下两边后打結（图1—34）。

11．手（足）部三角巾包扎法：将手掌或手背平放于三角巾的中央，頂角向手指；底边横于腕部。将頂角折回，两底角分别围繞手掌或手背，压住頂角后，于腕部打結。最后将頂角折回用頂角布带或别針固定。足部包扎法与手相同（图1—35、1—36）。

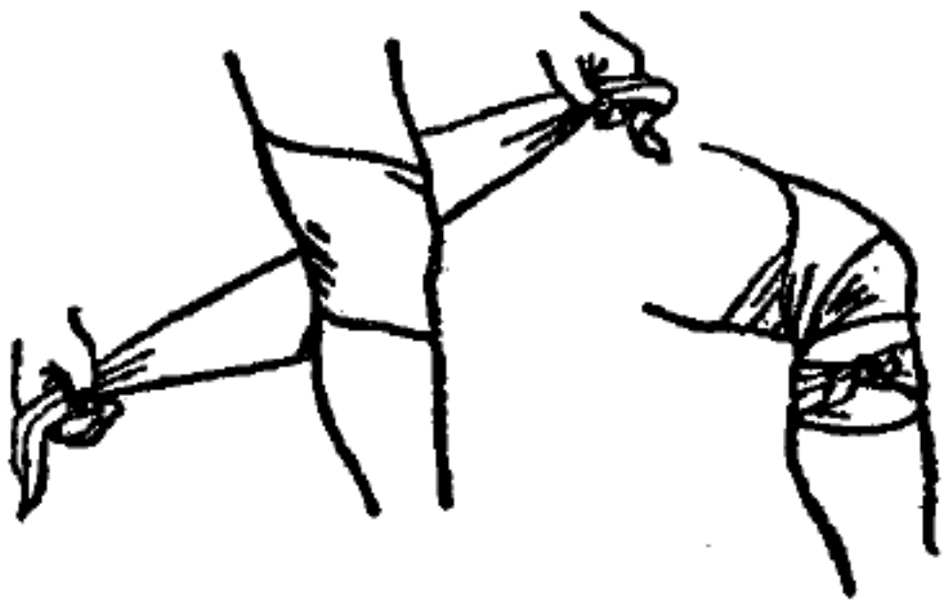


图 1—34　膝部带式包扎法

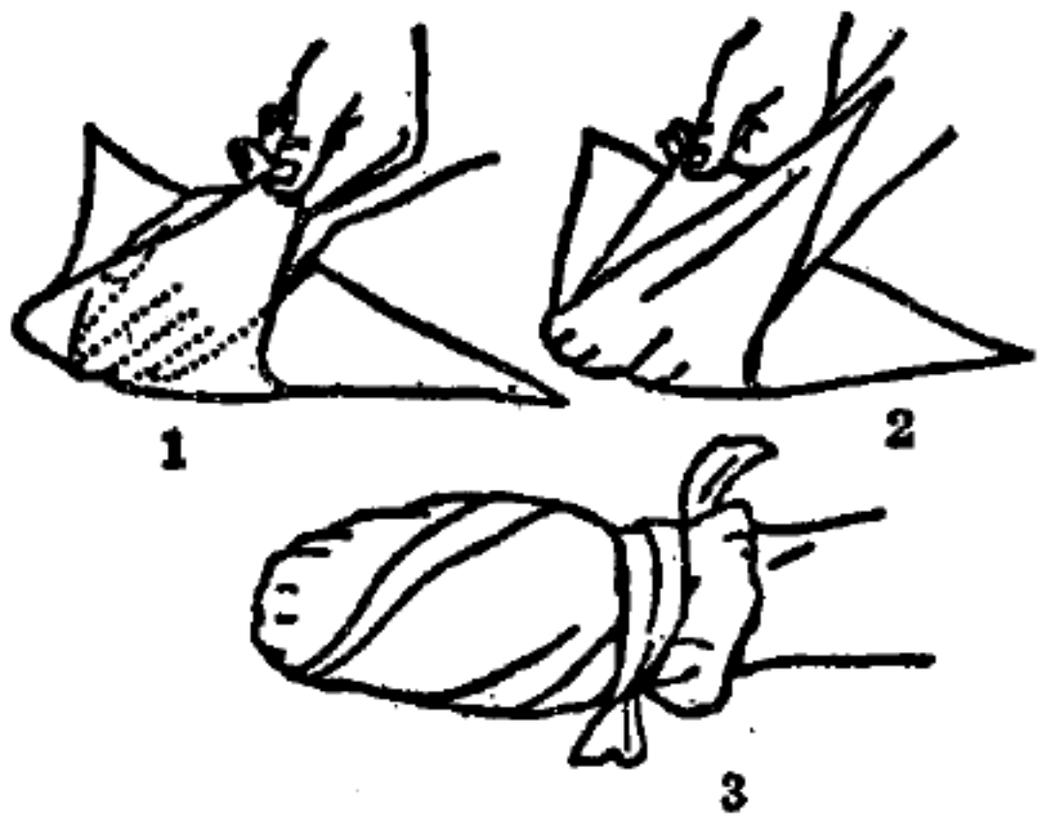


图 1—35　手部三角巾包扎法

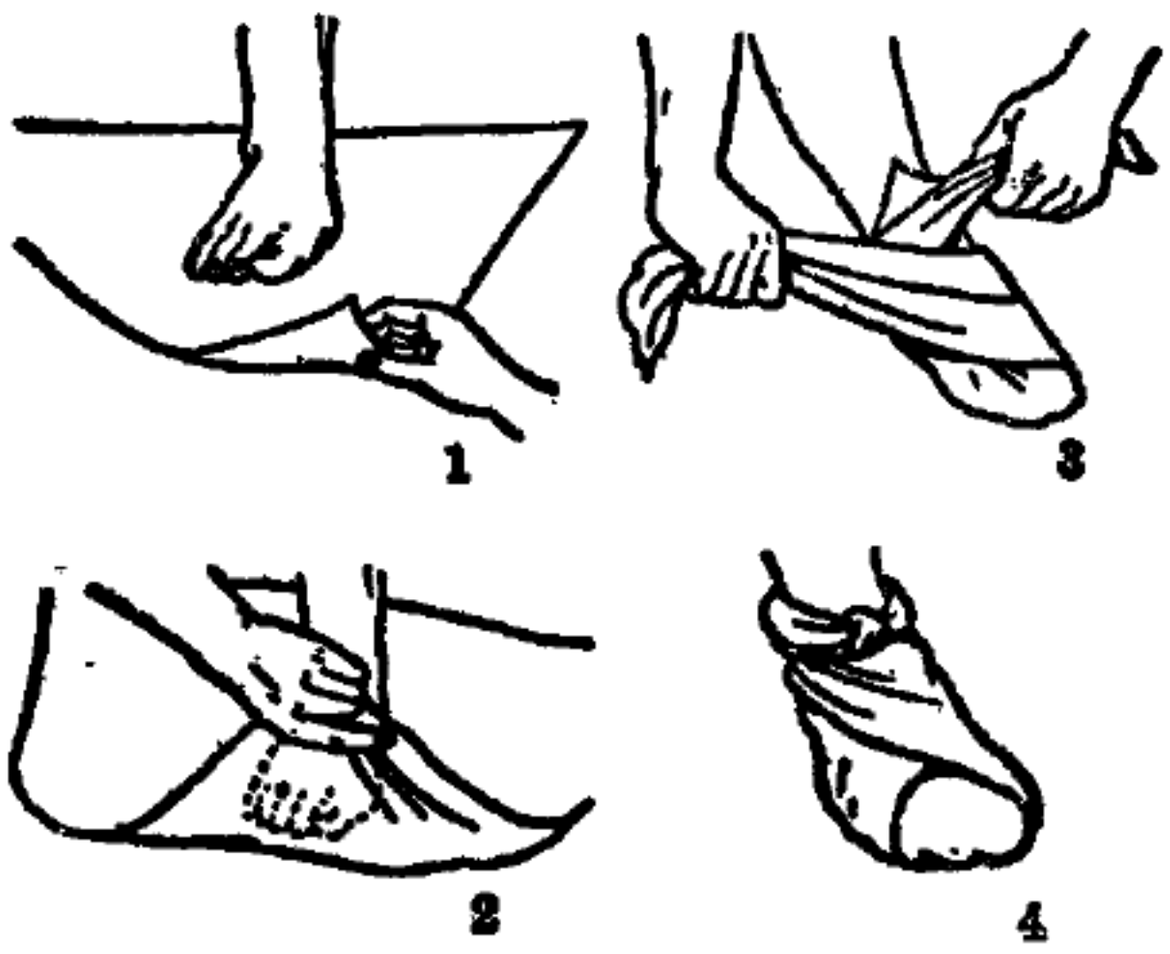


图 1—36　足部三角巾包扎法

12．悬臂带：用三角巾悬吊臂部于胸前，叫做悬臂带。

大悬臂带：用于前臂伤或骨折（肱骨骨折不能用）。将三角巾放于前胸，底边向健側并与身体平行，頂角对着伤臂的肘部，該肘屈曲成直角（图1—37.1）。三角巾下端反折至頸后打結，頂角向前反折，用别針固定

（图 1 —37.2）。

小悬臂带：用于肩关节損伤、上臂伤、鎖骨骨折等。先将三角巾折疊成带状，中央放在伤側前臂的下1/3处，两端在頸后打結（图1—38）。

13．四头带的使用法：用于下頜、前額、枕部或鼻部的創伤（图1—39）。

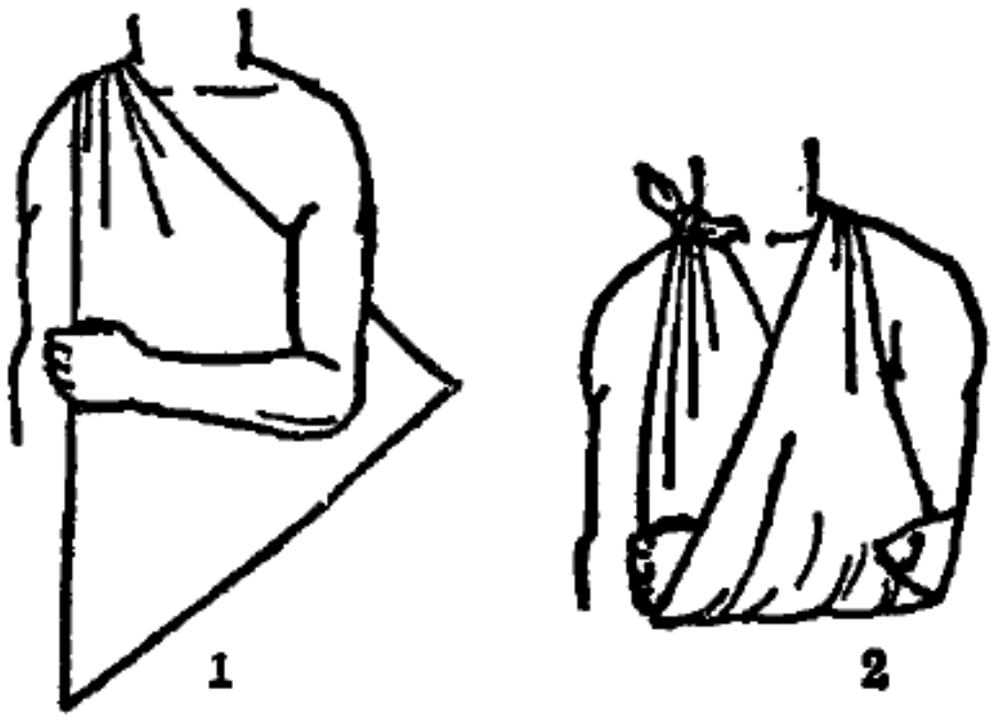


图 1 —37　大悬臂带



图 1 —38　小悬臂带



图 1 —39　四头带包扎法

临 时 固 定

在战場上对骨折的伤員应采取临时固定，并尽快后送。

目的

一、固定肢体，以減輕疼痛。

二、避免骨折断端刺伤血管或神經。

三、便于运送。

几种常见骨折的临时固定法

一、鎖骨骨折固定法：用两条三角巾分别在两肩关节环繞两周作成一环，并在背部打結。再用这两条三角巾打結后剩下的巾角，在背中央相互打結（如剩余的巾角太短，可再用一条三角巾穿过两环，在背部中央打結）。打結时，要将两余角用力拉紧，使肩关节后张（图 1 —40）。

鎖骨骨折除上述方法固定外，还有“8”字固定法、丁字夹板固定法（图1—41）。



图1—40　鎖骨骨折固定法

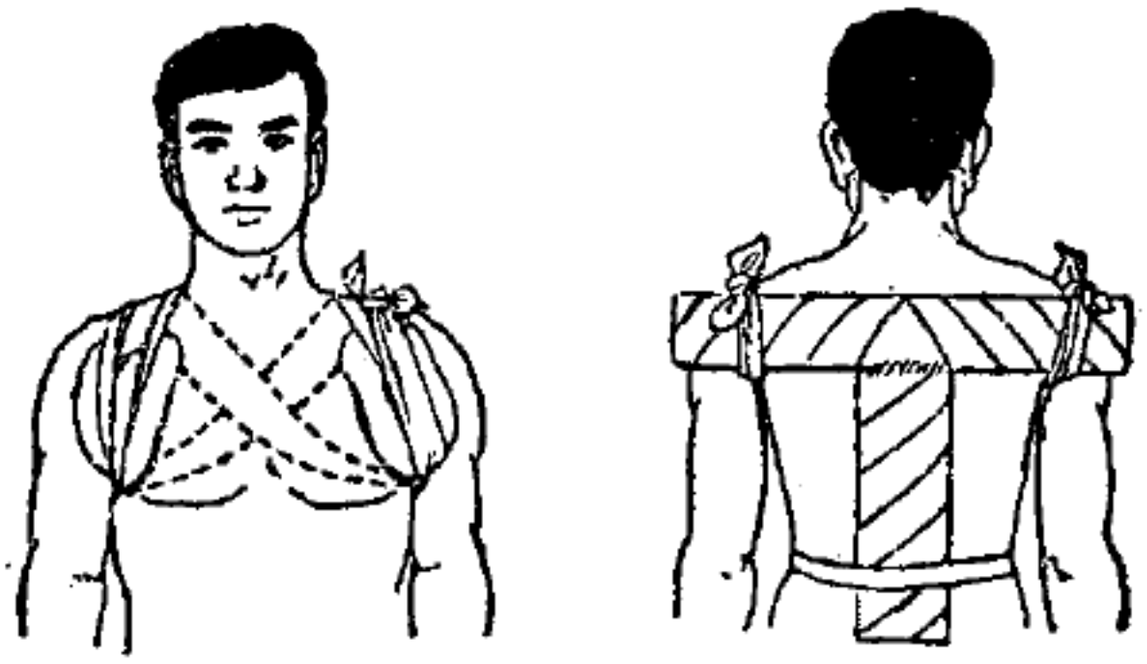


图1—41　鎖骨骨折的“8”字形固定法和丁字夹板固定法

二、肱骨骨折固定法：用两块夹板分别放在上臂內外两側，并用繃带纏繞固定，然后将前臂屈曲固定于胸前（图1—42）。如无夹板时，也可用两条三角巾固定（图1—43）。



图1—42　肱骨骨折夹板固定法



图1—43　肱骨骨折三角巾固定法

三、前臂骨折固定法：取长度由肘关节到手掌的夹板用繃带纏繞固定于前臂，然后用三角巾将前臂吊在胸前（图1—44）。

四、股骨骨折固定法：用两块夹板，外側由腋窝到足跟，內側由腹股沟到足跟，垫好肢体，用三角巾或繃带分段固定（图1—45）。

五、小腿骨折固定法：用长度由大腿中部至足跟的两块夹板，分放于小腿內、外两側，并用三角巾或繃带分段固定（图1—46）。无夹板时，也可用健肢或其他就便器材固定（图1—47）。



图 1—44　前臂骨折固定法



图 1—45　股骨骨折固定法

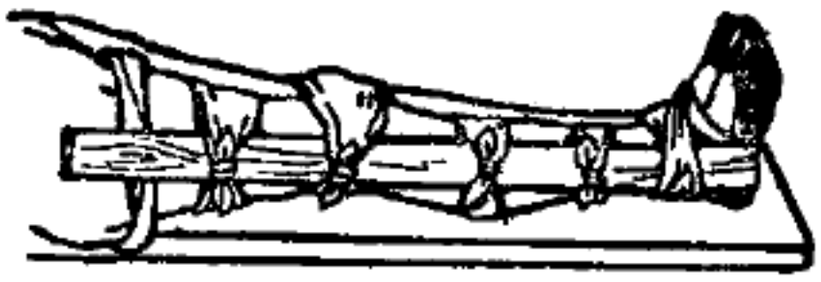


图 1—46　小腿骨折夹板固定法



图 1—47　小腿骨折健肢固定

六、脊柱骨折固定法：确定脊柱骨折的部位后，不得輕易移动伤員，应依負伤后的姿式固定。方法是用三块夹板呈工字形固定。将豎板（約75厘米）紧貼脊柱（在板与背部之間加垫），将两横板（不得短于55厘米）压住豎板分别横放于两肩后和腰骶部。固定时先固定两肩并将两三角巾之余端打結于胸前，然后固定腰骶部（图 1—48）。

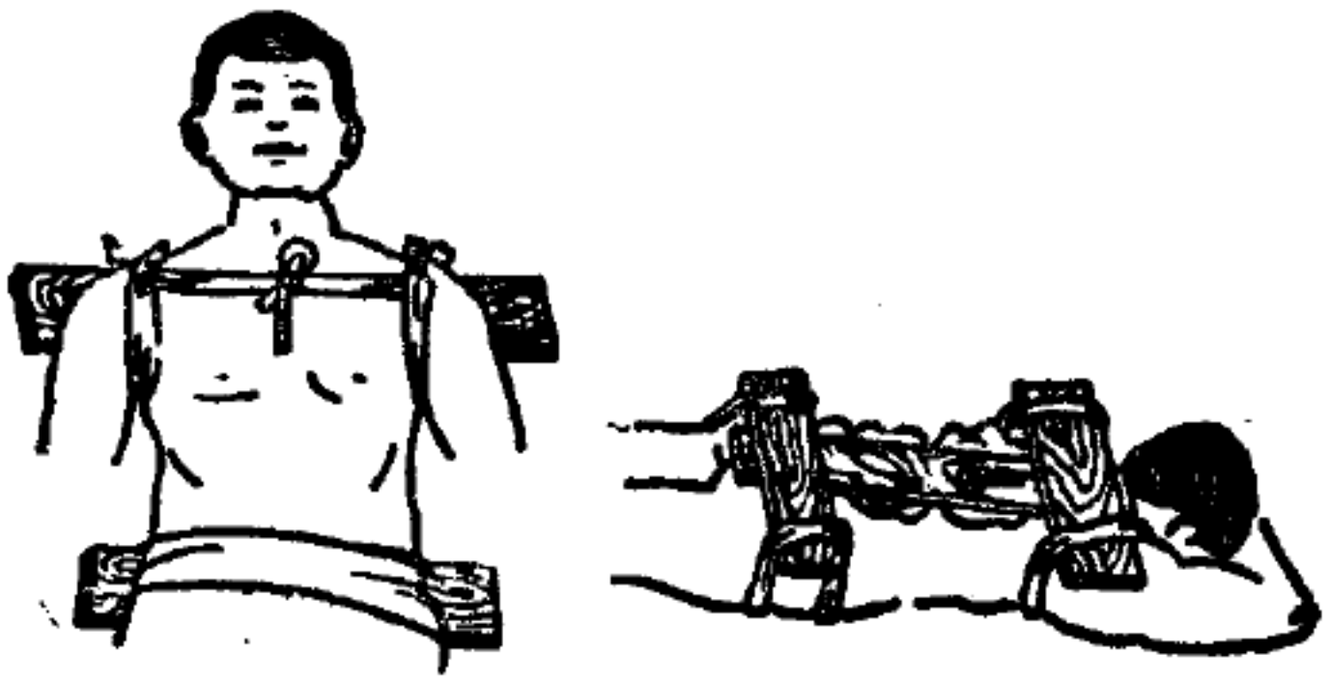


图 1—48　脊柱骨折固定法

临时固定的注意事項

一、如有伤口和出血时，应先止血，再包扎伤口，最后固定骨折。

二、对于大腿、小腿和脊椎骨折，一般应就地固定，不能为了固定的方便而移动伤員。若伤員暴露在敌火下时，可先轉移后固定。

三、临时固定的目的，只是制动，故不要試图整复。如患肢过度畸形

（弯曲、扭轉）不便固定时，可依伤肢长軸方向，稍加牵引和矫正，然后进行固定。

四、固定前应将肢体垫好，特别是骨的突出部位。

五、在施行骨折临时固定时，应广泛采用就便材料，如木棍、树枝、雨伞等。

六、固定四肢时，应露出指(趾)端，以便随时观察有无蒼白、青紫、发冷、麻木等現象，若有，則立即松开，重新固定。

七、骨折固定后，挂以标志，迅速轉送。

寻找、隐蔽、搬运伤員

寻找伤员

一、寻找时机：敌火暫停；敌火被我压制；敌陣地被我占領；敌反冲击之前和敌反冲击被我打垮之后等。

二、寻找方法：概括的說，要做到“明、判、观、問、听、找”六个字。

明：就是要明确本单位的战斗任务，突击方向，主攻班、排的位置，地形、地物的特点，伤員的隐蔽标志，联絡信号等。

判：就是要根据本連战斗任务及战斗进展的情况，判断在战斗中何时何地发生的伤員較多。一般地說，在冲击敌防御陣地而遇敌火頑强阻拦时；通过敌火封鎖区和突然遭到敌火袭击时；敌人实施反冲击时容易发生伤員。

观：就是要观察事先規定的負伤标志和信号（如在地面或草树丛中扎一明显的破布等），还可观察在战斗中战士有无异常活动，来判断有无負伤。在夜間要利用战火和自然光有次序的进行观察。

听：就是听伤員的动靜。

找：就是根据上述各种判断，积极主动的去寻找伤員。

三、接近伤員的方法：

1.屈身前进：有高、低两种姿式。一般掩蔽物高1.4米时可用高姿屈身前进；掩蔽物高1.1米时則用低姿屈身前进。

低姿屈身前进：目視前方，上体稍向前傾，两臂尽力下垂，两腿尽量弯曲，步度要大，脚跟先着地。

高姿屈身前进：与低姿不同点为两腿弯曲度稍小，其它都一样。

2.匍匐前进：有高、低、側身三种姿式。

低姿匍匐：在掩蔽物40厘米高时用。臥倒后，胸腹部紧貼地面，一膝尽力前屈，同时将屈膝对側的臂向前伸出，利用屈膝側脚的蹬力推动身体前移，用两腿及两臂交互屈伸前进，目視前方（图1—49）。

高姿匍匐：比低姿匍匐省力、迅速，在掩蔽物60厘米高时用。两前臂

及两膝交互伸屈前进，目視前方（图 1—50）。

側身匍匐：是高姿匍匐的一种，速度最快。臥倒后以左前臂支撑上体，左腿尽量屈曲放在右腿下面。右腿屈回，用脚跟蹬地推动身体前进，直到右腿蹬直，然后再按前述方式继續前进。前进时目視前方（图 1—51）。



图 1—49　低姿匍匐



图 1—50　高姿匍匐

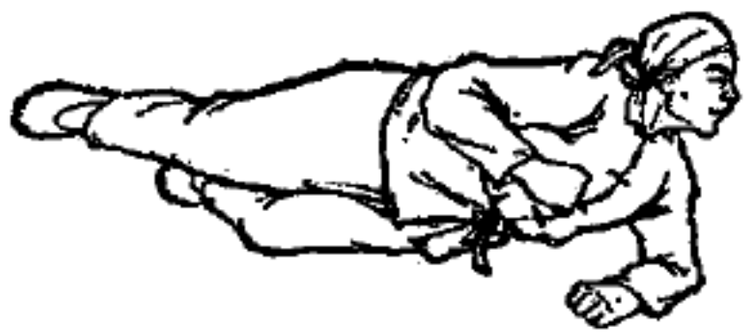


图 1—51　側身匍匐

3．滾进：想以臥式向左右移动时，或想隐蔽地迅速通过土坎或于敌側斜坡自上向下运动时用之。滾进时两前臂屈曲放在胸前，两肩竭力縮小，两腿尽量保持与肩等寬以便掌握方向。

4．跃进：是在敌人射击下通过开闊地时的一种运动方法。跃进时，目視敌方，身体竭力向前弯曲，以加快速度和縮小目标。每次跃进前要先选好掩蔽物，跃进开始时动作要突然，停止时要迅速隐蔽，使敌人在我跃进前不能預先瞄准，停止时又突然失去目标。

隐蔽伤员的方法　經过搶救的伤員必須利用地形、地物隐蔽起来，避免再次負伤，以便等待后送。可利用的地形有土堆、土坎、凹地、战壕、掩体等。一般应就近隐蔽，尽量利用沟或坎。

隐蔽伤員时应設置規定的标志，其标志应便于我方观察，而不能被敌人发現。

搬运伤员的方法　搬运伤員是把伤員送到一个較安全的地方或救护站，以便得到进一步治疗。搬运伤員的方法，根据战斗进行情况分为两类：一是用于战斗和空袭后（如徒手搬运法、担架搬运法等）；二是用于战斗和空袭时（如匍匐背馱与側身匍匐搬运法等）。

一、徒手搬运法：

1．单人搬运：有扶持法、抱持法和背負法三种（图 1—52、1—53、1—54）。



图 1—52　扶持法



图 1—53　抱持法



图 1—54　背负法

2．双人搬运：有椅托式、轿杠式、拉車式和平臥托运式四种（图 1—55、1—56、1—57、1—58）。

3．三人搬运（图 1—59）。

二、担架搬运法：担架是搬运伤員最方便的工具，而且伤員比較舒服



图 1—55　椅　托　式



图 1—56　轿杠式

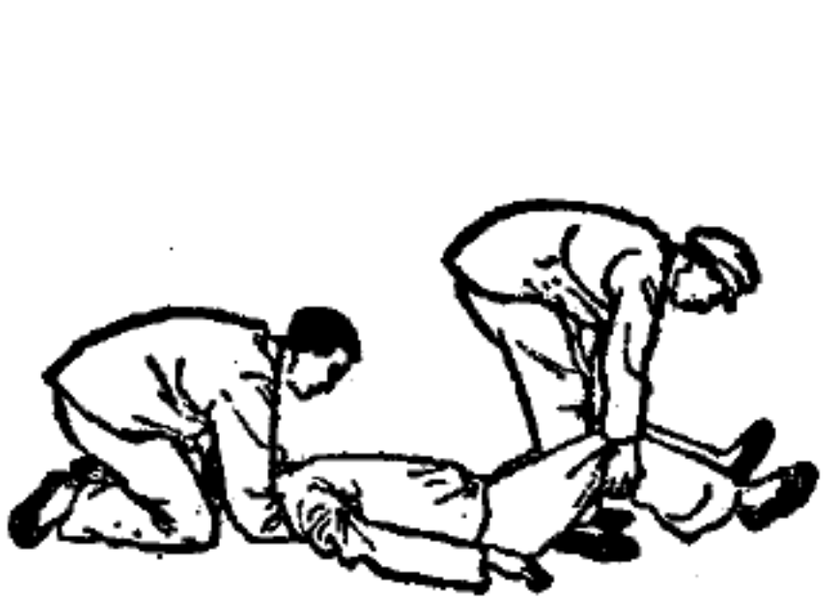




图 1—57　拉　車　式



图 1—58　平臥托运式



图 1—59　三人搬运

在抬担架时，担正面的人要經常观察伤員，如伤員情况有变化，应停下来作紧急处理。在战时找不到担架的情况下，可用寬木板或門板代替担架。

三、高姿式搬运法：用于地形較隐蔽、敌人射击不到而又沒有担架的情况时。一般有以下几种：

1．环形带搬运：拿一根結实的带子，两端結成环形，一股放在伤員腋下，一股放在臀下。搬运的人，在伤員前面，将两股带子套在两肩，然后用力翻身，将伤員馱在背上（图 1—60）。



图 1—60　环形带搬运

2．“8”字带搬运：拿一根結实的带子，摆成“8”字形。带子的两个套分别套在伤員两条大腿的上部，再把带子套在自己身上，并拉着伤員的手。这种方法对失去知觉的伤員不能使用（图 1—61）。

3．木棒搬运：有单人和双人两种（图 1—62、1—63）。

四、侧身匍匐搬运法（图 1—64）。



图 1—61　“8”字带搬运



图 1—62　木棒单人搬运



图 1—63　木棒双人搬运



图 1—64　側身匍匐搬运

五、用雨布、大衣搬运法：用于地形平坦、不易隐蔽的情况下。先将雨布的一角拴上绳子，再把伤員放在雨布的中間，然后把两側的两个角翻上来，打結包住伤員，绳子的一头做个套，套在肩上，匍匐前进。

水上救护

救护人員在水上救护要比陆地上救护困难得多，但是只要我們平时作好战备訓练，发揚**“一不怕苦，二不怕死”**的精神，在战时就一定能够作到排除万难，去营救我們的阶級弟兄。

在水中进行救护，首先要将伤員的口、鼻露出水面，以維持呼吸。其次，要把伤員的伤口尽可能托出水面（救护人員可托浮或利用就便漂浮器

材，如木板、桌椅、水壺、軍用暖水瓶等），以便于进行止血、包扎和固定，并应爭取时間尽早使伤員脫离水后再作細緻处理。

止血 伤口由于受到水浸，出血不易迅速凝固，而增加出血量，在水中发生出血的伤員，較易发生休克，所以及时止血是減少伤亡的重要一环。

止血方法除大动脉出血外，一般可用加压包扎止血。指压止血在沒有漂浮器材时，因身体浮动，使用上比較困难。使用橡皮止血带时应注意繩牢，以免皮管遇水后易于滑脫。

包扎 在水中包扎，由于救护人員身体大部分浸在水中，要靠双手高举打开三角巾定型，因此，必須有过硬的踩水技术和熟练的包扎基本功。包扎要紧，形式尽量要簡单，如带式、四头带等。

固定 遇有骨折的伤員，应立即将伤員安放在漂浮器材上，使其露出水面，然后再按照骨折固定的方法，用夹板或簡易器材进行固定。对开放性骨折的伤員，要防止伤部被水冲击、磨擦和变形。

观察、寻找和运送伤员

一、观察和寻找时，遇有下列情况可能是伤員：1.搶渡时停止不前；2.游动异常，如忽而下沉，忽而浮起，动作不协調等；3.招手呼救；4.沉水时間过长；5.水域內有血染現象。若发現上述情况，卫生人員应及时予以救护。

二、水上运送伤員的方法：

1.器材运送法：是用木船、救生圈、水上担架等救生器材运送伤員。用木船营救伤員时，需与船上人員密切配合，趁木船傾斜的机会，借助伤員本身浮动力将伤員輕輕托于船上。用救生圈营救伤員时，应将救生圈置于伤員两腋下。用水上担架营救伤員时，需有一人扶持担架，另一人借助水之浮力，将伤員稳妥地放在担架上。上述方法由于浮力較大最为稳妥方便，适于重伤員的运送。

2.徒手带运法：在带运伤員时，应位于伤員一側，托着伤員的腋下，或在背后抓住伤員的腰带、子弹带，以側泳、仰泳的姿势进行运送。但由于这种方法比較費力，一般多用于短距离的运送。

急　救

急救是一項极为重要的医疗工作。革命的医务人員要以白求恩同志**“毫不利己专门利人的精神”**为光輝榜样，发揚**“一不怕苦，二不怕死”**的无产阶級革命气概，在搶救病人时必須做到：

一、**“发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战（即在短期內不休息地接连打几仗）的作风。”**进行积极、认眞、負責的搶救。

二、因为患者病情急、变化快，所以“**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。**”要以“**只爭朝夕**”的精神，采取及时正确地診断和处理。

三、在錯綜复杂的急救工作中，我們必須要牢記毛主席的教导：“**任何过程如果有多数矛盾存在的话，其中必定有一种是主要的，起着领导的、决定的作用，其他则处于次要和服从的地位。……捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。**”例如，对外伤性脾破裂而造成出血性休克的病人，虽然輸血輸液及其它抗休克治疗是重要措施，但中心环节是設法止血（如手术治疗）以消除休克原因。

四、“**人民群众有无限的创造力**”，急救工作必須放手发动群众。如在战地救护伤員的工作中，只有发动群众、依靠群众、組织群众，才能創造出各种簡易可行的就便器材。

人 工 呼 吸

当患者的呼吸运动停止时，急用人工的方法帮助其恢复呼吸功能，称为人工呼吸。在这爭分夺秒的紧要关头，我們要积极搶救阶級兄弟。

适应症 凡因溺水、电击、絞縊、中毒、外伤、休克、顱内压增高、麻醉或手术中意外等原因所造成的呼吸停止，均可采用。

操作方法

一、口对口（或口对鼻）呼吸法：多用于新生儿窒息。将患者仰臥，托起下頜，捏住鼻（或口）。急救者深吸气后，紧对患者的口（或鼻）吹气，間歇时，急救者吸气并放松患者的鼻（或口）換气，如此反复进行。搶救时必須要发揚不怕脏、不怕累，全心全意为人民服务的精神。

二、仰臥压胸呼吸法：多用于一氧化碳中毒、危重病人及手术后呼吸停止的患者。患者仰臥，腰部垫起使胸部抬高。急救者騎跨于患者的大腿旁，以手掌貼于患者两側肋弓部，拇指向心窝，其余四指向外上方伸开，将胸部向上后方压迫，使气体自肺內排出，然后松手，胸部自然扩张，使空气吸入，如此反复进行（图 1—65）。

三、俯臥压背呼吸法：多用于溺水病人。患者俯臥，面部轉向一側。急救者采取同上法的姿势，两手放在病人背部，拇指向脊柱，其余四指向外上方伸开，并向下压迫背部，如此反复进行(图 1—66)。

注意事项

一、在施行人工呼吸前，应先将患者安放在空气流通处，松开領扣、褲帶和衣服。

二、清除口中假牙、痰液、泥土和血块等。

三、防止舌根后墜，以免阻塞呼吸道，应将舌头拉出或托起下頜。

四、施行人工呼吸时需連續进行，均匀而有节奏，每分钟約16～20次。

五、当患者有极微弱的自然呼吸时，人工呼吸应和患者的自然呼吸节律一致，不可与其相反。

六、在心跳和呼吸均停止的病人，可同时进行心脏按摩，但以設法恢复心跳为主。

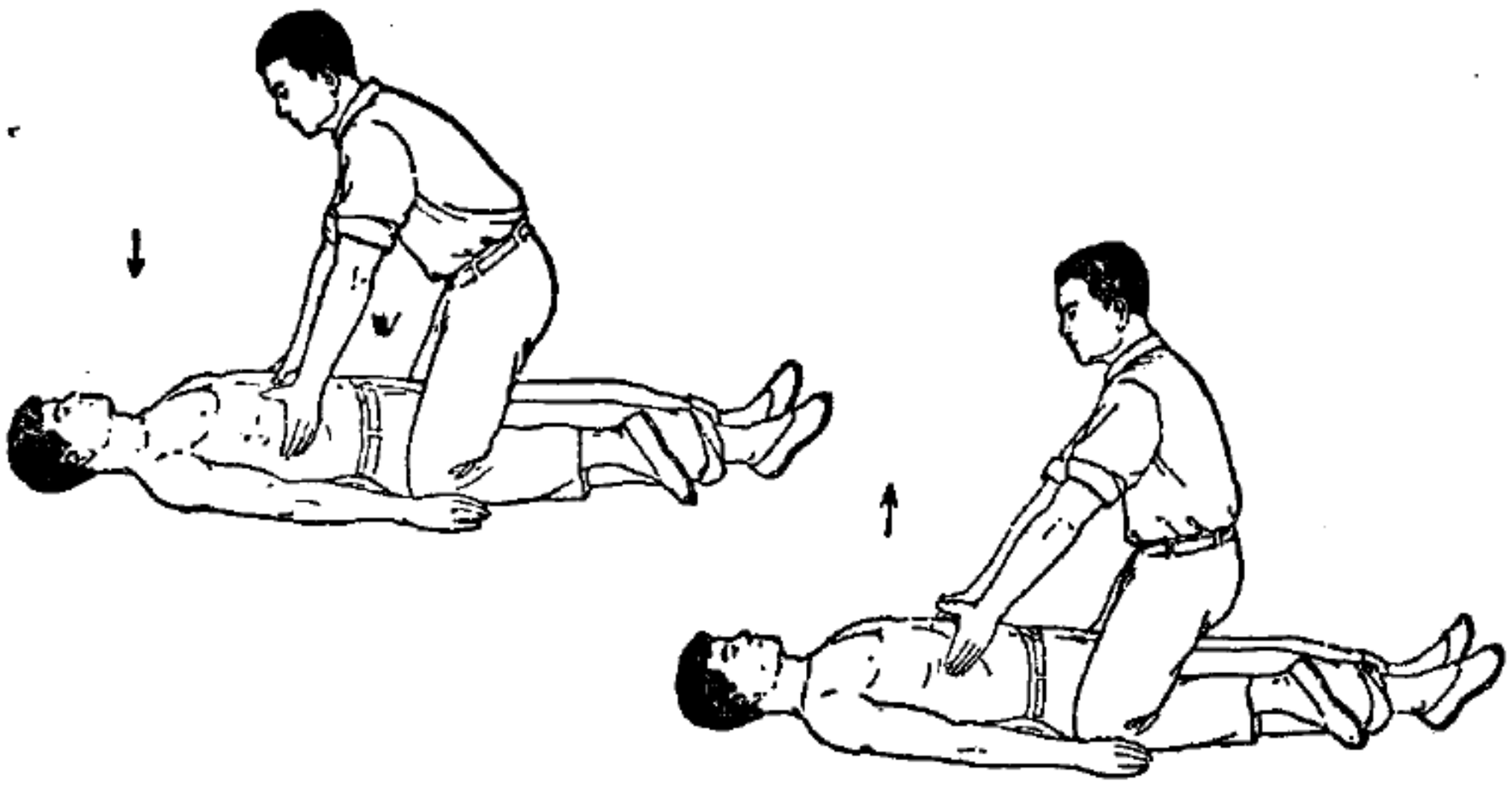


图 1 —65　仰臥压胸呼吸法

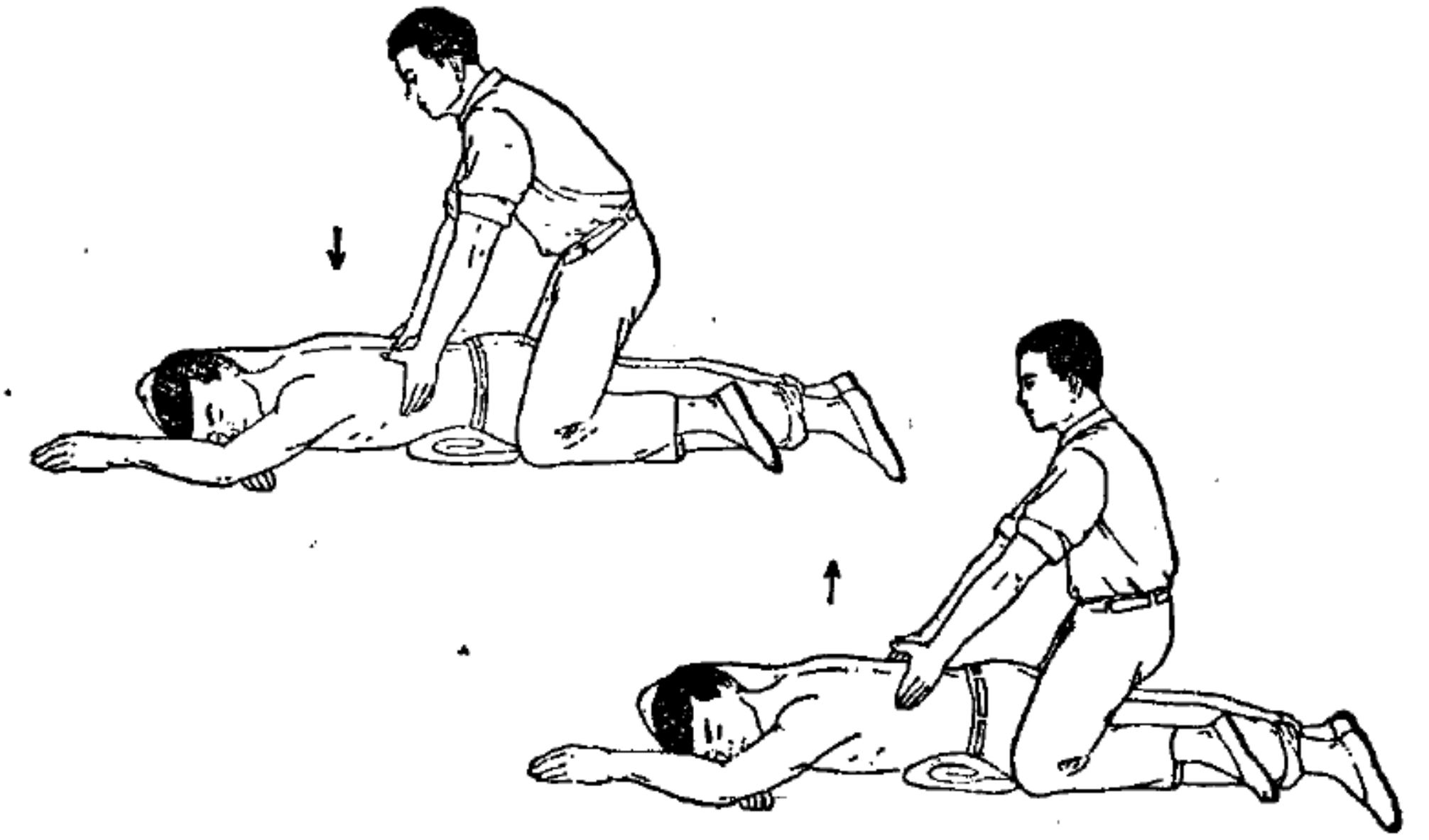


图 1 —66　俯臥压背呼吸法

心 脏 按 摩

如发現脉搏和血压突然不能測知，心音消失，就应立即进行心脏按摩，絕不能为了反复寻找原因而延誤时間。

在进行心脏按摩时，必須从思想上彻底砸烂过去认为的“心跳停止后6分钟便不能恢复”的洋框框。上海市革命医务人員在工人阶級領导下，成功地搶救了一名心跳停止23分钟之久的工人同志，創造了世界医学史上的奇迹。这就証明了用毛泽东思想武装起来的人最聪明、最勇敢，什么困难都能战胜。

操作方法 患者平臥，急救者两手相迭，用手掌根部置于患者胸骨下部偏左，并向下压陷，然后解除压力，让胸壁自行弹起，或采取在心前区猛烈拍击胸壁的方法，如此反复有节奏地进行，每分钟約60～80次。

注意事項

一、施行心脏按摩要及时而有效，并設法消除心搏驟停的原因。

二、操作不可过于粗暴，避免造成胸部骨折和內脏損伤。

三、按摩成功者，可摸到大动脉（頸总动脉、股动脉）的搏动，血压上升，瞳孔逐漸恢复正常大小，口唇变紅。

四、若胸外心脏按摩无效而条件許可，应立即施行开胸心脏按摩。

五、心脏按摩成功后，应注意酸中毒等处理。

心內注射法

心內注射是在病人心跳驟停时所采取的急救措施之一。这时虽病情危急，但**“我们应当在自己內部肅清一切软弱无能的思想。”**以积极的态度，全力以赴地进行搶救。

凡因心肌病变、过敏性休克、溺水、麻醉意外等原因所造成的心脏突然停跳，均可采用。同时还必須施行心脏按摩。

注射方法 用长針头經左側第四肋間胸骨旁2～3厘米处穿刺心脏，如見有回血抽出，即表明針已刺入心腔內，此时将急救药物注入。常用注射药物为0.1%腎上腺素1毫升，必要时可重复注射。

气管切开术

气管切开术是在頸部气管前壁切开，置入套管，以預防和解除呼吸道阻塞、維持患者呼吸的一种急救手术。

凡因喉部創伤、炎症、异物、肿瘤等原因所造成的喉阻塞或有窒息危险者，均可采用。

操作方法

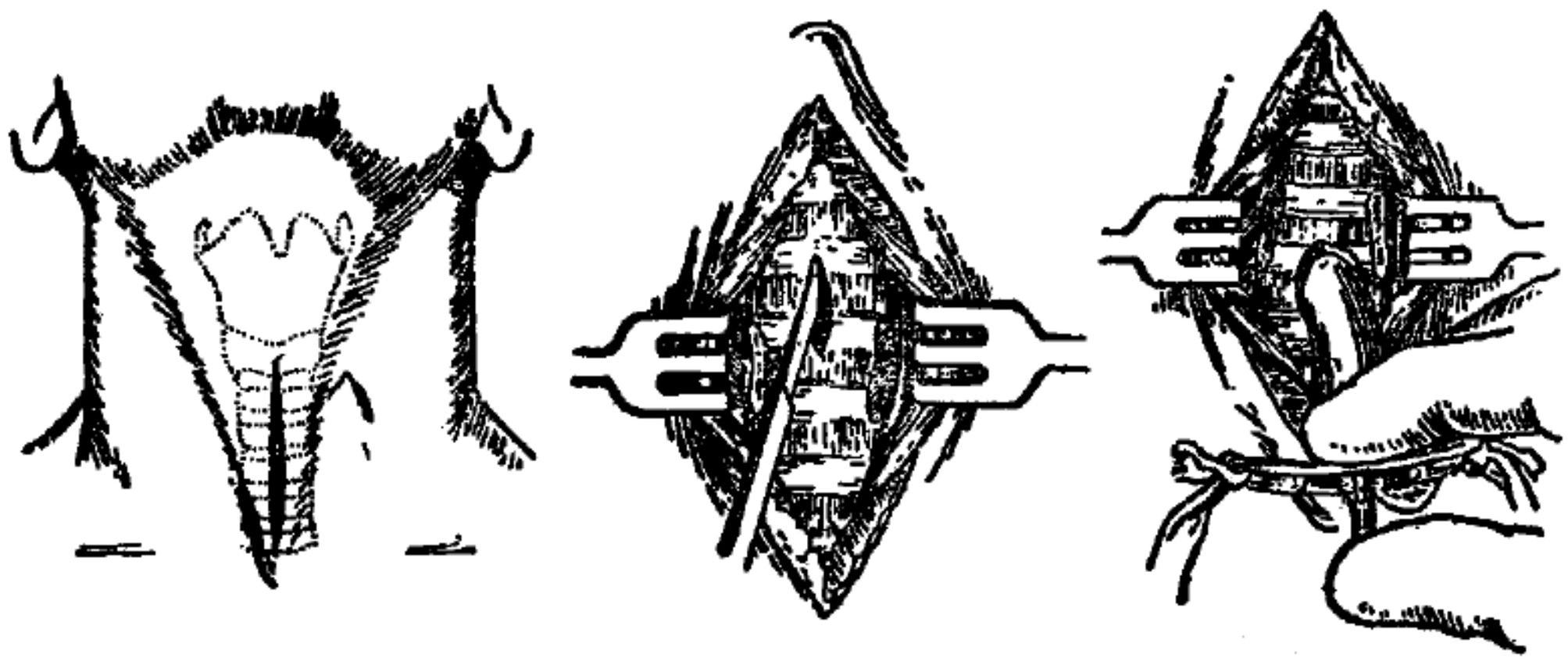
一、患者仰臥，肩部垫高，头部后仰并保持正中位，由专人固定。

二、頸前部皮肤消毒，做局部浸潤麻醉（如病情急迫，可不做消毒和麻醉，应立即迅速切开气管）。

三、于頸前中綫从环状軟骨下緣至胸骨上切迹切开皮肤和皮下（图1—67.1）。

四、沿中綫向下分离肌群后向两側牽开。遇甲状腺峽部則分离其下緣（必須注意止血），并輕輕向上牽拉，即可暴露出气管前壁。

五、于第三、四气管环做纵行切开（注意勿伤及气管后壁，气管切口以能放入套管为度），插入气管套管（包括外管、內管和管心），拔出管心。皮肤切口与气管套管盘之間放置紗布，并将套管固定于頸部，套管口盖湿紗布一块（图1—67.2、3）。



1　　2　　3

图1—67　气管切开

1.頸部正中切口　　2.切开气管第三、四軟骨环　　3.插入气管套管

注意事項

一、在呼吸道阻塞十分严重危急的情况下，可用一小刀横行在环甲膜处垂直刺入气管（即环状軟骨与甲状軟骨之間，因該处最薄），然后将小刀旋轉90度以暫时維持呼吸，同时再施行气管切开术。

二、若无气管套管时，可用橡皮管等物代替（图1—68）。

三、气管切开后应注意保持导管內通暢，随时抽吸气管內分泌物，可用空針筒接橡皮导尿管吸痰。

四、应保持室內空气新鮮及适当的溫度与湿度。

五、根据分泌物多少，按时清洗内管。

六、如果气管内过于干燥或分泌物过于粘稠，可从套管口滴入2～3滴生理盐水。

七、如果气管内分泌物减少，堵住套管口后，患者无呼吸困难并能发音不哑，即可考虑拔管。拔管前应将套管口塞住，观察24～48小时，患者經一般活动无呼吸困难，则可将套管拔除，伤口盖上敷料，并用胶布拉紧，不必縫合。



图1—68　用橡皮管代替气管套管

顱脑損伤

顱脑損伤在战时常見，多为弹片伤。平时造成損伤的主要原因为工伤和交通事故，多为青壮年人及儿童。由于病情急、变化快，医务人員要高举毛泽东思想伟大紅旗，勇敢、坚定、沉着地对伤員进行及时的診查与搶救。

分类和诊断要点　顱脑損伤主要包括顱骨及脑的損伤，两者常同时併发。

一、顱骨損伤：

1.顱頂骨折：多見于顳骨及額骨，分成綫形骨折、凹陷骨折、粉碎骨折等型，可为閉合性或开放性。

2.顱底骨折：

（1）前顱凹骨折：可經鼻腔流出含血的脑脊液，伴有眼瞼及球結膜下出血，常同时損伤嗅神經。

（2）中顱凹骨折：可經耳道流出含血的脑脊液，常同时伴有面神經及听神經損伤。

（3）后顱凹骨折：較少見，重者可出現乳突后皮下出血或咽后壁血肿，偶可伴有后組顱神經（9～12顱神經）損伤。

若顱底骨折綫与副鼻竇或中耳通連，併发脑脊液漏者，可引起顱內感染，亦可产生气脑。

二、脑損伤：可分为原发性損伤及继发性病变。原发性損伤发生于受伤当时，继发性病变則在損伤后才开始发生，并且为进行性，可引起顱內压增高、脑血循环障碍及脑受压等严重病情。

1.原发性脑損伤：根据損伤后脑組织是否与外界通連，分为閉合性及开放性两类。

（1）脑震蕩：是最常見的急性閉合性脑損伤之一。因为暴力冲击头

部，造成一时性的脑机能障碍。临床上表現为伤后有短暫的意識障碍，其后可有头痛、头暈、恶心、呕吐等症状，但神經系統及脑脊液检查无阳性发現。

（2）脑挫裂伤：一般发生于头部受暴力作用的部位，也可发生于对冲性部位。出現脑組织的挫伤、裂伤，并继发有出血、水肿等。意識丧失多較深而且时間也长。多伴有神經系統阳性体征，如病理反射及肢体瘫痪、感觉障碍、失語等，可出現脑膜刺激征及癲痫发作。重伤者有呼吸、循环紊乱。脑脊液检查多含有血液。

（3）脑干損伤：病人一般呈深昏迷、肌张力增高、四肢强直、瞳孔大小不等、眼球运动分离、高烧，并有血压、脉搏、呼吸紊乱。

至于开放性脑損伤以战时多見，大多伴有粉碎骨折，脑組织多为裂伤或貫穿伤，常有骨碎片及异物嵌入脑組织，易发生感染。

2.继发性病变：

（1）脑水肿：于伤后短时間內发生，2～3天时最严重，一周后逐漸消退。可出現头痛、呕吐等一般症状。局部脑水肿可产生局限性脑症状。脑水肿严重者可因顱內压明显增高而出現昏迷，并有血压增高，脉搏、呼吸减慢等改变。

（2）顱內出血：

①蛛网膜下腔出血：最为常見，多继发于脑挫裂伤。表現有头痛、呕吐等脑膜刺激征，一般出血能迅速停止，数日內逐漸吸收。

②硬膜外血肿：多因顱骨綫形骨折造成脑膜中动脉破裂出血所致。典型症状为伤后出現不同程度的昏迷，可能逐漸恢复，經过一段中間清醒期（此期时間长短与出血速度和脑受压程度有关），病人感到头痛逐漸加剧，喷射性呕吐、躁动不安或嗜睡，神志又逐漸再次进入昏迷状态，并常出現呼吸、脉搏緩慢，血压上升，有血肿侧瞳孔散大、对光反应迟鈍或消失，对侧偏瘫、腱反射亢进并出現病理反射。此外，由于骨折后板障血管出血及靜脉竇撕裂，也是形成硬膜外血肿的原因。

③硬膜下血肿：多由于脑挫裂伤后，脑皮质表面血管撕裂出血所致，常見于对冲性脑損伤。临床表現与硬膜外血肿相似，唯其发展过程較慢。

（3）顱內感染：开放性損伤未及时进行适当的治疗者，易发生伤口感染、骨髓炎、脑膜炎以及脑脓肿等。

为便于指导治疗，可根据临床表現将顱脑損伤分为輕、中、重三型。

一、輕型：单純脑震蕩而无顱骨骨折者。

1.昏迷在半小时以內。

2.有輕度头痛、头暈等症状。

3.神經系統检查阴性。腰椎穿刺測脑压及脑脊液正常。

二、中型：輕度脑挫裂伤，伴有局限顱骨骨折（或无骨折），蛛网膜

下腔出血者。

1.昏迷在12小时以內。

2.有輕度神經系統体征。

3.体溫、血压、脉搏、呼吸有輕度改变。

三、重型：有广泛顱骨骨折、广泛脑挫裂伤，或脑干損伤，或有急性顱內血肿者。

1.深昏迷或昏迷达12小时以上，或有再度昏迷。

2.有显著神經系統体征，如瞳孔改变、瘫痪、四肢强直等。

3.体溫、血压、脉搏、呼吸有显著改变。

急救

对顱脑損伤的伤員在战地救护时应注意：

一、松解伤員的領扣和装具，迅速将受伤者隐蔽起来，用就便材料如三角巾、毛巾、围巾等将头部伤口給予妥善包扎。

二、伤者若有脑組织外露，先用消毒紗布复盖，再用紗布圈垫在伤口周围（或用干净的搪瓷碗盖上），然后包扎，用胶布固定，以免敷料松动或滑脫，并防止脑組织被压或干燥。

三、迅速后送。轉运伤員时，头部两側应用衣卷固定，防止搖动。若伤者昏迷，应保持呼吸道通暢，可将其舌尖牵出固定，以免在后送途中发生舌根后墜而窒息。

在急救工作中，对輕型顱脑損伤主要是臥床休息。对中型患者除給予必要的处理外，应密切观察其发展变化。对重型伤員則应进行积极搶救。

对顱脑損伤急救处理的主要原則：严防昏迷伤員的窒息，尽快清創縫合伤口，及时清除顱內血肿，有效地控制继发性脑水肿和預防顱內感染。

一、非手术治疗：适用于脑震蕩、一般的脑挫裂伤，以及併发脑水肿所致的顱內压增高等。

1.一般处理：首先应严密观察病情，注意神志、呼吸、脉搏、血压、瞳孔大小和对光反应的变化，以及肢体活动情况等。

（1）臥床休息。认眞守护，注意勿摔伤躁动不安的病人。

（2）略抬高床头（休克者例外）。

（3）保持呼吸道通暢。昏迷病人宜側臥，对深昏迷者，应托起下頜、牵出舌头、放入通气管、吸痰，必要时应行气管切开术。

（4）氧气吸入。

（5）一般可以进食，但不宜入水盐过多。若神志不清或呕吐而不能进食者，最初几日內可每天靜脉輸入10％葡萄糖1,000毫升及生理盐水500毫升。但应随时注意防止与糾正水电解质平衡的紊乱。在天气炎热、出汗过多时，可适当增加入量。

（6）有尿潴留者可导尿，并酌情保留导尿管。

（7）有便秘者，可服緩泻剂。

（8）注意防止褥疮，可采用按时翻身、局部按摩和酒精涂擦等方法。

2.脱水疗法：为了减少脑水肿，降低顱内压，从而改善脑血循环，可酌情选用以下方法。

（1）50%葡萄糖60毫升，靜脉注射，每4～6小时一次。

（2）25%山梨醇250毫升或20%甘露醇250毫升，靜脉快速滴入，每4～6小时一次。

（3）双氢克尿噻25毫克，每日三次。

（4）25%硫酸鎂200毫升，灌腸，或硫酸鎂25～30克，口服，每日两次。

（5）50%甘油60～80毫升，口服或鼻飼，每4～6小时一次。

（6）30%尿素靜脉快速滴入100～200毫升，每6小时一次。注意勿漏至皮下，以免造成局部坏死。有腎功能障碍者不宜用。

3.对抗高烧：

（1）冰袋外敷，酒精或冰水擦浴。

（2）复方奎宁2毫升或安乃近0.5～1克，肌肉注射。

（3）阿斯匹林2～3克，溶化后作保留灌腸。

（4）对重型顱脑損伤的昏迷患者而又无顱内血肿的怀疑及休克表現时，可应用冬眠药物并加用冰袋置于头部及頸、腋、腹股沟等大动脉部位。冬眠药物可用氯丙嗪（50毫克）、异丙嗪（50毫克）和杜冷丁（100毫克）的混合液，每次肌肉注射2～3毫升，每3～6小时一次。因为冬眠药物可能掩盖顱内血肿形成的征象，故应密切观察病情变化。

4.对症治疗：

（1）鎮靜：可口服三溴片0.3克或苯巴比妥0.03克，每日三次，或苯巴比妥鈉0.1～0.2克，肌肉注射，或水合氯醛20～30毫升，注入直腸。

（2）止痛：可应用一般止痛剂，如复方阿斯匹林、安乃近、可待因等。因嗎啡能抑制呼吸中枢、縮小瞳孔和引起呕吐，不便观察病情变化，故对顱脑損伤病人不宜使用。

（3）耳鼻出血及脑脊液漏：应将鼻孔或外耳道周围用酒精棉签清洁消毒，而后輕輕放置消毒棉球，切勿塞紧，并禁止头部忽高忽低和擤鼻涕，以防液体逆流发生顱内继发感染。脑脊液漏一般2～3天自行停止。

5.抗菌素及破伤风抗毒素的应用：对昏迷病人、顱底骨折及开放性損伤，应使用抗菌素預防呼吸道和伤处感染。对开放性顱脑損伤病人，应使用破伤风抗毒素1,500单位，肌肉注射。

6.中药治疗：早期以活血祛瘀为主，后期以清利头目为主。

柴胡祛瘀湯：柴胡、黃芩、桃仁、川芎各三錢　半夏二錢　細辛、甘

草各一錢　三七粉五分(冲)。水煎服。适于早期瘀血头痛、头暈、恶心者。

菊花茶調散加減：荆芥、羌活、菊花、白芷、川芎各三錢　薄荷、細辛、甘草各一錢，必要时加地龙、山甲或僵蚕各三錢。共研細末，每服三錢，或水煎服。适于后期头痛、头暈者。

二、手术治疗原則：

1.急性顱內血肿：一經診断，立卽紧急手术，清除血肿止血。

2.开放性顱脑損伤：应爭取在24小时內，在无休克情况下，尽早做彻底的清創縫合术。

3.凹陷骨折：一般凹陷达1厘米以上，尤其是压迫脑运动感觉区者，应及时予以手术整复。

4.脑脊液漏：超过一周不癒者，应考虑縫合修补破裂的硬脑膜。

胸部創伤

胸部創伤是由于胸部受暴力冲击或挤压所引起的損伤。輕者为胸壁挫伤或肋骨骨折，重者有气胸、血胸、血气胸以及創伤性窒息等。

对胸部創伤的伤員在战地救护时，应将胸壁伤口用三角巾、綳带或敷料牢固地包扎，防止在后送途中松脫，如敷料已被血液浸透，不可将其取下，应再用敷料加固。同时也应注意气胸、血胸等处理。經战地紧急处理后，应尽快地轉运，尤其是气胸、血胸、創伤性窒息等更应优先后送。在轉送途中，对呼吸困难的伤員，可将上身稍垫高，取半臥位。

胸部創伤的伤員多为重伤員，早期处理要确保呼吸道通暢与胸壁完整，恢复其呼吸、循环功能，及时解除胸膜腔內或心包腔內气体或血液的压迫，以及减輕胸腔內感染。

肋骨骨折

诊断要点

一、单純肋骨骨折，患者骨折部疼痛，于深呼吸、咳嗽、噴嚏、轉体时疼痛加剧。局部可有軟組织挫伤（瘀斑），有明显压痛和骨端摩擦音，有时摸到骨折断端，两手前后挤压胸骨与脊柱时，骨折处有剧痛。

二、多根肋骨双处骨折，可見局部胸壁浮动，出現反常呼吸运动，卽吸气时胸壁凹陷、呼气时胸壁突出（图1—69）。

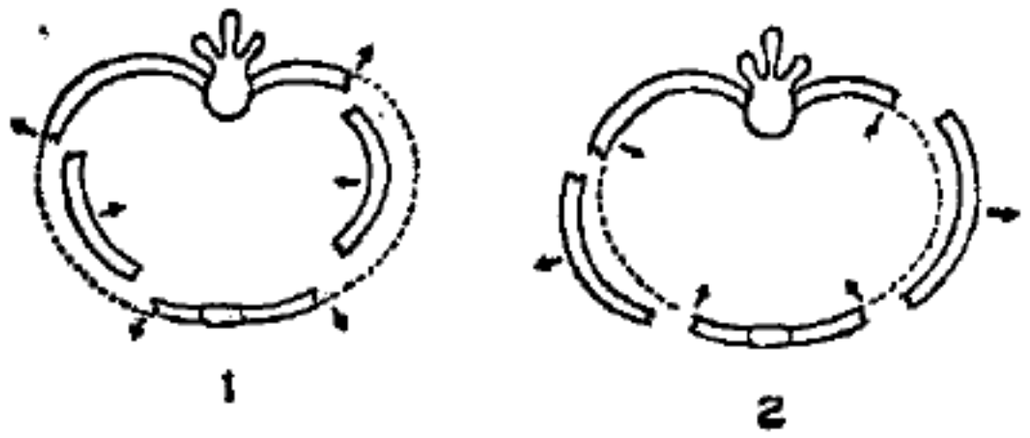


图1—69　反常呼吸运动

1.吸气时　　2.呼气时

三、若有胸内脏器合併伤，可出現气胸、血胸、血气胸及胸壁皮下气肿。

急救

一、在战場上，遇到胸部伤員伴有多根肋骨骨折及反常呼吸运动时，除用厚敷料包扎外，应再用繃带环繞胸部加压固定。但加压要有一定限度，即能固定反常呼吸运动的胸壁，又不致影响呼吸机能。

二、患者采取半坐位，并注意咳嗽、排痰。

三、止痛：可应用一般止痛剂，如索密痛、安乃近等，或用1～2％普魯卡因10～15毫升，做骨折断端封閉，或用2％普魯卡因做肋間神經阻滞。

四、单純肋骨骨折，局部可貼各种伤科膏药，如虎骨膏、狗皮膏等。

五、胸壁胶布固定法：用6～8厘米寬的长胶布数条，于呼气之末，自下而上、自后而前，做环形、叠瓦式、相互重叠1/3的患側胸壁粘貼固定。固定范围应包括骨折上下各两根正常肋骨，两端应超越中綫5厘米（图1—70）。固定时間为2～3周。

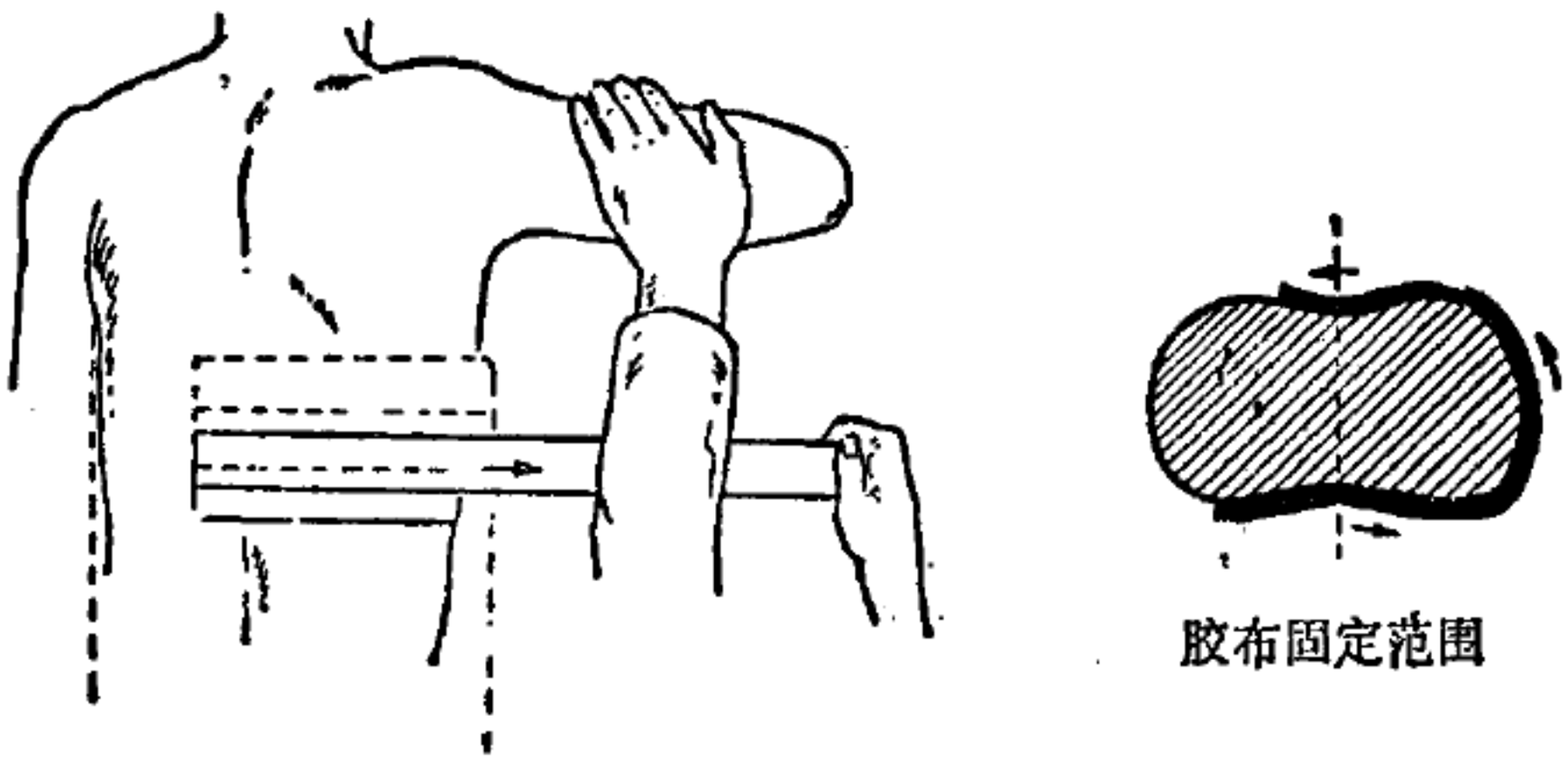


图1—70　胸壁胶布固定法

气　胸

气胸是由于战时胸部枪伤、弹片伤，以及銳器刺破胸腔，或肋骨骨折端撕破肺組织等原因所造成。

开放性气胸：为胸部穿透伤造成胸壁缺損，使胸膜腔与外界相通。

张力性气胸：即高压性气胸。为肺或支气管破裂并形成活瓣，于吸气时气体进入胸腔，而呼气时气体不能排出，故造成胸腔内高压。

诊断要点

一、开放性气胸：

1.胸壁有穿通性伤口，于呼吸时可发生“呼呼”声响。伤口部可能有

活动性出血。

2.患者伤部疼痛、面色蒼白、呼吸困难、气急、鼻翼搧动、口唇青紫，气管及心界向健側移位，并可有不同程度的休克。

3.合併肺損伤者，可有刺激性咳嗽、喀痰、咯血。

4.必要时放射綫透視或攝片检查。

二、张力性气胸：

1.患者胸內胀滿、心慌、出冷汗、鼻翼搧动、口唇青紫、进行性呼吸困难、呼吸浅快、脉快而細，甚至血压下降、发生休克。

2.患側呼吸运动減弱，語顫和呼吸音減弱或消失，叩診鼓音，气管及心界明显移向健側，胸壁可出現皮下气肿。

3.胸腔穿刺可証实患側有空气，并以高压向外排出。方法：用5毫升空針，接粗針头，于患側第二肋間鎖骨中綫处垂直穿刺胸腔，如为胸內高压，可自动頂出空針針心。

4.必要时放射綫透視或攝片检查。

急救

一、开放性气胸：

1.战地急救时应立即封閉創口，可用就便材料，如棉垫、干淨毛巾等严密堵塞伤口，外用三角巾或綳帶包扎，則将开放性气胸变为閉合性气胸，并及时后送，准备清創。

若伴有肋間血管出血不止，可用一双层大紗布，其內填塞紗布成团并塞入胸腔，以便压迫出血点，其外再加敷料，胶布固定和綳帶包扎。

2.患者半坐位，休克时取平臥位。

3.抗休克治疗（見“休克”）。

4.青霉素20万单位，肌肉注射，每6小时一次。鏈霉素1克，肌肉注射，每日一次。

5.破伤风抗毒素1,500单位，肌肉注射。

6.爭取早期做清創縫合术。

二、张力性气胸：

1.急救时应立即在患側第二肋間鎖骨中綫处做胸腔穿刺，拔去空針，保留并固定粗針头于胸壁，做持續排气。

2.如反复穿刺排气2～3次无效，可安置肋間导管做胸腔閉式引流术（图1—71）。一般于24～48小时不再漏气，而且肺复张較好。

3.若48小时后仍继續漏气，則可考虑开胸探查縫合肺或支气管的裂口。

4.其它处理同开放性气胸2、3、4的处理。

血　　胸

血胸多因胸壁或肺血管破裂出血所致。

诊断要点

一、患者因急性內出血而有面色蒼白、出冷汗、脉快而細、血压下降等出血性休克表現。

二、因胸腔积血致肺膨胀不良而有呼吸困难、口唇青紫等症状。

三、若有肺破裂，可出現刺激性咳嗽、咯血。

四、患側肋間飽滿、呼吸动度減弱、語顫降低、叩浊、呼吸音減弱或消失，气管及心界向健側移位。

五、診断性胸腔穿刺可抽出血液。

六、必要时放射綫透視或攝片检查。

急救

一、抗休克治疗（見“休克”），并根据失血程度輸血。

二、若压迫症状明显，可在患側第六或七肋間腋中綫处做胸腔穿刺抽血減压。

三、抗菌素預防感染。

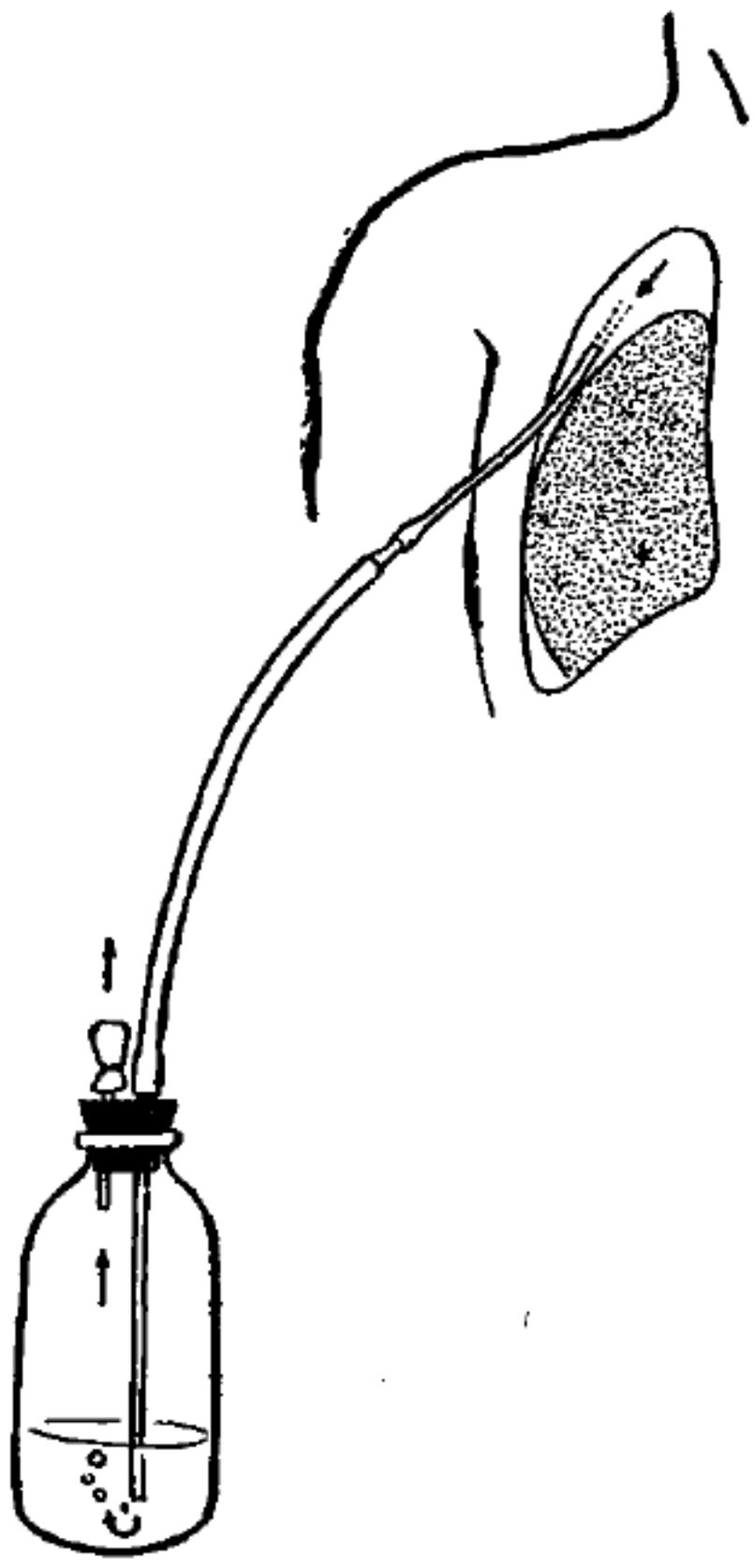


图 1—71　胸腔閉式引流术

四、若經过一阶段非手术治疗仍有继續大量出血的表現，則应考虑开胸止血。

創伤性窒息

創伤性窒息是由于胸壁突然受强大压力，使胸腔內压力驟然升高，上腔靜脉血液反流至头頸及上肢，从而引起无数小靜脉过度充盈和破裂。

诊断要点

一、胸部有受挤压的外伤史。

二、头頸及肩部皮肤呈暗紫色，并伴有浮肿。

三、口腔、唇、舌粘膜、外耳道、鼓膜、眼結膜可有出血及水肿。

四、如有顱內靜脉破裂可发生昏迷。

五、若視网膜靜脉破裂严重者可有失明。

六、注意胸部有无肋骨骨折、气胸、血胸等損伤。注意腹部有无实质器官破裂等合併伤。

急救

一、积极采取抗休克治疗（見“休克”）。

二、及时处理胸部其它損伤及腹部合併伤。

三、靜臥休息，若无休克者可取半坐位。

四、氧气吸入。最好用高流量給氧，防止肺水肿。

五、給予鎮靜剂，如苯巴比妥鈉0.1～0.2克，肌肉注射。忌用嗎啡。

腹部創伤

腹部創伤是由于爆炸伤、枪弹伤、刺伤、撞击伤、跌伤等原因所引起的損伤。輕者为腹壁挫伤，重者可造成腹腔內脏的損伤。腹部創伤是常見的战伤之一，我們必須以白求恩同志为光輝榜样，勇敢战斗，不怕牺牲，积极进行战地救护，并尽快摸清病情，施行有效的搶救措施。

腹部开放性損伤

诊断要点

一、腹腔有开放性伤口，并常伴有腹內脏器脫出腹壁外。

二、注意有无合併腹內脏器損伤，若无內脏損伤，病情多不继續加重。

急救

一、在战地急救时，切勿挤压或还納腹內脫出的脏器，并尽量減少腹內压增加的因素，以免脏器继續脫出。对腹部开放性伤口及脫出之內脏，可用大块消毒敷料复盖，扣上搪瓷碗或軍用飯碗，并将其包扎固定，尽快后送，准备手术。

二、单純开放性腹部損伤，可按一般清創縫合术处理。

三、若有休克表現，应抗休克治疗（見“休克”）。

四、抗菌素預防感染，如青霉素 20 万 单 位，肌肉注射，每 6 小时一次。鏈霉素 1 克，肌肉注射，每日一次。

五、破伤风抗毒素1,500单位，肌肉注射。

腹部閉合性損伤

诊断要点　主訴之受伤部位和检查腹壁伤痕，有助于腹內受伤脏器的定位。

一、空腔內脏破裂：主要为急性腹膜炎表現。

1.胃、腸破裂：

（1）腹痛常开始于胃、腸破裂处，为持續性疼痛，逐漸加剧，可伴有恶心、呕吐、腹胀。胃破裂常有血性呕吐物；結腸或直腸破裂常有便血。

（2）腹式呼吸受限，腹部有明显压痛、反跳痛和肌紧张，腹膜刺激

征最明显部位，常常是胃、腸破裂的部位。肝浊音区縮小或消失，可能有移动性浊音，腸鳴音开始活跃，以后逐漸減弱。

（3）診断性腹腔穿刺可能有混浊液体。

（4）病情严重发展，可有体溫逐漸升高，脉搏、呼吸加快，血压下降、煩躁不安、譫妄，以至昏迷等中毒性休克表現。

2.膀胱破裂：患者可有下腹痛、肌紧张、血尿、排尿障碍或无尿，以及腹膜炎等表現。若导尿时无尿，并注入盐水后不能等量抽出，則可証实为膀胱破裂。

二、实质器官破裂：主要为內出血表現。

1.肝、脾破裂：

（1）腹痛开始于肝、脾区，多不剧烈，可伴有肩背部放射痛。有时腹胀。

（2）肝、脾区有压痛及叩痛，肌紧张一般不明显，肝、脾浊音区扩大，有移动性浊音，腸鳴音正常或活跃。

（3）診断性腹腔穿刺有血液抽出。

（4）病情严重者，可有皮肤蒼白、出冷汗、心慌、口渴、煩躁不安、呼吸加快、脉搏快弱、血压下降等出血性休克表現。

2.肾破裂：患者腰背痛或上腹痛，程度不一，疼痛可为局限性，或伴有放射性痛。絕大部分病人有血尿，多为肉眼可見，因腹膜后血肿而出現肾区肿胀、叩击痛，有时腰腹肌紧张，严重者造成出血性休克。

急救 腹部閉合性損伤，經常病情变化快而复杂，我們应遵照毛主席的教导：**“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”**要学会全面地看問題，以便做出正确的判断和能克敌制胜的战斗計划。

腹部創伤的主要危险：一是因实质脏器破裂內出血所造成的休克，一是因空腔脏器破裂所造成的腹膜炎。因此大多数腹部創伤的伤員应爭取早期处理，最好在伤后 6 小时以內，尽量不超过12小时，所以要尽快自战地后送。在轉运时，伤員应采取半坐位并屈膝，背部可用衣卷垫起（休克例外）。在未查清伤情前，应禁食、禁水。

一、非手术治疗原則：

1.靜臥休息：急性腹膜炎患者应取半坐位，休克病人应取平臥位。

2.禁食：对胃、腸破裂患者尤其重要。

3.胃腸減压：可在下胃管后用空針定时抽吸。对胃、腸破裂和急性腹膜炎病人均应使用。

4.抗菌素預防或控制感染：常为青、鏈霉素合用，必要时可加大剂量或更換其他抗菌素。抗菌素的应用对于因腹內脏器損伤所造成的急性腹膜炎、高烧、中毒性休克的患者更为需要。

5.輸液与輸血：对于禁食、胃腸減压的病人均应輸液。对于严重腹內

出血，以及出血性休克病人均应考虑輸血。

6.抗休克治疗：对于中毒性或出血性休克病人，均应采取必要的搶救措施（見“休克”）。

二、手术治疗指征：

1.胃、腸破裂，急性腹膜炎表現严重，或虽經非手术治疗，腹膜刺激征逐漸加重者。

2.膀胱破裂。

3.肝、脾破裂，內出血不止者。

4.腎破裂，一般均需手术治疗。

骨　折

骨的連續性或完整性受到破坏称为骨折。在生活和劳动中，骨折是一种常見的損伤，在战时則更为多見。骨折可由直接暴力，也可由間接暴力，即传达暴力（如由高处摔下，足心着地造成小腿骨折等）引起。骨折断端可較稳定，如不全骨折、嵌插骨折、横断骨折等；也可不稳定，如螺旋形骨折、斜面骨折等。骨折还可根据其断端是否与外界相通，分成开放性和閉合性两类。

儿童因生理上特点常为不全骨折，且癒合比成人快。

诊断要点　对有移位的四肢骨折，診断并不困难，骨折处可出現各种畸形，如肢体短縮、旋轉或成角等，并常有不同程度的异常活动及骨擦音，肢体丧失功能也很明显。但在不完全性骨折或骨折断端嵌插的病人，其体征可不显著。

放射綫透視及摄片对骨折能更明确診断，但在沒有放射綫条件下，遇到骨折症状不明显的不全及嵌插骨折，也应該根据病史和仔細检查以确立診断。

一、詳細詢問受伤史：如受伤原因、部位、受伤时間及現場处理等。

二、局部疼痛和肿胀：在活动受伤肢体时疼痛加重。因骨折后有血肿及其周围軟組织損伤而显示局部肿胀。

三、局部压痛：骨折症状不明显的，可先后由上下两端向肿胀部位輕輕按压，若在同一部位出現較明显的压痛区，应考虑为骨折所在部位。

四、纵向扣击痛：在肢体骨折中，輕輕叩击骨干远端，可使骨折处产生疼痛（如肱骨骨折扣击肘部，小腿骨折扣击足跟）。

五、搖摆旋轉試驗：在明确骨折診断有困难时，可以两手把持骨干两端輕輕搖摆或旋轉，如有骨折，可引起局部剧痛。

六、两側肢体对比测量：把两側肢体放在同一位置，仔細观察对比，而后测量肢体长度。

在进行以上检查时，我們要牢記毛主席的教导：“**我们的责任，是向**

人民负责。每句话，每个行动，每项政策，都要适合人民的利益”。所以检查时手法要輕巧，只要診断明确，就不要因过多检查使病人增加痛苦。

如經以上检查后，骨折診断仍属可疑，可先按骨折处理，等肿胀略消再进一步检查，以免延誤治疗。

治疗原则 骨折的治疗要爭取时間，不能拖延。除了使其早日癒合外，还要注意恢复肢体功能，使骨折癒合后，能尽量保留受伤前的劳动力。若需要轉送病人，一定要先作簡单固定，以免增加病人痛苦或引起更严重的合併損伤。

一、全身和局部的关系：全身情况不好，有休克或合併顱脑及內脏严重損伤者，应积极进行搶救，同时进行骨折局部的处理。有的外伤病人可发生多处骨折，检查及治疗时不要遺漏。

二、伤口处理：对开放性骨折应爭取时間及早作清創縫合术。暴露时間过长，病情就会复杂化。

三、早期复位：根据骨折部位和程度，爭取行早期复位。复位前要作到胸中有数，不可盲目操作。复位中既要使骨断端对位良好，又不能因手法粗暴增加軟組织的損伤。对手法复位有困难的骨折，要及时爭取条件手术治疗。

1.麻醉方法：簡单骨折的复位，可不用麻醉或仅用鎮靜止痛药，如苯巴比妥、杜冷丁等。一般骨折可根据情况选用下述麻醉方法。

（1）局部麻醉：注射1～2%普魯卡因于骨折局部血肿內。一般可先抽去血肿內瘀血，然后再注入麻药5～10毫升。

（2）臂丛神經阻滞麻醉：用于上臂中段以下的骨折。

（3）腰麻：用于下肢骨折。

（4）乙醚开放吸入麻醉：只在少数情况下使用。

2.复位手法可分四步：

（1）手摸心会：手术者用双手触摸骨折部，手法要先輕后重，由浅到深，細心領会，对骨折情况及移位方向要做到胸中有数。

（2）拔伸牵引：在助手帮助下，两人由骨折部位两端向相反方向慢慢牵引，力量要先輕后重，沿着肢体纵軸方向进行，矫正骨折断端的重叠、成角和旋轉移位，恢复肢体长度。若加大牵引力量后仍不能牵拉开，可用折頂手法：使骨折两断端加大成角，远近断端骨质互相頂触后再驟然反折，从而矫正重叠移位。

（3）端提挤按：重叠、旋轉及成角移位矫正后，側方移位就成为骨折的主要畸形。术者一手固定骨折近端，另手握住骨折远端，用上下端提或左右挤按的手法，迫使骨折对位。

（4）按摩推拿：主要是調理骨折周围的軟組织，按照肌肉、肌腱走行的方向，由上而下，順骨捋筋，达到散瘀舒筋的目的。

3.判断复位效果的方法：判断骨折复位后位置是否良好，在无放射綫透視或摄片的条件下，可对比两側肢体，观察长度是否相等，畸形是否消失，生理弧度是否恢复，以及骨断端是否平整等。

四、坚强的外固定大致分两类：

1.小夹板固定法：夹板固定治疗骨折是祖国医学的宝貴遺产，又經过充实提高后的一种新型治疗方法。大部分长骨閉合性骨折及开放性骨折伤口癒合后均可应用。

固定用具：

（1）夹板：为有韧性及弹性的木料做成的木板，以柳木最好，椴木、榆木較差（若沒有木料，竹片、树皮等就便器材均可代用）。上肢所用夹板厚度約0.3厘米，下肢0.4厘米左右，大小和形状依不同年龄和骨折部位而定。在夹板的皮肤接触面要衬以毡垫或棉花等柔軟物品，以防压坏皮肤。

（2）紙垫：一般用质地柔韧的毛头紙叠成。在肢体有生理性弯曲的部位作衬垫（如小腿和踝部骨折用的塔形垫、梯形垫）和在骨折有移位时作压垫使用。常用的有以下五种形状（图1—72）：

①平垫：适用于肢体平坦处，多用于骨干部。

②塔形垫：适用于关节凹陷处，如肘、踝关节。

③梯形垫：适用于肢体斜坡处，如肘后部、足踝部。

④横垫：用于橈骨下端骨折。

⑤分骨垫：用于并列骨干的骨折，如前臂橈、尺骨干骨折。

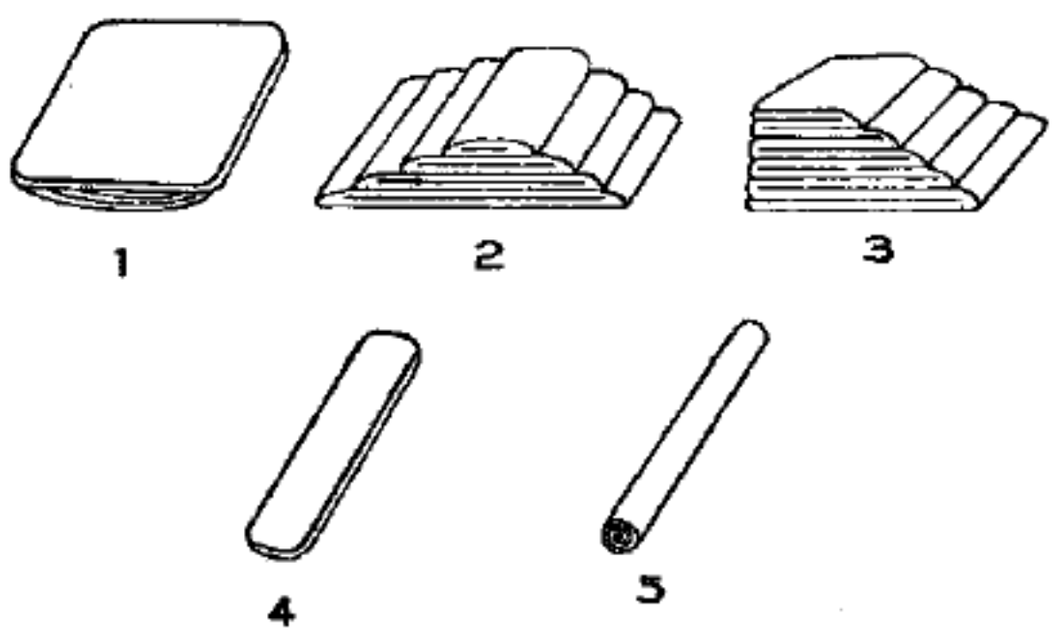


图1—72 常用紙垫

1.平垫 2.塔形垫 3.梯形垫 4.横垫 5.分骨垫

（3）布带：为寬1.5～2厘米的双层白布或用繃带搓成条状备用。

（4）繃带卷及胶布等。

小夹板固定方法：

（1）纏繞繃带：已复位完毕的肢体，在两助手持續牵引下，术者将要固定的肢体松松纏繞繃带数圈，不要纏得太紧。

（2）放置紙垫：根据骨折移位方向选用紙压垫，以胶布粘在适当的部位。

（3）安放夹板：按各部骨折具体要求，依次安放夹板，放置妥当后，两手扶握固定。

（4）捆綁夹板：一般用四根布带，在骨折綫上下方各捆两条，布带的松紧度以布带能上下移动1厘米为宜。

小夹板固定注意事項：

（1）抬高患肢，观察肢端血液循环：骨折經复位后，上肢用三角巾或綳带悬挂，下肢用枕头或棉被等柔軟物品垫高，并密切观察肢体末稍血液循环。如发現肢端顏色发紫、皮溫变凉、肿胀疼痛加重、活动能力減小，应及时松开布带，以免造成严重併发症——肢体缺血性攣縮。在复位后1～2周內尤需注意。

（2）夹板管理：每日检查布带松紧度，始終保持能上下活动1厘米为宜，太紧可以引起併发症，太松复位的骨折可以再移位。注意夹板及紙垫位置，如有松动，应随时調整。还可以把夹板管理方法教給病人，医务人員定期随訪检查。

（3）积极适当的功能鍛炼：小夹板固定法治疗骨折，除早期复位和坚强外固定外，还有功能鍛炼，这是祖国医学治疗骨折的特点之一。以动靜結合的方法，可以矫正残余移位，加速骨折癒合及功能恢复。有两种方法：

①自动活动：即练功活动，指导病人在外固定后不同阶段进行各种形式的练功。伤后1～2周內主要作一些单純肌肉收縮鍛炼，3～4周时可以作关节伸屈活动，先由一个关节开始，而后几个关节协同鍛炼。范围由小到大，直到接近癒合时，下肢可在扶拐保护下逐步练习負重活动。

②被动活动：如病人肌肉无力，尙不能自动活动时，可在医务人員的帮助下进行輔助性活动，包括按摩骨折远端肿胀的肢体和骨折部上、下关节，动作要慢，活动范围由小到大。等患者能自动活动后，应以自动活动为主。

2.石膏固定法：四肢骨折尤以开放性者常須用此法固定。

石膏类型：

（1）石膏托：分单托和双托两种。骨折稳定、沒有移位的可用单托固定，上肢骨折用10～12层，下肢用14～16层石膏綳带叠制。骨折不稳定时可用双石膏托固定，一般上托略薄，下托較厚。

（2）石膏管型：骨折移位大，不稳定，經复位后最好用石膏管型固定。

石膏固定方法：

（1）将已复位好的肢体放在所需位置，骨折远、近端的关节要处于功能位（如上肢肘关节屈曲90度，腕关节背伸30度；下肢膝关节伸直180度，踝关节背伸90度等）。

（2）肢体上垫一薄层棉花，凡骨性突起处更需注意垫好，以防石膏压迫皮肤。

（3）将預先叠制好的石膏托或石膏綳带卷泡入溫水中，等石膏被水浸透气泡完全冒出后，取出石膏，将水輕輕挤去。

（4）把泡好的石膏托拉直撫平后，安放在要固定的肢体下面，助手用两手掌平稳托起，外纏普通綳带。如用石膏管型固定，可把泡制好的石膏綳带卷逐层纏繞到要固定的肢体上，边纏，边以手掌撫平，使石膏綳带各层紧貼。在关节弯曲处，注意不要产生皺摺压迫皮肤。石膏管型一般0.5厘米厚（6～10层），在負重大的地方可以加厚。

石膏固定范围依骨折部位决定，一般包括骨折远、近端两个关节或远端一个关节。

（5）石膏固定完毕，一定要等其凝結变硬后才可搬动（一般約半小时至一小时），如干的很慢，可加热烘烤。

石膏固定的注意事項：

（1）观察肢体血液循环，尤其用石膏管型作固定的患者，更需密切观察。如纏得过紧，要及时从远端剪开石膏。骨性突起处，要預防产生褥疮。

（2）功能鍛炼：等石膏完全干燥，病人急性期疼痛减輕后，可先做一些单純肌肉收縮活动，慢慢的再让骨折附近沒有固定的关节作功能练习。

（3）注意石膏有无摺裂損坏，如所用石膏已起不到外固定作用，应及时更换。

五、骨折癒合标准：骨折癒合的时間与病人年龄、体质，骨折部位、类型和治疗方法等因素有关，切不能絕对化，下表所列四肢主要骨折癒合时間可供参考。

拆除外固定前，一定要先检查病人，如有放射綫摄片条件，可清楚观察骨痂生长情况，沒有摄片条件时，以下五項可作为估計骨折是否癒合的参考：

1.骨折部不肿，无压痛，有时可触及骨痂包繞。

2.骨折部沒有纵向扣击痛。

3.骨折部沒有自动或被动的异常活动。

4.外固定去除后，上肢能抬臂，下肢可抬腿行走。

5.連續观察两周，骨折部不变形。

如經检查后仍不能决定骨折是否癒合，可适当延长固定时間，等癒合坚固后再拆除外固定。但是，过长时間的固定也是不必要的。

四肢主要骨折癒合时間

骨折名称	儿　童	成　人
鎖骨骨折	2～3周	4～6周
肱骨上端骨折	2～3周	3～5周
肱骨干骨折	3～4周	4～6周
肱骨髁上骨折	2～3周	4～6周
尺、桡骨骨折	4～6周	8～10周
桡骨下端骨折	2～3周	4～5周
股骨頸骨折	少　見	4～6月
股骨粗隆間骨折	少　見	8～10周
股骨干骨折	8～10周	12～14周
髌骨骨折	少　見	6　周
脛、腓骨骨折	6～8周	10～12周
踝部骨折	4～6周	6～8周

鎖骨骨折

诊断要点

一、幼年患者較多。好发生于鎖骨中段。

二、患者有外伤史，跌倒时掌心触地或肩外側触地。

三、头偏向患側，常以健側手托住患側上肢。

四、局部肿胀、隆起、有压痛，常可触及骨断端。

五、上肢上举困难。幼儿患者在穿衣、伸袖或以双手托抱其胸部时常有啼哭。

治疗

一、幼儿不全骨折可用三角巾悬挂，固定患肢1～2周。有移位的小儿骨折，可用背部“∞”字繃带固定两周。

二、少年或成年人，可采用中西医結合双圈固定法：

1.固定器材：

（1）固定圈两个：以繃带自腋下到同側頸根部，呈圈状，連續围繞10

圈左右，取下此圈，然后沿圈边纏繞綳带，直至圈边直径为2～2.5厘米为止。

（2）固定布带三条：一条长60厘米左右，另两条各长30厘米左右。

2.复位与固定方法：

（1）患者坐櫈子上，抬头挺胸，两手插腰。

（2）术者站患者背后，左脚踏櫈上，以膝顶住患者两肩胛之間，双手把住患者肩部，向背后慢慢扳拉，直到触及骨折部畸形消失、双側鎖骨等长、断端基本复位为止（图1—73）。

（3）骨折处垫以棉花或紗布，胶布固定后再将两固定圈各套入肩部。

（4）术者在患者背側紧拉固定圈向后，用短布带先将固定圈后下部紧紧捆扎，然后用另一条短布带松松扎住两圈的后上部，用长布带在胸前部縛住两圈前方，不要过紧（图1—74）。



图1—73　鎖骨骨折复位法

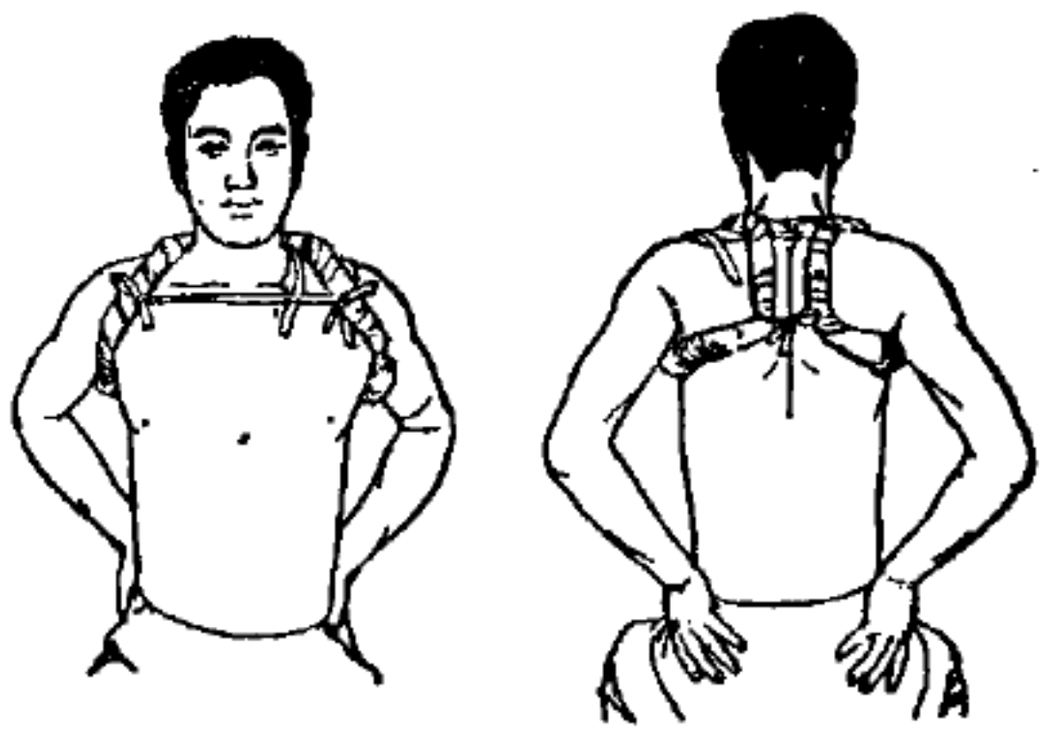


图1—74　鎖骨骨折固定法

3.术后处理

（1）固定期間，让患者始終保持挺胸、肩后仰位，一般不会感到太紧。如确实过紧，可将后上方固定带略加放松。

（2）固定后每日鍛炼握拳、伸屈肘关节等活动。睡觉时宜平臥硬板床，背部垫高，使肩后伸。

（3）外固定时間約需4～6周。

肱骨上端骨折

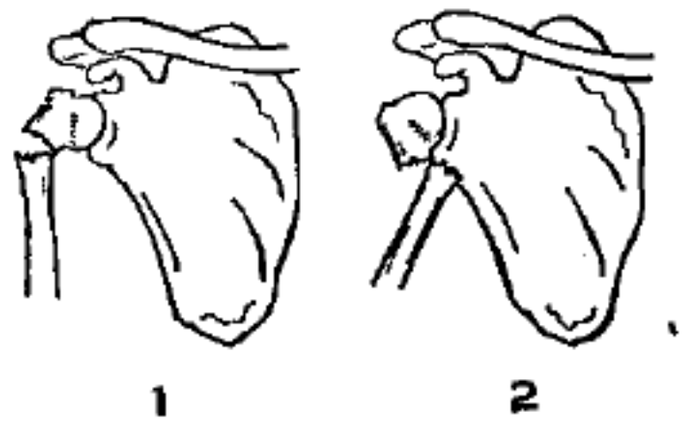
诊断要点

一、跌倒时上肢呈外展姿势，可造成外展骨折；內收时造成內收骨折

（图1—75），以前者较多。骨断端也可互相嵌插，即嵌插骨折。

二、肩部肿胀、压痛。

三、注意与肩关节脱臼相鉴别。肱骨上端骨折局部膨隆饱满；而肩关节脱臼时肩峰外观明显，且在患肢肘部贴胸时手不能撫及对侧肩部。



1　　2

图1—75　骨折移位情况
1.内收型　2.外展型

治疗

嵌插的肱骨上端骨折，可不用复位，以三角巾悬挂患肢2～3周。有移位的需先辨明外展型或内收型，然后进行治疗。

一、复位手法：

1.局部麻醉。

2.一助手用布带繞过腋窝，向上提拉肩部。另一助手握肘部，沿肱骨纵軸相反方向牵引。

3.外展型骨折，助手牵引时内收患肢，术者两拇指抵于骨折近端，其它各指抱骨折远端拉向外，直到对位良好（图1—76）。



图1—76　外展型骨折复位法

4.内收型骨折，助手牵引时外展患肢，术者两拇指抵住骨折部，将骨折远段断端向内推，其它四指拉骨折远段外展，使其对位（图1—77）。

二、固定方法：

1.器材：

（1）长木板三块，木板之上端有小孔繫以布带小圈，以便作超关节

固定用。短木板一块，其一端用棉花包裹，呈蘑菇头样（图 1 —78）。

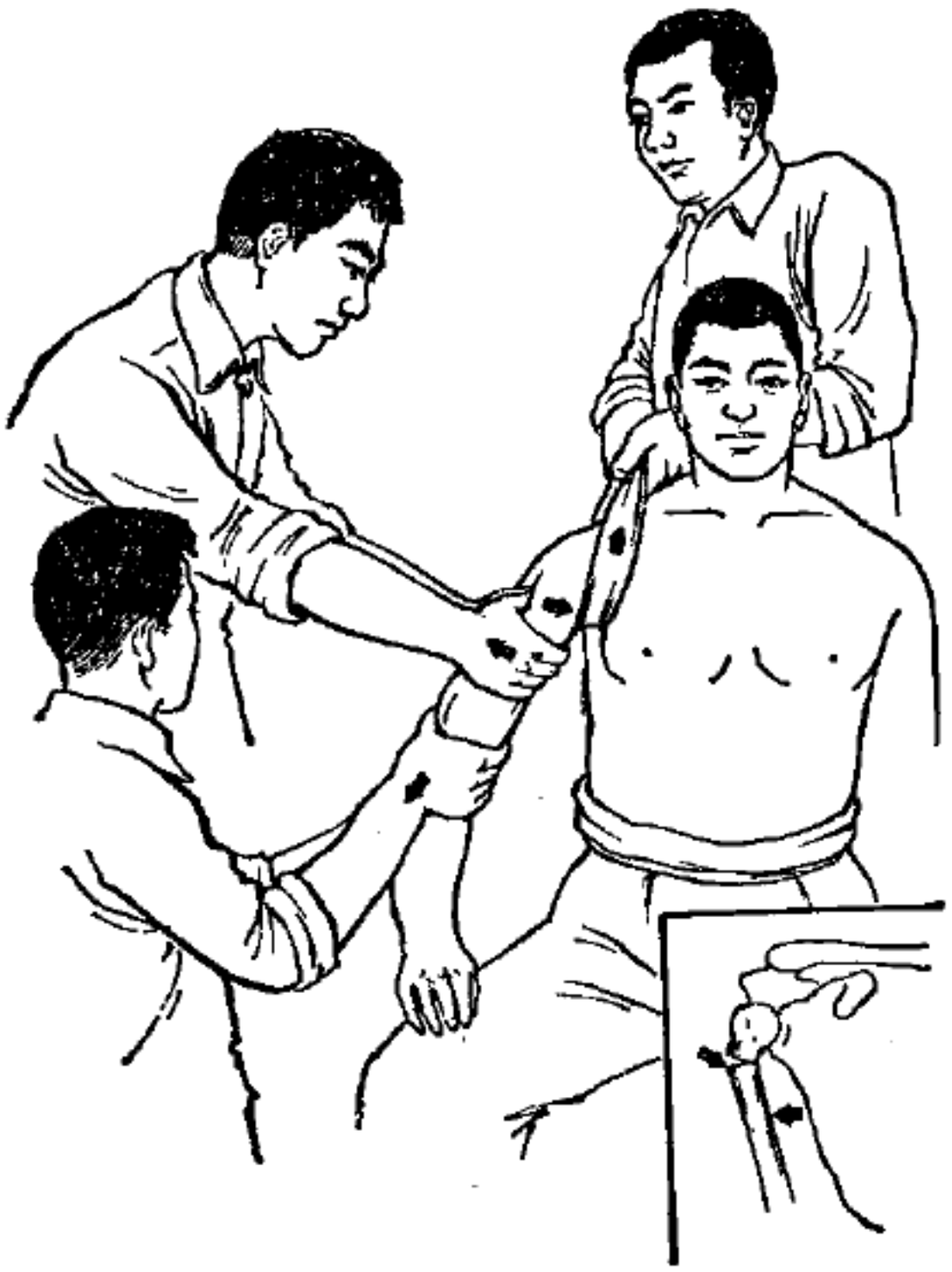


图 1 —77　内收型骨折复位法

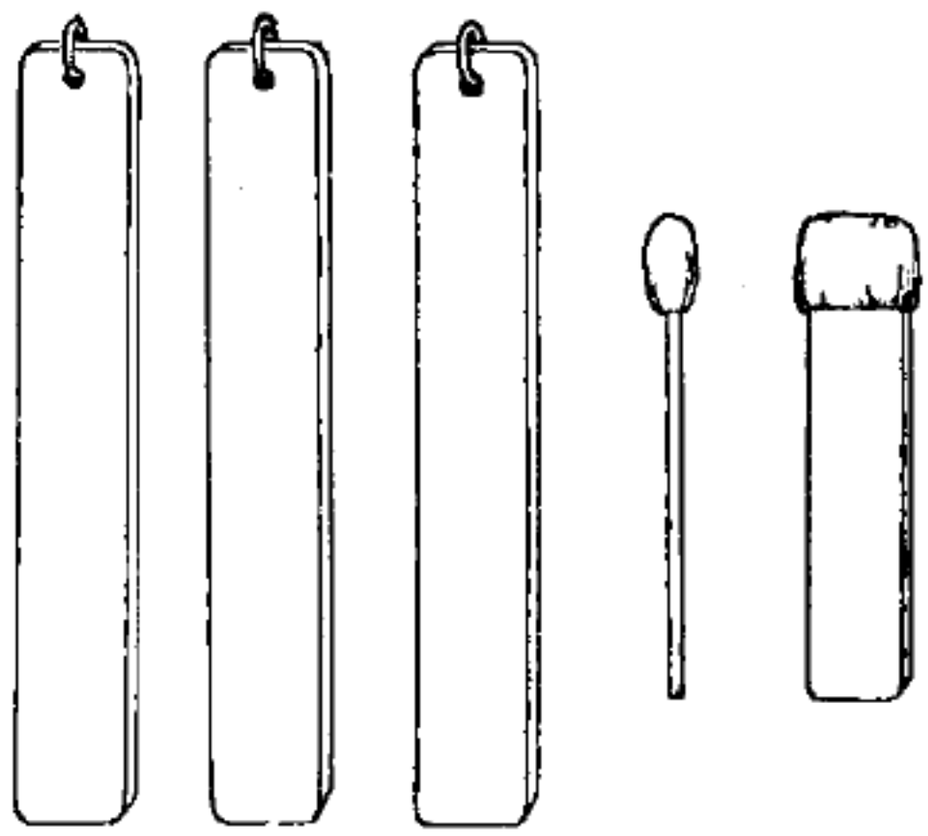


图 1 —78　固定木板

长木板：28 × 4 ×0.3厘米

短木板：18 × 4 ×0.3厘米

（2）平垫一个。

（3）三角巾一条或带柱托板一个。

（4）棉布卷一个。

（5）长布带一条。

2.方法：

（1）在助手牵引下，在要固定的部位包纏綳带4～5圈。

（2）放置木板。长板分别放在上臂前、后、外側三面，下达肘上部，以不防碍屈肘90度活动为原则，上端超过肩部；短板放內側，下达肱骨內上髁以上，上至腋窝部。外展型骨折蘑菇头頂住腋窝处；內收型骨折，蘑菇头放在肱骨內上髁的上部（图 1 —79）。

（3）骨折处放置紙压垫（图1—79）。

（4）以三条布带将木板捆扎。

（5）用长布带穿过三块木板的布带小圈，作一环状結扎，然后繞过对側腋窝打結，棉布圈套在长布带上，正好放在健側腋下，以免布带勒伤皮肤。此即超关节固定（图 1 —80）。

（6）手持托板，以绷带悬挂患肢。

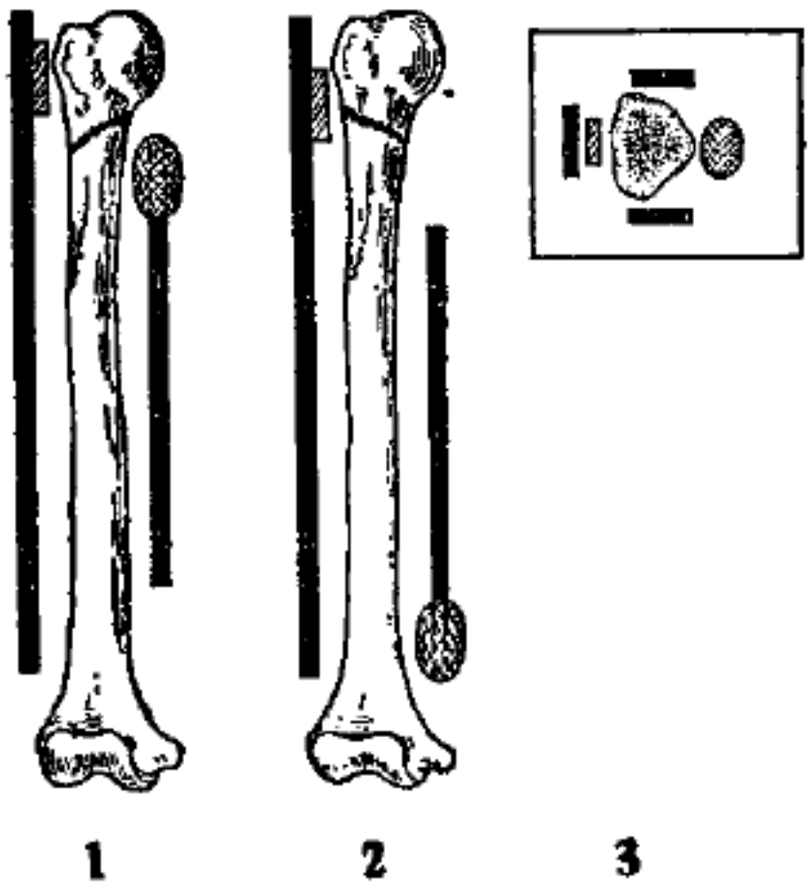


图 1—79　固定方法

1.外展型骨折蘑菇头置于腋下
2.内收型骨折蘑菇头颠倒放置
3.俯視示意图

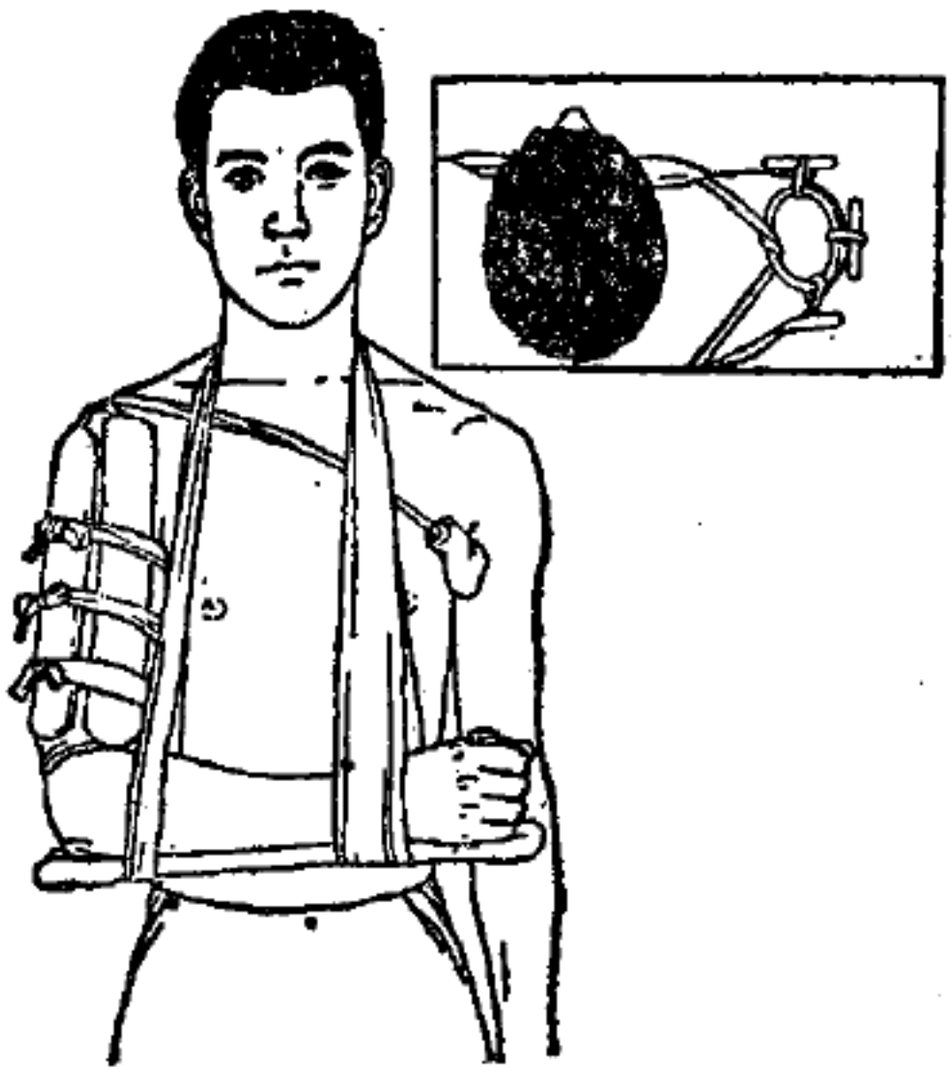


图 1—80　固定形式

三、术后处理：

1.功能鍛炼的順序：先作握拳活动，一周后作一些肘关节伸屈活动，两周后可輕輕活动肩关节，但外展骨折忌作外展活动，內收骨折忌作內收活动。

2.四周后拆除夹板，每日鍛炼肩关节活动，对老年患者尤需鼓励。

肱骨干骨折

诊断要点

一、肱骨中段骨折較多。局部有肿胀及压痛。

二、由肘部向上扣击产生剧痛。

三、移位明显的有上臂短縮、成角及异常活动。

四、注意有无合併橈神經損伤——虎口麻木，腕及指不能背伸。

治疗

一、复位手法：

1.用局部麻醉或臂丛神經阻滞麻醉。

2.由两助手沿上臂纵軸相反方向牽引，一人用布带通过腋窝向上，一人握前臂向下牽拉。牽引力量不要过大，否則容易引起过牽引。

3.重叠移位矫正后，再根据骨折移位情况，用端提挤按等手法矫正其

它移位（图1—81）。

二、固定方法：

1.器材：

（1）木板四块：后及外侧用长木板，前及內侧用中、短木板(图1—82)。



图1—81　肱骨干中1/3骨折复位法

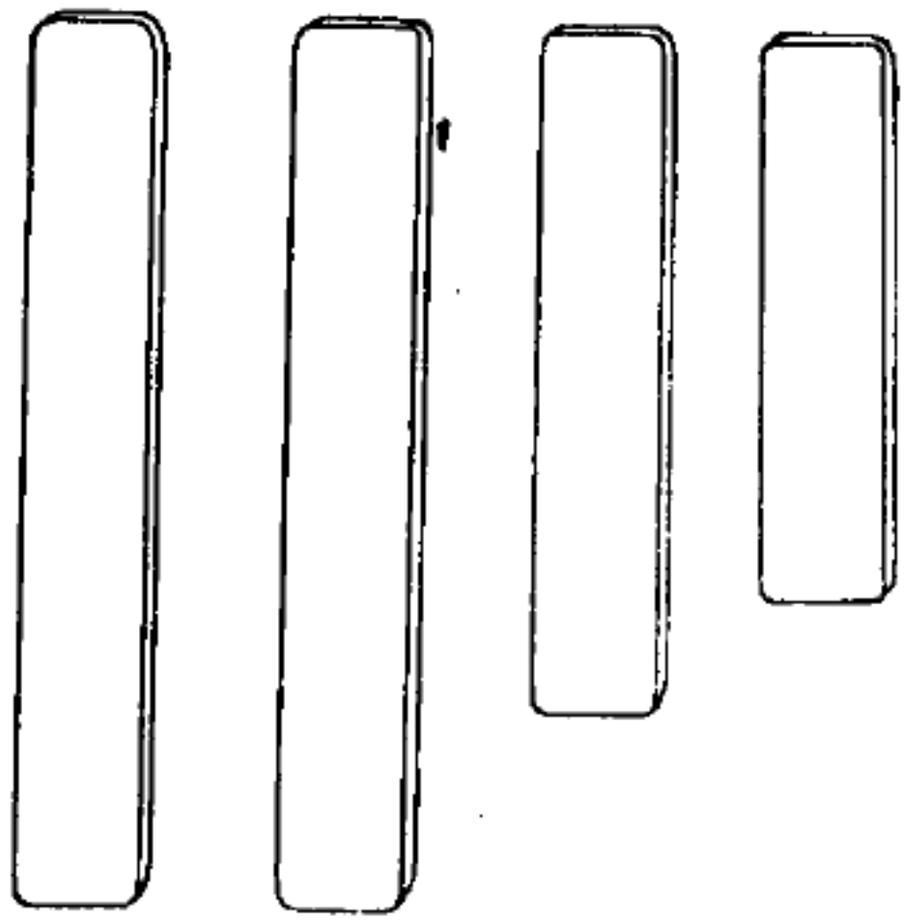


图1—82　固定木板

长木板两块：25×4×0.3厘米
中木板一块：20×4×0.3厘米
短木板一块：18×4×0.3厘米

（2）紙垫：常用为2～3个方形大厚紙压垫。

（3）綳带一卷。

（4）布带四根。

（5）带柱托板或三角巾各一件。

2.方法：

（1）在持續牵引下裹纏綳带4～5圈。

（2）根据骨折移位方向，加用紙压垫（图1—83)。

（3）放置木板，四根布带捆扎固定。

（4）手持托板用綳带悬患肢于胸前（图1—84)。

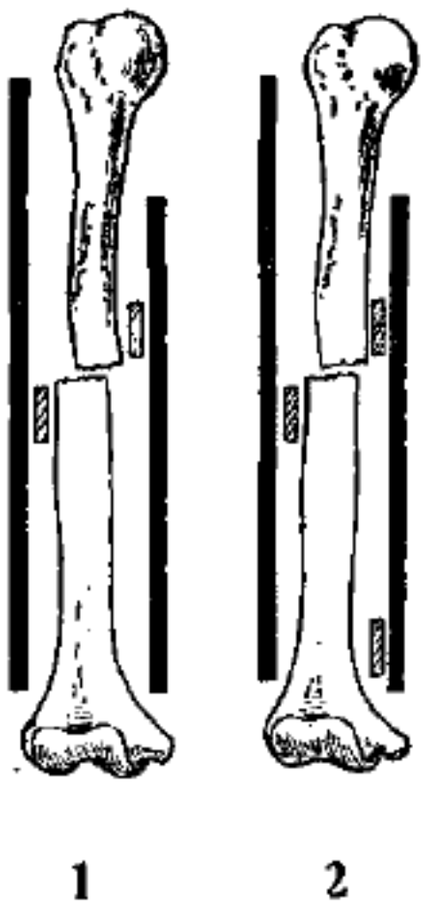
三、术后处理：

1.功能练习：早期练习握拳及腕部活动，如前臂肿胀可輕輕按摩。两周后开始輕輕被动活动肘关节。

2.4～6周骨折可癒合，拆除夹板。

3.如骨断端过牵引而分离，可用三角巾向上紧悬患肢并延长外固定日期。

4.合併橈神經損伤者，倘須腕关节背伸功能位固定，以防腕下垂。如观察1～2月后仍无恢复表現，应进一步检查和治疗，必要时可手术探查。



1　　2

图1—83　固定方法

1.紙垫直接加压固定法

2.紙垫間接加压固定法

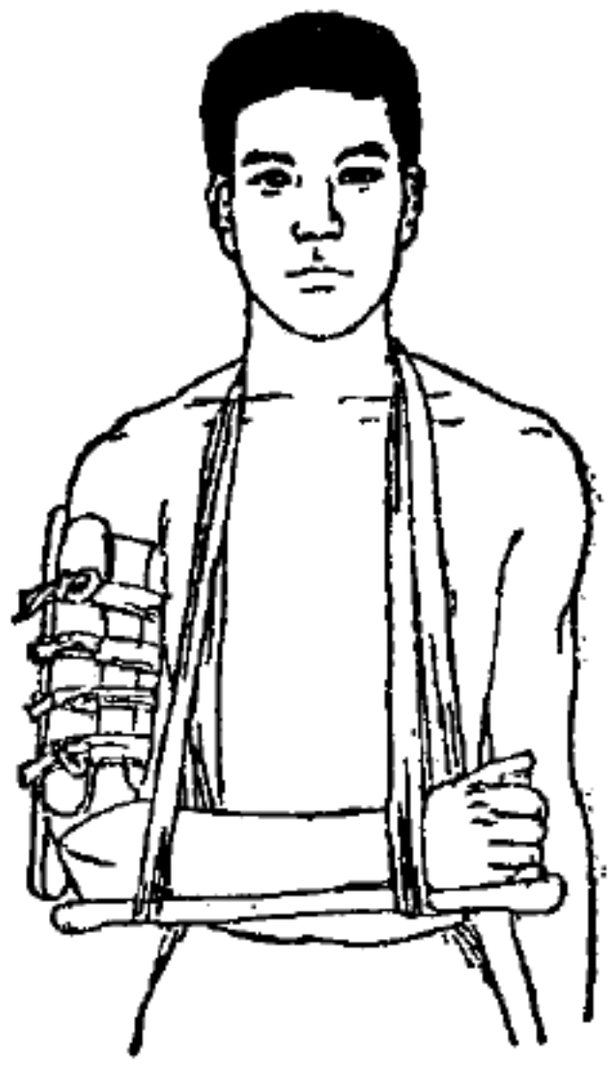


图1—84　固定形式

肱骨髁上骨折

诊断要点

一、四岁以下儿童多見。

二、常見于跌倒时肘关节半屈位或过伸位掌心触地，造成伸直型肱骨髁上骨折（图1—85）。

三、肘关节部明显肿胀。

四、尺骨鷹嘴后移，易誤診为肘关节后脫臼，但脫臼者鷹嘴后移更大，且与肱骨內外髁之等腰三角形关系消失和沒有骨擦音。

五、少数患者骨折近端压迫或刺伤肱动脉及正中神經，可造成橈动脉搏动消失及橈側三指半麻木（图1—86）。

治疗

一、复位手法：

1.用乙醚开放点滴或臂丛神經阻滞麻醉。

2.牵引：一助手握住患側上臂，另一助手握住前臂，肘关节略屈曲，前臂中立位（即拇指向上，前臂不旋前亦不旋后）行相反方向牵引，糾正

重叠畸形。

3.矫正骨折远段旋轉和側移位：肱骨髁上骨折常需矫正骨折远端旋前及尺側偏斜畸形，可在助手牵引下，术者一手握骨折近段，另手握骨折远段，在前臂旋后位下，两手相对挤压，矫正側移位（图1—87）。

4.矫正前后移位：术者自肘后方双手握住骨折近段，两拇指頂住鷹嘴部向前，其它四指拉向后，此时常可听到骨折复位的骨擦音（图1—88）。



图 1—85　伸直型肱骨髁上骨折

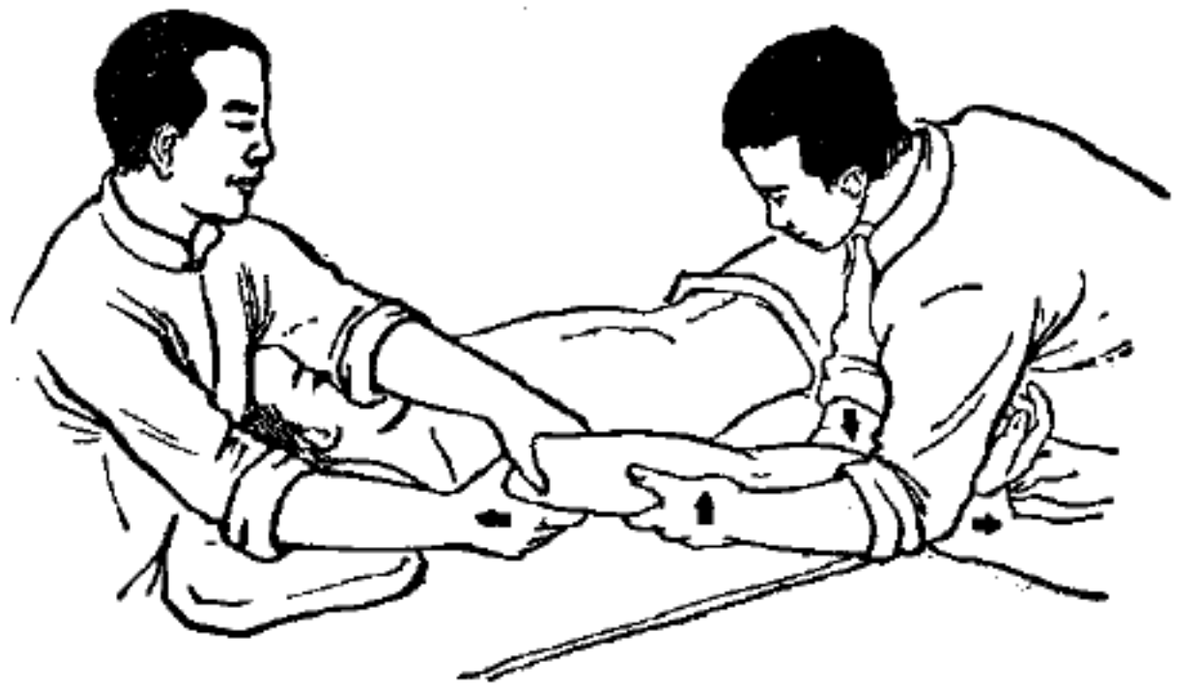


图 1—87　矫正側移位

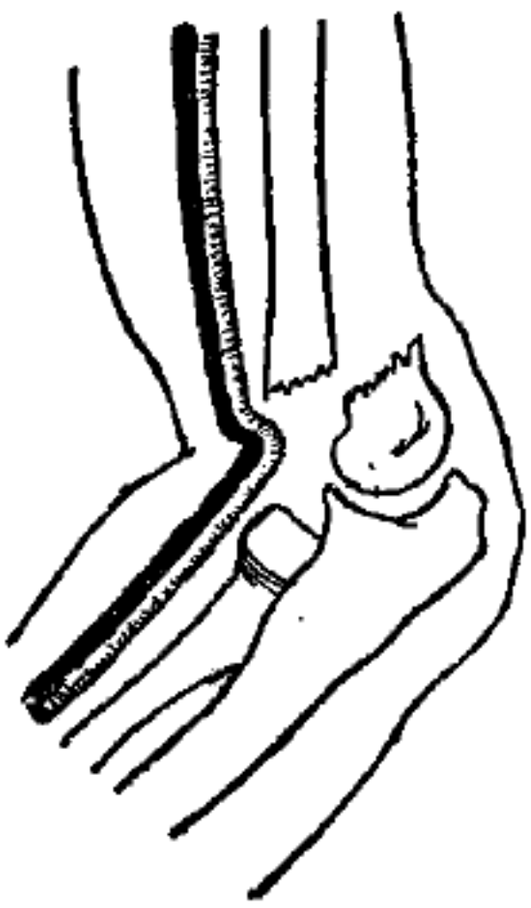


图 1—86　骨折近端压挤肱动脉及正中神經

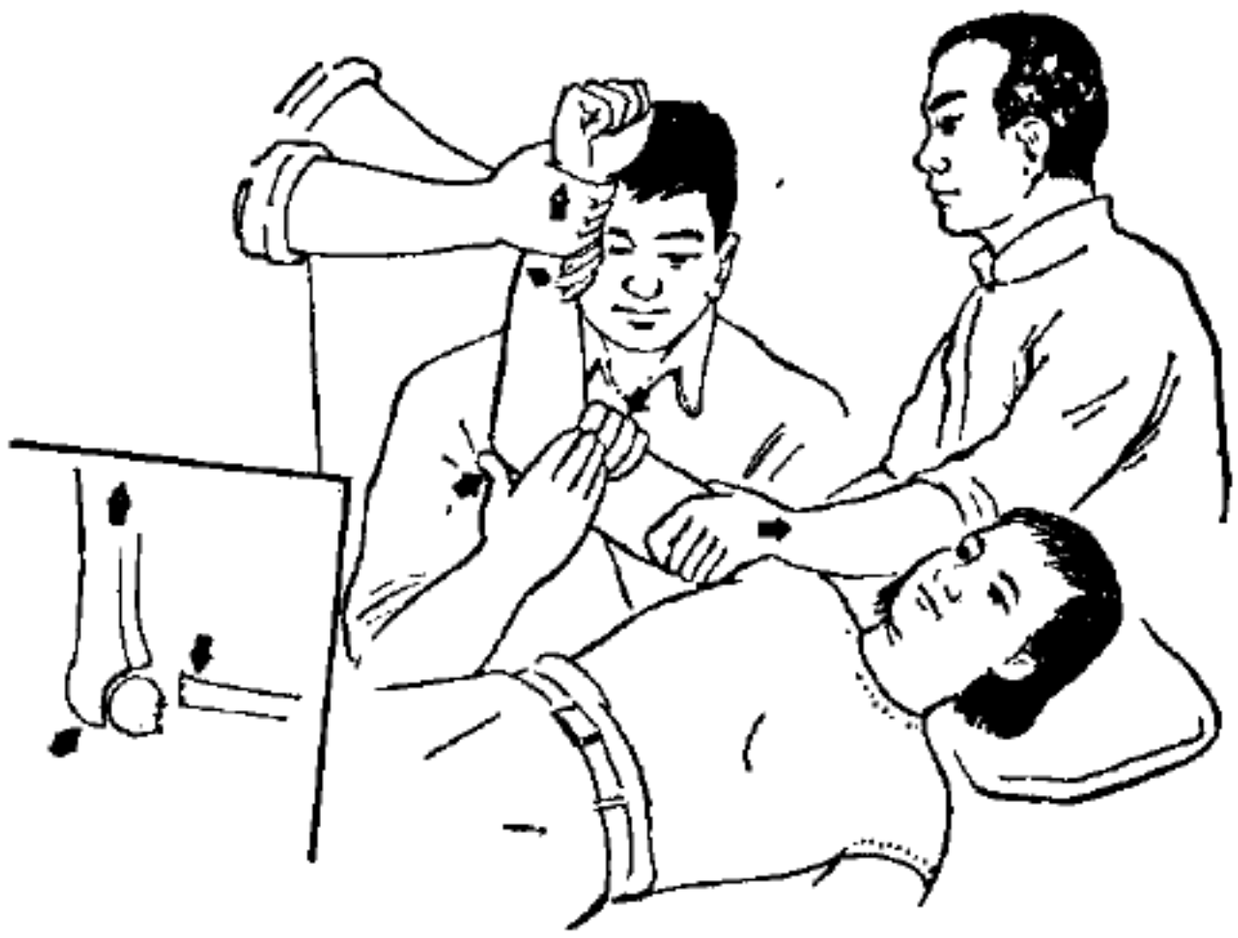


图 1—88　矫正前后移位

5.外展肘关节：把肘关节略略外展，使骨断端橈側皮质嵌插，防止肘內翻畸形。

二、固定方法：移位不明显的肱骨髁上骨折可用长臂石膏托固定，患

肢肘关节屈曲90度，前臂旋后位。移位大的，經复位后采用小夹板固定較好。

1.器材：

（1）木板：共四块。长度依肢体长短而异，前、后侧板远端均釘有小釘，以防固定时远侧布带上滑而松脫（图1—89）。

①前侧板及后侧板：下端均烤成向前弯曲之弧形。

②內、外侧板：可用直板或下端烤成弯曲弧形（使肘关节保持外展位）。

（2）紙垫：

①梯形垫两块。

②塔形垫一块。

③方形压垫一块。

（3）固定布带三条，綳带一卷。

2.方法：

（1）保持复位后的位置，肘部松松纏繞綳带1～2层。

（2）一个梯形垫放在尺骨鷹嘴部。另一梯形垫放于內髁下，将骨折远端向外挤。塔形垫放于外髁上方，将骨折近段向內推挤。方形垫放于肘窝上方压迫近段，防止近端骨折前移。以上四块紙压垫用胶布分别固定于木板远端适当部位备用（图1—90）。

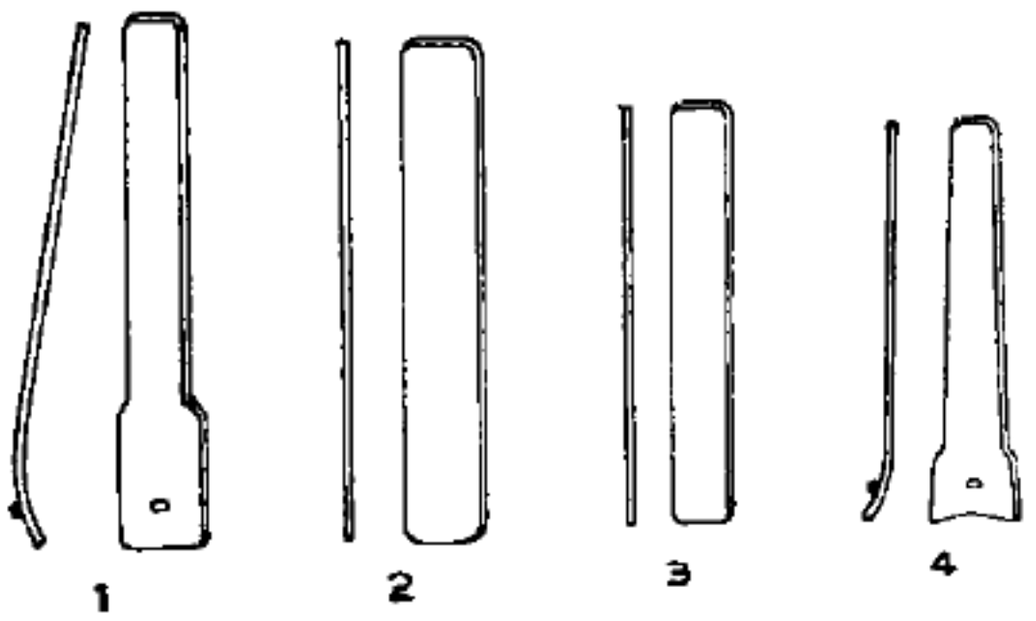


图1—89　固定木板

1.后侧板（远端稍寬）　2.內侧板
3.外侧板　4.前侧板（远端稍寬）

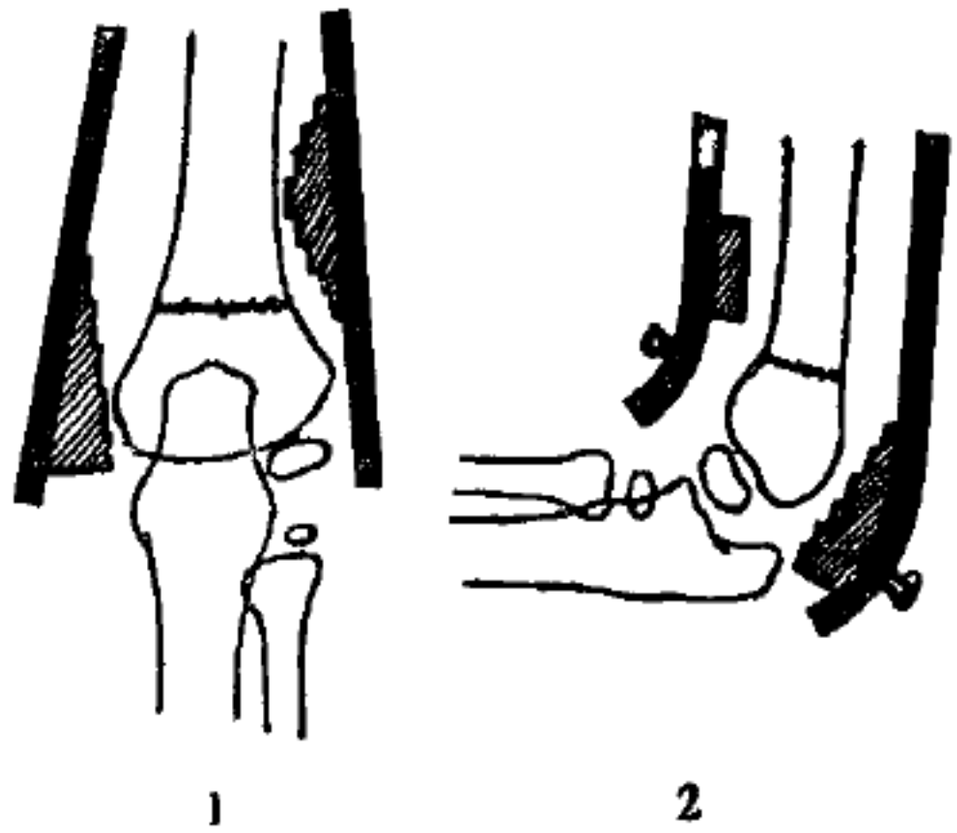


图1—90　固定示意图

1.正面观
2.侧面观

（3）安放木板于适当的部位。前侧板自肱骨头下方至肘窝下3厘米；后侧板自腋下至鷹嘴下方；內侧板自腋下至內髁下3厘米；外侧板自肩峰下至肱骨外髁下方。

（4）先捆中間布带，依次再捆上下两根，下方一根布带繞过板端小釘，以防滑脫。

（5）肘关节屈曲90度，前臂旋后位，并用三角巾或繃带悬吊于胸前（图1—91）。

（6）检查橈动脉搏动是否良好。如搏动消失或減弱，应将腋下布带略松，并稍伸直肘关节，以摸到橈动脉搏动良好为度。



图1—91　固定形式

三、术后处理：

1.密切观察患肢血液循环，从橈动脉搏动，手部肿胀、顏色、溫度等情况观察血液循环，要根据肿胀程度，每日調整布带松紧，一周后趋于稳定。布带过紧，易引起缺血性攣縮，必须注意預防。

2.合併肱动脉損伤，經过1～2天观察仍无恢复者，应作紧急处理，包括手术探查。

3.注意預防肘內翻，使肘部經常保持略外展位。

4.儿童外固定两周，骨折即可癒合。

尺、橈骨骨折

诊断要点

一、前臂尺、橈骨双骨折比单骨折多見。

二、直接暴力击伤者，尺、橈两骨骨折在同一平面；跌扑摔伤之間接暴力引起的骨折，尺、橈两骨骨折不在同一平面，常見的是橈骨上1/3横断骨折与尺骨中段斜骨折。

三、局部肿胀、压痛。

四、可有重叠、成角、側方移位，旋轉畸形及异常活动。

五、骨擦音明显，常能触及移位的骨折端。

六、放射綫透視或摄片可以明确診断。

治疗　前臂尺、橈两骨关系密切，功能复杂，故骨折复位要求較高。遇到青壯年人前臂上1/3骨折，应爭取在有放射綫透視或摄片的条件下，明确移位方向，以便准确地手法复位。若仍有困难可考虑手术治疗。在小儿或較瘦病人，患有前臂中段或下段骨折时，常可依靠手摸心会达到滿意的复位。

一、复位手法：

1.臂丛神經阻滯麻醉。但小儿单純成角畸形的骨折可以不用麻醉。

2.牵引：患者平臥，屈肘90度，前臂处中立位。两助手順前臂纵軸牵

引3～5分钟，矫正重叠、成角及旋轉畸形。牵引力量不可太小，要持續均匀。如牵拉不开，可用折頂手法糾正重叠移位。

3.分骨：术者用两手的拇指及食、中、无名三指在骨間隙处同时夹挤骨折部的掌及背面，使尺、橈骨断端向两側分离。

4.挤按端提：矫正骨折断端的各向側移位。并用双手仔細分别触摸尺、橈两骨断端复位情况，直至对位良好。

二、固定方法：沒有移位或移位不大的前臂骨折也可用长臂石膏固定，移位显著的經复位后用夹板固定較好。

1.器材：

（1）夹板四块：包括背、掌側板和尺、橈側板（图1—92）。

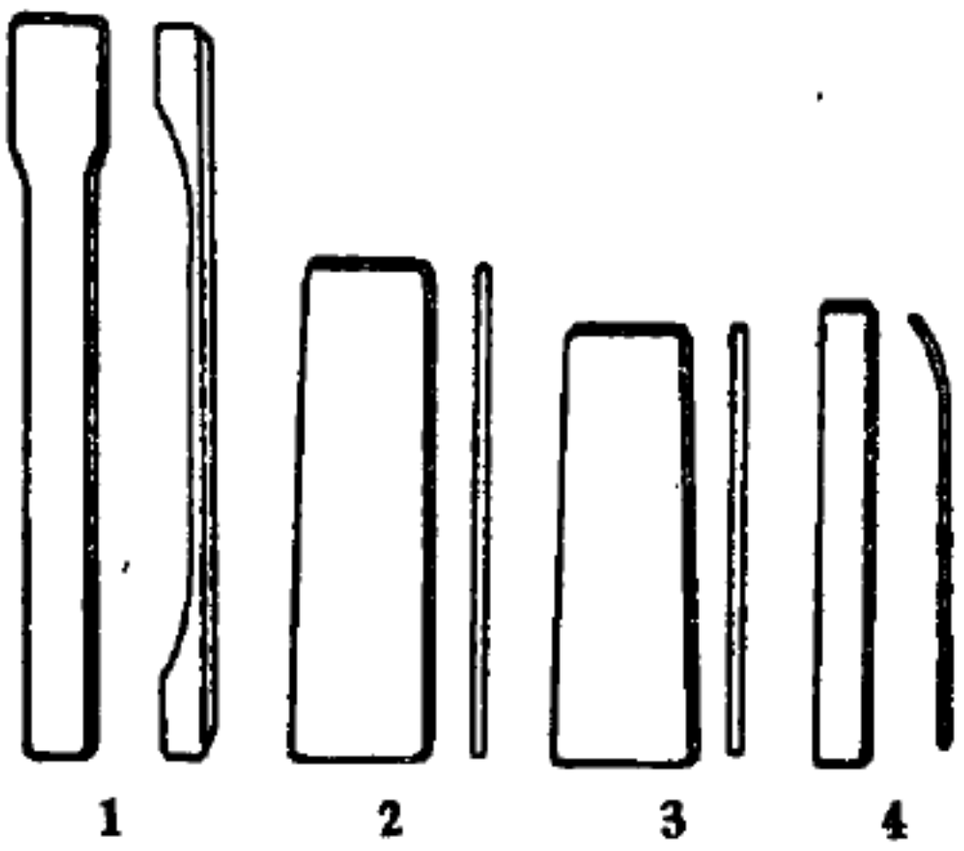
（2）分骨垫两个，成人約长6厘米，儿童长4厘米。

（3）紙垫：大、小平垫数个。

（4）布带及綳带等。

2.方法：

（1）在持續牵引下，前臂纏繞綳带后，于骨折平面掌側与背側各放一分骨垫，胶布固定（1—93）。



1　2　3　4

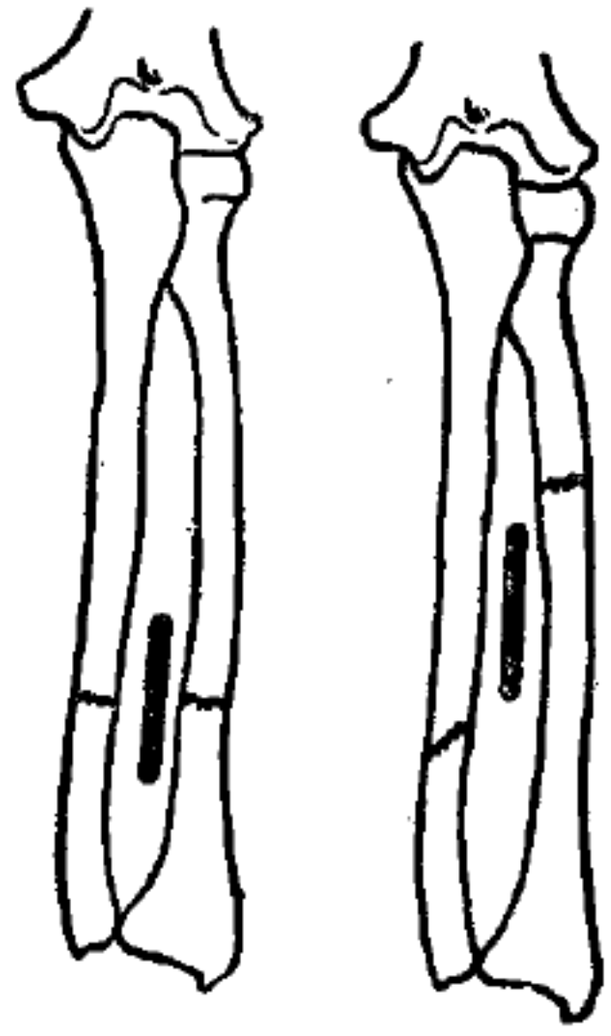
图1—92　固定木板

1.尺側板：35×3×0.3厘米

2.背側板：23×6.5×0.3厘米（近端略寬于远端）

3.掌側板：21×6×0.3厘米（近端略寬于远端）

4.橈側板，21×2.5×0.3厘米



1　2

图1—93　分骨垫放置法

1.骨折綫同平面放置法

2.骨折綫不同平面放置法

（2）根据骨折移位方向，加用紙压垫。

（3）将四块夹板安放前臂合适的位置，木板长度的要求：背側板上端达鷹嘴突，下端超腕一厘米；掌側板上达肘横紋，下齐腕关节；橈側板

上平桡骨头，下达桡骨茎突平面；尺侧板自鹰嘴到掌指关节。

（4）捆扎布带，先捆中間两道，后捆两端（图1—94）。

（5）前臂中立位，用三角巾悬挂胸前。



图1—94 固定形式

术后处理：

1.练功活动：术后让患者先练大力握拳活动，等手部肿胀减輕，再练习肩、肘关节活动，范围由小到大。

2.前臂骨折外固定时間約需8～10周。

桡骨下端骨折

诊断要点

一、成年及老年患者多見。

二、典型的受伤原因为跌倒时掌心触地引起。

三、腕部肿胀、压痛，桡骨茎突隆起，骨折远端向背側移位（图1—95）。从手背看，手腕移向桡側。

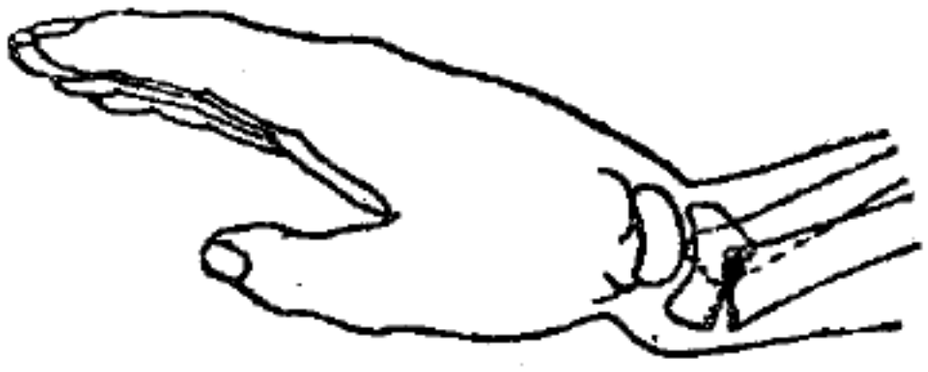


图1—95 骨折移位情况

治疗

一、复位手法：

1.局部麻醉。

2.牵引：助手握住患肢前臂，术者持握患者拇指及其它四指，两人反方向牵引，持續2～3分钟。

3.矫正桡側移位：术者在持續牵引下紧握患手，用力使腕尺偏，以糾正骨折远端的桡側移位。

4.矫正背側移位：患手于尺偏位下，术者以两拇指向掌側按压桡骨骨折远端，并用力使腕掌屈，以矫正背側移位（图1—96）。

二、固定方法：

1.器材：

（1）夹板四块：背側板长于掌側板，桡側板长于尺側板（图1—97）。

（2）紙压垫两个。

①横垫：一般长5～6厘米，寬1.5～2厘米，厚約0.2厘米。

②平垫：长寬各为3厘米，稍厚于背側横垫。

2.方法：

（1）持續牵引下松松纏繞綳带。

（2）将横垫放于骨折远端的背、桡两側，注意勿压迫尺骨茎突，平

垫放于骨折近端的掌侧，胶布固定之（图1—98）。

（3）放置固定木板，其中桡侧及背侧板应超过桡腕关节，以限制手腕桡偏及背伸。三条布带捆扎。

（4）以绷带悬患肢于胸前（图1—99）。

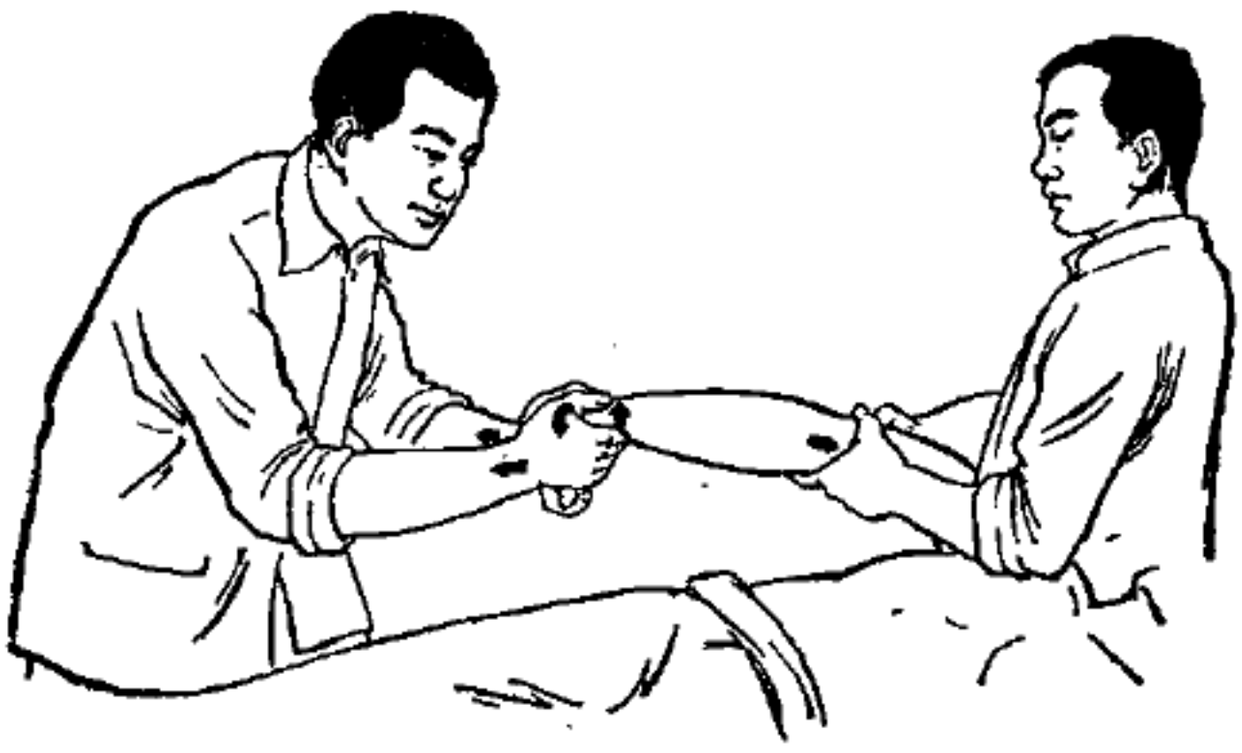
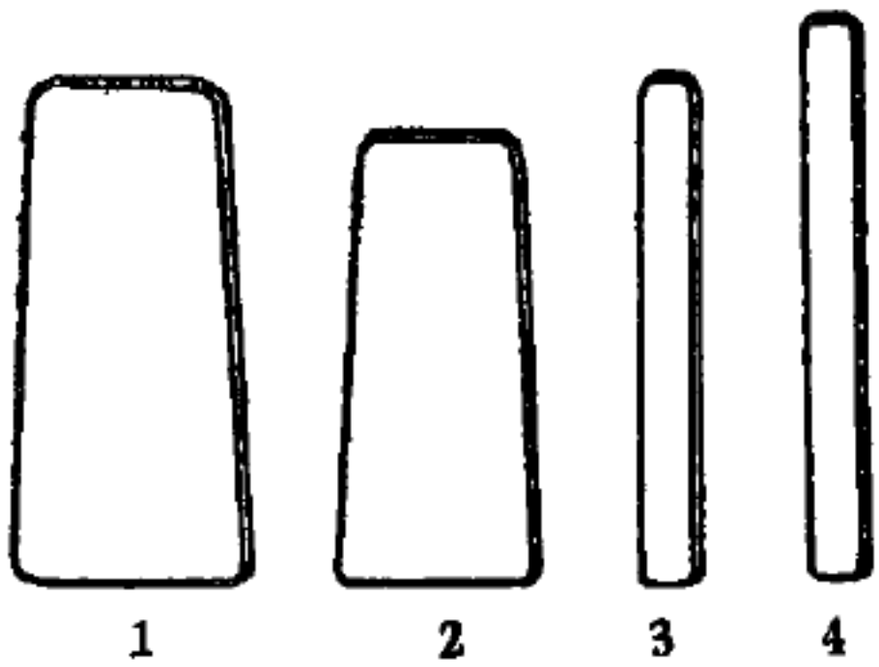


图 1—96　矫正背侧移位



1.背侧板：15×6×0.3 厘米
（近端略宽于远端）
2.掌侧板：13×5.5×0.3厘米
（近端略宽于远端）
3.尺侧板：13×2.5×0.3厘米
4.桡侧板：15×2.5×0.3厘米

1　2　3　4

图 1—97　固定木板



图 1—98　固定示意图



图 1—99　固定形式

三、术后处理：

1.应积极练功，主要握拳活动。

2.复位后3～5天内，应注意手部血液循环，如血液循环不好，要检查繃带或布带是否太紧。

3.約4～5周拆除外固定，练习腕关节活动。

手部骨折

诊断要点

一、掌骨骨折：

1.多因手背部被硬物击伤，或握拳后碰击硬物所致。

2.好发于掌骨頸或干部。

3.局部肿胀、压痛。

4.牵拉相应手指或顶触掌指关节时，局部疼痛加剧。

二、第一掌骨基底部骨折合併掌腕关节半脫臼：

1.多在拇指內收位經传达暴力引起。

2.活动拇指时，脫臼的掌腕关节处有滑动感。

3.局部肿胀、压痛，并稍有隆凸畸形。

三、指骨骨折：

1.因直接击伤或传达暴力造成。

2.可有向掌側成角或重叠移位。

3.局部肿胀、压痛。

治疗

一、掌骨骨折及指骨骨折：

1.牵引后，术者用双手挤按，以矫正成角或側方移位。指骨骨折要注意勿有旋轉畸形。

2.患手持握繃带卷，屈掌指关节及指間关节，外纏繃带固定。近节或中节指骨骨折也可用小木板固定。末节指骨骨折不須外固定。

3.掌骨骨折外固定三周，指骨固定两周。

二、第一掌骨基底骨折合併掌腕关节半脫臼：

1.牵引后将拇指外展，掌指关节微屈呈对掌位（握物姿势），并按压第一掌骨基底部使局部隆凸畸形消失。

2.用短臂石膏托固定拇指于上述位置3～4周。也可用烤成带弧度的木板固定之（图1—100）。

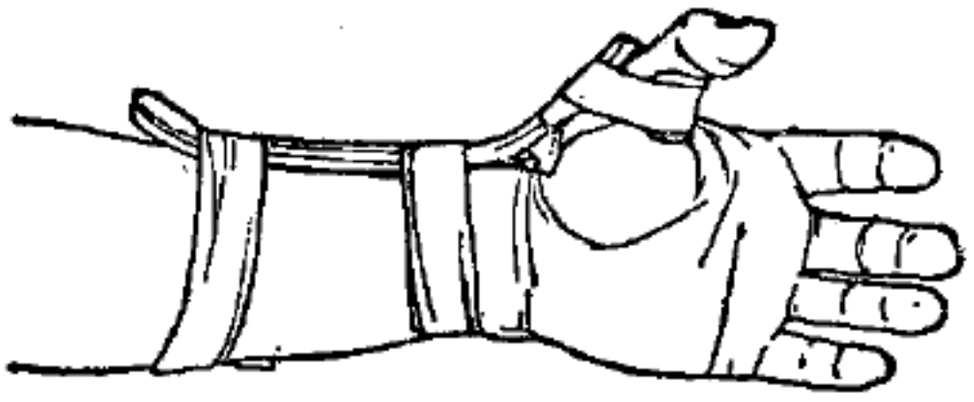


图1—100　固定形式

股骨頸和粗隆間骨折

这两种骨折在解剖位置上离的很近，都在髖部(图1—101)。在检查时一是容易漏診，二是两种骨折不易区分。在治疗上两种骨折的处理方法也有所不同。



图 1—101　股骨頸和粗隆間骨折的部位

诊断要点

一、絕大部分发生在老年人，由于滑倒后传达暴力引起。

二、除外展嵌插的股骨頸骨折外，患者都不能活动下肢或行走。足呈外旋位，被动活动患肢疼痛明显。

三、足底扣击痛阳性，扣打大粗隆部也有明显疼痛。

四、股骨頸骨折病人，鼠蹊部較丰滿。粗隆間骨折病人，大粗隆部肿胀。

五、放射綫摄片可以明确診断。

治疗

一、若患者身体强壯，应确診后及时治疗。对股骨頸骨折先經骨牵引，待骨折对位良好后再行三翼釘內固定术，也可直接切开复位后三翼釘內固定；粗隆間骨折則下肢取外展位做骨牵引或行內固定术。股骨頸骨折需4～6月后經摄片証实骨折已癒合才可負重活动；粗隆間骨折經8～10周后开始負重活动。

二、对年迈体弱，不能經受骨牵引及內固定手术治疗的患者。可臥床休息，患肢外展30度，足取中立位(不偏斜)，8～10周后扶拐慢慢练习活动。

股骨干骨折

诊断要点

一、患者均有比較严重的外伤史，少数病人甚至合併休克。

二、局部肿胀明显，压痛显著。

三、可有短縮、成角或旋轉等畸形，并能出現异常活动。

四、对不全性骨折患者，可检查纵向扣击痛和摇摆旋轉試驗，均引起骨折部剧痛。

五、功能障碍。

六、成年人应爭取放射綫摄片，明确骨折移位方向。

治疗

一、儿童股骨干骨折：

1.四岁以下儿童股骨干骨折有移位者，可采用双側下肢悬吊牵引法

（图1—102）。患儿两侧下肢均作皮肤牵引，牵引重量以其臀部能离开床面为度，一般約1～2公斤。牵引2～3天后，若两侧肢体已等长，可在患侧股部以四块夹板固定，夹板大小依患儿大腿长短而定。两周后拆除皮牵引，6～8周拆除夹板，多能癒合。

2.四岁以上儿童，股骨干骨折如有短縮移位，需作单側患肢皮肤牵引复位。如无牵引架，可将患肢放在30～45度斜坡木架上牵引，牵引重量依肢体短縮程度而异，一般約2～4公斤。2～3天后如患肢与健側已等长，可在股部以四块夹板固定，2～3周去皮肤牵引，8～10周拆除外固定。

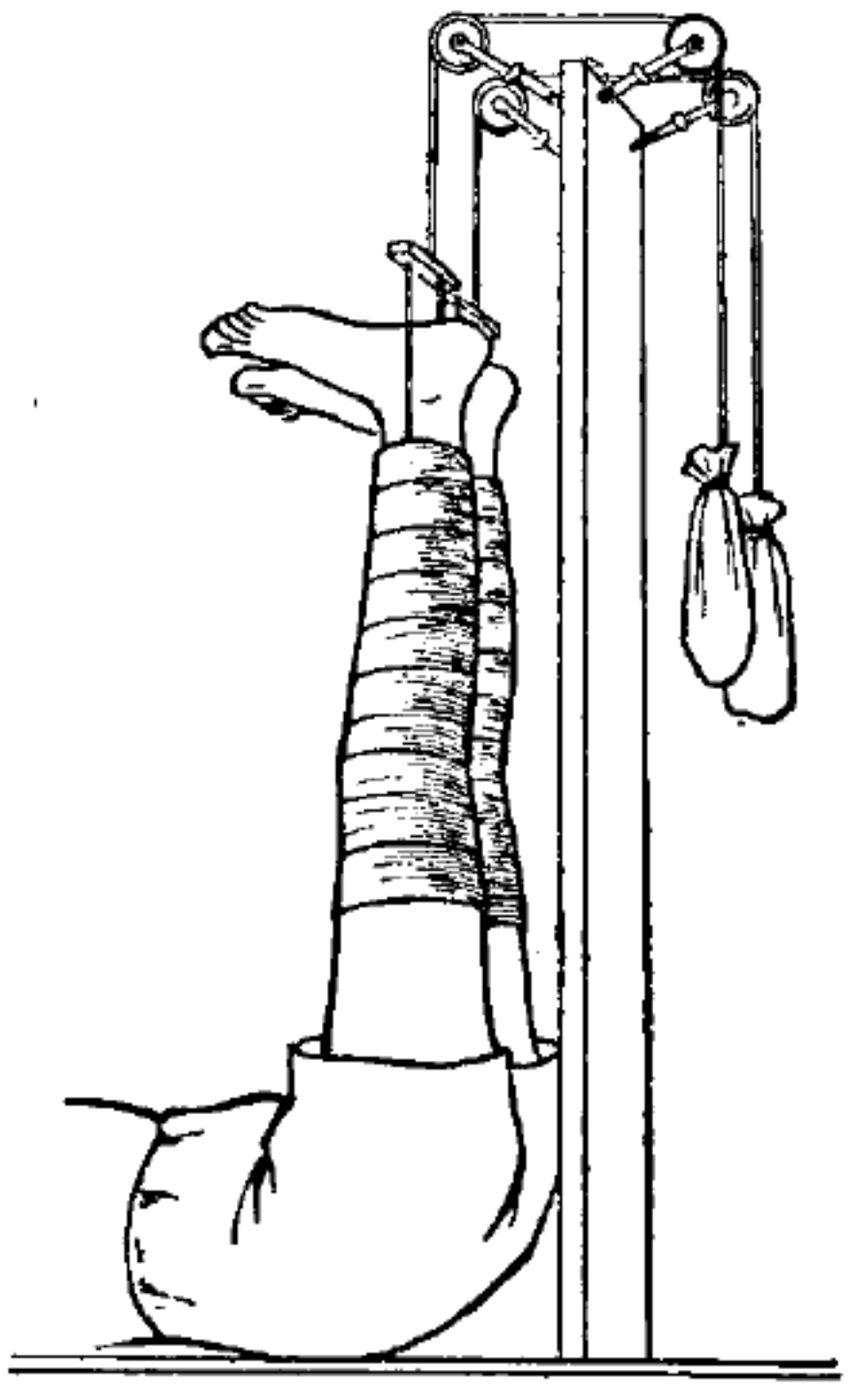


图1—102　股骨干骨折悬吊牵引法

儿童中沒有移位的或不全性骨折，可单純以四块夹板固定或长腿石膏固定。

二、成年人股骨干骨折：

1.骨牵引及夹板固定治疗：成年人股骨干骨折后，因股部肌肉牵拉力量甚大，須用脛骨結节或股骨下端牵引才能复位或保持复位后的良好对位，然后再用夹板四块外固定。癒合时間需要12～14周。

2.髓內釘固定术：股骨上1/3及中1/3的骨折，也可在伤后早期切开复位行髓內釘固定术。

髌骨骨折

诊断要点

一、多由于失足滑倒、强烈跳跃活动使股四头肌猛烈收縮引起。

二、局部明显肿胀、压痛，并能触及骨折裂隙和浮动骨块，近端骨折块多向上移位。

三、患膝不能伸屈活动。

四、抽吸血肿液能見到油滴。

治疗

一、无移位的骨折，可用前后长腿石膏托固定患肢伸膝于180度位，六周后拆除固定，再逐步练习活动。

二、有移位者，应作切开复位內固定或髌骨切除术。

脛、腓骨骨折

诊断要点

一、小腿部直接暴力击伤易引起粉碎或横断骨折，間接暴力易造成斜面或螺旋骨折。

二、局部肿胀、压痛，有明显骨擦音。

三、移位不明显者或不全性骨折，扣击足跟或摇摆旋轉患足，均能引起局部疼痛。

四、骨折明显移位者，可有短縮、成角或足外旋等畸形。

五、腓骨上1/3骨折，需注意有无腓总神經損伤所造成的足不能背伸与足背外側麻木。

治疗

对移位不明显者或不全性骨折，可单純用夹板固定或长腿石膏固定。成人斜面或螺旋骨折，有短縮畸形时需用跟骨牵引3～4周后再用夹板固定。一般脛腓骨骨折經早期手法复位后夹板固定均能癒合。

一、复位手法：

1.移位小的可采用局麻。移位大，病人肌力强可在单側腰麻下复位。

2.牵引：患者平臥，患膝略为屈曲，一助手套住腘窝部，另一助手一手握足背，一手把住足跟，沿小腿纵軸作反方向牵引3～5分钟，以矫正重叠及成角畸形。

3.矫正前后及側方移位：在两助手持續牵引下，术者可沿脛骨前嵴摸到骨断端，然后用端提手法矫正前后移位．再以挤按手法矫正左右移位。腓骨不需另行复位（图1—103）。

4.与健側小腿对比，检查生理弧度是否恢复。

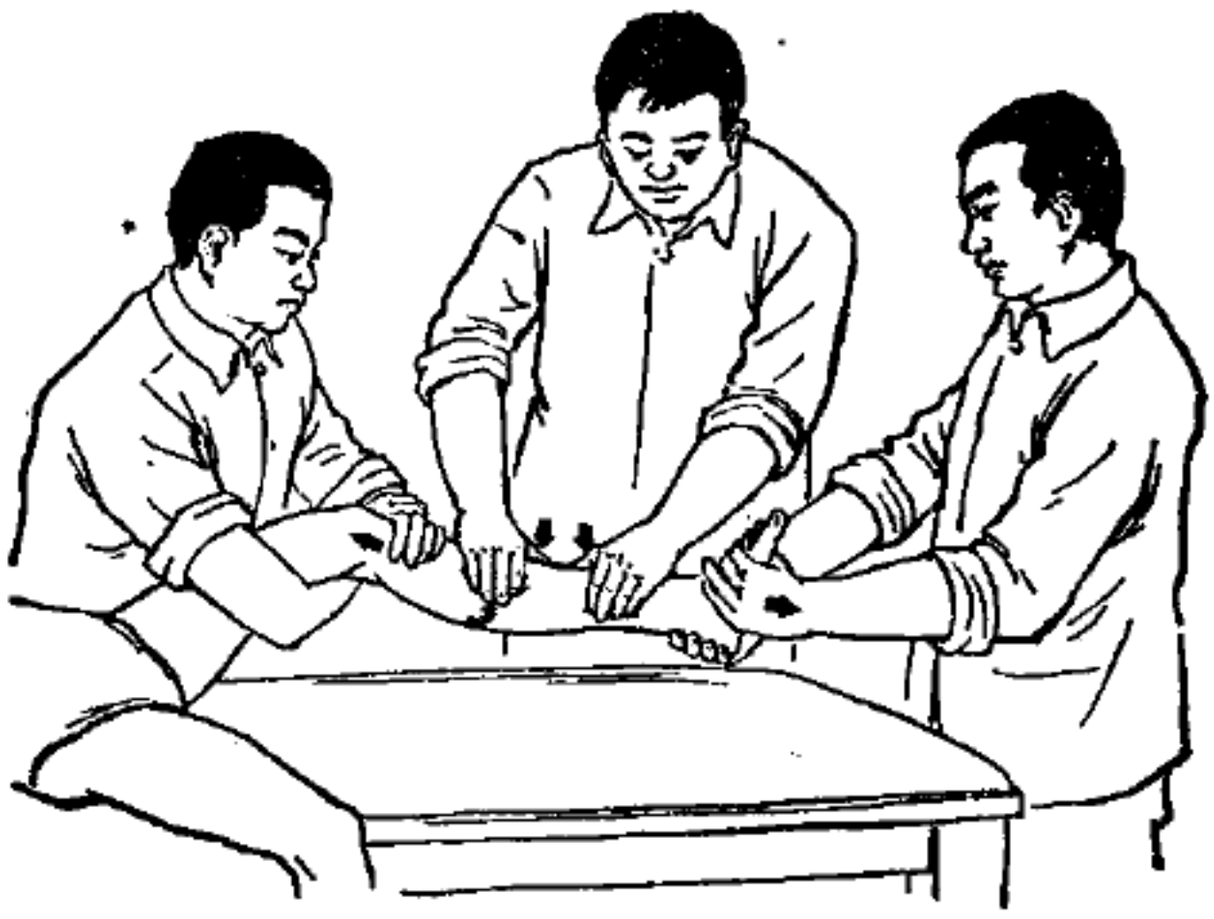


图1—103　脛腓骨骨折复位法

二、固定方法：

1.器材：

（1）木板五块：內、外、后側各一块，前側两块，各板应烤成与小腿外形相应的弧度（图1—104）。

（2）紙垫：塔形垫、梯形垫和平垫。

（3）布带四条。

（4）繃带等。

2.方法：

（1）持續牵引，并纏繞繃带。

（2）根据骨折移位方向，加用紙压垫。

（3）安放夹板：外側板自脛骨外髁到外踝，后側板自腘窝下2厘米到跟骨結节，內側板自脛骨內髁到內踝。两前板上自脛骨結节，下达踝上。內、外两板的下端，根据踝关节形状，选用衬垫，如塔形垫、梯形垫等，使夹板与皮肤紧密接触。

脛骨下1/3骨折，內外两側夹板应加长到近足跟部，即超踝关节固定（图1—105）。

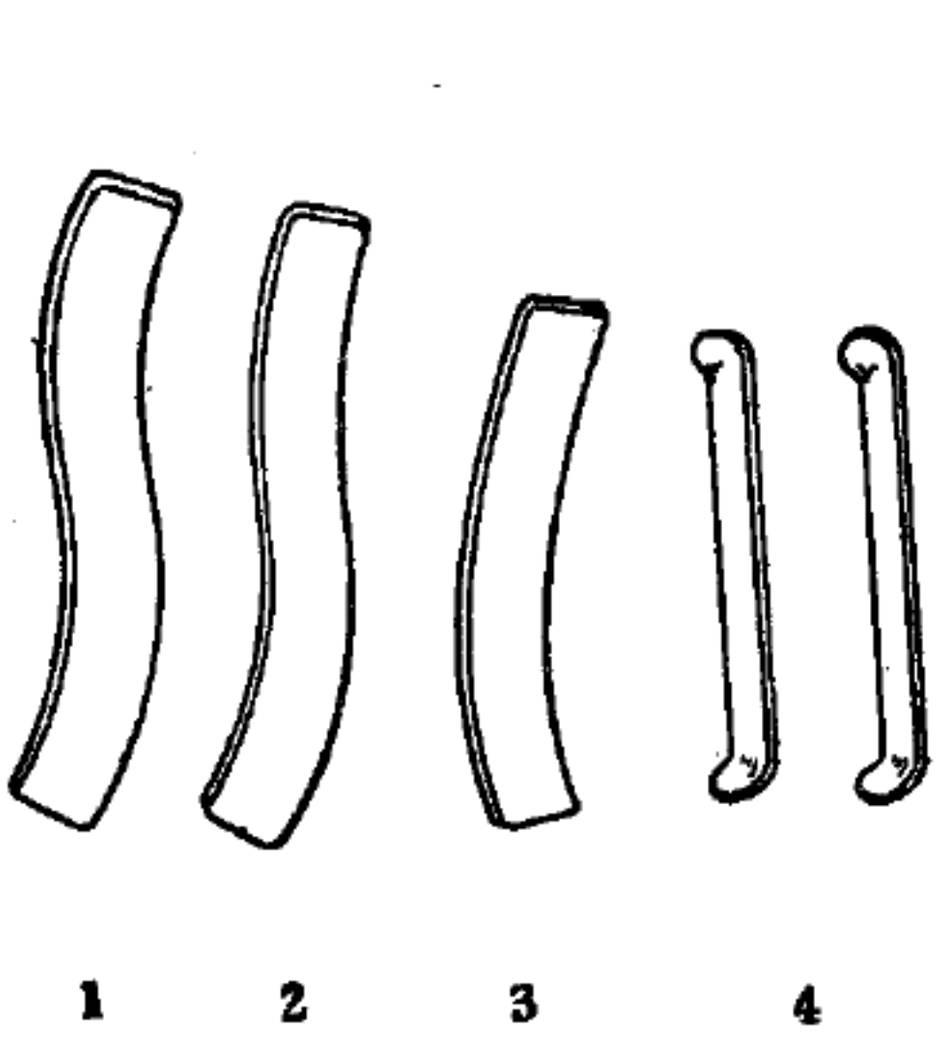


图1—104　固定木板

1.2.外、后側板：34×5×0.4厘米
3.內側板：32×5×0.4厘米
4.前側板（两块）：30×2.5×0.3厘米

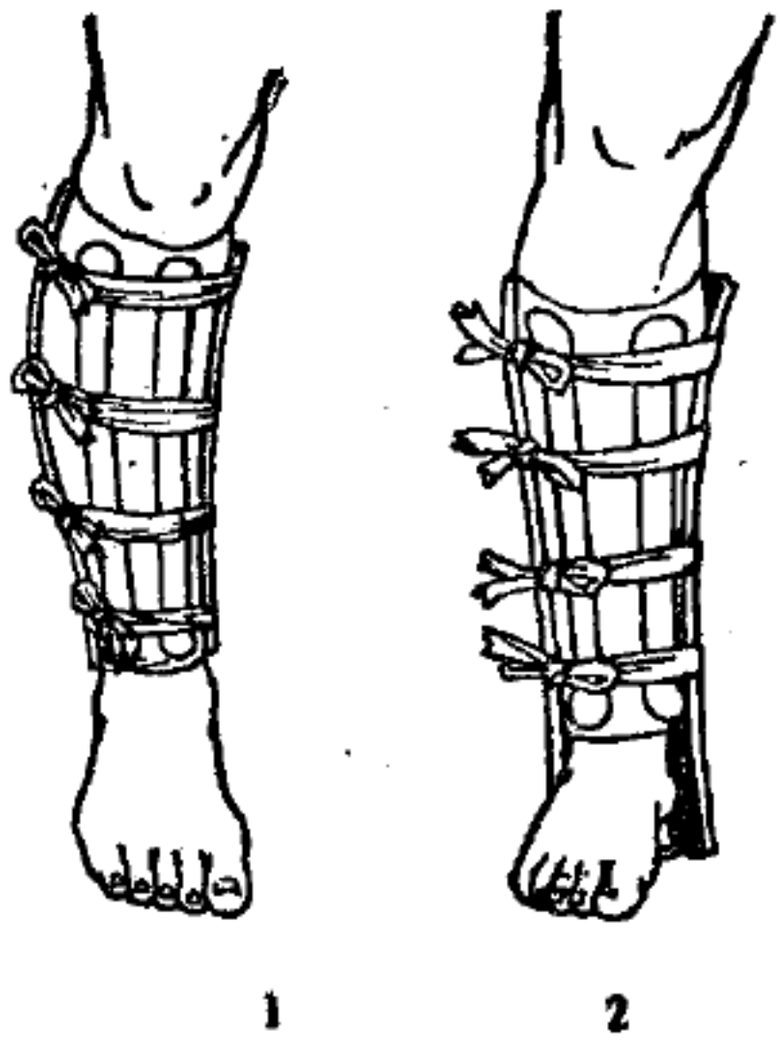


图1—105　固定形式

1.脛、腓骨中段骨折固定
2.脛、腓骨下1/3骨折固定（超踝关节固定）

（4）捆扎布带：先捆中間两道，后捆两端。

三、术后处理：

1.患肢抬高，注意足部血循环。

2.复位后第二天开始作伸趾及踝关节背伸活动，2～3周后逐渐作膝关节伸屈活动，最后练习抬腿，6周后試用双拐下地，但患肢先不負重。

3.經10～12周拆除夹板，逐步負重。

4.合併腓总神經損伤者，尙須踝关节背伸90度固定，以防足下垂，如經观察1～2月仍不恢复，应进一步检查和治疗，必要时手术探查。

踝部骨折

诊断要点

一、当足内翻或外翻位受伤后，可分别造成内翻与外翻踝部骨折（图1—106）。

二、局部肿胀、压痛，有时能触及内、外踝浮动的骨片，并可見內、外翻畸形。

三、功能障碍。

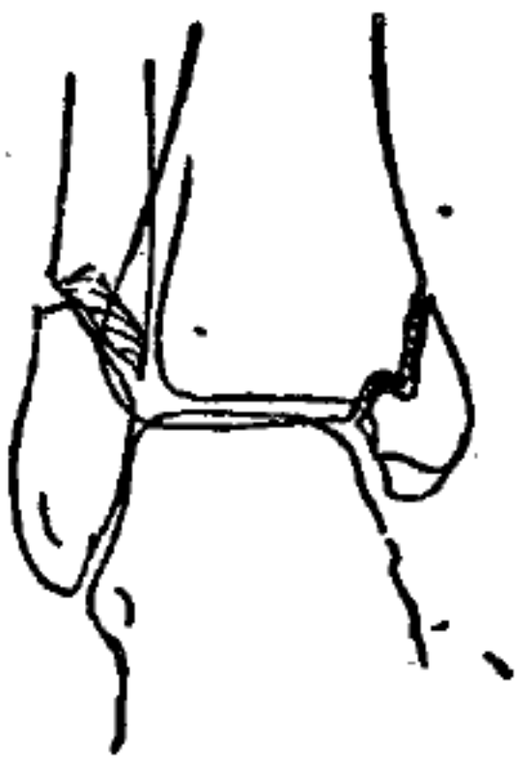


图1—106 踝部骨折

治疗

一、复位手法：

1.局麻或腰麻。

2.牵引：患者平臥，膝关节屈曲90度，助手用前臂套入腘窝部向上牵拉，术者一手握足背，一手托足跟与助手作反向牵引。

3.糾正內、外翻畸形：在持續牵引下，依骨折移位方向，翻轉踝部，如为外翻骨折，須內翻踝关节，反之，內翻骨折者要外翻踝关节。

4.术者用手触摸踝部骨折綫，并推挤远端骨折块，使之与胫、腓骨下端紧密平正对位。

二、固定方法：移位不显著或稳定的踝部骨折，也可用短腿石膏固定。移位明显者，复位后用夹板固定較好。

1.器材：

（1）固定木板五块：內、外、后側三块等长，木板依小腿的外形烤成不同弧度。內、外側木板的远端紧靠足跟底部各挖一小孔，系一布带（图1—107）。

（2）紙垫：梯形垫和塔形垫各两个。

（3）布带三条。

（4）繃带等。

2.方法：

（1）在持續牵引下，纏繞繃带，內、外两踝的上方各放一塔形垫，下方各放一梯形垫（也可把紙垫直接用胶布貼在夹板上备用），內翻骨折在內踝下方的梯形垫要适当加厚，使足在放板后能保持外翻位，反之，外

翻骨折加厚外踝下方梯形垫，使足保持内翻位（图1—108）。

（2）安放夹板：内　外、后三板上自小腿中、上1/3交界，下齐足跟。两块前侧板自小腿中、上1/3到踝关节上2厘米。

（3）捆扎布带，先捆扎小腿部三道布带，再捆扎足底布带。

三、术后处理：

1.复位固定后，鼓励病人活动足趾，并輕微作踝关节的伸屈活动，3～4周后下地試行負重。

2.約6～8周可拆除夹板。

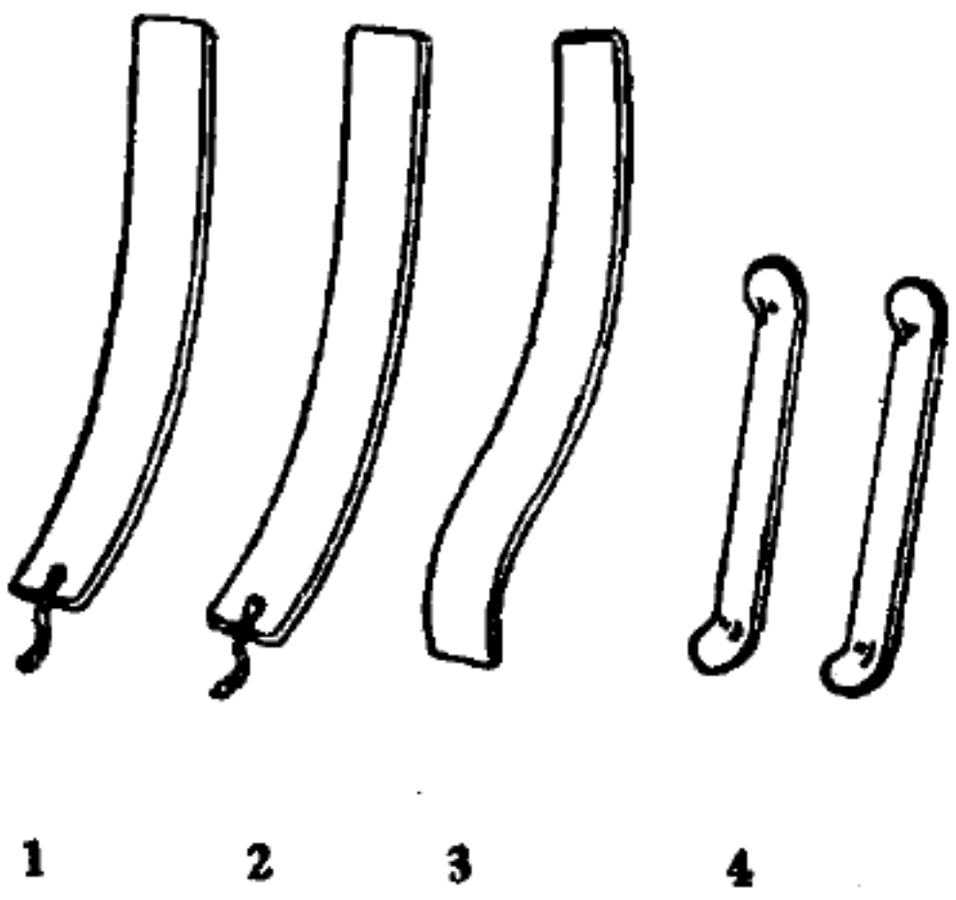


图1—107　固定木板

1.2.内、外侧板：32×5×0.4厘米

3.后侧板：32×5×0.4厘米

4.前侧板（两块）：20×2.5×0.3厘米

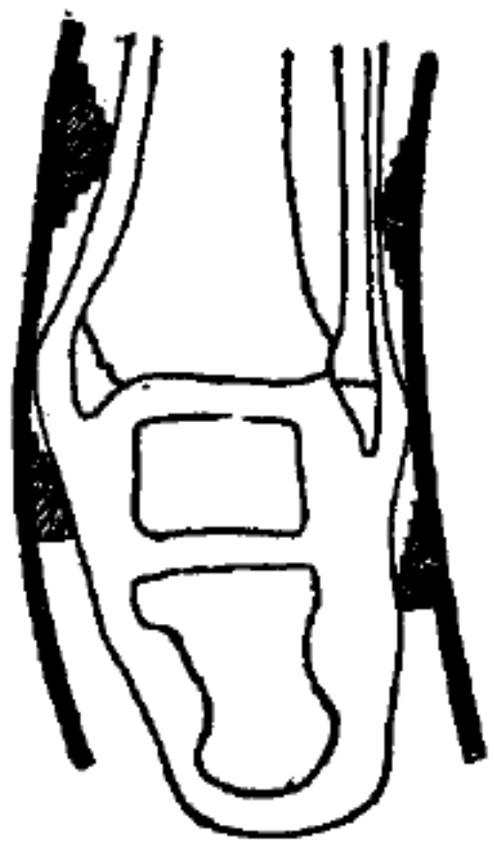


图1—108　固定示意图

足部骨折

诊断要点

一、跟骨骨折：

1.多因墜落伤后，足跟触地造成。

2.足跟部肿胀、压痛。

3.不能足跟着地行走。

二、蹠骨骨折：

1.多因車軋或重物打击足背所造成。第五蹠骨基底在足内翻位扭伤时易致骨折。

2.常为多发性蹠骨干骨折。

3.局部肿胀、压痛，頂触或牵拉骨折的相应足趾时疼痛加剧。

三、趾骨骨折：

1.多因重物打击或踢触硬物所致。

2.局部肿胀、压痛，常有骨擦音。

治疗

一、跟骨骨折：常需足蹠屈位使塌陷的骨折复位，然后用短腿石膏固定6～8周。

二、蹠骨骨折：在牵引下以手触摸分骨，再矫正成角及重叠移位。以短腿石膏固定3～4周。第五蹠骨基底骨折一般不用复位，仅以短腿石膏托固定四周即可。

三、趾骨骨折：如有移位可于手法整复后用小木板固定2～4周。

脊柱骨折

脊柱骨折是一种严重的損伤，常見于墜落伤、砸伤、压伤，或撞伤等。骨折可以发生在脊柱任何部位，而以胸、腰椎交界部多見。

诊断要点

一、外伤史。

二、骨折椎体的棘突压痛明显，常呈輕度后凸畸形及血肿形成，并伴有周围肌肉痙攣。重者可合併休克。

三、合併脊髓損伤的患者可表現有不同平面、不同程度的截癱症状，如感觉、运动功能障碍，尿潴留或大小便失禁等。

四、放射綫摄片可明确診断。

治疗

一、单純压縮性脊柱骨折：

1.患者腰部略垫高，臥硬板床休息，局部可用热敷，帮助血肿吸收。

2.經1～2周后，患者疼痛減輕，可开始做仰臥位背伸肌功能鍛炼（图1—109）。

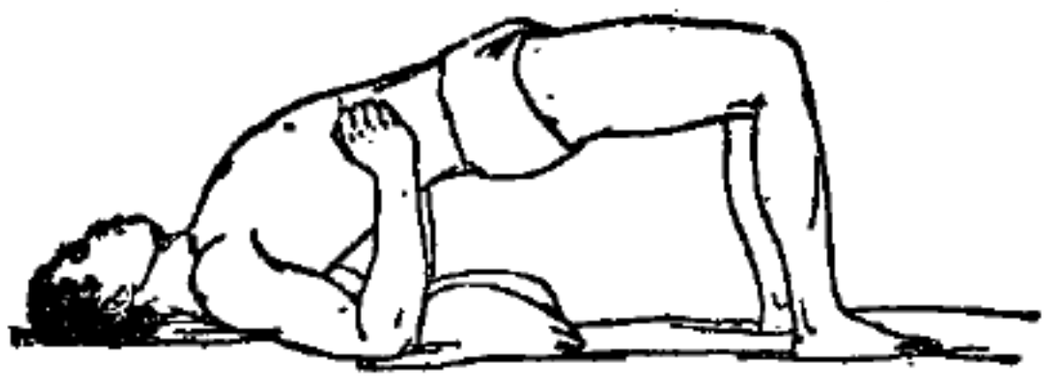


图1—109　仰臥位背伸肌功能鍛炼

3.經4～6周下地逐步练习活动，也可做俯臥位背伸肌功能鍛炼，有三种形式（图1—110）。

二、脊柱骨折合併脊髓損伤（图1—111）是一种严重的合併伤，尤其是頸椎骨折，可危及生命，应立即积极搶救，于摄片明确骨折部位及骨折

情况后，考虑顱骨牵引（頸椎骨折）或椎板减压术等。

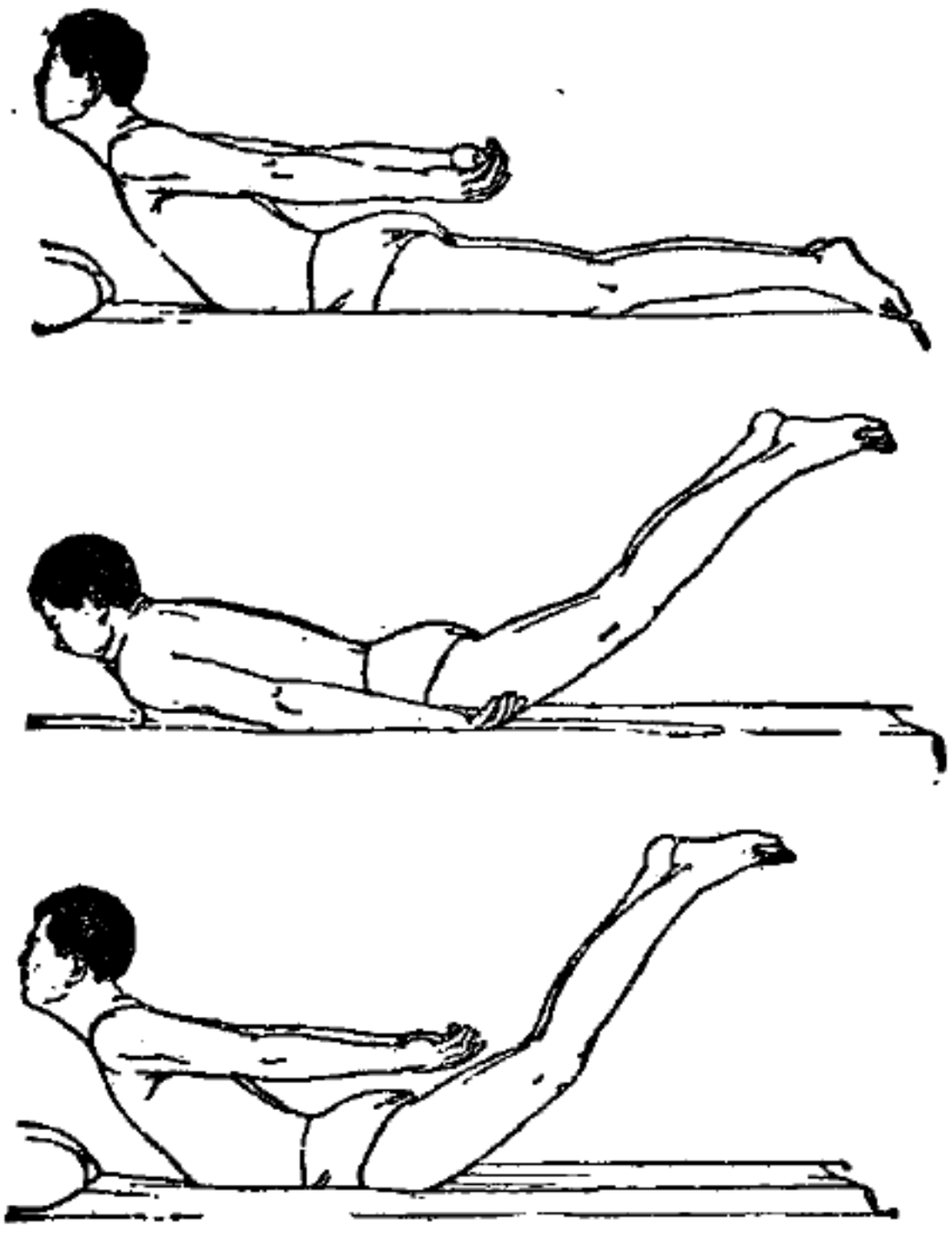


图 1—110　俯臥位背伸肌功能鍛炼

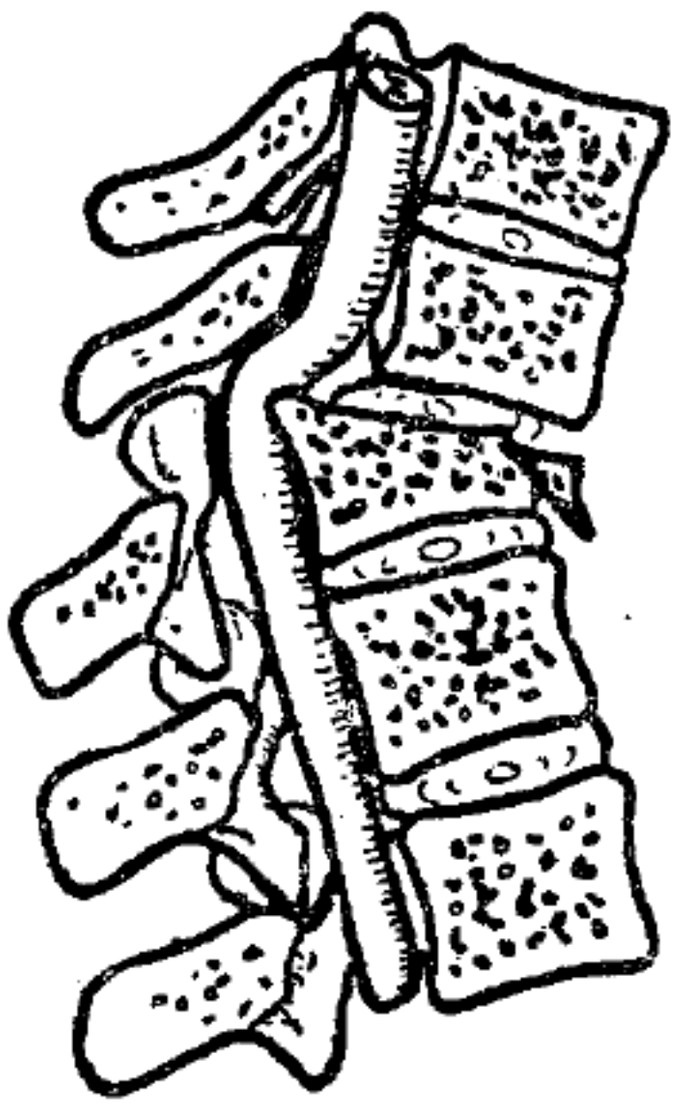


图 1—111　脊柱骨折合併脊髓損伤

脫　　臼

骨端关节面的正常关系发生改变称为脫臼。多由外伤引起。常見的有肘、肩、髖、下頜等关节脫臼。

关节脫臼后应爭取时間早期手法复位，若时間过长(一般两周以上)，手法复位就較困难，甚至需要手术治疗。

手法复位一般均較簡单，但脫臼方向必須明确，操作也要輕巧，盲目而粗暴的复位可以引起不必要的損伤。

复位后应有一定时間的外固定，有助于关节囊的修复及防止习慣性脫臼。

肩关节脫臼

诊断要点

一、以肩关节前脫臼多見，因跌倒时肩外展掌心触地而引起。

二、肩部失去正常的外形，变为“方形肩”（图1—112）。

三、腋窩部常能触及脫臼的肱骨头。患肢比健側稍长。

四、功能受限，患肢肘部貼近胸壁时，手掌不能触摸对側肩部。

五、可合併肱骨大結节撕脫性骨折。少数伤員合併有臂丛神經損伤。

治疗

一、局部麻醉。

二、足蹬复位法：病人仰臥位，术者站于患側，两手紧握患者手腕，以足底蹬患肢腋窝，慢慢用力牵引（图1—113），然后內外旋轉及內收患肢，同时足略向外頂腋窝。当听到滑动响声时，則“方形肩”消失，肩部恢复正常外形，此时患肘貼胸，手掌便可触及对側肩部，証明已經复位。



图 1—112　肩关节脫臼的“方形肩”

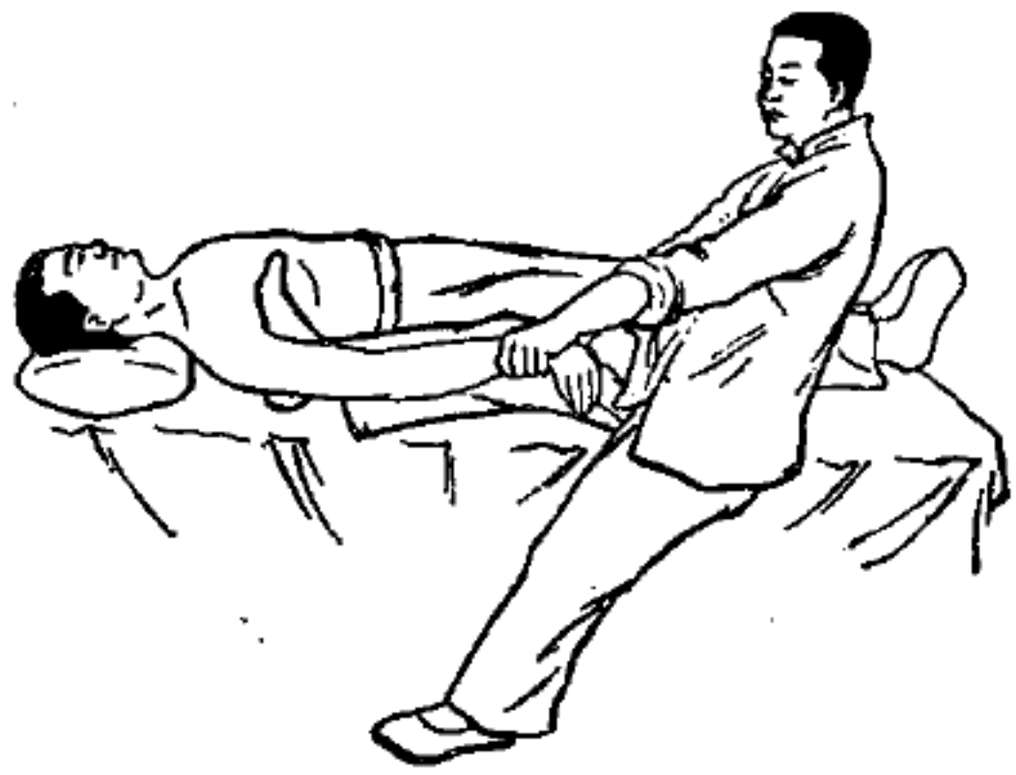


图 1—113　复位方法

三、术后患肢以肘貼胸，手扶对側肩，用三角巾悬挂，外纏綳带固定。两周后去外固定并练习肩关节功能。

注意事項

一、合併肱骨大結节撕脫性骨折的患者，在脫臼复位后，骨折片也多跟随复位。少数病人在复位后如活动肩关节时有“傾軋感”，应摄片检查，以便了解是否有骨折片嵌入关节，如有，必須手术治疗。

二、合併臂丛神經損伤的患者，复位后須进一步观察和治疗。

肘关节脫臼

诊断要点

一、以肘关节后脫臼多見。因跌倒时肘关节过伸位掌心着地而引起。

二、青少年及女性較多。

三、患肘肿胀，呈半屈曲状，鷹咀后凸，其上方有一凹陷(图 1 —114)。

四、肱骨內、外髁与尺骨鷹嘴的等腰三角形关系消失。

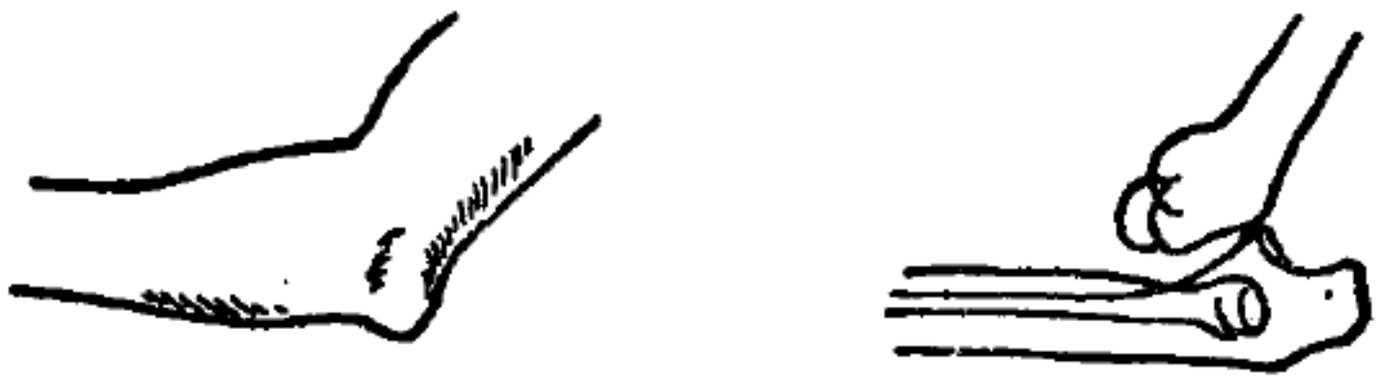


图 1—114　肘关节脫臼

治疗

一、局部麻醉。

二、患者取坐位或臥位。助手把住患肢上臂，术者在患肘半屈姿势下牵引 1 ～ 2 分钟。用手推挤肘部側方糾正側移位，然后术者一手拉肱骨向后，一手拇指頂尺骨鷹咀向前，并屈曲肘关节，此时常能听到滑动响声。再检查肘部，則畸形消失，关节伸屈活动恢复，肘部等腰三角形关系正常，証明已經复位。

三、术后屈肘 90 度，用三角巾或长臂石膏托固定两周后进行功能练习。

桡骨小头半脫臼

诊断要点

一、常見于 4 岁以下的幼儿。二、多因牵拉手部引起。三、局部不肿胀，但有压痛。四、患肢不能上举。

治疗　不用麻醉。术者一手握肘后方，并用拇指按压桡骨小头。另一手持握腕部輕輕牵拉，并作前臂旋后及旋前活动，再屈曲肘关节，此时按压桡骨小头的拇指常能感到局部有輕微滑动，表示已經复位。不需外固定，但需注意复位后勿用力牵拉患肢，以免复发。

髋关节脫臼

诊断要点

一、有明显的严重外伤史。

二、以髋关节后脫臼最常見。表現为臀部膨隆，患肢显示短縮，髋关节內收，微屈及功能丧失（图1—115.1）。

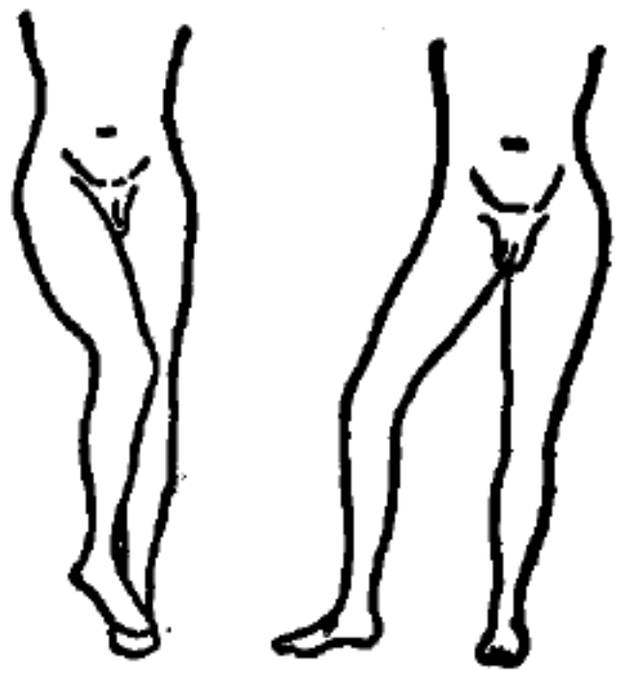
三、髋关节前脫臼时，表現为会阴部丰滿，髋关节微屈、外展及外旋位，功能丧失（图1—115,2）。

治疗

一、腰麻或全麻。

二、患者仰臥，助手用力按住骨盆，术者站于患側，以肘部套住患肢膝部，使膝成屈曲90度位，另一手紧握踝上方，然后慢慢用力向上牵拉，等牵引充分后，内、外旋轉患肢时股骨头可望滑入髋臼。

三、如用上述方法仍不能复位，在牵引充分后，术者在助手协同下，以患肢股骨头为中心，用类似“？”形状作为复位时患肢移动的方向（右髋脱臼复位为“ʔ”形，左髋为“？”形）。髋关节前脱臼时，“？”方向与后脱臼相反（右髋脱臼复位为“？”形，左髋为“ʔ”形）。



1　　2

图1—115　髋关节脱臼

1.后脱臼　　2.前脱臼

四、复位后患肢做皮牵引三周，再持拐下地作不負重活动，待三个月以后才可练习負重活动。

电击伤

电击伤是由于电流通过人体所致的損害。多数是直接接触电源引起，也可为閃电击伤。

诊断要点

一、輕伤者可有头晕、肌肉痙攣或抽风。有呼吸中枢麻痺者可昏迷，呼吸停止。有心室紆維顫动者可昏迷，心音和脉搏消失。重伤者触电后即刻心跳、呼吸同时停止。

二、电击烧伤，一般創面較深，甚至烧焦，与正常組织分界清楚。

三、近触电部位可能有骨折和骨质疏松等損害。

四、患者恢复后，常有长期的肌肉疼痛、无力、头痛、神經过敏和部分肌肉麻痺等，上述症状可逐漸消失。

预防　与电源接近者，只要认眞仔細，不麻痺大意，电击損害是完全可以預防的。

一、进行有关安全用电知識的宣传教育。

二、改进电門开关（如拉綫式）。

三、不用湿手接触电开关、电灯插口和有电源的电綫。不在电綫上晒衣服，不在电綫杆上栓牲口。

四、用电設备損坏要及时修理，但不懂电学知識不要乱动。

急救

一、医务人員要立即奔赴現場，設法关閉电門，迅速切断电源，或用

不导电的物体（如干燥木棒、竹竿等），使触电者迅速脱离电源。

二、呼吸、心跳停止的急救：将患者移至通风处，松解衣服，仅有呼吸停止者，应立即进行人工呼吸。若心跳、呼吸均已停止，可同时施行人工呼吸和心脏按摩。急救者应怀着深厚的无产阶級感情，連續頑强地战斗，絕不能輕易放弃。

三、呼吸中枢兴奋剂：可肌肉注射尼可剎米0.25克，或苯甲酸鈉咖啡因0.25克，或山梗菜碱 3 ～ 5 毫克。在心脏停跳前，禁用腎上腺素，以免加重心室纖維性顫动。

四、新針治疗：〔主穴〕头維、內关、阳陵泉。〔备穴〕人中、神門。重刺手法。

五、电击烧伤創面作清洁处理后，敷油紗布包扎。破伤风抗毒素及抗菌药物可酌情使用。

溺　　水

溺水为人体墜入水中，可因冷水或吸水的刺激而引起反射性喉痙攣，或因大量的水經口、鼻灌入肺內而造成窒息。

诊断要点

一、有墜落水中历史。

二、患者因缺氧而面色青紫，皮肤肿胀、双眼充血、口鼻有水及水泡沫溢出、肢体冰冷、不省人事，胃內因为水充滿而上腹膨胀。

三、死亡时，呼吸先停止，然后心跳停止。

预防

一、加强宣传教育，初学游泳者不要到深水区。

二、提倡集体游泳，加强組织領导。

急救

一、首先清除患者口鼻內污物，如泥土等，以保持呼吸道通暢。

二、将患者俯臥，腹部托起，头面部向下，使进入肺和胃內的积水迅速排出。例如急救者跪下，一腿向前屈膝，将患者腹部横放在急救者屈曲的腿上，并輕压患者背部，也可将溺水者倒背在肩上，然后跑步。

三、施行俯臥压背人工呼吸，若心跳停止，可同时进行心脏按摩。

四、可肌肉注射尼可剎米0.25克，或苯甲酸鈉咖啡因0.25克。若心跳停止时，可心內注射0.1%腎上腺素 1 毫升。

五、当自动呼吸恢复后，注意保溫，并可自四肢做向心按摩，以增进血液循环。

六、注意預防併发症，如注射青霉素預防吸入性肺炎。

燒　伤

烧伤为热水、蒸汽、火焰等热源作用于体表組织而引起。在現代战爭中，由于敌人可能使用引起大量烧伤的武器，如火焰噴射器、燃烧弹、凝固汽油弹或核武器等，所以烧伤的发生率和严重程度将有所增加。

过去认为烧伤面积超过70%，患者多半会死亡。但是近十年来，由于毛泽东思想被广大革命群众所掌握，使革命医务工作者冲破了資产阶級医学观点的旧框框，并屡次成功地搶救了80%以上，甚至90%以上大面积烧伤病人。这就充分說明了人民群众掌握了毛泽东思想，就变得最聪明，最勇敢，就能发揮无穷无尽的力量！

诊断要点

遵循毛主席的教导：**“指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断”**。所以我們正确的判断烧伤的面积和深度，对搶救阶級兄弟有着极其重要的意义。

一、估計烧伤面积：可采取九等分法与手掌法結合使用。

1.九等分法：把整个身体分成11个部分，每个部分占体表面积的9%。头頸部及一側上肢各占9%，躯干前面、后面及一側下肢各占两个9%，会阴及外生殖器占1%（注意婴儿头部所占面积較大）。

2.手掌法：以患者手掌为标准，五指并攏，手的掌面面积約占体表面积的1%。

二、判断烧伤深度（图1—116）：

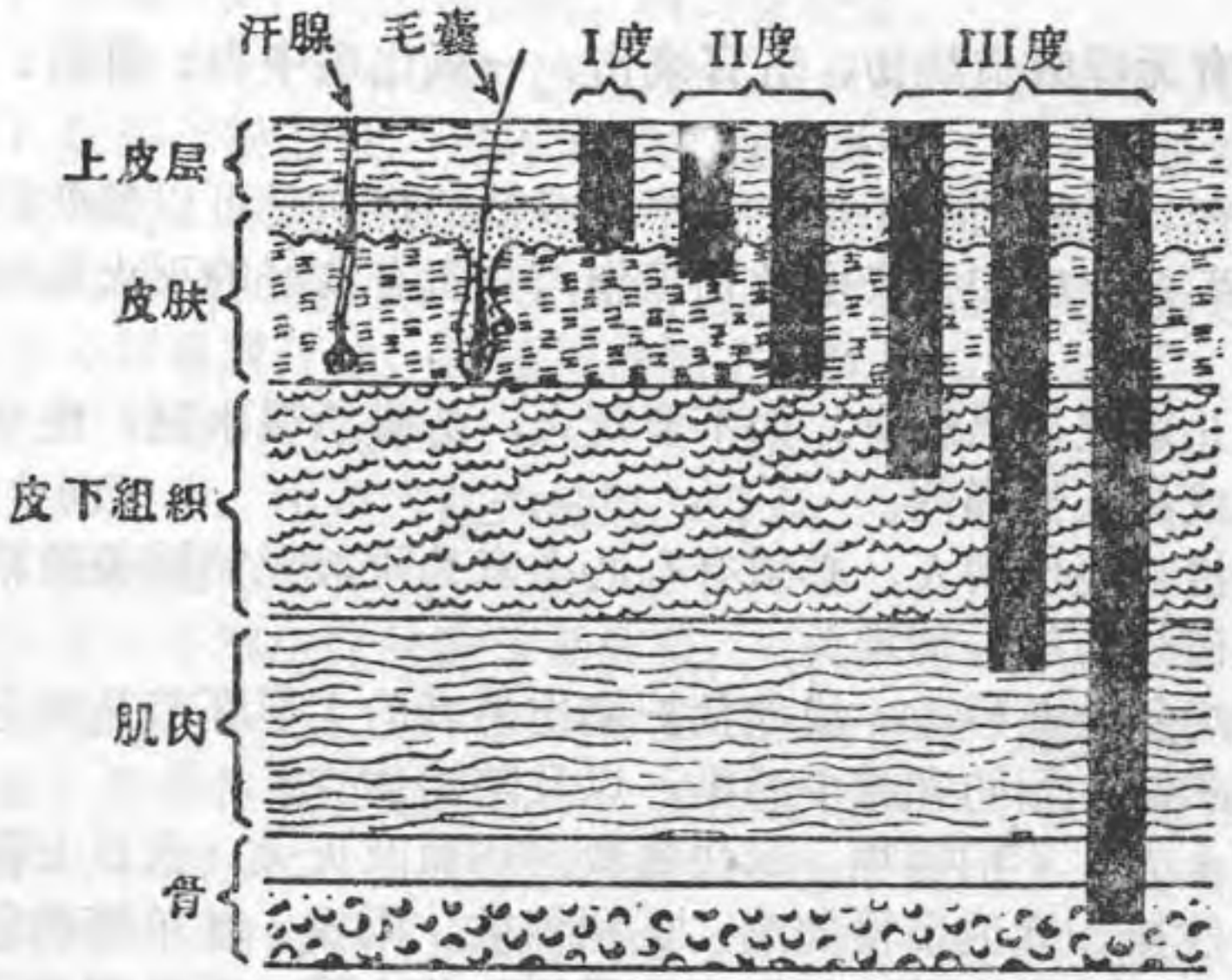


图1—116　各度烧伤毁坏組織之深度

Ⅰ度烧伤：表皮烧伤，皮肤发紅、灼痛、感觉过敏，一般3～5天自癒，不留疤痕。

Ⅱ度烧伤：可分浅深两度。

浅Ⅱ度烧伤：表皮和眞皮浅层烧伤，皮肤有水泡、水肿、渗出、色粉紅、疼痛較剧。

深Ⅱ度烧伤：表皮和眞皮深层烧伤，皮肤蒼白带灰色，表面有紅斑、紅点，疼痛明显。

Ⅰ度烧伤癒合后，一般不留疤痕。

Ⅲ度烧伤：全层皮肤或連其深部組织（如皮下組织、肌肉、骨骼）一起烧伤，发生凝固性坏死，色灰白，甚至形成焦痂，創面干燥、失去弹性、痛覚消失，癒后形成疤痕。

三、主要症状和体征：

1.大面积烧伤患者，初期因剧烈疼痛可出現煩躁不安等早期休克症状，以后因伤面大量渗出而造成血容量減少，則出現缺氧、脉快、血压下降等继发性休克表現。

2.休克时間較长者，可造成肝、腎等重要器官功能損害。因为腎脏功能損害，可产生少尿或无尿症，由于体內代謝废物不能排出，继之出現体溫升高、脉快弱、譫妄、恶心、呕吐及創面坏死組织感染等毒血症表現。

3.大面积烧伤約五天以后，患者可因創面化脓性感染，致病菌侵入血液而发生敗血症。若創面上有青綠色脓性渗出物时，則表示可能有綠脓桿菌感染。

4.注意有无呼吸道烧伤、五官烧伤、一氧化碳中毒、骨折、脑震蕩等併发伤。

預防　在日常生活和工作中，絕大多数的烧伤是可以預防的。

一、工矿企业应加强安全教育工作，并备有良好的灭火器材和急救設备。

二、对儿童应加强教育，如不要玩火，勿碰洒暖水瓶，注意小儿勿碰倒煤油灯，或掉入热鍋內。

急救　搶救烧伤病人，必須有全心全意为阶級兄弟服务的精神，要排除万难，突破烧伤的一切难关。

一、現場急救与轉运：战地救护烧伤患者的主要环节是制止烧伤創面继續扩大和加深，預防和减少感染，以及防治休克。

1.集中全力，不怕牺牲，尽快搶救出伤員及灭火。伤員衣服燃烧时，可用水泼、沙掩、就地慢慢翻滾，或用棉被、雨衣、被单等物包盖伤員等方法，迅速扑灭火焰，并立卽脫去伤員湿热的衣服。灭火前切忌直立或奔跑，以減少呼吸道烧伤。若衣服和皮肤粘到一起，不要用暴力撕拉，可将

未粘着的部分剪去或撕去，而将粘着的部分留在皮肤上，待清創时处理。

2.尽量减少創面的污染和保护創面。可用大紗布块、三角巾，或清洁被单、衣服等物包裹，創面不要涂擦油类或有色药物。在寒冷季节应注意保暖，而气候炎热时要防止中暑。

3.預防因疼痛造成的創伤性休克。可肌肉注射杜冷丁 50～100 毫克，或皮下注射嗎啡10毫克。

4.大面积烧伤患者，可口服烧伤飲料。每1,000毫升水中加盐 3 克和碳酸氢鈉或乳酸鈉 1.5 克。不能口服者，可靜脉交替輸入生理盐水与右旋醣酐。

5.注意判断有无呼吸道烧伤、其它合併損伤及中毒等，并做急救处理。例如，有肢体骨折应固定患肢；有呼吸道烧伤并出現上呼吸道阻塞者，应早期施行气管切开术。

6.轉运伤員前必須注意，大面积烧伤患者一般在两小时內便可发生休克，所以应爭取在休克发生前轉运。若休克一旦发生，应强調現場搶救，待休克略为平稳后再护送。轉运伤員时应迅速，但要尽量減少顛簸。

二、小面积烧伤的处理：

1.Ⅰ度烧伤，局部仅做清洁消毒即可，也可涂抹凡士林油或獾油，也可选用下列簡易方：

（1）生桐油或猪油涂伤处。

（2）香油一两，鸡旦清三个，生蜂蜜一两。調匀成膏，涂伤处。

（3）地榆、黄連各五錢。共研細末，用香油調匀，涂伤处。

（4）馬勃一两，凡士林四两。調匀涂伤处。

（5）地榆炭、大黄各五錢 冰片五分。共研細末，加香油 調 匀，涂伤处。

（6）紅药子粉适量。用香油調，摊貼伤处。3～5日換药一次。

2.Ⅱ度烧伤，应做伤面清創，水泡可在最低部位剪开一个小口或用注射器抽吸泡內液，然后敷油紗布并加压包扎，手部烧伤应分指包扎。头面、会阴部烧伤可用暴露疗法，伤面可选用上述外用药。

三、大面积烧伤的搶救：

1.休克的防治：主要方法为輸液与輸血。

（1）輸液量的計算：

烧伤后第一个24小时的液体需要量：

成人按每公斤体重、每1％烧伤面积，靜脉輸入胶体液（右旋醣酐、血浆、全血）和晶体液（生理盐水、复方氯化鈉等）各1毫升計算，外加每日需水量2,000毫升(小儿两岁以內按150毫升/公斤）来补充液体。其中胶体液在面积略小的烧伤可以右旋醣酐为主，但一般不超过1,500毫升。

例如，50公斤体重的患者，烧伤面积为30%，其伤后第一个24小时的液体需要量＝胶体液1,500毫升＋晶体液1,500毫升＋每日需水量2,000毫

升＝5,000毫升。

輸液速度：烧伤后最初 8 小时内，应輸入全日总量的1/2，其余1/2則在以后16小时内平均补給。

烧伤后第二个24小时，除每日需水量同第一日外，其它补給液体的量約为第一天的1/2。第三天为水肿液体回收期，靜脉补液可不給或少給。

（2）掌握輸液的量与速度的临床依据：医务人員要細緻地严密观查病情，掌握第一手資料，不应单純依賴各种临床化驗与生化检查数字。

观察指标与内容：脉搏120次/分以内，尿量20～30毫升/小时，若肢体无創面，能测血压时，收縮压应在80～90毫米汞柱以上，脉压在20毫米汞柱以上，同时还要注意舌乳头干湿程度，有无口渴，神志和周围循环情况等。

一般說来，血压低、尿少，表示胶体液入量不足。血压平稳、尿少，表示晶体液不足。尿少、比重高，表示輸液量不够。尿少、比重低，应考虑到有无急性腎功能損害。若尿量少于15毫升/小时，应加快輸液速度。尿量多于50毫升/小时，則应減慢輸液速度。

（3）注意事項：

①烧伤面积超过50％时，一律按50％計算，而第一天輸入液体总量不应超过10,000毫升。

②胶体液与晶体液应少量交替輸入。

③Ⅲ度烧伤的面积越大，輸入全血的量应越多。

④在掌握輸液速度时，应将患者自受伤到开始得到搶救的时間估計在內。

⑤大面积烧伤患者在休克期間，不宜应用激素、升压药物及冬眠药物。

⑥在抗休克治疗同时，应注意糾正酸中毒。

（4）伤員一般情况平稳后，若无口渴、腹胀、飲水后也无不良反应者，可給予烧伤飲料。配方：氯化鈉 3 克、碳酸氢鈉 1.5 克、乳酸鈉或枸櫞酸鈉1.5克，加水至1,000毫升。

2.創面的处理：

（1）清洁扩創：大面积烧伤早期，以防治休克为中心环节，故不宜做彻底的清創，以免促使或加重休克。但在不影响休克的搶救和不过分扰动病人的情况下，可考虑将創面上污染和游离的表皮去掉，水泡不需剪破，伤面可輕輕涂擦 0.5 ‰新洁而灭，然后采取暴露疗法，或敷上少油的油紗布，盖上敷料并包扎。对創面周围的健康皮肤可以每天用酒精清洁两遍。

（2）暴露或包扎的选择：一般的說，清洁的早期創面、气候寒冷、无菌条件差、小儿不合作的，以及四肢烧伤宜于包扎处理。头面会阴部創面、气候炎热、病室无菌条件較好、收治成批病人时較适于創面暴露。

（3）Ⅲ度焦痂的处理：病人全身情况良好，Ⅲ度焦痂面积小于15％者，可早期切除植皮，一般在伤后 8 ～ 9 天便可进行，小面积者可在伤后

2～3天内进行。Ⅲ度焦痂面积大于15%者，可分期切除或待其自然分离后逐渐去除。

（4）注意事项：

①室内要通风。对烧伤創面应尽量保持干燥，以利于尽快結痂和預防感染。例如，血压平稳后，可在床上翻身、側臥，常更換消毒单，伤面也可用灯烤。

②处理烧伤創面，应注意消毒隔离和控制感染，爭取早期自体或异体植皮复盖与消灭創面。

四、抗菌素的应用：中、小面积烧伤可不使用或短期使用抗菌素。大面积烧伤早期可青、鏈霉素合用。青霉素肌肉注射，每日四次，每次20万～30万单位。鏈霉素肌肉注射，每日1克。以后抗菌素的应用必須根据病情变化与創面感染的情况选择或更換，如对有綠脓桿菌感染的患者，可使用抗綠脓桿菌之抗菌素。

五、中药治疗：早期以清热解毒、泻火为主，后期以凉血解毒为主。

黄連解毒湯加味：黄連、黄芩、黄柏、梔子各三錢　銀花五錢　生甘草三錢。水煎服。适于烧伤早期。

清营湯：銀花、丹皮各五錢　生地、元参、赤芍、麦冬各三錢　竹叶二錢。水煎服。

加減：高烧者加生石膏一两　地榆五錢；腹胀者加枳实、厚朴各三錢。

六、破伤风抗毒素的应用：肌肉注射破伤风抗毒素1,500～3,000单位。

总之，对于烧伤必須从实战出发，加强預防与急救。对大面积烧伤患者的搶救，在病程发展的不同阶段要抓住主要矛盾，突破中心环节，早期以抗休克为主，后期以防治敗血症为主，并注意焦痂的处理、植皮和功能的恢复等問題。

冻伤、冻疮、冻僵

冻伤是由于寒冷所造成的組织損伤。人体全身或局部組织的溫度下降为主要原因，而寒风、潮湿、长时間不活动、服装过紧、疲倦、饥餓、伴有其他疾病等因素，可促使或加重冻伤。

伟大領袖毛主席說：**“苏修、美帝狼狈为奸，做了这么多的坏事、丑事，全世界革命人民是不会饶过他们的。”**苏修叛徒集团蓄意侵犯中国領土，不断制造流血事件的罪恶行径，激起了我国軍民的极大义憤，七亿中国人民**“早已森严壁垒，更加众志成城。”**革命的医务人員必須加强战备观念，高度重視冻伤的防治，为我国北部边防地区反修前哨的軍民服务。

诊断要点

一、冻伤深度的确定：組织受冻后，血管收縮，皮肤蒼白、发凉、发硬。解冻后，血管舒张，各种冻伤症状才表現出来，临床上可分为三度：

Ⅰ度冻伤：皮肤紅肿、瘙痒、灼痛、麻木，癒后不留疤痕。

Ⅱ度冻伤：皮肤紅肿、出現水泡、疼痛剧烈。

Ⅲ度冻伤：全层皮肤受冻坏死，可呈黑褐色或有血性水泡，深者可呈皮下、肌肉、骨骼坏死，痛觉消失，癒后留有疤痕。

二、冻疮：手、足、耳部局限性浅度冻伤称为冻疮。伤部皮肤紅紫、发痒、疼痛，易抓破感染而不癒，癒后也易复发。

三、冻僵：全身长时間受冻，身体大量散热，体溫逐漸下降，便可能造成冻僵。患者可有头暈、寒战、疲倦、嗜睡、皮肤蒼白、肢体沉重感、活动困难，继之呼吸、脉搏減慢、減弱，血压下降，甚至意識消失。

预防

一、增强战备观念，加强防冻教育，努力鍛炼身体，提高机体的防寒能力。

二、在战壕里，应做可能限度內的活动或摩擦肢体、手足，以增进血液循环，并尽量保持战壕內干燥，如及时清除积雪等。

三、在寒冷气候下工作，服装要保暖、松寬、干燥，尤其注意手、足、耳等易冻部位。

急救

一、患部复溫：对冻伤肢体不能立卽烤火，应将患部与健肢同时浸入25°C左右的溫水中，在一小时內逐漸加溫并保持在37°C，使肢体解冻复溫。患部若无水泡或坏死，可作輕柔按摩。

二、局部伤面处理：

Ⅰ度冻伤，先清洁伤面后用酒精涂擦，再用消毒敷料包扎，并注意保溫。也可用中药洗剂，处方：川烏、草烏、知母各三錢　当归五錢　甘草二錢。水煎約500毫升。

Ⅱ度冻伤，可将水泡剪开，外敷冻伤軟膏、桑寄生（冬青）軟膏或樟脑軟膏。

Ⅲ度冻伤，可一次或分期剪除坏死組织，待控制感染及肉芽組织新鮮时行植皮术。若为肢体坏死并与正常組织分界清楚时，可考虑截肢。伤肢应抬高及避免受压。

三、封閉疗法：此法可減少伤部对中枢神經系統的刺激和增进局部血液循环。操作方法見“封閉疗法”。

四、中药治疗：治以通阳祛寒为主。

桂枝加当归湯：桂枝三錢　当归五錢　赤芍、甘草各三錢　生姜二錢　大枣七枚。水煎服。

加減：重者可加大桂枝剂量，或加肉桂三錢；发烧者加銀花、公英各一两。

五、預防感染和破伤风：抗菌药物和破伤风抗毒素酌情使用。

六、冻僵的处理：冻僵患者切勿立即抬置炉旁烤火；应先抬到干燥无风处，注意胸部保暖（减少寒冷对心脏的刺激），并用冷湿布作全身摩擦，待肢体略能活动时，施行人工呼吸（操作必须輕柔）及吸氧，至自动呼吸恢复后，再用溫热毛巾摩擦肢体，以进一步改善血液循环。靜脉輸入37°C的5％葡萄糖可增加体溫，必要时也可注射尼可剎米或苯甲酸鈉咖啡因。神志恢复者可給热飲（热水、热茶等），或內服中药桂枝加当归湯。

附：

一、冻伤軟膏：松溜油3克，塞洛仿3克，蓖麻油100克。

二、桑寄生軟膏：桑寄生浸膏3克，甘油10克，鋅氧粉2克，凡士林35克。

休　克

休克是創伤、出血、中毒、过敏等原因所造成的急性血循环障碍的一种綜合征。

休克病人，病情危急，錯綜复杂，我們必須全力以赴地进行搶救。在診查和处理病人时，要过細地作反复深入的分析研究；抓住問題的本质和主流方面，不应作絕对肯定或絕对否定的簡单結論。

病因和分类

一、創伤性休克：如烧伤、骨折、脑震盪、手术的刺激等。

二、出血性休克：如潰瘍病出血、食道靜脉曲张破裂、宫外孕破裂、肝脾破裂等。

三、中毒性休克：如中毒性肺炎、中毒性痢疾、流行性脑膜炎、急性弥漫性腹膜炎、敗血症等。

四、过敏性休克：如青霉素过敏、昆虫螫伤等。

五、心原性休克：如急性心肌梗塞等。

六、其他：如中暑、脫水等。

诊断要点

一、毛主席教导我們說：**“你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！”**所以对于休克病人，首先要詳細詢問病史，推測造成休克的原因。如高烧并伴有休克，应考虑到严重感染或中暑等；若患者被昆虫螫伤或用药后发生休克，則应考虑到过敏性因素。

二、分析矛盾的普遍性的問題，以便掌握事物发展的一般規律，卽休克的一般表現。休克前期，病人可有口渴、表情紧张、脉快而有力、血压有时反而增高等。在休克开始后，病人可有面色蒼白、皮肤湿凉、脉細数、血压下降（收縮压一般在90毫米汞柱以下）。当患者处在明显休克状态时，可表現口唇、指端青紫，呼吸急促、神志淡漠、反射迟鈍、浅表靜脉不明显、脉快而細弱、血压明显下降、脉压減小、尿少等。

三、分析矛盾的特殊性的問題。各种原因所造成的休克，在临床上可有不同的特点。如因急腹症而休克的患者，有剧烈腹痛和腹膜刺激征；在腹腔內出血时，可能叩有移动性浊音；在潰瘍病穿孔时，多有肝浊音界消失。**“这种特殊的矛盾，就构成一事物区别于他事物的特殊的本质。”**

四、对休克病人，在有条件的情况下，可考虑做一些簡单的化驗检查，以便进一步摸清病情，协助診断。如出血性休克病人的血紅蛋白和紅細胞数値逐漸下降；如因化脓性感染而造成的中毒性休克，病人的白細胞总数和中性白細胞百分比数增高。但是，我們絕不能单純依靠化驗而忽視临床的密切观察。

預防 預防休克的关鍵在于及时发現和糾正一切能够促进休克的条件。

一、消除造成休克的各种原因：如創伤患者，伤部应适当固定，搬运时应尽量減少扰动。又如出血病人，应及时采取止血措施，必要时輸血、輸液。

二、杜絕促使休克的各种誘因：如饥餓、脫水、寒冷、疲劳、失眠、貧血等。

急救 虽然造成休克的原因很多，而且病人在休克状态下，病情可以千变万化，但是“**总之，一个原则，就是注意于那些有关全局的重要的关节。**”所以对休克病人，既要有統一的整体概念，采取綜合治疗，更要集中优势兵力，抓住并突破中心环节，这样才能克敌制胜，搶救成功。

一、战伤所造成的休克，多为創伤性休克与出血性休克。医务人員应以白求恩同志为光輝榜样，积极搶救伤員，早期发現和預防休克，給予妥善的止血、包扎和固定，注意保溫，尽量減少来自伤口的刺激，有剧烈疼痛时給止痛剂，尽快后送。

二、一般处理：

1.尽量少搬动病人。

2.体位：采取平臥位，不用枕头，或略为头低脚高位，但头部重伤、呼吸困难或肺水肿的患者可稍抬高床头。

3.保溫：注意溫暖，但勿过热。

4.給氧：尤其是肺水肿、呼吸困难、口唇青紫的患者。

三、輸液及輸血：可靜脉輸入葡萄糖溶液、生理盐水、右旋醣酐、血浆或全血等。

对明显脫水的病人，可先靜脉快速滴入5％葡萄糖生理盐水1,000～2,000毫升（80～120滴/分）。但对有心、肺、脑部疾患的休克病人，輸液速度要慢（20～60滴/分）。

对急性大出血的病人，以积极采取止血措施为主，并估計失血量而进行輸血，輸血速度以維持收縮压在90毫米汞柱左右为宜。革命的医务工作

者，应积极地为阶級兄弟献出自己的鮮血。若暫时无法輸血，可先用右旋醣酐500～1,000毫升，靜脉快速滴入。

对危急病人，若靜脉穿刺輸液有困难时，应立卽作靜脉切开輸液。

四、升压药物的应用：0.1%腎上腺素1毫升，或麻黃素30毫克，或新福林10毫克，皮下或肌肉注射。对过敏性休克，注射腎上腺素作用良好。

去甲腎上腺素可加于补液中滴入，常用量为每100毫升液体中加1毫克，緩慢靜脉滴注，并注意不要滲漏至血管外。如发現滲漏，应立卽更換注射部位，并用1%普魯卡因5～10毫升注射于滲漏处，以防局部发生坏死。凡因循环血容量不足所致休克，不应过早使用去甲腎上腺素，以免血管严重的痙攣，加重組织缺氧。

五、止痛及鎮靜剂的应用：患者剧烈疼痛，可肌肉注射杜冷丁50～100毫克或皮下注射嗎啡10毫克。对头部、胸部严重創伤和急腹症病人，强烈的止痛剂应愼重使用。煩躁不安者，可肌肉注射苯巴比妥鈉0.1～0.2克。

六、抗菌素的应用：肌肉注射青霉素和鏈霉素，也可选用广譜抗菌素。对严重的开放性創伤和中毒性休克患者，抗菌素的应用尤其重要。

七、激素的应用：可将氢化可的松加入5%葡萄糖或生理盐水中（按每500毫升液体加100毫克氢化可的松的比例）作靜脉滴入，每日氢化可的松总量不超过200～400毫克。对过敏性休克、中毒性休克或經用升压药物效果不佳者均可考虑使用。

八、酸中毒的处理：对中毒性休克和使用升压药物后，休克仍不能控制的情况下，应考虑到酸中毒的存在。可将11.2%乳酸鈉100毫升加入5%葡萄糖或生理盐水500毫升，亦可用5%碳酸氢鈉200毫升加入5%葡萄糖或生理盐水600毫升，作靜脉滴入。在紧急情况下，可考虑用5%碳酸氢鈉200毫升直接靜脉滴入。

九、新針治疗：〔主穴〕人中、內关。〔备穴〕气海、十宣（放血）。一般用重手法。或灸气海、百会，但灸时不可同时給氧，以免引起火灾或爆炸。

十、中药治疗：

生脉散：人参二至三錢（或党参五錢）麦冬一两　五味子五錢。水煎后，少量多次溫服，每日一付。对于能口服药物的休克病人，在补足循环血量后而血压仍不回升时可以使用。

十一、手术的选择：对于非手术治疗不能控制的休克，并有手术指征的病人，如潰瘍病大出血、宫外孕破裂、絞窄性腸梗阻等，应在抗休克的同时，积极处理原发病灶，紧急施行手术。

总之，在搶救休克病人时，既要机动灵活，又要区别对待，絕不能把处理休克一般化或絕对化。如一位心原性休克患者，盲目地大量輸液、輸

血，則势必造成不良恶果。

此外，在搶救同一休克病人时，除了注意到抓住并解决主要矛盾以外，还必須要注意“**矛盾的主要和非主要的方面互相转化着**”的問題。例如，大面积烧伤患者，早期以大量循环血量丢失所造成的休克为主要矛盾，而后期則以严重感染所造成的敗血症为主要矛盾，由于矛盾的轉化，“**事物的性质也就随着起变化**”，因此搶救措施也就要紧跟上事物发展和变化的需要。

二

动員起来，研究卫生，減少疾病，提高健康水平

——农村卫生

在农村做好飲水、食品卫生，粪肥管理和劳动卫生，大力开展以除四害为中心的群众性的爱国卫生运动，是改变农村卫生面貌，增进人民体质，防治疾病的重要措施。

可是，叛徒、內奸、工賊刘少奇竭力推行一整套“重城市輕农村”、“防治分家”、“重治輕防”等反革命修正主义卫生路綫，在爱国卫生工作中販卖“物质刺激”、“錦标主义”、“形式主义”等黑貨，拚命抵制和破坏群众性的爱国卫生运动。我們必須抓紧革命大批判，肅清刘少奇反革命修正主义卫生路綫的流毒，把思想領域中的阶級斗爭进行到底。

我們要遵照毛主席“**人民群众有无限的创造力**”的教导，充分发动群众、依靠群众，打一場除害灭病的人民战爭，树立“以卫生为光荣，以不卫生为耻辱”的社会主义新风尙。

飲水卫生

我們日常生活离不开水，但是水源一旦被病菌污染，就会造成传染病流行。毛主席教导我們說：“**我们对于广大群众的切身利益问题，群众的生活问题，就一点也不能疏忽，一点也不能看轻。**”飲水卫生是关系到广大貧下中农健康的大問題，是把住“病从口入”的重要关口，我們必須十分重視。飲水卫生包括水源的卫生防护和飲水消毒两部分。

水源的卫生防护

浅井水　我国农村中飲用水井大部分采用浅层地下水，一般离地面几米到十几米，是地下第一含水层。它是由河水、雨雪水經过土壤滲入而形成，水质由于受到附近土壤中可溶解盐类的影响，多数苦咸，另一方面附近

地面上垃圾、粪便等污物可經过土壤渗透而进入井水中。如这些污染源中含有致病菌，就有造成經水传播疾病的危险。因此，无論在平时或战时，做好浅井防护都很重要，应做到以下几点：

一、迁离井周围30～50米以内的厕所、粪坑、牲口棚、猪圈等污染源，不使其污染井水。

二、井壁要用砖或石块砌成，井壁外面要用粘土或三合土夯实，防止附近污水渗入。井台要用砖砌成并由里向外傾斜，并高出地面，井口設有高出井台的井唇，这样使提水时洒在井台上的水可通暢流走，不致回流入井中（图2—1）。

三、改良提水設备：为减少水井受污染机会，在井上安装手摇水車，这样可使水井密閉，防止井口直接污染。同时取水方便，节省劳力，值得推广（图2—2）。

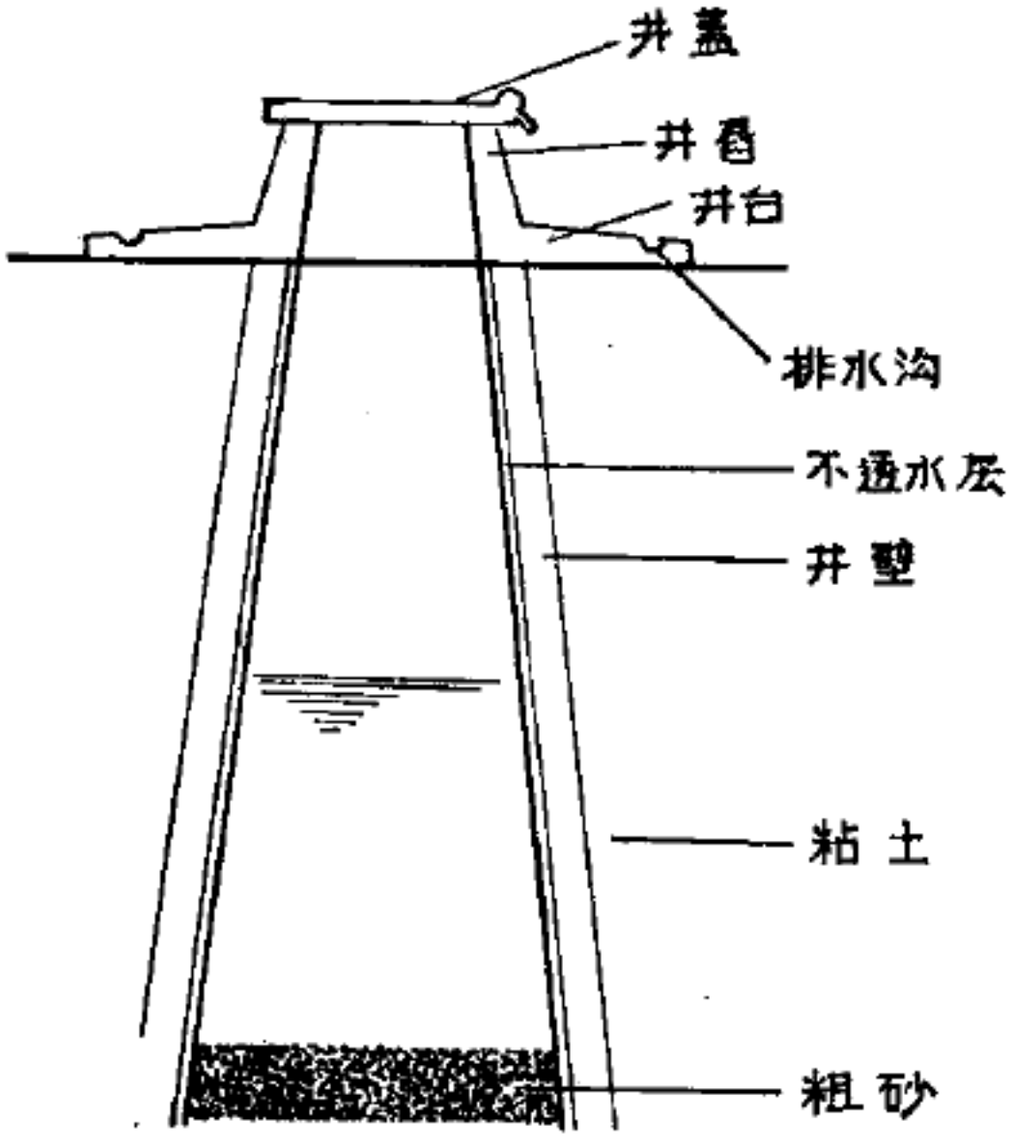


图2—1　井的严密結构

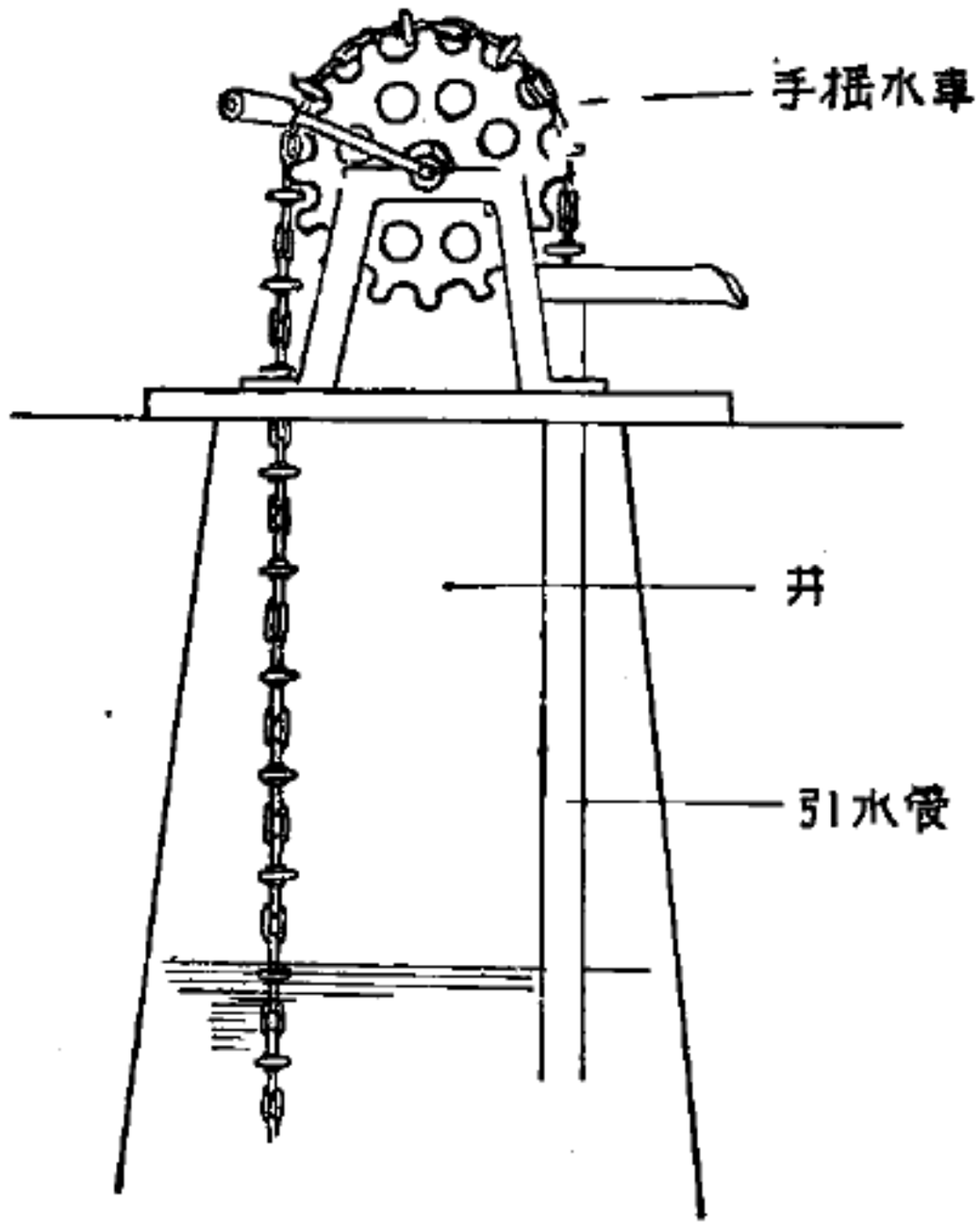


图2—2　手摇水車

如条件不具备时，可在井口加一井盖，并設公用水桶，避免因用各家水桶取水而造成井的污染。公用水桶存放及使用时，应避免接触地面，可吊在井里或挂在木桩上。

四、加强使用管理：保持井台及井周围的清洁，不在井台上洗衣、洗菜，教育儿童不要在井台玩耍，并发动群众訂立护井公約。严防阶級敌人的破坏活动。

深井水　是地面下第一个含水层以下的水，它的上部均有粘土或岩石

組成的不透水层复盖着，不易受到污染。水經地下砂层过滤，水质外观透明。一般說来，飲用这层水在防止腸道传染病流行上是比較安全的。但要注意井周围的卫生和水质的化学成份。

河水　河水一般是由降雨經地面汇集而成。流經地方多，水源暴露，容易受到流經地区各种自然环境和人畜粪便、垃圾、污水的污染。有的水质混浊，含有較多細菌。

坑水　凡地面上不流动的水如坑、塘、池水等都属这一种。它是由附近地面上降雨后汇集而成。水量小，自淨能力差，受污染的机会多，因而水质差。

河水、坑水的保护和使用：

一、首先用毛泽东思想教育广大社員，維护集体利益，做好水源保护工作。

二、清除岸边的厕所、粪坑等，保持堤岸清洁，防止污物随雨水流入河、坑中。

三、不在飲用水的河道和坑中洗脏物，被病人吐泻物污染的衣物严禁在河、坑中清洗，以免造成疾病传播。

四、建立取水跳板，因距河岸較远处水流較大，水质比較好。

五、兴建簡易水厂：在飲用河、坑水地区，为了供应良好的飲用水，可修建农村簡易水厂。常用的淨化方法有混凝、沉淀、过滤、消毒等一整套的給水淨化設备。

自然沉淀：自然沉淀的設施有多种形式，其中以土沉淀池适合于农村使用。即在岸边选择适宜的地方挖成土池子，池坡視土质情况而定，粘土可坡度小些，砂土坡度可大些以防止塌方。在小河的沉淀池，池底应略低于河底，以便沉积淤泥，池頂应高于洪水期該河、坑的最高水位，以免被淹沒而失去沉淀作用。吸水管应在距沉淀池入水口最远处，防止因距离太近影响沉淀效果。池的深度应大于1.5米，这样利于防止藻类生长和防冻。沉淀池容水量不应小于3～5日的供水量。沉淀时間以4～8小时为宜。

慢砂滤：慢砂滤是用石子（直径在5～32毫米間）和砂子鋪成，沉淀后的水由上而下的通过滤层，过滤后集中流入清水池。一般滤层的鋪法是用石子由大到小鋪成厚一尺左右的底层，再上为砂子厚二尺左右（图2—3）。过滤速度一般为0.2～0.4米/小时，滤池面积可由以下公式求得：

$$\text{滤池面积（米}^2\text{）} = \frac{\text{供水量（吨）}}{\text{滤速(米/小时)} \times \text{过滤时間(小时)}}$$

如滤池每日工作16小时，供水量为10吨則滤池面积应为$\frac{10}{0.2\times16}=$3.12米^2（平方米）。在滤池工作两个月左右，其砂层表面会被泥土或生物

阻塞，使滤速减慢，故应取出1～3寸厚的砂子进行洗滌后再舖回。

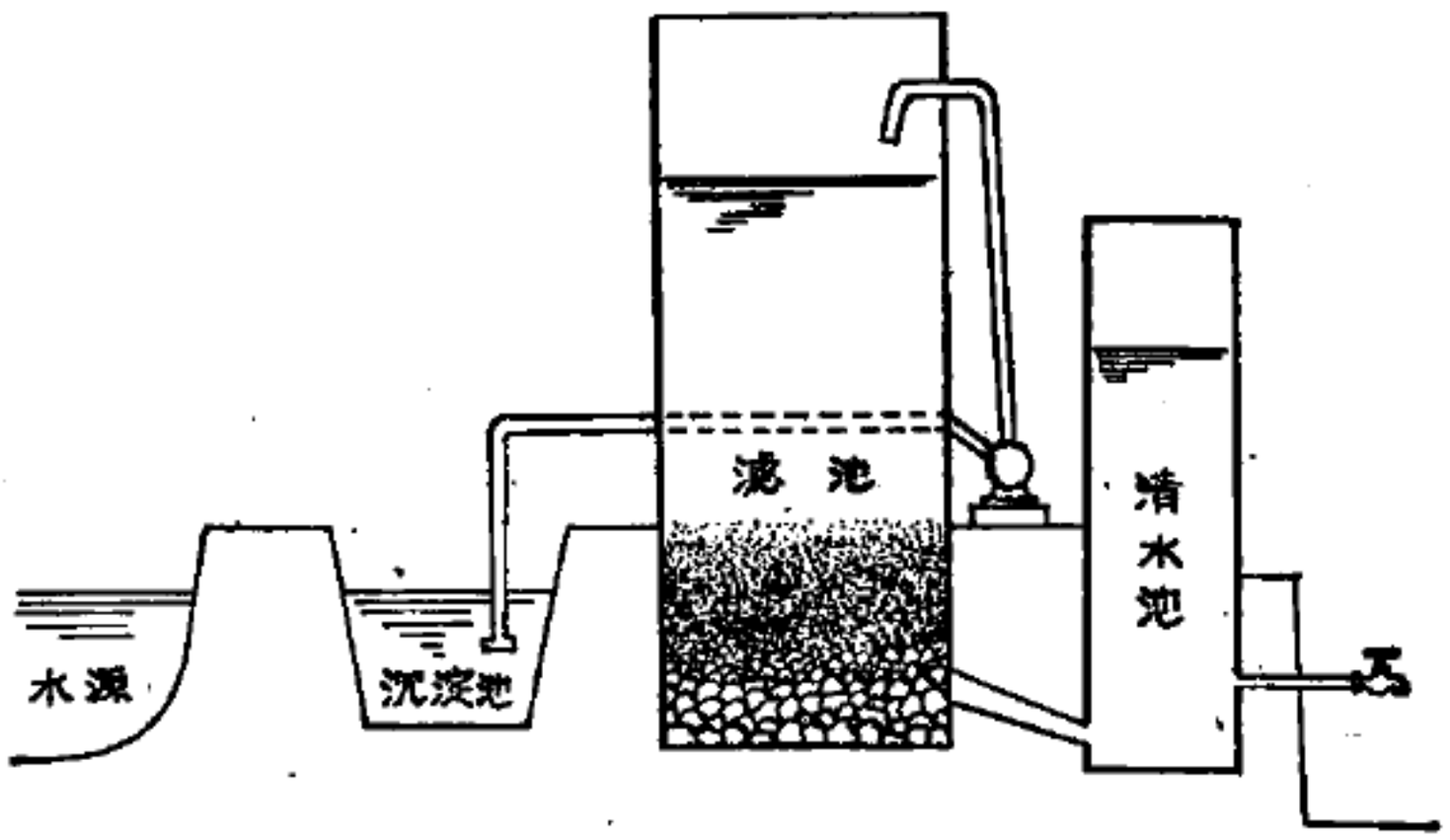


图2—3　簡易水厂

泵站和清水池：泵站是为了把沉淀池的水抽到滤池而設置的，內有一台泵和盛漂白粉溶液的消毒缸。漂白粉溶液經橡皮管引至水泵的吸水管，并用螺旋夾調节流速，即可使抽入滤池的水于过滤前加氯，以达到消毒目的。伸入沉淀池的吸水管头要垂直放置于水中，其深度应在冰冻綫以下。同时吸水管应埋在土中。

清水池是集中过滤后的清水，可引出水籠头供水。清水池容量可按日供水量的1/3或1/5修建，如日供水量为15吨，則清水池容量为3～5吨即可。

六、在河、坑边也可建砂滤井，以取得較好的水质（图2—4）。

泉水　是深层地下水的一种，水质清，与深井水相似。

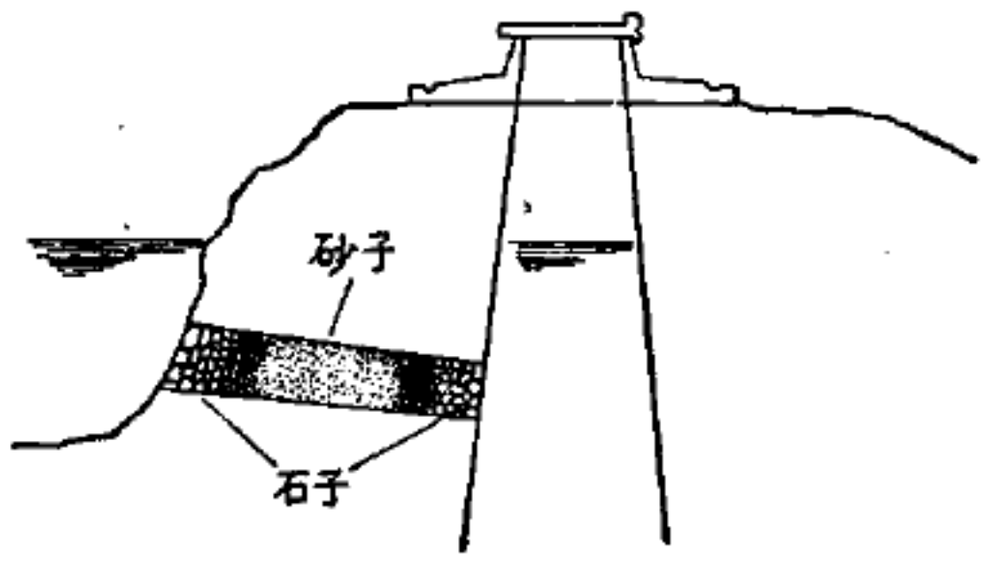


图2—4　砂滤井

飲水消毒

浅井水或經过沉淀过滤后的河、坑水，虽外观清彻透明，但往往含有病菌，若直接飲用，仍可能传播腸道传染病，所以要进行飲水消毒。煮沸是最簡便的消毒方法，在开展飲水消毒工作中，首先要宣传不喝生水，喝开水。

常用的飲水消毒药物

一、漂白粉：含有效氯25%，即100克漂白粉中含有25克能杀菌的氯。

二、漂粉精：含有效氯60%。

三、漂精片：由漂粉精制成片剂，每片含有效氯0.2克。

消毒药物应放在干燥、通风、避光处密閉保存，以免失去消毒作用。不要接触衣物，以免腐蝕。

缸水消毒 飲用河水、坑水，或飲用未經消毒的井水时，可进行缸水消毒。如水质較混，可先加明矾沉淀，使水质变清。

一、漂白粉上清液消毒法：取漂白粉一斤，先加少量水調成糊状，然后加水至 20 市斤，攪匀，靜置一小时，取上清液使用。每一挑水（100斤左右）中加药液 1 ～ 2 勺（約10毫升），攪匀，半小时后即可飲用。

二、直接投药法：多采用漂精片或漂粉精。加药前先估計缸水水量，每100斤水加漂粉精一小平勺或漂精片一片。經明矾沉淀的水，药量減半。加药时，将漂粉精放在碗內（片需先研碎）加少許冷水調成糊状，倒入缸內攪匀，半小时后即起到消毒作用。

三、缸水持續消毒法：一般采用小塑料袋法，即用一寸寬、三寸长的小塑料袋一个，两側各有綠豆粒大的小孔 3 个，每袋裝漂白粉約一两，用塑料绳将袋口扎紧，悬挂于缸水中，借水的冲击力，释放出氯。可持續使用10～15天。

也可采用青霉素小瓶，內装漂粉精或漂精片，悬挂于缸水中，药量以每挑水（100斤左右）加二小勺或两片計算。

井水消毒

一、井水儲水量的計算：用绳系一重物放到井底，測得水的深度，井的直径可由估計而得，然后計算水量。

水量（吨）＝直径（米）^{2}×0.8×水深（米）

二、投药方法：一般情况下，一吨水需要加 1 ～ 3 克的氯（折合25%的漂白粉 4 ～12克）。将应加的漂白粉先在水桶內溶化，然后倒入井中，并用水桶在井內上下振盪使与井水充分混合。一般一日消毒一次即可。在井水受到污染后，消毒药量可增加 3 ～ 4 倍。加药后用井水冲洗井壁，加盖半天后使用，以后按一般剂量进行經常性消毒即可。

三、井水持續消毒法：用塑料袋內装漂白粉半斤，在袋两側各穿綠豆大的小孔三行，每行四个，共計24个。孔数最好以实际摸索而得。将袋口扎紧，袋下系一重物，悬挂于水面下 2 ～ 3 尺，可連續使用 7 ～13天。

特殊情况下的水处理：

战爭时期，要提高警惕，更应加强对水源的防护。如一旦被污染后，应立即停止使用，进行处理，另选水源。如水质較混，可加明矾进行沉淀，如无明矾，可加些粘土（胶泥片）进行沉淀，或加比常量高 1 ～ 2 倍的药物进行消毒后再飲用。

余氯測定

水經半小时消毒后，应含有适量的氯余留在水中，称为余氯。一定余

氯的存在，說明杀菌消耗一部分氯后尚有剩余，并且可保持持續杀菌的能力，如余氯过多或不足，需要調整药物的用量。余氯过多，則水中气味太大，不足則起不到完全消毒作用。余氯的含量，要求在0.1～0.3毫克/升。

余氯測定常用甲土立丁法。用小玻璃管取消毒过的水5毫升，加甲土立丁試剂5～6滴，振摇一下，1～2分钟后出現淡黃色，再与标准管进行比色，即可确定余氯含量。一般情况下，測定管如呈淡黃色，即认为消毒完全。如无色，即药量不足。如深黃色卽药量太多，后两种情况均应酌量增减投药量。

做好飲水卫生工作，必須高举毛泽东思想伟大紅旗，突出无产阶級政治，加强战备观念，充分发动群众，做好政治思想工作，根据当地生产、生活习慣和具体条件，因地制宜的进行。

食品卫生和食物中毒

伟大領袖毛主席教导說：**“我们应该深刻地注意群众生活的问题”**。搞好食品卫生工作，是把住“病从口入”的一个重要关鍵，对于預防由于飲食而引起的疾病如腸道传染病和食物中毒有重要作用。

食品卫生

集体伙食卫生 集体伙食的炊管人員，必須高举毛泽东思想伟大紅旗，认眞貫彻毛主席**“預防为主”**的伟大指示，促进人的思想革命化，全心全意为人民服务。集体伙食由于食品原料不洁、污染、保管和操作不合乎卫生要求等原因，很容易造成集体食物中毒或腸道传染病的流行。食堂是重要的后勤部門，要提高革命警惕性，防止阶級敌人投毒破坏。

食堂卫生的內容：

一、食堂应积极創造条件搞好环境卫生，消灭蚊、蠅、老鼠、蟑螂，有条件的食堂应有防蠅設备。使用灭蚊、灭蠅、灭鼠药物，必須注意安全，以免混入食物造成中毒。

二、食堂应加强食品保管，随时注意食品质量，凡已腐敗变质的食物不要食用。粮食保管要注意通风、防潮、防止霉烂。食品貯存应有标記，厨房或庫內不得存放农药或与食品无关的物品。可疑污染的食物不得食用。

三、食品加工、保存，应做到生熟分开。切过生魚、生肉的刀、礅(板)，应用开水洗燙后再切直接入口的食品。有条件的食堂切生菜、熟菜应有专用的刀、板。公用食具用后应該用开水洗燙。

四、夏秋季剩飯剩菜，食前要认眞检查是否变质，并且要充分加热。

五、工地食品运輸应有专用容器，并应保持清洁。

六、炊管人員要注意个人卫生，如患痢疾、伤寒、慢性腹泻和肝炎等传染病，皮肤外露部位有化脓疾病的，应暫时停止食堂工作。注意衣服清洁，工作前、便后或摸过脏东西，要将手洗净。

食用野菜应注意的问題

有些野菜不但味美，而且含有一定的营养成分，但若識别不清，誤食有毒性植物則可引起中毒。

一、野菜的食用方法：

可鮮吃或晒干吃。无論那一种吃法，食前必須經过处理。有的有毒性但經过处理可变为无毒，如小叶藩藜（小叶灰菜）鮮吃味苦又易引起肿脸、呕吐，可于食前用寬湯煮，再用凈水浸泡1～2天就不会引起中毒。

1.鮮吃：

采集的野菜加以选择，除去不洁杂质（如烂叶）洗凈、切碎，用水煮30～60分钟，再用凈水洗三到五次，浸泡一到二天便可食用。

2.干吃：

先将野菜煮沸一下，然后浸泡，再晒干貯存。食前用开水燙一下再用水泡一小时洗凈，即可做菜吃。

二、采集野菜时要注意：

1.不要乱采乱吃，从来沒有人吃过的，又沒人証实无毒的，一律不要采食。

2.要与粮食混吃。不要食用腐敗、变质的野菜。

3.噴过农药的野菜不要采食。

可食野菜及食用方法

品　　名	又　　名	食　用　加　工
馬　齿　苋	长寿菜，馬勺菜，馬生菜	开水燙軟
蒲　公　英	蒲公草，白鼓丁，黃花郎	开水燙，多洗几遍
老　鴉　筋	蒌棱菜	开水燙，洗后食
扫　帚　苗	扫帚菜，毛儿菜	开水抄
篙　蓄　菜	篙竹，竹叶草，竹节草	开水燙泡半天，換水二次
苦　　菜	苦苣菜，野苣，天精菜	开水燙泡半天去掉苦味
刺　儿　菜	薊薊菜，小薊	开水燙，用清水泡

品　　名	又　　名	食　用　加　工
黄　鬚　菜	粉条菜，盐蒿菜，盐西	开水烫用清水泡
木　　犀	野苜蓿，三叶苜蓿	开水烫，洗淨
小叶落藜	小叶灰菜，灰莧菜，胭脂菜	开水抄，清水浸泡1～2天
鴉　　葱	羊犄角	开水抄
茨	鸡头子，老鸡头	种子可以磨面，茎用开水抄一下，切碎作菜吃
薺　　菜	护生草	开水抄一遍
酸　梗　儿	酸溜溜，毛尖二棲蓼	开水抄，清水泡一小时
野　艾　蒿		开水抄，清水泡一小时
青　　蒿	香蒿，野筒蒿，猪蒿	开水抄，清水泡一小时去异味
枸　　杞	枸继棘，苦扎，地骨	开水抄
咸　　蓬	盐蓬	开水抄后，用清水泡半天
地　梢　瓜	瓢瓜，地瓜	采嫩叶开水烫后吃
野　荞　麦	金鎖銀开，天荞麦，鉄边箕	开水抄，种子可磨面
飞　　廉	大蓟，天荞，老牛錯	开水抄
車　前　子	車輪菜，牛衣，牛舌棵，車軲轆菜，官司草	开水抄，清水泡1～2小时
曲　　菜	曲曲菜	开水抄

不可食野菜及其毒性

品　　名	又　　名	毒　　性
蒼　耳　籽	蒼耳棵，荆鈎子，菜耳	蒼耳甙，幼芽种子皆有毒
曼　陀　羅	山茄子，风茄子，大喇叭花	莨菪碱
牛　皮　消	老瓜瓢，羊奶子棵	
狼　　毒	断腸草	皂甙，生物碱

品　　名	又　　名	毒　　性
綫　　麻	火蔴，黃麻	生物碱
皂　　角	皂夾	皂角甙
毒　　芹	野芹菜，毒人参，白头翁	生物碱
烏　　头	五毒根，草烏，兰附子	烏头碱
天 南 星	蛇六谷，蛇玉米	皂甙
老 公 銀	蛇床子，野胡蘿卜	
篦　　麻	大麻子	篦麻碱，毒蛋白
毒 蘑 菇	毒蕈	毒性各不同如毒蝇碱，胆碱，甙类等
野 生 地	毛地草，野地黃，老头喝酒	生物碱

肉类卫生检验　牲畜中常患有人畜共得的传染病，食用病畜肉类可引起传染病与食物中毒。农村卫生人員对食用肉类应具有一定的检驗知識并向群众作好宣传，防止由于食用病畜肉类而引起疾病。

一、健康牲畜：

一般健康牲畜屠宰前体溫正常、活泼、无异状，这样的牲畜經过屠宰放血，可食用。一般健康牲畜体溫如下：

畜名	猪	黃牛	綿羊	山羊	騾	馬	驴	駱駝
正常体溫	37.8～40	37.5～39.6	38.5～40.4	37.6～41	38～39	37.5～38.5	37.5～38.5	36～38.5

註：以攝氏表計算，从肛門测溫

二、病死牲畜：

病畜一般体溫較高，有症状，如鼻子干、呻吟、不安或体表有水肿等。

病畜和死畜原則上不能食用，但由于冻死、外伤、淹死等，經当地兽医部門鉴定后可食用。凡經鉴定可以食用的病、死牲畜肉类，应严格作到加工时生熟分开，烧熟煮透。

牲畜传染病及肉品卫生处理簡表

病　　名	病状及內脏变化	处理方法
炭疽病	发病最急，高烧达 42°C以上，走路不稳，不久倒地而死。口、鼻、肛門、眼都出血，血液不凝固，腹部急剧膨胀 急性的炭疽，結膜变蓝色，发抖、兴奋、腹部有浮肿，粪便有血液。脾肿大 2～6 倍	屠宰前发現可疑炭疽，不能剝皮，应及时請卫生部門检驗。肉不可食用，迅速深埋并进行严格消毒，人員作防护，防止感染炭疽
布氏桿菌病（牛、羊）	都发生在产后，母畜阴道发炎，流出黃色脓样恶臭液体，有时后肢麻痺，公畜有睾丸炎	肉类必須切成小块，煮1～2小时后方可食用，病变部位不能食用
鼻疽（馬、騾、驴）	是一种慢性传染病，常有体溫高，鼻流出粘液，鼻粘膜有米粒大小的小結节，并有烂伤，重的鼻中隔有穿孔，肺有小米粒至豌豆大小的結节	不能食用
猪丹毒	体溫 42° C以上，腹泻，有时便血，皮肤上出現大小不同的紅斑、指压褪色，后期形成痂皮并有坏死	如病已痊癒，可将患病部位割去，肉可食用，但应高溫煮 2～3 小时，发病期的肉不能食用
猪瘟	体溫41～42°C，皮肤有出血点，指压不褪色，有时大片出血，全身淋巴結有出血点，大腸有鈕扣状潰瘍，腎脏有出血点	猪瘟对人不致病，但病猪常可带有沙門氏菌，可以造成食物中毒，有显著病变的肉不能食用，輕微的可煮后食用

食物中毒

食物中毒，是吃了有毒的食物而引起的。有毒食物的来源：一是由于食物中含有某些細菌或細菌毒素；二是吃了本来就有毒性的东西，如有毒的动植物；三是吃了被化学毒物污染了的食物。

诊断要点

一、很多人在較短时間內（大多数在半小时到24小时以內）同时发病或先后相继发病。

二、病人都有同样的症状如呕吐、腹痛、腹泻等。

三、所有病人在相近的时間內吃过同一种食物。

四、这种病的爆发范围和病人吃了同样飲食的分布相符合。

五、引起中毒的食物停吃以后，在短时間內即不再发生类似的病情。

六、在有条件的地方，搜集病人所吃可疑食物和吐、泻物送驗，有助于食物中毒的診断。

急救原则　細菌性食物中毒見急性胃腸炎的处理。

細菌性食物中毒及其預防簡表

病　　名	症　状　特　点	原　因　及　防　治
嗜盐菌中毒	1.潜伏期：10～20小时，最长可达40小时 2.腹痛(多为上腹部)，吐、泻、水样便或血水便，严重时血压下降，小腿痙攣，虚脱等 3 有时发烧38～39°C	1.海产品多带有此菌，在含盐食品上皆易生长，尤其魚、虾、蟹等 2.食品生熟污染，或隔餐、隔夜未加热，或加热不足，是造成中毒的主要原因 3.搞好集体伙食，加强食品质量检查，建立烧熟、煮透、剩菜回鍋加热等制度 4.病人輸液，对症疗法或用氯霉素1克/日
沙門氏菌属中毒	1.潜伏期12～24小时，最短7小时，最长可达30小时以上 2.剧烈的恶心、呕吐、腹泻、发烧 3.严重的常可致脱水、虚脱等	1.病死畜肉类及鸡、鴨蛋常带此菌，老鼠亦可带菌污染 2.加强肉类检驗，肉类烧熟煮透 3.治疗見“急性腸胃炎”
肉毒中毒	1.潜伏期：1～2日，最短为8小时，最长可达8日 2.早期为瞳孔散大，眼肌麻痺、复視，继之舌咽麻痺，腸胃机能障碍 3.体溫一般正常或稍低，脉搏加快，造成呼吸麻痺，循环衰竭	1.肉毒杆菌产生毒素引起中毒，在20～40°C厌氧条件下，最容易产生毒素，尤其是罐头、腊腸等食品。毒素在80°C 30分鈡即能破坏 2.罐头食品发現变质应加热后食用（煮30分鈡） 3.警惕敌人投毒破坏 4.发病早期注射肉毒多价抗毒血清（A、B型），同食未发病者亦应預防控制其发病
葡萄球菌毒素中毒	1.潜伏期多为2～5小时，很少超过8小时 2.特点为剧烈反复呕吐和腹痛，腹泻不常見 3.体溫一般不高，重症可出現肌肉痙攣、虚脱	1.葡萄球菌不易引起中毒，細菌在适宜条件下产生毒素（如在37°C 12小时），毒素毒力很强，經煮30分鈡不破坏 2.由于有些食物中含有葡萄球菌，或飲食人員皮肤有化脓疾病或鼻、咽炎症，脓性分泌物污染食品 3.加强飲食卫生 4.病人对症治疗

病　　名	症 状 特 点	原 因 及 防 治
痢疾杆菌食物中毒	1.潜伏期：6～24小时 2.突然出現剧烈腹痛、呕吐，頻繁的腹泻，部份或全部水样便，以后混有大量血液和粘液 3.有时以食物中毒形式出現	1.食用大量带活菌的食品，症状极像沙門氏菌属中毒 2.中毒多由患有痢疾的炊事人員污染食品而发生 3.加强食堂卫生工作 4.見痢疾治疗
赤霉病麦中毒	1.食后半至一小时即发病 2.有头昏、腹胀、呕吐，一般持續二小时恢复正常 3.严重的体溫、血压略有上升	1.防止大麦小麦受潮被赤霉菌污染，病麦选出后可以喂牛、羊、鸡、鴨但不能喂猪 2.病麦含量少于5％可以食用 3.症状严重的可作对症治疗

有毒植物中毒及其預防簡表

病　　名	症　　状	原 因 及 防 治
苦杏仁中毒	1.潜伏期最短为几十分鈡，最长为2～3小时 2.口中发涩、恶心、呕吐、心慌 3.严重的有呼吸急促或微弱、昏迷，四肢冰冷，意識消失，瞳孔散大，陣发性痙攣，最后呼吸麻痺	1.杏仁不論苦、甜都含有苦杏仁甙，只是含量不同，杏仁在口中咀嚼，水解产生氰氢酸而中毒 2.苦杏仁經水浸泡1～2天即可脫毒 3.严重中毒可用亚硝酸异戊酯0.2毫升吸入，根据需要重复使用 4.用2～3％亚硝酸鈉溶液10毫升靜脉緩慢注射，随时注意血压变化，注完后再用10％硫代硫酸鈉20～30毫升靜脉緩慢注射
毒蕈中毒（毒蘑菇）	1.由于毒蕈种类不同，症状亦不一致 2.潜伏期1～6小时 3.症状有呕吐、腹泻、流涎、大汗、瞳孔縮小、脸色蒼白、痙攣，最后出現昏迷	1.毒蕈不易識别，无經驗者不要采食 2.病人对症治疗
发芽馬鈴薯（发芽土豆）中毒	食后数小时即发生恶心、呕吐、腹痛、头暈、喉干、瞳孔散大、兴奋、抽风，最后呼吸麻痺	1.馬鈴薯发芽后，芽眼和皮，含有龙葵素能引起中毒 2.加强保管，避免日晒发芽，已生芽的可将芽眼割去，刮去紫皮用冷水浸泡，但不宜多吃 3.病人对症治疗，出現麻痺或呼吸困难可試用阿托品、樟脑等皮下注射

病　　名	症　　状	原 因 及 防 治
白薯黑斑病中毒（紅薯、地瓜、山芋）	1.食后不久即发病，主要为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、气喘、头痛 2.严重的有发烧、吐白沫、气喘、瞳孔散大、抽风、昏迷	1.白薯被黑斑病感染产生毒素，人、畜食后可中毒 2.作好保管，将烂部切掉，不可喂牲畜 3.病人对症治疗
亚硝酸盐中毒	1.发病快，一般半小时内，最长不超过3小时 2.口唇发紺，全身青紫，四肢发冷，指端呈紫蓝色，萎靡不振，嗜睡，重者呼吸急促	1.小白菜、苦菜或咸白菜，由于腐败，亚硝酸盐量往往增高，食后即可发病，应加强蔬菜保管防止霉烂 2.治疗用1%美蓝溶液以1毫升/公斤静脉緩慢注射，呼吸困难时吸氧
豆角中毒	发病很快，一般在半小时至2～3小时出現，恶心、呕吐、头晕等，不发烧，吐后即恢复	豆角中含有一种使人呕吐的物质，在加热不足时，常可发生中毒，烧熟煮透即可防止。秋季的豆角最易使人呕吐，故需注意，严重者可采取对症治疗
桐油中毒	在半小时至1小时内即可发病，头晕、呕吐、腹泻、腹痛，严重者便血，呼吸短促，虛脱	1.发生多由于誤食、誤用而引起。加强商业管理，防止发生 2.病人对症治疗

粪便管理

粪是农家“宝”。管好粪便既可以减少粪肥流失，增肥、增产，又可以保持环境卫生，控制蝇蛆孳生，减少疾病发生。所以管好粪便是开展爱国卫生运动的一項重要內容，是保障广大貧下中农健康的具体措施，也是保証农业丰收的重要环节。我們要依靠群众，做到卫生为生产，生产讲卫生。

固定积肥場　积肥場应选择在便利运輸，地势較高，远离水源的村外，并应考虑設在本地区常年主导风向的下风向。面积根据生产队的大小、肥源的多少来决定。周围挖筑堤埝和排水沟，以防粪肥流失(图2—5)。应

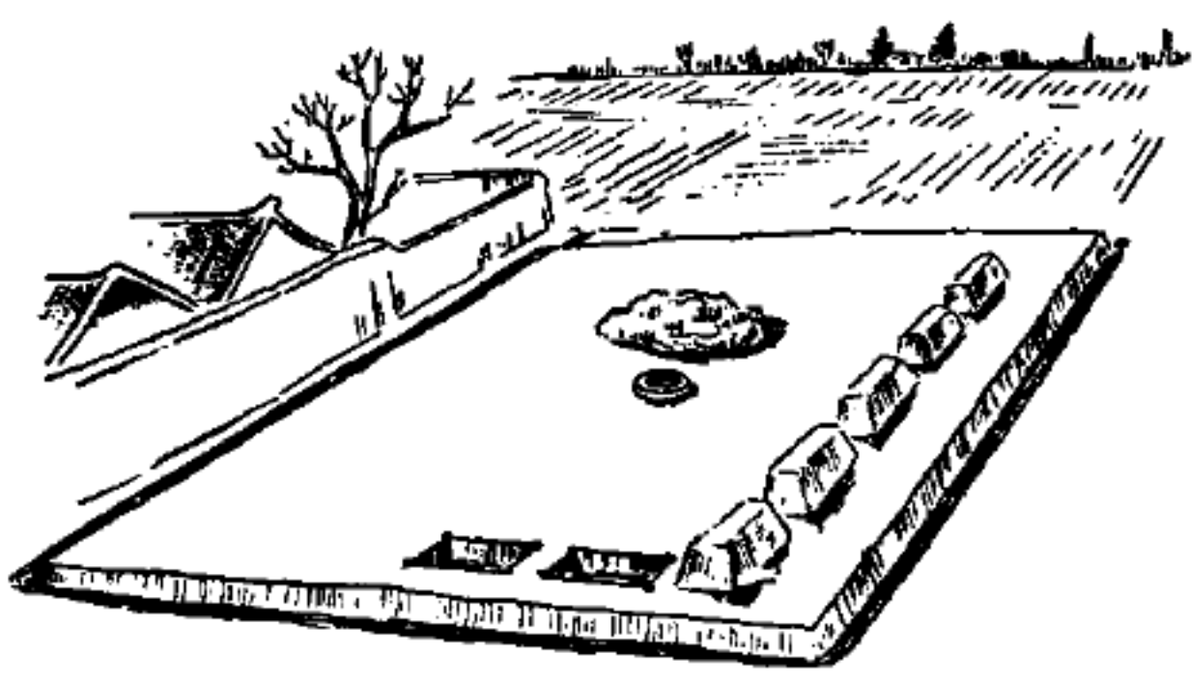


图2—5　积肥場

設有攪粪池并备有粪桶、粪勺、鉄鍬等必要的积肥工具（图2—6）。

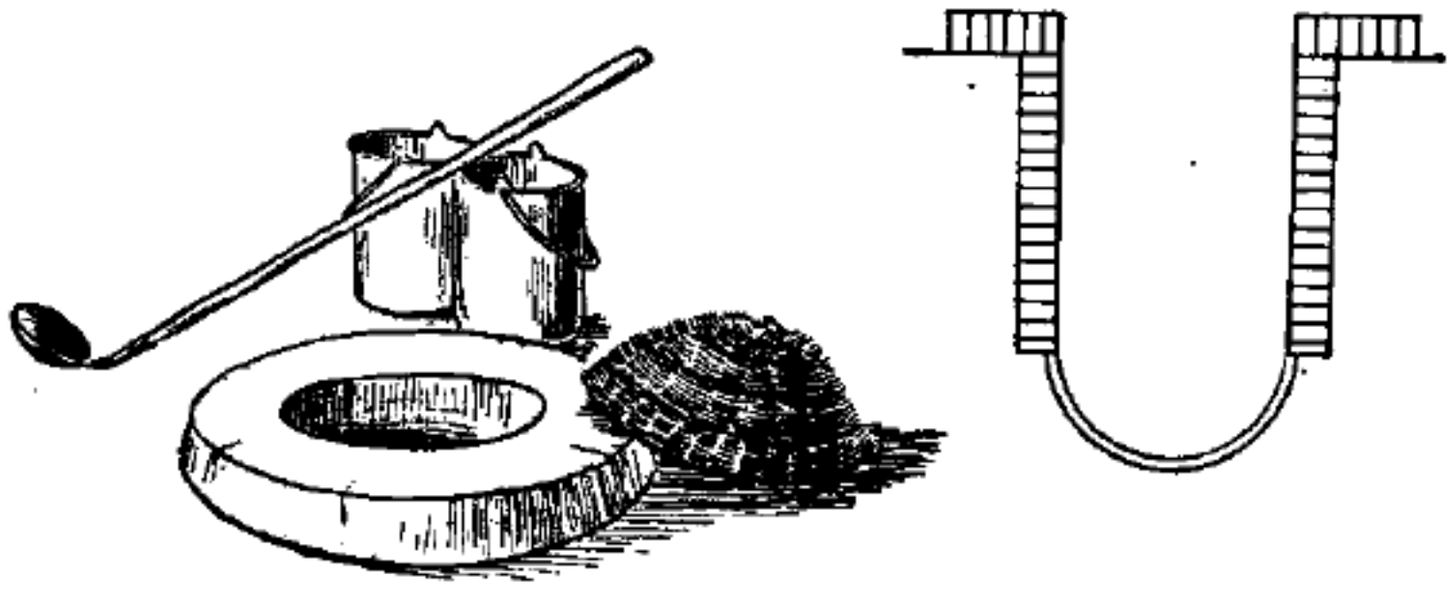


图2—6　积肥工具及攪粪池

积肥坑的形式　坑的大小根据生产队的日产肥量，做到日产、日清、日封，减少肥份流失，防止蝇蛆孳生。

一、半坑通风式：挖一长5～6尺，寬3～4尺，深2尺的长方坑。将坑挖好后，在坑底和坑壁中間挖4寸見方的“十字”沟，沟上舖一层約6～7寸长的秫稭篦，在“十字”沟交叉处，豎立約十根左右的秫稭把，填料高出地面2尺，泥封1～2寸厚。1～2天泥封干燥后，将秫稭把抽出，形成通风孔道。封后約25天左右腐熟起肥，此法适用于春、秋季（图2—7、2—8）。注意保护好通风孔，在泥封后5～7天溫度已达高峰时将孔堵塞，防止雨水流入坑內影响发酵溫度。

二、半坑封閉式：方法大体同上，不同点是不挖“十字”沟，泥封后28天左右起肥。此法适用于秋末春初的季节。夏季可改为坑深3尺，装料至与地面平。此法叫小坑式法，保溫保肥的效果尚好。

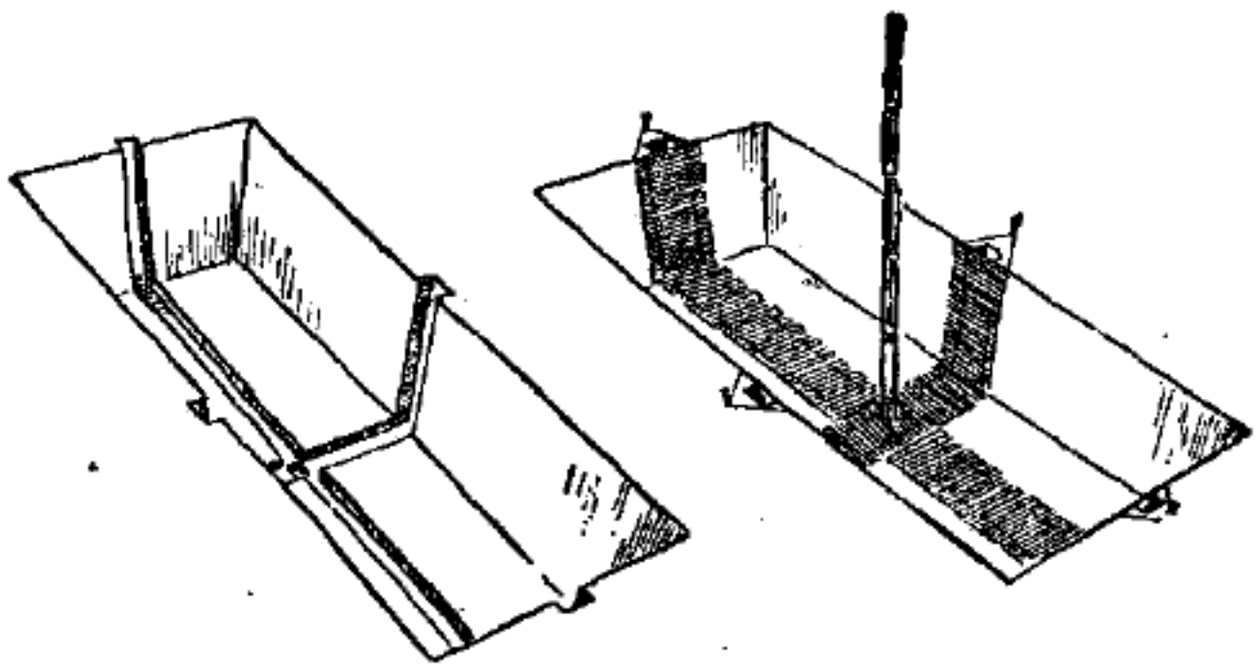


图2—7　半坑通风式封肥的“十字沟”

三、平地通风式：直接在长5尺、寬3尺的地面上挖4寸見方的“十字”通风沟。沟上同样舖一层秫稭，“十字”沟交叉处，豎立秫稭把，堆积高出地面3尺，泥封1～2天后，将秫稭把抽出，封后約20天腐熟起肥，这种方法夏季更为合适。

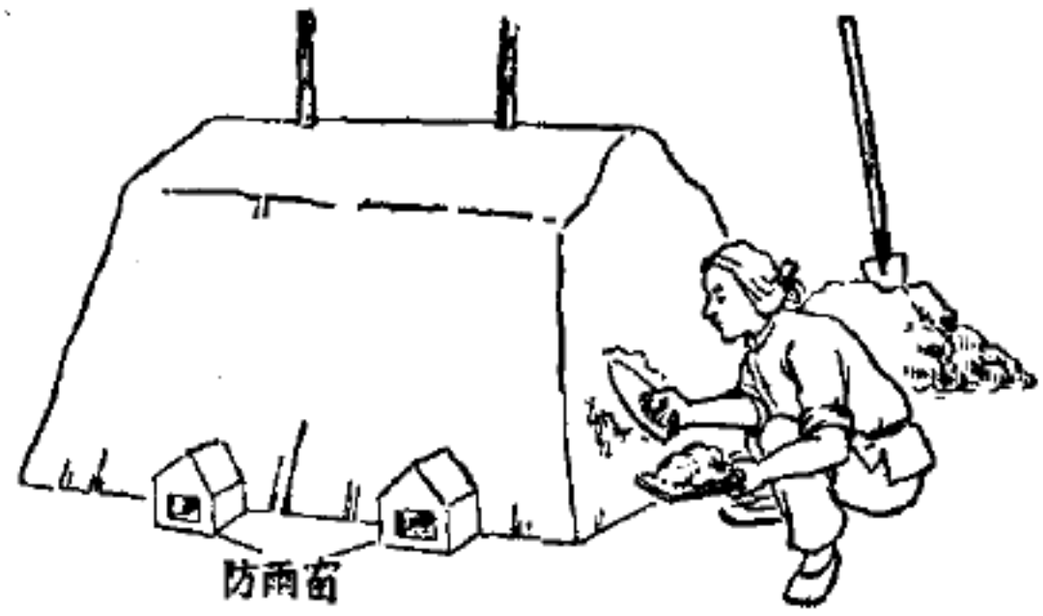


图2—8　半坑通风式封肥外观

四、大坑封閉式：平地挖坑，长15尺，寬 6 尺，深 7 尺，将合好的料填至与地面相平，泥封 3 寸，此法需50多天才能腐熟。其底层溫度高于上层，适用于水位較低的地区。

五、大型平地抽杆通风式：城市近郊日产肥量多，可采用此法。需备长 6 尺左右竹竿数根（其直径 3 ～ 4 寸），将堆肥所占面积計算好，按堆形就地堆积，当堆至 1 尺高时，在堆料上面，每隔 3 尺横摆竹竿一根，在两头纵向摆放二根纵杆与横杆垂直密接。注意摆杆时应将杆的小头放在堆內，大头露在外面，以便抽出。在每排横杆上，垂直豎立两根立杆，可以先用堆料将立杆的下部稳定在横杆上。堆 2 尺左右再舖第二层横杆和纵杆。直至堆高到 5 ～ 6 尺（图 2 — 9）。

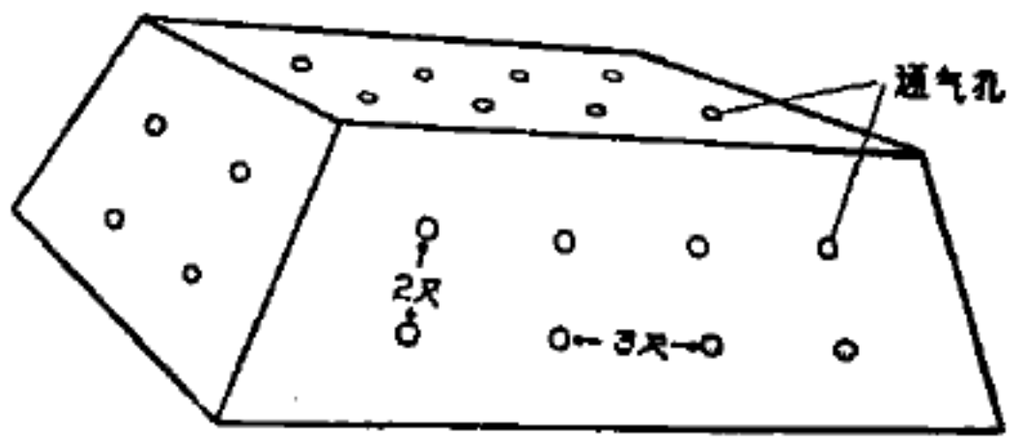


图 2 — 9　平地抽杆式封肥

堆完后用泥封 2 寸厚，如一日內不能堆完，可以逐日延长，但表面必需当日用泥封好。

泥封后第二天可抽去竹竿，使堆內形成通气孔道。堆后四天溫度能达60°C，最高可达70°C。夏秋季堆放20～25天卽可，冬季时間要长些。

配料比例　采用“四合一”，卽人粪尿、騾馬粪、垃圾、土四种原料，按重量計算各占一份，再加入相当于人粪尿三倍的水。适当的比例是提高肥效的关鍵，各地因条件限制，不必强求一致。大牲畜少的队，可多加蒿杆，垃圾，草末等。

操作方法

一、备料：根据各地肥源，确定配料比例，备足原料，将人粪尿倒入攪粪池攪匀。牲畜粪要先搗碎。如用蒿杆等应鍘碎。

二、合料：采取坑外操作，先将牲畜粪、垃圾草末、土三种料拌匀，后浇稀粪合料，攪拌得越匀越好。

三、装坑：最好将备料一次装滿泥封，如因料少装不滿时，应在表面临时盖一层土（有的采取分段装坑），次日继續装料。

需要注意的几个问題

一、水份（湿度）：一定要掌握好，否則影响发酵。一般堆內的湿度应在30～50%为宜，半湿半干的状态。如用鉄鍬一拍成餅，鏟起后放下能散开，这就是較合适的湿度。

二、溫度：粪肥是通过发酵升溫来杀灭致病菌、蝇蛆、寄生虫卵及农作物害虫卵等，杂草籽也可經发酵破坏达到生产和卫生无害化。堆溫在50～60°C維持六、七天較为理想。

三、堆肥腐熟程度的鉴定：肥堆下陷，体积縮小，堆物已变成疏松粉

末，沒有坚硬的土块和粪块，有机物质已分散腐熟，失去原来的状态，多呈暗褐色并很松軟，沒有粪臭味，就算腐熟完毕，可以起肥。

四、堆肥过程中应注意卫生：堆肥后，用具要刷洗干淨，儲存起来。使用的桶要与飲水桶分开，打水时要用公用水桶，防止污染水源。积肥員要勤換衣服，堆肥后要洗手，注意个人卫生防护。

除　害

伟大領袖毛主席多年来提倡的除四害，讲卫生，是一件大事。它关系到广大人民的健康，它有利于“**抓革命，促生产，促工作，促战备**”，它具有移风易俗、改造世界的伟大意义。

毛主席教导我們：“**我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习慣作斗爭。**”开展以除四害为中心的爱国卫生运动，必須发动群众，依靠群众，家家动員，人人动手，打一場除害灭病的人民战爭。

过去，“**华佗无奈小虫何！**”如今，对危害人民健康的各种害虫“无奈”的时代已經一去不复返了！用毛泽东思想武装起来的中国人民，一定能够战胜各种危害人民健康的“小虫”，以一个具有高度文明的民族出現于世界！

灭　蚊

蚊子可传播流行性乙型脑炎、疟疾等病。蚊子的一生分四个阶段，即卵——幼虫——蛹——成蚊。蚊子喜欢在各种积水，如：污水坑、积水洼地、灌溉沟渠、积水缸、盆、罐、树洞或池塘、水田中下卵，1～2天卵变成幼虫（子孓），子孓經5～8天变成蛹，再过2～3天蛹就变成蚊子飞离水面。

控制和清除孳生地

一、积水坑洼、废水井等生蚊場所，可发动群众填平或改造成养魚池。清除坑边和水中杂草，疏通沟渠，使蚊子不能停落下卵。

二、稻田、藕田、池塘养魚，可以吞食子孓。距村500米以內的水田可用6％可湿性六六六粉或施氨水肥料杀死子孓。

三、发动群众翻缸倒罐，堵塞树洞。防火水缸要加盖。

四、积水菜窖、飼料缸要及时清除积水，已經孳生子孓的水域可用六六六、敌百虫、滴滴涕等杀虫剂，或用苦楝子及其叶各一半，煎汁进行处理。

灭成蚊

一、天黑前，蚊子群集紗窗，可用蝇拍扑打。

二、藏在住房、牲畜棚圈以及厕所等处的蚊子可用蒿草绳、栗子花绳、除虫菊等烟熏，或杀虫药噴洒和烟熏。

三、隐藏地窖、菜窖、枯井等处过冬的蚊子，可以捕打或使用当地野生植物或六六六烟熏剂熏杀。

防蚊　采用挂蚊帐，点蚊子香，艾蒿把等野生植物驅蚊，夜間露天干活时尽量穿长裤褂，防蚊叮咬。

灭　蝇

蒼蝇在粪便、垃圾、腐敗的动植物废料中产卵生蛆。蒼蝇的身体很脏，它能传播伤寒、痢疾、霍乱、腸炎等传染病。一只雌蝇一生能产千余个卵，在夏天卵变成蛆，蛆长大后爬到附近土中化蛹，蛹再羽化成蝇，总共仅需十余天。

控制和清除孳生地

一、厕所、猪圈、馬棚要每天清扫，粪便日产日清，进行封肥处理，发現蛆时可用开水燙或撒药处理。

二、垃圾，腐敗的动植物要定点堆放，每天运出漚肥。

药物灭蛆（見 103 頁附表）。

挖蛹　冬末春初，发动群众，将粪堆、厕所附近土挖开20厘米深，拣出蝇蛹，用火烧掉。也可将粪堆厕所附近 2 米范围內的松土砸实，使越冬蝇蛹不能羽化爬出。

灭成蝇

一、扑打：凡有蒼蝇的地方用蝇拍拍打，事后要洗手。

二、用木条、窗紗制成扑蝇籠，籠底下放些烂魚虾、臭豆腐之类味浓的誘餌，放在庭院、厕所、垃圾箱附近誘扑。

三、药物灭蝇（見 104 頁附表）。

灭　臭　虫

臭虫一生中有三个发育阶段，卽卵——幼虫——成虫。幼虫和成虫外形很相似。它們白天隐藏在床板、傢俱、墻壁、炕縫、屋頂的縫隙、孔眼里，夜里出来吸血。臭虫很耐餓，几个月不吸血不会餓死。消灭臭虫必須充分发动群众統一行动，反复搞几次，才会絕根。

开水浇燙　用滾开的水浇燙床板、傢俱的縫眼，反复浇几次，燙死臭虫及卵。

塡塞法　用油灰掺进适量可湿性六六六粉，塡塞到炕沿、墻壁及木器傢俱的縫隙里。此法結合开水浇燙效果更好。

浸泡法　将窝藏臭虫的鋪板等物浸泡在河沟的水里，連續浸一天以上，臭虫卽被淹死。

药物杀灭

一、6％可湿性六六六粉半斤加2两辣子，在炉火上烟熏四小时。要事先堵住門窗縫，并把窝藏臭虫的地方露出来。

二、敌敌畏或敌百虫噴洒或熏蒸。

三、干桃叶或风眼草研面，撒炕縫。

灭　　鼠

老鼠糟踏粮食，損坏庄稼，損坏房屋和傢俱，而且是鼠疫、鼠咬热等病的传染来源。因此，消灭老鼠对于貯粮、防治鼠传疾病都有重要意义。

消灭老鼠应采取綜合措施，毀窝、扑杀、毒杀和防鼠設施同时进行，才能彻底消灭。

毀鼠洞

堵洞：在老鼠活动的地方寻找鼠洞，用砖头、石块塞进洞里，砸实，抹上一层灰浆。

挖洞：先查清田間鼠洞分布，然后发动群众順洞挖掘，田鼠窝常有几处出口，順着一个洞挖时，需堵死其它出口。

灌洞：往鼠洞里大量灌水，老鼠受淹外逃时打死。

翻找　定期翻动柴草垛、飼料庫、粮庫，打死隐藏的老鼠。

扑杀　在发动群众大除四害过程中，群众創造了多种簡便有效的扑鼠方法，要认眞总結推广。

如：鼠夹扑鼠，把鼠夹放在鼠洞附近或老鼠常走过的地方，一間屋里多放几把，誘餌用新鮮的、有香味的或油炸过的食物，每次扑鼠后，夹子用火烤一烤。

毒饵灭鼠（見105頁附表）。

灭　　蚤

跳蚤是鼠疫、斑疹伤寒等传染病的媒介，老鼠身上带有跳蚤，消灭跳蚤必須同时灭鼠。

一、跳蚤的幼虫喜欢在阴暗潮湿骯髒的地方孳生，室內要常清扫，保持地面干燥，使室內空气流通，阳光充足，可防止生蚤。

二、家禽、家畜以及猫、狗、兎都可带跳蚤，应搞好禽畜棚圈的清洁，保持干燥，預防生蚤。地面可噴洒敌敌畏灭蚤。

三、烧燎灭蚤：地上鋪一层柴草，点着烧燎能有效杀死蚤和幼虫，但要注意防火。

灭　　虱

虱子有体虱，头虱和阴虱三种，其中体虱能传播斑疹伤寒等传染病。发現虱子应及时处理，在集体单位发現虱子时，必须进行集体灭虱。

一、搞好个人卫生：勤洗澡、勤理发、勤换衬衣，勤晒被褥，預防生虱。

二、头发生虱可用热肥皂水浸泡洗滌，反复洗几次。也可用百部草灭头虱。

三、药水灭虱：用百部草、六六六、滴滴涕、敌敌畏喷洒有虱衣被。

四、加热灭虱：对內衣褲等可蒸煮30分钟至一小时，棉服有虱可用烙鉄燙。

灭　蟑　螂

蟑螂是一种害虫，身体扁平，呈褐色，行动敏捷。厨房、鍋台、碗柜、飯館、供銷社、旅館、澡塘、仓庫是蟑螂喜欢栖居的地方。蟑螂白天都藏在阴暗、隐蔽的角落，晚間四出活动。蟑螂非常貪食，不仅吃食物，也吃大便、痰液等排泄物，是腸道传染病和寄生虫病的传播媒介。

一、搞好环境卫生：住房常打扫，保持整洁，仓庫要定期扫除，厨房內各种废物要及时清除。

二、药物杀灭：用敌敌畏熏蒸或配成0.5%溶液噴洒，一般晚間进行較好。用6%六六六粉或1%敌百虫液与蟑螂喜欢的食物拌和，撒在蟑螂經常活动的地方，进行誘杀。

常用除害葯物的使用配制方法簡表

对象	葯品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
灭蛆	90%敌百虫	葯8克加水15斤	可噴16个粪缸、粪坑或粪堆8平方米	天热时，每周检查二次。見蛆就下葯，先攪碎粪块后下葯	蛆一般在一天內死亡。并能杀死飞来的成蝇
	6%可湿性六六六粉	葯8两加水15斤	同上		
	25%滴滴涕乳剂	葯8两加水15斤	同上		
	50%敌敌畏乳剂	葯8毫升加水15斤	同上		

对象	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
灭子孓	90%敌百虫	药1两加水15斤	可喷25平方米水面或16个防火缸、积水缸	1.天热时，每周检查1～2次，发现子孓时下药 2.稻田每亩用六六六粉一斤或敌百虫1两装在布袋内悬挂在进水口的水面下，药即随水流入田内，能消灭大量子孓	子孓一般在一天内死亡
	25%滴滴涕乳剂	药2.5两加水15斤	喷25平方米水面		
	6%可湿性六六六粉	药5两加水15斤	喷25平方米水面		
	50%敌敌畏乳剂	药1两加水15斤	喷25平方米水面或16个积水缸		
灭蚊	90%敌百虫	药15克加水15斤	喷洒75平方米	在多蝇場所或緣化地帶重点喷洒	接触或舔食后即死
	50%敌敌畏乳剂	药2毫升加水1斤	可喷25平方米	1.喷洒地面四周，关閉門窗30分鈡 2.消灭越冬蚊蝇药量加倍	接触熏蒸30～60分鈡死亡
	六六六烟熏剂		每45立方米用两小包	1.关閉門窗后，点着烟熏剂，熏蒸60分鈡 2.消灭越冬蚊蝇，药量和熏蒸时間加倍	
	25%滴滴涕乳剂	药1斤加水15斤	可喷25平方米	喷洒牆壁表面或蚊蝇經常棲息場所 牲畜棚圈傍晚时喷洒最好	几小时內死亡
	10%六六六乳剂	同上	同上		
	50%敌敌畏乳剂	药2毫升	熏蒸45立方米	关閉門窗，将药水滴在小张紙上，燃烧熏半小时	30～60分鈡死亡
蝇	90%敌百虫（毒蝇）	药0.5克加水1斤	分配5个毒蝇点	每个毒蝇点用餌一斤，加药水2两，保持潮湿3～7天換餌一次，放在多蝇地点的上风向	吃后即死
		药2.5克加水半斤、紅糖5克	浸泡报紙2～3张	将浸过药液的报紙晾干，剪裁成64开，取紙一张放在菜碟上，加点水，置于居室、庭院、飲、副食店蝇多的地方	
	90%敌百虫（毒蚊缸）	药1克加水9斤	药水占缸的容量的三分之一	毒蚊缸設在屋前屋后，避风有阳光及緣化地带，天热每周加药一次	接触后即死

对象	药品名称	配制比例	用量标准	使 用 方 法	杀虫效果
灭臭虫	6%可湿性六六六粉	药0.5斤加水0.5～1斤	均匀涂在缝隙	用刷子涂在傢具、床板等的缝隙内	几小时到几天死亡
	90%敌百虫	药8克加水1斤	喷在缝内潮湿为度	对有臭虫缝隙，均匀喷洒或用毛笔涂缝	
	25%滴滴涕乳剂	药1斤加水4斤	可喷25平方米		
	50%敌敌畏乳剂	药4毫升加水1斤	喷在臭虫棲息場所		
灭虫	50%敌敌畏乳剂	药1两加水1两	熏蒸45立方米房間	用废鉄盒装药放在炉火上使药液蒸发，房間密閉4小时以上	臭虫全死但对卵无效需7～10天左右重复1～2次
灭鼠	磷化鋅	药5克加食餌95克和少量食油	制成毒丸200粒分成数十堆	1.鼠洞、跑道，根据实际情况放几堆毒丸每堆3～5粒 2.粮庫，飼料房禁用，以防誤食中毒	吃后几小时到几天死亡
灭蚤	6%可湿性六六六粉	药10克加細土1两	可撒1平方米	每月一次可撒在猫窝、鼠洞、床下及阴暗角落	
	50%敌敌畏乳剂	药1两加水10斤	噴洒50平方米	噴洒在房間地面、床下、牆角、猫狗窝	
灭虱	50%敌敌畏乳剂	药1两加水15斤	略微噴湿衣服表面	噴洒在内衣褲、被褥、草垫、草蓆上再卷紧放置二小时后晒干（内衣必須洗后晒干）	能杀虱子、对卵无效需7～10天重复2～3次 对此药有过敏者不能采用以防中毒
虱	3%六六六粉或10%滴滴涕粉		每条草蓆草垫用半两左右	均匀撒布在草垫、草蓆縫隙内或夹层中間及背面	撒药后，仍垫在床上使用，借人体溫度，杀死效果較好

对象	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
灭虱	百部草	中药百部1两加70%酒精或50度高粱酒1斤浸1~2昼夜	可用8人湿透头发用	1.用百部酒擦湿头发根部再用毛巾裹1小时后，篦洗头发 2.阴虱涂擦阴毛根部	效果最好，能一次杀死虱子及虱卵
		中药百部1两加水2斤微火煮沸半小时滤出清液	浸泡内衣裤	1.用百部浸液1斤加水4斤浸带虱子的衣服半天以上 2.用百部浸液，湿头发后用毛巾包裹一夜后篦洗头发	
灭蟑螂	50%敌敌畏乳剂	原药1两加水1两	熏蒸45立方米房間	用废铁盒装药放在炉火上使药液蒸发，房間密閉4小时以上	能有效杀死蟑螂，但对卵无效，隔半月~1月重复1~2次
		药4毫升加水2斤	可噴5平方米	噴洒在蟑螂隐藏活动的地方	
	90%敌百虫	药3克加水半斤	拌半斤麸子撒1~2个房間	先将敌百虫加水配成1%药液，再与食餌拌匀撒在蟑螂活动的地方	吞食后几小时至几天內死亡
	6%可湿性六六六粉	药10克加水半斤	拌半斤麸子撒1~2个房間	先将六六六粉与水混匀，再拌进食餌，撒在蟑螂活动和隐藏的地方	食后几天內死亡

农业劳动卫生

农业劳动卫生是为社会主义革命、社会主义建設和农业生产服务的，其目的在于改善农业生产中的劳动条件，消灭职业病、多发病、慢性病、职业中毒和外伤，增强劳动人民体质，提高出勤率，更好地**“抓革命，促生产，促工作，促战备”**。

农业劳动卫生的范围，包括农、林、牧、副、漁的劳动卫生。随着农业生产大跃进形势的日益发展，生产方式、技术設备、劳动組织以及各种劳动过程中的卫生条件都发生了显著的变化，半机械化、机械化的生产逐步代替了繁重的体力劳动。同时也带来了一些新的劳动卫生問題，因此必須加强这方面的防治工作。

常見农药中毒的預防原則

农业作物的害虫和病菌是农业生产战綫上的大敌。因此必須与农业害虫和病菌作斗爭。

目前农村用量最大、使用最广泛的农药为有机氯(六六六、滴滴涕）、有机磷（1605或一扫光、1059、敌敌畏、敌百虫）、有机汞（西力生、賽力散）和砷化物（砒霜或信石、砷酸鈣等）。这些农药对人、畜有强烈的毒害作用，可通过皮肤、粘膜直接接触，呼吸道吸入（药尘、噴雾、蒸气等）和消化道誤食等途径引起中毒，通常在能够消灭病虫害的浓度时，对人畜也有毒害。因此，在农药的运輸、保管、分发、拌种、噴粉、噴雾等使用过程中若防护不当，則可发生中毒事故，必須注意預防。

預防措施

一、宣教：广泛深入宣传安全使用农药的卫生知識。

二、运輸：人民公社、生产队运輸农药时，必須指派責任心强的人专門負責运送。搬运人員应作好个人防护。装卸时要輕搬、輕放，装載时要与食品、飼料、生活用品和易燃品严加隔离，农药沾到車上，要用碱水或石灰水（1份石灰，加20份水）冲洗。

三、保管：

1.保管員必須責任心强，有安全管理农药的知識。建立严格的收发、登記、清点、检查制度。

2.儲存农药、毒种必須設置专用的仓庫或儲藏室，严禁与粮食、飼料和生活用品混存在一起，并与食堂、粮庫、飲用水源和牲畜棚圈保持一定的距离。庫房門窗必須严紧，合乎防毒、防盜、防火的要求。

3.高浓度原液在分装时要用油搗子（提兩）、漏斗等分装器，不要随便傾倒，分装时在場人員要站在上风头位置。

4.装剧毒农药的空瓶等应統一保管处理，严禁私自留作別用。

四、使用：

1.配药、噴药必須选择政治可靠，身体健康，并具有安全使用农药知識的人担任。老年人、体弱多病、皮肤病和皮肤破伤者以及妇女在經期、孕期和哺乳期的不能参加使用剧毒农药。

2.使用农药，必須建立严格的領发、回收制度，剩余的农药、毒种和所用工具，必須及时送回药庫，集中保管，絕对禁止把剩余的毒种和好粮混存，更要严格防止人、畜誤食。

3.噴药的器械必須事先作周密的检查，并用清水試驗。使用时如发現噴头堵塞或損坏时不要用手擰或用咀吹吸，要用碱水冲洗后，再修理。

4.配药浸拌毒种，要远离飲用水源、牲口棚、猪圈、菜园、瓜田、养

魚池以及食用物品等。在休息时，要有专人看管，禁止无关人員接近，并防止鸡鴨啄食。

5.配药和噴药的人員必須穿长袖衣、长腿褲、袜子、鞋盖（或长筒胶靴）、手套、带10%小苏打溶液泡过后晾干的紗布口罩，带风鏡。皮肤暴露部位可浸水后，以肥皂擦抹。噴药人員应三、五天換一次班。

6.噴药时应順风噴、隔行噴、退行噴、快速噴、早晚噴、換班噴。

7.工作时如感有中毒症状，应立刻离开工作地点，脫去沾染农药的衣服，洗凈手和脸，迅速进行診治。

8.工作进行中，严禁吃东西、吸烟、喝水等。

9.毒种必須用耧播，播后露在地面上的毒种或拌种时掉在地上的毒种，要埋在地里，防止家畜、家禽食入。

10.凡接触和使用有机磷等农药后，必須用肥皂水洗脸，洗手（敌百虫必須用清水洗）。

11.噴过药或播过毒种的田边、菓园等要树立明显标志，7～8天內禁止人、畜进入。誤食毒种或喝了药液中毒死亡的禽、畜必須深埋或烧掉，絕对不能吃或出卖。

12.食用作物在噴药后須經一定时期才能采用，果树为20～30天，牧草为7天，稻、麦、玉米等粮食作物須經过15天后才能收割，不容許1605和1059噴洒在蔬菜、瓜类上。

13.剧毒的有机磷（1605、1059）、有机汞农药（如西力生、賽力散），不許用作杀灭蚊、蝇、臭虫、老鼠、跳蚤等，也不准用来毒魚，毒鳥兽，更不許用来治人、畜皮肤病。“失效”的剧毒农药，千万不能用作涂抹墙壁等。

14.噴雾器用后，用清水冲洗，其它装药、配药、拌药的工具、容器要用火碱或石灰水（1份石灰，5份水）泡4～5小时，然后集中保管。使用过敌百虫的工具和容器要用清水浸泡。洗刷工具的污水应深埋地下。

农药急性中毒的急救原则

毒物进入人体后，可危及健康或威胁生命。对于此类急性中毒病人，我們要以只爭朝夕的精神，尽快地問清发病經过，并仔細、认眞检查病人，及时根据中毒原因，采取适当的紧急处理来搶救病人。一般处理原則有以下几項：

除去胃腸未被吸收的毒物

一、催吐：神志清楚的病人，可用手指或筷子刺激病人咽部，使其呕吐，或让病人自己飲入大量溫水后，再使其呕吐。昏迷病人不可催吐。

二、洗胃：除强酸、强碱等腐蝕性毒物外，所有吞下毒物都可用洗胃

法洗出。洗胃应愈早愈好，即便誤食后数小时也应洗胃。放入胃管后，先抽空胃內容物，然后根据病情用1：2,000～1：5,000高錳酸鉀溶液、苏打水或清水，反复抽洗，灌洗液总量約5～10升为宜。

三、清腸：为了減少吸收，可用硫酸鎂30克或蓖麻油30毫升导泻（脂溶性毒物不可用，如有机磷、有机氯、山道年等）。

解毒

一、解毒剂：如二巯基丙醇对砷、汞等重金属类中毒有解毒作用；解磷毒对有机磷农药中毒有解毒作用等。

二、当毒物还在胃內时，可利用化学制剂中和或減低其毒性。如：

中和——酸类中毒时用氢氧化鋁胶；碱类中毒时可用等量水稀释的醋中和。

沉淀——砷、汞、鉛中毒时用蛋清或牛奶沉淀。

氧化——能分解生物碱或其他有机毒物。

吸着——服活性炭10～20克，可吸附生物碱类毒物。

加速已被吸收毒物的排泄　大量飲水以利毒物排泄，必要时可由靜脉滴注葡萄糖盐水，以增加尿量，力求每天尿量达到1,500毫升以上。

对症治疗

一、呼吸衰竭：可注射尼可刹米或山梗菜碱以兴奋呼吸中枢，并設法保持呼吸道的通暢，必要时作人工呼吸。

二、循环衰竭：治疗方法見“休克”。

三、昏迷：应勤翻身防止褥疮；保持呼吸道通暢，必要时行气管切开术；应用抗菌素預防肺部感染。

四、抽风：可肌肉注射苯巴比妥鈉0.1～0.2克。

五、其他：疼痛剧烈的可使用止痛药；有寒战的应注意保暖。

附：解毒要诀歌

快洗（胃）、快导（泻）、快解毒，
强心、鎮靜把液輸，
氧气吸入要及时，
对症下药勿疏忽。

常見农药中毒

有机磷中毒

诊断要点

一、有接触或誤服史。

二、輕度中毒：有头暈、头痛、恶心、呕吐、多汗、視力模糊、无力等。

三、中度中毒：除輕度中毒症状外，还有抽筋、胸悶或紧束感、流涎、多汗、腹痛、腹泻、瞳孔縮小、輕度呼吸困难等。

四、重度中毒：除上述症状和体征外，并伴有心跳加快、血压升高、发紺、肺水肿、抽风、大小便失禁、昏迷或呼吸麻痺等。

五、有条件时可进行血液胆碱酯酶活力的測定。

急救

一、应迅速使病人脱离有毒場所，置于新鮮空气的环境中。如病人衣服接触农药，須立即脫去。对皮肤沾染部位，可用肥皂水或2～3%苏打水洗淨，不宜用热水，以免增加药物吸收。口服中毒者，用手指或筷子刺激咽喉部催吐。有条件的可用肥皂水或1～2%苏打水洗胃（敌百虫中毒时用清水洗）。

二、迅速給予特效药阿托品或解磷毒，中度或重度患者应两者并用。

1.輕度中毒：阿托品1毫克，皮下注射，必要时可反复給予；也可单独使用解磷毒0.4～0.5克（配成4%溶液），靜脉緩注。

2.中度中毒：阿托品1～2毫克，靜脉或皮下注射，每隔15～30分钟一次，根据瞳孔及症状变化逐漸减量或延长間隔时間。与解磷毒合用疗效更佳，后者初次量0.8～1.2克，以后每两小时靜脉注射0.4～0.8克，也可靜脉滴入，每小时0.4克，連續用6小时。用解磷毒时，阿托品的第一次剂量同上，以后适当减量。

3.重度中毒：阿托品2～4毫克，靜脉緩注，以后每隔10～30分钟注射2毫克，至神志开始恢复、瞳孔开始散大、肺部囉音消失时，酌情减量，至出現輕度阿托品过量征时（顏面潮紅、口干）可考虑减量或停药。必須同时并用解磷毒1～1.2克，靜脉緩注，30分钟后如无效再注射一次，必要时于注射2克后，改为靜脉滴入，每小时0.4克，連續用6小时。症状好轉后，酌情停药。

4.小儿患者：阿托品用量为0.03～0.05毫克/公斤/次，其重复給药时間視病情而定，輕者30～60分钟，中度15～30分钟，重度5～10分钟，症状好轉后酌情减量。解磷毒用量为15～30毫克/公斤/次，靜脉緩注，必要时1～2小时可重复注射一次。

三、密切观察病情，即使經过治疗后症状消失，也应继續观察至少1～2日，遇有病情恶化，立即加强搶救。

有机氯中毒

诊断要点

一、有接触或誤服史。

二、輕度中毒者，可有头暈、头痛、恶心、呕吐和腹痛等症状；重者还有肌肉震顫，先自眼瞼开始而后延及全身，可因而发生抽风，甚至麻痺、

最后可发生呼吸衰竭。

急救

一、煤油溶解的有机氯溶液可經皮肤吸收中毒，应先脫去被污染的衣服，对沾染部位可用1～2%苏打水或清水洗净。

二、如为誤服中毒可刺激舌根催吐，有条件时可用1%食盐水洗胃，而后給20～30克硫酸鎂导泻（禁用油类泻剂）。

三、如有抽风时，可肌肉注射苯巴比妥鈉0.2克（小儿剂量8毫克/公斤/次），亦可靜脉注射10%葡萄糖酸鈣或氯化鈣溶液10毫升。

四、簡易方可选用：

1.生綠豆半斤　甘草二两。綠豆泡水中磨碎榨汁，用甘草煎湯調綠豆汁吃。

2.生黄豆、生綠豆各三两。共搗碎加入淘米水服下，每日两次。

有机汞中毒

诊断要点

一、有接触或誤服史。

二、急性中毒：口有金属味、唾液增多、恶心、呕吐等。輕者有神經衰弱的症状，病情进展时表現头痛、头暈、視力模糊、肌肉震顫、共济失調，甚至四肢瘫痪。严重者可发生昏迷、抽风。

三、慢性中毒：除神經衰弱症状外，有幻觉、幻听，唇周、舌、四肢末端麻木，肌肉震顫，共济失調，或不全性瘫痪，此外还有齿齦炎、唾液增多等症状。

四、有条件可测定患者的尿汞含量。

急救

一、經口服中毒者，及时洗胃，可将生鸡蛋3～4个打碎吞服，或1～2湯匙骨灰末加在一杯水中口服，然后服泻剂。

二、解毒剂：

1.二巯基丙磺酸鈉：5%溶液肌肉注射，一次5毫升（或5毫克/公斤体重），一日两次，三日为一疗程，两疗程間隔3～4天，一般用2～3疗程。

2.二巯基丙醇：肌肉注射，3毫克/公斤/次，第1～2日4小时一次，第三天起改为每6小时一次，第4～10日后每日两次，輕度中毒药量酌減。

三、对症治疗：肌震顫可用新針疗法；口腔炎用1:5,000高錳酸鉀溶液或3%双氧水漱口；接触性皮炎局部用硼酸溶液湿敷，后用氧化鋅糊剂或二巯基丙醇油膏。

砷 中 毒

诊断要点

一、有接触或誤服史。

二、急性中毒：

1.胃腸型：經口中毒引起。可有恶心、呕吐、口中金属味、腹剧痛、米湯样粪便、下墜等。較重者尿量減少、头暈、腓腸肌痙攣、发紺以至休克。严重者出現中枢神經麻痺症状，四肢疼痛性痙攣，意識消失。

2.麻痺型：吸入大量砷化合物灰尘所致。可有眼紅、流泪、咳嗽、头痛、头暈、全身衰竭、肌肉疼痛、痙攣、昏迷、呼吸衰竭及休克等。

三、慢性中毒：可有皮肤黑色素沉着及变厚、指甲脆裂、毛髮脫落、結膜炎、鼻炎、气管炎、齿齦炎、消化不良、小腸結腸炎、肝肿大、黄疸、頑固性头痛、記忆力減退、多发性神經炎、四肢不全麻痺及伴有肌萎縮、神經痛等。

四、有条件可进行血、尿及呕吐物中砷的定性或定量分析检查。

急救

一、經口服急性中毒，病人情况尚好者，应以1:5,000高錳酸鉀洗胃；或以10～20个生鸡蛋，去蛋黄，攪拌，加入白矾末三錢，灌服，然后用手指探喉催吐，吐后再灌洗。

二、肌肉注射二巯基丙醇，用法同汞中毒。輕度中毒者按2.5毫克/公斤体重的剂量。

三、对症治疗：补液、鎮靜剂、鎮痛剂、維生素B_1及C等。

四、严重皮炎可用10%二巯基丙醇油膏，剝脫性皮炎可注射或口服腎上腺皮质激素。

五、慢性中毒治疗：以硫代硫酸鈉、二巯基丙醇、利尿剂等促进砷的解毒及排出，并对症治疗。

鉛 中 毒

鉛是一种重要的工业原料，用途很广，因此与鉛接触的工人很多，如制造油漆、蓄电池、陶磁、搪磁、染料、汽油、火柴及印刷等。主要是鉛尘从呼吸道和消化道进入人体而发生中毒。

诊断要点

一、有接触鉛尘的历史。

二、早期症状有头暈、头痛、乏力、口有金属甜味，检查口腔可見牙齦边緣有蓝黑色鉛綫，中毒愈深則上述症状愈明显，并可发生腹絞痛。严重者有神經系統損害，如腕下垂、抽风和昏迷等症状。

三、如有条件可化驗尿鉛，其值增加(正常为 0.01～0.08 毫克/升)。点彩紅細胞增加，若每百万紅細胞中有500个以上，則有診断价值。

預防

一、工作場所中应經常保持良好的通风，地面保持潮湿，不使鉛尘飞揚。

二、注意个人防护，应有工作衣帽，工作时带口罩，下班时应換去工作服，同时着重卫生宣传工作，使工人重視鉛中毒的預防。

急救

一、在治疗期間应适当注意营养和休息，慢性有急性发作而不严重的，可服維生素C100毫克和路丁 20 毫克，每日各三次，共服半个月。亦可每日服枸櫞酸鈉 8～15克，分 3～4 次，共服14～25日，以加速尿鉛的排出。

二、有腹絞痛时，可服阿托品0.3毫克，或硝酸甘油0.6毫克，亦可用10%葡萄糖酸鈣10毫升作靜脉注射，同时腹部放溫水袋热敷。

三、乙烯二胺四乙酸二鈉鈣（ＥＤＴＡ）是治疗急性鉛中毒的有效药物，不但能增加尿鉛排出，而且能減輕症状。剂量为每次靜脉注射 2 克，隔日一次，共注射五次，可緩慢地直接注射，或溶于 5 %葡萄糖 250 毫升中由靜脉滴入。

苯　中　毒

苯在工业上用处很大，可作为工业的原料或溶剂，如染料、制药、火药、油漆、橡胶、防雨料等。主要由呼吸道吸入苯蒸气后引起中毒，可分为急性、慢性两种。

诊断要点

一、有接触史。

二、急性苯中毒，主要表現为中枢神經系統的抑制現象，有头痛、恶心、呕吐、走路不稳。严重者可有抽风、昏迷、瞳孔散大、对光反应消失。

三、慢性苯中毒，早期症状不明显，以中枢神經功能和消化功能障碍及出血傾向为主，有头痛、記忆力減退、失眠、食慾不振、恶心、呕吐、鼻衄、牙齦出血以及紫斑等。检查时可有腱反射亢进、足蹠反射阳性、走路不稳和截瘫等。严重者有持續性貧血及各种出血傾向，紅、白細胞和血小板都显著降低。

預防

一、使用苯的場所排气通风应良好，其生产过程应当有防护設备。

二、定期健康检查，尤其是检查白細胞及血小板，如果白細胞在4,000/立方毫米以下，且伴有症状或血小板在 7 万～8 万/立方毫米以下，皆应

暫时調动工作，并加治疗。

急救

一、迅速使病人脱离中毒現場，抬至空气流通的地方，并将衣領、褲帶等解松，以通暢呼吸道。

二、如果有呼吸停止者，立即行人工呼吸，同时注射中枢神經兴奋药。有条件者給予氧气吸入。

三、有貧血及出血傾向者，如有条件可考虑輸新鮮血，同时肌肉注射維生素 B_{12}100微克，每周三次，持續时間可根据病情和疗效而定。

硫化氢中毒

硫化氢为有臭鸡蛋气味、无色的气体。农村可在粪坑、废水，或井水、池塘浸泡有机物（如編筐的黃荆条）等处产生。因为它比空气重、所以不易扩散。硫化氢在浓度很高时，由于嗅神經被麻痺可嗅不到臭味。

诊断要点

一、有接触史。

二、低浓度硫化氢，主要为刺激症状，眼灼热、刺痛，可引起角膜炎，有流泪、怕光等。浓度較高时有咳嗽、胸悶、恶心、呕吐等。高浓度时可在短时內发生头暈、心慌、不安、抽风、迅速昏迷，尙可併发支气管肺炎或肺水肿。严重时可在几秒钟內暈倒，呼吸麻痺。

预防

一、应对社員加强安全生产教育，严防中毒事故发生。

二、不要在水井內浸泡黃荆条等物，因为井深口小，所产生的硫化氢不易扩散。

三、遇到特殊情况非下井不可时，应先将井水攪动后进行充分通风，再以家禽动物放入，无中毒反应时方能下井，并应在下井人胸部系上绳子，另一端由两人在外把持，并預先作好联絡信号，以便万一发生中毒时立即救出。

四、如遇急性中毒，下井救护人員应做好必要的防护措施。

急救

一、将患者迅速移到新鮮空气处。

二、立即进行人工呼吸，在病况未改善前不得輕易放弃；有条件时吸入氧气。

三、注射呼吸兴奋剂、强心剂等。

四、靜脉注射50％葡萄糖40～60毫升及維生素C 300毫克。

五、昏迷患者可用 1 ％美蓝10～15毫升，靜脉注射。

六、眼部受硫化氢刺激时，立即用清水或 2 ％碳酸氢鈉冲洗，然后用

4％硼酸水洗眼，若继用可的松滴眼效果更好。疼痛剧烈时可滴用表面麻醉剂如0.5％地卡因等。

窖内缺氧窒息

菜窖、薯窖、酸渍蔬菜貯藏室、烟草庫、废井等，由于有机物质发酵、腐烂，加上通风不好，可使空气中二氧化碳浓度明显增加，氧气含量减少。二氧化碳浓度低时可使呼吸中枢兴奋，浓度高时反而抑制，能迅速引起窒息。

诊断要点

一、有接触史。

二、临床表現：头痛、头暈、恶心、呕吐、气急、心慌、血压升高等，严重时可发生痙攣，迅速昏迷，呼吸中枢麻痺而窒息。

预防

一、进入上述窖內或貯藏室，应先設法进行充分通风，換进新鮮空气。

二、下窖前检查二氧化碳浓度的高低，可把点燃的蜡烛或灯籠悬到窖內，如火焰很快熄灭說明二氧化碳浓度較高；或将家禽、鳥类放入窖內，发現动物兴奋（如乱蹦乱跳）或死亡現象也說明同样的情况，則严禁入內。必要时可用鼓风机、手搖风車等进行通风，至試驗无异常时才能入內。

急救 发生窒息时将患者移到新鮮空气处，并注意保暖；施行人工呼吸；吸氧；注射中枢神經兴奋剂等。

中　暑

下列因素可促进中暑发生：一、天气很热或悶热；二、劳动强度过大，时間过长；三、高溫車間；四、出汗过多，飲水不足；五、个人防护不当（如不穿上衣，不戴草帽等）；六、体弱多病等。

诊断要点

一、有在悶热环境中劳动时間过长的情况。

二、临床表現：头痛、头暈、心慌、恶心、呕吐、体溫高，皮肤干燥紅热，脉搏、呼吸弱而快，严重时可暈倒。若大量出汗而水盐又得不到及时补充时，还可表現口渴、尿少，四肢及腹部肌肉疼痛、抽动。

预防

一、夏季适当調整劳动时間，尽量作到上午早出工、下午晚收工、中午延长休息时間。

二、利用树蔭作休息場所，劳动地点較固定时，可搭盖休息凉棚，有

可能时利用附近清洁河水在休息时洗脸、洗澡帮助散热。

三、夏季田間劳动应戴草帽或扎白色头巾、穿寬大浅色衣服。

四、多喝开水，可在出工时自带或向地里递送盐开水。

五、医务人員应深入田間巡迴医疗，广泛宣传防暑知識，并做到及时处理中暑病人。

急救

一、对輕症中暑者，抬到蔭凉通风的地方，松解衣服，平臥休息，头上放凉水毛巾，或用凉水毛巾擦身，搧扇子以帮助散热。給病人喝些凉开水，吃些人丹、十滴水或藿香正气水很快就会恢复。

二、新針治疗：輕者針刺大椎、风池、合谷、內关、足三里。重者以强刺激手法針刺人中，同时并用十宣、委中、尺泽点刺放血。

三、中药治疗：以清暑热法为主。

处方：生石膏一两　銀花、佩兰、知母、沙参、益元散各四錢。水煎服。

加减：口渴明显加麦冬四錢；无汗加薄荷三錢。

四、四肢肌肉抽搐的主要治疗在于补充水和盐，可口服大量含盐凉开水或靜脉滴入生理盐水1,000～1,500毫升。

五、严重者，除用以上方法降溫外，同时肌肉注射氯丙嗪25～50毫克，或将其溶于5％葡萄糖生理盐水500毫升內靜脉滴入，要求在1～2小时內輸完。用药时应注意体溫、血压、脉搏等变化。待体溫降至38°C左右时，即可停止降溫措施，如体溫回升，可再行重复治疗。如收縮压降至90毫米汞柱时，应暫时停用药物降溫。如果发生休克，可参閱“休克”的治疗。

矽　肺

在含矽的粉尘环境中生产，如果不注意防护，长期吸入含矽的粉尘便可引起矽肺。常遇到的粉尘作业环境，有矿石开采、挖煤、耐火材料、砖和水泥生产、矿石碾碎过篩等生产过程。

诊断要点

一、有长期接触含矽的粉尘作业史。

二、早期可无任何症状与体征，随病情进展，于劳动时常发生气短，經休息即可消失，較重者尙可有胸痛和咳嗽等症状。

三、如有条件可作放射綫攝片及肺活量检查。

预防　矽肺是完全可以預防的，防止粉尘发生是預防矽肺的关鍵。

一、在粉尘作业环境中，应采取綜合措施使粉尘浓度达到防尘要求，如合理通风、密閉除尘和噴雾洒水等湿式作业。

二、个人可使用防尘口罩，作为一种輔助的方法。

治疗

一、治疗与思想工作相結合，医务人員与病人一起活学活用毛泽东思想，使病人树立正确对待疾病的态度，增强治癒的信心。

二、应采用綜合疗法，注意改善全身营养，增强抵抗力，如合併有肺結核，更应强調早期积极的治疗。

三、卤干治疗：用法見“新医疗法”。

四、2.5～5%枸櫞酸鈉20毫升，靜脉注射，每周2～3次；也可服矽肺合剂（枸櫞酸鈉2克，胃蛋白酶2克，糖浆40毫升，加水至 100毫升）10毫升，每日三次，飯前服用。

煤气中毒

煤或木炭等在氧气不足、燃烧不完全的情况下，可产生煤气（一氧化碳）。冬季用火炉、火炕取暖时若漏烟；煤矿、坑井若通风不良时，都易中毒。

诊断要点

一、有接触史。

二、輕症病人可有头暈、头痛、乏力、嗜睡等現象。严重时則感到剧烈的头痛、恶心、呕吐、思索力和判断能力减退，继續发展便出現呼吸困难、大小便失禁、昏迷且伴有間歇性抽风发作或呼吸衰竭，此时病人皮肤和粘膜常呈樱桃紅色。

预防

一、加强卫生宣传，动員群众自覚地做好預防工作。

二、煤气中毒多发生于冬初刚生火炉时，故对取暖設备应进行检查和維修，做到能防火、防寒，又能防止煤气中毒。

三、使用沒有烟筒的煤炉或炭炉时，生火、添煤一定要到屋外边去进行，等到火着旺了以后，再搬到屋內；炉子快要熄灭或晚上睡覚的时候，一定要把炉子搬到屋外。

四、住屋要保持空气流通。

急救

一、打开門窗，迅速把中毒病人抬到空气新鮮的地方，松开衣服，并注意保暖。

二、輕者可对症治疗，如头痛时服止痛药，呕吐者应暫禁食，必要时靜脉輸液。

三、如遇有呼吸停止病人，应立即行人工呼吸。如果病人心跳也停止，应迅速施行体外心脏按摩，同时进行人工呼吸，直到呼吸心跳完全恢复为止。有条件时給氧气吸入。

四、靜脉注射50%葡萄糖40～60毫升，可帮助改善脑水肿。严重病人

或深度昏迷者，可加用甘露醇或山梨醇脱水治疗(用法見“流脑”)。

五、皮下注射中枢神經兴奋剂，如苯甲酸鈉咖啡因或尼可剎米。

六、保持呼吸道通暢；为防止呼吸道感染可給抗菌素。

七、簡易方可选用：

（1）酸菜湯。酌情飲服。

（2）醋2～3两。少量多次服。

毒蛇咬伤

毒蛇咬人时，其毒液由毒腺排出注入人体，而引起局部或全身性中毒反应。

毒蛇在我国南方各省常見，种类繁多。一般說，毒蛇头大，呈三角形，頸細尾短，身上体紋色彩比較鮮明。

诊断要点

一、咬伤处常出現两个或四个齿痕，局部迅速肿胀，并向近心端伸展，皮肤发紅，甚至发紫、坏死，有时流出稀薄血水。有烧灼样剧痛，有时有麻木、感觉丧失和瘫痪等症状。

二、可有发烧、寒战、头痛、头暈、复視、流涎、恶心、呕吐、腹痛、腹泻，以及四肢无力、行走不稳、吞嚥困难、大小便失禁、眼瞼下垂、瞳孔散大、光反应迟鈍、皮肤瘀斑或有出血点等。严重者嗜睡、出冷汗、皮肤蒼白、脉搏快弱、呼吸減慢及血压下降等休克表現。

预防

一、在有毒蛇地区，应清扫居住环境，塡塞洞穴。

二、到山区、森林、曠野等有蛇出沒地区，应携带棍棒等物品，以防毒蛇咬伤。

三、若一旦被毒蛇咬伤，切勿惊慌失措，必須鎮靜，切忌到处奔跑。因为剧烈活动时，血液循环增速，毒素吸收加快，可迅速导致中毒。

四、医务人員应向广大群众宣传急救方法。

急救

一、毒蛇咬伤后，立即于伤口近心端扎一止血带。指端咬伤应扎在指根；手或前臂咬伤应扎在上臂；足或小腿咬伤应扎在大腿。若无橡皮止血带可用绳子或褲带等代替。止血带每扎30分钟，应放松1～2分钟，以免肢体远端坏死。

二、蛇咬伤后，应爭取时間行伤口組织彻底清除或做“+”字形切开，用手在伤口四周向伤口挤压，将毒液挤出，或用拔火罐方法吸出。在紧急情况下，为搶救阶級兄弟，应立即用嘴吸吮（須口腔粘膜无破損者），吸出毒血后吐出，并用清水漱口。

三、局部冷敷，并用1～2%高錳酸鉀或2%氯化鈉冲洗伤口，以减少毒素吸收。

四、封閉疗法，用0.25～0.5% 普鲁卡因于伤口周围封閉或伤处近心端做套式封閉。

五、全身中毒症状严重者，可靜脉輸入5%葡萄糖500毫升加氢化可的松100毫克。有条件时可給吸氧，必要时可考虑輸血，同时应用中枢神經兴奋剂，如尼可剎米或苯甲酸鈉咖啡因。对一般病人，可給予靜脉滴入葡萄糖液及大量維生素B_1和維生素C，使毒素加快排泄和解毒。

六、預防和控制感染，因毒蛇齿常带有多种細菌，故伤后易致感染，需肌肉注射双效青霉素40万单位，每日一次，并注射破伤风抗毒素1,500国际单位。

七、中药治疗：

1.季德胜蛇药片，成人每次5片，每日三次。中毒严重者，每次10片，每日四次。亦可将药片溶化，涂在伤口周围（勿涂在伤口上），并在肿胀上方半寸处涂抹一圈，防止肿胀的扩展。

2.取半边蓮（細米草）鮮草2两，浓煎300毫升，每日三次分服。亦可用半边蓮同雄黄一起搗烂，外敷伤处，每日更換一次。

八、新針治疗：手指、足趾被咬伤可用八邪、八风穴針疗。

昆虫螫伤

蜈蚣螫伤

诊断要点 局部紅、肿、热、痛，并可有恶心、呕吐、头暈等全身症状。

急救

一、伤口立即用肥皂水、氨水或碳酸氢鈉溶液等碱性药物擦洗，并冷敷，或用鮮扁豆叶搗烂敷伤口，也可用生白矾加水研汁涂伤处。

二、用0.25%普鲁卡因作伤口周围封閉。

三、对症处理。

蜂螫伤

诊断要点 局部紅肿、痛痒，并可有头暈、恶心等全身症状，严重者可造成过敏性休克。

急救

一、蜜蜂螫伤可用肥皂水、氨水或碳酸氢鈉溶液擦洗；黄蜂螫伤可用醋擦洗。

二、若发生过敏性休克，应立即搶救，方法見“休克”。

三、簡易方可选用：

1.鮮馬齿莧一把。搗汁一杯，用等量开水同服，并以药渣敷伤口。

2.鮮夏枯草一把。搗烂敷伤口。

3.烟袋油涂伤处。

四、对症处理。

蝎子螫伤

诊断要点 局部伤口紅肿、烧灼样痛，并可有流涎、恶心、呕吐、嗜睡，甚至虛脫，有时发生肌肉痙攣。

急救

一、局部可用氨水、石灰水或死蝎的酒精浸液涂敷，或用胆矾二分研細粉，醋調敷伤处，亦可用蝸牛一只，洗淨連壳研碎涂伤处。

二、局部注射2％普魯卡因止痛。

三、若发生过敏性休克，应抗休克治疗（見“休克”）。

四、对症处理。

三

春风楊柳万千条，
六亿神州尽舜尧
——新医疗法

在无产阶級文化大革命的凱歌声中，广大軍民依靠战无不胜的毛泽东思想，在医学上創造了許多新的疗法，使祖国医药宝庫大放异彩，在防病治病中发揮了显著的作用。

新医疗法，新就新在这些疗法都是用毛泽东思想为統帅，无論医务人員和伤病員都用毛泽东思想武装头脑，相互协作，共同向疾病作斗爭；新就新在这些疗法是遵照毛主席“六·二六”指示，貫彻伟大領袖毛主席无产阶級卫生路綫，医务人員带着深厚的无产阶級感情，面向广大劳动人民，为劳动人民解除病痛；新就新在这些疗法疗效高、方法簡便、經济适用、易为工农兵所掌握，深受工农兵所欢迎。

正像毛主席所指出的那样：**“运动在发展中，又有新的东西在前头，新东西是层出不穷的。”**新的疗法在不断涌現，展示了祖国新医学、新药学无限广闊的前景。

新針疗法

新針疗法是无产阶級文化大革命中涌現出来的新事物。亲人解放軍在战无不胜的毛泽东思想指引下，用閃閃发光的銀針为广大工农兵群众医伤治病，創造出新針治疗的方法，取得显著的疗效，受到了工农兵群众的热烈欢迎。

新針疗法是在祖国传統的針灸疗法的基础上产生和发展起来的。貧下中农把新針疗法的优越性，概括为多、快、好、省四个字。这就是：能够掌握新針疗法的人多，受新針疗法治疗的人多；組织貧下中农自己的卫生队伍快，治病快；治疗效果好；人力財物省。

新針疗法的出現，为发掘祖国医学宝庫开辟了新的途径，使古老的針灸疗法获得新的生命力。

新针疗法的特点

一、操作簡便，易学易用，易于普及和提高，广大的工农兵容易掌握。

二、治病广泛，效果迅速明显，及时解除病人的痛苦，疗效高，有利于貫彻执行伟大領袖毛主席“**抓革命，促生产，促工作，促战备**”的伟大号召。

三、取穴少，透穴多，一般取1～3穴。选穴要抓住主要矛盾，貫彻少而精的原則，一般四肢穴常用透穴方法，如阳陵泉透阴陵泉等。

四、进針深，出針快，捻轉角度大，刺激强度也大，因而比传統的針刺感应强，奏效明显。

五、一般不留針，剧痛、痙攣可以暫短留針，因而施治时間不长。

新针疗法的一般知识

一、取穴方法：

1．折量法：又叫骨度法。将身体不同部位之間規定一定的尺寸，取穴时就先按这些尺寸在病人身上划出等分(图3—1)，見常用骨度分寸表。

2．中指同身寸法：使病人中指与拇指連接成环状，以中指中节側面横紋尖之間的距离为一寸（图3—2）。

3．指量法：单一食指寬为一寸，食、中指相并寬为二寸，食指、中指、无名指及小指相并为三寸（此法又叫一夫法）（图3—3）。

4．自然标志取穴：是根据体表自然标志而取穴。如两乳中間取膻中，十一肋端取章門，身体直立两手下垂中指尽端取风市等(图3—4)。

二、針刺法：

常用針有毫針、三稜針和皮肤針三种，其中以毫針最为常用。新針疗法选用的針体較长，一般为三、四寸。

針刺时一定要根据病人的年龄、体质、胖瘦、針刺的部位和治疗的需要，选用直刺、斜刺或横刺（图3—5）。无論采取那种进針法，都必須使病人有酸、麻、重、胀或过电样感觉，此种感觉叫針感。

进針时先以左手拇指或中指甲切針刺处，以右手拇指与食指、中指夹持針体，指前留針尖2～5分，然后在穴位处快速进針至皮下，可以达到无痛；或单手进針，以右手拇、食指持針体，指前留針尖2～5分，中指切压穴位同时夹持針体，然后在穴位处快速进針至皮下（图3—6）。

进針后用指力捻轉向下进針，达到一定深度，行手法后病人有針感即可出針；如病人无針感可提插、捻轉，直到病人有針感后再出針。

三稜針一般用于穴位点刺出血。皮肤針即梅花針用于打刺疗法。

針刺口訣：右手持針留尖端，快进皮肤再捻轉，

酸麻重胀有針感，赶快出針莫迟緩。

針刺手法分为三种：

毛主席教导我們：“**按照实际情况决定工作方针**”。針刺手法就是要根据病人体质和病情来决定。

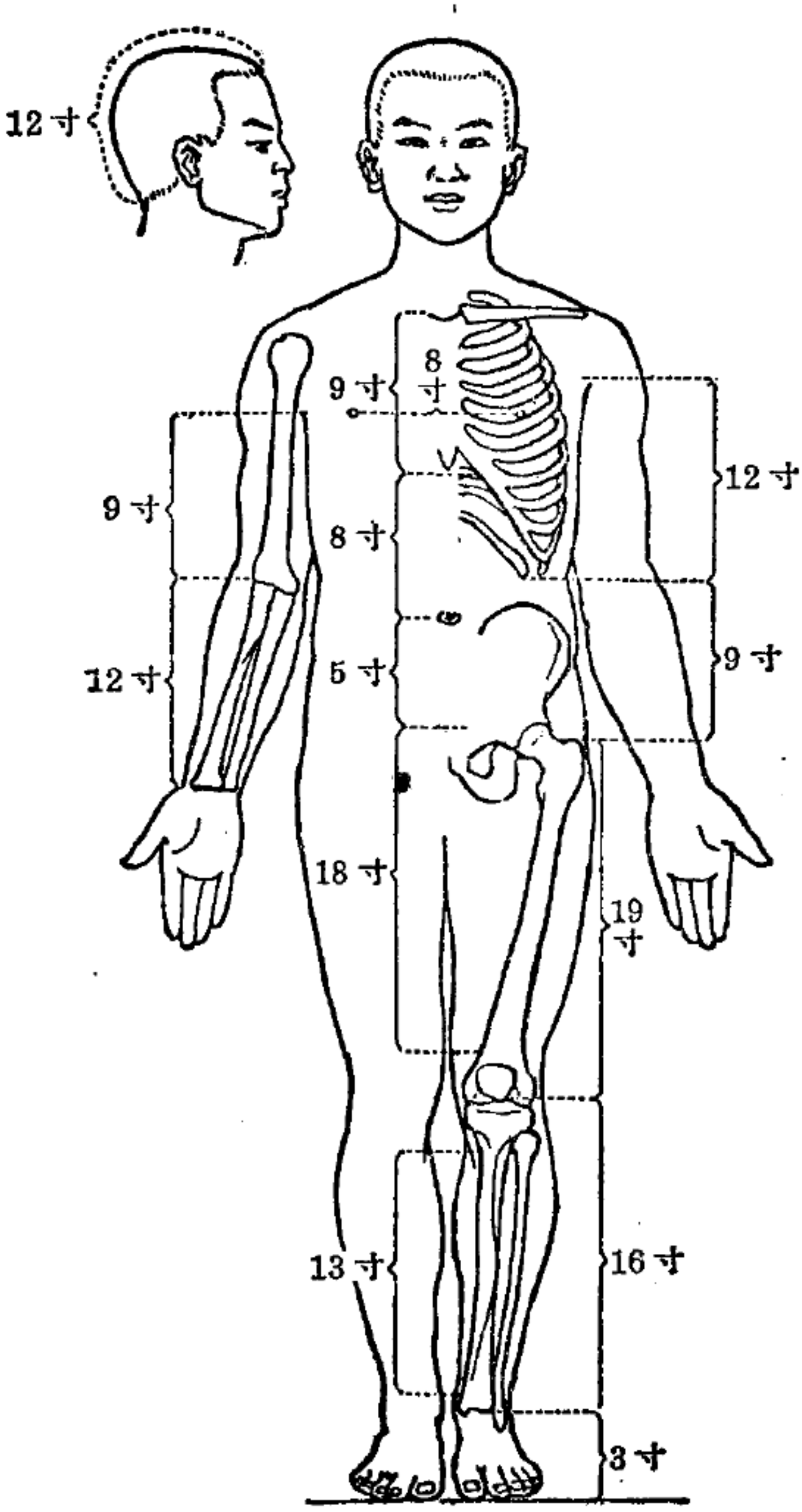


图 3—1　骨度折量法

常用骨度分寸表

部位	部位起止点	折合尺度	度量法	說明
头部	前发际至后发际	12寸	直寸	如前发际不明，則从眉心向上量至后发际，作为15寸。如后发际不明則从大椎向上量至前发际，作为15寸。如前后发际都不明，可从眉心向上量至大椎作为18寸
	耳后两乳突之間	9寸	横寸	适用于头部横寸
胸腹部	天突至胸骨体下端	9寸	直寸	胸和胁肋部的直寸，以相隔一肋作为1.6寸折合，即于肋間隙取穴
	胸骨体下端至臍中	8寸		
	臍中至耻骨(横骨)上緣	5寸		
	两乳之間	8寸	横寸	两乳之間横寸，胸腹均适用。妇女以两鎖骨中綫距离为8寸折算
側胸腹部	腋下至第十一肋端	12寸	直寸	第十一肋端即章門穴
	第十一肋端以下至环跳	9寸		
背部	大椎以下至尾骶	共21椎	直寸	
上肢部	腋前横紋头至肘横紋	9寸	直寸	四肢部位取穴尺度，临床上还可以采用病人中指同身寸法
	肘横紋至腕横紋	12寸		
下肢部	耻骨上緣以下至股骨内上踝	18寸	直寸	适用于足三阴經的骨度分寸
	脛骨内髁至足内踝尖	13寸		
	环跳以下至髌骨中央	19寸		适用于足三阳經的骨度分寸 臀横紋至膝中作14寸折量
	膝横紋至足外踝尖	16寸		
	足外踝尖至足底	3寸		

1.强刺激：进針深或大弧度捻轉（用力捻針，針旋轉角度大），或用力提插（針上下活动），或者进針后手持針柄做震顫动作等均为强刺激，也叫泻法。它能使病人有强烈的針感，此法多用于四肢肌肉丰富的部位，适用于体质强壮、急性病、实热証、疼痛較重的病人。

2.中等刺激：輕于强刺激，即中等手法，也叫平补平泻。全身都可以应用，适用于体质敏感(对針反应强的)、輕症、寒热虚实混在一起的病人。

3.輕刺激：輕于中等刺激，病人有輕度的針感，也叫做补法。多用于

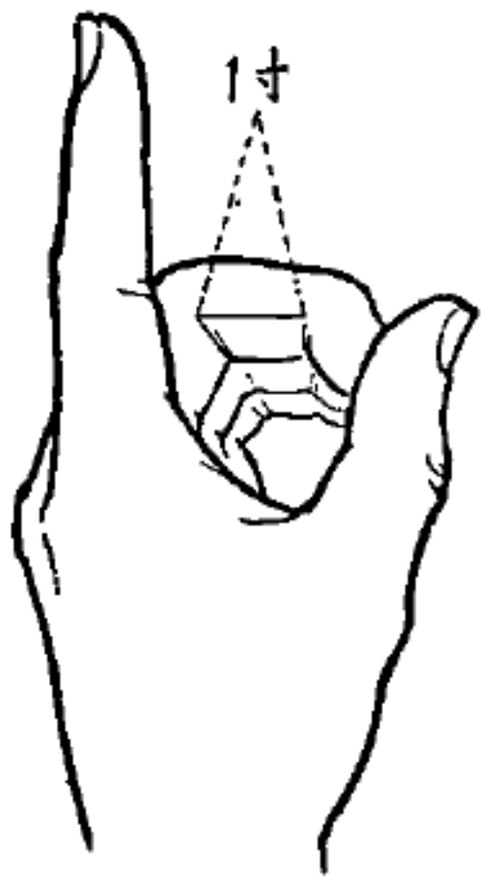
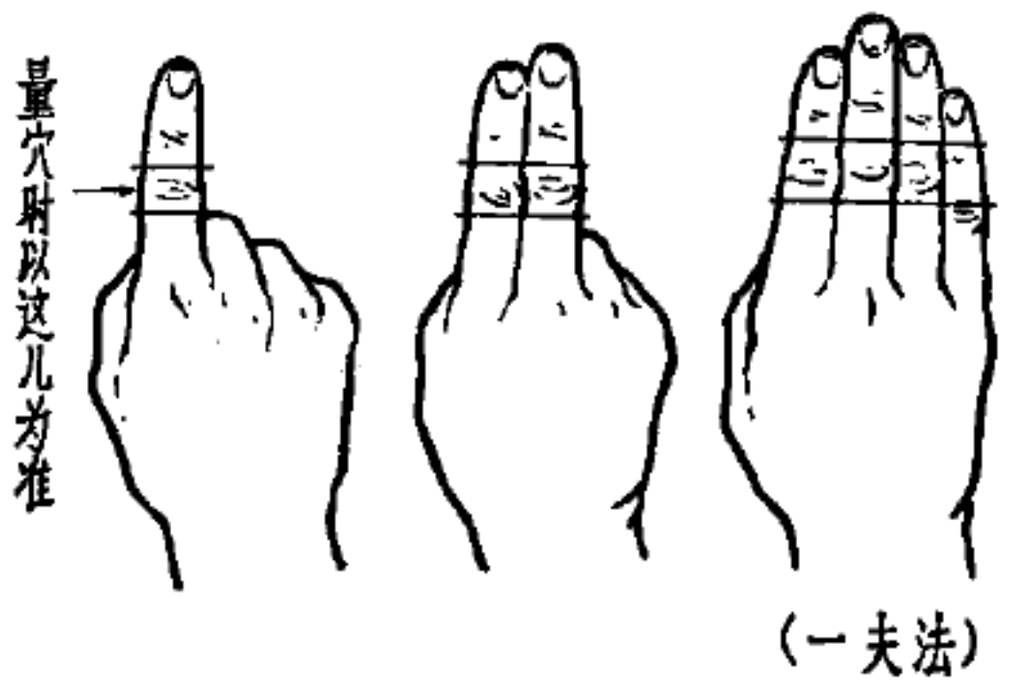


图 3—2　同身寸法



（一夫法）

图 3—3　指量法

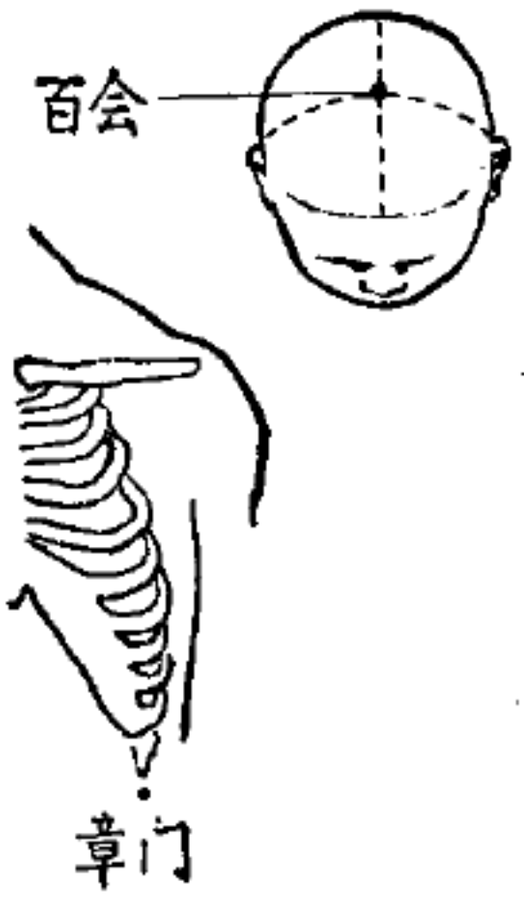
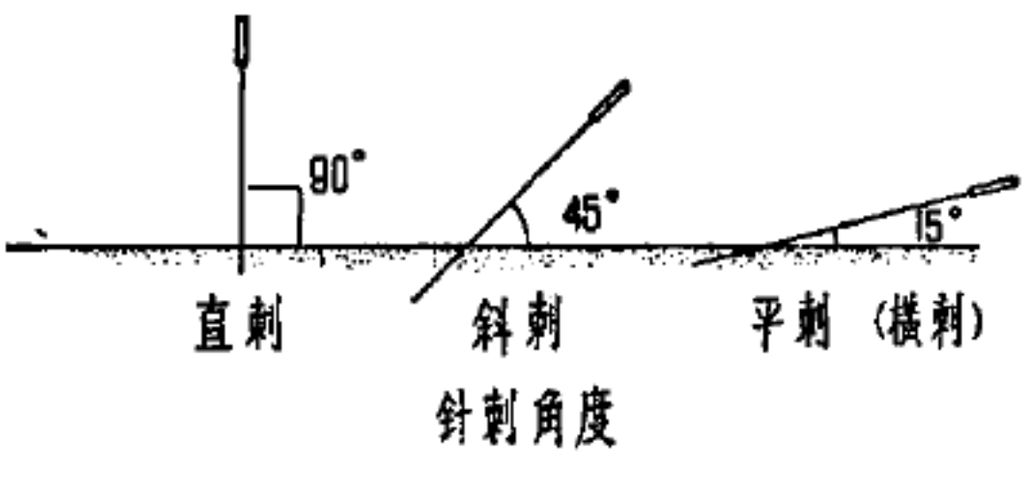




图 3—4　自然标志取穴法



针刺角度

图 3—5　針刺法

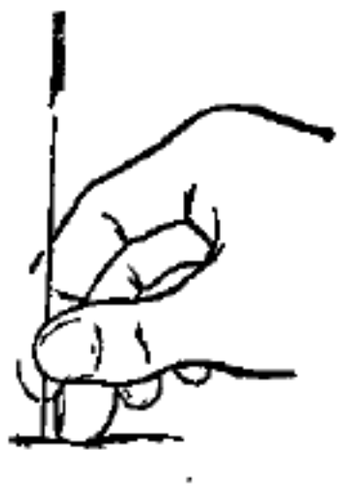


图 3—6　单手进針法

面部肌肉薄的部位，适用于体质虚弱、慢性病、虚寒証、麻木等。

三、取穴原则：

1.局部取穴：就是病症呈現某部，即在某部取穴，如腰痛取腎俞；胃痛取中脘等。

2.邻近取穴：就是痛的部位在哪个地方，就在那个地方附近取穴，如头痛取风池、太阳等。

3.远端取穴：也称为循經取穴，一般多采用肘、膝关节以下穴位来治疗，如胃痛取足三里、內关。

上述三种取穴法可单独或結合应用。

四、針刺的注意事項和意外的处理：

在运用新針疗法的过程中，我們要本着**“完全”**、**“彻底”**为人民服务的精神，**“对技术精益求精”**，防止針刺意外的发生。一旦发生意外，則要沉着、迅速地进行处理。

注意事項：

1.首先要用毛泽东思想武装病人的头脑，作好政治思想工作，坚定病人战胜疾病的信心，消除不必要的恐惧和顾虑。

2.扎針前一定要仔細检查針体上有无斑痕、銹点、弯曲，針尖是否有鈎，針柄是否牢固(特别要注意針柄与針体連接处)。有上述情况的針不要用。

3.針和針刺穴位的皮肤、持針的手指均用酒精棉球消毒。

4.治疗时安排病人处于舒适的体位——躺或坐，一般不应站立扎針。

5.过饥过飽、极度劳累、精神紧张者，最好暫不扎針。

意外情况的处理：

1.暈針：扎針后病人出現头暈、心慌、面色变白、出汗，甚至突然昏倒叫暈針。出現暈針，要让病人躺在床上，头低脚高，給病人喝点开水或浓茶，休息一会就好。如果情况較严重时，可針人中、合谷等穴，必要时肌肉注射0.1%腎上腺素0.5毫升。

2.滞針：針扎进后，捻針、起針发滞，甚至拔不出来叫滞針。出現滞針不要硬拔，可稍等一会或者用小弧度輕輕捻轉，边捻轉边出針。若仍不能取出，可在滞針附近再扎一針或在針刺附近用手指按摩，然后再輕輕捻动即可出針。

3.断針：由于針的质量不好，或病人移动体位造成断針。遇到这种情况要沉着，安慰病人别活动，如外面露出一点，用手把肌肉輕輕向下压低些再用鑷子将断針夹出来；如全部断在体內，則需手术取出，为此扎針时針体应留出 3 ～ 4 分，以便一旦断針时易于取出。

4.弯針：針扎进身体后，病人移动体位而造成弯針。遇到这种情况，不要用力起針和捻針，先要仔細看看針弯的方向，然后順着这个方向，慢慢地起出来。为防止弯針，在扎針前应告訴病人不可随便移动体位；扎針时不要用力过猛。

五、禁忌症：

1.严重出血性疾病；2.恶性肿瘤的局部；3.孕妇禁針合谷、三阴交、

昆仑及腹部穴。在妊娠2～3个月和8～9个月易发生流产或早产，应慎重針刺。

六、适应症：

1.呼吸系統：感冒、哮喘、咳嗽、气管炎、咽炎、喉炎、扁桃体炎等。

2.消化系統：賁門痙攣、膈肌痙攣、呕吐、食慾不振、胃痛、胃及十二指腸潰瘍、急性及慢性胃炎、胃下垂、消化不良、腹胀、腹泻、痢疾、便秘、便血、痔疮、脫肛等。

3.泌尿生殖系統：尿路感染、尿失禁、尿閉、遺尿、阳萎、遺精、早泄、月經不調、痛經、經閉、子宮出血、子宮脫垂、盆器炎、胎位不正、难产等。

4.循环系統：心动过速、心絞痛、心脏神經官能症、休克、高血压、貧血、脉管炎等。

5.神經系統：神經官能症、精神分裂症、癔病、癲痫、中风、神經衰弱、头痛、头暈、小儿麻痺症、各种神經性疼痛等。

6.运动系統：风湿性关节炎、創伤性关节炎、类风湿性关节炎，四肢疼痛、麻木、酸胀、扭伤，腱鞘炎，肌无力等。

7.五官科：聋哑、耳病、鼻病、結膜炎、青光眼、白内障、近視、远視、視网膜炎等。

8.内分泌系統：甲状腺机能亢进、尿崩症、糖尿病等。

七、疗程：

1.急性病可根据症状进行治疗，針疗次数依病情来定，症状消失即停止。

2.慢性病一般以十次为一疗程。一个疗程不能治好的可休息3～5天，继續第二疗程。某些疾病，症状消失后，为巩固疗效，可适当延长治疗次数。

常用穴位

上肢

〔中冲〕

穴位：中指尖端（图3—7）。

針法：針尖略向上方斜刺。針1分許或刺出血。

針感：局部胀痛。

主治：心絞痛、头痛、耳鳴、中风昏

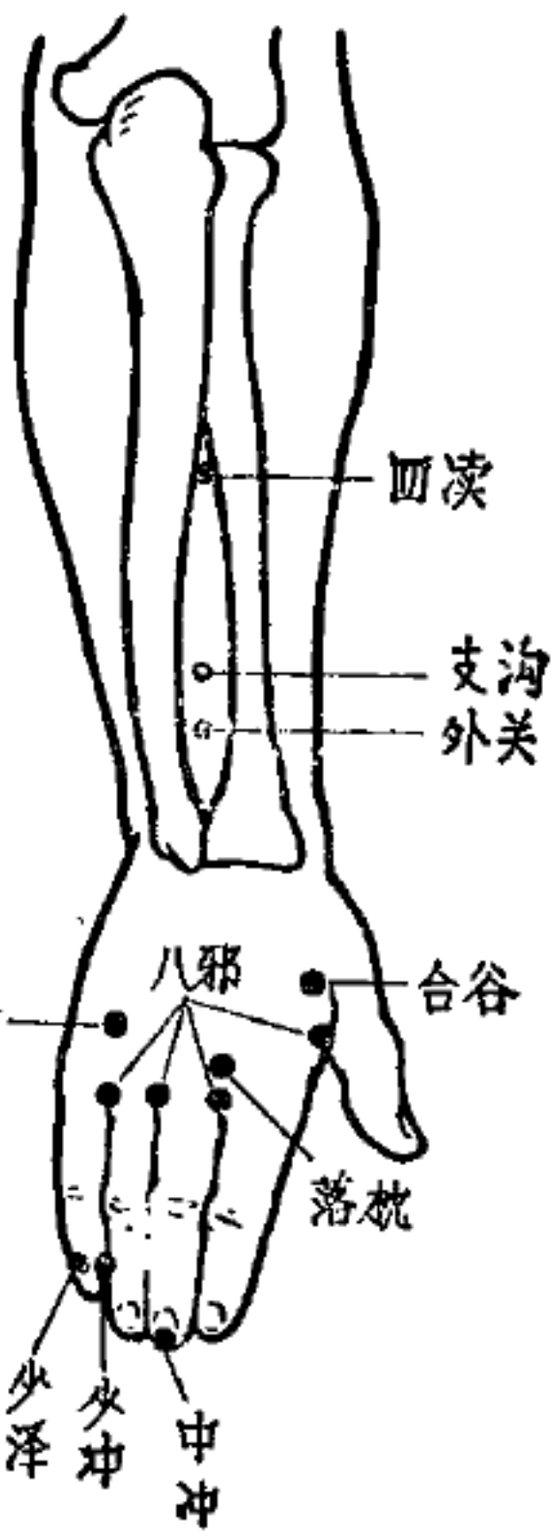


图3—7

迷、休克、中暑、小儿抽风。

〔少泽〕

穴位：距小指甲根外側角一分許（图3—7）。

針法：針1分深。

針感：局部胀痛。

主治：休克、神經性头痛、耳聋、乳腺炎、乳汁分泌減少。

〔中渚〕

穴位：輕握拳，在手背第四、五掌骨間，掌指关节后凹陷中(图3—7)。

針法：針尖向內上斜刺1～1.5寸，直刺3～5分。

針感：麻感向小指掌心，沿臂从口側传至耳。

主治：肩背沉痛、聋哑、耳鳴、失語症。

〔十宣〕

穴位：两手十指尖端，距离指甲一分处（图3—8）。

針法：針刺或点刺放血。

針感：局部胀痛。

主治：高烧、昏迷、休克、中暑、肢端麻木。

〔四縫〕

穴位：手掌向上，手指伸直，两手食指、中指、无名指、小指掌面第一指关节横紋的中央（图3—9）。

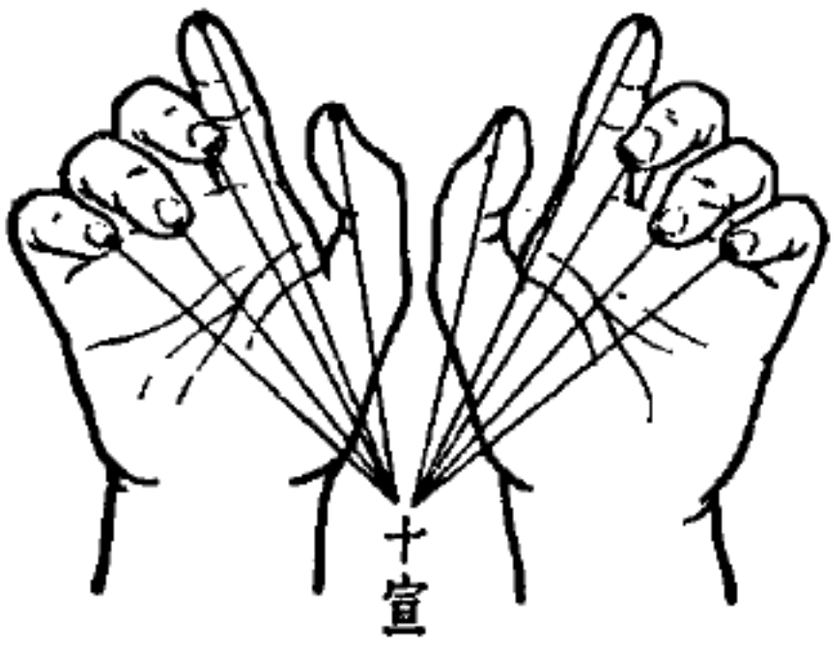


图3—8

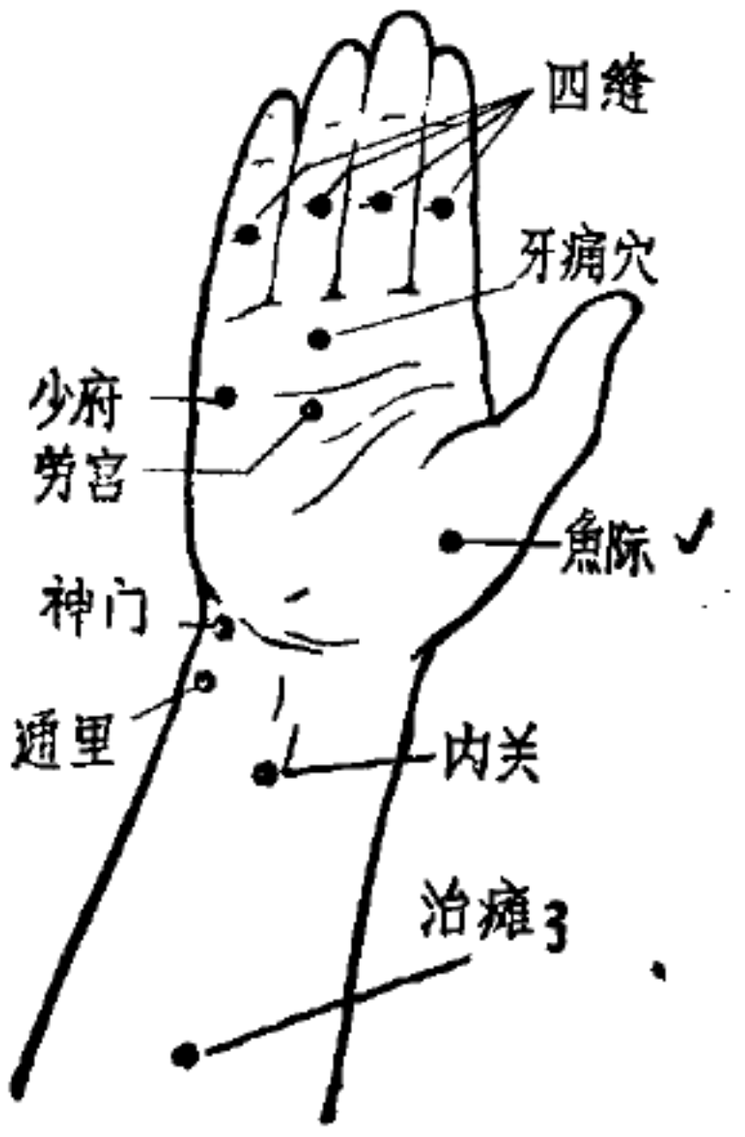


图3—9

針法：用三稜針点刺后，从針孔中挤出少量黃白色的液体或血液。

針感：局部胀痛。

主治：小儿消化不良。

〔魚际〕
穴位：仰掌，第一掌骨內緣中点（图3—9）。
針法：直刺5～8分。
針感：胀麻感传导至拇指。
主治：咽喉炎、扁桃体炎、失音不語。
〔劳宫〕
穴位：位于掌心，第三、四掌骨之間（图3—9）。
針法：直刺3～5分。
針感：掌心酸胀感。
主治：心絞痛、脑出血、癔病、鼻衄、手顫、手掌多汗症、鵝掌风。
〔牙痛穴〕
穴位：掌心第三、四掌骨間，劳宫穴上方，距指掌横紋一寸（图3—9）。
針法：直刺5分許。
針感：掌心酸胀感。
主治：牙痛。
〔落枕穴〕
穴位：手背第二、三掌骨間，掌指关节后五分（图3—7）。
針法：直刺5分許。
針感：局部酸胀。
主治：落枕、胃痛、偏头痛。
〔合谷〕（又名虎口）
穴位：背側第一、二掌骨之間，近第二掌骨緣中点（图3—7）。
針法：直刺5分～1.5寸。
針感：局部酸麻胀痛感覚，并向手指及肩部传导，传导方向与針尖方向一致。
主治：头痛、牙痛、鼻炎、鼻出血、咽喉炎、扁桃体炎、口眼歪斜、聋哑、手指抽筋（合谷透劳宫）。
〔神門〕
穴位：腕关节尺側，掌后横紋头凹陷处（图3—9）。
針法：輕刺3～5分。
針感：酸麻感沿尺側向上传导至肘或腋下。
主治：神經衰弱、健忘、心慌、癔病。
〔后谿〕
穴位：輕握拳，第五掌骨小头內緣，掌横紋尖处（图3—10）。



图3—10

針法：直刺5分～2寸。
針感：手掌胀痛。
主治：头項痛、肩痛、腰痛、肋間神經痛、聋哑、面神經痙攣。

〔八邪〕（又名八关）

穴位：手背側，每指指蹼間，左右各四穴（图3—7）。
針法：斜刺，刺入指蹼1～1.5寸。
針感：掌心胀麻。
主治：末梢神經炎、牙痛、头痛、間歇性动脉痙攣、毒蛇咬伤。

〔列缺〕

穴位：两手虎口交叉，食指尖下，橈骨茎突凹陷处（图3—11）。
針法：針尖向肘部方向斜刺8分～1寸。
針感：麻胀感达到腕和肘。
主治：头痛、头暈、咳嗽、腕关节疼痛。

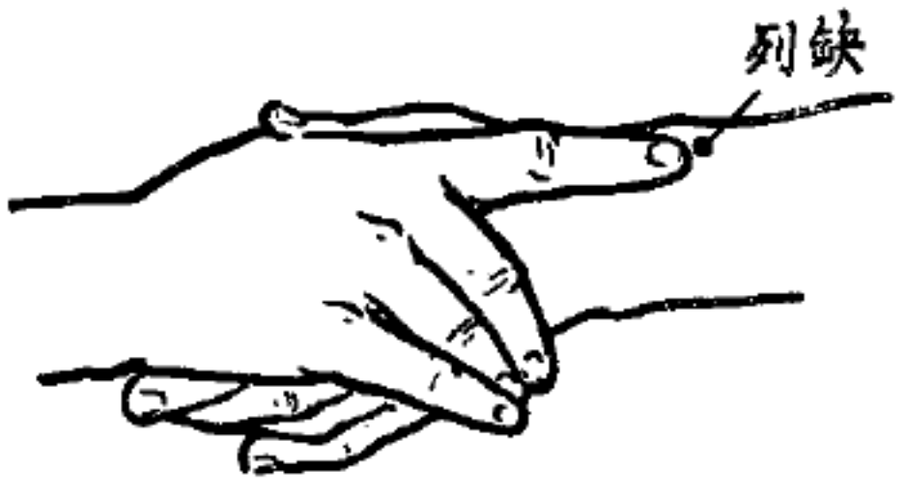


图3—11

〔通里〕

穴位：腕后一寸，即神門穴上一寸（图3—9）。
針法：直刺5分～1寸。
針感：酸胀感沿尺側向上传导。
主治：心慌、心房纖維性顫动、神經衰弱、癔病、精神分裂症。

〔內关〕

穴位：腕关节掌側，腕横紋正中上二寸两筋間（图3—9）。
針法：直刺5分～1寸，可內关透外关。
針感：酸麻胀或触电样感觉，向下传至手指，向上传至肘、肩，針感传导与針尖方向一致。
主治：胸痛、心絞痛、胃痛、上腹痛、呕吐、呃逆、精神失常、癔病。

〔养老〕

穴位：屈肘，掌心向下，尺骨头內二分（图3—12）。
針法：斜刺。針尖斜向內关方向刺1～1.5寸。
針感：手掌、手腕酸胀。
主治：背、肩、臂酸痛，上肢活动障碍，后头痛，落枕。

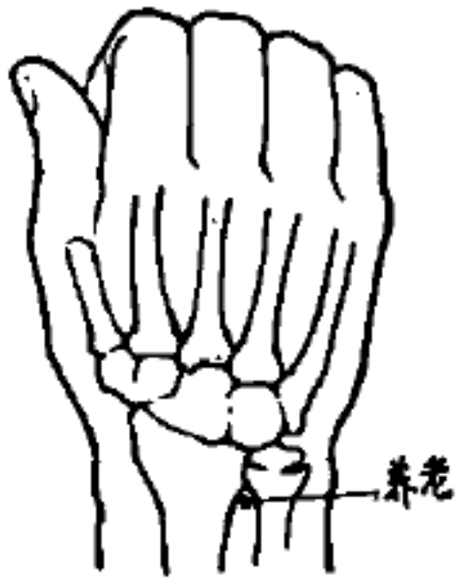


图3—12

〔外关〕

穴位：腕关节背側，腕横紋正中上二寸，两骨之間（图3—7）。

針法：直刺5分～1寸，可外关透內关。

針感：麻胀或触电样感向下传导至三、四、五指，有时向上传至肘、肩。

主治：腮腺炎、耳聋、耳鳴、前臂神經痛、上肢关节炎、落枕。

〔支沟〕

穴位：外关上一寸（图3—7）。

針法：直刺1～1.5寸。

針感：麻胀感下传至手指，上传至肘、肩。

主治：习慣性便秘、肩臂酸痛、心絞痛、咽肿、腋下淋巴結炎、頸部淋巴結核。

〔四瀆〕

穴位：屈肘，掌心向下，肘横紋下五寸，两骨之間（外关上五寸）(图3—7）。

針法：直刺1～2寸。

針感：麻胀感或触电样感下传至手，有时上传至肘。

主治：偏头痛、前臂痛。

〔曲池〕

穴位：屈肘，肘横紋头向外五分，靠近骨边緣处（图3—13）。

針法：直刺1～2寸，可曲池透少海。

針感：麻胀或触电样感向下传至手，或向上传至肩。

主治：肩臂痛、偏瘫、退烧、扁桃体炎、咽喉痛、頸淋巴結肿大、甲状腺肿大、痢疾、蕁麻疹、高血压。

〔肩貞〕

穴位：腋后紋头上一寸处(图3—14)。

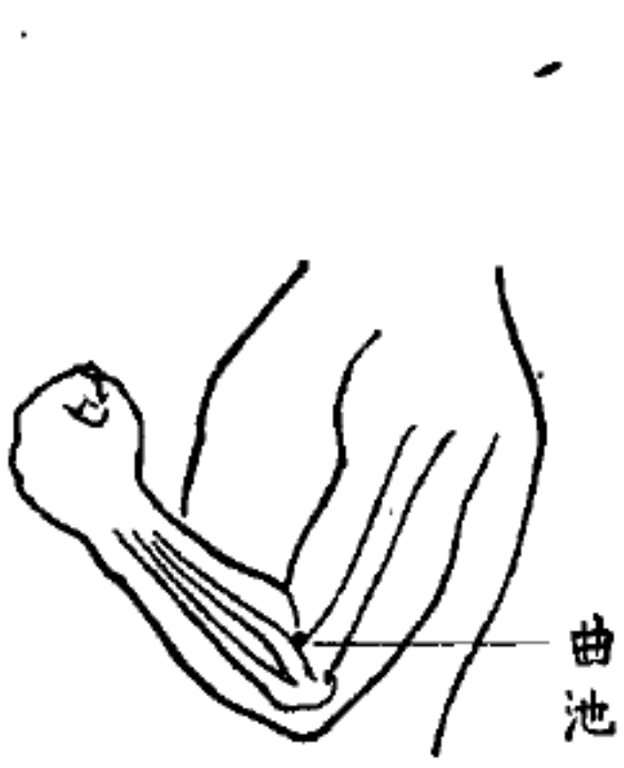


图3—13

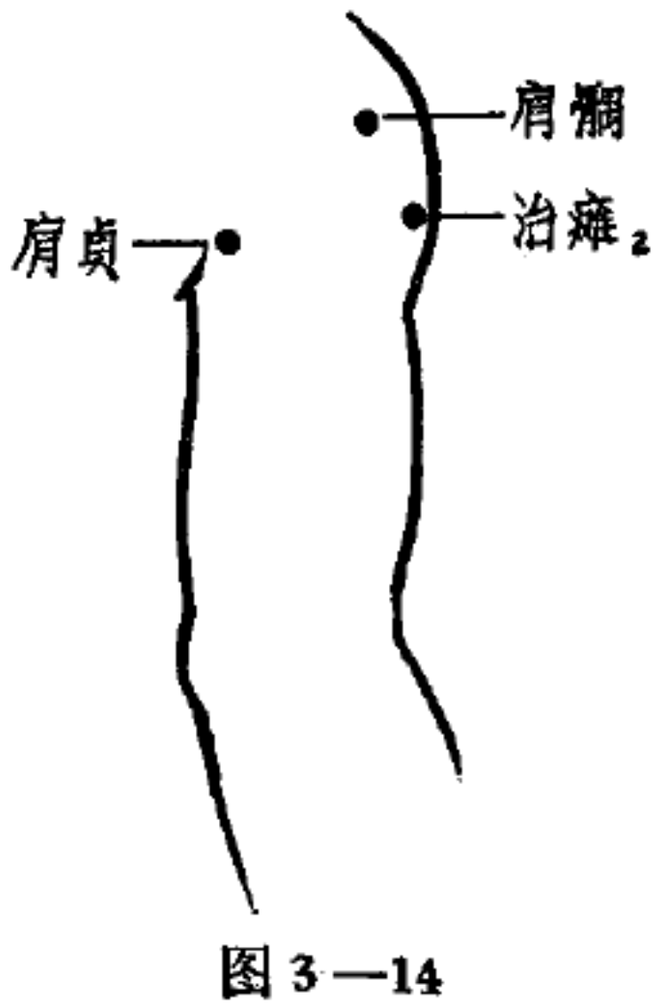


图3—14

針法：直刺1～2.5寸。
針感：局部酸胀。
主治：手臂痛、手臂不能举、上肢麻痺、腋窝多汗症。
〔肩髃〕
穴位：于肩端或抬肩后，按压肩前凹陷处（图3—14）。
針法：沿臂三角肌向內下方斜刺1～3寸。
針感：局部酸胀或麻胀感由肩传至手指。
主治：上肢麻痺、运动障碍、肩关节痛。
〔治癱$_1$〕
穴位：肩鎖关节，鎖骨头下方（图3—15）。

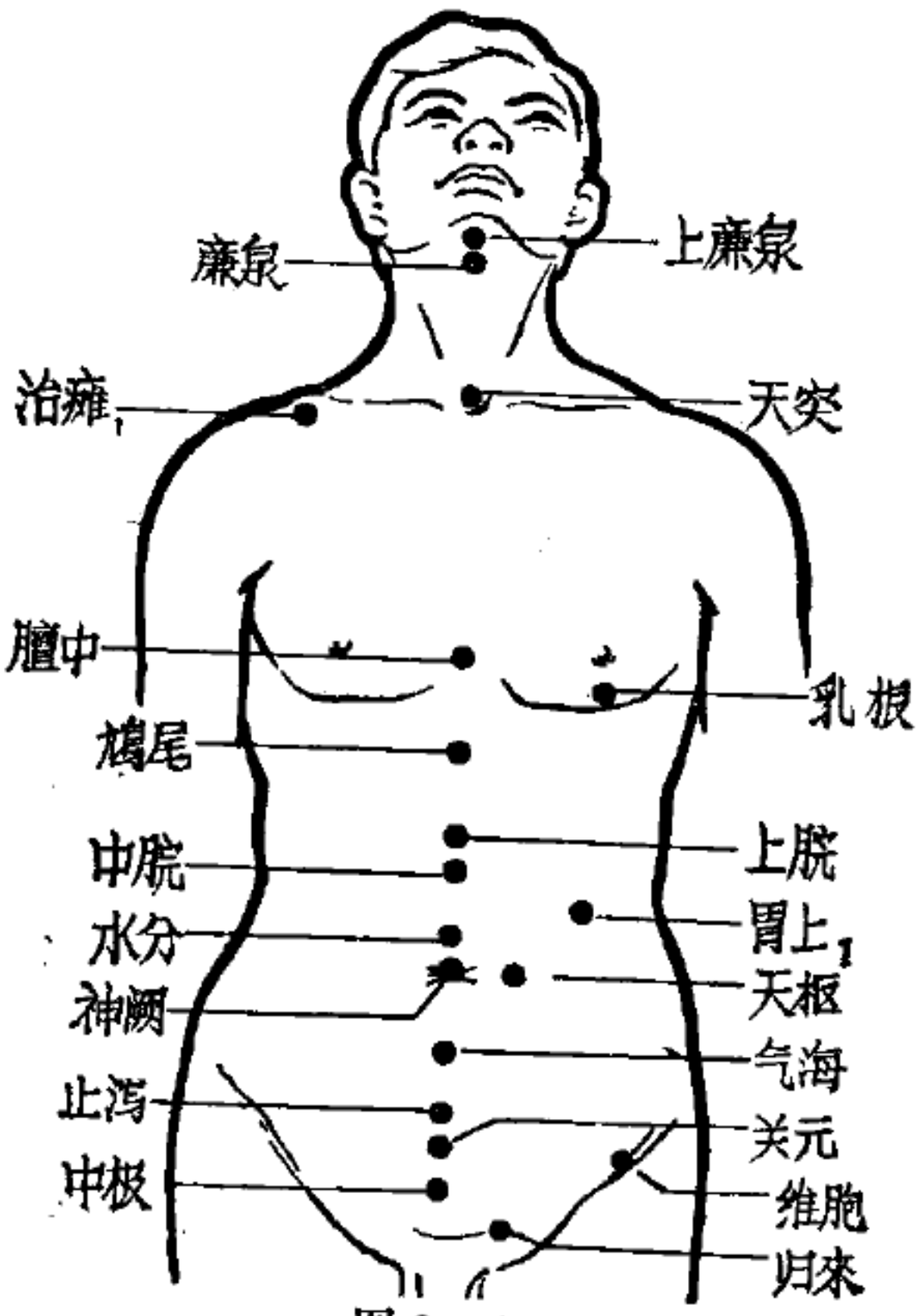


图3—15

針法：刺2～3寸，也可透穴。
針感：肩臂酸麻感。
主治：高血压引起的癱痪。
〔治癱$_2$〕
穴位：三角肌正中点取之（图3—14）。
針法：直刺1～2寸。

針感：肩臂酸麻感。
主治：偏瘫。
〔治瘫3〕
穴位：伸臂仰掌，肘横紋与腕横紋連綫的中点，尺、橈骨之間（图3—9）。
針法：刺入1～2寸，也可透穴。
針感：肩臂酸麻胀感。
主治：上肢瘫痪。

下肢
〔环跳〕
穴位：1.伏臥取穴：从臀裂（即屁股沟）上二横指处，将一側臀部分成三等分，外1/3与內2/3交界处就是本穴。2.側臥取穴：側身躺着，上腿弯屈下腿伸直，在臀部側面，从大粗隆（在髋骨的中下方，可摸到一圓而大的骨突起叫大粗隆）最高起的地方，到臀裂上二横指处，連一直綫，分成三等分，近大粗隆1/3处，就是本穴（图3—16）。

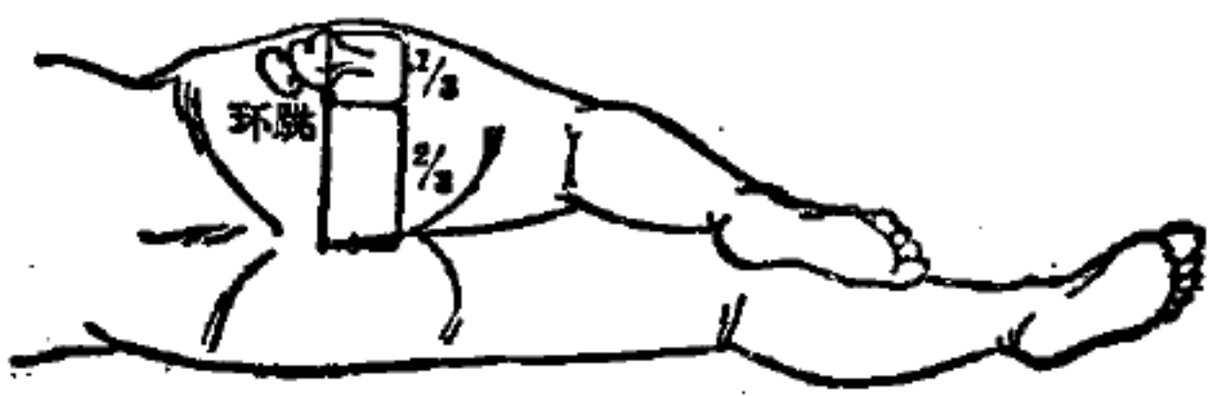


图3—16

針法：1.趴着取穴进針时，稍向內下（朝着大腿根方向）微斜刺2～4寸。2.側臥取穴进針时，直刺2～3寸，
針感：触电样感觉传导至足。
主治：腰腿痛、麻木、偏瘫、小儿麻痺。
〔殷門〕
穴位：臀横紋至腘窝横紋正中連綫的中点（图3—17）。
針法：直刺1～3寸。
針感：胀麻感沿腿向下传导至足。
主治：下肢痛、腰椎間盘脫出症、腰背痛、頸痛。
〔血海〕
穴位：大腿內側，膝上二寸。患者正坐屈膝垂足，医生面对患者，左手掌按在患者右膝盖上（右手掌按在左膝盖上），掌心正对膝盖頂端，拇指尖到达的地方就是本穴（图3—18）。
針法：直刺或斜刺1～3寸。
針感：酸胀向膝盖周围放散。
主治：月經不調、荨麻疹、皮肤瘙痒症。

〔风市〕

穴位：直立时，两手自然下垂，中指尖端到达之处（图 3 —19）。

針法：直刺1～2寸。

針感：局部酸胀麻或触电感传至外踝。

主治：偏瘫、膝关节炎、小儿麻痺症。

〔风市上二寸〕

穴位：风市上二寸处取之。

針法：直刺或斜刺1～3寸。

針感：同风市穴。

主治：偏瘫、坐骨神經痛、小儿麻痺。

〔阴陵泉〕

穴位：脛骨內側膝下凹陷处（图 3 —18）。

針法：直刺1～3寸，可阴陵泉透阳陵泉。

針感：酸胀感。

主治：腹胀、腹痛、腹水、浮肿、痢疾、尿瀦留、遺精、阳萎、早泄、腰腿痛。

〔阳陵泉〕

穴位：小腿外側，腓骨小头前下緣凹陷处（图 3 —19）。

針法：直刺1～3寸，可阳陵泉透阴陵泉。

針感：麻胀感或触电样感多传至足，有时传至膝。

主治：腰腿痛、下肢冷痛、偏瘫、麻木、痙攣、落枕、高血压、习慣性便秘。

〔治聋5〕

穴位：腓骨小头下三寸，靠腓骨后緣（图 3 —19）。

針法：直刺2～2.5寸。

針感：酸麻胀感向下传导。

主治：聋哑。

〔膝眼〕

穴位：膝盖下两旁凹陷处（图 3 —20）。

針法：斜刺1～2寸，或膝眼透膝眼。

針感：膝盖內酸胀感重。

主治：膝关节炎、膝关节痛。

〔足三里〕

穴位：膝眼下三寸，脛骨外側一横指（图 3 —20）。

針法：直刺1～3寸。

針感：麻胀或触电样感，下传至足，或上传至膝。

主治：腹痛、腹胀、便秘、腹泻、呕吐、小儿消化不良、黄疸、貧血、

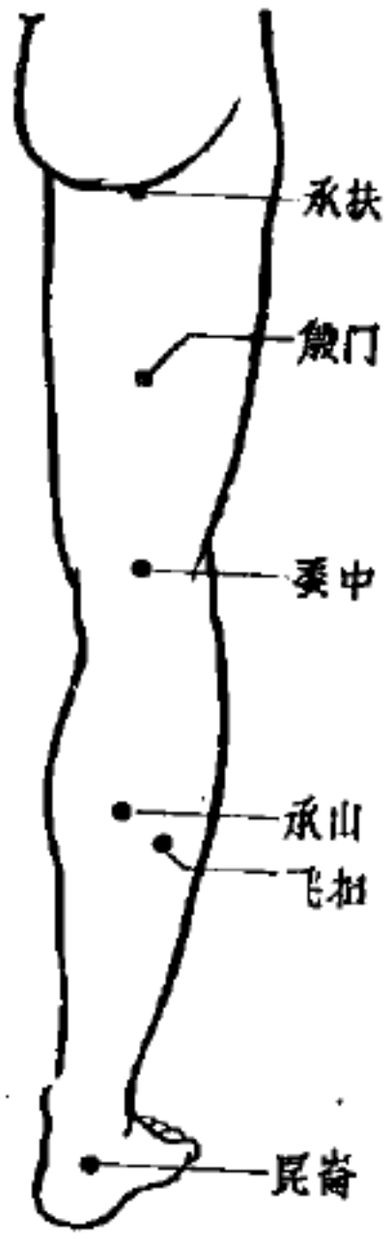


图 3—17

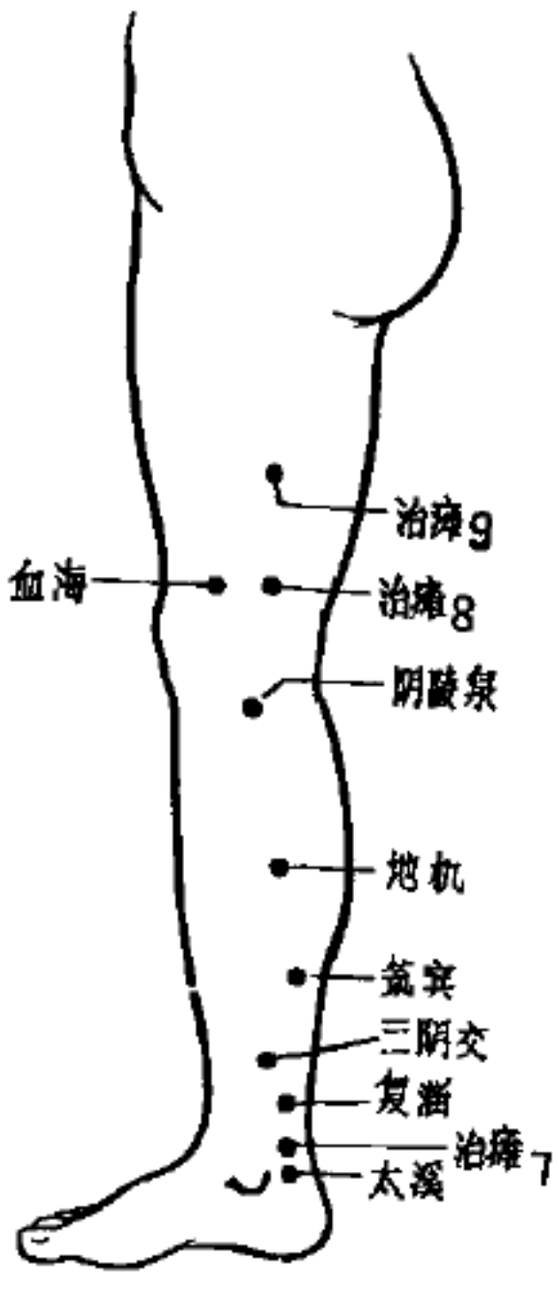


图 3—18

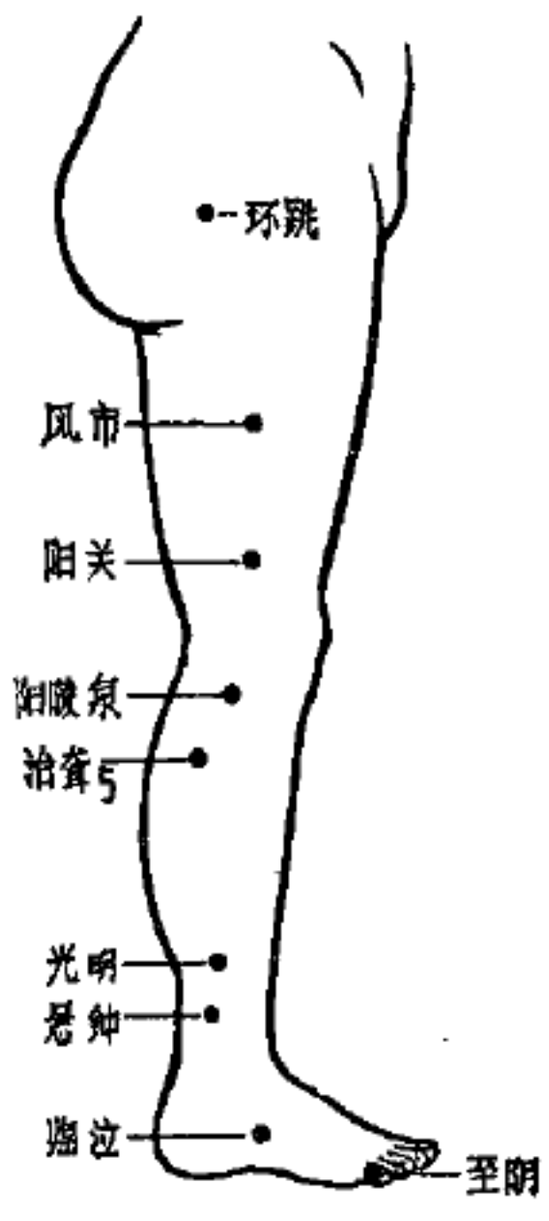


图 3—19

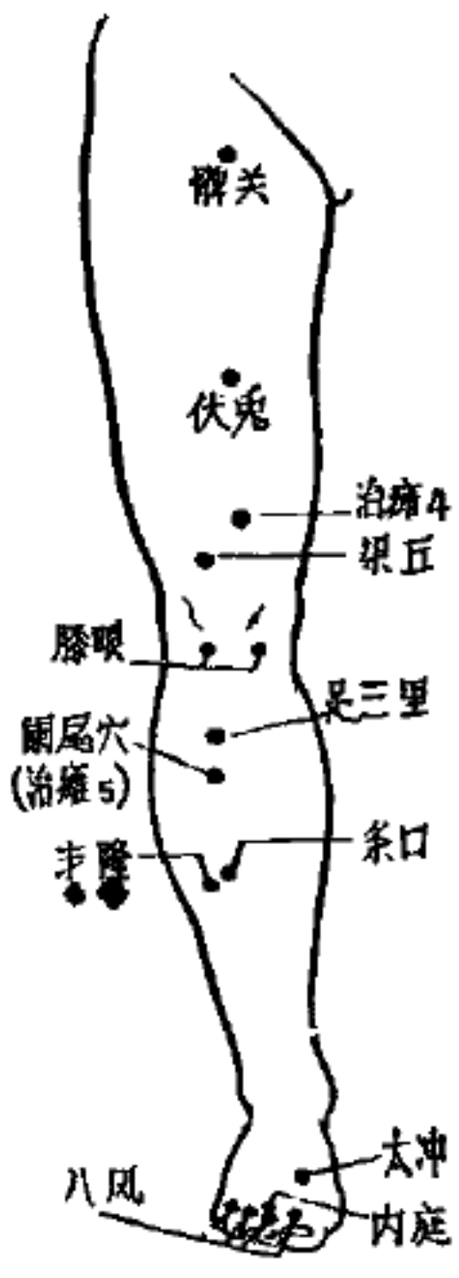


图 3—20

腰痛、下肢痛、瘫痪、癫痫、失眠、皮肤病。

〔治瘫$_4$〕

穴位：膝上三寸（由髌骨上緣算起）（图 3—20）。

針法：直刺1～2寸。

針感：局部酸麻胀感。

主治：膝关节炎、下肢麻痺或疼痛、下肢肌无力。

〔治瘫$_5$〕

穴位：足三里下二寸（图 3—20）。

針法：直刺1～2寸。

針感：局部酸麻胀或向下传导。

主治：对瘫痪所致抬腿困难有效。

〔治瘫$_6$〕

穴位：闌尾穴下一至一寸半。

針法：直刺1～2寸。

針感：同上。

主治：糾正足內翻。

〔治瘫$_7$〕

穴位：太溪上五分（图 3—18）。

針法：針尖向上斜刺 5 分～ 1 寸。

針感：局部酸胀。
主治：同上。
〔治瘫$_8$〕
穴位：血海內側旁开一寸半（图 3 —18）。
針法：直刺1～2寸。
針感：局部酸麻胀感。
主治：对瘫痪所致剪刀腿有效。
〔治瘫$_9$〕
穴位：治瘫$_8$上四寸（图 3 —18）。
針法：直刺1～2寸。
針感：局部酸胀感或向下传导。
主治：对瘫痪所致剪刀腿有效。
〔闌尾穴〕
穴位：膝下五寸，卽足三里下二寸，或周围找压痛点（图 3 —20）。
針法：直刺1.5～3寸。
針感：局部酸胀或触电样感向下传导。
主治：闌尾炎、胃痛、腰痛。
〔丰隆〕
穴位：外踝上八寸，在脛、腓两骨之間（图 3 —20）。
針法：直刺 8 分～3寸。
針感：酸胀感可放散至足。
主治：咳嗽痰多、眩暈、头痛、咽喉肿痛、腹痛、下肢痛。
〔条口〕
穴位：膝下八寸（图 3 —20）。
針法：直刺1～3寸，可条口透承山。
針感：酸胀麻感。
主治：偏瘫、小儿麻痺、小腿痛、肩凝症。
〔飞阳〕
穴位：外踝上七寸，腓骨后緣（图 3 —17）。
針法：直刺1.5～3寸。
針感：局部酸胀麻或向下传导。
主治：风湿性关节炎、腎炎、膀胱炎。
〔承山〕
穴位：小腿后面正中人字紋下（图 3 —17）。
針法：直刺1～3寸。
針感：胀麻感向足跟放散，有时向上至腘窝。
主治：腰背腿痛、腓腸肌痙攣、足癬、痔疮、脫肛。

〔悬钟〕（又名絕骨）

穴位：外踝上三寸，腓骨前緣（图 3 —19）。

針法：直刺8分～3寸。可悬钟透三阴交。

針感：麻胀感下传至足，有时上传至肩。

主治：下肢痛、偏癱、淋巴結炎、胸腹胀滿、落枕、踝关节痛、足癬。

〔昆仑〕

穴位：外踝后方与跟腱之間（图 3 —17）。

針法：直刺1～1.5寸，可昆仑透太溪。

針感：麻胀感传导至足或小腿。

主治：腓腸肌痙攣、坐骨神經痛、腰背痛、頸强头痛、目眩、小儿抽风、难产、胎盘滞留。

〔筑宾〕

穴位：足內踝上五寸（图 3 —18）。

針法：直刺1～2寸。

針感：局部麻胀感或向下传导。

主治：急性腎炎、腎盂腎炎、膀胱炎、睾丸炎、遺尿症、白带增多。

〔三阴交〕

穴位：內踝上三寸，脛骨后緣（图 3 —18）。

針法：直刺1～3寸。

針感：麻胀或触电样感向下传至足底，有时向上传至大腿根部。

主治：失眠、神經衰弱、偏癱、下肢肌肉萎縮、消化不良、腹泻、腸疝痛、痔疮、遺精、早泄、阳萎、遺尿、月經不調、子宫出血、痛經、白带增多。

〔复溜〕

穴位：內踝后上二寸（图 3 —18）。

針法：直刺5分～1.5寸。

針感：局部酸胀或麻感传至足跟部。

主治：退烧、腎炎、神經衰弱、盜汗、子宫功能性出血。

〔太溪〕

穴位：內踝与跟腱之間（图 3 —18）。

針法：斜刺1～1.5寸。

針感：足跟部麻胀感。

主治：子宫疾患、腎炎、膀胱炎、遺尿症。

〔太冲〕

穴位：第一、二趾縫上二寸（图 3 —20）。

針法：直刺5分～1.5寸。

針感：麻胀感传导至足趾或腹部。

主治：头暈、目眩、抽风、喉痛咽干、子宫出血、閉經、遺尿、胆道疾患、腹胀、腹股沟疝。

〔內庭〕

穴位：第二、三趾縫上五分（图 3 —20）。

針法：直刺5分～1.5寸。

針感：足底胀麻感。

主治：胃痛、扁桃体炎、牙痛。

〔八风〕（又名八冲）

穴位：两足趾縫間，两足共八穴（图 3 —20）。

針法：斜刺1～1.5寸。

針感：足掌胀麻感。

主治：末梢神經炎、足趾麻木、足癬、毒蛇咬伤。

〔至阴〕

穴位：小趾甲根外側上三分处（图 3 —19）。

針法：向上斜刺 2 分。

針感：針时局部胀痛。

主治：难产。灸此穴可治疗胎位不正。

〔涌泉〕

穴位：脚掌中心凹陷处(第二、三蹠骨之間)(图 3 —21)。

針法：直刺5分～1.5寸。

針感：足掌胀痛，或向上传导至足踝部。

主治：休克、癲癎、癔病、小儿抽风、脑出血、失語。



图 3 —21

腰背部

〔大椎〕

穴位：第七頸椎棘突下凹陷处（图 3 —22）。

針法：直刺8分～1.5寸。

針感：麻胀感向头、向腰或向两肩传导。

主治：发烧、感冒、咳喘、疟疾、癲癎、失眠、頸項痛。

〔定喘穴〕

穴位：大椎两側旁开五分（图 3 —22）。

針法：斜刺，針尖向椎体刺入，进針1～1.5寸。

針感：麻胀感向下传导至背或腰部。

主治：咳嗽、哮喘、气管炎、脊柱两側痛、頸痛。

〔外定喘〕

穴位：大椎旁开一寸半（图 3 —22）。

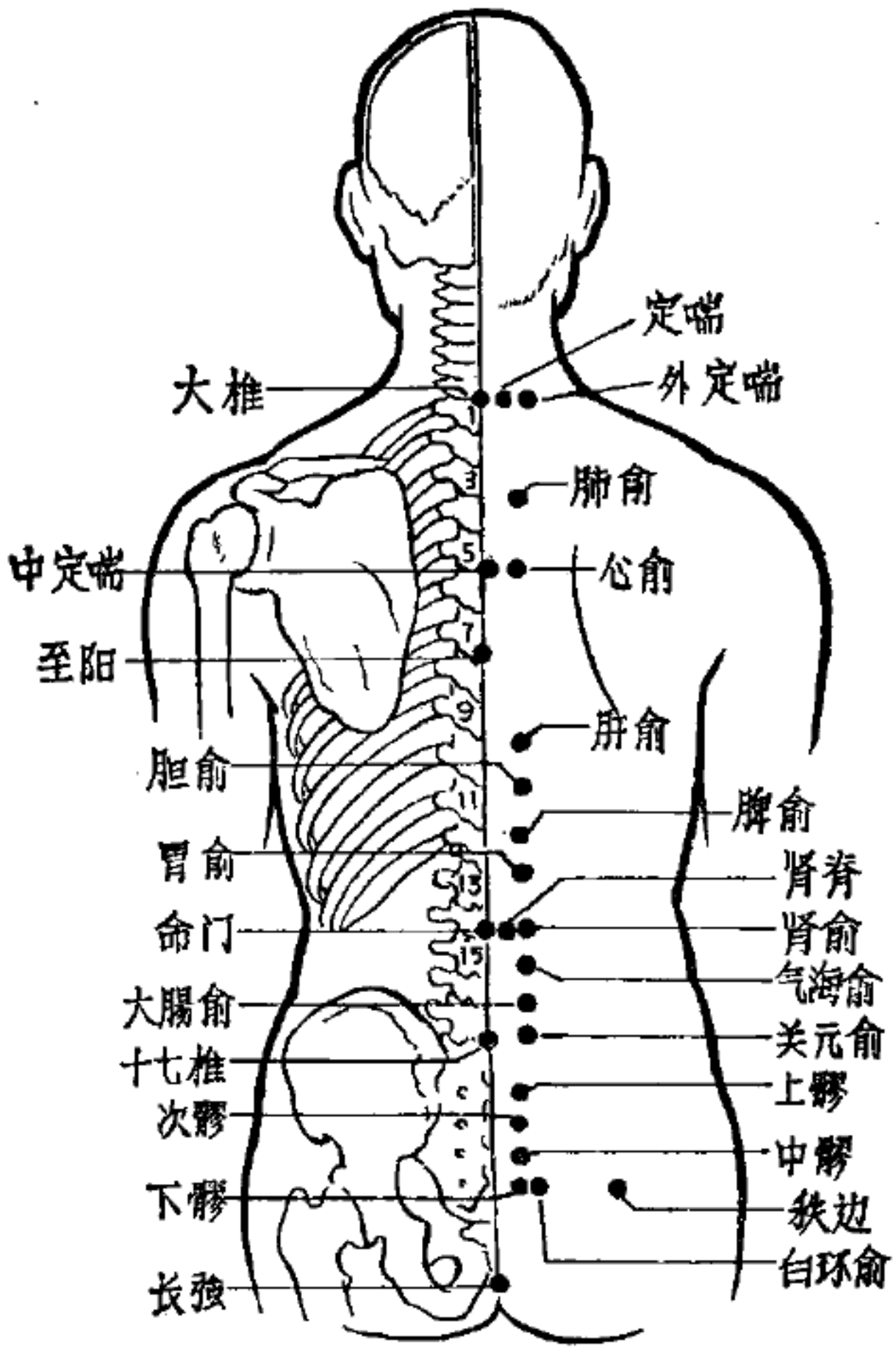


图 3—22

針法：同定喘穴。

針感：同定喘穴。

主治：支气管炎。

〔中定喘〕

穴位：第五胸椎棘突下旁开二至四分处(图 3—22)。

針法：直刺 1.5 寸（針尖可达脊椎横突），用捻轉提插手法。

針感：麻胀感沿脊柱放射，可上至頸部，下至尾骨，退針后十余分钟仍有余感。

主治：支气管哮喘。

〔长强〕

穴位：尾骨端下五分处（图 3—22、3—23）。

針法：斜刺5分～1.5寸。

針感：肛門周围胀痛感。

主治：痔疮、脱肛、腰神經痛、癲癇。

〔心俞〕

穴位：第五胸椎棘突下旁开一寸半（图 3 —22）。

針法：向椎体方向斜刺8分～1寸。

針感：局部胀麻向四周放散。

主治：心房纖維顫动、心动过速、癲癇、胸胁痛。

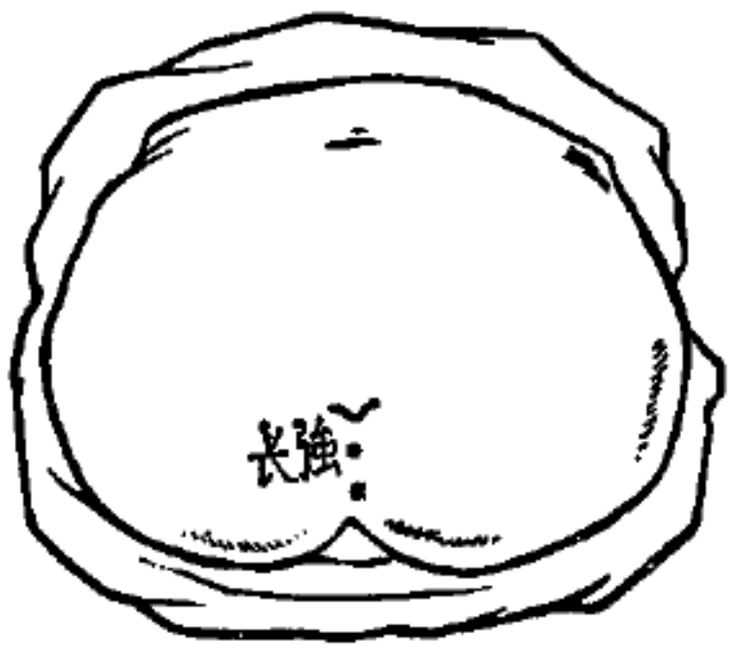


图 3 —23

〔胆俞〕

穴位：第十胸椎棘突下旁开一寸半（图 3 —22）。

針法：向椎体方向斜刺8分～1.5寸。

針感：同上。

主治：急性黃疸性肝炎、胆道蛔虫症、胆囊炎、胃炎、淋巴結核。

〔胃俞〕

穴位：第十二胸椎棘突下旁开一寸半（图 3 —22）。

針法：同上。

針感：同上。

主治：胃痛、胃及十二指腸潰瘍、腸炎、肝炎、胰腺炎。

〔腎俞〕

穴位：第二腰椎棘突下旁开一寸半（图 3 —22）。

針法：直刺1～2寸。

針感：腰部胀麻或触电样感，向腿放散至足底。

主治：腎炎、遺尿、遺精、阳萎、腰痛、瘫痪、神經衰弱。

〔腎脊〕

穴位：第二腰椎棘突下旁开二至四分处（图 3 —22）。

針法：直刺1.5寸。

針感：麻胀感传导至臀或膝部。

主治：下肢瘫痪、坐骨神經痛、失眠、消渴。

〔大腸俞〕

穴位：第四腰椎棘突下旁开一寸半（图 3 —22）。

針法：直刺或向椎体方向斜刺1～3寸。

針感：同上。

主治：腰痛、下肢瘫痪、小儿麻痺、坐骨神經痛、腸炎。

〔白环俞〕

穴位：平第四骶骨孔，距正中綫旁开一寸半（图 3 —22）。

針法：直刺1～2.5寸。
針感：局部麻胀向臀部放散。
主治：骶骨神經痛、坐骨神經痛、小儿麻痺、肛門痛、子宮內膜炎。
〔命門〕
穴位：第二腰椎棘突下凹陷处（图 3 —22）。
針法：直刺5分～1寸。
針感：腰部胀麻，下传至臀及下肢。
主治：腰痛、遺尿、下肢癱瘓、下肢痛、泌尿生殖疾患。
〔脊三穴〕
穴位：哑門下一寸旁开半寸；第二胸椎棘突旁开半寸；第五腰椎棘突旁开半寸。
針法：向椎体方向斜刺1～1.5寸。
針感：局部酸麻胀感。
主治：脑炎后遺症、大脑发育不全、腰背痛。

胸腹部
〔天突〕
穴位：胸骨柄上緣中点凹陷处（喉头下二寸）（图 3 —15）。
針法：先直刺入皮內2～3分后，針尖向下斜刺入1～1.5寸，病人有針感后即仃。注意深部有气管，在胸骨柄后方有左无名靜脉及主动脉弓。
針感：咽部有憋气、发堵、发痒感觉。
主治：咳喘、喉鳴、嘶哑、咽炎、扁桃体炎、甲状腺肿。
〔膻中〕
穴位：胸骨中点，平第四肋間（两乳头連綫的中点）（图 3 —15）。
針法：直刺3～5分或橫刺1～3寸。
針感：局部胀痛或向臍下放散。
主治：咳嗽、支气管喘息、肋間神經痛、乳汁分泌減少。
〔乳根〕
穴位：乳头直下，乳房下沟陷处（图 3 —15）。
針法：橫刺1～1.5寸（防止气胸）。
針感：局部胀痛向臍至小腹放散。
主治：乳汁分泌減少、乳腺炎。
〔中脘〕
穴位：胸骨剑突与臍連綫的中点（腹中綫臍上四寸）（图 3 —15）。
針法：直刺1～3寸，深刺时緩慢进針，只捻轉不提插。
針感：上腹部麻胀感下传到小腹。
主治：胃痛、腹胀、吞酸、呕吐、腹泻、便秘、消化不良、癲狂、高

血压、神經衰弱、虛劳吐血。

〔胃上1〕

穴位：臍上二寸旁开四寸（图 3 —15）。

針法：針向神闕方向表皮透。

針感：腹部胀感。

主治：胃下垂。

〔天枢〕

穴位：臍旁二寸（图 3 —15）。

針法：直刺1～2寸。

針感：胀感开始向两側放散，随后由两側向小腹放散。

主治：腹胀、便秘、腹泻、痢疾、白带多。

〔气海〕

穴位：臍下一寸半（图 3 —15）。

針法：直刺1～1.5寸，緩慢进針。孕妇禁針。

針感：局部胀痛，向臍部放散或向下放散至尿道处。

主治：腹胀、腹痛、遺尿、尿頻。

〔止泻〕

穴位：臍下二寸半（图 3 —15）。

針法：直刺1～2寸。

針感：局部胀感向下放散至尿道。

主治：腹痛、痢疾、腸炎。

〔关元〕

穴位：臍下三寸（图 3 —15）。

針法：直刺1.5～2寸，緩慢进針。可关元透中极。孕妇禁針。

針感：麻胀感向下传导至龟头或尿道。

主治：腹泻、痢疾、遺精、阳萎、早泄、遺尿、尿血、尿頻、尿道痛、尿潴留、月經不調、經閉、白带多、小腹胀痛。

〔中极〕

穴位：臍下四寸（图 3 —15）。

針法：直刺1～2寸，緩慢进針。孕妇禁針。

針感：同上。

主治：小腹痛、遺精、早泄、阳萎、尿頻、遺尿、尿道炎、尿潴留、子宫脫垂及妇科病。

〔归来〕

穴位：臍下五寸旁开二寸（图 3 —15）。

針法：直刺或斜刺1～2寸。

針感：麻胀感向小腹传导至前阴、龟头。

主治：腸功能紊乱、月經不調、閉經、白带多、睾丸炎、前列腺炎。

〔維胞〕

穴位：臍下三寸旁开六寸（关元旁开六寸）（图 3 —15）。

針法：沿腹股沟斜刺2～3寸，大幅度捻轉。

針感：病人有子宫上升感觉。

主治：子宫脫出、泌尿生殖系疾病及腸功能紊乱。

头頸部

〔印堂〕

穴位：两眉正中（图 3 —24）。

針法：从上向下斜刺5分～1寸。

針感：局部酸胀痛感或向鼻部传导。

主治：鼻病、眼眶痛、头痛、眩暈、失眠、小儿抽风、高血压、感冒。

〔上星〕

穴位：头部中綫，入前发际一寸（印堂上四寸）（图 3 —24）。

針法：横刺8分～1寸。

針感：前头部胀痛。

主治：前头痛、眼病、鼻炎、鼻衄。

〔人中〕（又名水沟）

穴位：鼻中沟上1/3与下2/3交界处（图3—24）。

針法：斜刺，从下向上刺入5～7分。

針感：局部胀痛。

主治：休克、腰痛、中暑、抽风。

〔地仓〕

穴位：口角旁开五分（图 3 —24）。

針法：直刺 5 分，斜刺透頰車、透下关。

針感：局部胀痛。

主治：口眼歪斜、面肌痙攣、三叉神經痛。

〔阳白〕

穴位：端坐正視，瞳孔直上，眉上一寸（图 3 —24）。

針法：向眉梢或向攢竹方向斜刺5～7分。

針感：局部胀痛。

主治：面神經麻痺，眶上神經、三叉神經痛，眼震顫。

〔攢竹〕

穴位：两眉內側端取之(图 3 —25)。

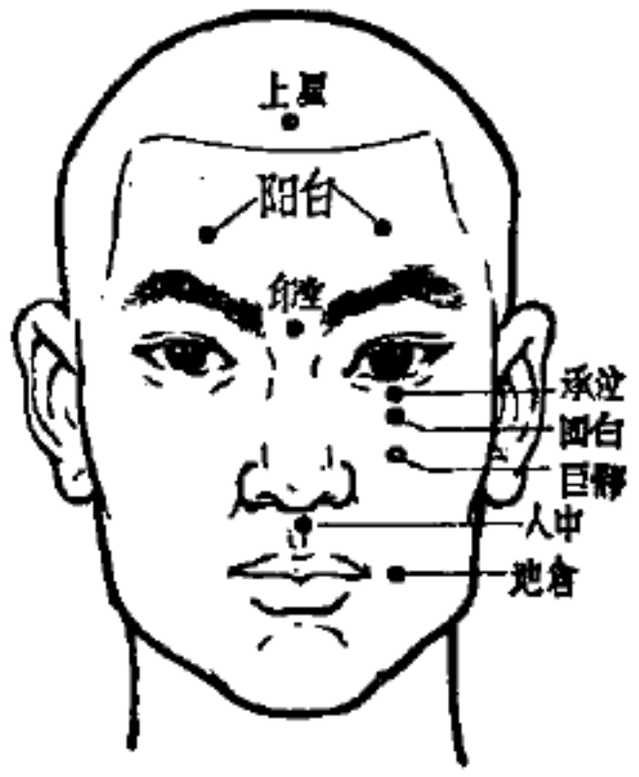


图 3 —24

針法：揑起眉端皮肤，从眉端沿皮横刺入5分～1寸（到眉中穴）。

針感：眼眶周围胀痛。

主治：額、眶部神經性痛，眼病、面癱。

〔睛明〕（上、下、內睛明）

穴位：在內眼角的內上、下各一分处为上、下睛明两穴；以手指向內牵拉內眦皮肤，在內眼角泪阜上为內睛明（图 3～25）。



图 3—25

針法：直刺。让病人双目直視，針尖靠眶緣刺入1～1.5寸，不捻轉。

針感：眼球酸胀，出針时流泪。注意不要刺伤眼球。

主治：眼結膜炎、迎风流泪、角膜薄翳、視神經炎、視网膜炎、視神經萎縮、白內障、青光眼、近視等眼部疾患及头痛。

〔球后〕

穴位：眶下緣外1/4与內3/4交界处（图 3—25）。

針法：让病人向上看，沿眶下緣骨壁，从外斜向內上，向視神經孔方向刺1～1.5寸。

針感：眼球酸胀感。

主治：近視、青光眼、視神經炎、視神經萎縮、白內障。

〔四白〕

穴位：下眼瞼下一寸（图 3—24）。

針法：斜刺5～8分，横刺5分～1.5寸。

針感：局部酸胀。

主治：近視、面肌痙攣及面神經麻痺、过敏性面肿。

〔眉梢〕

穴位：在眉毛外終点（图 3—25）。

針法：可直刺 5 分，斜刺至眉中（眉的中点），刺时把眼眉皮肤揑起来。

針感：局部胀痛。

主治：远視、散光、視物不清、头痛。

〔太阳〕

穴位：眉梢与眼外角之間，向后一寸的陷窝处（图 3—26）。

針法：可直刺5～8分，也可向內下深刺1～2寸，还可向后上方透率谷，向上透

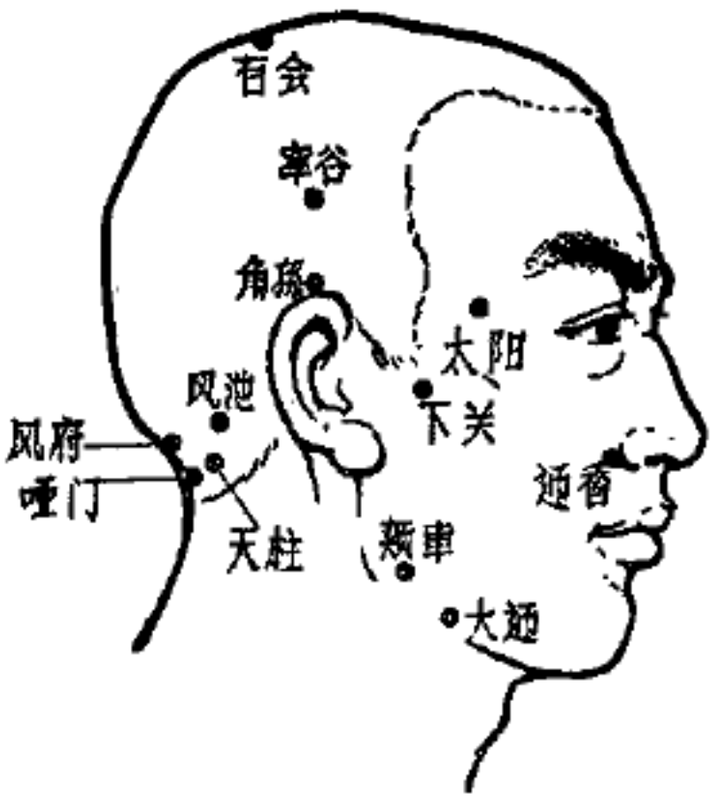


图 3—26

头維，向下透下关。

針感：胀痛感放散至半側头部。

主治：偏头痛、眼病、面神經麻痺及面肌痙攣、三叉神經痛。

〔率谷〕

穴位：耳上入发际二寸(图 3 —26)。

針法：横刺1～1.5寸。

針感：局部酸胀。

主治：偏头痛、角膜炎。

〔下关〕

穴位：耳顴弓下凹陷处（张口凹陷消失）（图 3 —26）。

針法：直刺5分～1寸。

針感：側面部有酸胀感。

主治：牙痛、下頜关节炎、牙关紧閉、面神經麻痺。

〔頰車〕

穴位：上下齿用力咬紧时，下頜角咬肌突起处（图 3 —26）。

針法：直刺或斜刺5分～1寸。

針感：下頜部麻胀感。

主治：面肌痙攣、面神經麻痺、牙痛、腮腺炎、口腔潰瘍、冠周炎。

〔迎香〕

穴位：鼻翼旁五分（图 3 —26）。

針法：針尖向內斜刺5分～1寸。

針感：局部胀痛感。

主治：鼻炎、鼻竇炎、面神經麻痺。

〔耳門〕

穴位：耳屏（小耳朵）上缺口前凹陷处，耳前动脉后(图 3 —27)。

針法：直刺1～1.5寸，治耳聋时可自耳門透三穴（听宫、聋穴、听会），先直刺耳門三分后以15度角向下刺 2 寸。

針感：麻胀感放散至耳部与頭部。

主治：耳聋、耳鳴。

〔听宫〕

穴位：张口时小耳朵前凹陷处（图 3 —27）。

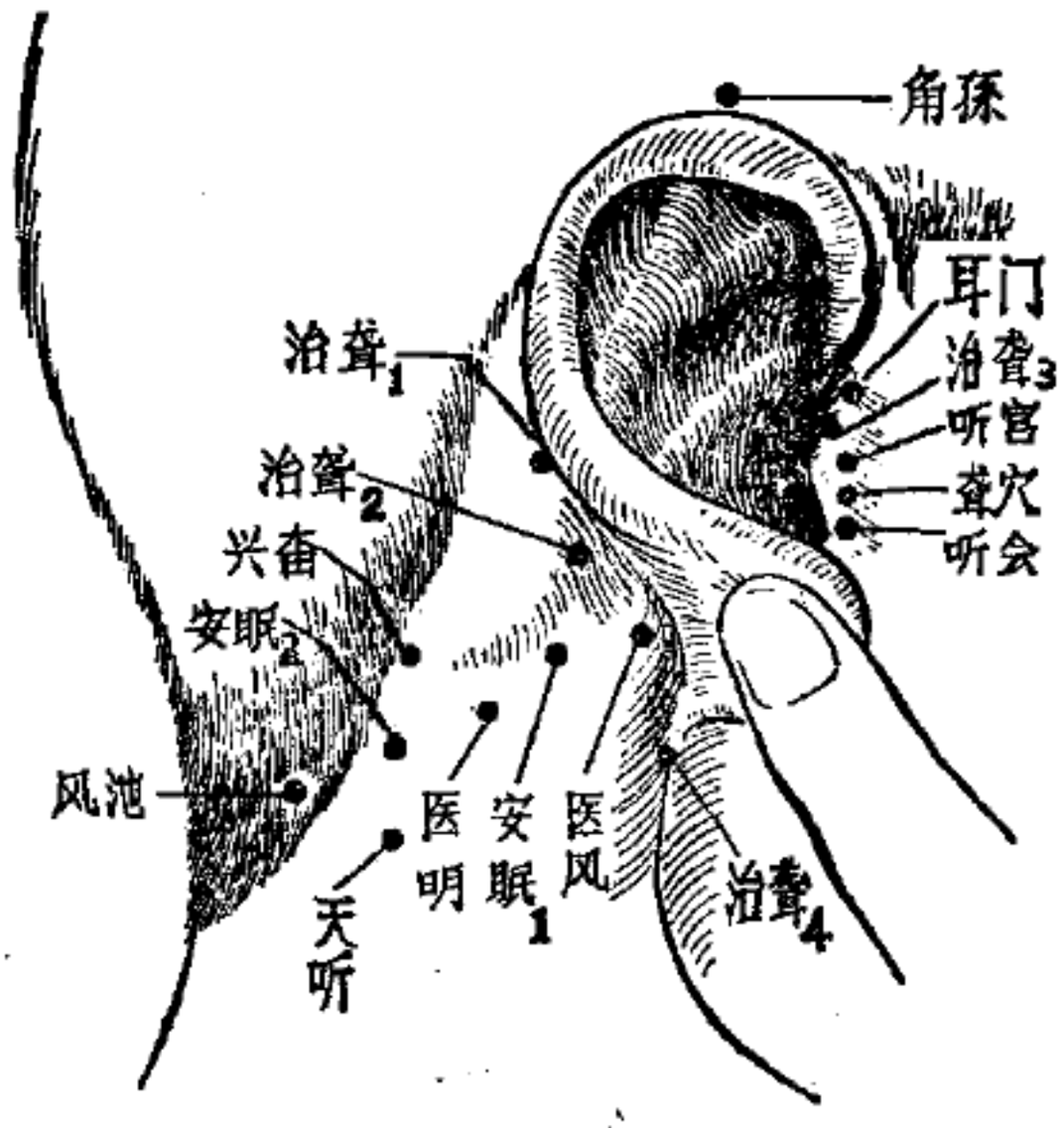


图 3 —27

針法：直刺1～2寸。
針感：麻胀痛感放散至耳部或頷部。
主治：耳鳴、聋哑、中耳炎。
〔聋穴〕（又名听穴）
穴位：听宫与听会之間（图 3 —27）。
針法：同上。
針感：同上。
主治：同上。
〔听会〕
穴位：听宫下五分，即小耳朵下缺口前凹陷处（图 3 —27）。
針法：张口取穴，直刺1～1.5寸。
針感：麻胀感放散至耳部与頷部。
主治：耳鳴、聋哑、耳聋、中耳炎、面神經麻痺。
〔医风〕
穴位：耳垂后凹陷处（图 3 —27）。
針法：从骨边緣斜向对側耳尖方向刺入1～2寸。
針感：麻胀痛感放散至耳部与頷部。
主治：耳聋、耳鳴、耳流脓、牙痛。
〔医明〕
穴位：医风后一寸（乳突下緣），即医风与风池的中点（图3—27）。
針法：直刺或斜向前刺1～1.5寸。
針感：胀痛感放散至耳后及側頸部。
主治：失眠、头痛、視神經炎、白內障、腮腺炎。
〔风池〕
穴位：乳突后一寸半凹陷处（图 3 —27）。
針法：斜刺，針尖向对側眼窝方向刺入1～2寸；横刺，风池透风池刺入2～3寸。
針感：胀痛感放散至后頸或眼部。
主治：偏头痛、后头痛、头暈、耳鳴、視物不清、感冒、面肌抽动、头頸顫动。
〔治聋$_1$〕
穴位：在与听宫穴一个水平上，耳廓后凹陷中（图 3 —27）。
針法：針尖略向下方刺5分～1寸。
針感：耳部酸胀感。
主治：耳聋、耳鳴。
〔治聋$_2$〕
穴位：医风上五分凹陷处（图 3 —27）。

針法：針尖略向前下方刺1.5～2寸。
針感：麻胀痛感放散至耳部。
主治：耳聋、耳鳴。
〔治聋$_R$〕
穴位：在耳門与听宫之間，靠后0.2公分处（图3—27）。
針法：直刺1.5寸，輕刺激。
針感：耳部胀感。
主治：耳聋。
〔治聋$_4$〕
穴位：耳垂下緣（图3—27）。
針法：向上斜刺1～1.5寸。
針感：耳部胀痛。
主治：耳聋。
〔天听〕
穴位：安眠$_2$下五分处（图3—27）。
針法：直刺2.5寸。
針感：耳部胀痛。
主治：耳聋。
〔安眠$_1$〕
穴位：医风与医明之間（图3—27）。
針法：直刺1.5～2寸。
針感：針側半边头酸麻感。
主治：精神分裂症、失眠。
〔安眠$_2$〕（又名鎮靜穴）
穴位：医明与风池之間（图3—27）。
針法：同上。
針感：同上。
主治：失眠。
〔兴奋穴〕
穴位：乳突后緣，安眠$_2$上五分（图3—27）。
針法：直刺五分后向內呈45度角进針1.5～2寸。
針感：針一側半边头酸麻感。
主治：嗜眠。
〔百会〕
穴位：前发际至后发际的中点和从两耳尖連綫在头頂的交点处（图3—26）。
針法：向后沿皮刺8分～1寸。

針感：局部腫胀感。

主治：头暈、头頂痛、失眠、休克、脱肛。

〔哑門〕

穴位：頸后正中入发际五分，第二頸椎上緣（图3—26、3—28）。

針法：正坐低头取穴，从后头骨正中向下摸，一边摸、一边让病人稍活动头部，首先摸到的骨头为第二頸椎棘突。进針时让病人低头，沿第二頸椎棘突上緣向喉部方向刺5分～1.5寸，胖人刺2寸，緩慢进針勿提插。

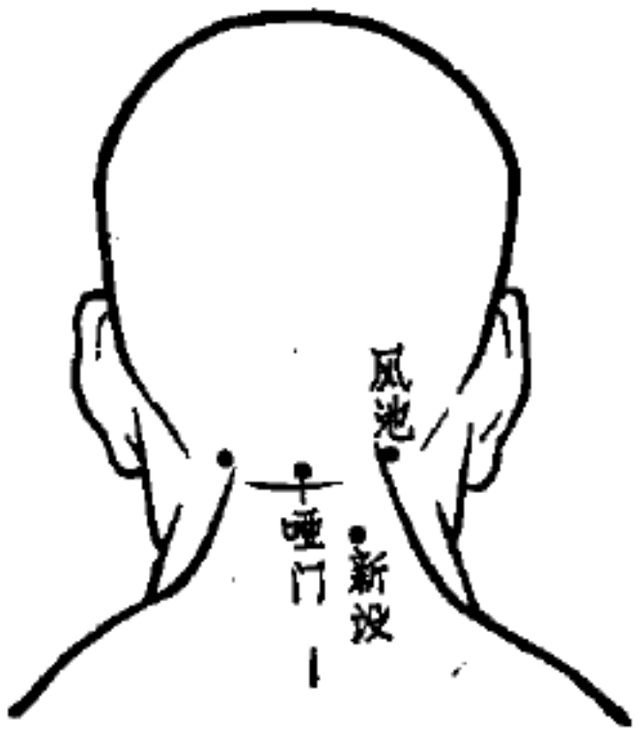


图3—28

針感：当刺入一寸多深，通过棘間韌带时，感覚发滞，病人感覚有些胀痛，此时应緩慢进針，当針尖再稍微进一点，病人就有一种触电样感向上肢或下肢传导，应立刻停針，不再深刺。

注意：針此穴时，針刺方向一定朝下（朝喉头方向），千万不能朝上；病人有触电样感后即应出針。如針刺入2寸而病人无触电感覚时，不应再深刺，以防意外。

主治：聋哑、头痛、脑炎后遺症、大脑发育不全、精神分裂症、癲癇等。

〔新設〕

穴位：风池直下方，后发际下一寸半外陷窝中間（图3—28）。

針法：直刺1～1.5寸。

針感：頸部酸胀。

主治：肩背痛、項强、上肢运动障碍、上肢麻痺、落枕、喉痛。

〔上廉泉〕

穴位：下頷下緣与舌骨上緣連綫的中点，仰头取之（图3—29）。

針法：針向上后刺2寸，向左右斜刺，有刺金津、玉液的作用。



图3—29

針感：舌根部胀痛感。

主治：哑、失音、舌肌麻痺、扁桃体炎。

〔人迎〕

穴位：在側頸喉結旁1.5寸，避开动脉取穴（图3—29）。

針法：直刺或斜刺5～8分。

針感：麻胀感向肩或肘部传导。

主治：高血压、失音、喉炎、扁桃体炎。

疾病治疗选穴

在运用新針疗法治病时，首先要詳細了解病情，认眞检查病人，做出診断再进行治疗，如一时不能确診可对症治疗。

毛主席教导我們：**“研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。”**病人如有許多症状，可先择其主要症状針治，不宜同时全面治疗，以免影响疗效。

新針治疗适应症很广，除在各疾病治疗項內介紹外，其它病症的治疗介紹如下：

病　名	主　穴	备　穴	針　法　說　明
膈肌痙攣	內关、中脘、天突		强刺激內关、中脘；如痙攣不止，刺天突1～1.5寸，大弧度捻轉刺激
尿崩症	关元、三阴交	腎俞、命門、气海	針刺三阴交，針感应放散到膝盖上，主穴和备穴交替使用
遺　尿	三阴交、中极	归来、气海、八髎	每次針2～3穴，睡前針較好
腎結石	阿是穴、足三里		
尿潴留	三阴交、阴陵泉	关元、气海	針三阴交、阴陵泉时，針感应传导至大腿內側，一般在退針后半小时左右可能排尿
	关元	气海、三阴交、阴陵泉	先用主穴，效果不佳改用备穴，亦可用拇指按压臍至耻骨联合中間处，漸加压力至小便排出为止
遺精、阳萎、早泄	关元、三阴交	中极、足三里	針关元、中极二穴，針感应放散至龟头，針三阴交，針感放散到足底和內側膝盖上，体弱者可加足三里，用补法
脫肛	承山、长强	百会	深刺承山。針长强时，針尖刺向肛門。效果不佳配百会或艾灸百会十分鈡
	承山	长强	先針承山，如疗效不佳可配用长强穴，用2～2.5寸針，强刺激，效果較好
肋間神經痛	支沟	絕骨、膻中、阳陵泉	支沟透間使，止痛不佳时深刺阳陵泉

病　名	主　穴	备　穴	針　法　說　明
落　枕	落枕穴	絕骨、风池、肩井	針主穴，选用1～2备穴。或配合按摩捏拿有关穴位
乳　少	膻中、乳根	少泽、三阴交	乳根不宜深刺
咽喉痛	少商	内庭、合谷	少商穴可以速刺放血
心　慌	神門、通里	内关、三阴交	
耳　鳴	听宫、医风	外关、合谷、听会	
低血压	内关、素髎		素髎位于鼻尖
視神經萎縮	睛明、太阳、球后	风池、外关、合谷	每次取2～3个穴，隔日一次，疗程較长
顳颌关节炎	下关、合谷	頰車、医风、外关	
胃下垂	胃上1，足三里、气海	关元、中脘	
上肢关节痛	曲池、养老	外关、后谿	腕及肘关节痛时，养老透間使。肩关节痛时曲池透少海。上肢运动障碍或不能抬高时可先捏肩井1～2下然后捏天宗，再捏腋窝内外肌群，此后可让病人作上肢抬高动作，如有輕松感时再深刺曲池后将針提至皮下；如上肢仍不能高举时，再針曲池捻轉提插后即可退針。大部分病人可立即恢复正常
下肢关节痛	环跳、絕骨	阳陵泉、足三里、昆仑	髖关节痛針环跳、昆仑。膝关节痛針阳陵泉透阴陵泉，或膝眼透膝眼，尙若影响下蹲时可使膝关节弯曲，向下捏拿腘窝两側肌腱3～5次使局部酸痲痛感，然后再針。踝关节痛取絕骨、昆仑
癔病性癱瘓	阳委1、2、3(膝关节外側上三、五、七横指)	安眠1、安眠2 腎脊	直刺2～3寸，安眠穴針一个即可，腎脊双側針1.5寸

病		名	主 穴	备 穴	針法說明
弛緩性癱瘓	上肢	腕下垂	一組：养老、治癱$_3$ 二組：劳宫，曲池透少海（或合谷透劳宫）		10～15次为一疗程，休息3～5天后，再继續下一疗程 任选一組穴，每日或隔日針一次，也可两組交互应用 如癱瘓部位多，应有重点的按病选穴
		抬臂困难	一組：肩貞、肩髃，外关透内关 二組：定喘，曲池透少海		
	下肢	馬蹄足	一組：腎脊、承山，昆仑透太溪 二組：环跳，悬鈡透三阴交，冲阳		
		外翻加外旋	一組：腎脊、阴陵泉，太溪透昆仑 二組：环跳，三阴交透悬鈡，冲阳	血海上5寸、风市上5寸	
		內翻加內旋	一組：昆仑透太溪，腎脊，阳陵泉透阴陵泉 二組：环跳、悬鈡透三阴交	承山、风市上2寸	
		足下垂	針三阴交和悬鈡連綫脛骨外側刺激点		
		抬腿无力	一組：針腹股沟外1/3处、治癱$_4$，悬鈡透三阴交 二組：风市前二寸、足三里、环跳		
痙攣性癱瘓	上肢		一組：安眠$_2$、治癱$_3$，曲池透少海 二組：安眠$_1$，合谷透劳宫，养老		
	下肢		一組：大椎、环跳，阳陵泉透阴陵泉 二組：腎脊、哑門，悬鈡透三阴交		

耳針疗法

耳針疗法是用短的毫針或皮內針扎在耳壳上进行治疗疾病的一种方法。

耳壳表面解剖名称（图3—30）。

耳针的穴位及分布　两耳与全身的經絡、脏腑有着密切的联系，人体許多疾病可在耳壳的相应区域产生压痛点，这些相应区域及压痛点就是治疗时針刺的部位，称为耳穴。

耳穴的分布是有一定規律性的。从耳穴分布的規律来看，耳壳好似子宫內一个倒置的胎儿，头部朝下，臀部朝上（图3—31）。

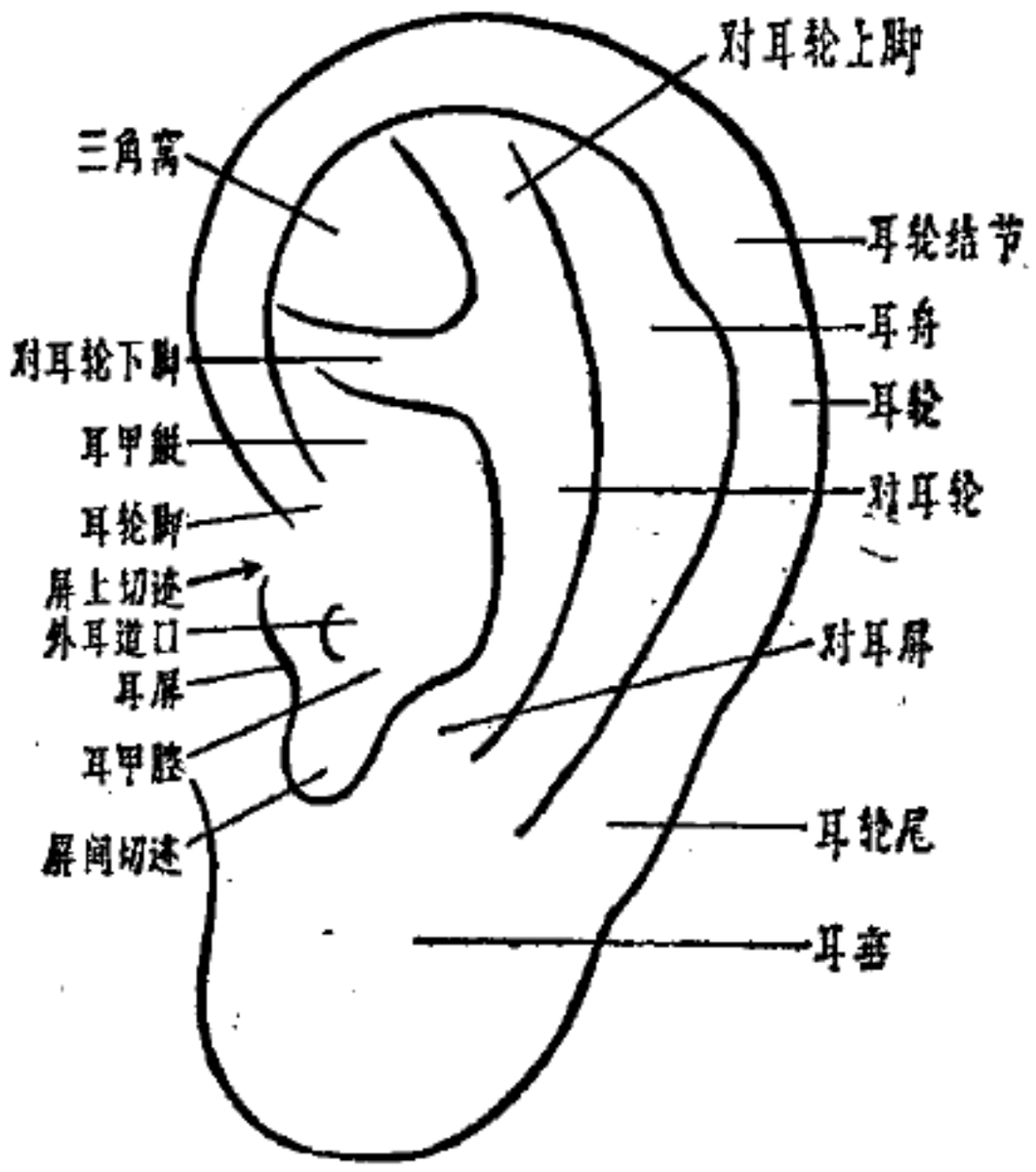


图 3—30　耳壳的解剖名称

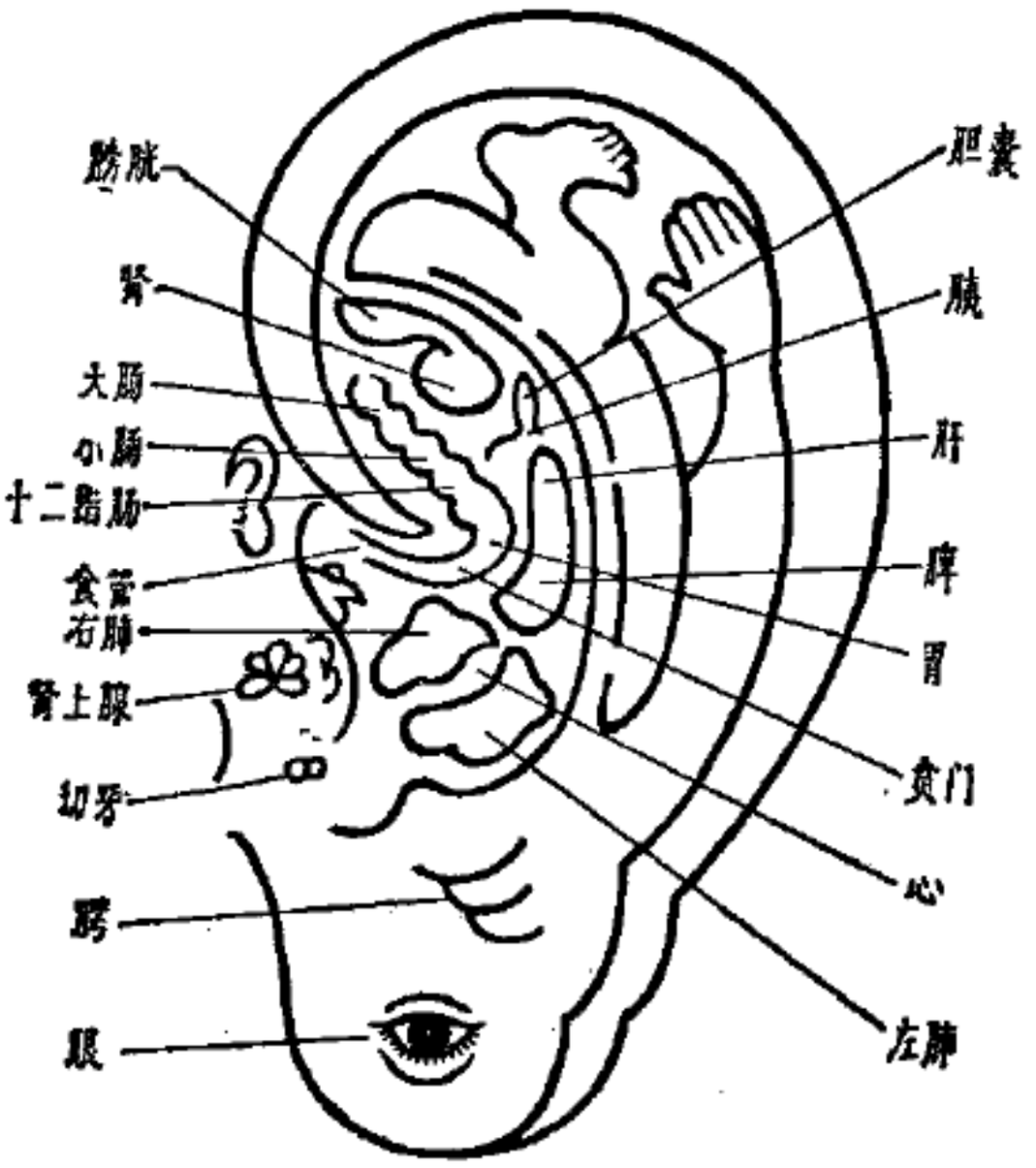


图 3—31　耳穴的大体分布

耳穴分布如下（图3—32）：

一、耳垂相当于面部：包括上、下腭，上、下頜，眼、耳道、扁桃体、舌等穴位。

二、对耳屏相当于头部：包括皮质下、枕、額、平喘、腮腺等穴位。

三、对耳輪相当于脊椎：內側面包括頸椎、胸椎、腰椎、骶椎。外側面包括頸、胸、腹等穴位。

四、对耳輪上脚相当于下肢：包括趾、踵（跟）、踝、膝等穴位。

五、对耳輪下脚相当于臀部：包括坐骨神經、臀、交感神經等穴位。

六、三角窝相当于生殖器官：包括子宫、神門、股关等穴位。

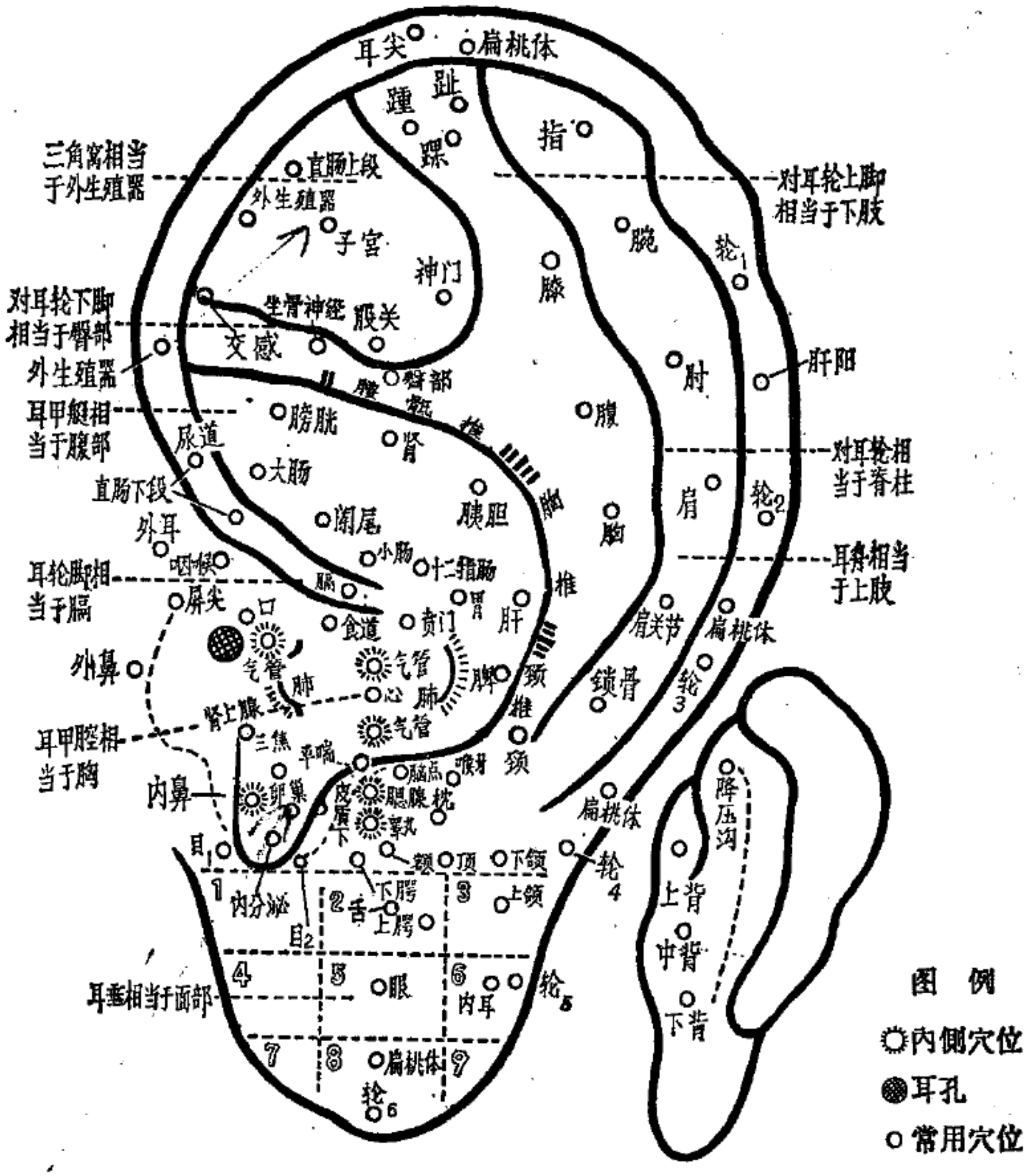


图 3—32　耳針穴位分佈图

七、耳舟相当于上肢：包括鎖骨、肩关节、肩、肘、腕、指等穴位。

八、耳屏相当于内鼻部、咽部、屏尖、腎上腺等穴位。

九、屏上切迹相当于外耳。

十、屏間切迹相当于內分泌、卵巢等穴位。

十一、耳甲艇相当于腹部：包括膀胱、腎、胰、胆、肝、脾等穴位。

十二、耳甲腔相当于胸部：包括心、肺等穴位。

十三、耳輪脚相当于膈肌。

十四、耳輪脚周圍相当于消化道：包括口、食道、賁門、胃、十二指腸、小腸、闌尾、大腸等穴位。

十五、耳壳背面相当于背部：包括上背、下背、降压沟等穴位。

操作方法和步骤

一、首先我們要高举毛泽东思想伟大紅旗，树立全心全意为人民服务的精神。对初診病人必須說明耳針疗法的性质，刺得越痛疗效越好，使病人思想有准备，預防暈針的发生。

二、探查压痛点，明确診断后按其反应区域进行痛点的探查，在探查时手法要輕、慢、均匀。当压到痛点时，病人出現皺眉、眨眼、呼痛等。如探不到压痛点时，可在对側耳壳的反应区探查，如仍不能探到，可休息片刻，再探查一遍，如第二遍仍探查不到压痛点，可暫时不針。

三、按反应区探得痛点后，用75%酒精将痛点局部皮肤和針具消毒，将針刺入痛点，深度以不穿透耳壳为原則。一般留針20～30分钟，慢性病可留針 1～2小时，也可用埋針法。治疗关节疾患时每10分钟捻轉一次，同时活动該关节，以增强疗效。六次为一疗程，每日或隔日一次。

应用范围

耳針治疗的适应症很广，病种遍及內、外、妇、儿各科，不仅能治疗功能性疾病，而且亦能治疗某些器质性病症，如急性单純性闌尾炎、急性附睾炎等。不仅成人能用，新生儿也能用，如治疗新生儿吐奶亦有效。

耳針疗法的有效率高达80～90%。对各种痛症如受寒、外伤及炎症性疼痛，症状越明显者往往見效越快。当然耳針的治疗作用也有其局限性，我們必須以一分为二的观点来正确估价耳針的作用。

常用的耳針治疗取穴附表如下：

系統	取穴	病名	主穴	配穴
消化系統	胃、大腸、小腸、胰、胆、肝、脾、交感、腹、內分泌、神門	胃神經官能症	胃、十二指腸、交感	肝、神門、枕
		急、慢性胃炎	胃、脾、交感	小腸、大腸
		胃潰瘍	胃、交感	神門、皮质下、腹
		十二指腸潰瘍	十二指腸、交感	同　上
		过敏性腸炎	大、小腸，內分泌	神門、交感
		消化不良	胃、小腸、胆	大腸、內分泌
		腸炎、腹泻	大、小腸，交感	神門
		慢性闌尾炎	闌尾、交感	腹、大腸、神門

系統	取穴	病名	主穴	配穴
消化系統		惡心、呕吐	胃、交感	神門、皮质下
		腹胀气	胃，大、小腸	交感
		腹痛	小腸、神門	交感
		膈肌痙攣	膈、交感	神門、皮质下
		便秘	直腸下段、皮质下	
		脫肛	直腸下段、神門	皮質下
		麻痺性腸梗阻	大、小腸，交感	皮质下、腹
呼吸系統	平喘、气管、肺、胸、枕、神門、內分泌、交感	哮喘、咳嗽、支气管炎	平喘、肺、腎上腺	神門、枕
		百日咳	同上	气管、神門、交感
		胸悶	心、肺	交感、胸
		感冒	内鼻、皮质下	神門
循环系統	心、腎上腺、交感、皮质下、神門	高血压	降压沟、心、神門	皮質下、腎上腺
		无脉症	皮质下、心、腎上腺	肝、脾、神門，配新針內关、血海
		心动过速、心絞痛、心率不齐	心、皮质下、神門、交感	
神經系統	皮质下、枕、額、神門、心、胃、腎	腦震蕩后遺症	皮质下、神門、腦干	心、胃、腎
		腦膜炎后遺症	皮质下、枕、神門	心、腎、腦点
		癔病、精神分裂症	皮质下、心、神門	腎、胃、腦干
		神經衰弱	皮质下、胃、神門	腎、心
		癲痫	皮質下、枕、心	神門、腦点

系統	取穴	病名	主穴	配穴
神經系統		头痛、头暈	皮质下、額、枕	神門、心
		失眠、多梦	皮質下、神門	枕、腎
		偏头痛	皮質下、枕、頂	額、太阳
		癔病性癱瘓	皮质下、枕、心	神門、胃、脑干
		癔病性失語	脑点、枕、額	神門
		坐骨神經痛	坐骨神經、腎	神門
		肋間神經痛	胸、神門	枕
		胸痛	同上	皮質下
泌尿生殖系統	腎、膀胱、內分泌、枕、腎上腺、交感、神門、子宮、卵巢	附件炎	子宮、卵巢	內分泌
		子宮內膜炎	子宮、內分泌	卵巢、腎上腺
		子宮下垂	子宮、皮質下	內分泌
		痛經、产后宮縮痛	子宮、交感	皮质下、神門
		白帶过多	子宮、內分泌	卵巢
		阳萎	外生殖器、睾丸	內分泌、皮質下
		遺尿	膀胱、腎	脑点
		腎盂腎炎,急、慢性腎炎	腎、膀胱、腎上腺	交感、神門
耳鼻喉科	耳道、枕、神門、腎、腎上腺、內鼻、咽喉、內分泌、屏尖、心	急性扁桃体炎	扁桃体	內分泌
		鼻前庭潰瘍	內鼻、神門	腎上腺
		內耳性眩暈	皮質下、內耳、枕	神門、額，配新針曲池、足三里
		暈車、暈船	皮質下、耳道、胃	枕、額、神門

系統	取　　穴	病　　名	主　　穴	配　　穴
眼科	眼、目1、目2、肝	麦粒肿、霰粒肿、急性結膜炎	眼、神門	
皮肤病	相应部位取穴、内分泌、肺、枕、腎上腺、神門	皮肤瘙痒、蕁麻疹	肺、神門、腎上腺	肝、皮质下
		鵝掌风	相应部位	用梅花針打刺
四肢关节	相应部位取穴、神門、枕、腎上腺、皮质下	頸扭伤	頸、頸椎	
		挫伤、压伤	相应部位、神門	皮质下
		各种关节扭伤	相应部位	腎上腺、神門
		肩关节周围炎	肩、肩关节	神門、皮质下

注意事項

一、妊娠期2～5月最好不針，5个月以上最好不采用子宫、卵巢、内分泌、腹等穴位。二、过度疲劳和衰弱的病人必須針刺时，最好平臥。三、耳壳冻伤和有炎症应禁針，以免炎症扩散。

梅花針疗法

梅花針疗法是用針在皮肤浅表打刺治疗疾病的一种簡便的方法。

梅花針是由一根筷子或有弹力的鋼条和七根五、六号縫衣小鋼針制成的。先将筷子細的一端或鋼条的一端鉆一小孔，然后将七根針用綫捆紧，針尖对齐，嵌在筷子或鋼条的小孔中。針尖外露长度应为針的2/5，固定好即可应用（图3—33）。

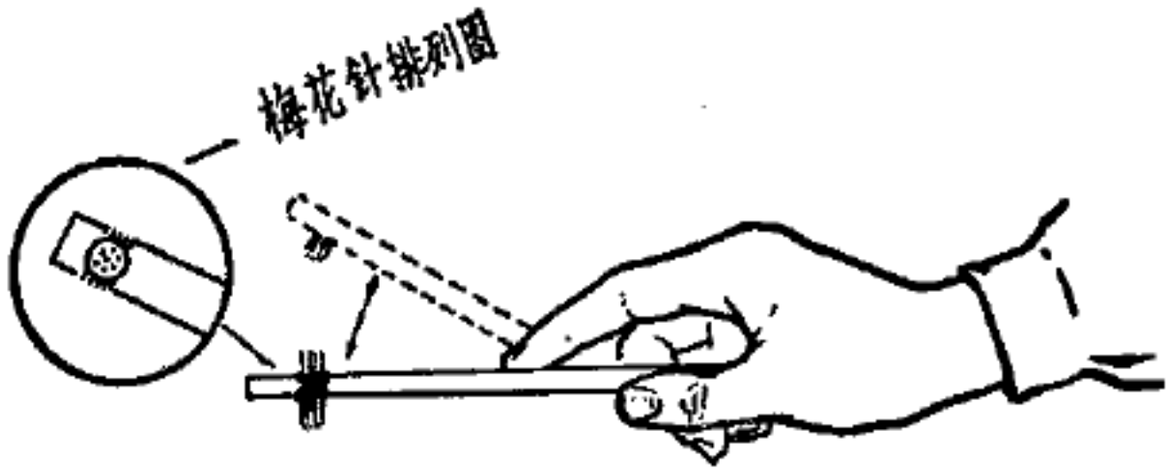


图3—33　持梅花針方法

适应症 凡一般針刺的适应症，梅花針均可治疗，但梅花針对于神經衰弱、末梢神經炎、皮肤病、高血压等疗效較好。

操作步骤

一、詢問病史，以了解病的性质，然后选择打刺的部位。

二、检查針是否排列整齐，并用棉花試其是否針尖有鈎毛現象（若有鈎毛現象則不能使用）然后浸泡75%酒精內消毒十分钟即可。

三、打刺部位以75%酒精棉球消毒。

四、打刺方法：梅花針最基本的手法是弹刺法，即用手腕的灵活弹力（又叫冲力），使針尖刺入皮肤后立即弹出，这样虽重而不出血。以弹刺用力的大小分为重刺、中刺与輕刺。在眼睛周围、头部应采用輕刺（用力輕柔，打刺部位有輕微痛感，皮肤微紅）；对小儿宜采用輕刺或中刺（用力适当，打刺部位有刺痛及輕度灼感，皮肤发紅）；在背、臀部多用重刺（用力較重，打刺部位有烧灼样痛感，皮肤发紅但不出血）。

用梅花針治疗，一般是选用較大面积的刺激区，亦可按經絡、穴位打刺。一般打刺多沿神經或肌肉走向有順序的打(图3—34、3—35、3—36)。

打刺方法分为三类，一般三种方法都用，个别情况只打有病部位。

1.常規部位打刺：即由第七頸椎开始，沿脊柱两側旁开 1.5 寸順序向下打刺，每針距离一厘米，直到尾骶部。常規部位打刺具有增强調整人体功能的作用，一般用輕刺手法。

2.有病部位打刺：病在哪里就在哪里打刺，如肘关节病刺激肘部；皮肤病刺激病部，重刺激手法。

3.重点部位打刺：不少疾病常在脊柱及其两側呈現异常反应。推診（在背、腰骶部，将拇指压在皮肤上用均匀的力量向上推动）时，可在某些部位发現碍手的硬結或条索状物，或者棘突发生凹凸偏倾等变化。压診时，病人有酸、痛、麻、木等异常感觉。根据这些异常反应部位，在脊柱两側进行打刺 2 ～ 3 遍。也可参照下表所列各部疾患在脊椎的相应打刺节段，进行重点部位打刺。

脊椎的相应打刺节段

脊椎	胸1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	腰1	2	3	4	5	骶1	2	3	4
相应器官	心		肺、气管			肝、胆、胃、胰							肾			大肠直肠			膀胱、生殖器		
	上肢										小肠										
													下肢								

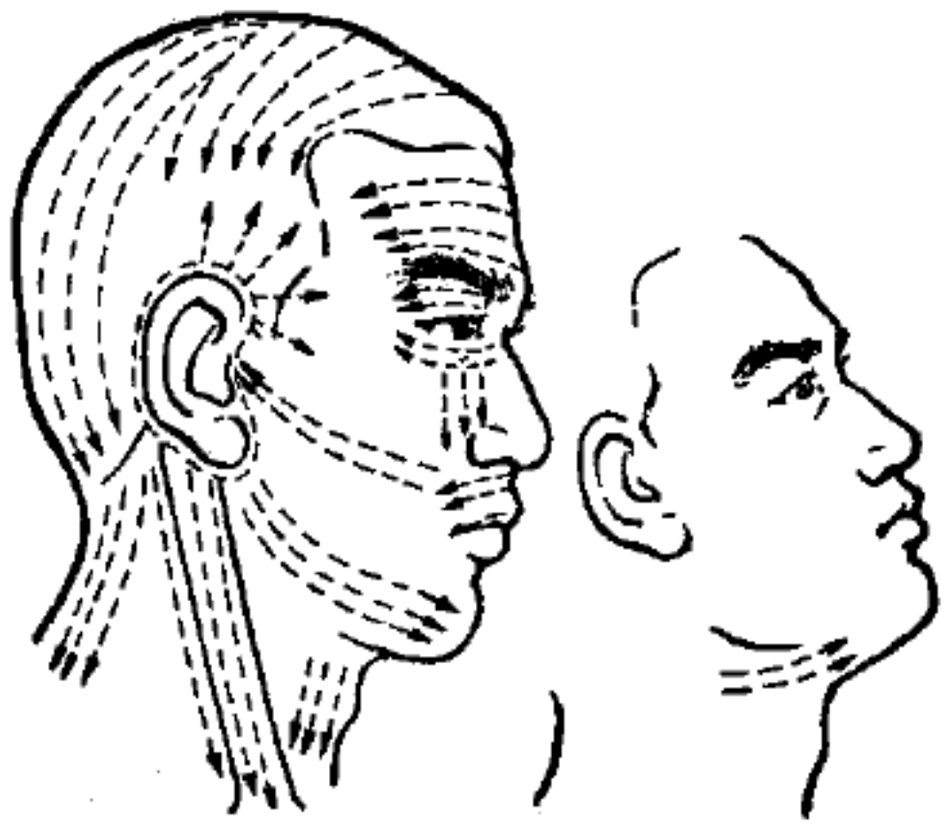


图 3 —34

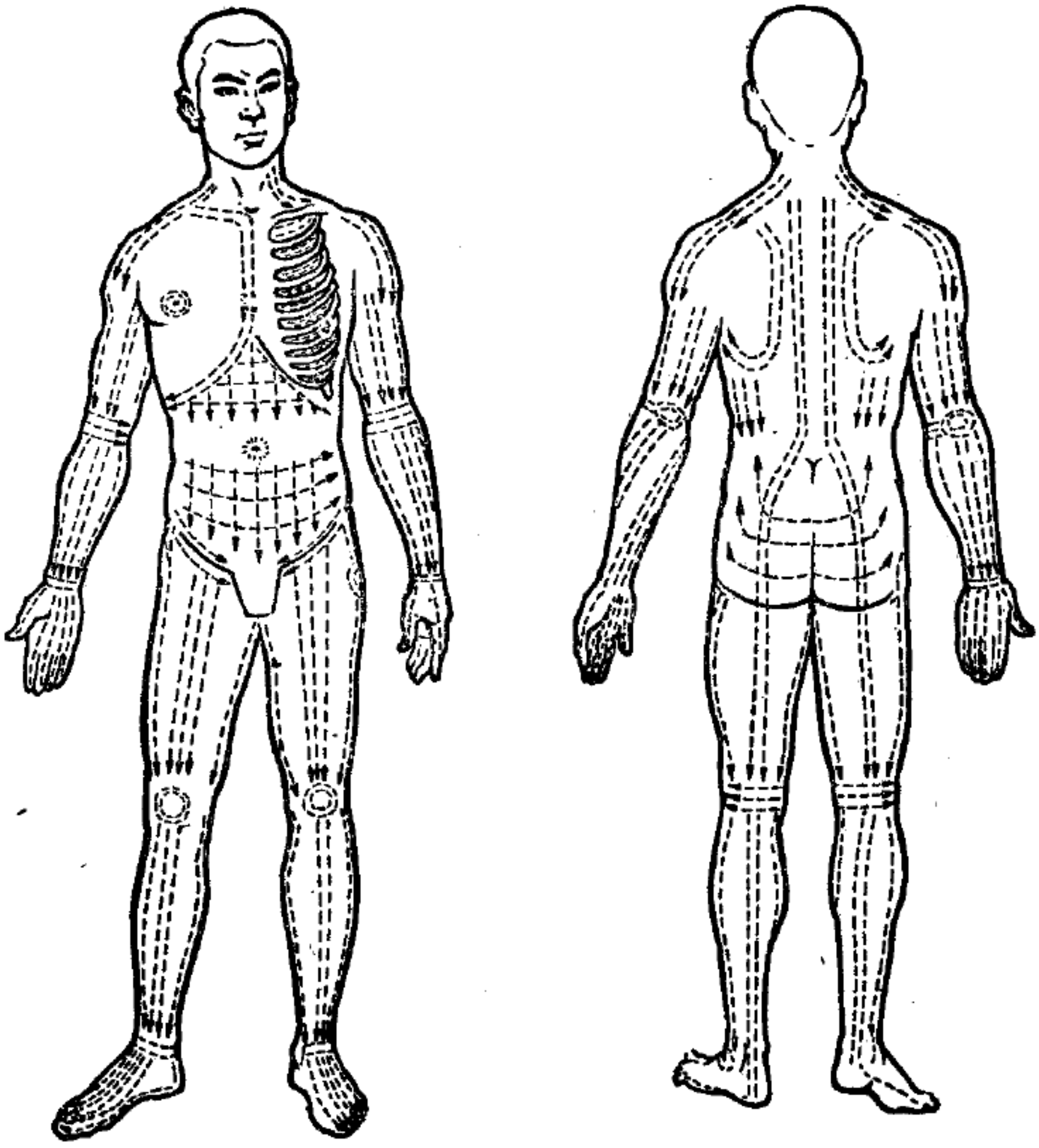


图 3 —35

图 3 —36

梅花針治疗可根据病的急慢，每日一次或隔日一次。

注意事项

一、某些急性传染病、皮肤烧伤及潰瘍者禁用梅花針。

二、打刺时針尖接触皮肤要平稳，不能斜刺、刨刺或打刺不匀。

电 針 疗 法

电針疗法是在新針疗法的基础上，应用微弱的交流电，在毫針上通电，以加强穴位針感刺激，使一些疾病进一步提高疗效。这是无产阶級文化大革命期間，革命医务人員高举毛泽东思想伟大紅旗，认眞貫彻毛主席无产阶級卫生路綫，活学活用毛泽东思想，經过多次研究，反复的自身試驗，創造成功的一种新疗法。

适应症 肢体癱瘓、麻木、痙攣、神經痛、风湿性关节炎、外伤肿痛、劳損等。

禁忌症 高血压、心脏病、孕妇、神經过敏者等。

操作方法 一般采用臥位，根据病情在一側肢体选穴二至五个进行針刺，有針感后暫留針，此时可同时打开交流电針器，先以小量电流2伏电压开始，将“粗鈕”电鍵轉向“2”，“細鈕”电鍵（使电流由小逐漸增大）由“0”逐漸轉向右側。然后用两极（不分阴阳极）分别接触两毫針通电。如通电部位肌肉沒有微小顫动或病人基本沒有什么感觉，就要增加电量，由2伏逐漸增加到6伏，直到病人感到通电部位有輕微过电感（病人自觉舒适），或肌肉有小顫动，就是最适应的电流量，記录好电流量以备下次应用。一般以短暫接触毫針通电，每次1～3秒钟，停止1～3秒钟，可連續刺激2～3次。

注意事项

一、操作前应先检查电針器，注意安全。

二、病人体质、年龄不同，接受电流量大小也不同。开始时都应当用最低电流量，逐漸增加。对肢体痛或癱瘓者电流应稍强些。

三、电針以一側上肢或下肢，半側头面部通电为宜，不可两側或同側上下肢，或两側头面部互相通电，以免引起强烈反应。

四、疗程同新針疗法。

附：交流电針器电路图（图3—37）

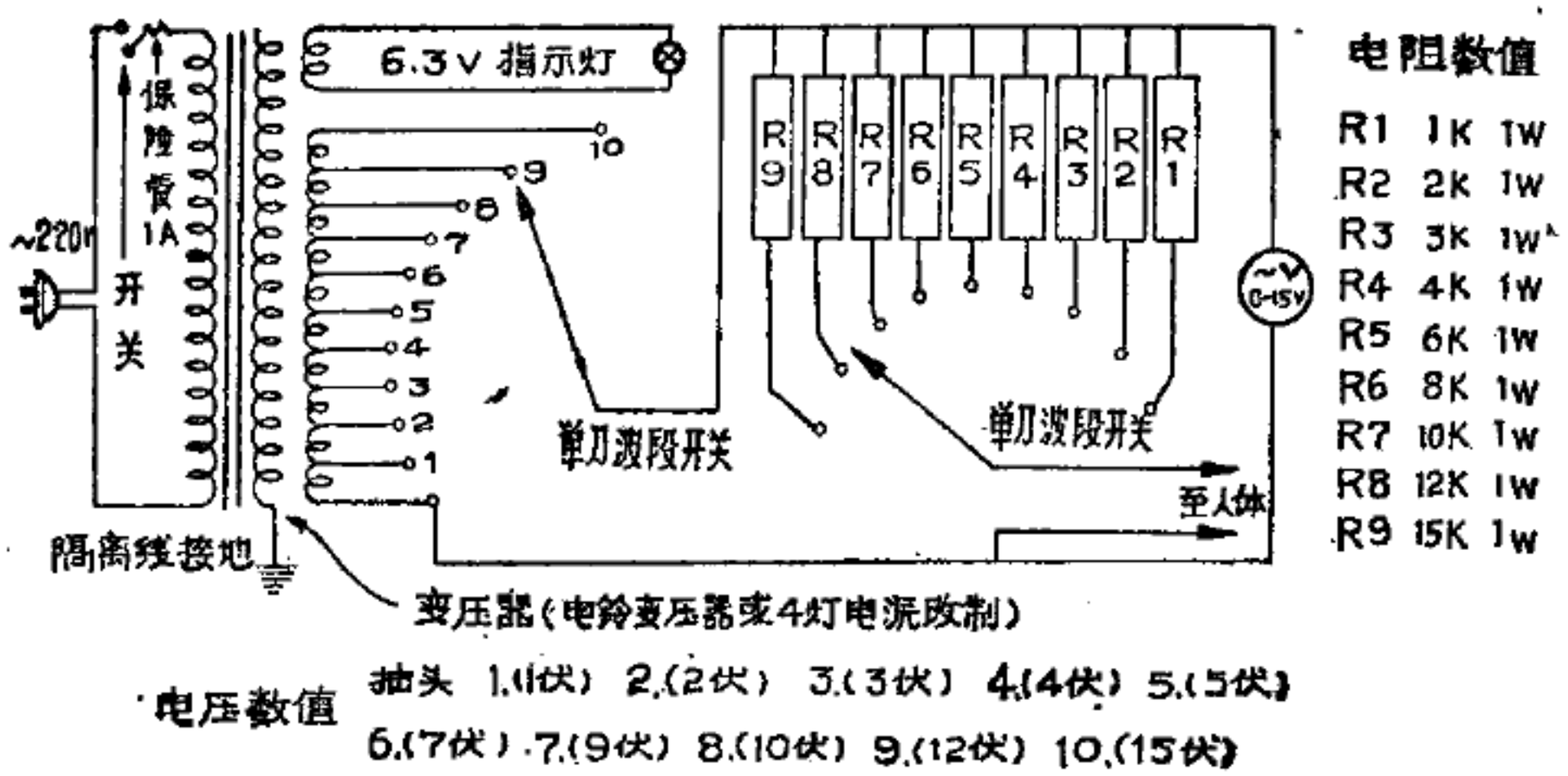


图 3—37　交流电針器电路图

电兴奋疗法

亲人解放軍遵循伟大領袖毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的伟大教导，以毛主席的伟大哲学思想为指路明灯，不断革命，反复实驗，創造了用电兴奋疗法治疗某些常見病、多发病的新疗法，取得了明显的疗效。

电兴奋疗法是以电兴奋来調节神經系統的兴奋和抑制，达到治疗疾病的目的。对神經衰弱、皮神經炎、肥大性脊柱炎、腰肌劳損等有明显的疗效。

适应症及治疗方法

一、神經衰弱

1.取穴：

一組：双側太阳、头維、阳白。

二組：双側风池。

三組：双側內关、外关。

2.治疗方法：采用直流感应电疗机，接通交流电，将交流电变成直流感应电。

（1）感应电：打开电鍵，将两个电极用盐水浸湿从太阳穴开始向头維、阳白紧貼皮肤滑动，每次 4 ～ 5 秒钟，反复 3 ～ 4 次。一般用弱感应，以病人感觉发麻为度。

（2）感应电：两极从风池貼皮肤向頸部滑动，反复数次，时間30秒钟，以病人有麻感并向头頂放散为度。

（3）直流电：阳极放在阳白，阴极放在风池輸出电流不超过 15 毫

安，时間0.3秒，这时病人有眼前冒金花之感。阳极放在內关，阴极放在外关，輸出电流50～70毫安，时間1～2秒。

3.注意事項：

（1）治疗时检查机器，有无放电現象，两电极接对与否。

（2）治疗时詳細检查病人，有无高血压、脑瘤、动脉硬化，孕妇要酌情使用。

（3）两电极接触皮肤后，再通电，以防短促放电引起烧伤。

二、皮神經炎

1.治疗方法：

直流电：阳极选择适当部位，加长15厘米、寬10厘米的浸湿棉垫，以扩大电場。阴极放于皮神經炎部位以纵軸方向上下移动，一般以神經走行和肌肉起止点为宜，也可以穴位、經絡为准。輸出电流50～70毫安，时間2～3秒钟。

2.注意事項：

（1）注意两个电极勿横貫脊柱，以免造成脊髓休克。

（2）孕妇、高血压病人愼用。

（3）避开心脏，以免造成心脏突停。

三、肥大性脊柱炎

1.治疗方法：

（1）感应电：强感应，阳极放于痛点或强直部位，阴极放在冈上肌、肩貞、三角肌、胸大肌。順肌肉走行貼皮肤滑动，时間30秒。

（2）直流电：阳极位置同上，阴极放在外关及尺神經外側，輸出电流40～50毫安，时間5～10秒钟。

（3）直流电：阳极位置同上，阴极放在內关及尺神經內側，輸出电流40～50毫安，时間6～10秒。

2.注意事項：同前。

四、腰肌劳損和急性扭伤

治疗方法：

（1）感应电：强感应，阳极放在痛点，阴极放在臀部或骶髂关节，时間1～2分钟。

（2）直流电：阳极放在痛点，阴极放在相应部位。阳极止痛、消炎，阴极起兴奋作用。輸出电流50～70毫安，时間1～2秒。

五、坐骨神經痛

治疗方法：

（1）感应电：强感应，阳极放在第四、五腰椎或环跳穴上下移动，阴极选适当部位，加棉垫长15厘米、寬10厘米，时間1～2分钟。

（2）直流电：阳极与阴极按放位置同上，断續3～5次，輸出50～

70毫安，时間0.5秒。禁止刺激承山穴，以免造成腓腸肌痙攣。

六、落枕

治疗方法：感应电，从风池向岡上肌移动3～4次，时間一分钟就可治癒。

附：直流感应电疗机、三用电疗机（电針、直流感应）等目前各地医疗器械单位已开始試制。

割治疗法

割治疗法是在身体固定的部位或穴位割开皮肤并取出少量皮下組织进行刺激的一种簡易疗法。对不少用药物或針刺效果不大的慢性病，具有比較滿意的疗效。

操作方法 确診后，根据病症选用割治部位。首先皮肤常規消毒，以0.5～1％普魯卡因进行局部麻醉，再用手术刀切开皮肤，一般切口长1～1.5公分。用止血鉗在皮下剝离或剪除部分皮下組织（脂肪、結締組织、肌膜等），局部刺激或埋入羊腸綫（一般埋入1公分长四、五根，成人用粗的，小孩用細的）等多种方式，最后将切口縫合一、二針，复盖消毒紗布并包扎，一般五天后拆綫。操作时应注意无菌消毒，防止感染。

割治部位及适应症表

割治部位	适应症	注意事項
手掌部位一： 从腕横紋中点向中指方向1.5公分处，开始切口（图3—38）	慢性胃炎、胃神經官能症、胃潰瘍、消化不良、慢性腸炎、胃下垂	1.自切口处摘除脂肪 2.防止伤及深部血管神經和韌带
手掌部位二： 自神門穴至无名指与小指間隙方向1.5公分处开始切口，切口斜向食指根部（图3—38）	胃神經官能症，胃、十二指腸潰瘍	自切口处摘除脂肪，如向切口近端多取一些效果更佳
手掌部位三： 在第二、三掌骨間，即食指与中指根部联合下0.5～0.7公分处开始切口（图3—38）	慢性气管炎、支气管哮喘、神經衰弱、神經性头痛、偏头痛、高血压	1.用搔爬方法，刺激神經 2.治疗高血压除搔爬刺激神經外，可去脂肪后埋入羊腸綫。
手掌部位四： 魚际穴部位，沿拇指方向切口（图3—38）	支气管哮喘、小儿疳积	用搔爬方法刺激神經并摘除脂肪

割治部位	适应症	注意事项
手掌部位五： 第四、五掌骨間，即无名指与小指根部联合下0.5～0.7公分处开始切口（图3—38）	神經衰弱、神經性头痛、偏头痛	同上
手掌部位六： 食指第一节掌面正中縱切0.5～1公分（图3—38）	支气管哮喘	同上
膻中穴： 縱行切开皮肤，深达骨膜，但勿損伤骨膜	支气管哮喘	1.用止血鉗剝离皮下脂肪，夹持骨膜或刮几下骨膜 2.如需重复割治，七天后在第一次部位左右旁开一公分处縱切，一般需作1～3次
鳩尾穴： 胸骨尖下0.5公分，开始切口，縱切2～3公分	頸淋巴結核	1.手术取皮下組織脂肪，并用鉗行局部刺激 2.注意勿伤血管
上脘、中脘： 任取一穴，由上向下縱切长2～3公分	慢性胃炎	同上
胃痛对应点： 在胃部找出最明显的压痛点，在同一个水平綫上的背后脊柱正中找出对应点，在对应点上縱切口	胃、十二指腸潰瘍	用鉗剝离皮下組織直径3公分后縫合
治喘： 双側穴縱切口	支气管哮喘	用鉗在皮下用力剝离搔爬直径3公分，放入羊腸綫四、五根縫合，一次不成功，三周后可在創口附近再割
身柱： 三胸椎下正中縱切口	慢性支气管炎(咳喘病)	皮下組織广泛剝离，搔爬后縫合
唇系带割治： 选唇系带泡状物或肥厚組織处	痔疮	可用0.5～1%地卡因麻醉后（不用麻醉亦可），用剪刀将泡状物或肥厚組織剪去小米粒大

埋綫疗法

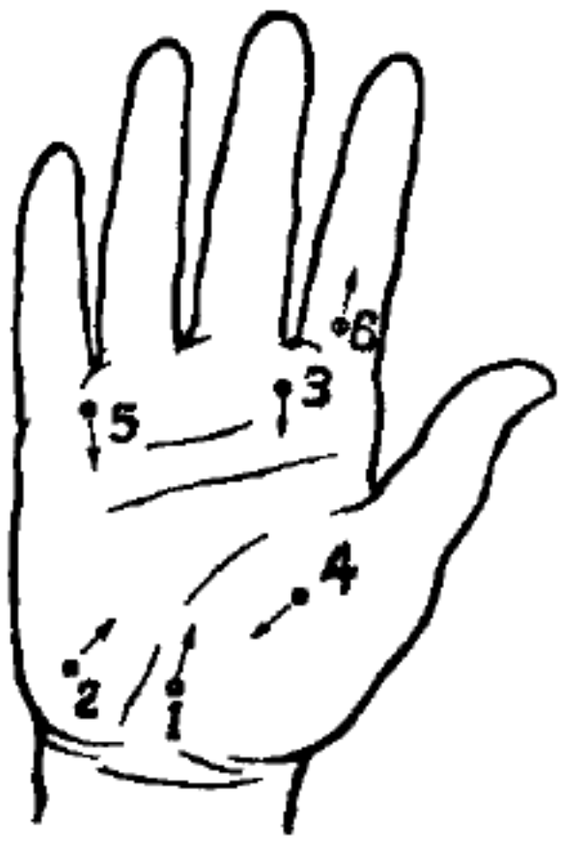


图 3—38　手掌割治部位

埋綫疗法是在积极开展群众性防治常見病、多发病的运动中涌現出来的新疗法。埋綫疗法对潰瘍病及慢性腰腿痛效果較好。

操作方法

一、按病情选定穴位，以龙胆紫标明准确位置，皮肤常規消毒，并以0.25～1%普魯卡因1～2毫升作局部浸潤麻醉。用針穿腸綫以透穴方法将腸綫埋入皮下。

二、治疗潰瘍病时先做腹部穴位，由中脘进針，上脘出針，牵拉腸綫（一般用00号至1号），末端退至中脘皮下，另端紧貼上脘皮肤剪断，該段腸綫即埋于皮內，然后再做背部穴位，由胃俞至脾俞以同样方法进行埋綫；治疗腰腿痛时按劳損部位选穴（見表），另加最痛点（阿是穴）1～2个，可选用絲綫，埋綫长度为1～1.5公分，方向（横）与經脉交叉。

三、术后以无菌紗布敷盖伤口1～3天，防止感染。不需特殊休息，可继續工作和学习。

四、每次选穴2～4个，不宜过多。若需做第二次，应間隔七天后，在原部位或另換穴位进行埋綫。

注意事項

一、埋綫后部分病人可出現疲乏无力、周身不适感覚，或疼痛暫时加重，不需处理，几天后可自行消失。

二、治疗过程中症状緩解后，仍应注意預防。

腰腿痛埋綫部位选择

适应症	穴位选择
腰肌劳損	腰椎4～5間(阳关)、腰2旁3公分(腎俞)
腰骶劳損	腰椎4～5間(阳关)、腰5旁3公分(关元俞)、骶椎2～3間
骶髂劳損	同腰骶劳損，加患側承扶穴
棘間韌带劳損 上段(胸1～4)	頸7～胸1、胸3～4間、胸3旁3公分
中段(胸5～8)	胸4～5間、胸6～7間、胸6旁3公分
下段(胸9～12)	胸8～9間、胸11～12間、胸11旁3公分

适　　应　　症	穴　　位　　选　　择
背肌劳损　上段(胸1～4) 中段(胸5～8) 下段(胸9～12)	胸1旁3公分、胸3～4間、胸4旁3公分 胸5旁3公分、胸6～7間、胸7旁3公分 胸9旁3公分、胸11～12間、胸12旁3公分
腿痛、关节炎	取患側梁丘、治癱$_4$、阳陵泉、小腸俞

水針疗法

水針疗法也是我們亲人解放軍活学活用毛泽东思想創造出来的，是用葡萄糖等药液注射在得病部位的痛点或穴位內治疗疾病的一种新方法。

适应症　凡慢性腰痛、腿痛、肩部疼痛或伴有麻木者，均可适用。

治疗方法

一、痛点的选定：

腰痛：凡第四、五腰椎两側肌肉痛，腰骶部疼痛并影响下肢者（相当“坐骨神經痛”的症状），其痛点多在髂后上棘、骶髂关节、髂嵴边緣、骶骨緣。凡臀部、大腿、小腿外側麻木，酸軟，怕冷，疼痛，痛点在髂嵴下緣和髂前上棘的軟組织。大腿前面酸痛无力，上坡时疼痛加重，抬腿困难者，痛点一般均在腹股沟髂腰肌处。

膝关节痛：痛点多在膝关节(略上方)两側或髌骨的周围。

肩关节痛：大多数发生在其周围組织，很少发生在肩关节內，痛点都在肩胛冈上、下的軟組织。

二、操作方法：

1．痛点选准后，用5～10%葡萄糖注射液，准确地注入疼痛部位。用量及注射深度按病变部位的大小、深浅而定。一般一次局部注射最多20毫升，如痛点消失遺留有酸胀感，可在葡萄糖液內加1/2或1/3量的4%碳酸氢鈉或維生素B_1，再次注射。得病时間长，症状与气候变化关系密切，疼痛又不十分剧烈者，可用生理盐水或0.45%盐水作痛点注射，亦有疗效。

2．病变部位表浅者，可用外敷外搽法与水針配合应用。用等量生姜、大蒜混合砸烂成糊状，加少量酒精或酒，局部外敷，用塑料布或油紙复盖，用布包扎，根据病人耐受程度，包扎时間可灵活掌握。

还可以用辣椒酊（辣椒在酒內浸泡一周，比例不定，越辣越好）涂搽患处，每日一、二次。

注意事項

一、注射后局部有胀感，8～12小时可有輕度不适和疼痛，数小时至一

天即可消失，所以隔 2～3 天注射一次为宜。也有少数病人当晚有輕度发烧，次日即退，无需处理。

二、无特殊禁忌症，对孕妇不作腰骶部注射，患发烧、感冒、急性传染病者暫不用。

三、药液不应注入关节腔內。

小剂量葯物穴位注射

应用小剂量药液注射到治疗穴位內，从而治疗一些急、慢性病。此种方法不但节約药物还能提高疗效，是一种中西医結合的新疗法。

操作方法

一、根据病症选好穴位（見附表）。

二、根据病情的需要选好治疗药物，用一般剂量的1/10～1/2，对疼痛可选用0.5～1%普魯卡因，作穴位肌肉注射：用 2 毫升空針垂直刺入穴位，提插捻轉，有針感后将药液推入，每穴注入液量0.5毫升。

三、每次注射二个穴位，或一組穴位，急性病每日一次，慢性病隔日一次。

小剂量葯物穴位注射治疗常見病表

病　　症	穴　　位	葯　　物
哮　喘	治喘、天突、內关、足三里、膻中	氨茶碱、腎上腺素、麻黃素等
胃　痛	中脘、足三里、內关、胃俞	阿托品
高血压	曲池、足三里	利血平
肝　炎	支沟、肝俞、胃俞、足三里	維生素B_1、B_{12}
神經衰弱	1.神門、三阴交、內关、大陵、气海、关元 2.足三里、三阴交	維生素B_1、B_{12}，严重失眠可用鎮靜剂 0.5% 普魯卡因每穴0.5～1毫升
神經痛	按新針疗法选穴	維生素B_1、B_{12}，1%普魯卡因
血栓外痔	上唇系带两旁粘膜	0.5～1%普魯卡因各注射1.5毫升，每日一次共3～5次
腹胀及手术后腸麻痺	足三里	新斯的明

按摩疗法

按摩疗法是医生运用手掌和手指在人体上进行連續性揉按动作，以达到一定的医疗保健目的的疗法。此疗法方便易学，操作簡单，对不适应針刺的病人最宜。

按摩疗法的作用，主要是通过各种手法来推穴位、走經絡、补虛泻实、祛病扶正，使經脉暢通、气血調和，以达到防治疾病的目的。

适应症 扭伤、挫伤、慢性关节炎、神經痛及診断不明的筋骨痛、胃十二指腸潰瘍、慢性胃腸病、小儿消化不良、小儿疳积。

禁忌症 腹腔內急性炎症、急性或慢性化脓性炎症、传染性皮肤病、妊娠期中的腰腿痛、恶性肿瘤等。

按摩常用手法

一、按法：是用手指或手掌在病体适当部位进行的按压手法。可用指按(图 3 —39)、掌按、单手按或双手按。适用于全身各部，有通經活絡、暢通气血的作用。可治疗局部肌肉肿胀麻木、四肢冷痛等。

二、摩法：用手指或手掌在病体适当部位作柔軟研摩，由內向外、由上至下、由輕到重，力量一般仅达皮肤和皮下。主要依靠腕力，多配合推法进行（图 3 —40、3 —41）。可单手摩或双手摩。有祛风散寒、舒筋活血、消肿止痛作用。适用于四肢关节、头、胸及腰背部。可治疗外伤性的肿痛。



图 3 —39 按法



图 3 —40 手指摩法



图 3 —41 手掌摩法

三、推法：用手指或手掌向前、后、左、右用力推动。常用有拳推、掌推、指推法（图 3 —42、3—43、3—44）。常配合摩法使用。在不同情况下，可采用单手、双手推，根据病变的部位不同又分为平推、直推和側推。胸腹胀滿、消化不良、肝胃不和者，取仰臥位，采用平推手法；坐骨神經痛、腰背痛者，取俯臥位，采用由上至下的直推手法；肩胛部或四肢风湿痛、四肢麻木者，取側臥位，采用側推手法。

四、拿法：以大拇指和其他几指作对称的用劲，把皮肤、肌肉或筋膜

用力提拿起来。可用单手或双手，用力不要过猛，以病人拿后感觉輕松为度，多用于肌肉丰厚处。有疏风散寒的作用。常用于治疗落枕、四肢痛等（图 3 —45）。

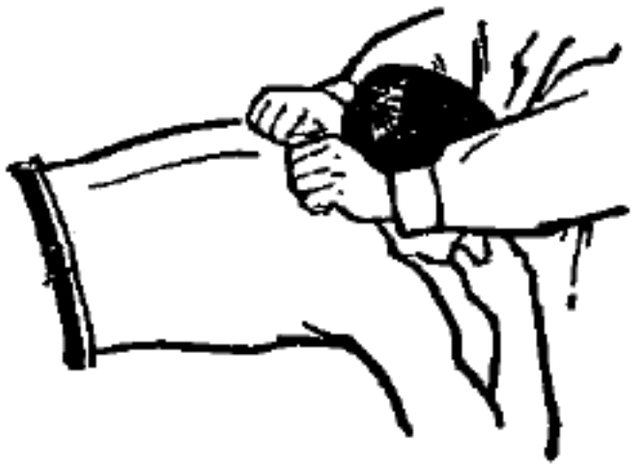


图 3 —42　拳推法

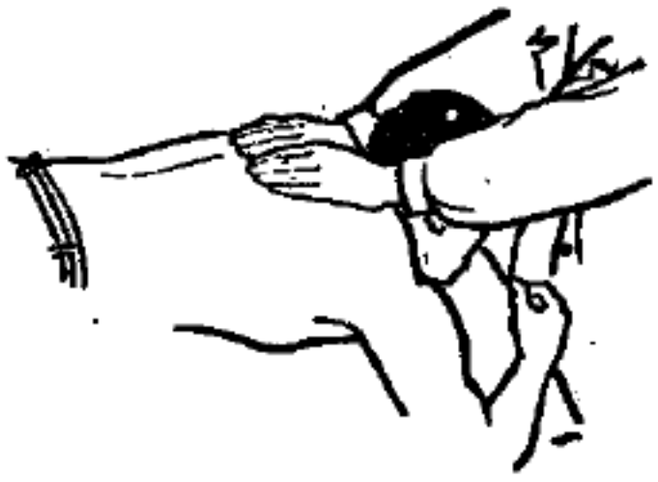


图 3 —43　掌推法



图 3 —44　指推法



图 3 —45　拿法

五、揉法：用手指或手掌貼附在病人皮肤上，作輕微的带轉移性的回环揉动，一般配合捏法。揉法是一种柔和手法，揉时掌指不能离开病人皮肤。它有和气血、活經絡的作用。适用于腰背、四肢扭伤和腹部疾患如脾胃虛弱、消化不良等（图 3 —46）。

六、捏法、用手指挤捏皮肤、肌肉的手法，多配合拿法使用。可用单手或双手捏。有祛风寒作用。治疗头、項、背、腰、四肢疼痛(图 3 —47)。

按摩手法分为强刺激和弱刺激两种。强刺激：手法重、时間长，适用于实証、疼痛重。弱刺激：手法輕、时間短，适用于虛証、疼痛輕。施手法要先輕后重，要柔和持久，由慢而快，由浅到深，先治急、后治緩。

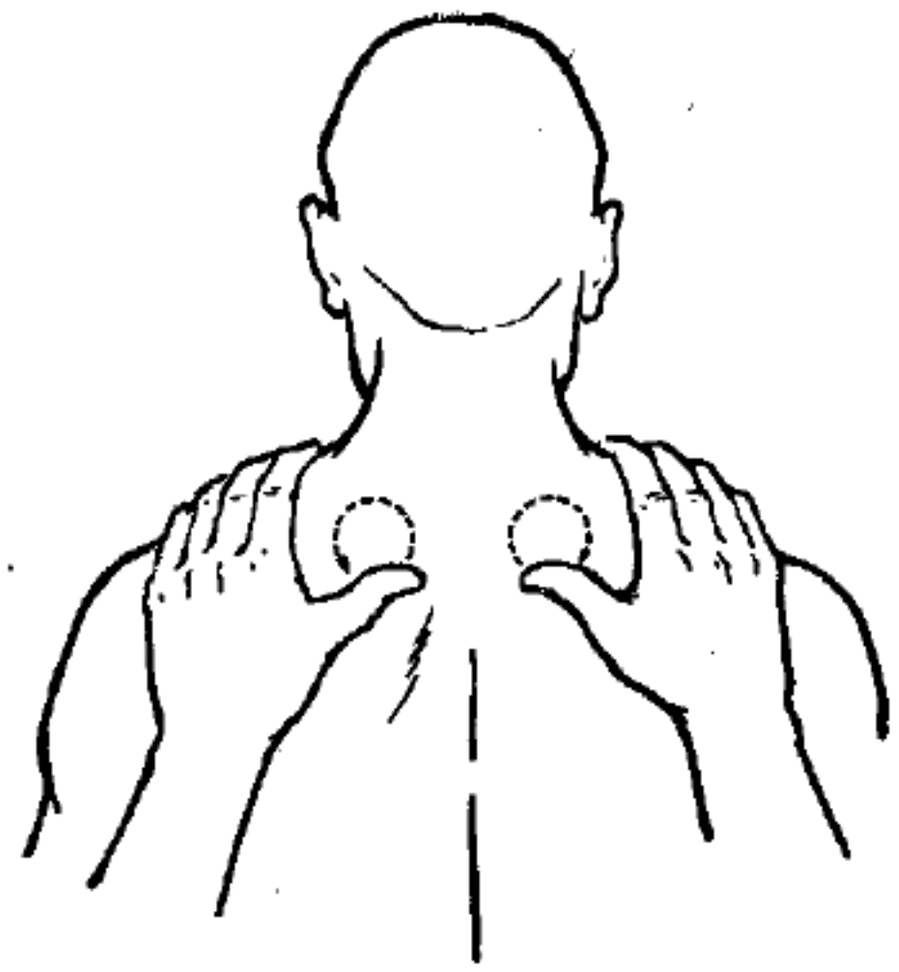


图 3—46　揉法



图 3—47　捏法

捏脊疗法

捏脊疗法是一种簡便易行的民間疗法。它是在人体脊背部运用一定的捏拿手法，从而达到治疗疾病的目的。

适应症　主要是治疗小儿营养不良、消化不良、小儿疳积及消化功能紊乱（如食慾不振、呕吐、腹胀、腹泻和便秘）等。对于成人的失眠、高血压、腰痛等也有一定疗效。

操作方法　病人俯臥位或坐位，捏脊时用双手操作，将双手握成空拳状，沿脊柱两旁，用拇、食二指将皮肤提起，由长强穴起順背部正中，自下而上，拇指和食指交替捏提，向前推进，至大椎穴为止(图 3—48)。依病情輕重可重复 3～5 遍。然后再根据不同的病証，在不同的穴位上，用力向上提一下，最后用拇指揉按此穴 1～2 分钟。

每天可捏 1～2 次，6 天为一疗程；必要时可休息 3～5 天后，再进行第二疗程。



图 3—48　捏脊手法

注意事项

一、捏脊时双手用力要均匀。捏拿皮肤的厚薄、松紧要适宜。一般捏起皮肤高度在0.5～1 厘米左右較为合适。

二、推捏速度，一般推捏一遍約10～15秒。宜在清晨或空腹时进行。

三、如患有严重的心脏病，背部皮肤化脓性感染等，不宜采用。

灸　法

灸法就是用紙卷艾絨制成艾卷（无艾絨也可以用烟卷、绳类等）点燃后在穴位上熏烤，产生溫热感而起到通經絡、驅风散寒的作用。

灸法适用于虛証、寒証和一般慢性病，如支气管哮喘、阳萎、早泄、久痢泄泻、风湿性关节炎等。热証、实証、化脓性炎症和顏面疾患等則禁灸。

灸的方法　根据病情，选择治疗穴位。让病人取合适的体位，摆好姿式，医生持艾卷点燃一端在选好的穴位上迴旋移动进行熏烤。进行灸疗时要注意艾卷燃端和皮肤的距离一般約5分～1寸左右，以病人感觉局部有溫热感为度（图3—49）。如感到灼痛将艾卷放高一点，穴位上无溫热感时将艾卷放低一些。一般每穴灸5～15分钟。

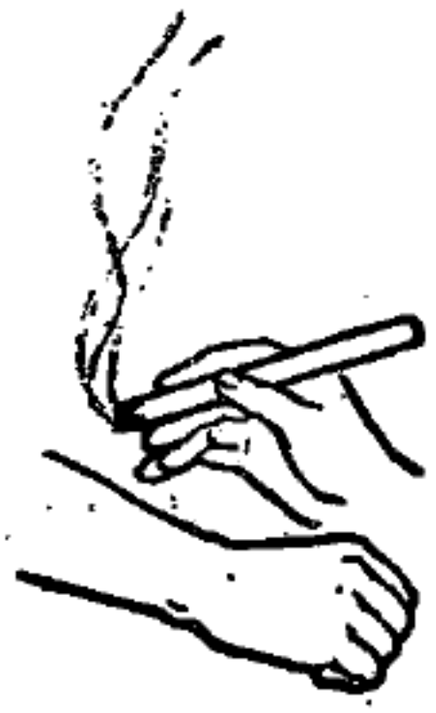


图3—49　灸法

在作灸疗时也可以在穴位上先垫上姜片、蒜片或食盐，然后再用艾卷灸于其上。一般呕吐、腹泻、腹痛和某些体虛的証候适宜隔姜灸。虛痨隔蒜灸。急性吐泻或虛脱肢冷者宜隔盐灸。

注意事項

一、在施灸时避免艾卷的火星脱落，以免造成燙伤。如果施灸后有燙伤起泡的現象，可在水泡的根底部，用酒精消毒，用消毒好的針挑破将水放出，不要去掉泡皮，擦上龙胆紫避免感染。

二、在施灸时要注意摆好姿式避免燙伤。对局部知覚迟鈍的或知覚消失的患者，不能以病人的感觉为标准，医生要自己先試好艾卷与皮肤的距离，还要注意病人的皮肤顏色变紅，手摸穴位有热感即可，避免燙伤的发生。

拔罐疗法

拔火罐是一种簡便有效的治疗方法。对风湿痛、腰背酸痛、头痛、腹痛、胃痛等常見病的止痛效果很好，并可利用拔罐的吸力帮助引流或排脓。拔罐还可以与新針疗法綜合治疗更能提高疗效。

操作方法

一、拔罐部位应选在痛点或其附近穴位，皮肤要平坦，肌肉比較丰滿，并洗淨擦干。

二、病人取舒适体位，注意避风保暖。火罐可用陶瓷罐、玻璃罐或竹筒罐，其大小根据病情和拔罐部位而定。

三、罐內滴入少量酒精或白酒（或用碎紙条亦可）点燃，至火焰最旺

时，迅速将罐口向下扣于皮肤上，此时火罐即紧紧吸附于所拔部位。拔罐时不要移动体位，以免火罐脱落。

四、拔罐的时間一般5～10分钟。起罐时，用手指按压罐口周围皮肤，使空气进入，然后取下，不要硬拉或轉动。

注意事项

一、避免烫伤，吸拔时間不应过长，以免发生水泡。

二、全身痙攣、出血性疾病、皮肤有严重潰瘍、过敏、浮肿、毛发較多的部位以及身体消瘦部位、孕妇的腰腹部，均禁拔火罐。

挑痔疗法

适应症 内痔、外痔、混合痔、肛裂、肛門瘙痒、輕度脫肛等。

治疗方法

一、寻找痔点：

1.病人体位：病人坐在靠背椅上，两手扶于靠背椅架上，暴露出背部，凡患有痔疮的病人，在背部多数有痔点可見。

2.痔点的部位：上起七頸椎，下至四、五腰椎，两側至腋后綫，在此范围內均为痔点出現的部位，但多見于中下部。

3.痔点的特点：似丘疹样，稍突起表皮，針冒大小，略带色素，多見为灰白、暗紅、棕褐色、浅紅色不等，压之不褪色，有的点上还长有一根毛。

4.寻找方法：首先必須与痣、毛囊炎、色素斑等相鉴别，然后再去寻找痔点。找痔点困难时，用两手在病人背部摩擦，注意痔点的出現。在背部可能同时出現两个痔点，选其明显的一个，每次只挑一个；如果背部找不到痔点，就选其最特殊的一点作試驗性治疗。痔点越靠近脊柱，越靠下，效果越好。

二、操作方法：痔点确定后，用碘酒、酒精消毒皮肤，用粗針挑破痔点表皮，然后向內深入，可挑出白色紆維样物数十条，挑尽后酒精消毒周围皮肤，貼以橡皮膏即可。

注意事项

一、痔在炎症期疗效明显。

二、注意无菌操作，防止感染。

三、取重、强刺激手法。

四、挑痔后当日禁止重体力劳动，尽量少吃刺激性食物。

五、孕妇禁挑，以免引起流产。

卤干疗法

卤干疗法是在无产阶級文化大革命取得伟大胜利的凱歌声中誕生的，

它是祖国医学史上的伟大創举，是毛主席无产阶級卫生路綫的伟大胜利！

实践証明，卤干疗法不但对克山病有奇特疗效而且对多种常見病、多发病均有良好效果，这对认眞貫彻执行毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的伟大指示，广泛开展群众性防治常見病、多发病的运动开辟了一条广闊的道路。

适应症 卤干疗法除对慢性克山病有特殊疗效外，对大骨节病、地方性甲状腺肿、波状热均有較好疗效，对克汀病、风湿性关节炎、类风湿、肺原性心脏病、动脉硬化性心脏病、高血压性心脏病、矽肺、支气管炎、支气管哮喘、慢性腎炎、慢性腎盂腎炎、黄疸性肝炎、慢性肝炎、肝硬化腹水、潰瘍病、慢性胃炎、高血压、湿疹、神經衰弱、癔病、痢疾、阴道炎以及部分肿瘤等都有一定的疗效。

卤干的药理作用

一、强心作用：从卤干对克山病的奇特疗效来看，卤干对心肌坏死有保护作用，它不单对心肌变性疾病——克山病有治疗作用，对其他心肌損害性疾病也有一些治疗作用。这种治疗作用可能与卤干成份中占70%的二氯化鎂有直接关系。这种强心作用并不像毛地黄制剂那样直接作用于心肌，卽增强心肌的收縮力，而是通过心脏冠状动脉的扩张作用使心輸出量增加，改善心功能，从而使心力衰竭得到控制。

由于卤干发揮作用較慢，不宜用作急救。輕度心衰病人可单独服用卤干，严重心衰病人，最好先注射西地兰、毒毛旋花子素等强心剂及时控制心衰的急性发作后，在严密观察下，再以卤干維持。

二、鎮靜作用：卤干对人体的鎮靜作用是通过調节大脑皮层的兴奋和抑制的不平衡过程，而非单純抑制。对大脑皮层抑制作用弱的病人，可使抑制增强，如神經衰弱失眠多梦的病人，服药后普遍反应夜里睡眠好，白天头脑清醒，精力充沛。

三、降压作用：卤干有一定的降压作用。有些病人，随着药量的增加，降压的效果愈明显。其降压作用似与扩张外周血管及鎮靜作用有关，对失眠、头痛、头暈等症状的消除有較好效果。一般病人服药后2～3天睡眠好轉，5～7天头痛、头暈消失，15天左右均有不同程度的血压下降，用药維持2～3周后不再复升。但一部分病人停药后可有血压再度上升，需要較长的巩固治疗阶段。

四、利尿消肿作用：卤干对心、肝、腎病所致水肿及营养不良性水肿，妇女不明原因性浮肿均有一定的利尿消肿作用。病人服药后尿量增加、腹水消退、下肢浮肿減輕或消失，且病人在大量利尿后并不出現水及电解质平衡紊乱的現象。

五、制酸及健胃作用：卤干为碱性药物。其主要成分为碱性的二氯化鎂，与氧化鎂作用相似。此外卤干中又含多种无机盐的集合体，各种成份

之間往往有协同作用。二氯化鎂与盐酸的中和，这是治疗消化性潰瘍的依据。病人服药后均感腸鳴音活跃、食慾增加、有饥餓感等。表明卤干对胃腸神經运动功能有增进作用；此外尙能改善腸壁血液循环和去除胃腸积气。

六、止痛及祛风湿作用：从治疗风湿性关节炎及大骨节病的效果看来，此药具有良好的止痛祛风湿作用。尤其是疼痛較重并伴有关节肿胀、机能障碍者，效果更为明显。偶有暫时症状加重現象，坚持服药后即可好轉或消失。

七、治疗肝病：卤干对肝病有一定效果。由于改善胃腸机能、促进营养吸收、及其止痛作用，从而起到保护肝脏的效果。服药后肝炎病人普遍感到疲劳減輕、睡眠好、食慾增加、疼痛減輕、肝脏縮小、肝功能好轉。

八、鎮咳、祛痰、解痙、脫敏作用：卤干对慢性支气管炎、支气管哮喘具有良好的治疗作用。其一是稀释痰液、使痰易于嗦出，起到口服氯化銨的作用。其二是解除支气管的痙攣，病人自觉呼吸困难減輕，肺內哮鳴音、囉音显著減少，起到口服氨茶碱的作用。一般效果产生較慢，但坚持服用效果很好。卤干对于一些慢性皮炎类、牛皮癬、蕁麻疹、脚癬等有脫敏止痒、消炎、減少滲出的作用。既可內服，也可外用。

九、抗菌消炎作用：卤干用于治疗支气管炎、痢疾等病，有一定的抗菌消炎退热的作用。

十、抗癌作用：广泛使用卤干的經驗表明，卤干有一定的抗癌作用，可以作用癌細胞和消除癌組织周围水肿；对胃、肝癌等有一定疗效。目前正在試用中。

剂型、剂量及投药方法

一、剂型：1.粉剂。2.片剂：每片含卤干粉0.5克。3.外用水剂：浓度为50%。4.膏剂：含卤干30～50%。5.注射剂：浓度为10%作靜脉注射。

二、剂量及投药方法：因个体差异、对药物耐受性不同，而选用不同剂量。开始用量較小，逐漸增加剂量。一般每日量为3～9克，常用量6克，分三次口服。儿童酌減。服用粉剂应先以水溶解后再服，否則可引起粘膜燒伤。片剂可以直接口服，但应迅速吞入。均宜飯后半小时服用。外用药（水剂、膏剂）則可直接涂于患处。

注意事项和副作用　卤干副作用很少。部分病人服药后有輕度腹泻，三、四天后自然停止。若腹泻不止可暫停服药。个别病人服药后胃部有燒灼感，可多飲开水。服药期間，应少吃牛奶、豆腐等蛋白质类食物及酒、辣椒等刺激性食物和紅糖。

穴位刺激結扎疗法

穴位刺激結扎疗法是治疗小儿麻痺后遺症的一种新疗法，是在有关穴

位附近切开皮肤，用羊腸綫穿过穴位进行刺激結扎，以恢复神經肌肉功能。这是亲人解放軍，高举毛泽东思想伟大紅旗，創造出的又一新成就。

操作方法

一、根据病情选好穴位，皮肤常規消毒，用0.5～1％普鲁卡因在穴位两側（与經絡或肌肉、神經走向呈垂直約1.5公分处）分别进行麻醉。

二、于一側麻醉处，用刀尖切开皮肤0.3～0.5公分，用血管鉗由切口伸入至穴位处按摩1～2分钟，使病人有酸、麻、胀、热感。

三、取出血管鉗，用大圓縫皮針穿粗羊腸綫，从切口經穴位下方，穿至对側麻醉处出針，将牵引綫之两端来回抽动，呈拉鋸状进行刺激半分至一分钟，然后再由原出口刺回，經穴位上方穿过，于原入口处出針，結扎羊腸綫。如发病时間短，体质壮者，可結扎稍紧；如发病时間长，体质弱者，可結扎松些。将綫头送入切口內，切口不縫合，盖消毒紗布，包扎。

常用穴位 主要选用新穴。

穴　名	穴　位
抬　肩	肩峰前下1.5寸（图3—50）
举　臂	抬肩穴下2寸（图3—50）
纠外翻	三阴交下0.5寸（图3—51）
迈　步	髀关穴下2.5寸（图3—52）
四　强	髌骨上緣直上4.5寸（图3—52）
跳　跃	髂嵴后下2寸（图3—53）
跟　平	內外踝連綫与跟腱相交处（图3—54）
落　地	膕窝横紋中央直下9.5寸。（或小腿下1/3后中点）（图3—54）
直　立	委中穴上4.5寸偏內1.5寸（图3—54）
腓　腸	委中穴下4寸偏外1.5寸（3—54）
上阳关	阳关穴上1寸（图3—54）
前　进	风市穴上2.5寸（图3—55）
阴　亢	承扶穴內側1.5寸（图3—56）
趾平穴	足大趾跟上中点（图3—57）



图 3—50



图 3—51

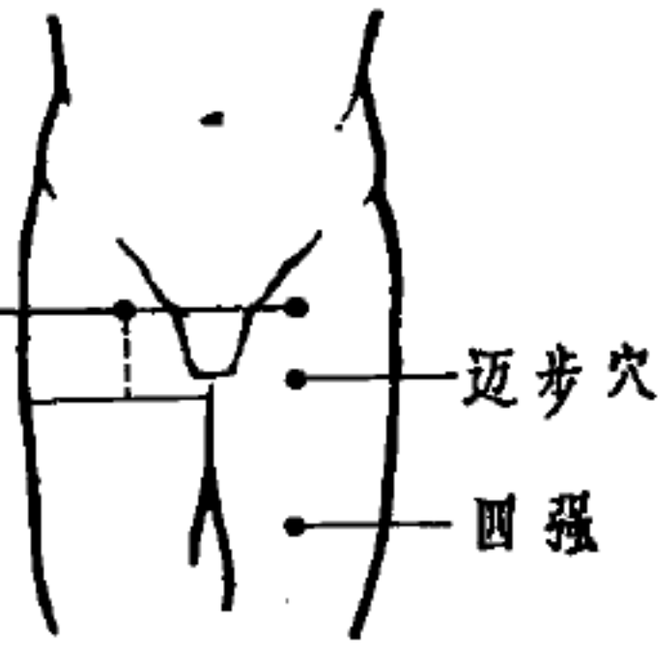


图 3—52

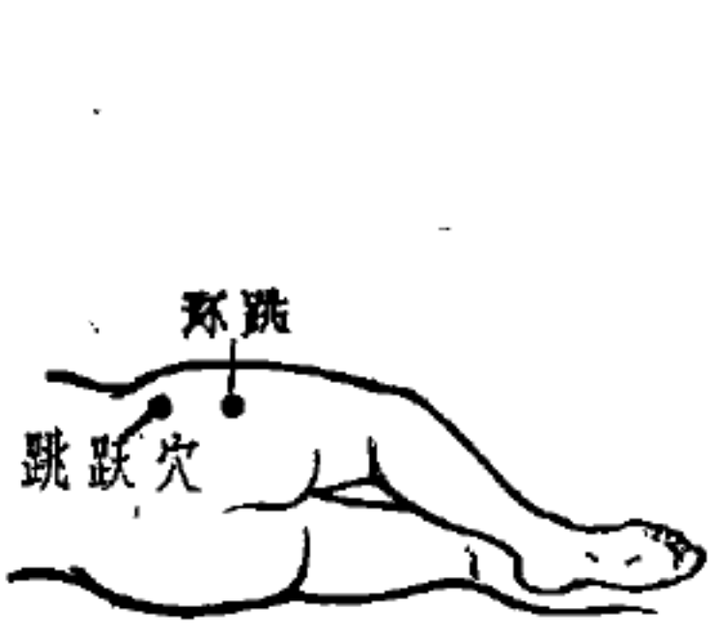


图 3—53

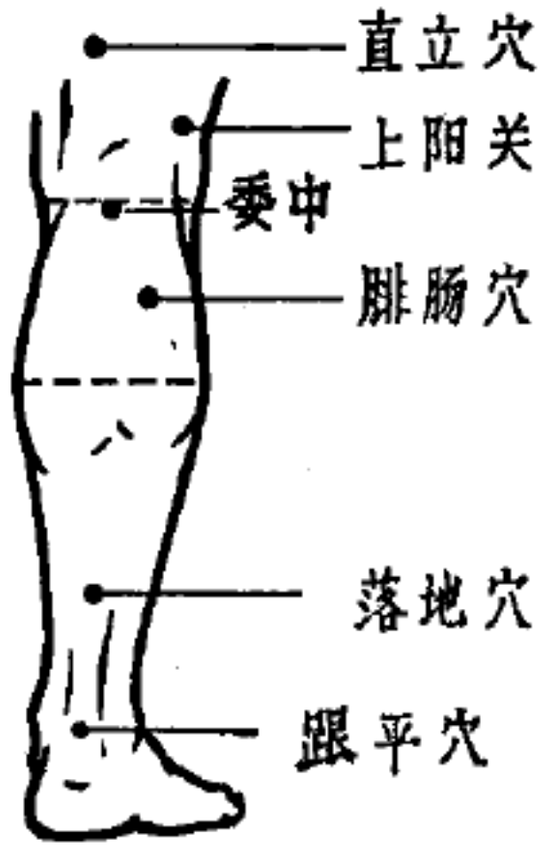


图 3—54

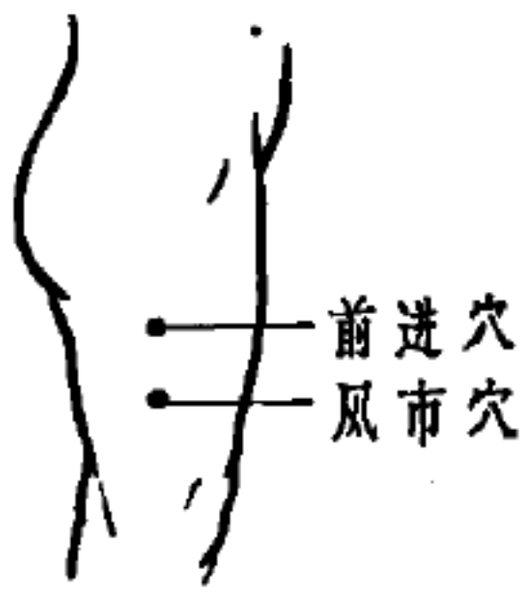


图 3—55



图 3—56



图 3—57

配合治疗穴位

肩胛部：

肩髃、肩貞、肩井（大椎与肩峰連綫中点）、天宗（肩胛岡下緣中点下1寸）。

上肢：

內側——魚际、青灵（肘上三寸，肱二头肌內側沟中）。

外側——后谿、阳池、外关、四瀆、合谷、曲池、臑会（后腋縫下一寸直对肘尖处，在三角肌后緣）、手三里（曲池下二寸）。

下肢：

內側——三阴交、血海、箕門（血海上六寸）。

外側——环跳、风市、絕骨、阳关、維道（髂骨前五分）。

前側——髀关、伏兎（膝髌上緣上六寸，髂前上棘与髌骨外緣連綫上）、鶴頂（屈膝，髌骨上緣正中）、足三里、丰隆。

后側——承扶、殷門、承山。

荐部：

上、次、中、下髎（俯臥，分别在第一、二、三、四骶后孔孔中）。

选穴原則

一、全力找出主要矛盾，按“主带次”、“上带下”的原則选穴。如上肢瘫痪主要矛盾是肩部肌肉麻痺，选穴重点放在三角肌、肱二头肌等麻痺部位，如三角肌麻痺取抬肩、肩髃等穴。下肢瘫痪主要矛盾在于臀大肌及股前、外側肌群麻痺，应选跳跃、风市、四强、足三里等穴。如下肢內收肌攣縮，足內翻，則麻痺肌組在外展肌群，应先取阳經穴位，使外展肌群的肌力恢复后，肢体畸形也易于矫正。足外翻則恰相反。选穴一般不超过三个，如上肢麻痺可在肩、上臂、前臂，下肢麻痺可在臀部、大腿、小腿各选一穴。在同一条經上每次只选一个穴。

二、掌握矛盾的轉化規律，如下肢麻痺，前外側肌张力恢复后，矛盾的主要方面就轉到內后側肌群，此时应換选阴經穴位。

三、要注意矛盾的特殊性，有严重关节畸形，一方面选穴治疗，一方面配合夹板、石膏固定或外科手术。

穴位組合表

部位 / 病情 / 穴位 / 次数	下肢			上肢			腰部
	腿細，无力，跛行。脚趾不能伸直，足下垂、外翻，膝关节屈曲	腿軟无力，扶腿或扶拐慢行。足跟离地，足内翻．膝关节后弓变形，腿不能内收	下肢完全瘫痪，軟如面条，臥床不起或扶物不能站不能走	上肢細，无力，尙能活动，但手握力小	上肢軟弱无力，上肢抬举困难，肘部伸屈困难，手腕不能伸展	上肢完全瘫痪，軟如面条，发凉，肌肉严重萎縮	腰部前后或左右弯曲变形，不能坐起或不能直腰及臀肌萎縮
一	下髎、风市、迈步、落地、足三里	伏兎、上髎、髀关、絕骨、鶴頂、阳关	命門、风市、足三里、四强	肩髃、手三里、臑会	肩貞、抬肩、肩井、曲池	大椎、肩髃、肩貞、举臂	命門、大椎、跳跃、阴亢、血海、落地
二	趾平、伏兎、上髎、糾外翻	箕門、血海、四强、丰隆、下髎	維道、伏兎、下髎	举臂、外关、合谷	阳池、臑会、四瀆、天宗	天宗、手三里、合谷	維道、中髎、风市、丰隆、心俞
三	跟平、承扶、直立	脬腸、殷門、上阳关	迈步、血海、三阴交、阴亢	肩貞、曲池、魚际、后谿	肩髃、肩貞、手三里	天井、外关、肩井	上髎、承扶、箕門、絕骨
四	环跳、前进、丰隆	承山、下髎、跟平、四强	上髎、阳关、殷門、脬腸	肩貞、肩井、青灵	大椎、外关、手三里	大椎、肩髃、手三里	前进、下髎、足三里

注：1.趾平穴（治趾屈曲攣縮）、跟平穴（治足下垂）仅能穿綫，作結扎，可当备用穴位。
2.各組穴位可循环交叉使用，每次結扎选用一組。前次穴位之腸綫未吸收前（約15天）不能重作。
3.表浅部位有重要神經血管行走者，尽量避免取穴。
4.两次手术間隔至少半个月，以便观察疗效和决定手术取穴。

經絡綜合疗法

經絡綜合疗法是广大医务工作者高举毛泽东思想伟大紅旗，进一步发揚祖国医学遺产，实行中西医結合的一种新疗法。

許多疾病可以在經絡及經穴上引起阳性反应。經絡綜合疗法就是通过在具有阳性反应的穴位上針刺、施用手法并注射药液和获取針感，以达到治疗疾病的目的。

经络简介　經絡是人体气血循行、脏腑之間以及人体內、外、上、下之間相互联絡的通路。人体的經絡主要有十四条。每条經絡的循行路綫及在体表的位置是固定的，而且每条經絡有它自己的气血汇集点(卽所称之經穴)，在背部的叫俞穴，在胸腹部的叫募穴，在四肢肘膝以下的叫郄穴。俞、募、郄穴和一些特定穴是經絡綜合疗法触診检查和进行治疗的主要部位。

触诊方法　在确定診断后，医生用拇指和食指（指腹或指端)沿有关的經絡路綫、經穴及特定穴，往返移动地进行按揉触摸，用力由輕而重，仔細检查經穴的压痛及阳性反应物（常見的为：条索、圓形、椭圓形、扁平或梭形結节）。出現阳性反应最明显的經穴及特定穴，就是进行治疗的部位。在触摸时要注意掌握"宁失其穴，不失其經"的原則，若触診未見到阳性反应，則亦可按有关經穴及特定穴进行治疗。

触诊的部位

一、背腰部第一行綫：脊椎两側旁开0.5寸，包括各热气穴在內（图3—58）。

二、背腰部第二行綫：脊椎两側旁开1.5寸，卽各俞穴的位置（图3—58）。

三、背腰部第三行綫：脊椎两側旁开3寸（图3—58）。

四、胸腹部十二經的募穴（图3—59）。

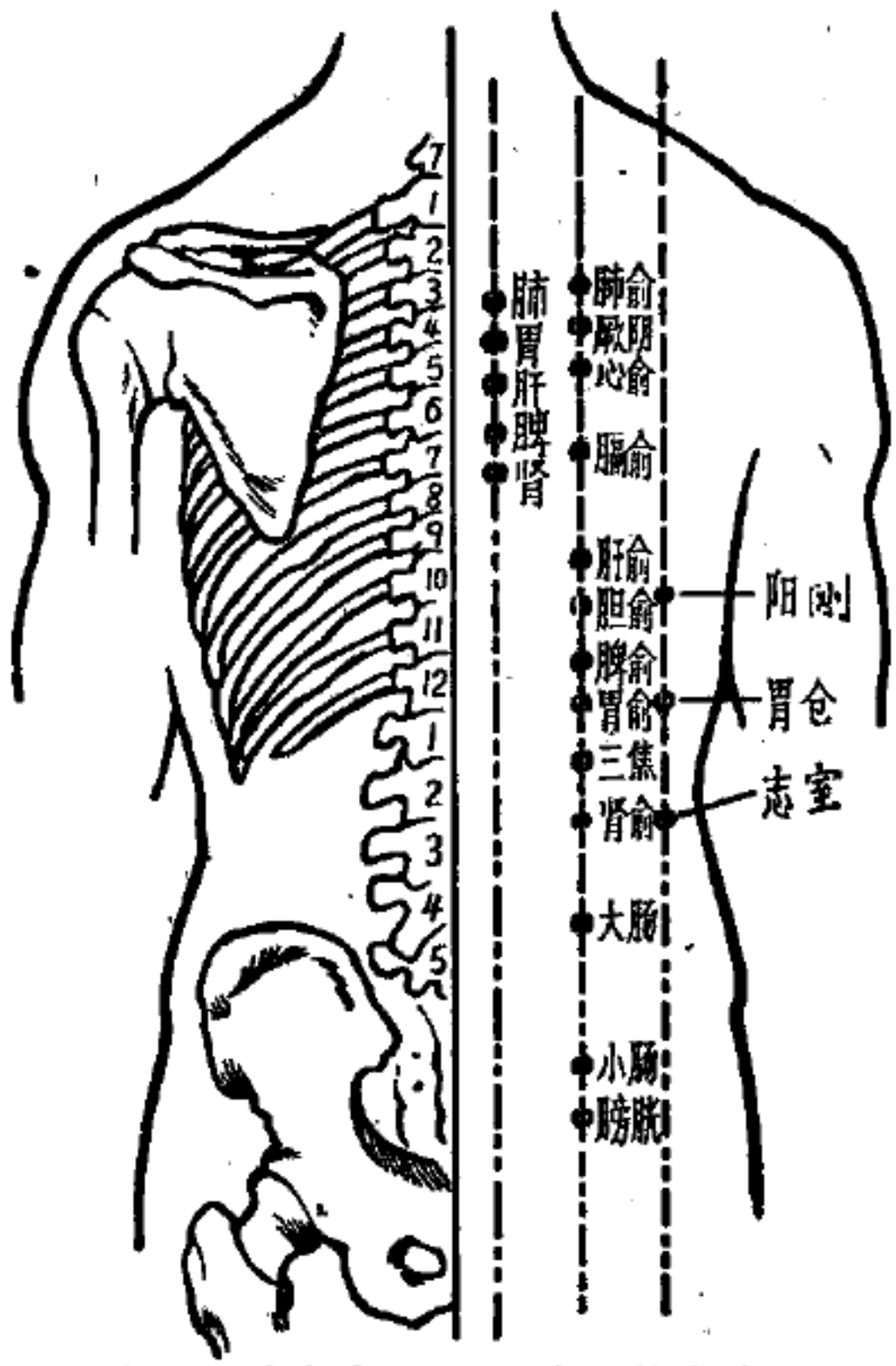


图3—58　背腰部循摸行綫及主要穴位

五、四肢肘膝以下至腕踝之間十二經的郄穴（图 3 —59）。

六、特定穴：如血压点（第 6 頸椎下旁开 2 寸）、結核穴（大椎旁开 3.5寸）、潰瘍穴（第12胸椎旁开 4.5 寸）、肩痛点（肩胛骨外緣中点处）、牽正穴（耳垂前0.5～1 寸）（图 3 —59）。

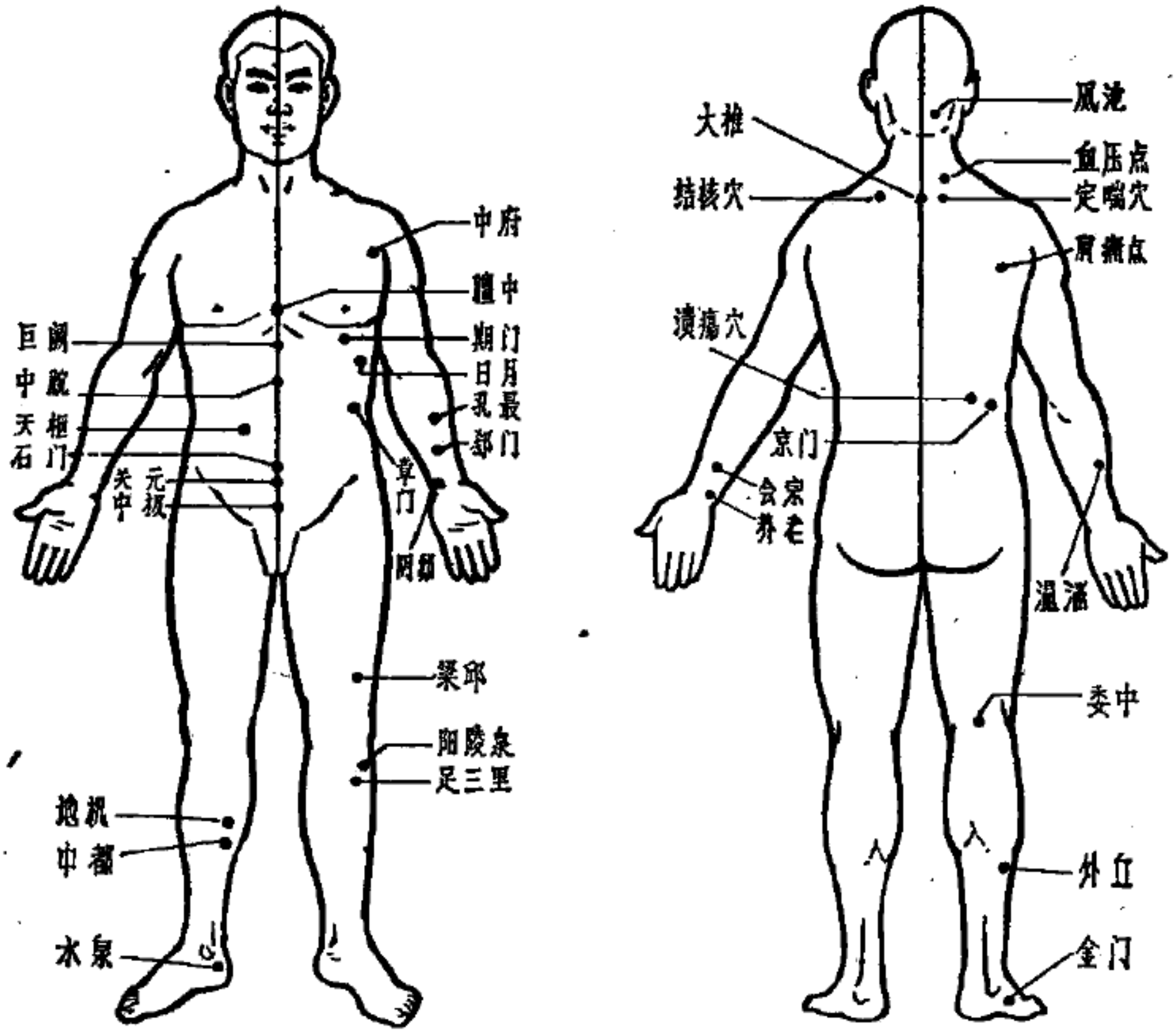


图 3 —59 募穴、郄穴、特定穴大体部位

背、腰部触診穴位及主証表

触診部位	穴名	位置	刺法	主証
第一行綫（脊椎两側旁开五分）	六頸椎	平第 6 頸椎两側	向上斜刺，深度 3～5 分	鼻炎、嗅覚迟鈍
	七頸椎	平第 7 頸椎两側	直刺，深度 3～5 分	急慢性扁桃体炎、喉炎
	大椎	脊背正中，第 7 頸椎下	向上斜刺，深度 3～5 分	一切热性病，感冒、疟疾

触诊部位	穴名	位置	刺法	主証
第一行线（脊椎两侧旁开五分）	肺热穴	第3胸椎下两侧	直刺，深度3～5分	肺炎、支气管炎
	胃热穴	第4胸椎下两侧	同上	胃炎、胃痛、齿龈肿痛
	肝热穴	第5胸椎下两侧	同上	肝炎、胆囊炎
	脾热穴	第6胸椎下两侧	同上	脾肿大、消化不良、胰腺炎
	肾热穴	第7胸椎下两侧	同上	肾炎、尿路感染
	筋縮	第9胸椎下正中	向外斜刺，深度3～5分	肝区痛、腰背痛
第二行线（脊椎两侧旁开一寸五分）	风池	耳垂后平行入发际凹陷中	向上斜刺，深度5分～1寸	头痛、偏头痛、眼科疾病
	天柱	第2頸椎两側	向上斜刺或直刺，深度3～5分	头痛、頸项强直、落枕
	大杼	第1胸椎下两側	直刺，深度3～5分	肢体麻木、关节炎、骨結核
	风門	第2胸椎下两側	向外斜刺，深度3～5分	感冒、流感、支气管炎
	督俞	第6胸椎下两側	直刺，深度3～5分	脱发、头皮瘙痒或脱屑
	膈俞	第7胸椎下两側	同上	各种慢性出血疾患、貧血、呃逆、呕吐、皮肤瘙痒
	十二經俞穴	（均見后十二經經穴部位及主証表）		
第三行线（脊椎两側旁开三寸）	意舍	第11胸椎下两側	直刺，深度5～8分	癔病、神經衰弱
	胃仓	第12胸椎下两側	同上	消化道潰瘍、胃炎、呕吐、胃痛、消化不良
	志室	第2腰椎下两側	同上	腰痛、阳萎、遺精、早泄、阴囊湿疹

經　名	体表循行的部位	俞穴	位　置
手太阴肺經	起于乳外側，沿肩鎖关节、肱、橈前內側，至拇指端	肺　俞	第3胸椎下，旁开1.5寸
手厥阴心包經	自乳下外側，沿上肢內側正中，至中指端	厥阴俞	第4胸椎下，旁开1.5寸
手少阴心經	自腋中，沿上肢尺側內面至小指內側端	心　俞	第5胸椎下，旁开1.5寸
手阳明大腸經	自食指內側，沿橈、肱前外側，过頸上至鼻旁	大腸俞	第4腰椎下，旁开1.5寸
手少阳三焦經	自手第4指外側端，沿上肢外側正中，过頸，上至耳后，眼	三焦俞	第1腰椎下，旁开1.5寸
手太阳小腸經	自小指外側端，沿上肢尺側外緣肩后，頸，上至耳前	小腸俞	第1骶椎下，旁开1.5寸
足厥阴肝經	自足大趾外側，沿小腿及大腿內側正中，过外生殖器、至胸胁两側	肝　俞	第9胸椎下，旁开1.5寸
足太阴脾經	自大趾內側端，沿脛骨內側、大腿內側、上至腹、胸部外側	脾　俞	第11胸椎下，旁开1.5寸
足少阴腎經	自足心，沿下肢內側后緣、腹、至前胸	腎　俞	第2腰椎下，旁开1.5寸
足少阳胆經	自眼，沿顑、耳后，过頸、肩、胸胁外側、臀、下肢外側至足第4趾端	胆　俞	第10胸椎下，旁开1.5寸
足阳明胃經	自眶下孔，沿顑、口、下頜、頸前、胸前乳綫、腹膺两旁、股、脛前外側至足第2趾	胃　俞	第12胸椎下，旁开1.5寸
足太阳膀胱經	自眼，沿头頂、脊椎两側、腰，臀、下肢后側、外踝、至足第5趾	膀胱俞	第2骶椎下，旁开1.5寸

穴部位、主証表

募穴	位置	郄穴	位置	主証
中府	鎖骨外端下2寸	孔最	橈内側，腕上7寸	呼吸道疾病，如肺炎、支气管炎、肺結核等
膻中	両乳中点，第4、5肋間	郄門	前臂内側正中，腕上4寸	神經衰弱、高血压、以及神經系統疾病
巨闕	剣突下1.5寸	阴郄	尺内側，腕上5分	心、血管疾病，如心慌、胸痛、及神經官能症
天枢	臍旁2寸	溫溜	橈外側，腕后5寸	腸炎、便秘及肛門疾患
石門	臍下2寸	会宗	腕后背側中綫上3寸	腹水、浮肿、腹泻
关元	臍下3寸	养老	尺骨头隆起凹陷中	疝、腸絞痛及泌尿疾病
期門	乳下2肋間第6肋骨下	中都	脛骨内緣，内踝上7寸	肝胆疾患、高血压、眼病
章門	第11肋端	地机	小腿内側中綫，内踝上8寸	胃腸及胰腺疾病，潰瘍病、胃炎、胰腺炎
京門	第12肋端	水泉	足内踝下后1寸	腰痛、耳鳴、遺尿、遺精、健忘、失眠
日月	乳下，第7、8肋軟骨間	外丘	腓骨后緣外踝上7寸	胆嚢炎、坐骨神經痛、风湿性关节炎
中脘	剣突下与臍連綫中点	梁丘	膝前外側上2寸	消化系統疾病、如潰瘍病、胃痙攣
中极	臍下4寸	金門	外踝下前1寸	膀胱炎、遺尿、月經失調

操作方法

一、治疗前要做好病人的思想工作，树立为革命治病的思想，同时还要讲明治疗的特点和治疗后出现的正常反应，如局部的酸、胀、沉、麻感觉，全身疲乏无力、困倦，甚至症状暫时加重的現象。

二、注射的药物必須容易吸收、无副作用，并具有一定的刺激性。常用的为：蒸餾水及針对不同病因配制的 3 ～ 5 %浓度的当归、紅花、川芎、防风等中药灭菌注射液，各种炎症可加小量青、鏈霉素。选用 2 ～ 5 毫升的注射器， 4 ～ $5\frac{1}{2}$号針头。

三、經触診确定阳性穴位后，皮肤常規消毒，右手执笔式持注射器，准确进針，刺中反应点則获得綫状針感传导，随卽匀速推入药液，此时放射样針感重复出現。

四、**“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。”**在治疗时，应針对不同的疾病和病人体质差异，采取不同的手法，以获得不同的針感。一般对慢性虛弱病人，針刺手法要輕，药液浓度要小，并緩慢推药，此时針感呈綫状放射传导，重复出現；对实热症、病人体质健壯，針刺手法可重些，药液浓度要大，迅速推药，此时針感呈較粗的带状或扇状放射传导。

五、药液的注射量一般每穴不超过 0.3～0.5 毫升， 每日或隔日注射一次，每 7 ～12次为一疗程，休息 3 ～ 5 天再进行第二疗程。

注意事項

一、胸背部应斜刺(3～5分)，不宜过深，以免伤及內脏，造成意外。

二、年老体弱及首次治疗的病人，应少选穴位，防止暈針（暈針处理办法参見“新針疗法”）。

三、注意药物反应及操作过程的无菌。

四、头面部及关节腔附近的穴位不宜注射。

四

我們作計划、办事、想問題，都要从我国有六亿人口这一点出发

——計划生育

計划生育是我国社会主义建設时期的一項重要既定政策。因为我国是一个社会主义国家，一切工作都要有計划地进行。因此，人类在生育上完全无政府主义是不行的，也要有計划生育。

以毛主席为首、林副主席为副的无产阶級司令部一貫十分重視这項工作。实行計划生育有利于学习毛主席著作，加速思想革命化；有利于**“抓革命，促生产，促工作，促战备”**；有利于教育子女，培养无产阶級革命事业接班人；有利于保护妇女儿童身体健康，解放妇女劳动力；有利于勤俭持家，提高广大社員生活水平；有利于破私立公，破旧立新，移风易俗，改造社会。

計划生育包括提倡晚婚和生育有計划两部分內容。推广計划生育工作要作深入細致的政治思想工作，要发动和依靠群众，批判封、資、修的种种思想影响，大破四旧，大立四新，树立以計划生育为荣的社会风尙。同时积极宣传男女青年实行晚婚。

革命医务人員对群众要加强計划生育的技术指导，大力推广口服避孕药等有效的避孕方法，并不断总結工作經驗。

口服避孕药

口服避孕药是一种人工合成的女性內分泌激素，利用其抑制卵巢排卵的作用而达到避孕的效果。这种方法需每月按时服药，停药后可迅速恢复排卵功能。

国产口服避孕药的試制成功，是我国工人阶級和革命的科学技术人員高举毛泽东思想伟大紅旗，走自力更生的道路而創造出来的丰碩成果。經过推广使用，証明口服避孕药是有效而安全的避孕方法之一。

药物　目前常用的有两种，可任选一种使用。

口服避孕药一号：内含主药炔諾酮和輔药炔雌醇。

口服避孕药二号：内含主药甲地孕酮和輔药炔雌醇。

服法 于月經第五天开始，每天服药一片，連續服22天为一周期。一般在停药后1～3天就会来月經。

注意事項

一、肝炎、腎炎未癒者，暫不宜服用。

二、必須坚持每天服药，如有漏服，第二天早上应补服，否則会造成避孕失敗或阴道出血。

三、最好在临睡前服药，可避免反应。如在服药期間发生头暈、恶心、呕吐等反应时，輕者不需处理，仍坚持服药，可自行消失；重者可給維生素$B_6$10毫克、維生素C100毫克，每日三次，連服七天，可使反应減輕或消失。

四、少数人服药后有阴道点滴出血，可每日加原服的避孕药一片，共三天。还可考虑加用炔雌醇。如出現月經样阴道出血，則需立即停药，于出血之第五天再从新服用一周期药。

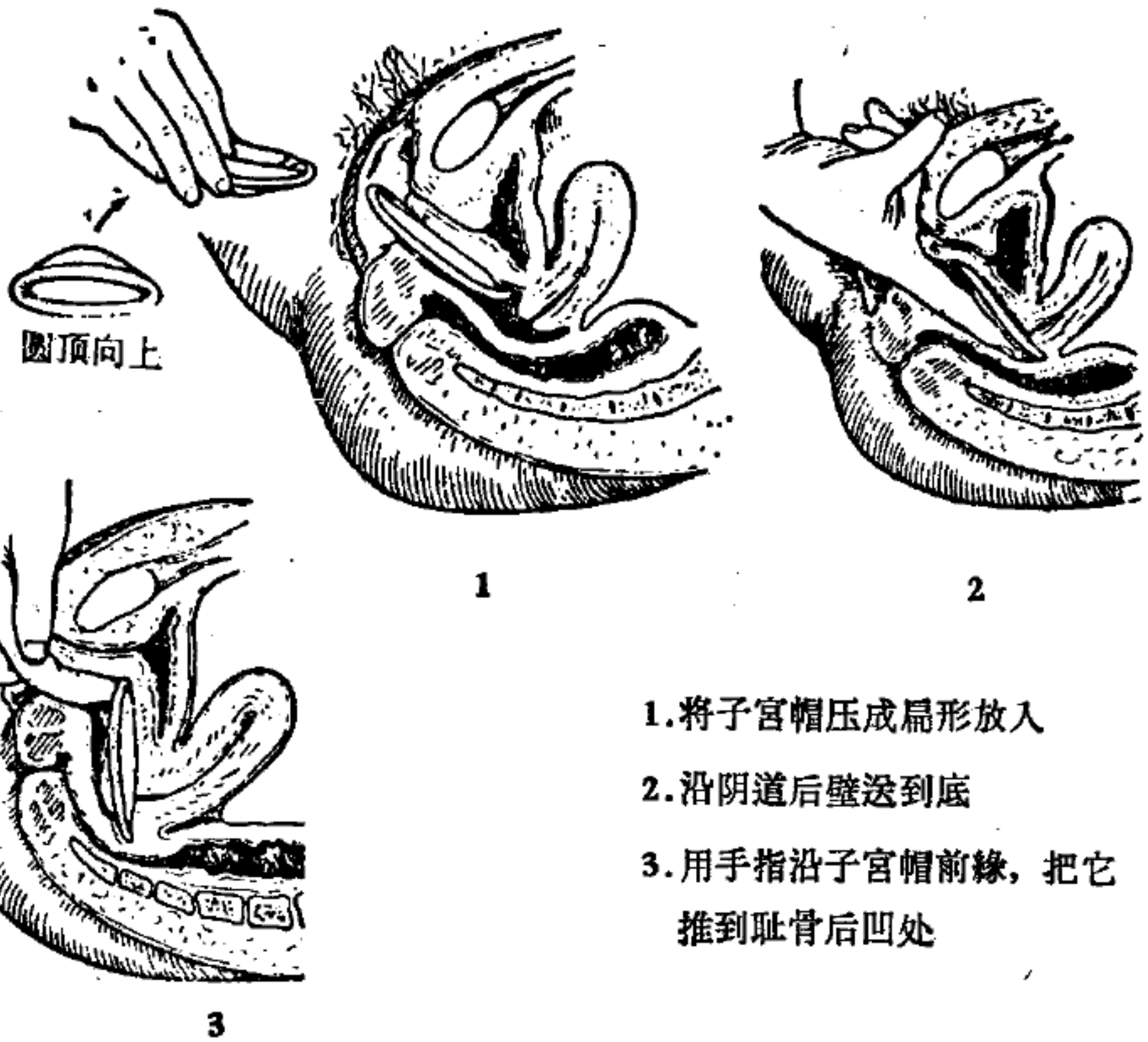
五、如服滿一周期药未来月經，可于停药后第七天开始服下一周期药。如果連續发生2～3次閉經，則需停药，暫采用其他方法避孕，等来月經后再服。哺乳期妇女，最好在来月經后服药。

阴茎套

阴茎套又称避孕套，是一种簡便有效的男用避孕工具，使用前先检查有无漏孔，再把套子頂端小囊里的空气挤出，套在阴茎上，使精液排于套內。射精后要按住套口，立即把阴茎和套子一起抽出，以免精液倒流套外，或套子滑脫在阴道內而造成避孕失敗。

阴道隔膜

阴道隔膜又称子宮帽，为女用避孕工具。其优点是对身体无害，效果佳，不影响性生活，缺点是放置較困难。常用的有65、70及75三种号碼。使用前要选择合适的阴道隔膜，在隔膜的边緣和頂端抹些避孕药膏。右手拇指和食指将隔膜的弹簧圈捏扁，左手分开阴唇，把隔膜順阴道后壁送到底，盖住子宮頸口，防止精子进入子宮，从而达到避孕目的（图4—1）。性交后8～12小时取出，取出时只要用食指伸入阴道，鈎住边緣的弹簧，向外一拉即出。



1.将子宫帽压成扁形放入

2.沿阴道后壁送到底

3.用手指沿子宫帽前緣，把它推到耻骨后凹处

图4—1　放置阴道隔膜方法

节育环

节育环又称避孕环，常用的有金属单环、麻花环、塑料环等。优点是方法簡便，可放置4～5年，不需要配合其它避孕措施，如要生育可随时取出。

适应症　凡已婚妇女，无手术禁忌症，而又自愿放置者，均可放置。但最好于月經干淨后3～7天內放置节育环，否則易引起出血过多。如果妊娠不超过10周，宫腔不超过11厘米，行人工流产术时，出血不超过100毫升者，可卽时放置。

禁忌症

一、有比較严重的全身性疾病，如心力衰竭、重度貧血、肝炎急性期等，或各种疾病之急性阶段。

二、生殖器官急性炎症或月經失調者，需治癒后放置。

三、产后未滿三个月，或哺乳期子宫腔深度不到5.5厘米者。

四、子宫位置重度前傾前屈、后傾后屈不能整复者，或宫頸变硬不能扩张者。

五、子宫頸过松或重度撕裂及重度子宫脱垂的妇女，放环后易脱落，虽非禁忌，但应劝用其他方法避孕。

术前准备

一、放置节育环虽属小手术，但术前必须詳作阴道检查，了解子宫位置及大小，附件有无压痛，可能情况下做滴虫检查，如发現异常应进行治疗后再上环。

二、凡有短期閉經或哺乳期閉經要求放置者，应先做詳細妇科检查，必要时做妊娠試驗或診断刮宫，以排除早期妊娠。

三、节育环的选择：选择的环过小，易带环妊娠；环过大，易脱落或引起腰痛、腹痛或月經过多。根据宫腔的大小，可参照下表选择。

子宫腔（厘米）	环内径（毫米）	环外径（毫米）
5.6～6.0	14	18
6.1～6.5	15	19
6.6～7.0	16	20
7.1～7.5	17	21
7.6～8.0	18	22
8.1～8.5	19	23
8.6～9.0	20	24

註：宫腔在5.6厘米以下或9.0厘米以上者，不宜放置。

人工流产后立即上环者，不能根据流产后宫腔大小选环，可根据胎次及身材大小选环。

胎次	环内径（毫米）	环外径（毫米）
1	16	20
2～3	17	21
4	18	22
5胎以上	19～20	23～24

註：身材高大加一号，身材矮小减一号，哺乳期未滿一年者减一号。

四、节育环的消毒：金属环用蒸气消毒或煮沸消毒。塑料环可用2.5%碘酒浸泡5分钟，再用75%酒精脱碘。

手术步骤

一、排尿后取膀胱截石位，外阴及阴道用0.1%新洁而灭涂擦后，再用2%紅汞或0.1%硫柳汞消毒。

二、外阴鋪无菌孔巾，术者戴消毒手套。

三、仔細查明子宫的位置及大小，如子宫过度前傾前屈或后傾后屈，

应先尽量将子宫調成水平位后再放置。

四、用阴道窥器将阴道扩开，宫頸用0.1%新洁而灭或2.5%碘酒及75%酒精消毒。

五、用鼠齿鉗将宫頸前唇夹住（也可不夹）。

六、用子宫探針依子宫方向探测宫腔大小。

七、以宫頸扩张器扩张宫口至6号（塑料环扩张至7号）。

八、将节育环放在子宫頸口处，用上环叉輕輕将环送到宫底，然后将上环叉慢慢退出（图4—2、4—3）。

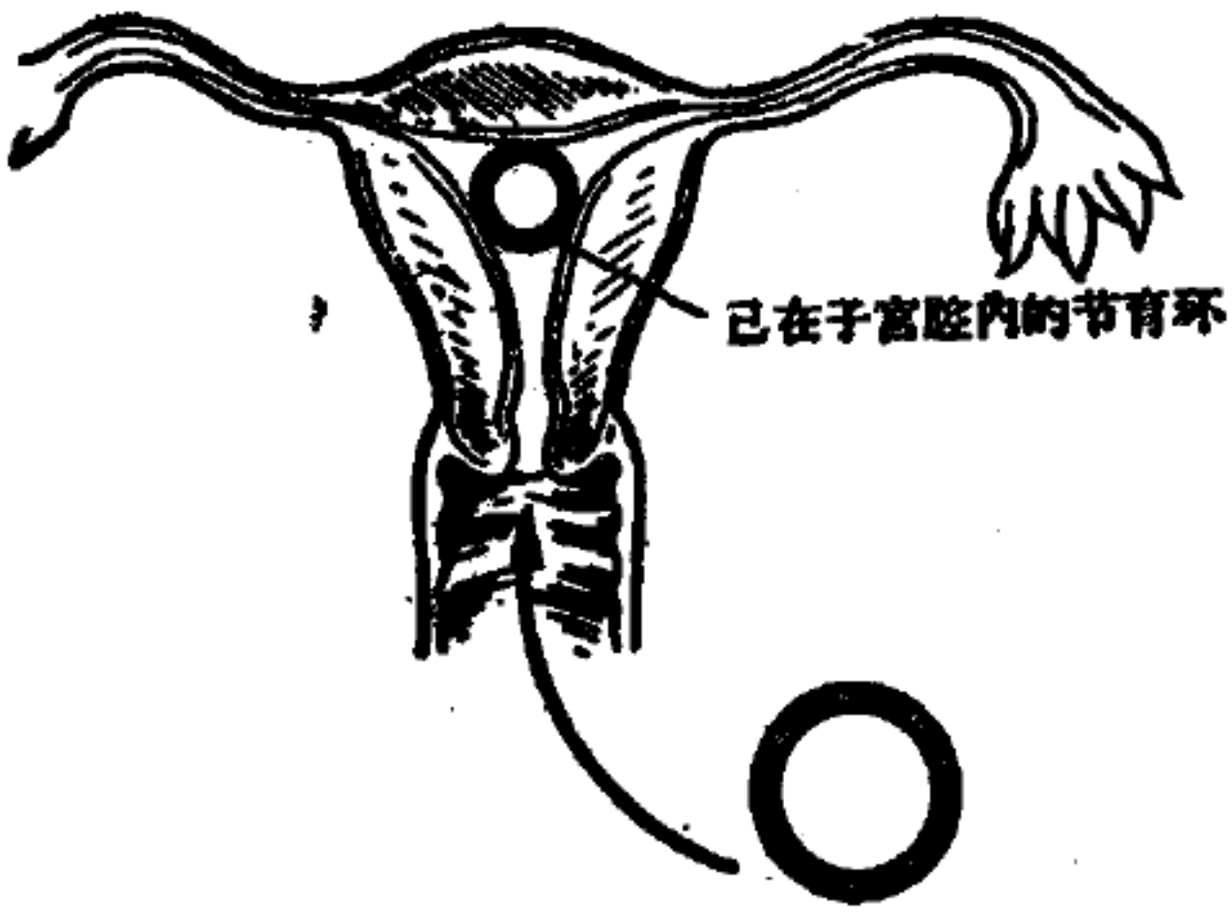


图4—2　放入节育环的位置



图4—3　上环叉

九、也可在节育环的边緣扎以9～10厘米长的尼龙絲，放环后在宫頸外口留置2～3厘米，其余剪掉，以便于术后复查及取环时外牵。

放环后注意事项

一、术后可能有少量出血及下腹部不适感，一般不超过3～7天可自行消失。

二、术后三个月内，尤其月經期应注意节育环是否脱出。

三、一周内不做过重的体力劳动，两周内禁止性交。

对失败者的处理

一、脱出：发现节育环脱落时，如要求继續上环，可在下次月經后再次放入。

二、妊娠：可根据对方自愿，进行人工流产及取环。若要求继續妊娠，可在分娩后取出。

取环

一、凡节育环已放置4～5年要求再生育，或放环后有不規則阴道流

血二月以上，或持續月經过多影响健康者，均应取环。

二、最好在月經后3～7天內取环。如放环后引起子宫不規則出血或血量过多，可随时取出。

三、术前准备与放环相同。

四、取环方法：扩张宫口后，用取环鈎在宫腔內探查环的位置，鈎住后輕輕外拉，环卽随鈎拉出(图4—4)。如节育环边緣扎有尼龙絲，在宫口很松的条件下，可不用扩张宫口，只須用长鑷子夹住尼龙絲，将环取出。

五、若取环困难勿强力拉出，以免損伤宫壁。如取环鈎不能触及环，可先用刮匙刮宫一圈，探查环的位置。如仍不能触及，可能环已脫落，或埋入肌层，或穿透宫壁，应轉送医院处理。

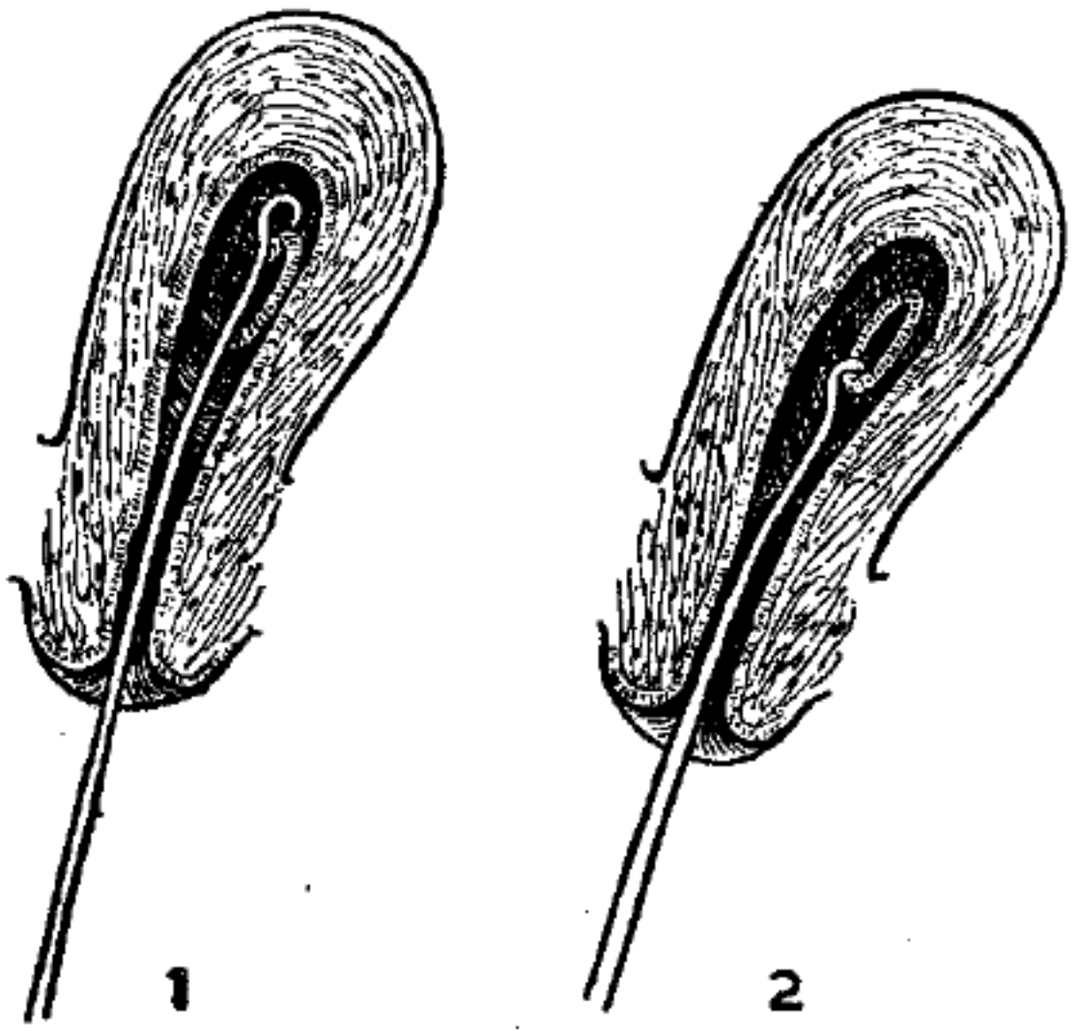


图4—4　取环方法

六、放节育环后月經正常，到期需換环者，可于取环后立卽放环。

人工流产

人工流产是用人工的方法使妊娠中断。手术方法虽然簡单，但若連續多次施行，易損伤子宫壁，影响身体健康，故只能是避孕失敗后而采取的一种措施，不能单靠此法节制生育。

近年来負压瓶吸引流产很受群众欢迎，它的优点很多，瓶內只有負压，不会发生气栓，絕对安全；手术时沒有噪音，不会使受术者精神紧张；开始吸引后負压逐漸下降，对子宫刺激輕，痛苦小，出血量少；負压瓶制作方便不需电源，任何地方均可使用。

負压瓶制作方法　用500毫升或1,000毫升干燥大口玻璃瓶一个，配厚橡皮塞，或用500毫升盐水瓶及其橡皮塞，中心插入一根0.8～1厘米直径、10厘米长金属管或玻璃管，上接同样口径約20厘米长橡皮管一根。将橡皮管一段折叠后，用夹子夹紧，并在其游离端接上一个金属或玻璃接管，然后在瓶內倒入95%酒精約10毫升，将瓶倒轉使酒精分布于瓶內四壁，投

图4—5　負压瓶制作方法

入燃着的棉球或火柴后，立即盖紧瓶塞，瓶内即产生负压。也可用抽气法制负压瓶。一般一次吸引只需用一个负压瓶，如妊娠月份大或操作不熟练，使吸引时間延长，則可再用一个负压瓶（图4—5）。

适应症 凡妊娠在10周以内，要求中止妊娠，并无禁忌症者。

禁忌症

一、各种急性传染病及周身情况不良，不能經受手术者。

二、生殖器炎症，如阴道炎、重度宫頸炎、盆腔炎。

三、血液病或严重貧血者。

四、发烧患者。

以上各項經治疗好轉后，可行手术。

术前检查

一、詳細詢問病史，进行一般体检及妇科检查。

二、有条件时，取阴道分泌物查滴虫。

手术步骤

一、洗净外阴，排空小便。取膀胱截石位，外阴及阴道用0.1%新洁而灭涂擦后，再用2%紅汞或0.1%硫柳汞消毒。外阴鋪无菌孔巾。

二、术者带消毒手套，作阴道检查，查明子宫的位置大小。如子宫过度前傾前屈或后傾后屈，应先尽量将子宫調成水平位后再手术。

三、用阴道窺器将阴道扩开，宫頸用0.1%新洁而灭或2.5%碘酒及75%酒精消毒，用鼠齿鉗将宫頸前唇夹住，稍向外牵引，用探針順着子宫方向探測宫腔大小，切勿使用暴力。

四、用宫頸扩张器扩张宫頸口至所需大小。妊娠6周內：宫頸口扩张至6号，用5号吸管。妊娠6～8周：宫頸口扩张至7号，用6号吸管。妊娠8～10周：宫頸口扩张至8号，用7号吸管。

五、将吸管置入宫腔，接上負压瓶，放开夹子，将吸管在宫腔內上下移动，并周围旋轉。吸到孕卵組织时可感觉有胎块組织不断吸入吸管內。吸淨孕卵时，可感觉宫腔縮小，宫壁由光滑轉为粗糙，宫壁紧貼吸管。如仍有光滑感觉，表示未吸淨，可再吸一次。拔出吸管前，注意捏紧橡皮管，防止負压消失，以便再进入宫腔。

六、吸引后再以小刮匙刮宫壁及子宫角一周，确定宫腔內无残余物后，手术即可結束。

注意事項

一、术前必須了解子宫大小及位置，操作必須輕柔，尽量減少器械出入宫腔次数，尽量将宫頸拉向阴道外口，縮小宫体与宫頸的弯曲度。对哺乳期妇女，术前可应用催产素5～10单位肌肉注射，防止子宫穿孔。

二、手术器械应保持无菌，凡进入宫腔內之器械，不得任意接触外阴、阴道或皮肤，避免感染。凡操作时間較长，或出血过多，或术前即估計有

感染发生之可能时，术后应适当用抗菌素或磺胺类药物。

三、术中如出血过多，可注射子宫收縮剂（催产素5～10单位）。

絕　育　术

子女較多，不愿生育者，可做絕育手术。

男性絕育术的操作方法簡便，任何时間均可进行手术。

女性絕育术可于产后、人工流产后及无妊娠时进行。

輸精管結扎术

輸精管結扎术是将輸精管切断和結扎，使精子不能排出体外与卵子相遇，从而达到絕育的目的。此法对患有出血性疾患及阴囊軟組织感染或生殖器炎症者不宜采用。

手术步骤

一、阴部剃毛及洗净后，用2％紅汞或0.1％新洁而灭消毒阴囊皮肤（忌用碘酒），周围鋪无菌孔巾。

二、在一側阴囊前上部用左手捏住精索，然后輕輕寻找較硬之索条状物——輸精管，选择比較表浅处作切口。

三、用0.5～1％普魯卡因行局部浸潤麻醉。

四、纵行切开約0.5厘米，切开皮肤后，可用血管鉗分离出輸精管，此时要注意勿損伤周围小血管，以免引起出血及手术后发生血肿。

五、用皮肤鉗或鼠齿鉗提出輸精管长約1厘米，并切除約0.5厘米一段。彻底止血后，残端用細絲綫結扎（图4—6）。其中之一端可縫于周围鞘膜中，使两端隔离，以免再通。切口縫合一針或不縫合。

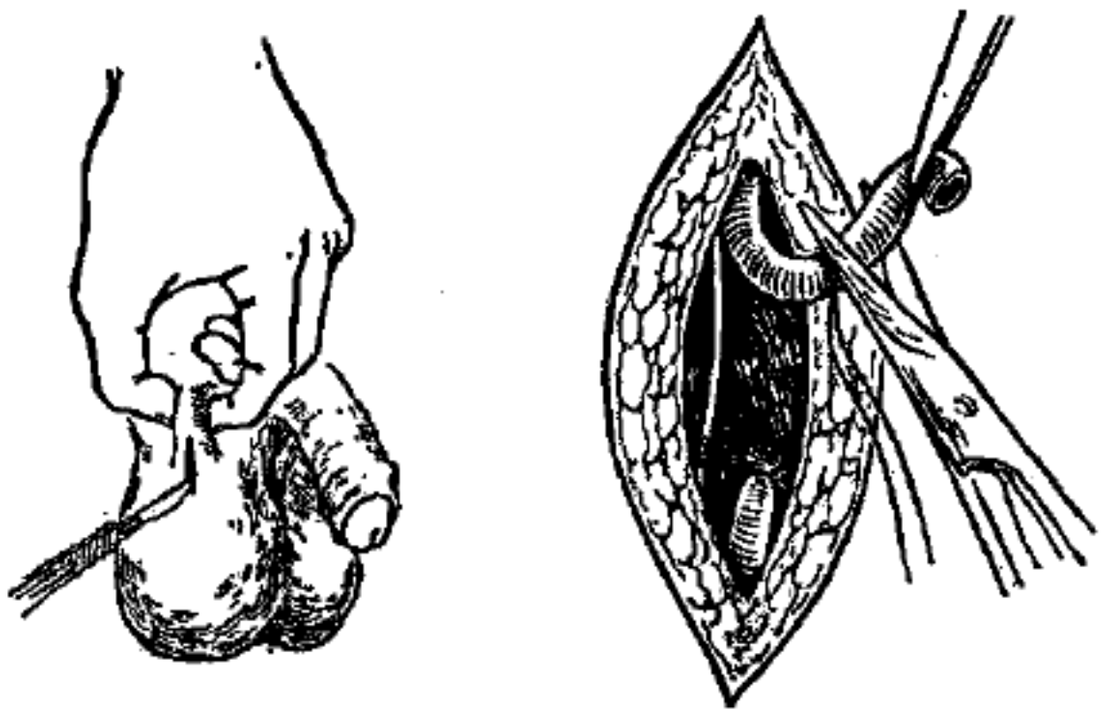


图4—6　輸精管結扎术

六、依同法結扎对側輸精管。

七、伤口复盖敷料。术后最好用提睾带托阴囊，于第五天拆綫。

注意事項　术后三个月內，仍需采用临时避孕措施，以免貯藏在精囊內的残存精子造成受孕。

輸卵管結扎术

輸卵管結扎术是将輸卵管切断和結扎，使卵子不能和精子相遇，从而

达到絕育的目的。

适应症

一、重度肺結核、心脏病等疾患，不适合再生育者。二、剖腹产两次以上者。三、子女較多，要求絕育者。

禁忌症

一、周身情况虛弱，不能經受手术。二、腹部軟組织感染及产后生殖器感染。三、发烧患者。

术前准备

一、做好受术者的政治思想工作，使其消除一切顾虑，愉快地接受手术。二、腹部及会阴部皮肤用肥皂水洗净，剃毛。术前排尿。三、术前一小时給予鎮靜剂，如苯巴比妥鈉0.2克，肌肉注射。

手术步骤

一、平臥位，常規消毒皮肤，鋪无菌巾。

二、用0.5～1％普魯卡因作局部浸潤麻醉。产后絕育者，在腹部正中子宮底下方一横指处作纵切口，长約4～5厘米。人工流产术后或非妊娠期絕育者，切口的下緣在耻骨联合上三横指。

三、逐层切开腹壁进入腹腔，推开腸管及大网膜，寻找輸卵管，直至找到輸卵管繖端，确定无誤。

四、結扎方法常用者有两种：

1.用两把鼠齿鉗夹住輸卵管中⅓处，两鉗距离約2～3厘米左右。先在浆膜下注射少量普魯卡因，使浆膜隆起，再将該部浆膜切开，挑出輸卵管后，用两条絲綫結扎，中間切断。将近断端包埋于系膜內，远端露出，系膜用細絲綫作間断或連續縫合。同法結扎对側輸卵管（图4—7）。

2.选择輸卵管中段血管分布少的部位，以鼠齿鉗将管壁提起用双綫（腸綫或絲綫均可）穿过輸卵管系膜，分别在鉗左右側結扎，中間切除（图4—8）。

五、检查无出血，核对器械、紗布无誤后，即可关閉腹腔。伤口复盖敷料。术后第五天拆綫。

注意事项

一、术前作阴道检查时，如遇后位子宮，可将宮頸向后压，宮体向前推，并在宮頸前穹窿处压紗布一块（手术后取出），使子宮变成前位，有利于术中寻找輸卵管。

二、作輸卵管結扎时应注意选择輸卵管系膜中无血管区域，避免損伤血管而发生血肿及影响卵巢血循环。

三、整个操作过程，均需严格注意无菌操作，以防伤口感染。

四、結扎輸卵管时勿过紧或过松，結扎綫离断端也不宜太近，以免結扎綫滑脫，术后形成再通或出血。

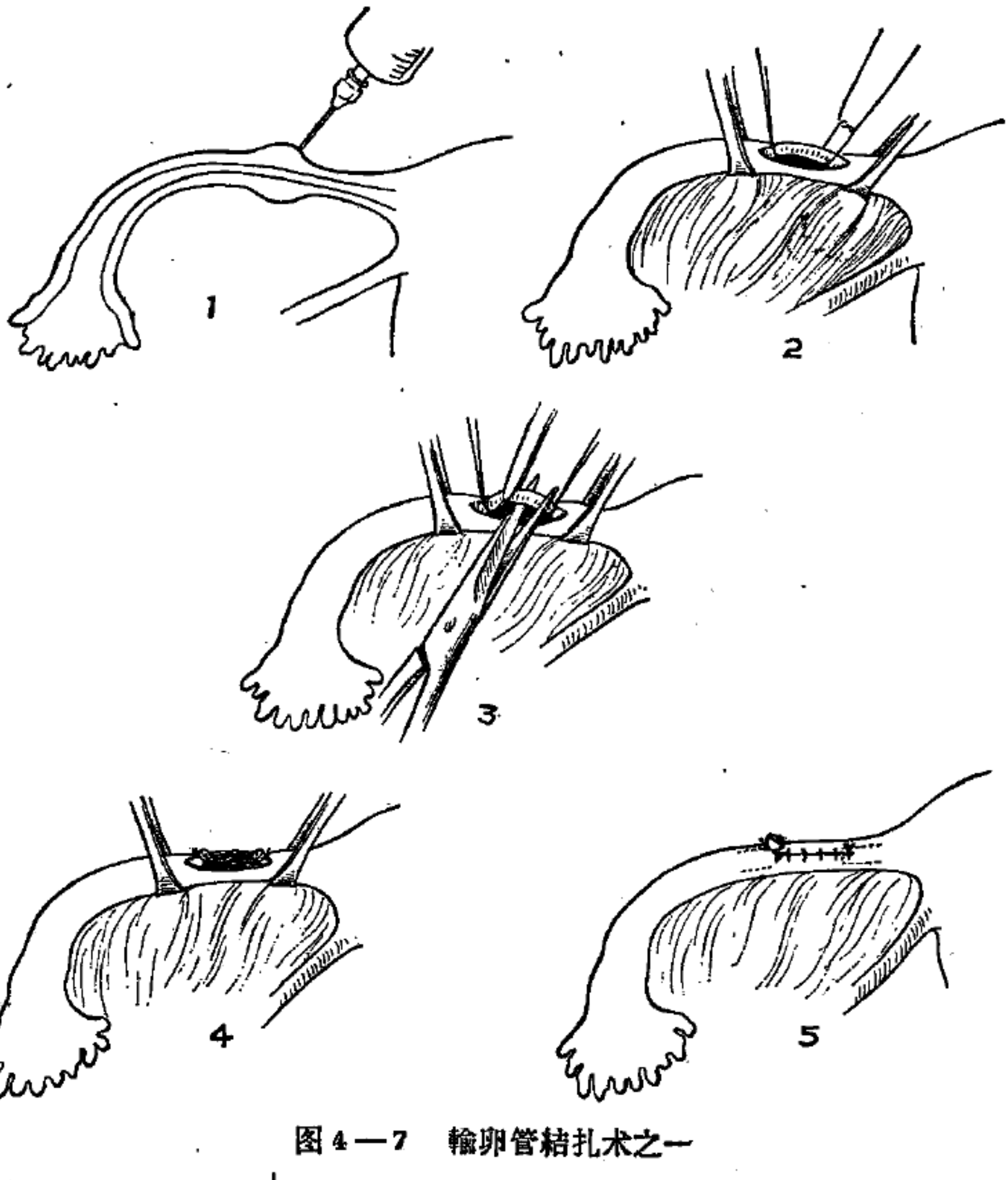


图 4—7　輸卵管結扎术之一

图 4—8　輸卵管結扎术之二

五

理論的基础是实踐，又轉过来为实踐服务

——基本診断知識

对疾病的正确治疗应首先有一个正确的診断，而正确的診断来源于实践。診断疾病，必須突出无产阶級政治，运用辯証唯物主义观点进行分析，反对用形而上学观点去进行診断。检查病人，要带着无产阶級感情，充分发揮人的因素，不应单純强調設备条件。

西医所用的問、望、触、叩、听，与中医所用的望、聞、問、切，都是最基本的检查病人的方法。我們应尽量采取中西医結合的方法去診断疾病。希望“赤脚医生”在自己的医疗实践中不断摸索和积累經驗，使中西医結合的診断方法逐步完善起来。

詢問病史

询问病史的主要内容

一、主訴：病人的主要症状及发病日期。如发烧三天，伴有咳嗽、胸痛等。

二、現病史：为本次发病的全部过程。应注意下列各点：1.发病的緩急；2.疾病的經过和症状的发展；3.对某些重要症状的具体表現应特别注意，如病人訴說腹痛，应注意腹痛的部位、性质、程度、有无放射痛和緩解的方式等，从而区别于其他疾病；4.了解发病后的检查結果及治疗情况。

三、过去史：包括：1.过去一般健康状况；2.曾患过何种疾病；3.預防接种史；4.外伤及手术史。

四、个人史：有无在地方病和传染病的流行地区居留史，婚姻史、月經史等。

五、家族史：家族中有无传染病和与本病有关的疾病。

六、各系統詢問病史的主要內容：

传染病：发病日期，起病緩急，发烧时間，恶寒或出汗，皮疹形状和分布，其他全身或某一系統的症状，該地区本病之流行情况等。

呼吸系統：咳嗽及其性质，何时加剧，与气候关系。有无喀痰及痰的性质、气味、顏色及量。有无咯血及血量。胸痛及其性质、时間、部位。呼吸困难程度。有无发烧、盜汗及体重改变等。

循环系統：心慌何时发生及其变化情况，气短的程度，心前区疼痛的性质、时間、次数、放射部位与劳动和体位的关系。以及有无下肢浮肿、咳嗽、喀痰、咯血、右上腹疼痛及尿量減少等。

消化系統：食慾好坏，有无嗳气、反酸、恶心、呕吐，与飲食的关系，呕吐物的性状及量。有无吞嚥困难及其发展情况。大便习慣、次数、顏色及性质。腹痛部位、性质、发生时間与飲食关系，持續时間，有无放射痛。黃疸的时間、程度等。

泌尿生殖系統：浮肿部位、程度，腰痛部位，有无尿頻、尿急、尿痛、血尿、脓尿、尿潴留或失禁，外生殖器潰瘍等。

血液系統：有无头暈、无力、蒼白、出血点、紫癜、呕血、便血、鼻出血、黃疸、淋巴結肿大、腹內肿块等。

內分泌系統：有无煩渴、多吃、多尿、心慌、四肢震顫、性格改变、发育异常、消瘦、衰弱无力等。

神經系統：是否有过头暈、头痛、失眠、嗜眠、記忆力減退、性情改变、精神錯乱、神經痛、癱瘓、抽风、感觉异常或头部外伤史等。

肌肉骨骼系統：有无肌肉疼痛、紅肿、萎縮、癱瘓，有无骨折、畸形及功能障碍等。

七、問病辨証：即通过問診了解症状的性质，进而指导中药治疗。

1.寒热：問病人怕冷发烧情况。（1）发烧伴有怕冷是外感风寒；发烧不怕冷多是外感风热。（2）冷一陣、烧一陣，发作次数沒有定时，为半表半里証。（3）发烧，不怕冷，兼口渴、便秘，为里热；怕冷、不发烧，伴手足凉、大便稀溏，为里虛寒。（4）午后发烧，或夜間发烧，不怕冷，多为阴虛发热。

2.汗：問有汗、无汗及出汗时間。（1）平靜时或稍一动就出汗叫自汗，多伴有气短、心慌，为阳虛、气虛。（2）睡中出汗醒后則无叫盜汗，为阴虛。

3.飲食：（1）飲食喜冷为胃热；喜热为胃寒。（2）多食易饥为胃热；食少及食后难消为脾虛。（3）食后胃脘疼痛減輕，为脾胃虛；疼痛加重为实。（4）食少、便秘、嗳气有味，为停食。（5）口苦属热；口淡属虛；口酸属停食；口甜膩为湿盛。（6）口渴、喜冷飲，为里热；喜热飲，为里寒；口渴、飲水不多，为湿热；口干、不欲飲，为阴虛。

4.二便：

大便：（1）便秘，恶臭，伴有腹胀为实热；久病或老人、产妇伴有大便困难者，多为血虛津少。（2）便稀溏为脾虛；五更天明即泻为腎虛（也称五更泻）；泻下臭秽为伤食；水泻为湿重；下痢有脓血为气血实热。（3）先干后溏为中气不足。

小便：尿清白为寒，尿黃赤为热，尿渾浊多为湿热。小便頻数不禁为气虛，小便涩痛为淋症（实热証）。

5.胸腹：問疼痛及胀滿情况。（1）痛时喜按为虛；拒按为实。（2）痛时喜热为寒；喜凉为热。（3）胀痛滿悶、部位不定，多为气滞；痛如針刺、部位固定为血瘀。（4）胸滿气短为气滞，或为气虛。（5）两胁胀痛属肝气不舒。

6.經、带：問月經及白带情况。（1）經期提前，色鮮紅，多属血热；月經錯后，少腹发凉而痛，多为寒証；經色紫紅有块，少腹胀痛，多为气滞、血瘀；量多而色淡，多属气虛；行經量少色淡，多属血虛。（2）白带稀白无味，多为脾虛；带下色黃，粘稠有腥臭味，多为湿热。

体格检查

一般检查

一、一般状况检查：注意发育、营养、神志、体位等。病人的精神表現有重要的意义，一般說来，营养发育較差、精神萎靡不振、目无光彩者为病重；反之，营养发育較好、精神旺盛、两目光彩者为病輕。

二、皮肤检查：病人面色表現有重要意义，异常的面色叫做病色。根据病色表現可測知內脏的病情变化。例如，面色白，为虛、寒；面色黃，为湿、热、虛；面色青，多为风、寒、痛三証；面色紅，属热等。

此外，还要注意有无紫紺、黃疸、出血点、皮疹、竇道、溃瘍等。

三、淋巴結检查：应注意大小、数目、压痛、硬度、移动度、波动，与周围組织有无粘連等。重点检查頜下、頸部、腋下及腹股沟等部位。

淋巴結肿大的常見原因有：

1.局部感染：可引起相应之淋巴結肿大，并伴有压痛。

2.結核：常見于頸部，大小不等，常成串出現，呈橡皮样硬度，可有压痛。慢性者可溃破不易癒合。

3.轉移癌：可触到一个或数个坚硬的淋巴結，常无压痛，常呈进行性肿大，活动度小。

4.淋巴瘤、白血病：常有全身性淋巴結肿大、质硬，常无压痛，与皮肤不粘連。

四、脉診：脉診是中医診病时常用的一种检查方法。診脉必須和其他检查方法結合起来，才能了解疾病的全貌，作出正确診断。任何片面强調

或誇大脉診作用，忽視对病人进行全面細致检查的做法，都是錯誤的。

1.診脉方法：常用两側腕关节之橈动脉，叫做“寸口脉”。医者的中指放在相当于橈骨茎突的橈动脉部位，叫做“关脉”，然后再放食指及第四指，关脉之前叫做“寸脉”，关脉之后叫做“尺脉”。位置摆好之后，按“浮、中、沉”（即用力之大小）診脉之形状。按在表皮上，用力最輕，为浮取；按在筋骨上，用力最大，为沉取；中取的力量在浮、沉取之間。

2.常見的脉象：

分　类	脉　名	脉　形	主　病
部位	浮　脉	輕按表皮时，即能触到	主外感表証
	沉　脉	按至筋骨时，才能触到	主里証
速度	迟　脉	一呼一吸脉搏动不到四次	主寒証
	数　脉	一呼一吸脉搏动五次以上	主热証
力量	虛　脉	浮、中、沉皆无力	主体虛、伤暑
	实　脉	浮、中、沉皆有力	主病实、积聚
形状	滑　脉	往来流利，象圓珠滾盘一样	主血盛、痰飲、妊娠
	洪　脉	大而有力	主实热
	弦　脉	如弓弦，有弹力	主肝郁、疼痛、痰飲、疟疾
	紧　脉	紧如轉动的绳索	主寒、疼痛
	細　脉	細如絲綫	主气虛、血虛
規律	代　脉	脉有規律性間歇	主脏气衰弱、气血不足、或临产
	結　脉	迟緩而有間歇	气郁、痰証、寒証

3.小儿診脉法：三岁以上小儿，医生可用一指取寸、关、尺三部的方法。常以一呼一吸脉搏动六次为准，多者为热，少者为寒，其它与成人診脉法相同。

三岁以下小儿，可用診指紋法，观察小儿食指橈側露出的靜脉。依指紋的顏色不同，定寒热虛实，虛寒者色淡，实热者色紅紫。

头部及其器官检查

一、眼：有无眼瞼浮肿、眼球突出、巩膜黃疸，以及瞳孔大小和对光反应等。

二、耳：听力，外耳道有无脓液、乳突压痛等。

三、鼻：有无阻塞、分泌物、鼻翼搧动、副鼻竇区压痛等。

四、口：扁桃体有无肿大、充血、渗出物、白膜等。頰部粘膜有无潰瘍、粘膜疹、鵝口疮及有无齲齿等。

五、舌診：通过舌診可以对疾病进行診断，并指导治疗。舌診包括診舌质和診舌苔两部分。舌质可以反映脏腑的寒热虛实；舌苔可以反映疾病的輕重和消化功能的强弱。

1.察舌色：即舌本质的顏色，正常人淡紅色，湿潤。

紅色：紅为热，深紅为热重。紅而干燥为津液伤耗；鮮紅起刺为热更重。

淡色：淡白为虛，淡白不潤泽为气血不足。

絳色（即紅紫色）：舌絳而上有粘膩，似苔非苔，为血热兼有湿。絳而潤者为阴虛；絳而干者为实热伤耗津液；絳而苔黑者为热重。

2.察苔色：即舌本质上面浮貼的一层苔垢。正常人为薄白苔。常見病苔有以下几种。

白苔：薄白而滑潤为外感风寒；白苔舌质紅为湿盛里有郁热的現象；厚白干燥为实热；白膩为消化不良或湿重。

黃苔：黃而干燥为热重；黃厚为实热；黃燥而生刺或中有裂紋为热极伤耗津液；黃而滑膩为湿热并存。

灰苔：灰而潤，舌质淡紅为寒証。灰而干燥，舌质深紅为热重伤耗津液。

黑苔：多为重証。黑而干燥为热重；黑而滑潤为寒重。

3.注意事項：乳儿舌苔多白膩，吸烟者舌苔多黃膩，吃某些带色的食物，可使舌苔变色，叫做染苔。不应誤认为病苔。

頸部检查

一、注意頸部两側是否对称，有无强直、肿块等。

二、甲状腺：注意甲状腺是否肿大，如肿大，則应观察其大小、对称性、硬度，有无压痛、結节、震顫及血管杂音等。

三、气管位置：检查者用手食指、无名指分别置于患者两側胸鎖关节处，則中指可触摸气管位置有无偏移。正常位置，气管居中。若胸腔內有积液、积气等，可使气管移向健側。

四、血管：正常坐位平稳呼吸时，无頸靜脉怒张，而心力衰竭及上腔靜脉受压者，可見到頸靜脉怒张。

胸部检查

一、肺：

望診：注意呼吸动作的速度及深度，并比較两側是否一致。在胸膜严重粘連时，可見到部分胸廓塌陷。在吸气性呼吸困难时，可見到肋間隙凹陷。

触診：語言震顫检查方法：将手掌放在患者胸壁两側的对称部位，然后嘱患者反复并拖长音調地說“依”，此时可感觉震动的强弱。語顫增强見于肺实变（如大叶肺炎）和肺空洞；减弱或消失見于胸腔积液和积气、支气管阻塞、肺气肿等。

叩診：将左手中指紧貼肋間，以右手中指垂直叩打該指中节，自上而下，进行左右对称部位的比較。正常人胸前除心脏、肝脏区叩診呈浊音（音响沉悶），和含气的胃底部叩診为鼓音外均为清音（音响清脆）。胸后部自第十或十一胸椎以上叩診为清音。于正常肺清音区出現浊、实音，均为病理現象，多見于肺实变、肺不张、胸腔积液、胸膜肥厚等。出現高清音（近乎叩打空盒的音响）見于肺气肿。出現鼓音見于气胸或接近胸壁的大空洞。

听診：

正常呼吸音：

1.肺泡呼吸音：空气进入肺泡时，使具有弹性的肺泡发生振动而产生柔和的，类似将嘴微閉向里吸气所发出的“夫、夫”音。吸气音較呼气音为长、强而高。在肺实质区可听到此音。

2.支气管呼吸音：空气通过气管、支气管时，产生的一种类似将嘴半张、向外呼气所产生的“哈、哈”音。呼气音較吸气音为长、强而高。正常在喉部、胸骨柄区及肩胛間区可听到。

病理性呼吸音：

1.肺泡呼吸音的减低或消失：常見于胸膜肥厚、胸腔积液、大叶性肺炎早期和肺气肿等。

2.呼吸音粗糙：見于支气管炎、支气管輕度痙攣等。

3.病理性支气管呼吸音：除在正常区域听到支气管呼吸音外，若在其它肺实质区听到此音，皆是病理性支气管呼吸音(俗称管性呼吸音)。可見于肺实变和肺空洞。

4.干性囉音：包括哮鳴音与鼾音。哮鳴音是小支气管狭窄时发出的哨笛样声音；鼾音是气管或較大支气管內之痰液被空气冲击而发出的似睡眠时之鼾声。干性囉音可于支气管炎或支气管哮喘时听到。

5.湿性囉音（水泡音）：支气管或肺泡內之稀薄分泌物被空气振动，所产生的如同用細竹管吹肥皂水时的声音。大水泡音見于心力衰竭、肺水肿；中水泡音見于支气管炎或肺空洞；小水泡音見于細小支气管炎、肺炎等。

在小儿肺炎可听到干湿性混合囉音。

6.胸膜摩擦音：見于胸膜炎，多在腋下部，于呼、吸气时均可听到的一种“沙沙”声。

肺部体征小結：

1.支气管病变：如支气管炎、支气管哮喘和支气管扩张。体格检查以听診为主，可听到干、湿性囉音。

2.肺实质病变：常見的有肺炎、肺气肿、肺脓瘍、肺水肿等。

常見肺实质疾病体征鉴别表

检查 / 疾病	望診	触診	叩診	听診
大叶肺炎 肺脓瘍	一般无改变	病变局部語顫增强	浊实音	管样呼吸音或水泡音
肺气肿	桶状胸	語顫降低	高清音	呼吸音減低
肺水肿	一般无改变	改变不多	一般改变不多，可呈浊音	滿布粗大水泡音，尤以肺底部为明显

3. 胸膜病变：常見的有胸腔积液、积气和胸膜肥厚。

常見胸膜疾病体征鉴别表

检查 / 疾病	望診	触診	叩診	听診
胸腔积液	病側胸部飽滿，呼吸运动降低	語顫減弱或消失，气管移向健側	实音	呼吸音減低或消失
胸腔积气	同上	同上	鼓音	同上
胸膜肥厚	病側平坦凹陷，呼吸运动降低	語顫減弱或消失，气管移向病側	浊音	呼吸音減低

二、心脏：

望診：观察心尖搏动位置和范围。如心前区隆起伴有紫紺与异常搏动，多見于小儿心脏病。

触診：心尖搏动正常在左側第五肋間鎖骨中綫内側。如心尖搏动左移，除纵膈移位外，常表示心脏扩大。若能触到收縮期、舒张期震顫（俗称"猫喘"），則肯定有器质性心瓣膜病变。

叩診：利用叩診可以測得心脏大小。叩診时当发現由肺清音轉变为比較浊的音响，即为心脏外界。正常心脏的左界不超过鎖骨中綫，右界一般与胸骨右緣相重合。心界扩大表示心脏肥大或心包积液。

听診：常用听診区：

二尖瓣听診区——在左側第五肋間鎖骨中綫内側。
肺动脉瓣听診区——在左側第二肋間近胸骨緣处。
主动脉瓣听診区——在右側第二肋間近胸骨緣处。
主动脉瓣第二听診区——在左側第三或第四肋間胸骨緣处。
三尖瓣听診区——在胸骨下端稍偏右处。
听診内容：

心音：第一心音在心尖部二尖瓣区最强，且与心尖搏动一致，音調低，持續时間較长。第二心音則在心底部听得較清楚，音調高，持續时間短。并要注意心音强弱、节律、快慢、肺动脉第二音与主动脉第二音之增强或减弱，并比較之。

杂音：仅发生于第一心音和第二心音之間，称收縮期杂音，多呈“吹风”样性质。如果发生于第二心音至下一次搏动的第一心音之間，称舒张期杂音，多呈“隆隆”样性质。輕微的“吹风”样杂音在某些正常人亦可听到，但舒张期杂音不論其响度、性质如何，均为心脏病的表現。应注意杂音的部位、时間、性质、强度、传导方向等。如二尖瓣狹窄时可在二尖瓣听診区听到舒张期“隆隆”样杂音；主动脉瓣閉鎖不全时，可在主动脉瓣听診区听到舒张期“吹风”样杂音。

腹部检查

一、望診：注意腹式呼吸，有无腹胀、腹壁靜脉曲张、胃腸型及蠕动波等。

二、触診：病人平臥，双腿屈曲，放松腹壁，自然地呼吸。检查者站在病人右側。

1.腹壁的触診：正常腹壁平軟，检查时手法先輕后重。注意有无压痛、反跳痛（把按在腹部的手突然抬起，病人感到疼痛）、肌紧张，以及压痛部位、压痛点是否固定等。压痛、反跳痛及肌紧张为腹膜刺激征之表現，見于急性腹膜炎。

2.肝脾的触診：用右手指置于右或左上腹，自下而上触摸至肋緣下，随着患者的呼吸检查有无肝或脾的边緣。脾脏触診，也可取右側臥位。

正常时肝、脾均不应在肋緣下触及（5岁以下小儿可能触到），若触到时应注意其大小、硬度，有无压痛、結节等。

肝脏肿大常見于肝炎和早期肝硬化，肿大程度一般不超过3～4指。肝癌和肝脓瘍常呈进行性极度肿大，前者质硬，表面有結节；后者压痛显著。慢性右心衰竭时肝脏因郁血而肿大，呈中等硬度，表面平滑，其大小可随心力衰竭的加重或好轉而变动。

脾脏肿大可見于門靜脉高压、伤寒、疟疾、黑热病、急慢性白血病等。

3.胆囊的触診：正常胆囊一般不能触及，当胆囊管或总胆管梗阻时，可能于右上腹触到呈梨形肿大的胆囊。

三、叩診：可配合触診确定肝脏的大小，正常肝浊音界(肝上界)在右側鎖骨中綫上第五肋間水平。

移动性浊音：病人仰臥时可在两側腹部叩得浊音，而臍部呈鼓音。当改为側臥位时，則腹部浊音移向位置低的一面，而上面叩診鼓音，称为移动性浊音，为腹水之表現。腹水多見于門靜脉高压性肝硬化、結核性腹膜炎、腹膜轉移癌等。在女病人有大量腹水时，应与巨大卵巢囊肿相鉴别，后者于病人仰臥时，浊音在下腹正中，鼓音在腹部两側，不随体位而移动（图5—1）。

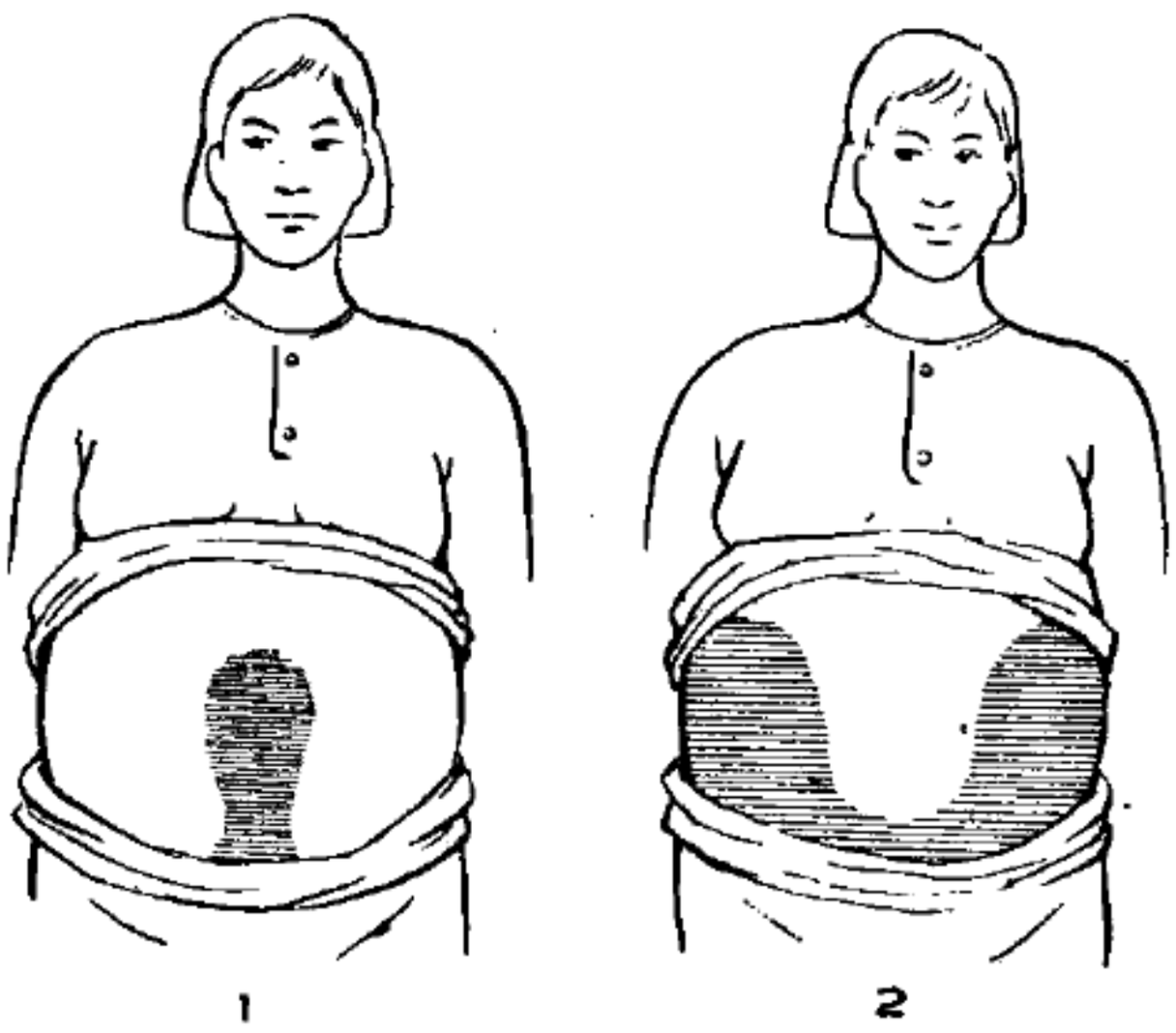


图5—1　腹水与卵巢囊肿的鉴别
1.卵巢囊肿　2.腹水

四、听診：正常腹部可听到腸鳴音。检查时应在固定部位持續听3～5分钟。在机械性腸梗阻时，腸鳴音明显增强，且伴有高調腸鳴，而麻痺性腸梗阻时，則腸鳴音稀少或消失。

脊柱和四肢检查　用手指自上而下检查脊柱有无畸形和局部压、叩痛。四肢有无不自主运动、震顫、强直、癱瘓。关节有无畸形、紅、肿、热、痛等。

神经系统检查

一、正常皮肤反射：

1.腹壁反射：以鈍針急划腹壁，則見該側的腹壁肌肉收縮。

2.提睾反射：用鈍針自下而上划大腿内上側皮肤，則見同側睾丸上提。

脑出血等影响錐体束时，这两种反射消失。

二、正常腱反射：

1.膝腱反射（图5—2）：病人取坐位或仰臥位，下肢稍屈曲，叩打髌骨下緣与脛骨結节之間处，可引起小腿急速伸展。膝反射減弱、消失可見于多发性神經

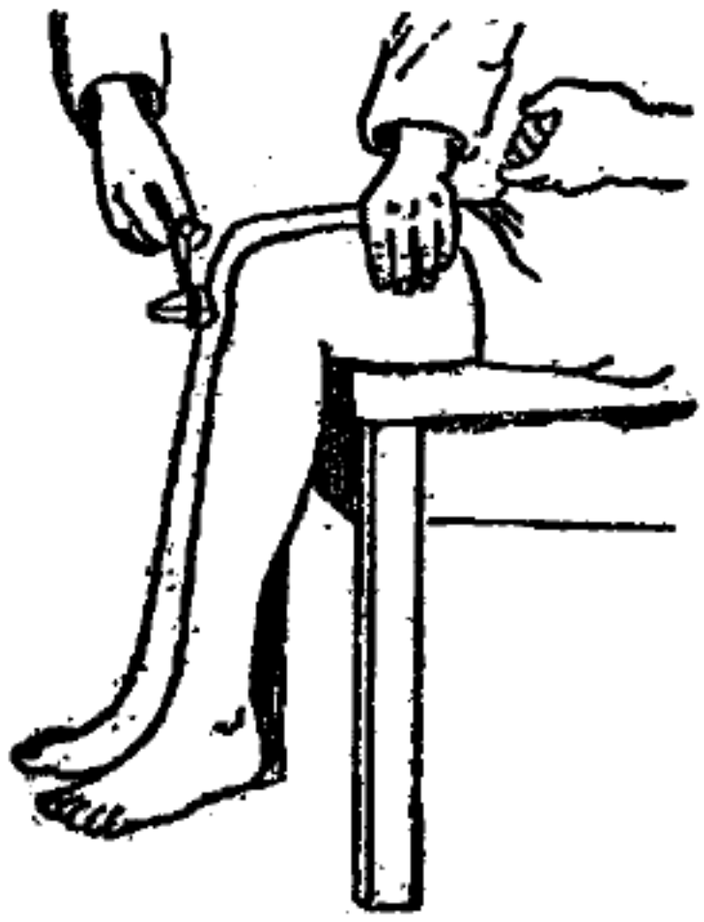


图5—2　膝腱反射

炎、脊髓灰质炎、昏迷以及麻药中毒等；反射亢进見于脑出血、脑瘤、神經过敏等。

2.跟腱反射：病人仰臥，股外展并稍屈膝，检查者用左手握其足部，使之稍向背伸，当叩打跟腱时，可見腓腸肌收縮，足向蹠屈。

3.肱二头肌腱反射：左手握住病人肘部，左拇指放在肘窝处的二头肌腱上，使前臂稍屈，靠于检查者的左臂上，然后叩打自己的拇指，則見病人前臂屈曲。

4.肱三头肌腱反射：左手握住病人前臂，使肘部屈曲，然后叩打鷹嘴部的三头肌腱，則見前臂伸展。

肱二头肌和三头肌腱反射的临床意义同膝腱反射。

三、眼部的正常反射：

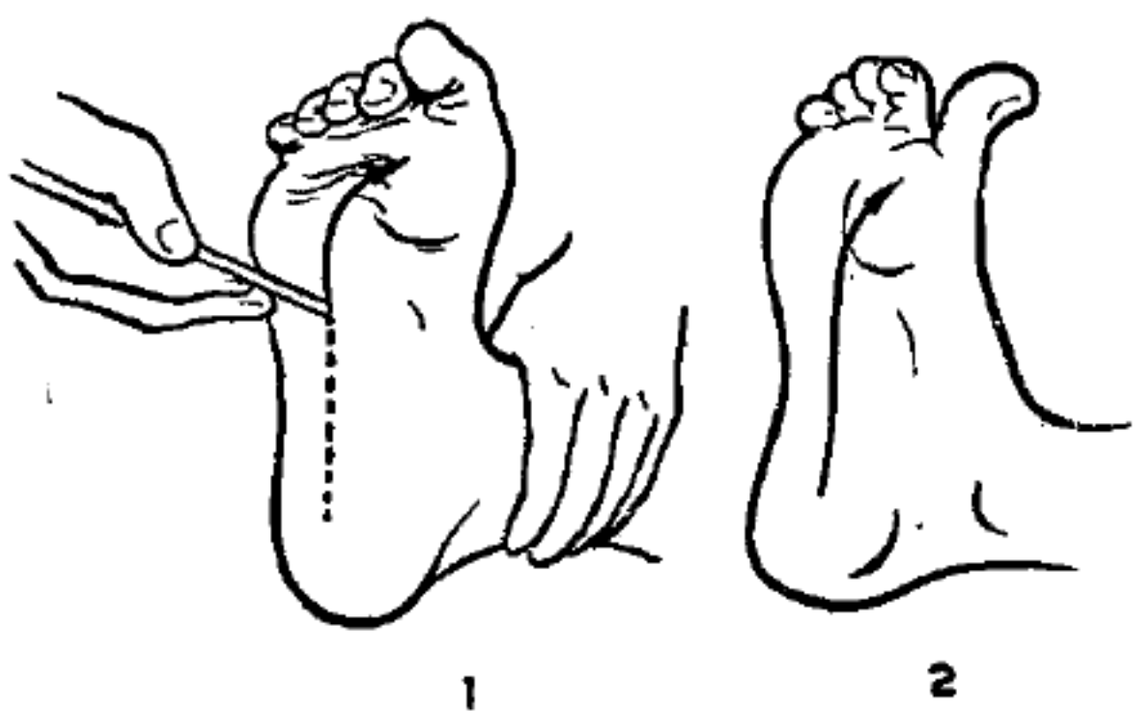
1.結膜和角膜反射：病人向一側凝視，以棉花輕触其結膜和角膜，則見眼立卽閉合。深昏迷时此反射消失。

2.瞳孔对光反射：病人睜眼，用手电筒光綫斜射其瞳孔，則見瞳孔立卽縮小。当动眼神經受損及深昏迷时，此反射消失。

四、病理反射：

1.足蹠反射（巴氏征）：用鈍的針状物自足跟輕划足底外側，若見踇趾背伸，其他足趾呈扇状分开，則为阳性（图5—3）。見于錐体束疾患，如脑出血等。但一岁以下的小儿此征也可为阳性，无病理意义。

2.抬腿反射（克氏征）：病人仰臥一腿伸直；将另一腿屈膝、屈髋后，再伸直膝关节。此时若病人感觉疼痛有抵抗，則为阳性（图5—4）。表明有脑膜刺激現象，見于脑膜炎、蛛网膜下腔出血以及顱內压增高等疾病。



1　　2

图5—3　足蹠反射

1.阴性反射　2.阳性反射

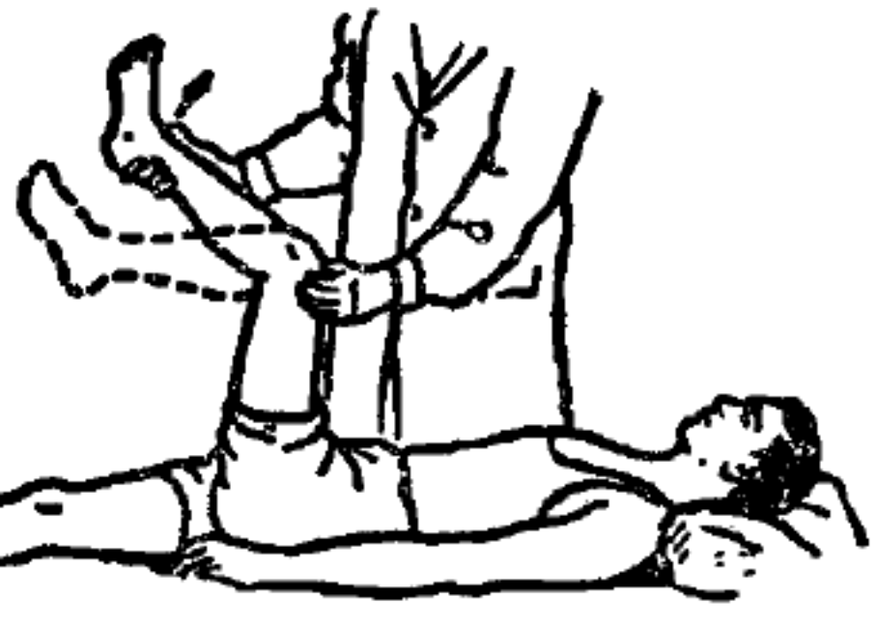


图5—4　抬腿反射

3.屈頸反射（布氏征）：病人平臥，将其头部迅速向上抬起，此时若病人下肢突然屈曲則为阳性。其临床意义同抬腿反射。

常用的几种辨証方法

“大家明白，不论做什么事，不懂得那件事的情形，它的性质，它和它以外的事情的关联，就不知道那件事的规律，就不知道如何去做，就不能做好那件事。”治病也是这样。我們在診病的时候，首先要对病人进行全面細致地检查，并将了解到的一系列現象（疾病的症状及各种检查所获得的材料）加以**“去粗取精、去伪存眞、由此及彼、由表及里”**連貫起来的思考，分析归納，才能对疾病的本质，疾病的主要矛盾和矛盾的主要方面，疾病的內部規律性、发展过程的阶段性以及发展趋势，有一个比較全面和深刻的认識，再經过推理和判断，作出診断，去指导治疗工作。

中医把对疾病的认識和診断过程，称为辨証。辨，是辨别的意思。証，就是証候，代表和概括了一群有共同点的症状。如发烧、口渴、尿黃、便秘、舌苔黃等都是疾病的不同症状表現，但是它們的共性是属于“热証”。热証的概念在一定程度上反映了疾病的性质。

由于疾病的发展过程有时很复杂，我們在辨証时，不仅要注意到“証”的共同点，**“尤其重要的，成为我们认识事物的基础的东西，则是必须注意它的特殊点”**，就是說，必須注意証型之間相互区别的特点。例如在热証中，尙有表热与里热，实热与虛热，湿热与燥热，气分热与血分热，以及各各脏腑热証的不同等等，这些特殊点都需要辨别清楚。临床上辨証的方法很多，只要我們能够互相联系、灵活运用，并善于**“具体地分析具体的情况”**，就不难作出正确的辨証。

广大医务人員要更好地活学活用毛泽东思想，以《实践論》和《矛盾論》的光輝哲学思想为指导，在工作中运用唯物辯証法，反对形而上学，为发揚祖国医药宝貴遺产作出新的貢献！

八纲辨证　是最基本的辨証方法，即借用阴、阳、表、里、寒、热、虛、实八个概念，以辨别和概括疾病的性质、部位、人体抗病能力的强弱和病势的盛衰。

一、阴阳辨証：借以区别疾病的基本性质，是八綱的总綱。阴証的特点是虛寒的表現，虛証和寒証都属于阴証；阳証的特点是实热充盛，实証和热証都属于阳証（見附表１）。

这里提到的阴証、阳証所指的范围較广，是对疾病性质的最基本的概括。至于以后提到的“阴虛”、“阳虛”，只是虛証的一部分，虛証中的阴阳概念所指范围較小，通常是指五脏的阴阳（参見脏腑辨証）。

二、表里辨証：借以辨别疾病的部位。外感病或急性传染病的初期，病位在浅表外部，称为表証；疾病发展向里传变的过程中，介于表里两者之間的阶段，称为半表半里証；疾病深至內部、涉及脏腑者，称为里証。有

时可以表里同病，出現“表寒里热”、“表里俱热”、“表里俱寒”等証型。辨表里只是划分了疾病的部位，还要与辨寒热、辨虛实結合起来，才能对疾病获得全面的了解（見附表2）。

附表1　阴阳辨証表

証　型	主　要　症　状	舌　苔	脉　象
阴　証	不发热、四肢发凉、怕冷喜热、呼吸微弱、說話无力、懶于动作、口不渴、尿色清淡、大便稀	舌苔淡白	迟細无力
阳　証	发热、四肢溫热、怕热喜冷、呼吸气粗、狂言乱語、煩躁不安、口渴、尿色黃紅、便秘	舌紅苔黃	数而有力

附表2　表、里、寒、热、虛、实辨証表

証　型		主　要　症　状	舌　苔	脉　象	治　法
表証	表　寒	发热、怕冷、头痛、身痛、无汗	苔薄白	浮　紧	辛溫解表
	表　热	发热、怕风、出汗	舌　紅	浮　数	辛凉解表
	表　虛	出汗（自汗）、怕风	舌　淡	浮而无力	补气固表
	表　实	无汗、身痛	舌苔白	浮而有力	辛溫解表
半表半里証		寒热往来（病人自覚一陣冷、一陣热）、胸悶胁痛、食慾不振、恶心、呕吐、口苦、咽干、头暈	舌边紅 苔　白	弦	和解清热
里証	里　寒	怕冷、口不渴、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、四肢冷	苔白滑	沉　迟	溫　中
	里　热	发热、口渴、眼紅、咽痛、煩热不安、便秘	舌　紅 苔　黃	沉　数	清　热
	里　虛	气弱懶言、心慌、头昏、大便泄泻、四肢冷	舌　淡	細　弱	补　虛
	里　实	气粗譫語、手足出汗、心煩躁动、腹滿便秘	苔　黃	沉　实	泻　实

三、寒热辨証：借以辨别疾病的性质。寒証的特点是病人出現一系列寒冷症状，或表示病因感受风、寒，治疗宜用溫法；热証則为一系列溫热症状，或表示病因感受暑、热、燥、火，治疗宜用清法或下法（見附表2）。

四、虛实辨証：借以辨别人体抗病能力的强弱和病势的盛衰。久病体

弱、抗病能力不足，病势呈衰竭状态，称为虛証，治疗宜用补法；新病体壮、抗病能力充沛，病势亢进旺盛，称为实証，治疗宜用泻法（見附表2）。由于疾病的复杂性，虛証与实証可能夹杂出現，此时则应找出主要矛盾，分清以虛为主，还是以实为主。

卫气营血辨证 是用于外感病、急性传染病的一种辨証方法，可代表疾病发展的不同阶段及发展的趋向。通常是按照由浅而深、由輕而重（卫→气→营→血）的次序传变发展的。

卫、气、营、血辨証表

証型	主　要　症　状	舌　苔	脉　象	治　法
卫	1.发烧、輕度怕冷、头痛、鼻塞、乏力、有汗 2.嗓子痛、咳嗽、口渴	舌紅 苔薄黃	浮　数	辛凉解表
气	1.高烧、出汗、怕热、口渴、飲水多 2.胸腹滿痛、大便干燥、或腹泻、肛門灼热	舌紅 苔黃	洪　数	清热或泻下
营	1.高烧不退 2.出現精神症状：煩躁不能入睡、說胡話、严重时昏迷 3.体表可見到斑疹	舌深紅 苔少	沉細数	清营泻热
血	1.高烧不退 2.明显的精神症状：夜里煩躁不安、說胡話、昏迷抽风 3.斑疹及出血（吐血、鼻衄、便血）	舌絳紅	細弦数	凉血清热

脏腑辨证 脏腑是五脏六腑的簡称。心、肝、脾、肺、腎为五脏；胆、胃、大腸、小腸、膀胱、三焦为六腑。祖国医学关于脏腑的概念所指范围較广，不只限于实质器官，并把人体的全部生理功能，疾病的病理变化和症状表現也归属于某脏某腑。脏腑辨証，就是凭借这种概念认識，結合八綱对疾病症状进行分析归納和推理判断的一种診断方法。

掌握脏腑辨証，首先要弄清楚脏腑的概念，还要注意到各个脏腑之間既相互联系，又相互制約的关系，才能全面地认識疾病。

一、心：人的精神活动、血液、血液循环均与心脏有直接关系，又因心的經脉上系舌的根部，所以心病的基本症状包括：精神及神志的异常、貧血、心慌、口舌糜烂或舌体强硬、发音不清，此外一些皮肤痛、痒、疮、疖也属心病范围。

心病表現为实热証时，常涉及到小腸或胃；心病表現为虛証时，常涉及到心脾或心腎同病。

常見的心病辨証表

証型	主要症状	舌苔	脉象	治法
心火盛	心中煩热、狂言乱語或昏迷，疮疖痛痒、尿色黃紅、排尿疼痛	舌尖紅 苔黃	数	清心泻火
心阴虛	面色白或顴紅、心慌、健忘、失眠、盜汗或有煩热	舌紅苔少	細数	养血安神
心阳虛	面色蒼白、心慌、气短、自汗、乏力、手足发凉、怕冷或浮肿	舌淡苔少	細弱	补气安神
心脾两虛	面色蒼白、形瘦乏力、心慌气短、失眠、健忘、月經不調、腹泻、飲食不振	舌淡苔少	細弱	补益心脾
心腎不交	心阴虛症状与耳聋、多梦、遺精、阳萎、腰痛、煩热等腎虛証同时出現	舌紅苔少	細数	滋阴养血 交通心腎

二、肝：人体的血液貯藏調节、四肢肌肉（筋）的运动以及神經症状（如抽风）与肝脏有直接关系，又因肝的經脉循行經过生殖器、两胁、乳房、眼、耳上至头頂，所以肝病的基本症状包括：抽风、眩暈、抽筋、麻木、情緒急躁易怒、出血性疾病、月經失調以及眼、耳、胸胁、乳房、生殖器出現的病变。

肝病表現为气滯时，常影响到脾胃的消化失常；肝病表現为阴虛时，常累及腎，出現“肝腎阴虛”証。

常見的肝病辨証表

証型	主要症状	舌苔	脉象	治法
肝火盛	面紅、眼紅肿痛、煩躁易怒、眩暈耳鳴、口苦胁痛、尿色黃紅或尿道痛、尿血、便秘	舌紅 苔黃	弦数	清肝泻火
肝郁气滯	情緒急躁易怒、胸胁滿悶、胀痛或串痛，呃逆、不欲飲食，頸部肿大，下腹痛，妇女經期不准、量少、腹痛	舌紅 苔薄	弦	舒肝理气
肝胃不和	有上述肝郁气滯症状，并出現：胸悶、胀滿、呃逆、反酸、胸胁作痛、腹泻、不欲飲食等消化不良症状	舌紅 苔白	弦細	舒肝和胃
肝　风	抽风、昏迷（参見病因辨証）			鎮肝熄风
肝血不足（阴虛）	眩暈、两眼发干、視物不清、四肢麻木、抽筋或两足痿軟，月經錯后、量少、色淡	舌紅 苔少	細弦	养血柔肝

症　型	主　　要　　症　　状	舌苔	脉象	治　法
阴虛阳亢	眩暈、耳鳴、感覚头重脚輕、失眠、盜汗、煩躁、四肢癱木	舌紅苔少	弦大	滋阴潜阳
肝腎阴虛	肝血不足症状，同时出現：手足心热、遺精、腰痛、失眠、盜汗等腎虛症状	舌紅苔少	細	滋补肝腎

三、脾：人体的飲食消化、营养吸收、血液的統摄調节、四肢肌肉的营养、津液在体内的輸送分布，均与脾脏有直接关系。所以脾病的基本症状包括：消化机能障碍、消瘦、腹泻、出血性疾病、浮肿、尿少等。

脾脏除与心腎同病以外，主要与胃关系密切。胃主容納飲食，以下降为正常；脾主运化吸收营养，以上升为正常。所以脾胃两者不可分割，发生疾病时常互相影响。

常見的脾病辨証表

証　型	主　　要　　症　　状	舌　苔	脉象	治　法
脾虛气弱	身体消瘦、面色萎黃、气短乏力、腹胀、食慾不振、大便溏泻，或脫肛	舌淡苔薄	細弱	补气健脾
脾阳不振（虛寒）	腹胀、腹痛喜按、喜暖、四肢发凉、浮肿、尿少、腹泻	舌淡苔白	迟細	溫中健脾
脾困湿盛	腹胀、腸鳴、腹泻、浮肿、胸部痞滿、食慾不振、尿少、四肢沉重感	舌淡苔膩	沉緩	燥湿健脾
脾不統血	形瘦面黃、气短乏力、有下部出血症状：如便血、尿血、月經过多、紫癜症	舌淡	細弱	补气攝血
脾胃不和	食慾不振、进食后胀滿不舒、反酸、呃逆、呕吐、腹胀、腹泻	舌淡苔厚膩	弦細	健脾和胃
脾腎阳虛	面色蒼白、气短乏力、四肢发凉、腰酸痛、腹胀、浮肿、大便溏泻（五更泻）	舌淡苔白	沉細	溫腎健脾

四、肺：人的呼吸机能与肺脏有直接关系，“肺主气、主皮毛、上通口鼻”，所以咳嗽气喘、气短无力、呼吸道疾病、鼻道疾患和咽喉疾病均属于肺。

肺病表現为气虛时，常与脾腎阳虛有关；表現为实热时，則与大腸相互影响。

常見的肺病辨証表

証　型	主　要　症　状	舌　苔	脉　象	治　法
肺　热	咳嗽、痰黃而稠、或咯血、喘咳鼻搧、咽喉肿痛、鼻出血、大便干燥	舌紅苔黃	数	清热泻肺
肺气虛	咳嗽无力、呼吸浅短、自汗乏力、面色蒼白、怕冷	舌　淡	細　弱	补肺益气
肺阴虛	干咳无痰、咽痛喉痒、口鼻发干、咯血，或午后低热、顴紅、盜汗	舌紅苔少	細　数	养阴潤肺

五、腎：人的泌尿、生殖、骨骼发育、精神活动以及眼耳的正常功能均取决于腎脏。腎的病变基本是虛証，或腎阳不足，或腎阴亏損。凡是泌尿、生殖系統疾病，骨骼发育障碍、脑部疾患、耳聋、視力障碍、腰酸痛、足膝无力、怕冷，遺精及浮肿等都可考虑腎病。

常見的腎病辨証表

証　型	主　要　症　状	舌　苔	脉　象	治　法
腎阳虛	浮肿、尿少、阳萎、滑泄、腰腿痿弱无力、黎明腹泻、喘息气短、两足发冷	舌淡苔白	迟　細	溫补腎阳
腎阴虛	头暈、眼花、耳鳴、耳聋、遺精、腰痛、腰膝无力、夜热、盜汗、咯痰帶血	舌紅苔少	細　数	滋阴补腎

六、胃、大腸：胃腸与人的飲食消化有密切关系。胃的病变主要表現为：胃痛、食慾的异常（亢进或衰退）、噯气反酸、恶心、呕吐，吐血，口臭、牙齦肿疼，大便干燥等症状。大腸病变常見牙齦肿痛、大便干燥，或痢疾、便血等实热症状，多与胃热同时出現。

常見的胃病辨証表

証　型	主　要　症　状	舌　苔	脉　象	治　法
胃　寒 （脾胃虛寒）	胃痛喜暖、按之痛減或遇冷加重、上腹痞悶、噯气吞酸、呕吐清涎、或在进食数小时后呕吐不消化食物、食慾不振	舌淡白苔	迟　細	溫胃散寒
胃　热 （胃腸实热）	口渴飲多、食慾亢进、口臭、牙齦肿痛、上腹部胀滿疼痛拒按、进食后即作呕吐、大便干燥	舌紅苔黃	滑　数	清热和胃

七、小腸、膀胱：小腸与膀胱主要与人的泌尿机能有关，所以凡泌尿道

疾患如尿少、尿黃、排尿疼痛，或脓尿、血尿，或尿閉結石，均考虑为小腸、膀胱病变。

常見的小腸、膀胱病辨証表

証　型	主　要　症　状	舌　苔	脉象	治　法
小腸实热	煩热咽痛、口舌生疮、尿少色黃、排尿疼痛、或小腸气痛(疝)	舌紅苔黃	数	清热利尿
膀胱湿热	尿色深黃、尿少不利、排尿疼痛、脓尿或血尿、尿閉結石、下腹部胀痛	舌紅苔黃	数	清热利尿

八、胆、三焦：胆与肝在功能上密切相关，常肝胆同病，表現为实热証。三焦并不是独立的实质脏器，只是其它脏器的功能与病变在部位上的划分。如上焦包括心、肺；中焦包括脾、胃；下焦包括肝、腎、大腸、小腸、膀胱。可参考各脏腑辨証。

病因辨证　使人致病的基本因素可概括为外因——风、寒、暑、湿、燥、火(又称六淫，包括因自然界气候变化和疫源传染等致病因素在內)；內因——喜、怒、忧、思、悲、恐、惊（又称七情，即精神活动异常致病因素的概括）；和其它因素——飲食、痰、气、血等。

正确地运用病因辨証，凭借病因的概念，对疾病症状进行分析归納，就可以达到探求病因，指导治疗的目的。

一、外感六淫：外感六淫是最常見的致病因素。风、寒、暑、湿、燥、火既可以单独致病，又可以联合致病，致病后又因体质强弱、病势盛衰的不同而互相轉化，运用病因辨証时，必須結合八綱辨証。

外感六淫辨証表

六淫	致病特点	常見証型	主　要　症　状	治　法
风	1.发展迅速、变化复杂 2.病变部位常走串 3.可有肢体顫动	风寒表証	发烧怕冷、无汗	疏风散寒
		风热表証	发烧、自汗、口渴	疏风清热
		风火相煽	高烧、昏迷、抽风、脊背反张、四肢抖动	清热熄风鎮痉
寒	1.寒伤阳气、呈現阴寒症状、怕冷、喜热 2.病变部位固定 3.寒久常能轉化为热	中　寒	突然怕冷、发抖、四肢发凉、面色青白、腹痛喜暖、严重时出現昏迷、僵直，脉沉迟	溫中散寒
		里　寒	腹胀、腹泻、怕冷、喜热	溫阳散寒

六淫	致病特点	常見証型	主要症状	治法
湿	1.阻碍气机、易伤脾脏 2.病变部沉重	风湿	四肢关节疼痛、出汗怕风、沉重乏力感明显	疏风祛湿
		寒湿	四肢关节疼痛、腰痛发凉、怕冷、阴冷天加重、浮肿尿少	温阳化湿
		湿热	低烧、关节紅肿热痛、沉重感、胸閟、食慾不振、黄疸、尿黄紅	清热利湿
暑	1.发于炎夏 2.出現热而夹湿及气阴耗伤的症状	伤暑	发烧、出汗、头痛、呕吐、胸閟、痞滿、四肢乏力	清暑益气
		中暑	突然暈倒、昏迷出汗或无汗、发热煩躁	(見"中暑"节)
燥	以呼吸道疾病为主，呈現津液缺乏症状	温燥	发烧、头痛、鼻干、涕少、咽痛、口渴、咳嗽、痰少、或痰中带血	清燥潤肺
火	1.由其他因素轉化致病 2.表現为热症	实火	煩躁口渴、大便干燥、小便黄紅	清热泻火
		虛火	手足心热、虛煩失眠、盜汗、顴紅	滋阴降火

二、内伤七情：精神活动对疾病有着重要的影响，在临床上七情致病，以怒和惊常見，主要引起精神异常的病变。治疗上要做过細的思想工作，不应单純依賴药物。

七情辨証表

情志	致病特点	主要症状	治法
大怒	暴怒、情緒过度激动伤于肝、导致气血上逆	面紅或面色青白、狂妄叫罵、甚至突然昏迷不省	平肝鎮逆
忧悲	忧悲过度、郁阻气机、伤于肺脾、衰弱不足	面色淡白、精神苦閟、食慾减退、健忘失眠、易于悲伤	健脾調气
惊恐	突然惊恐、精神极度紧张、致气机紊乱、下陷	面色淡白、情緒不安、語言举动失于常态、胆怯幻想、怀疑有人迫害	安神定志

三、气、血：气血的概念所指很广泛，气血与五脏虚实关系密切。一般說来，“气帅血行”，气是血液循行的动力，因此治疗时血虚应补气养血，大出血则补气摄血，血瘀则行气活血化瘀。

气、血辨証表

証　型	主　要　症　状	舌苔	脉象	治　法
气　虚	面色蒼白、气短乏力、自汗、食慾不振	舌淡	細弱	补气健脾
血　虚	面色萎黃、消瘦、妇女經閉、失眠、心慌	舌紅	細数	补气养血
气　滞	煩躁易怒、胸閟胁痛、妇女經閉或痛經	舌紅	弦	舒肝理气
血　瘀	刺痛感覚、部位固定、拒按，經血紫暗、有血块、量少、痛經或經閉	舌紫暗	沉涩	行气化瘀
血　热	吐血、鼻出血、尿血、或經血量多、血色鮮紅、經期提前、及紫癜	舌紅	数	清热凉血

四、痰、食：痰与肺、脾病变有关，同时痰又促成某些疾病的发生和发展。主要表現于呼吸道疾病中，如咳嗽、痰多清稀，称为湿痰，与脾虚有关，治以健脾化痰；咳嗽、痰黃稠，称为痰热，与肺热有关，治以清肺化痰。此外，見于躯干四肢皮下的肿块結节，称为流痰，治以散結化痰；一些抽风、癲狂等疾病則称为痰火，治以清热泻火逐痰。飲食与胃、脾有关。凡飲食不洁、过量或饥飽不規律的进食习慣均可致病，出現飲食积滞、脾胃不和或胃腸实热証，治以消食导滞、和胃清热。

六

讀书是学习，使用也是学习，而且是更重要的学习

——常用治疗技术

注 射 技 术

注射是診疗工作中一項重要的基本操作。病人不能口服药物，或药物不能經胃腸道吸收，或在急救时，需要迅速发揮药物作用者，均需注射給药。

皮內注射 一般用于药物的过敏試驗，有时也用作防疫注射。

操作方法：

一、以75%酒精輕輕涂擦消毒前臂屈側。

二、取已消毒的1毫升注射器，吸取药液，排淨空气。

三、左手拉紧病人注射部位的皮肤，右手持注射器，針头斜面向上，与皮肤呈15～20度角刺入皮內，推进0.1毫升药液，形成皮丘。

四、注射完毕，拔出針头。

皮下注射

注射部位：一般选择上臂三角肌稍下方处，也可在大腿外側面。

操作方法：

一、吸取药液后，将注射器向上，排淨空气。

二、注射部位用酒精消毒后，左手按住皮肤，右手持注射器，針尖的斜面向上，与皮肤呈30～40度角迅速刺入皮下，抽吸无回血，即可将药物注入。

三、注射完毕，迅速拔出針头，用棉球或棉签压迫片刻。

肌肉注射

注射部位：一般选择臀部的外上1/4处，有时也可在上臂外側三角肌內。

操作方法：

一、病人側臥、俯臥或立地伏在桌上，使臀部肌肉松弛，并暴露注射部位。

二、局部消毒和吸取药液后，排淨注射器內空气。左手拇指和食指繃紧

局部皮肤，右手持注射器，使針头与皮肤垂直迅速刺入达針头的1/2至2/3深。继之改用左手扶持注射器和針头，右手抽吸无回血，即可将药物注入。

三、注射完毕，迅速拔出針头，用棉球或棉签压迫片刻。

靜脉穿刺术　常用于取血化驗、注射药物及輸液等。

穿刺部位：常用肘及前臂的浅靜脉，或手、足、头部靜脉。

操作方法：

一、准备好取血注射器或輸液用具。

二、在穿刺部位的上部扎止血带（布带或胶管），或另外一人捏紧上臂中部，同时让病人握拳和松拳数次，最后紧紧握拳，使靜脉显露。

三、选择最显露的靜脉，用碘酒和酒精消毒皮肤，左手握病人的前臂，左拇指将穿刺部位的皮肤向下拉紧，右手持注射器，針头斜面向上，与皮肤呈30度角，由靜脉旁刺入皮下，然后准确地刺入靜脉內，此时，可見注射器內有回血。如为輸、注药液，应迅速松开止血带和握紧的手；如为取血化驗，則抽血后再松开止血带和握紧的手。

四、抽血或注射药物后，将針头拔出，用无菌棉球压迫片刻。

小儿头皮靜脉穿刺术

穿刺部位：以前額、双側顳靜脉使用較多（分布于眼外眥、前囟前方、耳廓前后等部位），有时在頂骨部位亦能发現較粗靜脉，但需剃发后寻找。耳前及顳部常出現动脉，宜愼重加以鉴别，不可穿刺。

操作方法：

一、常用針头为22至26号。

二、穿刺要領：最好选择长于1厘米的直行靜脉（因弯曲者易刺破）。适当地按紧头皮，以固定靜脉。从靜脉旁边刺入皮肤及靜脉內，若見回血，則立即固定（图6—1），有时需回抽注射器方見回血。

三、高滲葡萄糖溶液不宜自头皮靜脉輸入。



图6—1　小儿头皮靜脉穿刺术

靜脉切开输液术

适应症：

一、休克或大出血的病人，外周浅靜脉不充盈，靜脉穿刺困难者。

二、长期輸液或反复靜脉穿刺失敗者。

三、小儿急需靜脉輸液，而靜脉穿刺失敗者。

靜脉切开部位：常用的靜脉为內踝前方的大隐靜脉，或沿大隐靜脉走行的任何部位，必要时可行大隐靜脉高位切开及股靜脉插管輸液。此外，也可用上肢肘窝部浅靜脉等。

操作方法：（以內踝前方的大隐靜脉切开为例）

一、局部用碘酒及酒精消毒皮肤，术者戴消毒手套。

二、于內踝前方切口部位，用0.5～1%普魯卡因行局麻。

三、在上述部位作約1～2厘米长的横或直切口。用小止血鉗沿血管方向分离皮下組织，直至游离出約1～2厘米长的一段靜脉。

四、于靜脉下方穿过两根絲綫，其中一根将游离出的靜脉远端結扎，并牵引結扎綫使靜脉紧张，用尖剪刀（或尖刀）将結扎綫近端靜脉剪一斜行小口，把已連接于輸液瓶橡皮管上的靜脉切开穿刺針（或塑料管）插入靜脉內（橡皮管应先排气），用另一根絲綫結扎游离靜脉的近端使針头固定于靜脉腔內（图6—2）。

五、检查輸液是否通暢、有无漏液現象后，剪短两根結扎綫头，皮肤切口間断縫合1～2針，以消毒紗布敷盖，用胶布固定。肢体用木板托起并繞綳带，松松固定。調节輸液速度。

六、輸液結束后，将針头拔出，伤口重新用消毒紗布敷盖。皮肤切口縫綫于术后第6～7天拆綫。

注意事項：

一、靜脉切开輸液一般不超过3～4天。时間过久，易发生靜脉炎和靜脉栓塞。靜脉切开插管（如塑料管）輸液可維持一周左右。

二、若发生靜脉炎后，应及时拔出針头，局部热敷、抬高患肢，必要时应用抗菌素。

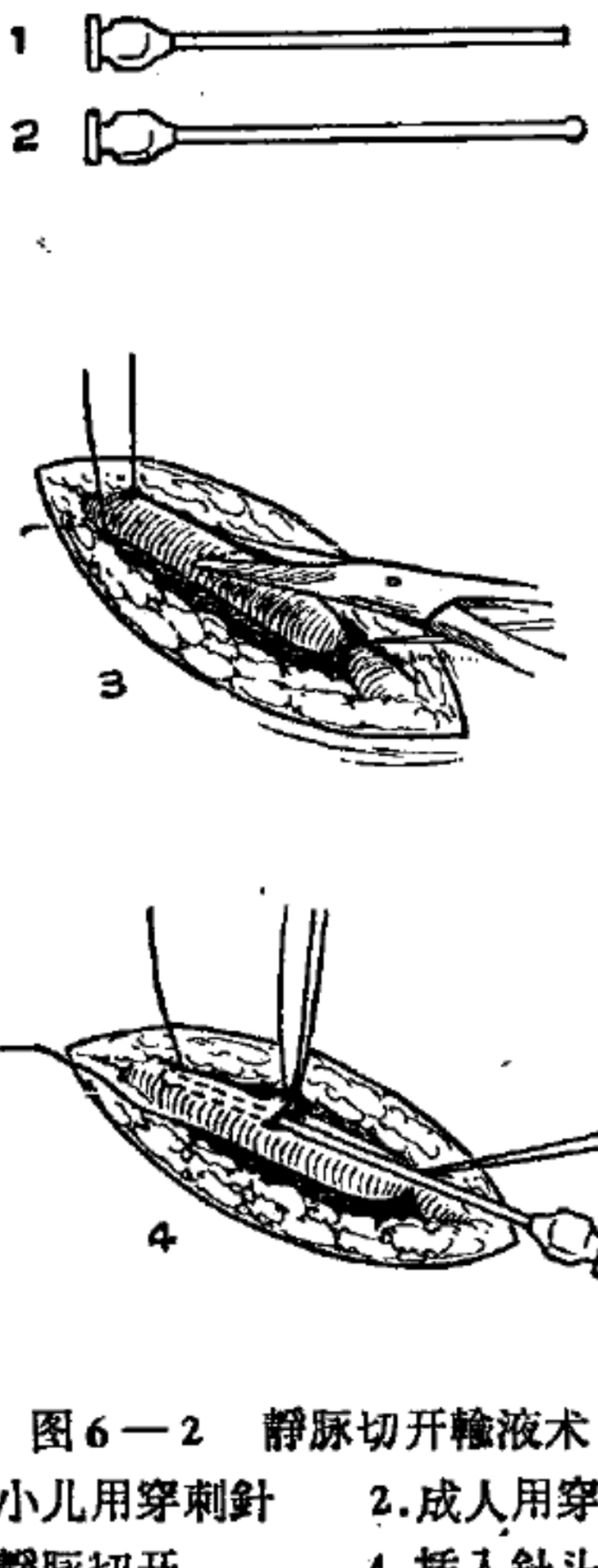


图6—2　靜脉切开輸液术
1.小儿用穿刺針　2.成人用穿刺針
3.靜脉切开　4.插入針头

輸血技术

輸血是我們医务人員在战伤救护和日常搶救中一項十分重要的治疗措施。

当前，处在內外交困走投无路的美帝国主义、社会帝国主义，互相勾結，妄图发动侵略战爭。我們必須遵照毛主席“**提高警惕，保卫祖国**”

的伟大教导，随时准备狠狠打击侵略者。我們要以白求恩同志为光輝榜样，彻底批判刘少奇的“活命哲学”，发揚“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”精神，勇于献出自己的鮮血，搶救阶級兄弟的生命，并熟练地掌握輸血技术。

输血适应症

一、急性大出血及手术大量失血者；

二、各种严重的貧血；

三、严重中毒、感染或敗血症；

四、严重营养不良。

输血禁忌症

一、心力衰竭；

二、急性肺水肿；

三、恶性高血压；

四、紅細胞增多症。

献血员条件

一、具有深厚的无产阶級感情；

二、无貧血及心、肺、肝、腎等脏器的疾病；

三、无梅毒、疟疾、絲虫等血液传染病；

四、非月經期、未妊娠及半年內无流产史者。

一般献血量以每次不超过 300 毫升为宜。

血型的鉴定　輸血前，必須检查血型，只有血型合适，輸血才不致发生危险。

一、血型分型的原理：血型是依据紅細胞中存在的抗原不同而分的。ABO血型系統中，常見A、B、O、AB四种血型。A型血紅細胞中含有A抗原，血清中含抗B抗体；B型血紅細胞中含有B抗原，血清中含抗A抗体；O型血紅細胞中不含A和B抗原，血清中含抗A和抗B抗体；AB型血紅細胞中含A和B两种抗原，血清中不含抗A和抗B抗体。

由上可知，利用标准A型和B型血清与受检者紅細胞相作用，試其是否凝集，即可鉴定受检者血型。如无准备好的标准血清，可由已知A型及B型血的两人，各取靜脈血 4 毫升，放入試管內（如无試管可用干淨的大安瓿或青霉素瓶代替）靜置15～20分钟后取血清，与受检者紅細胞相作用，試其是否凝集，即可鉴定受检者血型。

理想的輸血，应以同型人相互輸入为原則，但在紧急需血而又无同型血的情况下，需血量又不超过 300 毫升时，可用O型血輸給其他型的人。

二、鉴定方法：

1.平板法：取双凹玻片（或平面載物片、白磁碟、白磁碗底），用紅蜡笔划一綫，标明A（左）B（右），分别滴上标准A型与B型血清各一

滴，并用玻棒分别将血清涂开呈直径約1～2厘米的圓形，待干后备用。

鉴定时，将受检者的5％紅細胞盐水悬液于上述标准血清上各加一滴，分别用玻棒輕輕攪拌，置室溫观察15分钟。如果用新鮮血清（不等干燥）时，亦可立即滴加受检者的5％紅細胞盐水悬液各一滴，手持玻片徐徐轉动，使之充分混匀，观察15分钟。結果判定如图6—3所示。

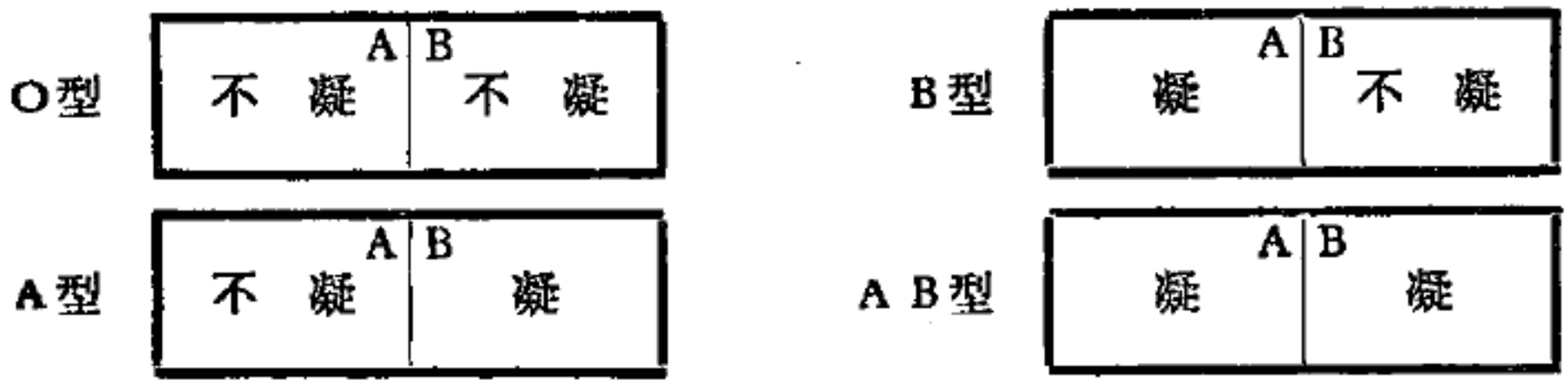


图6—3　平板法血型判定

2.紙片法：一般用海图紙，亦可用滴上液体不流不滲的质地較好的图紙。此法易于保存和携带，适于战时需要。

操作时，先在图紙两側标明A、B字样和受检者姓名，然后分别滴上标准A型和B型血清一滴，再分别滴上受检者耳垂全血各一滴，混匀后，观察3分钟即可。結果判定如图6—4所示。

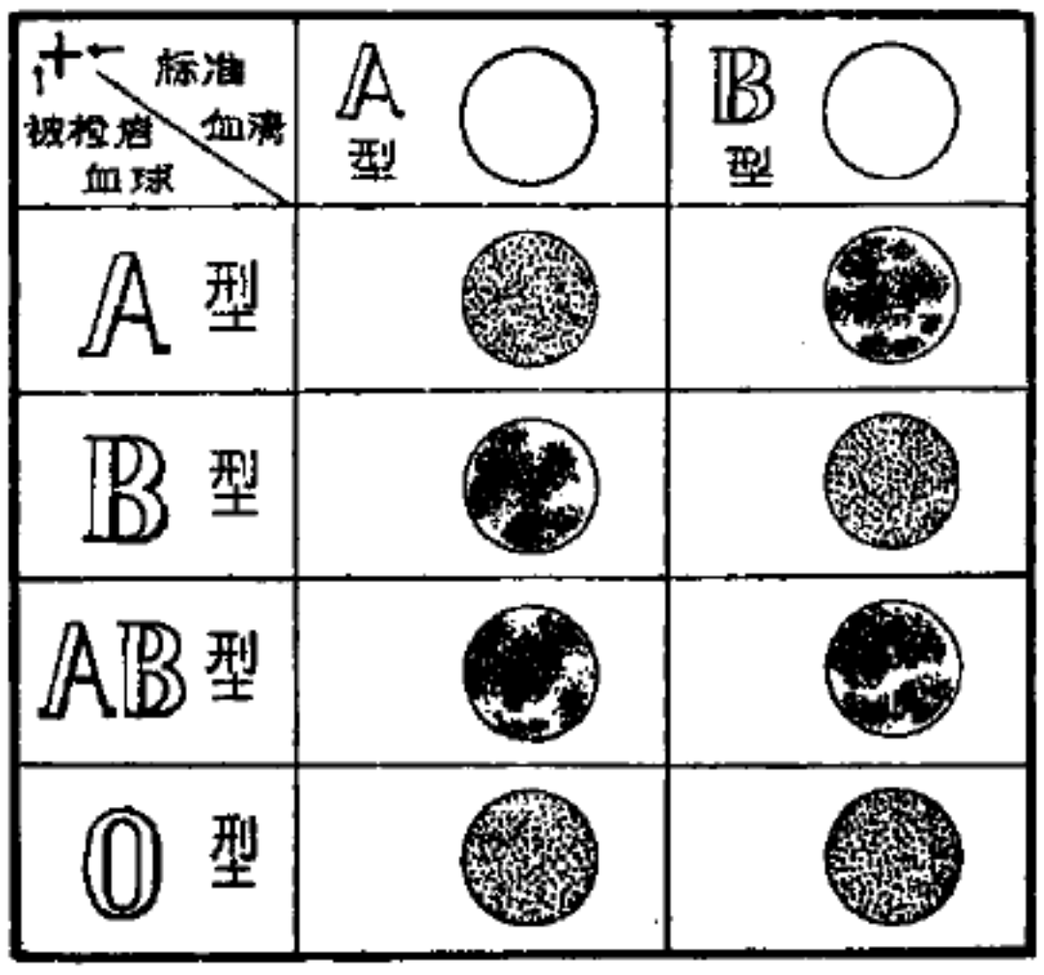


图6—4　图紙法血型判定

3.試管法：取两支小試管，标明A、B字样和受检者姓名后，分别滴入标准A型和B型血清各一滴和受检者5％紅細胞盐水悬液各一滴，混合后，立即离心2分钟(1,000轉/分)，然后轉动試管观察結果如下表所示：

标准血清 A型管	标准血清 B型管	血型判定
(-)	(-)	O 型
(-)	(+)	A 型
(+)	(-)	B 型
(+)	(+)	A B 型

說明：（+）为凝集，（-）为不凝。

附1：标准A型和B型血清的制备

一、标准血清的鉴定方法：标准血清质量的好坏关系到能否正确地判定血型。

1.亲和力的测定：由已知A型及B型人的靜脉取血3毫升，让其自然凝固后分离血清。取玻片（或白磁碟）一块，将受检血清一滴滴于玻片（或白磁碟）上，然后再取10%相应血型的紅細胞盐水混悬液两滴滴于受检血清的近旁（A型血清加B型紅細胞；B型血清加A型紅細胞），以玻棒涂匀后，手持玻片徐徐轉动，并記录出現凝集的时間，3分钟后观察凝集块的大小。若在15秒钟內出現凝集，3分钟后凝集块在1平方毫米以上，表示該血清亲和力强，否則不宜采用。

2.效价测定：取康氏反应試管8支，排列于試管架上。每管加生理盐水0.2毫升。于第一管中加受检血清0.2毫升，以吸管反复吹吸三次后，吸取0.2毫升移入第二管。依次倍量稀释血清。最后一管吹吸三次后，吸液0.2毫升弃去。再于每管中加入0.2毫升2%相应血型的紅細胞盐水混悬液（A型血清加B型紅細胞；B型血清加A型紅細胞）。持起試管架振盪混匀，置室溫一小时后，观察血清稀释倍数最大而能出現凝集者，定为該血清之效价。例如：1：64稀释之血清中仍能出現凝集，則該血清凝集价为64。标准血清之凝集价，不应低于128。

3.特异性检查：所謂特异性，乃指該血清中沒有不必要的抗体以及无特殊的假凝集現象。为此，可取康氏反应試管12支，排列于試管架上。每管加受检血清一滴。第1～10管，每管加不同人的O型5%紅細胞盐水混悬液一滴；第11管加A型5%紅細胞盐水混悬液一滴；第12管加B型5%紅細胞盐水混悬液一滴。持試管架振盪混匀，放置室溫一小时后，观察結果。A型血清只能与B型紅細胞凝集；B型血清只能与A型紅細胞凝集；如与其他血型的紅細胞也凝集，表明該血清特异性不强，則不宜采用。

二、标准血清的采集：經过上述检查后（如果临时应用，只要亲和力测定和特异性試驗符合要求，可不必再作效价测定），可选合格的人，作

靜脉取血，待其自行凝固后，剝离血凝块，置于37°C 水浴內至少一小时，促使血块收縮，然后放入4°C 冰箱过夜，令其吸收冷凝集素。由冰箱取出后，迅速离心分离血清。将分离出的血清再放入56°C 水浴中30分钟，以灭活补体。最后可在每 100 毫升血清中加1/10,000的硫柳汞水溶液 1 毫升，以供防腐。为区别两种血清，可于每毫升 A 型血清中加 1 %伊紅水溶液 0.015 毫升，使成粉紅色；每毫升 B 型血清中加 1 %煌綠0.01毫升，使成綠色。

附 2：红细胞盐水混悬液的制备

取試管一支，按无菌操作，取受检者耳垂血 6 滴于 1 毫升生理盐水中，即成 5 %紅細胞盐水混悬液。

配血（交叉配合试验）法 血型确定以后，即便已經取得同型血，但为了确保病人生命安全，在輸血前必須配血。取病人的血清与給血者的血細胞悬液相混合（直接配合）；病人的血細胞悬液与給血者的血清相混合（間接配合），試其是否凝集，即为交叉配合試驗，如都无凝集，方可輸血。在紧急情况下只作直接配合，若无凝集即可輸血。

試驗方法：

一、玻片法：双凹玻片一块（普通玻片、白磁盘、碗底均可），用紅蜡笔划一綫，于两側分别注明主、次字样。主側加病人血清 1 滴及給血者 5 %血細胞悬液 1 滴；次側加給血者血清 1 滴及病人 5 % 血細胞悬液 1 滴。混匀后，置室溫20～30分钟，观察有无凝集。

二、試管法：取試管 2 支，分别注明主、次字样。主次管所加內容同玻片法，混匀后离心一分钟（1,000轉/分）即可观察結果。

血型鉴定及配血试验的注意事项 血型鉴定及配血試驗关系到安全輸血的問題，若出了差錯，就会危及病人生命。故应遵照伟大領袖毛主席的教导：**“要过细地做工作。要过细，粗枝大叶不行，粗枝大叶往往搞错。”**

一、必須具有深厚的无产阶級感情和**“对工作的极端的负责任”**的精神。

二、反复核对病人姓名与血标本的标签是否相符，仔細认眞地判定血型鉴定和配血結果。

三、血細胞悬液以 5 %为宜，过高或过低都可造成假阴性。

四、反应时間以15～30分钟为宜，过短或过长都可发生假阴性或假阳性。

五、溫度过高或过低，亦可出現假阴性等錯誤。一般以20～37°C 为宜，冬季可在炉旁操作。

采血 只要身体健康，不論男女，一次献血200～300毫升，不会有什么异常感觉，也不会影响劳动、学习和身体健康。

一、采血用品的处理：

1.皮管的处理：新皮管可用3～5％碱液揉擦一小时后，再用清水冲净，最后用蒸餾水冲洗三遍即可。用过的皮管，应先用清水冲净管内血迹，然后用5％石炭酸浸泡一夜后，再用清水将酸液冲净，最后用蒸餾水冲洗三遍即可。

2.針头的处理：采血后的針头，应先用清水冲净血迹，然后泡入95％酒精內一夜，最后用蒸餾水冲洗三遍即可。

皮管和針头洗净后，将針头和皮管連接好，放于敷料袋或鋁制飯盒中，經蒸煮消毒一小时，或有条件时可用15磅高压消毒20分钟即可采血。

3.采血瓶的处理：采血瓶应先用清水洗刷干净，然后浸泡鉻酸洗液內一夜，最后用蒸餾水冲洗干净即可。如沒有采血瓶，可用輸液用的葡萄糖瓶或盐水瓶代替。

二、采血方法（图6—5）：采血瓶內按每100毫升血液加入3.8％枸櫞酸鈉10毫升，然后将皮管、針头与采血瓶連接好。

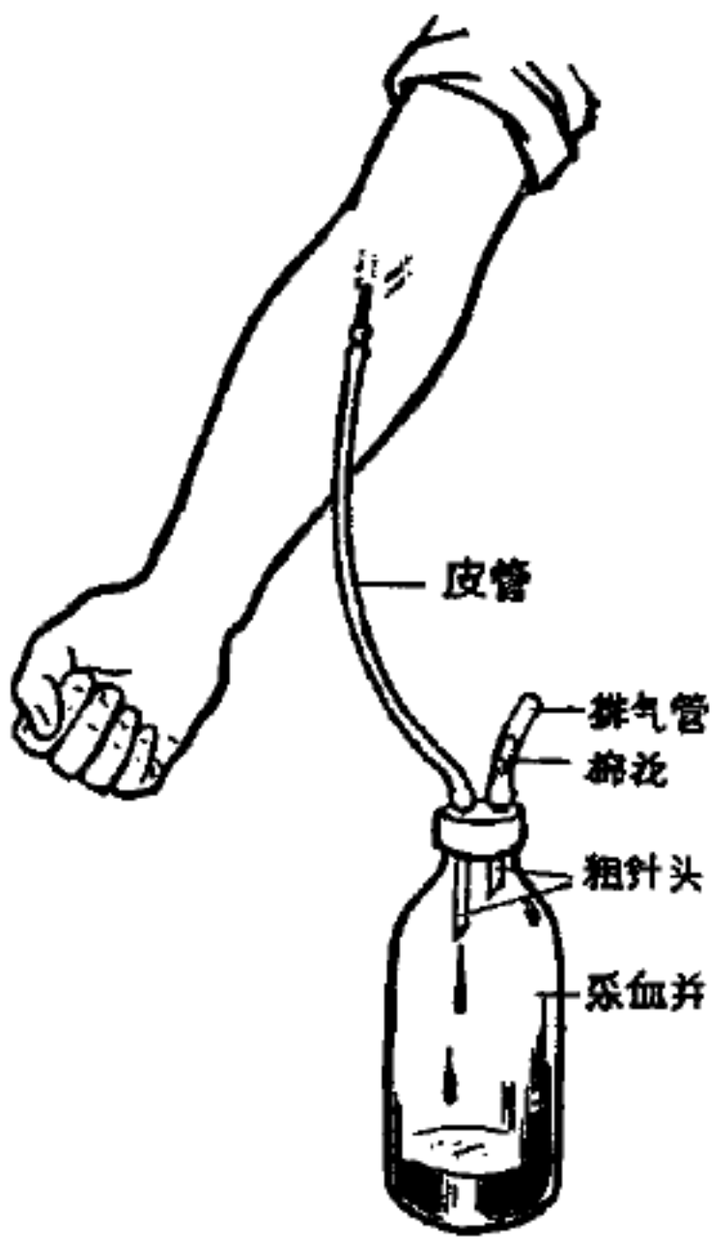


图6—5　采血方法

献血者取仰臥位，露出一上臂，先用热水洗净，然后上臂系一止血带，同时让献血者握拳松拳数次，再握拳使肘窝靜脉膨胀。用碘酒和酒精消毒肘窝部，选一显明靜脉，用連在皮管上的針头作靜脉穿刺。采血瓶应放在献血者心脏水平面下一尺的小凳子上。当血流注入瓶內时，空气即由排气管挤出。随时輕輕搖动采血瓶，使血液与抗凝剂充分混匀，以免血凝。待血流至所需量（一般200～300毫升）后，立即松开止血带，让献血者松拳，迅速拔出針头，用消毒棉球压迫穿刺部位，同时屈肘协助压迫，以免出血。

采血完毕，应嘱献血者喝些糖水，并給硫酸亚鉄0.3克，每日三次，連服一周。

三、血液的保存：采血后，除当即应用外，应貼好标签，注明血型、采血日期、献血員姓名，放在4～6°C冰箱內保存。保存期应注意血浆顏色，如已变紅表示已有溶血即不可用。保存期可达21天，此間不要經常搖动儲血瓶。

四、采血室的准备：为了备战的需要，可以选择一間較干净的屋子，先用10％来苏儿噴洒消毒，使灰尘降落以后，再用乳酸点燃消毒20分钟即可。

输血方法

一、开放式靜脉輸血（图 6 — 6）：先以一般开放式靜脉点滴少量生理盐水，将上法采得的鮮血，通过 5 ～ 6 层的紗布漏斗，滤入輸液瓶內。在紧急情况下，亦可用注射器，內按每 100 毫升血液加枸櫞酸鈉 10 毫升之比例，从同型血的献血者靜脉取血，充分混匀后，直接注入紗布漏斗中。

自家輸血：內脏实质性器官破裂或宫外孕破裂造成內出血，大量血液积聚在腹腔內。此时如无外界血源，腹腔的积血无感染及血块不多的情况下，为挽救患者生命，可将此种血液用注射器收集在消毒的儲血瓶內（瓶內先按上述比例加抗凝剂），混匀后倒在紗布漏斗中滤入輸液瓶內。

二、簡易密閉式靜脉輸血（图 6 — 7）：用碘酒、酒精消毒血瓶瓶塞表面后，将血瓶与輸血管及通气管連接好，然后把血瓶倒挂在輸液架或墻上，排出輸血管管內的空气后即可作靜脉穿刺，开始輸血。

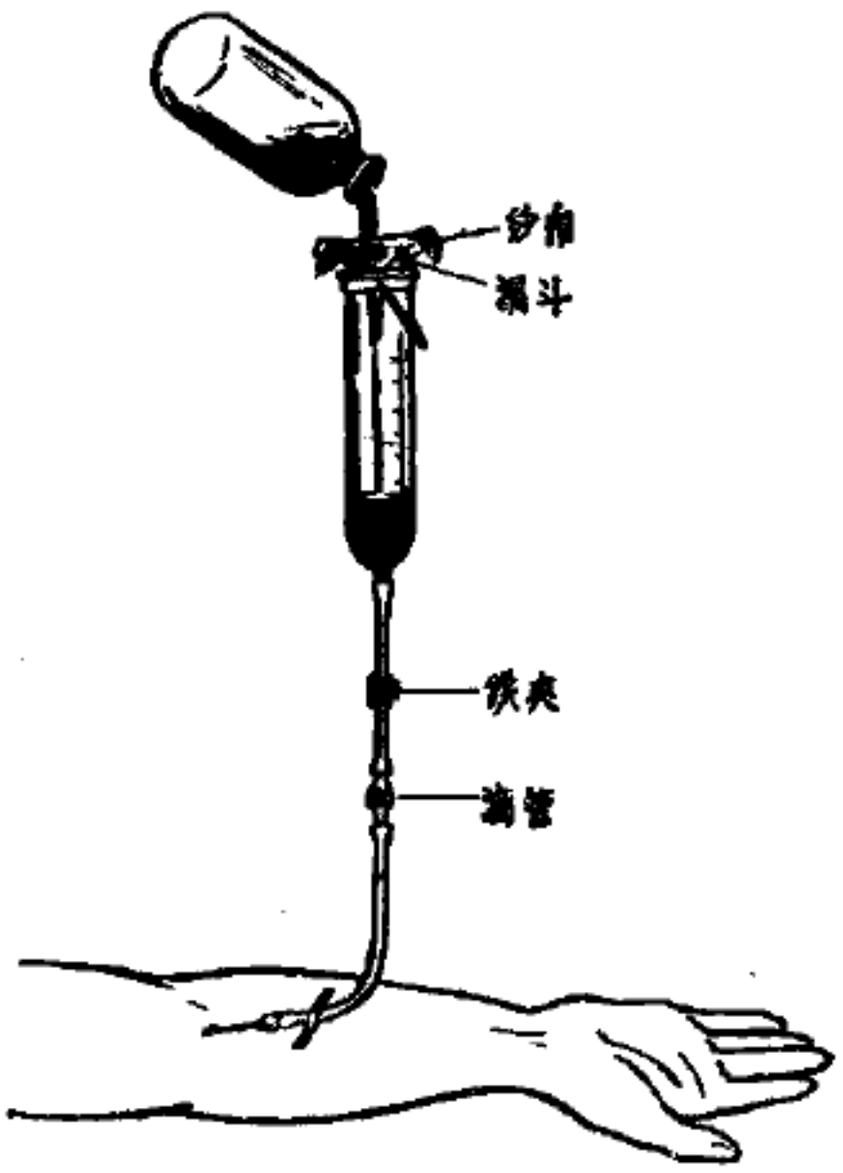


图 6 — 6　开放式靜脉輸血

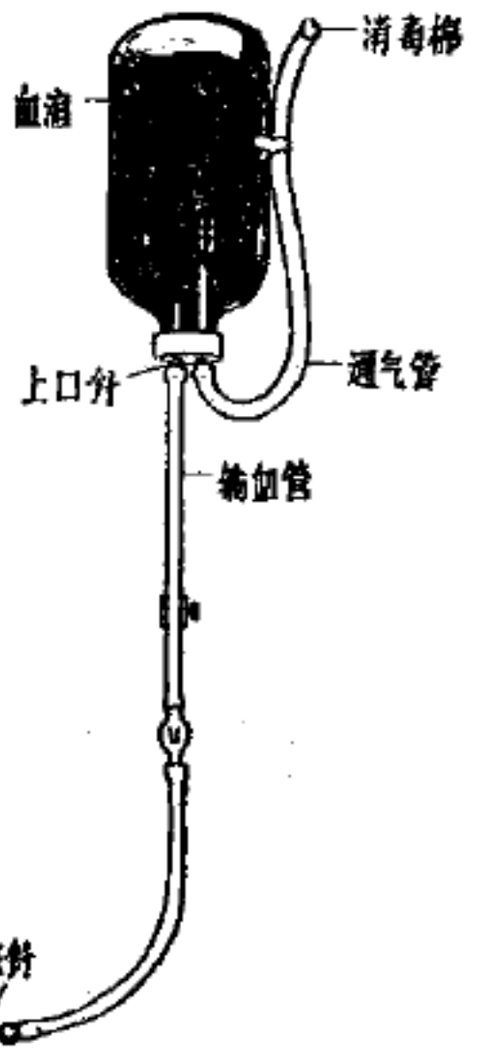


图 6 — 7　簡易密閉式靜脉輸血

开放式和密閉式靜脉輸血，都应調节輸血速度。一般成人为 40 ～50 滴/分，小儿15～20滴/分。輸血完毕后，拔出針头，局部用消毒棉球加压，盖以无菌紗布。

三、注射器輸血（半直接靜脉輸血）：在紧急情况下，可用几副50毫升注射器，按上述比例加抗凝剂，从同型血的献血者靜脉取血，充分混匀后，換另一无菌針头，刺入受血者靜脉內，将血液注入。用过的注射器，必須用生理盐水和枸櫞酸鈉溶液冲洗，以防血凝，故需 2 ～ 3 人协作。

采血和輸血的注意事項

一、采血或輸血的整个过程要絕对注意无菌操作。

二、仔細核对血型及合血单。

三、为預防过敏反应，可在輸血前一小时給病人异丙嗪25毫克或苯海拉明50毫克，口服或肌肉注射。

輸血反应及其处理

一、溶血反应：由于血型不合，引起大量溶血。常于少量血液进入后立即发生，病人自觉头胀、胸悶、麻木和剧烈腰痛，同时可有寒战、发烧、恶心、呕吐、呼吸急促、脉搏細弱、血压下降、脸色蒼白、煩躁不安以及出冷汗等現象。处理不及时，可发生黃疸、尿閉，甚至尿毒症。

处理：1.立即停止輸血，皮下注射0.1%腎上腺素0.5～1毫升；2.靜脉滴入5%葡萄糖或生理盐水1,000毫升；3.輸入5%碳酸氢鈉，或口服此药1克，每4小时一次；4.腎区作热敷或拔火罐以利尿；5.有条件可用0.25%普魯卡因作两側腎囊封閉。

二、发烧：常由于抗凝剂或輸血器械不洁所致。表現为寒战、发烧。

处理：1.反应严重应停止輸血；2.保溫；3.皮下注射0.1%腎上腺素0.5～1毫升。

三、过敏反应：輕者皮肤瘙痒，蕁麻疹等；重者发生呼吸困难，甚至休克。

处理：立即皮下注射0.1%腎上腺素0.5～1毫升及肌肉注射苯海拉明25毫克。若发生休克应立即搶救（見“休克”）。

青霉素过敏試驗

试验液的配制

一、皮肤划痕試驗：用注射用水将青霉素或混悬青霉素溶解成每毫升含20万单位后，取0.1毫升加注射用水到1毫升，使每毫升含2万单位青霉素，再取此溶液0.1毫升，加注射用水到1毫升，使每毫升含2,000单位。

二、皮內試驗：取每毫升含2,000单位的溶液0.1毫升，加注射用水到1毫升，使之成为每毫升含青霉素200单位。

试验方法

一、划痕試驗：凡首次使用青霉素者，先将每毫升含2,000单位之青霉素液1～2滴，滴于已經消毒的前臂屈側下1/3处，然后用消毒的針尖在药液处皮肤上划痕数条（注意不要划出血）。观察20分钟，如为阴性反应，再做皮內試驗。油质青霉素用上述方法試驗阴性者，即可注射。

二、皮內試驗：用每毫升含200单位的青霉素液0.1毫升，按皮內注射法注入前臂屈側皮內。观察20分钟。

结果的判定

一、划痕試驗：局部紅肿、瘙痒或全身不适者为阳性反应。

二、皮內試驗：局部有硬块，或紅暈直径超过1厘米大小，或伴有水泡发生者为阳性反应。

注意事項

一、試驗液配制要准确，最好用1毫升的蓝心注射器。

二、試驗液配好后，保留使用最多不应超过24小时，过期应重新配制。

三、皮試后或皮試阴性接受青霉素注射者，应密切观察15分钟至半小时，方可让病人离开，以免发生过敏反应后，得不到及时治疗。

四、凡下列情况均需重新皮試：（1）凡停用青霉素已間隔七天以上，需要重复使用者；（2）換用不同批号之同种药品者；（3）更換青霉素种类者。

五、应随时作好搶救准备，如腎上腺素等强心、抗过敏药物。

附：过敏反应的处理

青霉素的过敏反应常見的有蕁麻疹、血清病样反应（表現有发烧、腹痛、关节痛、哮喘、淋巴結肿大）和过敏性休克（注射后立卽发生胸悶、气急、面色蒼白、出冷汗、四肢发凉、血压下降，严重者呼吸困难，甚至心跳停止）三种。

一、蕁麻疹和血清病样反应的处理：应立卽停药，口服异丙嗪25毫克，每日三次。可用10%葡萄糖酸鈣10毫升加入50%葡萄糖20毫升內作靜脉注射。必要时可服强的松10毫克，每日三次。一般經过1～2天卽可治癒。

二、过敏性休克的处理：

1.立卽停药。

2.平臥或采用头低足高臥位，并注意保暖。

3.針刺人中、十宣，灸百会。

4.肌肉注射0.1%腎上腺素0.5～1毫升（小儿0.3毫升），或新福林10毫克，必要时20分钟后重复注射。也可靜脉輸入氢化可的松。

5.严重呼吸困难时，可用氨茶碱0.25克加入50%葡萄糖20～40毫升作靜脉注射。有条件时給氧气吸入。

6.呼吸抑制应立卽作人工呼吸。心跳停止可应用腎上腺素1毫升作心內注射，并持續作心脏按摩，直至心跳恢复。

抗毒素血清过敏試驗

过敏性试验及脫敏注射法

一、过敏性試驗：将抗毒素血清（如白喉、破伤风等抗毒素）用生理盐水稀释10倍，于前臂皮下注射0.1毫升，在15～30分钟內，观察有无全身反应，如有全身反应者，应进行脫敏注射。

二、脫敏注射法：将抗毒素用生理盐水稀释10倍，分数次作皮下注射，間隔观察10～30分钟。第一次注射 0.2 毫升，观察无气喘、紫紺、显著呼吸短促及脉搏加速时，再用 0.5 毫升注射，如仍无反应卽依次用原血清0.1毫升、0.2 毫升皮下注射，0.5 毫升肌肉注射。共注射观察五次，若仍无异常反应者，卽可将所余全量作皮下或肌肉注射。

注意事项

一、使用前注意检查制品，若已过失效期，或有混浊、沉淀、异物，或安瓿破裂者，均勿使用。

二、注射前需准备一套皮下注射器及0.1%腎上腺素。

三、注射前应仔細詢問病人的过去史，若曾注射过血清制品（各种抗毒素）或有支气管哮喘、湿疹、血管神經性水肿等过敏性病史者，均应作脫敏注射。

四、肌肉或皮下注射无异常反应者，方可作靜脉注射，但速度宜慢。

五、过敏反应及处理：于注射中或注射后数分钟內突然出現虛脫、发紺、神志不清、呼吸短促等过敏性休克症状者，应立卽皮下注 射 0.1%腎上腺素0.5～1毫升（儿童酌減用量），必要时可再次注射或靜脉注射。同时可采取保暖、人工呼吸及使用兴奋剂等措施。

結核菌素試驗

稀释结核菌素配制法

一、旧結核菌素液：用純結核菌素0.5毫升加 4.5 毫升含有0.3%酚的生理盐水，卽为第一号液，为1：10稀释度；以0.5毫升第一号液加 4.5 毫升含酚盐水，卽为第二号液，为1：100稀释度，也称 100 結素单位；可依法配制第三、四、五号液。

2 号＝1：100＝1毫克＝100結素单位

3 号＝1：1,000＝0.1毫克＝10結素单位

4 号＝1：10,000＝0.01毫克＝ 1 結素单位

5 号＝1：100,000＝0.001毫克＝0.1結素单位

二、純蛋白衍化物：是純結核蛋白。第一試剂，0.1毫升含0.00002毫克。第二試剂含0.005毫克。

试验方法　前臂屈側下 1/3 处，用結核菌素注射器（蓝心）和25号針头，皮內注射0.1毫升結核菌素液，使之成一皮丘，开始用小剂量，1 或10結核菌素单位（如为純蛋白衍化物，先用第一試剂），如有反应卽不再做。沒有反应再用 100 单位注射。若仍无反应卽說明沒有結核感染。

結果判断　皮內試驗后48小时进行检查，以硬結的直径大小判断反应强度，以（+）表示。

阴性（－）：不发紅，硬結直径不到0.5厘米，或只紅而无硬結。
可疑（±）：发紅和硬結直径在0.5厘米以下。
阳性（＋）：发紅和硬結直径在0.5～0.9厘米。
（＋＋）：发紅和硬結直径在1～1.9厘米。
（＋＋＋）：发紅和硬結直径在2厘米以上。
（＋＋＋＋）：除紅肿硬結外，还有水泡或坏死。

一、三岁以下乳幼儿結核菌素阳性反应时，表示有新鮮結核病灶。

二、儿童无临床症状，結核菌素試驗呈一般阳性，表示有結核感染，但不是活动病灶。

三、儿童結核菌素試驗呈强阳性，表示有活动性病灶。由阴性轉为阳性，表示有新的感染。

四、接种卡介苗后，多呈一般阳性，如为强阳性仍可能有活动結核。

吸　痰　法

适应症

一、昏迷病人或全身麻醉后，咽喉部有分泌物者。

二、气管切开术后，气管内有分泌物者。

操作方法

一、用接好注射器或吸引器的导尿管，經口或鼻，或經气管切开套管，进入咽喉部抽吸分泌物。

二、抽吸分泌物时，可上下左右活动导尿管，但不可用力过猛，以免損伤粘膜。

三、抽吸完毕后，导尿管应用清水冲洗干淨，以备下次使用。

氧气吸入法

适应症

一、任何原因所致的缺氧，如肺部疾病、呼吸道阻塞、心力衰竭等，显示口唇、皮肤发紺或呼吸困难者。

二、各种休克。

操作方法

一、使用氧气筒时，在擰开螺旋开关后，調节水瓶內出現水泡的多少和快慢，然后自鼻孔插入导尿管。使用氧气袋（或車輪內帶也可）时，将金属夹放松，調节快慢后自鼻孔插入导尿管。插入的深度一般以鼻翼至耳垂之間的长度为宜。插入后用胶布固定于面部。

二、給氧的速度，一般見气泡一个接一个冒出即可（大約每分钟200

个气泡左右）。

注意事项

一、給氧过程中，要注意导尿管是否堵塞。堵塞时，可用清水冲洗。

二、給氧时应远离火焰，以免引起爆炸及火灾。

三、需調节氧气量时，应先将导尿管拔下，調节后再插入。

鼻　飼　法

适应症　凡无法經口腔进食者，如昏迷、口腔疾病等，均可鼻飼。

操作方法

一、准备灌入的流质食物，加热到适宜的溫度。

二、病人仰臥或坐位，头部稍向后仰。

三、用镊子夹胃管，其尖端涂液体石蜡或其它食油，由鼻孔慢慢送入。清醒病人，可作吞嚥动作，或飲少量水，使胃管随吞嚥动作而进入。当胃管达到咽喉部时，往往发生恶心或呕吐，此时应暫停送入，让病人张口喘气，并鼓励病人克服困难，待恶心过后再送入。昏迷病人，可于每次呼气时送入胃管。插管时若出現咳嗽或青紫，应立即拔出。插管深度一般以病人的头頂至剑突之长度为宜。胃管插入后，用注射器抽吸胃內容物，如抽出有胃液，或注入空气时于上腹部听到有气过水声，均証明管在胃內，最后用胶布固定于面部。

四、用注射器或漏斗接在胃管末端，徐徐将流质食物、液体或药物注入胃內。注入后用夹子夹紧胃管。

五、鼻飼时間視病情而定，一般不宜超过一周，如继續使用应更换胃管。鼻飼結束后，将胃管外口压紧，緩慢拔出。

注意事项

一、插入胃管前，要检查鼻、咽喉及口腔有无阻塞及假牙。

二、有食道靜脉曲张或主动脉瘤者不宜下胃管。

洗　胃　法

适应症　吞服毒物者，用以除去胃內毒物，減少吸收中毒。

操作方法

一、胃管插入法同鼻飼。

二、将漏斗接于胃管，并将漏斗高举，注入灌洗液(参閱中毒各节)，一般每次注入不超过500毫升，待灌洗液进入胃內后，立即将漏斗端之胃管放低，使胃內容物混同灌洗液排出。如此反复灌洗，直至洗出液与灌洗液顏色相同为止。

三、洗胃結束后，緩慢拔出胃管。

注意事項

一、中毒者之胃內容物吸出后，应保留标本，以备化驗检查。

二、服有腐蝕性毒物（如强酸、强碱）者，严禁洗胃。

三、在无胃管的情况下，可給病人喝两、三碗盐开水，或1:5,000高錳酸鉀，然后用羽毛、或手指刺激舌根和咽部粘膜以引起呕吐，这样也可达到洗胃的目的。

灌 腸 法

适应症 便秘、腹部手术前准备及直腸給药等。

操作方法

一、病人側臥，臥側下肢伸直，另一下肢向前屈曲，暴露肛門。

二、将已消毒过的肛管（或其它硬橡皮管代替）涂少許油类，然后用橡皮管与灌腸筒或漏斗（用茶壺也可）連接。捏紧肛管后，将所用灌腸液倒入筒內或漏斗內(灌腸液常用的有：溫水、生理盐水、肥皂水等)。

三、排淨管內空气后，緩慢地插入肛門內約10～20厘米，此时一手固定肛管，另一手举高灌腸筒或漏斗，使灌腸液慢慢地流入腸內。成人一般用300～1,000毫升，小儿100～300毫升。

四、灌腸完毕后，夾紧皮管，迅速取出。让病人忍耐片刻，使灌腸液在腸內保留 5 ～10分钟后再排便。

五、如系少量药物灌腸，可将药物放于50毫升注射器內，并接一导尿管或橡皮管，插入肛內 5 厘米以上，注入卽可。

导 尿 法

适应症

一、急性尿潴留采用針灸等治疗无效者。

二、妇产科手术前。

三、取尿标本检驗或細菌培养。

操作方法

一、病人仰臥，双膝屈曲，两腿分开。术者戴无菌手套。

二、消毒尿道外口及周围。男病人应翻轉包皮，左手固定阴茎，用右手消毒；女病人在外阴消毒后，用左手分开小阴唇，再消毒尿道外口。消毒时只用紅汞棉球卽可。

三、尿道外口处鋪以无菌孔巾或其它无菌敷料。

四、右手用镊子夾涂有油类的导尿管前端，慢慢插入尿道內，另一端

放于消毒碗內。男病人应插入15～20厘米长，女病人可插入 6 ～10厘米。

五、如需保留导尿管，可用胶布固定导尿管于阴茎或阴唇皮肤上。

六、导尿完毕，可慢慢抽出导尿管。

注意事项

一、严格消毒，遵守无菌操作。

二、导尿管插入时要輕巧，尤其使用金属导尿管时更要注意，以免引起尿道粘膜的損伤。

封閉疗法

普魯卡因（即奴佛卡因）封閉疗法的主要作用是阻断病变部位传向大脑皮质的不正常刺激，同时也产生微弱的良性刺激，兴奋营养神經，从而促进病变部位的代謝和加速疾病的恢复。

局部封閉 （病灶周圍封閉）

适应症 急性扭伤、慢性劳損、腱鞘炎等。

操作方法

一、以碘酒和酒精消毒封閉部位的皮肤。

二、用 0.25～0.5% 普魯卡因10～20毫升，作痛点注射。注射前应作皮內麻醉。

注意事项

一、务必要注意无菌操作，以免造成感染。

二、腱鞘炎的局部封閉，应将小量普魯卡因注射到肌腱和腱鞘之間，才能取得疗效。

套式封閉 （骨膜周圍封閉）

适应症 四肢远端的炎症、冻伤、烧伤，以及潰瘍、坏疽等。

操作方法

一、注射部位：上肢在上臂中1/3，前 側及 后側各一点；下肢在大腿中1/3，前、后、外側各一点。

二、用碘酒和酒精消毒皮肤。

三、在穿刺点上作皮內麻醉，用长針头由穿刺点垂直刺入直达骨干，当針头触及骨干时退出 1 毫米左右，如抽吸无回血，即可注入0.25%普魯卡因。

四、上臂一次注射60毫升左右，大腿一次注射120～160毫升。每 1～

2日注射一次，3～6次为一疗程。

腰　封（肾周围脂肪囊封闭）

适应症　蛇咬伤、冻伤、烧伤、肾绞痛、破伤风、麻痺性肠梗阻、急性无尿症等。

操作方法

一、病人取侧臥位，下面的腿伸直，上面的腿屈曲，腰部垫小枕头。

二、穿刺点为第一腰椎棘突两侧各10厘米处，相当于第十二肋尖端下方（图6—8）。

三、穿刺点周围用碘酒和酒精消毒皮肤，并舖无菌巾。操作者应戴消毒手套。

四、穿刺点用0.25%普鲁卡因作皮内麻醉。

五、以长10厘米的20号注射針与皮肤表面呈垂直的方向自穿刺点慢慢刺入。当針尖穿破腎筋膜而进入腎周围脂肪囊时，針尖抵抗感消失，有如进入空腔的感觉（图6—9）。一般刺入約5～8厘米深即达到腎脂肪囊，抽吸无回血后，即可慢慢注入0.25%普鲁卡因，如注入脂肪囊內，推液时无阻力。单側腰封可用药液80～100毫升，双側腰封每側各50～60毫升。

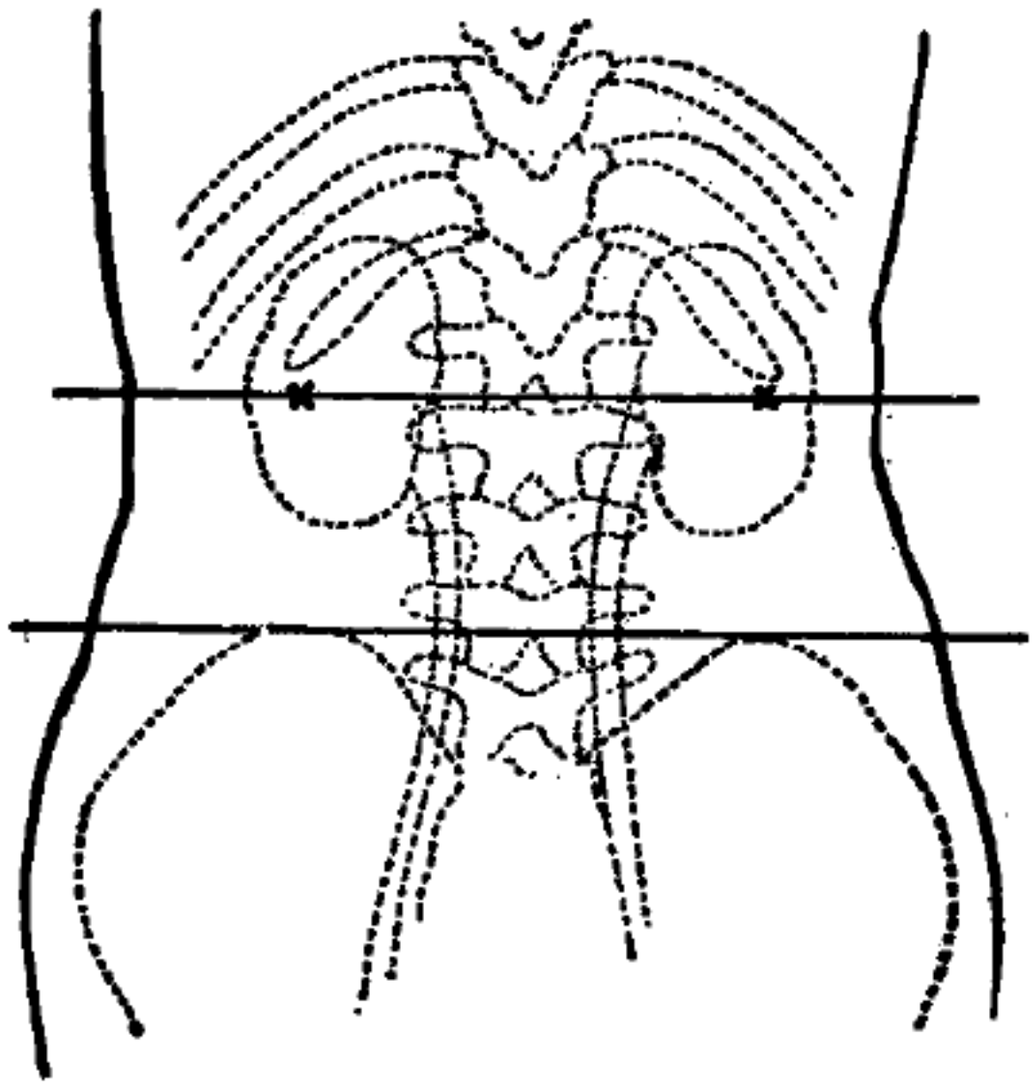


图6—8　腰封穿刺点

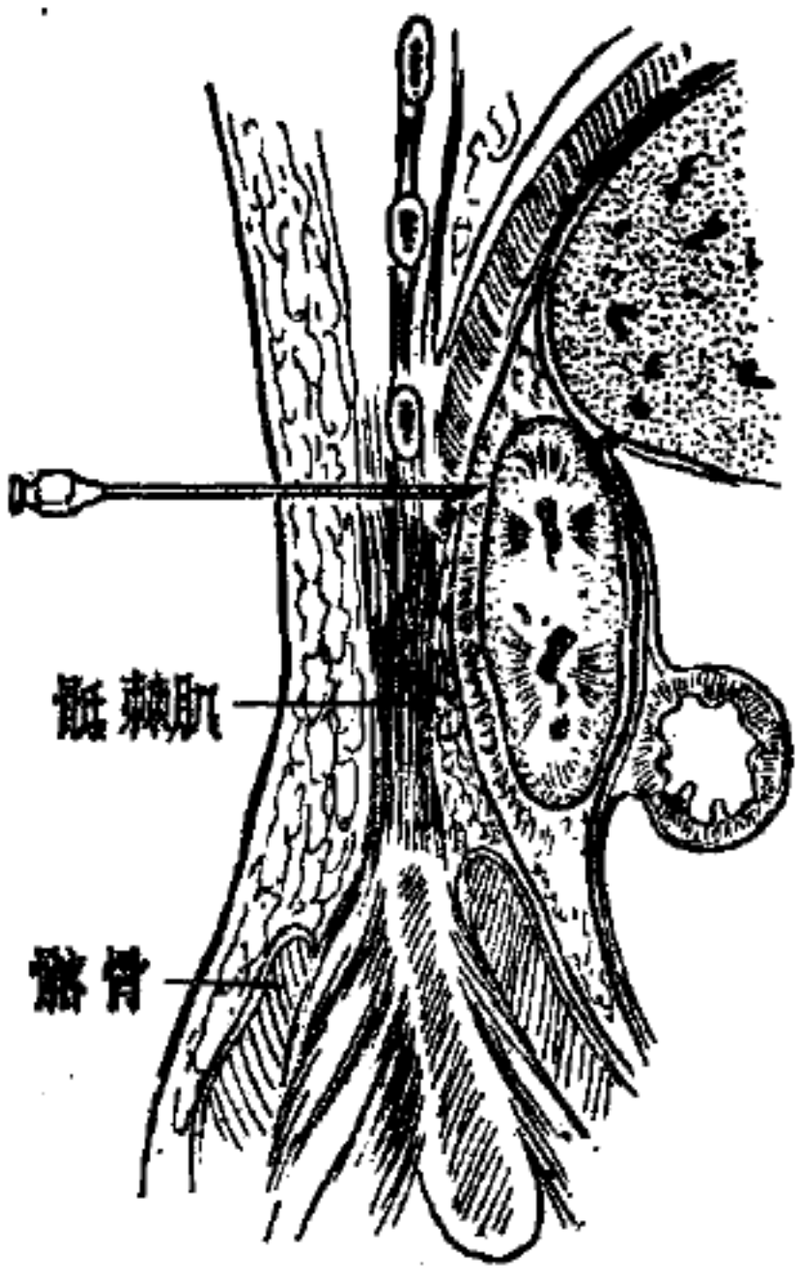


图6—9　腰封穿刺深度

注意事項

一、穿刺及注射时应让病人緩慢呼吸，以免針尖刺破腎脏。

二、如刺破腎脏发生出血时，則不应在該側进行封閉，并給予碱性合剂。

三、严格遵守无菌操作，以免发生腎周围炎症。

骶前封閉

适应症 亚急性或慢性盆器炎、前列腺炎、尿道炎、睾丸炎等。

操作方法

一、病人取右側臥位。

二、用水洗淨肛門周围，用碘酒及酒精消毒皮肤。

三、操作者左手戴橡皮指套深入肛門直腸內。

四、在肛門和尾骨之間作皮內麻醉后，用长針头經皮肤，沿着骶骨前面，在左手指的指引下刺入約6～8厘米，但注意不要刺入直腸內（图6—10）。

五、注入0.25%的普魯卡因50～80毫升，拔出針头，复盖紗布。

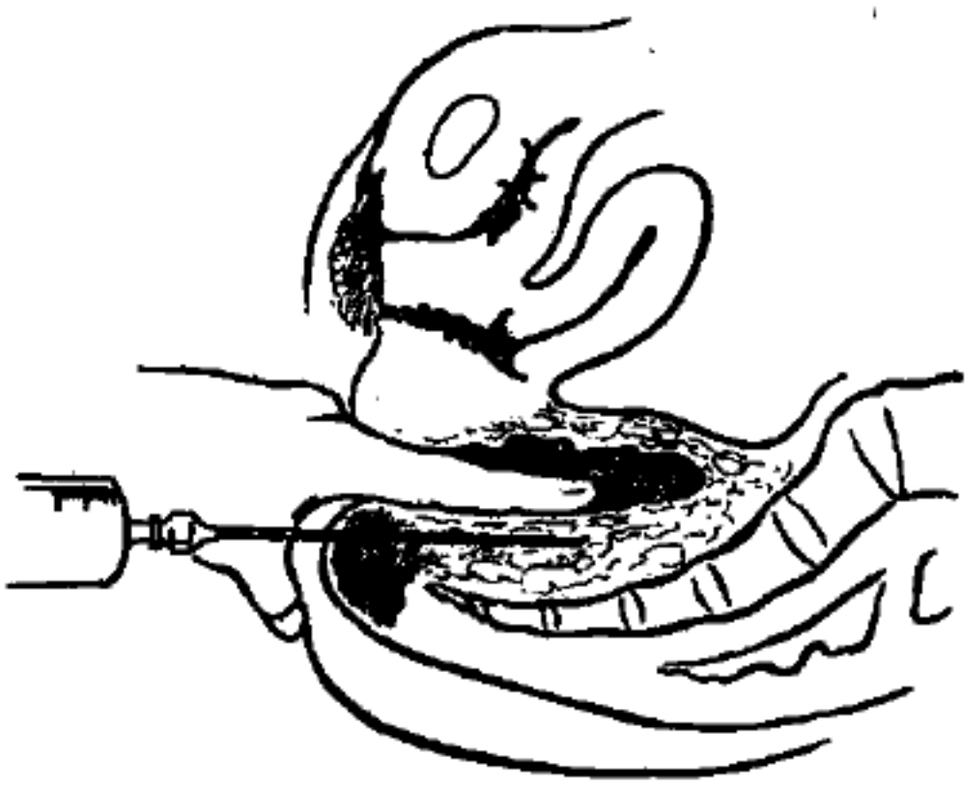


图6—10 骶前封閉

神經周围封閉

适应症 肋間神經、坐骨神經和三叉神經等神經痛。

操作方法

一、操作者应先熟悉神經的径路，以确定穿刺的位置。

二、局部消毒后，在神經径路上垂直刺入，当触及神經时，患者有特殊的感觉（如灼痛、串电感等），稍将針退出1～2毫米，再向旁边刺进1～2毫米，抽吸无回血时，即可注入0.25%普魯卡因10～30毫升。然后再以同法注射神經之另一側。

靜脉封閉

适应症 破伤风、急性胰腺炎，以及某些过敏性疾病。

操作方法

一、配成0.1%普鲁卡因生理盐水(也可用5%葡萄糖代替生理盐水)。

二、按普通静脉輸液法，以平均每分钟50～60滴速度滴注，成人量每日250～1,000毫升。

注意事项 滴注过程中，要密切注意呼吸、血压、脉搏，如发生呼吸困难、血压下降、恶心、呕吐、出汗、抽风等，应立即停止滴注。

胸腔穿刺术

适应症

一、診断性穿刺抽液检查。

二、放出胸腔內液体或气体，以减輕压迫症状。

三、胸腔內注入药物。

操作方法

一、患者体位：

1.背下部穿刺：对一般情况較好的患者，可坐在靠背椅上，面朝椅背，两前臂平放在椅背上緣，头伏于前臂上。

2.側胸穿刺：病重而不能坐起的患者，取半坐位，准备穿刺側上肢上举，同时手置于枕后。

二、穿刺部位：穿刺前必須叩診检查，必要时放射綫透視或摄片，以便明确穿刺部位。

1.常用的胸腔穿刺抽液部位是腋后綫或肩胛下角下方第七、八肋間隙。

2.側胸穿刺抽液的部位可取腋中綫第六、七肋間隙。

3.气胸病人取半坐位，在鎖骨中綫第二肋間隙处穿刺。

三、局部用碘酒及酒精消毒皮肤。术者戴消毒手套。

四、穿刺部位用1%普鲁卡因行局麻，由皮肤直到胸膜（刺到胸膜时病人有痛感）。

五、用橡皮管接穿刺針（18号針头或用带三通的穿刺針），再用止血鉗夹住橡皮管。

六、将穿刺針沿肋骨上緣慢慢垂直刺入，当感到針尖抵抗力消失即表示已进入胸腔。

七、橡皮管另一端接注射器后，除去止血鉗，抽吸胸腔积液。必須注意，每次取下注射器前，应先夹閉橡皮管，以免空气进入胸腔(图6—11)。

八、抽液結束后，拔出穿刺針，盖上敷料，并用胶布固定。

注意事项

一、穿刺前若患者精神比較紧张，应作好解释工作，并可給予适量的鎮靜剂。

二、穿刺前应注意患者有无心脏扩大、肝脾肿大等疾患，以免穿刺时

誤伤。

三、穿刺时嘱患者勿轉动、咳嗽及深呼吸。

四、穿刺或抽液过程中应随时注意防止空气进入胸腔，以免发生气胸。

五、抽液不要过快，并应經常观察患者，如发生脉搏加快、头暈、蒼白、出汗、心慌、胸部压迫感、剧烈疼痛、連續咳嗽、吐白色泡沫痰等情况时，应考虑停止抽液，将針拔出，放患者于头低足高位，并皮下注射0.1%腎上腺素1毫升。

六、每次抽液量，成人以不超过800毫升为宜。

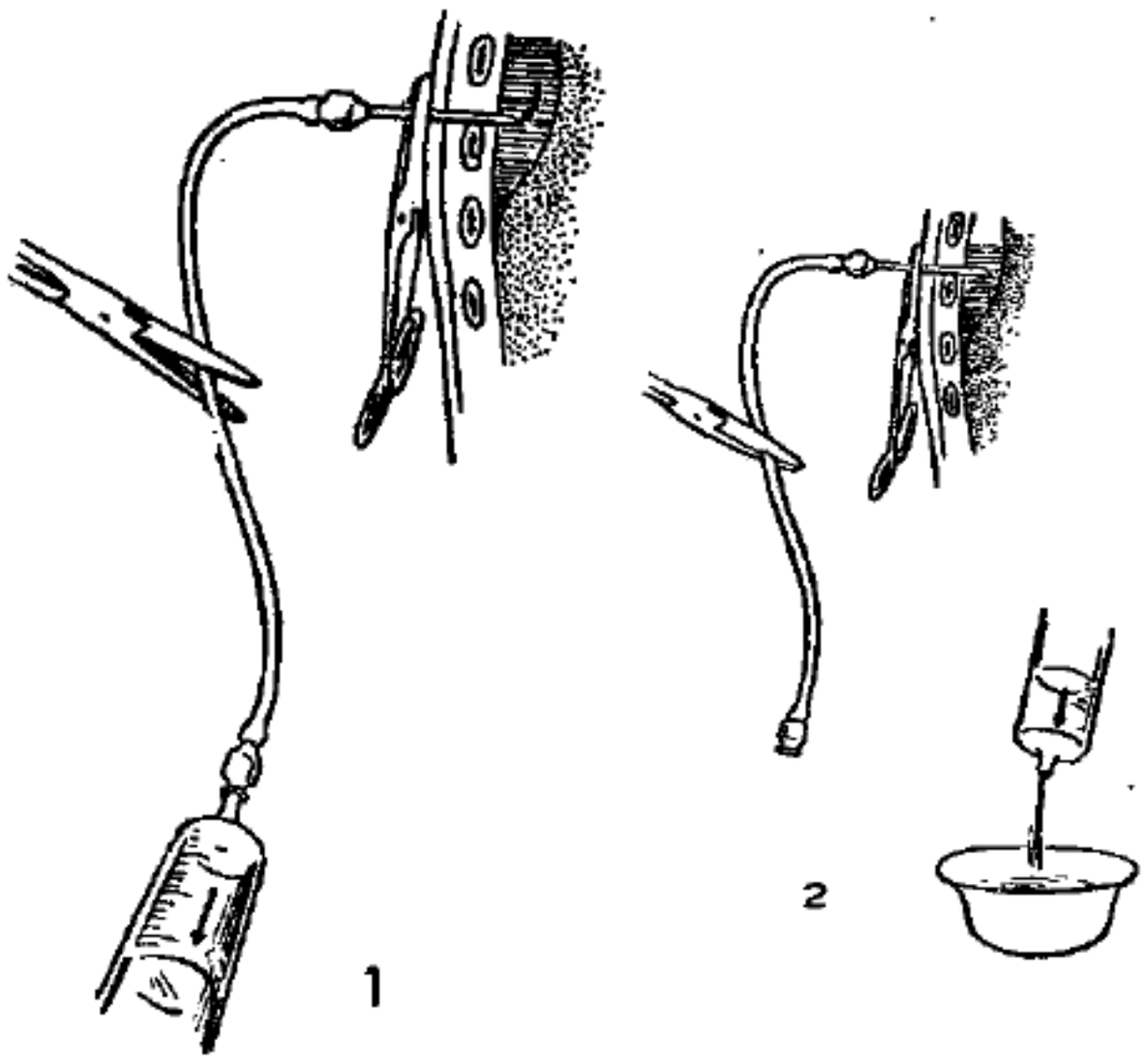


图6—11　胸腔穿刺

1.抽液　　2.放液

腹腔穿刺术

适应症

一、診断性穿刺抽液检查。

二、放腹水以减輕压迫症状。

三、腹腔內注入药物。

操作方法

一、患者体位：排尿后患者取半坐位或斜臥位。

二、穿刺部位：

1.耻骨联合与臍連綫之中点，偏左或右1厘米。

2.臍与髂前上棘（左或右）連綫的中、外1/3交界处。

三、若准备大量放腹水，应先将一条寬布带围在患者上腹部，以便于放水时逐漸拉紧加压，这样一方面便于放腹水，另一方面可防止大量放水后，由于腹內压突然下降，造成內脏血管扩张所发生的一时性休克。

四、局部用碘酒及酒精消毒皮肤，术者戴消毒手套（診断性穿刺不必戴）。

五、穿刺部位用1%普魯卡因行局麻，由皮肤直到腹膜。

六、如仅做診断性穿刺抽液，可用18号长針头，連接注射器，直接自

穿刺点慢慢刺入，抵抗感突然消失表示已进入腹腔。抽液后拔出穿刺針，盖上敷料，并用胶布固定。

七、若准备放腹水，則应在穿刺部位，直接用粗針头接胶皮管后刺入，直至抵抗感消失和腹水抽出为止，胶皮管的另一端可放入碗或桶內。放腹水后，拔出穿刺針，盖上敷料，用胶布固定，并用多头带包扎腹部。

注意事項

一、穿刺前必須排尿，以免穿刺时刺破膀胱。

二、穿刺时嘱患者勿轉动及咳嗽，以免刺伤腸管。

三、若腹水流出不暢，可将穿刺針退出少許，或改变方向，以避开网膜堵塞針头。

四、放腹水不宜过快，应随时观察患者一般情况、脉搏、呼吸等。如有蒼白、出冷汗、心慌、头暈和恶心等表現时，則应考虑停止放水，扶患者平臥，腹部捆多头带，并皮下注射 0.1% 腎上腺素 1 毫升。

五、每次放腹水量，成人以不超过5,000毫升为宜。

腰椎穿刺术

适应症

一、診断性穿刺，測定顱內压及放液检查。如脑膜炎、脑炎、蛛网膜下腔出血等疾患的检查。

二、椎管內注入药物。如治疗結核性脑膜炎时，注入鏈霉素。

三、蛛网膜下腔麻醉（即腰麻）。

禁忌症

一、顱內占位性病变，如脑瘤、脑脓肿，有顱內压增高表現者，腰穿突然放出脑脊液，可导致脑疝。

二、穿刺部位的軟組织感染，或脊椎感染及脊椎严重畸形者。

三、有脑脊液漏者，如脑脊液鼻、耳漏，开放性脑損伤等。

操作方法

一、患者体位：一般取側臥位，嘱患者将頸部及大腿前屈，头、脊柱均保持水平位，腰部尽量后凸（图 6—12）。

二、穿刺部位：腰椎 2～5 間隙均可，通常取腰椎 3～4 間隙。在两側髂嵴最高点作一連綫，与脊柱中綫相交处为第四腰椎棘突，稍上即为第 3～4 腰椎間隙（图 6—12）。

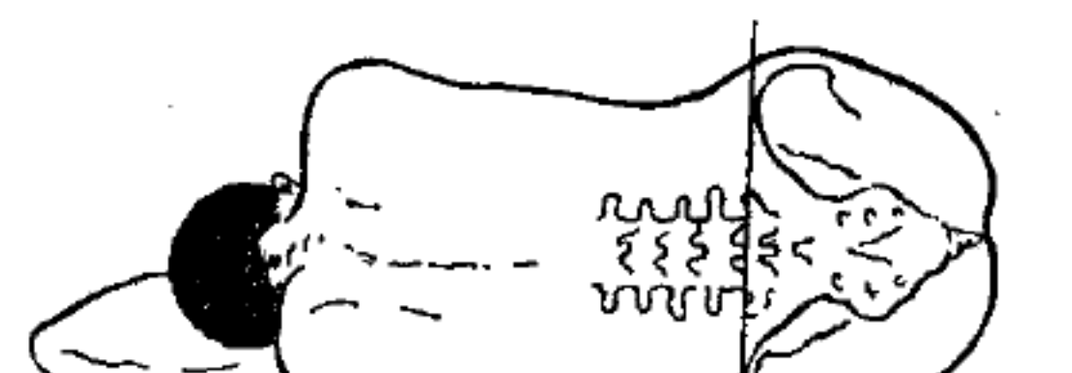


图 6—12　腰椎穿刺患者体位和穿刺部位

三、局部用碘酒及酒精消毒皮肤，术者戴消毒手套。

四、穿刺部位用1％普鲁卡因行局麻深达韧带（注射前应抽吸无回血，再注入药液）。

五、术者以左手拇指摸清椎間隙，右手持腰椎穿刺針，刺透皮肤及皮下組织后，穿刺針应与脊柱在同一水平并略斜向头側，慢慢进針，針尖穿过脊韧带时感到阻力較大，而继續刺入穿透硬膜时便感到阻力消失，表示針尖进入蛛网膜下腔，拔出針芯后即可見到脑脊液流出。如流出不暢可輕輕捻动針柄，或略为調节深度。

六、根据腰穿目的，便可进行測压，留脑脊液准备化驗检查，或椎管內注入药物等項操作。

七、拔針时一般先插入針芯，再拔出穿刺針，盖上敷料，并用胶布固定。

注意事項

一、术前应作好解释工作，消除病人的顧虑。

二、穿刺时操作要輕巧，进針时用力要均匀稳定，并随时注意穿刺針的方向和深度，減少不必要的損伤。

三、放液速度要慢，尤其对顱內压增高的患者，更应愼重。

四、腰穿后应嘱病人继續平臥2～4小时，以減少术后不适。患者术后偶有头痛、恶心、呕吐等症，可臥床休息及对症处理。

灭菌术

利用物理或化学方法，将与伤口接触的物品（如手术器械、縫綫、敷料和手术人員的手）进行灭菌和消毒，以預防伤口发生感染，称为灭菌术。

手术器械的消毒

一、一般手术器械可放在沸水內煮30分钟灭菌。橡皮手套可煮沸10分钟。

二、刀、剪用煮沸法灭菌可使鋒刃变鈍，因此可浸泡在75％酒精內灭菌30分钟，或用消毒液浸泡10分钟，再用生理盐水冲洗即可使用。

消毒液的成份：酚0.7毫升，碳酸氢鈉1.5克，甲醛2毫升，蒸餾水加至100毫升。制作时应将碳酸氢鈉用蒸餾水溶解后，再加酚及甲醛。消毒液每两周应更換一次。

三、玻璃器材应放在冷水中逐漸煮沸，煮沸15分钟后即可使用。注射器应将內塞抽出，用紗布包好，再进行煮沸灭菌。

四、若用高压蒸气消毒鍋消毒，則15磅压力需20分钟，20磅压力需15分钟。

缝线类及衣物的灭菌

一、絲綫、棉綫可煮沸10～15分钟。

二、腸綫：将装有腸綫的安瓿浸泡在75%酒精內 1 小时。

三、敷料、手术衣、无菌巾和被单等物的灭菌：用紙或布包好，放在蒸籠內蒸 2 小时取出，不解包，阴干后备用。

手术人员的准备

一、手术前应更換干淨的短袖衣服，戴上口罩、帽子，剪短手指甲，用肥皂水和清水洗滌双手。若进行一般小手术操作（如浅表小肿瘤切除术等），戴上消毒手套即可。如进行較大手术，洗手后再按以下順序准备。

二、用煮过的刷子和肥皂刷手。先从指尖开始，順序刷洗双手、前臂和上臂下1/3。每次刷洗后用清水由手部将肥皂冲向肘部。共刷洗三遍，約需10分钟。

三、在75%酒精內浸泡 5 分钟。

四、穿灭菌手术衣：将两手穿进袖內，然后让别人在背后将衣服拉好，結好系带或鈕扣。

五、戴消毒手套。

六、如手术者須亲自消毒手术区皮肤，則应在浸泡酒精后进行。皮肤消毒完毕，再在酒精內浸泡 1 分钟，然后再穿手术衣及戴手套。

伤口換药

目的

一、观察伤口情况，以便及时处理。

二、清洁伤口，除去脓液或积血，促使伤口早期癒合。

三、手术后拆除縫綫。

无菌伤口的处理 无菌伤口一般指手术伤口。扩創縫合的伤口也可按无菌伤口处理。

一、一般无菌伤口縫合后，可于拆綫时換药，拆綫前可随时观察。某些头頸部、腹部一期縫合伤口，也可于术后48～72小时将紗布揭去，采取暴露方法，可減少汗液污染及节省敷料。

二、手术后拆綫日期，根据伤口部位、病人营养情况，以及手术性质而定。例如，头面部手术，3～5天拆綫；腹部手术，5～6天拆綫；四肢手术，10～12天拆綫；营养不良、张力大的伤口和骨科手术，10～15天拆綫。

三、拆綫換药方法：用酒精棉球将伤口擦洗一遍，然后用鑷子揑起外露的縫綫綫头，使縫綫的皮內部分露出少許，用剪刀尖在紧貼皮肤处剪断，即可拉出縫綫。全部縫綫拆完后用酒精再消毒一次，盖上无菌紗布，

胶布固定或包扎。伤口若感染，已有波动感时，应随时拆除感染处之縫綫，豁开伤口，使脓液流出，并按感染伤口处理。

感染伤口的处理 感染伤口是指伤后沒有得到及时处理而发生感染，或脓肿切开后的伤口。根据伤口的不同情况，处理如下：

一、一般浅平伤口：先用酒精消毒伤口周围皮肤，再用盐水棉球或干棉球沾去伤口之分泌物，然后放油膏敷料（如磺胺油膏、凡士林紗布等），最后盖上无菌紗布，胶布固定或包扎。

二、脓液多或有臭味的伤口：可用生理盐水或1：1,000～1：3,000高錳酸鉀冲洗，然后按一般浅平伤口处理。綠脓杆菌感染的伤口，可用3％醋酸或生肌橡皮膏換药。

三、較深伤口及竇道：伤口周围消毒后，将伤口之脓液沾去，再放入凡士林紗条引流。竇道可放入五五丹药捻，外敷玉紅膏或干紗布。

四、肉芽組织过度增生的伤口：伤口周围消毒后，用无菌剪刀将肉芽剪平，或用20％硝酸銀烧灼，或敷高滲盐水紗布，最后盖干紗布，固定包扎。

附：常用的几种外用中药

一、刀伤药：用于新鮮創面。

成份：三七、血竭、乳香、沒药、煅龙骨、枯矾、五倍子、白芨、儿茶各二錢　珍珠母三錢。共研极細末，撒于伤口。

二、五五丹：用于腐蚀提脓。

成份：紅降丹、煅石膏各五錢　冰片五分。共研极細末，撒于伤口或做紙捻。

三、生肌散：用于脓液較少、需长皮之潰瘍或創面。

成份：珍珠母、輕粉、花蕊石各一錢　象皮、龙骨、赤石脂、炉甘石、海螵蛸各二錢　冰片五分。共研极細末，撒于伤口。

四、玉紅膏：用于脓液較少之伤口。

成份：当归、白蜡各二两　血竭、輕粉各四錢　白芷五錢　紫草二錢　甘草一两　麻油二斤。

制法：先将当归、白芷、紫草、甘草油浸三日，大勺內慢火熬，微枯去渣，放入血竭，再下白蜡，最后离火加极細輕粉，不时攪拌。摊貼伤口用。

五、生肌象皮膏：用于脓液較少，需长皮之潰瘍或創面。

成份：象皮三两　生地、龟板各四两　当归、生血余各二两　生石膏五两　炉甘石粉半斤　黄白蜡各六两　麻油五斤。

制法：用油先煎象皮、生地、龟板，后入生血余、当归，熬枯去渣，加黄白蜡、炉甘石粉、生石膏，微火調匀。摊貼伤口处。

常用麻醉方法

局 部 麻 醉

局部麻醉是用麻醉药物使身体某一部分組织的痛觉暫时丧失，以便进行手术或检查。常用的有以下几种：

表面麻醉 用喷雾器或滴管将麻醉药物滴到粘膜上使之麻醉。常用药物为0.5～2%地卡因、1～2%賽罗卡因等。表面麻醉用于眼、鼻、咽喉、尿道等处的手术及检查。

冰冻麻醉是表面麻醉的一种特殊方法，将麻醉药物（如氯乙烷最常用）喷射到皮肤上，使皮肤表面冷冻，感觉暫时丧失。此法用于浅表脓肿的切开排脓等。

浸润麻醉 把麻醉药物注射到手术区各层組织中使之麻醉。常用药物为0.25～1%普鲁卡因。用于脓肿切开排脓、浅表肿瘤切除、取异物，以及骨折复位等。

神经阻滞麻醉 将药物注射于神經干附近，使这一神經所支配的区域产生麻醉。常用药物为1～2%普鲁卡因。

一、臂丛神經阻滞：用于上臂中段以下的骨折复位和各种手术。

麻醉药物：可分三种。

1.用2%普鲁卡因30毫升加0.1% 腎上腺素3～4滴，可維持麻醉1～1½小时。

2.用2%賽罗卡因10毫升加2%普鲁卡因20毫升，再加0.1%腎上腺素3～4滴，可維持麻醉2～3小时。

3.用0.3%地卡因20毫升加2%賽罗卡因10毫升，再加0.1%腎上腺素3～4滴，可維持麻醉3～4小时。

操作方法：

1.病人仰臥，患肢上臂外展90度，前臂屈曲90度，平置床边。

2.剃去腋毛，皮肤洗擦干凈，用碘酒、酒精常規消毒腋窝及其周围皮肤，复盖孔巾，露出腋窝顶点区。

3.术者戴消毒橡皮手套，在腋窝的顶点触摸寻找搏动的腋动脉，紧靠动脉上方先用1%普鲁卡因作皮內麻醉，然后用22号針头自皮肤刺入3～4厘米，首先可有穿透筋膜的感觉，继之在腋动脉上方探索神經丛，当針尖触及神經时，患者有触电感，从腋窝放射到前臂或手指，有时手能不自主的产生跳动。假如上述部位找不到神經丛，可略为調节針头方向与深度，直到患肢有触电感为止。

4.术者一手扶持針头固定，另手取已准备好的麻药針筒接上針头，抽

吸无回血后，把麻药緩緩注入，拔出針头，局部复盖酒精紗布。

5.注射完毕后，病人自觉上肢发热、发胀及沉重感，10～15分钟后即可产生麻醉作用。

注意事項：

1.寻找臂丛神經时，不要操之过急，动作要輕巧。如不慎損伤血管，引起血肿时，要用紗布或棉花加压止血，并改用其它麻醉方法。

2.臂丛神經阻滞用于10岁以下儿童要謹慎，药量約为成人量的1/2～1/3。

二、阴茎神經阻滞：先在阴茎根部背側正中綫上作皮丘，然后向阴茎根部作皮下浸潤，再分别向左右两側傾斜15～20度刺入深部，針头达海綿体背部，經抽吸无回血时，随即在左右两阴茎背神經附近各注射1～2%普魯卡因3～4毫升。继之，在阴茎两側分别刺入，达阴茎海綿体和尿道海綿体所形成的沟中，每側注射2～3毫升（图6—13）。注射完毕，局部稍加按摩。本法适于包皮环切、尿道外口切开等手术。

三、指（趾）神經阻滞：在指（趾）根两側分别先作皮丘，然后刺入，达指（趾）骨后，略退針1～2毫米，即可注入麻醉药物，每側1～2毫

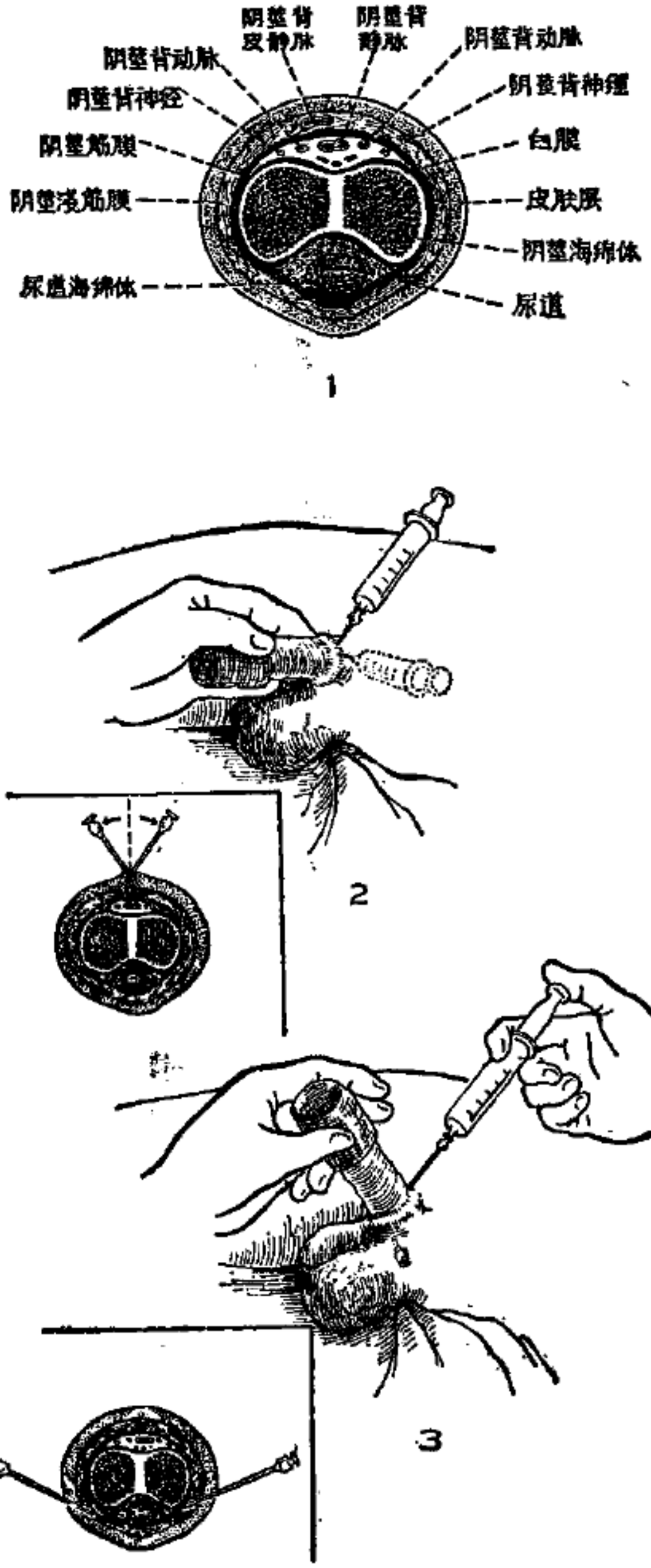


图6—13　阴茎神經阻滞

升。經10～15分钟后，即可发揮麻醉作用。用于手指外伤扩創縫合、拔甲等。

蛛网膜下腔麻醉（腰麻）

蛛网膜下腔麻醉簡称腰麻，是将麻醉剂注射到蛛网膜下腔内而产生麻醉作用的一种麻醉方法。下面仅介紹常用的普魯卡因溶液单次注射的蛛网膜下腔麻醉。

麻醉剂和剂量 所用的麻醉剂系安瓿装的普魯卡因晶体，临床上以5％的浓度最为常用。在决定剂量时，应根据手术的部位、手术的种类以及病人全身情况等因素而定。一般成人单次注射的腰麻普魯卡因剂量为100～150毫克，最多不超过150毫克。为了延长普魯卡因的麻醉作用时間，可将适量的0.1%腎上腺素加入麻醉剂溶液中。

麻醉前准备

一、仔細检查病人，测量血压、脉博、呼吸，并作好解释工作。

二、麻醉前应禁食6小时以上。

三、如无禁忌情况，可在手术前晚或麻醉前2小时給病人灌腸。

四、麻醉前45分钟至1小时，皮下注射阿托品或东莨菪碱0.5毫克，或已配制成的嗎啡阿托品1毫升。

五、麻醉前排空小便。

麻醉方法

一、病人体位、穿刺部位及腰穿操作方法詳見“腰椎穿刺术”一节。

二、麻醉剂的注射：腰椎穿刺成功后，便进行麻醉剂的注射。用普魯卡因晶体（每安瓿含普魯卡因150毫克），加入脑脊液2.5毫升及0.1%腎上腺素0.5毫升将其溶解成为5％溶液，緩慢注入蛛网膜下腔。

三、麻醉平面的調节：注射麻醉剂以后，病人改为平臥位。由于5％浓度的普魯卡因溶液的比重高于脑脊液的比重，所以根据手术的要求，通过病人位置的变換，便可达到麻醉平面的調节。如将患者上身略抬高則麻醉平面下降，反之，若将患者上身略放低則麻醉平面上升。用針反复輕刺病人胸腹部皮肤，观察痛觉改变的分界綫，便可找出麻醉所达到的平面。当麻醉平面調节到預定的高度后，即可将病人放平。

注意事項

一、注意掌握腰穿禁忌症（見“腰椎穿刺术”）。

二、对于循环代偿功能不良或急性循环功能障碍者，如严重的心脏病、明显的高血压、大出血及休克等疾患，以及对普魯卡因有过敏反应者，均不宜使用腰麻。

三、腰麻初期，因麻醉区域内突然血管扩张，容易引起血压下降，所

以腰麻后必须注意测量血压，如明显下降，可立即肌肉注射麻黄素30毫克及氧气吸入，必要时可静脉輸入葡萄糖溶液。

四、注射麻醉剂后必须及时調节麻醉平面，注意不应过高，否則可产生肋間肌甚至膈肌麻痺，而造成呼吸困难或呼吸停止。

五、腰麻后应禁食、禁水、平臥（不放枕头）6小时。

六、腰麻后併发症的处理：

1.头痛：可嘱患者平臥、多飲水，并可应用針灸、止痛剂，仍无好轉者可靜脉注射高滲葡萄糖溶液。

2.呕吐：可用針灸，或肌肉注射异丙嗪25～50毫克，或阿托品0.5毫克。

3.尿潴留：可热敷耻骨上区，或針灸，必要时导尿。

乙醚吸入麻醉

吸入麻醉是指麻醉剂經呼吸道进入体内而发揮麻醉作用。这里只介紹最常用的开放式乙醚吸入麻醉。

器械（图6—14）

一、乙醚麻醉用口罩；二、通气导管；三、开口器；四、舌鉗；五、布巾一块，迭成条状；六、旧橡皮手套做成眼罩；七、凡士林；八、吸痰器一套；九、手电筒、血压表、听診器各一个；十、氧气及中枢神經系統药物。当上述器械缺乏时，可用簡单而經济的办法自制。

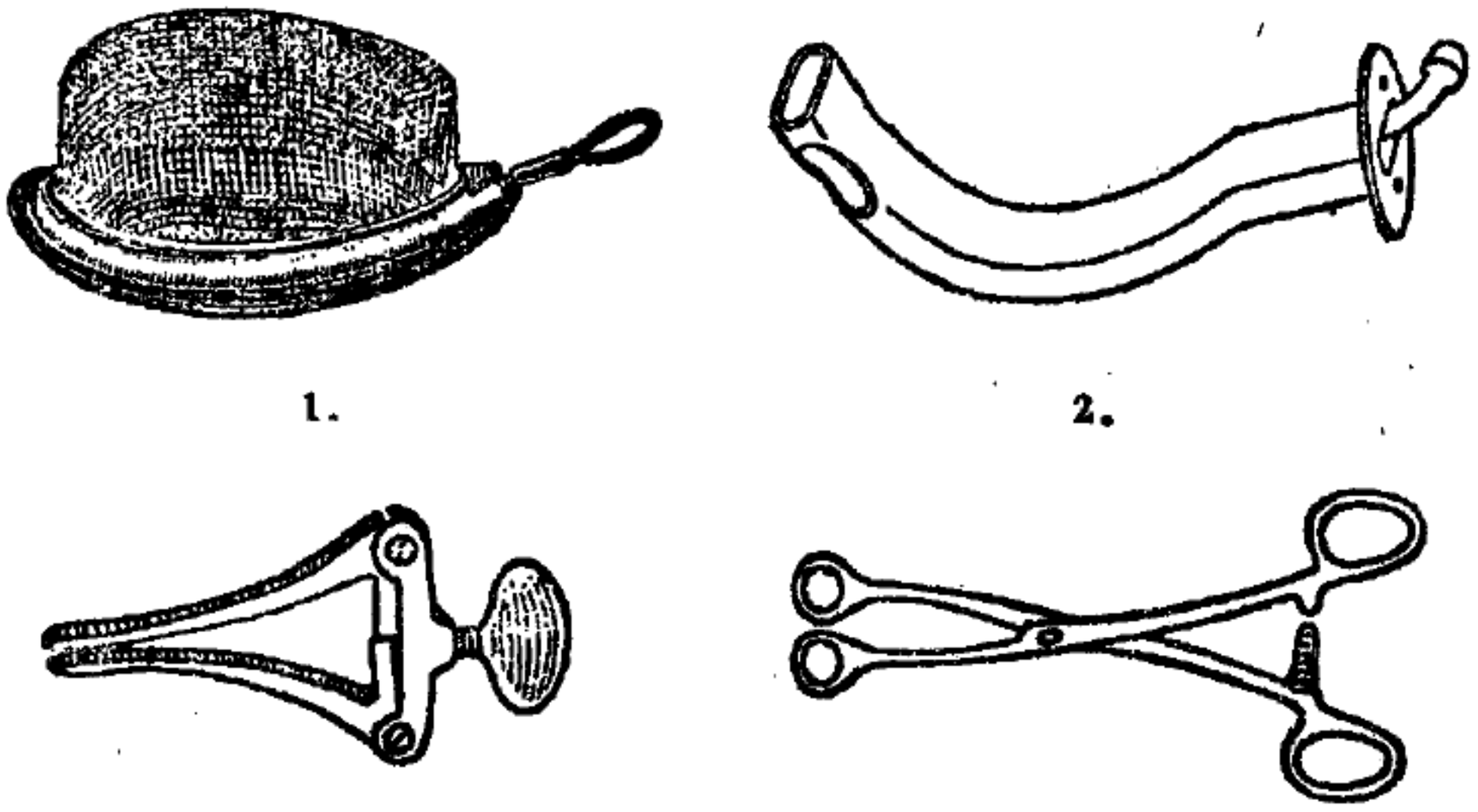


图6—14　乙醚麻醉用器械

1.乙醚麻醉用口罩　2.通气导管　3.开口器　4.舌鉗

麻醉前准备

一、麻醉者应仔細检查病人，并做好病人的政治思想工作，以解除顧虑和恐惧。

二、手术前 8 小时禁食，并排空大便。

三、手术前夜服苯巴比妥0.06克。

四、麻醉前 1 小时皮下注射阿托品0.5毫克。

五、入手术室前排尿。

六、如有活动的假牙，应在麻醉前取下。

麻醉方法 在病人眼周围皮肤上涂擦凡士林，貼上橡皮眼罩，并盖上迭成条状的布巾。将乙醚麻醉用口罩，罩在病人口鼻上，周围用盖在眼部布巾的两端围住，麻醉者左手托住病人的左下領角，使下領骨向前，并使头部輕輕后仰，右手持乙醚瓶，圍繞口罩的四周点滴乙醚。

麻醉分期 根据临床表現可分为四期：

第一期（引导期或鎮痛期）：开始于病人清醒状态，終止于神志完全消失。呼吸、血压、脉搏均在正常范围。此期乙醚滴入应慢些，以免因乙醚的气味而引起咳嗆、呕吐等。

第二期（兴奋期或掙扎期）：开始于神志消失，兴奋性增高，終止于兴奋性逐漸降低，呼吸开始規律。此期呼吸不規律、血压增高、脉搏增快或无改变、瞳孔略大、反射活跃，病人常躁动掙扎。在卽将进入此期之前，要加快乙醚的滴入，或术前給予冬眠药物，以縮短兴奋期的时間，使之进入下一期。

第三期（外科手术期）：开始于規律的呼吸，終止于呼吸停止。可分为 4 級。

三期 1 級：呼吸深而規律，以胸式呼吸为主，血压、脉搏較第二期平稳，病人眼球尙轉动、瞳孔稍大或小、对光反射存在、眼瞼反射消失、皮肤反射（刺激皮肤时使呼吸加深）及腹壁反射（刺激腹膜时反射性腹肌收縮）存在。

三期 2 級：胸式呼吸減弱，血压、脉搏在正常范围，眼球开始固定（两側对称、位于正中、无移动）、瞳孔近于正常、对光反射迟鈍、吞嚥反射消失、皮肤及腹壁反射消失。此时适于进行手术。

三期 3 級：腹式呼吸、血压下降、脉搏減慢、瞳孔开始散大、对光反射迟鈍或消失、气管反射消失、肌肉松弛。此时适于气管插管、开腹探查等，但时間不宜过长。

三期 4 級：呼吸逐漸浅而弱，至呼吸中枢麻痺、呼吸停止，血压明显下降、脉搏明显变慢，瞳孔散大。此时可危及生命，应停止麻醉，并大量給氧，必要时行人工呼吸及注射中枢神經兴奋剂。

第四期（延髓麻痺期），呼吸完全停止，血压、脉搏不能測知，瞳孔

完全散大，病人进入垂死状态，应积极搶救。临床上应絕对避免这样深的麻醉发生。

注意事项

一、麻醉过程中，要保持呼吸道的通暢。如舌头后墜时，可托起下頜或用通气导管；如气管內有分泌物时，应及时吸出；如吸气时有尖銳的喉鳴音，表示有喉痙攣，应停止麻醉，并大量給氧，待喉痙攣解除后，再继續麻醉。

二、麻醉过程中发生呕吐时，应立卽将头轉向一側，并放低头部，呕吐停止后清理呼吸道再继續麻醉。

三、麻醉过程中要經常测量血压、脉搏和呼吸，并根据其变化給予相应处理。

四、麻醉过程中避免上肢过度外展（外展不应超过90度），以防臂丛神經麻痺。

五、病人在苏醒过程中常发生呕吐，应防止异物吸入。

六、下列情况应考虑用其它麻醉方法：

1.急性呼吸道炎症或呼吸功能不全者。

2.糖尿病、酸中毒，严重的肝、腎功能損害者。

扩創縫合术

扩創縫合术是将伤口清洗、修整，去除伤口內异物及坏死組织，并进行縫合，从而达到早期癒合的一种方法。

处理原则

一、对危重患者应先解决主要矛盾，如外伤合併休克者，应先抗休克治疗，而后进行扩創縫合。二、一般在伤后6～8小时以內，伤口又比較清洁者，經扩創后可一期縫合。三、創伤在12小时以上者，一般在清洁伤口后不予以縫合，可按时換药，以后根据情况考虑是否縫合。四、扩創縫合时要注意有无大血管、神經、肌腱、骨关节等損伤。若发現后应及时处理。

操作方法

一、用肥皂水或溫开水将伤口周围皮肤擦洗干凈，并用生理盐水輕輕冲出伤口內污物，有毛发部位要剃去伤口周围毛发。二、用碘酒和酒精消毒伤口周围皮肤（阴囊、会阴及粘膜处用0.1%硫柳汞消毒），鋪无菌巾。三、在局麻下，修整伤口不規則之边緣，和切除失去活力及污染較重的組织，注意止血。四、縫合伤口，縫合时注意皮下不要留有死腔。若伤口大，滲血、滲液多，以及污染較重者，可放橡皮条引流。五、伤口盖无菌敷料，胶布固定或包扎。

拔 甲 术

适应症 嵌甲、甲下脓肿、甲外伤破坏較重者。

操作方法

一、碘酒和酒精消毒手指（足趾）皮肤。

二、指（趾）神經阻滞麻醉。

三、根据病情行全甲拔除或部分切除术。

1.全甲拔除：先将甲根部軟組织分离推开，再用止血鉗分离甲下，并夹住指（趾）甲扭轉止血鉗，即可将甲拔除。

2.部分切除术：操作方法与上相似，但只分离患側一边指（趾）甲及甲根，然后用剪刀剪去需切除之部分。

四、伤口复盖油紗布，并包扎。

脓肿切开引流术

急性化脓性感染，已經局限并有脓肿形成，检查有波动感，或經穿刺吸出脓液，均应施行切开引流术。

操作方法

一、皮肤用碘酒及酒精消毒后，做局部浸潤麻醉（表浅脓肿可用氯乙烷冰冻麻醉，深部脓肿必要时考虑全麻）。

二、浅部脓肿可在最隆起或波动最明显处先用刀尖刺破，然后用止血鉗插入脓腔內，輕輕张开，排出脓液，再适当扩大切口，并用干棉球沾净脓液后，放入凡士林紗条引流。

三、深部脓肿若有怀疑时，可先穿刺抽吸脓液以便确診。当切开后，将戴橡皮手套的手指伸入脓腔內，分离其間隔，使之引流通暢，而后塡入凡士林紗布，或放入胶皮引流管（管的外端应扣一消毒别針，以防引流管滑脫），切口周圍用紗布松松塡好并包扎。

注意事項

一、切口方向多与皮紋一致。但一般在关节附近应做横切口；手指应做两側纵切口；乳房与肛旁脓肿应分别做与乳头及肛門呈放射状的切口。

二、脓肿切开应避免損伤重要血管、神經及肌腱等。

三、切口不应超过脓腔壁而达正常組织。

四、切口的大小，应保証引流通暢（若用中药捻五五丹换药时，可作小切口）。

五、塡塞凡士林紗布，須均匀地充滿脓腔，以利于引流。首次塡塞应稍紧一些，以防出血。

六、首次換药可在术后第二天。

七

离开具体的分析，就不能認識任何矛盾的特性

——症状鉴别診断

疾病使人产生的不正常感觉叫做症状。临床症状是多种多样的，一个病可由不同的症状組成；同一个症状又可在不同的疾病中出現。为了明确是哪一种病，症状鉴别診断是一种主要的診断方法。

毛主席教导我們：**“任何运动形式，其內部都包含着本身特殊的矛盾。这种特殊的矛盾，就构成一事物区别于他事物的特殊的本质。”**比如，发烧这个症状可在許多疾病中出現，但在不同疾病中发烧的时間、热型、伴随症状等可不相同。这些不同点就是我們进行症状鉴别的根据。

遵循伟大領袖毛主席的教导：**“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。”**針对症状进行处理时，首先要找出病因，进行病因治疗。如一时不能确診，除对症处理外，应密切观察病人，掌握病情变化，力求及时做出診断。根据正确的診断，給予有效的病因治疗。

发　烧

发烧多見于各种感染性疾病、組织破坏（如手术后、烧伤、骨折、恶性肿瘤、白血病、心肌梗塞等）、大量出血、药物反应、中暑等。热度的高低并不一定反映疾病的严重程度，如严重感染时体溫可正常或不升，而上呼吸道感染热度可达 40° C 以上，小儿甚至可有抽风。某些急性传染病的初期只有发烧这一症状，因此，**“我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导”**，分析发烧的原因，作出正确的診断。

诊断要点

一、注意季节，当地曾发生什么传染病，有无接触史，得过什么传染病，打过什么預防針。

二、了解起病急緩、病程长短、发烧的类型和經过等。急性传染病和各組织的急性炎症发病都急，发烧日期短；发烧超过两周的常見于伤寒、

結核病、风湿病、敗血症等。

三、除少数单純发烧而其他症状及体征較少的如敗血症、风湿热外，多数能根据系統、器官的症状，結合体征进行分析，找出发烧的原因。

发烧鉴别診断表

疾　病　分　类	症　　状	体　　征
呼吸系統感染疾病：上感、流感、支气管炎、肺炎、胸膜炎、肺結核、麻疹、风疹等	流涕、嗓子痛、咳嗽、喀痰、胸痛、呼吸困难	鼻塞、咽紅肿、皮疹、胸部检查叩、听診有异常，苔薄白等
消化系統感染疾病：痢疾、腸炎、食物中毒、肝炎、急性闌尾炎、伤寒、副伤寒等	恶心、呕吐、厌食、腹痛、腹泻、下墜、脓血便	腹胀，腹部压痛、反跳痛，腹肌紧张、黄疸、肝脾肿大、苔厚腻等
中枢神經系統感染疾病：流脑、化脓性脑膜炎、乙脑、脊髓灰质炎等	头痛、呕吐、昏迷、抽风、乳幼儿尖叫	頸强直、嬰儿囟門凸出、屈頸及抬腿反射阳性，肢体强直或瘫痪
泌尿系統感染疾病：肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎等	尿頻、尿急、尿痛、血尿	肾区、膀胱区压痛
风湿热	遊走性关节痛	心动过速、心脏扩大、心杂音、皮下結节、环形紅斑等
其他感染病灶：中耳炎、扁桃体炎、骨髓炎、皮肤感染等	局部疼痛	局部紅、肿、热、痛，可有化脓或溃破等
过敏反应	可有用药或輸液史　多无症状，偶有皮肤发痒	无体征或有皮疹

治疗

一、小儿或体弱久病的成人由于抵抗力低，可以在发烧期間投用抗菌素預防併发症。一般发烧可适当休息，多喝开水，吃稀軟的食物。小儿高烧容易发生抽风或成人因高烧而有痛苦时，可予以退烧处理。

二、中药治疗：依所見热型及症状的不同，辨証治疗。

1.发烧恶寒，多为疾病的初起阶段，常伴有头痛、咳嗽、流涕、脉浮等症状，病势表浅。治疗以散寒解表为主。

（1）連須葱白数根　生姜十片。水煎热服，盖被出微汗。

（2）荆芥三至五錢。水煎热服，盖被出微汗。

2.寒热往来（病人自觉一陣冷、一陣热），多出現于发烧4～5天以后，或胸胁滿痛，食慾不振，或口苦眩暈，或大便干燥数日未解，脉多弦

数。治疗以和解清热。

（1）嫩青蒿一两　黄芩五錢　薄荷三錢　益元散五錢。水煎分两次服。

（2）柴胡、黄芩、半夏、赤芍、枳实、大黄、薄荷各三錢　生姜三片。水煎服(小儿用此方，剂量应减至半量或1/3，分多次服）。

3.高烧、出汗、口渴、煩躁、不恶寒、脉洪数，多属实热。治以清热为主。

（1）生石膏二两　薄荷三錢。水煎分两次服。

（2）銀花五錢　生石膏一两　知母三錢　甘草二錢。水煎分两次服。

4.发烧夜間明显，白天烧退或发烧較輕，已迁延数日者，小儿多属“食热”；成人多属“虛热”。可选用下方：

（1）泻青丸：每次2～4丸，每日1～2次，病重可改为煎剂服用（方見“中成药”）。

（2）銀柴胡、知母、青蒿、生地、丹皮、赤芍、鱉甲各三錢。水煎服。

气虛加黄芪三錢；手足心热加地骨皮三錢。

三、物理退烧（吃中药的不用此法）：用冷水毛巾敷头部或用溫水擦浴、酒精浴（50%酒精或一份白酒加1/3～1/2的水擦后背、四肢）。

四、药物退烧：阿斯匹林、复方阿斯匹林、安乃近等口服或用安乃近、安痛定等肌肉注射。小儿还可用50%安乃近滴鼻。成人可用安乃近0.2毫升作曲池穴位注射。

五、新針治疗：〔主穴〕曲池、合谷。〔备穴〕大椎、十宣放血。針法：先选一、二个主穴进行中强刺激，使前額微汗为止，如未見效可針大椎（如因受凉发烧也可用灸法），高烧时針十宣放血。

头　痛

引起头痛的原因很多，应根据头痛的部位、性质和其他伴随的症状及体征，进行分析診断。

诊断要点

一、病史：

头痛部位：前額部痛常由于眼病、鼻病；一側痛常由于偏头痛、耳病；頂部痛常見于神經衰弱；枕部痛見于高血压、脑瘤、精神紧张等。

头痛时間：鼻竇炎、高血压所致头痛多在清晨；脑瘤初起多在夜間及清晨，以后呈持續性。

伴随症状：感染性疾病多有发烧；神經衰弱多有失眠；由眼、耳、鼻疾病所致头痛各伴有相应症状。

二、体检：体溫、血压、眼、耳、鼻、咽等检查。

头痛鉴别診断表

病　　因	診　　断　　要　　点
脑膜炎和脑炎	1.多有发烧，头痛較重，并有呕吐、嗜睡、不安，或抽风昏迷等脑症状　2.脑膜刺激征
顱內占位性疾患(脑瘤、脑脓肿、顱內血肿等)	1.严重持續性头痛　2.呕吐、視力減退、复視、面及肢体瘫痪、病理反射、意識障碍等
五官科疾病：青光眼、虹膜睫状体炎、屈光不正、中耳炎、乳突炎、鼻炎、副鼻竇炎、鼻咽癌、齲齿等	1.根据病史 2.进行五官科检查
全身性疾病：高血压、貧血、糖尿病等	1.詳問病史　2.注意各病的特殊症状　3.測血压
神經官能症	1.头痛部位不定，失眠、多梦、心跳、气短等 2.无阳性体征
偏头痛	1.間歇性发作的搏动性头痛，几分鈡至几天 2.多一側头痛　3.多見于女青年
三叉神經痛	三叉神經分布区，短暫的陣发性电击样痛

治疗

一、新針治疗：根据头痛部位选穴治疗。

1.全头痛：〔主穴〕印堂、哑門。〔备穴〕足三里、合谷、四瀆、太阳、百会。

2.偏头痛：〔主穴〕太阳透率谷。〔备穴〕外关、风池、四瀆、阳陵泉。

3.前头痛：〔主穴〕印堂。〔备穴〕合谷、上星、列缺。

4.后头痛：〔主穴〕哑門。〔备穴〕后谿、昆仑、风池。

5.头頂痛：〔主穴〕百会。〔备穴〕太冲、涌泉。

針法：百会、太阳速刺放血，通治一切头痛。头痛重，病程长，身体壯者可用强刺激。

二、中药治疗：应用下列中药湯剂通治一般头痛，对偏头痛效果更好。柴胡、白芷、川芎、蔓荆子、鈎藤、青皮各三錢。水煎服。

加減：外感风寒（发烧、怕冷、无汗）加羌活、藁本各三錢；　外感风热（发烧、怕风、有汗）加芥穗三錢　薄荷二錢；前头痛明显加葛根三錢；头頂痛加細辛一錢；有內热（口干舌燥、好喝水、口臭、便秘等）去鈎藤、柴胡，加生石膏五錢　生地四錢；眩暈加决明子五錢；头痛久治不癒加地龙三錢　蜈蚣两条　全蝎二錢。

三、鎮靜止痛药：单独或合併应用都可。

鎮靜药如苯巴比妥、利眠宁、眠尔通、三溴合剂等。

止痛药如阿斯匹林、复方阿斯匹林、安乃近等。

鎮靜止痛合剂如安痛定、解痛宁、索密痛、优散痛等。

四、官能性头痛：首先是用毛泽东思想武裝病人头脑，提高病人战胜疾病的信心。治疗本病应以新針或电兴奋治疗为主，輔以必要的药物。

五、偏头痛：除用官能性头痛各种措施外，还可以服用苯妥英納或苯巴比妥以減少发作，前者每次0.1克，后者每次0.03克，均日服三次。发作时立即口服酒石酸麦角胺1～2毫克（孕妇及动脉硬化者禁用），也可用顛茄、咖啡因等輔助治疗。

头　暈

头暈可分为一般性头暈（非旋轉性头暈）和眩暈（旋轉性头暈）两种。一般性头暈多有头发胀、紧箍感、身体不稳或摇摆等感觉，多由高血压、动脉硬化、貧血及神經官能症等引起。眩暈是內耳迷路或前庭神經的疾患，病人感到外界环境和自身旋轉，多呈陣发性，发作时有眼球震顫，多見于耳源性眩暈、暈車、暈船及药物中毒等。

诊断要点　詳問发病史，注意头暈情况，检查血压，有无貧血、耳病及眼球震顫等。

头暈鉴别診断表

病　　因	診　　断　　要　　点
高血压	病程較长，有头暈、头痛、心慌、血压增高、脉浮洪有力
貧　　血	病程較长，有头暈、心慌，体虛弱、蒼白、脉沉細无力
神經官能症	有失眠、易激动、心慌、头暈或眩暈
內耳性眩暈	发作性眩暈，有恶心、呕吐、耳鳴、听力減退、眼球震顫等
脑部肿瘤 （小脑肿瘤、听神經瘤）	头暈、头痛越来越重，有眼球震顫、呕吐、閉目站不住等

治疗

一、新針治疗：〔主穴〕內关、太冲、三阴交。〔备穴〕风池、足三里、阳陵泉。針法：1.右內关、左太冲交叉刺激。2.左內关、右三阴交，交叉刺激。如效力不佳配用风池。

二、中药治疗：

1.簡易方：

（1）头暈眼花、大便秘結。

薄荷三錢　生蜂蜜一两。先水煎薄荷，去渣用湯加蜂蜜，再煮沸，晚間溫服。

（2）头暈目眩、視物轉动，如坐車、船。

鮮小薊（刺菜苗）二斤　白糖一两。药洗淨切碎，紗布包絞取汁，拌糖吃，第一次吃四两，以后可加至半斤。忌烟酒及油多食物。

2.辨証：根据辨証将常見头暈分为两类：

（1）实証：头暈目眩，常呈旋轉性头暈，或兼头部胀痛、耳鳴、恶心、呕吐、脉多弦滑有力。

处方：鈎藤、生地、磁石各五錢　菊花、白芍、川楝子、牛膝各三錢。水煎服。

加減：呕吐加赭石五錢　半夏、竹茹各三錢；眩暈明显加眞珠母五錢　天麻三錢；有热加黄芩、胆草各三錢。

成药：清眩丸　每次一丸，每天两次；脑立清　一次十粒，每天两次。

（2）虛証：头暈目眩，常呈一般性头暈，或兼气短，困倦无力，貧血，体质瘦弱，脉多細弱无力。

处方：龟板、当归、熟地、枸杞各五錢　党参、白芍、菊花各三錢。水煎服，每日一付。

加減：气短无力去菊花加黄芪、荷梗各五錢；盜汗失眠 加 枣 仁一两　百合三錢。

成药：杞菊地黄丸　每次一丸，一天两次。

三、一般头暈服用三溴片、三溴合剂、苯巴比妥、眠尔通、利眠宁等。效果不佳时可配用咖啡因；精神不好，困倦者可单用咖啡因等兴奋剂。

眩暈发作时，除用上述药物外，还可給下列药物：乘暈宁50毫克（小儿1.25毫克/公斤），每日三次。伴有呕吐的可用异丙嗪或氯丙嗪 12.5 毫克，每日三次，必要时肌肉注射25～50毫克。此外，可口服阿托品或顛茄片，必要时可皮下注射阿托品0.5毫克。

昏　迷

昏迷是中枢神經受到严重抑制的現象，意識完全丧失。重度昏迷对各种刺激均无反应，只有呼吸和心跳。

诊断要点

一、病史：应了解昏迷的发生、經过（如外伤、中毒史等），有无高烧、糖尿病、高血压以及心、肝、腎等疾患。

二、体检：1.脉搏、血压、体溫、呼吸及呼吸气味；2.外伤；3.瞳孔大小，对光反应；4.肢体瘫痪、病理反射、脑膜刺激征（頸强直、屈頸及抬腿反射）。

治疗

一、一般处理：1.严密观察病情，加强护理，勤翻身防止褥疮；2.注

昏迷鉴别診断表

病因		診断要点
中毒和中暑	有机磷农药中毒	1.接触、吸入、誤服农药史 2.流涎、多汗、肌肉顫动、瞳孔縮小，重者青紫、呼吸肌麻痺
	一氧化碳中毒	1.多发生在冬季取暖及工业用煤时 2.头痛、眩暈、耳鳴、无力　3.呼吸增快　4.口唇呈櫻紅色，重者可昏迷
	中　暑	1.夏季露天长时間作业，高溫車間，老弱及产妇容易发生 2.突然头暈、恶心、昏迷、皮肤灼热、无汗或湿冷、瞳孔散大等
脑血管意外及外伤	脑　出　血	1.有高血压病史 2.发作前有头痛、头暈、呕吐等 3.突然昏迷、肢体瘫痪
	脑血栓形成	1.有高血压或动脉硬化史 2.陣发性头暈、眼花、一时失明、肢体麻木 3.进行性偏瘫。多发于夜間休息时
	脑血管栓塞	1.发病多突然　2.有心脏病、心房纖維顫动、心內膜炎等史　3.偏瘫
	脑　外　伤	有外伤史
	蛛网膜下腔出血	突发剧烈头痛、呕吐、頸强直
感染	各种脑膜炎及脑炎	1.发烧　2.脑神經症状及体征
	各种中毒性感染（中毒性痢疾、肺炎、敗血症等）	1.发烧　2.各系統感染的症状及体征
代謝与內分泌	糖　尿　病	1.有多喝、多尿、多吃　2.尿中有糖 3.呼吸有苹果味，呼吸深快
	肝　昏　迷	1.有肝病史　2.煩躁不安　3.上肢呈扑捉样动作　4.黃疸、肝大、腹水
	腎性尿毒症	1.有腎脏病史　2.尿少、浮肿、呼吸深长、不安

意口腔卫生，取出活动的假牙，勤吸痰，保持呼吸道通暢，防止肺炎；3.氧气吸入；4.禁食，可鼻飼或靜脉輸入葡萄糖液及生理盐水等；5.抗菌素預防或治疗感染。

二、对症处理：如高烧者可物理或药物降溫；抽风者給予鎮靜或抗惊厥药等。

三、新針治疗：〔主穴〕百会、合谷、太冲。〔备穴〕人中、內关、足三里、十宣（放血）。針法：一般昏迷先針主穴，有休克时加人中、內关、足三里；高烧者加十宣放血。

四、中药治疗：应以辨証論治，具体分析。

类别	症状	脉象	治则	处方用药
閉証	昏迷、两眼直視、两手握紧、牙关紧閉、面赤气粗、喉中痰声如拉鋸	大、有力	通窍开閉	中成药：至宝丹，安宫牛黄丸，苏合香丸（痰多者用）
脱証	靜而不煩、閉眼、鼻有鼾声、开口、撒手、遺尿、出汗、手足发凉	細、无力	扶阳救脱	人参三錢、黑附子三錢、牡蠣八錢、龙骨八錢。水煎服

小儿抽风

抽风（惊厥）是小儿常見的大脑功能失常（过度兴奋）的現象。年龄越小愈容易发生，6岁以后大脑发育逐漸完善，抽风現象比較少見。抽风时全身或局部肌肉呈强直性或陣发性痙攣、神志不清、眼球凝視、呼吸浅弱而不規則、口唇青紫、口吐白沫等。抽风时間长久，不但容易发生窒息，而且大脑也受損伤，应当快速进行止风，同时进行病因分析做出診断，早期給予适当的处理。

诊断要点

一、病史：注意年龄、体质、喂养，有无产伤及外伤，过去抽风发作史，当时季节以及当地流行病的情况，有无发烧和其他伴随症状（如头痛、呕吐等顱压增高表現）。

二、体检：一般情况的好坏、神志、神經系統的体征、脑膜刺激征、婴儿囟門紧张隆起等。

治疗

一、一般处理：1.安靜側臥使口腔分泌物易于流出，注意吸痰；2.避免咬舌，可用筷子纏布放在上下牙間；3.有窒息者立即采用人工呼吸或对

小儿抽风鉴别診断表

病因			診断要点
有烧抽风	高烧抽风	上感	1.有呼吸道症状，如流涕、咽紅、咳嗽等 2.婴儿常伴有消化道症状　3.烧退风止
		各种感染	各种有发烧的感染，如中耳炎、淋巴結炎、肺炎、麻疹、猩紅热等，烧退风止
	中枢神經系統感染	化脓性脑膜炎 結核性脑膜炎 病毒性脑炎 传染后脑炎	1.烧退后仍有抽风 2.脑神經症状及体征
	中毒性脑病	痢疾、肺炎、败血症等引起	1.病状严重、发烧較高 2.中毒症状明显，常有不安、神昏、譫妄 3.有脑神經症状
无烧抽风	顱內出血		1.新生儿难产史、外伤史　2.陣陣青紫、窒息、呕吐　3.顱压增高表現
	手足搐搦症		1.1岁以內人工喂养儿　2.发作后一切如常 3.常伴有佝僂病症状及体征
	破伤风		1.新生儿旧法接生或1～2周內有外伤史 2.苦笑、牙关紧閉、全身陣发性强直性痙攣
	中毒		1.接触、誤食农葯等毒物史　2.病前飲食情况、环境有无煤气　3.胃腸症状
	癲痫		1.学龄儿多見　2.突然发作 3.抽止后一切如常

口呼吸。

二、止风处理：

1.新針治疗：

〔主穴〕合谷、人中。〔备穴〕后谿、太冲、风池、十宣（放血）。

用手指掐或針人中、合谷；如仍抽不止，可針刺合谷、太冲；必要时加风池、后谿；有发烧时加十宣放血。

2.鎮靜止风药：

（1）苯巴比妥鈉8～10毫克/公斤/次，肌肉注射。

（2）10%水合氯醛可与上药同用，0.5～1毫升/公斤/次，灌腸。

（3）氯丙嗪0.5～1毫克/公斤/次，肌肉注射。

（4）硫噴妥鈉10～15毫克/公斤/次，用2.5%溶液肌肉注射或1%溶液緩慢靜脉注射，如注射中抽风停止則立即停用。

上述药物应用半小时后抽风仍不止，可重复半量应用。

3.解热止风药：

（1）小儿解热丸：2岁以下每次半丸；2～5岁每次一丸；5岁以上每次一丸半。均每日服两次。

（2）泻青丸：用量为上药的1～2倍。

（3）生石膏一两　硃砂五分。共研細末，每次一錢，日服两次。

（4）天竺黃三錢　牛子二錢　薄荷叶五分。水煎服，日服三次。

以上适用于发烧抽风。

（5）蝎子两个　蜈蚣一条。烤黃研細末，分成两、三份，溫水送服，每日服两次（适用于各种抽风）。

（6）热度过高，可选用阿斯匹林、安乃近、安痛定等退热剂。

4.手足搐搦症：可用10%葡萄糖酸鈣5～10毫升，肌肉注射或靜脉緩慢注射。

皮　疹

皮疹是一种常見的症状。小儿多为急性传染病、成人多为过敏性疾病的一种表現。对于皮疹的鉴别“**則是必須注意它的特殊点，就是说，注意它和其他运动形式的质的区别。只有注意了这一点，才有可能区别事物。**”要及时根据病因进行治疗。

诊断要点

一、病史：1.年龄和职业。2.用药和食物史。3.发烧。4.过敏史和既往史。

常見皮疹类型

类　　型	特　　点
斑　　疹	皮疹表面平坦
丘　　疹	皮疹表面隆起
斑丘疹	皮疹隆起而表面平坦
水疱疹	皮疹隆起，內有透明液体
脓疱疹	皮疹隆起，內有混浊脓样液体
出血性皮疹（瘀斑、紫斑）	表面平坦或稍隆起，鮮紅或暗紫，压迫不褪色

二、体检：

1.皮疹分布、类型、初发部位、过程。

2.結膜、口粘膜、舌咽检查。

3.伴随症状和体征。

三、輔助診断：有条件时可检查血液紅、白細胞数，血小板数（用以鉴别血液病引起的皮疹），嗜伊紅細胞数（有过敏性疾病时增加），必要时检查梅毒血清反应、伤寒血清凝集反应等。

皮疹鉴别診断表

病　名	皮　疹　特　征	症　状　特　点
麻　疹	1.皮疹自耳后頸部开始→面部→躯干→四肢，3～5天出齐 2.斑疹→斑丘疹→色素沉着→微細脱屑	1.有上呼吸道炎症 2.病后第二天有口頰粘膜疹 3.发烧第四天出疹
风　疹	1.皮疹自面部→躯干→四肢，一天出齐 2.斑疹→斑丘疹，2～4天退去无痕	1.发烧第二天出疹 2.有輕度上呼吸道炎症 3.耳后、枕部淋巴結肿大
幼儿急疹	1.自頸和躯干→腰臀，一天出齐 2.深紅色斑疹或斑丘疹，1～2日退去	1.高烧3～5天后出疹 2.出疹后烧退
猩紅热	1.自頸、胸部→躯干→四肢，一天出齐 2.鮮紅色布滿全身同毛囊一致的点状丘疹	1.发烧一天即出疹 2.咽扁桃体炎
水　痘	1.躯干开始→头面→四肢 2.丘疹分批出現，可同时有丘疹、水疱、結痂等	1.发烧一天出疹 2.症状多輕
天　花	1.額、腕部开始→面→上肢→躯干→下肢 2.丘疹→疱疹→脓疱→結痂→瘢痕	1.发烧四天出疹 2.全身有中毒症状
脓疱病	1.好发生在面、四肢 2.脓疱破后有糜烂面、有浆液或脓样分泌物，干燥后結痂	1.不发烧，一般情况良好 2.有接触史
先天性梅毒	1.全身性皮疹 2.斑疹和丘疹有时可生脓疱和水疱	1.不发烧 2.父母有梅毒史

病　名	皮　疹　特　征	症　状　特　点
药物疹	1.多自躯干或四肢发生 2.各种皮疹都可发生，以麻疹或猩紅热样疹多見，瘙痒感	1.有服药或接触药物史 2.有过敏史
婴儿湿疹	1.多在头面部，少数可波及全身 2.皮疹多呈弥漫性、对称性、反复发作，瘙痒感	1.不发烧 2.过敏体质

貧　血

貧血是指体內血液紅細胞或血紅蛋白的減少而言。解放后，劳动人民生活不断改善，除小儿可因喂养不当造成营养不良性貧血外，应多考虑其他原因所致的貧血。

貧血发生的原因

一、失血：由于外伤、鈎虫感染或某些疾病引起的大量或少量持續性出血。

二、溶血：由于細菌、毒素、药物或錯誤的輸血引起紅細胞的破坏。

三、造血障碍：骨髓造血功能障碍，营养不良，鉄、叶酸或維生素 B_{12} 的不足等。

诊断要点

一、病史：1.飲食习慣、营养、生活、职业、小儿喂养、妇女月經及生育情况；2.用药史，接触放射性物质、毒气、毒物等史；3.有无外伤、失血、黄疸、寄生虫、慢性感染等病史，肝、腎、胃腸、血液等疾患。

二、体检：1.发育、营养、皮肤、結膜、淋巴結等；2.心脏、腹部肝脾等检查。

三、輔助診断：有条件可检查血液紅、白細胞，血小板，血紅蛋白，血細胞分类、形状，原虫，出血和凝血时間等。大便检查虫卵。必要时可做骨髓穿刺。

治疗

一、如有外伤性大出血应立即进行压迫或手术止血。

二、一般治疗：多吃魚类、肝类、油菜、菠菜、黄豆等食物。

三、药物治疗：

1.补充鉄剂：对缺鉄性貧血有效。

硫酸亚鉄：成人0.3克，每日三次。儿童0.1～0.3克，每日三次。

枸櫞酸鉄銨：成人0.5～2克，每日三次。小儿0.1～0.2克/公斤/日，

分三次服。

2.由于缺乏維生素 B_{12}、叶酸所引起的貧血可用：

叶酸：成人10毫克，每日三次。小儿 5 毫克，每日三次。

維生素 B_{12}：成人100～500微克，每日或隔日肌肉注射一次。小儿50～100微克/次，隔日一次。

四、輸血：对严重的貧血可以考慮輸血。

五、中药治疗：当归补血湯对一般貧血病均能应用。处 方：当归五錢黄芪一两。水煎服，每日一付。

六、新針治疗：〔主穴〕足三里。〔备穴〕曲池。

貧血鉴别診断表

病　　因	診　　断　　要　　点
缺鉄性貧血	1.小儿比較多見，尤其早产儿、人工喂养儿 2.慢性病、腹泻、食慾不振、肿瘤 3.消瘦、无力、蒼白、心跳、气短、头痛、失眠 4.慢性出血，如鈎虫、痔疮等病
缺乏維生素B_{12}、叶酸等造血因素引起的貧血	1.偏食　2.慢性胃腸病、胃切除、严重肝脏病及絲虫病 3.蒼白、无力、心跳、气短、食慾缺乏、舌炎、神經炎等 4.婴儿可有发烧、吐泻、脾肿大等
再生障碍性貧血	1.放射性物質照射及应用特殊毒物或葯物，如苯、砷、磺胺、氯霉素等历史 2.消瘦、无力、蒼白、脾脏肿大 3.发烧、口腔及咽峡潰瘍 4.皮肤粘膜出血
溶血性貧血	1.感染、毒素、葯物、錯誤輸血等病史 2.有发烧、寒战、全身痛、休克等症状 3.大都有輕重不同的黄疸 4.小儿、青年多类似上呼吸道感染
急性失血性貧血	1.有内、外大出血史　2.重症有头暈、恶心、口渴、蒼白、脉細、血压下降等休克症状

水　　肿

血管外組织間隙有过量的积液时称为水肿。水肿有全身性和局部两种，全身水肿比較多見。

诊断要点

一、病史：水肿发生时間、程度、发展情况、全身或局部、持久或間歇、好轉或恶化，心、腎及肝疾病的症状，营养情况，外伤、食物、用药及

过敏史等。

二、体检：

1.营养情况；2.水肿分布全身或局部、水肿程度及部位、腹水等；3.心、肝、腎及貧血检查。

水肿鉴别診断表

病　　因	診　　断　　要　　点
心　脏　病 （心力衰竭）	1.水肿自下肢开始向上发展　2.平时心跳气短、干活时加重　3.心脏可有杂音　4.肝大、肺有水泡音
腎　脏　病	1.水肿自眼瞼面部漸及全身　2.多伴有高血压　3.尿少、尿中有蛋白
营养不良性水肿	1.慢性病史　2.营养吸收障碍（慢性腸道疾病）　3.貧血、消瘦
肝　脏　病 （肝硬化、肝癌）	1.长期食慾不振　2.慢性消化不良、貧血、消瘦、黃疸　3.肝脾肿大、腹水
內分泌障碍	1.女性經期前出現水肿，經期后消失　2.更年期　3.长期应用激素
血管神經性水肿	1.多因过敏引起　2.水肿时出时消　3.面部及四肢多見
絲　虫　病	1.流行絲虫病地区　2.多在下肢出現
植物性日光性皮炎	1.过敏体质　2.吃灰菜、莧菜、刺儿菜、榆叶后經日光照射　3.外露皮肤有浮肿
妊娠水肿	1.妊娠　2.水肿随妊娠月份加重　3.水肿自足部开始向上发展

治疗

一、明显全身浮肿病人，应进低盐飲食。

二、如为过敏性水肿可除去过敏原，应用抗过敏药物如苯海拉明、扑尔敏等，必要时用激素如强的松、氢化可的松等。

三、中药治疗：

1.車前草一两　玉米須二两　冬瓜皮二两。水煎服，每日一付。

2.生苡仁一两　茯苓一两　車前子五錢。水煎服，每日一付。（以上两方对各种水肿都能适用）。

3.根据辨証可分下列两类：

实証水肿：水肿初起，体格尚壮。处方：陈皮、茯苓、生姜皮、桑白皮、腹皮、猪苓、泽泻、桂枝各三錢。水煎服，每日一付。

虛証水肿：水肿日久，体格虛弱。处方：党参、白朮、茯苓、半夏、广皮、猪苓、泽泻、桂枝各三錢。水煎服，每日一付。

黃　疸

黃疸是血液中胆紅质增加所造成的眼球和皮肤的黃染。造成黃疸的原因可分为三种：

一、溶血性黃疸：由于紅細胞破坏过多所造成的，如溶血性黃疸、新生儿黃疸（为生理性的）等。

二、肝細胞性黃疸：由于肝細胞破坏，排泄胆紅质的能力降低所造成，如传染性肝炎、肝硬化、肝癌等。

三、梗阻性黃疸：由于胆道梗阻所造成的，如胆石症、胰头癌、胆道蛔虫症等。

诊断要点

一、病史：1.既往发作病史、黃疸的病程等；2.黃疸的前驅症状和伴随症状，如食慾不振、全身无力、尿色变黃、肝区疼痛、发烧、瘙痒等；3.药物或毒物中毒史，传染性肝炎接触史等。

二、体检：巩膜、皮肤黃疸的深浅，貧血、肝脾肿大、腹水、蜘蛛痣、胆囊压痛等。

黃疸鉴别診断表

病　因	診　斷　要　点
传染性肝炎 中毒性肝炎	1.有传染性肝炎接触史，或有急性感染史，或有磷、砷、銻等药物、毒物的接触及誤服史 2.尿黃、周身无力、食慾减退，肝肿大但质地軟，有压痛
肝硬化	1.可有慢性肝脏損害史（肝炎、中毒等）　2.肝脾均肿大、肝脏比較硬　3.常有腹水、浮肿和蜘蛛痣
肝　癌	1.肝脏肿大、质硬，呈結节状　2.消瘦、貧血、衰弱 3.可有进行性黃疸及肝区疼痛
胆囊炎 胆石症	1.多有胆絞痛发作史 2.右上腹痛、高烧、黃疸。黃疸的深浅可有波动
胰头癌 总胆管癌 壺腹癌	1.多发生在45岁以上　2.黃疸进行性加深，常伴有皮肤瘙痒和灰白色大便　3.有时触到胆囊及肿块　4.消瘦、貧血、衰弱
溶血性黃疸	1.有感染、用葯、烧伤、中毒史　2.恶寒发烧，尿血，貧血 3.有血型不符輸血史

三、有条件时可做尿三胆及肝功能检查。

治疗

一、病因治疗。

二、飲食：适当注意营养，多吃豆制品或容易消化的食物。禁忌飲酒。

三、口服維生素 B₁ 10毫克及維生素C100毫克，每日三次。重症的加用維生素K3.84毫克，肌肉注射，每日一次。

四、中药治疗：

1.阳黃：黃疸色艳、身热、便秘、舌紅、苔黃膩、脉洪滑有力者，以清热利湿为主。

茵陈蒿湯：茵陈蒿五錢　梔子、大黃各三錢。水煎服。

2.阴黃：黃疸晦暗、恶寒身冷、舌淡苔白、脉沉迟者，以溫中燥湿为主。

茵陈四逆湯：茵陈一两　炮附子、甘草各二錢　干姜一錢。水煎服。

五、新針治疗：〔主穴〕胆俞。〔备穴〕足三里、行間。

六、手术治疗：癌瘤所致梗阻性黃疸应早期手术。

嗓子痛

一般說的嗓子痛（喉嚨痛）是指咽、扁桃体以及喉部的疼痛。咽喉部是呼吸道大門，也是消化道經过的要道，炎症、异物或創伤以及少数全身性疾病都能引起疼痛。

诊断要点

一、病史：疼痛时間、部位、程度、异物、外伤等病史，以及一些伴随的症状。

二、体检：重点检查咽喉部及淋巴結等。

嗓子痛鉴别診断表

病　　因	診　　断　　要　　点
咽　　炎	1.多有受凉史 2.发烧或不烧，可伴随流涕、咳嗽 3.咽部充血
急性扁桃体炎	1.多有发烧、嗓子痛重 2.扁桃体紅肿，有渗出液，重症可呈潰瘍，偶成白膜易被擦去
咽后壁或扁桃体周围脓肿	1.小儿多見，多有发烧 2.咽后壁充血肿起，或一側扁桃体及軟腭部充血肿起 3.有鼻音、飲食困难、发嗆

病　　因	診　　断　　要　　点
急性喉炎	1.有上呼吸道感染症状 2.音哑、吸入性呼吸困难、犬叫样咳嗽
白　　喉	1.发病較緩，常伴有全身中毒症状　2.嗓子痛不重 3.咽、扁桃体(多为一側)不甚紅肿，有片状白膜不易擦去
猩　紅　热	1.发烧　2.急性扁桃体炎 3.全身弥漫性紅色点丘疹
异物及損伤	1.魚骨或异物刺入咽部　2.局部充血、潰瘍 3.吞嚥时有异物感及疼痛

治疗

一、新針治疗：对一般急慢性感染均有效。〔主穴〕合谷、少商。〔备穴〕曲池、天突、人迎。

二、中药治疗：

1.喉痛丸：每次5～10粒含化，每日一、二次。适用于一般嗓子痛、不发烧。

2.銀翹解毒丸：每次一丸，每日两次。适用于感冒发烧。

3.养阴清肺丸：每次一丸，每日两次。适用于白喉病。

三、含碘喉片：每次1片，含嚥，每日3～4次。

四、消炎药：对有发烧、嗓子痛、咽扁桃体有紅肿发炎者可給消炎药，如磺胺药或抗菌素等。

胸　痛

胸痛是由胸部疾病，如外伤、炎症、肿物等刺激肋間神經、脊神經根或膈神經所致。

诊断要点

一、病史：1.胸痛部位、性质、持續时間、发作誘因；2.伴随症状：发烧、咳嗽、气促、咯血、心慌、吞嚥困难等。

二、体检：胸部外形、压痛，胸部叩診和听診，必要时进行胸部放射綫透視协助診断。

治疗

一、止痛药：口服复方阿斯匹林或安乃近等每次0.5克，每日三次；限局的疼痛可用1％普魯卡因封閉或貼止痛膏。

二、新針治疗：能立即止痛。〔主穴〕內关透外关。〔备穴〕阳陵

泉、人中。

三、拔罐疗法：后背、肩胛間区。

四、中药治疗：

1.追风膏、狗皮膏、伤湿止痛膏等溫热化开外貼局部或有关穴位，可治一切外伤、受风、神經痛、筋骨痛及非化脓性炎症等。

2.跌打丸：跌打損伤、扭伤肿痛、一般胸痛等，每次服1～2丸，每日两次。

胸痛鉴别診断表

病因		診断要点
胸壁疾患	肋骨骨折	1.外伤史 2.胸壁骨折处有压痛
	肋軟骨炎	肋軟骨肿胀压痛
	肋間神經痛	1.沿肋間神經有灼痛 2.疼痛与呼吸有关 3.脊椎旁、腋中綫和胸骨旁有压痛点
胸内疾患	心絞痛	1.中年以上病人 2.体力活动时发作 3.疼痛在胸骨后向左肩及左上臂放射 4.疼痛多持續数分鈡，很少超过15分鈡
	胸膜炎	1.胸部刺痛或撕裂样痛 2.呼吸或咳嗽时加重 3.胸膜摩擦音或胸腔积液体征
	气胸	1.支气管、肺疾患史 2.外伤史 3.突然胸痛气急、呼吸困难 4.患側呼吸音消失、叩診高清音、气管移向健側
	肺結核、肺炎 肺脓肿、肺癌	1.呈隐痛 2.发烧 3.呼吸道症状如咳嗽、气急、咯痰、咯血等 4.胸部检查有异常

呼吸困难

诊断要点

一、病史：1.呼吸困难起病緩急、发作长短、既往发作史、誘发因素、外伤等；2.呼吸道症状：发烧、音哑、咳嗽、咯痰、胸痛等；3.既往史如心脏病、高血压、哮喘等。

二、体检：包括咽喉、气管、心、肺、胸膜等。

三、常見呼吸困难原因：

1.吸气性呼吸困难：吸气困难，吸气时胸骨上窝、肋間、肋弓下緣同

时有凹陷，有哮鳴音及頻繁干咳，是上呼吸道有梗阻的現象，如喉炎、喉白喉、喉气管异物等。

2.呼气性呼吸困难：呼气緩慢、延长、費力，有哮鳴音，是下呼吸道受阻（支气管痙攣及肺組织弹力減弱），如支气管哮喘、肺气肿等。

3.混合性呼吸困难：呼气吸气都困难，呼吸量小，呼吸次数增加，常見于肺炎、肺水肿、胸膜炎及中毒性疾病等。

呼吸困难鉴别診断表

病　　因	診　　断　　要　　点
呼吸道梗阻：咽部脓肿、喉炎、喉白喉、喉气管异物、喉痙攣等	1.吸气性呼吸困难 2.音哑、干咳 3.喉气管有梗阻 4.小儿手足搐搦症
支气管哮喘	1.呼气性呼吸困难　2.有反复发作史　3.肺有哮鳴音
肺　气　肿	1.呼气性呼吸困难　2.有慢性气管炎、哮喘史 3.肺叩診有高清音
气　　胸	1.混合性呼吸困难　2.慢性气管炎及外伤史　3.肺部感染 4.患側呼吸音減低，叩診高清音，气管移向健側
慢性支气管炎（咳喘病）	1.混合性呼吸困难　2.冬春季加重，老年多 3.經常咳嗽、咯痰　4.肺有干鳴、水泡音
肺　　炎	1.混合性呼吸困难　2.发烧　3.肺有实变及水泡音
胸　膜　炎	1.混合性呼吸困难　2.发烧 3.患側叩診浊音，并有胸膜摩擦音，呼吸音減低
心力衰竭	1.混合性呼吸困难　2.有心脏病史　3.心有杂音、肺有水泡音

治疗

一、半坐位，有青紫时可以吸氧。

二、有上呼吸道梗阻，如疑婴儿手足搐搦症时可立即用10%葡萄糖酸鈣5～10毫升，肌肉注射或緩慢靜脉注射。如非上述病症，梗阻严重应及时作气管切开。

三、解痙：由于哮喘呼吸困难，可用0.1%腎上腺素0.3～1毫升皮下注射，每30～60分钟重复一次，有高血压者禁用。氨茶碱0.25～0.5克肌肉注射，必要时可用氨茶碱0.25克（小儿4毫克/公斤）混入10～25%葡萄糖20～40毫升中作靜脉緩慢注射，每4～6小时重复一次。

四、新針治疗：針灸对气管、支气管病变引起的呼吸困难很有效，尤其是哮喘病。

一組：〔主穴〕治喘、膻中。〔备穴〕天突、丰隆。
二組：〔主穴〕中喘。〔备穴〕天突、足三里、內关。
針法：任选一組，先針一个主穴，配一个备穴，用中、强手法。
五、拔罐疗法：前胸乳房上部、背部肩胛間区。
六、抗菌素：病情严重、发烧及小儿可加用抗菌素。

心　慌

凡心跳过快、过慢及不規則都可引起心慌。

诊断要点

一、病史：心慌发作与劳动、飲食、服药、疾病、精神状态的关系。
二、体检：检查心脏、甲状腺、脉搏和血压等。

心慌鉴别診断表

病　因	診　断　要　点
动脉硬化性心脏病	1.多为40岁以上的人　2.可有高血压　3.心絞痛
风湿性心脏病	1.青年多　2.风湿热史　3.心有杂音
高血压心脏病	1.高血压史　2.心脏扩大
先天性心脏病	1.自幼有心慌史　2.心脏有杂音
甲状腺机能亢进	1.消瘦，可有突眼、多汗、手顫等 2.甲状腺肿大，可有血管杂音
貧　血	1.蒼白、无力、衰弱　2.心脏可有收縮期杂音
神經衰弱	1.有失眠、記忆力減退、无力等　2.心脏无器质性病变
陣发性心动过速	1.突然发作，突然停止　2.心律規則，在160次/分以上

治疗

一、注意休息。

二、新針治疗：〔主穴〕內关、神門。〔备穴〕足三里、通里。針法：每日一次，选1～2穴，中度刺激。

三、中药治疗：

1.神經性心慌，多伴有失眠、盜汗、气短、无力、脉数或結代。
处方：炙甘草、生地、麦冬、党参各五錢　桂枝、五味子各二錢　龟板或当归四錢。水煎服，每日一付。

2.心脏性心慌，多伴有浮肿、少尿或胃腸症状，如胸部胀滿、食慾不振、

脉沉細。处方：炙甘草、桂枝、生姜各三錢　白朮五錢　茯苓八錢。水煎服，每日一付。

四、鎮靜剂：如非大出血及貧血病人可用鎮靜剂，如苯巴比妥、三溴片等。

五、迷走神經刺激疗法：对陣发性心动过速有效，見"心律失常"治疗。

六、强心药：心脏病經各种处理后，心搏仍快者可选用下列一种强心药。

西地兰：0.4毫克溶于50%葡萄糖40毫升中，靜脉注射。必要时，2～4小时后可重复一次，24小时总量不超过1.6毫克。

毛地黃：口服或靜脉注射，按常規应用。

吞 噎 困 难

当食管有机械性梗阻、吞噎功能失常或口腔、咽、喉等处发生疼痛时，均可引起吞噎困难。

诊断要点

一、仔細詢問引起吞噎困难的原因、病程及程度。

二、有条件时可行食管鋇餐造影检查。

吞噎困难鉴别診断表

病　　名	診　　断　　要　　点
食 管 炎	1.可有外伤及吞服腐蝕剂等病史　2.噎物时疼痛
賁門痙攣	1.多見成年人。可有精神刺激病史 2.早期为間歇性，服亚硝酸盐可緩解，晚期为持久性
食 管 癌	1.多見老年之男性　2.吞噎困难为进行性　3.消瘦及貧血明显

治疗

一、解痙鎮靜药物：口服阿托品0.3毫克，每日三次；硝酸甘油0.3～0.6毫克，舌下含化。有灼热感者可口服10%氢氧化鋁凝胶10毫升，每日三次，或給以烏賊骨粉三錢　每日1～2次。

二、中药治疗：

1.有瘀血及津液缺乏者，治以活血潤燥为主。处方：生地、沙参各五錢　当归、桃仁各三錢　紅花二錢　甘草、升麻各一錢。

2.有恶心呕吐者，治以降逆止呕为主。旋复代赭石湯：旋复花三錢　代赭石一两　半夏、党参、生姜、甘草各二錢　大枣三枚。

三、新針治疗：〔主穴〕天突、足三里。〔备穴〕內关、阴陵泉。重刺手法。

四、手术治疗：早期的食管癌及晚期的賁門癌攣可考虑手术治疗。

呕　吐

呕吐多由恶心做先导，后发生呕吐，但顱压增高者多无恶心，呈喷射性呕吐。有时可因情緒紧张、哭鬧不安、聞到难聞气味或吃进不洁的东西等发生呕吐。有的呕吐却是重病的預兆，例如脑膜炎、腹內炎症、急性中毒等。

诊断要点

一、詳問原因及呕吐情形，有无头痛、头暈、发烧、腹痛等症状，呕吐与服药、飲食的关系，妇女月經情形，有无外伤史。

二、检查腹部、神經系統和血压等。

呕吐鉴别診断表

病　因	診　断　要　点
高血压脑病、脑出血、脑外伤、脑瘤等	1.头痛　2.呕吐呈噴射性　3.血压增高 4.可有偏瘫，神志障碍　5.外伤
急性传染病（脑膜炎、脑炎、肺炎、猩紅热等）	1.发烧　2.神經系統症状 3.脑膜刺激征　4.炎症病灶
葯物中毒、食物中毒、代謝中毒	1.服葯史（农葯、化学葯等）　2.飲食不洁　3.各种代謝中毒（糖尿病、尿毒症等）的相应病史及临床表現
神經性呕吐、早孕反应	1.找不到其他原因的呕吐　2.頻繁呕吐　3.早孕
胃腸道和腹內脏器炎症	1.腹痛　2.与飲食有关　3.腹部发病脏器的压痛
嬰幼儿胃腸道梗阻（幽門肥大、幽門痙攣、腸套叠等）	1.生后不久出現 2.呕吐比較有規律 3.腹部有胃腸蠕动波及肿块

治疗

一、新針治疗：〔主穴〕內关。〔备穴〕足三里、天突。强刺激。热吐加刺金津、玉液；寒吐及虛吐加用灸法。

二、中药治疗：根据中医辨証分出呕吐性质及类别进行治疗。

1.伤食吐：胃胀滿，吐未消化食物，吐后較舒适。先用一根筷子或手指探喉部，使伤食吐淨，后用陈皮、生姜各五錢　煎15分钟 慢慢 服下。

2.寒吐：受寒引起的，吐不消化食物，喜热怕冷，喜热敷或手按。

（1）姜糖水：鮮或干姜一块，打碎加紅糖冲开水一碗溫服。

（2）清夏三錢　干姜二錢。水煎溫服，日分两次。

3.热吐：受暑热引起的，喜冷怕热，口渴便秘，小便黃，脉数。

（1）竹茹、陈皮各三錢。水煎溫服，日分三次。

（2）左金丸：每次一至三錢。日服三、四次。

4.胃气不和：呕吐、呃逆、不能进食、胸閉胀滿、情緒不好、精神紧张、脉弦滑。半夏、陈皮各三錢 云苓四錢 枳壳二錢 沉香一錢 生姜三片。水煎服。

三、解痙鎮靜药：口服顛茄、阿托品、氯丙嗪、奋乃靜，或肌肉注射阿托品、氯丙嗪、异丙嗪、苯巴比妥鈉等。

四、輸液：不能进飲食或有脫水者，应靜脉輸入5％葡萄糖盐水等。

腹　痛

诊断要点

一、病史：起病緩急，病程长短，发病前后情形，如飲食、受凉、外伤、发烧、呕吐、腹泻、便秘、排虫史，对婚后妇女要注意月經情况。

二、腹痛的情形：

1.腹痛的位置：一般說来，腹痛的部位表示該部位器官的病变，但早期闌尾炎及腸管的病变，腹痛的部位可不固定。腹部器官的分布如下：

（1）右季肋部：肝右叶、胆、右腎、結腸右曲。

（2）上腹部：肝左叶、胃、十二指腸、横結腸、胰腺。

（3）左季肋部：脾、左腎、胰腺尾部、結腸左曲。

（4）右腰部：右腎及輸尿管、升結腸。

（5）臍部：小腸、大网膜、腸系膜。

（6）左腰部：左腎及輸尿管、降結腸。

（7）右下腹部：盲腸、末端迴腸、闌尾。

（8）下腹部：膀胱、子宫及其附件、乙状結腸。

（9）左下腹部：乙状結腸。

2.腹痛的性质：陣发性痛或絞痛，多为胃腸道的阻塞或痙攣；持續性痛多为炎症；持續性痛伴有陣发性加剧，多为炎症伴有阻塞或痙攣。

3.腹痛的放射：如胆、胰疾病可向肩背部放射；腎脏疾病可向腹股沟处放射等。

4.腹痛加剧或緩解的因素：如心絞痛引起之腹痛可因寒冷而加剧；痙攣性腹痛可在給予解痙药物后緩解等。

三、体检：1.腹胀、胃腸蠕动波；2.腹部压痛、反跳痛；3.肝浊音界、腹內移动性浊音、腸鳴音，必要时作直腸指診及妇科检查。

急性腹痛鉴别診断表

	病因	診断要点
上腹部痛	胃炎、胃痙攣	飲食不当、呕吐、陣发性絞痛
	胃、十二指腸穿孔	有潰瘍病史，持續剧痛、压痛、反跳痛、腹壁板状硬、肝浊音界消失
	胆道蛔虫症	有蛔虫史，陣发性鈷頂样疼痛、輾轉不安、腹軟、无明显压痛
	胆囊炎、胆石症	陣发性絞痛、黃疸伴有高烧寒战、胆囊区压痛
	胰腺炎	上腹中部偏左痛、压痛，有頻繁呕吐、发烧
	脾破裂	外伤史，左上腹痛、移动性浊音、休克
中腹部痛	腸蛔虫症	疼痛部位不定、陣发性，也可引起痙攣性或机械性腸梗阻
	机械性腸梗阻	持續腹痛、无大便，有腸蠕动波、高調及金属腸鳴音、頻繁呕吐
	腎及輸尿管結石	腰旁絞痛、向腰及会阴放射，血尿
	腸穿孔	外伤、伤寒、腸結核等病史，压痛、反跳痛、腹肌紧張、肝浊音界消失
下腹部痛	闌尾炎	腹痛由上腹轉至右下腹、呈固定压痛，发烧、恶心、呕吐
	腸套叠	嬰儿多見，陣发性疼痛、哭鬧不安、多間断发作，如持續疼痛即长期套叠，有便血、呕吐、腹部肿块
	宫外孕破裂	月經过期，开始为一側剧痛后扩展到全腹，下腹压痛、內出血及休克
	卵巢囊肿扭轉	患側有肿物，子宫旁压痛、呈持續性剧痛

治疗 急性腹痛发病急，要求我們迅速地解除病人痛苦，而嗎啡类麻醉止痛药虽能立即止痛，但可掩盖眞实病情貽誤正确处理，故未能确診前不应随便使用。

一、如有血压下降、循环不好，应立即用抗休克治疗。

二、重症呕吐、腹泻、腹胀者应暫停食，应用靜脉輸液。腹胀者用胃腸减压，或用胶管插入肛門放气。

三、新針治疗：

上腹痛：〔主穴〕內关。〔备穴〕足三里、三阴交、中脘、阴陵泉。

針法：腹痛时先針內关，輕者多立即止痛。空腹痛配三阴交；食后痛配足三里；疗效不明显配中脘。

下腹痛：〔主穴〕关元、三阴交。〔备穴〕中极、足三里。

針法：先用主穴、效果不明显加备穴。

四、止痛药：复方顛茄片 1～2 片或阿托品 0.3 毫克，每日三次。腹痛剧烈时也可用阿托品0.5毫克肌肉注射或并用鎮靜剂。

五、抗菌素：若疑有腹內炎症或病情严重时可先給予抗菌素治疗。

六、中药治疗：

类别	特　　点	症　　状	治　　疗
虛寒	着凉后腹痛，喜按，得热后减輕或緩解	常伴有腸鳴、腹胀、出虛恭、手足冷、脉沉迟	溫中散寒 1.熗附子 三錢，肉桂 一錢，茴香 二錢，良姜 三錢，白芍 三錢，紅豆蔻 三錢。水煎服，每日一付 2.附子理中丸每日一、二丸
实热	腹痛多持續、拒按	腹部胀滿、大便干燥、尿黃或发热、苔黃厚、脉数有力	清热通便 1.大黃 四錢，芒硝 三錢，厚朴 五錢，枳实 五錢。水煎服，每日一付 2.清宁丸每日一、二丸
气滞	腹部胀痛或串痛，伴有腸鳴，出虛恭后痛減	打嗝、呕吐、腹胀、食慾不振、脉弦	理气止痛 1.烏葯 四錢，沉香 一錢，木香 二錢，青皮 二錢，枳壳 三錢，玄胡 三錢，紅豆蔻 三錢。水煎服，每日一付 2.十香止痛丸每日一、二丸
虫积	陣发性腹痛，部位多限于右上腹及臍周，剧烈时輾轉不安	有蛔虫病史（如吐蛔虫或便蛔虫），消瘦、面色黃白或有白斑，腹部有包块	1.安蛔止痛 烏梅丸每日一、二丸 2.驅蛔杀虫 苦楝根皮 一两，使君子 一两，檳榔 一两，雷丸 三錢，大黃 三錢。水煎服，每日一付

腹　泻

腹泻是指便次多而稀薄。多由腸道疾病引起。

诊断要点

一、了解腹泻的次数、大便性质、治疗情形和伴随症状，如发烧、腹痛、呕吐等，以及病人的飲食、劳动、生活、当地的发病情况等。

二、全身情况、脫水及呼吸状况等，重点检查腹部如腹胀、压痛、

腹泻鉴别診断表

病因		診断要点
急性腹泻	急性胃腸炎（包括急性腸炎）	1.食物不洁、暴飲暴食或受凉史 2.突然腹痛、呕吐、腹泻
	食物中毒（有毒食品及細菌性食物中毒）	1.食物不洁 2.誤食毒物，如河豚及毒蕈等有毒动、植物 3.同食者多同时发病
	痢疾	1.腹痛下墜、有脓血样便　2.慢性病人可反复发作 3.阿米巴痢疾有血性棕紅色大便
	血吸虫病	1.流行地区及接触史　2.有发烧，腹泻不重 3.肝脾肿大
慢性腹泻	消化不良（包括婴幼儿腹泻）	1.婴幼儿喂养不当　2.成人有胃、腸、肝、胰等病 3.便中有不消化食物
	腸結核	1.多有肺結核史　2.有腹泻与便秘交替史 3.腹痛、消瘦、发烧
	慢性結腸炎（包括結腸过敏）	1.长期腹泻，症状較輕，經常急性发作 2.大便每日2～3次，呈糊状，有时含粘液
	結腸、直腸癌	1.腹泻或便秘　2.便中有脓血 3.消瘦、貧血　4.腹部或指肛检查可触及肿块

肿块、腸鳴音、肝脾肿大等。

治疗

一、飲食：1.急性腹泻严重时可暫停食一天；2.根据腹泻情况給予稀、軟、易消化吸收的食物。小儿奶量要減少。

二、补充体液：腹泻次数多，不呕吐时应多飲盐糖水；如有呕吐、腹泻严重，脱水明显，可由靜脉輸液，成人用5％葡萄糖盐水1,000～2,000毫升，小儿可用300～1,000毫升（詳見“小儿消化不良液体疗法”）。

三、中药治疗：

1.寒泻：有受凉或吃生冷食物史，大便清稀、不消化、臭味不大、热敷腹部觉舒服、口不渴、舌苔白、脉迟无力。

姜糖水：鮮或干姜一块，打碎加紅糖冲开水一碗溫服。

蒜糖水：紫皮大蒜一头，打碎加紅糖冲开水一碗溫服。

附子理中丸：每日一、二丸（适用于受凉重、病日久、体质弱者）。

2.热泻：由受热引起，腹痛、泻黃色稀便、腥臭味、口干、喜喝冷开水、小便黃、苔黃、脉数。

鮮辣蓼草一把，水煎服，日服两次。

綠豆二两　車前子一两。水煎服，日服两次。

处方：葛根三錢　黄連、黄芩各二錢　甘草一錢。水煎20分钟，分两次服。

3.五更泻：天明作泻，大便稀。应用四神丸：每日一、二丸。

四、新針治疗：〔主穴〕足三里。〔备穴〕天枢、关元、止泻。寒泻可針、灸并用。余参考“新医疗法”。

五、止泻剂：次碳酸鉍1克，或鞣酸蛋白1克，或药用炭片1～2克，均为每日三次。

上述止泻剂适用于久泻不癒者，对小儿消化不良、痢疾、急性胃腸炎等不宜早期应用。

呕　血

呕血一般表示上消化道（食管、胃和十二指腸）的出血。呕血的数量少則几口，多則可在数小时内陷入休克状态。呕出的血液顏色与血液在胃中停留的时間有关，停留的时間短者为鮮紅色；停留时間长者，經胃酸的作用后变为棕褐色。

诊断要点

一、出血程度的估計：根据临床症状、呕血和便血的量、脉搏血压的情况加以判断。血液血紅蛋白及紅細胞的测定可协助判断失血量。出血严重者可发生休克。

二、咯血与呕血的鉴别：見下頁。

呕血鉴别診断表

病　　因	診　　断　　要　　点
潰瘍病	1.青壮年多　2.潰瘍病史　3.潰瘍病症状
門脉高压症	1.多有肝脏病史　2.可見肝脾肿大、腹水等
胃　　癌	1.50～60岁男性較多　2.初期可有食慾不振、上腹不适等 3.消瘦、衰弱　4.上腹部可能触及肿块
胃　　炎	1.消化不良症状　2.不規則胃痛

治疗

一、非手术治疗：

1.休克者应积极抗休克治疗（見“休克”）。

2.止血药：如維生素K、仙鶴草素、安絡血等。

3.中药治疗：

（1）血热者，以凉血止血为主。

十灰散：大薊、小薊、茅根炭、棕皮、側柏炭、丹皮、梔子炭、茜草、荷叶、大黄炭各四錢。水煎服，每日一付。或服成药，每次三錢，日两次。

荷叶丸，每次一、二丸，日两次（适用于各种呕血）。

（2）气血不足者，以培补气血为主。

四物湯：当归、川芎、杭芍、熟地各三錢。当归补血湯：黄芪一两当归五錢。多用于吐血后体弱的病人。

4.食道气囊压迫法：适用于門脉高压症引起之食管靜脉曲张破裂出血（方法見“肝硬化”）。

二、手术治疗：潰瘍病反复出血者可考虑行胃次全切除术；門脉高压症所致出血可考虑行脾切除及分流术；胃癌出血应爭取在癌瘤早期手术。

咯血与呕血鉴别診断表

咯　　血	呕　　血
咳出，咳前喉部发痒	吐出，吐前恶心、上腹不适
色鮮紅、泡沫状，可混有痰	暗紅色或棕色，可混有食物
咯血后，有时痰中带血	无血痰
粪便无血	粪便黑色，呈柏油样
呼吸系統或心脏病征	潰瘍病或肝硬化等病征

便　　血

便血主要是指下消化道（如結腸或直腸）出血，血色常为鮮紅或暗紅色。而上消化道出血的主要表現为呕血与黑便。

诊断要点

一、病史：1.外伤、中毒、过敏、营养不良、肝脏病、胃腸病、血液病、肛門病史等；2.便血情形：急慢性、量多少、顏色、血同大便是否相混等。

二、体检：皮肤粘膜出血斑、黄疸、腹部压痛、肿块、肛門及直腸检查等。

三、輔助診断：血液检查，主要是血紅蛋白，紅、白細胞数，血小板数，出血、凝血时間。必要时用放射綫进行胃腸检查。

治疗

一、大量便血造成貧血或休克时可以輸液或輸血。

二、止血药：如維生素K、仙鶴草素等。

三、中药治疗：

1.当归身一两　荆芥穗炭三錢，水煎后分两次服。血止后再将上药量加倍，研細末，炼蜜为丸，每丸三錢，早晚各服一丸。

2.槐花炭、側柏炭各四两　荆芥炭、炒枳壳各二两。研为細末、糯米（江米）湯送下，每日三次，成人每次三錢；老弱者每次二錢；六岁以下每次一錢。以上适用于各种便血。

3.椿根白皮炭，研細面，每次三錢，每日两次。

4.地楡槐角丸：每次一、二丸，每日两次。适用于实热証、便秘、

便血鉴别診断表

病因			診断要点
腸道疾患	腸炎道潰瘍症	菌痢、阿米巴痢、潰瘍性結腸炎、血吸虫病、腸結核等	1.血与大便相混，有粘液或脓 2.腹泻、腹痛、腹墜 3.大便培养或乙状鏡检查，可見病原或病灶
	腸壁血循环障碍	痔	1.血呈鮮紅色与大便不混　2.肛查可見痔核
		腸套叠	1.两岁以下小儿多見　2.有急性腸梗阻表現 3.肿块多位于右側腹部，有压痛
		腸系膜靜脉血栓形成，动脉栓塞及血栓形成	1.多有动脉硬化及心脏病史 2.剧烈腹痛、呕吐等腸梗阻表現 3.重者可有休克
	腸道肿瘤	直腸息肉	1.儿童多見，男性較多　2.排便后出血，呈鮮紅色 3.肛查可見息肉
		結腸癌	1.腹泻、便秘、便血，可出現腸梗阻 2.腹部可触及肿块
		直腸癌	1.常有便秘，便后出血，大便形状改变 2.肛查可触及肿块
全身性疾患	維生素缺乏	坏血病（維生素C缺乏）	1.多見于乳嬰儿　2.可有鼻衄、血尿等 3.齿齦炎　4.肢体疼痛
		維生素K缺乏病	1.多見于肝硬化、肝炎、黃疸等疾患 2.自发性出血（如皮下、齿齦、胃腸等） 3.凝血酶元时間延长
	血液病	再生障碍性貧血、白血病、血小板減少性紫癜等	1.蒼白、无力，齿齦、胃腸、阴道可出血 2.血液或骨髓检查异常

小便紅黃、口渴的痔疮患者。

5.灶心土一两　黃芩、附子、阿胶、白朮各三錢　生地五錢。水煎服。适用于虛寒証，长期便血、血色紫暗、四肢冷、小便多、尿色清淡、口不渴、脉沉迟者。

人参归脾丸：每日一、二丸（适应症同上）。

四、手术治疗：腸道肿瘤应手术治疗；痔疮、腸梗阻等必要时可考虑手术治疗。

血　尿

血尿絕大部分是泌尿系統疾病，如損伤、炎症、結核、結石、肿瘤，少部分是全身性疾患，如血液病等引起。此外也可由于尿路邻近脏器疾病波及到泌尿系統而出現血尿，如晚期宮頸癌侵犯膀胱等。

诊断要点

一、病史：血尿发生前的病史，如外伤、感染、过敏等，血尿的程度及特点（均匀的血尿，即排尿全部都是血尿，多是腎脏出血；尿中有长条的血凝块多由輸尿管內形成；膀胱出血多是終末血尿；尿道出血多是一开始有血）。

血尿伴随症状：发烧、疼痛、排尿困难、浮肿、高血压、紫癜等。

二、体检：检查皮肤、水肿、紫癜、腹部及泌尿系統。

三、輔助診断：血紅蛋白，紅、白細胞，血小板等检查；尿液紅、白細胞，蛋白等检查；必要时进行泌尿系統放射綫检查。

血尿鉴别診断表

病因		診断要点
泌尿系統疾病	外伤	1.有外伤史　2.疼痛　3.全血尿
	腎炎	1.有感染史　2.眼瞼及全身浮肿 3.高血压　4.急性腎炎血尿明显
	結核	1.結核病史　2.尿頻、尿急、尿痛等
	結石	1.絞痛，同时伴有血尿　2.有小便排石史
	肿瘤	无痛性血尿、腹部肿块
全身性病	血液病	1.貧血　2.紫癜　3.肝脾肿大
	药物性	服药史，特别是磺胺类药物

治疗

一、尿血病人应注意休息，貧血时应注意营养。严重者可考虑輸血。

二、病因治疗：如泌尿系結核給予抗結核药物；腎肿瘤应早期手术切除。

三、中药治疗：

1.鮮生地一两　鮮茅根三两　大小薊五錢。水煎服，每日一剂。

2.大小薊五錢　川黃栢二錢　六一散三錢。水煎服，每日一剂。

3.鮮茅根（茅草根）四两。水煎溫服，每日一剂，分三、四次服。

4.六味地黃丸或左归丸：每日1～2丸。对尿血日久，有腰背痛、耳鳴、梦遺、滑精、盜汗、舌质紅、脉虛数者，可选前三方之一加用此丸剂內服。

5.腎气丸或右归丸：每日1～2丸。对尿血日久，有腹泻、四肢冷、阳萎、滑精、小便清、浮肿、舌苔黑而滑、脉沉迟者，可选前三方之一加用此丸剂內服。

排尿困难

排尿困难是指尿液不能排出，表現为尿潴留（尿留滞于膀胱內）的現象。它与少尿、尿閉不同，后者多与腎脏損害，尿液不能滤过有关。

排尿困难鉴别診断表

种类	病因	診断要点
梗阻性	尿道損伤	有外伤史，多伴有血尿
	尿道狹窄	有外伤或炎症史，尿呈滴状变細、尿痛
	膀胱及尿道結石，或血块凝积	尿血，可伴有陣发性絞痛
	前列腺肥大	1.多在50岁以后发生　2.多有逐漸排尿困难历史 3.检查前列腺明显增大变硬
	盆腔內肿瘤压迫后尿道	1.腹部肿块　2.逐漸排尿困难
神經性	脊柱結核、骨折合併脊髓損伤	1.有結核或外伤史　2.不同程度的截瘫 3.可有脊柱后凸畸形

治疗

一、梗阻性排尿困难，可用鎮靜解痙药，如安痛定、阿托品等。有炎症者可口服烏洛托品0.6克及呋喃西林0.2克，每日三次，严重者給以抗菌素。

二、新針治疗。〔主穴〕关元、三阴交。〔备穴〕气海、归来。重刺手法。

三、导尿：通过以上处理尙不能排尿者，可予以导尿。

四、手术治疗：如結石取出术、前列腺切除术等。

腹部肿块

诊断要点

一、病史：1.肿块发現的时間、增长的速度；2.伴随的症状，如腹痛、恶心、呕吐、黃疸、发烧等。

二、体征：

1.肿块的位置：一般可根据肿块的位置来判断肿块的来源。

2.压痛：肿瘤多无压痛，炎症性肿块則压痛明显。

3.硬度：恶性肿瘤多坚硬，囊性肿物具有一定的弹力。

4.移动性：一般来自胃、腸、大网膜的肿物可移动。

5.輪廓：恶性肿瘤多表面不規則而呈結节状，良性者多圓滑。

三、輔助診断：血、尿、便常規檢查有一定意义，条件允許时可行鋇餐造影。

腹部肿块鉴别診断表

病　因	診　断　要　点
胃　癌	1.40岁以上男性多見　2.上腹不适、衰弱、消瘦、貧血等，并逐漸加重　3.上腹有时触及肿块，坚硬、表面不平
小腸、結腸肿瘤	1.恶性多見　2.肿块多位于臍部及右下腹，质硬 3.常引起腸梗阻
腸　結　核	1.青年多見　2.有結核病史 3.可有低烧，腹痛、腹胀，腹泻与便秘交替史 4.肿块多位于右下腹，质硬、較固定　5.可出現腸梗阻
腸　套　叠	1.两岁以內小儿多見　2.有急性腸梗阻表現 3.肿块多位于右側腹，有压痛
粪块、蛔虫团	1.老年及小儿多見　2.用手压迫肿块可改变形状 3.可出現腸梗阻
闌尾周围脓肿	1.青壯年多見　2.发烧、右下腹痛及消化道症状 3.肿块位于右下腹，压痛明显
肝　癌	1.消瘦、无力、貧血，有时出現黃疸、腹水等 2.进行性肝肿大，坚硬、表面呈結节状

病　　因	診　　斷　　要　　点
胆囊疾病	1.有胆道病史　2.右上腹痛、发烧、黄疸等 3.右上腹有时触及肿大的胆囊、随呼吸上下移动
腎　肿　瘤	1.恶性多見　2.血尿、肿块、疼痛
卵巢囊肿	1.囊性肿物常位于下腹一側，移动性大。巨大者产生压迫症状 2.囊肿蒂扭轉时有急性腹痛；恶变后质硬，生长迅速
子宫肌瘤	1.中年以上多見　2.不規則阴道出血或月經量多，可有不孕或流产　3.肿块位于下腹中部，质硬、活动性小

治疗　炎症性肿块以非手术治疗为主（抗菌素或中药等）；肿瘤則应手术治疗。

白帶增多

在正常情况下，阴道內有少量粘液状、无气味的白色分泌物，起滑潤阴道的作用，在月經前后量可稍增多。如果經常有較多的白帶，顏色发黃或帶血或呈脓性伴有臭味，均为不正常現象，叫作白帶增多。

白帶增多鉴別診断表

病　　因		診　　斷　　要　　点
炎症	慢性宮頸炎	1.粘稠、黃脓性白帶，有时帶少量血 2.下腹部胀痛，腰背酸痛，重者有性交后出血 3.宮頸有不同程度的糜烂或增生肥大，有小囊肿、小息肉等
	滴虫性阴道炎	1.有大量黃色或綠色泡沫样、稀薄脓性白帶 2.外阴瘙痒　3.阴道壁充血　4.白帶中可找到滴虫
	霉菌性阴道炎	1.奶块状白帶　2.外阴瘙痒 3.阴道壁上附有一层白膜样白帶，不易擦去，擦除后可見阴道壁充血　4.白帶中可找到霉菌
	老年性阴道炎	1.脓性或血性白帶　2.阴道有痛感 3.阴道粘膜萎縮、蒼白、皺壁消失，有时有潰瘍及小出血点
	盆　腔　炎 （包括子宮內膜炎）	1.脓性白帶，子宮內膜炎可有血性白帶 2.下腹痛、腰背酸痛、不孕症 3.附件增厚、压痛或有炎性肿块

病因		診断要点
肿瘤	宫頸癌	1.可有大量恶臭米湯样分泌物 2.有不規則阴道出血 3.子宫頸糜烂或呈菜花样增生
	粘膜下子宫肌瘤	1.粘稠脓性白带 2.阴道流血 3.子宫体可增大，或有肿瘤自宫頸口突出
阴道异物		1.血性或脓性白带 2.有异物塞入阴道史 3.继发感染时，有感染症状 4.阴道检查可触及异物

阴道流血

月經不按正常周期来潮，或在两次月經期間有不規則出血，或每次月經来潮量过多、伴有血块者，均称为阴道流血。

阴道流血鉴别診断表

病因		診断要点
与妊娠有关的疾病	流产	1.閉經后有妊娠反应 2.阴道出血，有时掉出肉样組織 3.伴有腰酸、陣发腹痛
	胎盘残留	1.产后或流产后阴道流血时間延长 2.常有腹痛、发烧、白带有臭味等 3.宫頸口开大，子宫正常或增大
	宫外孕	1.多有閉經史 2.阴道不規則出血，量或多或少 3.經常腹痛，破裂时有剧痛，可伴有休克 4.宫頸有举痛，穹窿部飽滿，子宫稍大或摸不清，后穹窿穿刺有陈旧性血液
	葡萄胎	1.閉經后妊娠反应重 2.阴道不規則出血，有时可排出水泡状組織物 3.子宫大小常超过妊娠月份，无胎动或胎心
肿瘤	宫頸息肉	1.阴道不規則流血或性交后出血 2.宫頸口有息肉組織
	子宫肌瘤	1.阴道不規則出血，量多。有痛經 2.可有继发性貧血，較大的肌瘤可有压迫症状，例如尿頻、便秘等 3.子宫增大，或呈高低不平結节状。粘膜下肌瘤可脫垂于子宫頸口外
	宫頸癌	1.不規則阴道出血或性交后出血 2.阴道流出米湯样有臭味分泌物 3.晚期有下腹痛和恶病质 4.宫頸呈菜花样或結节状肿物

病　　因	診　　断　　要　　点
子宫内膜炎	1.产后或宫腔手术后，伴有下腹部隐痛、畏寒、发烧等症状 2.阴道排出分泌物呈血性或脓性，有臭味 3.子宫稍大而軟，有明显压痛
月經失調	1.月經周期或經期不規則 2.可有继发性貧血症状 3.妇科检查无特殊发現
創伤或异物	1.阴道流血，有創伤史 2.阴道分泌物增加，有疼痛、异物感 3.妇科检查可見創口或阴道内异物
血液病	1.蒼白、无力　2.可有皮下、胃腸、阴道出血 3.阴道检查无异常发現　4.血液或骨髓检查异常

治疗　炎症及月經失調，以非手术治疗为主；肿瘤及宫外孕以手术治疗为主。

八

把医疗卫生工作的重点放到农村去

——疾病防治

毛主席对人民的健康极为关怀，早在一九四五年就指出：**“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。”**解放后，在毛主席革命路綫的指引下，广大人民群众积极貫彻**“预防为主”**的方針，大力开展以除四害为中心的爱国卫生运动，使解放前那种因传染病流行所造成的**“千村薜荔人遗矢，万戶萧疏鬼唱歌”**的悲惨情景一去不复返了。

但是，叛徒、內奸、工賊刘少奇及其在卫生系統的代理人竭力推行反革命修正主义卫生路綫。把大量的人力、物力放在少見病的所謂研究上。对农村中的常見病、多发病怎么預防，怎么改进治疗，不管，或放的力量很小，使广大农民得不到医疗。

毛主席光輝的“六·二六”指示，彻底宣判了刘少奇反革命修正主义卫生路綫的死刑。我們要坚决响应毛主席**“把医疗卫生工作的重点放到农村去”**的伟大号召，大力开展对农村常見病、多发病的防治工作。在医疗实践中要充分調动病人向疾病作斗爭的主观能动性，发揮內因在医疗中的主导作用，运用中西医結合的經济簡便的防治办法，与病人密切合作，共同战胜疾病。

我們要彻底批判所謂“不治之症”的观点。只要我們活学活用毛泽东思想，树立无产阶級的雄心壯志，把革命精神与科学态度結合起来，就能把所謂“不治之症”变为可治之症。

传 染 病

疫情报告

疫情报告的重要意义

毛主席教导我們：**“指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。”**因此，掌握疫情如同作战时掌握敌情一样，是做好本地传染病、多发病防治工作的重要依据，也是各級革命委

員会制訂防治規划、指揮防治工作的基础。

当前，美帝国主义、社会帝国主义，阴謀对我国发动侵略战爭，我們要提高警惕，做好充分的准备。平时有了健全的疫情报告网，到战时就有了发現反常“虫情”、“毒情”和“疫情”的群众基础。即使敌人使用細菌和化学武器，也能很快发現，并迅速消除其危害。

怎样做疫情报告

疫情报告，是医务人員的职責，必須充分发动群众报病，才能及时、准确、全面地掌握疫情。早期发現病人、早报病，是控制疫情，防止扩大蔓延的重要措施之一。

一、应該报告的传染病：根据中华人民共和国卫生部发布的《传染病管理办法》暫定两类二十六种传染病：

甲类：（1）鼠疫，（2）霍乱，（3）天花。

乙类：（4）流行性乙型脑炎，（5）白喉，（6）斑疹伤寒，（7）回归热，（8）痢疾（細菌性与阿米巴性），（9）伤寒及副伤寒，（10）猩紅热，（11）流行性脑脊髓膜炎，（12）麻疹，（13）脊髓灰质炎，（14）百日咳，（15）炭疽病，（16）波状热，（17）森林脑炎，（18）狂犬病，（19）血吸虫病，（20）鈎虫病，（21）疟疾，（22）絲虫病，（23）黑热病，（24）恙虫病，（25）出血热，（26）鈎端螺旋体病。

有些地区根据《传染病管理办法》的規定，經批准还将（27）传染性肝炎，（28）流行性感冒，列入管理。

二、报告人包括医务卫生人員与群众：

1.凡診治病人的医生或其它有关的检驗、检疫等医药卫生人員，如遇有上列传染病或疑似病人时，必須及时向当地卫生行政机关或卫生防疫主管部門报告。

2.除医务人員报告外，还需充分发动群众，如家属、邻居、生产队卫生員、生产队长、药店人員、机关学校的有关人員等，进行群众报病。

三、报告的时限：发現甲类传染病，应立卽报告，在城市最迟不超过12小时，在农村不超过次日。发現乙类传染病，在城市应于发現后24小时內报告，在农村应于三日內报告，报告应力求迅速。

四、医务卫生人員应按卫生机构規定的传染病报告卡片进行报告。群众报病則可以采取书面、口头或电話等方式进行报告。传染病报告一般分为：

1.发生报告：发現传染病人及死亡都应报告。卡片內項目要求填写完全，特别是姓名（儿童家长姓名）、年龄、住址、日期及病名，必須确实。

2.轉归报告：凡传染病治癒、死亡或发生后遺症等都应做轉归报告。

3.訂正报告：医务卫生人員所做的发生报告在病程經过中，如发現原診断是誤診，或“疑似病例”現已确診，均須做訂正报告。

預防接种

預防接种能提高人体抵抗力，預防和控制传染病，是有計划地消灭传染病的綜合措施中的一項重要內容，也是粉碎美帝国主义、社会帝国主义細菌武器的一項重要措施。

預防接种的计划按排

一、突击接种：在某种传染病的流行季节之前，采取集中短时間突击完成。这种接种方法适合于一些季节性明显的传染病；預防接种后免疫維持时間又較短的制品；或用于接种对象很广泛的預防接种（如霍乱、流行性乙型脑炎等）。其它很多制品如百日咳白喉破伤风混合制剂、卡介苗、痘苗、小儿麻痺疫苗等多是儿童所需要的，采取突击接种就不如实行計划接种效果好。

二、計划接种：在儿童时期实行計划接种，是一項有长远意义的防病措施，可达到在一个地区控制和消灭某些传染病的目的。实行計划接种，可以使儿童合理的获得各种免疫，減少漏种、重种，提高接种率，使全程多次免疫按規定进行。广大医务人員要細致的对每一接种对象进行登記、体检，耐心地进行宣传，常年坚持，才能做好計划接种工作。

計划接种程序，可按本地区生物制品供应等情况按排。学龄前儿童計划接种程序（見下表）供参考。

制　　品	初种年龄及方法	复种时間及方法
卡　介　苗	出生	每三年一次
脊髓灰质炎疫　苗	两个月至四个月分服Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型，每次間隔一月	第二、三年各混服一次
百日咳白喉破伤风混合制剂	五个月至七个月注射全程	三岁进行加强免疫
精制吸附白喉类毒素		在百日咳白喉破伤风基础免疫和三岁时加强免疫后，于七岁时进行
麻疹疫苗	八个月	
痘　　苗	九个月至一岁以內	每隔五年一次

在接种过程中遇有突击接种时程序順延。

預防接种注意事項

一、进行各項預防接种前，应查看生物制品說明书及有关材料，了解所用制品的性质、作用、反应和接种要求等。

二、接种时要严格遵守制品說明书規定，如：

1.禁忌症范围、剂量、制品的失效期和批号，安瓿有无裂縫、变色或摇不散的沉淀、凝块等。

2.所用器械及局部皮肤都要严格消毒以防感染（接种卡介苗的注射器要专用）。

3.在皮上划痕接种活菌（疫）苗时，不用碘酒消毒皮肤，用酒精消毒也必须待酒精干后再接种。

4.接种时要准备急救药品如腎上腺素、尼可剎米等以备急需。

三、进行各种預防接种前均应詳細詢問病史及查体，要注意不同制品的禁忌症（見附表）。

四、使用活菌（疫）苗时，安瓿打开后一般应在二小时內用完，死菌（疫）苗应在四小时內用完，干燥制品在临用前稀释，一次用完。在进行接种工作中要加强計划性，做好組织工作，注意节約。

五、預防接种后反应：注射菌（疫）苗或类毒素等，一般有輕重不同的局部或全身反应。局部反应多在注射第二天出現，表現为紅、肿、痛，持續1～2天卽消退（注射加有吸附剂的制品，可在局部留有小硬块，經一个月左右才能消退）。全身反应一般多在注射当天出現，可表現为发烧、头痛、头暈、恶心、呕吐、腹泻等症状，持續时間很短，可做对症处理。預防接种后偶而出現的异常反应或事故要认眞对待，立卽进行治疗，情况严重时要及时上报。

六、做各种預防接种都要登記，以备必要时查找及作为再免疫的依据。

預防接种表

制品名称	接种对象	接种途径与方法	接种次数	剂量	間隔期	复种	禁忌症	免疫期	保存条件
卡介苗	初生嬰儿及結核菌素試驗阴性的儿童	1.口服法 2.划痕法 3.皮內注射	3 1 1	每次1毫升（含菌10毫克） 1滴（每毫升含菌50～75毫克） 0.1毫升（每毫升含菌0.5～0.75毫克）	隔天服一次	3、5、7、10、14、17岁各一次	新生儿：体重太輕、发烧、分娩产伤、患病期間、皮肤病 儿童：肺結核、急性传染病及恢复期	2～4年	2～8°C
牛痘苗或組織痘苗	2～6个月嬰儿及逾期未种者	上臂外側，初种2顆，复种1顆。多压法或划痕法	1	每顆用苗1滴	一周检查，如初种无反应，再种一次	每隔一年一次；流行期再种；接触即种	急性传染病及恢复期、全身湿疹、皮肤病、患病期間 种卡介苗后一个月才能种痘。种痘后脫痂才能接种其他制品	3～5年	0～5°C
百日咳菌苗	滿三个月嬰儿	上臂外側皮下注射	3	第一次0.5毫升 第二次1毫升 第三次1.5毫升	7～10天	1～3年再注射一次	急性传染病及恢复期、重症慢性病、过敏性病等	1～3年	2～10°C

制品名称	接种对象	接种途径与方法	接种次数	剂量	間隔期	复种	禁忌症	免疫期	保存条件
脊髓灰质炎减毒活疫苗	2个月婴儿～3岁	口服	3	糖丸每次一粒 Ⅰ型(紅色) Ⅱ型(黃色) Ⅲ型(綠色) 液体每次0.1毫升	自2个月开始 先服Ⅰ型 次服Ⅱ型 后服Ⅲ型 每次間隔一个月	2岁、3岁三型混服	同上		糖丸 零下15～20°C1年 4～8°C 5个月 20～22°C 7天 液体 零下15～20°C2年 4～8°C 7天
精制白喉类毒素	滿6个月开始	上臂外側皮下注射	2	每次0.5毫升	間隔1个月	3～4岁; 7～8岁; 接触后	1.同百日咳菌苗 2.患过中枢神經系統传染病（脑炎、脑膜炎等）	約3年	干、冷、暗处
精制破伤风类毒素	有发生破伤风可能者	同上	2	每次0.5毫升	同上	3～5年注射一次，剂量0.5毫升	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	3～5年	同上
百日咳菌苗白喉类毒素混合制剂	3个月～6岁	同上	3	第一次0.5毫升第二次1毫升第三次1毫升	4～6周	1～2年加强注射一次	同精制白喉类毒素	2～3年	同上

制品名称	接种对象	接种途径与方法	接种次数	剂量	間隔期	复种	禁忌症	免疫期	保存条件
百日咳菌苗白喉类毒素破伤风类毒素混合制剂	同上	同上	3	每次0.5毫升	同上	1～2年加强注射一次	同上	2～3年	2～10°C
麻疹减毒活疫苗	8个月以上未患过麻疹的易感者	同上	1	每次0.2毫升			同百日咳菌苗	約3～5年	2～10°C
流行性乙型脑炎疫苗	6个月～12岁	同上	2	1～6岁每次0.5毫升 7～12岁每次1毫升	7～10天	全程后，每年加强注射一次	1.同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗 2.成人酒精中毒者	一年	2～10°C
霍乱菌苗	6个月以上的儿童及成人	同上	1	6个月～2岁 0.2毫升 3～6岁 0.4毫升 7～14岁 0.6毫升 15岁以上 1毫升		每年一次	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	6～12个月	干、冷、暗处

制品名称	接种对象	接种途径与方法	接种次数	剂量	間隔期	复种	禁忌症	免疫期	保存条件
伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	2岁以上，60岁以下健康人	同上	3	2～6岁 0.2，0.4，0.4毫升 7～14岁 0.3，0.6，0.6毫升 15岁以上 0.5，1，1毫升	7～10天	全程后每年加强一次	急性传染病及恢复期、重症慢性病、过敏性疾病，孕妇、六个月哺乳母亲。 經期（暫緩注射）	1～3年	干、冷、暗处
斑疹伤寒疫苗	疫区及接触者	上臂外側皮下注射	3	第一次0.5毫升 第二次1毫升 第三次1毫升	7～10天		同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	一年	2～10°C
干燥鼠疫活菌苗	在疫区的人，除有禁忌症者外，不論老幼都要接种	同上	1	2～6岁 0.3毫升 7～14岁 0.5毫升 15岁以上 1毫升	疫情严重时注射2次，間隔20～25天	加强免疫时可用皮上划痕法	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	一年	2～10°C

制品名称	接种对象	接种途径与方法	接种次数	剂量	間隔期	复种	禁忌症	免疫期	保存条件
干燥布氏桿菌活菌苗	牧区、皮革和屠宰业等对布氏菌素反应阴性的人員。60岁以上老人及5岁以下儿童不必注射	同上	1	5～9岁 0.3毫升 10～15岁 0.5毫升 16岁以上 1毫升		一年后布氏菌素反应阴性者再次注射，剂量为原来的一半	1.同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗 2.布氏菌素皮試阳性者 3.在布氏菌苗接种前10天或后30天才可作其他預防接种	一年	2～10°C
人用炭疽活菌苗	皮毛加工与制革工人，放牧員以及其他与牲畜有密切接触者	上臂外側皮肤划痕	1	两滴		6个月～1年后复种	急性传染病、活动性肺結核、急性与慢性淋巴腺炎及严重皮肤病患者	6个月	干、冷暗处
多价鈎端螺旋体菌苗	一般流行地区： 下水田或在潮湿地区工作的农、漁民及工人 重流行区：除老幼无劳动力者外，应普遍注射	同上	2	第一次1毫升 第二次2毫升 7～13岁用量减半 13岁以上与成人量同	7天	每隔2年注射一次	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗		2～8°C

制品名称	接种对象	接种途径与方法	接种次数	剂量	間隔期	复种	禁忌症	免疫期	保存条件
人用狂犬病疫苗	証明被狂犬(狂猫)咬伤、抓伤者	腹部皮下注射	14～21	每次2毫升	每天注射一次，严重者前7日每天两次，后7日每天一次		确实为狂犬（猫）等咬伤应及早接种，不考虑禁忌症，已发病者，接种无效	半年	2～10°C
霍乱、伤寒、副伤寒甲乙、破伤风五联制剂	有关职业人員	上臂外側皮下注射	3	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	間隔1个月	第二强两第加射注次，年注三强一次	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	3年	干、冷、暗处
胎盘球蛋白	麻疹、肝炎、腮腺炎、水痘等密切接触者	肌肉注射		每公斤体重注射0.25～1毫升但每次不能超过10毫升				一月	2～10°C

防疫措施

毛主席教导我們說：**“人民群众有无限的创造力。”**卫生防病工作必須依靠广大貧下中农**“自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗爭。”**卫生工作是群众性的工作，在各級革委会領导下，必須大力开展爱国卫生运动，抓好传染病、多发病的防治工作。

开展卫生防病工作，必須做好卫生宣传。我們要**“善于把党的政策变为群众的行动，善于使我们的每一个运动，每一个斗爭，不但領导干部懂得，而且广大的群众都能懂得，都能掌握”**。首先要宣传毛泽东思想，宣传毛主席对卫生工作的重要指示，宣传毛主席对人民健康的关怀，宣传毛主席无产阶級卫生路綫；批判刘少奇修正主义卫生路綫，并清算它对工人、貧下中农犯下的滔天罪行，肃清它的流毒。还要向群众宣传同疾病作斗爭的科学知識，把預防传染病的具体办法交給群众。

为使卫生宣传教育有的放矢，必須了解群众的活思想，发現防治疾病措施中存在的問題，以及人民群众在和疾病作斗爭中所創造的經驗。开調查会就是个好办法。

宣传教育可以利用广播、大字报等宣传工具，利用地头休息、会前、会后等时間进行。

集体单位預防措施

一、学校可培訓班、排卫生員，有专人經常抓卫生，組织防病宣传，按时进行預防接种，結合考勤建立报病制度。在传染病、特别是呼吸道传染病流行时，学校更应做好防治工作。

在班上发現传染病时，要在全班接触者中进行了解和检查，以早期发現病人，必要时可配合使用中西药物进行預防。

二、对供銷店、食堂（飯館）和供水站等的工作人員，一般每年应进行1～2次体检。如发現有慢性传染病（例如肺結核、慢性痢疾、传染性肝炎等），都不宜从事这方面的工作。

供銷店、食堂（飯館）、客車店，应經常搞好环境卫生、飲食卫生，消灭蚊、蝇、臭虫、虱、蚤、蟑螂和老鼠等。

三、要了解社办工业和副业加工生产所用的原料、生产过程和必要的防护措施和設备。

如牛、羊皮革的揉制加工，应对参加生产人員做炭疽菌苗的預防接种，并讲清預防炭疽传染的重要性。建立卫生防病制度如皮张检查、皮肤小外伤的处理等。一旦出現发烧病人，愼重检診及早医治。

兼办农药分装、化学原料、塑料制品等的副业加工厂，更应了解使用原料、半成品、溶剂、粘合剂和在生产过程中是否接触有毒物质，以及是

否产生有毒气体，参加生产的人員有无症状反应等。必要时可与有关卫生部門联系，做好預防。見“农业劳动卫生”。

早期发现病人

有許多传染病的主要传染来源是病人；因此，往往在早期病人出現后，过一定时期就可能出現第二批病人。所以，早期发現病人是控制传染病流行蔓延的重要环节。

为了早期发現病人，就要向群众做好宣传教育，使群众掌握症状及时报病，必要时还可以組织生产队卫生員和积极分子普查报病，医务人員也要尽快作出診断，达到早期发現及时处理。对于疑似病人也要及时治疗，密切观察病情，爭取早确診。

发現病人后立卽进行隔离治疗。許多传染病可以在家隔离治疗；若病人較多时，也可以临时集中隔离治疗。对传染病的隔离要及时，治疗要彻底。防止轉成慢性成为潜伏的传染源。例如，本年形成的慢性痢疾就是当地来年流行的重要原因。在隔离治疗时，还要根据当地情况和現有条件对排泻物、污染物进行消毒处理，可以就地取材，不图形式讲究实效。流行性乙型脑炎、疟疾等传染病的隔离，要注意防蚊、灭蚊。斑疹伤寒病人要注意灭虱。

发現病人后的处理要点

呼吸道传染病：

一、病人的隔离治疗：发現呼吸道传染病，病人可在家单独隔离治疗，在托儿所也可临时設隔离間。病人要隔离到传染性消失后再与健康人接触。

二、对密切接触者，以儿童为重点，应观察一个潜伏期。在观察期間根据情况可以使用药物进行預防。

三、大力开展爱国卫生运动，重点是搞好室內外环境卫生，多开門窗保持室內空气流通，注意鍛炼身体，增加对疾病的抵抗力。

四、深入宣传毛主席对卫生工作的指示，把群众发动起来，同时宣传防治传染病的知識。还要在流行的短时期內宣传少串門、不串亲，减少集会，提倡有病早报、早治或发烧报病。

五、在出現麻疹、百日咳、白喉、流行性感冒等传染病流行时，根据疫苗情况可以进行必要的預防接种。

腸道传染病：

一、病人的隔离治疗：病人也可在家隔离治疗，必要时可設簡易隔离病房。病人的治疗必須彻底，防止遺留带菌或轉成慢性。隔离期限見附表。照顾病人以后要洗手。

二、病人排泻物要用盆罐或桶集中起来做消毒，也可在偏僻和远离水源的地方挖坑深埋。病人生活用具要单独使用，碗筷可煮沸消毒，病人衣

服被褥多在太阳下晒。

三、大力开展以除四害为中心的夏季爱国卫生运动，重点搞好飲水卫生、食品卫生，結合清扫垃圾进行粪肥管理，消灭蒼蝇。

四、深入宣传毛主席对預防和医治疾病的指示，把群众发动起来，还要宣传防治传染病的知識和作法。提倡喝开水，瓜菜洗净再吃，飯前洗手。对伤寒、痢疾病人还要宣传与医务人員配合，作彻底治疗的重要性。

五、在流行地区进行必要的預防接种如脊髓灰质炎疫苗、伤寒（或伤寒、副伤寒甲乙三联）菌苗等保护重点对象。

各种传染病潜伏期、传染方式和隔离检疫要求

病　　名	最短最长潜伏期（常見潜伏期）	传　染　源	传染途径	隔　离　时　間	接触者检疫或观察时間
伤寒、副伤寒	6～24天（10～14天）	病人、带菌者	食物、水、接触、蒼蝇	症状消失，粪、尿培养各二次均阴性，或体溫正常后十五天	25天
細菌性痢疾	数小时～7天（1～3天）	病人、带菌者	食物、水、接触、蒼蝇	症状消失，大便培养二次阴性，或症状消失后7天	7天
阿米巴痢疾	3天～数月（7～14天）	病人、带包囊者	食物、水、接触	症状消失	不須
脊髓灰质炎	3～35天（7～14天）	病人、带病毒者	食物、水、接触	发病后四十天	20天
传染性肝炎	14～42天（21～28天）	病人	接触、食物、水、蒼蝇	发病后三十天	40天
霍乱、副霍乱	数小时～5天（1～3天）	病人、带菌者	水、食物、接触、蒼蝇	症状消失，大便培养三次（隔天）阴性	5天
麻　　疹	6～21天（10～11天）	病人	呼吸道	出疹后五天，合併肺炎者不少于发病后十天	观察21天，經被动免疫28天
白　　喉	2～10天（3～5天）	病人、带菌者	呼吸道、接触	症状消失后二次培养阴性；或症状消失后十四天	7天
流行性脑脊髓膜炎	1～10天（2～5天）	病人、带菌者	呼吸道	症状消失后三天	7天

病　　名	最短最长潜伏期 (常見潜伏期)	传　染　源	传染途径	隔　　离　　时　　間	接触者检疫 或观察时間
猩　紅　热	数小时～12天 (2～4天)	病人、带菌者	呼吸道、接触	自治疗起不得少于六天	7天
百　日　咳	2～21天 (7～10天)	病人	呼吸道	发病后四十天或症状消失	21天
流行性感冒	数小时～4天 (1～2天)	病人	呼吸道	症状消失，体溫正常后一天	发生在集体的病人观察3～7天
水　　痘	2～21天 (14～16天)	病人	呼吸道、接触	皮疹完全結痂	发生在集体的病人观察21天
流行性腮腺炎	7～30天 (14～21天)	病人	呼吸道	腮肿消退	同上
天　　花	5～16天 (10～14天)	病人	呼吸道、接触	痂皮完全脫落，但不少于发病后四十天	14天
流行性乙型脑炎	4～21天 (10～15天)	病人、动物	蚊叮	体溫正常	不須
斑疹伤寒	5～21天 (12～14天)	病人、鼠类	虱子叮咬、虱粪經皮肤感染	体溫正常并彻底灭虱后	灭虱后14天
回　归　热	2～14天 (7～8天)	病人	虱子搯破后經皮肤感染、輸血	体溫正常并彻底灭虱后	灭虱后8天

病　　名	最短最长潜伏期（常見潜伏期）	传　染　源	传染途径	隔　离　时　間	接触者检疫或观察时間
鼠　　疫	数小时～9天（1～3天）	嚙齿动物	鼠蚤叮咬、呼吸道、皮肤	治癒后驗血三次；肺鼠疫驗痰三次培养阴性	9天
波 状 热	2～60天（14天）	羊、牛、猪、病人	食物、接触	症状消失	不須
炭　　疽	数小时～7天（1～3天）	动物、病人	食物、呼吸道、接触	症状消失，痂皮脫落；肺或胃腸型症状消失后，驗痰或大便二次阴性或症状消失后一周	7天
狂 犬 病	10天～7月或更长（14～42天）	狂犬（狼、猫）、病人	狂犬（狼、猫）咬人	病程中应隔离	不須
鈎端螺旋体病	3～20天（9～10天）	动物（猪、牛、鼠等）	污染的水、泥等經皮肤侵入	症状消失	不須
出 血 热	7～46天（14天）	动物、病人	昆虫咬人（如螨等）	急性症状消失	不須

几种传染病的消毒方法簡表

消毒范围	痢疾、伤寒、白喉、結核病	传染性肝炎、脊髓灰質炎
食具（碗、勺、筷等）注射器、压舌板、葯杯	1.用开水煮沸15分鈡 2.2％来苏溶液浸泡二小时 3.1％漂白粉上清液浸泡一小时	1.用开水煮沸三十分鈡 2.3％漂白粉上清液浸泡一小时
衣服、被褥、玩具等	1.在强阳光下晒4～6小时 2.用开水燙 3.用3％来苏溶液浸泡二小时	1.在强阳光下晒4～6小时 2.用开水燙 3.5％来苏溶液浸泡二小时
病人的排泻物（粪便、痰、呕吐物）	1.深埋（离水源50米） 2.用开水燙，随燙随攪拌 3.10％石灰乳（一份生石灰九份水）一份粪便加二份石灰乳混匀作用4小时，如粪尿混合則直接加1/5生石灰也可 4.一份成形便加20％漂白粉溶液二份，如果稀便則五份加漂白粉一份，充分混合攪拌，作用二小时	1.深埋（离水源50米） 2.一份粪便加20％石灰乳两份，混匀作用四小时
便盆、脸盆、洗衣盆	1.用开水燙 2.1％漂白粉上清液噴或擦拭	1.用开水燙两次 2.用3％漂白粉上清液噴或擦拭

呼吸道传染病

上呼吸道感染

上呼吸道感染（俗称感冒），是由于鏈球菌、肺炎双球菌及病毒等引起的上呼吸道炎症，是寒冷及气候变化季节的常見疾病。

毛主席教导我們：**“唯物辯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。”**上呼吸道感染虽然是由于受凉感染而发病，但与身体缺乏鍛炼，抵抗力低有关。本病有輕度传染性，多为散发，小儿容易发生。

诊断要点 发烧或不发烧（嬰幼儿多有发烧），可有发冷、流涕、鼻塞、咽痛、咳嗽、头痛、全身痛，嬰儿常伴有呕吐和腹泻。

预防

一、平素加强体格鍛炼，多做戶外活动，讲究卫生，增强体质。

二、寒冷季节或气候驟变，外出活动时，应注意增减衣服，避免受凉。

三、对年幼、体弱、多病的小儿，应根据实际情况，进行必要的保健措施。

治疗

一、有发烧者应当休息，如病人感觉发冷时应保暖，多喝热开水，或热姜糖水（生姜或干姜三至五片加糖用滾开水冲一碗）溫服。并盖被出微汗，一般多能迅速治癒。

二、中药治疗：中医辨証施治，治疗感冒效果較好，临床上常分为两类：

风寒感冒：怕冷、发烧、无汗、头痛、鼻塞不通、流清涕、噴嚏、咳嗽、吐清稀白痰、四肢酸痛、舌苔薄白、脉浮紧。治疗以发汗散风寒为主。

1.葱豉湯：連須葱白五棵　生姜三片　豆豉三錢（无豆豉时可不用）。水煎，乘热服，盖被出汗（适用于病初起，怕冷、头痛者）。

2.通宣理肺丸：每次一丸，每天服两次，溫开水送下（适用于病情不重，有咳嗽者）。

3.风寒合剂：荆芥、防风、苏叶、桔梗各二錢　杏仁三錢。水煎，乘热服，盖被出微汗。加減：沒出汗的加葱白二棵；咳嗽重的加前胡三錢；痰多的加半夏、陈皮各二錢。

风热感冒：怕风、发烧、有汗、头痛、咳嗽、痰粘稠发黄、口干、想喝凉水、嗓子痛、舌苔薄白或微黄、脉浮数。治疗以发汗散风热为主。

1.成药：銀翹解毒丸，輕症每次一丸，較重症每次两丸，每天两次，溫开水送服（适用于病情不重，有嗓子痛者）。小儿金丹、小儿百寿丹（片）等对小儿一般輕症感冒发烧都有效。

2.加減銀翹散：銀花五錢　連翹、山梔各三錢　牛蒡子二錢　薄荷一錢五分。水煎溫服，盖被出微汗。加減：咳嗽加杏仁三錢　前胡二錢；便秘加瓜蒌仁三錢；嗓子肿痛发哑加蝉衣一錢；高烧不退时加芥穗三錢。

三、新針治疗：〔主穴〕合谷。〔备穴〕印堂、大椎，十宣放血。針合谷，用提插法，至前額部有微汗时为止。头痛加印堂，高烧加十宣放血，也可加針大椎（风寒感冒可用灸）。

四、拔火罐治疗：对风寒感冒效力較好。发冷、发烧、头痛：太阳、大椎。咳嗽：风門、肺俞。鼻塞、流清鼻涕：前額中、风池。

五、对症处理：

1.发烧、头痛、全身痛：可用退烧止痛药如复方阿斯匹林、阿斯匹林、安乃近、索密痛等。成人每次0.5克，每日三次；小儿1岁每次0.1克，2～3岁每次0.15克，4～6岁每次0.2克，7～12岁每次0.25克，每日3～4次。

婴儿高烧容易抽风，应在高烧时注意观察，及时給予退烧处理。如用

白酒加水一半，擦四肢，配合药物退烧。

2.年幼小儿、体弱、有病者，为預防合併症和控制感染，可服磺胺药，或用一种抗菌素，如青霉素、土霉素、四环素等。

流行性感冒

流行性感冒（簡称流感）是由于流感病毒引起的急性传染病，是通过和病人接触从呼吸道传染的。此病传染性較强，常引起小的或較大的流行。流行快，常是一家、一个集体、一个村多数人同时发病。

诊断要点

一、有流感疫情，有接触病人史。

二、突然高烧、寒战、头痛、結膜充血、全身酸痛，小儿常伴有呕吐、腹泻，甚至抽风。

三、上呼吸道症状不显著，部分病人有流涕、咽痛、咳嗽。

四、一般多是高烧持續不退，如无併发症，輕者3～4天，重者7～8天烧退病癒。

預防

一、同上呼吸道感染。

二、对流感病人应采取严密隔离措施：

1.病人就地隔离，除必要护理人員外，健康人不要到病家串門。

2.病人用具要专用，可用日光晒，或用水煮开进行消毒。

3.病人的痰、涕、吐物等要集中起来烧掉或用土深埋。

三、流感流行地区减少集会。

治疗

一、发烧期間宜臥床休息，多喝开水，吃稀軟食物，住屋宜溫暖，空气新鮮。

二、治疗原則：輕症經休息或对症治疗后多能痊癒；重症应用中药湯剂效果較好。小儿体弱有病者在用中药基础上可加抗菌素进行綜合治疗。

三、中药治疗：基本同上呼吸道感染。

晚春及初夏輕症者用：

1.桑菊感冒片：每次4～8片，每日2～3次。

2.銀翹解毒片：每次4～8片，每日1～2次。

晚春及初夏間較重的用：加味香苏飲：香附、荆芥、防风各二錢 苏叶三錢 生姜三片。水煎服。

冬春季流行，属风寒感冒者用：

加減青龙湯：麻黄二錢 桂枝一錢 葛根三錢 生石膏六錢 杏仁二錢 生姜三片 甘草一錢。水煎溫服（适用于重症高烧、怕冷、无汗的病人）。

較重属风热感冒者用：

1.加減銀翹散：同“上呼吸道感染”。

2.減味普济消毒飲：黃芩、元参、連翹、板兰根各三錢　薄荷、桔梗各二錢　甘草錢半（适用于高烧、有汗、嗓子痛的病人）。

四、新針治疗：同“上呼吸道感染”。

五、其他对症处理：同“上呼吸道感染”。

麻　疹

麻疹是小儿时期的一种急性传染病，是由麻疹病毒引起的經呼吸道传染的病。麻疹传染性很强，短时間接触就能感染，冬春季容易流行。单純出麻疹者，預后良好。年幼、体弱、有病的小儿易有合併症，容易发生危险，是麻疹防治的重点。

诊断要点

一、曾有接触麻疹病人史，而本人沒有出过麻疹，也沒有注射过麻疹疫苗。

二、突然高烧，有流涕、眼紅、流泪、怕光、咳嗽等上呼吸道症状。

三、发烧第二、三天，口頰出現粘膜疹，即粘膜充血发紅并有散在的小白点（好像粉紅紙上撒上胡椒面一样）。

四、发烧第三、四天出皮疹。皮疹先自耳后頸部开始，以后扩散到躯干、上肢，最后出現于下肢、手心、脚心，一两天布滿全身。皮疹呈暗紅色斑丘疹，一般3～4天后逐漸退去，烧也退下。皮疹消退后，皮肤遺留棕褐色色素斑，約2～3周后消失。

五、曾接种过麻疹疫苗或做过被动免疫的患儿若出麻疹多是輕症的，发烧不高，可以沒有粘膜疹，皮疹細小、稀疏，病程也短，易被誤診。

六、麻疹肺炎：是麻疹最多見的併发症。在麻疹期間或麻疹后高烧、鼻翼搧动、呼吸困难，肺內可听到小水泡音等。

預防

在伟大領袖毛主席的无产阶級卫生路綫光輝照耀下，我国已成功的制造出麻疹疫苗，在使用地区基本上控制了麻疹的发病和流行。

无論使用或未使用麻疹疫苗的地区，都应发动群众开展爱国卫生运动，宣传麻疹預防知識，以便減少发病，控制流行。如已发病，則要預防合併症的发生，防止发生危险。

一、接种麻疹疫苗：八个月以上的易感儿（未出过麻疹的小儿），都可以接种，使自身产生免疫。

二、麻疹預防措施：

1.隔离：早期发現病人，早期隔离。

2.对已接触麻疹的易感儿，要观察21天，如沒出麻疹可停止观察。

3.預防传染：减少接触，做到麻疹病儿和易感儿有病不出門，防治工作送上門。

4.被动免疫：年幼、体弱、有病的易感儿接触麻疹病人后，可立即在三、五天內肌肉注射成人血（20～60毫升），或胎盘球蛋白（3～10毫升）以避免或减輕感染，免疫效果只能維持3～4周。

治疗

一、臥床休息，多喝开水、芦根水，給容易消化的稀軟食物。乳儿有腹泻者，适当减少奶量。住屋保持溫暖及空气新鮮。做好病人卫生（尤其注意眼、鼻、口腔的清洁）。

二、麻疹用药原則：

1.年龄大、体格健壯的麻疹患儿，如护理的好，大都經过良好，不用服药多能自癒。

2.对年幼、体弱、多病儿应注意維护身体抵抗力；在出麻疹时可服中药，防止併发症，使病程經过順利，早日恢复。

3.发生併发症时，应采取中西医綜合治疗。

三、中药治疗：

1.下列药物适用于初期和发疹期，能表疹、清热、解毒，减輕病状。可选用以下之一种：

（1）鮮芦根一两　芫荽（香菜）五錢。水煎分多次服。

（2）五粒回春丹，每次五粒，每日一、二次。

（3）銀花二錢、連翹、薄荷、牛子、浙貝、黄芩、芦根各三錢。水煎服。

2.体弱、疹不易出或疹色蒼白，用助气活血法，支持体力使疹外出，可服：党参三錢　当归、赤芍、蝉衣各二錢　紅花一錢　紫草五分。水煎服。

四、灸法：体虛弱、疹出不透或出現肺炎可灸身柱。

五、西药治疗：

1.退热药：发烧不高，可不做处理。高烧或有抽风預兆者，可給輕微退烧，用一般剂量三分之二的复方阿斯匹林、安痛定、退热片等。

2.鎮靜药：病儿出現抽风，可以用水合氯醛灌腸或注射苯巴比妥鈉。

3.抗菌素：对年幼、体弱有病的小儿为了預防合併症，可給一种抗菌素（如已用中药者，也可不給）。对有肺炎、喉炎等合併症者，可肌肉注射青霉素，每日40万～80万单位，或給土霉素、金霉素。病情严重者，采取中西医綜合治疗。

水　痘

水痘是小儿的一种輕症急性传染病，是由于水痘病毒通过呼吸道传染的。水痘传染性很强，沒出过水痘者与患者接触后，很容易被感染上。

诊断要点

一、小儿有接触水痘病人史。

二、病初多有輕度发烧，一、二天烧退。

三、皮疹：病后一天皮肤出現带有椭园形紅暈的丘疹，一天后变成水疱，分批出現，可在皮肤上同时見到丘疹、水疱及已結痂之疱疹，以头部和躯干部分布較多。

防治

一、集体儿童中发現病人，要隔离至水痘結痂后解除。

二、防止抓破疱疹，避免继发感染。如有破損，可涂1％龙胆紫，有继发感染可用磺胺或抗菌素。

天　花　附：痘苗接种

天花是由于天花病毒引起的一种急性传染病，对人类危害严重。自从应用牛痘預防接种，才能控制其流行。但解放前反动統治阶級，根本不管劳动人民身体健康，天花不断流行。解放后，遵照伟大領袖毛主席的指示，貫彻“**预防为主**”的卫生方針，全国普遍进行种痘，已完全消灭了天花。

诊断要点

一、天花流行地区，沒有种痘或种痘年限已很长，有接触天花病人史。

二、突然高烧、寒战、头痛、全身痛，小儿有呕吐、抽风。

三、病后二、三天全身出現皮疹，初为暗紅色小斑，数小时后变为丘疹，坚硬感。病后四、五天变为疱疹，中間凹陷呈臍形。至七、八天，疱疹变成脓疱，此时烧更高，病情重，容易发生併发症。至第10～14天，脓疱逐漸干燥，結成痂皮，烧退，症状消去。二、三周后脱痂，留下瘢痕。

四、全身皮疹、丘疹、疱疹、脓疱等各期变化都是一致的。皮疹以露出部如头、面及四肢較多。

五、鉴别診断：

	水　　痘	天　　花
种　　痘	与种痘无关	未种过痘或种痘已多年
皮疹分布	躯干多	四肢及头、面部多
出疹特点	分批出現，同时見各期皮疹	同一时期，皮疹是一致的
皮疹形态	浅在柔軟，大小不一，中央不凹，不成脓疱	深在坚硬，大小一致，中央凹陷，全成脓疱
周身症状	較輕	較重

预防

一、严密隔离病人，病人用具、被服、排泄物、分泌物等均应严密消毒。

二、种痘是預防天花最有效的措施，应按时接种。

治疗

一、病室保持清洁，床单保持干净，勤翻身防止褥疮，避免抓破疱疹引起感染。

二、疱疹破后，可外用1％龙胆紫液、磺胺軟膏、抗菌素軟膏等。

三、严重感染或有併发症时，可加用抗菌素治疗。

附：痘苗接种

方法：接种的部位为上臂外側，酒精消毒，干燥后，滴上一滴新鮮痘苗，以消毒过的針尖在痘苗上斜按，輕刺皮肤十余次，或以針尖在痘苗上划痕，两法原則相同，只刺破表皮避免出血。种完等几分钟，擦去多余痘苗。

反应：种痘成功，局部必然发生反应，如完全沒有反应，則考虑痘苗失效，或与接种技术有关，应重行接种。成功的反应有三种：

一、原发反应：多发生在初次种痘者，少数是多年未种痘者（已沒有免疫），种后三、四天出丘疹，四、五天变成疱疹，疱疹扩大，四周皮肤紅肿，有痛痒感，第七、八天变成脓疱，第十二天逐漸消肿，脓疱結痂，三周后痂落留有疤痕。

二、加速反应：发生在多年沒有种痘者（有部分免疫），皮疹演变和原发反应相同，但較輕，速发速愈，接种后4～8天呈种痘反应，以后很快消退留有小型薄痂。

三、免疫反应：发生在有免疫力的人，种痘后一、二天有微紅痒感，大都只有小丘疹。

併发症：

一、局部感染：多因抓破感染化脓，痘疱化脓扩大，发烧，局部淋巴

結肿大。可局部包扎，加用抗菌素治疗。

二、移植性牛痘：抓破脓疱，将痘浆移植到身体其它部位，如有湿疹，也可移植到湿疹部位。可参考天花治疗。

三、全身性牛痘：少数小儿种痘后9～14天，全身散在出現牛痘。可参考天花治疗。

四、种痘后脑炎：极少数病儿于种痘后发生高烧、呕吐、头痛、神志不清、抽风等脑症状。可按流行性乙型脑炎处理。

流行性腮腺炎

流行性腮腺炎（俗称痄腮），是冬春季小儿常見的由病毒引起的呼吸道传染病。2～3岁以上儿童多見。以腮腺肿痛为主要特征。

诊断要点

一、有接触腮腺炎病人史。

二、主要症状有发烧，一側或两側腮腺肿大，并有疼痛。病程約1～2周。

三、小儿可併发脑膜炎，表現为发烧、头痛、呕吐、嗜睡，偶有抽风、頸强直等。成人易併发睾丸炎，出現睾丸肿大、疼痛等現象。

防治

一、避免接触病人，集体儿童中病人隔离到腮腺肿消退为止。

二、病人有发烧应臥床休息。

三、治疗原則：一般輕、中症病人經休息，或应用一些单方或对症（退烧、止痛等）治疗后，經数日逐漸恢复。重症病人可应用中药治疗，效果較好。

四、中药治疗：

1.大青叶一两。水煎两次，分两次服。

2.板兰根一两。水煎两次，分两次服。

3.夏枯草、大青叶、蒲公英各五錢　板兰根一两。水煎两次，分两次服（以上各方适于一般中度发烧、腮肿病人）。

4.減味普济消毒飲：板兰根三至五錢　黄連（或黄芩）一至二錢　牛蒡子三錢　玄参三錢　連翹、陈皮、柴胡、桔梗各二錢（适用于重症高烧、腮腺肿大、譫妄、嗜睡的病人）。

五、新針治疗：〔主穴〕合谷。〔备穴〕曲池。

六、退烧止痛：应用复方阿斯匹林、阿斯匹林、安乃近等药。一般不需要用抗菌素。

白　喉

白喉多見于秋冬季节，是由白喉杆菌从呼吸道传染的一种急性传染病。多見于学龄前儿童。

诊断要点

一、輕度发烧或无烧，起病較慢。

二、根据发病部位不同，症状不一。

1.咽白喉：咽痛、咽部有灰白色假膜成片，附着牢固。

2.鼻白喉：鼻塞，流涕呈血性，有假膜。

3.喉白喉：音哑，犬叫样咳，重者有呼吸困难。

三、中毒症状：病人精神不振、面色蒼白、衰弱无力、严重者出現心音低鈍、脉沉細、时有心律不齐等心肌炎表現，甚至发生心力衰竭。

四、假膜涂片或培养，可找到白喉杆菌。

五、鉴别診断：咽白喉应与急性扁桃体炎鉴别。

	咽　白　喉	急性扁桃体炎
发　病	緩	急
发　烧	烧較低	烧較高
咽　痛	較輕	較重
咽部情况	不紅肿，假膜呈灰白色，不易剝离	紅肿，渗出物呈白色，松，易剝离

预防

一、隔离病人。病人衣物、用具要消毒。

二、注射白喉类毒素，免疫力能維持三年。

治疗

一、根据病情輕重臥床休息 2～4 周。給病人富有营养、容易消化的飲食。

二、用药原則：

1.单純咽白喉可单独应用中药治疗，也可单独用血清治疗。

2.喉白喉可用血清治疗，必要时行气管切开术。

3.鼻白喉可应用血清治疗。

4.重症及有併发症可用中西医綜合治疗。

三、血清治疗：根据病情輕重及治疗早晚，肌肉注射或靜脉注射白喉抗毒素血清 1 万～4 万单位。原則是病輕、早期量小，反之量大。注射

前，应先作皮內敏感試驗。

四、手术：喉白喉病人，喉梗阻严重时，可立卽进行气管切开术。

五、中药治疗：

1.阴虛型白喉：无热或微热，喉痛，咽有白膜或白点，病势发展較緩，病状反应不甚强，呈衰弱样，舌质紅，脉沉細，属阴虛型。治以养阴清肺法：

（1）連翘、生地各五錢　寸冬、元参各四錢　黄芩、白芍、大青叶各三錢　甘草一錢。水煎服，日服一剂，重者日服两剂。

（2）鮮土牛膝根（夏季用根、茎、叶全棵）搗碎，擰取汁漱口或水煎湯服（适用于一般輕症白喉）。

2.实热型白喉：是有合併感染的白喉，病状反应較强，发烧、口渴、口烂舌燥、口臭、咽痛、伪膜显著、舌苔黄、脉浮数，属实热型。治以清肺胃热法：

（1）生石膏、銀花、連翘、黄芩、生地各五錢　梔子、赤芍、土牛膝根各三錢。水煎服，日服一剂。

（2）銀花、元参各六錢　桔梗、甘草各三錢。用水两碗，煎成一碗，先含后飲，日五、六次。

（3）喉痛消炎丸（六神丸）。每次5～10粒，日二、三次，口中含化，慢慢嚥下。

六、新針治疗：〔主穴〕合谷。〔备穴〕曲池、少商。

猩　紅　热

猩紅热（亦名烂喉痧），是冬春季的一种急性传染病，是由于溶血性鏈球菌从呼吸道传染的。多发生在2～8岁小儿。

诊断要点

一、突然发烧、咽痛、咽扁桃体紅肿。

二、发烧一天后，全身出現与毛囊一致的猩紅色皮疹，粟粒大，呈点状丘疹，弥漫全身，用手指压迫卽能褪色。重症者，疹消退后脫皮。

三、重症病人除咽肿、皮疹外，可有中毒症状，如呕吐、神昏、譫語、抽风等，也可出現淋巴結肿胀及化脓。

预防

一、集体儿童中有发病者，应隔离治疗。

二、成人或小儿有发烧、咽痛者，立卽治疗。

治疗

一、病期注意休息，多飲水。

二、磺胺药：較大儿童及成人使用磺胺嘧啶或磺胺噻唑都有效，烧退

疹消三天停药。

三、抗菌素：年龄小的最好用抗菌素治疗。青霉素每日40万～60万单位，一般应用至症状消退，对青霉素有过敏的，可选用地霉素或四环素等。疗程5～7天。

四、重症中毒或化脓感染較重者，可采用中西医綜合治疗，或配合輸血或輸液。

五、中医治疗：用清瘟解毒法。

处方：銀花、連翹各五錢　薄荷、黄連（或黄芩）各二錢　公英、梔子、牛子各三錢。水煎服。

加减：热重加生石膏五錢　广角一錢　或玄参、大青叶各四錢。

流行性脑膜炎

簡称“流脑”，是冬春季的一种急性传染病，由脑膜炎双球菌經呼吸道传染的。小儿易感，其次是青壮年。

诊断要点

一、輕型脑膜炎类似感冒，只有輕度发烧、头痛，偶有呕吐，多經治疗后迅速恢复。

二、普通型：突然发烧、头痛、呕吐，一、二天內可有神志不清，小儿多有抽风，頸部发硬，嬰儿囟門凸起，屈頸及抬腿反射阳性，少数病人皮肤有少許出血斑。是临床多見的类型。

三、中毒休克型：除有普通型症状外，以中毒症状为主，发烧或不烧，煩躁。体征：1.皮肤出血斑迅速增多，呈片状。2.周围循环衰竭，面色灰黄，唇指发紺，四肢冷，皮肤呈花斑状，脉細弱、不規則或无脉，血压降低或无，呼吸浅不規則。

四、脑膜脑炎型（脑水肿型）：

1.高烧不退，剧烈头痛，頻頻呕吐，迅速昏迷，頻繁抽风，面色蒼白。

2.严重脑水肿体征：

（1）頸强直，肢体僵硬，嬰儿囟門凸出。

（2）血压增高，心率減慢。

（3）瞳孔縮小或扩大，大小不等，形状改变。对光反射迟鈍或消失，眼球固定或震顫。

（4）呼吸衰竭，呼吸浅表、深快或不整，如出現脑疝，呼吸可突然停止。

五、輔助診断：

診断和治疗确有困难时，有条件可考虑腰椎穿刺进行脑脊髓液检查，可发現脑脊髓液混浊呈脓性。

预防

一、大力开展爱国卫生运动，发动群众做好环境卫生和个人卫生，住屋多开門窗，保持阳光充足，空气新鮮，勤晒衣服，注意預防感冒。

二、流行期間，教育儿童不去公共場所，不与病人接触。

三、在流脑流行地区內有发烧病人，应早期投用磺胺药治疗。

四、与病人接触密切者及病人家属，应服磺胺药三天进行預防。

治疗

一、控制感染和对症处理。

1.普通型：以控制感染为主，选用下列一种药物即可。如为嬰幼儿或病情較重的，可用两种抗菌药物联合应用，如青霉素和磺胺，青霉素和氯霉素等。疗程5～7天。

（1）磺胺类：为首选药物，可用磺胺嘧啶或磺胺二甲基嘧啶。成人每日6～8克，小儿0.15～0.2克/公斤/日，均加等量苏打，每日分4～6次服用，首剂为全日量1/3，开始治疗或病重者，均应給以注射剂，情况好轉后，改口服。用药期間要多飲水并注意小便通暢。

（2）青霉素：不能用磺胺药，或用磺胺疗效不好时，可改用青霉素。成人每日240万～400万单位。小儿每日120万～160万单位肌肉注射，如与其它药物合併应用，可适当減量。

（3）氯霉素(合霉素)：上述两种药不能用或无效时，可改用氯霉素，成人每日2克（合霉素每日4克）；小儿50～80毫克/公斤/日（合霉素100～160毫克/公斤/日），分四次用。口服或肌肉注射均可。

急性期应臥床休息，高烧或躁动不安者可給退热鎮靜药。一般接受治疗一天后，病情逐漸好轉，平均一周恢复。

2.中毒休克型：此型临床少見，病势危重。过去資产阶級医学观点认为此型病人很难搶救成功。解放以来，革命的医务工作者，活学活用毛泽东思想，打破了資产阶級旧的医学观点，使絕大多数病人經搶救后都能得到痊癒。

我們必須学习白求恩同志**“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”**的精神，积极进行搶救，重点要攻克三关，即緩解血管痙攣，維持循环，控制感染。

（1）緩解血管痙攣：对早期休克，面色蒼白、发紺、四肢厥冷、血压正常或低下，无高烧不安时，可应用阿托品。小儿0.03～0.05毫克/公斤/次，成人每次不超过2.5毫克，靜脉注入。每隔10～30分钟重复一次，至面紅、四肢轉暖（約四次左右）以后即延长至每1～2小时一次，再继續用2～3次，至循环情况好轉即停。如用此量5～6次不見效，可將剂量增至0.5毫克/公斤/次，数次后休克仍不見好轉，应考虑改用去甲腎上腺素治疗。

（2）維持循环：

①靜脉輸液：可用5％葡萄糖盐水，或5％葡萄糖、生理盐水各半，每日輸液总量2,500～3,000毫升。（小儿80～100毫升/公斤）。重症酸中毒者可用5％碳酸氢鈉200～400毫升（小儿3～5毫升/公斤/次）；或11.2％乳酸鈉100～200毫升（小儿2～3毫升/公斤/次），用5％葡萄糖稀释五倍后靜注，必要时可于4～6小时后重复使用。有尿后每100毫升液体加10％氯化鉀1～2毫升。

②升压药物：血压下降，用阿托品无效时，在补充循环量（輸液）的基础上，可加用以下升压药物。去甲腎上腺素以1：50浓度（1毫克去甲腎上腺素加入50毫升液体內），每分钟15～30滴靜注，如滴注后血压仍不升，可改为1：25浓度（一般不超过此浓度），共滴注50～100毫升。血压上升后，逐漸稀释成1：100～1：500浓度，收縮压稳定在100毫米汞柱（小儿80毫米汞柱）8小时后，方可停用。异丙基腎上腺素，以0.5～1毫克溶于250毫升溶液內，每分钟30～40滴靜脉滴入，血压上升后，减慢速度，逐漸稀释减量；如使用一小时后血压不升，可加大剂量（一般每100毫升液体內不超过4毫克）。新福林，小儿3～10毫克/次，成人10～20毫克/次，每1～2小时，肌肉或皮下注射一次。新福林10毫克相当于去甲腎上腺素1毫克，也可供靜脉点滴用。

（3）控制感染：可用磺胺嘧啶及青霉素或用氯霉素及青霉素合併治疗。病情危急，也可先用40万～100万单位青霉素G鈉盐加5％葡萄糖液20毫升靜脉注射。

（4）其它：严重中毒者可靜脉滴入氢化可的松，小儿5～10毫克/公斤/日，成人每日300～400毫克，首次量可給全量的1/3。煩躁不安可加用鎮靜剂如水合氯醛等。

3.脑膜脑炎型：此型最少見，也是最严重的一型。搶救此型病人要攻克下列三关：降低顱压、控制抽风、控制感染。

（1）降低顱压：立即快速注射下列脫水药物。

①20％甘露醇或25％山梨醇：1～2克/公斤/次靜脉注入或快速靜脉滴入（半小时內），必要时4～6小时可重复应用，病情稳定后停用。如病人呼吸衰竭或呼吸停止，应将上述量加大1～2倍进行搶救。

②50％葡萄糖成人每次60毫升，儿童2毫升/公斤/次，靜脉注入，4～6小时重复一次。

③氨茶碱：成人每次0.25克，小儿3毫克/公斤，与50％葡萄糖液联合靜脉注射，也可与其它脫水剂合用。

病人发生呼吸障碍或衰竭时参考“流行性乙型脑炎”的处理。

（2）控制抽风：应用水合氯醛、苯巴比妥鈉、氯丙嗪、异丙嗪等。对高烧不安、抽风者用冬眠药物較好；即氯丙嗪和异丙嗪，小儿各用1

毫克/公斤/次，成人各50毫克/次，肌肉或靜脉注入（需用5%葡萄糖或生理盐水20毫升稀释）。必要时，3～6小时后可重复注射。

（3）控制感染：同中毒休克型。

（4）輸液：用脱水疗法的病人，如有循环量不足时，可用生理盐水及5%葡萄糖或6%右旋醣酐液，小儿10～20毫升/公斤/次，成人每次300～500毫升，补液量要随时根据尿量調整。小儿約为50～60毫升/公斤/日，成人每日1,500～2,000毫升。所輸液体中，等滲含鈉液（生理盐水、11.2%乳酸鈉用5%葡萄糖稀释五倍后的溶液）应占1/3。

二、新針治疗：在搶救重危病人时应用。

高烧：〔主穴〕大椎、风池。〔备穴〕合谷、少商（放血）。

昏迷：〔主穴〕人中、涌泉。〔备穴〕十宣（刺血）、太冲、合谷。

抽风：〔主穴〕风池、合谷。〔备穴〕风府、环跳、阳陵泉、曲池。

循环衰弱：〔主穴〕气海、足三里(先針后灸)。〔备穴〕神厥(灸)。

百日咳

百日咳是由于百日咳杆菌从呼吸道感染的一种冬春季节的小儿传染病。五岁以下小儿最多。本病早期传染性很强，易感儿接触病人后很容易被感染。解放以来，大力进行預防注射，已大为减少。

诊断要点

一、易感儿有接触咳嗽病人史。

二、病初一周很象上呼吸道感染，咳嗽日漸加重，用一般止咳药无效。

三、咳嗽一周后逐漸呈陣发性痙攣性咳嗽，不咳时同正常儿无异。咳嗽时成頓，連續不止，回吸气时发生吼声，吼后再連咳，反复多次才停止，每日十数次至数十次，咳时面紅，容易呕吐。

四、幼小嬰儿痙攣性咳嗽很容易閉气，陣陣青紫，甚至抽风。

五、病毒性气管炎者也有輕度痙咳，应注意鉴别。

六、併发症：体弱儿易发生肺炎、脑炎等併发症。

預防

一、病人要隔离，避免同易感儿接触。

二、注射百日咳菌苗，能产生免疫力，效果良好。注射方法同白喉，也可用白喉百日咳混合疫苗。

治疗

一、一般疗法：屋內空气流通，不要在室內吸烟、炒菜，以免誘发咳嗽。要多照顾病儿，避免哭鬧，以减少咳嗽。飲食要少量多餐。

二、用药原則：单純百日咳应早期应用中药或抗菌素治疗。有合併

症，可采用中西医綜合治疗。

三、中药治疗

单方：

1.鸡苦胆：用鸡苦胆一个，取胆汁加白糖适量內服。一岁以內分三天服；二岁以內分两天服；二至四岁每天一个，分二次服；五岁以上每天吃两个。无鸡苦胆，可用猪苦胆代替，一个猪苦胆相当七、八个鸡苦胆。共服5～7天。

2.大蒜水：紫皮蒜二头，搗烂用六两（半飯碗多点）冷开水，盖好泡一夜，将上面清水加糖內服，一天服二次。一至二岁五天吃完，二至五岁四天吃完，五岁以上三天吃完，共服5～7天。

2.臭椿根皮一两　加水一两　煎剩少半碗，加糖少許，日服4～6次，連用5～7天。

成药：

（1）鷺鷥咳丸：每天吃2～3次，二岁以下每次服二分(半丸)，二至五岁，每次服四分（一丸），五岁以上服八分（二丸）。

（2）百咳灵：猪胆制剂，效果与鸡苦胆同。

湯剂：本病以降气化痰，养肺止咳为主。

天冬、麦冬各二錢半　百部根一錢半　瓜蒌、陈皮各一錢。水煎两次，能用二天，适用于四至六岁，每天分两次服。根据年龄大小适当增減药量（适用于夜間咳嗽厉害，痰中带血，午后有微热者）。加減：呕吐加竹茹錢半　半夏一錢。

四、新針治疗：〔主穴〕天突、定喘。〔备穴〕內关、四縫、丰隆。

治法：一般百日咳可針天突，定喘，或单針四縫，痰多时加針丰隆。

百日咳病久，药物治疗效果差的病人，应用新針治疗仍有显效。

五、拔火罐治疗：身柱、大椎。

六、抗菌素：氯霉素、合霉素、鏈霉素、土霉素、金霉素、四环素等，在发病一、二周內应用都有效，疗程一周。晚期应用效果欠佳，最好配合中药或針灸。

七、鎮靜剂：痙咳严重，夜不能眠，伴有呕吐或經久不好时，应給鎮靜剂，如苯巴比妥鈉、溴化鈉、氯丙嗪等。

消化道传染病

脊髓灰质炎

俗称小儿麻痺、婴儿瘫，是夏秋間的一种急性传染病，主要由于脊髓灰质炎病毒混入飲食物里經口传染。少数也可由呼吸道传染。1～5岁以下

小儿多見。解放前小儿麻痺在某些地区发病較高，严重威脅着儿童身体健康。解放后由于貫彻“**预防为主**”的卫生方針，并制出口服預防小儿麻痺疫苗，使发病率大为減少。在无产阶級文化大革命中，所謂“不治之症”的小儿麻痺后遺症，已被亲人解放軍所攻克，变为“可治之症”。

诊断要点

一、突然发烧，类似感冒。精神急躁、多汗、不安、全身疼痛。

二、烧退后肢体突然出現弛緩性癱瘓，腱反射消失。多发生在下肢。輕症在数月內恢复，重症可能留有后遺症，如肢体肌肉萎縮、关节松弛、畸形等。

三、少数病人可出現呼吸不整甚至困难，或吞嚥困难、食物发嗆等呼吸、咽部癱瘓症状。

預防

一、隔离病人，应自发病起隔离40天。用具及排洩物要消毒。

二、大搞爱国卫生运动，做好飲食卫生。

三，在发病地区可开展口服小儿麻痺疫苗工作。

治疗

一、臥床休息。癱瘓时期肢体应保持安靜，待癱瘓停止发展，肢体已不痛时，卽可应用各种物理治疗以助恢复。如按摩、溫水浴、体操等。

二、新医治疗：資产阶級学术“权威”对小儿麻痺后遺症束手无策，大放悲观論調，并宣判小儿麻痺后遺症为“不治之症”。无产阶級文化大革命期間，亲人解放軍活学活用毛泽东思想，在針灸基础上进一步改进，創造了快速新針疗法、穴位刺激結扎等新医疗法，使很多癱瘓多年的病人重新恢复了健康。这是战无不胜的毛泽东思想的伟大胜利，是无产阶級文化大革命的又一丰碩成果。

1.新針疗法：应用新針治疗弛緩性癱瘓效果良好。在治疗中医务人員和病人都要用毛泽东思想武装头脑，坚持治疗就能获得胜利。

上肢

一組：肩髃、肩貞、內关透外关、合谷透劳宫。

二組：定喘、四瀆、曲池透少海。备穴：治癱$_3$。

下肢

一組：腎脊、治癱$_4$、阳陵泉透阴陵泉、太溪透崑仑。

二組：环跳、腹股沟外⅓处、冲阳(內庭与足腕横紋中点連綫上⅓处)、悬钟透三阴交。

余参考“新針疗法”的弛緩性癱瘓。

治法：

任选一組穴，每日或隔日針一次。也可两組穴位交替应用。

2.穴位刺激結扎疗法：是一种新疗法，对肢体麻痺疗效較好，見“新

医疗法”。

3.电兴奋疗法、經絡疗法、电針疗法：見“新医疗法”。

4.穴位注射：应用小剂量药液注射于一定穴位內，药物有土的宁、加兰他敏、維生素 B_1及 B_{12}等。

四、呼吸麻痺：对呼吸麻痺病人，应行人工呼吸，在条件許可时可用人工呼吸器或鉄肺协助呼吸。

五、手术治疗：对骨关节有畸形者可进行手术整复。

传染性肝炎

传染性肝炎是由病毒污染食物所引起的一种急性消化道传染病。多发生在儿童和青壮年。

诊断要点

一、当地有传染性肝炎病人，或与病人有接触史。

二、起病或急或緩，初起类似感冒，有畏寒、发烧、恶心、呕吐、食慾不振、右上腹胀痛、全身无力、小便深黄如浓茶色。

三、多数病人沒有黃疸，呈无黃疸型肝炎。部分病人发病数日后巩膜及皮肤出現黃疸，多在一个月內消退，卽黃疸型肝炎。

四、肝脏肿大，有压痛，少数病人脾有肿大。

五、急性黃色肝萎縮是一种重型肝炎，比較少見。起病急，有高烧、呕吐，很快出現重度黃疸和出血，同时伴有嗜睡、煩躁、昏迷、抽风等。肝脏初期增大，随病情发展迅速縮小，并出現腹水。

六、輔助診断：有条件时可取血做肝功能試驗，协助診断。

预防

一、大力开展爱国卫生运动，搞好农村卫生，保护水源，注意飲食卫生。

二、病人要隔离一个月，用具要消毒，粪便要深埋。

三、如有可能，对密切接触过病人的儿童和孕妇可肌肉注射胎盘球蛋白 3 毫升进行預防。

治疗 首先要用毛泽东思想武装病人头脑，帮助病人增强战胜疾病的信心。提高身体內在的恢复能力。絕大多数肝炎病人均能够在短期內完全治癒。

一、急性期应休息，适当增加豆类、蛋类、青菜及糖类飲食。症状基本消失后，可逐漸增加活动。

二、中药治疗：

1.簡易方：

急性黃疸，黃疸鮮明，小便少、色如浓茶。

（1）茵陈、白蘚皮各一把。水煎溫服。

（2）黄柏、梔子各二錢。水煎溫服。

慢性黃疸，有腹泻、腹胀。

（1）茵陈五錢　蒼朮四錢　陈皮二錢。水煎溫服。

（2）茵陈六錢　白朮三錢　干姜一錢。水煎溫服。

2.常用方：

（1）肝炎初期，呕吐明显者。

①吳茱萸湯：吳茱萸、党参各五分　生姜二片　大枣二个。水煎半杯，分四、五次服下（适用于脉沉、不烧、軟弱无力的病人）。

②藿連湯：藿香二錢　黄連、半夏、厚朴各三錢　薄荷二錢　生姜三片。煎服法同上（适用于脉数、发烧，体壯的病人）。

（2）黄疸型肝炎，多属阳黄，用清热利湿解毒法。

①胆郁通（茵陈五两　郁金二两半　甘草五錢。研細加蜜为丸，每丸一錢重）。一周岁每日一丸，2～3岁每日二丸，3～7岁每日三丸。

②茵陈五錢　梔子、黄柏、大黄各三錢　六一散五錢。水煎服，小儿用量减半。加减：发烧加銀花、連翹、板兰根各三錢，去黄柏；黄疸严重者茵陈加量，加郁金四錢　木通二錢；腹胀、肝区痛者加厚朴、川楝子各四錢；腹泻重者去黄柏，大黄减量或取消，加茯苓、白朮各三錢。

（3）无黄疸型肝炎，多属肝郁，用舒肝健脾化郁法。

①人参健脾丸及舒肝丸，每日早晚各一丸，小儿减半。

②茵陈、丹参各五錢　郁金、柴胡、白芍、茯苓各三錢　枳壳二錢　六一散五錢。水煎服，小儿减半。加减：情緒激动，肝区痛加青皮二錢　香附三錢；食慾不振加焦三消（仙）一两　佩兰三錢；肝大加桃仁、紅花各三錢，或三稜、莪朮各三錢或生牡蠣五錢。

三、对症治疗：

食慾不振，可用干酵母、复合維生素B、維生素C等。

呕吐不能进飲食者，可靜脉滴注5～10%葡萄糖500毫升，或50%葡萄糖60～80毫升。

四、急性黄色肝萎縮的治疗：

1.多吃糖类，少吃蛋白飲食。

2.輸液：成人可用1：4液（即生理盐水一份，10～25%葡萄糖四份）每日靜脉滴注2,000～3,000毫升，加1～2克維生素C和2毫升复合維生素B。儿童視需要酌减。

3.氢化可的松：靜脉滴注，成人每日200～400毫克，小儿10毫克/公斤/日。

4.用28.8%谷氨酸鈉每日80毫升，加入葡萄糖液內作靜脉滴注。小儿酌减。

5.給予必要的抗菌素，如四环素族、新霉素等。

6.止血药：如維生素K肌肉注射，每日4～8毫克。

7.中药治疗：同黃疸型肝炎。

8.輸血或血浆：有条件时可給100～150毫升。

五、重症肝炎，孕妇有肝炎容易加重，除应用中药治疗外，可参考急性黃色肝萎縮治疗措施。用药量可适当減少。

伤寒及副伤寒

伤寒是由于伤寒杆菌污染飲食物，經口传染的一种急性腸道传染病。多发生于夏秋季。解放前广大劳动人民过着牛馬不如的生活，卫生条件十分恶劣，广大农村卫生更无人过問，飲水条件无法改善。劳动人民由于吃喝不干淨而发生腸道传染病的很多。我們伟大領袖毛主席最关心劳动人民身体健康，早在一九四五年就指出：**“所谓国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了空话？”**解放后劳动人民翻了身，生活逐年提高，农村卫生面貌有了很大的改善，腸道传染病大为減少。但由于大叛徒刘少奇及其在卫生系統的代理人反对毛主席对卫生工作的一系列指示，把卫生建設的人力物力大都集中在城市，大大的影响了农村卫生的开展。史无前例的无产阶級文化大革命，彻底摧毀了以刘少奇为首的資产阶級司令部，广大卫生人員高举毛泽东思想伟大紅旗，以实际行动貫彻毛主席“六·二六”光輝指示，今后农村卫生面貌定能迅速改善，各种传染病包括伤寒、痢疾等腸道传染病将进一步的減少，以至消灭。

诊断要点

一、当地有伤寒发生或接触过伤寒病人。

二、初期起病緩慢，热度逐漸增高，头痛、厌食、倦怠无力，病势漸重，为期一周。

三、高烧期可达39～40°C，脉每分钟90～100次，相对性緩脉。此外尚有1.中毒症状：耳聋、神志不清、不安、說胡話、不想吃；2.腸道症状：腹胀、腹痛、腹泻或便秘、便血、舌苔黃褐厚；3.躯干可出現玫瑰疹，肝脾肿大。此期易发生腸出血、腸穿孔及肺炎等併发症，一般約持續两周。

四、恢复期发烧逐漸減退，食慾精神好轉，一切逐漸恢复，此期約一周。

五、小儿伤寒比成人少，經过較短，約二周，病情較輕，併发症少見。

六、副伤寒与伤寒症状相仿，仅发病較急，病程較短，症状較輕。

七、併发症常見的有：1.腸出血：有腹痛、黑便、便血、重者可出現休克；2.腸穿孔：突然右下腹剧痛、局部压痛及反跳痛、呕吐、面色蒼白、脉快、重者血压下降。

八、輔助診断：

1.初期血培养可发現伤寒杆菌，高烧期伤寒凝集反应阳性，大小便培养伤寒杆菌阳性。

2.白細胞总数常减少，中性和嗜酸性白細胞也减少。但小儿伤寒白細胞可不减少。

预防

一、隔离病人，用具及排洩物要消毒。

二、大搞爱国卫生运动，有計划的进行农村飲水改良和粪肥管理。

三、培养群众卫生习慣，做好飲食卫生。

四、对伤寒发病多的地方进行伤寒菌苗預防接种。

治疗

一、臥床休息，多喝开水，吃富有营养容易消化的食物，在有腹泻时应給以稀食。

二、病原治疗：氯霉素能抑制伤寒杆菌。每日1～2克，分四次服。3～7天可退烧，烧退后减半量再服三天。小儿60～80毫克/公斤/日，烧退两、三天后减半量，再服3～7天。

三、对症治疗：

1.高烧者可給小量复方阿斯匹林、安乃近等。

2.中毒严重者可口服强的松5～10毫克，每日三次；小儿1～2毫克/公斤/日，分三、四次。氢化可的松，成人每日300～400毫克，混入5%～10%葡萄糖液中靜脉滴入；小儿5～10毫克/公斤/日，情况好轉即逐漸减量停用。

四、併发症治疗：

1.腸出血：安靜休息，进稀食或禁食，給鎮靜及止血药，必要时輸液或輸血。

2.腸穿孔：立即手术治疗。

霍乱及副霍乱

霍乱与副霍乱是霍乱弧菌与副霍乱弧菌引起的急性腸道传染病。解放前霍乱經常由国外传入，先在沿海港口流行，以后传入內地，严重的危害着广大劳动人民健康。解放后由于大力貫彻毛主席提出的“**预防为主**”的卫生工作方針，开展群众性爱国卫生运动，迄今未再发生。但在我国邻近的某些国家，本病仍在广泛流行，故应提高警惕，严加防犯。

诊断要点

一、夏秋季节与国外流行地区有直接、間接接触的地区，应加注意。

二、发病突然，首先腹泻，随后呕吐，上吐下泻不止。吐泻物初为黃

色稀水，后呈洗米水样，一般沒有腹痛。

三、吐泻半天至一天后病人出現严重脫水，周围循环衰竭，皮肤湿冷，小腿肚肌与腹肌抽痛，眼球凹陷，皮肤皺紋，声哑，体溫下降，脉細，血压下降，尿少或无尿，呈休克状态。

四、病程多在一周恢复，严重者可併发尿毒症，酸中毒，与低血鉀症。

五、霍乱与副霍乱病状相似。在診断时应当愼重，应与本病类似的沙門氏菌属或嗜盐菌属所引起的食物中毒相鉴别，霍乱的最后确診多依靠粪便培养检查。

食物中毒	霍乱与副霍乱
散在发生，或同吃被污染食物者共同发病	多呈流行
发烧，有腹痛	不烧，无腹痛
先吐后泻	先泻后吐
大便水样或脓血便	大便洗米水样

预防 提高警惕，注意敌人破坏。对与国外交通地区的可疑病人，要注意检疫，参考“消化道传染病防疫措施”。

治疗

一、輸液治疗：治疗本病的关鍵是补充液体，糾正脫水，搶救休克，防止酸中毒和尿毒症发生，所以要靜脉快速輸液。

1.輸液种类：一般輕症或开始輸液时可用生理盐水。中、重型脫水、酸中毒的病人可用1：2：3液（即11.2%乳酸鈉用5%葡萄糖稀释五倍后的溶液、5%葡萄糖、生理盐水按1：2：3之比例配成混合液）。

2.輸液速度：病重的采取快速輸液，最初两小时滴注生理盐水2,000～3,000毫升，严重的可快速推入1,000～1,500毫升，每分钟約50毫升，血压回升或脫水基本糾正后減慢。

3.輸液总量：应根据脫水輕重决定，但也要根据病人輸液后吐泻丧失水分之多少，随时加以調整，大体开始24小时輸液量如下：

輕型：3,000～4,000毫升。中型：4,000～8,000毫升。重型：8,000～12,000毫升。

4.鉀的补充：經过輸液循环好轉，小便通暢后可在液体内补充鉀，每1,000毫升溶液加1克氯化鉀，当日补3～4克，次日給1～3克，如无呕吐可給口服。

小儿輸液：参考“小儿消化不良液体疗法”。

二、新針治疗：

1.委中穴用三稜針点刺放血，先用手拍打双側膕窝处，使小血管显露出来，然后用三稜針在委中穴附近点刺血管，放出紫黑色的血。

2.肩髃穴用三稜針放血，方法同上。

3.灸或針，或灸加針〔主穴〕足三里。〔备穴〕气海、关元、天枢。

細菌性痢疾

痢疾是由于痢疾杆菌混入飲食物里經口传染的一种腸道传染病。多見于夏秋季。其中有少数出現严重的中毒現象，病情危急叫做中毒性痢疾。急性痢疾病人如体质不好，治疗不当也可变成慢性痢疾。

诊断要点

一、病前有飲食不洁或接触痢疾病人史。

二、突然发烧或无烧，腹痛，腹泻，便粘液、脓血便，便次多而量少，有下墜感。

三、中毒性痢疾：

1.中毒症状：高烧、呕吐、嗜睡、神昏、躁动、面色蒼白、迅速出現抽风。

2.腸道症状：多数病人迅速腹泻，脓血便、粘液脓便或血样便，但有少数严重者发病一天后才有腹泻症状。

3.严重者可发生休克或脑水肿。

（1）休克型：出現循环衰竭，面色发灰，四肢发凉发紺，心音弱，脉无力、細弱，血压下降。

（2）脑水肿型：神志昏迷，抽风不止，瞳孔散大或不等，可出現呼吸过快或过慢、双吸气、叹息样呼吸、呼吸暫停等呼吸衰竭現象。

四、慢性痢疾：多有急性痢疾史，腹泻反复发作，时好时犯，大便有粘液或脓血便，有下墜和腹痛。

预防　同伤寒1、2、3項。

治疗

一、发烧、腹泻重，病情重者要臥床休息，以保存体力。呕吐，腹泻較重者可停食半天至一天。一般病人在腹泻期間可給以稀軟食物。

二、中药治疗：

1.急性菌痢即赤痢，有热，口渴喜喝水，小便少为深黃色，舌苔黃腻，脉洪数，治疗以清热解毒法。

（1）加味葛根芩連湯：葛根五錢　黃芩、黃連、芥穗、防风各三錢　甘草一錢（适用于病初起有发烧怕冷的）。

（2）減味芍药湯：当归一两　白芍八錢　黃連、木香各三錢　生甘草一两。水煎早晚空腹各服一次（适用于病初起沒有发烧怕冷的）。

加減：有下墜感加厚朴、檳榔各三錢；便血太多的加地楡三錢； 腹痛厉害，除加白芍三錢外，还可加延胡三錢；腹痛怕凉、想吐、 想喝热水者加茯苓、半夏各三錢　干姜二錢。

（3）香連化滯丸：每次二至三錢，日服三次（一般菌痢都适用）

（4）木香檳榔丸：每次三錢，一天二次（腹痛比較利害的用）。

（5）鮮馬齿莧二两（干的减半）加糖煎服（加干蘿卜 纓五錢同煎更好）每日一付（适用于一般菌痢）。

（6）紫皮大蒜，每次一头，每日2～3次。或10%大蒜浸液（制法見“蛲虫”）100～200毫升作保留灌腸，每天一次，症状消失后再灌二、三天，重症可連吃帶灌。也可服西药加蒜液灌腸效果較好。

（7）茶叶五錢至一两　生姜二錢　紅糖一两用沸水冲泡，日服两次。

2.中毒性痢疾：应配合西药治疗。病情危重，舌质紅絳，脉大而数，应以清热解毒为主。

加味白头翁湯：白头翁五錢　銀花一两　黃連、黃芩、黃柏、赤芍、秦皮各三錢。水煎服（适用于一般中毒性痢疾）。

加減：中毒反应严重，有高烧、譫妄、不安、神昏、舌苔黃燥者加大黃、厚朴各三錢　枳实二錢　或紫雪散五分(冲服)。高烧、昏迷、出現循环衰竭、四肢发凉、血压下降、苔黃白厚膩者加党参、菖蒲、玉金、佩兰、藿香各五錢　陈皮二錢　六一散五錢，去銀花、黃芩、黃連。

3.慢性痢疾：全身无力、怕冷、舌质淡、苔膩、脉虛无力以溫脾益气为主。

（1）茯苓或白朮、当归、烏梅或山楂肉、升麻各三錢　陈皮、干 姜各二錢。水煎分二次服，小儿减半。

加減：气短、衰弱者加黃芪三錢； 大便稀而次数多者加补骨脂四錢；腹痛、喜热、怕冷者加肉桂二錢。

（2）黃芪、烏梅各二錢。水煎服。

（3）赤石脂五錢　干姜二錢。水煎服（以上二方对一般慢性腹 泻也适用）。

（4）白蘿卜三斤　蜂蜜四两。将蘿卜切碎，絞取汁加蜜，放鍋蒸熟。早晚各服一次。

（5）补中益气丸：每服二至三錢，一日两次（久痢、衰弱、脫肛、下墜都适用）。

（6）附子理中丸：服法同上（久痢、腹痛、喜热、畏寒、怕冷者适用）。

（7）烏梅丸：服法同上（久痢、呕吐、腹痛、手脚凉、大便有粘液均适用）。

三、病原治疗：普通急性菌痢可单独应用一种抑菌药物。对重症或应

用一种无效时可采用两种抑菌药物，如磺胺药或呋喃唑酮加黄連素或合霉素或地霉素；黄連素加合霉素或地霉素；鏈霉素加四环素等。

抑菌药物可按下列次序选用：磺胺噻唑或磺胺嘧啶成人每日4～6克，小儿0.1～0.2克/公斤/日；呋喃唑酮成人每日300毫克，小儿8～10毫克/公斤/日；黄連素、鏈霉素、合霉素、氯霉素、地霉素、四环素等。重症采用注射，一般用口服，疗程7～10天。

四、輸液治疗：不能进飲食或有輕度中毒情况者，可用1：2液即一份生理盐水、二份5％～10％葡萄糖液，成人每日不超过3,000毫升，小儿每日每公斤体重100毫升左右。

五、中毒性痢疾治疗：我們应遵照毛主席的教导**“发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战（即在短期内不休息地接连打几仗）的作风。”**爭分夺秒地积极組织搶救。要充份发揮群众智慧，采取中西医結合的綜合治疗方法，攻克险关，去夺取胜利。

1.輸液治疗：主要补充有效循环量及矫正酸中毒。一般用5％葡萄糖盐水或生理盐水，成人500～1,000毫升快速靜滴。小儿20毫升/公斤，一小时內靜脉滴入。重症酸中毒应立即用5％碳酸氢鈉或11.2％乳酸鈉直接糾正（見“流脑”靜脉輸液）。待酸中毒、循环改善后，用5％葡萄糖、生理盐水維持，其比例可根据病情为1：1～4：1。每日总液量应根据吐泻量調正，成人3,000毫升左右，小儿80～100毫升/公斤/日左右。

2.鎮靜疗法：早期对高烧、抽风、不安者可用氯丙嗪及异丙嗪各按1～2毫克/公斤/次，肌肉注射。以后每四小时以同量給一次，可給二、三次。

3.降溫：安乃近或安痛定1～2毫升肌肉注射，每二小时重复一次。

4.緩解血管痙攣：有循环衰竭、面色灰白、肢体发冷等症可应用阿托品治疗，參考“流脑”治疗。

5.升压：在維持循环量的基础上可給去甲基腎上腺素（見“流脑”）。

6.解毒：中毒严重者可应用激素如氢化可的松等。

7.呼吸衰竭：（參考“流行性乙型脑炎”）。

六、新針治疗：〔主穴〕天枢、关元、足三里。〔备穴〕阴陵泉。治法：一般应用强手法，发烧加曲池；下墜用阴陵泉。慢性或体弱者可灸命門、神闕（肚臍）。

七、穴位注射：天枢、关元或足三里每穴注射0.125％氯霉素0.5毫升加1％普魯卡因0.1毫升。

阿米巴痢疾

阿米巴痢疾是由于阿米巴原虫混在飲食物里传染的腸道传染病，夏秋季較多見。

诊断要点

一、起病較慢，多无发烧，有腹痛，腹泻一般在十次以下，大便混有血，呈棕紅色，右下腹可有压痛。

二、阿米巴痢疾与細菌性痢疾的鉴别：

	阿米巴痢疾	菌痢
起病	較慢	急
发烧	无烧或低烧	多有发烧
腹痛、下墜	輕	重
压痛	右下腹	左下腹
大便次数	較少	多
大便性状	量多、以血便为主，呈棕紅色，有腐敗臭味	量少、粘液脓血便，无特殊臭味

三、輔助診断：新鮮大便涂片检查可見大量紅細胞，还可找到阿米巴原虫。

四、併发症：阿米巴肝脓肿可有高烧、肝肿大及压痛。

預防　同細菌性痢疾。

治疗　阿米巴痢疾发病多緩，多数病状不重，易被忽視。若拖延治疗或治疗不彻底，可致成慢性或出現併发症。

一、治疗原則：

1.治疗本病时应考虑到可能同时有其他腸道細菌感染，例如細菌性痢疾、腸炎等。

2.原虫在腸道內繁殖，条件好时呈現活动的滋养体，不好时形成包囊，因此可先后或同时应用杀灭滋养体及包囊的两种药物。

3.治疗同时要加强营养。

4.病状恢复后仍要治疗一阶段，一般三周为一疗程。

5.具体給药方法：

（1）先用盐酸依米丁后用碘剂；也可先用盐酸依米丁或碘剂后再用砷剂。适用于一般体力好的急、慢性病人。

（2）抗菌素单独使用，适用于体弱者、小儿，以及合併細菌感染的病人。

（3）中药治疗：各种情况均能适用。

二、药物治疗：

1.盐酸依米丁：对滋养体有效，每次0.03克，每日二次，小儿0.5～

1毫克/公斤/日肌肉注射，6～10天为一疗程。有心肾疾病、体弱、孕妇及三岁以下小儿勿用，每次用前要检查心脏、血压，如发現心慌、血压低时勿用。

2.喹碘方（药特灵）：对包囊有效，每次0.5克，日服三次，連用十天。小儿14毫克/公斤/日，分三次服，均連用七天。

3.卡巴砷：对滋养体及包囊均有效。成人每次0.25克，每日三次；小儿8毫克/公斤/日，分二次服，均連用十天。

4.氯喹：对腸外阿米巴有效，治疗阿米巴肝脓肿效果最好。头一天每次0.25克，每日四次，以后每次0.25克，每日二次，共14～20天为一疗程。小儿头一天20～30毫克/公斤/日，分2～3次服，以后10毫克/公斤/日，分1～2次服，14～20天为一疗程。

5.抗菌素：对滋养体有效，土霉素、金霉素等每次0.5克，日服四次；小儿50毫克/公斤/日，分四次服，十天为一疗程。

6.白头翁：每日一两，水煎服，7～10天为一疗程。

7.鶏胆子仁：每次10～15粒，每日2～3次，用饅头皮包后吞服，小儿酌減，7～10天为一疗程。

蛔虫病

吃了被蛔虫卵污染的飲食后，虫卵在人体內发育为成虫，寄生于小腸內。蛔虫病虽可无症状，但可影响正常生长发育，造成体质过敏，还可引起急腹症。

诊断要点

一、常有吐蛔虫，或排蛔虫史。

二、經常发生臍周围陣发性疼痛，易饥餓，对食物可有反常嗜好，或厌食等。小儿蛔虫病常有精神不集中、好哭鬧、夜間磨牙、梦惊、消瘦等。

三、面部常有白色虫斑，舌表面两側有紅点，称“紅花舌”。尤其小儿表現更为明显。

四、大便中可找到蛔虫卵。

五、併发症：常見的有蛔虫性腸梗阻、胆道蛔虫症(見“急腹症”)。及蕁麻疹等。

预防

一、加强卫生宣传，做好飲食卫生，不喝生水，飯前要洗手。

二、加强粪便管理，实行高溫堆肥。

治疗

一、驅蛔：

1.驅蛔灵片（枸橼酸哌嗪噻）：成人每日3克，分2～3次，連服三天；小儿150毫克/公斤，分2～3次，連服两天。日总量也可一次頓服。

2.山道年（可加等量甘汞）：成人每晚服0.06克，連服三天。小儿0.01克/岁，每晚一次，連服两天。每次不超过0.06克。

3.驅蛔湯：檳榔一两　使君子、苦楝根皮各八錢　雷丸三錢　大黄三錢（后下）。水煎服，連服三天。

4.使君子仁：炒熟食用，成人每日不超过20粒，儿童1粒/岁/日，連服三天。用药过多可有呃逆（膈肌痙攣）、恶心、头暈等反应。

5.苦楝根皮：用煎剂，新鮮根皮每公斤体重3～5克（干燥者每公斤1～2克）。連服三天。反应同上。

二、解痙止痛：口服顛茄片，每次0.008克，皮下注射阿托品0.5毫克。也可使用新針止痛（見症状鉴别診断“腹痛”）。

三、併发症的治疗，見有关各章节。

蛲虫病

蛲虫又称为“綫头虫”，是一种寄生在人体小腸下部和大腸中的一种綫状寄生虫。蛲虫卵污染手及食物，經口传入而感染。

诊断要点

一、肛門瘙痒，尤以夜間明显。

二、可于肛門周圍或大便中見到蛲虫。

预防

一、蛲虫約活20～30天，如能避免重复感染，不治疗亦可自愈。因此予防再感染是极重要的措施。

二、做好个人卫生，保持手的清洁，教育儿童不要吮手。內衣勤燙洗。对家庭中及集体儿童中之患者要同时治疗，防止互相传染。

治疗

一、驅蛔灵：小儿60毫克/公斤/日，分2次服。成人1克，每日2次。連服7～10天为一疗程。

二、局部用药：2％白降汞軟膏或蛲虫药膏，于每晚睡前涂肛門，次晨洗凈。

三、中药治疗：

內服法：楸子用砂土炒熟，取仁研为米粒大小，与米粥同食。

灌腸法：

1.大蒜水：紫皮大蒜10克，搗碎于100毫升水中浸泡一昼夜，过滤后卽成。每次用20～40毫升保留灌腸，每日一次連用四次。灌时加溫至37°C左右。

2.花椒水：花椒一两加水二市斤，煮沸20～40分钟，过滤后卽成，用法同上。

3.百部水：生百部三錢加水200毫升，煎成 50 毫升，保留灌腸，連用 7 ～10次。

4.食醋半至一两，保留灌腸，連用 7 ～10次。

坐浴法：醋一至二两，加于热水中，每晚睡前先熏后坐浴，連續 3 ～5 次。

外擦法：胡粉一份，雄黃、凡士林一份，調成油膏，每晚睡前涂擦肛門一次。

灌腸及外擦法同时并用效果較好。

絛 虫 病

人体小腸內寄生的絛虫有猪肉絛虫和牛肉絛虫两种。絛虫卵被猪、牛食入后，在其肌肉內形成囊状的幼虫。人吃了不熟的含有囊虫的肉，卽被感染，在腸內发育为成虫。人若吃了含有虫卵的水或食物还可发生囊虫病。

诊断要点

一、曾食过未煮熟的猪肉或牛肉。

二、大便排出白色节片。

三、大便检查发現絛虫卵。

四、囊虫侵入肌肉及皮下时，可有小結节，多无症状。如侵入脑部可致头痛、癲癇等。

预防 一、加强肉类卫生检查，二、加强粪便管理，以免污染飼料而感染猪、牛。三、强調个人卫生，肉类要熟食。四、早期彻底治疗絛虫病患者。

治疗

一、南瓜子、檳榔合併治疗：

成人先服南瓜子仁約二至四两，嚼碎嚥下，两小时后再服檳榔煎剂（取檳榔約二至三两，用水煎一小时）。如无腹泻，过两小时后再服50%硫酸鎂40毫升，則可能有整条絛虫排出。小儿剂量減半。单用檳榔治疗效果較差。

二、阿的平与檳榔合併治疗：

阿的平晨間空腹服，成人一次量 0.8 克和等量苏打（碳酸氢鈉）同服，两小时后再服檳榔煎剂（煎法及用量同上）。两小时后如无大便，再服50%硫酸鎂导泻。小儿不用此法。

注意事項：虫体排出时可用溫水盆坐浴，等虫慢慢排出，勿用手拉

断。要检查縣虫之头节是否被驅出，如未被驅出，半月后須再治疗一次。

三、雷丸粉末10～20克（成人剂量），加凉水少許，使成膏泥。一日三次，飯前、后服均可，連服2～3日。不須找头节，不用服泻药，副作用小。

四、对囊虫病：如同时有縣虫寄生，則先驅縣虫。囊虫寄生在脑部者，对症及手术治疗。

包 虫 病

包虫病是由于食入犬縣虫卵而传染的寄生虫病。虫卵食入后鈎蚴在胃腸內孵化而外出，鉆入腸壁經血流到肝、肺、脑等脏器里发育成包虫。以发生在肝脏的多見，故称肝包虫病。

诊断要点

一、西北畜牧区为流行区。与犬有密切接触史。

二、病程緩慢，成人到晚期才感覚有病，小儿发育差、营养不良。

三、肝脏慢慢增大（几年至十几年），局部隆起或普遍增大如球，无压痛，叩診有震顫感，听診有击撞音。

预防 注意个人卫生、飲食卫生，防止犬粪污染食物。

治疗 手术治疗，切除包囊。

姜 片 虫 病

姜片虫寄生在人体小腸內，虫卵随病人粪便排出，在水中变成幼虫，鉆进螺体內发育一段时間后，离螺附在荸薺或水菱角的皮上形成包囊。人生吃荸薺或水菱角就被传染。我国南方各省儿童发病較多。

诊断要点

一、流行地区，有生食荸薺或菱角史。

二、輕症可无症状，重症有上腹痛、腹泻、腹胀、食慾不振、消瘦、貧血、营养不良、浮肿等。

三、大便排出或吐出成虫就能确診。

四、大便检查发現虫卵。

预防

一、加强卫生教育，注意飲食卫生，不吃生荸薺或菱角。

二、加强粪肥管理，不能将新鮮粪便倒在池塘或湖里。

三、积极治疗病人。

治疗

一、檳榔：用一至二两切碎，加冷水煎煮，浓縮到1/2～1/3，早上空

腹一次頓服，小儿剂量减半。

二、檳榔三錢　烏梅一錢　甘草三分。早上空腹頓服。

三、六烷雷瑣辛、四氯乙烯都有驅姜片虫效果，但这类药都有一定毒性，应先选用檳榔治疗。

肺吸虫病

肺吸虫寄生于人体肺脏內，虫卵随痰排出，若嚥下虫卵則随大便排入水中，孵化成幼虫，幼虫钻入螺体发育成有尾的幼虫，再钻入石蟹、毛蟹、赤蟹或蝲蛄（螯虾）体內，人吃生蟹或蝲蛄时卽被感染。我国南方和东北等地发病較多。

诊断要点

一、流行地区，有吃生蟹和蝲蛄史。

二、起病緩慢，有低烧、食慾不振、消瘦、咳嗽、胸痛等。痰逐漸增多，有咯血，肺有水泡音等。

三、脑型肺吸虫在小儿多見，症状同脑膜炎，甚至出現癲癎、肢体瘫瘓。

四、有条件可以化驗痰，可找到虫卵。脑型病人可在脊髓液里找到虫卵。

預防

一、宣传、教育群众勿吃生蟹、生蝲蛄。

二、积极治疗病人，病人的痰和粪便应当深埋。

治疗

一、盐酸依米丁：适用于輕症，成人第一天皮下注射0.03克，第2～6天每天0.06克，第7～15天每天0.03克。停药四周后，按上法再注射15天，再停四周，再注射15天。全疗程共80天，总量1.8克。治疗中应注意毒性反应。

二、磷酸氯喹：适用于儿童或不能用盐酸依米丁者，成人第一周每天0.5克，第二周每天0.75克，第三周每天1克，第四周每天1～1.5克，全程4～5个月，总量2.5～3克/公斤；12岁以下每日0.5～0.75克，疗程同成人。

此药可与盐酸依米丁合併应用，剂量、疗程同上述。

肝吸虫病（支睾吸虫病）

肝吸虫病是由于肝吸虫(支睾吸虫)寄生在肝胆管內引起的寄生虫病。是由于吃生魚传染的。多流行在广东、福建、江西、四川、辽宁等省。

诊断要点

一、在流行地区、有吃生魚或不熟魚的历史。

二、起病緩慢，輕者无症状或仅胃部压重感。較重者有食慾不振、胃部不适、腹胀、腹泻、腹痛、肝大，有胆管炎和胆囊炎症状。病久严重者有消瘦、黃疸、肝硬化、腹水等。

三、大便中可找到虫卵。

预防

一、卫生教育，不吃生魚和不熟的魚。

二、积极治疗病人。

三、在流行地区做好粪肥管理，防止污染魚塘、河沟等处。

治疗

一、六氯对位二甲苯：剂量为0.5克/公斤/日，分二次口服，每日或隔日服，10～18个治疗日为一疗程。

二、硫双二氯酚：剂量为50～60毫克/公斤/日，分三次服，連服30天。

三、磷酸氯喹和盐酸依米丁也有效。

虫媒传染病

流行性乙型脑炎

簡称"乙脑"，是由于"乙脑病毒"通过蚊子叮咬而传染的夏秋季的急性传染病。少年儿童发病較多。病毒主要侵袭脑組织而出現脑神經症状。解放前"乙脑"在一些地区流行猖獗，死亡率很高。解放后由于大力开展以除四害为中心的爱国卫生运动，并貫彻"**预防为主**"的卫生方針，使发病大为減少。在治疗上，由于大力发掘祖国医学遺产，运用了中西医結合的治疗方法，使治癒率大大提高。

诊断要点

一、突然发烧、头痛、呕吐，重症者有抽风、昏迷。少数极重者抽风不止、昏迷、高烧不退、可出現呼吸衰竭，如呼吸浅慢、双吸气、不整、暫停等現象。

二、頸部有抵抗，囟門凸出，四肢发硬，屈頸反射、足蹠反射及抬腿反射阳性。深浅反射先亢进后消失。

三、后遺症：一般病人多在一周后恢复。少数重症出現后遺症如失語、呆傻、精神异常、肢体瘫痪等。

四、如診断有困难时可考虑腰椎穿刺，化驗脑脊液。

预防

一、发动群众，早期对疑似病人进行报告，早期隔离，防止蚊虫叮咬病人。

二、大力开展爱国卫生运动，进行防蚊、灭蚊工作。

三、流行地区可考虑乙脑疫苗注射。

治疗

一、病人要臥床休息，多喝开水、吃富于营养的食物。

二、病室溫度要凉爽，要防蚊、灭蚊。

三、治疗原則：采用中、西药綜合治疗，效果較好。許多危重病人經搶救大都可痊癒。

四、中药治疗：

1.輕、中型或发病初期卽暑热偏盛病人，有高烧、头痛、呕吐、舌苔薄白、身上有汗、口渴想喝水、想吃凉的、脉浮数。用辛凉透邪法。

处方：生石膏八錢　銀花、連翹各五錢　鮮茅根一两　薄荷二錢。水煎服。

加减：高烧怕冷，加連翹到八錢　蝉衣一錢；头痛重者加辛荑一錢　菊花四錢　生石膏到一两；汗多者加桑叶三錢，去薄荷；昏睡者加菖蒲二錢　黄連一錢；因热呕吐者加代赭石四錢　竹茹二錢；煩躁不安者加大青叶三錢　生石膏到一两；口渴者加天花粉三錢。

兼湿型：較少見，在天气阴雨連綿，环境湿气很重，病人烧不高，头重象布裹紧一样，舌苔黄白、厚膩时用淸暑利湿法。

处方：藿香、青蒿各三錢　銀花、連翹、生石膏各四錢　芦根八錢　水煎服。

加减：

小便黄少者加滑石三錢；怕冷无汗者加香薷二錢；腹泻者加黄連二錢。

2.重型或病势轉重期卽暑热里陷，病人神經症状重，高热、昏迷、譫語、抽风、煩躁不安、舌质紅、苔白厚或黄厚、脉滑数或沉数。用辛凉透邪，淸热解毒，芳香开窍法。

处方：生石膏一两　銀花八錢　連翹五錢　元参四錢　菖蒲三錢　黄連二錢。水煎服。

加减：高烧者加大青叶三錢　生石膏到一两五錢；口渴者加天花粉、麦冬各三錢　大汗不止、体弱、热不退者加党参三錢　山药五錢　生石膏到一两五錢；喉中有痰鳴者加天竺黄一錢　竹沥二錢；大便燥者加大黄二錢或紫雪散五分。冲服。

3.极重型或病势进一步加重期卽暑热生风病人，高烧不退，神經症状更重，迅速昏迷、抽风不止、頸强直、角弓反张，手脚发凉，舌质絳紅，舌苔黄燥，甚至发黑有刺，脉沉数。用辛凉透邪、鎮痉熄风法。

处方：生石膏、鈎藤各八錢　銀花六錢　連翹四錢　黄芩二錢　全蝎

一錢。水煎服。加減：热盛者加大青叶三錢；抽风不止者加石决明八錢；昏迷者加安宮牛黄丸1～2付。

4.恢复期：病势漸輕，逐漸恢复。用养阴清热法。

处方：竹叶、麦冬各三錢　生石膏四錢　党参二錢　甘草一錢。水煎服。

五、新針治疗：

高烧、头痛、項强、抽风：〔主穴〕大椎、合谷、十宣放血。〔备穴〕风池、曲池。

头痛：〔主穴〕太阳、合谷。〔备穴〕上星、百会、风池。

昏迷：〔主穴〕人中。〔备穴〕太冲、合谷。

吞嚥困难：〔主穴〕天突。〔备穴〕劳宮。

牙关紧閉：〔主穴〕下关。〔备穴〕頰車、翳风。

尿閉：〔主穴〕关元、气海（可針、灸并用）。〔备穴〕三阴交、阴陵泉、中极。

失語：〔主穴〕哑門、上廉泉。〔备穴〕涌泉。

运动障碍：（見新針疗法“痙攣性瘫痪”）

六、对症治疗：搶救危重病人，在应用中药、新針的基础上还必須根据不同症状进行对症治疗。

1.退烧：体溫39°C以上，应采取退热措施。

（1）物理退烧：可用冷敷、冰敷、冷水浴等；服中药者可用溫水浴、酒精浴等。

（2）药物：安乃近、安痛定等。

2.止风：

（1）异戊巴比妥鈉(阿米妥鈉)，临用时用盐水或蒸餾水化成5～10%溶液緩慢靜脉注射。用量为5毫克/公斤/次。成人一日总量不超过1.2克。

（2）水合氯醛（10%），1毫升/公斤/次，适当加水保留灌腸。

（3）苯巴比妥鈉5～8毫克/公斤/次，肌肉注射，可隔六小时重复一次。

（4）氯丙嗪或乙酰丙嗪与其它止风药合用有协同作用，前者1～2毫克/公斤/次，后者0.5～1毫克/公斤/次，肌肉注射也可单独緩慢靜脉注射。

3.减低顱压：反复抽风，用止风剂效果不大，或有呼吸衰竭者，应考虑有脑水肿或脑疝，应早期应用脫水剂（用法見“流脑”）。

4.呼吸障碍或衰竭：除由严重脑水肿和脑疝引起的呼吸障碍可应用脫水疗法外，呼吸道有分泌物阻塞，可用吸痰器或大注射器吸痰。呼吸衰竭可用呼吸兴奋剂：

（1）山梗菜碱（洛貝林），每次3～6毫克，小儿0.15～0.2毫克/公斤/次，肌肉注射或靜脉注射。

（2）尼可剎米每次0.25～0.5克，小儿5～12毫克/公斤/次，肌肉注射或靜脉注射。

（3）野靛碱每次1.5毫克，小儿0.5～0.75毫克，肌肉注射或靜脉緩慢注射。

以上药物必要时可30～60分钟重复或交替应用。如呼吸暫停或停止也可立即用山梗菜碱或尼可剎米靜脉注射。

5.輸液：重危病人及飲食困难者可靜脉輸液（方法見“流脑”）。

6.激素：在高烧、中毒严重的病人可用靜脉滴注氢化可的松，成人每次200～300毫克，儿童每次50～100毫克，每日1～3次。

7.抗菌素对严重病人，以及有合併症者可以应用，一般輕及普通型可不用。

森林脑炎

森林脑炎是由于病毒引起的一种传染病。本病仅发生在森林地区，每年六月壁虱活动力最大，也是发病較高的季节。传染源是患病的灰鼠和小田鼠等，以壁虱为媒介，在鼠类之間传播，受感染的壁虱咬人后，即可传染于人。

诊断要点

一、在森林地区居住、生产的人員。

二、起病急，突然高烧、头痛、恶心、呕吐、昏迷；出現脑膜刺激症状、頸肌及上肢肌瘫痪（头不能直立、肩下垂、两手不能运动和感觉消失等）。一周后，烧漸退，但肢体瘫痪仍存在。

三、部份病人起病較緩，症状較輕，只有发烧、头痛、全身不适，沒有肢体瘫痪。

四、少数病人可出現吞嚥困难，呼吸及循环衰竭。

预防

一、开展爱国卫生运动，发动群众灭鼠，灭壁虱。

二、流行地区易感者可进行森林脑炎疫苗預防注射。

治疗

一、参考“流行性乙型脑炎”的治疗。

二、如有可能，早期可应用森林脑炎病人恢复期血清20～40毫升肌肉注射。如用全血或林区工龄較长的工人血清应加倍剂量。

三、中药治疗：在发烧、昏迷、瘫痪时可用散湿热、醒神志、活肢体药物。

处方：生石膏、桑枝各五錢　青蒿四錢　秦艽、木瓜、威灵仙、藿香、佩兰、鈎藤、荷叶、菖蒲、郁金各三錢。水煎服。

加减：神志清去菖蒲、郁金；舌苔白腻加蒼朮、独活各三錢。

四、新針、电兴奋等新疗法可治疗瘫痪后遺症。

流行性出血热

本病可能是一种病毒引起的急性传染病。多发于秋冬季。在农村也有散发病例。受感染的野鼠是传染源。在野鼠間借螨（一种小蜘蛛）为媒介而传播，受感染的螨咬人时，即传染給人。多发生在低洼潮湿的半垦区或未开垦地区。

诊断要点

一、近一月左右曾有在疫区参加生产劳动，野外留宿等活动史。

二、突然发烧、寒战、头痛、全身酸痛等类似流感症状，約一周烧退而症状加重。

三、发烧初期呈充血症状，眼紅、脸紅、頸部充血、呈酒醉状。病后二、三天呈出血症状，粘膜和皮肤有出血点，同时有鼻衄、吐血、咯血、便血等，重者出現低血压及休克。

四、发烧末期出現血尿、少尿或尿閉，可有酸中毒和尿毒症。到病后第10～14天出現多尿症状，可发生脱水和酸中毒，再次出現休克。

五、典型临床經过可有发烧、低血压休克、少尿、多尿及恢复等五期，病程約一个月。

六、发烧初期白細胞正常或稍低，病后三日中性白細胞增高。尿中有紅白細胞及管型。

七、主要应与流行性感冒、鈎端螺旋体病、流行性脑膜炎、伤寒、斑疹伤寒等鉴别。

预防

一、大搞除四害、讲卫生，发动群众灭鼠。

二、在疫区劳动、留宿要設置工棚，并有防鼠灭鼠措施。还要注意个人防护。

治疗

一、应臥床休息，避免用烈性发汗退烧药，以防休克。

二、出現低血压休克，应就地搶救。有血压下降傾向时，可用小剂量升压药，如5%葡萄糖250～500毫升加1～2毫克去甲腎上腺素或0.5～1毫克异丙基腎上腺素，靜脉滴注。补液不宜过多过快，避免发生肺水肿。

三、少尿期每天补液不超过1,000毫升，可用10%葡萄糖。如有酸中毒、尿毒症可参考“慢性腎功能衰竭”治疗。

四、多尿期应給以多量液体及口服氯化鉀。

五、激素适用于早期或重症中毒病人。靜脉滴注氢化可的松，每日

100～300毫克，或口服强的松每次10毫克，每日三、四次。

六、对出血者可用止血药。可肌肉注射維生素C100～500毫克，維生素K3.84毫克，仙鶴草素10～20毫克，均每日1～2次。

斑疹伤寒

斑疹伤寒是由立克次体引起的急性传染病。分流行性和地方性两种；前者由虱传染，后者由蚤传染。

解放前，劳动人民受残酷剝削，生活困难，本病每到冬春季都有流行，不少劳动人民被夺去了生命。解放后劳动人民生活逐步改善，广大革命群众响应伟大領袖毛主席**“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平”**的伟大号召，开展群众性的爱国卫生运动，使卫生状况大为改观，本病已很少見。

诊断要点

一、流行性斑疹伤寒多見于冬春季，有被虱咬的历史；地方性斑疹伤寒夏秋季多，环境有跳蚤。

二、起病急。有发冷寒战、高烧、头痛；有脑神經症状，如神志迟鈍、譫妄、不安、昏睡、昏迷等。

三、发病第五天起，先躯干后四肢出現暗紅色斑丘疹，初为充血性，后变为出血性。疹出四、五天后逐漸消退。疹退、热退，全身症状随着好轉。

预防

一、病人要隔离，灭虱、灭蚤。

二、如有流行可进行斑疹伤寒疫苗預防接种。

三、大力开展爱国卫生运动，灭虱、蚤。勤換洗衣服，注意个人卫生。

治疗

一、对症治疗：退烧，止痛，輸液等。

二、抗菌素治疗：氯霉素每日1～2克，分四次服。热退后減量，疗程7～10天。小儿30～50毫克/公斤/日，分四次服。合霉素、四环素族均可选用。

恙虫病

恙虫病是立克次体引起的一种急性传染病。本病流行于丛林多草、恙虫多的地区，病人多为野外工作人員。传染源主要是田鼠。恙虫的幼虫为传播媒介，受感染的恙虫幼虫咬人吸血将病原体传染給人。

诊断要点

一、恙虫病流行地区，有被恙虫咬伤史。

二、发病很急、高烧、寒战、头痛、无力、眼結膜充血。

三、咬伤处呈黑色痂皮、潰瘍，局部淋巴結肿大、有压痛。

四、发病第四天起皮肤出現淡紅色斑丘疹，压之退色、綠豆大至蚕豆大，一周后皮疹消退。出疹时，病情增重，可有咳嗽、譫妄、循环衰竭、血压降低、脉弱而速。

五、病程一般二周，烧退則症状消失。

六、有条件可以取血做血清凝集試驗。

预防

一、发动群众灭鼠，灭恙虫。

二、个体防护。

治疗

一、同“斑疹伤寒”。

二、中药治疗：可用清瘟解毒法。

处方：銀花、連翹、板兰根、大青叶、生地、牛蒡子各四錢　薄荷、黄芩、梔子、元参各三錢。水煎服，每日一付，分两次服。輕症可单用，重症可与金霉素（四环素等）联合治疗。

鼠　疫

鼠疫是由于鼠疫杆菌引起的急性传染病。鼠疫多先在鼠类之間流行，再由鼠蚤传染給人。鼠蚤咬人后，将鼠疫杆菌传入人体，发生腺鼠疫，重者出現肺鼠疫和敗血型鼠疫。肺鼠疫可以通过呼吸道传染健康人。鼠疫是一种严重的传染病，流行很快，历史上曾多次对人类发生严重危害。本病在解放后，已被消灭。但由于过去美、日帝国主义都曾在我国灭絕人性地撒过鼠疫杆菌。当前，美帝国主义和社会帝国主义相互勾結，准备侵略我国。我們要提高警惕，准备随时粉碎敌人的細菌战爭。

诊断要点

一、腺鼠疫：突然寒战、发烧、头痛、无力、眩暈、走路不稳，一、二天后蚤咬处起疱疹，再过一、二天局部淋巴結肿大、疼痛、化脓、潰破，多发生在腹股沟淋巴結，病程約二周。

二、敗血型鼠疫：病人抵抗力弱时，病菌可以很快侵入血循环出現敗血症。可有寒战、高烧、速脉、剧烈头痛、呕吐、譫妄、昏迷、皮肤粘膜和內脏有出血，病情严重。

三、肺鼠疫：起病急呈严重肺炎症状，咳嗽、气促、发紺、血性痰、病情发展迅速而严重。

四、皮肤水疱，脓液、痰均能涂片找出鼠疫杆菌。

预防

一、严格隔离病人，病人用具、分泌物、排泄物等均应严格消毒。

二、大力开展爱国卫生运动，动員群众灭鼠、灭蚤。如发現有异常鼠、蚤情况，应立即报告。

三、对流行区居民或进入疫区的工作人員均应注射鼠疫菌苗。

治疗

一、給予病人良好的护理和飲食。局部淋巴結炎可做湿热敷，并用鏈霉素1克局部注射；如已化脓可切开排脓。

二、鏈霉素：效果很好，应及早使用。

腺鼠疫患者，成人每日2克，分两次肌肉注射。体溫正常，症状好轉，再逐漸減量至每日0.5～1克，再用3～4天。

敗血型鼠疫和肺鼠疫，每日4克，分4次肌肉注射，并可加用磺胺嘧啶或氯霉素联合治疗。

三、磺胺嘧啶：成人首剂4克，以后每四小时1.5～2克和等量碳酸氢鈉同服。待体溫正常、症状好轉，改为每次0.5克，再用10～15天。重症病人，可先以磺胺嘧啶溶液5克加于5%葡萄糖生理盐水1,500毫升中，靜脉滴注，以后改用肌肉注射或口服。

四、氯霉素：成人每次1克，每日3～4次，病情好轉可減量。

五、其他参考“流脑”治疗。

回　归　热

回归热是由于回归热螺旋体引起的一种急性传染病。人虱是传染媒介，虱吸病人的血受感染后再咬健康人即可传染本病。

诊断要点

一、起病很急，突然高烧、寒战，体溫可达40°C；头痛、全身痛。发烧5～7天突然出汗、退烧。

二、烧退后症状消退，再过7～10天則有第二次发作，症状同前。以后烧又退，仍可出現第三次发作，但很少超过四次发作。

三、发烧期間，可有輕度黃疸、肝脾肿大等。

四、在发烧期間血液涂片可找到螺旋体。

预防　同斑疹伤寒。

治疗　青霉素每日肌肉注射80万单位，烧退后即可停药。

瘧　疾

疟疾俗称“打摆子”、“发疟子”，是由疟原虫通过蚊子传染的一种夏秋季的急性传染病。疟原虫有三种：間日疟、三日疟、恶性疟。

诊断要点

一、本病流行于我国南方、黄河流域一些地区，或有到过上述地区史。

二、多数地区为間日疟，只有西南少数地区有恶性疟。

三、周期性的发冷、发烧、出汗，間日疟每隔一日发作一次；三日疟每隔二日发作一次；恶性疟每天或隔天发作一次。小儿多不典型，間日或三日疟有重复感染也可每日或隔日发作。

四、严重发作：多属恶性疟，如脑型（头痛、呕吐、譫妄、昏迷）；胃腸型（腹痛、呕吐、腹泻、黄疸）；高烧型（突然高烧 40°C 以上，病情危急）；黑尿热型（血尿、黑色尿、貧血）。

五、脾肿大、貧血。

六、血液涂片，可找到疟原虫。

预防

一、开展以除四害为中心的爱国卫生运动，进行群众性防蚊、灭蚊（見“除害”）。并彻底批判依靠少数“专家”，重治輕防的修正主义卫生路綫。

二、預防服药：在流行季节，凡进入流行区的集体单位，可服乙胺嘧啶，成人每次八片（50毫克），小儿按年龄递减，每二周服一次，至离开流行区为止。

三、根治病人。

治疗

应当采取防治結合办法，既要控制現症，又要防止复发，做到彻底根治，防止传染。

一、抗疟疗法（剂量見附表）：

1.发作期治疗：对新病人或复发病人的根治，应用磷酸伯氨喹啉和磷酸氯喹的联合疗法，磷酸伯氨喹啉連服 4 天，最初 3 天加服磷酸氯喹。

2.休止期治疗：为彻底消灭传染源，防止复发，对两年来曾患疟疾的病人最好在冬春季节做休止期治疗。应用联合疗法效果較好，即磷酸伯氨喹啉連服 4 天，于最初 2 天加服乙胺嘧啶。如条件所限，不能按上述根治办法服药时，也可单用磷酸氯喹、奎宁或阿的平等药以控制发作。

二、严重发作治疗（高烧昏迷者）：

（1）二盐酸奎宁0.25～0.5克，深部肌肉注射，每六小时一次（孕

妇、黑尿热者禁用）。

（2）二盐酸奎宁：0.25～0.5克（小儿按10毫克/公斤）或磷酸氯喹0.25克（小儿按5毫克/公斤）混于葡萄糖盐水500毫升内静脉滴注；6～8小时滴完，可隔6～8小时再滴一次，神志清醒后改用口服。

（3）有休克应参考“流脑”治疗。

（4）对高烧型可应用肾上腺皮质激素。

三、新針治疗：大椎、間使。刺大椎穴时針感到5、6、7胸椎部位效果較好。效不佳时加合谷、陶道（第一、二椎之間）。最好在发作前一小时針刺，强刺激、留針至发作停止再起針。

疟門穴：位于中指与无名指掌指关节背面前凹陷部，以15度角斜刺向掌心，深0.5～1寸，有針感后留針半小时，每10分钟捻針一次，发作前两小时針刺。

四、中药治疗：治疗間日及三日疟。

1.常山四錢　柴胡、檳榔各三錢　清半夏、草果各二錢。水煎服。

2.常山或蜀漆五錢至一两。水煎服。

发作前两小时服第一煎，隔3小时服二煎。处方中常山为主要药物，必須是鸡骨常山才有效。常山用量小效果不好，用量大易出現恶心呕吐，一般用三至五錢，多則一两。

3.鶏胆子仁，每次20粒，日服二次，用饅头皮包后吞服，5～7天为一疗程。

常用抗疟葯物剂量表

年龄 / 日总量(片) / 药物	2岁以下	3～5	6～10	11～15	16岁以上	用法
磷酸伯氨喹啉 13.2毫克/片	½	1	2	3	4	每日一次，連服4天
磷酸氯喹 0.25克/片	¼	½	1	1½	2	每日一次，連服三天，第一天量加倍
乙胺嘧啶 6.25毫克/片	1	2	4	6	8	每日一次，連服二天
硫酸奎宁 0.3克/片	½	1½	2	2½	3	一日量分三次服，連服7天
阿的平 0.1克/片	½	1½	2	2½	3	每日量分三次服，第一天量加倍，忌与伯氨喹啉同用，連服7天

黑 热 病

黑热病是通过白蛉传播；由黑热病原虫引起的慢性寄生虫病。病人以发烧、肝脾肿大为特点。解放前在我国許多省份流行。解放后被列为重点消灭的寄生虫病之一，現已基本消灭。

诊断要点

一、长期或在白蛉活动季节短期居住于流行区的人，有不規則的发烧，可持續数日至数周。发烧往往在24小时內有两次明显的升降。

二、起病后一个月內肝脾常有輕度肿大，脾脏于六个月可平臍。

三、周身淋巴結輕度肿大，皮肤可有色素沉着，鼻及牙齦常有出血，晚期有重度营养不良、浮肿和明显发育迟緩。

四，原虫检查：如有条件可作骨髓穿刺，涂片检查，寻找原虫。

併发症 晚期易併发各种感染，如肺炎，痢疾等。

五、輔助診断：

1.白細胞显著減少。

2.水試驗：病程在二个月以上，試驗多为阳性，在五个月以上多为强阳性。

预防

一、积极治疗病人，消灭黑热病犬（癩狗）。

二、开展爱国卫生运动，发动群众，消灭白蛉。

治疗

一、一般治疗：发烧期应臥床休息，注意营养、口腔卫生。貧血时給鉄剂，严重者可輸血。

二、銻剂治疗：

1.葡萄糖酸銻鈉，全疗程总剂量成人为3.6～5.4克，小儿总剂量为120～240毫克/公斤靜脉或肌肉注射。

（1）短程疗法：适用于早期輕症患者。将总剂量分成六分，每日注射一次。

（2）长程疗法：适用于晚期、严重或有并发症的病例。开始每天注射100—200毫克，如无不良反映，每隔1～2日增加100毫克，直到注射总量达200毫克/公斤。个别人需較大剂量，可达400毫克/公斤。

国产葡萄糖酸銻鈉制剂毒性很小，注射后很少发生反应。仅少数人有发烧、咳嗽、恶心、呕吐、鼻出血、腹泻、腹痛或肝区痛。銻剂对肝脏、心脏等重要器官，可能引起損害，应予注意。对于晚期、严重、有併发症的患者，应先治疗併发症，后用銻剂。在用药期間，尽可能使患者臥床休息，疗程完毕后继續休息至少半个月。

2.对銻剂有过敏或抗药者，可用芳香基双眯类药物(二眯替、戊烷眯)但毒性較大。

在特异治疗后，必須继續观察，至少一年內无复发者可认为是治癒。

絲　虫　病

絲虫病是由蚊子将幼絲虫传染于人。絲虫寄生于人体淋巴系統內。本病主要見于南方。

诊断要点

一、凡流行地区，有淋巴系統病变或原因不明反复发冷发烧者，均应考虑本病。

二、急性期：主要表現为淋巴管炎和淋巴結炎。先有淋巴結紅肿及疼痛、发烧，然后沿淋巴管走行的方向出現“紅綫”，即淋巴管炎。

还可以出現精索炎、附睾炎、睾丸炎、阴囊皮肤水肿等。

三、慢性期：主要由淋巴管阻塞引起。

1.阴囊淋巴积液。

2.乳糜尿：乳白色如米湯样混浊，也可伴有血尿。

3.象皮肿：常見于下肢及阴囊等处之皮下組织增厚肿大，皮肤粗糙坚硬，腿或阴囊逐漸变粗大，故称象皮肿。

四、夜間取血数滴可发現活幼絲虫。

预防

一、流行区普查普治。

二、防蚊灭蚊。

治疗

一、一般治疗：急性期应休息，局部冷敷。发烧疼痛可用退烧止痛药，有继发細菌感染可給磺胺或抗菌素。

二、化学治疗

1.海群生：

（1）七日疗法：成人每次200毫克，每日三次；小儿5～10毫克/公斤/日，分三次服。

（2）三日疗法：成人每次400毫克，每日三次。用于大規模防治。

2.卡巴肿与海群生合併治疗：卡巴肿每次0.5克，每日二次，同时加服海群生每次50毫克，每日二次。連服十天为一疗程。肝腎有病不用此法。

三、中药治疗：对乳糜尿有效。应配合休息，少吃油类食物。

1.煎剂：草薢五錢　瞿麦、赤芍、黄精、凤尾草、薺菜花各四錢　萹蓄、碧玉散（包）各三錢。水煎服。

2.驗方：糯稻根二两。水煎服。

經皮传染病

狂　犬　病

狂犬病又称恐水病。病毒存在于狂犬（或狼、狐、猫等）的唾液中，人被狂犬等动物咬伤后即可得病。

诊断要点

一、有被狂犬（狼、狐、猫等）咬伤史。多在咬伤后1～2个月发病。

二、初期：对声、光、风等刺激开始敏感，喉发紧，四肢蚁爬感，夜睡不安。

三、燥动期：发烧、全身痛、抽动、精神失常、幻听幻視。不能飲水，見水、听到流水声或听說“水”字，都能引起咽喉痙攣和全身抽动。乱噴唾液、躁动不安，約二、三天。

四、麻痺期：痙攣停止，出現癱瘓、流口水、反射消失、瞳孔散大、呼吸麻痺。

预防

一、加强狗的管理，严防被狗、狼、猫等动物咬伤。

二、被可疑狂犬病动物咬伤后的处理：

1.尽快用肥皂水彻底清洗伤口，然后用浓硝酸或浓石炭酸腐蝕，再用酒精中和腐蝕药。

2.注射狂犬病疫苗，每日在肩胛或腹壁皮下注射 2 毫升，連續注射14～21天。

3.将咬人的动物隔离观察14天，如未发病，說明不是狂犬。可停止給被咬人注射疫苗。但絕不应先观察后注射，这样影响免疫效果。

治疗

一、让病人安靜，避免刺激。

二、大量鎮靜药、抗痙药、輸液等。

炭　疽

炭疽是由炭疽桿菌引起的传染病。传染源以患病的馬、牛、羊等为主。人患炭疽大多是由于接触了病畜或被炭疽桿菌污染的皮毛而感染。临床上以皮肤炭疽最多見，是由于細菌經損伤的皮肤或粘膜侵入所致。

诊断要点

一、多見于牧区，以牧民、屠宰牛羊和皮毛加工厂的工人易发生。

二、皮肤炭疽：多发生在面、頸、上肢等露出部位，初为一丘疹，很快变成水疱，化脓，出血。周围广泛肿胀，微紅，变硬。很快皮疹中心坏死，形成黑色干痂，周围发生一圈小水疱，基底肿胀更重。附近淋巴結紅肿疼痛，但患部不痛，只有发痒。常有发烧。重症的可出現敗血症。

三、肺炭疽：呈严重的肺炎，突然高烧、寒战、咳嗽、吐血痰、气喘、发紺等。

四、腸炭疽：呈重症的腸炎，发烧、呕吐、腹泻、腹痛、便血，重症可呈腹膜炎症状。

五、炭疽性脑膜炎：呈严重脑膜炎症状，脑脊液呈血性。

以上后三型都可以发展成敗血症，临床上这三型比較少見。

六、有条件的可以进行脓、痰、大便、脑脊液涂片寻找炭疽桿菌。

预防

一、隔离病人，創口分泌物、痰、大便等都要消毒，最好用火烧掉。用具严密消毒。

二、病畜要隔离、治疗或屠宰，死的牲畜应深埋，絕不能吃肉或用其皮毛。病畜分泌物、排泄物、垫草都要焚烧。病畜接触过的地方，要用20%漂白粉溶液消毒。禁止别处牲畜到疫区吃草。

三、接触病畜要有防护，如带手套、口罩等。

四、严格消毒工业用的皮毛。

五、接触病畜牧民、皮毛工人以及有关人員均应接种炭疽菌苗。

治疗

一、皮肤疮口：因炭疽杆菌怕氧气，故尽可能不包扎伤口，也不要切开，可用1：1,000高錳酸鉀液清洗，并以1,000单位/毫升青霉素湿敷。

二、抗菌素治疗：輕症皮肤炭疽用青霉素，每日80万～100万单位，分四次肌肉注射。磺胺、金霉素、土霉素、氯霉素等均有效。重症皮肤炭疽、肺、腸、脑膜炭疽及炭疽杆菌敗血症，应迅速靜脉滴注青霉素400万～1,200万单位/日，或合并滴注金霉素或四环素等。其他参考重症“流脑”治疗进行搶救。

波 状 热

波状热是由于布氏桿菌引起的传染病。传染源是患病的羊、牛、猪。本病可因喝了沒有消毒的或消毒不彻底的牛（羊）奶，或直接接触病兽的肉或排泄物而經皮肤感染。

诊断要点

一、与牛、羊（特别是流产羊）等病兽有接触史。

二、急性期：体溫每日逐漸上升，达到高峰后又逐漸下降，呈波浪

状，持續約二周；隔一周后，再次出現此种热型。发烧阶段可伴有大量出汗和关节痛，但一般情况相对較好。

三、慢性期：症状不典型，不規則，类似神經官能症。部分病人可有关节肌肉酸痛，关节强直。症状可迁延数年。

四、体征可有肝脾、淋巴結肿大，也可进行血清凝集試驗协助診断。

預防

一、急性期病人应隔离治疗。

二、流行区应对牧民、兽医及与病畜接触的工作人員进行預防接种。

三、接触病畜的工作人員应进行个人防护（带防护手套）。

四、乳类应煮开后再食用。

五、流行区內，对健康牲畜也要进行預防接种。发現病畜要隔离或宰杀，并进行必要的消毒。

治疗

一、抗菌治疗：磺胺类（磺胺嘧啶或磺胺噻唑）、鏈霉素、合霉素、氯霉素及四环素等均有效。一般用鏈霉素与磺胺嘧啶联合治疗；但鏈霉素与一种广譜抗菌素联合治疗效果更好。疗程为两周，必要时用2～3个疗程，以免复发。

二、菌苗疗法：对慢性病人，可用布氏桿菌苗疗法，如有发烧可先用抗菌素治疗后，再用菌苗疗法。

菌苗用法：靜脉注射，每日或隔1～2天一次。第一次20万菌，第二次50万菌（如第一次有反应，則隔1～2天后再注射第二次），第三次80万～100万菌，第四次200万～400万菌，第五次500万～1,000万菌，第六次1,000万～2,000万菌，第七次2,000万～4,000万菌，第八次4,000万～8,000万菌，第九次8,000万～1亿菌，第十、十一次均为1亿～2亿菌，第十二次2亿～4亿菌。也可将一日量分两次注射，两次間隔1½～2小时。

三、卤干疗法：对慢性病人有較好的疗效，見“新医疗法”。

鉤端螺旋体病

鉤端螺旋体病是由于鉤端螺旋体所引起的急性传染病。受感染的家畜、野鼠是本病的传染源。鉤端螺旋体可随这些动物的尿排到水中，人接触这样的水（疫水），螺旋体即可从皮肤或粘膜鉆入人体而感染。主要流行于广东、云南、福建等省，散見于四川。

诊断要点

一、有到过流行地区（有时出現在水灾地区）及接触疫水史。好发于夏秋季。

二、起病急。突然高烧、寒战、呕吐、头痛、全身肌肉痛，特别是小

腿肚酸痛最重，发烧約一周。輕症类似流行性感冒，烧退病癒。

三、重症烧退后出現黃疸、肝脾肿大，全身有出血傾向。黃疸約持續7～10天。

四、部分病人有头痛、恶心、呕吐以及呈現脑膜炎、脑炎症状。

五、少数病人有大量咯血，或发生尿閉、循环衰竭。

六、有条件可查血（发病五日內）或尿(发病十天后)找鈎端螺旋体，或取血做补体結合試驗。

七、本病应注意与流感、伤寒、脑膜炎、脑炎及传染性肝炎等相鉴别。

預防

一、除四害、讲卫生，开展群众性灭鼠。

二、对疫区的飼养場、屠宰場加强卫生防疫工作。

三、保护水源，防止被病畜、鼠污染。

四、避免接触疫水，做好防护，必要时进行預防接种。

治疗

一、病人应臥床休息，尿液应消毒处理。

二、青霉素每日 80万～120 万单位肌肉注射，用到烧退后三天；重者可加用鏈霉素，每日一克肌肉注射，或用土霉素、金霉素、四环素等。

三、补液和其他对症治疗。

四、中药治疗：

銀花、連翹、黃芩、生苡米各四錢 厚朴、蔻仁各二錢。每日一付，水煎服。

加减：出血加藕节五錢、大小薊各三錢 仙鶴草一两； 黃疸加茵陈一两 黃柏四錢。

鈎 虫 病

鈎虫是由于鈎虫幼虫鑽入皮肤传染的，成虫寄生于小腸內，以吸血为生。可引起貧血，小儿发育不良等。

诊断要点

一、赤脚下田时，幼虫侵入皮肤，常于足趾間产生紅肿，奇痒，起丘疹或疱疹，数日后可消退。

二、感染輕者可仅有腹部不适及消化不良症状，反复或大量感染鈎虫的患者往往发生貧血。患病較久可有营养不良性浮肿、消瘦等。

三、大便內可找到鈎虫卵。大便潜血阳性。

預防 做好粪便管理，普查普治病人。流行地区做好个人防护。

治疗

一、加强营养，貧血者于驅虫治疗后可服硫酸亚鉄，成人0.3～0.6克，

儿童0.1～0.3克，每日三次，飯后服。

二、驅虫：

1.灭虫宁：成人睡前服3～5克；小儿0.2～0.3克/岁，最大剂量不超过2.5克；都連服2日。心脏病謹慎使用。

2.四氯乙烯：成人剂量3毫升，15岁以下每岁按0.2毫升計算，最大不超过3毫升。晨間空腹将胶丸吞服。服药6～7小时后仍无大便，可服导泻剂（禁用油类泻剂）。有心脏病、腎脏病、肝脏病、結核病或其他急性传染病者及孕妇禁用此药。

合併有蛔虫感染，应先驅蛔虫。严重貧血者先改善貧血，再驅虫。

3.檳子、檳榔、紅藤各一两　貫众五錢。浓煎。每次随药吃生蒜2～3瓣。每日早晚飯前各服一次，共服两天。小儿用量减半。

血吸虫病

血吸虫病是由于皮肤接触带有日本血吸虫尾蚴的水，尾蚴钻入皮肤而受感染。由于成虫寄生在門靜脉系統以及虫卵在肝脏和結腸引起病变。

解放前，国民党反动派根本不顧人民疾苦，致使严重危害劳动人民健康的血吸虫病广泛流行，造成**“千村薜荔人遺矢，万戶蕭疏鬼唱歌”**的悲慘景象。

解放后在毛主席的亲切关怀下，广大革命医务人員同人民群众結合在一起，采取綜合措施，积极防治血吸虫病。实行防治与生产相結合，科学技术与群众运动相結合，坚持反复斗爭取得了很大成就。当《人民日报》发表了余江县消灭了血吸虫病时，我們伟大領袖毛主席写出了光輝的詩篇《送瘟神》两首，对人民群众实行預防为主消灭疾病的成績給予极高的評价，給全国人民以极大的鼓舞。

正如毛主席所指出的：**“许多危害人民最严重的疾病，例如血吸虫病等等，过去人们认为沒有办法对付的，现在也有办法对付了。”**只要我們高举毛泽东思想伟大紅旗，认眞执行毛主席的无产阶級卫生路綫，就一定能彻底消灭血吸虫病。

诊断要点

一、多見于长江两岸、江南地区，有血吸虫病流行的地方，或有到过流行地区有接触疫水的历史。

二、因有重复感染，新旧病变交叉，急慢性症状有时不易分清。大致分期如下：

1.初发期：自尾蚴侵入人体到成虫产卵阶段。病人可有微热、畏寒、輕咳、皮肤斑丘疹及蕁麻疹，数日后自退。

2.急性期：成虫大量产卵时期，多出現在受染一个月以后，有发烧、

畏寒、蕁麻疹、水肿、腹痛、腹泻、咳嗽、血痰、肝脾肿大并有压痛，重症的有消瘦、便血、心慌、腹水等。

3.慢性期：主要侵犯肝脏及結腸，早期多无症状或有腹泻、便血等消化道症状，肝脾肿大；晚期有腹水、营养不良、貧血等肝硬化表現。

三、粪便沉淀鏡检找到虫卵，毛蚴孵化阳性，或检查周围血中嗜酸性白細胞增高，均能輔助診断。

預防 要抓紧对血吸虫病的防治工作，并交流防治的經驗，大力开展群众性的爱国卫生运动，按照血吸虫生活的特点，抓好下列各环节进行綜合性預防措施。

一、普查、普治病人，治疗生病家畜（如耕牛）。二、加强粪肥管理。三、飲水和用水的管理。四、加强卫生宣传教育，注意个人防护。五、查螺、灭螺。

治疗

一、采取綜合性措施。一方面要扶持体力，对营养不良、貧血等积极治疗，增强体质；另一方面要根据病情采取消灭病原疗法，应用呋喃丙胺、銻剂或中药治疗均可。

二、呋喃丙胺（F30066）成人每日口服2～3克，儿童1～2克，分3～4次服，为了减輕胃腸反应，第1～2天剂量可酌减半，疗程14～20天。适用于急性血吸虫病。在发烧等急性症状消退后再用銻剂。

三、銻剂治疗：常用者为1%酒石酸銻鉀，每瓶10毫升。

1.治疗方案：

（1）三日疗法：1%溶液做靜脉注射，总剂量12毫克/公斤，但不超过0.7克，分为六次，每次注射不能超过0.1克，每日两次，連注三天。适用于一般情况良好者。

（2）七日疗法：疗效較三日疗法好，反应較輕，总剂量10毫克/公斤，但不超过0.9克，分为九次，头两天每日注射两次，后每日一次。

（3）二十天疗法：疗效較好，反应較少，总剂量25毫克/公斤，但不超过1.5克，第一日用小量，第二日起加量，到中期以后减量。一般第一日用0.05克，第2～11日每日0.07克，第12～20日每日0.05克。适用于病重及体质較差者。

2.注意事項：

（1）治疗期間应注意休息，注射时应用葡萄糖液稀释后緩慢靜脉注入，不可漏于血管外。万一漏出容易引起組织坏死，应立即用生理盐水5～10毫升或1%普魯卡因5～10毫升注于漏部皮下。

（2）靜脉注射有困难时，改用銻波芬肌肉注射。总剂量50毫克/公斤。

（3）禁忌症：严重心、血管、肝、肾疾患，活动性肺結核，急性传

染病，6个月以上孕妇及哺乳期均为禁忌。

（4）銻剂反应：一般为头暈、胸悶、恶心、呕吐及心肌損害等。在用銻期間应随时注意脉搏、血压等。如有心率增快、心率不齐均应停药，并口服或皮下注射阿托品，每4～6小时一次，至心率完全正常为止。如有抽风、昏迷、心跳暫停等严重反应时，立即应用阿托品1～2毫克，視病情每30～60分钟靜脉注射或皮下注射一次；同时可給苯巴比妥鈉使病人安靜。

（5）急性期高烧、毒血症及体质差者，銻治疗易出現中毒反应，应先給皮质激素及輸液等支持疗法，情况改善后再給小量銻剂。如有反应可适当延长疗程，減少药量。

（6）晚期伴有腹水、黃疸者应以中药治疗为主，可暫緩給銻。

四、中药治疗：

1.急性期：南瓜子研成細末，每服80克，每日三次，連服一周。25公斤以下儿童半量。

2.慢性期：

（1）杀虫：复方檳榔丸：檳榔15份　炼制雄黃1份　梔子3份　茜草3份　省藤3份。配制成丸。每日两次，飯前服，每次10克(总量为400克)。16岁以下每次8克（总量为320克)。二十天为一疗程。

复方澄茄丸：毕澄茄四两半　木香、枯明矾各三两　百部根二两　檳榔五两。配制成丸。每日二次，每次三錢。16岁以下每次2錢。飯前两小时服，四十天为一疗程。

（2）消肝脾：加減鱉甲煎丸：醋三棱八两　醋莪朮八两　煅瓦楞、醋炒五灵脂、柴胡、桂枝、白芍、醋青皮、当归、桃仁、土鱉虫（酒洗）各六两　乳香、沒药各三两。上药共研成細粉，用醋浸鱉甲十二两，熬胶化水为丸，装瓶密封。成人每服三錢，每日三次，飯前服，連服一个月。如有效，再服二个月。

大黃䗪虫丸（成药）：治实热型肝脾肿大，每服一錢，每日二次。

（3）消腹水：复方防己丸：黃芪十两　汉防己十两　白朮、炒枳实、茯苓、泽泻、附片各四两　麻黃三两　肉桂二两　細辛一两　桑皮八两。以上共研細末。另用黑豆三两，煎水与末合成丸，装瓶密封。成人每次三錢，每日三次，飯后服。一般服药三天后尿量增加，到三周后疗效显著，腹水漸消。

舟車丸（成药）：15岁以下日酌服五分至一錢半；15岁以上每日一至二錢，最多不过三錢，一般隔日服一次較好。

消肝脾及腹水尙可参攷“肝硬化”。

五、外科治疗：巨脾及上消化道靜脉曲张破裂出血者，可做脾切除。

結 核 病

結核病是旧社会劳动人民的多发病之一。在反动統治时期，劳动人民受着帝国主义、封建主义、官僚資本主义的三重压迫，过着牛馬不如的生活，饥餓、寒冷、营养不良、不卫生等都是发生結核病的因素。有了病又得不到医治，因而造成大量死亡。

解放后，遵照毛主席**“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”**的伟大教导，大力开展群众性防痨工作，加上人民生活不断提高，体质不断增强，防治結核病工作取得很大成績，发病率和死亡率都大大降低，充分显示出社会主义制度的优越性。

結核病的防疫措施

毛主席教导我們：**“革命战爭是群众的战爭，只有动員群众才能进行战爭，只有依靠群众才能进行战爭。”**預防結核病必須发动广大群众，有組织有計划地进行。

一、卡介苗接种：使每个小儿都按时接种。

二、預防传染：

1.大力宣传防痨知識，使广大革命群众都知道預防結核病的常識。

2.治疗病人：早期发現病人，早期治疗。对开放性肺結核病人（有咯血、明显咳嗽、肺有湿鳴），要防止传染别人。接触者应定期进行胸部检查。

3.痰的处理：养成不随地吐痰的习慣，病人吐痰要集中起来烧掉或深埋。

4.消毒：病人用具要专用，碗筷、食具定期用水煮开消毒，被、衣服定期拆洗，也可以用水煮开消毒。

三、大力开展群众性爱国卫生运动，做好环境卫生和养成讲卫生的好习慣，开展群众性体育运动，加强鍛炼，使体质不断增强，防止疾病发生。

肺 結 核

肺結核是由結核菌所引起的慢性呼吸道传染病。多由于接触肺結核病人而感染。

诊断要点

一、接触史：有接触肺結核病人史，家族史更为重要。

二、症状：起病大都緩慢，小儿发病早期类似感冒，病程較长。

1.中毒症状：疲倦、无力、食慾不振、午后低烧、夜間盜汗等。

2.呼吸道症状：咳嗽一般不重，多呈干咳，少数有白色粘痰，痰中带血或咯血，少数病人大量咯血。小儿很少有呼吸道症状。

三、体征：小儿和早期肺結核，胸部检查多无体征。病情发展严重者可出現叩診浊音、呼吸音減弱、管型呼吸音或湿性囉音，多在一側或两側肺尖或肩胛間听到。

四、輔助診断：

1.結核菌素試驗对診断小儿結核有帮助。未种卡介苗的小儿出現阳性或已种卡介苗的小儿出現强阳性，都表示有活动性結核。如患急性传染病（麻疹、百日咳、伤寒等）后一月內或重病衰弱（包括重症肺結核）小儿，結核菌素試驗多暫时阴性。

2.血沉增快。

3.开放性肺結核患者，痰內可找到結核菌。

4.胸部放射綫透視或攝片检查。

治疗

毛主席教导我們：**“武器是战爭的重要的因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物。”**对結核病虽已有比較有效的药物，但由于本病病程长，病人易产生各种思想顧虑和急躁情緒，因此要經常給病人做政治思想工作，用战无不胜的毛泽东思想武装病人，端正病人对疾病的态度，建立革命乐观主义的精神，增强战胜疾病的信心。

一、一般治疗：症状明显，发烧与咯血者要臥床休息，病情好轉后逐漸增加活动。对症状輕微或无症状的病人，可以做輕体力劳动或上学。

应根据病情和条件适当增加营养，如蛋类、豆类食品等。

二、抗結核治疗：

1.輕症：

（1）单用异烟肼口服，每次100毫克，一日三次，服用一年或一年半。

（2）异烟肼加对氨基水楊酸鈉，异烟肼用量同上；对氨基水楊酸鈉每次口服2克，每日四次，可用三个月到半年。适用于輕症但病人体力差，或重症病情已稳定者。

2.重症：結核病症状明显，病变范围大者。

（1）异烟肼加鏈霉素，异烟肼量同上，服用一年半至二年；鏈霉素每次肌肉注射1克，最初1～2月每日一次，后改为隔日一次，一般共注射半年，小儿不超过三个月。

（2）异烟肼、鏈霉素及对氨基水楊酸鈉联合治疗。对重症結核經上述治疗无效时应用，疗程根据实际情况决定。

鏈霉素长期应用可引起听神經損害，严重者可造成耳聋，如有眩暈、

耳鳴等应立即停药。鏈霉素还可以引起过敏反应，如口唇、肢体发麻及皮疹等，极少数病人可发生过敏性休克，在应用鏈霉素时虽可不做皮試，但必須随时注意严防意外。

异烟肼服用时偶可出現末梢神經炎、头痛、肝損害，一般无需停药，加用維生素B_6可以防治。

三、对症治疗：

咳嗽可选用复方甘草合剂、咳必清、咳美芬等。严重时加用鎮靜剂如苯巴比妥、三溴合剂、氯丙嗪等。

咯血，应用鎮靜剂（同上）及止血剂，如維生素K、仙鶴草素、凝血质等。

四、新針治疗：咳嗽〔主穴〕天突。〔备穴〕內关、足三里、定喘穴。一般先針天突；胸痛加內关；体弱、食慾睡眠不好加足三里；痰多加丰隆；咳重有喘加定喘穴。

五、中药治疗：中药对改善肺結核病人的一些症状效果很好，可使中毒症状迅速減輕或消失。一般肺結核单純应用中药治疗也可治好，但如果加上西药——抗痨药物，則更能提高疗效。

根据发病过程中的証候表現，有阴虛和阳虛两种。但大多是阴虛型。

阴虛証候：身体衰弱无力，面色萎黃，吃飯少，下午发热，顴骨发紅，手足心热，夜間盜汗，咳嗽，咽部发干，痰不多夹有血絲或吐血，胸部隐痛，心中煩躁，失眠，舌边、尖紅或紅絳，脉多細数。治疗以滋阴潤肺、降火止咳为主。

处方：沙参四錢　百合五錢　百部、麦冬、知母、白芍各三錢　甘草二錢。水煎服。

加減：消化不好，吃不下飯，稀便加茯苓三錢　白朮二錢，去知母；咳嗽較重加貝母三錢；咳无力，咽部发干加玉竹三錢；痰里带血加白茅二錢　藕节五錢，或加茅根、小薊各五錢；带血多者再加阿胶二錢；盜汗加浮小麦四錢；烧不退加青蒿、地骨皮各三錢。

鮮藕絞汁，每天飲一、二杯，适用于一般咳嗽吐血。

結核性脑膜炎

結核性脑膜炎多因結核杆菌經血行感染脑膜及脑組织后，結核病灶潰入蛛网膜下腔所致。多見于小儿。

诊断要点

一、有結核病史。

二、发病緩慢，有发烧、头痛、呕吐、便秘、嗜睡、不安等，未經治疗1～2周后症状逐漸加重，可出現昏迷、抽风。

三、頸强直，屈頸、抬腿試驗阳性，嬰儿囟門紧张膨隆。

四、輔助診断：如診断确有困难可考虑腰椎穿刺，做脊髓液检查。脑脊液外观透明或毛玻璃状，細胞数每立方毫米100～500个，淋巴占多数，蛋白增高，糖減低。

治疗 应注意体力的恢复，在有症状期間应完全休息，加强营养。

一、抗結核治疗：应首先采用异烟肼和鏈霉素合併治疗，鏈霉素应用3～6个月后改用对氨基水楊酸鈉或单用异烟肼，总計抗結核药物疗程共一年半至二年，不应随意中断，否則易致复发。

异烟肼每次200毫克，每日三次，症状消退后改为每次100毫克，每日三次。

鏈霉素每日1克，肌肉注射，症状消退后改为隔日1克。

二．激素治疗：在应用抗結核药物同时早期加用激素，可減輕症状。重症的晚期病人也可以加用。

强的松每次5毫克，每日3～4次。小儿1～2毫克/公斤/日。

可的松每次10～20毫克，每日3～4次。小儿4～8毫克/公斤/日。

疗程1～2个月，病情好轉即減量，并逐漸停用。

三、新針治疗：对抽风及后遺症可以应用。参閱“小儿抽风”及“乙型脑炎”。

結核性胸膜炎 附：膿胸

結核性胸膜炎是結核杆菌侵入胸膜所致。临床上有干性和渗出性两型，前者胸腔有少量紆維蛋白渗出，往往是后者的早期阶段；渗出性胸膜炎則胸腔有大量渗出液即胸水。

脓胸是各种化脓菌，直接或通过血液、淋巴侵入胸膜而发生的化脓性炎症。

诊断要点

一、有肺結核病史或急性呼吸道感染史。病人有发烧、咳嗽、胸痛（与呼吸、咳嗽有关），胸腔积液多时可有呼吸困难。

二、体征：如有胸腔积液，病側呼吸动度減弱、肋間隙增寬、語顫減弱或消失，积液多时可摸到气管移向健側。叩診呈浊音或实音。听診时病側呼吸音減低，早期可有胸膜摩擦音。

三、輔助診断：

1.放射綫透視或攝片。

2.診断穿刺：如未能确定胸腔积液性质可行胸腔穿刺。結核性积液为淡黃色或草綠色的澄清液；脓胸則为混浊脓样液体。

治疗

一、結核性胸膜炎：

1.治法与肺結核相同，可应用异烟肼和鏈霉素联合治疗。

2.激素应用：在急性阶段可加用氢化可的松或强的松，1～2周后病情稳定即逐漸减量或停用。

3.穿刺抽液：一般不抽液，但胸腔积液过多有明显的呼吸困难，或治疗未見明显吸收时可进行抽液。每次抽600～800毫升。視胸水增长情况，隔1～2日抽一次，情况好轉即停抽。

4.中药治疗：

干性胸膜炎：

小柴胡湯加减：柴胡、黄芩、半夏、瓜蒌皮各三錢　枳壳、郁金各二錢　黛蛤散五錢。

滲出性胸膜炎：用驅逐水飲法。

葶藶大枣泻肺湯和葦茎湯：适于一般积液。葶藶子三錢　芦根一两　桃仁三錢　薏米四錢　冬瓜子八錢　枳壳二錢　大枣四枚。水煎服。

十枣湯：适于体质壯实积液多者。甘遂五分　大戟二錢　芫花二錢　大枣十枚。水煎服。

二、化脓性胸膜炎：

1.抗菌素治疗同肺炎，一般需用6～8周。

2.胸腔穿刺抽脓：尽量使脓液抽完，每日抽一次，抽后可在胸腔內注入青霉素20万单位或鏈霉素0.5克，直到脓液吸收。

3.手术治疗：如穿刺抽脓有困难，也可进行切开排脓，放胶管引流。

4.中药治疗：面紅，身热，喜喝冷水，胸部胀滿，按之疼痛者可用凉膈散：瓜蒌、黄連、枳实、大黄、山梔、連翹、公英、柴胡各三錢。水煎服。

腸　結　核

腸結核多发生在迴腸末端、盲腸和升結腸。多由于肺結核病人，把带結核杆菌的痰嚥下或因血行感染所致；少数病人可由于飲食物混入結核杆菌，或身体其他部位結核病灶所传染。

诊断要点

一、多有肺結核史，

二、可有低烧、无力、消瘦、貧血等。

三、腹痛、腹胀、腹泻、便秘，或腹泻与便秘交替等。部分病人出現慢性不全性腸梗阻表現。

四、右下腹可有压痛及肿块。

预防　同結核病。

一、做好宣传，結核病人有痰要吐出，不要嚥下。

二、加强飲食卫生。

治疗

一、一般治疗：按結核病治疗原則，飲食要容易消化并富于营养。

二、抗結核治疗：应与全身其他脏器結核病变一同处理，有全身結核病者疗程要长，单純腸結核疗程要短些。一般应用异烟肼与鏈霉素联合治疗。

三、中药治疗：

1.慢性腹泻，食慾不好：

参苓白朮丸（虛弱的用），或附子理中丸（寒性的用）每日一、二丸。

党参四錢　白朮三錢　干姜錢半　甘草、砂仁、木香各一錢。水煎服（重症的用）。

2.腹部胀滿，疼痛不安，小便赤黃：

薏苡仁二两　丹皮、瓜蒌仁各一两。水煎服。

3.大便脓血：

穿山甲、白芷、貝母、僵蚕各二錢　大黃三錢。水煎服。

四、割治疗法：見“新医疗法”。

五、手术治疗：如有不全性腸梗阻，以及病变部位局限者，可手术切除。

結核性腹膜炎

当結核病人体力衰弱时，結核杆菌通过血液或从腹腔內器官直接蔓延到腹膜，而发生結核性腹膜炎。

诊断要点

一、多为比較重的肺結核，或腹腔脏器結核病人。

二、起病緩慢，全身中毒症状同肺結核，有腹痛、腹胀、腹泻或便秘，少数病人有发烧。

三、腹部体征：

1.腹水型：腹部膨隆，有移动性浊音及水波感，腹部压痛范围广泛。

2.粘連型：腹胀、压痛，触診有柔韌感（如揉面团的感觉），易併发腸梗阻。

3.肿块型：腹部明显压痛和抵抗，可触及肿块。

预防　同前

治疗

一、一般治疗：同肺結核。

二、抗結核治疗：同肺結核。一般可应用二种药物，疗程可根据病情决定。

三、有腸梗阻时可参考“腸梗阻”。

小儿抗結核葯物剂量表

类别	葯物	剂量 毫克/公斤/日	疗程 (月)	备注
小儿肺結核(原发綜合征、支气管淋巴結核)	1.异烟肼	10～15	12	第2法限于有中毒症状者
	2.异烟肼	10～15	12	
	鏈霉素	20～30	1～2	
粟粒型肺結核及結核性脑膜炎	1.异烟肼	15～25	18～24	第1法在鏈霉素停用后改用对氨基水楊酸鈉。异烟肼用葯6个月后，減量到10～15毫克。鏈霉素后2个月改为隔日注射
	鏈霉素	20～30	3～6	
	2.异烟肼	15～20	18～24	
	鏈霉素	20～30	3～6	
	对氨基水楊酸鈉	150～250	12	
滲出性胸膜炎	异烟肼	10～15	12	
	鏈霉素	20～30	1～2	

結核性淋巴結炎

結核性淋巴結炎多見于儿童和青年人，患者常有肺結核史。在周圍淋巴結中，以頸淋巴結結核最为常見。

頸淋巴結結核

頸淋巴結結核俗称瘰癧或鼠疮（潰破后）。主要經口腔或鼻咽部传入而感染。

诊断要点

一、在頸部一側或两側淋巴結肿大。早期能活动，无压痛，以后淋巴結之間以及与周圍組织发生粘連，形成結节状肿块。当淋巴結发生結核性坏死时，肿块部位皮肤呈暗紅色，有波动感，常自行潰破，流出稀薄淡黃色无臭脓液，并形成不易癒合的結核性潰瘍或竇道。部分病人淋巴結結核由于鈣化而病变停止发展。

二、病程緩慢，全身症状較少，可有低烧、无力、食慾不振等。

三、頸部淋巴結結核，需与頸部一般淋巴結炎、原发性肿瘤（淋巴肉瘤等）或继发性肿瘤（鼻咽癌、甲状腺癌等淋巴結轉移）相鉴别。

治疗

一、注意营养、加强鍛炼、增强体质、提高机体的防病能力。

二、抗結核治疗：早期口服异烟肼100毫克，每日三次。若全身症状明显，或局部病变广泛，或有結核性脓肿形成时，可加用鏈霉素1克，肌肉注射，每日一次。

三、局部注射疗法：对于結核性脓肿，可每隔2～3天抽脓后注入鏈霉素0.2～0.5克或异烟肼50～100毫克。

四、中药治疗：

1.内消瘰癧丸和小金丹，每日各服一付。

2.元参、牡蠣（醋煅研）、貝母（去心蒸）各四两。共研細末，炼蜜为丸，每服2～3錢，一日两次，溫开水送服。此方无論淋巴結有无潰破均可使用。

3.橘紅一两半　半夏一两　茯苓一两　甘草五錢　白芥子一两　肉桂五錢　麻黄一錢半　炮姜三錢半。酒糊为丸，每次服二錢，日服3～4次。此方适于淋巴結核已潰破者，并可配合用荆芥根煎湯外洗。

五、截根疗法：在发病初期一般治疗3～5次，肿块即可消失。

截根部位：选患側第7胸椎下旁开1.5寸的膈俞，或第9胸椎下旁开1.5寸的肝俞，做截根术。

截根方法：在已选取的截根部位，經消毒和局部麻醉后（不麻醉也可），捏起消毒皮肤，用手术刀切开皮肤一公分长，再用剪刀尖挑断刀口下的皮下組织达0.5公分深，然后涂以碘酒并敷以消毒紗布，固定好即可。

一般隔7—10天截根一次，两个穴位可交替使用。对已化脓而沒潰破的淋巴結核疗效不好。

六、手术治疗：

1.病变局限，淋巴結质硬，病程較长，可作手术切除。术前后需用抗結核药物治疗。

2.慢性潰瘍或竇道形成，經久不癒，可彻底刮除結核性腐敗組织，創面用鏈霉素或异烟肼溶液湿敷。

泌尿生殖系統結核

泌尿生殖系統結核，常继发于身体其他部位的結核（如肺結核），主要为血行感染所致。多見于青壮年。

泌尿系統中結核病变，首先出現在腎脏。腎結核开始时常为单側病变，以后沿着尿路传播，可引起腎盂、輸尿管和膀胱結核，也能引起生殖系統結核。

男性生殖系統結核中，以附睾結核最多見。附睾結核也可波及睾丸。

女性生殖系統結核，最常发生的部位是輸卵管，其次是子宫內膜。

泌尿系結核

诊断要点

一、在开始阶段，病程緩慢，可无明显症状，或有輕度疲劳、腰痛等表現。

二、当病变侵犯到膀胱时，出現尿頻、尿痛及血尿。腎結核晚期病人，有結核病的全身症状和腎功能不全或尿毒症的表現。

三、尿液检查可发現紅細胞、白細胞和脓細胞，由尿沉渣中查到結核杆菌有助診断。

治疗

一、药物治疗：适用于泌尿系結核早期及双側腎結核，腎功能有明显損害者。

1.抗結核治疗：鏈霉素1克，肌肉注射，每三日一次；异烟肼100毫克，每日三次；对氨基水楊酸鈉2克，每日四次。一般联合用药3～6个月后复查一次，以确定疗效和决定继續用药时間。

2.对症治疗：为减輕膀胱刺激症状可用：

（1）碱性药物：如碱性合剂（6％醋酸鉀、6％碳酸氢鈉、6％枸櫞酸鈉各50毫升，加水到500毫升）每次10毫升，每日三次。

（2）解痙药物：如顯茄片0.008克，每日三次。

3.中药治疗：馬齿莧（新鮮的3斤，干的半斤）搗碎，以黃酒2斤浸泡三天去渣，每次服5毫升，每日三次。犀黃丸：每日1～2付，可連服1～3个月。

二、手术治疗：适用于单側严重腎結核，而对側腎功能良好及周身无活动性結核病变者。

附睾結核

诊断要点

一、多数病程发展緩慢，局部可有輕度疼痛和胀墜感。

二、附睾尾部或头部可触及硬結，同側輸精管多呈串珠样結节，可伴有輕度压痛。

三、双側附睾結核患者，可引起不育症。

治疗

一、抗結核治疗：可应用鏈霉素和异烟肼，剂量与用法同泌尿系結核。

二、手术治疗：經药物治疗不見好轉者，可行附睾切除术。

盆腔結核

诊断要点

一、活动期可有結核病的全身中毒症状。

二、月經不規則，經量早期偏多，以后減少，以至閉經。

三、未婚及原发不孕的妇女，或身体其他器官有結核病灶者，若出現盆器炎症状，应多考虑本病。

四、妇科检查所見同慢性盆器炎。

治疗

一、发烧、血沉增快者，应用抗結核药物（見“肺結核”）。

二、腰酸、腹痛明显，或鏈霉素肌肉注射有輕微副作用者，可用鏈霉素0.2克，次髎穴位注射，每日一次，10天为一疗程，間断使用，可注射6～10个疗程。

三、其他治疗同慢性盆器炎。

四、如經治疗后症状无明显好轉，可手术切除附件。

骨关节結核

当結核杆菌由原发病灶經过血液循环侵犯到骨和关节，可以造成骨关节結核病。以儿童多見。好发部位是胸椎、腰椎、髖关节和膝关节等。

诊断要点

一、全身症状：有低烧、乏力、食慾不振、盜汗和消瘦等。

二、局部症状和体征：

1.四肢关节結核：局部疼痛，尤以夜間为重，关节肿胀。日久引起关节附近肌肉萎縮并有功能障碍，甚至关节畸形强直。

2.脊柱結核：早期仅感局部酸痛，弯腰不便，病变椎体的棘突有固定的压痛点。日久可出現成角畸形，重者造成截癱。

3.結核病继續发展，可形成寒性脓肿及竇道。

三、輔助診断：

1.血沉：早期及活动期患者血沉加快，对診断很有帮助。

2.放射綫攝片：有助于进一步了解病情。

四、鉴别診断：四肢的骨关节結核需和慢性化脓性骨髓炎相鉴别，后者好发于长骨骨干，有急性发病史，白細胞計数增高，日久可形成大块死骨和竇道。

治疗

一、抗結核治疗：最好选两种药物同时应用，常用的是鏈霉素和异烟

肼。脊柱結核患者鏈霉素注射总量应在60克以上；四肢关节結核的总量在45克以上，以后視病情需要而定。患病初期可每日注射1克，继之可减为隔日1克或三日1克，服用异烟肼的时間应維持一年以上。

二、局部固定：脊柱結核病人需要絕对臥床休息，直至病情稳定，一般約需半年，儿童可考虑石膏床固定。四肢关节結核用石膏固定，一般約需2～3个月。局部固定时間的长短必須依病情变化而定，如病变經久不癒，則固定时間应延长。

三、手术治疗：骨关节結核病人，在有条件的地方，可以爭取早期作病灶清除术，疗效較佳。經过抗結核药物及局部固定治疗后，病情仍不見好轉者，也应爭取手术治疗。

呼吸系統疾病

呼吸系統包括鼻、咽、喉、气管、支气管和肺。

鼻腔对于吸入的空气有使之溫暖、湿潤、滤淨的作用。空气經过鼻、咽喉、气管、支气管而后到肺。

肺位于胸腔內，表面包有一层光滑的膜叫胸膜。貼于肺脏表面的，叫脏层胸膜；貼于胸壁的，叫壁层胸膜。两层之間有一个腔隙，叫胸膜腔。腔內有少量的液体，起潤滑作用。正常情况下胸腔內压力小于外面压力。当胸壁受伤被穿透时，气体可进入胸腔，发生气胸，压迫肺脏使之萎縮。

肺的左側为两叶，右側为三叶。上部叫肺尖，下部叫肺底。左右两肺朝向心脏的面叫肺門。有气管、血管、神經出入。肺是由許多肺泡构成。肺泡壁有丰富的毛細血管，氧气和二氧化碳的交換就是在肺泡里进行的。

支气管炎　附：支气管扩张

支气管炎是因受細菌、病毒的感染，或吸入刺激性气体所引起。分急、慢性两种。

诊断要点

一、急性支气管炎：

1.开始多有上呼吸道感染症状，但以咳嗽为主，初为干咳，以后痰液漸多，細菌感染严重的痰液为黃色脓样。

2.肺部听診可有呼吸音粗糙及干，湿性囉音。

二、慢性支气管炎：

1.輕者除早晚有咳嗽外，常无其他症状。在气候轉变和冬季时症状加

重，痰量增多，天暖后症状又消失。有时喀出大量黄色脓性粘痰，甚至痰中带血。久病患者常併发肺气肿。

2.肺部听診可有干、湿性囉音及哮鳴音，多在肺的中、下部，且随咳嗽而有变化。

三、支气管扩张：

1.长期咳嗽并受体位影响，早晨起床与晚上临睡时，痰量較多有恶臭，靜置后可分三层。可有間歇性咯血，如有感染时可以发烧。

2.久病患者可有杵状指，肺部听診囉音部位固定，不随咳嗽而改变。

预防

一、天气有变化时，注意增减衣服，避免忽冷忽热，防止受凉感冒。

二、加强耐寒鍛炼，慢性支气管炎患者，应忌烟或少吸烟，可减少急性发作。

治疗

一、发作期应休息，戒烟，可服用鎮咳祛痰药，如复方甘草片，每次3片，每日三次；痰不易咯出时可服氯化銨0.3～0.6克，每日三次。

二、中药治疗，以散风宣肺、化痰止咳为主。

1.风寒：咳嗽明显，痰色白而稀薄，舌苔薄白，脉浮弦。以散风寒为主。

杏苏散加减：杏仁、紫苏、前胡、枳壳各三錢　云苓四錢　桔梗二錢　生姜三片。水煎服。

加减：痰多呕吐者加半夏、桔紅各三錢。

通宣理肺片，每次4～6片，每日三次；痰多者加服二陈丸，每次一丸，每日两次；伴有哮喘者服止嗽定喘丸，每次10粒，每日两次，或气管炎丸，每次30粒，每日三次。

2.风热：咳嗽痰少或黃稠，舌苔薄黃，脉浮数。以清热宣肺为主。

桑菊飲加减：桑叶、黃芩、杏仁、桔梗、浙貝母、炙杷叶各三錢　鮮芦根一两。水煎服。

加减：热重加生石膏五錢；痰多加瓜蒌仁四錢；咽疼加牛子三錢；喘重加麻黃二錢。

川貝精片，每次4片，每日三次。

3.肺热：午后发烧，咳嗽痰黃稠、胸疼便秘，舌苔黃腻，脉滑数。以清热泻肺为主。

泻白散加减：桑白皮、杏仁、桔梗各三錢　地骨皮、黃芩、炙杷叶各四錢　鮮芦根一两。水煎服。

加减：痰多加瓜蒌五錢　浙貝母三錢或黛蛤散三錢；咳重加葶藶子三錢冬瓜子五錢；热重加生石膏五錢；喘重加麻黃二錢。

泻白丸，每次一丸，每日三次；二母安嗽丸，每次一丸，每日三次；

清肺抑火丸，每次一丸，每日两次；枇杷露，每次10～15毫升，每日三次；止咳化痰糖浆，每次10～15毫升，每日三次。

4.咯血：支气管扩张痰中带血，以及久病咳嗽，舌紅苔少，脉細数。以清肺养阴、安絡止血为主。

养阴清肺湯加減：炙杷叶、杏仁、貝母各三錢　生地、沙参、麦冬、玉竹各四錢　鮮茅根一两。水煎服。

加減：咯血量多加藕节一两　白芨面一錢（送服），或汉三七面一錢（冲服）；痰中带血加阿胶二錢（化服）。

玉露保肺丸，每次一丸，每日两次；养阴清肺丸，每次一丸，每日两次。

三、卤干疗法：对慢性气管炎效果良好（見“新医疗法”）。

四、如有发烧可用磺胺药或青、鏈霉素控制感染。咳嗽伴有哮喘和呼吸困难者，可給麻黄素25毫克或氨茶碱0.1克，每日三次。

五、支气管扩张合併感染时，亦应使用抗菌素控制；痰量多者，可用順位引流排痰（如头低脚高位，有助于肺底部病变痰液的排出；坐位有助于肺上叶痰液之排出）。咯血多时，可用垂体后叶素10单位，用20毫升生理盐水稀释后，作靜脉緩慢注射，但有高血压、动脉硬化或心脏病者禁用。

支气管哮喘　附：肺气肿、肺原性心脏病

支气管哮喘是呼吸道过敏性疾病。多发生于体质过敏的人。动物皮毛、魚、虾、花粉等均可为过敏原，有的发生在上呼吸道感染之后，但临床上往往不易确定是由哪种因素所致。

诊断要点

一、陣发性哮喘反复发作，多在夜間发生，发作时病人出大汗，表情痛苦，呼气延长，呼吸困难。发作过后，病人可无症状。

二、检查时可听到大量哮鳴音，如有继发感染可听到湿性囉音。

三、本病应与心原性哮喘相鉴别，后者是左心衰竭的表現，多見于老年人，有高血压或其他心脏病史，病人呼吸增快，但呼气并不延长，心脏扩大，心率加快，可有杂音及心律不齐，两肺底有湿性囉音，而少哮鳴音。

此外，还应与白喉、喉炎、支气管异物及自发性气胸等相鉴别。

併发症

一、肺气肿：是慢性哮喘及慢性支气管炎的併发症。哮喘发作后，患者仍感呼吸困难，检查胸呈桶状，叩診呈高清音，心界似縮小或消失，呼吸音減弱，心音遙远。

二、肺原性心脏病：久患哮喘、肺气肿等肺部疾患常引起右心增大，形成肺原性心脏病。此病常因肺部感染而誘发右心衰竭，病人有心慌、气短、頸靜脉怒张、肝肿大和下肢浮肿等表現。

预防

一、为了減少复发应注意加强鍛炼，气候突变时应注意增減衣服，不要吸烟。

二、平时注意避免吸入有刺激性的粉尘或气体，如能找到发作原因設法避免，是一理想办法。

治疗

一、中药治疗：

1.肺热：哮喘发作，伴有痰多黃稠、大便干燥、脉数。以清热定喘为主。

麻杏石甘湯加減：麻黃二錢　杏仁、桑白皮、葶藶子、瓜蒌仁各三錢生石膏五錢。水煎服。

加減：痰多加浮石四錢　竹瀝水一两（兌冲）；大便干燥加大黃二錢；胸悶腹胀加枳实、厚朴各三錢。

百花定喘片，每次4～6片，每日两次。

蚯蚓粉：将蚯蚓焙干研为細面，每次服2～3錢，每日两次。

2.肺寒：遇冷发作，痰多白沫状，多有較长病史。以溫肺定喘为主。

处方：麻黃、五味子、白芥子各二錢　半夏、杏仁、射干各三錢　細辛五分。水煎服。

加減：喘重加冬花、白果各四錢，或加地龙三錢；痰多加云苓四錢干姜二錢。

3.虛喘：多为老年人或久病哮喘，体质瘦弱，于活动后呼吸困难加重，說話无力，脉細。以补肺腎定喘为主。

处方：苏子、半夏、陈皮各三錢　云苓、胡桃仁、补骨脂各四錢　肉桂一錢。水煎服。

加減：喘重加鵝管石五錢　黑錫丹一付；体弱加党参、熟地各三錢；痰多加萊菔子、白芥子各三錢。

二、新針治疗：〔主穴〕定喘。〔备穴〕天突、內关、足三里。針法：合併咳嗽加天突；胸痛、呼吸困难加內关；体弱加足三里。

三、割治疗法及卤干疗法：（見“新医疗法”）。

四、一般发作可选用下列一种药物：

1.麻黃素25毫克，每日三次。

2.氨茶碱0.1～0.2克，每日三次。

3.异丙基腎上腺素（喘息定）10毫克，每日三次口含。有动脉硬化性

心脏病者忌用。

应用上述止喘药的同时，除配合应用抗組织胺类药或鎮靜药外，还可用祛痰药，如氯化銨0.3～0.6克，每日三次。

五、經上述一般药物治疗，效果不佳时可选用下法之一种：

1.用0.1%腎上腺素0.3～0.5毫升，皮下注射，必要时半小时至两小时后可重复使用，可連續数次直至发作停止。有高血压病者愼用。

2.氨茶碱0.25克加入50%葡萄糖40毫升內，作靜脉注射，必要时可在3～5小时后重复使用。亦可作肌肉注射，每次0.25～0.5克，为了减少局部疼痛，可与1%普魯卡因2毫升混合后注射。

3.严重病人，如哮喘持續24小时不緩解时，可采用促腎上腺皮质激素12.5～25单位（小儿5～10单位）或氢化可的松100～200毫克，加入5%葡萄糖500毫升中作靜脉滴入。亦可用强的松5～10毫克，每日3～4次口服，待发作制止后，将药量递減。

六、有呼吸道感染时，哮喘往往难以控制，故应使用抗菌素控制感染。

七、发作严重时如有条件可給氧气吸入。

八、肺气肿及肺原性心脏病患者，重在預防和控制感染，一旦发生心力衰竭，应用强心剂和利尿剂治疗（見“心力衰竭”）。

大叶性肺炎

大叶性肺炎多发生在冬末春初，当身体抵抗力减低时，肺炎双球菌趁机侵入而引起。突然受凉常为发病誘因。

诊断要点

一、发病急，突然寒战高烧，胸痛咳嗽，痰中带血或喀鉄銹色痰。

二、早期体征不多，部分患者口周出現单純疱疹，患側肺部只有呼吸音稍低，可伴有少数湿性囉音。待病变发展，浊音卽漸明显，語音震顫增强，可有管状呼吸音。重者可有呼吸困难、唇指发紺、四肢发凉、血压下降、脉細速呈休克状态，当肺炎发生休克时，称“中毒性肺炎”。

三、如果有条件可作放射綫胸部透視或攝片。查血像白細胞計数可高达2万～3万/立方毫米。对确定診断有帮助。

併发症 凡热度持續不退，或一度下降又再次升高时，应考虑有併发症的可能。其中以胸膜炎、肺化脓症为常見。

預防 平时加强身体鍛炼；天冷时劳动或运动，大量出汗后，防止突然受凉，可减少本病的发生。

治疗

一、患者应臥床休息；胸疼时可服止痛片，如优散痛0.5克，每日三

次；咳嗽重时可服复方甘草片。

二、抗菌药物治疗：

1.磺胺药：常用的有磺胺噻唑及磺胺嘧啶，第一次是2克，以后每4～6小时1克，至热退后3～4天再停药。服磺胺药时应与等量苏打同服，并嘱病人大量喝水。

2.青霉素：按病情輕重，每4小时肌肉注射20万～40万单位，应于烧退后3～5天停药。重者可合用鏈霉素1克，肌肉注射，每日一次。

3.如果病人对青霉素过敏可选用四环素或氯霉素（前者0.5克，后者0.25克），每4～6小时一次，烧退后可再服三天。

4.中毒性肺炎，应按中毒性休克搶救（見“流脑”）。

三、中药治疗：以清热解毒宣肺为主。

麻杏石甘湯加減：銀花、鮮芦根、生石膏各一两　連翹五錢　杏仁、桑白皮、黛蛤散各三錢　麻黃二錢。水煎服。

加減：高热加黃芩五錢　紫雪散五分至一錢（送服）；胸疼加瓜蒌四錢郁金三錢；恢复期去麻黃、石膏，加赤芍、玄参、麦冬各三錢。

四、新針治疗：高烧点刺少商放血，用重刺手法針大椎、定喘、尺泽、曲池、合谷。

肺　膿　肿

肺脓肿是肺部常見的化脓性感染，常因带有細菌的分泌物或异物吸入肺內而造成。开始为化脓性肺炎，如果治疗不及时，从而形成脓肿。脓肿多发生于右肺下叶，往往是单个，可以形成空洞。

诊断要点

一、起病突然，有发冷、发烧和咳嗽，有时有胸痛。起病后1～2周左右咳嗽加剧，咯出大量脓痰，痰量每天可达几百毫升，常有恶臭，靜置于玻璃瓶中，可見分为三层。

二、脓肿較大的，叩診呈浊音，呼吸音減弱，有管状呼吸音或干湿性囉音。慢性病人有杵状指。

三、应与結核性空洞、肺癌、支气管扩张继发感染相鉴别。結核性空洞有結核病症状及历史；肺癌年龄多在40岁以上，若有继发感染时，用抗菌素治疗，开始症状好轉，以后不继續改善者，应想到有肺癌之可能；支气管扩张患者多有較长时間的咳嗽和反复发烧、多痰及咯血历史，在肺部下方可听到固定的湿性囉音。

四、如果有条件可作放射綫透視或摄片，可确定病变的部位及大小。

预防

一、昏迷病人注意口腔卫生，随时吸痰。

二、吸入气管的异物，应立即取出。

三、及时彻底地治疗肺炎。

治疗

一、体位引流：采取容易使痰喀出的姿势，以利脓痰的排出。每日两次，每次20分钟。脓腔位于上叶者，可取坐位；脓腔位于下叶者，可取头低脚高伏臥姿势，将床脚抬高1尺左右。飯后不宜进行。

二、抗菌药物治疗：青霉素20万～40万单位，肌肉注射，每4～6小时一次，并加鏈霉素1克，肌肉注射，每日一次，疗程至少4～6周，直至症状及体征完全消失。如症状不見好可改用四环素、氯霉素或其他广譜抗菌素。

三、中药治疗：以清热解毒化痰排脓为主。

葦茎湯加味：鮮芦根二两　薏苡仁、冬瓜子各一两　桔梗五錢　桃仁、浙貝母、黄芩各三錢　黛蛤散三錢。

加减：发烧加銀花五錢　生石膏一两；　脓痰較多加魚腥草一两．敗醬草、瓜蒌、公英各三錢；恢复期加沙参、生地各五錢　百部三錢。

四、手术治疗：經积极药物治疗四个月不癒者，应考虑手术治疗。

消化系統疾病

消化系統包括口腔、咽、食管、胃、腸、肝、胆囊和胰腺等器官。

食物先在口腔嚼碎，然后經咽、食管到胃。在胃內經过充分攪拌和初步消化（胃酸并有杀菌作用），經过4～5小时，通过胃的幽門到小腸。食物和养料的吸收主要靠小腸来完成。大腸除能吸收水分外，还把消化后的食物残渣推向直腸，由肛門排出。

肝位于腹腔右側的最上部，能分泌胆汁，經胆囊浓縮与排出，以帮助脂肪的消化和吸收。此外肝脏还有解毒和吞噬細菌等功能。

胰腺也是重要的消化腺，位于上腹部稍偏左，能分泌胰液，內有胰淀粉酶和脂肪酶，以消化腸內食物。

腹膜是复盖在腹腔內的膜，分两层，紧貼在腹壁內面的叫壁层，貼在脏器表面的叫脏层，两层之間有一腔隙叫腹膜腔，內有少量液体以减少摩擦。

急性胃腸炎

急性胃腸炎是由于飲食不当，或吃了被細菌污染的食物所引起。常发生在夏秋季。

诊断要点

一、有吃不洁食物或同食者多人得病的历史。

二、发病急，以腹痛、恶心、呕吐及腹泻为主要症状。大便在初期为

粥状，继之为水样有恶臭，少数病人有粘液、血便。

三、可伴有发烧，严重者有脱水及休克等現象。上腹部可有輕压痛，一般无肌紧张及反跳痛。腸鳴音亢进。

预防 我們必須发动群众，人人动手，除四害讲卫生，移风易俗，把住“病从口入”这一关。

一、加强个人卫生和飲食卫生的管理。

二、不吃不清洁和腐敗变质的食物，隔頓或隔夜的食物应煮沸后再吃。

三、做好环境卫生，彻底消灭蒼蝇和老鼠等传染媒介。

治疗

一、臥床休息。呕吐严重者应暫时禁食半天至一天，待呕吐停止后，可吃些米粥等流食。严重脱水者，应靜脉滴入生理盐水和5%葡萄糖，每日約2,000～3,000毫升（其中生理盐水約占2/3,余为葡萄糖液）。如发生休克，靜脉輸液速度应加快，一般在液体补足后，休克即可恢复。

二、中药治疗：以散寒和胃为主。

藿香正气湯加减：藿香、苏梗、清半夏、厚朴各三錢　云苓五錢　蒼朮四錢　生姜三片。水煎服。

加减：腹泻小便不多加車前子四錢　六一散三錢；脉沉四肢发凉加党参三錢　干姜二錢；有热者加黄連三錢　葛根二錢；发热重者加銀花四錢　薄荷二錢。

藿香正气水，每次5～10毫升，每日两次，或藿香正气丸，每次1～2丸，每日两次，或十滴水，每次10～20滴，每日一～二次。

三、新針治疗：〔主穴〕內关（內关透外关）、中脘、足三里。〔备穴〕天枢、止泻、采用强弧度刮針法，或配合灸疗肚臍（神闕穴）10～20分钟。

四、对症治疗：

1.腹痛、恶心、呕吐时可用阿托品0.5～1毫克皮下注射，或加用苯巴比妥鈉0.1克肌肉注射，亦可服用复方顛茄片，每次1～2片，每日三次。

2.腹泻时一般不用止泻药，但大量腹泻严重消耗病人体力时，除以阿托品皮下注射以减低腸蠕动外，同时可用次碳酸鉍1克，每日三次，或活性炭1～2克，每日三次，以吸附毒素减少对机体的刺激。

3.发烧超过39°C者，以物理降溫为主，用毛巾浸凉水做冷敷。药物退烧可用安乃近0.5～1克，肌肉注射，但必須注意病人突然退烧，大量出汗，可能发生虛脫。

五、如果考虑为沙門氏菌属或葡萄球菌所引起者，可选用下列药物之一种口服，同时服用对症药物。

1.呋喃西林100～150毫克，每日3～4次。
2.磺胺脒2克，每日四次。
3.黄連素0.2克，每日三次。
4.痢特灵100毫克，每日三次。
5.合霉素0.5～1克（氯霉素剂量减半），每日四次。
采用以上药物治疗时，在症状消失后1～2天方可停药。

慢性胃炎

慢性胃炎很常見，由于长期吃刺激性食物（如酒、辣椒等）、飲食习慣不良（如进食过快，食物过硬、过冷和过热等）或因患急性胃炎未及时治疗等，均可为发病的原因。

诊断要点

一、胃酸缺乏者：有食慾不振、飯后飽胀、上腹不适、打嗝有臭味，尤其在飲食不当时更易犯病。长期患病者則有消瘦、脸色蒼白、舌苔膩、或舌光滑。

二、胃酸过多者：有吐酸水及烧心样不适，很像潰瘍病，但腹痛无規律性，且伴有消化不良現象。

三、可有上腹部压痛，但压痛区較潰瘍病广泛，輕者可无异常发現。

预防

一、注意飲食卫生，避免大量的飲酒、吸烟及长期吃刺激性食物。
二、要彻底治疗急性胃炎。

治疗

一、使患者掌握发病規律，避免誘因，注意飲食习慣。
二、中药及新針治疗：有較好的效果，可参見“胃及十二指腸潰瘍”。
三、以腹痛为主同时伴有反酸者，可用制酸剂和解痙剂（見“胃及十二指腸潰瘍”）。如效果不好可用0.5～1%普魯卡因，每次10毫升，每日三次。
四、胃酸缺乏者，可服稀盐酸15～20滴，每日三次，飯前服。为防止盐酸損坏牙齿和粘膜，可将稀盐酸与食物混合稀释后再服。此外可用各种健胃药，如三酶散、乳酶生、胃蛋白酶等。

胃及十二指腸潰瘍

胃及十二指腸潰瘍是常見的消化道疾病，多在胃幽門部或十二指腸球部产生潰瘍。青壯年多見。

诊断要点

一、有較长的病史，以秋冬两季容易犯病。

二、上腹部疼痛常与飲食有密切关系，其疼痛具有三个特点，即慢性、周期性和节律性。胃潰瘍常在进食后立即发生，約持續1～2小时；十二指腸潰瘍在食后反可減輕，疼痛多在飯后2～4小时发作，并持續至再次进食才停止，夜間疼痛也是十二指腸潰瘍的特点之一。口服碱性药物，疼痛可減輕或消失。

三、一部分病人有打嗝、吐酸水等現象。約1/5的病人有呕血或黑便史。

四、发作期間，胃潰瘍压痛点在上腹部正中綫或臍偏左处，而十二指腸潰瘍多在右側。

五、本病应与胃癌相鑒别，后者多发生在40岁以上，无明显原因的体重減輕与貧血，經抗酸与解痙治疗症状不見緩解，且疼痛无規律性，如有条件可做胃腸道鋇餐透視或攝片，可明确診断。晚期病人，可在左鎖骨上触及肿大的淋巴結。

併发症

一、出血：出血輕重不一，輕者仅有黑便，重者可有大量便血或呕血。一次出血量超过400毫升时，可有头暈、心慌、面色蒼白、出冷汗、口渴、脉快和血压下降等表現。

二、穿孔：見“急腹症”。

三、幽門梗阻：病人有飯后腹胀、恶心、呕吐，吐出物为隔日或隔頓食物，有酸臭味，吐后症状緩解。上腹部有蠕动波和震水声。

四、胃潰瘍恶性变：同前述之胃癌症状。

預防 保持革命乐观主义精神，加强体格鍛炼。不吃刺激性食物，注意飲食习慣。

治疗 充分发揮病人的主观能动性，使病人有信心战胜疾病，在治疗上具有重要意义。

一、应进容易消化的、无刺激性食物；发作重时应适当休息或減輕劳动。

二、中药治疗：

1.虛寒：胃痛遇冷加重，喜热喜按，空腹痛食后減輕，腹胀，脉沉迟。以溫胃散寒为主。

良附丸加味：高良姜、香附各三錢　白朮四錢　毕拨、炙甘草各二錢。水煎服。

加減：飲食少加沉香麭三錢　焦三仙一两；腹胀加烏药三錢　炮附子二錢；呕吐加生姜三片　吳萸一錢，或丁香二錢。

胃气止痛丸，每次一袋，或附子理中丸，每次一丸，均每日二次。

2.胃阴虛：胃痛喜冷飲食，消瘦，口干舌紅，脉細数。以益胃养阴为主。

益胃湯加減：沙参五錢　麦冬、党参、扁豆各四錢 黄連、玄胡各三錢。水煎服。

加減：呕吐加半夏三錢；食慾不振加佛手三錢。

3.气滞（肝胃不和）：胸胁胀滿疼痛，情緒激动容易急躁，嗳气吐酸水，打嗝，食慾不振，脉弦。以調气平肝为主。

逍遙散加減：柴胡三錢　炒白芍、当归各四錢　白朮、香附、川楝子、枳殼各三錢。水煎服。

加減：有热加炒黄連各一錢；吐酸水加烏貝散二錢；痛重加青皮二錢五灵脂三錢。

香砂枳朮丸，每次一袋，每日两次；十香止疼丸，每次一丸，每日两次，或在疼痛时服用；烏貝散（烏賊骨粉八份半；貝母一份半，炒研細粉，不可炒焦，二味混匀），每次服一錢，飯前半小时溫开水調服，每日三次。适用于胃痛、吐酸水。

4.血瘀：胃部刺痛，食后痛，痛处固定，拒按，大便色黑如柏油样或吐血。以活血化瘀为主。

失笑散加減：生蒲黄、五灵脂、当归、赤芍、玄胡各三錢　旱蓮草五錢。水煎服。

加減：痛重加薤白、香附各三錢；出血加生地、白茅、地楡各三錢；吐血量多加花蕊石五錢　汉三七面一錢（冲服）。或用失笑散原方，蒲黄八分五灵脂一錢。共研細末，溫开水送服。

三、新針治疗：〔主穴〕内关。〔备穴〕足三里、三阴交、中脘、阴陵泉。針法：疼痛发作时，先針内关，疼痛較輕者能当时止痛。如果是空腹痛，配三阴交；食后腹痛配足三里。如上法疗效不明显，加配中脘。

四、按摩、埋綫、割治、卤干疗法：見“新医疗法”。

五、抗酸剂：常用的有碳酸氢鈉1克，或氢氧化鋁1克，或氧化鎂1克，或維生素U 50毫克，每日均为三次，在飯后服用，以便中和胃酸。

六、解痙剂：常用的有顛茄片2片，或阿托品0.3毫克，或普魯本辛15毫克，或溴本辛50毫克，或东莨菪碱0.3毫克，每日均为三次。

以上抗酸与解痙剂，任选其中各一种，或联合使用，或应用抗酸解痙成药，如复方胃舒平、胃得宁等，至症状消失后1～2个月，以巩固疗效。

七、併发症的治疗：

1.出血：要臥床休息，应用止血药，如肌肉注射維生素K 3.84毫克，或用安絡血10毫克，必要时4小时后可重复使用。輕者可进少量流食如稀粥等，严重时应禁食并輸液。密切观察脉搏、血压和出血量，如大量出血时，应考虑輸血。对非手术治疗不見好轉，或反复出血，或年龄在50岁以上，以及怀疑胃癌出血者，应予手术治疗。

2.穿孔：見“急腹症”。

3.幽門梗阻：輕者可进流质食物，重者需禁食，并由靜脉輸液。口服或肌肉注射阿托品，必要时可用溫盐水洗胃。經非手术治疗不見好轉，梗阻反复出現或梗阻比較完全者，应手术治疗。

4.恶性变：应早期手术治疗。

細菌性肝膿肿

細菌性肝脓肿的感染可来自肝动脉、門靜脉、邻近器官，或由于外伤所致。常見的致病菌为葡萄球菌，其次为大腸杆菌。多继发于疖、痈、上呼吸道感染、骨髓炎、中耳炎等所造成的敗血症，以及胆道和腹腔脏器的炎症。以肝右叶、多发性脓肿多見。

诊断要点

一、发病急驟，高烧、寒战、出汗、恶心、呕吐、食慾不振、右上腹或肝区疼痛，为持續性鈍痛，于深呼吸时加重，可放射至肩背部。有时出現黃疸，重者可昏迷。

二、右下胸部呼吸运动受限，右上腹压痛、肌紧张，肝脏肿大及触痛。

三、白細胞总数及中性白細胞百分比明显增高。

四、放射綫透視或摄片检查可見膈肌升高，运动受限和肝脏阴影增大等。

五、选择压痛最显著部位行肝穿刺对診断有一定帮助，但操作須愼重。

治疗

一、一般治疗：如加强营养、輸血、輸液等。

二、大量抗菌药物：如注射大量青霉素，或合用金霉素或合霉素。

三、中药治疗：治以清热解毒为主，以龙胆泻肝湯（方見“化脓性中耳炎”）加減。有高烧者加生石膏、蒲公英各一两；肋痛者加川楝子、元胡各三錢；便秘者加大黃三錢。

四、如局部有明显隆起，或有显著压痛，或皮肤出現水肿时，可考虑穿刺抽脓，必要时行切开引流术。

肝　硬　化

肝硬化是一种慢性肝脏疾病。致病原因很多，如营养不良、血吸虫、传染性肝炎、中毒等。

诊断要点

一、既往可有长期飲酒习慣，有传染性肝炎、慢性胆道疾患、血吸虫等病史。

二、早期（代偿期）：有体弱、食慾不振、腹胀、腹泻等症状。体检时可发現肝肿大，质地較硬，脾脏常可触及，并可見蜘蛛痣等体征。

三、晚期（代偿不全期）：皮肤干燥，面容灰黃，可有輕度黃疸。肝脏可能反見縮小，脾脏明显肿大及貧血，腹壁靜脉曲张，出現腹水，以及下肢水肿，肝脏損害严重者可出現昏迷。

四、本病应与肝癌鉴别，后者一般情况恶化迅速，有右上腹痛，肝脏增大速度快，表面不平有結节，且质地坚硬如石。

預防

一、及时的积极的治疗慢性肝病，消灭寄生虫病。

二、改进环境卫生，加强飲食卫生的管理，減少或消灭传染性肝炎及胃腸道感染，对預防肝硬化有一定意义。

治疗 过去在刘少奇反革命修正主义卫生路綫的影响下，肝硬化被宣判为“不治之症”，严重地影响了患者对战胜疾病的信心。毛主席教导我們：**“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。”**我們对于疾病要有坚强的斗爭意志，滿怀信心地合理安排生活和治疗，让体內慢慢增长抵抗力，就可最后战而胜之。

一、适当的注意营养，多吃些醣类及蛋豆类食物；如有水肿应少吃盐碱类食物；有消化不良时，可服用三酶散。

二、腹水的治疗：

1.双氢克尿塞25毫克，每日三次，同时服用氯化鉀1克，每日三次。

2.撒利汞1～2毫升肌肉注射，先由0.5毫升开始，每周不宜超过两次。有腎功能不良者禁用。

3.如应用以上办法效果不佳时，可同时应用双氢克尿塞25毫克、强地松10毫克和安体舒通20毫克，每日3～4次。

4.如果因为腹水过多而产生压迫症状时，可抽腹水（見“腹腔穿刺术”）。

三、食道及胃底靜脉曲张破裂出血的治疗：

1.呕血时应禁食及停止一切口服药物，一般情况稳定后4小时，可考虑給予少量溫米湯。

2.安慰病人，解除紧张情緒，必要时可給鎮靜剂，如水合氯醛合剂20～30毫升，直腸灌注。

3.止血剂：可用仙鶴草素5毫升，肌肉注射，每日1～2次；安絡血5～10毫克，肌肉注射，每2～4小时一次。

4.取10%葡萄糖500～1,000毫升，加脑垂体后叶素10～20单位，靜脉滴入。

5.食道气囊塡塞疗法（图8—1）：

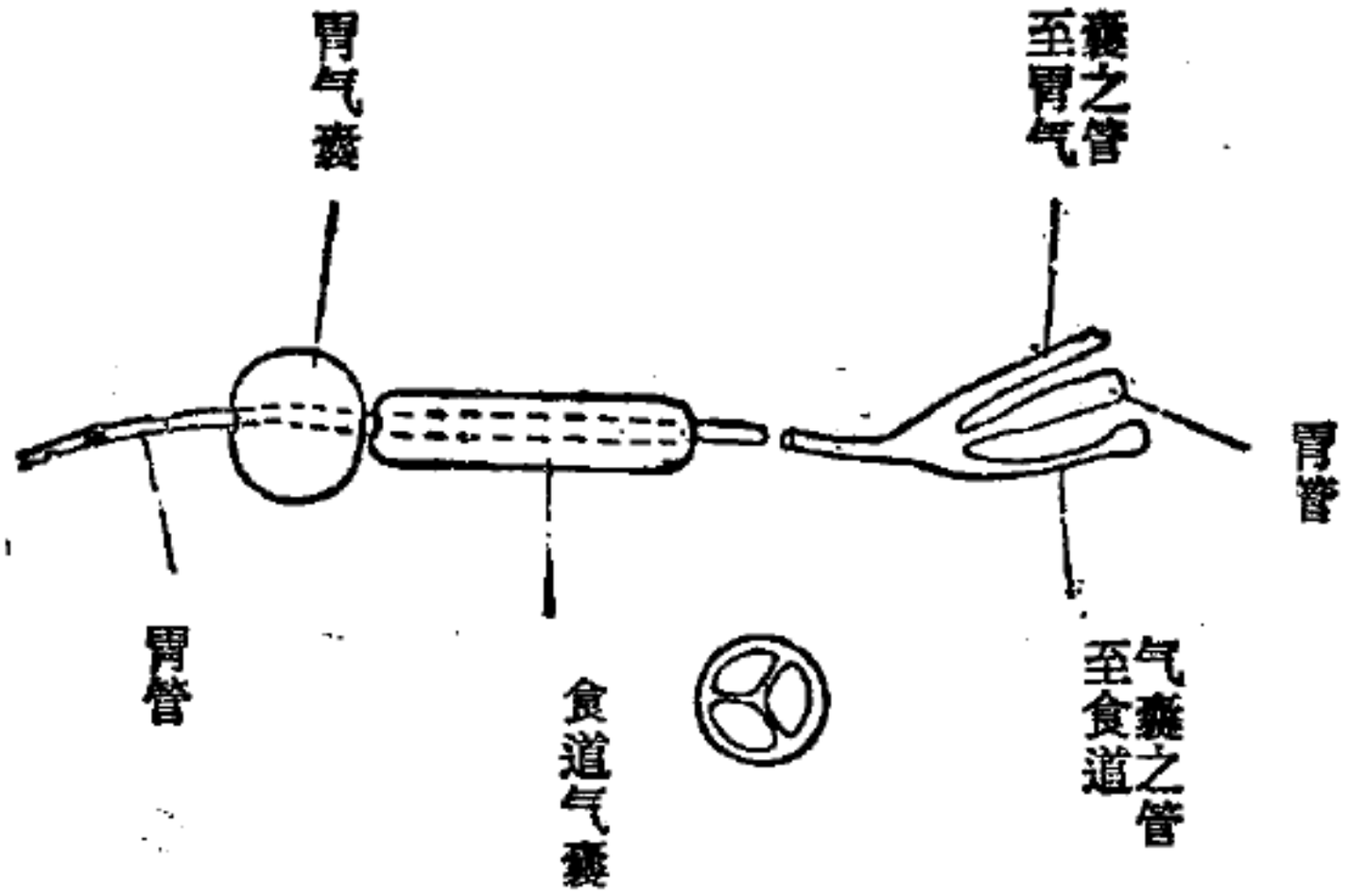


图 8—1　双气囊三腔管

三腔管的一腔通食道气囊，該气囊呈圓柱形，另一腔通胃气囊，該气囊呈圓形，第三腔則作抽吸胃內积血和注入药物及飲料用。放置前必須检查气囊是否漏气及試驗胃气囊与食道气囊的充气量，然后将三腔管前端及气囊外面涂以石蜡油，由鼻孔放入。当其前端达喉部时，可让病人飲水少許，以协助三腔管順利送入，如有恶心时，可让病人张口喘气，尽量避免呕吐，直到管端距鼻孔60厘米时停止。先将胃气囊充气，然后将三腔管輕輕外拉，直至有阻力时为止（表示胃气囊压迫食道賁門邻近处）。用同法把食道气囊充气，其压力維持在40～50毫米汞柱，压迫食道的曲张靜脉。将三腔管外端用胶布固定在鼻孔处。放置时間一般为24～72小时，每隔 6 ～12小时放气15～30分钟。在取出三腔管前，先开放胃气囊，再放开食道气囊，观察 3 小时无出血者，可服一口石蜡油后緩慢取出三腔管。三腔管取出过早可再次出血；放置过久可引起食道压迫性坏死。

四、肝昏迷的治疗：

1.降低血氨浓度：可口服谷氨酸 3 ～ 5 克/次，每日 3 ～ 4 次，或每日靜脉滴入谷氨酸鈉23～46克。

2.口服新霉素0.5～1克，每日四次，可抑制腸內細菌，減少氨的形成。

3.保护肝脏功能，糾正水盐代謝紊乱：每天由靜脉滴入10%葡萄糖500～1,000毫升，內加氯化鉀 1 克。禁忌蛋白飲食，并停用含氮类药物，如氯化銨、尿素等。

4.积极治疗誘发因素，如感染、出血等。

五、中药治疗：

1.早期肝硬化：治以舒肝解郁、活血軟坚为主。

逍遙舒肝湯加減：柴胡、当归、白芍、云苓、白朮、郁金、桃仁、香

附、枳壳各三錢　生牡蠣一两。水煎服。

加減：黃疸加茵陈五錢；腹胀加厚朴、腹皮各三錢；胸疼加木香、玄胡、川楝子各三錢；肝脾大加三稜、莪朮各三錢；盜汗加鱉甲五錢；消化不良加鸡內金三錢。

加味逍遙丸，每次一袋，每日两次；沉香舒郁丸，每次一袋，每日两次；人参健脾丸，每次一丸，每日两次。

2.晚期肝硬化：治以健脾利水为主。

四苓八正散加減：用于輕症。

处方：云苓、白朮、滑石各五錢　泽泻、猪苓、扁蓄、瞿麦、車前子、梔子、木通各三錢。水煎服。

己椒复肝湯加減：用于重症。

处方：汉防己、黃芪、云苓各五錢　当归、葶藶子各四錢　椒目、木香、青皮、大黃各三錢　砂仁二錢。水煎服。

加減：腹胀加腹皮五錢　厚朴四錢；肝脾大加三稜、莪朮各三錢；也可用舟車丸，每服一錢，每日一次，不宜久服。

外用方：商陆五錢　葱白七至十顆，搗烂外敷臍上，外加敷料固定。亦可用甘遂末五錢，用水調成糊状，敷在臍部直下三寸处，另取生甘草三錢煎湯內服，待大便泻水后除去敷药。

六、新針疗法：〔主穴〕复溜、水分（臍上一寸）。〔备穴〕腎俞、筑滨、足三里。針法：弱、中震顫法。

痔

痔俗称“痔疮”，是由痔靜脉丛的曲张而形成。常見原因为便秘、妊娠、肝脏病，或盆腔肿瘤压迫等。根据痔靜脉丛曲张部位的不同，可分为以下三种：

一、外痔：是痔外靜脉丛的曲张，位于肛門边緣，表面为皮肤所复盖。外痔常有血栓形成，而引起剧烈疼痛和肿胀，称为“急性血栓外痔”。

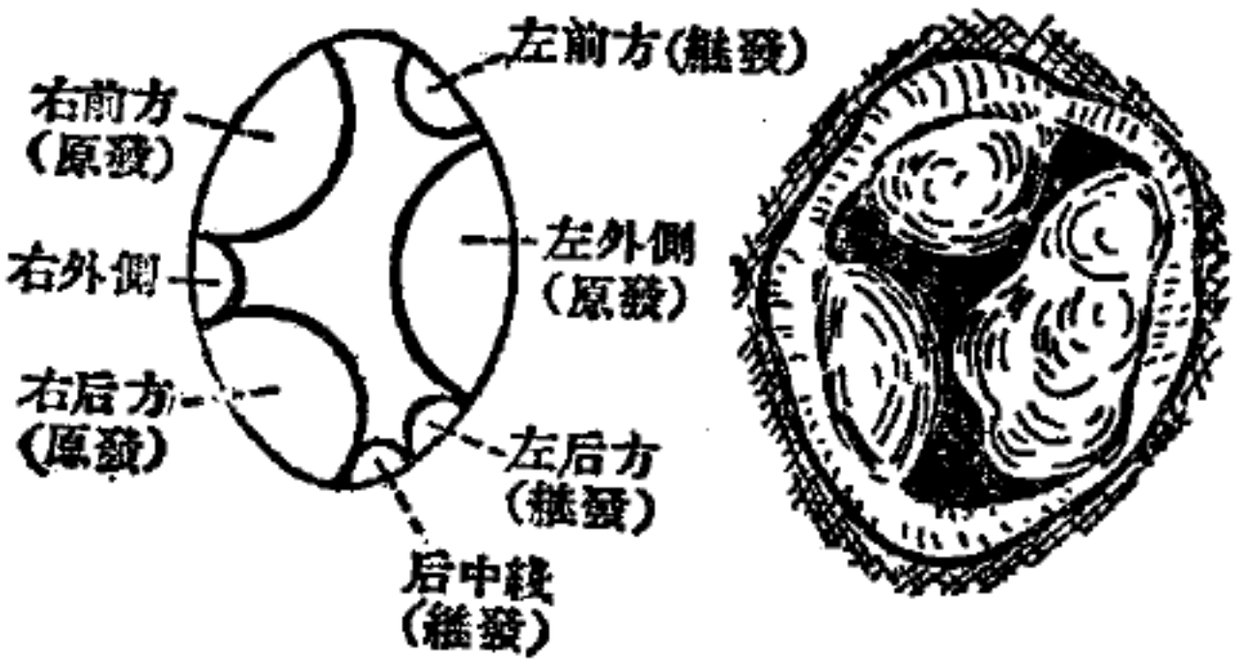


图 8 — 2　痔核的部位

二、內痔：是痔內靜脉丛的曲张，位于肛門內，表面为粘膜所复盖。截石位时，一般在肛門的右前、右后及左側的痔較大，常称“母痔”，其它部位的痔較小，故称“子痔”。母痔为原发痔，子痔为继发痔（图 8 — 2）。

三、混合痔：是痔內、外靜脉丛同时曲张，中間有小靜脉相通。

诊断要点

一、外痔一般沒有症状。但发生急性血栓外痔时，肛門緣可出現暗紫色圓形肿块，并有剧烈的疼痛。

二、內痔的早期症状是便血，为不与粪便相混的鮮血，多在排便时或排便后滴出或噴出，血量多少不等。

三、严重的內痔可有脫出，多在排便时出現，便后自行縮入或用手輕輕推回。經常脫出或未能及时复位者可发生炎症、水肿，以至于血栓形成及坏死，称之为內痔嵌頓。

四、肛門检查可見到痔核。

五、长期反复出血者可造成貧血。

预防

一、針对病因，如消除腹內压增加等因素。孕妇患痔，多在分娩后自癒。

二、加强体格鍛炼，經常保持大便通暢，养成定时排便的习慣。

治疗

一、一般治疗：便秘者可多吃蔬菜，或服緩泻剂，如酚酞、液体石蜡、植物油、五仁潤腸丸、麻仁滋脾丸等。肛門肿胀发炎者宜每日用热水坐浴1～2次。便血者可給維生素K、槐角丸、断紅丸等。因便血而引起之貧血，可給予补血剂。

二、挑痔及割治疗法（見“新医疗法”）。

三、新針治疗：适于內痔脫出者。〔主穴〕承山、长强。〔备穴〕百会。針法：深刺承山。針长强时，針尖刺向肛門。效果不佳配百会，或用艾卷灸百会10分钟。

四、中药簡易方：可以选用。

1.苦参、地楡各五錢　槐花三錢。水煎服，每日一付。适于大便带血，痔核脫出，烧热墜痛者。

2.五倍子五錢　芒硝一两。水煎熏洗。适于痔核脫出和肿痛者。

五、注射疗法：将硬化剂注射到粘膜下痔靜脉周围而引起化学反应，使組织紆維化。本疗法适用于內痔出血的病人，有脫出者經注射后也可使之减輕。常用的硬化剂有10%石炭酸植物油、5%魚肝油酸鈉及10%氯化鈣。每个痔核注射0.5～1毫升，每次可注射2～3个痔核，一般每周1～2次，直至出血停止。

〔方法〕患者取側臥位或膝胸臥位，用肛門鏡暴露需注射的痔核，并用紅汞棉球消毒表面粘膜，以长細針头連接2毫升注射器刺入痔核內，抽吸无血即将硬化剂注入。刺入之深度为粘膜下，太浅可引起粘膜坏死，太深可引起肛門疼痛（图8—3）。

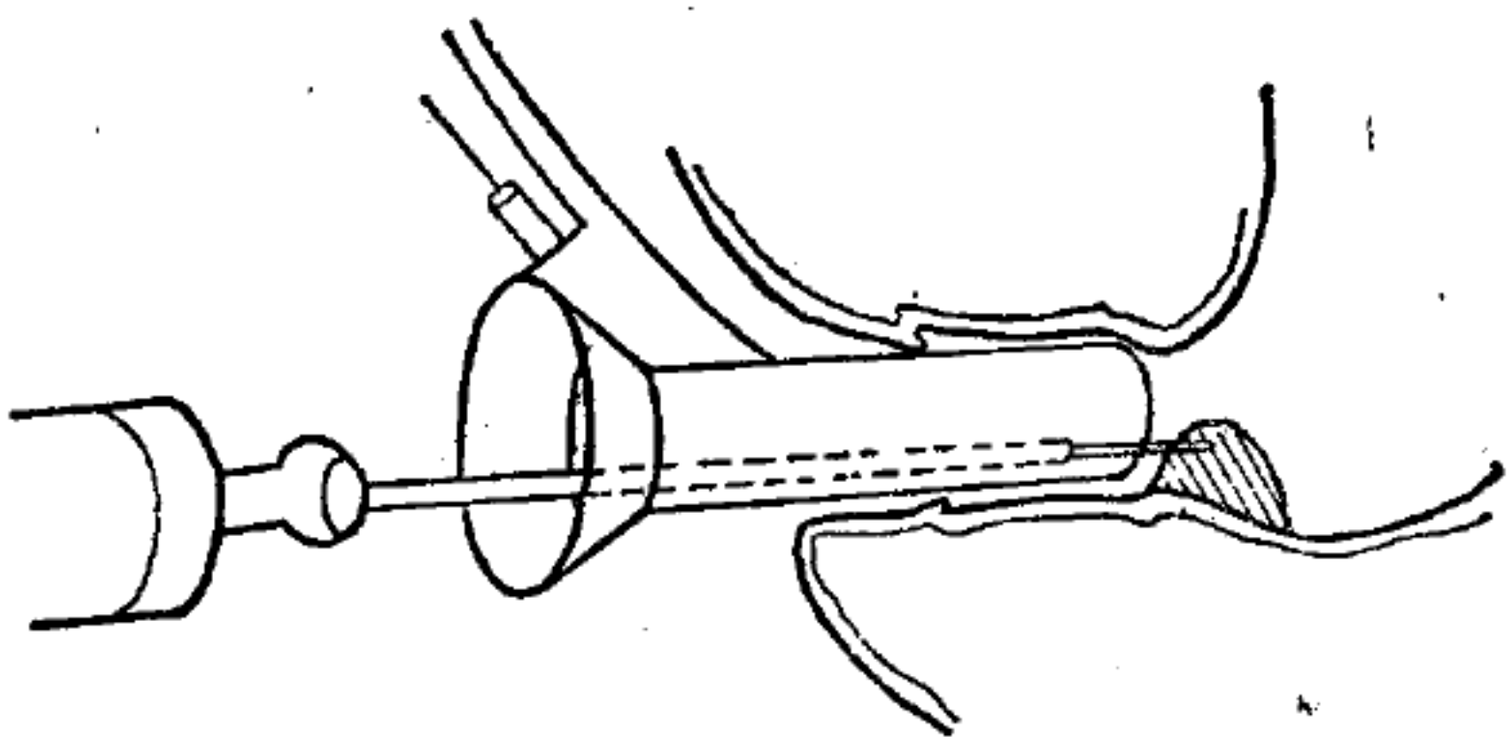


图8－3　內痔注射法

六、枯痔釘疗法：适于輕度脫出及无感染的內痔。

〔方法〕将需要插药的痔核加以固定，用枯痔釘与腸壁成45度方向插入，深度一般不超过1.5厘米，达到适当的深度后用剪刀剪去留在外面的釘尾。每个痔核一般一次插釘 3～10条不等。插完后将痔送回肛門內，涂以油类药膏。

七、手术治疗：

1.血栓外痔經非手术治疗无效者，可在局麻下切开痔表面皮肤，取出血栓，并将切口两旁切除一小部分，使引流通暢，每日換药，直至痊癒。

2.一般內痔經非手术治疗无效者，可行結扎术。

〔方法〕局部消毒，用1～2%普魯卡因注入痔核两側之括約肌及痔核根部后，将痔核輕輕拉出，并用弯血管鉗夹住。在痔核外边皮肤作"v"形切口，最后用粗絲綫貫穿結扎痔核基底部，使之坏死后自行脫落，伤口敷以油类药膏或凡士林紗布。若結扎牢固，也可将痔核切除，但要注意止血。

肛　瘻

肛瘻是由于肛門直腸周围脓肿自行潰破或手术切开后，所遺留的瘻管。极少数病人是由結核病引起的，称为結核性肛瘻。肛瘻多由內口、瘻管和外口組成。

诊断要点

一、有典型的肛門直腸周围脓肿的历史。

二、肛瘻外口处，长期流脓、流水或流粪。瘻口可能暫时閉合，其后又感染潰破，或形成新外口。

三、肛瘻外口可見有分泌物，用手指检查时可触到索条状瘻管，用肛門鏡检查可找到內口。

治疗　无論何种治疗方法都必須眞正地找到內口。常用方法有：

一、挂綫疗法：是祖国医学治疗肛瘻的簡单而有效的方法，最适于单純性肛瘻，在临床上已广泛采用。

〔方法〕消毒及局麻后，将手指置入肛內，以細探針由瘻管外口慢慢深入，仔細地由內口伸出于肛外。在探針一端系一普通絲綫，絲綫上再系一橡皮筋(图8—4.1)，然后将探針連同絲綫和橡皮筋一起向外拉出，使橡皮筋貫穿于瘻管，并拉紧，在准备結扎处切开皮肤后再結扎（图8—4.2），以減輕术后的疼痛。挂綫后，逐日将結扎綫收紧，一般十天左右瘻管即被勒开。

二、瘻管切开术或切除术。

三、結核性瘻管应同时給以抗結核治疗。

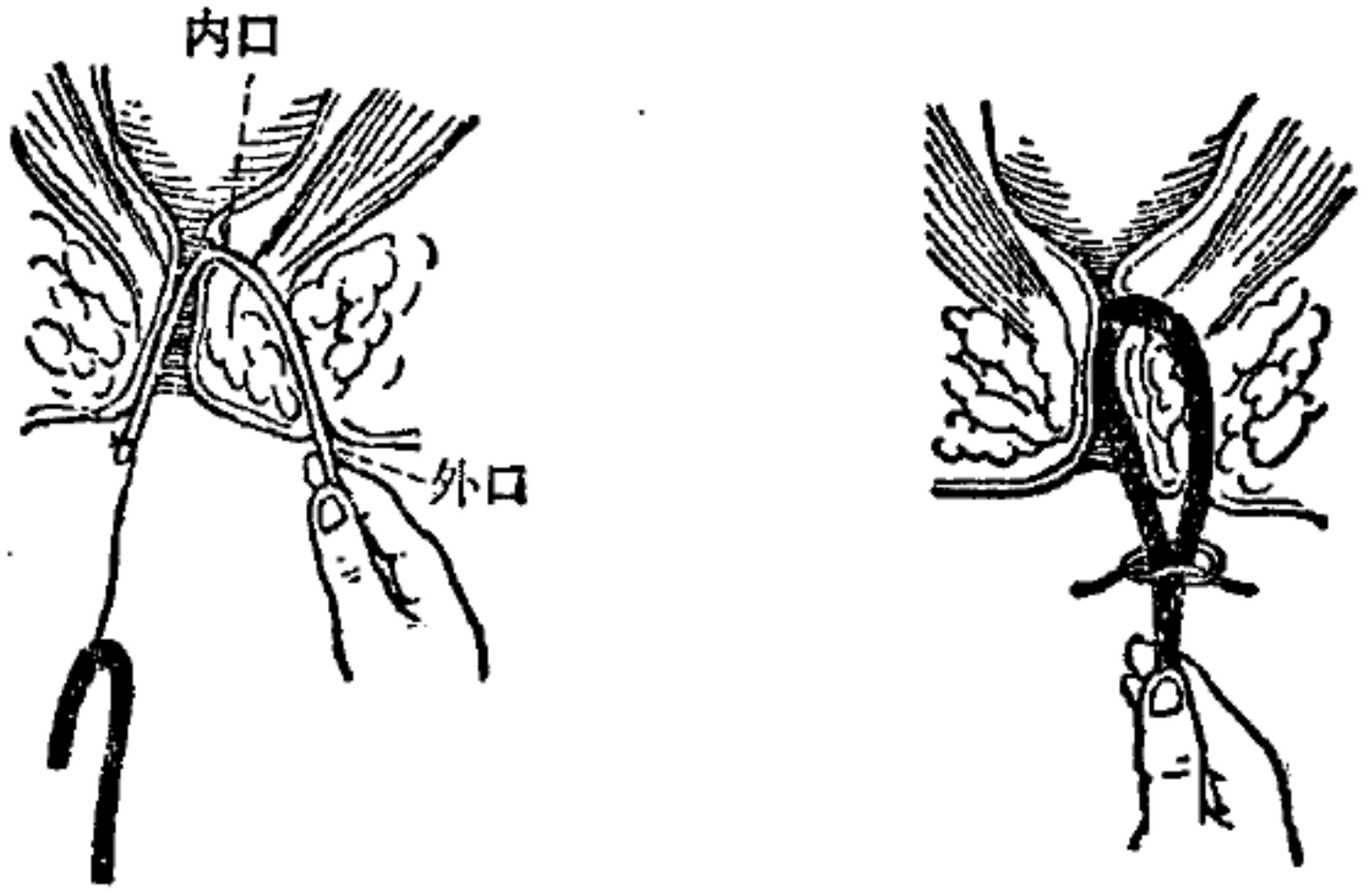


图 8 — 4　肛瘻挂綫疗法

肛　　裂

肛裂是由于粪便干硬，使肛管皮肤損伤而发生的裂口。多发生在肛門后側。有新鮮肛裂及陈旧肛裂两种。

诊断要点

一、一般有典型的疼痛規律，即排便时肛門疼痛，数分钟后疼痛減輕或消失（間歇期），然后再度引起剧痛达半小时至数小时。排便时也可带有少量出血。

二、用两手輕輕分开肛門后即可見到肛裂。一般新鮮肛裂創面較浅，呈鮮紅色；陈旧肛裂創面較深，边緣較厚，底硬，肛裂外面常形成皮垂，

称“前哨痔”。

治疗

一、新鮮肛裂可采用非手术治疗。包括热水坐浴，保持大便通暢，服緩泻剂等。創面涂以复方安息香酸酊，效果良好。疼痛严重者可行局部普魯卡因封閉，一般每次5～6毫升，隔日一次。

二、陈旧肛裂采取上述方法无效时，可行手术切除。

直腸息肉

直腸息肉以小儿多見，常为单发性，多在直腸下段。

诊断要点

一、便血：为常見症状，色鮮紅，与粪便不混。高位息肉，于便血前常有腹痛。

二、直腸指診：可触及圓形质軟的小肿物，蒂长者于排便时可脫出肛門外。

治疗 可經肛門鏡直視下切除。小儿可用手指挖除（用手指将息肉抵于直腸后壁，按压蒂部，使其断裂，即将息肉摘除，出血者极少。如有出血，可經肛門鏡用棉球压迫蒂部残端）。

若能用手指将息肉鈎出肛外，可用絲綫結扎其蒂部，2～3日后，則干枯自行脫落。此法可避免出血。

急 腹 症

在腹腔中包含着許多重要的器官，其中主要的是消化系統和泌尿生殖系統的器官。这些器官是由相当于人体表面面积的腹膜所复盖。按腹腔器官的构造，可分为实质性器官（如肝脏、脾脏、腎脏等）和空腔器官（如胃腸、胆道、膀胱、子宫等）两大类。

急腹症是指腹腔器官急性发病、需要紧急处理的常見疾病。若处理不及时，或处理不当，輕者延长治疗时間，增加病人痛苦，重者可能造成病人的死亡。

为了正确处理急腹症病人，必須做到：

一、迅速做出正确的診断：急腹症病人一般多发病急驟、痛苦較大，往往不允許有充分的时間检查，因此必須根据主要症状、主要体征，及时做出正确的診断，掌握主动权，积极处理。

二、抓住主要矛盾，解决主要矛盾，并警惕隐蔽着和轉化着的矛盾的出現。急腹症由于病情复杂，变化多端，一般病人以剧烈腹痛为主要表現，临床上除了采取措施止痛外，更要抓住造成腹痛的主要原因，針对病因进

原书缺页

原书缺页

原书缺页

原书缺页

原书缺页

原书缺页

原书缺页

原书缺页

位，右左各一人，分别用双手将腹部上下频频顫动顫簸，約每分钟20次左右。腹部按摩及顫簸疗法可配合使用。手法复位无效及有絞窄趋向者，应予以手术治疗。

四、蛔虫性腸梗阻：为大量蛔虫成团阻塞腸腔所致。除腸梗阻的主要症状及体征外，在臍周围常可触及柔軟之卵圓形肿块，表面有条索感，按之可改变形状。

治疗：可用复方大承气湯攻下，配合口服植物油（花生油、豆油、麻油均可）80～100毫升。也可配合新針及溫盐水灌腸。非手术治疗无效时或有絞窄趋向者，应手术治疗。

胆道蛔虫症

胆道蛔虫症是由于腸道內蛔虫鉆入胆道而引起的常見急腹症。多見于儿童及青壯年。

诊断要点

一、多有吐虫或便虫史。

二、多为上腹剑突下陣发性鉆頂样剧痛，突然发生和停止，发作时痛苦万分，輾轉不安，緩解后一切如常。

三、腹痛发作时，剑突下可有輕压痛，但緩解时腹軟，压痛消失。这种症状与体征不一致的矛盾是早期胆道蛔虫症的特点。

四、胆道蛔虫症造成胆道的梗阻和感染以后，可引起胆管炎、胆囊炎及胰腺炎等併发症，可有发烧、黃疸、胆囊胀大，或淀粉酶增高等。少数病人可引起胆道出血。

预防

一、防治蛔虫病。

二、胆道蛔虫症的急性症状消退后，应彻底驅虫，以防复发。

治疗

一、中药治疗：按其病程，可分为早期及后期治疗。早期以安蛔为主，后期以驅蛔为主。

烏梅湯：烏梅七枚　黃連、黃栢、党参、当归各三錢 附子、桂枝各二錢 細辛、川椒、干姜各一錢。水煎服。适于早期疼痛明显者。

驅蛔湯：方見“蛔虫病”。

併发胆管炎、胆囊炎、胰腺炎者，其治疗可参閱“急性胆囊炎”及“急性胰腺炎”。

二、新針治疗：

1.〔主穴〕迎香透四白，人中。〔备穴〕足三里、曲池、至阳。疼痛发作时，先針迎香透四白，用捻轉法。人中、曲池用震顫法。有隐痛时針

至阳、足三里。驅蛔虫可針关元、太冲。

2.〔主穴〕足三里、阳陵泉。〔备穴〕內关、太冲。

三、解痙止痛：皮下注射阿托品0.5毫克，或杜冷丁50～100毫克，或口服50%硫酸鎂，每次10～20毫升。其它解痙止痛药物也可选用，如异丙嗪、氯丙嗪、顛茄、三硝酸甘油等，但忌用嗎啡，若应用时可与阿托品同时使用。

四、抗菌素：有感染时每日可肌肉注射双效青霉素40万单位及鏈霉素1克。

五、其它簡易法：可酌情选用。

1.醋一两，加溫水一两，搖匀頓服，或取醋一两、花椒一小撮，略加热后頓服。

2.口服阿司匹林1克，每日两次。

3.腹部按摩法：以右手自右上腹向左下方推按。

4.背部叩击法：以右手握拳叩击右脊肋角。

六、手术治疗：經非手术治疗3～4天不癒，或出現高烧、寒战、黃疸者，要考虑手术治疗。

急性胆囊炎、胆石症

急性胆囊炎是由細菌感染和胆道梗阻所引起的胆道炎症。胆石症是指胆道內有結石形成。本病多与飲食、蛔虫和精神因素有关。伟大領袖毛主席教导說：**“世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问題要从各方面去看，不能只从单方面看。”**在临床上，急性胆囊炎常由胆道蛔虫和胆石症引起，而胆石症又多併发胆道感染，故两者常常互为因果。此外，急性胆囊炎、胆石症又常合併胰腺炎、潰瘍病等邻近器官的疾病，胆道疾患反复发作后又常常引起肝脏的損害，因此在診断和处理本病时，要充分注意到这种复杂性。

诊断要点

一、病人多有反复发作史。

二、右上腹有持續疼痛，陣发性加剧，常向右肩或背部放射，伴恶心、呕吐及发烧。

三、右上腹有压痛，剧烈时可出現反跳痛、肌紧张，有时可触到胀大的胆囊。

四、若出現高烧、寒战、黃疸，常为急性化脓性梗阻性胆管炎之表現。

预防

一、注意飲食卫生，发作时不吃油膩食物。

二、避免过度的精神刺激。

三、积极防治蛔虫病。

治疗

一、中药治疗：治以舒肝清热、行气攻下之法。

复方大柴胡湯：柴胡五錢　黄芩、半夏、枳实、杭芍、大黄(后下)各三錢。水煎服。

加减：痛重者加木香、元胡各三錢；黄疸者加茵陈五錢　梔子三錢；高烧者加板兰根一两　胆草二錢；有胆石者加金錢草一两　郁金三錢。

利胆丸：茵陈四两　胆草、郁金、木香、枳壳各三两。共研細末，加鮮猪胆汁或牛胆汁或羊胆汁一斤（先将胆汁熬浓到半斤）拌入药面中，并加适量蜂蜜，做成丸药，每丸三錢，早晚各一丸。治疗胆石症（一般适于較小之总胆管結石）。

二、新針治疗：〔主穴〕阳陵泉（左側阳陵泉下一寸处，常可触到压痛点，也可針刺），內关透外关。〔备穴〕足三里、中脘。手法：发作时强刺激，靜止期中等刺激。

三、解痙止痛：同“胆道蛔虫症”。

四、抗菌素：病情較輕者，可只服中药，配合新針治疗；病情較重者，可肌肉注射双效青霉素40万单位和鏈霉素1克，每日一次，或靜脉滴入四环素，每日2克。

五、手术治疗：高烧、腹肌极度紧张、胆囊明显胀大，急性化脓性梗阻性胆管炎，以及經非手术治疗几天无效者，应考虑手术治疗。老年人患胆囊炎及反复发作者也常需手术治疗。

急性胰腺炎

急性胰腺炎是由于胰腺消化液作用于胰腺本身和胰腺周围組织所致的急性炎症。輕者胰腺呈水肿状态，重者可有出血、坏死。本病发作与胆道感染、蛔虫、結石、飲食不調、精神因素，以及妊娠有关。在临床上，急性胰腺炎的表現也是多种多样的，重者可出現休克(多为出血性胰腺炎)。因此，对每一上腹痛的病人，都要考虑到急性胰腺炎的可能性，从而提高对本病的診断率。

诊断要点

一、上腹中部有持續性剧烈疼痛，有时向左肩背部或腰部放射，多伴有恶心、呕吐（蛔虫引起者可吐蛔虫）及发烧。

二、上腹部有压痛，較重病人有反跳痛及肌紧张。少数病人可有輕度黄疸。

三、血清及尿淀粉酶升高，对診断有一定价值。

预防

一、积极防治蛔虫病和胆道疾患。

二、注意飲食卫生和避免过度的精神刺激。

三、提倡計划生育。

治疗

一、中药治疗，治以清热利湿、行气活血、通里攻下之法。

清胰湯Ⅰ号：柴胡五錢　黄芩、胡連、杭芍、木香、元胡、大黄(后下)、芒硝(冲服)各三錢。水煎服。适于一般的急性胰腺炎。

清胰湯Ⅱ号：柴胡五錢　黄芩、胡連、木香各三錢　檳榔、使君子、苦楝根皮各八錢　芒硝三錢(冲服)。水煎服。适于胆道蛔虫引起之急性胰腺炎。

加減：恶心呕吐者加代赭石一两；　胸滿加厚朴、枳实各三錢；黄疸者加茵陈一两　梔子三錢。

二、新針治疗：

1.〔主穴〕足三里、下巨虛（找压痛点）。〔备穴〕上脘、中脘、梁門、內关。

2.耳針：胰区、胆区。

三、解痙止痛：皮下注射阿托品0.5毫克，必要时肌肉注射杜冷丁50～100毫克。

四、抗菌素：一般可不用，病情較重者可每日肌肉注射双效青霉素40万单位和鏈霉素1克。

五、手术治疗：急性出血性胰腺炎，以及併发胆道疾病經非手术治疗无好轉者，应考虑手术治疗。

子宫外孕破裂　附：后穹窿穿刺法

孕卵种植在宫腔以外，称为子宫外孕。以輸卵管妊娠最多見。若孕卵增长将輸卵管胀破，出現腹腔內出血时，称为輸卵管妊娠破裂。

诊断要点

一、停經史：一般停經多在两个月以下，可伴有早期妊娠反应。多数病人有不育史。

二、急性腹痛：开始常为单側陣发性或持續性疼痛，继之发展到全腹，并逐漸加重，可向肩部放射，伴有恶心、呕吐和下墜及便意感。

三、阴道流血：常为少量不規則的流血，时間或长或短，有时有組织物（称“蛻膜管型”）排出。

四、休克：发生于腹腔內大出血时。

五、下腹部有肌紧张、压痛及反跳痛，但常无固定的压痛点。腹腔內出血較多者（一般在500毫升以上)可有移动性浊音。

六、阴道检查：宫頸着色，触动宫頸有“举痛”（卽触动宫頸时有剧

烈疼痛）。后穹窿或側穹窿有明显触痛及飽滿感。子宮大小正常或略大，出血多者子宮体的境界常摸不清。附件可触及压痛或肿块。后穹窿穿刺有暗紅色不凝固血液。

治疗

一、有休克者，应抗休克治疗（見“休克”）。

二、診断明确后，凡內出血不止者，均应在乙醚开放吸入麻醉下手术，切除破裂的輸卵管。

三、內出血停止及陈旧性破裂可采用中药治疗。

处方：丹参五錢　当归、赤芍、桃仁各三錢　乳香、沒药各二錢。水煎服。

加減：肝气不舒者加柴胡、香附各三錢；便秘者加大黃三錢；包块形成者加三稜、莪朮各三錢。

附：后穹窿穿刺法

患者取膀胱截石位，外阴消毒，阴道放入窺器。用碘酒及酒精消毒宮頸及穹窿部。用宮頸鉗夾住宮頸，向上提，后穹窿部注射0.5%普魯卡因2毫升，用10毫升注射器及长針头，沿子宮頸后唇中綫刺入子宮直腸凹陷（約2～3厘米深），然后向外抽吸。

卵巢囊肿扭轉

卵巢囊肿在蒂长、体积中等大小，或合併妊娠时易发生扭轉。臨床上表現为急腹症。

诊断要点

一、腹痛常在劳动时突然发生，为持續性剧烈的疼痛，多伴有恶心、呕吐，有时改变体位后扭轉恢复原状，疼痛暫时緩解。

三、扭轉时間較长者，可有发烧、肌紧张等炎症現象。

三、多数病人可在下腹部触及肿块。

四、阴道检查：附件部位可触及肿块，并有明显压痛。

五、本病应与闌尾炎相鑒别。

治疗　行卵巢囊肿切除术，或病側附件切除术。

循环系統疾病

循环系統包括心脏和血管两部分。心脏主要由心肌构成，心肌的节律性收縮和舒张，是血液循环的动力。心腔內有似十字形隔膜，将心脏分成四腔。上边有两个腔，叫左右心房；下边的两个腔叫左右心室。左心房与左心室之間有二尖瓣；右心房与右心室之間有三尖瓣。各瓣膜只能朝心室

方向开放，使血液不能倒流。

血液循环的步驟：头部与上肢的血入上腔靜脉，身体下部的血入下腔靜脉⟶右心房（經三尖瓣）⟶右心室(經肺动脉瓣)⟶肺动脉⟶肺脏的毛細血管（吸取氧气，放出二氧化碳）⟶肺靜脉⟶左心房（經二尖瓣）⟶左心室（經主动脉瓣）⟶主动脉⟶大小不同动脉⟶全身各組织器官的毛細血管网（把氧气供給身体，吸取二氧化碳）⟶小、大靜脉⟶上、下腔靜脉⟶右心房。

血液从右心室通过肺回到左心房叫小循环或肺循环。从左心室通过全身回到右心房叫大循环或体循环。左右两半心必須同时收縮与舒张，左右两心室在同一时間排出等量的血液，不然血液淤积在肺或組织內而发生疾病。

血管分动脉、靜脉及毛細血管。动脉壁較厚且有弹性，帮助心脏把血液送到全身并維持血压；靜脉壁較薄，它把全身的血液送回心脏；毛細血管壁很薄，血液在此进行物质交換。

高血压病　附：高血压性脑病

高血压病是以动脉血压升高为主要表現的慢性病。共分两种：一种叫原发性高血压，其发生常与长期的精神紧张或情緒激动等精神因素有关；另外一种是继发于其他疾病之后发生的，叫继发性高血压，常見的有慢性腎炎和腎盂腎炎等。本节所述以原发性高血压为主。

诊断要点

一、有反复发作的头痛、眩暈、耳鳴、手指麻木、失眠、記忆力減退等症状。

二、病人在安靜状态时，連續数次測量收縮压都在140毫米汞柱以上，舒张压在90毫米汞柱以上者（主要是舒张压升高），方可考虑診断。

三、高血压性脑病是指血压常在200/120毫米汞柱以上，突然有剧烈头痛、头暈、視力糢糊、恶心、呕吐、抽风，或仅有短暫的偏瘫，失語等表現者，叫做高血压性脑病。

治疗

伟大領袖毛主席教导我們：**“唯物辯证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”**因此，高血压病的治疗不能单純依靠降压药物，医生与病人要一起学习毛主席著作，树立共产主义人生观，只有这样才能以革命的乐观主义精神去和疾病作斗爭，最后战胜疾病。

一、要很好地用毛泽东思想武装头脑，增强治癒的信心。生活要有規律，食物要清淡，不要喝酒和吸烟。

二、新針治疗：〔主穴〕曲池透少海。〔备穴〕足三里、血海（双側）。針法：中强刺激，主、备穴交替針刺。一般針后30分钟血压下降。失眠加医明；头暈、头痛加印堂。

三、中药治疗：

1.身体壯实，眩暈煩躁，面紅口苦，舌紅苔黃，脉弦数，治以清肝热为主。

鈎藤熄风散加减：鈎藤、菊花、夏枯草、生地、白芍各五錢　黃芩、胆草、牛膝各三錢。水煎服。

加减：眩暈明显加天麻、僵蚕各三錢；热重大便干燥加大黃、元参各三錢　生石膏五錢；头痛加白蒺藜三錢　眞珠母一两。

胆草泻肝丸，每次一袋，每日两次；芎菊上清丸，每次一瓶，每日两次；脑立清，每次20粒，每日两次。

2.体质虛弱，眩暈耳鳴，尿多而頻，腰腿痠軟无力或四肢麻木，脉虛弦，以滋阴平肝为主。

一貫煎加减：生地、熟地、何首烏、旱蓮草、杭萸、 枸杞子各五錢　当归、麦冬各四錢　石决明一两。水煎服。

加减：有热加玄参五錢　知母三錢；　眩暈加天麻、 鈎藤各五錢；　四肢麻木加黃芪五錢　木瓜三錢　地龙三錢。

杞菊地黃丸或知栢地黃丸，每次一丸，每日两次。

3.更年期高血压：治以补腎斂肝为主。

处方：仙茅、仙灵脾各四錢　知母、黃栢、 白芍、 巴戟天各三錢。水煎服。

4.单方驗方：通治各种类型高血压。

（1）桑寄生、苦丁茶、鈎藤、荷叶、菊花各二錢，每日一付，开水泡代茶飲。

（2）芹菜半斤、紅枣十枚，煎水代茶飲。

（3）地龙或晚蚕砂五錢，研面，每日分三次冲服。

四、鎮靜药：早期病人使用鎮靜药即可获得疗效。如苯巴比妥0.03克，每日三次，或三溴片0.3～0.6克，每日三次。如有头痛，可給阿斯匹林等解热鎮痛药。睡前可口服利眠宁20毫克或安宁片0.4克。

五、降压药：經以上治疗效果不佳者可用降压药，如利血平0.25毫克，每日三次，或降压灵4～8毫克，每日三次，亦可用肼苯达嗪25～50毫克，每日三次。血压頑固不降者可用胍乙啶10毫克，每日三次；不見效时可用胍乙啶10毫克与利血平0.25毫克联合应用，每日各三次。这些降压药物均可与双氢克尿噻或氯丙嗪或其他鎮靜药合用，以增加疗效。

六、高血压性脑病的治疗：发作时可用25%硫酸鎂10～20毫升或利血平1～2毫克，肌肉注射，同时应用鎮靜药如氯丙嗪或苯巴比妥鈉。若头

痛恶心严重者，可用50%葡萄糖40～60毫升，靜脉注射，每日2～3次。发作后应继續口服降压药。

七、卤干治疗：坚持較长期服用效果良好，見“新医疗法”。

动脉硬化性心脏病（心絞痛、心肌梗塞）

动脉硬化是指动脉壁变厚变硬，失去弹性。动脉硬化性心脏病是由于冠状动脉发生硬化，以致心肌的血液供給发生障碍而引起。多見于40岁以上的男性，常与高血压病同时存在。

一、心絞痛：为陣发性发作，每次发作一般5～15分钟。疼痛位于胸骨后，向左肩及左臂內側放射，呈絞窄样。发作常在活动时或飯后，經休息或用血管解痙药，疼痛立即消失。发作时血压可上升。

二、急性心肌梗塞：起病快，胸骨后压窄性疼痛。性质与心絞痛相似，但更为剧烈，持續时間长，几小时或数天不等，有时伴有恶心、呕吐及上腹不适，可有輕度发烧，严重者出現心跳加快、血压降低、呼吸困难、皮肤潮湿等休克或左心衰竭現象。因此，凡40岁以上病人，出現休克或突然发生的心力衰竭而找不出其他原因者，应考虑到有急性心肌梗塞的可能性。

治疗

一、心絞痛的治疗：发作时应使病人安靜休息，立即舌下含化硝酸甘油0.6毫克，于1～2分钟后見效，如无效，过5～10分钟可再用一次。必要时可用鎮靜剂，如苯巴比妥鈉0.2克，肌肉注射。有呼吸困难时，若条件許可，可給氧气吸入。为了減少发作，应尽量避免誘发因素，如戒烟、酒等。体力活动的限制，以不使疼痛发作为适宜。平时可服用氨茶碱0.1～0.2克，每天三次。可同时給鎮靜剂。

二、急性心肌梗塞的治疗：使病人絕对臥床休息4～6周。如疼痛剧烈可皮下注射嗎啡10毫克，必要时可于半小时至一小时重复注射一次。用氨茶碱0.25克加50%葡萄糖20毫升，作靜脉緩慢注射，使血管扩张。有条件者可給氧气吸入。如有休克可用去甲腎上腺素5毫克放于5%葡萄糖500毫升內，作緩慢靜脉滴入，其速度依血压而定（一般使收縮压維持在100毫米汞柱左右，原有高血压者，須适当提高标准）。如有急性左心衰竭，除注射嗎啡和吸氧外，应立卽靜脉注射毒毛旋花子素K 0.25毫克（見“心力衰竭”）。

三、中药治疗：

1.心絞痛反复发作，有气短胸悶者，治以通阳宣痺为主。

瓜蒌薤白散加減：瓜蒌、党参各五錢　丹参、麦冬各四錢　薤白、桂枝各三錢　五味子、炙甘草各二錢。水煎服。

加減：胸痛明显加玄胡、枳壳各三錢；疼痛反复发作不癒加当归五錢 桃仁三錢 紅花三錢；气短自汗加黄芪四錢 浮小麦一两。

2.心肌梗塞，有虛弱无力、自汗、气短、心慌、心律不齐、脉細或結代、舌紅少苔者，治以养心复脉为主。

复脉湯加減：生地、元参、白芍各四錢 党参、麦冬、阿胶各三錢 五味子、炙甘草各五錢。水煎服。

加減：脉細汗出加黄芪、当归各四錢 浮小麦一两；心慌睡眠不好加云苓五錢 枣仁一两 黄連二錢，或加鱉甲、生牡蠣各五錢；胸悶食慾不振加枳壳三錢 沉香一錢 炒谷、稻芽各四錢。

四、心絞痛的新針治疗：〔主穴〕内关透外关。〔备穴〕間使、足三里。

风 湿 病

风湿病是一种慢性、反复发作的全身性疾病，其病因与溶血性鏈球菌感染有关。本病多侵犯青少年。主要表現为关节炎和心脏炎。

诊断要点

一、发病前可有上呼吸道感染史，或既往有风湿病史。

二、发烧：一般在38～39°C之間，常伴有出汗和乏力。

三、除具备前两項外，再有以下五項其中之一者便可考虑診断。

1.大关节有游走性疼痛，为間歇性，亦可为持續性，发作时关节局部有紅、肿、热、痛，不发作时局部可无异常。

2.心脏炎：病人主要表現有心跳快、心音減弱、心脏可扩大，有时出現心律不齐。

3.皮下結节：常在关节伸側，如肘后、髌骨前、脊柱两旁和枕骨后等处发現0.5～1厘米（約豌豆大小）皮下結节，不痛不痒，质較硬，与皮肤不粘連，常分批出現，一般于1～2周后消失。

4.环形紅斑：有时在躯干和四肢的皮肤上出現淡紅色的环形紅斑，多为半环形，边緣稍隆起。

5.舞蹈病多見于10～15岁儿童。表現手足与面部肌肉不协調而无目的的运动。

预防

一、加强体格鍛炼，增强体质，預防感冒和鼻竇炎。

二、积极治疗慢性感染病灶，如有上呼吸道感染、咽峡炎、扁桃体炎的病人，应早期使用磺胺药或青霉素等治疗，可減少本病的发生。

三、对在寒冷、潮湿环境中劳动者，要加强劳动保护，防止受寒、受湿。

治疗

一、休息：发烧期应臥床休息，如症状好轉可逐漸增加活动，如仍有心慌，休息时間应适当延长。

二、急性期（正患或最近患过扁桃体炎和咽峽炎的病人）应用双效青霉素40万单位肌肉注射，每日一次，連用7～10天，或磺胺噻唑1克，每日四次，同时給服等量的苏打，直至症状消退为止。

三、水楊酸盐类药物治疗：口服水楊酸鈉每次2克，每日四次，或阿斯匹林1克，每日四次(小儿剂量0.1～0.15克/公斤/日,分3～4次服)，直至关节痛消失，以后将剂量减半，继服1～2周后停药。应用水楊酸类药物时，如胃部不适要同时給以苏打或氢氧化鋁，以减少对胃的刺激，但剂量不超过前者一半。如遇有耳鳴、头暈等副作用时，应当減药或停药。

四、激素治疗：在应用水楊酸类药物效果不好，或不能耐受者，可考虑应用强地松10毫克，每日3～4次（小儿剂量1～2毫克/公斤/日，分3～4次服），一般用药2～4周如症状减輕后可逐漸将剂量减少，减量方法是每3～5天将剂量減去5～10毫克，最后以每日10毫克維持一段时間，总疗程約4～6周。凡有高血压、活动性肺結核、糖尿病、潰瘍病以及孕妇都应愼用本药。

五、中药治疗：

1.急性风湿病有发烧、关节游走性疼痛及环形紅斑者，治以清热宣痺为主。

处方：忍冬藤、生石膏各一两　知母、牛膝、玄参、生地、麦冬各三錢。水煎服。

加减：热重加青蒿五錢　晚蚕砂四錢　丹皮三錢；关节游走疼痛明显去生地、玄参，加羌、独活各三錢　桂枝二錢；无汗加麻黃二錢　防风三錢；四肢沉重的加蒼朮五錢　防己三錢。

2.慢性风湿病、风湿性关节炎以关节疼痛反复发作为主时，治以祛风湿活絡为主。

独活寄生湯加减：独活三錢　寄生、威灵仙各五錢　当归、白朮各四錢　秦艽、甘草各三錢　細辛一錢。水煎服。

加减：久病关节怕冷、四肢沉重者加川烏二錢　桂枝三錢；痛重加乳香、沒药各二錢。

寻骨风液，每次10毫升，每日三次；稀桐丸，每次8～12粒，每日两次。风湿痺疼片和鸡血藤浸膏片等成药亦可应用。

六、新針治疗及卤干治疗：对急、慢性关节炎都有效，詳見“新医疗法”。

风湿性心脏病

风湿性心脏病是由风湿热所造成，心脏瓣膜受损害后瘢合結疤，凸凹不平，不能严密的閉合，造成瓣膜閉鎖不全；或因瓣膜粘連不能完全开放，造成瓣膜口狹窄，从而引起血液循环障碍。最常見的受損瓣膜是二尖瓣，其次是主动脉瓣。

诊断要点

一、有风湿病史。

二、二尖瓣閉鎖不全：病的初期可无自覚症状，有心力衰竭时，出現心慌、气短、腿肿等。心尖部有粗糙的收縮期吹风样杂音，一般均与二尖瓣狹窄同时存在。

三、二尖瓣狹窄：早期可无自覚症状，发生心力衰竭后，出現心慌、气短、咳嗽、咯血以及呼吸困难等。心前区有时能摸到猫喘，心尖部可听到舒张期隆隆样杂音（病人左側臥位时杂音更清楚）。

四、主动脉瓣狹窄与閉鎖不全：病人感覚与上述相似，瓣膜狹窄者，在主动脉瓣区听到粗糙的收縮期杂音，向頸动脉传导，有时伴有收縮期震顫。瓣膜閉鎖不全时，在主动脉瓣听診区可听到舒张期吹风样杂音，主动脉瓣第二音減弱或消失。閉鎖不全严重时可有毛細血管搏动（輕压指甲末端于甲床上或用玻片压口唇粘膜时，能看到与脉搏一致的一陣紅一陣白的現象）和水冲脉（搏动强但持續时間短）等周围血管征。

预防　参考“风湿病”。

治疗

一、风湿性心脏病合併有活动性风湿病时应按风湿病治疗。非活动性风湿性心脏病，无心力衰竭时，不需进行治疗，应根据病情輕重安排适当工作。

二、非活动性单純二尖瓣狹窄患者，可施行二尖瓣分离术，以減輕症状和增加劳动力。

三、有心力衰竭时，則按心力衰竭处理（見“心力衰竭”）。

克　山　病

克山病因首先在黑龙江克山县农村发現而得名。它是一种以心肌病变为主要表現的地方病，多发生在东北某些地区，此外陝西、甘肃、內蒙等省也有。冬季較多見，其原因至今尚未清楚。

文化大革命前，由于叛徒、內奸、工賊刘少奇疯狂反对毛主席的革命卫生路綫，对农村的常見病、多发病，特别像克山病这样的地方病根本不

管，并判为“不治之症”，使克山病的防治工作长期得不到解决。

伟大領袖毛主席亲自发动的无产阶級文化大革命，粉碎了刘少奇的反革命修正主义卫生路綫，把卫生大权重新夺了回来。内蒙古阿荣旗貧农出身的工人、共产党員刘紹显同志，依靠战无不胜的毛泽东思想，經过反复实驗，发現了卤干治疗克山病的方法。卤干疗法治癒了千万个克山病患者。这是毛泽东思想的伟大胜利，是毛主席革命路綫的伟大胜利，是无产阶級文化大革命的又一丰碩成果。卤干疗法的誕生，在祖国医学史册上又增添了光輝的一頁。

诊断要点

一、急性型：多表現为急性心力衰竭及心律紊乱。常于冬季深夜及清晨突然发病，先感胸悶难受，继之恶心、呕吐、头暈、头痛和煩躁不安。重者心前区或上腹部呈压窄性疼痛，可放射至肩部。呕吐物混有黄色胆汁，故有“吐黄水病”之称。患者神志始終清楚，体溫大都正常，但有呼吸困难，脉搏微弱而不規則，血压下降，心脏輕度扩大，四肢冰冷，面色发白。

一部分心律紊乱的患者，可出現意識不清、抽搐、眼向上翻、牙关紧閉和脉搏突然消失，約持續十余秒至一分钟左右，每小时可連續发作十余次。

二、慢性型：发病緩慢，多表現为慢性充血性心力衰竭，有的由急性轉变而来。主要表現为咳嗽、呼吸困难、恶心、呕吐、食慾不振、心脏扩大、心音減弱、血压下降、心律不齐、肝大和浮肿等。

三、潜在型：无明显症状，偶有輕度眩暈、心慌及活动时輕度呼吸困难，血压低，心脏扩大和心律不齐等。

治疗

一、卤干疗法：对慢性及潜在型克山病有特殊疗效，成人每日 6 克，儿童每日 4 克，分三次飯后半小时服用。药量可根据体质强弱、年龄大小等不同情况适当增減。詳細服法見“新医疗法”。

二、急性型病人，应臥床休息，当呕吐頻繁时可緩慢靜脉注射高滲葡萄糖液。症状消失后至少再休息一周，酌情逐漸恢复劳动。

出現急性心力衰竭的病人，可用毒毛旋花子素 K 0.125～0.25 毫克，加入50%葡萄糖40毫升中，作靜脉緩慢注射，每日 1～2 次。血压下降时可应用去甲腎上腺素 5 毫克，加入 5 %葡萄糖 500 毫升中，作靜脉緩慢滴入。如有条件的地方可給予氧气吸入。在短期內控制心力衰竭后再以卤干单独治疗。此外，20%樟脑水、苯甲酸鈉咖啡因或尼可剎米以及大量的維生素 C，在急性期均可应用。若心律紊乱的患者反复出現意識不清、抽搐、眼向上翻等症状时，可根据病人心律紊乱的具体情况，給予不同的有效处理。

心力衰竭

由于心脏本身病变或因其他使心脏负担加重的疾病(如貧血、哮喘等)发展到一定阶段，以致心肌收縮无力，輸送血液的能力減弱，不能滿足全身組织的需要，从而出現某些症状的时候，就叫心力衰竭。

诊断要点

心力衰竭分左心和右心衰竭，如两側均衰竭，叫全心衰竭（或充血性心力衰竭）。临床上以全心衰竭为常見。

一、左心衰竭：

1.开始仅于劳动时发生呼吸困难，病情加重后在休息时也出現，有些病人在夜間突然发生呼吸困难，不能平臥，咳嗽，咯粉紅色泡沫样痰或咯整口血。

2.有心脏病的体征，如心界扩大，有杂音或心律紊乱，两肺底滿布湿性囉音，有时还有哮鳴音，亦可有輕度发紺。

左心衰竭常見于动脉硬化性心脏病、高血压性心脏病及风湿性心脏病等。主要为肺循环瘀血。

二、右心衰竭：

1.可有心慌、气短、腹胀、尿少、食慾不振，甚至有恶心呕吐。

2.检查时可見口唇发紫，頸靜脉怒张，肝大，有明显指凹性浮肿或腹水。

右心衰竭常見于风湿性心脏病二尖瓣狹窄、肺原性心脏病，以及若干先天性心脏病，或继发于左心衰竭之后。主要表現为体循环瘀血。

三、全心衰竭：上述两类症状可同时出現。

预防　对患有可誘发心力衰竭疾病之患者应安排适当的体力劳动，治疗和控制感染(特别是肺部感染)。女性心脏病人妊娠分娩是誘发心力衰竭的重要原因，应避免妊娠。

治疗

一、休息：严重者須絕对臥床休息，輕者可在屋內外活动，一般活动不出現症状的，仍然可以参加适当的劳动。在飲食上应少食多餐，进低盐、碱飲食，必要时可給鎮靜药。

二、利尿药：

1.双氢克尿噻每次25毫克，每日三次。利尿后加用氯化鉀1克，每日三次。如服氯化鉀有反应时，可将双氢克尿噻的服法改为每服2～3天，停3～4天。

2.氨茶碱0.2克，每日三次，可与双氢克尿噻同时应用。

3.撒利汞：开始时先用0.5～1毫升，清晨肌肉注射，以后可改为2

毫升，每周1～2次。可先口服10%氯化銨10毫升，每日三次，連服三天則可加强汞剂利尿的作用。有严重腎脏疾病者忌用。

三、强心药的应用：

1:一般給药法（徐緩法）：适用于心力衰竭較輕的病人，可采用毛地黄叶片剂或毛地黄毒甙片剂，前者每次0.1克，每日3次,連用3～4天，而后給維持量，即每日0.1克。后者每次0.1毫克（剂量为前者的千分之一），服法与前者完全相同。

2.快速給药法：适用于急症，有严重的心力衰竭病人，并限于最近2周內未用过毛地黄类药物者，可采用此法。

（1）毛地黄叶或毛地黄毒甙片剂：前者开始时口服0.2～0.4克，以后每6～8小时給0.2克共4次。24小时內共达0.8～1克，以后用維持量，即每天0.1克。后者每次剂量为前者的千分之一，服法完全相同。

（2）地高辛：功效快，排泄也快。首次用量为0.5毫克,以后每六小时一次，每次0.5毫克共4次。24小时內共达2～2.5毫克左右。以后用維持量，每日0.25～0.5毫克。

（3）严重左心衰竭，尤其伴有急性肺水肿者（常見于高血压性心脏病、动脉硬化性心脏病），可用毒毛旋花子素K 0.125～0.25毫克加入50%葡萄糖20～40毫升中,作靜脉緩慢注射,一般注射5分钟后即見疗效，24小时內总量不要超过0.5毫克,每次剂量不要超过0.25毫克。

（4）严重的心力衰竭伴有心律紊乱，如陣发性心动过速、心房纖維顫动者，可采用毛花甙丙（西地兰）0.4～0.8毫克，加入50%葡萄糖40毫升中作靜脉緩慢注射，約10分钟后可見效果，一天后大部分排出，必要时在四小时后可重复注射0.4毫克，但24小时內总量不超过1.2毫克。

3.注意事項：

（1）毛地黄类药物只用于心脏病有心力衰竭者，虽有心脏病但无心力衰竭者不能用。

（2）风湿性单純二尖瓣高度狹窄的病人出現大口咯血或肺底有湿性囉音时，是因为肺动脉高压所致，故毛地黄类药对这种病人不是适应症，有时应用后反而会使症状加重。

（3）肺原性心脏病及其他心肌严重受損的病人(如中毒性心肌炎)，应用毛地黄类药物时，应从小剂量开始，否則易引起毛地黄中毒，其重点宜放在控制呼吸道感染与間断給氧等治疗方面。

（4）服用毛地黄类药物时，必須給足够飽和量（毛地黄化）才能有良好效果。毛地黄化的依据是：①咳嗽、心慌、气短明显好轉；②心率降至80次/分左右，肺部水泡音、肝大及浮肿等显著減輕。毛地黄化后应每天給維持量。特别是曾有严重心力衰竭或有心房纖維顫动的病人，应长期服用維持量。

各种毛地黄制剂的用量及用法表

药名	给药法	饱和量			维持量		毛地黄化法
		成人	小儿(毫克/公斤)		成人	小儿	
			<2岁	2～12岁			
毛地黄叶	口服	1±0.2克	30～35	20～25	1/10饱和量		徐緩法：每次0.1克，每日3次，連用3～4天 快速法：开始0.2～0.4克，以后每6～8小时給0.2克，24小时内飽和
毛地黄毒甙	口服 肌注	1±0.2毫克	0.03～0.04	0.02～0.03	1/10饱和量		毛地黄毒甙用量为毛地黄叶的1/1,000 用法同上
地高辛	口服	2～2.5毫克	0.06～0.08	0.04～0.06	0.25～0.5毫克	1/4～1/5饱和量	首次給0.5毫克，以后每6小时給0.5毫克，24小时内飽和。靜注时应稀释后緩慢注入
	靜注	0.75～1.25毫克	0.04～0.06	0.02～0.04			
毛花甙丙(西地兰)	靜注 肌注	1.2±0.2毫克	0.03～0.04	0.02～0.03			首次給0.4～0.8毫克必要时4小时后再給0.4毫克，24小时内飽和。靜注时，稀释后慢注
毒毛旋花子素K	靜注	0.25～0.5毫克	0.007～0.01				用50%葡萄糖液稀释成20～40毫升緩慢注射。开始0.125～0.25毫克，必要时6小时后再給一剂，24小时内不超过0.5毫克

（5）在应用毛地黄类药物的过程中，应密切观察病情变化，若心率低于60次/分，出現早跳、二联律或心率反而明显加速、食慾不振（与服用毛地黄前比較）、恶心、呕吐等症状与体征时，应停药观察，等中毒現象消失后，再給維持量。对期外收縮較多者，可加用氯化鉀1克，每日三次。用毛地黄类药物过程中，以及用药前后7～10天內不能应用鈣剂。

（6）表內所列剂量是一般剂量，具体病人的需要量可有較大差别，所以每次給洋地黄时都应仔細检查病人，是否已充分发揮了疗效及有无中

毒的表現。无論是在洋地黃化过程中，或在用維持量时都有中毒的可能性，必須注意观察。

四、病因治疗：例如先天性心脏病、二尖瓣狹窄及縮窄性心包炎等可行手术治疗；貧血性心脏病，需要糾正貧血。

五、对症治疗：呼吸困难病人，有条件者可給氧气吸入。慢性肺原性心脏病伴有紫紺时，間断吸氧尤其重要。咳嗽时可服复方甘草合剂。精神緊张和失眠者可給鎮靜催眠药，但对肺原性心脏病者应愼重使用。

六、合併症的治疗：如心力衰竭合併急性感染（最常見的是呼吸道感染），应积极用抗菌素治疗，否則心力衰竭不易控制。

七、急性左心衰竭（急性肺水肿）的治疗：

1.使病人取半坐位，两腿下垂以減少血液回流。

2.皮下注射嗎啡10毫克（肺或脑部疾患引起的肺水肿，或伴有休克的病人，应忌用）．或肌肉注射苯巴比妥納0.1～0.2克。

3.氨茶碱0.25克溶于50%葡萄糖40毫升作靜脉注射，对降低靜脉压，扩张血管和支气管有作用。

4.迅速毛地黃化：如近两周未用过毛地黃，可用毒毛旋花子素K 0.25毫克，溶于50%葡萄糖液40毫升內，緩慢靜脉注射。

5.減少靜脉血流回右心，以降低肺循环压力。可用止血带或血压計橡皮囊捆扎一上肢和对側一下肢，每15分钟輪流松解一次。

6.有条件时吸氧，并間断使氧气通过75～95%酒精中（消除呼吸道中的泡沫）。一般每吸10分钟，停20～30分钟后再用，可反复数次。

心律失常

心律失常是指心脏搏动的过快、过慢或不規則。其原因可为器质性心脏病，或功能性，或生理性，也可見于药物中毒、急性感染等病。

诊断要点

一、竇性心动过速：心率每分钟在100～160次，开始与終止都是逐漸发生，且心率可随体位、活动而变化。

二、竇性心律不齐：吸气时增快，呼气时变慢，活动或屏气时不齐現象消失。

三、心动过緩：心率在 60 次/分以下，多为竇性心动过緩或房室传导阻滯，如每分钟心率仅20～30次，应考虑完全性房室传导阻滯。

四、期前收縮（早跳）：心跳在規律的基础上突然提前出現（病人自覚心跳有間歇感），頻繁多发的期前收縮可形成二联律或三联律。

五、心房紆維顫动：心跳快慢和心音强弱不等，心率与脉搏也不一致。

六、陣发性心动过速：心动过速呈发作性，突然开始，突然終止，其

心率常在160～240次/分。

治疗

一、对窦性心动过速主要应治疗原发病（如发烧、心力衰竭）。若由心脏神經官能症所引起者，可服利血平或鎮靜药以控制心率。窦性心动过緩与不齐，均不需特殊治疗。

二、期前收縮的处理視其病因而定，大多不需治疗。自觉症状明显者可用鎮靜剂。如在用毛地黄、銻剂等药物过程中发生者，应暫时停药。

三、陣发性心动过速发作时，如为室上性者（心律絕对規則，心音强弱一致），可先用刺激迷走神經的方法：1.深吸气后屏住，然后用力做呼气动作或刺激咽部以誘发呕吐；2.压迫頸动脉竇：让病人平臥，头轉向一側，在甲状軟骨上緣水平，頸动脉搏动最强处，用三个手指向頸椎方向压迫15～20秒钟（先試右側，无效时再試左側，一般勿同时压迫两側）；3.压迫眼球：让病人閉眼以手指在眶上緣的下方压迫眼球的上部，不得压角膜，至病人感到疼痛，时間为20～30秒。压迫頸动脉竇或眼球时，均应作心脏听診，心动过速中断时，須立卽停止压迫。如无效时可采用新針治疗（穴位見第七篇“心慌”）或采用药物，常用的有毛地黄制剂（毛地黄中毒时忌用），西地兰（見“心力衰竭”）。有时在用毛地黄后再压迫頸动脉竇較易奏效，亦可用新斯的明0.5～1毫克，皮下注射(支气管哮喘者忌用）。仍无效則可用奎尼丁0.2克立卽口服，然后每2小时一次，每次0.2克，共5次，无效时第二天可将每次剂量增加至0.3～0.4克，全日量不超过2克。生效后給維持量0.2克每日三次。

室性陣发性心动过速，心律可以完全不規則，第一心音有明显变异，可用奎尼丁或普魯卡因酰胺治疗（若併发心肌梗塞、心肌炎或因毛地黄及銻剂中毒等引起者，病因治疗也极为重要）。口服普魯卡因酰胺0.5～1克以后，每隔2～3小时服0.5克，至发作停止，每日服药不超过5次。奎尼丁服法同前。奎尼丁与普魯卡因酰胺均有很大毒性，使用时必須密切观察病人。一般毒性反应为恶心、呕吐，如出現卽应停药。严重时药物本身亦可引起室性陣发性心动过速，甚至心室顫动。

四、心房顫动：如心率正常时不需治疗，有心力衰竭时用毛地黄治疗（見“心力衰竭”）。

周围血管疾病

下肢靜脉曲张

下肢靜脉曲张是由于大隐或小隐靜脉回流障碍，因而靜脉扩张、延长，呈迂曲状。本病多見于长途負重或长时間站立者。

诊断要点

一、长时間站立或行走，常感患肢发胀而易疲劳。

二、站立时靜脉充盈，出現蚯蚓样扩张，肢体抬高后卽可消失。

三、由于靜脉壁变薄，所以輕度外伤可造成出血。由于血液循环不良和感染，又常发生靜脉炎或不易癒合的小腿潰瘍。

治疗

一、可打裹腿以減輕症状，但不能根治。

二、严重的下肢靜脉曲张，可行大隐靜脉高位結扎及抽出术。

三、靜脉曲张破裂出血时，应立卽平臥，抬高患肢，局部用紗布加压包扎卽可。切不可用止血带。

四、合併靜脉炎时，应局部热敷、抬高患肢、休息及抗菌素治疗。

五、合併小腿潰瘍时，除抬高患肢減少活动外，并需保持每日或隔日換药一次。若潰瘍滲出液較多可用 0.1% 雷佛奴尔湿敷，潰瘍干燥时可敷油类軟膏，如磺胺或氧化鋅軟膏等。

中药鵝倍散有良好的效果。

成份：五倍子一两　鵝粪五錢。制法：五倍子蜜拌后，銅勺炒焦，研成細末。鵝粪焙焦（存性）研細。两药混匀，醋調后外敷。

明显的下肢靜脉曲张合併小腿潰瘍时，最好在潰瘍癒合后行手术治疗，若潰瘍經久不癒者，也可先行大隐靜脉高位結扎术。

血栓閉塞性脉管炎

血栓閉塞性脉管炎是一种慢性、全身性的血管疾患，主要病变为血管內血栓形成，管腔閉塞，最后导致肢体坏死。多为青壮年男性患者。常发生在下肢。

诊断要点

一、輕者表現为动脉缺血現象，如肢端发凉发麻、顏色改变、疼痛、間歇性跛行等；重者还有营养障碍，如肌肉萎縮、肢端潰瘍、坏死等。

二、患肢动脉搏动消失（上肢可检查肱、橈动脉搏动，下肢可检查股、膕、脛后、足背动脉搏动）。

三、患肢有游走性靜脉炎。

治疗　主要包括三方面：消除外界不良刺激；解除血管痙攣；改善肢体血液循环。

一、禁忌吸烟。消除体內感染病灶，如齲齿等。

二、肢体局部注意清洁卫生和保暖；避免外伤；治疗足癬；如有急性感染則应用抗菌药物。

三、中药治疗：治以活血止痛解毒。

四妙勇安湯：当归、元参、銀花、甘草各一两。水煎服，每日一付。

加減：上肢者加桂枝三錢；下肢者加牛膝三錢；肢体发冷者加炮附子、肉桂各二錢；局部紫暗或有靜脉炎者加烏药、桃仁、苏木各三錢；局部坏死感染者加公英、地丁各一两　大黃三錢；后期体弱者加黃芪、党参各三錢。

四、新針治疗：病在上肢針合谷、曲池；病在下肢針足三里、阳陵泉、太冲。均为强刺激。

五、血管扩张药物：可以选用以下药物。

1.2.5%硫酸鎂100毫升，靜脉緩慢注射，每日一次，10天为一疗程。

2.菸酸0.05～0.1克，飯后服，每日三次。

3.妥拉苏林25毫克，飯后服，每日三次。

4.血管舒緩素10单位，每日三次。

5.盐酸罌粟碱0.03～0.06克，每日三次。疼痛严重时，可短期应用。

6.低分子右旋醣酐（30,000～40,000分子量）靜脉滴注，每日250～500毫升，10日为一疗程。可根据病情，連續注射数疗程。

六、运动练习：可促进局部血液循环及帮助側枝循环形成。方法：患者平臥，抬高患肢至45度，維持1～2分钟，然后双足下垂2～5分钟，同时两足作向上、下、內、外运动和足趾伸张收縮运动10次，再将患肢放平休息2分钟，如此依次运动5次。每日重复练习3～5遍。

七、局部处理：慢性潰瘍应按一般伤口进行清洁换药。

八、患肢足背动脉搏动消失，缺血現象严重，間歇性跛行显著者，可考虑行腰交感神經节切除术。

九、过去患此症，对坏死部位多采取截肢术。目前經中药、針灸及輸液等綜合治疗，疗效良好。

神經系統疾病

面神經麻痹

面神經麻痺中最常見者，是因局部受风着凉后所引起的周围型面神經麻痺，俗称“吊綫风”。青壮年患病多，一般2～4周后开始恢复。此外，亦可併发于中耳炎、腮腺炎等疾患。

诊断要点

一、发病急，患側漏口水、說話“漏风”、眼瞼不能閉合、鼻唇沟及額紋消失，口角歪向健側。多为一側面肌部分或完全麻痺。

二、应与中枢型面神經麻痺相鉴别，后者多由于脑部疾病如脑瘤、脑出血等所造成，不同点是病人仍能閉眼和皺眉。

与脑干及小脑桥脑角疾患（如肿瘤、炎症等）相鉴别，后者多伴有神

經系統其他体征。

预防 避免受寒和潮湿；及时治疗中耳炎等疾患。

治疗

一、新針治疗：〔主穴〕太阳、地仓、合谷。〔备穴〕阳白、迎香、下关、頰車、列缺。針法：初次治疗先針双側合谷，2～3次后，改用病側合谷。眼瞼不能閉合、額紋消失时，針患側太阳透率谷或阳白透魚腰（眉中間）。口角歪斜时，針患側地仓透頰車，下关、迎香，疗效显著。

二、中药治疗：以散风活絡为主。

1.牵正散：白附子、全蝎、僵蚕、白芷、地龙、防风各三錢。水煎服。

2.生黄芪一两　赤芍、当归、防风各四錢　蜈蚣二条。水煎，分三次服。

三、强的松5～10毫克或水楊酸鈉1克，每日三次。

四、口服或肌肉注射維生素B_1、B_6、B_{12}。

五、为防止尘埃异物等刺激角膜发生潰瘍，可用紗布盖住患側眼睛，并滴眼药水或用消炎眼膏（如磺胺嘧唑眼膏）。

多发性神經炎

多发性神經炎是由于周围神經受感染、营养障碍或中毒等原因所引起的以四肢远端为主的感觉、运动及营养障碍。

诊断要点

一、感觉障碍：常为对称性。初期可有感觉过敏如蚁走感，后期可呈手套型或短袜型感觉减退或丧失。

二、运动障碍：肌肉軟弱无力，重者出現肢体瘫瘓。初期可有腱反射亢进，继之腱反射减退或消失。

三、营养障碍：肌肉萎縮，皮肤粗糙、起裂、发凉、脱皮、少汗。

四、除上述基本症状外，不同原因引起的神經炎，其症状也有所不同。常見的感染性多发性神經炎，多发生于受凉或上呼吸道感染后，发病急驟，以运动障碍为主，表現为下肢或四肢麻痺，重者出現呼吸肌麻痺；营养缺乏性神經炎，以感觉障碍为主，并常有浮肿及胃酸缺乏等症状；砷中毒性神經炎，以感觉障碍最明显，并有剧烈的疼痛，常有显著的共济失調；鉛中毒性神經炎，以运动障碍为主，好侵犯視神經及橈神經（出現对称性垂腕）。

预防

一、积极治疗引起多发性神經炎的各种急、慢性疾病，如糖尿病等。

二、长期接触砷、鉛等毒物者，应积极采取职业性預防措施。

治疗

一、及时找出病因，給予特殊处理。

二、电兴奋疗法：見“新医疗法”。

三、新針治疗：〔主穴〕八邪、八风。〔备穴〕曲池、条口。針法：針八邪、八风时斜刺1～1.5寸深（每次取两处）。曲池透少海，針感传导至手指。条口透承山，針感强。主、备穴交替針刺。

四、靜脉滴注或肌肉注射可的松制剂，对感染性多发性神經炎的急性期治疗有良好效果。

五、口服、穴位或肌肉注射維生素B_1、B_{12}。可促进神經組织的再生及其功能的恢复。

六、适当注意飲食营养；疼痛者应用止痛剂；为促进肢体血液循环和預防肌肉萎縮，可用按摩及物理治疗。

三叉神經痛

三叉神經分三支：眼枝、上頜枝和下頜枝。三叉神經痛可发生于一側三叉神經的任何一枝或多枝所分布的区域內。大多为原发性三叉神經痛，常見于老年人（可能与动脉硬化有关）。少数继发于顱內肿瘤者，以青壮年多見。

诊断要点

一、陣发性剧烈的电击样疼痛，时間短暫，突然发作，突然停止。疼痛发作时有非常痛苦的表情，如上下牙咬紧不动、咬唇、用手揉擦面部等动作。

二、一般病程較长，初期多有反复发作史及自行緩解期。

三、疼痛发作常有明显的誘因，如說話、洗脸、刷牙、进食或外来的刺激等，唇部或口腔內常有一板机点（一旦触及此点，即可引起发作）。

四、原发性三叉神經痛，三叉神經功能检查正常。

五、鉴别診断：

1.与口腔疾病（如牙髓炎、根尖周膜炎等）引起的疼病相鉴别，后者一般可以找到病源牙，疼痛多为持續性。

2.与口腔頜面部及顱內肿瘤相鉴别，后者可发現肿瘤及三叉神經功能障碍，顱內肿瘤尙多伴有神經系統其他阳性体征。

治疗

一、新針治疗：〔主穴〕巨髎(四白直下，与鼻下緣水平綫相交处)、太阳、落枕。〔备穴〕大迎、合谷、医明。針法：巨髎横刺顴髎（外眼角直下顴骨下緣中央凹陷处）1.5～2寸深。太阳斜刺下关，配健側落枕穴，此法效果显著。如不止痛时，改用大迎斜刺頰車后，提針再斜刺向下关，配健側合谷。中、强弧度刮針法。

二、中药治疗：以散风止痛为主。

川芎茶調散：川芎、荆芥、防风、羌活各三錢　薄荷二錢（后下）　細辛一錢。水煎服。

加減：疼痛明显加僵蚕二錢　菊花四錢；高血压加夏枯草五錢　决明子四錢。

芎菊上清丸，每次一瓶，每日两次。

三、苯妥英鈉0.1克及苯巴比妥0.03克，每日三次，并加用維生素B 族及止痛剂等。

四、酒精封閉。

五、經保守治疗无效者，可考虑手术治疗（开顱行三叉神經根切断术）。

脑　出　血

脑出血多因高血压及动脉硬化引起，常見于40岁以上患者，俗称“中风”。其他尚可見于脑血管畸形、顱內动脉瘤、脑瘤、脑外伤、血液病等疾患。

诊断要点

一、发病急，多于情緒波动或排便用力后发生。

二、出現昏迷、呕吐、面赤、多汗、呼吸深常不規則、鼻有鼾声、脉緩而有力。眼球及头常轉向脑出血側，瞳孔开始双側縮小，严重时一側或双側散大。对側半身癱瘓、反射減弱或消失，并出現病理反射。

三、应与脑血栓形成、脑栓塞及脑血管痙攣相鉴别，此三者发病多无昏迷，但意識可混浊或嗜睡。脑血栓形成，起病較慢，多发生于睡眠或休息时，血压可不高；脑栓塞，以青年及中年多見，常发生于伴有心房紆維顫动的风湿性心脏病（因瓣膜上贅生物脫落）和长骨骨折（脂肪栓子堵塞脑血管），起病快，发生时間不定，血压多不高；脑血管痙攣，突然出現头痛、头暈、恶心、呕吐、血压增高，症状在1～2天或数天消失，常可反复发作。

治疗

一、一般治疗：

1.为防止继續出血，病人应靜臥休息，抬高床头，禁止不必要的搬动，尽可能在当地治疗。

2.昏迷者，如有活动假牙应該取下，以免吸入气管；注意吸痰以防吸入性肺炎；勤翻身防止褥疮。

3.氧气吸入。

4.高烧者，应用冰袋及退烧药。

5.出血后24小时內不宜靜脉輸液，以后若不能鼻飼者，可每日輸液1,000～1,500毫升。

二、药物治疗：

1.脱水药物：50%葡萄糖60毫升，静脉注射，每日3～4次。对重症病人，如出現脑疝症状（如瞳孔一側或双側散大）时，可用20%甘露醇或25%山梨醇250毫升，静脉滴注，每4～8小时一次。

2.降压药物：25%硫酸鎂10毫升，肌肉注射，每日1～3次。若血压过高时，可用利血平1毫克，肌肉注射，每日1～3次，待神志清醒后，可改为口服利血平。

3.止血药物：如安絡血、仙鶴草素等。

4.抗菌药物：預防或治疗肺炎。

三、新針治疗：〔主穴〕曲池透少海，阳陵泉透阴陵泉。〔备穴〕地仓透頰車，养老、列缺，外关透內关，合谷透劳宫，环跳，絕骨透三阴交。針法：有高血压可先針曲池透少海，待血压下降后，再适当添加恢复肢体瘫痪穴位。每日或隔日針一次，每次选用2～4个穴位。用强或中刺激手法。

癲　癎

癲癎发作，是陣发性、一过性脑机能紊乱的一种临床表現。可因脑炎、脑膜炎及脑外伤后，或脑寄生虫、脑瘤等原因引起。一般把能找到病因者称为继发性癲癎；反之称为原发性癲癎，多发生于20岁以前，可有家族史。

诊断要点

一、癲癎大发作，俗称“羊癎风”。先兆症状可为幻觉或异常感觉，几秒钟后病人大叫一声，随之意識丧失而摔倒，全身肌肉强直、瞳孔散大、光反应消失，继而四肢一陣陣抽搐，口唇发紺，口吐白沫及咬破舌头，常有大小便失禁。一般发作持續几分钟后进入深睡，病人醒后对当时发作情况完全不知道。

持續性癲癎为大发作的一种临床表現，是連續反复不断地抽风发作，間歇时間短，病人常处于昏迷状态，时間可持續数小时至数天。

二、癲癎小发作，多見于儿童，为一时性意識丧失而无抽风，可表現为某一动作突然中断、握物失落或出現不自觉的异常活动，如点头、原地打轉等。

三、精神运动性发作，表現为短暫的意識混浊或精神失常，如发作时无目的外出活动、躁狂或反常行为等。

四、局限性癲癎，发作时多无意識障碍，表現为一側面部或个别肢体的抽搐或感觉异常，重者可导致全身大发作。

治疗

一、癲癇病人应禁止飲酒及游泳，不宜从事高空作业及靠近机器旁工作，不应駕駛机动車辆。发作时注意保护病人勿受外伤。

二、继发性癲癇应針对病因治疗。

三、新針治疗：〔主穴〕哑門。〔备穴〕內关、后谿、风池、大椎、涌泉、人中。針法：发作时針人中，配湧泉，用震顫法强刺激。发作間歇时，主、备穴交替針刺。中强弧度刮針法。

四、药物治疗：

1.苯妥英鈉0.1克，每日三次。主要用于癲癇大发作。

2.麦苏林 0.25 克，每日三次。主要用于癲癇大发作及精神 运动性发作。

3.三甲双酮0.3克，每日三次。用于癲癇小发作。

4.苯巴比妥0.03克，每日三次。

5.利眠宁10毫克，每日三次。

6.持續性癲癇可用10%水合氯醛20～40毫升灌腸，或肌肉注射苯巴比妥鈉0.2～0.4克。重者可用10%阿米妥鈉 5 毫升，緩慢靜脉注射（密切注意呼吸）至发作停止，再将余量改为肌肉注射。

癲癇的治疗，若两种药同时配合使用可提高疗效。药量及服药时間需按发作次数、发作时間及疗效加以調正，以达到完全控制发作。当調正适量后，仍需坚持服用一年以上，以巩固疗效。停药时应逐漸减量，不能突然停药，以免引起发作。

五、单方驗方：菖蒲、远志各三錢　生牡蠣一两。水煎服，另 用 朱砂面、琥珀面各五分，分两次冲服。用于发作时。

神經衰弱

神經衰弱是大脑皮层兴奋和抑制两大过程的平衡 失調。以 青壮 年多見。

诊断要点

一、一般发病緩慢，症状多种多样，如头痛、头暈及头部异常感觉，精神不振、乏力、精神不能集中、失眠、多梦、心慌、气短、記忆力减退、情緒易激动等。

二、查不出与症状相应的器质性疾病的体征。

三、应与器质性疾病的初期所引起的神經衰弱綜合症状相鉴别，如脑瘤、高血压、甲状腺机能亢进、貧血等疾病。因此，必須詳細詢問病史和查体，千万不能单凭症状下結論。

治疗　首先，要努力学习毛主席著作，用毛泽东思想武装头脑，以无产阶級世界观对待一切事物，并树立战胜疾病的坚强意志；其次，可适当

参加体力劳动，有助于疾病的恢复。

一、电兴奋疗法：这是在文化大革命中发明的新疗法，对治疗神經衰弱有良好的效果，詳見“新医疗法”。

二、新針治疗：〔主穴〕医明、三阴交。〔备穴〕足三里、通里、太冲。針法：先針双側医明，其他双側穴可以交叉取一側，每次取两个穴。中、强弧度刮針法。

三、梅花針治疗：效果良好，詳見“新医疗法”。

四、中药治疗：治以补气养血、安神之法。

1.党参、当归、远志、五味子、柏子仁、菖蒲各三錢 炒枣仁五錢。水煎服。

加减：失眠严重者加夜交藤五錢； 头痛头晕者加菊花四錢；腰痛者加杜仲、川断各三錢；飲食不佳者加陈皮三錢 白朮二錢。

2.炒枣仁一两。浓煎，睡前半小时頓服。

3.中成药：可以选用补心丹、柏子养心丸、安神补心丸等。

五、为了調整高級神經活动，可服用三溴片 0.3 克或利眠宁 5～10 毫克，咖啡因0.03克，均为每日三次；失眠者，睡前口服苯巴比妥0.06克或阿米妥0.1～0.2克或安宁片0.4克；头痛者应用止痛剂。

癔　病

癔病，又名歇斯底里。因精神損伤所引起。多見于青年女性。

诊断要点

一、因精神受刺激而突然起病。

二、每次发作亦有一定的精神因素如生气、着急等。临床表現杂乱无章，兴奋型患者可有哭笑无常、强迫姿态、无規律的抽动等；抑制型患者可有閉目不語、耳聋、失明、感觉障碍、木僵不动、肢体瘫痪等表現。体检时查不出与症状相应的合乎生理解剖規律的器质性疾病的体征。

三、应与癲痫相鉴别，癔病多有誘发原因，发作时神志清楚、抽搐无規律、瞳孔不散大、对光反射存在，常在人前发作，睡眠时不发作。

治疗 首先要明确診断，除外器质性疾病。

一、应指导病人正确理解本病性质及发作的道理，认眞学习毛主席著作，树立与疾病作斗爭的信心。

二、新針疗法：〔主穴〕內关。〔备穴〕人中、合谷。針法：双側內关同时进針，用提插震顫手法。效果不佳时，加刺人中。

三、中药治疗：治以舒肝清热、安神养心之法。

1.逍遙散加减：柴胡、杭芍、当归、浮小麦、生枣仁 、夜交藤各三錢 甘草二錢 大枣七枚。水煎服。加减：失眠重者加龙骨、牡蠣各四錢；心慌

者加柏子仁、寒水石各三錢；飲食不佳者加白朮二錢。

2.浮小麦二两　大枣十枚　甘草五錢。水煎服。

四、癔病患者暗示性和模仿性很强，故应避免沒必要的語言及行动上的刺激，在治疗的同时应告訴病人，經过治疗后疾病能很快恢复。对兴奋型患者可应用鎮靜剂，如氯丙嗪、苯巴比妥鈉等。对抑制型患者可靜脉注射10％葡萄糖酸鈣10毫升，至身体发生烧热感时，給予相应的精神暗示，如鼓励病人活动瘫痪的肢体，木僵不动者可用棉球蘸氨水放在鼻孔处吸气，借以达到兴奋的目的。

精神分裂症

精神分裂症是一种常見的精神病。表現为思維、言語、动作和情感的明显失常。多发生于青年及中年人。遇有精神异常表現的人，首先要对其政治思想情况，全部精神活动，病史等进行全面的調查。在調查工作中要用阶級和阶級斗爭的观点，用阶級分析的方法去看待一切、分析一切。

诊断要点

一、起病一般緩慢，初期常表現为态度逐漸地冷淡、孤僻、独居，并有类似神經衰弱的一些症状。

二、临床表現复杂，以思維破裂为特征。常分为下列三种类型：

1.打鬧、哭笑、跑跳、說唱、乱說、幻听、偏听、幻視、幻想等。

2.悲伤、啼哭、沉默、昏迷、眼球固定、呼吸困难。

3.痴呆不語、不吃不喝、大小便不能自理、喜臥不动、睡眠不好。

治疗

一、首先应了解病人发病誘因，采取有效方法，解除病人精神負担。

二、加强对病人的管理，注意防止患者自伤或打人毁物，組织病人参加适当的劳动鍛炼。

三、新針治疗：

1.〔主穴〕哑門。〔备穴〕內关、后谿、风池。

2.采用分組針治法，治疗組分一組：定神（鼻中沟下⅓处，針尖向上斜刺1～1.5寸）、虎边（合谷与食指指掌关节之間，靠掌骨边緣），三阴交透悬钟。二組：头頽（太阳上一寸稍后方，咬牙时頽部突起部，向耳尖方向斜刺1.5～2寸）、指掌（中、无名指之間掌側面，斜向魚际刺1～1.5寸）、足三里，說唱打鬧加湧泉。三組：百会、丰隆，內关透外关。四組：曲池透少海，照海（足內髁下一寸）、鳩尾（劍突下五分）。巩固組分一組：合谷、头頽、丰隆、足三里、百会、风池、安眠1.2。二組：太阳、三阴交、神門。針法：每天一次，每次2～3穴，用中等刺激。除第三型不用第四組穴外，余一、二型四組穴輪換使用，症状基本消失后，可改用巩固組穴。

四、药物治疗：可給較大量的鎮靜剂，如氯丙嗪25毫克，每日三次，若仍不見好轉可每日增加25～50毫克，逐漸加至每日200～300毫克，連服1～3个月，待病情好轉后将药量递減，每日減25毫克，至每日100～150毫克后，再根据病情可維持2～3年。

对患肝脏病或因其他原因不能服用氯丙嗪者，可用奋乃靜（20～30毫克/日）或泰尔登（剂量及用法同氯丙嗪）。

此外，尚有睡眠疗法、胰島素休克疗法及痙攣疗法等。

血液系統疾病

白 血 病

白血病的特点是周围血液中的白細胞显著增多，并出現未成熟的白細胞。根据病情的緩急，可分为急性和慢性白血病两种。

诊断要点

一、急性白血病：起病急，病程短，有发烧、坏死性咽峡炎和皮肤粘膜出血等現象。

二、慢性白血病：起病緩慢，病程較长（平均2～5年），可有头暈、乏力、眼前发黑、食慾不振、消瘦、貧血及皮肤粘膜出血現象。病人面色蒼白，胸骨有压痛，肝、脾和淋巴結常显著肿大。

三、有条件时可化驗血像，周围血有大量不成熟的白細胞。

治疗

一、有发烧时宜臥床休息，注意营养及保持口腔卫生。若有感染应及时給予抗菌素治疗。

二、急性淋巴細胞性白血病，病情严重或有明显出血症状的病人，可先用强地松10～20毫克，每日四次；在急性粒細胞性或单核細胞性白血病的病人，可先用6—巯基嘌呤（6—MP）口服，每日剂量为2.5毫克/公斤，持續1～3周，以后改为每日50毫克，隔日一次維持；或用此二药合併治疗；亦可用氨基蝶呤每日口服0.5～2毫克，疗程2～3周，待緩解或出現毒性反应时停药，改每周服三次，每次1毫克維持。

三、慢性粒性白血病，可用馬利兰治疗，其毒性低，疗效較好。剂量为每日口服4～10毫克。緩解后改每日或每三日2～4毫克維持，一般疗程为1～4个月。亦可用烏拉坦每日量为3～6克，分三次口服。緩解期的开始多在治疗10～40日后，如获緩解可以停药或每日給0.5～2克維持量。其毒性反应有消化道症状及对肝脏損害。

四、如有严重貧血，条件許可时可反复小量輸新鮮血。

血小板减少性紫癜

血小板减少性紫癜分原发性和继发性两种。原发性者，多发生于青年女性；继发性者，可見于其他血液病和某些急性感染。下面仅述原发性血小板减少性紫癜。

诊断要点

一、发病可急可緩，皮肤有出血点、瘀斑或紫癜，一般不隆起，多見于四肢，以下肢为多，躯干較少，开始为鮮紅色，很快变为紫色，最后成为黃色，而后消失。粘膜出血多見于牙齦及鼻粘膜，有时发生呕血及便血。慢性出血可出現貧血。輕微的碰伤常可引起皮下出血。慢性病例脾多輕度肿大。

二、血像检查血小板显著減少，往往低于5～6万/立方毫米，出血时間延长，凝血时間正常。

治疗

一、注意营养，有出血現象者可服用維生素C及安絡血。如有鼻粘膜出血，可用紗布条浸0.1%腎上腺素塡塞。

二、急性病人，可服强地松30～40毫克，每日分3～4次。病情緩解后，逐步減量停药，一般至少需治疗2～3个月。

三、如有大出血时，可考虑輸新鮮血。长期反复发作病人，可考虑脾切除，常可促成临床痊癒，或至少长期緩解。

四、中药治疗：

1.阳斑：血热所致，斑点色泽紅艳，或疼热肿胀，或蔓及头面，起沒迅速，小便赤黃，大便干燥，舌紅脉数，治以清热凉血化斑为主。

处方：忍冬藤、生石膏各五錢　玄参、生地、知母、丹皮、赤芍、大青叶各三錢。水煎服。

加減：发烧加黃連、广角各一錢；大便干燥加大黃二錢；呕吐加竹茹、枳壳各三錢。

2.阴斑：脾胃虛寒，斑点色泽淡紅，甚至紫黯或有水泡出現，面色蒼白，腹痛呕吐或有腹泻，脉沉細，舌淡紅，治以溫胃健脾統血为主。

处方：吳茱萸一錢　党参、当归、半夏、茯苓各三錢　生姜二錢　大枣三枚。水煎服。

加減：胃弱食慾不振加蒼朮、厚朴、陈皮各三錢；　腹痛 加木香二錢。

过敏性紫癜

过敏性紫癜是由于过敏因素引起毛細血管壁滲透性和脆性增高所致。

诊断要点

一、发病急，紫癜微凸起，多見于四肢远端，两側对称，有时合併有血管神經性水肿或蕁麻疹，并可同时有严重的腹痛，伴有呕吐、关节肿痛、或血尿。

二、血像检查，出血时間、凝血时間和血小板計数均正常。

治疗

一、有明显出血症状时应臥床休息，严重的腹痛或大量便血时，可暫停食或給少量的稀粥等流食。如能找出过敏因素者，应設法避免与过敏原接触。

二、可用抗組织胺药物，如苯海拉明或异丙嗪25毫克，每日三次。亦可用10%葡萄糖酸鈣10毫升，靜脉注射。

三、腹痛时可給顛茄或阿托品等解痙药。

四、重者或經上述治疗无效时，可給强地松，用法見“血小板减少性紫癜”。

五、中药治疗：同“血小板减少性紫癜”。

脾机能亢进

脾机能亢进可分为原发性和继发性两种，前者原因尚未明了，后者是指某些疾病所引起，如黑热病、血吸虫病、慢性疟疾、門脉高压症（肝硬化，門脉血栓形成等）。

诊断要点

一、病人常因貧血而引起乏力和心慌，皮肤粘膜有出血現象，脾脏肿大通常在肋下2～3指寬，而淋巴結不肿大。继发性脾机能亢进除有以上症状外，还有原发疾病的症状。

二、若有条件可作血像检查，紅細胞、白細胞和血小板均减少，但亦可仅其中的一种或两种减少。

三、本病应和再生障碍性貧血及慢性粒性白血病相鉴别。再生障碍性貧血虽然有紅細胞、白細胞和血小板减少，但脾脏多不肿大，骨髓增生力减低；慢性粒性白血病虽然脾肿大，但周围血液中的白細胞則显著增高，且有未成熟的白細胞。

治疗 脾切除是治疗本病的有效方法，原发性脾机能亢进患者，在脾切除后多数病人可以痊癒。继发性脾机能亢进的某些病人（如血吸虫病、疟疾、門脉高压症等），也可通过脾切除而得到症状方面的改善。

内分泌疾病

单純性甲状腺肿　附：克汀病

单純性甲状腺肿是由于缺碘所造成的甲状腺代偿性增生肥大。其病因有两种，一是因为需要量增加，如青春发育期、妊娠期等，呈散在性发病；二是由于当地水、食物、土壤、食盐中碘含量缺乏，造成碘的食入量不足所致，故发病有地方性。本病分布在我国西北、西南、华北等离海較远的山区。

诊断要点

一、一般沒有症状，如果甲状腺肿大明显时，可产生压迫症状，如干咳、呼吸困难和声音嘶哑等。

二、甲状腺呈对称性肿大，无震顫和杂音，亦无压痛，可随吞嚥动作而上下移动。

三、甲状腺机能減退，如发生于新生儿，称为克汀病。多見于地方性甲状腺肿地区，因母亲患病影响胎儿甲状腺发育不全所造成。患儿表現头大脸寬、唇厚、舌大、鼻梁下陷、身材短小、智力迟鈍。

预防

一、在流行地区，可用碘化食盐（食盐1,000克加碘化鉀或碘化鈉1克）。在副食中，多供給含碘丰富的食物，如海带等。

二、患单純性甲状腺肿的孕妇，应及早予以口服碘剂，以防胎儿甲状腺发育不全。

治疗

一、口服复方碘溶液，每日1～2滴（每滴含碘9毫克）。两周为一疗程，然后每隔3～4个月再給一疗程，如此間歇治疗直至一年。或者口服碘化鉀每日10～15毫克，服用方法同上。如甲状腺肿的太大，出現压迫症状时，药物治疗难以收效，可考虑手术切除。

二、对克汀病患儿治疗愈早愈好，需长期口服甲状腺片，剂量按年龄服用如下：

4月以內——6～8毫克/日
4～8月——16毫克/日
8～12月——30毫克/日
1～2岁——45毫克/日
2～4岁——60～90毫克/日
6～12岁——90～180毫克/日

如果服药期間出現体溫上升、脉快、腹泻、体重減輕，則停药数日，

然后再从小剂量开始。

三、中药治疗：治以軟坚散結之法。

海藻玉壺湯加減：海藻、昆布、赤芍、山慈菇、浙貝、当归各三錢夏枯草五錢　生牡蠣一两。水煎服。

加減：甲状腺肿硬者加三棱、莪朮各三錢；声音嘶哑者加射干二錢；痰多者加半夏二錢。

甲状腺机能亢进

甲状腺机能亢进是由于甲状腺素分泌过多所致。其病因尚未完全明了。患者以20～40岁女性为多。

诊断要点

一、甲状腺肿大：质柔軟且呈对称性，也可一个叶肿大。在肿大的腺体两极，有时可触得震顫和听到血管杂音。

二、眼球突出：由于眼球突出，致使病人外貌呈恐怖状。

三、心动过速：早期仅于运动或情緒激动时出現，以后則变为持續性。病人感覚心慌、气短，检查时脉搏每分钟100～150次，收縮压升高，舒张压降低或正常。重者可出現心房紆維顫动或心力衰竭。

四、神經系統方面可有性情急躁，手向前伸直时，手指有震顫。

五、基础代謝率增高：体溫常在37.5°C左右，病人怕热，易出汗，皮肤常潮湿，虽食慾亢进，但体重日減。基础代謝率可用簡单公式測出：

基础代謝率＝（脉搏＋脉压）－111

公式中的脉压是收縮压減去舒张压之值。本法需在清晨患者安靜臥床时測定（正常值在±10%之間）。

治疗

一、应減少对患者的刺激，解除思想顧虑，增强战胜疾病的信心，可配合使用鎮靜药及利血平0.25毫克，每日三次。利血平除有鎮靜作用外，还有減慢心率的作用。

二、抗甲状腺药物：以硫脲嘧啶为常用，有甲基和丙基硫脲嘧啶两种，后者毒性小，效力大。每日口服200～400毫克，分三次服。用药4～6周即可好轉，如体重增加、脉搏減慢时，可将药量減半继續服用至症状完全消失，再服維持量每日50～100毫克。一般6～12个月为一疗程。孕妇可用，但哺乳妇女禁用。服药期間需每半月查白細胞一次，当其总数降至4,000/立方毫米时，則应停药。

三、中药治疗：見“单純性甲状腺肿”。

四、手术治疗：切除甲状腺之大部分，以減少其分泌。一般在手术前应作妥善准备，先服用硫脲嘧啶，至病情控制后，再服碘制剂，如口服复

方碘溶液，其用量及服法要根据具体病情决定。不需手术的病人，最好不要使用碘制剂治疗。

手术适应症：

1.甲状腺极度肿大，有压迫症状者。

2.結节性甲状腺肿，且伴有机能亢进者。

3.經內科治疗无效或未能完全控制者。

4.对抗甲状腺药物有严重反应者。

糖 尿 病

糖尿病是由于体內胰島素分泌缺乏而引起的碳水化合物代謝紊乱，主要表現为血糖呈現程度不同的增高及尿糖。

诊断要点

一、“三多”症状（多食、多飲、多尿）。多飲水是由于多尿所致，每日尿量可达10～15升。患者虽多食反而日漸消瘦。

二、如有食慾不振、恶心、呕吐、腹痛等現象时，应考虑有酸中毒的可能。酸中毒时口內有烂水菓气味，可有脫水現象；重者昏迷、呼吸深快、血压下降。尿糖及酮体均呈强阳性。

三、如有条件可化驗空腹血糖，若超过130毫克%，或飯后两小时血糖超过160毫克%时，均有助于診断。

併发症 易併发皮肤疖肿、痈、肺結核、动脉硬化等。糖尿病患者如有条件应作肺部透視检查，以除外合併肺結核。如果反复发作皮肤感染者，应作尿糖检查，以除外早期糖尿病。

治疗

一、輕度无併发症患者，应先控制飲食，以每日八两左右为宜，应避免吃瓜菓、薯类等含糖較多的食物。1～2周后如症状不見好轉，再加用降糖药。

二、甲苯磺酰丁脲（D860）对年龄在40岁以上，較肥胖的輕型患者疗效好。第一天口服3克，第二天2克，第三天起1克，分2～3次口服。如一周后疗效不佳，可再加至一天2～3克，直至尿糖明显减少，即可减至維持量，每天0.5～1克。如有肝病及血液病患者，或对磺胺类药物过敏者禁用此药。亦可用降糖灵25毫克，每日三次。若1～2周无效可加至50毫克，每日三次。

三、經上述治疗无效或有併发症（如严重感染、肺結核等）者，則应采用胰島素治疗，其用量可根据尿糖定性（列表如下），于飯前半小时皮下注射。合并严重感染者，不宜过份限制飲食量，可加大胰島素用量。

尿糖定性試驗表

观察所得結果	記录符号	尿糖含量	胰島素用量
澄清蓝色不变	-		
黃　綠　色	+	少于0.5克%	5单位
黃　　色	++	0.5~1克%	10单位
桔　黃　色	+++	1~2克%	15单位
砖　紅　色	++++	2克%以上	15单位以上

四、中药治疗：

1.猪胰全具，低溫干燥为末，蜜丸，每服三錢，开水送下，常服对糖尿病有良效。

2.六味地黃湯加减：熟地、山药各五錢　萸肉、丹皮、泽泻、茯苓各三錢　黃芪五錢　花粉一两。

附：尿糖定性试验（本氏法）

原理：葡萄糖含有醛基，是一强还原剂，能将本氏定性試剂中的蓝色硫酸銅还原成橙紅色的氧化低銅。

方法：置本氏試剂 2.5 毫升于試管中，加尿液 3 ～ 4 滴，加热煮沸 1 ～ 2 分钟，冷却后观察記录結果。（本氏定性試剂：含硫酸銅17.3克，枸櫞酸鉀173克，碳酸鈉200克，加蒸餾水至1,000毫升）。

泌尿生殖系統疾病

泌尿系統包括腎脏、輸尿管、膀胱和尿道。腎脏左右各一个，位于腹腔后壁脊柱的两側，下各接輸尿管，分别通到膀胱，最后連接尿道。腎脏分为腎实质、腎盞与腎盂。腎实质是由許多腎单位組成，每个腎单位包括腎小球和腎小管两部分。

急性腎炎

急性腎炎为腎脏非化脓性变态反应性炎症，多見于少年和儿童。本病与溶血性鏈球菌或其他感染有关。临床上以浮肿、血尿、蛋白尿及高血压为主要表現，处理适当，絕大部分都能恢复。

诊断要点

一、在 1 ～ 4 周內常有扁桃体炎、咽峽炎、猩紅热或上呼吸道感染史。

二、于眼瞼及顏面部有浮肿，通常清晨最明显。

三、大部分病人都有不同程度的血压增高。

四、少尿或尿閉，血尿或茶色尿。驗尿有蛋白，尿沉渣中有紅血球及各种管型。

併发症

一、心力衰竭：除腎炎症状外，出現心慌、气短、咳嗽、心率加快、浮肿增剧、进行性肝肿大伴有压痛、心脏扩大、肺部有湿性囉音等心力衰竭症状。

二、高血压：尤其是儿童，可因血压过高，发生高血压脑病，表現为头痛、头暈、呕吐，严重者意識不清或抽风等。

三、急性腎功能衰竭：詳見“腎功能衰竭”。

預防

一、积极鍛炼身体，增强抵抗力。

二、及时治疗上呼吸道感染、扁桃体炎、猩紅热等鏈球菌感染性疾病。

三、注意皮肤清洁，防止皮肤感染。

治疗

一、急性期应臥床休息，以防发生心力衰竭，休息应至症状消失。如果休息不好，有轉变为慢性腎炎的可能。如尿中仅有微量蛋白和紅血球，可以起床活动，但若活动后，尿蛋白和紅血球增多，应重行休息。

二、浮肿明显或有併发症者应忌盐碱，待利尿消肿，可改为低盐飲食，即每天限用食盐2克左右。若无病情反复，逐漸可改为普通飲食。

三、对症处理：

1.利尿：双氢克尿噻25毫克，每天三次，小儿1～2毫克/公斤/日，分三次服；氨茶碱0.1～0.2克，每天三次，小儿2～6毫克/公斤/日，分三次服。

2.併发症的处理：見“心力衰竭”和“高血压”。

四、耳針及新針治疗：〔主穴〕耳針腎区、膀胱区（見“耳針疗法”）。〔备穴〕复溜、飞揚、腎俞（見“新針疗法”）。每次針一个区，留針四小时，同时加一个备穴。每日一次，15次为一疗程。一般針5～6次后，即可見效。

五、中药治疗：

1.浮肿：以清热疎风利水为主。

加味越婢湯：麻黄二錢　生石膏、猪苓、六一散、白朮各五錢　云苓、車前子各一两　泽泻、連翹各三錢　生姜三片。水煎服。

加減：发烧加銀花一两；无汗麻黄用量加重或加浮萍、苏梗叶各三錢；咳嗽加桑白皮、杏仁各三錢；腹胀加大腹皮三錢　砂仁二錢；　血尿加鮮茅

根二两。

簡易方：①益母草四两，水煎服。②玉米须一把　冬瓜皮二两，水煎服。③白茅根四两，水煎代茶喝。④黑白丑各二錢　生姜三錢，水煎服，每日两次。体弱孕妇禁用。

2.血尿：以清热凉血止血为主。

茅根湯：鮮茅根二两　大小薊、藕节各一两　茜草、生地各五錢　血余炭、六一散各三錢。水煎服。

加減：食慾不振或腹泻加云苓三錢　山药五錢　焦三仙一两；血尿严重加旱蓮草五錢至一两。

簡易方：①鮮茅根一斤，煎湯代茶随意飲用，可連服2～3周。②鮮茅根半斤　大小薊一两　生地五錢。水煎服，可应用1～3周，对浮肿、血尿及高血压均有效。

3.恢复期：浮肿消失、血尿減輕，应以健脾滋腎药物以巩固疗效。可用知柏地黃丸，每次一丸，每日两次，或参苓白朮丸，每次三錢，每日两次。

慢性腎炎　附：腎病綜合征

本病多由急性腎炎轉变而来，但部分病人因急性期症状輕微而未被注意，一經发現，已是慢性。此病以成年人为多，青少年常以腎病綜合征形式出現。

诊断要点

一、有的病人有急性腎炎历史。

二、有浮肿、高血压及尿异常。

三、主要有三种临床类型：

1.潛伏型：症状不明显，仅尿中有蛋白和管型。一旦发生上呼吸道等感染易出現急性腎炎症状（慢性腎炎急性发作）。

2.高血压型：以高血压为主要表現，水肿和尿的变化輕微，可併发高血压性心脏病。此型需与高血压病相鑒别，后者多发生于年紀較大（40岁以上），先有长时期的高血压，后出現浮肿及尿异常；而慢性腎炎发生于年紀較輕的人，除可能有急性腎炎历史外，往往先有浮肿及尿异常。

3.腎病綜合征：多見于青少年，以严重的全身性浮肿（可伴有腹水及胸水），尿中大量蛋白，血浆蛋白降低，血清胆固醇升高为特点。尿中紅細胞及管型不多，一般无腎机能障碍。病人易併发化脓性細菌感染。

各型病人最后都可能发生尿毒症。

预防　加强体格鍛炼，积极防治急性腎炎。

治疗　慢性腎炎在資产阶級医疗观点看来，是一种“难治之症”，这

給病人带来极坏的影响。为此，我們必須彻底批判这种消极、悲观的論調，用毛泽东思想武装病人，充分調动病人的主观能动性，采用中西医綜合治疗。事实証明，只要这样做，就能对慢性腎炎取得良好的疗效。

一、中药治疗：

1.浮肿：急性发作的浮肿可参照急性腎炎的治疗。若浮肿不消时，应以补气健脾利水为主。

黄芪防己湯加味：黄芪、蒼朮、白朮、泽泻、抽葫芦各五錢　云苓、車前子各一两　防己三錢、桂枝二錢。水煎服。

加减：呕吐加生姜三片　半夏三錢；　腹水加木香二錢　牵牛子四錢；阳虛手足冷加炮附子、党参各三錢。

参苓白朮丸：每次三錢，每日两次（适用于輕症病人）。

2.浮肿消退后蛋白尿持續不消失，以溫腎健脾为主。

加味腎气湯：黄芪一两　熟地、云苓、山药各五錢　山萸肉、附子各三錢　肉桂一錢。水煎服。

加减：气虛体弱加党参三錢　白朮五錢。

金匱腎气丸：每次一丸，每日两次，可以連續服用(适用于輕症病人)。

二、潜伏型可用中药治疗，并适当鍛炼身体，增强对感染的抵抗力，但切勿过劳。不要应用对腎脏有刺激的药物。若发生感染，及时采用抗菌素治疗。如果急性腎炎发作，按該病处理。

三、腎病綜合征的治疗：

1.食物要忌盐碱，多吃些蛋、豆类食物，适当注意休息，避免过劳、受凉及感染。

2.药物治疗：

（1）如果发生感染，应用抗菌素治疗。

（2）利尿：口服双氢克尿噻，剂量同前。待利尿后，可加服10%氯化鉀10毫升，每日三次。消肿后，不要严格忌盐，以免发生低血鈉。

（3）激素治疗：适用于頑固性浮肿及大量蛋白尿者。

强的松每日30～40毫克（儿童1～2毫克/公斤/日），分3～4次服，直至浮肿消退，蛋白尿消失或减少时，逐漸减量到以最小剂量維持数月。以后根据需要，可用长期間歇治疗法，即先以一周內連用药5日停2日，連續应用2～3个月后，如情况良好，可将一周內用药时間逐漸改为用2日停5日，如此可持續服用一年。后半年可将上述日量减半。

必要时，亦可用促腎上腺皮质激素50～100毫克，每日分2～4次，肌肉注射；或15～25毫克加入5%葡萄糖500毫升中作靜脉滴入，每日一次，連用一周停药。

五、耳針及新針治疗：对浮肿、蛋白尿及高血压等都有效。

1.参考“急性腎炎”。

2.〔主穴〕腎俞。〔配穴〕复溜、飞揚、三阴交。

六、卤干治疗：見“新医疗法”。

七、高血压型的治疗，可参考“高血压病”的处理。如果因长期血压过高，发生心力衰竭、高血压脑病或脑溢血，均可按照有关章节进行处理。

八、腎功能衰竭的治疗（見“腎功能衰竭”）。

腎功能衰竭 （尿毒症）

腎功能衰竭是由于多种原因造成腎脏暫时性或永久性机能不全，从而引起体內代謝紊乱的一种症候群。根据起病的緩急可有急性和慢性腎功能衰竭之别。

诊断要点

一、急性腎功能衰竭：

1.常見的原因有腎脏本身的病变(如急性腎炎)和腎外因素（如烧伤、呕吐、严重感染以及药物中毒）。

2.尿量突然減少，甚至尿閉。病人可有煩躁不安、肌肉軟弱、反射迟鈍、感觉減退等高血鉀現象；亦可有疲乏、恶心、呕吐及呼吸深快等酸中毒表現。

3.病后4～5天可出現血压升高及浮肿，可有头痛、恶心、呕吐、肌肉抽搐。重者有神志模糊、抽风及昏睡等尿毒症症状。

4.約經10～14天后轉入多尿，此时可有血压下降、肌力減退、腹胀、下肢癱瘓等脱水、低血鉀和低血鈉表現。

二、慢性腎功能衰竭：

1.多見于慢性腎炎、高血压腎动脉硬化、慢性腎盂腎炎、腎結核以及尿路阻塞等疾病的后期。

2.尿量可多可少，少者甚至尿閉。

3.病人显著疲乏、食慾不振、恶心、呕吐及腹泻。查体可見病人消瘦、浮肿、血压增高和严重貧血，有时还有出血傾向。最后可发生抽搐、嗜睡或昏睡、呼吸深而緩、口中有尿味。

4.尿液比重低而固定(一般1,010～1,012)，可有蛋白、管型及紅細胞。

預防

一、及时搶救休克，糾正循环衰竭，謹慎使用对腎脏有毒的药物，认眞負責地做好驗血合血工作，以防急性腎功能衰竭的发生。

二、及时彻底地治疗急性腎炎、尿路感染和尿路阻塞。

治疗

一、急性腎功能衰竭的治疗：

1.治疗或除去造成急性腎功能衰竭的病因。

2.保护腎脏，糾正水盐代謝紊乱及酸中毒。

（1）腎区热敷或用0.5～1%普魯卡因封閉，以改善血液循环，增加腎小球滤过率。

（2）在少尿或尿閉阶段，可用20%甘露醇或25%山梨醇，按每公斤体重1克作靜脉注射，应控制水、鈉、鉀的摄入，以免引起心力衰竭、肺水肿、高血鈉及高血鉀。

（3）及时糾正酸中毒（見后）。

二、慢性腎功能衰竭的治疗：

1.一般治疗：可吃普通飲食，少吃蛋、豆类。

2.补充水和盐：如果沒有明显浮肿、高血压或心力衰竭者，不应限制水和盐。如有脫水症状者，应予补充。輕者可口服，不能口服者可用5%葡萄糖与生理盐水按3:1比例靜脉滴注，每日液体总量以补足尿量再加500毫升为宜。

3.糾正酸中毒：輕者可口服碳酸氢鈉1克，每日三次。重者每次可給11.2%乳酸鈉稀释五倍后的溶液300～500毫升靜脉滴注；或用5%碳酸氢鈉200～400毫升加入5%葡萄糖溶液500～1,000毫升中靜脉滴注。根据病人酸中毒糾正情况，决定下次是否再給。如有浮肿者，应少量多次給予。

4.对症处理：浮肿显著者可用非汞剂利尿药或用50%葡萄糖50毫升靜脉注射，每日两次；恶心呕吐者，可給氯丙嗪25毫克，一日三次；抽搐者可給鎮靜剂如肌肉注射25%硫酸鎂，或口服乳酸鈣，或靜脉注射葡萄糖酸鈣等；严重貧血者，可給少量輸血。

5.中药治疗：慢性腎功能衰竭的治疗可参照慢性腎炎浮肿消退后的治疗。急性腎功能衰竭的治疗应运用中西医綜合疗法积极搶救。用中药治疗时必須根据具体情况辨証治疗。一般說来，伴有浮肿尿少的腎功能衰竭病人比較容易获得緩解。

（1）浮肿尿少或尿閉、手足冰冷、阳虛脉沉者，治疗以溫腎利水为主。

溫腎利水湯（眞武湯）：炮附子三錢　云苓、白朮、白芍各五錢　生姜三錢。水煎服。

腎水散：附子、肉桂各五錢　泽泻六錢　猪腎脏一对。放阴凉处风干，共研細面，每次服五錢，每天服二至四次。一般在服药一周后可获明显利尿消肿及腎功能改善的效果。

（2）喘促呼吸困难者，治疗以鎮逆納气为主。

参赭鎮气湯：党参四錢　熟地、山药各一两　山萸、生赭石、生龙骨、生牡蠣、生芡实各五錢　苏子二錢。水煎服。

（3）昏迷者：視当时条件，可选用下列芳香开窍药物搶救。

局方至宝丹：每服一丸，加水研細后灌下或經鼻飼灌入。

苏合香丸：服法同上。

（4）抽风者，治疗以鎮痙熄风为主。

鈎藤熄风散加味：鈎藤、龙骨、牡蠣各五錢　天麻、　菖蒲各四錢　全蝎、郁金、竹茹各三錢。水煎服。

（5）吐、衄血或合併感染高烧时，治疗以凉血解毒清热为主。

犀角地黄湯加減：广角粉二錢（冲服）　赤芍、丹皮、生地各四錢　黄連、木通各二錢　銀花一两。水煎服。

6.耳針及新針治疗：可参考“急、慢性腎炎”。

泌尿系感染

泌尿系感染是腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎的总称。本病系通过血行、淋巴途径或經尿道上行性感染所造成的炎症疾病。以女性及嬰幼儿发病率較高。常見致病菌是大腸桿菌，其次为鏈球菌、葡萄球菌和变形杆菌等。如急性期未經彻底治疗，可轉变为慢性。

诊断要点

一、尿道炎和膀胱炎的主要表現是尿頻、尿急、尿痛等膀胱或尿道刺激症状。严重者有脓尿和血尿。膀胱炎者膀胱区有压痛。

二、急性腎盂腎炎，除有不同程度的膀胱刺激症状外，常有高烧、寒战及腰痛，腎区捶击痛，脓尿或血尿等。嬰幼儿常表現为高烧，甚至引起抽风。患儿还可以有呕吐、腹泻等胃腸道症状。

三、慢性腎盂腎炎，往往有急性病史，有的症状輕微，有的是反复发烧、腰痛和腎区捶击痛。尿检查始終有不同程度的脓細胞及紅細胞。晚期可有高血压或腎功能衰竭的表現。

预防

一、注意外阴部清洁，嬰幼儿应勤換尿布。

二、及时治疗局部的化脓性感染和泌尿道的阻塞或畸形。

三、应彻底治疗急性泌尿系感染，以防变为慢性。

治疗

一、一般治疗：多飲水，发烧者适当注意休息。如有膀胱刺激症状，服碳酸氢鈉1克，每日三次。

二、控制感染：

1.磺胺异噁唑是治疗泌尿系感染比較安全有效的药物。首次剂量2克，以后每6小时服1克，可不必同服碳酸氢鈉。其他如磺胺嘧啶或磺胺噻唑亦可应用，但必須同服等量碳酸氢鈉。

2.呋喃坦啶0.1克，每日四次。

3.合霉素0.5克，每日四次。

4.鏈霉素肌肉注射，每日1～2克。

5.双效青霉素肌肉注射，每日40万单位。

6.鳥洛托品0.6克，每日四次。

上述抗菌药物，根据情况选择一、二种或交替应用。疗程不宜过短，肾盂肾炎必須用至症状消失、尿检查轉为阴性后，再继續1～2周；膀胱炎、尿道炎以5～7天为一疗程。

三、新針治疗：

急、慢性肾盂肾炎：〔主穴〕关元、阴陵泉。〔备穴〕中极、三阴交。先用主穴，以后主备穴交替应用。

急、慢性膀胱炎：〔主穴〕关元，三阴交。〔备穴〕归来，大陵，飞揚。主备穴交替应用，每次可針二穴，如有发烧加針曲池。

四、中药治疗：

1.尿道炎、膀胱炎及急性肾盂肾炎，治疗以清热利湿为宜。

石葦湯加味：石葦、車前子各一两　生地、六一散各五錢　萹蓄、瞿麦各四錢　梔子三錢　木通二錢。水煎服。

加減：有热加銀花五錢　黃栢三錢；小便疼痛加海金砂四錢　琥珀末五分冲服；疼痛不癒加蝎尾一錢；血尿加鮮茅根一两　小薊五錢　蒲黃炭三錢；腰痛加續断三錢　寄生五錢。

分清五淋丸或妇科五淋丸，每次三錢，每日两次。

2.慢性肾盂肾炎，可参照慢性肾炎浮肿消退后的治疗。

五、卤干疗法：对急、慢性肾盂肾炎都有一定疗效，特别是慢性肾盂肾炎（詳見“新医疗法”）。

慢性前列腺炎　附：前列腺按摩方法

诊断要点

一、前列腺痛：可放射至腰骶、会阴、大腿及下腹部。

二、排尿症状：尿痛、尿急、尿頻，有时自尿道口流出白色分泌物（前列腺液）。

三、性机能障碍：性慾减退、早泄、阳萎、遺精等。

四、可有失眠、乏力等神經衰弱症状。

五、直腸指診：前列腺触診，輕者正常；重者硬度增加，可能有增大及表面不平滑。

六、前列腺液检查：卵磷脂顆粒减少，白細胞或脓細胞增多（每高倍鏡視野超过10个以上）。

治疗

一、热水坐浴。

二、前列腺按摩：每周1～2次，四周为一疗程。可排除脓液、改善

引流和促进血液循环。

三、抗菌药物。

四、中药治疗：治以清热利湿、活血通淋。

处方：瞿麦、萹蓄、通草、丹参、桃仁、甘草梢各三錢。水煎服，每日一付。腰痛者加川断、桑寄生各三錢；尿混浊者加萆薢三錢；失眠者加夜交藤、生枣仁各三錢。

五、新針治疗：可选用关元、中极、三阴交、神門，輕刺手法。

六、甲基睾丸素5毫克，每日三次，連服1～2周。用于性机能障碍或前列腺液过于粘稠难于按摩引流者。

附：前列腺按摩方法

病人取膝胸臥位，检查者右手食指戴橡皮指套，蘸潤滑剂后伸入肛門，于直腸前壁距肛門口約4～5厘米处可触及前列腺，其大小較栗子稍大，两側叶略突起，中間凹陷成纵行沟状称为中間沟。前列腺肥大时此沟消失或突起。

按摩时，先分别自前列腺两側叶外上方，向中間沟內下方以均匀柔和的压力按摩2～3次，然后再由中間沟上端向肛門口按摩1～3次。此时患者有尿意，前列腺液即从尿道口流出，有时尙需从阴茎根部向尿道口挤压才能流出。

精索靜脉曲张

精索靜脉曲张是由于精索內靜脉血液回流受阻所致。一般多发生于20～30岁之間，以左側多見。

诊断要点

一、可以无症状，或引起阴囊內牵扯样胀痛，并沿精索放散。久站和长途步行后症状加剧。

二、阴囊延长下垂，在皮肤外面隐約可見扩张的靜脉，精索粗大，可触及虫样条索，于平臥时消失。

治疗

一、症状輕微者，仅用悬带托起阴囊卽可。

二、症状严重或引起睾丸萎縮等現象时，可行精索內靜脉結扎术。

包茎和嵌頓包茎　附：包皮环切术

包茎是一种不同程度的包皮口狹窄。多为先天性。

诊断要点　包皮很难翻轉或根本不能翻轉。若勉强上翻而又不及时复原，則能发生包皮嵌頓，表現为包皮和龟头均明显水肿，在冠状沟上方有

皮肤狭窄环，时間較久龟头可出現坏死現象（呈蓝黑色）。

治疗

一、因包茎可造成排尿困难及性生活障碍，而且包皮垢易引起炎症和可能发生阴茎癌，故最好尽早施行包皮环切术。

二、嵌頓包茎时，早期可行手法复位試将包皮翻下，并做湿热敷。若水肿較重不能翻下时，也可用消毒針头将水肿之包皮刺破数处，使水肿減輕后再复位。

手法复位失敗者或包皮有坏死情况时，可在消毒及局麻下行阴茎背側包皮狭窄环之纵行切开，使狭窄完全解除。如无炎症，可橫縫2～3針；如有炎症，則伤口盖凡士林紗布卽可。

附：包皮环切术

手术前准备：剃去阴毛，用肥皂水及清水洗滌会阴部，并用紅汞、酒精或硫柳汞消毒。

麻醉：阴茎神經阻滞麻醉（見“常用麻醉方法”）。

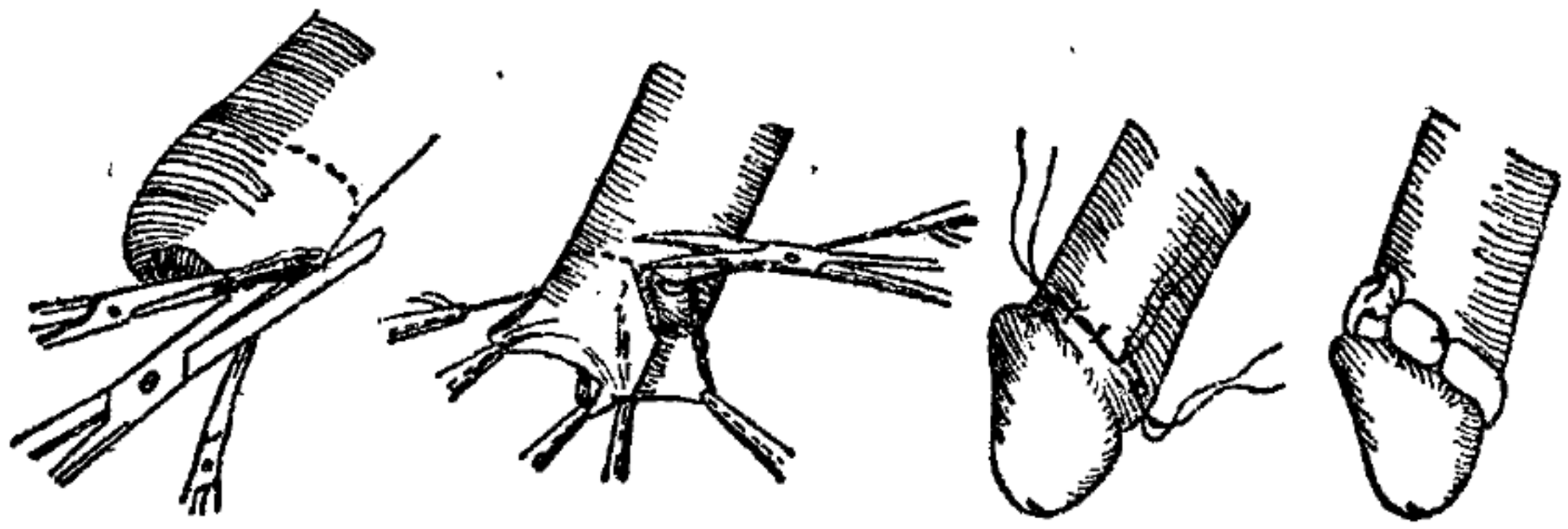
手术步驟：

一、首先检查包皮和龟头之間有无粘連，如有則先将其分离，然后用直鉗夹住包皮背的中綫两側，将包皮稍許拉紧，用直剪刀在包皮背中綫剪开，到离冠状沟0.5厘米处为止（图8—6.1）。

二、由上述切口的終点，順冠状沟的方向剪去两側包皮，到龟头系带处为止（图8—6.2）。近系带处的包皮应留的較长。

三、仔細結扎出血点后，用細絲綫在环切后的包皮背側、腹側、左、右縫合四針，縫綫結扎后暫不剪短备用，然后在每两縫綫之間加縫1～2針，結扎后剪短（图8—6.3）。

四、用一凡士林紗布条围繞在切口上，用上述四針縫綫的綫端結扎固定（图8—6.4）。



1　　2　　3　　4

图8—6　包皮环切术

五、用消毒紗布包好阴茎，应将龟头和尿道外口露出，使排尿时不致沾湿紗布。手术后六天左右拆綫。如有感染，則每日用0.1%高錳酸鉀浸泡阴茎，并換药。

外阴炎

外阴炎多因外阴及內褲不洁，或阴道分泌物較多刺激外阴皮肤所致，也可由于糖尿病或蟯虫病引起外阴瘙痒，抓破皮肤后引起。在年幼女嬰，常穿开襠褲，加之皮肤薄嫩，易患此症。

诊断要点 外阴瘙痒、紅肿、分泌物增多。

预防 注意外阴清洁，勤換內褲，經常洗外阴部。

治疗 局部用1:5,000高錳酸鉀坐浴，再涂以磺胺或抗菌素药膏。經常保持外阴清洁。积极治疗原发病。

阴道炎

阴道炎是由于滴虫、霉菌或大量細菌繁殖感染后，使阴道粘膜发生的炎症性疾病。常見的有滴虫性、霉菌性及老年性阴道炎。

预防

一、养成良好的卫生习慣，注意經期卫生，保持外阴清洁，勤換內褲；公共厕所用蹲坑，公共浴池用淋浴等。

二、妇科检查或治疗用具注意消毒隔离，如发現有滴虫性阴道炎，宜作隔离宣教，治疗期間勤晒被褥，勤燙衣褲。

滴虫性阴道炎

诊断要点

一、有大量黃色或綠色泡沫样、稀薄的脓性白带，外阴及阴道有瘙痒感。

二、阴道检查：阴道壁充血，有脓性白带；重者外阴皮肤糜烂或溃瘍。若取少量白带鏡检，可发現活动的滴虫。

三、严重者可影响生育。

治疗

一、滴維淨或卡巴肿每晚一片，于坐浴（用高錳酸鉀淡溶液）后，塞入阴道內，10次为一疗程，一般用2～3个疗程。

二、金霉素片(含金霉素50毫克及少量淀粉或乳糖，作成柱状或餅状)塞入阴道內，用法同前。

三、中药：蛇床子、苦参、花椒、明矾、百部各五錢。煎湯坐浴，每

次10～15分钟，每日一次，共七天。

四、用浸有大蒜汁或辣味白蘿卜汁（大蒜或白蘿卜洗净后，切碎榨出汁，用冷开水稀释3～4倍）的带綫紗布或棉球，塞入阴道內，8～12小时后取出，每日一次，10次为一疗程，連續1～2个疗程。

霉菌性阴道炎

诊断要点

一、有多量凝乳样白带，外阴及阴道瘙痒感。

二、阴道检查：阴道壁充血，附着一层白膜状分泌物，不易擦去，擦去后可出血。

治疗

一、用0.5～1%龙胆紫涂阴道壁，隔日一次，5次为一疗程。

二、中药：成份、用法及疗程同滴虫性阴道炎。如外阴有紅、肿、痛、热及脓性或血性分泌物时，可用銀花、連翹、黄栢、野菊花各五錢板兰根一两。煎湯坐浴，每日1～2次，每次10～15分钟。

老年性阴道炎

诊断要点

一、有多量脓性或血性白带。

二、阴道检查：阴道粘膜萎縮、蒼白、有小出血点或潰瘍。应注意宮頸及子宮有无病变，可疑者作阴道涂片，以除外恶性肿瘤。

治疗

一、1:5,000高錳酸鉀或1:5,000呋喃西林溶液阴道灌洗或坐浴，每日两次。

二、各种消炎药物，如磺胺噻唑0.5克，或呋喃西林50～100毫克塞于阴道內，每日一次，10次为一疗程。

三、己烯雌酚0.25～0.5毫克，每晚塞于阴道內，7～10次为一疗程。

治疗各种阴道炎的注意事项

一、阴道用药，应在月經干淨后进行。二、治疗时选用一种方法即可。三、外阴瘙痒者，勿用过热水燙洗。

慢性子宮頸炎

子宮頸炎常因子宮頸損伤或局部长期刺激后，經細菌感染引起。以慢性子宮頸炎多見。本节只介紹慢性子宮頸炎。

诊断要点

一、粘稠脓性白带增多。下腹墜胀不适，腰背酸痛。

二、阴道检查：宫頸糜烂增生或肥大、頸口外翻，或有小囊肿、小息肉形成。

预防

一、分娩、流产或手术时，应减少宫頸損伤，并注意无菌操作。

二、产后、手术后或月經期間要保持外阴清洁，如发現有炎症，需及时治疗。

治疗

一、1:5,000高錳酸鉀或0.5%醋酸作阴道灌洗或坐浴后，用蘸有药物的带綫紗布或棉球敷于宫頸口处。常用药物有磺胺粉、呋喃西林、0.5%新霉素，或氯霉素魚肝油（氯霉素250毫克加魚肝油30毫升），每日一次，5～10次为一疗程。

二、宫頸无充血而糜烂較輕者，可用10～25%硝酸銀涂擦局部，每周1～2次，約3～4周。注意将硝酸銀只涂在宫頸上，勿腐蝕阴道壁，涂后立即用生理盐水棉球抹擦。用药后因組织坏死，可有暫时性白带增多，数日即可恢复。治疗期間避免性交。

三、宫頸无充血而糜烂較重者：

1.重鉻酸鉀溶液（重鉻酸鉀1克加蒸餾水2毫升，溶后加硫酸20毫升）涂于糜烂处，然后用生理盐水棉球抹擦，每月一次，1～2次即可，效果良好，此药腐蝕性很强，涂药时应用紗布保护阴道。治疗在月經干淨后开始。

2.火烙或电烙宫頸糜烂面。于月經干淨后，宫頸用碘酒酒精消毒，用烧紅的火針或电烙器，自頸口向外作放射状烧灼，深达粘膜下层。术后注意外阴清洁，禁止性交、盆浴及阴道灌洗一个月。术后可有暫时性白带增多或出血。

四、中药治疗：黄菊花或金銀花流浸膏（每一毫升酒精中，浸泡1克生药）涂抹宫頸或浸于棉球作阴道填塞。

盆腔炎

盆腔炎包括子宫内膜炎、輸卵管炎、卵巢炎、盆腔結締組织炎和盆腔腹膜炎。此病可局限于某一部位，也可以几个部位同时发生。有急性与慢性之分。

预防 提倡新法接生，可避免或減少产伤，有产伤者及时修补。宫腔手术注意无菌操作。阴道流血期間禁止性交及盆浴，保持外阴、会阴垫及月經紙的清洁。

急性盆腔炎

诊断要点

一、产后、流产后或阴道手术后有感染史。

二、全身症状有发烧、畏寒、头痛、食慾不振。有腹膜炎时，常有腹痛，腹胀或腹泻等症状。

三、下腹压痛及反跳痛。

四、阴道脓性分泌物增多，伴臭味。

五、阴道检查：子宫一側或两側压痛，有时可触及肿块，若有波动感，則已形成脓肿。

治疗

一、取半臥位休息，以利引流。不能进食或有腹膜炎現象者可以輸液。

二、中药治疗：治以清热活血，通里攻下为主。

桃仁承气湯加減：桃仁、黃栢、知母、大黃、芒硝各三錢　桂枝二錢。水煎服。有高烧者加銀花一两　連翹五錢；腹泻者減芒硝。

三、新針治疗：1.子宫、腎俞、阴陵泉、三阴交。2.維胞、痛点、足三里、关元、三阴交。中、强刺手法。

四、抗菌素：每日肌肉注射双效青霉素40万单位及鏈霉素1克。

五、手术治疗：盆腔有脓肿形成时，应切开引流。如脓肿位于后穹窿部，可用窺器暴露后穹窿，消毒后先注射0.5～1%普魯卡因2～3毫升，然后用粗針头穿刺抽吸，如有脓液，則在穿刺点切开排脓后，放入橡皮管引流。若脓肿位于下腹，穹窿部不能穿刺者，当施开腹术，切除脓肿，或切开引流。

慢性盆腔炎

诊断要点

一、下腹疼痛不适，可放射至腰骶部。常在劳累、性交、經期前后症状加重。可有低烧、无力或急性发作。

二、白带增多及月經失調（阴道不規則流血，或月經过多，或痛經）。

三、继发不孕。

四、阴道检查：一側或两側附件增厚、压痛，有时可触及肿块。

治疗

一、中药治疗：治以活血化瘀为主。

少腹逐瘀湯：当归、赤芍、川芎、蒲黃、五灵脂、元胡各三錢　桂枝、小茴香、沒药各二錢　干姜一錢。水煎服。

二、新針治疗：見“急性盆腔炎”。

三、小剂量穴位注射：青霉素4万～5万单位或鏈霉素0.2克注射次

髎穴，每日一次，10次为一疗程。

四、封閉疗法：

1.穹窿部封閉疗法：0.5～1%普魯卡因10毫升，加入青霉素20万单位或鏈霉素0.5克，行穹窿部穿刺注射，每周一次，四次为一疗程。

2.骶前封閉疗法：操作見“封閉疗法”。每周一次，5～10次为一疗程。本法适用于疼痛严重者。

五、手术治疗：經上述治疗无效或局部形成肿块者，可考虑手术治疗。

月經失調

功能性子宫出血

凡阴道出血，經检查不能发現生殖系統器质性病变者，往往是因功能失常所引起，統称为功能性子宫出血。其主要表現为經血量增多、經期延长或不規則等。

诊断要点 一般先有短期閉經（40～50天），再来血时血量特多，持續时間也延长，甚至可达数周。停止一段时間后再度出血。反复多次出血可引起貧血。妇科检查并无异常。在絕經前期妇女，月經失調，常为肿瘤的早期症状之一，应当加以鉴别。

治疗

一、中药治疗：

1.血热型：月經量多，血色紫紅，心煩面紅，尿黃，舌紅苔黃，脉弦数，用清热凉血調經之法。

先期湯：生地五錢　杭芍、当归、黃芩、黃栢各三錢。水煎服。

加減：出血量多者可加地楡炭、大小薊炭各五錢　梔子炭三錢，或加用荷叶丸，早晚各一付。

2.气血虛型：月經过多，血色清淡，小腹空墜，心慌气短，体衰无力，脉虛无力或細，舌质淡紅，用补血养气之法。

补中益气湯加減：黃芪、仙鶴草各五錢　党参、当归、樗皮炭各三錢白朮、陈皮各二錢　升麻、柴胡、甘草各一錢。水煎服。适于偏气虛者。

四物湯加減：黃芪、仙鶴草、杭芍各五錢　当归、熟地、阿胶、艾炭各三錢。水煎服。适于偏血虛者。也可加用人参归脾丸。

常用丸药有女金丹，得生丹，对月經不調及不孕症有一定疗效。

二、新針治疗：〔主穴〕关元、三阴交。〔备穴〕中极、血海、阴陵泉。針法：主穴、备穴交替取用，每次可針两穴。月經前后，各針5～7次。

三、內分泌治疗：

年青患者可作人工周期，于月經第1～2天开始口服己烯雌酚，每日1毫克，共21天；自服药第15天开始肌肉注射黄体酮，每天10毫克，共七天。若出血多或持續时間长則开始可口服大量己烯雌酚止血，第一天服5毫克，第二天4毫克，每天递減1毫克，減至1毫克后按人工周期治疗。如口服大量己烯雌酚引起恶心、呕吐，可加用維生素C和B_6，或将己烯雌酚改成肌肉注射。

30岁以上，尤其是絕經前期妇女如无刮宫条件时，可用甲基睾丸素口服，每次5毫克，每天两次，每月用20天，可連續用3～4个月。若大量出血时，开始可肌肉注射丙酸睾丸素止血，每天25～50毫克，連用2～3天。无論口服或注射，每月总量应在200～300毫克以內。

四、止血药物及宫縮剂的应用：止血药可选用維生素K、C、仙鶴草素、安絡血等。宫縮剂可用益母草流浸膏，出血量多者可肌肉注射催产素或脑垂体后叶素5～10单位，或麦角新碱0.2毫克，每日一次。

五、手术治疗：

生育年龄的妇女如出血不止，用药效果不好，可考虑刮宫，有診断和治疗价值。絕經前期的妇女尤应首先做診断性刮宫，除外肿瘤后再进行其他治疗，必要时可考虑子宫摘除术。

閉　經

妇女年逾18岁从未来过月經，或月經周期已建立后再发生連續三个月不来月經的現象，称为閉經。前者为原发性閉經，后者为继发性閉經。

病因分类

一、生理性閉經：如妊娠期、哺乳期、絕經期等，造成继发性閉經。

二、病理性閉經，可分为：

1.先天性畸形：如处女膜閉鎖、阴道閉鎖、子宫发育不全或缺如等。

2.生殖器病变：如卵巢肿瘤等。

3.全身性疾病：如結核病、长期营养不良、肾上腺皮质功能障碍等。

诊断要点

一、全身性病引起的閉經，常伴有腰背痛、周身无力、易疲倦、头暈、毛髮脫落等。

二、局部病变引起的閉經，以处女膜閉鎖最多見。典型症状是青春期开始，每月相当于月經期有一次下腹胀痛，逐月加重，下腹发生肿块，处女膜閉鎖处向外凸出，呈紫蓝色，肛門检查，子宫增大，甚至双側輸卵管也被积血所胀大。

治疗

一、病因治疗：閉經除生理性外，都要針对病因进行治疗，例如先天性处女膜閉鎖，可在局麻下行“十”字切开术等。

二、中药治疗：

1.寒凝血虛型：月經数月不来，面色蒼黃，身体枯瘦，头痛头暈，精神疲倦，心慌气短，舌淡苔白，脉虛細或迟，用溫經补血之法。

大溫經湯：当归、杭芍、川芎、熟地、麦冬、牛膝、肉桂各三錢　吳茱萸二錢　益母草一两。水煎服，每日一付。

成药可选用溫經丸、八珍益母丸、烏鸡白凤丸等。

2.气滞型：精神抑郁，头暈胁痛，胸悶食少，腹胀而痛，舌苔薄白，脉多弦濇，治以理气通經为主。

逍遙散加減：柴胡、当归、杭芍、香附、茯苓各三錢　白朮二錢　甘草、生姜各一錢。水煎服。

加減：有热者加丹皮、梔子各三錢。

七制香附丸，每日一、二付，也可配合湯药服用。

3.血瘀型：面色蒼暗，皮肤干燥如魚鱗状，口干不想喝，按腹則痛加重，大便干燥，舌质暗紅或有紫斑，脉沉濇，用活血化瘀之法。

血府逐瘀湯：当归、赤芍、川芎、生地、桃仁、紅花、枳壳、牛膝各三錢　桔梗、柴胡、甘草各一錢半　益母草八錢。水煎服。每日一付。

三、新針治疗：

〔主穴〕中极、三阴交。〔备穴〕足三里、复溜。

每次用2～3个穴，中等刺激，10次为一疗程，休息七天再开始第二疗程。

四、內分泌治疗：

1.己烯雌酚：每次0.25～0.5毫克，每日两次，連續21天。停药后5～7天如无月經，10天后可再开始另一疗程。共3～6个疗程。

2.人工周期：見“功能性子宫出血”。

痛　經

在月經前或經期內，下腹疼痛，严重时伴有恶心、呕吐、甚至暈厥，影响劳动及生活者，称为痛經。从月經初潮就有痛經者，多为神經性，子宫发育不良或子宫頸口狹窄所致。初潮以后經过一段时間才发生痛經者，多由生殖器炎症、子宫肌瘤或子宫內膜异位症所致。

预防

一、經期注意外阴部清洁，用清洁的月經带及月經紙。經期避免性生活，避免过度劳累及久立寒冷水中操作等。

二、病因治疗，如宫頸口狹窄者，行宫頸扩张术。

治疗

一、新針治疗：

1.〔主穴〕中极、三阴交。〔备穴〕关元、十七椎穴(第五腰椎下)。

2.〔主穴〕关元俞。〔备穴〕关元、三阴交。

治法：月經前2～3天开始針刺，月經后再針3～6次。先用主穴，不好加用备穴。痛經发作时，針十七椎穴1.5～2寸深，有止痛效果。

二、中药治疗：

1.虛寒型：經血量少，而色淡，或色暗，下腹发凉，喜暖喜按，舌淡，脉沉迟。用溫經散寒之法。

处方：当归、川芎、杭芍、香附各三錢　炮姜、艾叶各二錢。水煎服。

艾附暖宫丸或溫經丸，早晚各一付。

2.气滞血瘀型：經血量少，血块流出則痛減，两乳及下腹胀痛，舌紅或有紫斑，脉沉弦。用調气活血之法。

处方：当归、川芎、赤芍、五灵脂、蒲黄、香附各三錢。水煎服。

三、拔火罐疗法：（詳見“新医疗法”）。

四、对症治疗：1.止痛：如复方阿斯匹林、优散痛、安乃近等。2.解痙：如顯茄或阿托品。

子宫脱垂

子宫脱垂俗称“垂葫芦”，为子宫不能保持原有位置而下垂，使宫頸或宫体墜入阴道或阴道外（图8—7）。患者常感腹部下墜，走路时加剧，小便有时困难。

按照脱垂程度可分三度：

第一度：子宫頸下垂于坐骨棘平面以下，但仍在阴道口內。

第二度：子宫頸及部分子宫体露于阴道口外。

第三度：子宫頸和子宫体全部脱出于阴道口外。

子宫脱垂常合併阴道前后壁膨出（卽膀胱膨出及直腸膨出）。



图8—7　子宫脱垂

预防

一、宣传和加强經期、孕期、产期和授乳期的劳动保护。特别在产后一个半月期間，应有充分的休息，避免过早或过重的体力劳动。

二、接生人員应有“**完全**”、“**彻底**”为人民服务的精神，尽量避免产道損伤，如有損伤，需及时縫合。

治疗

一、新針治疗：必要时配合中药治疗效果更好。

〔主穴〕維胞。〔备穴〕横骨（在耻骨联合上緣，曲骨旁五分）、曲骨（在腹中綫上，耻骨联合的上緣）、阴陵泉、三阴交。針法：針刺維胞用2～3寸針沿腹股沟斜刺，大弧度捻轉，患者感到子宫上升。横骨或曲骨針2寸深（針前需排尿）。用上穴效果不佳时，可配用阴陵泉或三阴交。每天一次，10天为一疗程。一般2～3疗程即明显見效。如子宫已恢复原位，在3～6个月內避免重体力劳动，以巩固疗效。

二、中药治疗：

1.补中益气丸：每日早晚各一丸。

2.补中益气湯加減：黄芪五錢　党参四錢　白朮、当归各三錢　訶子二錢　升麻、柴胡、甘草各一錢。水煎服，每日一付，連服5～10付。

三、子宫托：子宫托放入阴道內，可支持盆腔底組织，使子宫不致下垂，不但能減輕症状，并且由于盆腔血液循环的改善，有些患者可达到治癒的效果。缺点是戴子宫托后劳动不方便。常用的为喇叭花形子宫托。

四、輔助治疗：在治疗期間，可用膝胸臥式及提肛动作。或让患者坐在矮凳上，两腿交叉，两手不扶而站起，随后又坐下，如此反复多次，可使盆底肌肉紧张度增加。

五、手术治疗：經非手术治疗无效或屡次复发者，可考虑手术。

不　孕　症

婚后同居的育龄妇女，三年以上未能生育者，称为原发性不孕症。曾經生育，但产后連續三年以上未能再受孕者，称为继发性不孕症。

病因

一、男性方面：如睾丸发育不良、淋菌性或結核性副睾炎、精囊或前列腺炎、隐睾或尿道畸形等。

二、女性方面：如子宫发育不全、子宫頸管狹窄、阴道有纵隔或横隔、重度子宫后傾、以及生殖器炎症、肿瘤或內分泌失調等。

诊断方法

一、男方检查包括外生殖器和精液检查。

二、女方检查包括詢問月經史、性生活史及性病史，并作詳細的妇科检查。

三、如經上述检查，仍未发現原因，可进一步作診断性刮宫，以了解宫頸和子宫內膜有无异常。

治疗　不孕症之治疗主要是針对病因。如子宫发育不全，可口服小量己烯雌酚或用中药（如得生丹或当归片）治疗；子宫頸管狹窄，則行宫頸扩张术；阴道纵隔或横隔，則行切开术；重度子宫后傾可試用子宫托、手

法复位或膝胸臥式等。

正常分娩与产科疾病

女性生殖器分为外生殖器和內生殖器两部分。
外生殖器包括阴阜、大小阴唇、阴蒂、阴道前庭、阴道口和处女膜等。
內生殖器包括：（图8—8，8—9）

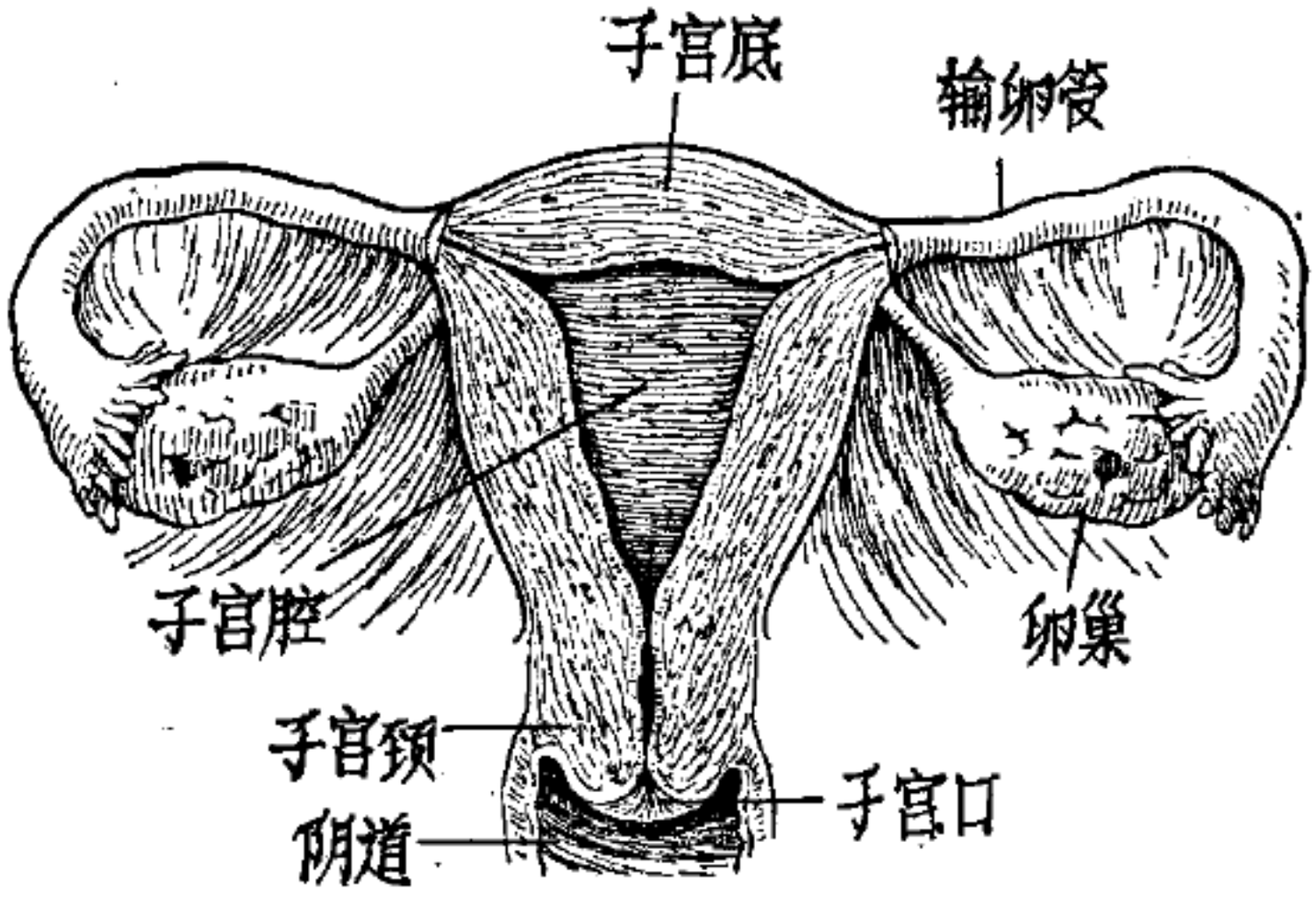


图8—8　女性內生殖器正面观

一、阴道：界于膀胱和直腸之間，阴道頂端有子宮頸突出，形成前、后、左、右四个穹窿，后穹窿比前穹窿深。

二、子宮：位于骨盆中央，形如倒置的梨，前后略扁，正常位置呈前傾，上面寬大部份叫子宮体，輸卵管平面以上的部份叫子宮底，下面狹窄部呈圓柱形叫子宮頸，它的下端深入阴道內。子宮是胎儿生长发育的地方，也是行經的器官。分娩时由于子宮收縮，使子宮口逐漸开大，将胎儿、胎盘娩出。

三、輸卵管：左右各一，其內端与子宮角相通，外端游离，开口处呈漏斗状称为繖端。輸卵管是輸送卵子及受精的場所，与卵巢合称为子宮附件。

四、卵巢：位于子宮两側，輸卵管下方。卵巢的功能是分泌女性激素和排出成熟卵子。

月經生理：生育年龄妇女，在未受孕时，卵巢和子宮內膜因受女性激素的影响，每月发生周期性变化。卵巢周期变化是使卵子成熟并排出，子宮內膜周期变化是为受精卵准备种植条件。卵巢每月排出一个成熟卵子，排出后即被輸卵管繖端吸入，这时卵巢分泌一种女性激素称求偶素，能刺激子

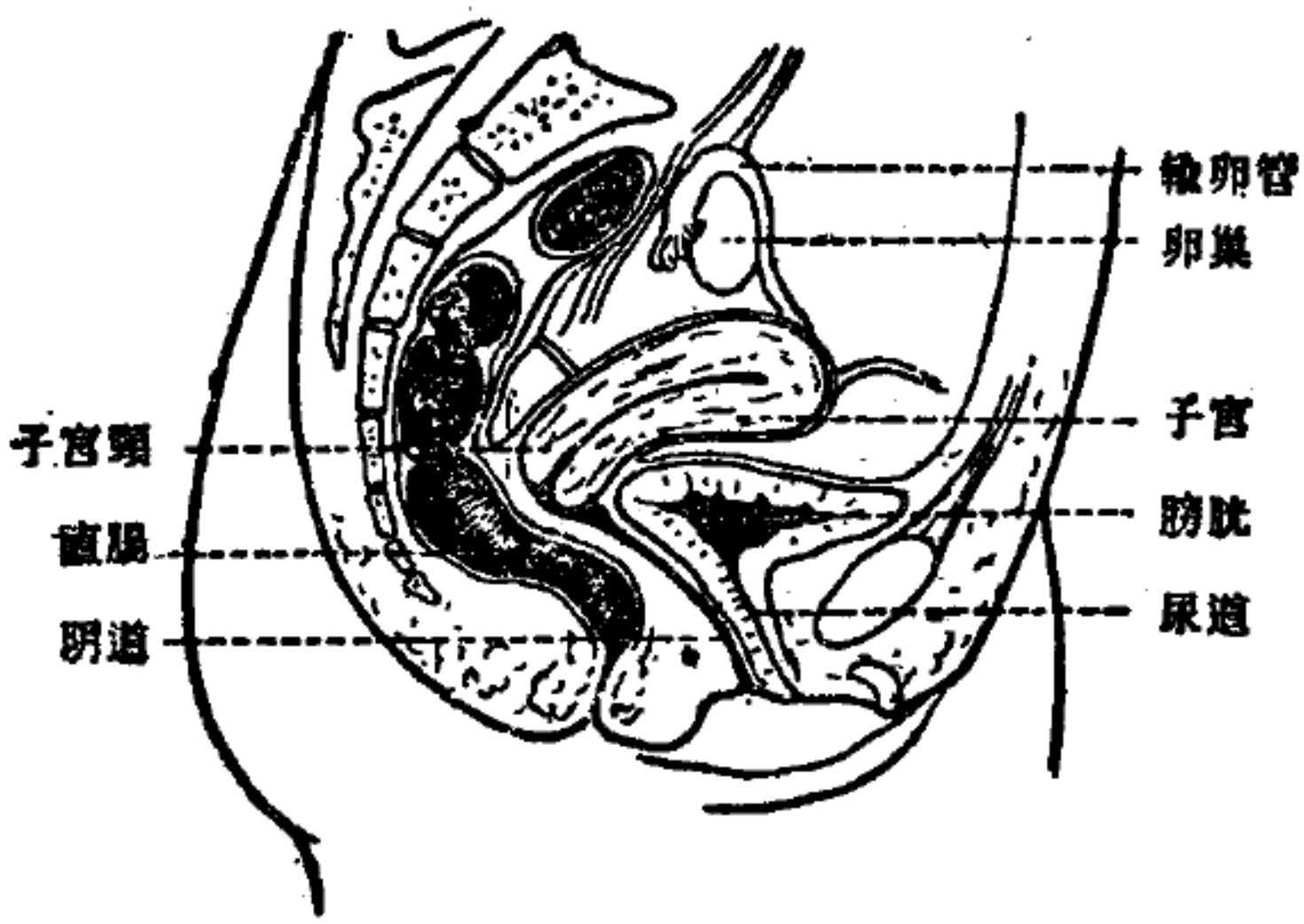


图8—9　女性內生殖器側面观

宮內膜充血变厚，如果沒有受孕，求偶素分泌減少，增厚之子宮內膜就不能維持而开始脫落，內膜下的小血管破裂出血，連同子宮分泌的多量粘液一起排出，这就是月經。月經来潮3～5天后，子宮內膜脫落处修复，則出血停止，继之卵巢和子宮內膜又开始另一新的周期。

由月經的第一天到下次月經的第一天为一个月經周期，平均为28～30天左右。由于情緒、环境改变等因素，月經周期也可提前或錯后一周左右仍屬正常范围。每次月經持續时間約2～7天，出血量約为30～100毫升。經血呈暗紅色、不易凝固、稍有腥味。

初次来月經的年龄平均为13～14岁，由于卵巢功能尚未发育健全，可以有月經失調現象，仍屬生理情况。

經期卫生：月經是生理現象，但月經后宮腔內留有創面，如不注意卫生，細菌很容易乘虛而入，引起生殖器炎症，因此必須注意經期卫生。

一、保持外阴清洁，最好每天用溫水擦洗。

二、要用干淨的月經带和紙垫。月經带用完后应洗淨晒干包好。

三、月經期禁止性交，以免引起盆腔充血、流血过多或感染。

四、月經期可以照常工作，但应避免精神及体力过劳，不要用冷水洗澡或在水中工作。

五、經期尽量少吃刺激性食物，如辣椒、酒等。

妊娠生理和診断

妇女月經規則，在月經后第14天左右，从卵巢排出一个成熟卵子进入

輸卵管，此时性交，精子可經阴道、子宫到輸卵管，与卵子結合成受精卵（图 8—10）。由于輸卵管之蠕动，受精卵自輸卵管进入宫腔，約需 5～7 天，并发育成长为胎儿及其附属物（胎盘、胎膜、臍带及羊水）。

胎盘在妊娠 3～4 个月时形成，通过臍带向胎儿輸送营养物质。羊水是包围胎儿的液体，起保护作用。胎膜是連接胎盘并包围羊水的薄膜，和子宫內壁密接。

从卵子受精到胎儿发育成熟，这一段时間叫妊娠期。一般約需280天，即40周或 9 个月零10天。

妊娠诊断

一、早期妊娠（指妊娠 3 个月以內）診断要点：

1.閉經史：月經一向正常的已婚妇女忽然閉經，应考虑妊娠。但需注意高烧、貧血、肺結核或內分泌失調等原因，也可以引起閉經。

2.恶心、呕吐、飲食嗜好改变及排尿次数增加。

3.乳房增大，乳头及乳暈顏色加深，可有少量深黃色的初乳。

4.阴道检查：宫頸軟，呈蓝紫色。子宫增大变軟。

5.診断不能肯定时，可作妊娠試驗（方法見“葡萄胎”）。

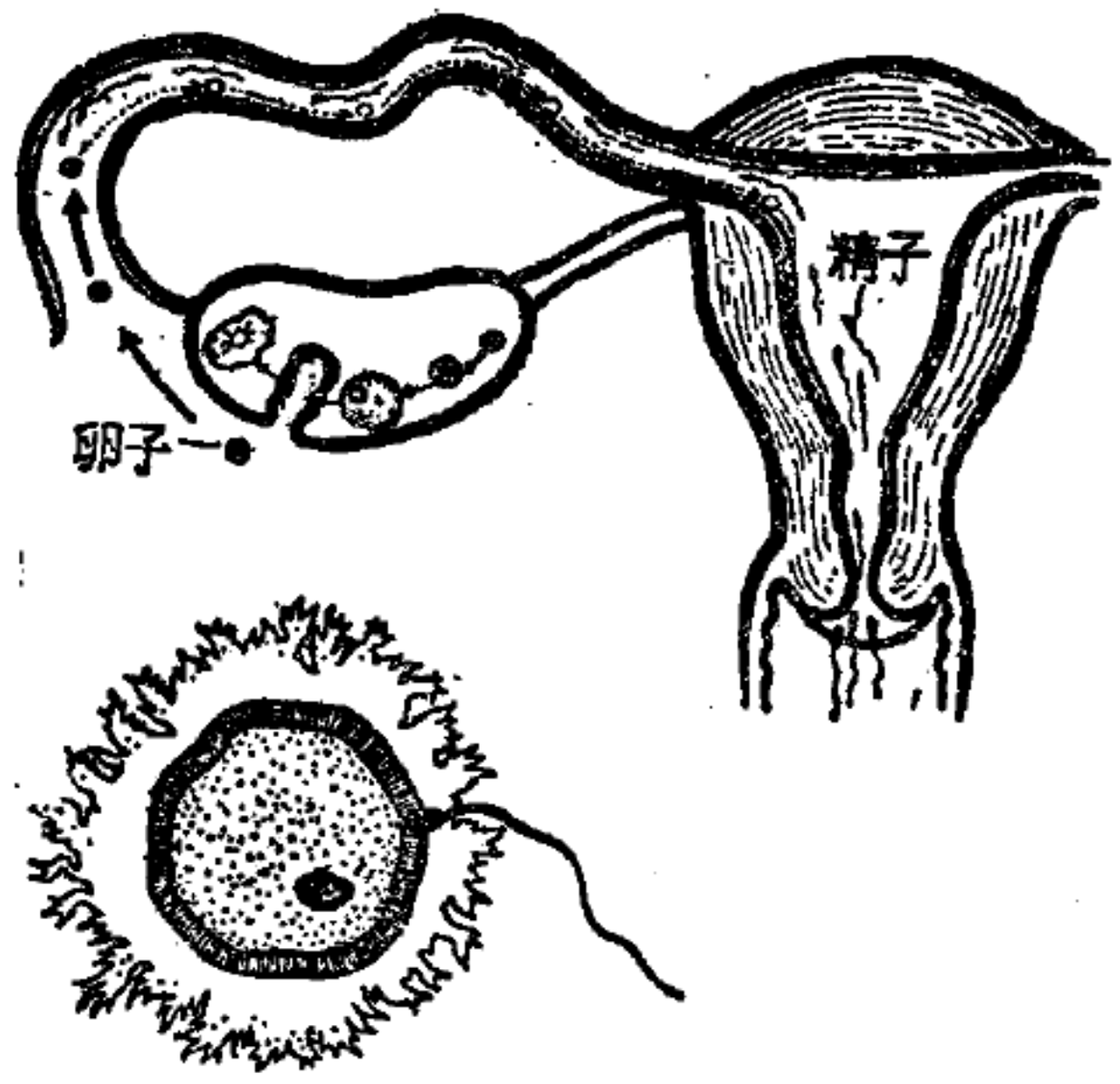


图 8—10　受精卵着床

附：阴道检查法（图 8—11）

1.排尿后取膀胱截石位，腹肌放松。

2.注意外生殖器发育情况，有无浮肿、潰瘍、肿物等。

3.将阴道窺器蘸肥皂水后放入阴道，并张开暴露宫頸。注意宫頸的大小、形

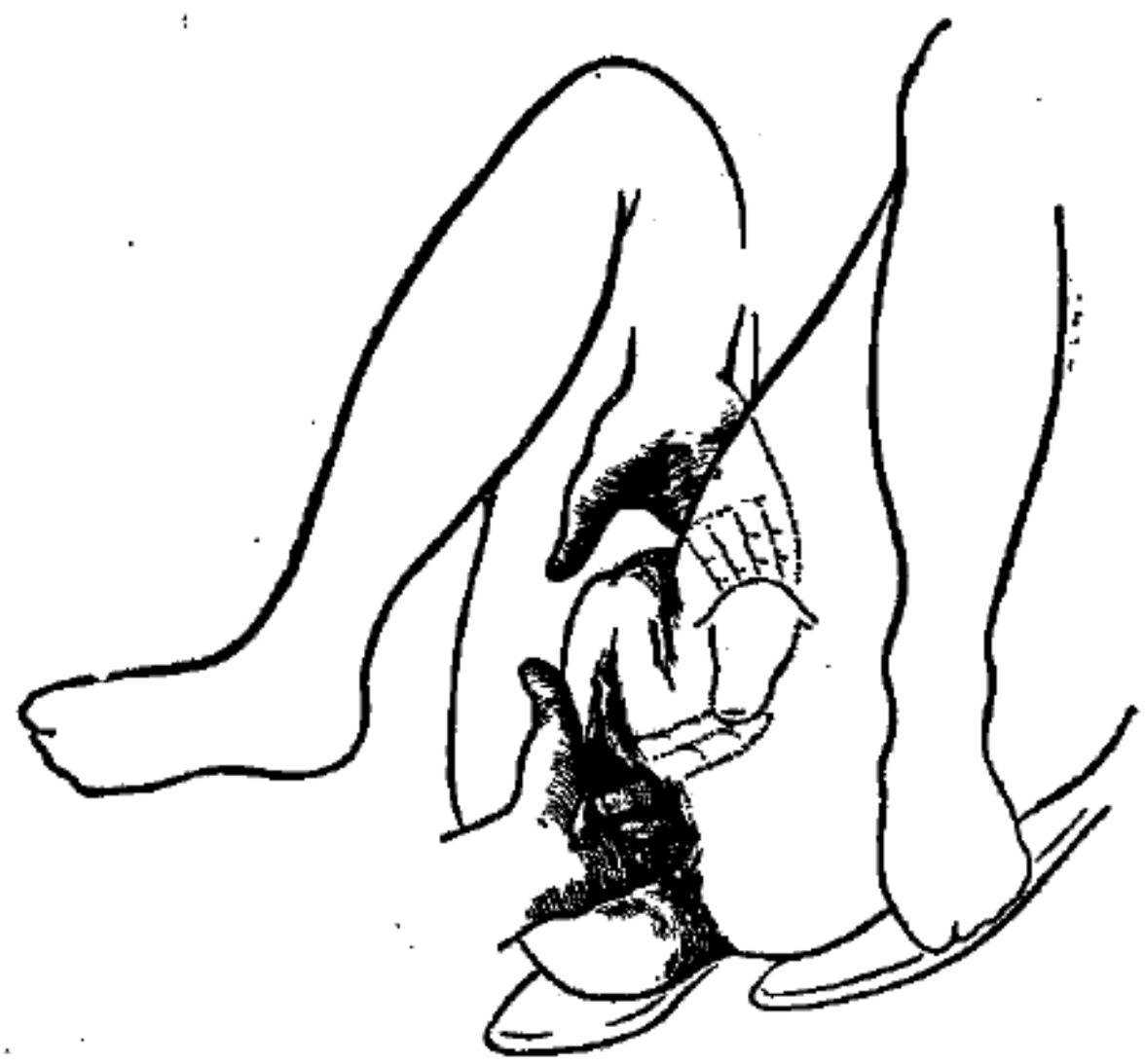


图 8—11　膀胱截石位作阴道检查

状、顏色、有无糜烂或息肉，并注意阴道壁有无紅肿、潰瘍及白带的性状。

4.阴道腹壁双合診：一手戴消毒手套，将食、中指蘸肥皂水后，輕輕伸入阴道，另一手放在下腹部輕輕向下压，使內生殖器居于两手之間。注意宮頸軟硬度，子宮体的大小、硬度、活动度及有无压痛，然后将阴道內的手指移向两側穹窿，检查輸卵管及卵巢情况，正常时不能触及，如触到增厚組织及压痛或包块，則表示有炎症或肿物。

5.阴道直腸腹壁三合診：以一手的食指伸入阴道，中指伸入直腸，另一手放在腹壁，动作与双合診相同。此检查法适用于子宮后傾，子宮后側有肿瘤及检查子宮旁結締組织时。

二、晚期妊娠(指妊娠3个月以上)

診断要点：

1.腹部胀大：妊娠3个月后，在下腹部可触及宮底，以后随孕期的增长，子宮逐漸增大（图8—12）。

2.胎动：妊娠18周后，孕妇自觉胎动，有时腹部触診及听診也可查知。

3.宮縮：妊娠晚期可发現子宮不規則收縮。

4.胎体：妊娠晚期，可触及胎儿头、背及四肢等，如能清楚地查觉，即可确診。

5.胎心：是最可靠的診断依据。一般在妊娠5个月后方可听到，其部位多在下腹正中或两側。正常胎心音每分钟120～160次，平均为140次，若超出此范围則表示胎儿有宮內窒息的可能。

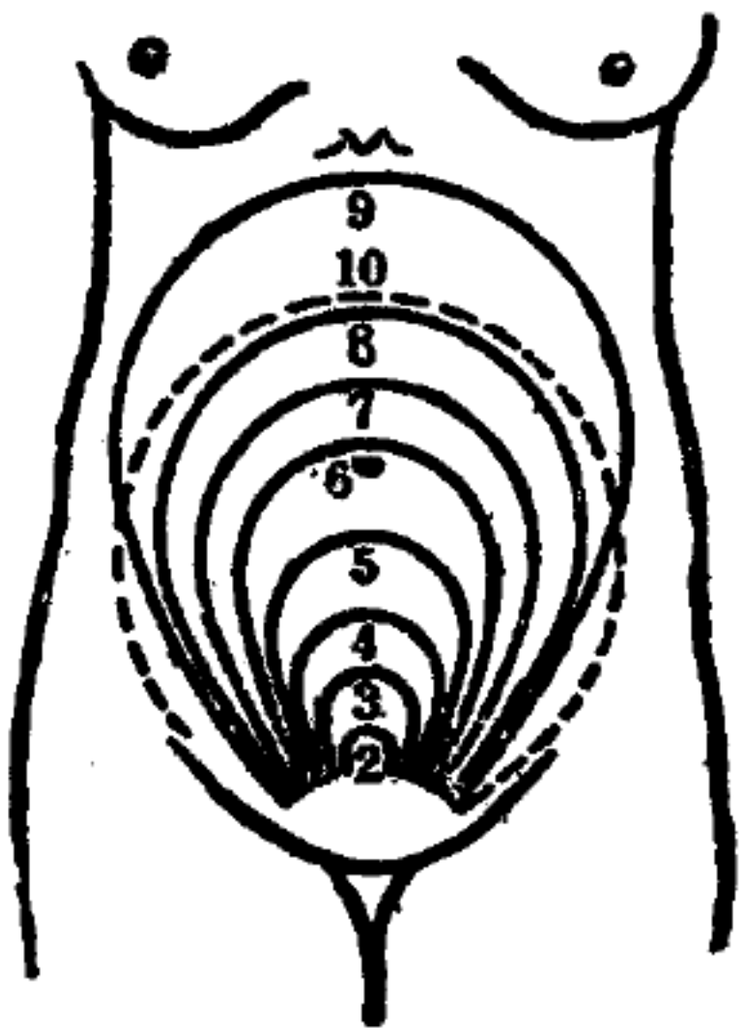


图8—12 妊娠各月份子宮底的高度

产前检查

产前检查就是一項調查研究工作，通过产前检查可以早期发現和处理异常妊娠，从而保护孕妇和胎儿的健康。

产前检查可于妊娠7个月左右开始，約两周检查一次。如有异常情况，需适当增加检查次数。

检查內容

一、詢問病史：

1.了解末次月經及計算預产期（即末次月經加9个月零10天）。

2.了解过去健康情况和本次妊娠有无严重的恶心、呕吐、浮肿及阴道出血等异常現象。

3.了解过去有无难产史及产后大出血史，小儿是否存活及死亡原因等，以便对本次分娩有充分的估計。

二、一般体格检查：包括测量血压及检查心、肺、肝、脾等重要器官有无病变。注意身材是否特别矮小（身长在150厘米以下），跛足或駝背，如有以上情况可能有骨盆异常。

三、产科检查：孕妇排尿后取仰臥位，屈腿使腹肌放松，露出腹部，检查者站于孕妇右側。

1.視診：观察腹部外形、大小和妊娠紋（初产妇呈紅色，經产妇呈白色），以及有无手术瘢痕或水肿等。

2.四步触診：

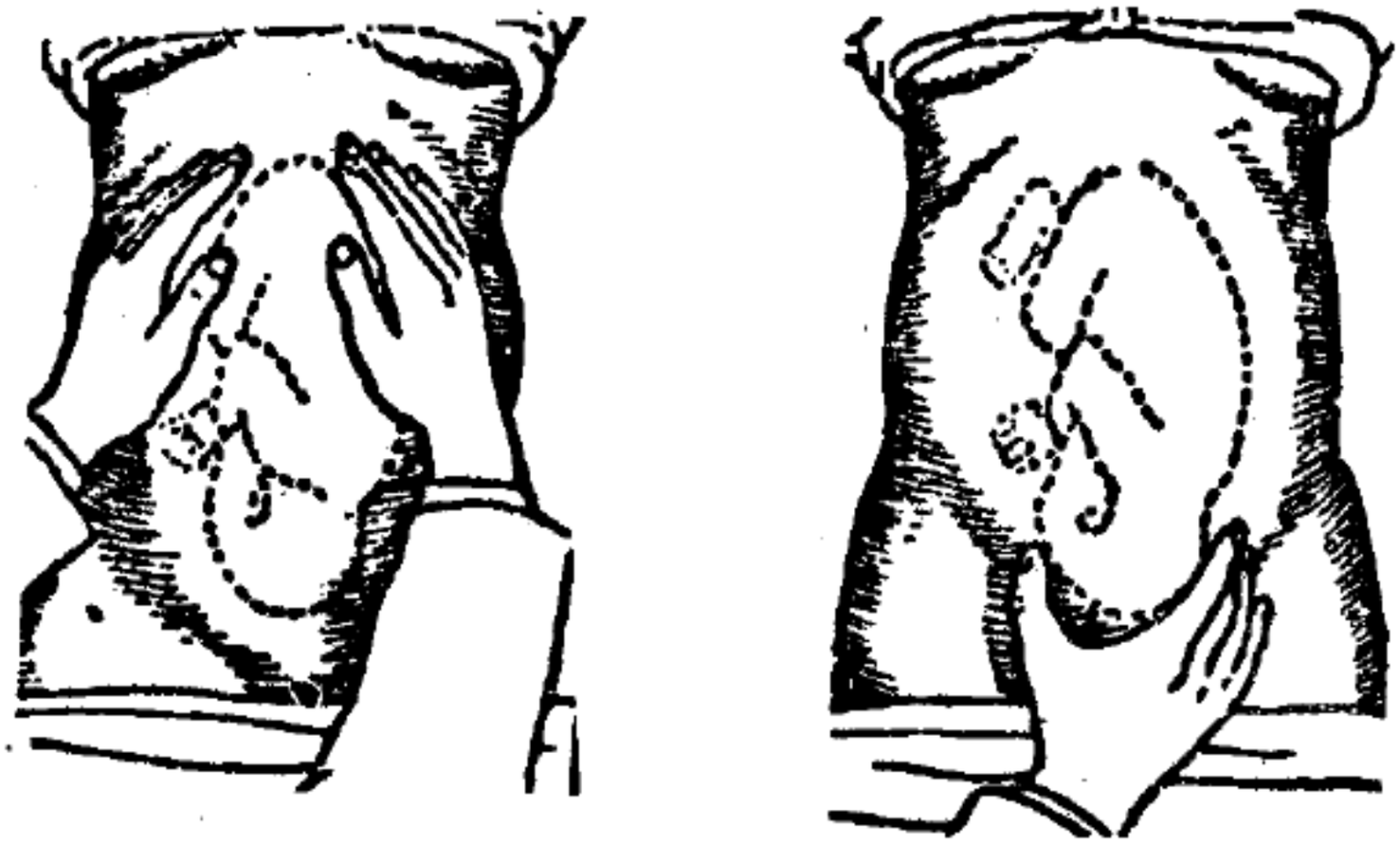
第一步：两手按于宫底部，检查宫底高度是否与妊娠月份相符，再检查宫底部是胎头还是胎臀，胎头圓而硬，胎臀較軟而不圓(图8—13.1）。

第二步：两手放在子宫两側，检查胎背和胎儿肢体在那一側，胎背平坦有实感，而肢体呈高低不平的結节感。

第三步：右手拇指与其余四指分开，触摸耻骨联合上方以确定先露部是胎头或胎臀（图8—13.2）。

第四步：检查者轉身，面对孕妇足部，两手放在先露部两側，查先露部是否能推动，以知其是否入盆。一般初产妇于預产期前两周胎头已入盆，如临产时仍未入盆，且位置仍高，則有头盆不称之可能。

3.听診：用胎心听筒或一般听診器听胎心音。因宫縮可影响胎心，故不宜在宫縮时听取。



1　　2

图 8—13　四步触診法

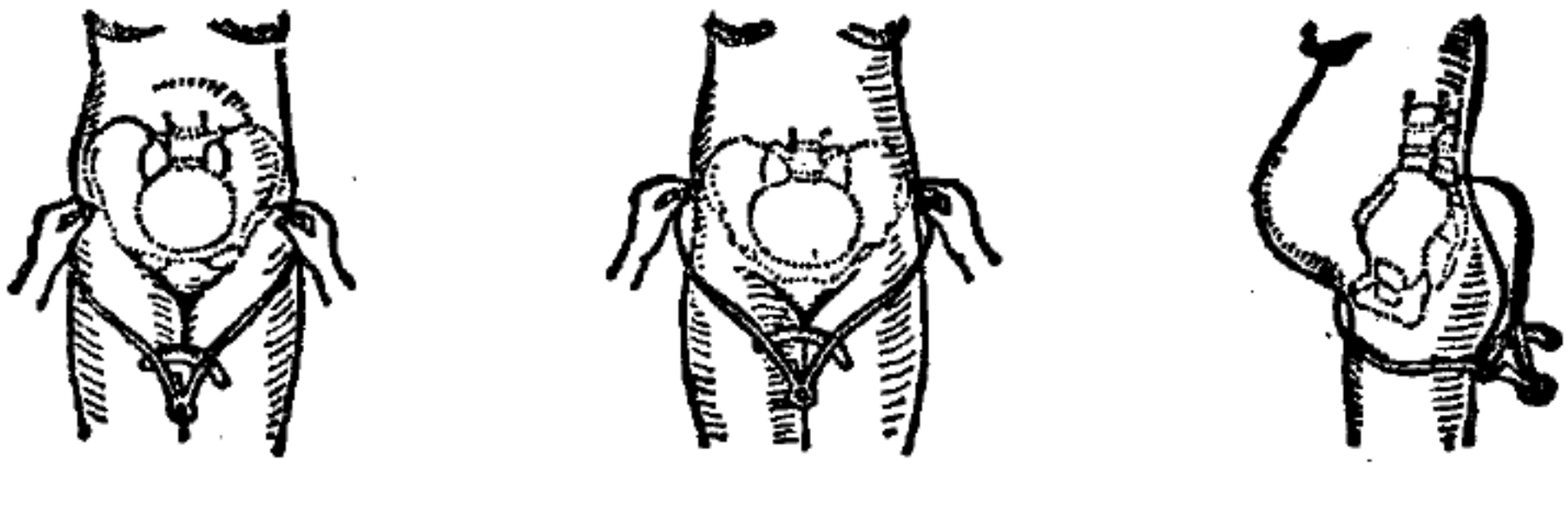


图8—14　骨盆測量

1.測量髂棘間径；　2.測量髂嵴間径；　3.測量骶耻外径。

四、骨盆測量：

1.測量方法：用骨盆測量器（或用普通尺代替）測量以下各径綫。

（1）髂棘間径：孕妇平臥。腹股沟外上方之骨突即髂前上棘，其两側外緣間的距离为髂棘間径（图8—14.1）。

（2）髂嵴間径：从两側髂前上棘順着骨緣向后至相距最寬处，即髂嵴間径（图8—14.2）。

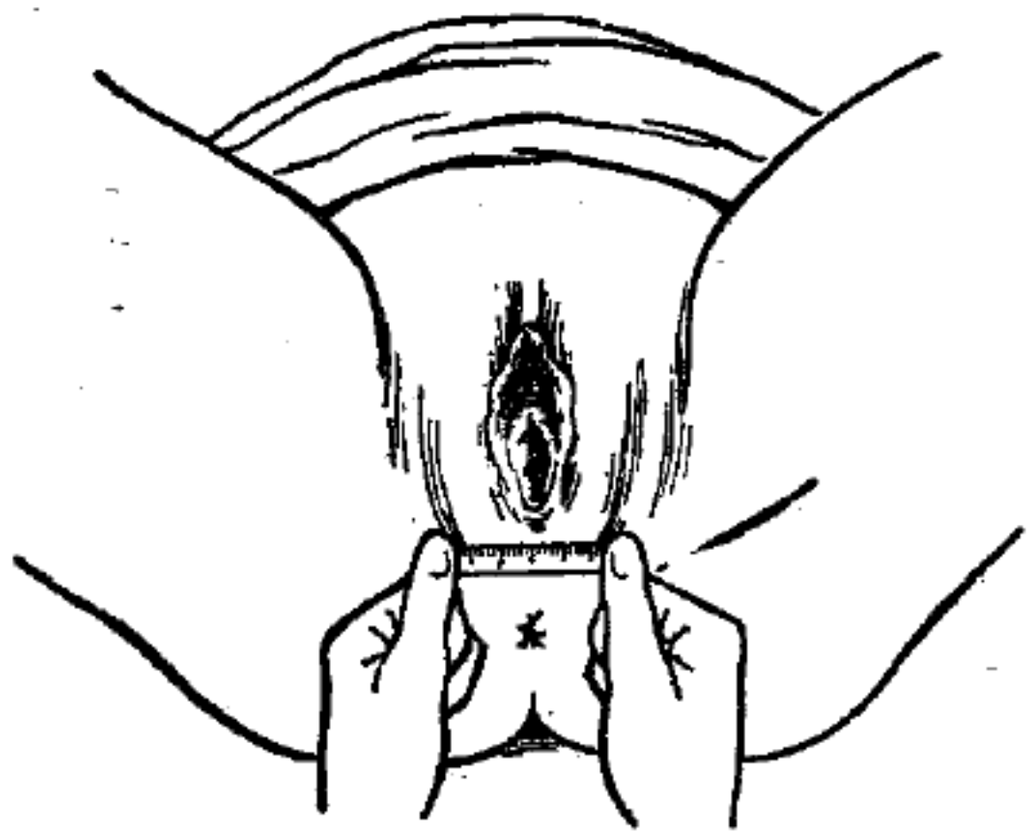


图8—15　出口横径測量法

（3）骶耻外径：孕妇右側臥，右下肢伸直左下肢屈曲。从第五腰椎棘突下1厘米測量到耻骨联合上緣中点之間距离，即骶耻外径（图8—14.3）。

（4）出口横径（即坐骨結节間径）：孕妇平臥，双手抱膝，两腿外展，取两坐骨結节內緣之間距离，即出口横径（图8—15）。检查者将拳头插入两坐骨結节之間，如能嵌下，就說明出口横径在8厘米以上。

2.正常及临界骨盆径綫如下表：

	髂棘間径（厘米）	髂嵴間径（厘米）	骶耻外径（厘米）	出口横径（厘米）
正常骨盆	24	26	19	8
临界骨盆	22	24	18.5	7.5

如骨盆径綫在临界以下，有一个或两个径綫显著狭小，表示骨盆不正常，有难产的可能。

五、阴道检查：第一次产前检查时，若妊娠在七个月以前，尤其是初产妇，最好作一次阴道检查，以了解阴道有无先天性畸形、狭窄、疤痕或肿瘤等，并需注意骨盆侧壁是否内聚，坐骨棘是否突出，骶骨凹度是否正常和坐骨切迹的寬度等。

孕期卫生宣教

一、妊娠期可照常参加劳动，但在早期及晚期应予以适当照顾。尤其是体弱或有其他疾病的孕妇更应多加休息。

二、在妊娠前3个月和后3个月应避免性交，以免引起流产、早产、早破水或感染等。凡有习慣性流产和早产史者，最好在整个妊娠期都避免性交。

三、妊娠期因子宫增大、压迫腸管，故孕妇容易发生便秘。应多食蔬菜，必要时可服緩泻剂。

四、在妊娠晚期，应常用肥皂和清水洗滌乳头，增加乳头皮肤的抵抗力，以免产后喂奶时破裂。如乳头凹陷，需經常用手指向外牵拉。

五、妊娠晚期，应吃低盐、低碱飲食，以免发生水肿。

正常分娩

成熟胎儿与胎盘被排出母体的过程称为分娩。根据分娩的进展，分为三个产程。

第一产程 由子宫出現規律收縮到子宫頸口完全开大。初产妇需12小时左右，經产妇約7～8小时。此时产妇自觉陣陣宫縮，腰骶及下腹部发酸或疼痛。

一、安慰产妇，使产妇加强对分娩的信心，鼓励进食（但不宜过飽，以防呕吐）及飲水，注意大小便通暢。

二、注意胎心：胎儿发生宫內窒息时，可給产妇靜脉注射50%葡萄糖60毫升，加維生素C 200毫克。肌注尼可剎米0.25克。如有条件可給吸氧。

三、观察宫縮强弱及先露部下降程度，可經肛門检查了解宫口开大程度（图8—16）。如胎膜已

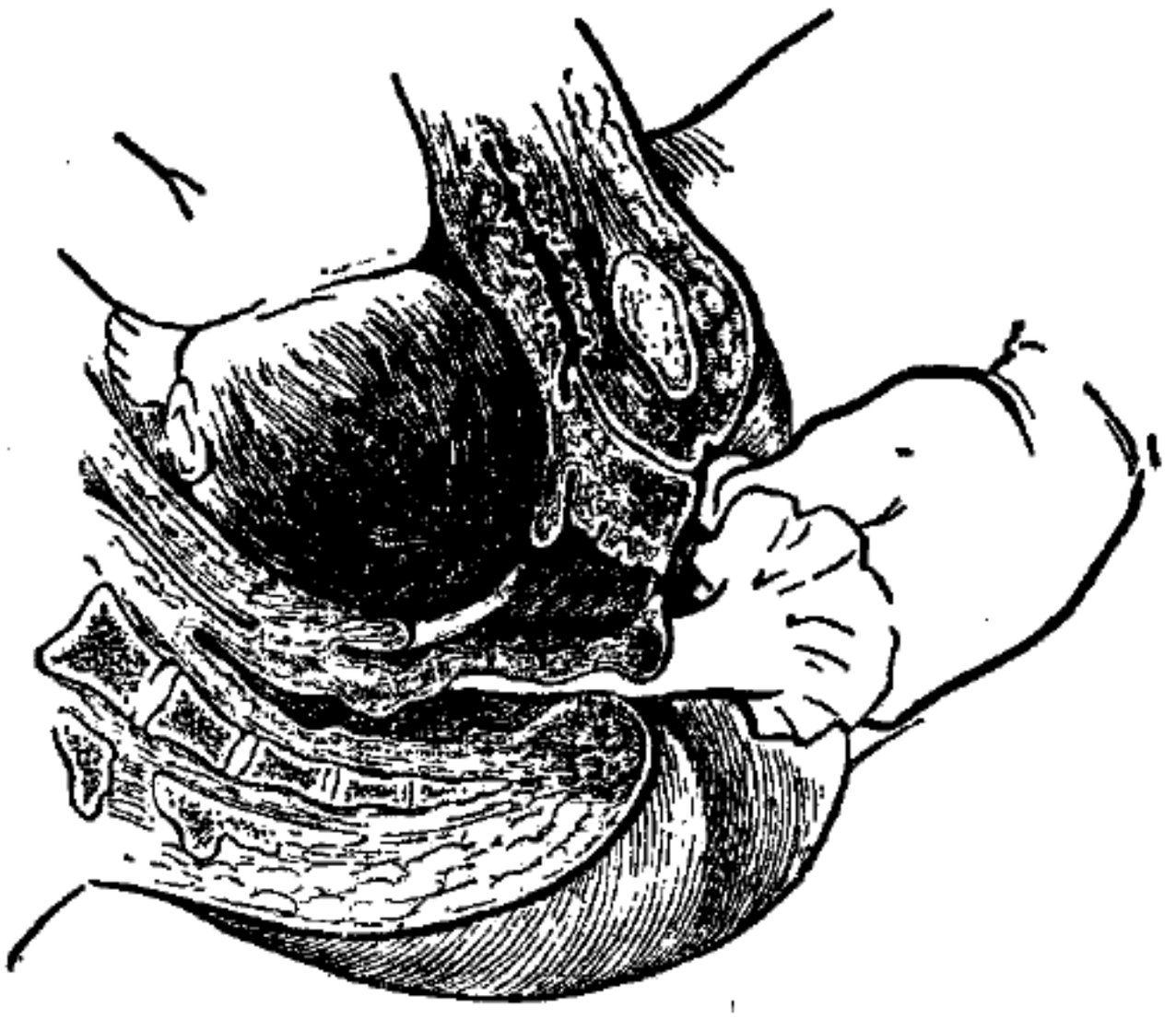


图8—16 肛門检查

破，胎头尚未固定时，应禁止产妇坐起或行走，以防臍带脱垂。

四、准备接生：經产妇宫口开大4厘米，初产妇宫口开全(即10厘米)时，应做好接生准备。

第二产程 自宫口开全到胎儿娩出。此期产妇精神最为紧张，要給以安慰。接生人員必須遵循毛主席的教导：**“我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。”**注意无菌操作及保护会阴。如无消毒剪刀，在紧急情况下也可用普通剪刀煮沸或用碘酒、酒精消毒后使用。

一、接生前产妇外阴用肥皂水、清水、来苏水或新洁尔灭擦洗干净。接生者也应洗手后戴消毒手套。如无条件或在紧急情况下，也可用碘酒、酒精擦洗双手。

二、打开产包，于产妇臀下及会阴四周鋪消毒巾，肛門处用棉花或紗布盖住。

三、接生者站在产妇右侧，等胎头外露时，将右手拇指和其他四指分开，以手掌用力托住会阴部。左手持紗布一块按住儿头，使之保持屈曲，并控制其娩出速度。同时鼓励产妇在宫縮时做迸气动作，以加速胎头娩出。当枕骨露出时，左手不再加压，让胎头仰伸娩出。此时产妇应张口哈气，不再用力，以免会阴裂伤。数秒钟后胎儿面部自然轉向一側，則接生者用左手食、中两指夹住胎儿頸部，向外下牵拉露出前肩，然后稍向上提，使后肩娩出，胎儿身体也随之娩出。保护会阴之右手，应直到胎儿双肩相继娩出后方能离开（图8—17）。当胎头娩出后，有时可見到臍带繞頸一周或数周，若纏繞过紧，可用两把止血鉗夹住繞頸臍带的任何部位，并在其間剪断。

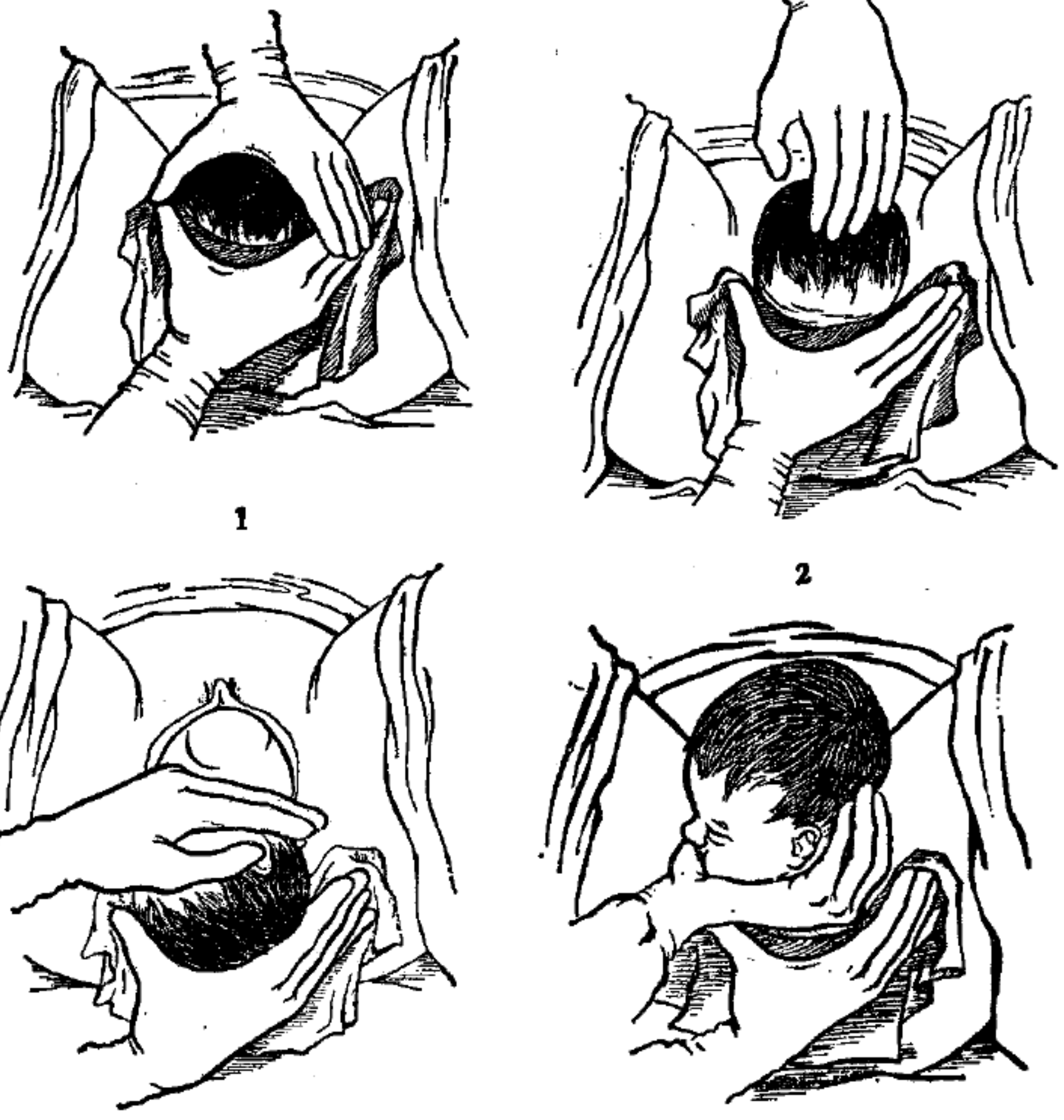
四、新生儿处理：胎儿娩出后，接生者可用右手小指裹紗布，清除新生儿口腔內粘液，若不啼哭，則按新生儿窒息行急救处理（見“新生儿窒息”）。如已啼哭即可用两把血管鉗夹住臍带任何一段，并从中剪断。然后用消毒棉綫绳在距臍根1～2厘米处結扎，剪去結扎綫上方臍带，残端涂碘酒，并用紗布包扎及綳带纏于腹部（图8—18）。

第三产程 自胎儿娩出到胎盘娩出。

一、当胎儿娩出后，大約5～30分钟內出現胎盘剝离的現象，表現为宫体变硬、宫底上升、臍带下降及阴道有少量出血。此时可輕压宫底，并慢慢牵拉臍带。当胎盘娩出于阴道口时，用双手托住，緩慢地旋轉，以保持胎盘胎膜完整。在胎盘娩出后立即检查是否完整，如有残缺应更換手套，伸入宫腔取出。胎盘未剝离前，切忌用力揉挤子宫或牵引臍带，以免引起产后出血及子宫翻出。

如子宫收縮不佳，阴道出血較多，可肌肉注射宫縮剂(催产素10单位，或脑垂体后叶素10单位，或麦角新碱0.2～0.4毫克）及按摩子宫体。

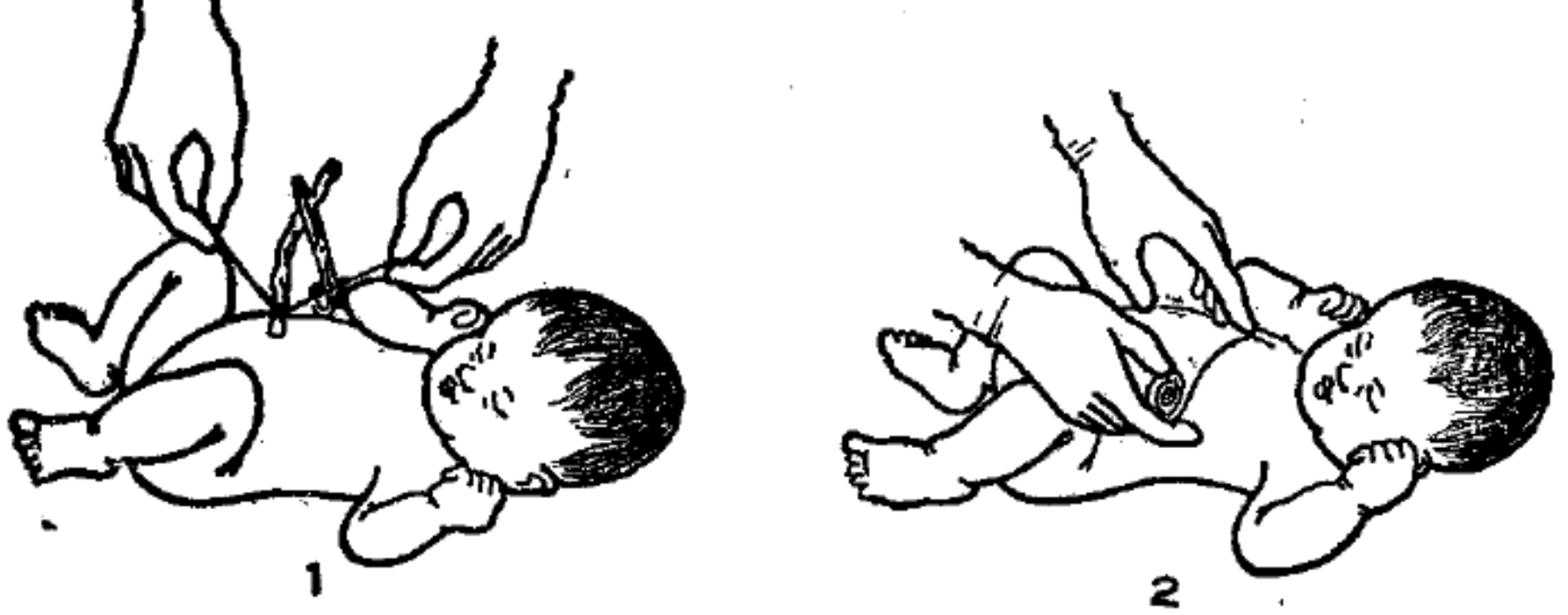
二、检查外阴及阴道，如有裂伤，需立即縫合。第三产程結束后仍需



1　　2

3　　4

图 8—17　保护会阴的方法



1　　2

图 8—18　新生儿臍带处理

1.近臍根 1 厘米处結扎　　2.臍带断端消毒后包扎

密切观察一小时左右，注意产妇一般情况（血压、脉搏），子宫收縮及有无阴道出血等。

附：家庭接生应准备的用具

接生包一个	大小消毒单各一块（鋪臀下和腹部用）、治疗巾 4 块、橡皮手套一付、袖套一付、臍带卷一个（包括臍带紗布两块、綫绳两根、棉签两根）、血管鉗两把、剪刀一把、針持一把、圓縫針一个、三角縫針一个、縫綫（腸綫及絲綫）一小束、紗布棉花若干块、弯磁盘（或磁碗）一个
葯　　品	2.5%碘酒一小瓶（10毫升）、75%酒精100毫升、新洁而灭一瓶（100毫升）、脑下垂体后叶素及麦角新碱各一支、尼可剌米两支、咖啡因两支、山梗菜碱两支、50%葡萄糖 5 支、維生素C两支、苯巴比妥鈉 2～4 支、維生素K两支、紅汞10毫升
其　　它	空針（2 毫升两个、50毫升一个）、橡皮导尿管一根、吸痰管一根、查肛指套若干、肥皂一块、体溫表一支、听筒一付、洗手刷一个、鑷子一把、搪瓷盆一个、塑料布一块

新生儿窒息

新生儿窒息多数由于分娩时产伤或羊水吸入而引起。如一旦发生，必须立即进行积极地搶救。

诊断要点

一、青紫窒息：皮肤青紫、心跳規律、呼吸浅慢、肌张力正常。病情較輕。

二、蒼白窒息：皮肤蒼白、心跳微弱、无呼吸或呼吸不規則、肌张力消失。病情危重。

急救原則　迅速断臍后采取如下措施：

一、清理呼吸道：新生儿窒息的主要矛盾是由于吸入羊水而造成呼吸道梗塞，因此搶救新生儿窒息的首要任务是清理呼吸道。可用空針接橡皮导尿管抽吸咽喉部粘液及羊水，也可用吸痰管吸出，直至呼吸道通暢为止。其后应将新生儿头部偏向一則，以利于呼吸道粘液流出。

二、刺激呼吸中枢：

1.針刺人中或十宣穴，拍打脚心以及用酒精擦前胸。

2.口对口人工呼吸（見“急救”），应注意勿吹得过猛。以免引起新生儿肺泡破裂。同时氧气吸入。

3.肌肉注射尼可剌米 75 毫克或山梗菜碱 1 毫克，或苯甲酸鈉咖啡因25毫克，如呼吸仍不好轉，可經臍靜脉注射10%氯化鈣 4 毫升或10～25%葡萄糖10毫升加尼可剌米75毫克及維生素C100毫克。

三、保暖。

四、抗菌素預防感染。

产褥期处理

产妇分娩后，約需6～8周逐漸恢复正常，此期称为产褥期。

产褥期特点

一、子宫复旧：分娩后宫底逐日下降，約十天左右在腹部不能触及，經6～7周子宫恢复正常。

二、恶露：卽产褥期由阴道排出之分泌物。开始色紅，以后逐漸变淡，大約3～5周干净。正常恶露有血腥味，如有腐臭味，則表示宫腔內有感染；若血过多，則需考虑有无胎盘或胎膜組织残留。

三、宫縮痛：产后1～2天內由于子宫收縮而引起疼痛，以后可自然消失。

产后护理

一、产后1～2天，可逐漸起床活动，但在六周內应避免重体力劳动，以防子宫脫垂。

二、可进普通飲食，注意营养，不必忌口。

三、保持大小便通暢，如有便秘可服輕泻剂。如不能自行排尿，可用新針治疗，必要时导尿。

四、注意室內空气流通，冬季应保暖，夏季要避免中暑。

五、产后六周內不能性交，以免引起子宫出血和感染。

六、注意会阴部清洁，可每日用溫水擦洗。

七、定时哺乳，每3～4小时一次，两側乳房輪換吸吮。注意乳头清洁，如有明显破裂，应停止哺乳，局部涂抹磺胺軟膏，并将乳汁挤出再喂婴儿。

八、如宫縮痛較剧，可給予鎮痛药或針刺中极，留針30分钟，或用中药失笑散（蒲黄粉、五灵脂等量，共研細末）每日服三錢。

产后常见併发症的治疗

一、骨节痛：宜养血祛风之法，以四物湯加味治疗。成份：当归、白芍、熟地、川芎、秦艽各三錢　桑寄生、黄芪各五錢　細辛五分。水煎服，每日一付。

二、恶露不尽：腹痛拒按，恶露紫黑有块者，宜活血化瘀之法，以失笑散加味治疗。成份：生蒲黄、五灵脂、川芎各二錢　当归三錢　炮姜、炙甘草各一錢。水煎服，每日一付。

三、乳汁不足：可針刺膻中、外关、少泽、合谷。每次針2～3个穴，中等刺激。也可服中药，以补气养血、通乳之剂，党参、黄芪、王不留行各四錢　当归、川芎、漏芦各三錢　通草二錢。水煎服，每日一付；或服胎盘粉1克，每日三次；或催乳片2片，每日三次。

四、回奶：己烯雌酚5毫克，每日三次，共三天；或用芒硝五两装布袋內，在乳房上連續敷用，湿透更换；或取炒麦芽三两，水煎服，每日一次，直至回奶或奶量减少。也可針刺光明、足临泣，每日一次，强、中刺激。

五、急性乳腺炎（見“常見外科感染”）。

晚期妊娠中毒症

晚期妊娠中毒症是一种严重而又常見的产科併发症。多发生在妊娠最后2～3个月內，初产妇和双胎时多見，有腎炎、慢性高血压的孕妇更易发生。

诊断要点

一、輕度妊娠中毒症：有高血压（超过130/90毫米汞柱或較基础血压增高30/15毫米汞柱）、浮肿、蛋白尿三大症状，其中具有两种即可确定診断。一般以浮肿与高血压出現較早。

二、先兆子癎：除三大症状加剧外（血压一般在160/100毫米汞柱以上），还出現头痛、头暈、眼花及恶心、呕吐。

三、子癎：除先兆子癎症状外，孕妇突然发生抽风，继之昏迷。可出現在产前、产时或产后、以产前較为多見。

预防 推广产前检查是預防妊娠中毒症的重要措施。如发現孕妇有三大症状出現，应及时給予治疗，可避免病情发展到最严重的子癎阶段。

治疗

一、臥床休息，食物要清淡，每日食盐量以不超过半小匙（2克）为宜。子癎病人应安置于暗室內，避免光、声刺激。謹防抽风时受伤，发作时用压舌板纏以紗布放入上下牙齿之間，以免咬破唇舌，昏迷者应禁食，同时将病人头偏向一側，防止呕吐物吸入气管，口腔內分泌物应随时吸出。

二、药物治疗：

1.利尿：輕者可口服双氢克尿噻25毫克，每日两次。如尿量多，应加用10%氯化鉀10毫升，每日三次。但水肿严重，尿量很少时，不宜应用，可用25%葡萄糖250毫升加維生素C 500毫克，或20%甘露醇或25%山梨醇250毫升靜脉点滴，每日1～2次。

2.鎮靜降压：輕者口服利血平0.25毫克，每日三次（或降压灵4毫克，每日三次），和苯巴比妥0.03克，每日三次（或氯丙嗪25毫克，每日两次）。先兆子癎或子癎病人，可肌肉注射利血平1～2毫克，每8小时一次。苯巴比妥鈉0.2克，每6小时一次。必要时可肌肉或靜脉注射冬眠合剂，常用冬眠Ⅰ号（內含杜冷丁100毫克、氯丙嗪50毫克和异丙嗪50毫克），每次2毫升，4～6小时后可以重复使用。

3.鎮痙：抽风病人，可用10%水合氯醛或副醛20毫升，加水到100毫升作灌腸。亦可用25%硫酸鎂20毫升（或50%硫酸鎂10毫升）肌肉注射，每6小时一次，12次为一疗程。但在使用时注意，如果膝反射消失，或呼吸少于16次/分，或每日尿量少于600毫升者，必須停药。

4.子癎病人产后易发生出血及休克，应注意預防。如发生非失血性休克，立即靜脉輸液，并加美速克新命5～10毫克，若休克仍不能控制，还可在500毫升葡萄糖溶液中加去甲腎上腺素2～5毫克。

5.中药治疗：

（1）早期妊娠中毒：呕吐、消瘦、情緒不安。治以降逆止呕、养胃保胎之法。

妊毒湯：黄芩、竹茹各三錢　半夏、砂仁、白朮各二錢　干姜一錢。水煎服，每日一付。

加減：体弱者加党参三錢；　呕吐严重者加炙枇叶四錢、灶心土三錢；胃热者加黄連三錢。

恶阻湯：竹茹、半夏各三錢　生姜三片。

止吐湯：石斛、白芍各四錢　烏梅三个。

单方：灶心土一块烧紅，放水中，飲水。

（2）晚期妊娠中毒：水肿、高血压、头痛、眩暈等症状。

眞珠母一两　鈎藤四錢　野菊花、僵蚕、夏枯草各三錢　黄芩二錢。神昏加鮮石菖蒲一两打汁調服，或加牛黄清心丸一丸；浮肿重去僵蚕、夏枯草、黄芩，加陈皮三錢　茯苓、大腹皮、冬瓜皮各五錢（单純浮肿也可单用这四味药）。

三、中止妊娠：产前子癎患者，应在抽风停止及清醒后24～48小时进行引产。若宮頸口已开全，可在乙醚麻醉下用产鉗或胎头吸引器助娩，产后仍需继續給予鎮靜剂。尽量避免剖腹产术，在必須做手术时（如头盆不称等），也应于控制抽风后施行。

妊娠合併心脏病

妊娠合併心脏病易发生心力衰竭，多发生于妊娠晚期或分娩时，也有发生于产后24小时之內者，发生在分娩时最有危险，因此必須高度重視。

妊娠期处理

一、心脏功能不良或有心力衰竭史者，在妊娠3个月內应考虑作人工流产；妊娠3个月以上，作剖宮取胎术；并动員作絕育术。

二、如孕妇不愿中止妊娠时，应加强产前检查，避免体力劳动。在妊娠7～8个月时，心脏負担最重，更应注意。如发生心力衰竭，应及时处理（見“心力衰竭”）。

分娩期处理 第一产程避免精神过度紧张，注意心跳及脉搏，給予氧气吸入，如发現早期心力衰竭，应立即处理。第二产程如分娩較慢，为防止用力过度而发生心力衰竭，可用产鉗或胎头吸引器助娩。第三产程在胎儿娩出后，可用砂袋或枕头压迫腹部，避免腹压驟然減低，回心血量过多而增加心脏負担。同时注射嗎啡0.01克，或杜冷丁100毫克，或苯巴比妥鈉0.2克（勿用氯丙嗪）。如产后出血可 用子宫按摩 或冰袋冷敷等物理刺激方法，少用宫縮药。

产褥期处理 絕对臥床休息三天；根据心脏功能，决定是否继續服用毛地黄及哺乳等問題，并动員絕育或給以避孕指导；产褥期給予抗菌素預防感染；避免心力衰竭的各种誘因，如过度兴奋、劳累等。

流　产

妊娠在7个月以前而发生妊娠中断或有中断趋向表現者，均称为流产（俗名小产）。临床上分为自然流产与人工流产。前者又分为早期流产（3个月以內）和晚期流产（3～6个月）。

常見的原因为外伤、胚胎发育不良、急性传染病、內分泌失調、胎盘及臍带病变等。本节仅述早期流产，对晚期流产的处理原則基本上与产科分娩的处理相同。

诊断要点

一、先兆流产：妊娠期間阴道少量出血，伴有陣发性下腹墜痛或腰酸。阴道检查子宫口未开，子宫大小和妊娠月分相符。

二、难免流产：又称为不可避免流产。阴道流血量多，且可伴有血块，腰腹痛較剧。阴道检查子宫口已开或胎膜已破。

三、不完全流产：部份胚胎組织已經排出，出血不止，陣发性腹痛。检查子宫口已开大，有时可看到宫口有胎块組织堵塞。子宫稍小于妊娠月份。

四、完全流产：胚胎組织已全部排出，阴道流血停止或減少，腹痛也停止。检查子宫口关閉，子宫已近于正常大小。

五、感染性流产：除上述流产症状外，尚伴有高燒、脓性白带。检查子宫有明显压痛。

六、习慣性流产：是指連續三次以上发生流产者。

七、过期流产(即滯留流产)：是指胚胎已死亡，滯留在宫腔內达两个月以上者。表現为妊娠症状消失，阴道流血时有时无。子宫小于妊娠月份。

治疗

一、先兆流产：原則是保胎。

1.臥床休息，禁止性交。

2.中药治疗：治以保胎止血法。

保胎湯：黄芪、山药、苧麻根各五錢　杜仲、白朮、当归各二錢。水煎服。每日一付。

加減：腰酸痛者加續断、桑寄生各三錢；腹部下墜者加党参三錢　升麻一錢；流血多者加藕节炭、祁艾炭、阿胶、仙鶴草各三錢。血止后加补腎药兎絲子、五味子各三錢。

3.保胎丸或胎产金丹，每次一丸，日服两次。

4.每日肌肉注射黄体酮10～20毫克，至症状消失后減量，并逐漸停药。妊娠3个月以上，胎盘已形成，則不需注射黄体酮。

5.鎮靜剂：三溴片0.3克，每日三次，或苯巴比妥0.03克，每日三次。

二、难免流产和不完全流产：原則是使胚胎組织排出，应立即施行刮宫术。如无器械，可肌肉注射催产素2～5单位或垂体后叶素2～5单位，每半小时一次，共4～6次，使子宫收縮，将胚胎組织排出。如出血量多，应将堵塞在宫口的胚胎組织用卵圓鉗夹出。如患者出血过多已陷于休克状态，則先搶救休克，待好轉后再作以上处理。

三、感染性流产：原則是先用抗菌素控制感染，2～3天后再行刮宫术。但如阴道大量出血不止，則应本着毛主席关于**“矛盾的主要和非主要的方面互相转化論”**的教导，控制出血为主要矛盾，在严密消毒下，用卵圓鉗取出宫腔內的胚胎組织，一般不作刮宫术，以免感染扩散。必要时在感染控制后，再行刮宫术。

四、过期流产：若子宫在妊娠两个月大小以下者可行刮宫，如超过两个月大小时，可用己烯雌酚5～10毫克，每日三次，連服三天，继之肌肉注射催产素（或垂体后叶素）5单位，每半小时一次，共四次。如不能自然流产可采用刮宫术。手术时注意子宫出血。

五、习慣性流产：妊娠前应进一步查明原因，妊娠后需及早采取保胎措施。

一般治疗方法同“先兆流产”，在中药治疗方面常用方如下：

1.川断、杜仲、桑寄生、山药各二两。共研細末，制成水丸，每付三錢，日服两次。

2.保胎湯（方見上）。

一般疗程最好至妊娠五个月以上。

葡　萄　胎

葡萄胎又名水泡样胎块，是由于胎盘的絨毛变性而引起的疾病。可分为良性与恶性两种。

良性葡萄胎

诊断要点

一、自妊娠开始經常有不規則的阴道出血，有时血块中伴有白色透明葡萄样組织排出。

二、早孕反应常发生較早，且严重。

三、子宫增大的速度快，大于妊娠月份，并有飽滿感，患者常有下腹膨胀感。如子宫已增大到妊娠5个月以上大小，仍摸不到胎体听不到胎心时，再結合临床症状应高度怀疑本病。

四、如有条件可作妊娠試驗，协助診断。妊娠試驗为强阳性，稀释后，其阳性稀释度較正常妊娠为高。

附：妊娠试验操作步骤 1.試驗前用滴管插入雄蛙肛腔吸取1～2滴尿液，在显微鏡下检查，无精子后方可使用。2.取孕妇晨尿約3～5毫升，用注射器注入雄蛙背部皮下，2～4小时后吸取蛙尿检查，如在显微鏡下見到游动的精子則为阳性。3.若无精子，則可于5小时和24小时后分别再作检查，仍无精子則为阴性。4.如怀疑葡萄胎时，可在出現阳性后，将尿液稀释至100～500倍仍为阳性則有診断价值。

治疗

一、診断明确后卽行刮宫終止妊娠。术中需輸液，必要时輸血。宫頸扩张后，可肌肉注射宫縮剂。由于子宫較軟且大，易穿孔，故操作須輕柔，如有条件用电吸引或負压瓶吸引較为安全。一次常不易刮净，可在术后5～7天再刮一次。

二、若子宫在妊娠5个月大小以上，可先用催产素2单位，肌肉注射，半小时一次，共5～10次，以誘发宫縮，待其自然排出后再刮宫。

三、如子宫过大，超过妊娠7个月大小时，为了避免大出血，可行剖宫取胎术。如果术中子宫收縮不良或年龄已超过40岁者，可考虑子宫切除，以免日后发生恶性变。

四、术后应密切随訪两年，尤其应作妊娠試驗，并注意患者有无不規則阴道出血，以观察有无恶性葡萄胎或絨毛膜上皮癌发生。如有阴道出血，則行刮宫术，将刮出物送作病理检查。在此期間应当避孕，以免混淆診断。

恶性葡萄胎

恶性葡萄胎多因良性葡萄胎恶变而来，并常轉变为恶性的絨毛膜上皮癌。

诊断要点

一、在葡萄胎刮宫术后，或产后数月子宫仍大，且出現不規則的阴道

出血。

二、妊娠試驗由阴性轉变成阳性，或阳性稀释度逐漸上升。

三、有咯血或阴道有蓝色結节及阴道大出血者，需考虑血行轉移。

治疗 行子宫广泛切除和化学治疗。如阴道轉移結节大出血，可先塡塞紗条止血后再手术切除。

絨毛膜上皮癌容易发生血行轉移，其診断、治疗与恶性葡萄胎相同。

产 前 出 血

前 置 胎 盘

正常的胎盘附着在子宫体部或底部，如附着在子宫頸口附近或完全盖住宫頸口，則为前置胎盘。在妊娠晚期，由于不規則宫縮将宫頸向上牵引时，致使胎盘与子宫壁分离，因而引起出血。

诊断要点

一、妊娠 6 ～ 7 月以后发生无痛性反复阴道出血。

二、腹壁軟，无压痛，胎位清楚，先露部高浮，或为臀位，胎心良好，下腹两側有时可聞胎盘杂鳴。

治疗

一、如出血量很少可保守治疗，如臥床休息，口服或肌肉注射維生素 C、K以及苯巴比妥0.03克或三溴片0.3克，每日三次。

二、如出血量多，切不可輕易作阴道检查或肛門检查，以免引起大出血。应立刻中止妊娠。

1.剖腹产：在出血多或中央性前置胎盘（即子宫頸內口全部被胎盘盖住）时采用。

2.阴道分娩：在輸液和准备好輸血的情况下，进行阴道检查。如能触及胎膜，即可人工破膜，用头皮鉗或长組织鉗夹住胎儿头皮，如为臀位則破水后拉下一足，继之在头皮鉗或胎儿腿上扎一紗条，系以 1 ～ 2 斤的重物，使胎头或腿紧压前置之胎盘，以达到止血和扩张宫口的目的。再用催产素 5 单位，加于5%葡萄糖500毫升靜脉滴注，每分钟20～30滴，待其自然分娩。产后需注意防止子宫出血。

胎盘早期剝离

胎盘在胎儿娩出以前即行分离，称为胎盘早期剝离。可見于严重的妊娠中毒症、羊水过多、外伤及双胎等。

诊断要点

一、阴道出血，伴有持續性腹痛。

二、宫体变硬、宫底升高、有压痛。如剝离面积較大，則胎动、胎心可消失。

三、出血过多可出現休克，但休克程度与阴道流血量不符。

四、与前置胎盘的鉴别如下表：

病名 / 鉴别点	胎盘早期剝离	前置胎盘
发作	剧烈	安靜
腹痛	有	无
出血	有內出血及外出血，阴道流血量与休克程度不符	常有反复性阴道出血，若出現休克，其程度与流血量符合
原因	可能有外伤史或合併妊娠中毒症	无明显原因
子宫	硬、胀大、有压痛	軟、不增大、无压痛
胎儿	胎位不清，胎心常消失	胎位清楚，先露部常未入盆，胎心多未消失
阴道检查	宫口內无胎盘組織	宫口內有胎盘組織

预防 认眞做好产前检查，及时治疗妊娠中毒症，防止腹部外伤，对羊水过多的产妇进行人工破膜时，应避免羊水流出过快等。

治疗

一、休克病人应立即抗休克治疗。

二、在輸液和准备輸血的情况下作阴道检查，人工破膜，并紧束腹带，靜脉滴注催产素(見“前置胎盘”处理)，但不用头皮牵引，以免宫腔內血不能外流而滲入宫壁。待宫口开全或近开全后，如胎儿已死則行穿顱术，如胎儿尚存活則行产鉗或臀位牵引助娩。胎儿娩出后胎盘多随之娩出。

三、如不能立即分娩或內出血不止者，可考虑剖腹产。术中若发現子宫不收縮及血液滲入宫壁时，則須考虑行子宫半截除术。如遇出血不凝須考虑合併紆維蛋白元減少症，可輸新鮮血或靜脉滴注 6-氨基己酸 4～6 克，溶于100毫升盐水或5%葡萄糖內，15～30分钟滴完。

四、产后仍有大出血可能，因此胎盘娩出后，可肌肉注射或靜脉滴注子宫收縮剂。

双　胎

双胎較单胎易发生併发症，如妊娠中毒症、早产、羊水过多、胎位异常、胎盘早期剝离、产后出血、臍带脱垂、产后感染等。

诊断要点

一、子宫比妊娠月份大。

二、腹部检查可触及多个小肢体及两个胎头。

三、可在腹部两处听到速率不同的胎心音。

处理

一、临产时要作好預防产后出血的措施。第一胎儿分娩与单胎处理相同。

二、第一胎儿娩出后立即检查第二胎儿的胎位、胎心。如无异常，可待其自然分娩。如为横位，則应立即作內倒轉术，继行臀位牵引娩出胎儿。如发現有胎盘早期剝离或胎儿宫內窒息或第一胎儿娩出已超过一小时者，均应立即人工破膜并用产鉗或臀位牵引使第二胎儿娩出。

三、胎盘娩出后立即注射宫縮剂（催产素或麦角新碱等），同时可按摩子宫及砂袋压迫宫底部以防产后大出血。

四、胎盘未娩出前即发生活动出血者，需立即手取胎盘（見“产科常用的几种手术”）。

难　产

宫縮力、产道及胎位是分娩的三个主要因素，若其中之一发生异常即可引起分娩困难，俗称难产。医务人員在处理难产时，应带着深厚的无产阶級感情，突出毛泽东思想，认眞負責地加以处理，抓住致成难产的主要矛盾而解决之。

宫縮无力

诊断要点

一、原发宫縮无力：自临产开始子宫就收縮无力，产程延长。常見于精神过度紧张、子宫过度膨胀（双胎、羊水过多）或子宫发育不良等。

二、继发宫縮无力：临产初期子宫收縮良好，但經过一个时期后宫縮轉弱，产程无进展。继发宫縮无力常見于产妇过度疲劳、骨盆狹窄或胎位不正时。

治疗

一、首先做好政治思想工作，打消顧虑，使产妇对分娩充滿信心，同

时詳細检查有无骨盆异常及胎位不正等。如确定不能自阴道分娩者，应做剖腹产术。

二、因休息不好而过度疲劳者，可給鎮靜剂，如肌肉注射杜冷丁100毫克。初产妇一般在宫口开大4厘米以上时应用。过早使用可抑制宫縮；若宫口已开大8厘米以上，使用鎮靜剂可能引起新生儿窒息。

三、刺激宫縮：

1.輸液或热肥皂水灌腸以刺激宫縮，如因尿潴留而影响子宫收縮者可以导尿。

2.針刺三阴交、合谷，或于此两穴位内注射0.1～0.2单位催产素，效果很好。

3.催产素的应用：

（1）鼻粘膜吸入法：抽吸催产素5～10单位，經两側鼻孔交替滴入2～3滴，每5分钟一次，直至宫縮正常为止。此法較为安全有效。

（2）靜脉点滴法：催产素5单位加于5%葡萄糖500毫升內靜脉点滴，开始每分钟10滴左右，以后根据宫縮情况調节滴数，一般維持在每分钟20～40滴。必須有专人观察血压、胎心及宫縮情况。如有胎心改变或子宫呈痙攣性收縮，必須立即减少滴入量或停药，以免引起子宫破裂及胎儿宫內窒息。

四、宫口开张5厘米左右时，可人工破膜，破膜前行剝膜术。破膜后若宫縮好轉达4小时左右，胎头仍无下降者，应考慮剖腹产。如宫口已开全，可用胎头吸引或产鉗助娩。

产道异常

骨盆狹窄在产前检查时可以发現，但有时在临产过程中才被发現。常导致宫縮无力、早破水、胎位异常或臍带脫垂等。

诊断要点

一、根据骨盆测量。

二、初步診断可参考以下几点：

1.有难产史。

2.身材矮小、駝背、脊柱側弯或跛行。

3.初产妇临产时胎头尚浮，产程无进展。

4.遇有横位或臀位时，在初产妇要考虑骨盆狹窄的可能性。

5.悬垂腹。

治疗

一、产前检查已发現骨盆狹窄者，临产时做剖腹产。

二、未經产前检查，而临产时才发現骨盆狹窄者：

1.临产不久，宫口已开大，产妇一般情况尚佳，可行剖腹产术。

2.产程过长，产妇已呈衰竭状态，或有脱水、感染者，可予以輸液及抗菌素等治疗，待情况好轉后再爭取剖腹产。

3.輕度头盆不称，估計能从阴道分娩，但产程較长产妇疲劳时，可肌肉注射杜冷丁100毫克及輸液，待宫口开全后用产鉗助娩。

4.胎儿已死在宫內者，可行穿顱术。

阴道橫隔或纵隔是一种先天性畸形，产前作阴道检查能发現。临产时行切开术（阴道纵隔于正中切开，橫隔分别于2、4、8、10点部位作放射状切开）。

阴道先天性狭窄与疤痕性狭窄产前检查时詳問病史并作阴道检查可以发現。临产时行剖腹产术。

胎位异常

臀位

胎儿臀部或下肢先娩出时，称为臀位（即臀先露）。在臀位分娩中，因胎头最后娩出，故对胎儿有一定危险性。根据下肢姿势不同可分三种（图8—19）：



1.完全臀位　　2.单臀位　　3.足位

图8—19　臀位

一、完全臀位：胎儿双膝及双髋均呈屈曲，蹲于宫腔內，双足与臀部同时下降。

二、单臀位：又称伸腿臀位。胎儿双膝伸直，双腿在髋部屈曲。

三、足位：分单足或双足，呈立位。此种胎位在分娩时如果处理不恰当，容易致成胎儿死亡。

诊断要点

一、产科四步触診：在宮底部可触及圓而硬的胎头，而在耻骨上方可触及軟而不圓的臀部。

二、胎心在臍上一側听到。

防治

一、在产前检查时发現臀位，于妊娠7个月前不需处理，一般多能自行轉为头位。但如在妊娠7个月以后胎儿仍持續臀位，可考虑用以下几种方法：

1.膝胸臥式：每天两次，每次15分钟，做时褲带放松（图8—20）。

2.艾灸两側至阴穴（足小趾甲外下方），每天一次，每次15～20分钟，10次为一疗程。如配合挑刺法，則效果更佳（方法：皮肤消毒后，用三稜針挑破至阴穴，并挤出血，然后再艾灸）。

3.外倒轉术。

二、分娩期发現臀位，多需臀位助娩术，或臀位牵引术。



图8—20　膝胸臥式

横　位

胎儿横于子宮內，以肩部先露者，称为横位。多見于經产妇。

诊断要点

一、产科四步触診：子宮底与耻骨上部空虛，而腹部两側可触及胎头和胎臀。

二、肛門检查不易触及先露部，如胎膜已破，可触及整个肩胛骨，若手已脫出則診断更易确定。

预防　加强产前检查，作到早期发現及处理，可减少横产发生率。医务人員应根据农村的特点，遵循毛主席关于“**我们的责任，是向人民负责**”的教导，到孕妇家中診查。

治疗

一、妊娠7个月前发現横位，可暫不作处理。

二、妊娠7个月后发現横位，也可用膝胸臥式、艾灸、外倒轉术（見“产科常用的几种手术”）。

三、分娩期发現横位，可考虑以下处理：

1.估計阴道分娩有困难，如骨盆狹窄、高年初产妇或盆腔肿瘤等情况，应考虑剖腹产。若胎膜已破宮口开大，胎儿情况良好，作內倒轉有困难时，也可考虑作剖腹产。

2.如无以上情况，估計可由阴道分娩者：

（1）分娩初期，胎膜未破，仍可試行外倒轉术。

（2）胎膜未破或刚破不久，宫口已开大，可行內倒轉术。如宫口已开全，則在內倒轉术后随即行臀位牵引术。

（3）如破水时間已久，有子宫破裂先兆者，不論胎儿死活，均应行剖腹产。如胎儿已死，而无子宫破裂先兆者，可行断头术。

头位异常

表現为胎儿枕骨不位于骨盆前方或胎头有不同程度的仰伸，使分娩发生困难。

诊断要点

一、若骨盆正常、宫縮良好、产程进展緩慢、胎头不入盆或停頓在骨盆某一平面上，則疑有头位异常。

二、肛門检查，必要时作阴道检查：

〔枕后位〕可触及胎头大囟門（菱形）在前方，小囟門（三角形）在后方。

〔面先露〕可触及胎儿鼻或口。

〔額先露〕可触及胎儿眼眶或額部。

〔前囟先露〕可触及胎儿的大囟門在最低位置。

治疗

一、枕后位：大多数会自然轉成枕前位分娩。如进展緩慢，继发宫縮无力，或子宫口开全以后产妇迸气用力而不見胎头下移，甚至在阴道口已見胎头但久不能娩出时，应作阴道检查，确定为枕后位，用手試将胎头轉成枕前位，并用产鉗或胎头吸引器助娩。如胎头不能轉为枕前位，則按枕后位施产鉗助娩术。

二、面先露：頦前位可以自然分娩。頦后位常能轉成頦前位，如持續为頦后位則須剖腹产。

三、額先露及前囟先露常为暫时性，可随产程进展，俯屈轉为枕先露或仰伸轉为面先露。如持續为額先露及前囟先露，除非胎儿很小，否則須剖腹产。

早破水和臍带脱垂

臨产前胎膜破裂，称为早破水。胎膜破裂时如胎头未入盆，臍带常可脱出于阴道內、外，使胎儿血循环受阻，如不及时处理，常可引起胎儿死亡（图 8—21）。

诊断要点

一、臨产前有大量阴道流水，以后胎心突然发生改变，須疑有臍带脱垂。

二、肛門或阴道检查可触及臍带。

治疗

一、胎膜破裂后如胎头未入盆，需絕对臥床，抬高臀部，以防臍带脫垂。破水超过24小时以上尚未分娩者，須口服磺胺或抗菌素預防感染。

二、如已經发生臍带脫垂，胎心尚可听到时，可試将臍带送还宫腔，待宫口开全后，用产鉗助娩。如臍带还納困难，宫口尚未开全，可考虑剖腹产。

三、如胎儿已死，可待其自然分娩，或等宫口开大至7厘米以上用穿顱术結束分娩。

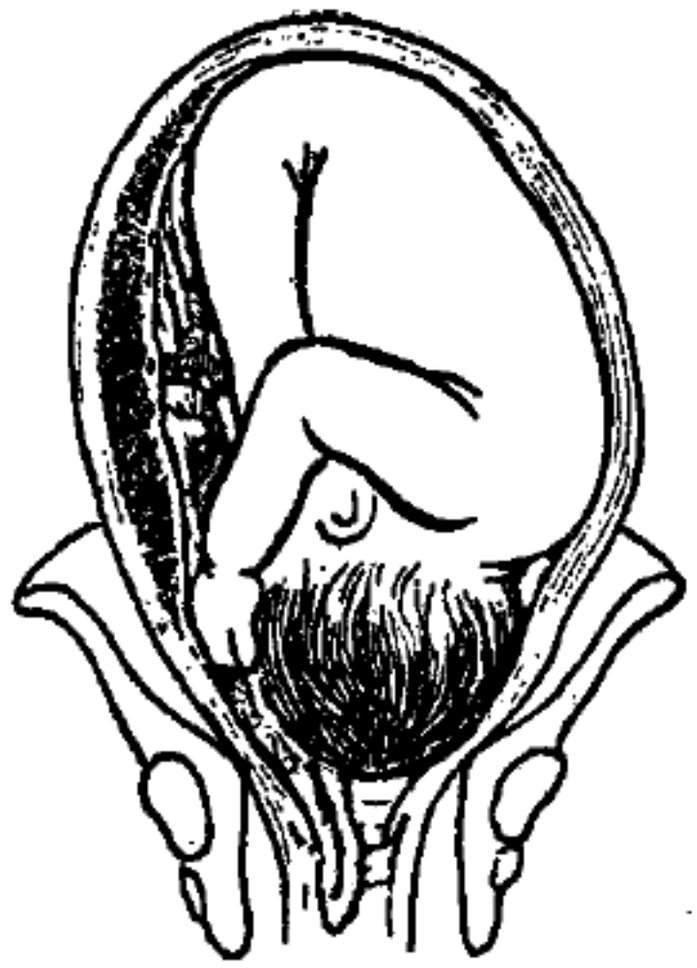


图8—21　臍带脫垂

胎盘滞留

胎盘滞留是农村常見的产科併发症。常由于子宫炎症、第三产程处理不当（如过早牵拉臍带、揉捏子宫）及滥用宫縮剂等原因引起。

诊断要点

一、胎儿娩出后一小时，胎盘尚未排出。

二、主要表現为阴道出血，但有时因为胎盘未与子宫壁剝离，也可以无阴道出血。

預防

一、正确处理妇科疾病，減少生殖器官感染。

二、正确处理第三产程，等待出現胎盘剝离的征候时，再牵拉臍带、挤压宫底，使胎盘娩出。

三、禁止滥用宫縮剂。

处理

一、如果已出現胎盘剝离的征候，而胎盘并不排出时，可采用使产妇打噴嚏或咳嗽的方法以增加腹压，协助胎盘排出；或輕輕按摩子宫底部，待子宫体有良好收縮时，可放拇指于宫体前方，其余四指放在宫体后方，輕輕挤压，使胎盘娩出。

二、如因子宫有局部收縮环而使胎盘阻塞于环的上部时，可先給皮下注射0.1%腎上腺素1毫克，然后在乙醚麻醉下，用手指将环慢慢扩大，再取出胎盘。

三、如因胎盘粘連于宫壁而引起的胎盘滞留时，可在輸液与准备輸血的情况下，将手伸入宫腔，作手取胎盘术（見"产科常用的几种手术"）。

术后注意預防感染与出血。

四、手取胎盘时，如感觉胎盘与子宫肌肉密切相連，为胎盘植入子宫肌层（植入性胎盘），应即停止剝离，否則可引起子宫穿孔及致命的出血。此时应考虑作子宫截除术。

五、若手取胎盘后，阴道持續出血时，除可注射宫縮剂外，也可考虑用消毒紗条塡塞宫腔止血，12小时后取出。

子宫破裂

子宫破裂是产科严重的併发症，如不及时診断与处理，对母子生命威胁很大。

病因

一、子宫发育不良或畸形、子宫肌病变，以及剖腹产后再次妊娠使子宫自行破裂。

二、分娩受阻：如骨盆狹窄、胎儿过大或脑积水、胎位异常（多見于横位）、产道有肿物阻塞等。

三、濫用宫縮剂：如脑垂体后叶素、催产素等。

四、手术选择与操作不当：如宫口未开全即行产鉗或臀位牵引术；横位时羊水流尽后作內倒轉术。

診断要点

一、先兆子宫破裂：产妇煩躁不安，子宫下段延长、有压痛，上下段之間形成一环，此环如升至臍上部称为病理收縮环，則表示子宫即将破裂，导尿可发現血尿。

二、子宫破裂：产妇突然有剧烈腹痛，宫縮停止，內出血量多时可出現休克，胎动、胎心音消失，先露部上升。如完全破裂，則胎儿在宫腔外，子宫縮小在一旁。

預防　本病的发生，多由于分娩时处理不当所致，如果每个接生人員本着全心全意为人民服务的精神，就能預防本病的发生。具体措施如下：

一、严密观查产程，尤其是有剖腹产史者，此次分娩应愼重考虑分娩方式，如决定阴道試产，需严密观察，发現有破裂先兆时，即刻做剖腹产。

二、胎儿未娩出前，絕对不可濫用子宫收縮剂。

三、阴道手术，切勿使用暴力；宫口未开全，切勿做产鉗或臀位牵引术；横位羊水流尽时，切勿做內倒轉术。

治疗

一、先兆破裂者立即行剖腹产。

二、如已发生子宫破裂，要分秒必爭，全力进行搶救。如有休克应积极抗休克治疗，并立即准备剖腹条件，手术可采取修补术或子宫截除术。

产 后 出 血

产后24小时內，阴道流血超过400毫升时，称为产后出血。产后出血多由于子宫收縮不良，也可因軟产道裂伤（子宫、子宫頸或阴道裂伤），以及胎盘或胎膜不全所致。

诊断要点

一、胎儿娩出后随卽发生大出血者，多为产道裂伤或胎盘部分剝离。

二、胎盘娩出后发生大出血者，若子宫柔軟，則多为子宫收縮不良所致。

三、若子宫收縮良好，而阴道持續出血，应检查胎盘、胎膜有无缺損，如均完整則应考虑产道有否裂伤。

预防

一、产前检查时如发現孕妇貧血，应积极治疗。凡有产后大出血史者，临产时需做好輸液及輸血准备。

二、在分娩时，对宮縮无力、产程延长、子宫过度膨胀（双胎、羊水过多）、产前出血和使用全身麻醉之产妇，均应在分娩第三产程使用宮縮剂，并做好輸血准备。

三、正确处理第三产程，勿过早挤压子宫或牵拉臍带。

四、胎盘未排出前，如流血量超过200毫升，须立卽人工剝离胎盘。

治疗 在搶救过程中，必须以爭分夺秒的精神，迅速了解产后出血的全过程，确定出血原因和治疗方法，立卽采取一切可能而有效的綜合措施予以救治。

一、因子宫收縮不良引起之出血：

1.按摩子宫底或用冰袋（或冷水袋）冷敷子宫，促使收縮。

2.置乙醚紗布于宮頸后穹窿处，并在腹部按摩子宫，引起子宫收縮。

3.肌肉注射或靜脉点滴宮縮剂。

4.針刺合谷、三阴交，灸神闕。

二、因胎盘未剝离或残留而引起的出血，用手取出，也可刮宫。

三、如有会阴、阴道或宮頸裂伤，則行縫合术。

四、对出血多的产妇应輸高滲葡萄糖或右旋糖酐，必要时考虑輸血。若无条件輸液、輸血时，則嘱产妇多飲糖水。如已发生休克应抗休克治疗。在出血停止及休克情况好轉后，仍需再观察2～3小时。

产 褥 感 染

产褥感染主要是由于分娩时污染或产褥期处理不当，此外也可因为产

道損伤或部分胎盘或胎膜残留所引起。

诊断要点

一、多在产后 2～3 天开始发烧。

二、检查子宫及宫旁有压痛。

三、恶露混浊、有臭味。

预防 大力宣传新法接生及孕期卫生，接生时严格遵守无菌操作。如在分娩过程中有感染情况，当及早給与抗菌素控制感染。并做好产后卫生宣传工作，則产褥感染是可以避免的。

治疗

一、半臥位，以利引流。

二、抗菌素治疗：如每日肌肉注射双效青霉素40万～80万单位和鏈霉素 1 克，或口服四环素（土霉素也可）500毫克，每 6 小时一次。

三、口服宫縮剂：如益母草流浸膏 5 毫升，每日三次，或益母膏五錢，每日两次。

四、中药治疗：

生化湯：当归、赤芍、川芎、桃仁各三錢　銀花一两　炮姜、甘草各一錢。水煎服。每日一付。瘀血重者加紅花三錢。10天以后加党参、黃芪各三錢，以补气血。

产科常用的几种手术

革命的医务工作者必須带着深厚的无产阶級感情，以“**完全**”、“**彻底**”为人民服务的精神，全力以赴地确保母子健康。因为产科情况多比較紧急，倘若处理不当或不及时，常会造成不良后果，所以在此介紹几种产科常用的手术。

会阴縫合术

适应症 分娩时会阴撕裂者。

手术步骤

一、用0.5～1%普魯卡因于裂伤周围进行局部浸潤麻醉。

二、粘膜层用“0”号或“1”号腸線作連續縫合。肌层用腸綫作間断縫合。皮肤用絲綫間断縫合。

注意事项

一、縫合时断面要对齐，縫綫不可过紧，并注意止血及无菌操作。

二、伤口較深而长者，要注意肛門括約肌有无損伤。如有損伤，在括約肌断端用Ⅱ号腸綫作間断“8”字縫合。

胎头吸引术

胎头吸引术是一种方法簡便，易于掌握而又不会引起严重的母、婴損伤的助娩方法（图 8 —22）。

适应症

一、子宫收縮无力。

二、产妇有併发症，如妊娠中毒症、臍带脱垂、急性传染病、肺結核或心脏病等而必須縮短第二产程者。

三、骨盆輕度狹窄。

四、胎儿有宫內窒息表現者。

五、枕后位。

条件

一、子宫頸口已开全。

二、胎膜破裂。

三、先露部是头，且已入盆。

四、头盆相称。

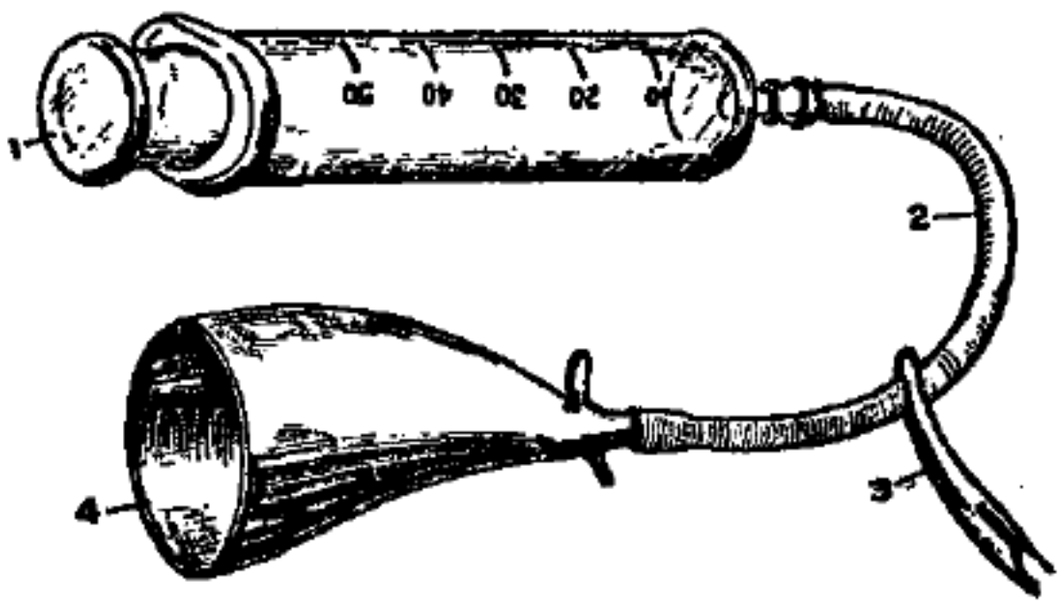


图 8 —22　胎头吸引器的裝置

1.注射器　　2.橡皮管

3.止血鉗　　4.吸引器

手术步驟

一、产妇取膀胱截石位，常規消毒外阴及导尿。

二、阴道检查了解胎头位置与骨盆关系。

三、将吸引器的寬端，在一手的引导下，放入阴道，紧貼于胎头。需注意勿吸囟門部和不应压迫产道軟組织，周围不可漏气。

四、用50或100毫升注射器連接吸引器的橡皮管，抽出空气100～200毫升左右，使吸引器內产生負压，吸住胎头，然后以鉗子夹紧橡皮管，再将注射器取下。

五、当子宫收縮时，将吸引器緩慢地向下外牵引，开始时用力不可过大，否則吸引器容易滑脱，胎头也容易受伤。在牵引的同时，按胎头迴轉方向回轉吸引器，直到胎头双頂径娩出后，将橡皮管上的鉗子放开，取下吸引器。

注意事項　用胎头吸引器助娩后，在吸着部位的軟組织，可发生水肿，一般不需要治疗，在产后24小时可自行消失。如已形成皮下血肿，要保持局部清洁，并口服維生素 K 4 毫克和維生素 C 50毫克，每日均两次。不要用热敷或按摩。

产 鉗 术

产钳构造 有左右两叶。每叶各分四部分：鉗叶、中部、栓和叶柄。两叶交合于栓部(图 8 —23)。

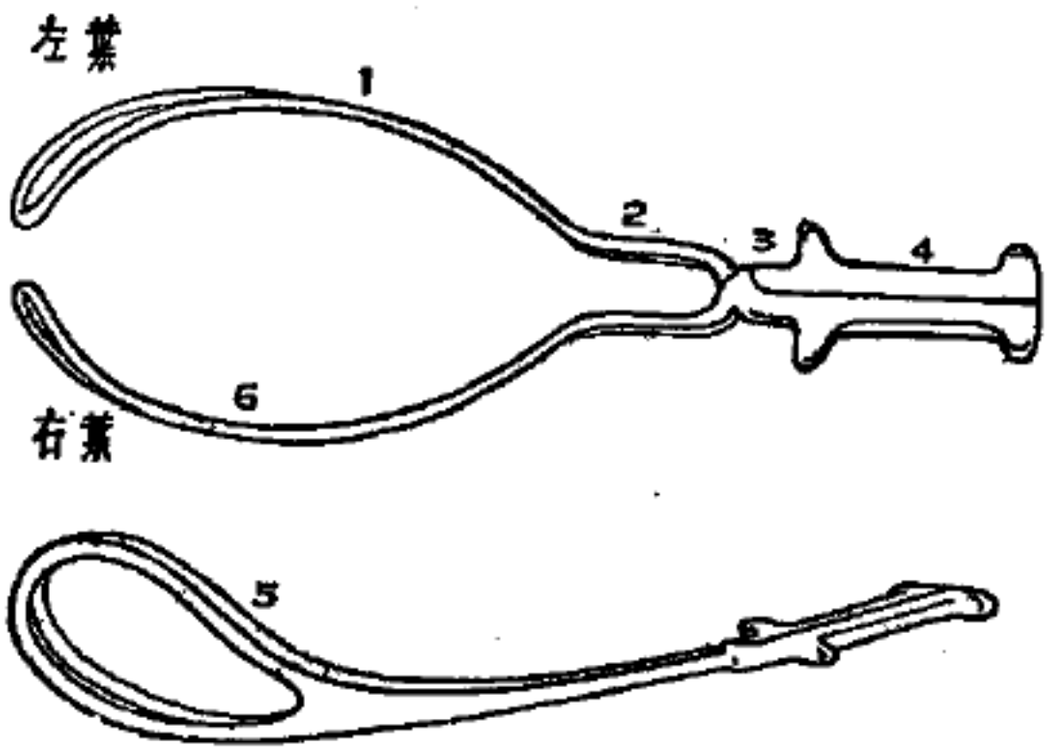


图 8 —23 产 鉗
1.鉗叶 2.中部 3.栓 4.叶柄
5.骨盆曲綫 6.胎儿曲綫

适应症及条件 同胎头吸引术。吸引失败者可改用产鉗（因胎头吸引力量較小，故在紧急情况下不能完全代替产鉗的使用）。

手术步骤

一、产妇取膀胱截石位，常規消毒外阴及导尿。如为第一胎，会阴很紧，应于局麻下行会阴側切术。

二、阴道检查，确定胎头的位置。如胎头为枕横位或枕后位，需用手将胎头旋轉成枕前位。

三、以右手四指作引导，左手垂直持左叶产鉗，使鉗叶朝前，沿产道方向徐徐置入并扣于胎儿左耳前方，由助手固定叶柄，以防产鉗位置移动。

四、依上法，右手持右叶，經左叶上方放入。

五、将两叶柄合攏。如果放置适当，合攏容易；如不能合攏，表示放置的位置不合适，当取出重新放入。

六、合攏后先向产妇后下方牵引；至胎头枕部出現于耻骨联合下时，再慢慢向前上提，直到胎头双頂径娩出后，将两叶取下。

注意事項

一、牵引时用力宜均匀緩慢，不可左右上下摆动。

二、胎头通过会阴时，助手要保护会阴，以免撕伤。

三、牵引須有間歇性，于宫縮时牵引，而松弛时停止，并将叶柄松开，以免胎头受压时間过长。

倒 轉 术

外 倒 轉 术

适应症 用于妊娠30周后的臀位或横位。

条件 一、腹壁松弛，不太肥厚；二、先露部未入盆；三、胎膜未破。

手术步骤 排尿后孕妇仰臥，双腿弯曲，腹部放松。术者站于孕妇右

側，双手分别握住胎儿的头部及臀部，将臀部推向上方，而头部推向下方，使之轉成头先露，推的方向以保持胎头呈俯屈姿势为原则。在倒轉过程中不能用力过猛。如遇有宫縮，則停止轉动。在操作前，进行过程中及完成倒轉术后，应多次听胎心，若胎心有改变，轉动有困难或孕妇感觉腹痛时，均应立即停止手术，将胎儿轉回原位置。外倒轉成功后，并以寬布带包腹，胎头两側放毛巾卷，固定胎位，直到胎头入盆（图 8—24）。

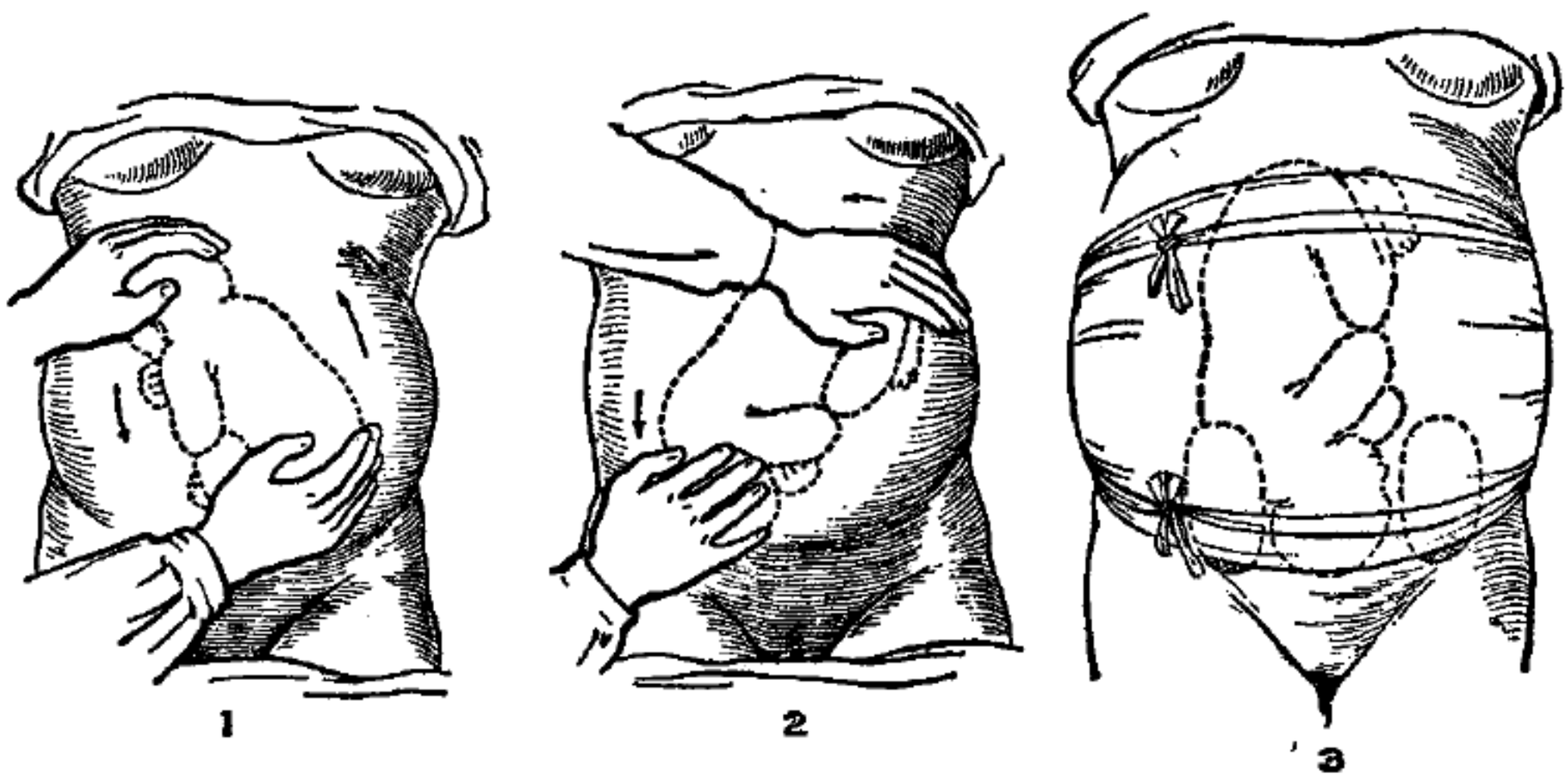


图 8—24　外倒轉术

内倒轉术

适应症　横位或头位尚未入盆，而子宫口已开全，須立即結束分娩者。

条件　一、骨盆属正常大小；二、胎膜未破或刚破不久，有足量羊水；三、无子宫先兆破裂現象；四、宫頸口已开全或近开全（手能伸入宫腔时）。

手术步骤　外阴消毒，如胎膜未破，应先刺破后以一手伸入宫腔内，握住胎儿的一足或双足，徐徐向外牵引，另一手从腹部将胎头慢慢上推，当足牵出后，以后的操作与臀位牵引术相同（图 8—25）。

内外倒轉术（两极倒轉术）

适应症　仅适用于横位。

条件　一、骨盆正常；二、胎膜未破或破裂不久，且有足量羊水；三、宫頸口已扩张至二横指寬。

手术步骤　术者用一手在腹部，握住胎儿的臀部，并向下压，使胎儿的足下降。另一手的食、中两指伸入子宫内，将胎儿肩向上推，然后把胎儿的一足或两足夹于两指之間，徐徐向宫頸外牵引。此时在腹壁上的手改

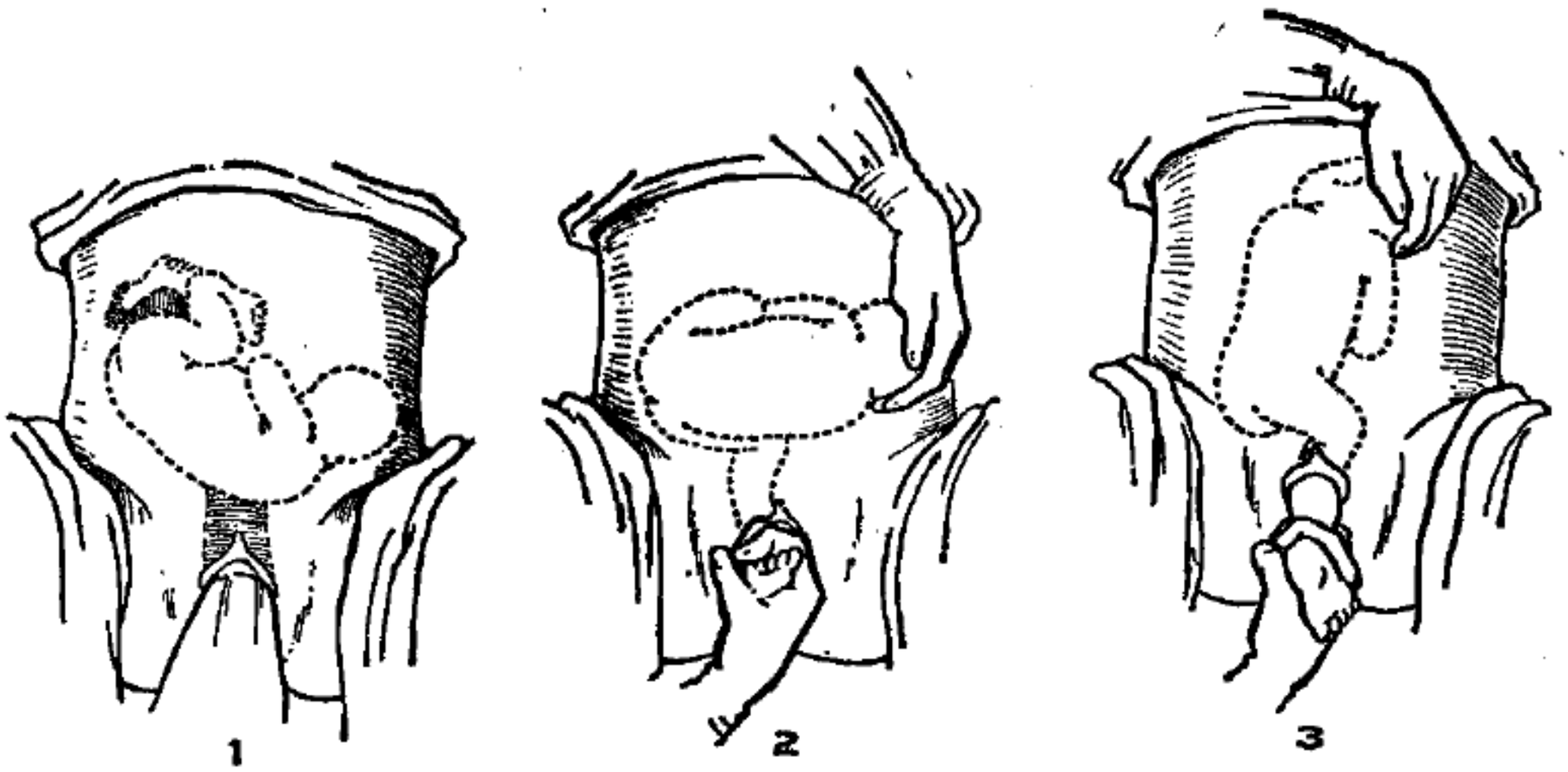


图 8—25　内倒轉术

1.伸右手入宫腔握住儿足　2.将足徐徐牵引向下，同时将胎头推向子宫底部
3.继續牵引儿足，直到膝部露出外阴时，内倒轉术已告完成

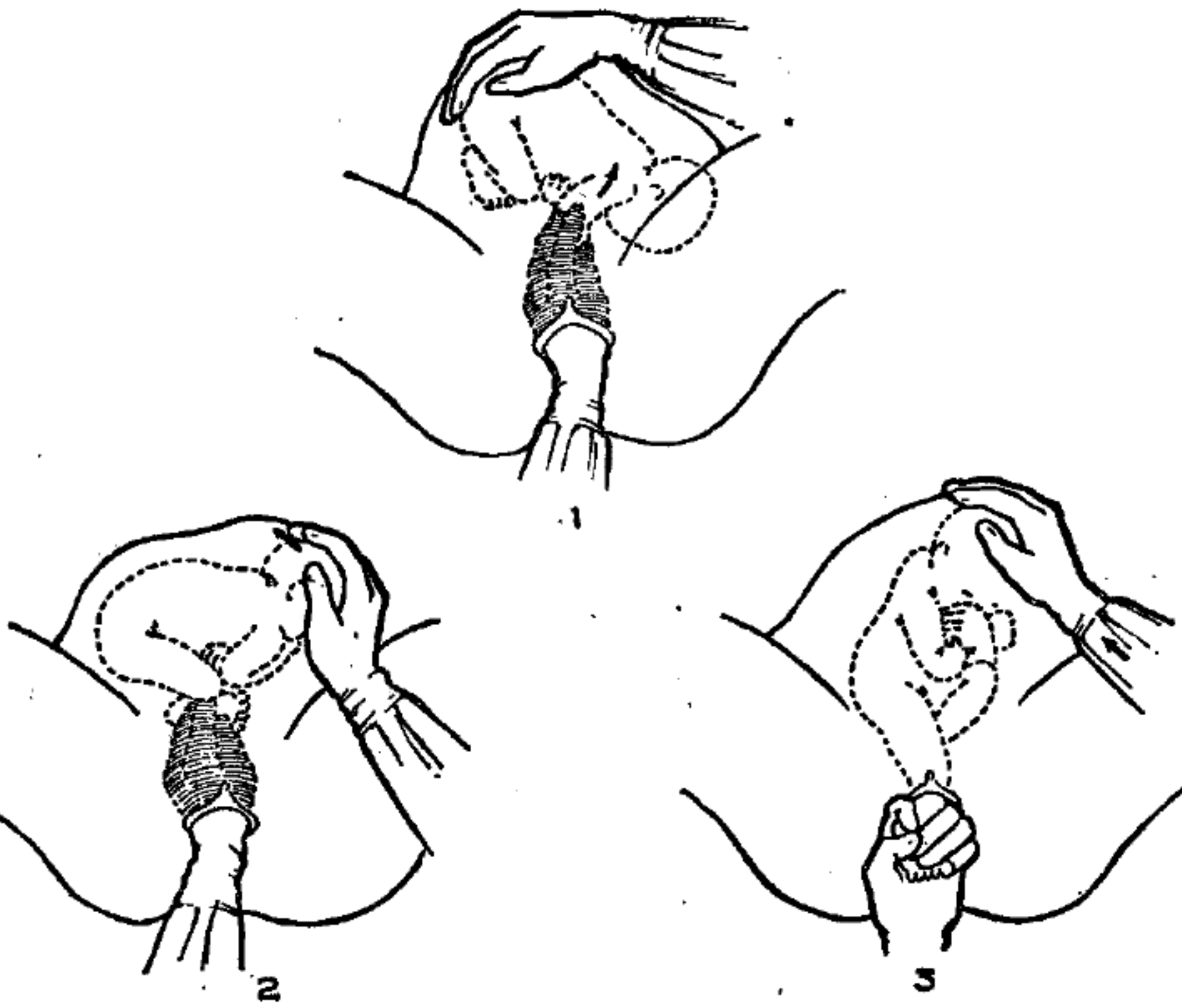


图 8—26　横位时，内外倒轉术的步驟

1.推回脫出之臂及肩　2.握住一足，在腹部推儿头　3.将足牵出

握胎头，向宫底部上推，到儿足牵出宫頸以外，則不再牵引，用手或紗条牵引固定之（图 8—26）。等待宫口开全后，再进行臀位牵引术。如胎儿手已脫出阴道外，宫口已开全或近开全，胎心好，接生者将脫出的手或前臂用碘酒、酒精消毒后，送回宫腔，再按上述方法牵出胎儿足，使之轉成臀位，以臀位牵引术娩出胎儿。

臀位牵引术　附：臀位助娩术

适应症　一、宫頸口开全后，产妇或胎儿情况需要立即結束分娩者；二、內倒轉术后，須立即結束分娩者；三、在臀位自然分娩中，胎儿臀部达阴道口以外而分娩停止进展者。

条件　一、骨盆正常；二、胎膜已破；三、宫頸口已經开全。

手术步驟

一、产妇取膀胱截石位，外阴消毒后导尿，如初产妇会阴过紧，可在局麻下行会阴側切术。

二、下肢和臀部的娩出：在足位或完全臀位病例中，术者以手握胎儿两踝向下外方牵引。如为单臀位，在臀部已进入骨盆时，則用双手食指鉤住胎儿腹股沟部向外牵引，或用胎头吸引器吸住臀部向外牵引。当臀部娩出后，应以无菌巾包住，以免胎儿受冷空气刺激而过早呼吸。

三、儿体娩出：双手拇指放于骶骨两側，四指平放于腹股沟部，将儿背轉至前方，向外下牵引，至肩部出現于会阴部时，再将儿背轉至原来方向，使前肩达于耻骨联合下。在牵引过程中，切勿压迫胎儿胸腹，以免損伤脏器，并将臍带稍向臍部牵引，以免臍带牵拉过紧。

四、肩部娩出：继續将儿体向外牵引，前肩即露出。此时术者以一手的食指伸入阴道，自肩沿上臂至肘关节处，将臂和手自前胸娩出。当前肩娩出后，再将儿身上举，并向外牵，后肩即娩出。

五、胎头娩出：肩娩出后，再将儿背轉向前方，接生者将左手食指放入胎儿口內，使儿头保持屈曲，胎儿伏騎在接生者的左前臂上；另一手的食中两指夾住儿頸，两手同时将儿身向下外方牵引。当胎儿枕部出現于耻骨联合下时，将儿身向前上方举起，同时向外牵引，則下頦、口、鼻、額相继娩出（图 8—27）。

附：臀位助娩术

一、完全臀位：臀部及躯干部随宫縮自然娩出，至臍带娩出后按臀牵引术中四、五两步驟娩出肩、上肢及胎头。

二、单臀位：于臀部娩出后，接生者用双手大拇指放在胎儿腿部，另四指放在胎儿骶骨部，扶持胎体。胎儿逐漸向外娩出，将胎臀上举，接生者双手随胎体娩出不断移近会阴，以保持胎儿腿伸直及压紧交叉于胸前的臂及手。待臍部娩出后，使胎臀略向下傾，前手从耻骨弓下娩出，再将胎

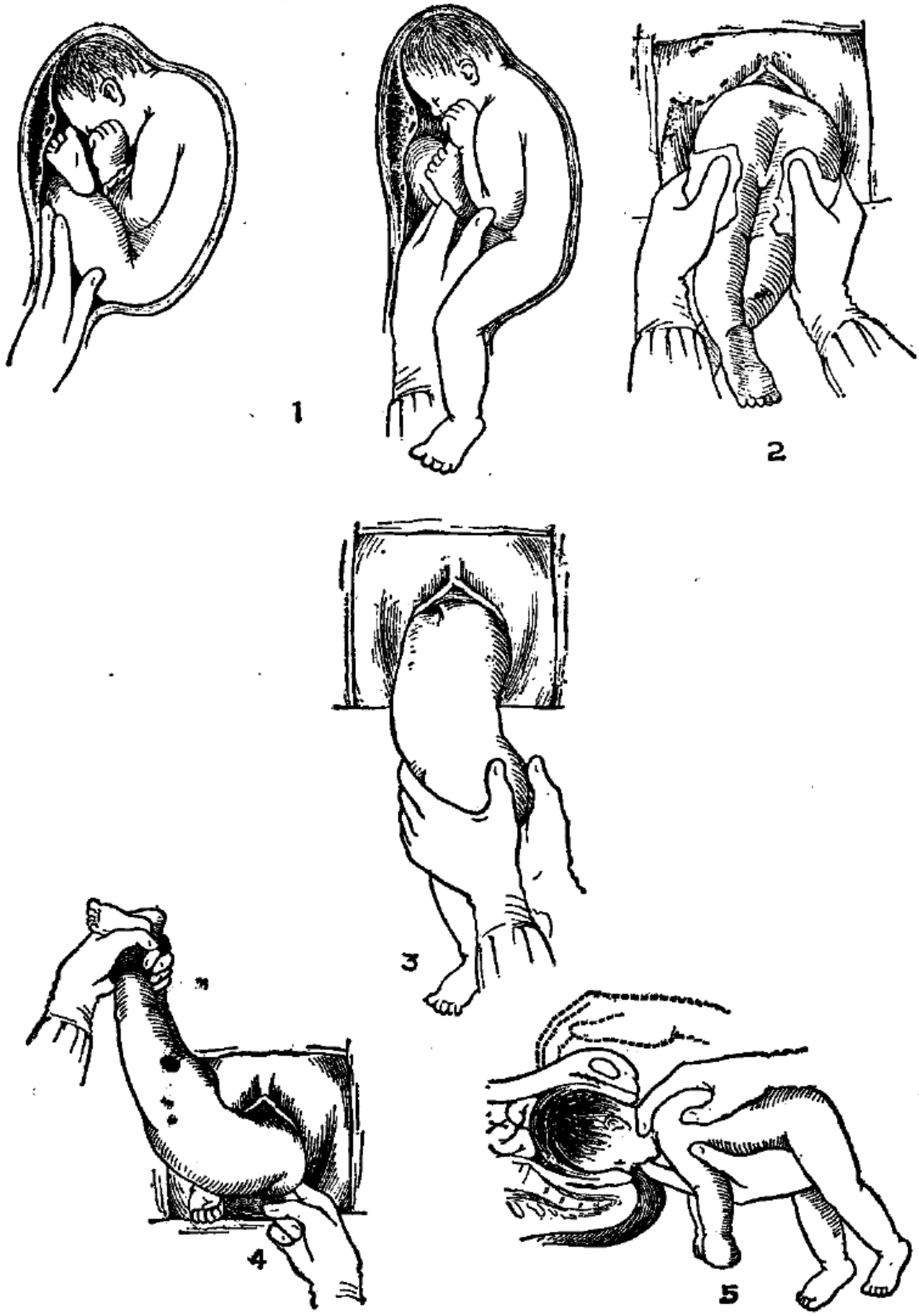


图 8—27　臀位牵引术

1.牵出下肢　2.娩出儿体　3.娩出前肩　4.娩出后肩　5.娩出儿头

臀上举，使后手娩出。待胎头下降至盆底，胎足即自阴道娩出，这时继續上举胎体，使胎头俯屈娩出（8—28）。

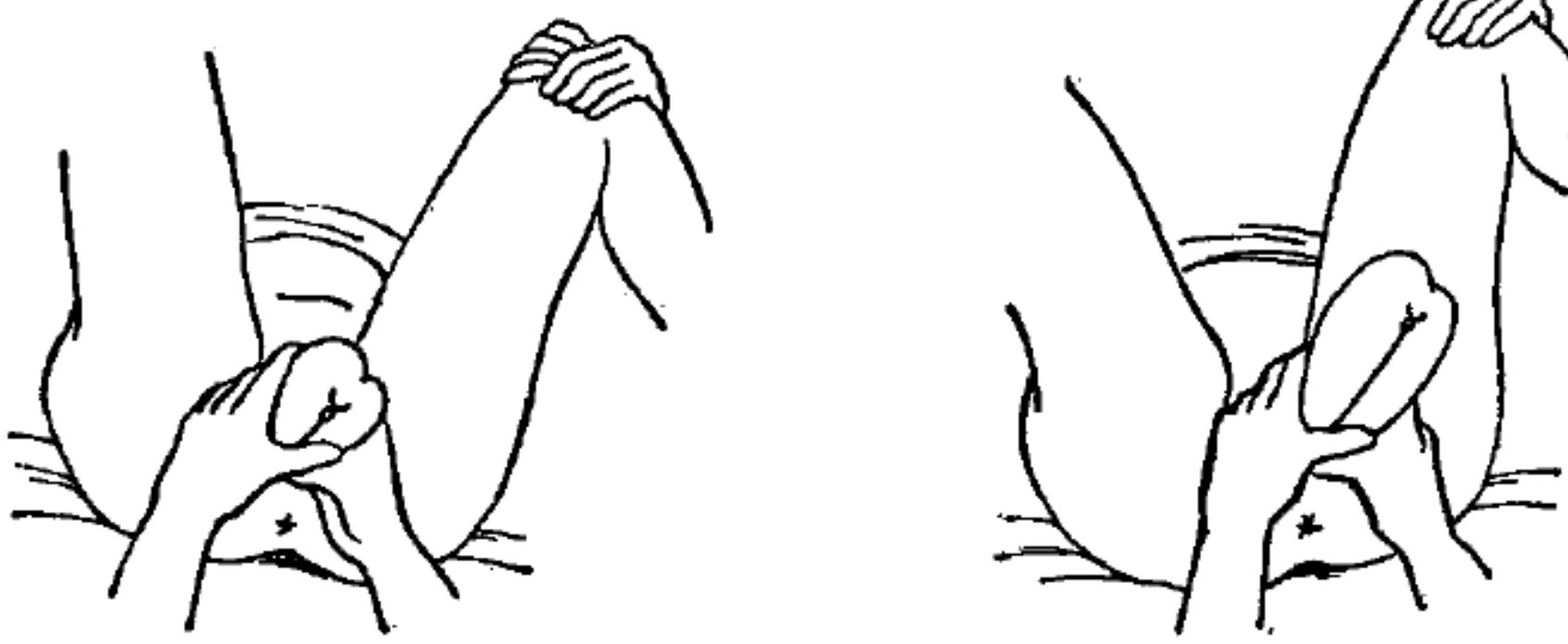


图8—28　单臀助娩术

三、足先露：当胎足已近外阴，宫口尚未开全，此时娩出胎儿，后出胎头往往发生困难，接生者应用消毒巾盖在外阴部，于每次宫縮时，用手堵住，不使足外露、直至臀部完全抵达外阴，按完全臀位助娩。

手取胎盘术

适应症

一、胎儿娩出后1小时，胎盘仍不能娩出。

二、胎盘未娩出前，阴道流血量超过200毫升。

手术步骤　一手伸入宫腔，沿臍带找到胎盘边緣，用手指自胎盘与宫壁交界处輕輕剝离。另一手在腹部按压子宫。待胎盘全部剝离后，則一手牵拉臍带，一手握住胎盘的全部慢慢取出。胎盘取出后，注意宫縮情况，及时注射宫縮剂，并检查胎盘是否完整。如发現胎盘、胎膜不完整，可用手或刮匙再进入宫腔，尽量取净残留組织；术后应用抗菌素預防感染（图8—29）。

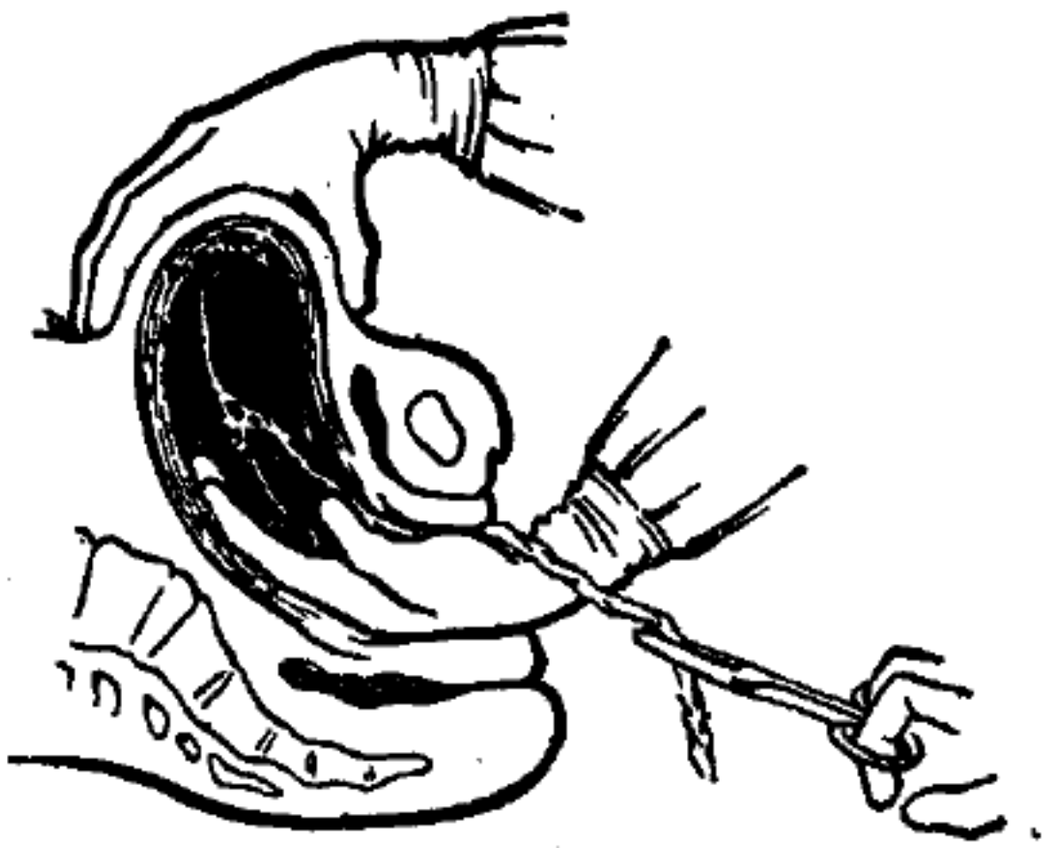


图8—29　手取胎盘术

穿　顱　术

适应症　一、死胎；二、脑积水；三、臀位，胎儿已死，但胎头不能

娩出者。

手术步骤

一、产妇取膀胱截石位，常規消毒外阴及导尿。

二、作阴道检查，确定宮頸口开张的程度，胎头是否已固定，并查明前后囟門及矢状縫的位置；如胎头尚未固定，可由助手自产妇腹部向盆腔推压儿头，使之固定。

三、术者右手握穿顱器的柄（图 8～30），左手遮盖穿顱器的刃，徐徐放入阴道，将穿顱器的刃刺入胎头的前囟或后囟或骨縫內(图 8～31)。

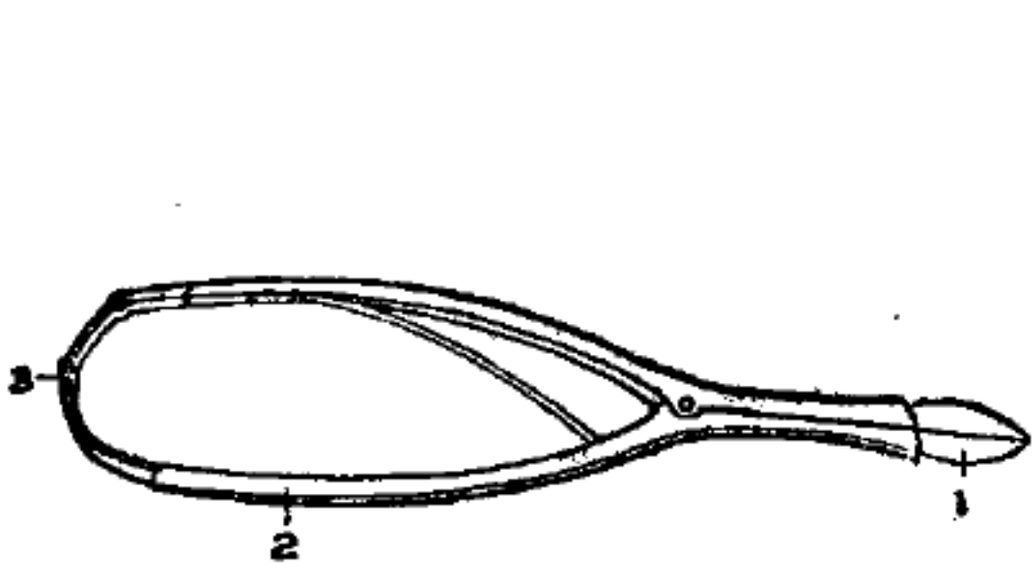


图 8—30　穿顱器

1.刃　2.柄　3.柄端的开关

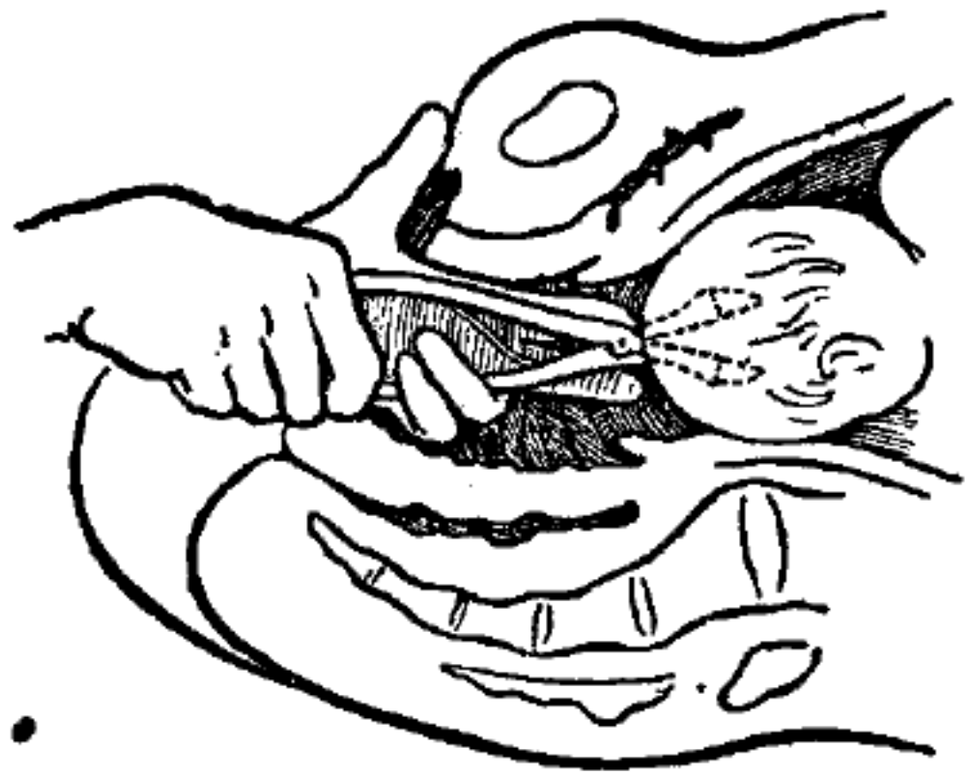


图 8—31　穿顱器的应用

四、移动穿顱器柄端的开关，使其两刃张开，以扩大伤口。

五、再将穿顱器的刃全部伸入顱內，破坏脑实质，使其流出，則顱腔容积縮小，最后取出穿顱器。

六、穿顱后，将碎顱鉗內叶由穿孔处送入顱內，外叶放于儿头的一側，将两叶柄扣合，旋紧螺絲即可将儿头牵出（图 8—32、8—33）。

若沒有穿顱器及碎顱鉗，可用較銳的剪刀及秤鈎子代替之。应注意在手术时切勿伤及产道軟組织。



图 8—32　兩叶碎顱鉗



图 8—33　碎顱鉗的按置法

断 头 术

适应症 用于横位且胎儿已死。

手术步骤

一、乙醚麻醉下，产妇取膀胱截石位，常規消毒外阴及导尿。

二、阴道检查，确定胎头的位置，必须摸清胎儿的頸部。

三、助手握住胎儿脫出的手臂，用力向胎头反方向牵引（例如儿头在母体左側，則向右側牵引），使胎儿頸部伸长，便于切断。

四、术者一手伸入宫腔，以手指鈎住儿頸，在此手的保护下，另一手握住断头鈎或綫鋸条并套在儿頸上（图 8—34、8—35）。

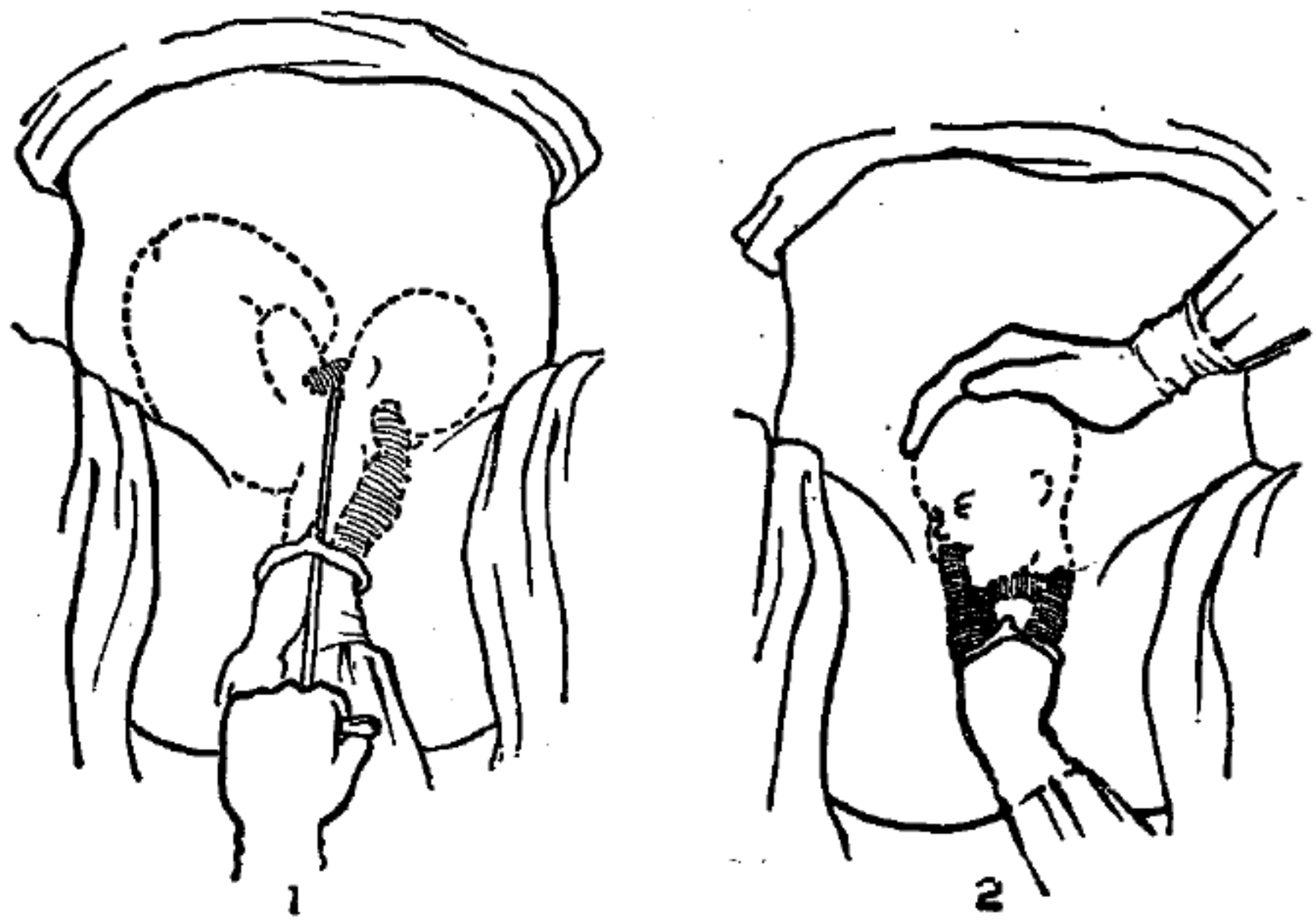


图 8—34 断 头 术

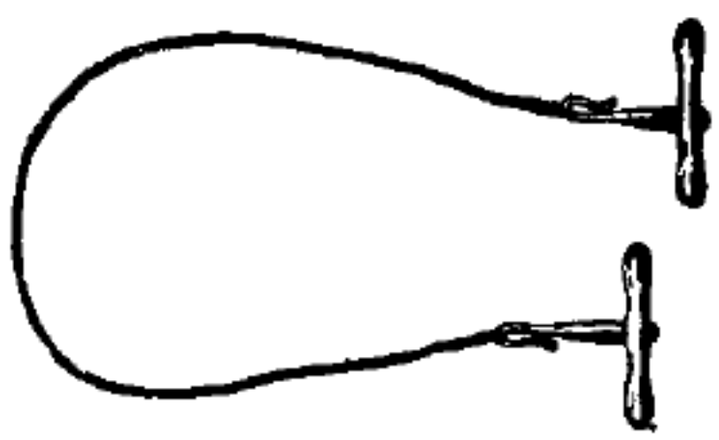


图 8—35 綫 鋸

五、宫腔內之手保护軟产道，握鈎之手持鈎柄向外牵引，同时作上下旋动，直至儿頸的軟組织及頸椎被割断为止。如軟組织未断，可用长剪刀

剪断。如用綫鋸，則将綫鋸围繞儿頸，并作交叉，然后勾住鋸端，向下拉鋸，直至将儿頸的軟組织与頸椎全部鋸断为止。

六、取出鈎或綫鋸，牵引已脫出的胎儿手臂，即可将胎儿躯干娩出。

七、将右手伸入宫腔內，以食指或中指伸入儿口，鈎住胎儿下頜，使儿面朝向母体后方，然后向外牵出胎头。牵引时术者左手可在耻骨上方施加压力，以协助胎头娩出。

八、如无断头鈎或綫鋸，可将节育环拉长后双根扭起或胡琴弦双根扭起均可。

引 产 术

在妊娠7个月以后，用人工方法中止妊娠称为引产。

一、蓖麻油和奎宁：孕妇空腹，在清晨六时口服蓖麻油30毫升，以后于七时、七时半、八时各服奎宁0.3克，至九时用溫肥皂水灌腸。

如已有不規則宫縮，用此法引产或可生效。如完全无宫縮，单純用此法引产，不易成功，常需配合其他引产方法。

二、剝离胎膜：此法于子宫頸管部份縮短或宫頸口已开始扩张时用，效果較好。

方法：常規消毒外阴后，用右手食、中两指伸入子宫頸管內，沿內口周围，輕輕将胎膜和宫壁分离，并用手指多次扩张宫頸口，一般在术后24～48小时开始有宫縮。

三、胎膜穿刺术（即破膜引产）：此法用于頸管消失、宫口已扩张而且胎头入盆的孕妇，效果較好。

方法：先行剝离胎膜，再用有齿鉗将胎膜刺破，让羊水慢慢流出。手术时要注意无菌操作，并观查胎心。

如破膜后24小时，仍无产兆，应积极采用其他引产方法。术后給予磺胺或抗菌素預防感染。

四、針灸引产：針刺合谷、三阴交，重刺激手法，或于此两穴位內注射0.1～0.2单位催产素，本法最好与其他引产方法配合使用。

五、中药引产：可起誘导作用。常用方剂：黄芪五錢　炙龟板一两　党参、当归、枸杞子各四錢　茯苓、杭芍各三錢　川芎二錢。水煎服，每日空腹一付，連服三付，常可誘发宫縮，然后配合其他方法，例如剝离胎膜、針灸、靜脉点滴催产素等。如服药一付即有宫縮而临产，不必再服第二付。

若妊娠合併有水肿、高血压者用当归、生牛膝、赤芍、白薇、党参、車前子各三錢　生赭石六錢　川芎五錢　木通二錢。水煎服。

中药引产也可用中成药益母丸，每日早晚各一丸，連服2～3天。

六、催产素靜脉点滴：

1.催产素 5 ～10单位加于5%葡萄糖500毫升內，作靜脉滴注。开始每分钟15～20滴左右，以后可按宮縮情况，調整輸液速度。如宮縮稀弱可将滴数加快到30～40滴/分；如宮縮过紧并有痙攣趋势，当即停止点滴。

2.必須有专人守护，观查血压、胎心、宮縮等，并注意产妇飲食、休息及精神状态。

3.靜脉点滴应持續到宮口开大至 5 厘米以上才能停药。如停药过早，在停药后，子宮收縮逐漸減弱，以致消失，可导致引产失敗。

4.催产素用作引产，不能直接作靜脉推入或肌肉注射，否則可造成痙攣性宮縮，导致胎儿宮內窒息或子宮破裂等危险。

嬰幼儿疾病

由于嬰幼儿在解剖生理方面与成人有很大的区别，因此构成了嬰幼儿疾病在診断和处理上的特殊性。我們必須充分了解这些特点（包括早产儿、新生儿、嬰儿），才能作出正确的診断和处理。

以下介紹新生儿的解剖生理特点，这些特点在早产儿更为明显，并可增加疾病的严重性，随着小儿年龄的增长，这些特点則逐漸消失。

一、体內液体及血容量的特点：新生儿体內液体含量按比例較成人为高。新生儿体內液体占体重的80%，而成人只占55～60%。新生儿血容量約为80毫升/公斤，而成人为55～65毫升/公斤。因此，新生儿失血30毫升，就相当于成人失血500毫升，失血50毫升就可引起休克。

二、新陈代謝的特点：新生儿出生后3～4天內，摄入量少，而皮肤、肺及腎脏排泄較多，水份代謝按体重較成人高 2 ～ 3 倍。由于新生儿生长发育旺盛，需要热量也多，因而醣的分解較强，血中含乳酸較多。脂肪分解也产生多量的酮体。这些特点，加之体液的分布和血液中某些化学物质与成人不同，在新生儿中如发生吐泻、发烧等疾病，就很容易发生脫水及酸中毒。

三、消化系統的特点：新生儿消化道容积小，粘膜柔弱，肌肉及张力发育不良，消化液的作用較弱，但腸道透过性良好，因而易发生消化不良等消化道疾病。

四、心血管系統的特点：胎儿出生后，血液循环发生較大的变化，心脏相对地增大，位置較平，其代偿功能很差。

五、呼吸系統的特点：鼻腔小，鼻道狹窄，粘膜柔弱，富于血管及淋巴管，易引起阻塞而发生呼吸及吸吮困难。肺泡的发育不全，中枢調节也差，抵抗感染的能力弱。

六、泌尿系統的特点：年龄愈小，腎脏的浓縮能力愈差，排泄量多，

容易引起脱水。但由于肾脏的滤过率低，临床上不可給过多的氯化物，以防止水肿。肾功能至两岁后方能成熟。

七、神經系統的特点：新生儿的神經細胞分化不全，脑回发育較差，因而任何刺激都可引起神經系統的广泛反应。大脑皮层的兴奋性很低，易疲劳。

八、內分泌系統的特点：內分泌的功能与神經系統发育不完善有密切的关系。尤其肾上腺皮质功能不足，易产生鉀潴留，而氯化物及水的排出增加，容易造成脱水、血浓縮、体重减輕及循环衰竭。

新生儿保健

体温不稳定 新生儿体溫調节机能不好，容易受环境溫度影响，因此冬季要注意保溫，以免发生新生儿硬皮症。夏季易患脱水热，这是新生儿早期一过性发热，只要及时补充水份，体溫就可下降。夏季注意不要包盖过多、过紧，室內空气要流通。

生理性黃疸 新生儿在生后 2 ～ 3 天，皮肤和粘膜可出現輕度黃染，7 天开始消退，10天退尽，早产儿可延迟，一般不需特殊处理。如黃疸出現过早、消退过晚或黃疸过重，則需注意新生儿敗血症、新生儿肝炎、溶血性黃疸、先天性胆道畸形等疾病。

生理性乳房肿胀及阴道出血 无論男女新生儿在生后数日內可有乳房肿胀，經 2 ～ 3 周复原。切勿揑挤，以免发生感染。女嬰在生后 5 ～ 7 天，阴道可有血性粘液分泌物，持續 1 ～ 2 天。

皮肤 新生儿皮肤薄嫩且富有血管，所以皮肤易損伤，以致引起皮肤疾患（脓皮病、皮下坏疽），甚至可引起严重的敗血症。新生儿皮肤皺摺处、臀部，应經常保持干燥清洁。尿布、內衣可用柔軟的旧布。个别新生儿可发生头皮水肿（多于 1 ～ 2 日內消退）和血肿（ 2 ～ 3 月內消退），均不需治疗。

脐带 臍部应保持干燥，可用干淨布包裹。臍带部潮湿有分泌物时，可用 2 %龙胆紫涂抹，否則易致臍炎或敗血症。

哺乳 生后12小时即可喂奶。患病及手术分娩的新生儿，宜在24～48小时后哺乳。新生儿溢奶、吐奶最为常見。喂奶时应避免吸进空气，喂奶后可抱起来拍背。若幽門痙攣，可于喂奶前15分钟服万分之一阿托品，由 5 ～ 6 滴开始，逐漸加量，至面紅后維持該量（約20～30滴）。

吐血、便血 新生儿易发生維生素 K 的缺乏，若生后 2 ～ 4 天有吐血、便血等出血現象，可肌肉注射維生素 K 3.84毫克，每日一次，共 2 ～ 3 天。出血严重者，应考虑輸血。

眼、鼻、口腔护理

眼：每日用溫水清洁眼部，有分泌物可滴氯霉素眼药水。
鼻：鼻阻塞时，于每次喂奶前15分钟可滴入1％麻黄素。
口：不可用布擦拭口腔，若有鵝口疮可用2％龙胆紫涂抹。

新生儿顱內出血

新生儿顱內出血是由于难产、窒息等原因使顱內血管破裂而引起的。常发生于早产儿。

诊断要点

一、有难产史，或生后有窒息的表現。

二、常見症状为煩躁不安、尖叫、不会吃奶、呕吐，重者抽风、昏迷、呼吸浅而不規則。

三、前囟飽滿、腱反射亢进。

預防

一、注意孕期检查，避免难产、早产。

二、积极防治新生儿窒息。

三、早产儿及手术分娩的新生儿，于出生后应尽早注射維生素K。

治疗

一、安靜少动，头部稍抬高，側臥。出生后延迟至24～48小时后喂奶。不能吃奶时，可鼻飼牛奶或靜脉注射葡萄糖液。

二、鎮靜和止抽风：煩躁不安可口服苯巴比妥7.5毫克或眠尔通30毫克，每8小时一次。抽风时可肌肉注射苯巴比妥鈉20～30毫克，或用10％水合氯醛2毫升加水到6～8毫升保留灌腸。

三、肌肉注射維生素K3.84毫克，每日一次，連用三天。

新生儿硬皮症

新生儿硬皮症是在冬季气候寒冷而无适当保暖时，新生儿的皮下脂肪容易凝固变硬所致。易发生于早产儿和体弱新生儿。

诊断要点

一、体溫不升，哭声低微，不能吃奶。

二、皮肤及皮下脂肪硬而冷，呈蜡状（以下肢、臀部、两肩和面部多見）。下肢可呈指凹性水肿。

防治

一、以預防为主：冬季出生的嬰儿，应注意保暖，可在被褥旁放热水袋（或热水瓶）1～2个，但要注意避免燙伤，或将嬰儿放在热炕头上，使身体溫暖。也可把新生儿放入母亲怀里，紧貼母亲皮肤来保溫，但須注

意不要堵住口鼻。

二、喂养方法：要供給足够的水和乳汁，不能吃奶者，可将母乳挤出，用滴管或鼻飼法喂养。每2小时一次，每次15～30毫升，逐漸加量。

三、口服維生素C50毫克，每日三次，維生素$B_1$10毫克、維生素E 5毫克，每日各两次。

四、重症可口服强的松2.5毫克，每日2～3次，或靜脉滴入氢化可的松10毫克。

五、本病极易併发肺炎，应注意及早应用抗菌素。

新生儿敗血症

新生儿抵抗力弱，任何感染都可能发生敗血症。細菌可由臍部、皮肤、呼吸道、消化道、粘膜等途径侵入血液，也可在分娩过程中受到感染。

诊断要点

一、发烧或体溫不升、精神不振、拒食、呕吐。

二、皮肤黃染、面色灰白、口周青紫、呼吸不規則、肝脾常可肿大。

三、有时可找到感染灶，如臍炎、脓皮病、肺炎等。

预防

一、积极治疗原发病灶。

二、宣传育儿知識。

治疗

一、一般治疗：注意保暖。不能吃奶者，可用滴管或鼻飼，每日进液量（包括乳汁及水分）約300～400毫升。

二、抗菌素：应早期使用，通常可肌肉注射青霉素20万单位，每日2～3次；或青霉素20万单位与鏈霉素1/10克联合应用，每日肌肉注射两次。重症可加服紅霉素或四环素（每次50毫克，每日四次），亦可用与口服相同之抗菌素（每次50～75毫克，每日两次）加于10%葡萄糖50毫升內靜脉滴入，以提高疗效。

三、重症可服强的松2.5毫克，每日2～3次，或靜脉滴入氢化可的松10毫克（加入10%葡萄糖75毫升內）。

新生儿破伤风

新生儿破伤风俗称"四六风"或臍带风，多在生后4～7天內发病。本病是由于旧法接生或处理臍带消毒不严，以致破伤风桿菌自臍部侵入而得病。

诊断要点

一、有旧法接生或有出生后臍带消毒不严史。

二、病初表現为吃奶困难，嘴张不开，颜面呈苦笑状，全身肌肉发生强直性痙攣，一遇到刺激可使痙攣发作或加重。

预防 实行新法接生。未用无菌法接生者，可立即用碘酒消毒臍部，并及早注射破伤风抗毒素1,500单位（肌肉注射前应先作皮內敏感試驗，試驗方法詳見“常用治疗技术”）。

治疗

一、一般治疗：安靜少动，避免光、声刺激。維持足量的液体和营养，病初为避免插鼻管之刺激，可每日靜脉輸入10%葡萄糖250毫升，生理盐水50毫升。如能插入鼻管，可将母乳挤出鼻飼，每三小时給奶30毫升。插鼻管前先給10%水合氯醛2毫升加水到6～8毫升保留灌腸，以防止因插管刺激引起痙攣窒息。注意口腔护理，及时吸痰。

二、破伤风抗毒素：皮試阴性者，第一日給3万单位，其中1万单位加入10%葡萄糖50毫升內作靜脉滴入，2万单位肌肉注射。不能靜脉滴入时，肌肉注射2万单位亦可。如症状无明显緩解可将上述量继續用2～3日。

三、青霉素：肌肉注射双效青霉素40万单位，每日一次，或用青霉素G鈉20万单位加入10%葡萄糖50毫升中，每日靜脉滴入两次。

四、止抽风：鼻飼有困难者可用氯丙嗪、异丙嗪各3毫克（或复方氯丙嗪）作靜脉緩慢推入，每4小时一次。当抽风減輕，可插管鼻飼时，可用氯丙嗪、异丙嗪各3毫克为一組；苯巴比妥5毫克、眠尔通30毫克为一組，两組药物每六小时交替鼻飼或口服。如抽风仍有頻繁发作时，可用10%水合氯醛2毫升加水至6～8毫升灌腸，每日3～4次。

五、臍部处理：先用2%双氧水洗臍，然后再用2%龙胆紫或1%碘酒涂抹，每日1～2次。

佝僂病

佝僂病主要是由于晒太阳少，缺乏維生素D所引起的，以骨骼病变为主的全身性疾病。多見于3岁以下小儿，早产儿更易发病。

诊断要点

一、主要症状有多汗、睡眠不安、煩躁爱哭、肌肉松弛和生长迟緩。

二、骨骼特征：

1.头部：顱骨軟化（用手指按压頂骨和枕骨的中心及两侧时，有乒乓球样感觉，即按压时凹陷，放开手时又恢复原状，多見于生后3～9个月）；乳牙迟出（即10个月以上还不出牙）；头顱呈方形，前囟閉合延迟（即—

岁半以上还未闭合）。

2.胸部：肋骨串珠（肋骨与肋軟骨交界处膨大，状似圓珠），胸廓有沟状畸形，胸骨前突呈鸡胸状。

3.四肢：手腕部骨质呈鈍圓形隆起，状似戴手鐲。在能行走的小儿，常发生下肢弯曲呈“()”形或“)(”形。

预防　婴儿滿月后就需多晒太阳。哺乳期不可过长（不超过二岁）。早加輔食。

治疗

一、多在戶外活动，多晒太阳，室內多开門窗。

二、給予維生素D：口服魚肝油精，每日10～15滴，应連服1½～2个月，如无进步，則继續再服。亦可肌肉注射維生素D_2 40万单位或維生素D_3 60万单位，并口服魚肝油一个月，但注射維生素D前，应先服鈣剂三天，以免发生手足搐搦。重症病例，可間隔一周后，再按上述剂量注射一次，总剂量为80万～120万单位。

三、鈣剂的补充：在給維生素D的同时，可給乳酸鈣或多維鈣片，每次0.5克，每日三次。如无鈣剂，可用鸡蛋皮放在砂鍋內炒黃，研成細末，每次服1～2分，以牛、猪、羊等骨髓湯送服，每日两次。

嬰儿手足搐搦症

嬰儿手足搐搦症是由于缺乏維生素D，使血鈣降低所致。多发生于一岁以內，尤以六个月以內的嬰儿多見。冬春两季发病率較高。

诊断要点

一、主要症状为抽风，严重者可在一日內发作数次至数十次。发作期間神情如常，如不伴感染，一般不发烧。少数患儿可发生喉痙攣，吸气时有哮吼声，可致呼吸困难。有些嬰儿表現陣发性哭鬧，哭时面色发青、憋气。

二、較大的儿童可表現为腕部屈曲，四指伸直閉攏，拇指貼近掌心（呈鸡爪样），神志清醒。

三、常合併有佝僂病征。

预防　和佝僂病同。孕妇和乳母应多晒太阳，多吃新鮮蔬菜。

治疗

一、多晒太阳，多在戶外活动。

二、止抽风：

1.肌肉注射苯巴比妥鈉，8～10毫克/公斤/次。

2.水合氯醛口服或灌腸，50毫克/公斤/次。

3.立即用10%葡萄糖酸鈣10毫升，分两臀深部肌肉注射，重者可靜脉

緩慢推入。

4.新針治疗：〔主穴〕人中、內关。〔备穴〕阳陵泉、曲池。

三、鈣剂及維生素D治疗：抽风停止后，可口服10%氯化鈣10毫升，每日2～3次，3～7天后改口服鈣片，并同时每日服魚肝油精10～15滴。

婴幼儿支气管肺炎

婴幼儿支气管肺炎是由細菌或病毒引起的常見的呼吸道疾病。好发于冬春两季。

诊断要点

一、发烧、咳嗽、呼吸增快、气喘、呼吸困难，重者可口唇青紫、鼻翼搧动、两肺（尤其是脊柱旁）有中小水泡音。有的患儿喘重，肺部以哮鳴音为主，为婴幼儿肺炎的一种类型。

二、新生儿肺炎可不发烧，而全身症状較明显，如面色发青、不吃奶、口吐泡沫样粘液，有时全身发凉、呼吸急促，常有不規則呼吸或呼吸暫停。一般听不到水泡音，偶可于哭鬧或深吸气时听到。

三、肺炎合併心力衰竭的診断：慜气青紫加重，心率加快（160～180次/分或更快），心音低鈍，煩躁不安，在短期內肝脏明显增大，有时可見眼瞼及下肢水肿。

预防 平时加强体格鍛炼，积极防治上呼吸道感染、佝僂病和急性传染病（麻疹、百日咳等）。

治疗

一、一般治疗：室內空气要新鮮，室溫适宜，并注意勤翻身。吃富于营养的流质（奶、代乳品、粥、面湯等）。如进食过少，应考虑靜脉輸液，但总量不宜过多，包括食物中的水份，液体总量約100毫升/公斤/日。靜脉点滴速度宜慢，約3～5毫升/公斤/小时，一般可用10%葡萄糖及生理盐水配成3：1或4：1液。

二、抗感染治疗：根据情况选择以下药物：

1.青霉素每日40万～80万单位，分二次肌肉注射，或与磺胺类药物联合使用(磺胺嘧啶0.1～0.2克/公斤/日，与等量碳酸氢鈉，分3～4次服)。

2.青霉素与鏈霉素联合使用。鏈霉素剂量为25～40毫克/公斤/日，分2～3次肌肉注射。

3.土霉素30～50毫克/公斤/日，分3～4次服。

經2～3日治疗无效者，可肌肉注射鏈霉素，另加一种抗菌素口服，如四环素、土霉素、紅霉素等(剂量均为50毫克/公斤/日)，分四次服。危重病人，可将四环素等药物（剂量为20～30毫克/公斤/日）加入10%葡萄糖內作靜脉滴入（每毫升葡萄糖溶液中含四环素等药物0.5～1毫克）。

三、对症治疗：

1.退烧：可口服阿斯匹林或安乃近，均为5～10毫克/公斤/次，后者也可肌肉注射，但5个月以下或营养不良者忌用。

2.鎮靜：煩躁不安、高烧喘重者，可用氯丙嗪和异丙嗪各0.5～1毫克/公斤/次，口服或肌肉注射，亦可肌肉注射苯巴比妥鈉5～8毫克/公斤/次，或口服苯巴比妥2～3毫克/公斤/次。

3.鎮咳祛痰：咳重痰多者可給复方甘草合剂，每次每岁1毫升，日服3～4次。

4.緩解呼吸困难：一般情况及营养尚好者，喘重缺氧可采取新鮮冷空气疗法。方法：将患儿穿暖盖好，放新鮮冷空气环境中，如患儿漸安靜，呼吸均匀，面色紅潤，可坚持一小时或更长时間。缺氧重者，有条件时可給氧气吸入。气喘重者，可口服氨茶碱3～5毫克/公斤/次或靜脉注射2毫克/公斤/次。必要时可靜脉滴入氢化可的松5毫克/公斤/日。

5.控制心力衰竭：見“心力衰竭”。

四、中药治疗：以清热宣肺为主。

加味麻杏石甘湯：麻黃、黃連各五分　杏仁、半夏各一錢　薏仁二錢　生石膏三錢　茅根五錢　甘草五分。水煎分多次服。加減：咳重加前胡一錢　炙桑皮一錢半；痰多加川貝母一錢；抽风加鈎藤三錢　全蝎一錢；高烧加銀花三錢　連翹二錢；体弱加沙参、麦冬各二錢。

竺麝合剂：民間驗方，对重症肺炎經上述湯药解表清热、微汗透发后，仍喘不止，表現痰热現象可加此药。麝香一分　硼砂二分　明矾三分　竺黃一錢。共为細末分六包，六个月患儿日服四包，一周岁左右日服六包，根据病情也可酌情增減。

外敷中药：民間治肺炎外敷驗方。梔子一两　雄黃三錢　細辛五錢　沒药五錢。共为細末，用蛋清混为糊状涂胸部囉音多处。

五、梅花針：对胸部囉音日久不消者，可以应用。

嬰幼儿消化不良症　附：小儿消化不良液体疗法

嬰幼儿消化不良症是由消化道感染或飲食不当引起。感染性腹泻一般以重症較多，而单純因喂养不当或气候影响引起的腹泻以輕症較多。本病多发于两岁以下小儿，夏秋季发病率較高。

诊断要点

一、以腹泻、呕吐、发烧为主要症状。腹泻每日数次至数十次，大便呈糊状、蛋花湯样或水样，无脓血。

二、重症常有脱水、酸中毒和低血鉀症（見“小儿消化不良液体疗法”）。

预防

一、合理喂养，并注意飲食卫生。

二、預防和及时治疗感染病灶。

治疗

一、飲食調整：腹泻輕者，減少喂奶量和次数，或改喂米湯。腹泻重者，需禁食，一般以6～12小时为宜。营养不良或較輕症者，禁食时間应短，反之应长。禁食期間可口服补液，或靜脉补液（見“小儿消化不良液体疗法”）。开始进食的头1～2天内，喂奶量应少，或以米湯代替母乳，而后漸加食量。

二、药物治疗：

1.助消化药物：腹泻輕者，可給胃蛋白酶合剂、乳酶生、复合維生素B等。

2.控制感染：可选用以下1～2种药物口服：磺胺脒200毫克/公斤/日，黄連素10毫克/公斤/日，呋喃唑酮（痢特灵）10毫克/公斤/日，土霉素或氯霉素30～50毫克/公斤/日，合霉素为氯霉素用量加倍；腹泻重者可口服新霉素50～100毫克/公斤/日，分3～4次服，5～7日为一疗程。

3.止泻剂：腹泻較久但无发烧及中毒症状者，可口服鞣酸蛋白0.25～0.5克/次，每日三次，或次碳酸鉍0.2～0.5克/次，每日三次。

4.止吐剂：呕吐严重者可口服顛茄酊0.06毫升/岁/次；口服或肌肉注射氯丙嗪0.5～1毫克/公斤/次；或口服苯巴比妥2～3毫克/公斤/次。口服每日三次。

5.腹胀可加用氯化鉀、維生素B_1，肛管排气，或皮下注射新斯的明0.04毫克/公斤/次。

三、中药治疗：

1.助消化药：

（1）焦三消（焦三仙）一至二两，加水300毫升，煎至80～100毫升，分3～5次服完，每日一剂，連服一周。

（2）保和散：用于单純消化不良的小儿，有嗳气、腹胀、不食、口臭者。每次服五分，每日2～3次（或保和丸，用量同保和散，但服时应捣碎，加水研化）。

2.止吐：

（1）吳茱萸湯：用于呕吐、手足不溫、面色蒼白、脉沉者。

吳茱萸五分　党参一錢　生姜二片　大枣二个。加水煎取80毫升，分5～10次頻頻服下。

（2）藿連湯：用于呕吐、腹泻、发烧、脉数者。

藿香、云苓各二錢　陈皮、半夏、薄荷叶、芥穗各一錢　黄連五分　生姜三片。加水煎取80毫升，分5～10次頻頻服下。

3.止泻：

（1）白朮、山查炭、六麴、陈皮、六一散、扁豆衣各二錢　厚朴一錢　黄連、干姜各五分。水煎服。

加减：呕吐加半夏一錢　生姜二片；发烧加黄芩、薄荷各一錢；腹胀痛加紅豆蔻二錢；小便不多加云苓、車前子各二錢。

（2）四症丸：每次半丸至一丸，每日两次。

（3）启脾片（丸）：用于腹泻日久，每次2～4片(半丸至一丸)，每日两次。

四、新針治疗：

1.針四縫：对消化不良伴有营养不良、面黄腹大（俗称有“食积”）者效果較好。方法：四縫穴皮肤常規消毒后，用圓針（或用三稜針代替亦可）依次点刺穴位，左右手共八針，快刺1～2毫米深，挤出少量黄色液体。隔日針一次，可連續針5次。

2.〔主穴〕足三里、三阴交。〔备穴〕阴陵泉。腹泻重者可加灸关元、气海；腹胀灸天枢；呕吐針內关。

五、捏脊疗法：（見“新医疗法”）。

附：小儿消化不良液体疗法

严重的呕吐、腹泻和感染，是造成小儿液体平衡紊乱的主要原因。脱水、酸中毒、低血鉀是液体平衡紊乱中的三个重要环节。

诊断要点

一、脱水：

輕度：眼窝稍凹陷，尿量略减。

中度：眼窝明显凹陷，舌和口腔粘膜干燥，腹部皮肤弹性較差（以手指将皮肤捏起后，快速放松，皮肤不能立卽展平），尿次数及量明显减少。

重度：眼窝极度凹陷，眼皮不能閉攏，腹部皮肤弹性极差，尿量极少或无尿，四肢冷，脸色发灰。

估計脱水程度以眼窝凹陷为重要标誌。

二、酸中毒：严重脱水者常伴有酸中毒，表現为呼吸增快，呼吸深长，口唇为櫻紅色，精神不振，嗜睡或煩躁不安。

三、低血鉀：低血鉀的主要表現为周身肌肉軟弱无力、腹胀、心音低鈍、精神不振等。

以上这些临床症状，在疾病的全过程中，并非同等程度地出現。低血鉀症多半出現在注射大量无鉀溶液之后。此时，脱水、酸中毒之矛盾緩和了，但低血鉀之矛盾激化了，患儿一般情况反而更行恶化。因此当小便暢通后，需及时补充鉀，預防低血鉀之产生。

营养不良、佝僂病患儿，于脱水糾正后，常因缺鈣誘发抽风，則应及

时补充鈣剂。

液体疗法

一、口服法：适用于輕度脱水患者，或靜脉补液后脱水已糾正，防止再发生脱水。总液入量为150毫升/公斤/日。除由飲食內补充水份外，不足之量由口服液补充。可按下列配方：白糖20克（約二平勺），食盐0.5克（約合一顆蚕豆大小），碳酸氢鈉（小苏打）0.5克，用溫开水200毫升（約一中飯碗）冲服。若有尿，每200毫升液体內再加0.5克氯化鉀。

二、皮下注射法：适用于脱水較重但靜脉輸液有困难者。可用生理盐水，或5％葡萄糖（注意勿用10％葡萄糖）与生理盐水各半，每次給250～300毫升（約40～50毫升/公斤），将液体緩慢注入患儿两大腿的前或內側。可用50毫升空針分次推注，亦可用一吊瓶連接一“人”形管，两針头分别向两側大腿注入。

三、胃管法：适用于无法口服及靜脉补液，或中等度脱水的病例。补液总量为150～200毫升/公斤/日。液体配制同口服法。先用消毒导尿管作胃管插入术，再将盛有液体的輸液瓶与导尿管銜接，先慢后快滴入胃內。排尿后每1,000毫升液体內加10％氯化鉀10毫升，頻繁呕吐者可于应用此法前，給止吐剂。

四、靜脉滴注法：中度以上脱水，以采用此法为宜。

1.注射溶液之配制：

中度脱水、酸中毒之靜脉滴注液，可按以下比例配制：5％～10％葡萄糖、生理盐水、11.2％乳酸鈉用葡萄糖稀释五倍后的溶液，按3：2：1之比例配成混合液。

重度脱水、酸中毒之靜脉滴注液，可按下列比例配制：5％～10％葡萄糖、生理盐水、11.2％乳酸鈉用葡萄糖稀释五倍后的溶液，按3：4：2之比例配成混合液。

为簡便，可用以下方法配制：以一瓶5％葡萄糖500毫升做基础，可先抽出30～40毫升，再注入一定量的10％氯化鈉、11.2％乳酸鈉，搖匀，

小儿脱水酸中毒液体疗法溶液配制表

液体种类 / 脱水程度	各种溶液比例	5％葡萄糖（毫升）	10％氯化鈉（毫升）	11.2％乳酸鈉（毫升）*
中等度脱水、酸中毒	3：2：1	470	15	15
重度脱水、酸中毒	3：4：2	460	20	20

* 无11.2％乳酸鈉，或有肝脏損害者，可用5％碳酸氢鈉，中等度脱水时用25毫升，重度用35毫升。

配成所需液体。若輸不完500毫升，余下液体可口服。

氯化鉀之使用：靜脉点滴过程中，尿通暢后卽可加鉀。用量：每100毫升液体中加入10%氯化鉀溶液2～2.5毫升，摇匀。含鉀液不可直接从靜脉推入。因鉀主要从腎脏排泄，在尿少时补鉀可以引起高血鉀症。对腎功能不全的患儿补鉀需特别小心，尽可能少补。当已能进飲食时可不必补充鉀。

2.点滴速度：脫水严重或伴休克者，可先按20毫升/公斤由靜脉快速推入无鉀溶液，然后以7～9毫升/公斤/小时之速度靜脉滴入(見附表)。脫水糾正后，可按4～5毫升/公斤/小时之速度維持。

注意事项 在运用液体疗法时，要牢記毛主席的教导：**“要过细地做工作。要过细，粗枝大叶不行，粗枝大叶往往搞错。”**

糾正脫水靜脉点滴速度表

年　　龄	每小时滴注速度
新　生　儿	30～40毫升
6月～1岁	60～80毫升
4岁～10岁	120～180毫升
10岁以上	200毫升

一、估計脫水程度时易产生的錯覚：肥胖小儿，虽严重脫水，眼窝可仅表現輕度凹陷或不凹陷，皮肤弹性也可正常，易使估計脫水程度偏輕。肥胖小儿若家长反映瘦了很多，尿少，并伴有循环不良等現象时，均显示脫水已很严重。对营养不良小儿，估計脫水程度时易于偏重，故补液量应适当减少。

二、掌握适宜的輸液速度很重要，若輸液速度过快，可致心力衰竭、肺水肿、脑水肿等併发症。过慢，則影响疗效。

三、合理选用輸液药物：严重脫水多伴有酸中毒之产生。若完全用生理盐水补充体液之丢失，易发生水肿，而尿量很少，酸中毒不能糾正。若完全用5%葡萄糖补充体液之丢失，因其中无鈉可致低鈉血症且水份不易保留在体內，只能增加尿量，对糾正脫水和酸中毒也不利。

皮　肤　病

稻田皮炎

稻田皮炎是指农民在稻田工作时发生的皮肤病，有由于在水田中工作，皮肤浸泡过久而发白腐的“擦烂皮炎”；也有由于动物血吸虫尾蚴钻进皮肤引起的“尾蚴皮炎”。該两病对农民健康与农业生产有很大影响，应积极开展防治工作。

诊断要点

一、擦烂皮炎：表现为指、趾縫皮肤与掌蹠皮肤受水浸泡而发生白腐、皺摺或擦破露出嫩肉，可有裂口疼痛或发生继发感染，有紅肿、化脓等症状。

二、尾蚴皮炎：皮疹发生在浸于水中的足背、踝、小腿、手与前臂等部位。由于尾蚴钻入皮肤而发生过敏反应，多为痒性丘疹，从米粒至蚕豆大小不一的紅色肿胀性丘疹，中央可有小水疱。皮疹可散在发生，或密集成片。水疱抓破可有化脓、紅肿等继发感染。

預防

一、擦烂皮炎可适当减少浸水工作的时間，或在指（趾）縫皮肤上涂一层凡士林，或涂掺有4～5％黃蜡的凡士林。

二、尾蚴皮炎可在小腿、踝、手、前臂等部位，涂擦25％松香凡士林軟膏，或25％邻苯二甲酸二丁酯軟膏。

三、消灭椎实螺：动物（主要是牛）粪便中血吸虫虫卵污染水中，孵成毛蚴，钻入椎实螺（中間宿主）发育成尾蚴逸出，钻入人体皮肤而引起尾蚴皮炎，所以消灭椎实螺可預防該病。一般結合农业施肥进行消灭椎实螺工作。如氨水（30～50斤/亩），碳酸氢銨（30斤/亩），或草木灰（100斤/亩）等均有效。

治疗

一、擦烂皮炎：保持清洁、干燥，避免擦破。如已擦破，露出紅肉，可用2％龙胆紫外搽以預防继发感染，一般数日可癒。如有继发感染，宜內服抗菌素，外搽2％龙胆紫或合霉素軟膏等。

二、尾蚴皮炎：用止痒、消炎、抗过敏之药物治疗。外用2％石炭酸炉甘石洗剂或石炭酸甘油酊剂均有效。可酌情內服抗組织胺类药物(見“蕁麻疹”）。有继发感染可外搽2％龙胆紫或合霉素軟膏等。

湿　疹

湿疹是一种过敏性的皮肤炎症，容易复发，与体质过敏有关。

诊断要点

一、主要症状为剧烈癢痒，病程較长，往往反复发生与加重。

二、急性湿疹表現为潮紅、肿胀、丘疹、小水疱、渗出糜烂与結痂性片块；慢性湿疹表現为暗紅色肥厚浸潤、結痂、鱗屑片块或苔藓化改变。后者往往由前者衍变而来。

三、損害对称分布，可以是局限性片块，也可以泛发成全身性皮疹。

四、婴儿湿疹多发生在头面部；小儿湿疹多在四肢屈側与会阴部位；成人湿疹多在四肢屈側、小腿、手足背与肛門周围等部位发生。但任何年

齡、任何部位均可发生湿疹。

治疗

一、避免外来刺激：不宜搔抓、水燙或使用肥皂洗滌；飲食不宜吃刺激性食物，酒类、辛辣与羊肉等往往加重湿疹。

二、局部可用可的松类乳剂或軟膏（如氢化可的松膏、强的松膏、氟氢可的松膏等），或各种3～5％的焦餾油（糠餾油、煤餾油或松餾油）的乳剂、泥膏或軟膏。

三、抗过敏治疗（見“蕁麻疹”）。

四、尽量寻找可能原因并給予治疗，如滲出糜烂型湿疹往往有继发感染，給以抗感染治疗；肛門湿疹有时与蟯虫有关，給予驅虫治疗；小腿湿疹往往与大隐靜脉曲张有关，可做靜脉結扎或抽出手术等。

五、中药治疗：泛发性湿疹可用荆防湯（見“蕁麻疹”）治疗。便秘者加川軍；弥漫潮紅者加生地。該方对嬰儿湿疹、小儿湿疹、成人屈側湿疹等有較好的疗效。

中药外用药：

陀栢散：密陀僧三錢　黃栢二錢　冰片一錢。研細末，用适量猪油或植物油調匀外搽。对小腿湿疹疗效較好。

复方陀栢散：陀栢散加輕粉一錢。适量猪油或植物油調匀外搽。对頑固性湿疹有一定疗效，但对輕粉过敏者，应先以小片損害試治，无反应后再于大片上应用。

銀松膏：对手掌、手指脓疱、水疱性湿疹有一定效果。

外洗药：急性湿疹可用苦参五錢　黃栢三錢　白矾五錢。加水1～2斤煎煮，溫洗，每日3～4次。

六、嬰儿湿疹，不宜接种牛痘。

接触性皮炎

接触性皮炎主要由于接触某些物质而发生过敏反应所致，少数由强刺激物品所引起。常見原因有：大漆、农药、日光、皮毛、凉油、紅汞、磺胺药膏、染料、某些植物的花粉和枝叶等。

诊断要点

一、皮炎往往限于接触过敏物质的局部，故部位有重要診断价值。除去过敏物品以后，往往在1～2周內炎症消退、干枯、脫皮自癒。

二、有剧烈瘙痒或烧灼感。

三、皮炎可以是大片潮紅、肿胀、大小不一的水疱，滲出糜烂与結痂等湿性損害；也可以是紅斑、肿胀性丘疹等干性損害。炎症程度視不同过敏物品、过敏程度与接触方式等而定。

预防

一、避免接触过敏物品。

二、必须接触过敏物品时，宜尽量采用防护用品。

治疗

一、首先洗去或設法除去过敏物品。

二、抗过敏治疗（見“蕁麻疹”）。

三、局部治疗：

1.干性皮疹：可外搽炉甘石洗剂以止痒、消炎，或用可的松乳剂或膏剂（見“湿疹”）治疗。

2.湿性皮疹：可采用湿敷，常用的有0.01% 高錳酸鉀、0.1% 雷佛奴尔或5%明矾等溶液。用3～4层紗布浸漬溶液，稍絞干（以不滴水为度），放在皮疹面上，每5～10分钟換浸一次溶液，或每日3～4次，每次30～60分钟，直至皮疹干燥結痂。然后可用氧化鋅油剂，或可的松乳剂、軟膏等外搽。

癣

癣是浅在眞菌引起的常見皮肤病，由于部位不同，有头癣、体癣、手足癣、甲癣等数类。

一、头癣：是儿童易犯的传染性皮肤病，主要分成两类：

1.白癣：小孩头皮上发生有灰白色鱗屑的片块，边緣明显，由小漸大，由少增多。皮疹中的头发有参差不齐的断裂与稀疏脫落，可有瘙痒，但不发生瘢痕性脫发，且在成年后可自癒。

2.黃癣：多开始于儿童，比較頑固，成年后自癒，或可延續較长的时間。头皮可見蜜黃色的痂片，中心下凹（碟状），中央有头发穿过，許多小黃癣痂片可互相融合成大片灰黃色痂片，日久形成瘢痕性脫发，所以可造成永久性脫发。

二、体癣：光滑皮肤上的浅在眞菌皮肤病，統称为体癣。开始为紅斑小水疱性丘疹，由中心漸漸向四周扩大，中央呈灰褐色、皮肤粗厚改变，周圈則是斑丘疹、水疱与結痂性損害，形成环状，并伴有瘙痒，故又称圈癣。好发于腹股沟、臀部与面部。

另一种叫花斑癣，俗称汗斑。发生于青壯年，夏秋季易发生与加重。好发在躯干，特别是前胸后背部位。呈淡褐色糠状鱗屑小斑点，洗去鱗屑則呈淡白色小点。

三、手足癣与甲癣：手足癣发生于掌蹠与指（趾）間皮肤，由水疱丘疹性皮疹开始，漸漸扩大成大片与整个掌蹠部位。在冬天往往呈皮肤粗厚、脫皮与皸裂。在夏季有水疱丘疹、指（趾）縫皮肤可发白腐、裂口与

糜烂，有剧烈瘙痒，由于抓破皮肤而常继发感染。

手足癣可侵及手指甲与脚趾甲，形成灰厚甲片，叫做甲癣。

防治

一、癣是高度传染性皮肤病，应注意隔离。衣帽、理发用具等可用煮沸或泡于10%福尔馬林中 5 ～10分钟，进行消毒。

二、除花斑癣外，用灰黄霉素治疗一般均有良好的效果。成人每天剂量0.4～0.6克，分 2 ～ 3 次服用。持續服用，头癣、体癣可在 3 ～ 4 周痊癒；手足癣需服药 1 ～ 2 个月；甲癣則需更长的治疗时間， 3 ～ 5 个月不等。

三、外用一般癣药膏、癣药水，如复方土槿皮酊、黑白药水或 5 ～10% 硫磺柳酸軟膏均可应用。卤干治疗对足癣有短期疗效。

四、中药泡洗对手足癣有一定疗效。

处方：地肤子、蛇床子、紫荆皮各一两　川軍、黄栢、丁香各三錢。用其煎剂（水或加一斤醋后煮沸十余分钟），每日浸泡15～20分钟，該煎剂可于第二天溫热后再用，一般可持續用一周后再換新药。

五：艾絨熏热法：指甲癣可采用艾絨点着后熏热的疗法，每天熏热15分钟，可于 1 ～ 2 月內长出新指甲。

此外，甲癣倘可每天用醋（或37%冰醋酸）或柴油浸泡10～20分钟，或手术拔除的办法。

荨　麻　疹

蕁麻疹俗称风疹块，是一种过敏性皮肤病。可由海魚、螃蟹等食物；青霉素、鏈霉素与血清等药物；花粉、皮毛、病灶感染、寄生虫、寒冷或日光等不同原因引起。急性蕁麻疹往往 2 ～ 3 周內痊癒，慢性蕁麻疹可达数月，甚至数年。

诊断要点

一、发病突然，出現剧烈瘙痒，发生肿胀性风团片块，可小如米粒或大如手掌。顏色可为鮮紅、紫紅、淡紅或蒼白。小儿蕁麻疹，往往在风团中心有水疱。抓破水疱，易引起继发感染。

二、风团在数小时內自然消退，但又有新起，反复不断发生与消退。局部大片风团也可在数天后才消退。

三、皮疹多泛发全身，但也可仅在局部发生。

四、急性蕁麻疹可有剧烈腹痛，或有中度发烧，咽喉、气管可因水肿而影响呼吸，重者可引起窒息。

防治

一、寻找和避免过敏原因。

二、抗过敏治疗：

1.抗組织胺类药物：如苯海拉明25毫克、异丙嗪25毫克、扑尔敏 4 毫克或安其敏25毫克等，选用一 种 或 两 种，日服 2 ～ 3 次。后两者头暈嗜睡的不良反应較輕。

2.鈣剂：靜脉注射10％葡萄糖酸鈣10毫升， 5 ％溴化鈣或氯化鈣10毫升，选用一种，每日一次。

3.維生素 C 100～200毫克，每日三次。

4.严重腹痛或过敏反应严重者可采用类固醇激素治疗，如强的松或风湿宁 5 毫克，每日 4 ～ 6 次，病情控制后可漸减量至停药。应用可的松期間可同时采用口服氯化鉀、低盐飲食等。

三、喉头水肿严重者，可立卽肌肉注射0.1％腎上腺素0.5～ 1 毫升，数分钟內卽可緩解。

四、非特异疗法：慢性蕁麻疹可酌情采用。

1.自血疗法：抽自己靜脉血 5 ～ 8 毫升，立卽作肌肉注射，可隔日一次， 5 ～ 8 次为一疗程。

2.封閉疗法：靜脉注射0.25％普魯卡因10毫升，每日一次， 8 ～10次为一疗程。

3.砷剂疗法：肌肉注射卡古地鈉0.1～0.2克，每日一次，15～20次为一疗程。

4.組织疗法：胎盘組织液或組织浆注射等。

五、中药治疗：

急性蕁麻疹：属于风寒者，怕冷、脉紧，往往风团初起，治以疏散风寒。可采用麻桂各半湯加減：麻 黃一錢半　桂 枝、杭芍、杏 仁各三錢　生姜三片　紅枣五枚　甘草二錢。水煎服，每日一付。

属于风热者，不怕冷、恶热、口渴煩躁、脉数或洪滑者，治以散风清热。可采用荆防湯：荆芥、防风 、黃芩 、黃栢各三錢　連翹四錢　生石膏一两　苦参三錢　白蘚皮各三錢　蝉衣、升麻、甘草各二錢。水煎服，每 日一付。

慢性蕁麻疹：尙无一定規律，一般以益气、健脾、养血 、消 风 法 治疗，有一定效果。荆防湯加烏梢蛇三錢也可試用。

六、新針治疗：〔主穴〕大抒、曲池、足三里。〔备穴〕血海、三阴交、合谷。食物过敏引起之蕁麻疹，針足三里效果明显。

膿 皮 病

由化脓性球菌（主要为葡萄球菌和鏈球菌）引起的皮肤病，称为脓皮病。常見的有脓疱疮、毛囊炎、传染性皮炎、足癬感染等。

一、脓疱疮：又称“黄水疮”。夏秋季节、儿童多見。在面部或手足部位，发生紅斑脓疱或水疱性皮疹，黄豆至指甲大小不一。由于瘙痒、抓破成糜烂結痂性片块。脓液传染，可在皮疹周围与其他部位散发，有时可融合成大片渗出糜烂与結痂性皮疹。局部淋巴腺肿大。

二、毛囊炎：是葡萄球菌对毛囊的損害。为紅色小丘疹，中央可有小脓疱，发生于鬓鬚、頸背、头皮与阴毛等部位。有剧烈瘙痒，病程較为慢性，反复发生。脓疱性粉刺也是毛囊炎的一种。

三、传染性皮炎：指有原发化脓性疾病，如中耳炎、鼻炎等，其脓液传播皮肤而引起皮炎者；或皮肤病继发感染，經搔抓，脓液传播其他部位而引起皮炎者，均称为传染性皮炎。以小孩的耳、面、頸部最易发生，呈紅斑、丘疹、渗出糜烂、結痂性片块。病程較长，經抗菌素等治疗大部分患处痊癒，但可留1～2处皮疹不癒，以后可反复加重。

四、足癬继发感染：足癬在夏秋季节比較严重，有剧烈瘙痒，搔抓后可引起继发感染。可发生脓疱、潰瘍、脓肿、丹毒、蜂窝組织炎、淋巴管炎或淋巴結炎等不同改变。由于紅肿、疼痛等而影响生产。有时足癬感染呈湿疹样改变，且可影响手部发生水疱性改变。

小儿蕁麻疹常继发脓疱疮，反复发生，有时可引起急性腎炎。

預防

一、注意隔离，以免交互感染。

二、避免自身传播，不要搔抓和洗滌，并积极治疗原发的皮肤病。

治疗

一、全身性或严重的局部感染，可采用抗菌素、磺胺类药物治疗。

二、脓液淋漓者，宜用0.01%高錳酸鉀或0.1%雷佛奴尔或新霉素液湿敷或洗滌。毛囊炎可外搽合柳酊。脓疱疮可外搽2%龙胆紫或抗菌素軟膏等。足癬继发感染呈湿疹改变者，可外用煤焦餾油泥膏。

三、頸背、头皮慢性毛囊炎可采用背部挑刺疗法，隔日一次，8次为一疗程。

方法：背部有紅点或毛囊炎时，可用三稜針挑刺損害处（以挤出血为度），每次挑10～15針。无皮疹时，可挑刺脊柱两旁两指处，相平于棘突上挑刺，由第七頸椎至腰椎为止。挑刺后，在每一刺点上挤出一点血。

四、中药：四圣散（成药）、复方陀栢散（見“湿疹”）或黛栢散（青黛、黄栢等量，加适量冰片），用植物油調匀外搽，对脓疱疮、传染性皮炎等均有一定疗效。

瘙　痒　症

瘙痒症是神經、精神性皮肤病，与过敏、代謝等有一定关系。主要表

現为瘙痒，經搔抓后可見抓痕、血痂、皮肤肥厚、色素沉着等改变。

诊断要点

一、瘙痒为主要症状，由于长期剧烈瘙痒，往往有失眠、煩躁不安等神經精神症状。

二、无原发皮疹，但可有搔抓后继发皮肤改变。

三、分限局性与全身性瘙痒症两类：

1.限局性可有阴囊、肛門、外阴或头皮瘙痒症等数种。有的与核黄素缺乏、蛲虫病、眞菌感染或脂溢有关。

2.全身性可由全身性疾病如糖尿病、黄疸（主要为阻塞性黄疸）、血液病、淋巴肉瘤等有关；有的与年龄有关，如老年性瘙痒症；有的与季节、食物、接触某些致过敏或刺激物品有关。

防治

一、尽量除去或治疗与疾病有关的可能原因，并避免搔抓。

二、酌情采用抗过敏治疗（見“蕁麻疹”）。

三、鎮靜药物、靜脉封閉疗法也可采用。

四、外用止痒、安撫之剂，如2％石炭酸炉甘石洗剂、石炭酸甘油酊剂。

外阴、肛門瘙痒可用蛇床子、地肤子、百部、苦参、白藓皮各一两　雄黄三錢。水煎薰洗，日二、三次。

蛲虫膏对由蛲虫引起的肛門瘙痒症有效。

神經性皮炎

神經性皮炎是常見瘙痒性皮肤病，先有瘙痒，搔抓后发生苔藓样肥厚的皮疹。精神刺激或情緒紧张常是該病的重要原因。

诊断要点

一、有剧烈瘙痒，可影响睡眠。

二、皮疹分限局型与多发型：

1.限局型皮疹多位于頸背、耳后，有1～2片边緣明显、肥厚苔藓化皮疹。

2.多发型皮疹散发于頸背、肘后、骶尾部与大腿內側等部位，有多片丘疹肥厚性皮疹，往往对称分布。

三、病程較长、易复发。

治疗

一、嘱病人少搔抓，可口服鎮靜剂等药物。

二、多发型与限局型神經性皮炎有加重时，均可采用抗过敏治疗（見“蕁麻疹”）。

三、局部外用药：

1.初起时采用可的松类軟膏（見“湿疹”），皮疹肥厚时，可的松类軟膏可配合其它疗法应用。

2.斑蝥酊——斑蝥2克、紫荆皮5克、樟脑3克、白干酒100毫升，浸泡一周，取过滤液外用。有的病人可因搽药后发生大水疱，应停止用药，等水疱干枯脱落后再酌情应用。

3.补骨脂酊。

4.复方陀栢散油調外用（見“湿疹”）。

5.小片可用胶布外貼，以避免搔抓。

四、中药蒸敷法：采用中药蒼朮、黄栢、防风、白蘚皮等量，用布袋封装成两袋（药量与布袋之大小視病損之大小而定），然后放在蒸籠內蒸热，将热袋放在皮損上热敷，冷却时換另一热袋，交替热敷1小时左右。每日或数日一次，直至痊癒。每付中药可应用5～7次。

五、梅花針局部强刺激，每日一次。

药物性皮炎

凡药物由口服或注射等途径进入体內而发生的皮肤病，均称为药物性皮炎，大都因过敏反应所致。容易发生反应的药物有磺胺类、青霉素、鏈霉素与苯巴比妥等。特别是后两者，可引起严重的药物性剝脫性皮炎，应謹慎应用。

诊断要点

一、突然发病，病前有用药史。

二、从用药至发生药物敏感，有一段潛伏期，一般为1～2周。一旦发生敏感后，即可出現药物性皮炎的症状。

三、常見药物性皮炎的类型：

1.蕁麻疹。

2.紅斑类皮疹：全身泛发麻疹样或猩紅热样紅斑。有时伴有发燒、淋巴結肿大等。

3.固定性紅斑：在口唇、外阴、四肢出現紫紅斑片、痒，其上可有水疱。每次犯病常在原来皮疹部位上发生。皮疹痊癒后，留有色素沉着。

4.剝脫性皮炎：为严重紅斑类皮疹，有肿胀、高燒，继之大片皮屑剝脫。可有肝脏損害、淋巴結肿大、白細胞总数增多等改变。可危及生命，应积极搶救。

四、一般皮疹在1～3周內停药自癒，剝脫性皮炎病程較长。

預防

1.曾有药物皮炎者，要把有关药物告訴病人，以后不宜再用該种药

物。医生用药时，也应詳問药物过敏史。

2.有药物皮炎症状时，应早期停用药物，以免皮炎进一步发展。

治疗

一、寻找过敏药物，尽量停止使用可疑药物。

二、抗过敏治疗（見“蕁麻疹”）。

三、多飲水，以利药物之排出。砷剂、汞剂类药物可用二巯基丙醇治疗。

四、中药治疗：泛发紅斑类药物性皮炎，可采用清热凉血解毒方剂治疗。生地、茅根、生石膏各一两　元参五錢　知母、杭芍、粳米各三錢　甘草二錢　升麻一錢。水煎服，每日一付。

疥　　疮

疥疮为疥虫传染的皮肤病。解放前該病广泛流行。解放后由于人民生活与卫生水平不断提高，該病已极为少見。

诊断要点

一、疥疮是紅斑丘疹和小水疱性皮疹，有剧烈癢痒，抓破后引起脓疱疮等继发感染。

二、好发于指縫、肘腕关节屈面与腋窝、腹股沟等皮肤較薄的部位。一般不侵及头面部。

三、往往家中或集体中有同样病人。

防治

一、隔离病人，衣被等用煮沸消毒，或洒5％滴滴涕乳剂或1％六六六粉剂。

二、有继发感染时，宜先治疗继发感染。

三、洗浴后，用2～5％滴滴替乳剂或1％六六六粉剂涂擦頸以下的皮肤，每12小时一次，一般数次即瘥。

四、涂5～10％硫磺軟膏。

手足皸裂

手足皸裂是冬季易犯的皮肤病。因受寒冷、摩擦等影响，足跟、掌蹠皮肤出汗，皮脂減少而形成干燥、粗厚、皸裂等改变。裂口严重时可有疼痛与出血。該病常併发于手、足癬。

防治

一、有手、足癬时应治疗。

二、避免冷冻、碱水洗滌与过分摩擦。冬季可外搽凡士林或油脂等。

三、皸裂部位疼痛时可贴胶布。肥厚干裂处外搽5％白降汞或柳酸軟膏，10％松香軟膏等。

四、内服魚肝油、烟酰胺，吃多脂肪食物。

五、中药可用养血潤燥、益气通阳之药，如十全大补丸、当归丸等。

寻常疣

寻常疣又称刺瘊，即乳头状瘤。好发于手掌足蹠，为刺状突起的小肿物，自米粒至黄豆大小不等。

治疗

一、腐蝕法：用鸡眼膏或高錳酸鉀粉末放瘊上，点上1～2滴水，或鵝胆子肉搗烂涂于瘊上，周围皮肤用胶布保护，其上再貼以胶布，2～3天后換一次药，2～3次可癒。每次換药时，宜用刀片剔去白腐的組织。其他方法如紫皮蒜打碎成泥，或等量純碱、生石灰加水均可用以腐蝕瘊块。

二、电烧手术割除，或溫水泡軟后用尖刀剔除瘊块（主要是蹠瘊）。

三、內服治瘊湯，使其自然脫落。

1.桃仁、紅花、熟地、归尾、杭芍、赤芍各三錢　川芎、白朮、山甲、首烏、甘草各二錢。水煎后臨服时加白干酒半两或一两冲服。共服6～8付。适于一般之病人。

2.磁石一两　生牡蠣、紫貝齿各八錢　夏枯草、当归、赤芍、山甲、广郁金、威灵仙各三錢。水煎服。共服1～2周。适于表現肝旺之病人。

鸡眼与胼胝

鸡眼、胼胝是掌蹠部角质过度肥厚的片块，发生于易摩擦的部位。鸡眼呈黃色角质圓錐状块，尖端向內、圓底在外，压之疼痛。胼胝是蹠部受压迫部呈弥漫角质肥厚片块。

防治

一、为了减少摩擦刺激，应穿合脚的鞋、糾正足骨畸形，或在鞋內垫上軟垫。

二、腐蝕法（見“寻常疣”）。

三、手术剔除。

銀屑病（牛皮癬）

銀屑病是慢性常見皮肤病。病因尚不明，少数病人发生于同一家族，可能与遺传有关。本病以皮疹具有厚銀白色鱗屑片块为其特征。多数病人

冬重夏輕。

诊断要点

一、一般无明显自觉症状。少数病人在急性进行期可有剧痒、煩躁不安、甚至发烧等。

二、初起为紅色小丘疹，其上有銀白色鱗屑，漸次扩大成圓形、橢圓形，或不規則的、大小不一的鱗屑片块，剝去鱗屑，有紅色或暗紅色蜡光状薄膜，刮去薄膜有針尖状小出血点。

三、皮疹多对称分布，可侵犯任何部位，但以头皮、四肢关节伸側及背部为常見。

四、皮疹数目可为1～2片，或滿布全身，甚至呈剝脫性皮炎改变。

五、可为慢性发病，也可突然在数天內泛发全身。

治疗

一、急性期可采用抗过敏治疗（見“蕁麻疹”）。

二、一般可采用白血宁治疗，每次0.25毫克，每日2～3次，直至皮疹消失。治疗期中，每周驗白細胞計数一次，凡白細胞总数低于4,000～5,000/立方毫米者，不宜继續应用。当病人出現口唇內潰瘍、齿齦粘膜紅肿疼痛，或銀屑病損害有紫紅、疼痛改变者，也应暫停药。一般服药2～4周，皮疹可完全消失。有的病人在停药1～2个月后复发，可断續用药控制。某些患者疗效不佳、有严重白細胞减少、上腹部疼痛、恶心等反应，或有严重头发脫落者，均不应再采用白血宁治疗。此外，有肝病者不宜使用本药。

三、营养疗法（如維生素B_{12}、維生素D_2、叶酸或維生素E等）与非特异疗法（見“蕁麻疹”）均可酌情应用。

四、外用药：

1.用10～20%煤紅膏外搽。有的病人在初用10%煤紅膏时有发紅、发痒的反应，可停药数天，等紅肿消退后再外搽。有反应的病人，其效果更好，直到10%煤紅膏外搽效果不明显时，可換用20%煤紅膏。

2.万分之一或二万分之一芥子气膏外搽。

3.各种可的松类軟膏，煤焦餾油与松焦餾油的軟膏，白降汞与柳酸的軟膏，驅虫豆素軟膏，椰子焦餾油药水（宝島癬药水）等均有一定疗效。多晒日光、多洗浴（特别是溫泉浴）等配合其他外用药也有一定作用。

五、中药治疗：应根据病情辨証，急性期多为湿热証；慢性者多为血燥証。

1.湿热証：土茯苓、生苡仁、生地、茅根、白蘚皮各一两　茵陈五錢。水煎服，每日一付。

2.血燥証：熟地、首烏、蜂房、白蘚皮各一两　当归五錢　赤芍三錢。水煎服，每日一付。

麻风与梅毒

在国民党反动統治时期，麻风与梅毒广泛流行，严重危害人民身体健康。解放后，我国社会制度的无比优越性已杜絕了梅毒的蔓延，由于大力开展传染病的防治工作，梅毒已基本上被消灭，麻风也得到有效的控制。

麻　风

麻风是麻风桿菌传染的疾病。潜伏期数月至数年不等。

诊断要点　临床上主要分为瘤型与类結核型。

一、瘤型：头面四肢皮肤出現麻木的淡紅色或正常皮色的結节肿块，眉毛脫落，可侵及鼻粘膜、眼結膜与角膜，內脏（如睾丸、肝脏）也可侵及。晚期病人伴有手足畸形、潰瘍、周围神經粗厚。有的病人可有发烧，皮疹急剧发展，叫麻风反应。在皮肤結节肿块中含有大量麻风桿菌，刮取其組织液涂片做抗酸染色，找到麻风杆菌，可立卽确定診断。这类病人传染性大，必須隔离。

二、类結核型：四肢皮肤有淡紅色、边緣明显、向四周扩大的麻木片块，躯干也可发生。有早期周围神經炎的表現，如耳大神經、尺神經及腓总神經可触及，呈粗硬結节状改变。手足可有早期神經营养性肌萎縮的鸡爪手、外伤性潰瘍等改变。多不侵及粘膜、內脏，传染性小，一般不必隔离。

三、其他表現在两型之間者，称为未定型。

防治

一、瘤型麻风应早期診断、早期隔离治疗。

二、在流行区內应大力宣传麻风防治的知識，正确对待，积极防治。婴儿普遍接种卡介苗，有助于对麻风传染的預防。

三、特效治疗：

1.氨苯砜50毫克，每日两次，长期服用，持續2～3年以上。

2.苯丙砜0.5～1克，每日三次，持續2～3年以上。

四、輔助治疗：如适当加强营养，正确对待慢性病，合理安排生活与劳动，及时治疗其他继发感染等均十分重要。

梅　毒

梅毒是由梅毒螺旋体感染所引起。一般由性交传染；胎传梅毒是由母亲血內梅毒螺旋体通过胎盘感染。

梅毒的病程分早期、晚期。从感染至三年內叫早期，第四年至二十年

以上叫晚期。胎传梅毒則以两岁为界，两岁內叫早期，两岁以上为晚期。无論早期或晚期均可出現梅毒損害的症状和体征，但也可无临床表現，即所謂“隐性梅毒”。

诊断要点

一、早期症状：

1.硬下疳：性交感染后 3 ～ 4 周时，局部出現豌豆大小暗紅色丘疹、潰破、不痛不痒，局部淋巴結肿大。約 4 ～ 6 周自癒。

2.早期梅毒疹：病人在感染后 2 个月左右时，有全身浅表淋巴腺肿大，有的病人在皮肤可出現大小不一的紅斑，不痛不痒，数周后可自然消失。但也可反复发生。同时可有关节痛等症状。

二、晚期損害：

1.皮肤胶样肿：可为多发性結节潰瘍或单个肿块潰瘍性損害，不痛，可在 1 ～ 2 年內自癒。

2.粘膜胶样肿：鼻中隔、硬腭、軟腭有結节潰瘍、穿孔等。

3.骨关节損害：出現骨炎、骨膜炎或肿瘤样損害。

4.眼部損害：可有虹膜睫状体炎、視网膜炎、視神經炎等。

5.心血管損害：常在感染后10～15年以后出現，可有梅毒性主动脉炎、主动脉瓣閉鎖不全与主动脉瘤等。

6.脑梅毒：可有脑膜炎、脑血管炎、痴呆症或脊髓痨。

三、胎传梅毒：

1.早期嬰儿可有声哑、老年样皮肤皺摺、鼻堵、口角放射状瘢痕，掌蹠臀部有暗紅色紅斑片块，骨骺炎、骨膜炎等。母亲有流产、早产史。胎盘变粗厚，重量大于正常的一倍以上。

2.晚期胎传梅毒可有实质性角膜炎，門齿呈瓶塞状、上粗下細，且下端有凹状缺口，还可有神經性耳聋、鼻中隔穿孔、脛骨呈佩刀背样的骨膜炎、骨炎等。

3.沒有临床症状者，叫隐性胎传梅毒。

四、梅毒血清試驗：有补体結合試驗及沉淀試驗。早期梅毒病人从感染后 1 ～ 2 个月就开始为阳性，阳性率漸达100%。晚期梅毒病人大部分为阳性，少数（約10%）可为阴性。晚期胎传梅毒（包括隐性）血清反应阳性率更为低一些。

經过青霉素适当治疗的病人，早期梅毒（包括隐性）往往轉变成血清阴性，但晚期梅毒（包括隐性）常不轉变为阴性。因此，不能凭血清是否轉为阴性来决定晚期梅毒病人的治疗效果。

治疗　簡单而有效的治疗方法为青霉素治疗。

一、早期梅毒（包括隐性）每天肌肉注射青霉素40万～60万单位，10～15天为一疗程，总量 600 万单位。一般一个疗程即可痊癒。如过一个月

后，血清反应仍为阳性者，可再用一疗程。

二、晚期梅毒（包括隐性）每天肌肉注射青霉素40万～60万单位，15～20天为一疗程，总量900万单位。如有严重心血管或脑梅毒者，可在一个月后再用一疗程。在晚期梅毒中，有心血管、肝脏、脑神經梅毒損害的病人，宜在青霉素治疗前做預备治疗 8 ～10周。方法为口服10%碘化鉀10毫升，每日三次，同时每周肌肉注射10%次水楊酸鉍油 1 ～ 2 毫升。

三、胎传梅毒的青霉素治疗，早期病人每疗程总量为200万～300万单位，晚期病人每疗程总量为600万～900万单位。

常見外科感染

感染是細菌或其它微生物对人体組织的損害。造成外科感染的細菌有多种，常見的有：

一、葡萄球菌：它的特点是：1.分布广泛，对干燥及热有較高的抵抗能力，常寄居于人体的皮肤、粘膜、毛囊、汗腺、皮脂腺等处。因此，引起的疾病有毛囊炎、疖、痈、蜂窝組织炎、骨髓炎、敗血症等多种；2.形成浓稠的、浅黄色的脓液；3.由于大量应用抗菌素以来，多数的葡萄球菌产生了抗药性，尤其对青霉素更为突出，因此，合理使用抗菌素（不滥用），是治疗外科感染的重要环节。

二、鏈球菌：分布也很广，但不如葡萄球菌普遍。多寄居于口腔、鼻腔、咽喉、腸道及阴道等处。为丹毒、腹膜炎、泌尿系感染的重要致病菌。

三、肺炎球菌：多寄居在呼吸道。可引起原发性胸膜炎、脓胸等。

四、大腸桿菌：寄居在腸道中。为急腹症、泌尿系感染的主要細菌，也可引起敗血症。

其它細菌，如破伤风桿菌、伤寒桿菌、綠脓桿菌等較为少見。

細菌侵入人体以后，輕者引起局部的症状，即紅、肿、热、痛和功能障碍，重者引起全身症状，如发烧、寒战、头痛，以致于黃疸、休克等。这些症状的出現，一方面取决于細菌的毒力强弱，另一方面取决于机体的抵抗能力。伟大的領袖毛主席教导說：**“唯物辯证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”**因此，加强鍛炼，增强体质是抵抗細菌感染的主要因素。

本章所介紹的是外科比較常見的一些感染。

癤与癰病

疖是皮肤毛囊或皮脂腺的急性化脓性炎症。一般多发生于夏季。任何部位都可发生，而以头面、背及腋下多見。若发生于口唇周围者，因該部

血管丰富，其靜脉与顱內血管相通，故有造成顱內感染之可能。

疖病是很多个疖散布于全身各处，并有此起彼伏的情况。一般与全身因素有关，如机体抵抗力降低、糖尿病、貧血及营养不良等。

诊断要点

一、疖肿开始为紅、肿、疼痛的小硬結，继續发展可化脓溃破。

二、疖病除有疖肿的局部症状外，尙可有发烧等全身症状。

预防　增强体质和保持皮肤清洁。

治疗

一、局部治疗：早期采用局部热敷，或外敷中药芙蓉膏、黃連膏。已溃破者应拔除脓栓后，予以換药。形成脓肿时，可以切开排脓。口唇周围的疖肿，严禁挤压，以防感染扩散。

二、全身治疗：有全身症状及生长在面部的疖肿，应給磺胺、抗菌素或中药治疗。

黃連解毒湯：黃連、黃芩、黃栢、梔子各三錢。水煎服。每日一付。严重者可加銀花一两，或蒲公英一两。本方也可用于疖病。

代茶剂：銀花五錢　野菊花、生甘草各三錢。煎湯后用以代茶飲用。

合併糖尿病之疖病，应同时按糖尿病原則处理。

痈

痈是一种多头的疖肿。多发生在頸后及背部。病势进展快，应积极治疗。

诊断要点

一、初起皮肤紅肿区有許多小脓头，中央溃烂，不易脫落。

二、常併有高烧、寒战等全身症状。

三、因本病好发于糖尿病患者，故应詳細检查。

预防　同疖。

治疗

一、全身治疗：青霉素每日40万～80万单位，或金霉素、土霉素，也可用中药治疗。

消痈湯：銀花一两　山甲、皂刺、陈皮、当归、赤芍各三錢　沒药、甘草各二錢。水煎服。每日一付。

二、局部治疗：早期用高滲硫酸鎂溶液或高滲盐水湿敷，或用黃連膏、鵝倍散外敷。有脓栓及坏死組织时，应尽量除掉。若伤口清洁可用油敷料，或生肌象皮膏換药。脓肿形成后行“十”字或“廿”字形切开，并打开脓腔間隔及清除坏死組织。

三、合併糖尿病者，应同时按糖尿病原則处理。

丹毒与蜂窝組织炎

丹毒是一种感染力很强的細菌所造成的皮肤或粘膜的网状淋巴管感染。蜂窝組织炎是化脓菌引起的皮下組织急性炎症。

诊断要点 临床上局部都表現有紅、肿、热、痛，并伴有发烧，附近淋巴結肿大、压痛等。两者的鉴别如下：

病名 / 鉴别点	丹毒	蜂窝組織炎
侵犯組織	皮肤或粘膜內网状淋巴管	皮下組織
好发部位	面部、小腿	四肢及頸部
紅	鮮紅，中間較淡，边緣清楚	暗紅，中間明显，周围較淡，边緣不清楚
肿	輕度，边緣高于正常皮肤	重度，中間显著，周围較輕
痛	烧灼样胀痛	持續性疼痛
化脓	少	常有
复发史	常有	无

新生儿皮下坏疽是一种特殊的蜂窝組织炎，起病急，来势猛，发展快，病情危重。除局部皮肤坏死外，全身症状亦重，易併发敗血症。

预防

一、注意皮肤的損伤，有小伤或感染病灶时，应及时处理。

二、婴儿排尿、排便后应勤換尿布。

三、丹毒患者不宜与有伤口的病人接触。医务人員接触丹毒病人后，未經消毒和洗手前不应換药或接生。

治疗

一、全身治疗：与痈的治疗相同。面部丹毒可用中药普济消毒飲（方見“流行性腮腺炎”）。

二、局部治疗：局部热敷，抬高患肢，減少活动。蜂窝組织炎有脓肿形成时，应切开引流。新生儿皮下坏疽应早期行多数小切口引流。

急性淋巴管炎

急性淋巴管炎是化脓菌从破裂的皮肤或粘膜侵入人体后引起淋巴管的

急性炎症。

诊断要点

一、局部症状：

1.网状淋巴管炎：輕者仅在伤口周围出現紅暈，重者可呈水肿。丹毒也属于这种淋巴管炎。

2.管状淋巴管炎：感染若侵犯較大的淋巴管，在原发病灶的近端可出現一条紅綫，有紅肿及压痛，常合併急性淋巴結炎。

二、全身症状：可有发烧、寒战、头痛等。重者可引起敗血症。

治疗

一、应积极治疗原发病灶。

二、局部热敷，抬高患肢，并給予抗菌药物或中药（可参閱“痈”的全身治疗）。

急性淋巴結炎

急性淋巴結炎为細菌沿淋巴管进入淋巴結而引起的急性炎症。常見于頸、腋、腹股沟部的淋巴結。

诊断要点

一、該淋巴結所属区域多可找到原发病灶。

二、局部淋巴結肿大、压痛，可发展为脓肿。

三、全身症状可有发烧、寒战、头痛、无力。重者可引起敗血症。

治疗

一、积极治疗原发病灶。

二、局部热敷，并給予抗菌药物或中药（可参閱“痈”的全身治疗）。

三、脓肿形成后应切开引流。

急性乳腺炎

急性乳腺炎（即乳痈）俗称奶疮，是化脓菌进入乳腺引起的急性炎症。多发生于产后一、二个月的哺乳妇女，初产妇尤为多見。

诊断要点

一、早期为瘀奶現象，即乳房胀痛、奶少。继之局部紅硬、压痛，同側腋下淋巴結肿大，并可有发烧、寒战。

二、炎症继續发展可形成脓肿（图 8—36）。如脓肿表浅，則紅肿波动明显。脓肿較深，則需穿刺抽脓，以确定診断。

预防

一、妊娠后期及哺乳期，必須保持乳头清洁，乳头凹陷者应設法拉出。

二、避免乳头受伤，有乳头皲裂者，可涂以油类軟膏。

三、乳房不宜过胀，若婴儿不能吸尽时，应用吸奶器或較大儿童帮助尽量吸尽。还要防止挤压乳房，若发生瘀奶时，可輕輕按摩，排出瘀奶。

治疗

一、炎症严重时，应停止哺乳，但乳汁应設法排空。必要时考虑药物回奶，如己烯雌酚5毫克，每日三次，連服三天；或用炒麦芽二两，水煎服，連用三天；或取元明粉二两，放布袋內，湿敷。

二、局部治疗：

1.按摩疗法：适于早期病人。方法：在乳头部先涂少許甘油，以便滑潤。用右手五指由乳腺四周向乳头部輕柔按摩，不要用力挤压。按摩时，要将乳头部凝固的乳汁挤出，以利通暢。

2.外敷药物：可用湿热敷，或用50%硫酸鎂湿敷。中药簡易方可选用：

（1）生側柏一两　蜂蜜二两。共搗如泥，貼患处，每日換两次。

（2）新鮮大葱半斤。洗淨搗烂，外貼患处，每日两次。也可加入蜂蜜四两，共搗如泥。

（3）仙人掌搗烂外敷。



图8—36　乳腺脓肿

1.2.3.浅表脓肿　4.深部脓肿

3.形成脓肿时，应切开引流。切口应与乳头呈放射方向。較深之乳腺后脓肿，可在乳房下做弧形切口（图8—37）。切开后尽量排尽脓液，放入油类紗布引流。若以中药捻換药，可采用小切口即洞式切口。

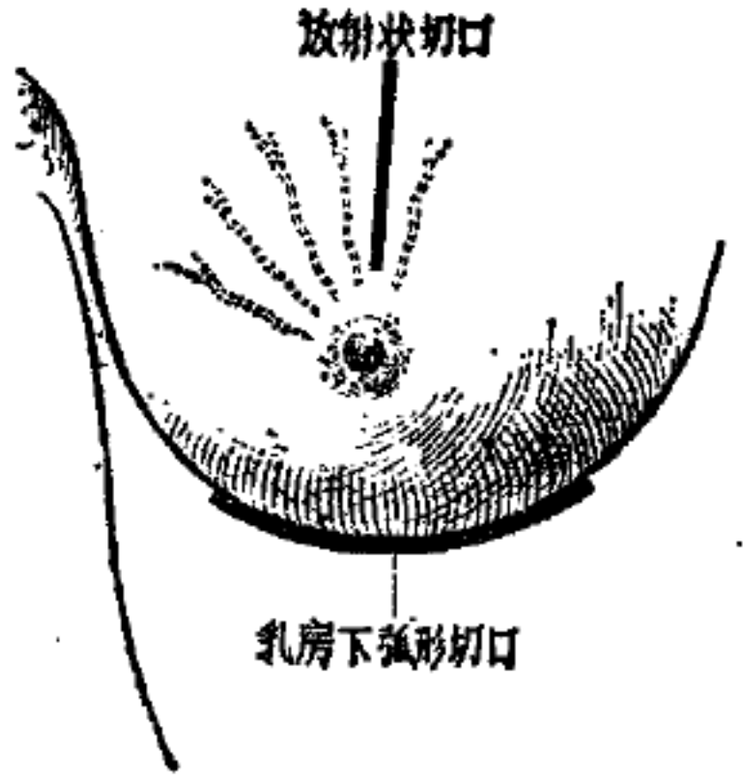


图8—37　乳腺脓肿之切口

三、中药治疗：效果較好。以清热解毒之法。

乳痈湯：銀花、公英、桔叶各一两　漏芦、当归各三錢　沒药、生甘草各二錢。水煎服。每日一付。

加減：初期有发烧寒战者加荆芥穗三錢　薄荷一錢；乳汁不通者加山甲、

王不留行各三錢　瑯瑯通七个；破潰者加黃芪五錢　白芷三錢。

四、新針治疗：

1.〔主穴〕膻中、合谷。〔备穴〕外关、后谿。

2.〔主穴〕肩井、后谿。〔备穴〕乳根、內关。針法：肩井用2寸針向肩峰沿皮刺，乳根也沿皮刺。

五、抗菌药物：局部症状明显，或出現全身症状者，可肌肉注射青霉素40万～80万单位，或口服土霉素、四环素等。

手部急性化膿性感染

常見的手部急性化脓性感染有甲沟炎、化脓性指头炎和手掌間隙感染。如处理不当或不及时，既延誤病情，又影响劳动生产。

诊断要点

一、甲沟炎：是指甲周围軟組织的化脓性炎症。表現为甲旁紅肿、压痛，也可蔓延到甲下，形成甲下脓肿。

二、化脓性指头炎：是手指头皮下的化脓性炎症。表現为剧烈的跳痛，影响睡眠，指端肿胀及发紅。

三、手掌間隙感染：

1.掌中間隙感染：掌中間隙位于手掌的中央，但略偏尺側(图8—38)。当中指或无名指的腱鞘发生感染时，如不及时处理，脓液可破入掌中間隙。

掌中間隙感染时，手掌失去凹陷形状，局部明显压痛及肿胀，以手背側更为明显。

2.魚际間隙感染：魚际間隙位于手掌的桡側（图 8—38）。主要是由

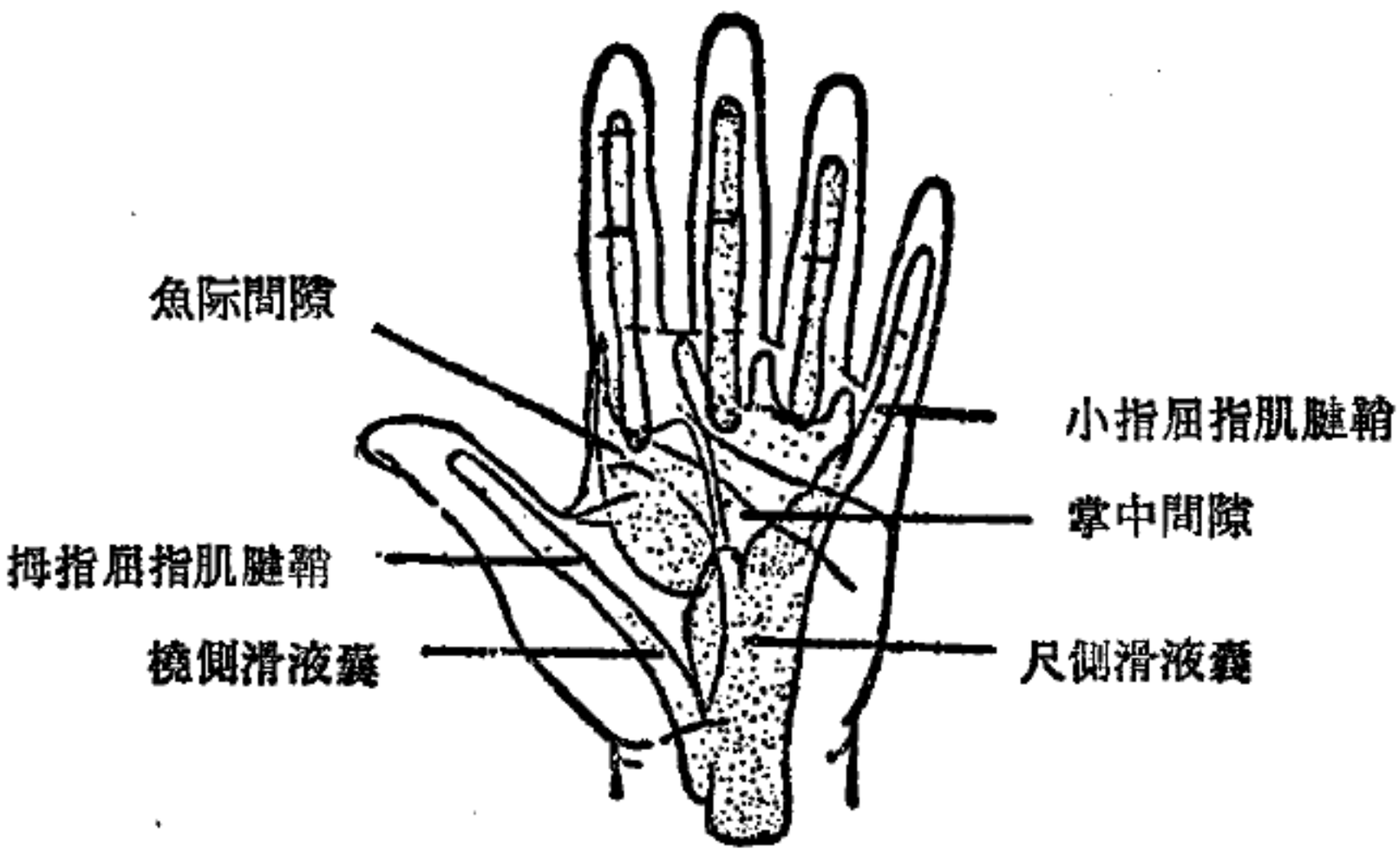


图 8—38　手掌間隙

于食指屈指肌腱鞘的感染而来。

鱼际間隙感染时，拇指蹼肿胀和拇指被推离手掌，拇指的远端关节呈半屈曲状。

预防　尽量避免手部外伤及重視輕微手外伤的治疗。

治疗

一、早期未化脓时，可局部热敷、抬高患肢及外敷芙蓉膏、魚石脂油膏等。内服磺胺或抗菌素。

二、脓肿形成后，应早期切开引流。对化脓性指头炎，应在末节手指两側分别做纵行切口，必要时行貫穿引流（图8—39）。

三、若为甲下脓肿，可做拔甲。

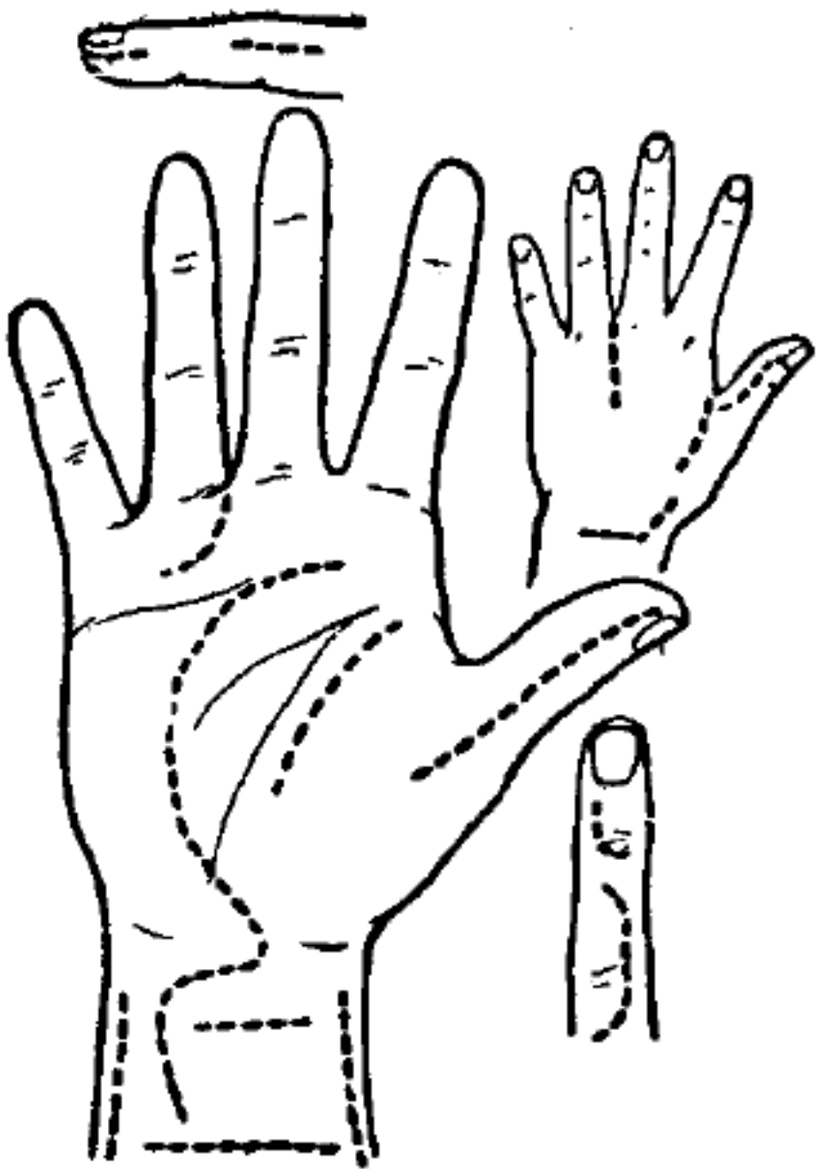


图8—39　手部感染的切口

全身性化膿性感染

毒血症：因細菌所产生的毒素进入血循环而造成的全身性中毒症状，称为毒血症。

敗血症：細菌由局部感染病灶侵入血循环而产生的全身性感染症状，称为敗血症。常見的致病菌为金黃色葡萄球菌、大腸桿菌和綠脓桿菌等，可經皮肤、粘膜組织的創伤或局部感染病灶如疖、痈、丹毒、蜂窝組织炎和烧伤創面等侵入人体。此外也可由胆道、泌尿道或因手术后感染而侵入。

脓毒敗血症：化脓性細菌侵入血循环，并在身体各部造成多发性脓肿。常見的致病菌为葡萄球菌，其次为鏈球菌。

诊断要点

一、毒血症：体溫升高，脉搏、呼吸加快，舌质紅，苔黃腻或黃糙，口渴，食慾不振，尿短赤，大便秘結，白細胞总数增多。重者可出現譫妄、中毒性心肌炎、中毒性休克等。

二、敗血症：起病急，表現为高烧、寒战及毒血症症状，皮肤、粘膜和結膜可有出血点，有时出現黃疸、貧血，肝、脾肿大，腎肿胀、出血，心內膜炎或心包炎等。重者出現昏迷、脉細数、腹胀、腸鳴音減弱、尿少或尿閉及血压下降等中毒性休克表現。白細胞总数可达2万/立方毫米以上，中性白細胞百分比达90%以上。血培养可找到細菌。

三、脓毒敗血症：出現敗血症症状及轉移性脓肿。脓肿可在身体各部发生，如肝、腎、肺、脑、骨、关节等部位。

预防 及时正确地处理創伤和炎症病变；头面部疖肿禁忌挤压；增强病人抵抗力和正确使用抗菌药物；积极治疗呼吸道、胆道、泌尿道感染等。

治疗

一、一般治疗：臥床休息；給予富于营养的流质或半流质飲食；每日靜脉輸入3,000～4,000毫升葡萄糖溶液及生理盐水；必要时考虑少量多次輸新鮮血。

二、抗菌药物治疗：选择药物应依細菌的种类及其对药物的敏感度而定。各种抗菌素的剂量应較一般用量稍大，必要时可采用两种以上的药物。遇病情严重而致病菌未能确定时，可采用較大剂量的联合治疗，如青霉素每日120万～240万单位和鏈霉素每日 2 克合用；或金霉素（或其他广譜抗菌素）每日2～3克和青霉素或鏈霉素合用，待病原菌确定后再改用适当的抗菌素。

三、中药治疗：敗血症多表現为热入营血，故治以清营解毒之法。

黄連解毒湯：方見“疖与疖病”。犀角地黄湯：广角三錢　生地、丹皮各五錢　杭白芍三錢。水煎服，每日一付。

根据病情的不同，以上述两方为基础，随症加减。

高热者加銀花一两　連翹、生石膏各五錢；毒血症状明显者加大青叶、玄参、公英各四錢；　恶心呕吐者加代赭石一两　半夏三錢；　培补气血加党参、黄芪、当归各三錢；　健脾开胃加陈皮三錢　薏仁二錢。

中药成药如牛黄清心丸、紫雪散也可配合使用。

四、特殊治疗：

1.激素：对重症或中毒性休克病人可用氢化可的松，每日100～300毫克，加入5～10％葡萄糖500毫升作靜脉滴入；或用醋酸氢化可的松，每日50毫克，分两次肌肉注射。应用激素时，需配合大量抗菌药物。

2.冬眠药物：适于高烧或煩躁不安者。常用的有氯丙嗪、异丙嗪及杜冷丁的混合液。对休克病人不宜使用。

五、局部治疗：

1.积极寻找和处理原发病灶。

2.形成轉移性脓肿时，应穿刺或切开排脓。

破　伤　风

破伤风是因外伤或产后使破伤风桿菌自伤口侵入人体而引起的急性感染。破伤风桿菌存在于动物和人类的粪便，以及泥土、灰尘中。

诊断要点

一、常在伤后 7 天左右发病。发病越早，病情越重。

二、以陣发性、强直性肌肉痙攣为主要特点：

1.早期先有张口不便，而后牙关紧閉，不能进食。
2.面肌痙攣，表情如“苦笑”。
3.頸背部肌肉痙攣，呈弓状僵直，称为“角弓反张”。
4.任何輕微刺激，如声音、光綫或检查病人，均能引起痙攣发作。
5.痙攣发作时有青紫，渾身大汗，但神志清楚。

预防

一、坚决貫彻伟大領袖毛主席“**备战、备荒、为人民**”的战略方針，結合战备工作，有組织、有計划地对战士、民兵及青壮年人預防接种破伤风类毒素。

二、受伤后应立即肌肉注射破伤风抗毒素 1,500 国际单位。被粪土污染的深伤口都要进行彻底扩創。

三、推广新法接生。

治疗

一、一般处理：

1.对可疑破伤风的病人需积极处理并密切观察。一旦确診为破伤风应立即組织人力物力，积极搶救。

2.病人要隔离，避免外界的噪音、亮光等刺激。病人的用具及排泄物需单独处理。維持病人营养和預防併发症是搶救工作中的重要环节。不能进食者可鼻飼或靜脉輸液。注意保持口腔卫生及呼吸道通暢，以防止肺炎的发生，必要时可行气管切开术。痙攣发作时应注意保护病人，以免摔伤。

二、中药治疗：治以清热解毒、鎮肝熄风为主。常用方剂有：

玉眞散：蝉蜕、天麻、天南星、白附子、白芷、防风、 羌活各三錢。水煎服，每日一付。适于破伤风早期，有解毒解痙作用。

追风散：蝉蜕、天麻、天南星、全蝎、僵蚕 各三錢。水煎服，每日一付。适于破伤风中期，解痙作用較强。

三、針灸治疗：同样有較好的作用，应配合药物治疗。穴位：頰車、下关、足三里、三阴交、合谷、內关等。喉痙攣可刺少商放血。均用重刺手法，留針2～3小时，也可长达24小时以上。

四、火罐疗法：拔腎俞、膝眼、膏肓、脊中，可輔助治疗。

五、血清治疗：一般为靜脉注射抗毒血清 2 万～10万国际单位及肌肉注射 1 万～ 2 万国际单位，以后每天肌肉注射 1 万～ 2 万国际单位，連續 3 ～ 5 天。

六、鎮靜解痙：可选用下列一种，或交替使用。

1.苯巴比妥鈉（或异戊巴比妥鈉）：每次肌肉注射0.1～0.2克。

2.10%水合氯醛：口服每次20～30毫升；灌腸每次30～60毫升。必要时四小时一次。

3.氯丙嗪、异丙嗪：每次均为25毫克，肌肉注 射 或 加 入 5 %葡萄糖

内，靜脉滴注。

4.普魯卡因腰封或靜脉封閉也有良好效果。（見“封閉疗法”）。

七、抗菌素：每日肌肉注射青霉素40万单位及鏈霉素1克。有肺炎时，可加大青霉素剂量，或改用四环素靜脉滴入。

八、局部处理：若伤口未癒，应进行彻底扩創，但勿縫合伤口，以3％过氧化氢或1:5,000高錳酸鉀湿敷。

气性坏疽

气性坏疽是伤口内受到气性坏疽杆菌的感染而引起的。多見于比較严重的开放性創伤，尤其是有泥土或粪便污染的伤口或开放性骨折。病菌侵入伤口后如环境有利于生长（如創伤較深，組织的血液循环受到阻碍），就能引起本病。細菌繁殖时能够产生大量的气体是气性坏疽的特点。

诊断要点 細菌侵入后2～4天就可有症状出現。起病急，突然发烧，可达40°C，脉快、全身无力等。伤口周围剧烈疼痛，按压时有淡棕色、稀薄、混浊分泌物溢出，伴有气泡和恶臭，边緣皮肤呈黃棕色，用手按摩时可感到一种特殊的声音，象捻搓头发一样。白細胞計数可高达15,000～20,000/立方毫米。

预防 大而深的伤口要求彻底的清洗，除去一切异物和坏死組织，污染較重的伤口不要縫合。青霉素注射对杀菌有效。必要时注射气性坏疽抗毒血清。

治疗

一、一旦发病后可手术扩大伤口，再次去除坏死組织，敞开伤口，并用双氧水、高錳酸鉀冲洗或填塞。

二、大量青霉素和磺胺药物能抑制細菌生长，在治疗上有一定作用。

三、注射气性坏疽抗毒血清。

四、中药治疗：可在上述治疗基础上加用消痈湯（方見“痈”）。

五、若經上述綜合治疗病情不見好轉，肢体感染继續蔓延，并危及生命者，为保全生命可考虑截肢。

骨关节疾病

腰背痛

腰背痛是一种症状，可由很多疾病引起，一般分两类：

一、非脊柱病腰背痛：如女性生殖器官疾病、腎脏疾病和脊髓病变等，均可引起腰背痛。

二、脊柱病腰背痛：

1.非外伤性：如脊柱結核、肿瘤、先天性畸形、增生性关节炎等。

2.外伤性：常見的有急性腰扭伤、慢性腰劳損、脊柱椎間盘突出等。

遇到腰背痛的病人时，要經过仔細检查，得出明确診断，治疗上才能收效。

現介紹常見的脊柱病腰背痛于下：

急性腰扭伤

急性腰扭伤多数在体力活动，尤其是重体力劳动中用力不当而发生。在日常生活中，由于弯腰或轉身不慎也可引起。常見的損伤部位是两側腰肌，其他还可发生在棘間韌带、棘上韌带等。

诊断要点

一、明显外伤史。

二、腰背发硬，一側或两側腰肌紧张，检查时更明显。

三、压痛显著，如腰肌扭伤，压痛点在一側或两側腰肌；如系棘上或棘間韌带損伤，压痛点位脊柱正中棘上或两棘突之間。

四、腰部运动受限，重者行走不便。

治疗

一、按摩疗法：

1.患者俯臥，术者以两手掌根自上而下旋轉按揉两側背伸肌2～3次。

2.两拇指自上而下由两側背伸肌外緣輕輕向內推挤揉按該肌2～3次。

3.两手卡患者腰部，虎口平齐两側髂骨嵴上緣，两拇指置于骶棘肌外緣，同时用力向中綫横行挤压該肌（图 8—40），当拇指推挤到骶棘肌肌腹中部时（相当腎俞穴），两拇指轉向內下用力按压一分钟，然后再用力向上挤压、向外分开。

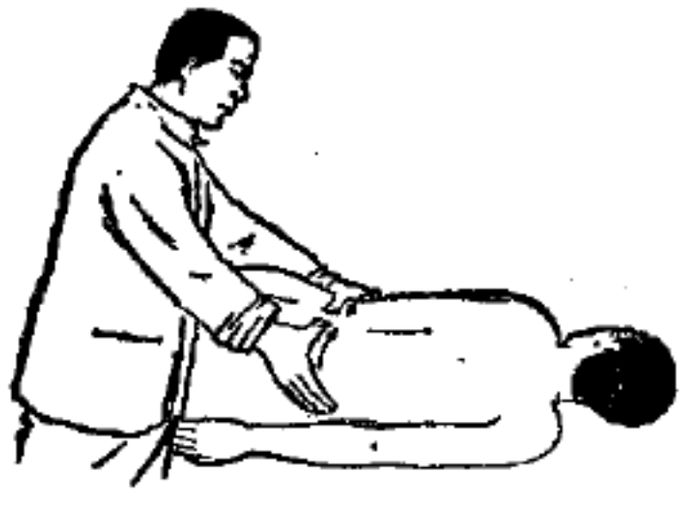


图 8—40　挤压骶棘肌

4.两拇指向下移至腰$_5$～骶$_1$处（相当气海俞穴），再用力向下按压一分钟。

5.重复 1、2 手法。

6.伴有下肢串痛，点按环跳、承扶、殷門、委中、承山等穴。

二、新針治疗：局部取阿是穴，其他可取腎俞、委中、崑崙、后谿等。每日針刺一次或隔日一次。

三、封閉疗法：以 1～2%普魯卡因15～20毫升作痛区封閉，可暫时减輕疼痛，必要时 1～2 天后重复一次。

四、局部热敷或用拔火罐疗法。

五、口服跌打丸、七厘散，或各种止痛药。

慢性腰背痛

慢性腰背痛最为常見，发生的原因很多，一些非外伤性的脊柱病变，如腰骶部先天性畸形、脊柱增生性关节炎，都可造成慢性腰背痛。属于外伤性的原因是由于腰背部急性扭伤或多次扭伤沒有得到充分的治疗，或因长期劳累，引起腰背部肌肉、韧带組织积累性劳損，最后可致慢性腰劳損，临床表現为慢性腰背痛。其他一些因素，如受凉、受潮，或腰背部肌肉、韧带耐力差等，也可引起症状发作。

诊断要点

一、以往有腰扭伤史或过度劳累等病史。

二、病人主訴腰背部酸痛，时輕时重，反复发作，病史往往很长。

三、腰背部压痛范围較广泛，压痛点可不固定，痛的程度輕重不一。

四、弯腰活动可以受限。

治疗

一、新針治疗：〔主穴〕腎俞、殷門、后谿。〔备穴〕承山、崑崙。先針后谿，針感传导到肘部或肩背部，此时令病人作弯腰活动，如腰痛好轉，将針退出。效果不佳时，可再用其他主、备穴。

二、水針疗法及电兴奋疗法：見“新医疗法”。

三、封閉疗法：以氢化可的松（乳白色悬液）0.5～1毫升加1～2%普魯卡因10～15毫升作痛区封閉，每周两次，可注射一个月。

四、局部热敷：可用热水袋，也可用大盐粒、麸子或砂子炒热后装入口袋，热敷患处，每日数次。

五、外貼追风膏、狗皮膏等及內服活絡丹、舒筋丹等。

六、腰部摄片有增生性关节炎时，治疗方法同上。若有先天性异常（如隐性腰骶裂、腰椎骶化、骶椎腰化等），劳动时可加用腰硬保护。

腰椎間盘突出症

腰椎間盘突出症，是由于腰部之椎間盘紆維环发生破裂后所引起的一种常見病，临床上多因压迫神經根而造成腰痛和坐骨神經痛。扭伤是最主要的原因。

诊断要点

一、病人主觉下腰痛和下肢放射性神經痛，一般向一側下肢放射，自臀部向后下直到足心，閃电样感。

二、正常腰椎前凸消失，腰部发板。腰椎輕度側弯，凸向患側。腰后伸活动受限。

三、腰椎棘突旁有明显压痛点，位一側，指示腰椎間盘突出的部位，絕大部分在腰椎$_{4\sim5}$間隙或腰$_5$～骶$_1$間隙，按压痛点时伴有患側下肢放射痛。

四、患侧下肢出現麻木区，多数限于小腿外侧、足背及足踇。病程較长者可出現肌肉萎縮。

五、直腿抬高試驗阳性（患者仰臥，两腿伸直，当抬举患腿时腰及腿疼痛加剧），同时用手使足背过伸，患者感到下肢放射性疼痛加重。

六、膝腱或跟腱反射异常。

七、蹯趾背伸力減弱。

治疗

一、非手术治疗：

1.对初次发作或症状較輕的患者，可采用睡硬板床絕对休息的办法，一般 3 ～ 4 周后症状可望減輕，然后在腰硬保护下起床活动。

2.按摩疗法：对症状剧烈者，按摩后再絕对臥床休息 3 ～ 6 周；症状較輕的可以边工作边治疗。按摩手法如下：

（1）揉背：患者俯臥，头側轉，放松肌肉。术者用掌心順次按揉两側背伸肌，反复 2 ～ 3 次（图 8—41）。

（2）封腰：术者用两手在病人腰眼处进行拿揉（图 8—42）。

（3）牵抖：患者俯臥床上，双手拉着床头，术者紧握两側踝上部，用力牵拉下肢，进行抖动（图 8—43）。

（4）斜扳：患者側臥，术者站其背側，一手扶其髂骨嵴部，另手拉住其肩部，两手相反方向用力稳脆斜扳（图 8—44）。



图 8—41　揉背



图 8—42　封腰

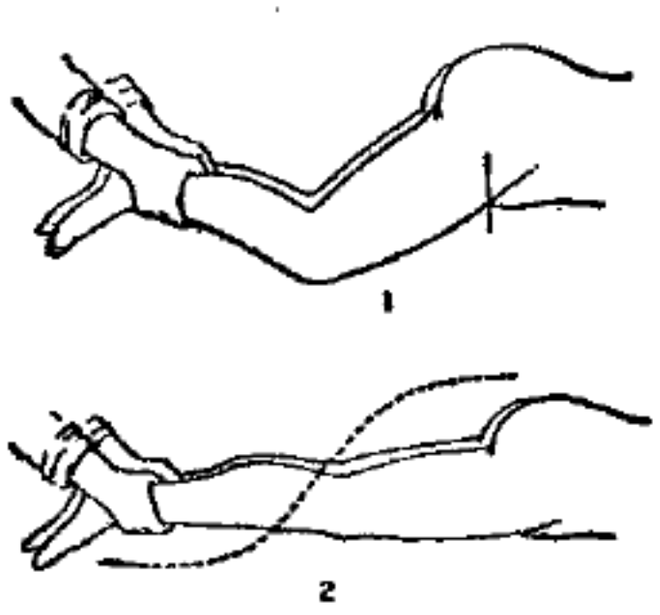


图 8—43　牵抖

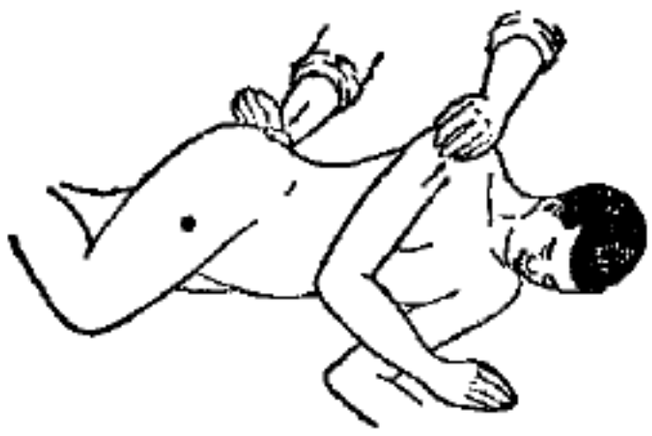


图 8—44　斜扳

（5）压牵：患者仰臥，两手紧握两側床緣，将双膝强度屈曲，接近腹壁，术者用力压按患者双膝，然后以双手握两踝用力向下稳稳伸拉（图8—45）。



图8—45　压牵

3.新針治疗：〔主穴〕环跳、阳陵泉。〔备穴〕白环俞、股門、絕骨、昆仑。針法：先針环跳，大弧度捻轉提插，針感应传导至足趾；阳陵泉透阴陵泉，針感传导至足部，效果較好。

4.口服維生素B$_1$10毫克，每日三次。肌肉注射維生素B$_1$100毫克，每日一次。疼痛明显时还可口服各种止痛药物。

二、手术治疗：对上述疗法疗效不显并反复发作的病人，可以考虑手术治疗，摘除病变的間盘組织，以解除对神經根的压迫。

四肢关节扭伤

下肢关节扭伤比上肢多見，下肢扭伤中以踝、膝关节最为常見。

踝关节扭伤多由于行走在不平的路上，常常是踝部內翻扭伤，造成外踝下方肿胀和压痛，当內翻活动时痛加重。膝关节扭伤后可造成膝內側副韧带的損伤，局部肿胀和压痛，在膝外側加压推挤时，膝內側局部疼痛加剧。

治疗

一、按摩疗法（踝关节扭伤）：

1.患者仰臥，由下而上順序点按患肢太溪、解谿、三里、风市、冲門等穴（解溪：足背与小腿交界，横紋中凹陷处。冲門：平耻骨联合上緣，腹中綫旁开三寸半）。

2.以一手拇、食指夹持踝关节間隙，另手握患側足趾，在牵引下将患足左右摇摆，內翻与外翻1～2次（图8—46）。

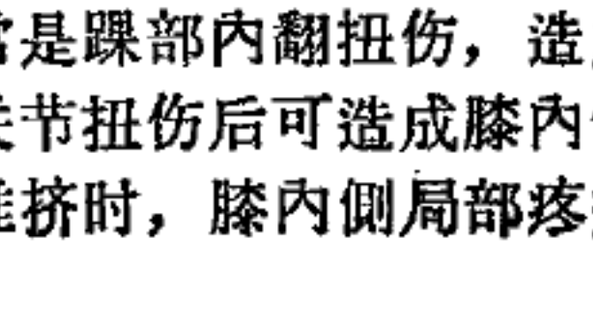


图8—46　患足左右摇摆

3.两手仍在原位，牵引并背伸、蹠屈踝关节，背伸时夹持于关节間隙的拇、食两指向下推，蹠屈时向上提，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，捋筋按揉。

5.以手掌大魚际肌按揉关节肿胀部。

二、局部外貼伤科膏：踝关节內翻扭伤时，外踝处韌带受到不同程度的撕裂伤，应使踝外翻位，膏药貼在外踝处。膝关节內側副韌带損伤时，也可在局部外敷伤科膏。

三、封閉疗法：疼痛部位以1～2%普魯卡因2～5毫升作局部封閉，可暫时解除疼痛。

四、新針治疗：在健側肢体取与患側痛点相应的部位針刺，得針感后活动患側肢体，至疼痛消失或減輕为止。

五、外用洗药：以艾叶、秦艽、桑枝、赤芍、防风、透骨草六味药各二錢半，放入盆內加水煮沸，然后熏洗患处，一剂可用三天。

六、口服跌打丸、七厘散或各种止痛药。

肩关节周围炎

又名冻結肩或肩凝症，絕大部分見于老年人，慢性起病。肩关节脫臼或肩部骨折后固定时間过长也可致本病。

诊断要点

一、肩及臂部疼痛，夜間加重。

二、肩部活动受限，以外展、后伸及上举受限最明显。穿衣、梳头等活动均感困难。

三、病期长者肩部肌肉可显萎縮。

治疗

一、按摩疗法：

1.术者一手持患臂，另手順序点按下列穴位：合谷、天鼎、缺盆、中府、肩井、天宗（天鼎：平喉結下緣，与胸鎖乳突肌后緣相交处。缺盆：鎖骨上窝中点取穴。中府：第一肋間隙外側，胸骨中綫旁开六寸处。肩井：肩髃与大椎連綫中点取穴。天宗：肩胛岡下窝的中央取穴）。

2.术者以一側前臂在患臂外側，从其腋下穿过，手搭于其肩，扶托患臂（如患者为右肩，术者用右臂，反之用左臂）。另手也扶肩，两手交叉抱于肩上，旋轉揉动并上举患肩，范围由小漸大（图8—47）。

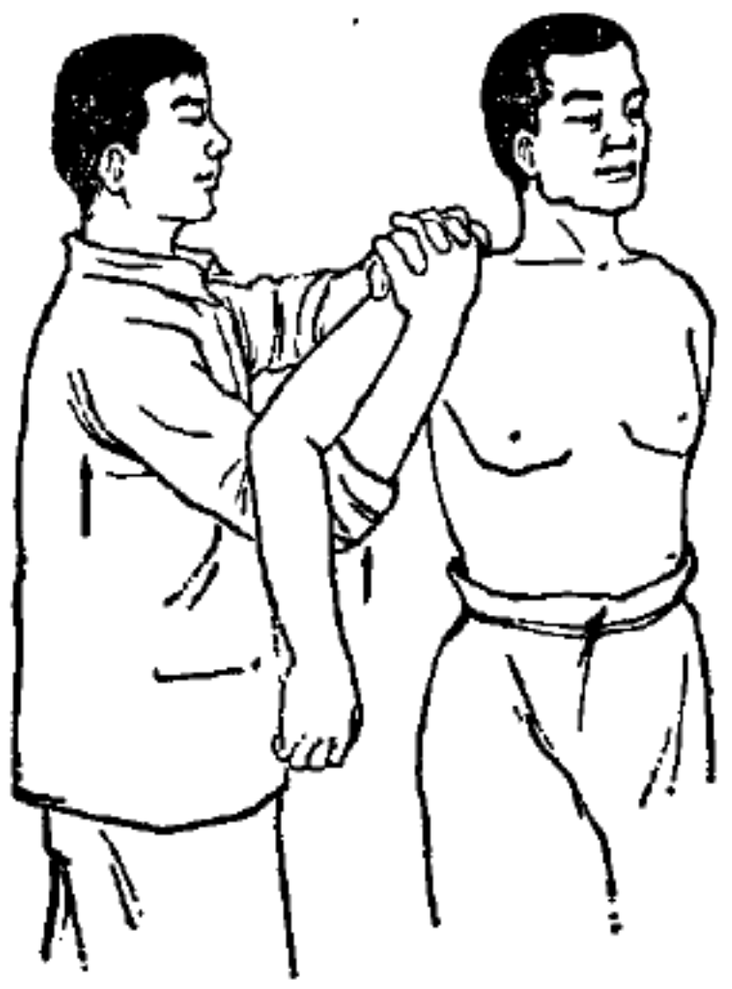


图8—47　旋轉揉动上举患肩

3.术者一手按肩，一手握患腕，反复前屈、后伸、上举患肩数次。

4.双手滾揉肩部肌肉。

二、主动功能鍛炼：鼓励患者坚持每天主动练习肩关节各方向活动，主要是上举及迴旋活动，定期把上举高度留下标誌，应爭取不断提高。

三、新針治疗：可針刺条山穴，即条口透承山穴（条口穴位犢鼻穴下8寸），并反复活动患肩，每日或隔日一次。

四、封閉疗法：肩周围用氢化可的松0.5毫升及1～2%普魯卡因2～5毫升作封閉治疗，每周两次，一疗程一个月。

五、口服药如舒筋丹、活絡丹、紫金丹等均可应用。

腱鞘炎

常見的腱鞘炎发生在橈骨茎突部和手掌的屈指肌腱。由于肌腱过度疲劳或屢次外伤引起腱鞘水肿，使肌腱在狹窄的腱鞘內滑动困难，磨擦力增加，形成恶性循环，继而腱鞘肥厚，甚至可以发生紆維性粘連。

诊断要点

一、屈指肌腱狹窄性腱鞘炎：

1.可发生在任何一个或数个手指。

2.局部疼痛，活动时更明显。

3.手掌部掌指关节处，即相当于掌横紋部位有压痛，常可触及肌腱和腱鞘肥厚所形成的結节。

4.患指一般呈屈曲状态，不能自如地伸直或屈曲，勉强主动或被动活动时有“弹响”发生，故又称为“弹响指”。

二、橈骨茎突狹窄性腱鞘炎：

1.橈骨茎突部疼痛，輕者牵扯痛仅限于拇指，重者可向前臂和肩部放射，甚至影响睡眠。

2.局部輕度肿胀，明显压痛。

3.患侧拇指向掌心屈曲，然后握拳，当将其手腕向尺側板拉时，橈骨茎突部发生剧烈疼痛。

治疗

一、局部热敷：早期患者可用溫水或洗药（药方見“四肢关节扭伤”）熏洗患处，并輕輕按摩活动患指，一日2～3次。

二、新針治疗：

1.以毫針交叉圍刺局部痛点。

2.針刺健側相应部位，并活动患側手指，直到症状消失或减輕为止。

三、封閉疗法：以氢化可的松0.5毫升加1～2%普魯卡因0.5毫升作腱鞘內封閉。屈指肌腱鞘在掌横紋相当掌指关节处。橈骨茎突部腱鞘是指外展拇长肌腱和伸拇短肌腱联合腱鞘。每周可注射两次，一个月（8次）为一疗程。

四、手术疗法：經上述治疗效果不显著者，可用手术治疗，操作方法如下：

1.屈指肌腱腱鞘炎：消毒后局麻，于患指掌横紋硬結处沿横紋作一小切口，找到腱鞘，纵形切开并切除部分腱鞘組织，注意勿伤及肌腱，若患指伸屈活动不再有阻力則表示狹窄之腱鞘已經松解，縫合后包扎卽可。

2.橈骨茎突腱鞘炎：消毒后局麻，于橈骨茎突部作一横切口約1.5～2厘米，找到外展拇长肌腱和伸拇短肌腱的联合腱鞘，纵形切开并切除部分腱鞘組织，縫合伤口。手术中注意勿伤及橈神經浅支。

术后第二天就要鼓励患者活动患指，10～14天拆綫。

落　枕

落枕是由于睡眠时头部位置不适所引起的頸项部肌肉痙攣。

诊断要点

一、常在起床后发現。

二、疼痛多在一側頸项部，但可牵扯到肩背部，并有压痛。

三、頸部活动受限，当轉頸、仰头或低头时疼痛加重。

治疗

一、按摩疗法：按压絕骨穴一分钟，然后在頸项部找出痛区，自上而下进行按揉手法，直达肩背部，反复数次。再以两手扶持患者头部行前屈、后伸、側偏及旋轉活动，手法要柔和，在向健側旋轉时常可听到“喀喀”之声。最后再按揉頸背部肌肉。

二、新針治疗：〔主穴〕养老、絕骨。〔备穴〕落枕。針刺养老后，針感立卽传至肩部，此时令病人作头部左右轉动，如疼痛減輕或消失，卽可退針，退針后可再針备穴。

三、局部热敷：用热毛巾或热水袋作局部热敷，每日数次，直到症状減輕。

四、封閉疗法：以1～2%普魯卡因10～15毫升作痛点封閉，必要时第二天可重复一次。

关　节　炎

关节炎是一个籠統的名称，常見的有风湿性、类风湿性、增生性、創伤性、化脓性、結核性等。其中风湿性、化脓性及結核性关节炎在其他章节中叙述，現将类风湿性、增生性及創伤性关节炎介紹于下。

诊断要点

一、类风湿性关节炎：

1.慢性起病，常沒有明确的发病日期，可自发性緩解及反复发作。多見于青少年、男性。

2.季节变化，天气寒冷，阴天下雨均能誘发症状出現或加重。过度劳累时症状也明显。

3.常为多发性的关节酸痛。有的病人四肢关节症状明显，从手指小关节到四肢各大关节都可有症状，可为对称性。有的病人脊柱关节症状明显，病变从下腰部骶髂关节开始，向腰椎及胸椎发展。

4.活动期病人可有低烧、血沉加快、四肢被侵犯的关节肿胀和积液，活动受限。

5.一般經反复多次发作后，可出現肢体肌肉萎縮、关节变形、功能障碍或关节强直。病变位于脊柱者，也可引起駝背或强直畸形。

二、增生性关节炎：

1.多发生于老年或重体力劳动者。

2.腰椎及腰部小关节是易犯部位。

3.初期被累关节感酸痛，不能停留于一个姿势太久，必須时常变更位置或活动关节。病变继續发展則疼痛加重、关节肿胀。

三、創伤性关节炎：

1.青壯年較多。

2.关节扭伤后治疗不彻底或关节內骨折复位不佳，是发病的主要原因。此外，下肢的各种畸形（如膝內、外翻等）使关节負重力綫不正，也常造成本病。

治疗

一、类风湿性关节炎：

1.活动期病人应該休息。

2.口服水楊酸类药物，如阿斯匹林0.5～1克，每日三次，可連服2～3周。若症状減輕，服药时間不要过长，否則应注意化驗白細胞計数有无降低。其他可口服保泰松0.1克，每日三次。

3.激素类药物对类风湿性关节炎疗效較好，能控制症状发作。可服用可的松25毫克，每日三次，或强的松5毫克，每日三次。激素类药物不宜連續服用时間太长，3～4周后应考虑停药或改用其他药物。

4.中药治疗：

（1）湯剂治疗可参閱“风湿病”。

（2）中成药：与气候有关者，可給予豨莶丸、透骨搜风丹，每日1～2付，或豨莶草液，每日1～2湯匙。与气候无关者，可給予舒筋丹、小活絡丹等。

5.外敷伤湿止痛膏、追风膏、舒筋活血膏等。

二、增生性和創伤性关节炎：

1.症状明显者应該休息。

2.局部热敷。

3.封閉疗法：以1～2%普魯卡因2～10毫升，或加氢化可的松0.5～1毫升作局部封閉治疗。

4.新針治疗：根据疼痛部位选用不同穴位。上肢关节痛可取曲池、养老、外关、后谿等穴。下肢关节痛可取环跳、絕骨、阳陵泉、足三里、昆仑等穴。腰部疼痛可取腎俞、殷門、后谿、承山、昆仑、委中等穴。

5.外貼各种膏药及口服各种止痛药物。

大骨节病

大骨节病在东北又称算盘指病，在陕西称柳拐子病，是一种慢性地方病，流行于东北和西北的山岳丘陵地带。本病病因尚未清楚，可能与飲食中含有某种眞菌有关。患病年龄多在6～18岁之間。

诊断要点

一、早期症状可有四肢乏力、麻木和运动不灵，劳动时关节疼痛，关节內出現摩擦音，肌肉痙攣。在流行地区遇有上述表現者应考虑本病。

二、骨和关节肿大、变形，手指或足趾等小关节先行肿大，不发紅但有疼痛。逐漸累及膝、腕、肘、踝等关节，多为对称性。四肢关节运动困难，肌肉萎縮。童年发病者，成年时身材矮小。

三、本病須与类风湿性关节炎、佝僂病及克汀病相鉴别：类风湿性关节炎发病年龄稍晚，常有发烧，关节附近軟組织肿胀。佝僂病多見于婴幼儿且有骨骼变形，无关节疼痛現象。克汀病虽表現矮小，但患者的年岁和特殊的外表都可供鉴别。此外，大骨节病的明显地区性是鉴别的要点之一。

预防

一、注意飲水来源，最好用泉水和深井水。

二、改善谷物保管工作，尽量防止谷物潮湿，以免眞菌繁殖。

治疗

一、注意营养。局部疼痛可用止痛剂和采用針灸、拔火罐疗法(見"新医疗法")。

二、卤干疗法对大骨节病有特殊疗效（見"新医疗法"）。

化膿性骨髓炎

化脓性骨髓炎分急性和慢性两种，急性化脓性骨髓炎沒有及时或彻底治疗以及开放性骨折創口处理不当引起感染，均可轉成慢性化脓性骨髓炎。

骨髓炎在儿童中常見，由于自身化脓病灶，如疖或扁桃体炎等感染的

播散所引起，当人体抵抗力差，病灶的細菌經血液侵入骨质后，暴发急性化脓性骨髓炎。四肢长骨两端是好发的部位。此外，骨邻近組织感染蔓延也可造成骨髓炎。

诊断要点

一、全身症状：起病急，病人可有高烧、寒战等全身中毒症状，严重的可发生中毒性休克。

二、局部症状：

1.患肢剧痛，局部紅肿、发烧，触之疼痛加剧。

2.当骨髓炎发生在下肢，腹股沟淋巴結肿大并有压痛；上肢者腋窝淋巴結肿大并有压痛。

3.肢体功能障碍。

4.一旦脓液穿破骨膜到軟組织，穿刺可見脓液。

5.如未及时治疗，骨組织不断破坏，最后可造成病理性骨折。

6.化驗检查白細胞总数及中性白細胞百分比升高。

7.放射綫摄片有助于診断。

治疗

一、改善病人全身情况，及时搶救中毒性休克，高烧者应及时退烧。

二、大量抗菌素治疗：青霉素20万～40万单位，肌肉注射，每日4～6次。鏈霉素0.5～1克，肌肉注射，每日1～2次（儿童用药量酌减）。其他口服抗菌素也可同时应用。急性化脓性骨髓炎患者，抗菌素常須用达一月以上，依病情变化逐漸减药。不可停药过早。

三、患肢充分休息：患肢用石膏托外固定，到病情好轉后拆除。

四、早期切开排脓：如一旦脓肿形成，应早期作切开排脓引流术。

如細菌侵犯关节腔，形成急性化脓性关节炎，穿刺証实关节腔积脓，应早期行手术切开排脓，冲洗关节腔后縫合之，外用石膏托固定，并大量注射或口服抗菌素。

当患肢已发展成慢性骨髓炎时，周身症状輕微，局部竇道流脓，时好时犯，脓汁时多时少，偶能流出碎死骨。如不积极治疗，竇道可纏綿数年或数十年不癒。有时可呈急性发作。对患有慢性骨髓炎竇道經久不癒者，应考虑有死骨存在，最好摄片明确死骨位置后，作死骨摘除手术。

五官科疾病

眼科疾病

眼是由眼眶、眼球及眼的附属器所組成。眼眶是由眶骨所构成的圓錐形空腔。眼球的构造可分为球壁与内容两部分（图8—48）。

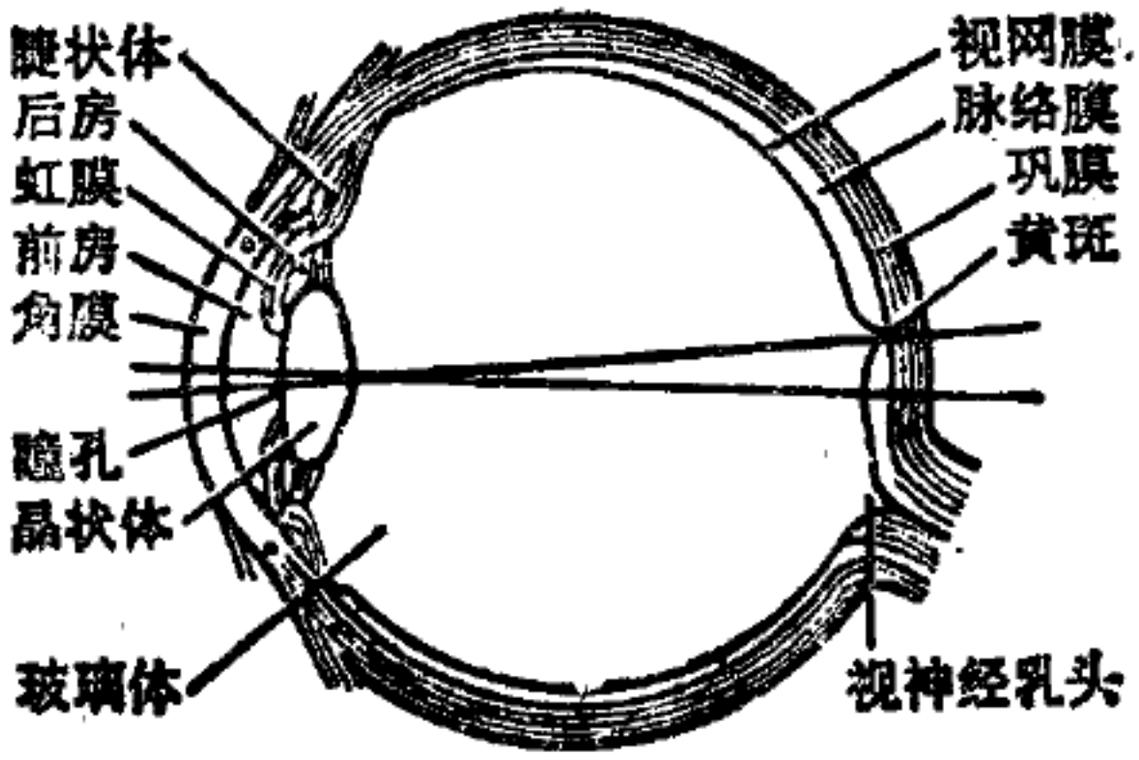


图 8—48　眼的解剖

球壁　由三层膜組成，即外膜、中膜、內膜。

一、外膜：是由前部透明的角膜和后部不透明的巩膜所組成。巩膜与角膜連接部为角膜巩膜緣，在其深面有一排泄房水的管道即巩膜靜脈竇。

二、中膜（又名色素膜），分为三部分。

1.虹膜：位于最前面，呈棕色，形状如圓盘，中央有圓孔，称为瞳孔。瞳孔的大小随光的强弱而改变。

2.睫状体：和虹膜根部相連接，为环形，其上有突起叫睫状突，睫状突分泌一种液体即房水。

3.脈絡膜：紧貼在巩膜的里面，內含丰富的血管和色素，其功能是营养眼內的組织和阻止光綫进入眼內。

三、內膜（即視网膜）：是眼球最里面的一层膜，其功能是接受外来光綫的刺激，借視神經传达到脑內，引起視觉。視网膜內面正对眼球后极处，称为黃斑部，其正中央稍凹陷称为中心凹，此处視力最敏鋭。

眼內容　包括房水、晶状体和玻璃体。

一、房水：充滿于前房和后房內，房水由睫状突分泌后先进入后房通过瞳孔流入前房再由角膜和巩膜接連处的巩膜靜脉竇流出。

二、晶状体：为一双凸面的透明体，位于瞳孔之后，玻璃体之前，借悬韌带与睫状突相連。

三、玻璃体：无色透明如胶质，充滿于眼球內部的大空腔內。

角膜、房水、晶状体与玻璃体联合构成眼的屈光系統。

眼的附屬器

一、眼瞼：包括上、下眼瞼。其結构从外向內为皮肤、皮下組织、肌层、瞼板及瞼結膜。

二、結膜：衬在眼瞼內面的叫瞼結膜。貼在眼球前面的叫球結膜。瞼結膜和球結膜的移行部分叫穹窿結膜。

三、泪器：包括泪腺和泪道。泪腺位于眼眶的外上方，分泌泪液。泪

道是排泄泪液的部分，包括泪点、泪小管、泪囊和鼻泪管。

四、眼肌：眼球外壁上附有六条肌肉，即上、下、內、外直肌和上、下斜肌。由于肌肉的收縮能使眼球向各方向轉动。

瞼 边 疖

瞼边疖（麦粒肿）俗称針眼。是因細菌侵入瞼緣皮脂腺或瞼板腺后所引起的急性炎症。

诊断要点

一、眼瞼紅肿、疼痛。

二、睫毛根部或瞼結膜面紅肿、压痛，逐漸形成脓头。

三、病变近外眥者，附近球結膜水肿、充血，重者可遮盖角膜。

预防 主要是保持眼的卫生，不用脏手或脏东西擦眼。并应积极治疗結膜炎及瞼緣炎。

治疗

一、局部早期用湿热敷和外用抗菌素类眼膏。

二、严重者可应用磺胺药或抗菌素。

三、中药治疗：以清热解毒、散风活血为主。

1.洗肝散加减：大黄、生梔子、川芎、当归、防风各三錢　薄荷二錢　木通一錢。重者可加黄芩、銀花、公英各五錢　赤芍三錢。水煎服。或內服解毒消炎丸，每次六粒，每日三次。

2.蒲公英二两　菊花五錢。水煎。头煎內服；二煎熏洗患眼，每次 15～20分钟，每日 2～3 次。

四、新針治疗：1.太阳、拈竹、晴明、合谷。重刺手法。2.患側耳尖，三稜針速刺放血。3.肝俞附近有小紅点者，用三稜針挑刺放血。

五、成熟后可作切开排脓，皮肤切口应与瞼緣平行，結膜切口应与瞼緣垂直。注意不要过早切开或用力挤压，否則細菌易扩散至血液而造成敗血症。

瞼板腺囊肿

瞼板腺囊肿（霰粒肿）是因瞼板腺阻塞而引起的，有时合併慢性炎症（图 8—49）。

诊断要点

一、常无自觉症状。

二、眼瞼皮下摸到圓形肿物。与囊肿相近的結膜面呈紫紅色，日久可变为灰白色。有时囊肿从結膜面穿破，使結膜处出現增生的肉芽組织。



图 8—49　瞼板腺囊肿

治疗 小的囊肿，不需治疗，或外用1％白降汞眼膏及局部热敷，以便吸收。大的囊肿可以手术切除。中药可用生南星三錢，研面醋調，敷于外眼瞼患处。

瞼 緣 炎

瞼緣炎俗称“烂眼边”，是睫毛根部皮肤的慢性炎症。与身体虛弱、不注意个人卫生或眼部其它慢性炎症有关。

诊断要点

一、局部刺痒、异物感或烧灼感。

二、鱗屑性瞼緣炎表現为瞼緣及睫毛根部皮肤发紅、脫屑。潰瘍性瞼緣炎表現为瞼緣糜烂、形成潰瘍或結痂，去掉痂皮后可見到小脓疱和潰瘍。眥部瞼緣炎主要表現为內外眥部的皮肤有潮紅、浸潤、糜烂。

三、睫毛粘成束状，經常脫落。潰瘍性瞼緣炎睫毛脫落后不再生长。

四、日久瞼緣組织增厚变形，瘢痕組织牵引，导致睫毛乱生。

预防 注意个人卫生，并积极防治沙眼、結膜炎、泪囊炎等疾患。

治疗

一、洗淨眼边后滴用抗菌素类眼药水，每日3～4次。涂消炎眼膏或1％黄氧化汞眼膏，在瞼緣上反复摩擦，每日2～3次。眥部瞼緣炎用0.5％硫酸鋅眼药水有特效。

二、眼边有小潰瘍者可用2～5％硝酸銀涂擦，每周2～3次。

三、中药治疗：以清热解毒，散风去湿之剂外用为主。

1.苦参四錢　五倍子、芥穗、黄連、防风、薏仁各三錢　銅綠、章丹各五分。水煎溫洗。

2.黄芩、大黄、黄栢各三錢。水煎，每日分三次，飯后溫服。

瞼緣炎在治癒后应继續用药1～2周，以免复发。

泪 囊 炎

慢性泪囊炎俗称“眼瘘”。是因沙眼、鼻竇炎、結核等原因引起鼻泪管阻塞，造成泪囊里泪液潴留，并继发細菌感染所致。有时細菌扩散至泪囊周围組织，以致发生蜂窝织炎症状，称为急性泪囊炎。

诊断要点

一、慢性泪囊炎的主要症状是經常流泪及視物模糊、眼部烧灼感等。用手指压迫泪囊处，常有脓液或粘液由泪点流出。

二、急性泪囊炎的泪囊区皮肤紅肿、疼痛，数日后化脓穿破可遺留瘘管。

治疗

一、慢性泪囊炎：将泪囊內分泌物自小泪点挤出，然后滴抗菌素溶

液，每日4～5次，或行冲洗泪道，冲洗后并注入消炎眼药水0.5～1毫升，隔日一次或每周两次。

二、急性泪囊炎：局部热敷，口服磺胺药或肌肉注射青霉素。

三、中药治疗：以洗肝散（方見“瞼边疖”）为主，可加車前子、泽泻各三錢。

成药可服清宁丸、明目蒺藜丸。

四、手术治疗：年青人，有条件的可作泪囊鼻腔吻合术；老年人可做泪囊摘除术。急性泪囊炎形成脓肿时，应先切开引流，待炎症消退后再考虑手术。

〔冲洗泪道方法〕先用棉签蘸0.5～1%地卡因液，挟在內眥部麻醉泪小点。用装有生理盐水的注射器接上鈍头針（将16号針头剪去斜尖并磨圓滑），从下泪小点插入約1毫米，继之将針头与瞼緣平行向內眥部推进約5～6毫米后注入盐水。如冲洗液从鼻腔或口腔流出証明泪道通暢，如由上、下泪点返流，則說明泪道不通。

急性結膜炎

急性結膜炎俗称“紅眼”或“暴发火眼”。是最常見的传染性眼病。本病传染性很强，特别是在托儿所、小学等集体单位更易广泛流行。是通过手、手絹、毛巾和其它用具等将細菌带入眼內所致。以夏秋季为多見。

诊断要点

一、主要症状为眼发痒、异物感和灼热感。

二、患眼有分泌物，早期为粘液性，以后則为粘液脓性。小儿患者常有带血色分泌物。

三、輕者仅結膜充血；重者球結膜水肿及出血，或在角膜发生浸潤及潰瘍。

四、結膜充血应与睫状充血相鉴别（图8—50、8—51）。

预防

一、适当隔离患者，并做好用具消毒隔离。

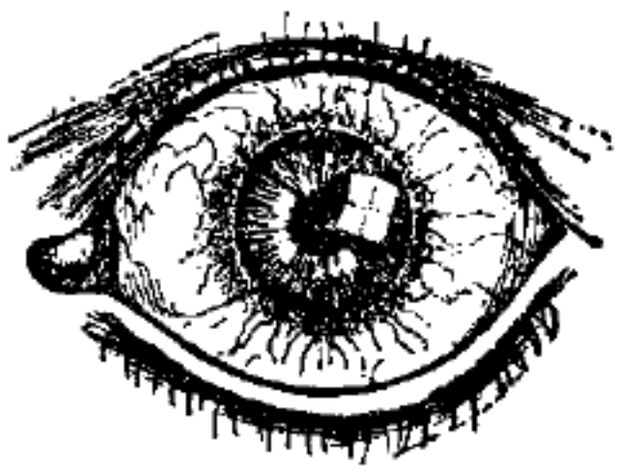


图8—50　睫状充血

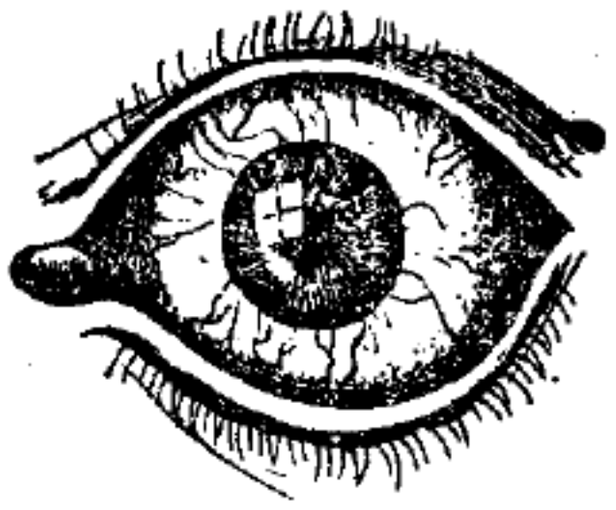


图8—51　結膜充血

睫　　状　　充　　血	結　　膜　　充　　血
呈深紫紅色	呈鮮紅色
角膜周围充血显著，越向周边充血越輕	球結膜周边部充血显著，越近角膜周围越輕
見于角膜潰瘍、青光眼、虹膜睫状体炎等眼内疾病	見于結膜炎、沙眼等眼外疾病

二、若一眼患病，应避免污染健眼。

治疗　禁戴眼罩。

一、局部用药：点用消炎眼药水及眼膏。炎症明显及分泌物多时可用1～2％硝酸銀棉签涂在瞼結膜上，再用生理盐水冲洗并点眼膏，每日一次，可連續数日。

二、中药治疗：洗肝散加減：方見“瞼边疖”。中成药可給明目上清丸或明目蒺藜丸。每日1～2付。

三、新針治疗：1.太阳、耳尖用三稜針速刺放血，拈竹、上星毫針放血。2.〔主穴〕睛明。〔备穴〕太阳、合谷。

四、如角膜有炎症者，按角膜炎治疗。

慢性結膜炎

慢性結膜炎常因急性結膜炎治疗不彻底，也可由长期灰尘刺激、瞼緣或泪道的慢性炎症，以及未矫正的屈光不正而过度使用目力等引起。病程慢，常达数月或数年之久。

诊断要点

一、眼干涩、易疲劳等。

二、瞼結膜微充血，有較少量分泌物。

治疗

一、先治疗其致病原因。

二、局部可滴0.25～0.5％硫酸鋅或沃古林眼药水。

泡疹性結膜炎

泡疹性結膜炎又名湿疹性結膜炎。是由于結膜对某种外来的异性蛋白（多半是結核桿菌的产物）过敏所致。有时伴有面部湿疹或淋巴結結核等病。多見于儿童和青年人。

诊断要点

一、眼微有不适和流泪。

二、在球結膜上多在近角結膜緣处可見一个或数个淡紅色小米粒大小

的結节（图 8—52），其周围的結膜充血，2～3 天結节可破溃成一浅溃瘍，痊癒后不遺留痕跡。

三、炎症发生在角膜上的叫泡疹性角膜炎，可有一灰白色点状浸潤。癒后常遺留斑翳。小儿常有明显的畏光表现。

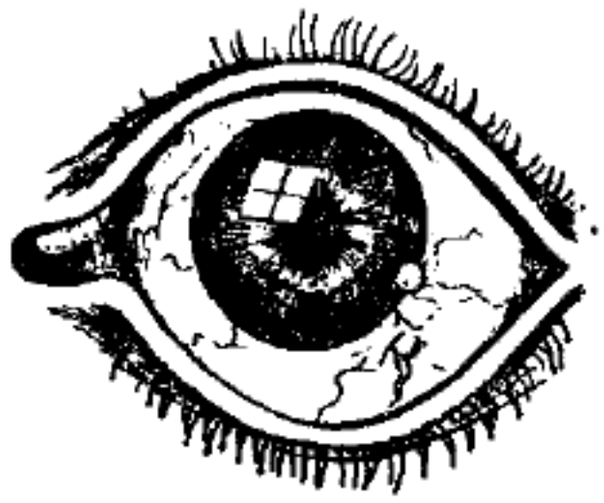


图 8—52　泡疹性結膜炎

四、有时反复发作。

治疗

一、增强体质，改善个人卫生，适当增加营养。

二、局部点用消炎眼药及可的松眼药水或眼膏。1％黄氧化汞眼膏也有效。

沙　眼

沙眼是一种慢性結膜炎症，具有传染性。因病变的結膜面有細胞浸潤、乳头增生和濾泡形成而变粗糙，故称沙眼。是致盲的主要原因。几千年来我国劳动人民受着反动統治阶級的压迫，生活极为艰苦，卫生条件更差，因此这种疾病最为普遍。毛主席教导我們：“**专制主义者利于人民愚昧，我们则利于人民聪明，我们要使一切人民都能逐渐地离开愚昧状态与不卫生的状态。**”因此，向这种疾病进行頑强的斗爭，广泛宣传防治沙眼的卫生知識，是我們医务工作者的一項光荣任务。

诊断要点

一、沙眼初起时可无症状，或有痒感、烧灼、干燥、异物感和視力模糊等症。

二、根据检查可分为两期：

第一期，浸潤进行期（卽活动期）：上瞼結膜和上穹窿部結膜充血、血管模糊、結膜面粗糙不平，其上有乳头增生和濾泡形成。同时角膜也可受累。

第二期，瘢痕出現期：結膜上除有乳头及濾泡外，并有瘢痕形成（灰白色細条紋）。

三、沙眼可引起許多併发病，如內翻倒睫、角膜混浊、角膜潰瘍、慢性泪囊炎等。

预防

一、必須广泛地进行宣传教育，把防治沙眼的一般知識教給群众，使群众了解到它的危害性。

二、防治沙眼还要与除害灭病、爱国卫生运动相結合，并与当地的具体条件相結合，制定出切实可行的防治措施。

三、注意个人卫生，患沙眼的病人尽量做到不与他人共用毛巾、脸盆。

治疗

一、滴消炎眼药水及眼膏。常用者为10%磺胺醋酰鈉眼药水、0.5%金霉素眼药膏等。

二、口服磺胺药：磺胺噻唑与碳酸氢鈉各0.5克，每日四次，連服7～10天为一疗程。或用长效磺胺，成人第一日服1克，以后每日服0.5克，共服一周，12岁以下儿童減半。必要时停药一周后可再服。

三、手术治疗：仅能輔助药物治疗，縮短疗程，但不能达到根治目的。

1.濾泡挤压术：适用于濾泡多者。先滴0.5～1%地卡因做表面麻醉，再用2%普魯卡因1毫升做穹窿部結膜浸潤麻醉。翻轉上瞼，先用注射針头或尖刀将濾泡一一刺破。用沙眼镊子或轉軸镊子往返挤压濾泡，直到所有濾泡压平为止。术后涂四环素或金霉素眼药膏。

2.沙眼摩擦术：适用于乳头多者。先滴0.5～1%地卡因麻醉，将烏賊骨（去其硬壳，切成长条并摩光，浸泡在消炎眼药水或冷藏大蒜液中24小时后取出）緩緩摩擦病变的瞼結膜，直至乳头及濾泡摩破为止，亦可用紗布摩擦。擦后也須涂消炎眼膏。

3.倒睫电解法：根数少的倒睫可采用此法达到破坏毛囊使之不再生长的目的。先用75%酒精消毒眼瞼皮肤，在倒睫周围的皮肤下注射2%普魯卡因0.5毫升。将电解器阳极金属板包以盐水紗布，貼在患側面頰部。阴极的金属針沿倒睫根部刺入毛囊深达1.5～2毫米，在电极針处有白色泡沫出現即可抽出針头，如毛囊已破坏，以镊子拔睫毛不感有任何阻力。术后滴消炎眼药水并涂消炎眼膏。

〔簡易倒睫电解器的制作法〕取两节干电池（如电压不够可增至3～4节）串联好，阳极綫端系一金属薄板，阴极綫端連以細长金属針（可用針灸用的細針）（图8—53）。电解前，先将金属薄板与細針同时放入盐水杯內，相距約1/2～1寸，如見有汽泡从針尖放出，則說明有电解作用。每次使用前，均应先做此检查。

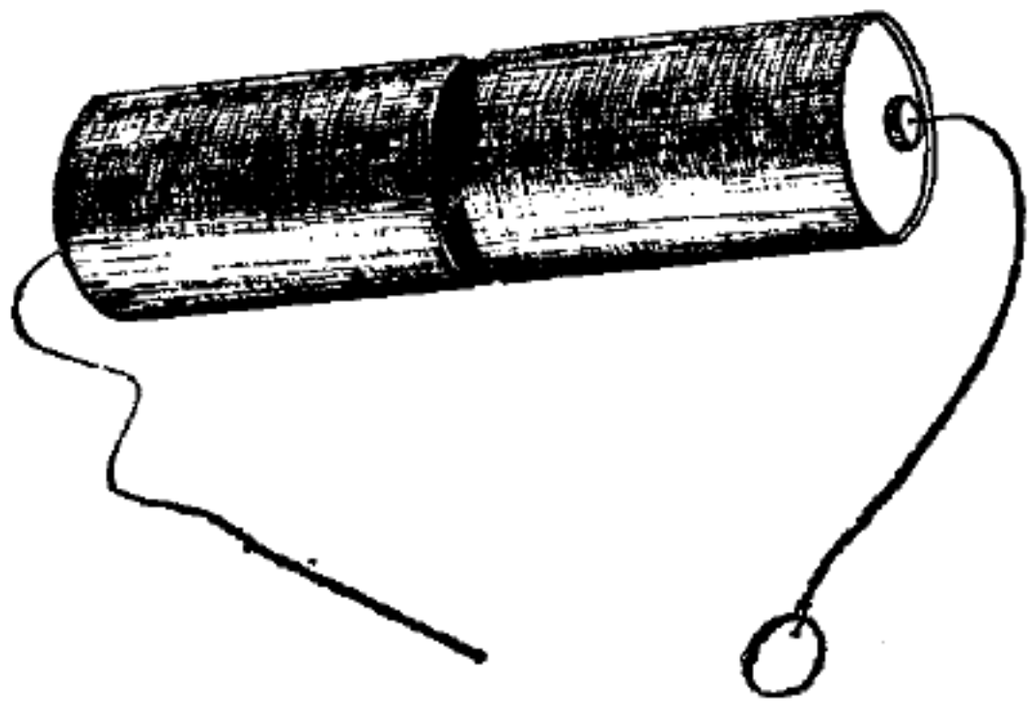


图8—53　簡易倒睫电解器

4.眼瞼內翻矫正术（图 8—54），适用于眼瞼倒睫或眼瞼內翻者。先滴 1 %地卡因，眼瞼皮下及穹窿部結膜下注射 2 %普魯卡因約 2 毫升。将牛角板（图 8—55）或金屬板放入結膜囊內，以支持眼瞼，并保护眼球。在距瞼緣約 2～3 毫米处皮肤上做一横切口，和瞼緣等长且平行，继将切口处的皮下組织和眼輪匝肌剪去一窄条（約 2～3 毫米）再用小刀将瞼板

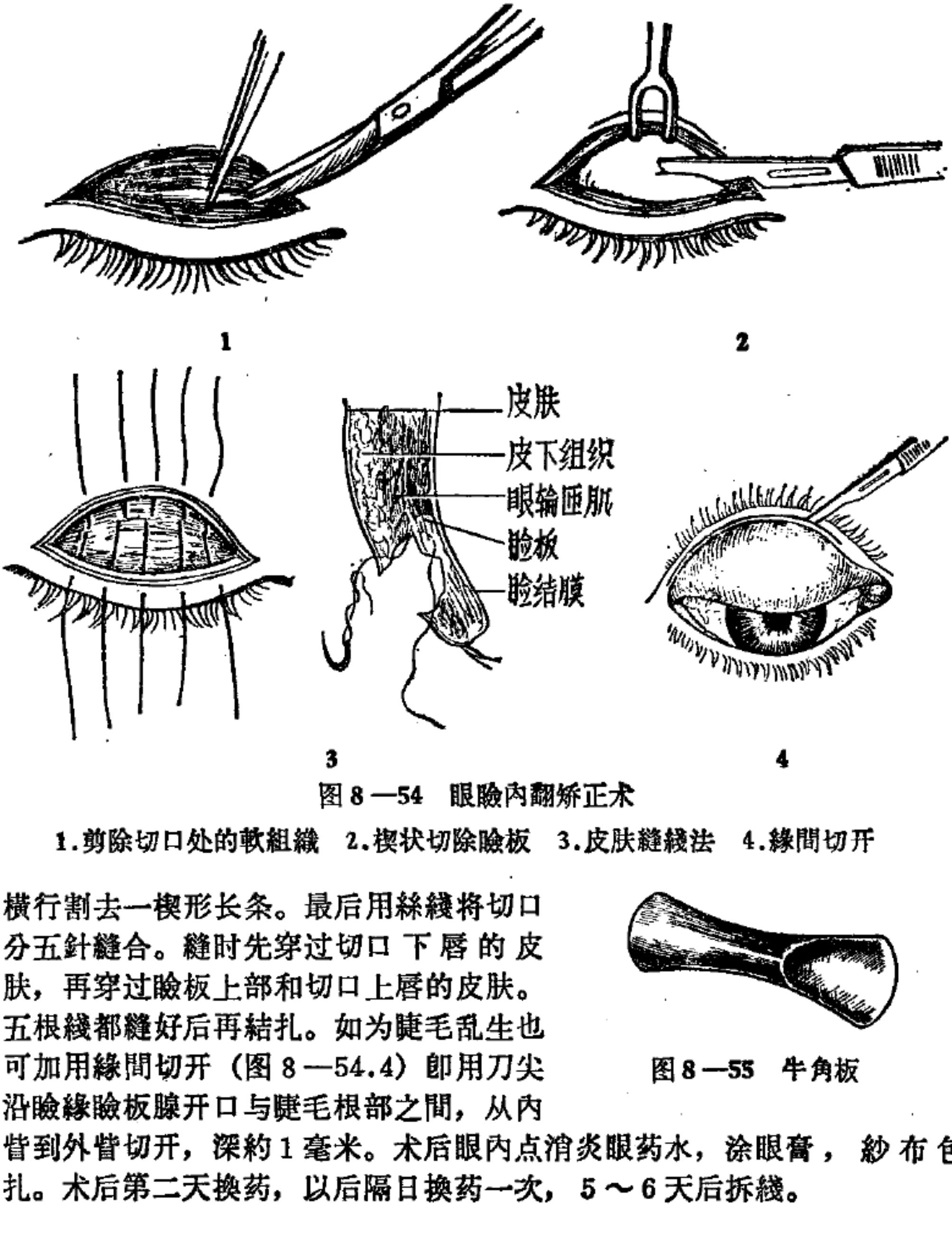


图 8—54　眼瞼內翻矫正术

1.剪除切口处的軟組織　2.楔状切除瞼板　3.皮肤縫綫法　4.緣間切开

横行割去一楔形长条。最后用絲綫将切口分五針縫合。縫时先穿过切口下唇的皮肤，再穿过瞼板上部和切口上唇的皮肤。五根綫都縫好后再結扎。如为睫毛乱生也可加用緣間切开（图 8—54.4）即用刀尖沿瞼緣瞼板腺开口与睫毛根部之間，从內眥到外眥切开，深約 1 毫米。术后眼內点消炎眼药水，涂眼膏，紗布包扎。术后第二天換药，以后隔日換药一次，5～6 天后拆綫。

图 8—55　牛角板

角膜、結膜干燥

角、結膜干燥是一种症状，在临床上分为两种：

实质性干燥：由眼病所致，如沙眼、結膜烧伤后所引起的結膜广泛瘢痕、眼睑外翻等。

上皮性干燥：因缺乏維生素A所致。病变不仅发生在眼部，在全身也有表現。此症农村常見，多見于嬰幼儿，常因缺乏母乳、喂养不好、消化不良或发生在肺炎、麻疹等全身病以后。由于結膜、角膜干燥，进一步导致角膜溶解和坏死，故称为角膜軟化症。它对角膜的破坏非常严重以致可严重地影响視力，甚至失明。

诊断要点

一、早期有夜盲現象。

二、患儿常有严重的营养不良或佝僂病現象，如瘦弱、皮肤干皺、哭声嘶哑、腹泻或方顱、串珠状肋骨等。

三、球結膜失去光泽、多皺紋，在睑裂部分的球結膜上，可見由許多小泡沫聚集而成的三角形斑，可以擦去，不久又重新出現。

四、角膜失去光泽而变混浊，晚期整个角膜坏死，呈潰瘍面，很快穿孔，并可伴有虹膜脱出。

预防 大力开展儿童的卫生保健工作。普及嬰儿喂养知識，糾正偏食习慣。提倡多吃胡蘿卜、瓜菜等食品；并加强对患有全身疾病患儿的护理。

治疗

一、改进飲食方法，增加营养，改善全身状况。

二、迅速补充大量維生素，口服魚肝油及肌肉注射維生素AD，每日1毫升（含A25,000单位、D2,500单位）直至症状消失为止。以后可仅口服魚肝油。

三、局部用抗菌素眼药水及眼膏預防感染，角膜受累严重者，按角膜病处理。

翼状胬肉

翼状胬肉俗称“攀筋”，是由于睑裂部球結膜受风砂、灰尘的长期刺激所引起的角膜、結膜变性。

诊断要点

一、多无自覚症状，如已遮盖瞳孔区則視力受影响。

二、多在鼻側睑裂部分的角、巩膜緣处有一块三角形的增厚組织，有向角膜中央爬行的趋势（图8—56）。

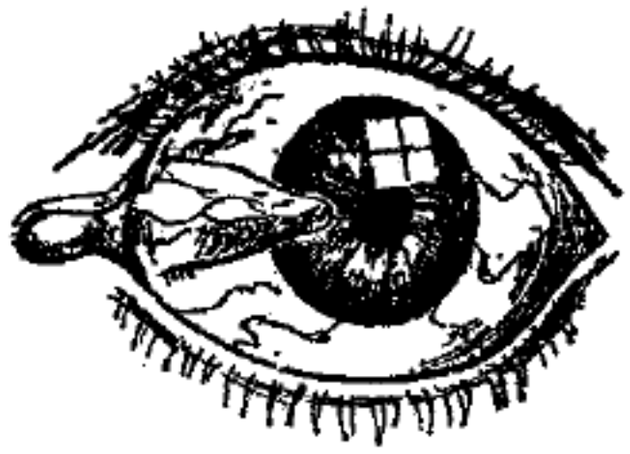


图8—56 翼状胬肉

防治

一、平时眼部用消炎药，治疗結膜炎、沙眼等病以减少刺激。

二、新針治疗：先用針尖輕輕挑拨胬肉，再用針点刺胬肉根部，此时眼球酸胀、流泪，然后再配太阳或少泽，輕者数次可癒。

三、手术治疗：大多数生长緩慢，对視力无影响的可不急于手术。胬肉較肥厚，且已达瞳孔緣者应該手术切除。但术后仍有复发的可能。

角膜潰瘍

角膜潰瘍是角膜上皮破損，由病毒或細菌感染所致。在农村中常見的原因有沙眼，麦穗、谷壳等异物損伤或树枝擦伤所引起。癒后遺留厚薄不等的瘢痕就是常說的云翳或白斑，造成不同程度的視力障碍。

诊断要点

一、可能有角膜外伤史，并有疼痛、怕光、流泪、視力模糊。

二、眼瞼痙攣、睫状充血，角膜上有灰白色浸潤点，稍突起，以后浸潤的表面坏死、脫落，呈灰白色凹陷而形成潰瘍。严重者可伴有虹膜炎性反应，輕者瞳孔光反应迟鈍；重者可有前房积脓。

预防 注意避免各种眼外伤，并积极治疗沙眼、結膜炎、泪囊炎等病。

治疗

一、局部滴用消炎眼药水或涂眼膏，并热敷。

二、潰瘍严重、刺激症状显著或有虹膜炎性反应者，应用1％阿托品溶液或眼膏散瞳，并可于球結膜下注射抗菌素（青霉素4万单位加鏈霉素0.2克，总量不超过0.5毫升；或4％新霉素0.4毫升）。

注射方法：用0.5～1％地卡因滴眼三次，再用細針头在近上、下穹窿部結膜下注射。注射时要避开血管以免出血，注射后滴消炎眼药水并涂眼膏、盖眼罩。

三、对病程較慢且頑固者，可用2.5～7％碘酒腐蝕潰瘍进行緣，也可用酚（石炭酸）进行腐蝕，以制止潰瘍进行并促其痊癒。

烧灼方法：先滴1％地卡因做表面麻醉，用一細小棉签或細尖毛笔蘸少量上述药物涂于潰瘍上（注意不要触及健康角膜），然后用生理盐水冲洗。此法有时一次即可痊癒，不癒者可重复使用。

四、全身治疗：給予抗菌药物及維生素A、核黄素、維生素C等。

五、中药治疗：以清热解毒、活血明目为主。

处方：当归、赤芍、生地、生梔子、菊花、密蒙花、白蒺藜、蝉蜕各三錢甘草一錢。水煎服。或用白蜂蜜点眼，每日3～4次。

六、新針治疗：同“急性結膜炎”。

虹膜睫状体炎

病因分全身及局部两种。全身性病因主要为結核、风湿、梅毒和病灶感染（如坏牙、扁桃体及副鼻竇的炎症）。局部原因有外伤等。有一些患者常查不出明确的原因。

诊断要点

一、头痛、眼痛、流泪、畏光和視力減退，夜晚症状較重。

二、睫状充血、眼球有触痛。瞳孔縮小、形状不規則。虹膜肿胀、顏色污秽，虹膜后粘于晶体表面上。前房水混浊，有时前房有积脓。角膜后壁有許多点状沉着物。

三、如病情严重或反复发作，可引起瞳孔緣大部分或全部后粘連，而造成继发性青光眼。

四、本病須与急性結膜炎、急性青光眼相鉴别：

	急性結膜炎	急性虹膜睫状体炎	急 性 青 光 眼
症　状	异物感、灼热感	羞明、眼部疼痛、夜間尤甚	眼球胀痛、剧烈偏头痛有时伴恶心、呕吐
視　力	正常	減退	显著減退
充　血	結膜充血	睫状充血	高度睫状充血及混合充血
分泌物	有、粘稠脓性	无	无
角　膜	透明	透明	混浊像哈气后的玻璃
前　房	深度正常	深度正常	浅
虹　膜	正常	充血、有渗出物	充血、变色
瞳　孔	正常	縮小、不規則形	散大
眼　压	正常	正常或稍低	增高

治疗

一、病因治疗：驅除病灶。

二、局部治疗：

1.散瞳：早期充分散瞳。用1%阿托品溶液或眼膏，每日1～2次。散大瞳孔可使睫状肌痲痺休息，減少疼痛，并可以防止虹膜后粘連。

2.局部热敷：每日两次。

3.眼部点1%狄奧宁溶液和0.5%可的松眼 葯水，每日四次，或球結膜下注射2.5%可的松0.3毫升，每5～7天一次。

三、激素类药物：如泼尼松开始每日量15～30毫克，以后根据病情逐渐减量。

四、中药治疗：治以清热解毒为主。

处方：銀花、公英各一两　黄芩、生地各五錢　胆草、芦薈、大黄各三錢甘草二錢。水煎服，每日一付。有继发性青光眼者，加夏枯草一两。大黄要根据病人体质和大便次数适当加减。也可用猪胆一个（羊胆、鸡胆、魚胆均可），取胆汁，用生理盐水配成10%溶液，滴眼，每日三次。

五、急性者：病因尚未查出时，可肌肉注射青霉素或鏈霉素，或服磺胺药。

白　内　障

正常的晶体是透明的組织，如晶体的一部或全部发生混浊时，称为白内障。可分为先天性、老年性和併发性三种，其中以老年性为多見。

先天性白内障为婴幼儿初生后就存在；併发性白内障是由其它眼病所引起，如虹膜睫状体炎、青光眼等。

诊断要点（老年性白内障）

一、常发生在40岁以上。

二、单眼或双眼視力逐漸減退。

三、瞳孔区部分或全部呈灰白色混浊，而角膜、虹膜、瞳孔、眼压等均无异常。

治疗

一、老年性白内障，在晶体未完全混浊时可試服中药或行新針。中药用柔肝化障湯或明目地黄丸和磁硃丸同服。

柔肝化障湯：干地黄、夜明砂、女貞子、决明子、沙蒺藜各五錢　酒白芍、刺蒺藜、枸杞子各四錢　谷精草六錢　密蒙花、菊花各三錢　炙甘草一錢。水煎服，每日一付。

新針治疗：〔主穴〕睛明。〔备穴〕球后、医明、风池、光明。中刺手法。耳針皮质下区，埋針3～4天。

二、手术治疗：待晶体完全混浊后，根据情况可行白内障瓣状摘出术（囊外摘出术、囊内摘出术）及針拨术。針拨术是祖国医学中古老而有效的手术，方法簡单易行，手术需时短，更适于年老体弱及合併有全身慢性病者。

1.术前检查：視力仅能辨出手动而不能分辨手指，晶体完全呈灰白色混浊以及虹膜阴影消失者适宜手术，但必須視功能正常。視功能检查正常者为光感6米，光投射各方向准确。光感的检查方法是在暗室内能辨出6米远的烛光。光投射的检查方法是在暗室内直視前方，如能准确地指出距离一米的光源的不同方位，則为光投射各方向准确。

2.术前准备：手术前三天，眼部每2小时滴一次消炎眼药水，清洁結膜囊。测量眼压以除外青光眼。术前一小时用1％阿托品散瞳。

3.針拨术（图8—57）：先于眼内滴1％地卡因共三次。消毒眼部，置开睑器暴露眼球，令手术眼轉向鼻側，距角膜緣6～7毫米处，用綫状

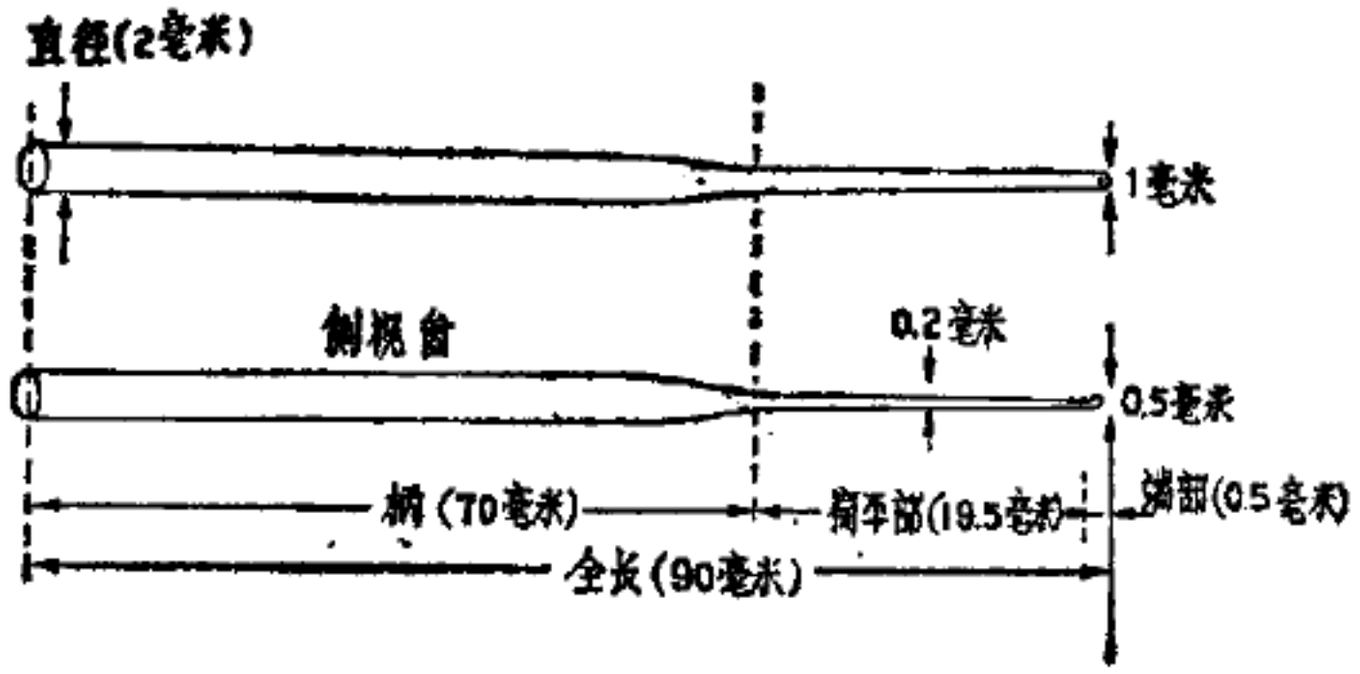


图8—57　針拨术手术图解

1.拨障針的构造　　2.手术进針部位
3.針斜向上进入后房，上下轉动割断同側靱带

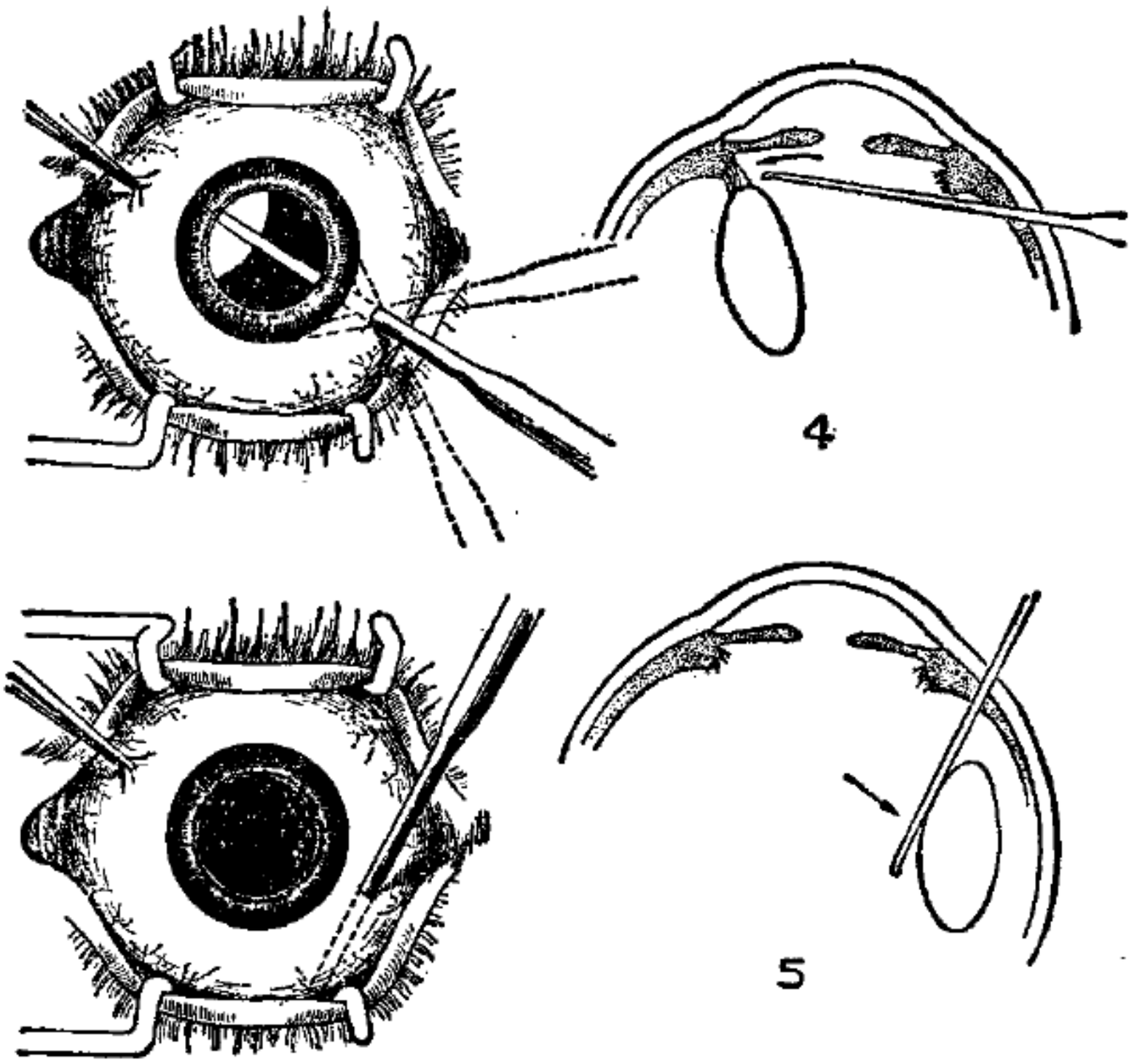


图 8—57　針拔术手术图解

4.針进入对側后房，上下轉动割断韧带
5.全部韧带割断，将晶体压到眼球下方赤道部

刀做放射状切口，穿透球結膜、巩膜（左眼在四点半处，右眼在七点半处，相当于睫状体扁平部），将針由切口处伸向瞳孔緣。通过晶体前方直至对側瞳孔緣（注意进針时勿伤及睫状体，以免引起球內出血），将全部晶体悬韧带离断后，再按压晶体于玻璃体內两分钟，直到晶体不再浮起，瞳孔区全部变黑为止，最后針从原切口退出。术毕眼內涂消炎药、包扎。

4.术后处理：

（1）半坐位。

（2）吃稀飯或面湯。

（3）术后24小时更換敷料。

（4）五天后暴露手术眼，如有睫状充血及合併刺激症状者，可滴用可的松眼药水。

三、先天性白內障如不影响視力可不必治疗。有明显視力障碍者，应爭取早期手术治疗，以免发生弱視。

青 光 眼

青光眼的主要表現是眼内压力增高，为眼失明的重要原因之一。

诊断要点

一、原发性充血性青光眼，多見于老年人。双眼均可受累，但常一眼先病。可分为急性与慢性两种。病程大致分为三期：

1.前驅期：患者常感輕度眼胀、头痛、視力稍減退。检查可見輕度睫状充血、瞳孔稍开大、眼压稍增高。一般持續数小时，休息后尙可恢复正常，以后发作漸頻繁，症状漸加重而轉入急性发作期。

2.急性发作期：患者有剧烈偏头痛、眼胀，并可伴有恶心、呕吐、視力极度減退。检查时有明显睫状充血、瞳孔扩大、角膜混浊像哈气后的玻璃，用手按眼球，感到坚硬如石。对經常有头痛、眼胀或伴有恶心、呕吐的病人应注意其眼部是否有改变。有的患者于一次急性发作后即失明；但有时轉为慢性，其眼压一般高于正常并經常有急性发作，一次比一次重，最后可致失明。

3.絕对期：为本病的最后阶段。視力完全丧失，有时头痛、眼胀症状不易消失。

二、单純性青光眼：起病緩慢，眼压一般略高，逐漸进展，可以在毫无症状的情况下导致失明。检查时可見視野狹小，視神經乳头凹陷及萎縮。

三、先天性青光眼：見于初生儿或嬰幼儿。具有角膜增大渾浊和整个眼球膨大（牛眼）的表現。

四、继发性青光眼：因外伤、炎症等眼病引起的眼压升高。

预防

一、对青光眼应貫彻**“预防为主”**的方針，大力开展防治工作。在有条件地区，除向群众宣传有关青光眼的知識外，也可对40岁以上的人进行普查工作，注意其眼压情况，从而达到早期診断、早期治疗的目的。

二、如青光眼患者一眼已发病，則对另一眼要及早防治（点药或做預防性手术），以免双目失明。

治疗

一、对早期青光眼，为了避免发作，可經常滴用縮瞳药（0.5～1%毛果芸香碱）每日1～2次，或做預防性周边虹膜切除术。

二、对急性发作的处理：

1.立即使用0.5～1%毒扁豆碱和1～2%毛果芸香碱，每五分钟一次，交替滴眼（滴时用棉球压迫泪囊部以免中毒），各三次。或行眼浴以降眼压：洗眼杯内放入50%葡萄糖9毫升加1%毛果芸香碱1毫升，将眼杯紧扣在患眼上，后仰头部使药液与眼球接触約10分钟。然后取下眼杯观

察眼压，如已下降則可改用毛果芸香碱溶液，每30～60分钟滴眼一次。

2.口服醋唑磺胺，初次剂量500毫克，以后每4～6小时250毫克。

3.高滲疗法：甘油1克/公斤体重，用生理盐水配成50%溶液口服，每日一次，可連服数日。或用30%尿素120毫升加50%葡萄糖20毫升靜脉滴入。或50%葡萄糖60毫升靜脉注入。

4.新針治疗：〔主穴〕睛明、球后。〔备穴〕医明、承泣等。用輕或中刺激手法。

5.中药治疗：龙胆泻肝丸，每日服二錢。

經上述治疗，眼压多可恢复正常，以后可长期使用毛果芸香碱溶液点眼，每日1～4次。

三、手术治疗：急性青光眼經药物治疗24～48小时眼压不能下降者；慢性青光眼使用縮瞳剂后眼压不能下降者，均应考虑手术治疗。先天性青光眼，应早期采用手术治疗。

眼 外 伤

在生产和日常生活中，眼部常可受到各种外伤；在战地外伤中，也可見到眼挫伤、穿透伤、燙伤和化学腐蝕伤等。

预防 不論何种眼外伤，均可严重地影响視力。在生产和日常生活中所引起的各种損伤是完全可以預防的，如改善生产条件、增加防护設备、工作时間注意力要集中、按照安全操作規程进行生产，以及教育儿童不要玩耍銳利物品（如刀、剪）和弹弓等物。

眼球鈍挫伤

挫伤主要是外力（木棒、鈍器、大块泥石、較大的金属片、拳击或爆炸物气浪的冲击）直接或間接冲击到眼部而发生。儿童常見的是弹弓射伤。鈍挫伤对眼内部組织的破坏是很严重的，而眼球表面一般不造成破裂。

诊断要点

一、可有眼痛及輕重不等的視力減退。

二、眼瞼皮下出血。球結膜水肿、出血或裂伤。前房内有积血。瞳孔麻痺性开大，或瞳孔緣发生撕裂使瞳孔形状不規則。水晶体可有脫位及混浊現象。严重鈍挫伤也可造成眼球破裂。

三、眼底可有玻璃体内出血、脉絡膜破裂、出血及視网膜震盪或脫离等。

治疗 眼瞼及結膜出血一般不需治疗。前房积血者应安靜臥床，内服或注射止血剂，出血量少可于24～48小时内全部吸收。前房积血过多，有眼压增高时，可行前房穿刺放血；眼内滴表面麻醉剂，顳下方球結膜下注

射2％普魯卡因 0.3 毫升，用三角刀从顳下角膜緣內 1 毫米处穿透角膜，进入前房，切口約 2 ～ 3 毫米，三角刀退出时前房內积血也随同流出。也可用虹膜恢复器輕压切口下唇利于前房血流出。术毕盖眼罩。对部分或完全脫位的晶体，可考虑手术摘除。有視网膜震蕩者，給予內服維生素 B_1、C 和菸草酸、路丁等。

結膜及角膜异物

诊断要点

一、有异物进入眼內史，随后立卽发生疼痛、畏光和流泪。

二、角膜异物如继发感染可发展为潰瘍，影响視力。

三、結膜异物有时藏在上瞼結膜面上，必須翻轉上瞼才能找到；角膜异物有的甚小需在放大鏡下才易于察覚。

治疗

一、結膜异物用清洁手絹或棉花輕輕擦去。

二、角膜异物需先于結膜囊內滴 1％地卡因，再用消毒棉签擦取。已嵌入角膜表层的异物需用消毒注射針头小心挑出，如是鉄屑須注意除尽鉄銹。异物取出后，点用消炎眼药水并涂眼膏包扎。

三、角膜异物已合併感染者，可在結膜下注射抗菌素类药物。

眼球穿通伤

常見于切削、錘击、战时爆炸伤、矿工开山爆炸及日常生活中被劈柴、刀、剪、玻璃等物刺伤。

诊断要点

一、有明显外伤史。

二、眼部有疼痛、流泪、畏光、流血和程度不等的視力減退。

三、角膜或巩膜有伤口，并常伴有色素膜脫出，严重者眼球可破裂。

四、眼內可能存留异物，并易有細菌感染，造成眼內炎，使眼內組织遭到严重破坏。

五、有的病例可发生交感性眼炎（卽一眼受伤后，健眼也发生严重的色素膜炎）。

治疗

一、如条件許可，經詳查后，立卽在无菌操作下剪除或适当处置脫出部分的眼內容物，并縫合伤口。术后可于球結膜下注射抗菌素（見“角膜潰瘍”）或 5％磺胺嘧啶0.4毫升。术毕双眼遮盖眼垫并包扎。

二、如伤口过大且无条件进行縫合时，眼內不必冲洗和放大量油膏，須用无菌紗布将双眼遮盖并用綳带包扎伤眼，立卽轉院进行处理。

三、怀疑眼內有异物者，也应送往医院經放射綫摄片証实后，再进一

步处理。

四、口服四环素或肌肉注射青霉素预防和控制感染。并应肌肉注射破伤风抗毒素1,500单位。

烫伤和化学腐蚀伤

常由于开水、热油、溶化的金属、酸、碱、石灰、农药、化肥等物及战伤所致。

诊断要点

一、有外伤史。

二、有畏光、流泪、灼痛等强烈刺激症状。

三、結膜或角膜可有輕度損伤、上皮剝脫以至程度不同的組织坏死，呈灰白色，角膜可变混，严重者可致失明。

四、碱性烧伤比酸性烧伤严重，因碱性物质可向深部組织渗透蔓延。

治疗

一、伤后立即用大量淨水冲洗眼部，而且冲洗的越早、越彻底越好，并应立即除尽眼内存留的致伤物质。

二、角膜上可有一层灰白色凝固膜。于結膜囊內滴1%地卡因后，在无菌操作下用湿棉签輕輕将其擦去，最后涂眼膏、盖眼垫。

三、严重者滴1%阿托品散大瞳孔，或于球結膜下注射自身血液0.5毫升。

四、口服或肌肉注射抗菌素。

眼 底 病

眼底病是指眼內深部組织，如視网膜、視神經、玻璃体和脉絡膜等处的各种病变。某些全身性疾病在眼底也可有一定的变化，像糖尿病、腎炎、高血压、动脉硬化等。患者多因視力已經发生障碍才找医生診治。眼底病在无眼底鏡检查的条件下，只要我們熟悉常見眼底病的主要症状，就可以在紧急情况下給予必要和及时的处理，然后再轉送医院进一步检查与治疗，以免延誤病情。

常見的眼底病症状：

突发的视力障碍 大多是視神經或視网膜血管的病变。

一、視神經病变（急性視神經乳头炎、急性球后視神經炎），可为单眼或双眼病。发病前患者可有感冒或发烧病史。主觉視力銳減，甚至可下降到只有光感的程度。眼球深部疼痛和眼球轉动痛，并有眼球压痛，患眼瞳孔散大，对光反应迟鈍或消失。

治疗：

1.立即大量应用抗菌素。

2.口服和肌肉注射大量維生素 B_1、B_{12}。

3.口服或肌肉注射血管扩张剂，如葸草酸、妥拉苏林等。

4.必要时可服用激素治疗。

5.中药治疗：

处方：柴胡、当归、白芍、茯苓、白朮、石斛各五錢　丹皮、生梔子、菊花、甘草各三錢。水煎服，每日一付。

二、視网膜出血：

1.視网膜中央动脉或靜脉阻塞：因某些全身性疾病如高血压、动脉硬化、腎炎、糖尿病等，动脉內膜有改变或压迫相应的靜脉，常造成眼內大量出血，眼前有成片黑影遮挡。当动脉阻塞时視力可突然消失。

治疗：

（1）首先治疗原发病。

（2）对視网膜中央动脉栓塞者，应及早使用血管扩张剂，如立卽吸入亚硝酸异戊酯0.2毫升（安瓿），或口含硝酸甘油；并口服0.4%亚硝酸鈉5毫升，或葸草酸50毫克，每日三次。

（3）对視网膜中央靜脉血栓者，可內服10%碘化鉀5毫升，每日三次，促进血液吸收；或应用抗凝血剂，如肝素或双香豆素等。

（4）中药治疗：杞菊地黃丸和明目地黃丸，早晚各一付。

2.視网膜靜脉周围炎：多发生于青年男性。多有結核病史。因玻璃体內有大量积血，所以患者感觉眼前被挡住一片紅光。躺臥休息后好轉，活动后又感視物遮挡。出血吸收后視力好轉，但常反复出血，所以患者感觉視力时好、时坏。

治疗：

（1）一般按結核病治疗。

（2）內服大量維生素C、維生素K、乳酸鈣、10%碘化鉀等。

（3）中药治疗：

养阴和营湯：生地一两　丹参、沙参各四錢　白芍、荆芥炭、側栢炭、蒲黃炭、黃芩、百部各三錢　甘草一錢。水煎服，每日一付。

視野內有黑影遮挡

一、中心性視网膜炎：眼注視区有境界清楚的黑影蒙住，往往略呈圓形，視物变形或縮小。

治疗：应用血管扩张剂、維生素、鎮靜剂等。

二、視网膜脫离：常发生在外伤后或近視患者，患者感眼前有閃光，从視野的一方有黑影遮挡、逐漸扩大，有明显的視力障碍。

治疗：应爭取早期手术。

眼前有黑点浮动

一、飞蚊症：在光亮处看到前方有黑点一个或数个，随眼球轉移，长

时間內并不增多，对視力无影响。

治疗：无須特殊治疗，应对病人做耐心的解释，以解除思想顧虑。

二、玻璃体混浊：表明玻璃体內有不透明体存在。如高度近視患者可发生。

治疗：口服維生素 B_1、C或碘化鉀。

三、脉絡膜炎：多为双眼、慢性病。常有視力減退，眼前黑点逐漸增多，視物变形，或眼前有閃光感。

治疗：应用抗菌素，口服或肌肉注射維生素 B_1，內服血管扩张剂及激素类药物。

耳鼻喉科疾病

耵 聍 栓 塞

耵聍是外耳道皮肤的附件組织耵聍腺的分泌物，可呈碎屑，似脫皮状，或黃色粘性状。正常情况下随着下頜关节的运动，耵聍自然排出，如果分泌过多或排出受阻則日久堆积而形成耵聍栓塞。

诊断要点

一、一般情况下多无症状，耵聍阻塞外耳道可产生听覚障碍或輕微疼痛。检查时可发現棕褐色耵聍。

二、洗脸或游泳时，水进入耳道內，耵聍被泡胀，可出現耳鳴、耳痛、眩暈或刺激耳道产生外耳道炎，引起剧痛或流脓。

治疗

一、用器械取出，如鈎、鉗、鑷子等。

二、坚固耵聍应用药液（4～6％苏打溶液、滴耳油等）浸泡軟化后冲洗出，以免損伤鼓膜。

外 耳 道 疖

外耳道疖是由于用不清洁器具搔挖外耳道，使細菌进入皮肤的毛囊或汗腺而引起的炎症。疖肿一般都位于外耳道的外段。

诊断要点

一、有剧烈的跳动性耳痛、夜間加重。压迫或牵引耳朵、咀嚼或下頜运动，均可使疼痛加重。

二、检查外耳道可見紅、肿、隆起成疖，脓肿形成后可潰破流脓。耳前或耳下淋巴結肿大。由于外耳道肿胀則听力減退。体溫可增高。

预防

一、禁用不清洁器具挖耳。

二、防止污水进入耳內，游泳后将外耳道的水拭净。

治疗

一、局部热敷，給予止痛药。

二、用小棉球蘸药液（可选用2％石炭酸甘油、10％黄連液、2％醋酸）放入耳道內，每日更換一次。

三、較重者可口服磺胺药或肌肉注射青霉素。

四、形成脓肿則切开引流。

化膿性中耳炎

化脓性中耳炎俗称“耳底子”。在我国农村中发病率比較高。此病一方面可破坏鼓膜和听骨造成耳聋，另一方面可以穿透骨壁，蔓延到顱內併发脑膜炎及脑脓肿。

化脓性中耳炎是細菌經过耳咽管侵入中耳腔后感染的。如伤风感冒时，猛力擤鼻，使鼻腔炎性分泌物經过耳咽管吹入中耳；夏季游泳时，由于換气不当污水經耳咽管嗆入中耳；少数情况下是由于鼓膜外伤后感染，如用头发卡、火柴棒等物挖耳，不慎碰破鼓膜則可造成細菌感染。

诊断要点

一、发炎初期耳內搏动性跳痛、体溫升高、听力減退，一旦鼓膜穿破，脓液从外耳道流出，此时中耳压力頓減，病人疼痛随之減輕。如应用药物治疗，或随着身体抵抗力的增加，則中耳炎症状逐漸消退，穿破的鼓膜慢慢可以癒合。

二、急性期未經适当治疗或病人体质弱，細菌毒力强，可能形成长期反复不断流脓的慢性化脓性中耳炎，听力逐年減低，可致耳聋。

治疗

一、口服磺胺药或肌肉注射青霉素对急性期效果良好。

二、新針治疗：1.医明、合谷。2.下关、曲池。头暈加风池；耳鳴加中渚。强刺手法。

三、中药治疗：治以清热解毒、散风止痛为主。

柴胡清肝湯減味：柴胡、生地、白芍、川芎、黄芩、梔子、防风、牛蒡子、連翘各三錢　甘草二錢。水煎服，每日一付。适用于病情較輕者。

龙胆泻肝湯加減：龙胆草二錢　生地四錢　木通、泽泻、梔子、連翘各三錢　大黄、甘草各二錢。水煎服，每日一付。适用于病情較重者。

加減：头暈严重者加天麻三錢　菊花四錢；有热加銀花五錢；飲食不佳者加神曲、麦芽各三錢。

四、鼓膜已穿孔，脓从外耳道流出者，应用3％双氧水，每日清洁耳道，同时滴入药物（可选用2％石炭酸甘油、0.5％氯霉素甘油、3～5％鏈霉素甘油）。

五、慢性化脓性中耳炎，常选用的药物有4％硼酸酒精、0.1～0.5％黃連素液、0.1％雷佛奴尔、10～30％磺胺醋酰鈉、0.25～0.5％氯霉素甘油、2～5％石炭酸甘油等，均为每日三次滴耳。慢性化脓性中耳炎形成胆脂瘤，或生长肉芽組织，或息肉阻塞耳道者，应考虑手术治疗。

內耳性眩暈 （美尼尔氏綜合征）

內耳性眩暈是一种綜合征，包括眩暈、恶心、呕吐，伴有耳鳴和听力減退。其发病原因多数认为是內耳淋巴积水的关系，也可能和鈉盐代謝障碍、維生素缺乏、变态反应等因素有关。

诊断要点

一、起病突然，病人感到自己身体似旋轉或周围景物在轉动，靜臥后不敢轉动头位，同时伴有恶心或呕吐，但意識清楚。在发病前后常有耳鳴和听力減退。发作期可見眼球震顫。

二、应与其它疾患所引起的头暈相鉴别，如心脏病、貧血、眼疾患、脑神經疾病等。

治疗

一、发作期应臥床休息，低盐飲食；服鎮靜剂，如氯丙嗪或苯海拉明均为25毫克，每日三次。

二、新針治疗：1.医明、四神。伴有高血压者配曲池。2.风池、內关、太冲。每日一次，强刺激手法。

三、中药治疗：同“化脓性中耳炎”。

四、大量服用核黃素和菸草酸。

聾 哑 病

聋哑絕大多数是因幼年时患了某些疾病（如化脓性中耳炎、流行性脑脊髓膜炎等）后未及时治疗，丧失听覚，不能学习語言而形成。

过去在刘少奇反革命修正主义卫生路綫的迫害下，劳动人民患了聋哑病后得不到及时治疗，并被宣判为“不治之症”。

“大海航行靠舵手，干革命靠毛泽东思想”。解放軍用銀針治疗聋哑，使聋哑人喊出了时代的最强音——“毛主席万岁！”眞是千年的鉄树开了花，万年的枯藤結了瓜。革命的医务人員要以解放軍为榜样，用毛泽东思想武装头脑去战胜一切疑难大症。

治疗聾哑病的一般原则 伟大領袖毛主席教导我們說：“**不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。**”所以我們的治疗原则是根据聋哑病人的不同类型，采用不同的治疗方法。一般是重点治聋，聋哑兼治，治訓結合。

常用穴位介绍（图見“新針疗法”）

一　治聋穴：耳門、听宫、听会、医风、下关、中渚、外关、陵下（阳陵泉下2寸，直刺1.5～2寸）。

二、治哑穴：哑門、廉泉。

三、針刺哑門穴的注意事項：施針时一定要具有“**完全**”、“**彻底**”为人民服务的精神和对聋哑阶級兄弟深厚的无产阶級感情，要将革命精神和科学态度結合起来，认眞注意以下几点：

1.选择較好的二寸針，并注意消毒。

2.穴位与体位一定要准确(施針时病人要保持正坐位，头稍向前傾)。

3.針向下頷方向刺入。

4.根据病人年龄和胖瘦掌握深度，不能超过两个同身寸。

5.刺到所需深度后，不可提插或大幅度捻轉，行手法后如无放散針感，也不能增加深度。

6.病人針后休息半小时。

7.对发烧、年老、体弱等病人及不易配合的小孩应緩用或不用此穴。

8.哑門穴使用不当时，可能引起如下反应：头痛、呕吐、頸强、全身无力、腰腿痛等。可視病情予以适当治疗，如臥床休息，应用鎮靜和止痛药物，必要时可用抗菌素、止血剂。

穴位分組　第一組穴应用一疗程后，若效果不佳，改用第二組穴。

第一組穴：〔主穴〕耳門透听宫、听会(耳門直刺有針感后退針皮下，再斜刺听宫、听会)，医风、哑門、廉泉（后二穴每日交替使用）。〔备穴〕中渚、外关（每日左右交替使用）。

第二組穴：一、〔主穴〕耳門透听宫、听会，哑門。〔配穴〕中渚。二、〔主穴〕下关透听宫（下关直刺有針感后退針皮下，再向听宫方向斜刺），医风。〔配穴〕陵下。以上一、二組穴每日交替应用。

針刺方法　快进針，慢送針，行完手法快出針。一般采用二寸或二寸半长的28～30号的毫針（常用30号毫針）。进針后，大多采用捻轉和刮針法，給予强刺激，但是开始1～2次为了让病人易于接受，能主动配合治疗，可用中、弱刺激。出現听力后，可采用强、中、弱手法交替，灵活运用。总之，应根据病情、病人体质及对針刺的耐受力等，相应地选用不同的刺激强度。在行針刺手法病人获取酸、麻、胀感后立即快速出針。出針后揉按針孔，防止出血。

疗程　每日針刺一次，十次为一疗程。每疗程后休息3～5天。

辅助治疗　在用新針治疗聋哑病的同时，还要配合五官科的辅助治疗，以提高疗效。

一、舌系带修整术：舌系带是舌底正中的粘膜皺襞。舌系带过短有几种原因造成，除先天过短者外，就是因疾病所致，如婴儿时患百日咳、猩紅热、麻疹、口腔粘膜病，或由于双側耳聋长期舌的运动不良，而使舌系

带变粗变短。对于舌系带过短的均需給予手术治疗，以解除学习語言的机械性障碍。实践証明，舌系带过短者，在有了听力能学发单音时进行舌系带修整术，对患者准确发音和学話有一定的促进作用。

1.适应症及禁忌症：

（1）适应症：舌尖不能抬起伸出；舌尖不能顶上腭及口唇；伸舌时舌尖下卷变形。

（2）禁忌症：舌神經麻痺；舌肌炎引起的舌体萎縮。

2.手术操作：

（1）修剪縫合术：以1～2％碘酒棉球消毒舌下(不脱碘)，用0.5～2％普鲁卡因作局部麻醉。将紗布裹住舌体往上、往外牵开后，从舌系带中間用消毒剪横行剪开粘膜皺襞及固有筋膜的一部分（深度約 1～1.5公分），于筋膜下作鈍性分离，最后将菱形創口作纵行縫合。先在菱形左右对角縫合一針，再在其上下各縫一針，共縫三針（图 8—58）。也可仅上下各縫一針。术后 3～4 天拆除縫綫。也可不拆，任其自行脱落。

此法創面整齐、瘢痕小、无粘連、出血少、癒合快。

（2）修剪术：消毒后，不用局麻，令病人自行将舌上卷回縮，或术者用左手中指把舌向上、向后推，使舌系带綳紧。此时剪开舌系带，用消毒紗布压迫止血。

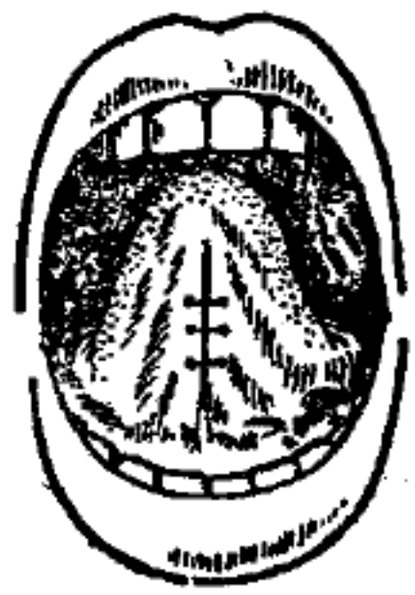


图 8—58　舌系带修剪縫合术

此法比較簡便，适用于10周岁以下不易合作的患者。但不宜用于舌系带过短、病情較复杂的患者，因术后瘢痕較大、出血多、容易造成創面粘連。

3.手术注意事項：

（1）手术中操作应細致，动作要輕巧。

（2）手术时要注意避开血管，如果遇到小动脉出血，可用小蚊式鉗止血。一般不需要結扎。

（3）頜下腺导管开口于舌系带两側，如果手术中不愼将頜下腺导管及开口給縫上后，則出現唾液分泌不出来，頜下腺肿大的現象，必須拆开重縫。

（4）术后应注意口腔清洁，防止感染。

二、咽鼓管吹张术：咽鼓管吹张术或称耳咽管吹气术。它是治疗聋哑病的輔助治疗措施之一。对于鼓膜凹陷或鼓膜与中耳組织粘連，有治疗作用；对于听骨关节粘連的效果更好；对于診断咽鼓管有无畸形或阻塞也有一定的帮助。

方法：用手捏紧两側鼻孔，自行鼓气，使鼻咽部气压增高，就有一部

分气体冲进咽鼓管而窜入中耳，起到治疗作用。

三、取出外耳道耵聍及异物。

四、治疗中耳炎。

慢性鼻炎

慢性鼻炎是鼻腔粘膜的慢性炎症，常由于伤风感冒反复发作、吸烟过多、空气中尘埃或化学气体之刺激所致。其临床表現可分为单純性鼻炎和肥厚性鼻炎两种。

诊断要点

一、鼻阻塞常为两側鼻孔交替发生，在側臥时其下側鼻腔阻塞。重者可呈持續性鼻堵、鼻涕多，并伴有头痛、头暈及疲劳感。

二、鼻粘膜充血、肿胀。重者因下鼻甲肥厚而塞滿鼻腔。

预防

一、积极参加体力劳动鍛炼，提高身体抵抗力，預防感冒。

二、避免外界刺激，如吸烟等。

治疗

一、1％麻黃素滴鼻，每日3～4次。鼻眼淨药水对鼻粘膜血管收縮作用較强，通气效果良好，但不宜多量及长期使用，否則会引起續发性鼻粘膜血管舒张，使鼻堵反而加重。

二、封閉疗法：0.5～1％普魯卡因注射于下鼻甲前端，每側2毫升，隔日一次，六次为一疗程。

三、硬化疗法：5％魚肝油酸鈉0.5毫升或80％甘油2毫升注射于下鼻甲粘膜下，每周一次，三次为一疗程。电灼或鉻酸化学烧灼等法均可使下鼻甲产生瘢痕、收縮、变小，从而改善鼻腔通气。

四、中药治疗：辛荑散加減：辛荑、蒼耳子、白芷、川芎、薄荷各三錢細辛一錢。水煎服，每日一付。有热加黃芩、生石膏各四錢；头痛加菊花、蔓荆子各三錢。

五、新針治疗：〔主穴〕迎香、合谷。〔备穴〕上星、印堂、列缺。主、备穴交替使用。

六、手术治疗：以上各种疗法无效者，可考虑手术（下鼻甲粘膜部分切除术）。

慢性鼻竇炎

鼻竇是鼻腔周围骨壁內的空隙，是鼻腔的附屬部分，又称副鼻竇或鼻旁竇。鼻竇粘膜和鼻腔粘膜相連續，当鼻腔患急性炎症时，可蔓延引起急性鼻竇炎。急性炎症反复发作或未經适当治疗可形成慢性鼻竇炎。中医所称的“腦漏”或“鼻淵”即为本病。

诊断要点

一、鼻阻塞、脓性鼻涕、头晕、头痛以及嗅觉障碍等。

二、一侧或两侧鼻腔有脓性分泌物，并可有腥臭味。如果临床症状很像慢性鼻窦炎，而鼻腔检查未发现脓液时，可采用以下方法检查：

1.滴入1%麻黄素，过5分钟后再检查鼻腔。

2.患者取头低位，闭口捏鼻一阵阵吸气（负压作用），随捏随吸，两三次后再检查鼻腔。

3.患者取头低位，使副鼻窦口朝下，保持20～30分钟后，检查鼻腔是否有脓液自窦内流出。

三、上颌窦穿刺冲洗是临床上最常用而有效的診疗方法（图8—59）。

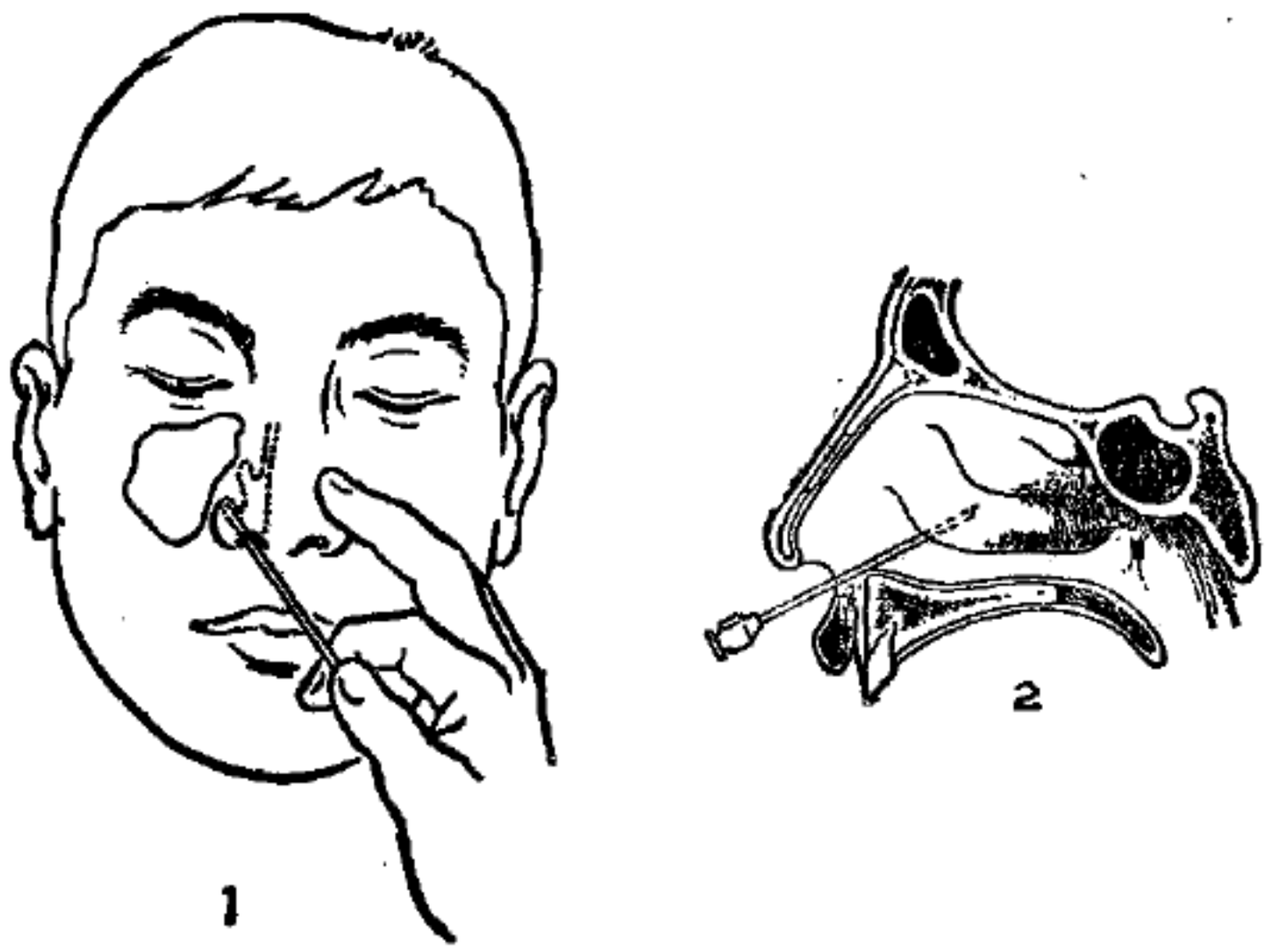


图8—59　上颌窦穿刺法

预防　同慢性鼻炎。

治疗

一、1%麻黄素滴鼻可有通暢引流作用。在急性发作期可口服磺胺药或注射青霉素。

二、中药治疗及新針治疗参見“慢性鼻炎”。

三、置換給药法：吸出窦内空气，并使药液进入，从而发揮治疗作用。

方法：患者仰臥位，头垂于床緣，每側鼻腔滴入3～5毫升药液(1%麻黄素和抗菌素的混合液），滴入后嘱患者閉口捏鼻，随捏随吸5～6次，則药液卽可进入副鼻窦内。

四、上颌窦穿刺冲洗，继之将药物直接灌注窦内，所用药液同置換給药法。

五、手术治疗：以上各种疗法无效者，可考虑手术（如中鼻甲切除

术、上頜竇根治术、鼻內开窗术）。

鼻息肉

鼻息肉是鼻腔內一种表面光滑、柔軟、活动、带蒂的良性肿物。发病与慢性鼻竇炎和变态反应有关。病人有鼻阻塞、分泌物增多、嗅觉障碍等症状，日久可引起鼻变形。老年人患鼻息肉有恶性变之可能。

治疗 鼻息肉可用圈套器行手术摘除。为了减少术后复发，应同时治疗鼻竇炎和变态反应性疾患。

鼻出血

鼻出血是一种体征。多为单側出血。好发于鼻中隔前下部（因該处血管密集而又表浅）。造成鼻出血的原因很多：

一、局部原因：

1.外伤，如手指挖鼻、手术創伤、顱底骨折、异物等。2.鼻粘膜干燥或潰瘍。3.鼻腔炎症，如急性鼻炎、鼻白喉、梅毒、結核。4.鼻腔肿瘤。

二、全身原因：

1.血液病。2.高血压、动脉硬化。3.急性热性传染病。4.維生素缺乏症。5.剧烈运动、咳嗽、噴嚏或猛力擤鼻。6.月經期鼻出血。

鼻出血有时自行停止。但大量持續出血时病人面色蒼白、头暈、无力、脉細数、血压下降、甚至休克而危及生命。长期反复的鼻出血可引起继发性貧血。

治疗 原則为立卽止血和根治病因。

一、局部处理：可选用以下方法。

1.患者低头张口呼吸，并用手捏鼻压迫止血 5 分钟。

2.用清洁棉花、布片或軟紙等物浸沾 0.1% 腎上腺素或 1 %麻黄素后塞入鼻腔。

3.冷敷前額和后頸部，或冰敷鼻部。

4.寻找出血点，用腐蝕剂（硝酸銀或石炭酸）烧灼止血。

5.用无菌凡士林紗条，經鼻前孔塡入鼻腔，压迫止血，24～48小时后取出或更换。

二、全身治疗：

1.給予鎭靜剂。

2.应用止血剂，如仙鶴草素、維生素K、安絡血等。

3.中药治疗：可选用下法。

（1）鮮小薊、藕节、鮮茅根各一两。水煎服，每日两次。月經期鼻出血者可加牛膝三錢。

（2）大蒜一头搗烂敷足心約15分钟。

（3）头发一撮烧灰研为細末，放入鼻內。

4.新針治疗：（1）合谷、內庭。手法：中强刺激。（2）上星（留針5～10分钟）、少泽，患側足大趾甲两側点刺出血。（3）耳針：鼻区。配針上星、內庭。手法：中强刺激。

5.出血后，血色素有明显降低者，应考虑輸血。

6.积极預防和治疗休克。

扁桃体炎

扁桃体位于口咽部的两側，有抵抗細菌的入侵和促进机体产生抗体的作用。反之，扁桃体也是細菌侵犯的途径，一經感染特别是反复发作的慢性扁桃体炎可成为許多全身性疾病的病灶，如可能引起风湿病、腎炎等。扁桃体炎常在全身受凉、机体疲劳、生活失調和抵抗力降低的情况下发生。

诊断要点

一、起病急剧，发烧、畏寒、吞嚥疼痛、全身不适、酸痛无力。

二、扁桃体紅肿，表面有淡黃色或白色脓点。頷下淋巴結肿大、触痛。

三、經反复急性发作后可形成慢性扁桃体炎，表現为咽部不适、异物感，有时口臭、反射性干咳。儿童的慢性扁桃体炎和扁桃体肥大可影响呼吸和吞嚥功能，睡眠时有鼾声。

治疗

一、急性发作期：

1.臥床、多飲水、吃軟食、通暢大便。

2.口服磺胺药或肌肉注射青霉素。

3.新針治疗：（1）少商点刺出血。（2）〔主穴〕合谷、內庭。〔备穴〕魚际、少泽、天突。体溫高时加曲池。（3）在耳廓后上方划靜脉放血，或用三稜針点刺出血。

4.中药治疗效果很好，以銀翹散（方見“上呼吸道感染”）为主，可加板兰根一两　射干三錢。病情較輕者可用銀花、元参各六錢　桔梗、甘草各三錢。水煎服，每日一付。

二、慢性扁桃体炎反复发作者，可手术摘除扁桃体。

喉阻塞

喉部疾病的主要症状是声音嘶哑和呼吸困难。在成人以声音嘶哑較多；在儿童以呼吸困难較多。呼吸困难的原因可分为两大类：一是由于喉和上呼吸道的阻塞；二是因心、肺、中枢神經疾患及中毒所致。凡遇到呼吸困难的患者首先要区分是哪一类。

喉阻塞的原因

一、炎症：急、慢性喉炎，喉气管支气管炎、会厌炎、白喉、喉軟骨膜炎、喉脓肿。二、非炎症：变态反应性喉水肿、喉异物、喉外伤。三、喉肿瘤。四、先天性：喉軟骨軟化、会厌畸形、喉蹼。五、神經性：喉痙攣、声带麻痺等。

诊断要点

一、声音嘶哑。二、吸入性呼吸困难，于吸气时出現胸、鎖骨上窝和心窝及肋骨間隙内陷。三、严重病人可有发紺、煩躁不安、面色蒼白、出冷汗等現象。

喉源性呼吸困难在临床上划分为四度：

Ⅰ度：安靜时无呼吸困难，活动时出現。Ⅱ度：安靜时有呼吸困难，活动后加重。Ⅲ度：具有Ⅱ度一切症状，同时有煩躁不安現象。Ⅳ度：是危险阶段，病人有发紺或蒼白、出冷汗、神志昏迷、大小便失禁等症，如不及时解除，可危及生命。

治疗 遇到呼吸困难病人，医务人員首先需要的是**“热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。”**应积极进行搶救，并能正确地掌握气管切开的时間。为此，我們要分析喉阻塞的病史、原因、程度以及病人的全身情况和医疗条件等，并根据呼吸困难的程度进行恰当地治疗。

Ⅰ度和Ⅱ度呼吸困难应爭取用抗菌素治疗并观察病情。Ⅲ度呼吸困难需立卽作好气管切开的准备。若为炎症所致而又未經治疗者，应立卽給予足量抗菌素和加强全身其他治疗，并观察一段时間（4～5小时），如仍无改善則行气管切开术。Ⅳ度呼吸困难者需要及时搶救，若不立卽行气管切开則有窒息危险。

耳鼻喉异物

耳鼻喉异物应以預防为主。沒有生长牙齿的嬰幼儿不要吃豆类或带核食物；老年人的假牙应按放稳妥；松动的牙齿应拔除。

鼻腔异物 儿童玩要时，易将紙团、豆类、玻璃球等物塞入鼻腔而成异物。日久，鼻腔内潰烂、化脓、鼻堵塞、恶臭和出血。发現异物后应設法取出。

取异物方法：球形异物用圓头鈎子，从空隙中跨过并繞到异物的后方，然后徐徐鈎出。非球状异物則用鼻鑷子取出。亦可将曲别針打开，小回形端保留，弯曲朝下，从鼻腔上方空隙中伸入并鈎住异物后方，向前、向下用力徐徐鈎挤而出。

外耳道异物 常見有豆类、小紙团、小玻璃球、棉花、火柴棍及昆虫等。活动性异物有躁动爬行感。植物性异物被水泡胀后阻塞耳道引起胀痛、耳鳴和听力減退。

取异物方法：昆虫活动者应滴入油类、醇类或麻醉药，待死亡后取

出。易被水泡胀的植物异物滴入无水酒精使之縮小后取出。其他异物可用冲洗、鈎、鉗等法取出。注意勿損伤耳道和鼓膜。小儿患者必要时在全麻下取出。

咽喉、气管、支气管和食道异物 如魚刺、針、釘等因不慎嚥下而卡入咽喉、食道，形成咽喉、食道异物；瓜子、花生米等被吸入气管、支气管，而形成气管、支气管异物。

取异物方法：經內窺鏡（喉鏡、气管鏡、食道鏡）下取出。

口腔科疾病

齲　齿

齲齿（蛀牙）是口腔科最多見的病。主要是由于口腔里的細菌使食物残渣发酵，产酸，将牙体腐蝕后产生。牙齿排列不齐、口腔卫生不良等都是齲齿产生的誘因。

诊断要点

一、表浅的齲齿可沒有任何感觉。如果遇冷、热、酸、甜而引起疼痛时，則是比較深的、已近牙髓的齲齿。

二、齲齿多发生于牙殆面（即牙嚼面）及邻面，表面呈黑色的洞，用探針探之有酸痛感。

防治

一、大力宣传口腔卫生，教以正确的刷牙方法和习慣（牙刷应沿牙齿的长軸，上下左右、舌面、殆面都要刷到）。

二、深齲疼痛者，用刮匙去除腐质：

1.放入蘸有牙痛水(樟脑酚）的小棉球。(樟脑酚处方：樟脑酚 6 份，酚 3 份，96%酒精 1 份）。

2.陈醋二两　花椒五錢。煎十分钟，放溫含漱。

3.卤干溶液，用棉球蘸药充塞齲洞，流出唾液勿嚥。

三、有条件时可用牙科鉆，鉆去腐质后，用磷酸鋅粘固粉及銀汞充填。

急性牙髓炎

急性牙髓炎絕大多数是由于齲齿的继續发展，細菌及其毒素經过齲坏的地方进入牙髓而引起，亦可由于牙周疾患通过根端逆行感染而来。

诊断要点

一、患牙有陣发性剧烈疼痛，并向同側的面部、頭部放射，有时患者并不能明确的指出患牙。夜間睡眠时疼痛加剧。

二、冷热刺激可使疼痛加剧。当牙髓坏死时，热刺激可使患牙胀痛。

预防　及时预防和治疗龋齿、牙周病。

治疗

一、引流减压止痛：利用牙科钻或尖锐的器械自患牙龋洞内刺破髓腔。因急性牙髓炎发作时血管充血膨胀、压力增大、压迫牙神經，所以产生剧烈疼痛。当开髓减压引流后，疼痛可立即减輕。

二、龋洞内可放蘸有牙痛水的小棉球。

三、止痛：口服复方阿斯匹林、安乃近、索密痛等。

四、中药治疗：知栢地黄丸每日1～2付，七厘散每日一瓶。

五、新針治疗：〔主穴〕合谷。〔配穴〕頰車、下关。重刺手法。

六、采用以上方法仍不能止痛时，可及早拔除患牙。

急性牙槽膿肿

急性牙槽脓肿是由于龋齿或牙周病未得到及时治疗，继續发展而使牙根周围的組织发生急性炎症。

诊断要点

一、患牙有剧烈的持續性跳痛。

二、牙松动有浮起感，在咬骀及輕叩患牙时疼痛加重。

三、患牙粘膜紅肿，粘膜移行皺襞处可形成脓肿，有波动感。

四、頷下淋巴結肿大、体溫上升、全身不适，便秘等。

治疗

一、中药治疗：清胃散：生地四錢　黃連三錢　升麻一錢　当归三錢　丹皮三錢，或黃連解毒湯：梔子、黃芩、黃連、黃栢各三錢。

二、消炎：长效磺胺每日1克，服3～4天，或肌肉注射双效青霉素每日40万单位。

三、切开引流：在2%普魯卡因局部浸潤或传导麻醉下，在脓肿最突出（波动最明显）处，刀面与骨面垂直，作与齦緣平行的切口，直达骨面，排脓后用生理盐水冲洗，放橡皮条引流。

四、消炎后，如有条件可根据放射綫攝片显示根端病变的大小进行治疗。病变較小者，前牙可作根切或根管治疗，后牙可考虑根管治疗。无条件治疗可拔除患牙。

牙　周　病

牙周病是由于口腔卫生不良、牙石(牙銹)及牙垢沉积、咬骀不正常、不良的假牙等原因引起。常伴有全身慢性疾病。

诊断要点

一、早期自觉症状常不明显，个别病人可有灼热、发痒、咀嚼疼痛无

力、口臭等症状。

二、牙齦充血、水肿、增生或萎縮。

三、牙齦可出血、出脓，牙表面可有牙石、牙垢沉积，牙齿松动。

预防　宣传口腔卫生。

治疗

一、去除局部的牙垢、牙石：利用牙石刮治器或其他銳利的器械进行刮治是防治牙周病的重要方法。用洁牙器以握笔法握住器械掌握支点，刃端須沿齦緣放入牙石之底部，鈎住牙石后拉出。依次将牙的各面刮淨，直到光滑为止。刮治过程中可能有少量的牙齦出血。操作时勿用暴力，以防損伤牙齦。刮淨后可在齦緣处涂以2%碘甘油（碘甘油处方：碘片10克，碘化鉀8克，甘油5.5克，加水至100毫升）。

二、消炎：急性发作有脓肿形成者，应切开引流，并配合抗菌素治疗。

三、中药治疗：六味地黃丸或金匱肾气丸，每日1～2丸。

四、及早拔除过于松动的牙。

鵝口疮

鵝口疮又名雪口症，是白色念珠菌引起的口腔粘膜传染性疾病。可发生于长期使用抗菌素之后，患者多为新生儿和体弱之婴儿。

诊断要点

一、患儿口水增多，拒絕吃奶。全身反应不明显，体溫一般不超过38°C。

二、病初局部多为散在的豆渣状白膜，不易剝离，边緣清楚且不規則，較正常粘膜稍隆起，周围无炎症反应。晚期，散在的損害可連接成片，呈黃褐色。

预防

一、喂奶前以淨水洗奶头。二、注意患儿的营养。

治疗

一、2%碳酸氢鈉涂抹患区或漱口。

二、1%龙胆紫涂抹或冰硼散撒敷患区，每日2～4次。或用硼砂一錢　研极細面，蜂蜜調匀，涂口腔。也可用黃栢一錢，研面，麻油調涂口腔。

三、因使用抗菌素而引起者，可考虑停药或加用制霉菌素。小儿剂量每次5万～10万单位，每日四次。成人每次50万～100万单位，每日四次。

四、复合維生素B一片及維生素C 50毫克，每日三次。

疱疹性口炎

疱疹性口炎是口腔粘膜和口唇周围皮肤的滤过性病毒感染。多发生于

嬰幼儿。病程約一周。

诊断要点

一、患区有明显疼痛，患儿常啼哭，口水增加，不吃奶，領下淋巴結可有压痛。

二、可有发烧、头痛等症状。

三、口腔粘膜充血、水肿，有許多散在粟米大小的滤泡。很快破溃形成溃瘍，溃瘍面大小不等，較浅，表面有微黃色膜状物。

治疗

一、复合維生素B一片及維生素C50毫克，每日三次。

二、10%金霉素粉噴敷患区（10%的金霉素与90%的四黃耆胶粉制成）。

三、注意全身情况，高烧者可給退烧剂。

复发性口疮

复发性口疮是口腔粘膜的小溃瘍，常反复发作。病因目前尙不明，但常与消化不良、便秘伴随。病程約3～10天。

诊断要点

一、患区疼痛，口水增多。

二、口腔粘膜有圓形表浅的小溃瘍，从綠豆大到黃豆大，多孤立存在，常发生于唇、頰及舌粘膜处，溃瘍面有灰白色的假膜，周围粘膜充血、水肿。

治疗

一、患区涂止痛药物，常用粘膜表面麻醉剂，如0.5～1%达克罗宁、地卡因等。

二、外用中药：儿茶一錢　冰片五分，共研成細末，每日涂患处3～4次；也可用黃連一錢　煅石膏一錢　冰片三分，共研細面吹患处，每日三次。

三、患区烧灼法：先以棉花或紗布放在患区附近隔离口水，以防烧伤正常粘膜，再以棉签蘸少量硝酸銀或三氯醋酸对溃瘍面进行烧灼，然后涂以5%龙胆紫。

溃瘍性齦炎

溃瘍性齦炎是梭状杆菌和文森氏螺旋体所造成。常因飲食中长期缺乏蔬菜引起，嬰幼儿患传染病的后期也可併发本病。

诊断要点

一、患区疼痛明显，有口臭。

二、多有全身症状，如发烧、头痛、疲倦。

三、牙齦乳头坏死、消失，牙齦充血、发紅，边緣形成灰白色或灰褐

色的假膜。

四、領下淋巴結可肿大。

治疗

一、全身治疗：改善营养；口服或注射抗菌素；給予維生素 B，10 毫克及維生素C50毫克，每日三次；疼痛明显时口服止痛药。

二、局部治疗：消除患区的軟垢，用 3 %过氧化氢擦洗牙齦边緣后涂以 1 %龙胆紫，或用珠黃消疳散、养阴生肌散，每日 3 ～ 4 次。还可用0.1%雷佛奴尔或1%过氧化氢含漱。

口腔領面部炎症

牙源性感染在口腔領面部感染中占很大的比重，常見的有冠周炎、口腔領面部間隙感染等。

冠 周 炎

冠周炎是在牙萌出过程中，由于錯位、傾斜、萌出受阻，在牙冠周围形成較深的盲袋，成为細菌生长的良好环境，当机体抵抗力降低时引起牙冠周围軟組织的炎症。因本病以下領第三磨牙多見，故一般称智齿冠周炎。

诊断要点

一、年青人多見。可有发烧，牙齦胀痛，严重时吞咽、說話、张口都有困难。

二、智齿牙位不正，牙齦紅肿，冠周牙齦袋深，按之可有脓液溢出。

三、領下淋巴結肿大。

治疗

一、新針疗法：穴位：下关、頰車、大迎、合谷。

二、內服清热解毒类药物，如黃連解毒湯（黃芩、黃連、黃栢、梔子各三錢），普济消毒飲（方見“流行性腮腺炎”）。局部可用仙人掌糊剂外敷配合治疗。

三、局部清洁牙齦袋，以 1 %过氧化氢或生理盐水冲洗，溫盐水含漱。

四、視病情輕重而选择磺胺类或抗菌素药物，以控制感染扩散。

五、如已形成冠周脓肿，应在局部浸潤麻醉下及时切开排脓，生理盐水冲洗，放橡皮条引流。

六、控制感染后，有条件时，及早拔除阻生齿，否則易反复发作。

口腔領面部間隙感染

領面部間隙感染主要由于牙根端部的急性化脓性炎症的脓液，穿破骨板进入面部肌肉筋膜間隙所致，亦可由局部淋巴結炎引起。

诊断要点

一、一般均有坏牙的疼痛史。

二、局部有紅、肿、热、痛。

三、全身中毒症状有体溫上升、食慾减退、便秘等。

预防　做好口腔卫生，及时治疗牙病。

治疗原则

一、抗菌药物控制感染。

二、局部有脓肿形成应切开引流。

現将几个主要間隙感染及切口部位說明如下：

一、眶下間隙感染：位于上頜骨前壁与眶下緣下方之間。一般因上頜尖牙或双尖牙区感染而来。

1.面部肿胀、鼻唇沟消失。

2.上唇及下眼瞼水肿，疼痛剧烈。

3.口內患牙区移行皺襞肿胀明显。

切口：口內尖牙区移行皺襞肿胀波动明显处，作一橫形切口放脓，冲洗后放橡皮条引流。

二、嚼肌下間隙感染：位于嚼肌与下頜骨外側板之間。一般多因下頜磨牙与智齿冠周炎感染而来。

1.下后牙牙齦肿胀、疼痛不見减輕，并继續加重。

2.牙关紧閉。

3.肿胀区以下頜角部最明显，可不出現波动，但借穿刺能确定脓肿是否形成。

切口：切口部位应在距下頜下緣 1.5～2 厘米处，依下頜骨外形作約 4～6 厘米长的切口（图 8—60），切开皮肤、肌肉（頸闊肌与嚼肌），鈍性剝离达脓腔，冲洗后放橡皮条引流。



图 8—60　嚼肌下間隙感染切开部位

三、頜下間隙感染：位于下頜舌骨肌之下，外界为下頜骨，內界是二腹肌前后腹，下界是頸闊肌。感染多由下頜磨牙而来。

1.有下頜磨牙疼痛及下頜淋巴結炎史。

2.肿胀，輕度张口困难，波动明显。

切口：沿下頜骨下緣 1～2 厘米处，切一长約 4～6 厘米切口，与下頜下緣平行（图 8—61），放脓冲洗，放橡皮条引流。

四、舌下間隙感染：位于口底粘膜与下頜舌骨肌之間，外側是下頜骨的



图 8—61　颌下間隙感染切开部位

內側面，內界是頦舌肌与頦舌骨肌。一般由下頜牙根尖周围感染而来。

1.口底肿胀，舌活动受限。

2.吞嚥困难，严重时亦可发生呼吸困难。

切口：在口內沿牙槽骨之舌面作一平行切口，尽量靠近骨面，避免損伤舌神經、舌下腺导管及舌下腺。

頜面部損伤

口腔頜面部是人类呼吸、消化器官的入口，管理着呼吸、咀嚼、吞嚥、語言、表情等重要的生理功能。而且血运丰富、神經密布、腔隙多，并接近顱底生命要害之处，因此口腔頜面部外伤具有一定的特点。

一、血运丰富，抵抗病菌力强和癒合力强，因此在損伤后24～48小时內手术，仍有良好的癒合效果。

二、創伤急救治疗主要应預防窒息、出血和休克。

三、扩創縫合时，不要誤伤血管、神經，造成不良后果。

四、要珍惜組织。縫合时务必要細致，以免影响功能。

牙　外　伤

牙齿碰伤以后，一般出現疼痛、松动、移位、折断等現象，而且經常伴有頜骨骨折。

一、牙松动或者松动伴有牙移位时，首先复位，然后可用粗絲綫将移动、松动的牙与邻牙系結在一起固定之，定期观察。

二、牙齿折断，折断在牙齦以上，牙髓未暴露时可不作处理。折断部位在牙齦以下2毫米以上者应該拔除。如果牙髓已暴露，可作牙髓治疗后鑲牙。

下頜骨骨折

下頜骨是面部最大，佔据面积最广，位置最突出的骨骼，因而下頜骨折断是口腔頜面部最常見的骨折，并經常伴有顱骨骨折。

诊断要点

一、疼痛、軟組织水肿、溢血、功能障碍，活动时骨面有磨擦音。

二、上下牙齿間相互关系的改变（咬殆錯乱）。

治疗

一、下頜骨骨折时可先用繃带或长条布将下頜紧縛于头部，防止骨片更多的移位。

二、轉院途中应注意患者的体位，不要仰臥，以免把口腔內的唾液、粘液、血液吸入呼吸道而引起窒息。

三、頜間結扎法：如果口內有足够数量的牙齿又相当稳固，可用頜間結扎法。取細軟的銅絲或不銹鋼絲一段，在中央部对折，擰成一个小环，在选定作結扎的两个牙的牙縫間，将鋼絲的两尾端自頰側穿至舌側，然后再将此两尾端分别在此牙縫前后相邻的牙縫間自舌側穿至頰側，并使在后方的一端鋼絲再穿过小环，与另一端互相擰紧，并剪断多余部分。最后将小环及扭結弯向牙根方向（图 8—62）。

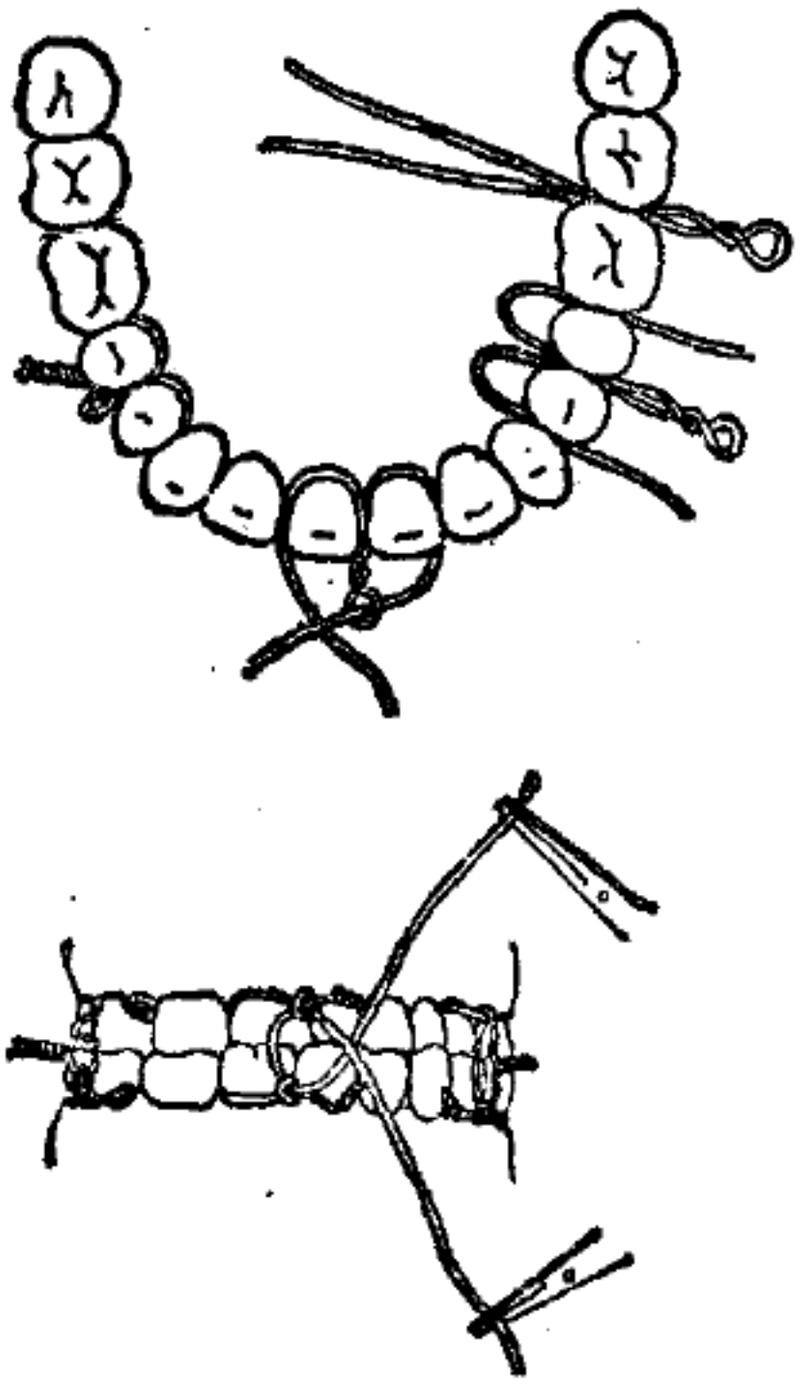


图 8—62　頜間結扎法

以如上方法分别在骨折綫两側及对頜相应的牙齿結扎，然后再以另一鋼絲穿过上下頜小环中，将上下固定結扎在一起，以制动頜骨固定 8～10周。无牙可利用的下頜骨骨折，可做骨間固定：切开皮肤、皮下組织及骨膜，暴露两骨断端，各钻 1～2 孔，再以不銹鋼絲穿过两边的孔，結扎之，将結扎头埋在孔內，縫合骨膜、皮下組织及皮肤。

顳下頜关节脫臼

顳下頜关节脫臼是因张大口、打呵欠、大笑或遇到意外打击时，下頜髁状突滑到关节凹的上外方，不能回复原位而引起的。可发生于单側或双側。有突发性和习慣性脫臼两种。

诊断要点

一、言語不清、咀嚼障碍、吞嚥困难。

二、两側下頜脫臼的患者张口、下頜前伸、两頰扁平。单側脫臼的口歪斜、下頜向健側偏、患側耳屏前凹。

治疗

一、早期手法复位：

第一法：患者坐正，术者用两大拇指按压下頜关节的下前方（相当下关穴），先輕后重，当患者感到嚼肌特别酸胀时，痙攣的肌肉会自然放松，即可自动复位。如果在按压下不能复位，可用其余四指向下后輕推下頜

骨，帮助复位。复位后用绷带托起下颌骨2～3天，并在半月内不宜张大口或吃过硬的食物。

第二法：患者靠墙坐正，头部扶持固定，术者两拇指分别用紗布纏裹，然后伸入患者口內，压下颌磨牙部位。其余手指在口外扶住下颌骨。两拇指慢慢用力往下压，再向后送，即可复位。复位后处理同前(图 8—63)。

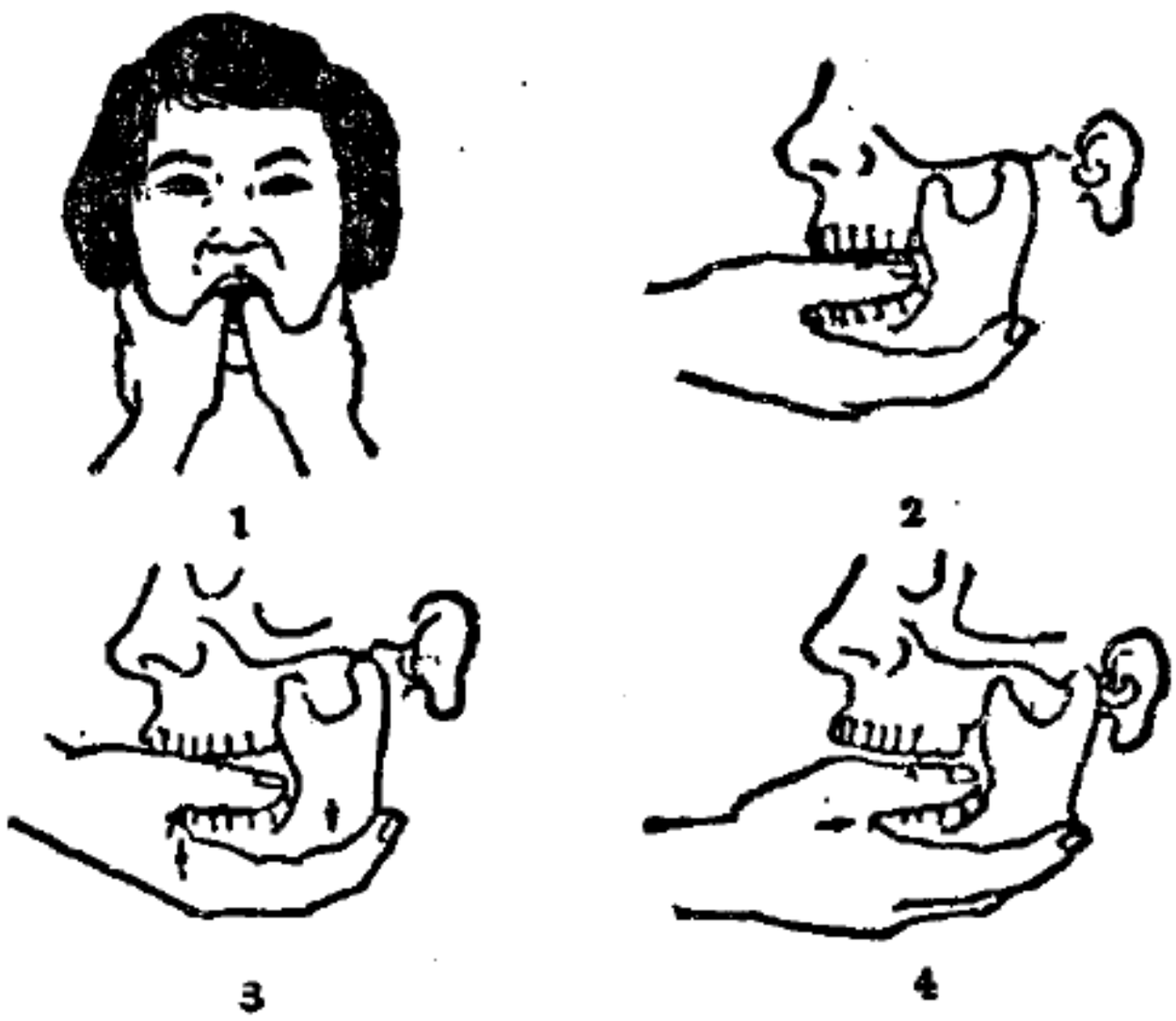


图 8—63　顳下頜关节脫位复位法

二、如果遇突然发病的患者，由于嚼肌过度痙攣，复位困难，可以采用局部注射普鲁卡因麻醉嚼肌神經方法复位。严重的病人可在全身麻醉下进行复位。

簡易拔牙　附：口腔科常用麻醉方法

拔牙的适应症

一、不能治疗的龋坏牙、松动牙。

二、阻生齿、額外牙、錯位牙。

三、病灶牙（引起上頜竇炎、頜骨骨髓炎及面部蜂窝組织炎的牙）。

四、外伤折断、无法保留的牙。

五、在儿童乳牙、恒牙交替期，影响恒牙正常萌出的松动乳牙。

拔牙的相对禁忌症

一、急性传染病的患者。

二、出血性疾病的患者（有牙齦經常出血史及皮肤容易出血史）。

三、口腔粘膜有急性炎症者。

四、高血压、糖尿病、心脏病、肝腎病等患者的拔牙問題，应采取慎重态度，根据当时病人的具体情况，在不影响其全身健康的条件下分析矛盾的主次，决定拔与不拔以及选择拔牙适当的时間。

五、妇女月經期、妊娠前 3 个月和临产前 3 个月暫緩拔牙。

对拔牙鉗的认识及其使用方法　拔牙鉗子分三部分，即鉗嘴、关节和柄。柄的长軸和鉗嘴的长軸相交成90度者是下牙鉗子；大于90度者为上牙鉗。鉗嘴較窄者拔門牙用；鉗嘴較寬或其边緣有突起者，为拔后面多根牙用。

拔牙的步骤

一、当麻醉作用开始后，医生站在病人的右前方，清洁坏牙周围的牙垢并漱口，用2%的碘酒消毒。

二、分离牙齦：用探針或牙齦分离器分离牙齦与牙齿之間的小沟。

三、安放牙鉗：亦可用咬骨鉗、持針鉗、血管鉗等代替。鉗嘴沿牙冠頰舌側或唇舌側，尽量向牙頸部推，鉗嘴的长軸应当与坏牙的长軸一致。

四、摇动：紧握患牙冠，以根尖为中心向唇舌(頰腭)方向摇动，逐漸增大力量，在摇动中体会两側的阻力，从阻力小的一側拔出。

五、伤口的处理：检查伤口是否有残根、骨片遺留；用刮匙刮拔牙伤口，使血液充盈拔牙窝；用消毒的紗布团放在伤口上，让病人咬紧，达到止血的目的。

六、拔牙后嘱病人一小时后把紗布团吐掉，当日不要刷牙漱口。

残留牙根或拔牙断根的取出方法

一、准备工作：在明亮处看清残根断根的位置，并选择合适的器械。

二、根鉗的使用：适合于根面露出牙窝者。拔除方法同牙鉗拔牙法。

三、牙挺的使用方法：将牙挺插进牙根与牙槽骨之間，以牙槽骨的坚硬部分为支点，利用楔力、撬力，把牙根撬出来。要注意找好支点，不要伤及邻牙，不要使牙挺滑脫而損伤其他組织。

四、切开拔牙法：若用牙挺仍难以取出，須将頰側牙齦切开，剝离并翻轉粘膜骨膜瓣，暴露牙槽骨板，凿去頰側骨壁使牙根暴露，再以牙挺或牙鉗取出牙根，縫合齦瓣（图8—64）。

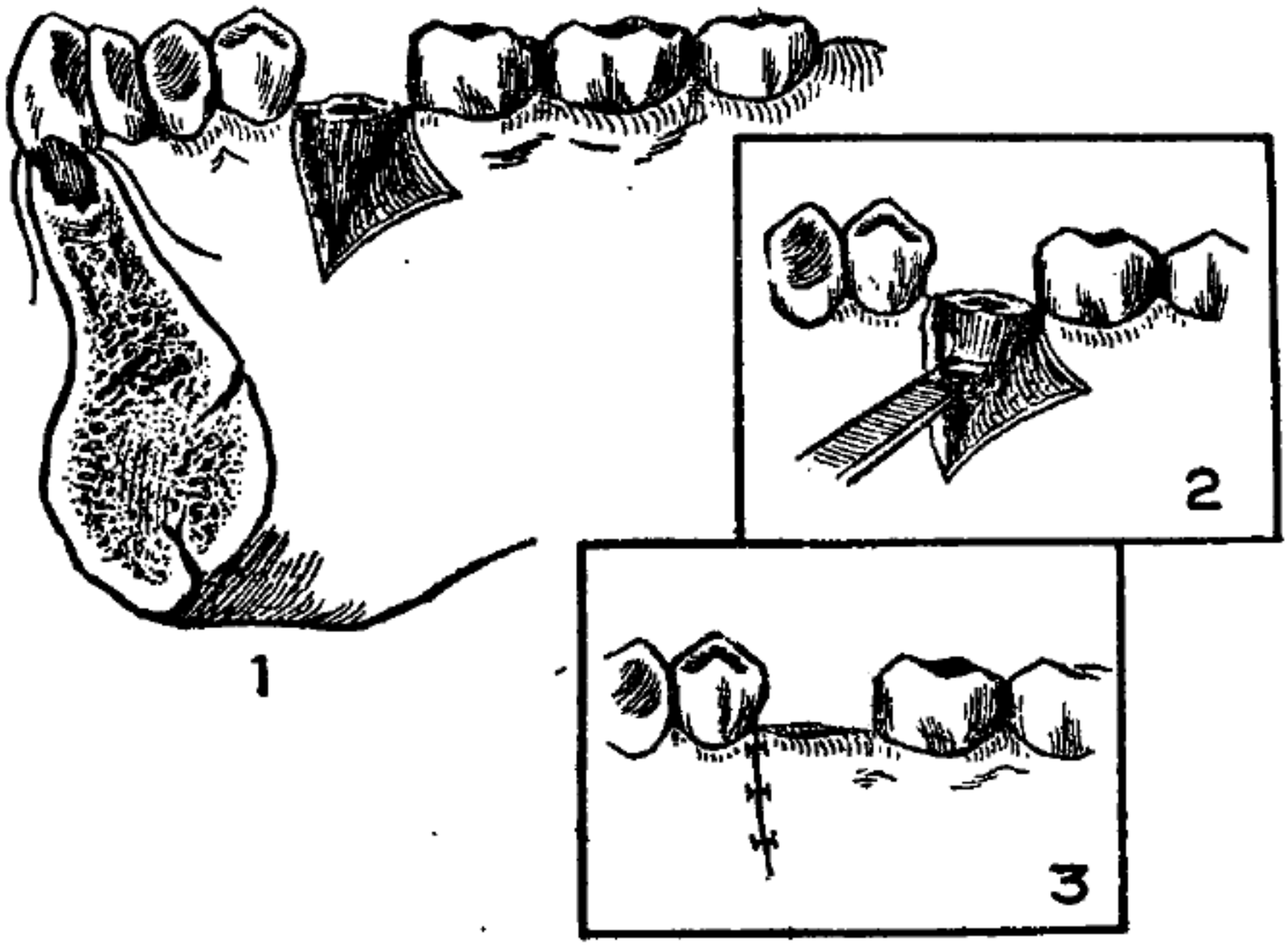


图8—64　残根及断根的切开拔出

拔牙后的併发症

一、断根：拔牙时用力不当或因牙根弯曲均易造成断根。

处理：原則上应将断根取出，但如果根端无炎症亦可不取。

二、出血：一般发生在24小时以內者，除病人有全身出血性疾病或高血压病以外，主要是因拔牙时損伤周围軟組织、牙齦撕裂、牙槽骨凿去过多和拔牙后病人漱口或用舌舔伤口造成。

处理：

1.除去凝血块，检查出血点。

2.用浸有 0.1%腎 上腺素的小棉球置于出血点上，或采用中药馬勃置于伤口上，再以小紗卷压迫止血，观察30～60分钟后吐出。

3.压迫止血无效，可采用縫合或用消毒的紗条填塞齿槽窝，亦可在伤口內放明胶海綿。

4.长效磺胺每日 1 克，連服 3 ～ 4 天，預防感染。

5.以上方法如仍不能止血，則应考虑全身出血性疾病的可能。

附：口腔科常用麻醉方法

一般口腔科常用的麻醉药物是 2%普 魯卡因，在每 2 ～ 3 毫升中加入 0.1%腎上腺素一滴。腎上腺素的作用：

1.使局部血管收縮，減慢药物吸收，以延长麻醉时間。

2.減少由于药物过快吸收而引起的中毒。

3.減少手术区的出血。

但如果腎上腺素剂量过大，則可使局部产生持久性缺血，甚至組织細胞发生坏死；此外由于血管收縮神經癱瘓，可以造成拔牙术后再发性出血。

現将口腔科常用的几种麻醉方法介紹如下：

一、齦頰沟粘膜下浸潤麻醉法：注射器与牙长軸平行，自其相应部位的齦頰沟刺入粘膜下，推入 1 ～1.5毫升麻药。

二、腭側粘膜下浸潤麻醉法：在距患牙腭側牙齦游离緣 1 厘米处刺入粘膜下，注入数滴麻药卽可。

三、腭大孔注射法：可使上頜自尖牙以后的腭部粘膜、骨膜全部麻醉。

方法：用注射針在上頜第二磨牙腭面稍向后方，距腭側齦緣約 1 厘米处（或齦緣与腭中綫連綫的中点）刺入。注射器的位置应在对側单尖牙和第一双尖牙之間，針尖抵骨面后注 入 0.5～ 1 毫升麻药。若沒有上頜第二磨牙，可在軟硬腭交介前緣 0.5厘米处刺針（图 8 —65）。

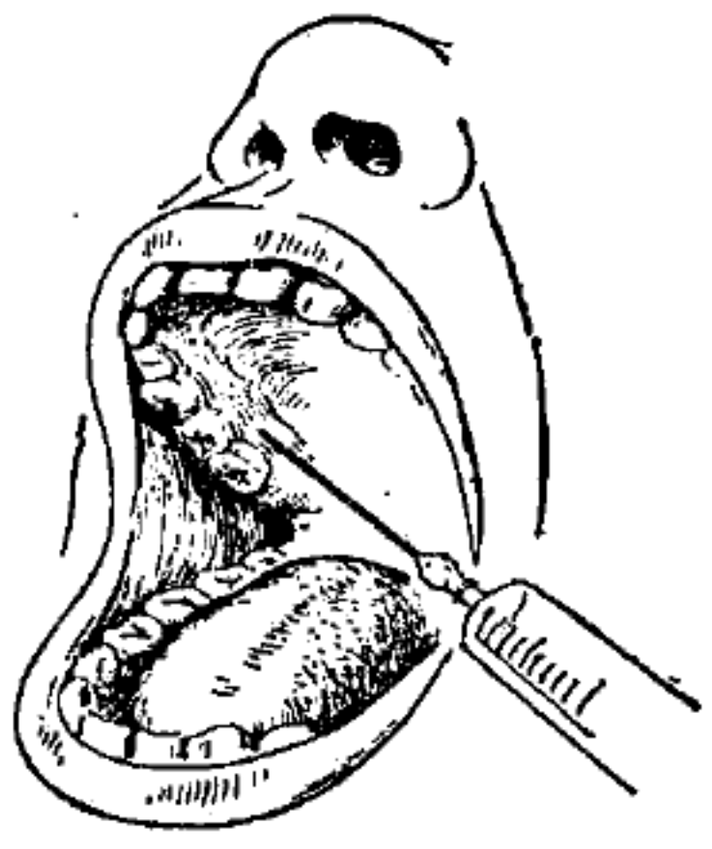


图 8 —65　腭大孔注射法

四、門齿孔（切牙孔）注射法：能使切牙、尖牙区硬腭之粘膜、骨膜麻醉。

方法：在两个上切牙正中腭側乳头側方处刺針，并注入少量麻药，然后轉移針头，使之与上前牙槽突唇側骨板平行，推針注入0.5毫升麻药（图8—66）。

五、下頜传导阻滞及舌神經麻醉法：可使同側下牙齿、唇、頰、舌側感觉全部麻醉。

方法：当病人张大口时，上下頜齦頰沟有一三角形交界处，以此为刺入点，注射器从对側口角方向将針管放平而刺入，直达骨面，抽无回血即可注入麻药1～1.5毫升，即可麻醉下齿槽神經。当注射針触及骨面以后退出少許，再注射麻药0.5毫升，即可达到舌神經麻醉的目的(图8—67)。

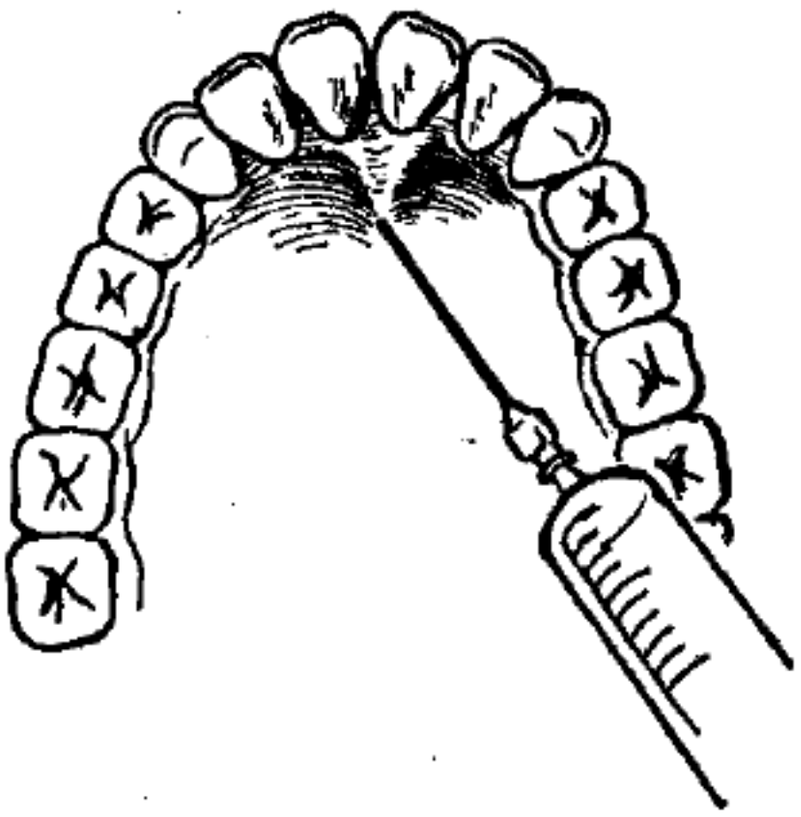


图8—66　門齿孔注射法

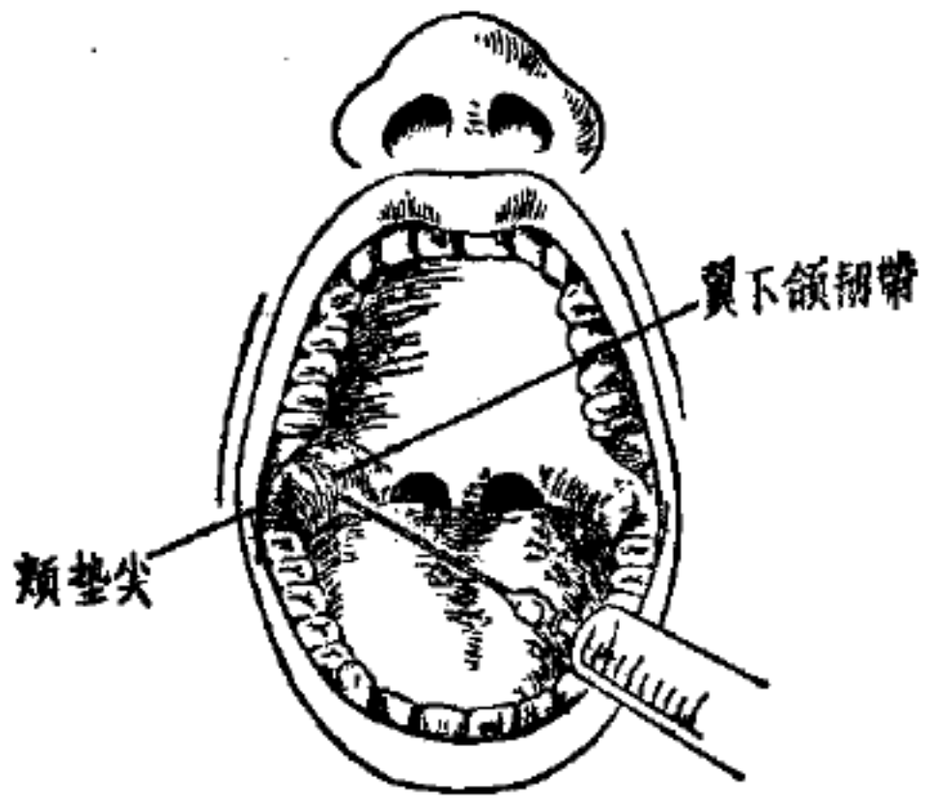


图8—67　下頜传导阻滞及舌神經麻醉法

六、針刺麻醉：可以利用針刺合谷、頰車加强麻醉效果，或用作对麻药过敏病人的麻醉。

七、麻醉的併发症：

1.虛脫：注射麻药后，病人出現头暈、出冷汗、蒼白、脉快而細弱、呼吸急促，往往是由于恐惧、饥餓、疲劳、貧血、体质衰弱、月經期等原因引起。

处理：与一般虛脫的急救相同。使病人仰臥，头部放低；打开門窗，使新鮮空气流通；将紧身衣服解开，以利于呼吸；用棉花蘸氨水等兴奋剂，放在鼻孔处刺激之；密切注意呼吸、脉搏、血压，必要时注射强心、兴奋等药物。

2.注射感染：注射針可因消毒不严或口內有炎症等原因，引起深层組织的感染。所以在注射过程中，除了針头严格消毒外，还应避免注射时針头碰到口唇、牙齿等部位。

3.血肿：主要由于注射針刺破血管所致。一般血肿可自行吸收。最初可用局部冷敷及綳带加压帮助止血，出血停止后改用热敷，可助吸收。

4.牙关紧閉：常見于下領麻醉，一般經数小时或数日可恢复。若因感染引起可配合局部热敷消炎。

5.注射針折断：由于操作粗暴，或注射时病人头部移动。或針头陈旧造成。如果断端留在組织外容易拔出，若断端完全留在組织內則需手术取出。

拔牙时的麻醉方法，可参考下表选择

牙名称	頰側注射方法和部位	腭側注射方法和部位
中切牙	齦頰沟粘膜下浸潤麻醉	門齿孔注射
側切牙	〃	〃
犬齿	〃	〃
第一前磨牙	〃	腭側粘膜下浸潤麻醉
第二前磨牙	〃	〃
第一磨牙	〃	〃
第二磨牙	〃	腭大孔注射
第三磨牙	〃	〃

肿瘤

解放以来，由于叛徒、內奸、工賊刘少奇竭力推行修正主义卫生路綫，依靠一些資产阶級“专家”、“权威”，强調肿瘤研究是“尖端”，宣揚肿瘤工作“特殊論”、“唯条件論”、“不能下乡論”等等，大搞名利和学术垄断。同时这些“专家”、“权威”站在資产阶級立場上，用唯心主义、形而上学的观点，把肿瘤宣判为“不治之症”，把本来可以治好的病人推出門外不管，严重的損害了广大劳动人民的健康。

无产阶級文化大革命以来，广大工农兵和革命医药工作者，用毛泽东思想为武器，狠批了刘少奇修正主义卫生路綫，批判了“不治之症”的反动謬論，并运用毛主席的哲学思想，以辯証唯物主义的观点看問題，认为世界上一切事物都是可知的，肿瘤是可以认識的，也是可以根治的。

毛主席教导我們：**“人类的历史，就是一个不断地从必然王国向自由王国发展的历史。”**用毛泽东思想武装起来的人，最聪明，最勇敢，敢于

破旧立新，敢于攀登科学技术高峰。中国医药学是一个伟大的宝庫，中西医結合是我国医学发展的正确途径。在肿瘤的防治工作中，要广泛发动群众，大力发掘祖国医学遺产，走中西医結合的道路。目前已出現多种防治肿瘤的新办法、新技术，恶性肿瘤的治癒率也不断提高。伟大領袖毛主席教导我們說：**“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。”**我們一定要高举毛泽东思想伟大紅旗，将肿瘤彻底征服。

肿瘤的預防

当前对肿瘤的病因尚不十分清楚，据观察有一部分可能与慢性病变或炎症以及家族性有关，如多发性腸息肉有可能发生結腸或直腸癌，长期不癒的包皮龟头炎有可能发生阴茎癌，慢性宮頸炎有可能发生宮頸癌等，因此对慢性病、炎症均应早期积极治疗，并严密观察。

还有一部分肿瘤的发生似与外界某些刺激因素有关，如放射性物质或瀝青的长期刺激与皮肤癌有一定关系，故应对某些有害物质做好防护。

此外，肺癌之发生可能与长期接触烟草凝縮物有关；改善飲食习慣，避免食过热、过硬和刺激性很强的飲食，做好口腔卫生等对預防食管癌、胃癌也有一定的意义。

为了降低癌瘤的发病率，提高診断率及治癒率，应大力进行防癌宣传，积极开展防癌普查及术后病人的随訪工作。

肿瘤的早期診断

肿瘤的早期診断十分重要，特别是对恶性肿瘤早期診断、早期处理，才能进行早期根治。一般肿瘤的早期症状多不明显，目前診断方法还不够理想，但可根据病人当时情况及当地条件考虑以下几点：

一、患有前述慢性病变，病情突然发展。

二、中年以上，身体以往健康，无其他原因突然出現便血、尿血、咯血、肿块及疼痛等，并伴有明显地进行性消瘦。

三、根据病状及发病部位进行体格检查，必要时进行肛門指診及阴道检查等。

四、根据需要进行放射綫检查。

五、直接病理細胞涂片或活体組织检查。

1.涂片检查：利用体腔或脏器脫落之細胞行多次涂片检查有助于診断，如痰涂片、宮頸刮片等。涂片后应立即放在95%酒精中固定后送检。

2.活体組织检查：自患者身体取少量肿瘤組织行病理切片检查。对体

表或浅表組织的肿瘤，采取标本可以用針吸法。肿瘤局部消毒后，用15号針头接20毫升注射器，刺入肿瘤深部，用力抽吸并上下稍活动，边吸边拔針，吸出小碎块組织后，再吸少許生理盐水，过滤后，将小块組织放于10%福尔馬林液中送检。对体表或体腔脏器也可直接或用窺鏡采取肿瘤边緣組织几处，用上述方法送检。

肿瘤的性质

肿瘤在临床上可分为良性和恶性两种。恶性肿瘤大体分为癌瘤和肉瘤两类（癌瘤多沿淋巴扩散，肉瘤多随血液轉移），恶性肿瘤对人类危害較大，是当前防治的重点。

良性和恶性肿瘤的临床区别如下：

良　　性　　瘤	恶　　性　　瘤
1.生长慢	1.生长快
2.有包膜，边緣清楚	2.无包膜，边緣不清
3.扩张性生长，将周围組織推开	3.浸潤性生长，破坏周圍組織
4.不与四周組織粘連，能推动	4.多与四周組織粘連固定，不能推动
5.較軟或有韧性	5.多质硬、脆、易出血
6.可达巨大体积	6.体积不会太大
7.多不破溃	7.常因供血不足，肿瘤中心坏死、液化或溃破
8.不轉移	8.轉移
9.多不复发	9.可复发
10.一般不影响健康，在重要部位可引起压迫症状	10.严重影响健康，晚期出現恶病质

肿瘤的治疗

医务人員和病人都要高举毛泽东思想伟大紅旗，坚强地树立战胜癌瘤的革命乐观主义精神，充分調动人体内部的抗癌能力，予以恰当的处理，共同向癌瘤进行斗爭。

治疗肿瘤首先要确定肿瘤的性质，良性肿瘤多可用手术治疗；恶性肿瘤可采取綜合治疗（如手术、放射、中西药等）。

一、中药治疗：一般发病初期体质尚强，治以活血化瘀，軟坚散結为主。晚期体质变弱应配以培补气血药物，既可辨証論治也可辨病用药，当

前各地試用中药合剂及中草药治疗已积累不少經驗。

1.卤干：每次1～3克，日服三次，先由小量开始，逐漸增量。对脑、胃、肝、肺等癌瘤有一定疗效。

2.葵树子1～4两，水煎，每日一次；或葵树子及半枝蓮各2两，用水六碗煎至一碗，可供两煎，日服两次。10天为一疗程，可服1～3疗程。对恶性葡萄胎、絨毛膜上皮癌、鼻咽癌、食管癌有一定疗效。

3.半枝蓮2两，加水3～4斤，煎湯做为一日飲料，連喝一个月。适用于各种癌瘤，有消肿止痛作用。

4.白花蛇舌草2两、半枝蓮一两，水煎服，每日一次。对早期肺癌、肝癌、直腸癌有一定疗效。

5.黄药子10两搗碎，浸于60度白酒3斤中，密封文火加溫七小时，置于冷水中浸泡七昼夜后启封取用，每日飲6～7次，保持口內有酒味；或黄药子5錢水煎服，每日服一剂，連用三个月。对消化道癌瘤有一定效果。

6.藤梨根（獼猴桃）2两半加水2斤，文火煮三小时，剩两小碗，日服两次，連服15～20天，休息数日再服，可服四个疗程。对鼻咽、胃、肝及乳癌有一定疗效。

7.海藻一两，水蛭五錢，共研細末，分十次服，每日一次，白开水送下。对消化道癌瘤有一定疗效。

8.墓头回1～2两，水煎服，日服两次。对食管癌、宫頸癌等有一定疗效。

二、手术治疗：对多数早期恶性肿瘤可以达到較滿意的疗效，在手术前后加用其他綜合疗法，則更能提高疗效。手术治疗原則应爭取做到原发瘤与局部淋巴結轉移瘤彻底切除（卽根治手术），同时注意保护組织和器官的功能，防止片面追求根治而任意扩大手术范围。

1.肿瘤局部广泛切除术：如体表、軟組织或脏器的早期恶性肿瘤，頸部或腹腔孤立的恶性淋巴瘤等。

2.肿瘤局部广泛切除与局部轉移性淋巴結整块連續切除术：如舌、甲状腺、乳腺、胃、結腸、直腸等癌瘤。

3.原发瘤及淋巴結轉移瘤分別广泛切除术：如肢体远端恶性肿瘤及腋窩、腹股沟淋巴結分別切除术，阴茎癌或肛門癌及腹股沟淋巴結分別切除术。

4.姑息性原发瘤或淋巴結轉移瘤切除术：如腹腔肿瘤引起腸梗阻，頸、纵隔或盆腔肿瘤引起血管、气管或神經等压迫症状。

5.肿瘤广泛切除及附近脏器全部或部分切除术：如腹腔器官癌瘤，侵犯盆腔脏器时。

6.內分泌器官切除术：如切除卵巢治疗妊娠期、哺乳期乳癌；切除睾丸治疗前列腺癌等。

手术注意事項：

1.不要随便切开或挤压肿瘤，避免瘤組织破溃污染伤口，防止肿瘤扩散、轉移、种植。

2.不宜零碎切除肿瘤，爭取完整連續切除。

3.要从原发病灶或继发病灶的周围組织作全面广泛切除，切除足够的組织，即由正常組织界限范围分离肿瘤。先由外圍到肿瘤，或先由轉移灶集中到原发灶順序切除。

4.血管丰富的或巨大的肿瘤，应用电刀切除，或先結扎主要血管，或控制血流量（如用止血带、血管牵綫等方法）。

5.脏器的肿瘤不宜首先切断主要血管供应，脏器的連貫性应全面估計后再依次进行。

三、放射治疗：应用放射綫、鐳、放射性同位素（如鈷^{60}）及高能电子束（电子加速器）等。不同肿瘤对放射綫的敏感性不同（見下表），根据敏感性程度和病情早晚可单独或綜合治疗。治疗原則，既要給足够剂量消灭肿瘤組织，同时要求在一定时間內使全身情况（消化道反应或骨髓抑制等）不受严重損伤。

肿瘤对放射綫敏感程度表

敏感度	肿瘤
显著敏感	胚胎瘤（腎母細胞瘤、視網膜母細胞瘤、精原細胞瘤等）、骨髓瘤、恶性淋巴瘤（何杰金氏病、網織細胞肉瘤、淋巴肉瘤等）、鼻咽腔淋巴上皮癌、膀胱移行性上皮細胞癌、皮肤基底細胞癌、甲状腺乳头状癌、卵巢某些腺癌、乳腺癌
中度敏感	鱗状上皮癌（皮肤、口腔、食道及宮頸等）、肺癌、脂肪肉瘤
低度敏感	恶性混合瘤（癌）、腺癌（宮体、結腸等）
不敏感	軟組織及骨肉瘤、黑色素癌、胃癌

四、化学治疗：通过药物直接損害癌細胞或調节肿瘤新陈代謝以及內分泌功能，从而达到控制和消灭肿瘤。由于抗癌药物多有毒性反应（消化道反应及抑制骨髓），体质过弱者慎用，一般多与其他疗法綜合使用。目前效果比較明显的药物，如氮芥治疗恶性淋巴瘤、N—甲酰溶肉瘤素治疗精原細胞瘤、噻替派治疗卵巢癌或乳癌等。此外，消化道癌瘤可用5—氟脲嘧啶治疗，肺癌、肝癌可用环磷酰胺治疗。

五、激素治疗：在綜合治疗基础上做为輔助治疗。常用如睾丸素对乳癌的骨轉移、求偶素对前列腺癌、大量皮质酮（一般用量的2～4倍）对

恶性淋巴瘤的抑制、止痛、退烧等均有一定的緩解作用。

六、新医疗法：革命医药人員高举毛泽东思想伟大紅旗，試用中西医結合的新医疗法，如新針、割治、火針等对肿瘤进行治疗，已收到了一定的效果，为今后根治肿瘤开辟了广闊的途径。

常見的良性肿瘤

皮脂腺囊肿（粉瘤）

皮脂腺囊肿是由于皮脂腺排泄管的堵塞后所致。常发生在头面、背部及臀部皮肤。

诊断要点 囊肿与皮肤紧密粘連，囊內含皮脂和脫落的上皮細胞，呈灰白色，如豆腐渣样。小囊肿质較韧，长大后因脫落的上皮細胞发生脂肪变性而变軟。感染时局部紅肿及压痛，脓肿形成后有波动感。

治疗 完整地切除囊肿，不应遺留囊壁，以免复发。有感染时可局部热敷及抗菌药物治疗。如有脓肿形成应切开引流，待炎症控制或伤口基本癒合后，可将囊壁切除，以防反复发作。

乳头状瘤（寻常疣）

乳头状瘤是皮肤受到慢性刺激或感染而生长的一种良性瘤。以外耳道、阴茎、肛門周围及手等处皮肤多見。可单发或多发。生长緩慢，有恶变之可能。

诊断要点 乳头状瘤似菜花状，直径多在1厘米以下，为圓形、寬蒂、韧性、角化状結节，可出現裂隙及出血。

治疗 可采用鴉胆子去硬壳，捣碎，涂于瘤上；10%硝酸銀液腐蝕；电烧；手术彻底切除等方法。

血管瘤

血管瘤是由血管形成的皮肤或粘膜良性瘤。以嬰幼儿多見，可为先天性或于初生后不久出現，成人少見。常发生在面部及四肢。可随嬰儿的增长，病变随之增大，其后大多自行停止发展。

诊断要点

一、酒色斑（毛細血管瘤）：为斑状或片状，稍突出表皮的淡紅色或紫紅色病变，逐漸增长可出現疣状結节。多为单发。

二、草莓状痣：由針尖大小到直径数厘米，突出表皮，色鮮紅或紫紅，表面呈顆粒状或皺襞状，界限清晰，压之可褪色。两岁以后常停止发展或自行消退。

三、海綿状血管瘤：位于皮下，較深，界限不清，复盖皮肤正常，可呈青蓝色或微紫色，触之如海綿，压之可消失。可侵犯肌肉，肌肉血管瘤多伴有疼痛。

治疗

一、皮肤酒色斑及草莓状痣：病变表浅、范围小者，特别是嬰幼儿，可先严密观察，如有发展，可用硬化剂、二氧化碳雪冷冻或磷^{32}敷貼治疗，亦可用鐳盒外部照射。上述治疗无效者，亦可酌情手术切除。浅表的如針头大小的血管瘤，可用电烧治疗。

二、皮肤及粘膜海綿状血管瘤：以手术切除为主。也可采用放射治疗。

紆　維　瘤

紆維瘤是由紆維組织形成的肿瘤。多生长在皮下組织內。可单发或多发。

诊断要点　紆維瘤生长緩慢，多为圓形、质硬、活动、有包膜的肿物。可恶变成紆維肉瘤。紆維組织也可和腺、肌、神經等組织混合形成紆維瘤，如紆維腺瘤、紆維肌瘤、神經紆維瘤等。

治疗　手术切除。

脂　肪　瘤

脂肪瘤是脂肪組织过度增生所形成的肿瘤。多发生在肩、背和臀部的皮下脂肪組织。常为单发，亦可多发。

诊断要点　脂肪瘤生长緩慢，形状不規則，多呈分叶状，扁平、质軟、活动、无压痛。

治疗　較小的脂肪瘤不影响工作时不需治疗，长大后或影响工作时可手术切除。

腱鞘囊肿

腱鞘囊肿是在关节或肌腱附近所发生的囊肿，并非眞性肿瘤。囊肿有結締組织的包膜，囊內含胶状粘液。多发生在腕关节背側，四肢其他关节或腱鞘附近也可发生，常和关节滑膜或腱鞘相連。常見于青壮年。

诊断要点　囊肿为圓形，表面光滑，一般不痛，和皮肤无粘連。如囊肿內充滿液体而张力很大时，則显得很坚硬。

治疗　一般可先以拇指挤压，或用針圍刺囊肿四周后再用拇指挤压，使其破裂，流出的粘液被皮下組织吸收，則囊肿消失，但常会复发，无效者可手术切除。术中如发現与关节相通，則囊肿切除后应严密修补（重叠縫合关节囊壁），以防再发。小的囊肿有时自行消失。

腮腺混合瘤

腮腺混合瘤多发生在壮年人。可分为良性与恶性两种，以前者常見，并有恶变之可能。

诊断要点

一、初为耳垂下肿物，生长緩慢，多为圓形、表面光滑、活动、不痛，亦可呈結节状，大小多为直径2～5厘米，有时可大如儿头。

二、肿物生长过程中突然增大，表示有恶性变的可能，此时肿物活动度差或趋于固定，有时出現开口困难、面神經受累症状（如口角歪、表情肌肌力弱、眼瞼閉合不全等）及頸淋巴結轉移。

三、腮腺造影检查：用碘油注入腮腺管后摄片检查，对腮腺良、恶性肿瘤以及炎症的鉴别和估計肿瘤部位，防止术中面神經損伤有一定帮助。良性混合瘤摄片表現为腮腺导管分枝清晰，但有导管受肿瘤排挤的表現；恶性者則多有导管分枝阻塞、扩张、充盈缺損等表現。

治疗

一、腮腺良性混合瘤应手术切除肿瘤及其周围正常腮腺組织，或行肿瘤及腮腺浅叶切除术，术中需注意勿損伤面神經。

二、恶性者应广泛切除，如有頸淋巴結轉移，应行联合頸部清扫术。此外，还可配合放射、药物等綜合治疗。

甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤是甲状腺中常見的良性肿瘤。多見于成年女性。可为单发或多发，单发者有时恶变。

诊断要点

一、早期多无症状，或有頸部堵塞感。

二、检查时見頸前肿物、表面光滑、卵圓形、硬如橡皮或囊性，亦可呈結节状，可随吞嚥上下活动。

三、初如枣大，增长緩慢，有时突然长大，常为囊內出血所致，可有咽部异物感或局部疼痛，触及肿物有囊性感。

四、如果瘤体很大，压迫頸部大靜脉、气管或喉返神經时，則可分别出現頸部浅靜脉怒张、呼吸困难或发音嘶哑等症状。若瘤体向胸骨后生长而压迫气管时，也发生呼吸困难。

五、甲状腺腺瘤亦有伴发甲状腺机能亢进者，腺瘤切除后症状可緩解。

治疗

一、肿瘤較小且无明显症状者，可先服中葯海藻玉壺湯加減（方見“单純性甲状腺肿”），也可用針灸治疗，穴位为阿是穴，即在肿瘤两側各刺两針，深度以肿瘤大小的1/2为准，或試服碘剂治疗。

二、經上述治疗无效或肿瘤生长快、有压迫症状者，宜行患側甲状腺腺叶切除术。术中应严防喉返神經損伤。

乳腺纖維腺瘤

乳腺纖維腺瘤是乳房內常見的良性肿瘤。多見于青壯年妇女。一般为单发性。少数患者可能恶变。

诊断要点 多为无痛性乳房內肿物，生长緩慢，一般如指头大小、卵圓形、表面光滑、质硬韌、包膜完整、边界清楚、容易活动。

治疗 一般行乳腺区段切除术，即将肿瘤与其周围适量的乳腺組织一同切除。如有条件，术后应做标本病理检查，以除外恶变或恶性肿物。

卵巢肿瘤

卵巢肿瘤有良性及恶性两种。良性瘤多为囊性、质軟、表面光滑、活动、增长緩慢；恶性者增长迅速、质硬、表面不光滑，且常伴有腹水。

诊断要点

一、肿瘤小者无症状，逐漸长大时于下腹一側可触及肿物。

二、如有感染、蒂扭轉、破裂等情况可发生急性下腹痛，应按急腹症处理。

三、大型卵巢肿瘤，可压迫直腸和膀胱而发生尿頻或排便困难，或压迫盆腔內神經而产生腿痛、腰痛等。巨大卵巢肿瘤，向上压迫横膈而有呼吸困难。

四、妇科检查：子宫被推向一側，子宫旁可触及肿物。巨大卵巢肿瘤应与腹水相鑒别。

治疗

一、肿瘤直径在5厘米以下，无症状，明显囊性者，可暫不治疗，定期检查。

二、肿瘤直径大于5厘米，或发生蒂扭轉等合併症时，或肿瘤虽小呈实体性，生长迅速者，需排除恶性，应手术切除之。如系恶性，需将子宫一同手术切除，对年輕妇女应酌情保留健側卵巢。对术后及不能手术的患者，可应用噻替派及放射治疗。

子宫肌瘤

子宫肌瘤为女性生殖器官常見的良性瘤。由于肿瘤所在的部位不同，可分为粘膜下、壁間及浆膜下三种。

诊断要点

一、子宫增大、质硬，多位于下腹部中央。

二、壁間及粘膜下肌瘤可致月經过多、痛經及不規則阴道出血，出血

严重者可有重度貧血。粘膜下肌瘤位于子宮腔內，也可脫出于子宮頸口外，有蒂与子宮壁相連。若肌瘤脫出于阴道中，其表面可破潰出血、感染，有恶臭白带流出，应与子宮頸癌相鉴别。

三、妇科检查：子宮增大并触及肿物，肿物硬度与子宮相同，与子宮不能分开。

治疗

一、肿瘤直径在10厘米以下，无症状者，可暫不治疗，定期检查。

二、肿瘤直径大于10厘米，且有月經量多或不規則出血者，应手术切除之。

三、粘膜下肌瘤，近宮頸或脫出于宮頸外者，可用长弯止血鉗或带齿止血鉗夹住蒂根部，自鉗外側切去肿瘤，将蒂用粗絲綫結扎，或保留止血鉗于宮腔內，24～48小时取出。

常見的恶性肿瘤

鼻 咽 癌

鼻咽癌在我国南方比北方多，男性比女性多。据华南地区临床印象，本病頗为多見，如广东、广西两省病理及临床統計，鼻咽癌占恶性肿瘤发病率的第一位。常見于青壮年。其病理特点多属于分化程度差、恶性度高、扩展快，易向区域淋巴結和远处轉移。临床上鼻咽癌的扩展常見有三种类型：顱神經型（上行型）、頸部淋巴結广泛轉移型（下行型）及頸部淋巴結局限性轉移合併顱神經型（上下行型）。晚期鼻咽癌可出現远处轉移，如肺、肝、骨轉移。

诊断要点

一、症状与体征：

1.鼻咽部异物感：部分病人早期有此症状，因表現輕微常被忽視。

2.鼻出血：偶然少量出血混于鼻涕中，可能为早期症状。随病变进展出血量增多，晚期可发生大量出血。

3.鼻阻塞：一般先单側部分阻塞，随瘤体增大可使双側鼻阻塞，以致患者张口呼吸。

4.头痛：早期多为一側陣发性头痛，进而出現持續性剧烈头痛，夜間尤重，常影响睡眠。

5.頸部淋巴結肿大：初为乳突下淋巴結肿大，继之沿胸鎖乳突肌深面向頸部扩展，或可出現对側淋巴結肿大。淋巴結坚硬而无压痛，晚期可发生潰瘍及继发感染。

6.听力障碍：听力減退逐漸加重，以致消失。当肿瘤侵犯耳咽管时可

出現传导性听力障碍；若累及听神經时可造成神經性听力障碍。

7.脑神經麻痺：第2～6脑神經易受累。一般外展神經受累出現較早，表現为眼球外展受限。

二、鼻咽鏡检查：应认眞对待早期症状，对可疑鼻咽癌者，可行直接或間接鏡检查。若发現可疑病变，可經鏡检取标本做病理检查。

1.分泌物检查：用湿潤的棉拭子經鼻腔或口腔伸入鼻咽蘸出一些分泌物，立卽涂在2～3块玻璃片上，在分泌物未干以前浸入含有等量酒精和乙醚混合液的小瓶內固定，送涂片检查。

2.活体組织检查：用活体組织咬检鉗經鼻腔或口腔伸入鼻咽，直接咬取一小块組织，放入盛有10%福尔馬林的小瓶內固定，送病理检查。

三、必要时切取頸部淋巴結送病理检查。

四、放射綫摄片检查：鼻咽部側位像可見肿瘤、軟組织阴影；顱底像有时可見顱底骨质破坏。

治疗

一、放射治疗：鼻咽癌对放射治疗有較高的敏感性。外照射可用鈷^{60}、深部放射綫，鼻咽腔可补充鐳疗。

二、药物治疗：可靜脉注射环磷酰胺，总量8,000～10,000毫克；或肌肉注射噻替派，总量300毫克。此外尙可应用半体化疗法或頸浅动脉插管法注入药物。

三、晚期鼻咽癌大量出血的处理：

1.鼻咽部压迫止血：用黃碘紗条塡塞于鼻咽部以达压迫止血的目的。

2.頸外动脉結扎止血法。

3.止血药物的应用。

食管癌

食管癌又名噎嗝病或噎食病，是常見的癌瘤之一，发病率占消化道癌瘤的首位，在我国华北地区較多。多发生在40岁以上的男性。患者多有长期飲烈性酒，飲食过快，食物过热、过硬以及口腔卫生不良等史。

诊断要点

一、早期症状多不明显，可出現胸骨后不适、烧灼感、疼痛、胀悶、食管异物感、頸部隐痛或下嚥时阻塞感等。这些症状因偶然間歇发作而常被忽略。

二、以进行性吞嚥困难为其特征，开始吃干硬食物困难，日久軟食或稀食都难下嚥。

三、晚期患者可出現消瘦、脫水、衰弱、貧血及鎖骨上淋巴結肿大等。癌瘤侵犯喉返神經可出現发音嘶哑；侵犯膈神經可引起膈肌麻痺；食管癌穿孔可造成纵隔炎；穿入气管可形成气管食管瘻；穿入胸腔可造成脓

胸等。

四、放射綫鋇餐检查：可确定肿瘤部位、范围等。

五、食管鏡检查：可直接观察肿瘤及取活体組织病理检查。

六、涂片检查：可用远端带气囊之胃管，于气囊外套一綫网套，嘱患者緩慢吞入，当气囊过賁門后，将其充气并慢慢拉出，取下綫网套立即浸于生理盐水中洗滌、振盪，并将盐水离心沉淀后取沉淀物涂片、固定、染色，找癌細胞。此法于防癌普查时对可疑病例可以采用，必要时配合其他检查方法。

治疗

一、手术与放射治疗：食管上段癌以放射治疗为主；中段癌以放射治疗后行手术切除为宜；下段癌以手术治疗为主；若食管癌已不能手术切除并有严重吞嚥困难者可行胃造瘘术。

二、药物治疗：如5-氟脲嘧啶、絲裂霉素C及中葦药等。

三、目前試行涌泉穴位割治疗法以及針灸治疗有緩解症状作用，待进一步探索。

胃　癌

胃癌多发生在40岁以上的男性。患者可有胃潰瘍、慢性胃炎、胃息肉样腺瘤及口腔卫生不良等史。胃癌好发于幽門部，其次为胃小弯及賁門部。

诊断要点

一、早期可表現为胃部不适、消化不良、食慾不振，以后可出現上腹疼痛，呕吐出棕褐色含有食物的残渣，消瘦、貧血、衰弱等。大便潜血試驗常为阳性。

二、晚期于上腹部可触及质硬、表面不平的肿块，有时出現腹水、鎖骨上淋巴結肿大，于直腸膀胱窝或直腸子宫窝經指肛检查触及肿块。

三、胃癌可出現梗阻、出血、穿孔等併发症。

四、放射綫鋇餐检查：可确定肿瘤部位、范围等。

五、胃液分析常有胃酸缺乏或胃酸过少；胃液涂片可能找到癌細胞。

治疗

一、手术治疗：早期应爭取根治性手术治疗；幽門癌不能切除时，可行胃空腸吻合术以解除梗阻。

二、药物治疗：如5-氟脲嘧啶、絲裂霉素C等。

結腸癌和直腸癌

結腸癌和直腸癌多見于40岁以上的人。約半数发生在直腸，其次为乙状結腸和乙状結腸与直腸交界处。癌瘤沿局部扩展后，男性可累及膀胱和

前列腺，女性可累及阴道和子宫等。此外，沿淋巴途径轉移，結腸癌常沿系膜轉移，可到腸旁淋巴結及腸系膜根部淋巴結；直腸癌常至腸旁淋巴結或沿痔上脉管至腸系膜根部淋巴結，晚期可至腹股沟淋巴結。經血运轉移可至肝、肺、骨等处。

诊断要点

一、右側結腸癌可出現食后上腹胀滿不适等消化不良症状，体弱、疲劳、貧血等，以及右側腹可触及肿块；左側結腸癌可出現进行性便秘或腹泻，便血，尙可有腹胀、腸型、腸蠕动波等腸梗阻表現；直腸癌可出現便血，大便形状改变，以及便秘、腹泻、下墜感等排便习慣的改变。

二、結腸癌可做放射綫鋇灌腸检查；乙状結腸癌可行乙状結腸鏡检查，并可取活体組织做病理检查；直腸癌經指肛检查可触及肿块，并可經肛門鏡直接窺視和取活体組织病理检查。

三、有慢性結腸炎以及痔疮等症状时，若經久不癒者，应进一步检查排除癌瘤。

治疗

一、手术治疗：早期应爭取根治性手术治疗。肿瘤部位不同，手术方法也不同，从肛門指診可触及的肿瘤，均应考虑腹会阴联合肿瘤切除术，同时行結腸造瘻术，否則均可爭取广泛切除肿瘤后行腸吻合术。对于不能手术切除及有明显腸梗阻表現者，可行癌瘤近端腸造瘻术。

二、药物治疗：5-氟脲嘧啶。

肝　癌

肝癌有原发性及继发性两种，以后者多見。原发性肝癌常发生于30～50岁之間，与肝硬化或肝寄生虫病有一定关系，肿瘤可呈巨块型、結节型或弥漫型三种；继发性肝癌主要来自腹腔消化道癌瘤，如骨、結腸、胰腺等部位癌，此外，子宫、卵巢、腎、乳腺或肺癌等也常轉移到肝脏，临床上約半数患者找不到原发癌，而仅見肝轉移癌征象。

诊断要点

一、早期可表現为食慾不振、消化不良、全身无力、腹胀、肝区胀痛等；晚期可出現消瘦、貧血，甚至有恶病质。

二、进行性肝肿大，质硬，呈肿块或結节状。癌肿发生坏死或感染可有不規律发烧；压迫胆管可出現梗塞性黃疸；压迫門脉可有腹水和脾肿大。若出現血性腹水，則表示肝表面癌組织坏死破裂出血，或癌已蔓延至腹膜。

三、可酌情选择肝功能化驗、超声波、同位素扫描、肝穿刺、腹腔鏡等检查方法，借以协助診断。

治疗

一、手术治疗：如系原发性肝癌，癌瘤限局于肝一叶，呈巨块型，全身情况較好，肝功能尚佳，无黃疸、腹水等，可考虑手术，爭取做肝叶切除术，术后再綜合药物治疗。

二、药物治疗：如察觉原发癌伴有肝脏肿大，发展迅速，触之甚硬，表面呈結节状肿块或弥漫性硬結，則治疗較困难，仅适于药物治疗，如5-氟脲嘧啶、絲裂霉素C或噻替派等，同时輔以保肝治疗（如复合維生素B、維生素B_{12}、維生素C、肝精及葡萄糖等）。

肺　癌

肺癌因病变发生在支气管，故又名支气管癌。常发生在40岁以上男性。临床上可分为中心型与边緣型两种，以前者多見。

诊断要点

一、早期可有干咳、痰中带血、胸部不适，有时出現气短、呼吸困难、喘鳴等，继續发展可有持續性胸痛、大口咯血、杵状指（趾）等。此外，尙可併发肺不张及肺部感染。

二、晚期可出現消瘦、衰弱等。癌瘤压迫食管造成吞嚥困难；压迫心脏可引起心律不齐、心率快、心包积液；压迫上腔靜脉使头頸及上胸部浅靜脉怒张；压迫喉返神經出現发音嘶哑、声带麻痺；压迫膈神經可有呼吸困难、膈肌麻痺等。

三、放射綫透視或摄片检查：对早期发現、早期診断有很大帮助。

四、支气管鏡检查：大部分中心型肺癌可以直接窺視，并可取活体組织做病理检查。

五、痰涂片检查：連續三日取清晨痰涂片找癌細胞，有时需多次連續检查，以协助診断。

治疗

一、手术治疗：早期应爭取行肺叶切除术。

二、放射治疗：对术后病人、不宜手术及晚期患者（无胸水及远处轉移）可以采用。

三、药物治疗：如盐酸氮芥、氧化氮芥、环磷酰胺、噻替派、絲裂霉素C或5-氟脲嘧啶等均可試用。

膀　胱　癌

膀胱癌以男性患者較多。絕大多数发生在膀胱三角部及两側壁，常为单发。膀胱癌轉移可至盆腔淋巴結、腹主动脉旁淋巴結以及肝、肺、脊柱、骨盆等器官。

诊断要点

一、最主要的早期症状为血尿，常为間歇性，量多少不等。继續发展

出現膀胱刺激症状，即尿頻、尿急、尿痛等。

二、常可伴有膀胱結石及尿路感染等。

三、膀胱鏡检查：是診断的重要方法。可了解肿瘤的位置、大小、数目、形状等，以及取活体組织做病理检查。

四、膀胱造影：可发現边緣不整齐的充盈缺損区。

五、从尿液中寻找癌細胞。

治疗

一、手术治疗：根据肿瘤部位、大小及病理类型，可行肿瘤切除或部分膀胱切除术；若浸潤性較高、位于膀胱三角区，或恶性度低，但其体积很大或已充滿膀胱，或有不計其数的肿瘤，則需全膀胱切除及輸尿管移植术。

二、放射治疗：可于术后放射治疗或单純做为姑息治疗。

三、药物治疗：可为綜合治疗措施之一。如膀胱內灌注疗法，用噻替派60毫克膀胱內灌注，經常变换体位，保留約一小时后将药液排出，每周一次，3～4次为一疗程。

阴茎癌

阴茎癌多发生在40～60岁之間。本病与包茎或包皮过长有密切关系。阴茎癌好发于阴茎头、包皮內板、系带或冠状沟处。一般恶性度較低，发生轉移較晚，如能早期治疗，預后較佳。

诊断要点

一、早期为小潰瘍、丘疹、疣或湿疹状。病变逐漸增大呈菜花状或結节状，潰瘍坚硬，易出血，有脓性分泌物、恶臭，伴瘙痒感。若继发感染可致腹股沟淋巴結肿大、压痛。

二、晚期可累及整个阴茎、阴囊皮肤，可发生漏尿，并可沿淋巴轉移至两側腹股沟淋巴結。

三、可取活体組织做病理检查。

预防 包茎或包皮过长者应及早行包皮环切术，暫时无手术条件者也应經常保持局部清洁。

治疗

一、較小的肿瘤（直径在2厘米以內）而未累及海綿体者，可行手术局部切除或放射治疗。

二、肿瘤限于龟头而未累及冠状沟者，可行阴茎半切除术；若累及冠状沟以上，应行阴茎全切除及尿道会阴部移植术。

三、原发癌較大，累及較深或腹股沟淋巴結已証实有轉移者，应行两側腹股沟淋巴結清扫术。

子宫頸癌

子宫頸癌为常見的恶性肿瘤之一，其发病率占女性恶性肿瘤的第一位。多发生在絕經期前后。肿瘤开始原发于宫頸，以后扩展至邻近組织，并沿淋巴系統轉移。

诊断要点

一、早期多无明显症状，但常有性交后出血史。

二、癌組织坏死、出血，自阴道排出血性或脓样恶臭白带。癌組织扩展压迫神經，有明显的腰腿及下腹酸痛。故在絕經期前后，发現有阴道不規則出血或性交后出血，伴有大量恶臭白带（俗說赤白带下），腰腿及下腹部酸痛者，应考慮为本病。

三、因长期阴道出血，消耗体力，患者多有貧血、全身衰弱、消瘦、食慾減退等恶病质現象。大量失血，可致休克。晚期癌組织轉移至膀胱或直腸者，有漏尿或漏大便的現象。

四、妇科检查：子宫頸呈硬結状或菜花样增生，质脆，触之出血，有时瘤組织坏死、脫落，形成潰瘍或空洞。早期宫頸呈糜烂状，需用病理切片检查，与慢性宫頸炎、宫頸糜烂相鉴别。

临床分期　临床上診断本病，首先要估計肿瘤的范围，定其期别（图8—68），对宫頸癌的治疗和判断預后具有非常重要意义。

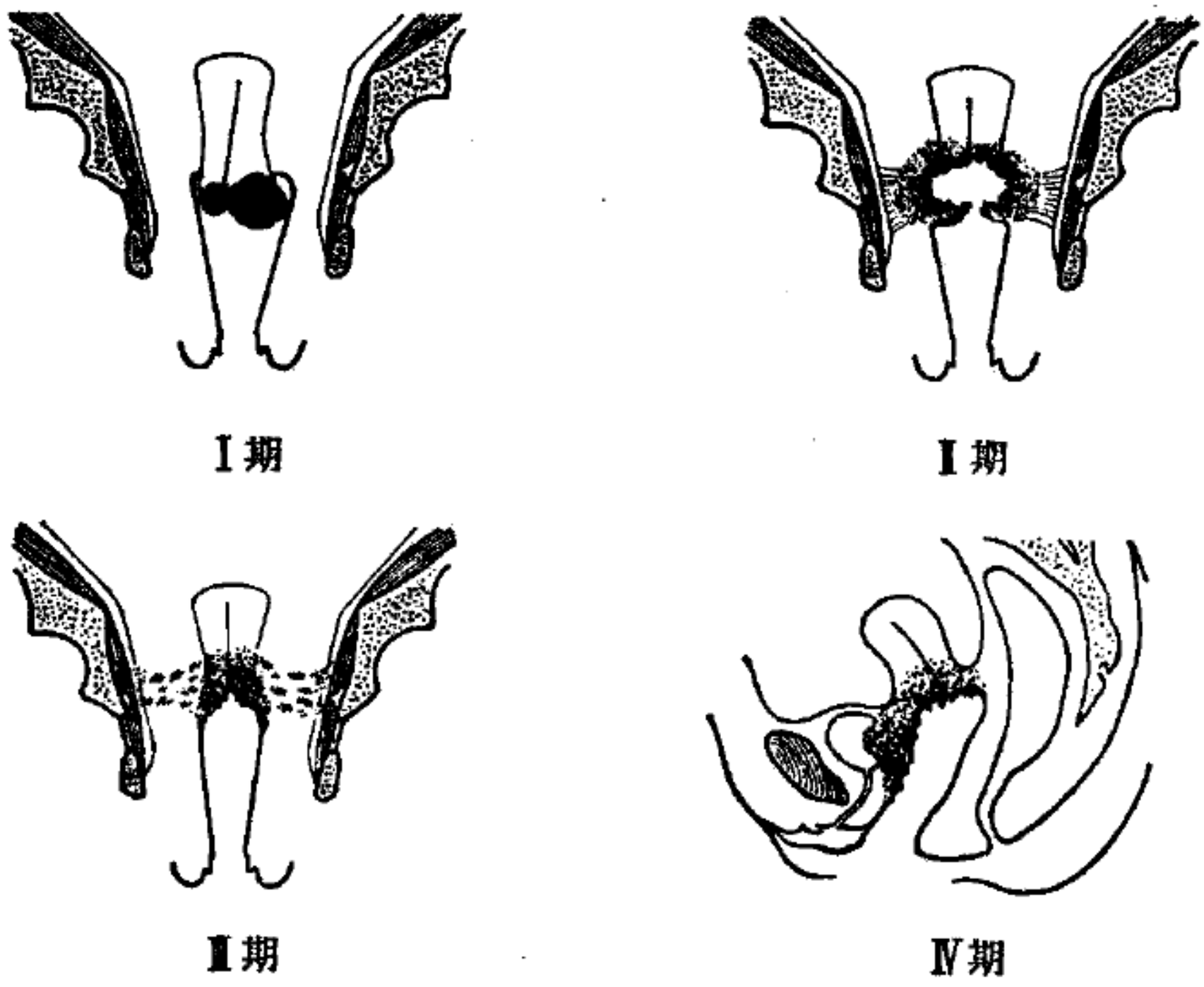


图8—68　子宫頸癌临床分期

Ⅰ期：肿瘤限于宮頸范围內，宮頸呈糜爛状或菜花状或硬結状增生。

Ⅱ期：肿瘤由宮頸侵犯到穹窿部，阴道上 1/3 部位或向子宮腔侵犯，使子宮頸管或子宮体增大变硬，或向子宮頸旁組织扩展，但未达骨盆壁。

Ⅲ期：肿瘤除侵犯宮頸、穹窿或阴道部位，并沿宮頸旁組织扩展到骨盆壁而固定。

Ⅳ期：肿瘤向膀胱或直腸侵犯，严重者造成阴道膀胱瘘或阴道直腸瘘；或有远处轉移，包括远处淋巴結、肺、肝、骨等。

预防

一、早期診断及早期治疗是癌瘤防治中的关鍵。如有条件，凡35岁以上妇女，定期（半年或一年）进行一次妇科检查。如发現有可疑病变，应取宮頸病变处分泌物作涂片，或在可疑处取活体組织作病理检查。

二、积极治疗慢性宮頸炎、宮頸糜烂及宮頸白斑等病变。

三、注意月經期卫生，并推广新法接生。

治疗

一、根治性手术治疗：此手术仅限于Ⅰ期及早Ⅱ期患者（穹窿部侵犯者）。

二、放射治疗：包括宮頸、子宮腔用鐳管放射；双側下腹部前后（淋巴結轉移区）行鈷^{60} 或深部放射綫外部放射治疗（俗称内、外电疗）。对Ⅰ～Ⅲ期患者均适用，但对早期患者疗效高。

三、药物、針灸等綜合治疗：对控制肿瘤扩展及改善全身情况具有一定的效果。药物可試用5-氟脲嘧啶、絲裂霉素C或抗癌片等。

四、如阴道大出血，可用消毒紗条或紗布浸少量黃碘液或紅汞液，充塡于宮頸肿瘤周围及阴道中，24～48小时后取出紗条。如因大出血而出現休克时，应积极地搶救休克。

乳腺癌

乳腺癌为常見的恶性肿瘤之一，其发病率占女性恶性肿瘤的第二位。常发生在40岁以上的妇女。

诊断要点

一、早期于乳內出現无痛性小肿块，质硬、表面不光滑、結节状、边緣不清楚、可以推动，可有或无皮肤粘連，偶有乳头溢出血性液。

二、继續发展，癌瘤逐漸增大，向周围組织浸潤并經淋巴管向附近淋巴結轉移，而产生下列症状：癌瘤固定于乳內或与胸壁固定；患側乳头位置比健側高；癌瘤部位皮肤下陷或粘連，亦可呈桔皮状水肿；癌瘤周围皮肤可出現多数紅色小結节，称为“卫星結节”；癌瘤可溃破、恶臭、出血等；晚期局部多有疼痛，患側腋下及鎖骨上淋巴結可肿大、质硬，患側上肢可发生水肿；癌細胞可經血运向肺、肝、脊柱、骨盆等处轉移；全身衰

弱、消瘦、貧血等。

三、临床診断不能肯定者，可先行穿刺或切除活检，以确定診断。如有条件，尽可能作根治术准备，术中行冰冻切片检查（或通过肉眼观察肿瘤剖面的特点，如恶性者其剖面常为凹陷、质硬、界限不清，有时出現点状坏死），当即判断性质，决定手术种类。

临床分期 为便于指导治疗，临床上将乳腺癌分为四期。

Ⅰ期：癌在乳房內，直径不超过3厘米，与皮肤无粘連。腋下淋巴結无轉移。

Ⅱ期：癌直径不超过5厘米，与复盖皮肤有粘連，尙能推动。同側腋下有数个散在活动的淋巴結。

Ⅲ期：癌直径超过5厘米，与复盖皮肤广泛粘連且常形成潰瘍，或癌与底部、筋膜、胸肌有粘連。同側腋下与鎖骨下有一連串融合成块的淋巴結，但尙能推动，或胸骨旁淋巴結轉移。

Ⅳ期：癌广泛扩散到皮肤，或与胸肌、胸壁固定。同側腋下淋巴結轉移块已固定或呈广泛淋巴結轉移（鎖骨上或对側腋下淋巴結），并常伴有远处轉移。

治疗

一、根据临床分期，其治疗方案如下：

Ⅰ期：根治术，术后內乳区与鎖骨上区可酌情放射治疗。

Ⅱ期：根治术，术后应补加放射治疗。

Ⅲ期：术前与术后均行放射治疗，或仅行放射治疗。

Ⅳ期：放射治疗为主，輔以內分泌及药物治疗。

二、內分泌治疗：对妊娠期、哺乳期的妇女患有乳癌，应切除卵巢或对卵巢放射治疗，終止其功能。

內分泌药物可应用丙酸睾丸酮100毫克，肌肉注射，每日或隔日一次，可較长期使用（3～6个月），对骨轉移可有較滿意的姑息疗效。60岁以上患者应用己烯雌酚5毫克，每日三次。

三、药物治疗：常为各期乳癌綜合治疗措施之一。噻替派效果較好，亦可試用5-氟脲嘧啶等。

淋巴肉瘤

淋巴肉瘤常发生在20～40岁之間。一部分病人病初卽表現为全身性病变；一部分病人則表現为累及身体某部淋巴結为始发的局限性淋巴肉瘤。后者可发生于身体任何部位的淋巴結，如鼻咽、扁桃体、頸部、纵隔、胃、小腸等，但以頸部淋巴肉瘤最为常見。

诊断要点

一、頸部淋巴肉瘤：病初为頸部无痛性、单发或多发淋巴結肿大，中

等硬度、活动。瘤体增大后可有輕度疼痛；压迫气管可造成呼吸困难；压迫喉返神經可致音哑；若瘤内出血、坏死可使体溫增高。

二、纵隔淋巴肉瘤：病初表現为全身无力，或活动后心慌、气短等。肿块增大后可造成压迫症状：压迫上腔靜脉可出現头頸及上胸部浅靜脉怒张，重者可有紫紺、头頸部浮肿；压迫气管、支气管可有呼吸困难、喘鳴、肺不张；压迫喉返神經可致发音嘶哑等。

三、腹腔淋巴肉瘤：

1.胃腸道淋巴肉瘤：以胃及小腸末端多見。胃淋巴肉瘤可有疼痛、貧血和胃酸缺乏等症；小腸淋巴肉瘤可出現下腹部肿物，活动，有时引起腸梗阻。

2.腹腔淋巴結的淋巴肉瘤：以腸系膜淋巴結之淋巴肉瘤多見。可有发烧、疼痛、腹內肿块，有时造成腸梗阻，部分患者肝脾肿大。

四、頸部淋巴肉瘤可取活体組织做病理检查；纵隔淋巴肉瘤可行放射綫摄片检查或行診断性放射治疗；腹腔淋巴肉瘤可做放射綫消化道鋇餐造影检查。

治疗 采用以放射治疗及药物治疗为主的綜合治疗。

一、放射治疗：适用于較为局限的淋巴肉瘤。淋巴肉瘤对放射綫敏感度較高，可应用鈷^{60} 或深部放射綫外照射。

二、药物治疗：适用于全身淋巴肉瘤和做为放射或手术治疗的輔助治疗。常用的有环磷酰胺 200 毫克，靜脉注射，每日一次，連續五天后改为間日一次，总量約 10,000 毫克；放綫菌素 C 200微克，靜脉注射，每日一次，总量可达10,000～15,000微克。

有高烧、疼痛等症状者，亦可綜合大量激素治疗，如强地松10～20毫克，每日三次，但应注意維持水及电解质平衡。

三、手术治疗：胃腸道及腸系膜淋巴結之淋巴肉瘤，尤其出現腸梗阻者，可行手术治疗。术后輔以放射及药物治疗。

其　它

坏　血　病

坏血病是由于身体缺乏維生素 C 所造成。此外，在急性和慢性疾病过程中，由于机体对維生素 C 的需要量增加，或吸收不良，也可誘发本病。单純用米粉喂养的嬰儿，不加其他副食或偏食的小儿也容易发生本病。

诊断要点

一、起病緩慢，开始常有食慾不振、全身无力、面色蒼白、体重减輕。

二、身上出現青一块、紫一块的瘀血斑。
三、牙龈紅肿且易出血，严重时有潰烂坏死，以致牙齿脱落。
四、重者四肢可有疼痛，小儿哭鬧不安。

预防

一、乳儿尽可能用人乳喂养，并按时加添青菜水或蘿卜汁等副食。
二、乳母应常吃新鮮蔬菜。
三、在急性和慢性疾病中，适当补充維生素C。

治疗

一、应吃含維生素C較多的食物，如西紅柿、蘿卜、青菜等。
二、口服維生素C100毫克，每日三次。
三、如有腹泻或病情严重者，可肌肉注射維生素C 100毫克，每日两次。

高原病（高山适应不全症）

高原病是指人进入高原地区后，对高原环境一时不能完全适应所产生的疾病。按临床症状可分以下两类：

高山反应

诊断要点

1.初入高原(2,000米以上）或在高原居留一段时間以后，无其他原因所致的头暈、头痛、心慌、气短、食慾減退、恶心、呕吐、失眠、浮肿等任何一項或一項以上的症状出現，又无特殊体征者，应想到有本病之可能。

2.发現上述任何一項症状，經轉入低地卽明显減輕，或吸氧后症状減輕或消失者。

治疗

1.首先用毛泽东思想武装头脑，正确认識人体有高度适应能力，只要有决心，是一定能适应的。症状較重者应予短期休息。

2.对症治疗可用鎮靜剂，如溴剂或苯巴比妥口服。

3.对反应重者可給氧气吸入。

高血压型、昏迷型、肺水肿型、心脏病型

（包括单純之心脏扩大及併发心力衰竭者）

4,000米以上高原地区易发生各种类型之高山适应不全症，各型之診断及治疗除見有关章节外，尙应注意下列各項：

诊断要点

1.发病时所处地区高度。

2.发病前有无明显誘因及高山反应之前驅症状。

3.发病后經轉到低地（3,000米以下）或吸氧，病情有无好轉。

4.入高原前及发病前有无与本病有关之疾病。

治疗

1.对进入4,000米以上高原地区之人員，应注意預防及糾正各种誘因，如呼吸道感染、过度疲劳、营养不良等，并注意高山反应之前驅症状。

2.昏迷型应予氧气吸入，并可行新針治疗（可选人中、百会、合谷、足三里、內关等穴）。其它型可参看有关章节。

3.对严重反应者，待病情好轉后轉往平原地区，以免复发。

暈車和暈船

暈車和暈船是由于車和船的搖动或顛簸，过度刺激了內耳前庭，使前庭神經机能被扰乱所致。此外情緒紧张、視力异常、車船中各种不良的气味，也可促进本病的发生。

诊断要点

一、起病突然，恶心、呕吐有时很剧烈，病人面色蒼白、出冷汗、脉快、血压降低，甚至发生昏厥。

二、本病应与急性胃腸炎相鉴别，后者常因飲食不当而发生，而且病人下車或上岸后，症状并不消失。

预防

一、乘坐車、船前不要飲酒或进食过飽。

二、让敏感的乘客选坐顛簸較小的座位，在車、船前进时不要向窗外观看。

三、車、船中应注意通风，并設法消除各种不良气味。

四、起行前一小时服东莨菪碱0.6毫克，必要时 8 小时后可再服一次。

治疗

一、当症状发作时，应使患者安靜休息，最好在車、船的中心处，以減少震蕩。紧束褲带可減少內脏震蕩，因而可減輕症状。

二、新針治疗：取穴人中、內关、足三里。中度刺激。

三、中药治疗：玉枢丹每次五分，或人丹每次10～20粒，必要时可以重复应用。

四、可服鎮靜剂、抗組织胺药物及解痙药，如乘暈宁(苯苯海明)、顛茄片等可抑制迷路的机能及緩解症状。对于发生脫水病人，应靜脉注射生理盐水。

腹股沟斜疝

腹股沟斜疝是腹内脏器通过腹股沟管向外脫出的一种常見疾病。多因先天发育上的缺陷或后天营养不良所致。在长期咳嗽、便秘、排尿困难、抬举重物等腹内压增高的情况下，可誘发疝的形成。

诊断要点

一、可复性腹股沟斜疝：当站立或用力时，在腹股沟部出現柔軟的肿块，常能下降到阴囊部。咳嗽时，肿块可有冲击感。平臥或局部稍加揉按时，肿块卽可还納。

二、嵌頓性腹股沟斜疝：一般多由于腹部突然用力，使疝內容物脫出而不能还納。此时多有剧烈之疼痛，而后有腹部絞痛、恶心呕吐、便秘等腸梗阻症状。严重时，由于腸管血液供应障碍而形成絞窄及坏死。

三、需与睾丸鞘膜积液及睾丸下降不全相鉴别：睾丸鞘膜积液的肿块不能还納，咳嗽时无冲击感，透光試驗阳性。下降不全的睾丸可位于腹股沟管內，并上下移动，同側阴囊內无睾丸触及卽可鉴别。

治疗

一、可复性腹股沟斜疝：需要手术方能根治。对婴幼儿腹股沟疝，如无嵌頓，可暫用布帶兜起，有自癒之可能。对年老或有严重的器质性疾病而不宜手术的病人，可用疝托。也可用以下方法治疗。

1.单方治疗：

（1）炒枳壳八錢　升麻三分水煎服。

（2）荔枝核、小茴香各等分，共研末，每服二至三錢；黄酒冲服。

2.新針治疗：对輕症者可选用关元、太冲、阳陵泉、三阴交等穴，体虛者也可針灸并用。

二、嵌頓性腹股沟斜疝：发生嵌頓之初期，可試行手法复位。方法：先皮下注射嗎啡0.01克，或針刺关元、三阴交，以强刺激后，輕輕向腹股沟管方向揉按肿块，多可还納。还納后要观察12～24小时，是否有腹痛現象。若有腹膜炎体征时，应立卽行手术治疗。手法复位失敗或嵌頓时間过久，有絞窄情况时，也应迅速手术治疗。

九

武器是战爭的重要的因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物

——常用药物知識

中药的基本用法

伟大領袖毛主席教导我們：**“按照实际情况决定工作方针，这是一切共产党员所必须牢牢记住的最基本的工作方法。”**我們在治疗时，也必須根据疾病的具体情况（不同疾病、每一疾病发展的不同阶段、不同趋势和不同兼症，以及因人、因时、因地出現的差异），决定不同的治法。疾病有阴、阳、表、里、寒、热、虛、实（八綱）的不同証型，治疗也有汗、吐、下、和、溫、清、补、消（八法）的不同方法。八法是临床中药用法最基本的归納和概括。

汗法（解表）　汗法就是发散的方法，适用于病位表浅的疾病。运用汗法时，选用解表药作为主药，并根据情况分别与宣肺、祛痰、理气、健胃、清热、利尿、和血、通絡、祛风湿及清利头目等药物配伍。因此，汗法具有解表、退烧、止咳、定喘、利水、消肿、透疹、清利头目、祛风湿及鎮痛的作用。

一、辛溫发汗：选用辛溫发汗、驅风散寒的药物，以发散在表的风寒。适用于感冒风寒（表寒証）、发烧、头痛、鼻塞、咳喘、全身浮肿、风湿性关节炎、四肢关节疼痛、蕁麻疹等病症。

二、辛凉解表：选用辛凉解表、散风清热的药物，以清散在表的风热。适用于感冒风热（表热証）、发烧、咳喘、某些传染病初期、麻疹、风疹、蕁麻疹、浮肿、鼻炎、咽痛、音哑、头痛及牙痛等病症。

注意：一、辛溫发汗与辛凉解表的适应症不同，应注意区别使用。二、凡体弱、表虛多汗、咽喉炎症、皮肤恶性疮瘍、大出血及有貧血性出血疾患者均忌用辛溫发汗法。三、服药后盖被或再喝些热湯，使全身微出汗，切忌大汗，汗出后保暖，避免着凉。

吐法（涌吐）　探吐或以药物催吐，使致病有害物质从口排出体外，常作为急救的临时措施。适用于体质較壮的中风痰涎壅塞、癲狂、停食欲吐及吞食毒物等，病在胃脘胸膈以上的实証。

注意：一、吐法是一种反应剧烈的治疗方法，容易損伤胃气，必須愼重使用。二、凡虛証、病在下部以及老人、小孩、孕妇、体弱、有吐血病史的病人禁用吐法。

下法（泻实）　凡积液、腹水或痰、食、燥屎、寄生虫等有害物质积留腹內病属里实証者，或用于导泻，均可使用下法。下法并有退烧、止喘、止痙、安神的作用。根据作用的剧緩，下法可分为峻下、緩下两种。

一、峻下：选用作用較猛烈的通便、逐水、逐痰、活瘀、驅虫药，并常与行气、降气药物配伍。用于里証、实热証，高烧、譫妄、腹胀、腹痛、大便燥結不通、癲狂、积液、腹水、浮肿、瘀血經閉、腸痈、腸寄生虫等病症。实証偏热的，选用苦寒泻下药或配伍清热泻火药，叫做寒下法；实証偏寒的，选用溫热性泻下药或配伍溫中散寒药，叫做溫下法。

二、緩下：选用作用緩和的潤腸通便药，用于治疗久病体弱、老人、孕妇和习慣性便秘的排便困难者。

注意：一、下法忌用于表証及病在上部的疾病。表里同病时，可以汗下并用。二、使用峻下法，必須根据疾病的具体情况和病人体质强弱，选用药物、斟酌剂量。切忌大泻，以免导致病情恶化。

和法（和解）　用具有疏通和解、舒肝健胃、理气和血作用的药物，以調整机体、治疗疾病的方法。和法有和解清热、舒肝健胃、理气解郁、調經和血、退烧止疟及振奋胃腸消化机能的作用。用于治疗外感病寒热往来（半表半里証）、肝胃不和、气血不和、月經不調、情緒郁悶及疟疾等病症。

溫法（散寒）　用溫热性药物以驅散里寒的治疗方法，常与补气健胃或舒筋活絡等药配伍。溫法具有溫中散寒、助阳、止痛及振奋人体机能的作用。适用于里寒証，脾胃虛寒、受寒引起的腹痛、腹泻、呕吐，慢性风湿性关节炎、腰腿冷痛、疝痛及一些脏腑机能不振的病症。

注意：溫法所用药物性多溫燥，忌用于实热証、咽喉部炎症、阴虛証及血液、体液衰少的疾病。

清法（清热）　清法应用范圍很广，适用于一切热証。选用寒凉性的药物以清热泻火、清热解毒、清热燥湿或清热凉血。因配伍不同，清法还有祛暑、消炎、止血、定喘及鎮痙止风等多种作用。

一、清热泻火：用于脏腑实热証，一些传染病及急性炎症、高烧、譫妄、昏迷、咳喘、便秘、淋症等病症。常与泻下通便、清肺化痰、利尿通淋或鎮痙止风药配伍。

二、清热解毒：用于脏腑实热証，一些传染病、咽喉炎症、皮肤炎症痈肿等病症。多与泻下通便、清利咽喉及凉血药配伍。

三、清热燥湿：用于湿热証、热性泻痢、黄疸、淋症、一些化脓性炎症、疮疖痈肿，湿疹、中耳炎、急性結膜炎（暴发火眼）等病症。常与解毒、利尿药配合。

四、清热凉血：用于血热証、夜里发烧、譫妄、斑疹及吐血、衄血、便血、尿血、月經过多等出血病症。多与解毒、鎮痉、止血药配伍。

五、清热祛暑：用于暑夏季节湿热夹杂、感冒、伤暑、头昏、胸閟、倦怠、食慾不振、低烧等病症。多与化湿或益气生津药配伍。

注意：一、非热性病症忌用清法。二、病人平素脾胃虛寒、腹泻，应慎用清法。

补法（补虛） 虛証則用补法，用滋养补益类药物以改善人体的虛弱状态，增强抗病能力。虛証分阴虛、阳虛、气虛、血虛，补法包括补气、补血、补阴、补阳及固涩。运用补法时还要注意到五脏之虛的不同特点。

一、补气：选用甘溫补肺、健脾、益胃药为主，配伍以調气、升提或养血药。用于肺虛喘息、脾虛腹泻、食慾不振、气短乏力、浮肿、脱肛、子宫脱垂、胃下垂、月經过多及大失血等病症。

二、补血：选用甘溫或甘寒柔潤养血药为主，对重症貧血及大失血者配伍补气健脾药以振奋机能、补气生血；对伴有陈旧瘀血者配伍活血祛瘀药以祛瘀生新、調血养血。用于心、脾及肝脏血虛不足，面色萎黃、头昏乏力、視物糢糊、四肢抽筋、月經不調、經血色淡量少或經閉及大出血后等病症。

三、补阴：补阴有滋阴（育阴）、养阴（益阴）的不同。滋阴（育阴）用于肝肾阴虛証，甘寒滋阴药兼有清热凉血作用，若配伍清热药，又称滋阴降火法，用于阴虛有热者；动物介壳类的咸寒育阴药兼有潜阳鎮靜作用，以此为主又称育阴潜阳法，用于阴虛肝阳上亢，眩暈、四肢麻木、抽风等症。养阴（益阴）用于心、胃、肺阴虛証，选用甘寒清淡、养阴生津药为主，配伍养心、益胃、理肺药。

四、补阳：选用溫热性助阳药，并与溫中及补气药配伍。适用于脾肾阳虛証，腹胀久泻、腰腿冷痛、阳萎滑精、尿頻、浮肿以及心阳衰微出現的手足发凉、自汗、心慌、乏力等病症。

五、固涩：固涩是配合溫补法治疗的对症疗法。选用酸涩收敛药物为主，以維护体力、防止消耗，或配伍升提药物，达到緩解某些局部症状的目的。适用于久病体弱的慢性痢疾、腹泻、脱肛、自汗、盗汗、滑精、白带过多、尿頻等病症。

注意：一、凡表証、实热証忌用补法。二、除少数情况外，虛証只宜緩补取效，不宜峻补，峻补則生壅滞，影响消化机能，出現食慾不振、胸閟胀滿等症。三、运用补法时应适当配伍舒气健胃药，并应注意作細致的思想工作，使病人坚定信心、坚持治疗。

消法（消散） 选用消导破积、散瘀軟坚、行气活血等药物，以消散体

內气滞、血瘀、食积、肿块等病症的方法。

一、消积导滞：选用消导破积、理气消胀药物，并配伍健胃、泻下、清热药。用于停食腹胀、呕吐腹泻、腹痛便秘、痢疾等病症。

二、軟坚化瘀：选用軟坚化瘀药，并配伍行气活血、通絡散結药物。用于各种肿块、积聚、肿瘤、肝脾肿大、頸淋巴結核等病症。

三、行气活血：以行气活血药为主，并配伍祛瘀、活絡、止痛药。用于气滞血瘀所致的疼痛、痛經、經閉等病症。

注意：一、体弱无实积者忌用消法。二、消法可以和补法或下法配合使用。

八法应用、主治、配伍簡表

八法	应　　用	主　　治	配　　伍
汗	解表，透疹，宣肺，利尿，止痛	外感表証、咳喘、浮肿、头痛及关节疼痛	清热，宣肺、健胃，利尿、祛风湿药
吐	急救。涌吐有害的胃內容物及喉間痰涎	誤吞毒物、停食欲吐、癲狂及中风痰涎壅塞	探吐或服催吐葯后輔以探吐
下	通便，逐水，退热，鎮痙，止痛	里实証、便秘、高热譫妄、腹滿脹痛、腹水、腸痈	降气、活血、清热、泻火、利尿葯
和	和解清热，舒肝，健胃，調經	半表半里証、寒热往来、肝胃不和、月經不調	清热、健胃、理气、和血葯
溫	溫中散寒，助阳，止痛	里寒証、脾胃虛寒、腹痛、吐泻、疝痛及腰腿冷痛	补气、健胃、理气、止痛、祛风湿葯
清	清热泻火，凉血，解毒，燥湿，消炎，祛暑	里热証、湿热証、炎症痈肿、中暑、惊厥	宣肺、化痰、通便、利尿、鎮痙葯
补	滋养补益、振奋机能、固澀升提	五脏虛証，气虛、血虛、阴虛、阳虛及脏器脫垂、久泄、遺精、多汗	健胃、調气葯。补气、补血，补阴、补阳可以互相配合
消	消积，化瘀，行气，活血	里实症、积聚肿块、胀滿疼痛、經閉	理气、健胃、通絡、散結、祛瘀、止痛葯

常用葯物

药物是治疗疾病的的重要方法之一。我們在使用药物时，必須牢記伟大領袖毛主席的教导，“武器是战爭的重要的因素，但不是决定的因素，

决定的因素是人不是物。”因此我們必須坚决批判迷信药物，忽視人的精神因素，忽視机体內在防卫能力的資产阶級唯心主义和形而上学的医学观点。

毛主席又教导我們：**“我们六亿人口都要实行增产节约，反对铺张浪费。这不但在经济上有重大意义，在政治上也有重大意义。”**我們在使用药物时，必須遵照毛主席这一伟大教导，有的放矢，不濫用药物，合理的选用簡、便、廉、驗的方剂和药物。我国农村是一个广闊的天地，是中草药的天然資源，大量应用中草药治病，是多快好省地开展农村卫生工作，巩固合作医疗制度的重要途径之一。

中　　药

我国药物的发現和使用有悠久的历史。但只有在解放以后，在党的正确領导下，医药卫生事业才得到了蓬勃的发展，一个发掘祖国医药学遺产的群众运动正在广泛开展。

药物的性味，即四气五味是中药性能的基本部分。四气就是寒、热、溫、凉。掌握了药物的四气就可以針对疾病的性质使用中药，例如热性病用寒凉药，寒性病用溫热药。五味就是辛、酸、甘、苦、咸，也各有不同的作用，如辛能散、能行，酸能收、能滴，甘能緩、能补，苦能燥、能泻，咸能軟坚。

中药的配伍有重要的意义。中药可单独使用，但多数是几种药物配在一起組成方剂——“复方”。这样通过药物的配伍可以达到互相协同促进的作用，或減低、消除某一药物的烈性及毒性，提高疗效。药物的配伍有一定的規律。某些药物配伍后降低了原有药物效能，称为相畏；某些药物配伍后容易引起副作用，称为相反，应用时应注意。半夏、瓜蒌、貝母、白蘞、白芨与烏头相反，人参、苦参、丹参、沙参、細辛、芍药与藜芦相反，海藻、大戟、芫花、甘遂与甘草相反，在配伍处方时必須注意。为了便于記忆，古人編了十八反歌：

本草明言十八反，半蒌貝蘞芨攻烏，
藻戟遂芫反甘草，諸参辛芍叛藜芦。

中药的炮制也有重要意义。通过炮制可以清除药物的杂质和沒有用的部分并使之便于制剂和貯藏。同时炮制还可以使某些药物的毒性減低或消除，根据使用目的不同改变或提高疗效。炮制的方法有姜制、水炙、蜜炙、炒焦或炒炭、火煅、蒸晒、酒浸、醋炙等等。如半夏則用姜制，附子則用炮制，柴胡、香附多用醋炙，止血药多用炭，补养药則經蒸晒蜜炙或生用。有的药物如石膏、龙骨、牡蠣、石决明等宜生用，小薊、茅根、芦根、生地、石斛、沙参、玉竹、麦冬、藿香、佩兰等养阴祛暑药則鮮用效力更大。

理 气 药

凡能調理气分，疏暢气机的药物，叫做理气药。理气药多为辛溫香燥之品，用于寒暖不适、飲食不节、忧思过度所致的气滞。主要表現为胸腹胀滿、疼痛，嗳气吞酸、恶心呕吐、气逆等。

凡气虛、阴虛者慎用。

药　名	性　味	主　治
香　附	辛甘微苦	胸腹胀痛，消化不良，月經不調
木　香	辛苦溫	胸腹胀痛，吐泻，痢疾
陈　皮	辛苦溫	胸腹胀痛，呕吐泻痢，食慾不振，咳嗽痰多
青　皮	苦辛溫	胸胁胀痛，食积，乳痛，疝痛
砂　仁	辛　溫	寒泻痢疾，胸腹胀痛，呕吐厌食，胎动不安
枳　实	苦酸微寒	胸腹滿痛，食积，痰滞，便秘，便血
白豆蔻	辛　溫	呕吐反胃，胸腹胀痛，酒毒
厚　朴	苦辛溫	胸腹胀滿作痛，呕吐泻痢，喘咳
薤　白	辛苦溫	胸痺刺痛，泻痢下墜
沉　香	辛微溫	胸腹胀痛，呕吐呃逆，气逆喘息
大腹皮	辛微溫	水肿腹胀，痞滿泄泻
柿　蒂	苦涩溫	呃逆呕吐
檀　香	辛　溫	脘腹疼痛，噎嗝呕吐
烏　药	辛　溫	胸腹胀痛，反胃，中风，疝痛，小便頻数

一般药量：二至三錢。砂仁、白豆蔻、沉香、檀香一至二錢。

理 血 药

凡能治理血分的药物，叫做理血药。血分病一般分为血虛、血瘀、血溢三种。治疗方法，血虛者宜补血，血瘀者宜活血祛瘀，血溢者宜止血。补血药列于补养药中，这里介紹活血药与止血药两部分。

活血药多用于月經不調、痞块、跌打損伤、痈疽等。止血药用于吐血、衄血、尿血、便血、崩漏等。

活血药多破瘀峻烈，血虛、孕妇慎用。止血药多有留瘀之弊，所以出血証初起，宜配以行瘀之品。

分类	药名	性味	主治
止血药	三七	甘微苦溫	吐血、衄血、血崩、血痢，創伤痈肿
	大小蓟	甘凉	尿血、吐血、衄血、血崩、血痢，創伤痈肿
	側柏叶	苦涩微寒	吐血、衄血、血崩、血痢，风湿性关节炎
	茜草	苦寒	吐血、衄血、血崩、血痢，骨节风痛，創伤
	藕节	苦涩平	各种出血
	槐花	苦平	赤白痢疾，痔瘻便血，吐血、衄血、大出血及肝火內热，头昏眼紅
	花蕊石	酸涩平	吐血，妇人血暈恶血，崩带，下死胎胞衣，外伤出血（外用）
	血余	苦微溫	各种出血，小便不利
	棕榈	苦涩平	吐血、鼻衄，崩漏，带下，赤白下痢
	地榆	苦微寒	血痢，痔瘻，血崩
	仙鶴草	苦微溫	各种出血
	白芨	甘苦微涩	吐血、衄血，創伤痈肿，火燙伤及皮肤皸裂，溃瘍（外用）
活血药	蒲黄	甘平	血滞經閉，孕妇腹痛，外伤，痈肿，吐血，崩漏（炒用）
	赤芍	苦酸微寒	血滞、腹痛、胁痛、經閉，痈肿、关节疼痛
	丹参	苦微寒	月經不調，痞块积聚，痈肿丹毒，关节疼痛
	川芎	辛溫	月經不調，头痛眩暈，胸胁胀痛，痈疽，关节疼痛
	郁金	苦辛甘寒	吐血、鼻衄、尿血，胸胁腹痛，癲狂
	姜黄	辛苦溫	經閉痞块，胸腹胀痛，外伤及上肢麻木疼痛
	延胡索	辛微苦溫	胸腹諸痛，月經不調，痞块

分类	药物	性味	主治
活血药	五灵脂	甘 温	經痛、疝痛、孕妇腹痛、子宫出血、便血
	乳香	苦辛 溫	心腹諸痛，筋脉拘攣，外伤痈疽
	沒药	苦 平	胸腹作痛，外伤痈疽，經閉，痞块
	牛膝	苦酸 平	經閉，痞块，淋痛血尿，腰膝痛，痿痺
	血竭	甘咸 平	外伤，伤口出血，疮瘍不歛（外用）
	紅花	辛 溫	經閉难产，产后瘀血不下，胎死腹中，外伤
	益母草	辛苦微寒	月經不調，白带下血，产后血暈，腹痛
	泽兰叶	苦微溫	經閉，痞块，产后恶露淋漓腹痛，浮肿
	穿山甲	咸微寒	痈疽，瘰癧，乳汁不下，风寒湿痺
破血药	三稜	苦 平	經閉，痞块，产后瘀血不下，心腹疼痛
	莪朮	苦辛溫	經閉，痞块，心腹諸痛，停食不消。常与三稜同用
	桃仁	苦甘平	經閉，痞块，便秘，腸痈，外伤
	水蛭	咸平有毒	經閉，痞块，外伤
	蝱虫	苦寒有毒	經閉，痞块
	蠍虫	咸寒有毒	經閉，痞块，外伤

一般药量：二至三錢。三七、紅花、水蛭、蝱虫、蠍虫一至二錢，血竭三分至六分。

补养药

凡能补益人体气血阴阳不足，以治疗各种虚証的药物，叫做补养药。根据药物作用的不同可将补养药分为补气药、助阳药、补血药、养阴药四种。

补气药适用气虚証，助阳药适用于阳虚証，补血药适用于血虚証，养阴药适用于阴虚証。

凡外感表証未癒者不宜使用。补气药与助阳药多溫热，故阴虚火旺者忌用；补血药与养阴药性多寒凉粘腻，故阳虚阴盛以及脾胃虚弱者均宜慎用。

分类	药名	性味	主治
补气药	人参	甘微苦温	出血虚脱，肺虚喘促，脾胃虚弱，惊悸健忘，痘疮虚陷
	党参	甘 平	同人参，用量略大
	黄芪	甘 温	脾虚泄泻，表虚自汗，血脱，水肿，痈疽
	白朮	甘苦微温	脾虚胀满，泄泻，水肿，自汗
	山药	甘 平	泄泻久痢，遗精带下，糖尿病，阴虚諸症
	黄精	〃	脾胃虚弱，肺虚咳嗽
	甘草	〃	脾虚泄泻，咳嗽，咽痛，解毒，調和药性
	大枣	甘 温	脾虚泄泻，胃虚津少，調和諸药
补血药	熟地	甘微温	月經不調，胎产大出血，消渴，阴虚咳嗽、气喘
	当归	甘辛温	月經不調、大出血，便秘，痈疽外伤，四肢麻木，关节疼痛
	龙眼	〃	心慌，健忘，失眠
	鸡血藤	苦 温	血虚，麻木瘫痪，腰膝酸痛，月經不調
	紫河車	甘咸温	气血不足，虚劳盗汗，喘咳，遺精滑精
助阳药	肉蓯蓉	甘 温	阳萎，腰膝冷痛，女子不孕，便秘
	鎖阳	甘微温	阳萎，腰膝軟弱，便秘
	巴戟天	辛甘微温	阳萎，腰膝冷痛，脚气
	葫芦巴	苦 温	疝气偏墜，寒湿脚气
	杜仲	甘温微辛	风湿腰痛，妊娠漏血，先兆流产，高血压
	續断	苦辛微温	风湿腰痛，妊娠漏血，胎动不安，外伤
	菟絲子	甘辛温	阳萎遺精，腰膝酸痛
	补骨脂	辛苦温	腰膝冷痛，冷泄，阳萎，遺尿
	益智仁	辛 温	呕吐泄泻，遺精遺尿，多唾
	沙苑蒺藜	〃	遺精早泄，腰膝酸痛，妇女带下

分类	药名	性味	主治
养阴药	沙参	甘寒	肺胃阴虚，肺热咳嗽
	石斛	甘淡微寒	肺胃阴伤，虚热口渴
	白芍	苦酸微寒	腹痛泻痢，月經不調，四肢攣急，自汗
	玉竹	甘微寒	肺热咳嗽，热病煩渴
	天門冬	甘苦寒	咳嗽咯血，消渴，便秘
	麦門冬	甘微苦寒	咳嗽咯血，口干渴，便秘
	枸杞	甘平	目眩昏暗，消渴，腰酸腿軟
	龟板	甘咸寒	阴虚发热，遺精，久咳，久泻，久疟，带下出血
	鱉甲	咸寒	阴虚发热，久疟，痞块，經閉

一般药量：二至三錢。山药、黄精、熟地、龟板、鱉甲三至六錢，大枣五至十个。

安神鎮惊药

凡能安神定志、鎮惊止风的药物，叫做安神鎮惊药。根据作用的不同，又可分为安神定志和鎮惊止风药两大类。

安神定志药主要用于惊悸、心慌、健忘、虛煩、失眠等症。

鎮惊止风药主要用于惊癎、癲狂、眩暈、痙厥、抽风等症。在临床上鎮惊止风药常需与安神定志药配合使用。

安神定志药多与补养药配伍；

鎮惊止风药多与清热化痰药配伍。

分类	药物	性味	主治
安神定志药	酸枣仁	甘酸平	虛煩失眠，惊悸健忘，盜汗
	柏子仁	甘平	失眠惊悸，虛汗，便秘
	远志	苦溫	惊悸健忘，咳嗽，痈疽
	合欢皮	甘平	失眠，痈疽，骨折外伤

分类	药物	性味	主治
安神定志药	琥珀	甘平	惊癫，淋病尿血，孕妇腹痛
	硃砂	甘微寒	惊悸失眠，癫狂
	磁石	辛寒	头暈、目眩，耳鳴、耳聋，虛喘
鎮惊熄风药	全蝎	咸微辛有毒	惊癫，中风、口眼歪斜、半身不遂
	白僵蚕	咸辛平	惊癫，喉痺，瘰癧，头痛，牙痛
	羚羊角	苦咸寒	高热、昏迷、抽搐，惊风
	石决明	咸平	头目眩暈，目翳，阴虛內热
	天麻	辛溫	惊癫，头痛眩暈，风湿痺痛
	鈎藤	甘寒	小儿高热惊癫，头痛眩暈
	蜈蚣	辛溫有毒	惊癫，蛇咬伤

一般药量：二至三錢。磁石、石决明三錢至一两，琥珀、硃砂、羚羊角粉三分至五分，全蝎一至三錢，蜈蚣一至三条。

芳香开窍药

凡气味芳香，具有开窍、兴奋功能的药物，叫做芳香开窍药。主要用于神志昏迷等症。但因大汗、大泻、大吐或大失血，以及年高气弱而昏暈者禁用。

药名	性味	主治
菖蒲	辛溫	癲狂惊癎，痰厥昏迷，噤口痢（重症痢疾）
冰片	辛苦微寒	喉痺咽肿，口疮，痈疽，目赤翳膜，中风惊厥

一般药量：菖蒲一至三錢，冰片一至二分。

固涩药

凡有固脫收涩作用的药物，叫做固涩药。根据药物作用的不同，可分为斂汗涩精药和涩腸止泻药。前者用于体虛自汗、盜汗、遺精、阳萎等

症，后者用于脫肛、久痢等症。

分类	药　名	性　味	主　治
敛汗涩精药	浮小麦	甘 咸 平	自汗、盗汗，骨蒸劳热（阴虚内热）
	麻黄根	甘　平	自汗、盗汗
	龙　骨	甘 涩 平	煅龙骨治遺精、白带下血、泻痢、自汗、疮口不敛（外用），生龙骨治惊痫失眠
	牡　蛎	咸涩微寒	盗汗、自汗、遺精、白带下血、瘰癧、痞块
	桑螵蛸	甘　咸	遺精、遺尿、小便頻数，失眠
	芡　实	甘 涩 平	遺精带浊，泄泻
	莲　实	甘 涩 平	脾泻久痢，白带下血，遺精
	山茱萸	酸涩微温	阳萎遺精，月經不調，自汗，肝腎阴虚
	五味子	酸 咸 辛	咳喘，自汗盜汗，遺精，久泻久痢
涩肠止泻药	赤石脂	甘涩微寒	下痢脫肛，白带下血
	禹余粮	苦酸涩温	泻下不止，久痢下血，白带下血
	訶　子	苦酸涩温	久咳、喘急，失音，久泻、久痢、脫肛
	肉豆蔻	苦 辛 温	虛泻冷痢，心腹滿痛，呕吐，小儿伤乳吐乳
	罂粟壳	酸涩微寒	日久泻痢
	烏　梅	酸 涩 温	久咳，泻痢，下血，蛔动腹痛，煩渴

一般药量：二至三錢。龙骨、牡蛎、赤石脂、禹余粮三至六錢。

解　表　药

凡能发汗解肌，解除表証的药物，叫做解表药。解表药具有发散的通性，但因其药物的性质有溫热和寒凉的不同，在功用上又可分为发散风寒和发散风热两大类。发散风寒药偏于发汗，发散风热药偏于清热。

发散风寒药适用于发热輕、恶寒重、头痛身疼，口不渴之风寒表証；发散风热药适用于发热重，恶寒輕、头痛、目赤、口渴之风热表証。

使用解表药必須注意：一、凡阳虛畏寒、阴虛发热者忌用。若体弱气血不足者，可适当配合补养药。二、不可用之过量，切忌大汗。三、春、夏季气候溫暖，用量宜輕。

分类	药名	性味	主治
发散风寒药	麻黄	辛苦温	外感风寒，表实无汗，咳喘，水肿
	桂枝	辛甘温	外感中风，肩臂肢节痛，經閉腹痛
	細辛	辛　温	头痛、痺痛，痰飲咳喘，牙痛，鼻竇炎
	紫苏	辛　温	风寒感冒，胸悶呕吐，苏梗能行气安胎
	荆芥	辛　温	感冒头痛，疮瘍，咽肿目赤，产后瘀厥，炒黑能止血
	防风	辛甘温	感冒头痛目眩，关节疼痛，四肢痙攣
	藁本	辛　温	头頂痛
	白芷	辛　温	感冒头痛、牙痛，鼻竇炎，赤白带下，痈疽
	辛夷	辛　温	头痛，鼻竇炎
发散风热药	葛根	甘辛平	热病表証，口渴，痙病，斑疹初期，痢疾泄泻
	升麻	甘辛微苦	风热头痛，咽肿，斑疹痘毒，子宫下墜，白带下血，久泻脫肛
	柴胡	苦平微寒	热病寒热往来、疟疾，月經不調，子宫下墜，白带下血，久泻脫肛
	豆豉	苦　寒	外感无汗、胸中煩悶不安
	薄荷	辛　凉	外感发热、头痛、咽痛目赤、隐疹搔痒
	桑叶	苦甘寒	风热表証、头痛目赤、咳嗽
	菊花	苦甘微寒	諸风眩暈、头痛目赤、疔疮肿毒
	蔓荆子	苦辛微寒	头痛，目痛
	牛蒡子	辛苦寒	感冒、麻疹、风疹、咽痛、痈肿

一般药量：一至三錢。細辛五分至一錢，（細辛有毒用量不宜超过一錢）。

祛风湿药

凡具有祛风胜湿，主要适用于风寒湿痺（痺：痺阻不通引起的痛証。这里指风湿性关节炎引起的麻木、疼痛及活动障碍。）的药物，叫做祛风

湿药。凡风湿在表者，可与解表药同用，若风湿在筋骨經絡之間者，可与活血通絡药同用。

一般祛风湿药，性味較燥烈，凡阴虚、血虚者慎用。

药　名	性　味	主　治
羌　活	辛苦溫	外感风寒，风寒湿痺，关节疼痛，头痛
独　活	辛苦溫	头痛，风寒湿痺，关节疼痛
蒼　朮	辛苦溫	风湿痺痛，泄泻肿滿，夜盲
五加皮	辛苦溫	风湿痺痛，脚气痿弱，皮肤风湿（外用）
豨薟草	苦寒有小毒	风湿痺痛，风湿疮瘍
秦　艽	苦辛平	风湿痺痛，阴虛低热
蒼耳子	甘溫有毒	头痛，鼻竇炎，四肢拘攣，湿痺疮疥
絡石藤	苦微寒	关节痺痛，咽喉疼痛，痈肿，敷刀伤
桑　枝	苦　平	关节痺痛，手足拘攣

一般药量：二至三錢。桑枝、絡石藤用量加大。

祛　寒　药

凡药性溫热用于溫中散寒的药物，叫做祛寒药。祛寒药大都辛溫，辛能发散，溫能除寒，能使阴凝宣散，阳气恢复，气机通暢。祛寒药多溫热燥烈，故热病及阴虛者禁用。

药　名	性　味	主　治
附　子	辛甘大热有毒	阳虛畏寒，脉搏細迟，四肢厥冷，大汗出，虛脱，胃寒腹痛，腹泄，风湿性关节疼痛，水肿，脚气
肉　桂	辛甘大热有小毒	腎阳不足，四肢厥冷，霍乱轉筋，水泻不止，心腹冷痛，經閉，腰膝痺痛
干　姜	辛　溫	吐泻腹痛，肢冷，寒飲，喘嗽，阳虛出血，风寒湿痺，腰腿冷痛
吳茱萸	辛苦溫有小毒	呕吐吞酸，脘腹胀痛，泄泻，疝气，脚气
荜　拨	辛大溫	脘腹寒痛，呕吐，头痛，牙痛，鼻竇炎

药　名	性　味	主　治
丁　香	辛　温	呃逆吐泻，胸腹痛
茴　香	辛　温	呕吐腹痛，疝气
艾　叶	苦辛微温	腹痛冷利，月經不調，胎动不安，吐衄崩漏

一般药量：一至二錢。

祛暑药

凡具有清解暑热作用的药物，叫做祛暑药。祛暑药中包括有解表、和中、清热利湿、芳香化浊等功用，治疗时可与其它有关药物配合使用。

药　名	性　味	主　治
香　薷	辛微温	暑湿表症，呕吐泄泻腹痛
藿　香	辛微温	伤暑，暑天感冒，水肿
佩　兰	辛　甘	暑湿内蕴，口中甜腻，食慾不振
白扁豆	甘微温	暑湿吐泻，煩渴，白带
青　蒿	苦　寒	阴虚发热，疟疾

一般药量：二至三錢。

清热药

凡药性寒凉，具有清热泻火作用的药物，叫做清热药。清热药的作用，包括降火、燥湿、凉血、解毒等功能。多用于溫病高热、口渴、昏迷、譫語、血热妄行之出血、疖痈疮瘍等症。根据药物的特点不同，可分为清热降火、清热燥湿、清热凉血、清热解毒四类。

清热药大都性味苦寒，故脾胃虛弱、食少泄泻、阳气衰微者慎用。

分类	药名	性味	主治
清热降火药	生石膏	甘辛寒	高热煩渴、狂躁，发斑，肺热咳喘，头痛，牙痛、眼紅肿痛
	决明子	咸平	青盲目赤，风热头痛，便秘
	知母	苦寒	热病煩渴，咳嗽发烧，二便不利
	夏枯草	苦辛寒	瘰瘤瘰癧，乳痈，目赤肿痛
	密蒙花	甘微寒	目赤多眵，翳障失明
	梔子	苦寒	热病虛煩，黄疸、淋病、吐血衄血
	芦根	甘寒	热病煩渴，呕吐、肺痈
清热解毒药	金銀花	甘寒	热病，血痢，痈疽疮毒
	青黛	咸寒	溫热斑疹，惊癇痓热，吐血，口舌生疮
	馬勃	辛甘	肺热咳嗽，喉痛，外治刀伤出血
	連翘	苦微寒	热病，痈肿瘰癧，解毒
	地丁	苦辛寒	痈肿疔毒，瘰癧恶疮
	蒲公英	苦甘寒	乳痈疔疮
清热凉血药	犀角	苦酸咸寒	热病惊狂譫妄，斑疹，吐衄下血
	广角	〃	与犀角同，用量要大一倍
	白头翁	苦寒	热毒痢疾，疟疾
	生地	甘苦寒	热病伤津，吐衄下血，斑疹，咽肿
	白茅根	甘寒	内热煩渴，小便不利，吐血，衄血，尿血
	地骨皮	〃	咳嗽吐血，煩热消渴，阴虛发热
	牡丹皮	辛苦微寒	热病发斑，惊癇，吐衄下血，經閉，肿块，胸痛，虛热
	紫草	甘咸寒	斑疹痘疮，痈肿，便秘，麻疹
清湿热燥药	秦皮	苦微寒	热痢，白带下血，目赤肿痛
	茵陈蒿	苦平微寒	清湿热，黄疸，小便不利

分类	药名	性味	主治
清热燥湿药	黄芩	苦寒	寒热往来，肺热咳嗽，黄疸，泻痢，痈疽疔疮，胎动不安
	黄连	〃	热病泻痢，消渴心烦、胸痞呕吐，痈肿疔毒、目热赤痛
	黄柏	〃	阴虚亢热及下部湿热、淋浊白带、痢疾、黄疸、疮瘍痈肿
	龙胆草	〃	耳痛目赤、咽痛口苦，惊痫，痈肿，阴囊湿痒

一般药量：二至三錢。生石膏、芦根、銀花、地丁、公英、生地、白茅根、茵陈三錢至一两，青黛、馬勃一至二錢，犀角一至三分。

止咳化痰药

凡能減輕或制止咳嗽，以及能祛痰化痰的药物，叫做止咳化痰药。根据药物作用的不同可分止咳平喘药、清化热痰和溫化寒痰三大类。止咳平喘药一般用于外感风寒、风溫、湿热、肺痈、虛劳肺痿、痰飲、內伤引起的咳喘等症。

化痰药物的应用不仅局限于咳嗽，如中风、癲癎、惊厥、瘰癧流注等症也属于化痰药的使用范围之內，应用清化痰热或溫化寒痰药。

分类	药名	性别	主治
止咳平喘药	杏仁	苦溫有小毒	外感咳嗽喘滿、咽喉肿痛，便秘
	桔梗	苦辛微溫	外感咳嗽喘滿，肺痈，咽喉肿痛
	前胡	苦辛微寒	风热咳嗽、喘滿
	百部	苦甘微溫	肺痨咳嗽，蛔虫、蟯虫，外治疥癬、灭头虱
	白前	苦甘微寒	咳嗽、喘滿
	紫苑	苦甘寒	咳嗽、喘滿、肺痈
	款冬花	辛甘溫	咳嗽、喘滿、肺痈
	枇杷叶	苦平	痰热咳嗽，呕吐
	萊菔子	辛甘平	咳嗽痰喘，食积腹胀，下痢后重

分类	药名	性味	主治
止咳平喘药	苏子	辛温	咳逆痰喘
	旋复花	咸温有小毒	咳喘，打嗝、呕吐，胸满胁痛，水肿
	白果	甘苦涩平	痰喘咳嗽，白浊白带，外敷疥癣
清化热痰药	貝母	川貝甘寒 浙貝苦寒	川貝：咳嗽痰血，虚劳烦热 浙貝：外感咳嗽，痈肿瘰癧
	天竺黄	甘寒	热病昏迷，譫語惊癎，中风不語
	竹瀝水	甘大寒	中风不語，清热降痰，癲狂风痙
	桑白皮	甘寒	肺热喘咳，吐血，水肿
	瓜蒌	〃	痰热咳嗽，胸痺便秘，咽喉肿痛
	礞石	甘咸平	粘痰难出，惊癎，积食、腹部肿块
	昆布	咸寒	癭瘤（甲状腺肿），瘰癧
	海藻	苦咸寒	癭瘤（甲状腺肿），瘰癧
温化寒痰药	南星	苦辛溫有毒	咳喘痰多，中风惊癎，破伤风（肢体痙攣），痈肿（外用）
	白附子	辛溫有小毒	中风痰壅，偏正头痛，破伤风，口眼歪斜
	白芥子	辛溫	咳嗽痰喘，风寒湿痛，消慢性痈
	皂角刺	辛溫有小毒	中风不語，急性喉炎，消痈下乳

一般药量：二至三錢。桔梗、南星、白附子一至二錢，竹瀝水五錢至一两兌冲。

利尿逐水药

凡能通利小便或驅除水湿的药物，叫做利尿逐水药。利尿逐水药可分为两类：利尿药和逐水药。

利尿药以淡渗水湿为主，有通利小便、通淋利湿、导热下行，以及止泻的作用；

逐水药药性猛烈，多有毒性，常用于水肿痰饮等实症。

凡阴虚者禁用利尿药及逐水药，对妇女妊娠期应慎用利尿药，禁用逐水药。

分类	药名	性味	主治
利尿药	木通	苦微寒	尿少、尿閉，經閉，乳少
	車前子	甘寒	尿少、尿閉，暑湿泻利，湿痺，目赤肿痛
	萹蓄	苦平	淋浊，湿疮
	瞿麦	苦寒	淋浊，痈肿，經閉
	萆薢	甘淡寒	白浊，腰膝痺痛，湿热疮毒
	淡竹叶	甘淡寒	心煩，尿赤，小便不利
	茯苓	甘淡平	水肿胀滿，脾虛泄泻，心悸、失眠
	猪苓	甘淡平	水肿胀滿，淋浊
	泽泻	甘咸寒	淋浊，水肿，泄泻
	防己	苦辛寒	水肿风肿，脚气湿肿，风湿痺痛，痈肿恶疮
	通草	甘淡平	水肿，淋浊，尿閉尿少，乳少
	滑石	甘寒	暑热煩渴，泄泻，淋浊尿閉，水肿尿少
	薏苡仁	甘微寒	水肿脚气，泄泻，湿痺，腸痈，肺痈，肺痿
	冬瓜皮	甘微寒	水肿，消渴，热毒痈肿
逐水药	大戟	苦寒有毒	水肿腹胀，痰飲积聚
	芫花	辛溫有毒	水肿腹胀，停飲喘滿
	甘遂	苦寒有毒	水肿腹胀，痰飲积聚
	商陆	辛平有毒	水肿腹胀
	牵牛子	苦寒有小毒	水肿喘滿，脚气，便秘，虫积

一般药量：二至三錢。滑石、薏苡仁、冬瓜皮三至五錢，大戟、芫花、甘遂、商陆五分至一錢。

止　吐　药

凡能制止呕吐的药，叫做止吐药。呕吐的原因很多，临床治疗时应根据其致病原因与其它药物配伍使用，如因寒而吐者，配祛寒药，因热而吐者，配清热药等。

因宿食壅滞，或誤服毒物等不能止吐，只能因势利导，吐出即可。

药　名	性　味	主　治
半　夏	辛溫有毒	呕吐，咳嗽痰喘，头痛眩暈，痈肿（外用）
生　姜	辛微溫	外感表症，呕吐，痰多胀滿，解南星、半夏毒
代赭石	苦　寒	呕吐打嗝、噫膈反胃，吐血、鼻衄，下血白带、腸炎便血
竹　茹	甘微寒	煩热呕吐，吐血衄血，胎动不安
灶心土	辛苦溫	呕吐反胃，吐血下血，冷痢腹痛

一般药量：一至三錢。代赭石、灶心土五錢至一两。

泻　下　药

凡能引起腹泻或滑利大腸的药物，叫做泻下药。泻下药既能排除腸內的宿食、燥屎，以及其它有害物质，又能通过泻下达到清热泻火的目的。

泻下药可分两大类：攻下药和潤下药。

攻下药泻下作用峻猛，适于里实証；潤下药滑潤緩和，适于老年、虛弱、胎前产后患者。

分　类	药　名	性　味	主　治
攻下药	大　黄	苦　寒	宿食停滯，便秘，經閉，痞块，阳黄，痈肿
	芒　硝	咸苦寒	实热便秘，停痰
潤下药	火麻仁	甘　平	大便燥結
	郁李仁	辛苦甘平	大便燥結，水肿
	蜂　蜜	甘　平	大便燥結，咳嗽，口疮，燙伤，解烏头毒

一般药量：二至三錢。蜂蜜三錢至一两。

消 导 葯

凡能增强消化机能，帮助食物消化的药物，叫做消导药。适用于脘腹胀滿、嗳气吞酸、恶心呕吐、不思飲食等症。临床上，可根据病人情况配伍其它药物，如气滞、食滞者常配伍理气药，脾虛者常配伍健脾药，胃寒者配伍祛寒药等。

葯　名	性　味	主　治
山　查	酸　溫	飲食积滞，疝气，痛經、孕妇腹痛
麦　芽	甘　溫	停食胀滿，食慾不振。大量用有回乳作用，日服三两
谷　芽	甘　溫	停食胀滿，食慾不振，常与麦芽同用
神　麯	甘辛溫	停食胀滿，泻痢，帮助消化
鸡內金	苦甘平	停食胀滿，呕吐反胃，痢疾

一般药量：三至四錢。

驅 虫 葯

凡能驅除或杀灭体內寄生虫的药物，叫做驅虫药。驅虫药的使用，必須根据体质的强弱，病情的緩急而使用。

葯　名	性　味	主　治
使君子	甘　溫	小儿疳积、蛔虫
檳　榔	苦辛涩溫	絛虫，食积，泻痢，疟疾，水肿
雷　丸	苦寒有小毒	絛虫，小儿疳积
南瓜子	甘　溫	絛虫
苦楝根皮	苦寒有小毒	蛔虫腹痛
芦　薈	苦　寒	小儿虫积、疳热、惊癎，便秘
鶴　虱	苦辛平有小毒	虫积腹痛
大　蒜	辛　溫	虫积，血痢，崩漏带下

一般药量：二至三錢。具体用法参考消化道传染病。

外 科 葯

外用药的形式及使用方法很多，如敷药、膏药、喉科吹药、熏洗药等。这类药物多外用为宜，用于內服者少。有毒性药物更要慎重使用。

葯　　名	性　　味	主　　治
輕　　粉	辛寒有毒	疮癣，疥癩，梅毒(外用)，痰积，水肿，臌胀(內服)
雄　　黄	辛溫有毒	疥癣，蛇虫毒，惊癎痰涎（內服）
硫　　黄	甘溫有毒	疮癣疥癩(外用)，阳萎，久痢，滑泄，老人虛秘(內服)
明　　矾	酸涩寒	疥癣恶疮(煆外用)，喉痺，癲癎(內服)
孩儿茶	苦涩平	口疮湿疮，外伤(外用)，喉痺，血痢（內服）
硇　　砂	咸苦辛溫有毒	目翳胬肉，痈疽，赘疣(外用)，噎嗝肿块(內服)
硼　　砂	甘咸凉	喉痺、牙疳、鵝口疮，目障恶疮(外用)，噎嗝积块(內服)
斑　　蝥	辛寒有毒	疥癣，恶疮，瘰癧（外用），狂犬毒(內服)
密陀僧	咸辛平有小毒	湿疹、肿毒諸疮（外用），痰积惊癎（內服）
蛇床子	辛苦溫有小毒	阳萎，阴囊湿痒，带下，顽癣疥疮
樟　　脑	辛　　热	疥疮湿毒，齲齿(外用)；寒湿霍乱、心腹痛(內服)
炉甘石	甘　　溫	目赤肿痛、烂眩、风眼、翳膜，下疳
木槿皮	甘微寒	外治一切皮肤风癣、疥疮，痔疮、脫肛等症（煎湯薰洗）

一般药量：外用一至二錢，或視具体情况斟酌。若作內服，只作丸散原料，不入湯剂。輕粉每日不应超过五至七厘，雄黄、硇砂、硼砂二至五分，斑蝥、樟脑一至二分，炉甘石不作內服。

中 成 药

中成药是祖国医药学遺产中的重要組成部分，是自古以来实践中有效名方和驗方配制的成方药品。中成药品种多样（包括丸散膏丹），使用方便，对症用药，疗效显著，深受广大劳动人民的欢迎。下面介紹农村比較常用的七十余种中成药，供广大赤脚医生在治疗中参考。

伤风感冒类

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
銀翹解毒丸 （蜜丸、片剂）	銀花、連翹、薄荷、荆芥、牛蒡子、豆豉、芦根、甘草	感冒初起，发冷发烧、头痛、嗓子痛、咳嗽、流清鼻涕	蜜丸：早晚各一丸 片剂：每次4～8片，每日二次
羚翹解毒丸 （蜜丸、片剂）	羚羊角、連翹、銀花、桔梗、牛蒡子、薄荷等	同上（感冒热重、咽喉疼痛、两腮赤肿者适宜）	同上
桑菊感冒片 （即桑菊飲片）	桑叶、菊花、桔梗、薄荷、杏仁、芦根、甘草等	同上（流鼻涕、头痛較明显者）	每次4～8片，每日二次
清瘟解毒丸 （蜜丸、片剂）	黄芩、大青叶、葛根、元参、桔梗、白芷、川芎、防风、柴胡等	同上（发烧怕冷、无汗、头痛明显者）	蜜丸：早晚各一丸 片剂：每次4～8片，每日二次
防风通圣丸	防风、黄芩、白芍、麻黄、生石膏、白朮、滑石、大黄、連翹、梔子、芒硝、桔梗等	风寒感冒，发烧头痛、耳鳴鼻塞、咳嗽、大便秘結及皮肤瘙痒，蕁麻疹	每日三錢（孕妇禁用）

清热解毒类

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
牛黄解毒丸 （蜜丸、片剂）	牛黄、桔梗、黄芩、生石膏、硃砂、雄黄、大黄、冰片	嗓子肿痛、牙痛、目赤、口舌生疮，大便不暢	蜜丸：早晚各一丸 片剂：每次2～4片，每日二次 （孕妇禁用）
牛黄上清丸	牛黄、黄芩、生石膏、菊花、桔梗、硃砂、白芷、冰片、当归等	同上（用于头目热症，头痛眩暈、目赤肿疼）	早晚各一丸

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
黄連上清丸	黄芩、黄連、黄柏、大黄、梔子、銀花、牛蒡子、当归等	同上（用于口舌热症，口舌生疮、胃热口臭及目赤肿疼）	同上
三　黄　片	大黄、黄芩、盐酸黄連素	痢疾，腸炎，口疮，目赤	每次4片、每日三次
牛黄清心丸	牛黄、硃砂、黄連、黄芩、山梔、郁金	高热昏迷、譫語不安，中风不語，小儿抽风	每次一丸，每日二次
安宫牛黄丸(散)	牛黄、犀角、珍珠、麝香、山梔	清热解毒力量較强，多用于高热中毒、昏迷譫語，惊厥，抽搐	每次半～1丸，每日二次 散剂每次2～4分
局方至宝丹	犀角、玳瑁、琥珀、硃砂、雄黄、金箔、龙脑、麝香、牛黄、安息香	芳香开窍兴奋作用較强，用于中风不語、昏迷	每次一丸，每日二次
紫　雪　散	犀角、羚羊、木香、沉香、玄参、升麻、丁香、甘草、朴硝、硝石、麝香、硃砂	同安宫牛黄丸（鎮痙止风作用較强）	每次3～5分，每日二次
脑　立　清	代赭石、半夏、牛膝、眞珠母	清肝热，高血压、头晕、失眠、耳鳴	每次10粒，每日服二次
苏合香丸	犀角、木香、白朮、附子、硃砂、呵黎勒、檀香、安息香、沉香、麝香、丁香、荜拨、龙脑、苏合香油、乳香	开窍兴奋化痰作用較强，用于中风不語、突然昏倒，急性胃腸炎	每次一丸，每日二次

祛风湿类

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
小活絡丹	川烏、草烏、地龙、胆星、乳香、沒葯	风湿性关节炎（用于腰腿疼痛、发凉、麻木或瘫痪）	早晚各一丸（孕妇禁用）
豨　莶　丸	豨莶草	同上	早晚各一丸
豨　桐　丸	豨莶草、梧桐	同上	早晚各服10粒
舒　筋　丹	麻黄、千年健、地风.牛膝、乳香、沒葯、防风、杜仲、馬錢子	同上（用于腰腿疼痛麻木、或瘫痪不遂行动无力）	每日一付（孕妇禁用）
伤湿止痛膏	乳香、沒葯、薄荷、細辛、苏合油、零凌香等	风寒腰腿痛，跌打挫伤	貼患处
追　风　膏	怀牛膝、麻黄、草烏、大戟、天麻、山甲、細辛、雄黄、麝香、檀香等	风寒疼痛，四肢麻木，行动困难	将膏葯烤热貼患处（孕妇不要貼腰腹部） 三～五天換一次

祛暑类

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
人　　丹	广皮、檀香、砂仁、蔻仁、木香、藿香、肉桂等	夏令暑热，呕吐、恶心，头目眩暈，吐泻不止，暈車，暈船	每次服10粒
去　暑　丸	藿香、苏叶、木瓜、丁香、茯苓、甘草等	外感中暑、憎寒发热、头痛、身倦、腹胀、腹泻	早晚各一丸

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
避 瘟 散	檀香、零凌香、丁香、麝香、白芷、硃砂、薄荷、冰片等	夏天受暑，头痛、头暈、呕吐、恶心、鼻塞及暈車、暈船	外用：聞鼻孔內 內服：每次一分
无 极 丹	生石膏、滑石、砂仁、豆蔻、肉桂、麝香、牛黃、冰片、薄荷等	同上	每次20粒（孕妇忌用）
藿香正气丸 （蜜丸、液剂）	藿香、大腹皮、白芷、苏叶、陈皮、白朮、厚朴、半夏、桔梗、云苓	外感风寒，內伤飲食，夏季胃腸炎，中暑，头痛、胸悶，吐泻，腹痛	蜜丸：早晚各一丸 液剂：每次5毫升

痰喘咳嗽类

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
清肺抑火丸 （蜜丸、水丸、片剂）	黃芩、黃柏、貝母、前胡、桔梗、苦参、梔子、大黃、天花粉	肺热咳嗽，吐黃粘痰、嗓子肿痛、大便干燥	蜜丸：早晚各一丸 水丸：每次三錢，每日一次 片剂：每次4片，每日二次
止嗽青果丸	青果、貝母、冬花、白果、半夏、杏仁、生石膏、百合、麻黃、甘草等	咳嗽气喘、痰多、嗓子痛（急慢性气管炎夜間咳嗽較重者）	早晚各一丸（孕妇忌用）
橘 紅 丸	橘紅、貝母、杏仁、生石膏、生地、瓜蔞皮、桔梗、半夏、苏子、冬花等	痰多气喘，嗓子干痒，胸滿食少（急慢性支气管炎痰多者）	同上

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
二母安嗽丸	贝母、知母、冬花、紫苑、元参、米壳、杏仁等	虚痨久嗽．咳嗽痰喘（慢性支气管炎）	同上（外感风寒咳嗽忌用）
通宣理肺丸	紫苏、黄芩、枳壳、橘皮、云苓、桔梗、麻黄、半夏、前胡、杏仁等	外感咳嗽，发热恶寒、头痛无汗、肢体疼痛	早晚各一丸（外感风热咳嗽、嗓子痛忌用）
川贝精片（片剂、粉剂）	川贝、麻黄、远志、桔梗、五味子、陈皮、半夏等	伤风咳嗽，气喘	片剂：每次2～4片、每日二次 粉剂：每次一包，每日二次
气管炎丸	麻黄、款冬花、杏仁、贝母	慢性气管炎	每次30粒，日服二次
平喘丸	冬花、杏仁、半夏、五味子、桔梗、麻黄、生石膏	咳嗽，气喘，痰多胸闷。支气管哮喘，慢性支气管炎	每次10～15丸，每日三次
百花定喘丸（蜜丸、片剂）	百合、款冬花、丹皮、桔梗、杏仁、麻黄、五味子、前胡、生石膏、薄荷等	咳嗽痰喘，咽干，口渴。支气管哮喘，慢性支气管炎	蜜丸：早晚各一丸 片剂：每次4～8片，每日二次
止嗽定喘丸	麻黄、杏仁、甘草、生石膏	肺热痰饮咳嗽作喘，呼吸气逆，胸膈壅塞	每次10粒，每日二次
二陈丸	半夏、陈皮、云苓、甘草	湿痰咳嗽，痰色稀白、量多，伴有恶心、呕吐、脾胃不和症状的慢性气管炎	早晚各一丸
枇杷露	枇杷叶	急、慢性支气管炎引起的咳嗽痰多	每次一匙，每日二次

胃腸疾病类

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
人参健脾丸	人参、木香、枳壳、砂仁、扁豆、麦芽、芡实、莲子、白朮、山药等	消化不良，面色萎黄，食慾不振，腸鳴腹泻	早晚各一丸
人参归脾丸	人参、黄芪、当归、远志、龙眼肉、茯神、酸枣仁、白朮、木香等	同上，并有心悸失眠或貧血者	同上
保　和　丸	莱菔子、陈皮、半夏、茯苓、連翹、焦三仙	消化不良，胸腹胀滿，痰飲湿盛	早晚各二錢
香砂养胃丸 （蜜丸、水丸）	香附、砂仁、白朮、陈皮、半夏、枳实、豆蔻、厚朴、藿香、木香	胃腸衰弱，消化不良，胸滿腹痛，吐泻	蜜丸：早晚各一丸 水丸：每次三錢，每日二次
开胸順气丸 （蜜丸、水丸）	檳榔、厚朴、木香、陈皮、牵牛子、三稜、莪朮、猪牙皂	胃痛腹滿，两胁胀痛，呕逆食少	同上（孕妇及年老体弱者忌用）
十香止痛丸	香附、元胡、五灵脂、烏葯、厚朴、檀香、木香、沉香、熟軍	气滞胃寒，吐酸，两胁胀滿，胸胃刺痛	早晚各一丸
檳榔四消丸 （水丸、片剂）	大黄、牵牛子、檳榔、香附、猪牙皂、五灵脂	腹痛、腹滿，打嗝食少，吐酸，便秘	水丸：每次三錢，每日二次 片剂：每次4～8片，每日二次
四　神　丸 （水丸、片剂）	补骨脂、肉豆蔻、五味子、山萸肉	腎虛五更泄泻	水丸：每次三錢，每日二次 片剂：每次4片，每日二次
香連化滯丸	木香、黄連、厚朴、枳壳、檳榔、白芍、当归等	紅白痢疾，腹痛下墜	水丸：每次三錢，每日二次 片剂：每次4片、每日二次

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
清 宁 丸 （蜜丸、水丸）	大黄、黄芩、香附、半夏、白朮、厚朴、陈皮等	飲食停滞，腹胀便秘，头昏耳鳴，目赤耳痛	蜜丸：每日一丸 水丸：每日二錢（孕妇慎用）
麻仁滋脾丸	火麻仁、郁李仁、杏仁、白芍、枳实、当归、熟軍等	沒有实热証的便秘腹胀	早晚各一丸
槐 角 丸 （蜜丸、水丸）	槐角、防风、地榆、当归、黄芩	痔漏下血，肛門肿痛，便秘	蜜丸：每日一丸 水丸：每次三錢，每日二次

补益气血类

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
十全大补丸	党参、黄芪、肉桂、白朮、当归、川芎、白芍等	身体衰弱，心慌气短，神倦食少	早晚各一丸
补中益气丸 （蜜丸、水丸）	党参、当归、白朮、升麻、黄芪、柴胡、陈皮等	同上。对久泻、脫肛、子宫脫垂等症，有止泻升提作用	蜜丸：早晚各一丸 水丸：每次三錢，每日二次
天王补心丹 （蜜丸、片剂）	生地、黄連、菖蒲、当归、柏子仁、炒枣仁、五味子、远志	心慌、健忘、失眠等神經衰弱症状，偏于热的，如心煩急躁、多汗、便秘等	蜜丸：早晚各一丸 片剂：每次4～8片，每日二次
六味地黄丸	山萸肉、山葯、茯苓、丹皮、泽泻、生地	阴虛腰痛腿軟，头暈耳鳴、遺精，便血	早晚各一丸

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
桂附地黄丸	上方加附子、肉桂	同上。肾虚見阳虛症状，如腰疼、两足发冷、滑泄等	同上

妇儿科成药

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
七制香附丸	香附、当归、川芎、生熟地、人参、白朮、砂仁、益母草、山萸肉、元胡	經期腹痛，經閉胁胀，食少	每次三錢，每日二次
当 归 片	当归	月經不調，經期腹痛，血色淡紅，赤白带下	早晚各10～20片，病重者加倍服
益 母 丸（蜜丸、膏）	益母草	痛經，經閉，月經时多时少，产后瘀血腹痛	每次一丸，每日1～2次（孕妇忌用）
調 經 丸	熟地、白芍、香附、半夏、白朮、丹皮、川芎、艾炭、阿胶、益母草等	經期不准，腰酸冷痛，行經腹痛	早晚各一丸
白 带 丸	烏贼骨、芡实、黄栢、香附、川断、赤石脂、牡蠣等	湿寒白带、淋漓不止	每次二錢、每日二次
保 胎 丸	当归、白芍、川貝、枳壳、白朮、砂仁、川芎、荆芥、黄芪、艾炭、菟絲子	孕妇气血两亏、胎动不安	早晚各一丸

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
白 凤 丸 （烏鴉白凤丸）	人参、当归、鹿角胶、鱉甲、香附、桑螵蛸、烏鸡、黄芪、熟地	月經不調，白帶，子宫出血，体质虛弱	每日1～2丸
女 金 丹	党参、白朮、白芍、当归、香附、元胡、吳茱萸	月經不調，下腹发凉，体质虛弱，行經腹痛	每日1～2丸
小儿回春丹 （蜜丸、片剂）	黄連、黄芩、赤芍、葛根、大青叶、前胡、桔梗、元参、柴胡、牛蒡子等	感冒发烧，时疫瘟毒，隐疹不出，目赤流泪	蜜丸：一岁一粒，两岁二粒，三岁以上五粒。每日二次 片剂：1～2岁一片，三岁以上二片，每日二次
小儿百寿丹 （蜜丸、片剂）	山查、胆南星、蒼朮、木香、神麴、鈎藤、僵蚕、薄荷、桔梗	感冒伤风，发烧头痛，呕吐，咳嗽，急热惊风	蜜丸：每日一丸 片剂：每次2～4片，每日二次
小 儿 金 丹 （蜜丸、片剂）	川貝、桔梗、前胡、山川柳、赤芍、南星、半夏、天麻、薄荷、牛蒡子等	伤风感冒，咳嗽气促	蜜丸：早晚各一丸 片剂：每次二片、每日二次
婴儿保肺宁	川貝母、生赭石、姜半夏、桔梗、苏子、橘紅、硃砂、冰片等	肺热咳嗽，痰涎壅盛，喘滿呕吐	每日一次、4～5岁每次服一包（有表症者忌服）
启 脾 丸 （蜜丸、片剂）	党参、厚朴、陈皮、白朮、砂仁、神麴、麦芽等	胃腸虛弱，脾虛久泻，面黄肌瘦，慢性消化不良	蜜丸：每日1～2丸 片剂：每日4～8片
小儿四症丸	木香、苏叶、陈皮、藿香、白朮、蒼朮、半夏、桔梗、砂仁、神麴等	小儿消化不良，吐泻、腹胀、舌干	早晚各一丸

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
小儿至宝锭	陈皮、全蝎、钩藤、薄荷、檳榔、天麻、僵蚕、胆星、苏叶、白芥子等	小儿宿食、停食，腹胀，腹痛	早晚各一丸
肥 儿 丸	肉豆蔻、使君子仁、檳榔、胡黄連、麦芽、神糟	小儿停食，停乳，食积，虫积，面黄肌瘦，消化不良	早晚各一丸
泻 青 丸	胆草、栀子、川芎、当归、大黄、羌活、防风、青黛	小儿停食、外感风热，肝火都热，易惊多怒，夜間发烧，癫痫抽风	早晚各一丸。三岁以上每次二丸，每日1～2次
鹭鸶咳丸	杏仁、牛蒡子、生石膏、栀子、苏子、瓜蒌皮	百日咳，病毒性气管炎	每日一、二丸
化 毒 丹	生地、赤芍、黄連、連翘、元参、芒硝、青黛、犀角	小儿疮疖、各种化脓性皮肤感染、口舌生疮、中耳炎等	每日一、二丸
牛黄抱龙丸	胆南星、茯苓、全蝎、僵蚕、天竺黄	高热抽风	每日一、二丸，分二次服
妙 灵 丹	連翘、薄荷、桑叶、貝母、鈎藤、生石膏、天竺黄	发热、咳嗽、抽风、上呼吸道感染	每日一、二丸，分二次服
一 捻 金	大黄、党参、檳榔、朱砂、黑白丑	停食、停乳，腹胀，大便不通，痰盛呕吐	三岁以内每次一分，三岁以上每次二分，每日1～2次
小儿解热丸	胆星、羌活、防风、天麻、僵蚕、全蝎、牛黄	外感发烧、煩躁不安、抽风	每次一丸，每日1～2次

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
內消瘰癧丸 （水丸、片剂）	夏枯草、海藻、連翹、当归、元参、貝母、大黃、桔梗、薄荷、白蘞等	瘰癧未破、坚硬肿痛，癭瘤（甲状腺肿）	水丸：每次三錢，每日二次 片剂：每次4～8片，每日二次
連翹敗毒丸 （水丸、片剂）	連翹、桔梗、銀花、黃芩、浙貝、地丁、赤芍、白芷、蝉退、大黃等	內热毒盛，疮疖溃烂，皮肤刺痒	水丸：每次三錢，每日二次 片剂：每次4～8片，每日二次（孕妇慎用）
七厘散	血竭、紅花、儿茶、沒葯、乳香	跌打損伤，血瘀作痛，伤筋动骨	內服：每次一瓶（孕妇慎用），外敷伤口酌用
跌打丸	当归、川芎、土鱉虫、血竭、乳香、沒葯、馬錢子	同上	每次一丸，每日二次
獾　　油	獾油、冰片	水、火燙伤，紅肿起泡、疼痛不止	涂抹患处
拔毒膏	白蘞、蒼朮、連翹、木鱉子、銀花、蜈蚣、輕粉、樟脑、彰丹、黃連	皮肤小疮，紅肿疼痛或有脓，破与不破都可以用	用火烤軟后貼在疮上1～3天換一次
明目地黃丸 （蜜丸、水丸）	地黃、丹皮、泽泻、菊花、当归、刺蒺藜、石决明等	身体衰弱，視物昏暗，迎风流泪，內障散光	蜜丸：每次一丸，每日二次 水丸：每次二錢，每日二次
磁硃丸	磁石、硃砂、神麯	神經衰弱，瞳孔散大，內障外翳、視物昏花，耳鳴耳聋	每次二錢，每日二次
黃連羊肝丸	黃連、羊肝、石决明、木賊草等	肝虛火盛，目昏羞明	每日1～2丸

药　　名	主 要 成 分	主　　治	使 用 方 法
棍 眼 蒴 又名草庫眼蒴	炉甘石、冰片、硃砂、硼砂、黄連、蜂蜜	暴发火眼，紅肿磨痛，怕光流泪，眼边紅烂	将蒴藥凉开水点入眼角內，点蒴后休息一会，一天点3～5次
清 音 丸	元参、桔梗、山豆根 、胖大海、硼砂、射干、訶子、黄芩、貝母等	咽喉肿痛、声嘶音哑、口干舌燥、嚥下不利	早晚各一付
喉 痛 丸	麝香、珍珠、蟾酥、牛黄、雄黄、冰片	內热无表証的咽喉肿痛，声音嘶哑	早晚各5～10粒含化（小儿慎用）
冰 硼 散	冰片、硼砂、硃砂、元明粉	牙齦肿痛，牙縫出血，口舌生疮，咽喉肿痛	牙痛涂患处，咽痛吹入患处，每日数次
錫 类 散	青黛、牛黄、冰片、珍珠粉等	扁桃体炎，咽喉口舌生疮、溃烂	吹敷患处，每日1～3次
耳 底 油	麝香、冰片、胡桃油	耳內生疮、耳痛、耳肿流脓水	先用棉花擦淨耳內脓水，再将蒴滴入耳內几滴，每日2～3次
內消瘰癧丸	夏枯草、連翹、浙貝母、海藻等	瘰癧（淋巴結核）	每次三錢，每日二次
小 金 丹	麝香、乳香、沒葯等	各种阴疽，疮毒溃破，肿瘤	每次一丸，每日1～2次，孕妇忌用
荷 叶 丸	荷叶、茅根、生地、元参等	尿血、便血、月經过多等出血症	每次一丸，每日二次
舒筋活血片	紅花、狗脊、五加皮	跌打損伤，风湿痺痛、四肢麻木、腰痛	每次五片，每日3～4次

西　　药

西药的用法要根据用药的目的、病情的緩急和药物本身的性质而决定。口服給药既方便又安全，应尽量采用。注射法需要一定的无菌操作，但吸收快，只用于病情急驟和有些药物不宜口服的情况。此外，尚有外用法、灌腸法等。

給药的次数决定于药物的吸收、解毒和排泄的快慢。多数药物可每天服3～4次。有些药物（如毛地黃类）有蓄积作用，給药次数过多或連續用药时間过久，可引起中毒。

药物剂量一般按計量单位（克、毫克）計算，有些药物用国际单位（簡称单位）計算，如青霉素、脑下垂体后叶素、胰島素等。

附录，小儿用药剂量折算法

一、按年龄折算表：

小　儿　年　龄	剂　量（成人剂量）
初　生～1 个 月	1/24
1 个 月～6 个 月	1/24～1/12
6 个 月～1　岁	1/12～1/ 8
1　岁～2　岁	1/ 8 ～1/6
2　岁～4　岁	1/ 6 ～1/ 4
4　岁～7　岁	1/ 4 ～1/ 3
7　岁～11　岁	1/ 3 ～1/ 2
11　岁～14　岁	1/ 2 ～2/ 3

二、正常小儿体重計算法：

1.一岁以下小儿体重：

1～6个月小儿体重（克）＝月龄×600＋3,000克（出生时体重）

7～12个月小儿体重（克）＝月龄×500＋3,000克（出生时体重）

2.一岁以上小儿体重：

体重（公斤）＝年龄×2＋7

作用于中樞神經系統药物

催眠药、抗惊厥药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
苯巴比妥（鲁米那）	片剂 0.015克 0.03克 0.1克	口服	能抑制中枢神經。为长时間作用的催眠药（約6～8小时）。 依剂量大小不同可用作鎮靜、催眠、抗惊厥，亦可与苯妥英鈉合用治疗癲癇大发作。	鎮靜 0.015～0.03克/次 日2～3次 催眠 0.06～0.1克/次 临睡前服 抗癲癇 0.03～0.06克/次 日2～3次	鎮靜及抗癲癇 0.5～2 毫克/公斤/次 日2次 催眠 3～6 毫克/公斤/次	1.肝腎功能严重損害者慎用。 2.不可与酸性药物配伍。 3.临用时将其鈉盐結晶的注射剂以注射用水或生理盐水溶解，但其水溶液不稳定。 4.治疗癲癇不可突然停药，应逐步減量撤除，否則会引起癲癇发作。 5.少数病人用后出現过敏現象如皮疹、局部水肿等。
	注射剂 0.05克 0.1克	肌注		鎮靜 0.1克/次 抗惊厥 0.1～0.2 克/次 必要时4～6小时后再注	鎮靜 1～2 毫克/公斤/次 抗惊厥 4～7 毫克/公斤/次 必要时4～6小时后再注	
异戊巴比妥（阿米妥）	片剂 0.1克 0.2克	口服	同苯巴比妥，但作用出現較快。为中时間作用的催眠药(約3～6小时)。 用于鎮靜、催眠、抗惊	0.05～0.2克/次 临睡前	3～6 毫克/公斤/次 临睡前	1.肝腎功能严重損害者慎用。 2.靜注要緩慢。

药　　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
	注射剂 (鈉盐) 0.1克 0.5克 1　克	肌注 或 靜注	厥、麻醉前給葯。	0.3～0.5 克/次	鎮靜 1～2 毫克/公斤/次 抗惊厥 5 毫克/公斤/次	
水合氯醛	10%溶液	口服 或 灌腸	有催眠、抗惊厥作用。用途同上。为长时間作用的催眠葯(約6～8小时)。	5～10毫升/次	0.3～0.5毫升/公斤/次 抗惊厥 0.5～1毫升/公斤/次 (灌腸)	1.久用可有耐受性。 2.对胃有刺激，服用时宜稀释。 3.应用于小儿止抽风效果好。
副　　醛	注射剂 2毫升 5毫升	肌注 靜注 灌腸	作用同水合氯醛，但作用較强。 用途同上。	肌注 2～5毫升/次 靜注 1～2毫升/次 灌腸 5～10毫升/次	肌注 0.1毫升/公斤/次 靜注 0.02毫升/公斤/次 灌腸 0.3毫升/公斤/次	1.靜注要緩慢。 2.对呼吸道有刺激性，于呼吸道及肝脏有病者慎用。
苯乙哌啶酮 (导眠能)	片剂 0.25克	口服	用于催眠，麻醉前給葯。为中 时間作 用的催 眠葯(約4～8小时)。	鎮靜 0.25 克/次 日3次 催眠 0.5克/次		久用能成癮。 副作用小。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
丙烯戊巴比妥鈉（速可眠）	胶囊 0.1克	口服	为短时間作用的催眠葯（約3小时），作用出現較快，服后約15～20分鈡即見效。用于失眠、麻醉前給葯。	催眠 0.1～0.2 克/次 睡前服 麻醉前給葯 0.2～0.3 克/次	鎮靜 2～3 毫克/公斤/次	肝腎功能严重損害者忌用或減量愼用。
硫　酸　鎂	注射剂 10毫升 1克 10毫升 2.5克	肌注或靜滴	有中枢抑制、降低血压、抗惊厥等作用。用于子癎、破伤风、高血压脑病等。	1.25～2.5克/次	靜滴 0.1～0.15克/公斤/次 肌注 0.1毫克/公斤/次	1.靜滴可致呼吸減慢、血压下降，故应密切观察，一旦发生，可靜注葡萄糖酸鈣解救。 2.靜滴要緩慢。
安　眠　酮（海米那）	片剂 0.1克 0.2克	口服	为长时間作用的催眠葯（約6～8小时）。用于神經衰弱、失眠及麻醉前給葯。	鎮靜 0.1克/次 日3次 催眠 0.1～0.2 克/次		服葯后15分鈡即显效，醒后无不快感，不易发生耐葯和成癮。

鎮靜安定葯

三　溴　片	片剂 0.3克	口服	有加强大脑抑制过程的集中、恢复抑制与兴奋的平衡作用。用于癔病、神經性失眠、神經衰弱。	1～3片/次 日3次	5岁以上½片 日3次	宜飯后服。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
咖啡因溴溶液（巴氏合剂）	溶液	口服	可恢复脑皮层兴奋和抑制之間的平衡。用于神經衰弱、癔病等。	5～10毫升/次 日3次		本品易霉坏。每10毫升含溴化鉀或溴化鈉0.5克，苯甲酸鈉咖啡因 0.025～0.05克。
盐酸氯丙嗪（冬眠灵）	片剂 5毫克 12.5毫克 25毫克	口服	有鎮靜、鎮吐、鎮痛、降压、降溫等作用。 用于鎮靜、鎮吐、降压、冬眠和精神病狂躁等。	12.5～25毫克/次 日3次 精神病可用至300～400毫克/日	0.5～1 毫克/公斤/次 日3次	长期应用可損害肝脏，有肝病者忌用。 注射时应采取臥位，用后靜臥片刻，以防止直立性虛脫。
	注射剂 1毫升 25毫克 2毫升 50毫克	肌注或靜滴		25～50毫克/次	0.5～1 毫克/公斤/次	
氨甲丙二酯（眠而通、安宁片）	片剂 0.2克	口服	可松弛骨骼肌，起安定作用。 用于精神不安、失眠、神經官能症、震顫麻痺。	0.2～0.4 克/次 日3次	25毫克/公斤/日 分3次	久服不可突停，否則可致惊厥。 毒性低，比較安全。
	注射剂 0.1克	肌注或靜注		抗惊厥 0.4克/次 每4～6小时1次	抗惊厥 新生儿 15～30 毫克/公斤/次 5岁以下 100～200毫克/次 5岁以上 200～300毫克/次	

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
利眠宁	片剂 5毫克 10毫克	口服	有松弛骨骼肌，安定精神和抗惊厥作用。 用于情緒煩躁、焦虑。若与抗癫痫药合用可抑制癫痫大、小发作。	鎮靜 5～10毫克/次 日3次 催眠 10～20毫克/次	鎮靜 5岁以上 5毫克/次 日3次	1.肝、肾功能减退，年老体弱者慎用。 2.久服可成癮。
	注射剂 50毫克 100毫克	肌注		抗惊厥 25～50毫克/次 日4次	抗惊厥 3～5 毫克/公斤/日 分4次	
羥哌氯丙嗪（奋乃靜）	片剂 2毫克	口服	与氯丙嗪作用相似，用于精神不安、情緒紧张、精神分裂症、恶心、呕吐及呃逆等。	2～4 毫克/次 日3～4次 精神分裂症 4～16毫克/次 日2～4次	6岁以下 4毫克/日 分3～4次 6岁以上 6毫克/日 分3～4次	有視力模糊、复視、口干、流涎、头痛和嗜眠等副作用。 忌与肾上腺素同用；孕妇、肝功能不好者忌用。
	注射剂 1毫升 5毫克	肌注		5～10毫克/次		
盐酸羥嗪（安他乐）	片剂 25毫克	口服	抑制中枢神經系統。 用于焦虑、紧张、激动引起的情緒或精神障碍。	25～50 毫克/次 日3次	2毫克/公斤/日 分4次	有嗜睡現象。
茶苯海明（乘暈宁）	片剂 50毫克	口服	作用同苯海拉明。 对因暈动而引起的恶心、呕吐、眩暈及美尼尔氏綜合征均有效。亦可預防暈車、船。	50毫克/次 于乘車、乘船前半小时服下		为苯海拉明与氨茶碱形成的盐。大剂量易引起倦睡。

解热鎮痛药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
乙酰水楊酸（阿司匹林、醋柳酸）	片剂 0.06克 0.1克 0.3克 0.5克	口服	解热、鎮痛、抗风湿。 用于伤风、感冒、头痛、神經痛、关节痛及活动性风湿病。	解热 0.3～0.6 克/次 日3次 抗风湿 0.6～0.9 克/次 日3～4次	解热 0.06克/岁/次 高热时4～6小时一次 抗风湿 0.1～0.15克/公斤 分3～4次服	1.大剂量或久服可引起出血症。 2.胃与十二指腸潰瘍病患者应与制酸药物同服。
水楊酸鈉	片剂 0.3克	口服	作用同上。 用于活动性风湿病、类风湿性关节炎及急、慢性痛风。	1～2 克/次 日3～4次	0.1～0.15克/公斤/日 分3～4次服	同上。
复方乙酰水楊酸片（复方阿司匹林片、APC）	片剂 0.3克 0.5克	口服	解热鎮痛。 用于伤风、感冒、止痛、退烧。	1～2片/次 日3次	2～3岁…¼片/次 4～6岁…⅓片/次 7～12岁…½片/次	内含阿司匹林、非那西汀和咖啡因。
小儿退热片	片剂	口服	同上。		2～3岁1片/次 4～6岁1½片/次 7～12岁 2片/次	每片含阿斯匹林56.7毫克，非那西汀41毫克。
百尔定	注射剂 2毫升	肌注	解热。	2毫升/次		本品为非特异性抗原。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
优散痛	片剂 0.5克	口服	镇痛退热，作用徐缓，持久而强。 用于止痛、退烧。	0.5克/次 日3次	5岁以上 ½片/次 日3～4次	内含氨基比林、安替比林、非那西汀、咖啡因。
安乃近	片剂 0.5克	口服	解热、镇痛、抗风湿。 用于退烧、止痛、风湿性关节炎。	0.5～1克/次 日3次	10～20毫克/公斤/次 日3次	可能造成颗粒白細胞减少症。
	注射剂 1毫升 0.5克 1毫升 0.2克 2毫升 1克	肌注		0.25～0.5克/次	5～10毫克/公斤/次	
复方安乃近	片剂	口服	同安乃近，但較安乃近止痛效果强。	1片/次 日3次		含安乃近和氨基比林。
氨基比林 (匹拉米洞)	片剂 0.3克 0.1克	口服	同安乃近。	0.3～0.6克/次 日3次	20毫克/公斤/日 分3～4次服	副作用有呕吐、皮疹、发烧、口腔炎及顆粒細胞减少症等，故不宜长期服用。
握姆納丁	注射剂 2毫升	肌注	解热。	2毫升/次		本品为非特异性抗原，同百尔定。
抗炎松	片剂 25毫克	口服	镇痛、抗风湿。 用于风湿热、风湿性关节炎、接触性皮炎及过敏性皮炎。	25毫克/次 日3～4次	5岁以上½片 日3次	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
安替匹林	片剂 0.3克	口服	解热，兼輕微鎮痛作用。 用于高烧、头痛、关节痛等。	0.3～0.6 克/次 日3次	60毫克/公斤/日 分3～4次	可能出現虛脫、皮疹、发紺及顆粒細胞減少。
扑热息痛	片剂 0.5克	口服	解热、鎮痛。用于感冒、关节炎、神經痛。	0.5克/次 日3～4次		副作用較小。
保泰松	片剂 0.1克	口服	与氨基比林相似，解热作用差。 用于风湿性关节炎、痛风。	0.1～0.2 克/次 日3次 一日量不超过0.8克，一周后剂量酌減，二周后剂量減少¼～⅓，1月后減半	0.02～0.03克/岁/日 分2～3次	可能出現恶心、皮疹、腹痛、便秘、眩暈、浮肿等反应。 胃和十二指腸溃瘍、肝脏病者慎用。
安痛定	片剂 0.3～0.5克 注射剂 2毫升	口服 皮下或肌注	鎮痛、解热。 用于高烧、头痛、肌痛、关节痛。	0.5克/次 日3～4次 注射每次2毫升	依年龄酌減	本品內含氨基比林、安替比林和巴比妥。久用可能产生顆粒細胞減少。
索密痛（去痛片）	片剂 0.5克	口服	解热、鎮痛。 用于头痛、牙痛、肌痛、关节痛、月經痛。	1～2片/次 日3次	0.06克/岁/次 日3次	內含氨基比林、非那西汀、苯巴比妥和咖啡因。
賜他靜	注射剂 2毫升	肌注	鎮痛。 用于手术后疼痛、关节痛、肌肉痛、神經性痛及头痛等。	2毫升/次		1.內含安乃近、氨基比林、安替匹林、苯甲酸鈉咖啡因。 2.偶可致白細胞減少。 3.有咽痛、发烧等可停葯。

鎮 痛 药

药 名	剂型規格	用法	作 用 与 用 途	成人剂量	小儿剂量	注 意 事 項
盐酸嗎啡	注射剂 1毫升 10毫克	皮下	为中枢抑制药，具有鎮痛、鎮靜、鎮咳，抑制呼吸及腸蠕动，并能兴奋胃腸、胆管、輸尿管平滑肌。 用于剧烈疼痛、心脏病哮喘及麻醉前給药。	5～15毫克/次	0.12～0.2 毫克/公斤/次	1.久用成癮。 2.胆絞痛、腎絞痛时应与阿托品合用。 3.肝功能严重減退、肺原性心脏病、支气管哮喘、嬰儿忌用。 4.可有呕吐、眩暈等。
杜 冷 丁 （盐酸哌替定、利多尔）	片剂 25毫克 50毫克	口服	作用类似嗎啡，但較嗎啡弱。 主要用于急性創伤性疼痛，麻醉前給药，人工冬眠及强化麻醉。	50～150毫克/次	0.5～1毫克/公斤/次	1.久用可成癮。 2.一岁以下小儿一般不选作靜脉人工冬眠用。
	注射剂 1毫升 50毫克 2毫升 100毫克	皮下或肌肉		25～100毫克/次	0.5～1毫克/公斤/次	
磷酸可待因	片剂 15毫克 30毫克 糖浆 0.5%	口服	作用类似嗎啡，但对胃腸道无显著作用，有鎮痛、鎮咳作用。 适用于中等程度之疼痛及干咳。	15～30 毫克/次 日 3 次	鎮痛 3 毫克/公斤/日 鎮咳 1～1.5毫克/公斤/日	1.久用可成癮。 2.痰过多时忌用。
	注射液 1毫升 30毫克	皮下或肌注		15～30 毫克/次	鎮痛 3 毫克/公斤/日 鎮咳 1～1.5毫克/公斤/日	

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
延胡索乙素（四氢巴馬丁）	片剂 50毫克	口服	有鎮痛、鎮靜、鎮吐、催眠等作用。 用于胸腹部鈍痛、痛經、暫时性失眠及高血压。	0.05～0.1克/次 日2～6次		有抑制呼吸作用，但較嗎啡輕。
安佽痛（安那度尔）	注射剂 1毫升 20毫克	皮下或肌注 靜注	为短时間作用的鎮痛剂，有明显的鎮靜作用。 用于胃腸道、泌尿道等平滑肌痙攣性疼痛，亦可用于小手术，如骨科、眼科、鼻科检查及分娩时的止痛等。	10～20毫克/次 20～30毫克/次		过量引起中毒时，可用丙烯嗎啡解救。

抗癲癇药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
苯妥英鈉（大仑丁）	片剂 0.05克 0.1克	口服	抑制大脑运动区，抗癲癇作用比苯巴比妥强。 用于癲癇大发作，亦可用于頻发性惊厥。	0.05～0.1克/次 日3次	5～10毫克/公斤/日 分3次	长期应用，可能出現白細胞降低，应定期查白細胞。
三甲双酮	片剂 0.15克 胶囊 0.3克	口服	抗癲癇。 用于癲癇小发作。	0.15～0.3克/次 日3次	20～40毫克/公斤/日 分3次	1.定期查白細胞和尿常規。 2.肝、腎及造血功能不好者忌用。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
苯巴比妥	片剂 0.015克 0.03克 0.1克	口服	見催眠葯、抗惊厥葯。	0.03～0.06克/次 日3次	0.5～2 毫克/公斤/次 日3次	見催眠葯、抗惊厥葯。
去氧苯比妥（麦苏林）	片剂 0.25克	口服	与苯巴比妥作用相似。 用于癫痫大发作及精神运动性发作。	0.25克/次 日3次	12.5～25毫克/公斤/日 分2～3次	可与苯妥英鈉合用，但不宜和苯巴比妥合用。肝、腎疾病患者忌用。不能突然停葯。

中枢兴奋药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
苯甲酸鈉咖啡因（安鈉咖）	注射剂 1毫升 0.25克 2毫升 0.5克	肌注或皮下	小剂量兴奋大脑皮层，大剂量兴奋呼吸和血管运动中枢。 用于各种原因引起的中枢性呼吸与循环衰竭。	0.25～0.5克/次	6～12毫克/公斤/次	
尼可剎米（可拉明）	注射剂 1毫升 0.25克 1.5毫升 0.375克	皮下肌注或靜注	能兴奋呼吸及血管运动中枢。 用于各种原因引起的呼吸与循环衰竭。	0.25～0.5克/次	6个月… 75毫克/次 1岁… 125毫克/次 4～7岁… 175毫克/次	大剂量可引起陣攣性惊厥。

药　名	剂型规格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
盐酸山梗菜碱（洛贝林）	注射剂 1毫升 3毫克 1毫升 10毫克	皮下或肌注	能反射性兴奋呼吸，为较强的呼吸兴奋剂。用于各种原因引起的呼吸暂停或呼吸活动减弱，亦用于新生儿窒息。	10毫克/次	1～3毫克/次	过量可引起心动过速、呕吐、虚脱、呼吸抑制、强直性惊厥等。
		静注		3毫克/次	0.3～3毫克/次 隔30分钟后可重复	
樟脑油	注射剂 1毫升 0.1克	皮下或肌肉	能反射地兴奋呼吸、血管运动中枢。 用于呼吸及循环衰竭。	0.1～0.2克/次	3～5毫克/公斤/次	1.大剂量可引起惊厥。 2.如有结晶析出，可温热溶解后注射。
樟脑磺酸钠	注射剂 1毫升 50毫克 2毫升 0.2克	皮下	同上。	0.05～0.2克/次		同上。
哌苯甲醇（米拉脱林）	片剂 1毫克	口服	、对大脑和延髓上部有兴奋作用，毒性及副作用较少，用于精神抑郁及发作性睡病。	1～2毫克/次 日3次		过量可发生失眠、恶心、食慾不振及焦虑，停药后可消失。焦虑及兴奋不安者忌用。
美介眠	注射剂 10毫升 50毫克	静滴	中枢兴奋作用类似五甲烯四氮唑，对巴比妥类及其他催眠药也都有对抗作用。 用于巴比妥类、水合氯醛等中毒时的解毒药。	每3～5分钟静滴50毫克，連續滴入，直至病情改善或出現早期中毒症状为止		注射量大，速度快时可引起中毒，表現为恶心、呕吐，繼而引起反射运动增强、肌肉震顫、惊厥等。

作用于平滑肌、横紋肌兴奋药物

药　名	剂型规格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
溴化新斯的明 或 甲基硫酸新斯的明 (普鲁斯的明)	片剂 15毫克	口服	能抗胆碱酯酶和直接作用于骨骼肌，使肌肉收縮加强。 用于腹胀气、尿潴留、重症肌无力及陣发性心动过速。	10～20 毫克/次 日 3 次	1 毫克/岁/次 日 3 次	1.机械性腸梗阻及哮喘病人忌用。 2.口服用其溴化物，注射剂用甲基硫酸盐。
	注射剂 1毫升 0.5毫克 2毫升 1毫克	皮下或肌注		0.5～1 毫克/次	0.05～0.1毫克/岁/次	
加兰他敏	片剂 5 毫克	口服	作用与新斯的明相似，但較弱，毒性低。 用于重症肌无力、肌营养不良、小儿麻痺后遺症。	10毫克/次 日 3 次	0.5～1 毫克/公斤/日 分 3 次	1.用葯过量或过敏时，有流涎、心动过緩、眩暈等。可皮下或靜脉注射阿托品。 2.禁用于癲痫、运动亢进、哮喘、心絞痛等。
	注射剂 1毫升 1毫克 1毫升 2.5毫克 1毫升 5毫克	皮下或肌注		2.5～10毫克/次	0.05～0.1 毫克/公斤/次 日 1 次，一疗程20～40天	

作用于呼吸系統药物

鎮咳祛痰药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
氯化銨	片剂 0.3克 溶液 10%	口服	反射性引起呼吸道分泌增加，起祛痰作用。 用于呼吸道炎症初期，痰液不易咳出者。亦可加强汞剂的利尿作用。	祛痰 0.3～0.6克/次 日3次 利尿 0.6～2克/次 日3～4次	祛痰 30～60毫克/公斤/日 分3次 利尿 75毫克/公斤/日 分3次	1.大量应用可致恶心、呕吐、高血氯性酸中毒。 2.严重肝肾功能減退者忌用。
咳必清（妥克拉司）	片剂 25毫克	口服	对咳嗽反射具选择性抑制和对呼吸道粘膜有局麻作用。 用于上呼吸道炎症引起的急性咳嗽及反射性干咳。	12.5～25毫克/次 日3次	5岁以上 6.25～12.5毫克/次 日3次	多痰及心脏机能不全伴有肺水肿的咳嗽忌用。
复方咳必清糖浆	混合剂	口服	見氯化銨和咳必清。用于上呼吸道炎症引起的咳嗽。	10毫升/次 日3次	酌情	內含咳必清和氯化銨。
复方甘草合剂（棕色合剂）	片剂	口服	祛痰、鎮咳。用于上呼吸道炎症引起的咳嗽。	2～3片/次 日3次	1/2～1片/次 日3次	內含甘草流浸膏、复方樟脑酊、甘油、亚硝酸乙酯醚、酒石酸銻鉀。
	合剂	口服		10毫升/次 日3～4次	1毫升/岁/次 日3～4次	

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
敌　咳	糖浆	口服	增加支气管粘液分泌，使痰变稀，便于喀出。用于一般咳嗽。	5～10毫升/次 日3～4次	0.5～1毫升/岁/次 日3～4次	内含氯化铵、氯仿、愈创木酚磺酸钾、海葱醋、盐酸麻黄碱、百部流浸膏、吐根酊、桔梗流浸膏。

止喘药

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
盐酸肾上腺素	注射剂 1毫升 1毫克	皮下	兴奋心脏、收缩血管，松弛胃肠及支气管平滑肌。 用于支气管哮喘、过敏性休克及其他过敏反应；亦用于某些心跳停止的急救。	0.25～1毫克/次	0.02～0.03毫克/公斤/次	1.溶液变色不可再用。 2.心脏病、高血压、糖尿病、甲状腺机能亢进患者不宜应用。 3.普鲁卡因过敏时禁用。
氨茶碱	片剂 25毫克 0.1克	口服	有舒张支气管、胆道、冠状动脉的作用；增强心脏收缩力，增加肾脏循环血量有利尿作用。 用于支气管哮喘、胆绞痛、心脏性浮肿及心绞痛等。	0.1～0.2克/次 日3次	5～7毫克/公斤/次 日3次	1.口服有恶心、呕吐，宜在饭后服。 2.静注要用25%葡萄糖液20毫升稀释后慢注，速度过快可致心慌、血压下降。
	注射剂 1毫升 50毫克 2毫升 0.5克 10毫升 0.25克	肌注或静注		0.25～0.5克/次	2～4毫克/公斤/次	

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
盐酸麻黄碱	片剂 25毫克	口服	舒张支气管，兴奋中枢，升高血压。 用于支气管哮喘、鼻粘膜充血、肿胀，脊髓麻醉时防治低血压。	15～30毫克/次 日3次	0.5～1毫克/公斤/次 日3次	1.用后可致失眠、震颤、心动过速。治喘时可与少量巴比妥类药物合用。 2.长期应用，可产生耐受性。 3.高血压、冠状动脉疾患、甲状腺机能亢进者忌用。
	注射剂 1毫升 30毫克	皮下或肌注		同上	同上	
硫酸异丙基肾上腺素（喘息定，治喘灵）	片剂 10毫克	舌下	松弛支气管平滑肌、兴奋心脏加速心率，改善心脏传导机能。 用于支气管哮喘、升高血压、抗休克及心内注射。	10～15毫克/次 日3次	5岁以上2.5～10毫克/次 日3次	1.可有心慌、头昏、恶心、喉干等。 2.忌与碱性药或肾上腺素同用。 3.高血压心绞痛、甲状腺机能亢进者忌用。 4.静滴时应加于5%葡萄糖500毫升中。
	溶液 0.5% 1%	喷雾		1～3毫克/次	适量吸入	
	注射剂 2毫升 1毫克	静滴		用于升压时0.2～0.4毫克/次		
喘咳宁（奥索克新）	片剂 50毫克	口服	有显著的松弛支气管平滑肌的作用。 用于支气管哮喘、过敏性鼻炎、急性荨麻疹等。	0.05～0.1克/次 日3次 必要时隔3～4小时后再服	5岁以上25～50毫克/次 日3次	副作用小，偶有口干、恶心等。
百喘朋	片剂	口服	松弛支气管平滑肌及抗过敏。 用于支气管哮喘、荨麻疹。	1～2片/次 日3～4次	5岁以上½～1片/次 日2～3次	每片含盐酸麻黄碱25毫克，盐酸苯海拉明25毫克。

作用于消化系統药物

助 消 化 药

药　名	剂型規格	用法	作 用 与 用 途	成人剂量	小儿剂量	注 意 事 項
健 胃 片 (龙胆苏打片)	片剂	口服	能促进胃液分泌，帮助消化，增进食慾等。 用于消化不良、食慾不振和返酸。	2～3片/次 日3次		
复方龙胆酊 (苦味酊)	酊剂	口服	苦味健胃药。	2～4毫升/次 日3次飯前服		
大黄苏打片	片剂	口服	有制酸及健胃的作用。 用于食慾不振、胃酸过多、消化不良等。	1～3片/次 日3次 飯后服		
多 酶 片	片剂	口服	可帮助食物消化。 用于消化酶缺乏之消化不良。	1～2片/次 日3次		内含淀粉酶、胃蛋白酶和胰酶。
胃蛋白酶合剂	合剂	口服	能消化蛋白质。 用于病后消化机能减退及缺乏胃蛋白酶等消化不良症。	10毫升/次 日3次	2岁以下…2.5～5毫升/次 2岁以上…5～10毫升/次	1.忌与碱性药物配伍。 2.应密閉，保存于凉处。
胰 酶 片	片剂 0.3克	口服	能增加消化液分泌，帮助蛋白质、淀粉、脂肪的消化。 用于食慾不振、消化不良。	1～3片/次	5岁以上…… 1片/次	为腸溶糖衣片，以保护胰酶不受胃酸破坏，故不宜咬碎。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
乳酶生（表飞鳴）	片剂 0.3克	口服	能抑制腸內腐敗菌的繁殖。 用于消化不良、腸胀气、小儿飲食不当所致的腹泻。	0.3～1克/次 日3次	5岁以上…… 0.3～0.6克/次 日3次	不宜与抗菌葯物或吸着剂合用。
干酵母（酵母片）	片剂 0.3克 0.5克	口服	有与复合維生素B相同的作用，但各种成分含量較少。 用于消化不良，腸胃胀气，食慾不振。	1.5～2克/日	視需要而定	嚼后服用。保存于干燥处。

制酸解痙药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
氢氧化鋁	片剂 0.3克	口服	中和胃酸，有制酸作用，作用緩慢持久。 有收斂作用，可保护潰瘍面，防止出血。 用于胃酸过多，胃、十二指腸潰瘍。	0.3～0.6克/次 日3～4次	5岁以上…… ½～1片/次 日3次	能妨碍磷的吸收及引起便秘，不宜长期大量服用。 最好在飯前15～30分鈡服。
	凝胶 4%			5～10毫升/次 日3次	2～8毫升/次 日3次	
胃舒平（复方氢氧化鋁）	片剂 0.5克	口服	同上，此外还有解痙止痛作用。	2～4片/次 日3次	5岁以上…… 1～2片/次 日3次	飯前半小时或胃痛发作时，嚼碎后服。 内含氢氧化鋁、三矽酸鎂和顛茄浸膏。
三矽酸鎂	片剂 0.3克	口服	中和胃酸保护潰瘍面。 用于治疗潰瘍病。	0.6～1克/次 日3次	0.3～0.5克/次	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
小　苏　打 (碳酸氢鈉)	片剂 0.5克	口服	中和胃酸，用于潰瘍病的治疗和糾正酸中毒。	0.5～1克/次 日3次		能产生二氧化碳刺激胃酸分泌引起胀气，故不宜长期服用。
氧　化　鎂	片剂 0.2克	口服	有强而持久的中和胃酸及輕度导泻作用。用于胃酸过多，胃十二指腸潰瘍，亦可用作緩泻剂。	0.2～1克/次 日3次		
維生素U	片剂 50毫克	口服	可能促进胃腸粘膜再生，使潰瘍灶縮小及癒合。用于胃、十二指腸潰瘍。	50～100毫克/次 日3次	25～50毫克/次 日3次	
硫酸阿托品	片剂 0.3毫克	口服	有解除平滑肌痙攣、抑制腺体分泌、散瞳及升高眼压等作用。 用于胃痛、腸痙攣、腎絞痛，胆絞痛、流涎、有机磷农药中毒、銻中毒，以及流腦、痢疾等所致中毒性休克的搶救。	0.3～0.5毫克/次 极量1毫克/次 3毫克/日	0.01毫克/公斤/次	1.常見口干、眩暈、視力模糊、心跳加速、乏力等副作用。 2.青光眼患者忌用。
	注射剂 1毫升 0.5毫克 1毫升 1毫克 2毫升 10毫克	皮下或靜注		0.3～0.5毫克/次 視病情剂量可加大	0.01毫克/公斤/次	
胃　得　宁	胶囊 0.2克	口服	用于胃、十二指腸潰瘍，慢性胃炎，胃痛等症。	每次1粒 日3次		內含維生素U，氢氧化鋁和顛茄。
复方顛茄片	片剂	口服	同硫酸阿托品， 用于胃腸痙攣。	1～2片/次	5岁以上…… ½片/次	与阿托品相同。 內含顛茄和苯巴比妥。

药　名	剂型规格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
溴本辛	片剂 50毫克	口服	有解痉及抑制腺体分泌的作用。 用于溃瘍病、腸蠕动亢进、腸痙攣及膀胱刺激症等。	50～100毫克/次 日3～4次	6毫克/公斤/日 分4次服	过量有瞳孔放大、口渴、排尿困难，适当减少剂量可逐漸消失。 对腸狭窄、賁門痙攣、器质性幽門梗阻、冠状血管机能不全、心力衰竭、青光眼等症忌用，手术前不宜用本葯。
普鲁本辛	片剂 15毫克	口服	作用同上。 用于胃及十二指腸潰瘍、胃炎、胆汁分泌障碍、胰腺炎、多汗症、妊娠呕吐等。	15～30毫克/次 日3～4次	2毫克/公斤/日 分4次	偶有口渴、瞳孔散大等副作用。青光眼、麻痺性腸梗阻、手术前不宜使用。
顛茄浸膏	片剂 8毫克 15毫克 30毫克	口服	同阿托品但較弱。	8～24毫克/次 日3次	5岁以上…… 4～8毫克/次	同阿托品。
安胃灵	片剂 5毫克	口服	与阿托品作用相似，能抑制胃腸道痙攣和分泌。 用于潰瘍病，慢性胃炎。	5毫克/次 日3～4次	0.25毫克/公斤/次 日3次	同阿托品。
氢溴酸东莨菪碱	片剂 0.2毫克	口服	与阿托品相似，其散瞳、抑制腺体分泌作用比阿托品强，与阿托品不同的是它对大脑有鎮靜作用。 用于帕金森氏病、潰瘍病、麻醉前給葯、暈动病、精神病狂躁型。	預防暈动0.3～0.5毫克/次 震顫狂躁0.2毫克/次 日3次	0.006毫克/公斤/次	1.可有口干、声哑、畏光、視力模糊、眩暈、思睡。 2.剂量过大可有譫妄、躁动不安，可用巴比妥类或水合氯醛解之。 3.与新斯的明相对抗。 4.青光眼病人忌用。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
	注射剂 1毫升 0.3毫克 1毫升 0.5毫克	皮下		0.3~0.5毫克/次		

导泻药

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
开塞露	每只 10毫升 或20毫升	肛門注入	为50%的甘油，注入肛内后，可刺激直腸壁，引起排便并有潤滑作用。 用于各种便秘。	20毫升/次	10毫升/次	
甘油栓	每枚 1.33克 2.67克	肛塞	同上。	2.67克/次	1.33克/次	
双醋酚汀（一輕松）	片剂 5毫克	口服	服后在腸內的分解产物，刺激腸壁，增加腸蠕动而有緩泻作用，性溫和，无腹痛。 用于习慣性便秘，服后6～8小时排便。	5～15毫克/次	5岁以下2.5～5毫克/次 5岁以上5～10毫克/次	
硫酸鎂	溶液 50%	口服	能增加腸內滲透压，使腸內保持有多量水分，容	5～20克/次	1克/岁/次	服时多飲水以稀释之，孕妇忌用。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
			积增大，因而刺激腸壁，增加导泻作用。亦可刺激腸粘膜，反射性地引起胆囊排空。 用于便秘，并于服驅虫药后作导泻用。亦可用作利胆。			
蓖麻油		口服	可引起腸蠕动增强而排便。 用于便秘。	15～30毫升/次 临睡时口服	婴儿2～5毫升/次 儿童5～10毫升/次	有刺激性，不宜反复应用。 对盆腔有反射性充血作用，妊娠、腹部炎症忌用，忌与山道年等驅虫药同用。
液体石蜡（石蜡油）		口服	有潤滑作用，能阻止腸内水分吸收而起导泻作用。 用于便秘及预防手术后排便困难。	15～30毫升/次 睡前服	0.5毫升/公斤/次	长期服用可妨碍脂溶性維生素和鈣、磷的吸收，故不宜长期服用。

止泻药

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
鞣酸蛋白	片剂 0.25克 0.3克	口服	有收斂止泻作用。 用于慢性腹泻。	1～2克/次	1岁以下……0.1～0.15克/次 2～7岁 0.2～0.5克/次	

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
次碳酸铋	片剂 0.3克	口服	同上。	0.3～2克/次	1～5岁 0.2～0.6克/次	
药用炭 （活性炭）	片剂 0.3克	口服	能吸附腸內化学物质及毒物，减少对腸粘膜的刺激，有止泻作用。 用于腹泻及腹胀。	1～3克/次	0.3～0.6克/次	本品潮湿后可使吸着力减低。
复方樟脑酊	酊剂	口服	通过其所含的阿片酊而发揮鎮咳、鎮痛及止泻作用。 用于咳嗽、腹痛及腹泻等。	2～5毫升/次	0.04～0.06毫升/公斤/次	內含樟脑、阿片酊、苯甲酸、八角茴香油和酒精。有成癮性，故不宜长期服用。

保肝药

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
谷氨酸 （麸氨酸）	片剂 0.3克 0.5克	口服	解除代謝过程中产生的氨的毒性作用；参与脑蛋白代謝和糖代謝，对中枢神經的活动起良好作用。 用于肝昏迷恢复期、严重肝机能不全。与抗癲癇药合用于癲癇小发作及精神运动性发作。也可用于精神分裂症及神經衰弱。	防止肝昏迷 2.5～5克/次 日4次 治癲癇 2～3克/次 日3～4次	防止肝昏迷 2～3克/岁/日 分3～4次 治癲癇 1克/岁/日，分 2～3次	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
谷氨酸鈉	注射剂 20毫升 5.75克	靜滴	作用同谷氨酸。 用于肝昏迷及酸中毒。	60～80毫升/次（肝昏迷）	視病情决定	1.滴入时应緩慢，否則可引起流涎、潮紅、呕吐等。 2.少尿、尿閉或腎功能減退者忌用。 3.每40毫升应加10%葡萄糖溶液250毫升稀释后滴注。 4.使用期間应注意电解质平衡。
肝　宁	片剂	口服	可能有保护肝脏，促进肝細胞新生，改善肝脏局部血循环之作用。 用于慢性肝炎、肝硬变等。	1～2片/次 日3次	5岁以上1片/次 日3次	1.肝功能衰竭患者忌用。 2.注射前先以本品0.1～0.2毫升深部肌注作过敏試驗。停用后如須再用，仍須作过敏試驗。 3.本品內含肝水解产物、胆碱、半胱氨酸、維生素B_{12}、肌醇等。
	注射剂	肌注		第一日1毫升，以后每日增加0.5～1毫升直至3～5毫升为止，如有进步，可改为隔日注射3～5毫升	視病情而定	
复方胆碱胶囊	胶丸	口服	有保护肝脏作用。 用于肝炎、肝功能減退等。	1～2粒/次 日3次	5岁以上…… 1粒/次 日3次	
維生素B_{12}（氰鈷铵）	注射剂 1毫升 0.05毫克 1毫升 0.1毫克	肌注	参与核酸、胆碱、蛋氨酸的合成及脂肪与糖的代謝；維持中枢及周围有髓神經的正常代謝过程，保	0.05～0.5毫克/次 每日或隔日1次	0.05～0.1毫克/次 隔日1次	

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
	1毫升 0.5毫克 1毫升 1毫克		持神經纖功能的完整性。 用于婴儿营养性大細胞性貧血、妊娠貧血、恶性貧血、肝炎、肝硬变、多发性神經炎、牛皮癣及日光皮炎等。			
肝泰乐（葡萄糖醛酸內酯）	片剂 0.05克 0.1克	口服	具有保肝及解毒作用。 用于肝炎、肝硬化及食物、药物中毒等。	0.1～0.2克/次 日3次	5岁以上…… 0.05～0.1克/次 日3次	
	注射剂 2毫升 0.1克	肌注或靜注		0.1～0.2克/日	視病情而定	

作用于心血管系統药物

治疗心力衰竭及心律失常药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
毛地黄	片剂 0.1克	口服	加强心肌收縮力，使輸出量增加，舒张期延长，靜脉压下降，瘀血症状消失；兴奋迷走神經，降低	詳見“心力衰竭”的治疗飽和量 1～1.2克	詳見“心力衰竭”的治疗飽和量依年龄而定，維持量	1.有蓄积性，限用于二周內确未用过毛地黄者。 2.用药期或服药后两周內禁用鈣或麻黄碱等。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
			房室传导，使心率减慢。 用于充血性心力衰竭、心房纤維顫动、心房扑动、陣发性室上性心动过速。	維持量 0.1克/日	是飽和量的1/10	3.心率慢至60次/分以下者应停药。 4.有心肌梗塞或冠状血管机能不全者慎用。
毛地黄毒甙（狄吉妥辛）	片剂 0.1毫克	口服	同毛地黄。	飽和量 0.8～1.2毫克 維持量 0.05～0.1毫克/次 日1次	飽和量依年龄而定 維持量为飽和量的1/10 日1次	同毛地黄。
	注射剂 1毫升 0.2毫克	皮下肌注或靜注				
地高辛	片剂 0.25毫克	口服	基本上同毛地黄但作用較快，易于排出。	飽和量 2.5毫克 維持量 0.25～0.5毫克	飽和量依年龄而定 詳見“心力衰竭”的治疗 維持量为飽和量的1/4	同毛地黄。
	注射剂 2毫升 0.5毫克	靜注		飽和量 0.75～1.25毫克		
毛花甙丙（西地兰）	注射剂 2毫升 0.4毫克	肌注或靜注	同毛地黄，但作用甚快，排泄更易。 适用于急性病例。	0.4毫克/次或視病情而定，亦可将0.4～0.8毫克加于25%葡萄糖液作緩慢靜注	飽和量依年龄而定 詳見“心力衰竭”的治疗	1.成人首剂后，必要时4～6小时后可再注0.2～0.4毫克，但24小时内总量不超过1～1.6毫克。 2.注射时速度不应少于5分鈡。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
毒毛旋花子素K与毒毛旋花子素G	注射剂 1毫升 0.25毫克	静注	同毛地黄，但作用比毛花甙丙还快，注射后3～10分鈡即見效。	0.25～0.5毫克/次	0.007～0.01毫克/公斤/次	1.副作用及毒性同毛地黄，但用后排出快，蓄积作用小。 2.1～2周內用过毛地黄者慎用。 3.注射时应以50%葡萄糖或25%葡萄糖液稀释搖匀后，緩慢靜注。 4.若用毒毛旋花子素G，剂量应減半。
盐酸普魯卡因酰胺	片剂 0.125克 0.25克	口服	能降低心肌应激性及传导性。用于陣发性心动过速、頻发期前收縮，毛地黄中毒引起的心律不齐、心房顫动等。	首剂0.5～1克，以后1～3克/日	14毫克/公斤/次	1.口服可有厌食、恶心及腹泻等，特异体质者可有发冷发烧、关节痛、肌痛及皮疹等。也可引起白細胞下降，靜注可使血压下降发生虛脫。 2.服后72小时如心动过速不止，应停葯。 3.靜注时应稀释成1%浓度并密切观察心率、血压之变化。 4.严重心力衰竭、完全性房室传导阻滯、严重肝肾功能不良者忌用。
	注射剂 1毫升 0.1克 10毫升 1克	肌注		0.5～1克/次	年长儿首剂50～100毫克，以后每2小时增加50毫克，直至見效或毒性出現	
		靜滴		0.5～1克加于5%葡萄糖液100～200毫升內，1小时內滴完，如效果不显可再重复一次		
硫酸奎尼丁	片剂 0.2克	口服	基本同普魯卡因酰胺。	0.2～0.4克/次，每2小时1	30毫克/公斤/日	1.可有恶心、呕吐、头痛、耳鳴、視覚障碍等。特

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
				次，連續5～6次 維持量 0.2克/次	分3～6次	异体质者有呼吸困难、发紺、眩暈。出現毒性反应立即停葯。 2.节律恢复正常可給維持量，若連服3～4天无效即停葯。 3.严重心肌損害者忌用。

抗高血压药

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
利　血　平（血安平、蛇根碱）	片剂 0.25毫克	口服	作用： 1.能逐步耗空交感神經末梢的去甲腎上腺素，因而扩张血管，有緩和、持久之降压作用。 2.減慢心率。 3.对中枢神經系統有安定作用。 用于輕、中度高血压以及狂躁型精神病。	0.25毫克/次 日3次	0.02毫克/公斤/日 分2～3次	胃及十二指腸潰瘍患者慎用。
	注射剂 1毫升 1毫克	肌注或靜注		开始用0.5～1毫克/次/日 見效后改为0.125～0.25毫克/次/日	0.07毫克/公斤/次 即刻应用，最大量1.5～2毫克	
降　压　灵	片剂 4毫克	口服	与利血平作用相似，但較弱而溫和。	4～8毫克/次 日2～3次		
盐酸肼酞嗪（肼苯噠嗪）	片剂 10毫克	口服	抑制血管运动中枢及直接舒张血管平滑肌，因而	每次量由10～25毫克开始，	1～2.5毫克/公斤/次	1.剂量稍大，可引起心慌、剧烈头痛、恶心、

药　名	剂型规格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
	25毫克 50毫克		起降压作用，作用較利血平迅速。 用于早期高血压症。与其他降压药合用于晚期或恶性高血压症。	酌情递增，最高量50毫克/次 极量 日3次 50毫克/次	日3次	呕吐、鼻衄、皮疹和体位性低血压等，严重时尚有类风湿性关节炎和紅斑性狼疮样綜合症。 2.本品易致耐受性，故最好与其他降压药合用。 3.冠状动脉病变，脑血管硬化及心力衰竭患者忌用。
硫酸胍乙啶（依斯迈林）	片剂 10毫克 25毫克	口服	降压机制大体与利血平相似，作用緩慢而持久。 适用于高血压中期或后期之血压頑固不降者及腎性高血压。	初10毫克/次日2～3次，以后按每周10毫克递增，直至見效，有效量一般为20～80毫克/日		1.可有口干、乏力、阳萎、腹泻、心跳过緩、直立性低血压等。用量減少，副作用可減輕。 2.作用徐緩，不宜作快速降压用，与双氢克尿噻等合用較好。
双氢克尿噻	片剂 25毫克	口服	詳見利尿药。	12.5～25毫克/次 日2～3次，获疗效后，酌情減少剂量	1～2毫克/公斤/日 分1～2次	詳見利尿药。
地　巴　唑	片剂 3毫克 10毫克 25毫克	口服	能舒张血管，降低血压；并有解除平滑肌痙攣和兴奋脊髓作用。 适用于高血压、心絞痛、妊娠毒血症、胃腸痙攣、脊髓灰质炎后遺症及周围型面神經麻痺。	降压、解痙30～40毫克/次日3次，极量0.15克/日；神經系統疾患5毫克/次，每日或隔日1次	降压、解痙0.5～1毫克/公斤/次，日3次；神經系統疾患0.1～0.2毫克/公斤/次 日1次	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
路　丁	片剂 20毫克	口服	改善血管脆性用作高血压輔助药。	20毫克/次 日3次	同左	

血管扩张药（治心絞痛药）

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
氨　茶　碱	片剂 25毫克 0.1克	口服	詳見止喘药。	0.1～0.2克/次　日3次 飯后服	2～6毫克/公斤/次	見止喘药。
	注射剂 10毫升 0.25克 1毫升 50毫克 2毫升 0.5克	靜注		0.25～0.5克/次 日2次	2毫克/公斤/次	
		靜滴		同靜注	同靜注	
		肌肉		同靜注	同靜注	
亚硝酸异戊酯	玻管 0.2毫升	吸入	直接扩张小血管平滑肌，对內脏平滑肌也有扩张作用。 用于心絞痛、腸絞痛、腎絞痛、子宮痙攣性收縮。	打破吸0.2毫升/次		大量使用可使血紅蛋白变性致缺氧，可靜注美蓝解救。本品同硫代硫酸鈉一起可用于氰化物中毒的解救。
复方硝酸甘油片	片剂	口服	防止及緩解心絞痛发作。	1片/次 日3次		

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
硝酸甘油	片剂 0.6毫克	含舌下	松弛小血管平滑肌，扩张冠状动脉，舌下給药2～3分鈡奏效，可維持15～30分鈡。 适用于心絞痛发作及腎絞痛。	0.3～0.6毫克 含于舌下		可产生輕度头胀、头暈，也可出現直立性低血压。 青光眼病人忌用。
盐酸罌粟碱	粉剂	口服	能解除平滑肌痙攣，对心脏有降低传导机能。 用于动脉痙攣及动脉栓塞症，心脏期前收縮及心室性心动过速，胆絞痛及腸絞痛。	30～60毫克/次 日3次		靜脉注射过量或过速可致心律障碍而死亡，务須緩慢并稀释后注射之。 本品有成癮性，应掌握使用。
	注射剂 1毫升 30毫克	皮下肌肉必要时靜注		30～60毫克/次		

抗休克药（升压药）

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
腎上腺素	注射剂 1毫升 1毫克	皮下	詳見止喘药。	0.25～1毫克/次	0.02～0.03毫克/公斤/次	詳見止喘药。
		心室內		心跳停止1毫克/次	心跳停止1毫克/次	
硫酸异丙基腎上腺素	注射剂 2毫升 1毫克	靜滴	詳見止喘药。	0.5～1毫克用5%葡萄糖	用于升高血压时，用0.5～1	詳見止喘药。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
				稀释成250毫升靜滴，滴速視病情調节	毫克加于5％葡萄糖500毫升中靜滴	
重酒石酸去甲腎上腺素	注射剂 1毫升 2毫克	靜滴	收縮血管，升高血压。 用于各种原因引起的周围循环衰竭。	用本品1毫升（2毫克）加入5％葡萄糖液250毫升內，以0.5～1毫升/分滴入 最大量为8毫克加5％葡萄糖100毫升	同成人	1.高血压、动脉硬化症慎用。 2.如有葯液外漏或早期坏死即刻热敷或用5～10毫克妥拉苏林溶于20毫升生理盐水中作皮下浸潤注射。 3.本品2毫克相当于去甲腎上腺素1毫克。
盐酸新交感酚（新福林）	注射剂 1毫升 10毫克	皮下或肌肉	有溫和而持久的收縮血管作用，升高血压。 用于周围循环衰竭。	3～10毫克/次 1～2小时1次	0.1～0.25毫克/次 1～2小时1次	1.以生理盐水稀释后，緩慢靜注。 2.心肌疾患、甲状腺机能亢进、高血压动脉硬化，老年患者慎用。
		靜注		0.5毫克/次	0.05毫克/次	
		靜滴		10～20毫克稀释于5％葡萄糖液或生理盐水100毫升內，用量及滴注速度随血压上升而定	同左	
盐酸甲氧胺（美速克新明）	注射剂 1毫升 20毫克	肌注	为拟腎上腺素葯物，血管收縮作用較强，而对心脏无直接作用，注射后由	10～20毫克/次 每½～2小时1次	0.25毫克/公斤/次	甲状腺机能亢进、严重高血压患者等忌用。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
		靜注	于血压的升高，可反射地引起心率減慢。 用于各种低血压与休克的防治，如出血性、外伤及手术时的低血压等。	5～10毫克/次	1/3肌注用量	
		靜滴		20毫克加于5%葡萄糖液100毫升中		
恢压敏（硫酸甲苯丁胺）	注射剂 20毫克	肌注	也是一种拟肾上腺素药物，主要是增强心肌收縮力，对周围血管作用較輕，不致发生血压突然过高及引起組織坏死，升压作用較持久。 用于心原性及其他原因引起的休克，并可用于輕度精神抑郁症和神經衰弱。	按病情而定 15～20毫克/次　每½～1小时1次	0.25～1毫克/公斤/次	出血性低血压、高血压、甲状腺机能亢进患者忌用。 連續应用易产生急性耐受性。
		靜注或靜滴		15～20毫克/次，緩注；15～30毫克加于50%葡萄糖溶液100毫升靜滴，用量及滴注速度随血压上升而定	0.25～0.5毫克/公斤/次	

作用于血液及造血系統药物

抗凝血药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
枸橼酸鈉	注射剂 0.25克	輸血用	能与血中鈣离子結合起抗凝作用。 用于輸血时防凝。	每100毫升血液加0.38克	同左	应用时用生理盐水溶解后再加入。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
肝　素	注射剂 1毫升 12,500单位	肌注	主要能妨碍凝血致活酶的形成，用于血管栓塞的治疗及輸血时抗凝。	10,000～12,500单位/次，8～12小时1次或視病情需要而定		1.使用期間应定时測定凝血酶元时間。 2.如用后引起严重出血，可靜注硫酸精蛋白搶救（1毫克精蛋白可中和130单位肝素）。 3.禁用于有出血素质和伴有凝血延緩的疾病。 4.肝病和严重高血压病人慎用。
		靜滴		5,000～6,000单位以5%葡萄糖液或生理盐水100毫升稀释后滴注，开始20滴/分，以后保持在25～30滴/分		
双香豆素	片剂 50毫克	口服	主要通过抑制肝脏合成凝血酶元。 用于防止血栓形成和血管栓塞性靜脉炎。	第一日100毫克/次，日2～3次； 第二日100～200毫克/日，分3次；以后維持量50～100毫克/次/日		1.作用时間較长，但生效慢，难用作急救，故开始头两天內，常与肝素合用。 2.使用期間应測定凝血酶元时間。 3.有出血素质及不能測定凝血酶元时間者不宜应用。

凝血药、止血药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
仙鶴草素	片剂 20毫克 溶液 0.2%	口服	增强血鈣及血小板的作用。 用于各种内脏出血等疾患。	20～60毫克/次　日3次 溶液10毫升 日3次	10～30毫克/次　日3～4次 溶液5毫升 日3次	1.本品不宜与其他药物混合使用。 2.少数病人注射后，可发生心慌、顏面潮紅，但不久可恢复正常。
	注射剂 1毫升 10毫克 5毫升 10毫克	肌注或靜注		10毫克/次 日2次	同左	
凝血质	注射剂 2毫升 15毫克 5毫升 15毫克	肌注或皮下	促进凝血作用。用于凝血酶原过低症、内脏出血，亦可用作局部止血药。	7.5～15毫克/次	同成人	1.用前必須搖匀。 2.不可靜脉注射，以免发生血栓。 3.局部敷用，可用无菌紗布浸湿本品敷于出血部。
脑下垂体后叶素	注射剂 1毫升 10单位	肌注 靜滴 靜注	見妇产科用药。	5～10单位/次		10单位溶于25%葡萄糖20毫升中緩慢靜注。 10单位加入5%葡萄糖500毫升靜滴。
安特諾新（安絡血）	片剂 2.5毫克 5毫克	口服	降低毛細血管渗透性，增加毛細血管对損伤的抵抗力。用于血小板減少性紫癜及各种内脏出血。	2.5～5毫克/次，日3次；重症5～10毫克/次，2～4小时1次	5岁以下 1.25～2.5毫克/次 5岁以上 2.5～5毫克/次	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
	注射剂 2毫升 10毫克	肌注		一般10毫克/次，重症10～20毫克/次 2～4小时1次	5岁以下 2.5～5毫克/次 5岁以上 5～10毫克/次	
維生素 K_1	注射剂 1毫升 10毫克	肌注或静注	参与肝内凝血酶原的合成，有止血作用。 用于凝血酶原过低症、維生素K缺乏症、阻塞性黃疸、新生儿出血症等。并用于术前，防止术时因凝血不良而导致出血。	10毫克/次 日1～2次	同成人	1.靜脉注射可出現面部潮紅、出汗、胸悶。新生儿长期应用，可引起高胆紅素血症。 2.术前用量每天注射25～50毫克。
維生素 K_3 （亚硫酸氢鈉甲萘醌）	片剂 2毫克 4毫克	口服	同上。	4毫克/次 日3次	2～4毫克/次 日3次	与維生素 K_1 相似，但副作用較大。
	注射剂 1毫升 4毫克	肌注		4毫克/次 日2～3次	同成人	
6—氨基乙酸	片剂 0.5克	口服	妨碍纖維蛋白溶酶的形成，从而抑制纖維蛋白的溶解，达到止血作用。 高浓度(100毫克/毫升)时对纖維蛋白溶酶有直接抑制作用。 用于外科大型手术出血、妇产科出血、肺出血及上消化道出血、功能性子宫出血等。	2克/次 日3～4次	0.1克/公斤/次 日3～4次	1.排泄較快，需給維持量。 2.有血栓形成傾向或有栓塞性血管病者禁用。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
	注射剂 10% 10毫升 20% 10毫升	靜滴		4～6克溶于100毫升生理盐水或葡萄糖溶液內，15～30分鈡滴完，以后持續量每小时1克，維持12～24小时，或依病情延长时間		

治貧血药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
叶　酸	片剂 5毫克	口服	参与核酸合成。 用于妊娠期巨細胞性貧血及嬰儿营养不良性貧血。	10毫克/次 日3次	5毫克/次 日3次	
枸櫞酸鉄鈹	溶液 10%	口服	提供造血原料。 适用于缺鉄性貧血。	0.5～2克/次 日3次	0.1～0.2克/公斤/日 分3次	1.适用于儿童。 2.遇光易变质，忌与安替匹林配伍。
硫酸亚鉄	片剂 0.3克	口服	同上。	0.3～0.6克/次 日3次	0.1～0.3克/次 日3次	1.有胃腸不适、腹痛、腹泻，偶有便秘。 2.忌与茶同服，宜在飯后服。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
維生素B_{12}	注射剂 1毫升 0.05毫克 1毫升 0.1毫克 1毫升 0.5毫克 1毫升 1毫克	肌注	見消化系統保肝葯。	0.05～0.5 毫克/次 每日或隔日 1 次	0.05～0.1 毫克/次 隔日 1 次	見消化系統保肝葯。
肝注射液 （肝精）	注射剂 2 毫升	皮下或肌注	含有多种維生素。 治疗高色素性貧血、营养不良、肝炎等。	1～2毫升/次 每日或隔日 1 次	酌情	如制品不純可能发生过敏反应，或顏面潮紅、头痛、甚至暈厥等。

血容量扩张和蛋白质补充药

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
右旋醣酐	注射剂 6% 100毫升 500毫升	靜滴	提高血浆胶体滲透压，增加血容量。 用于出血及烧伤等原因所致之休克。	按病情而定	按病情而定	1.如用量超过1,000 毫升时，部分病人出現出血时間延长。 2.高血压、腎病患者慎用。 3.充血性心力衰竭及其他血容量过多者和有出血傾向者忌用。 4.有时可出現过敏反应如面紅、蕁麻疹、哮喘、血管神經性水肿等。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
正常人血浆	注射剂 250 毫升	靜滴	提高血浆胶体渗透压，增加血容量，补充蛋白质。 用于血容量減少伴有血液浓縮或不能进食者补充蛋白质。	按病情而定		
水解蛋白	注射剂 5％ 500毫升	靜滴	为机体合成代謝提供必需之氨基酸。 用于蛋白质消化吸收不良或过度消耗所致之蛋白质缺乏症。	按病情而定	按病情而定	1.靜滴时速度宜慢，30～45滴/分，如病人有恶心、呕吐、腹絞痛，則減慢注射速度；如有发烧、痙攣，注射部位浮肿等情况应停药。 2.反复注射需更換注射部位，并不可使用輸过血浆的容器。 3.忌与磺胺药物配伍，充血性心衰、肝昏迷、酸、中毒者忌用。

糾正水、电解质和酸碱平衡药物

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
葡萄糖氯化鈉注射液	250毫升 500毫升 1,000毫升	靜滴	补充体液、鈉离子、氯离子及热量。 用于脱水症，亦可用于休克与酸碱中毒。	按病情需要及体重而定	按病情需要及体重而定	心力衰竭患者忌用。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
葡萄糖注射液	5％ 250毫升 500毫升 1,000毫升 10％ 250毫升 500毫升 1,000毫升	靜滴	补充体液及热量。 用于不需要补充盐的病情。	按病情需要及体重而定，一般 2,500～3,000毫升/日	按病情需要及体重而定	注射液勿注于血管壁外，以免刺激組織。
复方氯化鈉注射液（林格氏液）	250毫升 500毫升 1,000毫升	靜滴	补充体液、鈉离子、氯离子、少量鉀离子及鈣离子。 适用于需氯化鈉注射液的一般情况。	按病情需要及体重而定，一般500～1,000毫升/日	按病情需要及体重而定	内含氯化鈉0.85％，氯化鉀0.03％，氯化鈣0.033％。
氯化鈉注射液（生理盐水）	0.9％ 2毫升 5毫升 10毫升 250毫升 500毫升 1,000毫升	靜滴	补充体液及鈉离子、氯离子。 用于脱水症，亦可作溶剂。	按病情需要及体重而定，一般 500～1,000毫升/日	按病情需要及体重而定	心力衰竭、水肿患者慎用。
氯　化　鉀	片剂 0.25克	口服	为渗透性利尿葯。鉀离子为神經冲动传导、肌肉收縮及心脏自动节律所必須。 用于低血鉀症、心脏性及腎脏性水肿及毛地黃中毒。	1～2克/次 日 3 次	低血鉀症 0.5～1克/次	1.过量时可引起心跳停止。 2.腎功能严重减退者慎用，尿少时忌用。 3.过量中毒时可用鈣盐、葡萄糖和胰島素作解毒剂。 4.一般可于 5％葡萄糖液 500毫升中加入 1～1.5

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
	注射剂 10% 10毫升 1克 15% 10毫升 1.5克	靜滴		0.25～3克/次或視病情而定	低血鉀症 0.1～0.2克/公斤(<2.3毫克/毫升)或視病情而定	克氯化鉀靜滴，速度宜慢。
乳酸鈉	注射剂 11.2% 20毫升 2.24克	靜滴	在体內被氧化后，其鈉离子和碳酸根离子結合成碳酸氢鈉。 用于酸中毒。	100～200毫升/次	3毫升/公斤/次	1.肝功能減退者慎用。 2.应用时需加5%葡萄糖或注射用水5倍量稀释成⅙克分子浓度后滴入。 3.11.2%溶液0.3毫升/公斤可使二氧化碳結合力提高1容积%。
碳酸氢鈉(小苏打、重碳酸鈉)	片剂 0.5克	口服	中和胃酸，作用迅速，但不持久，抗酸力弱。 用于胃酸过多及治疗酸中毒。	0.5～2克/次 日3次	0.1～1克/次 日3次	1.严重的消化性潰瘍患者不宜长期服用。 2.忌与酸性药物配伍。 3.靜滴时应稀释成等滲溶液（5%碳酸氢鈉用5%葡萄糖3倍量稀释）。 4.5%溶液0.5毫升/公斤可使二氧化碳結合力提高1容积%。 4%溶液0.6毫升/公斤可提高1容积%。
	注射剂 5% 20毫升 1克 4% 200毫升	靜滴		視病情而定	同左	

作用于泌尿系統药物

利 尿 药（包括脱水剂）

药　名	剂型规格	用法	作 用 与 用 途	成人剂量	小儿剂量	注 意 事 项
醋唑磺胺	片剂 0.25克	口服	通过抑制碳酸酐酶，减少房水产生和利尿。 用于心脏性水肿、脑水肿、青光眼。	0.25～0.5克/次 日1次或隔日1次	10～30毫克/公斤/次 日1次或隔日1次	1.副作用有倦睡，手足麻木，长期应用可致低血钾和酸中毒。 2.必要时加服氯化钾和碳酸氢钠。 3.肝昏迷、肾及肾上腺皮质机能减退者忌用。
双氢克尿噻（双氢氯噻嗪）	片剂 25毫克	口服	有抑制近端肾小管对钠及氯的重吸收，引起利尿，钾排泄亦增加，同时亦有抑制碳酸酐酶的作用。 用于各种类型的水肿及高血压。	25～50 毫克/次 日3次	1～2 毫克/公斤/日 分2次	1.偶有恶心、呕吐、皮疹。 2.长期服用宜加氯化钾，以防低血钾。
螺旋内酯（安体舒通）	胶囊 20毫克	口服	对抗醛固酮，作用于远端肾小管，增加钠、氯及水的排泄。 用于心脏性、肝性及肾性水肿。	10～30毫克/次 日3～4次	2毫克/公斤/日 分3～4次	1.偶有头痛，大剂量有倦睡、皮疹。 2.可能引起低血钠和高血钾。 3.与双氢克尿噻或汞利尿剂合用可增加疗效。
氨苯喋啶（三氨喋呤）	片剂 50毫克	口服	抑制远端肾小管钠的重吸收，不增加钾的排泄。用途同上。	50～100毫克/次 日3次		服药后尿呈淡蓝色螢光。与双氢克尿噻合用效果更好。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
汞撒利茶碱注射液	注射剂 1毫升 2毫升	肌注	抑制近端肾小管对钠、氯的重吸收。 用于心脏性水肿、肝硬化腹水。	1～2毫升/次 每周最多用2次	5岁以下0.1～0.5毫升/次 5岁以上0.5～1毫升/次	1.可因低血钠引起头晕、乏力、精神不振、譫妄甚至昏迷。 2.长期应用要注意汞中毒。 3.肾炎患者及肾功能减退者忌用。 4.用药前服氯化铵可加强利尿作用。
汞撒利	注射剂 10% 1毫升 10% 2毫升	肌注		初用0.5毫升/次，如无不良反应可用1～2毫升/次，每次间隔3～7日		
氨茶碱	片剂 25毫克 0.1克	口服	詳見止喘药。	0.1克/次 日3次	2～6毫克/公斤/次 日3次	詳見止喘药。
	注射剂 2毫升 50毫克 10毫升 0.25克	肌注或静注		0.25～0.5克/次 日1～2次	2～4毫克/公斤/次	
甘露醇	注射剂 20% 100毫升 250毫升	静注	能发挥高渗性利尿作用和降低颅内压。 用于脑水肿、急性肾功能衰竭。	1～2克/公斤/次	同左	
山梨醇	注射剂 25% 250毫升	静注	同甘露醇。	1～2克/公斤/次	同左	偶可引起头晕、血尿。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
高滲葡萄糖溶液	注射剂 50% 20毫升	靜注	高滲性利尿脫水剂。 用于脑水肿、急性心力衰竭、急性肺水肿。	40～60毫升/次　4～6小时可重复1次	同左	
氯化銨	片剂 0.3克	口服	詳見鎮咳祛痰葯。	0.6～2克/次 日3～4次	75毫克/公斤/日 分3次	詳見鎮咳祛痰葯。
尿　素	注射剂 30克 60克	靜滴	起高滲性利尿作用，降低顱內压。 用于利尿、脑水肿。	0.5～1克/公斤/次	同左	1.可有面色潮紅、精神兴奋、輕度煩躁等反应。 2.靜滴时需以10%甘露醇或10%山梨醇稀释成30%溶液应用。 3.溶解后24小时內用完，同时溫度不宜太低。 4.腎功能減退者忌用。

尿路感染用药

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
磺胺异噁唑	片剂 0.5克	口服	詳見抗菌葯物。	1～2克/次 日4次 首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日 分4次 首剂加倍	詳見抗菌葯物。
呋喃呾啶	片剂 50毫克	口服	詳見抗菌葯物。	0.1克/次 日4次	6～10毫克/公斤/日 分4次	詳見抗菌葯物。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
扁洛托品	片剂 0.3克	口服	在酸性尿中释出甲醛具有杀菌作用。 用于泌尿道消毒及泌尿道感染。	0.6～0.9克/次 日3～4次	酌情减量	1.本药对膀胱有刺激，故用量不宜过大。 2.应同服氯化胺1～2克/次，每日3～4次。

抗过敏药物（抗组织胺药物）

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
盐酸苯海拉明	片剂 12.5毫克 25毫克	口服	有降低人体对組織胺的反应，抑制中枢等作用。 用于各种过敏性疾病、暈船、暈車、妊娠呕吐。	25～50毫克/次 日2～3次	2～4毫克/公斤/日 分3～4次	有口干、头暈、思睡等副作用。
	注射剂 1毫升 20毫克	肌注		20毫克/次	1毫克/公斤/次	
盐酸异丙嗪（盐酸普鲁米近、非那根、抗胺毒）	片剂 5毫克 12.5毫克 25毫克	口服	与苯海拉明作用相似，同时有降溫作用。 用于过敏性疾患、暈船、暈車、妊娠呕吐及“人工冬眠”。	12.5～25毫克/次 日1～3次	0.5～1毫克/公斤/次 日1～3次	1.除与苯海拉明相同外，靜注可使血压下降，肌注有局部刺激。 2.靜滴时应稀释后慢滴。 3.肝腎功能減退者慎用。
	注射剂 1毫升 25毫克 2毫升 50毫克	肌注或靜滴		25～50毫克/次	0.5～1毫克/公斤/次	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
扑尔敏（馬来酸氯苯吡胺）	片剂 4毫克	口服	与苯海拉明作用相似但对中枢抑制作用較弱。 用途同苯海拉明。	4毫克/次 日1～3次	0.35毫克/公斤/日 分3～4次	副作用小。宜用于儿童。
安其敏（盐酸氯苯丁嗪）	片剂 25毫克 50毫克	口服	同苯海拉明，但鎮吐作用較强。 用途同苯海拉明。	25～50毫克/次 日2次	2～4毫克/公斤/日 分3～4次	輕度思睡及眩暈。
氯化鈣	注射剂 5％ 20毫升	靜注	降低毛細血管通透性，有消炎、抗浮肿、抗过敏等作用。能保持神經肌肉正常兴奋性；加强大脑皮层抑制过程，与鎂有拮抗作用，亦可緩解平滑肌痙攣。 用于过敏性疾病，手足搐搦症，胃、腸、胆管、輸尿管絞痛及鎂中毒。	0.5～1克加于25％葡萄糖10～20毫升中 日1次	按病情而定	1.口服对胃腸有刺激性，靜注时有全身发热感，漏出血管外有刺激性。 2.毛地黃治疗期与期后两周內忌用。
葡萄糖酸鈣	片剂 0.5克	口服	同上。	0.5～2克/次 日3次	0.5克/次 日3次	同上，但口服无刺激性。
	注射剂 10％ 10毫升	靜注		1～2克加于25％葡萄糖液20毫升中 日1次	0.5～1克/次 用法同左	
乳酸鈣	片剂 0.3克	口服	同上。	1～2克/次 日3次	0.3～0.6克/次 日3次	同上。

抗菌药物（磺胺类、呋喃类、抗菌素）

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
磺胺嘧啶（S.D）	片剂 0.5克	口服	对溶血性鏈球菌、葡萄球菌、脑膜炎双球菌、肺炎球菌、大腸桿菌、痢疾桿菌、淋球菌等都有抑制作用。 用于脑膜炎、肺炎、菌痢、上感及皮肤疖肿等。	1克/次 日4次 首剂加倍	0.1～0.2 克/公斤/日 分4次服 首剂加倍	1.偶見药热、皮疹、血尿、尿閉。 2.口服应加等量苏打片。 3.服药期間多喝水。 4.肾功能減退者慎用。
	注射剂 2毫升 0.4克 5毫升 1克	靜注或肌注		1～2克/次 日3～4次	0.1～0.2 克/公斤/日 分3～4次	
磺胺噻唑（S.T）	片剂 0.5克	口服	同磺胺嘧啶。 用于流脑、中耳炎、疖痈、菌痢、肺炎等。	同磺胺嘧啶	同磺胺嘧啶	副作用及毒性同磺胺嘧啶，并比較严重常見。其他同上。
	注射剂 2毫升 0.4克 5毫升 1克	靜注或肌注		同磺胺嘧啶	同磺胺嘧啶	
磺胺二甲嘧啶（SM₂）	片剂 0.5克	口服	同上。	同上	同上	同上。
磺胺眯（止痢片、S.G）	片剂 0.5克	口服	腸內吸收很少，对腸內細菌有抑制作用。用于細菌性痢疾及腸炎。	1～3克/次 日4次 首剂加倍	0.2～0.4 克/公斤/日 分4次 首剂加倍	不需同服苏打。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
磺胺甲氧嘧（长效磺胺、S.M.P）	片剂 0.5克	口服	作用同磺胺嘧啶。用于上感、中耳炎、尿路感染以及溶血性鏈球菌感染的預防。	0.5克/日 日1次 首剂加倍	15～20 毫克/公斤/日 日1次 首剂加倍	1.排泄較慢，长期应用注意蓄积中毒。 2.不需同服苏打。
磺胺异噁唑	片剂 0.5克	口服	同磺胺嘧啶，但在尿中浓度高。用于泌尿道感染及菌痢等。	1～2克/次 日4次 首剂加倍	0.1～0.2克/公斤/日 分4次 首剂加倍	1.副作用基本同磺胺嘧啶。 2.不需同服苏打。 3.本药在酸性尿液中溶解度更大。
呋喃咀啶（呋喃妥因）	片剂 50毫克	口服	对大腸桿菌、鏈球菌、葡萄球菌以及变形桿菌都有作用。尿中浓度高。用于泌尿道感染。	0.1克/次 日4次	5～10毫克/公斤/日 分4次	1.应吞服。 2.腎功能不良者忌服。 3.偶有恶心、呕吐、皮疹。
呋喃唑酮（痢特灵）	片剂 100毫克	口服	有較广的抗菌譜，对大腸桿菌、痢疾桿菌尤为敏感。用于菌痢及腸炎。	同上	同上	偶有恶心、呕吐、皮疹、头痛。
呋喃西林	片剂 50毫克	口服	抗菌譜广。主要用作消毒防腐。	0.05～0.1克/次 日3次		有較严重的过敏反应和毒性反应，現已少作內服。
青霉素G鈉（盘尼西林）	注射剂 20万单位 40万单位 100万单位	肌注	对溶血性鏈球菌、肺炎双球菌、葡萄球菌、淋球菌、腦膜炎双球菌、破伤风桿菌、白喉桿菌以及螺旋体都很敏感。用于蜂窝組織炎、中耳炎、肺炎、流腦、敗血症、脓胸、腹膜炎以及梅毒等。	20万～40万单位/次 日4次	2.5万～5万单位/公斤/日 分4次	1.注射前必須作皮肤过敏試驗，以防过敏反应的发生。 2.本品用注射用水化后，不稳定，需要当日用完。 3.青霉素G鉀不宜靜滴。 4.低浓度抑菌，高浓度杀菌。
		靜滴		6百万～1千万单位/日	随年龄及病情而定	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
普鲁卡因青霉素G（双效西林）	注射剂 40万单位 80万单位	肌注	同青霉素G鈉但較持久。用于对青霉素G敏感的細菌引起的感染。	40万单位/日	40万单位/日	1.本品40万单位內含青霉素G10万单位，普鲁卡因青霉素30万单位。 2.注射前用本品作皮試。
苄星青霉素G（长效西林）	注射剂 60万单位 120万单位 300万单位	肌注	作用同青霉素G鈉，但作用时間甚长，用于风湿病人鏈球菌感染的預防。	60万～120万单位/次　每2～4周1次	60万～120万单位/次　每2～4周1次	1.注射前应取青霉素G鈉作皮肤試驗。 2.本品溶液稳定，但应避光保存。
硫酸鏈霉素与硫酸双氢鏈霉素	片剂 0.1克	口服	对結核桿菌、流感桿菌、大腸桿菌、痢疾桿菌、鼠疫桿菌都很敏感，低浓度抑菌，高浓度杀菌。用于各型結核病、泌尿道感染、肺炎、敗血症、百日咳等。	0.25～0.5克/次 日3～4次	60～80毫克/公斤/日 分3～4次	1.副作用可有口唇周围及面部麻木，并有头暈、头痛。 2.长期使用可引起耳鳴、耳聋、眩暈、蛋白尿，出現这些情况应停葯。 3.双氢鏈霉素对听神經毒性較大，不可作鞘內注射。 4.不需做皮肤敏感試驗。
	注射剂 1克 2克	肌注		1克/次 日1～2次	15～25毫克/公斤/日 分1～2次	
硫酸新霉素	片剂 0.1克	口服	对革兰氏阳性細菌及阴性杆菌如葡萄球菌、肺炎球菌、大腸桿菌、痢疾桿菌、綠脓桿菌等有效。 可用于大腸桿菌所引起的婴儿腹泻及对其他抗菌素有抗葯性的严重感染，如腎盂腎炎、胆道感染或結腸手术前所需的腸道消毒等。	0.25～1克/次 日4次	25～50毫克/公斤/日 分3～4次	1.长期口服要注意双重感染。 2.注射期間，要密切观察，可能引起腎脏損害及听力障碍。
	注射剂 1克	肌注		0.5～1克/日 分3～4次	10～15毫克/公斤/日 分2～3次	

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
硫酸卡那霉素	片剂 0.25克	口服	同硫酸新霉素。	15～30毫克/公斤/日 分4次	同左	1.本品毒性比硫酸新霉素輕。 2.可用生理盐水或5%葡萄糖溶解。 3.溶解后稳定，可于室溫中保持效价6～12个月，最好冷藏。 4.靜滴要慢。一般不常作靜脉給葯。
	注射剂 1克 0.5克	肌注		15毫克/公斤/日 分2～3次 (0.25克/毫升)	同左	
		靜滴		15～30毫克/公斤/日 分2～3次 (25毫克/毫升)	同左	
氯霉素	片剂 50毫克 0.25克	口服	对大腸桿菌、伤寒桿菌、痢疾桿菌作用最强，对其他多种細菌亦有作用。 用于伤寒、副伤寒、菌痢、泌尿道感染、百日咳、結膜炎及其他細菌感染。	0.25～0.5克/次 日3～4次	30～50毫克/公斤/日 分4次	1.可引起恶心、呕吐、腹泻。 2.偶有皮疹、高烧、白細胞和血小板減少，甚至发生再生障碍性貧血。 3.长期用葯可引起双重感染。
	注射剂 1毫升 0.125克 2毫升 0.25克	肌注 靜注 或 靜滴		0.5～1克/次 12小时1次	30～50毫克/公斤/日	
合霉素	片剂 50毫克 0.25克	口服	同氯霉素，但效力只及氯霉素的一半。	为氯霉素的加倍量	为氯霉素的加倍量	同上。 无味合霉素0.44克相当于合霉素0.25克，故剂量应为合霉素的1.75倍。
	注射剂 2毫升 0.25克	肌注		同上	同上	

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
盐酸金霉素	片剂 0.125克 0.25克	口服	对多种細菌均有抑制作用，尤对葡萄球菌最强。与土霉素、四环素有交叉耐药性。 用于肺炎、败血症、斑疹伤寒、沙眼、阿米巴痢疾及其他細菌感染。	0.25～0.5克/次 日4次	25～50毫克/公斤/日 分4次	1.偶有恶心、呕吐、上腹不适、腹泻等反应。 2.注射剂酸性强，故不宜肌注。 3.有溃瘍病者忌服。 4.忌与碱性药物配伍。 5.本药須以0.9%甘氨酸鈉溶解，如作靜滴再以葡萄糖液或盐水稀释，溶液放置过久要失效。如单用5%葡萄糖做溶剂，溶解較慢。 6.靜脉給药不要外漏。
	注射剂 0.1克 0.2克	靜注或靜滴		0.5克/次 日2次	15～30毫克/公斤/日 分2～3次	
盐酸四环素	片剂 50毫克 0.125克 0.25克	口服	同金霉素。	0.25～0.5克/次 日4次	25～50毫克/公斤/日 分4次	1.副作用和毒性較輕。 2.腎功能不良者慎用。 3.注射剂可用生理盐水或注射用水溶解，再以5%葡萄糖稀释后，慢滴。溶液必須于24小时內用完。
	注射剂 0.125克 0.25克	靜注或靜滴		0.5克/次 日2次	15～30毫克/公斤/日 分2～3次	
盐酸土霉素（地霉素）	片剂 50毫克 0.125克 0.25克	口服	基本同金霉素。	0.25～0.5克/次 日4次	25～50毫克/公斤/日 分4次	同四环素。
	注射剂 2毫升 0.1克	肌注		0.1克/次 日2～3次	10～12.5毫克/公斤/日 分2次	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
	0.25克	靜滴 或 靜注		0.5克/次 日2次	15～30毫克/ 公斤/日 分2～3次	
紅霉素	片剂 0.1克	口服	对肺炎双球菌、鏈球菌、葡萄球菌、白喉桿菌及炭疽桿菌都有强大抑制或杀灭作用。用于对青霉素不敏感的細菌感染及敗血症。	0.2～0.5克/次 日4次	25～50毫克/ 公斤/日 分3～4次	1.本葯必須以注射用水溶解，使成5%浓度，靜注时再用5%葡萄糖液或生理盐水稀释。 2.5%浓度的葯液放阴凉处，可保持較长的时間有效。 3.无味紅霉素每片含本葯0.125克。 4.长期大剂量应用可引起恶心、呕吐等。
	注射剂 0.3克	靜注 或 靜滴		15～30毫克/ 公斤/日 分3～4次	同左	
庆大霉素 （硫酸正泰霉素）	注射剂 1毫升 20毫克 1毫升 40毫克	肌注	对綠脓、大腸、产气、变形、沙門氏、痢疾等桿菌有效，对葡萄球菌、溶血性鏈球菌感染亦有效。用于綠脓桿菌敗血症及上述細菌感染。	20～40毫克/次 日3～4次 疗程7～10日	2～4毫克/ 公斤/日 分3次	应用时注意肝、腎及神經系統等反应，腎功能不良时慎用。靜滴时应用10%葡萄糖稀释，用葯2～3天后酌情減量。本品1毫克等于1,000单位。
		靜滴		40毫克/次加于500毫升葡萄糖液內，4～5小时滴完，每8小时1次	剂量同上，加入100～200毫升葡萄糖液內	
灰黄霉素	片剂 0.1克	口服	能杀灭体表霉菌。用于头癣、手足癣、迭瓦癣。	0.25克/次 日2～4次	10～20毫克/ 公斤/日 分4次	1.可有恶心、上腹不适、头痛、嗜睡及皮疹。偶有白細胞減少、蛋白尿、黄疸等。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人量剂	小儿剂量	注　意　事　项
						2.疗程：头癣10～14天；体癣、迭瓦癣、手足癣4～6周；甲癣3个月以上。
盐酸小蘗碱（黄連素）	片剂 50毫克 100毫克	口服	对葡萄球菌、鏈球菌、肺炎球菌、痢疾桿菌、大腸桿菌、伤寒桿菌、百日咳桿菌及阿米巴原虫都有抗菌作用。用于腸道感染及上述細菌性感染之疾病。	0.1～0.2克/次 日4次	5～10毫克/公斤/日 分4次	

抗寄生虫药物

驅腸道寄生虫药

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
枸橼酸哌嗪（驅蛔灵）	片剂 0.5克	口服	有麻痺蛔虫、蟯虫之虫体作用，使之随粪便排出。用于驅蛔虫、蟯虫。	蛔虫 2.5～3.5克/天 分2～3次 連服3日 蟯虫 1克/次 日2次 連服7～10日	蛔虫 0.15克/公斤/日 連服2日 蟯虫 0.06克/公斤/日 分2次 連服7～10日	1.偶有恶心、呕吐、腹痛、蕁麻疹。 2.一般不需服泻药。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
山　道　年	片剂 15毫克 30毫克	口服	能兴奋蛔虫神經节，使虫体发生痙攣收縮，不能附着腸壁，在泻葯作用下，排出体外。 用于驅蛔虫。	60毫克/次，每晚服，連服3日，第4日清晨服泻葯。另一法为60毫克/次，每小时1次，連服2～3次，过2～3小时后服泻葯，极量0.1克/次 0.2克/日	10毫克/岁/日，每晚服，連服2～3日。另一法为10毫克/岁/日，分2～3次，每隔30～60分鈡服一次，每次不超过60毫克，泻葯服法同左	1.可有呕吐、腹痛、腹泻、黃視、眩暈、头痛、严重者有血尿、抽搐、中枢抑制。 2.宜半空腹服用。泻葯可用硫酸鎂等，忌用油类。 3.若須重复治疗时，至少要隔10日。 4.肝、腎疾病、急性腸胃炎、急性热病者忌用。
四氯乙烯	胶丸 0.2毫升 0.5毫升	口服	对鈎虫有麻痺作用。 用于鈎虫症。	3～4毫升/次 每日1次 連服2～3日	0.2毫升/岁/次　每日1次 連服2～3日	1.可有恶心、头暈、困倦反应。 2.服葯前后禁用酒及油类食物。 3.胃腸病，心、肝、腎疾病及孕妇忌服。 4.有蛔虫者先驅蛔虫。
檳　榔 南　瓜　子	煎剂 35%	口服	檳榔对猪肉絛虫全虫有瘫痪作用，南瓜子对牛肉絛虫有瘫痪作用。两葯合用可驅猪、牛肉絛虫。 用于猪肉絛虫，牛肉絛虫病。	先服南瓜子60～120克(約2～4市两)，2小时后服檳榔煎剂200毫升（60～90克即2～3两，水煎1小时）	成人剂量酌情減半	1.可有恶心、呕吐、头暈及胃腸痙攣等反应，但一般很安全。 2.高烧，胃潰瘍，妊娠及有严重心、肝、腎及呼吸道疾患者忌用。 3.檳榔可引起腹泻，如果服檳榔后5小时仍无腹泻，可服50%硫酸鎂40毫升。 4.确診猪肉絛虫可单服檳榔。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
扑蛲灵	片剂 50毫克	口服	为有效的驅蛲虫剂。 用于驅蛲虫。		5毫克/公斤 临睡前一次服下	偶有恶心、呕吐。
羟萘酸苄酚宁(灭虫宁)	片剂 0.3克	口服	能杀灭鈎虫，对蛔虫、蛲虫及鞭虫也有效。 用于鈎虫、蛔虫症。	3～5克（临睡时一次服下）	0.2～0.3克/岁 服法同左	偶有恶心、呕吐、腹痛、腹泻；宜空腹或半空腹服；严重感染可增至6克/次；不需服泻药。

抗血吸虫病、黑热病及絲虫病药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
酒石酸銻鉀(吐酒石)	注射剂 10毫升 0.1克	靜注	对血吸虫有直接作用，使虫体肌肉及吸盘机能丧失，随血流进入肝內，而被消灭。 用于治疗血吸虫病。	三日疗法 总量12毫克/公斤，分成6等份，每日2次，每次間隔不短于5小时。 二十日疗法 总量25毫克/公斤，分为20次，日1次	同成人	1.可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、头痛、头暈、关节痛、发烧、血压下降等反应，严重时可損害心、肝、腎。 2.急性血吸虫病伴有高烧，急性传染病，心力衰竭，肝、腎功能不良，营养不良或貧血及晚期血吸虫病腹水者慎用。 3.葯液不要外漏。
呋喃丙胺(F-30066)	片剂 0.25克 0.5克	口服	对急性血吸虫病退烧迅速。 用于急性血吸虫病。	1克/次 日3次 連服14日	60～70毫克/公斤/日 分3次	1.可有食慾不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肌痙攣，偶有性格改变，

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
						記忆减退和肾損害。 2.遇光易变质，如成黃或棕黃色即不可用。
葡萄糖酸銻鈉	注射剂 6毫升 0.6克	肌注或靜注	抑制黑热病原虫的活动和繁殖，并消灭之。 用于黑热病的治疗。	6～9毫升/次　日1次 6日为一疗程	总量120～240毫克/公斤 分成6次　日1次	1.偶有发烧、咳嗽、恶心、呕吐、鼻衄等反应。 2.肺炎、腎炎、肝硬变腹水者忌用。
海　群　生	片剂 50毫克	口服	能使血中幼絲虫集中到肝脏被消灭，大剂量对成虫亦有作用。 用于治疗絲虫病。	七日疗法 0.05～0.2克/次，日3次，連用七日， 三日疗法 400毫克/次，日3次	6毫克/公斤/日　連服2～4周	可有头痛、乏力、关节痛、恶心、呕吐等副作用。大量幼絲虫和成虫死后释放异性蛋白可引起畏寒、发烧、皮疹、哮喘等反应。

抗　疟　药

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
磷酸氯喹	片剂 0.25克	口服	能抑制疟原虫的呼吸，因而消灭裂殖体，控制良性及恶性疟的症状。能杀灭恶性疟的紅細胞外型，可根治恶性疟。对腸外阿米巴如阿米巴肝脓瘍有良效。 治疗和預防良性及恶性	治疗 首剂1克，6～8小时后及第2、3日各服0.5克 預防 0.5克/次 每周1次	治疗 首剂25毫克/公斤，6～8小时后及第2、3日各服12.5毫克/公斤/次	可有輕度皮肤瘙痒、胃腸反应、耳鳴、头暈等。

药　名	剂型规格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
			疟，根治恶性疟治疗阿米巴肝脓瘍。		預防 12.5毫克/公斤/次 每周1次	
阿的平 (盐酸米帕林)	片剂 0.1克	口服	同磷酸氯喹。	治疗 第1日 0.2克/次 第2-4起 0.1克/次 日3次，1疗程5～7日 預防 0.1克/日 每日或隔日1次	治疗 1岁以下… 0.02克 1～4岁… 0.05克 5～8岁… 0.05～0.1克 8岁以上… 0.1～0.2克 日3次 連服7日	可有皮肤发黄、食慾減退、恶心、呕吐、皮疹、精神兴奋、失眠等反应。
乙胺嘧啶 (息疟定)	片剂 6.25毫克 25毫克	口服	对恶性疟及間日疟的紅細胞前型有效，有病因性預防作用。 用于疟疾預防。	預防 25毫克/次 1周1次 抗复发治疗 25毫克/次 日1～2次 連服2日	按年龄递減	1.可有恶心、呕吐、发烧、发紺、惊厥等。 2.連續用葯一月以上可引起貧血。
硫酸奎宁	片剂 0.3克	口服	同磷酸氯喹。 用于治疗疟疾及症状性預防。	治疗 0.3～0.6克/次，日3次，連服7日 預防 0.3～0.6克/次，日1次，連服7日	治疗 30毫克/公斤/日，分3次，連服7日 預防 10毫克/公斤/日，日1次，連服7日	可有耳鳴、头痛、恶心、呕吐、視听力減退，停葯后可消失；特异体質者可有溶血、瘙痒及支气管哮喘等。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
重硫酸奎宁	片剂 0.12克 0.3 克	口服	同上。	同上	同上	同上。
无味奎宁	片剂 0.1克	口服	同上。	同上	同上	无苦味适用于小儿。
二盐酸奎宁	注射剂 1毫升 0.5克 0.25克	肌注或靜滴	同上，但多用于恶性型疟疾的昏迷病人。	0.25～0.5克/次作深部肌肉注射每6～8小时1次	5～10毫克/公斤/次 用法同左	亦可混于500毫升葡萄糖盐水內靜脉滴入。
磷酸伯氨喹啉（扑疟奎）	片剂 13.2毫克（相当于伯氨喹啉7.5毫克）	口服	对配子体和紅細胞外型疟原虫有較强的杀灭作用。 用于控制疟疾复发及传播。	十四日疗法 26.4 毫克/日 連服14日 八日疗法 39.6 毫克/日 連服8日 四日疗法 52.8 毫克/日 連服4日	十四日疗法 5岁以下… 6.6毫克/日 6～9岁… 13.2毫克/日 10～14岁… 19.8毫克/日 每日1次 八日疗法 剂量为十四日疗法的1½倍 四日疗法 剂量为十四日疗法的2倍	易发生疲乏、头暈、恶心、呕吐、腹痛、发紺及葯热。有时发生急性溶血性貧血应停葯。

抗阿米巴病药

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
盐酸依米丁（盐酸吐根碱）	注射剂 1毫升 30毫克 1毫升 60毫克	深部皮下	影响溶組織阿米巴滋养体的分裂和繁殖。 用于急性阿米巴痢疾及阿米巴肝、脑、肺及腎脓瘍。	0.03克/次 日2次 連用6日	0.5～1毫克/公斤/日 分1～2次 連用6日	1.排泄緩慢，可有蓄积作用。 2.可有血压降低、心前区疼痛、心博过速，甚至心律不整等副作用。 3.孕妇、心脏病、腎脏病、血压过低或严重衰弱者忌用。 4.不用作慢性阿米巴痢疾的治疗。 5.应用6天后，应适当減量再注3天。再次治疗至少隔一个月。
喹碘方（药特灵）	片剂 0.25克	口服	对滋养体和包囊都有作用。但对腸外阿米巴无效。 治疗急性、慢性阿米巴痢疾。	0.5～1克/次，日3次，連服7～10日	14毫克/公斤/次，日3次，連服7～10日	大剂量可致腹泻及肝功能減退。 碘过敏、甲状腺肿大、肝功能減退者慎用。
磷酸氯喹	片剂 0.25克	口服	对腸外阿米巴病有良效，特别是阿米巴肝脓瘍，而对阿米巴痢疾无效。 对肺吸虫病、支睾吸虫病及絲虫病等亦有效。	第1、2日 1～1.5克/日 分3～4次，以后0.5克/日 分1～2次，連服14～20日	第1、2日 20～30毫克/公斤/日 分2～3次 以后10毫克/公斤/日 分1～2次連服14～20日	見抗疟药。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
卡巴胂	片剂 0.1克 0.2克	口服	能直接杀死溶組織阿米巴滋养体，根治效力較高。 治疗急、慢性阿米巴痢疾，腸外阿米巴用依米丁治疗后再用本药根治。	0.2克/次 日3次 連服10日	8毫克/公斤/日 分3次 連服10日	1.偶有皮疹、恶心、呕吐、腹泻等反应，应停药。 2.肝腎功能減退者慎用。 3.必須重复治疗时，至少应相隔10日。
阿的平 (盐酸米帕林)	片剂 0.1克	口服	对阿米巴滋养体有杀灭作用。 用于輕型阿米巴痢疾及阿米巴肝脓肿。	0.1～0.2克/次 日3次 連服7～10日 驅蛔虫0.8克/次	剂量同抗疟治疗 日3次 連服7～10日	見抗疟药。
氯碘喹啉 (消虫痢)	片剂 0.25克	口服	同喹碘方。	0.25克/次 日3～4次 連服10日		同喹碘方。

抗結核病药物

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
异烟肼 (雷米封)	片剂 50毫克 100毫克	口服	对結核桿菌有强烈的抑制和杀灭作用。易渗入血脑屏障。 用于各种类型的結核病。	0.1克/次 日3次；病情严重0.2克/次 日3～4次	10～20毫克/公斤/日 分3次 病情严重30毫克/公斤/日 分3～4次	1.可有精神兴奋、感覚异常、头痛、肌肉抽搐、反射亢进、便秘、出血傾向。大剂量可引起四肢麻木。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
	注射剂 2毫升 100毫克	肌注		同上	同上	2.維生素B$_6$可預防和治疗上述不良反应。 3.肝腎功能不良者及癲癇病人忌用或慎用。 4.不可同时使用麻黃碱、顛茄类制剂。
对氨基水楊酸鈉（P.A.S）	片剂 0.5克	口服	能抑制結核桿菌。不易进脑脊液，不易产生抗药性。 可与其他抗結核药合用治疗各类型結核病，以减緩耐药性，加强抗結核作用。	8～12克/日 分4次	0.2～0.3克/公斤/日 分3～4次	1.与碳酸氢鈉同服可减輕胃腸道刺激症状。 2.腎功能减退者慎用。 3.用5%葡萄糖液配成3～4%浓度在避光条件下于5小时內靜滴完毕。如果变色后即不可用。 4.片剂宜避光保存。忌与水楊酸鈉同服。
	注射剂 2克 4克 6克	靜滴		8～12克/日	0.2～0.3克/公斤/日 日1次	
硫酸鏈霉素与硫酸双氢鏈霉素	注射剂 1克 2克	肌注	見抗菌素。	1克/次 日1～2次	15～25毫克/公斤/日 分1～2次	見抗菌素。
胺苯硫脲（結核安）	片剂 25毫克	口服	同异烟肼。在上述三药无效时，可用此药。	开始每日25毫克以后递增，1日不超过0.15克，分3次	第1周1毫克/公斤/日，分3次；第2周开始2毫克/公斤/日，分3次	1.常見有恶心、头痛等，过量可致肝損害、貧血、白細胞下降。 2.貧血、肝腎疾病、糖尿病忌用。

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
胎盘球蛋白	注射剂 3毫升	肌注	内含抗体，增强人体抵抗力。用于麻疹、肝炎的预防和某些病毒感染之治疗。	6～9毫升/次	預防麻疹 0.3～0.8毫升/公斤 預防肝炎 0.2～0.3毫升/公斤	可有体溫升高等不适感，但可自行消退。
丙种球蛋白	注射剂 3毫升 0.3克	肌注	同上。		預防麻疹 10～15毫克/公斤 預防肝炎 5～10毫克/公斤 預防脊髓灰质炎50～70毫克/公斤	如有振摇不散的沉淀即不可用。
白喉抗毒素	注射剂 1万单位	肌注 靜注	中和白喉桿菌外毒素。用于白喉的預防和治疗。	預防 1,000～1,500单位 治疗 1万～2万单位 重症 4万单位/次	同左	1.注射前应作过敏試驗。皮試法：用生理盐水稀释10倍后，皮下注射0.1毫升，30分鈡后如出現直径大于0.5厘米紅肿則为阳性反应，应行脫敏注射。 2.病情严重者可靜注。 3.必要时可用原量 1/3～1/2 重复使用。 4.間隔超过一周再用者需重作皮試。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
破伤风抗毒素（T.A.T）	注射剂 1,500单位	肌注或皮下	能中和破伤风外毒素。用于破伤风的预防和治疗。	预防 1,500～3,000单位/次	同左	1.用前必須作皮試。皮試及脱敏注射方法見“常用治疗技术”。 2.将5万～10万单位，溶于5%葡萄糖500毫升內靜脉滴入，同时肌注2万单位。如用原液靜注必須緩慢，开始1毫升/分，以后不得超过4毫升/分，最高量不超过40毫升/次，儿童不超过0.8毫升/公斤/次，余量肌注。
	注射剂 1万单位	肌注靜滴或靜注		治疗 10万单位 分2次 日1次	治疗 3万～10万单位 分3次 日1次	
气性坏疽抗毒素 (G.G.A.T)	注射剂 1万单位	肌注	能中和气性坏疽病原菌的外毒素。 用于气性坏疽的輔助治疗。	预防 4,000单位/次 治疗 1万～5万单位/次 必要时6～8小时后重复1次	同左	1.用前应作皮試。 2.只能作輔助治疗，必須作彻底手术扩創。

維生素类药物

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
維生素A	胶囊 2.5万单位	口服	維持上皮組織的正常机能，增强視网膜的感光性能。	2.5万单位/次 日3次	预防量 2,000～4,000单位/日	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
			用于維生素A缺乏症如皮肤粗糙、干燥，角膜軟化症，眼干燥症，夜盲症。		治疗量 2,5万～5万单位/日	
維生素D_2（骨化醇）	胶囊 1万单位	口服	促进腸内鈣、磷吸收，維持血中鈣、磷的平衡，促进鈣、磷存于骨中。 用于防治佝僂病、嬰儿手足搐搦症，大剂量亦可用于皮肤結核、狼疮等。	1万单位/次日3次	預防量 400～800单位/日 治疗量 5,000～1万单位/日	1.久置空气中遇光和热即破坏。 2.用于嬰儿手足搐搦时，应首先补充鈣剂。
	注射剂 1毫升 40万单位	肌注		視病情而定	40万单位/次 隔日1次　連用2次	
維生素D_3	注射剂 1毫升 30万单位 1毫升 60万单位	肌注	同上。		30万单位或60万单位/次，必要时可于2～4周后重复	同上。
維生素AD	注射剂 0.5毫升	肌注	用于維生素AD缺乏症。	視病情而定	0.5～1毫升/日	每0.5毫升含維生素A 25,000单位，維生素D 2,500单位。
維生素AD	丸剂	口服	同上。	1～3丸/次	1～3丸/次	
浓維生素AD	滴剂 10毫升 50毫升	口服	同維生素AD。		預防量 3～6滴/日 治疗量 15～60滴/日	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
維丁胶性鈣注射液	注射剂 1毫升	肌注或皮下	同維生素D_2的作用。		1毫升/次 每日或隔日1次或2毫升/次，隔日1次	1.貯放阴凉处，用前摇匀。 2.如有水、油分悬現象即不能用。 3.每毫升含D5,000单位，胶性鈣0.5毫克。
干　酵　母	片剂 0.3克 0.5克	口服	同复合維生素B，但各种成分含量較少，用于防治維生素B属缺乏症及消化不良的輔助治疗。	1.5～2克/日	視需要而定	
維生素B_1（盐酸硫胺）	片剂 10毫克	口服	維持神經、心脏及消化系統正常机能。 用于預防脚气病，治疗多发性神經炎、周围神經炎。	10～30毫克/次 日3次	預防量 5毫克/日 輕症治疗 15～30毫克/日	
	注射剂 1毫升 10毫克 2毫升 50毫克 2毫升 100毫克	肌注或皮下		50～100毫克/日或視病情而定	重症治疗 10～20毫克/次 或視病情而定	
复合維生素B	片剂	口服	用于营养不良、厌食、脚气病等。	1～3片/次 日3次	1片/次 日3次	1.片剂含B_1、B_2、B_6、烟酰胺等。 2.注射剂含有同样成份。
	注射剂 2毫升	肌注或皮下		2毫升/次 日1次	同左	

药　名	剂型规格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
烟酰胺	片剂 50毫克 100毫克	口服	促进体内新陈代謝，降低血中胆固醇。 用于防治癞皮病、舌炎、口炎、皮肤病、血管硬化及肝脏疾病。	50～200毫克/次 日3次	预防量 15毫克/日 治疗量 75～150毫克/日 分3次	不宜肌注以免产生剧痛。
	注射剂 1毫升 50毫克 1毫升 100毫克	靜滴		50～200毫克/次 日1次	同左	
維生素B₂ （核黃素）	片剂 5毫克	口服	参与体内各种代謝并維持眼正常視覚机能。 用于角膜炎、結膜炎、口角炎、舌炎、脂溢性皮炎、阴囊炎。	5～10毫克/次 日3次	预防量 2毫克/日 治疗量 10毫克/日	遇光易变质。
	注射剂 2毫升 5毫克	皮下		同上 日1次	同上 日1次	
維生素B₆	片剂 10毫克	口服	参与氨基酸及脂肪代謝。 用于妊娠呕吐、放射病呕吐、异烟肼中毒及抗肿瘤药物引起的胃腸道反应的防治。 与烟酰胺合用可以治疗癞皮病。	10～20毫克/次 日3次	预防量 1～2毫克/次 日3次	

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
	注射剂 1毫升 25毫克 2毫升 50毫克	肌注 皮下 或 靜注		50～100毫克/次 日1次	25毫克/次 日1次	
維生素C	片剂 50毫克 100毫克	口服	增加毛細血管致密性，減低其滲透性及脆性；增加人体对感染的抵抗力。 用于坏血病的防治，各种急慢性传染病及紫癜。	0.1～0.3克/日 分3次	預防量 50毫克/日 治疗量 0.2～0.4克/日	
	注射剂 2毫升 0.1克 2毫升 0.25克 5毫升 0.5克	肌注 或 靜注		0.25～0.5克/日 日1次	0.2～0.4克/日 日1次 或視病情而定	
維生素E （生育酚）	片剂 5毫克	口服	对生殖机能，肌代謝有影响，在体內有抗氧化作用。用于預防习慣性流产、先兆流产、不育症、进行性肌营养不良症及新生儿硬皮症。	5～10毫克/次 日3次		

激素类制剂

促皮质激素及肾上腺皮质激素制剂

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
醋酸可的松	片剂 25毫克	口服	作用：1.使水、鈉潴留及鉀排泄；2.促进蛋白质的分解，轉化成为糖；3.減輕对各种刺激性損伤引起的病理反应，抑制結締組織增生，減少炎性滲出，使淋巴細胞和嗜酸性細胞減少；4.严重感染时与抗菌素合用，有良好的降溫、抗炎、抗毒、抗休克及促进症状緩解的作用。 用于严重感染、过敏性疾病、风湿病、血小板減少性紫癜、白血病、腎上腺皮质机能減退及眼、皮科疾病等。	12.5～100毫克/次 日3～4次	5～10毫克/公斤/日 分3～4次	1.长期大量应用可引起柯兴氏綜合症。 2.不可突然停葯，应逐漸減量。 3.用葯期間应控制鈉攝入，并同服氯化鉀。 4.心力衰竭、腎功能不全、消化性潰瘍、糖尿病者慎用。 5.用于細菌性感染，必須与足量抗菌素合用。
	注射剂 10毫升 0.25克	肌注		50～300毫克/日 分2次	同口服 分2次	
氢化泼尼松（强的松龙）	片剂 5毫克	口服	同上。	5～20毫克/次 日3～4次	1～2毫克/公斤/日 分3～4次	同上。
	注射剂 2毫升 10毫克	靜滴		10～25毫克/次，加于5%葡萄糖500毫升中		

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
醋酸泼尼松（强的松）	片剂 5毫克	口服	基本同醋酸可的松，但水、鈉潴留及促使鉀排泄的作用較小。	2.5～10毫克/次 日3～4次	1～2毫克/公斤/日 分3～4次	同上。
地賽米松（甲氟烯索）	片剂 0.75毫克	口服	同上，但促糖皮質激素的作用比促盐皮質激素的作用强，故引起水肿、高血压及肌无力的副作用輕。	0.75～3毫克/次 日3～4次	0.1～0.25毫克/公斤/日 分3～4次	1.本品副作用小，抗炎作用强。 2.消化性潰瘍、血栓性靜脉炎、进行性精神病、活动性肺結核、腸吻合术后忌用。
	注射剂 1毫升 5毫克	肌注或靜滴		5～10毫克/次 日1～2次	1～2.5毫克/次 日1～2次	
促腎上腺皮质激素（ACTH）	注射剂 10单位 25单位	靜滴	能刺激腎上腺皮质释放皮质激素。用途与醋酸可的松相似。	5～20单位/次 于8小时內滴入　日1次	5～10单位/次 于8小时內滴入　日1次	1.急性及慢性腎上腺皮质机能減退者不宜采用。 2.忌与中性和偏碱性葯物混合靜滴。 3.忌用生理盐水作溶媒。 4.溶解后冷藏可保持效价2～3日。
		肌注		25～50单位/日 分2次	2～3单位/公斤/日 分2次	
氢化可的松	片剂 20毫克	口服	同醋酸可的松。	10～20毫克/次 日3～4次	4～8毫克/公斤/日 分3～4次	1.靜滴时可用5%葡萄糖或生理盐水稀释搖匀后用。 2.若遇結晶析出，可于溫水中溶解后使用。
	注射剂 2毫升 10毫克 5毫升 25毫克 20毫升 100毫克	靜滴		0.1～0.3克/次	4～8毫克/公斤/日 于8小时內滴入	

甲状腺制剂及抗甲状腺药

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
甲状腺素	片剂 30毫克 60毫克	口服	促进新陈代謝及生长发育，参与体溫調节，降低血中胆固醇等作用。用于克汀病、粘液性水肿及其他甲状腺机能过低者。	粘液性水肿开始0.1～0.18克/日，分3次以后逐漸減少 維持量0.03～0.12克/日	1岁以下……6～8毫克/日分3次 1～2岁25～50毫克/日 分3次 2岁以上……30～120毫克/日　分3次	剂量过大可产生甲状腺机能亢进的現象。
甲基硫氧嘧啶	片剂 50毫克 100毫克	口服	抑制甲状腺素合成。 用于甲状腺机能亢进、毒性甲状腺术前准备及术后治疗。	开始 0.15 ～0.3克/日，分3次，症状体征消失后酌減至0.05～0.1克/日，分3次	开始 0.05 ～0.15克/日，每8小时1次，症状体征消失后酌減至0.025～0.05克/日，分3次	1.可有白細胞減少、药热及皮疹。 2.服药期間經常检查血象。 3.孕妇及哺乳期妇女慎用。
丙基硫氧嘧啶	片剂 50毫克	口服	同上。	同上	同上	同上。
复方碘溶液	溶液	口服	間接阻止体內甲状腺素的合成。用于单純性甲状腺肿、毒性甲状腺术前准备。	0.1～0.5毫升/次 日1次	1～10滴/次 日1次	1.过敏者可于用药后一刻鈡或几小时內发生感冒样症状，甚至喉水肿而引起窒息。 2.本品10毫升內含碘0.5克，碘化鉀1克。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
他　巴　唑 (甲硫咪唑)	片剂 5毫克	口服	同甲基硫氧嘧啶，但作用强大。	5～10毫克/次 日3次，待症状减輕用維持量5～10毫克/日		同甲基硫氧嘧啶。

降　血　糖　药

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
胰　島　素 (正規胰島素)	注射剂 10毫升 400单位 10毫升 800单位	皮下	能够調节糖代謝，促进組織对糖的利用及肝和肌糖元的形成，降低血糖。用于治疗糖尿病，大剂量用于治疗精神分裂症。	視病情而定	視病情而定	1.剂量应根据尿糖的变化，尿糖（+）应用胰島素4个单位。 2.如有酸中毒可混于葡萄糖盐水中靜滴，剂量依病情而定。 3.冰冻干燥粉剂，稳定性强，不需冷藏，急救时可靜注。 4.如出現胰島素休克可靜注葡萄糖搶救。
精蛋白鋅胰島素 (长效胰島素)	注射剂 10毫升 400单位 10毫升 800单位	皮下靜滴或靜注	作用同胰島素，本品作用时間长，最大作用出現在16～24小时，持續24～36小时。 单独用于輕、中度成年型患者，合并正規胰島素用于重度成年型或青年型患者。	視病情而定，一般10～20单位/次，日1次，飯前1小时注射	視病情而定	1.本品不能靜注。靜置后如果分成二层应摇匀后使用。 2.注射器不要用碱性物质消毒。 3.另有低精蛋白鋅胰島素（中效胰島素）注射剂10毫升：400单位，最大

药　名	剂型规格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　项
						作用出現在6～12小时，持續18～24小时，介于前二者之間，每天注射一次。
甲苯磺丁脲（D860）	片剂 0.5克	口服	能刺激胰島释放胰島素而降低血糖。 用于輕、中型成年糖尿病。	第1～2天1克/次，日3次；第3天开始0.5克/次，日3次；病情好轉逐漸減量，在1～2周內減至維持量0.5克/次，日2次		可引起荨麻疹，偶見恶心、头暈、发烧、黃疸、血小板減少性紫癜及顆粒細胞減少。
苯乙双胍（降糖灵）	片剂 25毫克 50毫克	口服	在胰島素机能缺乏时亦有作用。用于成人糖尿病疗效較好。	25毫克/次 日2～3次 以后酌增維持量50～150毫克/日		早期有食慾不振、恶心、呕吐及腹泻，晚期有軟弱无力、体重減輕、全身不适等。可与胰島素併用以增加疗效，減少毒性。合併感染、肝病等禁用。

抗肿瘤药物

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
氮芥	注射剂 10毫克	靜注	适用于淋巴系肿瘤、慢性白血病、絨毛膜上皮癌、肺癌等。	0.1毫克/公斤/次 开始每周3次，随細胞下降减为每周2次，最后每周1次，总量60～80毫克	0.08～0.1毫克/公斤/次 用法同左	1.溶液不稳定，用5%葡萄糖液稀释10～15毫升，10分鈡內用完。 2.注射宜在睡前进行。 3.第一疗程結束后，根据需要，隔4～6周可給第二疗程。 4.白細胞低者忌用。并注意药液不要外漏。
盐酸氧氮芥 （癌得平）	片剂 25毫克 50毫克 注射剂 50毫克	口服 或 靜注	同上。	50～100毫克/次 一疗程总量500～1,000毫克 用法同上	0.5～1毫克/公斤/次 用法同上	1.不能与維生素C等还原剂混合使用。 2.成人胸腹腔內注射100毫克/次，用生理盐水10毫升溶解，間隔5～7日注射1次，总量500毫克。
环磷酰胺 （癌得星）	片剂 50毫克 100毫克	口服	作用基本同上。还用于急性淋巴性白血病、乳腺癌、肝癌、晚期鼻咽癌等。	50～100毫克/次 日2次	2～8毫克/公斤/日 分2次	1.首次可給靜注100毫克，以后每日200毫克，最后改为口服維持。 2.体內蓄积量达到4克，而肿瘤不見消，应停药。 3.靜注用10～20毫升盐水溶解，半小时內使用完。
	注射剂 100毫克 200毫克	靜注		200毫克/次 每日或隔日1次，一疗程总量8～12克	2～6毫克/公斤/次 用法同左	

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
		靜滴		大剂量冲击，0.8～1克加入40～50毫升生理盐水，一周1次或日1次，連用2～3日	視病情而定	
N—甲酰溶肉瘤素	片剂 50毫克	口服	对睾丸精原細胞瘤、卵巢无性細胞瘤、多发性骨髓瘤效果較好，恶性淋巴瘤亦有效。	150～200毫克/日，分3～4次或睡前一次服，总量4～8克	3～5毫克/公斤/日 分3～4次	同氮芥类。
白消安（馬利兰）	片剂 0.5毫克 2毫克	口服	用于慢性粒性白血病的治疗。	2～6毫克/日 分1～3次	0.06毫克/公斤/日 分1～3次	經常要检查血象。
噻替派（三胺硫磷）	注射剂 10毫克	靜注	用于卵巢癌、乳腺癌、淋巴肉瘤、黑色素癌、何杰金氏病等。	10毫克/次 日1次 3～5日后改为隔日1次 总量300～500毫克	0.2～0.3毫克/公斤/日 用法同左	1.靜注时用生理盐水5～10毫升溶解。 2.可作肌注、腔內、肿瘤內注射，一般給20毫克每周1～2次，肿瘤內注射每次不超过5～10毫克。
白血宁（氨喋呤）	片剂 0.5毫克	口服	用于急性白血病、絨毛膜上皮癌及牛皮癣。	白血病 0.5毫克/次 日2次 連服3日，停3～5日后，每日服0.5毫克，一疗程3周	白血病 3岁以下…… 0.25～0.5毫克/日 3～5岁…… 0.5～0.75毫克/日 5岁以上……	1.显效时間为21～28日，在緩解期可給維持量。 2.用葯期間要注意血象。白細胞减少者忌用，肝腎功能不良及孕妇慎用。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事项
				牛皮癣 0.25毫克/次 日3次 一疗程9～12日	0.75～1毫克/日 分1～2次 用法同成人	
6-巯基嘌呤 (6-MP)	片剂 25毫克 50毫克	口服	用于急性白血病、淋巴肉瘤及絨毛膜上皮癌等。	1.5～2.5毫克/公斤/日 分2～3次	同左	当白細胞降到2万/立方毫米时，剂量減为1～2毫克/公斤；降至1万/立方毫米时，需停葯。
5-氟脲嘧啶 (5-FU)	注射剂 5毫升 0.25克 10毫升 0.5克	靜注	用于直腸癌、結腸癌、乳腺癌、卵巢癌、胃癌、肝癌等。	10～12毫克/公斤/日 連續3～5日后，改为5～6毫克/公斤/次，隔日一次，一疗程总量90～100毫克/公斤		1.体质差、貧血、肝腎功能減退者慎用。 2.口腔炎、咽炎、腹泻每日5次以上者应停葯。 3.遇冷有沉淀析出，可用溫水振搖使溶解。
硫酸长春花碱	注射剂 10毫克	靜注	适用于恶性淋巴瘤（何杰金氏病效果最显）、絨毛膜上皮癌、单核細胞性白血病、支气管癌、乳癌等。	0.2～0.3毫克/公斤/次，每周一次，总量60～300毫克	同左	1.可引起白細胞下降，对紅細胞和血小板无明显影响，亦无明显胃腸道反应，但部分病人可有四肢或躯体麻木、疼痛或肌肉震顫等反应。 2.本品10毫克用20毫升生理盐水溶解。 3.注射时应注意葯液勿外漏皮下。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
絲裂霉素C	注射剂 2毫克	靜注	用于胃癌、肺癌、肝癌、乳腺癌等。	2毫克/次，日1次，或4毫克/次，每周2次，一疗程总量40～60毫克		1.可引起食慾不振、呕吐、白細胞和血小板下降。 2.本品每2毫克用生理盐水或注射用水5毫升溶解。 3.注射时避免药液外漏。

解毒药物

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
硫酸阿托品	片剂 0.3毫克	口服	詳見消化系統制酸解痙药。	0.3～0.5毫克/次	0.01毫克/公斤/次	詳見消化系統制酸解痙药。
	注射剂 1毫升 0.5毫克	皮下或靜注		0.3～0.5毫克/次 視病情需要可加大剂量	0.01毫克/公斤/次 最大量0.03～0.05毫克/公斤/次，必要时每15分鈡1次	
解磷毒（解磷定）	注射剂 10毫升 0.4克	靜注或靜滴	恢复已受抑制的胆碱酯酶的活性，具有解除有机磷农药中毒的作用。中毒早期治疗效果更好。用于有机磷农药中毒。	一般0.8～1.2克/次，必要时可在1～2小时后重复；严重中毒时，1～2克加入生理盐水500～1,000毫升中靜滴	15～30毫克/公斤/次	1.可有輕度恶心及口苦。 2.如有結晶析出，可用溫水加热溶解；如发生变色即不可用。 3.可用5%葡萄糖液稀释后緩慢靜注。 4.忌与碱性药配伍。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	小儿剂量	注　意　事　項
美　蓝	注射剂 2毫升 20毫克	靜注	是一种氧化还原剂，大剂量可解除氰化物中毒，小剂量可解除亚硝酸盐中毒。	亚硝酸盐中毒 1～2 毫克/公斤/次 氰化物中毒 10毫克/公斤/次	同左	1.应用25%葡萄糖稀释后于5分鈡內緩慢注入。 2.氰化物中毒时应与硫代硫酸鈉交替使用。
依地酸鈣鈉 (EDTA 鈣鈉)	片剂 0.5 克	口服	EDTA 与各种金属离子結合成极稳定的可溶性物质，与鉛結合最稳固。 用于急、慢性鉛中毒，汞及某些放射性金属中毒。	1克/次 日 4 次		1.靜滴时用生理盐水或葡萄糖液稀释成0.25～0.5%。 2.腎脏病者忌用。治疗期間如发現尿常規不正常应立即停葯。 3.需继續用葯时，停葯2个月后再給葯5天。
	注射剂 5毫升 1 克	皮下 肌注		0.25～1克/次 日 2 次		
		靜滴		1克/次 日2次 共5 日		
硝酸毛果芸香碱(匹罗卡品)	注射剂 1毫升 2毫克	皮下	具有毒蕈碱样作用，对汗腺和唾液腺的作用特强。 用于青光眼病人滴眼用及阿托品类中毒的解救。	2～10毫克/次　一日最多不超过20毫克	酌減	
	溶液 1～2%	滴眼		詳見眼科用葯		
硫代硫酸鈉	注射剂 0.32克 0.64克	靜注 或 肌注	在体內与重金属形成无毒硫化物而排出，能与氰化物形成无毒硫氰酸盐排出。 用于砷、汞、鉛、鉍、碘及氰化物中毒。	重金属中毒 0.5～1 克/次 氰化物中毒 12.5～25 克/次 共3～5天 日 1 次	重金属中毒 10～20 毫克/公斤/次 氰化物中毒 0.25～0.5克/公斤/次	一般用生理盐水溶解成5～10%应用。 氰化物中毒时，可用25～50%溶液于10分鈡內注入。

药　名	剂型規格	用法	作用与用途	成人剂量	小儿剂量	注意事項
亚硝酸鈉	注射剂 10毫升 0.3克	靜注	同亚硝酸异戊酯，但作用較慢，維持时間长。	0.3～0.5克/次		同亚硝酸异戊酯，見血管扩张药。
二巯基丙醇(B.A.L)	注射剂 1毫升 0.1克 2毫升 0.2克	肌注	有解除重金属盐中毒之效。 用于砷、金、汞、鉍及酒石酸銻鉀中毒。	2.5～5毫克/公斤/次，初2日，4小时1次；第3日，6小时1次；以后12小时1次。7～14日为1疗程	同左	1.可有恶心、呕吐、腹痛、头痛、粘膜燒灼感、手麻、結膜炎、流泪、血压升高、心跳加快等反应，多次注射可引起过敏。 2.严重肝功能不良者慎用。

外科用药

創面用药

药　名	剂型規格	作用与用途	注意事項
醋酸	溶液 0.5～2%	用于燒伤感染的創面洗滌，如綠脓杆菌感染等。0.5% 水溶液用于阴道冲洗。	
硼酸	溶液 3～4% 軟膏 5%	洗滌創面及粘膜面。5%軟膏用于燒伤、擦伤、皮肤潰瘍及褥疮等。	

药　名	剂型規格	作　用　与　用　途	注　意　事　項
鞣　酸 （单宁酸）	軟膏 20%	用于皮肤潰瘍、烧伤、褥疮、湿疹等。	
呋喃西林	溶液 0.02%	用于烧伤、潰瘍、脓性伤口、化脓性皮炎等表面消毒。	有时出現过敏反应。
硝　酸　銀	溶液 0.5～1% 5～20%	0.5～1%水溶液用于粘膜收敛。 5～20%水溶液用于烧灼粘膜上的潰瘍。	浓溶液及硝酸銀棒用后均須用生理盐水冲洗。
	硝酸銀棒	硝酸銀棒用于腐蝕增生的肉芽組織。	
高錳酸鉀	溶液	0.1～0.5%溶液用于膀胱炎、創伤等的洗滌。 0.01～0.02%溶液，用于某些有机葯物中毒时洗胃及尿道灌洗。 0.0125%溶液用于阴道冲洗或坐浴。	溶液应新鮮配制，日久还原而失效。
双　氧　水 （过氧化氢）	溶液 3%	用于清洗創伤、潰瘍、竇道等。	
硫　酸　鎂	溶液 50%	用于挫伤、蜂窝組織炎、丹毒等的消炎退肿。局部热敷。	
氯　化　鈉	溶液 0.9%	灭菌后用于創口的洗滌、湿敷及手术时內脏的冲洗等。	
龙　胆　紫 （紫葯水）	溶液 0.5% 1% 2%	0.5～1%溶液用于阴道霉菌感染。 用于皮肤或粘膜的創伤、炎症等。	

药　　名	剂型規格	作　　用　　与　　用　　途	注　意　事　項
利　凡　諾 （雷佛奴尔）	溶液 0.05～ 2％	用于創伤、皮肤粘膜的洗滌及湿敷等。	

局部涂擦用药

药　　名	作　　用　　与　　用　　途
水楊酸甲脂（冬綠油）	用于肌肉痛、关节痛或神經痛等。
松　节　油	用于肌肉痛、关节痛或神經痛等。热敷可治疗腹胀。
樟脑醑（处方：樟脑10克，加乙醇至100毫升）	用于神經痛、肌肉痛、关节痛等。
氨　溶　液	用于昆虫咬伤处，可止痒、止痛。

表皮消毒药

药　　名	剂型規格	作　　用　　与　　用　　途	注　意　事　項
酒　精 （乙醇）	75%	用于皮肤及器械消毒。 涂擦臥床病人皮肤可防止褥疮。	

药　　名	剂型規格	作　　用　　与　　用　　途	注　　意　　事　　項
汞 溴 紅 (紅汞)	溶液 2～4% 酊剂 2%	酊剂及水溶液用于皮肤伤口或皮肤及粘膜的消毒。酊剂可用于术前会阴部皮肤消毒。	酊剂不可与碘酊同用。
硫 柳 汞	溶液 0.1% 酊剂 0.1%	用于皮肤粘膜的表面消毒，亦用于器械消毒。 酊剂用于手术前皮肤消毒。	使用时忌与酸、碘类接触。
碘　　酊	酊剂 2.5%	用于一般皮肤感染及消毒。	

消　毒　药

药　　名	剂型規格	作　　用　　与　　用　　途	注　　意　　事　　項
新洁尔灭	5%	0.1%用于器械消毒（加0.5%亚硝酸鈉），浸泡30分鈡。	忌与肥皂及盐类相遇。不宜用于膀胱鏡、眼科器械、涂假漆导管及合成橡胶消毒。
漂 白 粉 (含氯石灰)	0.03～0.15% 1～3% 0.5% 干粉	用于飲水消毒。 用于噴洒及擦拭浴室及厠所，消毒1小时。 用于消毒食具、痰盂、便盆、便池、灌腸器，污染的衣、单等。 用于粪便消毒，稀便可用1:5，干便可用2:5。	用前新鮮配制，久放易失效，有褪色及腐蝕金属作用。
酚 (石炭酸)	3～5%	用于器械、用具、房屋、排泄物等消毒。低浓度(0.5～1%)有止痒作用；高浓度可腐蝕組織。	高浓度有腐蝕性，用时須小心。

药　　名	剂型规格	作　　用　　与　　用　　途	注　　意　　事　　项
煤酚皂溶液（来苏儿）	含50%煤酚	2%溶液用于手、皮肤、器械的消毒，一般器械物品浸泡1～2小时。 5%溶液用于传染病患者使用过的器械物品等的消毒，浸泡半小时～2小时。 5～10%溶液用于病人排泄物及用具的消毒。	

麻醉用药

药　　名	剂型规格	用　法　与　用　量	作　用　与　用　途	注　意　事　项
麻醉乙醚	液体 100、150、250毫升	吸入	用于吸入性麻醉。	
硫喷妥钠（戊硫巴比妥钠）	注射剂 0.5克	肌注：临用前配成2.5%溶液。20毫克/公斤，一次不超过0.5克 静注，临用前配成1.25%、2.5%溶液，缓慢注入一次不超过1克	肌注用于小儿基础麻醉。 静注用于麻醉诱导及脓肿切开引流等。因维持麻醉时间短，不适于复杂手术。	对呼吸道易堵塞、肝肾功能减退、严重酸中毒、严重贫血、心脏病、低血压、休克、支气管喘息等患者忌用或慎用。 用时严密观察呼吸。
氯乙烷	液体 100毫升	冰冻麻醉时喷射于局部，一般至皮肤发白即可	用于手术时的冰冻麻醉及全麻诱导，后者须谨慎。	对心脏疾患不宜用作全麻诱导。 禁与肾上腺素合用。
达克罗宁	粉剂 5、10、25克	配成0.5～1%溶液，用于口腔表面麻醉	麻醉作用强而持久，毒性低。	

药　　名	剂型規格	用　法　与　用　量		作　用　与　用　途	注　意　事　项
盐酸普鲁卡因	0.25%	浸潤麻醉	一次不超过1克	毒性低，作用发生迅速，麻醉效力佳，但維持时間較短。	术前应用巴比妥类药物可減少中毒反应。 浓度越高毒性越大。原則上以最低有效浓度为宜。 需防止过敏反应。
	0.5%	浸潤麻醉 局部靜脉麻醉			
	1%	浸潤麻醉 区域阻滞	一次不超过0.75克		
	2%	神經阻滞	一次不超过0.6克		
	2～4%	硬膜外麻醉	一次不超过0.5克		
	5%	蛛网膜下麻醉	一次不超过0.15克		
盐酸地卡因	0.5～1%	眼部表面麻醉	一次不超过80毫克	麻醉力强，比普鲁卡因大10～15倍，表面穿透力好，麻醉时間长而迅速。	因毒性太大，一般不作浸潤麻醉。 与碱性物质混合能使之失效。
	1～2%	喉科表面麻醉			
	0.1～0.2%	神經阻滞	一次不超过75毫克		
	0.3%	硬膜外麻醉			
	0.5%	蛛网膜下麻醉	10～15毫克		

药　　名	剂型规格	用　法　与　用　量		作　用　与　用　途	注　意　事　项
赛罗卡因（昔罗卡因、利多卡因）	0.25%	大量浸潤麻醉	一次不超过0.4克	在組織內扩散能力較大，麻醉維持时間較普魯卡因长一倍。	易中毒。
	0.5%	浸潤麻醉			
	1～2%	传导麻醉 表面麻醉			
	2%	硬膜外麻醉			

妇产科用药

子宫收縮药

药　　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	剂　　量	注　意　事　項
麦角新碱	片剂 0.2毫克	口服	有較强的子宫兴奋作用。用于产后子宫出血，加速产后子宫复旧并用于月經过多。	0.2～0.6毫克/次 日2次	1.孕妇临产或已产而胎盘尚未完全剝离娩出者忌用。 2.有动脉硬化，冠状动脉疾病患者忌用。
	注射剂 1毫升 0.2毫克	肌注		0.2～0.4毫克/次	
麦角流浸膏	流浸膏	口服	同上，作用較注射用药慢。	2～4毫升/次 日3次	同上。

药　名	剂型規格	用法	作　用　与　用　途	剂　　量	注　意　事　项
益母草流浸膏	流浸膏	口服	兴奋子宫。 用于子宫出血，产后子宫复旧不良及月經不調。	2～5毫升/次 日3次	
脑垂体后叶素	1毫升 5～10单位	肌注 靜滴 靜注	兴奋各种平滑肌，对子宫、腸及血管之作用較强；对支气管、膀胱等亦有作用。用于产后子宫出血、催产、腸道麻痺、尿崩症及大咯血（肺結核，支气管扩张）。	肌注 5～10单位/次 靜滴 用5～10单位加入5%葡萄糖溶液500毫升 靜注 10单位/次，用50%葡萄糖20毫升稀释后慢注	1.用作催产时，一定要謹愼，不能濫用，否則会发生子宫破裂或胎儿宮腔內窒息。 2.有骨盆狹窄，胎位不正，产道梗阻者，产前忌用。 3.用作催产，必須溶于葡萄糖溶液中，緩慢靜滴。 4.产后出血时可与麦角新碱合用。 5.副作用：面色蒼白、出汗、心慌、胸悶、腹痛、便意等，如出現这些情况应立即停葯。 6.高血压者忌用。
催产素	1毫升 5单位 1毫升 10单位	肌注 靜滴	本品是将脑下垂体后叶素去掉加压素(抗利尿素)后的产物。小剂量可增强子宫的节律性收縮，大量可引起强直性收縮，无升压及抗利尿作用。	肌注 5～10单位/次 靜滴 5～10单位/次	1.本品用于催产作用較好。 2.催产注意事項同上，合併高血压者以用此葯为宜。 3.以5%葡萄糖500毫升稀释后靜滴。
硫酸奎宁	片剂 0.3克	口服	除有抗疟、解热、抑制心脏作用外，对子宫有兴奋作用。可与蓖麻油合用，作为引产用。	0.3克/次 每半小时1次 連用3次 0.3克/次 日三次 連服2日	見抗疟葯。

性 激 素

药 名	剂型规格	用法	作 用 与 用 途	成人剂量	注 意 事 项
己烯雌酚（乙蔗酚）	片剂 0.5毫克 1毫克 5毫克	口服	刺激第二性征的发育；促进女性生殖器官的成长；对抗男性激素；抑制脑垂体前叶分泌促性腺素及催乳素。用于絕經期綜合症、老年性阴道炎、外阴瘙痒、女性生殖器官发育不全；产后或停止授乳期的乳房胀痛；大剂量治疗前列腺癌。还可用作人工周期。	絕經期綜合症 0.1～0.5毫克/日 回乳 5～10毫克/日 前列腺癌 1～5毫克/日	1.服用过量，可引起恶心、呕吐、腹痛、头痛。 2.久用能导致子宫出血与子宫肥大。孕妇忌用。 3.用作人工周期，需連續服药，不能中断，不然引起阴道出血。 4.癌症患者（前列腺癌除外），肝肾功能严重减退者忌用。
	注射剂 1毫升 2毫克	肌注		0.5～5毫克/次 每周2～3次	
黄体酮	注射剂 1毫升 10毫克 （油剂）	肌注	刺激子宫内膜增厚，充血，以备受精卵之着床；在妊娠期抑制子宫的活动，有安胎作用及促进乳房腺泡組織的增生。用于习慣性流产、先兆流产、月經过多、血崩症、痛經、閉經等。	1.治月經过多、痛經等，經前2～3日开始，每日注射5～10毫克，6～8天为一疗程 2.治疗流产，每周1～3次，每次10毫克持續到第四个月	治疗月經病常与己烯雌酚合用。
安宫黄体酮片	片剂 1毫克 2毫克 5毫克	口服	与黄体酮作用相同，但較强。 用于痛經、功能性閉經、月經失調、先兆流产、习慣性流产、子宫内膜异位症。	痛經 2～10毫克/日 先兆流产 10～30毫克/日	同黄体酮，但本品服用方便。

药　名	剂型规格	用法	作　用　与　用　途	成人剂量	注　意　事　项
				习惯性流产三个月10毫克/日，四至六个月20毫克/日，六个月以上40毫克/日	
丙酸睾丸酮	注射剂 1毫升 25毫克 1毫升 50毫克	肌注	促进男性器官及副性征的发育，对抗雌激素的作用及促进蛋白质合成。 用于月經过多、月經失調、泌乳过旺、晚期卵巢癌、乳腺癌及男性发育不全。	25毫克/次 每周2～3次 治疗乳腺癌时，每次注射50～100毫克	妇女长期使用，可致多毛症、声音变粗、阴蒂肥大等，如出現这些情况，应当考虑停药。
甲基睾丸酮	片剂 5毫克	口服或舌下	同上。	5～10毫克/日	同上。
絨膜激素	注射剂 500单位 1,000单位	肌注	刺激雌性或雄性动物的性腺活动。对雌性可促其卵泡成熟及排卵；对雄性，可增加雄性素的产生。用于性机能障碍、习惯性流产、严重子宫出血、閉經、不孕症、隐睾症、青年期粉刺等。	500～1,000单位/次 日1次	1.注射前作过敏試驗。 2.如連用8周仍无效，或性欲早熟应即停药。

五官科用药

眼科用药

药名	剂型规格	作用与用途	注意事项
磺胺醋酰钠滴眼液（斑馬牌眼药水）	10～30%	抑菌。用于沙眼、結膜炎、外眼感染。 滴眼，3～4次/日。	
氯霉素滴眼液	0.25%	抑菌。用于沙眼、細菌性或病毒性結膜炎、角膜炎。每2小时滴眼一次。	
磺胺噻唑眼膏	5%	抑菌。用于細菌性結膜炎、角膜炎及瞼緣炎等。 涂眼，1～3次/日。	
金霉素滴眼液	0.5%	抑菌。用于結膜炎、角膜炎及沙眼等。 滴眼，每½～1小时一次。	本品宜新鮮配制，冷藏保存。
金霉素眼膏	0.5%	同上。 涂眼，1～3次/日。	
鏈霉素滴眼液	0.5～2%	杀菌。用于泡疹性結膜炎、角膜炎、角膜潰瘍、角膜异物剔除后。 滴眼，每1～2小时一次。	宜新鮮配制，冷藏保存。
硫酸鋅滴眼液	0.25～0.5%	收斂及杀菌。用于慢性結膜炎、沙眼、皆部瞼緣炎等。 滴眼，3～4次/日。	

药　　名	剂　型　规　格	作　　用　　与　　用　　途	注　意　事　项
保健眼药水（沃古林）	每100毫升含硼酸1.7克，硫酸锌0.5克，盐酸普鲁卡因0.008克	同上。	
硫酸阿托品滴眼液	0.5～1％	能麻痺虹膜括約肌和睫状肌使瞳孔散大，并失去調节，散瞳作用可持續一周以上。用于治疗虹膜睫状体炎、角膜炎、角膜潰瘍等。	滴药时应用手指压迫泪囊部，以免引起中毒。青光眼患者禁用。
硫酸阿托品眼膏	1％	同上。 每晚或需要时涂擦。	
水楊酸毒扁豆碱（依色林）滴眼液	0.25～1％	縮瞳。用于急性青光眼。滴眼次数按病情需要而定。	本品应避光保存，如溶液变紅色后，不宜再用。
硝酸毛果芸香碱滴眼液（匹罗卡品）	1～2％	縮瞳。作用比依色林弱，但刺激性很小，可以长期滴用。用于治疗慢性青光眼，滴眼次数按病情需要而定。	
硝酸毛果芸香碱眼膏	1～2％	同上。 每晚涂擦一次。	
醋酸可的松滴眼液	0.5％	抗炎。用于虹膜炎、过敏性結膜炎、泡疹性結膜炎、泡疹性角膜炎。 滴眼，4～6次/日。	用时摇匀。 应与其它抗菌素合用。
黄氧化汞眼膏（黄降汞）	1～2％	用于瞼緣炎、泡疹性結膜炎及角膜瘢痕性混浊。 涂眼，2～3次/日。	

药　　名	剂 型 规 格	作　　用　　与　　用　　途	注　意　事　项
盐酸乙基嘧啡(狄奥宁)滴眼液	1～5%	用于虹膜睫状体炎、角膜云翳。	本品为麻醉药品，連續使用易产生耐药性，开始用1%浓度，以后酌情增加浓度。

耳鼻喉科用药

药　　名	剂 型 规 格	作　　用　　与　　用　　途	注　意　事　项
鼻 眼 净	0.05% 10毫升/瓶 0.1% 10毫升/瓶	收縮血管，用于結膜炎及伤风鼻炎、鼻充血。	儿童宜用淡液，一次滴入量和次数都不宜过多。連用10天后应停2～3天。
石炭酸甘油(酚甘油)滴耳液	2%	有消炎、止痛作用，用于外耳道炎、急性中耳炎。滴耳，3次/日，每次2滴。	
硼酸醇滴耳液	4%	用于慢性中耳炎。滴耳，3次/日。	
氯霉素甘油滴耳液	0.25%	用于急性或慢性中耳炎。滴耳，3次/日。	
过氧化氢(双氧水)溶液	3%	用于清洁創面如洗耳、洗鼻及清洗口腔含漱等。3次/日。	

药　　名	剂型规格	作　　用　　与　　用　　途	注　意　事　项
弱蛋白银滴鼻(眼)液	10%	用于慢性鼻炎、結膜炎。滴鼻，3次/日。滴眼，3～4次/日。	
盐酸麻黄碱滴鼻液	0.5% 1%	用于急性鼻炎，副鼻竇炎或慢性肥大性鼻炎。滴鼻，3次/日。	
复方碘甘油	甘油剂	用于慢性萎縮性咽炎或慢性萎縮性鼻炎。3次/日。	
薄荷醑	醑剂 10%	用于咽炎熏喉，每次10～20滴加于一杯开水中，3次/日。	
含碘喉片	片剂	用于喉炎、喉痛、喉肿、扁桃体炎。含服，1～2片/次，日数次。	本品含碘、酚、薄荷醇
薄荷喉片	片剂	用于喉炎、喉痛、喉肿及咽喉部不适。含服，每次1～2片，数次/日。	

皮肤科外用药

药　　名	成　　分　　及　　配　　制	作　　用　　与　　用　　途
2%石炭酸炉甘石洗剂	石炭酸2克，炉甘石、氧化鋅、淀粉各10克，甘油2克，石灰水加至100毫升。	各种瘙痒性皮肤病如瘙痒疹，各种急性、亚急性皮炎（滲出性禁用），丘疹状蕁麻疹，虫咬症等。
石炭酸甘油酊剂	石炭酸2克，甘油5～10毫升，70%酒精加至100毫升。	同上。

药　　名	成　　分　　及　　配　　制	作　　用　　与　　用　　途
陀　柏　散	密陀僧二錢　黃柏一錢　冰片五分。研成細末，用猪油或果油調匀外用。	各类湿疹，以小腿湿疹疗效較好。
銀　松　膏	銀珠一錢　松香二錢　冰片一錢　蓖麻仁三錢 制法，将前三者研成极細粉末，然后漸漸加入已打烂的蓖麻仁內而成膏。	手掌、足掌的脓疱或水疱性湿疹片块，匐行性皮炎。
合　柳　酊	合霉素1克，柳酸2克，75%酒精加至100毫升，浸泡一周，过滤液外搽。	痤疮、酒皶、毛囊炎。
补骨脂酊	补骨脂二两、75%酒精十两，浸泡一周，过滤液外搽。	神經性皮炎、瘙痒症、白癜风、斑秃等。
鴉　眼　膏	雷鎖辛、柳酸等量，用凡士林适量，調成泥剂。	鴉眼、寻常疣、胼胝。
芥子气膏 （牛皮癣素膏）	芥子气0.1克，凡士林4磅，配成二万分之一的膏剂。	牛皮癣。
煤　紅　膏	先配京紅粉膏： 京紅粉30克，黃蜡4克，凡士林66克。	牛皮癣。
5%煤紅膏	煤焦油5毫升　京紅粉膏95克	
10%煤紅膏	煤焦油10毫升　京紅粉膏90克	
15%煤紅膏	煤焦油15毫升　京紅粉膏85克	
20%煤紅膏	煤焦油20毫升　京紅粉膏80克	

附录一　临床检验正常值

一、血液一般检查

血紅蛋白	男性14～16克％ 女性12～15克％
紅細胞总数	男性450万～550万/立方毫米 女性400万～500万/立方毫米
白細胞总数	5,000～10,000/立方毫米
白細胞分类計数	
中性白細胞	50～70％
嗜酸性白細胞	1～4％
嗜碱性白細胞	0～1％
淋巴細胞	20～35％
单核細胞	1～7％
網织紅細胞数	成人0.5～2％ 幼儿2～6％
紅細胞沉降率（魏氏法）	男性0～15毫米/1小时 女性0～20毫米/1小时
血小板（直接計数法）	15万～30万/立方毫米
出血时間	1～5分钟
凝血时間	1～5分钟（玻片法） 4～12分钟（試管法）
血块退縮时間	1小时内开始，18～24小时内完成
凝血酶原时間（奎氏法）	11～15秒钟为100％

二、血液化学检查

葡萄糖	80～120毫克％
胆固醇	150～250毫克％
非蛋白氮	20～40毫克％
二氧化碳結合力	50～70容积％（23～33毫克当量/升）
鈉	310～340毫克％（135～145毫克当量/升）
鉀	14～22毫克％（3.5～5毫克当量/升）

氯化物（以氯化鈉計算）	570～620毫克％（98～106毫克当量/升）
鈣	9～11毫克％（3.5～5.3毫克当量/升）
磷	成人3～4.5毫克％（2～3毫克当量/升） 小儿4～6毫克％（3～4毫克当量/升）
碱性磷酸酶（包氏法）	成人2～4単位 小儿5～10単位
淀粉酶（文氏法）	8～32単位

三、尿液检查

正常尿液定性检查无糖、蛋白，鏡检可有5个以下(高倍視野)紅、白細胞（妇女月經期除外）及少量上皮細胞。

比重	1.003～1.025
胆紅质	阴性
尿胆元	阴性
尿胆素	阴性
淀粉酶（文氏法）	16～64単位
尿沉渣計数（埃第氏法）12小时尿内所含：	
紅細胞	50万个以下
白細胞及上皮細胞	100万个以下
管型	5,000个以下

四、肝功能检查

总蛋白	6～8克％
白蛋白	4～5.5克％
球蛋白	2～3.5克％
白蛋白与球蛋白比値	1.5～2.5：1
麝香草酚混浊度試驗	5単位以下
硫酸鋅混浊度試驗	12単位以下
脑磷脂、胆固醇絮状試驗	阴性，或不超过（+）
黄疸指数	4～6単位
胆紅质定性試驗	直接反应阴性 間接反应阳性
胆紅质定量	1毫克％以下

轉氨酶（谷丙轉氨酶）	100单位以下

五、肾功能检查

酚紅排泄試驗	15分钟排出总量为25％以上 2小时排出总量为60％以上
尿浓縮試驗	尿比重至少有一次大于1.025
尿稀释試驗	尿比重至少有一次小于1.003

六、脑脊液检查

压力	70～180毫米水柱
顏色	无色透明
細胞数	0～10个淋巴細胞/立方毫米
糖	40～70毫克％
蛋白	15～45毫克％
氯化物（以氯化鈉計算）	700～750毫克％（125～128毫克当量/升）

七、其它检查

靜脉压	50～120毫米水柱
基础代謝率	－10％～＋15％

附录二　常用静脉滴注药物配伍禁忌表

1．二十四种常用静脉滴注药物配伍禁忌表

生理盐水	5%葡萄糖溶液	5%葡萄糖盐水	林格氏溶液	2u/ml ACTH	0.1%～1ml 去甲肾上腺素	4万u/ml 青霉素(鈉盐)	0.25%～1ml 氯霉素	0.8%～1ml 盐酸金霉素	1%～1ml①金霉素溶于 0.9%甘氨酸鈉	1.25%～1ml 盐酸四环素	1.25%～1ml 盐酸土霉素	12.5%～1ml抗坏血酸	2.5%～1ml 氨茶碱	28.75%～1ml 谷氨酸鈉	31%～1ml 谷氨酸鉀	11.2%～1ml 乳酸鈉	10%～1ml 氯化鉀	10%～1ml 葡萄糖酸鈣	2%～1ml 盐酸普鲁卡因	5%～1ml 度冷丁	2.5%～1ml 盐酸氯丙嗪	2.5%～1ml 盐酸异丙嗪	0.3%～1ml 洛貝林
－																							
－	－																						
－	－	－																					
＋	－	±	＋																				
－	－	－	－	－																			
－	－	－	－	＋	±❸																		
－	－	－	－	－	－	－																	
－	－	－	－	－	－	＋	－																
－	－	－	＋	＋	－①	－	－	－															
－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋														
－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋	－													
－	－	－	－	＋	－	－	－	＋❶	＋	＋❶	＋❶												
－	－	－	－	＋	－①	－	－	－①	－①	＋❶	＋❶	－①											
－	－	－	－	＋	－①②	－	－	＋❶	＋	＋❶	＋❶	－	－										
－	－	－	－	＋	－①②	－	－	＋❶	＋	＋❶	＋❶	－	－	－									
－	－	－	－	＋	－	－	－	＋❶	＋	＋❶	＋❶	－	－	－	－								
－	－	－	－	＋	－	－	－	－	－①	－	－	－	－	－	－	－							
－	－	－	－	±	－	－	－	－	＋	±❶	±❶	－	－	－	－	－	－						
－	－	－	－	±	－	＋	－	－	＋	－	－	－	－	－	－	－	－	－					
－	－	－	－	－	－	－	－	－	＋	－	－	－	＋	＋	＋	－	－	－	－				
－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋	－	－	－	＋	＋	＋	－	＋❷	－	－	－			
－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋	－	－	－	＋	＋	＋	－	－	－	－	－	－		
－	－	－	－	－	－	＋	－	－	＋	－	－	－	＋	＋	＋	－	－	－	－	－	－	－	

表中符号代表纵横两种药物配伍后的結果

注：〔＋〕表示溶液浑浊有禁忌
〔±〕表示某些条件下可能产生浑浊
〔－〕表示溶液澄清无禁忌
〔－○〕表示溶液澄清但有其他禁忌
①效价减低
②有变色可能
〔＋●〕表示有浑浊，但有克服的可能
❶四环素族如預先稀释至 0.5 mg/ml 左右，再与其他注射液配伍
❷先将氯化鉀注射液預先稀释后再混和
❸可将二种注射液預先分别稀释于輸液中再混和

2. 十八种静脉滴注药物的配伍实驗結果

生理盐水 500ml	林格氏溶液 500ml	5%葡萄糖 500ml	7-6-5-4 液 500ml	右旋醣酐 500ml	2%美速克新命 2ml	5%碳酸氢鈉 50ml	25%硫酸鎂 20ml	5%氯化鈣葡萄糖 20ml	0.5%苯巴比妥鈉 20ml	5%硫噴妥鈉 10ml	1%乙酰普馬嗪 2ml	25%尼可剎米 1.5ml	1%戊四氮 2ml	毒毛旋花子甙G0.25mg/ml,2ml	毒毛旋花子甙K0.25mg/ml,2ml	西地兰 0.2mg/ml,2ml	紅霉素 3%, 10ml
–																	
–	–																
–	–	–															
–	–	–	–														
–	–	–	–	–													
–	+	–	–	–	–												
–	–	–	–	–	–	+											
–	–	–	–	–	–	+	+										
–	–	–	–	–	–	–	–	–									
–	–	+	+	+	+	+	+	+	+								
–	–	–	–	–	–	+	–	–	+	+							
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–						
–	–	–	–	–	–	–	+	+	–	–	–	–					
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–	–				
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–	–	–			
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–	+	–	–		
–*	–*	–	–*	–*	–	+	+	–	–	+	–	–	–	–	–	–	

1. 表中配合量系参照临床常用剂量制訂，实驗时按比例减少取用量。
2. 各葯配合后于即时、一小时、三小时各观察一次，任何一次发現沉淀現象，即以"+"表示，未发現沉淀者即以"–"表示。–*系指将紅霉素以注射用水制成 5% 貯备液再与其它葯物配 伍而未发現沉淀者。
3. 紅霉素、硫噴妥鈉、苯巴比妥鈉先以注射用水溶解检查澄明度合格后，再与其它葯物配伍实驗。
4. 7-6-5-4 液：按 7:6:5:4 的比例含有生理盐水、5%葡萄糖、M/6乳酸鈉、1.2%氯化鉀。