32 559

赤脚医生教材

CHIJIAOYISHENGJIAOCAI

湖南人民出版社

赤脚医生教材

衡东县革命委员会卫生局
衡阳地区卫生学校 编

（试用本）

湖南[illegible]

赤脚医生教材

衡东县革命委员会卫生局
衡阳地区卫生学校 编

湖南人民出版社出版
湖南省新华书店发行
湖南省新华印刷一厂印刷

1977年12月第1版第1次印刷
统一书号：14109·8　定价：2.48元

为救死扶伤的崇高事业而奋斗

内 容 简 介

本书分四篇，分别介绍了农村卫生革命、中医中草药基础、农村常见疾病、战伤救护与三防等内容。并附有常用药物剂量表、常用中药表、方剂索引、常用临床检验正常值。

本书的重点内容是农村常见疾病，其中包括解剖、生理、病理、诊断与治疗等基础知识。

可供农村“赤脚医生”和农村基层医务人员自学参考。也可作为“赤脚医生”培训教材用。

目　录

第一篇　农村卫生革命 ……（1）

第一章　坚决贯彻党的卫生工作方针 ……（1）

第二章　巩固和发展农村合作医疗制度 ……（5）

第三章　搞好爱国卫生运动 ……（9）

第一节　大搞群众性爱国卫生运动 ……（9）

第二节　除四害 ……（13）

第三节　“两管”“五改” ……（23）

第二篇　中医中草药基础 ……（36）

第四章　阴阳 ……（36）

第一节　阴阳的基本概念 ……（36）

第二节　阴阳的临床运用 ……（38）

第五章　脏腑 ……（41）

第一节　脏腑的主要生理病理 ……（42）

第二节　五脏之间的关系 ……（54）

第六章　四诊 ……（58）

第一节　望诊 ……（58）

第二节　闻诊 ……（62）

第三节　问诊 ……（63）

第四节　切诊 ……（67）
第七章　辨证 ……（70）
第一节　八纲辨证 ……（71）
第二节　六淫辨证 ……（74）
第三节　脏腑辨证 ……（78）
第四节　卫气营血辨证 ……（82）
第八章　治法 ……（86
第一节　治疗原则 ……（86）
第二节　治疗方法 ……（88）
第九章　新针疗法 ……（92）
第一节　基本知识 ……（92）
第二节　常用穴位 ……（97）
一、头颈部穴位 ……（97）
二、上肢穴位 ……(103)
三、下肢穴位 ……(109)
四、腰背部穴位 ……(116)
五、胸腹部穴位 ……(119)
第十章　常用中草药 ……(123)
第一节　中草药的基本知识 ……(123)
第二节　除四害药 ……(137)
第三节　解表药 ……(140)
一、辛温解表药 ……(141)
二、辛凉解表药 ……(149)
第四节　清热解毒药 ……(156)
第五节　泻下药 ……(196)
一、攻下药 ……(197)

二、润下药 ……(198)
第六节　祛风湿药 ……(199)
第七节　理气药 ……(222)
第八节　理血药 ……(229)
第九节　止咳化痰药 ……(251)
第十节　温理祛寒药 ……(259)
第十一节　利水渗湿药 ……(261)
第十二节　驱虫消积药 ……(277)
第十三节　补益药 ……(287)
一、补气药 ……(288)
二、补阳药 ……(294)
三、补血药 ……(297)
四、补阴药 ……(301)
第十四节　安神药 ……(304)
第十五节　平肝熄风药 ……(308)
第十六节　外用药 ……(309)
第十七节　治蛇虫咬伤药 ……(324)
第三篇　农村常见疾病 ……(332)
第十一章　人体是怎样组成的 ……(332)
第十二章　疾病发生的原因和诊断方法 ……(337)
第一节　疾病发生的原因 ……(337)
第二节　疾病诊断的方法 ……(342)
第十三章　感染 ……(346)
第一节　化脓性感染概述 ……(346)
第二节　浅表软组织急性化脓性感染 ……(350)

疖（350）　痈（351）　急性蜂窝组织炎（353）
急性淋巴管、淋巴结炎（354）
第三节　全身急性化脓性感染 ……（355）
毒血症（355）　败血症（355）　脓毒血症（356）
第四节　厌氧菌感染 ……（357）
破伤风（357）　气性坏疽（361）
第十四章　损伤 ……（364）
第一节　损伤概述 ……（364）
第二节　烧伤 ……（369）
第三节　毒蛇咬伤 ……（374）
第十五章　肿瘤 ……（378）
第一节　概述 ……（378）
第二节　常见浅表肿瘤 ……（383）
乳头状瘤（383）　皮脂腺囊肿（383）　腱鞘囊肿（384）　脂肪瘤（384）　纤维瘤（384）神经纤维瘤（385）　血管瘤（385）　皮肤癌（386）
第十六章　呼吸系统疾病 ……（388）
第一节　解剖生理 ……（388）
第二节　检查方法 ……（392）
问诊（392）　望诊（394）　触诊（396）　叩诊（397）　听诊（400）　附：胸部常见病变体征（403）
第三节　感冒 ……（404）
第四节　支气管炎 ……（406）
第五节　支气管哮喘 ……（411）
第六节　支气管扩张 ……（415）

第七节　大叶性肺炎 ……(417)
第八节　肺脓肿 ……(422)
第九节　肺癌 ……(425)
第十节　脓胸 ……(427)
第十一节　胸部损伤 ……(428)
胸部挫伤（428）　肋骨骨折（430）　气胸（432）
血胸（435）
第十七章　消化系统疾病 ……(436)
第一节　解剖生理 ……(436)
消化管（436）　消化腺（442）　食物的消化和
吸收（444）　腹壁及腹膜（445）
第二节　检查方法 ……(448)
问诊（448）　望诊（452）　触诊（454）
叩诊（457）　听诊（458）
第三节　急性胃肠炎 ……(458)
第四节　溃疡病 ……(461)
第五节　肝硬化 ……(466)
第六节　肝脓肿 ……(472)
第七节　急腹症 ……(475)
急腹症的诊断（475）　急腹症的处理原则（478）
腹部损伤(478)　急性腹膜炎(481)　胃、十二指肠
溃疡急性穿孔(484)　急性阑尾炎(488)　急性肠
梗阻（492）　急性胆囊炎（498）　胆石症（499）
胆道蛔虫病（501）　急性胰腺炎（503）　上消化
道大出血（506）　各种急腹症鉴别诊断表（510）
第八节　腹外疝 ……(513)

腹股沟斜疝（513）　股疝（515）
第九节　直肠和肛门疾病……（517）
解剖要点（517）　肛裂（518）　肛管直肠周围
脓肿（520）　肛瘘（521）　痔（524）　直肠
脱垂（529）　肛门闭锁（531）
第十节　消化系统肿瘤……（531）
食管癌（531）　胃癌（532）　肝癌（534）
结肠癌（535）　直肠息肉（536）直肠癌（537）
第十八章　传染病……（540）
第一节　概述……（540
第二节　呼吸道传染病……（547）
流感（547）　结核病概述（549）　肺结核（552）
结核性脑膜炎（555）　结核性胸膜炎（557）
颈淋巴结结核（559）　麻疹（561）　水痘（565）
流行性腮腺炎（567）　百日咳（569）　白喉（572）
流行性脑脊髓膜炎（576）　天花与种痘（581）
第三节　消化道传染病……（583）
伤寒（583）　菌痢（587）　阿米巴病疾（590）
传染性肝炎（594）　脊髓灰质炎（598）
霍乱与副霍乱（603）
第四节　虫媒传染病……（605）
乙脑（605）　疟疾（610）　丝虫病（615）
流行性出血热（620）
第五节　经皮肤传染病……（623）
血吸虫病（623）　钩端螺旋体病（631）
狂犬病（634）

第六节　肠寄生虫病 ……(637)
蛔虫病（637　钩虫病（641）　蛲虫病（645）
姜片虫病（47）
第十九章　循环系统疾病 ……(651)
第一节　解剖生理 ……(651)
心脏（651）　血管（655）　血液循环（657）
血液（659）　淋巴循环（663）
第二节　检查方法 ……(664)
问诊（664）　望诊（665）　触诊（666）
叩诊（668）　听诊（670）
第三节　心力衰竭 ……(679)
第四节　风湿热与风湿性心脏病 ……(688)
风湿热（688）　风湿性心瓣膜病（692）
第五节　高血压病 ……(696)
第六节　慢性肺原性心脏病 ……(700)
第七节　周围血管疾病 ……(703)
血栓闭塞性脉管炎（703）　下肢静脉曲张（705）
第八节　血液系统疾病 ……(709)
贫血（709）　出血性疾病（713）　原发性血小板
减少性紫癜（713）　过敏性紫癜（715）
第二十章　泌尿及男性生殖系统疾病 ……(718)
第一节　解剖生理 ……(718)
泌尿系统（718）　男性生殖系统（722）
第二节　检查方法 ……(725)
问诊（725）　体格检查（730）
第三节　肾炎 ……(732)

急性肾炎（732）　慢性肾炎（35）
第四节　尿路感染 ……（738）
肾盂肾炎（738）　急性膀胱炎（741）
肾结核（742）
第五节　泌尿系结石 ……（744）
肾及输尿管结石（744）　膀胱结石（746）
尿道结石（747）
第六节　其他疾病 ……（748）
睾丸鞘膜积液（748）　副睾结核（750）　精索静脉曲张（750）　尿道损伤（751）　包皮过长和包茎（753）　包皮嵌顿（755）　阴茎癌（756）　急性尿潴留（757）　尿毒症（758）
第二十一章　运动系统疾病 ……（762）
第一节　解剖生理 ……（762）
骨骼（762）　关节（771）　骨骼肌（772）
第二节　骨折 ……（776）
骨折分类（776）　骨折诊断（776）　现场急救（778）　骨折治疗（778）
第三节　关节脱位 ……（782）
下颌关节脱位（782）　肩关节前脱位（783）
肘关节后脱位（785）　髋关节后脱位（786）
第四节　关节及关节旁组织损伤 ……（789）
肩痛（789）　踝关节扭伤（792）　膝痛（793）
棘上韧带损伤（794）　腰椎间盘突出症（795）
手腕部狭窄性腱鞘炎（797）　腕管综合征（798）
第五节　手及骨关节化脓性感染 ……（800）

手部感染（800）　化脓性骨髓炎（804）
化脓性关节炎（806）
第六节　骨关节结核 ……（807）
第二十二章　神经精神与内分泌疾病 ……（811）
第一节　神经系统疾病 ……（811）
解剖生理（811）　神经系统检查（823）　周围神经疾病（826）　面神经炎（827）　多发性神经炎（828）坐骨神经痛（830）　颅脑损伤（832）头皮损伤（832）脑震荡（834）　脑挫裂伤（834）硬脑膜外血肿（838）　癫痫（838）　神经官能症（841）　神经衰弱（842）　癔病（843）
第二节　精神病 ……（846）
第三节　内分泌系统疾病 ……（852）
解剖生理（852）　单纯性甲状腺肿（854）
甲状腺机能亢进（856）　糖尿病（859）
第二十三章　皮肤病 ……（865）
第一节　解剖生理 ……（865）
皮肤的构造（865）　皮肤的功能（866）
第二节　皮肤病的临床表现和防治原则 ……（867）
第三节　稻田皮炎 ……（869）
第四节　变态反应性皮肤病 ……（871）
湿疹（871）　婴儿湿疹（873）　接触性皮炎（874）　药物性皮炎（875）　荨麻疹（876）
第五节　脓疱病 ……（877）
第六节　癣 ……（878）
头癣（878）　体癣（880）　手足癣（881）

第七节　物理性皮肤病 ……(881)
冻疮（881）　手足皲裂（883）　鸡眼（884）
第二十四章　五官疾病 ……(886)
第一节　眼部疾病 ……(886)
解剖生理（886）　检查方法（890）麦粒肿（894）
睑缘炎（895）　泪囊炎（896）　急性结膜
炎（897）　沙眼（898）　化脓性角膜炎（903）
角膜软化症（906）　虹膜睫状体炎（907）
急性充血性青光眼（909）　结膜角膜异物（911）
眼烧伤的处理原则（912）
第二节　耳部疾病 ……(912)
解剖生理（912）　检查方法（914）　化脓性中
耳炎（915）
第三节　鼻部疾病 ……(918)
解剖生理（918）　检查方法（920）　慢性
鼻炎（921）　过敏性鼻炎（923）　化脓性鼻旁
窦炎（923）　鼻出血（925）　鼻咽癌（926）
第四节　咽喉口腔疾病 ……(927)
解剖生理（927）　检查方法（933）　急性扁桃体
炎（933）　食道异物（937）　急性喉阻塞（937）
口疮（942）　牙痛（944）　拔牙术（946）
第二十五章　妇女保健及计划生育 ……(952)
第一节　解剖生理 ……(952)
外生殖器及乳房（952）　内生殖器（953）
月经生理及经期卫生（955）
第二节　妊娠生理 ……(957)

胎儿及附属物（957）　孕期卫生（958）　妊娠的诊断（959）　产前检查（959）
第三节　正常分娩 ……（964）
分娩先兆（964）　分娩的过程及处理（964）
胎儿宫内窒息（970）　新生儿窒息（971）
产褥期保健（972）
第四节　异常妊娠 ……（973）
妊娠中毒症（973）　流产（977）　异位妊娠（980）　前置胎盘（981）　葡萄胎与绒癌（983）
第五节　异常分娩 ……（985）
子宫收缩乏力（985）　胎位异常（987）　臀位（987）　横位（991）　子宫破裂（992）
第六节　异常产褥 ……（994）
产后出血（994）　产褥感染（997）
第七节　女性生殖器官疾病 ……（999）
一、妇科检查 ……（999）
二、女性生殖器官炎症 ……（1001）
阴道炎（1001）　慢性宫颈炎（1004）　盆腔炎（1005）
三、月经失调 ……（1007）
月经（1007）　痛经（1009）　功能性子宫出血（1011）
四、子宫脱垂 ……（1013）
五、肿瘤 ……（1016）
子宫颈癌（1016）　子宫肌瘤（1019）　卵巢

囊肿（1021）
第八节　乳房疾病……（1023）
急性乳腺炎（1023）　乳房囊性增生病（105）　乳房纤维腺瘤（1026）　乳癌（1027）
第九节　计划生育……（1028）
一、计划生育的伟大意义……（1028）
二、计划生育的具体措施……（1030）
（一）提倡晚婚……（1030）
（二）避孕……（1031）
1.药物避孕……（1031）
2.工具避孕……（1033）
3.人工流产……（1038）
4.绝育……（1044）
第二十六章　婴幼儿疾病……（1050）
第一节　小儿生长发育……（1050）
第二节　小儿疾病的诊断及防治特点……（1053）
第三节　新生儿疾病……（1056）
新生儿破伤风（1056）　新生儿败血症（1068）
第四节　急性上呼吸道感染……（1059）
第五节　小儿肺炎……（1061）
第六节　小儿消化不良……（1066）
第七节　营养不良……（1071）
第八节　佝偻病……（1073）
第九节　婴儿手足搐搦症……（1077）
第十节　霉菌病……（1078）
第十一节　小儿夏季热……（1080）

第十二节　蚕豆病……(1082)
第十三节　高热……(1084)
第十四节　小儿惊厥……(1087)
第二十七章　急症处理……(1091)
第一节　呼吸心跳骤停的抢救……(1091)
第二节　急性中毒……(1097)
有机磷农药中毒（1101）　有机氯农药中毒（1105）
一氧化碳中毒（1106）　毒蕈中毒（1108）　钩吻
中毒（1110）
第三节　昏迷……(1111)
第四节　休克……(1116)
第五节　中暑……(1121)
第六节　溺水与电击伤……(1124)
第二十八章　诊疗技术操作……(1128)
第一节　消毒与无菌……(1128)
第二节　注射法……(1131)
第三节　体温、脉博、呼吸、血压的检查……(1139)
第四节　手术操作基本知识……(1147)
手术器械使用方法（1147）手术基本技术（1150）
针麻与局麻（1154）
第五节　插管技术……(1157)
洗胃法（1157）　灌肠法（1158）　简易通便
法（1160）　导尿法（1160）
第六节　新医疗法……(1161)
耳针（1161）　手针（1165）　穴位注射（1167）
水针（1168）　挑治（1169）　割治（1171）

穴位埋线(1172)　拔罐(1174)　小儿推拿 (1176)
第二十九章　常用药物……(1189)
第一节　用药基本知识……(1189)
第二节　常用抗菌药……(1195)
磺胺(1195)　呋喃类药(1198)　抗菌素 (1199)
青霉素(1199)　链霉素(1202)　氯霉素 (1203)
合霉素 (1204)　四环素类 (1204)
第三节　镇静催眠和安定药……(1205)
苯巴比妥(1206)　三溴片(1207)　氯丙嗪(1208)
安宁 (1209)
第四节　解热镇痛、抗风湿药……(1210)
阿斯匹林(1211)　非那西丁及醋氨酚(1211)　氨
基比林(1212)　安乃近(1213)　保泰松(1213)
第五节　急救药……(1214)
中枢神经兴奋药 (1214)　安钠咖 (1214)　可拉
明 (1216)　山梗菜碱 (1216)　升压药 (1217)
肾上腺素 (1217)　去甲肾上腺素 (1218)　间羟
胺(1218)　异丙肾上腺素(1219)　麻黄素(1219)
有机磷解毒药 (1220)　阿托品 (1220)
解磷定 (1222)
第六节　利尿药和脱水药……(1222)
双氢氯噻嗪 (1223)　氯噻酮 (1224)　利尿
酸 (1224)　氨苯喋啶 (1224)　甘露醇 (1225)
山梨醇 (1226)　50%葡萄糖注射液 (1226)
第七节　肾上腺皮质激素类药物……(1226)

第四篇　战伤救护与三防……(1230)

第三十章　战伤救护……(1230)

第一节　急救止血……(1230)

第二节　包扎……(1235)

第三节　骨折固定……(1245)

第四节　搬运……(1250)

第三十一章　三防……(1255)

第一节　原子武器的防护……(1255)

第二节　化学武器的防护……(1264)

第三节　细菌武器的防护……(1272)

附一：常用药物剂量表……(1280)

附二：常用中药表……(1355)

附三：方剂索引……(1375)

附四：常用临床检验正常值……(1386)

三大常规（1386）　肝功能（1388）　脑脊液（1388）

第一篇　农村卫生革命

农村卫生革命是整个上层建筑领域里的社会主义革命的组成部份，它所包含的内容很多。总的任务是不折不扣地贯彻执行毛主席的无产阶级卫生路线和党的卫生工作方针，具体任务主要有四：一是巩固和发展合作医疗制度，建立一支赤脚医生队伍；二是搞好计划生育；三是开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动；四是大力推广新针新医疗法和中草药，挖掘祖国医学遗产，搞好中西医结合，创立我国的新医药学。

为了便于组织教学，有些内容不在本篇介绍，放到有关篇章论述。

第一章　坚决贯彻党的卫生工作方针

中华人民共和国成立后不久，根据毛主席的指示，党和政府就制订了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针。这四大方针反映了广大劳动人民对社会主义卫生事业的根本要求，充分体现了毛主席的革命卫生路线，我们必须坚决贯彻执行。

毛主席教导我们："**为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。**"面向工农兵，是我们卫生工作的根本方向，是毛主席无产阶级卫生路线的核心。我国是工人阶级领导的，以工农联盟为基础的无产阶级专政的社会主义国家。工农兵占我国人口的百分之九十以上，工农是我国社会主义革命和建设的主力军，人民解放军是工农子弟兵，是保卫社会主义革命和建设的坚强柱石。因此，卫生工作面向工农兵是我们国家的性质所决定的。我国农村人口占总数的百分之八十以上，贯彻面向工农兵的方针，必须认真落实毛主席关于"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的伟大指示。

"**预防为主**"体现了为大多数人服务的政治方向和抓主要矛盾的思想，充分反映了我国社会主义制度的优越性。解放前的旧中国，根本不重视预防工作，劳动人民的健康得不到保障，传染病猖厥流行，造成了"**千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌**"的悲惨情景。解放后，广大工农兵和革命医务人员遵照毛主席的教导，贯彻了"**预防为主**"的方针，因而在很短时间内就消灭了鼠疫、霍乱、天花等烈性传染病，许多严重危害人民健康的疾病，也得到了控制。广大工农兵群众的健康水平不断提高，人人精神振奋，个个斗志昂扬地投入了阶级斗争，生产斗争和科学实验三大革命运动，加速了我国社会主义革命和社会主义建设。

"**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。**"祖国医药学是我国劳动人民几千年来同疾病作斗争的丰富实践经验和系统的理论知识的总结，是我国优秀文化遗产的重

要组成部分。团结中西医即是继承和发掘我国医学遗产，调动一切积极因素的一项既定政策，同时也是用现代医学科学知识，整理与提高祖国医药学，创立我国统一的新医学新药学的一项重要方针。中西医结合，是我国医药学发展的方向，是农村卫生革命的重要内容。我们一定要认真贯彻“团结中西医”这个方针，使中西医团结合作，共同努力，为完成伟大领袖毛主席提出的创造我国统一的新医学新药学的光荣任务而奋斗。

“卫生工作与群众运动相结合”，是党在卫生工作中的一条群众路线。毛主席指出：“**革命战争是群众的战争，只有动员群众才能进行战争，只有依靠群众才能进行战争。**”卫生工作涉及到千家万户，关系到广大人民群众生、老、病、死的重大问题。因此，卫生工作离开了群众则一事无成，只有紧紧地与群众运动相结合，卫生工作才能真正地面向工农兵，才能做到“**预防为主**”，才能搞好中西医结合，才能沿着毛主席的革命卫生路线前进。

贯彻党的卫生工作方针，始终存在着两个阶级、两条道路、两条路线的激烈斗争。无产阶级文化大革命前，由于刘少奇反革命修正主义卫生路线的干扰和破坏，卫生部门的人力、物力、财力主要用于城市，广大农村则缺医少药。无产阶级文化大革命摧毁了刘少奇，林彪，王、张、江、姚“四人帮”资产阶级司令部，批判了他们推行的修正主义卫生路线，毛主席革命卫生路线深入人心，卫生革命蓬勃开展。合作医疗遍及全国，赤脚医生茁壮成长，广大赤脚医生和医务人员战斗在农村第一线，改变了农村缺医少药的面貌。以除害灭病为中心的爱国卫

生运动普遍开展，农村“两管”、“五改”卫生基本建设纳入了农业学大寨的规划，卫生革命沿着毛主席的革命卫生路线健康发展。但是，树欲静而风不止。王洪文、张春桥、江青、姚文元“四人帮”为了篡党夺权，极力破坏毛主席的革命路线和方针、政策。他们肆意歪曲革命和生产、红与专的辩证关系，打棍子，扣帽子，不准人们为革命钻研业务，学习技术，在卫生部门大批“技术私有”，严重影响了卫生工作的发展，影响广大医务人员和赤脚医生为革命学习技术，走又红又专的道路。

坚决贯彻执行党的卫生工作方针是我们赤脚医生义不容辞的责任。我们要在党的领导下，以阶级斗争为纲，坚持党的基本路线，坚决与破坏党的卫生工作方针的阶级敌人斗，同修正主义卫生路线斗，要向广大群众宣传党的卫生工作方针，把方针政策交给群众，变为群众的自觉行动；要坚决响应毛主席关于“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的伟大号召，努力办好合作医疗，认真搞好爱国卫生运动，积极地预防和医治人民的疾病；要认真学习中医中药知识，努力发掘祖国医药学遗产，搞好中西医结合，充分发挥“一根针”、“一把草”在防病治病中的作用。我们赤脚医生要认真读马列著作和毛主席的著作，努力改造世界观，不断提高阶级斗争、路线斗争和无产阶级专政下继续革命的觉悟，为革命学习业务技术，在农村卫生革命实践中，坚定不移地贯彻执行毛主席的无产阶级卫生路线和党的卫生工作方针，为人民的卫生事业作出应有的贡献。

第二章　巩固和发展农村合作医疗制度

合作医疗制度和赤脚医生是无产阶级文化大革命运动中涌现出来的社会主义新生事物。一九六八年毛主席亲自批阅了上海川沙县江镇公社赤脚医生和湖北省长阳县乐园公社合作医疗两个典型的调查报告，热情赞扬和大力支持了社会主义的新生事物。在短短的几年时间内，合作医疗制度遍及全国，赤脚医生茁壮成长，农村缺医少药的严重状况有了很大改变，充分显示了社会主义新生事物具有无限强大的政治生命力。

农村合作医疗制度，是亿万群众在党的领导下，依靠集体力量，同疾病作斗争的伟大创举。它有利于从根本上改变农村缺医少药的状况；有利于巩固工农联盟，逐渐缩小三大差别，限制资产阶级法权，反修防修，巩固无产阶级专政。赤脚医生亦农亦医，既是劳动者，又是劳动人民健康的保护者，体现了劳动人民要知识化，知识分子要劳动化的前进方向。总之，办好“合作医疗”，培养“赤脚医生”是贯彻落实毛主席关于“**备战、备荒、为人民**”和“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的重要战略措施，是巩固无产阶级文化大革命胜利成果的一件大事，具有重大的现实意义和深远的历史意义。

在毛主席的革命卫生路线指引下，在各级党组织的正确领导下，我省农村合作医疗事业越办越好，越办越巩固。如何进一步办好合作医疗，各地积累的经验很多，综合起来，主要有

以下几方面：

1.以阶级斗争为纲，办好合作医疗

毛主席教导我们：“**千万不要忘记阶级斗争。**”办好合作医疗，必须狠抓阶级斗争这个纲。要结合农村卫生战线上的阶级斗争和路线斗争实际，坚持同阶级敌人斗，同修正主义路线斗，同旧的思想、旧的习惯势力斗，同资产阶级法权思想斗，同各种错误思想斗。只有坚持斗争才能进一步巩固和发展农村合作医疗制度。

2.加强党对合作医疗的领导

办好合作医疗，关键在领导，根本在路线。各级党组织，特别是农村大队党支部，要切实加强对合作医疗的领导。党组织要有专人管，并把合作医疗工作纳入党的议事日程，定期讨论、布置、检查；要加强对农村卫生机构的领导和赤脚医生的政治思想教育；要合理解决好合作医疗基金和赤脚医生的工分补贴问题；要建立和健全合作医疗管理机构和财务管理制度。

3.加强培养和充分发挥赤脚医生的骨干作用

赤脚医生是办好合作医疗的一支强大力量，是党支部的得力参谋。各级党组织要加强对赤脚医生的培养，充分发挥他们在巩固和发展合作医疗工作中的骨干作用。

赤脚医生首先要认真学习马列、毛主席著作，学好无产阶级专政理论，自觉地改造世界观，扎根农村干革命，做一个在无产阶级专政下继续革命的战士，热情支持社会主义的新生事物；赤脚医生贵在“赤脚”，要坚持参加农业集体生产劳动和集体分

配，做到不脱离劳动，不脱离群众，永远“赤脚”闹革命；要认真学习张思德、白求恩同志高贵的共产主义精神，学习李春华、覃菊英等模范赤脚医生的先进事迹，认真贯彻党的卫生工作方针，搞好群防群治，全心全意为人民服务；要为革命刻苦学习业务技术，搞好中西医结合，不断提高业务水平，沿着又红又专的方向前进，做一个深受贫下中农欢迎的赤脚医生，为巩固和发展合作医疗制度贡献力量。

4.认真贯彻预防为主的方针

“预防为主”是巩固和发展农村合作医疗的一项重要措施。做好预防工作，使人人精神振奋，个个身体健康，疾病减少，必将促进合作医疗制度的巩固和发展。我省除害灭病先进单位——衡阳县上峰公社，贯彻执行了“**预防为主**”的方针，做到了无病早防，有病早治，卫生面貌发生了深刻的变化。社员发病率明显下降，健康水平普遍提高，合作医疗资金年年有节余，合作医疗制度进一步巩固和发展。

5.坚持自力更生的方针

“自力更生”是我国社会主义经济建设的一贯政策，勤俭办事业是我党的优良传统。办好合作医疗，必须坚持**“自力更生”**的方针，发扬艰苦创业，勤俭节约的精神。做到三土上马（土法、土药、土方），四自创业（自采、自种、自制、自养中草药），大力推广使用中草药、新针、新医疗法，促进中西医结合。坚决反对铺张浪费、贪大求洋的坏作风。

6.建全财务制度，实行民主管理

合作医疗经费筹集，由民主协商，组织决定，定期收齐；

经费开支要有审批制度，合理使用，由同级会计管理；合作医疗管理小组，要定期清理账目，向群众公布；赤脚医生看病，必要的收费要有发票，账目要日清月结。只有建立和健全合作医疗财务制度，实行民主管理，才能保证合作医疗经费开支合理，使用得当，合作医疗事业才会越办越好。

几年来，我省农村合作医疗工作，虽然取得了很大成绩，积累了不少经验，但离华主席、党中央对我们的要求相差很远，与先进省市相比距离很大。我们必须在各级党组织的领导下，坚持以阶级斗争为纲，狠批修正主义，大斗资本主义，大干社会主义，继续沿着毛主席的革命卫生路线，进一步巩固和发展我省农村合作医疗制度。

第三章　搞好爱国卫生运动

第一节　大搞群众性爱国卫生运动

爱国卫生运动是毛主席亲自倡导的，是贯彻执行“**预防为主**”方针的根本措施。开展以除害灭病（如除四害，消灭虐疾、血吸虫病、钩虫病、钩端螺旋体病和丝虫病等）为中心的爱国卫生运动，关系到广大革命群众身体健康问题，有利于“**抓革命，促生产，促工作，促战备。**”具有消灭疾病，人人振奋，移风易俗，改造世界的伟大意义。

解放前，我国劳动人民深受三座大山的压迫，生活极度贫穷，居住条件恶劣，受着各种传染病的严重威胁。据不完全统计，1937年至1946年全国霍乱患者就在一百万人以上；血吸虫病蔓延十三个省、市，感染约一千万人，严重的疫区，家破人亡，情况十分凄惨。

解放后，在毛主席、华主席和共产党的英明领导下，广大革命群众，响应毛主席关于：“**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平**”的伟大号召，积极开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动，大搞农村“两管”、“五改”卫生工作的基本建设，为改造自然和社会，为消灭疾病作出了显著的成绩，并在很短的时间里，基本消灭了鼠疫、霍乱、天花等烈性传染病，

其他传染病的发病率也大大下降。全国广大城乡卫生状况不断改进，人民健康水平显著提高，人人精神振奋，充分显示了毛主席无产阶级卫生路线的无比优越性。

我省除害灭病先进单位——衡阳县上峰公社，无产阶级文化大革命前，由于刘少奇、林彪的“重治轻防”修正主义卫生路线的影响，造成污浊水塘多，臭水沟迭多，苍蝇蚊子多，传染疾病多。正是：人吃污浊水，夏天多痢疾，户户有臭沟，秋季多疟疾，脑炎流感年年有，“瘟神”就是刘少奇。经过无产阶级文化大革命，贫下中农掌握了医疗卫生大权，在公社党委领导下，在解放军卫生工作队的帮助下，以备战备荒为动力，动员广大干部和群众以移风易俗，改造国家的无产阶级革命精神，深入持久地开展“三管”（管饮水，管饮食，管粪便）“五灭”（灭苍蝇、蚊子、臭虫、老鼠、蟑螂），和“一清”（清理室内外环境卫生，“一服”（按季节服用预防常见传染病的中草药）为基本内容的群众性爱国卫生运动，全公社旧貌变新颜，成为全省的一面卫生红旗，广大贫下中农以自己的亲身体会，热情歌颂毛主席的无产阶级卫生路线是劳动人民的幸福线，生命线，愤怒批判刘少奇“重治轻防”，“重城市轻农村”的反革命修正主义卫生路线是劳动人民的灾难线，死亡线。

开展爱国卫生运动必须做到：

（一）依靠党的领导

建立和建全爱国卫生运动领导机构，搞好爱国卫生运动，关键在党的领导。农村党组织对卫生工作要高度重视，克服那

种“生产是硬任务，卫生是软任务”，“生产忙，卫生顾不上”的错误思想，提高执行毛主席的革命卫生路线的自觉性。赤脚医生要经常向党支部请示汇报，当好党支部的“参谋”。要在党组织的领导下，建立一个有领导、贫下中农，赤脚医生三结合的爱国卫生运动领导小组，具体负责，抓好爱国卫生运动这项工作。

（二）搞好卫生宣传教育工作，大搞群众运动

赤脚医生要遵照毛主席关于：**“我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争”**的伟大教导，经常深入地向广大群众进行卫生宣传教育。宣传毛主席对卫生工作的一系列光辉指示和党的卫生工作方针、政策，以及爱国卫生运动的伟大意义，卫生知识等。内容要深入浅出，通俗易懂。可采取群众喜闻乐见的多种多样的形式进行，如夜校讲课，田边、地头等地演讲，广播、座谈、标语、黑板报、卫生展览、文艺演出等。在进行卫生宣传教育工作的同时，要依靠卫生员、接生员和学校师生等力量，放手发动群众，大打人民战争，深入持久地把爱国卫生运动开展下去。

（三）紧密联系实际，做好几个结合

1.卫生工作与生产相结合 卫生工作与生产是互相促进的，那种“革命生产忙，卫生顾不上”的思想是片面的，错误的。各地的经验证明，卫生工作搞好了，必将促进革命和生产，各级党组织和赤脚医生要正确处理好革命、生产、卫生三者的

关系。革命生产越忙，越要搞好卫生工作，关心群众身体健康。要把除害灭病，“两管”、“五改”纳入农业学大寨、普及大寨县的规划和部署中去，使卫生工作与农业学大寨、普及大寨县紧密结合，与农业生产紧密结合。

2.突击与经常相结合 突击是大打歼灭战，经常是打持久战。应根据革命生产的情况，结合季节特点，四害孳生繁殖和疾病发生发展的规律，抓住一定的时机、季节和节日（元旦、春节、五一、七一、国庆节等），每年开展几次群众性爱国卫生突击运动，每次突击要因时因地提出不同的要求。在搞好突击运动的同时，要建立和健全一些切实可行的爱国卫生制度（或公约），使爱国卫生运动经常化。

3.治标与治本相结合 在搞爱国卫生运动的时候，要大力开展“两管”、“五改”为中心的农村卫生基本建设，从根本上改变农村卫生面貌，达到除害灭病的目的，这是治本。像拍打蚊蝇成虫，杀灭幼虫等，可以降低蚊蝇密度，减少传染病的发生与流行，这是治标。治标与治本相结合，才能完成“纲要”所规定除害灭病的任务，才能移风易俗，改造国家。

4.点、面结合 各级党组织和赤脚医生要遵照毛主席关于**“一定要抓好典型”**的教导，在开展爱国卫生运动时，要亲自动手，培养典型，树立样板。衡阳县上峰公社就是全省农村卫生革命的一面红旗，也是全省开展爱国卫生运动的先进典型之一。各地都要培养自己的典型，以点带面、点面结合。要定期检查评比，经常总结工作，及时表扬好人好事，组织参观学习，推广先进经验，把爱国卫生运动不断推向新高潮。

第二节　除四害

《全国农业发展纲要》中明确规定老鼠、苍蝇、蚊子、臭虫为四害，应予消灭。此外蟑螂、钉螺、虱等害虫均能传播疾病，也应予以消灭。

一、灭　　鼠

老鼠可以传播鼠疫、钩端螺旋体病、流行性出血热等多种传染病，而且损物、耗粮，破坏建设，对人类危害极大，因此必须消灭。灭鼠措施有：

（一）防

堵鼠洞、挖鼠洞，防止老鼠躲藏繁殖。

（二）捕

常用方法有：

1.用鼠夹、鼠笼、碗扣、石板压，水缸浮棚等机械方法捕鼠。

2.养猫捕鼠。

（三）毒

常用草药天南星、凉薯籽或安妥、磷化锌、鼠敌等药物制成毒饵，放置老鼠经常活动处进行毒杀。应注意晚放晨收，以

防止人和家禽误食中毒。

二、灭　蝇

苍蝇的发育经过卵、蛆、蛹、成虫四个阶段。它能传播伤寒、霍乱、菌痢、阿米巴痢疾及肠寄生虫病等，危害很大，必须采取综合措施将它消灭。

(一)消灭苍蝇的孳生场所

关键在于管好粪便和垃圾。经常保持厕所、粪坑、牲畜栏、垃圾堆及一切公共场所的清洁卫生，以杜绝苍蝇的孳生。

(二)灭蛆

可采取打捞后喂鸡鸭或用热灰闷死；也可用苦楝树叶、辣蓼、黄荆叶、号筒杆、枫杨叶等，将其切碎，每百斤粪便加入五斤，撒在粪面上；茶子饼研粉，每担粪中加入二两；6%可湿性六六六粉0.5克，散放在一平方米粪面上，均可杀蛆。

(三)灭蛹

把厕所、粪坑、牲畜栏等附近的松土压紧，或用生石灰、三合土将地面砸实，也可结合积肥挖蛹。

(四)灭成蝇

可用拍打、触杀、诱杀等方法灭成蝇。

1.拍打　发动群众人人拍，见蝇就打。

2.触杀 可用5%滴滴涕（二二三）或0.5%六六六乳剂喷洒苍蝇经常停留的墙壁上，每斤喷洒液可喷洒二十五至五十平方米面积，一至二个月内均有灭蝇效果，同时也可灭蚊。

3.诱杀 可用含糖或腥臭的食饵加入0.1%的敌敌畏或敌百虫配成毒饵，放在多蝇地点的上风诱杀，一次药效可维持三至六天；亦可用百部切碎，或用夹竹桃捣烂取鲜汁，均按10%的比例拌入食饵中诱杀。

三、灭　　蚊

蚊子的发育经过卵、孑孓、蛹、成虫四个阶段。它能传播疟疾、丝虫疾、流行性乙型脑炎等。因此，消灭蚊子对预防上述传染病，保障劳动人民身体健康，保护劳动力具有重要的意义。

（一）消灭孳生场所

可用翻盆倒罐、堵树洞、砍竹苑、填洼地、疏通沟渠等方法，消除积水，使蚊子无处产卵繁殖。

（二）消灭孑孓

1.清除水中和水边杂草，增加水流速度或实行水塘养鱼，使孑孓无法生存。

2.用麻布或纱布做网兜打捞孑孓养鸡鸭。

3.毒杀

（1）化学药物 滴滴涕乳剂3汤匙(30毫升)，加水6斤或

6%可湿性六六六粉2.5两，加水6斤，可喷15平方米水面。

（2）草药 蓖麻叶、辣蓼、苦楝皮、了哥王、黄荆、号筒杆等能杀死孑孓的药物，切碎撒在水坑中。

（三）灭成蚊

1.消灭越冬蚊 在冬季和早春消灭越冬蚊。

2.中草药 用苦楝皮、艾、青蒿、蓖麻叶、辣蓼、樟树叶、黄荆等拌干草点燃烟熏、进行灭蚊驱蚊。

3.化学药物 敌百虫、六六六、敌敌畏等。用法：50%敌百虫液每五十立方米用一至二汤匙，拌在木屑或糠壳中，关闭门窗，点燃烟熏约半小时左右。六六六粉可按每五十立方米用药粉一汤匙，撒在瓦片或铁片上，在瓦片或片下点火燃烧以蒸发，一至二小时可灭蚊。

此外，用0.1%敌百虫溶液或0.1%敌敌畏乳剂2～4毫升/立方米进行喷洒，也可收到一定的效果。喷洒时切勿污染食具，防止人畜中毒。还可以发动群众在清晨或黄昏蚊子成群飞舞时，用涂有肥皂的脸盆扑杀成蚊。

四、灭 臭 虫

消灭臭虫必须结合爱国卫生运动，人人动手，反复扫荡，才能把它彻底消灭，常用以下方法。

（一）消灭孳生场所

可用桐油调石灰将缝隙密嵌，在油灰中加入1/5的六六六或

滴滴涕则效果更好。

（二）热杀

衣褥、床板、床架、草席等可用开水烫洗或太阳光下暴晒，经常翻动捕打。

（三）毒杀

5%滴滴涕乳剂、10%敌百虫液、0.5%敌敌畏、0.5%六六六、10%辣椒煎液，2%百部煎液，3%闹羊花浸液（浸二十四至三十六小时）等，任选一种喷洒床面或用毛刷蘸药水涂臭虫栖息缝隙。

五、灭　蟑　螂

蟑螂传播菌痢、伤寒、结核、蛔虫病等。消灭蟑螂的方法有：

（一）防止蟑螂孳生

搞好环境卫生，特别是厨房、食堂等地要经常清扫；抽屉、锅灶、碗柜等要经常洗刷干净；堵塞地板缝隙及墙缝，使蟑螂没有藏身和繁殖的地方。

（二）消灭成虫

可用90%敌百虫一汤匙(约 8 克)，加水半斤，喷洒在蟑螂躲藏的地板缝隙及墙缝内，用1%敌百虫拌和诱饵(注意勿污染

食品）或用“杀蟑螂片”（市售杀蟑螂片用硼砂、面粉、红糖、玉米粉、香料制成）放在蟑螂躲藏和经常出入的地方、效果较好。

六、灭　　虱

人虱分体虱、头虱和阴虱三种，能传染斑疹伤寒等传染病，危害最大的为体虱。灭虱的方法有如下几种：

（一）防虱

最主要的方法是勤洗澡、勤洗头、勤换衣、勤洗晒被褥等。

（二）灭头虱

数量不多者用篦子篦下，有虱卵可用食醋加热到27～30℃后润湿冲洗头发，使卵软化再篦下，然后用热水肥皂冲洗。如头虱太多，最好将头发剃光；也可用百部一两加70%酒精（或50度白酒）一斤浸1～2日，擦湿头发根部，再用毛巾包裹1小时即能杀灭，或用5%滴滴涕，每次10～15克撒布头发用毛巾包裹过夜篦洗。

（三）灭阴虱

剃光阴毛或用上述百部、滴滴涕杀灭(方法同上)。

（四）灭体虱

1.将有虱衣物煮沸10分钟。

2.用开水洗烫淹没有虱衣物15分钟。

附：可作杀虫剂的野生植物表

名　称	别　名	用　途	使　　用　　方　　法
黄　荆	土常山 姜子叶 荆巴柴	驱蚊灭蛆及孑孓	将叶及嫩枝晒干研末，制成蚊烟熏蚊，也可晒干烧灰或捣碎灭蛆及孑孓
土荆芥	臭藜蒿 虎骨香 虱子草	灭蛆及孑孓	将花及叶用开水浸一昼夜，制成 5%的溶液能灭孑孓，或将全草切碎撒入厕所灭蛆，晒干可以熏蚊
苦　参	牛　参 地　槐 苦　骨	灭蛆、孑孓及毒鼠	将根切碎，热水浸二昼夜，制成 5%的溶液可杀灭孑孓及蛆，或将根、茎、叶磨碎和粪拌匀，一担粪加2000克灭蛆的效果很好。可将根切碎，每份加 3 份水煮40分钟，滤去渣，与食物各一份搅拌制成毒饵毒鼠
茶　枯	茶子饼	灭蛆及孑孓	每担粪加茶子饼 80—120克，用力搅拌，或加 5%浸出液灭蛆及孑孓效果很好
青　蒿	香　蒿 黄花蒿 菊叶青蒿	灭蛆、孑孓及蝇	切碎撒入粪坑灭蛆，用量根据厕所大小用 2—5公斤。5—10%的水浸液可灭孑孓。晒干烟熏可灭蝇。做成毒饵能毒家蝇
天南星	天老星 山棒子 蛇玉米	毒鼠、灭蛆及孑孓	切碎浸泡，其浸液作毒饵能毒鼠。5%浸液能灭蛆、孑孓或将切碎的全株直接投入粪坑灭蛆
毛　茛	毛芥菜 野芹菜	灭孑孓及蛆	5%浸出液能灭孑孓，或用全草切碎，捣烂，撒在粪坑里，根据粪坑大小用 1—5公斤能灭蛆

续表

名　称	别　名	用　途	使　　用　　方　　法
苦　楝	苦楝子树	灭蛆、孑孓及熏蚊	根、皮、花、果、叶均有效。可用花、叶捣碎放入粪坑中灭蛆，每担粪加500克（花的效果比叶好）。根皮或枝皮切碎制成5%水浸液能灭孑孓。种子切碎煮15分钟，再浸二昼夜能灭孑孓。用苦楝根皮，果实、花及柏子、菖蒲各50克研细熏蚊
闹羊花	搜山花 羊踯躅 大黄花	灭蛆、孑孓	新鲜花或叶切碎，按2.5%加入粪坑内，或用晒干花研碎加200—250克于粪坑灭蛆。5—10%煎液亦能灭蛆，将花捣烂做成浸液灭孑孓
号筒杆	泡通珠 博落回	灭蛆、孑孓、毒鼠	新鲜号筒杆捣碎或配成30%浸液加于粪坑内，或将叶茎晒干制成粉，每担粪撒500克灭蛆，根1000克
辣　蓼	辣蓼草 水　蓼	灭蛆、孑孓及蚊	新鲜全草切碎，每平方米粪坑用5公斤灭蛆效果好。用5%的浸出液加0.5%煤油灭孑孓的效果很好。用辣蓼烟熏能灭蚊
艾	艾　蒿 黄　草	驱蚊、灭蛆	切碎加入粪坑内，能灭蛆、或搓成绳状烟熏蚊蝇
打破碗花花	野棉花 铁　蒿	灭蛆及孑孓	在粪便中按10%的用量加入捣碎的全草，能灭蛆。按2%的用量加入水中能灭孑孓

附：常用除害药物的使用配制方法简表

对象	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
灭蛆	90%敌百虫	药8克加水16斤	可喷16只粪缸	天热时，每周检查二次，见蛆下药，先搅碎粪便后下药，每只粪缸喷一斤水溶液，天冷时，药量加倍。	蛆一般在一天内死亡，并能杀灭飞来的成蝇。
	6%666可湿性剂	药8两加水16斤			
灭孑孓	25%223乳剂	药3匙（30毫升）加水6斤	喷15平方米水面	天热时，每周检查1—2次，发现孑孓后下药，水面有悬浮物要捞掉，每平方米水面喷200毫升，鱼塘内不准喷223、666，只能喷敌百虫，敌敌畏，天冷时药量加倍，稻田每亩用666粉6两至一斤或敌百虫半两，装在布袋内，悬挂在进水口的水面下，药即随水流入田内，能消灭大量孑孓	孑孓一般在一天内死亡。
	6%666可湿性剂	药6两加水15斤	喷40平方米水面		
	90%敌百虫	药半两加水16斤			
灭蚊蝇	90%敌百虫	药16克加水16斤	喷洒80平方米	在多苍蝇场所或绿化地带重点喷洒。	接蚀或舔食后即死。
	80%敌敌畏乳剂	药1毫升加水1斤	可喷20平方米	喷洒地面四周，关闭门窗半至一小时，天冷时药量加倍。	接蚀熏蒸半至一小时死亡。
	25%223乳剂	药1斤加水9斤	可喷50平方米	喷洒墙壁表面或蚊蝇经常栖息场所作滞留性喷洒。猪牛棚傍晚时喷洒最佳。	几小时死亡。
	10%666乳剂	药1斤加水9斤			
	80%敌敌畏乳剂	药1毫升	熏蒸40立方米	关闭门窗，将药水滴在小纸上暗火燃烧、熏半小时，天冷时，药量加大一倍。	半至一小时死亡。

续表 1

对象	药品名称	配制比例	用量标准	使用方法	杀虫效果
毒蝇点	90%敌百虫	药半克加水1斤	分配5个毒蝇点	每个毒蝇点用饵一斤，加药水2两，每天翻动二次，保持潮湿，3—7天换饵一次，放在多蝇地点的上风向。	吃后即死
毒蚊缸	90%敌百虫	药1克加水9斤	缸的容量三分之一	诱蚊缸设在屋前屋后，避风有阳光及绿化地带，天热每周加药一次。	吃后即死
灭臭虫	6%666可湿性剂	药半斤加水半斤至一斤	均匀涂在缝隙	用刷子涂在缝隙，细致不漏。	
	90%敌百虫	药8克加水0.5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。	几小时到几天死亡。
	80%敌敌畏乳剂	药2.5毫升加水1斤	喷在臭虫栖息场所		
	25%223乳剂	药1斤加水4斤	可喷25平方米		
灭鼠	磷化锌	药2克—3克加食饵97—98克混合	制成毒丸200粒，分为40—60堆	鼠的栖息洞、跑道，根据实际情况来放堆数，每堆3—5粒。	吃后几小时到几天死亡。
灭蚤	6%666可湿性剂	药10克加细土1两(50克)	可撒1平方米	每月一次撒播在猫窠、鼠洞、床下及阴暗角落。	

续表 2

对象	药品名称	配制比例	用量标准	使　用　方　法	杀虫效果
灭虱	80%敌敌畏乳剂	药3毫升浸粉笔1支	可供2—3人衣服灭虱	用粉笔在有虱衣、被上每隔三寸纵横划线，衣缝补划，划后折起来放置二小时以上。	能杀虱子对虱卵无效。需7—10天，重复2—3次，划线的衣服穿在身上效更佳，但不能贴身穿，对此药有过敏者不能穿，以防中毒。
		药2.5毫升加水1斤（二茶杯）	同上	混合后喷洒在衣服、草垫、草席上(每平方米20毫升)再卷紧放置二小时。	
	1%666粉或10%223粉		每条草席、草垫用半两左右	均匀撒布在草垫、草席缝隙内或夹层中间及背面。	撒药后仍垫在床上，接近人体温度杀灭效果较好。
虱	百部酒	中药百部一两加70%或高50度酒1斤　浸1—2昼夜	可供8人湿透头发用	用百部酒擦湿头发根部再用毛巾包裹1小时后蓖洗头发（灭阴虱涂擦阴毛根部）	效果好，能一次杀灭虱子及虱卵

第三节　“两管”“五改”

“两管”（管水、粪）、“五改”（改水井、厕所、畜圈、炉灶、环境卫生）是农村卫生基本建设，具有消灭疾病，人人振奋，移风易俗，改造国家的伟大作用，是落实毛主席关于“预

防为主”、“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平”的伟大教导的重要措施，是实现《全国农业发展纲要》的组成部分。“两管”、“五改”搞好了，有利于控制和消灭许多危害人民的严重疾病，保护人民健康；有利于广辟肥源，提高肥效，促进农业生产的发展；有利于防止农药和其他有害物质的污染，保护环境卫生，搞好战备；有利于除四害，从根本上改变农村卫生面貌，建设社会主义新农村。因此，要把“两管”、“五改”作为农业学大寨的一项内容，纳入农业学大寨的规划，长期坚持下去。

一、管水与改建水井

水是人民生活不可缺少的物质，也是许多传染病传播的重要途径。因此，管好水源，不但可改善人民生活条件，同时也是杜绝许多传染病流行的重要措施之一。

管水，主要是大力提倡打卫生水井，取地下水为饮用水源；确实不能打井的村庄，要修建河(塘)砂滤井，改善饮用水源；有条件而又居住集中的村镇，应逐步修建简易自来水厂。对原有倒塌、破漏的水井进行维修或改造。以下介绍几种打井方法。

(一)选好水源

选择水源是保证水质水量的重要措施之一，应注意下列几点：

1.水量充足；

2.水质良好，清彻透明，无色无味；

3.方便群众，不要离屋场太远；

4.水源卫生条件好，周围无污染源。

（二）水井的结构及卫生要求

水井一般由井台、井壁和井底等组成(图 3 — 1)。

1.水井周围一般在30米内不得有污染源，如渗漏厕所、污染水坑、垃圾堆、牲畜栏等。

2.井台应高出地面30～50公分，由内向外有一定倾斜度，周围设有排水沟，以免积水倒流或渗入井内。在井口以外 1.5 ～ 2 米范围内，以粘土分层夯实，表面铺一层碎砖或小石块，以水泥砂浆抹平。

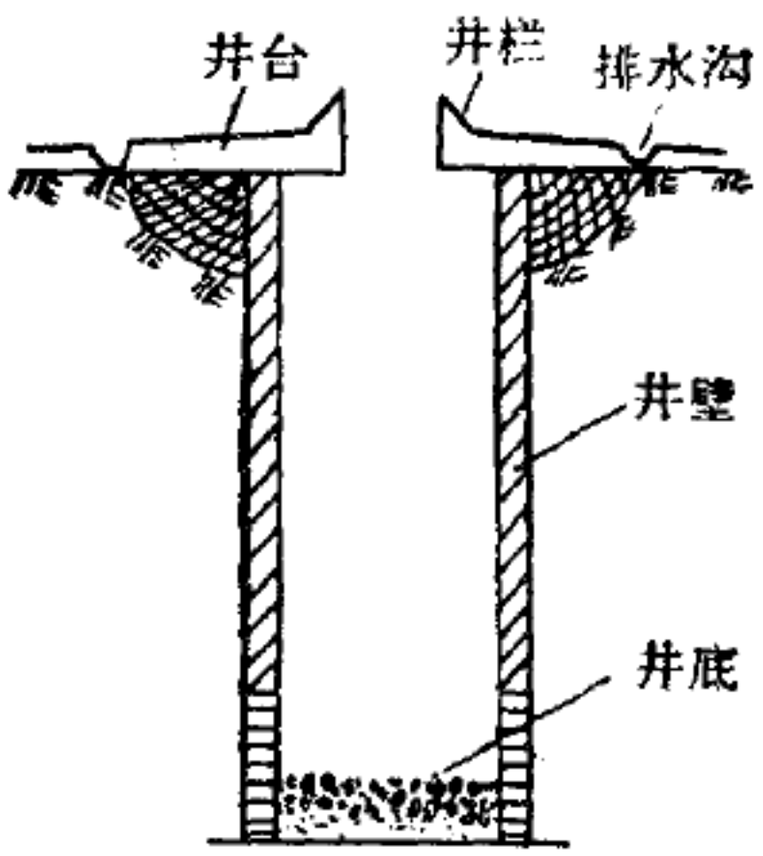


图 3 — 1　水井示意图

3.井栏应与井壁、井台严密结合，高出井台约10公分，做成内高外低的斜坡。

4.井壁要求严密坚固，防止井内外水互相渗漏。

5.井底铺20～30公分厚河沙，上面再铺10公分厚碎石。

6.井口要小，可修成直径80公分的圆形口，便于加盖密封。

（三）江、河、湖、塘水的改良方法

1.岸边自然渗透井　是利用地层泥沙自然过滤。因此，井址应选在距岸边 5 米以上的地方。距离远近应按地层土质渗透

力强弱而定。井底应比最低枯水位低 1 ～ 2 米，以保证有足够水量。

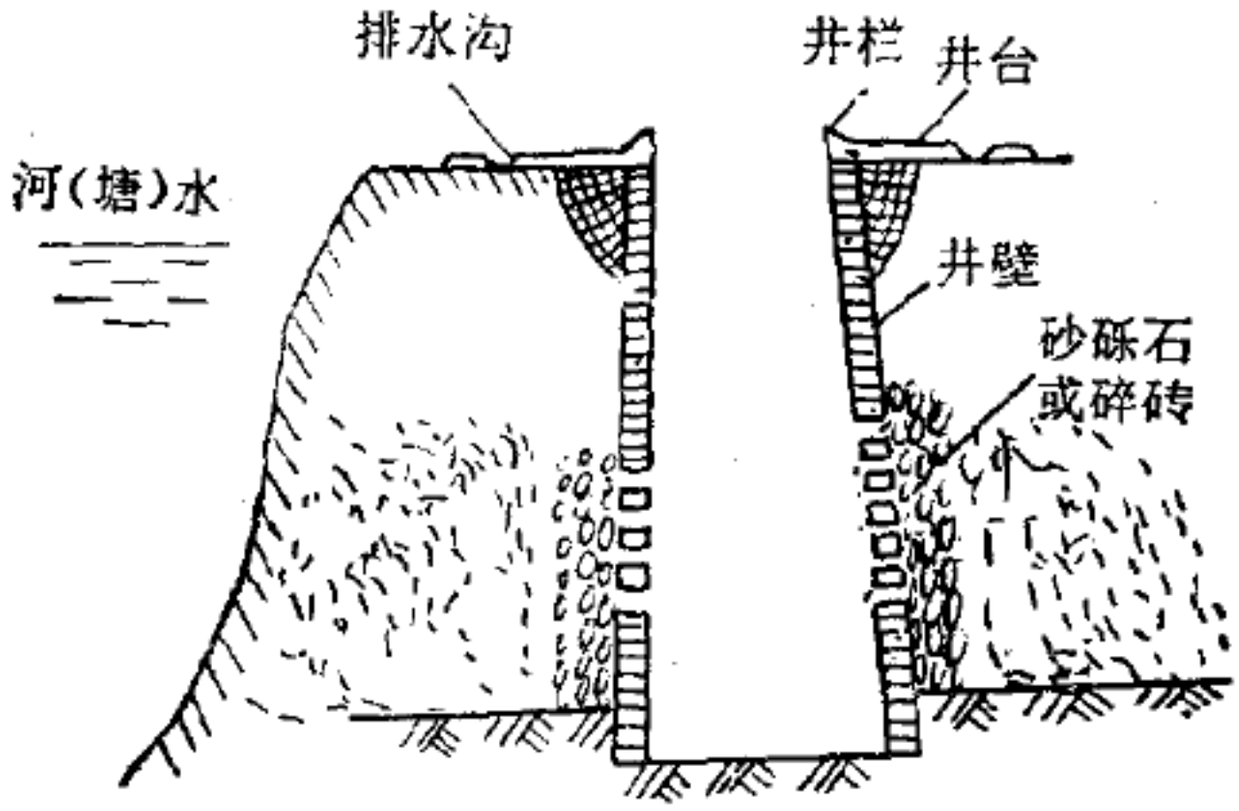


图 3 — 2　岸边自然渗透井

2. 岸边砂滤井　是在河、塘岸边打井，并在井旁铺设一道砂滤层，达到改善水质的目的。有如下三种形式：

（1）直滤式井(图 3 — 3)：适用于水位变化不大的情况，由上而下过滤，可建在岸边，用管道引水入井。

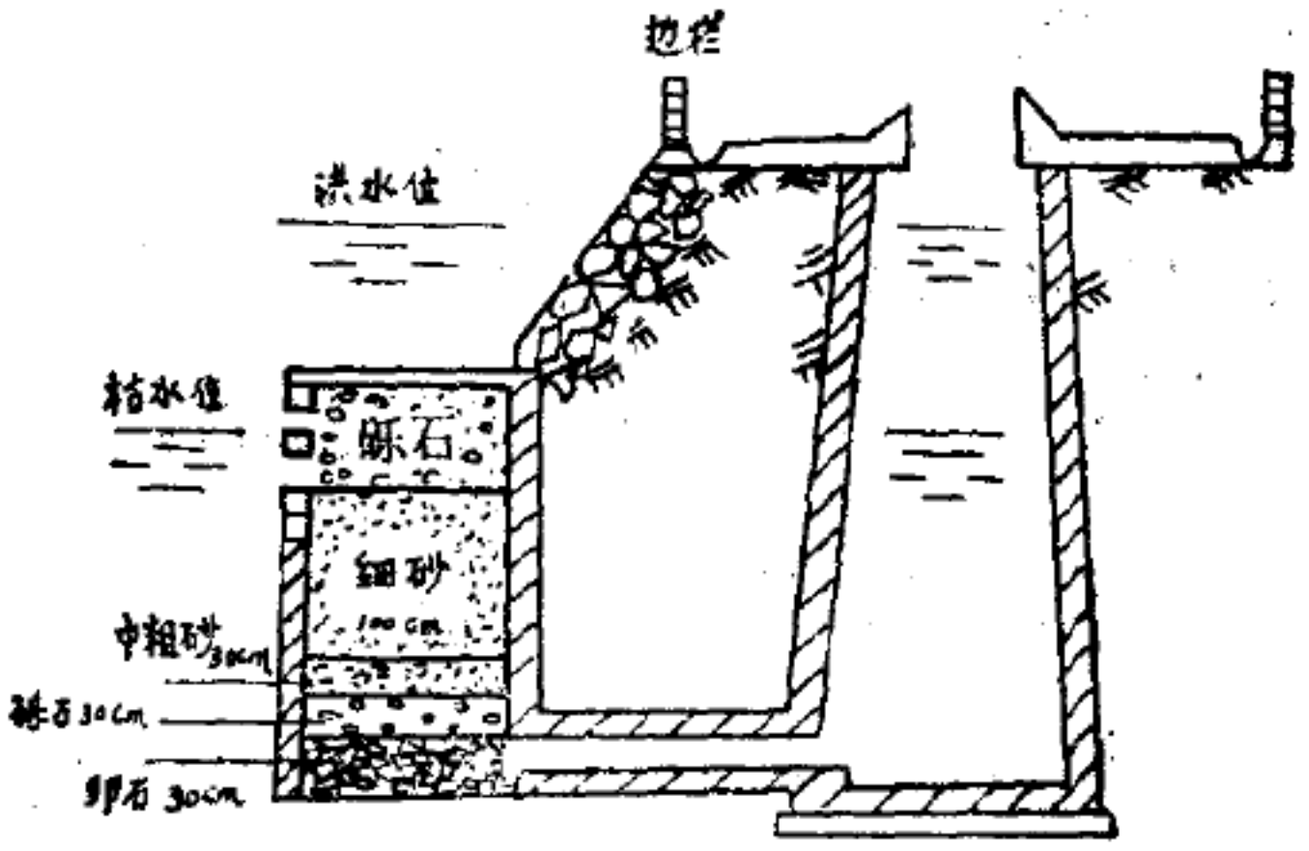


图 3 — 3　直滤式井

（2）**倒滤式井**(图 3 — 4)：过滤层放在井内，水源用管道引进。

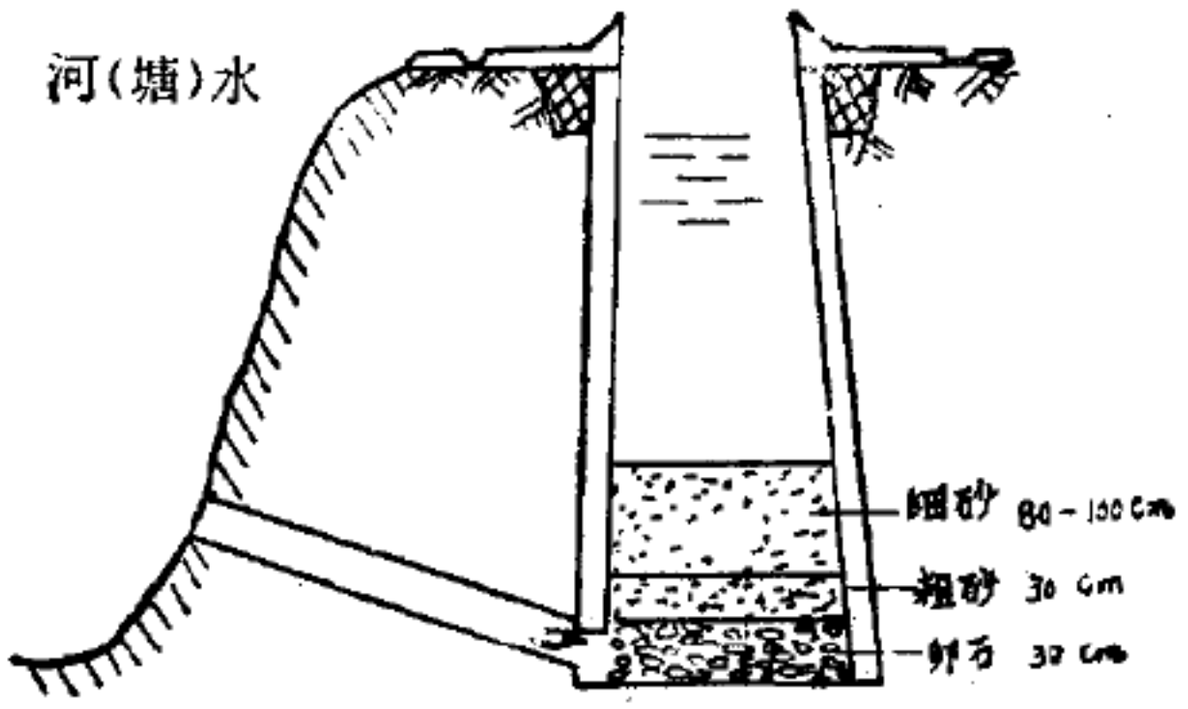


图 3 — 4　倒滤式井

（3）**横滤式井**(图 3 — 5)：滤道深度必须在枯水位一米以下，才能克服过滤层的阻力。

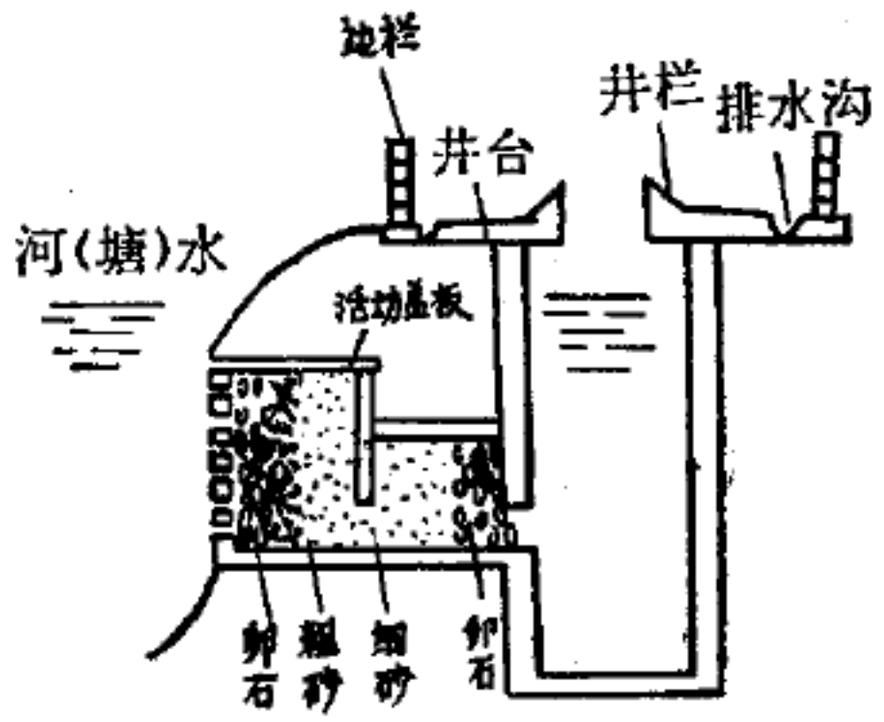


图 3 — 5　横滤式井

（四）泉水的保护

泉水是一种很好的地下水，一般不需处理即可饮用，但应加强保护。

1.彻底清除泉井周围污染源；

2.建立泉水池；

3.有承压的泉水，可修承压泉水池(图 3 — 6)；

4.在山区有自然地势的泉水，可用竹管将水引到屋场。

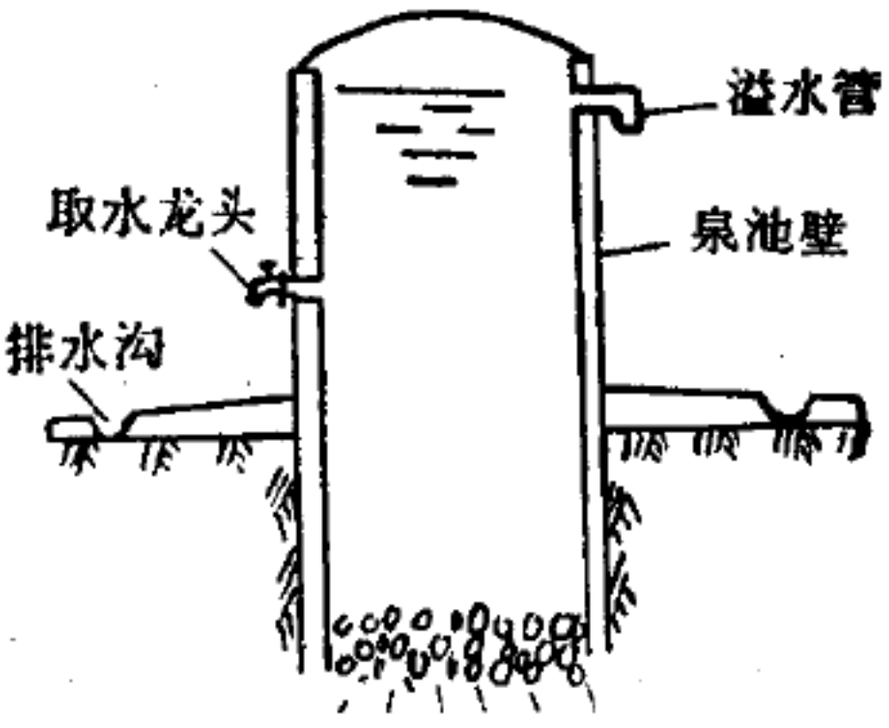


图 3 — 6　承压泉水池示意图

二、管粪与改建厕所

粪肥是农业生产上不可缺少的肥料，但若管理不好，不但粪便会流失，而且蚊蝇孳生，也会造成肠道传染病和寄生虫病流行。因此，管好粪肥不仅可多积肥，积好肥，保肥效，多打粮，同时也可预防疾病，保证人民身体健康。

管粪，重点要抓好改建厕所，对粪便进行无害化处理。生产队一般应建立公共厕所，居住分散的村庄要改建好家庭厕所。粪便无害化处理方法较多，当前主要是推广三格化粪池和沼气池。城镇粪便一定要经过无害化处理后才能送到农村去。

改厕所，是为了处理好粪便，提高肥效，防止苍蝇孳生，杀灭病菌和寄生虫卵。

(一)厕所的卫生要求

1.厕所必须远离水源，不要靠近厨房，以南北座向为好；

2.粪坑必须严密不漏，并有足够容积；

3.粪坑必须设有防蛆线，两侧用双墙砌到瓦下，瓦上用砖砌成排气筒以除臭味，开设足够门窗以保证充分通风换气；

4.厕所必须经常打扫，保持清洁卫生；

5.厕所、猪栏、牛栏、沼气池四者可结合起来，以达到粪便无害化处理。

(二)几种厕所的建筑方法

1.公共厕所 在人口集中而又有条件的地方，可修建公共

厕所（图 3 — 7）。

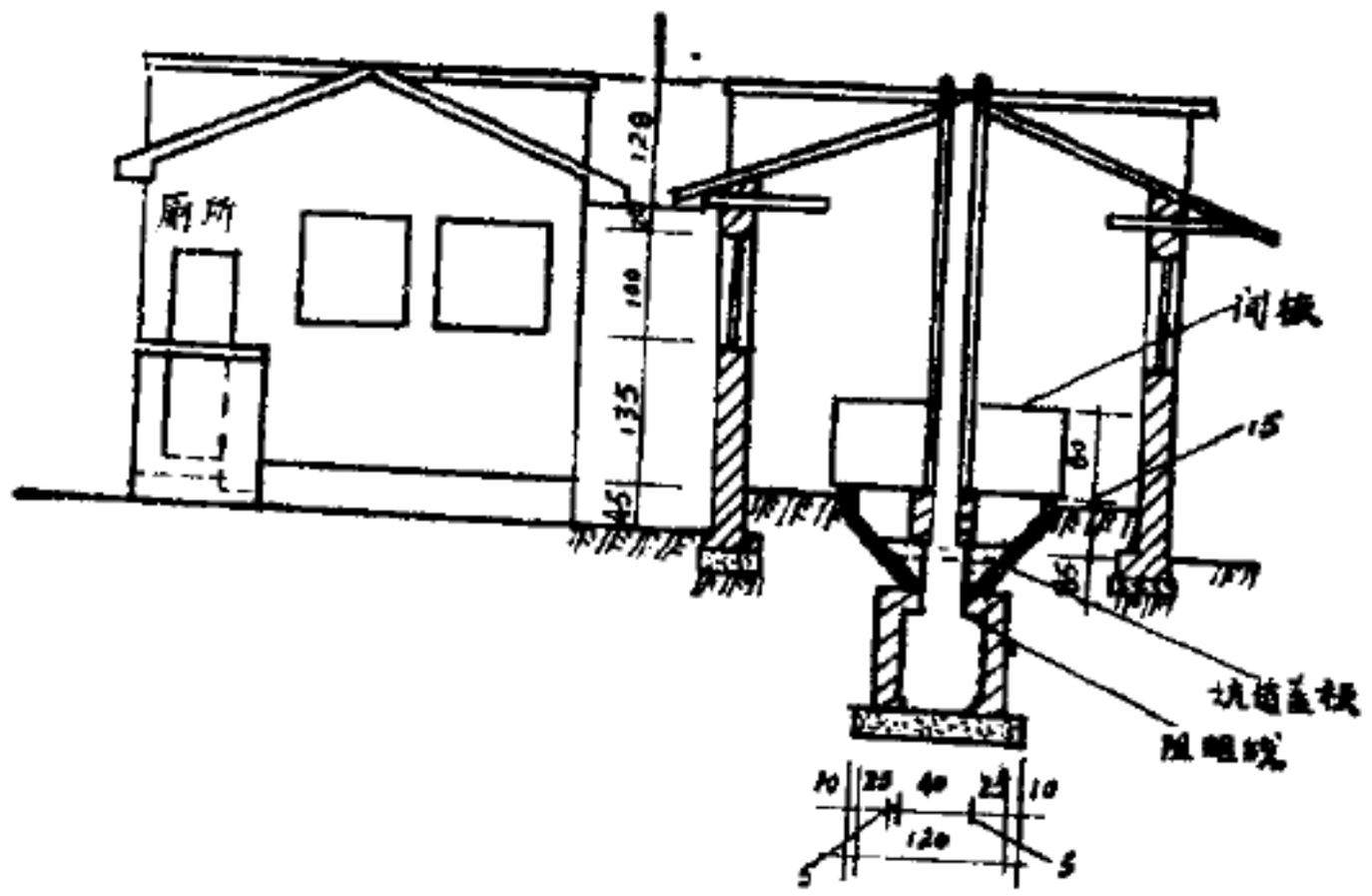


图 3 — 7　农村公共厕所示意图

2.缸或木桶式厕所

（1）将粪缸深埋 1 ～1.5米，上面用砖砌成滑粪槽和掏粪

口，掏粪口和蹲坑必须加盖。此外还可砌一排臭气筒(图3—8)。

（2）将粪桶深埋1～1.5米，两边用石条搭盖，再垫三砂(图3—9)。

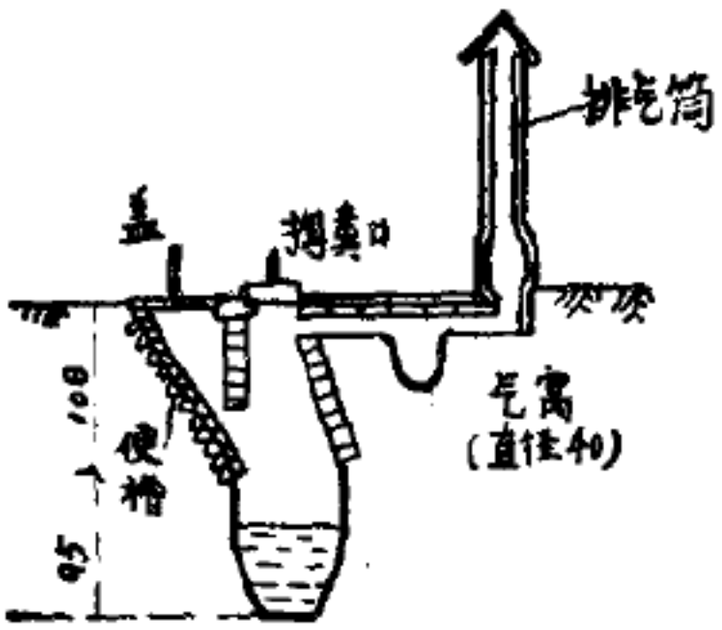


图3—8　改良缸式

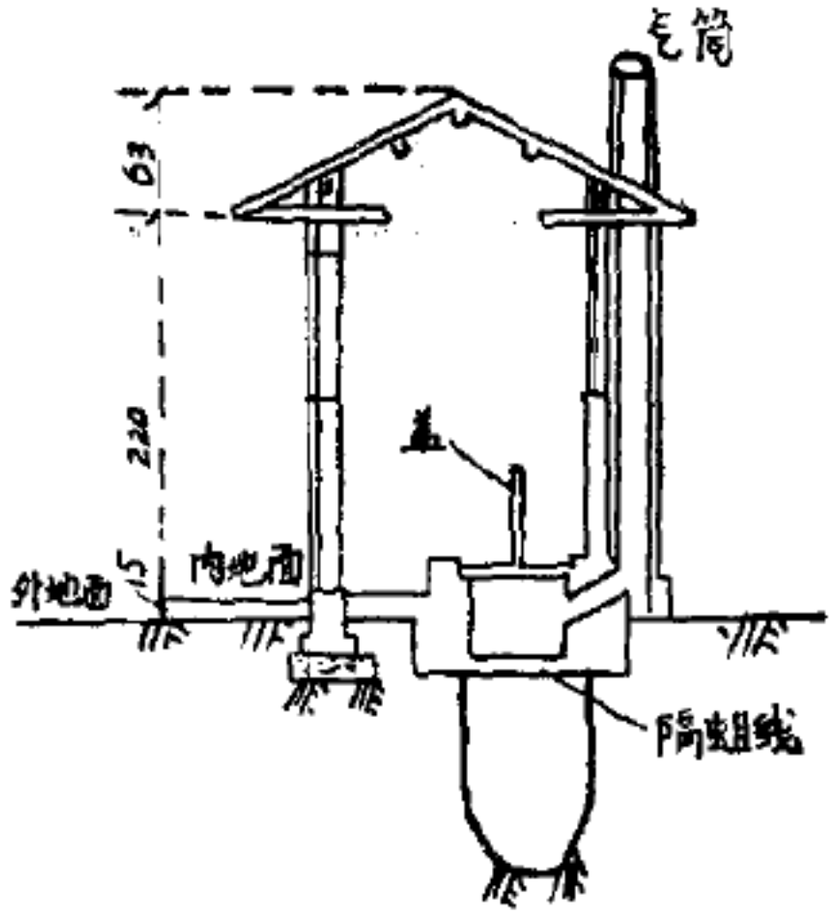


图3—9　家厕（缸式）

(三)粪便无害化方法

农村人、畜粪便无害化处理主要推广沼气池、粪便密封发酵池、三池沉卵粪池等。

1.粪便密封发酵池

池的大小根据生产队的人数来决定。如一个生产队有120人，修建两个每个能容纳180担粪的密封发酵池轮替使用(图3—10)。

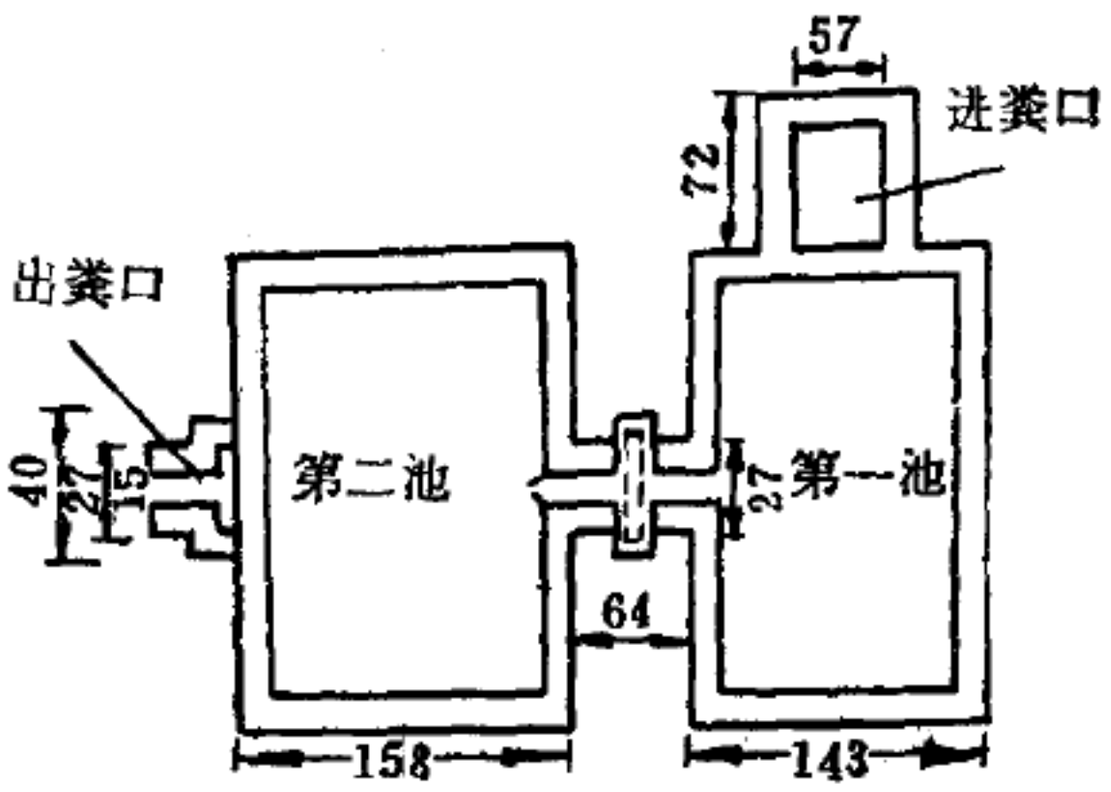


图3—10　粪便密封发酵池

建池方法：挖好池坑后，池壁用砖砌水泥沙浆抹面或三砂灰壁，上用条石盖封或用砖砌拱。留倒粪口和掏粪口，但必须有盖密封。为了取粪方便，也可利用自然地形，将粪池建在有一定坡度的地方，安设闸门将腐熟后的粪液放流。或两个单池之间设闸相通，粪便在第一池腐熟后，打开闸门放入第二池待用。

2.三池沉卵发酵池 粪池分为三池，第一池底40公分高处流入第二池，第二池由一米高处进入第三池，两池间连通孔为20公分直径方口。第一池的容积不少于8天的产粪量，第二池容积为2～3天产粪量，第三池主要起贮存作用，容积大小根据当地用肥情况而定，一般以20～30天的产粪量为宜。倒粪口、出渣口、掏肥口都应加盖密封(图3—11)。

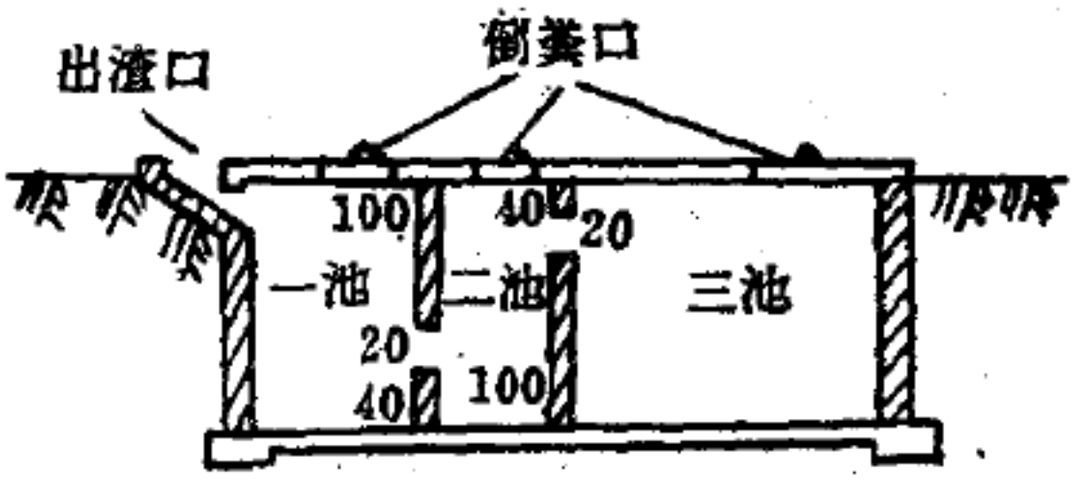


图3—11 三池沉卵发酵池

3.混合发酵堆肥方法 大体可分为备料、合料、装坑或堆积、泥封四个步骤。根据各种肥源，确定肥料比例后，将土硬块和牲畜粪搓碎，秸杆切碎一寸半左右可合料，按比例充分搅拌均匀后进行装坑或堆积，待坑满或堆积到一定体积即可泥封、泥封二寸厚，以利保肥防蝇。

混合发酵堆肥的堆肥形式，根据不同季节采用不同的堆积形式。根据各地经验介绍，堆积形式大体有以下四类：

(1) **深坑堆肥法**：平地挖个大坑，坑一般长一丈五尺、宽

六尺、深五至七尺左右，坑壁坑底砸实或用砖、石砌成。将拌好的料装填至接近地面，盖土三寸。其含水量在百分之八十以上，坑面经常处于积水状态。其特点是通气不良，依靠厌氧性细菌进行分解作用，故温度较低，一般在20℃左右，夏季稍高，可达35℃以上，腐熟和达到无害较慢，约需二个月；氮素挥发损失少，积累腐植质较多，这种方法简单、省工、除冬季外，春、夏、秋季均可采用。

(2) 半坑通气堆肥法：平地挖坑，坑一般长五尺、宽三尺、深三尺(也可挖圆形坑)，在坑底和四面坑壁中间，挖宽、深各四寸的长沟，形成十字，上铺一层短稻草，在十字沟交叉处，竖立直径四寸的长稻草把，然后装填合好之堆料，至高出地面二尺泥封，即为半坑式。俟封泥干燥后，抽出中间稻草把，形成通气道。这种方法约经25天腐熟，适合于春、夏、秋三季。在秋末及冬季，外界气温较低，为了保温，将合好之料填至地面相平(不高出地面)。雨季为了防止雨水，在通气口周围开排水小沟。

(3) 平地通气式：平地用砖(坯)垒成或挖成十字沟，宽、深各四寸，长五尺，沟上面盖短稻草，沟交叉处竖立直径四寸的稻草把，然后将合好之料在沟上堆积，高度约三尺以上泥封，成为底宽上窄的梯形，封泥干燥后抽出吸收幅射热，温度上升快，约经20天即达腐熟。

(4) 平地抽竿通气式：选择平坦场地，按宽五尺至一丈，长二丈左右，将混合均匀的料堆积至二尺，将顶推平，在上面每隔三尺横摆大竹竿（或杉杆）一根，两头露在堆外，在每根

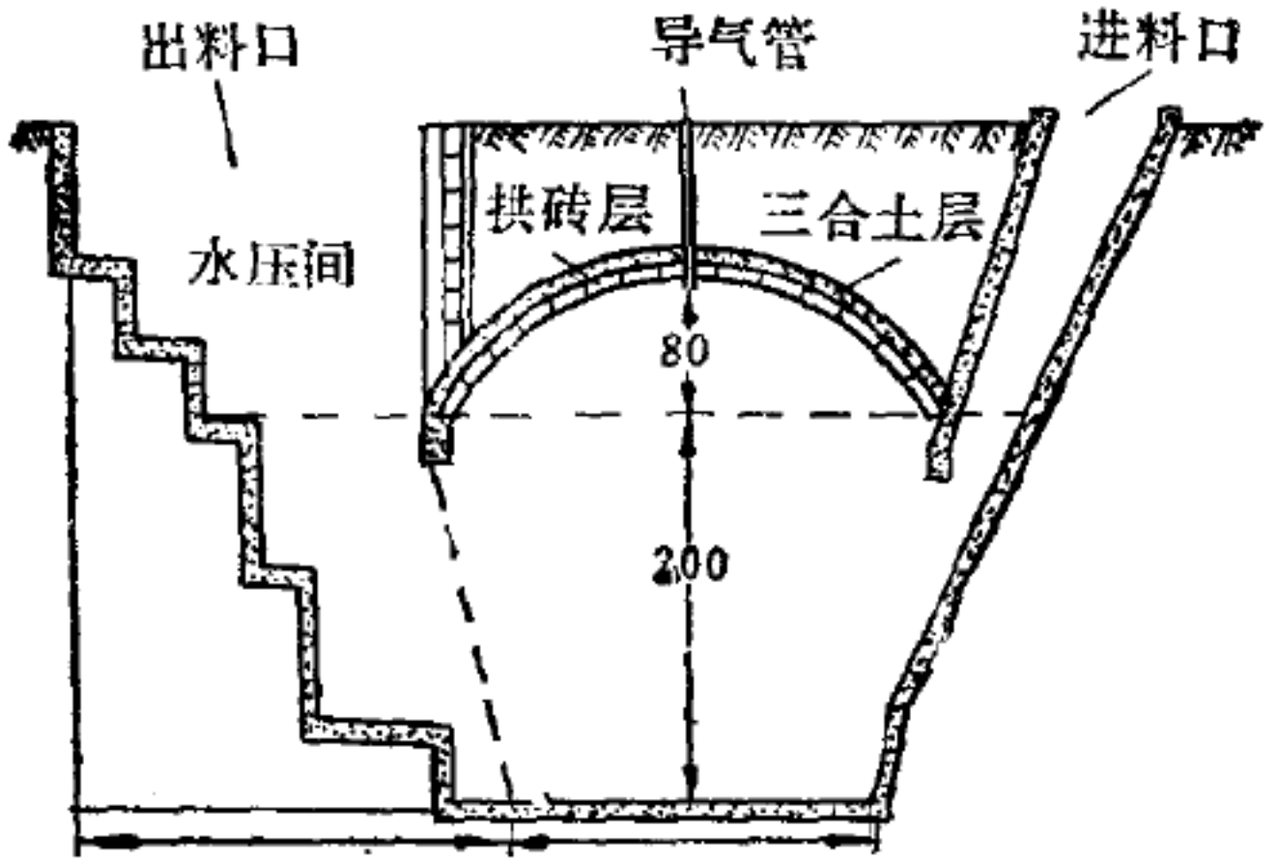
横杆上再竖立竿一根，间距亦为三尺(用堆料固定立竿)。然后继续在上面堆积原料，高四至六尺左右，成为长方梯形泥封，封泥干后，抽竿通气。本法适用日产粪肥较多地方，其特点与平地通气式相同。如堆料少，不能一次堆成，可逐日延长，但须注意每日泥封。

三、改畜圈与建沼气池

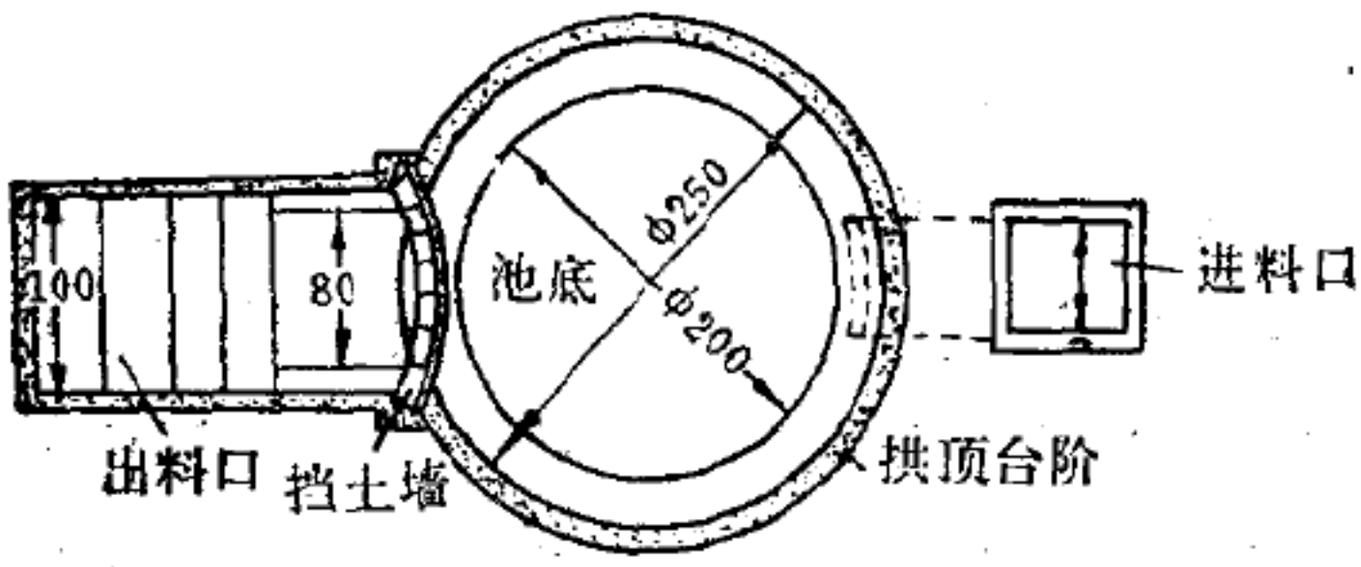
为了便于管理和积肥以及改变农村卫生面貌，集体和私人新建猪(牛)栏时，都要注意符合卫生要求；对原有不符合卫生要求的畜圈，也要统筹规划，分期分批，加以改建，使之符合卫生要求。

猪牛等牲畜圈栏，宜单独建筑。地点应远离饮水源，注意防寒、防雨。圈栏的地面用砖、石或灰砂三合土等不透水材料建筑，并有一定的坡度，斜向排粪沟或集粪池，以利清扫或排除粪尿。集粪池应建在栏(圈)外，这样可将圈栏内的粪尿及时清除入集粪池内，以保持圈内的卫生。集粪池用不透水材料砌筑，作到不渗不漏，以防粪肥流失及污染水源，池上应加盖，以利贮肥。

人畜粪便和杂草在厌氧条件下，经厌氧菌的作用，可使有机物分解产生沼气。沼气可用来生火、点灯。大办沼气，不仅能节省燃料，提高肥效，而且可杀灭病源微生物和寄生虫卵，达到粪便无害化的目的。因此，必须大力推广，沼气的结构与建造，详见图(3—12)。



剖面图



平面图

图 3—12　沼气池施工图

四、改　　灶

为了省柴、省时间、防烟、防尘、减少眼的疾病，对旧式烧柴灶应改建。烧柴灶应有烟窗，保持室内无烟、无尘，清洁卫生。目前我省推广一火多用省柴灶（图 3—13）。

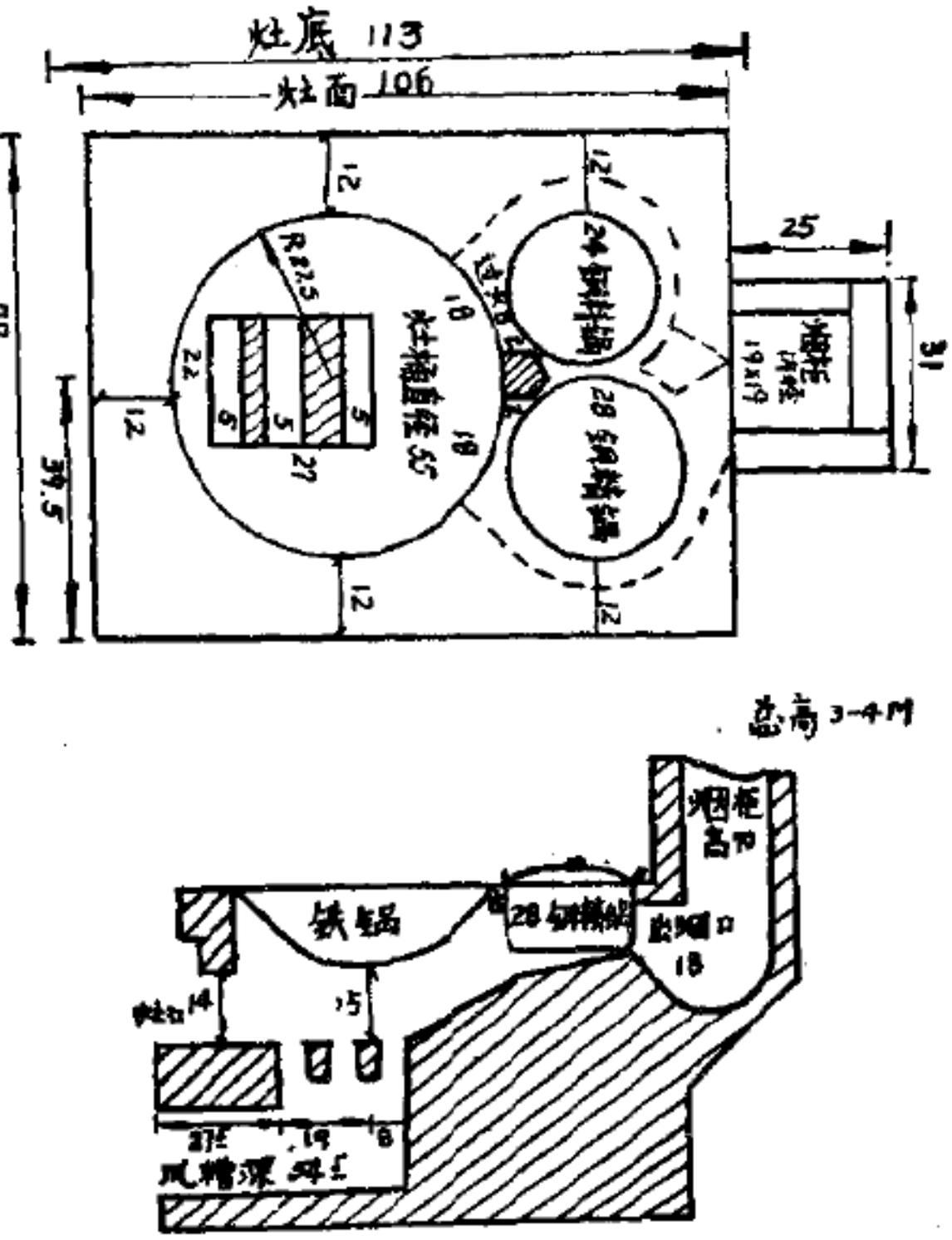


图 3 —13　一火多用省柴灶

五、改　环　境

居住环境是社员学习、生活和批判修正主义的主要场所，也是疾病传播、流行的地方。良好的环境，不但可减少疾病的发生和传播，同时也可使社员人人振奋，个个健康，精力充沛，为社会主义革命和建设贡献更大的力量。因此在新建居民点时，不但注意建筑物的设计和安排，更应重视环境卫生和绿化。对不合卫生要求的旧住宅，应统筹兼顾，分期、分批加以改建。

第二篇　中医中药

第四章　阴　　阳

伟大领袖毛主席教导我们："**辩证法的宇宙观，不论在中国，在欧洲，在古代就产生了。但是古代的辩证法带着自发的朴素的性质**"。阴阳学说正是我国古代带着自发、朴素的唯物论，并具有初步辩证法思想。在二千多年以前就应用阴阳学说来说明人体生理功能和病理变化，并指导临床实践，成为中医基本理论。阴阳学说不仅对中医学发展起着积极作用，而对目前中医临床实践仍具有一定指导意义。

第一节　阴阳的基本概念

阴阳学说是以朴素的唯物论观点来解释世界的，是古代劳动人民在长期的社会实践中，通过长期观察，从自然界日月星辰的运动，寒暑往来的变迁，到人体生理、病理现象，以及诊断和治疗等，认识到任何事物都是由两种既对立又统一的物质和功能即阴和阳所构成的。疾病的发生发展也是由于阴阳两个对立面的正常关系遭到破坏所致的。

阴阳代表着事物相互对立又相互联系的两个方面。一般来

说，凡是活动的、上升的、明显的、进行性的、机能亢进的、或属于功能方面的都属于阳；沉静的、下降的、隐晦的、退行性的、机能衰减的、或属于器质方面的都属于阴。例如：从事物属性来看“天为阳，地为阴”，“水为阴、火为阳”；从人体结构来讲，背为阳；腹为阴；气为阳，血为阴；六腑属阳，五脏属阴；功能属阳，物质属阴。但是，事物的阴阳属性不是绝对的，而是相对的，常依一定的条件而改变，如：就胸背的关系来说，胸属阴而背属阳，但在胸与腹相关联时，则胸在上属阳，腹在下属阴。

因此，阴阳既可用作人体内外结构以及功能之间两个对立面的通用代名词，而且更重要的是用以说明它们之间对立统一的相互关系，其主要表现有以下几个方面：

1.阴阳互根 中医理论认为“阴生于阳，阳生于阴”，“孤阴不生，独阳不长”，就是说阴和阳这二个方面，既是互相对立的，又是相互依存的。任何一方各依对方的存在而存在，没有阴就没有阳，没有阳也就没有阴。又说“生之本，本于阴阳”，“阴阳离决，精气乃绝”，认为生命自始至终是一个阴阳互相联系，互相斗争的过程，如果阴阳失去联系，生命也就停止了。阴阳的这种相互依存关系，一般称之为“阴阳互根”。例如就生理来说，全身的功能属阳，物质基础属阴，功能活动要靠物质作基础，而物质的不断补充，又要靠功能（包括摄食，消化，吸收，代谢，血液循环等一系列活动）来完成；就病理来说，如心阴不足，可以导致心阳不足。

2.阴阳消长 中医认为“阴消阳长，阳消阴长”，就是说，

阴阳双方彼消此长，经常变动，就称作阴阳消长。比如人体各脏器组织的功能（阳）不断活动，产生构成各脏器组织的物质(阴)这个过程，就称作“阳消阴长”；反之，人体各脏器组织的物质(阴)不断消耗，才能保障各脏器组织的功能(阳)，这个过程，就称作“阴消阳长”。阴阳[redacted]消长变化，就人体来说，必须保持相对的平衡状态，才能维持正常的生理活动。如果阴阳任何一方消长太过，相对平衡受到破坏，就会发生病变。所以阴虚（消得太过）会导致阳亢，阳虚会导致阴盛；反过来阴盛(长得太过)会导致阳虚，阳亢会导致阴虚。

3.阴阳转化 中医认为“重阴必阳，重阳必阴”，就是说明阴阳双方在一定条件下可以互相转化，阴可以转化为阳，阳可以转化为阴。临床上在疾病的发展过程中，常常可以见到由阴转阳、由阳转阴的变化。如可见到由表（阳）入里(阴)，由实(阳)转虚(阴)，由热(阳)化寒(阴)等变化。举例来说，风寒表证先表现为恶寒，甚至战慄，这是寒证，如不从汗解，可以化热入里，出现高热、烦躁、口渴等症，转化为热证了；另如中毒性肺炎，有高热、烦躁的实热证，若过用寒凉药，或汗出太过，可突然出现体温下降、面色苍白、四肢厥冷，脉微欲绝的虚寒证。

第二节 阴阳的临床运用

阴阳学说在祖国医学中具有很重要的意义。它常被运用于发病学、诊断、治疗等各个方面，以此作为基础理论之一，来

说明和解释医学上的一些问题。

1.在发病学上的运用 中医认为“阴平阳秘，精神乃治”，就是说只有人体阴阳两方处于相对平衡的状态，才能维持人体正常的生理活动。当阴阳的相对平衡破坏了，就会发生疾病。所以，疾病无非是阴阳任何一方偏盛或偏衰的结果。根据阴阳消长的道理，临床上常见的如阴盛引起阳衰，可出现怕冷，手足凉、面色苍白，自汗，小便清长，舌质淡、脉虚等阳气不足的症状；又如阴虚引起阳亢，可出现烦躁失眠，性欲亢进，口干，舌红，脉数等阳亢症状。又根据阴阳互根的道理，当阴阳任何一方虚损到一定程度时，常能导致对方不足，即所谓“阳损及阴，阴损及阳”。如某些慢性病往往最后发展为阴阳俱虚，就是这个缘故。

2.在诊断上的运用 中医提出“凡诊病施治，必须先审阴阳”，就是说在分析病情时，往往用阴阳来归纳，把一切证候基本上概括为“阴证”与“阳证”二大类。例如实证要分清阴盛还是阳亢，虚证要分清阴虚还是阳虚之后，就能在此基础上进一步辨证和制定治疗原则。

3.在治疗上的运用 中医提出“诊察阴阳所在而调之，以平为期”，就是说中医的治疗原则，就是通过治疗，改变人体阴阳偏盛偏衰的状况，以调整阴阳的关系，从而达到恢复相对平衡，消除疾病的目的。所以阳盛用阴药，阴盛用阳药，目的是泻其有余；阳虚用阳药，阴虚用阴药，目的是补其不足。这就是“寒者热之、热者寒之”、“虚则补之、实则泻之”的治疗原则。

从药物的性味功用来说，也是按阴阳来区分的。如温性、热性的药属阳；寒性、凉性的药属阴；辛、甘、淡味的药属阳；酸、咸、苦味的药属阴。又如凡具有升浮、发散作用的药属阳，具有沉降、涌泄（即吐泻）作用的药属阴。明了药物的阴阳属性，就能根据病情的阴阳偏盛偏衰情况，确定治疗原则，选择使用相应的药物，从而达到治疗目的。

第五章　脏　　腑

脏腑学说，是研究人体各脏腑、组织、器官的生理活动、病理变化及其相互联系的学说，是祖国医学理论体系的重要组成部分，古人称之为“脏象”。“脏”就是指人体的内脏，“象”即象征和形象，也就是指内在脏腑的生理活动及病理变化反映于外的证象。换言之：脏腑学说就是通过观察人体的外部征象来研究内脏活动规律及其相互联系的学说。

脏腑学说是我国劳动人民通过对人体解剖结构的大体了解，对人体生命活动的周密观察和反复研究，以及数千年来临床诊疗实践知识的总结而创造和发展起来的。因此，它具有辩证唯物论的先进思想，强调整体观念，至今仍有很高的临床实践价值。

脏腑在祖国医学里并非单纯指解剖学上的器官，而更重要的是一个生理病理概念，因此，它与现代医学中的脏器的概念不完全相同。例如：它所说的“心”，并不完全等于现代医学中的心脏，它除了在解剖上代表了心脏外，还包括了一部分循环系统与神经系统的某些器官的功能。由于我国历史条件和生产力发展水平的限制，其中有些问题的实质至今尚未弄清。我们今天学习它，要注意不能简单地用现代医学有关概念来生搬硬套，要“推陈出新”，取其精华，去其糟粕，使之更好地为人民服务。

第一节　脏腑的主要生理病理

脏腑是脏腑学说的核心部分。脏即五脏：心（包括心包络）、肝、脾、肺、肾；腑即六腑：胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦。

五脏和六腑，都各有不同的生理功能，它们既分工，又合作，构成了人体生命活动的基础。总的说来，五脏属阴，是贮藏人体的精、气、血、津液，以主宰人体的生命活动。六腑属阳，是主管食物的受纳、消化、吸收、传导、排泄的。人体的皮毛、血脉、筋、肉、骨胳等织织，以及耳、鼻、眼睛、口腔、前后阴等孔窍，又各属五脏所统辖。因此，在人体各个脏器、各种组织之中以五脏为主。

五脏系统归类表

五　脏	与器官组织的关系		
	五　腑	五　体	五官九窍
心	小　肠	脉	舌
肝	胆	筋	目
脾	胃	肌　肉	口
肺	大　肠	皮　毛	鼻
肾	膀　胱	骨	耳、前、后阴

一、心与小肠(附：心包)

心是人体生命活动的主宰，在脏腑中居首要地位，其它脏

腑都是在心的统一协调下进行活动的，故说“心为五脏六腑之主”。

（一）心的生理病理

1.主神志 心主管精神、意识、思维活动，相当于高级神经活动。如果心主神志的功能正常，则人的精神振作，神志清楚；如果这一功能发生障碍，则可出现多种病证，如心悸、惊恐、健忘、失眠、发狂、喜笑不休、昏迷、谵语等。

这里所说的“心主神”，实质上是将生理学中神经系统的高级中枢——大脑皮层的功能归属于心了。

2.主血脉，其华在面 主血脉是指心有推动血液在血管内运行以营养全身的功能。血液所以能在血管内循环，全靠心气的推动。心气的强弱，直接影响血的运行，这可以从脉搏和面部的色泽上反映出来：心气健旺，血脉充盈，则脉搏规则有力，面色红润；心气不足，血脉空虚，则脉细弱无力，或脉律不整（称促、结、代脉），面色苍白或青紫。

这里所说的“心主血脉”与现代生理学中血液循环的枢纽——心脏的功能是基本相同的

3.开窍于舌 心之经络联系于舌体，因此心的气血上通于舌，舌的色泽、形态可以反映心的功能与病变。心血充足，舌质红润光泽，运动灵活。心血不足，则舌淡无华。心火亢盛，则舌质红绛或糜烂生疮。心血瘀滞时，则舌质紫暗，或有瘀斑。心热或痰迷心窍，则见舌强语言不清

从解剖生理学的观点来看，舌体血管分布丰富，舌的色泽、形态变化，

取决于舌的血液循环状况及血液中有形成分、化学成分的改变。祖国医学认为心主血脉，所以从舌的变化来帮助判断心脏及血液的功能与病变，是有一定道理的。

4.心与汗的关系 心与汗有密切关系，有“汗为心液”之说。病人用药发汗过度，或因其它原因而致大汗出，可以损害心阳，甚至出现“大汗亡阳”的危重现象。反过来，心的气血不足也能引起病理性的出汗症，如心阳虚多见“自汗”，心阴虚多见“盗汗”。在临床辨证上都有一定的意义。

这里所说的“汗为心之液”，将汗腺的部分功能归属于心了。

附：心 包

心包又名心包络，为心的外围，有保护心脏的作用。因此通常外邪，总是先侵犯心包，如温热病时的神昏谵语，便是“热（邪）入心包”的表现。实际上，心包受邪所出现的病证与心是一致的。

这里所讲的“心包”，实质上也是包括部分高级神经活动而言。

（二）小肠的生理病理

小肠的功能主要是接受从胃输送来的饮食物，继续消化，分别清浊。“清”指饮食物的精华部分（水谷之精），由小肠吸收后，输运于脾；“浊”指饮食物的糟粕部分，由小肠下注大肠。此外，代谢剩余的水液从小肠吸收至脾，经三焦气化后下输膀胱，成为小便。小肠有病时，除影响消化吸收功能外，还会出

现小便异常。

心与小肠通过经络的联系，构成表里关系。如心火过旺，可见舌尖红痛，口腔糜烂、或发生溃疡，小便短赤，甚至出现血尿。这种病理现象，叫做“心移热于小肠”。

二、肝 与 胆

(一)肝的生理病理

1.主疏泄 “疏泄”指疏通、透泄的意思。肝主疏泄是指肝气具有疏展、升发的生理功能，以主管全身气机的舒畅条达。具体表现在以下两方面。

(1) 情志方面：祖国医学认为精神情志活动与肝有密切关系，只有在肝气疏泄功能正常，气机调畅的情况下，人才能气血和平，心情舒畅。如果肝气失其疏泄之职，气机不畅，就可以引起情志方面的异常变化。如肝气郁结，可见胸胁胀痛，情绪沉闷，郁郁不乐，月经不调等症。如肝气升发太过，则可见急躁易怒，头晕头痛，耳鸣耳聋，甚至突然昏仆，口眼歪斜等一系列肝火肝风症状。

(2) 运化方面：肝的疏泄作用能帮助胆汁的分泌、排泄，这是保证脾胃正常运化功能的重要条件。如果肝失疏泄，可以出现食欲不振、脘胀、腹痛、便溏、嗳气等一系列消化功能障碍的病证。

“肝主疏泄”的功能，实质上既包括了部分高级神经活动，又包括了实质肝脏分泌胆汁，促进消化和进行物质代谢的功能。

2.主藏血　肝有贮藏血液和调节血量的功能。活动时，肝贮藏的血液就供给各个组织器官，休息或睡眠时，血液又归藏于肝。这就是“人动则血行诸经”、“人卧血归于肝”的道理。如果肝的藏血功能失职，就可以出现目糊、夜盲、筋肉拘挛，屈伸不利，以及妇女经量减少或经闭等病证，称之为“肝血虚”。肝的藏血功能减退，就可以出现吐血、衄血、妇女血崩等症，称之为“肝不藏血”。

这里“肝藏血”的见解，与实质肝脏具有丰富的血管和血窦这一解剖生理特点，平卧时门脉回流增多，以及凝血酶原在肝内合成等是相一致的。至于调节月经的功能，则是将性腺内分泌的部分功能归属于肝了。

3.开窍于目　肝与眼有密切关系，目主要靠肝血的滋养而能视物，所以肝的功能正常与否，常常从目上反映出来。肝血充足，则目明有神；肝血虚则视力模糊、夜盲；肝火上炎则目赤肿痛；肝阳上亢则头晕目眩；肝风内动则目斜视、呆视。

现代医学证实：肝脏在视紫红质的合成中具有重要作用。视紫红质是保证目视的基本物质，这种物质如果缺乏，视觉将显著减退，甚至于黄昏和夜晚不能视物而成为夜盲症。祖国医学能在两千多年以前认识到这一关系，且用动物肝脏来治雀目（夜盲），实为我国对世界医学的一大贡献。

4.主筋，其华在爪　肝主管筋的活动，支配全身肌肉关节的运动。而筋靠肝血来营养，若肝血不足，不能养筋，就可出现筋痛，麻木、屈伸困难、痉挛拘急；若热极引动肝风，也可发生抽搐、角弓反张。“爪为筋之余”，爪和肝也有密切联系。肝血充足，则指甲红润；肝血不足，则指甲枯槁，变薄变软，故称“其华在爪”。

这里所说的“筋”，实质上是指肌腱、韧带、关节囊、筋膜等结缔组织而言。

(二)胆的生理病理

胆为六腑之一，但其功能与其它各腑不同，故又称“奇恒之腑”。胆的主要作用是贮藏胆汁，以助消化。胆病的主要表现为胁痛、黄疸、口苦、呕吐苦水等。

肝与胆通过经络联系构成表里关系，而且肝胆相联，在生理上相辅相成，发病时常互相影响，故治疗时常肝胆同治。

三、脾　与　胃

(一)脾的生理病理

1.主运化　脾主运化的作用，包括运化水谷精微和运化水湿两个方面。脾主管食物的消化、吸收、运输。食物入胃经初步消化后，由脾主持进一步消化，并将所产生的精微(营养)物质吸收，输布到全身各部，使各组织利用它作为养料。脾除运化饮食精微外，还能运化水湿，与肺、肾共同维持体内水液的平衡。当脾的运化功能正常时，消化吸收代谢良好，则气血旺盛，精力充沛。如果脾虚，则运化失常，可因消化吸收不好，出现胃纳差、腹胀、便溏；亦可因运化水液功能障碍而致水湿停滞，引起水肿或痰饮等症。

这里所说的脾，与实质脾脏是同名而实异的。“脾主运化”的功能，几乎概括了现代医学中整个消化系统的功能，特别是消化腺的分泌，小肠

的消化和吸收，以及主要在肝脏进行的三大物质代谢、能量转换等。此外，它还与体液平衡有关。例如脾阳虚而出现的水肿，主要就是消化吸收障碍后，血浆蛋白缺乏，血浆胶体渗透压减低，以致破坏了体液平衡，组织内过多地积留水分所造成的。

2.统血 脾有统摄全身血液使其不致溢出脉外的功能。若脾虚，统血的功能发生障碍，“脾不统血”，则引起各种出血，如吐血、衄血、崩漏、便血等症。

这里“脾主统血”的见解，除与全身血管功能状况有关外，还包括了部分凝血机能。例如：“脾不统血”时的吐、衄、便血或崩漏，临床除呼吸、消化系统器质性病变所致血管破裂的出血外，还可见于原发性血小板减少性紫癜，功能性子宫出血等疾病。

3.主四肢、肌肉，开窍于口，其华在唇 脾能正常地运化水谷精微，以滋养全身，则食欲旺盛，肌肉丰满健壮，四肢有力，口唇红润。脾气虚弱，运化失常，则食欲不振，肌肉消瘦，四肢乏力，唇色淡白或萎黄无华。

些种功能，实质上是现代医学中消化系统功能的一部分体现，人体消化功能良好，食欲旺盛，体内合成代谢加强，糖元大量储存于肌肉之中，使肌肉健壮丰满，四肢运动有力。

(二)胃的生理病理

胃的主要功能是受纳和腐熟水谷，故称“胃为水谷之海”。胃有病可出现上腹胀满疼痛、食欲减退、恶心呕吐等症状。

脾与胃通过经络联系构成表里关系。胃主受纳，脾主运化，互相配合，共同完成消化、吸收、运输营养的任务。脾胃的作用在人体处于十分重要的地位，故临床上“有胃气则生，无胃

气则死”及“脾为后天之本”的说法。但脾与胃又各有不同的特性，如脾气主升，喜燥恶湿；胃气主降，喜润恶燥，两者相反相成。胃气降，水谷才能下行，便于消化；脾气升，水谷精微才能上输于肺，再输布于全身其它脏腑。若胃气不降，反而上逆，则出现恶心呕吐、嗳气呃逆、胃痛等症状；脾气不升，反而下陷（称中气下陷），则出现少气懒言、腹泻、脱肛、胃下垂、子宫脱垂或其它内脏下垂等病症。脾属阴，本身容易生湿（脾虚不运，水湿内停）；亦易受湿邪的侵犯，影响脾的运化功能。若脾受外湿侵犯，则可见身体困倦，浮肿、便溏、食后腹胀等湿困脾阳的病症。胃属阳，一般胃病多属胃热、胃火、出现口干喜饮、不欲食、大便秘结或牙痛、齿龈出血等症状。

四、肺 与 大 肠

(一)肺的生理病理

1.主气 肺主一身之气，其气可包含大气及水谷之精气。肺主气可有两个含义：一是指肺司呼吸，进行内外气体交换，以维持人体生命活动的功能；二是指肺朝百脉，即水谷精微经脾的运化，上输于肺，借肺气将水谷精微输布于全身，以维持各脏器组织的机能活动。肺主气的功能发生障碍，常出现咳嗽、气喘、乏力、语音低弱，少气懒言等症状。

这里所讲的“肺主气”，实质上既包括了整个呼吸系统的呼吸功能，又揭示了肺与循环系统及人体的内呼吸—细胞内外氧与二氧化炭的交 换 有密切关系。

2.主肃降，通调水道　肺气以清肃下降为顺，肺气的肃降，不仅保证了正常的呼吸运动，并维持了正常的水液代谢。人体水液的运行和排泄，不仅要有脾的运化转输，还有赖于肺气的肃降，才能通调水道，下输膀胱排出体外。如果肺失肃降，肺气上逆，便发生气喘、咳嗽等症状。若不能通调水道，则出现小便不利或水肿等症状，故有“肺为水之上源”之说。

关于“肺通调水道”的功能，现代医学尚未完全揭示其原理，有待我们进一步探讨。但病理学认为，肺的呼吸功能障碍后，可以直接影响循环机能，循环机能障碍，又能影响肾小球的滤过，所以肺与小便之间的间接关系已无疑问。例如患有慢性呼吸系统疾病并且肺功能不全者，在咳喘同时，常见有面浮、足肿，如果发展至肺原性心脏病右心衰竭时，更见尿少、足肿、腹水，甚至全身水肿等症状。

3.主皮毛　在生理上，肺与皮肤汗孔关系密切，肺卫之气充盛，则肌表固密，皮肤润泽，身体抵抗力强，不易受外邪的侵袭。在病理上也常互相影响。如外邪入侵，常由皮毛而犯肺，出现肺卫的症状。肺气虚也能出现皮毛憔悴干枯，而且卫外机能低下，容易遭受外邪的侵袭。此外，如果肺虚，肌表不固，津液外泄，还可以发生自汗、盗汗等症。

“肺主皮毛”的见解，实质上是将生理学中人体皮肤的主要功能，如汗腺调节体温及人体水盐代谢的作用，毛发的生长，皮脂腺的分泌等都归属于肺了。目前有一部分皮肤病可用治肺的方法治疗，如治神经性皮炎针刺耳部肺穴，充分说明肺和皮毛之间存在着内在联系。

4.开窍于鼻　鼻与肺相通，是呼吸的门户。肺有病时，常表现有鼻塞、流涕、呼吸困难，甚至鼻翼煽动。

这和现代医学的认识基本上是一致的。最近有人用针刺耳部肺穴治

鼻炎、鼻息肉。

（二）大肠的生理病理

大肠的主要功能是传送糟粕，排泄大便。大肠有病则影响排便，或燥结便秘，或腹痛腹泻，或下痢脓血。

肺与大肠通过经络的联系，构成表里关系。肺气肃降则大肠功能正常，大便通畅。肺气失其肃降，往往导致大便不通。若大肠积滞不通，也能反过来影响肺气的肃降，出现气逆、喘满等症状。

五、肾与膀胱

（一）肾的生理病理

1.藏精、主命门之火 肾精来自二个部分，一部分叫“先天之精”，是指男女生殖之精，来源于父母，为人类生育繁殖的物质基础。一部分叫“后天之精”，来源于脾胃水谷之精气，是人体生长发育、维持生命活动的物质基础。两者结合，贮藏在肾，称为“肾藏精”，亦称“肾阴”。肾精是人体生长发育和生殖功能的物质基础，影响到人体各个脏腑。

命门，即指生命之根本；火，指功能。命门之火，一般称为“肾阳”，是促进生长发育的动力。人体各脏器组织的功能活动，都必须有肾阳的推动，所以它是全身阳气的根本。肾精和命门之火相对而言，一为肾阴，一为肾阳，肾阴和肾阳是肾脏生理的两个方面。两者相互制约，相互依存，维持着相对的平衡，

这一平衡状态遭到破坏，即是形成肾阴虚和肾阳虚的病理。肾阴虚则命门火相对偏亢、出现潮热、盗汗、遗精、性欲亢进等症状。肾阳虚，命门火不足，则出现形寒肢冷，阳萎、滑精、不孕等症状。肾阴虚和肾阳虚往往互相影响，出现阴虚及阳或阳虚及阴的阴阳两虚证。

“肾藏精，主命门之火”的功能，主要概括了生理学中生殖系统及部分内分泌系统的功能，并与神经体液机能及人体的能量代谢密切相关。例如某些慢性肾上腺皮质功能减退症、性功能减退症，属于祖国医学“肾阳虚”的范围。

2.主水 肾是调节体内水液代谢的重要器官，管理正常尿液的形成和排泄，肾的这种功能，主要靠肾阳的蒸化作用来完成，如果肾阳不足，能引起水的输布失常，可见小便不利、尿少、全身水肿或小便失禁、尿多等症。

“肾主水”的功能，实质上和现代医学肾脏的泌尿功能相近似。

3.主骨，生髓，通于脑 肾藏精，精生髓，髓藏于骨中，髓聚而上通于脑，所以说“脑为髓之海”。肾精充足，则骨、髓、脑三者充实健壮，四肢轻劲有力，行动灵敏，精力充沛，耳聪目明。肾精不足，常出现动作缓慢，腰酸膝软，或眩晕、健忘以及小儿智力发育迟缓等症。另外，“齿为骨之余”，牙齿与骨有关，肾气虚衰，则牙齿易松动而脱落。

此种功能和生理学中骨骼系统及中枢神经系统功能有关。

4.主纳气 呼吸虽由肺所主，但需要肾的协调。肾有帮助肺吸气和降气的作用，称为“纳气”。如肾不纳气就会发生虚喘(呼多吸少)、短气等症状。

现代医学认为呼吸虽源于肺，但正常呼吸受呼吸中枢调节，与神经体液机制关系密切。在临床上，久患哮喘以致肺功能不全患者，用补肾纳气类中药治疗有效，用促肾上腺皮质激素类西药治疗亦有效，所以有人主张将“肾不纳气”理解为肾上腺皮质失去对肺呼吸功能的调节。

5.肾上开窍于耳，下开窍于二阴 耳与肾有关，为肾之上窍。肾气充足，则听觉正常；肾气虚，则耳鸣耳聋。二阴指肛门与尿道，为肾之下窍，故大小便的排泄与肾有关，如肾气虚可致小便失禁，或排尿淋沥不尽等症状；肾阴不足可致便泌，命门火衰可致黎明前腹泻等症状。

“肾开窍于耳和二阴”功能，既包括了生理学中听觉感受器及有关神经的功能，又包括了泌尿系统的功能，并与消化系统有一定关系。

（二）膀胱的生理病理

膀胱的功能主要是储存和排泄尿液，如膀胱有病，就会出现尿频、尿急或排尿疼痛等症。

肾与膀胱通过经络的联系，构成表里关系。肾与膀胱相配合，才能保证正常尿液的形成和排泄。若肾阳不足，可以影响膀胱气化，出现尿频、自遗，或尿少、尿闭等症状；膀胱湿热，也可影响到肾，出现腰痛、遗精等症状。

附：三焦

三焦是六腑之一，是上焦、中焦、下焦的总称，也是祖国医学中的一个特有名称，并不是一个单独的实质器官。关于三焦的形态和功能，迄今尚未定论，有待进一步探讨。现简单介

绍如下。

1.指部位而言 上焦指胸部；中焦指脐以上腹部；下焦指脐以下腹部，包括阴部。

2.作为脏腑部位的划分及脏腑功能的总称 上焦指心、肺、起着将营养物质的输布作用；中焦指脾、胃、起着熟腐水谷、运化精微、生化血液的作用；下焦指肝、肾、膀胱、大肠、小肠、以分清别浊，传导大小便的作用。

3.作为水液运行的通道 水液代谢与肺、脾、肾关密系切，但必须通过三焦的气化作用，才能环流不息。

至于瘟病学说中的三焦辨证，是用三焦作为辨证的一种方法，与上述意义有所不同，不可混为一谈。

第二节 五脏之间的关系

各脏腑间的关系非常密切。心、肝、脾、肺、肾相互之间，都存在着不同的依赖、制约关系。现将临床常见的一些关系分述如下。

1.肝与脾 生理上，肝的疏泄有助于脾的运化；脾胃消化、吸收、输布的水谷精华，又不断滋养肝血。二者相辅相成，得以发挥其正常的生理功能。

病变时，肝气不调或脾气虚弱，都容易造成肝旺乘脾（“肝胃不和”），出现胁痛、腹痛、大便溏稀等病证；脾虚不能健运，气血生化无源，又可导致肝血不足，而见目眩、夜盲等病证。

2.肺与脾 肺与脾的关系，主要表现在气和水湿这两方

面。生理上，肺气的健壮，有赖于脾转输水谷之精气不断补充；脾所吸收的水谷精气又赖肺气的宣发作用输布全身，其水液亦赖肺气的肃降作用下输到肾。

病变时，脾气虚可以导致肺气虚，肺气虚也可以导致脾气虚，治疗上有“补脾益肺”法；脾虚不能运化水湿，则水湿聚而成痰，阻塞肺气，则出现咳嗽、胸闷、甚至喘息等病证，这就是“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的道理。肺气虚，宣降失职，水湿停留，出现水肿、腹胀等病证。

3.心与肾 生理上，心肾之间，具有阴阳相济，上下相交的关系。一方面，肾阳温暖心阳，肾阴又上济心阴，与心阴共同滋养，约制心阳，才能使心阳平而不亢；另方面，肾阴也必得心阳的下导，才能阴精得化。这就是通常所说的“心肾相交”或“水火相济”。

病变时，肾阴亏虚不能上济心阴，则心阳失制而独亢，产生心烦、失眠、头晕、耳鸣、腰膝酸软，梦遗等“心肾不交”病证；肾阳虚弱，水液不化，又可遏制心阳，出现水肿、心悸、气促等“水气凌心”病证。

4.肝与肾 肝藏血，肾藏精，精可化血，血亦可化精。生理上，肝血必得肾精的滋养，肾精有赖于肝血的资助。此种关系，称为“肝肾同源”或“精血同源”。

病变时，肾阴不足，肝失所养，可导致肝阴不足，肝阳上亢，出现头昏胀痛、目眩、目赤、耳鸣、口苦、肢体麻木等病证；反之，肝阳上亢，也可导致肾阴不足，相火偏亢，出现阳强易举，性欲亢进，腰脊酸痛，梦遗等病证。

5.脾与肾　生理上，肾主命门之火，有暖脾助运化的作用；脾为后天之本，所化生的水谷精微，又不断充养着肾。

病变时，肾阳不能暖脾，则脾失健运，产生五更泄泻、痰饮、白带等病证；反之，脾阳不足，运化无力，日久肾失所充，亦可导致命门火不足，出现阳痿、滑精、水肿等病证。

6.肺与肾　肺与肾的关系，主要表现在气和水这两个方面。生理上，肺主呼气，肾主纳气；肺气肃降，体液才能下达归于肾，肾阳蒸腾，体液才能上升至于肺。两者必须互相配合，才能保证正常的呼吸运动和水液代谢。

病变时，外邪犯肺，通调失职，可致肾气不化而尿少、水肿；肾虚水泛，又可使肺气上逆而咳喘。另外，若肾不纳气，还可出现呼多吸少，喘息短气，动则加甚等病证。

附：脏腑主要功能简表

- 脏腑
  - 五脏
    - 共同功能：贮藏精气。
    - 每脏的功能
      - 心：主神志、血脉，开窍于舌。
      - 肝：主疏泄，藏血，主筋，开窍于目。
      - 脾：主运化，统血，主肌肉，开窍于口。
      - 肺：主气，通调水道，主皮毛，开窍于鼻。
      - 肾：藏精，主水，主骨，生髓，通于脑，主命门火，开窍于耳、二阴。
  - 六腑
    - 共同功能：受纳，消化吸收，传送，排泄。
    - 每腑的功能
      - 胃：受纳水谷。
      - 小肠：消化吸收，分别清浊。
      - 大肠：传送糟粕。
      - 膀胱：贮存和排泄小便。
      - 三焦：输送水液养料，排泄废料。
      - 胆：贮藏胆汁。
  - 奇恒之腑
    - 每腑的功能
      - 脑：为髓海。
      - 髓：充养骨骼。
      - 骨：身体的支架。
      - 脉：运行血液。
      - 女子胞：主月经及生育。
    - 共同功能：兼藏精气。

第六章　四　　诊

伟大领袖毛主席教导我们："**不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。**"疾病的种类很多，不同的疾病，防治的方法也就不同。对于任何一种疾病的正确防治，首先要有一个正确的诊断。中医就是用望、闻、问、切（简称四诊）四种诊察方法，去对病人进行全面的调查研究，了解疾病的症状、体征及发病经过，将得到的这方面材料，经过科学的分析、综合，作出正确的诊断，为辨证施治提供依据。

第一节　望　　诊

望诊就是观察病人的精神、形态，以及舌质，舌苔和全身情况。望诊的主要内容如下：

一、一般望诊

（一）望神色

神是精神意识，色是指气血反映到体表的色泽。病人精神尚好，意识清楚，两目有神，面红润泽，表示病轻，如精神萎靡，目光无神，面色苍白，表情淡漠，说明正气不足，病情重。

面色苍白枯槁，唇淡，多为血虚；面色萎黄，多为脾虚；皮肤及巩膜发黄为黄疸；久病面色暗黑，多为肾虚；两颧潮红，午后发热，多为阴虚内热。小儿颜面及唇周发青，多为肝风。面部、耳朵前下方一侧或两侧有稍淡于皮肤颜色的圆形白斑，多见于虫病。

（二）望形态

形是指形体，态是指动态。形体消瘦，肢体倦怠，皮肤枯燥，是气血虚弱；虚胖食少，为脾虚有痰；形瘦食少，为中气虚弱。

眼睑浮肿或全身浮肿，腰以上肿甚，兼恶寒怕风者，为风邪外袭，水气内停；下肢浮肿或全身浮肿，腰以下肿甚，兼腰酸肢冷，面色黯灰者，为肾阳虚；下肢浮肿，面黄腹胀、便溏者，为脾阳虚。

若手足拘挛，或屈伸困难，或兼有关节痛者，多属痹证；四肢抽搐，为肝风内动；半身不遂或口眼歪斜，多属中风。

二、舌　诊

舌诊是通过观察舌体和舌苔的颜色。形态等以诊断疾病与辨别症候的一种诊法。尤其在外感热病过程中，舌体和舌苔的变化比较明显，在诊断上具有更加重要的意义。

舌诊的内容，分为舌体（舌质）和舌苔两部分。舌体指舌的本体和质地；舌苔指舌面上所产生的苔状物。一般说来，望舌体，可以了解正气的虚实状况；望舌苔，可以辨别邪气的性

质和病情的轻重。但在辨证时必须把舌体和舌苔的变化，联系起来，综合判断，才能有比较全面的认识。

正常人的舌体，呈淡红色，湿润，舌面有一层薄白苔，舌体胖瘦适中，活动自如。

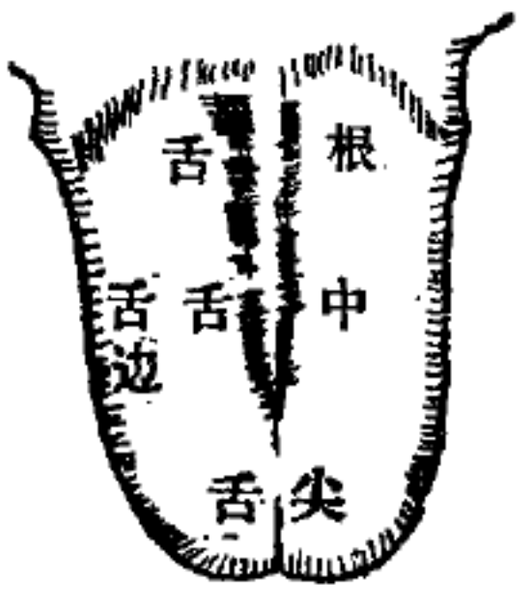


图6—1 舌与脏腑配属关系示意图

舌与脏腑的关系 舌尖属心肺；舌中属脾胃；舌根属肾；舌体两边属肝胆（图6—1）。

（一）舌质

1.舌的颜色 舌色有淡白、红、绛、紫、蓝几种。其临床意义分述于下。

（1）淡白舌主血虚、阳虚或寒证。

（2）红舌主热证。鲜红而干，是阴虚内热；鲜红无苔似镜面，是津液内耗。

（3）绛舌多主血热或热毒极盛，是外感热病邪由气分传到营分的重要标志。

（4）紫舌多主瘀血。舌紫而舌面滑润者为阴寒证；舌紫而舌面干燥，甚至裂纹而有芒刺的为热证。

（5）蓝舌是气血两亏的重病，病情多属危重。

2.舌的形态 主要观察舌体的胖瘦、老嫩、芒刺、裂纹和活动的情况。

舌体胖嫩而淡红，舌边有齿痕，多属虚证，寒证；舌胖大

而深红，多为心脾有热。舌体瘦薄淡红为气血不足；瘦薄而绛，为热盛津液亏损。舌体坚敛苍老，多属实证、热证。舌上生芒刺（舌乳头增生和肥大称为芒刺）是热邪亢盛。舌上有裂纹，多属阴虚。舌震颤而色鲜红，多见于肝风内动。舌伸出时偏歪，常见于中风证。

（二）舌苔

舌苔分白苔、黄苔、灰黑苔三种。

1.白苔 主表证，寒证。苔薄白为外感风寒；苔白而滑，多属里虚寒证。苔白而腻为内有痰湿。白如积粉是瘟疫病。外感热病舌苔白中带黄，是病邪化热由表入里，表示病情发展。

2.黄苔 主热证。苔薄黄为外感风热；黄厚而干为胃热伤津；苔黄腻为脾胃湿热或肠胃有积滞。色黄而淡润，为脾虚有湿。

3.灰黑苔 主里证。一般表示病情较重，但有寒、热之分。灰黑而润滑，舌质淡红的，是寒证；灰黑而干，舌质鲜红的，是火热伤阴。灰黑燥裂，芒刺高起，是肾水将尽，病情危重。

上面把舌质与舌苔分别叙述，只是为了便于说明和学习。在临床上，必须把舌质和舌苔结合起来观察和分析，才能更切合病情。例如：舌质淡，苔薄白为外感风寒；舌质红，苔黄腻是肠胃湿热；舌质紫，苔黑为寒凝血滞等。

三、小 儿 指 纹

指纹系指食指外侧缘所显现的脉络（即小血管）。望指纹是

补充切脉的不足，可作为诊断的参考方法，仅用于三岁以下的小儿。

小儿指纹一般分为风、气、命三关，即食指近掌侧的第一节为风关，第二节为气关，第三节为命关(图6—2)。

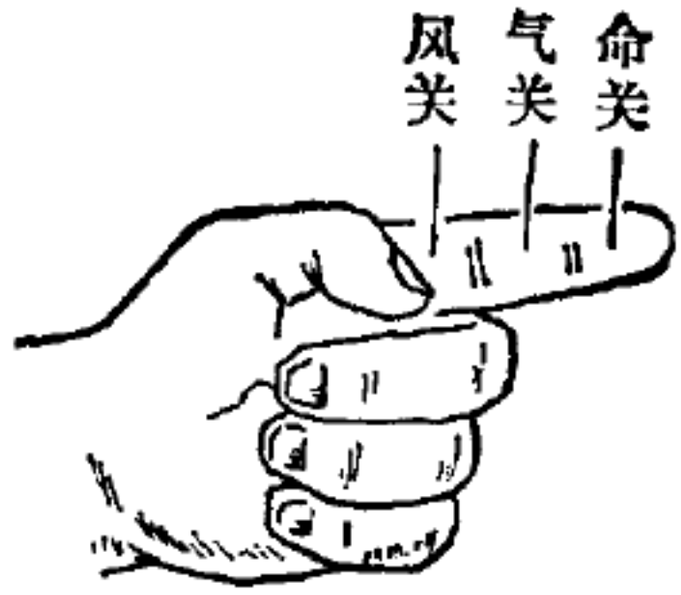


图6—2 三 关

望指纹的方法，应将小儿抱至光线良好的地方，医生以两指轻轻掐住小儿食指尖端，另以一指从命关轻轻向风关推按，使指纹浮露，便于观察，然后根据指纹的浮沉、色泽和透达的部位等进行观察。

正常小儿的指纹，应是红黄色，隐隐若现于风关上。若发生疾病，则指纹的浮沉、色泽、部位，每随之而起变化。一般地说，纹浮病多在表，纹沉病多在里；鲜红而浮露的为外感风寒；淡红而不显露的为虚寒；深红紫暗为热邪郁滞；青紫而黑为风热深重，多系病危。指纹现于风关的病轻，伸延至气关的病情较重，伸延至命关的病情危重。

第二节 闻 诊

闻诊分两个方面，一方面直接听取病人的语言、呼吸、咳嗽和其它声音等；另一方面用嗅觉来辨别口腔和排泄物的气味。

一、闻声音

1.闻语声 语声低微为内伤虚证；语声响亮为外感实证；

妄言谵语为热盛神昏；高声叫骂，不避亲疏，为狂证。

2.闻呼吸声 呼吸微弱属虚证；呼吸气粗属热证；呼吸困难，张口抬肩，不能平卧是喘证；呼吸急促，喉中有哮鸣声响的，则为哮证；时作叹息，常见于因悲郁忧思引起的气郁证。

3.闻咳嗽声 咳声重浊，多属实证；咳声无力，多属虚证。干咳无痰或吐出少量粘痰，多属肺痨或燥咳；咳时痰多而容易咳出的多是属痰湿咳嗽或寒咳。小儿咳嗽顿作，连声不绝，面红呕恶，为顿咳（百日咳）。

4.闻呃逆声 呃逆连声，声响而有力为实热；低微而无力为虚寒；若久病忽见呃逆是胃气衰败的危重征象。

二 闻气味

口气秽臭的为肺胃有热；口出酸臭气的为胃有宿食；痰有腥臭气的为肺热；臭甚而咯出脓样者为肺痈（肺脓疡）。

大便酸臭溏薄为肠有积热食滞；小便腥臭浑浊为膀胱湿热；屁奇臭，多为消化不良。白带奇臭的，应注意是否子宫癌。

第三节 问 诊

问诊在诊断上占极重要的地位。问诊就是医生和病人或其亲属进行对话，达到了解病人就诊时的自觉症状、起病日期、起病过程和就诊前治疗情况，以及既往病史，家族病史等。

为了获得充足的感性材料，便于进一步综合分析，求得辨证诊断的准确性，主要问诊项目为：一问寒热二问汗，三问头

身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再加服药参机变，妇女须问经带产，小儿痘疹全占验。

一、问寒热

恶寒，发热常是某些疾病的主要表现。询问时应注意恶寒、发热的有无、时间长短、发作特点和寒热的关系。

新病恶寒，属外感表证。久病体弱畏寒，手足冰冷，属阳虚里证。

新病发热，多属热证，实证。久病潮热，五心烦热，多属血虚、阴虚内热证。

疾病初起，发热恶寒并见，属外感表证。恶寒重发热轻，多为表寒证；发热重恶寒轻多为表热症。

恶寒与发热交替出现，称为寒热往来。寒热往来没有时间规律的，属半表半里证。有时间规律的，一日一发，二日一发，三日一发的，可见于疟疾。

二、问汗

询问时应注意有汗无汗、出汗时间、出汗多少、出汗部位和特点。如外感发热无汗是“伤寒”，属表实证。有汗是“伤风”，属表虚证。汗出热减是病渐退，汗后热反增高是邪入里。日间经常出汗，活动后更甚，出汗后感觉身冷，称为自汗，多属气虚、阳虚证。入睡后出汗，醒来汗止，称为盗汗，多属阴虚。全身大汗淋漓，并见身凉肢冷，属阳气欲绝的“亡阳证”。先见战栗，继而出汗，称为战汗，多见于疾病的转折点，应密切观

察病情的变化。

三、问头身

头痛不止，有恶寒发热的多属外感表证。痛有间歇，兼有眩晕，重胀的多为内伤里证。头痛胀，面赤口苦的属肝火旺；头痛眩晕，急躁易怒的属肝阳偏亢；头痛、头晕、心悸气短、多属气血两虚。

一身酸痛，有发热恶寒的多为外感表证。痛在四肢关节，遇寒加剧，或游走不定，为风寒湿痹证。手足麻木，或身体一处麻木的为气血虚；仅有拇指或食指麻木的，延及手臂的为中风先兆；多卧身痛不舒，活动后减轻的为气血不和；身疼而重，举动不便的为湿阻经络。

四、问二便

大便秘结，有发热，腹满胀痛的为实证、热证。久病或老人、产妇的便秘，为血虚津燥。先干后溏为脾胃虚弱、中气不足；每逢“五更”天明泄泻的为肾阳虚；大便酸臭、稀薄多泡沫，泻后痛减的为伤食；大便脓血、里急后重的为痢疾。

小便清白为寒；黄赤为热；浑浊而不爽利为湿热；尿频而口渴多饮为消渴证；夜尿多或遗尿的属肾虚。

五、问饮食

能食易饥为胃火亢盛；食入难消为脾弱。饮食喜冷为胃热；喜温为胃寒。新病减食，多属脾胃气滞；久病减食，多属脾胃

气虚。病中能食是胃气未伤；病中食减，说明胃气已虚。

口渴喜冷饮，属实热证；口渴不多饮，属湿热证；口渴喜热饮，属寒湿证。

口苦属肝胆火旺；口甜属脾有湿热；口酸属伤食证或肝胃不和；口咸属肾虚；口淡属脾虚。

六、问胸腹

胸胁胀满闷痛多为肝郁气滞；胸背皆痛，背痛彻心，为胸痹症。得食痛增为实；食后痛缓为虚。痛而拒按为实；痛时喜按属虚。暴痛在气；久痛入络。胸腹部疼痛如针刺，固定不移，多属血瘀；胸腹胀痛，部位不定，多属气滞。

七、问妇女和小儿

对于女病人，当问其月经、带下、妊娠、产育等特有情况。如经期超前、血色鲜红者多属热；经期延后，血色瘀紫者多属寒。经行量少色淡者多属虚；经前腹痛，涩少挟瘀者多属气滞。在一般情况下月经停止，已婚者应考虑是否受孕。对于经产妇需问有无流产、早产、小儿健康状况等。白带稀白无腥臭，多为脾虚湿盛；白带清冷，量多，为肾阳不足；黄带有臭味，多为湿热。

此外，对于小儿患者，因不能主诉病情，须通过询问家属了解出生前后的情况，父母兄弟健康情况，还须问是否种过牛痘，患过麻疹，作过那些预防接种等情况。

12月米⑨13日

第四节　切　　诊

切诊以切脉为主，也包括触诊在内。

一、切脉

切脉是用手指在患者腕部挠动脉处，诊查脉搏的快、慢、深、浅、强、弱等，是祖国医学诊断疾病重要方法之一。

1.切脉的部位　以桡骨茎突为标志，定寸、关、尺三部。茎突处为“关部”，关之前为“寸部”，关之后为“尺部”（图6—3）。

2.切脉方法　病人手臂平伸，手掌向上平放，检查者以食指、中指、无名指取脉，先下中指定“关部”，再下食指、无名指于关前、关后。身长的人，下指时指间距离宜疏，身矮的人指间距离宜密。用轻、中、重三种指力，体会搏动，细心辨别，确定是属于那一种脉象或那几种复合脉象。切脉前，医者应镇定，精神集中。病人应安静，不紧张。

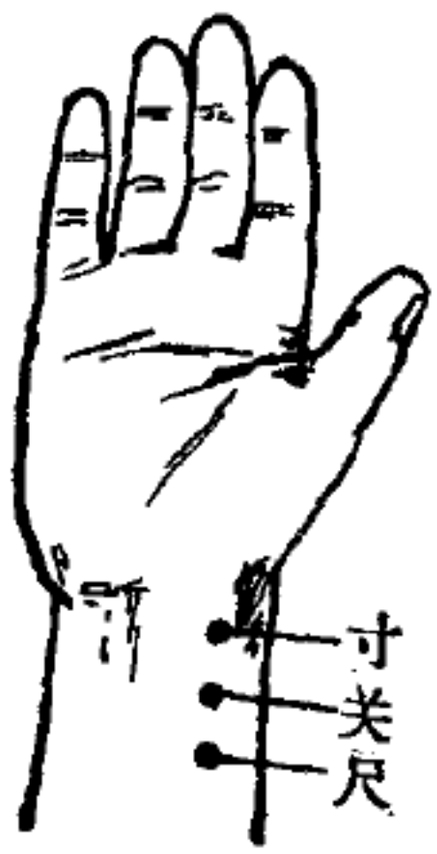


图6—3　切脉部位

3.正常脉　正常人的脉象是不浮、不沉、不快，不慢（一呼一吸四次）。节律整齐，来去从容，和缓有力。

脉和人体内外环境的关系非常密切。瘦人脉多带浮；胖人脉多带沉。少壮年之脉多大；老年之脉多虚。酒后、运动后之

脉必数；饭后之脉多洪；久饥之脉必弱。其它如春季脉稍弦，夏季脉稍洪，秋季脉稍浮，冬季脉稍沉。

4.病脉　祖国医学中记载的脉象，分为二十八种，现将较常见的分述于下。

1.浮脉　轻按即得。多见于表证。浮而有力为表实证；浮而无力为表虚证。内伤久病虚证亦见浮脉，是属虚阳浮越之象。

2.沉脉　轻按不显，重按始得。多见于里证。沉而有力为里实；沉而无力为里虚。

3.迟脉　来去缓慢，一呼一吸不足四次（即每分钟少于六十次。）多见于寒证。迟而有力为冷积实证；迟而无力多属虚寒。

4.数脉　来去急促，一呼一吸五次以上（即每分钟九十次以上。）多见于热证。数而有力为实热，数而无力为虚热。

5.虚脉　寸关尺三部脉举之无力，按之空虚。多见于各种虚证。

6.实脉　寸关尺三部脉举按皆有力。多见于各种实证。

7.滑脉　往来流利，如珠走盘，应指圆滑。多见于痰证、食积、实热证。孕妇亦可见滑脉。

8.细脉　脉细如线，但应指分明。多见于血虚证。若脉细微欲绝，多见于阳气欲绝。

9.弦脉　端直硬而有力，如按弓弦。多见于肝病、疼痛、痰饮、疟疾等证。

10.濡脉　浮小而细软。多是虚证和主湿证。

11.结脉　脉来缓慢，时有间歇，但间歇无规律。多见于阴盛气结、瘀血、寒痰。

12.代脉　脉跳有间歇，但间歇有规律。多见于脏器衰微、风证、痛证、跌打损伤、七情惊恐。

结、代脉为不整脉，临床上多见于心脏病患者。

在临床上，由于疾病是复杂的，所以这些脉象往往不是一种脉象单独出现，常有二种、三种脉象并见，称为"兼脉"。兼脉主病，一般是各脉主病的综合。例如浮数脉主表热，沉迟脉主里寒，细数脉主虚热。

二　触　　诊

触诊，一般是触按胸腹和手足，如心下满，按之坚实疼痛为结胸，按之濡软不痛为痞气。又如腹满拒按，按之痛甚的为热证、实证；喜按，按之痛减的为虚证、寒证；腹胀扣之如鼓者为气胀，按之如水袋者为水胀。

手足背比手足心热为外感；手足心灼热为阴虚；手足温暖为阳气未衰，属病轻；手足寒冷多是阳气不足，属病重；足肿按之不起的为水；按之即起为气。趺阳脉(即足背动脉)按之微细的为后天生气衰弱。

第七章　辨　　证

辨证即辨别证候。证候虽由许多具体症状所构成，但并不是症状的简单罗列，而是对各个症状进行分析、综合和归纳，**“加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫，造成概念和理论的系统”**，从中找出各个症状之间的内在联系，以判断疾病的发生原因，病变部位及其病理变化，认识疾病的本质，作出正确的诊断，以作为治疗的根据。

辨证的要求是：既要注意疾病的共性，又要注意疾病的个性；既要注意病变局部的改变，又要注意病人全身的变化；既要注意病邪的深浅，又要注意机体抵抗力的盛衰。

祖国医学有许多辨证方法，但主要的，临床最常运用的有八纲辨证，六淫辨证，脏腑辨证，和卫气营血辨证。八纲是辨证的总纲，是各种辨证的共同本质的概括，并反过来用以指导其它各种辨证。六淫辨证，即把自然界六种不正常气候对人体的影响和部份人体阴阳脏腑失调出现的类似六淫特性的疾病症状联系起来的一种辨证方法。脏腑辨证是各种辨证的基础，主要是用于内伤杂病，临床应用颇为广泛。卫气营血辨证是用于外感热病的辨证方法。

第一节　八纲辨证

八纲辨证是辨证的基本理论之一，对疾病的诊断和治疗有着重要的指导意义。八纲就是阴、阳、表、里、寒、热、虚、实。任何一个病证都可以用八纲来辨证。论疾病的类别，非阴即阳；疾病的深浅，非表即里；疾病的属性，非寒即热；邪正的盛衰，非虚即实。因此，八纲是四个对立的统一纲领。

八纲是互相联系而又不可分割的，有表里相兼，由表入里，由里出表，寒热虚实夹杂，寒热虚实真假等错综复杂的关系。因此，在临床辨证时，必须灵活掌握。

一、表　　里

表和里是表示病位深浅和病情轻重的一种方法。病在表则轻，在里则重。“六淫”病邪侵犯人体，病证首先反映在肌表经络的，均叫表证；病邪入里，或由内生而使脏腑、气血等受病而反映出来的证候，都叫里证。

1.表证特点　恶寒、发热、头痛、鼻塞，肢体酸痛，有汗或无汗，舌苔薄白。脉浮等。

2.里证特点　壮热或潮热，烦躁，口渴，胸闷，腹痛，呕吐，泄泻或便秘，小便短赤，舌苔黄或黑，脉沉等。里证究竟表现在那一脏腑，还应结合脏腑辨证进行诊断，具体内容在脏腑辨证中介绍。

3.半表半里证特点　是指病邪已离开了表，但还没有入里，

既不在表，也不在里，而在表里之间所反映出来的证候。症状可见往来寒热，胸胁胀满，口苦呕干，默默不欲食，心烦喜呕，目眩，苔黄白相兼，脉弦等。

二、寒　热

寒、热是辨别疾病两种不同性质的重要方法。用以概括人体阴阳偏盛偏衰的两种证候。凡因寒邪引起或因人体的机能活动衰退所产生的证候均为寒证；凡由热邪引起或因人体机能活动亢盛所产生的证候均为热证。除单纯的寒证、热证外，还有寒热错杂证。

1.寒证特点　怕冷喜暖，口不渴或渴喜热饮，手足冰冷，面色苍白，小便清长，大便稀溏，舌淡苔白，脉迟等。

2.热证特点　发热喜凉，口渴喜冷饮，烦躁，面红目赤，小便短赤，大便干结，舌红苔黄，脉数等。

三、虚　实

虚实是指疾病过程中正气强弱和邪气盛衰的状况而言。“邪气盛则实，正气夺则虚”。新病多实，久病多虚。

1.虚证　多因久病、重病以后，各种生理功能减退，抵抗能力不足，病呈衰退状态。在临床上，虚证又可分为阴虚、阳虚、气虚、血虚。其症状各有不同，兹分述如下

（1）阴虚证　由于阴液不足所引起的。表现为形体消瘦，目眩耳鸣，口燥咽干，腰腿酸软，手足心热，梦多遗精，骨蒸盗汗，午后潮热，脉细数，舌红少苔等症状。

（2）阳虚证　由于阳气不足所引起的。表现为恶寒肢冷，疲乏无力，自汗头晕，阳萎早泄，大便溏薄，小便频数，脉沉细无力，舌质胖嫩色淡等症状。

（3）气虚证　是指全身或某一内脏出现机能衰退的病理现象。表现为神疲肢倦，呼吸短弱，懒于言语，语声低微，饮食减少，或有脱肛，子宫脱垂，舌淡苔薄，脉虚无力等症状。

（4）血虚证　是指体内血液不足所出现的病理现象。表现为面色苍白，头晕目眩，心悸失眠，手足发麻，妇女经闭或月经量少色淡，舌质淡，脉细等症状。

2.实证　多见于感受外邪，急性病初起，人体抵抗力强，病势亢盛者。在临床上，实证的范围很广，包括邪闭经络或内结脏腑，或气滞、血瘀、或痰、水、虫积等证。其临床表现也各有不同的特点，分别在有关章节内介绍。这里只着重介绍气滞、血瘀所产生的实证。

（1）气滞证　是指人体某一部分或某一脏腑发生功能障碍的病理现象。表现为闷胀、疼痛、脉弦等症状。其疼痛的特点为胀痛，且胀重于痛，痛的发作时轻时重，病的部位常不固定，且嗳气或放屁后减轻。

（2）血瘀证　是指人体某一局部，或某一脏腑因多种原因如外伤、气滞等使血行不畅，或血液留滞不行所发生的病理现象。表现为局部肿胀疼痛，体表瘀血常见青紫瘀斑，内脏瘀血可触及肿块、脉细或涩，舌质紫暗或有瘀斑等症状。其疼痛的特点：痛如针刺，拒按，痛处固定不移，且常在夜间加剧。

四、阴　　阳

阴阳是八纲的总纲。它可归纳表、里、寒、热、虚、实的六种证候。一般来说，表、实、热属阳；里、虚、寒属阴。因此一切证候概括起来，可分为两大类，就是阳证和阴证。

1.阳证　病在表，属实，属热。多由于邪气盛而正气未衰，正邪斗争处于亢奋阶段。表现为身热喜凉，心烦口渴，气高而粗，面红目赤，腹胀痛拒按，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数有力等症状。

2.阴证　病在里，属虚、属寒。多由于体弱、久病，或外邪内传五脏以致阳虚阴盛，机能衰减，脏腑功能低下。表现为无热恶寒，四肢厥冷，倦怠无力，口不渴或渴喜热饮，腹痛喜按，尿清便溏，舌淡苔白，脉沉迟等症状。

八纲辨证是从疾病的八个不同侧面进行鉴别诊断的一种方法。临床上症状的出现，常常不是单纯的或典型的，很多是表里、寒热，虚实结合在一起，而且有时还会出现错杂和假象，所以在辨证过程中，也要灵活运用，才能得出正确的结论。

第二节　六淫辨证

六淫，是指风、寒、暑、湿、燥、火（热）六种异常的气候。六淫辨证，除了六种不正常气候对人体影响所产生的疾病外，亦包括由于人体脏腑阴阳失调而出现的类似风、寒、湿、燥、火特性的病证（称内风、内寒、内湿、内燥、内火）。

一、风

风为春季的主气，但一年四季都有风邪。风邪有善动、浮越的特性。因此，风病的特点是：发病急，消退快，疼痛常表现为游走不定。风有外风、内风之分。

1.外风 外风是指外界风邪，其临床表现有恶风，发热，自汗，头痛，鼻塞，皮肤瘙痒，苔薄白，脉浮缓等症状。

2.内风 内风由于阴亏、血虚、热极所致，多与心、肝、肾有关，特别是与肝脏的关系更为密切，故又有肝风之称。其临床表现有头晕、耳鸣，四肢麻木，抽搐，甚至突然昏倒，不省人事，口眼歪斜等症状。

二、寒

寒为冬季的主气，有收引、凝滞、容易损伤人体阳气的特性。故寒病的特点为收缩拘急而痛。寒有内寒外寒的区别。

1.外寒 外寒指外界寒邪，其临床表现有：恶寒重，发热轻，无汗，头痛，身疼，骨节疼痛，苔薄白，脉浮紧等症状。

2.内寒 内寒是由人体脏腑功能不足所引起的，常见于久病体虚者，多与心、脾、肾有关。其临床表现有：面白畏寒，四肢不温，呕吐清水，腹痛便溏，舌质淡，脉沉迟等症状。

三、暑

暑为夏季的主气，故暑病多见于夏令。暑邪有上升发散、容易耗伤气阴及暑多夹湿的特点。常见暑证：

1.暑热 暑病以热邪为主的称为暑热。根据病情的轻重，病势的缓急；又有伤暑与中暑的区别。

（1）伤暑 临床表现是身热，头痛，汗出，烦渴，气短，乏力，恶心，腹泻，脉虚数等症状。

（2）中暑 临床表现为突然昏倒，面垢肢冷，无汗或出冷汗，甚则高热抽搐等症状。

2.暑湿 暑与湿邪结合侵犯人体的称为暑湿。其临床表现有胸闷，不思饮食，困倦乏力，呕吐腹痛，腹泻，舌苔黄腻，脉濡等症状。

四、湿

湿多盛于夏秋之际，但一年四季均有。湿邪的特点：湿性粘腻停滞，致病后一时不易去除，常缠绵难愈；湿属阴邪，容易阻郁气机的流畅，易出现气滞症。湿有外湿内湿之分。

1.外湿 外湿指外界湿邪。多因久雨不晴，住处潮湿、涉水冒雨而致。其临床表现有头胀而重，肢体酸重，困倦，胸闷不适，热势不高（午后明显），苔白腻，脉缓等症状。

2.内湿 内湿由脾阳虚弱，健运失司所致多与脾、肾有关。其临床表现为胸腹胀闷、恶心、口淡乏味、不思饮食，或腹泻，带下，水肿，小便短小，苔厚腻，脉濡缓等症状。

五、燥

燥为秋季主气，燥邪有干燥、容易耗伤肺阴的特性。分外燥与内燥两种。

1.外燥　外燥指外界燥邪。由于秋季多久晴少雨，因而常致燥邪为病。燥为秋季主气，故又称为秋燥。秋燥随气候温凉的不同，又有温燥与凉燥之分。

1.温燥　是属燥而偏热的。表现为发热、头痛，皮肤口鼻干燥，咽痛，干咳，口渴，舌边尖红，苔白而干等症状。

2.凉燥　是属燥而偏寒的。表现为恶寒，头痛、鼻塞、无汗、口唇干燥、咽干、干咳少痰、苔白而干等症状。

2.内燥　内燥由于人体津液不足所致。常见于热病后期，过食温燥药物以及过度的汗、吐、下之后。多与肺、胃、肾有关。其临床表现有发热，烦渴，咽干，目涩，鼻干，毛发干枯，大便秘结，或干咳无痰，脉涩等症状。

六、火(热)

热甚者，即为火。火（热）之邪有传变迅速，火性炎上，容易动风，伤阴动血等特性。故火（热）证发病的特点为发病急、病程短、变化多。分实火与虚火两种。

1.实火　多因直接感受火邪而起，也可由“六淫”中，风、寒、暑、湿、燥邪转化而成，或由于脏腑机能失调和情志过激所变化而生的。实火的特点为病势急速、病程较短。主要表现有：壮热，面红目赤，心烦口渴，喜冷饮，小便短赤，大便秘结，或吐血、衄血、便血，舌苔黄燥或生芒刺，脉数洪，严重者可有狂躁，谵语，昏迷等症状。

2.虚火　多因脏腑阴液受损，阴虚阳亢所致。多与肺、心、肝、肾有关。其特点为病势缓慢，病程较长。主要表现有：潮

热盗汗、午后颧红，虚烦失眠，口干咽燥，干咳无痰或痰中带血，耳鸣健忘，腰酸遗精，舌质红少津或光剥无苔，脉细数等症状。

总之，疾病发生的原因是多方面的，有时几种病因同时作用于人体，有时一个病先后有几种病因，对待这些错综复杂的病因，就要求我们遵照毛主席关于“**学会分析事物的方法**”的教导找出发病的主要原因，针对主要原因，进行正确的治疗。

第三节　脏腑辨证

脏腑辨证是各种辨证方法的核心。它是以脏腑学说为基础，运用四诊的方法，脏腑病变时出现的各种症状，进行分析综合，从而判断其所在脏腑、病因、病机和属性的一种辨证方法。

一、心与小肠病证候

1.心阳(气)虚证　心悸，气短，心痛，怕冷、肢凉，自汗，甚至昏迷，舌淡苔白，脉细弱或虚大无力。

2.心阴(血)虚证　心悸，健忘，失眠多梦，或见潮热，梦遗，盗汗，舌质淡红，苔少舌尖红，脉细数。

3.心火盛、下移小肠证　心烦失眠，口舌糜烂，面红目赤，小便短赤，或小便淋沥刺痛、尿血，舌尖红，脉数。

4.痰迷心窍证　神情痴呆，意识模糊，或突然昏倒，不省人事，喉中痰鸣，苔白腻，脉弦滑。若痰火蒙心，则同时见到心烦失眠，面红目赤，狂躁不安，哭笑无常，甚则打人骂人，

苔黄腻，脉弦滑有力等症。

5.心血瘀滞证 心悸，心前区疼痛或牵引肩臂，舌质暗红或见紫色斑点，苔少，脉涩。严重时可见面、唇、指甲青紫。

二、肝与胆病证候

1.肝气郁结证 胸胁胀痛，胸闷不舒，善太息，嗳气，吐酸，食欲不振，腹痛腹泻，泻后不爽，每因情绪改变而发病，脉弦，舌苔白滑。在妇女则有月经不调，痛经或经前乳房作胀等症。

2.肝火上炎证 头痛眩晕，暴躁易怒，耳鸣耳聋，面红目赤，口苦，甚至吐血、衄血，舌边尖红，苔黄或干，脉弦数。

3.肝阳上亢证(肝阴不足者) 头痛头昏，目弦，耳鸣耳聋，四肢麻木或震颤，两目干涩，夜盲，口燥咽干，心烦易怒，失眠多梦，舌质红干少津，苔薄，脉细弦数。

4.肝风内动证 手足麻木、有蚁走感，头晕，头痛，眼花，行走自感头重脚轻，舌质红，苔薄黄，脉弦。严重者突然昏倒、人事不省，清醒后，或可出现口眼歪斜，舌强不能言语，半身不遂。。

5.寒滞肝经证 小腹胀痛，睾丸胀坠，遇寒则加重，遇热则减轻，或阴囊收缩痛牵引小腹，舌苔滑润，脉沉弦或迟。

6.肝胆湿热证 胁肋满闷疼痛，目肤发黄，色泽鲜明，寒热往来，口苦咽干，尿黄短赤或带下色黄腥臭，外阴搔痒，或睾丸肿痛，舌苔黄腻；脉弦数。

三、脾与胃病证候

1.脾气虚证 气短乏力，身体消瘦，食少不化，肠鸣腹胀，大便稀薄，舌质淡嫩，苔薄白、脉缓弱。

脾不统血证：兼见吐、衄、便血，妇女崩漏。

中气下陷证：兼见脱肛、子宫下垂等。

2.脾阳虚证 在脾气虚的症状上，同时出现脘腹冷痛，喜热喜按，呕吐清水，手足不温，久泻不愈，或面浮足肿、按之凹陷，甚则全身浮肿，舌淡苔白，脉沉迟。

3.寒湿困脾证 头重身困，脘腹胀满，饮食不香，口淡发粘，大便溏稀，舌苔白腻，脉濡细。

4.湿热伤脾证 身重体困，目肤发黄、黄色鲜明，胃脘痞胀，不思饮食，厌油，发热口苦，大便稀臭，舌苔黄腻，脉滑数或濡数。

5.胃寒证 胃脘隐痛、喜热喜按，得食痛减，呕吐清水，舌苔白滑，脉沉迟。

6.胃热（火）证 胃脘灼热疼痛拒按，渴喜冷饮，易饥多食，口臭，牙龈肿痛，或腐烂出血，舌红、苔黄、少津，脉滑数。

7.胃阴虚证 脘痛嘈杂，不思饮食或知饥不食，干呕呃逆，口干唇燥，大便干结，舌红少津、苔少，脉细数无力。

8.食滞胃腑证 脘腹胀满，疼痛拒按，口臭嗳气，或呕吐馊腐，大便不爽，舌苔厚腻，脉滑。

四、肺与大肠病证候

1.肺阴虚证 干咳无痰，咽痛喉痒，口鼻干燥，或咳血，或午后潮热，盗汗、颧红，舌红而干，脉细数。

2.肺气虚证 咳嗽无力，痰白清稀，气短自汗，畏风怕冷，面色㿠白，体倦懒言，声音低微，舌淡苔白，脉虚弱。

3.痰浊阻肺证 咳嗽气喘，喉中痰鸣，痰粘稠，色白量多，胸闷，甚则咳喘不能平卧，苔腻，脉滑。

4.风寒束肺证 咳嗽喉痒，痰稀白色，常伴有恶寒、发热，头痛、身痛、鼻塞、流清涕等症状，苔薄白，脉浮紧。

5.痰热壅肺证 咳嗽，痰粘稠色黄，不易咳出，或咳吐腥臭脓痰，胸痛引背，或发热烦躁，喘促口渴，甚则气急鼻煽，口唇青紫，舌苔黄或黄腻，脉滑数。

6.大肠湿热证 腹痛，泄泻，肛门灼热肿痛，小便短赤，或下痢脓血，里急后重，发热身重，舌苔黄腻，脉滑数。

五、肾与膀胱病证候

1.肾阴虚证 形体消瘦，头昏耳鸣，失眠遗精，腰酸腿软，牙齿松动，舌质红、苔少，脉细数。

2.阴虚火旺证 兼见颧红唇赤，潮热、盗汗，性欲亢进，五心烦热，口干咽痛，小便黄少，舌红、苔少，脉弦细数。

3.肾阳虚证 面色暗淡，腰腿酸软，阳萎早泄，头昏耳鸣，形寒怕冷，便溏尿频，舌淡，脉沉弱。

4.肾虚水泛证 周身浮肿，下肢尤甚，按之如泥，腰腹胀

满，尿少，或兼气短，喘咳，舌淡胖嫩，苔白，脉沉滑。

5.肾不纳气证 喘息气短，呼多吸少，活动后尤甚，咳时汗出，小便常因咳嗽而出，重者痰鸣，面部虚浮，舌苔淡白，脉虚弱。

6.肾气不固证 小便频数清长，夜尿多，甚则不禁，或尿后余沥不尽，滑精早泄，舌淡苔白，脉细弱。

7.膀胱湿热证 尿频、尿急、尿痛，尿黄或短赤，或混浊不清，或淋漓不尽，或见脓血、砂石，小腹胀急疼痛，舌红、苔黄腻，脉数。

人是一个统一的整体，各脏腑之间在生理功能、病理变化等方面，都是互相密切联系的，一个脏或腑的病变常常所以累及其他脏或腑。因此，在临床上常见二个或二个以上的脏腑同时或相继患病，如心脾两虚、脾肾阳虚、心肾不交等等。因此在脏腑辨证的过程中，要灵活运用，在复杂的证候群中，找出主要的证候，就能正确的辨证施治。

第四节 卫气营血辨证

卫气营血在生理上主要指人体的卫外机能和气血运行等复杂的生理过程；在病理上卫气营血是代表温热病（简著温病）过程中的病理变化而言，用来说明温病发展过程中存在有四个不同的阶段性。根据卫气营血的不同阶段所反映的证候进行辨证的方法，叫卫气营血辨证。

外感六淫、疠气所引起的以发热为主要特征的急性病，（包

括各种传染和非传染性的急性发热疾病)。其感染途径，多从口鼻而入。病起首犯肺经，故温病初起在表，病势较轻，称“卫”分证候；病邪逐渐入里，即由卫分至气分，由气分再入营分直至血分，病情越来越重。由于外界环境条件的不同，温热病邪在不同病人身上，可有不同的发展过程，可能如上述过程顺序演变，也可能一开始发病就在气分或营分或血分；也可能既有卫分证候又有气分证候；或者由卫分直接传至营分、血分。总之，对于温邪所致的卫气营血证候，既要注意它的一般演变规律，也要充分估计到它们之间有相互交错的多变性。在临证时，决不能孤立的、静止的去看待温热病的发生与发展。

一、卫 分 证

卫分证为温病早期阶段。它的主症是：发热，微恶寒，头痛，咳嗽，口微渴，无汗或少汗，脉浮数，舌苔薄白。卫分病属表证，为病轻、病浅。上述症状以发热，微恶寒，脉浮数为其特点。

二、气 分 证

气分证是温病的第二阶段。温热之邪在卫分郁而未解，向里传入气分，或由营分、血分之邪转出气分所致。它的主症是：高热，不恶寒，汗出，口渴，舌红，苔黄，脉数。气分证属里证、热证，为病重。由于热入里所在部位不同，气分热证可分为

1. 热郁于肺 身热，咳喘，胸痛，痰多黄稠，口渴汗出，

苔黄，脉数。

2.热伤胃腑 大热，大汗，大渴，面赤心烦，舌质红、苔黄燥，脉洪大。

3.热结肠胃 高热或潮热、便秘，或泻黄色臭水，肛门灼热，腹痛拒按，苔黄燥，或焦黑有芒刺，脉沉数有力。

4.湿热中阻 身热不扬，胃脘痞闷，恶心食少，口不渴或渴不欲饮，身重肢倦，便溏，苔黄腻，脉濡数。

三、营 分 证

营分证是温病第三阶段。是气分病的进一步发展。多因气分病邪不解而传入，亦有由卫分病邪直入营分的。它的主症是：身热夜甚，心烦不眠，时有谵语，皮肤上可有隐隐斑疹，脉细数，苔微黄腻，舌质绛。营分证亦属里热证，病情较严重，若治疗及时，可使温邪透出气分而解，否则病邪进一步发展，侵犯心肝，则可见神昏谵语。

四、血 分 证

血分证是温病的危重阶段。多由营分之邪不解，深入血分而成。它的主症是：身热持续不退，夜热尤甚，出血（吐血、衄血、便血），皮肤出现紫黑斑疹，狂躁，谵妄神昏，抽搐，舌质紫绛，无苔，脉细数。出现血分证之时，病邪仍盛而正气已衰，是病至最后的垂危阶段，医务人员应认真负责，及时治疗，积极抢救。

在温热病的辨证中，舌苔、脉象和热型占有重要地位。例

如看舌苔的变化可鉴别病在卫分或气分；舌苔的润燥又可判断津液的盛衰。望舌质的变化可区别病在营分或在血分，同时可辨明阴液的存亡。例如苔薄白病在卫分；舌苔黄病在气分；舌质绛是热入营分；舌质紫绛是热已入血分的标志。脉象在各个阶段也有不同。以数为例，数而兼浮，为卫分表热；数而洪大有力，为气分里热炽盛；数而细，多为热邪深入营血。发热是温热病的最主要症状，也是必有的表现，在发展过程中随着不同的病理变化而有各种不同的热型。如发热而微恶风为卫分表热；高热而不恶寒，为气分热盛；发热夜甚的，为热邪深入营血。

第八章　治　法

我国劳动人民在长期与疾病作斗争中，积累了丰富的治疗经验，这些经验归纳起来可分为治疗原则和治疗方法两大类。

第一节　治疗原则

1.整体观念　人体是一个有机联系的整体，任何一个病证或一个局部症状，都与整体密切相关。因此在治疗过程中，必须有一个整体观念。毛主席教导我们："**马克思主义者看问题，不但要看到部分，而且要看到全体。**"因此，在治疗时，应从整体出发，不但重视全身情况，也要注意局部治疗。

2.重视内因　伟大领袖毛主席说："**唯物辩证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。**"祖国医学认为：人体发病的过程，实际是人体抵抗力（正气）与致病因素（邪气）矛盾双方斗争的过程。治病的目的就是通过药物等治疗手段，来增强人体抵抗力，改变正邪双方力量的对比，使疾病向痊愈的方向转化。因此在治疗的过程中，不仅重视去邪，而且更要重视扶正，充分发挥人体内在的积极性。所以在治疗时，要根据病情，分别采用扶正以去邪，或去邪以扶正，或扶正去邪兼顾的方法。

3.治病求本 就是针对疾病的本质进行治疗，是辨证施治的一条根本原则。例如二个主诉同是“头痛”的患者，一个伴有恶寒发热，苔薄白、脉浮紧等症状，另一个伴有头晕、心悸、舌淡、脉细等症状。通过分析，得知前者的“本”是外感风寒，而后者的“本”是心血不足。治疗时应针对“本”分别用疏散风寒法，或补养心血法。头痛则都可治愈。

4.主次缓急 毛主席教导我们“**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。**”疾病的发展和变化，往往存在着很多矛盾，其中有主要矛盾和次要矛盾。特别是患复杂的疾病，或一个人同时得了几种病时，必须通过辨证找出主要矛盾和主要的矛盾方面，以分清疾病的主次轻重，才能在治疗上有先后缓急的区分。病势紧急的抓住主要的症状先治，然后再治次要的；慢性病急性发作，先治急性症状，待急性症状缓解后，再治慢性病。这叫做“急则治其标，缓则治其本”。

5.机动灵活 具体情况具体分析，治疗疾病也是这样的。在一定的原则下，需要有相对的机动灵活性。就是在用药时，要考虑到因地、因时、因人而异的问题。同一疾病，可因人、因时、因地点等条件的不同，采取不同的治疗方法。例如感受风寒的感冒，需要发汗，冬天可用麻黄、桂枝，夏天只宜用香薷。体质强壮的剂量可重些，若体质差的剂量要小些，小儿患者药量要轻些。另外不同的疾病，由于病因病理相同，或证候相同，所以采用相同的治疗方法。例如久泻、脱肛、子宫下垂

等病证，都属脾气不足致气虚下陷的，都可用补中益气的方法来治疗。

以上是祖国医学有关疾病治疗的一些基本原则。但是在治疗过程中，应充分发挥病人的主观能动作用，从而调动人体内部抗病的能力，达到早日治愈疾病的目的。

第二节　治疗方法

祖国医学治疗疾病有汗、吐、下、和、温、清、消、补八种方法，作为指导临床辨证施治、立法用方的纲领。

1.汗法　运用具有发汗作用的药物，促使出汗，使病邪从肌表而解的方法称为汗发，也叫做解表法。适用于表证，腰以上水肿以及具有表证的痈肿、痘疹等。汗法有二种

1.辛温发汗　用味辛、性温的药物组成方剂，来发汗散寒，多适用于风寒表证。

2.辛凉发汗　用味辛、性凉的药物组成方剂，来发汗解热，多适用于风热表证。

2.吐法　运用具有催吐作用的药物，或使用机械探吐法，引导病邪或有害物质从口吐出的方法称为吐法。适用于痰涎阻塞咽喉，妨碍呼吸，或伤食证，或误食毒物早期。

吐法有用盐汤探吐的，也有用瓜蒂、藜芦等药物进行催吐的。

3.下法　运用具有泻下作用的药物，使病邪从大便而出的方法称为下法。也称为攻下法。适用于里证，如大便秘结，实

热积滞，痰饮、瘀血、腹水等证。下法有以下三种

1.寒下　用药性寒凉，泻下猛烈的药物进行攻下。适用于里热实证，如实热便秘，实火上升的火眼，胸水，腹水，食积等。

2.温下　用药性温热的泻下药，或温热药与泻下药配伍在一起攻下。适用于里实寒证。

3.润下　用生津、养血、润肠的药物来通便，适用于阴虚、血虚、老年人，病后津亏肠燥，大便秘结者。

4.和法　运用具有和解、疏通作用的药物，调整人体的功能，以消除疾病的方法，称为和法。适用于半表半里证，肝胃不和、肝脾不和证。

5.温法　运用温热性药物，以去除寒邪振奋阳气的方法叫温法。又叫祛寒法。适用于里寒证。温法分二种：

1.温中散寒　适用于脾胃阳虚证。

2.回阳救逆　适用于亡阳虚脱证。

6.清法　运用寒凉的药物来去除热邪的方法称为清法。又叫清热法，泻火法。适用于里热证。清法分二大类：

1.清实热

清热泻火　适用于实热证，如一切急性传染病、急性炎症。亦用于实热便秘。

清热解毒　适用于实热证或热毒炽盛病证。如急性传染病、咽喉炎、痈肿等急性化脓性感染等。

清热凉血　用于血热证。如外感热病热入营、血证，或血热妄行的出血证。

清热燥湿　用于湿热证。如菌痢、黄疸、以及疮疖、痈肿、湿疹、中耳炎、结膜炎等化脓性炎症。

清热生津　用于热盛、汗多伤津等症。

清热解暑　用于暑热证。

2.清虚热　由清热和养阴药物组成方剂，适用于阴虚内热，或温热病后期余热未清之证。

7.消法　运用具有消散破积作用的药物，以去除病邪的方法叫消法。适用于一切停滞积聚之证。如气滞、血瘀、食积、肿块等病证。消法分四种：

（1）消食导滞　由消食健脾、理气等药物组成，适用于食积证。

（2）活血去瘀　由活血软坚，化瘀破积药物组成。适用于气血瘀结之证，如各种肿块，肿瘤、肝脾肿大，血瘀闭经等。

（3）淡渗分消　由利水药物组成。适用于水湿内停证，如浮肿、尿闭等。

（4）祛痰逐水　由化痰逐水药物组成。适用于痰饮、胸水、腹水等证。

8.补法　运用补益药物来治人体阴阳气血不足或脏腑亏损的方法叫补法。也叫滋补法，扶正法。适用于一切虚证，如气虚、血虚、阳虚、阴虚证。补法分四类

（1）补气　又叫益气，适用于气虚证。

（2）补血　又叫养血、益血。适用于血虚证。

（3）滋阴　又叫补阴、养阴、育阴。适用于阴虚证。

（4）壮阳　又叫补阳，适用于阳虚证。

以上介绍的八法，一般情况下单纯应用一种方法就能达到治疗目的。但在有些情况下，用一种方法不能解决问题，就要几种治法配合应用，例如久病体虚病人感冒风寒，就要补法和汗法同用。

第九章　新针疗法

第一节　基本知识

新针疗法是在无产阶级文化大革命中，广大医务人员在马列主义、毛泽东思想的统帅下，在祖国医学针灸疗法的基础上发展创造的。新针疗法具有进针快、取穴少、针刺深、刺激强、透穴多、不留针、操作简便、经济实用。疗效显著等特点。深受广大工农兵欢迎。

一、取穴方法

1.折量法　又叫骨量法。按身体不同部位之间的距离，定为若干等分，每一等分相当于一寸。例如前发际至后发际为12寸；从剑突至脐为8寸；从脐至耻骨联合上缘为5寸(图9—1)。

2.指量法

中指同身寸法　中指第一节和第二节横纹头之间的距离为1寸(图9—2)。

横指法　以患者手指关节的宽度做取穴尺度。食指第一指关节的宽度为1寸(1横指)，食、中指相并为2寸(2横指)，食、中、无名、小指相并为3寸（4横指）(图9—2)。

3.自然标志法　根据人体自然标志取穴。例如，低头颈部

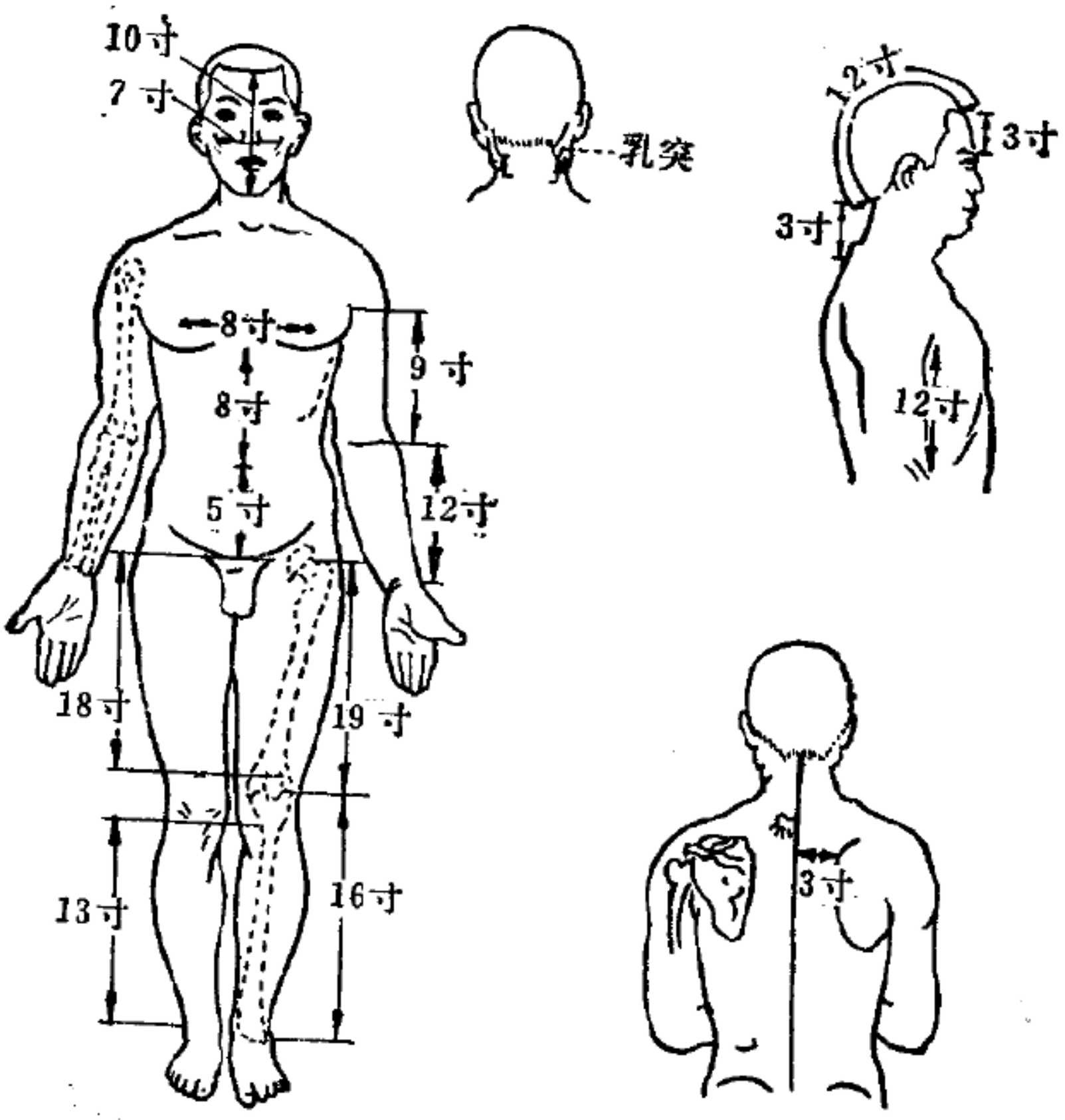


图9—1　骨量法

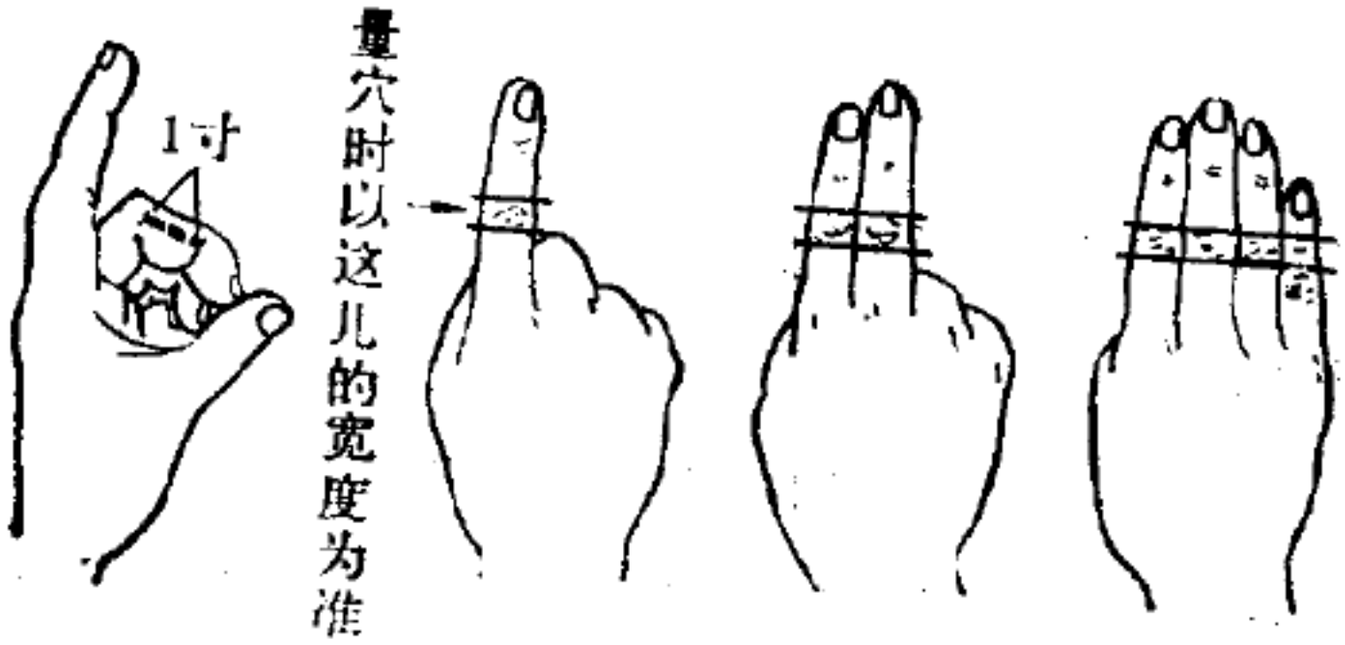


图9—2　中指同身寸、横指法

最突起的脊椎是第七颈椎，第七颈椎下是大椎穴；两乳头联线中点是膻中穴；两手虎口交叉，食指尽头取列缺穴。

二、针 刺 手 法

1.进针法 一般应用快速进针法，要求达到无痛或基本无痛。

指切快速进针法 医生以左手拇指甲紧切在穴位上，右手拇指、食指捻针柄，其他几指紧靠针体，迅速刺进皮肤。

夹持快速进针法 用右手拇指、食指夹持针体下端，留出针尖2～3分，对准穴位，快速刺入。

2.进针角度 一般分三种(图9—3)：

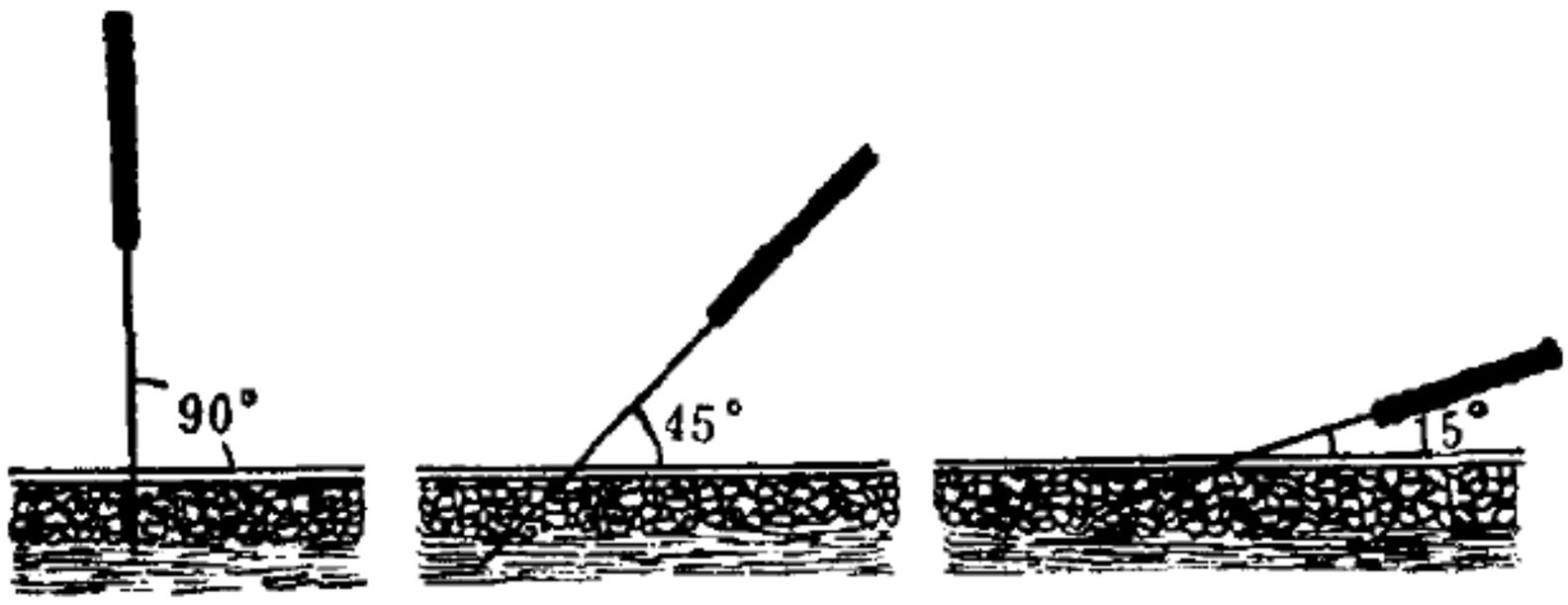


图9—3 进针角度

1.直刺(90度)，适用于肌肉丰满处。

2.斜刺(45度)，适用于胸背部。

3.横刺，又叫平刺(10～15度)，适用于头面部。

3.运针 针刺入皮下后，再进针至一定深度，作捻转提插、针柄震颤等手法，使病人“得气”，产生酸、麻、胀、触电感。

如没有“得气”则将针提至皮下，改变方向寻找针感。产生针感后，再提插捻转，以达到治疗要求的刺激量。刺激手法有三种

强刺激 运针时，大幅度捻转和上下提插，或针柄作震颤，使病人产生强烈的酸、麻、胀、热或触电感。常用于止痛、镇静、催眠。

中等刺激 捻转提插幅度较小。

弱刺激 运针手法很轻，产生酸、麻、胀感即可。适用于一般体弱患者，或在血管丰富部位。

4.出针 产生针感后即可出针，一般不留针。先慢慢将针退至皮下，然后快速提针出皮外。如在血管丰富部位，拔针后应用干棉球压迫针孔片刻，以免出血。

三、针刺注意事项

（一）针刺前作好充分的准备工作

1.对初次针刺治疗的患者，要做好解释和宣传工作，使其明了新针的治疗作用，消除对针刺治疗的恐惧心理，树立战胜疾病的信心。

2.选择适合治疗的毫针，并仔细检查毫针本身是否直，有无斑痕、生锈，针尖有无钩，针柄是否松动等情况，若针身弯曲或针尖有钩，应经修理后再用，如针柄松动就不能再用。选用的毫针必须是经过75%酒精浸泡20分钟消毒或经煮沸消毒的。

3.安排患者采取舒适持久的体位，并嘱咐患者在治疗过程

中不要随意移动体位。

4.把治疗的穴位暴露，进行常规消毒。

（二）针刺意外情况的预防和处理

1.晕针 在针刺过程中出现心慌、头晕、面色苍白、出冷汗、口唇青紫或突然晕倒应迅速将针拔出，让病人平卧，头放低些，喝些开水即可恢复。为预防晕针的发生，对初诊、体弱、饥饿、疲劳、病后等患者，应采用弱刺激，手法要轻，并尽量采用卧位针刺。

2.弯针 因进针用力过猛或病人体位移动，易发生弯针。故在针刺前先要嘱咐病人采取舒适体位，进针后不要随便更动体位，并防止外物碰撞。遇到弯针时，千万不要用力起针和捻转，应仔细辨明弯针方向，再顺此方向慢慢起针。

3.滞针 针刺过程中，出现捻转、提插困难，甚至不能将针退出，同时病人叫痛的现象称滞针。大多因周围肌肉挛缩或捻转幅度过大所致。这时不要硬拔，可稍等一会；叫患者不要紧张，放松肌肉，或小幅度捻转，边捻边退针，也可轻轻按揉周围皮肤或在附近再扎一针，然后退针。

4.断针 由于针的质量不好，日久生锈或病人体位移动，易发生断针。为了防止发生断针，应仔细检查针的质量，针刺时不要将针身全部刺入，至少要留在外面少许。一旦断针要保持镇静沉着，不让病人活动，如针体露在体外，可用镊子挟出来。如全部断在体内，则需迅速手术取出。

5.刺伤内脏 针刺的角度和深度不当，可以刺伤重要内

脏，出现意外情况。如刺伤脊髓可引起肢体瘫痪；刺伤肺组织可引起气胸；刺伤心、肝、脾、肾则可引起内出血。因此在针刺过程中，必须加强责任感，并特别注意掌握在内脏和血管位置进针时的方向、角度和深度，切忌盲目深刺和强刺激。损伤轻的卧床休息后，一般都能自愈。如遇严重的损伤并有休克出现时，必须迅速急救处理。

另外，对孕妇忌刺腹部穴位及合谷、三阴交、足三里，以免发生流产等意外情况。

第二节　常用穴位

（一）头颈部穴位

百会(图9—4)　前后发际联线的中点与两耳尖联线的交叉点处。

针法　斜刺3～5分。

主治　休克、头晕、头痛、脱肛、子宫脱垂。

上星(图9—4)　头部正中线，入前发际1寸。

针法　斜刺0.5～1寸。

主治　头痛、鼻炎、鼻出血、鼻息肉、角膜炎、眼痛。

印堂(图9—5)　两眉正中间。

针法　斜刺5分～1寸。

主治　鼻病、眼痛、头痛、头晕、失眠、小儿惊风、感冒。

人中（又名水沟）(图9—5)　鼻中沟上、中$\frac{1}{3}$交界处。

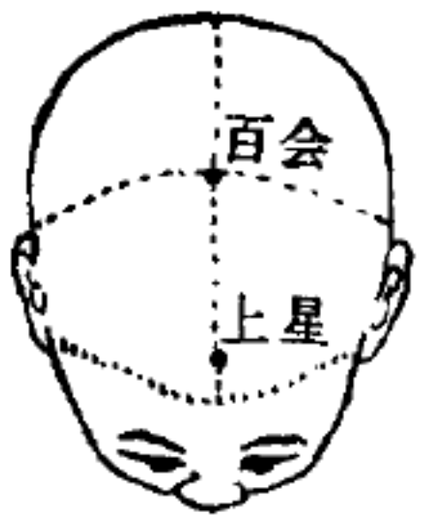


图9—4

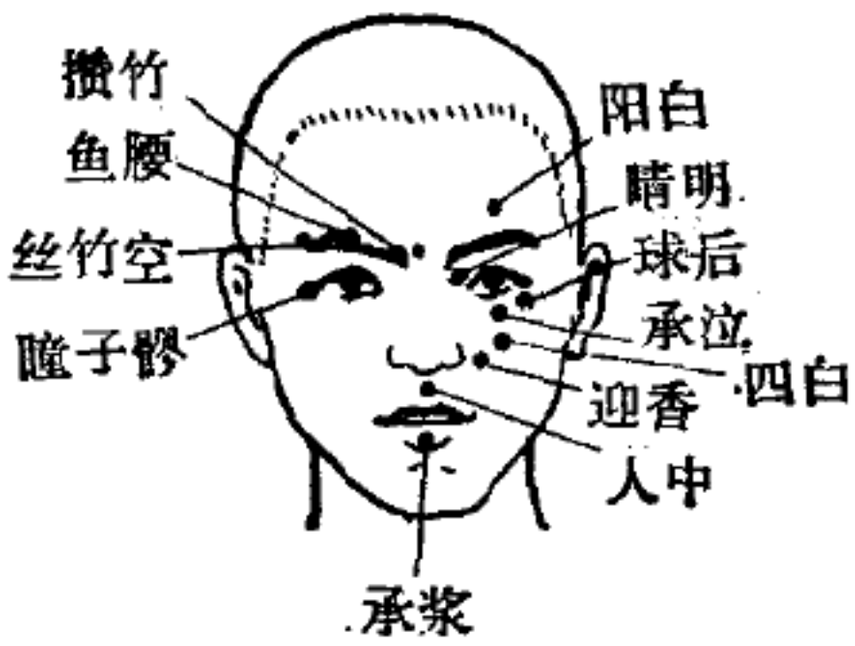


图9—5

针法　从下向上斜刺入5～7分。

主治　休克、神志不清、中暑、口眼歪斜。

迎香(图9—5)　鼻翼旁开 5 分，鼻唇沟中取穴。

针法　针尖向内上斜刺 5 分～ 1 寸。

主治　鼻炎、鼻窦炎、面神经麻痹。迎香透四白，可配合治疗胆道蛔虫症。

阳白(图9—5)　直对瞳孔，眉上 1 寸。

针法　斜刺3～5分。

主治　面神经麻痹、眼球颤动、眼痒痛、三叉神经痛、眉棱骨疼痛、夜盲。

睛明(图9—5)　眼内眦上 1 寸处。

针法　用手将患者眼球轻轻推向外侧，使它固定不动，针尖靠眶缘刺入 5 分～1.5寸，不捻转，退针时压迫局部防止出血。

主治　迎风流泪、夜盲、视神经炎、视网膜炎、视神经萎缩、白内障。

球后(图9—5)　眶下缘的外$\frac{1}{4}$与内$\frac{3}{4}$交界处。

针法　左手食指尖压在球后穴旁，将眼球向上轻推，沿眶下缘，从外斜向内下，向视神经孔方向刺1～1.5寸，不捻转。

主治　青光眼、视神经炎、视神经萎缩、玻璃体混浊、白内障、结膜炎、角膜炎、眼内斜。

承泣(图9—5)　眼平视，瞳孔直下 7 分。

针法　直刺3～5分。

主治　近视、眶下神经痛。

四白(图9—5)　下眼睑下 1 寸(承泣下 5 分)。

针法　斜刺5～8分。

主治　近视、面神经痉挛及麻痹、过敏性面肿。

攒竹(图9—5)　眉毛之内侧端，即眶上切迹处。

针法　直刺0.3～0.5寸

主治　①头痛、面神经麻痹，可横刺透鱼腰穴。②眼病如近视，急性结膜炎、角膜白斑，流泪，眼球震颤，可向下斜刺透睛明穴。

丝竹空(图9—5)　眉梢外侧凹陷处。

针法　向鱼腰或向后横刺0.5～1寸。

主治　头痛、眼病、面神经麻痹。

鱼腰(图9—5)　眉毛正中，眼平视，下对瞳孔处。

针法　横刺0.5～1寸。

主治　近视、急性结膜炎、眼肌麻痹、面神经麻痹、眶上神经痛。

瞳子髎(图9—5)　眼外眦外0.5寸处。

针法　向太阳穴横刺0.5～1寸。

主治　头痛、角膜炎、屈光不正、夜盲、视神经萎缩。

承泉(图9—5)　下唇缘正中下方凹陷处。

针法　从前下向后上方斜刺0.3～0.5寸。

主治　面神经麻痹、中风偏瘫、牙痛、口腔溃疡、流涎。

率谷(图9—6)　耳尖直上入发际1.5寸。

针法　横刺1～2寸。

主治　眼病、偏头痛、眩晕。

太阳(图9—6)　眉梢与外眦之间后1寸凹陷处。

针法　直刺1～1.5寸，向后斜刺0.8～1寸。

主治　偏头痛、眼病。

下关(图9—6)　颧弓下缘凹陷处，闭口取穴。

针法　直刺或稍向下斜刺5分～1寸。

主治　牙痛、下颌关节痛、牙关紧闭、面神经麻痹。

地仓(图9—6)　口角旁开5分。

针法　沿皮横刺，透向颊车。

颊车(图9—6)　用力咬紧上下齿，下颌角上前方咬肌突出处，压之有凹陷处。

针法　直刺或斜刺0.5～1寸。

主治　牙痛、下颌关节痛、面神经麻痹、腮腺炎。

耳门(图9—7)　耳屏上缺口前凹陷处，开口取穴。

针法　直刺1～1.5寸，亦可斜向听宫。

主治　耳鸣、耳聋、中耳炎、牙痛。

听宫(图9—7)　耳屏中部，张口时，耳前凹陷处。



图9—6



图9—7

针法　直刺1～2寸。

主治　耳鸣、耳聋、聋哑、中耳炎。

听会(图9—7)　听宫下 5 分。

针法　微开口，针尖略向上斜刺1～1.5寸。

主治　耳鸣、耳聋、聋哑、中耳炎、面神经麻痹。

听穴(图9—7)　听宫听会之间。

针法　直刺1～2.5寸。

主治　聋哑。

医风(图9—8)　耳垂后凹陷处，于乳突和下颌骨中间。

针法　从外后方向内前斜刺1～2寸。

主治　耳鸣、耳聋、聋哑、腮腺炎、眼病。

医明(图9—8)　医风后 1 寸，乳突下缘处。

针法　直刺或斜刺1～2寸。

主治　失眠、视神经炎、白内障、腮腺炎、头痛。

安眠$_1$(图9—8)　医风与医明联线中点。

针法　直刺1.5～2寸。

主治　失眠、精神分裂症。

安眠$_2$（图9—8） 风池与医明联线中点。

针法 直刺1～2寸。

主治 失眠、烦躁不安、心悸、精神分裂症。

兴奋（图9—8） 乳突后缘，安眠$_2$斜上5分处。

针法 直刺1.5～2寸。

主治 嗜睡。

廉泉（图9—9） 仰头，颈部正中线喉结与下颌缘之中点。

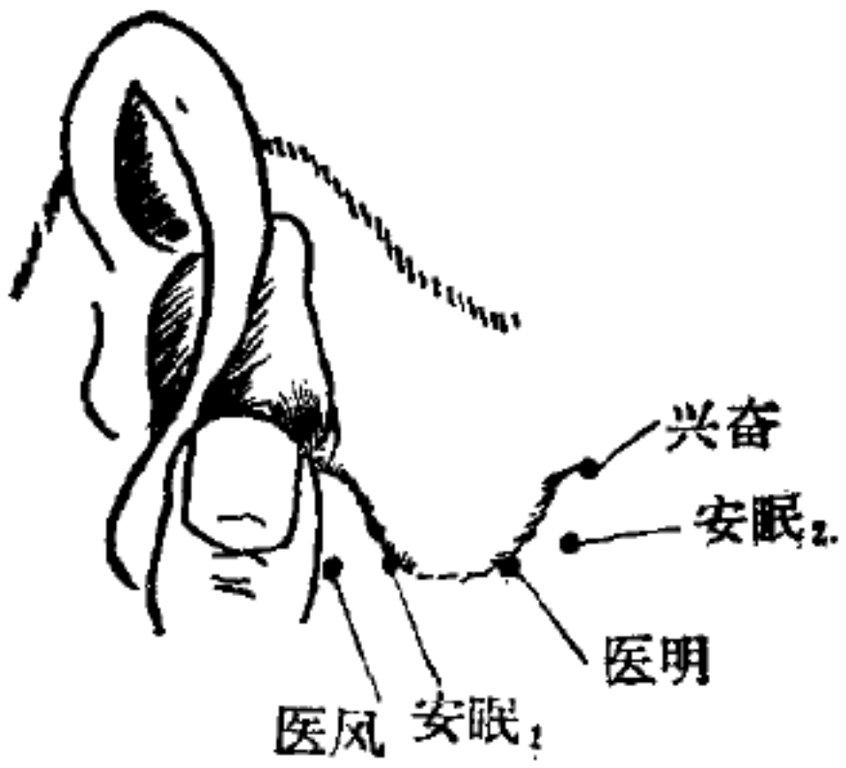


图9—8



图9—9

针法 向舌根方向斜刺1.5寸。

主治 哑、失音、舌肌麻痹、扁桃体炎。

风池（图9—10） 乳突后1.5寸凹陷处。

针法 斜刺，针尖向对侧眼窝方向刺入5分～1.5寸。

主治 后头痛、头晕、眠病、感冒、耳鸣。

哑门（图9—10） 低头，颈后正中线，发际向上5分处（第1、2颈椎之间）。

针法 正坐低头，针尖向喉结刺5分～1.5寸。

主治　哑、后头痛、癔病、神经官能症、癫痫、脑炎后遗症。

（二）上肢穴位

十宣(图9—11)　两手十指尖正中距离指甲1分处，左右共十穴。



图9—10

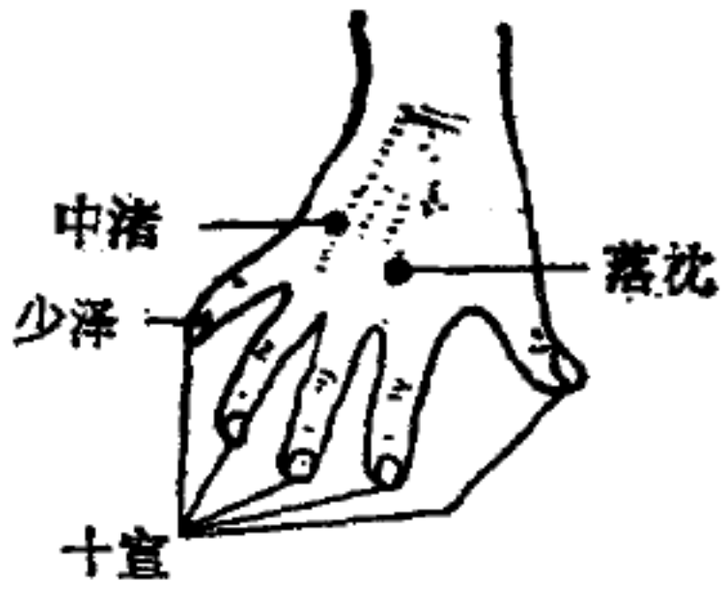


图9—11

针法　针刺或用三棱针点刺出血。

主治　休克、昏迷，是突然昏倒的急救穴。

落枕(图9—11)　手背第2、3掌骨间，掌指关节后5分。

针法　直刺5分～1寸。

主治　落枕。

少泽(图9—11)　小指外侧，指甲后1分许。

针法　针一分深，点刺出血。

主治　休克、神经性头痛、耳聋、乳腺炎、乳汁分泌减少。

中渚(图9—11)　轻握拳，在手背第四、五掌骨间，掌指关节后凹中。

针法　直刺5分～1寸。或向上斜刺1～1.5寸。

主治　耳聋、耳鸣、肩背痛。

合谷(图9—12)　第一、二掌骨之间，近第二掌骨缘中点。

针法　直刺1～1.5寸。治手指抽搐可透劳宫，孕妇忌用。

主治　头痛、牙痛、咽喉痛、口眼歪斜、感冒发热、鼻出血。

后溪(图9—13)　轻握拳，第五掌骨头，掌横纹头凸起处。

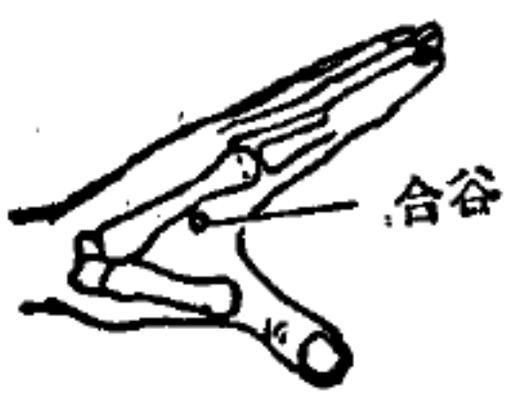


图9—12

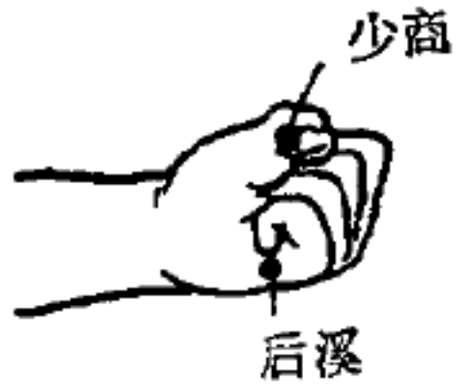


图9—13

针法　直刺0.5～1寸。

主治　腰、颈扭伤，腰腿痛，后头痛，面痉挛，指痉挛，耳聋。

养老（又名腕骨）(图9—14)　尺骨小头桡侧缘上方凹陷处，屈肘掌心对胸取穴。

针法　针尖向肘部斜刺1～1.5寸。

主治　肩背酸痛、后头痛、落枕、上肢活动障碍。

列缺(图9—15)　两手虎口交叉。一手食指按在另一手桡骨茎突正中，指尖所达处的凹窝中。

针法　针尖向肘部斜刺8分～1寸。

主治　头痛、头晕、咳嗽、咽喉痛、口眼歪斜。

劳宫(图9—16)　在掌中央第三、四掌骨之间。

针法　直刺3～5分。



图9—14



图9—15

主治　心绞痛、脑出血、鼻出血、手掌多汗、手颤、癔病。

少商(图9—16)　拇指桡侧距指甲角约0.1寸。

针法　点刺出血。

主治　扁桃体炎、腮腺炎、感冒、咳嗽、肺炎、中风、昏厥、小儿消化不良、精神分裂症。

牙痛穴(图9—16)　掌面第三、四掌骨间、距掌横纹1寸。

针法　直刺五分。

主治　牙痛。

神门(图9—16)　腕关节小指侧，掌后横纹头凹陷处。

针法　直刺0.5～1寸。

主治　神经衰弱、健忘、心悸、失眠、癔病。

太渊(图9—16)　仰掌、腕横纹之桡侧端凹陷处。

针法　直刺0.3～0.5寸。

主治　支气管炎、百日咳、流感、哮喘、肺结核、胸痛、腕关节炎。

内关(图9—16)　腕掌侧横纹中点上2寸，两筋之间。

针法　直刺5分～1寸。可透外关。

主治　胸痛、心绞痛、胃溃疡、上腹痛、呕吐、呃逆、癔病、精神病。

间使(图9－16)　内关穴上1寸，两筋之间。

针法　直刺0.5～1.5寸。

主治　风湿性心脏病、胃痛、疟疾、癫痫、癔病、精神分裂症。

四缝穴(图9—17)　手食、中、无名、小指掌面1、2节之间横纹中央。



图9—16

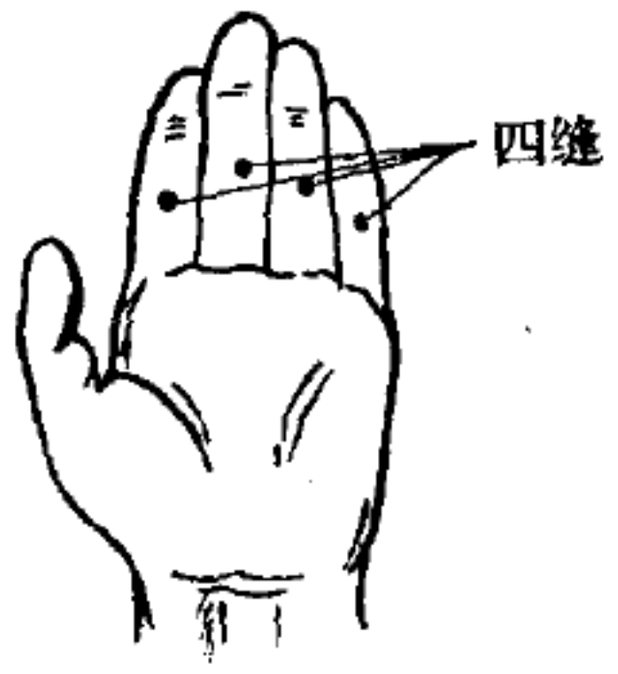


图9—17

针法　用三棱针（浅刺）刺出黄白色的透明粘液。

主治　小儿疳积。

外关(图9—18)　腕背侧横纹正中上2寸。

针法　直刺0.5～1寸。可透内关。

主治　上肢关节痛、偏头痛、感冒、落枕、前臂神经痛。

支沟(图9—18)　外关上1寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　习惯性便秘，肩臂酸痛，肋间神经痛，颈、腋下淋巴结炎。

曲池（图9—19）　屈肘约90度、在桡侧肘横纹头与肱骨外髁的中点。



图9—18

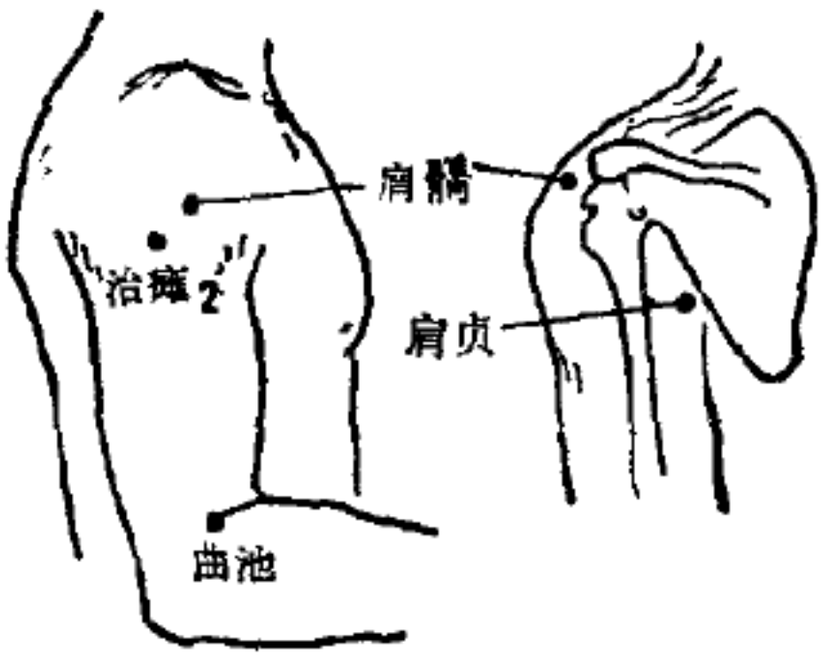


图9—19

针法　直刺1～4寸。

主治　高血压、偏瘫、肩臂痛、皮肤病、颈淋巴结肿大、咽喉痛。

肩髃（图9—19）　垂肩，肩峰下缘凹陷处。

针法　直刺1.5～2寸，或斜向三角肌刺入3寸。

主治　偏瘫、肩关节炎。

肩贞（图9—19）　腋后纹头上1寸处。

针法　直刺1～2.5寸

主治　手臂痛、手臂不能上举、上肢麻痹、偏瘫。

为民（治瘫$_2$）（图9—19）　三角肌正中点取之。

针法　直刺1～2寸。

主治　偏瘫。

抬肩(图9—20)　肩峰前下1.5寸。

针法　直刺1～2寸。

主治　上肢瘫痪。

举臂(图9—20)　抬肩穴下2寸。

针法　直刺1～2寸。

主治　上肢瘫痪。

爱民（治瘫$_3$）（图9—21）　肘横纹与腕横纹正中联线中点。

针法　直刺1～2寸。

主治　上肢瘫痪。

郄门(图9—21)　腕横纹正中直上5寸，两筋之间。

针法　直刺1.5寸。

主治　风湿性心脏病、心肌炎、心绞痛、心悸、胸膜炎、癔病、乳腺炎。

曲泽(图9—21)　仰掌，肘部微屈，肘横纹与肱二头肌腱交界的内侧。



图9—20

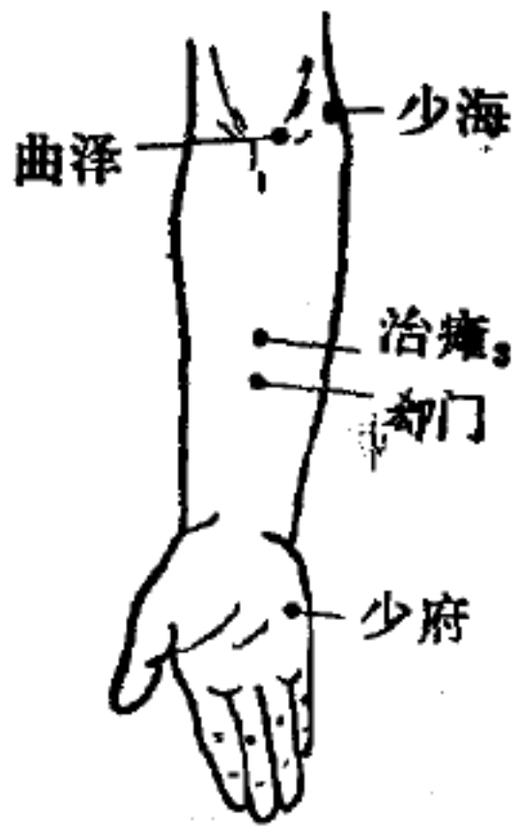


图9—21

针法　直刺0.5～1寸。治急性肠胃炎和中暑时，可用三棱针点刺放血。

主治　风湿性心脏病，心肌炎、支气管炎、中暑、肘臂痛、急性胃肠炎。

少海(图9—21)屈肘，肘横纹尺侧端与肱骨内上髁之间凹陷处。

针法　直刺0.5～1.5寸。

主治　神经衰弱、精神分裂症、肋间神经痛、淋巴结炎、前臂麻木及肘关节周围软组织疾患等。

少府(图9—21)　在第四、五掌骨之间，屈指握掌时小指尖所到处(平劳宫穴)。

针法　直刺0.5寸左右

主治　风湿性心脏病、心悸、心律不齐、心绞痛、小便不利、遗尿、癔病。

(三) 下肢穴位

环跳(图9—22)　位于大腿外侧，大转子后凹陷中。

针法　直刺1～4寸

主治　腰腿痛、坐骨神经痛、小儿麻痹后遗症、下肢瘫痪。

殷门(图9—23)　臀横纹与腘窝横纹正中联线中点。

针法　直刺1～3寸。

主治　腰腿痛、坐骨神经痛、下肢瘫痪、腰椎间盘突出症。

委中(图9—23)　在腘窝横纹中点。

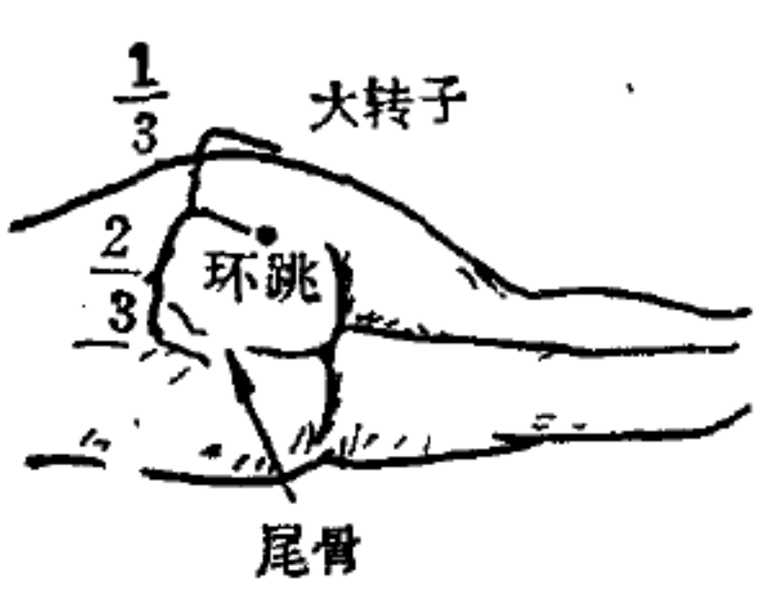


图9—22



图9—23

针法　直刺0.5～1寸。或点刺出血。

主治　腰背疼痛、坐骨神经痛、小儿麻痹症、腓肠肌痉挛、膝关节炎。

承山(图9—23)　小腿后面正中“人”字纹尖处。

针法　直刺1～2寸。

主治　腓肠肌痉挛、坐骨神经痛、小儿麻痹症、腰腿痛、脱肛、痔疮。

落地(图9—23)　腘窝横纹中点直下9.5寸。

针法　直刺3～5分。

主治　马蹄足。

跟平(图9—23)　内外踝连线与跟腱垂直线相交处。

针法　刺5～6分。

主治　马蹄足。

风市（图9—24）　直立时，两手自然下垂，中指尖所到之处。

针法　直刺1～2寸。

主治　偏瘫、坐骨神经痛、小儿麻痹症后遗症。

前进　（图9—24）　风市穴上2.5寸。

针法　直刺1～2寸。

主治　偏瘫、坐骨神经痛、小儿麻痹症后遗症。

血海（图9—25）　屈膝，髌骨上缘内侧端上2寸。

针法　直刺或从下向上斜刺1～3寸。

主治　月经不调、功能性子宫出血、皮肤搔痒、荨麻疹。

百虫窝（图9—25）　血海穴上1寸。

针法　针尖向上斜刺2～3寸。

主治　荨麻疹、皮肤搔痒等皮肤病。

治癌4（为农）（图9—25）髌骨上缘正中上3寸。



图9—24



图9—25

针法　直刺1～2寸。

主治　膝关节炎、下肢麻痹。

阳陵泉(图9—26)　小腿外侧，腓骨小头前下缘凹陷处。

针法　直刺0.8～2寸。

主治　腰腿痛、偏瘫、下肢疼痛、麻木、痉挛，高血压，习惯性便秘，胆囊炎。

胆囊穴(图9—26)　阳陵泉下 1 寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　胆囊炎、胆道蛔虫症、下肢瘫痪。

膝眼(图9—27)　屈膝时，髌韧带两侧凹陷处。外侧叫外膝眼，内侧叫内膝眼。

针法　斜刺向膝关节中央1～1.5寸。

主治　膝关节痛。

足三里(图9—27)　外膝眼下 3 寸，胫骨外侧一横指。

针法　直刺1～3寸。

主治　下肢疼痛、瘫痪、腹痛、腹胀、腹泻、便秘、呕吐、



图9—26

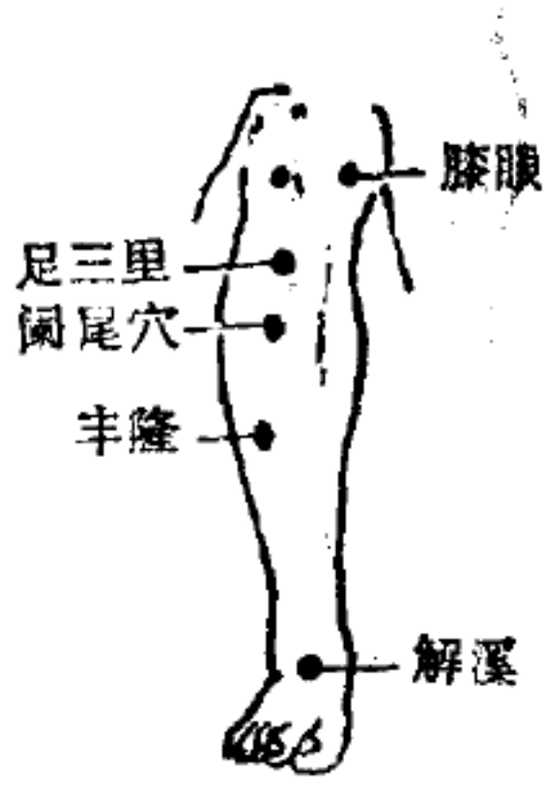


图9—27

小儿消化不良、贫血、体弱。

阑尾穴(图9—27)　足三里下2寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　急、慢性阑尾炎。

丰隆(图9—27)外踝上8寸，胫骨旁开2横指。

针法　直刺0.8～1寸。

主治　喘咳、痰多、下肢痛。

解溪(图9—27)　踝关节前横纹中点，两筋之间，与外踝尖平齐。

针法　直刺向关节腔，深0.3～0.5寸，再向两侧斜刺，进针1～1.5寸。

主治　头痛、肾炎、肠炎、癫痫、踝关节炎、足下垂。

阴陵泉(图9—28)　在胫骨内髁下缘，胫骨内侧之凹陷处。

针法　直刺1～2.5寸，可透阳陵泉。

主治　尿闭、肾炎、腹胀、膝关节痛。

地机(图9—28)　阴陵泉穴下3寸，胫骨后缘。

针法　直刺1.5～2.5寸

主治　月经不调、功能性子宫出血、痛经、水肿、遗精。

三阴交(图9—29)　内踝尖直上三寸，胫骨后缘。

针法　直刺1～2寸，可透悬钟。

主治　月经不调、痛经、子宫出血、子宫收缩无力、白带多、神经衰弱、失眠、遗精、早泄、阳萎、遗尿、下肢肌萎缩。

太溪(图9—29)　内踝后缘与跟腱的中点。

针法　直刺5分～1寸。可透昆仑。



图9—28

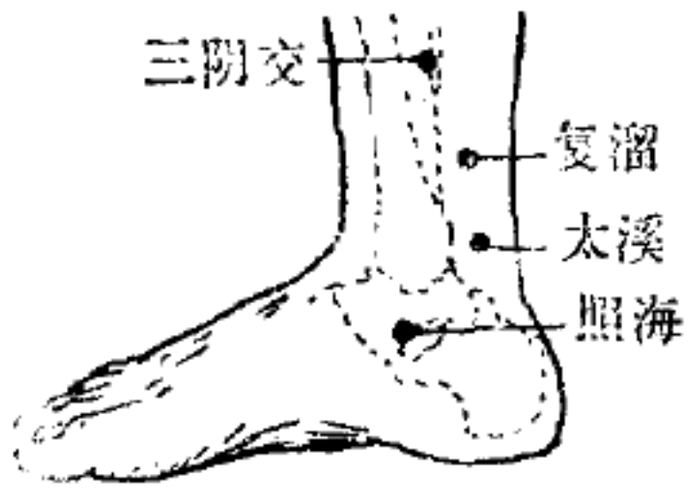


图9—29

主治　神经衰弱、头晕，遗精、阳萎、月经不调。

复溜(图9—29)　太溪穴直上2寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　肾炎、睾丸炎、功能性子宫出血、尿路感染、白带过多、盗汗、腰痛。

照海(图9—29)　内踝尖直下1寸处。

针法　直刺0.5～1寸。

主治　咽喉炎、扁桃体炎、神经衰弱、癔病、癫痫、月经不调、子宫脱垂。

昆仑(图9—30)　在外踝后缘与跟腱之间的中点。

针法　直刺0.5～1寸，可透太溪。

主治　腓肠肌痉挛、踝关节炎、坐骨神经痛、腰背痛、下肢瘫痪、难产、胎盘滞留、足多汗。

悬钟（又名绝骨）(图9—30)　外踝尖直上三寸，腓骨前缘。

针法　直刺1～2寸。

主治　下肢痛、偏瘫、淋巴结炎、胸腹胀满、落枕、踝关节痛、小儿麻痹症。

太冲(图9—31)　第一、二趾间的趾缝上 2 寸。

针法　直刺 5 分。

主治　头昏、头痛、高血压、小儿惊风、咽喉干、黄疸、闭经、子宫出血、腹股沟疝。

内庭(图9—31)　第二、三趾间的趾缝端。

针法　斜刺向上进针0.3～0.8寸。

主治　牙痛，三叉神经痛，扁桃体炎，胃痛，急、慢性肠炎，肠疝气，脚气。

至阴(图9—31)　小趾甲根外侧角旁开 3 分处。



图9—30

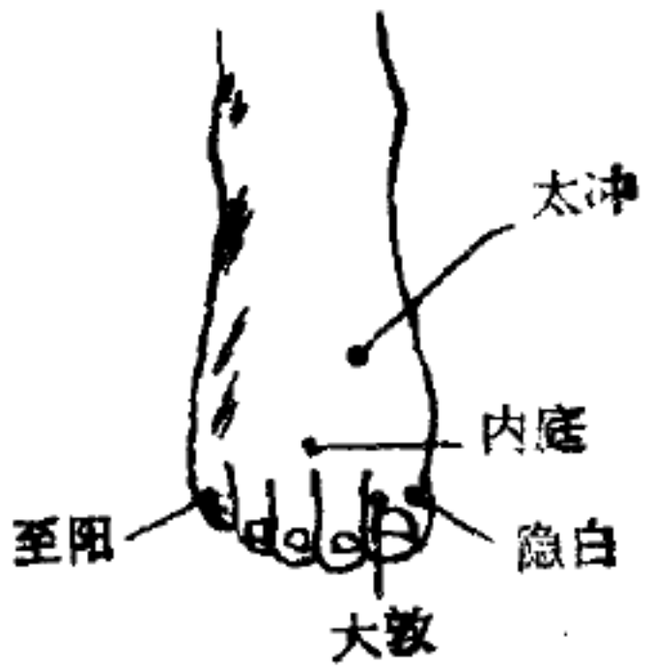


图9—31

针法　斜刺，针尖向上刺入 2 分，或点刺出血。

主治　神经性头痛、胎位不正、难产。灸此穴可转胎位(艾条悬灸10分钟，有温感即可)。

涌泉(图9—32)　脚掌前 $\frac{1}{3}$ 中心凹陷处，第二、三跖骨间。

针法　直刺 5 分～ 1 寸。

主治　休克、昏迷、癫痫、头痛、小儿抽搐。

（四）腰背部穴位

大椎(图9—33)　第七颈椎与第一胸椎棘突之间。

针法　略向上斜刺1～1.5寸。

主治　发热、疟疾、支气管炎、癫痫、肝炎。

喘息(又名定喘)(图9—33)　大椎旁开3～5分。

针法　斜刺，针尖向椎体进针5～6分。

主治　咳嗽、支气管炎、支气管哮喘。

忠阳(图9—33)　第5、6胸椎间，后正中线旁开3～4分。

针法　直刺1.5寸（针尖可达脊椎横突）。

主治　支气管哮喘。

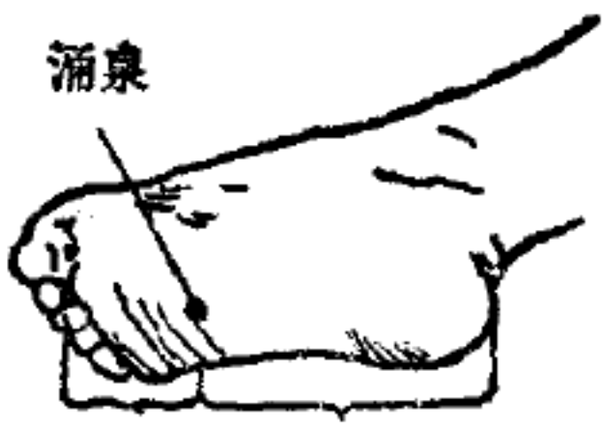


图9—32

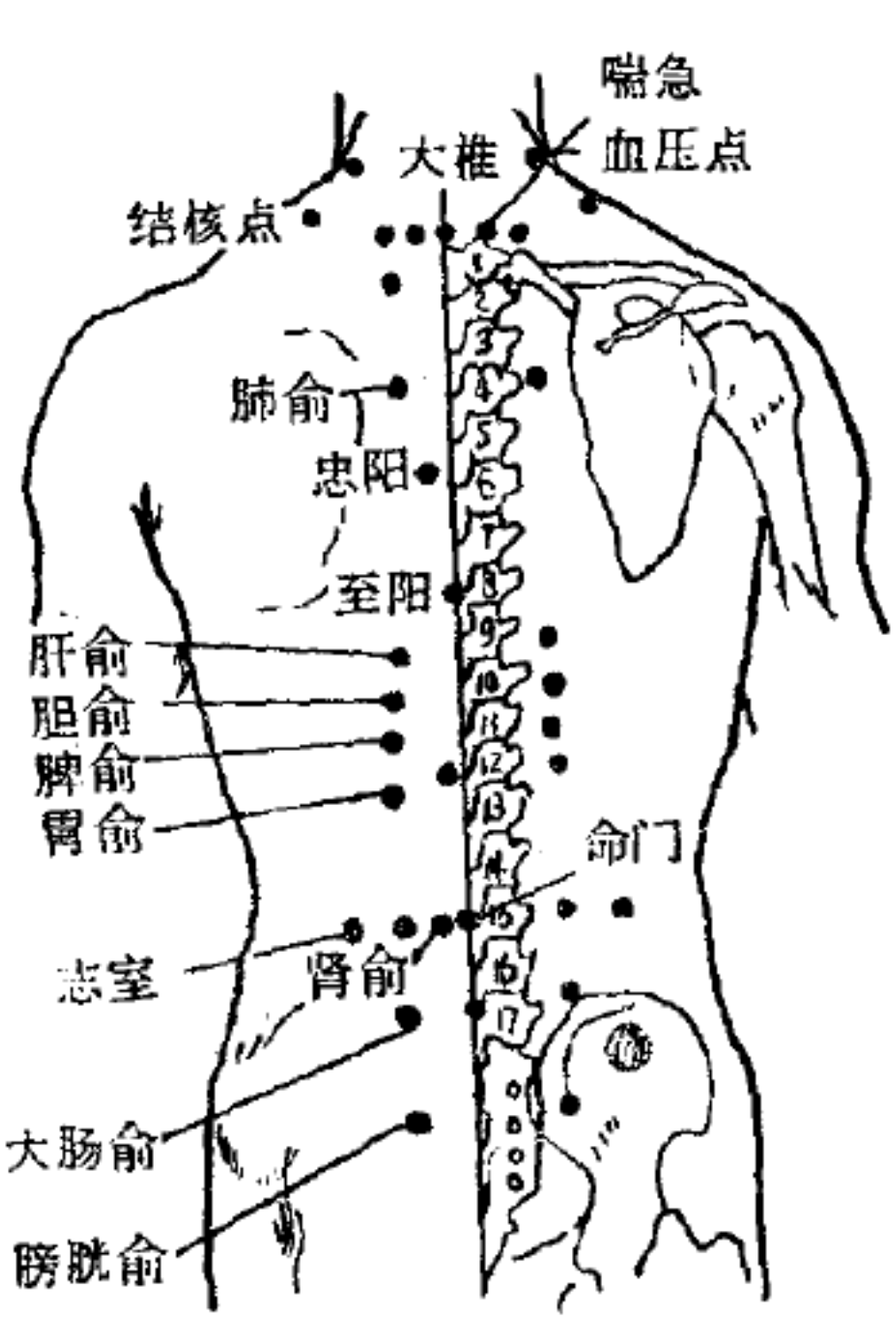


图9—33

肺俞(图9—33)　第3胸椎棘突旁开1.5寸。

针法　刺5分，不宜深刺。

主治　咳嗽、咯血、气喘。

结核点(图9—33)　大椎旁开3.5寸。

针法　直刺5～8分。

主治　结核病。

血压点(图9—33)　第六、七颈椎棘突间旁开2寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　高血压、低血压等。

至阳(图9—33)　第七胸椎棘突下凹陷处。

针法　向上斜刺5～8分。

主治　肝炎、胆囊炎、肋间神经痛。

胃俞(图9—33)　第十二胸椎棘突旁开1.5寸。

针法　从背侧刺向椎体8分～1.5寸。

主治　胃痛、肠炎、肝炎、胰腺炎、十二指肠溃疡。

溃疡点(图9—33)　第十二胸椎棘突下旁开5分。

针法　斜刺5分～1寸。

主治　胃、十二指肠溃疡。

肝俞(图9—33)　第九胸椎棘突旁开1.5寸。

针法　直刺，微斜向脊柱0.5～1寸。

主治　急、慢性肝炎，胆囊炎，胃病，眼病，肋间神经痛，神经衰弱，月经不调。

胆俞(图9—33)　第十胸椎棘突旁开1.5寸。

针法　微斜向脊柱刺0.5～1寸。

主治　肝炎、胆囊炎、胃炎、胆道蛔虫症、淋巴结结核、腹胀、胸胁痛、坐骨神经痛。

脾俞(图9—33)　第十一胸椎棘突旁开1.5寸。

针法　微斜向椎体刺1—1.5寸。

主治　胃炎、溃疡病、胃下垂、神经性呕吐、消化不良、肝炎、肠炎、乳肿、贫血、肝脾肿大、慢性出血性疾病、子宫脱垂、荨麻疹及肢体乏力。

命门(图9—33)　第二腰椎棘突下。

针法　直刺0.5～1寸。

主治　腰痛、遗尿、泌尿生殖器疾患及子宫内膜炎。

肾脊(图9—33)　命门旁开3～4分。

针法　直刺1.5寸。

主治　下肢瘫痪、腰痛、阳萎、遗精。

肾俞(图9—33)　命门旁开1.5寸。

针法　直刺1～2寸。

主治　腰痛、肾炎、神经衰弱、遗尿。

志室(图9—33)　肾俞穴旁开1.5寸。

针法　直刺8分～1寸。

主治　腰痛、肾炎、遗精、小便淋漓不止。

大肠俞(图9—33)　第四腰椎棘突旁开1.5寸。

针法　向椎体方向刺入1～3寸。

主治　腰痛、下肢瘫痪、小儿麻痹症、坐骨神经痛、肠炎、痔疮。

膀胱俞(图9—33)　平第二骶后孔，背中线旁开1.5寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　腰骶痛、坐骨神经痛、腹泻、糖尿病、便秘、泌尿系疾病。

长强(图9—34)　俯卧，在尾骨尖端与肛门中点处。

针法　从下向上，沿尾骨直刺5分～1寸。

主治　痔疮、脱肛、腰神经痛。

（五）胸腹部穴位

天突(图9—35)　胸骨上缘正中凹陷处。

针法　针尖向下斜刺1～1.5寸（注意胸骨柄后方有左无名静脉和主动脉弓，深部有气管）

主治　喘咳、痰鸣、嘶哑、咽喉炎、扁桃体炎、甲状腺肿、呕吐、头痛。



图9—34

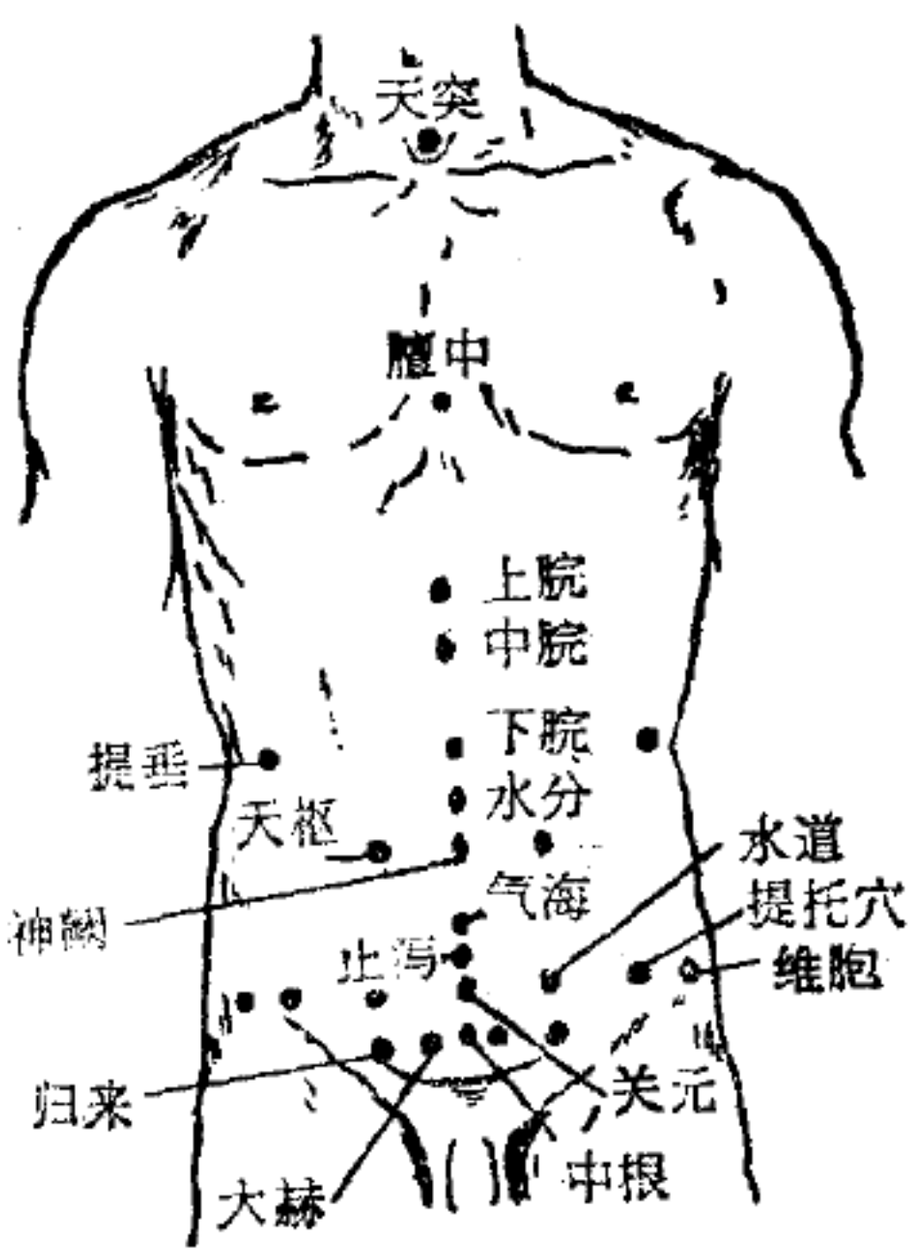


图9—35

膻中(图9—35)　两乳头联线中点。

针法　直刺3～5分。

主治　咳嗽、支气管炎、支气管哮喘、肋间神经痛、乳汁分泌减少。

上脘(图9—35)　前正中线，脐上5寸。

针法　直刺1.5～2寸

主治　急、慢性胃炎，胃扩张，胃痉挛，贲门痉挛。

中脘(图9—35)　脐孔上4寸，或脐孔与剑突联线之中点。

针法　直刺0.8～2.5寸。

主治　胃痛、腹痛、呕吐、便秘、腹泻、小儿疳积、癫狂、高血压、神经衰弱、虚劳吐血。

下脘(图9—35)　脐上2寸。

针法　直刺0.8～1.5寸。

主治　同中脘。

提垂(图9—35)　下脘旁开4寸。

针法　沿皮下向脐孔方向透刺。

主治　胃下垂、腹胀痛。

水分　(图9—35)　前正中线，脐上1寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　腹水、呕吐、腹泻、肾炎。

神阙(图9—35)　即脐孔。

灸法　温灸或隔姜、盐灸。

主治　肠炎、脑溢血、虚脱。

天枢(图9—35)　脐孔旁开2寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　腹胀、便秘、腹泻、痢疾、肠麻痹、白带多、蛔虫症。

气海(图9--35)　脐下1.5寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　腹痛、腹胀、肠炎、遗尿、痛经。

止泻(图9—35)　脐下2.5寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　肠炎、痢疾。

关元(图9—35)　脐下3寸。

针法　直刺1～1.5寸

主治　阳萎、遗精、遗尿、尿血、尿频、尿道痛、尿潴留、闭经、白带多、腹泻、痢疾。

中极(图9—35)脐下4寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　遗尿、阳萎、早泄、月经不调、白带多、尿潴留。

水道(图9—35)　脐下3寸，关元穴旁开2寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　肾炎、膀胱炎、尿潴留、腹水、睾丸炎。

提托穴(图9—35)　关元旁开4寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　子宫脱垂、下腹痛、疝痛。

维胞(图9--35)　髂前上棘下内方凹陷处，关元穴旁开6寸。

针法　斜刺，沿腹股沟韧带刺2～3寸。

主治　子宫脱垂、肠疝气、肠功能紊乱。

归来　（图9—35）　脐下 4 寸，中极穴旁开 2 寸。

针法　直刺1～1.5寸。

主治　月经不调、附件炎、子宫内膜炎、睾丸炎。

第十章　常用中草药

第一节　中草药的基本知识

一、认药与采药

(一)认药

辨认中草药，一定要树立实践第一的观点，要深入实际，亲自上山采挖中草药。遵照毛主席关于“**有比较才能鉴别**”的教导，我们要运用“看”“摸”“嗅”“尝”的方法，根据各种植物的根、茎、叶、花、果实的形态特点，进行对比和分析，反复实践，从而掌握认药知识。

1.根　根是植物的主要营养器官之一。有吸收养料、水分和固定的作用。根的种类，外皮、断面、气味，均可帮助辨认药物。如朱砂根断面有“小血点”，山苍树根兼有豆豉和姜的味道。

2.茎　起支撑植物和输送养料、水分的作用。茎的外形、断面、有无刺等，也可帮助辨认药物。如土牛膝茎上有明显膨大的节；三颗针的叶腋处有三颗刺；大血藤断面有放射状条纹，砍断时见红色液汁流出。

3.叶　是植物制造养料和蒸发水分的主要器官。叶的特殊形状、颜色、气味等均可帮助识别药物。如犁头草的叶形似犁头；紫苏的叶面绿色，叶背紫色；鱼腥草叶有鱼腥味。

4.花　是种子植物的繁殖器官。花的组成、花序、花冠的形状和颜色，均是辨认药物的特征。如半边莲开半边花，花形和香气均似莲花，半枝莲的花排列在一边，形似牙刷。

5.果　是受粉的雌蕊发育而成。果的形状、颜色亦可帮助识别药物。如龙葵的果实内含多粒种子，肉质多汁。

（二）采药

1.掌握采集季节

药用植物的入药部份，因采集季节不同，有效成分的含量和治疗效果有很大差异。广大医药卫生人员，特别是赤脚医生，对中草药的采集，总结了很好的经验：含苞待放采花朵，树皮多在春夏剥，秋末初春挖根茎，全草药物夏季割，色青采叶最为好，成熟前后摘硬果。

2.了解生长环境

要摸清本地药物的品种、产量和质量，必须了解药用植物的生长环境和分布规律。

药物生长分布情况参考表

生长地点	生长药类	药物举例
村旁、旷地	草　本	车前草、龙葵
田埂、水渠、塘边	怕旱的草本	半枝莲、白花蛇舌草
山坡、丘陵	耐旱草本和灌木	茅根、野南瓜、忍冬藤
高山密林	乔木或长大藤本	鸡血藤、黄柏
阴湿山谷	多年生草本	七叶一枝花、八角莲
一千米以上高山	稀少药材	龙胆草、半枫荷

3.保护与发展药源

（1）保护药源 野生药物应根据医疗与战备的需要，有计划采集。采时要保护药苗，适当引种，凡地上入药部分的要留根或留主茎；用根或根茎的要留部分根或块根；用叶的不要一次全部采光；用树皮的在剥皮时要间隔纵剥，不要环剥；全株入药的植物，应适当留些植株，以便留种。

（2）种植药物 要发动群众，利用空坪隙地，引种一些疗效高、应用多的野生药物和有计划地种植中药材。这样既增加了生产，又发展了药源。要做到公社有药场，大队、生产队有药园，家家户户种药材。下面介绍几种药材的繁殖方法。

①种子繁殖 药草一般多用种子繁殖。要注意选种、下种季节，如槟核莲，在清明前下种，一年可两播双收；羊蹄草可一年数播数收。

②营养繁殖 即利用药草的根、茎或叶进行繁殖。方法有

分割法 将母株的小鳞茎、根茎、块茎、珠芽或旁蘖分割，进行繁殖。如百合用小鳞茎繁殖；黄精、青木香可用切割根、茎繁殖；黄药子、山药可用叶腋的珠芽繁殖；元参可用分根繁殖。

插条法 剪取植物的一部分，插入砂土中，保持适宜的水分和湿度，长出新根或为独立的植物体。如菊叶三七、薄荷、菊花等，可用插条法繁殖。剪取插枝的剪刀要利，剪口要平。

压条法 将植物的枝条埋入土中，在入土部分的下方切一刀口，以使养分聚积，易于生长根，生出根后再与母株切离。

4.加工贮藏

采集的中草药，应迅速干燥，以免霉烂变质。

（1）晒干　把药物摊开在阳光下曝晒，大多数药物可采用此法。

（2）阴干　放阴凉干燥通风的地方。阴干一般适用花类、芳香类药物。

（3）烘干　用文火烘烤，主要用于富有淀粉、糖分的药物。

（4）干燥前加工　对肉质多汁的药材如天冬、奶参，多先用开水煮烫或蒸后再干燥；带毛刺的要搓掉毛刺再晒；对干后坚硬的药材或粗大的药材，可趁新鲜时先切片，然后干燥，如鸡血藤；双皮类药材，可趁新鲜时将老皮或拴皮刮去，然后干燥，如黄柏；有的晒半干就要扎把，然后再行晒干保存，防止全干后枝折叶落。

（5）贮藏　选高爽、干燥、空气流通的房间，架起或分层搭架放置，室内可设生石灰缸，保持空气干燥，并定期检查。

二、制　　药

药物经过加工炮制和制成不同剂型，能更好地发挥药效，和便于携带、使用、运输和贮存。常用制药方法有

（一）切片

将中草药切成片或段，便于调配或炮制、粉碎。切制前用清水洗去泥沙，或者将干燥药物湿润。全草类药物须先湿润后捞出，放在板子上，用麻袋或布盖严，闷润，至药物质地稍软即可；芳香或茎细的药物，只用水淋湿，稍闷润即可，以免影响疗效；质地不太坚实的药物，如丹参、洗净盖严后，可隔时

喷洒清水保持湿润，直至闷透；而质地坚实或较大的药物，如何首乌、鸡血藤等，可以浸泡，但浸泡时间不宜过长，只要外部稍软，即行闷润，使水分渗透药物组织，如一次不透，可再浸、再闷，直至内外湿润一致。切制药物的形式或厚薄，可根据药材而定，如质地较实，切片可以薄些；质地较松，切片可以厚些；粗大的药物可切成小块；细小的药物可切成短段。

（二）炮制

1.炒　将药物放置锅内，炒到一定程度。炒至表面稍黄，叶炒黄；炒至表面焦黄或焦褐色为炒焦；炒至皮表面全呈焦黑色，内部焦黄还有原来的气味(存性)，称炒炭。

2.煅　将原生药材或半成品，直接或间接放入火中煅烧。如煅磁石、赭石可直接烧至红透。而有些植物或动物类药物则需用密闭煅炭法，即把药物放入罐内，罐口用湿润黄泥封严，以均匀的火力烧煅，使药材在缺氧的条件下炭化，如血余炭等。

3.炙　就是炒药时拌入其他辅料文火炒干。加蜜拌匀炒为蜜炙；与醋或黄酒拌匀炒为醋炙或酒炙；先炒药料，后喷20—30%的盐水，再炒干为盐炙。

4.蒸　将药物入蒸笼内，隔水蒸熟，如蒸熟地。

5.煮　将药物放在清水或药汁中煎煮，如芫花用醋煮，自然铜用甘草水煮。

9.漂　将药物放在流水中或常换水，漂去药物杂质、毒质、咸味或腥气。如漂白术、漂海藻、又如制半夏，将半夏与5～15%的甘草生姜共浸漂数日后，另加1～2%的白矾浸泡数日，

换水至口尝无麻辣味时即可。

（三）制剂

将药物制成不同的形状，叫剂型，常用的剂型有

1.汤剂（合剂） 一种或数种药混合加水（也有用醋或酒），煎汤去渣取汁，称汤剂。优点是吸收快、奏效速。若将药物煎汤两次，过滤去渣，文火浓缩，每剂成50毫升以内，即为合剂。合剂中加0.4%苯甲酸以防发酵；或加万分之3～4的尼泊金以防霉，保存时间可在三个月至半年。汤剂的煎煮容器，以陶器、铜器或不锈铜锅为好，不宜用铁锅煎煮。

2.散剂 将一种或多种药物干燥后磨成细粉，混合而成。可作内服或外用。散剂有制备容易、服用方便、吸收快、奏效速等优点。粉末粗细，可依据不同情况，选用不同萝筛。

3.丸剂 药物碾成细末后，按处方分量配合，加水或蜜等调和，制成如芥子、绿豆等大小不同的圆形颗粒，称为丸剂。丸剂吸收缓慢、作用缓和而持久，便于贮藏和携带。适用于慢性疾病。有些药物具有大毒不便入汤剂、散剂的，多制成丸剂服用。按所用的赋形剂的不同，而分为蜜丸、水丸等。

（1）**蜜丸** 先将药粉拌匀，加入炼过的蜜（蜂蜜炼至起红色泡沫，拉之成黄绿为度），药粉与蜜的比例1:1或1:1.5左右，用木棒搅匀，再用手揉，然后搓条、切段制成丸粒，一般每丸重1～2钱，最大为3钱。蜜丸多用于慢性虚弱病人。但易霉烂和虫蛀，应注意炼蜜和保存。

（2）**水丸** 先准备一个表面光滑、刷水不漏竹制药匾（象

筛子一样)。用毛刷醮水刷湿药匾的一边，撒上薄薄一层药粉，然后持匾向一个方向反复旋转至药粉全湿粘着为度，另用干刷将药粉轻轻刷下，使之形成细小颗粒，然后再边洒水，边加药粉，边旋转，直至摇成需要大小之丸粒，晒干或烘干即得。水丸形成后，大小尚不均匀，便需用筛选的方法，求得大小均等。水丸的丸粒较小，吞服方便，且质地较松，在体内吸收较其他丸剂为快。

4.片剂 将药料磨粉，(如果想使药片体积小，含量高、可将一部分药料焦成浓缩液，和另一部分药粉混合。)在药粉中加上适量的淀粉糊或米浆，用力搅拌，或用手搓，使之成为小颗粒状。如果含水分过多，可放在通风的地方晾一晾，再用压片机压成一定规格的药片。片剂具有剂量准确及贮存、携带、服用方便等优点。

三、药物的性能

药物的性能就是药物的性味和功能。只有掌握了药物的性能，才能正确地运用药物。

中草药的性能是按照传统的中药理论“四气”、“五味”来定的。各种药都有它的性（即气）和味，不同性味的药物有不同的功能。如紫苏叶性温味辛，功能是散寒解表；薄荷性凉味辛，功能是清热解表。中药的性能主要在于调整人体内部的偏胜。中医学的理论认为疾病的产生，总的说来，是人体失去平衡的反映，所以药物治病，就是借药性之偏，调整人体之偏，使之达到平衡，趋于正常的目的。

(一)四气

"四气"即寒、热、温、凉四种不同的药性。这四种不同的药性，都可以从药物作用于人体所发生的效果表现出来。如能治疗热症的药物黄连、八角羊之类，作用于人体后热退病除，我们便知道此类药物属寒凉之性；能治疗寒症的药物如生姜、紫苏之类，作用于人体能使畏寒怕冷消除，有散寒的作用，说明这类药属于温热之性。中药学上"疗寒以热药，疗热以寒药"的说法，是古人通过长期的实践，把药物寒凉温热的作用，加以归纳而成为治疗用药的原则。这也是我们现在运用中草药治病必须遵循的原则。

总的说来，寒热温凉可以归纳为两类。至于寒和凉，温和热，只是程度上的不同，没有性质上差别。微寒相当于凉，微热相当于温。此外还有些药物，既不偏温也不偏凉，性质和平，称为平性药。但依据传统，一般仍总称"四气"。概括来说寒凉性的药物有清热泻火、凉血解毒的作用；温热性的药物有温中散寒、助阳通络的作用。运用药物，如果不明四气，治疗热病用温热药，治疗寒病用寒凉药，必然造成不良后果。以上是用药的一般原则，但也不能简单地认为所有寒凉药可以治疗一切温热病，所有的温热药可以治疗一切虚寒病。因为每种药都有一定的主治范围，所以不能生搬硬套。

(二)五味

"五味"即辛、酸、甘、苦、咸五种不同味道，可通过味

觉来辨别。“五味”各有不同的治疗作用，这也是古人在长期实践中总结出来的。辛（辣）味药能发散行气，如野荆芥、薄荷、紫苏叶，能发汗解表；石菖蒲、见风消能行气止痛等。酸味药能收敛固脱，如乌齿蒽能止泻治痢，桎木柴能止血等。甘（甜）味药有补养调中作用，如土党参、黄芪能补气，当归、熟地能补血等。苦味药能清热解毒，燥湿泻火，如野菊花、土黄连能消炎解毒，大黄能泻火通便等。咸味药能软坚润下，如乌贼骨、海藻能治淋巴结核、甲状腺肿大，芒硝能润肠泻下。另有一种淡味药，能渗湿利水，如木通、淡竹叶等，因淡味无明显的味道，故一般仍称“五味”。

药物的性能是由“四气”、“五味”综合组成的，每一种药物都包含了气和味，但有些药物的气、味却很复杂，有的气同而味异，有的气异而味同。如同一温性，生姜辛温，黄芪甘温；同一辛味，石膏辛寒，薄荷辛凉，麻黄辛温。也有很多药物，则是一气而兼数味。如山桂枝辛、甘、温，土柴胡辛、苦、温，半边莲辛、苦、凉等。这种错综复杂的情况，也正是体现了药物具有多种作用，以及药物之间的性能在相同之中各有不同的特点。我们在学习和运用时，除了掌握它们的共性之外，还要掌握每一药物的个性。

四、用药的一般原则

（一）药物在防治疾病中的作用

不同的世界观有不同的认识。机械唯物论者认为药物是万

能的，过分相信药物的作用。而唯心论者则否认药物在防治疾病中的作用。这些看法都是片面的、错误的，是形而上学的认识事物。

怎样正确认识药物在防治疾病中的作用呢？唯物辩证法认为“**外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用**”。根据这个原理，药物是外因，人的抵抗力和精神面貌等因素是内因。人体内因在疾病变化过程中起决定的作用，而药物的作用只是外因，外因要通过内因才能起作用。因此我们要认真学习和掌握唯物辩证法，指导我们正确地使用药物，为防治人民的疾病作贡献。

（二）配伍与禁忌

1.配伍

将二种以上药物合用称配伍用药。其目的是为了集中力量解决主要矛盾，兼顾全面，增强药物的作用，减少药物的不良反应。但在实际工作中如能以单味药取得疗效，既方便又节省，就不必配伍用药。配伍基本原则

（1）抓主要矛盾（主治药物） 在配伍用药时，首先应围绕解决疾病的主要矛盾来确定主治药物。如病人主要是细菌性痢疾，则首选马齿苋、海蚌含珠进行治疗。但在治疗的过程中，必须密切注意疾病的变化，尤其是危重病人，更要仔细观察，以便及时抓住主要矛盾，更换主治药物。

（2）兼顾全面（辅治药物） 在选用主治药物的同时，也应照顾非主要的症状，而选用适当的辅助治疗药物，兼顾全面

治疗，以促进疾病的痊愈。如痢疾病人，证见发热、下痢腹痛、里急后重，在用清热止痢为主的同时，再加辅治药物行气止痛，如加青木香、石菖蒲等。

(3) **适当配合相助与相抑的药物**　能协助主治药物或辅治药物发挥更大作用的药物称相助药。如治疗痢疾，主治药用马齿苋，另加青木香以行气止痛，既解除里急后重的症状，同时又加强了主治药的作用。某些药物的作用能抑制（对抗）另一种药物的作用，以减少或消除其不良反应和毒性这种药称相抑药。如生姜能减低半夏的毒性，生姜又能去除天南星之毒。

在配伍用药时，还应注意性别、年龄、体质强弱、季节气候等情况。

2.禁忌

(1) 配伍禁忌　古人提出十八反、十九畏。

十八反歌：

本草明言十八反，
半蒌贝蔹芨攻乌；
藻戟遂芫俱战草，
诸参辛芍叛藜芦。

十九畏歌：

硫黄原是火中精，
朴硝一见便相争；
水银莫与砒霜见，
狼毒最怕密陀僧。
巴豆性烈最为上，

偏与牵牛不顺情；
丁香莫与郁金见，
牙硝难合京三棱。
川乌草乌不顺犀，
人参最怕五灵脂；
官桂善触疗冷气，
若逢石脂便相欺。

以上配伍禁忌，仅供临床参考，并非绝对禁用。实际上，在古人处方中也有一些反、畏同用的例子。故这些配伍禁忌，尚有待于我们今后在临床实践中不断地加以验证，整理提高。

(2) 妊娠禁忌 某些药物误服之后，可引起胎动不安，甚至流产。根据药物对孕妇及胎儿损害的程度不同，可分为禁用和慎用两类。凡禁用的药物，不能使用；慎用的，可根据孕妇的患病情况，斟酌使用。

禁用的，大多是毒性强或药性猛烈的药物，如乌头、巴豆、牵牛等。

慎用药，包括祛瘀通经、行气破滞以及辛热、滑利的药物，如桃仁、红花、大黄等。

现将古人“妊娠禁服歌”录后：

蝬斑水蛭与蚖虫，
乌头附子配天雄，
野葛水银并巴豆，
牛膝薏苡与蜈蚣，
三棱芫花代赭麝，

大戟蝉蜕黄雌雄，
牙硝芒硝牡丹桂，
槐花牵牛皂角同，
半夏南星与通草，
瞿麦干姜桃仁通，
硇砂干膝蟹爪甲，
地胆茅根都失中。

附注：（蝝）（音元）即虺（音悔），与腹蛇同类。斑指斑蝥。野葛即黄藤，又称断肠草，水莽草。黄雌雄，即是雌黄、雄黄。地胆即蝝青。

（三）用量

一般为1～3钱；芳香及剧毒药酌减；鲜药用量可增大。

药物用量大小，直接关系到药物的效用，所以用药时必须注意：

1.因人而异 体弱患者用量宜少，体壮实者用量宜大；青壮年者用量宜大，老年、婴儿用量宜少。

2.因地而异 寒冷潮湿地带温燥药用量宜大，温热干燥地带清凉药用量可稍大。

3.因时而异 夏用热药，冬用寒药，用量宜小；夏用寒药，冬用热药，用量稍大。

4.因配伍而异 主药用量宜大，辅药用量宜小。单味药用量宜大，复方用量稍小。

5.因剂型而异 汤剂用量宜大，丸散剂用量宜小。

6.因药性而异 性味淡薄无毒药物，用量可大；药性猛烈或有毒药用量宜小，并从小量开始，酌情逐增，不宜久服。

7.因品种而异　花、毛、皮、叶等质地轻松之品，用量宜小；金、石、贝壳等质地坚实之品，除个别药外，一般用量宜大。

8.因病情而异　轻病、慢性病用量宜小；重病、急性病用量宜大。

以上所举，系一般情况而言，都不是绝对的，用药时需全面考虑，不可过于拘泥。

（四）服法

中药的服法，也要根据具体情况，采用不同的方法。

1.服药时间　为了使药物持续发挥作用，宜定时分服，如一日三次或一日早晚各一次。

补养药宜饭前服，使人体能充分吸收消化；带刺激性药物宜饭后服；杀虫药、泻利药宜空腹时服，使药物急达于肠；急病、危证则不拘时间，应迅速给服。

2.服药方法　一般汤剂宜温服。其中散寒药宜热服，再配其他辅助方法以达到发汗散寒之目的，如用桂枝汤服药后吃热粥，卧床加盖被以助药力。清热药则宜冷服，止呕药则小量多次频服，以免吐出；对昏迷病人牙关紧闭患者，最好是用鼻饲法将药慢慢灌下去。

丸、散、膏、丹、药酒等，应定时服用。服丸散时，若要达到上行升提或宣通散邪的目的，可用酒配服；为了达到下行的目的，可用淡盐水送服。

上述服药方法，仅是前人的经验，只能作为参考，不能生搬硬套，我们在临床中，自己还应去总结提高。

第二节　除四害药

主要作用是杀虫除害，有些尚可外用，但因毒性较大，一般不宜内服。

号筒梗（图10—1）

别名　博落回。

采集　夏秋采全株入药。

性味　辛、寒有毒。

功效　杀虫、解毒。

应用　①杀孑孓、蛆，可全株切碎，投入厕所、粪坑或污水坑内；②痈疖肿毒，用叶捣烂外敷；③灭钉螺，将号筒梗制成5%溶液喷洒钉螺区。

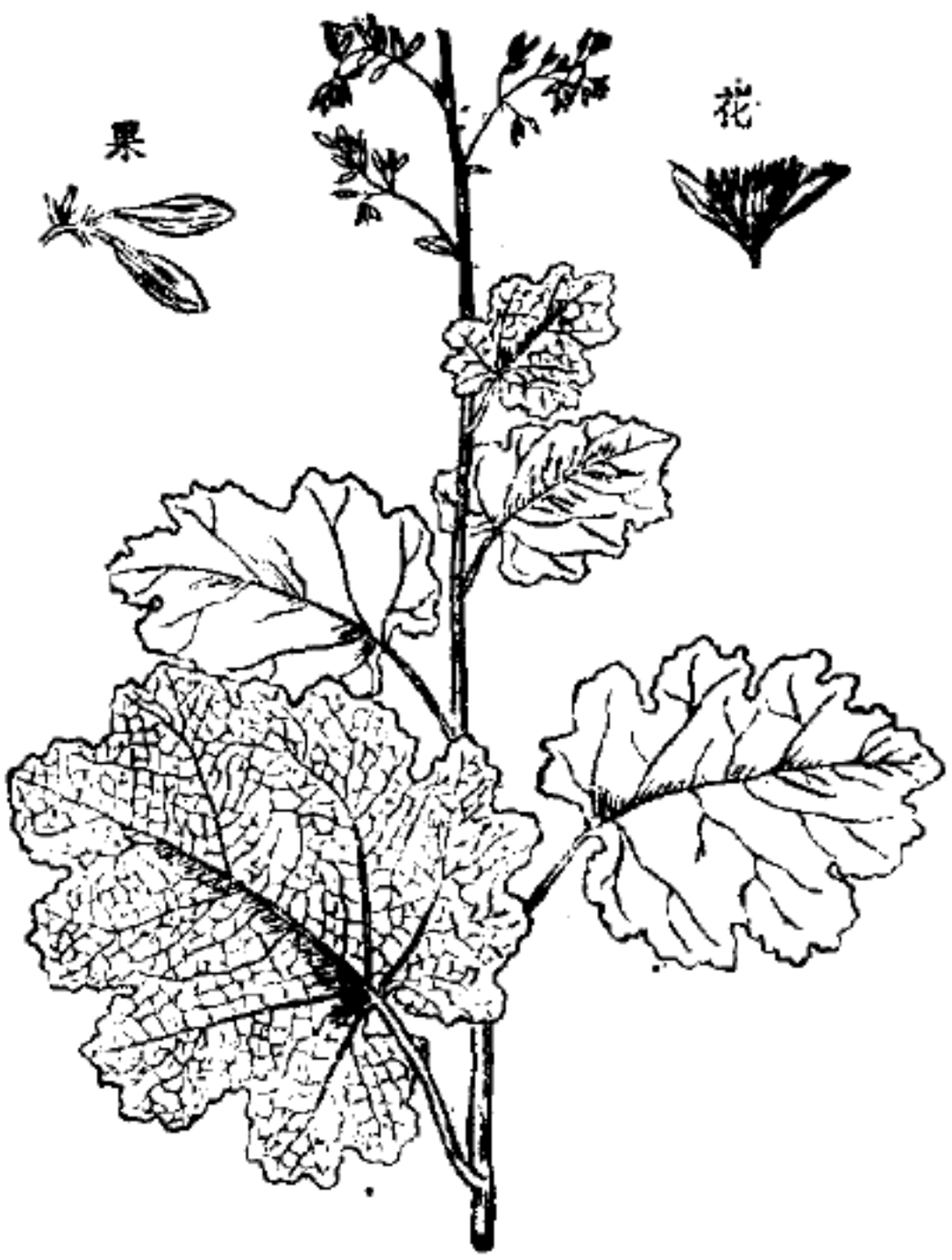


图10—1　号筒梗

闹羊花（图10--2）

别名　老虎花，羊脚蹋。搜山虎，大黄花，三钱三。

采集　夏秋采全株及花入药。

性味　辛、温，有大毒。

功效　杀虫。

应用　①杀蛆、孑孓：用花或叶晒干研末，撒粪池中或拌石灰撒污水中。②杀蚤虱：用全株2斤，加水20斤，煮开半小时后去渣，加入肥皂4两，用以洗衣服。③灭钉螺：用全株20斤，加水100斤，煎成50斤，过滤，喷洒用。



图10—2　闹羊花

黄　藤（图10—3）

别名　雷公藤，水莽草，断肠草。

采集　秋季采全草入药。

性味　苦，有大毒。

功效　杀虫。

应用　①杀蛆、子孓：用根皮晒干研成细末，撒粪池或污水中。②灭钉螺：用根皮晒干研粉1斤，加水5斤，煮半小时，再加粘土、草木灰各半，拌匀，撒入钉螺区。如加烟草，各半混合，效果更好。⑧毒鼠雀：用根皮1斤，研末，加水5斤，煮半小时，取液拌食物诱杀。



图10—3　黄　藤

土荆芥（图10—4）

别名　臭藜藿、虎骨香、虱子草。

采集　夏秋采全草入药。

性味　辛、苦、温、有微毒。

功效　杀虫祛湿，消肿止痒。

应用　①驱钩虫、蛔虫、滴虫：全草2～3钱水煎服。或晒干研末，成人每甲晚服干粉0.8～1钱，连服3～6天。②杀蛆：全草切碎，投入粪缸或污水中。③湿疹、荨麻疹、足癣：全草适量，煎水外洗。



图10—4　土荆芥

第三节　解表药

凡以发散外邪，解除表证为主要作用的药物，叫做解表药。多属辛散之品，能扩张皮肤血管，刺激汗腺分泌，使病人出汗，以达到解表驱邪的目的，适用于外感病初起，恶寒发热，头痛身痛，无汗脉浮等症。解

表药分为辛温解表和辛凉解表二类。

一、辛温解表药

本类药物性味多为辛温，发汗力强，适用于恶寒重，发热轻，无汗脉浮紧的风寒表证。

麻黄（图10—5）

性味　辛苦温。

功效　发汗、平喘、利尿。

应用　①外感风寒表实证：配桂枝、杏仁、甘草等。②风寒外束，肺气不宣所致咳喘：配杏仁、石膏、甘草、百部、射干等。③急性肾炎、水肿：配连召、石膏、泽泻、茅根、赤小豆等。

禁忌　表虚多汗，肺虚喘咳及高血压患者禁用。



图10—5　麻　黄

桂　　枝附：山桂枝（图10—6）

性味　辛、甘温。

功效　发汗散寒，温经通络，温阳行水。

应用　①风寒感冒，表实无汗，配麻黄，表虚有汗配芍药、甘草、生姜、大枣。②阳气不足，小便不利，水饮内停以及水饮上逆喘咳等证：配茯苓、猪苓、泽泻等。

禁忌　阴虚火旺、咽喉肿痛、出血证忌用，孕妇慎用。

附：山桂枝功同桂枝，但药力次之。



图10—6　山桂枝

荆　　芥附：野荆芥（图10—7）

性味　辛温。

功效　解表透疹，炒炭止血。



图10—7　野荆芥

应用　①风寒表证：配羌活、独活、防风等。②麻疹不透或荨麻疹：配防风、浮萍、紫草、芦根等。③吐衄、便血等：以荆芥炭为宜。

禁忌　表虚自汗，脾弱便溏者慎用。

附注：（1）荆芥穗发汗力较大。无汗用荆芥穗，有汗用炒荆芥，止血用荆芥炭。（2）野荆芥功同荆芥。

紫　　苏（图10---8）

采集　秋季采全草入药。

性味　辛温。

功效　散寒解表，理气、安胎。



图10—8　紫　苏

应用　①风寒表证兼胸闷呕吐者：苏叶 1 钱，莱菔子钱半，香葱 3 根，水煎服。②气滞呕吐，胎动不安：用苏杆 3 ～ 5 钱，煮鸡蛋 2 ～ 4 个服。此外，苏叶还能解鱼蟹毒。

禁忌　表虚自汗者忌用。

附注：苏子能下气平喘，祛痰止咳，苏叶长于发散，苏根长于理气。

香　　薷（图10--9）

别名　细叶香薷、石荠苧。

采集　夏季采全草入药。

性味　辛温。



图10—9　香　薷

功效　清暑解表，利湿行水。

用应　①暑湿感冒、发热无汗：配厚朴、竹叶、甘草、扁豆等。②夏季腹痛吐泻及水肿：配生姜、木瓜、紫苏，水煎服。

禁忌　汗多表虚者忌用。

土细辛（图10--10）

别名　杜衡、杜葵。

性味　辛温。

采集　夏秋采全草入药。

功效　发表散寒，祛风止痛，温肺祛痰。



图10—10　土细辛

应用　①风邪所致头痛、牙痛及风湿关节痛：配大血藤、白芷、藁本、威灵仙等。②寒痰喘咳：配麻黄、生姜、桂枝、半夏等。

禁忌　阴虚火旺，干咳无痰者忌用。

生　姜

性味　辛、微温。

功效　散寒解表，止呕化饮。

应用　①风寒表证：配紫苏、葱白等。②胃寒呕吐；配石菖蒲、白术、吴萸等。

禁忌　肺热燥咳及胃热呕吐者忌用。

附注　生姜能解半夏、南星以及鱼蟹中毒。生姜皮辛凉功能行水，治水肿；煨姜能温中祛寒，用于胃寒腹痛；姜汁化痰力强，与竹沥同用治中风痰迷心窍口禁不语。

葱　白

性味　辛、温。

功能　散寒解表、并能通阳、杀虫。

应用　①风寒感冒初起轻证：配生姜、紫苏等。②胆道蛔虫及蛔虫性肠梗阻，以葱白一两捣汁，加麻油适量，混合服。

禁忌　表虚多汗者忌用。

路 边 荆（图10—11）

别名　六月雪、路边姜。

采集　四季可采，全草入药。

性味　淡平。

功效　疏风散寒，舒经活络，止咳化痰。



图10—11　路边荆

应用　感冒头痛：配一枝黄花5钱，葱、姜各2钱，水煎服。②痢疾肠炎：配仙鹤草、野南瓜、车前草、陈茶叶等。③牙龈炎：配蒲公英、犁头草威灵仙。

黄荆（图10—12）

别名　土常山、姜子叶、荆巴柴。

采集　夏秋采叶，秋季采果，四季采根入药。

性味　根茎苦微辛，叶苦寒，果苦温，荆沥甘平。

功效　解表发汗，利气止咳，祛风除湿。



图10—12　黄　荆

应用　①感冒：配路边荆、葱、姜等。②肠炎、痢疾：配马齿苋、土黄连、辣蓼等。③小儿惊风、痰壅气促：用黄荆沥配生姜汁、竹沥等。

二、辛凉解表药

本类药物性味多辛凉，能发散风热以解表邪，适用于发热

重，恶寒轻，汗出口渴，脉浮数等风热表证。其发汗作用较辛温解表药缓和。

薄　　荷（图10—13）

采集　夏秋采全草入药。

性味　辛凉。

功效　散热解表，祛风止痛，宣毒透疹。

应用　①风热表证：配野菊花、荆芥、银花、蔓荆子等。②风热头痛，目赤，咽喉肿痛：配牛子、桔梗、野菊花等。③麻疹初起及荨麻疹：配牛子、蝉蜕、紫草、浮萍等。

禁忌　气虚血燥，肝阳上亢，表虚自汗者均不宜用。



图10—13　薄　荷

蝉　　蜕（图10—14）

别名　虫退、蝉衣、蝉壳、知了皮。

性味　咸、微甘寒。

功效　发散风热、透疹、止痉、退目翳。

应用　①急性结膜炎、目赤肿痛或生云翳等：配木贼、谷精草、野菊花、九里光、薄荷等，煎水熏洗或煎服亦可。②破伤风：配胆南星、天麻、全蝎、僵蚕、朱砂等。③治疹出不透或荨麻疹：配银花、浮萍、芫荽、荆芥、防风等。

桑叶（附：桑白皮、桑枝、桑椹子）（图10—15）

性味　甘、苦、寒。

功效　疏散风热、清肝明目。

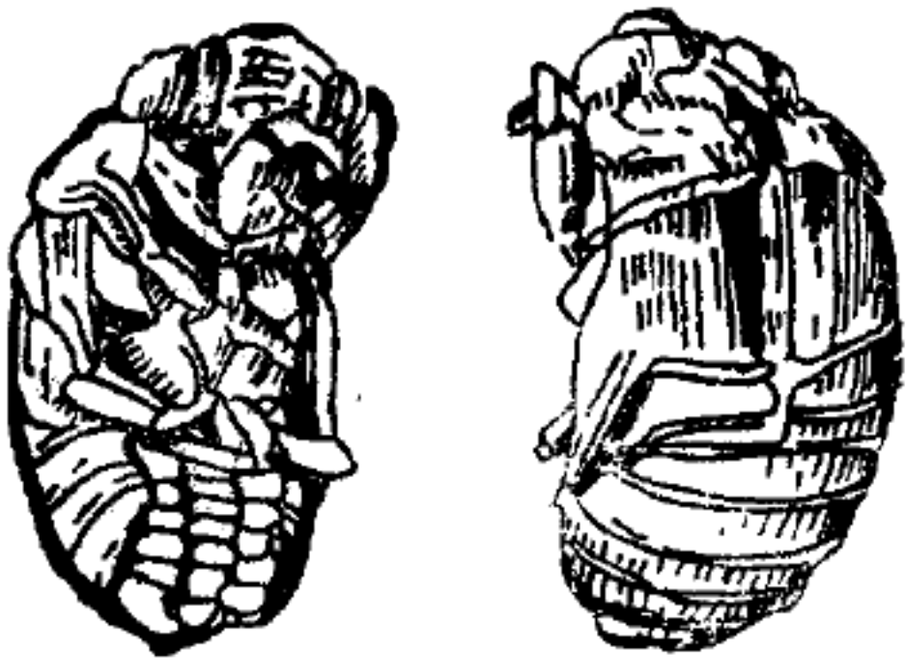


图10—14　蝉　蜕



图10—15　桑　树

应用　①治风热感冒：配菊花、桔梗、连翘等。②治急性结膜炎：配野菊花、薄荷、木贼、决明子等。

禁忌　斑疹已透者忌用。

附　桑白皮：甘寒。泻肺平喘，行水消肿。治肺热咳喘、咽喉痛、肾炎水肿，用量3～5钱。桑枝：苦平、祛风湿，利关节。治风湿痛、热症关节炎，用量3～5钱。

桑椹子：甘酸温。补肝肾，滋阴血，明目止渴，治肝肾不足，血虚耳聋，目眩失明，伤泌消渴，须发早白等症，用量3钱～1两。

野菊花（图10—16）

别名　野黄花、金钱菊。

采集　秋冬采花入药。

性味　辛、苦、凉。

功效　清热解毒，凉肝、明目。

应用　①防治脑膜炎：配蒲公英、夏枯草、板兰根、银花、大青叶等。②高血压：配臭牡丹、夜交藤、白芷、夏枯草等。③急性结合膜炎：配薄荷、蒲公英、木贼等。



图10—16　野菊花

葛　　根（图10—17）

别名　粉葛。

采集　秋冬采根入药。

性味　甘、辛、平。

功效　散热解表，宣毒透疹，生津止渴。



图10—17　粉　葛

应用　①感冒发热、头项强痛：配羌活、柴胡、黄芩、荆芥、防风等。②冠心病心绞痛：用葛根1两，红花5钱，桃仁5钱，郁金5钱，水煎服。③急性胃肠炎、菌痢：配黄芩、黄连、半夏、厚朴、六一散等。

牛　　子（图10—18）

别名　牛蒡子。

性味　苦、辛、寒。

功效　散热解表，宣肺透疹，散结解毒。

应用　①风热感冒及温病初起：配银花、连翘、荆芥、薄荷、芦根等。②麻疹未透：配银花、连翘、葛根、蝉蜕、薄荷、荆芥、升麻。③咽喉肿痛：配板兰根、桔梗、薄荷、甘草。



图10—18　牛　子

禁忌　脾虚便溏及痈疽已溃者忌用。

柴　　胡（附土柴胡图10—19）

性味　苦、微寒。

功效　解表和里，疏肝解郁。

应用　①寒热往来．胸胁苦满，心烦呕吐；：配黄芩、党参、半夏，甘草，生姜等。②急性胆囊炎、胆石症：配黄芩、半夏、木香、金钱草、大黄、郁金等。③无黄疸型肝炎：配当归、白芍、郁金、山栀、板兰根、夏枯草、枳壳。

禁忌　阴虚及肝阳上亢者忌用。

附：土柴胡功同柴胡，但药力决之。



图10—19　土柴胡

一枝黄花（图10—20）



图10—20　一支黄花

别名　一枝箭、黄花草。

采集　秋季采全草入药。

性味　辛苦凉。

功效　疏风解表，清热解毒，消肿止痛。

应用　①感冒、咽喉肿痛、扁桃体炎。②毒蛇咬伤、刀伤出血、各种疮痈肿毒等：鲜草适量，捣烂外敷，同时用鲜草1～2两，煎服。

用量　干品一两。

第四节　清热解毒药

本类药物适用于各种热毒病证。主要用于感染性疾病引起的高热、烦燥、口渴等症，外科化脓性感染（如疮疡、疖肿、肺痈、乳痈等，）部分病毒传染病（如流行性腮腺炎、乙型脑炎）等。应用清热解毒药时，必须根据具体病证，采取适当的配伍，如热毒入血分，应配伍凉血药；挟湿的应配伍燥湿药；疮疡属虚者，应配补养药；血热妄行者，配凉血止血药；热盛伤阴者，配伍甘寒养阴药等。

金 银 花(附忍冬藤) (图10--21)

别名　双花、忍冬花。

采集　初夏采花入药。

性味　甘、寒。

功效　清热解毒。

应用　①温病初起，风热表证，配连翘、牛子、竹叶、薄荷等。②疮疡、痈疖、红肿热痛：配板兰根、蒲公英、败酱草等。③外伤感染性骨髓炎：配连翘、紫花地丁、黄芩、丹皮、野葡萄根。

禁忌　肠胃虚寒泄泻，疮疡属阴证或溃后脓液淡薄者，均不宜用。



图10--21　金银花

百解茶（图10—22）

别名　秤星树、岗梅、梅叶冬青。

采集　四季采根入药。

性味　苦、甘、凉。

功效　清热解毒，生津止渴，消肿散瘀。



图10—22　百解茶

应用　①感冒高热烦渴，急性扁桃体炎，咽喉炎②食野菌或砒霜中毒：秤星树根4两，金银花2两，凤尾草2两，水煎服。

田 边 菊（图10—23）

别名　马蓝、穿鱼草。

采集　四季可采，全草入药。

性味　苦、微寒。

功效　清热解毒，利尿。



图10—23　田边菊

应用　①疔疮、肿毒、刀伤：嫩叶适量，加食盐少许，捣烂敷患处。②肠炎、痢疾：田边菊1两，马齿苋5钱，车前草5钱，水煎服。

用量　5钱～1两。

竹 叶 菜（图10—24）

别名　鸭跖草、蓝花竹叶菜。

采集　夏季采集，全草入药。

性味　微苦、寒。

功效　清热解毒，凉血，利尿。



图10—24　竹叶菜

应用　①肠炎、痢疾：竹叶菜、凤尾草、马齿苋、辣蓼各1两，水煎服。②热淋、尿道灼痛：竹叶菜2两，鱼腥草、车前草各1两，水煎服。③疔疮、丹毒、毒蛇咬伤：用鲜草捣烂外敷或内服。

用量　1～2两。

铺 地 锦 (图10—25)

别名　地锦草、小乳汁草、小飞扬。

采集　夏秋采集，全草入药。

性味　苦、凉，无毒。

功效　清热解毒，健胃利尿，止血。



图10—25　铺地锦

应用　①肠炎、痢疾：铺地锦3两，茶叶3钱，水煎服。②小儿疳积：铺地锦1两，人字草5钱，仙鹤草2钱，水煎服。

用量　5钱～1两。

鱼 腥 草（图10—26）

别名　蕺菜、臭菜。

采集　春夏采全草入药。

性味　辛、微寒。

功效　清热解毒，消痈肿。

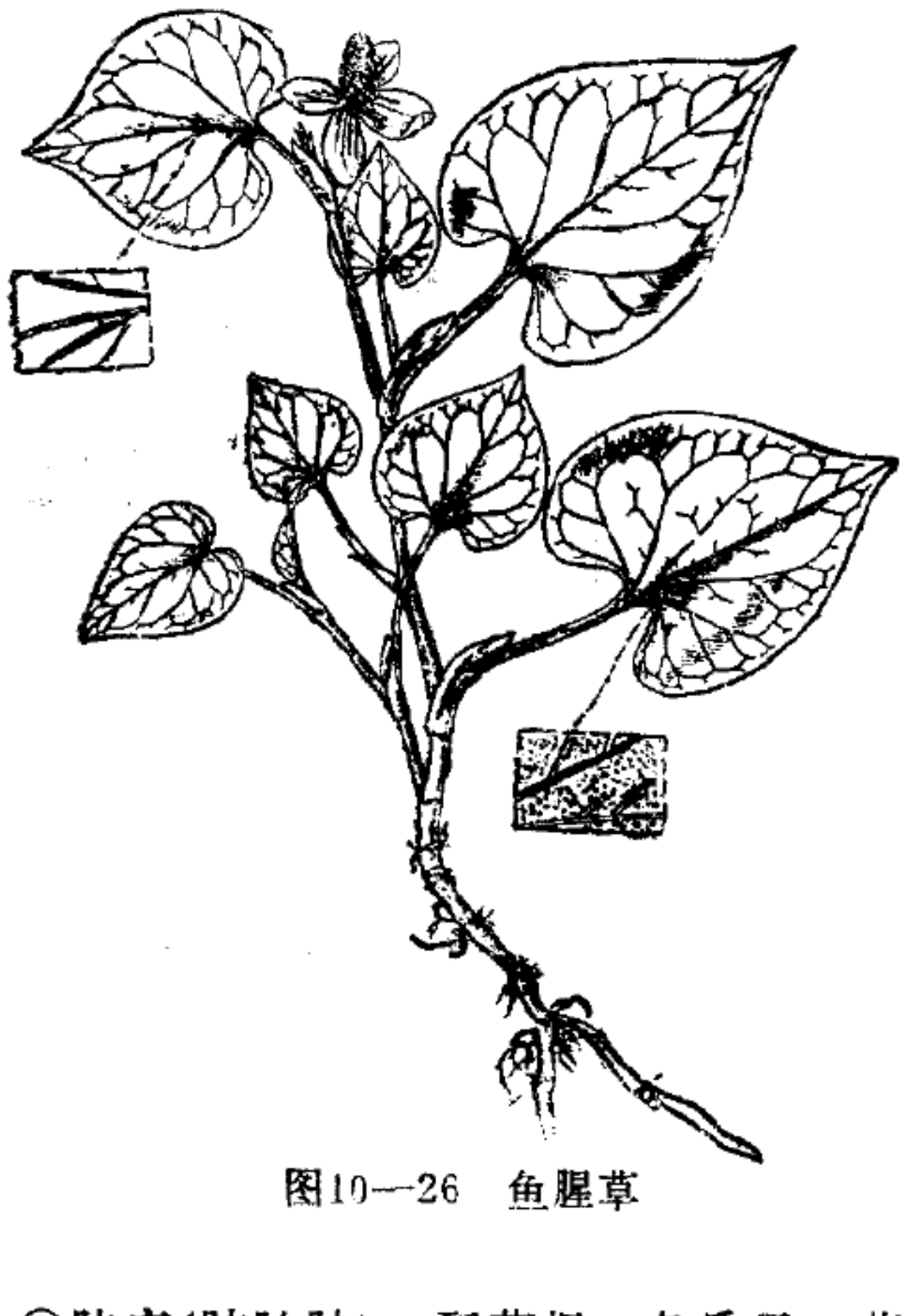


图10—26　鱼腥草

应用　①肺痈(肺脓肿)：配芦根、冬瓜子、苡米、桔梗、忍冬藤、甘草，水煎服。②肠炎、痢疾：配海蚌含珠、马齿苋、辣蓼草等。

用量　干品5钱～1两。鲜品1～2两。

海蚌含珠（图10—27）

别名　人苋、铁苋菜。

采集　夏秋采全草入药。

性味　微苦凉。

功效　清热解毒，利湿止泻，止血。

应用　①肠炎、痢疾：配凤尾草、辣蓼各1两，水煎服。②吐血、衄血、便血：每用1～2两，水煎服。刀伤出血、跌打损伤：鲜草适量，捣烂外敷。

用量　干品1～2两。



图10—27　海蚌含珠

连　　翘（图10—28）

别名　连翘壳。

性味　苦、微寒。

功效　清热解毒，消痈散结。

应用　①风热表证：配银花、竹叶、桔梗等。②痈肿疮疖：配银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁。③淋巴结核：配夏枯草、玄参、牡蛎、象贝。



图10—28　连　翘

蒲 公 英（图10—29）

别名　黄花地丁。

采集　春夏采全草入药。

性味　苦、甘、寒。

功效　清热解毒，消痈散结。

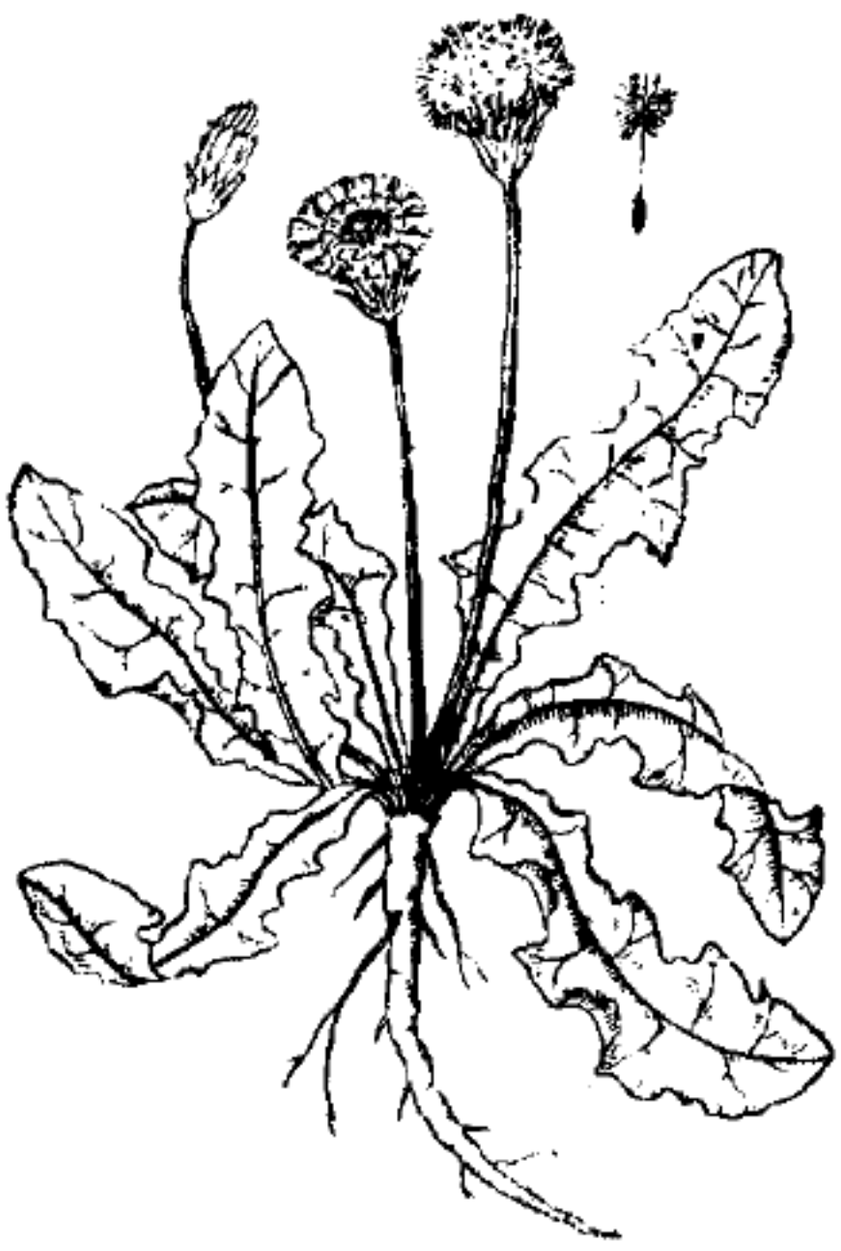


图10—29　蒲公英

应用　①急性胆道感染：配金钱草、海金沙、茵陈、山栀、川楝子、郁金。②外用治蛇虫咬伤丹毒痈疽：蒲公英1两，银花1两，野菊花5钱，犁头草5钱，七叶一枝花3钱，水煎服，药渣捣烂敷患处。

大　　青（图10—30）

别名　臭皮柴，鸭屎树。

采集　夏秋采叶入药。

性味　苦、咸、大寒。

功效　清热解毒，凉血化斑。



图10—30　大　青

应用　①流行性腮腺炎、乙型脑炎、病毒性肺炎、流脑、扁桃体炎：配贯众、银花、野菊花、白茅根、七叶一枝花、蒲公英、板兰根。②预防流感、流脑：大青根5钱，马尾松2钱，煎水代茶饮，连服7天；或大青根5钱，银花、连翘各3钱，煎水分二次服，连服3～5天。

禁忌　性大寒，无火毒实热者忌用。

黄　　柏（图10—31）

别名　川柏。

性味　苦寒。

功效　清热泻火，利湿解毒。

应用　①湿热黄疸：配土茵陈、栀子、大黄、金钱草。②湿热痢疾、泄泻：配为齿苋、辣蓼、土黄连。③白浊带下：配淮山、乌贼骨、黄芩、栀子、龙胆草等。

禁忌　脾湿泄泻，胃弱食少者忌用。



图10—31　黄　柏

黄　　芩（图10—32）

别名　子芩、枯芩、条芩。

性味　苦、寒。

功效　清湿热，泻肺火，凉血安胎。

应用　①肺热咳嗽：配杏仁、桑叶等。②湿热下痢：配白头翁、马齿苋、黄柏等。③血热胎动不安：配当归、续断、白术、菟丝子等。

禁忌　脾胃虚寒者忌用。



图10--32　黄　芩

栀　　子（图10—33）

别名　黄栀子、山栀子。

采集　秋冬采果实入药。

性味　苦、寒。

功效　清热解毒，凉血止血。



图10—33　栀　子

应用　①咳血、鼻衄、血淋、血痢：配茅根、白茭、茜草、地榆等。②急性传染性黄疸型肝炎：配土茵陈、黄柏、淡竹叶、白茅根、桑白皮。③四肢扭挫伤：山栀适量，捣碎，研成粗粉，以温水调成糊状，加入少许酒精，平摊于纱布上，包扎伤处。

贯　　众（图10—34）

别名　管仲。

性味　苦寒。

功效　清热、解毒、止血、杀虫。

应用　①预防麻疹、流感：配大青叶、野菊花等。②功能性子宫出血：贯众炭1钱、乌贼骨4钱，研细粉，每服1钱5分，每日3次。



图10—34　贯　众

鸭脚板菜（图10—35）

别名　鸭儿芹。

采集　四季采全草入药。

性味　辛、苦、凉。

功效　清热解毒，消肿止痛。

应用　①脓疱疮、湿疹、蛇咬伤、深部脓肿、关节肿痛：可配蒲公英、紫花地丁、半边莲、蛇不过等。②小儿肺炎：鸭脚板菜1～2两，水煎服。



图10—35　鸭脚板菜

榄核莲（图10—36）

别名　一见喜、穿心莲。

性味　苦、寒。

功效　清热解毒，消肿止痛。



图10—36　榄核莲

应用　①急性菌痢、肠炎：配白头翁、土黄连、土黄柏等。②感冒发热、扁桃腺炎、咽喉炎、肺炎、百日咳：配射干、桔梗、枇杷叶等。③疮疖肿毒、外伤感染：配败酱草、紫花地丁、蒲公英等。

苦力芽（图10—37）

采集　四季可采，全株入药。

性味　苦、大寒。

功效　泻火、解毒、燥湿。

应用　①各种热病，风火眼病：配野菊花、大青叶等。②痈肿疮毒：配紫花地丁、蒲公英、银花。

用量　5钱～1两。



图10—37　苦力芽

半枝莲（图10—38）

别名　牙刷草、四方马兰。

采集　夏季采全草入药。

性味　辛、苦、凉。

功效　清热解毒，利尿消肿，抗癌。



图10—38　半枝莲

应用　①痈疽肿毒：配蒲公英、金银花、野菊花、紫花地丁。②肺癌：半枝莲、白英各1两，水煎服。③恶性葡萄胎：半枝莲2两，龙葵1两，紫草5钱，水煎服。

用量　5钱～1两。

白花蛇舌草（图10—39）

别名　蛇舌草。

采集　夏季采全草入药。

性味　甘、淡、凉。

功效　清热解毒，利尿消肿、抗癌。



图10—39　白花蛇舌草

应用　①阑尾炎：白花蛇舌草、紫花地丁、大血藤各1两，水煎服。②胃癌、食道癌、直肠癌：白花蛇舌草2.5两，薏苡仁1两，黄药子3钱，乌药、龙葵各1钱，乌梅2钱，田三七5分，水煎服。③痈疽疔疮，毒蛇咬伤：配半边莲，七叶一枝花。

用量　5钱～1两。

酢酱草（图10--40）

别名　黄瓜草、酸浆草。

采集　夏秋采全草入药。

性味　酸、凉。

功效　清热利湿，解毒消肿。

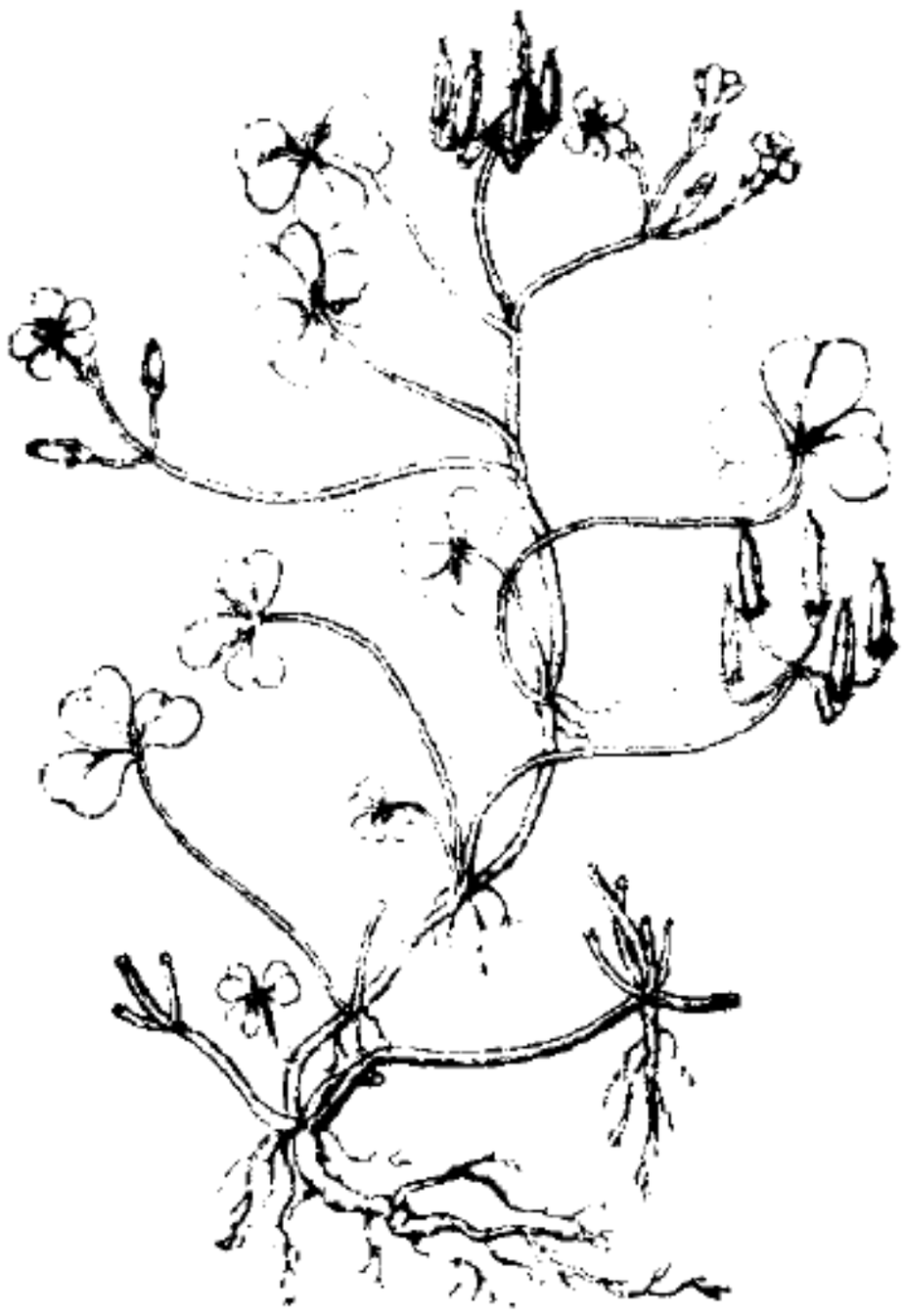


图10—40　酢酱草

应用　①感冒发热，肠炎腹泻，泌尿系感染：配一支黄花、银花、辣蓼、马齿苋、车前草、海金沙。②跌打扭伤，毒蛇咬伤。配半边莲、白花蛇舌草等。

用量　1～2两。

黄　连（附金花草图10—41）

别名　鸡爪黄连。

性味　苦、寒。

功效　清热止痢、泻火、解毒。

应用　①热病吐衄：配黄芩、山栀、茜草、仙鹤草、侧柏炭。②肠炎痢疾：配土茯苓、白头翁、马齿苋、地榆。③热毒疖痈、口舌生疮、目赤、睑肿：配生地、木通、车前子、栀子等。

附：金花草又名乌韭、土黄连、其功用与黄连基本相同，但较黄连次之。

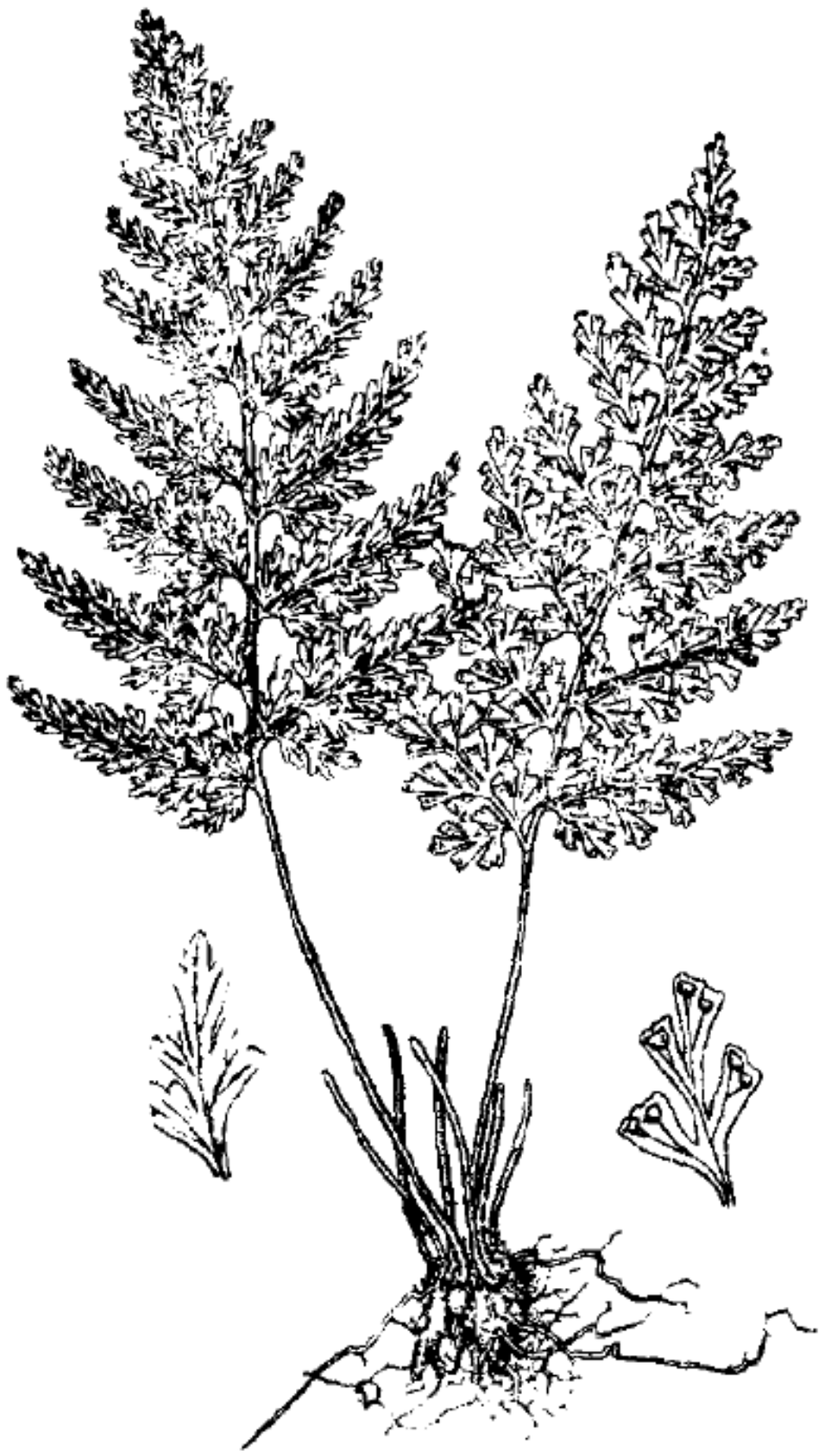


图10—41　金花草

三颗针（图10—42）

别名　刺黄芩、刺黄柏、刺子檗。

采集　四季采根、茎入药。

性味　苦、凉。

功效　清热、解毒。



图10—42　三颗针

应用　①急性肠胃炎、结合膜炎、咽喉炎、扁桃体炎：配黄连、野菊花、射干、薄荷等。②防治暑疖：三颗针茎叶2两、煎水代茶饮。③无名肿毒、丹毒、湿疹、烫伤、跌打瘀肿：配银花、菊叶三七、八棱麻等。

十大功劳（图10—43.44）

别名　八角羊、土黄连。

采集　四季可采、全株入药。

性味　苦、寒。



图10—43　阔叶十大功劳



图10—44　细叶十大功劳

功效　清热解毒、消炎止痢。

应用　①肺结核、头晕耳鸣：配鱼腥草、白茅、沙参、百合、陈皮、桔梗等。②肠炎、菌痢、急性结合膜炎：配野菊花、银花、马齿苋、地榆。③黄疸：配三颗针、土茵陈。

附注：本品与细叶十大功劳、华南十大功劳功效相同；细叶十大功劳可折枝插活。

南天竹（图10—45）

别名　山黄芩。

采集　四季采根茎叶，秋季采果实入药。



图10—45　南天竹

性味　苦、平。

功效　清热利湿，祛痰止咳。

应用　①感冒发热、结合膜炎：配银花、桑叶、连翘。②肺热咳嗽、百日咳：配牛子、百部、杏仁。③尿路感染：配淡竹叶、车前子、水灯芯。

石　膏

性味　甘辛、大寒。

功效　清热降火、止渴除烦。

应用　①流行性乙型脑炎：生石膏 4 两，大青叶 1 两，生地 2 两，黄芩 4 钱，山栀、丹皮紫草各 3 钱，黄连 1 钱，元明粉 2 钱（冲）水煎服。②肺炎：生石膏 1 两，麻黄 2 钱，杏仁 4 钱，鱼腥草 1 两，甘草 1 钱，水煎服。③热病烦渴：配淡竹叶，天花粉，茅根等。

用量　5 钱～1 两。

附：煅石膏多作外用，治湿疹，配枯矾、密陀僧、白芨、轻粉，共研细末，撒患处。

青　蒿（图10—46）

采集　夏秋采全草入药。

性味　苦、寒。

功效　清热解毒、凉血、退蒸、截疟、杀虫。



图10—46　青　蒿

应用　①疟疾：鲜青蒿1两，水煎服。②肺痨发热、盗汗：配鳖甲，生地、丹皮、知母。

淡竹叶（图10—47）

采集　夏秋采叶入药。

性味　甘、淡、凉。

功效　清热、除烦、利尿。



图10—47　淡竹叶

应用　热病烦渴，口舌生疮，尿少色黄，配石膏、木通、天花粉、海金沙、凤尾草等。

龙　葵（图10--48）

别名　天茄子、山辣椒。

采集　夏秋采全草入药。

性味　苦、寒。

功效　解毒、利尿消肿、抗癌。

应用　①癌肿：龙葵 1 两，蛇莓5钱，白毛藤1两，水煎服。②小便不利、淋浊、白带，配车前、木通、土茯苓等。③疮痈肿毒、皮肤湿疹：龙葵叶(鲜)适量，捣烂外敷或捣汁外涂。

用量　3钱～1两。



图10--48　龙　葵

芦　根（图10—49）

别名　苇茎。

性味　甘、寒。

功效　清热解毒，生津止渴。



图10—49　芦　根

应用　①小儿麻疹：配茅根、野菊花、淡竹叶、葛根、升麻、浮萍、、紫草、蝉蜕。②肺脓疡：配银花、败酱草、杏仁、

桔梗、冬瓜仁、桃仁、鱼腥草。

用量：5钱～1两。

田基黄（图10--50）

别名　地耳草。

采集　夏秋采全草入药。

性味　甘、淡、凉。

功效　清热解毒、散瘀、消肿。

应用　①急性肝炎、早期肝硬化：配旱莲草、鸡骨草、香附、土茵陈、栀子、黄疸草、满天星。②肺脓疡、阑尾炎、乳腺炎、跌打损伤、蛇咬伤：配芦根、银花、蒲公英、青木香、半边莲等。

用量　5钱～1两。



图10--50　田基黄

凤尾草（图10--51）

别名　井口边草、凤尾蕨。

采集　四季采全草入药。

性味　淡、微苦、凉。

功效　清热利湿、凉血止痢。



图10—51　凤尾草

应用　①菌痢、急性肠炎：配马齿苋、土黄连、栀子、秦皮。②肝炎：配田基黄、酢酱草、土茵陈、黄疸草。③农药1059、1605中毒：凤尾草、银花各4两，甘草2两。水煎，1次灌服两大碗。

用量　5钱～4两。

夏枯草（图10—52）

别名　夏枯球。

采集　5～6月采穗入药。

性味　辛、苦、寒。

功效　清肝明目、清热散结。



图10—52　夏枯草

应用　①高血压病、头晕目眩：配决明子、勾藤、桑叶、黄芩、槐角、生石膏。②肺结核、颈淋巴结核：配杏仁、枇杷叶、百合、百部、牡沥。③甲状腺肿：配海藻、昆布。

木　贼（图10—53）

别名　节节草。

采集　四季采茎入药。

性味　甘、苦、平。

功效　清肝明目、清热利湿。

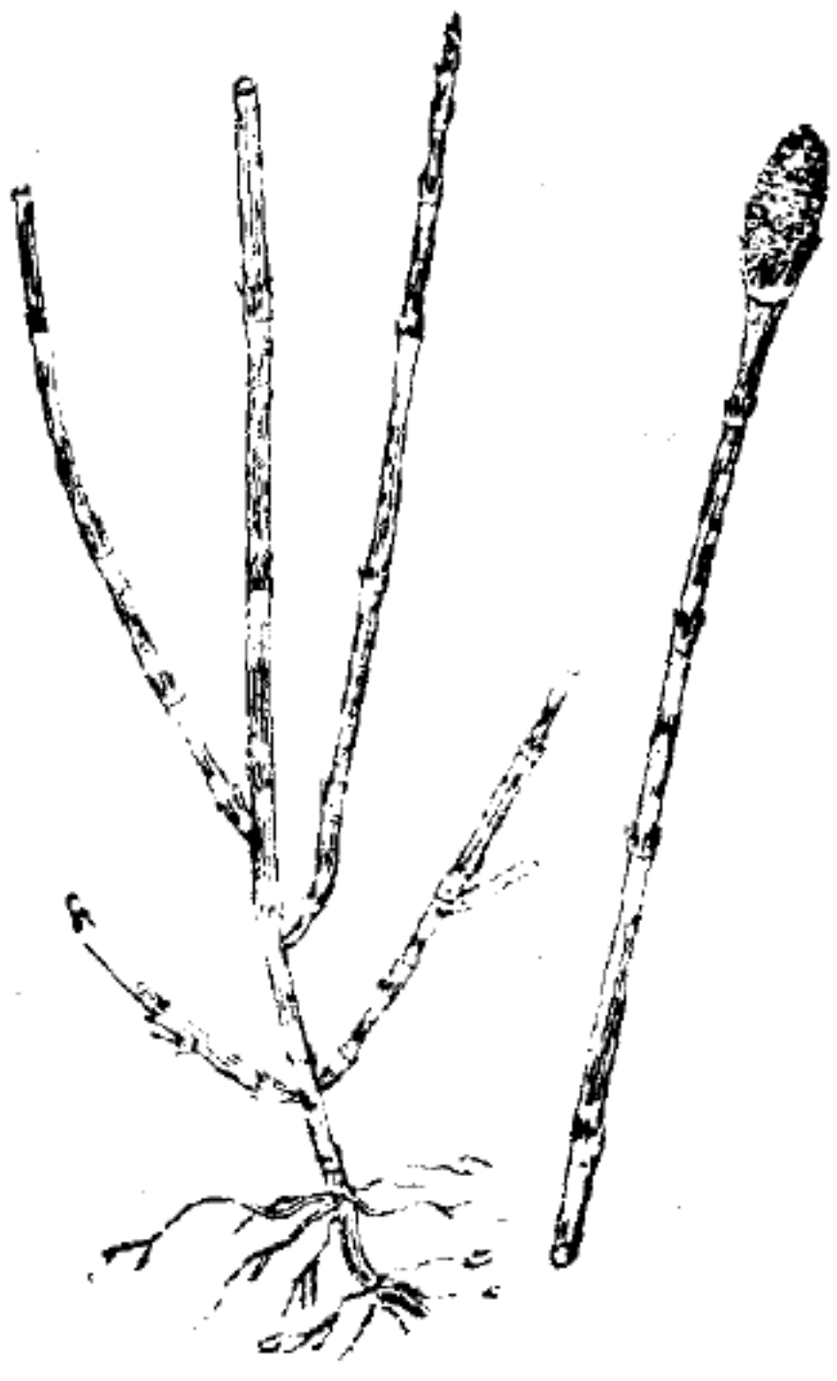


图10—53　木　贼

应用　①高血压，目赤肿痛：配决明子、野菊花、夏枯草、蝉蜕、青箱子。②黄疸肝炎：配土茵陈、栀子、田基黄、海金沙。

用量：5钱～1两。

水杨梅（图10—54）

别名　穿鱼柳、假杨梅。

采集　四季采根、秋季采花果入药。

性味　苦、涩、凉。

功效　清热解毒、散瘀止痛。

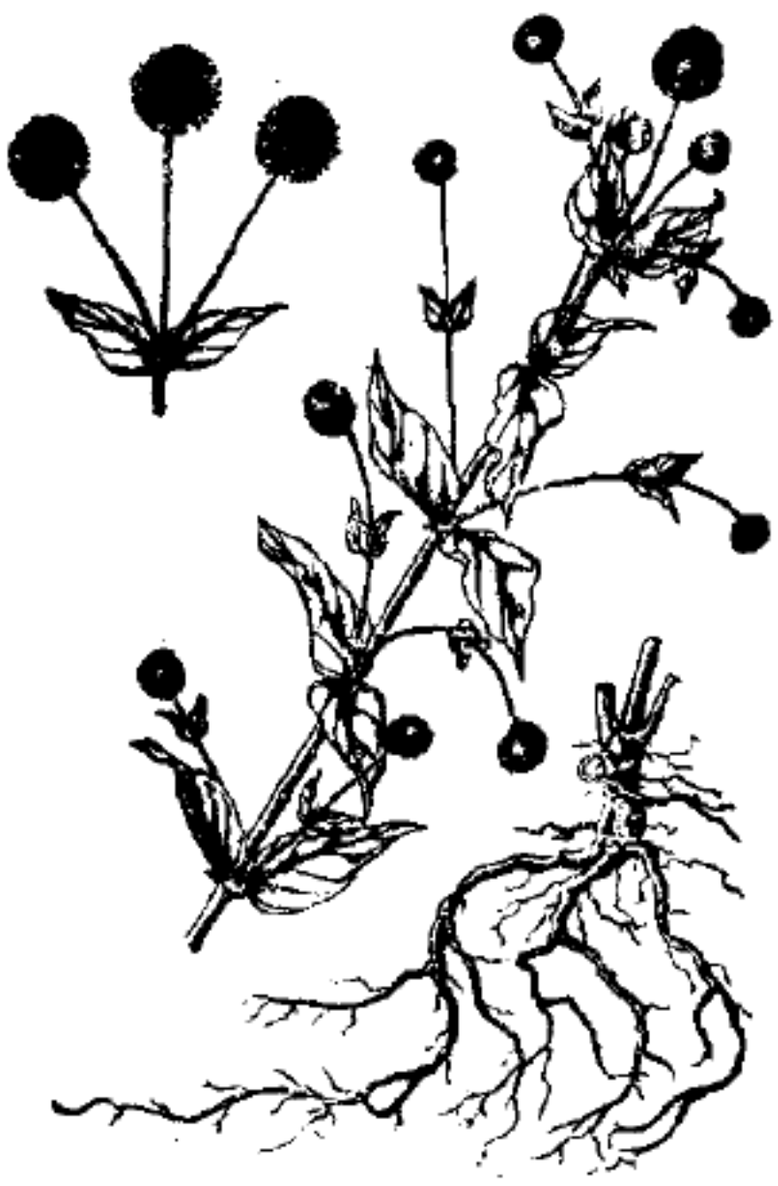


图10—54　水杨梅

应用　①感冒发热、腮腺炎：配银花、连翘、牛子、桔梗等。②痢疾、急性胃肠炎：配木贼、辣蓼、青蒿、秦皮。

白头翁（图10—55）

性味　苦、寒。

功效　清热止痢。



图10—55　白头翁

应用　急性菌痢、阿米巴痢疾、肠炎：配秦皮、地榆、黄连、黄柏。

马齿苋（图10—56）

采集　夏秋采全草入药。

性味　酸、寒。

功效　清热解毒、凉血止痢。

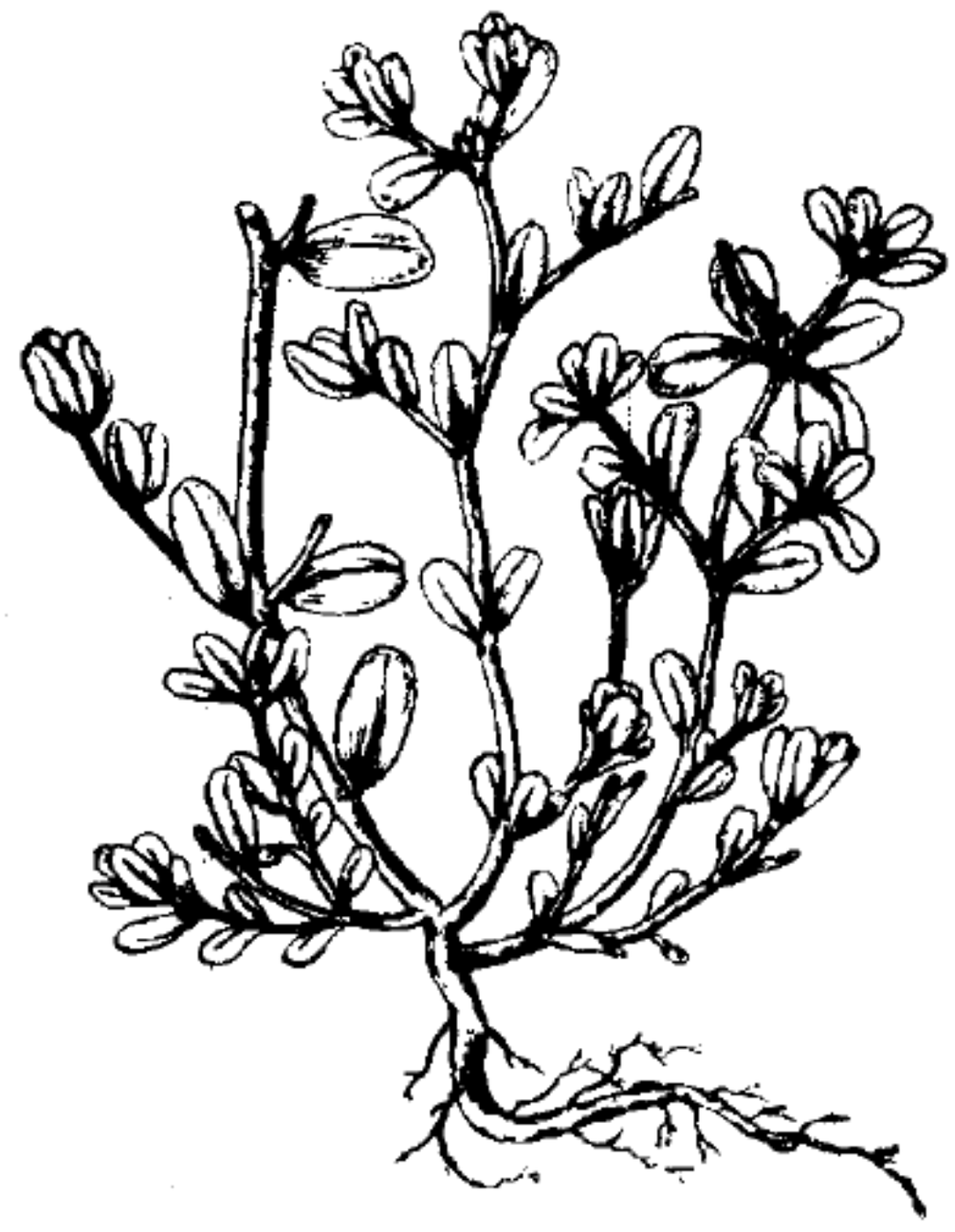


图10—56　马齿苋

应用　①菌痢、肠炎：配水杨梅、地榆、辣蓼、土黄连。②急性阑尾炎：马齿苋、蒲公英各2两，水煎服。③热毒疮疡：配蒲公英、银花、紫花地丁、酢酱草。

用量　5钱～1两。

辣　蓼（图10—57）

别名　红辣蓼。

采集　夏秋采全草入药。

性味　辛、温。

功效　解毒、消肿、止痢、杀虫。



图10—57　辣蓼草

应用　①菌痢、阿米巴痢、肠炎：配马齿苋，白花蛇舌草、仙鹤草。②杀蛆灭子孓，全草切碎撒放粪坑或污水沟中。

用量　5钱～1两。

夜关门（图10—58）

别名　铁扫帚。

采集　四季采全草入药。

性味　甘、涩、凉。

功效　清热利湿，消食化积，祛痰止咳。

应用　①菌痢、胃肠炎：配海蚌含珠、蒴蓄、青木香。②肝炎：夜关门根4两，猪瘦肉1两，炖服，吃肉和汤，每日1剂，连服14天。③慢性气管炎：夜关门2两，煎水服。

用量　5钱～2两。



图10—58　夜关门

败　酱（图10—59）

采集　夏秋采根入药。

性味　苦、辛、凉。

功效　清热解毒，排脓祛瘀。



图10—59　败　酱

应用　①阑尾脓肿：配紫花地丁，马齿苋，银花，蒲公英，大黄。②肠炎痢疾：配马齿苋、地榆、酢酱草、辣蓼、海蚌含珠。

用量　5钱～1两。

朱砂根（图10—60）

别名　金锁匙、山豆根，大罗伞。

采集　四季采根

或全草入药。

性味　苦、辛、平。

功效　活血祛瘀，解毒消肿。

应用　①跌打损伤：朱砂根5钱，大血藤1两，水煎服。②咽喉肿痛：朱沙根5钱，射干2钱，桔梗2钱，甘草1钱，水煎服。

附注：用本品4两水煎2次分服，可防治白喉。



图10—60　朱砂根

第五节　泻下药

凡能引起腹泻或润滑大肠促使排便的药物称为泻下药。根据泻下作用急与缓的不同，可分为攻下药和润下药二种。

一、攻 下 药

本类药物大多性寒味苦，能通便泻火，常用于实热便秘，腹痛拒按，或潮热谵语，苔黄燥，脉数实；痢疾初起，里急后重，泻而不畅者等。

大 黄（附“土大黄”图10—61）

别名　川军、绵纹。

性味　苦、寒。

功效　泻热通便，破瘀。

应用　①实热便秘，食积停滞：配厚朴、枳实、芒硝、甘草。②血瘀经闭，跌打损伤：配丹皮、桃仁、红花、栀子、大血藤。

禁忌　孕妇或妇女经产期忌用，体虚慎用。

附：土大黄功效与大黄相似，但长于清热凉血。



图10—61　土大黄

芒 硝

别名　朴硝、皮硝。

性味　苦、咸、大寒。

功效　泻火通便，润燥软坚。

应用　①热结便秘：配大黄，厚朴、枳实。②急性咽喉炎、扁桃体炎：配冰片、硼砂、青黛，共研末吹喉。

禁忌　孕妇忌用。

二、润　下　药

这类药物多是含油脂的种仁，具有润肠作用，泻下力缓，适用于病后、产后、年老体弱的津枯便秘及习惯性便秘等。

润下药用于热盛伤津便秘可配养阴药；血虚便秘应与补血药同用；气滞便秘与理气药同用。

火麻仁（图10—62）

性味　甘、平。

功效　润肠通便。

应用　老年、病后、产后津枯、血少便秘：配麦冬、郁李仁、杏仁、白蜜。



图10—62　火麻仁

用量　单味可用1～2两。

郁李仁

性味　辛、苦、甘、平。

功效　润肠通便、利尿消肿。

应用　①大便燥结不通：配火麻仁、杏仁、柏子仁、蜜糖等。②脚气水肿：配苡米、茯苓、泽泻、猪苓等。

第六节　祛风湿药

本类药物多为辛散苦燥之品，分别具有祛风、除湿、散寒及舒筋、活络、止痛等作用，其中部分尚能补肝肾，壮筋骨。

祛风湿药主要适用于风寒湿所致的痹证。由于风寒湿伤人有所偏胜，且病情长短不同，气血有虚实之别，故应用本类药时须注意配伍：治行痹应加解表祛风药；治痛痹加散寒温里药；治着痹加利水化湿药；治热痹加清热药；病属初起在表，可配解表药用；病久不愈者，配活血通络药用；气血亏虚者，应配补养药用。

南蛇风（图10—63）

别名　大南蛇，南蛇藤。

采集　四季采藤根入药。

性味　辛、微温。

功效　祛风湿，强筋骨，通经活血。



图10—63　南蛇藤

应用　①风湿筋骨痛：南蛇风4两，凌霄花根4两，八角风2两，用白酒4斤，浸7天后，每晚睡前服5钱～1两。②经闭、腰痛：南蛇风5钱，金樱子根5钱，水煎服。

用量　5钱～1两。

五加刺（图10—64）

别名　刺五加。

采集　秋冬采根、茎入药。

性味　辛、温。

功效　祛风除湿、强筋壮骨。



图10—64　五加刺

应用　风湿痹痛、跌打损伤：五加刺5钱，牛七3钱，豨莶草3钱，水煎服。

内红消（图10—65）

别名　南五味子、钻地风。

采集　四季可采，全株入药。

性味　辛、苦、温。

功效　祛风止痛，行气活血。

应用　①风湿骨痛：内红消5钱，南蛇风1两，大伸筋3钱，水煎服。②跌打损伤：内红消5钱，见风消3钱，乌药3钱，青木香3钱，水煎服。



图10—65　内红消

外　红　消(图10—66)

别名　钻地风。

采集：全年可采，根藤入药。

性味　辛、平。

功效　祛风活络，消肿止痛。

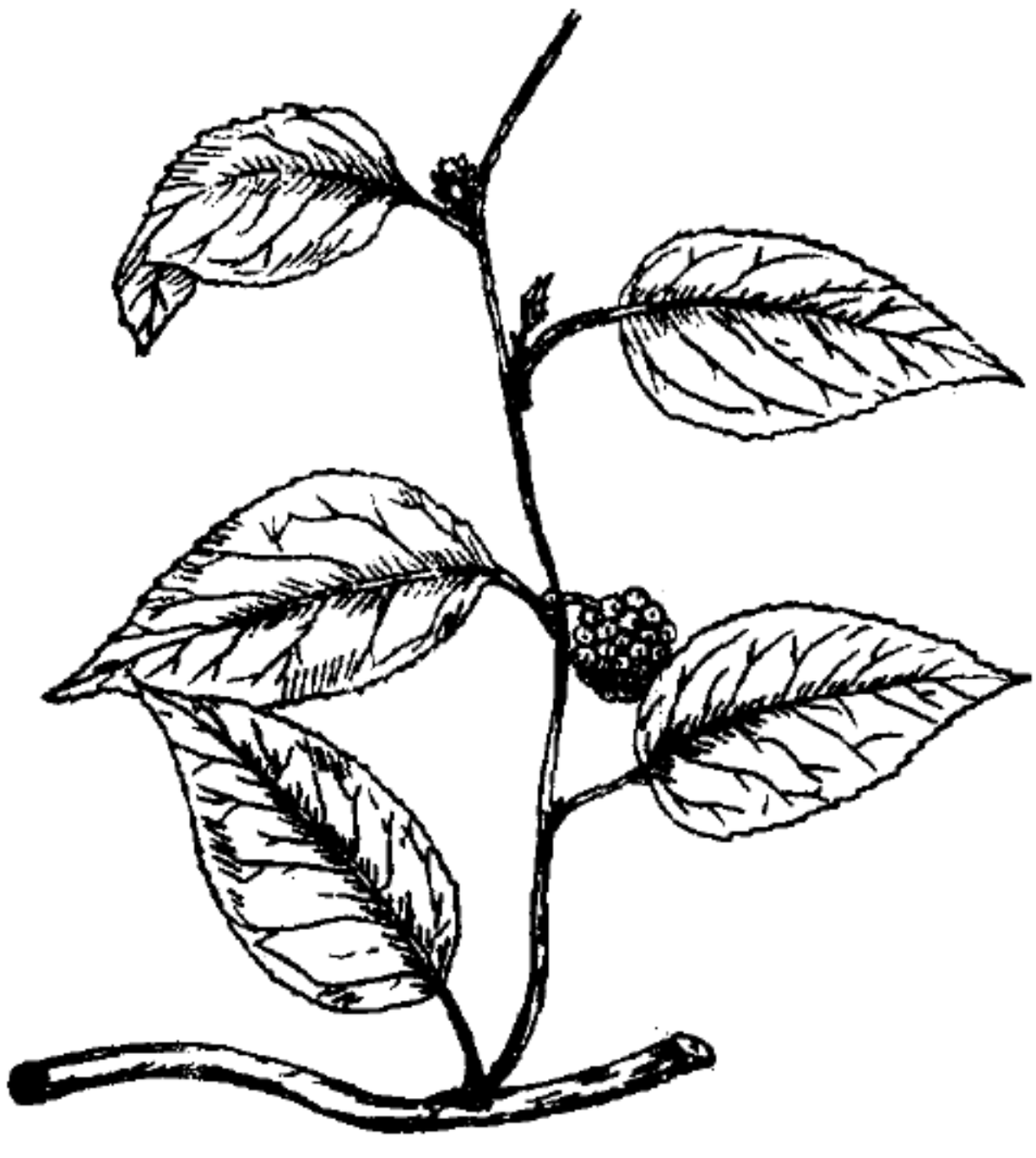


图10—66　外红消

应用　①风湿关节痛：外红消5钱，南蛇风5钱，豨莶草3钱，水煎服。②跌打损伤：外红消5钱，过桥风3钱，香附3钱，水煎服。

凌霄花(图10—67)

别名　大红花、正龙藤。

采集　秋季采集。花、叶、根、藤入药。

性味　苦、平。

功效　通经活血，消肿止痛。

应用　①风湿痹痛：凌霄藤1两，南蛇风5钱，大伸筋3钱，水煎服。②月经不调，瘀血闭经，凌霄花、月季花各3钱，益母草、丹参各5钱，红花2钱，水煎服。③跌打损伤：凌霄花5钱，内红消5钱，红花2钱，香附3钱，水煎服。



图10—67　凌霄花

白　毛　藤(图10—68)

别名　白英、蜀羊泉。

采集　夏秋采全草入药。

性味　苦、甘、微寒。

功效　祛风湿，通经络，清热解毒，利尿消肿。

应用　①多种癌症：配龙葵、半枝莲、蛇莓等。②风湿性关节炎：可单用浸酒服或配方。

用量　1～2两。

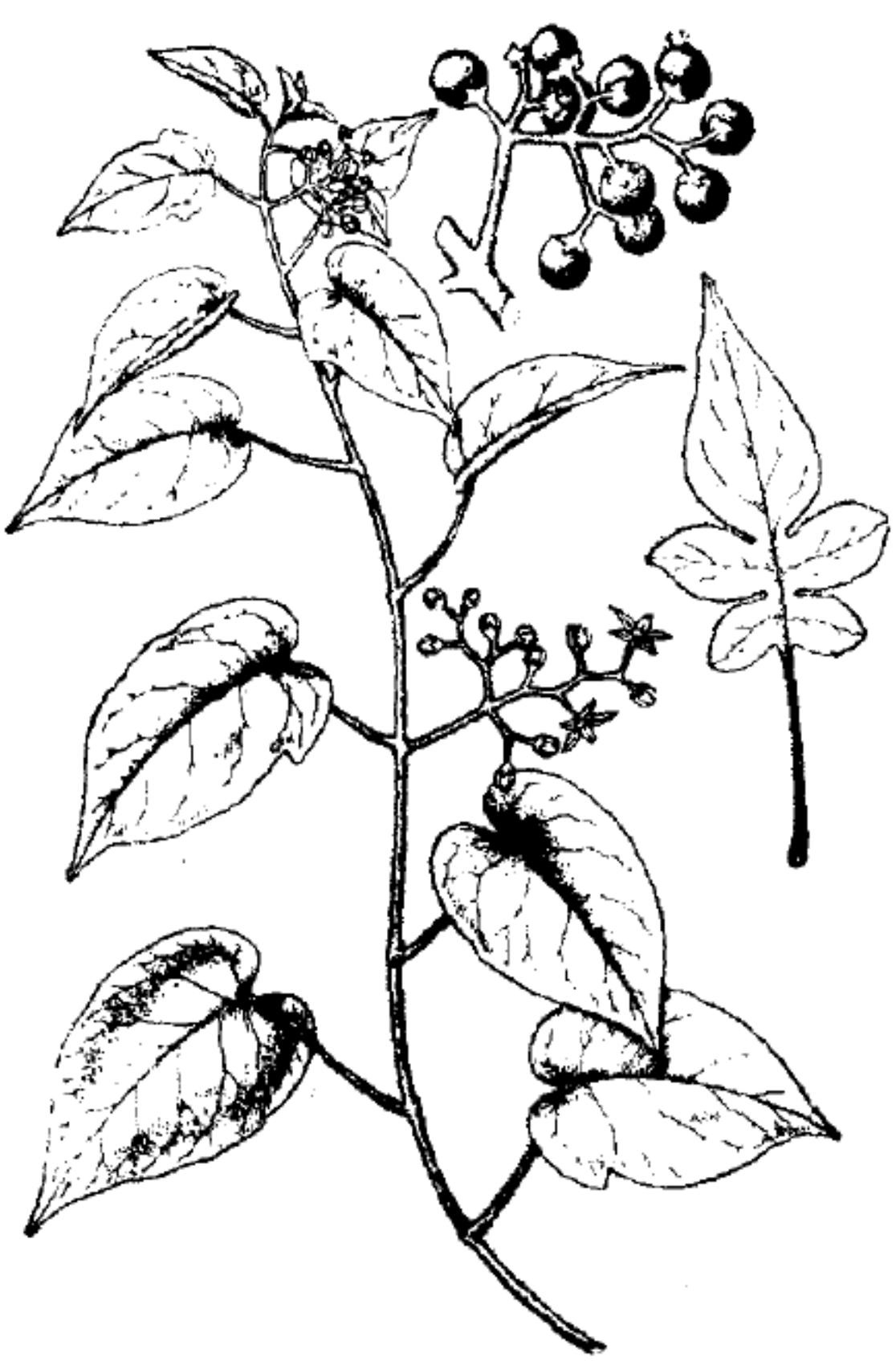


图10—68　白毛藤

豨　莶　草(图10—69)

别名　粘糊草。

采集　夏秋采集，全草入药。

性味　苦、寒。有小毒。

功效　祛风湿，利筋骨、降血压。

应用　①风湿痹痛：豨莶草3钱，南蛇风5钱，矮五甲5钱，水煎服。②重型肝炎：豨莶草、田基黄各2～4两，栀子3钱，车前草、金钱草各5钱，羊蹄草1两，水煎服。③高血压：豨莶草3钱，夏枯草5钱，牛七5钱，水煎服。

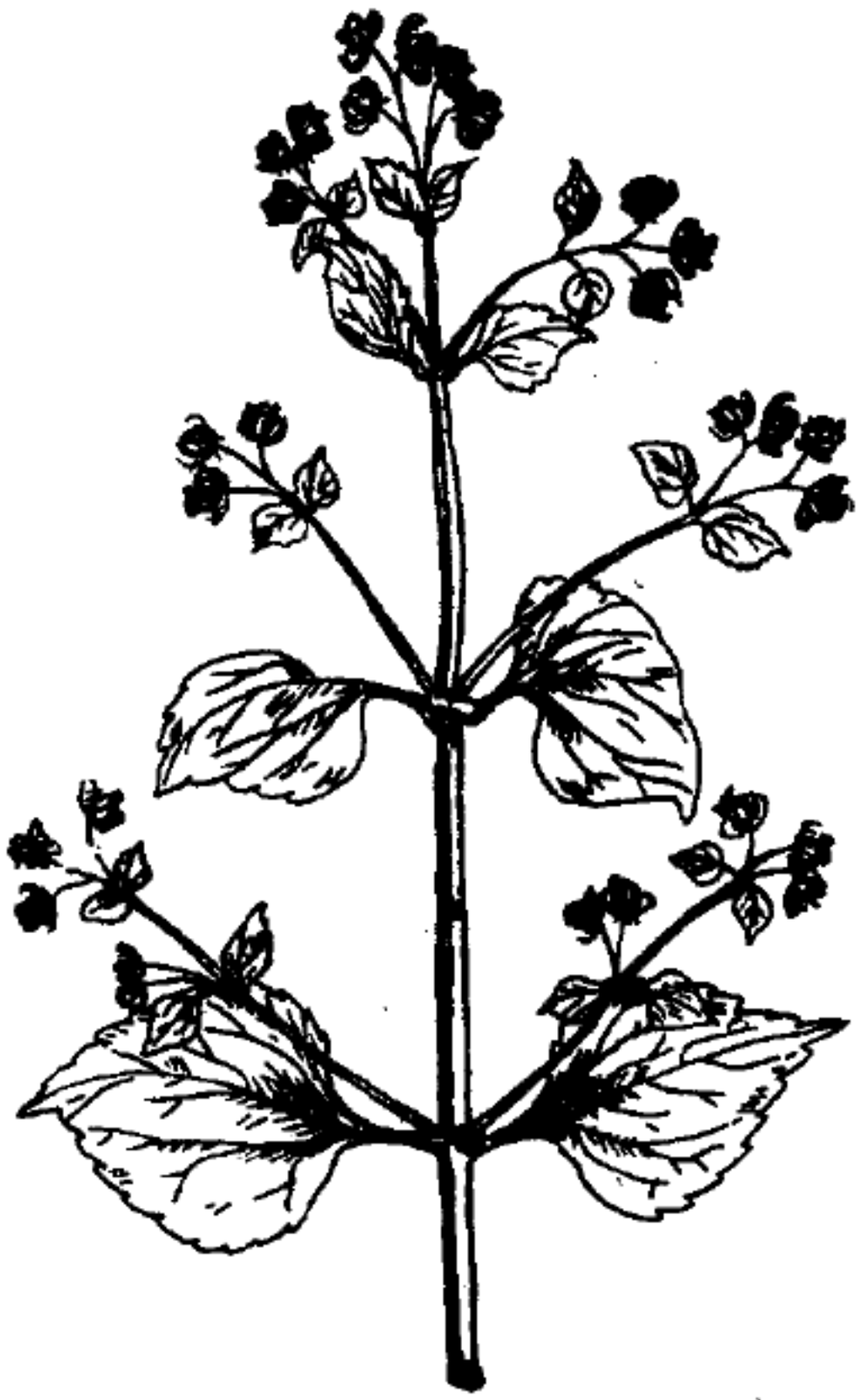


图10—69　豨莶草

用量　3钱～1两。

大　伸　筋(图10—70)

别名　金钢摇，窑边竹。

采集　秋季采根入药。

性味　苦、辛、温。

功效　祛风湿、通经络。

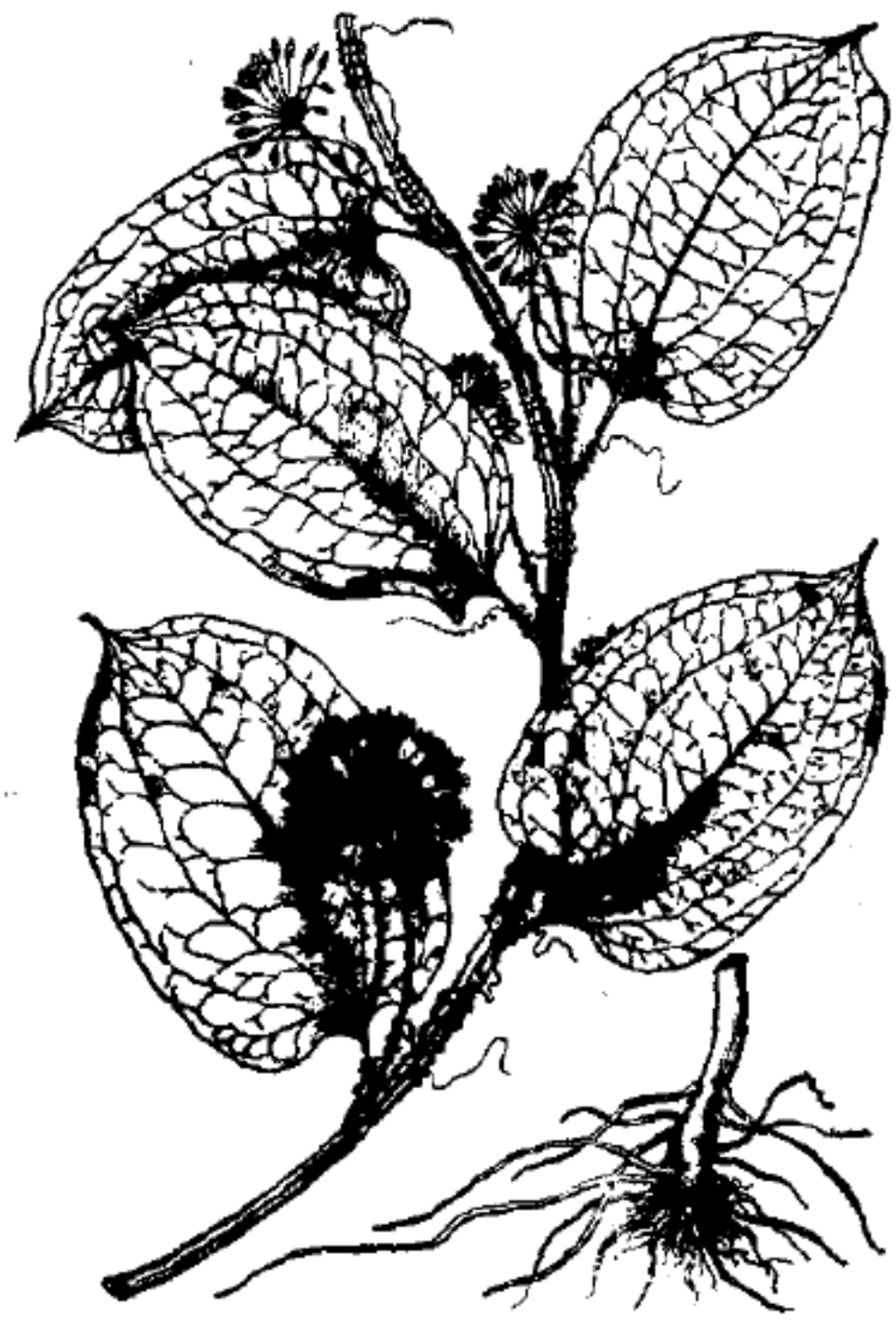


图10—70　大伸筋

应用　风湿痹痛、跌打损伤：大伸筋5钱，矮五甲5钱，南蛇风1两，水煎服。

小　伸　筋(图10—71)

别名　绿毛伸筋。

采集　四季可采，全草入药。

性味　苦、辛、凉。

功效　祛风止痛、舒经活络。

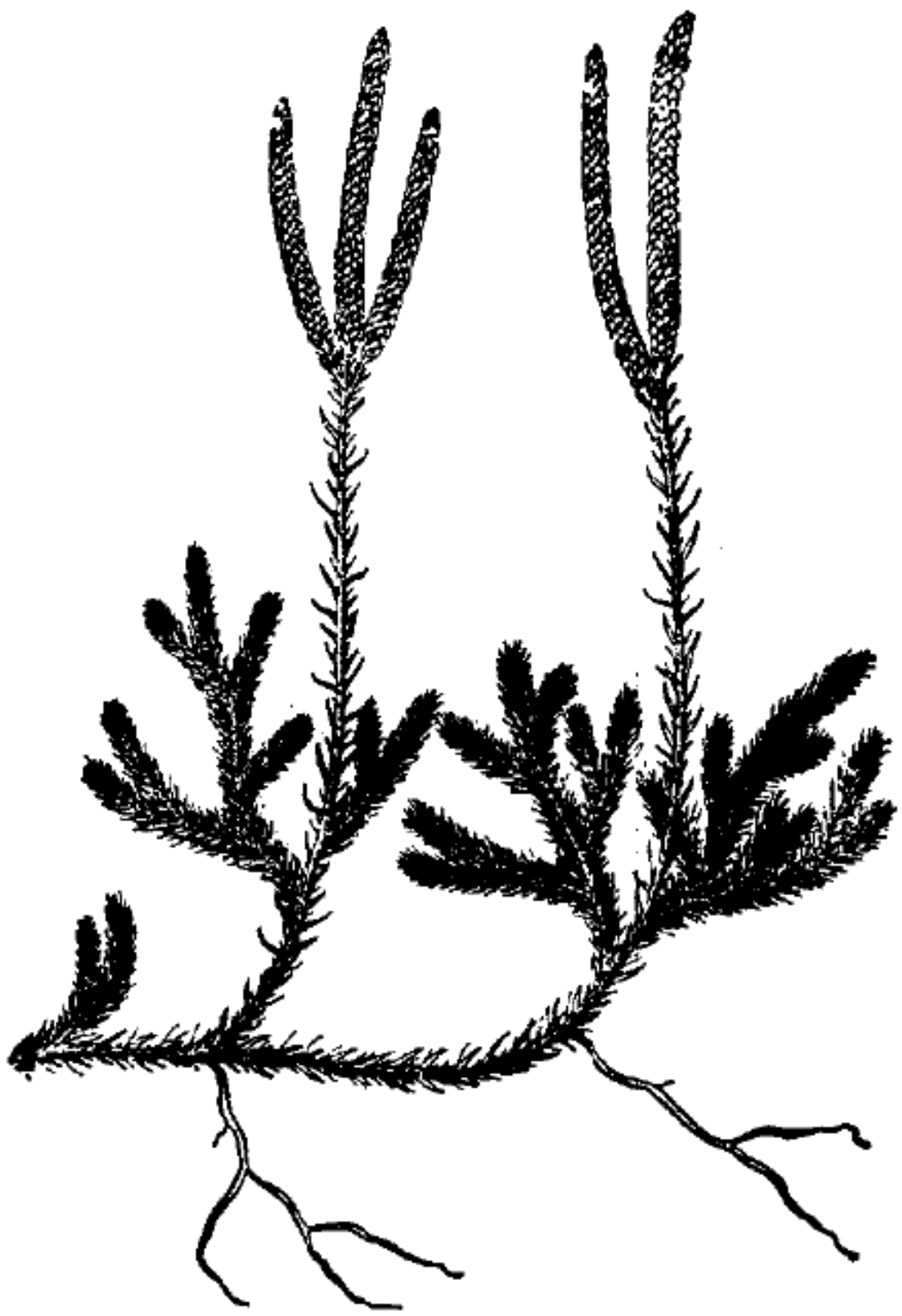


图10—71　小伸筋

应用　风湿关节炎，不能屈伸：小伸筋5钱，南蛇风1两，鸡血藤1两，牛七3钱，水煎服。

络 石 藤(图10--72)

别名　爬壁藤，过墙风。

采集　四季可采，全藤入药。

性味　苦、平。

功效　祛风湿，通经络。



图10—72　络石藤

应用　①风湿痹痛、腰痛：络石藤5钱，鸡血藤1两，五加刺5钱，水煎服。②跌打损伤：络石藤1两，水煎，白酒送服。

八　角　枫(图10—73)

别名　白金条。

采集　四季可采，根、茎入药。入药去须根。

性味　辛、微温，有小毒。

功效　祛风止痛、行气活血。



图10—73　八角枫

应用　①风湿痹痛：络石藤 5 钱，八角枫 5 钱，南蛇风 1 两，水煎服。②跌打损伤：八角枫 5 钱，大血藤 1 两，乌药 3 钱，水煎服。

鸭　脚　皮(图10—74)

别名　翻剥皮。

采集　四季可采，以根入药。

性味　淡、凉。

功效　祛风除湿，舒筋活络。



图10—74　鸭脚皮

应用　①风湿痹痛：鸭脚皮5钱，南蛇风1两，矮五甲5钱，水煎服。②跌打损伤：鸭脚皮5钱，内红消5钱，鸡血藤1两，水煎服。

用量　5钱～1两。

鸡 矢 藤(图10—75)

别名　臭藤，青藤。

采集　夏季采集，全草入药。

性味　甘、微苦、平。

功效　祛风除湿，消食化积，止咳化痰，消肿止痛。



图10—75　鸡矢藤

应用　①风湿筋骨痛、食积腹痛：鸡矢藤1两，绣花针5钱，鸭蛋2个，加水共煮，吃蛋和汤。②慢性气管炎：鸡矢藤1两，百部5钱，枇杷叶3钱，水煎服。③疮疡溃烂：鸡矢藤茎叶4两，九里光4两，金银花2两，煎水，外洗患处。

用量　1～4两。

枸　　骨(图10—76)

别名　猫公刺、羊角刺。

采集　夏秋采根入药。

性味　微苦寒。

功效　祛风除湿、润肺止咳。

应用　①风湿痹痛：枸骨1两，牛七3钱，水煎服。②百日咳：枸骨5钱，百部3钱，水煎服。

用量　5钱～1两。



图10—76　枸　骨

威　灵　仙(图10—77)

采集　夏秋采集，根或全株入药。

性味　辛、苦温。

功效　祛风除湿，通络止痛。

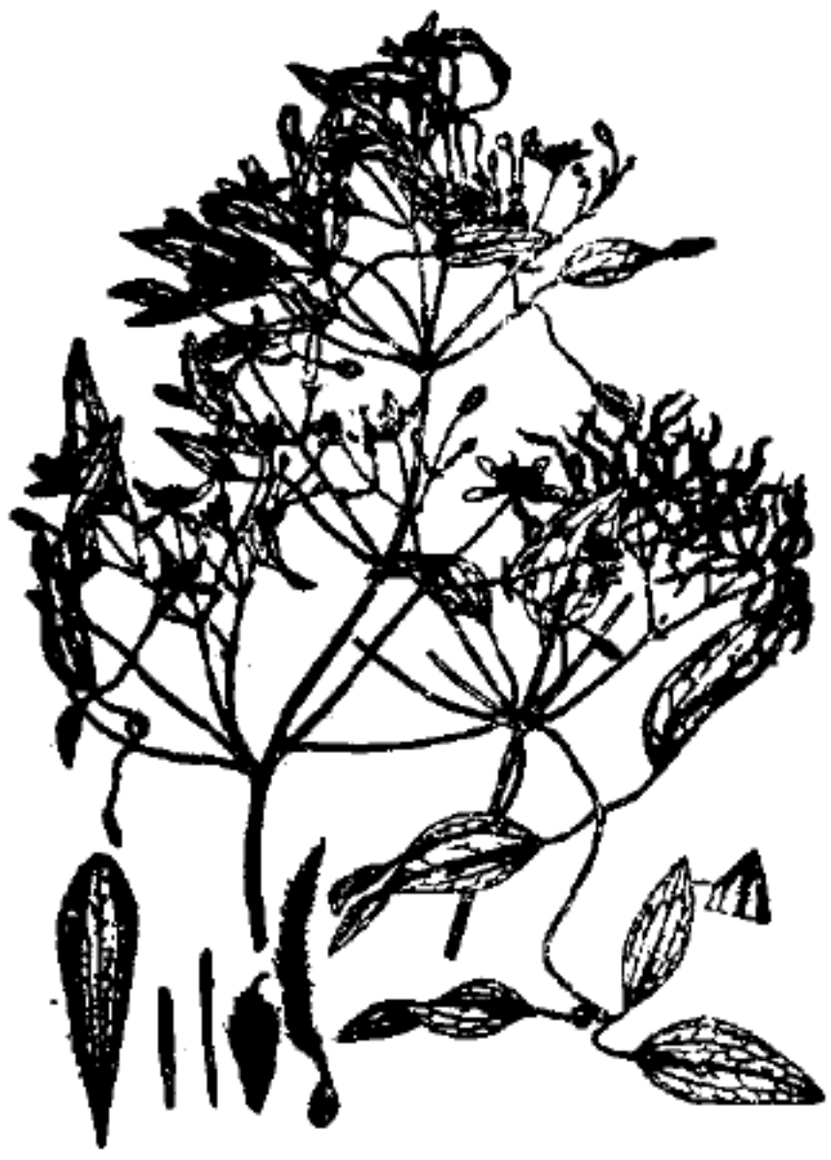


图10—77　威灵仙

应用　①风湿痛：威灵仙1两，桂枝3钱，络石藤1两，水煎服。②胃神经痛：威灵仙1两，水煎去渣，加鸡蛋2个，煮成蛋汤，放盐少许，内服。③咽喉炎、扁桃体炎、鱼骨鲠喉：威灵仙1两，水煎含服。

用量　5钱～1两。

苍　　耳（图10—78）

别名　苍耳草、苍耳子。

采集　秋季采果实或全草入药。

性味　苦、辛、温。

功效　祛风止痛，通窍活络。

应用　①慢性鼻炎、鼻窦炎：苍耳子4钱，辛夷3钱，白芷3钱，薄荷2钱，葱白3钱。②顽固性湿疹：鲜苍耳草3两，白矾6分，煎水500毫升，每日3次。每次服10毫升。同时用药洗擦患部。

用量　5钱～1两。



图10—78　苍　耳

金　钢　刺(图10—79)

别名　菝葜。

采集　全年采集，块茎入药。

性味　甘、酸、平。

功效　祛风除湿，解毒消肿。

应用　①风湿痹痛：金钢刺1两，南蛇风1两，威灵仙5钱，水煎服。②癌肿：金钢刺2两，白毛藤1两，水煎服。③外用以酒精浸出液（含生药30—50%）治牛皮癣。

用量　1～2两。

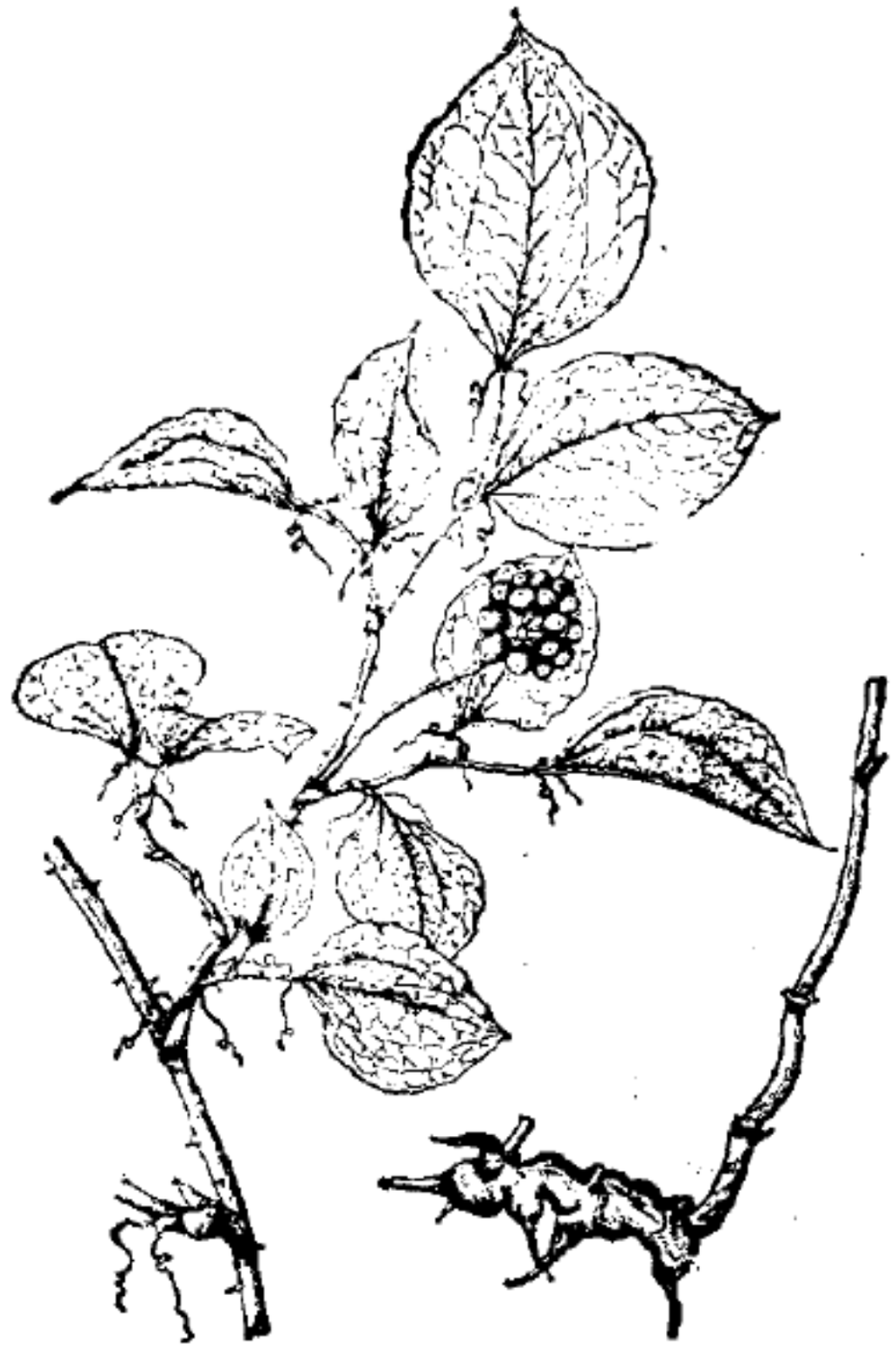


图10—79　金钢刺

羌　　活(图10—80)

性味　辛、苦、温。

功效　散寒解表，祛风胜湿。



图10—80　羌　活

应用　①风寒感冒：羌活3钱，荆芥3钱，防风3钱，白芷3钱，生姜3片，水煎服。②风湿痹痛：羌活3钱，独活3钱，防风3钱，威灵仙3钱，桂枝3钱，水煎服。

独　　活（图10—81）

性味　辛、苦、温。

功效　祛风胜湿，散寒止痛。



图10—81　独　活

应用　①风湿痹痛：独活3钱，寄生4钱，秦艽3钱，桂枝3钱，牛七3钱，鸡血藤1两，水煎服。②风寒感冒、头痛：独活3钱，羌活3钱，防风3钱，白芷3钱，水煎服。

秦　　艽

性味　苦、辛、平。

功效　祛风除湿，退虚热。

应用　①风湿痹痛：秦艽3钱，防风3钱，桂枝3钱，鸡血藤1两，水煎服。②骨蒸潮热：秦艽4钱，别甲5钱，地骨皮3钱，生地4钱，知母3钱，青蒿2钱，水煎服。

木　　瓜(图10—82)

性味　酸、温。

功效　舒筋活络，和胃化湿。



图10—82　木　瓜

应用　①**风寒湿痹**：木瓜 3 钱，淮牛膝 3 钱，寄生 4 钱，豨莶草 3 钱，水煎服。②暑湿吐泻：木瓜 3 钱，藿香 3 钱，扁豆 3 钱，水煎服。

骨碎补(图10—83)

别名　石岩姜，毛姜。

采集　全年采块茎入药。

性味　苦、温。

功效　祛风除湿，强筋壮骨，活血止痛。

应用　①风湿痹痛：骨碎补4钱，威灵仙3钱，南蛇风1两，独活3钱，鸡血藤1两，水煎服。②跌打损伤：骨碎补5钱，八角枫5钱，红花3钱，石菖蒲3钱，水煎服。



图10—83　骨碎补

大　血　藤（图10—84）

别名　红藤。

采集　全年可采，根藤入药。

性味　苦、涩、平。

功效　祛风除湿，活血通经。

应用　①风湿痹痛：大血藤1两、南蛇风5钱，水煎服。②月经不调、闭经：大血藤2两，益母草1两，水煎服。③阑尾炎：大血藤2两，蒲公英1两，厚朴3钱，大黄3钱，水煎服。

用量　5钱～2两。

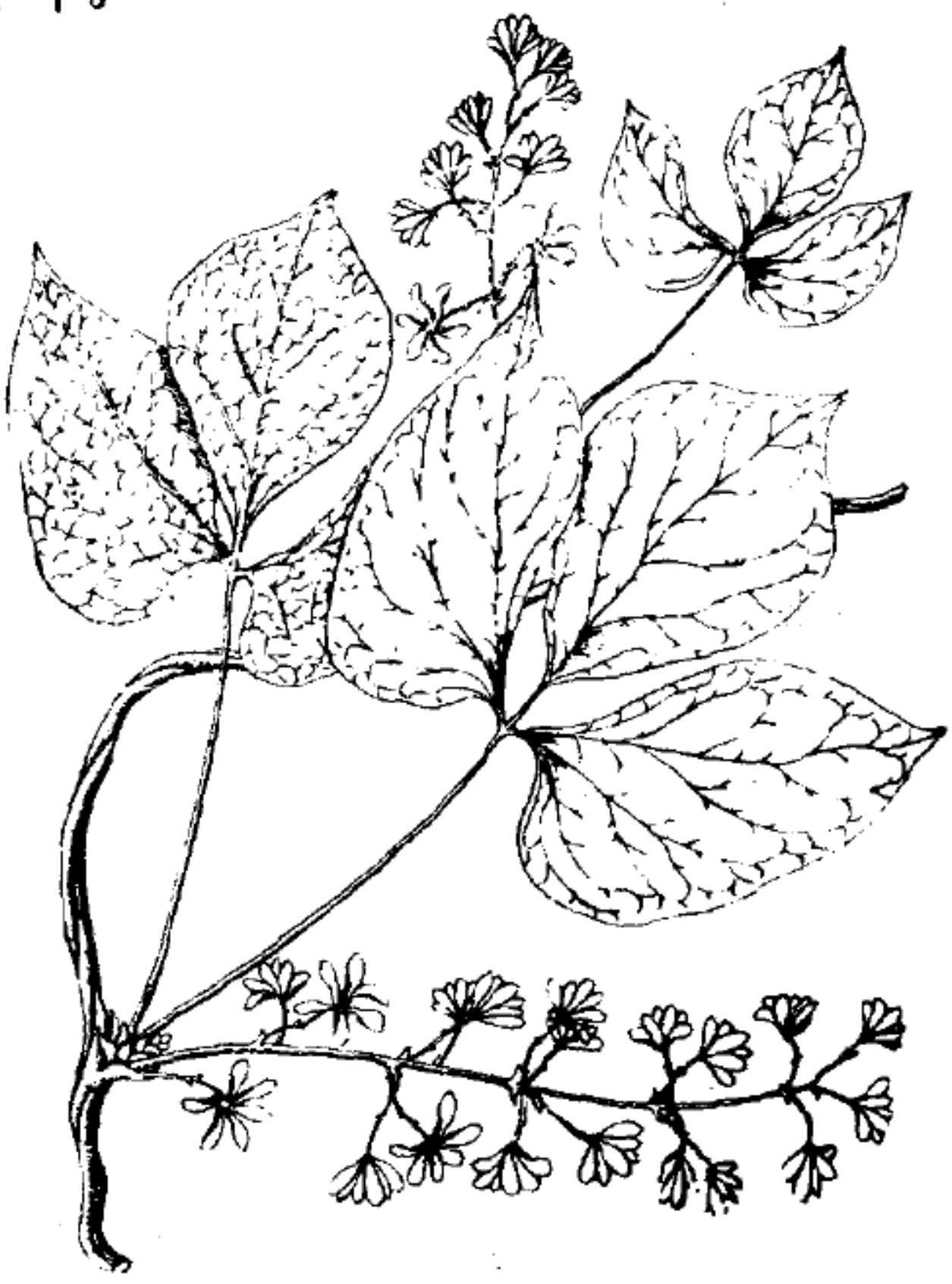


图10—84　大血藤

第七节　理　气　药

凡以疏畅气机为主要作用的药物，叫理气药。理气药多为辛温香窜之品，具有行气宽胸，解郁止痛，降逆顺气等作用。适用于气机阻滞引起的胸腹胁肋胀痛，呕逆喘满等证。

石　菖　蒲(图10—85)

别名　水剑草、水菖蒲、九节菖蒲。

采集　夏秋采根、茎入药。

性味　辛、温。

功效　理气止痛、豁痰开窍。

应用　①慢性胃炎、胃溃疡：石菖蒲2钱，香附6钱，乌贼骨2两，甘草3钱，共研细末，每次服3～5钱，每日2次。②湿痰蒙窍，神志不清：石菖蒲、远志、郁金、半夏、茯苓各3钱，胆南星2钱，水煎服。③关节扭伤疼痛：石菖蒲、荞麦三七、香附、葱根、韭菜根各适量，共捣烂，加白酒适量调匀炒热，揉敷患处。



图10—85　石菖蒲

青　木　香(图10—86)

别名　土木香。

采集　秋季采根，果实，夏季采藤叶入药。

性味　辛、苦、寒。

功效　行气止痛，解毒消肿。

应用　①胃痛：青木香3钱，石菖蒲2钱，水煎，酌加白酒少许送服。②咽喉肿痛：青木香2钱，用冷开水磨成浓汁，温开水冲服。

附注　果实名马兜铃，有止咳化痰作用，用于肺热咳嗽，痰多气喘。每用1～3钱。藤名天仙藤，具有活血通络，化湿消肿的作用。多用于风湿性关节炎、妊娠水肿。每用3～4钱。

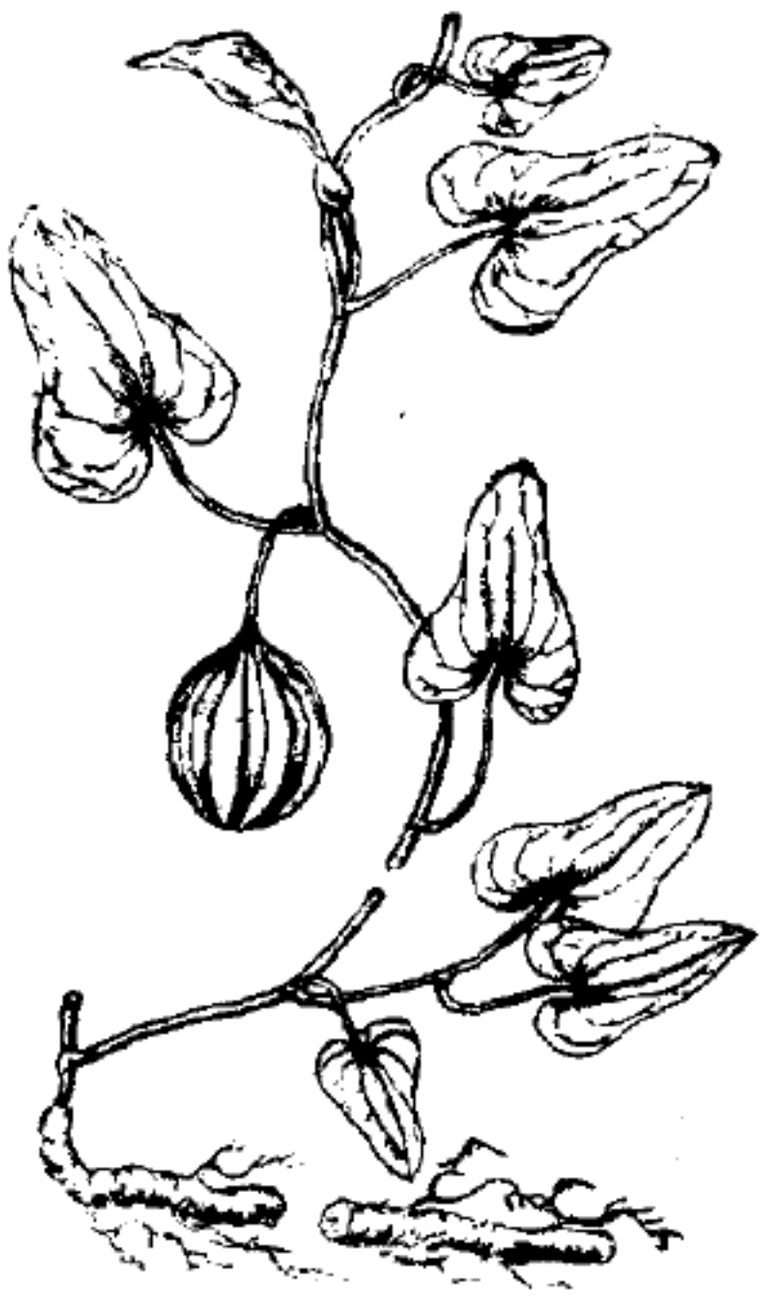


图10—86　青木香

陈　皮

别名　桔皮，广皮，桔红。

性味　辛、苦、温。

功效　理气健胃，燥湿化痰。

应用　①胃寒呕吐、呃逆：陈皮2钱、生姜3片，水煎服。

②咳嗽痰多：陈皮3钱，半夏3钱，茯苓3钱，甘草2钱，水煎服。

附注　桔叶能疏肝行气，解毒消肿，治乳痈胁痛；桔络能通络化痰，顺气活血，治痰滞经络的咳嗽，胸腹作痛；桔核能理气散结止痛，治虚寒疝痛。

香　　附（图10—87）

别名　香附子，附米，莎草。

采集　秋季采块根入药。

性味　辛、微苦、甘、平。

功效　理气止痛、活血调经。

应用　①胃痛、胸胁胀痛：香附3钱，柴胡3钱，乌药3钱，莱菔子3钱，甘草1钱，水煎服。②月经不调：香附子3钱，丹参3钱，芍药3钱，益母草1两，水煎服。



图10—87　香　附

乌　　药(图10—88)

别名　台乌。

采集　四季可采，块根入药。

性味　辛、温。

功效　温中散寒，理气止痛。

应用　①胃痛：乌药、青木香各等量研末，水泛为丸，每日2次，每次1～2钱。②痛经：乌药、香附、生姜各3钱，青木香2钱，水煎服。

附：据报导，本品配毛冬青、鸡血藤、当归、川芎、黄芩、银花等，治疗脉管炎，冠心病有一定疗效。



图10—88　乌　药

厚　　朴(图10—89)

别名　川朴。

性味　辛、苦、温。

功效　温中下气，化湿行滞。

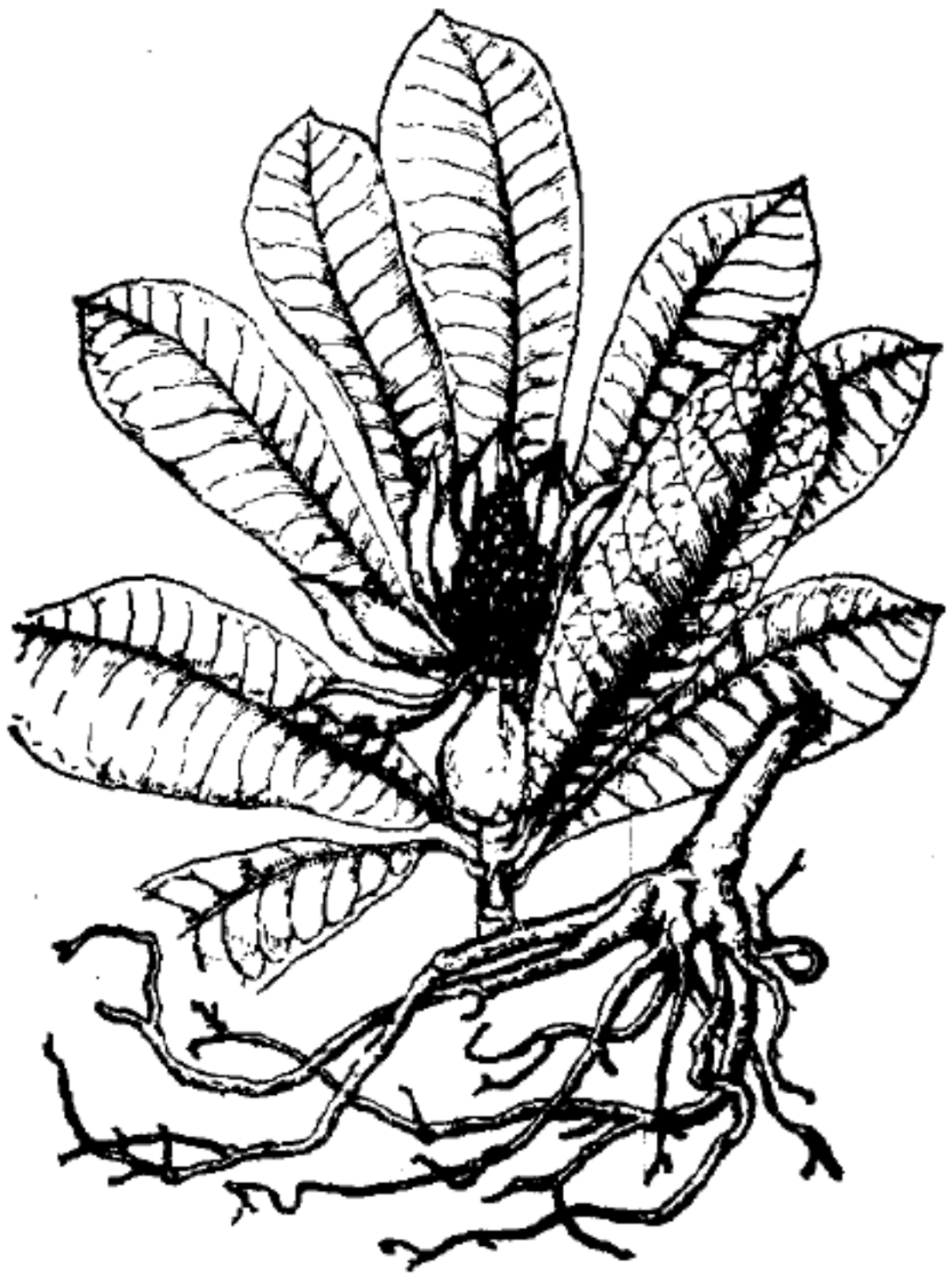


图10—89　厚　朴

应用　①寒湿腹痛、脘腹胀满：川朴3钱，枳壳3钱，子姜2钱，青木香3钱，水煎服。②肠梗阻：厚朴1两，莱菔干1两，枳壳3钱，桃仁3钱，赤芍5钱，大黄5钱(后下)，芒硝3钱(冲服)，水煎服。

枳　　实(附枳壳)

性味　苦酸、微寒。

功效　散结消痞、破气化痰。

应用　①肠胃食积、胸腹胀满：枳实、苍术各3钱、神曲4钱、莱菔子3钱，水煎服。②轻度子宫脱垂：枳壳1两，益母草、黄芪各5钱，升麻2钱，水煎服。③痰饮痞满：枳实3钱，半夏3钱，白术3钱，莱菔子3钱，水煎服。

附：枳壳为枳实的成熟果实，功效同枳实，但药力较和缓。破气用枳实，宽中用枳壳。

山　苍　子(图10—90)

别名　山胡椒，毕澄茄，豆支姜。

采集　秋季采果实，全年采根、茎入药。

性味　辛、微苦、温。

功效　祛风散寒，理气止痛。



图10—90　山苍子

应用　①感冒：山苍子根0.5～1两，水煎服，红糖为引。

②胃痛：山苍子5钱，香附5钱，陈皮2钱，水煎服。

用量　根0.5～1两，子1～5钱。

第八节　理　血　药

凡以调理血分病证为主要作用的药物，叫理血药。血分病有四类：血虚、血热、血瘀、血溢。血虚宜补血，血热宜凉血，血瘀宜祛瘀，血溢宜止血。治疗血虚与血热的药物，在补益药与凉血药中论述，这里介绍的是治疗血瘀和血溢的二类药，前者称行血药，适用于血行障碍形成的瘀血肿痛；后者称止血药，适用于血液外溢出现的吐衄崩漏等证。本节部分药物有堕胎的副作用，孕妇应忌用。

川　芎（图10—91）

别名　抚芎、芎穷。

采集　春季采根入药。

性味　辛、温。

功效　活血行气，祛风止痛。

应用　①月经不调：川芎、赤芍各3钱，香附3钱，益母

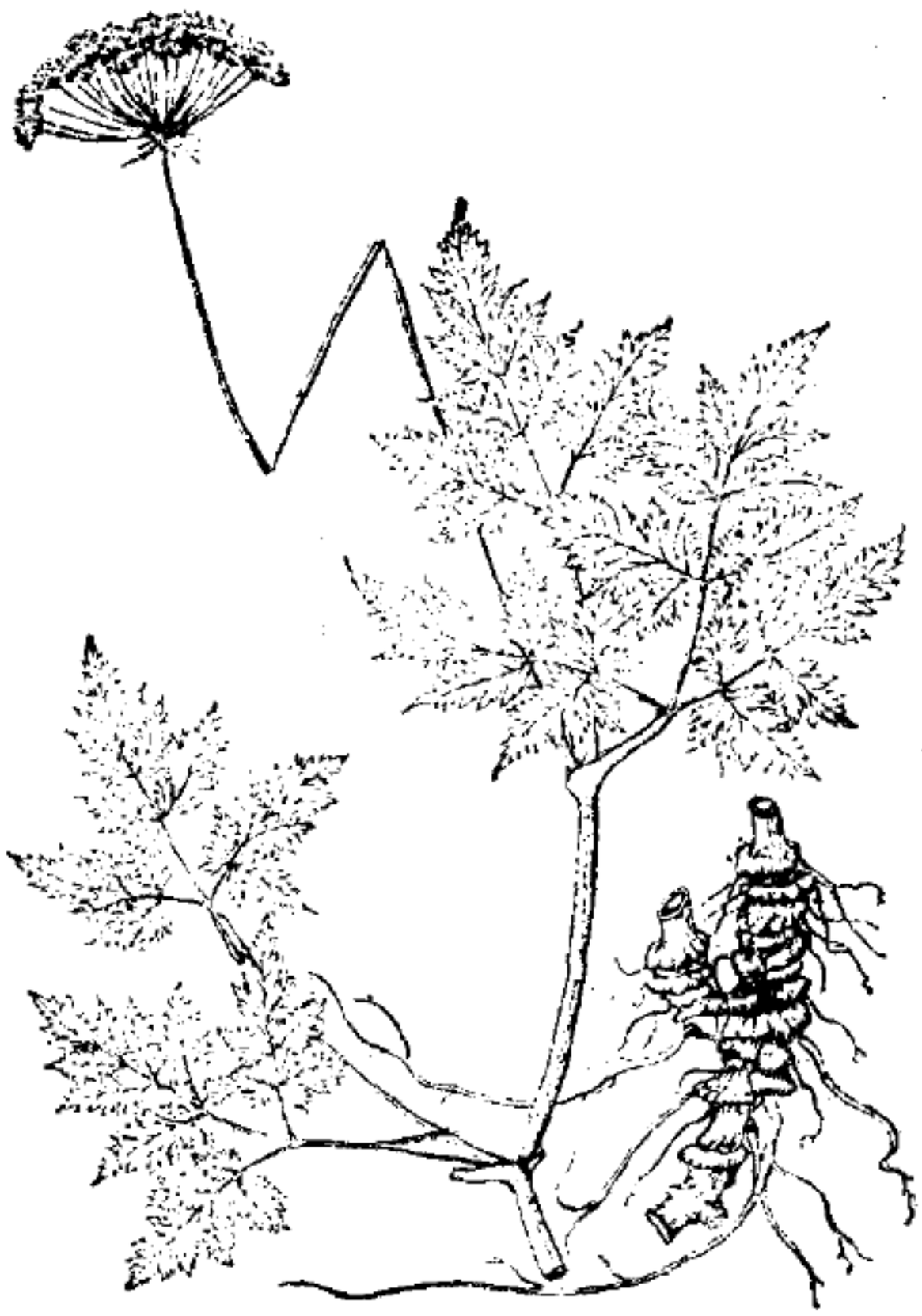


图10—91　川　芎

草1两，当归3钱，水煎服。②正偏头痛：川芎2钱，白芷3钱，防风3钱，菊花3钱，水煎服。

臭 牡 丹（图10—92）

别名　大红花

采集　夏季采叶、根入药。

性味　苦、辛、平。

功效　活血、消肿、祛风除湿。

应用　②跌打损伤：臭牡丹5钱，川芎3钱，香附3钱，外红消5钱水煎服。②高血压：臭牡丹5钱，夏枯草1两，豨莶草3钱水煎服。

用量　5钱～1两

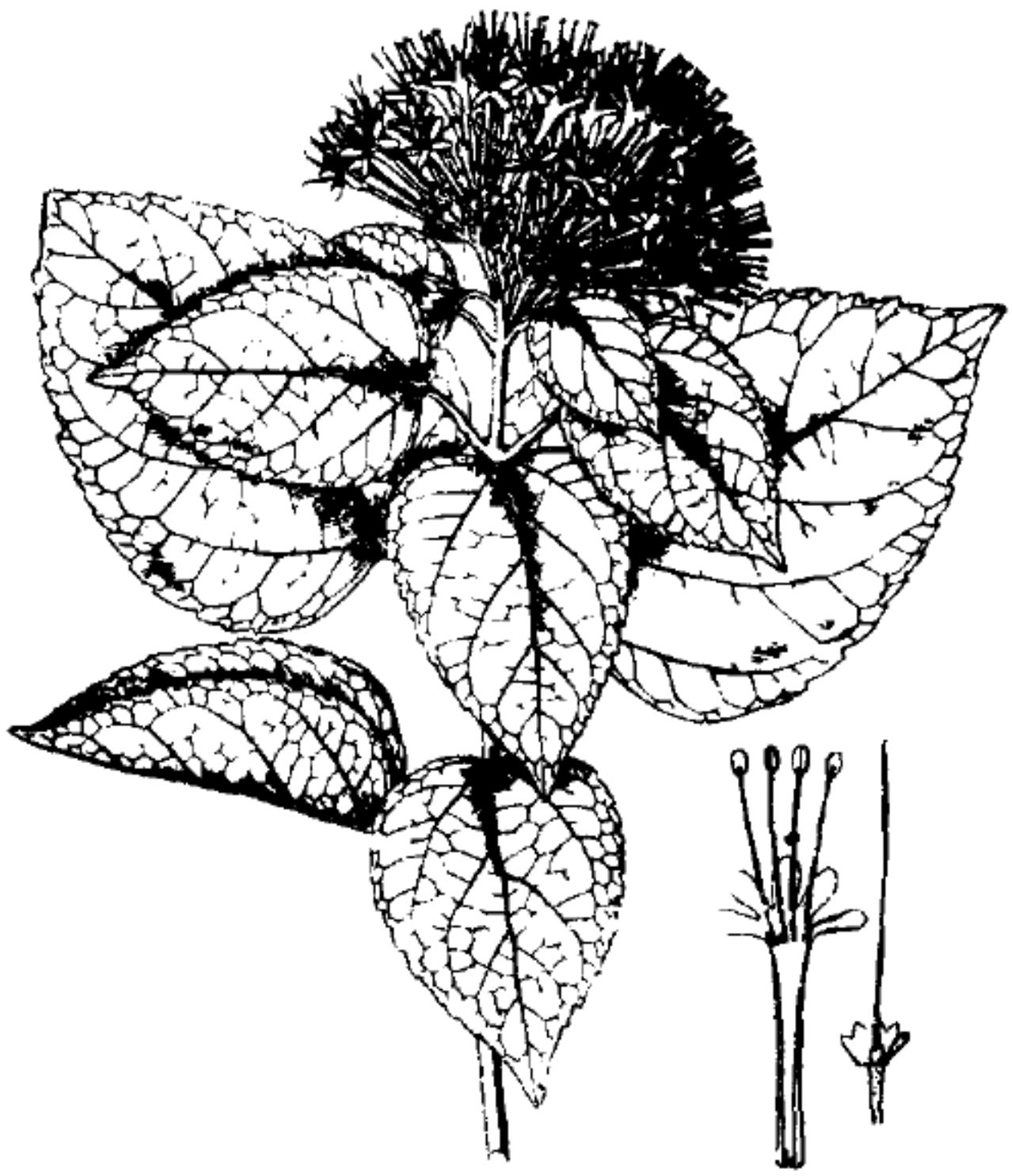


图10—92　臭牡丹

土 牛 膝 (图10—93)

别名　白牛膝、牛膝。

采集　秋季采根入药。

性味　微苦、凉。

功效　通经活络，清热解毒。



图10—93　土牛膝

应用　①风湿痹痛：土牛膝 3 钱，南蛇风 5 钱，矮五甲 5 钱，水煎服。②白喉：土牛膝 2 钱，板兰根、大青叶各 1 两，水煎服。③跌打损伤：土牛膝 3 钱，臭牡丹 5 钱，大血藤 1 两，水煎服。

用量　3 钱～ 1 两

矮 桃 草（图10－94）

别名　散血草。

采集　夏秋采全草入药。

性味　微苦、涩、平。

功效　活血调经、散瘀消肿。



图10—94　矮桃草

应用　①月经不调：矮桃草5钱，益母草1两，水煎服。②跌打损伤：矮桃草1两，土牛膝5钱，水煎，兑酒服。

用量　2钱～1两。

映 山 红（图10—95）

别名　杜鹃花。

采集　春末采花，全年采根、茎入药。

性味　甘、酸、温。

功效　化痰止咳、活血祛瘀。



图10—95　映山红

应用　①跌打损伤：映山红5钱，大血藤1两，臭牡丹5钱，水煎服。②慢性气管炎：映山红1两，鱼腥草1两，胡颓子5钱，水煎服。

用量　3钱～1两。

接　骨　木（图10—96）

别名　插插活，续骨木。

采集　四季采全株入药。

性味　甘、苦、平。

功效　活血止痛，接骨续筋，祛风通络、利尿消肿。



图10—96　接骨木

应用　①跌打损伤骨折：接骨木 1 两，骨碎补 5 钱，水煎服。②风湿痹痛：接骨木 5 钱，鸡血藤 1 两，过桥风 5 钱，土牛膝 5 钱，水煎服。

用量　5 钱～ 1 两。

益　母　草（图10—97）

采集　夏秋季采全草入药。

性味　辛、苦、微寒。

功效　活血调经、利尿消肿。



图10—97　益母草

应用　①月经不调、产后腹痛：益母草2两，鸡血藤1两，水煎服。②肾炎水肿：益母草2两，白茅根1两，水煎服。

用量　3钱～2两。

附：其果实名茺蔚子，有活血调经，清肝明目作用，多用于目赤肿痛，高血压病。

茜　草（图10—98）

别名　四轮草。

采集　秋季采根入药。

性味　苦、寒。

功效　活血祛瘀，凉血止血。



图10—98　茜　草

应用　①吐血、衄血、咯血、便血：茜草3钱，茅根5钱，地榆5钱，水煎服。②经闭：茜草5钱，泽兰3钱，丹参5钱，益母草1两，水煎服。③跌打损伤：茜草5钱，红花3钱，大血藤1两，水煎服。

瓜　子　金（图10—99）

采集　夏秋采全草入药。

性味　微辛、微温。

功效　活血散瘀，解毒消肿，祛痰止咳。



图10—99　瓜子金

应用　①月经不调：瓜子金2两（切碎），加水1两，捣烂取汁，加白糖适量，用开水一杯冲服。②关节炎、跌打损伤：瓜子金根1两，水煎服。③咳痰气喘：瓜子金2两，猪精肉4两，共煮，吃肉和汤。

用量　5钱～2两。

仙　鹤　草（图10—100）

别名　龙牙草。

采集　夏秋采全草入药。

性味　苦、涩、平。

功效　收敛止血、消炎止痢。



图10—100　仙鹤草

应用　①吐血、衄血、崩漏：仙鹤草1两，旱莲草5钱，紫珠5钱，水煎服。②肠炎痢疾：仙鹤草1两，马齿苋1两，水煎服。

用量　3钱～1两。

荠　　菜（图10—101）

别名　枕头草、地菜子。

采集　春夏采全草入药。

性味　甘、淡、凉。

功效　凉血止血、清热止痢，降血压。



图10—101　荠　菜

应用　①吐血、衄血、尿血、便血、崩漏：荠菜1两，仙鹤草5钱，水煎服。②肠炎痢疾：荠菜5钱，青木香3钱，水煎服。③高血压：荠菜1两，夏枯草1两，水煎服。

用量　5钱～1两

地　　榆（图10—102）

采集　夏季采根入药。

性味　苦、酸、微寒。

功效　凉血、止血、收敛、止泻。



图10—102　地　榆

应用　①咯血、衄血、呕血、尿血、便血、痔疮出血：地榆1两，仙鹤草1两，水煎服。②肠炎、菌痢：地榆1两，荠菜1两，十大功劳1两，水煎服。③烫火伤：地榆、寒水石、大黄、黄柏各3钱，冰片3钱，共研细粉，香油（麻油）调成糊状敷患处。每日或隔日换药1次。

用量　3钱～1两。

紫　　珠（图10—103）

别名　止血柴、金刀柴。

采集　四季采根、夏季采叶入药。

性味　苦、涩、平。

功效　收敛止血，解毒消肿。

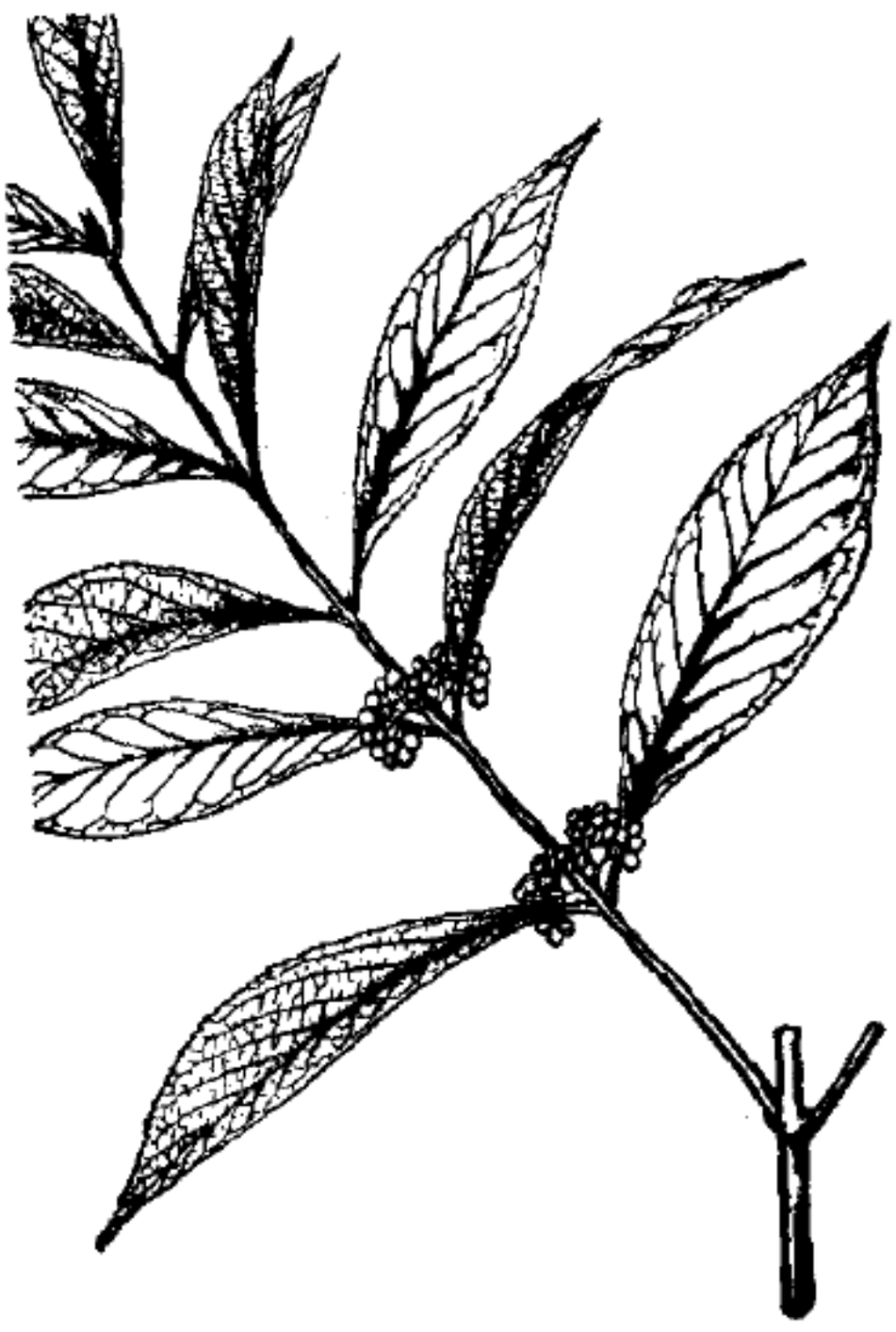


图10—103　紫　珠

应用　①咯血、衄血、胃肠道出血：紫珠5钱，白茅5钱，水煎服。②外伤出血：紫珠叶研粉，撒于伤口。

白　　芨（图10—104）

采集　秋冬季采根入药。

性味　苦、甘、凉。

功效　敛肺止血，生肌止痛。



图10—104　白　芨

应用　①肺结核咳血，支气管扩张咯血：白芨、乌贼骨、三七各适量，研粉，每服3钱，每日3次。②胃肠道出血：白芨5钱，地榆5钱，仙鹤草1两，水煎服。

用量　3钱～1两。

茅　　根（图10—105）

别名　丝茅根、白茅根。

采集　秋冬采根入药。

性味　甘、寒。

功效　清热利尿，凉血止血，生津止渴。



图10—105　茅　根

应用　①急性肾炎：茅根2～4两，水煎服。②吐血、衄血：茅根2～4两，生荷叶1两，藕节1两，水煎服。③热病烦渴：茅根2两，芦根2两，水煎服。

用量　5钱～2两。

扁　　柏（图10—106）

别名　侧柏叶。

采集　四季可采，以叶入药。

性味　苦、涩、微寒。

功效　凉血止血。



图10—106　扁　柏

应用　①咯血、吐血、衄血、便血、尿血、崩漏：扁柏1两、白茅1两、地榆1两，水煎服。②跌打损伤：扁柏5钱，大血藤1两，水煎服。

用量　3钱～1两。

丹　　参（图10—107）

别名　紫丹参。

性味　苦、微寒。

功效　活血调经、去瘀生新，养血安神。



图10—107　丹　参

应用　①月经不调、痛经：丹参4钱，郁金3钱，红花2钱，益母草5钱水煎服。②早期肝硬化：丹参5钱，桃仁、生地、大黄各3钱，地鳖虫2钱，田基黄1两，党参3钱，鳖甲5钱，水煎服。③冠心病，心绞痛：丹参2两，当归1两，石菖蒲5钱，降香1.5钱，细辛3分，水煎服。

用量　3钱～1两。

红　　花（图10—108）

性味　辛、温。

功效　活血通经，祛瘀止痛。

应用　①月经不调、痛经、经闭：红花3钱，桃仁3钱，益母草5钱，川芎3钱，香附3钱，水煎服。②冠心病、心绞痛：红花、川芎、赤芍、降香各5钱，丹参1两，水煎服。③跌打损伤：红花3钱，大血藤1两，水煎服。

桃　　仁

性味　苦、甘、平。

功效　活血散瘀，润燥滑肠。

应用　①痛经、血滞、经闭、产后恶露不尽：桃仁3钱，红花3钱，牛藤3钱，香附3钱，益母草4钱，水煎服。②津枯便秘：桃仁3钱，火麻仁5钱，郁李仁4钱，水煎服。③跌打损伤：桃仁、柴胡、红花各3钱，丹参5钱，天花粉4钱，水煎服。



图10—108　红　花

菊叶三七（图10—109）

别名　土三七、血当归。

采集　秋冬采根、春夏采叶入药。

性味　甘、微苦、温。

功效　散瘀止血，解毒消肿。



图10—109　菊叶三七

应用　①咳血、衄血、崩漏：菊叶三七1两，水煎服。②外伤出血：菊叶三七晒干，研粉外敷伤口。③乳痈肿痛：菊叶三七捣汁一杯（用叶或根），酒水各半，送服。

用量　5钱～1两。

延　胡　索（图10—110）

别名　元胡、玄胡索。

性味　苦、微辛、温。

功效　活血散瘀、行气止痛。

应用　①月经不调、痛经：延胡索3钱，当归3钱，川芎3钱，水煎服。②慢性胃炎、溃疡病：延胡索3钱，川楝子3钱，水煎服。③跌打损伤：延胡索3钱，大血藤1两，红花2钱，骨碎补5钱，水煎服。



图10—110　延胡索

藕　节

别名　莲藕、藕节炭。

性味　甘、涩平。

功效　收敛止血。

应用　各种出血：藕节5钱，地榆5钱，水煎服。

马　鞭　草（图10—111）

别名　铁马鞭。

采集　秋季采全草入药。

性味　苦、微寒。

功效　破血通经，清热解毒，利尿消肿。

应用　①妇女经闭、痛经，配当归、赤芍。②肝炎、肝硬化腹水，配茵陈、田基黄、半边连。③单用马鞭草可以治白喉。

用量　5钱～1两。



图10—111　马鞭草

鸡 血 藤（图10—112）

别名　血灌皮、行血风。

采集　药用藤茎，全年可采。

性味　苦、温。

功效　活血补血，通经活络，健筋骨。

应用　①月经不调，闭经。②风湿筋骨痛，腰腿痛：配络不藤、松节、桑枝、地稔等。

用量　5钱～1两。



图10—112　鸡血藤

百 草 霜

别名　锅底灰。

性味　辛、温。

功效　止血、止泻。

应用　①各种出血：百草霜 1 钱，用水调服。②腹泻：百草霜 1 钱，地榆炭 1 两，研末，米饭糊丸，吞服。

第九节　止咳化痰药

凡以排除痰涎，制止咳嗽为主要作用的药物，称止咳化痰药。

本类药物除能止咳化痰外，有些还兼有平喘作用。其性能有寒、温的不同，温性化痰止咳药适用于寒痰证；寒性化痰止咳药适用于热痰证；平性者都适用。本类药物用于因痰引起的各种疾病如咳嗽气喘，淋巴结核，甲状腺肿大，癫痫，惊厥神昏等。

枇　杷　叶（图10—113）

性味　苦、平。

功效　化痰止咳、和胃降气。

应用　①支气管炎：枇杷叶 5 钱，矮地茶 5 钱，水煎服。②胃热呕吐：枇杷叶 3 钱，竹茹 3 钱，水煎服。

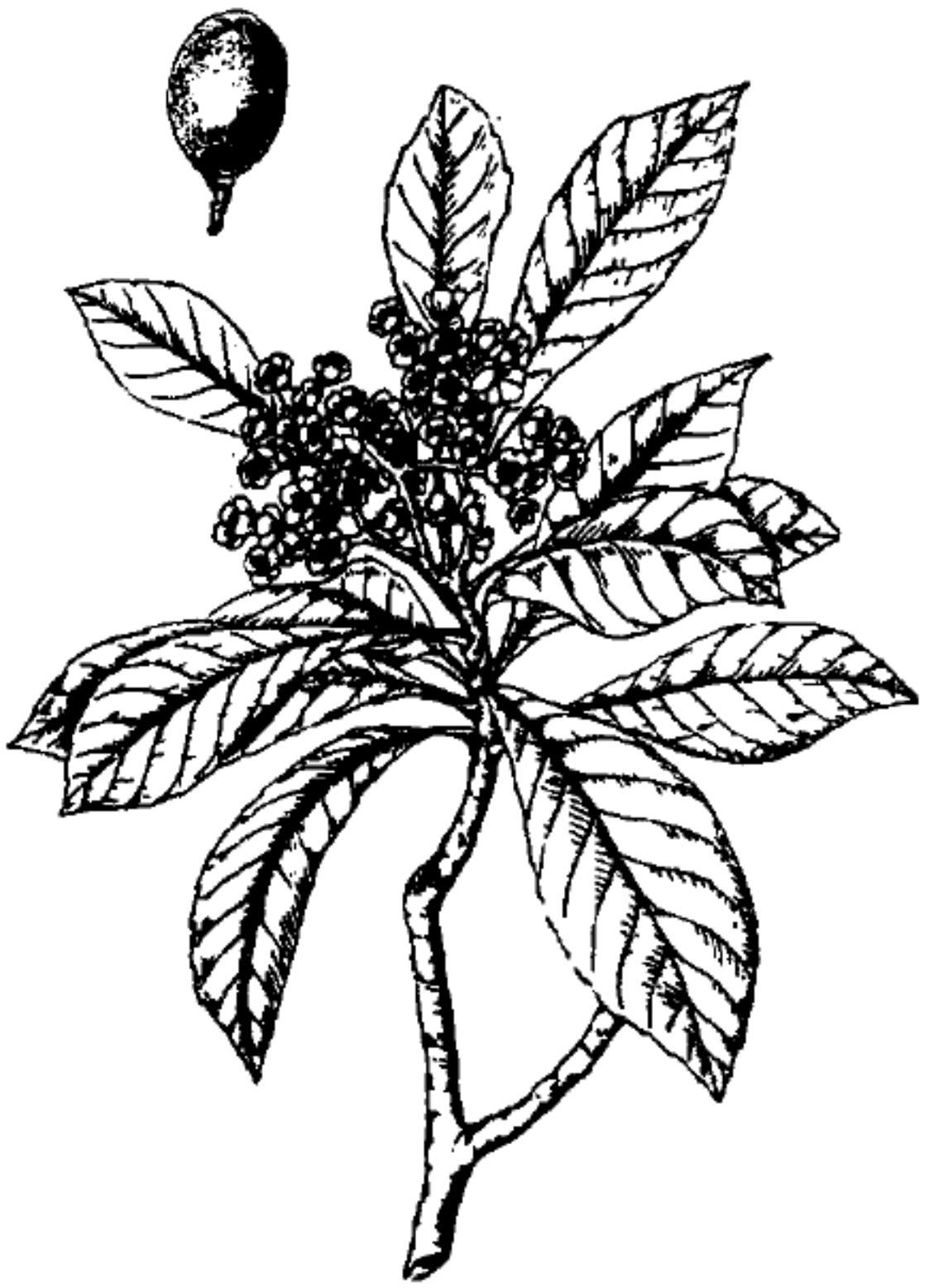


图10—113　枇杷叶

百　部（图10—114）

采集　夏秋采根入药。

性味　甘、苦、微温。

功效　润肺止咳，杀虫止痒。



图10—114　百　部

应用　①百日咳：百部3钱水煎，蜜糖适量对服。②慢性气管炎：百部、麻黄、杏仁各等量，研粉，炼蜜为丸。③肺结核咳嗽咯血：百部5钱，百合4钱，白芨一两，水煎服。

胡 颓 子（图10—115）

别名　半春子、甜棒锤。

采集　春夏采果实；四季可采根、茎、叶入药。

性味　酸、涩、平。

功效　止咳平喘，收敛止泻。



图10—115　胡颓子

应用　①咳嗽哮喘：胡颓子5钱，枇杷叶5钱，水煎服。②慢性骨髓炎：半春子根3两，金银花藤2两，金刚刺蔸1两，生首乌5钱，黑豆2两，加水浓煎，另用鸡蛋1个调烂，用煎沸的药水冲服。每日一剂，连服十数剂。

杏　仁（图10—116）

别名　苦杏仁、甜杏仁。

性味　苦温、有小毒。

功效　止咳平喘、润肠通便。



图10—116　杏　仁

应用　①咳嗽痰多气喘：杏仁、菜菔子，苏子各3钱，陈皮2钱，甘草1钱，水煎服。②肠燥便秘：杏仁3钱，麻仁4钱，桃仁3钱，水煎服。

半　夏（图10—117）

性味　辛温有毒。

功效　燥湿化痰、降逆止呕。

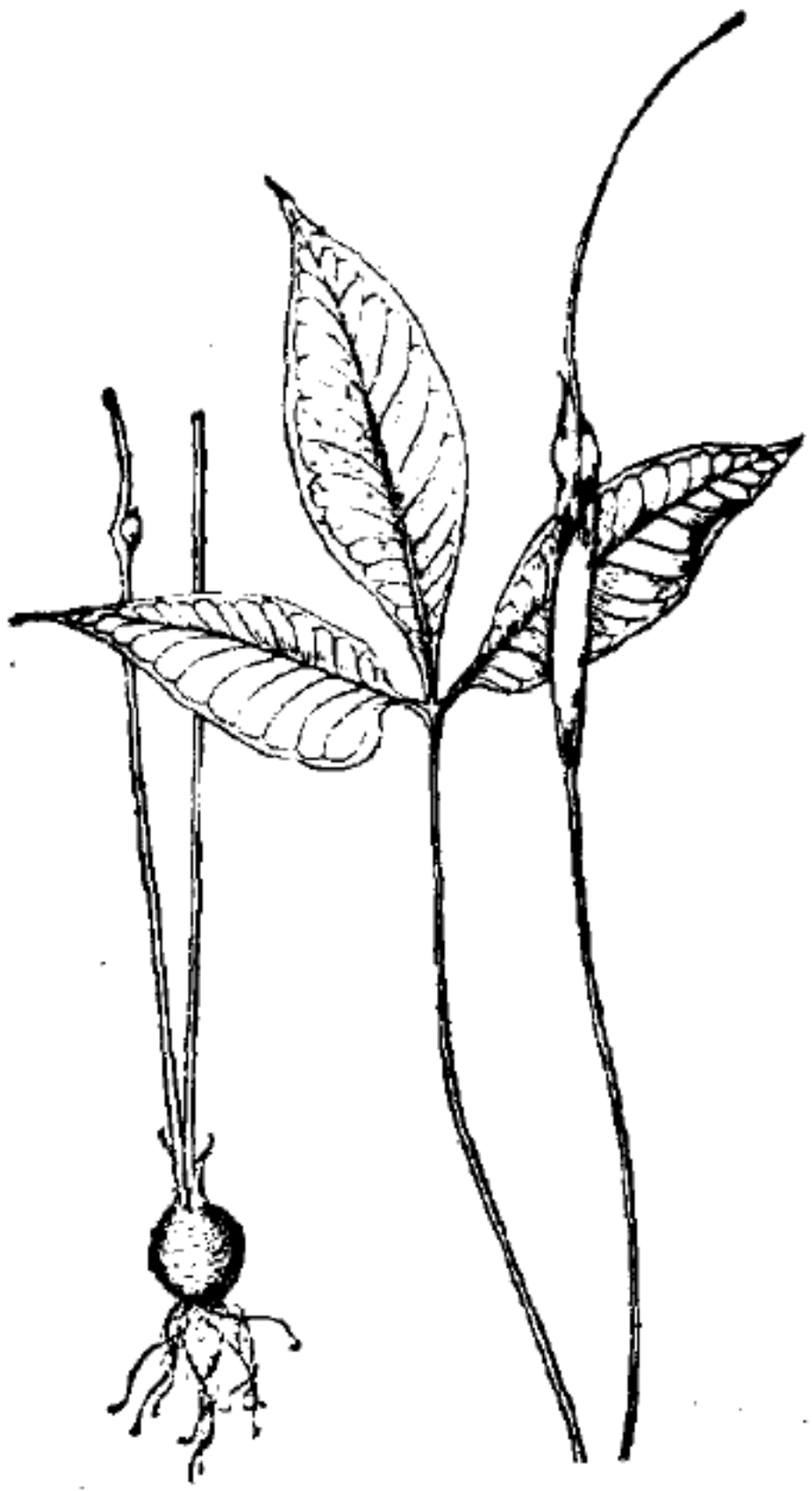


图10—117　半　夏

应用　①气管炎：法夏3钱，矮地茶5钱，苏子3钱，桔梗2钱，陈皮2钱，甘草1钱，水煎服。②神经性呕吐：法夏3钱，竹茹3钱，生姜3钱，水煎服。

桔　梗（图10—118）

性味　苦、辛，微温。

功效　宣肺止咳、祛痰排脓。



图10—118　桔　梗

应用　①咳嗽痰多：桔梗3钱，枇杷叶3钱，甘草1钱，水煎服。②咽喉肿痛：桔梗3钱，牛子3钱，射干3钱，水煎服。③肺脓疡：桔梗3钱，鱼腥草1两，水煎服。

款　冬（图10—119）

性味　辛、甘，温。

功效　润肺化痰，止咳平喘。



图10—119　款　冬

应用　久咳气喘：款冬花3钱，紫苑3钱，杏仁3钱，桑白皮4钱，贝母2钱，知母2钱，水煎服。

紫　苑（图10—120）

性味　苦温。

功效　润肺止咳。



图10—120　紫　苑

应用　①慢性气管炎：紫苑、矮地茶、桔梗、百部各3钱，水煎服。②肺结核咳嗽：紫苑3钱，知母3钱，贝母2钱，款冬花3钱，五味子2钱，水煎服。

第十节　温里祛寒药

这类药物多辛燥温热，具有温中祛寒，回阳救逆的作用。适用于治疗里寒证，见脘腹疼痛，呕吐便溏，四肢厥冷，脉微细等证。

附　子（图10—121）



图10—121　附　子

别名　乌头。

性味　辛、大热、有毒。

功效　回阳救逆，温肾壮阳，散寒止痛。

应用　①虚脱汗出、肢冷脉微：附子、干姜各2钱，甘草1钱，水煎服。②风寒湿痹：附子3钱，鸡血藤1两，水煎服。③胃寒腹痛：附子3钱，干姜2钱，党参4钱，甘草1钱水煎服。

干　姜

性味　辛、温。

功效　回阳通脉、温中祛寒。

应用　①呕吐腹泻、肢冷脉微：干姜3钱，附子2钱，肉桂2钱，炙甘草1钱，水煎服。②胃寒呕吐：干姜2钱，法夏

3钱，吴萸2钱，水煎服。

肉　桂

性味　辛、甘、大热。

功效　温肾壮阳、祛寒止痛。

应用　①肾虚喘咳、尿频、遗尿，肢冷便溏，水肿：肉桂1钱，附子2钱，淮山3钱，补骨脂3钱，肉豆蔻2钱，益智仁3钱，白术3钱，水煎服。②虚寒胃痛，腹痛，及妇人血寒痛经：吴萸2钱，白术3钱，肉桂1钱，白芍3钱，炙甘草2钱，水煎服。

吴　茱　萸（图10—122）

性味　苦、温。

功效　温中散寒，降逆止呕。

应用　①胃寒冷痛：吴萸3钱，干姜2钱，肉桂1钱，水煎服。②胃寒气逆，呕吐清水、吞酸者：吴萸3钱，半夏2钱，陈皮2钱，生姜2钱，水煎服。

附：治湿疹，用吴萸1两，乌贼骨7钱，硫黄2钱。共研细粉，撒患处。



图10—122　吴茱萸

第十一节　利水渗湿药

利水渗湿药又叫利尿药，主要作用是使小便通利，尿量增加，从而使湿热从小便而解，一般性味多甘、淡而寒，临床适用于水肿，小便淋涩，湿热黄疸，黄疸肝炎，尿路感染，泌尿道结石，胆结石，痰饮等。

车　前　草（图10—123）

采集　夏季采全草入药。

性味　甘、寒。

功效　清热利尿，祛痰止咳，清肝明目。

应用　①泌尿系感染：车前草、虎杖、马鞭草各1两，茅根、蒲公英、海金沙各5钱，忍冬藤、紫花地丁、十大功劳各3钱，水煎服。②肠炎、菌痢：车前草1两，马齿苋1两，水煎服。③急性结膜炎：车前



图10—123　车前草

草1两，野菊花5钱，九里光5钱，决明子5钱，水煎服。

用量　5钱～1两。

附注：车前子与车前草功用基本相同。

海　金　沙（图10—124）

采集　秋季、采孢子、藤叶入药。

性味　甘、寒。

功效　利尿通淋，清热解毒。

应用　尿路感染、尿路结石：海金沙5钱，金钱草1两，冬葵子3钱，石韦3钱，茅根1两，车前草1两，水煎服。

用量　3钱～1两。

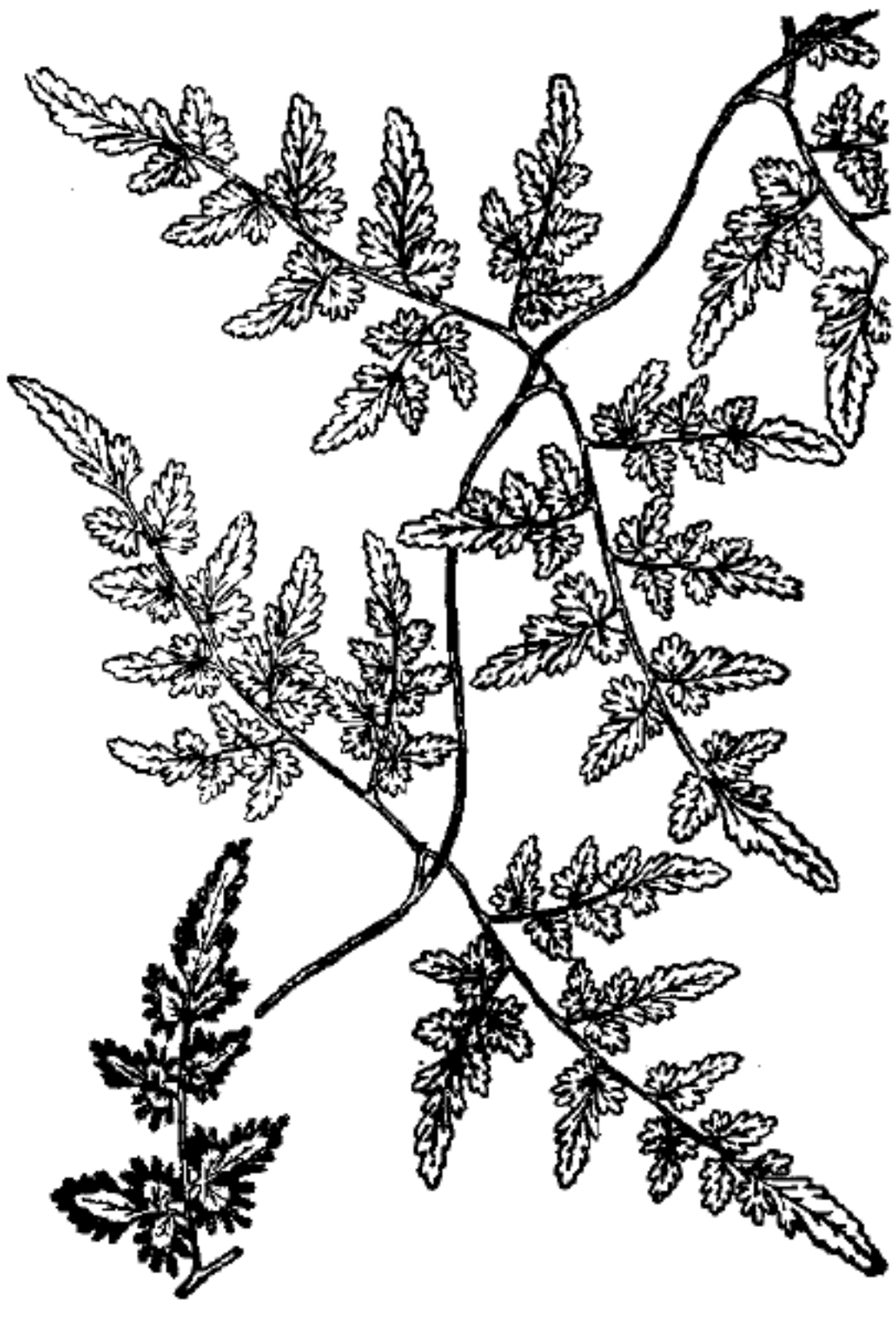


图10—124　海金沙

茯　苓

性味　甘、淡、平。

功效　利水渗湿，健脾补中，宁心安神。

应用　①小便不利、水肿：配猪苓、泽泻等。②脾虚腹泻：配党参、白术等。③心悸失眠：配远志、酸枣仁。

用量　3～4钱。

附：茯苓皮　性味同茯苓，功专利水消肿而无补益之性。用于水肿证，常配大腹皮、生姜皮等同用。

水　灯　草（图10—125）

采集　秋季采全草入药。

性味　甘、淡、凉。

功效　利尿消肿、清心泻火。



图10—125　水灯草

应用　①膀胱炎、尿道炎、急性肾炎水肿：水灯草3钱，车前草1两，茅根1两，海金沙1两，水煎服。②湿热黄疸：水灯草3钱，土茵陈5钱，半枝莲5钱，黄疸草5钱，水煎服。

破　铜　钱（图10—126）

别名　积雪草，崩大碗。

采集　全年采全草入药。

性味　甘、辛、凉。

功效　清热利尿，活血消肿。



图10—126　破铜钱

应用　①尿路感染、尿路结石：破铜钱1两，海金沙5钱，萹蓄草3钱，茅根1两，车前草1两，水煎服。②跌打损伤：用破铜钱2两抖汁，或浸酒服，药渣揉患处。

用量　5钱～2两。

黄　疸　草（图10—127）

别名　马蹄金。

采集　四季采全草入药。

性味　淡，微寒。

功效　清热利湿，解毒消肿。

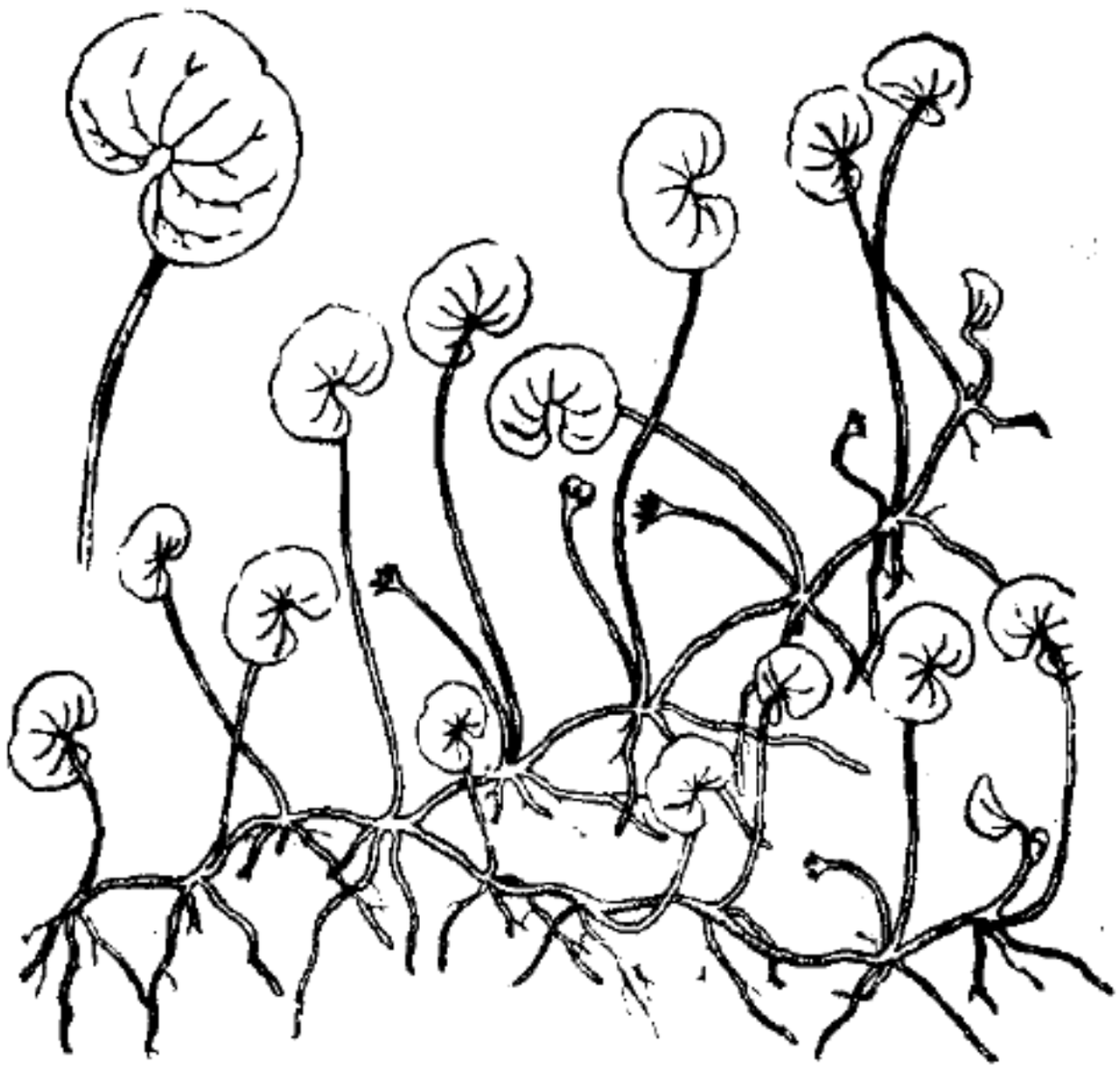


图10—127　黄疸草

应用　①急性黄疸型肝炎，急性胆囊炎：黄疸草1两，土茵陈1两，半枝莲5钱，田基黄1两，水煎服。②肠炎、痢疾：黄疸草1两，马齿苋1两，水煎服。③跌打损伤：黄疸草2两，捣汁服，药渣擦敷患处。

用量　5钱～2两。

土茵陈（图10--128）

采集　夏季采全草入药。

性味　苦、寒。

功效　清热利湿，祛瘀止痛。

应用　①黄疸型肝炎、胆囊炎：土茵陈1两，大青叶1两，黄疸草5钱，田基黄1两，半枝莲5钱，十大功劳1两，水煎服。②烧烫伤：土茵陈、炉甘石各等量，研细粉，香油调敷患处。

用量　5钱～1两。

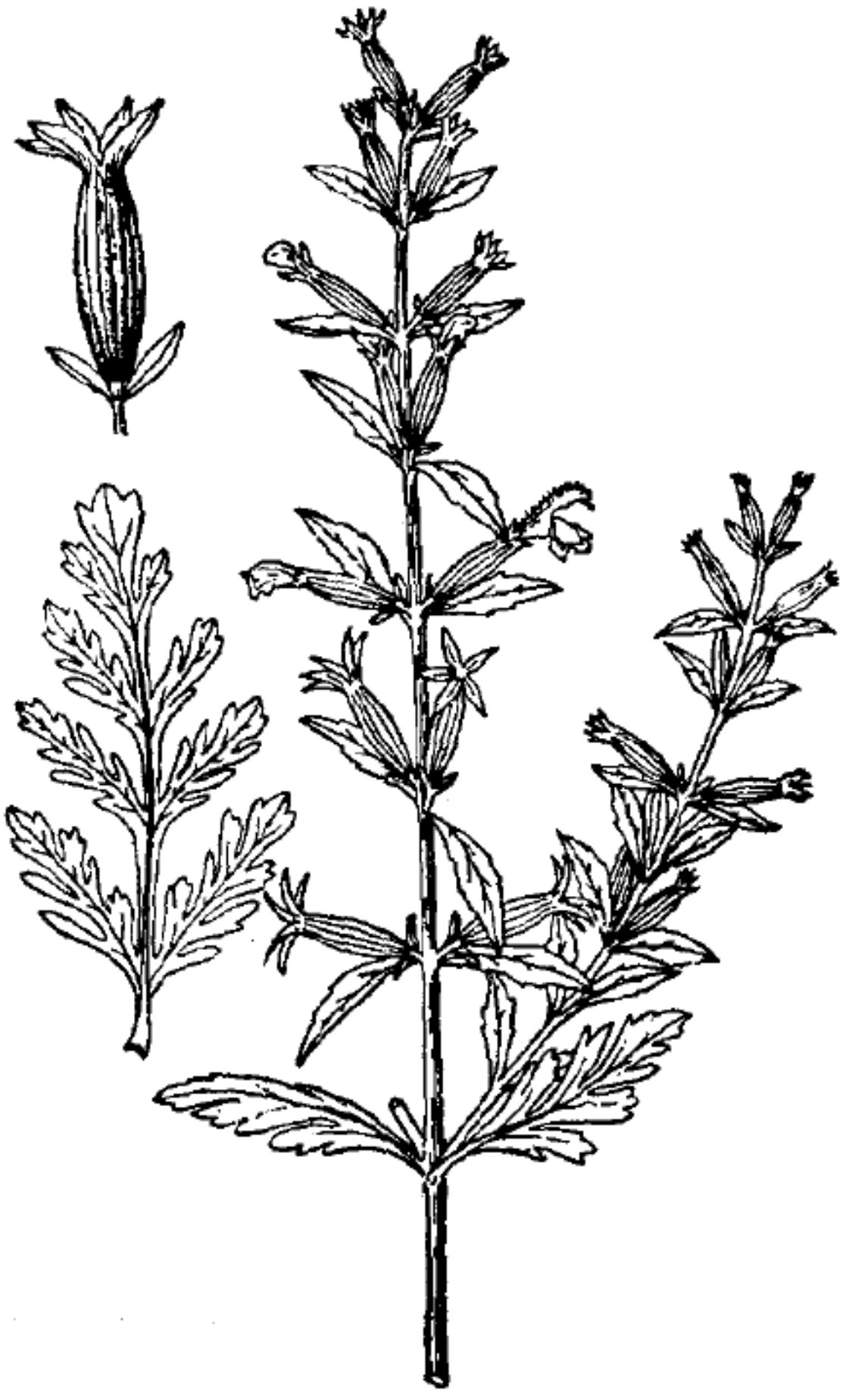


图10—128　土茵陈

连　钱　草（图10—129）

别名　透骨消、活血丹。

采集　夏秋采全草入药。

性味　苦辛、凉。

功效　利尿排石、活血消肿。

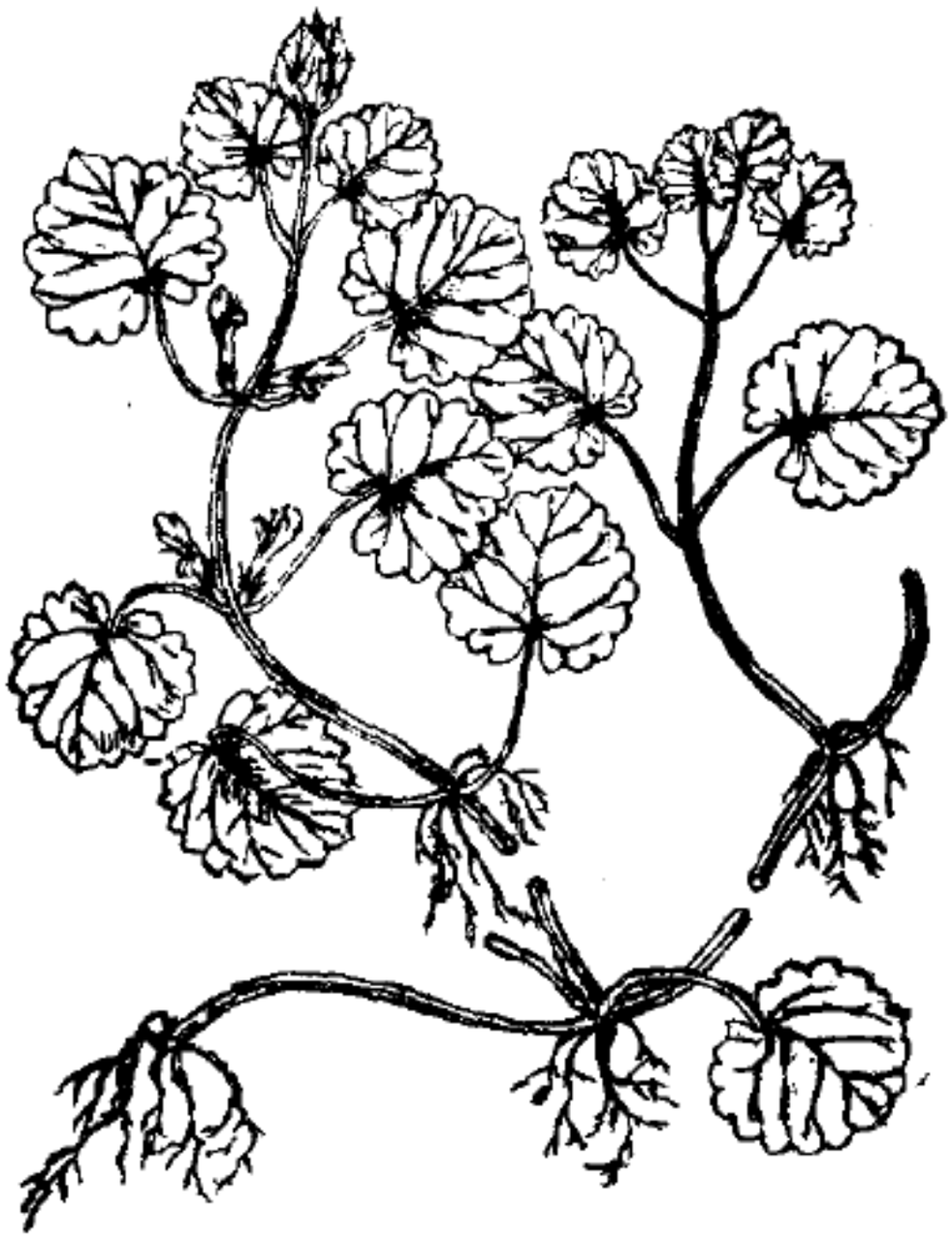


图10—129　连钱草

应用　①泌尿道结石：连钱草2两，车前草1两，萹蓄5钱，海金沙1两，水煎服。②急性肾炎：连钱草1两，海金沙1两，半边莲5钱，白花蛇舌草1两，水煎服。③跌打损伤连钱草2两，捣汁调白糖内服。另取鲜全草适量，捣烂敷患处。

用量　5钱～2两。

三　白　草（图10—130）

别名　溏边藕、百节藕。

采集　四季采根或全草入药。

性味　甘、辛、寒。

功效　清热利尿，解毒消肿。

应用　①尿路感染、肾炎水肿：三白草1两，车前草1两，海金沙1两，茅根1两，水灯草5钱，水煎服。②妇女白带：三白草1两，路边荆根1两，水煎服。

用量　5钱～2两。

附　据报导，三白草根、大蓟根各3～4两，分别煎水，加白糖适量饮服，上午服三白草根，下午服大蓟根，可治肝癌。



图10—130　三白草

土 防 己（图10—131）

别名　木防己。

采集　夏秋季采根入药。

性味　苦、辛、寒。

功效　祛风止痛、利尿消肿。



图10—131　土防己

应用　①风湿性关节炎：土防己 5 钱，大血藤 1 两，鸡血藤 1 两，水煎服。②水肿：土防己、黄芪、茯苓各 3 钱，桂枝 2 钱，茅根 5 钱，甘草 1 钱，水煎服。

虎　杖（图10—132）

别名　酸筒杆、千年健。

采集　夏秋季采根、茎入药。

性味　酸、苦、凉。

功效　清热利湿、散瘀止痛。

应用　①尿路感染、急性肾炎：虎杖1两，车前草1两，扁蓄1两，水煎服。②急性肝炎：虎杖1两，土茵陈1两，黄疸草1两，水煎服。③烫伤：用虎杖根焙干研末，麻油调搽患处。

用量　5钱～1两。



图10—132　虎　杖

鸡　冠　花（图10—133）

别名　鸡冠头、鸡公花。

性味　甘、凉。

功效　清热利湿、凉血止带。



图10—133　鸡冠花

应用　①痢疾：鸡冠花5钱，地榆5钱，马齿苋1两，水煎服。②崩漏、带下：鸡冠花5钱，海螵蛸4钱，扁豆4钱，水煎服。

野黄花菜（图10—134）

别名　红花金针草、萱草。

采集　夏秋采球根入药。

性味　甘、凉。

功效　利水通淋、解毒消肿。

应用　①尿道感染：野黄花菜5钱，车前草1两，海金沙1两，扁蓄5钱，茅根1两，水煎服。②痈疖、乳痈：野黄花菜5钱，银花5钱，蒲公英1两，犁头草5钱，大青叶5钱，野菊花5钱，水煎服。



图10—134　野黄花菜

过　路　黄（图10—135）

别名　路边黄、金花菜。

采集　春夏季采全草入药。

性味　苦、酸、凉。

功效　利尿排石、清热解毒。

应用　①胆囊炎、胆石症：过路黄2两，虎杖根5钱，水煎服。②尿路结石，过路黄1两，车前草1两，冬葵子5钱，金钱草1两，牛膝5钱，海金沙5钱，水煎服。③黄疸型肝炎：过路黄1两，蒲公英1两，板兰根1两，水煎服。

用量　5钱～2两。

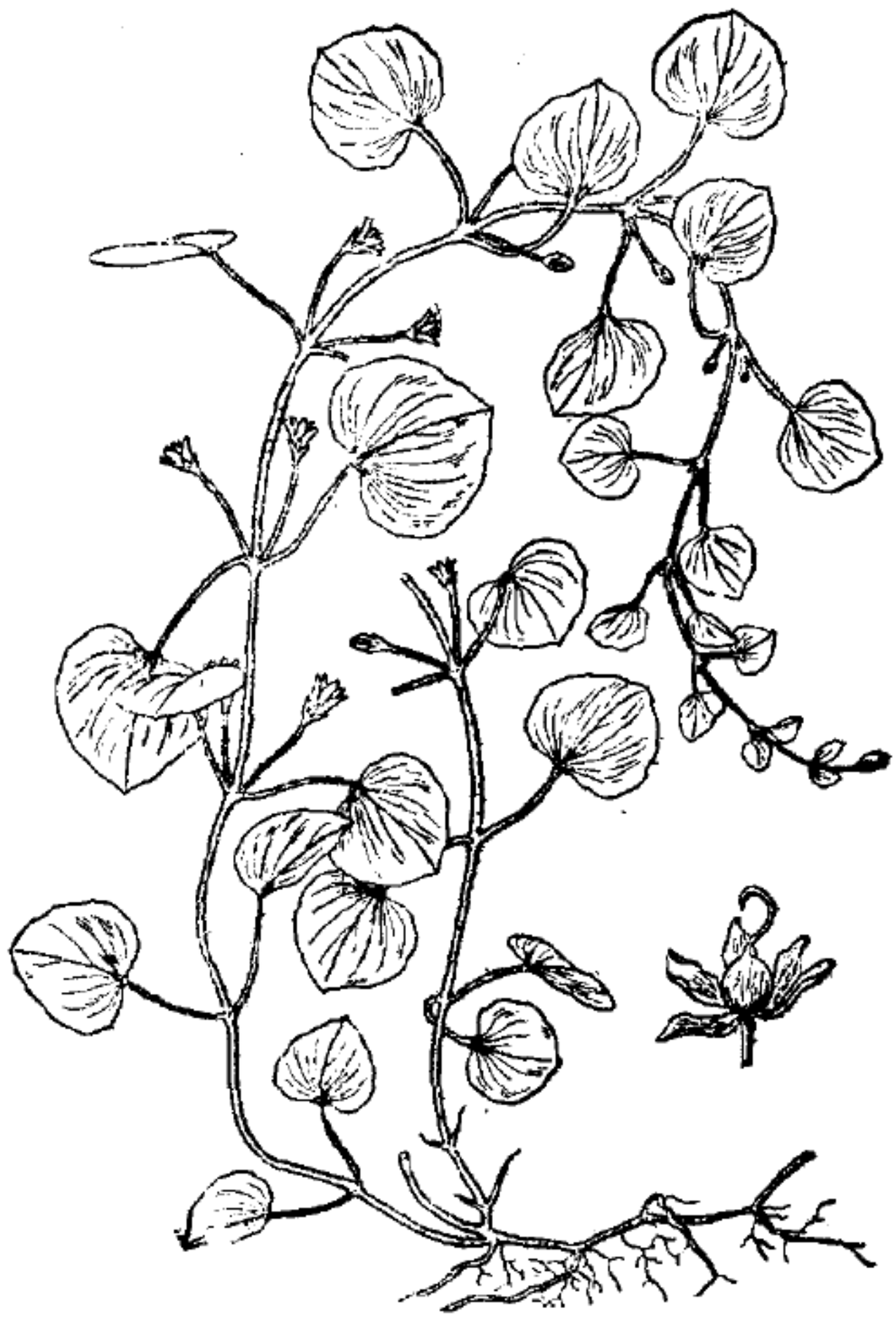


图10—135　过路黄

木　通（图10---136）

采集　秋季采茎、梗入药。

性味　苦、寒。

功效　利尿通淋、通经下乳。



图10—136　木　通

应用　①尿路感染：木通3钱，车前子3钱，生蒲黄3钱，淡竹叶3钱，甘草1钱，水煎服。②闭经、乳汁不通：木通3钱，王不留行4钱，当归4钱，红花2钱，延胡3钱，水煎服。

石　苇（图10—137）

别名　石兰、飞刀剑。

采集　全年采全草入药。

性味　苦、甘、凉。

功效　利尿排石、清肺止咳、凉血止血。

应用　①尿路结石：石苇1两，车前草1两，山栀1两，金钱草1两，甘草3钱水煎服。②慢性支气管炎：石苇2两，冰糖2两，水煎服。③咯血、衄血、吐血、尿血：石苇1两，仙鹤草5钱，茅根1两，水煎服。

用量　3钱～2两

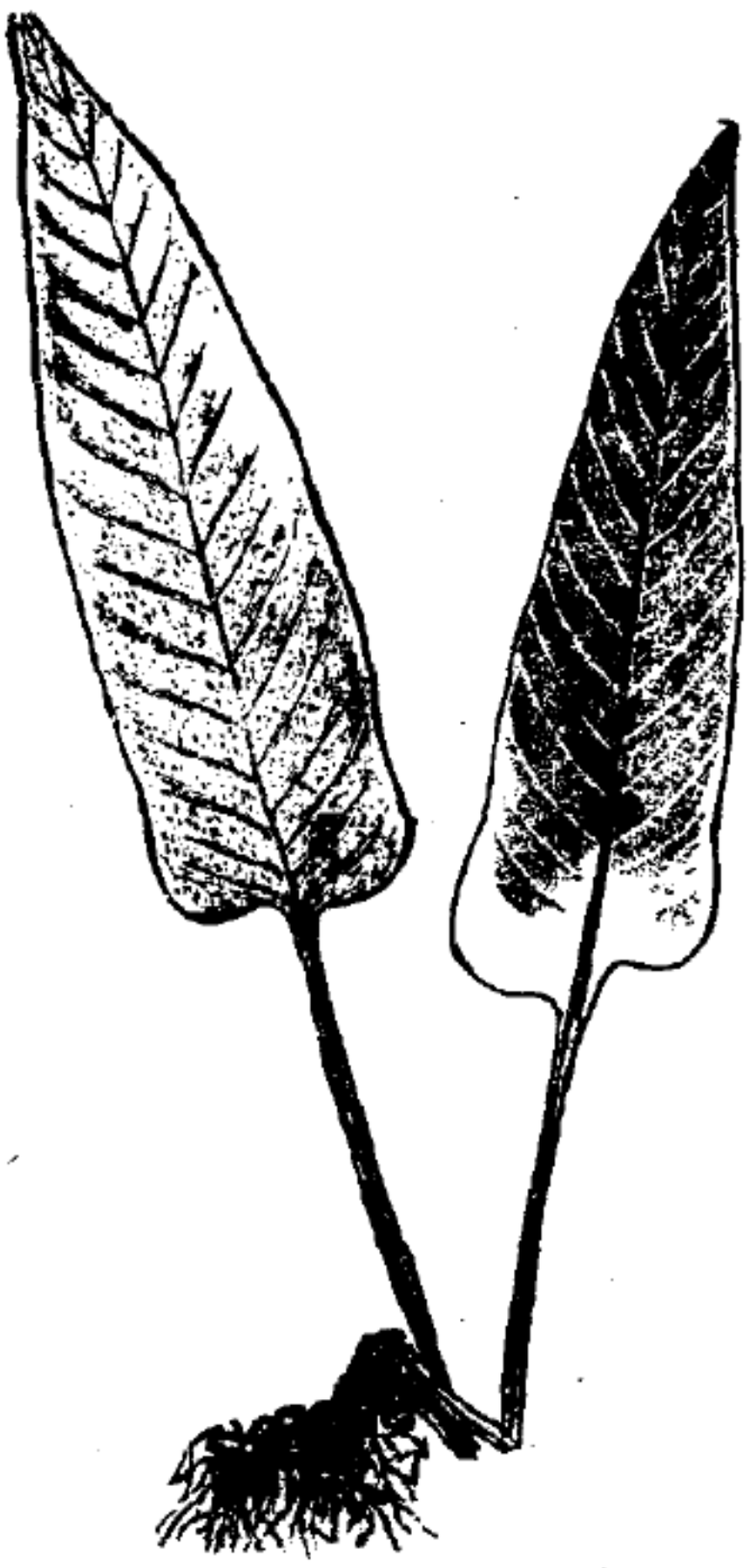


图10—137　石　苇

萹　蓄（图10—138）

别名　白辣蓼、竹节草。

采集　夏秋季采全草入药。

性味　苦、平。

功效　清热利尿、解毒驱虫。

应用　①尿路感染：萹蓄5钱，瞿麦5钱，车前子3钱，木通3钱，大黄4钱，山栀3钱，滑石1两，灯芯草1钱，水煎服。②黄疸型肝炎：萹蓄1两，菌陈1两，田基黄1两，十大功劳1两，茅根1两，水煎服。③钩虫病、蛲虫病：萹蓄1两、水煎服。

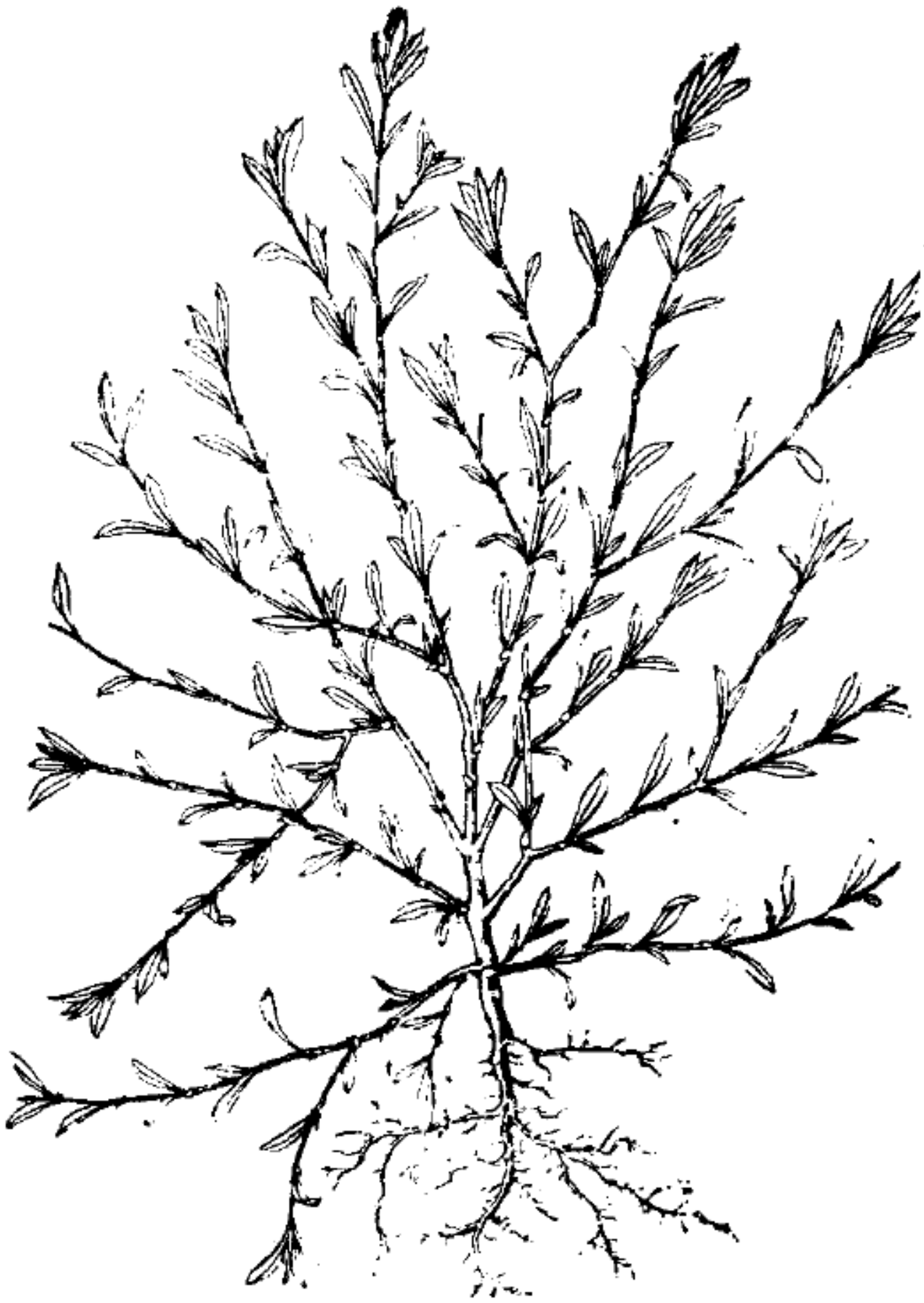


图10—138　萹　蓄

用量　3钱～1两。

冬 瓜 皮

采集　夏季采皮入药。

性味　甘、凉。

功效　利尿消肿。

应用　急性肾炎水肿：冬瓜皮、鲜茅根各2两，水煎服。

用量　5钱～2两。

附：冬瓜子、甘寒。清肺化痰、消肿排脓、肺热咳嗽、阑尾炎，肺脓疡。

用量　5钱～1两。

第十二节　驱虫消积药

凡以驱除或杀灭肠道寄生虫，健胃消食、导滞、祛积的药物，叫驱虫消积药。

苦楝根皮（图10—139）

采集　四季采根皮入药。

性味　苦、寒、有小毒。

功效　杀虫。

应用　①蛔虫病：鲜苦楝根皮8钱，浓煎汁，加红糖一两，顿服，儿童减半．三日内无虫出者，可再服一次。②钩



图10—139　苦楝

虫病：苦楝根皮 8 钱，槟榔 5 钱，水煎，兑少量蜂蜜，睡前一次服，连服二晚。

禁忌：孕妇忌服。

附注：过量中毒可致头昏、呕吐、腹痛、四肢麻木，即用绿豆、白糖、甘草各 1 两，水煎服。

槟　榔

别名　花片。

采集　采果实取种子入药。

性味　苦、辛、涩、温。

功效　杀虫消积、行气利水。

应用　①食积气滞、腹痛胀满：槟榔 3 钱，陈皮 2 钱，枳壳 3 钱，青木香 2 钱，内金 2 钱，大黄 3 钱，水煎服。②绦虫病、蛔虫病：槟榔 1 两，苦楝根皮 5 钱，水煎服。③脚气水肿：槟榔 5 钱，木瓜 1 两，苡米 1 两，水煎服。

用量　3钱～1两。

附：大腹皮：为槟榔的果皮。辛、微温，下气行水。治水肿小便不利。

乌　梅（图10—140）

采集　5—6月采果实加工后入药。

性味　酸、涩、温。

功效　驱蛔止痛，温肠止泻，敛肺、生津。

应用　①胆道蛔虫病：乌梅、苦楝根皮、白芍各 3 钱，枳

壳 2 钱，柴胡 2 钱，
甘草 1 钱，水煎服。
②肠炎、菌痢：乌梅熬成10%乌梅汤，加入少许红糖，每次服100毫升，每日3次。
③慢性支气管炎：乌梅 3 钱，石苇 5 钱，百部 5 钱，水煎服。



图10—140 乌 梅

使 君 子

别名 使君肉。

采集 秋季采果实，取果仁入药。

性味 甘、温。

功效 杀虫、消积。

应用 ① 蛔 虫病：取仁炒熟，儿童每岁 1 粒，成人10～15粒，空腹 1 次嚼服。②小儿疳积：使君子 3 钱，山楂 5 钱，鸡内金 2 钱，黄连 2 钱，神曲 3 钱，麦芽 3 钱，疳积草 5 钱，水煎服。

千　粒　米（图10—141）

别名　奇蒿。

采集　夏秋采全草及果入药。

性味　苦、平。

功效　消食化积、利湿止痢。



图10—141　千粒米

应用　①小儿疳积：千粒米5钱，疳积草1两，田皂角5钱，山楂5钱，叶下珠5钱，鸡内金2钱，水煎服。②肠炎痢疾：千粒米1两，马齿苋1两，辣蓼5钱，海蚌含珠5钱，水煎服。

用量　3钱～1两。

疳 积 草 (图10—142)

别名　爵床，鸡骨香、节节红。

采集　夏秋采全草入药。

性味　微苦、寒。

功效　消食化积、利尿消肿。



图10—142　疳积草

应用　①小儿疳积：疳积草5钱，田皂角5钱，莱菔子3

钱，山楂5钱，千粒米5钱，水煎服。②尿路感染：疳积草1两，车前草1两，狗肝菜1两，茅根1两，水煎服。

用量　3钱～1两。

野　南　瓜（图10—143）

别名　算盘子、红南瓜树。

采集　夏秋采根及果入药。

性味　微苦、涩、凉。

功效　消食化积，湿止利痢。

应用　①小儿消化不良：野南瓜5钱，疳积草5钱，车前草5钱，海蚌含珠5钱，水煎服。②肠炎、菌痢：野南瓜1两，马齿苋1两，蔊菜5钱，地榆5钱，水煎服。

用量　5钱～1两。



图10—143　野南瓜

叶 下 珠（图10—144）

别名　珍珠草，叶后珠。

采集　夏秋采全草入药。

性味　微苦、甘、凉。

功效　消食化积，清热利尿。



图10—144　叶下珠

应用　①小儿疳积：叶下珠1两，鸡肝1具或猪肝2～3两，蒸熟取肝及汤服。②肠炎、痢疾：叶下珠1两，海蚌含珠1两，水煎服。③急性肾炎：叶下珠，白花蛇舌草、石苇、紫珠各5钱，水煎服。

田皂角（图10—145）

采集　秋季采全草入药。

性味　苦、涩、凉。

功效　消积化食，托毒生肌。

应用　①小儿疳积：田皂角1两，疳积草1两，山楂5钱，使君子3钱，神曲3钱，麦芽3钱，水煎服。②小儿暑疖：田皂角1两，紫花地丁5钱，蒲公英5钱，白花蛇舌草1两，水煎服。

用量　5钱～1两。



图10—145　田皂角

山　楂（图10—146）

别名　野山楂、山梨。

采集　8～10月采果实晒干入药。

性味　甘、酸、温。

功效　消食化积，祛瘀止痛。

应用　①消化不良、肉食积滞：山楂5钱，莱菔子3钱，陈皮3钱，谷芽3钱，水煎服。②产后瘀血腹痛：山楂5钱，蒲黄3钱，五灵脂3钱，元胡索3钱，水煎服。

附：据报导，治血脂过高症，用山楂根，茶树根、玉米须、荠菜花各1两，水煎服。



图10—146　山楂

神　曲

别名　湘曲、力曲、六曲。

性味　甘、辛、温。

功效　消食和胃，健脾止泻。

应用　①饮食积滞，消化不良：神曲、山楂、麦芽、陈皮各3钱，水煎服。②脾虚泄泻：神曲3钱，淮山3钱，白术3钱，党参3钱，扁豆3钱，鸡内金2钱，甘草1钱，水煎服。

三叶人字草（图10—147）

别名　鸡眼草、人字草。

采集　夏秋季采全草入药。

性味　甘、淡、微温。

功效　健脾利湿、清热止泻。

应用　①小儿疳积、消化不良：三叶人字草5钱，神曲5钱，疳积草1两，叶下珠5钱，水煎服。②急性胃肠炎、菌痢：三叶人字草1两，马齿苋1两，仙鹤草1两，辣蓼5钱，水煎服。

用量　3钱～1两。

鸡　内　金

别名　内金、鸡金。

性味　甘、平。

功效　消食化积，化石通淋。

应用　①食积、消化不良及小儿疳积：鸡内金、神曲、麦



图10—147　三叶人字草

芽、山楂各3钱，水煎服。②尿路结石：鸡内金5钱，金钱草1两，海金沙1两，石苇5钱，车前草1两，水煎服。

第十三节　补　益　药

凡以补益人体气、血、阴、阳为主要作用的药物，叫补益药。补益药性偏甘温或甘寒，适用于气虚、血虚、阴虚、阳虚的病证。气血阴阳的虚损是相互影响、相互联系的，阳虚多兼气虚，气虚可导致阳虚，故补气药与助阳药常互相配合使用；阴虚多兼血虚，血虚可导致阴虚，故补血药常与补阴药配合运用。

一、补 气 药

土 党 参（图10—148）

采集　秋季采根入药。

性味　甘、平。

功效　补中益气，润肺生津。



图10—148　土党参

应用　①气虚乏力，脾虚泄泻：土党参1两，淮山5钱，红枣5个，水煎服。②肺虚咳嗽：土党参1两，百部3钱，水煎服。③妇人少乳：土党参4两，猪瘦肉4两，水煎，吃肉和汤。

用量　5钱～1两。

奶　参（图10—149）

别名　羊乳、山海螺，四叶参。

采集　夏秋

采块根入药。

性味　甘、平。

功效　补虚通乳，化痰止咳、排脓解毒。

应用　①病后体虚：奶参2两，猪瘦肉半斤，水煮，喝汤食肉。②乳汁不足：奶参4两，猪脚2个，煮熟，食汤和肉。③肺虚久咳：奶参2两，百部3钱，百合5钱，水煎服。

用量　5钱～2两。

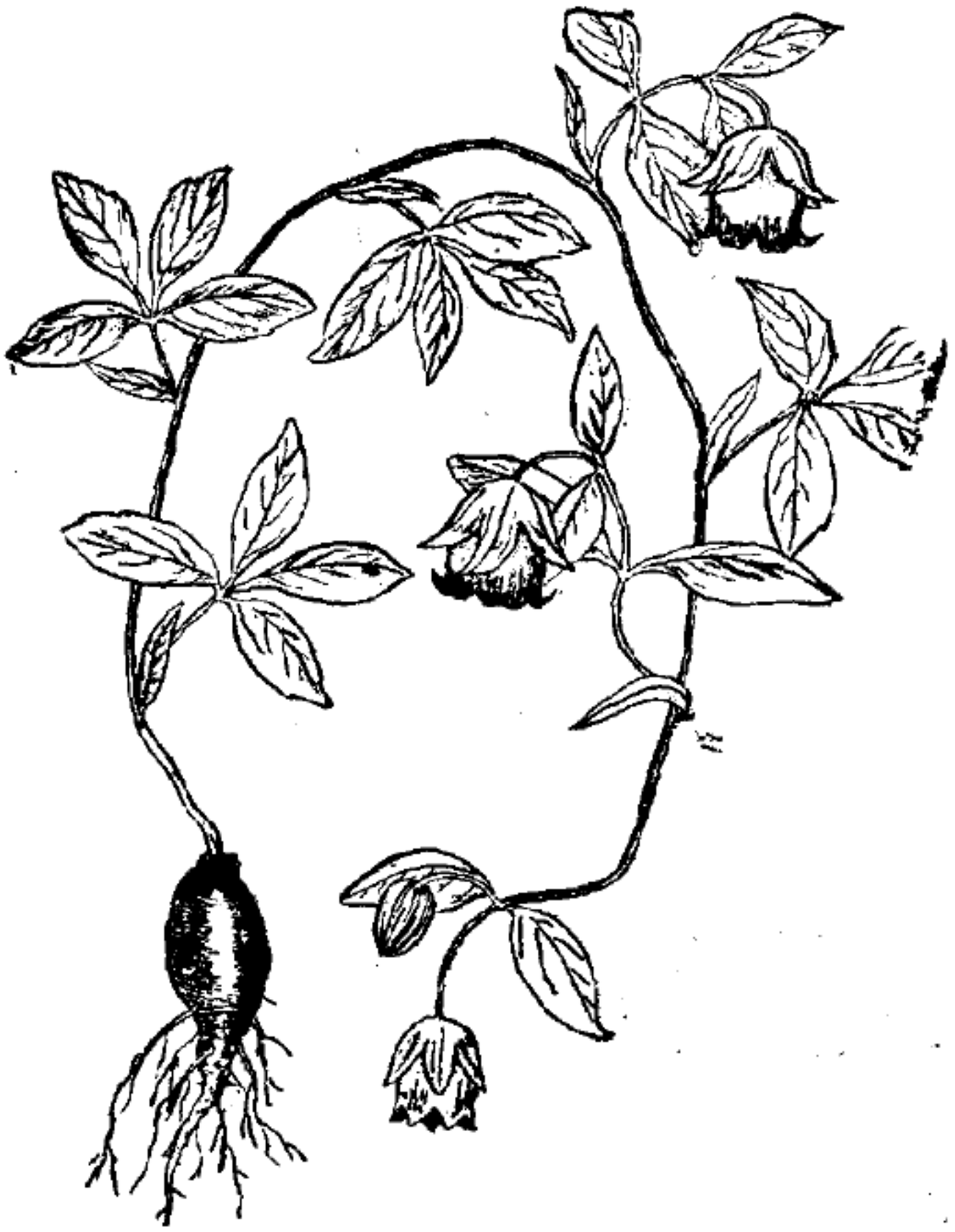


图10—149　奶参

黄　芪（图10—150）

性味　甘、微温。

功效　补气固表、托毒、生肌。



图10—150　黄芪

应用　①脾胃气虚、下陷、引起的崩漏、脱肛、子宫下垂、胃下垂、肾下垂：黄芪 4 钱，白术、党参、当归各 3 钱，升麻、柴胡、陈皮、甘草各1.5钱，水煎服。②体虚自汗：黄芪5钱，白术 3 钱，防风 2 钱，水煎服。③血小板减少性紫癜：黄芪 1 两，当归、龙眼肉、五味子各 5 钱、红枣10个，黑豆 1 两，水煎服。

用量　3钱～1两。

白　术（图10—151）

别名　漂术、于术。

性味　甘、苦、温。

功效　健脾燥湿，和中安胎。



图10—151　白术

应用　①脾虚食少、消化不良、慢性腹泻：白术4钱，土党参5钱，补骨脂、神曲各3钱，炮姜、甘草各2钱，水煎服。②水肿：白术3钱，茯苓皮4钱，猪苓3钱，泽泻3钱，赤小豆1两，水煎服。③胎动不安：白术、当归、黄芪、白芍各3钱，水煎服。

山　药（图10—152）

别名　淮山、怀山药。

性味　甘、平。

功效　健脾止泻，补肺益肾。



图10—152　山药

应用　①脾虚泄泻：淮山 4 钱，党参 5 钱，白术、茯苓各 3 钱，神曲 2 钱，水煎服。②肺虚久咳：淮山 1 两，百部3钱，百合 5 钱，水煎服。③糖尿病：淮山、天花粉各 5 钱，土党参 1 两，知母；五味子各 3 钱，水煎服。

用量　3钱～1两。

甘　草（图10—153）

别名　炙草、粉草。

性味　甘、平。

功效　清热解毒、润肺止咳、调和诸药；炙甘草能益气健脾。



图10—153　甘草

应用　①心悸、脉结代(早期搏动)：炙甘草、土党参、生地，阿胶、麦冬、麻仁各3钱，灵磁石5钱，牡蛎1两，水煎服。②误食毒物：甘草2两，绿豆2两，水煎服。③调和诸药，配于方中，以减低或缓解他药之偏性或毒性。

二、补　阳　药

金　樱　子（图10—154）

别名　糖罐子、山石榴。

采集　秋季采果实入药。

性味　甘、酸、平。

功效　补肾固精。



图10—154　金樱子

应用　①遗精、白带：金樱子、芡实等量，研粉制成蜜丸，每丸3钱，日服2次，每次1丸。②子宫脱垂：金樱子2两，升麻3钱，水煎服。③小儿遗尿：金樱子1两，益智仁3钱，水煎服。

用量　5钱～2两。

仙　茅（图10—155）

别名　独脚丝茅。

采集　秋季采根入药。

性味　辛、甘、温，有小毒。

功效　补肾壮阳，散寒除湿。



图10—155　仙茅

应用　①阳痿、遗尿：仙茅3钱，枸杞3钱，淫羊藿5钱，菟丝子3钱，水煎服。②妇女经绝期综合症：仙茅3钱，淫羊藿3钱，当归4钱，巴戟肉3钱，知母2钱，黄柏3钱，水煎服。

淫　羊　藿（图10—156）

别名　仙灵脾。

采集　夏秋季采全草入药。

性味　辛、温。

功效　温肾壮阳、祛风除湿。

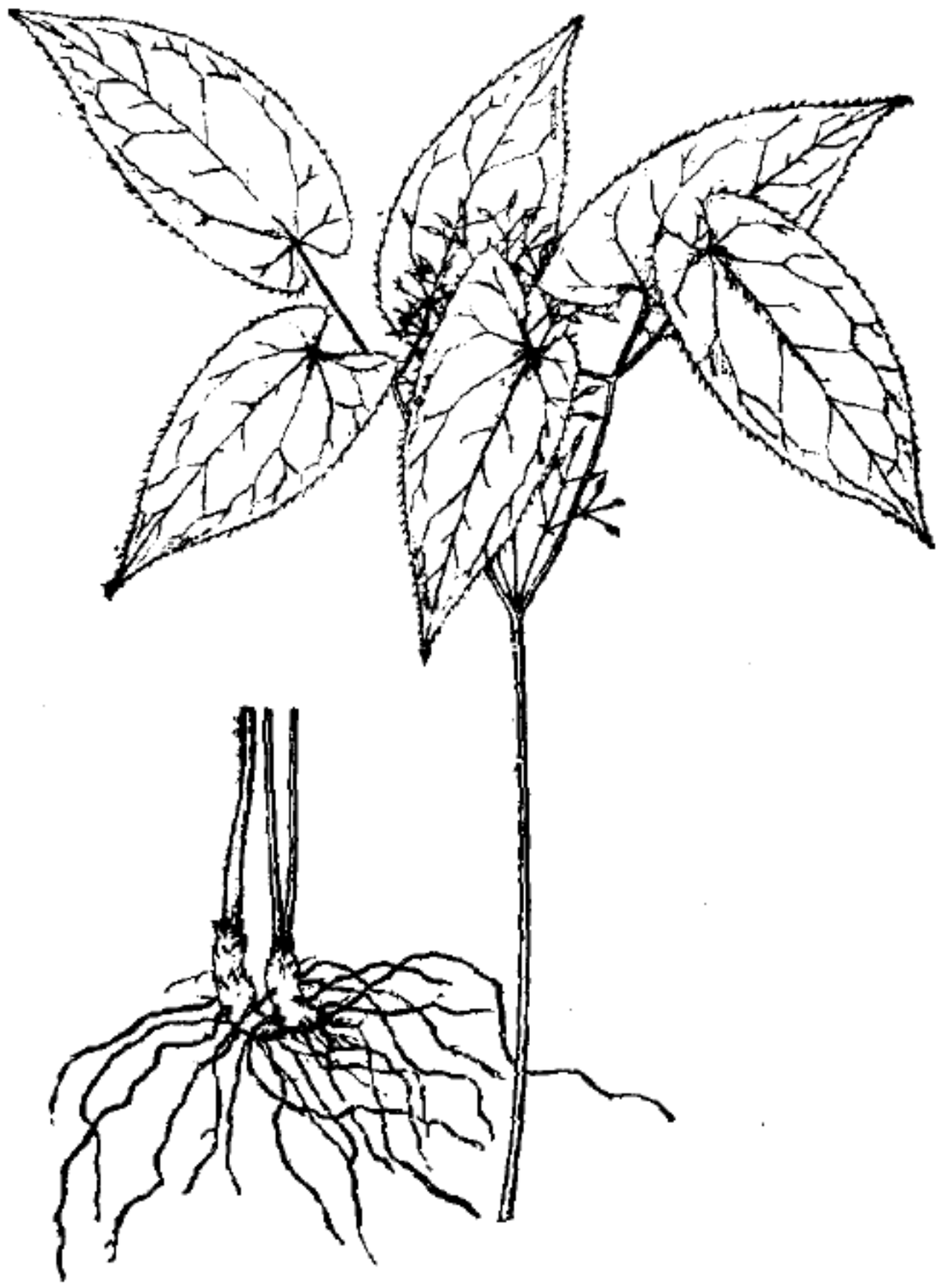


图10—156　淫羊藿

应用　①阳痿、早泄：淫羊藿 1 斤，白酒 3 斤，浸泡1周，每日服10～20毫升，每日 3 次。②风湿性关节炎：淫羊藿5钱，威灵仙 5 钱，鸡血藤 1 两，水煎服。

三、补　血　药

地　黄（图10—157）

性味　生地黄：甘、苦、寒。熟地：甘、微温。

功效　生地黄：清热生津，凉血止血。

熟地黄：补血调经，滋阴补肾。

应用　①高血压病：生地、石决明各5钱，夏枯草、牛膝、野菊花各3钱，勾藤4钱，桑寄生3钱，水煎服。②吐血、衄血：生地、茅根各1两，仙鹤草5钱，水煎服。③肾炎、头晕、耳鸣、腰膝酸软、遗精：熟地5钱，淮山、茯苓、金樱子、各3钱，水煎服。

用量　3钱～1两。



图10—157　地黄

首　乌（图10--158）

别名　何首乌。

采集　秋季采块根入药。

性味　苦、甘、涩、温。

功效　补肾益肝，养心安神。生用润肠通便。

应用　①血虚发白：何首乌、熟地各5钱，水煎服。②遗精、带下：何首乌5钱，牛膝、菟丝子、补骨脂、枸杞子各3钱，水煎服。③津枯便秘：何首乌5钱，火麻仁、郁李仁、桃仁各3钱，水煎服。

用量　3钱～1两。

附：藤名夜交藤，能养心安神，祛风通络，治神经衰弱、失眠多梦、骨节酸痛。

用量　3钱～1两。



图10—158　首乌

当　归（图10—159）

别名　秦归、云归。

性味　甘、辛、温。

功效　补血调经，活血止痛，润燥滑肠。



图10—159　当归

应用　①月经不调、痛经、经闭：当归、熟地各3钱，白芍2钱，川芎2钱，益母草5钱，水煎服。②贫血：当归5钱，黄芪1两，红枣10个，水煎服。③津枯便秘：当归3钱，火麻仁3钱，杏仁4钱，大黄1钱，水煎服。

地　稔（图10—160）

别名　山地稔、算盘子草。

采集　四季可采，全草入药。

性味　甘、涩、平。

功效　补血养阴，澁肠止痢。



图10—160　地稔

应用　①孕妇贫血，神经衰弱：配当归、首乌等。②慢性腹泻、痢疾：单用或与野牡丹同用。

用量　1～2两。

四、补　阴　药

黄　精（图10—161）

别名　山姜、黄姜。

采集　秋冬季采块根入药。

性味　甘、平。

功效　补脾润肺，养阴生津。

应用　①肺结核：黄精1两，白芨5钱，百部5钱，玉竹4钱，水煎服。②久病津亏口干：黄精5钱，玉竹3钱，天花粉4钱，麦冬3钱，芦根1两，水煎服。

用量　5钱～1两。

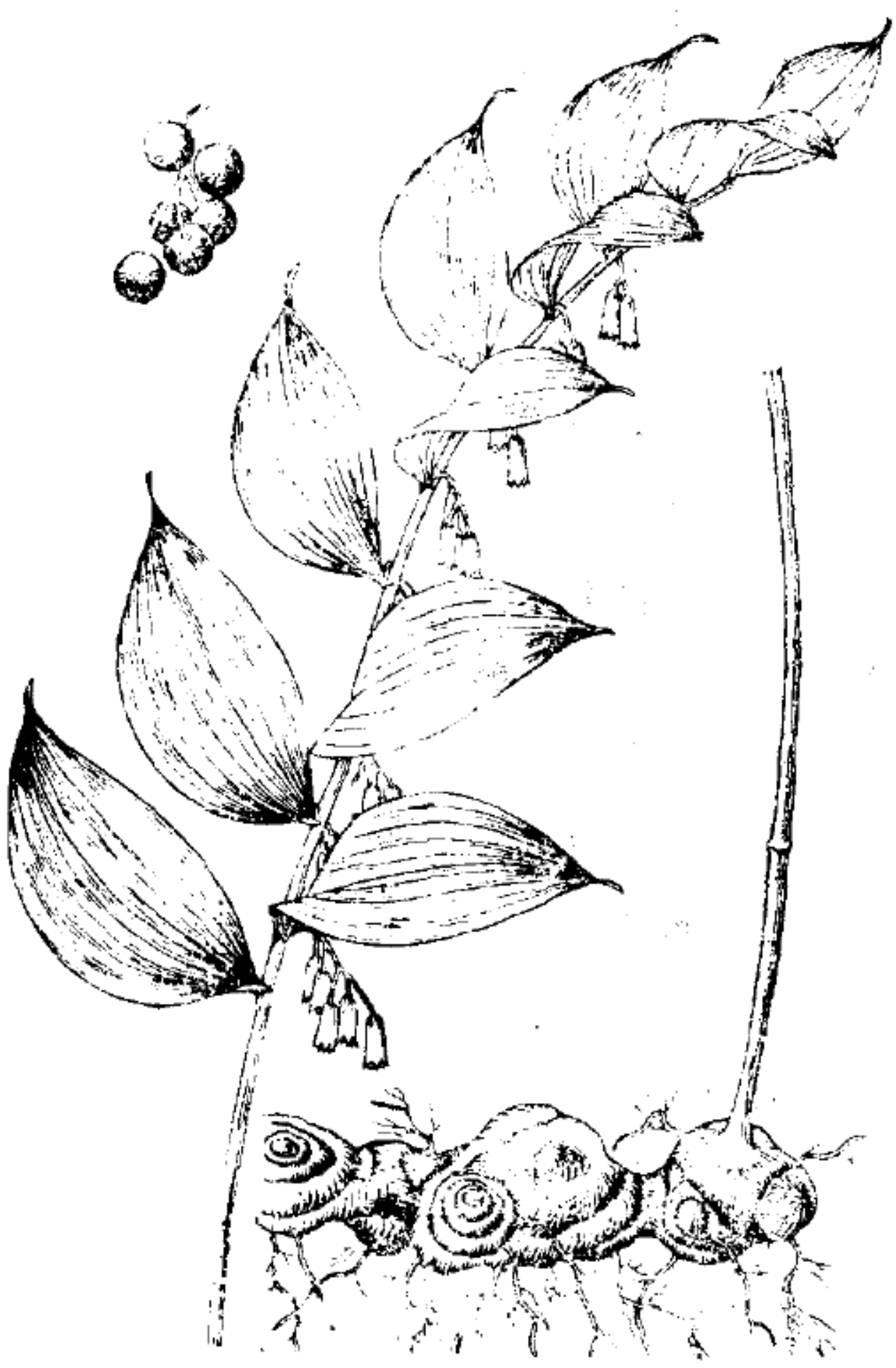


图10—161　黄精

麦　冬（图10—162）

别名　寸冬，麦门冬。

采集　秋季采挖块根入药。

性味　甘、微苦、凉。

功效　养阴生津，润肺益胃，清心除烦。

应用　①热病伤津、口渴心烦：麦冬4钱，生地5钱，天花粉5钱，石膏1两，玄参3钱，茅根1两，芦根1两，水煎服。②肺胃阴伤、咽干咳嗽：麦冬4钱，半夏3钱，土党参5钱，甘草2钱，水煎服。③萎缩性胃炎：麦冬、党参、沙参、玉竹、天花粉各3钱，乌梅、知母、甘草各2钱，水煎服。

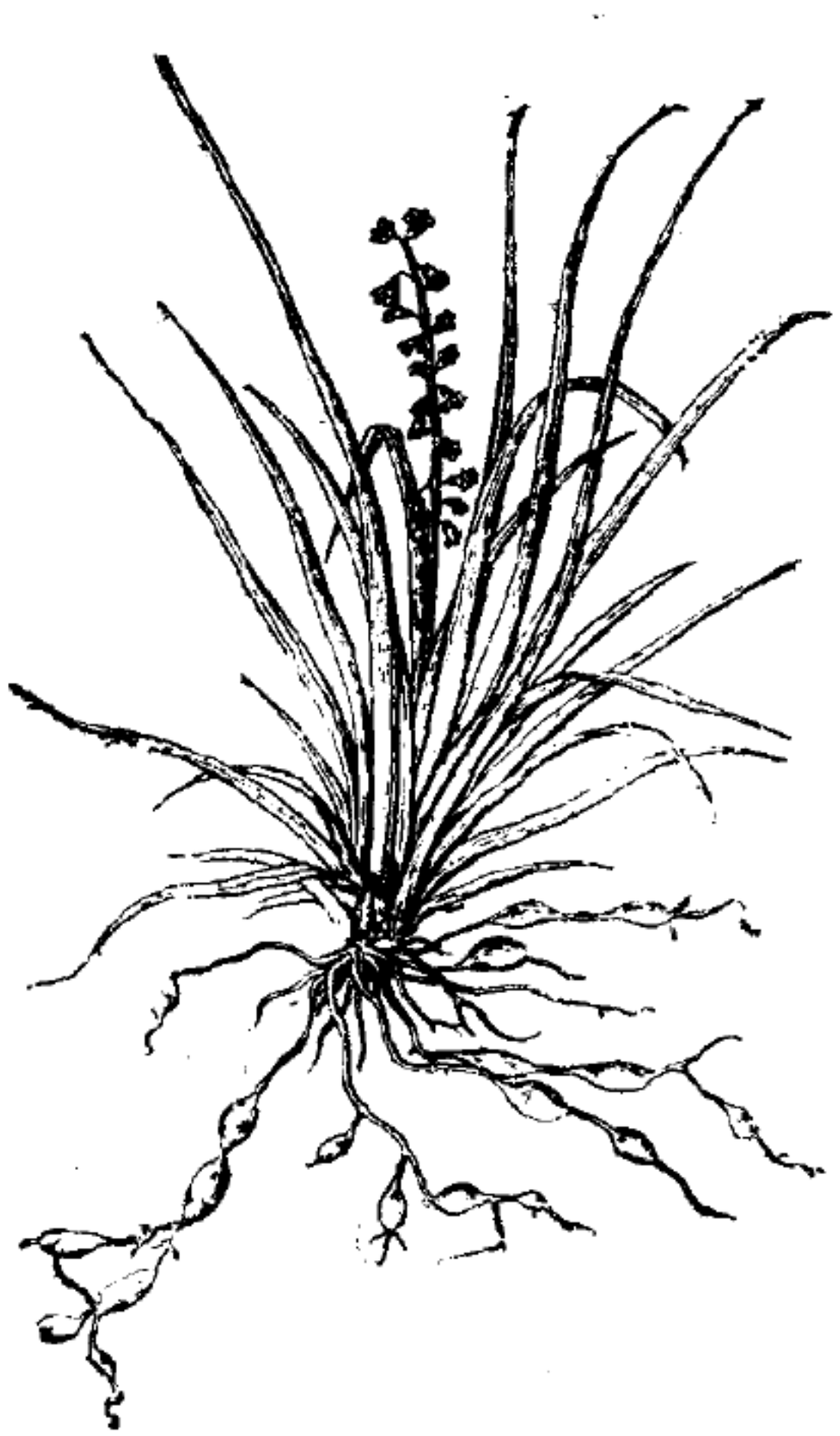


图10—162　麦冬

天　冬（图10—163）

采集　四季采根入药。

性味　甘、微苦、寒。

功效　养阴润肺，生津止喝。



图10—163　天冬

应用　①肺热咳嗽：天冬、麦冬、生地各3钱，百部4钱，桑白皮4钱，水煎服。②热病伤津、烦渴：天冬、麦冬、花粉、石斛各3钱，芦根1两，水煎服。

旱　莲　草（图10—164）

采集　秋季采全草入药。

性味　甘、酸、凉。

功效　滋阴凉血。

应用　①衄血、咯血：旱莲草1两，荷叶5钱，侧柏叶3钱，水煎服。②胃、十二指肠溃疡出血：旱莲草1两，灯芯草1两，水煎服。

用量　3钱～1两。



图10—164　旱莲草

第十四节　安　神　药

安神药主要具有镇静安眠作用，适用于心悸、失眠、狂躁

等症，常见于神经官能症，精神病及某些心脏病等。在具体应用时，如心火亢盛者，配泻火药；痰浊内阻者，配化痰药；血虚阴亏者，配补血滋阴药。对于神经官能症患者，在用药同时，进行适当的思想教育工作。

酸　枣　仁（图10—165）

性味　甘、酸、平。

功效　养心、安神、敛汗。

应用　①神经衰弱、心悸、心烦失眠，酸枣仁5钱，夜交藤5钱，知母2钱，茯苓3钱，川芎2钱，甘草2钱，水煎服。②盗汗：酸枣仁5钱，五味子2钱，龙骨3钱，牡蛎3钱，糯稻根1两，水煎服。



图10—165　酸枣

柏　子　仁

性味　甘、平。

功效　养心安神，润肠通便。

应用　①心悸、失眠：柏子仁、夜交藤各4钱，枣仁、远志、茯苓各3钱，水煎服。②大便秘结：柏子仁、火麻仁各5钱，水煎服。

远　志（图10—166）

性味　辛、苦、温。

功效　益智安神，祛痰止咳。



图10—166　远志

应用　①神经衰弱、心悸、失眠：远志3钱，五味子2钱，糖适量，水煎服。②支气管炎、咳嗽痰多：远志3钱，桔梗2钱，矮茶5钱，甘草2钱，水煎服。

马　尾　松（图10—167）

别名　松针。

采集　四季采松针入药。

性味　苦、涩、温。

功效　安神、明目。

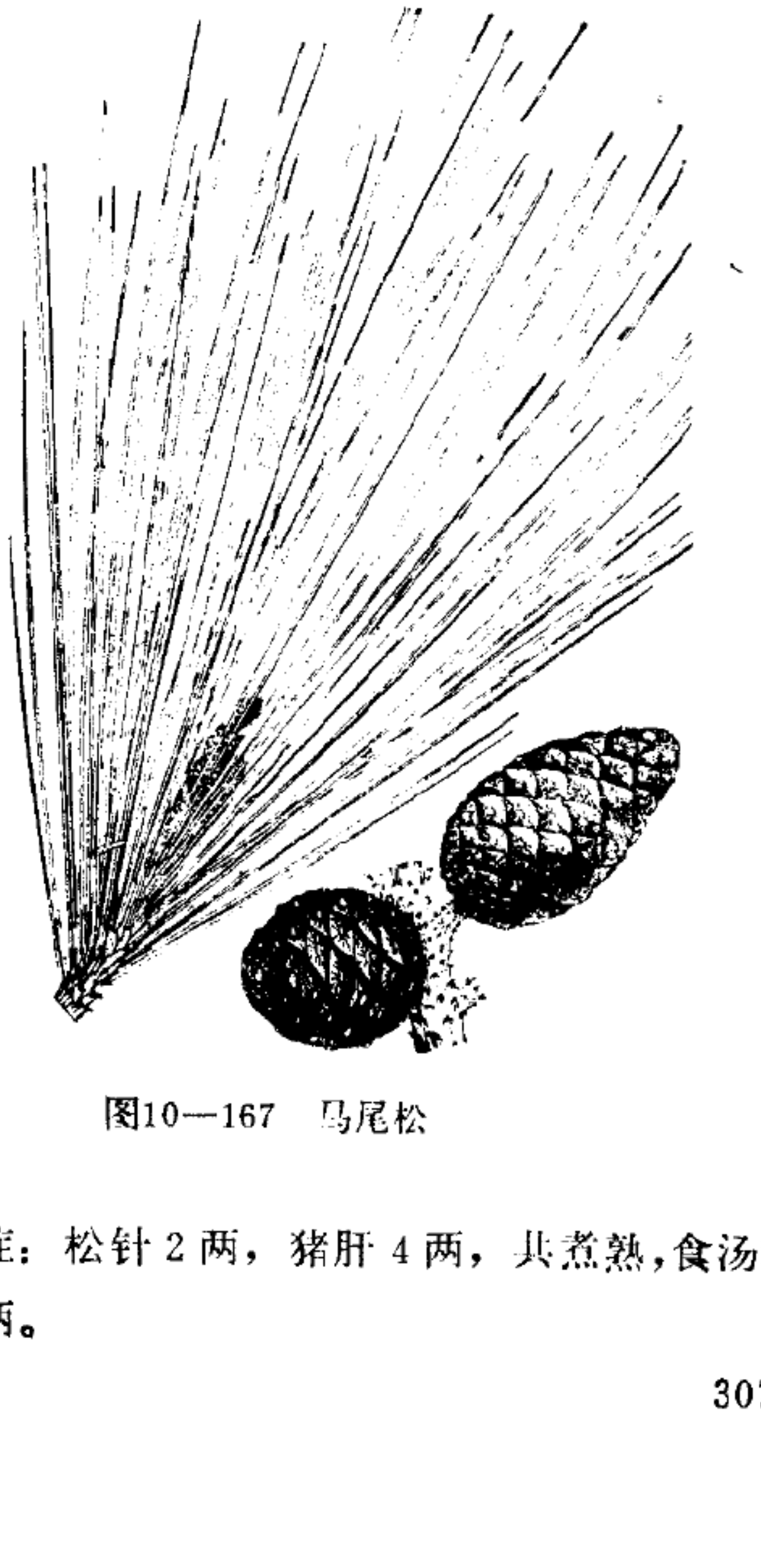


图10—167　马尾松

应用　夜盲症：松针2两，猪肝4两，共煮熟，食汤和肝。

用量　1～2两。

第十五节　平肝熄风药

凡具有平肝、潜阳、熄风止痉作用的药物，叫平肝熄风药。适用于肝阳上亢，肝风内动证，如头痛，目眩、痉挛，抽搐等症，常见于高血压病，中风、癫痫、高热痉厥，小儿惊风等。在应用时，凡热盛动风者，配清热药；肝风夹痰者，配化痰药；阴虚阳亢，或虚风内动者，配养阴药。

钩　藤（图10—168）

采集　春秋采带钩的茎枝和根入药。

性味　甘、苦、微寒。

功效　清热平肝，熄风止痉。

应用　①神经性头痛：钩藤1两，水煎服。②高血压病：钩藤4钱，桑叶、菊花、夏枯草各3钱，水煎服。③小儿夜啼：钩藤3钱，蝉蜕5分，水煎服。

用量　3钱～1两。



图10—168　钩藤

僵　蚕

别名　僵虫，天虫。

性味　辛、咸平。

功效　熄风止痉。

应用　小儿惊风：僵蚕、全蝎各 1 钱，桑叶、野菊花各 2 钱，石菖蒲 8 分，钩藤 2 钱，水煎服。

地　龙

别名　蚯蚓。

性味　咸、寒。

功效　清热熄风、平喘利尿。

应用　①高血压病：地龙 3 钱，夏枯草 4 钱，钩藤 4 钱，野菊花 3 钱，水煎服。②支气管哮喘：地龙 3 钱，百部 4 钱，水煎服。③下肢溃疡、烧烫伤：鲜地龙洗净，加等量白糖，3～4 小时后可过滤取液，涂于患处。

第十六节　外　用　药

凡外用具有清热杀菌，消肿止痛，去腐排脓，收敛生肌的药物称外用药。本类药物适用于皮肤、粘膜、创伤伤口的消毒，皮肤湿疹，痈疽疮疡（多属化脓性感染疾患），烫伤等。

木　芙　蓉（图10--169）

采集　夏秋季采花叶，四季采根皮入药。

性味　微辛、凉。

功效　清热解毒，消肿排脓，凉血止血。



图10—169　木芙蓉

应用　①乳痈、疔疮、痄腮：木芙蓉花叶或根皮捣烂敷患处。②水火烫伤：用花适量，晒干研末，麻油调搽患处。③外伤出血：木芙蓉鲜叶适量，捣烂敷患处。

野　苧　麻（图10—170）

采集　四季采根叶入药。

性味　甘寒。

功效　清热解毒，凉血活血。

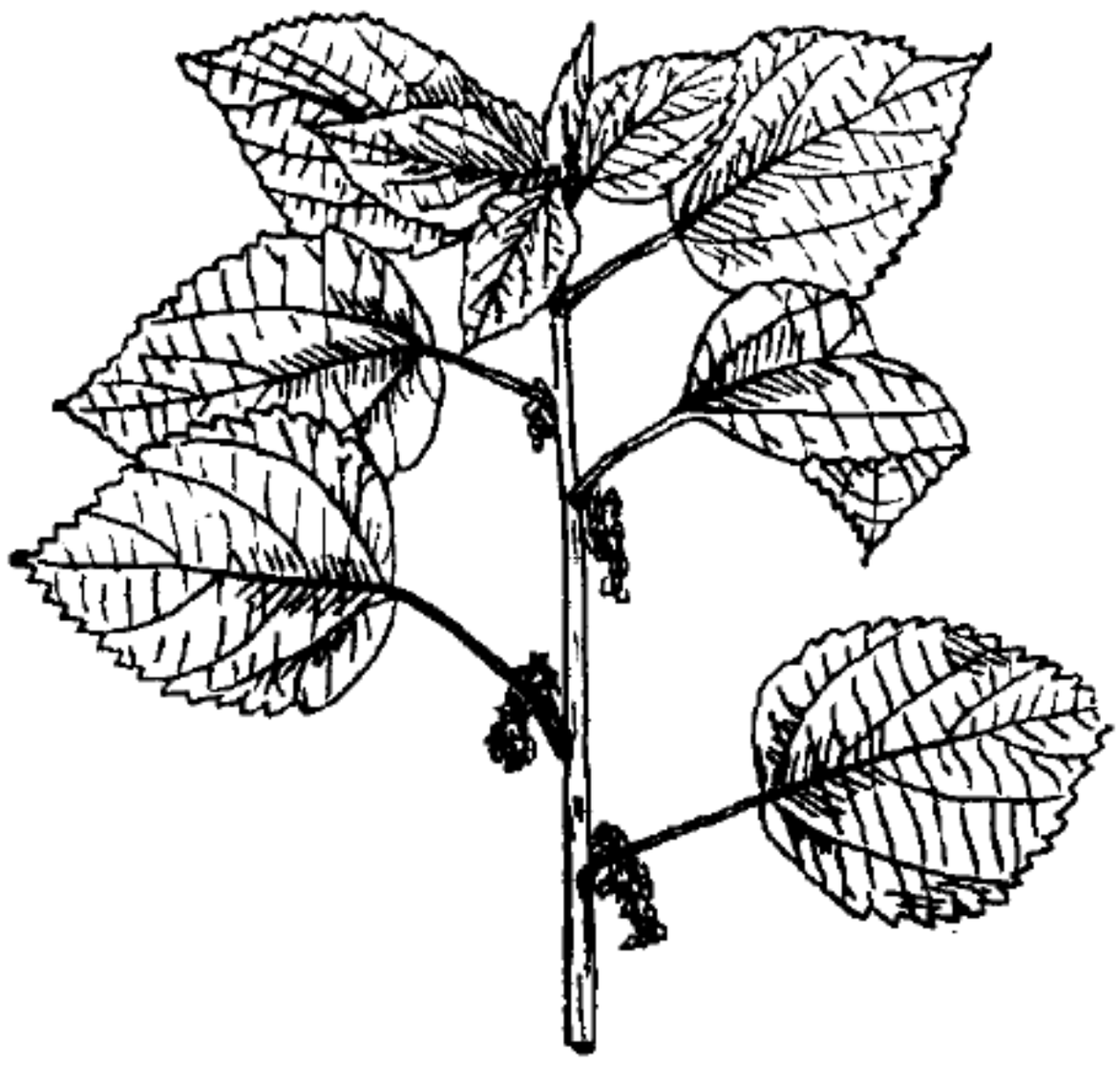


图10—170　野苧麻

应用　①痈肿疔疮、跌打损伤：用根叶适量捣烂外敷。

②胎动不安：野苧麻5钱，莲子（去心）、糯米各3两，水煎服。

青鱼胆草（图10—171）

别名　金疮小草

采集　四季采全草入药。

性味　苦寒。

功效　清热解毒，消肿止痛。

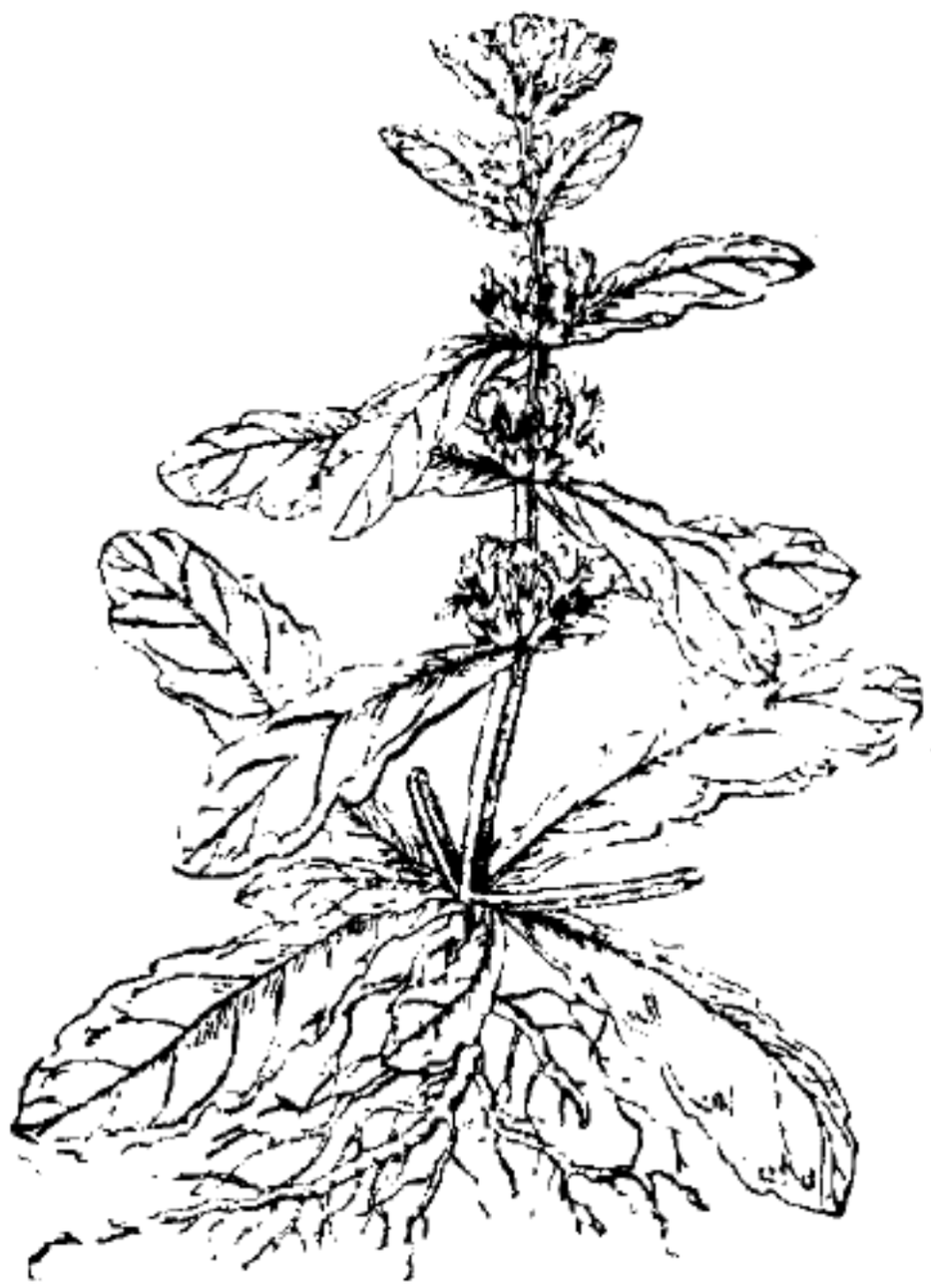


图10—171　青鱼胆草

应用　①急性单纯性阑尾炎：青鱼胆草1两，大血藤1两，银花、紫花地丁、野菊花各5钱，蒲公英1两，水煎服。②痈疽疮疡：青鱼胆草、蒲公英、田边菊各1两，水煎服。同时用青鱼胆草适量，捣烂敷患处。③毒蛇咬伤：青鱼胆草、半边莲、紫花地丁各适量，捣烂外敷。

铁 箍 散（图10—172）

别名　六月冻，臭黄荆。

采集　夏秋采根叶入药。

性味　苦、寒。



图10—172　铁箍散

功效　清热解毒，消肿止痛。

应用　①痈疽疮疖：铁箍散、野菊花、青鱼胆草、车前草各等量，晒干研末，用白酒调敷患处。②跌打损伤：铁箍散鲜叶，捣烂外敷。③解黄藤毒：铁箍散根2两，大黄6钱，芒硝4钱，防风6钱，水煎服。

九　里　光（图10—173）

别名　千里光，九里明。

采集　夏秋采全草入药。

性味　苦、辛、凉。

功效　清热解毒，清肝明目，凉血消肿。



图10—173　九里光

应用　①扁桃体炎、咽喉炎：九里光1两，野菊花5钱，板兰根1两，水煎服。②结膜炎：九里光、野菊花、夏枯草、木贼各5钱，水煎服。亦可同时熏洗。③鲜品捣烂外敷，治化脓性感染。

犁 头 草（图10—174）

别名　犁嘴草、箭头草、紫花地丁。

采集　夏秋季采全草入药。

性味　苦、微辛、寒。

功效　清热解毒，凉血消肿。



图10—174　犁头草

应用　①无名肿毒、痈疖疔疮：以鲜犁头草适量，捣烂敷患处；并用犁头草2两，水煎服。②痈疽疮疡不收口：犁头草、木芙蓉花焙干研末，撒患处，外用纱布敷贴，每日换药一次至愈为止。③毒蛇咬伤：犁头草、瓜子金、半边莲各适量，同捣烂敷患处。

榔　榆（图10--175）

别名　冷树。

采集　四季可采根皮入药。

性味　苦、寒。

功效　排脓解毒，消肿散结。

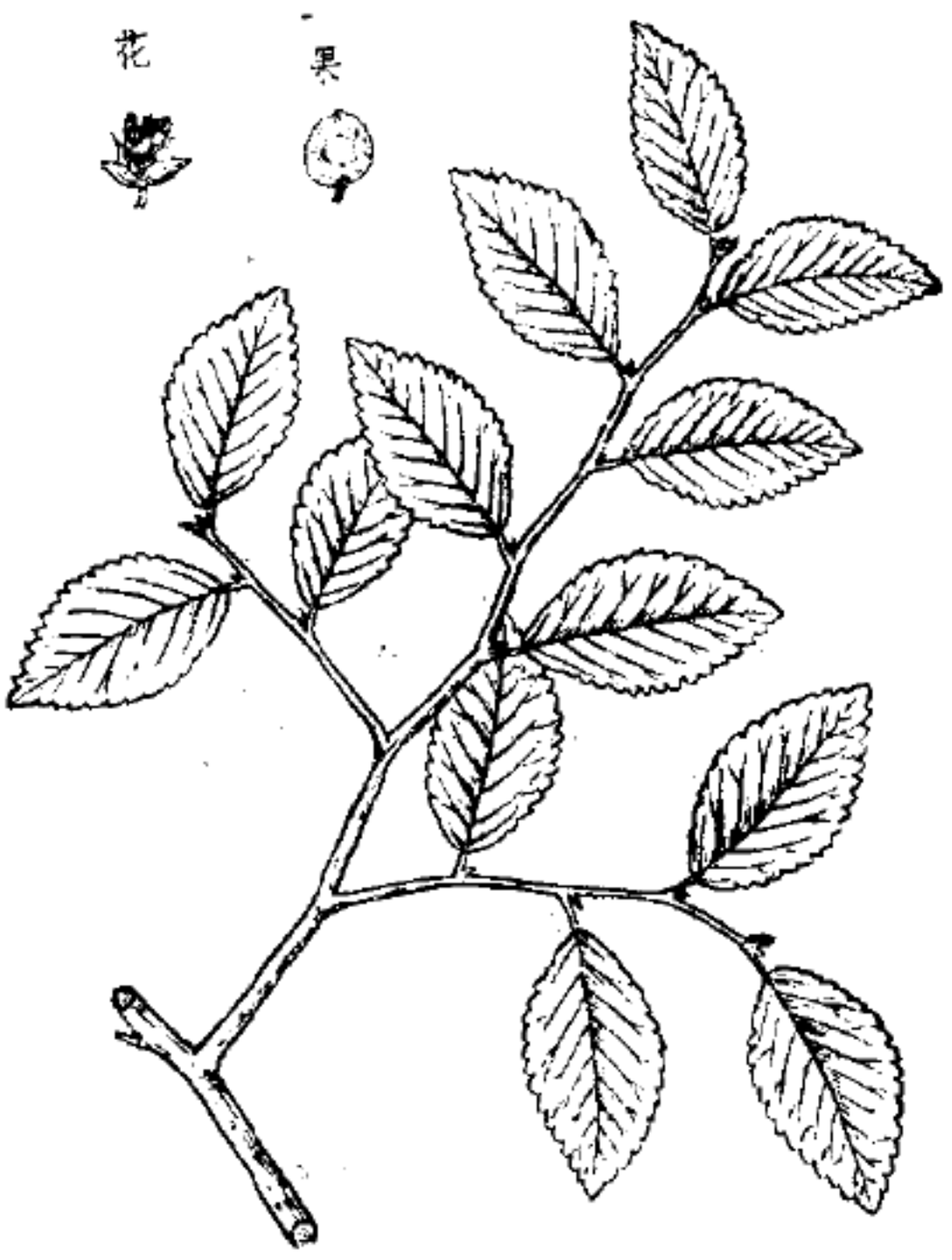


图10—175　榔榆

应用　①各种瘘管：榔榆根1～2两，羊肉半斤，加水炖熟，吃肉和汤。②痈疽肿毒：取榔榆皮捣烂外敷。

蛇 不 过（图10—176）

别名　杠板归、猫爪刺。

采集　夏秋采全草入药。

性味　酸、凉。

功效　清热解毒，利尿消肿。

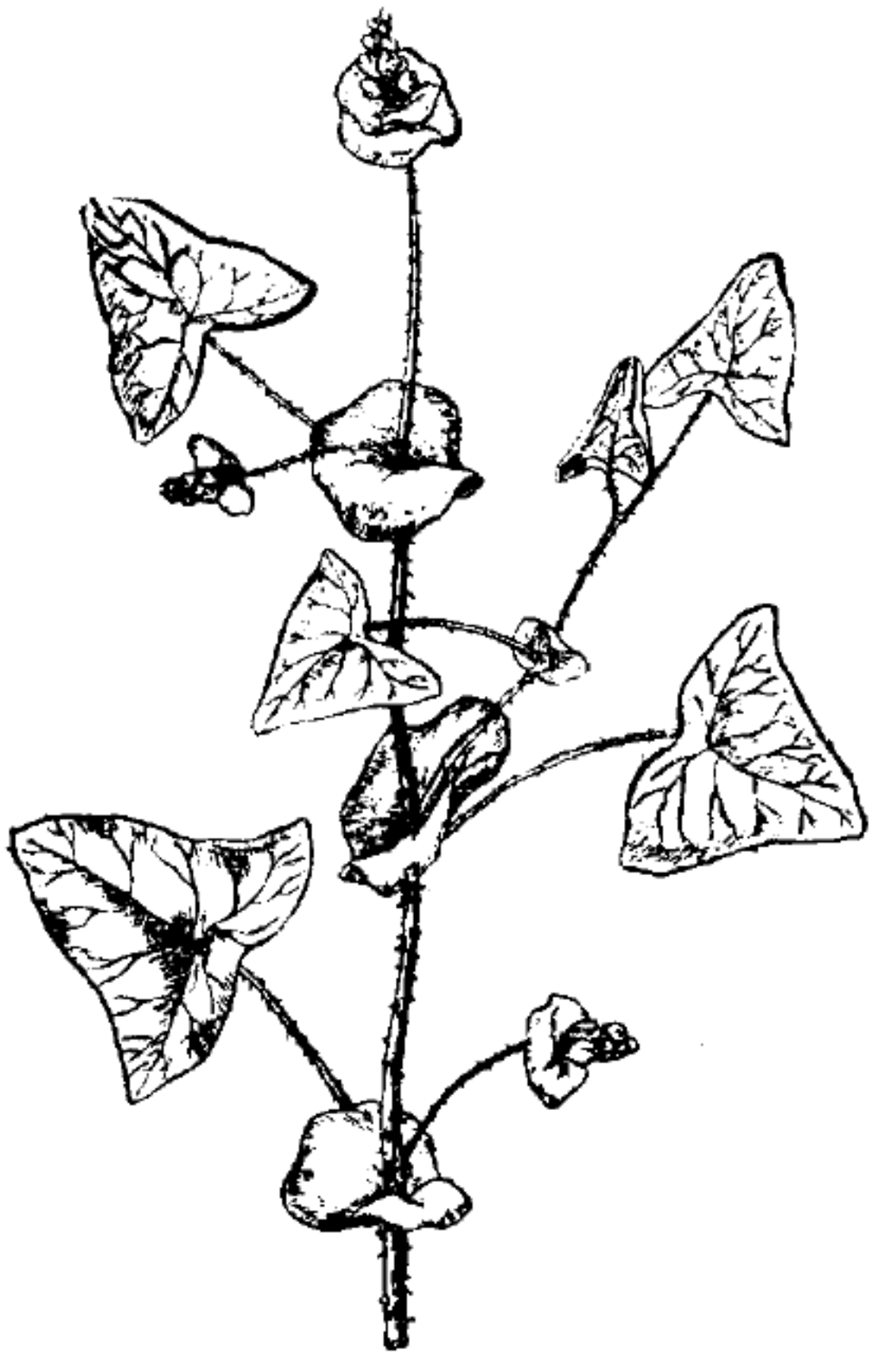


图10—176　蛇不过

应用　①百日咳：蛇不过1两，水煎兑糖服。②湿疹：鲜蛇不过适量，食盐少许，捣烂外敷。③毒蛇咬伤：鲜蛇不过2两，捣汁兑甜酒服；并用鲜叶捣烂，酌加红糖，调匀外敷伤口周围及肿处。

桉 树 叶 (图10—177)

采集　全年采叶入药。

性味　苦、平。

功效　防腐杀菌。

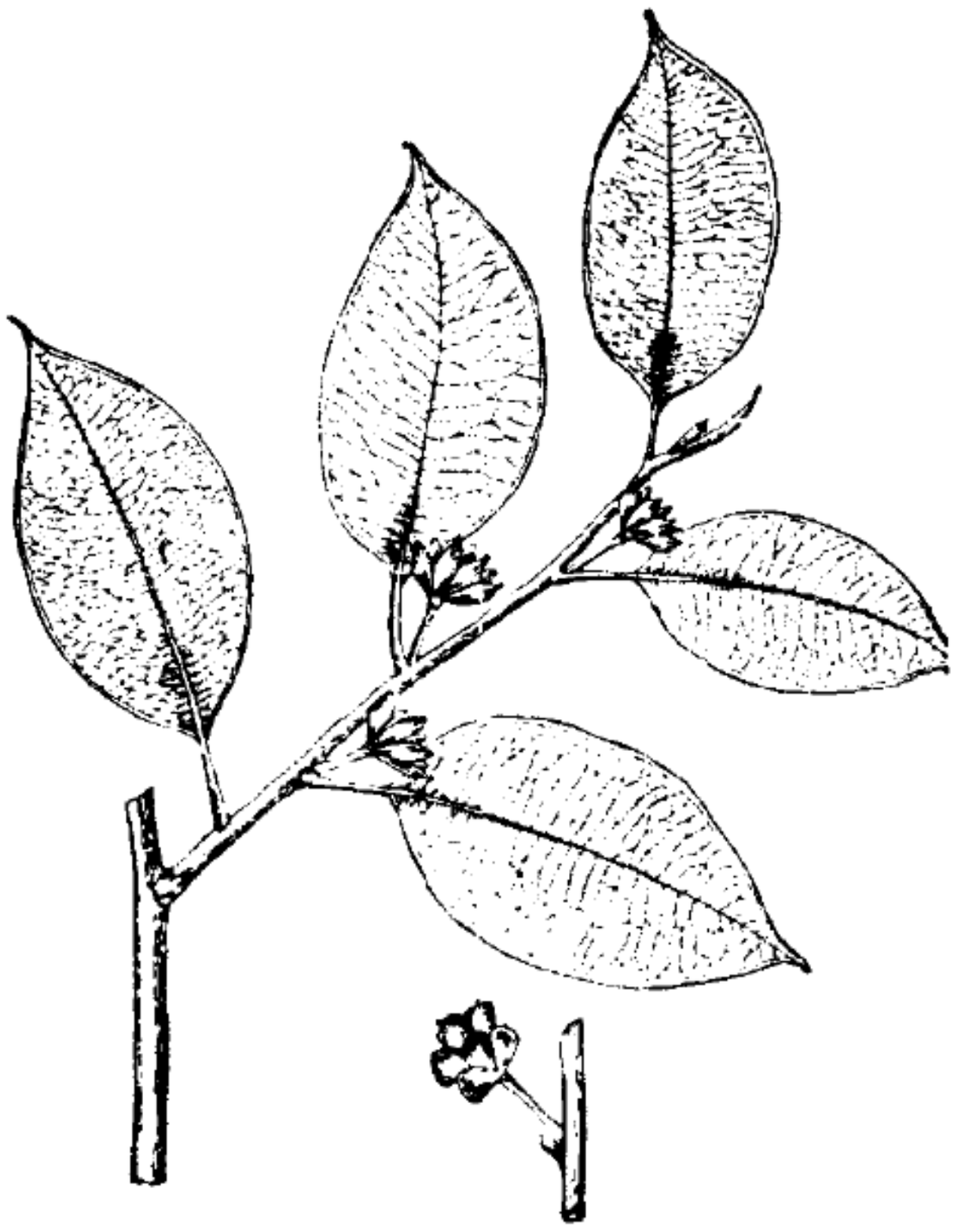


图10—177　桉树

应用　下肢溃疡，疔疮肿毒：制成 15～20% 桉叶煎 剂 冲洗。

虎　耳　草（图10—178）

别名　佛耳草、猫耳草。

采集　四季采全草入药。

性味　苦、辛、寒。

功效　清热解毒。

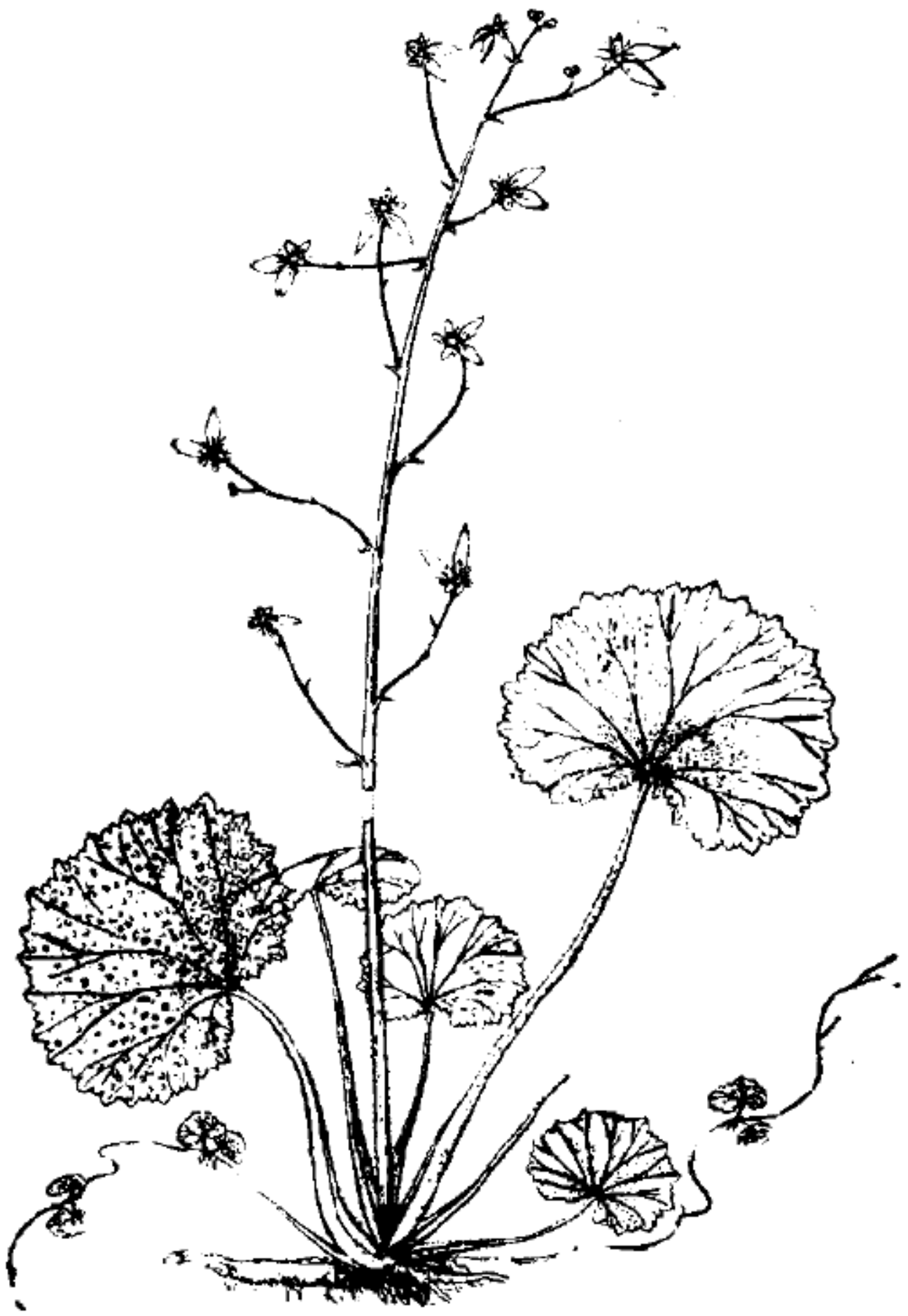


图10—178　虎耳草

应用　①中耳炎：虎耳草捣汁滴耳，每日 2 ～ 3 次。②痈疽疮疡，外伤出血：虎耳草适量，捣烂外敷。

了 哥 王 (图10—179)

别名　地棉根。

采集　夏秋采全株入药。

性味　苦、寒，有毒。

功效　清热解毒，消肿散结。

应用　①疔疮肿毒、跌打损伤、蛇虫咬伤：取皮或叶，捣烂外敷。②子宫颈炎：10%了哥王煎剂，作阴道冲洗。③肝癌：了哥王5钱，白花蛇舌草4两，半边莲2两，龙葵2两，水煎服。

用量　3钱～1两。

附：孕妇、体弱者忌用。内服应煎2小时以上。



图10—179　了哥王

黄　药　子（图10—180）

别名　黄独、金钱吊虾蟆。

采集　秋冬采块根入药。

性味　苦、辛、凉，有小毒。

功效　解毒消肿，化痰散结。

应用　①小儿疝气：黄药子(酒炒)、三叶木通果实，荔核各5钱，车前子3钱，水煎服。②甲状腺肿大：黄药子半斤，洗净切片，用白酒5斤浸1周后，每早晚各服酒1两。③食管癌、胃癌、直肠癌：黄药子适量，白酒浸泡(浓度为100%)，每日服2次，每次15毫升。

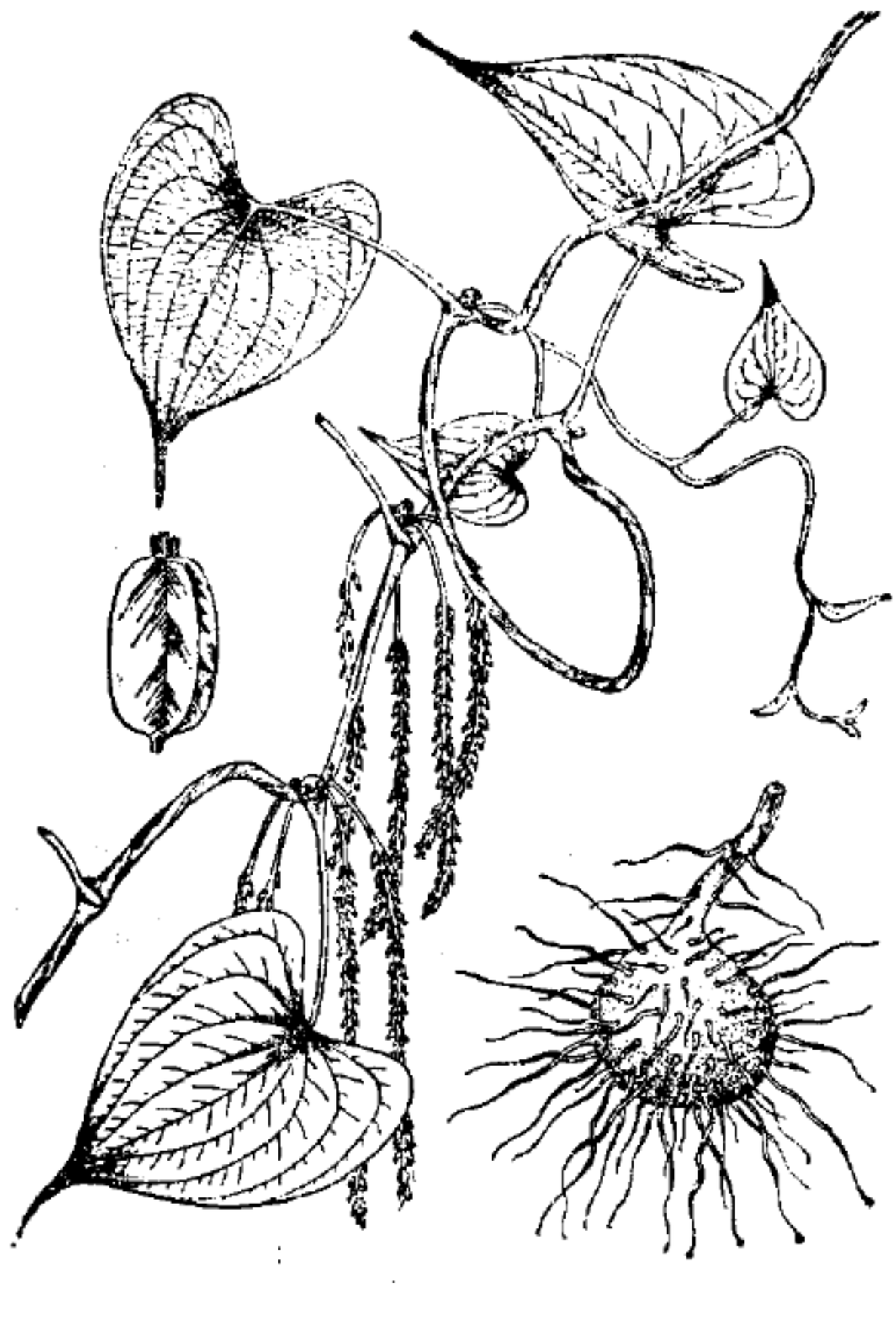


图10—180　黄药子

艾（图10—181）

别名　家艾、艾蒿。

采集　夏秋采全草入药。

性味　苦、辛、温。

功效　散寒除湿，温经止血。

应用　①功能性子宫出血：鲜艾根3两，醋水各半煎服。②先兆流产：艾炭2钱，菟丝子、桑寄生各5钱，当归3钱，野苧麻根5钱，水煎服。③风寒湿痹：用艾捣烂如绒，制成艾卷、艾柱，作灸法之用。



图10—181　艾

炉甘石

性味　甘、平。

功效　明目祛翳，收涩生肌。

应用　①目生翳障、眼结膜炎、睑缘炎：炉甘石、硼砂、

朱砂、乌贼骨、冰片各适量，研极细末，瓶贮点眼。②子宫颈糜烂：炉甘石4两，冰片、黄连各4钱，雄黄2钱，共研极细末，喷撒患处。③皮肤瘙痒症、湿疹：用炉甘石配成10～30%洗剂，涂搽患处。

硼砂

别名　月石。

性味　甘、咸、凉。

功效　清热消炎。

应用　①咽喉炎、口腔炎：硼砂、冰片、元明粉、朱砂各适量，共研极细末，喷撒患处。②中耳炎：硼砂1钱，枯矾5分，冰片3分，共研细末，吹耳内，每日2次。③汗斑：硼砂1两，研粉，用白醋2两调匀搽患处，每日2～3次。

冰片

别名　龙脑香，梅片。

性味　辛、苦、微寒。

功效　清热开窍，止痛止痒。

应用　①咽喉肿痛、口腔炎、结膜炎、湿疹疮疡：冰片、青黛、甘石、硼砂各适量，研末外搽。②痱子：冰片、薄荷冰各1钱，炉甘石粉5钱，滑石粉1两，研细粉，搽患处。

雄　黄

性味　辛、温，有毒。

功效　解毒杀虫，燥湿化痰。

应用　①神经性皮炎：雄黄、硫黄、海螵蛸各适量，研细粉，加凡士林调膏搽患处。②癜痫：雄黄、郁金各3钱，巴豆霜5分，共研细粉，每服2～3分，每日3次。③蛲虫病：雄黄粉2分，用凡士林1钱，调匀涂于纱布条上，塞肛门内，2～3小时取出。

附：本品不作煎剂，忌火煅。

青　黛

性味　咸、寒。

功效　清热凉血，解毒消肿。

应用　①腮腺炎：青黛7分，蒲公英5钱，荆芥3钱，水煎服。②皮肤湿疹：青黛2两，煅石膏4两，黄柏2两，滑石1两，共研细粉混匀，用凡士林1斤5两，调匀，外敷患处，每日1～2次。

第十七节　治蛇虫咬伤药

这类药物大多有清热解毒、消肿止痛的作用。适用各种毒蛇咬伤、蜂螫伤。此外亦可用于痈疽疮疡，皮肤湿疹，咽喉肿痛等疾病。临床应用时多与清热药同用。

七叶一枝花 (图10—182)

别名　铁灯台、蚤休、重楼、草河车。

采集　夏秋采根茎入药。

性味　苦、寒，有小毒。

功效　清热解毒，消肿止痛。

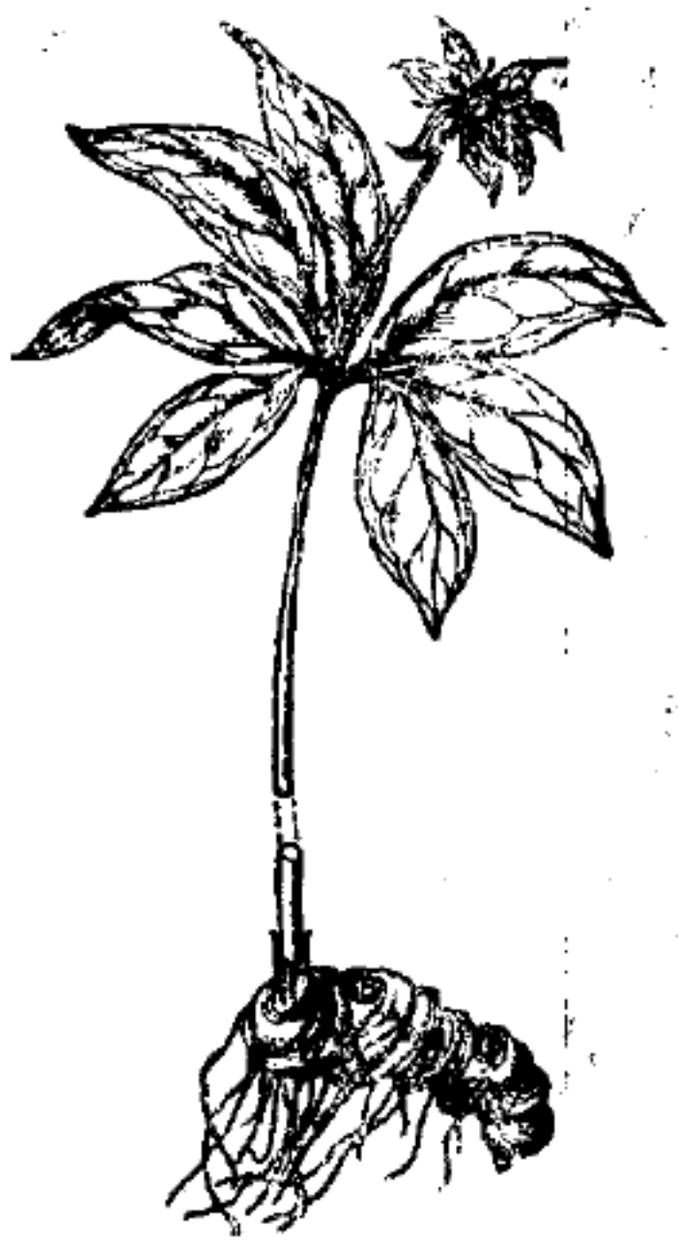


图10—182　七叶一支花

应用　①毒蛇咬伤：七叶一枝花2钱，青木香1钱，磨汁冷开水送服，并用七叶一枝花适量用醋磨汁搽患处。②痈疽疔疮、疖腮、瘰疬：七叶一枝花3钱，蒲公英1两，水煎服；并用根茎研细末，用水调敷患处。③小儿高热抽搐：七叶一枝花焙干研末，每用2～3钱；另用钩藤3钱，薄荷5分，煎水送服，日服2～3次。

半　边　莲（图10—183）

采集　夏秋采全草入药。

性味　辛、微苦、凉。

功效　清热解毒，利尿消肿。

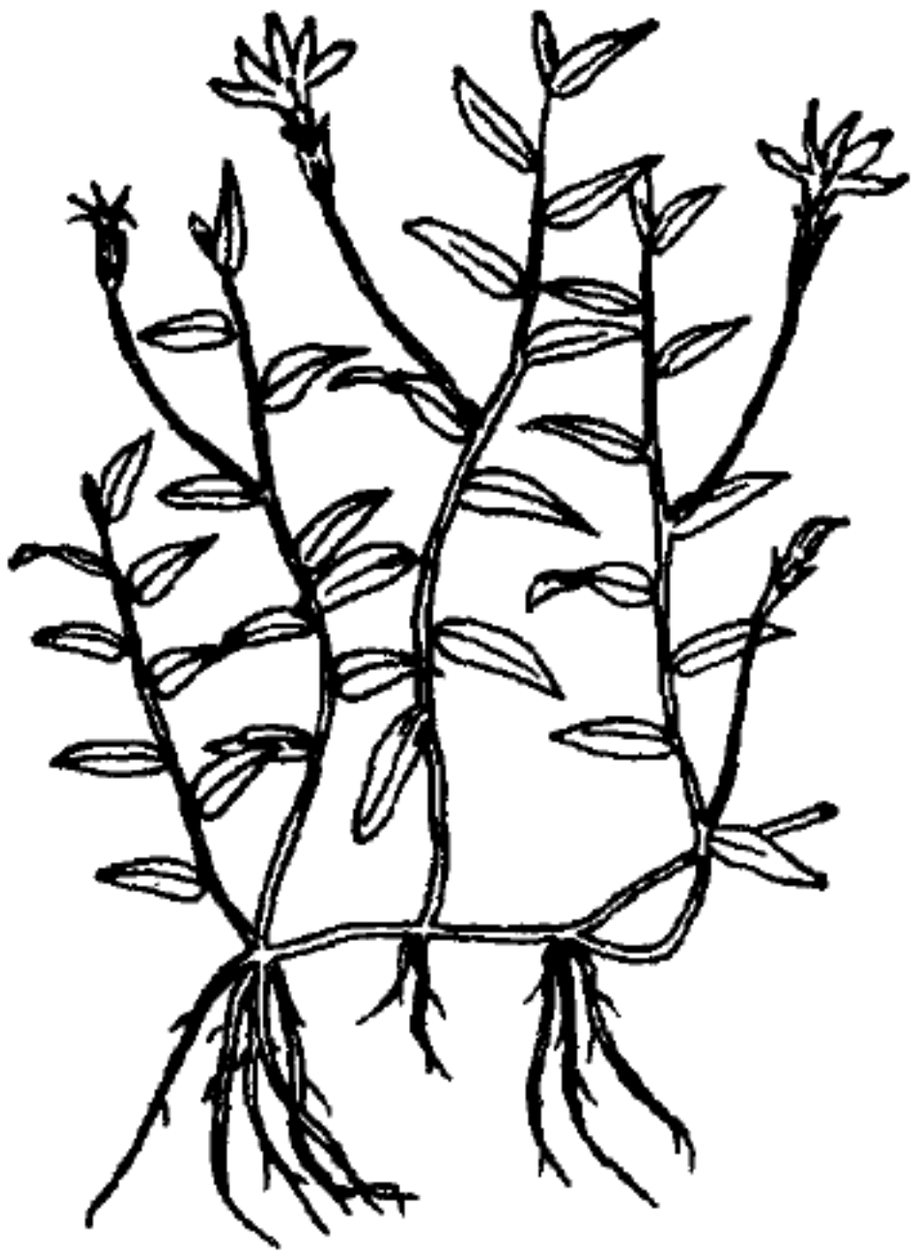


图10—183　半边莲

应用　①毒蛇咬伤：半边莲 4 两，水煎服，或将半边莲加水 2 两，共捣烂取汁，兑甜酒 1 两调服；服后卧床盖被取微汗；每日服 2 ～ 3 次，并用药渣敷患处。也可用半边莲焙干研末，每用 3 钱，白酒 1 杯，开水调服。并用半边莲、蛇不过各适量，捣烂敷患处。②丹毒、脚癣、黄蜂螫伤：半边莲 2 两，酢酱草 1 两，捣烂敷患处或捣汁外涂。③水肿腹胀：半边莲2～4两，水煎服。

山　慈　姑（图10—184）

别名　金果榄、九牛胆。

采集　秋季挖块根入药。

性味　苦寒。

功效　清热解毒，消肿止痛。



图10—184　山慈姑

应用　①毒蛇咬伤：山慈姑3钱，青鱼胆草5钱，青木香3钱，水煎服；药渣捣烂敷患处，或用山慈姑适量加水磨浓汁搽患处。②咽喉、肿痛：山慈姑3钱，野菊花5钱，水煎服。③淋巴结结核：山慈姑3钱，枸骨根1两，天葵子5钱，水煎服。外用山慈姑磨醋涂搽。

九头狮子草（图10—185）

别名　川白牛膝。

采集　夏秋季采全草入药。

性味　辛、微苦、凉。

功效　解毒消肿，活血止痛。



图10—185　九头狮子草

应用　①毒蛇咬伤：九头狮子草2两，半边莲1两，犁头草1两，水煎服；或捣烂敷患处。②跌打损伤：九头狮子草1两，煎水兑甜酒服。

八　角　莲（图10—186）

别名　独脚莲、荷叶莲、六角莲。

采集　秋季采块根入药。

性味　甘、微苦、凉，有小毒。

功效　清热解毒，活血散瘀。

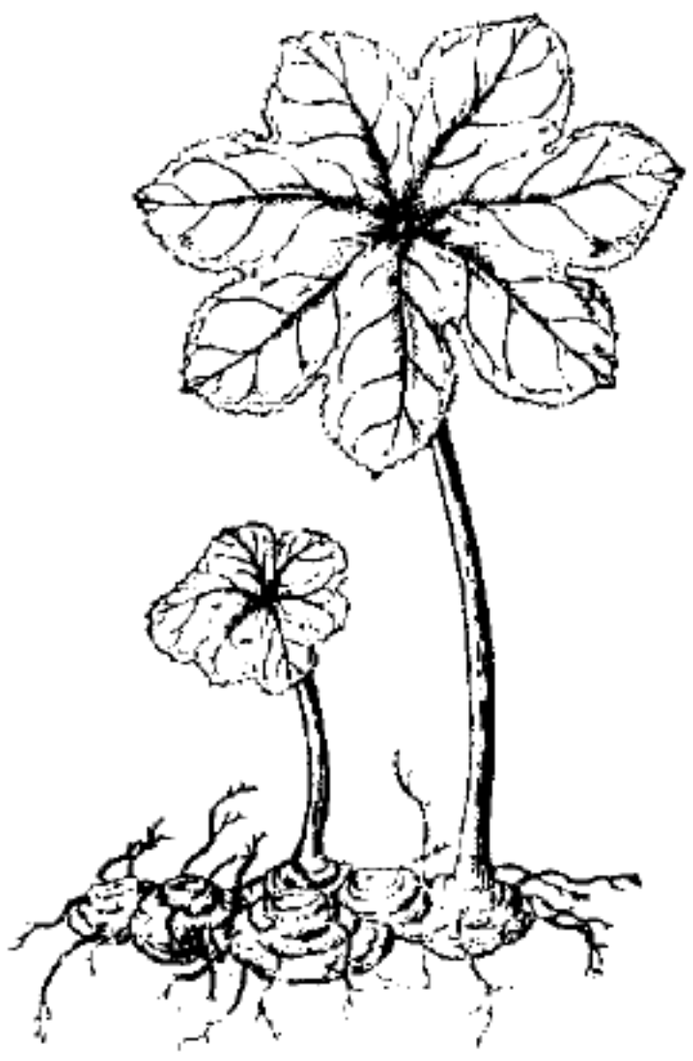


图10—186　八角莲

应用　①蛇虫咬伤：八角莲 2 钱，白酒半杯，磨成浓汁，用开水送服。也可用八角莲、七叶一枝花、白芷、甘草各3钱，煎水代茶，频频内服。②痈疽疔疮：八角莲适量，捣烂敷患处。或用八角莲磨醋外涂。

山　苦　瓜（图10—187）

采集　秋季采块根入药。

性味　苦寒，有小毒。

功效　清热解毒，散瘀止痛。



图10—187　山苦瓜

应用　①毒蛇咬伤：山苦瓜0.5～1两，水煎服；并用山苦瓜适量研末，水调敷患处周围。也可用山苦瓜晒干，放小便内浸泡1周，取出阴干，用时加水磨汁涂伤口周围。②痈疽疮疡，跌打损伤：山苦瓜加水磨浓汁，涂搽患处，每日2～3次。

总 管 皮（图10—188）

别名　麻口皮子药、满山香。

采集　全年采皮入药。

性味　辛、温，有小毒。

功效　祛风散寒，解毒止痛。



图10—188　麻口皮子药

应用　①风湿筋骨痛；跌打损伤：总管皮 2 两，白酒2斤，浸泡 1 周，每服0.5～1两，每日 2 次。②蛇咬伤：总管皮适量咀烂，敷伤口周围。

第三篇　农村常见疾病

第十一章　人体是怎样组成的

人体是一个完整而复杂的统一体，它由许多部份组成，各部份的功能是互相联系、互相配合的，在大脑统一指挥下维持着正常的生命活动。

一、细胞与组织

细胞是人体结构和机能的基本单位，具有以新陈代谢为基础的生长、繁殖、感应和衰老等生命特征。

细胞由细胞膜、细胞质和细胞核三部份构成(图11—1)。细胞膜是包围在细胞最外的一层薄膜，具有选择性的通透性，因而细胞可以从周围吸取营养物质及排泄废物；细胞质是一团半流动的物质；细胞核在细胞质中，一般位于细胞中央。

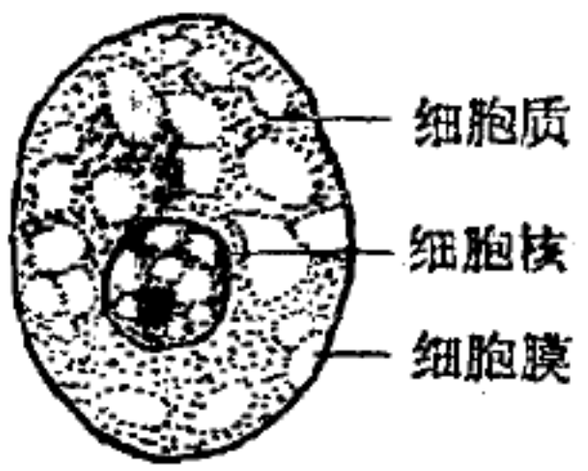


图11—1　细胞的构造

人体各种细胞的大小、形状和功能都是不相同的(图11—2)。如肌细胞多呈长梭形，有收缩作用；神经细胞则有很长的突起，有感受人体内外的刺激和传导兴奋的作用。

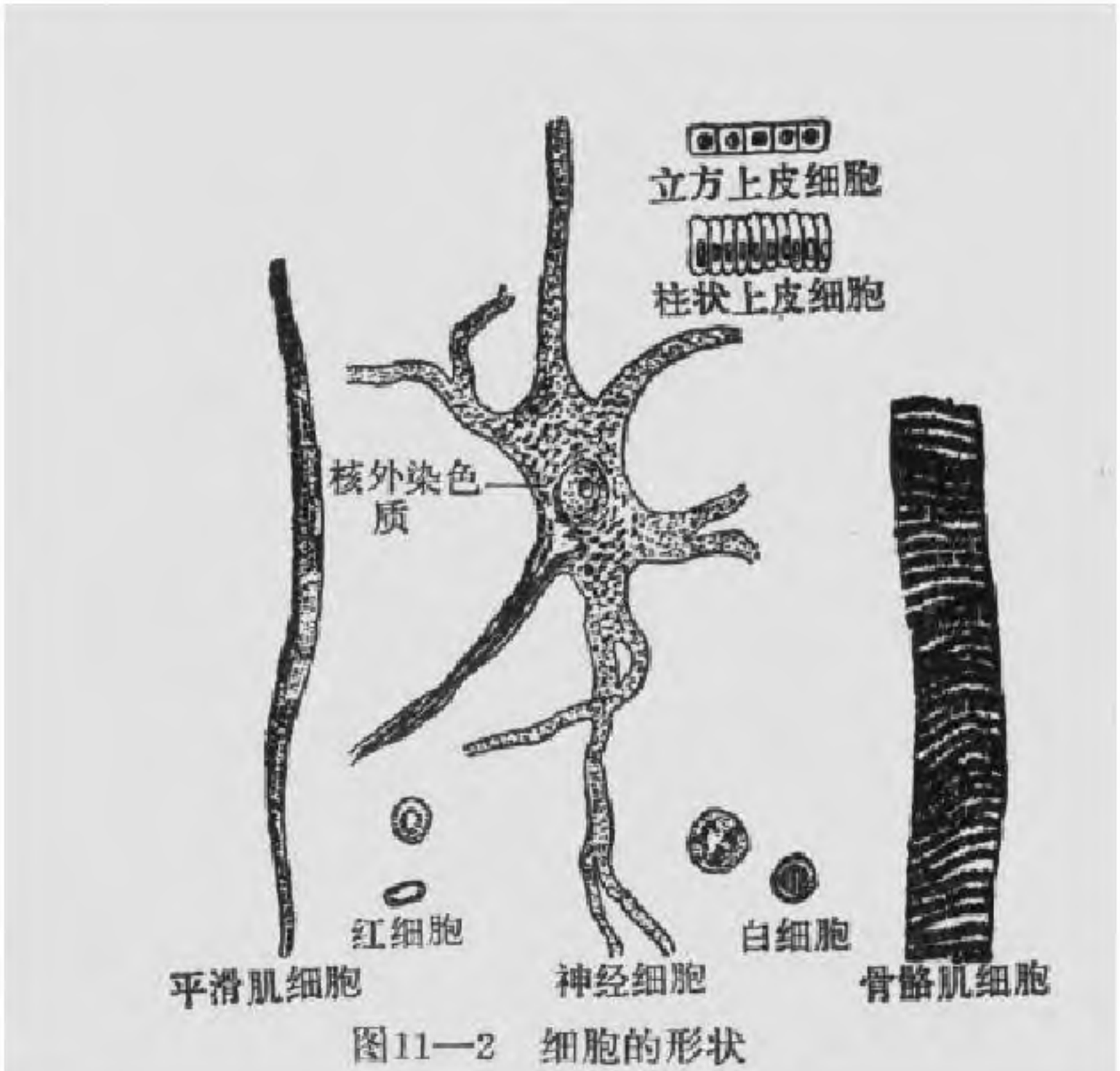


图11—2　细胞的形状

组织是由许多机能相同，形态相似的细胞和细胞之间的细胞间质所组成。依其结构和功能的不同可分为四类。

1.上皮组织　是由大量而密集的细胞和少量的细胞间质互相连接而组成的膜状结构。它分布在人体表面、体腔和体内各种管道的内表面，根据上皮细胞层数的多少，可分为单层上皮和复层上皮。单层上皮的功能以吸收分泌为主（如胃肠道的粘膜），复层上皮的功能以保护为主(如皮肤)。

2.结缔组织　在人体内部分布非常广泛，如血液、淋巴、脂肪、骨骼、韧带、肌腱等，形态各种各样，机能上也有很大差别，但是各种结缔组织也有它们共同的特征，那就是都由少而分散的细胞和大量细胞间质所组成，具有连接、支持、保护

的功能。

3.肌肉组织 主要由肌细胞构成，肌细胞多呈长梭形，故又称肌纤维。具有收缩功能。肌肉组织分为骨骼肌、心肌和平滑肌三种。骨骼肌附着于骨骼，心肌仅分布于心脏，而平滑肌则分布于血管壁和内脏器官中。

4.神经组织 主要由神经细胞(神经元)构成，分布于神经系统。神经细胞有细长的突起(神经纤维)，具有接受刺激和传导兴奋的功能。

二、器官与系统

几种组织有机地结合在一起，具有一定的形态和构造，执行某种特殊的任务，就称为器官。例如小肠就是由上皮组织、结缔组织、肌肉组织和神经组织联合构成的空腔器官，它具有消化食物和吸收营养的功能。

许多器官联系起来，共同完成某项生理功能，就成为一个系统。人体可分为九个系统。

1.运动系统 包括骨骼、关节、肌肉等。主要执行运动功能。

2.循环系统 是一个密闭的管道系统，包括血液循环系统和淋巴循环系统。血液循环系统由心脏和血管组成，内有血液流动；淋巴循环系统由淋巴管和淋巴结组成，内有淋巴液流动。循环系统主要执行运输功能，即把氧气、养料运到全身各部，再把全身各部产生的二氧化碳和其它废物带到排泄器官，排出体外。

项 xiàng 的颈项部 的各种的种类或术语、
三大名律小项注音 3项 项目

3.呼吸系统 包括鼻、咽、喉、气管、支气管、肺等。主要功能是进行呼吸，即呼出二氧化碳，吸进新鲜氧气。

4.消化系统 包括口腔、咽、食管、胃、小肠、大肠、肝、胆、胰、唾液腺等。主要功能是消化食物，吸收营养物质，同时，将食物残渣排出体外。

5.泌尿系统 包括肾脏、输尿管、膀胱、尿道等，主要功能是分泌尿液，排泄废物。

6.生殖系统 男性有睾丸、副睾、输精管、前列腺、外生殖器等。主要功能是分泌性激素和繁殖后代。

7.内分泌腺 主要有脑垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、胰岛、性腺等。它们分泌的物质称为“激素”，不同的腺体分泌不同的激素，它们对人体的生长、发育、生殖和代谢机能具有不同的促进和调节作用。

8.感觉器官 包括眼、耳、鼻、舌、皮肤等。具有感受，视、听、嗅、味、触、压、痛、温等感觉的功能。

9.神经系统 包括脑、脊髓、神经等，主要功能是进行思维，管理和调节人体各部份的活动，是人体的指挥部。

三、人体外形分部

为了便于确定器官的大体方位，常从外形上将人体分成若干个局部，即头、颈、躯干、四肢等部分(图11—3)。

头部：上为顶部，前为面部，后为枕部；内有颅腔，装有脑。

颈部：前称颈部，后称项部。

xiang

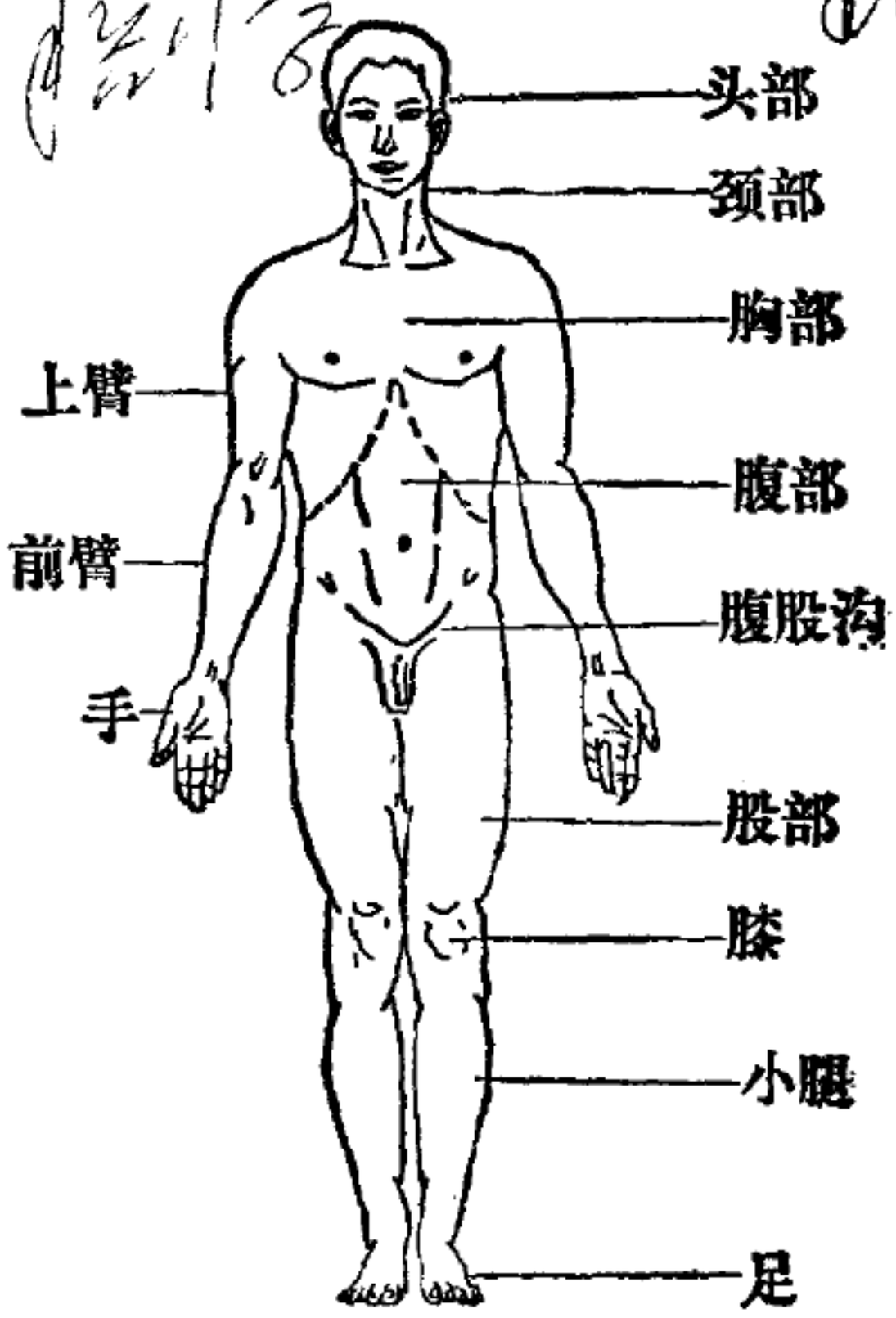


图11—3　人体分部

躯干：前分胸部、腹部；后分背部、腰部。躯干内部有胸腔，腹腔，盆腔。这些腔内容纳着许多重要器官。

四肢：包括上肢和下肢。上肢分为肩部，上臂、前臂、手部；下肢分为臀部，股部，小腿、足部。

第十二章　疾病发生的原因和诊断方法

健康和疾病是矛盾着的两个方面。健康时，人体维持着内外界环境的动态平衡，并能主动地适应外界的变化和改造客观世界。但当人体抵抗力降低或受到强烈的外界致病因素影响时（如病原生物的侵袭，意外损伤等），破坏了身体内外环境的相对平衡，于是就产生了疾病。因此，疾病是人体与致病因子相互作用的结果，是生命中不同于健康的另一个方面。

第一节　疾病发生的原因

疾病发生的原因分为内因和外因两个方面。**“外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”**人体生病也是这样。

一、外　　因

是引起人体生病的外部因素，主要的有以下几方面：

（一）生物病原体

常见的有病原微生物和寄生虫两大类。

1.病原微生物　包括细菌、病毒、立克次体、螺旋体、真菌等五类。

(1) 细菌：分布很广，在人体体表以及与外界相通的腔道(如上呼吸道，消化道等)均有大量细菌存在，其中一部分细菌能引起人生病，称为致病菌，是疾病发生最常见的原因之一。

细菌是单细胞生物，个体微小，需经染色后用显微镜放大上千倍才能看到。按其形态分为球菌，杆菌和弧菌三类(图12—1)。细菌染色最常用的方法有固紫(革兰氏)染色法和抗酸染色法。固紫染色后按着色不同分二大类：①染成紫色的叫固紫阳性菌，如金黄色葡萄球菌(金葡菌)，肺炎双球菌，白喉杆菌，破伤风杆菌等，②染成红色的叫固紫阴性菌，如脑膜炎双球菌，伤寒杆菌，大肠杆菌，痢疾杆菌等。固紫阳性菌多产生外毒素使人生病，通常对青霉素敏感；固紫阴性菌多产生内毒素使人生病，大多对链霉素敏感。结核杆菌用固紫染色法不能着色，用抗酸染色法染成红色。

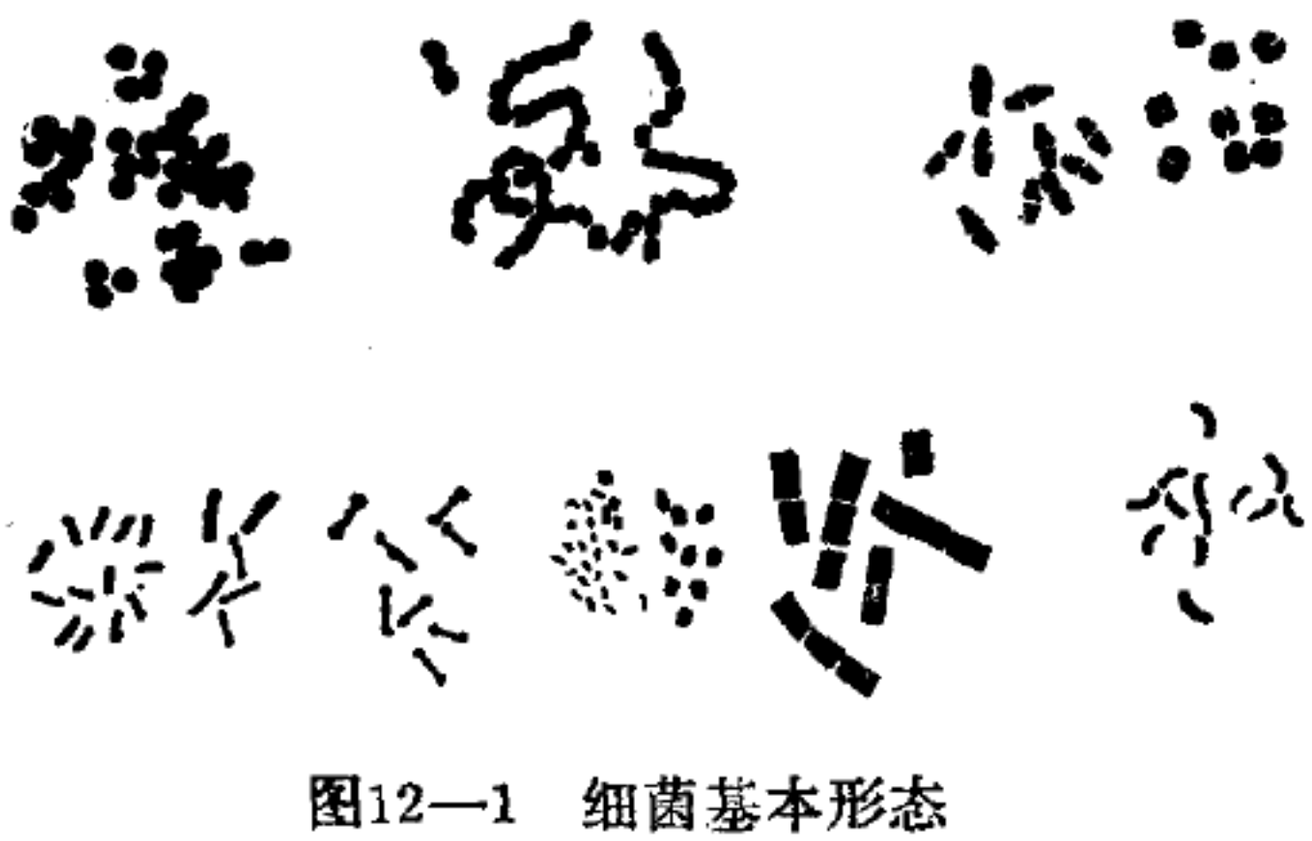


图12—1　细菌基本形态

(2) 病毒：是一类个体比细菌更微小，缺乏完整细胞结构的生物体，绝大多数用普通显微镜看不到，必需寄生在活细胞

内才能存活，如流感病毒寄生在呼吸道粘膜细胞内，脑炎病毒寄生在神经细胞内。不少传染病是由病毒引起的，所以它也是引起疾病的重要原因之一。

（3）螺旋体：是一类细长、柔韧、呈螺旋状弯曲的微生物，如钩端螺旋体等。

（4）真菌：个体比细菌大，它们由很多菌体组成丝状结构，常侵犯皮肤，毛发和指甲，引起“癣病”。

（5）立克次体：是介于细菌与病毒之间的一类微生物。由立克次体所引起的疾病主要有斑疹伤寒。

2.寄生虫 寄生虫是一些寄生在人体的低等动物，它们以人体内的营养物质或人体组织作为养料，并对人造成不同程度的损害。如蛔虫可以引起营养不良，钩虫引起贫血，血吸虫引起肝硬化等。

常见的人体寄生虫有蛔虫、钩虫、蛲虫、丝虫、血吸虫、痢疾阿米巴、阴道滴虫、疟原虫等。

（二）机械、物理性刺激

过强的机械力的作用可造成人体的损伤，如跌打损伤，刀伤等。物理因素所致的损伤有烧(烫)伤、冻伤、电击、放射线损伤等。

（三）化学毒物

如有机磷，有机氯农药，毒蕈，医药上某些毒剧药物使用过量，毒蛇咬伤等，都可使人体致病。

（四）人体必须物质的缺乏或过多

人们在生命过程中，有些物质是必不可少的。如空气、阳光、水、蛋白质、糖、脂肪、矿物质、维生素等，若这些物质缺乏（或过多），也可以引起人们生病。

此外，气候及生活环境的突然改变，往往是某些疾病发生的诱因。

二、内　　因

是人体本身的防御功能及其对外界致病因素的主动进攻能力。主要的有如下几个方面。

（一）体质因素

体质因素是指人们个体的遗传特性，营养状况等。一个人的体质强弱，虽然与先天条件（指遗传特性及在母体内的生长发育状况）有一定关系，但更重要的是后天因素，即与劳动、锻炼、饮食、嗜好、婚姻、生育等情况有密切关系。经常参加集体生产劳动，锻炼身体，合理的饮食，实行晚婚和计划生育等，这样就能增强体质成为身体强健，精力充沛的人。

某些特异性体质的人，可能与遗传因素，免疫因素有关。外界环境中某些因素对大多数人并不引起任何疾病或不良反应，但对具有特异性体质的人，则可引起异常反应。例如在使用青霉素治疗疾病时，大多数人没有不良反应，但对青霉素过敏的人，可发生皮肤搔痒、皮疹，严重者出现休克，如不及时抢

救，可危及生命。又如某些人吃了鱼虾，接触了花粉，皮毛，油漆以及某些病原微生物及其产物的侵袭后，可引起疾病，如荨麻疹、皮炎、风湿热、肾炎等，在临床上称为变态反应或过敏性疾病。

（二）人体的屏障功能

屏障功能是指人体某些结构能抵御外界有害刺激物（如微生物、毒素等）的功能。它与人体体质有密切关系。如完整的皮肤、粘膜，可有效的防止许多外来致病因素的侵袭。人体内的脾、淋巴结、肝以及血中的白细胞等，可以消除某些侵入体内的致病因素。若人体的屏障功能不够完善，则防御致病因素的机能就会降低。

（三）神经系统的机能状态

神经系统特别是大脑皮层的机能，并由它所产生的精神意识活动，对疾病的发生和发展起着十分重要的作用。例如，在疾病发展过程中，病人精神紧张、情绪不安，往往可使病情继续发展；相反，病情虽然严重，但病人能用毛泽东思想武装自己，以革命乐观主义态度对待疾病，发挥人的主观能动性，树立战胜疾病的坚强信心，那么人体抵抗疾病的能力就大大加强。许多英雄人物以高度的政治觉悟和坚强的革命意志，积极配合治疗而战胜危重疾病的事例，生动地说明了精神因素对战胜疾病的作用极为重要。

祖国医学关于病因的理论有许多记载，如“正气存内，邪

不可干”“邪之所凑，其气必虚”。疾病的外因有风、寒、暑、湿、燥、火“六淫”；内因有喜、怒、忧、思、悲、恐、惊“七情”，均可成为致病因素。这里所说的正气，就是人体的防御功能和抗病能力，邪气表示致病因素，疾病就是人体内部的“邪正之争”。

应当指出，疾病的发生除与上述因素有着密切的关系外，还必须看到社会因素对疾病发生的重要影响。解放前，广大劳动人民受着三座大山的压迫和剥削，劳动十分繁重，生活条件恶劣，贫病交加，到处都是一片“**千村薜荔人遗矢，万户蒿疏鬼唱歌**”的悲惨景象。解放后，在毛主席和中国共产党的英明领导下，工作生活条件不断改善，尤其是无产阶级文化大革命后，贯彻执行了毛主席的革命卫生路线，改变了农村缺医少药的面貌，疾病的发生率大大下降了。许多严重危害人民健康的传染病基本上得到控制或消灭，出现了“**到处莺歌燕舞**”的一派兴旺气象。

第二节　疾病诊断的方法

人得了病，就会有异常感觉和身体上的变化。疾病诊断的方法，就是对病情进行调查研究，掌握基本病情。调查研究的方法有问诊、体格检查和其它检查(化验、放射线等)。收集这些材料后，经过“**去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫**”，从中找出规律性的东西来，作出正确的诊断。

一、问　诊

是诊断疾病的主要方法之一。问诊时，先向病人提出："您哪里不舒服？"然后耐心听取病人讲述。在询问病史（即问诊）过程中，我们应该遵照伟大领袖毛主席关于**"对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱"**的教导来引导和启发病人如实地、详尽地把病情反映出来。如果病情危重，应该简单扼要地询问病史，一边抢救，待病情稳定后，再详细询问。对神志不清、精神异常或儿童，可由家属或其它熟悉病情的人代述。问诊的内容如下

1.一般项目：包括姓名，性别，年龄等。

2.主诉：病人就诊的主要症状（体征）及持续时间。如"腹痛、腹泻一天。""右上腹肿块一年。"描写词句要简明，确切，一目了然。

3.现病史：是了解本病发生、发展的经过和诊断治疗情况，是诊断疾病的主要依据。询问内容。

（1）起病日期，发病原因及诱因。

（2）缓起，急起或慢起。

（3）主要症状发生的时间，部位、性质、程度、经过、加重或减轻的因素以及伴随的症状等。

（4）起病后检查治疗经过。并说明时间，服用的药物名称、用量及效果等。

（5）病后劳动力、饮食、睡眠、体重、大小便的改变情况。

4.过去史：询问过去健康情况和与现在疾病有关的病史。

5.个人史：有无烟酒嗜好，农药等毒物接触史，曾到过那些地方(尤应注意地方病和流行病区)，婚姻情况；女病人要询问月经及生育情况；婴幼儿还应询问出生、喂养及生长发育史。

6.家族史：家庭成员的健康情况，家族中有无类似疾病，特别应注意有无精神病、结核及其它传染病等病史。

二、体格检查

毛主席教导我们："**无数客观外界的现象通过人的眼、耳、鼻、舌、身这五个官能反映到自己的头脑中来，开始是感性认识。这种感性认识的材料积累多了，就会产生一个飞跃，变成了理性认识，这就是思想。这是一个认识过程。**"

体格检查就是通过感觉器官及借助于一些简便器械（如听诊器、血压计等）对病人进行检查，将检查所得的资料结合病史进行分析，辨证，得出正确诊断。这是简便易行，而且有效的诊断方法，我们必须熟练掌握。

体格检查方法包括望诊、触诊、叩诊、听诊。

(1) 望诊：望诊是观察病人的意识状况，表情、步态、体位、发育、营养、皮肤粘膜颜色、疹子等。

(2) 触诊：触诊是用手触摸病人的某一部位，来判断某些组织器和肿块的特征。如位置、大小、边界、形态、硬度、波动、移动性、温度、触痛、抵抗感、搏动等。

(3) 叩诊：叩诊是用手指叩击病人身体某个部位，根据声音的性质进行分析判断的方法。

常用方法是指指叩诊法。检查者将左手中指紧贴在被叩诊的部位(图12—2)，其余手指不与体表接触，用右手中指垂直叩打左手中指第二指节，应以腕关节及掌指关节的运动迅速而富有弹性地叩打，仔细听取其产生的声音。

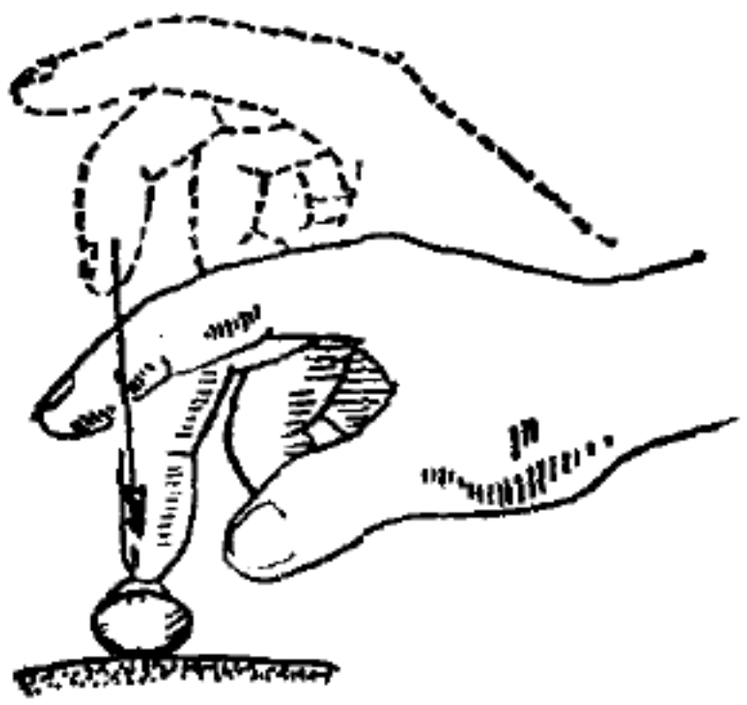


图12—2　指指叩诊法

(4) 听诊：听诊是用耳或借助听诊器来听取体内器官活动时所产生的声音。

体格检查的具体内容见各有关章节。

第十三章　感　　染

致病微生物侵入人体，生长繁殖，在局部或全身引起炎症反应，称感染，分化脓性感染及特异性感染两类。

第一节　化脓性感染概述

病　因

常见的化脓菌有金黄色葡萄球菌，链球菌，大肠杆菌，肺炎双球菌，脑膜炎双球菌等。一般经破损的皮肤或粘膜侵入体。各种管腔如阑尾，胆道，输尿管的狭窄或阻塞，也有利于感染的发生及发展。

“外因通过内因而起作用。”当人体抵抗力较细菌的致病力强时，感染可不发生，即使发生也较轻微，易被控制。相反则感染可急性发作，或易由局部扩散到全身，使病情严重；当抵抗力与致病力相当而持久斗争时，则感染表现为慢性经过。

病　理

在入侵化脓菌的毒素不断损害下，局部组织开始发生充血、渗出和坏死等炎症变化。三者同时出现，且互相影响。

（1）充血：当化脓菌的毒素和组织分解产物作用于局部组

织时，小动脉和毛细血管扩张，血流量增加，此时炎症局部呈鲜红，温度升高。随后，由于代谢障碍及酸性物质的堆积，使小静脉扩张，血流减慢，形成静脉淤血，此时炎症局部呈暗红或紫红色，温度逐渐下降。

（2）渗出：由于炎症区静脉及毛细血管瘀血，血流变慢，小血管内压力增高，同时在炎症发展过程中，有较多代谢产物产生，它们作用于血管壁，使血管壁通透性增加，以致血管内原来不能透过血管壁的液体成份和细胞成份相继透过血管壁进入到组织间隙，这个过程称为渗出。渗出液体中含有白蛋白、球蛋白、纤维蛋白等，能稀释中和和消除毒素。渗出的细胞成份主要有嗜中性白细胞、大单核细胞、淋巴细胞、浆细胞等。它们遍布于感染区，称为细胞浸润，构成人体防御机能的重要部分。中性白细胞和大单核细胞能吞噬病原菌，浆细胞和淋巴细胞能形成球蛋白，产生抗体和酶。

（3）组织变性坏死：大量血浆渗出，引起了周围组织水肿和局部血管内血液浓缩，阻力增加，血流缓慢，造成感染区组织血液供应的极端不良，在病原菌的毒素作用下，导致组织变性坏死。由于细菌和死亡的白细胞能释出溶蛋白酶，使坏死组织溶解，再加上脓细胞(死亡的白细胞)，渗出液，死菌等共同形成脓液。

感染过程的演变：①痊愈。是炎症最多见的结局。当炎症较轻，组织破坏少，则渗出物可完全吸收，不留任何痕迹；②形成脓肿。经治疗或穿破后消散；③迁延为慢性感染，往往有大量的纤维组织增生；④感染经血管、淋巴蔓延，引起菌血症、

败血症、脓毒血症。

临床表现

急性化脓性感染主要的特点是起病急，病程短，未成脓易消散，已成脓易破溃，引流后易愈合，但也容易扩散。

(1) 局部表现： 典型的化脓性病变，局部有红、肿、痛、热，机能障碍等表现。

红 是局部小血管扩张充血；

肿 是充血、渗出与组织增生；

热 是因为充血和局部组织分解代谢增强的结果；

痛 是由于肿胀压迫和分解代谢的产物刺激神经末梢所引起。

机能障碍 是炎症影响到器官和组织的功能，以及疼痛引起的保护性反射。

内脏器官的炎症，红肿现象在体表不能看到，而以疼痛、发热和机能障碍表现出来。

(2) 全身表现： 人体是完整的统一体，感染时，除局部变化外，也引起全身反应，一般地说，局部病变越剧烈，全身症状愈明显，其主要表现是发热和血中白细胞增多。

治 疗

(1) 全身治疗： 包括提高人体的抵抗力，控制感染，保护脏器，促进毒素排泄，对症处理等。

1.提高人体抵抗力：严重感染病人应卧床休息。给易消化

的食物，补充多种维生素，特别是维生素C。注意保持水、电解质平衡。

2.抗菌药物的应用：可根据临床特点选用磺胺或抗菌素等。

3.中草药治疗：是根据炎症发展过程，而采取消、托、补三大法。初期尚未成脓宜用消法，使炎症消散吸收；方用五味消毒饮或消疮饮加半边莲、穿心莲等。中期脓成不溃或脓出不畅宜用托法，使之托毒外出；方用透脓散。后期促使疮口早日愈合，宜用补法以助正气；方用八珍汤，十全大补汤等。

4.对症处理：高热可用物理降温（如冷水酒精擦浴等）或以药物退热。为了减轻病人的不适和疼痛，可酌情给予镇静止痛剂。便秘时给通利大便药。

（2）局部治疗：

1.草药外敷：草药药源丰富，使用方便，花钱少，疗效好。

常用的清热解毒消肿的草药如木芙蓉花叶，蒲公英、犁头草、酢浆草、了哥王、当药、青鱼胆草、七星苔、白毛藤等，每次随选1—3味鲜品捣烂外敷；也可用七叶一枝花，山苦瓜醋（酒）磨，一日多次外搽。（注意：敷药时要先选一张新鲜宽大叶子盖在草药外面，然后再用纱布包扎。）

2.减少活动并抬高患部，可改善局部血液循环，减轻局部肿胀和疼痛。

3.热敷：感染早期可促使炎症消散，后期则促进化脓和局限。

4.切开引流：急性感染已成脓肿应及时切开引流，脓肿虽已溃破，但引流不畅者，也需扩大引流，可防止感染扩散，减少组织坏死或败血症、脓毒血症等并发症的发生。切开引流需注意以下各点

麻醉：浅部脓肿可不行麻醉，深部脓肿选用针麻或局部麻醉。

切口：应有利于引流脓液，一般在脓肿的最低部位，顺皮纹方向切开，切口必须够大，关节附近多作横切口。深部脓肿切开应先定位穿刺，抽出脓液后留置针头，沿针头切开深肌膜，用弯止血钳撑破脓腔，然后手指伸入，探测脓肿大小，并分离全部间隔，以免脓液残留。

引流：常用的引流物有凡士林纱布，橡皮条和橡皮管，可根据脓腔大少和深浅选用。除脓腔内出血较多需填塞止血外，一般不宜塞入过多的引流条，以致引流不畅，甚至造成感染扩散。

伤口处理：术后复盖多层敷料以吸收脓液，并保护伤口和周围的皮肤。敷料如被浸透，应随时更换。

第二节　浅表软组织急性化脓性感染

疖　痈

疖是金葡菌侵入皮肤单个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染。好发于头、面、颈、肩、背及臀部。多个疖同时或反

复出现称为疖病。

发生在面部的疖，中医叫做“疔疮”。因为面部有丰富的淋巴管和血管网，且和颅内血管相连，鼻区及上唇疖可引起颅内感染，此时病人即可出现眼部红肿、眼角压痛，眼球突出，并有头痛、寒战、高热、甚至昏迷，死亡率较高。因此面部疖切忌挤压，以免发生颅内并发症。

预　防

注意个人卫生，勤洗澡，勤理发，提高皮肤抵抗力。夏天可采用银花三钱，菊花三钱，甘草五分作清凉饮料，是防治暑疖的简便方法。

治　疗

在硬结阶段，局部可涂2.5%碘酒，每天2～3次，婴幼儿忌用；也可用天仙子加少量温水调成糊状或芙蓉花叶，田边菊，鲜马齿苋各适量，捣烂敷患处，如脓头较小，可用消毒过的镊子将脓头取出，有较多脓液形成时，可用拔火罐或切开引流。

痈

痈是金黄色葡萄球菌侵入相邻的多个毛囊和皮脂腺的急性化脓性感染，也可以是多数疖触合而成，好发于皮肤较厚的颈后及背部。感染沿毛囊脂肪柱向深部蜂窝组织和四周蔓延，侵犯邻近脂肪柱，形成多个脓头(图13—1)。



图13—1　痈

预　防

痈的预防大致和疖相同。

治　疗

1.全身治疗

（1）抗感染：痈较疖严重，必须及早控制感染的发展，可选用抗菌素或磺胺类药物。

2.辨证施治

实证：局部红肿高起，化脓脱腐迅速；全身高热、口渴、便秘、尿赤、脉数有力。治宜清热解毒，活血祛瘀。方用清疮饮或蒲公英、野菊花、大青叶、马齿苋、犁头草、白毛藤，任选数味，每味鲜用1两，干用5钱，水煎服，每日一剂。

虚证：皮色暗红，肿胀平塌散漫，脓液稀少，多为血性分泌，疼痛较轻；全身发热、精神不振、面色苍白、脉数无力、苔白腻、舌质淡红。多见于体弱或糖尿病、贫血患者。治宜养阴生津、清热托毒。药用棉花根、奶参、矮地茶各5钱，鸡血藤1两，生地1两，水煎服；气血两虚、久不收口，加黄芪4

钱，党参 3 钱。

2.局部治疗

1.早期可用鲜芙蓉花叶、了哥王叶、号桐梗叶等捣烂外敷。

2.病变范围较大，引流不畅，全身症状较重者应切开引流。在针麻或局部麻醉下作“十”或“廿”字形切开，深达痈的基部，将皮下腐烂组织全部清除，填塞纱布条止血，然后逐日换药，皮肤坏死较多者，待肉芽生长良好再行植皮术。

急性蜂窝组织炎

蜂窝组织炎是皮下或深部疏松结缔组织的急性弥漫性化脓性炎症。可因皮肤擦伤或软组织损伤后，链球菌及葡萄球菌侵入而引起，也可由局部化脓性病灶的扩散或淋巴管、血流的传播而来。本病应与丹毒鉴别。

蜂窝组织炎与丹毒鉴别表

	蜂窝组织炎	丹毒
侵犯组织	皮下组织	皮内网状淋巴管
病原菌	葡萄球菌，链球菌	丹毒链球菌
常发部位	四肢，颈部	小腿，颜面部
局部表现	肤色暗红，肿胀较重，边界不清	鲜红，中心色较淡，褐色，边缘稍隆起，边界清楚
疼　痛	持续性痛，时有跳痛	灼热感和疼痛，下肢痛轻，面部稍重
化　脓	常　见	一般不化脓
复发史	无	往往反复发作

预防

注意皮肤清洁，及时治疗各种皮肤破损和伤口，防止感染。

治疗

与一般化脓性炎症相同。蜂窝组织炎治疗及时，可以局限形成脓肿、或炎症吸收消散，预后良好。若治疗不及时，或细菌毒力强，患者抵抗力减弱时，则病情可迅速恶化，而发生败血症或脓毒血症。

急性淋巴管炎、淋巴结炎

多继发于其他急性化脓性感染，少数病人的原发病灶轻微或无症状。主要致病菌是金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌，自原发病灶的淋巴间隙进入淋巴管，引起淋巴管炎；再经淋巴管进入淋巴结，引起淋巴结炎，淋巴管及淋巴结周围组织也可受累。

淋巴液分区汇集于相应的淋巴结；手部感染可发生手及臂淋巴管炎和腋窝淋巴结炎；扁桃体炎；龋齿，头颈部感染可引起颈部淋巴结炎；下肢感染可发生腹股沟淋巴结炎。

临床表现

浅层淋巴管炎时，皮肤表面可看到一条或多条“红线”，自原发病灶向淋巴结延伸。部分“红线”触之有硬索条感，并有触痛，祖国医学称“红丝疔”。深层淋巴管炎看不到“红线”，但整个肢体肿胀疼痛，且可同时合并静脉炎。

淋巴结炎时淋巴结单个或多个增大，有压痛，若感染继续发展，则发生淋巴结周围组织炎，甚至形成脓肿或穿破流脓，患者有不同程度的全身症状和白细胞增高。

治疗

局部治疗同化脓性炎症。内治宜清热解毒，用黄莲解毒汤加减，亦可选用磺胺药或青、链霉素或四环素等。

第三节　全身急性化脓性感染

祖国医学称“疔疮走黄”、“疮毒内陷”。临床上可分为毒血症、败血症、脓毒血症三种类型：

（一）毒血症

细菌毒素和人体坏死组织的分解产物大量进入血流所引起的全身中毒反应称为毒血症。急性化脓感染病人多伴有毒血症，系感染蔓延或引流不畅所致。

临床表现为高热、头痛、全身不适、食欲减退、脉快、便秘、白细胞总数及嗜中性粒细胞数增高，早期出现贫血。

（二）败血症

致病菌侵入血流，并在血液中迅速繁殖，所引起的全身反应称为败血症。常见的致病菌有链球菌、金葡菌、大肠杆菌、绿脓杆菌等。多发生于严重损伤或感染后，有时由于病原菌毒

力极大，在病人抵抗力下降时，可通过微小的伤口侵入血流，短期内形成严重的败血症。

临床表现比毒血症重。以突然寒战，高热开始，体温可达40℃以上，多呈稽留热型；伴有出汗、头痛、恶心、腹胀等中毒症状，可有皮肤和粘膜出血斑点和肝、脾肿大。血培养有致病菌生长。病情迅速恶化，则患者神智淡漠或烦躁不安，甚至谵妄、昏迷，体温及白细胞可低于正常，脉搏极快，呈现中毒性休克状态。

（三）脓毒血症

细菌栓子进入血流，并在身体其他部位形成转移性脓肿，称为脓毒血症。常见的致病菌为金黄色葡萄球菌。脓毒血症多继发于急性骨髓炎、化脓性血栓性静脉炎和心内膜炎，以及疖、痈等。

脓毒血症亦以寒战高热开始，但与败血症不同，患者一天之内体温波动很大，上下在3～4℃之间，呈弛张热型。这是因为细菌栓子间歇地进入血流所致。转移性脓肿是脓毒血症的重要特点，可以发生在身体任何部位，以皮下及肌肉深层较多见，常多个或先后出现。少数病人很快死于全身脏器粟粒样脓肿；但多数呈亚急性经过。长期消耗可致贫血和营养不良性水肿，病人极度衰弱。

预防

（一）疖痈疮疡，尤其是颜面部的疖、疔、痈、切忌过早切

开和挤压。

（二）局部感染及创伤，应及时治疗，防止感染扩散。

（三）对原感染病灶，如急性扁桃体炎、中耳炎等应予重视，彻底治疗。

治　疗

（一）积极抗感染和处理感染病灶。可选用抗菌素和强有力的清热解毒中草药内服、外敷。

（二）维持水，电解质平衡，纠正酸中毒，必要时输血。

（三）对症处理：高热可用物理降温或用药物退热。

第四节　厌氧菌感染

破　伤　风

为破伤风杆菌侵入伤口后引起的特异性感染。战时平时均较多见。

病因病理

破伤风杆菌是有芽胞的厌氧菌，广泛存在于泥土，尘埃和人畜的粪便中，生命力很强，一般化学药品不易杀灭；从伤口侵入人体后，当伤员免疫力较低，创口又深、组织破坏严重、有混合感染时，破伤风杆菌大量生长繁殖，产生以痉挛毒素为主的外毒素。作用于脊髓前角细胞和骨骼肌运动神经末梢，引

起全身或局部骨骼肌的强直性痉挛和阵发性抽搐。

临床表现

多于伤后 6 ～10天发病，但潜伏期也有短为24小时，长达数周、数月者。潜伏期愈短病情愈重。破伤风的典型临床表现有

（1）抽搐：其特点是由上而下的骨骼肌痉挛，最初为颊颈等处酸痛不适，张口困难，进而牙关紧闭，“苦笑”面容；接着颈项强直，角弓反张（图13—2）；随后全身肌肉出现阵发性抽搐和强直性痉挛。强光、响声和风都可以引起痉挛发作。一般阵发性抽搐越密，持续时间越长，就越危险。呼吸肌痉挛可使病人窒息而突然死亡。

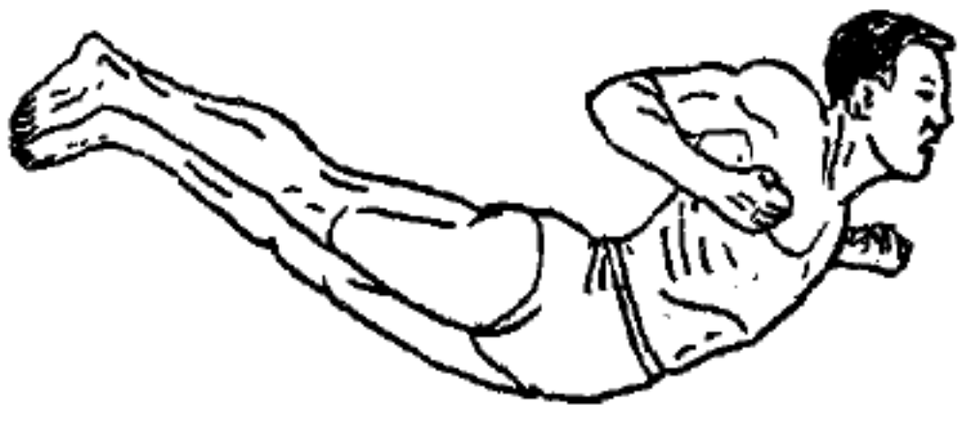


图13—2　角弓反张

（2）大量出汗：由于肌肉抽搐，体内产热增多所致。

（3）体温：低热（38℃左右），若体温突然增高，常示合并肺炎，预后不良。

（4）神志清楚。

诊断和鉴别诊断

诊断破伤风主要根据典型的抽搐和外伤史。破伤风有时需与下颌关节炎、脑膜炎、癔病相鉴别。

下颌关节炎亦有张口困难，但病程长、局部肿胀、有压痛；无外伤史、不抽搐。

脑膜炎虽有颈项强直、角弓反张，但有高热，头痛、呕吐、嗜睡或昏迷等。

癔病由于其表现多样性可与破伤风相似，但无张口困难，无外伤史；抽搐发作与光、声、风、痛等刺激无关；常因情绪波动时诱发。

预　防

(1) 加强卫生宣传工作，做好劳动保护，推广新法接生。

(2) 对开放性损伤应早期彻底清创。用1/5000高锰酸钾溶液或3％双氧水冲洗伤口。若损伤超过8小时，污染又严重的伤口可暂不缝合。

(3) 免疫注射：损伤较重的病人，应及早肌注破伤风抗毒血清（T、A、T）1500单位，注射前先做过敏试验，如有过敏反应，需行脱敏注射。自动免疫多用于部队，通过皮下注射破伤风类毒素，使身体产生抗体，免疫作用虽慢，但维持时间较长。

治　疗

本病危重多变，治疗复杂，应及时转院或争取有经验的医护人员协助治疗。

破伤风应采用综合治疗，主要是：控制痉挛，中和毒素，维持营养，保持呼吸道通畅，预防并发症发生。

（1）**加强护理**：患者应隔离于光线较暗而安静的小房子里。需专人护理，清除上呼吸道分泌物，保持口腔清洁，预防肺炎和褥疮的发生。患者用过的器械应在2％来苏溶液中浸泡二小时以上，然后用高压蒸气消毒；伤口换下的敷料应烧毁。床旁应置气管切开包和硫喷妥钠。

（2）**控制痉挛**：这是治疗的关键。根据患者的痉挛程度，选用、轮用或合用下述镇静止痉药。

1.10％水合氯醛10～20毫升口服；或20～40毫升保留灌肠。

2.苯巴比妥钠0.1～0.2克肌注，每隔4～6小时一次。

3.冬眠1号（杜冷丁100毫克，异丙嗪50毫克，氯丙嗪50毫克），1个剂量加入等渗盐水或糖水中静脉滴注；亦可分作2～3次肌注，24小时内最好不超过二个剂量。

4.25％硫酸镁肌注或静注。

5.2％硫喷妥钠0.5克静脉注射。在患者抽搐极严重或喉痉挛发作时抢救使用。一旦病人抽搐控制，呼吸好转，即可停用。

（3）**中和毒素**：破伤风抗毒血清愈早使用效果愈好。首次剂量可肌注5万单位，同时用5万单位加入5％葡萄糖溶液1000毫升中静脉滴注。以后每日用1万～5万单位维持量，直

至症状控制为止。一般用药5～7天。

（4）**水分和营养的补充**：破伤风病人因饮食困难、大量出汗、肌肉痉挛、消耗很大，易产生脱水、酸中毒和衰竭。所以，支持疗法非常重要。轻型患者，可在不抽痉的间歇期给予流质或半流质饮食；严重患者，可用细软胃管进行鼻饲，插管时应动作轻柔，给予足量的镇静止痉剂，否则会加重抽搐，甚至致死。进食量不足者，应静脉输入葡萄糖液和生理盐水。

（5）**保持呼吸道通畅**：窒息、肺部感染、衰竭是破伤风死亡的三大原因。抽搐时间长而有发绀现象、喉痉挛、分泌物多且粘稠不易排出以及肺部感染严重者，均应及早作气管切开。手术后注意清除分泌物，保持导管通畅。

（6）**控制感染**：用抗菌素控制感染，预防肺炎和败血症的发生。青霉素对破伤风杆菌有抑制作用，故应首选其长效制剂。

（7）**清创**：破伤风发作后，不宜进行彻底清创，否则促进毒素吸收。原则上应在止痉的保护下，除去异物和坏死组织，敞开伤口，以1/5000高锰酸钾或3％双氧水湿敷。伤口周围用T、A、T 1万单位封闭。

（8）**中医治疗**：中医认为破伤风系由皮肉破损，外风袭入经络，渐转入里所致。治宜驱风镇痉，用五虎追风散加减。

（9）**草药单方**：红梗蓖麻根半斤至1斤（干用4两），加水1500毫升，煎至150～200毫升，分次内服，每日1剂。

气 性 坏 疽

气性坏疽是多种厌氧腐败杆菌自伤口侵入体内造成感染，

其特点为局部迅速肿胀，大块组织坏死，全身毒血症。是战伤最严重的并发症之一，如不及时处理，常使伤员丧失肢体，甚至危及生命。

病　因

致病菌主要为产气荚膜杆菌，其次是恶性水肿杆菌，腐败弧形杆菌，溶组织杆菌等；它们的芽胞抵抗力强，大量存在于泥土和人的粪便中。如有失血、休克、饥饿，寒冷等因素，特别是伤处深层肌肉有大块损坏，供血不足，引流不畅，又混杂化脓菌感染，则较易发病。

气性坏疽杆菌在肌肉组织中繁殖，产生的多种外毒素中含有各种酶：如溶淀粉酶使肌醣酵解产生水和二氧化碳，使组织水肿，积气而膨胀；溶蛋白酶使组织腐败，液化生成硫化氢，与铁结合呈黑色，有臭蛋味；溶血毒素使血细胞溶解，发生贫血，血红蛋白尿，黄疸；有些毒素可以直接侵犯心、肝、肾，引起脏器机能改变，严重的毒血症常导致休克。

临床表现

潜伏期由数小时到数天不等，一般 1 ～ 4 天。

(1) 伤口突发“胀裂样”剧痛。

(2) 体温急剧升高至40～41℃，不久则因反应低下而降低。

(3) 中毒现象严重，迅速发生休克。

(4) 患肢高度肿胀，伤口皮缘，皮下，肌肉广泛发黑坏死，有恶臭的含气血性液体流出。伤口周围手压有捻发音，并有气泡挤出。

(5) 伤口分泌物抹片镜检，常可找到致病菌。

若感染仅在皮下组织，未侵犯肌层者，称为“气性蜂窝组织炎”，其病情较轻，预后较佳。

预　防

彻底清创是最好的预防方法。对肌肉广泛损伤和污染严重，疑有气性坏疽的伤口，手术时要充分切开，切除一切失去活力的组织，清除所有异物及血块。以双氧水或高锰酸钾液冲洗，伤口敞开不缝，以利引流，并继续用双氧水等湿敷。

治　疗

诊断明确后要严格隔离，紧急折除缝线，敞开伤口，用大量1/5000高锰酸钾冲洗伤口，切除一切无活力组织，伤口不缝，可用3％双氧水或1/5000高锰酸钾溶液湿敷，术中注意防治休克，并给予大量青霉素治疗。也可用银花、白茅根、羊蹄草各1两，破铜钱、白花蛇舌草各2两，水煎服，每日一剂。创口周围外敷女贞子和半枝莲。病情危重者应及时转院治疗。

第十四章　损　　伤

第一节　损伤概述

各种有害刺激作用于人体，引起组织破坏，临床上统称损伤。

分　类

损伤按原因，可分为机械性、物理性、化学性、生物性四大类。习惯上损伤多指机械伤，又可分为闭合伤，开放伤两种。

1.闭合性损伤　受伤部位的皮肤或粘膜保持完整，包括挫伤、扭伤、体腔伤、挤压伤。常见的有

1.挫伤：系钝力打击软组织的损伤。表现为伤部肿胀，皮肤青紫，皮下瘀血、局部压痛等；严重者可有肌纤维破裂及深部血肿。

2.扭伤：关节附近的韧带组织，受到过度外力扭曲，引起韧带部分撕破或断裂。表现为关节周围肿胀，皮下出血及活动障碍。

2.开放性损伤　受伤部位皮肤或粘膜的完整受到破坏，深部与外界直接相通，易被细菌污染。常见的有：

1.擦伤：皮肤浅层损伤，伤面有擦痕和小出血点。

2.裂伤：钝力打击时皮肤及深层组织裂开，伤口边缘不整

齐。

3.割伤：为锐器切割所致，创缘较整齐，常为直线状。深浅不等，可达内脏、血管、神经等重要组织。

4.火器伤：由弹片、子弹等造成，致伤物可留在体内。只有进口的称盲管伤，另有出口的称贯通伤。

5.咬伤：除了牙齿的机械伤外，还有中毒和感染等因素，如狂犬、毒蛇咬伤。

损伤的愈合

愈合是受损组织的修复过程。表皮、粘膜、浆膜及骨的修复能形成与原来相同的组织；其他均依靠结缔组织及血管增生，最后以疤痕来修复。

（1）**损伤愈合的类型**：依伤口大小，组织破坏情况，有无感染可分为以下三种

1.浅表创伤：如皮肤擦伤，只伤及表皮层，一、二天内表皮修复，完全愈合，不留疤痕。

2.一期愈合：见于组织破坏少，边缘整齐，缝合严密，无感染的伤口。5～7天愈合后只留下一条线状疤痕，很少引起功能障碍。

3.二期愈合：见于边缘不整齐，组织破坏多，伴有感染，异物的伤口。由于伤口无法直接对合，只有从创面长出肉芽组织，将伤口填平，表皮复盖修复，这种伤口愈合的时间长，疤痕大，可能引起功能障碍。

（2）**影响愈合的因素**：组织损伤后，机体虽有自行修复的

能力，但也受到各种局部和全身性因素的影响，如损伤部位有血肿、异物、坏死组织，循环障碍、营养不良，特别是感染，都会妨碍损伤的修复。因此，为了促进损伤的修复，应尽可能地彻底清除伤口内血肿，异物和坏死组织，预防及控制感染；正确地做好组织复位和伤缘对合；适当的处理局部和全身“动”和“静”的对立统一关系，增加人体的防御能力和代偿作用；适当注意病人营养，充分发挥病人的主观能动性，以坚强的革命意志和乐观主义精神来对待疾病，以利损伤愈合。

预　防

1.加强劳动保护、安全生产和宣传教育工作。

2.落实防火措施。

3.严格执行交通规则。

4.提高警惕，严防阶级敌人破坏和帝、修、反的突然袭击。

治　疗

治疗原则是抢救病人的生命与最大限度地恢复受伤部位的功能。

1.闭合性损伤的处理　一般以休息止痛为原则。若伤处血肿过大可以穿刺后加压包扎。祖国医学对损伤的认识和治疗具有丰富而独特的经验。

（1）早期：治宜活血散瘀、止痛。

外敷：山栀、菊叶三七、接骨木、八棱麻、连钱草、矮桃草，任选一、二种捣烂外敷，或用双柏散外敷。

内服：仙桃草4钱、骨碎补3钱，水煎对甜酒温服，亦可服活血止痛汤。

(2) 后期：治宜理气活血，舒筋活络。

熏洗热敷：大风艾、络石藤、爬山虎各等量捣烂热敷或煎水熏洗。

内服：舒筋活血汤。

按摩：在患部或痛点用揉搓推捏等手法按摩，并加强主动功能锻炼。

2.开放性伤口的处理

1.处理原则

(1) 抢救生命：有休克、出血、呼吸道阻塞，应首先处理，病情平稳后再清创。

(2) 及早清创：力争在伤后6～8小时内清创，此时细菌一般仅沾污伤面；超过8小时的伤口，如果污染不十分严重，仍可考虑清创。

(3) 预防破伤风（参阅破伤风病）

2.清创术

(1) 损伤部位的清洗和消毒：先将伤口用无菌敷料覆盖，再用肥皂水擦洗周围皮肤，剃去毛发，如为油污，可用汽油或乙醚去除，然后揭去覆盖伤口的敷料，用0.1%新洁尔灭液或生理盐水反复冲洗，擦干后，以碘酒，酒精消毒皮肤，铺盖无菌手术巾。

(2) 扩大切口，显露伤道：将已坏死或不整齐的皮肤边缘切除0.3厘米左右，头面，手部皮肤应尽量少切，修整即可。污

染的皮下组织，尽量切除。然后按皮肤伤口方向切开深肌膜，充分显露伤道。筋膜如有挫伤，应该切除。

（3）切除无生理机能的组织，清除异物：颜色转暗、不出血、不收缩的坏死肌肉，必须切除，但不能误伤神经，血管。术中多用温盐水纱布压迫止血，尽量不结扎，以减少线头留在伤口内。对伤道中的金属、泥沙、布条及组织碎片，应彻底清除。并用盐水反复冲洗至干净为止，再以双氧水洗浸伤口。

（4）新鲜伤口，经满意清创后已成清洁伤口，即可进行缝合。

受伤 8 ～12小时以上的伤口，清创后，一般不缝合，或者极稀地缝几针，拉拢组织，放置橡皮膜于伤口内引流。

3.换药术

换药的目的是观察和处理伤口，清除脓液和坏死组织，减少细菌繁殖和分泌物的刺激，促使伤口早日愈合。

（1）无菌伤口的处理

一般可于术后 5 ～ 7 天拆线；头面部手术4～5天后拆线；张力大的伤口和四肢手术10～15天后拆线；伤口若有感染，则提早拆线，以利引流。

拆线方法（图 14—1）：

打开敷料，酒精消毒，用无菌镊子夹起外露的线结，使皮内缝线露出少许，以剪刀尖将结下露出的皮内缝线剪断拉出。全部缝线拆完后，用酒精棉球

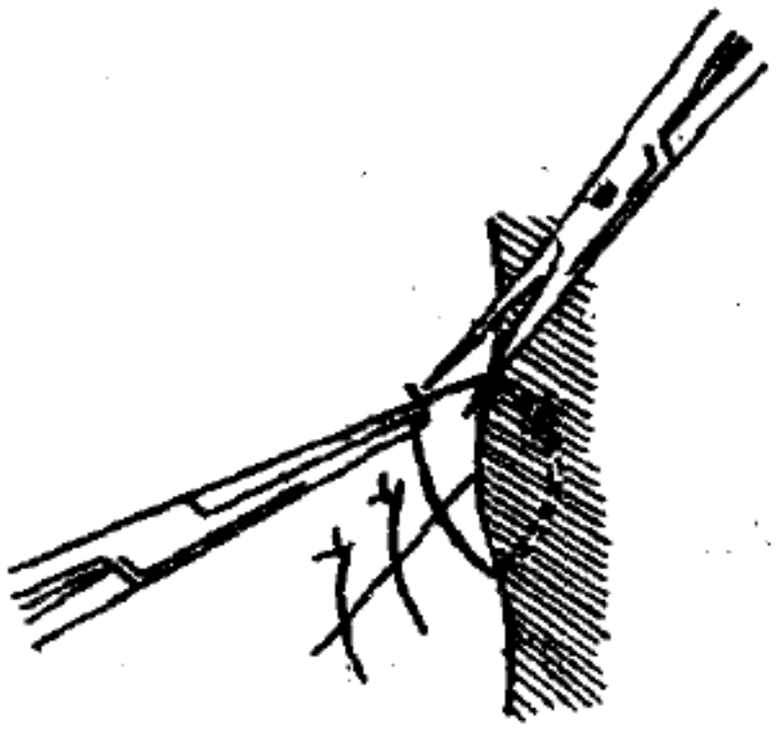


图14—1 折 线

再消毒，盖上无菌纱布，固定好。

（2）感染伤口的换药。

①换药时间：一般1～2日一次；脓液多者，在敷料浸湿后随时更换。

②化脓性伤口：先用酒精棉球消毒周围皮肤，再用生理盐水或桉叶、冬青、茶叶熬水轻轻洗涤伤口，然后以纱布浸上液引流。伤口较深时，可插入无菌导尿管接注射器灌洗，再置引流条至脓腔基底部，引流脓液。

③不同伤口的常用换药液：

脓多而臭的伤口用1:3000高锰酸钾溶液或10％大蒜溶液等。

肉芽水肿的伤口用5～10％高渗盐水或50％硫酸镁溶液湿敷。肉芽过长的伤口，应将过长的肉芽剪除。

第二节　烧　伤

烧伤主要是由火、开水等作用于人体所引起的一种损伤。

在毛泽东思想指引下，通过无产阶级文化大革命，我国广大医务人员努力发掘祖国医学宝库，走中西医结合的道路，开创了许多防治烧伤的新路子，使烧伤面积达99％，其中三度烧伤面积占94％的阶级兄弟得到治愈，创造了世界医学史上的奇迹。

烧伤面积的计算和深度的估计

烧伤的严重程度，主要取决于烧伤的面积与深度。

（一）面积的计算

1.手掌法：伤员五指并拢，一侧手掌面积约为体表面积的1％。

2.新九分法：以“九”为单位，估计身体各部位占全身面积的百分比，适用于大面积的烧伤（图14—2）。

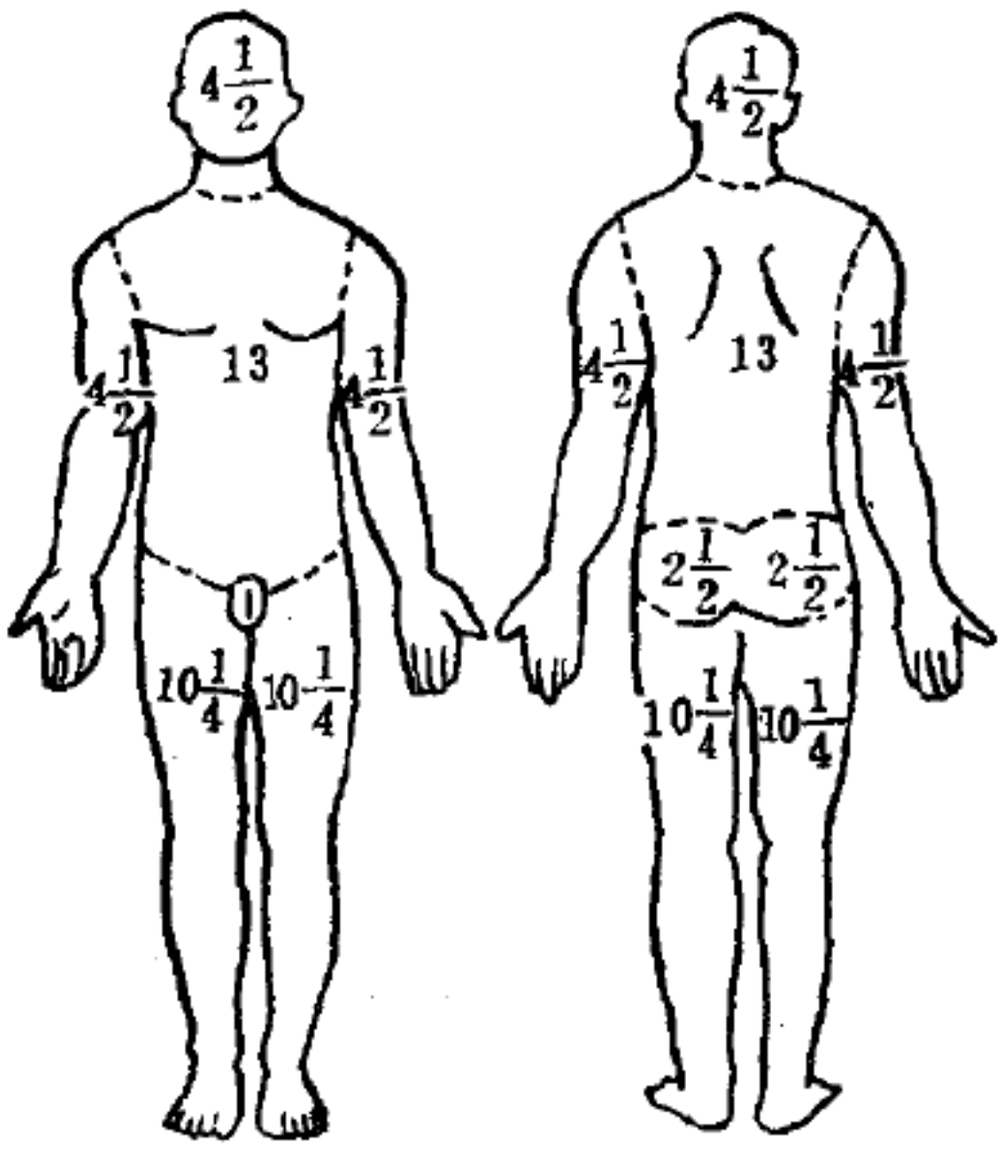


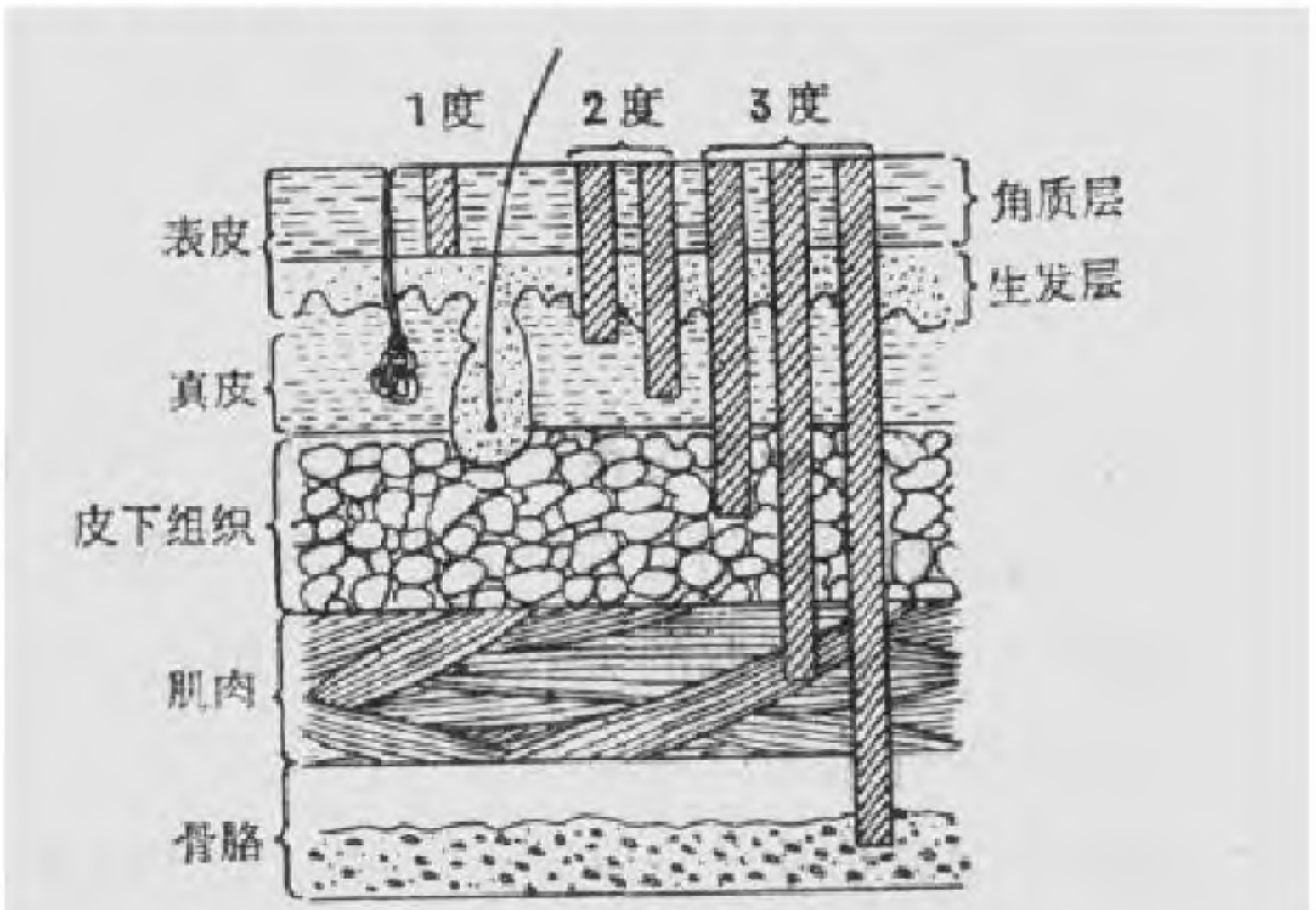
图14—2　烧伤面积新九分法

烧伤面积新九分法计算表

部　位	面　积
头颈部	9％（1×9）
双上肢	18％（2×9）
躯　干	27％（3×9）
双下肢臀部	46％（5×9＋1）

（二）深度的估计

一般采用三度四分法（图14—3）。



烧伤的深度及其特点

深度分类	损伤深度	临床表现	愈合过程
一度（红斑）	表皮角质层	红斑，干，痛，无疱	3～6天愈，无疤
二度（水疱）	皮肤真皮层	浅二度：水疱大，疱皮薄，基底潮红，痛。 深二度：水疱小，疱皮厚，基底湿润，白中透红，有出血小点，痛觉迟钝，拔毛痛。	浅二度1—2周愈，无疤。 深二度3—4周愈，轻度疤痕。
三度（焦痂）	皮肤全层可包括皮下组织，肌肉，骨骼。	皮革样，失去弹性，蜡白或焦黄，焦炭样，干，痛觉消失，毛易拔，不痛。数日后出现皮下栓塞静脉枝。	2～4周后焦痂脱落，出现肉芽创面，除小面积外，一般需植皮。

（三）全身症状

小面积烧伤无明显全身症状。大面积或深度烧伤可表现不同程度的全身症状，如休克、毒血症、败血症等。如处理不当，可造成死亡。

急救

（一）灭火： 发扬**“一不怕苦，二不怕死”**的革命精神，勇敢抢救伤员和国家财产。伤员衣服着火，切忌奔跑或用手扑火，应该迅速脱掉或用身边可取的大衣、毯子、雨布等复盖灭火；也可泼水或跳入就近水中；或卧地翻滚把火压灭。

（二）强酸、强硷烧伤： 应速脱衣裤用大量水冲洗或浸入水池中。

（三）防窒息： 呼吸道烧伤要防止窒息，紧急时，可用粗针头在环甲膜处刺入或气管切开保持呼吸畅通，然后送救治地点进一步处理。

（四）包伤： 创面必须简单包扎保护，以免再污染或受伤。用急救包，准备好的大块敷料、布单、三角巾或手边较清洁的衣服等包扎，避免弄破水疱。

（五）防休克： 烧伤面积较大应及时给服淡盐水，最好服用烧伤饮料（100毫升水含食盐0.3克，碳酸氢钠0.15克，苯巴比妥0.005克）。及时投用镇痛剂，颅面与呼吸道严重烧伤忌用吗啡或杜冷丁，以免影响呼吸。

治　疗

1.小面积烧伤，应争取6小时内清创。Ⅰ度烧伤，局部清洁后涂上龙胆紫或油膏即可；如局部充血红热、疼痛，可用冷水，冷盐水，食醋等冷湿敷。Ⅱ度烧伤，烧周皮肤清洁消毒后，创面用生理盐水冲洗，除去可见的污染和异物，再用0.1%新洁尔灭消毒。大水疱可用注射器抽出其中液体；剪除已游离的表皮，然后用油纱布复盖创面，外用消毒纱布，棉垫包扎，2～4天换药；会阴或头面部创面保持清洁，不必包扎。Ⅲ度烧伤经清创后焦痂擦碘酒，待其自行分离脱痂，但在手部及关节处焦痂，为了恢复功能，应及时切除，并作大块自体皮肤移植。Ⅱ、Ⅲ度烧伤，还可外用中草药治疗。

2.大面积烧伤，经现场急救后原则上应就近送医院抢救，在转院途中，要密切观察病情，及时处理，特别要积极防治休克。

3.烧伤的中草药治疗

1.外用

（1）大黄（断面有朱砂点的），5斤，陈石灰7斤。先用文火把石灰炒活，再放入大黄，炒至石灰变桃红色、大黄变黑灰色时，筛出石灰，将大黄晾凉，研细备用。

用法：将大黄粉撒在伤面（如有水泡应刺破），如只有红肿，将大黄粉调麻油或桐油外涂。热天暴露患处，冷天注意保温。

（2）地榆、白芨、忍冬藤、虎杖各1斤，加水8000毫升，熬成4000毫升，过滤静置，为第一滤液；药渣再加水5000毫升

熬至2000毫升过滤。混合后浓缩至1500毫升即成糊状，加入适量冰片备用。

（3）桐油树花（落地干净者）4两，生桐油(去渣)1斤。

用法：用桐油浸泡桐油树花，密封，置避风处，二个月后即可使用。每用油适量，涂患处。

2.内治

以清热解毒养阴生津为主。早期热毒内攻，发热口渴，喜冷饮，舌红苔黄，可用五味消毒饮加虎杖、夏枯草、鱼腥草等。中期火毒暂退，津液受损，宜用增液汤加减。晚期体质虚弱，气血双亏，可用当归补血汤加减。

抗休克合剂：五味子、黄芪各5钱，银花1两；红花、鲜生地、酸枣仁、远志、丹皮、鲜石斛、麦冬、山萸肉、赤芍、竹叶、党参、当归、泽泻各3钱。将上述药的十倍量加水煎煮2次，过滤去渣，然后浓缩成1000毫升，待冷放入1%苯甲酸钠防腐备用。烧伤患者首次服60毫升（小儿减半），其后则为30毫升，每日服3～4次，连用3天。

第三节　毒蛇咬伤

毒蛇分布甚广，被咬伤后可危及生命，因此，积极地防治毒蛇咬伤，对“抓革命，促生产，促工作，促战备”，保护劳动人民的健康有重大意义。

诊　断

（1）蛇咬伤史： 毒蛇头多呈三角形，身有彩色花纹，咬伤处有较大的毒蛇牙痕。

（2）临床表现： 根据毒蛇不同有三种类型

1.神经毒（风毒）：局部麻木，伤后二小时内出现全身症状，如头晕、胸闷，视力模糊，严重者可昏迷，抽搐、因呼吸肌麻痹和心力衰竭而死亡。

2.血液毒（火毒）：咬伤处有明显的红肿热痛，并向肢体上端蔓延。不久局部皮肤青紫并起水疱，伤口内有血性液体渗出，严重的可有高热等症状，甚至发生全身广泛性出血，病人很快死亡。

3.混合毒（风火毒）：咬伤后具有上述两种毒素引起的症状。

（3）不能判断是否被毒蛇咬伤者： 应观察24小时，并按毒蛇咬伤处理。

急　救

被毒蛇咬伤后，切忌慌张乱跑，不然会加速毒素的吸收。急救措施如下：

1.早期绑扎：立即就地取材（布带、草藤等），在咬伤上部扎紧，以阻断静脉血回流为度。在清创排毒或服用有效蛇药后三小时可除去结扎带。

2.清创排毒，先用清水冲去伤口内的蛇毒和污物，然后用小刀在毒牙痕处作“十”字切口，边冲洗，边从肢体肿胀近端

缓慢向伤口处挤压，持续10～20分钟，将毒汁挤出。也可用拔罐或用口（口腔粘膜必须无破损）吸毒。清创后外敷有效的蛇药或以1/5000高锰酸钾液体冷敷。患肢应取下垂位置，并减少活动。

治　疗

我国民间有丰富的治疗毒蛇咬伤经验。

1.中草药治疗

1.鲜半边莲一把（或加少量盐）捣汁敷患处，同时用1～2两捣汁热酒送服或水煎服。

2.七叶一枝花根（干）1～2钱，研末开水送服，每日2～3次。同时可配等量雄黄用冷水调成药饼敷于伤口周围，每日1～2次，可减轻红肿或疼痛。

此外，八角莲、九头狮子草、山苦瓜、总管皮等，都有治疗毒蛇咬伤的效果。

2.内服南通蛇药片　并将该蛇药压碎用水调成糊剂，敷于距伤口周围约半寸处肿胀的上方。注意伤口内不宜敷任何中草药，以利毒素排出。

3.辩证施治

风毒：宜熄风定惊，清热解毒。可用珍珠母、半边莲各1两，蜈蚣3条，蝉蜕、僵蚕、夏枯草、生甘草、钩藤各3钱，水煎分2次服。

火毒：宜凉血解毒。可用鲜生地、银花各5钱，赤芍、焦山栀、生甘草各3钱，丹皮、黄柏各2钱，黄连1钱，白茅根

1两，水牛角屑3钱，水煎分2次服。

风火毒：宜清热解毒与活血祛风配合使用。

4.胰蛋白酶综合疗法 蛇毒是一种毒性蛋白质，胰蛋白酶能将其分解，使蛇毒失去毒性。据临床观察，疗效确切，方法简便，无不良副作用。

1.毒蛇咬伤早期：单用胰蛋白酶2千～4千单位，加0.5%普鲁卡因4～20毫升，以牙痕为中心作浸润注射，一般1～2次。

2.毒蛇咬伤时间较长，全身症状严重者，可用胰蛋白酶，速尿加氢化考地松联合治疗。

（1）胰蛋白酶：方法、剂量同前。

（2）速尿20～40毫克，肌肉注射，每日1～2次。也可改用其他利尿剂。

（3）氢化考地松400～600毫克，加入10%葡萄糖500毫升，静脉点滴，每日1～2次。

3.病情危重者，应中西结合治疗。

（1）胰蛋白酶、氢化考地松加速尿联合治疗。

（2）解蛇毒注射液首次8～10毫升，以后每4～6小时1次，每次4毫升，肌肉注射。待全身症状减轻后，可改用蛇伤解毒片口服。

第十五章　肿　　瘤

第一节　概　　述

肿瘤是人体某部份组织细胞异常增生而形成的新生物。恶性肿瘤是危害人民健康最严重的疾病之一，因此如何制服肿瘤，是关系到保护广大人民健康的一件大事。

病　因

肿瘤的病因至今还不够清楚，但是，人们在与肿瘤作斗争的过程中，通过大量临床实践和动物实验，已知肿瘤的发生与下列因素有关。

1.病毒可以引起肿瘤的发生，在动物实验已得到证实。人类的某些肿瘤，可能与病毒有关。

2.有人用黄曲霉素诱发了动物的肝癌。因此，黄曲霉素可能是一种致癌物质。

3.过量的射线照射有一定的致癌作用。如长期接触放射线而又不注意防护的，皮肤癌及白血病的发病效率较高。

4.长期接触某些化学物质，可能与肿瘤的发生有一定的关系。

5.某些肿瘤的发生，可能与人体内分泌机能失常有关，如

乳腺癌、前列腺癌等。

6.某些肿瘤的发生与遗传因素和免疫缺损有一定关系。

总的说来，人类最常见的各种恶性肿瘤的病因还没有彻底弄清，有待我们进一步调查研究，为彻底制服肿瘤创造条件。

肿瘤的生长和转移

（1）**生长方式**：肿瘤的生长方式有两种：

1.膨胀性生长：多见于良性肿瘤。就是肿瘤排挤和压迫周围组织，不断长大，在肿瘤与周围组织之间，有完整的包膜。检查时，肿瘤可移动，手术容易切除干净。如纤维瘤、脂肪瘤等。发生于皮肤或粘膜表面的良性瘤，常向表面生长，呈乳头状或息肉状，如皮肤的乳头状瘤等。

2.浸润性生长：是恶性肿瘤的生长方式。肿瘤细胞除压迫、破坏周围组织而长大外，还可以侵入周围组织间隙或某些管道、腔隙中，象树根深入泥土一样，与周围组织无明显分界，往往没有包膜，后期手术不易切除干净。

（2）**肿瘤的转移**：由于恶性肿瘤具有浸润性生长的特点，瘤细胞可侵入血管或淋巴管，随血液或淋巴液流到身体其它部位，并在那里长大，形成一个或多个与原发瘤结构相同的肿瘤，这种播散过程叫做转移。在他处形成的肿瘤叫转移瘤。

肿瘤的分类

根据肿瘤对人体的危害程度，临床上分为良性和恶性肿瘤。恶性肿瘤中常见的有癌和肉瘤两类。

1.良性肿瘤

发展缓慢，呈膨胀性生长，有完整的包膜，分界清楚，不侵入周围组织。可长到巨大体积。不发生转移。一般不影响全身健康，但过于巨大或位于重要部位(如颅内)，也可危及生命。良性肿瘤手术切除后一般不复发。病理检查，细胞分化成熟(瘤细胞与正常细胞相近似)。

2.恶性肿瘤

发展迅速，呈浸润性生长，破坏周围组织结构，其境界往往不清楚。由于生长很快，血液供应不足，因而常发生坏死、溃疡、出血。发展到一定程度时，癌多经淋巴转移；肉瘤多经血转移。晚期严重危害身体健康，出现恶病质，衰竭死亡。应争取早期彻底切除，否则术后易复发。病理检查，细胞分化不成熟(瘤细胞与正常细胞有一定程度差异)。对放射线有不同程度的敏感性。

肿瘤的诊断

早期诊断才能根治。诊断时应注意：

1.病史

1.年龄：癌多发生于40岁以上的人，肉瘤多发生于年轻人。

2.病程：病程长，发展慢者多为良性；病程短而发展迅速的多为恶性。长期无明显发展而在短期内突然增大的肿块，应考虑良性肿瘤恶性变。

3.全身状况：出现进行性消瘦、贫血，食欲不振和低热时，应考虑为恶性肿瘤。

2.体格检查

1.形态： 恶性肿瘤，基底宽大；基底细小者多为良性。癌早期皮肤易破溃；而肉瘤纵然体积很大，亦较少发生皮肤破溃。

2.硬度： 一般癌较硬，肉瘤较软，囊肿有波动感，血管瘤有压缩性。但有些囊肿压力很大时，触诊会觉得很硬；实质性瘤有时可因部份液化或内出血而有波动感。

3.部位： 甲状腺肿瘤随吞咽动作上下移动。甲状舌骨囊肿随伸舌动作上下活动。神经纤维瘤受压时可有触电样或放射性痛。嘱患者闭口屏气挺腹，腹壁的肿瘤则突出明显；腹腔的肿瘤则因腹肌紧张而扪不清。

4.与周围组织的关系：良性肿瘤边缘清楚，恶性肿瘤侵犯皮肤及周围组织。

3.放射线检查： 肺肿瘤、骨肿瘤常须作X线摄片帮助诊断；消化道肿瘤作钡餐；肾肿瘤作造影等。

4.活体组织检查： 通过穿刺抽吸或切取肿瘤组织进行病理切片检查，是确定肿瘤性质的重要方法。

此外细胞涂片检查癌细胞是早期诊断癌肿的重要措施，目前应用较广的是子宫颈分泌物涂片诊断早期子宫颈癌。从尿、痰、胸水及腹水中找癌细胞亦有一定诊断意义。

肿瘤的防治

恶性肿瘤的预防工作必须坚决贯彻毛主席对卫生工作的指示，面向农村，面向基层，深入群众，开展防癌宣传，搞好普查工作，做到早期发现，早期治疗。

良性肿瘤手术切除疗效很好。恶性肿瘤应早期诊断，早期手术，综合治疗，定期随访。

1.中草药治疗，路子宽广，苗头很多。一般采用的抗癌药具有“活血散瘀”，“软坚散结”，“清热解毒”等作用，如七叶一枝花、半枝莲、白花蛇舌草、黄药子、龙葵、白毛藤等。另外，割治、乌梅卤水等许多民间治疗肿瘤的方法也正在进行研究和总结经验中。

2.手术治疗：目前来说，早期根治手术是治疗恶性肿瘤最有效的方法。应力争把肿瘤连同邻近的正常组织和引流区域淋巴结整块彻底切除。

3.放射治疗：放射线能破坏细胞分裂。恶性肿瘤的新陈代谢旺盛，分裂快，更易受放射线破坏，从而达到治疗的目的。常用放射源为深度X线，钴^{60}，镭。

4.化学药物治疗：为辅助疗法。单独使用化学疗法仅限于某些无法手术和照射，且对抗癌药物敏感的全身性肿瘤。化学药物抗癌按其作用分四类

1.细胞毒素类药物：能抑制细胞繁殖。恶性肿瘤细胞繁殖快，受损也较大。

2.抗代谢类：这类药物的结构与细胞新陈代谢过程中某种必要物质相类似，所以它能代替那种“必要物质”，从而中断细胞新陈代谢的某一环节，导致细胞死亡。恶性肿瘤细胞繁殖快，与抗代谢类药物结合多，故生长先受破坏。

3.抗菌素类：干扰肿瘤细胞的新陈代谢，从而抑制肿瘤细胞的生长繁殖。

4.激素类： 作用在于干扰与肿瘤生长有关的内分泌系统。主要用于与性激素有关的恶性肿瘤。也有用切除卵巢治疗乳癌；切除睾丸治疗前列腺癌的。

目前抗癌药物除激素类外，对正常组织均有一定毒性。用药期间白细胞每周应检查1～2次，下降至4000以下，药物反应又重者，必须考虑停药，或采取其它有效措施控制反应，改善病人一般情况。

第二节　常见浅表肿瘤

乳　头　状　瘤

乳头状瘤是由皮肤和粘膜生长的一种良性肿瘤。生长缓慢，但可恶变，常见于外耳道、头面部、阴茎龟头和手部。肿瘤外观呈乳头状，单个或多个存在。患者多无症状，但因生长部位不同，可有特殊的表现，如乳头状瘤阻塞外耳道时，发生听力障碍；龟头处的乳头状瘤，由于包皮内污垢的刺激而有感染等。

治疗方法有手术切除或电烙；或用鸦胆子3～5粒，去壳捣碎敷于瘤上，3～5天后，瘤即脱落，若不脱落，可重复敷药。

皮　脂　腺　囊　肿

皮脂腺囊肿因皮脂腺排泄管闭塞而形成。囊内为分泌的皮脂和脱落的上皮细胞，状如豆渣。好发于头、面、背、臀等皮脂腺丰富部位。边缘清楚，与皮肤紧密粘连，且该处皮肤上常

可看到一个小黑点，即皮脂腺出口的阻塞部位。囊肿与深部组织不粘连，可以推动。

并发感染时，局部有红、肿、痛、热。

皮脂腺囊肿应手术切除。若感染化脓，则先切开引流。

腱鞘囊肿

腱鞘囊肿是附着在腱鞘上的囊性肿物，单房或多房，囊内为胶样液体。多发于足背和腕关节的背侧面，生长缓慢，一般无明显症状。肿块表面光滑，与皮肤无粘连，活动性较大。

一般不必处理，较大者可手术完整切除，以防复发。亦可用抽尽囊内物，然后注入12.5～25毫克的醋酸考的松，加压包扎。

脂肪瘤

多发生在肩部、背部及臀部的皮下脂肪组织中，有一层纤维包囊，单发或多发，生长缓慢，多呈分叶状，柔软，活动，边缘清楚，无压痛，大者可达数拾斤。

脂肪瘤较小而无症状，并不影响功能时，可不治疗。肿瘤较大应行手术，必须连同肿瘤的包膜完整切除，以免复发。

纤维瘤

由纤维结缔组织构成的一种良性肿瘤。见于身体各部。生长缓慢，大小不等，质硬而表面光滑，圆形有包膜，活动度大。很少引起压迫和功能障碍等症状。

纤维组织常与腺体，肌肉或脂肪等组织混合形成肿瘤，如乳房纤维腺瘤，子宫纤维肌瘤，纵膈纤维脂肪瘤等。

有少数纤维瘤，血流丰富质地较软，可发生恶变而成为纤维肉瘤。

治疗应手术摘除。当纤维瘤生长突然加快，发生疼痛时，尤应立即切除。

神 经 纤 维 瘤

神经纤维瘤是从神经纤维或神经膜细胞发生的肿瘤，分单发与多发两种。

单发者多见于四肢屈侧，附着于较大的神经干上，可引起压迫症状，甚至神经瘫痪。多发者称“神经纤维瘤病”，其特点如下：①沿神经干分布生长，串连如念珠状。上肢多在正中神经和尺神经区，下肢多在大腿和小腿后侧；②通常为质地较软的结节，多突出于体表，可达数百个以上；③大小不一，小如碗豆，大如鸡蛋；④局部皮肤有咖啡样色素沉着；⑤瘤生长缓慢，多为良性，少数可恶性变，一般不转移。如体积突然增大，局部出现麻痹或过敏症状，就是恶性变的先兆，应予注意。

神经纤维瘤应予手术摘除。

血 管 瘤

血管瘤是由血管形成的良性肿瘤，多为先天性，主要有毛细血管瘤和海绵状血管瘤两种。

1.毛细血管瘤：由皮内毛细血管扩张而成。多见于头颈部，

呈鲜红或暗红色，压之退色。分界清楚，形状不规则，平坦或稍隆起。随儿童的生长而相应增大，但部分血管瘤于出生后一年内缩小或自行消退。

2.海绵状血管瘤：主要由扩张的静脉所组成，为不规则的隆起，界限不清楚。多见于皮肤或肌肉部位，舌亦可发生。暗红色或浅蓝色，质软，似海绵，可压缩，无博动，有时与深部血管广泛交通。

毛细血管瘤可用放射治疗，小儿患者疗效尚满意；成人患者疗效欠佳，可辅以手术切除。

海绵状血管瘤也可用放射治疗，小儿患者1～2疗程后可见肿块消退。头面部或较小的海绵状血管瘤或手术后将影响局部功能者，可注射硬化剂：常用5%鱼肝油酸钠与2%普鲁卡因溶液各0.5～1毫升(视肿瘤大小而定)，混合直接注入肿块内(应避免注入血管内)；每5～7天一次，6～8次为一疗程；瘤体较大者可分区注射，连续几个疗程。此法简便安全，不少患者疗效满意。较大的海绵状血管瘤应行手术切除。

皮 肤 癌

患者多为老人，好发于头面部。恶性程度较低。常形成癌性溃疡，其特征是边缘隆起，坚硬，呈菜花样外观。下肢慢性溃疡经久不愈者，有可能恶变。

皮肤癌应用手术治疗，即在距肿瘤边缘二厘米以上，将肿瘤连同附近组织整块切除。并根据创面情况，作植皮术。放射治疗适用于头面部早期皮肤癌。

附：体表良性肿瘤切除术

1.麻醉： 用0.5%普鲁卡因溶液作局部浸润麻醉，注射在体表肿瘤周围及其基底部。也可用针麻。

2.手术步骤： 经碘酊，酒精消毒皮肤后，铺上无菌孔巾。在肿瘤上顺皮纹作皮肤切口，约与肿瘤直径等长。如为皮脂腺囊肿，明显隆起与皮肤有粘连者，可作梭形皮肤切口，酌情切除部分皮肤。逐层切开，直至肿瘤的包膜面。然后进行剥离，先剥四周，再分离基底部，尽量保持包膜的完整，将肿瘤整个摘出(图15—1)。彻底止血后，用生理盐水冲洗伤口，逐层间断缝合皮下组织及皮肤，注意不要留下残腔。一般不放置引流，稍加压包扎。术后5～7天拆线。



图15—1 浅表肿瘤切除术

第十六章　呼吸系统疾病

第一节　解剖生理

呼吸系统由上呼吸道(鼻、咽、喉)，气管、支气管、肺、胸膜、胸廓、呼吸肌等组成。(图16--1)它们在神经系统调节

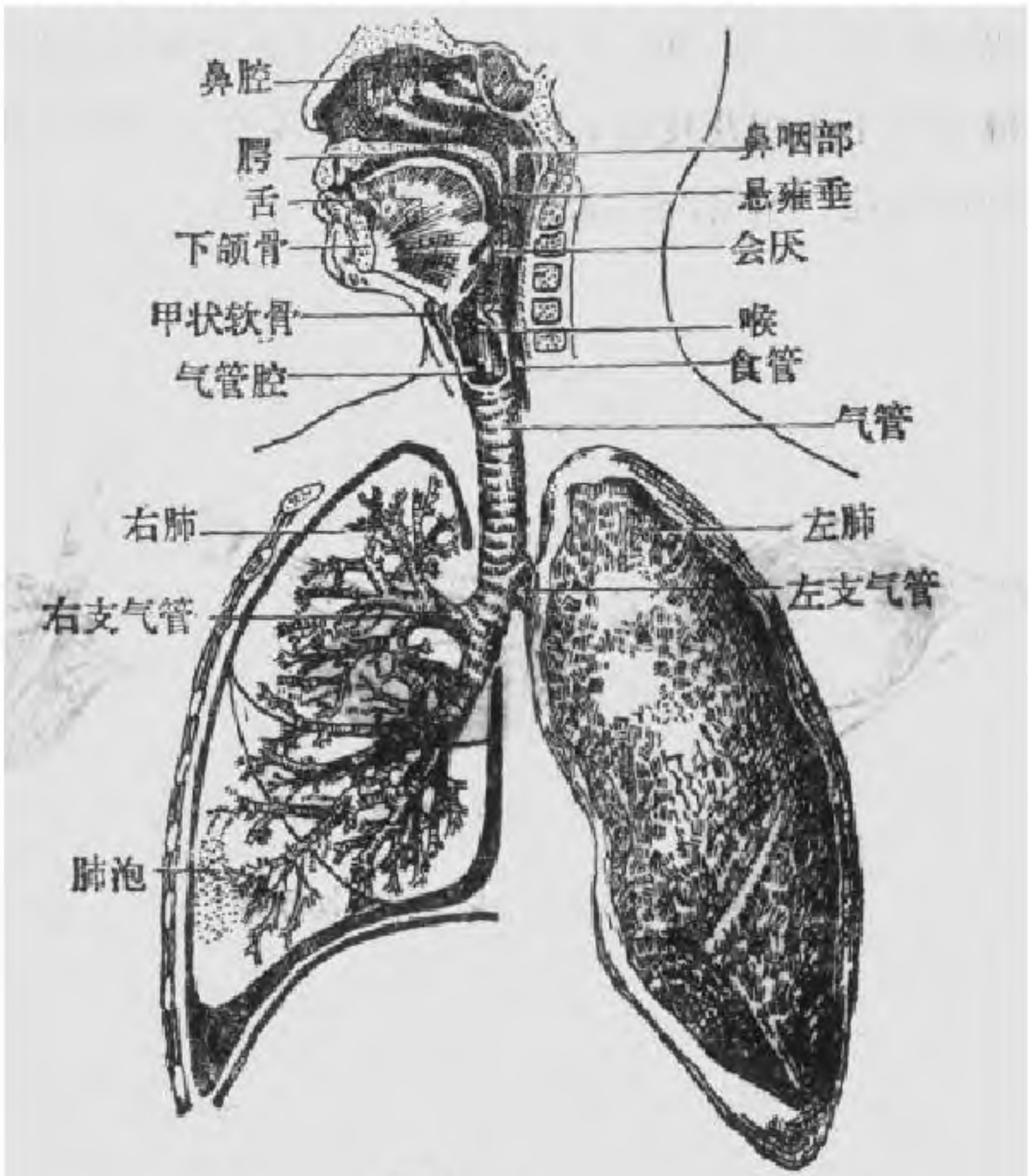


图16—1

下，不断地从外界吸入新鲜氧气和排出二氧化碳，行使气体交换的功能，此过程称为呼吸。呼吸器官是维持人体正常活动的重要脏器，必须熟练掌握。

一、呼吸器官的结构

（1）**上呼吸道**：见第廿四章。

（2）**气管与支气管**：气管位于颈前正中，食管前方。上平第6～7颈椎处与喉相连，下入胸腔，相当于体表胸骨角平面处分为左、右支气管，经肺门入肺。右支气管较左支气管短粗且垂直，故误吸入的异物易落入右支气管内。支气管入肺后呈树状分枝，其末端的小枝称毛细支气管，与肺泡相连。

气管、支气管的管壁由粘膜，软骨和平滑肌等组成。粘膜有纤毛上皮和分泌粘液的细胞，能把随空气吸入的尘埃，细菌等粘附，并借纤毛运动拨向喉部而咳出；软骨是气管和较大支气管的支架，呈半环状，随支气管分支而逐渐消失；平滑肌附着于气管和较大支气管的软骨缺口，因细支气管无软骨，故其管壁主要由平滑肌组成。吸气时管腔扩大，呼气时管腔缩小。当某种原因引起平滑肌

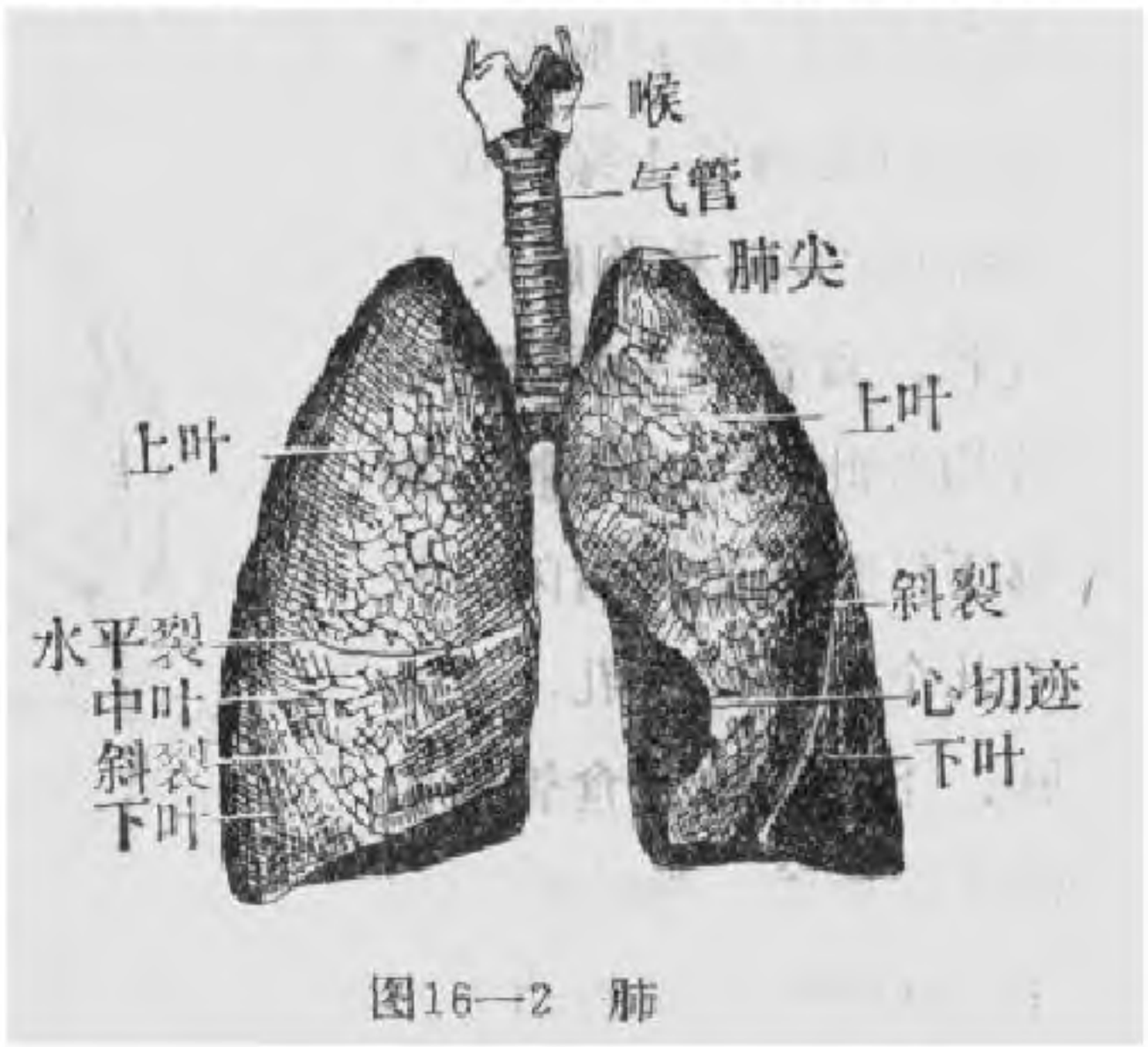


图16—2 肺

持续收缩，特别是小支气管平滑肌收缩，则管腔变小，通气不畅，发生呼吸困难，称哮喘。

（3）肺：位于胸腔内，左右各一，呈圆锥状。上为肺尖，下为肺底，内侧面的近中央处是支气管、血管、淋巴管等出入的地方，称肺门。

右肺较大，分上、中、下三叶；左肺较小，分上、下两叶（图16—2）。肺叶由许多肺小叶组成，肺小叶由许多葡萄状肺泡组成。

（4）胸膜、胸膜腔及纵膈：胸膜是被覆在肺的表面和衬在胸腔内面的一层薄膜。贴于肺表面的为脏层，贴于胸廓内面的为壁层，脏层与壁层之间是一个密闭的腔隙（内有少量浆液润滑胸膜），称胸膜腔（图16—3）。两侧胸膜腔之间的间隙称纵膈，内有心脏、大血管、气管、支气管、淋巴、神经等。

（5）胸廓：由胸椎、胸骨、肋骨和肋间组织组成，外被肌肉和皮肤，内衬胸膜。胸廓上口是胸骨上缘和第一肋组成的环，称胸廓入口、气管，食管和头颈部大血管均经此口进出胸腔。胸廓下口为膈肌所封闭，只有几个窄小的裂孔，主动脉、下腔静脉、食管等由此进出胸腔。胸廓的运动是人体呼吸运动的动力。

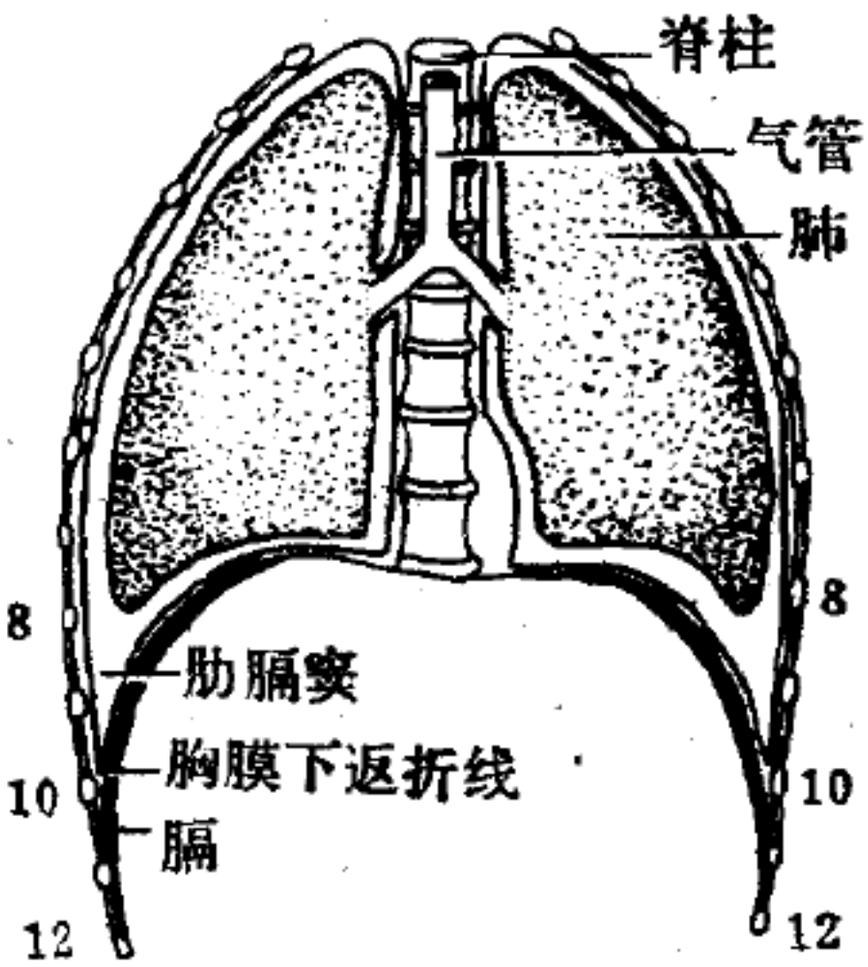


图16—3　胸膜腔模式图

二、呼 吸 运 动

呼吸运动主要依赖于呼吸肌有节律性的收缩和舒张，使胸腔扩大和缩小，肺也随之张缩，空气进出肺泡，进行气体交换。

（1）吸气过程：呼吸肌（肋间肌、膈肌）收缩，胸廓扩张，胸腔增大，肺被动地扩张，肺泡内压力下降，低于外界空气压力，外界空气即被吸入。

（2）呼气过程：呼吸肌松弛，胸腔变小，原来伸张的肺组织因弹力作用而回缩，肺泡内压力增加，高于外界空气压力，气体由肺内排出体外。这种一呼一吸的活动过程称为呼吸运动，呼吸运动日夜有节律的进行着，成人每分钟16～20次；儿童呼吸比成人快。当劳动、运动、精神紧张、体温增加等，都可使呼吸次数增加。正常的呼吸次数与心跳次数为 1 ： 4 。

呼吸运动是在大脑和延髓呼吸中枢的指挥下完成的。若脑、呼吸中枢和呼吸器官的某部分功能障碍，均可引起呼吸困难，表现为频率（每分钟次数）、节律、深度的改变。

三、气 体 交 换

气体交换过程是在无数的肺泡内进行的。人体通过呼吸运动将空气吸入肺泡，由于肺泡和肺泡壁上的毛细血管壁都很薄，气体很容易通过。因肺泡内的含氧量比毛细血管内血的含氧量高，所以氧进入血液而供应全身。而血液中的二氧化碳含量比肺泡内的含量要高，故二氧化碳进入肺泡，呼出体外。这样不断地进行“吐故纳新”，维持人的生命活动（图16—4）。

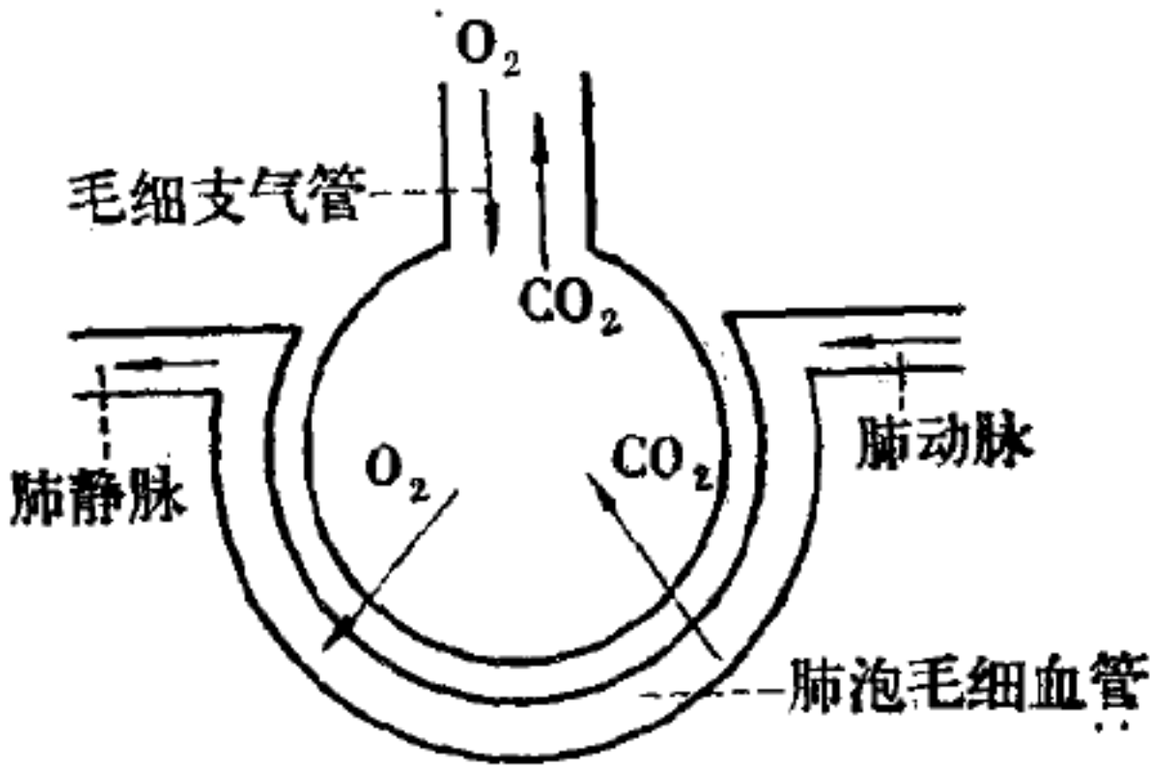


图16—4　气体交换示意图

第二节　检查方法

一、问　诊

(一)咳嗽与咯痰

咳嗽是一种保护性反射，起着排除呼吸道有害物的作用。痰是从气管内咯出的分泌物。咳嗽常伴有咯痰，但也有无痰的干咳。

引起咳嗽的原因多从咽喉、气管、支气管、肺及胸膜的病变而来。

咳嗽要了解起病缓急，发作时间，咳嗽声的特点，干咳或咯痰，痰量和性状(白泡痰、脓痰、铁锈痰、粉红色痰等)及与体位的关系，有无咯血及伴随症状如寒颤、发热、胸痛、气促、呕吐、声嘶等。

急性咳嗽，主要见于呼吸系统的急性炎症。先有鼻塞、流涕、咽痛，接着咳嗽、咯粘液性痰多为急性支气管炎；伴有寒颤、发热、胸痛、气促、咯铁锈色痰及肺实变体征，可诊断为大叶性肺炎；咯大量脓臭痰及与体位有关多见于肺脓疡；小孩阵发性痉挛性咳嗽见于百日咳；急性肺水肿咯粉红色泡沫痰等。

慢性咳嗽，主要见于呼吸系统的慢性病变。长期反复的慢性咳嗽、咯痰，肺部又无病变者多为慢性支气管炎；午后潮热、盗汗、疲倦、咳嗽咯血者多见于肺结核；反复咯脓痰，咯血，病人一般情况尚好，常为支气管扩张；中年以上刺激性咳嗽、血痰、伴有发热胸痛者应疑及肺癌。

(二)咯　血

喉部和喉部以下呼吸道出血，经口咳出，称为咯血。咯血颜色鲜红，量可多可少，可带泡沫或混有痰液。咯血不仅要与鼻、口腔出血鉴别，还要与呕血(上消化道出血)鉴别(见消化系统疾病)。常见咯血原因有肺结核，支气管扩张，肺脓肿，肺癌，风湿性心脏病二尖瓣狭窄及出血性疾病等。

(三)呼吸困难

呼吸困难是指病人感到空气不足，呼吸急迫费力，表现为呼吸次数、深度和节律的改变。重者伴有面色嘴唇青紫。

表现以吸气困难为主常由急性喉炎、白喉、上呼吸道异物等引起；以呼气困难为主多见于支气管哮喘、肺气肿；吸气、

呼气都感困难可由胸腔积液、气胸、胸外伤，肺炎，肺结核所致。

深而慢的呼吸常是酸中毒的表现。呼吸深慢节律改变见于中枢神经系统疾病，如脑膜炎、脑外伤、脑炎、脑肿瘤等。

（四）胸　痛

1.胸膜病变：为胸痛常见原因，常由结核性胸膜炎，脓胸，气胸和大叶性肺炎、肺癌、肺脓肿等病变累及胸膜时引起。其特点为胸痛局限于病变侧，常见于胁部，多为刺痛，在咳嗽、深呼吸或弯向健侧时疼痛加剧。当膈胸膜受累时，疼痛可向肩部及腹部放射。

2.胸壁疾病：胸壁软组织损伤、炎症、肋骨骨折及肋间神经痛等均可引起胸痛。其特点为痛处固定浅表，局部压痛明显，深呼吸、咳嗽或举臂时可使疼痛加剧。

3.心血管疾病：如心绞痛、心肌梗死等也可引起胸痛。

二、望　诊

（一）一般望诊

应注意病人的体位（呼吸困难重者常被迫采取坐位，称端坐呼吸），有无鼻翼扇动，发绀，两颊潮红；颈部有无疤痕、淋巴结肿大；有无杵状指（指头或趾头象葱头状肥大，指甲象鸡嘴样，常见于肺脓肿、支气管扩张，脓胸和某些心脏病等）。

（二）胸廓的形态

1.正常胸廓：两侧基本对称，胸廓的前后径小于横径，约为3:4。儿童及老年人的胸廓，两径几乎相等。

2.异常胸廓：常见者有以下几种：

（1）扁平胸：前后径比横径明显小，呈扁平状，见于慢性消耗性疾病，特别是肺结核患者（图16—5）。

（2）桶状胸：以前后径增大为显著，呈桶状，见于慢性肺气肿（图16—6）。

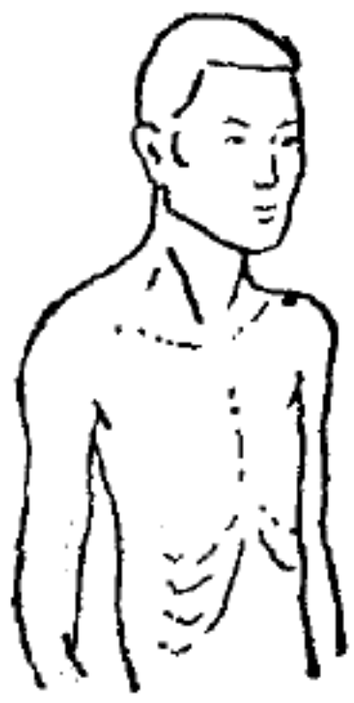


图16—5　扁平胸

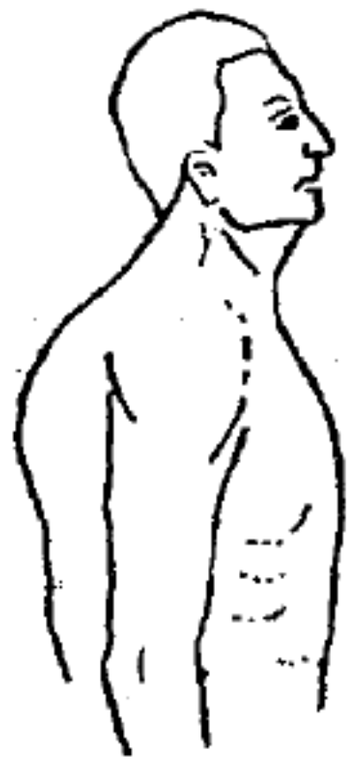


图16—6　桶状胸

（3）佝偻病胸（鸡胸）：胸骨下部前突特别明显，肋软骨与肋骨连接处增大，呈串珠状（称为肋骨串珠），见于佝偻病。

（4）胸廓隆起与塌陷：胸廓一侧或局部隆起，见于大量胸腔积液，气胸。一侧或局部塌陷，见于胸膜粘连、慢性严重肺结核。

（三）呼吸运动

注意呼吸次数、节律、深度变化以及两侧呼吸运动是否相同。正常人呼吸运动两侧对称，节律均匀，深度适中。当一侧有病变时，如胸腔积液、气胸、胸膜炎、肺炎、肺结核等，病侧呼吸运动度减弱或消失。肺气肿时，两侧对称性减弱。

三、触　　诊

触诊内容主要包括气管位置、压痛、语言震颤、胸膜摩擦感等。

1.气管位置：检查时，将右手食指及无名指指端置于两侧胸锁关节处，以中指指端上下移动探测气管位置。正常气管位置居中。大量胸腔积液或气胸时，气管移向健侧。胸膜粘连及肺广泛纤维病变(如严重肺结核)时，气管拉向患侧。

2.压痛：用手指轻压胸壁各部分，检查有无压痛，注意压痛部位和程度。胸壁压痛可能由于胸壁的皮肤、肌肉、骨骼和神经疾患引起。

3.语音震颤(语颤)：语音震颤是当病人发音时，检查者将手放在病人胸部所触到的微细震动感觉。其检查方法为：将两手掌平贴于病人胸部对称部位，嘱病人反复说："一、二、三"，检查者的手即感到震动，就是语音震颤。检查顺序是自上而下，由前而后进行，注意比较两侧对称部位语颤的强弱变化。

1.正常语颤分布：正常语颤的强弱，因发音高低强弱、胸壁厚薄、距声门远近、支气管粗细等而有不同。男性较女性强，

右胸较左胸强(因右侧支气管较粗短)，上胸比下胸强，背部下方较上方为强。

2.语颤的异常改变

(1) 语颤增强：见于①肺大块实变时，如大叶性肺炎。②肺部大空洞，如肺结核空洞。

(2) 语颤减弱或消失：较大支气管阻塞大量胸腔积液，气胸、胸膜增厚时，患侧语颤减弱或消失。

(3) 胸膜摩擦感：检查时，以手掌平放于病人胸部，嘱病人作深呼吸运动，以能知有无摩擦感。胸膜炎时，胸膜表面粗糙，当呼吸时，胸膜壁层与脏层互相摩擦而产生。

四、叩　　诊

划区划线：为了便于记录异常体征的部位与范围，常将胸部表面划区划线(图16—7)。

1.划区——常用有：

(1) 胸骨上窝：位胸骨柄上方。

(2) 锁骨上窝：位于锁骨之上。

(3) 肩胛间区：两肩胛骨之间。

2.划线——习惯上采用下列垂直线作为标志。

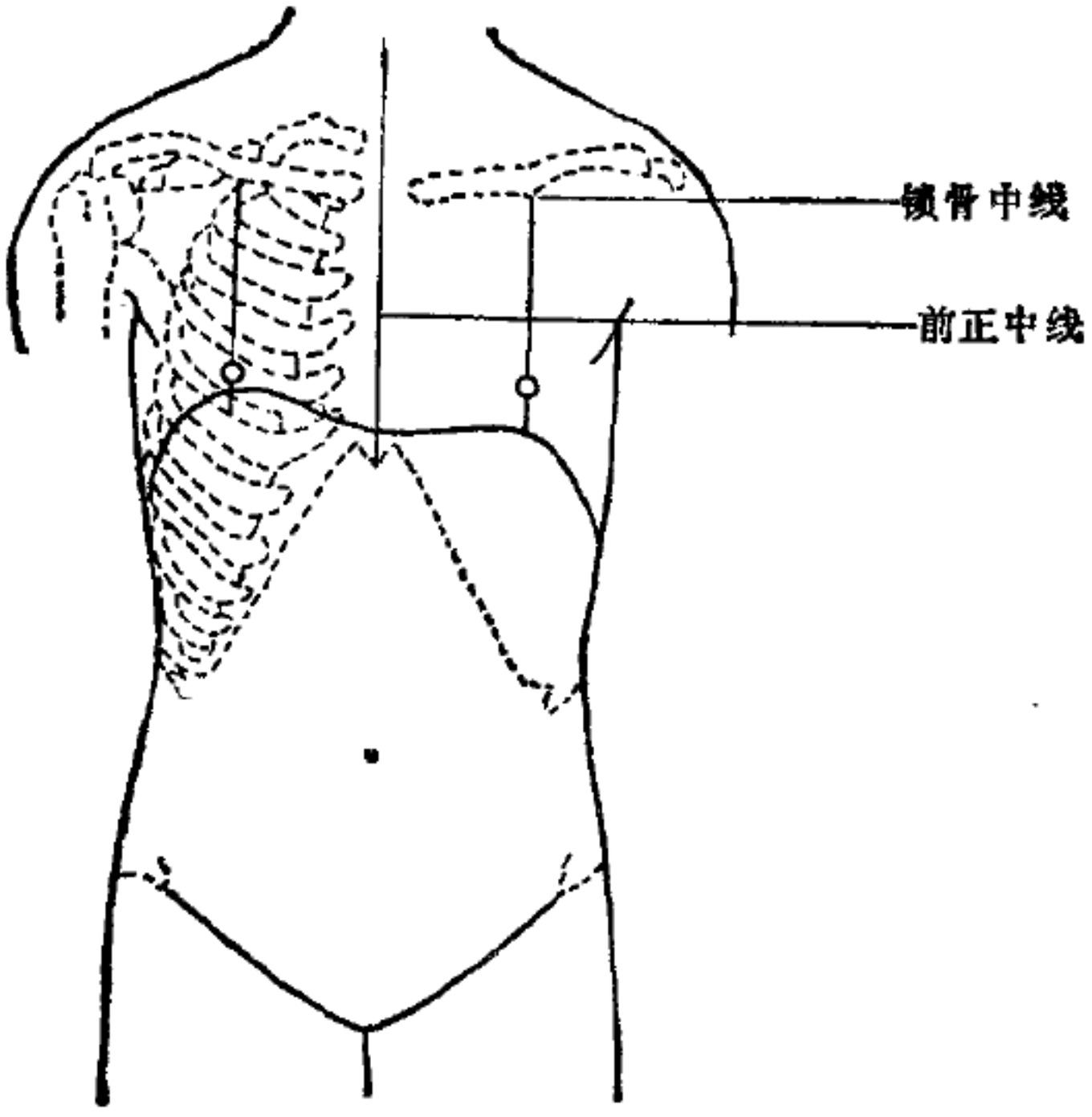
(1) 前正中线：通过胸骨正中线。

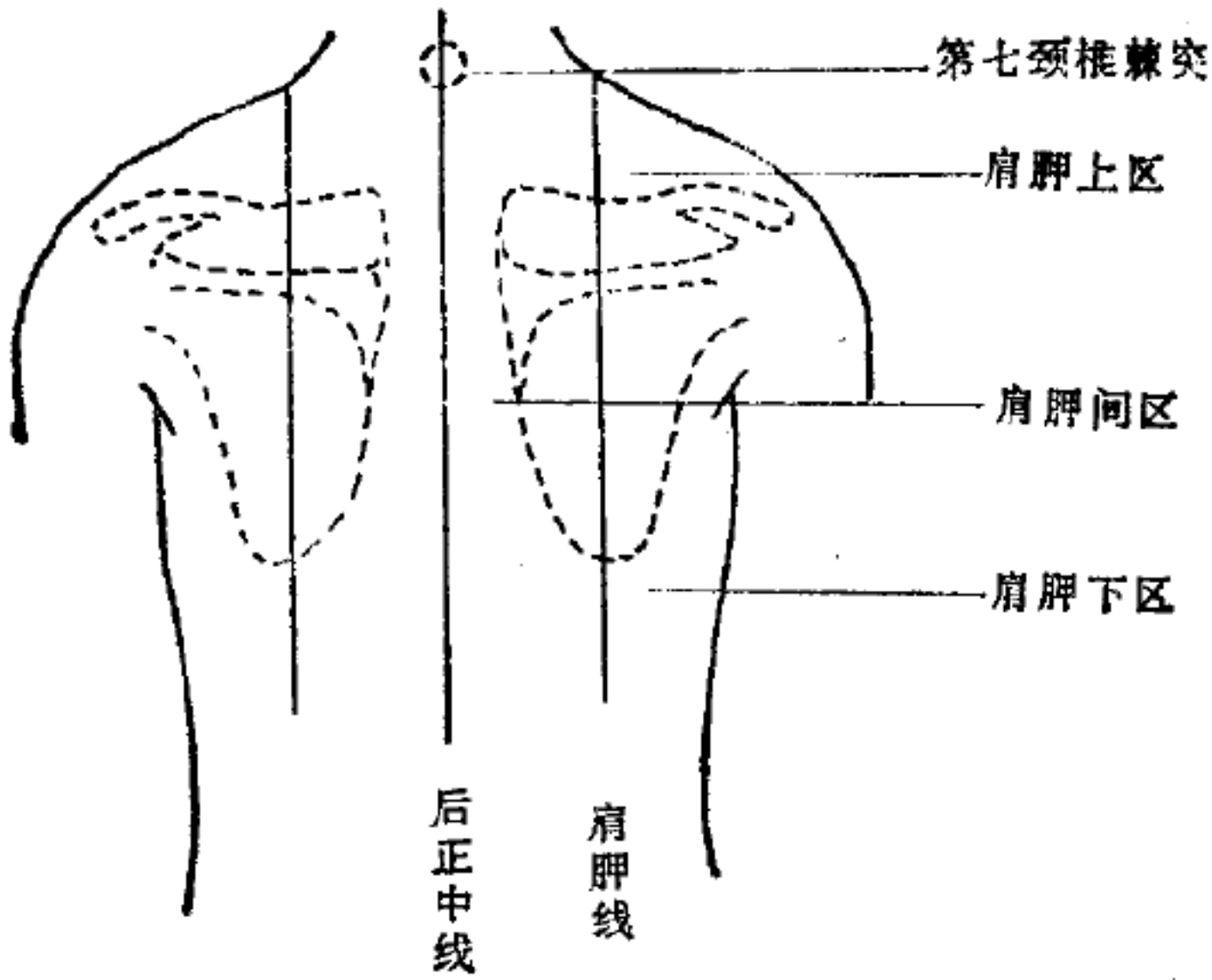
(2) 锁骨中线：通过锁骨中点。

(3) 腋前线：通过腋窝前缘。

(4) 腋中线：通过腋窝中央。

(5) 腋后线：通过腋窝后缘。


锁骨中线
前正中线


第七颈椎棘突
肩胛上区
肩胛间区
肩胛下区
后正中线
肩胛线

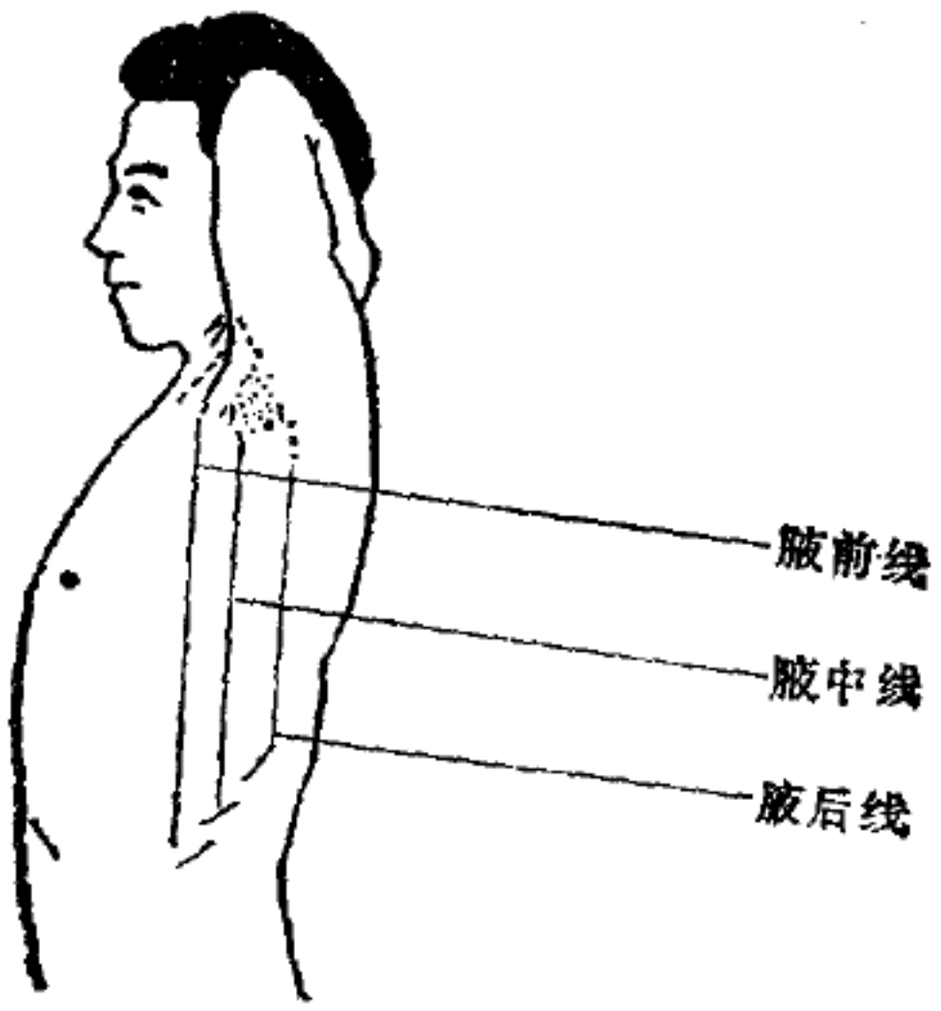


图16—7　胸部表面划区划线

（6）肩胛线：上臂下垂时，通过肩胛角。

肺部叩诊检查，应自上而下，先前而后，两侧对称比较。

1.正常肺部叩诊音：正常肺部叩诊为清音，其响度与肺脏的含气量及胸壁厚薄有关。右上胸略较左上胸为浊；肺上部略较肺下部为浊；背部较胸前为浊；靠近心脏、肝脏的部位较浊；左侧前胸下部胃与胸壁相邻处，有一半月状鼓音区。

2.肺部异常叩诊音：

（1）浊音：当肺含气量减少或胸膜病变时，可出现浊音甚至实音，如大叶性肺炎、严重肺结核、肺肿瘤、胸腔积液、胸膜增厚等。

（2）鼓音：见于气胸及靠近胸壁的大空洞。

（3）过清音：这是一种带有鼓音性质而近乎叩击空盆子的声音，见于肺气肿。是由于肺组织弹性减低，含气量增多所致。

五、听　　诊

听诊肺部时，应嘱病人作平静，均匀而稍深的呼吸。听诊顺序同叩诊。听诊内容包括呼吸音、啰音、语音传导及胸膜摩擦音等。

1.正常肺部呼吸音：肺部呼吸运动时产生的声音，称为呼吸音。正常肺部可听到三种呼吸音(图16—8)，其特点及分布如下。

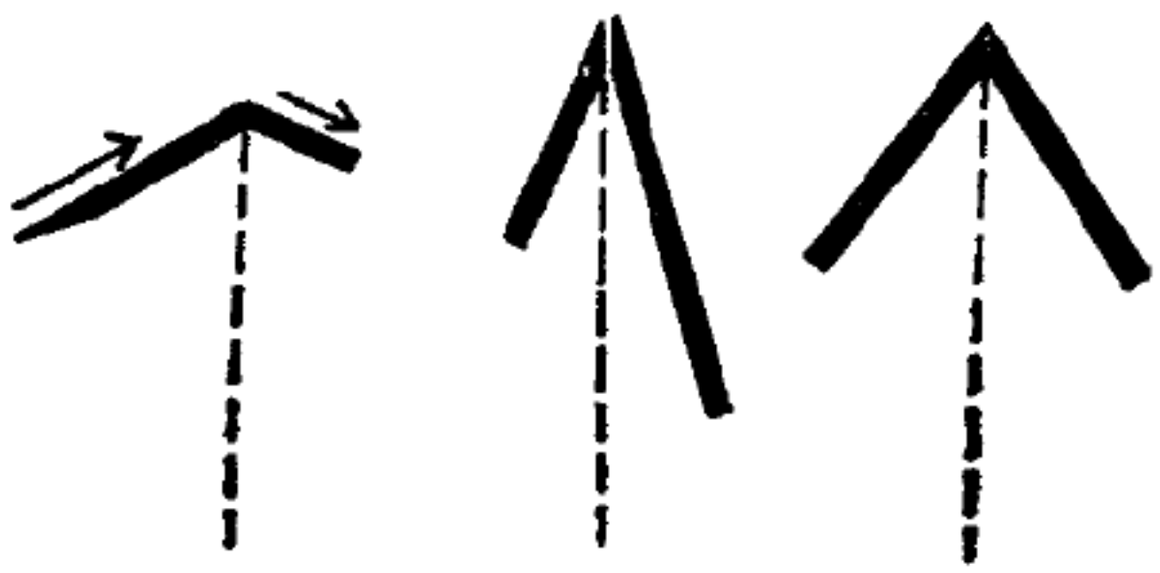


图16—8　三种呼吸音模式图

1.肺泡呼吸音：空气进入肺泡产生的声音，类似上齿接近下唇经口吸气时发出的“夫”音。吸气时声音较强而长；呼气时声音较弱而短，只能在呼气期前 1/3 的时间内可以听到。在正常肺组织上，均可听到肺泡呼吸音。

2.支气管呼吸音：空气通过气管和支气管产生的声音，象我们张口把舌尖抬高呼出空气发出的“哈”音。呼气时较吸气时强、高、长。正常在喉部及胸骨上窝处可以听到，有时也可

在背部第六、七颈椎及第一、二胸椎附近听到。

3.支气管肺泡呼吸音：这种呼吸音为支气管与肺泡呼吸音的混合，即吸气时为肺泡性(“夫”),呼气时为支气管性(“哈”)。正常人可在胸骨上端及肩胛间区上部听到。这些部位肺泡组织遮盖大支气管，故产生这种混合性呼吸音。

2.异常呼吸音

1.肺泡呼吸音的变化

(1) 肺泡呼吸音减弱或消失：见于——①吸入肺泡内的空气减少。如全身极度衰弱、胸痛等。②肺泡弹性机能减弱。如肺气肿,大叶性肺炎充血期。③呼吸音传导障碍。如胸腔积液、气胸、胸膜增厚等。

(2) 肺泡呼吸音增强：发热，代谢亢进时，两侧呼吸音皆增强。某一侧或某一局部肺有病变时，则对侧或无病变部位出现代偿性增强。

(3) 呼气音延长：见于支气管哮喘和肺气肿。

2.异常支气管呼吸音

除在正常可以听到支气管呼吸音的部位外，其他处发现支气管呼吸音，即为病态。产生异常支气管呼吸音的病变有：

(1) 肺实变：指肺泡为炎性分泌物所充填而质地变实，见于大叶性肺炎或大范围的浸润型肺结核。

(2) 肺空洞：见于肺结核空洞及肺脓肿。

3.异常支气管肺泡呼吸音：见于大叶性肺炎的充血期，支气管肺炎及肺结核等。

3.罗音：啰音是呼吸音以外的一种附加杂音(图16—9)，

可分为 1.干性啰音：是由于空气通过狭窄的支气管腔（支气管痉挛，粘膜炎性肿胀或有极粘稠分泌物附着）所致。小支气管显著狭窄而产生的干性啰音叫哮鸣音。干性啰音在吸气、呼气时均可听到，但在呼气时更明显。全肺满布干性啰音，见于支气管哮喘及弥漫性支气管炎。局部听到干性啰音，见于支气管内膜结核、支气管癌等。

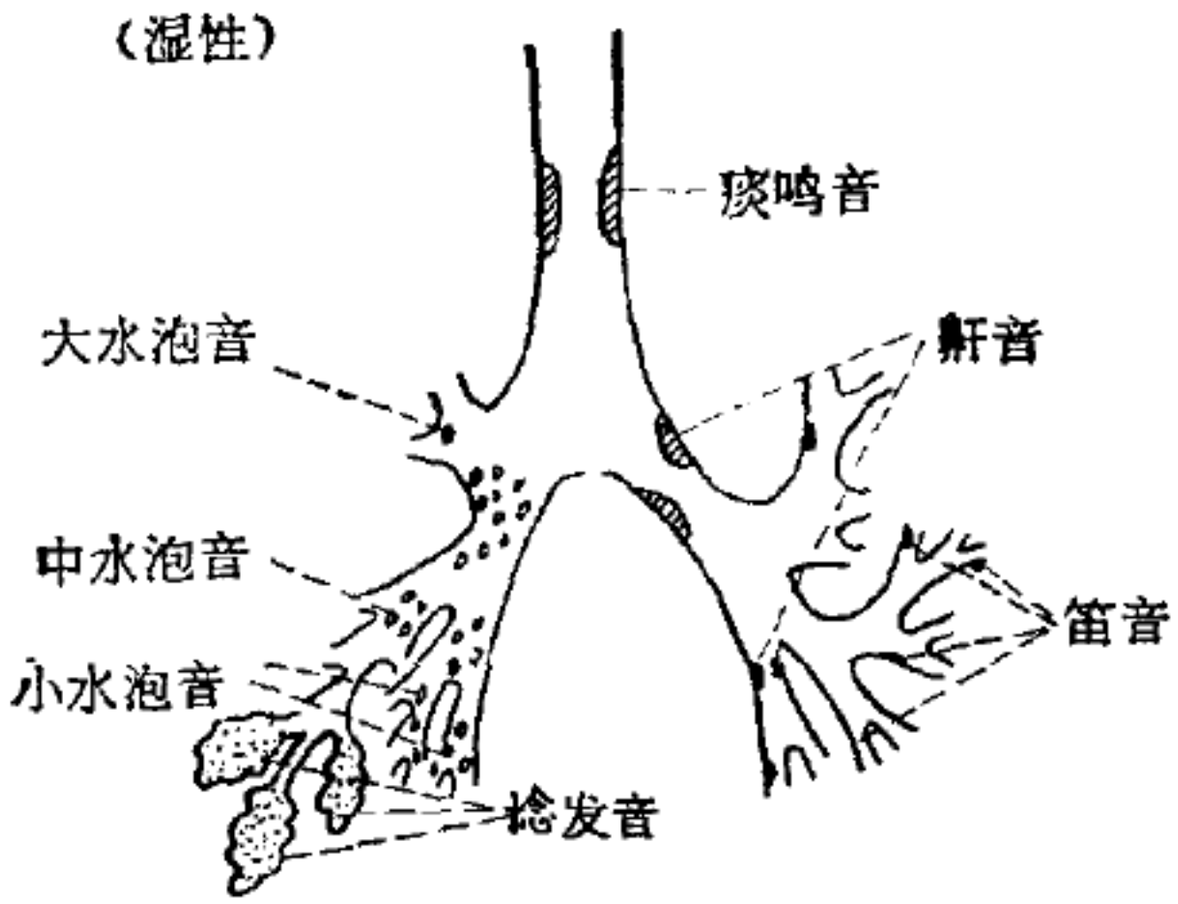


图16—9 罗音发生的示意图

2.湿性啰音：当气管或支气管内有稀薄的液体（分泌物、脓液、血液等）存在，呼吸时空气通过液体形成水泡并立即破裂而产生，类似用小竹管插入水中吹气时所产生的声音，故又称水泡音。水泡音在吸气时较明显，咳嗽后可消失。见于支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺结核、肺水肿等。

4.语音传导：检查时，嘱病人用耳语重复数“1、2、3”，同时在胸部听诊。正常只能在气管的部位（胸骨上窝，第七颈椎附近）听到，胸部其他部位，因声音在传导过程中减弱，常溶成一片不能分辨或听不到。异常变化同语颤，但更灵敏。

5.胸膜摩擦音：胸膜炎时，胸膜变粗糙，两层互相摩擦，可产生摩擦音。特点为粗糙，断断续续，如两层粗布摩擦所产

生的声音，多出现于腋下部。吸气或呼气时均可听到，深呼吸或听诊器用力加压时增强。

附：胸部常见病变体征

（一）肺实变： 病变部位的肺泡为炎性渗出物所充满而不含空气，称为肺实变，如大叶性肺炎。

望诊：胸廓两侧仍对称，但病变部位呼吸运动可能减弱。

触诊：病变部位语颤增强。

叩诊：病变部位呈浊音甚至实音。

听诊：病变部位出现支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音，语音传导增强。

（二）肺气肿： 肺泡内含气量增多，肺泡扩张，肺组织弹性破坏而引起永久性肺膨胀。

望诊：胸廓如桶状，呼吸运动两侧均减弱。

触诊：语颤可能无变化或两侧均减弱。

叩诊：全肺呈过清音，心浊音界缩小。

听诊：肺泡呼吸音减弱，呼气音延长。

（三）胸腔积液： 积液量较多时，可出现下列体征。

望诊：患侧胸廓隆起，肋间隙比较饱满，呼吸运动受限。

触诊：气管向健侧移位，语颤明显减弱或消失。

叩诊：在积液部位呈浊音或实音。

听诊：患侧呼吸音减弱，甚至消失，语音传导消失。

（四）气胸： 胸膜腔内积有气体，称为气胸。

望诊：患侧胸廓比较膨隆，呼吸运动减弱。

触诊：气管偏向健侧，语颤消失。

叩诊：患侧为鼓音。

听诊：患侧呼吸音和语音传导均减弱或消失。

第三节　感　　冒

感冒多由感冒病毒引起的上呼吸道急性炎症，属祖国医学外感疾病。俗称“伤风”。一年四季皆可发生，以冬春季节最为常见。

病因病理

主要为感受风邪所致。多发生于气候突变，寒暖失常之时。也有因起居不慎，冷热不调，疲劳等使人体腠理疏松，卫气不固，风邪乘虚侵袭而发病。在不同季节中，风邪往往随时令而侵入，如冬春多属风寒，夏秋多属风热。

临床表现

感冒初起，出现鼻塞、流涕、喷嚏或头痛畏寒，继则引起发热、咳嗽、喉痒或咽痛。由于四时气候不同以及人体体质的差异，又有风热、风寒不同表现。

并发症

常见有扁桃体炎、气管炎、肺炎等。

诊　断

感冒的诊断并不难，应与流感鉴别。

病　名	病原体	症　　状	诱　因	流　行	病后免疫力
普通感冒	感冒病毒或细菌	全身中毒症状轻	受凉等	多散发	无免疫力，故易复发
		局部呼吸道症状重如鼻塞，咳嗽等			
流行性感　冒	流感病毒	发热等全身中毒症状重	不一定	易流行	有短暂免疫力
		局部呼吸道症状轻			

预　防

（一）锻炼身体，增强体质。注意气候变化，及时增减衣服。劳动后注意勿受寒。

（二）预防服药：1.受寒时，口服热姜汤。2.贯仲4～6钱，大青叶5钱，水煎服。

治　疗

（一）辨证施治

1.风寒型：恶寒重，发热轻，头痛，肢体酸痛，鼻塞流涕，咳嗽，吐清稀痰，苔薄白，脉浮或紧。治宜辛温解表，方用荆防败毒散加减。胸闷呕吐加霍香、厚朴。

2.风热型：发热重，恶寒轻，汗少，头胀痛，咽痛或红肿，咳嗽吐黄痰，口干，苔薄黄，脉浮数。治宜辛凉解表，可用银翘散加减。咽痛较甚加土牛膝根 1 两，射干 3 钱。

（二）草药单方

1.大青叶、百解茶、一枝黄花、贯仲、黄荆叶、路边荆，任选2～3种煎水服。

2.葱白数根、生姜 3 片、豆豉适量，共煎汤乘热服下。适用于风寒感冒。

（二）新针疗法

主穴：合谷、风池。备穴：曲池、迎香。

（四）对症治疗

高热头痛者可服 A·P·C 或去痛片，每次 1 片，每日 3 次。咳嗽者可服复方甘草合剂。咽喉痛可含喉片，每隔1～2小时 1 片。鼻塞可用鹅不食草揉团塞鼻，或用鼻眼静滴鼻。如有并发症者，可加用磺胺或抗菌素等药物。

第四节　支气管炎

支气管炎是由不同原因引起的气管、支气管炎症。按病程的长短，可分为急性支气管炎和慢性支气管炎两种。支气管炎是常见病多发病之一，任何年龄、地区和季节均可发生，尤以

年老体弱者易得病，寒冷地区与寒冷季节更为多见。特别是慢性支气管炎，并发症多，危害极大，严重地影响劳动人民的健康。无产阶级文化大革命以来，由于党和毛主席的关怀，在全国范围内广泛开展了防治气管炎的群众科研运动，取得了显著成效，为中西医结合防治本病打下了有利的基础。本病属祖国医学的“咳嗽”、“痰饮”、“咳喘”范围。

病因病理

引起支气管炎的病因较多，主要致病因素仍未十分清楚。目前一般认为与细菌或病毒感染，过敏反应（如花粉、尘埃、细菌甚至冷空气），理化因素（包括长期吸烟、寒冷、毒气）等有关。祖国医学认为，支气管炎的发生和发展，与外邪的侵袭以及与肺、脾、肾三脏功能的失常有关。

急性支气管炎多因感受外邪所致。外邪的以风寒为主，风寒束肺，肺气不宣，肃降失常，以致引起咳喘、恶寒等症；若风热袭肺，可有发热、咽痛、咳黄稠痰等症。

慢性支气管炎多因年老体衰，脾肺气虚，致痰饮内聚，停蓄于肺，或由脾肺而损及肾，肾不纳气，引起长期咳喘。

临床表现

急性支气管炎：初期常表现为感冒症状，有恶寒、发热、头痛、身痛、咽干喉痛等，继而发生咳嗽。初为阵发性干咳，伴有胸骨后紧迫感或钝痛感，1～2天后咳出粘液痰或脓痰。一般症状3～5天可减轻，但咳嗽需持续2～3周方愈。一般无特殊

体征。可有咽充血，呼吸音粗糙，散在不固定的少许干湿啰音，咳嗽后可消失。

慢性支气管炎：以咳嗽、多痰为主要症状，或伴有喘息。咳嗽为单咳或阵咳，每逢冬春季感冒后加重，早晚厉害。咯痰一般是白色粘液状或泡沫状。在急性感染时，可为黄绿色脓性痰，痰量增多，白黄相间的混合性痰也不少见，甚至痰中带血。或伴有喘息胸闷等症状。一般无明显体征。两肺底可有少量不固定的干湿啰音或哮鸣音，重者可见杵状指。后期若并发肺气肿，则有肺气肿征。

诊　断

急性支气管炎：起病急，以咳嗽、咯痰为主要症状。痰为粘液或脓样，有肺部呼吸音粗糙，或不固定散在性干湿性啰音。

慢性支气管炎：以长期反复咳嗽、咯痰为主要症状，常在受凉后诱发。凡每年连续患病三个月，持续两年以上，删除心肺其他疾病引起的咳嗽咯痰，喘息者。

鉴别诊断

1.喘息性慢性支气管炎与支气管哮喘相鉴别（见下表）。

2.肺结核：除咳嗽咯痰外，常有午后潮热、食欲减退、消瘦、乏力、盗汗、咯血、胸痛史，上胸部或肩胛间区常有固定的湿啰音等。必要时作X线检查以明确诊断。

3.支气管扩张：发病年龄较轻，有反复感染的症状，咯大

	喘息性慢性支气管炎	支气管哮喘
年　龄	多见于年老体弱者	多见于青壮年
过去病史	有长期慢性反复咳嗽史。	有过敏史和反复阵发性发作史
发作时	缓起，哮喘持续存在，但程度较轻。两肺底可闻湿啰音，偶有散在或满布干啰音，或哮鸣音。	急起，哮喘重。两肺满布哮鸣音。
未发作时	有轻喘	不　喘

量脓痰，排痰与体位有关，常反复咯血。肺部听诊，可有局限性湿啰音。

预　防

1.开展体育活动，进行耐寒锻炼，以增强体质。

2.戒烟，并积极防治上呼吸道感染。

3.做好劳动保护，防烟、防尘、防寒。

治　疗

文化大革命后，自开展防治老年性慢性支气管炎（简称老慢支）以来，对其发病原理，临床分型其中西结合治疗等，均取得显著成效，尤其在应用中草药治疗老慢支方面成绩更大，下面就常用治疗方法加以介绍。

（一）辨证施治

1.急性支气管炎或慢性支气管炎急性发作期可分为：

风寒型：咳嗽，痰白而稀，恶寒、发热、头痛、全身酸痛，舌苔薄白，脉浮。治宜疏风散寒，宣肺化痰。方用三拗汤加减。咳嗽痰多，加前胡、象贝、陈皮、桔梗。

风热型：咳嗽痰黄、发热、恶寒轻微，或有口干咽痛，舌苔薄黄或薄白，脉浮数。治宜祛风清热，宣肺化痰。方用桑菊饮加减。痰多、胸闷，加瓜蒌、鱼腥草、枳壳。

2.慢性迁延期，多因痰湿内盛，以致咳喘迁延不愈。

痰湿型：咳嗽痰多色白，胸闷气短、肢体困重，口淡、食少、大便溏薄、舌苔白腻，脉濡滑。治宜宣肺化痰、燥湿健脾，方用二陈汤加减。哮喘者加麻黄、苏子，偏寒加干姜、细辛，痰多不爽加白芥子、前胡。

3.慢性支气管炎临床缓解期，主要表现为虚证，宜扶正固本为主。

肺脾两虚型：自汗短气、纳差便溏，或轻微咳嗽、痰稀白、舌淡、脉细弱。治宜健脾化痰，方用健脾化痰汤加减。

肺肾两虚型：头晕腰酸，气短自汗，五心烦热，口燥咽干，舌红苔少，脉细数。治宜敛肺益肾。方用七味都气丸加减。

（二）草药单方

1.矮地茶、夜关门各2两，铁包金1两，任选一种，水煎服。

2.矮地茶4钱，胡秃子、鱼腥草各5钱，桔梗2钱，水煎服。

（三）新针疗法

常用穴：天突、丰隆、定喘。备用穴：内关、大椎、足三里。针后可在背部拔火罐。

（四）对症治疗与抗菌药物的应用

咳嗽咳痰者，用复方甘草合剂10毫升，每日3次；痰稠难咳出时，用氯化铵或碘化钾0.3～0.6克，每日3次；干咳剧烈时可用咳必清25毫克，每日3次；喘息胸闷时用氨茶碱0.1克，再日3次。有细菌感染时可选用抗菌药物，如穿心莲片、磺胺、青霉素、链霉素等。

第五节　支气管哮喘

是一种常见的变态反应性疾病，主要表现为阵发性的呼吸困难，伴哮鸣音，尤以呼气为著，常反复发作，俗称“吼病”。属于祖国医学的“哮证”范围，大多数好发于秋冬季节。

病因病理

本病的病因，一般认为是人体对某些物质的变态反应，引起这种变态反应的过敏原分为外源性与内源性两种：外源性包括花粉、皮毛粉尘、细菌、药物、鱼虾、油漆、毛线等；内源

性主要是体内感染病灶的细菌毒素及肠寄生虫等。此外，气候变化，精神刺激，烟雾等也能诱发本病。

病理变化主要是支气管平滑肌痉挛，支气管粘膜水肿及粘液腺分泌增多，致使管腔狭窄。在呼气时支气管内径几乎缩小到不能通气，因而造成呼气性呼吸困难。

祖国医学认为本病多因外感风寒，寒邪阻肺，肺气失宣，痰饮内聚，上焦津液失布，因而凝聚为痰，或脾肾阳虚，水谷不化，痰浊内壅而致。

临床表现

发作前可有情绪的变化，鼻内痒感，喷嚏，流涕，咳嗽，胸部紧闷等前驱症状。发作时突然出现呼吸困难，呼气时更甚，此时病人被迫坐位，甚至跪在床上，头伸向窗外，两手前撑，采取有助于呼吸的姿态，且不敢移动，无力说话，不能睡眠，不思饮食。重者额部出冷汗，面色青紫，表情痛苦。病人呼吸时胸内发出哮鸣，呼气时更显著，自己和周围人都能听到。发作快停时，先有咳嗽，咳出少量粘液痰后，呼吸困难即改善，哮喘渐消失。此种发作维持几分钟、几小时不等，如持续数日不止者，称为“哮喘持续状态”，此时病人高度疲倦、衰弱，严重呼吸困难、缺氧，甚至导致心肺功能衰竭，须紧急抢救。

间歇期如常人，或仅有乏力，食欲不振。发作时检查，多为桶状胸，呈过清音，肺泡呼吸音减弱，有广泛的哮喘音。合并感染时有湿啰音。长期反复发作的病人，晚期可并发肺气肿和肺原性心脏病。

诊　断

(一)过去有哮喘反复发作史或家族中有同类患者。

(二)发作时呼气性呼吸困难伴有哮鸣音。

(三)唇指发绀及两肺满布哮鸣音

鉴别诊断

(一)哮喘性支气管炎：先有咳嗽咯痰，肺部湿啰音等支气管炎病史，后再有哮喘发作。

(二)心性哮喘：有心脏病史，常于夜间睡眠中突发，可吐粉红色泡沫痰，有心脏病体征。

预　防

(一)锻炼身体，增强体质，提高人体适应内外环境的能力。

(二)尽量找出并避免诱因和过敏原。

(三)应禁烟酒。

治　疗

(一)辨证施治

哮喘发作时当祛邪以治标，辨其寒热而论治。

1.冷哮：呼吸急促，喉中有哮鸣音，咳痰清稀而少，色白如泡沫状，胸膈满闷，面晦滞带青，口不渴，或渴喜热饮，苔

白滑或腻，脉浮紧。治宜温肺散寒，化痰平喘。方用射干麻黄汤加减。

2.热哮：呼吸急促，喉中有哮鸣音，咳痰黄稠、口渴咽干、身热汗多、舌红、苔黄腻、脉滑数。治宜清热宣肺，化痰平喘。方用定喘汤加减。

3.哮喘发作缓解后，当以扶正固本为主。治宜补肺益肾，健脾化痰。方用健脾化痰汤合七味都气丸加减。

（二）草药单方

1.枇杷叶、胡颓子叶、黄荆子各3钱、冰糖5钱、水煎服，如有发热者，应加数种清热解毒药。

2.蟾蜍1只，去皮，头及内脏，内放白胡椒末3钱，陈皮末1钱，半夏末2钱，缝合腹腔，外以黄泥封固烤焦，去泥研末，每次1～3钱吞服，每日三次。

3.新鲜胎盘一个煮服。或烘干研粉，每次吞服5分～1钱，每日三次。用于哮喘缓解期治疗。

（三）新医疗法

1.新针：取定喘、肺俞、内关、天突、膻中。

2.其他：可选用割治；埋线及穴位注射等（详见新医疗法章）。

（四）解痉止喘

1.氨茶碱：每次0.1克，每日三次，如口服不能控制哮喘

发作，立刻用氨茶碱0.25克，加于25—50%葡萄糖溶液20～40毫升内，缓慢静脉注射。

2.麻黄素：每次25毫克，每日三次。但高血压者忌用。哮喘严重发作时，可用15～30毫克皮下注射。

（五）抗菌素与激素的应用

哮喘发作严重时，可选用抗菌素控制感染。青霉素每日40～120万单位，肌肉注射，或加链霉素。

经上述治疗，哮喘仍不能控制或呈“哮喘持续状态”时，可使用强的松5～10毫克，每日4次，至发作控制后，逐渐减量至停药。

出现“哮喘持续状态”，应立即送医院抢救。

第六节　支气管扩张

支气管扩张主要是由于支气管和肺实质的慢性炎症，损害了支气管壁，引起支气管扩张变形。临床上以长期咳嗽、吐脓痰和反复咯血为特点。本病属祖国医学“咳嗽”、“咳血”范畴。

临床表现

早期或轻度支气管扩张可无症状。重者或合并感染，有咳嗽、大量脓痰、反复咯血及化脓性感染的全身症状。咳嗽咳痰，一般为阵发性，多见于早晚，与体位变化有关。痰量较多，一日可达数百毫升。痰液放于玻璃瓶内静置后，上层为泡沫，中

层为粘液，下层为脓块。若有厌氧菌感染，则痰呈恶臭。咯血量多少不等，从痰中带血到满口鲜血。部分病例可仅有反复大咯血而其他症状轻微或缺如。咯血系扩张的支气管壁上的小血管破裂，常与咳嗽及感染有关。合并感染时有发热。病变广泛且合并肺气肿时，则有呼吸困难或发绀等。

早期多无阳性体征。但支气管扩张明显，管腔内有渗出物时，可听到湿性啰音，其特点为比较局限，咳嗽时加重，痰咳出后可暂时消失。此外肺气肿、杵状指亦较常见。

预　防

(一)积极锻炼身体，增强体质。

(二)预防麻疹、百日咳、流行性感冒等。

(三)早期根治肺部化脓性疾病和上呼吸道感染。

治　疗

(一)一般治疗：病情轻时可适当参加劳动和体育锻炼，以增强体质；病情加剧或咯血时，应绝对卧床休息，并给予镇静剂、止血剂(参阅肺结核及咯血处理)。

(二)促使痰液排出：脓肺多者应作体位引流，每日1～2次，每次15～30分钟。其体位取决于病变部位，一般使病变部位较气管和喉头为高，以利痰液排出。但重症及身体衰弱者不宜采用此法。另外口服麻黄素或氨茶碱，可解除支气管痉挛，有利于痰的排出。

(三)中草药治疗：以清肺、化痰、止血为主。可选用鱼腥

草、金银花、仙鹤草、茜草、旱莲草、藕节、血余炭、百部、沙参、杏仁、桔梗、瓜蒌、茅根等。

(四)控制感染：合并感染时，可用磺胺类药物和青霉素，必要时加用链霉素或四环素等。

(五)有反复大咯血、咳嗽严重、大量脓痰，经治疗无效，应送医院治疗，可考虑作肺叶切除手术。

第七节　大叶性肺炎

大叶性肺炎为肺组织的急性炎症。致病菌绝大多数为肺炎双球菌引起，这些细菌平时常寄生于人的鼻咽部，当感受风寒或劳累等使人体抵抗力降低时，即可发病。病变常侵犯肺的一叶或一叶的大部份。好发于冬春季节。患者以青壮年多见。属祖国医学“风温”范畴。肺卫不固，风热病邪从口鼻犯肺而致。

临床表现

主要表现为突起寒战、高热、咳嗽、胸痛、吐铁锈色痰、呼吸困难及肺实变体征等。根据病理改变可分充血期、实变期、及消散期三个阶段。

(一)充血期：起病1～2天以内，肺炎双球菌由上呼吸道侵入肺泡，迅速引起肺泡壁毛细血管充血，肺泡内充满浆液性渗出物。由于病变进展快，临床表现为突起寒战、高热，于6～12小时内体温即可升至39～40℃，常伴有咳嗽、吐少量粘痰及头痛、全身酸痛、食欲不振等全身中毒症状。当炎症累及胸

膜时，即可有患侧胸痛，随深呼吸及咳嗽而加重；若炎症累及膈胸膜时，则疼痛可放射至上腹部，此时应与急腹症相鉴别。此期胸部体征常不明显，可能仅有轻度浊音、呼吸音减弱及细小湿啰音，应仔细检查，才能发现。

（二）实变期：起病2～3天，肺胞壁毛细血管高度充血，肺泡内充满大量纤维蛋白、红细胞、白细胞及细菌，使整个肺大叶或部分肺大叶实变。以上症状加剧，呈稽留热，因渗出的红细胞破坏后释出含铁血黄素而咯铁锈色痰。同时出现呼吸困难、鼻翼煽动，嘴唇发绀。病情严重者可有谵妄烦躁或昏迷。此期历时约4～6天。体格检查可有典型肺实变体征。

（三）消散期：起病5～7天以后，病变逐渐液化吸收而进入消散期。体温骤降至正常，症状缓解，肺部可听到较多湿啰音，并随着炎症吸收而逐渐消失，此期约一周到数周。

近年来临床上以轻型或不典型的大叶性肺炎为常见。

少数病人由于人体抵抗力过低及细菌毒力过强，常以周围循环衰竭或昏迷为突出表现，而肺部体征往往不明显，称之为中毒型肺炎，其特点：

1.血压下降，脉压减小，脉搏细速。

2.面色苍白、四肢冰冷、出汗、发绀、烦躁、神志模糊或昏迷。

3.突发高热40℃以上或无热甚至体温不升。

4.肺部体征常不明显。

5.严重者可表现急性肾功能衰竭，少尿或无尿等。

大叶性肺炎若治疗不及时或细菌毒力过强，可并发肺脓疡，

脓胸等并发症。

诊　断

凡突起寒战、高热、咳嗽胸痛、吐铁锈痰、气促及有肺实变体征者，即可诊断。若表现不典型，诊断困难者，可作胸部透视及白细胞检查，协助诊断。

预　防

应积极锻炼身体，增强人体抵抗力，防治上呼吸道感染，气候突变时注意增减衣服，避免淋雨受凉。

治　疗

(一)一般治疗

卧床休息，多喝开水，吃易消化饮食。如进食很少，应补液并注意补充维生素B_1、C。

(二)抗感染

1.磺胺类药物，病情较轻者可用磺胺噻唑或磺胺嘧啶，首剂2克，以后每4～6小时1克，同服等量碳酸氢钠并多饮开水。热退3～4日后停药。

2.抗菌素，常用青霉素40万单位肌注，每日2～4次。体温正常，一般情况好转后停药。较重病例可加用链霉素0.5克，每日2次肌注，或口服四环素，氯霉素等。严重病例多用氯霉

素与链霉素联合应用，氯霉素宜静脉滴注，每日0.5～1克。

（三）中草药单方

1.鱼腥草6钱，桔梗3钱，水煎服，每日1剂。

2.鱼腥草1两，白茅根1两，银花5钱，水煎服，每日1剂。

3.酸筒梗2两，煎水分2次服，每日1剂。

4.穿心莲注射液，每日2次，每次2毫升，肌注。或片剂，每次4片，每日4次。

（四）新医疗法

针刺大椎、曲池、肺俞、合谷、膻中、内关、尺泽。也可小剂量青霉素穴位注射，每日1次，每次1～2个穴位。

（五）辨证施治

1.风热犯肺：发病多急，初起恶寒或寒战，发热、头痛、汗少或无汗，口微渴、咳嗽气急，痰粘色白量少，胸闷或隐痛，舌边尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数。治宜辛凉解表，轻宣肺气，可用银翘散加减。痰不易咯出加贝母、瓜蒌各3钱。

2.痰热壅肺：高热面赤，烦渴多饮，咳嗽胸痛，咯痰黄稠或铁锈色痰或带血丝，鼻煽气粗，舌质红，苔黄，脉滑数。治宜清热宣肺，方用麻杏石甘汤加减。胸痛加瓜蒌，郁金；痰中带血加茜草、茅根。

3.热入心营：高热不退，呼吸气急，喉中痰鸣，痰内带血，口唇干焦，口渴、饮水不多、烦躁不安，时有谵语，颈项强直，

甚至昏迷，舌质红绛，苔焦黄，脉细数。治宜清营开窍，方用清营汤加减。神昏谵语者加安宫牛黄丸1粒冲服；四肢抽搐加石决明，钩藤、地龙。

（六）对症治疗

体温过高者可用酒精擦浴及冷敷，解热发汗药应慎用或不用。咳嗽剧烈者给以祛痰止咳药，胸痛可酌情用去痛片，气急可用氨茶碱，烦躁不安可口服鲁米钠0.03克，一日三次，或肌注鲁米钠0.1克。

（七）中毒性肺炎

赶快送往医院抢救或争取有经验的医务人员协助治疗。具体措施如下：

1、注意保暖、吸氧、密切观察血压，脉搏、呼吸、神志、尿量。昏迷谵妄者要防止摔伤。出汗多者应予擦干，换上干衣服。注意清除呼吸道分泌物。

2、升高血压：可采用异丙基肾上腺素，去甲肾上腺素各1毫克混合静脉滴注。滴注过程中应严防药液外漏，以免引起组织坏死。也可用其他升压药。

如果病人面色苍白，四肢厥冷，提示血管痉挛，应首先采用阿托品扩张血管。初用量可每次3～5毫克静脉推注，再视情况增减，每隔10～20分钟1次。亦可用654—2等。

同时还可以针刺素髎，内关等穴帮助升压。

3、控制感染：在解决主要矛盾，恢复血压的同时，一定要

抓住造成中毒性休克的根本因素，采取有效措施控制感染，清除病灶。应在短时内采用足量有效的抗菌素。如青霉素、链霉素联合应用。必要时应采用四环素、氯霉素静脉滴注。

4.激素应用：与大剂量抗菌素并用，有良好降温、抗炎、抗休克，抗过敏等促进症状缓解的作用。可用氢化可的松200～300毫克，加入葡萄糖内静滴。

第八节　肺　脓　肿

肺脓肿是由化脓性细菌引起的肺组织化脓性炎症。中医称为“肺痈”。临床特征为：发热、咳嗽、咳大量脓性臭痰。

病因病理

病原体多为链球菌、葡萄球菌或肺炎双球菌等。通过呼吸道、血循环或邻近器官感染病灶直接蔓延而侵入肺。本病多发生于口腔感染之后。在口咽部手术、全身麻醉、昏迷或呕吐过程中，若将异物或分泌物吸入肺，也可患本病。

病变开始时，小支气管被分泌物或异物阻塞，其所支配的肺组织被吸入的细菌侵袭而发生化脓性炎症。炎症中心组织坏死和液化，形成肺脓肿，继发厌氧菌感染，使脓痰恶臭，脓肿破入支气管，咯大量脓痰，则成为空洞。

祖国医学认为本病的主要病因是感受外邪。或肺经痰热素盛，热壅血瘀，郁结成痈，血败肉腐而化脓。

临床表现

急性肺脓肿，大致可分为化脓性肺炎期和肺脓肿溃破期两个阶段。

初起时，患者全身中毒症状明显，类似大叶性肺炎，肺部征象有咳嗽胸痛，呼吸不利，咳粘液脓性痰。此为化脓性肺炎期。

如未能及时治愈，病情发展，脓肿成熟，并向支气管破溃，于是痰量增加，并呈脓性，每日可达数百毫升。有厌氧菌感染者，痰有恶臭。有时因肺部毛细血管损害，而致痰中带血或咯血。若将痰液置于瓶中，常分为三层，上层为泡沫，中层为浆液，下层为脓液及坏死之肺组织沉渣。

大量脓痰排出后，全身中毒症状减轻，如患者抵抗力强，支气管引流通畅，治疗及时，可获痊愈。如患者抵抗力降低，或排痰不畅时，全身症状可再度加重。少数患者，也可转入慢性肺脓肿，此时可有咳嗽、脓痰持续，低热、消瘦、贫血、杵状指(趾)等慢性中毒症状。

肺脓肿体征与脓肿之大小及位置有关，深部小脓肿，体征常不显著；脓肿大而接近胸壁时，患部语颤增强，叩诊浊音，听诊呼吸音减弱，可听到管状呼吸音及湿罗音。

x线检查：早期为炎症阴影，形成空洞时，脓腔内可见有液平面，周围有炎症改变。

预　防

(一)保持口腔卫生，防止呼吸道感染。

（二）积极根治原发病灶。

（三）口腔手术，昏迷病人，严防分泌物及口腔异物吸入肺内。

治　疗

（一）辨证施治

1.初期：恶寒发热，咳嗽胸痛，咳时尤甚，痰少而粘，呼吸不利，口鼻干燥，舌苔薄黄，脉浮滑数。治宜疏散风热，清肺化痰。方用银翘散加减。

2.成痈期：寒战、高热汗出，咳嗽气急，甚则喘满，胸闷疼痛，转侧不利，咳吐脓痰，其味腥臭，咽干口燥，舌苔黄腻，脉滑数。治宜清热解毒，化瘀散结。方用《千金》苇茎汤加减。

3.恢复期：咳嗽，咯吐脓痰，经久不愈，口燥咽干或胸胁隐痛，气短，低热，汗出，舌淡红，脉虚数。治宜益气养阴，清热化痰。方用桔梗汤加减。

（二）草药单方

1.鱼腥草2两，蒲公英、败酱草、芦根各1两，水煎服，每日1剂。

2.荞麦三七（根）2两，水煎服，每日1剂。

（三）抗菌治疗

急性期宜采用大剂量抗菌素治疗，首选青霉素，每日160～

240万单位，并加用链霉素，每日 1 克，肌注或选用鱼腥草、穿心莲注射液，肌注。治疗无效时可改用四环素、氯霉素等。

（四）体位排痰

痰多者应作体位排痰，每日 1 ～ 2 次，每次15～20分钟。体位取决于病变位置。一般来说，应使病变部位比气管、喉头为高，以利脓痰排出。病重体弱者应慎用。

（五）对症治疗

咳嗽时予以祛痰剂，氯化铵0.3克，每日 3 ～ 4 次；胸痛给予止痛药，咯血时用止血药。

第九节　肺癌（支气管肺癌）

肺癌是常见恶性肿瘤之一，多发在40岁以上的男性，但近年来年青者及女性患者亦不少见。

绝大多数肺癌起源于支气管的上皮组织，故又称为支气管肺癌。身体各脏器的恶性肺瘤亦可通过血行转移到肺。

临床表现

早期可无症状，多因肺部继发感染就诊。咳嗽、血痰、胸痛为较多见的症状，也可出现发热、气急、血性胸水、消瘦、乏力、食欲减退等。

本病体征不一，全身表现早期可不明显，较晚期常有消瘦、

乏力、贫血等恶病体质。局部体征，如支气管受压狭窄，病侧可有局限性干啰音和呼吸音减弱，甚至肺气肿；如肺部继发感染则有多量湿性啰音；当癌肿侵犯胸膜时，可出现胸膜摩擦音或胸腔积液，当癌肿随淋巴管转移时，锁骨上窝及腋下可触及淋巴结肿大等。

诊　断

早期诊断非常重要，这是决定病人能否手术根治的关键。

（一）凡年龄较大，咳嗽、咳痰、咯血数周不愈而又无明显结核中毒症状者，要怀疑此病，并进一步检查。

（二）x线检查，痰或胸水中找癌细胞，淋巴结活组织检查等可进一步明确诊断。

防　治

增强体质，戒烟，消除呼吸道感染，对工业废气和其它致癌物质作好调查及处理。目前治疗肺癌的关键在于早期发现，若已确诊为肺癌可选用下述治疗肺癌方法治疗。

（一）未转移之早期肺癌作手术切除。

（二）中草药治疗：白花蛇舌草、半枝莲、奶参、鱼腥草、金刚刺、龙葵、白毛藤、佛甲草等均可选用。

（三）化学治疗：用抗肿瘤药物。

（四）放射治疗。

第十节　脓　　胸

胸膜腔因细菌感染而积脓，称为脓胸。多继发于大叶性肺炎、肺脓疡、肺结核或外伤、手术后感染以及邻近器官病变蔓延所致。

如急性脓胸处理不当，常导致慢性脓胸。慢性脓胸一旦发生，不但给患者带来痛苦，医治亦较为棘手，因此必须预防其发生。

临床表现

急性脓胸的主要表现有畏寒、高热、咳嗽、胸痛、气促、脉快等急性中毒症状。严重者可有鼻翼扇动、发绀等表现。胸部检查可有胸腔积液体征。

慢性脓胸患者，因长期流脓，可导致贫血、肌肉消瘦、萎黄、精神不振等。由于胸腔长期积脓，纤维素沉着，形成纤维板，引起胸廓塌陷，肋间隙缩小，纵隔向病侧移位，患侧呼吸运动减弱或消失，胸壁多有瘘管形成。

诊　断

（一）根据病史和体征，可作出初步诊断；

（二）x线检查：确定液体多少，有无气胸或纵隔移位等情况；

（三）胸腔穿刺：抽出脓液。

治　疗

(一)急性脓胸

1.全身治疗：应用抗菌素控制感染，注意水与电解质的平衡及蛋白质的补充，病人应卧床休息。

一般用青霉素40万单位，肌注，每日 4～6 次。链霉素0.5克，肌注，每日二次。病情严重者，应考虑用红霉素、氯霉素等作静脉滴注。

如用中草药治疗，以清热解毒排脓为主，用黄蓬解毒汤合苇茎汤加减。

2.局部治疗：以胸腔穿刺抽脓为主，无效时，应及早改用胸腔闭式引流术。

(二)慢性脓胸

除积极改善一般情况外，应及时手术治疗，消除脓腔。

第十一节　胸部损伤

胸部损伤，往往引起呼吸、循环功能紊乱，伤重者若急救失时，或处理不当，可于短期内死亡。

一、胸部挫伤

钝力撞击胸部，所引起的软组织损伤，称为胸部挫伤。常

伴有胸腔内脏器轻度的震荡伤。

临床表现

伤部肿胀、皮肤青紫，显著压痛，严重者可有肌纤维断裂，深部血肿。病人常感胸部疼痛或胀闷不适，呼吸咳嗽时胸痛加重。有时咳少量血丝痰。

中医认为，胸伤有三个类型

伤气者：疼痛范围较广，走串而不固定。

伤血者：痛如针刺，部位固定，范围较小，伤处肿胀。

气血两伤者：伤处有明显肿胀、压痛，其疼痛范围远比压痛范围大，且常走串移动。

根据受伤时间的久暂又分为新伤与陈伤。

治　疗

(一)针刺：内关、公孙、支沟、阳陵泉。

(二)伤科成药内服：如跌打丸、八厘散、风湿骨痛露等。

(三)辨证施治

1.新伤以气血两伤较为多见，内治宜活血化瘀、行气止痛为主。药用当归、延胡索各4钱，赤芍、制香附各3钱，柴胡、桃仁、红花各2钱，制乳香、甘草各钱半。咳嗽加桔梗、杏仁、枇杷叶各3钱；痰中带血丝加仙鹤草5钱、焦山栀3钱。

2.陈伤多为瘀血不化，治宜理气、破瘀、扶正为主。药用三棱、白术、当归、赤芍、山栀、党参各3钱，陈皮、枳壳各

2钱，甘草钱半。

（四）局部治疗

外敷消肿膏，跌打损伤膏，伤湿止痛膏等。局部热敷以及用1～2%普鲁卡因5毫升局封；陈伤可用醋酸考的松12.5～25毫克加2%普鲁卡因2毫升痛点封闭。

二、肋骨骨折

肋骨和胸骨间有肋软骨，在小儿和青年时期，肋骨本身富有弹性，故不易折断。但在成年人，特别是老年人，由于骨质脆性增加，肋软骨也常有骨化，伤后则易骨折。

临床表现

肋骨骨折最显著的症状为局部疼痛，深呼吸、咳嗽时加剧。局部软组织可有瘀血，骨折处有显著压痛，有时可摸到骨折端，或有摩擦音。用双手同时挤压胸骨和胸段脊柱，骨折处剧痛。这一检查对区别肋骨骨折与单纯胸部挫伤很有帮助。骨折端刺破肺组织时，可引起气胸、血胸、皮下气肿或咯血。又因疼痛，往往使病人呼吸浅短，不敢咳嗽吐痰，而引起肺不张或肺部感染。

多肋双处骨折时，常因反常呼吸（图16—10），吸气时伤处下凹，呼气时伤处外凸，而出现呼吸困难、紫绀、休克等严重症状。

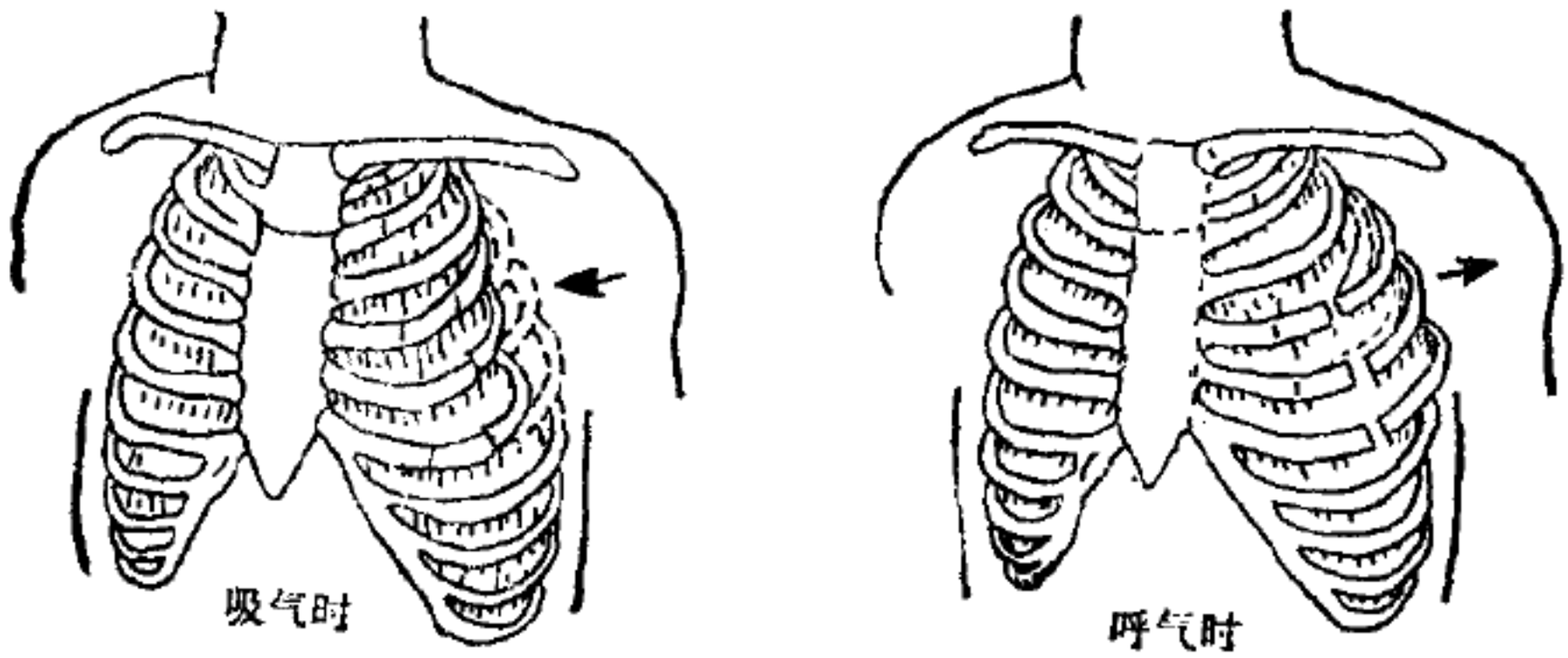


图16—10　反常呼吸

治　疗

单纯性肋骨骨折，经休息止痛，多能很快愈合。但肋骨骨折所引起的各种并发症，如不及时预防和正确处理，很可能会出现严重后果。

(一)闭合性单纯骨折，治疗方法有二种：

1.**胶布固定胸壁**(图16—11)。剪好宽约5～6厘米，长度比病人胸廓半周长10厘米的胶布数条。病人取坐位，两臂外展，在深呼气终末，即胸围最小时，将胶布逐条紧贴胸壁上。由肋缘起，自下而上，由后向前互相迭压三分之一，呈迭瓦状，到腋部为止。胶布两端均需超过正中线粘贴于健侧胸壁上。固定2～3周后可以拆除。亦可用多头胸带包扎两周即可。

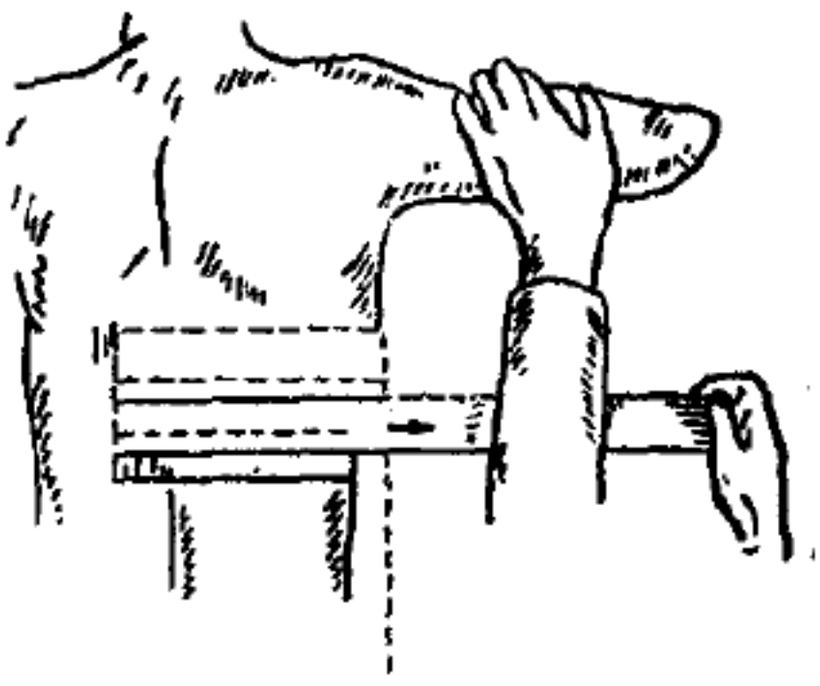


图16—11　胶布固定胸壁的方法

此法的目的是减少伤侧胸壁活动而止痛。但由于固定不完全，病人深呼吸、咳嗽时仍有疼痛，影响呼吸道的分泌物的排除，因而仍有产生肺不张和肺内感染的可能，故临床应用上有逐渐减少的趋势。

2.普鲁卡因封闭：以0.5～1%普鲁卡因10～20毫升做骨折处痛点封闭。或以2%普鲁卡因3～5毫升，于背中线外侧约5厘米处，经肋骨下缘封闭肋间神经，注射范围包括骨折处及其上下各1～2支肋间神经。普鲁卡因封闭后，有效止痛时间约数小时至12小时，必要时可重复注射。

（二）多肋双处骨折：必须紧急处理，以制止反常呼吸，常用而简便的方法为：

1.肋骨牵引固定法：以布巾钳夹于骨折中央的1～2根肋骨，连接牵引架上（或床架也可），牵引重量为2～3公斤，1～2周后去除。

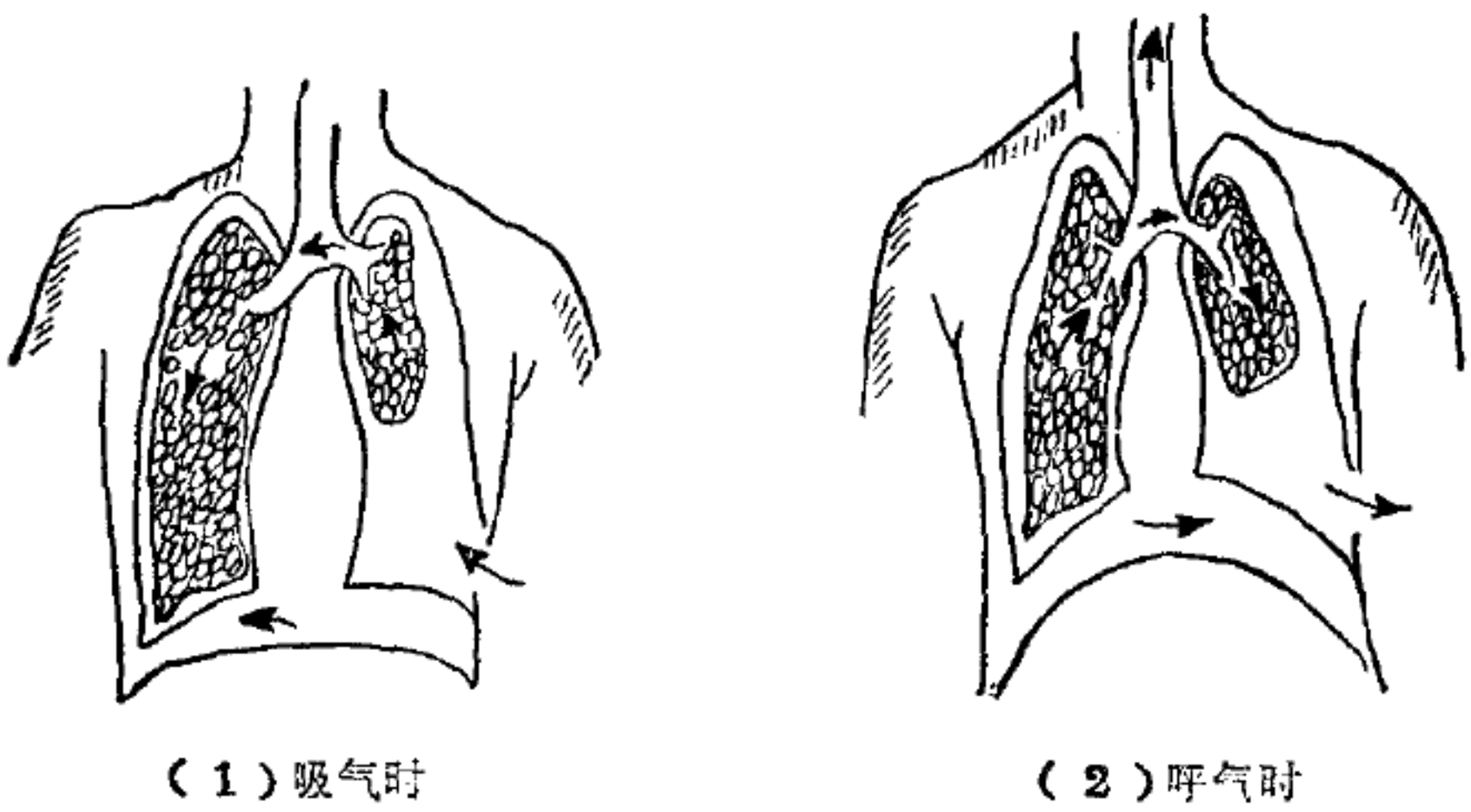
2.胸部加压包扎法：于急救时可将厚棉垫（棉花、布类也可）置于伤处，外用胸带或绷带加压包扎，必要时伤处可另加沙袋（1公斤左右）。以防反常呼吸。

三、气　　胸

胸膜腔左右各一，以纵隔为界，互不相通。正常情况两侧胸膜腔压力在呼吸过程中均相等，故纵隔始终保持正中位。胸部损伤气体进入胸膜腔，称气胸，上述正常生理现象发生紊乱，引起一系列症状。

临床表现

（一）闭合性气胸：空气进入胸膜腔后，胸膜腔与外界通道很快闭塞。若进入气体不多，一般无明显呼吸困难。多量气体时，有胸部紧闷的感觉和气促。伤侧有气胸体征。



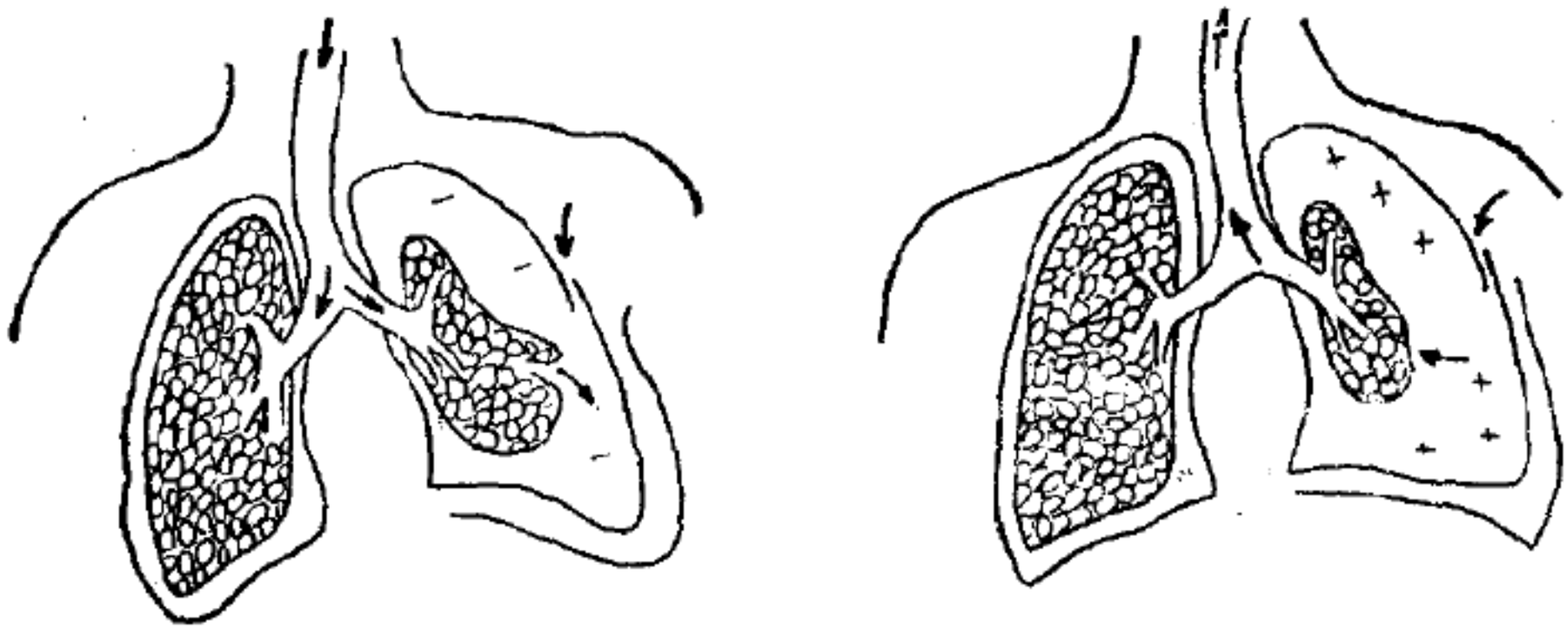
（1）吸气时　　（2）呼气时

图16—12　开放性气胸示意图

（二）开放性气胸（图16—12）：伤口使胸膜腔与外界交通，空气随呼吸运动，自由进出胸膜腔。伤员有显著呼吸困难，皮肤紫绀，甚至休克。检查时除气胸体征更加显著外，并有开放性胸部创口，且能听到空气经伤口进出的声音。

（三）张力性气胸（图16—13）：是与胸膜腔相通的伤道处，形成活瓣，吸气时活瓣开放，气体进入胸膜腔，呼气时活瓣关闭，气体不能排出，胸膜腔压力随呼吸逐渐升高。伤员严重缺氧，迅速发生休克；明显纵隔移位；气体在高压下，由胸膜腔

挤入纵隔和皮下组织，可能有颈静脉怒张和皮下气肿。



（1）吸气时　　（2）呼气时

图16—13　张力性气胸示意图

治　疗

（一）闭合性气胸：伤员经休息、镇静、止痛，气体一般都能自行吸收。若伤员有明显呼吸困难时，可在伤侧第二肋间，锁骨中线处作胸腔穿刺抽吸气体。

（二）开放性气胸：伤员生命危急，应尽快地变开放性气胸为闭合性气胸。可用毛巾、布类和塑料薄膜，有条件时可用凡士林纱布盖住开放的伤口，并用绷带加压包扎，然后送医院抢救。

（三）张力性气胸：在抢救中，要抓住主要矛盾，尽快把高压性气胸转变成一个伤口很小的开放性气胸。最简单的方法是在第二肋间锁骨中线处插入粗针头，放出气体。在条件允许下，也可在针尾端缚一带孔的橡皮指套，孔口用火柴棒撑起，

使胸膜腔气体只出不进，解除肺和纵膈压迫。休克好转后尽快转送医院治疗。

四、血　　胸

伤后胸膜腔积血，称血胸。血的来源可能是肺、心脏或大血管或胸壁血管。

在早期因急性失血，可有休克症状。胸膜腔内积聚有大量血和气体时，肺受压缩，并将纵膈推向健侧，引起呼吸和循环机能紊乱。因而出现面色苍白，口唇发绀，呼吸困难，脉搏快弱和血压降低等症状。伤侧呈胸腔积液体征。胸腔穿刺可抽出血液。

血胸伤员经积极防治休克后，应尽快送医院治疗。

第十七章　消化系统疾病

第一节　解剖生理

消化系统包括消化管与消化腺两部份(图17—1)。消化管从口腔到肛门，可划分为口腔、咽、食管、胃、小肠、大肠、肛门。消化腺除在消化管壁内的以外，主要的还有唾液腺、肝脏和胰腺，借导管与消化管相通。

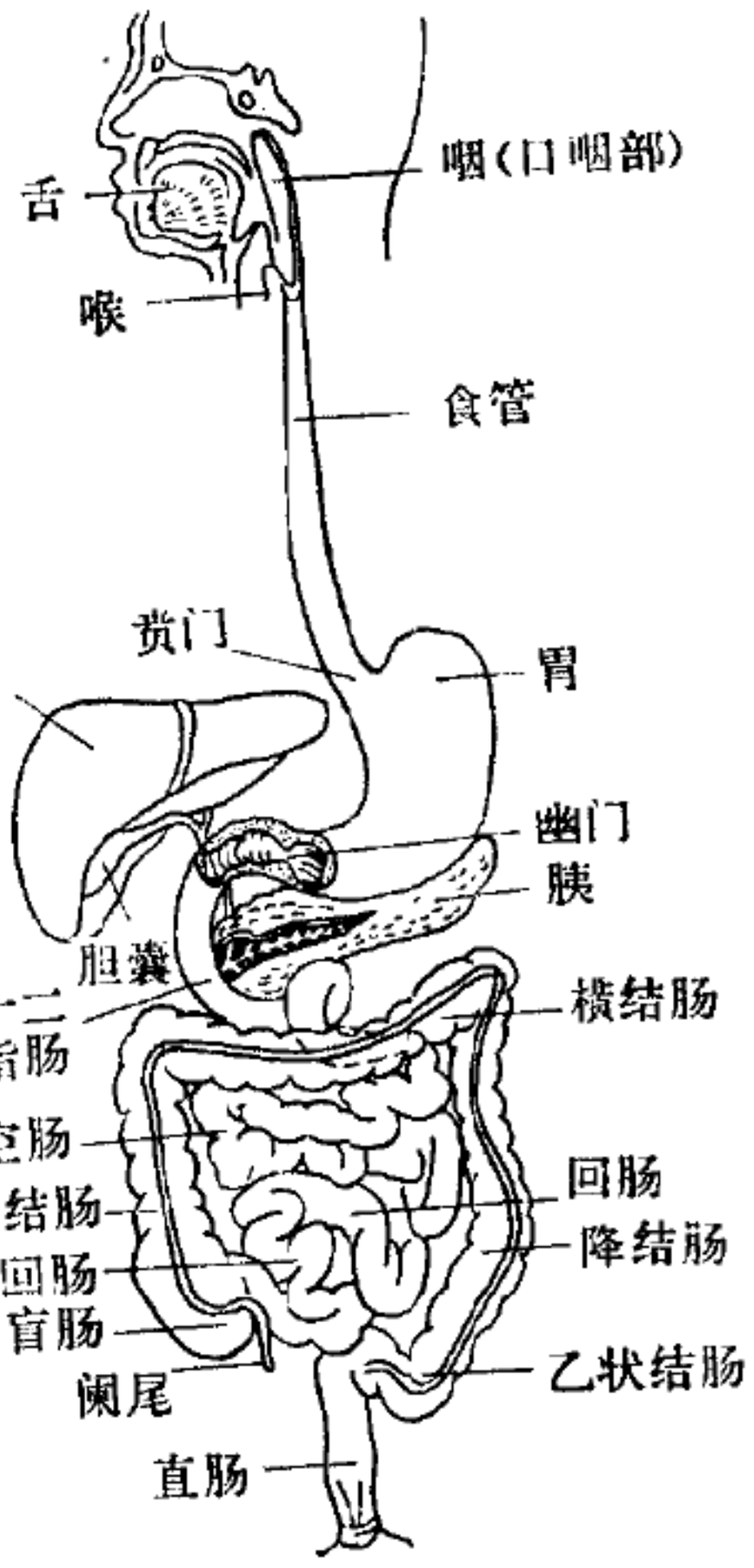


图17--1　消化系统模式图

消化系统的作用就是将摄取的食物，通过物理和化学变化，分解为精华和糟粕两部分，然后吸收其精华，排泄其糟粕。

一、消 化 管

消化管是一条长的管道，各段形态和功能虽不

同，但管壁结构都可分为四层。

粘膜 覆盖在消化管的内表面。内有腺体，能分泌粘液和消化液，具有保护胃肠粘膜和消化食物的作用。

粘膜下层 由疏松结缔组织组成，内含神经和比较粗大的血管及淋巴管。

肌层 口、咽、食管上段及肛门外括约肌为骨骼肌；食管下段、胃和肠都为平滑肌。其排列一般为内环行和外纵行两层。平滑肌的舒缩，使胃肠道产生蠕动。

外膜 食管和直肠下段由疏松结缔组织组成，其余消化管外膜均是腹膜。

(一)口腔、咽：见第二十四章。

(二)食管：食管是食物的通道，在喉和气管后面，全长25～30厘米，上接咽部，下连胃的贲门。食管粘膜血管丰富，在门脉高压症时，下段静脉容易发生曲张破裂出血。

(三)胃(图17—2)：位于腹腔左上方，膈肌的左下方，是消化管中最膨大的部分，具有储藏和初步消化食物的作用。胃与食管相接处叫贲门，与十二指肠相接处叫幽门，中间大部称胃体，其凹陷而较短的右上缘叫胃小弯，左下缘叫胃大弯。

胃壁也分四层(图17—3)，其粘膜中有大量胃腺，能分泌胃液。胃液的主要成份是胃酸和胃蛋白酶。酶是促进食物消化的活性物质。胃蛋白酶能消化蛋白质，胃酸能使蛋白酶元变成具有消化作用的胃蛋白酶，也可以促进铁的吸收和杀灭细菌。胃液过多或过少都能形成疾病。

胃通过蠕动将食物充分搅拌，加以初步消化，并将食糜逐

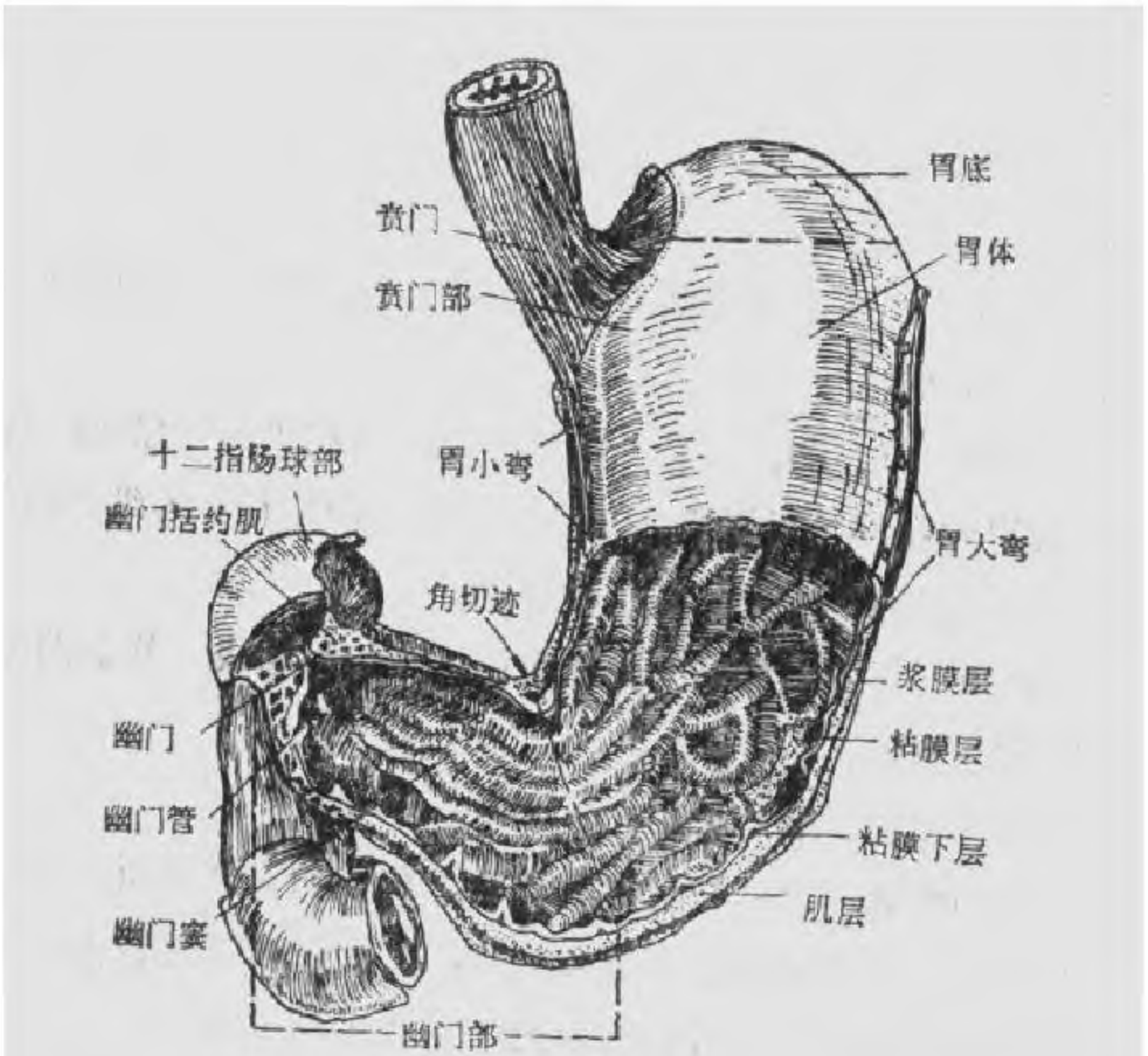


图17—2 胃

步推送入十二指肠。胃以肌层很发达，由内斜行，中环行和外纵行三层平滑肌组成，在贲门、幽门部的环行肌增厚，构成贲门、幽门括约肌。贲门和幽门在无食物通过时是关闭的。贲门的关闭，能防止食物呕出。但小孩这种作用较弱，且胃的位置较平，故易有吐奶现象。幽门能防止食物过快进入小肠，以利食物在胃内初步消化。

（四）小肠：小肠是食物消化、吸收的主要场所。上接幽门，下连大肠。可分为十二指肠、空肠、回肠三部分。长约五米。

1.十二指肠（图17—4）：是小肠始端，位于1～4腰推右前方，长约25厘米（十二个横指），呈“C”形。起始部叫球部；降部有十二指肠乳头，为胆总管及胰腺管在十二指肠的共同开口，胆汁和胰液从此进入肠道中。

2.空肠和回肠：迂回盘曲在腹腔中，除始末端较固定外，其余部分借肠系膜连于腹后壁，活动性大，易发生肠扭转。

小肠粘膜有许多环行皱襞（图17—）5，在皱襞上和皱襞间又由粘膜突起形成许多绒毛，以增加与食物接触的面积，使食物得以充分消化和吸收。粘膜内有大量肠腺，能分泌肠液，消化食物。还有丰富的淋巴管和毛细血管，通过它们吸收已消化的营养物质。

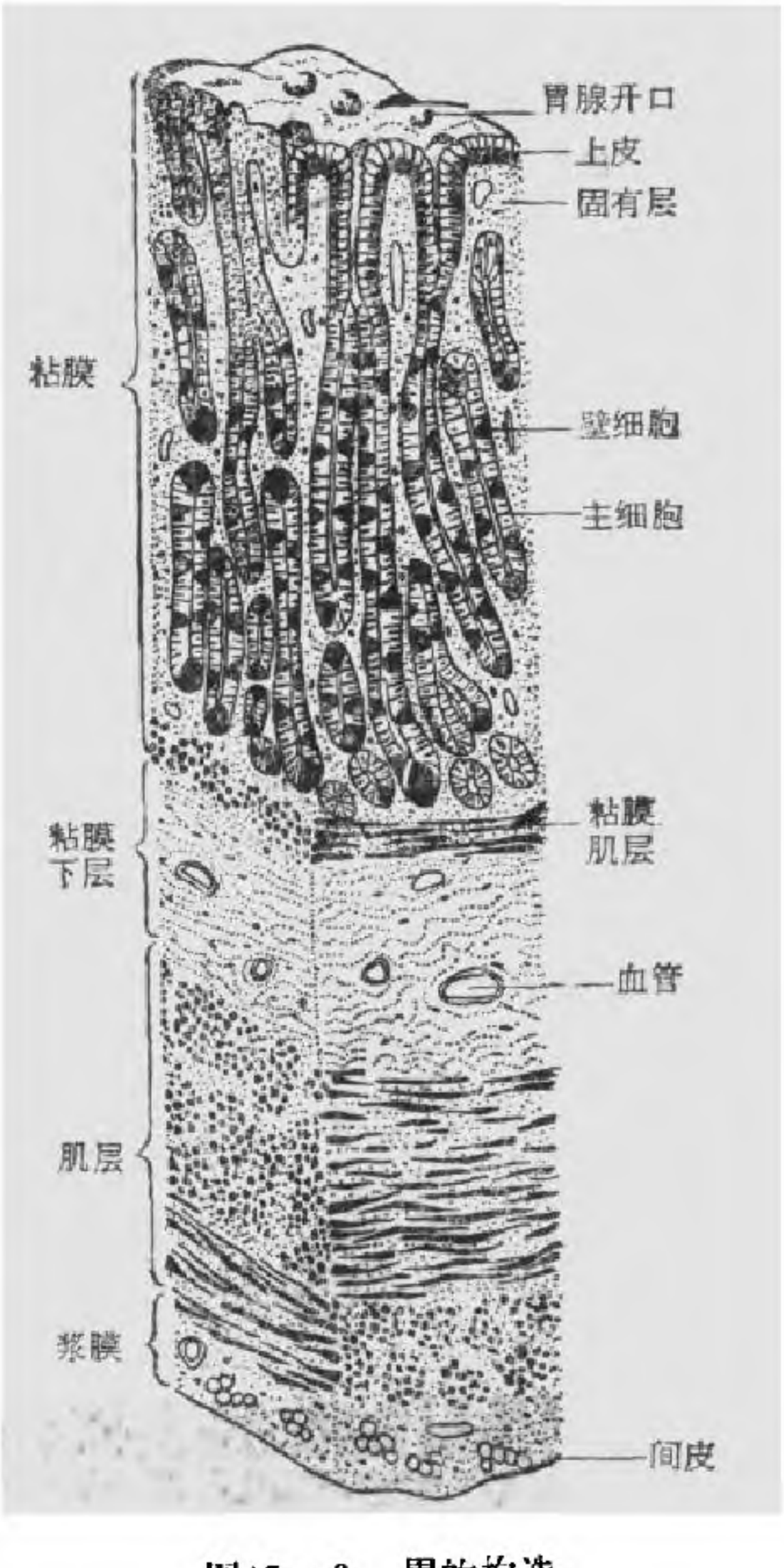


图17—3　胃的构造

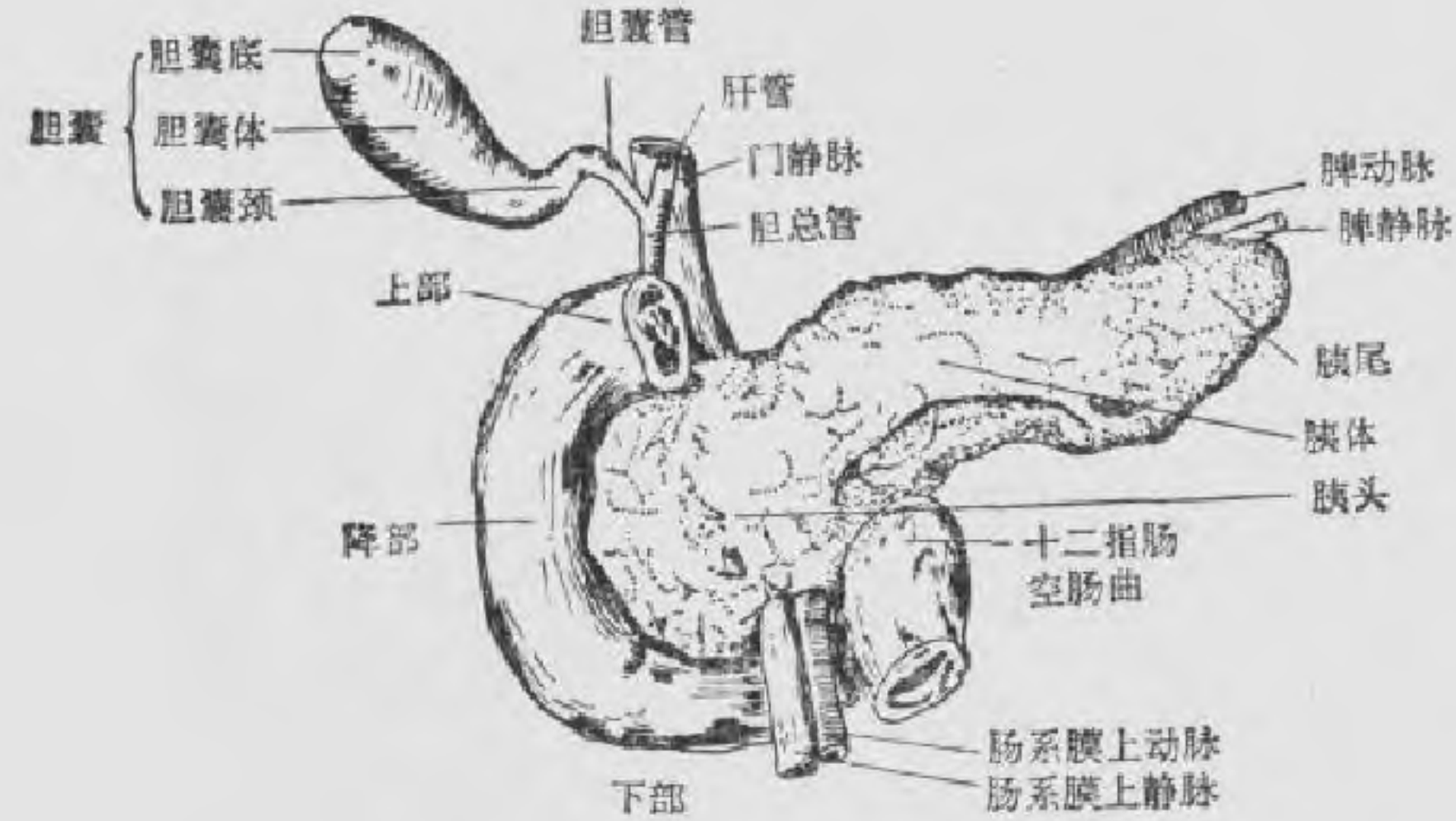


图17—4　胰、十二指肠

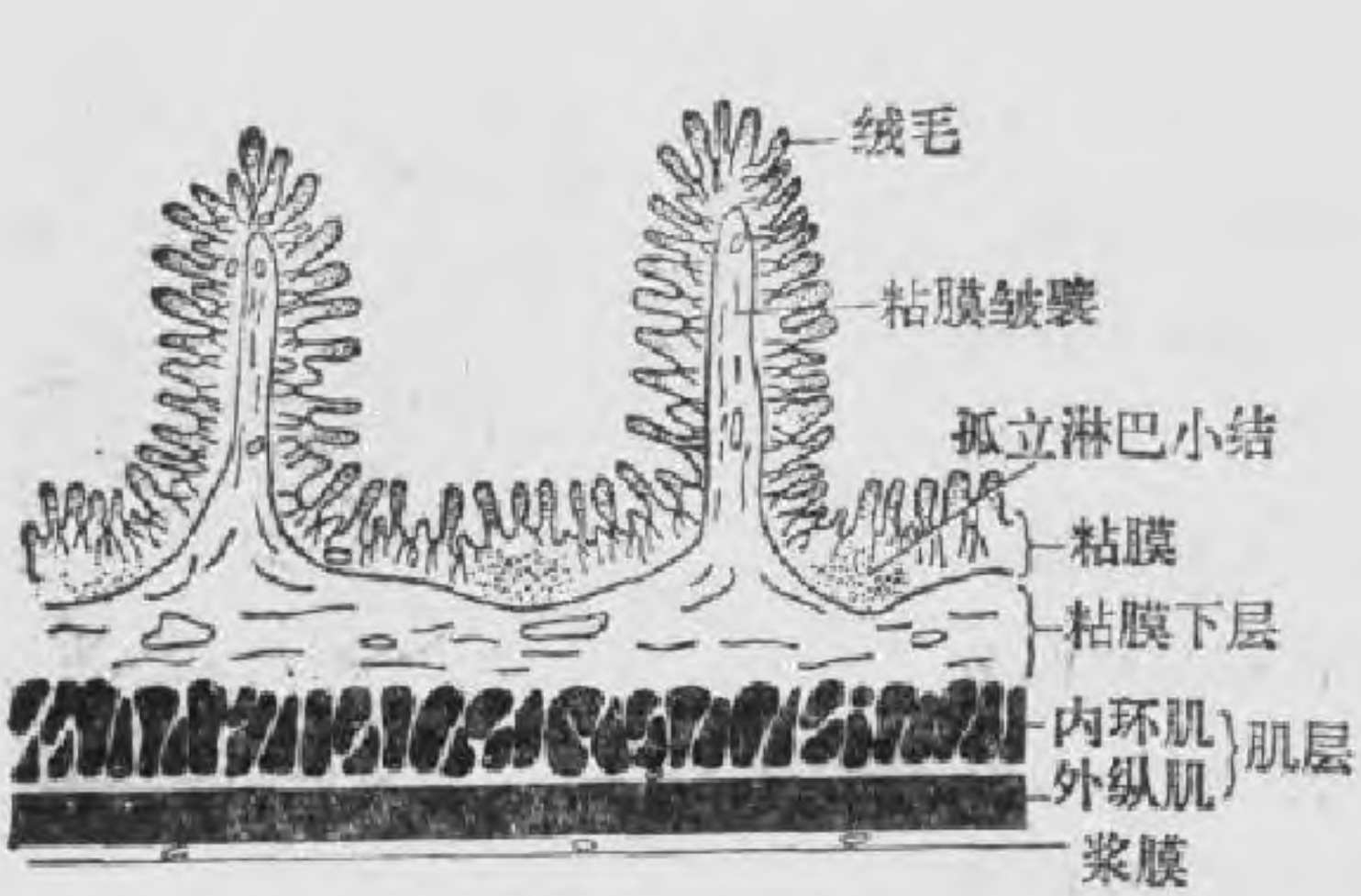


图17—5　小肠壁的构造(纵切面)

(五)大肠： 大肠比小肠粗，长1.5米，又可分为盲肠、结肠、直肠三部分(图17—6)。

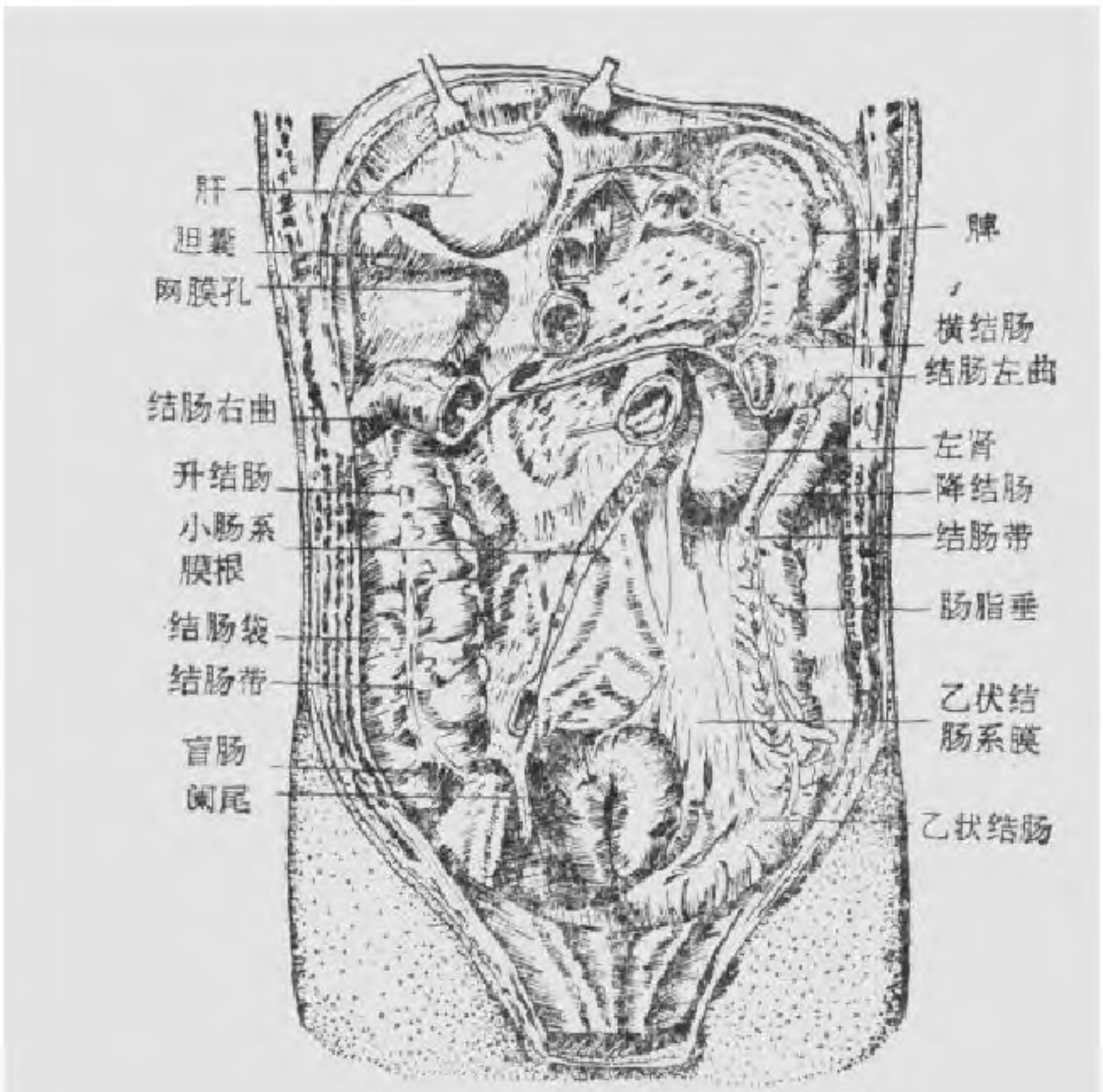


图17—6　大肠的形态和位置

1.盲肠和阑尾(图17—7)：盲肠很短，在右髂窝中，其左侧与回肠相接处有回盲瓣，可防止小肠内容物过早地进入大肠，并防止大肠内容物倒流。阑尾是一条形似蚯蚓的盲管，长约5～9厘米，位于盲肠的内下方，与盲肠相通。如食物残渣及粪石掉入腔内堵塞管腔，可引起阑尾炎。

2.结肠：接盲肠，在腹腔右侧上升，至肝下，叫升结肠；然后向左弯曲称结肠右曲(肝曲)；弯曲后横行到左侧脾下叫横结肠；在脾下方向下弯曲称结肠左曲(脾曲)；至左髂窝处叫降

结肠；由此弯向盆腔内叫乙状结肠。结肠是大肠中最长的一段，能吸收水分，分泌粘液，排泄食物残渣。

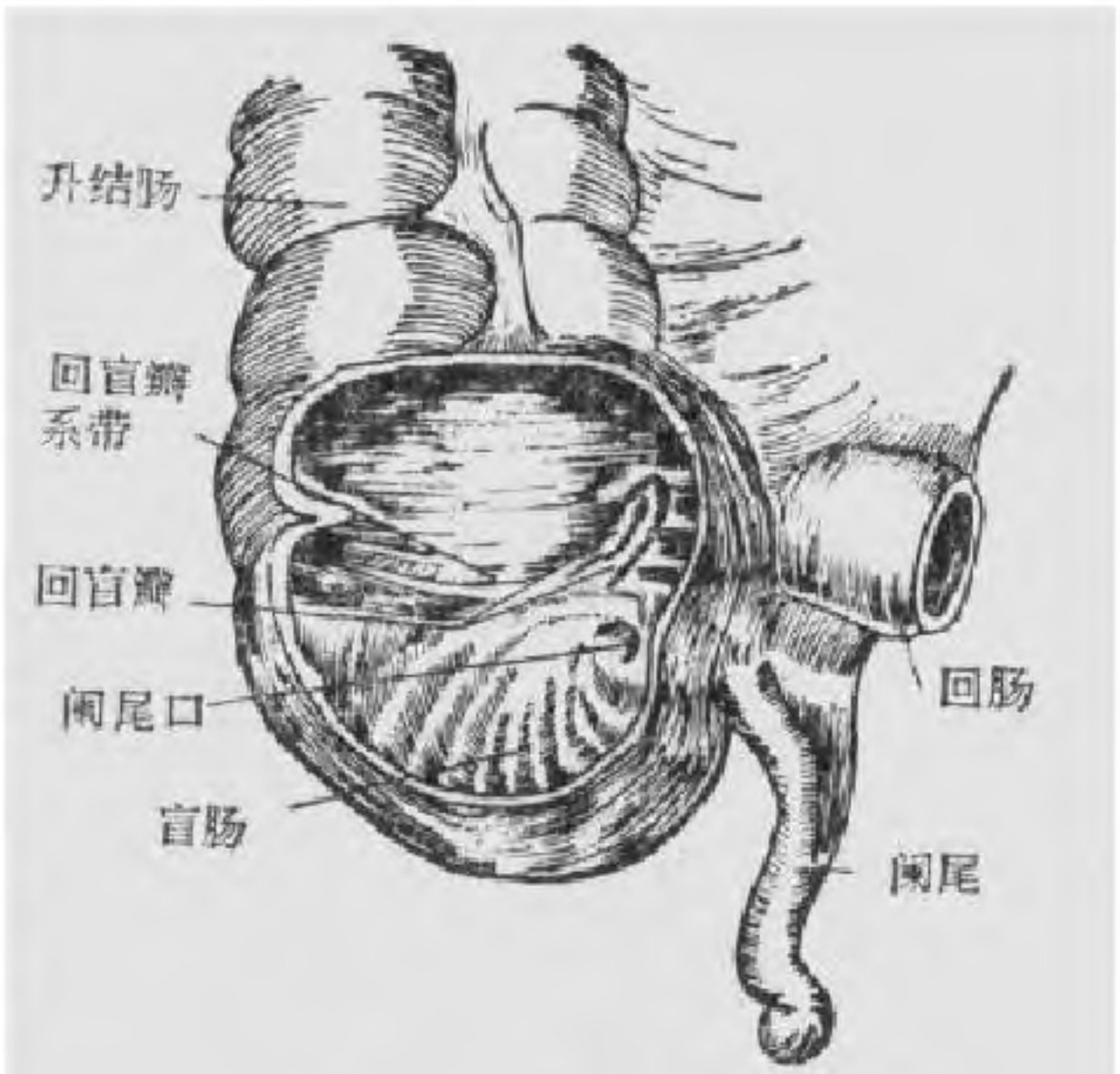


图17—7　盲肠与阑尾

3.直肠：是大肠的末端，下接肛门，位于骶骨的前方，长约10厘米。主要功能是将粪便经肛门排出体外。直肠末端粘膜下有丰富的静脉，这些静脉曲张便形成痔。

二、消化腺

（一）肝和胆囊（图17—8）

肝大部分在腹腔右上方，上界在右侧第5～6肋间，下界一般在右肋弓下缘内，正常一般不能摸到。肝分左右两叶。胆囊贴在肝的下面，肝所产生的胆汁进入其中，胆囊有贮存和浓缩胆汁的作用。

肝动脉、门静脉、肝管等都在肝下面出入，此处叫肝门。肝管出肝门后合成肝总管，再与胆囊管汇合成胆总管，开口于十二指肠乳头。此处有十二指肠乳头括约肌控制胆汁的排出。

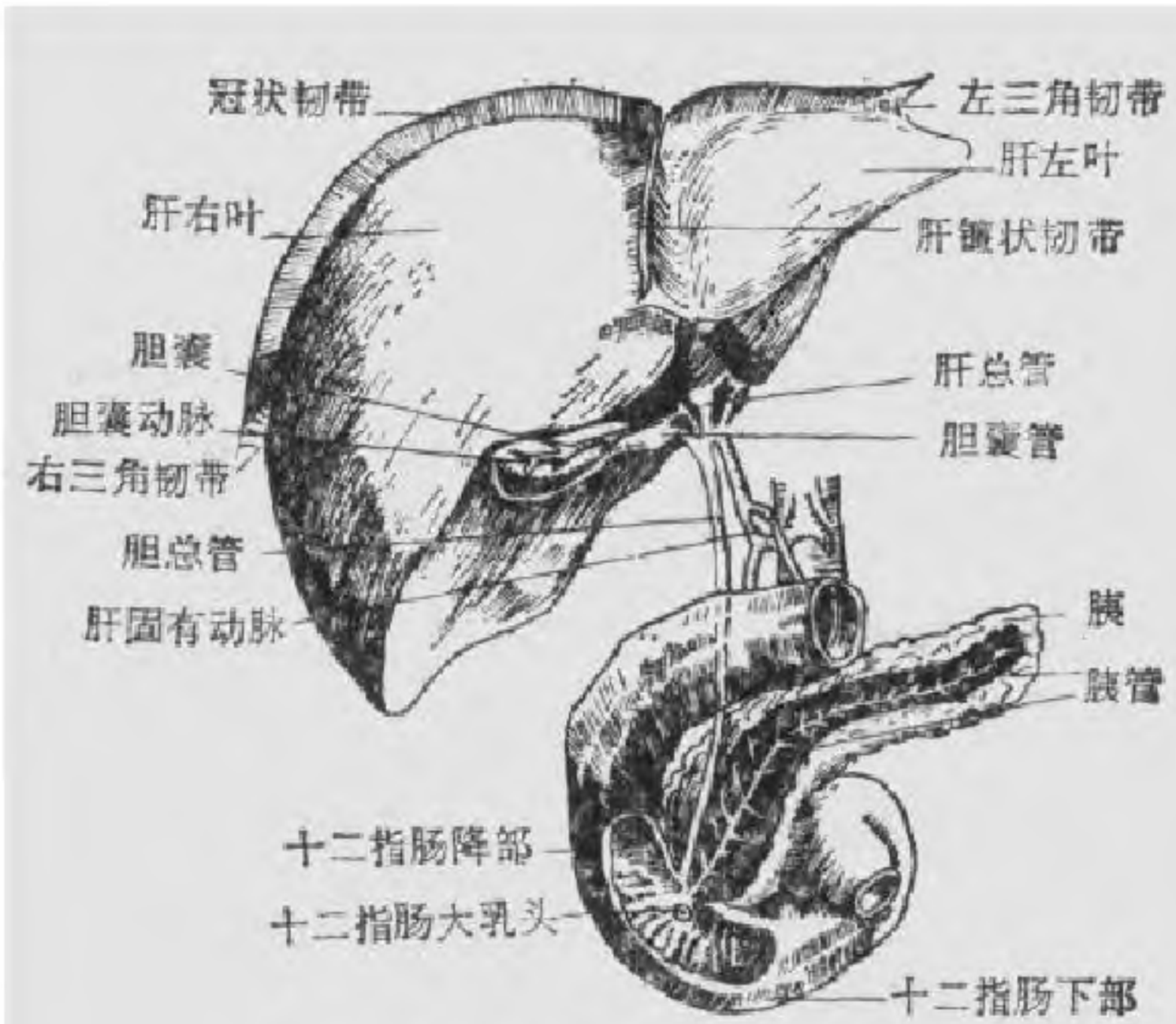


图17—8　肝胰、十二指肠和胆道

肝是最大的消化腺，其主要作用有：

1.制造胆汁：胆汁由肝细胞分泌，排入肠道中消化脂肪。其排出途径是：

胆汁→左右肝管→肝总管 ⇄（胆囊）→胆总管→十二指肠。

胆汁若排出受阻而进入血液中，便出现黄疸。

2.加工贮存营养物质：营养物质进入肝中，可由肝细胞进行加工贮存。血浆白蛋白，纤维蛋白元，凝血酶元，维生素甲等都是在肝内形成的；葡萄糖等在肝中加工成肝糖元贮存，当人体需要时再行分解为葡萄糖供组织使用。

3.解毒作用：一些外界进入体内和人体代谢中产生的有毒物质，经肝脏后可变为无毒物质。当肝脏有病变时，解毒作用

减低。因此某些化学药物在肝脏有病时不宜采用。

（二）胰　腺

胰腺是一个头大尾小的长条形腺体，位于胃的后方，相当于第一腰椎平面，全长12～15厘米，可分头、体、尾三部。胰头插入十二指肠曲中，胰尾抵达左肾及脾，内部有贯穿全长的胰腺管，胰腺管与胆总管一并开口于十二指肠乳头。胰腺能分泌胰液，是重要的消化液，胰腺内还有一种“胰岛”，是内分泌器官，能分泌胰岛素，与糖代谢有关，若分泌不是可致糖尿病。

三、食物的消化和吸收

我们通常所说的食物，是指大米、小麦、高粱、玉米、红薯（主要含淀粉）和豆类、鱼肉类（主要含蛋白质和脂肪）以及瓜、果、蔬菜（主要含水分、维生素、盐类）等。这些物质进入消化道后，除水、盐类、维生素等分子不大的物质能从小肠直接吸收外，其他较大的分子，如淀粉、蛋白质、脂肪等要经过一系列物理化学变化，分解成较简单的小分子如葡萄糖、氨基酸、脂肪酸等才能被吸收，这个过程称消化。食物的消化包括物理消化，如口腔将食物磨碎，胃肠道将食物与消化液充分混合等；和化学消化，如唾液、胆汁、胰液、胃酸、肠液等消化液将食物分解成结构简单、能溶于水的分子，经小肠绒毛吸收入血，进入门静脉入肝，然后随血液循环到达全身。一部分构成人体生长或修补的原料；一部分变成“能”被利用，这种“能”表现为正常体温和劳动、工作时的“能力”等，最后

转变成二氧化碳和水，排出体外。

四、腹壁及腹膜

(一)腹壁(图17—9)：主要由腹部肌构成，外被皮肤和皮下组织，内衬壁层腹膜。腹壁的皮肤薄而富于弹性，与皮下组织连结比较疏松，能储存大量脂肪。腹前正中线两侧有一对腹直肌，起于耻骨，止于胸骨剑突和五、六、七肋软骨，有保护内脏：弯曲躯干及帮助呼吸的作用。腹前外侧壁肌分三层排列，外层为腹外斜肌，肌纤维由外上向前下斜行，前下部移行为腱膜，附着于髂前上棘与耻骨结节之间，形成腹股沟韧带，其内上方有三角形裂隙称为腹股沟管皮下环；中层为腹内斜肌；内层为腹横肌，里面紧贴腹膜。腹股沟管是一个斜行的裂隙，位于腹股沟韧带的上内方，有四壁和内外两环；前壁为腹外斜肌腱膜；后壁为腹横筋膜；上壁为腹内斜肌；下壁为腹股沟韧带；内环是管的入口，在腹股沟韧带中点上方2厘米处；外环即皮下环。精索

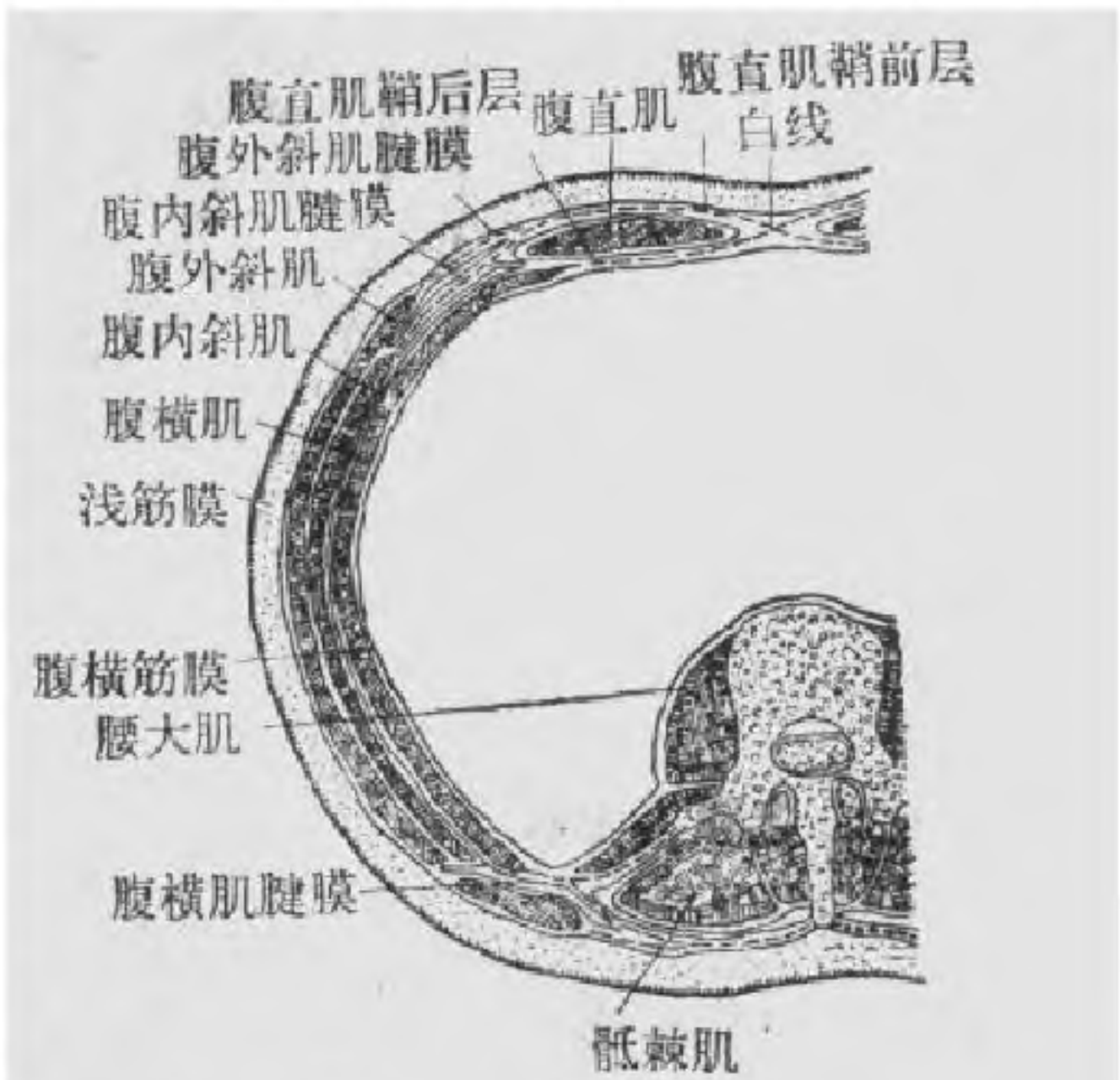


图17—9　腹壁层次

由内环经腹股沟管出外环进入阴囊(图17—10)。

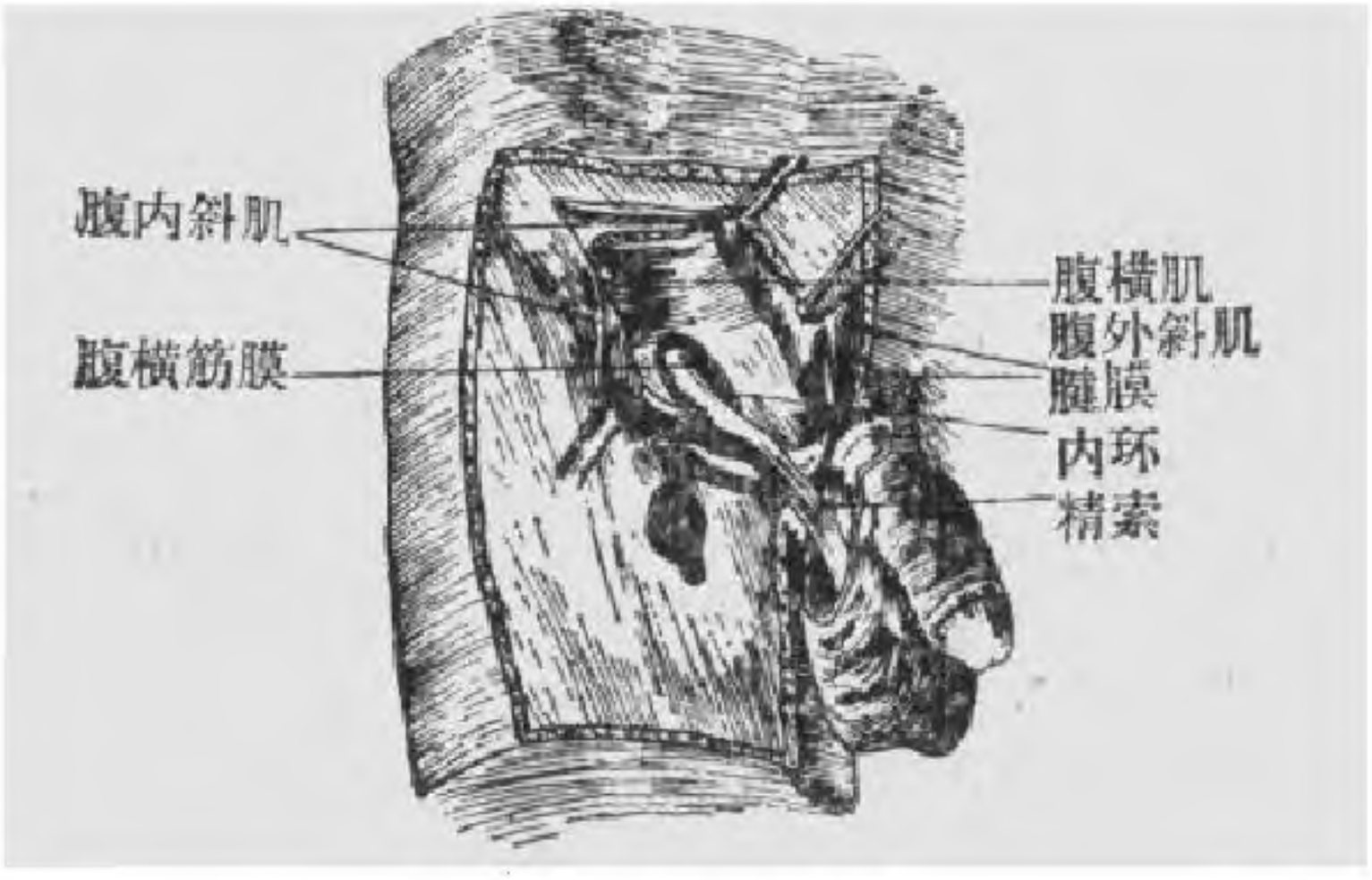


图17—10　腹股沟管

(二)腹膜：腹膜是一层很薄的浆膜，由内皮细胞所组成，面积几乎与身体皮肤面积相等，分壁层和脏层。壁层贴于腹壁的里面，脏层除覆盖在内脏表面外，并将内脏器官悬吊或固定于膈肌、腹后壁或盆腔壁，形成多种不同形状的韧带、系膜和网膜。例如连接肝与胃、十二指肠之间的

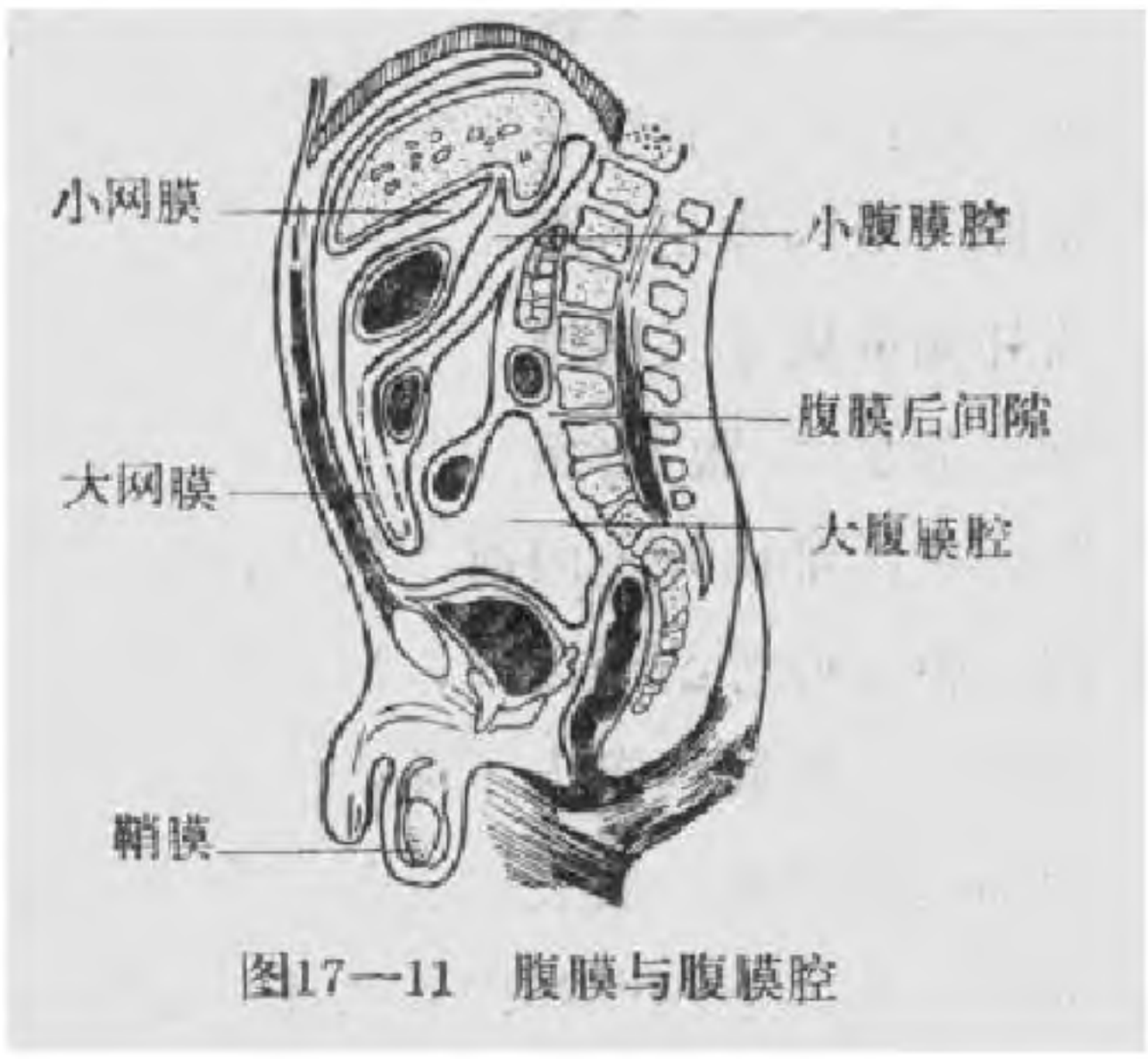


图17—11　腹膜与腹膜腔

腹膜称小网膜，而连接胃和横结肠并悬垂小肠之前者称为大网膜。

腹膜腔是壁层和脏层腹膜所构成的空隙，除女子经输卵管与外界相通外，为密闭的空腔。分两部分：即大腹膜腔和小腹膜腔(图17—11)。大小腹膜腔间借小网膜孔相通。小腹膜腔位于胃和小网膜后方，在平卧时，其上部为腹膜腔最低部位，因此，腹膜腔感染时，患者采取半坐卧位，可防止大腹膜腔内脓液流入小腹膜腔，而造成严重后果。

腹膜的动脉来自肋间动脉和腹主动脉的分支；静脉血回流入下腔静脉和门静脉，故门静脉或下腔静脉受阻时，静脉回流障碍，使静脉压增高，大量水分流出血管外，发生腹水。腹膜壁层神经是肋间神经和腰神经的分支，属于体神经，痛觉敏感疼痛定位准确；受炎症刺激后引起腹肌反射性收缩，产生腹肌紧张。腹膜脏层神经属于内脏神经，对牵引、膨胀、压迫等刺激较为敏感，而对疼痛的定位较差。膈肌部位的腹膜受到刺激，通过膈神经的反射作用，可引起肩部牵涉痛。

腹膜的生理机能为

1.减少摩擦：腹膜表面光滑，经常渗出少量液体，润滑腹膜腔，可减少胃肠道蠕动时接触面的摩擦。

2.吸收作用：腹膜可吸收大量等渗液、血液或空气，吸收能力以上腹部较强，下腹部较差。

3.防御作用：颗粒、异物、细菌侵入腹膜腔，腹膜立即渗出吞噬细胞，进行围剿歼灭，故腹膜对于感染具有强大防御力量，大网膜在这方面的作用尤为显著，常移动至感染病灶，包

围阻挡，防止感染扩散。

4.修复作用：腹膜具有很强大的修复能力，故胃肠手术时，必须缝好腹膜；腹膜受损或缺氧坏死后常为结缔组织所代替，结缔组织往往过度增生，形成粘连和束带，引起肠梗阻。因此施行腹部手术时，应尽量爱护组织，减少损伤，以避免术后肠粘连。

第二节　检查方法

一、问　　诊

(一)腹　痛

腹痛大多数是腹内消化器官疾病产生的。其次是泌尿生殖器官疾病，也可以由胸膜，肺和心脏疾病引起。病人有腹痛时应仔细询问疼痛的部位、性质、时间，有无放射、缓解方法，诱发因素和伴随症状等。进行分析综合，才能作出正确的诊断。

(二)腹　泻

粪便稀薄且排便次数比正常增多，称腹泻。腹泻时不仅问清排便的次数，还需问到粪便的性质，包括量，颜色，硬度(水样、粥样等)，混合物(粘液、脓血，寄生虫）等，以及与饮食关系和伴随症状。腹泻原因很多，最常见于肠道疾病；小肠炎时，粪便稀薄成水样；细菌性痢疾，急性血吸虫病粪便量少而含有粘液，脓、血，排便次数多而伴有腹痛，里急后重感觉；

如粪便呈酱红色，含有脓血小块，量较多且有恶臭，是急性阿米巴痢疾的特点。

（三）恶心、呕吐

恶心是上腹部特殊不适的感觉，伴有四肢发冷，皮肤苍白、脉搏变慢、头晕等迷走神经受刺激的症状，常为呕吐先驱症状，也可独立存在。

呕吐是胃内容物不自主地经贲门、食管而从口腔冲出来的现象。可分为

1.中枢性呕吐：无恶心，突然发生，呈喷射状，呕吐后仍不舒适。常见于脑炎，脑膜炎，脑外伤等颅内压增高的疾病。

2.周围性呕吐：又分为

（1）胃源性：胃粘膜受刺激引起，常伴有恶心，呕吐后舒适。如胃炎，幽门梗阻等。

（2）反射性：腹腔内炎症引起。如急性阑尾炎、胆囊炎、腹膜炎等。

（四）呕血与黑便

呕血与黑便是上消化道出血的表现。出血在胃内停留时间短可呕鲜血；在胃内停留时间长经胃酸作用则呕棕褐色水；血液在肠内分解，随大便排出成柏油状称柏油粪。上消化道出血常由溃疡病，食道下端胃底静脉曲张发生破裂和胆道等疾病引起。

呕血与咯血鉴别如下

呕　　血	咯　　血
呕血前常有恶心及上腹部不适	咯血前常有咳嗽及喉痒
出血量少时呈黯红或棕黑色，量多时呈红色，并有血块	无论量多量少，均呈鲜红色，多无血块
血中常混有食物，无泡沫及血痰	血中常有泡沫及痰液
有溃疡病或肝硬化病史	有肺病或心脏病史
粪便呈黑色柏油样	一般无黑色柏油样粪便

（五）黄　疸

是胆红素代谢障碍，引起血液中胆红素浓度增高（超过2毫克%），临床上出现巩膜、皮肤、粘膜等发黄的现象。

正常胆红素代谢是这样的：红细胞生存约120天后衰老死亡，在脾脏等网状内皮系统生成血（间接）胆红素，随血流到肝脏，经肝脏转变为肝（直接）胆红素，成为胆汁的成份。胆汁排入肠道，肝胆红素在肠内被细菌作用变成尿胆素元和粪胆素元，它们大部分进一步氧化为尿胆素和粪胆素，使粪便呈黄褐色；小部分尿胆素元被肠管吸收到肝脏，其中大部分再转变成肝胆红素，又随胆汁排入肠道；只有小量尿胆素元经血流到肾脏随尿排出，经氧化后成尿胆素使尿略呈黄色。因此正常人血浆内只含少量血胆红素（0.1～1毫克%）及少量尿胆素元而无肝胆红素。尿中只有少量尿胆素元而无胆红素(图17—12)。

黄疸可分为：

1.溶血性黄疸：血中大量红细胞溶解破坏，释放出大量血红蛋白，使血胆红素生成增多。常见于蚕豆病，毒蛇咬伤、败血

症、疟疾、异型输血等。

2.阻塞性黄疸： 胆道系统阻塞使肝胆红素经淋巴和血管流入血液引起的黄疸。常见于胆道结石，胆道蛔虫，肿瘤压迫胆道等。

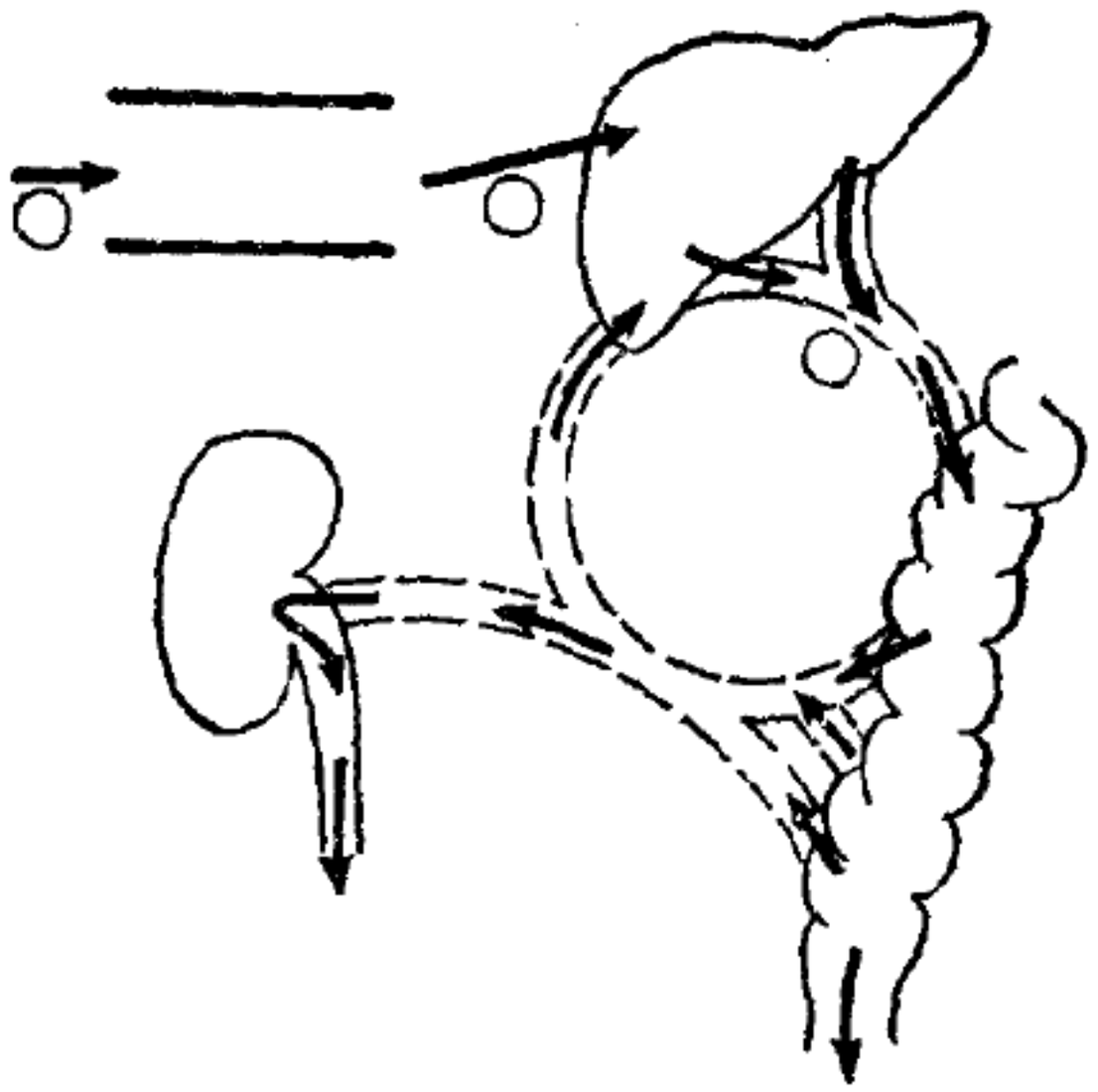


图17—12 胆色素肝肠循环示意图

3.肝细胞性黄疸： 由于肝细胞变性、坏死，肝脏使血胆红素转变成肝胆红素能力降低，因而血中血胆红素浓度增高；由于肝细胞变性肿胀压迫毛细胆管使之破裂，肝胆红素返流入血引起的黄疸。常见于病毒性肝炎、肝硬化、钩端螺旋体病、肝癌等。

三种黄疸对比表

	胆红素代谢情况	胆红素定性试验（凡登白试验）	尿中尿胆素元	尿中胆红素	粪色
正常	生成与排泄处于相对平衡状态	间接弱阳性	稀释1:20阴性	无	黄
溶血性黄疸	红细胞大量破坏，血胆红素生成过多	间接强阳性	增加	无	加深
阻塞性黄疸	胆道排泄肝胆红素障碍	直接反应阳性	少或无	有	灰白
肝细胞性黄疸	肝细胞受损，胆红素转化障碍	双相反应阳性	增加	有	一般变浅

(六)便秘：是指排便次数比正常少，粪便量少而硬，排出困难。便秘原因比较复杂，如便秘不是持续或进行性，大多不重要。中年或老年人有顽固性或进行性便秘，伴有粪便变细呈带状或混有血液时，应想到直肠癌的可能。便秘伴有急性腹痛、腹胀、呕吐者，应考虑肠梗阻，肛门裂，痔疮和肛门及直肠的炎症也常引起便秘。

二、望　　诊

(一)一般望诊

1.有无营养不良，体质消瘦，特殊表情和面容。慢性胃肠道疾病，由于长期消化吸收不好，导致病人营养不良，体质消瘦，面色苍白呈慢性病容。

2.巩膜、皮肤、粘膜有无黄疸。检查黄疸应在自然光线下进行。多见于肝胆疾病。

3.皮肤紧张度(弹性)。腹泻和呕吐病人常引起失水，使皮肤失去弹性，眼球下陷，小儿还出现囟门凹陷。

4.有无蜘蛛痣。蜘蛛痣是出现在头、颈、胸部的暗红色的扩张的血管网。像蜘蛛而得名。常见于肝硬化和妊娠期妇女。

(二)腹部望诊

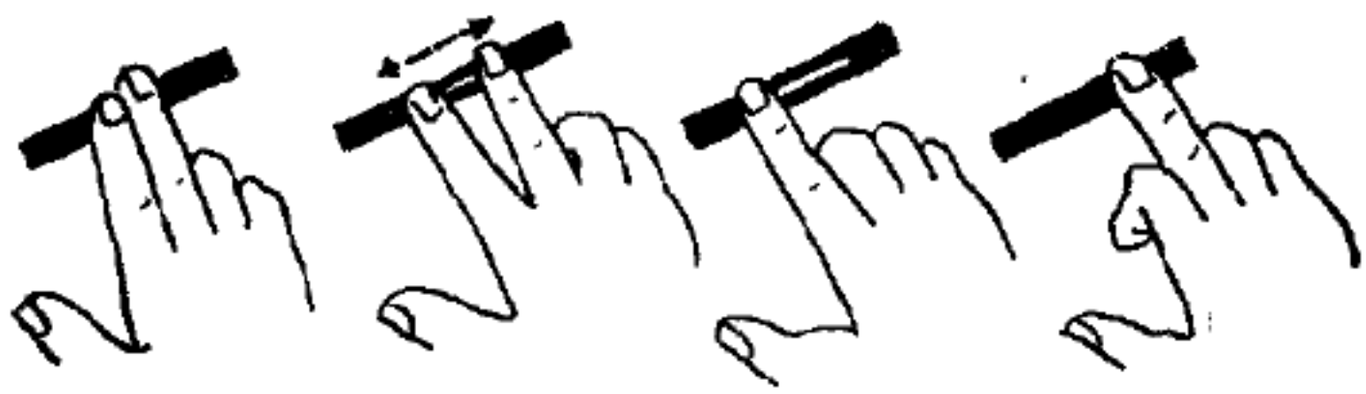
患者平卧床上，腹部暴露，两膝弯曲，应该有顺序地从上而下观察一遍，并注意下列各点：

1.腹部形态：正常人腹部平坦，左右对称，两腰部有内陷曲线。过度消瘦或严重脱水病人，腹部下陷呈船底状，称“舟状腹”。有腹水时，腹部甚至膨隆，重者呈蛙腹状。腹部普遍性隆起见于肥胖、肠胀气、巨大卵巢囊肿等。局部隆起见于以下情况：肝左叶肿大，胃癌时上腹部隆起；脾肿大左上腹隆起；肝或胆囊肿大右上腹隆起；阑尾脓肿右下腹隆起；膀胱积尿、初期妊娠、子宫肌瘤时下腹部隆起。

2.腹部呼吸运动：正常腹部随呼吸而有起伏。剧烈腹痛（如腹膜炎），高度膨胀（如腹水）时，可使腹部呼吸运动减弱或消失。

3.胃、肠蠕动波：正常人腹部看不到蠕动波。幽门梗阻时可见明显胃蠕动波。肠梗阻时可出现肠蠕动波，常伴有疼痛及腹胀。

4.腹壁静脉：正常人腹壁静脉一般看不到。门静脉高压，上、下腔静脉阻塞时，可见腹壁静脉怒张，并可根据其血流方向加以鉴别。测定血流方向的方法是：选择一段无分枝的静脉，以两指合并紧压静脉，再向两端挤开，使中央一段空虚，然后将一指放开，另一指仍紧压，看其是否迅速充盈，由此可测知血流方向。门静脉阻塞时，脐水平以上的腹壁静脉的血流向上，脐水平以下的静脉血流向下；下腔静脉阻塞时，脐水平以下的静脉血流向上；上腔静脉阻塞时，脐水平以上的静脉血流向下（图17—13）。



1　　2　　3　　4

1、两手指并拢压在静脉的某一点上。
2、两手指间的一段静脉无血液充盈。
3、移去中指后静脉未被充盈。
4、中指放回原位移去食指，静脉被充盈。

图17—13　检查静脉血流方向示意图

三、触　　诊

(一)腹部触诊注意事项

1.病人仰卧，双手放在身旁，两膝弯曲，腹肌松弛。并嘱病人行腹式呼吸。

2.检查者站在病人右侧，用右手进行触诊。冬天手要温暖，动作宜轻，并随时注意观察病人面部表情。

3.触诊顺序应从健康部位开始，逐渐移向病变区域，一般从右下腹开始，由下而上地依次进行触诊，最后检查病变部位，并与对侧进行比较。先进行腹部一般触诊，然后作肝、脾等触诊。根据需要可采用不同的触诊法进行检查。

(二)常用的触诊方法

1.浅部触诊法：检查者将手掌平贴于腹部，轻柔地进行触诊，以探查腹壁有无紧张、压痛等。

2.深部触诊法：在作浅部触诊后，将手掌或手指渐渐加压，触摸深部，以便确定病变的部位和性质。手随腹壁的起伏而起伏，并趁呼气腹壁凹陷腹肌松弛时，逐渐触及深部。

3.双手触诊法：右手触诊同深部触诊法，而左手从腰部将被检查的部位托起，并推向右手以便更清楚地触及被检查的脏器。此法多用于肝、脾、肾等的检查。

(三)腹部触诊的内容

1.腹肌紧张度：正常腹肌柔软。普遍性腹肌紧张见于弥漫性腹膜炎。局部性腹肌紧张见于某脏器有炎症(如胆囊炎、阑尾炎)或局限性腹膜炎。

2.压痛与反跳痛：普遍性压痛是弥漫性腹膜炎的主要体征，其压痛程度与腹肌的紧张度相一致。局限性压痛见于某一脏器的病变。例如十二指肠溃疡的压痛点在上腹部正中线的右侧；阑尾炎的压痛点在脐与右髂前上棘连线的外1/3和中1/3交界处(麦氏点)；胆囊炎的压痛点在右上腹腹直肌的外缘与肋弓的交界处。有时在压下时无压痛或仅有轻压痛，但当手指突然离开腹壁时，感到剧痛，称为反跳痛，为腹膜刺激的征象。

3.肿块：除妊娠子宫外，腹内肿块均为病态表现，包括腹腔脏器肿大、肿瘤、脓肿等。当触及腹内肿块时，应注意其部

位、大小、形态、硬度、表面状态、压痛、活动度及与邻近脏器关系等。

4.腹水波动感：大量腹水时，触诊有波动感。检查时，请旁人用手置腹正中线上，固定腹壁，检查者用左手掌置于患者腹壁的右侧，以右手指在左侧腹壁作叩击时，液波向对侧腹壁传播，左手掌即可触及波动感。见于肝硬化腹水、结核性腹膜炎等。

5.震水音：嘱病人仰卧，检查者以四个稍微张开的手指在上腹部腹壁上作迅速的冲击，则胃内气体与液体互相冲击可产生震水音。健康人食后可出现；在清晨空腹或食后 7 ～ 8 小时出现，见于幽门梗阻。

6.肝脏的触诊：检查者位于病人右侧，右手四指并列，平行地放于右肋缘下区，渐渐加压于腹壁。嘱病人作深的腹式呼吸，要求吸气时腹部鼓起，呼气时腹部下陷。检查者的右手随呼吸而起伏，并自下而上向肋缘方向触摸肝脏边缘，肝边缘于病人呼吸时自检查者食指端滑过。触到肝下缘后，再将手向左右移动，以确定整个肝下缘的位置，记录平静呼吸时肝下缘的大小，并以厘米表示之。

必要时可用双手触诊法。检查者将左手放在右腰，自后方托起肝脏，左手大拇指固定于肋缘处。触诊时左手向右手方向推动，以便右手触及肝脏。其余方法同上。

触诊肝脏时应该注意其大小、边缘(圆钝、锐利)、压痛、硬度(像口唇样感觉为质软，鼻尖样感觉为中等硬度，前额样感觉为坚硬) 及表面状态(平滑、结节感)等。

正常成人的肝下缘通常不易触及，约有5～10%的人于深吸气时在肋缘下触及。瘦长的人，肝下缘可在肋缘下1～2厘米触及，边缘薄，质地柔软，表面光滑，无压痛。

肝肿大、质软、边钝、平滑而有压痛者，多见于急性肝炎、肝充血等；肝肿大、质硬、边钝、平滑而无压痛者，见于肝硬化；肝肿大、坚硬、表面有结节感者，见于肝癌。

当肺气肿，右侧胸腔积液时，可使肝脏下移而易被触及，但边缘软薄无压痛。

7.脾脏的触诊： 检查方法与肝脏触诊法基本相同，但在左上腹进行。当平卧位不能触及时，可改用右侧卧位后再触摸一次。这样常能发现肿大不明显的脾脏。应注意脾脏的大小、边缘、硬度、压痛、切迹、表面状态等。

正常人摸不到脾脏，若能触到则表示脾肿大。脾肿大原因很多，主要见于

（1）传染病：急性传染病引起的脾肿大较轻，质地较软，如肠伤寒、败血症等。慢性传染病引起的脾脏肿大比较明显，质地硬而无压痛，如慢性疟疾、慢性血吸虫病等。

（2）肝脏病：如肝硬化、肝炎等。

（3）血液病：如白血病等。

四、叩　　诊

主要检查腹腔内充气情况，有无液体，及肝、脾叩诊等。

（一）充气情况： 正常腹部叩诊呈鼓音，其程度随胃肠充气多少而不同。明显鼓音见于胃肠高度胀气、胃肠穿孔。脾脏极

度肿大，腹内区大肿瘤，腹水等，病变部位鼓音消失。

（二）移动性浊音：病人仰卧时，脐部呈鼓音，两腰部呈浊音或实音，再嘱病人侧卧时，上面一侧的腰部呈鼓音，而脐部及下面一侧的腰部呈浊音或实音，这是腹水的重要体征。

（三）肝、脾的叩诊：叩诊可确定其界限，正常人肝脏上浊音界在右锁骨中线第五肋间隙。当肝下缘在肋缘下触到并向下增大时，应叩肝脏上界，以断定肝脏是真正肿大，或为向下移位。肝浊音界消失，由于腹膜腔出现气体所致，见于胃肠穿孔。

脾浊音位于左腋中线上第 9～11 肋之间，前方不超过腋前线。脾肿大时，可使浊音区扩大。

五、听　　诊

正常肠蠕动时肠内有气体和液体通过，产生肠鸣音。肠炎时肠鸣音增强。肠梗阻时肠鸣音增多而且调高如金属叮咚声。肠麻痹时肠鸣音减弱或消失。

第三节　急性胃肠炎

急性胃肠炎是以吐、泻为特征的常见消化道疾病，以夏秋多见，多与饮食不节制或不干净有关。如暴饮暴食、过食油腻、生冷、腐败、变质的饮食。根据症状特点又分为：急性胃炎——呕而不泻；急性肠炎——泻而不呕。

临床表现

起病急。开始为腹部不适或疼痛，继则恶心呕吐，呕出不消化食物或挟有胆汁。腹泻，每日数次至数十次，为水样便，或带粘液，味臭。腹泻前常有阵发性脐周疼痛，泻后稍感舒适。严重者可伴有畏寒、发热、头痛、乏力、食纳不佳等全身中毒症状。吐泻严重者可导致脱水、酸中毒，而出现口渴、皮肤弹性差、眼眶下陷或呼吸深快，甚至面色苍白，汗出肢冷，脉细弱，血压下降等休克症状。

预　防

（一）加强卫生宣教，普及卫生常识，大力开展群众性爱国卫生运动，搞好环境卫生，加强粪便管理，消灭苍蝇、蟑螂、老鼠。

（二）搞好饮食卫生，不吃生水和腐败变质食物及病死家禽家畜，切忌暴饮暴食。

（三）加强体育锻炼，增强人体抗病能力，避免受凉。

（四）提高革命警惕，加强饮食和饮水管理，严防阶级敌人放毒。

治　疗

（一）一般疗法

1.患者应卧床休息。

2.病情严重者应禁食。24小时后可根据病情给服米汤、藕粉等流汁。症状减轻后可渐增少渣食物。不吃脂肪、鲜果、蔬菜等。多饮糖盐水。

(二)新针疗法

主穴：足三里、天枢、止泻。

配穴：发热配曲池；呕吐配内关；吐泻、烦渴，配人中、十宣，委中放血。吐泻、四肢厥冷、出冷汗者，可加灸神阙、关元。

方法：首先强刺激，便次减少后，逐渐减轻手法，每天一次。

(三)草药单方

海蚌含珠、辣蓼、马齿苋、凤尾草各1～2两，水煎服。

(四)辨证施治

1.寒湿型：恶心呕吐，泄泻清稀，肠鸣腹泻，身重体倦，胸腹胀闷，苔白腻，脉濡。治宜解表散寒，芳香化浊。方用藿香正气散加减。

2.湿热型：呕吐腐臭，脘闷恶心，腹痛即泻，泻下热臭，心烦口渴，尿黄，苔厚腻，脉濡滑而数。治宜清热利湿。方用葛根芩连汤加减。

3.食滞型：呕吐酸腐食物，嗳气饱胀，腹痛厌食；大便酸臭，泻后腹痛稍轻；舌苔厚腻；脉滑。治宜消导和中。方用保

和丸加味；伤肉食加鸡内金；伤面食加麦芽；伤瓜果生冷加肉桂。

（五）抗菌素治疗及对症处理

1.轻者可口服黄连素0.2克，每日3次；或磺胺脒，首次2克，以后每4小时1克，口服。如严重者可用合霉素0.5克，每日四次；或氯霉素0.25～0.5克，每日4次。

2.腹痛可口服颠茄酊每次0.5～1毫升，每日三次，或普鲁本辛15毫克，每日三次；腹痛严重者可用阿托品0.5毫克，皮下注射。

如有脱水，酸中毒时应补液纠正，休克者应抗休克治疗。

第四节　溃　疡　病

溃疡病是胃与十二指肠溃疡的总称。临床表现以反复发作的、节律性的上腹部疼痛为特征。

患者以20～40岁之男性青壮年为多。少数病人可发生出血、穿孔，幽门梗阻等并发症。

溃疡病发生的原因，目前尚未完全明确。一般认为与精神因素和饮食不节有关。

胃溃疡多发生于胃小弯。十二指肠溃疡多发生于球部。溃疡呈圆形或椭圆形，一般直径在2～2.5厘米左右。深浅不等，可深达粘膜下层或肌层。临近大血管的溃疡，可侵蚀大血管而并发大出血；也可穿透胃或十二指肠壁而并发胃或十二指肠穿

孔；溃疡位于幽门，因疤痕组织收缩，易发生幽门梗阻。

中医认为是由于饮食不节，脾胃受损，或七情不和，肝胃气滞而发生疼痛，称为“胃脘痛”。

临床表现

本病的主要症状为上腹部疼痛(心窝痛)、反酸、嗳气，其疼痛在早期表现为不规则，溃疡形成后，疼痛便具有如下特点：

(一)疼痛有定处：胃溃疡疼痛多在剑突下正中或稍偏左；十二指肠溃疡疼痛多在剑突下稍偏右。其性质常为钝痛、烧灼痛、隐痛或刺痛。

(二)疼痛具有与饮食有关的节律性：疼痛的发作常与饮食有密切关系，胃溃疡疼痛多在饭后 1～2 小时，直至胃排空后痛始止，也即进食——疼痛——缓解；十二指肠溃疡疼痛多在饭后 3～4 小时，故常为饭前痛或夜间痛，也即疼痛——进食——缓解。

(三)疼痛呈慢性周期性发作：溃疡病起病缓慢，病史可长达数年至数十年，具有反复发作的趋势，多数在晚秋或早春复发，也可因气候骤变、过度疲劳、精神因素或饮食因素而引起发作。

检查时上腹部可有与疼痛部位相一致的固定性压痛，腹部一般柔软。

少数病员，由于病理演变的不同和人体反应性的差异，疼痛可没有上述特点，甚至毫无自觉症状而突然发生大出血或穿

孔。

诊　断

详细了解病史是诊断溃疡病最主要的方法。根据具有规律性的上腹部疼痛史及相应部位的固定性压痛，便可作出诊断。有条件可作X线胃肠钡餐检查，如发现壁龛，可确定诊断。

预　防

（一）注意养成良好的饮食习惯，避免暴饮暴食、烟、酒及酸辣刺激性食物。

（二）避免或慎用对胃有刺激的药物，如阿斯匹林、保太松、激素等。

治　疗

积极用马列主义、毛泽东思想武装病人，充分发挥病人的主观能动性，增强战胜疾病的坚强意志，与医务人员合作，共同战胜疾病。

（一）一般疗法

1.在溃疡疼痛发作时，应适当休息和充足睡眠，有出血者应绝对卧床休息。

2.向病人说明饮食疗法的重要意义。食物应柔软易消化，避免粗糙或刺激性食物。有条件者应少食多餐，切忌暴饮暴食，忌食生冷。有烟酒嗜好者应戒除。

（二）新医疗法

1.新针疗法

主穴：中脘、足三里。

配穴：内关、阴陵泉。

2.耳针疗法

主穴：胃、十二指肠。

配穴：交感、神门、皮质下。

3.水针及穴位注射疗法：用0.5%普鲁卡因10毫升或阿托品0.3～0.5毫克，足三里穴位注射，双侧交替，每日一次，7～10日为一疗程。

4.埋线疗法：用透穴的方法，由胃俞穴(双侧)透脾俞穴，中脘穴透上脘穴。

（三）单验方

1.白芨、鸡蛋壳(焙焦)或乌贼骨，研为极细末，每服2钱，加蜜冲服，每天3～4次，有制酸及保护胃粘膜的作用。

2.204号胃药：取枯矾、乌贼骨、玄胡索、蜂蜜，依次按1:2:3:4的重量配合，制成丸剂，每丸2钱，每次一丸，每日3～4次，三个月为一疗程。

3.青木香、杨梅树根皮(去粗皮)各等量制成蜜丸，每丸含药一钱半，每日二次，每次一丸。

4.青木香、乌药、香附、山苍子，任选1～2种，干药各3～5钱，水煎服，有良好止痛效果。

（四）辨证施治

1.肝胃不和：胃脘胀痛，连及胸胁背后，食后痛甚，嗳气泛酸，苔薄白，脉弦细。治宜疏肝和胃。用柴胡疏肝散加减。若嘈杂吐酸、口苦、苔黄、为气郁化火，加姜川连或煅瓦楞子；若灼痛如饥，口干、舌红，去柴胡、香附，加麦冬、沙参、川楝子；若刺痛，痛处固定，拒按、舌质紫，去柴胡加丹参，失笑散（包煎）。

2.脾胃虚寒：胃脘隐痛，喜暖喜按，空腹痛甚，食后缓解，食多又胀，或呕吐清水，便溏，精神疲倦，舌淡苔白，脉细。治宜温中健胃，用黄芪建中汤加减。寒重冷痛，口多清水，加高良姜、香附、干姜等药；脘部胀满，加厚朴、木香等药；见黑粪，去干姜、桂枝，加炮姜炭、田七。

（五）抗酸解痉

1.阿托品0.3～0.6毫克，每日三次，口服；或0.5毫克，皮下注射。

2.普鲁本辛15毫克，每日三次；

3.颠茄酊0.5～1毫升，每日 3 ～ 4 次；

4.复方胃舒平 2 ～ 3 片，每日三次；

5.陈香露白露片 3 ～ 5 片，研细末，每日 3 ～ 4 次。

6.维生素C 100毫克，每日三次，口服。

并发症及其处理

（一）大出血：（见第七节）。

(二)急性穿孔：（见第七节）。

(三)幽门梗阻：十二指肠球部或幽门部溃疡，可因溃疡周围粘膜高度水肿或幽门痉挛而引起暂时性梗阻。也可由于形成瘢痕收缩而引起永久性梗阻。

临床表现为疼痛失去节律性，食后上腹部胀痛，朝食暮吐，呕吐带有酸腐气味的隔夜食物，吐后便觉舒适。检查时，上腹部有蠕动波、胃型及震水声。

本病可先给予流汁饮食或禁食、输液，给予解痉药物；每晚睡前抽空胃液。经上述治疗无效者转院手术治疗。

(四)癌　变

极少数胃溃疡可发生癌变。临床表现为疼痛失去规律性且加剧，对治疗反应不好，食欲不振，进行性消瘦；检查上腹部可触及肿块，大便隐血试验持续阳性者应争取早期确诊和手术治疗。

第五节　肝　硬　化

肝硬化是一种慢性全身性疾病。主要病理变化为肝细胞变性、坏死、再生及大量结缔组织增生。临床上以肝功能减退和门脉高压症等为特征。可有食道和胃底静脉曲张破裂出血，肝昏迷等并发症。

肝硬化分门脉性与胆汁性，而以前者多见。引起门脉性肝硬化的原因见于部分慢性肝炎、血吸虫病、疟疾、充血性心力衰竭、营养不良和中毒等。

肝硬化属祖国医学“症瘕”、“积聚”、“臌胀”范畴。

临床表现

患者以30～50岁多见，起病缓慢，早期可无明显症状，或仅有胃口欠佳、右上腹胀痛、恶心、呕吐、腹泻、消瘦、乏力等症状。体征主要是肝脾肿大。晚期主要表现为门脉高压及肝功能减退两大组症候群。并且易发生上消化道大出血及肝昏迷两大并发症。

(一)门脉高压症

1.静脉侧支循环形成(图17—14)：由于门静脉的正常循环途径发生障碍，门静脉血流不得不强行改道而到达上、下腔静脉，以致引起侧支循环的开放、扩张。临床主要表现为腹壁静脉曲张；痔静脉曲张形成痔核；食道下端静脉及胃底静脉曲张。

2.脾肿大、脾功能亢进：在门静脉压力增高时，脾脏可因充血而肿大；另外肝坏死产生毒性物质引起脾脏网状内皮细胞增生和纤维性变也是脾肿大原因之一。脾肿大往往有脾功能亢进，反映在血液白细胞、红细胞及血小板减低。

3.出现腹水：腹水的形成主要由于门静脉压力增高，门静脉系统毛细血管渗透性增加；以及血浆白蛋白减少，血浆胶体渗透压降低等因素所致。大量腹水使膈上升，引起呼吸困难。

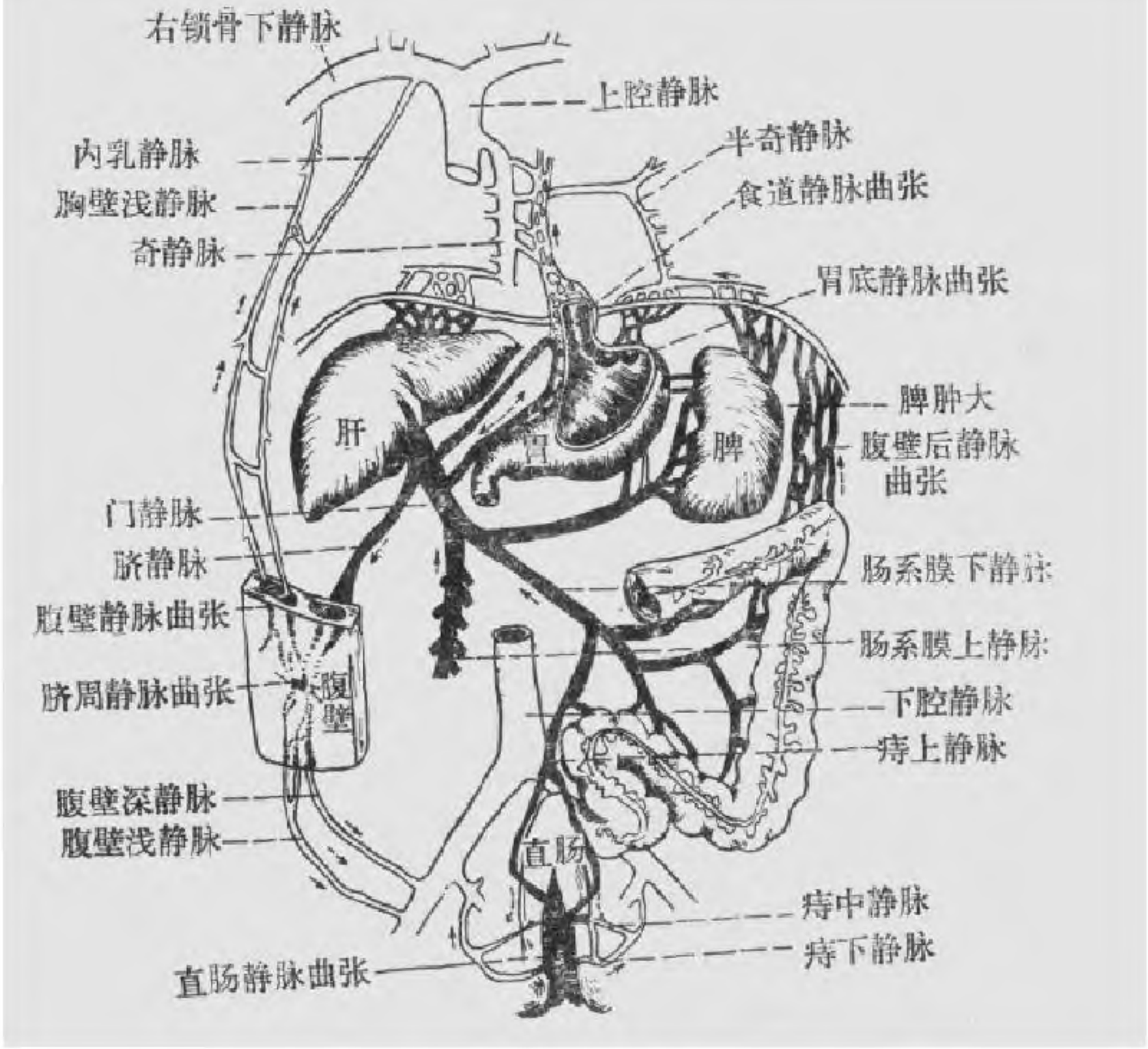


图17—13　门静脉阻塞后之病理侧枝循环

(二)肝功能减退

肝脏缩小，质硬、表面呈颗粒状或小结节状。肝合成蛋白机能减退表现为血浆蛋白减低，营养不良、消瘦、腹水及下肢

水肿；合成凝血酶元及纤维蛋白原不足和脾功能亢进引起血小板减少可致出血倾向，如鼻、齿龈出血，紫癜等；内分泌失调可致男性乳房发育，睾丸萎缩，女性月经紊乱，肝掌、蜘蛛痣等。肝功能极度衰竭可导致肝昏迷。

并发症

(一)上消化道大出血：(见第七节)

(二)肝昏迷：是肝功能极度衰竭所引起的综合症。早期出现性格改变，精神欣快或抑郁，举动异常，进而出现狂躁或倦睡，分不清方向，幻觉，恐惧，肝臭等。重者昏迷。

上消化道大出血、急性感染、腹腔穿刺放液、腹泻、手术、过量蛋白质食物或含氮药物的摄入，利尿药物的长期大量应用，常是肝昏迷的诱发因素。

诊　断

肝硬化晚期，诊断比较容易。但在肝硬化早期，由于临床表现不明显，所以诊断往往比较困难。为了达到早期诊断，提出如下几点作为参考

(一)原因不明的消化道症状，如恶心、嗳气、腹胀、食欲不振、腹泻、便秘、肝区痛或体力减退；

(二)肝脾肿大且肝较硬，伴有消瘦、无力、经久治疗不愈；

(三)有反复感染血吸虫病史，或曾患慢性肝炎和肝吸虫病或长期营养失调等病史；

(四)无原因的蜘蛛痣出现；

(五)肝功能试验，经治疗后长期不恢复正常。

鉴别诊断

(一)慢性肝炎：肝脾可肿大，质地中等，治疗后可缩小，蜘蛛痣少见。

(二)肝癌：肝脏呈进行性肿大，质坚硬，表面呈凹凸不平，病情发展迅速，肝区疼痛明显，腹水为血性，病人很快出现恶病体质。

预　防

积极治疗肝胆疾病，消灭血吸虫病和疟疾，改善饮食，避免大量饮酒，防止各种中毒。

治　疗

在治疗中要调动病人的主观能动性，树立与疾病作斗争的坚强信心，采取中西结合治疗。

(一)一般疗法

根据病情适当休息。给予富营养易消化多样化饮食，肝昏迷前期限制蛋白质的摄入，腹水、水肿者用低盐或无盐饮食，避免用对肝脏有损害的药物，不饮酒。

(二)草药单方

1.白花蛇舌草、半枝莲、野苎麻根各1两，铁马鞭、田基

黄各5钱。腹水加半边莲、车前仁、过路黄各1两；出血加茅根、仙鹤草各1两，水煎服。

2.九头狮子草根洗净，晒干研粉，装入胶囊，每粒0.3克，一日两次，每次13～16粒，3～7天为一疗程。

（三）新　针

针水分、复溜，配至阳、太冲、足三里、阳陵泉。

（四）辨证施治

1.气滞湿阻：腹胀按之不坚，胁下胀满疼痛，饮食减少，食后作胀，嗳气不爽，小便短少，舌苔白腻，脉弦。治宜疏肝理气，行湿散满。方用柴胡疏肝散合平胃散加减。小便少者加车前子、猪苓、泽泻；腹胀甚者加木香、槟榔。

2.热郁血瘀：脘腹胀满，胁下隐痛或如针刺，面色萎黄，甚则黯黑，或目肤发黄，头颈胸臂发现蜘蛛痣，唇紫，烦热口干，小便短赤，舌质紫红，苔黄腻，脉弦数。治宜清热利水，活血化瘀。方用茵陈蒿汤合化瘀汤加减。如胀满过甚，体质尚好，可暂用十枣汤导水下行，但不可久服，免伤正气。

3.脾肾阳虚：腹部胀满，脘闷食少，神疲乏力，畏寒，四肢不温，或下肢浮肿，小便短少，面色萎黄或苍白，舌质淡，脉沉细。治宜健脾温肾，化气行水，方用附子理中汤合五苓散加减。

4.肝肾阴虚：腹大坚满，甚则青筋暴露，形体消瘦，面色黯黑，唇紫，口燥，心烦，齿鼻时有衄血，小便短赤，舌质红

绛少津，脉弦细数。治宜滋养肝肾，凉血化瘀。方用一贯煎合膈下逐瘀汤加减。内热口干，舌绛少津加玄参、石斛；齿鼻衄血，加仙鹤草、茅根之类。

（五）腹水及水肿的处理

1.双氢克尿噻：每次25～50毫克，每日 2 ～ 3 次；同时服氯化钾 1 克，每日 3 次，连用五天，停三天，酌情再用。

2.氨苯蝶啶：每次50～100毫克，每日三次。

（六）出现并发症，应立即送医院抢救。

第六节　肝　脓　肿

肝脓肿可分为阿米巴性肝脓肿和细菌性肝脓肿两类。

病因病理

（一）细菌性肝脓肿：病原菌多由大肠杆菌、链球菌、葡萄球菌经胆道系统、门静脉、淋巴管或肝动脉而进入肝脏。也可由邻近器官的化脓性病变直接蔓延。

细菌侵入肝脏后，可形成多发性小脓肿，也可融合成一个或数个大脓肿。由于肝右叶体积较大，接受由胆道和门静脉来的感染较多，所以病变大多在肝右叶。

（二）阿米巴性肝脓肿：由溶组织阿米巴原虫所致。常为阿米巴痢疾的并发症。寄生于回盲部之阿米巴原虫，可沿门静脉

血流而进入肝右叶，形成单个大脓肿。脓腔内的脓液主要是坏死的肝组织和血液，故呈棕褐色，这是阿米巴性肝脓肿的特点。

临床表现

细菌性、阿米巴性肝脓肿患者，一般都有以下临床表现，如恶心呕吐，食欲不振，肝区持续性钝痛并向右肩放射，肝肿大及压痛。如脓肿较大而浅表，则可有相应部位之肋间隙饱满及压痛。如脓肿向胸膜腔或肺穿破，则可有呼吸困难、咳嗽、咯脓血痰等。

但二者也有不同之处

1.细菌性肝脓肿发病急，有明显的寒战、发热、大量出汗等类似败血症的全身症状。阿米巴性肝脓肿发病缓，一般无明显寒战、发热、出汗等症状。

2.细菌性多发性肝脓肿常出现黄疸。阿米巴性肝脓肿黄疸较少见。

3.阿米巴性肝脓肿的脓液呈棕褐色。细菌性肝脓肿的脓液无特殊性。

4.细菌性肝脓肿血象白细胞总数及中性多核细胞明显增高。阿米巴性肝脓肿则不然。

诊　断

肝区疼痛，肝脏肿大伴压痛，肝上界上升，若同时伴有畏寒发热等类似败血症症状者，细菌性肝脓肿之诊断便可成立；

若同时伴有阿米巴痢疾病史，全身症状不明显，应考虑阿米巴性肝脓肿。

预　防

提高人体抵抗力和积极治疗原发病灶，是预防肝脓肿的重要措施。在肝脏感染早期，如能及时给予正确治疗，也可防止脓肿形成。

治　疗

1.一般疗法

卧床休息。进易消化和含维生素C较多的饮食。衰弱和贫血者给予硫酸低铁0.3～0.6克，每日三次。

2.病因治疗

细菌性肝脓肿应予足量有效抗菌素，如青霉素每日80万～120万单位；链霉素每日 1 克，分二次肌注。体温恢复正常，脓腔消失后，应继续用药 2 周，以免复发。

阿米巴性肝脓肿应用抗阿米巴药物，如氯喹啉，开始二日，每日服 1 克，以后每日 0.5 克，共服19天，或盐酸吐根素每日0.06克，深部肌肉注射，5～10天为一疗程。每次注射前应测血压，如血压较原来降低20%以上时，应暂停注射。用药后应卧床休息，还应注意有无恶心、呕吐、血压下降、心前区疼痛、心律不齐等不良反应。

3.大型脓肿一旦形成，便需住院穿刺抽脓或切开引流。

第七节　急　腹　症

是以急性腹痛为特点的腹内脏器疾病的总称，发病急骤，病情复杂多变，能否及时明确诊断，尽早给予有效治疗，直接影响病人生命安危。

急腹症的诊断

诊断急腹症要求全面了解病情，详细检查，并以高度负责的态度，周密，仔细地考虑问题，作出合理的判断。

遇到急性腹痛的病人，首先要判断是否需要手术治疗。以非手术治疗为主的疾病如心绞痛、肺炎、胸膜炎，急性胃肠炎，肠蛔虫病，胃、十二指肠溃疡，助间神经痛等往往可通过神经反射引起腹壁疼痛。其特点是腹痛定位不太明确，性质比较含糊，程度较轻。检查时，腹式呼吸运动存在，腹部较软，压痛点不固定，压痛不显著或喜按。需要手术治疗的常见以下四种情况

(一)腹腔炎症：细菌侵入腹腔脏器，引起感染时有三个特点：①症状由轻到重；②腹痛逐渐加剧，没有间歇；③病变部位症状、体征最为显著，主要表现为持续性腹痛，发热，腹胀，腹式呼吸运动减弱，局部或全腹有压痛，反跳痛和腹肌紧张，肠鸣音减弱或消失。

(二)空腔脏器梗阻：胆道排出胆汁，尿路引流尿液，肠道输送肠内容物。如一旦发生梗阻，内容物不能顺利通行时，这

些管道平滑肌即强烈收缩，使腔内压力急剧增加，以便克服梗阻。如阻力过大通过不了，平滑肌逐渐疲乏，收缩力减弱，经过休息后，平滑肌又逐渐加强收缩，如此反复进行。因此，空腔脏器梗阻表现在腹痛上有如下特点：①起病急；②腹痛非常剧烈，呈阵发性绞痛。

（三）空腔脏器穿孔：空腔脏器穿孔均先有原发病症状。穿孔后，大量的感染性或化学性内容物进入腹腔，发生极严重的炎症。因此，它的特点是：①腹痛多较严重，如刀割样，呈持续性；②腹痛范围广泛，腹肌紧张、压痛、反跳痛明显；③叩诊肝浊音界缩小或消失，常有移动性浊音；④肠鸣音消失；⑤透视下多可发现膈下有游离气体。

（四）内脏出血：这类急腹症特点是：①往往有外伤、溃疡病或妊娠史；②以休克为主要症状；③腹痛和腹部体征常不十分突出。

在确定急腹痛的性质后，就要进一步辨别是何种原因引起的腹痛。临床上把腹部分成上、下腹部，左、右季肋部，左、右腰部，左、右髂部和脐部九个区；也可分成左、右上腹部和左、右下腹部四个区（图17—15）。腹部各区

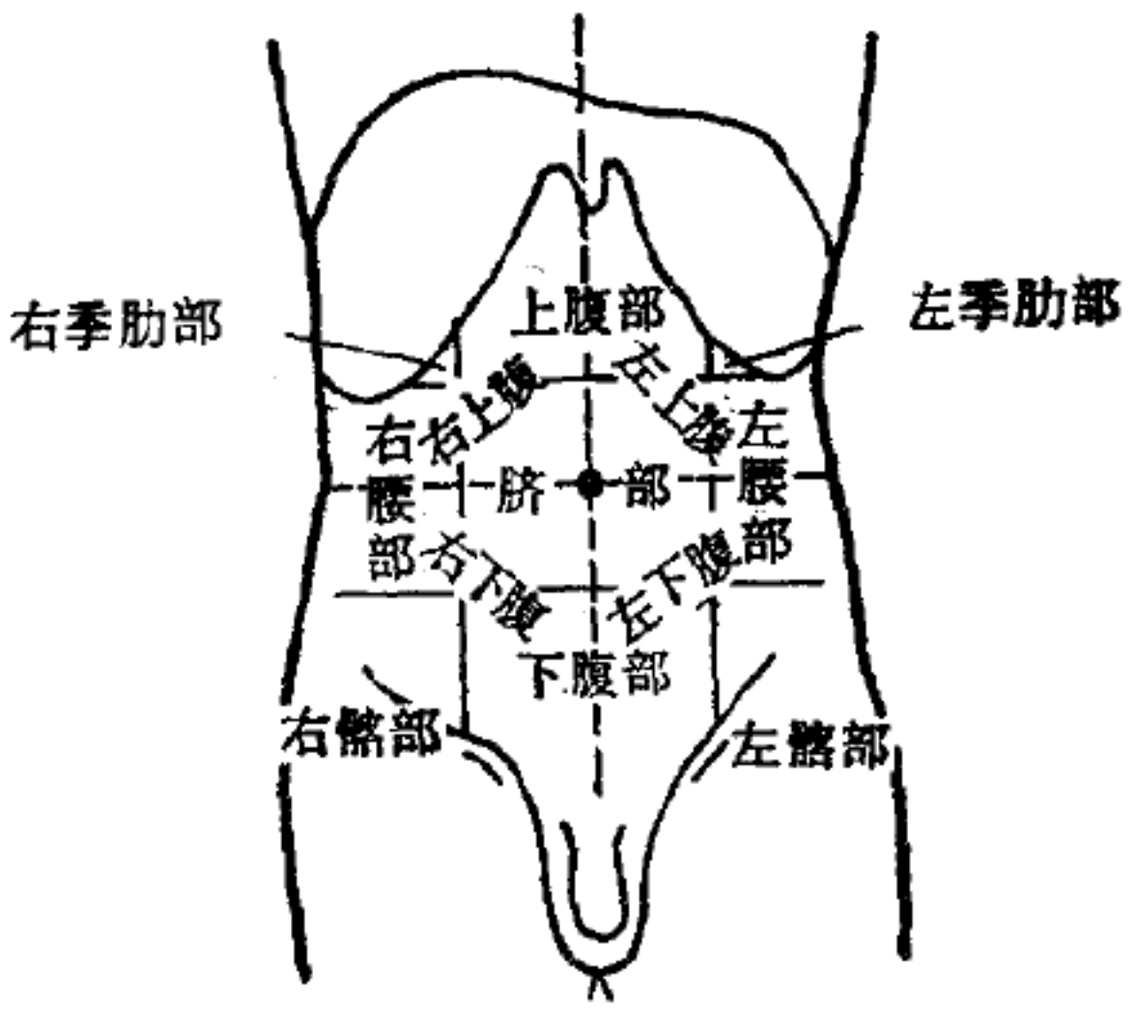


图17—15　腹部分区

内的器官见表。一般说来，上腹部急性疼痛、程度比较剧烈者不外乎这几种疾病：胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、胃、十二指肠溃疡穿孔和急性胰腺炎；右下腹剧痛最常见的是阑尾炎，其次是肠套迭(小儿)；但某些妇科疾病也可引起。脐周疼痛以蛔虫病最多见，其次是肠梗阻。

腹部各个区域内的腹腔器官

右上腹部	上腹部	左上腹部
肝右叶的大部分，胆囊的一部分，结肠右曲，右肾的一部分。	肝左叶的大部分，肝右叶的小部分，胆囊的一部分，十二指肠，胰，两肾的一部，肾上腺，胃的一部分。	胃、脾、左肾的一部分，胰尾，结肠左曲，肝左叶的一部分。
右腰部	**脐部**	**左腰部**
升结肠，右肾的一部分，回肠的一部分。	横结肠的大部分，十二指肠和空回肠各一部分，肾和输尿管的一部分，大网膜。	降结肠，左肾的一部分和空肠的一部分。
右下腹部	**下腹部**	**左下腹部**
盲肠、阑尾，回肠的一部分。	回肠、膀胱(充盈状态)，乙状结肠的一部分和输尿管的一部分，子宫(女性)。	乙状结肠，空肠和回肠的一部分。

急腹症的处理原则

（一）腹痛未明确诊断前，禁用麻醉镇痛剂，以免掩盖症状，延误诊断。禁止灌肠，也不能服泻药，以防病变蔓延。

（二）炎症性疾病可先用抗菌素，清热解毒中草药或辨证论治。但在使用抗菌素时应注意，由于消化道炎症一般均由杆菌引起或杂菌感染，故应首选广谱抗菌素或青、链霉素合用。

（三）急腹痛尚未确诊，又发生以下情况者，应急送医院诊治。

1.突发性剧烈腹痛持续发作，经各项治疗疼痛不见缓解或反而加重。

2.腹部压痛、反跳痛、肌肉紧张等腹膜刺激症状明显，范围有扩大趋向。

3.有逐渐加重的内出血征象。

4.疑有肠绞窄可能。

但若上述病人情况极为衰弱，估计转院途中有危险，应一面与医院联系，一面就地抢救。包括静脉补液或输血，应用升压药，以纠正脱水及抗休克；腹腔有严重感染者，应用大剂量抗菌素和激素及时加以控制等。

（四）急腹症的治疗，应贯彻中西医结合的原则，反对片面强调手术的错误观点。

腹部损伤

腹部损伤是常见的严重“急腹症”之一，可分为闭合性和

开放性两大类。开放性损伤又可分为穿透伤和非穿透伤两种。穿透伤是指已穿通腹膜，常有内脏伤；非穿透伤是指腹膜仍完整，但仍有内脏伤的可能性。

不论开放性伤或闭合性伤，重要问题都在于有无内脏伤。没有内脏伤，危险性要小些，处理上与一般创伤相同；有内脏伤的，通常都有致命的危险。实质性器官损伤的主要威胁是内出血，而空腔脏器损伤的主要威胁是腹膜腔感染，两者可以同时存在，相互加重。但在损伤早期临床表现可不明显，与单纯性腹壁损伤难于区别，故对腹部损伤的病人应严密观察，仔细检查。单纯腹壁损伤无全身反应，局部反应亦逐渐缓解，而腹内脏器损伤不论全身或局部反应，均逐渐加重，终将出现休克或腹膜炎征象。

临床表现

(一)空腔脏器损伤： 腹膜腔内空腔脏器有胃、肠、胆囊、膀胱等。小肠占腹腔的大部分体积，受伤机会最多。

主要症状是腹痛。随着内容物流入腹膜腔，刺激腹膜，引起疼痛。早期局限于损伤部位，逐渐扩散至全腹，形成急性腹膜炎。检查时有局部或满腹压痛、反跳痛及肌紧张。肠管因受炎症分泌物损害，发生麻痹。因此，肠鸣音减少或消失。伤员还可出现呕吐、失水、酸中毒和休克等现象。回肠末端或结肠穿孔时，腹膜刺激较小，早期症状可不太明显，易被忽略，须反复检查，才能发现。

(二)实质性脏器损伤： 在腹腔内实质性脏器中，脾、肝、

胰、肾虽有肋弓保护，位置较深但受外力猛烈撞击时，仍有损伤的可能。以肝脾破裂较为常见。

其主要表现为左或右上腹部持续性疼痛，流出的血液刺激膈肌，可有左或右肩牵涉痛。

肝、脾破裂后的急性失血，常引起严重休克。患者烦躁不安，脸色苍白，呼吸浅快，脉细数，血压下降，严重地威胁伤员生命。

检查时有全腹压痛，反跳痛和腹肌紧张等腹膜刺激征，但较化脓性腹膜炎为轻。叩诊有移动性浊音及左或右上腹固定性浊音，后者范围可以逐渐增大。

治　疗

（一）急救处理：在抢救过程中，要注意止痛，保温，从各方面给伤员以精神上的鼓励。应从整体出发，首先抓住和解决伤情发展过程中的主要矛盾。如有开放性损伤，伴有内脏脱出，不要送回腹膜腔，必须用大量生理盐水浸湿的敷料，加以保护，外面用饭碗复盖，再在碗外加以包扎，使脱出的内脏不受压，并可防止干燥。对内脏脱出的病例应及时手术以防肠管缺血坏死。

（二）及时手术治疗：在抢救伤员的同时，应迅速作好术前准备，如输液、输血，防治休克，抗感染，胃肠减压等。对诊断明确或高度怀疑有内脏损伤者，应尽早进行手术探查。如果一时未能鉴别有无内脏损伤者，应严密观察，掌握病情变化，一旦发现有急性腹膜炎或急性内出血的症状时，应及时进行手

术抢救。

急性腹膜炎

急性腹膜炎是常见的急腹症之一，可因细菌感染，化学性刺激或损伤所引起。主要的临床表现为腹痛、压痛和腹肌紧张，常伴有恶心，呕吐以及发热、脉搏加速、白细胞增多等中毒症状。

急性腹膜炎按腹腔有无原发病灶，可分为继发性腹膜炎和原发性腹膜炎；按病原可分为细菌性腹膜炎和非细菌性腹膜炎；按病区范围可分为弥漫性腹膜炎和局限性腹膜炎。在临床上常见的是继发性细菌性急性腹膜炎，通常简称为急性腹膜炎。

病因病理

常继发于腹腔脏器的损伤、炎症、穿孔。女病人还可因生殖器的炎症直接蔓延到腹膜腔而引起感染。病原菌多为大肠杆菌和葡萄球菌。

腹膜为细菌侵入或受胆汁，胃肠内容物刺激后即发生充血水肿和浆液性渗出，并有纤维蛋白沉积，将周围肠管和大网膜粘连融合，防止感染扩散。由于大量白细胞破坏，组织坏死，细菌死亡和纤维蛋白凝固，渗出液变为脓液。

根据病人的抵抗力和感染的严重程度，腹膜炎可以自愈或形成局限性脓肿；也可迅速扩散，发展成为弥漫性腹膜炎，若不及时治疗，因肠管浸在不断产生的脓液中，引起麻痹性肠梗阻；进而胃肠道极度膨胀，膈肌上升，影响心肺功能，同时因

大量毒素吸收可发生中毒性休克终至死亡。

临床表现

(一)持续性腹痛：腹痛多从原发病灶部位开始，随炎症的局限或扩散可局限于腹部一方或波及全腹。疼痛程度因炎症情况及体质而有差异，一般都比较剧烈，常使患者不能忍受。尤其在深呼吸，咳嗽或触诊时加重。腹痛最显著处往往是原发病灶的部位。

(二)恶心呕吐：为常有的症状，最初系反射性，比较轻，呕吐胃内容物；继之因麻痹性肠梗阻而发生频繁溢出性呕吐，呕吐物为胆汁，甚至为棕褐色粪样物。

(三)体温和脉搏：在急起病例，如胃、十二指肠溃疡穿孔，开始时体温常在正常范围，以后逐渐上升；但在急性阑尾炎患者，多原有发热，此时体温则可更加升高，脉搏加快。如脉搏频数而体温下降，则为病情恶化之征象。

(四)腹部体征

视诊：弥漫性腹膜炎，患者呈急性病容，常采取仰卧式，两下肢屈曲，不喜移动，以减轻疼痛。腹部呼吸运动减弱，甚至消失，尤以下腹部更为显著。

触诊：全腹可有触痛，反跳痛和腹肌紧张，在原发病灶区域，尤为显著，腹肌紧张的程度与患者体质、年龄、感染性质等因素有关；老年人，幼童和腹壁薄弱者，腹肌紧张较轻；胃十二指肠溃疡穿孔时由于胃酸和胆汁的刺激，腹肌强直可似“木板样”，称“板状腹”。

叩诊：常因小肠充气而呈鼓音。胃肠道穿孔的病例，腹腔内如有大量游离气体，肝浊音界可缩小或消失。

听诊：因肠蠕动减弱而肠鸣音消失，称“安静腹”。

直肠或阴道指检：可能触及直肠子宫或直肠膀胱窝胀满，伴有触痛。

严重患者可有极度衰弱、出冷汗、眼球内陷，鼻翼扇动、口唇发绀、四肢厥冷，腹部明显膨隐，血压下降等中毒性休克征象。

局限性腹膜炎的症状较轻，腹痛、触痛和腹肌紧张都局限于病灶区域。

诊　断

根据持续性腹痛，腹肌紧张，压痛与反跳痛，肠鸣音减弱或消失等，急性腹膜炎诊断并不困难。但老人，小孩，腹部肥胖者或孕妇，腹肌不一定紧张，检查时要过细。

预　防

关键在于对急性腹痛的病人，早期诊断、治疗。对腹腔及盆腔脏器的疾病要积极防治。施行腹腔手术时，应注意无菌操作，严防污染及异物遗留。术后合理使用抗菌药物。

治　疗

(一)非手术疗法：适应于①急性腹膜炎早期症状较轻者；②局限性腹膜炎；③急性弥漫性腹膜炎已超过48小时，有局限

化趋向，临床病象有好转者。非手术治疗包括：斜坡卧位，禁食、胃肠减压，输液，纠正水、电解质紊乱和酸中毒，使用抗菌药物，严密观察病情变化，注意勿用吗啡。如出现炎症扩散现象，即体温升高，脉搏加速，腹痛加剧，腹肌紧张和压痛范围扩大等，则应手术治疗；若经非手术治疗好转，炎症局限而形成脓肿，但不消退时，亦应考虑切开引流。

(二)手术治疗：对急性弥漫性腹膜炎者，一般均应迅速作好术前准备，尽早手术，如切除病灶或修补穿孔，吸出或引流腹膜腔内脓液等。

并发症

1.肠梗阻：由于脓液及纤维素性渗出物的作用，肠曲可互相粘连，或在腹膜腔内形成粘连带，压迫肠曲，产生部分或完全性梗阻。

2.局限性脓肿，常见的有膈下脓肿及盆腔脓肿。

3.此外,肺炎、败血症等亦往往成为晚期腹膜炎的并发症，预后恶劣。

胃、十二指肠溃疡急性穿孔

胃、十二指肠溃疡穿孔是最常见的急腹症之一。溃疡在活动期可以侵蚀胃或十二指肠壁，逐渐加深，由粘膜而至肌层，再至浆膜，如有过分饱餐，洗胃等诱因可引起穿孔。若能及时处理，往往转危为安，否则可产生严重后果，甚至导致病人死亡。

临床表现

胃、十二指肠溃疡急性穿孔的病人中，约80～90％有溃疡病的历史，且在发生穿孔以前，常觉溃疡症状复发或加重。溃疡病急性穿孔的症状和体征多很典型：

（一）腹痛： 突然发生上腹部持久性剧烈疼痛。初起时疼痛多在上腹部，不久后就延及全腹，但仍以上腹部或右下腹为重，大约30％的病人，疼痛放射至右肩背部，为膈神经受刺激所致，经过数小时后，腹痛常自行减轻。

（二）休克： 当腹膜突然受到强烈刺激时，常出现面色苍白，出汗，皮肤凉湿，脉搏快弱，血压下降等休克症状，其程度常反映穿孔的大小和腹膜污染的严重情况。

（三）腹部压痛： 全腹均有压痛，但以上腹部最为显著。

（四）腹肌紧张： 穿孔早期，由于胃、十二指肠液外溢，刺激腹膜引起反射性腹肌收缩，腹肌强直犹如木板。在晚期因腹部膨胀，腹壁强直程度常减轻。

（五）腹膜腔积气： 肝浊音界常消失，约85％的病人，X线透视可见膈下游离气体。

此外尚有一般腹膜炎征象，如肠胀气，肠蠕动音消失，体温升高，白细胞增多，以及恶心呕吐等症状。若腹腔渗出液较多时，可叩出移动性浊音。

诊　断

有溃疡病史患者，在症状发作期突然发生上腹部剧烈疼痛，

随即弥漫至全腹，早期伴有休克征象，腹肌强直如板状，则诊断不难。若腹膜腔积气，肝浊音界消失，X线透视膈下有游离气体，则诊断无疑，但阴性结果不能否定溃疡穿孔。

治　疗

溃疡病穿孔后，其主要矛盾是穿孔的存在和胃肠内容物对腹腔的污染。因此，穿孔的闭合和修复，消除腹腔污染是治疗的关键。手术治疗，固然可以解决这个矛盾。同样，在适当条件下，中西结合的非手术疗法也可以解决这个主要矛盾。故在选择治疗方法时，应根据病人具体情况决定。

（一）非手术治疗

应用恰当，不但可以免除手术，而且收效快，痛苦少。

1.适应症：①一般情况良好，血压脉搏稳定。②年轻病程短，或病程虽长，但症状不重，且发作不频繁者。③无出血、幽门梗阻、恶性变等并发症的单纯穿孔。④无移动性浊音，估计穿孔不大，腹腔渗液不多者。⑤就诊时已超过48小时，而腹膜炎已有局限趋向者。⑥空腹时穿孔。

2.具体方法：溃疡病穿孔分三期进行治疗。

第一期（闭孔期）：从发病到穿孔闭合。此期为剧烈疼痛而致气机痹阻，全身机能紊乱，治疗以针刺为主，振奋抗病机能，并用输液，胃肠减压等配合扶正驱邪。

①针刺：上脘、中脘、天枢、内关、足三里。强刺激留针30～60分钟，每15分钟捻转一次，每4～6小时一次。

②其他治疗：病人宜半坐卧位、禁食、胃肠减压、输液、使用抗菌素控制感染。

由第一期转入第二期的指标是：①腹痛显著减轻。②腹膜炎局限。③食欲好转，肠鸣音恢复，出现排气或排便。

第二期（消炎期）：从穿孔闭合到腹膜炎消退。此期主要矛盾是中焦气血郁闭化热，腹膜续发感染，治疗宜清热解毒理气通便为主。以消除腹腔感染，恢复胃肠道功能。可选用大柴胡汤加减。腹腔感染重者加银花、连翘；便秘者加芒硝；瘀血重者加桃仁、红花、生蒲黄，川芎等。此期可辅以抗菌素治疗，停止胃肠减压，开始饮食，先进不胀气流质，一般每次60毫升，每二小时一次。如在24小时内腹膜炎未见加重者，可起床活动，给流质，以后根据病情恢复半流、普食。

第三期（修复期）：腹腔渗液完全吸收后为第三期。按“缓则治其本），的原则，主要以调补修复溃疡为主（详见本章第四节溃疡病”

在非手术治疗过程中，必须严密观察病情变化。如经一段时间治疗不见好转，病情更趋恶化时，应及时手术治疗。

（二）手术治疗

1.治疗溃疡病穿孔常采用的手术为缝合术。一般作右上腹正中旁切口，进入腹腔找到穿孔，沿横方向缝合3针，再以大网膜复盖加固（图17—16）。如穿孔周围炎症反应过大，胃、十二指肠壁脆弱，且穿孔在幽门部，缝合可能引起狭窄，则可仅用大网膜填塞穿孔，并予以固定。穿孔闭合后，吸尽腹膜腔内

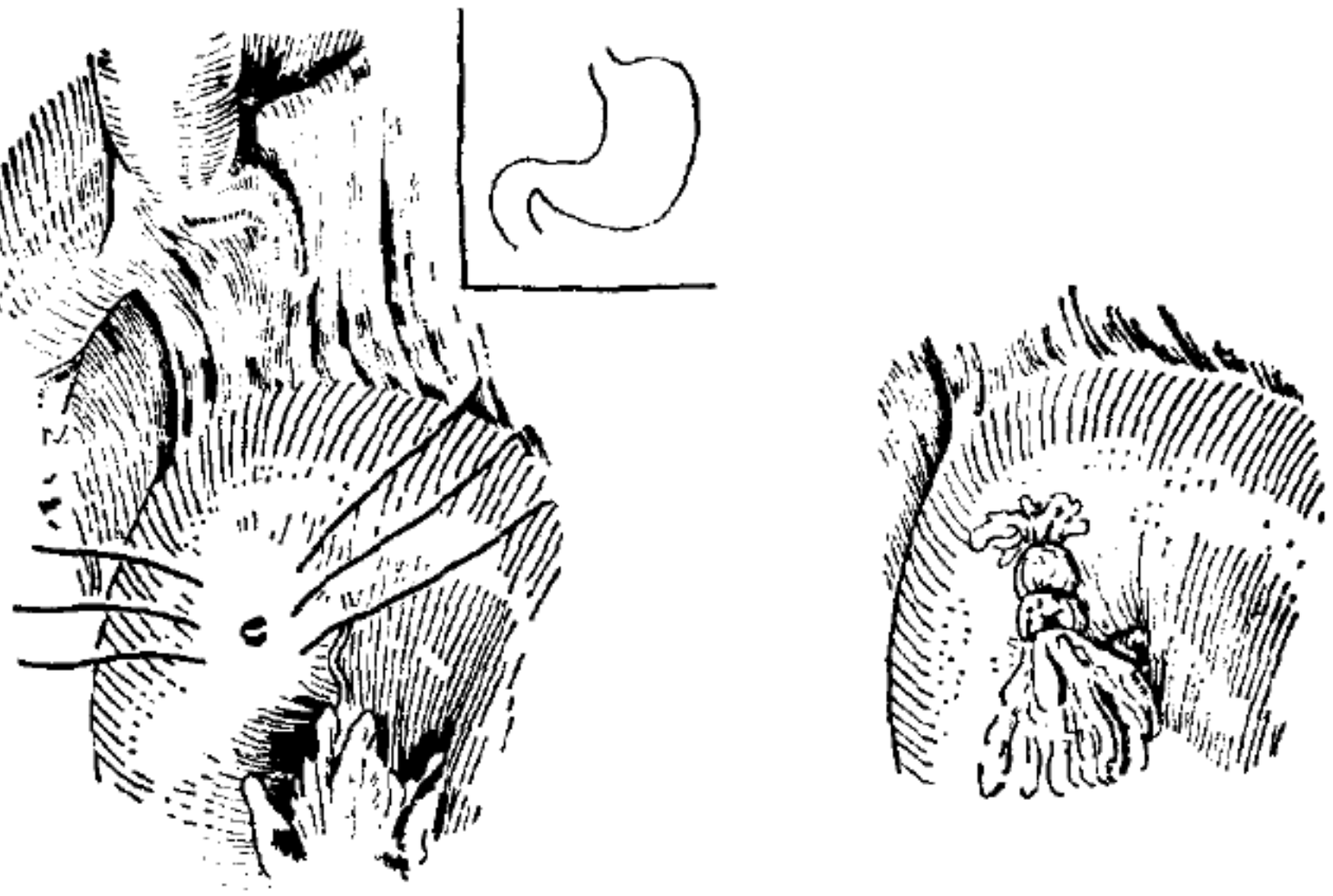


图17—16　十二指肠溃疡穿孔修补术

食物和渗出液，尤须注意吸出肝下和盆腔内积液，然后缝合切口；若穿孔缝合欠佳，有渗漏可能，腹腔污染严重时，应在修补处及下腹部置烟卷引流。

缝合法的优点为简单易行，手术时间短，危险性小。十二指肠急性穿孔的患者，缝合后经过严格内科治疗，溃疡多可愈合。胃溃疡穿孔经缝合半年后，应再行胃大部切除术。

2.近年来对适当选择的溃疡病穿孔患者，采用胃大部切除术获得了较好成绩。

急性阑尾炎

急性阑尾炎是阑尾急性细菌性感染所引起的一种很常见的急性腹部疾病。可发生于任何年龄，多见于青壮年。属于祖国医学“肠痈”的范畴。

阑尾炎的病理过程可分三个阶段

(一)单纯性阑尾炎：阑尾轻度充血、肿胀，炎症只局限于阑尾本身。

(二)化脓性阑尾炎：炎症进一步发展时，阑尾高度充血肿胀，表面有脓性分泌物复盖，阑尾腔内积脓。

(三)坏疽性阑尾炎：阑尾壁发生坏死、穿孔，严重时，阑尾部分或全部腐烂。

临床表现

(一)腹痛：最典型的表现为转移性右下腹痛，约70～80%的患者，开始自觉上腹部或脐周隐痛，逐渐加重，一般经数小时后，转移至右下腹，呈持续性痛。早期脐周痛是一种内脏神经痛，常不能准确定位；右下腹痛为炎症已发展到阑尾浆膜所致。因壁层腹膜由体神经支配，患者常能指出痛处所在。部分病人腹痛不典型，可为全腹痛，或一开始就在右下腹，甚至起始于左腹等部位，因此没有转移性右下腹痛时，不能排除急性阑尾炎的可能。病程中腹痛突然减轻，一般是阑尾腔梗阻解除或发生穿孔所致。所以仅以腹痛减轻不能认为是病情好转的依据，必须结合体征才能确定。腹痛局限于右下腹后又向周围扩散，一般表示阑尾已穿孔，进展到腹膜炎阶段。

(二)胃肠道症状：常有轻度恶心呕吐，在病程早期，可能与神经反射性幽门痉挛有关，在病程晚期则多由腹膜炎所致。有时有便秘或腹泻。

(三)发热：病程早期体温多为正常或轻度升高(38℃以下)，

在阑尾化脓、坏死或穿孔后有明显发热。

（四）压痛：右下腹局限性压痛是最常见、而且是最重要的体征、为腹膜受到炎症刺激的表现，通常所见压痛点位于：①右髂前上棘与脐连线的中，外三分之一交界点（麦氏点）；②两侧髂前上棘连线的中右三分之一交界点（阑尾点）；但由于阑尾位置变异，压痛部位随之变化。当炎症局限于阑尾本身时，压痛即限于阑尾所在部位；当炎症扩散到阑尾以外时，压痛范围随之扩大，但仍以阑尾部位最显著。

（五）反跳痛：用手指在阑尾部位慢慢压迫至深处，然后迅速抬起手指，病人即感剧烈疼痛，表示炎症已累及壁层腹膜。

（六）右下腹肌紧张：明显的腹肌紧张表示炎症已扩散到阑尾以外。但在肥胖、腹肌软弱及腹部膨胀时，腹肌紧张可不明显。

诊　断

突发的转移性右下腹痛以及右下腹局限性显著压痛是诊断急性阑尾炎的可靠依据。但在少数病例，临床病象不典型，诊断有时相当困难，应注意鉴别诊断。

治　疗

根据病情发展，可选择非手术疗法或手术疗法。

（一）非手术疗法

1.一般治疗：病员应适当卧床休息，根据情况进食流质或

半流质饮食。必要时适当补液、应用抗菌药物控制感染。

2.中医治疗

（1）针刺疗法：取阑尾、足三里、合谷，天枢等穴，强刺激，留针，每15～30分钟捻转一次，待痛止即可出针；以后每隔4小时针刺一次，不留针，连续2～3日。

（2）单方草药

①大蒜头十二个，芒硝、大黄末各2两，醋适量。先将大蒜头去外皮洗净，和芒硝同捣成糊状，用醋先在痛处涂擦，再敷上药约一寸厚，周围以纱布围成圈，防止药液外流，两小时后去掉，以温水洗净，再以大黄末敷十二小时。肠梗阻亦可使用本法。

②白花蛇舌草、田基黄各3两（或单用加大剂量），水煎服。

③大血藤、败酱草、蒲公英各1两，水煎服。

（3）中药治疗：单纯性阑尾炎宜通肠清热，用复方牡丹皮汤（大黄、丹皮、桃仁、枳壳、桔梗各3钱，当归、银花各4钱，冬瓜仁5钱，连翘8钱，甘草1钱）。每日一剂，分二次服，连服3～5日。

阑尾周围脓肿，早期宜清热解毒，辅以行气活血，通里攻下。用清肠饮；脓肿已形成宜排脓托毒，调理气血，可用红藤煎，每日二剂，每4～6小时服一剂。

（二）手术疗法

凡属下列情况，应行阑尾切除术

1.阑尾炎反复发作者。

2.小儿、老年、孕妇阑尾炎病情较重者。

3.经非手术疗法而病情未好转者。

4.化脓性或坏疽性阑尾炎，应立即手术，以防穿孔引起阑尾周围脓肿或腹膜炎。

5.阑尾早期穿孔并发腹膜炎时，应手术切除阑尾，吸净腹内脓液，根据具体情况决定腹膜腔内或腹膜腔外放置引流。

6.阑尾周围脓肿一般先行非手术疗法，炎症肿块消散三个月后，再考虑行阑尾切除术。若非手术治疗不能控制感染，症状加重，应切开引流。当阑尾就在脓腔内，可切除阑尾；若不见阑尾，则不必强行寻找，以免剥离损伤肠壁和扩散感染，待炎症痊愈 2 ～ 3 个月后可考虑再行阑尾切除术。

阑尾穿孔、周围脓肿或阑尾术后，均应给青霉素、链霉素控制感染。

急性肠梗阻

肠腔内容物正常运行发生障碍时，称肠梗阻。中医又叫“肠结症”，属于“关格不通”——关者下不得出也，格者上不得入也。

急性肠梗阻是一种常见病，多发病，其发病率仅次于阑尾炎。肠腔内容物运行障碍的结果，可以造成金身性生理上的紊乱，和肠管本身解剖和功能上的变化，严重时常危及患者的生命。过去死亡率高达10%以上，对劳动人民的健康危害很大。

病因与分类

(一)机械性（器质性）肠梗阻：由于肠腔内外的机械因素，

引起肠腔的部分或完全堵塞，以致肠内容物不能顺利地通过。常见于肠道先天性异常、炎症、肿瘤，肠内异物堵塞，嵌顿性疝以及肠套迭、扭转等。

机械性肠梗阻如果仅是肠腔内容物不能通过，而肠壁血循环尚正常的，称为单纯性肠梗阻；如果肠梗阻的同时又有肠壁血运发生障碍的称为绞窄性肠梗阻，如绞窄性疝、肠扭转、肠套迭等。

（二）麻痹性肠梗阻：由于肠壁肌肉运动功能减弱，致使肠内容物不能往下运送，停滞于肠腔内。常见于急性腹膜炎，腹腔大手术后，腹膜后血肿，腹膜后感染等。

病　理

肠梗阻时因肠内容物不能向下运送，造成梗阻上方肠腔内液体和气体郁积，引起肠腔膨胀，压力增高，肠壁血液循环受阻，使肠壁充血、水肿、增厚，最后可因缺血使肠管变黑，变薄，以至坏死穿孔；呕吐或肠道液体郁积，可丧失大量体液，造成脱水、酸中毒；细菌在郁积的肠腔内生长繁殖，产生毒素，或因肠壁坏死时产生大量毒素进入血流，可引起全身中毒症状，以至发生中毒性休克。

临床表现

肠梗阻的症状，依梗阻的原因、部位、缓急及病理生理变化而定。一般说来，急性或高位肠梗阻（指空肠以上），较慢性低位肠梗阻的症状出现早而剧烈，绞窄性肠梗阻较单纯性肠梗

阻严重。

(一)腹痛：由于肠内容物受阻，肠管为了克服阻力就会一阵一阵地强烈收缩，这样便引起阵发性腹痛和高音调的肠鸣音。有时还可看到肠型和肠蠕动波。

高位梗阻，阵发性腹痛间隔时间短，低位性梗阻，则腹痛间隔时间长；完全性肠梗阻疼痛剧烈，不完全性肠梗阻疼痛较轻；绞窄性肠梗阻则持续性腹痛，阵发性加剧。如果阻力被加强的肠蠕动所克服，或者发生肠穿孔，阵发性腹痛可消失。

(二)呕吐：肠梗阻早期，呕吐为反射性。吐出胃内容物，继而随梗阻部位高低而有所不同：高位小肠梗阻呕吐频繁，吐出物主要为胃液，十二指肠液和胆液，量较少；回肠末段梗阻，在初期反射性呕吐后，常有一相当长时期没有呕吐，待肠膨胀显著，肠腔内充满气体和液体时，肠管逆蠕动，使肠内容物反流至胃内而引起大量溢出性呕吐，可吐出粪性液体；结肠梗阻因回盲瓣的作用，呕吐仅在晚期出现。

(三)腹胀：肠蠕动不能克服梗阻时，肠内容物聚积起来，肠腔内充满气体和液体，便产生腹胀。腹胀程度和梗阻部位有密切关系：高位小肠梗阻由于呕吐频繁，无明显腹胀；低位小肠梗阻则表现全腹胀；发生闭襻性肠梗阻（近端有活瓣，远端堵塞）时，高度膨胀的肠襻有时可摸出，在诊断上很重要，往往为绞窄性；结肠梗阻属于闭襻性肠梗阻，其腹胀特点为周边性——成“冂”形凸起。

(四)停止排便和排气：急性完全性肠梗阻才有此种表现。但在病程初期，尤其是高位小肠梗阻，梗阻部位以下积存的粪

便和气体可自行或经灌肠后排出，不能因此认为无肠梗阻。在某些绞窄性肠梗阻，如肠套迭，病人可能自肛门排出血性液体。

（五）X线检查：可见到肠腔积气和阶梯形液平面。

诊　断

（一）有无肠梗阻？由于急腹症大都有腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状。因此，把肠梗阻和其他急腹症区别开来是必要的。肠梗阻的主要特点是阵发性绞痛，和随绞痛发作的高调肠鸣音，如具备这一条，应初步疑有肠梗阻；如腹部见到肠型、肠蠕动波（或摇动腹部时有振水声），则诊断可以成立。有条件时，X线立位检查，发现有扩大的肠曲及多数阶梯形液平面，对诊断很有帮助。

（二）是机械性还是麻痹性肠梗阻？两者的鉴别对处理非常重要，前者多需手术治疗；后者除胃肠道穿孔引起的腹膜炎外，一般不需要手术治疗。

麻痹性肠梗阻的特点是：①腹痛为持续性隐痛或胀痛；②全身炎症性反应较明显；③普遍性腹胀，看不到蠕动波；④腹部压痛和肌紧张较广泛；⑤肠鸣音减弱和消失。

机械性肠梗阻晚期伴有一定程度的肠麻痹，也可出现上述表现，但结合病史，并借助于X线检查（麻痹性肠梗阻，小肠、结肠普遍胀气；机械性肠梗阻，结肠则无胀气，常可鉴别。

（三）是单纯性肠梗阻还是绞窄性肠梗阻？

两者对身体危害不同，处理也不同。诊断时必须作出有无绞窄的判断，才能给予正确的治疗。有下列表现之一者，应怀

疑有绞窄性肠梗阻

1.腹痛剧烈，发作急骤，在阵痛间歇期仍有持续性疼痛。

2.机械性肠梗阻出现腹膜刺激征，体温上升，脉搏加快，白细胞明显升高。

3.呕吐物或肛门排出物为黑褐色的血性液体，或持续呕吐粪样物。

4.病程的早期或突然出现中毒性休克症状，或在治疗过程中，肠梗阻症状没有改善，脱水、酸中毒不易纠正者。

5.腹胀严重或不对称，腹部可见到或触及局限性肠襻，压痛明显者。

6.腹部叩诊出现移动性浊音，腹腔穿刺有血性液体者。

预　防

(一)开展卫生宣教，注意饮食卫生，饱餐后要适当休息。

(二)腹外疝要及时治疗，以免发生嵌顿。

(三)在施行腹部手术时，动作要轻巧，避免损伤腹膜及腹内器官。肠管不可在腹腔外暴露过久，并要用生理盐水垫保护。腹膜腔内有炎性渗出物或血液，应尽量吸出。术后鼓励早期下床活动，以减少粘连的产生。

治　疗

(一)一般处理：包括输液，纠正水，电解质紊乱和代谢性酸中毒，胃肠减压，控制感染等。

(二)几种不同原因肠梗阻的处理方法

1.粘连性肠梗阻：一般采取非手术疗法。中医治疗原则是：行气导滞，通肠开结。体实壮，气胀较重者，可用复方大承气汤或肠粘连缓解汤；对重型肠梗阻，肠腔积液较多者，采用甘遂末通结汤（甘遂末2分冲服，桃仁、生牛膝、厚朴、木香各3钱，大黄3～8钱，赤芍5钱）。用药时，先将胃内液体抽尽，然后把药液一次或分二次注入，并钳夹胃管约1小时左右，以免药液反流。

2.单纯性蛔虫肠梗阻：滑润疗法的效果好，用豆油、茶油、麻油或菜油100～150毫升煎熟后待凉顿服。如呕吐应再补服或改用鼻饲。梗阻往往于服油8～12小时后缓解，随即驱蛔；亦可先服驱蛔灵足量一次，将虫麻痹，然后再口服石腊油30～40毫升。

中医以行气导滞，杀虫通肠为法：川朴、炒枳实、生大黄各2钱，菜菔子、川楝子各3钱，乌梅4钱，共研末；芒硝3钱（另包），冲服。服药一剂后，症状减轻，则改用：川楝子5钱，槟榔3钱，使君子3钱，榧子5钱，广木香1钱，茯苓2钱，陈皮钱半，炒麦芽2钱，煎服一剂。

3.肠套迭：可先行灌肠疗法，在一定压力下，将空气自直肠注入，有可能将套入部挤出而达到复位。一般适用于套迭早期（不超过2天），无肠坏死征象者。

（三）手术治疗：机械性肠梗阻，如通过上述治疗无效，特别是怀疑有肠绞窄时，应及早手术治疗，尽可能在肠坏死以前解除梗阻。

急性胆囊炎

胆囊炎是常见急腹症之一。多发于成年肥胖妇女。主要由于胆汁滞留加上大肠杆菌感染等引起。

临床表现

主要为右上腹疼痛、伴有明显触痛，腹肌紧张和全身感染反应。

疼痛多发生于饱餐后的晚上或清晨，常为持续性疼痛，阵发性加剧，有时牵涉到右肩部或右肩胛骨下角；若伴有结石，则疼痛程度更为剧烈。常有恶心、呕吐，部分病人有轻度黄疸。当炎症波及胆总管时，可有寒战和高热。

检查时，右上腹有明显触痛和腹肌紧张；有时还可摸到肿大的胆囊。如站在病人右侧，用左手拇指置于胆囊处，其余各指放在助骨上，令患者作深吸气，若有突然屏息现象，称墨菲氏征阳性，为肝下移，胆囊触及拇指，疼痛加剧所致。

化验检查，白细胞计数常增高在15,000左右，如超过20,000以上，应想到胆囊有坏死或穿孔。

治　疗

(一)一般治疗：禁食及输液，腹胀呕吐者应胃肠减压；应用抗菌药物，如青霉素及链霉素肌注，或静脉滴注氯霉素；疼痛时可针刺胆囊穴（阻陵泉下一横指）、足三里、太冲，也可用解痉、镇静及利胆药物。

(二)中药可用清胆行气汤，此方适用于急性单纯性胆囊炎，有舒肝理气止痛功效。或用虎杖5钱，过路黄1两，银花、穿心莲各4钱，水煎服。有黄疸者加土茵陈1两。

(三)手术疗法：如经上述治疗，病情无好转，体温升高，脉搏加快，局部压痛及腹肌紧张范围和程度加剧，或摸到膨胀而紧张的胆囊，根据病人不同情况，采用胆囊切除，胆总管探查引流，或胆囊造瘘术。

胆 石 症

胆石症是指胆总管、肝管、胆囊管或胆囊内有结石存在。胆石与胆囊炎、胆道蛔虫关系密切，可同时存在，互为因果。

胆石形成的原因未完全明确，可能与感染，胆汁滞留及脂肪代谢紊乱有关。胆道感染时，炎性渗出物以及凝集的细菌和脱落的粘膜，胆道蛔虫，蛔虫卵等均可成为结石的核心，再加上胆道梗阻，胆汁滞留，则结石易于形成。

临床表现

(一)胆囊结石：临床表现取决于胆石的大小、部位、有无阻塞或炎症。结石在胆囊通常无特殊症状，偶尔感觉上腹部有闷重感。结石阻塞胆囊管时，胆汁排空受阻，则可引起绞痛和急性胆囊炎症状，但症状远较单纯性急性胆囊炎为剧烈，且可引起胆囊早期积脓，甚至坏死，穿孔。检查时，右上腹可摸到胀大的胆囊，多无黄疸。

(二)胆总管结石：结石阻塞胆道后，典型的症状是上腹部

阵发性绞痛、黄疸、寒战和发热。

1.疼痛往往突然发作，在剑突偏右方，呈阵发性绞痛，常放射到右肩胛部，伴恶心呕吐。检查时，胆管区有压痛，腹肌紧张较轻。

2.结石阻塞引起黄疸，其程度随梗阻轻重而异。梗阻严重胆汁不能引流至十二指肠，大便呈灰白色；梗阻解除，黄疸也随之消退。因此胆总管结石时，黄疸有波动性升降，为其特点。

3.胆道梗阻，胆汁引流不畅，容易发生胆管炎，引起寒战、高热。体温约在38～40℃之间。

治　疗

胆石症的要害是胆道梗阻和细菌感染，因此，治疗上应该及早解除胆道痉挛，控制感染和排除结石。

1.非手术治疗

1.新针：针刺阳陵泉、足三里、太冲，可配合肝俞、胆俞，有解痉止痛、降低胆道内压力及促进炎症消退的作用。

2.中医治疗：以清胆排石为主，用胆道排石汤。若高热者加生石膏6钱，知母3钱；恶心呕吐甚者加陈皮、姜半夏各2钱，竹茹3钱，生姜1钱；疼痛剧者加延胡索2钱；体虚者加当归、党参，黄芪各3钱。

3.解痉止痛：阿托品0.5毫克，皮下注射，并口服33%硫酸镁10毫升，每天三次；颠茄酊1毫升或阿托品片0.3毫克，每天三次。

4.抗菌素的应用：可选用青、链、氯霉素或四环素。病情

严重时可静脉滴注四环素或氯霉素。

5.静脉输液：恶心、呕吐、腹胀者应禁食，同时输液。水，电解质平衡紊乱者，应及时纠正，以防止休克的发生。

6.护肝疗法：有黄疸者，肌注或静脉滴注维生素K 8毫克，以及大量维生素C、葡萄糖等。

2.手术治疗 常用的手术为胆囊切除及胆总管切开取石术。

胆道蛔虫病

胆道蛔虫常见于青少年，是肠蛔虫病的严重并发症之一。防治蛔虫病是预防本病的重要措施。

病 因

蛔虫窜入胆道的原因有三

1.当肠机能紊乱时，蛔虫受到周围环境改变的影响而盲动，易于向上窜入胆道。

2.胆道有病变时，十二指肠乳头括约肌收缩力较差，便于蛔虫窜入。

3.蛔虫喜碱恶酸，有钻孔的习性。

病理生理

胆道蛔虫多居于胆总管内。蛔虫钻入胆道数量不等，多数病例只有1条，一般不超过10条，但最多者竟达100余条。附着在虫体上的细菌（大肠杆菌）可污染胆道，造成胆管炎，甚至

形成肝内小脓肿。

蛔虫钻入胆道时，十二指肠乳头括约肌受强烈的刺激而发生痉挛，引起阵发性剧烈疼痛。有时，蛔虫阻塞出口，妨碍了胆汁排出，使胆汁逆流入胰管，可造成急性胰腺炎。蛔虫全部进入胆道后因虫体阻塞和乱动，而引起持续性胀痛，阵发性绞痛，常伴有恶心、呕吐、吐虫。

进入胆道后的蛔虫，有的可自行退出。已死的虫体或虫卵都可成为结石的核心，形成胆石。

临床表现

腹痛是主要症状，为突然发作的剑突下阵发性剧烈绞痛，有时心窝部有“钻顶”感。发作时，弯腰、捧腹、伏卧或辗转不安，出大汗，多伴呕吐或呕虫。间歇期，疼痛可完全消失，患者安静。如有多数蛔虫进入胆道，可有持续性胀痛。

检查时，腹部平坦柔软，仅上腹剑突下有局限性压痛。这些腹部体征和剧烈疼痛不相符合，是本病的特点。

起病时无寒热，若蛔虫钻入胆道，引起胆道感染或肝脓肿时，则有畏寒发热，腹部压痛加剧，肝脏肿大并有触痛。

诊　断

根据患者有蛔虫病史，突然发作剑突下阵发性强烈疼痛，伴有恶心呕吐，而体征只有轻度触痛，无腹肌紧张及显著白细胞升高，可怀疑此病。若同时呕吐蛔虫，则更有助于诊断。

治　疗

(一)非手术治疗　主要措施是解痉、止痛、排虫、预防感染。中草药及针刺效果较好，具体方法如下：

1.针刺：当绞痛发作时，选用迎香透四白，用捻转法；后取人中，曲池，用震颤法。

2.中草药：

①米醋加温开水各1两口服，每日3～4次。

②乌梅驱虫汤，煎后分三次服，小儿剂量酌减。若患者偏寒（四肢厥冷、舌淡苔白，脉沉细），则宜温中安蛔，可于上方去柴胡、苦楝根皮，加党参4钱，附片、花椒各3钱，干姜2钱，黄连1钱；若患者偏热（发热、口苦、小便黄、苔黄腻、脉滑数），则宜清热驱蛔，可在乌梅驱虫汤中加大黄4钱，黄芩3钱；有黄疸者，去木香、白芍，加茵陈6钱，龙胆草3钱。

③疼痛剧烈时，可肌注阿托品。0.5毫克，同时口服颠茄合剂等。亦可口服阿斯匹林，首次0.6克，以后0.3克，每天3～4次，连服三天。疼痛减轻后应用驱蛔灵驱虫。如有发热或局部症状加重时，可用抗菌药物。

(二)手术治疗　如经非手术治疗，疼痛未能缓解，并出现胆道严重感染或肝脓肿等并发症时，则应考虑手术治疗，切开胆总管，取虫并引流。

急性胰腺炎

急性胰腺炎是常见的急腹症之一，多发生于成年人。起病

系由于胰腺管或十二指肠乳头括约肌痉挛、水肿，发生梗阻，以致管内压力增高，胰液外溢，产生对胰腺自溶作用。胆道疾病、饮酒、暴食为其主要诱因。

临床表现

因胰腺病理改变程度不同而异，多数为水肿型，症状较轻；少数为坏死型（出血型），症状较重。主要表现如下：

（一）腹痛： 中、上腹部或脐左上方相当于胰腺的部位，突发持续性如刀割样剧烈疼痛，有时亦可呈阵发性绞痛。疼痛范围常随病变的发展，向左或向右延伸；又因胰腺位于腹膜后，所以疼痛多向腰、背部放射。病人在床上不愿翻动。进水或进食后，则使疼痛加剧。

（二）呕吐： 早期恶心呕吐频繁，常为突出症状之一，但无粪性呕吐物。

（三）腹部检查： 由于胰腺和前腹壁之间有胃与小肠相隔，所以上、中腹部只有深压痛及轻度腹肌紧张，与腹痛的严重程度常不成正比例。由于炎症波及胃、肠，而发生麻痹性胀气，因而上腹部稍胀，肠鸣音减少。若炎症发展，胰腺坏死，出血时，血性渗出液进入腹膜腔，则可引起急性腹膜炎症状。此时腹部其他部位也发生疼痛、压痛和腹肌紧张。腹腔穿刺可抽出含胰淀粉酶的黄色浆液或血性渗出物。

出血型胰腺炎可伴有休克、发绀及大汗，若不迅速抢救，可急剧恶化导致死亡。

诊　断

急性胰腺炎的病变程度不同，临床表现差异很大。上腹疼痛、恶心、呕吐，触痛和腹肌紧张等表现与胆囊炎，胃、十二指肠溃疡穿孔，肠梗阻，胃炎等急腹症相似，容易混淆不清；尤其是急性胰腺炎并发急性胆囊炎时，往往为后者所掩盖而被忽视。但只要临床医生对急性胰腺炎有充分认识，结合胰淀粉酶检查，则诊断亦并不太难。

治　疗

(一)非手术疗法

1.禁食和胃减压：禁食和吸出胃液，可减少胰液分泌，从而降低消化酶对胰腺的自溶作用，以使胰腺得到修复的机会。

2.输血补液：在禁食期间，需静脉滴注葡萄糖和生理盐水，以维持液体和电解质平衡，严重病例有休克者尚需输血治疗。

3.解除腹痛：诊断明确者，可用：

①针刺足三里、阳陵泉。

②阿托品可松弛十二指肠乳头括约肌，降低胰管内压力，抑制迷走神经，减少胰液分泌。

4.抗菌素：以选用卡那霉素、链霉素、氯霉素为宜，因其均能从胰液排出，尤以卡那霉素浓度为高。胰液中含青霉素酶，使用青霉素能被其破坏，故作用不大。

5.中医治疗：宜疏肝理气、清热燥湿、通里攻下，可用清

胰汤加减。轻症一剂分两次服；重症每日两剂，分四次胃管注入。

（二）手术治疗

大多数病人经上述治疗可很快治愈。仅有极少数合并胆道蛔虫、胆结石、腹膜炎等，需要手术处理。

上消化道大出血

上消化道大出血为常见急腹症之一。其病因主要有：溃疡病、肝硬化、胃癌、胆道出血等。

临床表现

（一）呕血及柏油样大便：为常有的症状，其程度与出血部位、速度及出血量有关。幽门以上出血量多而快时，以呕血为主。幽门以下的出血，若量不大，一般只单独出现柏油样大便。呕血量少则数口，多则可在1,000毫升以上。颜色与血液在胃内积存时间有关，停留时间长经胃酸处理，则呈咖啡色；停留时间短则呈鲜红色。因血液刺激肠蠕动，肠鸣音增多。出血数小时后，即有黑色柏油样大便排出。

（二）出血性休克：由于急性大出血，血容量骤减，病人呈休克状态，有烦躁不安、口渴、面色苍白、肢冷、脉细数，血压下降、尿量减少等症状。

（三）血色素检查：血色素检查可估计失血量及其严重性，作为治疗的参考。

诊　断

上消化道出血的诊断并不困难。但出血的原因，有时则不易确定，必须详问病史及仔细体格检查，认真分析，才能作出正确的诊断。常见上消化道出血疾病的特点如下：

（一）胃、十二指肠溃疡出血：过去有溃疡病史。出血前上腹痛常较剧烈，出血后疼痛消失或减轻。腹部检查无特殊或仅有上腹部轻压痛。

（二）门脉高压症：门静脉由于肝内（肝硬化）或肝外（门静脉血栓）阻塞，可引起门静脉压力增高。食道静脉曲张后，容易发生破裂出血。其特点是无痛性呕血，呕血量多而迅速，出血性休克也较早出现，并伴有肝硬化、脾肿大，脾功能亢进等病史和体征。出血后，由于下列因素，往往不易止血：①曲张的静脉管壁薄，无弹性，不能收缩止血；②肝功能不好，凝血机能差；③静脉内压力高；因此，这种病人经抢救治疗止血后仍可再次出血。

（三）胆道出血：其特点为绞痛性出血，是由于胆道蛔虫、结石、感染，肝内或胆道血管瘤破裂，机械性损伤等引起出血。血液流入十二指肠而有上消化道出血的表现。出血后可因血压降低，血液凝固而自动停止。但如梗阻不解除，炎症未控制，则出血可反复发作，危及生命。

治　疗

(一)一般治疗

1.绝对卧床休息：病人烦躁不安，可适当应用镇静剂，如肌注苯巴比妥钠0.1克。肝硬化、食道静脉曲张破裂而大出血者，禁用吗啡、巴比妥及氯丙嗪类药物，以免加重肝脏损害，引起肝昏迷，必要时，可用10%水合氯醛10～20毫升保留灌肠。

2.补充血容量：静脉输液和根据病人情况输入适量血液，以防治休克。

3.严密观察血压、脉搏的变化，定时作血色素检查，以判断有无继续出血，作为治疗参考。

4.选用下列止血药物

(1) 6一氨基己酸4～6克，溶于100毫升生理盐水或5%葡萄糖液中，静脉滴注，15～30分钟滴完。维持剂量为每小时1克，持续12～24小时或更久，依病情而定。

(2) 抗血纤溶芳酸100～200毫克，加50%葡萄糖40毫升，静脉注射；或加于静脉输液中缓慢滴注，每日2～3次。

(3) 维生素K及C，剂量视病人具体情况而定。

(4) 仙鹤草素15～20毫克，肌注，每日2～3次。

(5) 紫珠草溶液10毫升口服，每日3～4次。

(6) 垂体后叶素可引起内脏血管痉挛，小动脉收缩，门脉压下降，适用于门脉高压症出血。一般用10单位溶于20～40毫升葡萄糖或生理盐水中，作静脉注射，须10～20分钟注完。24

小时内可用30～40单位。对心、肾功能不良者慎用。

（7）云南白药口服。

5.饮食：食道静脉破裂出血者应禁食。溃疡病出血者，多不思饮食，若出血停止，且无呕吐，可吃流质，如豆浆、牛奶等。胆道出血时应禁食或进流质。

（二）特殊处理

在进行抢救的同时，应迅速作出诊断，根据不同原因，再作进一步处理。

1.门脉高压症：患者由于食道静脉破裂出血，呕血量较大，短时间内积极治疗，未见好转，应当机立断采取气囊压塞或紧急手术方法止血。

2.胆道出血：一般经非手术治疗（包括抗感染、止血剂，中草药等），出血大多可以停止。若继续反复出血，应在抗休克的同时，进行手术治疗：引流胆汁，清除结石或蛔虫，并切除胆囊。若出血不止，可根据病人情况慎重考虑作肝固有动脉结扎，甚至肝叶切除术。

3.溃疡病出血：一般经非手术治疗出血可停止，若出血不止，病人严重头昏，脉搏每分钟超过 120 次，收缩压低于90毫米汞柱，提示有休克可能，应及时手术治疗。

各种急腹痛的鉴别诊断表

病名	年龄	性别	发病	疼痛特征	临床特点	体温	白细胞
胆囊炎、胆石症	30—50岁多见	女性稍多	突然	右上腹剧烈绞痛，向右肩及背部放射，阵发性加剧	以往有同样发病史。可能有黄疸。右上腹有压痛、肌紧张	低热或中等度升高	增高
胆道蛔虫症	儿童、青年多见	男女相同	突然	中上腹部或剑突下阵发性疼痛，往往有钻顶感，间隙时恢复如常	伴有恶心、呕吐，可吐出蛔虫。中上腹有轻度压痛	正常或稍高	正常
胃、十二指肠溃疡穿孔	30—50岁多见	男性多见	突然	疼痛剧烈如刀割样，全腹痛，以上腹部显著	有溃疡病史。可有休克症状，腹壁硬如板状，肝浊音界消失。X线见膈下游离气体	开始正常以后升高	开始正常后增高
急性胰腺炎	成年人多见	女性多	突然	上腹部尖锐刺痛，向左肩及腰放射	有饱食及饮酒史。伴有恶心呕吐，可出现休克。上腹部有压痛、肌紧张。血尿淀粉酶增高	正常或中等度升高	增高
内脏破裂	任何年龄	男女都有	突然	剧烈尖锐的疼痛。肝、脾破裂痛向同侧肩部放射。肠破裂全腹疼痛	有外伤史，伴有内出血、休克症状、腹部有压痛、肌紧张。肝脾破裂内出血，有移动性浊音，腹部穿刺有血	开始正常以后升高	增高

续表 1

病　名	年　龄	性别	发病	疼　痛　特　征	临　床　特　点	体　温	白细胞
急性阑尾炎	任何年龄，青年较多	男性多	急性	开始上腹部痛，后转为右下腹痛	可有恶心呕吐。阑尾点有压痛、反跳痛、肌紧张	正常或低热	增高
肠套迭	小儿多见	男孩较多	突然	小儿哭闹不安。有阵性或持续腹痛	可有呕吐，果酱样大便。可出现休克症状。腹部可摸到条状肿块	正常或稍高，有的反而低于正常	增高
急性肠梗阻	任何年龄	男女相等	逐渐	脐周或脐上部，有剧烈的阵发性绞痛	恶心呕吐，不能放屁且无大便。腹胀，有肠型，肠鸣音亢进	初正常后升高	初正常后增高
箝闭疝	成年人多见	男性多	突然	原来的疝块部位有阵发性绞痛，放射到全腹	有疝气病史，伴恶心呕吐，不能放屁，且无大便，可有休克。疝块不能回到腹内	正常	正常，以后可增高
宫外孕破裂	25～35岁多见	女性	突然	剧烈、尖锐的疼痛，在一侧下腹部，向腰背放射	有停经史。出现休克症状。下腹部有压痛反跳痛。阴道后穹窿穿刺血	正常	正常
肠蛔虫症	儿童、青年多见	男女相等	逐渐	阵发性脐周疼痛	可有恶心、呕吐。脐周轻度压痛	正常	正常

续表 2

病　名	年　龄	性别	发病	疼　痛　特　征	临　床　特　点	体　温	白细胞
肾结石绞痛	成年人多见	男性多见	突然	一侧腹部剧烈绞痛，向腰部放射	伴有恶心、呕吐。腹部无明显压痛。有肾区叩痛、血尿	正常或略高	正常或略高
急性输卵管炎	16～40岁多见	女性	突然	下腹部钝痛，向腰背放射	下腹部有压痛、反跳痛、肌紧张	升高	增高
尿路感染	成年人多见	女性多见	逐渐	腹部钝痛，位于肾区、膀胱上部，可向尿道方向放射	有尿急、尿频、尿痛。膀胱区有轻度压痛。尿里有白细胞	升高	增高
急性肠系膜淋巴结炎	儿童多见	男女相等	急性	右下腹钝痛	伴有上感症状，多先发热后腹痛。脐右下方有广泛压痛。腹软	升高	增高
急性胃肠炎、结肠炎	任何年龄	男女相等	突然	阵发性或持续性腹痛。结肠炎可有里急后重感	伴有恶心、呕吐、腹泻症状。可有不洁饮食史。腹部无明显压痛。腹软	正常或升高	正常或略高
肺炎、胸膜炎	任何年龄。儿童较多	男女相等	逐渐	上腹尖锐疼痛，向胸部、肩部放射。呼吸时痛加重	伴有寒颤，呼吸快，脉快。肺部可听到啰音或胸膜摩擦音。X检查可进一步确诊	升高	增高

第八节　腹 外 疝

腹外疝是腹内脏器经腹壁先天性裂隙或腹壁薄弱处向体表突出而形成。腹壁先天性裂隙或腹壁薄弱处称疝环（如腹股沟管内环）；经疝环突出的腹膜称疝囊；进入疝囊的腹内脏 器 称疝内容物。最常见的腹外疝是腹股沟斜疝和股疝。

腹　股　沟　斜　疝

腹股沟斜疝是腹内脏器经由腹股沟管内环突出沿精索（或子宫圆韧带）进入阴囊（或大阴唇）的一种常见病，男女均可发生，以男性多见。

病　因

先天性斜疝：胎儿在发育后期，睾丸降入阴囊。若随睾丸出来的腹膜鞘状窦未能闭合，便成为先天性疝囊，当腹内压力增高时，可导致疝的发生。

后天性斜疝：其病因除腹股沟管有先天性缺损外，腹内斜肌和腹横肌的发育不健全起着主要作用。健全的腹肌在受到刺激时能够收缩而关闭腹股沟管的内环，增强腹壁抵抗力，防止疝的发生；反之，腹壁肌肉发育不健全，一旦腹内压骤增，内脏乘机由内环突出则形成斜疝。

临床表现

易复性斜疝除局部肿块外，无明显症状。

检查时，可见腹股沟部或阴囊部有肿块，呈椭圆形，上端通入腹股沟管，令患者平卧或用手推压，肿块可回到腹腔。此时以手指紧压内环部位，让病人起立咳嗽，则不见肿块再现，常可发现皮下环扩大，且有咳嗽冲击感。若内容物为大网膜，触之柔软；若为肠管，则有囊性感，叩之呈鼓音，且多可听到肠鸣音。

如果疝内容物，因腹内压增加强行扩张疝环而大量进入疝囊，然后疝环自行收缩，阻止内容物的缩回，则形成嵌顿性疝。患者自觉肿块突然增大，伴有疼痛，平卧或推压都不能缩回，摸之紧张发硬，咳嗽时冲击感多消失。若嵌顿内容物为肠襻，可有肠梗阻表现。

嵌顿如不及时解除，继续发展下去，则可使疝囊内的肠管发生血液循环障碍，而形成绞窄性疝。临床表现更为严重：肿块表层组织可有红、肿、发热等肠坏死表现；随着肠梗阻的进展，而有脉搏增速，体温上升，尿量减少，血压下降等中毒性休克症状。

治　疗

(一)非手术疗法：

1.草药单方：鸭椿子树根 3 两、金樱子树根 3 两、三叶木通 1 两、猪精肉 2 两。共煮至肉熟，吃肉喝汤，每日一剂，连

服五日。治可复性疝有效。

2.婴儿斜疝在发育过程中可能自行痊愈，暂时可用棉线束带压迫腹股沟管内环处，防止疝块突出(图17—17)。

(二)手法复位：疝嵌顿一般应尽快施行手术。但某些嵌顿性疝，可考虑试行手法复位：①没有施行手术条件者；②嵌顿时间不长，一般在3小时以内，估计尚未发生肠坏死时；③婴幼儿或巨大疝，一般不易引起早期肠坏死者；④有手术禁忌者，如严重心衰。

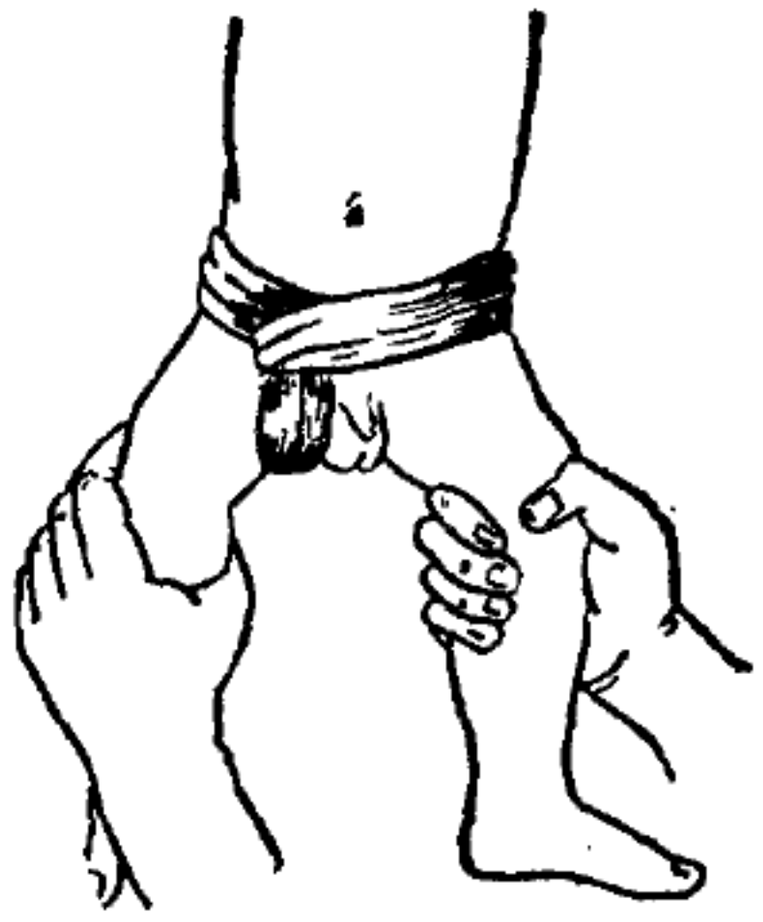


图17—17　棉纱束带使用法

手法复位的方法是：嘱病人仰卧，取脚高头低位，注射苯巴比妥钠0.1克或杜冷丁50毫克肌注，镇静止痛，使肌肉松弛，然后用手轻柔推压，使疝内容物复位。复位时需注意：暴力可能挤破肠襻或将已失去生活机能的肠襻送入腹腔，引起弥漫性腹膜炎，故手法复位后要严密观察病情变化。

(三)手术疗法：手术方法很多，主要操作是切除、高位结扎疝囊和修补缺损的腹壁。

股　疝

通过股管而突出于腹部卵圆窝处的疝，称为股疝。股管为一狭长漏斗形间隙，长约1～1.5厘米，有上、下两口。上口称为股环，下口为卵圆窝(图17—18)。

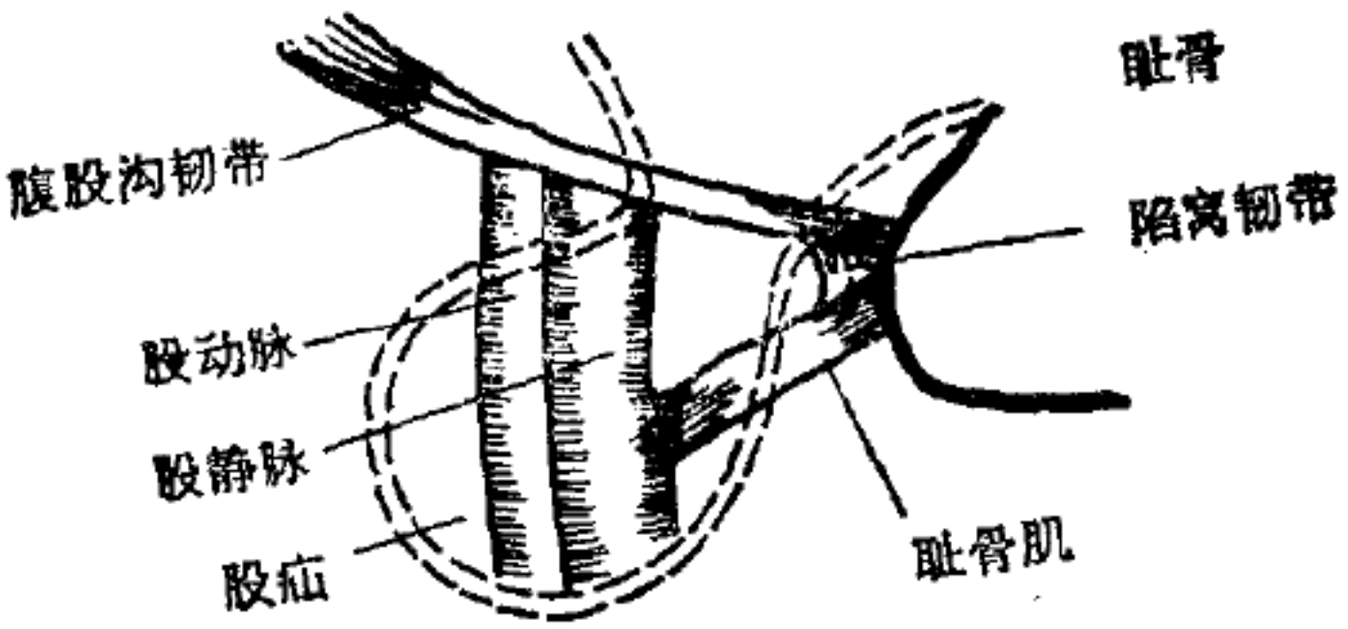


图17—18　股管与股疝

股管上口宽大松弛，是引起股疝的主要病因，多见于中年以上女性。由于股管上口四周大部分是坚强的韧带，致使疝囊颈口较小；疝囊先自股管垂直而下，出卵圆窝后，折转向前，构成锐角。因此，特别容易嵌顿。

临床表现

一般肿块不大，症状也轻微。多数肥胖病例不知已患股疝，只有少数病人在站立或咳嗽用力时，股部卵圆窝有不同程度胀痛感，平卧后即消失。

体格检查时，卵圆窝处可见到半球形隆起物。由于疝囊外有许多脂肪组织，虽将内容物送回腹腔，但肿块仍不完全消失。

当股疝发生嵌顿后，立即引起局部剧烈疼痛。但由于股疝多嵌顿部分肠管壁，部份肠管已绞窄坏死，而不产生肠梗阻现象。

治　疗

股疝因容易发生嵌顿、绞窄，应早期手术，结扎囊颈，切

除疝囊，关闭股环。

第九节　直肠和肛门疾病

解剖要点

肛管长约3厘米，其外端为肛门，上端与直肠相连接。在直肠粘膜与肛管皮肤之间有一条不整齐的交界线，称为齿线。齿线上方的直肠粘膜形成6～10个纵行皱襞，称为肛柱。肛柱下端之间有半月形粘膜皱襞，称为肛瓣。肛瓣与肛柱之间的肠壁粘膜形成向上开口的袋状间隙，称为肛隐窝(图17—19)。



图17—19　直肠肛管解剖

齿线在解剖上及临床上极为重要。因为齿线上、下组织的血液供应、淋巴回流、神经支配等均不相同：齿线以上为直肠

粘膜，血液由直肠下动脉供应，其静脉经肠系膜下静脉而流入门静脉，神经为内脏神经，无痛觉，而有温觉和触觉；齿线以下为肛管皮肤，血液由肛门动脉供应，其静脉经髂内静脉流入下腔静脉，神经属于体神经，其痛觉异常敏感。

肛门括约肌分为内外两部分。内括约肌是直肠下端的环形肌肥大部分，无括约肛门的作用，仅能协助排便。外括约肌为随意肌，可分为皮下部，浅部和深部三层，在控制大便时起主要作用。皮下部围绕肛管下端，切断时不致引起大便失禁；而肛门外括约肌的深部，如被切断，即可造成大便失禁。

直肠和肛管周围有 5 个间隙：①两个骨盆直肠间隙，位于肛提肌以上，腹膜反折以下，直肠的两旁；②一个直肠后间隙，位于直肠后方，骶骨前面，两侧盆腔直肠间隙的中间；③二个坐骨直肠窝，在肛管的两旁，肛提肌以下，坐骨的内侧。这些间隙内充满脂肪和疏松结缔组织，容易发生感染，而形成脓肿。

肛　裂

肛裂是肛管壁的溃疡。因肛管前后较为薄弱，血循环差，弹性小，肛管后部受粪便压力大，故大多数肛裂发生在后方正中线处。排便时粪块较干，用力过猛，易使肛管皮肤受到破损，伤处易继发感染，久不愈合，即形成溃疡创面。

临床表现

(一)疼痛与便秘：排便时疼痛是由于肛管扩大刺激溃疡所致，排便后疼痛则是肛门括约肌持续性痉挛的缘故。患者因为

惧怕疼痛不敢排便。时间过久，肠内粪块干硬，下次排便时疼痛更甚。有时这种疼痛非常剧烈，影响工作和生活。

(二)便血：排便时滴血数滴或粪便表面粘血。

(三)局部检查：膝胸位时，将肛门向两侧拨开，在12点或6点钟处可见溃疡，病程较久者，在裂口的最外端常有皮肤隆起，似外痔，称“哨兵痔”。

防　治

(一)养成每天定时排便习惯及个人卫生。

(二)病程短者，每日便前便后热水坐浴。保持大便通畅，可用清热润燥通便药，如脾约麻仁丸二钱口服，以通便止血；也可用石腊油30毫升，或用双醋酚酊 5 ～10毫克，睡前服；局部可擦肛裂软膏（地卡因 1 克，槐角25克，白芨粉25克，凡士林100克，调匀成膏）。

(三)病程久者，除上述治疗外，可用下列疗法：

1.疼痛剧烈用1%普鲁卡因 3 ～ 5 毫升，作局部封闭。溃疡面涂20%硝酸银液烧灼裂口，再以生理盐水洗净，隔日一次，可促使浅裂口愈合。

2.久不愈合的顽固肛裂，由于疼痛，影响病人工作生活者，可考虑手术治疗：将溃疡连同“哨兵痔”以及有关肛隐窝一并切除，并将皮下层外括约肌切断，创面不缝，术后继续非手术治疗，至伤口愈合为止。

肛管、直肠周围脓肿

绝大多数是从肛管、直肠壁内感染直接蔓延或经淋巴管扩散所致。

临床表现

与一般化脓性感染相同。但由于脓肿部位的范围和深浅不同，临床表现也有些差异：

(一)肛门旁浅表脓肿：患者自觉肛门发热跳痛，在排便、咳嗽、行走或按压时疼痛加重。局部检查有红、肿、热和触痛，如已局限化脓，则有波动感。

(二)坐骨直肠窝脓肿：最为常见，症状也较严重，多有畏寒发热，局部剧痛，排便时更痛，有时可引起反射性排尿困难。局部红肿可不明显，但有深部压痛；肛门指诊，直肠一侧隆起，压痛，脓肿形成则有波动感。

(三)骨盆直肠窝脓肿：位置较深，全身感染症状显著，局部仅直肠内有重坠感，往往容易延误诊治。肛门指诊，在直肠上部可摸到有明显触痛的肿块。

肛管直肠周围脓肿，如不及早治疗，可自行向外溃破，形成不同类型的肛瘘。

治　疗

(一)早期：应卧床休息，便秘者服轻泻剂，局部热敷或1:5000高锰酸钾温水坐浴；可服清热解毒药，如蒲公英、野菊

花、紫花地丁、土茯苓各1两，或应用抗菌药物。

(二)已化脓者宜及早切开引流：

手术方法及注意事项：取会阴显露位或侧卧位。浅表脓肿用局麻，深部脓肿用腰麻，各种切口如下：

1.皮下脓肿：切口应与肛门呈放射状。

2.坐骨直肠窝脓肿：在压痛最剧烈或波动最明显处穿刺，抽出脓后，留针作引导。切口由前向后，环绕肛门，越近肛门越好，但应在外括约肌纤维之外（至少距肛门缘2.5厘米处）。为了保持引流通畅，切口边缘皮肤可剪去少许，以免伤口过早闭合。

3.骨盆直肠窝脓肿：切口方法同上，解剖坐骨直肠窝后，手术者以左手食指伸入直肠，检查脓肿位置，右手再以血管钳分开肛提肌，穿入脓腔，待脓液流出后，用手指检查脓腔大小，并扩大引流。脓腔内填塞纱布条引流。

术后，最好控制排便2～3天，可服复方樟脑酊，每日三次，每次2～5毫升。2～3天后每晚服石腊油30毫升，使大便润滑。便后或换药前应坐浴15分钟。

肛　瘘

常于肛门直肠周围脓肿穿破或切开后形成。一般有内外两口，内口通肛管或直肠腔，外口穿破皮肤。单纯性肛瘘只有一个瘘管，而复杂性瘘管则有多个分枝及多个外口(图17—20)。

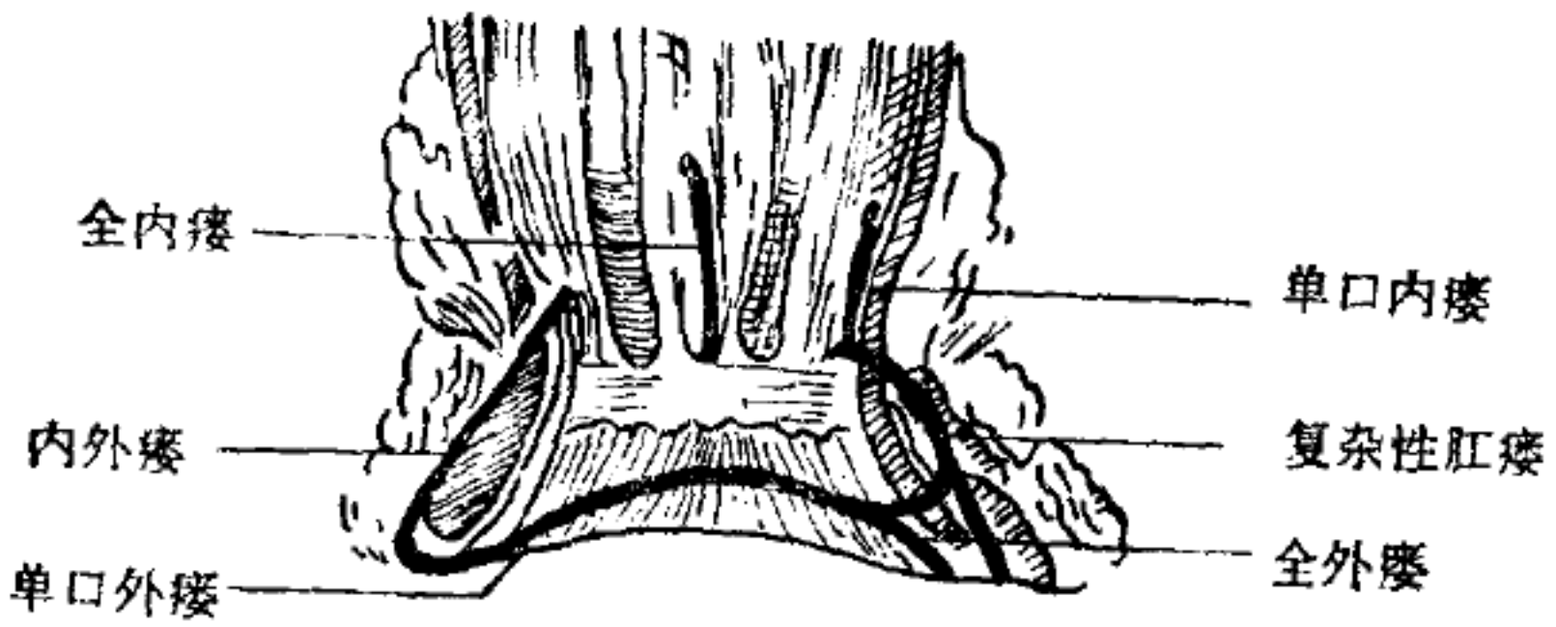


图17—20　各种类型肛瘘

临床表现

病人多有肛门直肠周围脓肿的病史。经自行溃破或切开引流后，伤口久不愈合，或暂时愈合后又发炎溃破。瘘口经常有少许稀薄的脓液流出，可混有粪便及气体。由于分泌物刺激产生肛门部搔痒，疼痛。

检查时，可发现肛周有瘘管外口，数目不一，用手按其周围，则有脓液流出。肛门指诊时，用肛门外的拇指和肛门内的食指会合，可在患处捏到条索状的瘘管，沿瘘管在肛内可摸到一小硬结，即为内口。

治　疗

一般都需手术治疗。但在急性感染时，可先切开引流。待急性炎症消退后，再做根治手术。目前常用的方法是挂线疗法和肛瘘切除术。

挂线疗法是祖国医学多年使用的方法，其最大优点是切开与愈合同时进行，肛门括约肌虽然切断，而发生大便失禁的可

能性小；不需特殊器械，操作简易安全，不致发生外科手术后出血等继发症。但这种方法也有一定的缺点：挂线后由于组织的绞窄，容易发生局部的水肿和疼痛，疼痛可能相当剧烈。所以目前多采用中西结合治疗。

方法如下：在局麻下，先作肛门指诊，探清瘘管方向，将易弯曲的细探针由外口慢慢探入瘘管（图17—21（1）），仔细地由内口穿出，再拉出肛门外。在探针尖端缚一药线或橡皮筋（图17—21（2）），然后将探针慢慢自外口拉出（图17—21(3)），药线或橡皮筋即挂于内外口之间，将药线或橡皮筋收紧结扎（图17—

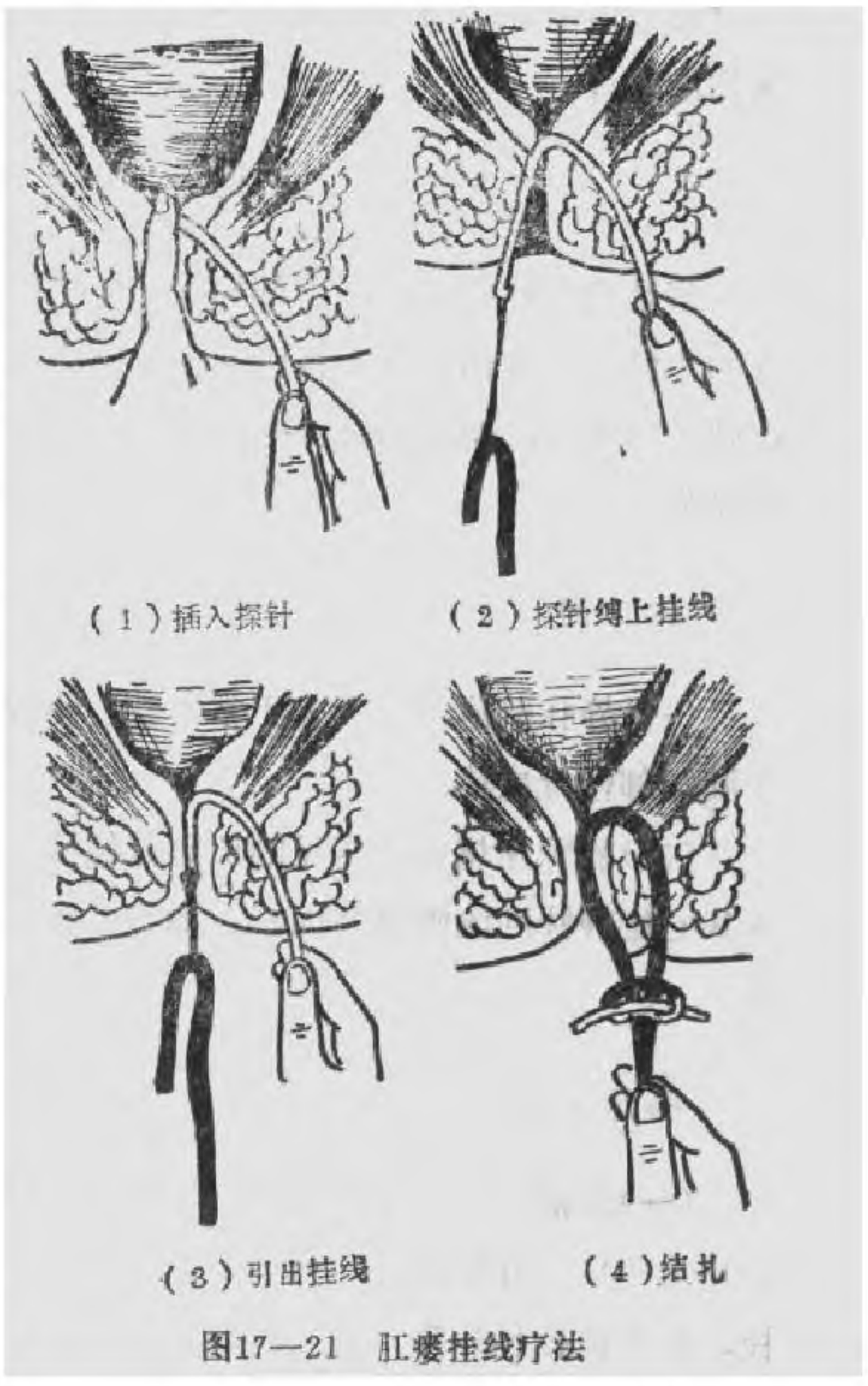


图17—21　肛瘘挂线疗法

21（4））。在结扎前可将该处皮肤沿瘘管方向切开，以减少手术后疼痛。若为复杂性肛瘘，则先将外口之间的瘘道及其分枝切除，再用挂线疗法处理内口。

术后可进普通饮食。每晚服石腊油30毫升使排便通畅。换药前及便后用1/5000高锰酸钾溶液热坐浴，保持局部清洁，促使伤口愈合。

痔

痔是由于肛门，直肠下部的静脉曲张而形成一个或多个柔软的小结节。在齿线以上被以粘膜的称内痔；齿线以下，外盖皮肤的叫外痔；两者同时并存的叫混合痔。多见于男性青壮年及孕妇。

病　因

（一）静脉壁薄弱，失去正常弹性，使静脉容易曲张。常见于肛门部慢性感染。

（二）静脉压增高，常见的原因是便秘、妊娠、门脉高压症或其它使静脉回流障碍的因素，如经常久站、久坐或持续负重等。

临床表现

（一）**外痔**：一般单纯性外痔无明显症状。因便秘而在排便时用力过猛，静脉破裂，血块凝结于皮下结缔组织中，形成血栓，称为血栓性外痔。病人突然感肛门部剧痛，排便、坐下、

走路、甚至咳嗽时均可加重。检查可见暗紫色圆形的硬结，与周围皮肤分界明显，触痛显著。血块吸收后常遗留皮赘，使局部不易保持清洁，并有搔痒。

(二)内痔：单纯内痔一般不痛，也无任何不适，但时间长后可有。

1.便血：为最常见的症状，便后或排便时有鲜血滴出或喷射而出。血液在粪便表面，出血多少不一，严重者日久引起贫血。

2.痔脱出：排便时，痔被推出肛门外。早期可自行回缩。日久后须用手送入肛门内，否则病人感肛门疼痛不适，时有便意。由于内痔经常脱出，以及脱出后有排便未尽感，故病人在排便时往往更加用力，以致造成肛门括约肌张力减退和肛门周围组织松弛，引起内痔更易脱出，甚至在咳嗽，行走等腹内压稍增加的情况下，即可发生。如脱出内痔未及时送回肛门内，而肛门括约肌痉挛性收缩，血液循环发生障碍，可使脱出的内痔嵌顿，局部肿胀，疼痛，形成血栓、感染，甚至坏死。

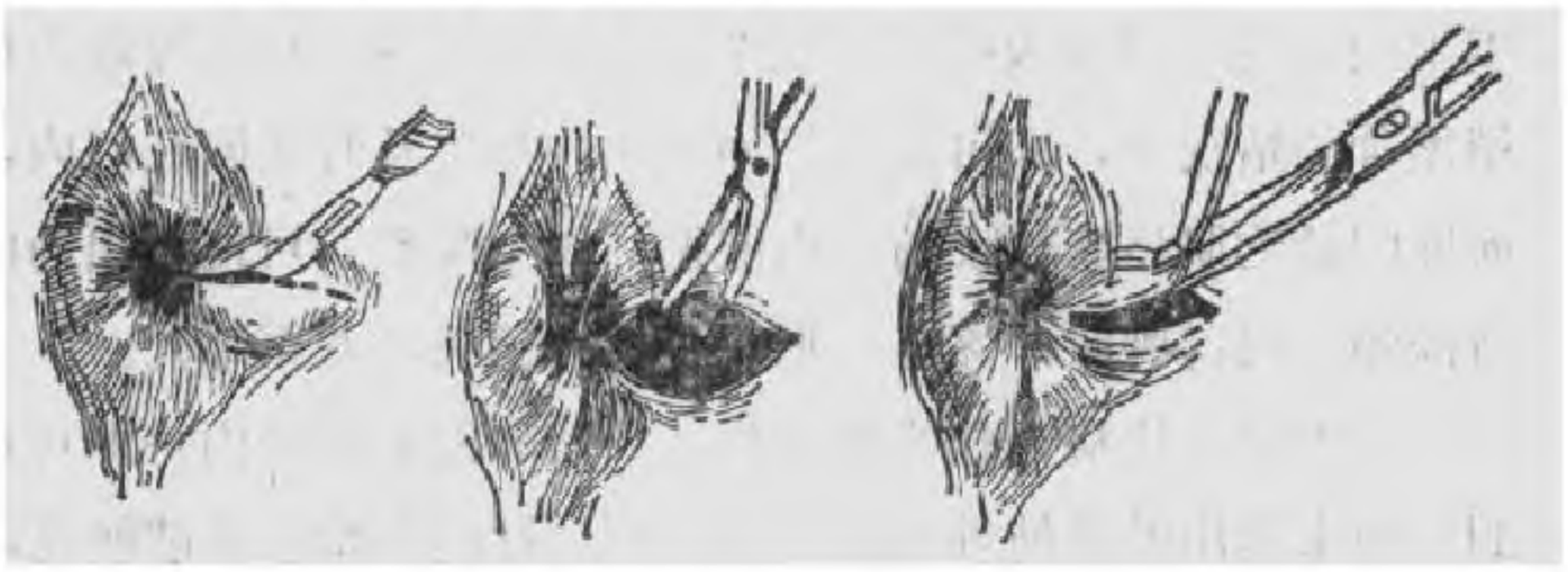
检查时，让病人作排便动作，外痔和能脱出的内痔即可见到。但未脱出的单纯性内痔则看不到；肛门指检也不能触及，需作肛门窥镜检查：窥镜外擦石腊油后，在病人深吸气下渐渐伸入肛管。在齿线上，可见内痔向窥镜内突出，呈紫红色，此时应注意其大小，数目，部位，粘膜有无出血点及糜烂情况。内痔好发在右前，右后及左方。

预　防

养成每天定时排便的习惯，少吃辛辣及其他刺激性食物，多吃蔬菜，保持大便通畅；进行体育锻炼，做好计划生育，久坐或久站后作适当活动；保持肛门部清洁，及时治疗直肠下端及肛管炎症等，有利于防止发生痔。

治　疗

(一)单纯性小外痔：无需特殊处理。如发生血栓形成，轻者可用热水坐浴，多自行消退。重者则在局麻下切开痔表面皮肤，取出血栓(图17—22)，剪除切口两侧皮肤少许，伤口不缝合，使引流通畅，数日后多能愈合。



(1)切口　　(2)摘出血拴　　(3)剪除边缘皮肤

图17—22　血栓性外痔切开术

(二)内痔的治疗：有一般疗法，新医疗法，注射疗法，压缩疗法及手术疗法等。

1.一般疗法：偶而有少量出血的轻度内痔，可以采用矫正

便秘，如养成每日排便的习惯，大便干燥可给液状石腊或缓泻剂。内痔脱出，应随时送入肛门内，以免发生绞窄；若内痔脱出并感染时，应每日以1:5000高锰酸钾溶液热坐浴2～3次，并局部涂消炎软膏必要时如用镇静、止痛及消炎药或服中草药。

2.新医疗法：①挑痔疗法(见新医疗法章)。②艾灸：取穴大椎、长强，各灸15分钟。

3.注射疗法：单纯内痔出血较多时，可注射硬化剂于粘膜下和痔静脉丛组织内（但切勿注入血管内!），引起化学性炎症反应，使组织纤维化而闭塞静脉。常用的硬化剂有10%石碳酸甘油溶液，或5%鱼肝油酸钠溶液，每次每处注射0.1～0.3毫升。一般不超过三处。注射部位在痔结节上部距离齿线较远处(图17—23)。每次治疗后应在当日避免过多活动，两次治疗之间应隔4～5日，一般需要4～6次。小的单纯性内痔，可以治愈。较大的单纯性内痔虽不易治愈，但止血效果好。

4.压缩疗法：出血较多，或脱出的内痔，可用此法。在局

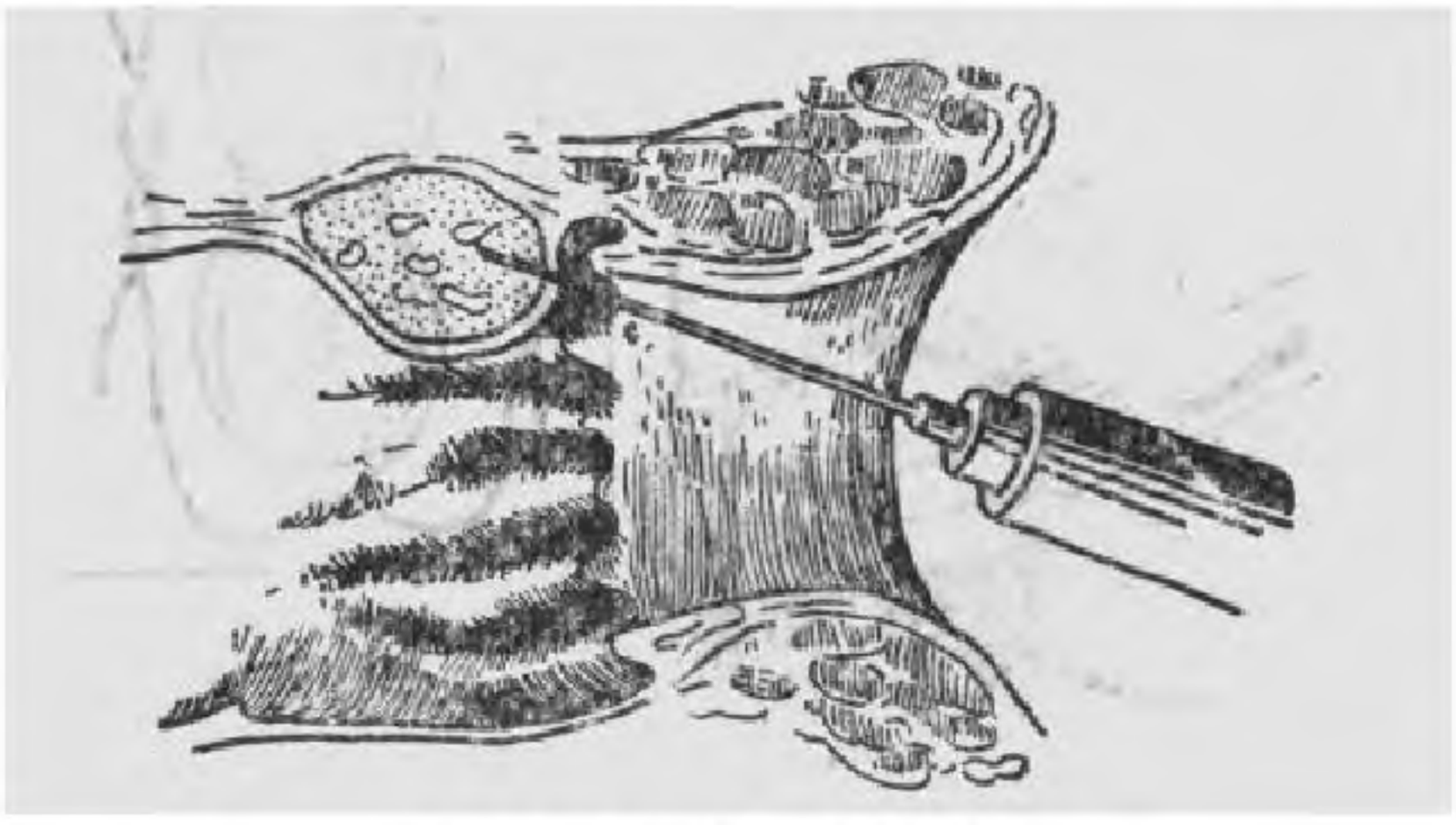


图17—23　内痔注射疗法

麻下，以弯血管钳夹痔基部。注入20%明矾液1～2毫升，至痔核变为苍白色为止。约半分钟后，用另外一把血管钳，将苍白痔核自基部向上，轻轻挤压，并于弯止血钳下用丝线结扎。结扎时慢慢松开弯止血钳。扎后涂以2%红汞，并送回肛内，每次注射两个为宜。术后每日用1:5000高锰酸钾溶液热坐浴1～2次。约4～8天后，痔即坏死脱落。

明矾液配制法：明矾18克，注射用水82毫升，加热溶解过滤，每次用前，隔水煮沸消毒30分钟。

5.手术疗法：手术方法很多，常用的有痔结扎法：适用于单个、蒂长或息肉样内痔。将内痔提出肛门外，在其基部贯穿缝扎一针后剪除痔核(图17—24)。此法简便易行。术前，术后，不须要特殊准备。术中操作简便，术后出血、感染等并发症也较少。但环状痔不宜用此法，可采用痔环切术。

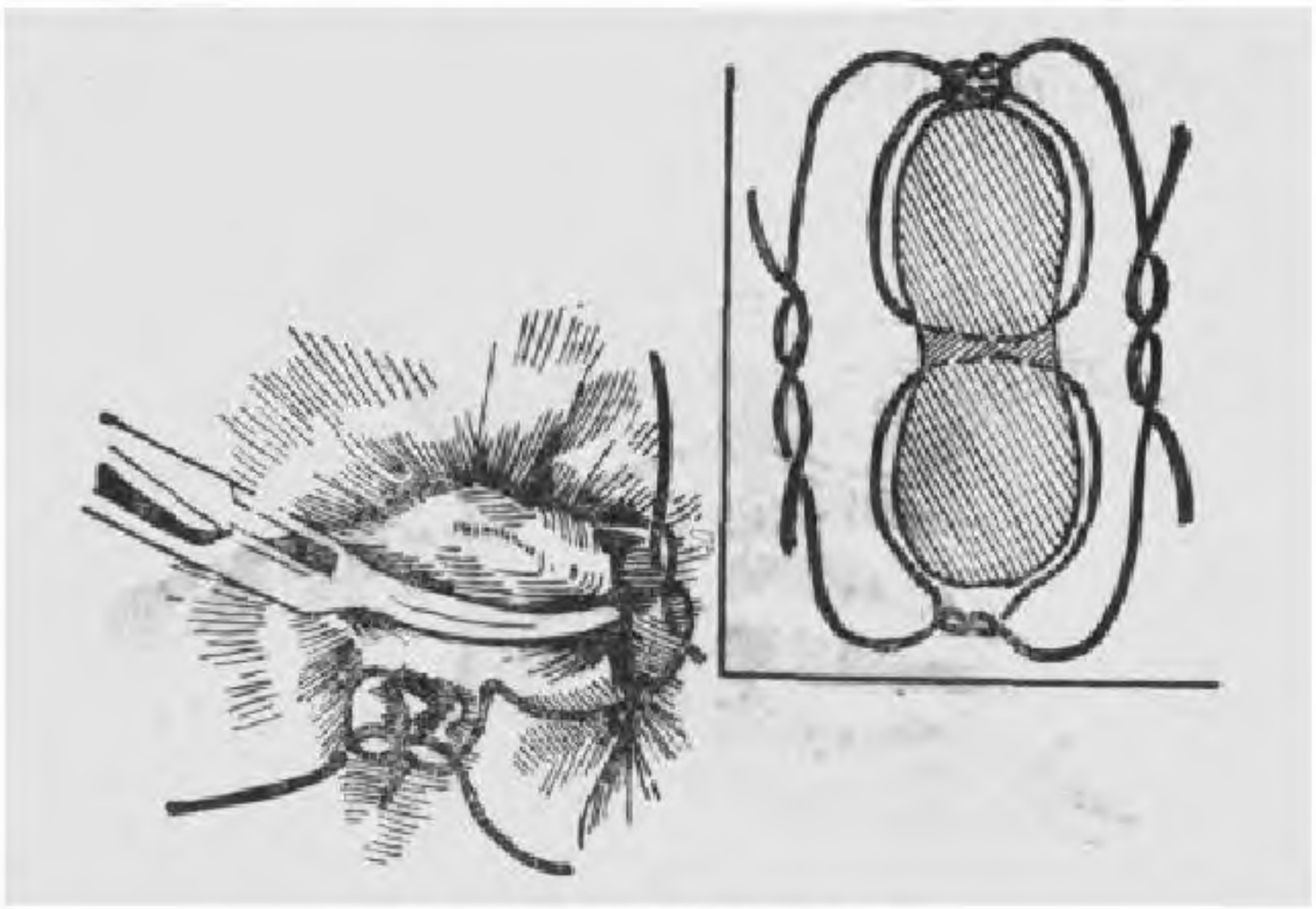


图17—24　内痔结扎疗法

直 肠 脱 垂

直肠脱垂俗称脱肛，为直肠或乙状结肠下端的全层或直肠下端粘膜层经肛门脱出于肛外。肠壁全层脱出者叫完全脱垂，仅直肠粘膜脱出者为部分脱垂。多见于小儿及老年人。

病 因

直肠脱垂的发生，皆因人的中气不足，气虚下陷，导致提肛肌，盆底肌及肛门括约肌的薄弱、松弛，对直肠失去了有效的固定支持作用，而使直肠向外脱出。某些长期引起腹内压增高的疾病，如习惯性便秘，膀胱结石，慢性痢疾，长期咳嗽等常为引起本病的诱因。

临床表现

(一)肿块脱出： 初起仅排便时有肿块自肛门脱出，便后自行缩回肛门内。以后逐渐加重，便后必须用手托回。日久因肛门括约肌过度松弛，在任何腹压增高情况下，都可导致脱出。粘膜受刺激后发生溃烂变硬，造成回缩困难。脱出肿块若不及时复位，可因肛门括约肌痉挛，引起血运障碍，局部充血、水肿，糜烂，甚至坏死。

(二)肛门检查

1.视诊：部分脱垂者，脱垂粘膜较短，长约3～5厘米，有自肛门向外的放射状纵沟。完全脱垂者，脱垂肠管较长，在5厘米以上，前壁较后壁为长(因直肠前壁游离而后壁固定)，

粘膜表面呈环状皱襞(图17—25)。

2.肛门指诊：括约肌较松弛，脱出肠管基底部与肛门皮肤之间可摸到一个环状沟为直肠脱垂。如无此沟，即为肛管同时脱垂。

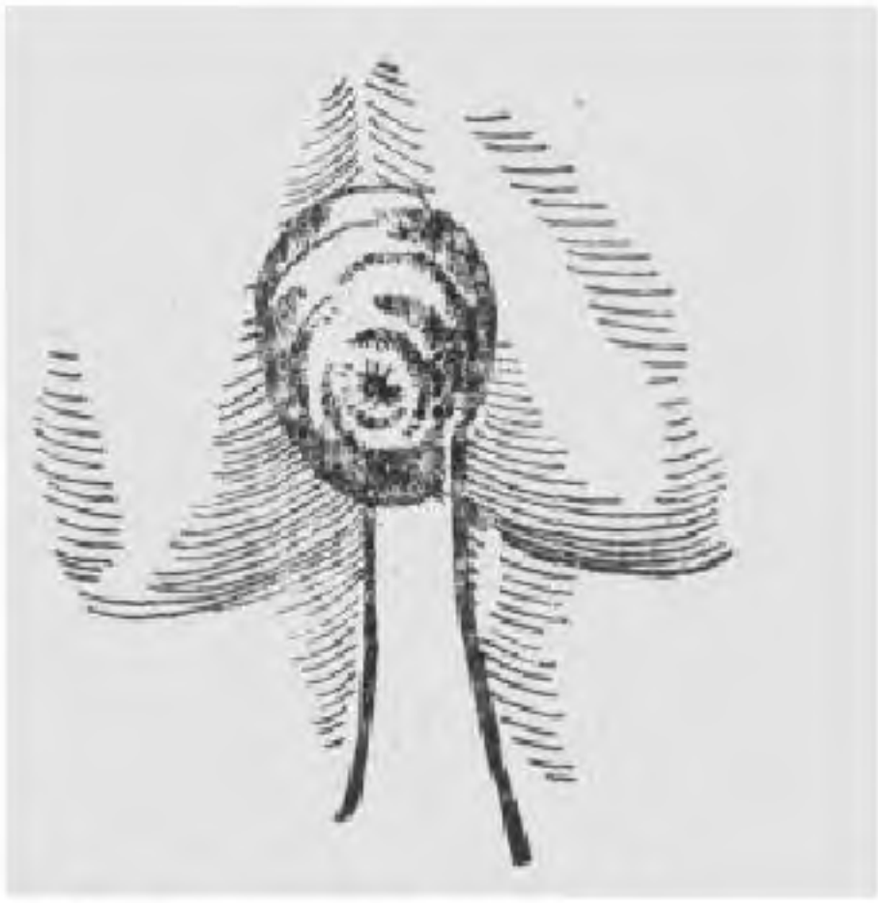


图17—25　直肠完全脱垂

治　疗

小儿绝大部分可经非手术疗法治好。

(一)非手术疗法：积极治疗引起脱垂的病因，如慢性腹泻、百日咳、便秘、膀胱结石，前列腺肥大等疾病，并适当注意营养，增强体质。脱肛时需及时回纳。

1.手法复位：取膝胸位或侧卧位，以石腊油滑润肠管和手指。用手指由肠腔部开始，将脱出的肠管逐渐推入肛内复位。复位后可用胶布将臀部拉紧，卧床两周。如脱出时间较久，有明显充血、水肿而不能复位时，可卧床，用25%硫酸镁湿敷，水肿消退后再行复位。

2.中草药

(1) 红梗蓖麻叶 4 两、油烟丝 2 钱、95%酒精少许，落地生根叶不拘量。前二味共捣烂，用酒精炒热，敷脐下 2 小时，然后将落地生根叶用火烤热烤软，置肛门坐半小时，每日治疗一次，连用五日。

(2) 棉花根 1 两、金樱子根 1 两，煎水服。如有炎症者，加清热解毒药。

(3) 用中药补气升提固涩，给予补中益气汤，加重升麻、黄芪和党参的用量。

3.新针：取穴长强、承山、百会，强刺激，可加艾灸。

(二)手术疗法：经上述治疗无效者，可考虑手术治疗。

肛门闭锁

肛门闭锁是一种较常见的胃肠道先天性疾患，发生率约为1/5000。肛门闭锁可引起完全性结肠梗阻，如不及时处理可以导致婴儿的死亡。

初生儿无胎粪，试肛表时发现无肛门即可确诊。

如果发现肛门部颜色发青并随啼哭而凸出，则为膜性肛门闭锁。可以立即做十字切开。随后用小手指扩肛，每天一次。一月后可每月扩张一次。至一岁以后小儿排硬便则可以数月扩张一次，接连三次扩张无狭窄趋势，可认为痊愈。

如果啼哭时肛门部无凸出现象，则为高位闭锁，需送医院进一步检查治疗。

第十节　消化系统肿瘤

食　管　癌

食管癌为消化道常见的恶性肿瘤，多见于我国北方。发病年龄绝大多数在40岁以上，男多于女。

临床表现

主要症状为进行性吞咽困难，早期偶有梗噎，常不为病人注意。随后进干饭困难，继之进软食也困难，只能喝米汤、糖水等流质。最后可能发展成滴水不入。病人迅速成恶病质。病程中有时症状缓解，这是因为食管的痉挛减轻或肿瘤溃破所致。

晚期癌已侵犯胸壁神经，可有持续性胸痛，背胀；穿入附近脏器则造成食管、支气管瘘或肺、纵膈脓肿。

治　疗

食管癌治疗应采用综合措施。

(一)草药单方：龙葵、白毛藤、半枝连、白花蛇舌草，蛇泡草各5钱，水煎服，每日一剂。

(二)手术疗法：

1.根治手术：将食管癌切除，然后作食管胃吻合。

2.非根治手术：如病人一般情况较差，肿瘤已属晚期，切除困难，为解除病人进食困难，可作食管胃侧侧吻合。

(三)放射疗法：用于已有远处转移，身体比较衰弱等不宜手术的病人。

(四)喜树碱注射液对缓解症状有显著效果。氟脲嘧啶等化学疗法亦可减轻症状。

胃　癌

胃癌是常见的恶性肿瘤之一，约占消化道癌肿的一半。发

病年龄以40～60岁最多见，男性比女性约多三倍。胃癌好发于幽门窦及小弯侧。病因未明，但可能与慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉等有一定关系。

临床表现

胃癌的早期症状不明显，可有上腹部不适，恶心和疼痛，腹痛多在进食后加重，服碱性药物无效，并有食欲减退，厌恶肉食。晚期出现不同程度的梗阻症状，如吞咽困难，食物返流，腹胀和呕吐隔天食物等。若癌肿侵犯血管则引起上消化道出血；患者日益消瘦，衰弱、贫血，很快出现恶病体质。

检查时，早期多无体征，或在上腹部触诊时腹壁较紧张，轻度压痛。晚期方能发现上腹部有肿块，质硬。如癌肿已转移，则可出现左锁骨上淋巴结肿大，血性腹水，肝脏肿大等。

胃液找癌细胞，X线钡餐检查和胃镜检查可明确诊断。

治　疗

应早期诊断，早期采取综合治疗。

(一)手术治疗：为根治早期胃癌的有效方法，一般适应于肿块尚未固定及无远处转移者。

(二)中草药：

1.半枝莲、白花蛇舌草、芦根、白毛藤、代赭石各1两，薜荔、蚤休、制半夏、谷麦芽各5钱，生水蛭2钱，大蜈蚣5条，干蟾皮4只，煎服。

2.穿心莲3钱，白花蛇舌草1两，浙贝母1钱，玄参8钱，

夏枯草4钱，海藻3钱，水煎服。

3.喜树碱　每次10毫克加生理盐水40毫升，静脉注射，每日一次，150～300毫克为一疗程。主要副作用有出血性膀胱炎，其次白细胞及血小板降低，消化道反应和脱发等。如出现，均须停药，待症状消失后，可再用药。

（三）化学治疗：氟脲嘧啶等化学治疗，可减轻症状。

肝　癌

肝癌是常见的恶性肿瘤之一。多见于30～60岁男性患者，病因不明，但与肝硬变有关。

临床表现

早期症状不明显，可有上腹不适，食欲不振，腹部闷胀，腹泻等类似其他慢性肝病症状，1～2个月后迅速出现发热，黄疸，肝痛、血性腹水、出血现象、消瘦乏力、进行性贫血、水肿以及癌肿破裂引起急腹痛和转移病灶症状等。

检查时，肝脏肿大，质地坚硬，表面呈大小不等的结节，少数病人可有明显触痛等。

甲种胎儿蛋白试验，超声波和肝穿刺活组织检查，可进一步明确诊断。

治　疗

（一）局限肝癌，无转移，肝功能好，可作手术治疗。但这种机会不多。

(二)中草药治疗

1.龙葵1斤，白毛藤1斤，蛇莓8两，猪殃殃8两，半枝莲5两，徐长卿3两，分十天煎服。

2.凤尾草1两，猪殃殃2两，水杨梅根5钱，水煎服。

3.活血祛瘀用三棱、莪术各3钱，地鳖虫2钱，水煎服，体虚加黄芪、党参。

(三)化学抗癌药，单独用疗效不好，需配合中草药治疗。

结　肠　癌

结肠癌是肠道最常见的癌肿之一，多发于中年以上，男性与女性比例为2:1，病因尚未明确，但结肠癌的发生与腺瘤、息肉病和血吸虫病等有密切关系。

临床表现

(一)一般病例起病和缓，症状无特殊，只有大便不规则，例如腹泻，粘液便，或腹泻便秘交替等。因此，老年人若有慢性腹泻或不易纠正的便秘，应疑有结肠癌的可能，需进行详细检查。

(二)后期症状在两侧结肠癌中大不相同。右侧结肠癌可有三类症状：①消化不良，主要表现为大便不规则或腹泻便秘交替，右下腹疼痛及压痛，易被误诊为慢性阑尾炎。②重度贫血，伴有体重减轻及体力衰竭。③右下腹肿块，多在体检时偶然发现，经进一步检查，证实为癌肿。左侧结肠癌多引起急性或慢性肠梗阻症状，轻者为进行性便秘，重者为腹胀，肠鸣和腹痛。

全身症状不显著。

（三）结肠癌一般生长较慢，转移较晚。后期转移主要通过淋巴液，少数经过血液循环。

诊　断

结肠癌早期症状多不明显，易被忽视。凡年过30岁以上的病人，出现持续性腹部不适、隐痛，气胀，或排便习惯改变就应注意。粪便带粘液或血液，及原因不明之体重减轻或贫血，也应查清原因。如腹部扪得肿块，则应高度怀疑，可作X线钡灌肠及乙状结肠镜检查进一步确诊。

治　疗

（一）目前有效的疗法为广泛手术切除。

（二）中草药治疗：可用白花蛇舌草，白毛藤、龙葵、半枝莲、忍冬藤、败浆草各1两，大血藤、蒲公英、槐角、地榆各5钱。便血者，加侧柏炭，槐花炭；里急后重、下腹痛者，加木香、黄连、赤芍；大便不通者，加瓜蒌仁、皂角刺，大黄。

（三）化学治疗：常用者为5-氟脲嘧啶，隔日一次，静脉注射，每次500毫克，总量10克为一疗程。休息1～2周后可重复一疗程。

直　肠　息　肉

直肠息肉是肠道常见的良性肿瘤，呈球形或卵圆形，多为单个，偶有多发，常见于2～8岁儿童。男性患儿较多，病因

尚不清楚。

临床表现

直肠息肉最常见的症状为肛门内出血。多发生于排便后，为鲜红血液，不与粪便相混。便血可反复发作，量不等，多者可达100～200毫升。息肉蒂长者，大便时可排出肛外，便后多能缩回。肛门指诊可摸到单个或数个质软而有弹性的球形肿物。

窥肛镜检查可见到有蒂的卵圆形紫红色之肿物，表面光滑，有光泽，质脆易出血。

治　疗

(一)结扎法：直肠下端带蒂的息肉能娩出肛门外者，可在无麻醉的情况下，予以结扎切除。方法为先用一止血钳夹住蒂上部，在蒂根部用丝线结扎，然后切断。对低位带蒂息肉，可以用手勾住，在息肉蒂部捏断，在取出息肉后观察患儿一定时间以防止可能发生的出血。

(二)手术切除：基底较宽，位置高而不能娩出肛门外者，宜在麻醉下经直肠镜暴露后贯穿结扎切除(图17—26)。

直　肠　癌

直肠癌好发于40岁以上患者，男女之比约为2：1，占胃肠道癌肿的25.5%，仅次于胃癌。

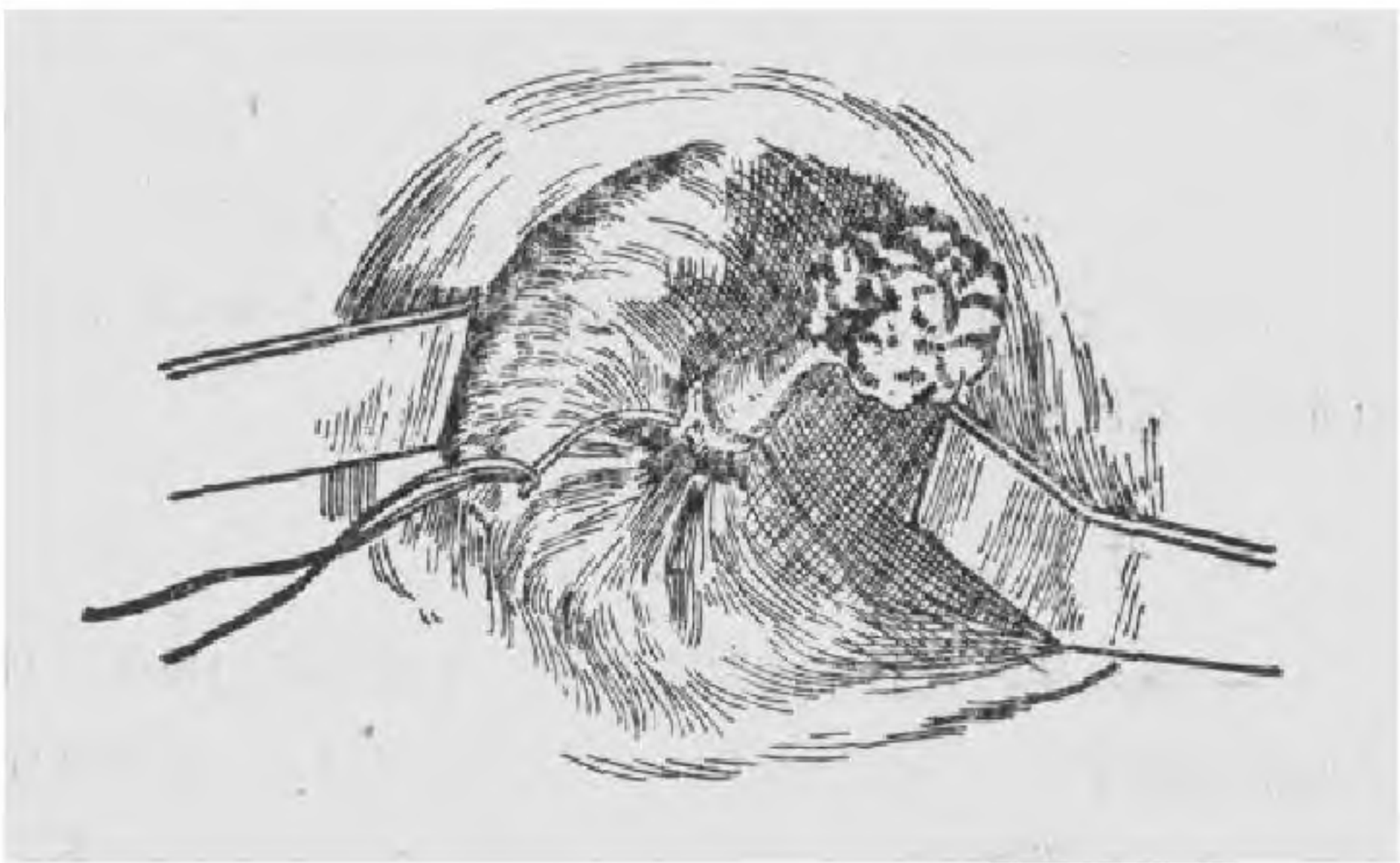


图17—26　直肠息肉结扎法

临床表现

早期癌肿仅限于粘膜，没有明显症状。症状的出现是癌肿长大后发生了继发性变化或影响了肠腔通畅所致。由于直肠癌一般发展较缓，故明显症状出现时距起病已有相当长的时期。

排便习惯的改变是常见的早期症状，最多见为排便次数增多，有时为便秘、便意频数，肛门内不适或下坠感。

大便带血是另一初期症状，脓、粘液、血常附着在粪块表

面。随着病变进行，肠腔逐渐狭窄，粪块亦逐渐变细。

晚期，癌肿侵犯骶神经丛时，有持续性剧痛；侵及膀胱、尿道时，有排尿不畅或痛感；转移至腹膜有腹水；转移至肝脏，则有肝脏肿大，黄疸。

诊　断

直肠癌诊断，尤其是早期诊断，主要依靠肛门指检。凡有大便习惯改变、顽固脓血便者，需作肛门指检。大多数病人可扪得突出于肠腔内的菜花样肿块，或边缘隆起中央凹陷的溃疡，有时肠腔呈环状狭窄，指套上常染有血及粘液。

治　疗

以手术治疗为主，可辅助中草药及化学治疗，如能早期治疗，疗效较好。

第十八章　传 染 病

第一节　概　　述

传染病(包括寄生虫病)是由某种特殊病原体所引起的，具有传染性的疾病。人体中的病原体可经不同的传播途径使他人得病。因此，传染病如不及时预防和治疗，就能迅速传播开来。可严重地威胁人民的生命和健康，影响抓革命、促生产。

一、传染和免疫

传染是病原体(微生物和寄生虫)与人体相互作用、相互斗争的过程。传染的发生与否，一方面取决于病原体的数量、毒力、侵入方式和部位，但更重要的是取决于人体的防御能力。当人体的防御力强，可不发生传染，若发生传染，症状也较轻微，不易察觉，称为“隐性感染”；当病原体与人体双方的矛盾暂时处于相对平衡时，这时虽然病原体可以在人体内生长、繁殖和排出，却不引起任何病变和症状，称“带菌状态”；但若免疫力弱或入侵的病原体毒力很强，就可以引起疾病，称为“显性感染”。

免疫是人体的防御力量与病原体作斗争的能力。具体表现是阻止病原体的侵入；限制病原体扩散；解除病原体的毒性作

用以及消灭入侵的病原体等。包括非特异性免疫和特异性免疫。非特异性免疫是生下来就有的，如皮肤粘膜的屏障作用，白细胞和网状内皮细胞的吞噬作用，肝脏的解毒作用等等。特异性免疫是个体在发育过程中，由于受到某种病原体或毒素刺激而产生的对该种病原体或毒素具有严格选择性的免疫力。如患麻疹后，一般都可获得对麻疹病毒长期而牢固的免疫。

二、传染病流行环节

传染病的流行是指传染病在人群中连续传播的过程。由传染源、传播途径、易感者三个环节所组成。这三个环节不是孤立的，而是互相联系和互相影响的。

1.传染源 是受感染的病人、带菌者或动物。

2.传播途径 是指病原体从传染源排出后侵入另一易感者的过程。具体有以下几种方式：

（1）空气传播： 所有呼吸系统传染病均由此方式传播。病原体主要存在于病人或带菌者的呼吸道，通过空气、飞沫及尘埃传给他人，如麻疹、白喉、肺结核等。

（2）饮食、饮水传播： 所有肠道传染病及个别的呼吸道传染病均由此方式传播。病原体随粪便排出，通过污染水、食物、手及日常用品等。经口侵入人体，如痢疾。

（3）虫媒传播： 蚊、蚤、虱等吸血昆虫叮咬传染源，病原体就经血液(淋巴液)进入媒介昆虫体内，当它们再叮咬人时，病原体侵入新的人体，如疟疾。

（4）接触传播： 传染源与易感者直接接触或通过日常生活

用品的间接接触而造成传播，如麻风病。

(5) 经皮肤传播：病原体经皮肤钻入引起感染，如钩端螺旋体病、血吸虫病等。

3.人群易感性 对病原体容易感染的人群称人群易感性，其中的个体称易感者。

上述三个环节虽同时存在，还仅仅是具备发生传染病的可能性，只有在适当的外界条件(社会条件、自然条件)使三个环节结合起来，才会造成传染病的发生和流行。解放后，在伟大领袖毛主席的无产阶级卫生路线指引下，坚持医疗卫生工作为工农兵服务的根本方向，大力开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动，使烈性传染病已绝迹，各种传染病的发病率、病死率都大大降低，充分显示了我国社会主义制度的优越性和社会因素对预防和消灭传染病的决定性作用。

三、传染病的特征

(一)基本特征

1.病原体 各种传染病都有其特异性的病原体，如脑膜炎双球菌引起流脑，乙脑嗜神经病毒引起乙脑，钩虫引起钩虫病等。

2.传染性 这是传染病所独有的重要特征。各种传染病的病原体可通过各种途径向外传播，使易感人群受感染，从而造成疾病的流行。

3.流行性 当外界条件适于病原体传播时，传染病可在易

感人群中造成散发（该地区历年来的发病水平），流行（超过散发）或大流行（在发病人数和发病地区上大大超过了以往水平）。如果防疫措施得力，则可控制流行。

4.季节性 各种病原体适应在不同气候条件下生长繁殖和传播，因此，各种传染病的发生常有明显的季节性。如肠道传染病多见于夏秋，呼吸道传染病多见于冬春。

5.地方性 由于外界地域环境条件的限制和人民生活习惯的不同，有些传染病只在某些地区发生，如血吸虫病多见于湖区，疟疾多见于山区。

6.免疫性 是指人在患过某种传染病后的特异性免疫。由于免疫状态和程度不同，临床上可出现复发、再感染等现象。

（二）临床特点

1.病程发展的规律 传染病不同于其他疾病，具有严格的规律性，每个传染病从发生、发展至恢复，可分为以下几个期。

（1）**潜伏期**：是指病人从感染至发病的这段时期。此期病人无自觉症状，各病长短不一。

（2）**前驱期**：是指传染病从出现一般症状起至特殊症状发生前的短暂时期。起病急骤者，可无明显的前驱期。

（3）**发病期**：是指传染病特殊症状出现的时期。包括上升期（病情逐渐加重）、极期（症状最重期）、缓解期（症状逐渐减轻）。

（4）**恢复期**：是指体温降至正常，症状逐渐消失，直到恢复健康的时期。

2.发热及热型特点 传染病都有发热，各传染病常有其独

特的热型。如伤寒第二、三周为稽留热型；疟疾为间歇热型；流脑为不规则热型等。不同的热型在诊断上有特殊意义。

3.皮疹 皮疹及粘膜疹的形态、大小、颜色、分布、出现及消退时间顺序等特点，在诊断上有重要价值。

四、传染病的诊断特点

传染病的流行特点是诊断传染病特有的依据。应详细调查发病年龄、季节、传染病接触史及预防接种史，曾到过哪些地方，家庭或集体内有无类似病人等。有条件检验时，常可发现其特异的病原体。

五、传染病的预防

传染病流行必须具备三个环节，截断其中任何一个，传染病就不可能发生。因此防预工作必须针对这三个环节采取综合措施，即管理传染源、切断传播途径、提高人体抵抗力。

(一)管理传染源

1.病人的早期发现、诊断和报告，根据《传染病管理办法》规定应上报的传染病共计28种，分甲、乙两类。

甲类：(1)鼠疫，(2)霍乱(包括副霍乱)，(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(杆菌痢、阿米巴痢)，(9)伤寒与副伤寒，(10)猩红热，(11)流行性脑脊髓膜炎，(12)麻疹，(13)脊髓灰质炎，(14)百日咳，(15)炭疽病，(16)波状热，(17)森林

脑炎，(18)狂犬病，(19)血吸虫病，(20)钩虫病，(21)疟疾，(22)丝虫病，(23)黑热病，(24)姜片虫病，(25)出血热，(26)钩端螺旋体病，(27)流感，(28)传染性肝炎。

传染病报告力求迅速，甲类传染病农村在24小时内上报当地卫生机构，乙类传染病不得超过3天。

2.早期隔离和治疗病人，是防止传染源对周围人群的传播和减少病人痛苦、促使早日痊愈的重要措施。

3.带菌者应尽量通过检查来发现并及时处理。

4.对某些患病或带菌动物应及时处理，有经济价值的动物应积极治疗，否则即进行捕杀。

(二)切断传播途径

是消除传播因素上的病原体和传递病原体的昆虫。由于各类传染病的传播途径不同，所采取措施也各有不同。

1.肠道传染病 加强饮食卫生和个人卫生；搞好水源和粪便管理；病人的排泄物(吐、泻物)进行消毒；消灭苍蝇、蟑螂等。

2.呼吸道传染病 经常开窗通风；进行空气消毒；病人用过的衣物放在太阳下暴晒；流行期间不串门、减少集会以及戴口鼻罩等。

3.虫媒传染病 根据不同媒介昆虫的生活习性特点，因地制宜地采取不同的杀灭方法，主要是灭虱、灭蚊、防蚊等。

4.经皮肤传染的疾病 注意皮肤保护，并尽可能不到有血吸虫病和钩端螺旋体病的流行区的疫水中洗澡、洗衣等。

(三)保护易感人群

1.“发展体育运动，增强人民体质”,提高人体抵抗力。

2.预防接种： 预防接种可提高人群对传染病的抵抗力，减少传染病的发生，是消灭传染病的重要措施。应有计划、有组织、有领导地进行。接种前向群众作广泛的宣传，并做好健康情况的了解，掌握禁忌症；接种时严格掌握消毒和无菌操作，并准备好肾上腺素，作为发生过敏性体克时的急救；接种后24小时至48小时内，局部可能发生红晕、肿胀和疼痛，甚至出现发热、全身不适、头痛、寒战、恶心和腹泻等反应，应注意休息，多饮开水，一般在1～2天内可消失。如反应强，则酌情给予退热、止痛等对症治疗。

3.预防服药： 在流行季节选用中草药口服。

六、传染病的治疗

1.防治结合 必须贯彻“预防为主”的原则，切实搞好隔离消毒，控制病原体的播散。

2.综合措施 中西结合，强调病因治疗。

3.一般治疗及护理 包括隔离休息，消毒措施，合理营养，皮肤口腔卫生，对症治疗等。

4.病因治疗

（1）化学疗法：如伤寒、副伤寒用氯霉素，流脑用磺胺嘧啶等。

（2）血清疗法：如白喉用白喉抗毒血清，破伤风用破伤风

抗毒血清等。

（3）中医中药治疗：如用中草药治疗流行性乙型脑炎、白喉、百日咳等，都取得了一定的疗效。

第二节　呼吸道传染病

流　行　性　感　冒

流行性感冒简称“流感”。是由流感病毒引起的急性上呼吸道传染病。主要通过飞沫传播，具有高度传染性。往往在短期内许多人同时发病，并迅速蔓延。患者起病急，全身中毒症状重，而上呼吸道感染症状较轻。老人、小儿及体弱者易并发肺炎。

病　因

病原体是流感病毒，目前有甲、乙、丙三型。流感病毒抵抗力较弱，在空气飞沫中只能生存数小时，对热、太阳和化学消毒剂(如来苏、漂白粉、酒精等)均很敏感。

流感病毒进入人体后，当人体抵抗力减弱时，病毒即在呼吸道粘膜上皮细胞内繁殖，引起局部炎症，病毒的毒性产物引起全身中毒症状。

传染源是病人，症状轻微的患者不易被发现，因此，常在群众中引起疾病的传播。人们对流感普遍地容易感染，病后免疫不巩固，一般只能维持数月，且各型之间无相互免疫，故可

再次患病。本病能发生于任何季节，而以春冬季多见。

祖国医学认为是外感风邪时气引起，属“时行感冒”。

临床表现

与感冒相似。但流感起病急，病程短(2～3天)，症状以畏寒、高热，剧烈头痛，食欲减退，恶心，呕吐，全身酸痛，软弱无力等中毒症状为主，而呼吸道症状较轻或不明显。由于此时人体抵抗力降低，易继发细菌感染，并发中耳炎、副鼻窦炎、支气管炎、肺炎等。

检查时可见结膜、咽喉充血。白细胞计数减少。

预　防

1.进行流感疫苗接种。

2.做好卫生宣传工作，广泛发动群众，做到早发现、早报告、早诊断、早隔离、早治疗。

3.流行期间，加强对公共场所和集体单位的卫生管理，加强室内通风换气；并可用艾叶、枫树球熏烟或用醋蒸气消毒空气；尽量减少不必要的大型集会，参加集体活动时要戴口鼻罩。

4.预防服药。多年来广大群众提供了不少单方、验方，可因地制宜选用。

(1) 野菊花3～5钱，桑叶 3 钱，泡水当茶饮。

(2) 大青叶、金银花、野菊花各 3 钱，煎服，每日 1 剂，连服 3 日。

(3) 贯众 3 钱，板蓝根 4 钱，葛根、藿香各 3 钱，滑石 2

钱，生甘草1钱，煎服，每日1剂，连服3日。

（4）用2～3%黄连素或0.2%呋喃西林溶液喷喉或滴鼻。

治　疗

与感冒基本相同。

结　核　病

一、结核病概述

结核病俗称“痨病”，是由结核杆菌引起的慢性全身性传染病。可发生于肺、胸膜、心包、腹膜、肠、肾、骨、关节等部位，但以肺结核最常见。

结核病的发生、发展与社会制度有密切关系，马克思曾一针见血地指出：“**结核病是资本主义国家的产物**”。解放前，结核病是危害劳动人民健康的最常见的疾病之一。解放后，在伟大领袖毛主席亲切关怀下，人民生活水平不断提高，劳动、卫生条件显著改善。随着工农业生产飞跃发展，防痨工作也不断加强，结核病的发病率和死亡率迅速下降。

病因病理

结核杆菌为抗酸染色阳性菌，对外界环境有较强的抵抗力。痰内结核菌在阴湿处可生存5～8个月；在一般物品上亦可生存2个月以上；但在阳光直接曝晒下数小时即死亡；煮沸5分钟即可杀死。

结核菌主要通过呼吸道和胃肠道侵入人体。当人体抵抗力占优势时，即使侵入的结核菌数量多、毒力大，也可被消灭而不发病。如果人体抵抗力低下，侵入的结核菌占优势时，便可导致结核病的发生。

病理变化，可分为渗出、增生和变质三种反应。

渗出性反应，多在病初，病变组织先有充血、水肿，继之有单核细胞、淋巴细胞、中性粒细胞及纤维蛋白浸润，其中可见到结核杆菌。

增生性反应的特点是形成特殊形态的结核结节。结核结节主要由上皮样细胞及多核巨细胞组成．周围环绕着淋巴细胞及中性粒细胞。如病情经过良好，渗出和增生可消散吸收、纤维化或硬结钙化而趋向好转。反之，病情恶化时，则出现变质反应，可发生豆腐渣样坏死，坏死物质溶解，被消除后，可形成空洞。若播散至他处，可形成新的病灶。

临床表现

结核病根据累及器官的不同，可分为肺内结核和肺外结核。不同器官的结核病有不同的临床表现，但结核菌毒素及人体组织坏死产生的毒素所致的全身中毒症状常是相同的。主要中毒症状为全身不适、疲乏无力、体重下降、食欲不振、午后潮热、自汗盗汗、面颊潮红，脉搏细数等；女性患者可有月经不调、闭经等，小儿患者可有精神不振、睡眠不安、发育迟缓、体重不增等征象。

预　防

（1）控制传染源：要做到定期健康检查，特别是肺部检查，有条件可作肺部X线检查，以便早期发现病人，及时治疗。

（2）切断传播途径：应告诉群众养成良好的卫生习惯，不随地吐痰，不对着别人咳嗽，患者及带菌者的分泌物及衣、被、用具等均应消毒。公共场所特别是饮食行业应作好餐具消毒及其他方面卫生工作。

（3）增强免疫力：加强体育锻炼是增强人体抵抗力最好的办法。儿童应接种卡介苗，接种一次，免疫力可维持2～3年，故应定期接种。

治　疗

结核病系慢性传染病，病程较长，常有反复，因而部分患者，常有急躁、焦虑或悲观情绪。因此，在整个治疗过程中，都应鼓励患者，树立革命乐观主义精神及战胜疾病的坚强意志。

1.一般疗法　根据病情给以适当的休息和足够的营养，如病情恶化，中毒症状严重，应卧床休息。病情不重者，可适当参加轻体力劳动和体育活动。

2.抗结核药物治疗

（1）异烟肼(雷米封)：对结核杆菌有特异性的制菌作用。成人每次0.1～0.2克，每日 3 次；小儿每日每公斤体重10～15毫克，分 3 次服。本药副作用较小，用量较大时，可有周围神经炎、精神兴奋、头痛、失眠、口干、便秘、出血倾向等副作

用，停药即可缓解。

（2）链霉素：成人每日1克，分2次或1次肌注。部分患者用药后可产生面部、口唇及手指发麻，可不停药继续观察；长期应用应注意第八对脑神经毒性反应，如耳鸣、耳聋或听力减弱、眩晕及平衡障碍等，应及时停用；个别患者可引起过敏性休克，应及时抢救。肾功能不全者应慎用。

（3）对氨基水杨酸钠：对结核杆菌有抑制作用，但力量较弱。成人每日8～12克，分4次口服。其副作用主要是对胃肠道的刺激，可引起恶心、呕吐、腹痛、腹泻、食欲减退等。但与等量氢氧化铝同服可减轻副作用。

上述三种药物，均可产生抗药性。两种药物联合应用，可延缓抗药性的发生。

二、肺结核病

肺结核病由结核杆菌侵入肺组织所引起。中医称为“肺痨”。病之初起，多为肺阴亏损，继而发展至阴虚火旺或气阴两虚，病变脏腑则由肺涉及脾、肾等。

临床表现

除全身中毒症状外，尚有肺部结核病所特有的症状和体征。由于病变类型及病情轻重的不同，肺结核病的临床表现颇为复杂。某些患者，可无明显症状，仅在X线检查或咯血就医时才被发现。

1.原发性肺结核 包括原发综合征及支气管淋巴结核。原

发综合征为初染后的一种特殊类型，临床表现一般多不明显，初起略有发热，轻咳和食欲减退，肺部检查多无异常，常在X线检查时发觉。支气管淋巴结核(肺门淋巴结核)一般都是从原发综合征发展而来的，症状轻微，可有低热，疲乏，体重不增，消瘦，盗汗等，咳嗽多不明显，当肿大淋巴结压迫支气管时，可出现阵发性剧咳。大多数原发结核感染可自愈，少数抵抗力弱的病人，病变可恶化，形成豆腐渣样变，造成血行播散。

2.浸润型肺结核 常见于青年人。病变初期或病变范围较小时，可无明显症状。如体质虚弱，病情范围较大或急性浸润病情较重时，常出现全身中毒症状及呼吸系统症状和体征，如潮热，盗汗，虚弱，乏力，咳嗽、咳痰，咯血，胸痛等。叩诊时病变部位浊音，听诊呼吸音减弱或有管状呼吸音，有时可听到湿啰音，X线表现可有边缘模糊之云絮状阴影。

病情趋向好转时，可吸收、硬结、纤维化或钙化。病情趋向恶化时，病灶扩散或呈干酪样坏死，形成空洞。

3.慢性纤维空洞型肺结核 是肺结核的晚期病变。常是好转、恶化、静息反复交替出现。好转或静息时，可无明显的全身中毒症状。恶化时可有潮热、乏力、咳嗽加剧、咯血、气促等症状。由于大量纤维组织收缩，可使病侧胸廓下陷，肋间隙狭窄，气管向患侧移位。有的患者还可合并自发性气胸、脓胸或脓气胸。后期还可并发肺原性心脏病。X线检查，肺内有一个或多个空洞。

诊　断

主要依据长期潮热、盗汗、咳嗽、痰中带血或咯血等临床表现。结合接触史和X线检查即可作出诊断。

治　疗

1.一般治疗及抗结核治疗　同概述。

2.辨证施治

（1）肺阴亏损：干咳少痰，或痰中带血，潮热盗汗，咽干口燥，舌红脉细数。治宜养阴润肺。方用百合固金汤加减。咯血加茜草、仙鹤草；盗汗加糯稻根、浮小麦。

（2）肺脾气虚：神疲乏力，气短音弱，咳嗽有痰，或咳血，胸闷纳呆，面色㿠白，苔白腻，脉细弱。治宜健脾益肺。方用健脾化痰汤加减；咳血加白芨、藕节炭；自汗加黄芪。

（3）气阴两虚：咳嗽咯痰，或痰中带血，神疲气短，自汗或盗汗，胃纳不佳，舌红、苔薄或剥，脉微商。治宜益气养阴。方用人参养营汤加减。痰多加半夏、百部；咯血加白芨、藕节炭。

3.草药治疗　矮地茶3钱，青鱼胆草3钱，隔山消5钱，穿破石4钱，胡颓子3钱，金线吊白米4钱。煎水服。吐血加仙鹤草3钱，旱莲草5钱，土牛膝3钱；潮热加水鸡头5钱，十大功劳8钱，青蒿2钱；盗汗加白苋菜杆5钱，浮小麦3钱；声嘶哑加朱砂根3钱，枇杷叶3钱；胸胁痛加土柴胡4钱，见风消3钱；咽干加天冬5钱，麦冬5钱，甜草5钱。

4.咯血的处理

（1）大咯血最易引起患者精神紧张和恐惧。而精神紧张，情绪不安又可以诱发咯血和促使咯血加重，因此对咯血患者，应给予精神安慰，作好思想工作，使之消除顾虑，保持镇静。必要时可给予小剂量镇静剂，如各眠灵，苯巴比妥钠等。

（2）立即让患者安静平卧，或卧向患侧，不用枕头，头偏向一侧，以利积血排出，同时告诉患者轻轻将积血咳出，口腔和鼻腔积血应帮助清除，以防血块阻塞气管、支气管引起窒息。

（3）细心观察和记录咯血的性质、颜色、咯血量及患者血压、脉搏、呼吸等情况。

（4）止血药可用脑垂体后叶素5～10单位加入50%葡萄糖20毫升静脉缓慢(15～20分钟)推注。也可用抗血纤溶芳酸100～200毫克或6-氨基已酸4～6克加入5%葡萄糖液中静脉滴注。中草药可用紫珠草5钱，白芨1两，三七1钱，煎服。必要时应予输血，给氧或人工呼吸。

（5）一般禁用大剂量止咳剂。但频繁剧烈的咳嗽，有可能诱发咯血，此时可适当考虑使用可待因。

三、结核性脑膜炎

为结核杆菌侵犯软脑膜所引起，多继发于肺结核，以1～5岁小儿多见。临床以起病缓慢、不规则发热、头痛、呕吐、烦躁、谵妄、抽搐、昏迷和脑膜刺激征等为特征。

临床表现

1.早期症状　小儿起病初期显示性格改变，食欲减退，体重减轻，疲倦。稍大儿童可自诉头痛，幼儿常有突然啼哭，睡眠不安或惊叫等表现。常伴有呕吐及顽固性便秘。体温常在37℃～38℃之间。婴幼儿起病较急，可在发病时同时出现脑膜刺激症状。

2.中期症状　经1～2周后出现脑膜刺激症状，此时头痛、呕吐加重，意识模糊，进入昏睡状态。5岁以上小儿可出现脑膜刺激征，如颈项强直，屈腿牵伸试验(克氏征)和屈颈缩腿试验(布氏征)阳性。婴儿可出现惊厥，前囟隆起，角弓反张等。

3.晚期出现昏迷，惊厥，四肢强直或偏瘫，划足底征（巴氏征）阳性。

4.腰穿脑脊液压力增高，澄清或稍混浊，静置24小时出现薄膜，细胞计数每立方毫米数十至数百之间，以淋巴细胞增多为主，糖降低或消失，氯化物降低，蛋白质增高。

防　治

诊断确定后要坚持系统地使用抗结核药，停药指征是脑脊液完全恢复正常而不能单纯根据临床症状，这时防止复发甚为重要。

1.异烟肼：易渗入脑脊液内，成人每日400～600毫克；小儿每日每公斤体重15～25毫克。可口服，肌注，也可作静脉滴注。口服时，同服维生素B_6或烟酸，可防止其副作用。

至少应连续用药1～2年，以防复发。

2.链霉素：成人每日 1 克；小儿每日每公斤体重20～30毫克。肌注。急性症状缓解及体温恢复正常后，链霉素可隔日用药一次或每周用药二次到停药，疗程至少3～4月。

3.急性或重症病例，可使用氢化可的松静脉滴注。

4.祖国医学认为，结核性脑膜炎是在阴虚内热的基础上发生的。

急性期以清热解毒，熄风化痰为主，方用羚角勾藤汤加减。昏迷鼻饲安宫牛黄丸。

恢复期以滋阴清热，柔肝养血为主，方用二甲复脉汤加减。

四、结核性胸膜炎

是结核杆菌从肺部直接蔓延至胸膜或通过淋巴——血循播散而来，也可因人体对细菌及其毒素过敏而引起。

临床有干性（纤维素性）胸膜炎和渗出性(浆液纤维素性)胸膜炎两种。干性胸膜炎，胸膜充血，表面因纤维素沉着，形成粘连；渗出性胸膜炎，胸膜腔有多少不等的草黄色渗出液。

根据本病之主要表现不同，中医的病名也各不相同，胸腔有大量积液者，相当于“悬饮”；胸胁疼痛为主者，相当于“胸胁痛”。

临床表现

1.**干性胸膜炎**　轻症可无明显症状。重症患者起病急，胸部明显刺痛，呼吸或咳嗽时，痛势更剧，胸痛部位大多在腋下

5～6肋处。伴有中度发热，倦怠、干咳。患者可因胸痛而不敢呼吸，因而常有气短，患侧呼吸运动受限、呼吸音减弱等表现。可听到胸膜摩擦音或触及摩擦感。

2.渗出性胸膜炎 发病可缓可急，病情轻重不一，重者发热较高，体温可达39℃以上，并有全身不适、咳嗽、胸痛、呼吸困难等，随着胸膜腔渗出液的增多，胸痛减轻或消失。积液较多时，则感胸闷，气急，患侧胸廓饱满，肋间隙增宽，叩诊实音，呼吸音，语颤音减弱或消失，气管移向健侧等胸腔积液体征。

诊　断

干性胸膜炎以胸痛及胸膜摩擦音为诊断的主要依据；渗出性胸膜炎主要根据积液体征及积液的检查。

治　疗

1.一般治疗及抗结核药物治疗，见概述。

2.在抗结核药治疗的基础上，应用激素治疗，有抗过敏作用，并能减轻炎症渗出及粘连。可用强的松龙，每次5～10毫克，每日3～4次，2～4周为一疗程。如积液多或病情重者应早用。

3.辨证施治

（1）胸膜炎初期，痰热蕴结，症见发热，恶寒，干咳少痰，胸胁满痛，口苦咽干，脉弦而数者，治宜清热化痰，和解少阳，方用小柴胡汤加百部、瓜蒌；胁痛加延胡索。

（2）干性胸膜炎，胸膜粘连，剧烈胸痛者，属气机郁阻。治宜理气和络。方用香附旋复花汤加减。

（3）胸腔大量积液者，症见胸胁满闷，呼吸气促。治宜攻下逐饮。方用十枣汤吞服。

五、颈淋巴结结核

颈淋巴结结核俗称“瘰疬”，多发生在儿童或青年人。当人体抵抗力下降时，结核菌可经口腔或鼻咽部侵入颈淋巴结。但入侵部位多无结核病可见。

临床表现

主要为一侧或双侧颈淋巴结肿大，多数位于颌下及胸锁乳突肌前后缘或深部。其大小不一。初期肿大的淋巴结彼此分离，质硬，可移动，无痛，以后互相粘连成块，不能移动。晚期淋巴结发生变性坏死和溶解，肿块变软并有波动(冷脓疡)，最后穿破流脓，排出米汤样黄白色稀脓液，形成经久不愈的溃疡和窦道，为本病之特征。患者可有结核病全身症状。

诊　断

根据结核病接触史及局部症状可疑为此病。如身体他处有结核存在，或有结核中毒症状，一般可作出诊断。如肿块已溃破，流出米汤样脓液，则诊断可以成立。必要时可作淋巴结活体组织检查(简称活检)小儿可作结核菌素试验。

鉴别诊断

1.慢性淋巴结炎　结核性淋巴结炎与慢性淋巴结炎不易区别，尤以找不到原发病时更难。但慢性淋巴结炎所累及之淋巴结数目较少，体积不大，且多局限，必要时可作活检。

2.颈部转移癌　口腔、鼻咽和喉部的恶性肿瘤，多转移至颈部淋巴结。一般生长较快，质硬而固定，无压痛。原发病灶以鼻咽癌最为常见，其体质甚小，不易发现，大多数病人可在乳突和下颌角之间发现转移的淋巴肿块。胸腹部癌肿一般转移至左锁骨上淋巴结。因此，有颈淋巴结恶性肿瘤可疑时，必须详细作鼻咽部检查或寻找胸腹部原发病灶。

治　疗

1.全身治疗，同一般结核病。

2.局部治疗

（1）淋巴结核较大而局限，没有液化，尚可移动者，应手术摘除。这是既简单，收效又快的疗法。

（2）如果病变的淋巴结范围很广，界限不明显，临床上没有液化的现象，可用雷米封100毫克加0.5%普鲁卡因5～10毫升作淋巴结周围封闭，每三天一次，一月为一疗程。

（3）对已液化的淋巴结，如果复盖的皮肤尚完整，可试行穿刺抽脓，然后注入链霉素0.5克或异烟肼50～100毫克，每三日一次。

（4）如果淋巴结已溃破而形成瘘管或溃疡，但没有严重的

继发性感染存在，则可细心地将结核病变全部摘除，伤口不加缝合，局部用链霉素换药，亦有良好效果。

3.草药治疗

（1）天葵子 8 钱，马鞭草 1 两，过桥风 1 两，煎服，每日 1 剂。

（2）猫爪草3～4两，密枣 5 梅，水煎服。

（3）生半夏、山慈姑、凤尾草、了哥王各适量捣烂外敷患处。

麻　　疹

麻疹是由病毒引起的具有高度传染性的小儿呼吸道传染病，临床有发热，眼、上呼吸道发炎及皮疹等主要症状，以颊膜出现麻疹斑为其特点，容易并发肺炎。

病　因

麻疹的病原体为麻疹病毒，存在于病人的鼻咽、血液、眼结膜等处，能耐低温与干燥，在室温中可活一至二天。但在飞沫中只能生存二小时。

病毒由呼吸道进入人体后，先在呼吸道上皮细胞与淋巴组织内繁殖，而后侵入血流引起病毒血症散布全身。

流行特点

1.前驱期　3～4天。有发热，咳嗽、流鼻涕、眼结膜充血、畏光、流泪及疲乏等。发病二至三天后，口腔颊部粘膜可见到

针头大小、灰白色、周围绕以红晕的麻疹斑，为早期诊断麻疹的可靠依据。

2.出疹期 2～5天。一般在发热第四天出疹。皮疹先在耳后、颈部、发际出现，渐延及面部、躯干、四肢、手掌和足底。皮疹大小不等，初起鲜红色斑丘疹，以后逐渐加密，融合成片，颜色渐转暗红，但疹间可见正常皮肤。此时热度可达40℃左右，全身及各种发炎症状加重。

3.恢复期 约2周左右。皮疹出齐后，按出疹顺序逐渐消退，可出现糠粃样脱屑，后留棕褐色斑痕，此时体温随之下降，食欲增加，一切症状消退而痊愈。

并发症

如出疹期皮疹突然消退，或疹退而持续高热者，则常发生并发症的表现。常见并发症有：

1.支气管肺炎 最常见，多发生于出疹期。表现为持续高热不退，无汗，烦躁不安，气急咳嗽，面色苍白，口唇青紫，鼻翼扇动，两肺可听到中小湿啰音，严重者易导致心力衰竭。

2.喉炎 幼儿多见。退疹后体温升高，声音嘶哑，咳嗽呈“空、空”声，吃奶饮水易引起呛咳，如不及时治疗，因喉头阻塞可引起呼吸困难，甚至窒息死亡。

3.脑炎 较少见。常于出疹后2～6天发生，表现为高热，头痛、呕吐、惊厥、昏迷，颈项强直，提腿试验、抬颈试验、划跟试验阳性，可导致死亡或遗留后遗症。

4.其他并发症 如中耳炎，口腔炎，化脓性结膜炎，淋巴

结炎，维生素缺乏症等。

诊断与鉴别诊断

根据年龄，发病季节，接触史，麻疹斑或典型皮疹诊断并不困难，但应与下列疾病鉴别。

1.风疹 前驱期短，症状轻，皮疹出现早而消退快，无麻疹斑，有颈部或耳后淋巴结肿大等。

2.幼儿急疹 见于6个月以下的婴幼儿，起病急，热退疹出，皮疹先出现于躯干，病程短，颈部及耳后淋巴结轻度肿大等。

预 防

1.控制传染源 隔离患儿到皮疹出现后五天，有并发症者延长到十天。

2.切断传染途径 做到患儿不出门，易感儿不串门，不到公共场所去。

3.保护易感儿 四个月以上的易感儿，皮下注射麻疹减毒活疫苗，每次0.2毫升或肌注父母（出过麻疹者）的血液等。

4.中草药预防 紫草根2钱，甘草1钱，水煎服，连服5天。

治 疗

1.一般治疗及护理 卧床休息，多喝开水，室内保暖，通空气，避免直接吹风及强烈阳光照射眼睛。饮食宜于易消化而

富有营养，经常清除眼部分泌物，保持口腔、鼻和皮肤清洁。咳嗽时用止咳药。发热一般不宜降温，热度过高时可用小量退热剂或镇静剂，或针刺合谷、曲池，以防高热惊厥。

2.辨证施治

（1）初热期：由于感受疫邪，邪伤肺卫而致发热，咳嗽流涕，眼红多泪，疹子将出未出，苔薄白，舌尖红，脉浮数，指纹红赤浮露。治宜宣毒透疹、解表。方用宣毒发表汤去升麻、桔梗、甘草，加蝉衣、杏仁。高热加银花，咽痛加板蓝根、浙贝。

（2）出疹期：外邪夹疹，热毒炽盛而致高热不退，烦躁口渴，咳嗽较重，疹出红赤，遍及全身，苔黄、舌红或绛，脉滑数，指纹红紫。治宜清热解毒、透疹。方用紫草红花饮加减。

若疹出不畅，加薄荷、蝉衣、牛子。外兼用熏洗法：西河柳、紫苏、红浮萍、椿树根、生姜，煎水熏洗皮肤。又可用鲜芫荽2两，煎水，加酒2两，用药浸湿毛巾温擦皮肤。咳甚气粗加杏仁、桑白皮、生石膏。

（3）收没期：余毒未尽，阴分已伤，可见发热渐退，疹子渐退，胃纳转佳，精神萎靡，舌暗红，无苔或少苔，脉细数。治宜养阴清热。方用沙参麦冬汤。纳差加山楂、谷、麦芽，气虚加党参。余热不退加地骨皮、知母石斛。

3.对并发喉炎、支气管炎或肺炎者则应早期使用青、链霉素或其他抗菌素。症状较剧者，宜送医院治疗。对脑炎、心力衰竭者须送医院抢救。

水　痘

水痘是由水痘病毒所引起的小儿常见的急性传染病。冬春季较多。传染源是病人。病毒存在于病人的呼吸道分泌物和皮疹的内容物中，经呼吸道或接触传染。10岁以下儿童患病的较多，病后可获得终身免疫。

临床表现

潜伏期：约2～3周。

前驱期：一般患儿无明显症状。偶有轻微头痛，周身不适，食欲减退及轻度上呼吸道症状，但年长儿及成人较严重，数小时或1～2天后出现皮疹。

发疹期：皮疹分布躯干多，面部四肢少，手足心偶可见到疹子，头皮及口腔粘膜亦有皮疹。初为红色斑疹，数小时后变为丘疹，一天后成为疱疹，持续3～4天。疱疹为椭圆形，状若水珠，疱顶高突，大小不等，直径约2～5毫米，周围绕以红晕，有痒感。疹内先透明，后为混浊液体，疱壁较薄易破。水痘皮疹表浅，按之无坚实感，数日后干结成痂，经1～2周脱落。无继发感染者脱痂后不留疤痕。皮疹先后分批出现，常在同一部位有各期皮疹（斑疹、疱疹、痂皮）。

诊断与鉴别诊断

根据水痘接触史及皮疹的特点，诊断不困难。但应与以下疾病鉴别。

1.丘疹性荨麻疹　尖端稍似疱疹，但较水痘小而坚实，大都见于四肢，常分批出现。痒感较甚，每致抓痕。患者几乎都是婴儿。

2.带状疱疹　皮疹沿一定的神经干分布，不对称，不超过躯干的正中线，局部有显著的灼痛。

预　防

1.隔离患者至全部皮疹结痂为止。患者的被服、用具等均应消毒。

2.托儿所等集体儿童机构中，与患者接触过的易感儿童，须观察三周，不发病者才能与其他儿童接触。

治　疗

1.发热期应注意休息，多饮水，给以易消化富于营养饮食，无须特殊药物治疗。注意皮肤清洁，剪短指甲，必要时可将小儿两手包扎，以免抓破。局部可用炉甘石洗剂止痒。

2.单方

(1) 绿豆1两，白萝葡2两，淡竹叶5钱，煎水代茶饮。

(2) 蒲公英1两，九里光1两，野菊花5钱，水2碗，煎成1碗，每日一剂，分2次服。

3.辨证施治

水痘为内蕴湿毒，外感风热，初起如感冒，1～2天后出红丘疹，以躯干较多，苔白，舌质淡红，脉浮数。治宜疏风清热，化湿解毒。方用银翘散加生苡仁、木通、赤芍。痘疹痒加

蝉衣、白蒺藜；若热毒重加蒲公英、川连、黄芩、紫花地丁。

4.若疱疹已破，局部可涂2%龙胆紫，若有化脓感染则用磺胺药或抗菌素，禁用激素，以免加重病情。

流行性腮腺炎

本病是由腮腺炎病毒引起的急性呼吸道传染病。以腮腺肿胀为其主要特征，俗名"抱耳风"，传染源是患者，通过飞沫传染，自腮腺出现肿痛前三日起至消肿止，均有传染性。流行于冬、春两季。以4～15岁儿童最多见。病后一般有终身免疫。

祖国医学认为本病是由于风温病毒从口鼻而入，结于腮颊所致，而称"痄腮"。

临床表现

潜伏期约2～3周。

前驱期很短或没有，较重者，可有发热、倦怠、头痛、呕吐和食欲不振等。

腮腺肿大，一般先发生于一侧，1～4日后，可波及对侧。但有时另一侧腮腺始终不肿大，或两侧同时肿大。肿大的腮腺以耳垂为中心，边缘不清楚，不红，局部疼痛和压痛，咀嚼和吃酸性食物时，疼痛加剧，腮腺管口（相当于上颌第二臼齿旁颊粘膜上）亦常红肿，并不化脓。颌下及舌下腺也可肿胀。此时常伴有发热(38℃～40℃)，肿胀减退时，热度也随之下降。病程约2周左右，一般愈后良好。并发症较少见，偶可并发睾丸炎、脑膜炎

诊　断

根据流行病史，接触史和典型症状，诊断并不困难，但应注意与颈部淋巴结炎，化脓性腮腺炎区别。

预　防

1.早期隔离：隔离至腮腺肿消退为止。病人口鼻分泌物及其用物都应煮沸或曝晒消毒。

2.易感者在流行期间应避免去公共场所。

3.有明显接触史者，可用板蓝根2～3钱，煎水服，连服3天。

治　疗

1.一般治疗　休息，多饮水，进软食，盐水漱口，局部热敷或冷敷。并发睾丸炎须卧床休息，局部冷敷等。

2.草药单方

（1）板蓝根、金银花、夏枯草各5钱，甘草3钱，煎服，一日一剂。

（2）用青黛粉1两，以鸡蛋清或醋调敷局部，干后再涂。亦可用芙蓉叶、蒲公英、田边菊、积雪草、车前草、鱼腥草任选1～2种捣烂敷患处。

3.新医疗法　针刺翳风、颊车、用中强刺激手法；发热加合谷、曲池，每日一次。

4.辨证施治

（1）轻型：耳下腮腺一侧或两侧肿胀疼痛，咀嚼不便，轻微发热，舌苔薄白或黄，脉浮数。治宜疏风清热解毒。方用银翘散加夏枯草、板蓝根、大青叶。

（2）重型：腮腺肿胀疼痛拒按，漫肿坚硬，畏寒高热，咽部红肿，咀嚼困难，口渴，烦躁，精神疲乏，舌苔黄，脉滑数。治宜清热解毒，软坚，消肿。方用普济消毒饮加减。高热加石膏、大青叶；腮肿痛加夏枯草。并发睾丸炎时，去升麻、柴胡、加桔核、荔核、山栀。

百　日　咳

百日咳是百日咳杆菌所引起的一种小儿急性呼吸道传染病。其特征是阵发性痉挛性咳嗽，常伴有吸气时的高音调喉鸣声。如不及时治疗，病程可延长2～3个月，故有“百日咳”之称。

百日咳杆菌固紫染色阴性，对外界抵抗力弱，在干燥环境中很快死亡。阳光直接照射下能活1小时，易被一般消毒剂所杀灭。该杆菌侵入易感儿呼吸道后，在气管和支气管粘膜中繁殖并产生内毒素，而引起粘膜炎症。

流行特点

传染源是病人，主要通过空气飞沫传播，从潜伏期最后1～2天至发病后6周内均有传染性，多发生于冬春季节，5岁以下小儿多见，病后可获持久的免疫力。

临床表现

潜伏期 1 ～ 2 周。

1.炎症期 从发病至出现阵发性痉挛咳嗽，约 7 ～10天。主要表现为感冒样症状，如咳嗽流涕，轻度发热等。 2 ～ 3 天后，发热及一般感冒症状均消失，但咳嗽则逐渐加剧，尤以夜晚厉害。

2.痉咳期 约2 ～ 6 周。主要表现为多发性阵发性痉挛性咳嗽，夜间发作较频繁，可因寒冷、烟尘刺激而诱发，每次连续十余声，然后出现急促的高调的吸气鸡鸣样吼声，接着又咳，直至咳出粘痰或呕吐为止，咳时弯腰曲背，双手握拳，表情痛苦，面部涨红，涕泪交流。如此反复多次，终至面部浮肿，两颊青紫，口唇发绀，结膜充血，称为“百日咳面容”。

3.恢复期 约2 ～ 3 周。阵发性痉咳逐渐减轻至消失。

并发症：以支气管肺炎最多，严重者可导致疝气、脱肛，偶可引起百日咳脑病而出现昏迷，惊厥等，如不及时抢救，可危及生命。

诊 断

根据流行季节，接触史，典型的痉咳，日轻夜重，肺部无异常体征者，即可诊断。

预 防

1.早期隔离治疗病人，从发病起隔离40天，或从痉咳起隔

离30天。有密切接触史的易感儿出现早期症状，，应即按百日咳隔离治疗。

2.患儿的衣、物等可暴晒或煮沸消毒。

3.积极作好7岁以下小儿百日咳白喉混合疫苗注射。

4.大蒜子一瓣，捣烂，加糖用开水冲服，晨服一次，连服3～5天。

治　疗

1.一般治疗　室内空气流通，阳光充足，避免各种刺激。饮食要易消化又有营养，宜小量多餐。注意口腔清洁，痰液不能自己咳出时，宜用胶管抽出，或用棉拭子抹去。密切注意患儿呼吸情况，并酌情给予祛痰、止咳、镇静药物。

2.单方

(1) 鸡苦胆焙干，研末，加白糖内服。1岁以下三日服1个，1～2岁二日1个；3～5岁每日1个。连服七日。猪胆亦可，1个猪胆可相当于5～6个鸡胆的量。另有胆汁制剂，如胶丸、糖衣丸及注射液，可以选用。

(2) 大蒜头2～3个，捣烂取汁加白糖，日服三次。

(3) 鹅不食草、鱼腥草各1两，煎水兑白糖，分三次服。

(4) 蛇不过1两，微炒，加水煎浓，再加淡水酒或冰糖，当茶饮。

3.辨证施治

(1) 炎症期(肺气不宣)：症状和一般伤风感冒相似。治宜解表宣肺，化痰止咳。方用止嗽散加减。偏风热者加桑叶、连

翘、浙贝；偏风寒者加麻黄、苏叶。

（2）痉咳期(痰热蕴肺)：出现痉挛性咳嗽，夜间尤甚，舌红干、苔黄腻，脉滑数。治宜清肺化痰降气。方用苇茎汤合泻白散加百部、杏仁、葶苈子、车前子。咳血、衄血加黑栀子、白茅根。

（3）恢复期(气阴两伤)：咳嗽渐减，咳而无力,气短声低，精神困倦，舌红少苔，脉虚细，指纹淡。治宜养肺健脾止咳。方用人参五味子汤加百合、百部、生地、沙参。

（4）新针疗法：定喘、天突，配大椎、丰隆。先针定喘，后针丰隆，操作6～8分钟，中等刺激，然后在大椎穴拔火罐。

（5）抗菌素治疗：氯霉素25～50毫克/公斤/天,分四次服；或链霉素25～40毫克/公斤/天，分二次肌注。

白　　喉

白喉是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病。临床表现以鼻咽喉粘膜上形成白色假膜，伴有全身毒血症、心肌炎及神经麻痹为特征。

病因及流行特点

白喉杆菌为固紫染色阳性，呈棒状。在外界耐热力弱，对寒冷及干燥耐受力强，沸水中1分钟即死，易被一般消毒药物杀灭。

白喉杆菌侵袭上呼吸道粘膜，并分泌外毒素，一方面造成

局部组织坏死，另一方面产生毒血症状。假膜是由坏死组织、凝固在其表层的炎性渗出物、白细胞、白喉杆菌等组成，常见于咽、扁桃体及悬雍垂的表面。

传染源是病人及带菌者。主要通过空气飞沫及污染的衣服、物品传播。多流行于秋末冬春季节。1～7岁小儿易感，病后有终身免疫。

临床表现

潜伏期一般为2～5天，起病缓慢，发热一般不高，可根据假膜所在部位，分为以下类型。

1.咽白喉 最常见。在扁桃体、悬雍垂、咽后壁形成白色或灰白色假膜，初为点状或片状薄膜，继而扩大加厚，不易剥离，强力剥离则留下出血的创面。常伴颈淋巴结肿大，发热(一般为38℃～39℃)，头痛，咽痛，疲乏，食欲减退。乳幼儿有流涎或不肯吞咽饮食的症状。

严重病例则面色灰白，烦躁不安，吞咽困难，恶心，呕吐，脉搏、呼吸加快，易并发心肌炎；颈部淋巴结明显肿大，有压痛，周围软组织水肿，致使整个颈部肿大呈“牛颈”状。

2.喉白喉 多见于婴幼儿。多数由咽白喉蔓延所致，原发者较少。除咽白喉的症状外，主要表现有声嘶，甚至失音，犬吠样咳嗽，呼吸困难。严重时，可出现喉阻塞症状，此时病儿烦躁不安，面部发绀，吸气时出现三凹征（锁骨上窝、胸骨上窝及剑突下明显凹陷)。阻塞更严重时，患者转入昏迷，呼吸表浅，脉搏加速，如不及时解除梗阻，常引起窒息死亡。

3.鼻白喉　原发性鼻白喉较少见，多发于婴幼儿。主要表现为持久性的排出带血的粘液性鼻涕，鼻塞，张口呼吸，鼻孔外周及上唇常因分泌物刺激而形成表浅溃疡，复以结痂，全身症状轻微。原发患者，由于假膜不显露，故不易发现，常被忽视未进行隔离治疗，成为传染源，必须注意。

并发症

1.心肌炎　是最严重的并发症。其主要表现为速脉或缓脉，第一心音弱，心律不齐，胸前区疼痛，心界亦可扩大，面色苍白，呕吐，甚至浮肿及少尿。心肌损害在病的早期已经存在，心力衰竭多发生于病后 2 ～ 3 周左右，但亦可发生更早或发生于恢复期。

2.神经麻痹　以软腭瘫痪最常见。患者发音不清楚，有鼻音，吞咽困难或由鼻腔呛出，一般均可自行恢复。

诊　断

1.流行季节及病人接触史。

2.临床发热不高，但有全身中毒症状。

3.假膜特点：灰白色，不易剥脱，强行撕下则出血。

鉴别诊断

1.急性化脓性扁桃体炎：急起、高热、扁桃体肿大充血，有白色或黄色脓性分泌物，易擦去，不出血，病灶不超出扁桃体。

2.急性喉炎、气管炎：喉部无白膜，呼吸困难以夜间较重，有高热，但中毒症状轻。

3.呼吸道异物：有异物吸入史，无白膜，无发热。

预　防

1.隔离病人和带菌者到症状消失后1～2周。

2.病人用过的器具应煮沸消毒。

3.每年入秋前，对6个月～8岁小儿进行白喉类毒素注射。

4.土牛膝根1两，水煎，分3～4次服，连服4～5天。

治　疗

1.一般治疗：休息至少两周，有心肌炎者，延长卧床休息时间，加强营养，补充多种维生素，注意口腔卫生。

2.辨证施治

（1）阴虚肺燥：发热不高，精神不振，声音嘶哑，咽喉干痛，白膜蔓延，舌红少津，苔黄而干，脉细数。可见于咽白喉或轻症喉白喉。治宜养阴清肺，凉血解毒。方用养阴清肺汤。初起有发热怕冷表证者加桑叶、葛根，去玄参、麦冬、生地；热毒重者加连翘、银花、土牛膝、板蓝根，以清热解毒。

2.肺胃热甚：高热不退，口渴烦躁，口中热臭，咳呛如吠，喉间溃烂或红肿疼痛，面赤唇裂，大便干结，小便短赤，舌红苔黄，脉洪数。甚至出现呼吸困难，面色青紫，失音，可见于喉白喉并发喉梗阻。治宜清热解毒。方用石膏知母汤加麦冬、

玄参、花粉、板蓝根、黄芩、生栀子。大便秘结可加大黄、玄明粉。另外可用锡类散吹喉，或竹沥30毫升调服猴枣散一分。

(3) 气阴两虚：精神不振，心悸不安，两目无神，面色苍白，或四肢厥冷，舌质淡白或红绛，少苔，脉细弱，或有结代。可见于白喉并发心肌炎。治宜益气养阴。方用生脉散加味。气虚加黄芪；心阳虚加附子；心阴虚加生地、玄参、玉竹。

3.白喉抗毒素治疗：轻者1万～2万单位，中型2万～4万单位，重型4万～10万单位，应及早应用，病情严重者，不等确诊即注射。一般用肌注，必要时可静脉滴注。均应先作皮试。

4.抗菌素：在用抗毒素的同时，加注青霉素，每日80～120万单位，连用七天。

5.出现严重并发症应送医院治疗，瘫痪者及早给予针刺治疗，以双侧合谷，足三里为主。

6.草药单方

(1) 马鞭草2两，捣烂取汁，分二次服。

(2) 鲜土牛膝根1～2两，洗净切碎，水煎服。每日3～4次。

流行性脑脊髓膜炎

本病简称“流脑”，是由脑膜炎双球菌引起的急性呼吸道传染病。以急起发热、头痛、呕吐和脑膜刺激征为特点。属中医的“风温”、“春温”范畴。

病因病理

病原体为脑膜炎双球菌，固紫染色阴性，可在病人鼻咽部、血液、脑脊液和皮肤瘀点中发现。此菌在外界抵抗力弱，阳光、干燥、寒冷及常用消毒剂都能杀灭它。

脑膜炎双球菌自上呼吸道侵入人体后，当人体抵抗力强时，细菌可局限在鼻咽部繁殖成为带菌状态或产生上呼吸道炎症；当人体抵抗力降低或细菌毒力过强时，细菌则进入血液循环产生败血症，部分细菌继续进入脑脊髓膜产生化脓性炎症。

流行特点

传染源是病人及带菌者。经飞沫传播。冬春多见。15岁以下儿童多发。病后可获一定的免疫力。

临床表现

潜伏期：1～10天，平均2～3天。

按病情轻重可分下列几型。

1.普通型 起病前数小时至数日内，可有轻度不适及上呼吸道感染（如发热、畏寒、头痛、咽痛）等前驱症状，或无前驱症状，突发高烧、寒战，剧烈头痛，颈项部疼痛，全身酸痛，常伴有喷射性呕吐，部分患者有神志改变（如烦躁、嗜睡、昏迷）、抽搐等表现。

唇部可有单纯疱疹。皮肤及粘膜可有出血点或瘀斑，数目多少不一。有脑膜刺激征（颈项强直，布氏征和克氏征阳性），

四岁以内小儿主要表现为发热、嗜睡、呕吐、惊厥和昏迷。皮肤有出血点和瘀斑，囟门饱满紧张，脑膜刺激征常不明显。

2.暴发型 发病急，病势凶险，可在24小时内突然发生，亦可由普通型迅速恶化而来。

（1）休克型：以发热、头痛、呕吐开始，迅速出现面色苍白，口唇及指趾青紫，手脚发凉，血压下降（早期血压下降不明显），脉压差减少，脉细数或不能触及，呼吸浅促，烦躁不安等表现。出血点及瘀斑发生迅速，往往于数小时内遍及全身，甚至融合成片。神智逐渐不清，谵妄或昏迷。早期脑膜刺激征多不明显。病情险恶，如不及时抢救，常在短时间内死亡。

（2）脑膜脑炎型：以颅内压增高与呼吸衰竭为特征。有高热、剧烈头痛、频繁的呕吐、反复抽搐，意识障碍，瞳孔明显缩小（如针尖），也可扩大，或忽大忽小，或两侧不等大，对光反射迟钝或消失。严重者眼球凝视。血压早期偏高，晚期降低。呼吸不均匀，呼吸暂停，甚至突然停止。

（3）混合型：兼有以上两型的特点。

有条件时作血液检查：白细胞增高，可达1万～4万，以中性粒细胞增高为主。

诊断与鉴别诊断

凡流行季节有突起高热、头痛、呕吐伴神志改变，检查有皮肤粘膜瘀点，脑膜刺激征阳性者，即可初步诊断。必要时可作脑脊液检查。常须与下列疾病鉴别。

1.乙脑 起病更急，迅速昏迷，无出血点，夏秋季节流行。

2.结脑 起病较缓，无季节性，无出血点，但有结核病史。

3.其他化脓性脑膜炎 起病急，可有中耳炎、肺炎、败血症、鼻旁窦炎等病灶，但确诊需依靠脑脊液及瘀斑的细菌检查。

预 防

1.早期诊断、隔离、治疗病人。隔离至体温正常，症状好转为止。

2.大搞群众性爱国卫生运动，勤晒衣被，住房应通风。

3.药物预防

（1）紫皮大蒜，糖醋浸泡生吃，每日数瓣。

（2）贯仲5斤，板蓝根3斤，加水100斤，煎成60斤，供100人一日量，代茶饮。

（3）0.2%呋喃西林液滴鼻，或0.3%呋喃西林液喷喉，每日一次。

（4）对接触密切者，给予磺胺噻唑1克（同服等量苏打），一日2次，连服三天；磺胺甲氧嗪（S、M、P）0.5克，每日一次，连服三天，首次剂量加倍。

4.易感儿预防注射流脑菌苗。

治 疗

1.一般治疗 卧床休息，室内通风。对于出现惊厥、昏迷的病儿应立即送医院诊治。

2.特效疗法

(1) 磺胺药：疗效好，为首选药。最好是磺胺嘧啶（S、D），成人首次剂量一般为2克，以后每4～6小时1克，严重呕吐或神志昏迷者可肌注或静滴。小儿150～200毫克/公斤/日，分次注射，首次剂量为全日量的1/3/～1/2。用药应持续至体温退后3～5日。应用磺胺药时，应配等量的碳酸氢纳，并多饮水。无尿者忌用。

(2) 青霉素：常与磺胺药同用。成人首次100万单位，静滴；以后40万单位，六小时一次，肌注，儿童酌减。

(3) 氯霉素：不能用磺胺药者，可用氯霉素，成人每日2～3克，小儿50～100毫克/公斤/日，分四次口服或肌注、静滴，连用3～5天。

3.对症处理 高热者用退热剂，躁动惊厥者可用鲁米钠镇静，成人0.1～0.2克，儿童5～8毫克/公斤1次，肌注。毒性症状严重或血压下降者，可给予氢化可的松，成人0.1克，儿童3～5毫克/公斤/次，静滴。

4.辨证施治

早期：感受疫邪，病在卫、气，可见发热，恶寒，无汗，颈强不灵活，呕吐，嗜睡，但神清。皮肤可见少数瘀点，舌红，苔薄白或淡黄，脉浮滑数。治宜清热解毒，疏表。方用银翘散加葛根、板蓝根、竹茹。

极期：疫毒化火，病在气营，可见高热不退，烦躁口渴，喷射性呕吐，头痛项强，神昏抽搐，皮肤瘀点增多，舌红绛，苔黄，脉滑数。治宜清热解毒，凉营。方用清瘟败毒饮加减。抽搐加钩藤，全蝎，地龙。神昏加紫雪丹2分。

5.暴发型脑膜炎　经急救后应迅速送医院治疗。

天花与种痘

天花是由天花病毒引起的传染性极强、病情险恶，最易致命的传染病。我国解放后各地广泛开展了群众性的种痘运动，很快就在全国范围内消灭了天花。

病人是唯一传染源。自发热起至痂盖完全脱落都有传染性。多发于冬春季节，主要通过飞沫吸入或直接接触而传染。没有患过天花而又没有种过痘苗的人，不论老幼包括新生儿在内都易得病。病后可获终身免疫。

种痘是消灭天花的重要方法，应认真做好：

1.牛痘苗：是天花病毒接种在牛犊皮肤使其发痘，经过多次反复，使毒性减低而带免疫性的病毒制成的疫苗，应在低温下保存，在5℃以下，可保存三个月有效。在室温下，效力迅速降低。一般由冰藏运送，运用时应放在荫凉处，每打开一支，应于二小时内用完。

2.接种对象：要求全民普种。婴儿六个月以内接种一次，以后年满六岁、十二岁及十八岁时应分别复种一次。

3.种痘季节：多在春秋两季较好。

4.种痘技术：

（1）种痘部位：通常在左臂外侧上中部皮肤上。

（2）方法：先用百分之七十酒精棉球局部消毒（不可用碘酒，以免破坏痘苗的作用。如皮肤不洁，可先用肥皂水洗净），酒精干后，滴少许痘苗于三至五毫米直径范围的皮肤上，再用酒

精消毒过的种痘针（较大缝衣针）之针尖，在有痘苗的皮肤面上形成45°角度，平行划刺三至六毫米长之痕线二道，二痕线相距二毫米，痕线要划破真皮，但以不出血为度。接种后待五至十分钟，皮肤上痘苗变干即可。种痘后几天不洗澡，并防小儿抓伤引起继发感染。若脓疱抓破，可涂磺胺等消炎软膏，盖上消毒纱布，胶布固定。

5.种痘反应：种痘后，根据人体不同情况，可能有以下反应：

（1）原发反应：接种后三至四天，局部出现红色丘疹，第四至五天呈疱疹，以后逐渐长大，边缘升起，中心呈脐凹，第六至七日疱疹更大，周围红肿，第八日左右呈脓疱，第十日达高峰，局部痛痒。全身或有发热，腋窝淋巴结肿大等。第十二日开始结痂，症状减轻。第十八日开始脱痂，局部留有疤痕。凡初次接种者多属此反应。

（2）加速反应：接种后第二天出丘疹，四至六天达高峰，结痂快，多为第二次复种的反应，表示人体有一定免疫力。

（3）即现反应：接种后数小时或次日即出现轻微红肿或丘疹。二至三日内迅速消失，一般不变疱疹。此多为对痘苗本身的变态反应，并未免疫，应考虑补种。但曾种痘不久，确有免疫力者也可呈此反应。

（4）无反应：局部无特殊发现，表示接种失败。应补种。

6.种痘的并发症：如掌握好种痘技术，注意禁忌症，一般是没有并发症的。但个别情况下仍可见到：

（1）局部化脓性感染：常因种痘消毒不严或疱疹抓破后引

起继发感染。

（2）自身移植性牛痘：因抓破疱疹后，将脓浆移植到身体其他部位，引起分散的加速反应型牛痘。

7.种痘的禁忌症：

（1）婴儿湿疹，皮肤外伤及感染者。

（2）急性传染病者，心机能不全者，肾炎，活动性肺结核，佝偻病或体质很软弱者。

（3）未足月的婴儿及平时有过敏症状者，应考虑缓种。

第三节　消化道传染病

伤　　寒

是由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病。临床以持续发热、相对缓脉、脾脏肿大、玫瑰疹、白细胞降低等为特征。可有肠出血，肠穿孔等并发症。属中医“湿温”范畴。

病　因

伤寒杆菌固紫染色阴性，有鞭毛，能运动。耐寒不耐热，静水中可生存二个月，加热56℃10分钟即死，常用的消毒法可杀灭。此菌产生菌体抗原“O”及鞭毛抗原“H”，可与含有抗体的病人血清作凝集反应，诊断此病。

伤寒杆菌经口入胃，一部分被胃酸杀死，一部分进入肠道，引起肠壁淋巴结坏死和溃疡，细菌也可进入血液中出现菌

血症。

流行特点

伤寒杆菌从病人和带菌者的大小便中排出，经水传播者易流行，经饮食（不洁食物或苍蝇叮过的食物）传播者为散发。人群普遍易感，儿童和青壮年多见。多见于夏秋季节。

临床表现

潜伏期10～14天。大多数起病缓慢。病初有畏寒、低热、头痛、食欲不振等。当疾病继续发展，而又未得到及时治疗时，病情则逐日加重，可出现下列特殊表现：

1.发热 体温呈梯形上升，于一周内上升至39℃以上，甚至达41℃，第二周开始，呈稽留热，第三、四周呈驰张热，第四周开始，体温逐渐下降，约一周左右可恢复正常。

2.相对缓脉 一般体温增高1℃，脉搏每分钟增加10～20次左右，而伤寒病人脉搏则不按此比例增加，如体温39℃时，脉搏仅80多次。

3.神经系统中毒症状 表现有表情淡漠，神智迟钝，听力减退或重听、嗜睡、谵妄，有时有抓空或抓被单等无意识的举动，这些表现，随着体温下降而逐渐减轻以至消失。

4.消化系统表现 发热期间可有食欲不振，腹部不适，便秘或腹泻，常有轻度或中度腹胀及右下腹部压痛。

5.玫瑰疹 常在病程第6～10天，分批出现，淡红色，稍隆起，约大头针头大小，压之退色，数目一般在十个以下，多

分布在胸腹部，经2～5天消失。

6.肝脾肿大 大多数病人有脾肿大，第一周末以后即可扪及，质软。部分病人有肝肿大，质软，有轻度压痛。

一般在病程第四周或第五周，体温逐渐下降，并有较大量出汗，常在腹部出现汗疹，其它症状逐渐消失，食欲恢复，甚至出现饥饿感。

有的自觉症状轻微，发热低或不发热，即所谓"逍遥型"伤寒，不易被发现，其中有些病例偶因并发肠出血，肠穿孔才被发现。

小儿伤寒，常呈非典型经过，病情较轻，病程较短。发病缓或急，热型不规则或呈驰张热型。常有腹部胀气，腹泻及肝脾肿大。并发症较少，多属轻型。

并发症

1.肠出血：多发生在病程第2～3周，有腹泻的患者，肠出血机会较多。少量出血时多无症状，大量出血时，体温突然下降，继又回升，面色苍白，脉搏快弱，呼吸急促，血压下降，出冷汗等。大便呈黑便或咖啡色便。腹部检查多无特殊体征。

2.肠穿孔：是最严重的并发症。多发生在病程第三周。常先有腹胀、腹泻或肠出血，有的有进硬食或解大便时用力诱发。穿孔部位多在回肠末端。表现为右下腹突然剧痛，恶心、呕吐，脉搏快，体温骤降，腹肌强直，腹部压痛及反跳痛，常因腹膜刺激症状以至休克。肝浊音界缩小或消失，肠鸣音消失等。白细胞数常增高。

3.支气管炎、支气管肺炎、心肌炎、胆囊炎、肾盂炎、血栓性静脉炎等并发症也可发生。

预　防

1.隔离治疗患者至退热后十五天，病人的排泄物及用具应彻底消毒。

2.灭蝇、管粪、注意饮食卫生。

3.推行伤寒菌苗预防接种，提高人体抵抗能力。

治　疗

1.一般治疗　卧床休息，宜给易消化、少渣的饮食，注意口腔、眼睛、皮肤卫生。

2.抗菌治疗　氯霉素0.25～0.5克，每天四次，重者每日3克，退热后剂量减半，疗程二周左右。小儿为每公斤每天25～50毫克，分四次服。合霉素加倍。

3.对症治疗　高热可给小剂量退热剂，应防止虚脱；烦躁可用鲁米钠0.03克，每天三次，或肌注0.1克。

如出现严重并发症者应送医院治疗。

4.辩证施治

（1）湿热郁结：发热，午后较高，汗出不多，初起可有恶寒，头痛，身重，表情淡漠，胸闷不适，腹胀，口粘不渴，尿黄，苔白腻，脉濡缓。治宜芳香化浊，清热利湿。方用三仁汤去杏仁加藿香、佩兰。若高热汗多，去半夏加石膏、知母；便秘加大黄、枳实；神志模糊，加郁金、菖蒲或另吞至宝丹。

（2）热入营血：身热夜甚，烦躁，谵语，神昏，皮肤可见斑疹，鼻衄，或大便下血，舌质干绛，少苔，脉细数。治宜清热凉营。方用清营汤加减。神昏加安宫牛黄丸一粒；大便下血加赤芍、地榆炭、阿胶。

（3）气阴两亏：缓解期和恢复期体温下降，面色苍白，形体消瘦，神疲懒言，舌质嫩，苔黄干，脉细弱。治宜益气生津，清解余热。方用竹叶石膏汤加淮山药、扁豆、生苡仁、石斛。若热已退则去石膏。

细菌性痢疾

简称菌痢，是痢疾杆菌引起的急性肠道传染病，临床上以发热、腹痛、腹泻、脓血样便、里急后重、左下腹压痛为主要特征。

病因及流行特点

痢疾杆菌系固紫染色阴性，存在于病人及带菌者的粪便中，耐寒不耐热，在蔬菜水果食品中生存10余天，在冰冻下可活数周，但在60℃10分钟即死，阳光和常用消毒剂易将其杀死。

痢疾杆菌侵入人体消化道后，病菌很快在小肠繁殖，裂解，并放出内毒素，经肠粘膜吸收使人体产生强烈反应。出现一系列毒血症状，另一方面，使人体发生过敏状态，从而引起直肠和乙状结肠粘膜炎症，溃疡，有利于痢疾杆菌侵入。

病人和带菌者为传染源，一般通过被传染源的粪便污染的手、日常用物、苍蝇、水、食物等经口传染。多发生于夏秋季。

病后免疫力多不巩固。

临床表现

潜伏期多为1～2天。分以下几型。

1.轻型 全身中毒症状较轻，仅有轻度腹泻、腹痛、稀水样便，有少量粘液或脓血，2～3日内好转。

2.普通型 即常见典型病例。起病急，畏寒发热，头痛，全身不适，体温很快上升到38～39℃以上，继而出现下腹痛，腹泻和里急后重，每日排便数次至数十次，开始为稀水样，含脓血和粘液，以后全为粘液脓血，量少，次数多，里急后重更为明显。检查有下腹压痛，左下腹较明显，肠鸣音增多。

3.中毒型(暴发型) 多见于2～7岁小儿。突然寒战高热40℃以上，持续不退，数小时内出现严重毒血症状，面色苍白、烦躁、谵妄、惊厥或嗜睡、昏迷。进而可出现周围循环衰竭或呼吸衰竭。常在24～48小时后才出现痢疾样大便。

急性菌痢治疗不及时，不彻底，可转为慢性。主要表现为腹痛、腹胀、腹泻反复发作，或大便次数增多，但脓血便不明显。可长期迁延不愈。祖国医学称为“休息痢”。

预　防

1.隔离治疗至大便正常一周后为止。

2.大搞爱国卫生运动。注意饮食、饮水卫生，消灭苍蝇。

3.流行期预防服药：夏秋季多吃生紫皮大蒜；或用凤尾草、马齿苋各4斤，加水50斤，煎至25斤，供50人当茶饮。

治　疗

1.草药单方

(1) 马齿苋 2 两(鲜草 8 两)，水煎服。

2.凤尾草、地锦草、海蚌含珠、人字草、辣蓼，任选1～2种，各 1 至 2 两，水煎服。

2.新针　取合谷、天枢、上巨虚、足三里。发热配曲池，里急后重配阴陵泉；偏寒者加艾灸。

3.辩证施治

(1) 湿热型：腹痛，下痢赤白，里急后重，肛门灼热，尿黄，舌红、苔黄腻，脉滑数。治宜清热化湿，调气行血。方用白头翁汤加白芍、甘草、枳实。有表证者加银花、葛根。

(2) 疫毒痢：发病急骤，高热，腹痛，痢下脓血，甚至昏迷惊厥，舌红绛，苔黄燥，脉滑数。治宜清热凉血解毒。方用黄连解毒汤加白头翁、银花、赤芍、丹皮、生地。神昏加服紫血丹。

(3) 寒湿痢：痢下赤白，白多赤小，腹痛舌淡，苔白腻，脉濡缓。治宜温中燥湿，解毒。方用温脾汤加木香、枳实、神曲、山楂。

(4) 休息痢：下痢时发时止，日久不愈，食少，乏力，舌淡，苔腻，脉细。治宜健脾益气，清化湿热。发作时用白头翁汤；休止时用香砂六君子汤合香连丸，或用鸭胆子，成人每天三次，每次15粒，胶囊装，饭后服，连服 7 ～10天。

(5) 虚寒痢：下痢稀薄，甚则滑脱不禁，腹隐痛，食少神

疲，手足不温，舌淡，脉细弱。治宜温补脾肾，佐以收涩。方用养脏汤加禹余粮，赤石脂。

4.抗菌药物

（1）磺胺脒(SG)：首剂4克，以后每4小时2克，儿童每日每公斤体重100～200毫克，分4次服，首次加倍。

（2）痢特灵：成人每次0.1克，一日4次，七至十天为一疗程。小儿为每日每公斤体重10毫克，分3～4次口服。

（3）氯霉素：0.25～0.5克，每日4次，5～7天为一疗程。小儿每日每公斤体重50毫克，分4次口服。合霉素加倍。

（4）黄连素：首剂0.4克，以后0.2克，一日4次。小儿每日每公斤体重10毫克，分3～4次口服。

中毒型痢疾应立即送医院抢救。

阿米巴痢疾

是溶组织阿米巴原虫侵入大肠引起的消化道传染病。易并发阿米巴肝脓肿。

病因及流行特点

溶组织阿米巴原虫，有滋养体和包囊两种生活形态。滋养体寄生在肠腔里，它能分泌溶组织酶，并且能吞食肠壁组织和红细胞，当人体肠道环境不利于它们生存时，滋养体便变为圆形，并形成厚的囊壁包裹着，这便是包囊。

滋养体和包囊，均随病人粪便排出体外，滋养体排出后，很快便死亡，即使被人吞食，也易被胃酸杀死。包囊对外界环

境及人体的抵抗力强，但常用消毒剂经20～30分钟、在60℃水中经10分钟、或50%酒精均可将其消灭。

人吞食包囊后，在肠内变成滋养体，当人体抵抗力低下时，滋养体借溶组织酶和伪足运动，侵入肠粘膜下层，不断繁殖，形成炎症和溃疡，有时在粘膜下层蔓延，侵蚀肌层与浆膜，可造成肠出血和肠穿孔。

包囊随患者及包囊携带者的粪便排出，通过污染的水源、食物、蔬菜等，进入消化道而使人受染。苍蝇为重要传播媒界，蟑螂、犬、猫亦可成为包囊携带者。此病秋季较多，多散发，人群普遍易感。

临床表现

潜伏期：一至二周或数月不等。临床可分为急性及慢性两类。

1.急性阿米巴痢疾 起病缓慢，全身症状轻微，可有低热，腹泻每日数次，很少超过10次以上，粪质较多，混有酱红色脓液和粘液，有腐臭味，可有轻度腹胀，里急后重不如菌痢明显，食欲不振，检查时下腹部压痛，以右下腹较明显。

极少数患者，因人体抵抗力低，可并发肠道细菌感染，而呈急性暴发型症状，起病急骤，以恶寒、高热开始，大便呈水样或血水样，每日可达20次以上，病变发展到下部结肠时，腹痛及里急后重较明显，可伴有呕吐，脱水，酸中毒，进而出现休克状态，个别可并发肠出血和肠穿孔。

2.慢性阿米巴痢疾 多为急性期过后，症状迁延不愈，时

好时歹，病人可有贫血或因肠道狭窄而出现腹痛、便秘等表现。

诊　断

1.根据其临床表现，粪便检查于急性期找到滋养体或慢性期找到包囊即可确诊。

2.阿米巴痢疾应与细菌性痢疾鉴别

鉴别要点 \ 病名	阿米巴痢疾	细菌性痢疾
起　　病	较缓慢	急
症　　状	发热不高，少有毒血症状，腹痛及里急后重较轻，大便次数较少。	发热、毒血症状、腹痛及里急后重较明显，大便次数较多。
大　　便	1.粪质多。 2.脓血与粪便不相混合，粪便干时可包在其外层，为酱红色，鱼腥臭。 3.显微镜检查下，红细胞多，脓细胞少、可有活动的滋养体或包囊。	1.粪少。 2.脓血与粪便混合，粘稠或水样，为鲜红色或粉红色。 3.显微镜检查可见很多红细胞，脓细胞及巨噬细胞。

预　防

同细菌性痢疾。

治　疗

1.一般治疗　急性期卧床休息，吃易消化的食物，补充维生素，尤其是复合维生素B。

2.病因治疗

（1）控制急性症状(对滋养体有效)

1.盐酸依米丁(吐根碱)：每日0.06克，分2次作深部皮下或肌肉注射。小儿0.5～1毫克/公斤/日，连用5～7日，重复治疗应在一月后。用药期间，须防止中毒性心肌炎的发生。应卧床休息，注意血压、脉搏、心律，如血压较原来降低20%以上(一般如收缩压在90毫米汞柱以下)，应暂停药。同时可引起周围神经炎，故还需注意膝反射的变化，有时可产生神经闪痛、体力软弱及腕垂、踝垂、呕吐、腹泻等中毒症状。因依米丁对局部有刺激性，并宜斟换注射部位。年老、体弱者慎用，婴幼儿、严重贫血者、心肾病及孕妇禁用。急性期症状控制后改用药特灵、砷剂治疗，以消灭包囊。

近年有用去氢吐根碱，毒性反应较低，疗效和剂量与吐根碱同。

2.阿的平：对不能使用依米丁者，可与土霉素合用，每次0.1～0.2克，每天3次，连用7～10日，可引起皮肤黄染，少数病人可出现中毒性精神病。

3.卡巴砷：对包囊亦有效，可用于依米丁治疗后，每次0.2克，每日三次，小儿8毫克/公斤/日。以7～10日为一疗程。有肝肾疾患者忌用。

(2) 控制包囊

1.卡巴砷(同上)。

2.药特灵(喹碘仿)：其根治效力较高。可用于急、慢性阿米巴痢疾，成人每日1.5～3克，小儿每日每公斤体重30～40毫克，均分三次口服，7～10天为一疗程。对碘过敏及甲状腺机能亢进者禁用。

3.抗菌素：土霉素、金霉素及四环素族等有一定疗效。

3.中草药单方。

(1) 鸦胆子：成人每次10～15粒，每日三次。此药宜装入胶囊内或用桂元肉包，饭后服，7～10天为一疗程。

(2) 白头翁汤：白头翁6钱，黄柏2钱，黄连5钱，秦皮6钱，水煎服，一日一剂。

(3) 蒲公英5钱，十大功劳3钱，田皂角5钱，田基黄2钱，白花蛇舌草3钱，海蚌含珠5钱，水煎服，每日一剂，分二次服。

传染性肝炎

是肝炎病毒引起的急性传染病，临床以发热、乏力、食欲不振、厌油、肝肿大，部分病人有黄疸等肝脏损害为特征。祖国医学认为本病是由湿热蕴结，损及肝胆，或肝气郁结所致，属于"黄疸"和"胁痛"范畴。

病因和流行特点

肝炎病毒对外界的抵抗力很强，耐干燥，耐56℃热半小时。

但是，阳光曝晒6小时，高压或煮沸消毒15～30分钟，2%煤酚皂溶液，均能将病毒杀死。本病毒存在于病人及带病毒者的粪便及血液中，患者在潜伏期末至发病后第1～2周传染性最强。无黄疸型患者由于易被忽视，多造成传播。

通过水，食物，日常生活接触等传播，此外，注射传染源的血液，或使用污染的注射器亦可传播。本病多见于儿童及青壮年。病后有一定免疫力。

临床表现

潜伏期3～6周，一般为一月左右。临床表现多以低热、疲乏及食欲不振开始，继而出现肝肿大和压痛，部分病例可有黄疸，病程约2～3月，绝大部分患者可以完全恢复。一般分为以下类型。

1.黄疸型

(1) 急性黄疸型(阳黄)

1.黄疸前期：约一周。起病较缓，发热一般不超过39℃，畏寒，食欲不振，厌油、恶心、呕吐、乏力，上腹部不适，腹胀，便秘或腹泻等。少数患者表现为上呼吸道感染症状。初期体征不明显，本期末小便为深黄色。

2.黄疸期：小便呈浓茶样深黄色，巩膜先黄染，继之皮肤、粘膜发黄，有时皮肤发痒。肝肿大伴明显压痛，少数可出现脾肿大，粪便在短时间内可呈灰色，尚有不同程度的消化道症状。本期约2～4周，重者可持续2月左右。

3.恢复期：一切症状和黄疸均渐消失，食欲好转，肿大的

肝脏逐渐缩小，本期约1月。

（2）暴发性黄疸型肝炎：少见。起病急骤，发热，消化道症状严重，黄疸迅速加重(黄疸指数可达100单位以上)。有明显出血倾向，如皮肤、粘膜及消化道出血等，伴有尿少，腹水，一部分病人表现烦躁或嗜睡，肝触不到及肝浊音界缩小，随病程恶化可进入肝昏迷。病程严重，必需及时救治。

（3）慢性黄疸型(阴黄)：多因人体情况差，或急性期治疗不当发展而来。病程迁延(六个月以上)，黄疸不退，颜色晦暗，食欲不振，腹胀、乏力，肝脏继续肿痛，硬度增加，常伴有脾肿大，皮肤可有毛细血管扩张，蜘蛛痣及肝掌，肝功能损害等。大部分经治疗后可逐渐恢复，少数可发展成肝硬化。

2.无黄疸型 临床表现与黄疸型基本相似，但无黄疸。除部分患者有神经系统症状(如头昏、疲乏、情绪不好，失眠)及肝区疼痛较明显外，其它症状一般较黄疸型轻；肝功能损害亦较轻；病程较长。

诊 断

1.典型临床经过，如明显的消化道症状，黄疸、肝肿大及压痛等。

2.有接触史及肝功能损害。

预 防

1.及早隔离治疗病人：隔离至出现症状后一个月，或出现黄疸后三周。慢性期症状明显者亦应隔离。病者痊愈后一年内

不能输血给别人。肝炎未愈者不能作饮食行业工作。接触者应观察四十天。

2.切断传播途征：加强卫生宣教，开展爱国卫生运动，搞好三管一灭；加强对肝炎病人的消毒工作，病人食具、注射器等煮沸30分钟，排泄物用20%漂白粉消毒，病人衣被用5%来苏尔液浸泡2小时后再洗；体表用0.2%升汞水浸泡30分钟；检查病人后用2%来苏尔液浸泡后再用肥皂水冲洗手部。

3.锻炼身体，增强体质。流行期间可用茵陈蒿1两煎水服，每日一剂，连服3～5天。

治　疗

1.一般治疗

（1）合理休息：急性期应卧床休息，待黄疸减退，症状改善及肝功能恢复后，即可逐渐增加活动量；一般在痊愈后3～6个月才恢复重体力劳动；慢性肝炎，除积极治疗外，可适当参加力所能及的劳动和体育活动。

（2）适当营养：可根据病人的生活习惯适当改善即可。食欲不好者可以补充糖和维生素B_1，食欲良好者则不须补充；呕吐和进食少者，可酌情静脉补充葡萄糖溶液。

（3）禁饮酒，避免使用损害肝脏的药物。

2.草药单方

（1）虎杖、茵陈、红枣各1两，水煎服。

（2）土茵陈、田基黄、车前草、人字草各1两，水煎服。

（3）矮地茶1两，路边荆、白茅根各5钱，水煎服。对无

黄疸型肝炎疗效好。

3.针刺胆俞、太冲、至阳、足三里、医明。转氨酶升高者可针刺大椎、至阳、足三里、行间、阳陵泉。

4.辨证施治

急性黄疸型肝炎：一般多属于"阳黄"，湿热熏蒸而至身目发黄，如桔子色，尿黄，烦热胁痛，食欲减退，苔黄腻，脉弦数。治宜清热利湿、退黄。方用茵陈蒿汤。湿偏重加五苓散同用；黄不退加田基黄、鸡骨草、车前草、溪黄草、金钱草；身热胁痛加柴胡、郁金、枳壳、川楝子。

暴发型黄疸型肝炎：一般多属于"急黄"，热毒炽盛而致高热，身目呈黄红色。烦躁神昏，衄血便血，舌红绛，苔黄腻，脉弦数。治宜清热解毒，凉血救阴。方用犀角散加生地、丹皮、板蓝根、石斛。神昏的用安宫牛黄丸。

慢性肝炎，一般多属于"阴黄"，临床上常见的有以下两型

(1) 脾虚肝郁：右胁胀痛，脘闷腹胀，纳食不香，头昏目眩，苔白腻，脉弦数。治宜疏肝健脾。方用逍遥散加香附、川楝子。

(2) 肝阴不足：胁痛低热，手足心热，心悸失眠，舌尖红，脉弦细数。治宜养阴柔肝。方用一贯煎加丹参、白芍、首乌、女贞子。

脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由病毒引起的急性传染病。主要侵犯神经系统的运动神经元。以肢体驰缓性的瘫痪为特征。多见于1～5岁

小儿，故又称小儿麻痹症。属祖国医学“痿症”范畴。

病因及流行特点

脊髓灰质炎病毒，有Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型，各型的毒力不一致，我国流行多为Ⅰ型，Ⅱ型较少，Ⅲ型更少。此病毒能耐冰冻，不耐热。煮沸和阳光照射可迅速杀灭。常用消毒剂特别是漂白粉、升汞等也可迅速杀灭。传染源是病人及带菌者。病毒主要经消化道或呼吸道侵入人体。当人体抵抗力低下时，病毒即可通过神经纤维和血液循环侵犯脊髓灰质前角运动神经细胞，也可损及脑干。因而出现运动神经瘫痪。

本病四季都可散发，以夏秋季节常见，多发生于1～5岁小儿，病后可获同型病毒的终身免疫。

临床表现

潜伏期2～14天，病程大致可分三期：

1.瘫痪前期 表现为发热、腹泻、恶心、呕吐或咽痛、头痛，全身不适等感冒症状，1～4日后症状消失。约经过1～6日静止时间后又再度发热，并有头痛，出汗，嗜睡，无力，全身过敏，肌肉疼痛，不让抚抱等症状。少数严重者甚至惊厥和昏迷。体查有脑膜刺激症。

2.瘫痪期 再度发热1～7日后出现瘫痪，此时体温逐渐下降，瘫痪进展迅速，但热退后1～2日瘫痪就不再进展，瘫痪多见于下肢。不对称，患肢腱反射减弱或消失，但感觉无明显障碍。如面神经受累时，则出现歪嘴、眼睑不能闭合。偶有

便秘和尿潴留。

少数严重瘫痪病例，有呼吸肌麻痹，而产生呼吸障碍，甚至危及生命。

3.恢复期 瘫痪停止进展后即开始恢复，痛觉及全身症状消失，瘫痪肌肉运动及反射逐渐恢复。少数可形成肌肉萎缩，肢体畸形等后遗症。

诊断与鉴别诊断

夏秋季5岁以下小儿有发热、腹泻、肢体疼痛，感觉过敏，结合流行病史，应考虑到本病的可能。如出现不对称的肢体瘫痪，诊断常可确定。

与乙型脑炎的鉴别：乙型脑炎起病急，一般没有明显呼吸道、消化道症状，而抽搐、神态变化特别明显，其瘫痪特点是肌张力增加，腱反射亢进，可出现病理反射。

预　防

1.病人应隔离40天，隔离期间，病人的食具应煮沸消毒，排泄物及便器用漂白粉或浓石灰水消毒。

2.二个月至七岁小儿口服脊髓灰质炎减毒活疫苗，是预防本病最有效的措施。一般糖丸疫苗每次一粒，先服Ⅰ型(红色)，次服Ⅱ型(黄色)，后服Ⅲ型(绿色)，每次间隔一个月。第二年可再重复一次。

3.中草药预防：①滑石6两，银花、薄荷各1钱，藿香2钱，甘草1两，研为细粉，1～3岁每次1钱，4～7岁每次2钱，

8～14岁每次3钱，门开水冲服，一日一次，连服三日，隔一日后，再服3日。如邻近有此病，可多服数次。②银花5钱，连召、黄柏各2钱，贯众1钱，板蓝根3钱，水煎服，连服5～7剂。

治　疗

1.一般疗法　急性期应卧床休息，供给易消化饮食和充分水、盐及大量维生素B、维生素C等。有肢痛者用局部湿热敷，妥善保护瘫痪肢体，免受外伤及压迫，并保持肢体于功能位置，必要时用沙袋，夹板等固定。待体温下降及疼痛消失后，即开始对麻痹肢体进行按摩，被动运动和温水浴，以促进麻痹肢体血液循环，加强肢体功能锻炼，防止肢体变形。并密切观察，如发现呼吸、循环机能的障碍，应立即抢救或送医院。

2.辩证施治

（1）前驱期：症见发热，头痛，全身不适，咳嗽咽痛，神志不安，厌食、呕吐或腹泻。治宜解表清热，可用银翘散加减。呕吐加服玉枢丹3～5分。

（2）瘫痪前期：热退2～3天后又再升高，头痛，嗜睡，此期以肌肉疼痛为特征，小儿不让人抚抱。治宜化湿清热，方用甘露消毒丹加减。

（3）瘫痪期及后遗症：体温下降，出现肌肉瘫痪，痿软，以下肢为多见，亦可出现半身瘫痪，以及颜面、腹肌瘫痪等。治宜补益气血，滋养肝肾。可用清暑益气汤加减或服成药虎潜丸，每次5分～1钱，每日3次，常服。

3.促进瘫痪肢体的恢复

(1) 在瘫痪出现后可以选用下列药物以促进功能恢复。

1.中草药外用：鹅不食草4两，大枫艾2两，生姜4两，红花2两，桃仁1两，白糖适量，将上药捣烂，加白糖炒热，热熨患处。也可用当归、生地各1两，白芷5钱，乌头3钱，以桐油1斤煎至滴水成珠时，去渣，加入广丹3两，熬成膏药，离火放冷，加入鹅不食草干粉1两，肉桂、血竭各5钱，田七3钱，摊成膏药贴瘫痪肢体穴位(上肢贴肩髃，下肢贴环跳)，每贴可持续半月。

2.加兰他敏：0.05～0.1毫克/公斤/日。每日或隔日肌注一次，三十日为一疗程，连续或间隔使用（用一个月，休息一个月），可用三至六个疗程。

3.地巴唑：0.1～0.2毫克/公斤/次。每日口服一次，共十次。

(2) 热已退尽，瘫痪不再进展时，可及早选用以下各种疗法，促进麻痹肌肉的恢复。

1.新针疗法：

上肢瘫痪：主穴：曲池透少海，举臂(在肩峰前3.5寸)；备穴：外关透内关，三角肌穴，臂中。

下肢瘫痪：主穴：足三里，阳陵泉透阴陵泉，前进穴（风市穴下2.5寸)；备穴：环跳、殷门。

足外翻：太溪透昆仑，纠外翻穴(三阴交穴下5分)。

足内翻：昆仑透太溪，悬钟透三阴交。

开始用强刺激，取得疗效后改中刺激，巩固疗效用弱刺激。

每次取 3 ～ 5 穴，10～15天为一疗程，两疗程之间休息 3 ～ 5 天。

2.穴位注射疗法。（详见新医疗法）

3.穴位结扎疗法。（详见新医疗法）

4.按摩、推拿、功能锻炼。

霍乱与副霍乱

霍乱是霍乱弧菌所引起的烈性肠道传染病。副霍乱是副霍乱弧菌所引起的类似霍乱的急性肠道传染病。二者临床表现相似，以剧烈腹泻、米泔水样大便、呕吐、脱水、休克为特征。传播快，病死率高，严重危害人民健康。

病因及流行特点

霍乱和副霍乱弧菌，固紫染色阴性。在湿衣、食物、河水中生存 1 ～ 2 周，对热较敏感，加热60℃10分钟即死亡，煮沸立即死亡，常用消毒法易将其杀灭。

弧菌由病人或带菌者粪便或呕吐物中排出体外，通过污染水源及食物进入人体消化道，在小肠内繁殖，裂解死亡，并放出毒素，刺激肠粘膜引起剧烈腹泻。

临床表现

潜伏期约 1 ～ 3 天。典型病例可分三期。

1.吐泻期（数小时至一天） 多突然起病，先腹泻，后呕吐，大便先为水样，而后呈米泔水样，无腹痛和里急后重，一日数

十次至无数次。呕吐呈喷射性，水样或米泔水样，量多。

2.虚脱期（1～2天） 发病数小时后，吐泻减少，呈严重脱水现象，眼球下陷，双颊凹陷，皮肤粘膜皱缩，腓肠肌痉挛性疼痛，四肢冰冷、发绀、脉搏细微，呼吸浅促，尿少尿闭，呈虚脱状态，可至死亡。

3.恢复期（1～6天） 病者能耐过虚脱期，则吐泻停止，逐渐恢复健康。

诊 断

凡曾在疫区停留或与病人接触后7天内突起频繁腹泻、呕吐、泻出物及呕吐物呈米泔水样，病程进展迅速，就应怀疑本病，按烈性传染病处理。

防 治

必须坚决贯彻“预防为主”的原则，积极做好霍乱和副霍乱的预防工作。

1.发现霍乱和副霍乱病人，应立即报告，并严密隔离及采取紧急措施，如禁食、补液，（生理盐水、5%葡萄糖液），以及其它对症治疗(升压、强心、激素)等。

2.切断传播途径：

开展卫生宣传，大搞爱国卫生运动，扑灭苍蝇，搞好饮食饮水、粪便管理，做好水源检查、饮水消毒等工作。

3.加强预防接种。现采用单纯霍乱菌苗及霍乱、伤寒、副伤寒混合菌苗。每年夏初接种一次，接种后可免疫3～6个

月。

第四节　虫媒传染病

流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎（简称乙脑）是一种病毒通过蚊子叮咬而传播的中枢神经系统急性传染病。临床上以高热、昏迷、惊厥，脑膜刺激征等为特征。属祖国医学“暑温”范畴。

病因病理及流行特点

乙脑的病原体是嗜神经病毒。人和动物被感染后都可产生抗体，免疫时间较长。

感染的蚊子叮人后，病毒进入血循环，形成短期的病毒血症。在人体抵抗力低下时，病毒侵犯中枢神经系统，引起脑实质的广泛性急性炎症。

祖国医学认为本病是由于感受暑温疫疠之邪所致。病之初起即由卫分证候迅速进入气分而表现为卫气同病证候；若邪热化火，则可出现高热、抽搐，甚则神昏谵语，肢厥脉微等危重症状。后期多因气阴耗伤，痰瘀阻络而出现肢体瘫痪或强直，失语、痴呆等后遗症。

病人和家畜、家禽（如猪、牛、羊、马、鸡、鸭等）都可成为传染源。由蚊子通过吸血时传播。儿童及青年易感，尤以3～6岁小儿多见。主要在夏秋两季散发流行，7～9月为流

行高潮。

临床表现

潜伏期4～21天，平均14天。少数患者可有短暂的前驱症状如发热、头痛，婴儿轻度腹泻等。典型的发病过程可分为三个阶段：

1.初期(病毒血症期)　突起高热，约39℃左右，周身不适，头痛、头昏，恶心、呕吐。小儿每有腹泻，并常见嗜睡或烦躁，颜面潮红，伴有咽部充血。脑膜刺激征及其它神经系统症状不明显，此期约1～2天。

2.极期　体温在1～2日内高达40℃以上，婴幼儿常有高热惊厥，严重者在1～2日内因高热致死。一般病例发热数日，出现半昏迷或昏迷，面、手、足抽痉，脑膜刺激征阳性，划足底征阳性，浅反射消失，深反射先亢进后消失，婴儿前囟常突起。

3.恢复期　一般在病后4～7天体温逐渐下降，其它症状逐渐消失，再经3～5天恢复正常。危险期多在1周以内，整个病程约1～2周。少数患者可维持低热达一月以上，重者可有神智不清，失语，痴呆，吞咽困难，角弓反张，眼球震颤，肢体痉挛或瘫痪等表现。这些表现经治疗后可在1～2个月内逐渐恢复正常，极少数患者因治疗不当或病情严重，在六个月后仍不能恢复，而成为后遗症。

诊　断

诊断本病的主要依据是：①流行季节，主要在7～9月份；②发病急，以高热、昏迷、抽搐、呼吸衰竭为主症；③检查时颈部有抵抗，屈颈抬腿和划足底征可为阳性；④白细胞增高，脑脊液压力升高。

预　防

1.大搞爱国卫生运动，加强对家畜家禽的卫生管理，消灭蚊子的孳生场所。

2.挂蚊帐，烟熏毒杀，进行防蚊灭蚊是预防本病的主要环节。

3.病人早期隔离治疗，直至症状消失为止。

4.预防接种：在流行季节前1～2个月，注射流行性乙型脑炎疫苗。

5.草药预防：乙脑流行期间，应开展群众性预防服药。

（1）大青叶(鲜)1两，加水二碗，煎至一碗，分三次服，连服5～7天。

（2）板蓝根1两，加水二碗煎至一碗，分三次饭后服，连服5～7天。

治　疗

1.辨证施治

（1）卫气型：发热，微恶寒，无汗或微汗，头痛，嗜睡或

烦闷，项强，苔薄白，脉浮数。治宜清热解毒。方用银翘散加大青叶、板蓝根。口渴者加天花粉、石斛；嗜睡加菖蒲、郁金；高热者加石膏、知母。

（2）气营型：高热不恶寒，头痛项强，口渴烦躁，神志模糊，时轻时重，阵发性抽搐，大便秘结或溏泻，苔黄腻，舌红绛，脉弦数或濡数。治宜清热凉血解毒。方用石膏知母汤或清营汤加减。高热神昏加紫雪丹；抽搐加地龙、全蝎；暑湿偏甚加藿香、佩兰、菖蒲、六一散。

（3）营血型：高热谵语，神昏抽搐或角弓反张，张口闭目，喉有痰声，气促肢冷，舌深红而干，脉细数或沉微欲绝。治宜清热凉血解毒，佐以开窍镇痉。方用清瘟败毒饮加减。深度昏迷者可加服至宝丹或安宫牛黄丸。

（4）阴虚邪恋型：低热不退，午后稍高，面红烦躁，手足拘急或震颤，舌红，脉细数。见于恢复期。治宜育阴清热。方用复脉汤加板蓝根、银花；手足颤动者加龟板，鳖甲、生牡蛎；肢体拘急者加红花、胆星、地龙、全蝎、白附子。

（5）痰瘀阻络型：神情呆钝不语，肢体瘫痪，面色苍白，苔腻脉细弱。见于恢复期或后遗症期。治宜益气化痰行瘀。方用补阳还五汤加减。

2.草药单方

（1）乙脑合剂、水牛角5钱，板蓝根1两，大青叶1两，贯仲1两，生石膏2两，七叶一枝花5钱，白花蛇舌草1两，勾藤1两，菊花1两，石菖蒲3钱。水煎服，每日一剂。

（2）大青叶2两，板蓝根1两，七叶一枝花1两，连翘1

两。水煎服，每日一剂。

3.对症治疗

（1）镇静、止痉：应使用冬眠疗法，氯丙嗪及异丙嗪各1～2毫克/公斤/次，每日4～6小时肌注一次，以度过疾病极期，如仍有惊厥者，可针刺人中、涌泉等穴。

（2）降温：可用酒精擦浴，温水擦浴；井水冷敷头部、腋部、腹股沟部；或针刺少商、曲池，十宣放血；或用复方氨基比林，小儿0·1毫升/公斤/次，肌注。

（3）兴奋呼吸中枢：用山梗菜碱3～6毫克或尼可刹米0·25克，肌注或静注。若呼吸暂停，即行人工呼吸。

4.后遗症治疗

（1）新针疗法

1.强直性瘫痪：

上肢：一组　安眠$_2$，臂臑，曲池透少海；

二组　安眠$_1$，养老，合谷透劳宫；

下肢：一组　大椎，环跳，阳陵泉透阴陵泉；

二组　肾俞，哑门，悬钟透三阴交；

2.失语：大椎，哑门，百会，上廉泉，安眠$_2$，翳明，神门，强音。

3.吞咽困难：天突，内庭，上廉泉，合谷。

4.面瘫：翳风，地仓、颊车、合谷。

5.震颤：大椎，安眠$_2$，手三里，间使，合谷，阳陵泉。

（2）功能锻炼：新针疗法外，配合功能锻炼，以促进气血运行，有助于功能的恢复。

疟　疾

疟疾俗称“打摆子”，是由疟原虫寄生人体所引起的传染病。临床上以周期性寒战，高热，出汗，脾肿大，贫血为特征。

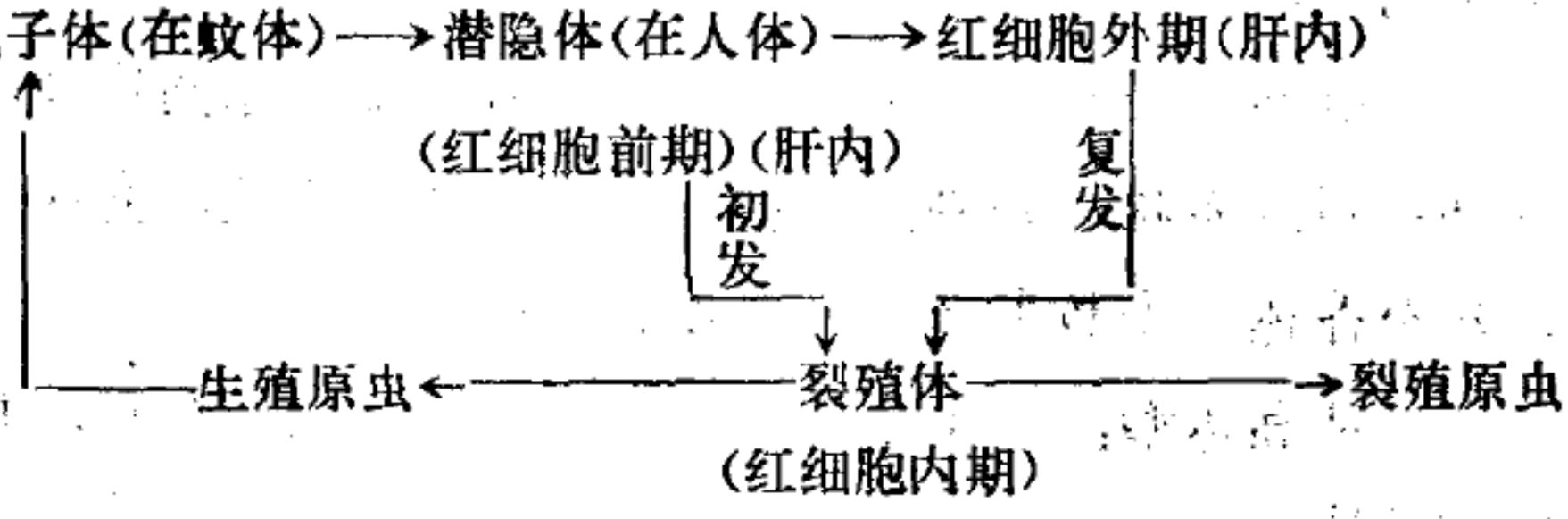
病因及流行特点

传染源是病人或带虫者，病原体是疟原虫。寄生于人体的疟原虫，主要有间日疟，三日疟，恶性疟三种。通过蚊子（按蚊）叮咬人而传播。当蚊子叮咬疟疾病人或带虫者时，疟原虫随血进入蚊体内经发育分裂成为孢子体。此种疟蚊再叮咬他人时，孢子体便进入人体，首先在肝细胞内分裂繁殖，产生大量潜隐体，称红细胞前期，此期没有症状。经红细胞前期繁殖后，肝细胞被胀破，潜隐体进入血循环，其中大部分进入红细胞内繁殖，裂解成裂殖体，称为红细胞内期；小部分潜隐体又侵入肝细胞继续裂体繁殖，形成新的潜隐体，称为红细胞外期。红细胞内期的疟原虫经分裂繁殖，最后使红细胞胀破而释出大量裂殖体，并再侵入新的红细胞，这样反复分裂繁殖，部分裂殖体在红细胞内增长发育为雌、雄疟原虫。

当红细胞破裂，裂殖体及其代谢产物同时进入血循环，而引起寒战，发热等症状。因各种疟原虫每繁殖一代所需要的时间长短不一，故各种疟疾发作的间歇时间不同。间日疟每隔48小时发作一次，三日疟每隔72小时发作一次，恶性疟则不规则，约为48小时发作二次。红细胞外期是疟疾复发的原因，恶性疟原虫，因很少有红细胞外期，故很少复发。

本病多流行于蚊子较多的夏秋季，7～9月为高峰，人群普遍易感，病后免疫力不巩固。

疟原虫生活史



临床表现

潜伏期一般约为7～14天。

1.典型发作 周期性，间歇性发作为其特点。可分为三个阶段：

（1）寒战期：先感寒冷，实际上此时体温已开始上升，随后全身寒战，口唇发绀，皮肤呈鸡皮状，脉搏细速，可持续30分钟到一小时。

（2）发热期：体温迅速上升，可达40℃；脸潮红，口渴，烦躁，头痛，甚至呕吐，脉搏快而有力，可持续2～4小时。

（3）出汗期：高热后病人全身大汗，体温骤降至正常，病人顿感轻快，但觉困倦无力，常因疲乏而安然入睡，历时2～4小时。

以上症状如不及时控制，可致黄疸，贫血，肝脾肿大。

2.恶性疟的凶险发作

恶性疟原虫在内脏毛细血管里发育繁殖，感染疟原虫的红细胞有自行凝集及附着于血管壁的倾向，结果毛细血管阻塞，引起组织缺氧，出血以至坏死。这是凶险发作的主要原因。常有以下两型：

（1）脑型：较常见，常在一般发作后出现。除高热外，有中枢神经系统症状，如剧烈头痛，呕吐，精神错乱，谵狂或惊厥，甚至昏迷。少数患者可有瘫痪和失语。

（2）过高热型：发作较急。体温突然升至42℃左右，并有谵狂和昏迷。

3.慢性疟疾 疟疾症状消失后，如治疗不彻底，体内可能仍有疟原虫存在，主要在肝细胞内，但也可能有少量疟原虫长期存在于血液中。如人体抗抗力日益提高，疟原虫即被全部消灭；一旦抵抗力降低，疟原虫又可大量增殖，出现复发。反复发作者，常出现明显脾大、贫血等。三日疟复发率最高；间日疟次之；恶性疟很少复发。

诊　断

曾在疟疾流行区居留过的人，有典型发作，并有贫血和脾肿大，即可诊断。取血能查见疟原虫则可确诊。可疑患者，试用足量氯喹啉治疗，如症状能迅速控制，亦可确诊。

预　防

1.加强卫生宣传教育，大力开展爱国卫生运动，防蚊灭蚊。

2.流行期间预防服药

(1) 乙氨嘧啶：每半月一次，1～3岁1～2片(每片6.25毫克)，4～6岁3片，7～12岁4片，13～15岁6片，16岁以上8片。1岁以内禁用。

(2) 草药：常山半斤，樟树叶半斤，桉树叶3两，煎水供10人服，每服二次。

3.冬春季节普查普治，积极开展休止期抗复发治疗。

治　疗

1.发作期治疗

(1) 氯喹啉加伯氨喹啉混合疗法

氯喹啉能杀灭各型疟原虫的裂殖体而迅速控制症状，能根治恶性疟，但对间日疟、三日疟必须加抗复发药才能根治。氯喹啉不良反应较少，一般可见恶心，头痛，头晕，耳鸣，皮肤搔痒等，停药后即可消失。偶有抑制心肌，发生心源性脑缺血综合症，甚至可引起死亡。

伯氨喹啉对红细胞外期的疟原虫有较强的杀灭作用，主要用于根治间日疟及三日疟。常见不良反应有头昏、乏力、恶心、呕吐、腹痛等，停药即可自行消失。但用量过大或少数敏感病人，可发生急性血管内溶血，而出现急性贫血、黄疸，紫绀。严重者应迅速采取输血、输液等抢救措施。

(2) 新针疗法

针太椎、间使、至阳、后溪、丘墟、阳陵泉。在发作前1～2小时进行。

疟疾发作期治疗及服药剂量表（疗程，八日疗法）

年龄	第1日		第2—3日		第4—8日	八日总片数	
	氯喹啉(片/日)	伯氨喹啉(片/日)	氯喹啉(片/日)	伯氨喹啉(片/日)	伯氨喹啉(片/日)	氯喹啉(片数)	伯氨喹啉(片数)
	0.25克/片	13.2毫克/片	0.25克/片	13.2毫克/片	13.2毫克/片	0.25克/片	13.2毫克/片
成人剂量	4片	3片	2片	3片	3片	8片	24片
1岁以内	1/2片	忌用	1/4片	忌用	忌用	1片	忌用
1—3岁	1片	1/2片	1/2片	1/2片	1/2片	2片	4片
4—6岁	1 1/2片	1片	3/4片	1片	1片	3片	8片
7—12岁	2片	1 1/2片	1片	1 1/2片	1 1/2片	4片	12片
13—15岁	3片	2片	1 1/2片	2片	2片	6片	16片

(3) 草药单方

1.马鞭草(干) 1～2两，水煎服，发作前后1～2小时各服一次。

2.豨莶草(干) 1两，煎水，每天一剂，连服三天。

2.休止期治疗

为控制传染源，对两年来曾患疟疾的患者，于11月至次年2月期间再服药一疗程。此时，由于无症状，所以用乙氧嘧啶代替氯喹啉。乙氨嘧啶对各型疟原虫的红细胞前期均有效，为目前较好的病因性预防药，一般无不良反应，因此药有香甜味，儿童可因误服中毒而发生恶心、呕吐、发热、发绀、惊厥、甚至死亡，应立即洗胃输液，给巴比妥类药治疗。

疟疾休止期治疗药物的疗程与剂量表

药物剂量 / 年龄	第一日		第二日		第三至八日
	乙氨嘧啶（片）	伯氨喹啉（片）	乙氨嘧啶（片）	伯氨喹啉（片）	伯氨喹啉（片）
1—3岁	1—2	$\frac{1}{2}$	1—2	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$
4—6岁	3	1	3	1	1
7—12岁	4	$1\frac{1}{2}$	4	$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$
13—15岁	6	2	6	2	2
16岁以上	8	3	8	3	3

注：乙氨嘧啶和伯氨喹啉都是每日服药一次。乙氨嘧啶每片6.25毫克，伯氨喹啉每片为13.2毫克。1岁以内忌服乙氨嘧啶和伯氨喹啉，只服氯喹啉，每次$\frac{1}{4}$片，每日一次，连服4日。

丝虫病

丝虫病是由丝虫寄生在人体淋巴系统内所引起的寄生虫病。

病因及流行特点

丝虫生活史（图18—1），包括在蚊体和在人体两个阶段。丝虫有斑氏丝虫和马来丝虫两种，都寄生在人体淋巴系统。传染源主要是病人及带丝虫者，通过蚊子吸血传播，人群普通易感。

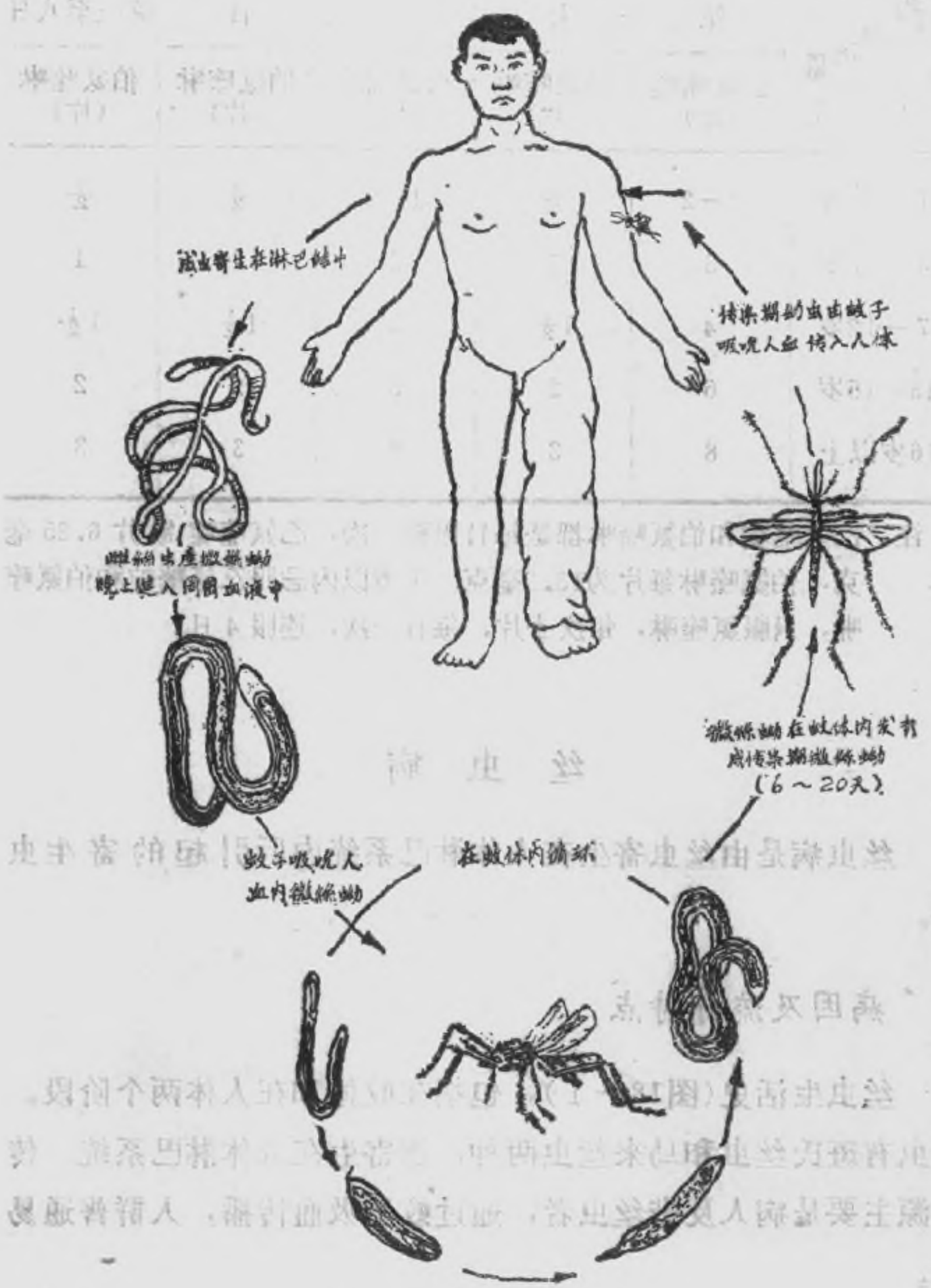

成虫寄生在淋巴结中
转染期幼虫由蚊子
吸吮人血传入人体
雌雄虫产微丝蚴
晚上进入周围血液中
蚊子吸吮人
血内微丝蚴
在蚊体内发育
成传染期微丝蚴
(6～20天)
在蚊体内循环

图18—1　丝虫生活史

丝虫成虫主要寄生于较大的淋巴管，雌雄交配后，雌虫胎生微丝蚴。幼虫长而细，随淋巴进入血循环，寄生在内脏毛细血管中，以肺内最多。当人睡眠时，内脏毛细血管扩张，微丝蚴从内脏游到周围血中，故此时（夜间十时至次晨2时）易于在耳垂或手指取血涂片，查到微丝蚴。蚊子夜间咬人时将此蚴吸入蚊胃，在蚊体内6～20天，脱皮发育成感染性蚴虫，当蚊再咬人时传染给人，侵入淋巴系统，经一年左右又胎生微丝蚴。

当幼虫经过淋巴结时，出现淋巴结炎，多次反复感染后，淋巴结内有瘢痕形成，成虫寄生在淋巴管中，常因刺激而使淋巴管壁增厚。这样，由于淋巴结和淋巴管的流通受阻而产生乳糜尿、乳糜腹水及鞘膜乳糜积液。滞留皮下的淋巴液，由于液内所含的高量胆固醇对组织的刺激，而引起结缔组织增生，最后出现象皮肿。

临床表现 .

潜伏期一般为8～12个月。症状轻重不一，流行区半数以上的丝虫感染者无症状，但反复感染者大多有症状。

1.急性期症状 是由于幼虫和成虫的代谢产物所引起的全身和局部过敏反应。主要有四肢、副睾、精索、睾丸的淋巴管炎淋巴结炎。常呈周期性发作，每年发作1～2次，也有一月左右发作一次的。疲劳，下水，走路过多等是发作的诱因。发作时，大都有发热，体温在38℃～39℃左右。局部淋巴结肿大、压痛，淋巴管也呈肿胀压痛，出现自上而下的红线（与细菌性淋巴管炎延伸的方向相反），民间俗称“流火”。此外还可有荨麻

疹，血管神经性水肿，少数还可出现支气管哮喘。

2.慢性期症状

（1）淋巴管曲张：淋巴管曲张常见于大腿内侧、精索和阴囊。当腹股沟淋巴管阻塞，其周围淋巴管因不能将淋巴液汇流入淋巴结而引起曲张，形成局部肿块。

（2）鞘膜积液：积液比较多时，阴囊体质增大，阴囊皱褶消失，阴茎内缩，但无压痛。

（3）乳糜尿：虫体或其所致炎性病变引起胸腹腔淋巴管道阻塞而产生，尿呈白色或米汤样，静置后分成三层：上层为脂肪，中层为较清的液体，下层为红色沉淀。多在活动或进食较多脂肪后发作，常伴腰、腹痛。

（4）象皮肿：为晚期丝虫病常见症状。多发生于下肢和阴囊，亦可见于上肢或乳房，是因肢体淋巴管长期阻塞和反复细菌感染而引起。表现为皮下组织增厚，皮肤表面粗糙、发硬，并有桑子状增生组织。

诊　断

在丝虫病流行区居留过，并有自上而下的淋巴管炎，或淋巴阻塞体征，则应考虑丝虫病。若于夜间十时至夜间二时，从病人耳垂或指端取血涂片检查，微丝蚴阳性者，即可诊断。病人早期或晚期的血中不易查到微丝蚴，可服海群生0.1克，15～30分钟后再查血较易发现。鞘膜积液和乳糜尿中也可查到微丝蚴。

预　防

1.在流行区进行普查普治，以冬春农闲季节为好。

2.大搞爱国卫生运动，防蚊、灭蚊。

治　疗

1.一般治疗　急性期卧床休息。有象皮肿者应保护皮肤清洁，严重者可手术。有继发感染者用磺胺药或青霉素。

2.驱虫治疗　海群生对丝虫成虫、幼虫均有疗效，服药后能使微丝蚴迅速集中到肝脏，被吞噬细胞吞噬和消灭。对成虫的作用较弱而慢，用药数天后，才能在淋巴系统中被包围和消灭。一般常用七日疗法和三日疗法，大规模普治时也可用一日或二日疗法。海群生制剂每片50毫克。

（1）七日疗法：每日三次，每次200毫克，连服七日。

（2）一日疗法：一日四次，每次400毫克。

（3）二日疗法：每日二次，每次500毫克。

（4）三日疗法：每日三次，每次400毫克。

（5）小儿用海群生，10毫克/公斤/日，分三次服，连服10天。

由于服海群生后，大量微丝蚴被杀死，可产生过敏反应，常见的反应为发热、头痛、乏力，恶心呕吐、皮疹、过敏性水肿以及肌肉、关节酸痛等。一般在3～4天内消失和缓解；个别持续时间稍长，可采取对症治疗，无需停药。当丝虫病人患有下列疾病，则暂缓使用海群生：①活动性肺结核；②急性传染病；③严重心、肝、肾疾患；④妊娠在三个月以内及八个月

以上者；⑤经期妇女。

3.草药单方

（1）马鞭草6钱，苏叶5钱，青蒿4钱，水煎分二次饭前服，7～10天为一疗程。适用于微丝蚴阳性而无体征者。

（2）荠菜花、连钱草、野菊花全草、木贼草各1两，车前草2两，每日一剂，分二次服，适用于乳糜尿。

流行性出血热

流行性出血热是一种自然疫源性疾病。病人以发热、出血和肾损害为特征。病死率较高。目前对本病的认识还未完全清楚，有待进一步研究，积极防治。

病因及流行特点

病原体很可能是一种病毒。传染源主要是野鼠，一般认为疾病在野鼠中经螨等昆虫传播。受感染的螨咬人时即传染给人，发病季节以10～12月为高峰，4～6月可有少量病例发生。发病地区多在新开垦的农田或未开垦的草源，潮沼地区，森林，特别是墓地或陈旧性建筑物所在地。我省流行于黔阳山区一带。患者多为青壮年劳力。本病的基本病理变化是全身小动脉和毛细血管的广泛性损害，而致皮肤粘膜充血、水肿及各种出血现象，易发生休克、尿毒症、肺水肿而导致死亡。

临床表现

潜伏期：约二周左右。典型经过可分五期

1.发热期 起病急，突然寒战，高热，常伴有消化道或呼吸道前驱症状。热型多为弛张热，亦可呈稽留热或不规则热型发热一般持续3～6天，发热期中可伴特殊中毒症状：颜面潮红，眼结合膜充血、出血、水肿，表情迟钝，如酒醉状，全身皮肤可见瘀点、紫癜，或鼻衄、咯血、呕血、血尿，便血等。退热后症状反加重，是本病的特点。

2.休克期 部分患者在退热时（多在病后五天）血压下降，轻者为暂时性血压下降，数小时恢复；重者血压测不出，四肢冰冷，烦躁，脉数而微弱或扪不清，持续时间久则病情愈重。

3.少尿期 多发生第六日左右，此时血压大多升高，但由于血液浓缩及低血压期肾血循环障碍而尿量明显减少，有的每次排尿仅数滴（往往为血尿），甚至发生尿闭及尿毒症。此期出血现象亦可加剧。

4.多尿期 少尿期经3～7天后，可进入多尿期。此期患者尿量增加，排尿次数增多，一般症状减轻，但病人可因大量排尿而引起严重失水及电解质紊乱而再发生休克。此期一般持续三天至三周。

5.恢复期 一般自病后第四周开始，一般情况逐渐好转，尿量恢复正常，部分病人复恢较慢，残留多尿症可达一至三月左右。

诊 断

主要依靠流行地区性，季节性及急起发热、出血、肾损害等，配合尿液检查（尿中有大量蛋白，红细胞及管型），即可作

出诊断。

鉴别诊断

1.钩端螺旋体病 多发于秋收季节，腓肠肌压痛明显，很少有休克，可有黄疸，尿中蛋白较少。

2.流脑败血症型 流行于冬春季节，脑膜刺激征阳性，脑脊液为化脓性改变。

3.血液病 起病多较缓，尿的变化不明显，可根据血象及骨髓象鉴别。

4.肾脏病 多无出血现象。

预 防

大搞爱国卫生运动，防鼠灭鼠，灭螨，如喷洒二二三、六六六杀螨；进入流行区时做好个人预防，将领、袖、裤口扎紧，防止螨类叮咬。

治 疗

早期治疗是降低病死率的关键。目前尚无特殊疗法，必须中西医结合治疗。

1.发热期 卧床休息，流汁饮食，多饮水，避免用退热剂，以免促使休克发生。可口服强的松10毫克，每日3～4次，或用氢化考的松100～300毫克/日加入5～10%葡萄糖液中静滴。应用维生素C、K等止血剂止血，严重出血者加用抗血纤溶芳酸250～500毫克或6—氨基已酸4～6克，或止血敏10克，加

入5～10%葡萄糖液中静滴，每日二次。必要时输血。

中药治疗：表热者，宜辛凉解表，方用银翅散加减。里热者，宜清热解毒，方用清瘟败毒饮加减。

2.休克期 及时发现和抢救休克是治疗本病的关键之一。

中草药治疗：邪实正虚（热盛灼阴）者，用石膏知母汤加人参。体虚者用独参汤。

3.少尿期 主要纠正水和电解质平衡失调，但补液不宜过多，防止肺水肿、心力衰竭、脑水肿等。饮食以低蛋白、低钾、低盐为宜。尿闭时，肾区热敷，针刺疗法和使用利尿剂等。

中药治疗：宜清热解毒利尿，用黄芩滑石汤加减。

4.多尿期 应充分补液，口服氯化钾，防止脱水或低血钾。

中药治疗：此期多属肾虚，故宜补肾，用附桂地黄汤加减。

5.恢复期 多有气血亏损，宜补益气血。用十全大补汤或人参养营汤加减。

6.草药单方 雪见草、鲜抱石莲，乌韭、红孩儿各1两，鲜大青、鲜半边莲各2两，海金砂、鲜锦鸡儿根、十大功劳、车前子、夏枯草各5钱，水煎服，每日一剂。出血重者加白茅根5两或白茅5钱；低血压期去夏枯草；多尿期去车前子、海金砂。

第五节 经皮肤传染病

血 吸 虫 病

血吸虫病是严重危害人民健康的一种经皮肤传染的寄生虫

病。解放前，由于国民党反动派的残酷剥削和压迫，民不聊生，使成千上万的贫下中农染上了血吸虫病得不到治疗，造成了“**千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌**”的悲惨景象。解放后，在伟大领袖毛主席和共产党的英明领导下，血吸虫病的防治工作取得了很大的成绩，一九五八年江西余江县人民首先消灭了血吸虫病，毛主席的光辉诗篇《送瘟神》两首，给全国人民极大的鼓舞，为全面消灭血吸虫病指明了方向。无产阶级文化大革命后，毛主席革命路线更加深入人心，血防工作节节胜利，目前全国已有数十个县、市提前消灭血吸虫病。我们必须乘胜前进，为彻底消灭血吸虫病而奋斗。

病因及流行特点

血吸虫病是由于血吸虫寄生在人体门静脉系统所造成的一种疾病。血吸虫产的卵穿破肠粘膜入肠腔随病人或受染的牛、马、猪、鼠等动物粪便排出体外，在水中孵化成毛蚴（图18—2）。毛蚴仅能生存2～3天，如此时钻进中间宿主钉螺内，经7～8周就发育成具有感染性的尾蚴，尾蚴在水面游动，遇到人或哺乳动物，即经皮肤粘膜进入人体内，随血流到肝脏和肠系膜静脉内生长发育。从感染到雌虫排卵，一般约需4～6周。虫卵一部分循血流到肝脏，一部分沉积在肠壁，由于虫卵及其毒素的刺激，在局部形成嗜酸性细胞脓肿，以后可逐渐形成纤维结缔组织增生，因而发生痢疾症状、肝硬变等。此外，虫卵并能积存在脑与肺而使脑与肺亦产生病变。如在童年期即反复感染。常引起垂体前叶功能减退，而形成侏儒症。

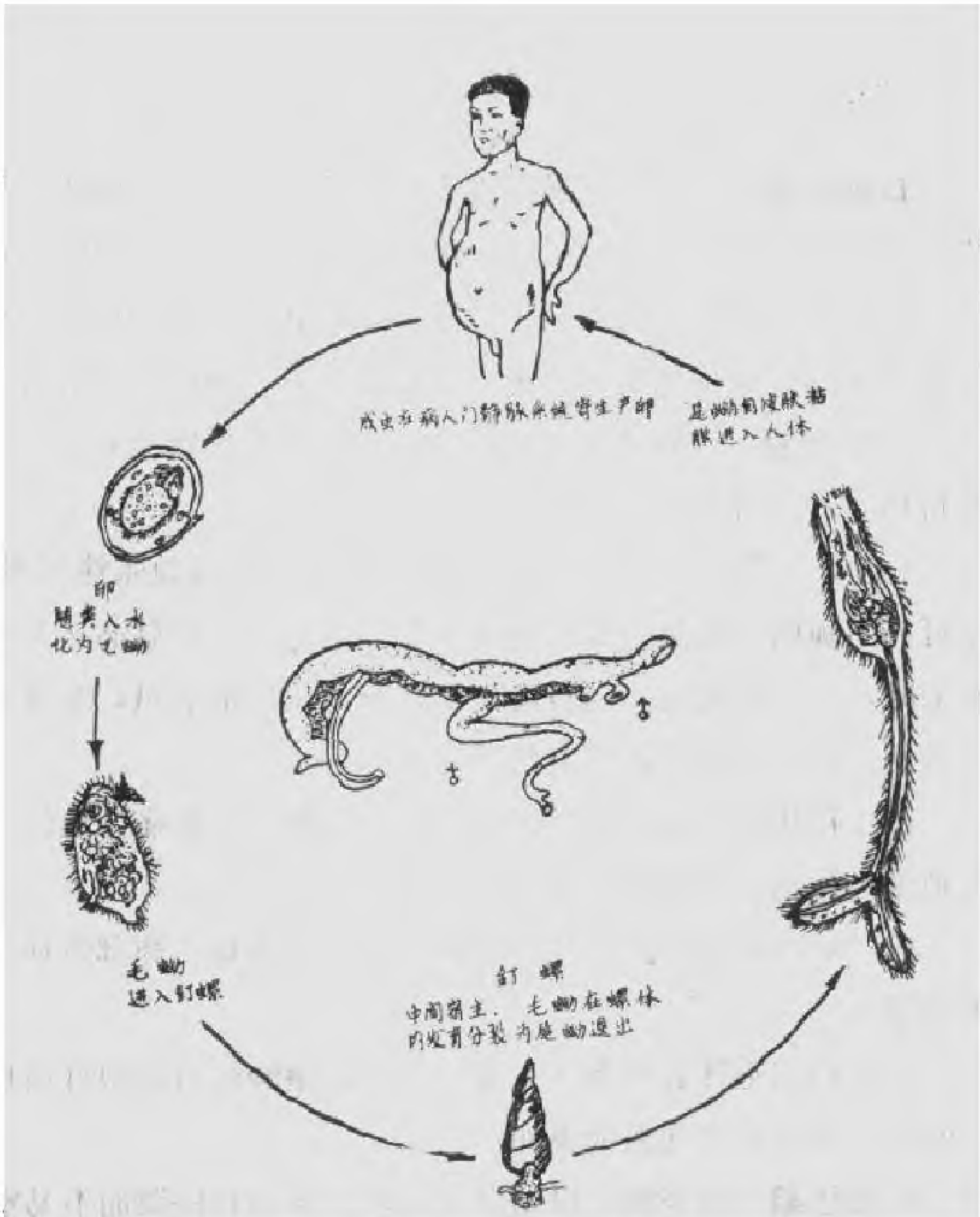


图18—2　血吸虫生活史

本病主要流行长江中下游两岸，洞庭湖地区为流行最剧地区之一，全国有十三个省市流行。人群普遍易感，夏秋季感染率最高。

临床表现

1.侵袭期 相当于尾蚴侵入人体到成虫产卵前的阶段。尾蚴侵入皮肤，局部出现小红点，继为丘疹，奇痒，叫尾蚴性皮炎。此外，尚有低热、咳嗽、荨麻疹等症状，可能与血吸虫的尾蚴及童虫机械损害及其代谢产物引起的异性蛋白反应有关。

2.急性期 一般发生在初次感染或大量再次感染的人。感染后15～90天可出现如下症状。

（1）起病急，有畏寒、发热，热型以间歇热或弛张热居多，也可有不规则的低热，可持续1～2月或更长。体温高达39～40℃时，可出现谵妄，表情淡漠等，夜间出汗后热退，症状随之缓解。此外，尚可有荨麻疹。

（2）消化道症状：食欲不振，恶心，呕吐，腹痛，腹泻，大便常有脓血。肝脾肿大等。

（3）呼吸道症状：咳嗽最常见，少数有血痰。肺部体征多不明显。

（4）白细胞计数可增至1万～5万，嗜酸性白细胞可达10～90%。粪中可发现血吸虫卵。

3.慢性期 轻型感染以始终无症状，或症状轻微而不易察觉，仅在粪检时发现。一般可有不同程度的腹泻、脓血便，以致消瘦、贫血、劳动力减退；肝脾肿大，嗜酸性白细胞多高于正常；粪便中可找到血吸虫卵。

4.晚期 其病变基础是血吸虫病肝硬化，以门静脉高压症为特征。依照其主要症状可分为腹水型、大脾型、侏儒症。

诊　断

根据疫水接触史，尾蚴皮炎、腹泻、肝脾肿大可初步诊断。大便涂片找到血吸虫卵或浓缩孵化查到毛蚴即可确诊。

预　防

应采取综合措施，坚持反复斗争。

1.灭螺　钉螺是血吸虫的中间宿主，因此，灭螺是预防血吸虫病的重要环节。

（1）生活习性：钉螺生活在温暖、阴暗、潮湿、杂草丛生的地方，或河、沟、湖等处。幼螺生活在水中，成螺则主要在陆上。

（2）杀灭方法

1.查清螺情：必须有计划有步骤地由近到远，由点到面地进行，以达到全面查清钉螺的分布。在水流缓慢或水草多的地方钉螺密度高。钉螺活动范围随水位上下移动，在水岸交界处密度较高。钉螺经常出没于土表及土内，在土内以冬季为最多，深度可达14厘米，其他季节约6厘米。全年平均有10～15%的钉螺在水线下1～2市尺以内。

2.灭螺：灭螺主要方法是筑坝围垦（开垦头两年，提倡种旱地作物）。还可用铲草皮积肥，开新沟填旧沟的土埋法，蓄水灭螺或火烧等。药物灭螺以天气较暖（20℃以上）时进行效果较好，可用五氯酚钠（每平方米面积用5～10克，每立方米水体积用10～20克）、亚砷酸钙或砷酸钙（每平方米面积用5～10克，制成悬剂喷洒）、生石灰、茶子饼粉等。野生植物如闹羊花、枫

杨叶、辣蓼、号筒梗、石榴树叶、黄藤等也有一定灭螺效果。

（2）管水管粪　要提倡打水井，保护好水源。粪便要无害化，取缔河边厕所，严禁在河边洗马桶等。

（3）普查普治病人。

（4）个体防护　不到疫水中游泳、洗衣等，接触疫水时，皮肤涂擦防蚴剂（15～30%邻苯二甲酸二丁酯乳剂，20%松香酒精，每4小时一次），或使用防护工具如塑料或橡胶防护裤、桐油布裤等。此外，还可改革生产工具和操作方法。

治　疗

1.一般治疗

（1）急性发热病人或酒石酸锑钾治疗期间应卧床休息，平时避免劳累。饮食富于营养，易消化。必要时，静脉输液，补充维生素B_1、C。

（2）密切观察酒石酸锑钾及其他特效治疗的反应，早期发现及时处理。

（3）大规模集体治疗时，要做好病人的思想及组织工作。

2.慢性期的治疗　以锑剂治疗为主。锑剂能干扰血吸虫代谢，使虫体肌麻痹，吸盘丧失功能，不能吸附于门静脉血管壁，而随血流冲入肝脏，被吞噬细胞所吞噬。

（1）1%酒石酸锑钾静脉注射(0.1/10毫升)。

1.三日疗法：适用于体质较好，而无明显合并症者。总剂量12毫克/公斤，但总量不超过0.7克，分6～7次，每日上、下午各静脉注射一次，每次不超过0.1克。

2.二十日疗法：适用于体质较差的病例。总剂量为25毫克/公斤，但总量不超过1.5克，分20次，每日静脉注射一次。由于治疗反应在疗程中期较重，末期因产生耐受性，反应较轻。所以一般开始治疗用量少（每次40～60毫克），如无反应可于2～3天后，加至60～80毫克。

3.锑剂治疗的毒性反应

一般反应：当注射速度过快时，可引起咳嗽，应减慢注射速度。当锑剂漏出血管时，可引起局部剧痛，甚至组织坏死，万一漏出可用生理盐水局部注射，以稀释药液；或以0.25～0.5%普鲁卡因局部封闭；或用95%酒精湿敷。常于注射后1～2小时，出现胃肠道症状（食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻）。此外，尚有头痛、关节痛、皮疹等，可对症治疗。

当出现下列严重反应时，应立即终止注射，并作紧急处理。

中毒性肝炎：表现为频繁恶心、呕吐、肝区痛和黄疸。

急性心原性脑缺血综合症：多发生在治疗后期或治疗结束后1～7日内，表现为心动过缓、心律不齐，继而出现意识障碍、抽搐、心搏和呼吸暂停。此时必须及时抢救，可立即静注阿托品1～2毫克。

为了防止并及早发现锑剂毒性反应，在治疗前应对病人做好思想工作，每次注射前，应了解病人的反应，测体温、脉搏、血压，检查心脏及观察有无黄疸等，及时处理，必要时停针观察，如体温超过37.5℃，血压下降，心率过缓或心率增至100次以上，应暂停注射。

（2）没食子酸锑钠（锑273）：是一种口服锑剂，一般用“中

速片”，10天疗法，总剂量350毫克/公斤。第一天服“适应片”（含锑—273极少，10～20毫克/片）3～4次，以减轻初服时胃肠道反应。

（3）血防—846（六氨对位二甲苯）：是我国首先用于治疗血吸虫病的一种非锑剂口服药品，对血吸虫病有肯定的疗效。80毫克/公斤/日，连用7～10天。本药可有恶心，呕吐、头昏、头痛。少数病人可有精神症状及肝功能损害等副作用。

3.急性期治疗 需先退热，改善全身情况后，再予锑剂长程治疗。

（1）呋喃丙胺（F30066）：对控制发热效果良好，但杀虫疗效不满意，每日2～3克（儿童60毫克/公斤/日），分3～4次服，开始1～2日剂量可减半。疗程2周。

（2）激素：高热及中毒症状严重者用。氢化考的松静滴，或强的松口服，体温下降后逐步减量，使用时间不宜过长。

（3）保泰松或阿斯匹林：能退热，一般在服呋喃丙胺退热不理想时合并使用。

4.晚期治疗

（1）门脉高压症：常需在药物治疗基础上施行手术。

（2）腹水型：应积极采用支持疗法，改善全身情况，消除腹水，待病情好转后，再考虑病原治疗。

5.草药单方

（1）南瓜子粉，成人每次80克，每日三次，连服1～2周。

（2）枫杨叶1斤或干叶半斤，加水2斤，煮沸10～15分钟，分早晚两次服，一般20天为一疗程。孕妇忌服。

（3）半边莲1～2两，水煎服，每日一剂，7天为一疗程，用于急性期发热或慢性有腹水的病人。

钩端螺旋体病

钩端螺旋体病是由钩端螺旋体引起的急性传染病。俗称“稻热病”。

病因及流行特点

钩端螺旋体包括很多型别。对酸、漂白粉及一般消毒剂敏感，短时间即被杀灭。

传染源主要是受感染的鼠及病畜（猪、牛、羊、犬等），病人也可成为传染源。病源体随尿排出通过污染的水、土、食物等，可经皮肤和粘膜侵入人体而感染(图18—3)。本病多发生

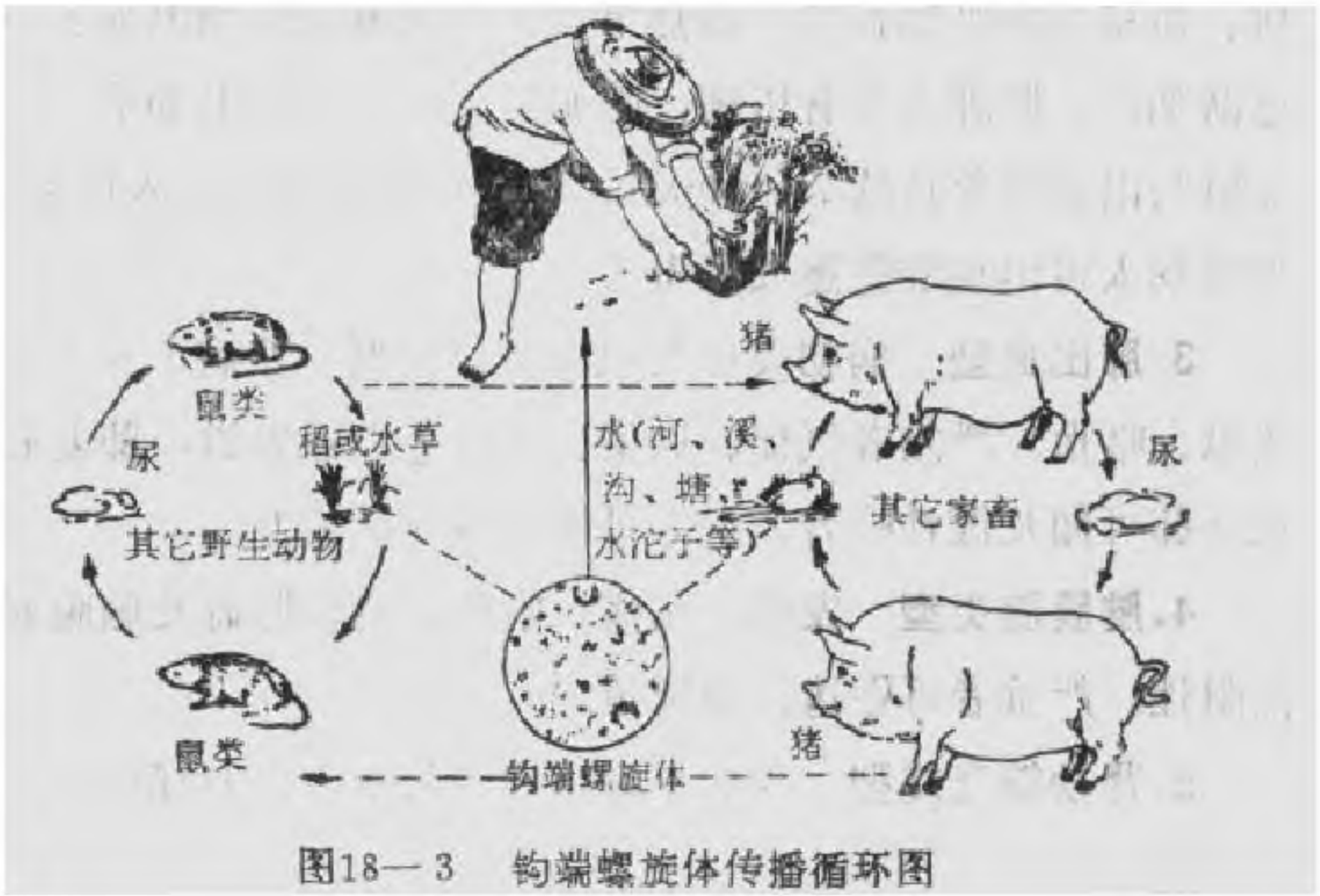


图18—3　钩端螺旋体传播循环图

在夏秋季节(6～11月)。人类普遍易感，但以青壮年为多。病后可获得较巩固的免疫。

病原体侵入人体后，首先引起败血症，继而损害肝、肾、毛细血管、肌肉等，引起一系列临床病象。

临床表现

潜伏期约10日左右，按临床主要病象可分以下几型

1.流感伤寒型 流行期以此型最多见。急起畏寒发热，头痛，全身肌肉痛，腓肠肌痛最剧，眼结合膜及咽部充血，扁桃体肿大及咳嗽等上呼吸道感染症状。少数有呕吐、腹痛、腋下及腹股沟淋巴结肿大等。病程约一周左右。

2.黄疸出血型 比流感伤寒型为重。除上述症状外，常见广泛出血现象，鼻衄、痰中带血、皮肤粘膜出血点或瘀斑、便血、血尿或内脏出血等。高热第4～5天或退热期出现黄疸，逐渐加深，肝肿大并有压痛，脾亦肿大，出血现象加重。一般黄疸与出血现象持续7～10天后，症状逐渐减轻而进入恢复期。少数病人可出现肝昏迷或尿毒症。

3.肺出血型 病初表现类似流感伤寒型。发病1～2天即咳嗽、咯血。严重者气促、胸闷、面色苍白或发绀，肺基底部或全肺可闻及湿性啰音。病人可因大咯血而窒息。

4.脑膜脑炎型 发热、头痛、呕吐、意识障碍及脑膜刺激征阳性。严重者可昏迷、惊厥等。

5.肾功能衰竭型 少数患者可出现尿少、尿闭及酸中毒等。

诊　断

在流行区和流行季节，病前10天左右有疫水接触史，结合急起高热、头痛、腓肠肌痛、黄疸、出血、肾损害等表现即可诊断。必要时作血尿化验，白细胞计数及中性增高，尿中有蛋白、管型。于起病第二、三周分别取血、尿用暗视野显微镜可看见螺旋体。

鉴别诊断

1.流感：传播快，流行广，无疫水接触史。白细胞总数正常或偏低。

2.急性黄疸型传染性肝炎：起病缓慢，消化道症状明显，无全身肌痛，白细胞总数正常或偏低。

此外，还应与伤寒、脑膜炎、肾炎等进行鉴别。

预防

1.大力开展爱国卫生运动，灭鼠、防鼠，保护水源，严防家畜尿直接污染水源。

2.在收割前，尽可能把稻田积水排干，暴晒2～3天。若不能排干，也可用1%生石灰消毒。

3.易感者注射钩端螺旋体疫苗。

4.隔离患者至症状消失，病人的小便用5%漂白粉溶液、生石灰进行消毒。

5.预防服药：银花1两，连翘1两，白茅根2两，黄芩6

钱、藿香4钱，水煎服，每日一剂。

治　疗

1.卧床休息，多饮水，给易消化营养饮食，必要时进行输液并给大量维生素B、C，以保护肝、肾功能。有出血者用维生素C、维生素K及安络血等止血药。

2.青霉素为首选药物。一般120～160万单位/日，分次肌注，首次剂量宜小（5～10万单位），以免引起休克反应。另外用金霉素、四环素类也均有效，每日2～3克。病情重者可联合用药，疗程一周左右。对重度黄疸、出血者可加用肾上腺皮质激素。

3.草药单方

（1）土茯苓2～5两，甘草3钱，水煎服。

（2）大青叶1两，加水500毫升，煎至50毫升，一次服完。每日4～8次。对脑膜脑炎型和流感伤寒型有效。

（3）九里光、金银花各1两，水煎服，或制成注射液肌注。

4.新针疗法对本病也有一定疗效。取穴大椎、曲池、合谷为一组；委中（刺血）、内关、三阴交为另一组。每日一次，两组轮流针刺。并可随症加选有关穴位。

狂　犬　病

狂犬病又名恐水病，由狂犬病毒侵犯中枢神经系统所致的急性传染病。主要表现为高度兴奋，恐水，流涎，肌肉痉挛和瘫痪等。病死率高。

病因及流行特点

狂犬病毒耐寒不耐热，易被阳光及一般消毒剂杀灭。传染源主要是病犬，其次是病猫。患病动物的唾液中含病毒较多。病毒侵入人体，主要是被患病动物咬伤，或由于皮肤粘膜破损处与染毒唾液接触而感染。

临床表现

潜伏期一般30～60天。病程分为三期

1.前驱期 患者感疲乏，全身不适，恶心、食欲不振，微热，随之对痛、风、光、声等刺激过敏，而发生喉部紧缩感。已愈的伤口可有痛、痒、麻木，四肢有蚁爬感。此期约数小时至48小时。

2.兴奋期 体温高达38～40℃。患者惊恐不安，烦躁异常，对外界各种刺激特别敏感，甚至微风或轻触，亦可引起吞咽肌及辅助呼吸肌的严重痉挛，而发生吞咽及呼吸困难。严重者全身抽搐，咽喉痉挛时，可产生怪声或失音。偶有精神失常，幻听、幻视等。神志则始终清楚，绝少咬人行为。

恐水现象是本病的特点。闻流水声，见水或仅提及饮水问题，都可引起咽喉痉挛，患者饮水后不能下咽，口流涎液，或向四周乱喷。每次痉挛发作后大量出汗。本期约1～3日。

3.麻痹期 患者渐趋安静，痉挛停止，出现各种瘫痪，此时肌肉松弛，感觉消退，反射消失，瞳孔放大，迅速因呼吸及心力衰竭而死亡。此期约6～18小时。

诊　断

根据有狂犬咬伤史及其典型的临床表现，可以作出诊断。

预　防

狂犬病是一种严重危及生命的疾病，但也是一种完全可以预防的疾病，应该把预防工作放在首位。

1.消灭野犬，加强对家犬的管理，避免动物咬伤。狂犬病流行期间，应禁止养犬。狂犬捕杀后要用火烧。

2.狂犬的识别：发病突起，表现可有不安，发怒，强烈震颤，乱跑乱叫，乱咬，垂尾滴涎，直向前行，吞咽困难，多在病后 6 ～ 8 天内死亡。在发病前数日即有传染性。

3.被犬或其他动物咬伤的处理

（1）尽可能确定咬人动物是否患狂犬病，咬人的犬要设法捕捉，隔离观察14日。如14日后该动物仍健康，则可认为不是狂犬。

（2）伤口处理：应立即针刺出血或用火罐拔毒。如疑是狂犬咬伤，应尽早用20%肥皂水彻底冲洗，继用浓硫酸、硝酸或石碳酸烧灼，再用95%酒精中和或生理盐水冲洗，必要时进行扩创。

（3）狂犬疫菌注射，约经 3 周产生免疫力。

1.指征：有下列情况之一者，应进行预防注射。

咬人动物失踪或被当场捕杀，未进行观察者。

伤口深而大，或伤及头额部者。

确为狂犬咬伤、抓伤者。

疑及被狂犬抓伤或咬伤的儿童。

2.方法：每日2毫升，按日在腹壁四处（右上、右下，左上、左下）交替作皮下注射，共14～21针。如咬伤严重者，可前7天每日注射2次，后7天每日一次。

治　疗

主要是对症治疗，设法减轻病人痛苦。绝对卧床休息。尽量减少外界刺激，给予大剂量镇静剂，抗痉剂及输液等，但禁用吗啡。

单方：

1.癫狗咬毒汤：桃仁7个(去皮尖)，地鳖虫7个（去足，酒醉死)，大黄3钱，共研细末，加白蜜3两，陈酒一碗煎，连滓服。

2.斑蝥7个(陈土炒，去头足)，木鳖子3个(切片)，刘寄奴5钱，大黄5钱，茯苓5钱，麝香1分，研末，每次3钱，黄酒送下。

第六节　肠寄生虫病

蛔　虫　病

蛔虫病是小儿最常见的肠道寄生虫病。成人感染者也多，但以农村小儿感染率更高。多数患者无明显症状，但有时可以

引起严重的并发症如蛔虫性肠梗阻，胆道蛔虫等。

病　因

蛔虫寄生在人体小肠内，雌雄交配产卵。虫卵随粪便排出，潮湿、温暖的泥土中，经17～20天，发育成含幼虫的感染性虫卵，这种虫卵通过污染的手、食物经口进入消化道、小肠几小时内孵出幼虫，钻进肠壁，经肠系膜静脉或淋巴管至右心，再经肺动脉到达肺部至毛细血管，穿破血管进入肺泡。几天后沿支气管上行至咽部，随吞咽再经食道，胃到达小肠，发育为成虫(图18— 4)。从吞食感染性虫卵至成虫产卵约需60～75天。

临床表现

少量蛔虫寄生于人体，可不产生症状或仅表现为轻度腹痛。蛔虫数量较多时，则经常出现上腹或脐周的阵发性绞痛。部分患者并伴有恶心、呕吐等症状及吐出蛔虫或拉出蛔虫。儿童常可出现夜间吵闹不安、磨牙、甚而抽筋等。部分儿童尚可因长期蛔虫寄生而出现营养不良、面黄肌瘦及衰弱无力等症状。

如果有饮食不当，发热或其他刺激因素，寄生于肠内的蛔虫可以乱窜乱动，常扭结成团而并发蛔虫性肠梗阻，或向上窜入胆道，引起胆道蛔虫症。

诊　断

根据常有脐周阵发性疼痛，面部虫斑(白斑)有呕虫、扪虫史或粪检发现虫卵即可确诊。

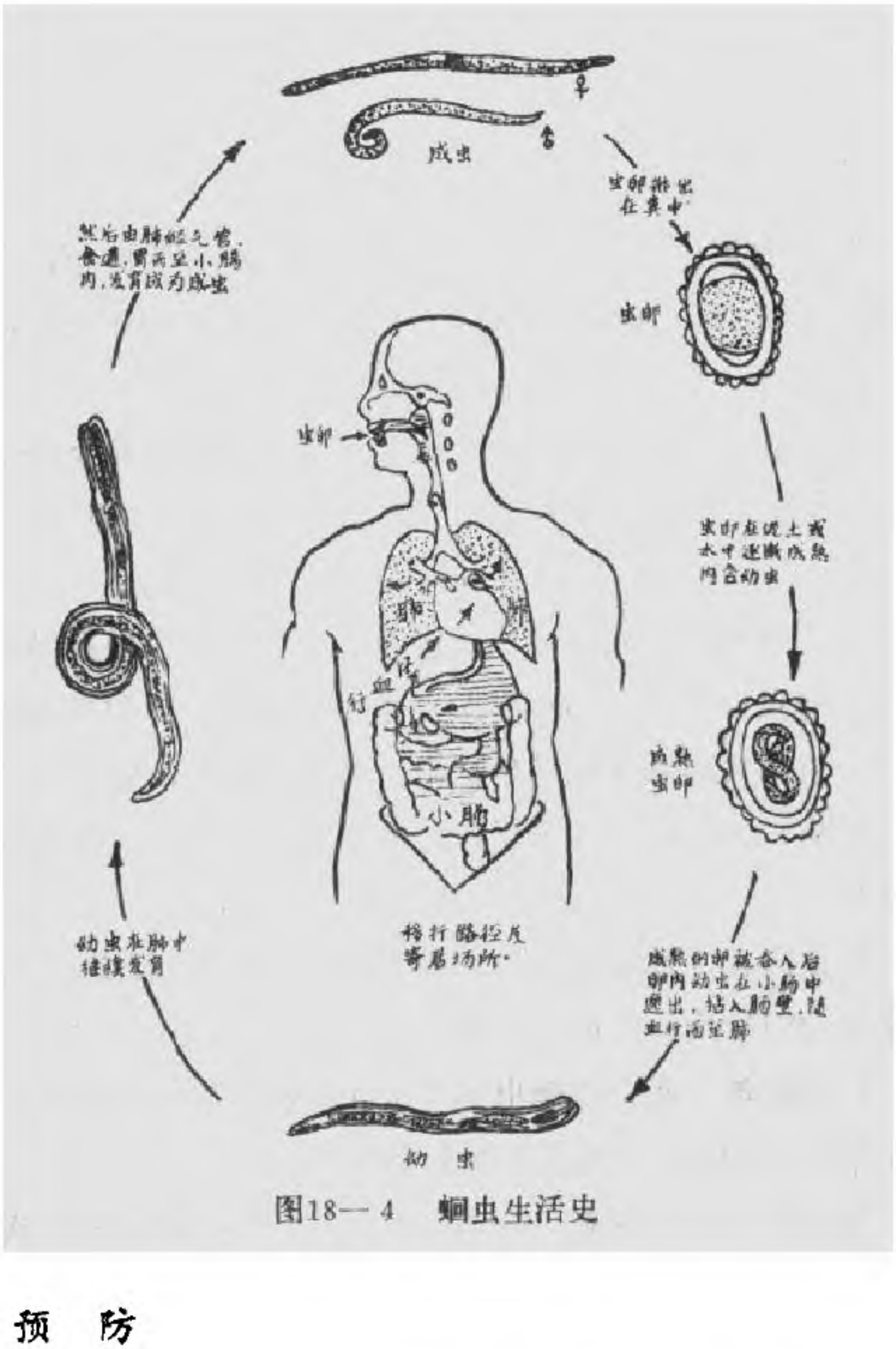


图18—4　蛔虫生活史

预　防

1.定期普查普治，每年春秋二季给小儿驱虫治疗各一次。

2.管好粪便，粪便经过无害化处理方能使用。

3.广泛开展卫生宣传教育做到饭前便后洗手，不喝生水，

不吃生冷瓜果、蔬菜，能生吃的应用开水洗净后再吃。

治　疗

1.驱蛔灵(呱哌嗪)　作用于虫体肌肉，使之麻痹而失去吸附肠壁的能力，因而随粪排出。此药较安全，副作用少，偶有恶心、呕吐、眩晕、头痛、荨麻疹等。

1.驱蛔灵片(0.5/片)：成人3～4克/日，小儿为100～150毫克/公斤/日（总量不超过3克）。睡觉前分二晚服。

2.六一宝塔糖：小儿1粒/岁/次，连服二晚。

2.驱虫净　为新合成的广谱驱虫药。驱蛔作用最强，钩虫次之，蛲虫较差。此药可引起虫体的糖代谢紊乱和能量供应困难，使虫体肌肉麻痹随粪便排出。其副作用轻，偶致头晕、头痛、腹痛、恶心、呕吐等反应，停药后即可消失。肝功能减退者慎用。

驱虫净片（25毫克/片），成人150～200毫克/次，小儿3～4毫克/公斤/次，睡前一次服或分两晚服。

3.山道年　能兴奋蛔虫神经节和肌肉，使虫体发生痉挛收缩不能附着肠壁，经泻药而排出体外。

山道年片（15毫克/片，30毫克/片），成人60毫克/次，小儿5～10毫克/岁/次(不超过60毫克)，睡前一次服，连服三晚。忌食油，第四日早晨服硫酸镁，成人20～25克，小儿1克/岁。

本药毒性较大，应用过量易发生不良反应，常见有黄视、眩晕、头痛、恶心、呕吐、腹泻，严重者可发生痉挛甚至死亡。蛔虫性肠梗阻胆道蛔虫、肝炎、肾脏疾病及急性胃肠道病患者

忌用或慎用。

4.中草药单方

（1）使君子肉炒熟，每岁每天1～2粒（最大剂量不超过20粒），分3次服，连服3天。

（2）苦楝根皮（取内层白皮）1～2两（儿童酌减），水煎服，可酌加红糖，早晚各服一次，连服三天。

（3）生南瓜子2两，晚睡前一次服。

钩 虫 病

钩虫病俗称"黄肿病"，是由钩虫寄生人体小肠内所引起的一种寄生虫病。一般症状为贫血，营养不良，胃肠功能紊乱等。

病因和流行特点

钩虫成虫寄生人体小肠内，虫卵随大便排出，温暖而潮湿的泥土里，发育成杆状蚴。经脱皮二次后，成为现有感染性的丝状蚴。当人赤足下地或赤手接触泥土时，丝状幼钻入皮肤（或粘膜）→经淋巴管→微血管→右心→肺→微血管→细支气管→气管→喉→食道→十二指肠$\xrightarrow[\text{脱皮两次}]{4-6\text{周}}$→成为成虫。（图18—5）

成虫发育成熟后即交配产卵，每日产卵5000～30000。成虫附着于肠粘膜上吸血，并使之发生损伤和出血，从而引起贫血。本病感染多见于从事旱地作物（如菜土、棉田，红薯土）的农民。

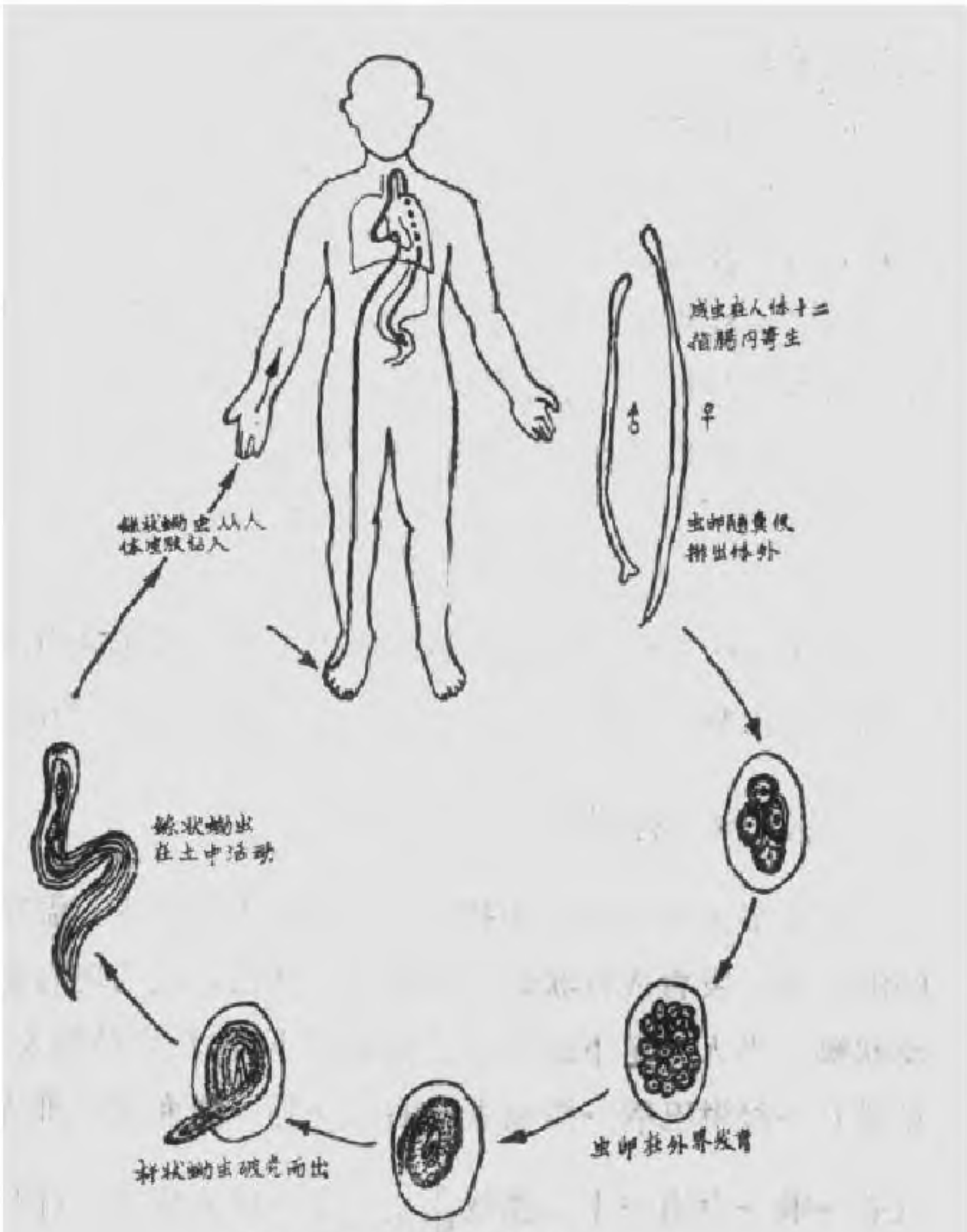


图18—5　钩虫生活史

临床表现

1.幼虫引起的症状

（1）皮炎：感染性丝状蚴侵入的局部皮肤出现皮疹，常见

于手背、指间、足背、足缘、趾间及踝部等皮肤较薄的部位。皮疹先为斑疹或丘疹，1～2天内变成水泡，很痒，抓破后可引起感染，俗称"大粪毒"，约一周左右消失。

（2）呼吸道症状：感染后3～15天，可出现咳嗽，咽痒，声嘶等，有时可发热，气急及痰中带血，症状的轻重与同一时期进入肺泡的幼虫数量有关。持续数日至1～2月消失。

2.成虫引起的症状 症状的轻重取决于人体的抵抗力、营养状态及感染的程度。部分患者可不出现症状。

（1）贫血：为最主要症状。钩虫以口腔咬住肠粘膜，分泌一种溶血酶，使血液不凝固，吸食血液；同时，钩虫经常变换吸着部位，结果在肠粘膜上形成许多出血点，一时流血不止。这是形成贫血的主要原因。病人常有腿酸软无力、头昏、眼花、劳动后心跳气急。面色苍白而带浅黄色等贫血症状。严重者面部、下肢或全身浮肿，甚至出现心脏扩大，心力衰竭等贫血性心脏病症状。

（2）消化道症状：食欲增加，好食易饥，或有口味反常（喜吃茶叶、生蔬菜、生米、泥土等），严重病人可有食欲减退，腹痛便秘或腹泻等。

（3）其他：可有烦躁、抑郁、停经不育，儿童可致发育障碍等。

诊　断

在流行区，有明显贫血，粪检发现钩虫卵，即可确诊。对可疑患者，可用盐水漂浮法进行大便检查，阳性率较高。

预　防

1.每年农闲季节组织普查普治。

2.加强粪管及粪便无害化处理，教育儿童不随地大小便，不用新鲜粪施肥。

治　疗

原则上是“先驱虫，后滋补”。但对重度营养不良和贫血患者，应先滋补，待情况改善后，再行驱虫。

1.一般治疗　贫血者要适当补充含铁和蛋白质较多的食物，如菠菜，红枣、肉、血、蛋等。口服硫酸亚铁，每次0.3～0.6克，每日三次，饭后服，同时服维生素C。

2.驱虫

（1）**灭虫宁**：属于广谱驱肠虫药，能使虫体肌肉强直收缩，对蛔、钩、蛲、鞭虫均有效，但主要用于治疗钩虫病。

用法：灭虫宁片(0.3克/片)，成人3～5克/次，小儿0.2～0.3克/岁/次（不超过2.4克），睡前或晨间一次顿服，连服二日。副作用一般有头昏、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，可用阿托品等对症处理。偶可出现严重心律紊乱，常见于原有心脏病者，因此，对有心肌炎，器质性心脏病者（包括钩虫所致的贫血性心脏病）应忌用。

（2）驱虫净：成人每次0.1克，小儿2毫克/公斤/日，睡前服，连服三日。

服药一月后，复查大便，如钩虫卵仍阳性，给予重复治疗。

（3）草药单方：榔子肉、槟榔肉、大血藤各1两，贯众5钱，水煎分两次服，随服大蒜2～3瓣，连服三天。也可用苦楝根皮1两，槟榔5钱，制成60毫升糖浆，临睡前一次服完，连服2天。

蛲 虫 病

蛲虫病是蛲虫寄生于大肠所引起的肠寄生虫病。主要表现为肛门、会阴搔痒等。

病因和流行特点

蛲虫寄生在人体的盲肠、结肠、直肠等处。雌虫和雄虫交配后，雄虫很快死亡随粪便排出。所以儿童的大便中有时可发现虫体，另一部分雌虫趁人在夜间睡眠肛门括约肌较松弛之时，爬至肛门之外，在肛门外及会阴周围产卵。每一个雌虫平均可产卵万余。往往在15～20分钟把卵排尽死去，也有少数仍可爬回肛门内，在肛门周围皮肤的适宜环境下，虫卵经六小时左右即可发育成含有成熟幼虫的感染性虫卵。由于虫卵的刺激，因而引起奇痒，用手指搔痒时，而自体感染或传给他人。虫卵进入消化道后，幼虫即脱壳而出，在肠道内发育为成虫。自虫卵进入人体到发育为成虫产卵约需一个月左右。雌虫寿命一般1～2个月。

临床表现

1.肛门和会阴周围搔痒，为最常见的症状，皮肤抓破后可

引起继发感染。女孩可有阴部搔痒，分泌物增多，尿频等。

2.轻微消化道症状：由于蛲虫对肠壁神经末稍产生机械性和化学性刺激，可出现食欲减退、恶心、呕吐，甚至腹痛、腹泻。

3.其他：可有烦躁不安，夜惊，失眠和夜尿等。

诊　断

根据患者肛门痒，夜间在肛门处发现长约1公分白色线状的虫子或粪检有蛲虫卵便可确诊。

预　防

蛲虫在人体内生存的时间只有1～2个月，如未再感染或无自体感染，不经治疗，亦能自愈。

1.教育儿童养成良好的卫生习惯，饭前便后洗手，勤剪指甲，不吸吮手指等。患儿要勤换衣裤被褥，内衣裤可煮沸灭卵。睡前在肛门周围涂药，或穿封闭裤睡觉，以减少虫卵污染手指的机会。

2.对集体幼儿开展普查普治，应在1～2个月内反复进行，直至彻底清灭蛲虫病。

治　疗

1.口服驱虫药

（1）驱蛔灵：成人1克/次，小儿0.03克/公斤/次，一日两次连服7～10日。

（2）扑蛲灵：5毫克/公斤/次，睡前一次服下。必要时可

在2～3周后重复治疗。此药毒性小，偶有恶心、呕吐。

（3）苦楝根皮1两，槟榔5钱，煎水睡前一次服完，连服5天(儿童酌减)。

2.局部涂药 可阻止雌虫卵，或减少肛门搔痒，避免虫卵污染手指。

（1）蛲虫药膏：内含百部浸膏30%及龙胆紫0.2%。用时把塑料套在药膏上，放入肛门内挤出少许药膏，连用数天。

（2）每晚睡前在肛门周围涂10%鹤虱油膏，或2%白降汞软膏，或以雄黄粉末撒在肛门深部和肛门周围，直至痊愈为止。

3.灌肠驱虫

（1）生百部30克，作成煎剂，保留灌肠，连续5日。

（2）用食醋加水三倍，约50～60毫升，或用同量1:5000高锰酸钾水，注入直肠，连续3～5日。

（3）韭菜煎汤洗肛门或捣汁滴入肛门，每次3～5滴，每日1次。

姜片虫病

姜片虫病是姜片虫寄生在人体小肠所引起的寄生虫病。可发生慢性腹痛、腹泻、营养不良等症状。

病因及流行特点

姜片虫是人体最大的一种寄生虫，扁平似一片干姜。雌雄同体，吸附于小肠上部，每虫每日产卵二万多个，卵随大便排出，在水中孵出毛蚴。毛蚴在水中遇到中间宿主扁卷螺，就钻

进它的体内发育，经过胞蚴、雷蚴阶段而成为尾蚴。尾蚴成熟后，离开扁卷螺而附着水生植物荸荠、菱角、茭白上成为囊蚴，囊蚴具有感染性。当水生植物上的囊蚴，进入人体小肠后就脱囊而出，经1～2个月发育为成虫(图18--6)。本病多见于儿童。6～9月份感染者较多。

临床表现

潜伏期1～3月。轻者症状不明显。重者常有间歇性腹泻、腹痛、恶心、呕吐等。有时腹泻，便秘交替出现，晚期则形成慢性腹泻。严重者可造成营养不良、贫血，甚至全身浮肿。小儿患者可有发育不良。血中嗜酸性细胞增多（10～20%左右）。

诊　断

在流行区有吃生荸荠、菱角、茭白史，伴有慢性腹泻、消化不良等症状，应考虑本病。粪便镜检发现虫卵即可确诊。

预　防

加强卫生宣教，不吃生的水生植物或先洗净削皮后再吃，治疗患者，粪便应进行无害处理。

治　疗

1.驱虫治疗　常用的驱虫药有以下几种。

（1）槟榔煎剂：槟榔1～2两，广木香3钱，浓煎，早晨

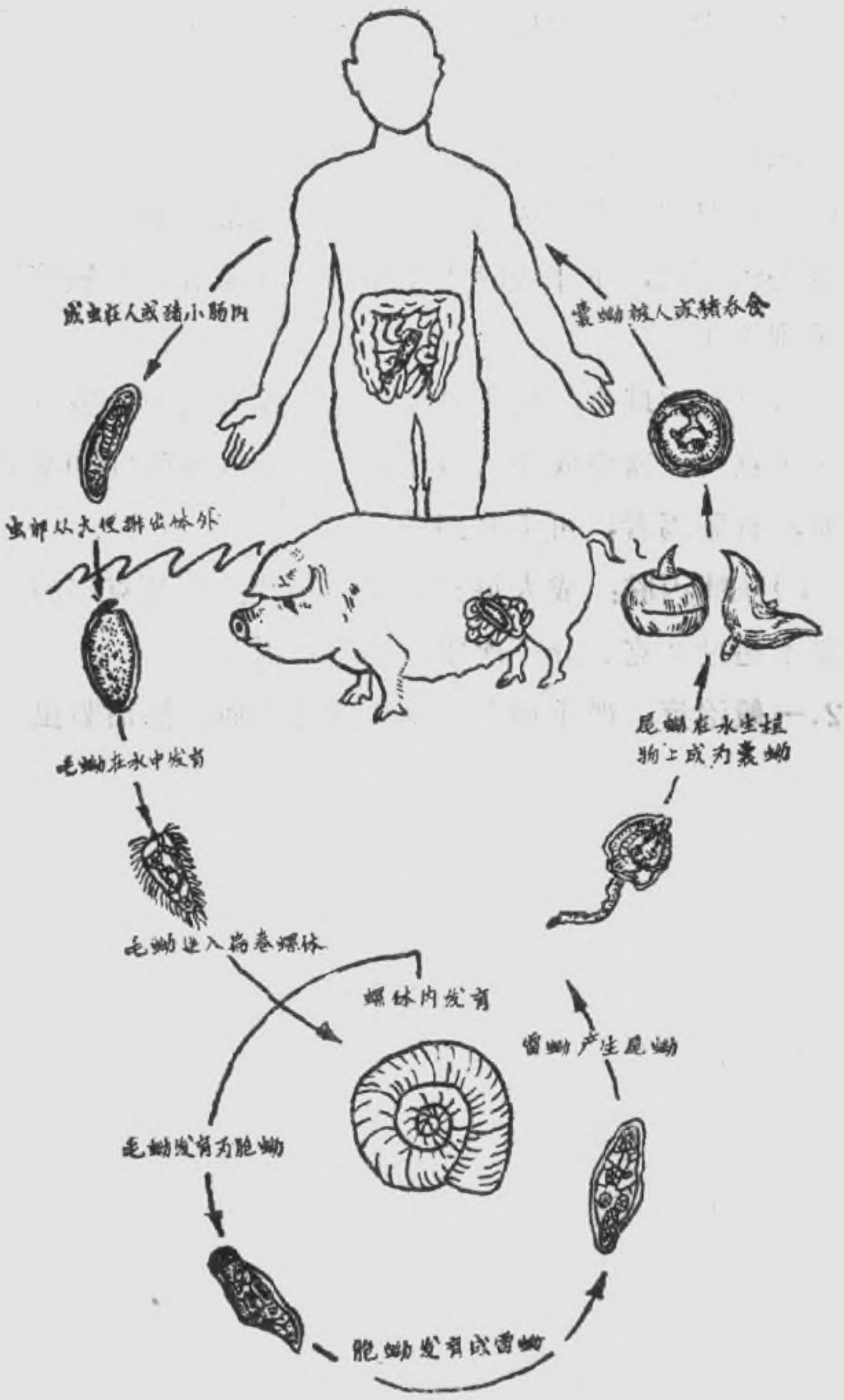

成虫在人或猪小肠内
虫卵从大便排出体外
毛蚴在水中发育
毛蚴进入扁卷螺体
螺体内发育
毛蚴发育为胞蚴
胞蚴发育成雷蚴
雷蚴产生尾蚴
尾蚴在水生植物上成为囊蚴
囊蚴被人或猪吞食

图18—6　姜片虫生活史

空腹一次服完，不须另服泻药。儿童酌减。有恶心、呕吐、腹痛等副作用，多在1～2小时后消失。槟榔能麻痹虫体，广木香主要减轻反应。此药不宜连用，间隔2～3周后方可再用。

（2）硫双二氯酚：成人3克，年老体弱者减为2克，小儿：50毫克/公斤/次，下午或晚上半空腹一次服完。有轻度腹痛、腹泻等副作用。

（3）已基雷琐辛：成人量为1克，小儿0.1克/岁（最大量不超过1克），一次空腹服，两小时后服50%硫酸镁40毫升，儿童酌减，有腹泻者，可不服泻药。

（4）呋喃丙胺：成人每日3克；小儿：60毫克/公斤/天，最大量不超过2克。分三次服，连服二天。

2.一般治疗 严重病人，应先改善体质，然后驱虫。

第十九章　循环血液系统疾病

第一节　解剖生理

循环系统包括血液循环和淋巴循环两个系统。血液循环系统是由心脏、血管等组成的密闭的环形管道，血液在心脏舒缩推动下，沿血管不断地循环着，把氧和养料输送给全身组织，并将组织产生的二氧化碳和废物带到肺、肾、皮肤排出体外，保证新陈代谢顺利进行。

一、心　　脏

(一)心脏的位置与结构

心脏位于胸腔内两肺之间，斜放膈肌之上，前面是胸骨和肋间，后面是食道和脊柱，2/3偏于正中线左侧。

心脏形如桃子(图19—1)，大小相当于自己的拳头。心底朝右后上方，与许多大血管相连；心尖朝左前下方，位于第5肋间隙左锁骨中线内侧。

心脏外面的膜称心包膜，有脏、壁二层，其间的空隙叫心包腔，内含少量液体，保持润滑，以利心脏搏动。心壁由心外膜(即心包膜脏层)、心肌和心内膜构成。心脏内由中隔分为左

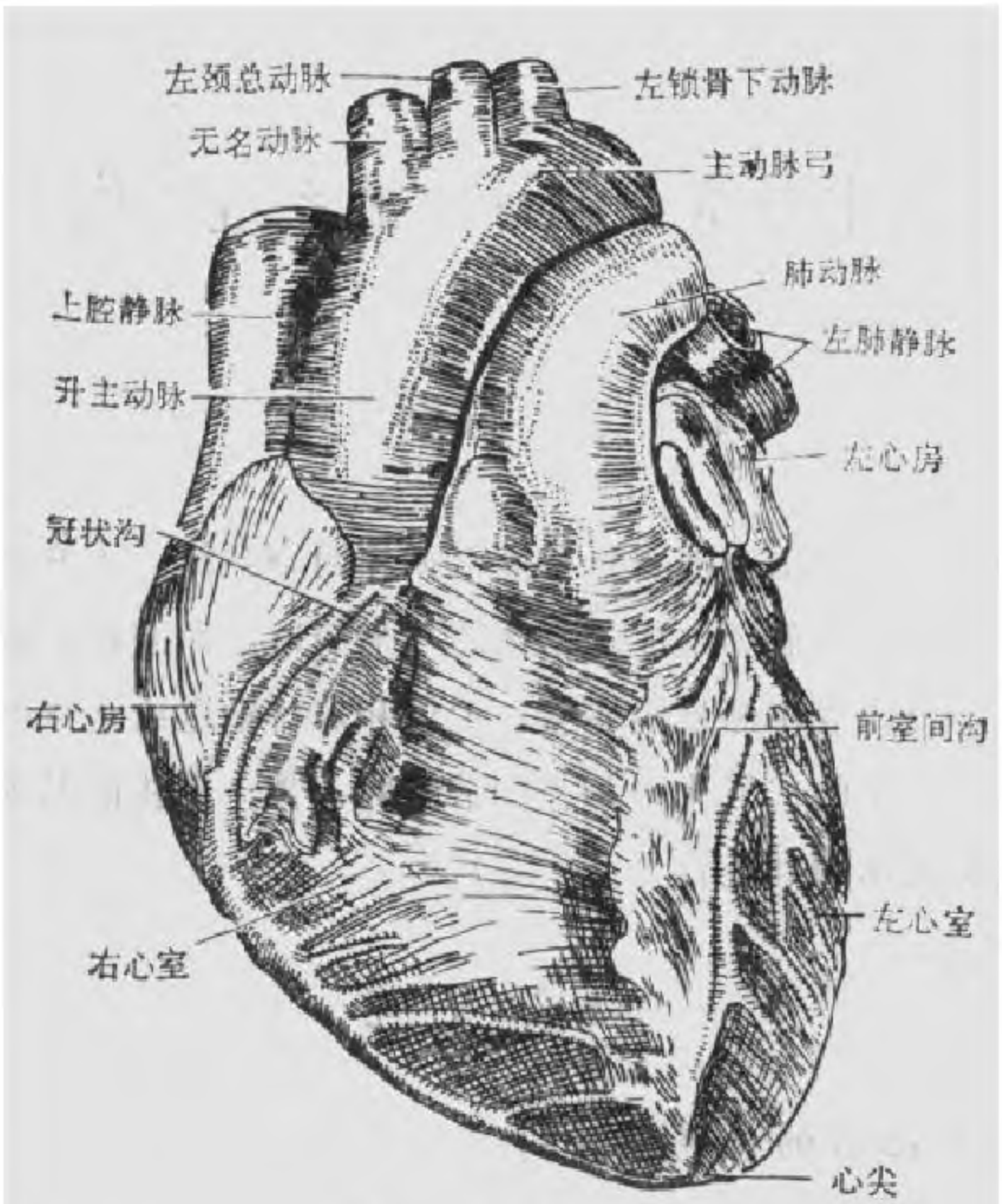


图19—1　心脏前面

右两腔(图19—2)，每侧心腔又由房室口横分为上下两部分，上为心房，下为心室。所以心脏有左心房、左心室、右心房、右心室四个腔。心房之间的中隔叫房间隔，心室之间的中隔叫室间隔，左右均不相通，如有异常通道，就成为先天性心脏病。在心房和心室出口处，心内膜折迭形成心瓣膜(图19—3)：左心房与左心室之间有二尖瓣，右心房与右心室之间有三尖瓣，两

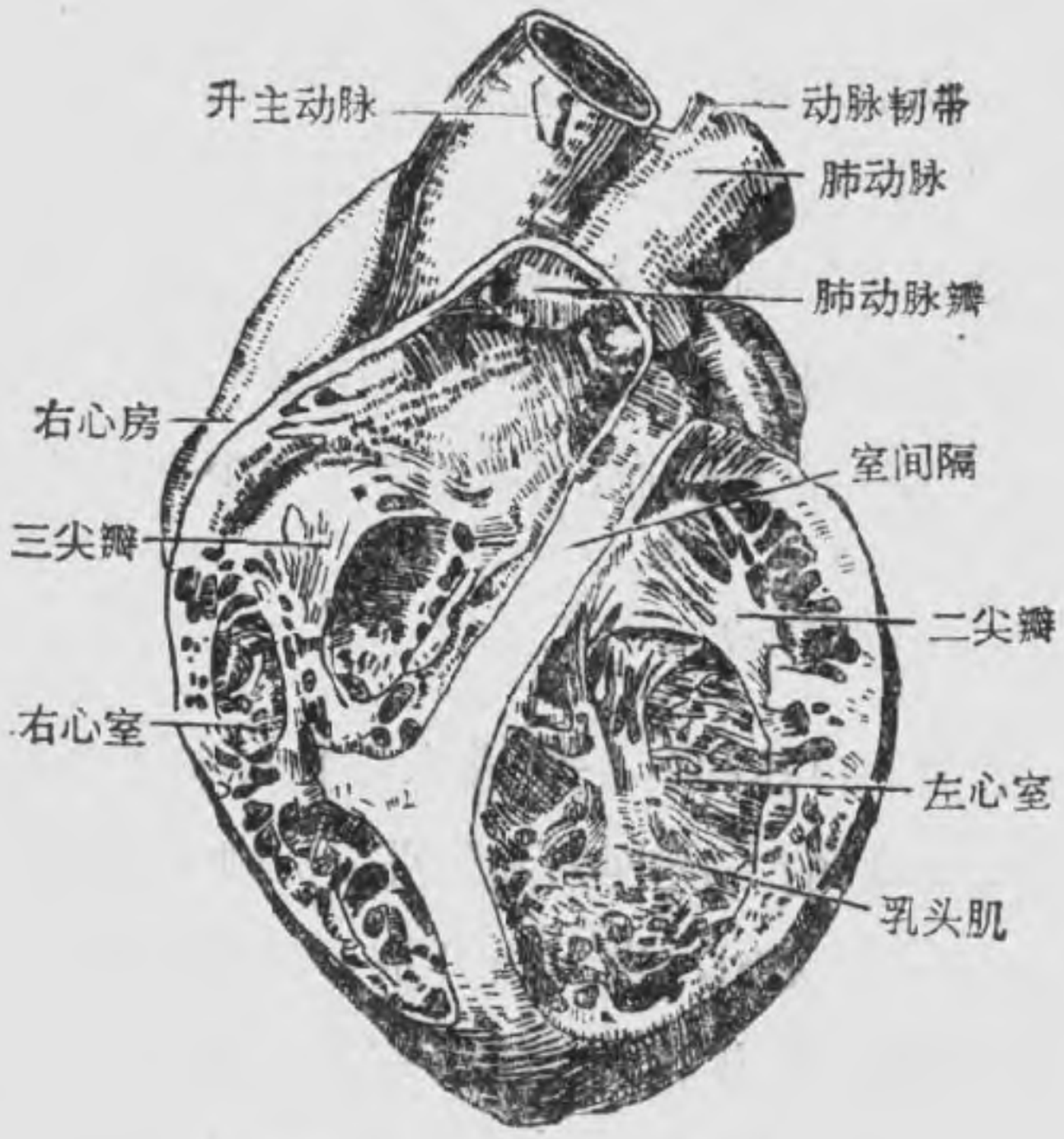


图19—2　心室内部结构

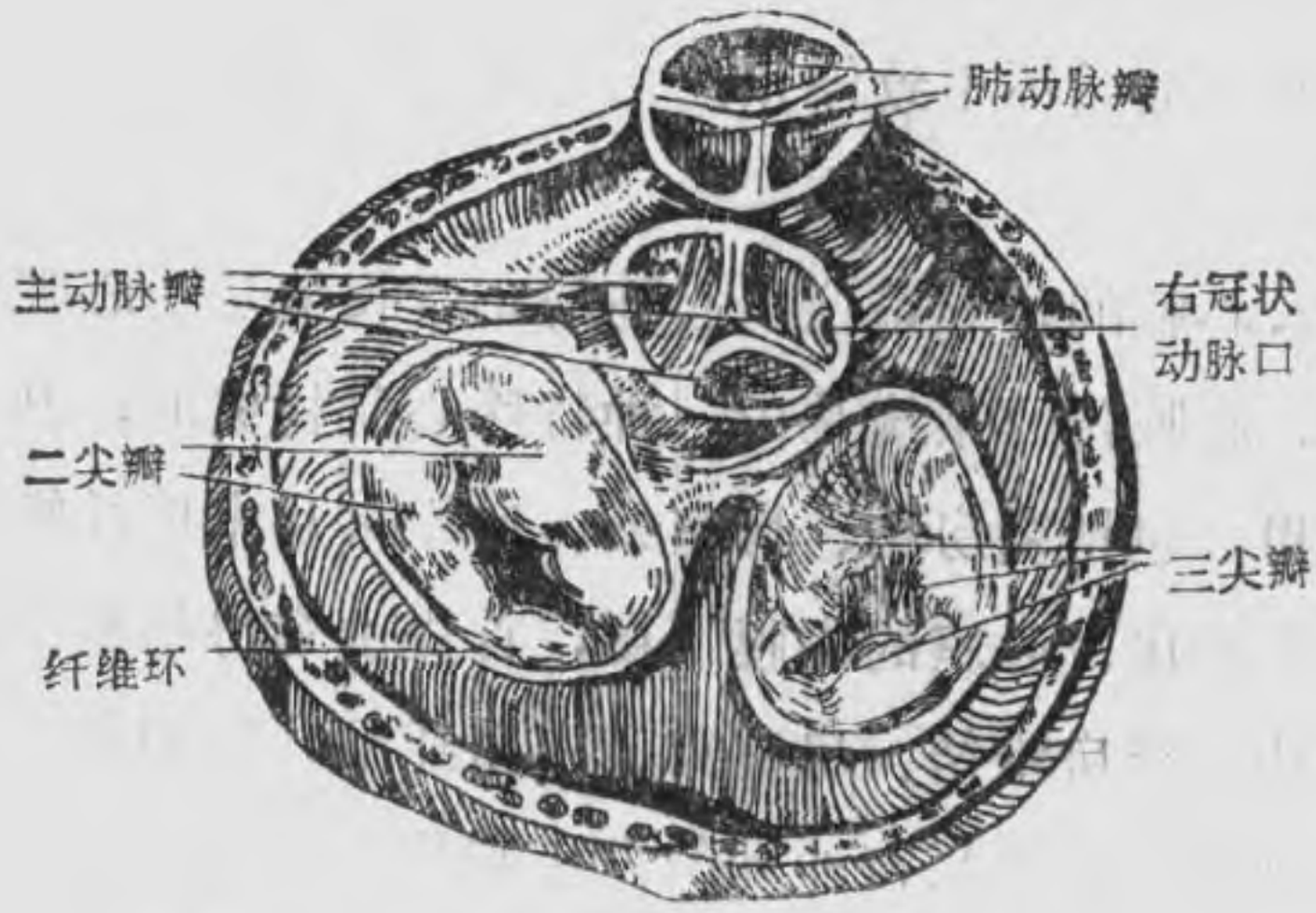


图19—3　房室口和主、肺动脉口

者统称房室瓣，向心室开放。从左心室发出主动脉，其出口处有主动脉瓣；从右心室发出肺动脉，出口处有肺动脉瓣，两者皆由三个半圆形袋口组成，统称为半月瓣，向动脉内开放。房室瓣和半月瓣就象风箱的活门一样，它们可以使血液只朝一个方向流动，而不致倒流。当这些瓣膜因风湿病等原因造成关闭或开放不全时，都可能发生血液倒流或血流不畅，形成心脏病。

（二）心脏的活动

1.心脏的收缩与舒张：正常成人心脏每分钟跳动60～80次，每次跳动包括心脏的一次收缩和舒张。心脏收缩时心室内的压力升高，使房室瓣关闭，半月瓣开放，将血液射入动脉内。心脏舒张时心室内的压力下降，使房室瓣开放，经静脉回流到心房将血液流向心室，同时半月瓣关闭，防止了动脉里的血液倒流入心室。由于意外事故，造成正常心脏突然停止跳动（如溺水或触电），应立即用人工方法有节奏地压迫心脏使之扩大和缩小，使血液循环不致停止，在一定时间内，心脏是可以恢复跳动的。

2.心脏的传导系统：心脏的正常收缩是受心脏传导系统控制的。心脏传导系统是由一种特殊心肌构成的，具有传导兴奋的作用，包括窦房结、房室结、房室束及末梢纤维等，它们分别位于心房、心室的内膜下层，首先由窦房结有节律地产生兴奋冲动，经房室结、房室束、末梢纤维传导到整个心室，引起心脏收缩。如果兴奋冲动的发生和传导障碍，便引起心跳的异常，称为心律失常。兴奋冲动发源于窦房结以外的部位，称异

位兴奋灶。

3.心脏的营养：由来自升主动脉的两条冠状动脉供给。当冠状动脉供血不足或发生阻塞时，就会引起心绞痛或心肌梗死等严重后果。

4.支配心脏活动的神经有交感神经和迷走神经（详神经系统）。交感神经的作用是使心跳加快加强；迷走神经的作用使心跳减慢减弱。一般情况下，两者处于动态平衡。在劳动和运动时，由于交感神经的兴奋增加，故心跳加快加强。

二、血　管

血管是运输血液的管道。包括动脉、静脉和毛细血管三个部分。

（一）动脉：把血液从心脏运到人体各部的血管叫动脉，管壁较厚，富有弹性。全身最大的动脉是主动脉，从左心室发出后逐渐分支，愈分愈小，遍布全身(图19—4)。较大的动脉有明显的搏动。如部位比较表浅的颞浅动脉、面动脉、肱动脉、桡动脉、股动脉、腘窝动脉、足背动脉等，在体表用手可摸到搏动。常用来压迫止血，急救各有关部位的大出血。深部的动脉搏动不能触及。

（二）静脉：从人体各部把血液运回心脏的血管叫静脉。管壁较薄，弹性差，常与动脉伴行。毛细血管汇成小静脉，逐渐合成较大静脉，最后合成上、下腔静脉入右心房(图19—5)。腹腔内器官(胃、肠、胰、脾等)的静脉血，通过门静脉（门静脉系统）进入肝脏从肝静脉再流入下腔静脉。四肢静脉有深浅二

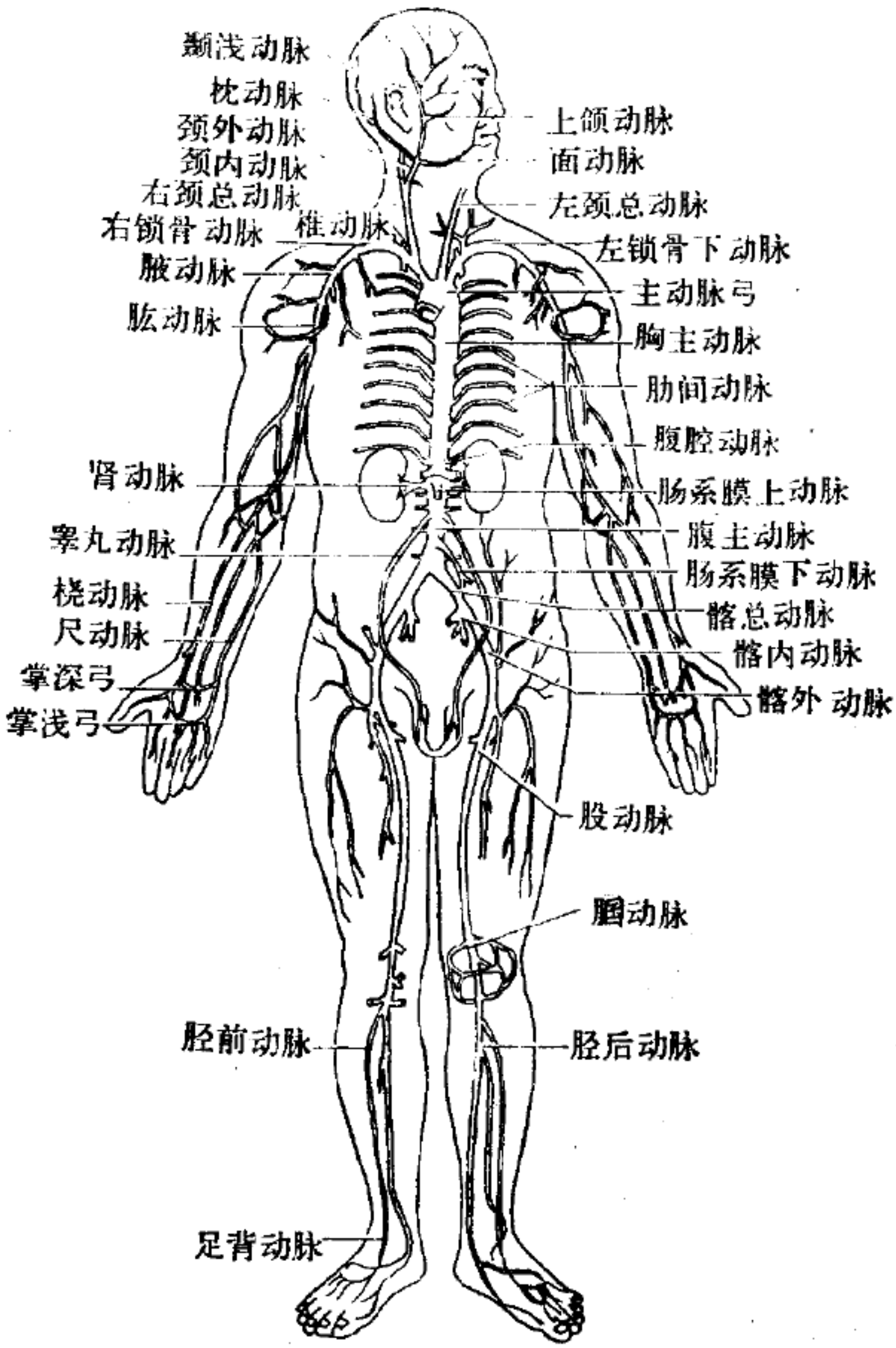


图19—4　体循环动脉

部分，彼此有交通支连接。在体表能看到的有头皮的静脉，上肢的贵要静脉、正中静脉，下肢的大隐静脉等。

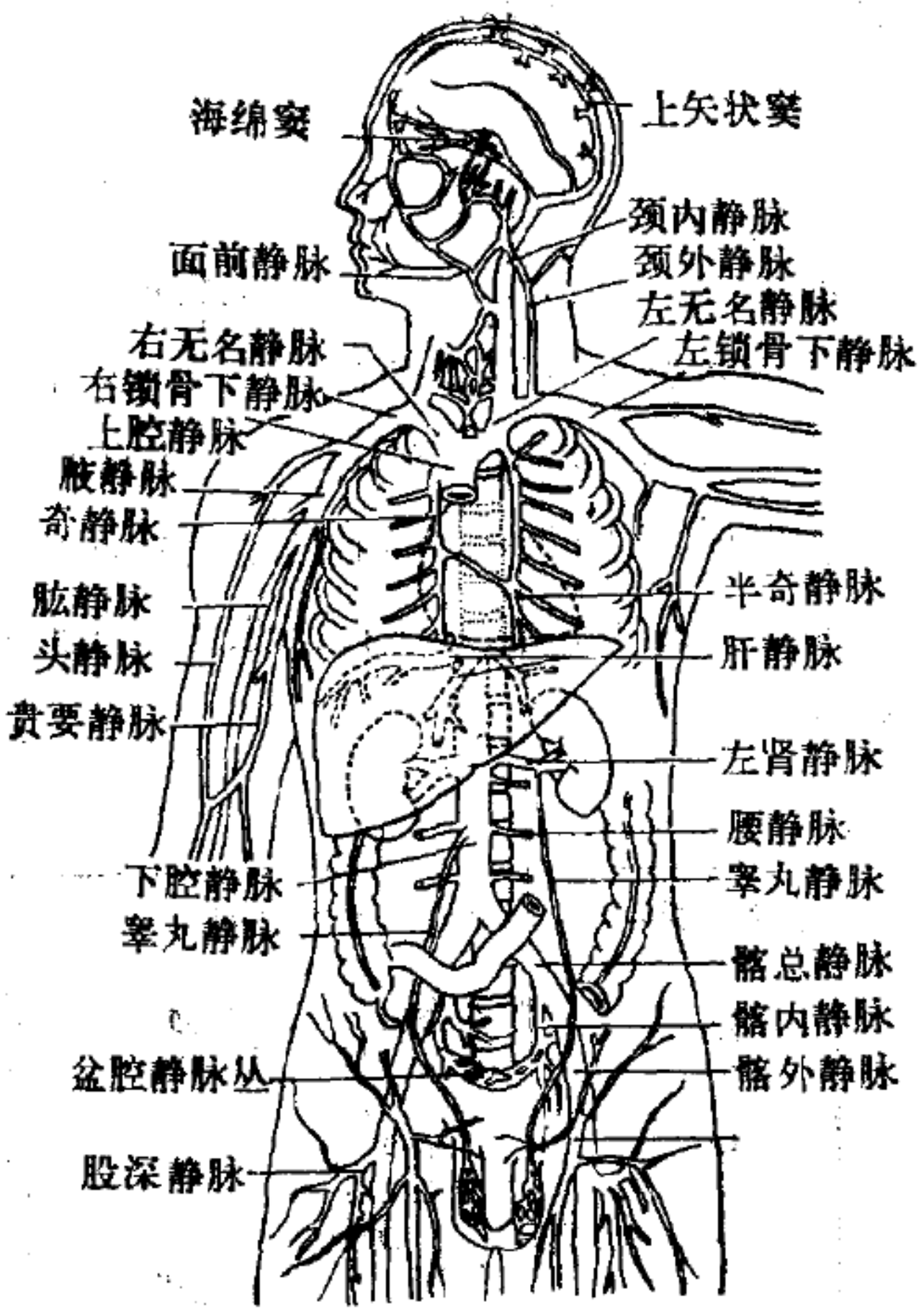


图19—5　上、下腔静脉

(三)毛细血管(微循环)：介于小动、静脉之间的最小血管，呈网状分布于全身各组织细胞之间，管壁很薄，由一层细胞组成，血液和组织之间的物质交换在这里进行。

三、血液循环

血液在心脏有节律的舒缩推动下，被压入动脉，经毛细血管、静脉流回心脏，这样不停地反复循环着，称血液循环。

心脏收缩时，左心室将血液压入主动脉，经动脉各级分支到全身毛细血管，与组织进行气体、养料和废物的交换，再经小静脉、上、下腔静脉回流到右心房，这个循环称体循环（大循环）。与左心室压血的同时，右心室也将血液压入肺动脉，经肺毛细血管与进入肺泡的空气进行气体交换，再经肺静脉回流到左心房，这个循环称肺循环（小循环）（图19—6）。血液在血管内流动对管壁所产生的压力称血压。心室收缩时的最高压称收缩压；心室舒张时的最低血压称舒张压。平时所说的血压是指中等动脉压。

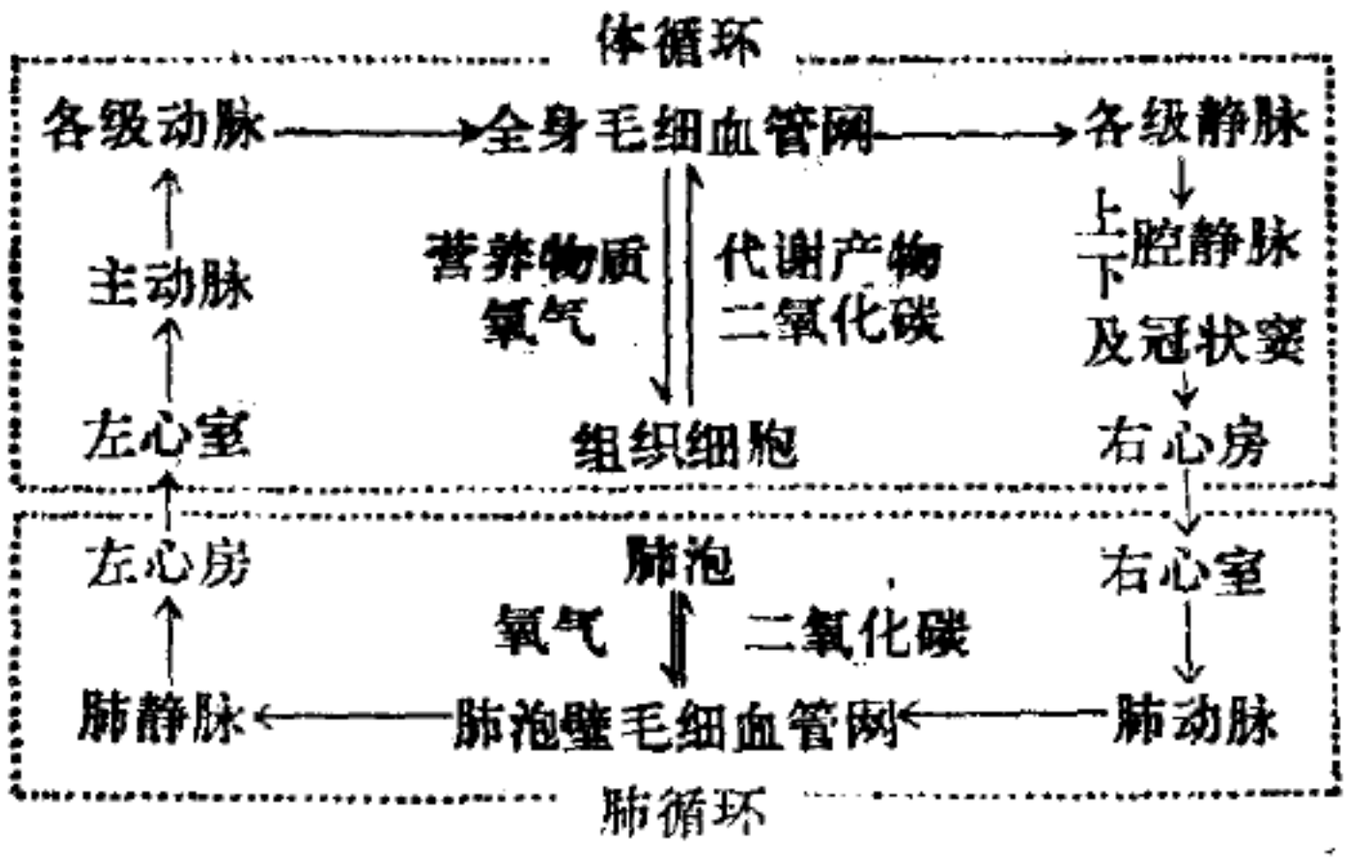


图19—6　体、肺循环示意图

血压记录方式

收缩压/舒张压　毫米汞柱(mmHg)

脉压＝收缩压－舒张压。

血压的正常值以成人肱动脉为准：

90～140/60～90毫米汞柱。

脉压的正常值为30～40毫米汞柱。

血压的高低决定于：①心脏收缩时血液被压入动脉的量，即心缩排血量的多少。②血液总量。③小动脉的口径和大动脉的弹性等。血压增高可由心缩排血量增加，或血液总量增多，或小动脉口径变小及大动脉张性降低而引起。反之血压降低。

四、血　　液

血液由血细胞、血小板和血浆组成(见表)。

- 血液
  - 血浆
  - 血细胞
    - 红细胞(350万～500万/立方毫米)
    - 白细胞(4000～10000/立方毫米)
      - 中性粒细胞(50～70%)
      - 嗜酸性粒细胞(1～6%)
      - 嗜碱性粒细胞(0～1%)
      - 淋巴细胞(25～40%)
      - 单核细胞(2～8%)
  - 血小板(10万～30万/立方毫米)

(一)红细胞：是运输气体的工具。正常人每立方毫米血液中有350万～500万个。红细胞内含血红蛋白(每100毫升血液约含11～15克)，是携带氧和二氧化碳的重要物质。动脉血中的血红蛋白与氧结合(氧合血红蛋白)颜色鲜红，静脉血中的血红蛋白与二氧化碳结合(还原血红蛋白)多，变成暗红色。呼吸困难的病人因吸进的氧不足，血液颜色变深，嘴唇和皮肤都显青紫色，叫发绀。

(二)白细胞：成人每立方毫米血液中有4000～10000个。白细胞有吞噬作用，可以通过血管壁到组织内，将进入体内的细菌吞噬掉，起防御作用。大多数急性细菌感染时，如肺炎、脑膜炎、乳腺炎等，白细胞可增多，特别是中性白细胞增多。

(三)血小板：是很小的椭圆形小体(不是细胞)，每立方毫米血液中有10万～30万个。它与凝血有关，减少时可产生出血性疾病。

(四)血浆：主要是水分(占91%)，里面含有蛋白质(占7%)，氨基酸、脂肪、葡萄糖、无机盐(如钠、钾、氯、钙)等。正常情况下，体内水和无机盐的吸收和排出，基本上保持平衡，如果因呕吐、腹泻或其他原因，使水分和某些无机盐损失过多，就会造成平衡失调——脱水、酸中毒，必须及时纠正。

1.血浆蛋白：血浆中的蛋白质成分不能透过血管壁，可以吸附一部分水分在血管内，如果血浆蛋白减少，水分进入组织间隙过多，便形成水肿。此时如增加血浆蛋白的含量，水肿可以消除。血浆蛋白包括①白蛋白，主要与吸附水分有关；②球蛋白，与形成抗体有关；③纤维蛋白元，与凝血有关。

2.血浆的渗透压：血浆的渗透压可以理解为血浆吸附水分的能力。它是由血浆中的血浆蛋白和无机盐等物质形成的。因此，血浆中所含的这些物质越多，渗透压就越大，吸附水分的量越多。蛋白质是胶体，所形成的渗透压叫胶体渗透压；无机盐呈晶体，所形成的渗透压叫晶体渗透压。所谓血浆渗透压就包括这两部分。“生理盐水”是指与血浆内晶体渗透压相等的氯化钠溶液。晶体可以在血管内，也可以进入组织液中，所以血管内外的晶体渗透压相等。而血浆蛋白仅在血管内，故胶体渗透压也限于血管内。这样，血管内的渗透压可以超过血管外，在正常情况下，血管内血液的水分超过组织的水分。

晶体渗透压对维持细胞的形态和正常机能有重要意义。胶

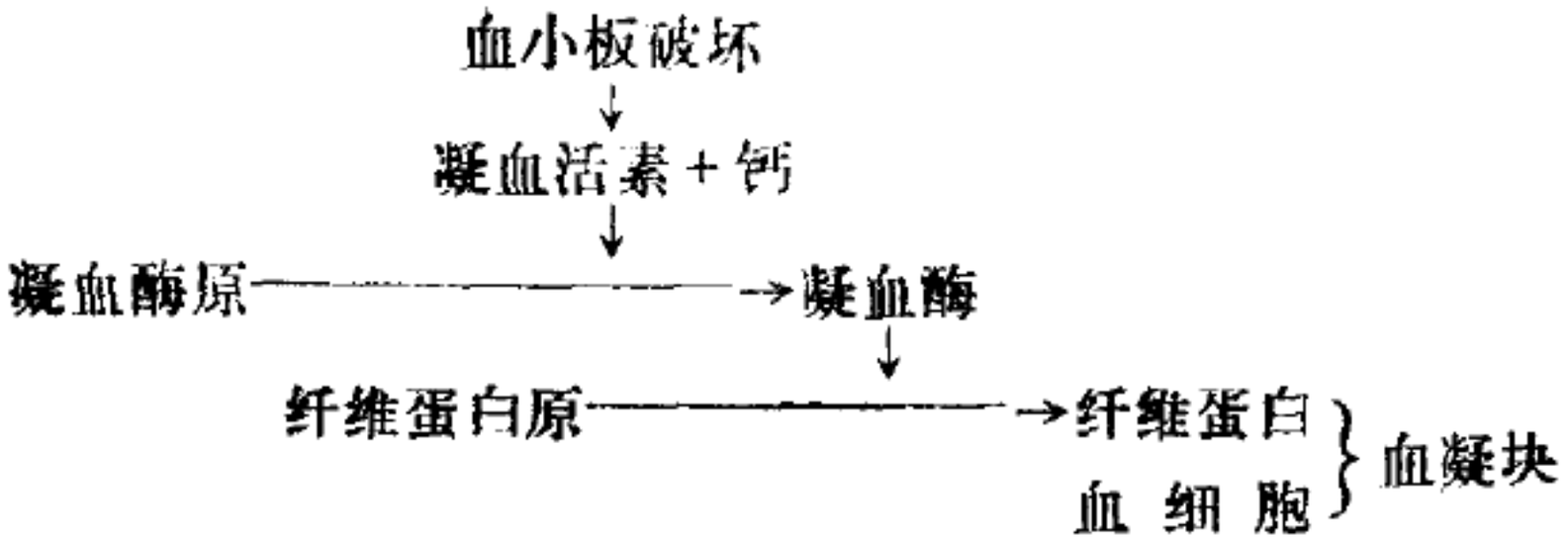
体渗透压对保存血液的水分和防止水肿有重要作用。

3.血浆的酸碱度：溶液有三种，即酸性、碱性和中性，它们偏酸或偏碱的程度叫酸碱度。

血液偏碱性。偏碱性溶液是很多组织和细胞活动的最适宜的环境。但是，血液要维持这种酸碱的相对稳定，其因素是很复杂的。总的说来决定于酸性或碱性物质进入血液和处理的多少，是否能达到相对平衡。在血液中，碳酸氢钠（小苏打）对调节这种相对平衡有重要作用。例如人体活动，各种组织不断产生碳酸和乳酸等酸性物质；碳酸经过血液直接变为二氧化碳由肺排出；但乳酸必须与血中的碳酸氢钠作用后，才能变为二氧化碳与乳酸钠，二氧化碳从肺排出，乳酸钠从尿排出。正常就是通过这些处理来降低酸性。在某些情况下，如严重腹泻时，大量碱性物质丧失，酸性物质相对增多，或乳酸、二氧化碳大量积蓄不能排出（与呼吸及肾功能有关），则血液的酸性增加，产生酸中毒。这时应立即输苏打水等碱性溶液来纠正。

（五）血量：全血量占体重的8%（每公斤体重65～90毫升），约5000毫升。血量太少会引起血液循环障碍。因此，对出血、脱水的病人应迅速采取措施——止血、输血或输液。

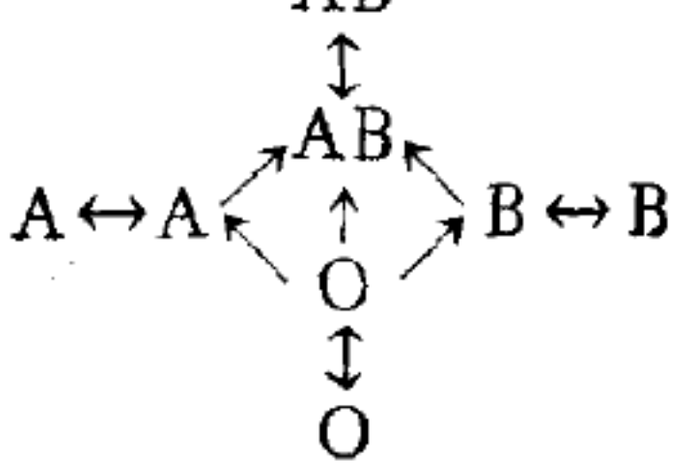
（六）血液的凝固：血液流出血管后，很快就会凝固，可以保护身体在受伤时不致过分失血。这是因为血液中的血小板和外界空气接触后立即破坏，放出凝血活素，在钙的共同作用下，使血液中的凝血酶元变成凝血酶。凝血酶能使血液中的纤维蛋白原变成不溶于血液的纤维蛋白，纤维蛋白与血细胞缠结成血凝块（见表）。



临床所用的止血药物，大多数有加速血液凝固的作用。亦可利用某些药物防止血液凝固，例如血液中加入适量的枸橼酸钠可把血液中的钙变成钙盐，则血液不会凝固。

（七）血型和输血：输血是将一个人的血注射到另一个人的血管之中。大量失血和许多紧急情况需要输血才能挽救病人的生命。输血之前，必须检查血型，血型如果不合，往往造成病人血液凝集、溶血而死亡。

按照血细胞的凝集现象，可将人类的血液分成四种血型，一般用O、A、B、AB来表示。输血原则上应输同型的血，但在紧急情况下，无法获得同型血时，O型血可以输给其他三型的人，AB型的人可接受其他三型人的血。



注：→表示可以输血

五、淋巴循环

淋巴循环由淋巴管和淋巴器官组成。淋巴管内有淋巴液流动。具有运输和防卫的功能。

(一)淋巴管：其中流动着无色透明的淋巴液。当血液从动·脉到达毛细血管时，其中含有一定成分的液体从毛细血管渗出，进入组织间隙，参与组织液的形成。组织液与组织进行物质交换后，一部分再被毛细血管吸收，进入静脉端毛细血管，另一部分则被吸入毛细淋巴管，成为淋巴液，向心流动。毛细淋巴管遍布全身各部位，最后合成左、右两条淋巴管开口于颈部的无名静脉。因此，淋巴管是协助液体回流的装置。当淋巴管的通路受阻时，组织液即积聚在组织中，形成水肿。丝虫病引起的"橡皮腿"，就是由于丝虫在淋巴管内繁殖，使淋巴管发炎阻塞所致。身体浅层的淋巴管发炎时，皮肤上面会出现红线，俗称"流火"。全身淋巴回流概况(图19—7)。

(二)淋巴器官

1.淋巴结：其外形与蚕豆相似，位于淋巴管的通道上。它可将进入体内淋巴管中的细菌等有害物吞噬掉，对身体有保护作用。淋巴结发炎肿大俗称"羊子"。在下颌、颈部、腋窝、腹股沟等处肿大的淋巴结常可触及。

2.脾：在腹腔的左上方，象手掌大。脾脏可以贮血，还可将血液中衰老的红细胞吞噬、破坏。正常时，脾摸不到。患肝硬化、疟疾等病时，脾脏可肿大，能摸到。脾外伤破裂时可形成大出血。

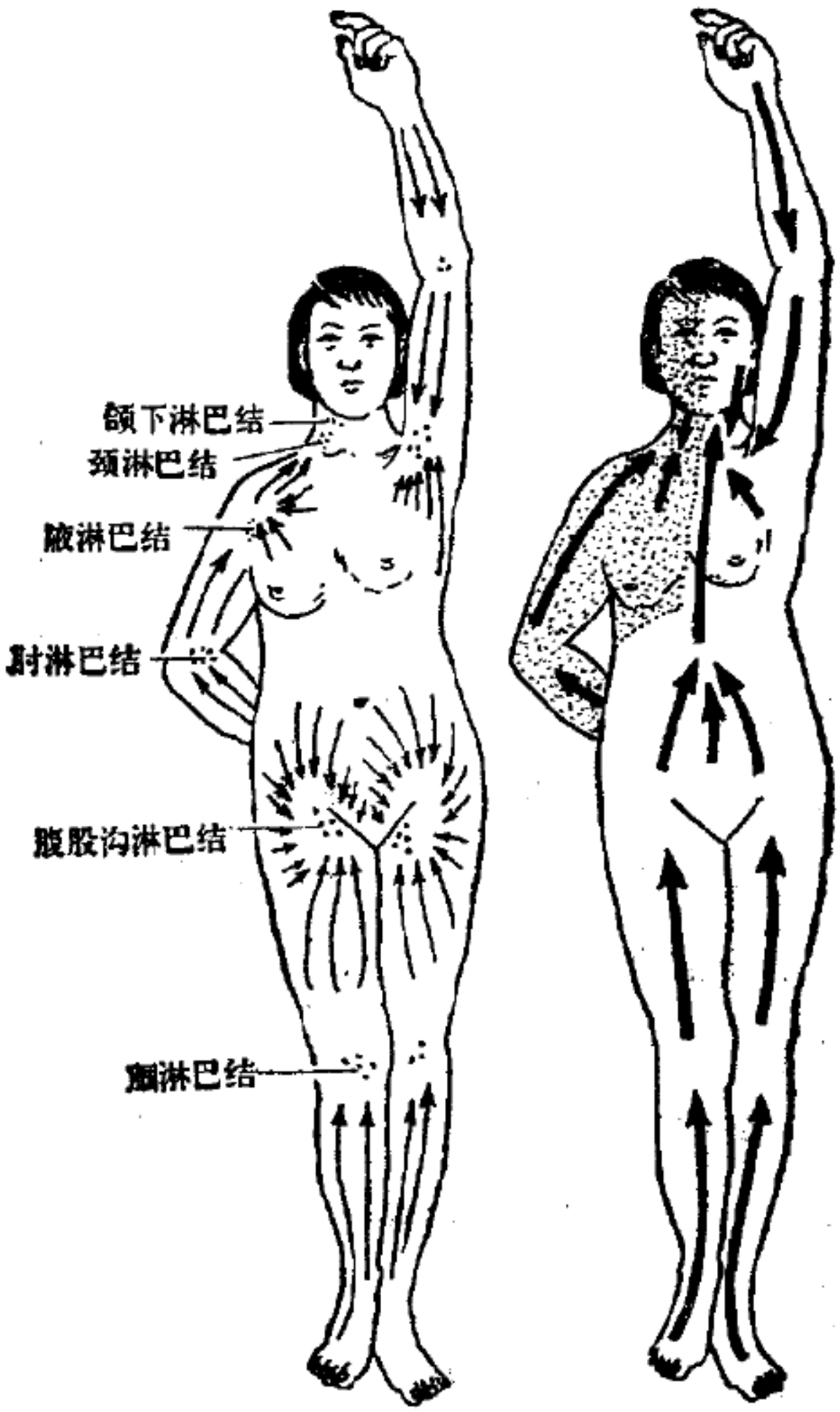


图19—7　全身淋巴回流示意图

第二节　检查方法

一、问　　诊

循环系统疾病常见的症状有

(一)呼吸困难：病人自觉空气不足或呼吸费力，是心力衰竭病人的主要症状之一。心力衰竭时，心血排出量减少，回心血流受阻，造成肺内或体循环郁血，气体交换障碍，使人体缺氧和二氧化碳积聚而引起呼吸困难。询问时须注意是在劳动后出现，或在安静状态下发生；有无夜间阵发性呼吸困难，须采取何种体位等。

(二)心悸：病人自觉心跳，并有心前区不适感，俗称心慌(心冲)。常由心跳加快、增强或不规则引起。心脏病常有心悸，但有心悸不一定有心脏病(如甲亢、精神紧张等)。

(三)心前区疼痛：心肌梗塞或心绞痛时，病人常突然发生位于胸骨后面的剧烈绞痛，向左颈肩及左前臂尺侧放射。

(四)水肿：组织间隙中水分超过正常时称水肿。为右心衰竭时的主要症状之一。右心衰竭时静脉压增高，毛细血管渗透性增加及肾脏排钠排水障碍所致。根据病史、水肿发展特点和心脏体征可与肾性水肿、肝性水肿、营养不良性水肿鉴别。

(五)紫绀：皮肤或粘膜出现暗蓝色时称紫绀。在甲床、耳垂、口唇处最易发现。是由于血中还原血红蛋白含量增加引起。常见于心力衰竭、休克、某些先天性心脏病、严重肺部疾病及亚硝酸盐中毒等。

除上述症状外，循环系统疾病尚有咳嗽、咯血、上腹痛、头昏、头痛、昏厥等症状。

二、望　　诊

(一)有无呼吸困难、端坐呼吸、紫绀、水肿、特殊面容等。

二尖瓣窄狭病人可见两侧颊部毛细血管因缺氧而扩张显紫蓝色，称“二尖瓣面容”。

（二）颈部血管：颈动脉搏动是否增强？正常人颈动脉搏动多看不到。颈动脉搏动增强见于主动脉瓣关闭不全、甲亢和严重贫血等。

颈静脉是否充盈？正常人坐位时，颈静脉不明显，右心衰竭或心包积液时，因静脉回流受阻，坐时颈静脉明显充盈（静脉怒张）。三尖瓣关闭不全可见颈静脉随心跳而出现搏动。

（三）心尖搏动：心室收缩时，心尖撞击胸壁所产生。正常人搏动位于左侧第五肋间锁骨中线内侧。消瘦者心尖搏动较明显，肥胖者或被肋骨遮盖时就不易看到。儿童及婴儿的心尖搏动可位于左侧第四肋间锁骨中线外侧。心尖搏动位置的变化，在心尖搏动触诊中一起讨论。

（四）心前区隆起：正常人两侧胸廓对称。如果在儿童时期患心脏病并有明显心脏肥大时，因胸部骨骼尚软，可发生心前区隆起，常见于风湿性或先天性心脏病。

（五）心前区搏动：在胸骨左侧第三、四、五肋间看到的弥漫性搏动，称为心前区搏动，是右室肥大的体征。

三、触　　诊

（一）心　脏

1.心尖搏动：检查时用指尖或手掌放在心尖搏动处进行触诊。引起心尖搏动位置改变的原因如下

（1）心脏病：右室扩大时，心尖搏动向左移位。左室扩大时，心尖搏动强而有力，向左下方移位。

（2）心外疾病：右侧胸腔积液或气胸时，心尖搏动向左移位。左侧肺纤维化时，向左移位。腹内压增高时（腹水、妊娠、腹内大肿瘤等）横膈上升，使心尖搏动向左上移位。

2.震颤：震颤是以手掌平贴于心前区时，能触到的一种快而细小的震动感觉。这种感觉好象猫喘时摸猫喉部的震动感，故又称“猫喘”。发现震颤时，应注意其部位及出现时期。

（1）收缩期震颤：发生于心室收缩期，故与心尖搏动同时出现。如见于胸骨右缘的第二肋间，为主动脉瓣狭窄引起。在心尖部触及，是二尖瓣关闭不全产生。

（2）舒张期震颤：发生于心室舒张期，故出现于心尖搏动之后。常见于心尖部，为二尖瓣狭窄所致。

（二）脉　搏

心脏收缩和舒张的压力变化，通过血液传到动脉，引起动脉随心跳而搏动，就形成脉搏。若脉搏忽强忽弱，忽快忽慢，过快过慢，时而规则时而不规则，常为心律失常所致。脉搏一强一弱交替出现，称为“交替脉”，见于严重心肌炎、左心衰竭。当吸气时，脉搏减弱甚至消失，呼气时又变强，称为“奇脉”或“吸停脉”，见于心包积液。脉搏迅速上升又迅速下降，称为“水冲脉”，见于主动脉瓣关闭不全、甲亢、严重贫血等。脉搏每分钟次数少于心跳次数称“脉搏短绌”，常见于期前收缩和心房颤动。

（三）肝　脏

充血性心力衰竭常引起肝充血肿大，有压痛，久后可发展为心性肝硬化。

（四）下肢有无凹陷性水肿

右心衰竭或心包积液时，两下肢出现凹陷性水肿。

四、叩　　诊

心脏叩诊可以测定心脏的大小、位置及形状。

（一）叩诊方法（图19—8）：病人取坐位或仰卧位，检查者用指指叩诊法。叩时宜轻，一般先从心尖搏动所在肋间开始，由外向内（即由肺脏向心脏方向）进行叩诊，叩至清音转变为浊音处，表示已达心脏边界，作出标记。然后依次按肋间上移，同样叩出各肋间的浊音处，直到第二肋间为止。将各肋间所叩出的浊音处联接起来，即为心脏的左界。用同法自右侧肝浊音界的上一肋间（通常为第四肋间）开始，叩出右界。最后，分别测量肋间浊音界至前正中线的距离，并以厘米记录之，此即心浊音界的范围。同时，记下左锁骨中线至前正中线的距离。

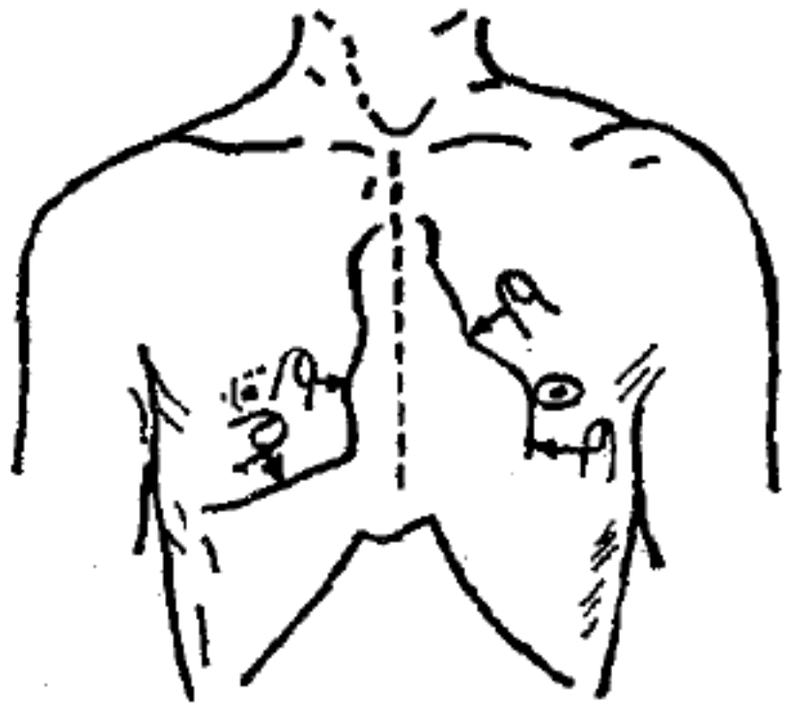


图19—8　心浊音界叩诊时手指的位置

(二)正常心脏浊音界：相当于心脏在胸壁上的投影。

1.左界：心脏左界在第二肋间处几乎与胸骨左缘相合，距离前正中线为2～3厘米。左第三肋间处距离前正中线约4～4.5厘米。左第四肋间约5～7厘米。左第五肋间为8～9厘米(不超过左锁骨中线)。

2.右界：心脏右界在右第二、三肋间处几乎与胸骨右缘相合，距前正中线2～3厘米，右第四肋间处为3～4厘米。

(三)心脏浊音界的变化及临床意义：心浊音界的大小及形状，可因许多原因而发生改变。

心浊音界的大小记录方法如下表

右	肋　间	左
2～3	二	2～3
2～3	三	4～4.5
3～4	四	5～7
	五	8～9

注：数字表示该肋间隙心浊音界与前正中线的距离(厘米)。

1.心脏增大：心脏扩大时，由于体积增大，可使心浊音界扩大，且由于心脏各部分扩大程度不同，心界外形也发生变化。

(1) 左心室扩大时，心界向左下扩大，心浊音界似靴形，临床上称为主动脉瓣型，常见于主动脉瓣关闭不全。

(2) 右室明显扩大时，心界向左右两侧扩大，但向左扩大较显著。

（3）左房轻度扩大时，由于其解剖位置在心脏后部，主要向后扩大，故叩诊不能查出。显著扩大时，可使左侧第三肋间浊音界增大。

（4）肺动脉扩大时，左第三肋间浊音界增大。二尖瓣狭窄时，因左房及肺动脉扩大，心界似梨形，临床上称为二尖瓣型。

2.心包积液：大量心包积液时，心界向两侧扩大。病人分别取坐位与卧位时，浊音界可发生变化，即坐位时两侧四、五肋间浊音界显著增大，浊音界如烧瓶状，卧位时心底部二、三肋间浊音界明显增宽。

3.心外因素

（1）肺气肿：心浊音界缩小或完全叩不出，是被肺遮盖的缘故。

（2）胸腔积液：心界向健侧移位，患侧心界因与积液浊音连成一片而不能叩出。

（3）气胸：左侧气胸时，心浊音界为鼓音代替。

（4）腹内压增高：如腹水或妊娠时，膈肌上升，心浊音界向左上方移位。

五、听　　诊

心脏听诊是检查心脏极其重要的方法。听诊虽然是心脏体检中较难掌握的部分，“然而由于努力学习，可以由无知转化为有知，由知之不多转化为知之甚多”。因此，在这方面，“入门既不难，深造也是办得到的”。

(一)听诊部位与方法

1.心脏听诊部位(瓣膜听诊区)：根据临床经验，心脏各瓣膜活动时所产生的声音，在胸壁上某一部位听得最清楚，这些部位称为瓣膜听诊区(图19—9)。心脏瓣膜解剖位置和听诊部位不完全一致，这是和通过各瓣膜口的血流方向各不相同有关。

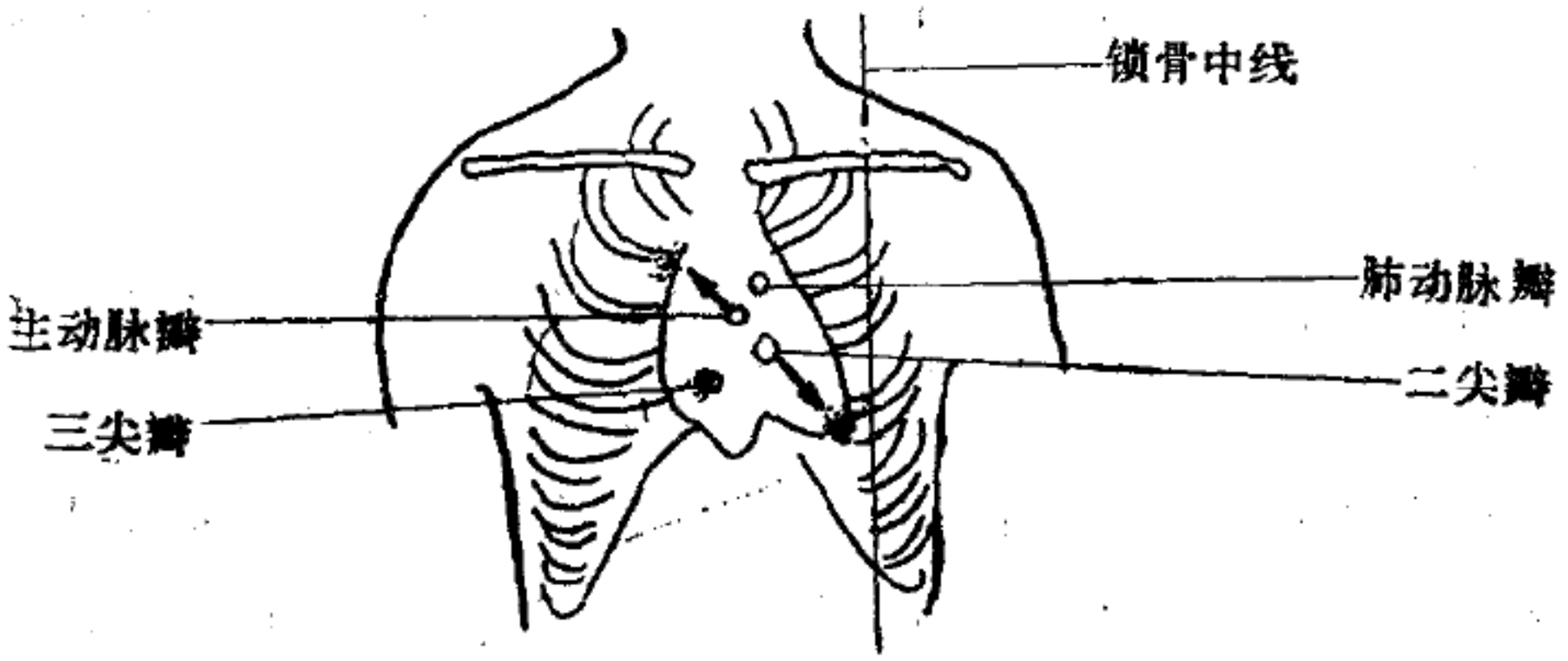


图19—9　心脏瓣膜口的部位及听诊区

(1) 二尖瓣听诊区：在心尖部，即左侧第五肋间锁骨中线内侧。二尖瓣疾患所产生的杂音，在心尖部听得最清楚。

(2) 主动脉瓣听诊区：在胸骨右缘第二肋间。主动脉瓣疾患所产生的杂音在该处听得最清楚。主动脉瓣关闭不全的杂音，有时于此处听不明显，而在胸骨左缘第三、四肋间处听得最清楚，后者称为第二主动脉瓣听诊区。这是由于主动脉内血液返流至左心室的关系。

三尖瓣听诊区：在胸骨体下端稍偏右或偏左。

肺动脉瓣听诊区：在胸骨左缘第二肋间。

2.听诊顺序： 一般从心尖部开始，然后移到三尖瓣区，第二主动脉瓣区，肺动脉瓣区，再到主动脉瓣区。逐区进行听诊，以免遗漏。

3.病人体位： 病人取平卧位或坐位。最好能在坐位及卧位各听一次，因有些杂音在某种体位较易听到。如二尖瓣狭窄的杂音，在左侧卧位时容易听到，这是由于心尖接近胸壁的缘故；轻微主动脉瓣关闭不全的杂音，于坐位并向前倾时，才易听到。

(二)听诊内容

听诊心脏时，应注意：心音是否正常，有无异常心音；有无杂音；心率多少，节律是否整齐；有无心包摩擦音。

1.正常心音： 心脏搏动时产生的声音称为心音。正常人心前区可以听到两个性质不同类似"勒—答"的声音交替出现，这就是第一心音和第二心音。

第一心音：心尖搏动出现时听到的心音即为第一心音，它代表心室收缩期开始。第一心音音调较低，持续时间较长，在心尖部听得最清楚。主要是由于心脏收缩时，二尖瓣、三尖瓣突然关闭所致。

第二心音：第一心音出现后不久即发生第二心音，它标志心室舒张期开始。第二心音音调较高，性质清脆，持续时间较短，在心底部听得最响。中年人主动脉瓣区及肺动脉瓣区第二音强度相等，青年人及儿童肺动脉瓣区第二音较强，老年人主动脉瓣区第二音较强。第二心音是由于心室舒张时，主动脉瓣、肺动脉瓣关闭所引起。

第一心音到第二心音之间的时间，相当于心室收缩期。第二心音到下一次心跳第一心音的时间为心室舒张期(图19—10)。

听诊心脏时，首先要分辨第一心音及第二心音。如果误把第一心音当第二心音，或第二心音当第一心音，则心脏收缩期和舒张期将恰恰被颠倒。这样，心脏的心音、杂音也将混淆不清而无法判断或错误判断其临床意义。

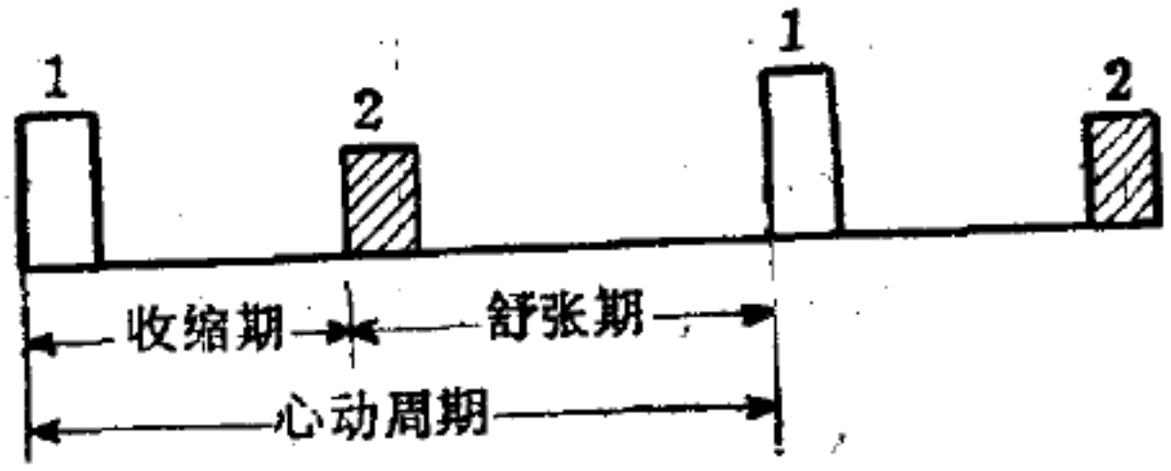


图19—10　心动周期与心音的关系

第一心音与第二心音鉴别方法表

	第一心音	第二心音
声音特点	音调较低，时间较长	音调较高，时间较短
最强部位	心尖区	心底部（第二肋间胸骨左右缘）
与心尖搏动外凸和颈动脉搏动的关系	同　时	不同时
心音之间的时间	第一音到第二音之间（收缩期），较短	第二音到下一次心跳第一音之间(舒张期)，较长

2.心音的变化

(1) 在心前区，两个心音同时增强，见于劳动后、胸壁薄、甲亢等。普通减弱见于肥胖、胸壁水肿、肺气肿、心包积液等。

(2) 第一心音增强，见于二尖瓣狭窄、期前收缩等。第一心音减弱，见于二、三尖瓣关闭不全、心肌炎等。

(3) 第二心音增强，常由于大血管内压力升高引起。主动脉瓣区第二音增强见于高血压。肺动脉瓣区第二音增强，见于

肺循环压力增高时，如二尖瓣狭窄、左心衰竭、肺气肿等。

（4）奔马律：在原有两个心音之外，出现一个低调沉闷的附加心音。它常发生于心率较快时(一般在100～120次/分时出现，低于90次/分时可消失)，由于心率较快，听诊时三个心音急促接连(“勒”—“答”—“得”)，很像马奔跑时马蹄着地发出声音的音律，故称奔马律。最常见的一种奔马律是舒张期奔马律，见于严重心肌炎、左心衰竭等。

3.杂音：心脏杂音是心音之外出现的一种持续时间较长的额外声音。杂音可与心音完全分开，亦可与心音相连续或完全遮盖心音。

杂音产生的原理(图19—11)

一般认为是由于血流成漩涡，引起心脏或血管壁振动而产生。主要见于下列几种情况。

（1）瓣膜口狭窄(如二尖瓣狭窄)，或由于心脏扩大或大血管(肺动脉、主动脉)扩张所产生的相对的瓣膜口狭窄。血液通过狭窄处时，在狭窄的上下方发生漩涡，引起心脏或血管壁振动而产生杂音。

（2）瓣膜关闭不全，或由于大血管或心脏扩张瓣膜口随之扩大而发生相对关闭

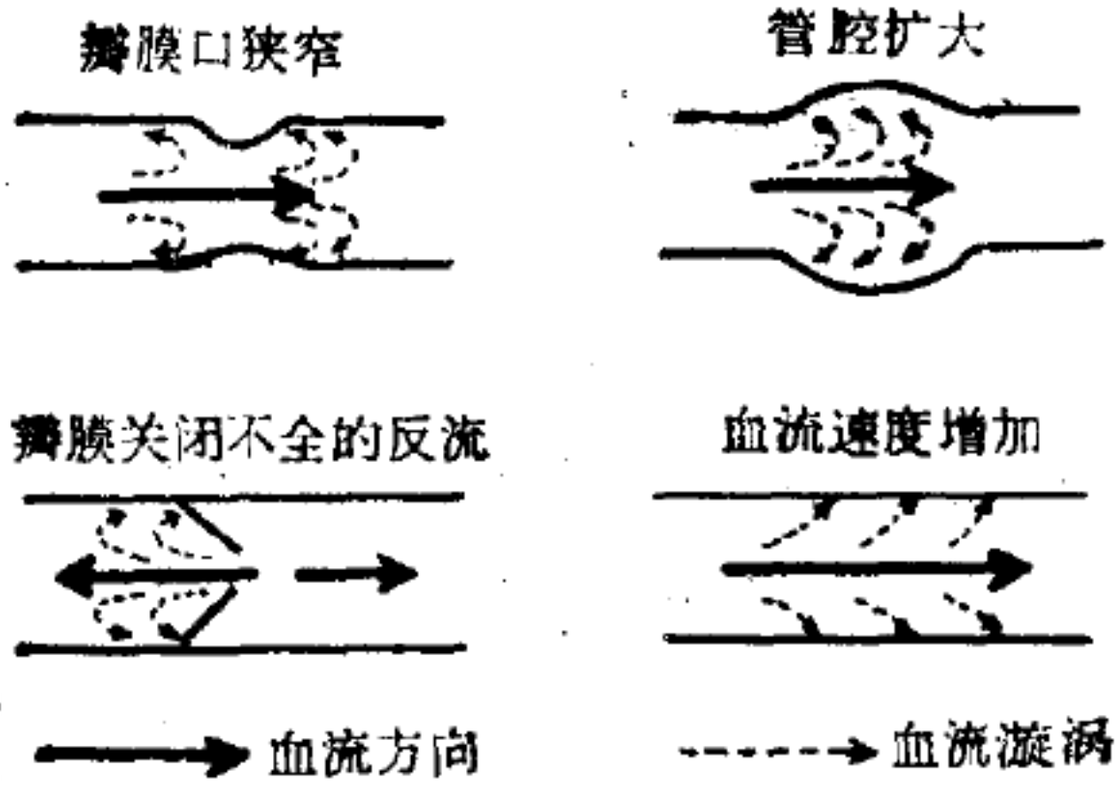


图19—11　产生心杂音的漩涡图

不全，血液逆流产生漩涡而引起杂音。

（3）血流速度增快，亦可引起漩涡而出现杂音，如健康人运动后，发热、贫血、甲状腺机能亢进等。

杂音的辨别

听到杂音时，应根据杂音出现的时期、最强部位、性质、强度及传导方向等来判断杂音的意义。

（1）收缩期杂音：出现于心脏收缩期时的杂音，称为收缩期杂音。听诊时收缩期杂音与心尖搏动和颈动脉搏动同时出现。

心尖部 心尖部的收缩期杂音，可为器质性的二尖瓣关闭不全引起。此杂音在收缩早期最响，常遮盖第一心音，以后渐弱，多为吹风性，比较粗糙，可向左侧腋下传导。

高血压病引起左心室明显扩大，产生相对性二尖瓣关闭不全时，心尖部亦可发生柔和的吹风性收缩期杂音。

贫血、甲状腺机能亢进时，由于血流速度增快，心尖常可听到柔和的吹风性收缩期杂音。

有些健康人，在心尖部可听到短促微弱（1～2级）的收缩期杂音，原因尚未清楚，无临床意义。

主动脉瓣区 主动脉瓣狭窄时，主动脉瓣区有粗糙响亮的收缩期杂音，向颈动脉方向传导，常伴有收缩期震颤。

肺动脉瓣区 某些健康人，特别是年青者，肺动脉瓣区常可听到吹风性收缩期杂音，性质柔和较弱（1～2级），于卧位吸气时听之较明显，坐位时则减弱或消失。这种杂音的产生，是因为肺动脉壁较薄弱，收缩期喷血时容易使其扩张而形成血流

漩涡的缘故。先天性肺动脉瓣狭窄时，收缩期杂音极粗糙，常伴有震颤。

三尖瓣区　绝大多数是由于右室扩大，产生相对性三尖瓣关闭不全引起，例如肺原性心脏病有右心衰竭时常可听到。

收缩期杂音的响度，一般习惯分为六级。

第一级：需要仔细听诊才能听到，声音极弱且所占时间很短。

第二级：较易听到，但仍柔和。

第三级：中等度响。

第四级：较响亮的杂音。

第五级：很响，但当听诊器胸件离开胸壁时，则不能听到。

第六级：极响，听诊器胸件稍稍离开胸壁仍可听到。一般说三级或三级以上杂音多为病理性，但也有例外。

（2）舒张期杂音：出现于心脏舒张期时的杂音，称为舒张期杂音。

心尖部　心尖部舒张期隆隆性杂音，为二尖瓣狭窄的典型体征，见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄。

主动脉瓣区　主动脉瓣区的舒张期杂音，主要是由于主动脉瓣关闭不全所致。此杂音为吹风性，可掩盖第二心音，在胸骨左缘第三、四肋间听得更清楚。常见于风湿性心脏病主动脉瓣关闭不全。

肺动脉瓣区　肺动脉瓣区的舒张期杂音，临床上很少见，几乎都是肺动脉瓣相对性关闭不全所致。可见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄，因肺动脉高压所致的肺动脉扩张。

以上列举的杂音，有属生理性，有属病理性。凡是瓣膜本身有病变，心脏血管扩张发生相对性狭窄及关闭不全，身体其他疾患引起血流加速等所产生的杂音，都称为病理性杂音。舒张期杂音全部属病理性。收缩期杂音可以是生理性，也可以是病理性。一般说，位于心尖或肺动脉瓣区的轻微(1～2级)、柔和、短促、局限的吹风性收缩期杂音，多半为生理性，可见于健康儿童或青年人。如杂音比较响亮(3级或3级以上)、粗糙，占整个收缩期，且可传导者，多为病理性。可结合有无其他心脏病体征及全身情况，进一步判断其临床意义。

4.心率及心律：正常成年人心率一般为60～80次/分，节律规则。常见的心律失常有以下几种

(1) 窦性心动过速：心脏的冲动仍起源于窦房结，但发出冲动的频率过快。心率100～130次/分，儿童可更快。其特点是心率加快，心率可因体位、活动或精神因素而变化，但其节律规则。见于情绪激动或剧烈运动后，发热、贫血、休克、心力衰竭及甲状腺机能亢进等，临床意义决定于其发生的原因。

(2) 窦性心动过缓：由于窦房结发出冲动变慢，心率在60次/分以下，与迷走神经兴奋性增强有关。见于颅内压增高、黄疸、洋地黄中毒等。但也可见于运动员、老年人。

(3) 窦性心律不齐：由于窦房结发出冲动时快时慢。特点是吸气时心率增快。呼气时心率减慢。见于儿童、青年人和老年人，一般无病理意义。

(4) 期前收缩：心脏除了窦房结发出的正常冲动以外，在心房或心室出现异位兴奋灶，不定时地发出冲动，引起心肌过

早收缩，称为期前收缩(早搏)。听诊特点是在心律基本规则(窦性心律）的基础上，可发现一次心跳忽然提早出现，而后面有较长的间歇，使基本心律被打乱。期前收缩的第一心音常明显增强(心室充盈不足)，而第二心音减弱或消失，同时相应的脉搏也提前出现而且比较微弱(因排血量少)。

期前收缩可见于健康人，在精神兴奋、疲劳、烟酒过度时，可出现期前收缩。各种心脏病、洋地黄中毒和低血钾，也可出现期前收缩。

(5) 阵发性心动过速：是指窦房结以外的异位兴奋灶一阵阵快速地发出冲动，使心跳阵发加快，相当于一系列接连很快的期前收缩。心率160～200次/分，突然发作，每次发作以持续几分钟或几小时为常见。

阵发性心动过速可发生于无心脏病，也可发生于风湿性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病或洋地黄、酒石酸锑钾中毒时。

(6) 心房颤动：由于心房内的异位兴奋灶，持续地发出高速度而又不规则的冲动，使心房仅有迅速、微弱、不规则的颤动而无整体的收缩。此时窦房结失去功能。心房肌颤动的速率每分钟达400～600次。心室只能接受一部分由心房传下来的冲动，故心室搏动的节律极不规则，称为心房颤动。听诊特点是心律完全不规则，心音强弱不一，快慢不一。此外，常有脉搏短绌。

心房颤动多发生于器质性心脏病，常见于风湿性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病及严重甲状腺机能亢进患者。

5.心包摩擦音：心包炎时，心包的壁层和脏层表面粗糙，

心脏搏动时两层心包互相摩擦而产生。心包摩擦音性质粗糙、近耳，在心脏的收缩期及舒张期均可听到，用听诊器紧按胸壁时声音增强，在胸骨左缘第三、四肋间处较易听到。

心包摩擦音与胸膜摩擦音的性质基本相同，区别在于停止呼吸时，胸膜摩擦音消失，而心包摩擦音则仍随心脏搏动而出现。

第三节　心力衰竭

由于各种原因引起心肌收缩力减弱，不能将心脏内血液充分排出，产生循环障碍而出现的综合病征，称为心力衰竭。此时，动脉系统血液供应不足，静脉系统郁积过多血液产生内脏充血，故又称为充血性心力衰竭。

病　因

(一)基本原因：任何心脏病都可产生心力衰竭。

1.心脏负担加重：如风湿性心脏瓣膜病、高血压、肺心病、严重贫血、甲状腺机能亢进等，主要是心脏长期负担加重，心肌过度疲劳，因而收缩力减弱。

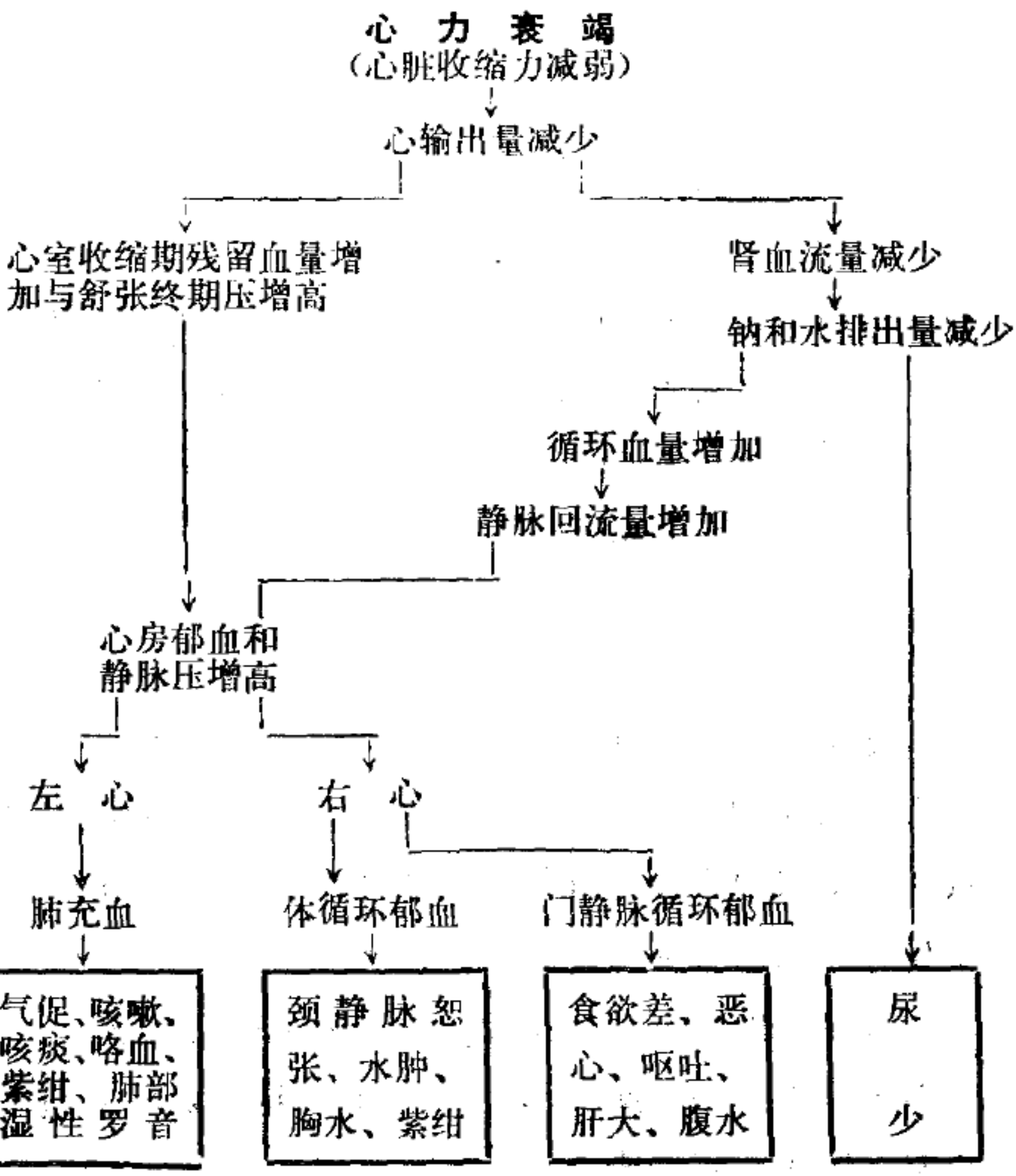
2.心肌血液供应不足：如冠状动脉硬化性心脏病。

3.心肌病变：如风湿性心脏炎、各种原因引起的心肌炎(白喉、肺炎、伤寒、病毒感染)等。

(二)诱因：比较严重的急性心脏病变可立即引起心力衰竭。慢性心脏病发生心力衰竭多有诱因，常见者有：①急性感

染尤其是呼吸道感染；②过劳或情绪激动；③心律失常，如心房颤动、阵发性心动过速等；④妊娠与分娩；⑤静脉大量快速输液或输血。

病理生理



祖国医学认为本病是由于久病体虚，心阴耗损，心阳衰竭，终至阴阳气血俱虚，心、肺、脾俱亏而致水湿内停，心血瘀阻，

虚实错综并见。如果进一步发展，最后可致阴阳离决。

临床表现

（一）左心衰竭：多发生于高血压病，冠状动脉硬化性心脏病、主动脉瓣病及二尖瓣关闭不全等。儿童左心衰竭常由急性风湿性心脏炎或急性肾炎引起。左心衰竭的症状，主要是肺郁血所致。

1.劳动后呼吸困难与端坐呼吸：劳动后呼吸困难是左心衰竭的最早表现。开始于重体力劳动时发生，以后轻劳动或稍活动也感呼吸困难，是由于劳动时静脉回流增加，肺郁血加重所致。呼吸困难的患者，喜欢坐位或半卧位以减轻呼吸困难，称为端坐呼吸。

2.阵发性呼吸困难：阵发性呼吸困难多发生于夜间，故亦称阵发性夜间呼吸困难，为急性左心衰竭的典型表现，是肺郁血突然加重而致。患者常在夜间熟睡中突然惊醒，出现呼吸困难和窒息感，被迫坐起，轻则数分钟，重则1～2小时才逐渐停止。严重患者，呼吸困难极为明显，有哮鸣性呼吸音，颇似支气管哮喘发作，故又称为心性哮喘。患者常咳嗽，咳出稀薄泡沫样痰，有时痰中带血，两肺满布哮鸣音及湿性啰音。严重的肺郁血，可发展成为急性肺水肿，血浆成分渗入肺泡及肺间质。表现除上述症状加重外，常咳出大量粉红色泡沫痰，可由口鼻涌出，患者烦躁不安、面色苍白、口唇发绀、大汗淋漓、四肢冰冷，可因脑组织缺氧导致昏迷，甚至死亡。

3.咳嗽和咳血：咳嗽多与呼吸困难同时发生，是肺及支气

管粘膜郁血所致，常伴有白色泡沫痰或血痰。严重郁血可引起小血管破裂，发生咳血。

4.检查：心尖搏动向左下方移位，心脏浊音界向左下方扩大，听诊有原来心脏病的杂音，心尖部出现舒张期奔马律，肺动脉瓣区第二音增强，主动脉瓣区第二音减弱，心率增快，并有交替脉。肺部可听到干、湿性啰音。

(二)右心衰竭：主要由体循环静脉郁血引起。

1.**水肿**：是右心衰竭最主要的症状，多见于下肢。初期可于傍晚时出现，早晨消失；以后经常存在，逐渐向上蔓延至全身。卧床患者，以腰、背部较明显。严重者可出现胸水及腹水。

2.**颈静脉怒张**：为右心衰竭的早期表现。

3.内脏充血：肝充血肿大伴有压痛，压迫肝脏后，颈静脉怒张更明显(肝颈静脉逆流征)。胃肠充血常引起食欲不振、腹胀、恶心、呕吐等。肾充血引起尿量减少，尿中可出现少量蛋白质、红细胞及透明管型。

4.呼吸困难：右心衰竭时发生呼吸困难是由于：①肺充血及原有肺部疾患；②静脉郁血，血氧含量降低，血中酸性物质增加，刺激呼吸中枢；③胸水、腹水妨碍呼吸运动。

5.紫绀：较左心衰竭时显著。

6.心脏体征：心前区搏动弥漫，心脏向两侧扩大，以左侧为主。除原有心脏病杂音外，右心衰竭常产生功能性三尖瓣关闭不全，出现收缩期吹风样杂音。

(三)全心衰竭：全心衰竭即同时有左、右心衰竭的征象。无论是左心还是右心衰竭，如不给予适当治疗，最后都可发展

成为全心衰竭。

诊　断

症状、体征明显者诊断并不困难。主要依据：①心脏病证据（心脏扩大、杂音、心音改变等；②静脉系统郁血现象（肺及体循环）：早期左心衰竭常仅有夜间轻微呼吸困难；早期右心衰竭常诉食欲不振、腹胀等。心性哮喘应与支气管哮喘相鉴别。

心力衰竭按其严重程度，可分为三级：

第一级：安静状态下无症状，体力劳动时有心悸、气促、易疲乏等。

第二级：轻体力劳动则出现心悸、气促，同时有肝肿大与水肿。

第三级：休息时亦感心悸、气促，各种心力衰竭症状都很显著而顽固。

预　防

（一）积极防止各种心脏病的发生。

（二）对心脏病患者，应避免过度劳累；预防和控制呼吸道感染；必要时给低盐饮食；女性病人应作好计划生育；输液、输血时，应注意液体量和输液速度。

治　疗

心力衰竭的治疗原则包括去除病因；减轻心脏负担；提高心脏工作效率；消除水肿等。

(一)病因治疗

1.治疗基本病因：积极治疗高血压病、甲状腺机能亢进、风湿热及贫血等疾病，能使心力衰竭更快好转。

2.除去诱因：如控制急性感染，治疗心律失常，怀孕三个月以内者应中止妊娠。

(二)减轻心脏负担

1.休息：可使心脏负担减轻。重病人应卧床休息，并取半坐卧位。失眠、精神不安给用镇静剂。

2.饮食：应给易消化低盐饮食，少食多餐，以减轻心脏负担。

(三)提高心脏工作效率：主要为洋地黄制剂的应用。

1.作用及适应症：洋地黄制剂为治疗心力衰竭的主要药物，其作用有：加强心肌收缩力，减慢心率，增加心搏出量。适用于所有心力衰竭的患者。

2.制剂：有慢作用及快作用两种。慢作用者有洋地黄叶、洋地黄毒甙。快作用者有异羟基洋地黄毒甙(地高辛)，毛花甙丙(西地兰)和类似洋地黄药物如毒毛旋花子甙K等。

3.剂量及用法：使用洋地黄类药物的原则，是在一定时间内（按心衰程度在12～24小时或2～6天）给以充足的全效量(饱和量)，如用药后心率减慢接近正常，呼吸困难得到改善，颈静脉怒张减轻，肺部啰音减少或消失，尿量增加，水肿消退，肝脏缩小，提示已达到全效量。以后每日给予维持量以巩固疗效。

对一般慢性病例，应给作用持久的洋地黄制剂如洋地黄叶

或洋地黄毒甙口服。对紧急病例，宜先给予作用快的制剂如毛花甙丙或毒毛旋花子甙K等，待症状好转后，再给予慢作用制剂维持。常用洋地黄制剂的全效量及维持量见表。

洋 地 黄 药 物 用 法

制　　剂	给药法	作用开始时间	作用最强时间（小　时）	作用持续时间（天）	全　效　量（洋地黄化量）	每日维持量
洋地黄叶	口服	6 小时	12—24	10—14	0.8—1.2克（平均1克）	0.05-0.1克
洋地黄毒甙	口服	2 小时	8 —12	12—20	0.8-1.2毫克（平均1毫克）	0.05—0.1毫　克
异羟基洋地黄毒甙（地高辛）	口服	2 小时	4 — 8	4 — 7	2 — 3 毫克（平均2.5毫克）	0.25—0.5毫　克
毛花甙丙（西地兰）	静脉	10—30分　钟	1 — 2	2 — 4	1—1.6毫克（平均1.2毫克）	0.2—0.4毫　克（不长期使用）
毒毛旋花子甙 K	静脉	5 分钟	1 — 2	1 — 3	0.25毫克	0.25毫克（不长期使用）

洋地黄给药的快慢，应根据心力衰竭的程度而定。

（1）慢给法：适用于较轻的慢性心力衰竭，洋地黄叶 0.1 克，每日三次，或洋地黄毒甙0.1毫克，每日三次；或地高辛0.25毫克，每日四次。以上药物一般均在给药后 3 ～ 4 天达全效量。

（2）速给法：对危急病例，如确定前两周内未用过洋地黄，可用速给法。毛花甙丙第一次剂量0.8毫克，用25%葡萄糖40毫

升稀释后静脉缓慢注射，6小时后可再注射0.4毫克，总量不超过1.2毫克。如用毒毛旋花子甙K，首次剂量0.25毫克，以25%葡萄糖40毫升稀释后缓慢静注，必要时在4～6小时后可再注射0.125～0.25毫克，一般24小时内总量不超过0.5毫克。亦可口服地高辛，开始0.75毫克，以后每6小时0.5毫克，共2～3次。如无快作用制剂，可口服洋地黄叶，开始0.4克，以后每8小时0.2克，共3次。口服疗效出现时间较迟。

洋地黄的维持量亦因人而异。一般每日给洋地黄叶0.05～0.1克，或洋地黄毒甙0.05～0.1毫克，或地高辛0.25～0.5毫克。维持量的多少应根据患者心力衰竭控制情况，心率快慢及有无洋地黄毒性反应而定。

4.毒性反应：应用洋地黄制剂时，如剂量过大，心肌有严重损害（如弥漫性心肌炎、严重冠心病，长期反复发作的心力衰竭等）、缺氧、血钾过低或对洋地黄敏感性增高等，都能产生毒性反应。常见的毒性反应有食欲减退、恶心、呕吐、头晕、头痛、看东西呈黄色或绿色，及各种心律紊乱等。因此，在使用洋地黄过程中，如心率突然过缓（60次/分以下）或过速，心律由规则变为不规则等，均应考虑洋地黄中毒的可能。洋地黄中毒时心力衰竭可反而加剧。

由于洋地黄的耐受性因人而异，其有效治疗剂量与中毒剂量比较接近，故应用过程中要密切观察是否过量。如出现上述毒性反应，应立即停用洋地黄及利尿剂，可口服氯化钾1克，每日3～4次。心率过缓可口服阿托品0.6毫克，一日三次，必要时1毫克肌注或静注。

钙能增加洋地黄毒性，在应用洋地黄制剂时，应避免用钙剂，以免产生中毒。

（四）消除水肿：浮肿严重者，可加用利尿剂。常用者有：

1.双氢克尿塞：25毫克口服，每日3次。此药有排钾作用，故应同时口服氯化钾，每次1克，每日3次。

2.氨苯喋啶：50～100毫克口服，每日3次。此药不增加钾的排出，故不必加用钾盐。与双氢克尿塞合用，有良好效果。

3.醋唑磺胺：250毫克口服，每日2次。此药可产生耐药性，故应间歇服用，可服3天，停3天。肺心病有肺性脑病时，慎用或禁用。

（五）急性肺水肿的治疗：急性肺水肿是常见急症之一，需紧急处理。

1.嘱病人取坐位，两腿下垂。

2.四肢止血带轮流结扎，以减少回心血量。方法：以止血带结扎三肢体，每5分钟轮流放松一肢，并结扎另一肢，平均每肢体结扎15分钟，放松5分钟。

3.氨茶碱0.25克，以50%葡萄糖40毫升稀释，缓慢静脉注射，可解除支气管痉挛，改善呼吸困难。

4.未用洋地黄化患者，给静脉注射快作用洋地黄制剂，如毛花甙丙或毒毛旋花子甙K。

5.吸氧：将氧气管通过一个装有70%酒精的瓶子，吸入后有抗泡沫作用，可改善呼吸。

6.皮下注射吗啡10毫克，以缓解呼吸困难及烦躁不安。但有昏迷、休克、明显紫绀、严重肺部疾患、呼吸抑制者禁用。

老年患者应用时应谨慎，可先给予半量。

（六）**中药治疗**：阴阳气血两虚，心血瘀阻，是本病的基本病理，因而治疗上应以益气、养阴、温阳、活血为原则，常用参附汤合生脉散加减。

第四节　风湿热与风湿性心脏病

风　湿　热

风湿热是人体感染溶血性链球菌后引起的全身结缔组织的变态反应性疾病。以心脏炎、关节炎、皮下小结、环形红斑及舞蹈病为主要临床表现。起病较急，病程较长，容易复发。反复发作可发展为风湿性心瓣膜病。祖国医学认为以关节炎为主要表现的风湿热，属“痹症”范畴。

多见于儿童及青年。好发于冬春季。

病因病理

本病的发生和溶血性链球菌感染（如扁桃体炎）有密切关系。潮湿、寒冷常为发病的诱因。但受溶血性链球菌感染的人群只有少数人发生风湿热，说明细菌感染只是外因，在溶血性链球菌的作用下人体产生变态反应，才会发病。

风湿病主要侵犯全身结缔组织，常累及心脏、关节、皮肤、脑及浆膜等，以心脏损害最为重要。典型病理改变为风湿结节形成，病变发展过程分为：变质渗出、风湿结节形成及瘢痕硬

结三期。一般在关节和浆膜以渗出病变为主，瘢痕形成主要见于心脏，特别是瓣膜，故风湿病活动期过后，可产生心瓣膜畸形引起风湿性心瓣膜病。

临床表现

开始时可有咽痛或发热等上呼吸道感染症状，经过一至四星期后，就出现风湿热的症状，表现为

(一)全身症状：患者常有低热或中等发热伴有心率快、多汗、乏力、苍白、食欲不振及体重减轻等症状，容易误诊为结核病。

(二)关节炎：特点为“大、多、游”。常累及膝、踝、肩、肘等大关节，多呈对称性游走性疼痛。急性期关节局部有红、肿、热、痛，也可能只有轻微疼痛而不伴红肿。关节病变，常反复发作。急性期过后，关节功能完全恢复，不遗留任何关节畸形或运动障碍，这和类风湿性关节炎完全不同。

(三)皮肤病变：有渗出性及增生性两种。渗出性者可在病人的胸、背、四肢内侧有环形或半环形的边缘隆起的淡红色的红斑，称为环形红斑。增生性者大多在关节伸侧有质硬、不痛、与皮肤不相粘连的圆形小结，称为皮下小结。

(四)心脏炎：心内膜、心肌、心包可同时受侵袭，故称为心脏炎或全心脏炎。心肌损害广泛时，患者可有心前区不适，心律不齐，心尖区可有收缩期杂音或心力衰竭等症状。心内膜受损时心尖区可听到收缩期或舒张期杂音，此杂音可于风湿活动性病变消退后完全消失。心包炎患者可有心前区疼痛与心包

摩擦音，一般无大量液体渗出。

（五）**舞蹈病**：为脑部风湿病引起。呈快速而不规则无意义的动作，挤眉、弄眼、耸肩、扭腰、翻掌，激动时加重，睡眠时消失。

实验室检查常有红细胞沉降率（血沉）加速，血中链球菌的抗体（抗溶血性链球菌素“O”，简称抗“O”）增高。

本病的临床表现虽多种多样，但患者往往以一种或两种表现为主。儿童以心脏损害较严重，舞蹈病及皮下小结较多见；成人则以关节炎较多见。

诊　断

若心脏炎、关节炎、环形红斑、皮下小结、舞蹈病等主要症状中具有两项以上者；或有一项主要症状而伴有发热、多汗、血沉加快、白细胞增多，抗“O”增高等次要症状两项以上者，即可确定诊断。但由于本病临床表现很不典型，应综合各方面情况，具体分析，过细排除其他疾病。在以关节炎为主要表现的风湿热，应与类风湿性关节炎作鉴别。后者特点如下：

①起病较缓慢，多为青壮年；②多侵犯掌指等小关节和脊柱，关节受累常左右对称，后期关节有梭状畸形；③心脏很少受累；④水杨酸制剂疗效不如风湿病显著。

预　防

（一）加强身体锻炼，防寒保温，避免潮湿。

（二）对急性扁桃体炎或咽炎，应及早积极治疗。慢性扁桃

体炎反复发作者，应予手术摘除。

治　疗

（一）一般疗法： 患者应卧床休息，直至发热、心脏炎、关节肿痛等症状明显消失时，方可逐渐增加活动。注意保暖。给以低盐、足量维生素，尤其是维生素C的饮食。垫高肿胀的关节以减轻疼痛。

（二）草药单方：

1.豨莶草、鸡血藤、南蛇藤各1两，水煎服。

2.老桑枝1～2两，黄柏3钱，每日一剂水煎服。

（三）新针疗法： 关节炎发作较顽固的病人，新针疗法也有很好效果，上肢关节针曲池、养老、肩髃；下肢关节针环跳、绝骨、膝眼、阳陵泉、足三里等穴。根据病情每次选用3～4穴，强刺激。

（四）辩证施治

1.湿热型：发热、出汗、关节红肿热痛，得凉则舒，身重口干，心悸、苔黄，脉数。治宜清利湿热，宣通经络。方用宣痹汤加苍术、姜黄、海桐皮、桑枝。

2.寒湿型：发热低或不发热，关节不红肿，关节痛遇寒则剧，苔薄白，脉濡缓。治宜散寒除湿，祛风养血。方用蠲痹汤加鸡血藤、海风藤、桑枝。

（五）水杨酸制剂： 能退热止痛，促进渗出物的吸收。可选用阿斯匹林，每日3～4次，每次一克；或水杨酸钠，每日三至四次，每次1～2克，均为饭后服。服药至风湿活动症状消

失后二周为止。如有恶心、呕吐、耳鸣等副作用时可酌情减量或停药。

服用水杨酸制剂的病人常大量出汗，可用温水抹浴，勤换衣服，防止受凉。

(六)激素：心脏炎患者早期应用激素可减少或阻止心脏内慢性病变的发展。一般可口服强的松或强的松龙，每日30～40毫克，分3～4次服；待症状减轻后，逐渐减量至每日一次，每次5～10毫克，疗程一般为6～8周。用药过程中应补充钾盐。

(七)消除链球菌感染：急性咽炎、急性扁桃体炎等可用穿心莲注射液2毫升肌注，每日二次，或每日肌注青霉素80万～120万单位，一般约需1～2周。如停药后在抗风湿治疗的同时，症状又有加重（如体温又升高，伴血沉加速），使用抗菌素时间应适当延长。

(八)出现心力衰竭：按心力衰竭处理。

风湿性心瓣膜病

风湿性心内膜炎反复发作，造成瓣膜畸形瓣口狭窄或关闭不全，使瓣膜开与关的机能失调，导致血液循环障碍，从而产生风湿性心瓣膜病。

二尖瓣的病变最多，约占百分之九十，其中三分之一合并主动脉瓣病变，单纯主动脉瓣的病变则较少见。

临床表现

早期一般无明显症状。由于心脏瓣膜狭窄或关闭不全，血

流通过有病变的瓣膜就会出现杂音。过度劳累、感染、妊娠或风湿活跃能加重心脏负担，是心力衰竭的诱发因素。

（一）二尖瓣病变

1.二尖瓣狭窄：是风湿性心瓣膜病的最常见的损害，可以单独或与二尖瓣关闭不全及主动脉瓣病变合并存在。

二尖瓣狭窄使血流从左心房进入左心室发生障碍，左心房渐呈代偿性扩张与肥大，并有肺郁血。患者可因肺郁血而有咳嗽、咯血及阵发性气短。持续的肺郁血可使右心室出现代偿性扩张与肥大，最后导致右心衰竭。检查时呈二尖瓣面容，心尖搏动左移，心前区搏动明显，可触得舒张期震颤，心浊音界扩大呈梨形心。心尖部可听到舒张期隆隆样杂音，第一音及肺动脉瓣区第二音增强。

2.二尖瓣关闭不全：单纯性二尖瓣关闭不全较少见，多与二尖瓣狭窄合并存在。

二尖瓣关闭不全，使心脏在收缩时有部分血液从左心室逆流进入左心房，左心房渐呈代偿性扩张与肥大；心脏舒张时，大量血液自左心房进入左心室，导致左心室代偿性扩张与肥大。较重病例，可出现乏力（心排血量降低），心悸，（左室收缩加强）或劳动后气促(肺充血)。检查可见心尖搏动增强，向左下移位。严重者有时于心尖部可触及收缩期震颤。心脏浊音界向左下扩大。心尖部闻及第一心音减弱，并有粗糙响亮的收缩期吹风性杂音，向左侧腋下传导。肺动脉瓣区第二心音增强。

（二）主动脉瓣病变

1.主动脉瓣关闭不全：在心室舒张期，左室必须容纳正常从左房流入的血液，加上由主动脉反流来的血液，结果左室舒张期充盈过度，工作增加，引起左室扩张和肥大。由于主动脉内一部分血液在舒张期时反流到左室，故舒张压下降；左室收缩时，排血量增加致收缩压增高，故脉压增大。早期常无症状或仅有心悸（左室收缩力强烈）及头和颈部搏动感。晚期可发生左心衰竭征象。检查可见心尖搏动增强呈抬举性，并向左下移位。心脏浊音界向左下扩大呈靴型。主动脉瓣区闻及第二心音减弱，有吹风性舒张期杂音，此杂音可能在胸骨左缘第三、四肋间听得更清楚。心尖部可听到柔和的吹风性收缩期杂音，这是由于左室扩大产生相对性二尖瓣关闭不全所致。此外，可见到颈动脉搏动增强，指甲尖或口唇粘膜毛细血管搏动，肘部肱动脉和腹股沟部股动脉处听到枪击声，以及水冲脉等周围血管征。

2.主动脉瓣狭窄：主动脉瓣狭窄时，血液自左室流入主动脉受阻，收缩期末左室残余血量增多，故舒张期充盈也增加。因此，左室负担加重，发生肥大和扩张(肥大为主)。狭窄程度轻者多无症状。严重者，由于左室排血量减少，可产生脑贫血而出现眩晕或昏厥。检查可发现左室增大的体征。在主动脉瓣区可触及收缩期震颤，听到粗糙响亮的收缩期杂音，并向颈部传导。主动脉瓣区第二心音减弱。

并发症

（一）心力衰竭：是风湿性心瓣膜病常见的并发症（可参考“心力衰竭”）。

（二）心房颤动：大多在有二尖瓣狭窄的情况下出现。心房失去有效的收缩而发生乱颤。

（三）亚急性细菌性心内膜炎：多发生于已有瓣膜损害的患者，病原菌多为毒力较低的细菌。以持续发热、进行性贫血、出血点、杵状指、栓塞现象为主要临床特点。

（四）动脉栓塞：多见于二尖瓣狭窄，因左心房郁血，易有血栓形成，栓子脱落后可沿体循环到身体各处，常见的有脑栓塞而出现的偏瘫。

（五）急性肺水肿：是高度二尖瓣狭窄常见的并发症。

预　防

风湿性心瓣膜病是风湿热的后果，因此预防心瓣膜病首先要预防风湿热。已患风湿热的要积极治疗，不使复发。

治　疗

（一）风湿性心瓣膜病，心脏功能良好而又无症状者不需特殊治疗，可以进行力所能及的劳动，但应避免剧烈运动及过度劳累，以免心脏负担过重。注意防止呼吸道感染并及时处理其他感染，以预防风湿热的复发和心力衰竭的产生。

（二）如有风湿热复发、心力衰竭或其他并发症时，应分别

予以处理。

(三)针刺内关、间使、少府、郄门、曲泽等穴。

(四)高度二尖瓣狭窄，可反复咯血。咯血量多时，嘱患者应尽量咳出，不可强行抑制，以免血痰堵塞而引起窒息。要严格卧床休息，喂食，尽量少翻动患者。单纯二尖瓣狭窄，瓣膜活动度好，无风湿活跃，如有大量咯血或阵发性呼吸困难，可行二尖瓣分离术。

第五节　高血压病

高血压病是以动脉血压（收缩压和舒张压）增高为主要表现的慢性疾病。

高血压有两种类型，一种称为“症状性高血压”，是某些疾病如肾炎、肾盂肾炎、肾动脉狭窄及妊娠中毒症等疾病的一个症状；另一种称为“原发性高血压”，即“高血压病”。

高血压病属祖国医学“头痛”、“眩晕”等范畴。

引起高血压病的原因目前尚未完全清楚，一般认为是人体内外不良刺激引起大脑皮层机能障碍，从而失去了对血管舒缩中枢的正常调节，使全身小动脉痉挛的结果。由于小动脉痉挛。肾脏因缺血产生肾素(加压物质)，和导致水钠潴留使血压更为增高。

小动脉长期痉挛，血管壁可以发生营养障碍，管壁弹性减弱，形成小动脉硬化，在小动脉硬化的基础上，可有不同程度的心、脑、肾等重要器官的并发症出现。

临床表现

本病发展过程缓慢，常达10～20年以上。早期多无自觉症状，偶于体格检查时发现血压增高。早期较常见的症状有头痛、头晕、失眠、记忆力减退及注意力不集中等。这些症状多是大脑皮层机能失调的表现，不一定是血压增高所致。患者血压有时明显升高，有时可降至正常。随着病程进展，血压逐步固定在较高水平。以后的临床表现，主要决定于心、脑、肾损害的程度。

(一)高血压性心脏病，由于血压持续升高，左室负担增加，引起左室肥大、扩张，严重者可发生左心衰竭，称为高血压性心脏病。早期，症状多不明显，偶有心悸。体检与X线检查可发现左心肥大。主动脉瓣区第二音亢进。发生左心衰竭时，出现劳动后气促或阵发性呼吸困难(常在夜间发生)，心脏明显向左下扩大，心尖区有吹风性收缩期杂音及舒张期奔马律，肺动脉瓣第二音亢进并可出现交替脉。部分病例可并发冠状动脉硬化而发生心绞痛或心肌梗死。

(二)脑溢血与高血压脑病

1.脑溢血：起病急，常突然昏倒，不省人事，半身瘫痪，鼾声如雷，严重者可迅速死亡。

2.高血压脑病：由于脑血管严重痉挛，脑部血液循环急性障碍引起脑水肿与颅内压增高所致。发作时血压突然显著升高，出现剧烈头痛、头晕、恶心、呕吐、肢体麻木、意识障碍、暂时性失语、惊厥、昏迷等。

（三）肾脏方面：多数病例肾脏的症状不甚显著。肾功能减退时，可出现多尿与夜尿症，有时尿内有微量蛋白、少许管型、红细胞等。少数病例，小便内出现大量蛋白、管型和红细胞，肾功能明显的减退，终于产生尿毒症。

诊　断

凡符合以下标准并能排除症状性高血压者，即可诊断。

（一）舒张压超过90毫米汞柱，不论其收缩压如何，均列为高血压。

（二）收缩压超过以下标准而舒张压在80毫米汞柱以上者，均列为高血压。

39岁以下＞140/80毫米汞柱

40～49岁以下＞150/80毫米汞柱

50～59岁以下＞160/80毫米汞柱

60岁以上＞170/80毫米汞柱

预　防

锻炼身体，经常参加体力劳动，注意劳逸结合。定期健康检查，以便早期发现，及时治疗。

治　疗

本病是慢性病，患者应树立与疾病作长期坚决斗争的意志，和医务人员密切配合共同作战，就一定能够取得胜利。

（一）**一般疗法**：注意劳逸结合，在血压显著增高或症状加

重时可适当休息。为了预防动脉硬化，应少吃蛋黄、肝、肥肉等胆固醇含量较多的食物。

（二）新针疗法：针刺双侧曲池透少海，强刺激；头痛、头晕加风池或印堂；失眠加安眠或三阴交；食欲减退加足三里。每日一次。

（三）药物治疗

1.辩证施治

（1）肝阳上亢：眩晕、耳鸣、头重脚轻，颞顶痛，肌肉跳动，手抖，唇舌、肢体麻木，或有手足抽搐，项强，语言不利，苔薄白，舌尖红，脉弦。宜平肝熄风。用天麻钩藤饮加减。

（2）肝肾阴虚：头昏头痛，眩晕耳鸣，视物模糊，心慌易惊，失眠多梦，腰腿酸软，或有遗精，形瘦口干，面赤升火，舌质红、少苔，脉细弦数。治宜滋养肝肾。用杞菊地黄汤加减。

2.草药单方

（1）芹菜4两，白糖一两，煮水服，每日一次。

（2）白毛夏枯草、钩藤、草决明、野菊花、地龙、槐花、芜蔚子、丹皮、大蓟、杜仲、桑寄生等均有一定降压作用，可随证选用2～3味煎服，用量每味5钱。

3.降压药

（1）蛇根草类药物：毒性少，常用制剂有降压灵4毫克，每日3～4次，或利血平0.25毫克，每日2～3次。如血压下降至正常，可改为每日一次，继续维持，利血平常见的副作用为鼻塞、嗜睡、乏力和心跳减慢等，如有精神异常，消化道出血，应立即停药。

（2）其他降压药：如肼苯哒嗪，安达血平，优降宁等。

（3）双氢氯噻嗪具有降压和利尿作用，可与蛇根草类药物合用，每次25毫克，每日口服二至三次。长期使用本药，应同时服氯化钾，以补充体内钾的损失。

（四）心力衰竭的处理：见前脑溢血与尿毒症送医院抢救。

第六节　慢性肺原性心脏病

慢性肺原性心脏病是指由于肺组织慢性病变所致的心脏病。属祖国医学中“喘证”“痰饮”范畴。

病因病理

常因慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺结核等肺部疾病，导致阻塞性肺气肿及肺部纤维化改变。由于肺泡内压力增高，肺泡异常扩张，肺泡壁毛细血管受压，肺循环阻力增加，出现肺动脉高压，使右心室负担加重，右心室肥厚增大，逐步发展为肺原性心脏病，最后出现右心衰竭。

急性呼吸道感染使缺氧状态加重，常为慢性肺原性心脏病心肺功能衰竭的诱因。

临床表现

（一）慢性肺部疾病的表现：患者常有慢性咳嗽、咳痰、气促等症状。检查有肺气肿体征，可见杵状指(趾)。

（二）心脏受累的表现：早期仅有肺动脉瓣区收缩期杂音及

第二音亢进，以后呼吸困难加重，端坐呼吸，口唇、指(趾)甲均有发绀，颈静脉怒张，肝肿大伴压痛，肝颈反流征阳性，下肢或全身水肿等右心衰竭体征。

(三)肺性脑病的表现：重症患者，由于肺泡气体交换功能障碍，血液内有二氧化碳潴留，出现二氧化碳麻醉状态，患者可出现意识模糊、嗜睡、谵妄、知觉迟钝以至昏迷等一系列神经、精神症状，称为肺性脑病，提示病情恶化。

(四)急性呼吸道感染的表现：有发热、吐脓痰和肺部啰音增多。急性呼吸道感染往往诱发右心衰竭或使右心衰竭加重。

诊　断

主要根据以下三方面：

(一)有慢性并且逐渐加重的肺部疾病史。

(二)有明显肺气肿的体征。

(三)有右心衰竭的表现，且能排除其他引起右心衰竭的心脏病。

预　防

(一)彻底防治慢性支气管炎、支气管哮喘、肺结核等疾病。

(二)锻炼，身体，增强体质。

(三)清除上呼吸道和口腔的感染病灶。

(四)有慢性呼吸系统疾病的病人应戒烟，避免烟雾和粉尘的吸入。

治　疗

慢性肺原性心脏病常常存在着肺机能不全与心机能不全的两个复杂过程。一般情况下，肺机能不全是主要矛盾。因此，积极地控制感染，解除支气管痉挛，改善肺换气功能，配合少量强心剂和利尿等治疗，即可逐渐好转。

（一）控制感染：呼吸道继发感染是诱发肺原性心脏病心肺机能衰竭的主要原因，故及早控制感染是治疗本病的关键。可根据具体情况选用矮地茶、穿心莲、金银花或蒲公英等药。抗菌素如青霉素、链霉素或四环素族等亦可选用。

（二）保持呼吸道通畅，改善呼吸功能：用支气管扩张剂，如氨茶碱、麻黄素或异丙基肾上腺素（喘息定）等。但麻黄素和异丙基肾上腺素可使心跳增快或血压增高，用时应注意。必要时可选用肾上腺皮质激素类药物作短期治疗，待症状减轻后，应酌情减量或停用。如患者神志不清，应注意吸痰，以保持呼吸道通畅。

（三）纠正缺氧和兴奋呼吸中枢：有条件时应氧气吸入，以改善缺氧及二氧化碳潴留。但因病人血液中二氧化碳含量较高，呼吸中枢对二氧化碳的刺激已不敏感，故缺氧成为刺激呼吸中枢的主要因素，如吸入大量氧气，血氧含量增高，缺氧作为呼吸中枢的刺激因素不再存在或作用减弱，使呼吸变得更为浅表，二氧化碳的排出更加困难，形成二氧化碳麻醉状态。故应采用间歇给氧法，即每吸40分钟，停吸20分钟。可用呼吸中枢兴奋剂如可拉明0.375毫克，每 2 ～ 4 小时肌注一次。

(四)控制心力衰竭： 出现心力衰竭时，按心力衰竭治疗。使用洋地黄类药物效果不佳且易产生中毒，用量应较常用剂量为小。如浮肿不退，用乙酰唑胺0.25克，每日三次口服（有利尿及改善二氧化碳潴留的作用），或双氢氯噻嗪等利尿剂。也可用草药万年青控制心衰，此药含有万年青甙，能增强心肌收缩力，减慢心率，并有利尿作用，对肺心衰效果好。用法：鲜草0.6～1.2两，水煎2次，共90毫升，分3次服，每隔6小时服1次。约7～10天达到饱和，以后每日给维持量，维持量为饱和量的五分之一。

第七节　周围血管疾病

血栓闭塞性脉管炎

是一种中小动静脉的非化脓性炎症。病变以四肢血管为主，下肢更为多见。病程进展缓慢，呈周期性加重；最后常因管腔闭塞，局部缺血、坏死、溃烂，患肢剧痛，严重影响病人的健康和劳动能力。

临床表现

绝大部分为男性青壮年患者，女性少见。病程发展缓慢，逐渐加剧。

开始由于动脉痉挛或血栓形成，患肢缺血因而怕冷，酸软无力，走路较多时肌肉抽搐，以后发生间歇性跛行（走路时肌

肉耗氧多，缺血相对严重，疼痛加剧，休息后缓解，故走一段路需要休息一阵)；随着病情的发展，肢体严重缺血和发生缺血性神经炎，休息时也腿痛，往往病人坐在床上，两手抱住小腿，整夜不能入睡。

检查可见皮肤呈苍白或紫红色，干燥脱屑。足背动脉搏动消失。最后因缺血肢端坏死，脱落后溃疡经久不愈；合并感染时有热、红、肿、流脓表现。部分病人下肢有浅静脉炎；皮肤出现疼痛的红色条索状，或硬结，时发时好。

诊　断

根据起病缓慢，间歇性跛行，皮肤颜色苍白或紫红色，足背动脉搏动减弱或消失，肢端坏死，诊断不难。

预　防

树立革命乐观主义精神，锻炼身体，增强人体抵抗力。在寒冷的条件下工作，应注意保暖。脉管炎患者，严禁吸烟。

治　疗

(一)中草药及新针治疗：宜通经活络，活血祛瘀。

1.中药：四妙勇安汤加减。寒湿盛者加桂枝、牛膝、独活、桑寄生，必要时佐以附子、干姜；疼痛转为持续性，气血瘀滞不能贯注者加桃仁、红花、牛膝、赤芍、地龙、泽兰；痛甚者加乳香、没药；热盛者加黄莲、黄芩、黄柏、蒲公英、紫花地丁等。气血虚者，用八珍汤。

2.草药：虎杖、土牛膝、鸡血藤、忍冬藤各1两，生甘草3钱。寒重加马蹄细辛1钱5分；湿重去鸡血藤、土牛膝，加益母草、土茯苓、车前草各1两。热毒盛者加路边荆、芙蓉叶、紫花地丁各1两。

局部用芙蓉根白皮适量捣烂外敷。

3.新针、耳针、拔罐综合疗法，对解除血管痉挛促进阻塞血管周围的侧枝循环有相当效果。

新针：上肢选内关、太渊；下肢选血海、悬钟、解溪等穴（可以通电刺激）。耳针可选交感、神门、心、肾、肾上腺、皮质下等穴（每次选一侧耳壳2～3穴）。必要时可在动脉走向处配合拔罐疗法。

（二）患病后禁止吸烟，肢体适当保暖，但不可用热水“烫脚”；除急性感染的病人外，须加强肢体锻炼，做下肢抬高下垂运动，这对形成侧枝“循环很有帮助”。具体作法是：平卧，下肢抬高数分钟；坐床，下肢垂下床边数分钟；平卧，下肢平放数分钟。每天练习数次。

（三）药物：选用血管扩张药：如苄酸片50～100毫克，每日三次，口服。妥拉苏林25～50毫克，每日三次，口服。

（四）手术治疗从略。

下肢静脉曲张

下肢静脉有深浅两组。深静脉在肌肉中间，不会发生曲张；浅静脉就在皮下，其中大隐静脉从足背内侧沿下肢内侧向上，到腹股沟部下方，穿过包裹大腿肌肉的深筋膜由卵圆窝进入股

静脉。小隐静脉从足背外侧沿小腿的后方向上，到腘窝处穿过深筋膜进入腘静脉。在二根浅静脉之间，有许多分支相互联接；在浅静脉和深静脉之间，又有交通支相互沟通。

浅静脉、深静脉和交通支中都有瓣膜，它们的作用象单向活门，只许血液从下往上，从浅静脉往深静脉流通(图19—12)。下肢静脉曲张时发生血倒流现象(19—13)。

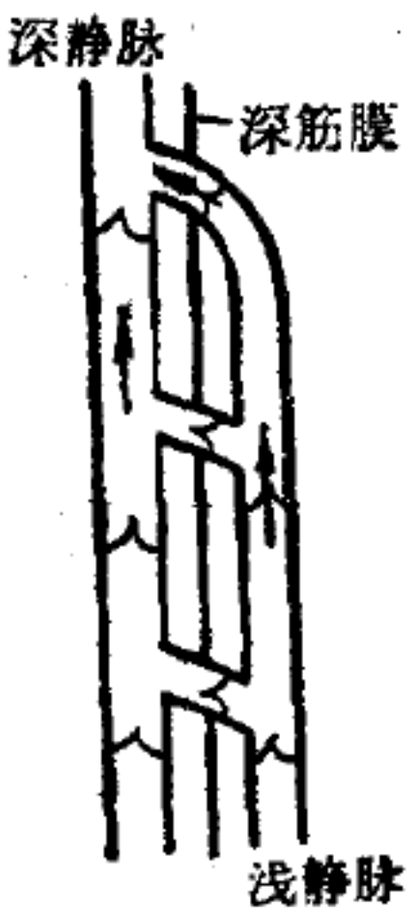


图19--12　正常下肢静脉示意图

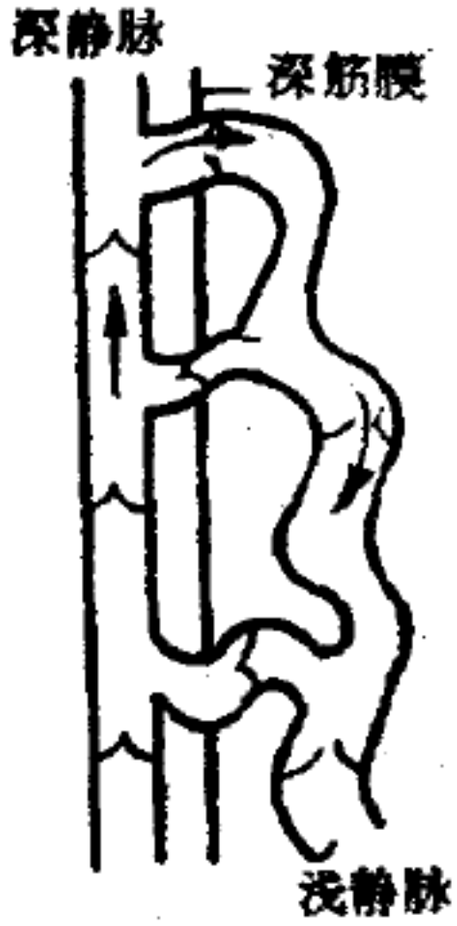


图19—13　下肢静脉曲张示意图

病　因

(一)先天性静脉薄弱，或瓣膜机能不好。

(二)长久站立劳动或盆腔内肿瘤，妊娠子宫压迫，引起下肢静脉回流受阻。

(三)卧床休息不注意，下肢床外下垂，也可引起下肢静脉回流受阻。

临床表现

大隐静脉曲张比小隐静脉曲张多见。小腿内侧及后侧静脉曲张，隆起如蚯蚓状。皮肤干燥，色素沉着。局部有血栓性静脉炎时压痛明显，踝部常有水肿。

站久或走远路后患肢发胀，有沉重感，容易疲劳。

并发症

（一）湿疹或慢性小腿溃疡：由于皮肤营养障碍所致。部分长期小腿溃疡患者可发生恶变。

（二）血栓性静脉炎：由于静脉扩张、弯曲、血流迟缓、感染所致。

（三）出血：曲张的静脉结节壁薄与萎缩的皮肤粘连，外伤可能引起破裂大出血。

预　防

解放前，本病多见于重体力劳动者。解放后，在毛主席和共产党的亲切关怀下，大力开展技术革命，改善劳动条件，下肢静脉曲张的发病率已显著降低。

参加重体力劳动者以及有轻度下肢静脉曲张的病人，劳动时间以绑弹性绷带或普通绑腿带。绑前先将患肢抬高，排空浅静脉内血液，然后从足背往上包绑整个小腿。

治　疗

（一）手术：严重静脉曲张患者，需行高位结扎，曲张静脉抽出或切除术。手术效果良好。但必须深组静脉通畅，否则，手术反而使病情加重。

检查深组静脉是否通畅，可在大腿上部扎一止血带压迫大隐静脉，病人平卧，抬高患肢45度 1～2 分钟，若曲张静脉不消失，说明深静脉有阻塞，不宜结扎浅静脉。另一试验方法是在大腿上部扎止血带后，叫病人作下蹲、站起动作15～20次，若深静脉通畅，则曲张的静脉消退；若深组静脉有阻塞，则患肢静脉曲张更明显。

为了提高手术疗效，术前还须检查浅静脉的瓣膜和浅、深组交通支沟瓣膜功能是否健全。病人要平卧，患肢抬高待曲张静脉消失不见，然后在大腿上 1/3，扎一橡皮止血带压迫浅静脉，随即站起。如果：①大隐静脉在病人站立后30秒内，仍未充盈；而在取掉止血带的当时很快由上而下充盈，则表示大隐静脉瓣膜功能不全，而交通支的瓣膜功能良好，可选用大隐静脉高位结扎术；②当病人站立后，曲张静脉在30秒内已充盈，去除止血带后，充盈更明显，则表示大隐静脉瓣膜和交通支的瓣膜都闭锁不全，需要进行大隐静脉高位结扎和分段切除手术。

（二）继发性的下肢静脉曲张，应治疗原发病变。怀孕期的静脉曲张在产后能自行消失，不需处理。

（三）并发的小腿溃疡如能结扎大隐静脉，改善局部血液循环，往往溃疡迅速好转；必要时尚可行溃疡切除及植皮消灭创

面。

第八节　血液系统疾病

一、贫　　血

贫血是一种常见的综合征。系指血液内红细胞和血红蛋白都低于正常值。一般认为血红蛋白男性在12克%以下，女性在10克%以下即称贫血。祖国医学属于“血虚”、“虚劳”范围。

引起贫血的原因有：①红细胞损失或破坏过多，一次大量的出血或慢性出血，使红细胞大量丢失。疟疾、毒蛇咬伤，毒蕈中毒，蚕豆病等使红细胞大量破坏，均可出现贫血。②骨髓造血机能障碍。如再生障碍性贫血、白血病等。③造血原料不足。如缺铁性贫血、巨红细胞性贫血等。临床上以缺铁性贫血最常见。

缺铁性贫血

缺铁性贫血，是因人体缺乏制造血红蛋白的铁而引起的病症。

病因病理

食物中的铁经胃酸分解，在维生素C作用下，由三价铁变为二价铁，被小肠上段的粘膜吸收。铁被吸收后主要储存于肝脏，随时供应骨髓作为合成血红蛋白的原料。铁的排泄很少，

红细胞破坏后所释出的铁几乎全部为人体所保存，并一再用于血红蛋白的合成。正常人体对铁的吸收、利用与丢失的矛盾，是处在相对的平衡状态。无论是铁的吸收障碍，需要增加或丢失过多，都破坏了人体内部的相对平衡，临床上即发生缺铁性贫血。常见的原因有：

（一）慢性失血：为最常见的原因，如钩虫病、痔疮、分娩时出血过多、月经过多，溃疡病出血等。

（二）人体对铁的需要增加：妊娠、哺乳及儿童在发育过程中需要较多的铁，如不及时补充，则可出现贫血。

（三）铁的吸收障碍：在胃酸缺乏，胃切除术后或慢性腹泻等情况下，胃肠机能紊乱，使铁的吸收发生障碍而出现贫血。

临床表现

（一）症状：贫血较轻时，由于人体的适应和代偿功能，可以不出现症状。较重的贫血，由于血液运氧功能降低，各组织器官因缺氧而出现一系列症状。如疲倦无力、头晕、眼花、耳鸣、心悸、气促、心前区不适、食欲不振、记忆力减退，妇女患者常有月经不调或闭经等。严重者可发生眩晕和昏厥。

（二）体征：多为慢性病容，由于血液中血红蛋白量降低，而出现皮肤粘膜苍白。甲床是观察苍白最可靠的部位，其次是手掌、口唇、耳垂和眼结膜。

由于贫血时氧合血红蛋白减少，组织缺氧，致心血管系统发生一系列代偿作用，如心率增速，血流加快，在心尖部或肺动脉瓣区可听到收缩期吹风样杂音。严重者因心肌本身长期缺

氧及工作负担加重，可以发生心脏扩大，产生贫血性心脏病。

（三）实验室检查：红细胞和血红蛋白均低于正常（血红蛋白比红细胞减低得更多），红细胞大小不等，以小者为多。每个红细胞所含血红蛋白减少，故红细胞中心部染色浅而显苍白。由钩虫病引起者，大便可发现钩虫卵。

诊断及鉴别诊断

根据病史、临床表现及周围血象特点，结合经铁剂治疗后贫血症状的迅速改善，诊断可以确立。但应与以下的贫血作鉴别：

（一）再生障碍性贫血：骨髓造血机能障碍所致。红细胞、白细胞及血小板均减少。除有贫血的一般表现外，易发生感染及出血。可有与某些化学物品、药物（如苯、砷、氯霉素等）或放射性物质的接触史。

（二）溶血性贫血：由疟疾、某些毒蛇咬伤、蚕豆病、异型输血或服用某些药物（如伯氨喹啉）后，使红细胞破坏过多出现贫血。临床上有急性进行性贫血、黄疸、血红蛋白尿等。

预　防

大力开展爱国卫生运动和防治各种危害人民健康的常见病，如钩虫病、溃疡病、慢性肠道感染、痔疮等。做好计划生育，注意个人卫生，饮食卫生，妇女孕期和哺乳期卫生。儿童应做到合理喂养，适当的补充铁剂。

治疗应采取综合性治疗

(一)病因治疗：积极寻找病因进行治疗。如钩虫性贫血应及早驱钩虫。

(二)铁剂治疗：常用的为硫酸亚铁，每日 3 次，每次0.3克。铁剂应在饭后服，以减轻恶心、呕吐、腹泻等胃肠刺激反应。服药期间，可加服维生素C100毫克，每日三次，以促进铁的吸收；禁浓茶。

(三)草药单方：鲜首乌、鸡血藤、黄精各 1 两，水煎服。

(四)辨证施治

1.气血两虚：面色萎黄或苍白，眩晕，心悸，气促，疲倦无力，或月经过多，舌质淡，苔薄，脉虚细。治宜益气补血，用人参养营汤加减。

2.肝肾阴虚：头晕、耳鸣、面颊潮红，腰酸足软，常有低热、心烦、手足心热、咽干、指甲枯、皮肤干燥或见瘀点瘀斑、鼻衄、齿衄、妇女月经过多，舌红、少苔、脉细数。治宜滋养肝肾，方用左归丸加减。有瘀斑或出血者，加小蓟、仙鹤草、藕节、旱莲草、丹皮等。

3.脾肾阳虚：面色㿠白、少气懒言、畏寒肢冷、自汗、食少、便溏、舌质淡或胖嫩，脉沉细。治宜健脾温肾，方用健脾益气汤合右归丸加减。

(五)其他：给予含铁较高的食物如菠菜、芹菜等。注意补充蛋白质。严重贫血者可考虑输血。

二、出血性疾病

出血性疾病系指人体的正常止血机能发生障碍，出现自发性出血或受伤后出血不止。属祖国医学“衄血”、“发斑”范畴。

人体正常的止血机能有赖于血管壁的收缩作用，血小板质和量的正常，凝血过程的完整性，三者缺一不可，当毛细血管或小血管破裂时，这些血管首先收缩，使管腔变窄，血流缓慢；继之血小板粘附局部，聚集成团而将伤口堵塞；再加上血管内皮细胞受伤后常粘连在一块，将管腔封闭，于是出血停止。此外凝集于伤口的血小板崩解后，放出血管收缩素，使血管更有力地收缩；同时还放出多种凝血因子，协同血浆中各种凝血物质，使血液凝固，形成血块，达到止血的目的。但对较大的血管，尤其是较大的动脉，上述止血机理难于止血，还常须止血药或人工的方法才能止血。

出血性疾病很多，现仅将血小板减少性紫癜与过敏性紫癜分述如下：

原发性血小板减少性紫癜

由于血小板减少引起皮肤、粘膜甚至内脏出血的疾病，称为血小板减少性紫癜，分原发性与继发性两种。原发性血小板减少性紫癜多见于女性青年，原因不明。继发性血小板减少性紫癜多由再生障碍性贫血、白血病、急性感染性疾病、放射性物质及中毒等所致。

临床表现

（一）慢性型：最常见，发病缓，病程长，为持续性或轻重不等的反复发作，每次发作可以持续数日或数周，然后缓解。主要表现为出血。出血以皮肤紫癜为主，多见于四肢，其次为鼻出血，口腔、牙龈、皮下出血或月经过多。有时有血尿、消化道或颅内出血。反复发作者，常有轻度脾肿大。除因大量出血可引起贫血外，缓解期中患者可无任何不适。

（二）急性型：较少见，病急起，常以发热开始，随即出现皮肤、粘膜及内脏出血。由于严重出血，贫血迅速加重，甚至发生失血性休克。

诊　断

根据临床特点，结合血小板减少，可以诊断。有时需与继发性血小板减少性紫癜鉴别，后者多有明显可查的原发疾病。此外，应与过敏性紫癜鉴别。

治　疗

（一）**一般疗法**：适当注意营养，多吃含维生素C较多的食物（如新鲜青菜、瓜果等）。

（二）**中草药治疗**：

1.鲜小蓟、鲜生地、鲜茅根各1两，鲜侧柏叶5钱（干药剂量减半），浓煎，每日1剂，分2次服。

2.牛西西3钱，煎水服，每日一剂，半个月～2个月为一

疗程。

3.雪见草5钱，煎水服，每日一剂。

4.如患者有出血，兼口干、舌尖红、脉数者为血热。治宜凉血止血。用犀角地黄汤加减。

(三)肾上腺皮质激素类药物：急重病者用后可提高血小板数，减低毛细血管的通透性，改变人体反应性而有助于止血。可选用下列药物：

1.强的松，5～20毫克，每日3次口服。

2.地塞米松，0.75～3毫克，每日3次口服。

(四)止血药：出血明显者，除使用激素外，还可用6-氨基已酸。

(五)输血：对病情严重、出血不止者，送医院输新鲜血液。

(六)辅酶A：每日50单位肌注，对增加血小板有一定作用。

过敏性紫癜

过敏性紫癜又称出血性毛细血管中毒症。是由变态反应引起的毛细血管壁渗透性增加所致的疾病。临床上除皮下和粘膜出血外，常伴有血管神经性水肿、荨麻疹、胃肠、关节及肾脏方面的症状，而血小板计数往往正常。反复发作是本病的特点。

本病以青年较多，常与食物(如鱼、虾、蛋类)、细菌感染(如溶血性链球菌、结核杆菌)、寄生虫(如蛔虫、钩虫、丝虫)或药物(抗菌素、氨基比林等)有关。毛细血管对上述某些物质产生变态反应，以致管壁渗透性增加，红细胞、白细胞及血浆渗出，故可有皮肤瘀点、荨麻疹及有关系统(胃肠、关节等)的

一系列临床征象出现。

临床表现

以紫癜、腹痛或关节痛等为主要表现，少数患者可有便血或血尿现象。

（一）紫癜：起病较急，皮肤出现大小不等的紫癜，高出皮面，多见于四肢远端伸侧及臀部，常两侧对称，分批出现，有时合并有荨麻疹等现象。

（二）胃肠道症状：常为腹绞痛，伴恶心、呕吐、便血。腹痛虽剧烈，但多无腹肌强直。

（三）关节症状：膝、踝、腕等关节酸痛或肿胀，可呈游走性，常伴有微热，易误诊为风湿热，但柳酸制剂治疗无效。

（四）肾脏损害：部分病例有肾炎样改变，出现水肿，有程度不等的蛋白尿、血尿及管型尿。血压可增高。轻者数周内恢复，重者可转为慢性肾炎，甚至出现肾功能衰竭。

诊断及鉴别诊断

根据临床特点，如皮肤或粘膜出现紫癜，胃肠道及关节的症状，诊断较易确定。腹绞痛而紫癜尚未出现时，须与其他原因引起的急腹症鉴别。关节肿痛应与风湿性关节炎鉴别。

预　防

（一）寻找并消除过敏因素。

（二）对某些食物或药物有过敏的人，以后不再予以接触，

对这些人的用药必须谨慎。

治　疗

（一）一般疗法：消除病因。胃肠出血者根据病情宜禁食或进流质饮食。补充维生素C、路丁及钙剂。

（二）新针疗法：先用主穴如曲池、足三里。效果不好可改用备穴合谷、血海，腹痛者加三阴交、太冲、内关。

（三）草药单方：鲜茅根1斤，加水3碗，煎成1碗，分3次服，每日服1剂，或苍耳子半斤敷膏，每次一茶匙，每日三次。

（四）辨证施治：以疏风、清热活血为主，用荆芩四物汤加减；若血热重者，宜凉血止血，用凉血地黄汤加减。

（五）抗过敏药：

1.苯海拉明或异丙嗪，每日3次，每次25毫克。

2.扑尔敏，每日3次，每次4毫克。

3.10%葡萄糖酸钙10毫升，加50%葡萄糖20毫升静脉缓慢注射。

（六）皮质激素类药物：重症或经上述治疗无效的可试用强的松，每日3次，每次10毫克。症状好转后，逐步减量以至停药。

（七）大量消化道出血者，送医院给予输血。。

第二十章　泌尿及男性生殖系统疾病

第一节　解剖生理

一、泌尿系统

泌尿系统的功能是将体内新陈代谢的废料和进入体内的毒物排出体外。由肾、输尿管、膀胱和尿道组成。肾是产生尿的器官，膀胱是储尿的器官，输尿管和尿道是输送尿的管道。

（一）肾

1.肾的位置(图20—1)：左右各一，位于脊柱两侧，贴于腹后壁，上端平十二胸椎，下端平第二腰椎下缘，肾的内侧是肾门，有肾动脉、肾静脉、肾盂等通过。

2.肾的构造(图20—2)：肾脏分为皮质和髓质两部分，统称肾实质。皮质在表面，髓质在深面。髓质由多个肾锥体组成，锥体的尖端叫肾乳头，伸入肾盏，由肾盏又汇成一个扁平漏斗状的肾盂，肾盂出肾门移行为输尿管。

肾实质由许多肾单位构成(图20—3)。每个肾单位包括一个肾小体和与它相连的肾小管。肾小体呈球状，外面有一小囊包着叫肾小囊，内面是一团毛细血管网，叫肾小球，肾小球有



图20—1 肾和输尿管的位置

滤过作用。肾小管是一条细长而弯曲的小管，与肾小囊相连通，肾小管有重吸收和排泄功能。

3.尿的生成：血液进入肾脏后，当动脉血液流过肾小球时，由于压力很高（毛细血管压远远超过血浆胶体渗透压），血液中除血细胞和血浆蛋白外，其余的一些代谢产物、无机盐、葡萄

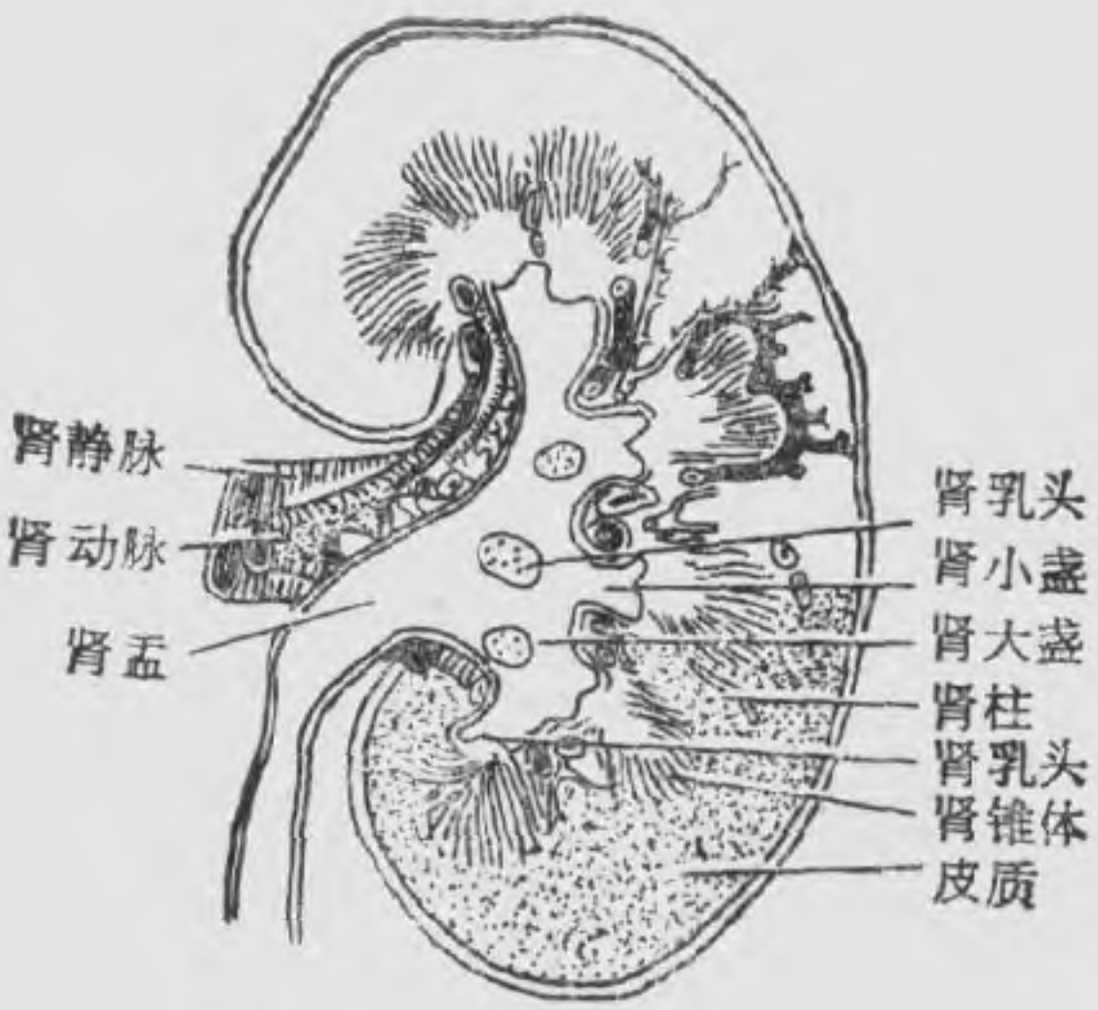


图20—2　肾冠状切面

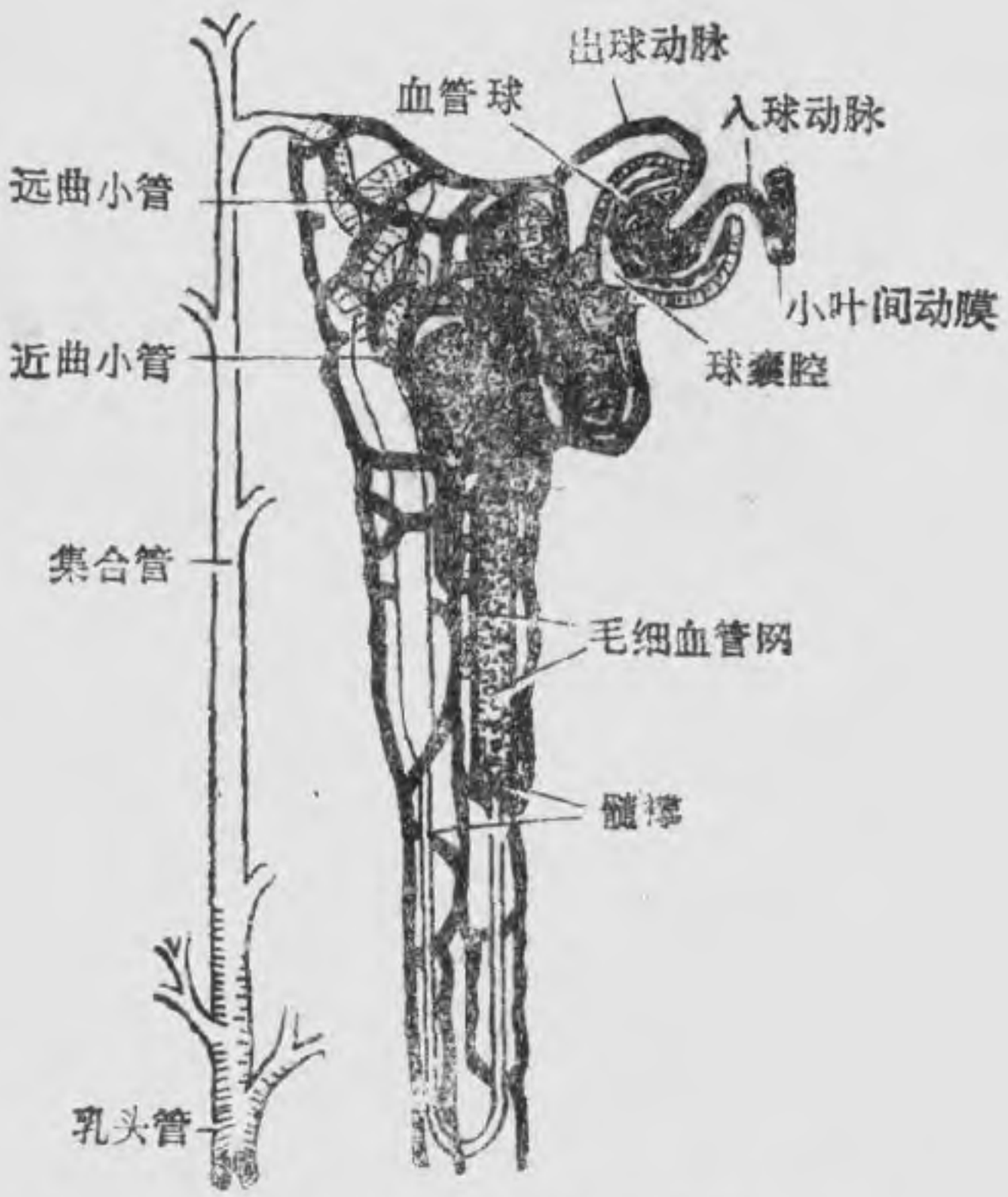


图20—3　肾常位及其血液循环模式图

糖等随水都经肾小球的毛细血管滤过到肾小囊内，再进入肾小管。肾小管将滤过液中的大部分（99%）水分和有用的物质如葡萄糖等重吸收回血液；剩下的部分就是尿。许多肾小管汇集成集合管，开口于肾盏。尿液经肾盏、肾盂到输尿管。

正常成人一昼夜尿量为1000～2000毫升，若少于500毫升，叫少尿，少于50毫升叫尿闭。

肾小球滤过尿液需要在正常的血压下才能进行，当血压过低，如休克时，肾小球便不能滤过，故休克严重时少尿或无尿。正常人的尿中不应有血细胞、蛋白质、葡萄糖。但在肾脏病变时，因肾小球受损，通透性增大，使红细胞和蛋白质都能从肾小球滤过到肾小管，故尿中可出现红细胞、蛋白质等。体内废物大部分经肾脏排出，肾脏受损严重时，尿不能生成，体内废物积聚，造成中毒，叫做尿毒症，必须及时处理。

（二）尿路和排尿

尿路是指尿的通路，包括输尿管、膀胱、尿道。

1.输尿管：左右各一，上接肾盂，在腹膜后沿脊柱的两侧下行，在盆腔内与膀胱相连接。输尿管较细，管壁主要由平滑肌组成。当肾盂内较大的结石排出时，在输尿管内则不易下降，阻碍尿的排出。由于管壁平滑肌的强烈收缩，而引起剧烈疼痛；同时结石可损伤管壁的粘膜，而产生血尿等。

2.膀胱（图20—4）：是一个储存尿液的袋形器官，主要由平滑肌组成，位于盆腔内，有很大的伸缩性。膀胱内有三个开口，上两个是接输尿管的开口，下面一个是尿道内口，有括约

肌控制排尿。

3.尿道：是由膀胱通向体外的通道。男性尿道长而弯曲，是排尿和排精的共同通道；女性尿道很短，只有排尿作用，因其附近有肛门、阴道，比较容易污染，产生尿路感染。

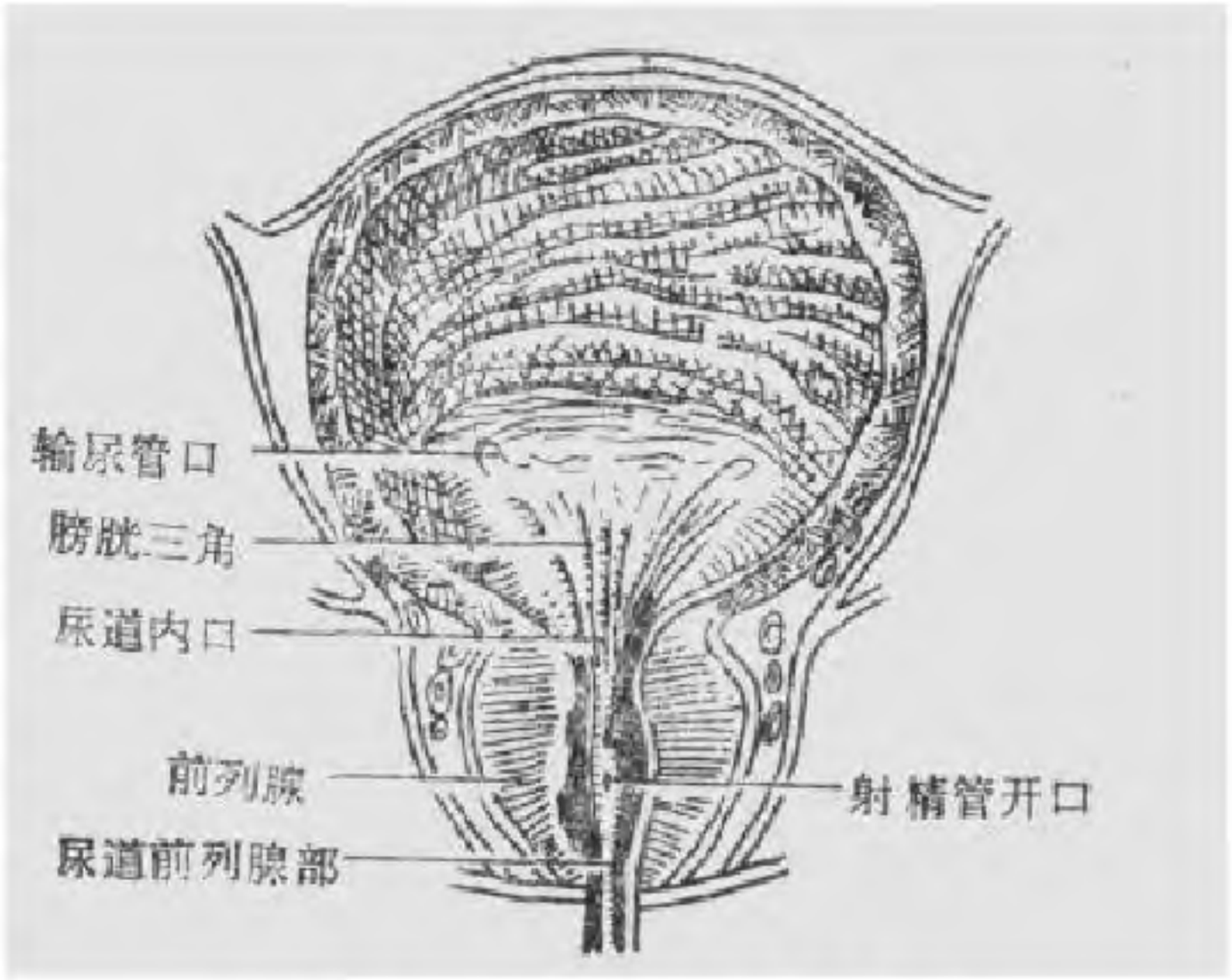


图20—4　膀胱和前列腺切面图

4.排尿：肾脏产生的尿，首先流到肾盂，由肾盂到输尿管，再到膀胱，当尿液储积到一定量，其压力刺激膀胱壁的感受器，通过神经反射引起排尿的感觉，在适合的环境下，膀胱收缩，尿道括约肌开放，尿就排出来了。排尿是可以由人的意志控制的。但在昏迷、脊髓损伤的情况下，病人对小便失去控制能力，造成小便失禁。

二、男性生殖系统

男性生殖系统包括内生殖器和外生殖器（图20—5）。内生殖器有睾丸、附睾、输精管、射精管、精囊腺、前列腺等；外生殖器有阴茎、阴囊。

（一）睾丸：睾丸呈卵圆形，左右各一，借精索悬在阴囊内。睾丸实质由许多曲细精管和间质细胞构成（图20—6），曲细精管能产生精子，间质细胞能分泌男性激素。

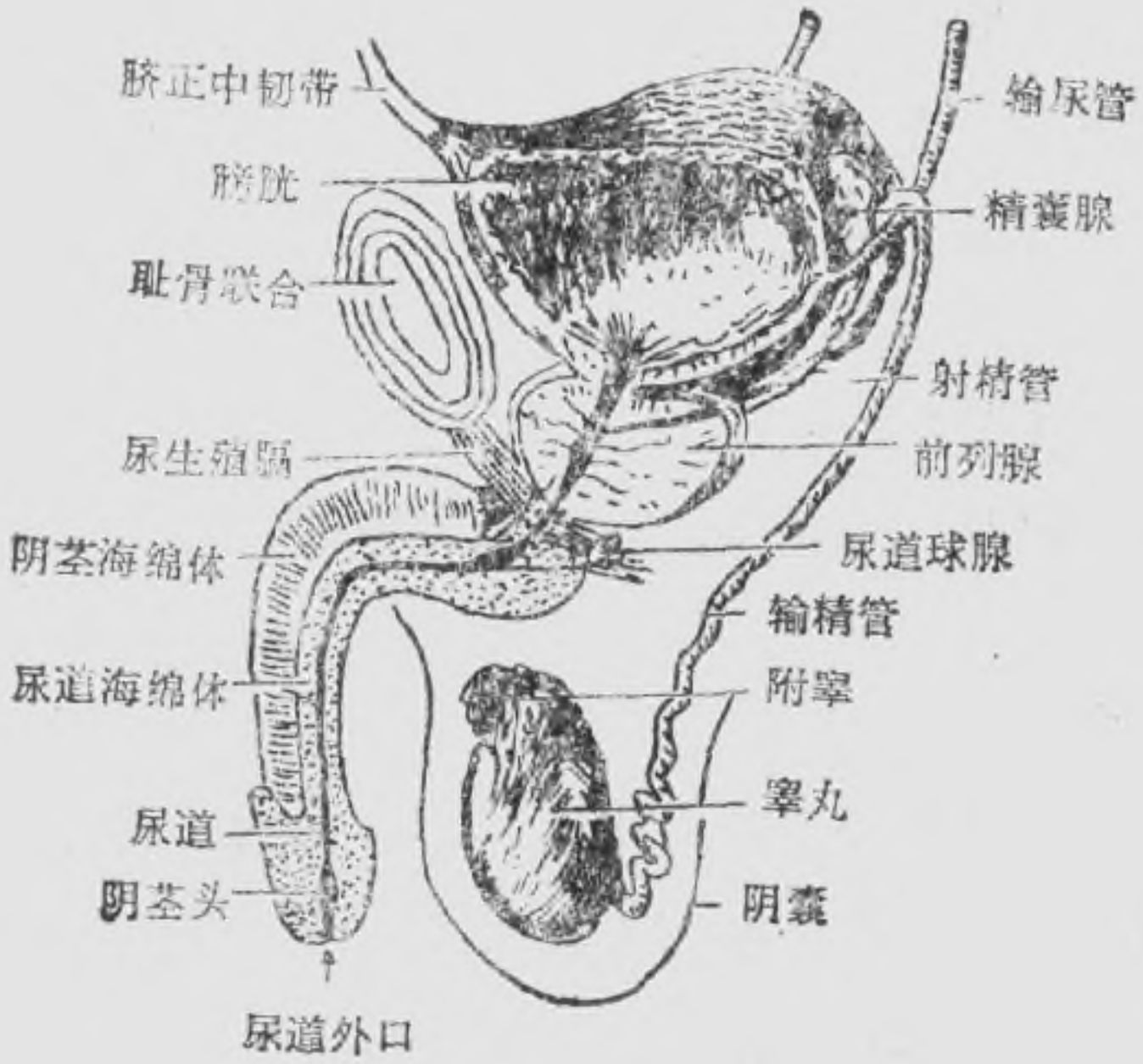


图20—5　男性生殖器模式图

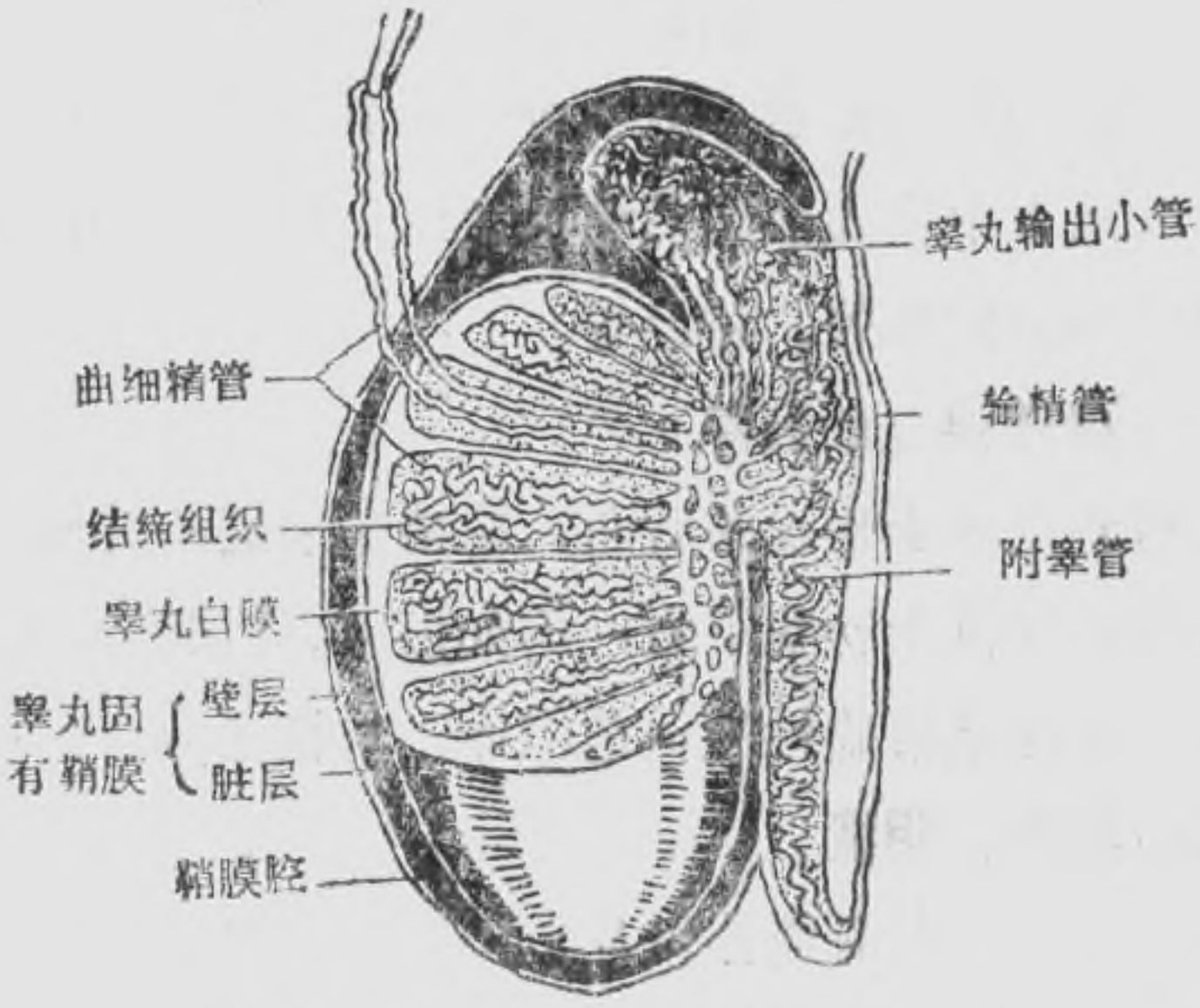


图20—6　睾丸与附睾的构造

睾丸在胚胎早期，位于腹腔后壁，以后逐渐下降，出生前基本上进入阴囊。出生后若未下降到阴囊，仍停留在下降途中，称为隐睾。睾丸外有一层鞘膜包绕，贴在睾丸表面的为脏层，衬在阴囊壁内面的为壁层，两层之间的腔隙叫鞘膜腔。正常时腔内仅含少量的浆液。

(二)附睾、输精管、射精管、精索

1.附睾位于睾丸的后上方，与睾丸相连续，是精子暂时储存的地方。

2.输精管是附睾的直接延续，为一条输送精子的细长管子。全长可分三段：第一段在阴囊内，男性绝育术即在此段进行结扎；第二段在腹股沟管内；第三段在盆腔内。

3.射精管是输精管的末端和精囊腺的排泄管汇合而成，开口于尿道前列腺部。

4.精索是从睾丸上端到腹股沟管内环之间的索状物。由输精管、睾丸动腺、精索静脉、神经和淋巴管等组成，外被筋膜。输精管在精索中较为粗硬易摸及。结扎时要注意分离出输精管，以免损伤周围的血管、神经等。

(三)精囊腺、前列腺

1.精囊腺位于膀胱的后面，输精管末端的外侧，左右各一。

2.前列腺位于膀胱下方，形如板栗，有尿道从其中央穿过，它们均能分泌略带碱性的白色液体，与精子混合而成精液。

(四)阴茎、阴囊

1.阴茎由三个海绵体以及包绕海绵体外面的筋膜及皮肤构成。阴茎内有尿道通过。阴茎的皮肤很薄，活动性大，在其前

端反折成皱襞并遮盖着阴茎头，叫阴茎包皮。若包皮过长或不能上翻，易引起阴茎头发炎，有时甚至可导致阴茎癌，宜早防治之，必要时，可做包皮环切术。

2.阴囊为位于耻骨联合下方的下垂的皮囊。在阴囊内，每侧有一睾丸、附睾、精索等。阴囊组织疏松，血管丰富，故易出血、水肿。

第二节　检查方法

一、问　诊

（一）排尿异常： 当膀胱内的尿达到一定容量（成人一般300毫升以上）时，就要小便。在正常情况下，成人每昼夜排尿量约1000～2000毫升，白天排尿 4 ～ 6 次。夜间0～1次。儿童的尿量，按照体重比例计算，比成人多 3 ～ 4 倍。由于儿童膀胱较小和生理上还不能很好地控制排尿，因此每天排尿的次数比成人多。

1.尿频：排尿次数增多叫尿频。原因很多，有属于生理性的（如饮水）；但多为疾病所引起，分两类，一类是每天排尿总量明显增多，通常为肾小管再吸收作用不正常所致，如尿崩症、糖尿病和某些肾脏疾病；另一类是因膀胱容量减少所引起的排尿次数增多，而每次尿量则减少，常见的原因有

（1）炎症：膀胱炎是尿频最常见的原因，几乎全由细菌感染所致，往往伴有尿急、尿痛；

（2）膀胱容积缩小：最常见是泌尿系结核所致的膀胱挛缩。膀胱部分切除后使容积缩小；

（3）尿道和膀胱颈部分阻塞：包括尿道狭窄、包茎、前列腺肥大等，每次排尿不能将膀胱内尿液排空而经常存在一定量的残余尿，因此膀胱相对的缩小，这些病人除尿频外，都有排尿不畅的感觉。

2.尿急：指排尿时有迫不及待感。在膀胱炎或尿道炎时，特别明显。

3.尿痛：是排尿时尿道或耻骨后感到疼痛。多因膀胱炎、尿道炎和前列腺炎所引起，尿道内阻塞，如结石、狭窄，除了排尿困难外，也有尿痛。尿痛大多发生在排尿终末，也可出现在排尿的全过程。

4.排尿困难和尿潴留：在神经支配下，膀胱胀满时发生收缩，将尿排出。若尿路有阻塞，如膀胱、尿道结石、前列腺肥大、尿道狭窄，或支配膀胱的神经机能发生紊乱，如腰麻、肛门手术后、脊髓损伤等，都可发生排尿困难。排尿困难的表现有尿流变细，射程不远，尿时费力，或不能成线而一滴滴的流出等。如果尿完全不能排出，膀胱胀得很大，称为尿潴留。尿潴留和尿闭应该区别，尿闭是肾功能衰竭，不能分泌尿，所以膀胱是空的。

排尿困难容易引起尿路感染和肾功能减退。积存在膀胱的残余尿，是细菌生长的有利条件，不但可引起膀胱炎，也可引起上行感染，发生肾盂炎。此外由于排尿困难和尿潴留的缘故，膀胱内压力增高，使输尿管和肾盂发生病变而积水，逐渐压迫

肾脏，导致肾实质萎缩，如不及时解除压迫，可引起肾功能衰竭。同时膀胱因过度膨胀也可造成逼尿肌撕裂萎缩，而更加重排尿障碍。

5.尿失禁：尿失禁是尿道括约肌因损伤或支配它的神经功能失常，病人不能控制排尿，尿经常从尿道口流出。

还有一种假性尿失禁，是由于脊髓损伤、前列腺肥大等引起的尿潴留，当膀胱内压力增高，超过尿道括约肌所能控制的压力，尿液不断外溢滴出，这种情况亦叫做“充盈性尿失禁”。

有时因受伤或病变使尿液从正常排尿以外的径路流出，称尿漏。如膀胱阴道瘘，膀胱直肠瘘等。

(二)尿液异常

1.血尿：正常的尿，在常规检查时找不到或者偶尔有几个红细胞。如果尿内红细胞增多，称血尿。眼睛能看得出血色的尿，叫做肉眼血尿；在显微镜下才能查出来的叫做显微镜血尿。血尿按排尿时出现的时间，可分为初血尿、终末血尿和全血尿。通常用三杯试验法测定（一次排尿分三杯收集，各约三分之一，换杯时不要中断排尿）。初血尿是指血尿出现在第一部分，而终末部分相当清晰，这种血尿大多来自尿道。终末血尿是血尿出现在尿程终末部分或最后几滴，常见于后尿道、膀胱颈部或前列腺的病变。全血尿是指排尿过程中都有血液，出血部位在膀胱、输尿管或肾脏。

产生血尿的原因很多（图20—7），大致可分为二类。一类是全身性疾病，如肾炎、紫癜、白血病等；一类是泌尿、男性生殖系统的感染、结石、肿瘤等。后一类在临床上比较多见。

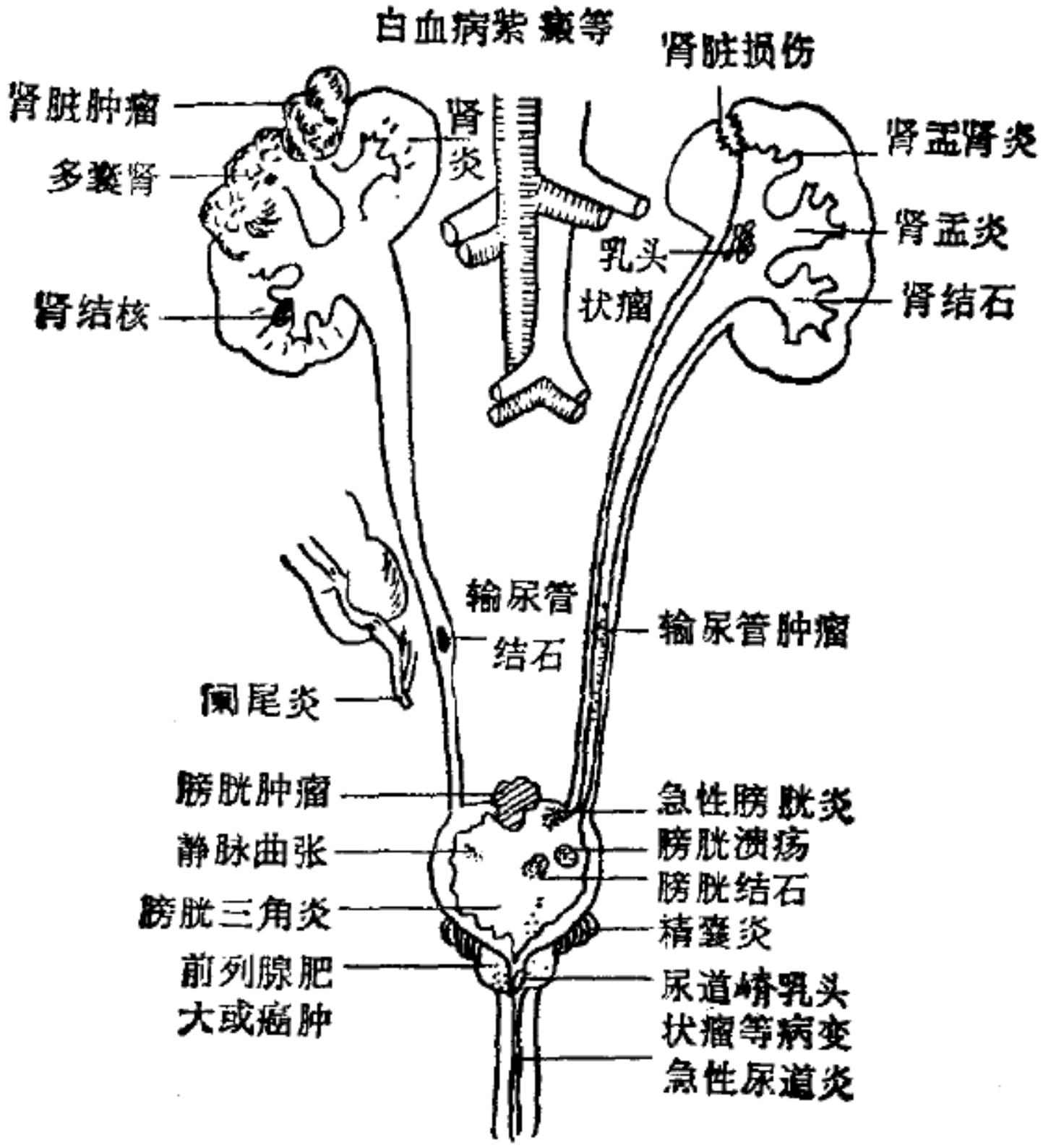


图20—7　血尿的原因

血尿的鉴别诊断如下

（1）血尿伴腰痛，与体力活动有明显关系，症状在卧床休息后好转，体力活动后加重，则肾下垂的可能性较大。体检时可摸到下垂的肾脏。

（2）40岁以上的病人，发现无痛性血尿，应考虑泌尿系统肿瘤的可能。可作静脉肾盂造影或膀胱镜检查。

（3）血尿伴有肾绞痛者，可能有肾或输尿管结石。终末血尿伴有严重的尿末疼痛及尿流中断者，可能有膀胱结石。

（4）血尿同时伴有较长时期的尿频、尿急、尿痛者，以肾结核的可能性较大。

（5）血尿伴急性膀胱刺激症状者，多为急性膀胱炎，常见于成年女性，尿液检查可发现尿中有红、白细胞。

（6）血尿伴眼睑、面部或全身浮肿、血压增高等症状，可能是急性肾炎。化验检查尿中有蛋白和红、白细胞及管型。此类病人多数是儿童。

（7）血尿伴有全身其他部位出血，可能由血液病（如白血病、紫癜）引起。血液检查（血小板计数，出、凝血时间等）有助于诊断。

2.脓尿：脓尿表示尿路有感染，例如肾脓肿、肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎以及泌尿、男性生殖系结核等。尿路结石、损伤、肿瘤继发感染时亦有脓尿。除脓细胞外，尿内可能有蛋白和红细胞，但数量不多。脓尿是尿混浊最常见的原因之一，但尿混浊还可能因其他情况所产生（如尿酸盐沉淀），需要通过尿检查加以鉴别。

3.乳糜尿：尿呈乳白色，好象豆浆一样，叫做乳糜尿，多由血丝虫病引起。

（三）疼痛：泌尿和男性生殖系统疾病引起的疼痛，性质和程度很不一致。疼痛的部位一般和病变器官的位置相符合，但也有放射痛。

1.肾区疼痛：位于肋脊角（十二肋与脊柱所成的角）处，很常见。可有不同表现：

（1）持续性钝痛或胀痛：多见于慢性肾盂肾炎、肾结核、

肾结石、肾盂积水和肾肿瘤。

（2）持续性锐痛：见于急性肾盂肾炎、肾周围炎和肾损伤等。急性肾盂肾炎时尿中可找到脓细胞；肾周围炎时腰部肌肉强直，皮肤水肿；肾损伤则有明显外伤史。

（3）阵发性肾绞痛：当小的结石或血块移动到肾盂输尿管交界部，或输尿管结石有移动时，可引起输尿管管壁平滑肌痉挛，产生剧烈疼痛，且可从肾区放射到外生殖器或大腿内侧。这种疼痛叫做肾绞痛。

2.膀胱区疼痛：位于耻骨上区，常与排尿有关，多由膀胱结石、炎症、结核、肿瘤所引起。

3.尿道疼痛：多由炎症、结石所引起，但肾、输尿管、膀胱、前列腺病变的疼痛也可放射到尿道。

4.男性生殖系统疾病引起的疼痛：前列腺炎和精囊炎常引起会阴部和直肠内不适或疼痛，也可放射到腰骶部。睾丸、附睾和精索的疼痛多由炎症和创伤所引起。

（四）水肿：急性肾炎引起的水肿，大多在早晨眼睑部明显，以后遍及全身。慢性肾炎或肾盂肾炎晚期病人，因肾功能衰退，水肿呈持续性，严重者则全身浮肿，甚至胸腹腔均有积液。

（五）高血压：急、慢性肾炎及晚期肾盂肾炎病人均有时间长短不等的高血压。

二、体格检查

（一）肾：肿得很大的肾脏在腹部或腰部可以看出。但肾的主要检查方法是触诊，病人仰卧或侧卧床上，检查者一手放在

腹部，一手放肾区。在病人深呼吸时，两手用稳定而和缓的压力进行触诊(图20—8)。一般情况下，正常的肾脏不易触到，但肾能被触到时并不一定表示有病变。肾中度增大时，因结肠在其前方，叩诊多是鼓音，借此可与肝、脾肿大相区别（肝、脾肿大多位于结肠前方，故叩诊为浊音）。肾区压痛最易用手指在肋脊角按压时引起。在肾区用拳叩击感到疼痛时，称为叩击痛。

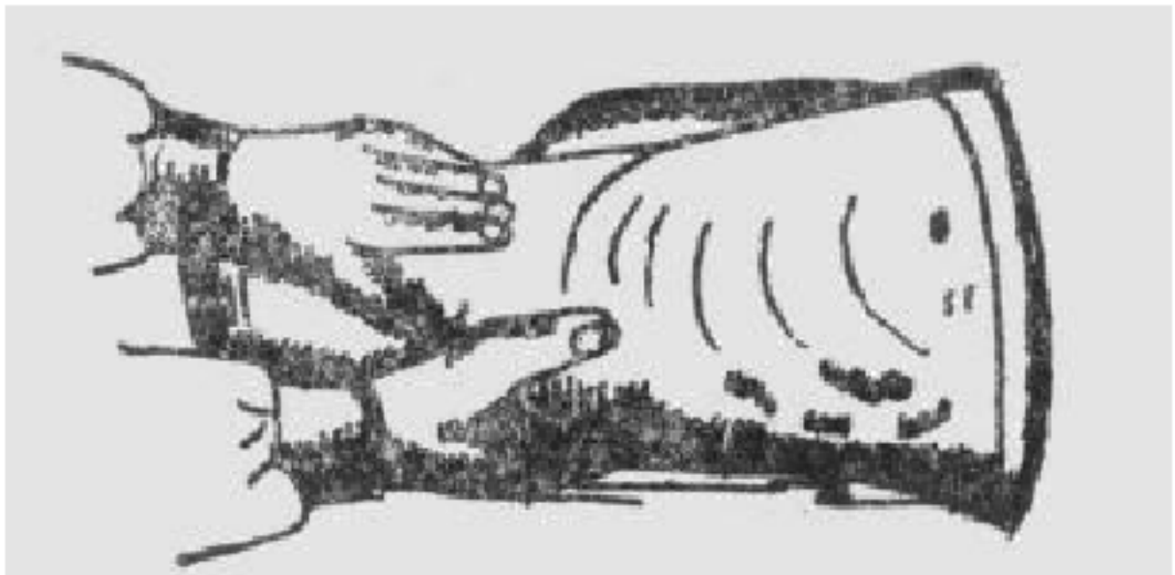


图20—8 肾触诊方法

(二)膀胱：膀胱高度膨胀时，可看到耻骨上方球状隆起，叩诊为浊音。膀胱较大的结石可自直肠内摸到。小孩用腹部直肠双合诊，发现膀胱结石的阳性率较高。

(三)阴茎、尿道：应注意包皮和尿道口情况。前尿道可在阴茎部和会阴部进行触诊，后尿道在直肠指诊时可触到。

(四)睾丸、附睾、精索：主要检查方法是将各部放在拇指与其他四指间作触诊检查。有时应比较立位时与卧位时的检查所见，如精索静脉曲张，交通性鞘膜积液在卧位时即消失。

(五)阴囊肿大：阴囊壁的肌肉遇冷时收缩，热时松弛，故可调节阴囊内的温度。由于阴囊壁的结缔组织极为疏松并有弹性，阴囊壁可因水肿或发炎而变厚。围绕睾丸和附睾的鞘膜腔，正常时仅有极少量浆液起润滑作用，病变时积液可有显著的增加。

引起阴囊肿大的常见疾病诊断要点如下

1.睾丸鞘膜积液：（见后）

2.睾丸肿瘤：好发于20～40岁之间，一般逐渐增大，多属恶性，肿大的睾丸表面光滑质地硬而重，不透光。

3.附睾炎：大多继发于泌尿、生殖系感染，少数为外伤性。急性期肿胀、疼痛。慢性期呈结节性肿大，有压痛，主要在附睾尾部。如难与附睾结核鉴别时应定期观察。

4.附睾结核：多继发于泌尿、生殖系统结核，发展缓慢。开始在附睾尾部，可逐渐蔓延到体部和头部，输精管可有串珠状结节。

5.阴囊内丝虫病：多在精索，亦可在睾丸和附睾附近有单个结节，伴有酸痛和肿胀。结节可以和输精管分开。常合并睾丸鞘膜积液。夜间采血检查可找到微丝蚴。

6.精索静脉曲张：（见后）

7.精液囊肿：好发于附睾头部，呈球形，表面光滑，囊性感，穿刺可抽出乳白色液体，镜检可发现精子。

8.腹股沟斜疝：（见第十七章）。

第三节　肾　　炎

急性肾炎

又称急性弥漫性肾小球肾炎，是一种溶血性链球菌感染后

以肾脏为主的，全身性变态反应性疾病。儿童和青年多见。以浮肿、高血压及尿的改变为主要特征。严重者可出现心力衰竭、高血压脑病及尿毒症；少数可迁延发展为慢性肾炎。属中医“水肿”范畴。

临床表现

病前2～3周常有扁桃体炎、咽峡炎及皮肤感染病史。

(一)浮肿：首先出现眼睑浮肿，早晨明显，重者可遍及全身，甚至出现胸水、腹水、心包积液。

(二)高血压：一般均有血压增高，出现时间可早可晚，可久可暂，增高的程度颇不一致，常有波动。

(三)尿的改变。

1.蛋白尿：是肾小球血管渗透性增加使血浆蛋白漏出所致，为肾炎必有现象。

2.血尿：几乎每例均有，明显者尿呈洗肉水样，轻者在显微镜下才可看出。

3.管型：是尿中的蛋白在远端肾小管内凝固而成，如其中夹有细胞，就称细胞管型。

(四)其他表现：早期可有发热，食欲不振，恶心，呕吐，软弱、腰痛；严重者可有发热、尿频、尿急、尿痛、尿少等。

并发症

常见并发症有心力衰竭、高血压脑病、尿毒症等（见有关章节）。

预　防

(一)防治链球菌感染。

(二)加强锻炼、避免寒湿等诱因。

治　疗

(一)一般治疗：严格卧床休息至主要症状消失，低盐饮食，初期少吃蛋白质饮食。

(二)草药单方：

1.鲜车前草、玉米须各 4 两，水煎服。

2.白茅根 2 ～ 4 两，水煎服。

3.益母草 4 两，水煎，每日一剂，分 4 次服。

(三)辨证施治

1.风水型：水肿多从眼睑开始，继则四肢，甚至全身皆肿，来势迅速，皮肤光亮，小便短少。治宜疏风利水，方用越婢加术汤加减。

2.水湿型：全身水肿，以腹部及下肢为主，小便短少，身体重而困倦，胸闷食少，苔腻，脉濡。治宜通阳利水，方用五苓散合五皮饮加减。

(四)新针：肾俞、膀胱俞、三阴交、气海、关元、阳陵泉。

(五)对症治疗

1.利尿消肿：双氢克尿塞25毫克，每日三次（小儿每日每公斤体重 1 ～ 2 毫克，分三次口服）；或氨苯喋啶50～100毫克，每日三次。

2.降血压：利血平0.75毫克（小儿每日每公斤体重0.02毫克，分三次服）每日三次，亦可合用双氢克尿塞25毫克和地巴唑20毫克，每日三次。

3.控制感染：青霉素40万单位肌注，每日二次；或用四环素0.25克，每日四次。

（六）出现并发症者，应立即转院抢救。

慢性肾炎

慢性肾炎多由急性肾炎演变而来。急性肾炎迁延一年以上者就可成为慢性肾炎，其原因可能是治疗不彻底，病人体内存在着慢性扁桃体炎等感染病灶或者体质、年龄方面的因素。少数病例无急性肾炎病史，可能与急性期症状轻微而被忽视有关。

临床表现

慢性肾炎多见于成人，临床表现比较复杂，主要症状有水肿、高血压和尿的变化。晚期常有贫血、肾功能减退，最后可发生尿毒症。临床上常按其主要表现分为下列类型，但各型之间可以转化。

（一）无症状型或隐伏型

无明显症状，仅尿中有微量蛋白，少数红、白细胞和管型。如发生咽炎或上呼吸道感染，常迅速（一般2～3天）出现典型的肾炎症状，此时易误诊为急性肾炎。

（二）水肿型或肾病型

此型最常见，以长期显著水肿和大量蛋白尿为主征，而高血压症状不明显。常易继发感染，如蜂窝组织炎、呼吸道感染、腹膜炎等。

（三）高血压型

以血压持续地明显增高为主征，水肿和尿的改变较轻，血压常在200/100毫米汞柱左右或更高。有高血压症状如头痛、头昏、视力模糊等。本型易发生左心衰竭，少数可引起高血压脑病或脑溢血。

（四）混合型

即同时有显著水肿、高血压、尿的改变和肾功能减退等。

诊断与鉴别诊断

有急性肾炎病史、蛋白尿、血尿、水肿、高血压及肾功能减退等典型病例，诊断无困难。但须与下列疾病鉴别

（一）急性肾炎

急性肾炎与慢性肾炎的急性发作容易混淆。如有肾炎既往史、持久性高血压、显著左心室肥大、贫血、肾功能减退、血浆蛋白显著降低，则为慢性肾炎急性发作。

（二）高血压病

血压升高发生在浮肿、蛋白尿之前，血压较高而肾功能及尿变化轻微，年龄较大，则高血压病可能性大。

预　防

积极防治急性肾炎、根治感染病灶。

治　疗

慢性肾炎过去被列为“不治之症”，但在毛主席革命卫生路线指引下，通过中西医结合治疗，调动病人和医务人员两个积极性，使病情有了好转和稳定，今后我们要进一步发掘祖国医学遗产，彻底攻克它。

（一）饮食：水肿患者应限制食盐和水分。

（二）草药单方

1.生薏仁、赤小豆各1两，炙黄芪5钱，加大米熬粥喝，或水煎服。

2.十大功劳叶3钱，石菖蒲2钱，水煎服。

（三）新针　同急性肾炎。

（四）辨证施治

1.脾肾阳虚：面色㿠白，精神疲倦，腰酸，怕冷，腹胀，全身高度水肿，尿少，舌淡，苔薄白，脉沉细。治宜温阳利水，方用实脾饮合温阳利水汤加减。

2.肝肾阴虚：轻度浮肿或不肿，头晕头痛，面热潮红，耳鸣目花，或视物模糊，腰酸遗精，失眠，咽干，舌质红，苔少，脉细弦。治宜滋养肝肾，方用杞菊地黄丸加减。

（五）对症治疗

1.水肿明显：可在中草药治疗同时合用双氢克尿塞25毫克每日1～2次，久服加用氯化钾；或氨苯喋啶50～100毫克，每日3次。

2.高血压：可用利血平0.25毫克，每日1～3次。

3.对肾病型患者可用强的松10毫克，每日三次，一个月后逐渐减量，要维持三个月，多吃蛋白质（肉、鱼、蛋、豆制品）。

4.口服路丁2～3片，每日三次。维生素C100毫克，每日三次。

第四节　尿路感染

肾盂肾炎

肾盂肾炎是由细菌感染引起的肾盂及肾实质的炎症。可分急性与慢性两种。急性期有发热、腰痛、尿频、尿急、脓尿等症状，经彻底治疗后，绝大多数可获根治，少数迁延成为慢性。慢性期表现变化多端，经常反复发作，肾损害严重者，可引起肾功能衰竭。本病属祖国医学中“淋证”范畴。

最常见的病原菌为大肠杆菌，其次是链球菌、葡萄球菌和变型杆菌等。感染途径主要是上行性，病原菌由尿道上行经膀胱、输尿管侵入肾脏。女性尿道较短(尤其女婴)，易发生上行感染。此外，身体任何部位的感染，细菌都可经血行进入肾脏；也可由于阑尾、结肠炎症，细菌沿淋巴管抵达肾脏。

泌尿道梗阻如结石。前列腺肥大、妊娠子宫压迫输尿管、肾盂及输尿管先天性发育异常或糖尿病等，因排尿不畅或抵抗力减弱，使细菌得以大量繁殖，因此，常发生肾盂肾炎。

临床表现

（一）急性肾盂肾炎：主要有两个方面的表现

1.全身感染症状：典型者常突然起病，恶寒、发热，体温可达40℃左右，伴头痛、全身不适、恶心、呕吐等。白细胞总数升高，中性粒细胞增高。

2.泌尿系感染表现：有腰痛、肾区叩击痛及尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状。尿检查有大量脓细胞、少量红细胞及蛋白质。有些患者可无发热仅有局部感染征象。

（二）慢性肾盂肾炎：急性期迁延3～6个月未愈者，称为慢性肾盂肾炎，多由于急性期治疗不彻底或虽经治疗，但尿路梗阻未解除而致。慢性肾盂肾炎表现比较复杂。患者可无症状，或仅有轻度腰痛、低热、乏力、苍白等。经久不愈的肾盂肾炎，因肾脏逐步遭到损害，可出现高血压、轻度浮肿、夜间多尿，发展到晚期可并发尿毒症。

预　防

（一）妇女注意外阴清洁及月经期、妊娠期、产褥期卫生，婴幼儿要勤换清洁尿布，以避免大便污染尿道。

（二）预防和治疗各种肠道疾病和传染病。

（三）清除病灶，早期治疗尿路梗阻。

治　疗

（一）**一般治疗**：急性期应卧床休息，进易消化食物，多饮水以增加排尿。膀胱刺激症状严重者可口服碳酸氢钠 1 克，每日三次，或颠茄酊0.5毫升，每日三次。

（二）草药单方

1.白花蛇舌草、野菊花、金银花各 1 两，石苇 5 钱，水煎代茶饮。

2.白花蛇舌草、一点红、车前草各 2 两，水煎服。

3.金钱草 2 两，车前草 1 两，水煎服，用于急性期。

4.益智仁、淮山各 4 钱、生地炭、苡仁各 1 两，水煎服，用于慢性期。

（三）辨证施治

1.膀胱湿热：畏冷发热，尿频尿急，尿痛，小腹胀痛，腰痛，苔黄腻，脉濡数。治宜清热利湿，方用八正散加银花、连翘。

2.虚实夹杂：腰酸痛，神疲乏力，头昏耳鸣，尿频、尿急，尿痛不明显，或有低热，舌质红、苔少，脉细弦。治宜滋阴清

热，方用知柏地黄汤加减。

（四）抗菌药物的应用

1.磺胺嘧啶：首次2克，以后每次一克，每日四次，加等量小苏打同服。

2.呋喃坦啶或痢特灵（呋喃唑酮）每次0.1克，每日三次。

3.链霉素0.5克，每日肌注二次。

4.氯霉素0.25克，每日4次；合霉素剂量加倍。服用时间超过1周，宜查血象，观察白细胞减少情况。

5.四环素、土霉素或金霉素，每次0.25克，每日四次。

选用以上一种或两种药物，应持续用到症状消失，可减量再服用1～2周。

急性膀胱炎

是妇女最常见的尿路感染。女性尿道短而直，后有阴道和肛门，病原菌易经尿道进入膀胱，而引起急性膀胱炎。

临床表现

主要表现为尿频、尿急、尿痛，下腹痛，腰骶部痛，一般无发热，病程约1～2周。合并肾盂肾炎时则有发热等全身中毒症状。尿检查可见脓尿、血尿。

防　治

（一）多饮水：注意外阴清洁，1/5000高锰酸钾溶液趁热坐浴，每日1～2次，每次10～20分钟。

（二）新针：针刺关元、三阴交、太冲、足三里。

（三）中草药：生地黄5钱，淡竹叶3钱，木通3钱、车前草3钱，栀子3钱，白花蛇舌草1两，野菊花1两，银花1两，水煎服，每日一剂。

（四）抗菌药物：呋喃呾啶0.1克，每日三次；或土霉素、四环素0.25克，每日四次。

肾结核

肾结核是由于结核杆菌自肺部等结核病灶经血流传播至肾脏而引起的继发性感染，多见于青壮年，往往在肺结核发生或愈合多年后才出现症状。

临床表现

主要决定于肾脏病变范围，以及输尿管，膀胱继发病变的严重程度。常见的症状如下

（一）膀胱刺激征：肾结核病蔓延到膀胱或膀胱受到结核性脓液的刺激，患者可出现尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激征，这是诊断肾结核的重要线索。尿频不分昼夜，每次排尿量减少，常伴有尿急和排尿时尿道灼痛。这些症状和膀胱病变程度有密切关系，当膀胱受结核严重浸润发生纤维性变化，而形成结核性膀胱挛缩时，膀胱容量极度缩小，可出现整天滴尿或尿失禁。

（二）脓尿及血尿：肾结核病灶破裂后，脓液进入肾盂，常排出米汤样脓尿，尿中可带血，甚至为全血尿。尿多混浊，呈酸性反应，有微量蛋白，有红、白细胞。约70%患者尿液抹

片抗酸染色检查，可发现结核杆菌。

血尿若来自膀胱结核溃疡面出血，则可见到终末血尿。

（三）全身症状：早期患者常无明显全身症状，但有时可出现盗汗、低热及体重减轻等。晚期则有肾脏增大，腰部疼痛，并可出现贫血、体温升高、尿毒症等。

诊　断

对慢性膀胱炎患者，经一般抗菌药物治疗无效，或附睾结核伴有膀胱刺激征时，都应考虑有肾结核的可能性。必要时可进一步作尿液检查、膀胱镜检查、尿路造影检查，以确定诊断。

治　疗

肾结核为全身结核病的一部分。要重视全身治疗，包括增强体质、适当休息、抗痨药物和鼓励病人树立战胜疾病的信心等。

（一）药物治疗：抗痨药物的用法目前还不统一。一般可三种药物合用：链霉素每二日注射1.0克；异烟肼每日三次，每次100毫克；对氨柳酸钠每日三次，每次2～4克。疗程需根据病变进步情况而定，在单用药物治疗的病例，多需继续用药一年以上。

用抗痨药物时，应给予碳酸氢钠，每天三次，每次1克，以使尿成碱性，可减轻排尿疼痛，并能增强链霉素的疗效。

（三）手术治疗：切除破坏严重的肾脏，防止膀胱及对侧肾脏进一步损害。

第五节　泌尿系结石

泌尿系结石在广东、安徽、山东、湖南等省，是一种常见病，属于祖国医学“石淋”、“砂淋”范围。病因目前尚未十分清楚，一般认为结石是从一个核心开始，尿酸盐逐渐沉积增大而成。尿石主要在肾和膀胱内形成，较小者在排出过程中，可停留于输尿管或尿道狭窄处。

肾及输尿管结石

20～40岁成年人发病率较高，结石可为单个或多个，单侧或双侧，但以单侧结石多见。输尿管在解剖上有三个狭小部位（肾盂与输尿管交接处；输尿管跨过髂动脉处；输尿管进入膀胱处），结石易于停留，尤以下段常见。

临床表现

（一）肾、输尿管结石的主要症状是疼痛及血尿。肾结石常为腰部钝痛或隐痛，也可因肾盂阻塞而引起肾绞痛。输尿管结石则常为剧烈的阵发性肾绞痛。并自腰部沿输尿管途径向下放射至同侧腹股沟、大腿内侧或外阴部。疼痛加剧时，病人坐卧不安，大声呻吟，恶心呕吐，甚至呈现面色苍白、出汗等休克状态。

肾及输尿管结石所引起的血尿，常在肾绞痛发作后或剧烈活动时出现。多有显微镜血尿，偶而有肉眼血尿。

当输尿管结石临近膀胱时，还可有尿急、尿频等刺激症状。

（二）肾及输尿管结石所造成的梗阻，可引起肾盂积水，尿流不畅；发生感染时，可有发热、腰痛加剧、脓尿等肾盂肾炎症状。较大的肾盂积水，可在腹部腰区摸到肿块，肾区有叩击痛。

（三）双侧输尿管结石或仅有单个肾发生结石梗阻时，可以出现尿少、尿闭等症状。

诊　断

根据典型肾绞痛史，肾区有叩击痛和尿中有红细胞，可作出初步诊断。若患者过去有排石史，或反复发作史，结石的诊断一般能确立。诊断有困难时，可行X线照片检查。

肾绞痛须与胆囊炎、胆石症、阑尾炎等急腹症鉴别。特别是右输尿管中段结石，不要误诊为阑尾炎。应详细分析病情，全面考虑，临床上常用阿托品注射来鉴别：结石时，因输尿管痉挛解除，半小时后疼痛可减轻或消失，尿检查红细胞多增加；而阑尾炎时一般无多大改变。

预　防

（一）养成多饮水的习惯，可降低尿酸盐的浓度，减低尿酸盐沉积的机会。

（二）积极治疗泌尿道感染，减少尿液中的沉渣。

（三）解除泌尿道梗阻，使尿液排泄通畅。

（四）海金砂、玉米须、车前草各 5 钱，水煎代茶饮，有

预防结石的作用。

治　疗

（一）解痉止痛

1.针刺肾俞、三阴交、足三里，强刺激，不留针。

2.肾区热敷。

3.皮下注射阿托品0.5毫克，或冬眠灵25毫克。

（二）排石：结石直径不超过1厘米，可采用非手术疗法，主要是解痉、利尿，促使结石排出体外。

1.草药单方：金钱草2两，海金沙4钱，水煎服。

2.中药：以清利湿热，通淋排石为主，一般常用石苇散加金钱草，海金砂、鸡内金。

3.饮水冲击疗法：在无急性绞痛发作期间，于早晨空腹时，15分钟内饮水1000～1500毫升，同时皮下注射阿托品0.5毫克，然后加强活动，如跳高、跑步、骑自行车等，有助于结石排出。

（三）手术治疗

肾、输尿管结石，经非手术治疗无效，直径超过1厘米，或结石虽小但边缘粗糙，排出可能性小者，可考虑手术取石。

膀胱结石

膀胱结石主要在膀胱内形成，也可由肾及输尿管结石下降至膀胱内继续增大引起。常见于男性儿童和老年前列腺肥大者。

临床表现

主要症状是尿痛和排尿困难。疼痛常发生在排尿终末时，并向会阴部或阴茎龟头部放射。因结石可堵塞膀胱颈尿道内口，可引起排尿困难及尿流突然中断。病孩排尿时多用手握住阴茎，蹦跳啼哭。由于排尿困难，腹压增加，常可并发腹股沟疝或脱肛。

结石可刺激和损伤膀胱粘膜，引起终末血尿，尿频、尿急等膀胱刺激症状。

诊　断

根据上述典型症状，就可作出初步诊断。较大的结石，有时可由肛门指检触到。若用金属尿道探子插入膀胱，触到结石，即可确诊。诊断不能肯定时，小孩可作X线透视，成人则需照片检查，可显示结石的数目、大小及形状。

治　疗

较小的膀胱结石可能自行排出，直径超过1.5厘米的较大结石，应施行耻骨上膀胱切开取石术。

尿道结石

尿道结石多数继发于肾、输尿管或膀胱结石。结石常停留于后尿道或尿道外口处。结石嵌顿时，可引起排尿困难、疼痛及急性尿潴留。

位于前尿道结石，多能用手摸到。当诊断可疑时，可用金属探子插入尿道或X线照片确诊。

治　疗

（一）位于尿道外口处结石，应先滴入石蜡油，然后用小钳轻轻取出，或夹碎后逐块取出。如尿道外口太小，可切开外口取石。

（二）后尿道结石，先用盐水由尿道外口加压注射，使结石冲入膀胱，或用金属探子将结石推回膀胱内，再作耻骨上膀胱切开取石术。

（三）不能推回膀胱，又不能从尿道口取出的结石，如无嵌顿可先用中草药治疗，并每天由尿道外口注入石蜡油5毫升，让其自行排出；如结石嵌顿产生尿潴留者，则需作尿道切开取石术，同时行耻骨上膀胱造瘘，引流尿液，以利伤口愈合，尿道内一般不留置导尿管。

第六节　其他疾病

睾丸鞘膜积液

正常情况下，睾丸鞘膜腔内有少量液体存在。任何原因（炎症、外伤、肿瘤等），引起睾丸鞘膜分泌增加或吸收障碍，均可使鞘膜腔内逐渐贮积过多的液体，而形成睾丸鞘膜积液（图20—9）。先天性鞘膜突未闭锁时，可引起交通型睾丸鞘膜积液。

临床表现

鞘膜积液以单侧多见，阴囊逐渐增大，无痛，可有坠胀感，过大时常影响行动。肿物一般为卵圆形，表面光滑，有波动感，除交通型鞘膜积液在卧位时逐渐减小至完全消失外，一般鞘膜积液不因体位不同而有所改变。由于睾丸鞘膜积液时睾丸位于液体中间，因此，不能触知睾丸和附睾。但精索鞘膜积液时，则肿物在睾丸上方。将手电筒紧贴在肿大阴囊的一侧照射，用硬纸卷成筒状放在另一侧观察，若看到肿大阴囊呈半透明的粉红色即为透光试验阳性，是鞘膜积液的重要体征。

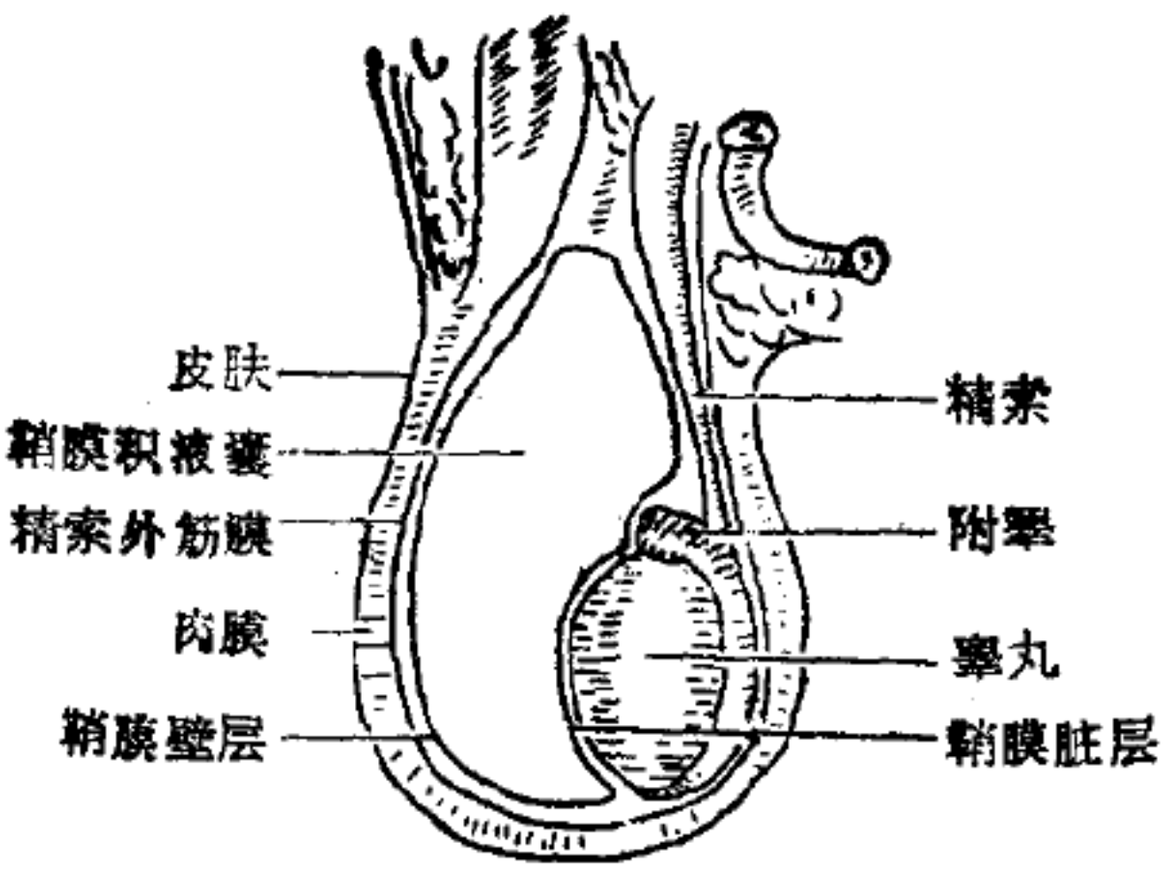


图20—9　睾丸鞘膜积液

诊　断

根据临床表现，诊断不难。当肿物透光试验阳性时，可在无菌条件下，穿刺抽液确诊。睾丸鞘膜积液一般为黄色清液，但丝虫病所致的则为乳糜样液。

治　疗

不影响行走的小鞘膜积液，或婴儿睾丸鞘膜积液常可自行

消失，均不必治疗。交通型鞘膜积液，手术方法与疝修补相同。较大的睾丸鞘膜积液，可行鞘膜外翻术。

附睾结核

附睾结核多由泌尿系结核或前列腺、精囊结核蔓延而来。结核菌亦可经血行直接引起附睾感染。

临床表现

（一）附睾结核常呈不规则硬结，以尾部多见。若与阴囊皮肤粘连，形成结核性脓肿，自行溃破产生瘘管，伤口经久不愈。输精管被结核杆菌侵犯则变粗，呈串珠状。两侧附睾结核可致不育。

（二）直肠指检常能发现前列腺、精囊腺有不规则的硬结。结核性精囊炎，有时可出现血样精液。

治　疗

抗痨治疗同肾结核。若附睾结核较重。或已有脓肿、瘘管形成，应行附睾切除术。

精索静脉曲张

精索静脉曲张是指精索静脉丛扩张、伸长、扭曲，常见于青年人，95%以上发生在左侧。

睾丸和附睾的静脉在阴囊内形成精索静脉丛，位于输精管的前面。当进入腹股沟管外环时，静脉丛合并为3～4条静脉，

向上入腹股沟管内环后，再汇合成一条精索内静脉。右侧斜行汇入下腔静脉，左侧垂直汇入左肾静脉，且行程长，无瓣膜，血液回流不畅，同时青年人生殖器经常充血，故易引起左侧精索静脉曲张。

临床表现

病情轻者可无任何症状。较重者多有阴囊内胀痛或牵扯样疼痛，久站或长途步行后症状加剧。

检查时患侧阴囊松弛下垂，隐约可见扩张的静脉（图20—10）。精索增粗，可摸到多条蚯蚓状的索状物，平卧或抬高阴囊后消失，站立时即可再现。

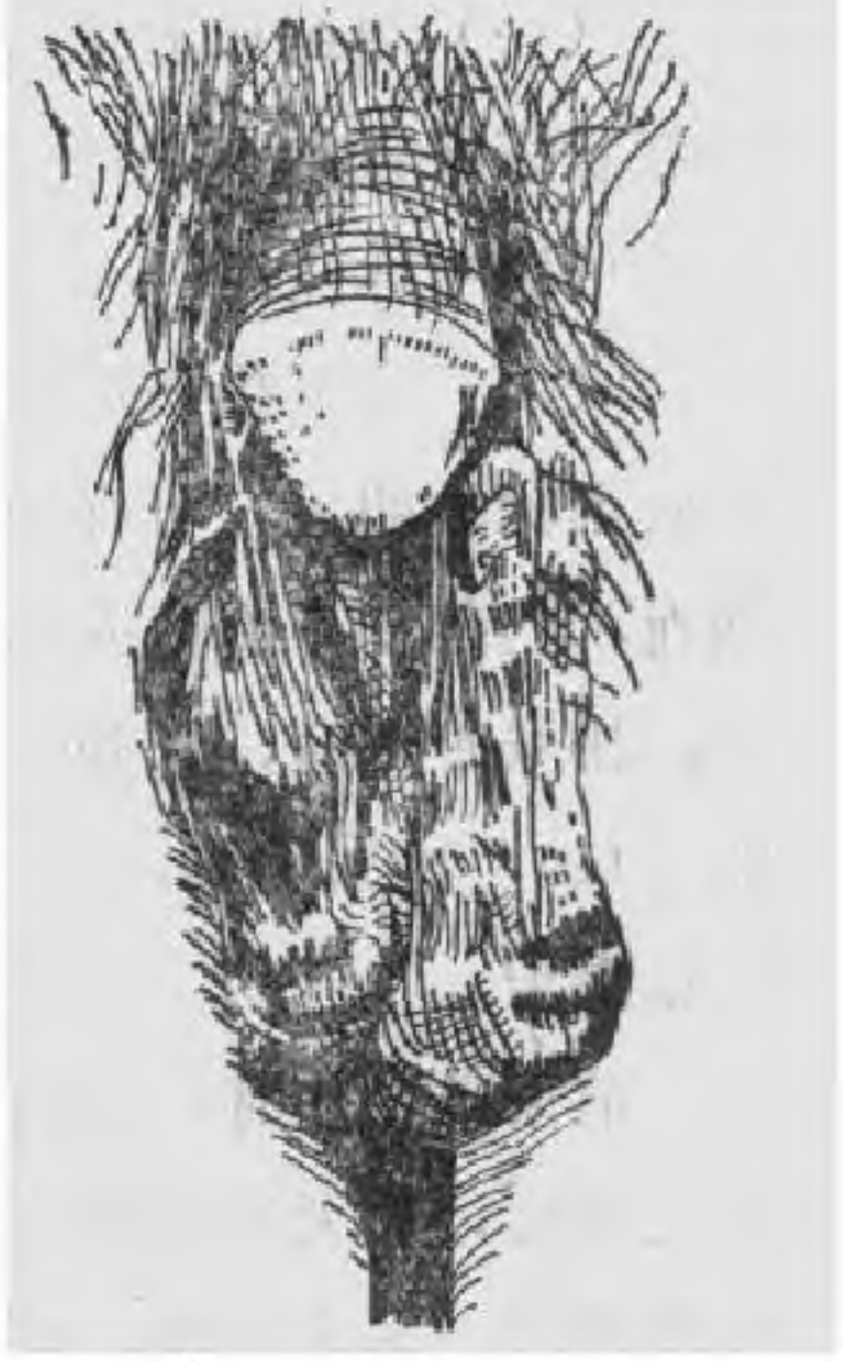


图20—10 精索静脉曲张

治 疗

症状轻者，对健康无害时，穿用三角裤，托起阴囊即可。症状严重者，可作精索内静脉高位结扎，或曲张静脉丛大部分切除术。

尿 道 损 伤

泌尿系损伤中以尿道损伤最为常见。女性因尿道短而直，不易损伤。男性尿道骑跨式外伤时，会阴部撞击硬物上（如船

边、跳板、巨石），造成尿道损伤；骨盆骨折时，则后尿道可被骨折断端刺破；尿道器械应用不慎，也可引起尿道内损伤。

临床表现

（一）单纯尿道损伤，全身症状较轻，如合并骨盆骨折，可发生休克。

（二）尿道损伤后的局部症状则比较明显，可有尿道口滴血，伤部皮下瘀血或形成血肿，排尿时灼痛，尿外渗（图20—11），排尿困难，甚至出现尿潴留。

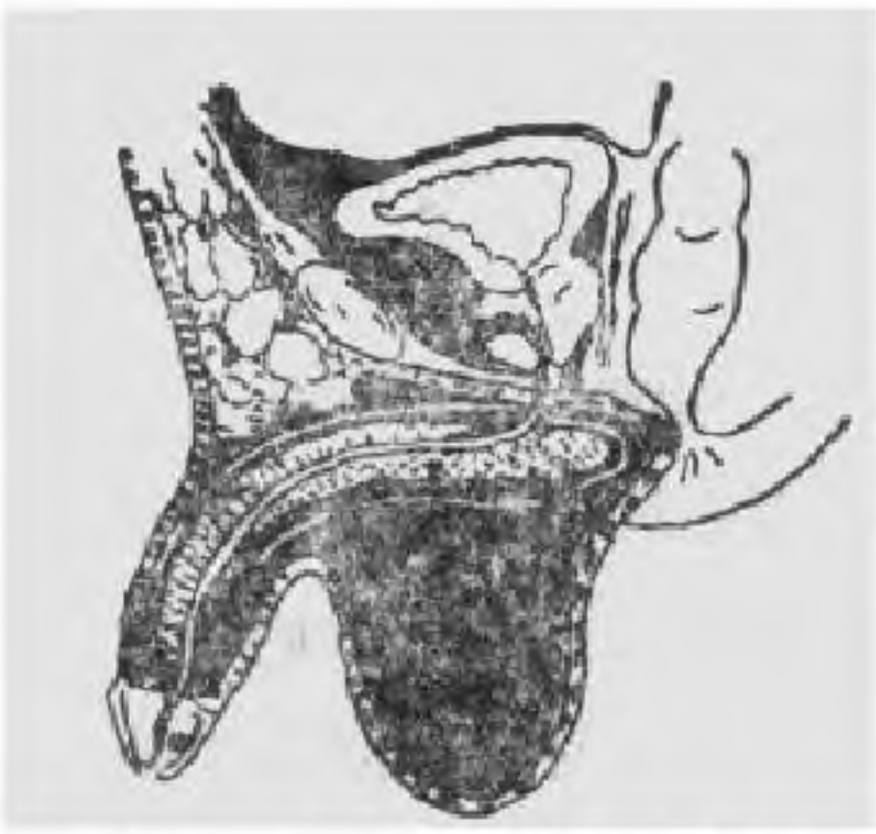


图20—11　前尿道和后尿道破裂时尿外渗

前尿道损伤时，血由尿道口滴出，活动则滴血增加。后尿道损伤时，常无尿道滴血，或仅有数滴血滴出，由于血郁积在膀胱周围，形成血肿，可由肛门指诊摸到。

前尿道破裂时，尿液外渗到会阴、阴囊和下腹部皮下，可迅速引起皮下组织坏死，严重时有脓毒血症表现。后尿道破裂时，尿液渗到耻骨后膀胱周围，常可引起下腹疼痛。

诊断与鉴别诊断

对于骨盆部和会阴部受伤的病人都应想到尿道损伤的可能。伤后血尿或尿道滴血，伴排尿困难者即可作出诊断，但需与膀胱损伤鉴别。

膀胱损伤者，下腹紧张、压痛，不能叩击膀胱浊音界，导尿管能顺利插入膀胱，仅流出少量血尿。

治　疗

原则上应引流尿液，恢复尿道的连续性。后尿道损伤的病人，必须注意休克和骨盆骨折的治疗，一般按如下步骤处理。

（一）轻微损伤无排尿障碍者，可采用非手术疗法。多饮水，应用抗菌药物，至10～14天时扩张尿道一次（18～20号）。

（二）部分损伤有排尿障碍者，可在无菌条件下谨慎地试行插橡皮导尿管。如能插入膀胱，应留置10～14天，3～4周后扩张尿道。如果导尿管不能插入膀胱或尿道完全断裂，则应即行尿道修补术。

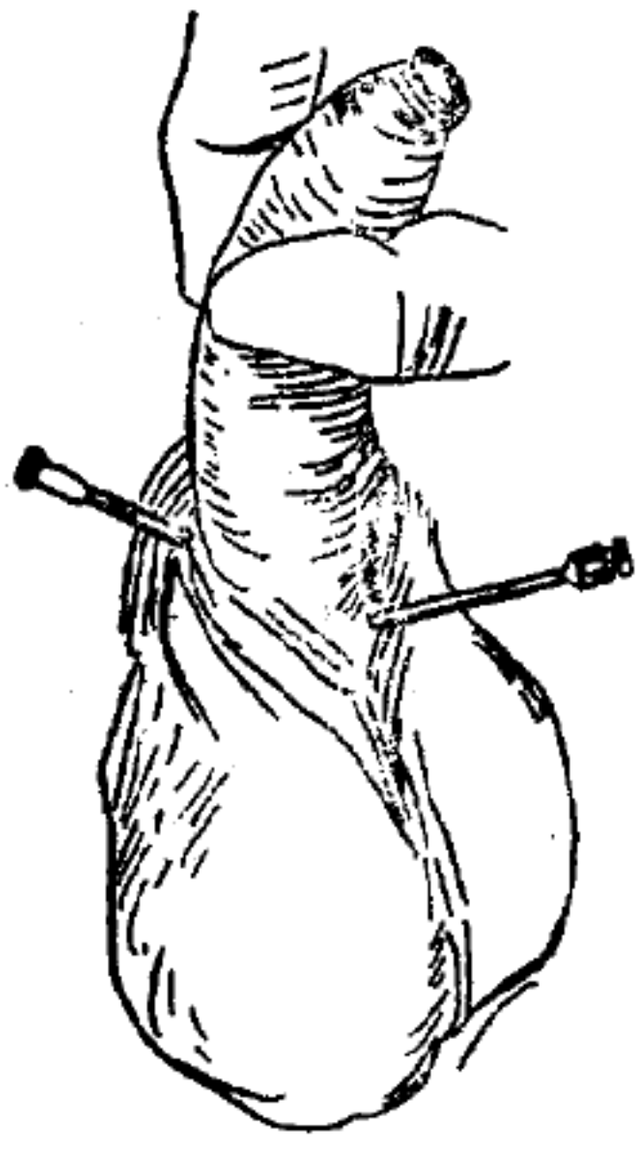
包皮过长和包茎

包皮完全盖复龟头，但可以翻上者为包皮过长；如包皮外口狭窄或包皮与龟头粘连，不能翻转者为包茎。包茎内积垢不易向外排泄，易感染，并可能诱发阴茎癌；如包皮口小似针孔尚可发生排尿困难。

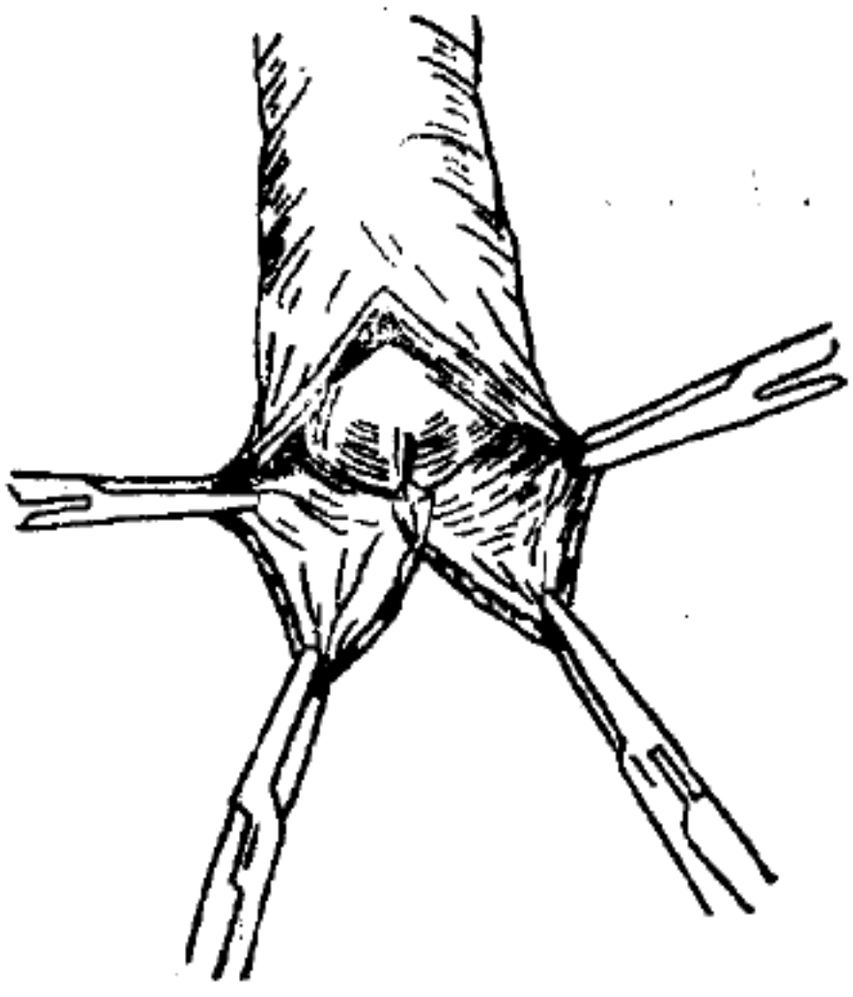
包皮过长要经常翻转清洗。包茎必须早期作包皮环切术（图20—12），方法如下

1.麻醉：针刺阴陵泉、三阴交、关元等穴，强刺激或用局麻都可达到麻醉效果。

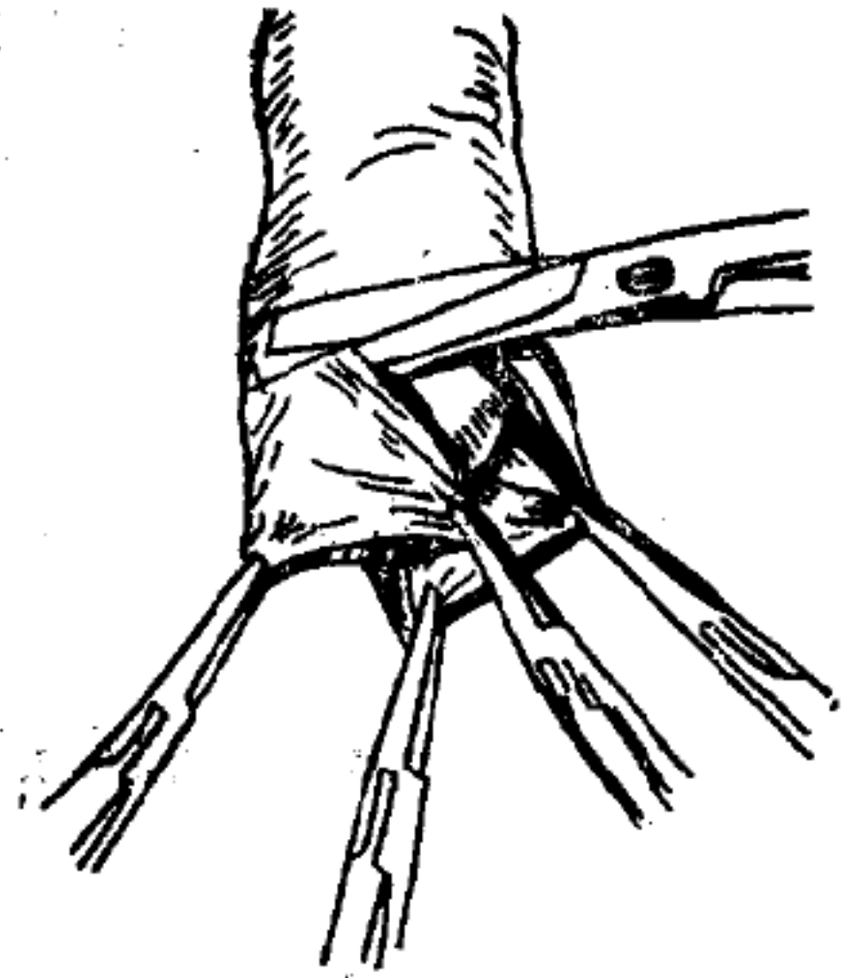
2.剪开包皮：首先检查包皮和龟头之间有无粘连，如有粘连，应先分离粘连，清洗污垢，用钳夹住包皮背面及腹面中线



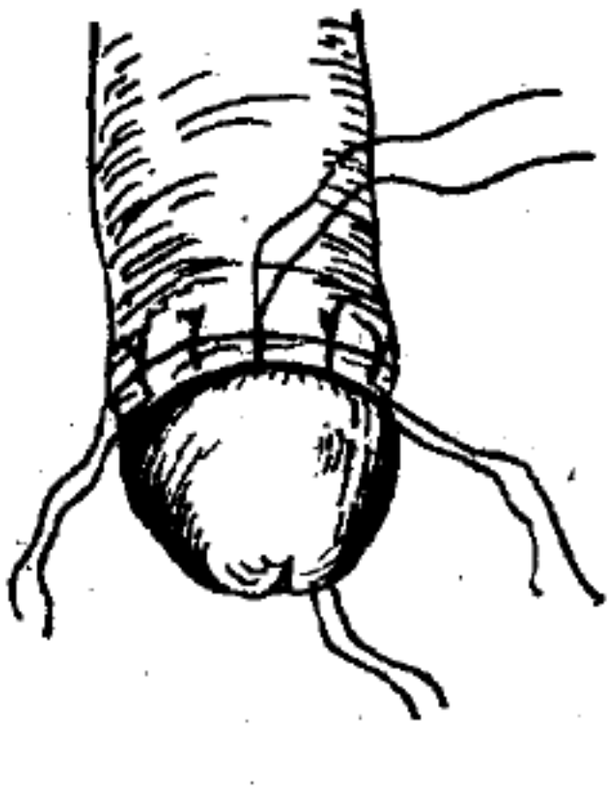
（1）麻　醉



（2）剪开包皮



（3）剪除过长包皮



（4）缝　合

图20—12　包皮环切术

二侧，稍拉紧，以剪刀在中线剪开包皮，背侧离冠状沟 0.5 厘米处为止，腹侧包皮系带必须稍留长些，一般距腐冠状沟0.75厘米以上。

3.剪除过长的包皮：从上述切口沿冠状沟的方向剪除两侧过长的包皮。

4.缝合：仔细结扎止血，尤其是系带处的血管止血要确切。将保留的包皮内板与皮肤用细丝线间断缝合 8 ～12针，并用凡士林纱布围绕切口一周结扎固定。外用消毒纱布包裹，手术后防止尿液污染，5 ～ 6 天拆线。

包 皮 嵌 顿

包皮过长而包皮口狭小时，虽能免强上推露出阴茎头，但有时包皮紧勒在阴茎冠状沟处，形成环状狭窄，使阴茎头部血液回流受阻而肿胀，称为包皮嵌顿。时间过久可发生龟头坏死，故需及时复位。

1.手术复位：在龟头和包皮处涂软膏，一手紧握阴茎冠状沟包皮肿胀处 1 ～ 2 分钟使水肿逐渐消退，然后用两拇指向上推龟头，其他手指向下拉包皮即可复位〔图20—13(1)〕。

2.包皮背切开术：不能复位时，须切开紧勒的包皮口，解除对阴茎头的绞窄。方法如下：行针麻或局麻后，在背侧中线纵行切开包皮紧缩环的皮 肤〔图20—13(2)〕。然后将上翻的包皮轻轻下拉复位，再用细丝线作横形缝 合〔图20—13(3)〕。缝线结扎于凡士林纱条上，保护切口。术后 5 ～ 7 天拆线。

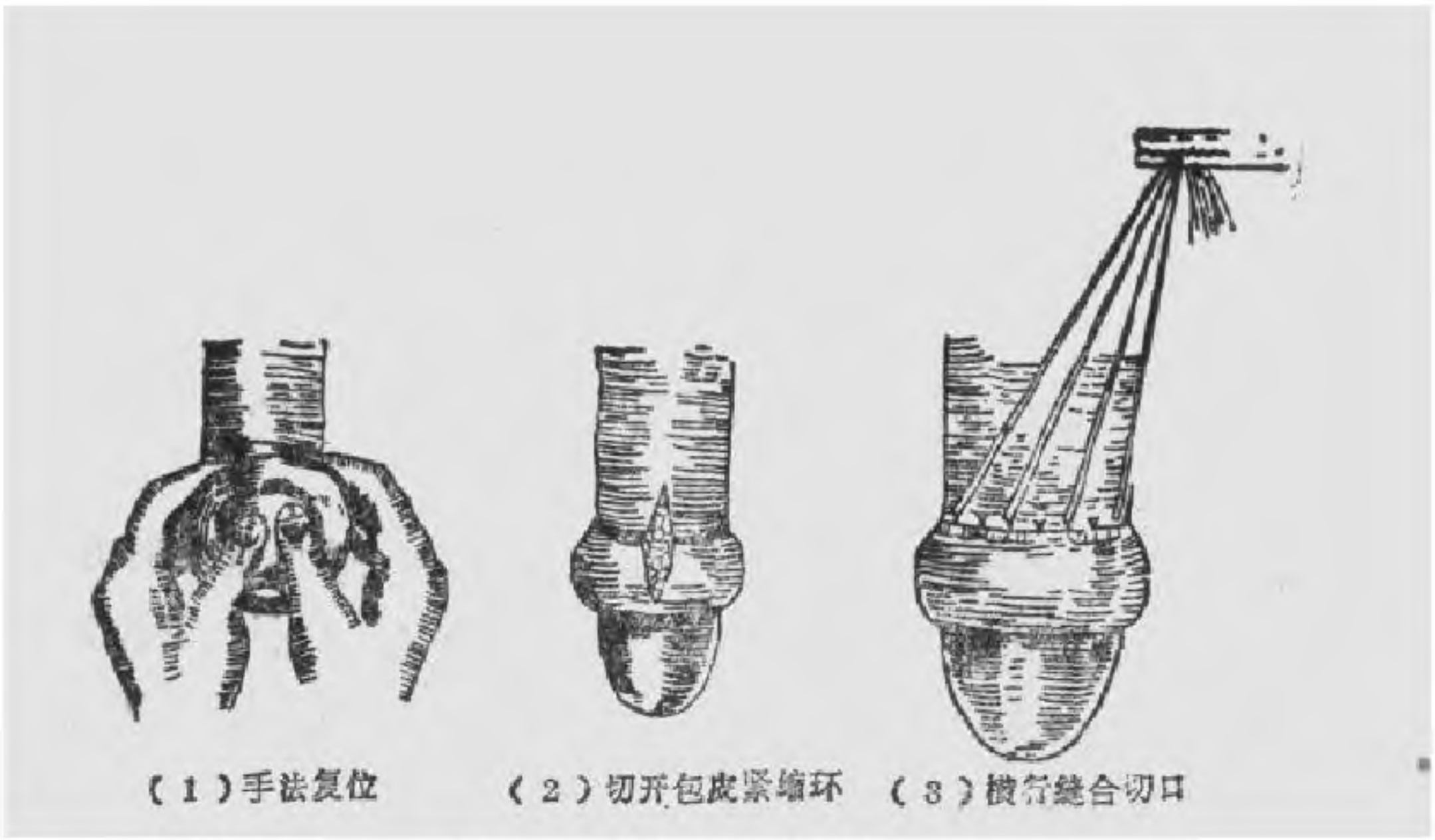


图20—13　嵌顿包皮的复位

阴　茎　癌

阴茎癌是常见的恶性肿瘤。据临床观察几乎都有包茎和包皮过长病史。新生儿行包皮环切术后就不发生阴茎癌。因此，凡有包茎的患者，应尽早作包皮环切，这对预防阴茎癌的发生积极意义。

临床表现

多发于自幼有包茎或反复包皮发炎的状年人及老年人。起病时，阴茎龟头、冠状沟或包皮上有溃疡或结节肿物，晚期可自包皮口见到菜花样肿块(图20—14)，.并流出脓、血性恶臭的分泌物。肿瘤继续发展，可穿透包皮，侵犯整个阴茎，但很少侵犯尿道，排尿常无梗阻。两侧腹股沟淋巴结可因继发炎症或因癌肿转移而肿大。

诊　断

根据局部检查，一般可作出诊断，如果早期诊断困难时，应尽早做活体组织病理检查。

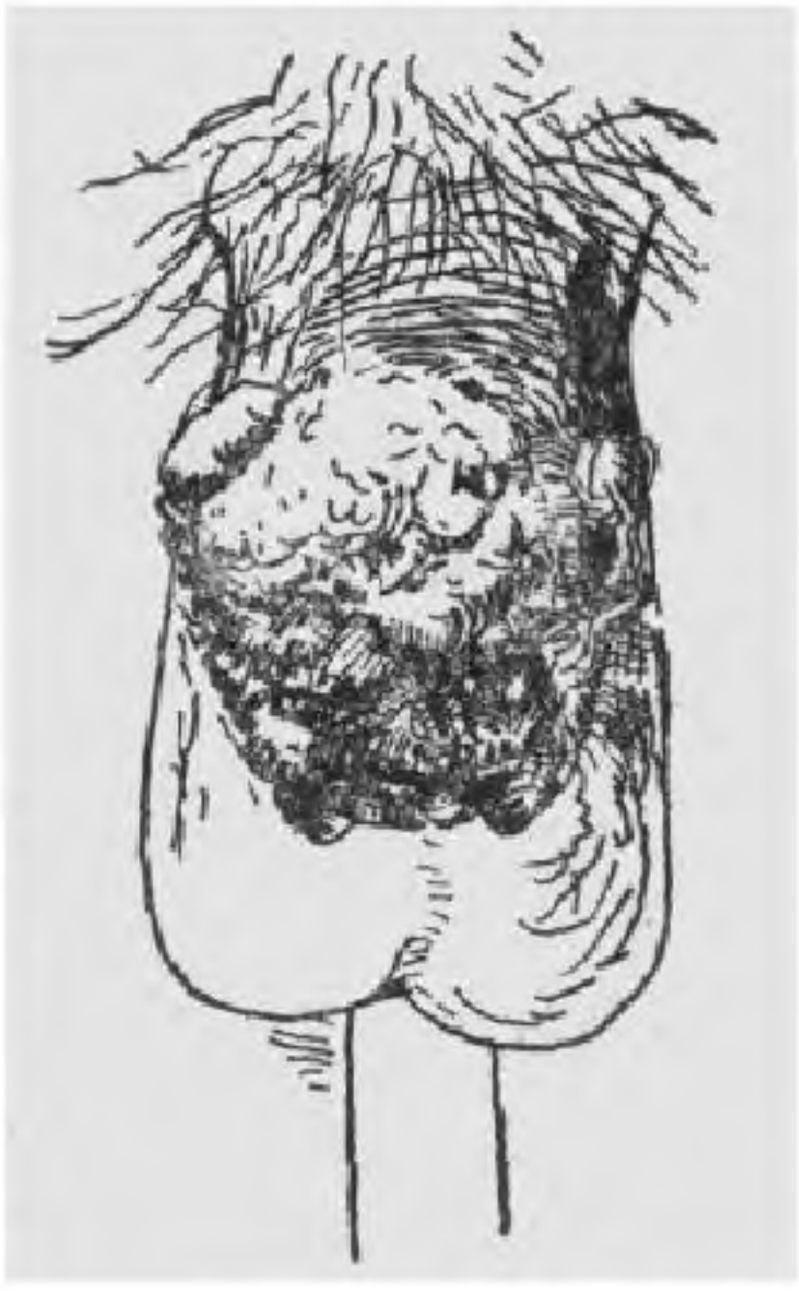


图20—14　阴茎癌

治　疗

（一）早期阴茎癌，范围较小，直径不到2厘米，且只限在龟头者，可作放射治疗，常能保持阴茎完整。

（二）癌肿较大者，可在肿瘤边缘2厘米以外处，作阴茎部份切除术。

（三）如癌肿范围甚广，侵犯阴茎一半以上，应切除全部阴茎，将尿道移位于会阴部，并清除两侧腹股沟有癌肿转移的淋巴结，术后如能作放射治疗，可提高疗效。

急性尿潴留

膀胱充满尿液而突然不能排出，称急性尿潴留。常见原因有如下几种

（一）下尿路机械性梗阻：如膀胱、尿道结石，前列腺肥大，尿道损伤，尿道狭窄等是急性尿潴留最常见的原因。

（二）反射性尿潴留：支配膀胱的神经机能发生紊乱：如

腰麻、肛门手术后、脊髓损伤等疾病都可发生急性尿潴留。

临床表现

病人呻吟，辗转不安，有剧烈尿意而排不出小便，但脊髓损伤的病人常无感觉。检查时可发现下腹及耻骨上区呈球形膨隆，有压痛，叩之浊音。详细检查尿道、前列腺等常可找到病因。

治　疗

急性尿潴留是严重危害排尿机能的一种综合症，使病人很痛苦，应及时解除潴留，根除病因，恢复排尿功能。

（一）新针：针刺关元、足三里、三阴交、中极，对腰麻和肛门、会阴部手术后尿潴留有良好效果。

（二）膀胱区热敷，热水坐浴，可解除尿道括约肌痉挛促使排尿。排尿不出者，可用橡皮导尿管导尿；导尿不成功时，可在严格无菌操作下，在耻骨上 1～2 厘米行穿刺排尿或作耻骨上膀胱造瘘，暂时解除尿潴留。

（三）病因治疗：如取出膀胱和尿道的结石，摘除肿大的前列腺，修补损伤和扩张狭窄的尿道等，可解除机械性梗阻，促使排尿功能的恢复。

尿　毒　症

由于肾功能不全，使体内代谢产物（主要是氮质）潴留，引起人体中毒和代谢紊乱所出现的症状群，称为尿毒症。

病因及发病原理

引起尿毒症的原因有

（一）肾脏本身的疾病，为最常见的原因，如慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、伴有无尿或长期少尿的急性肾炎、肾结核等。

（二）肾前性：由于休克、失血、创伤、烧伤、感染等引起的急性肾功能衰竭。

（三）肾后性：如尿路结石、肿瘤、前列腺肥大等导致尿路梗阻，排尿障碍。

肾功能不全时，肾脏不能排泄废物和毒物，而且失去调节酸碱和水、电解质平衡的能力，故产生氮质（包括尿素、尿酸、肌酸、氨、氨基酸等，统称非蛋白氮）、酸性代谢产物（如硫酸盐、磷酸盐）及其他毒物（如酚）的潴留，并出现代谢性酸中毒，水、电解质平衡紊乱等变化而引起一系列症状。

临床表现

尿毒症表现多种多样，现分述如下

（一）毒性症状

1.精神神经系统：常有疲乏无力，头痛，精神恍惚，表情淡漠，甚至完全昏迷，或烦躁不安，肌肉颤动抽搐。

2.胃肠系统：常有厌食，恶心、呕吐，腹泻（偶带粘液和血），口腔溃疡，齿龈红肿，呼气有氨味等。

3.血液系统：常有明显贫血和出血倾向，如鼻衄、齿龈出血及皮肤瘀斑等。

（二）水、电解质平衡紊乱：因尿少甚至尿闭而使酸性代谢产物不能充分排泄，产生代谢性酸中毒，出现深大的酸中毒呼吸；钾不能排出，产生高血钾，出现心跳慢，甚至停搏；由于频繁吐、泻而导致失水等。

（三）化验检查：红细胞及血红蛋白明显减少，血中非蛋白氮显著增高，可达100毫克%以上。酸中毒时血浆二氧化碳结合力降低，可降至10～20容积%。尿比重低而固定（1.01左右），可有不同程度的蛋白质、红细胞、白细胞及管型。

诊　断

主要根据临床症状和实验检查，其中血中非蛋白氮明显增高为诊断上不可缺少的依据。同时明确病因对治疗至为重要。

预　防

积极防治肾脏疾病，解除泌尿道梗阻，及时纠正水、电解质失调和大出血、休克等。

治　疗

（一）病因治疗：慢性肾盂肾炎引起的尿毒症，应积极控制感染。如有泌尿道梗阻，应于解除。

（二）给予低蛋白、高醣的饮食。如不能进食，可静脉滴注葡萄糖，补充能量。

（三）维持水、电解质及酸碱平衡

1.水的摄入，一般不加限制，以利体内代谢产物的排泄。

如失水，适当补充生理盐水或葡萄糖溶液。血液钠、钾、钙等失常者，应予适当纠正。

2.酸中毒时，轻者可口服碳酸氢钠1～2克，每日3～4次。明显者静脉滴入4%碳酸氢钠溶液，按每公斤体重7毫升计算。

（四）新针疗法：尿少尿闭者，可针刺肾俞、膀胱俞、气海、中极、水道、三阴交等穴；恶心、呕吐、腹泻者，可针刺上脘、中脘、大肠俞、小肠俞等穴；烦躁不安及抽搐者，可针刺合谷、太冲、外关等穴。

（五）中草药治疗：以育阴潜阳、利尿解毒为主，基本方以六味地黄汤加金银花、连翘、孩儿参。并根据出现的症状，选择相应药物，如呕吐加半夏；尿少加车前子、牛膝；抽搐加生牡蛎；出血加鲜茅根、丹皮；心衰加熟附子；手足厥冷加熟附子、肉桂、石菖蒲；大便溏薄可加香砂六君子汤。

（六）对症治疗：恶心呕吐者给氯丙嗪12.5毫克，每日三次口服。抽搐时用10%葡萄糖酸钙10毫升静脉注射。严重贫血可多次少量输血。高血压及心力衰竭的处理，见有关章节。

第二十一章　运动系统疾病

第一节　解　剖　生　理

运动系统包括骨，关节，骨骼肌三部分。肌肉附着骨骼上并跨过关节，神经系统支配在下，肌肉收缩，牵动骨骼，以关节为支点，使骨的位置发生变化而产生运动。运动系统中，肌肉是运动的主动部分，骨和关节是运动的被动部分。但任何一部分发生病变或损伤都能发生运动障碍。

一、骨　　骼

骨骼是人体的支架，使人体具有一定的形状。全身共有206块骨(图21—1)。其共同的构造有骨膜、骨质、骨髓(图21—2)。骨的表面复有薄膜，叫骨膜，含有丰富的血管和神经，它的深层细胞有形成新骨的能力，当骨折时，能使断端愈合。骨质是构成骨的主要成份，分骨密质和骨松质两种，骨密质致密而坚实，骨松质疏松呈蜂窝状。骨的里面有空腔，叫骨髓腔，充满骨髓。骨髓有红、黄两种。红骨髓是制造血细胞的场所，黄骨髓为脂肪组织。

根据骨骼的部位不同，分为头颅骨、躯干骨、上肢骨、下肢骨四部分。

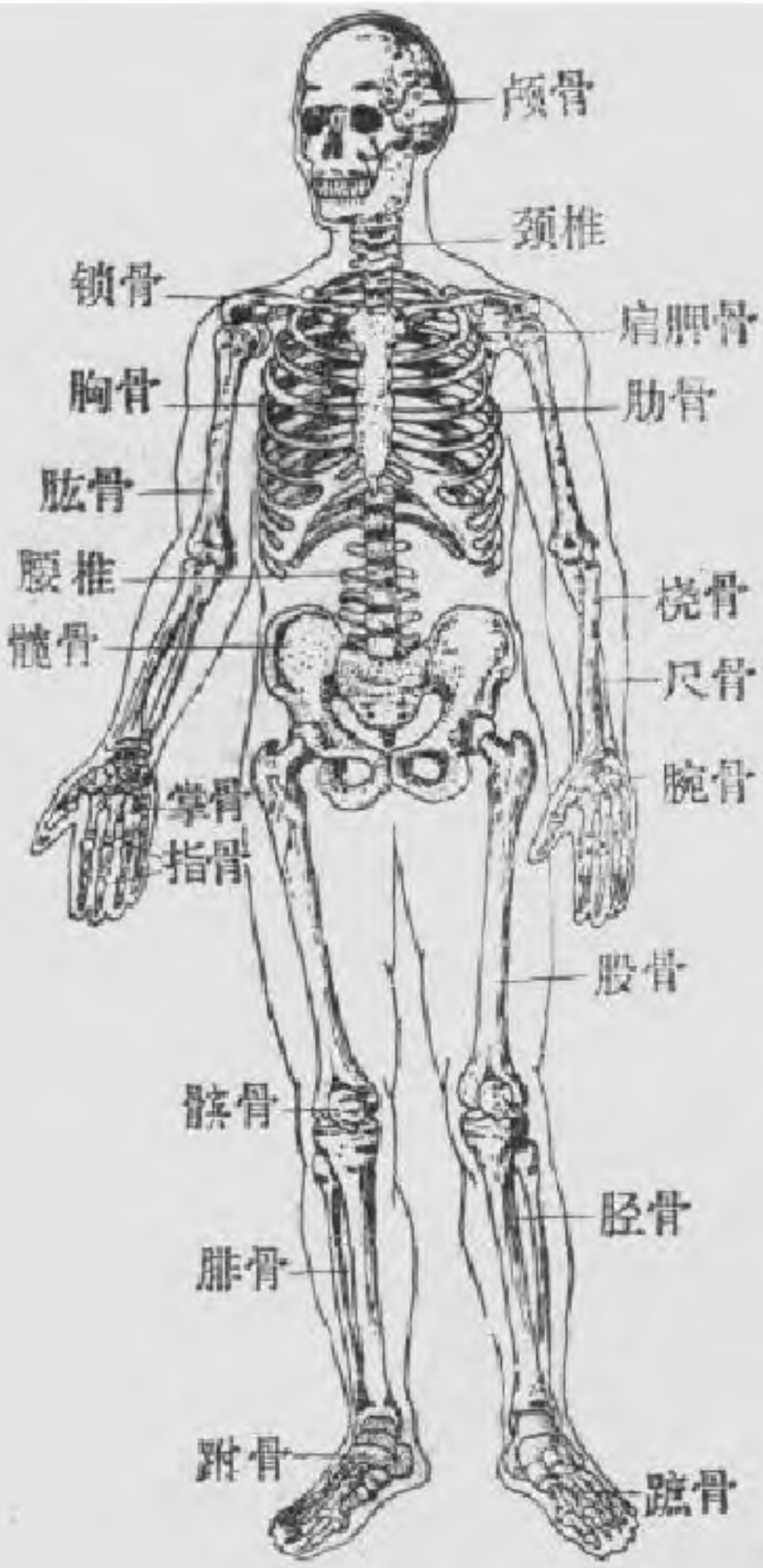


图21—1　骨骼



图21—2　长骨的构造

（一）头颅骨

头颅骨是构成人体头面部的骨骼。分为脑颅、面颅、听骨及舌骨。脑颅位于后上方，容纳脑；面颅位于前下方，是面部的支架；听骨在颞骨内，很小，每侧三块；舌骨一块，连于舌根。

脑颅骨共八块(图21—3)，上方为两块顶骨，前方为一块额骨，后方为一块枕骨，两侧各有一块颞骨，颅底有筛骨、蝶骨各一块，围成颅腔。颅底分前、中、后三个窝(图21—4)。颅后窝中央有一个孔称枕骨大孔。

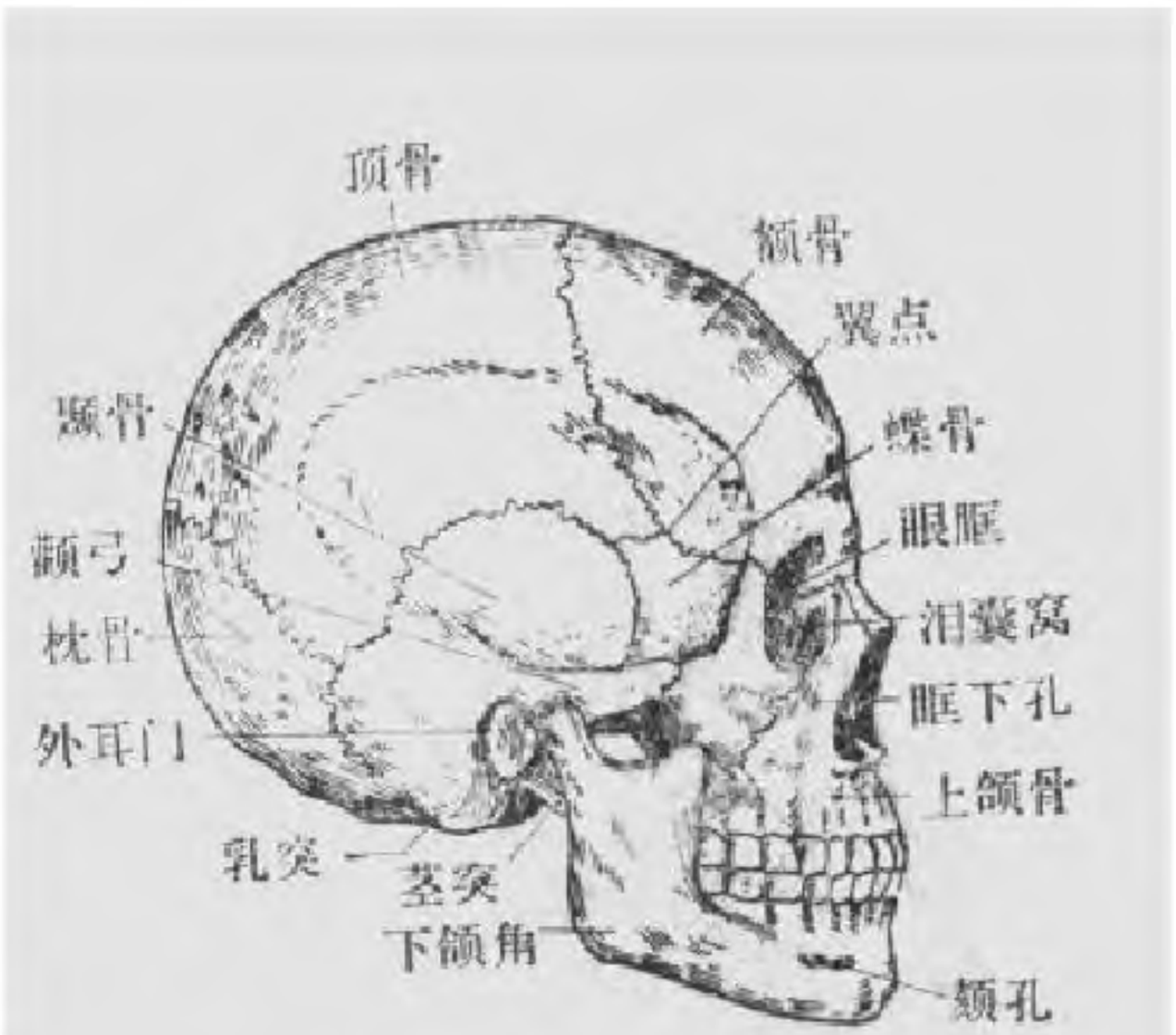


图21—3　颅的侧面

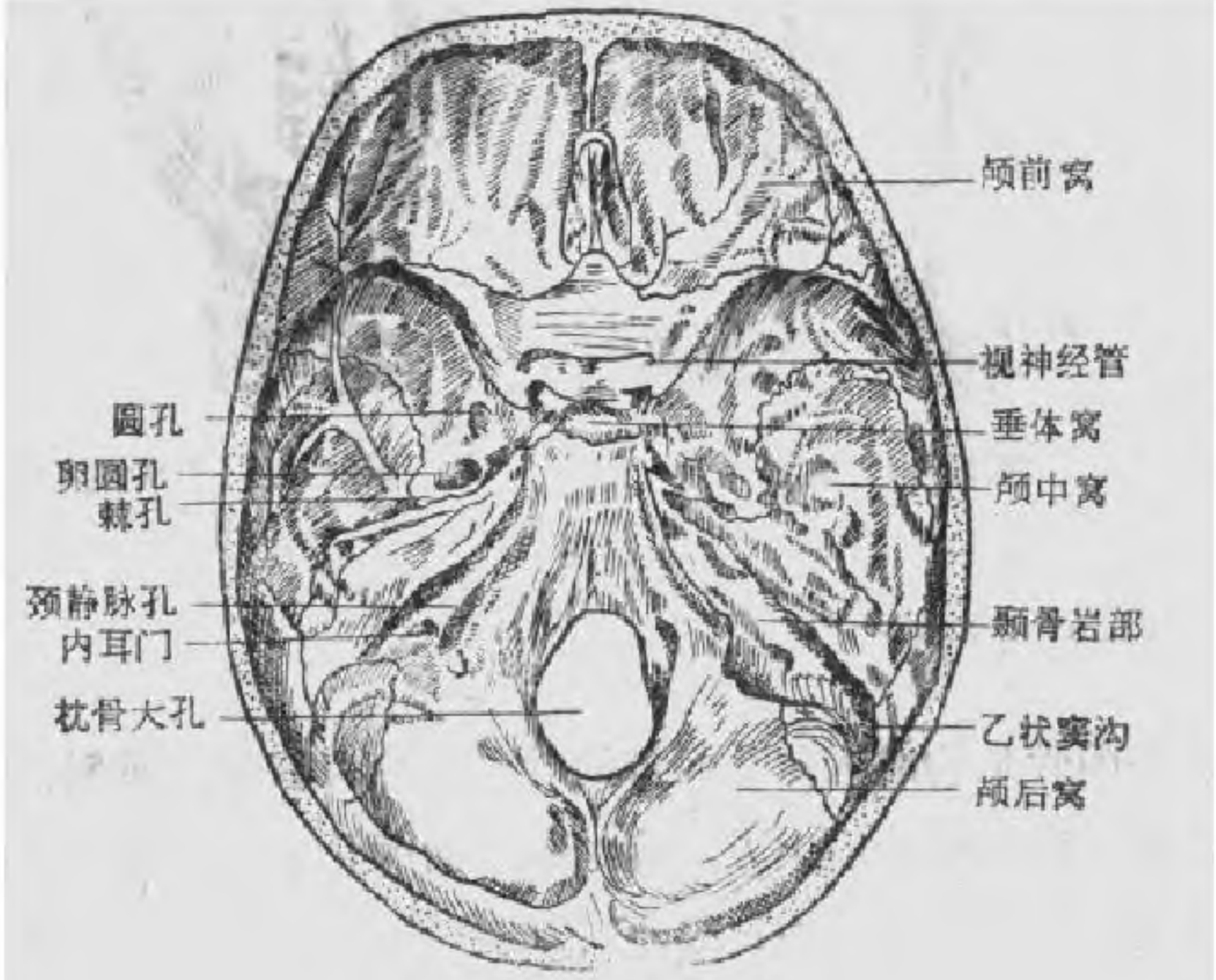


图21—4　颅底内面

面颅骨有上、下颌骨，颧骨，鼻骨，下鼻甲骨，腭骨等十四块，是构成面部、眼腔、鼻腔和口腔的基础(图21—5)。

(二)躯干骨

躯干骨由脊柱、肋骨和胸骨组成。

1.脊柱(图21—6)：是身体的主要支柱，由七块颈椎、十二块胸椎、五块腰椎、一块骶骨，一块尾骨联结而成。有四个生理弯曲，颈曲和腰曲凸向前，胸曲和骶曲凸向后，这些弯曲有利于直立姿势和增加脊柱弹性，可缓冲走跳时的震荡。在背部正中线可见一串隆起叫棘突。低头时，第七颈椎



图21—6　脊柱侧面



图21—5　颅的前面

的棘突最明显，可作为数椎骨数目的标记。整个脊柱中，有一纵行管道，称为椎管，容纳脊髓。

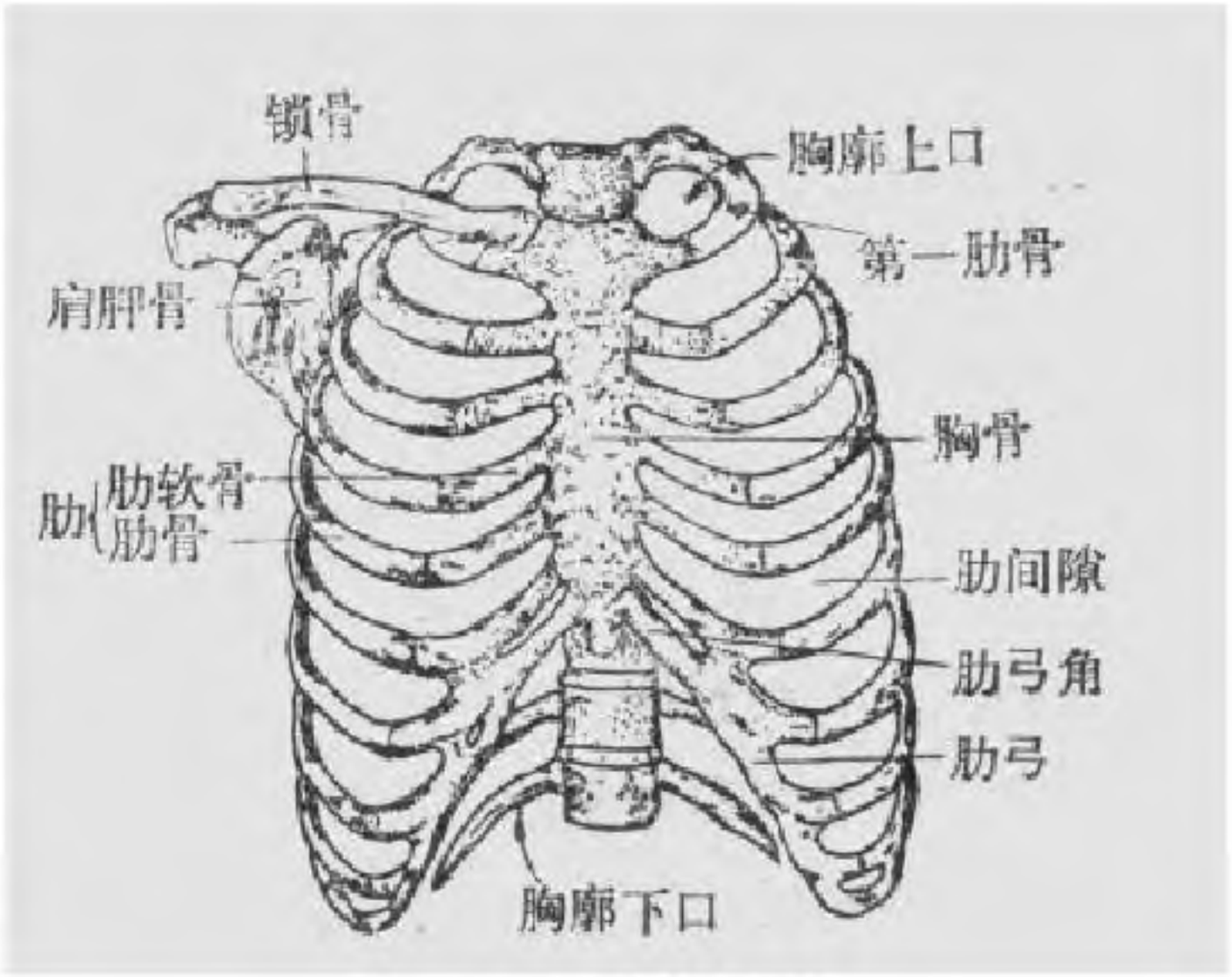


图21--7　胸廓前面

2.肋骨（图21—7）：共十二对，形扁而弯，其后端与椎骨相连。上七对肋骨前端各有软骨连于胸骨，第八、九、十对肋软骨依次连于上方肋软骨形成肋弓。第十一、十二对肋骨不与上方的肋软骨相连，称为浮肋。肋骨内面的下缘有沟，为肋间神经、血管所在处，故胸腔穿刺常在肋骨上缘进针。

3.胸骨：位于胸部正中，分胸骨柄、胸骨体和剑突三部分（图21—8）。柄、体相连处向前隆起为胸骨角，体表可摸到，此处恰与第二肋软骨相连，可作为肋骨的定位标记。

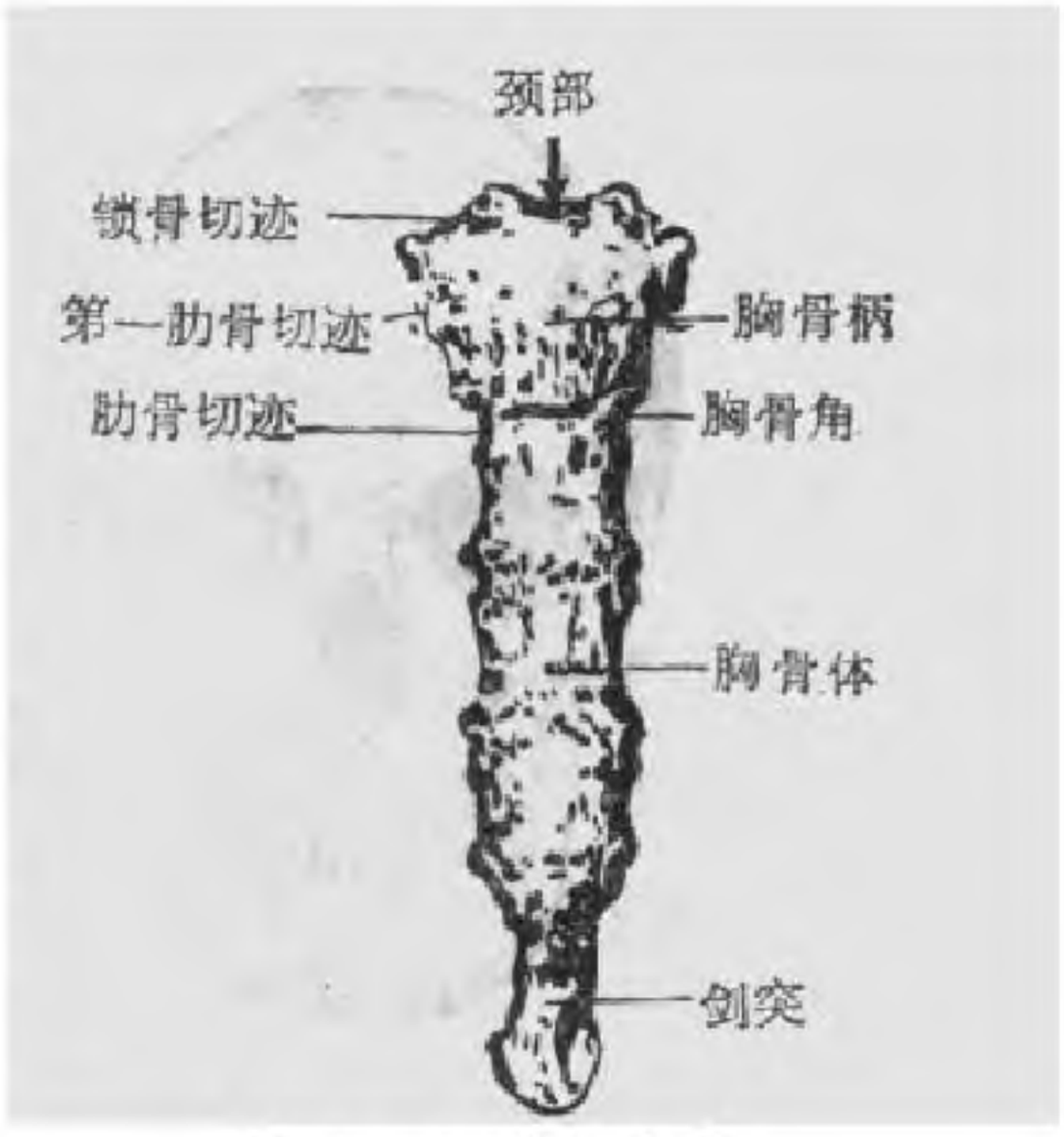


图21—8　胸骨前面

（三）上肢骨

上肢骨由肩胛骨、锁骨、肱骨、桡骨、尺骨和手骨组成（图21—9）。

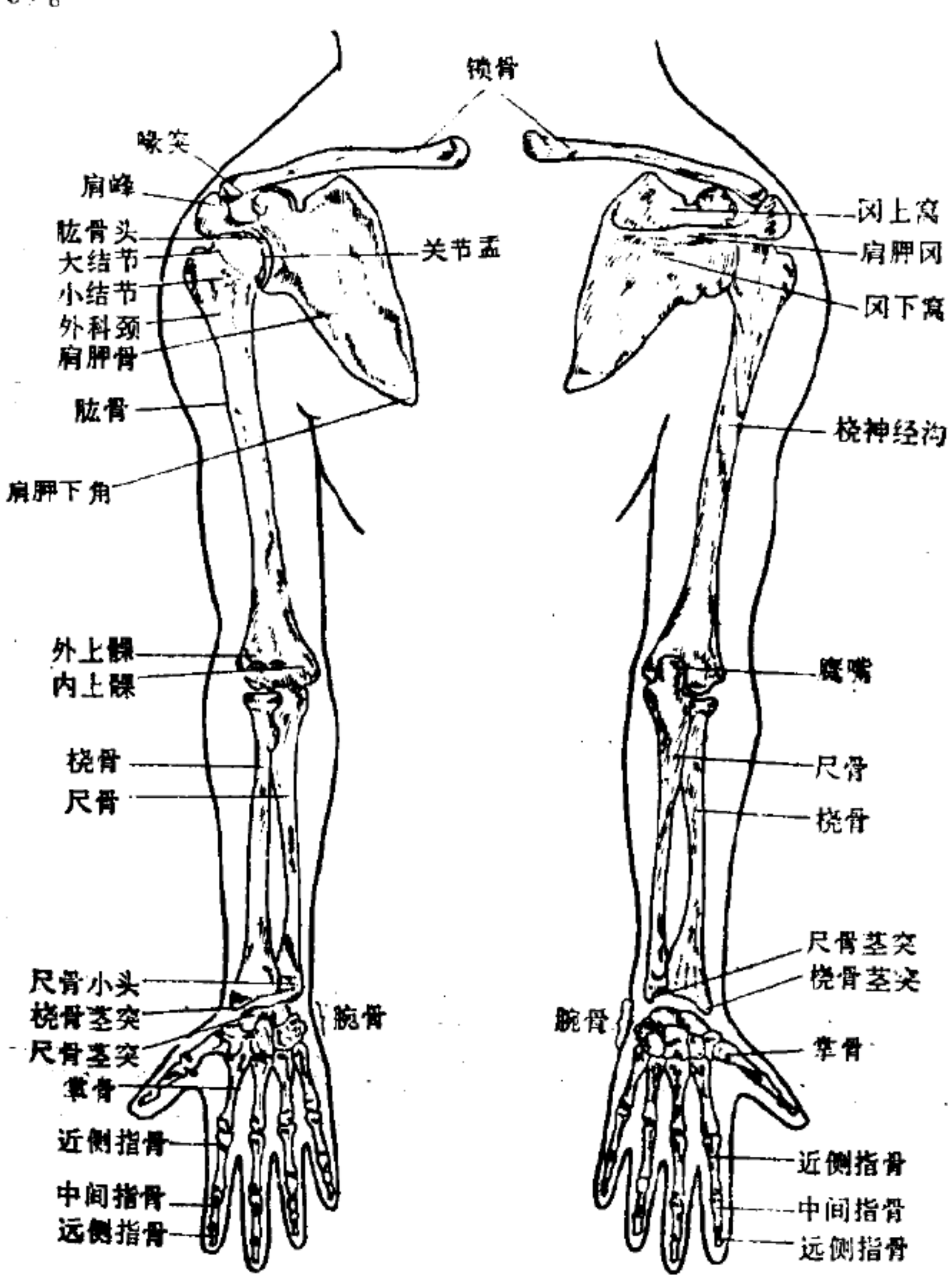


图21—9 右侧上肢骨

1.肩胛骨：位于肩部，似三角形。底在上，尖端在下，称下角，下角相当于七、八肋间。肩胛骨的后上方有一横行突起叫肩胛岗，其外侧端为肩峰，在肩峰下方，外侧角的侧面有一窝为关节盂。其上缘有一突起称喙突。

2.锁骨：位于胸部前上方，外侧端与肩峰相连，内侧端与胸骨柄相连。易骨折。

3.肱骨：位于上臂，为一长骨。近端(近躯干)呈球形，称肱骨头。远端(远躯干)的内外侧有突起，称为肱骨内上髁和肱骨外上髁，两髁间后方有一深窝叫鹰咀窝。

4.桡骨：位于前臂外侧，近端为圆形的头，远端宽大，骨质疏松，易骨折，其外侧突起称桡骨茎突。

5.尺骨：位于前臂内侧，与桡骨并排。近端有个鹰咀样的突起，故称鹰咀，远端后内侧的突起叫尺骨茎突。

6.手骨：包括腕骨八块，掌骨五块，指骨十四块（拇指只有两节指骨，其余各指都是三节）。

(四)下肢骨

1.骨盆：由两块髋骨和骶骨组成。髋骨(图21—10)由髂骨、耻骨及坐骨构成，在成人，此三骨融合成一块。髋骨外面有一杯状凹陷称髋臼。髂骨上缘肥厚呈弯形称为髂嵴、髂嵴前端的突起叫髂前上棘。两侧髂前上棘的连线，恰经第三、四腰椎棘突间隙，为腰椎穿刺的定位标记。两耻骨在前方中线相连，称为耻骨联合。在耻骨联合稍外侧处有一向前的小突起，称耻骨结节。坐骨的下端粗糙叫坐骨结节，其内上方有尖的突起，叫

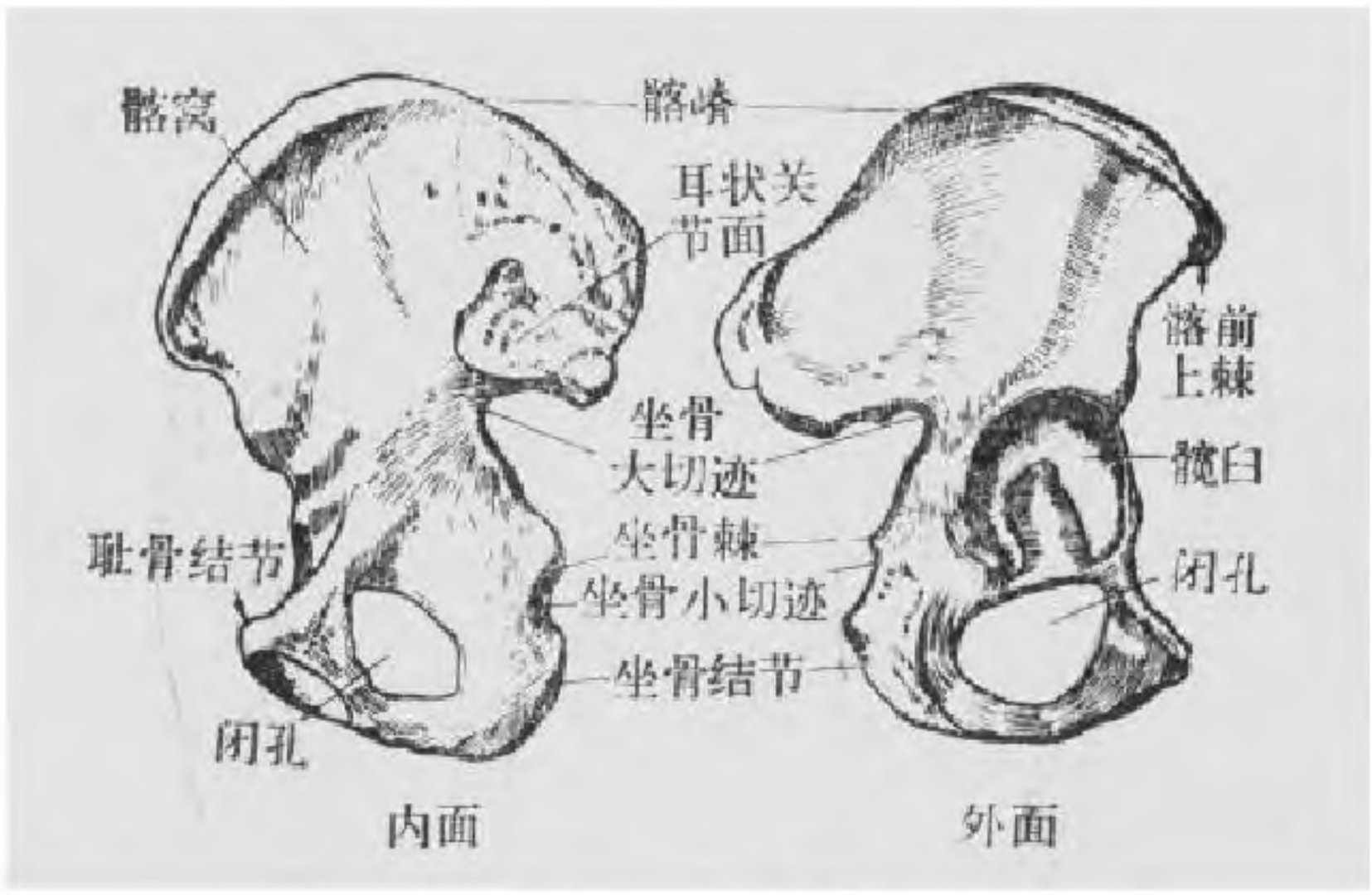


图21—10　髋骨

坐骨棘。

2.股骨(图21—11)：位于大腿，近端的球形隆起叫股骨头，头的下部狭细叫股骨颈，颈的外上方有大的隆起称大转子。远端粗大，有两个膨大处，内侧的叫股骨内髁，外侧的叫股骨外髁。

3.髌骨：位于膝关节前方的股四头肌腱内。

4.胫骨：位于小腿内侧，近端膨大，其两侧有明显突出，称胫骨内髁和胫骨外髁。远端内侧有向下之突起，称内踝。

5.腓骨：位于小腿外侧，近端较圆叫腓骨小头；远端膨大称外踝。

6.足骨：足的后半部为跗骨，其中最大的一块称跟骨，为足跟着力处。前半部有蹠骨和趾骨。

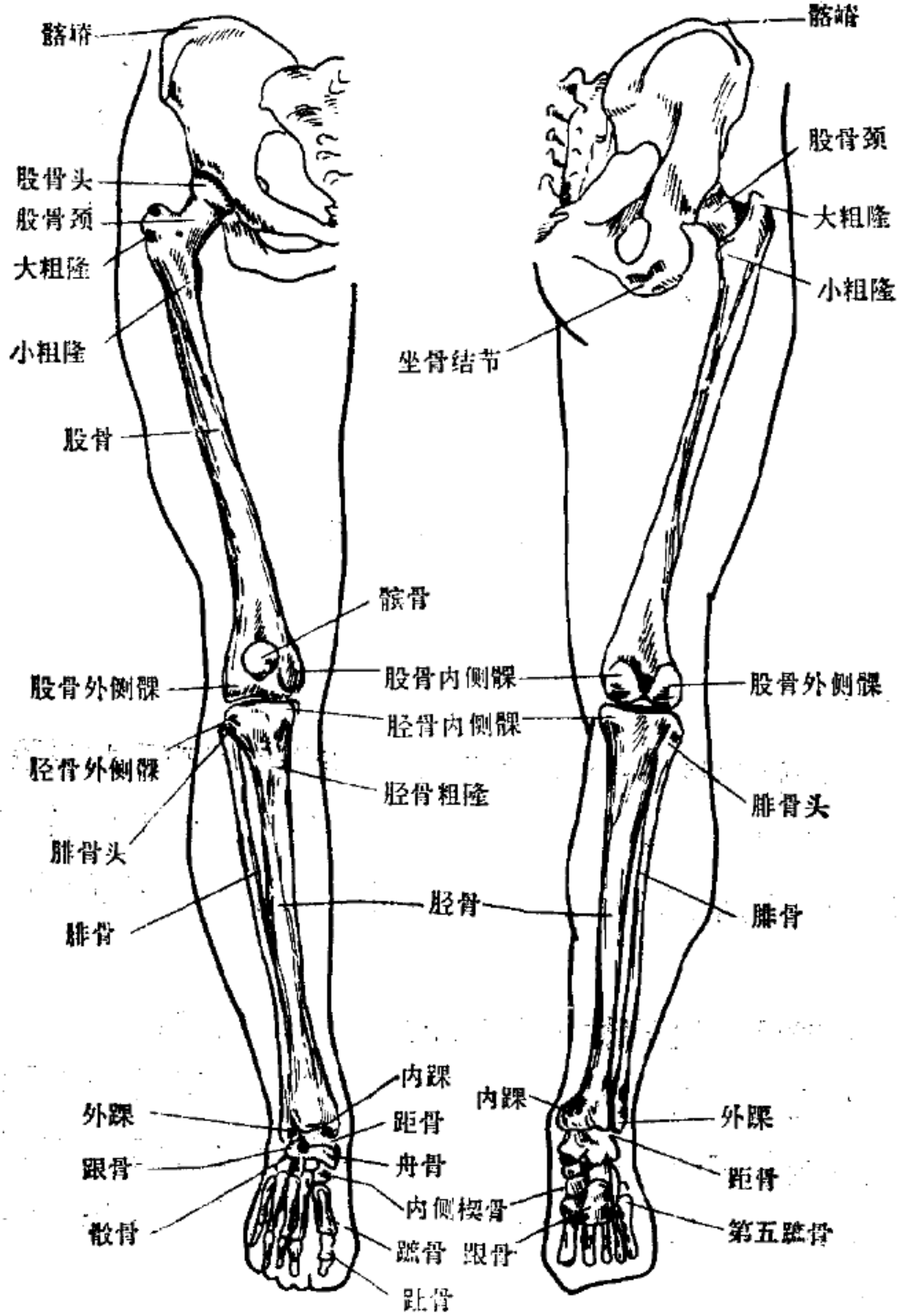

髂嵴
股骨头
股骨颈
大粗隆
小粗隆
股骨
髌骨
股骨外侧髁
胫骨外侧髁
腓骨头
腓骨
股骨内侧髁
胫骨内侧髁
胫骨粗隆
胫骨
内踝
距骨
舟骨
内侧楔骨
跖骨
趾骨
外踝
跟骨
骰骨
前面
髂嵴
股骨颈
大粗隆
小粗隆
坐骨结节
股骨外侧髁
腓骨头
腓骨
胫骨
内踝
外踝
距骨
第五跖骨
跟骨
后面

图21—11　右侧下肢骨

二、关节

两骨或多骨联结并有一定活动的，称关节。

(一)关节的基本结构：每个关节都由关节面、关节囊、关节腔三部分构成(图21—12)。关节面有一层透明而光滑的关节软骨；关节外面包有一层很坚实的囊，由纤维结缔组织构成；关节面与关节囊之间的腔叫关节腔，内有小量滑液，关节运动时可以减少摩擦。

(二)全身主要关节的结构特点

1.下颌关节：由下颌骨的关节突与颞骨的下颌凹所构成。有张口闭口的动作。

2.肩关节：由肩胛骨的关节盂与肱骨头所构成。其特点是肱骨头大，关节盂小而浅，关节囊薄而松弛。因此，关节运动灵活，有屈、伸、内收、外展、环转等动作。

3.肘关节：由肱骨的下端与尺、桡骨的上端共同构成。只有伸屈的动作。

4.髋关节：由股骨头与髋臼构成。其特点为髋臼深，包绕股骨头的2/3，且关节囊较厚而紧，故此关节较稳固。有伸、屈、内收、外展、环转等

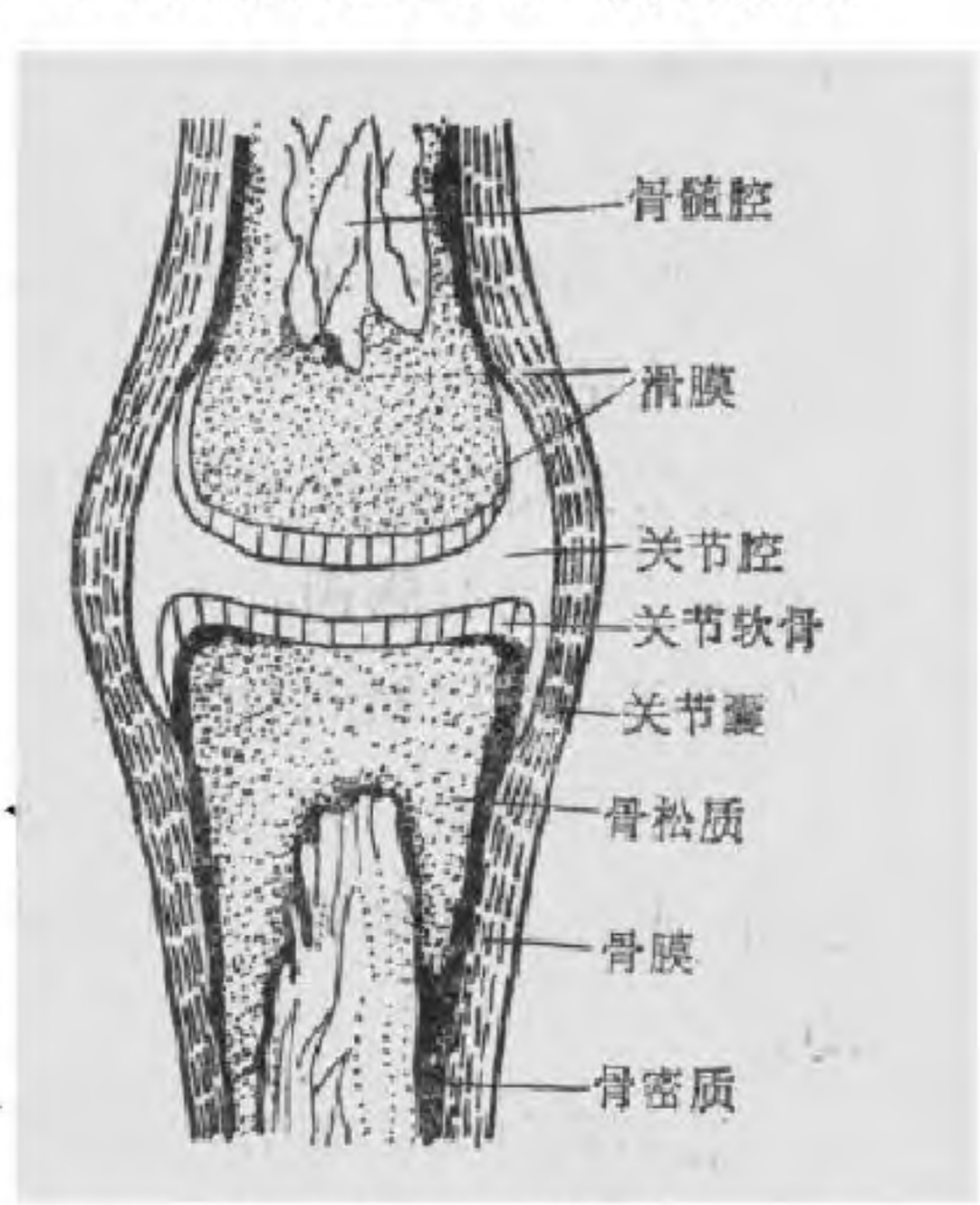


图21—12　关节横式图

动作。

5.膝关节：由股骨的内、外髁和胫骨的内、外髁所构成。其特点是不仅关节囊四周有韧带加强，而且关节囊内还有交叉韧带联结两骨。故膝关节比较稳固，只有屈、伸动作。

6.踝关节：由胫骨、腓骨的远端和距骨所构成。主要有背屈(脚向上翘)及跖屈(脚向下垂)运动。

三、骨骼肌

骨骼肌附着在骨头上，能受意识支配而收缩，不仅产生我们所需要的动作，而且还产生热量。骨骼肌由一束一束的肌纤维构成。两端附着点呈索状的叫肌腱，成片状的叫腱膜。每一块肌肉的外面包有一层纤维结缔组织薄膜称肌膜。骨骼肌共有六百多块(图21—13)，现将主要的叙述如下

(一)面部肌：有两组，一组形成面部的表情，叫表情肌；另一种叫嘴嚼肌，在面部两侧，这组肌肉收缩可以使下颌骨上下、左右活动。

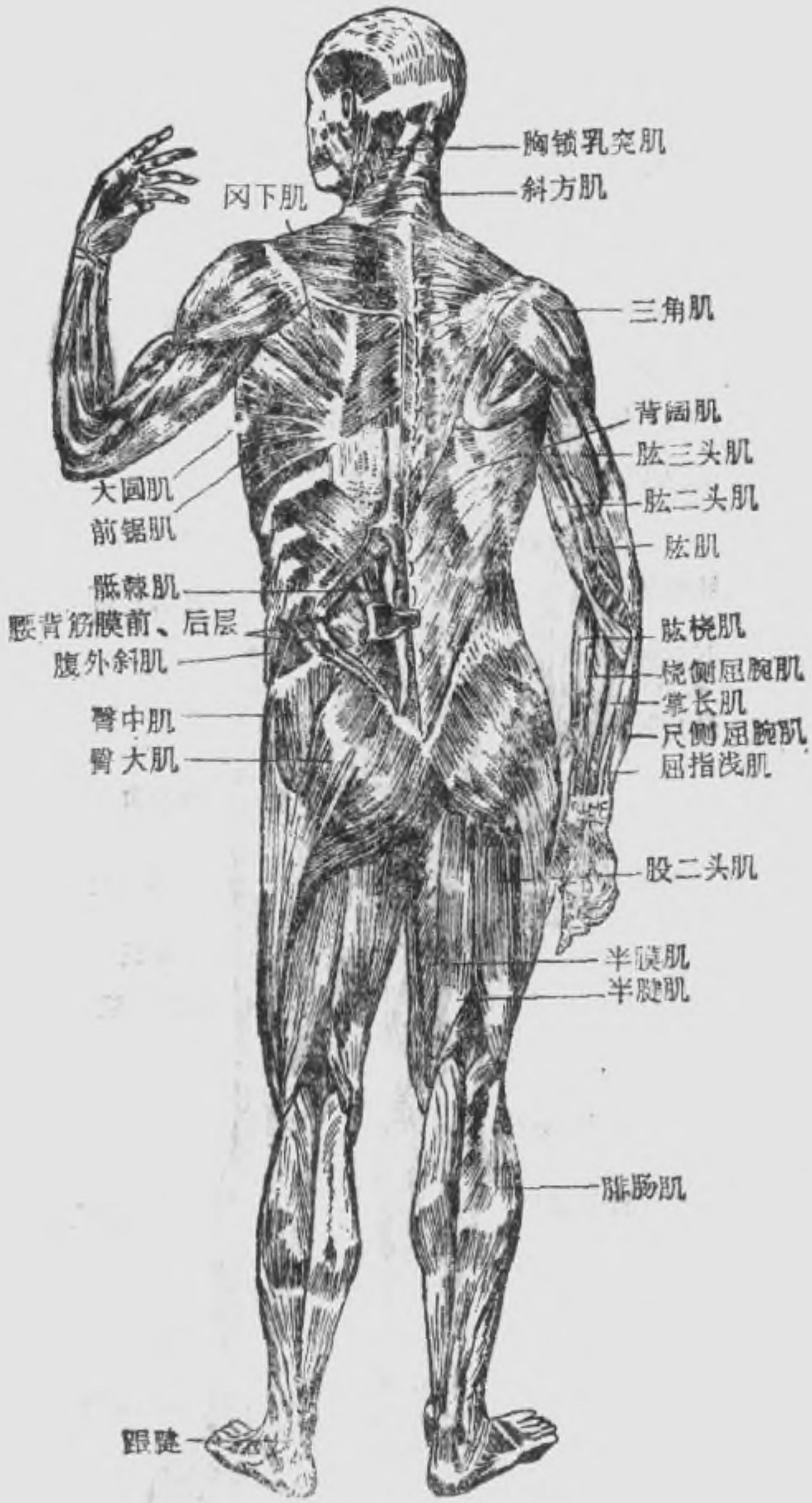
(二)颈部肌：分布在颈的前面和两侧，使头产生各种运动。其中最主要的有胸锁乳突肌，起于胸骨和锁骨，止于颞骨乳突，一侧收缩使头面转向对侧，两侧同时收缩则头后仰。

(三)胸部肌：胸大肌位于胸前两侧。肋间肌位于相邻两肋之间，收缩时使肋骨上下移动，扩大和缩小胸腔，产生呼吸运动。

(四)背部肌：在脊柱两旁有两条长而大的骶棘肌，收缩时使脊柱伸直，在活动中起重要作用。



图21--13　全身肌肉（前面）



后面

图21—13　全身肌肉（后面）

（五）上肢肌：肩部有一块较厚的三角肌，是肌肉注射的部位，主要作用使肩关节外展。上臂前方有肱二头肌，后方有肱三头肌，作用是屈、伸肘关节。前臂肌肉很多，分前后两群，前群的肌肉有屈腕、屈指和使前臂旋前的作用；后群的肌肉有伸腕、伸指并使前臂旋后的作用。

手肌集中在掌部，能作细微灵活的动作。包括三群：即外侧隆起的大鱼际肌，内侧隆起的小鱼际肌和位于两者之间的中间肌群。

（六）下肢肌

1.臀部肌肉：有三层，外层一块最发达，叫臀大肌，对维持身体的直立起重要作用。其外上方常为肌肉注射处。

2.大腿肌肉：前方有股四头肌，主要是伸膝屈髋。后方有股二头肌等，作用是屈膝关节。内侧肌肉的作用是内收大腿。

3.小腿肌肉：前方肌肉主要作用是背屈踝关节和伸趾。后方肌肉作用是跖屈踝关节和屈趾。其中有腓肠肌较发达，表面隆起，以粗大的跟腱止于跟骨，对于行走起很大的作用。

足部的肌肉位于足底，使足底弓曲，有弹性作用。

四、体表标志

乳突、第七颈椎、胸骨角、胸骨剑突、肋弓、肩胛下角、肱骨内外上髁、尺骨鹰咀、桡骨茎突、髂棘、髂前上棘、耻骨联合、耻骨结节、坐骨结节、内踝、外踝、三角肌、臀大肌、腓肠肌、跟腱等。

这些体表标志，在今后工作中会经常用到，因此要在活体

上反复摸认，牢固掌握。

第二节　骨　　折

骨质的连续性发生完全或部分中断叫做骨折。多由暴力引起，称外伤性骨折；少数因骨质病变(肿瘤、骨髓炎、结核)破坏所致，称病理性骨折。

一、骨折分类

(一)开放性骨折和闭合性骨折：凡骨折的断端与外界相通者，称开放性骨折，不相通者，称闭合性骨折。开放性骨折又叫复杂性骨折，多由直接暴力(打伤、火器伤等)引起，污染较重，须及时清创；闭合性骨折又叫单纯性骨折，多由间接暴力(挤压、扭折、肌肉突然强力收缩)引起。

(二)稳定性骨折和不稳定性骨折：横断骨折、嵌入骨折、不全骨折等复位后不易再移位者，称为稳定性骨折；斜形骨折、螺旋骨折、粉碎骨折、多段骨折或骨折端附近肌肉张力较大的横断骨折(如股骨干骨折)均为不稳定性骨折(图21—14)。

二、骨折诊断

(一)外伤史：如高处跌下，车撞扑倒等。询问内容应扼要，需弄清受伤情况、时间及部位；病情危重时，则边治疗，边了解病史。

(二)骨折征

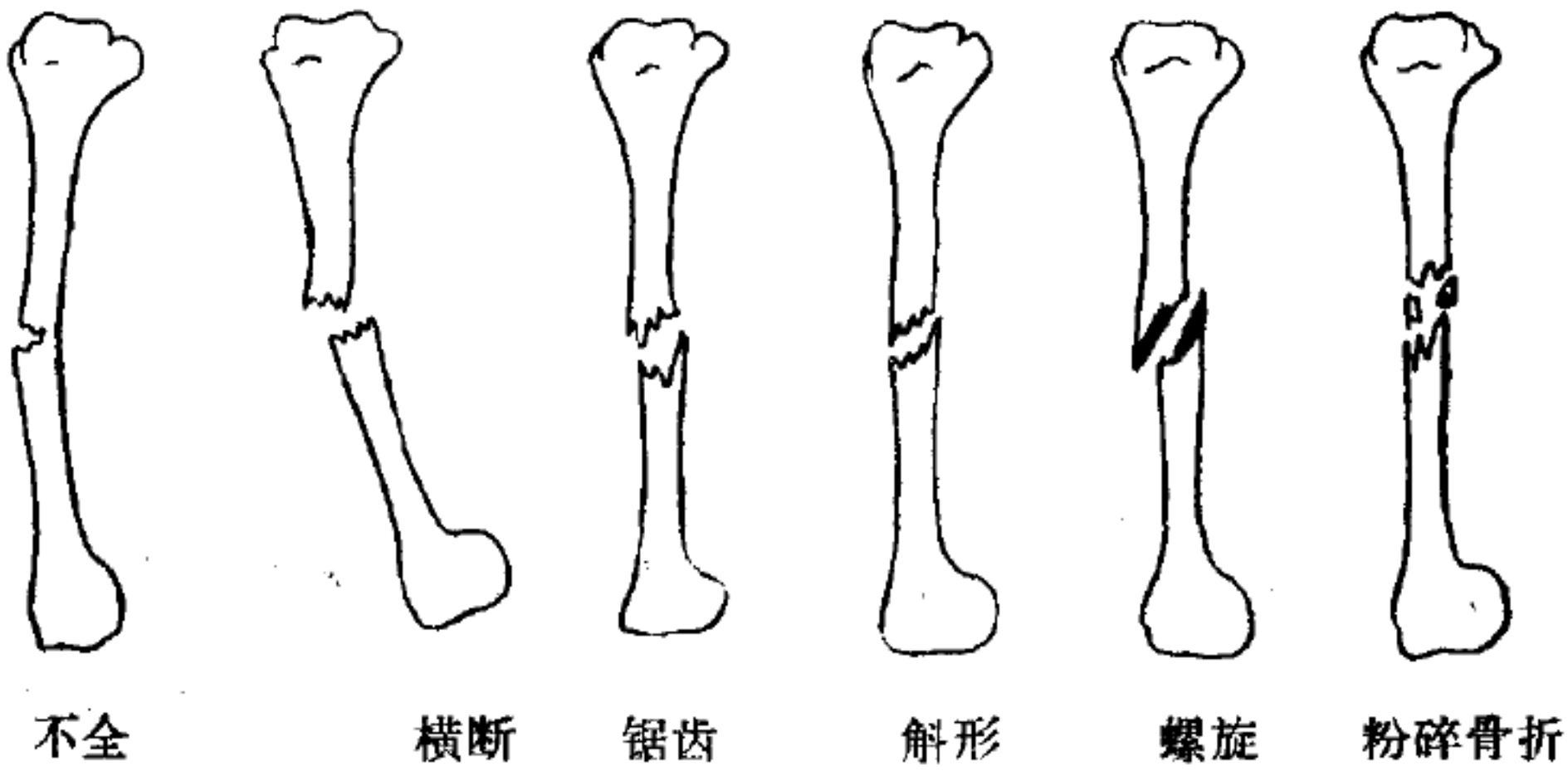


图21—14　骨折类型示意图

1.肿胀瘀斑：软组织挫伤后，用水肿和出血所致，是诊断的线索。

2.压痛：沿骨质寻压，骨折处有明显的直接压痛，轻扣远端，骨折处也有传导痛。这是诊断是否骨折与骨折部位的重要依据。

3.畸形：有成角、短缩(重叠)及旋转等。外观或对比测量可发现，是诊断的可靠证据。

4.异常活动和骨擦音：在搬动伤员时偶然发现，虽可肯定诊断，但不可有意检查，以免加重损伤。

5.功能障碍：由于骨折处疼痛和肌肉反射性痉挛，骨骼失去了支架作用，以及软组织破坏所致。

(三) x 线检查：不仅可以发现或证实骨折，并能了解骨折形状与移位情况，治疗中还可观察骨折的愈合过程。

三、现场急救

目的在于防治休克，抢救生命，避免组织进一步损伤和污染，并创造运送条件。

（一）进行必要检查，确定有、无骨折及合并内脏或颅脑损伤。在未了解伤情以前不宜搬运或过多移动病人。

（二）对休克伤员，应及时处理引起加重休克的原因，如止血、止痛、保温及局部固定等（固定方法参阅三防和战救篇）。

（三）对开放性骨折，应迅速用消毒纱布或清洁布块包扎、固定。

（四）经上述处理后，应及时送医院进一步处理。

四、骨折的治疗

包括整复、固定、功能锻炼三个基本环节。

（一）早期正确复位：骨折复位越早，有利条件越多。早期一次正确复位，骨痂形成快，骨折愈合好。骨折后半小时内，局部不痛、不肿，肌肉松弛，是复位的最好时机；伤后1～4小时，组织弹性尚好，水肿不太严重，复位仍易成功。超过半小时以后复位应在适当麻醉下进行，一般用2%奴佛卡因10～20毫升注入骨折端血肿内即可。肿胀严重，出现水泡者，将水泡在无菌操作下刺破抽空，外涂龙胆紫，抬高患肢，一旦肿消，就应尽早复位。

骨折复位要求功能对位，功能对位可为不完全复位。骨折端有50%左右对位，没有重叠和分离，没有成角或旋转畸形即

可。骨折愈合后由于人体的内在作用，尤其是儿童对骨折有重新塑形的机能，可以获得良好的功能。因此功能复位是一般选择的标准。

复位的方法有手法、牵引、手术复位三种：

1.手法复位：适用于绝大多数骨折的复位，基本操作是在牵引纠正重叠畸形的基础上，利用回旋、挤压以及屈伸关节等手法纠正旋转、侧方、成角畸形。复位时原则上是以骨折远端对近端。

2.牵引复位：主要用于患肢肌肉发达和手法复位困难、局部肿胀严重以及外固定不稳定的骨折，如股骨干骨折，胫骨斜形骨折，小儿肱骨髁上骨折，分皮牵引和骨牵引两种。

3.手术复位：仅用于伴有大神经血管损伤的骨折和手法复位失败又不能持续牵引复位的病例，如骨折端有软组织嵌入，复位困难和复位要求高的某些关节内骨折（髌骨、尺骨鹰咀、肱骨髁等）以及陈旧性骨折。一般待病人全身情况好转，局部肿胀消退，即可手术。用钢针、钢板、螺丝、髓内钉等内固定物固定骨折，术后有的尚须加用外固定。

（二）合理有效的局部固定：为了保持骨折在复位后的位置，必须固定。目前国内广泛使用的是小夹板外固定。

用木制夹板（图21—15）和三个纸压垫（图21—16）以布带固定，通过纸压垫的压力，夹板的弹性和布带的约束力，对骨折形成三点挤压的杠杆作用，保持骨折对位。在尺、桡骨骨折应加用分骨垫，股骨骨折需同时用持续牵引。小夹板不固定上下关节，有利于关节活动，增进肢体循环，防止肌肉萎缩与关节

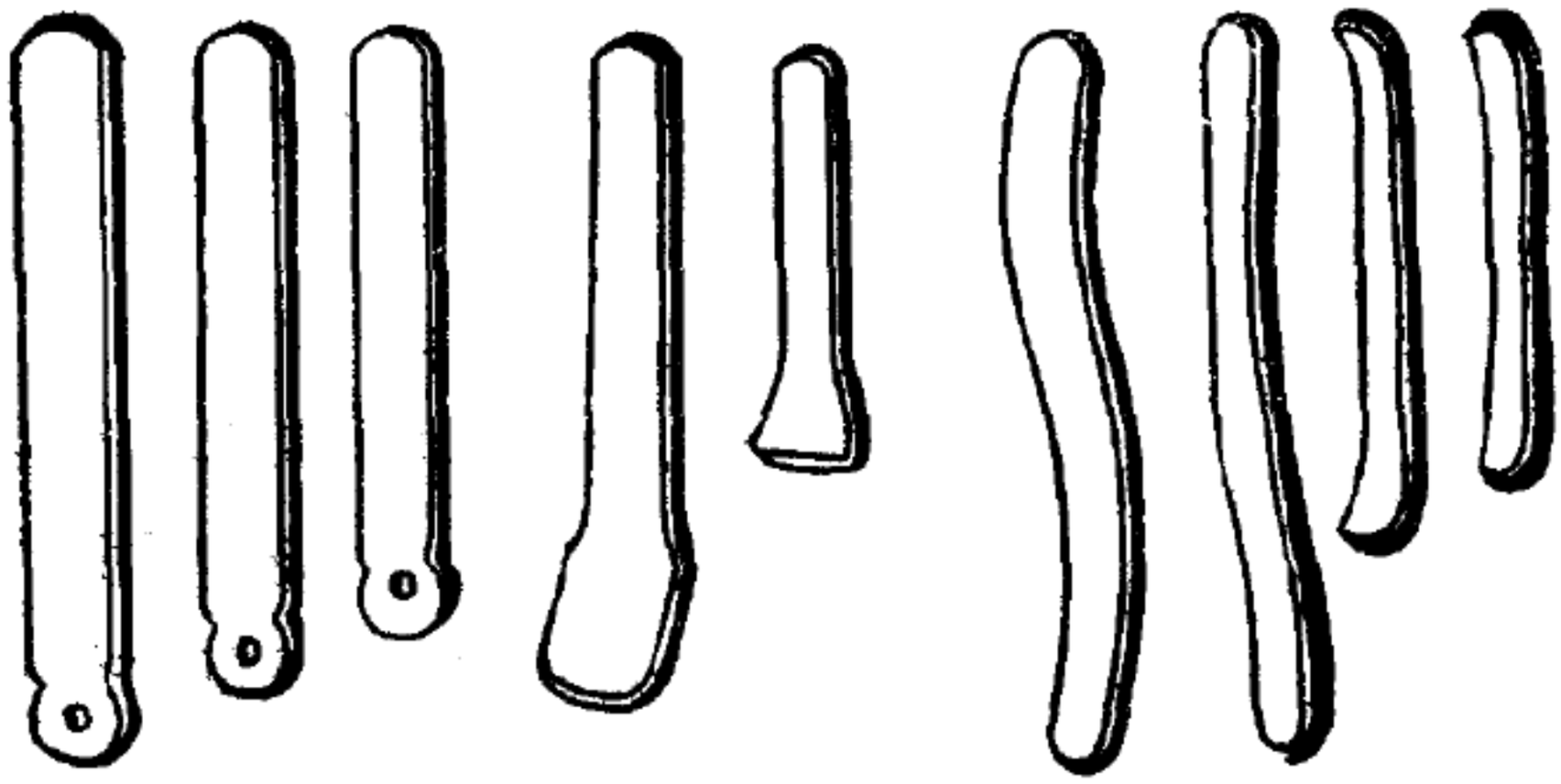
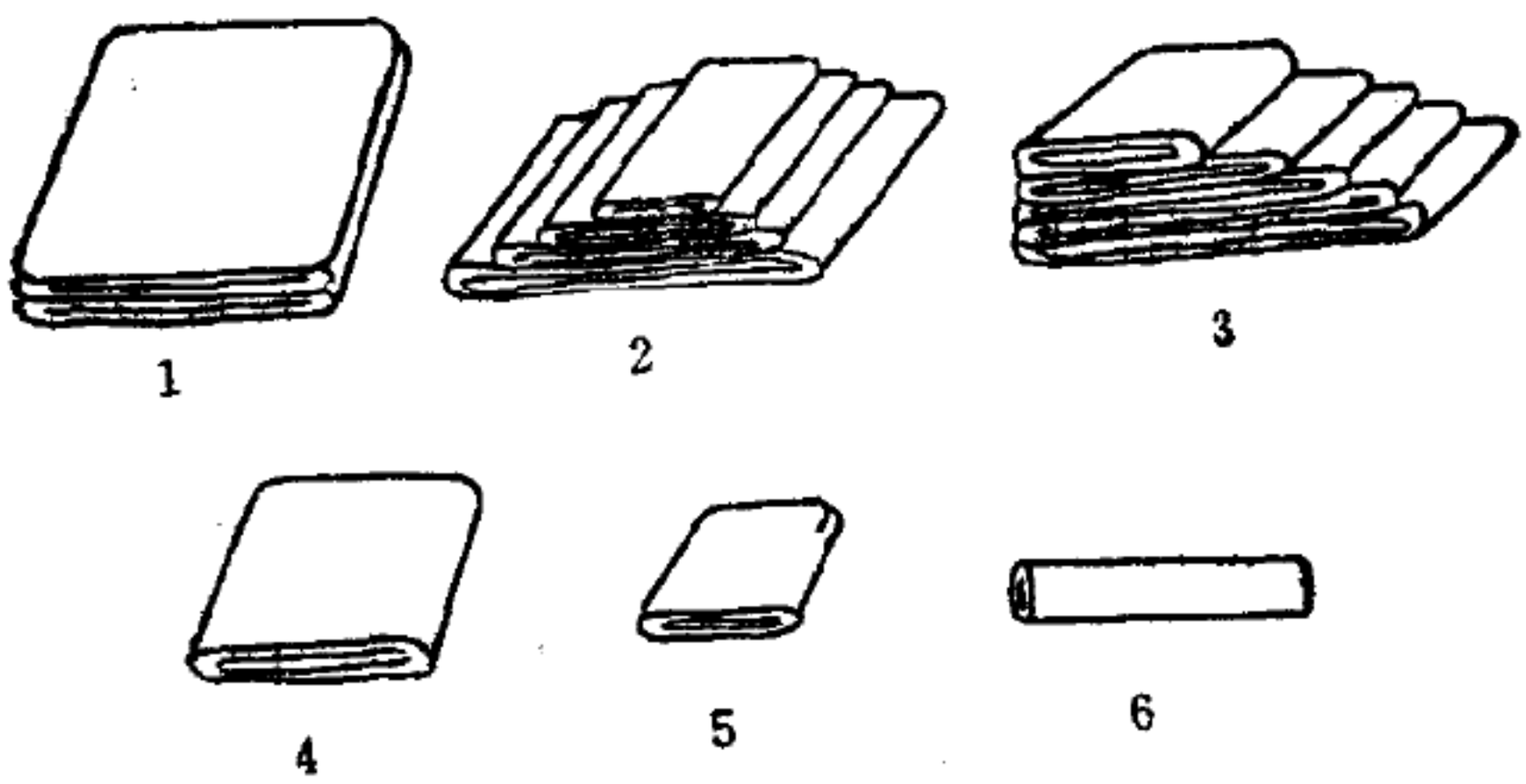


图21—15　小夹板

僵硬。一般骨折愈合快，功能恢复较好。但在活动肢体时，要防止局部的旋转及侧向移位。小夹板固定法多用于长骨干骨折，肌肉收缩可使骨折处密切接触及轻度嵌插。其缺点为邻近关节的骨折固定不够确实，用力不匀，肢体远侧易引起肿胀。开放性骨折不宜使用小夹板。



1.4.5平垫　2.塔型垫　3.梯型垫　6.分骨垫

图21—16　纸压垫

小夹板固定后应密切观察患肢感觉、温度、肤色、肿胀及脉搏等血运情况。缠扎带松紧以能用手指将其上下移动1厘米为度，如过紧应立即解松，如过松或骨折再移位，应及时调紧固定。

（三）功能锻炼：骨折复位后在不妨碍固定的前提下宜早期开始功能锻炼。要活动没有固定的关节，锻炼肌肉的收缩能力。早期功能锻炼不仅能使患肢血运畅通，代谢旺盛，预防关节僵硬和肌肉萎缩，并且有生理性自行矫正骨折移位的作用。功能锻炼应贯穿整个治疗过程中，按照不同的部位，进行由轻到重，由小到大的活动：如握拳，伸屈肘、膝关节，抬举上臂、大腿，扶杖下床走动等。必须充分调动病人的主观能动性，积极配合锻炼。必要时辅以按摩，协助恢复功能。

（四）内外用药：药物并非骨折治疗中必不可缺的一环。但结合病人的具体情况，合理的应用中草药，经验证明，可以促进骨折的愈合。各地治疗骨折原则近同，方剂甚多，这里选用的仅供参考。

1.外敷药方

初期(伤后两周内)：应外敷消瘀、清热、止痛药，适当加点接骨药；中期(伤后2～4周)应外敷接骨续筋药为主，行气祛瘀药为辅；骨折后期(四周以上)，一般不需要外敷。

方一：水桐树根、线桐树根、刺桐树根、梧桐树根、油桐树根、石菖蒲根，均用根的白皮部份，抖烂外敷。

方二：马钱子3钱，枳壳粉3钱，生草乌1钱；共研细末，加适量凡士林调成软膏，先将骨折复位，小夹板固定，外敷药

膏包扎 3 ～ 5 天换药一次。

2.内服药方

初期：仙桃草 4 钱，骨碎补 3 钱，水煎，对甜酒温服。

中期：接骨木 4 钱，菊叶三七 3 钱，大伸筋 3 钱，映山红 4 钱，凌霄花 4 钱，五加刺 4 钱，见风消 3 钱，石菖蒲 2 钱，水煎服。

后期：鸡血藤 5 钱，大血藤 5 钱，接骨木 3 钱，南蛇藤 3 钱，吊马桩 5 钱，矮五甲 5 钱，大伸筋 5 钱，土党参 5 钱，木防已 3 钱，水煎服。

第三节　关　节　脱　位

组成关节各骨的关节面因外伤等原因而失去正常联系，称为关节脱位。临床上以下颌、肩、肘及髋关节脱位较为常见。

下颌关节脱位

老年人较多见。常发生于大笑或打呵欠开口过大时。

诊　断

下颌关节脱位多属两侧性，脱位时呈半张口位，不能张口闭口，因此唾液不断外流，说话不清，饮食、咀嚼、吞咽均有困难。

治　疗

病人背靠墙壁坐得低些，术者面对而站，用纱布包好两拇

指放入病人口中，分别按在两侧臼齿上，其他手指托住下颌，两拇指向前下方按压，同时其他手指逐渐地将下颌向后上方托起，复位时术者可以感到一种滑动，有时可以听到“咔嗒”一声，此时术者双拇指应移向两侧颊部，以免咬伤(图21—17)。若病人口已能张、闭；上、下牙齿对合良好，疼痛消失，表示已经复位。复位后进软食时，避免张大口；对习惯性脱位以及复位后不太稳定者，可用绷带或三角巾将下颌作适当的包扎2～3天，固定的松紧度要求仍能张小口进食，说话无障碍。

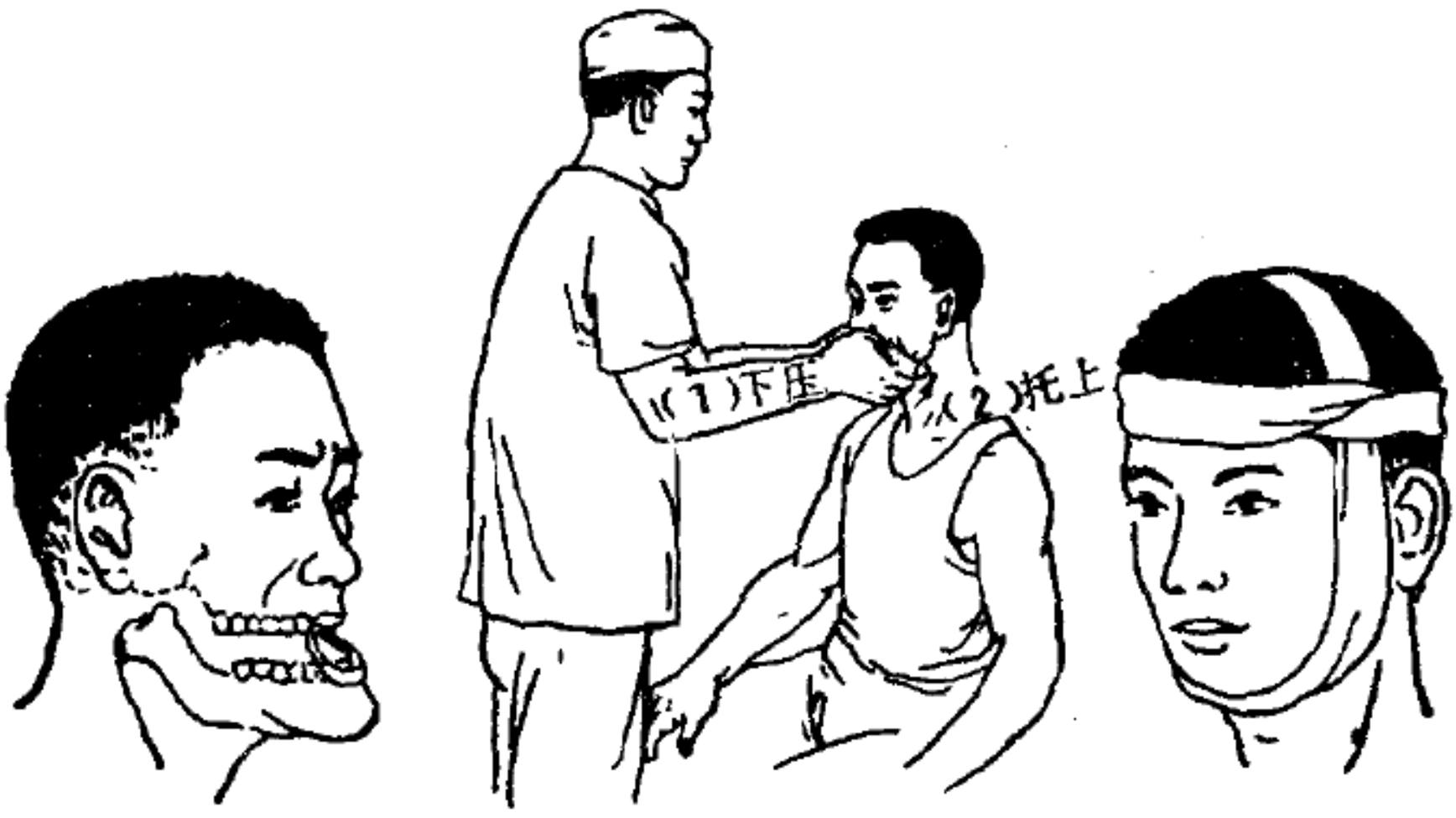


图21—17　下颌关节脱位整复及固定

肩关节前脱位

肩关节的关节盂浅小，关节囊韧带薄而松弛，肩部配以强有力的肌群，这种结构适应于肩关节灵活的功能。由于腋窝部肌力较薄弱，肩关节内收时稳定，外展时不稳定。因此，当臂外展后伸位跌扑，手掌或肘部着地时，肱骨头被推向腋窝部，

冲破关节囊，形成前脱位。

诊　断

（一）外伤史。

（二）“方肩”畸形（图21—18）：因肱骨头脱出，肩峰明显突起所致。

（三）搭肩试验阳性：以患侧手搭对侧肩部，而肘部内侧不能贴近胸壁，或先以患侧肘部贴于胸壁，而手不能搭及对侧肩部者，均为阳性。

（四）腋前扪及肱骨头。

（五）若肩部肿痛严重，肱骨头附近有明显压痛点或出现瘀斑，应考虑合并肱骨大结节撕脱骨折，可行x线检查。

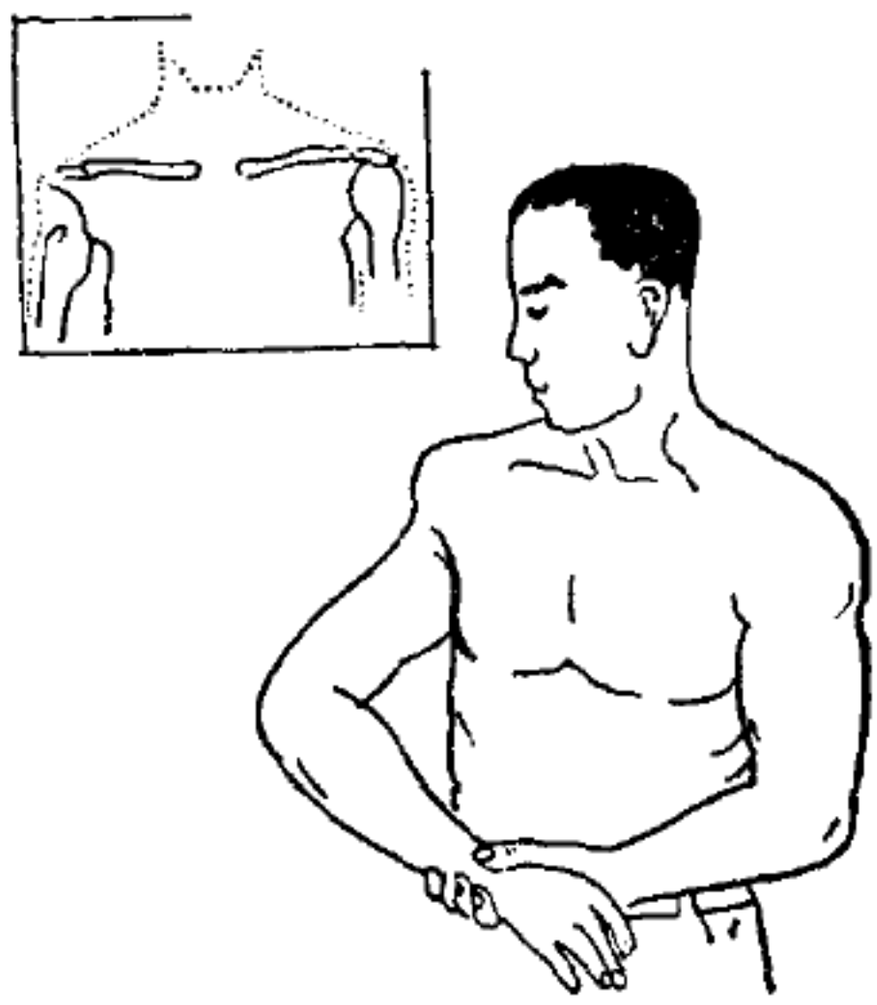


图21—18　方肩畸形

治　疗

早期手法复位，常用足蹬法（图21—19）：伤员仰卧，术者立于患侧，双手握住伤肢腕部，足跟放在腋下，沿着肱骨纵轴方向牵引，逐渐加大牵引力及足蹬的推按力，同时旋转上臂并内收，持续约3～5分钟即可听到“克登”的复位声，这时应轻轻把伤肢的手放到对侧肩上，如肘关节能接触胸前壁，表示已复位。肿痛明显，可敷消瘀止痛膏。

复位后，用三角巾托起伤肢，再用另一三角巾将其固定在胸前成内收内旋位。鼓励腕关节及手指活动，三周后去除固定，逐渐练习肩关节活动。

肘关节后脱位

滑倒时上肢外展后伸，肘关节半屈曲位，手掌着地而发生。

诊　断

(一)有典型外伤史。

(二)肘关节畸形(图21—20)：呈半屈曲弹性固定位，鹰咀向后上方突起，肘后出现凹陷(鹰咀突出处顶部摸到一横沟)。

(三)肘后三点骨关系改变：正常肱骨内、外上髁与鹰咀三骨标，当肘关节伸直时，成一直线，屈曲时则成等腰三角形。

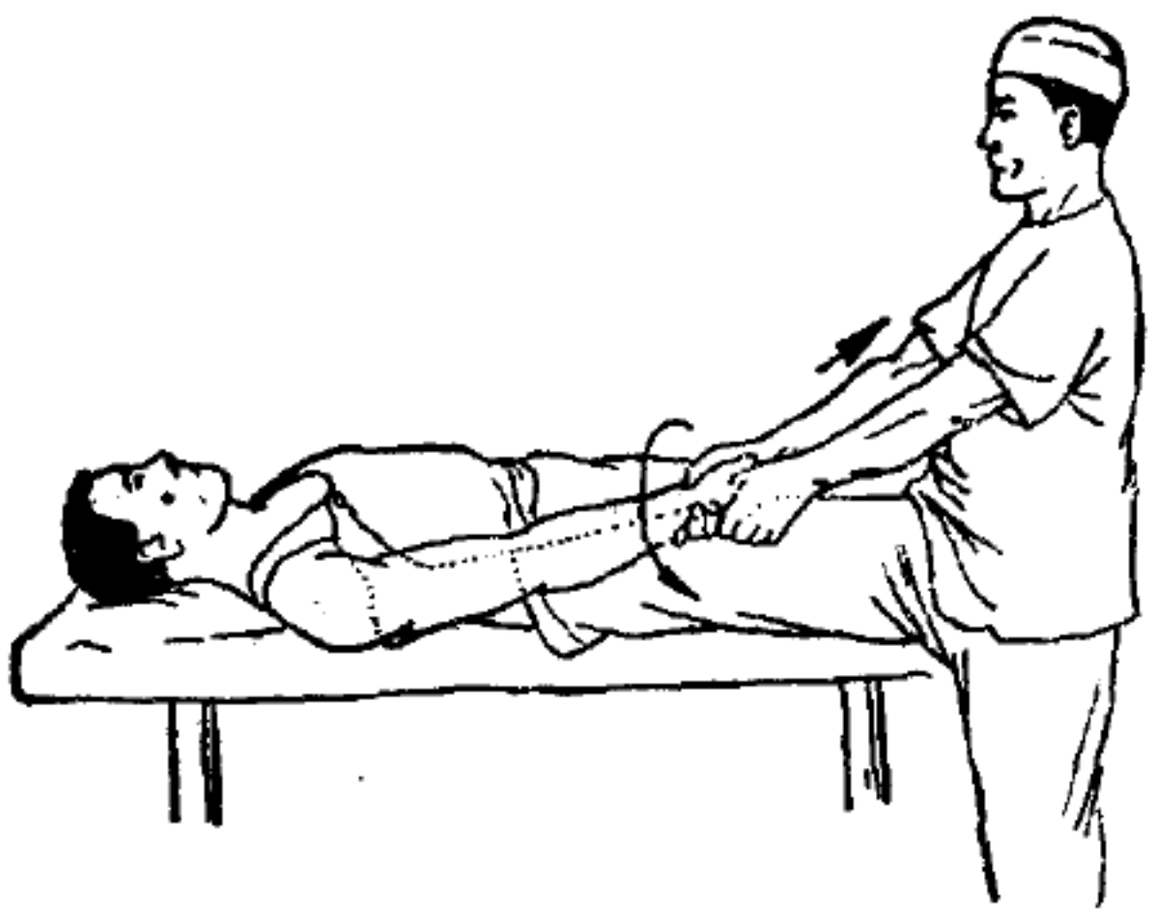


图21—19　肩关节脱位的整复



图21—20　肘关节后脱位

肘关节后脱位，三点的正常关系被破坏。肱骨髁上骨折，肘后三点骨关系无改变。

治　疗

应早期手法复位(图21—21)：让病人坐着，术者站其前面，臀部贴住病人前胸，将患肢托起环绕术者的腰部，一手握住腕部作牵引，并将躯干旋转，同时另一手推压鹰咀，即可复位。此时肘关节伸屈活动恢复，肘后三点骨关系正常，疼痛消失；小片肱骨内上髁撕脱性骨折的移位，在肘关节复位后，往往也就自行复位。复位后屈肘90°，三角巾悬吊2～3周后，及时进行肘关节功能锻炼。



图21—21　肘关节复位

髋关节后脱位

髋关节周围有坚强的韧带包绕，且髋臼深，关节很稳定不易脱位。但当髋关节处于屈曲、内收位时（如弯腰劳动，重物压背，猛然跌倒），强大的暴力经膝部将股骨推向内后方，可致后脱位。

诊　断

(一)严重外伤后局部疼痛，活动受限，患肢缩短。

(二)患肢呈屈曲、内收、内旋畸形(图21—22)。

(三)股骨大转子上移：病人仰卧。从髂前上棘画一线至股骨大转子，另由髂前上棘下行画垂直床面的线，再自股骨大转子顶点划一线与此垂直线成直角，即构成一直角三角形（图21—23)，测量其底边长度，并与健侧比较。若伤侧缩短，表示大转子上移。

(四)臂部膨隆，有时可摸到股骨头。



图21—22　髋关节后脱位

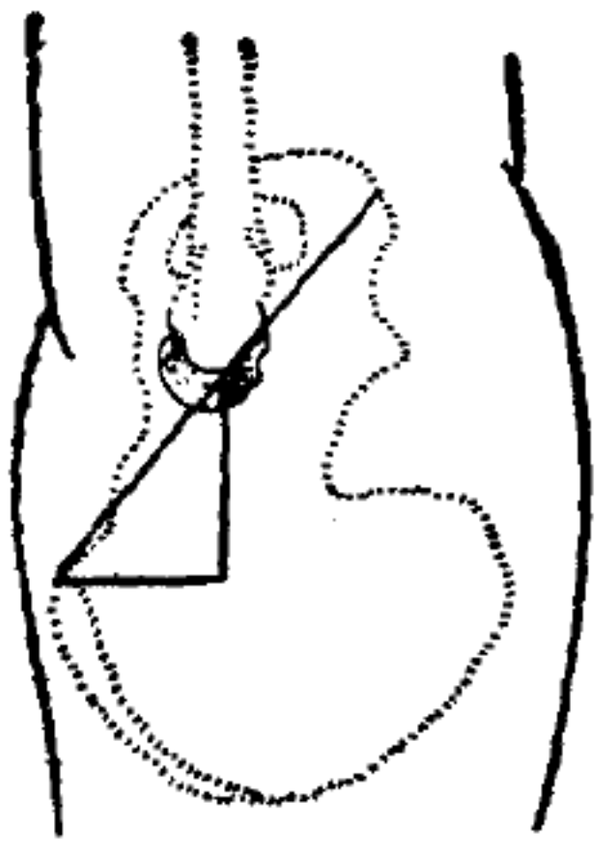


图21—23　大转子位置测定法

治　疗

患者不需麻醉，俯卧于台上(图21—24)，两下肢悬垂台缘；一助手保持健侧下肢于水平位，另一助手把住臀部。术者握住患肢踝部，屈髋和膝至90°，在患侧腘部加一个2.5～6公斤重的砂袋，使脱位的股骨头逐渐滑入髋臼。若复位成功，则两下

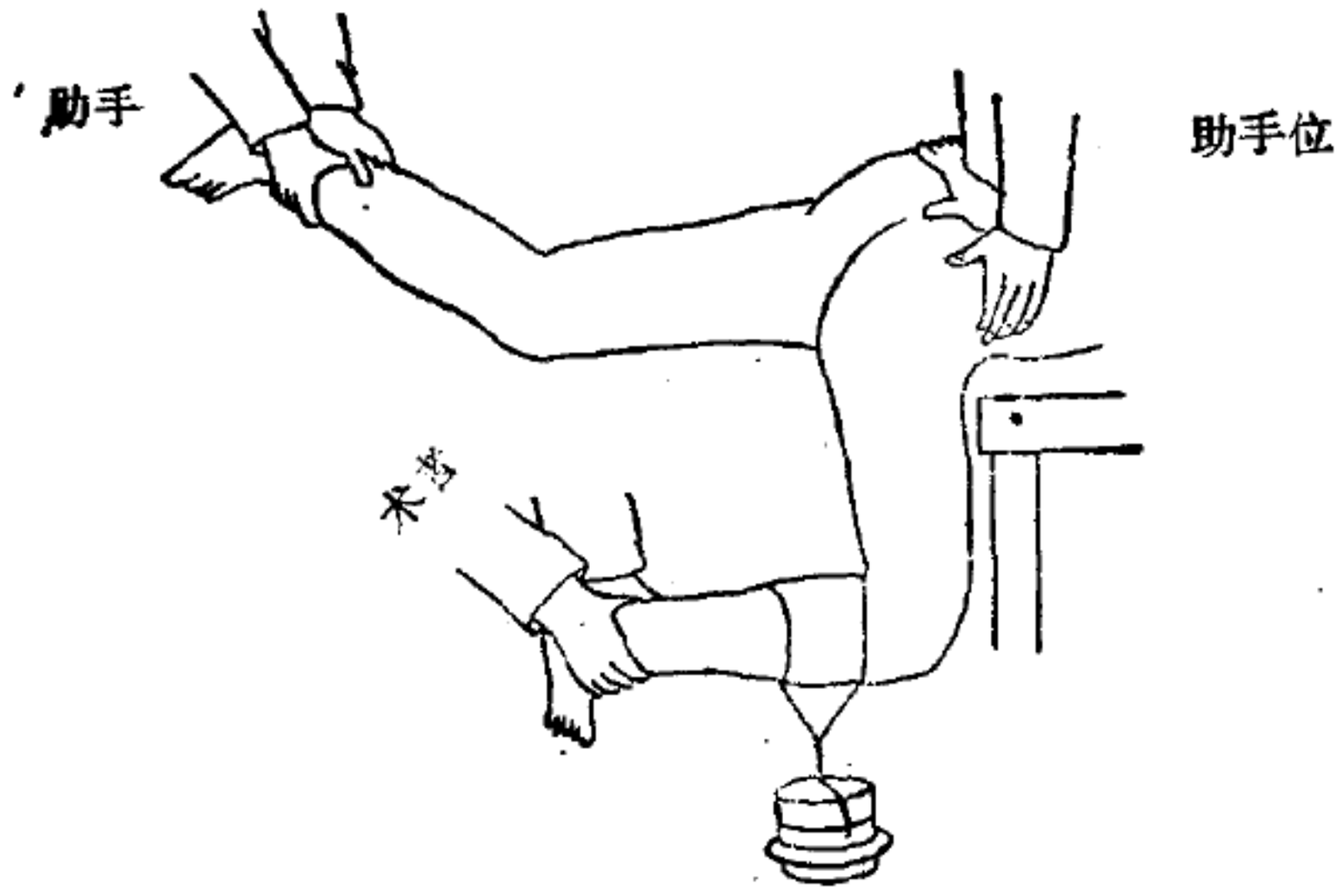


图21—24　髋关节后脱位手法整复术

肢等长，髋关节能完全伸直和外展外旋，伤肢应固定在上述位置，卧床休息3～4周，然后扶拐行走，三个月后才可练习负重活动。若病人过早下床站立与行走，可引起股骨头缺血坏死的不良后果。

第四节　关节及关节旁组织损伤

肩痛（肩关节周围炎）

多见于40岁以上的人，严重者肩活动完全消失，故称“冻结肩”。常因肩部肌肉劳损致使肌肉起、止端位置失常和炎症反应所致。肩痛时间稍长，胸大肌和背阔肌肌腹和肌腱挛缩、变硬使腋窝前、后壁伸展受限，加重了上肢抬举困难。

肩痛常发生在肩胛骨脊柱缘内角、下角和中点，分别为提肩胛肌、大、小菱形肌的止点；上臂后部的痛点为岗下肌、小圆肌的止点；喙突处痛点为喙肱肌和肱二头肌的起始端；肩峰下痛点为岗上肌止端(图21—25)。

临床表现

自觉肩部疼痛，夜间疼痛加重，影响睡眠。肩部活动受限，

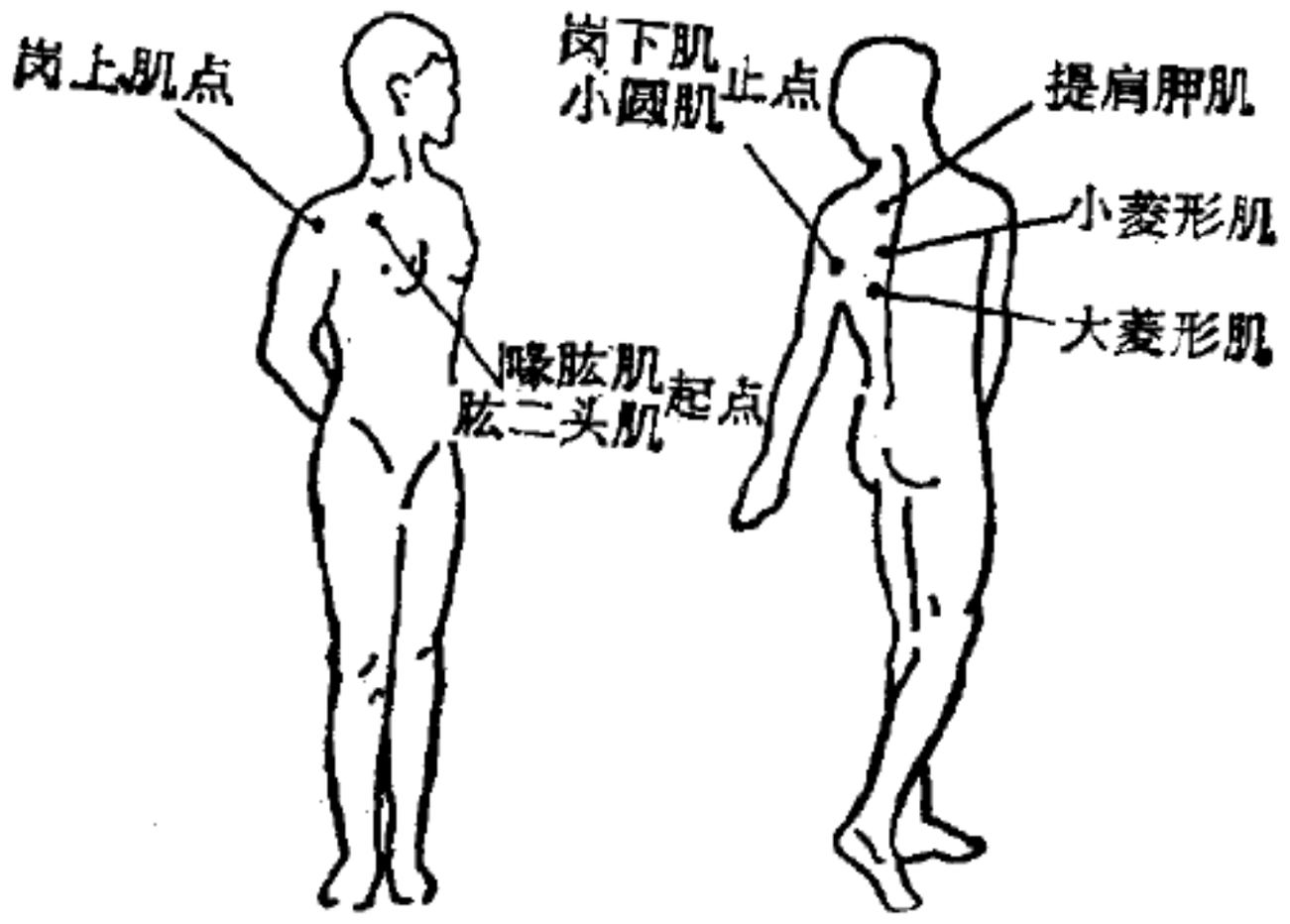


图21—25　示肩痛点体表位

以外展、旋转更为严重。双拇指触诊检查，急性期可触及肌腱位置偏离、高隆、错动、肌腱钝厚，弹性变差，指压疼痛；慢性期肌腱变粗、变厚、变硬或双肌腱粘连扭结，患者仅有酸胀感，疼痛不甚。

治　疗

1.手法治疗：患者正坐椅上，医生站在患者的侧方，一手握拿患侧前臂，使患者上臂按手法需要被动前屈、后伸、内收、外展或环转，另手按肩部不同部位，施不同手法。

（1）痛点位于喙突外时，医者一手拇指按于患侧肩胛骨喙突上，余四指按于肩胛岗上，在另手使患者上臂后伸外展时，拇指使喙突上肱二头肌短头和喙肱肌抵止端，按斜向外下方压平舒顺(图21—26)。

（2）痛点在肩峰下时，医者将患肢外展至平肩，单拇指用左右分筋法，分别将肩峰下岗上肌止端复平、理顺(图21—27)。



图21—26　示肩痛治疗手法一

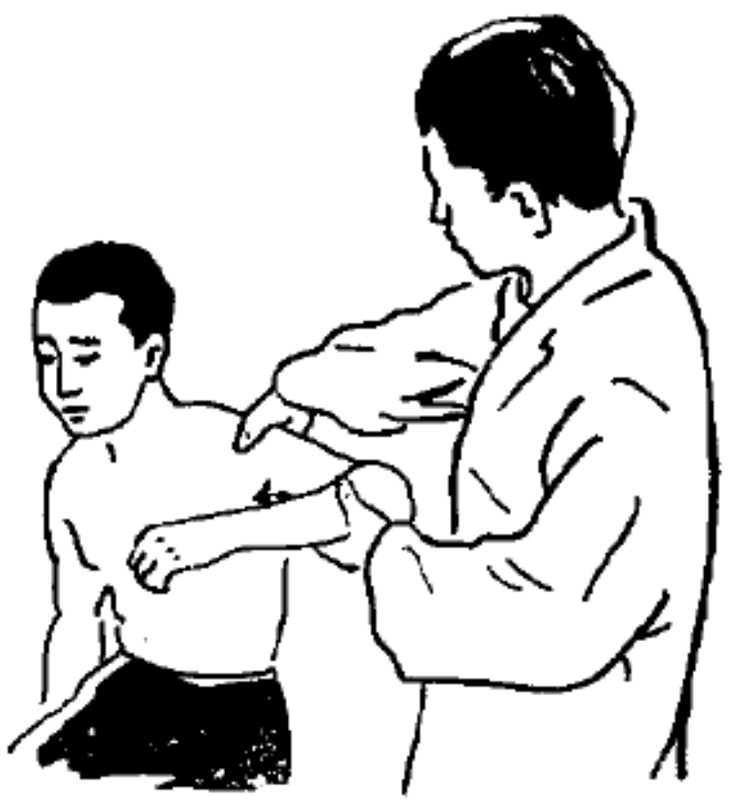


图21—27　示肩痛治疗手法二

（3）痛点在上臂后部时，嘱患者正坐屈肘，患侧手经胸前握住对侧肩部，医者站在患者后侧方，将上臂后部痛点，用双拇指触诊法，按岗下肌、小圆肌、大圆肌纤维垂直方向，上下分拨肌腹及止端，拇指尖之桡侧，紧压止端约10秒钟，再顺肌纤维方向将其舒平、理顺。

（4）痛点位于肩胛骨脊柱缘时，医者在患者身后，首先顺肩胛内侧的内上方，将提肩胛肌及副神经拨正（可触及一条绳索样物，来回滚动，病人感到麻痛），然后用手掌鱼际部沿肩胛骨脊柱缘顺压二遍，或在肩胛骨内缘的中点和下点，用拇指点穴法，按压顺正肌筋(图21—28)。

施完手术后，患者多感轻快，肩痛减轻，或有显效。



图21—23　示肩痛治疗手法三

2.药物和针刺疗法：

患者有明显组织肿胀和炎症反应者，手法治疗配合药物和针刺治疗，效果更佳。

（1）中草药

方一：映山红 4 钱，马鞭草 3 钱，见风消 3 钱，内红消 3 钱，青木香 3 钱，乌泡刺 4 钱，配酱草 5 钱，十大功劳 5 钱，小伸筋 4 钱，四方麻 3 钱。每天一剂，连服 2 ～ 4 剂。

方二：野荆芥洗净，与红糖共抖烂，服汁敷渣。

方三：黄栀子 1 两，淀粉 1 两，将黄栀子研末，与淀粉合匀，加樟脑酒精调敷患处，隔日一次。

(2) 针刺：肩髃、肩贞，并令病人作抬肩动作。

踝关节扭伤

多因高处跌下，足跟着地，或行走时不慎，踏在高低不平的地面上，足踝部突然内翻或外翻超过了踝关节活动的生理范围，引起足部关节错缝，肌腱离位，关节囊和韧带撕裂，足背静脉网破裂出血等损伤。患部疼痛，活动时加剧，甚至不能行走，夜不能眠；局部皮下出血和组织液渗出，足背和踝关节迅速肿胀，皮肤青紫。

治　疗

(一)手法治疗：患者正坐靠背椅上，双小腿自然下垂，医者蹲在病人正面。

1.踝关节错位：术者一手四指在上，拇指在足底，握住足背；另一手用掌心托住足跟，嘱病人放松患肢，轻轻环转一下踝关节。如踝关节有松动和不对缝的感觉及“扎扎”作响或碎裂声，多为踝关节及足部关节有错缝。

复位方法：助手面对术者，双手握住患肢近端，以对抗术者的拉力。术者右手掌托住足跟部，左手心握住足背部，沿小腿纵轴方向均衡用力牵引，可听到“咯吱”声，即示复位，顺正肌筋和韧带即可。

2.肌腱离位：术者右手拇食二指按顺序分别牵拉和旋动拇趾至小趾，同时左手拇指分别顺摸伸趾、伸跚及胫前肌腱，看有否位置异常。正常情况下，拇指腹触及肌腱时有一钝圆的感

觉，如肌腱离位，可触到肌腱有一棱面向上，感到拇指腹下有一锐边。复位方法：即借牵引之力，按方向拨动顺压即可复位。

3.足部软组织损伤，常伴有足背静脉网的破裂出血、肿胀和韧带的撕裂，在受伤后除按上述检查外，还嘱患者用热醋洗，每日二次，可有明显消肿止痛作用，对促进愈合有很大意义。

(二)药物治疗：可根据各地实际情况选用：生黄栀子、生泽兰叶、山苦瓜、生大黄、活土鳖、菊叶三七、金钱草等，一至数种捣烂，加白酒适量炒热外敷患处。

腰　痛

腰痛为多种损伤与疾病在临床上的共同表现，一般指下背中间或两侧疼痛，有时迁延至臀、股部，是危害广大工农兵健康的常见病。多由下列三大类疾病引起

(一)腰部软组织病变：急性腰扭伤，慢性腰损伤，腰肌纤维组织炎等。

(二)脊柱骨质病变：椎间盘突出症，脊柱结核，增生性脊椎炎等。

(三)腰骶部附近器官的疾病：如肾结石，肾盂肾炎、肾结核，盆腔炎等。

青壮年患者，以创伤引起的腰痛最多；50岁以上患者，以增生性脊椎炎，老年性骨萎缩、转移性肿瘤较多；儿童以脊椎结核、姿势不正等引起的腰痛较多。下面介绍常见几种腰痛

一、棘上韧带损伤

多因弯腰、负重、转身时不慎撕裂棘上韧带。伤后腰部有撕裂、针刺、刀割样或酸胀不等程度的疼痛；不能弯腰，坐、卧、翻身都很困难；偶伴下肢和腰背深部酸痛。

双拇指触诊检查，可发现患处稍隆起，伴有压痛。有的尚可触及断裂的韧带浮起在棘突旁。

治　疗

(一)手法复位(图21—29)：病人端坐，医者坐在患者身后，用双拇指触诊法，找到棘上韧带损伤处，然后嘱患者向前弯腰，医者用一拇指按于剥离韧带上端，向上推按牵引，另一拇指左右拨动已剥离的韧带，找准剥离面，然后顺脊柱纵轴方向顺压于原位，并由上而下顺滑按压使其贴妥。复位后嘱患者避免作腰部旋转、后伸动作。

(二)药物疗法：复位后可用下列药物止痛，消肿，加速愈合。

1.50%硫酸镁湿热敷，每日二次，每次10分钟，共三天。

2.热醋浴，食醋煮沸后待温洗患处，每日一次，共三日。



图21—29　棘上韧带损伤复位手法

3.2％普鲁卡因4毫升局部封闭，每日一次，共二次。

4.慢性棘上韧带撕裂配中药外敷。

药物：续断1两，龙骨、牛角炭、紫荆皮、萆薢、白芨、广土鳖、骨碎补各5钱，羌活、合欢皮、儿茶、远志各3钱，血蝎、自然铜各1钱。共研成细末，蜂蜜调糊敷患处，三天换药一次，共敷四次。

二、腰椎间盘突出症

椎间盘位于两个椎体之间，由纤维环，髓核和软骨板三部分组成。软骨板较薄嵌于上下椎体的骨环内；纤维环紧紧固于椎体缘和软骨板；髓核位于椎间盘中央，偏后，张力很大。因椎间盘无直接血液供应，仅借软骨板的渗透作用，与椎体进行物质交换，维持其新陈代谢，故易发生退行变性。

腰椎间盘突出症是腰椎下部（腰3～5）椎间盘纤维环破裂，髓核突出压迫神经根造成腰背痛和坐骨神经痛。多发生在青壮年，与外伤有关。

临床表现

主要症状是腰痛伴一侧下肢放射性疼痛。站立，咳嗽、喷嚏和大便用力时可使疼痛加重，屈膝屈髋或卧床休息可使疼痛减轻。

检查时可发现腰部生理弯曲消失，脊柱侧弯，腰肌痉挛，腰部活动受限。棘突偏歪，棘突旁与同侧坐骨神经通路上有压痛。患者仰卧位，检查则膝关节伸直，踝关节背曲90度，逐渐

将腿抬起，正常时可达70～90度。如直腿上举时出现腿后牵引痛，上举受限，称直腿抬高试验阳性，表示坐骨神经受椎间盘刺激，是诊断椎间盘突出症的重要依据。严重者伴有小腿感觉，运动障碍及膝、跟腱反射障碍，跖趾背曲无力。

治　疗

手法复位(图21—30)：患者端坐方凳上，两腿分开与肩等宽。医者正坐患者之后(以棘突向右偏歪为例)，首先用双拇指触诊法查清偏歪的棘突，右手自患者右腋下伸向前，掌部压于颈后，拇指向下，余四指扶持左颈部，同时嘱患者双脚踏地，臀部正坐不要移动。(助手面对患者站立，两腿夹住左大腿，双手压住大腿根部，维持患者正坐姿势)。左拇指扣住偏向右侧之棘突，然后医者右手拉患者颈部，使身体前屈90度，并向右侧弯(尽量大于45度)。在最大侧弯位时，医者右上肢使患者躯干



图21—30　作向盘突出手法复位

向内后侧旋转，同时左手拇指顺向左上顶棘突，立即可觉察指下椎体轻微错动，往往伴随“喀啪”一声。之后，双手拇指从上至下将棘上韧带理顺，同时松动腰肌。最后，一手拇指从上至下顺压一下棘突，检查偏歪棘突是否已拨正，上下棘间隙是否已等宽。棘突向左偏歪，医者扶持患者肢体和牵引方向相反，方法亦同。

手法复位后，静卧 3 ～ 5 天，姿势以最舒服为好。急性症状基本缓解，可起床活动但 1 ～ 2 周内避免腰椎过屈，以后要进行腰腿活动和背伸肌的功能锻炼。

手腕部狭窄性腱鞘炎

经常使用腕部及手指握力的人易得此病。对劳动和生活有一定影响。

在正常情况下，腱鞘（围绕肌腱的膜）内有少量滑液以减轻肌腱活动时的磨擦；腱鞘在手和腕部通过骨面的腱沟，沟上复盖坚硬的纤维组织，以保证肌腱活动时不向两侧滑移。但由于肌腱长期磨擦，在该部易发生腱鞘水肿、增厚，以致肌腱通过不便，产生疼痛；同时肌腱在该处长期受压亦发生水肿，呈葫芦状膨大，肌腱勉强通过狭窄的腱鞘，就产生交锁，弹响等症状(图21—31)。

临床表现

(一)桡骨茎突狭窄性腱鞘炎：桡骨茎突外为拇长展肌与拇短伸肌两肌腱通过的地方，若该处腱鞘狭窄，导致拇指外展活

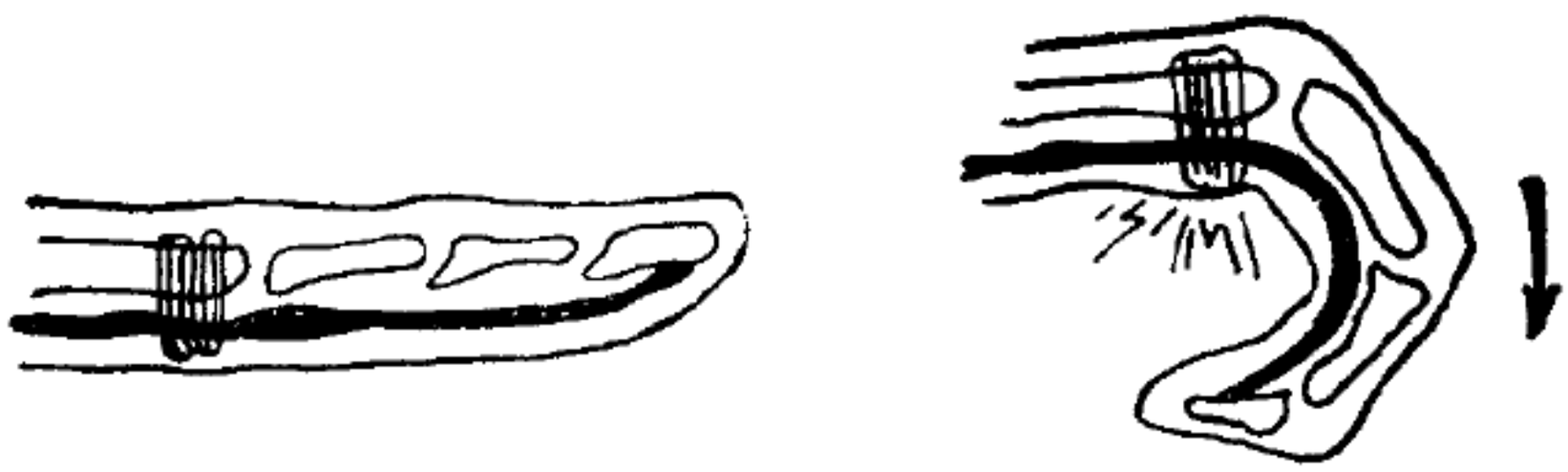


图21—31　弹响产生原理

动受限，局部稍肿，压痛。屈拇握掌试验阳性（即拇指屈曲，然后紧握四指于其上，将该拳向尺侧弯曲，则感到桡骨茎突部有剧烈疼痛）。很少有交锁和弹响现象。

（二）指屈肌腱鞘炎：多发生于拇指，其次为食、中指。在掌指关节掌面有压痛，患指伸屈活动受限，常交锁于屈曲位，需以另手扳直，此时可发出清脆的弹响声，故称“扳机指”。检查时可在掌骨头部摸到皮下有绿豆大的结节。

治　疗

早期：腱鞘内注射醋酸氢化考的松0.5毫升（12.5毫克）及1%普鲁卡因0.5毫升，每周一次。再配合新针、热敷适当制动，待其炎症反应消除后，可能全愈。

晚期：腱鞘狭窄，上述治疗无效时，可采用腱鞘松解术。

腕管综合征

是指正中神经在腕管内受到压迫所引起的手麻症状。腕管象一座拱桥，它的背面是腕骨，掌面由坚韧的腕横韧带构成。

腕管内有正中神经及九根肌腱通过(图21—32)。

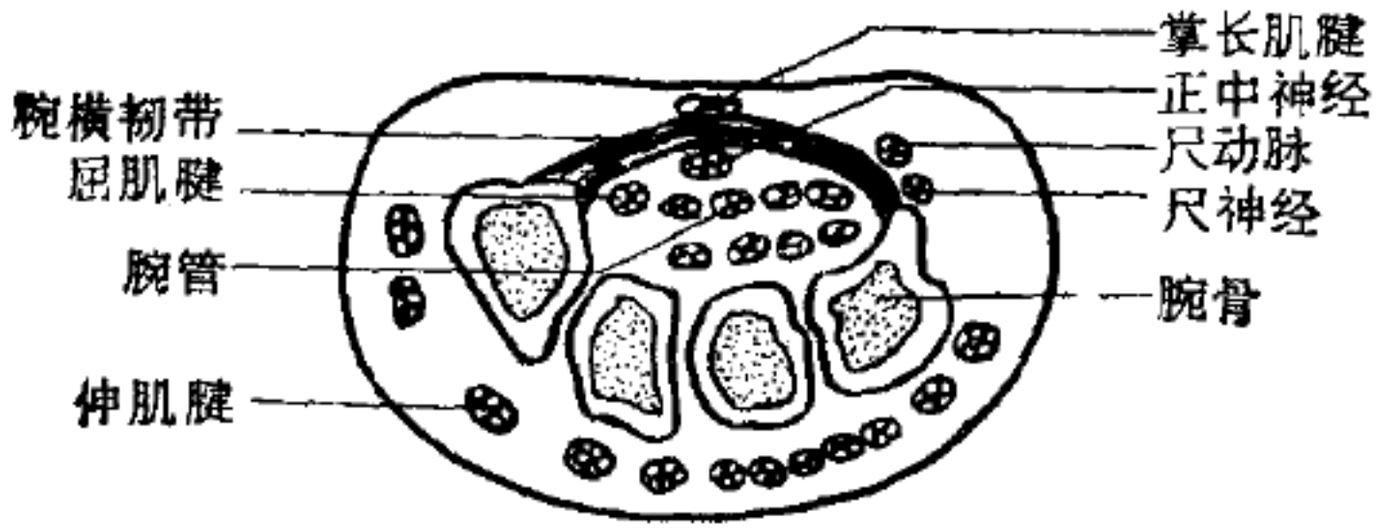


图21—32　腕的横断面

诊　断

(一)手指麻木，是腕管综合征的突出表现。睡后也常因麻木而醒；但当挥动患手后，指麻即可解除；叩打腕部屈面正中时，指麻加剧；以食指麻木最甚，中指、拇指和无名指次之。针刺这些手指，多数痛觉减退，个别患者甚至消失；但掌部刺痛都存在。

(二)少数病人有手指烧灼样痛，出现大鱼际肌萎缩，拇指不能对掌。

防　治

(一)不断改变手的劳动姿势。

(二)醋酸氢化考的松12.5毫克加1%普鲁卡因1毫升注入腕管内(图21—33)，每周一次，约4次；注药后少数患者可能有发热或疼痛反应，一般三天后多可自行消失。



图21—33　腕管内注射

第五节　手及骨关节化脓性感染

手 部 感 染

手是劳动的器官，极易受伤；手掌面结构致密，一旦感染，组织内张力迅速增高，压迫敏感的神经末稍，引起十分剧烈的疼痛；同时组织坏死发生较快，感染也较易扩散。手部结构精细，功能复杂，感染后如果处理不及时，常造成严重的组织破坏或疤痕挛缩，导致手功能障碍。

手部感染的治疗原则是及时有效的切开减压(图21—34)，控制感染，恢复功能。

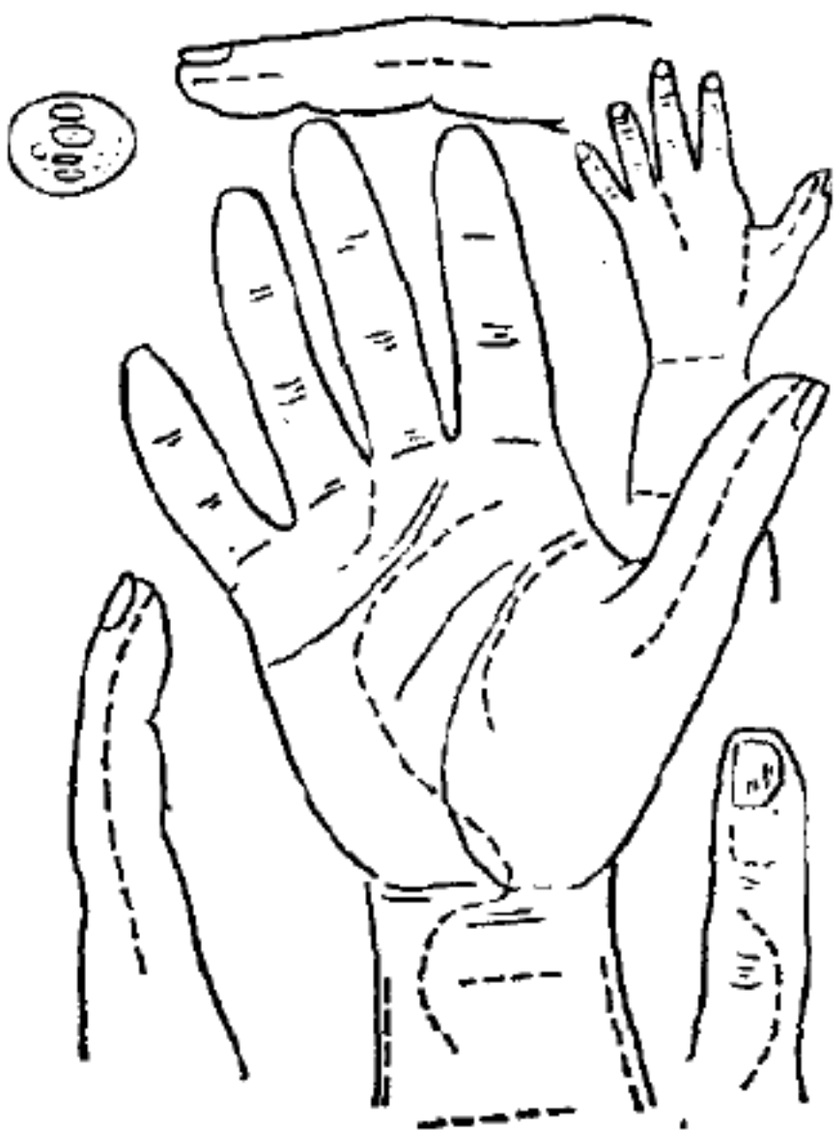


图21—34　手部正确切口

一、甲沟炎、指甲周围炎。指甲下脓肿

指甲一侧周围组织的化脓性感染称甲沟炎。感染常经指甲基部上皮蔓延至对侧，形成指甲周围炎。感染蔓延至指甲下有脓积聚，称为指甲下脓肿。若引流不畅，可变为慢性甲沟炎，破坏甲床，造成指甲残缺变形。

多因甲沟周围的轻微刺伤或撕去甲根部的皮肤倒刺等引起。局部有红、肿、热、痛等化脓表现，一般无全身反应。

治　疗

早期敷中草药如鲜芙蓉花和叶捣烂敷患处。或涂碘酒，促使病灶消退或局限。如已有脓液积聚，可沿甲沟两侧作切口（图21—35），翻开甲基部上皮，以凡士林纱布引流；若为指甲下脓肿，则应剪除复盖脓液的一部分指甲或将整个指甲摘除。

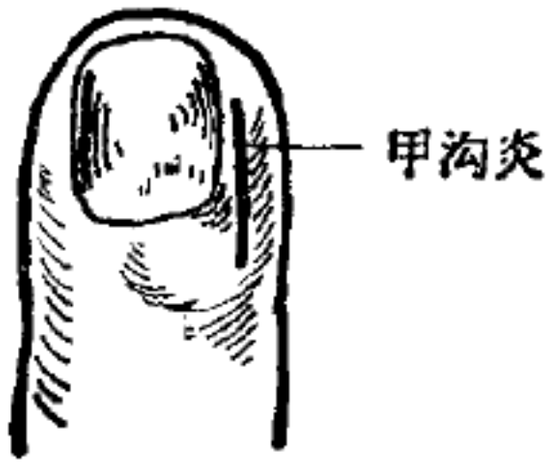


图21—35　甲沟炎切开引流

二、脓性指头炎

手指末节掌面皮下的急性化脓性感染称为脓性指头炎，俗称“蛇脑壳”。多为小刺伤后引起。

因为手指末节远端4/5的皮下组织是一个密封的小腔，其中被许多起自指骨，终于皮肤的致密纤维索分成很多小房，房内充填的脂肪组织没有伸缩性。所以，脓性指头炎突出的临床特点是“十指连心”的剧烈疼痛和早期出现末节指骨坏死，形成骨髓炎。

治　疗

应早期切开减压引流(图21—36)。可在指根两侧注入2％普鲁卡因4～6毫升。然后在末节手指侧面作纵形切口，切口

的近端稍离远侧指间皱纹，以免损伤屈指肌腱鞘。禁忌在手指掌面的正中切开，否则术后疤痕影响手指的活动和触觉。切开皮肤后，刀刃与指骨掌面平行切断纤维索，必要时可在对侧再作一同样切口，置橡皮膜，造成“对穿”引流，如已有骨质坏死和脱落应同时取出。

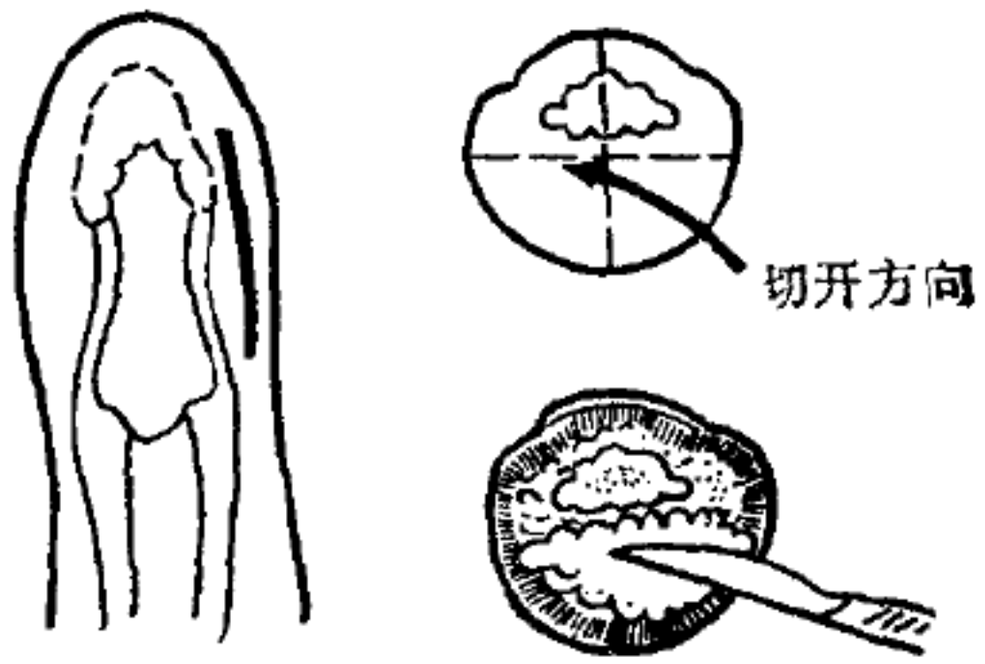


图21—36　化脓性指头炎切开引流

三、化脓性腱鞘炎

手指屈肌腱鞘的化脓性感染称化脓性腱鞘炎（俗称“泥鳅肚”）。常因手指小刺伤而引起，也可由邻近组织的感染扩散而来。腱鞘腔积脓，内压增高，脓液腐蚀肌腱并压迫营养肌腱的血管，可导致肌腱坏死或粘连，造成指的挛缩残废。

临床表现

局部症状有三个特征：①患指均匀肿胀呈半屈曲状；②被动或主动试伸患指剧痛；③压痛仅限于腱鞘走行部，以腱鞘近端压痛更明显。当脓液穿破腱鞘时，由于内压突然降低，手指疼痛大为减轻，手指也能伸开，勿误认为炎症消退，应注意并发掌间隙感染。

全身症状如发热，食欲降低，白细胞增高也较明显。

治　疗

化脓性腱鞘炎一经确诊，需及时切开引流，以避免肌腱坏死，影响手的功能，并防止感染扩散。

切口应在侧面，起自远侧指节基部直达指近端手指蹼处。注意勿伤及指神经及指动脉。

四、手掌筋膜间隙感染

手掌主要有两个筋膜间隙(图21—37)，掌中间隙和大鱼际肌间隙，均在屈指肌腱的深面。

(一)掌中间隙感染：常并发于中指或无名指的屈指肌腱鞘炎，亦可因直接刺伤而感染。主要表现为手掌肿胀，以致掌心凹消失，疼痛剧烈，中指、无名指和小指呈半屈曲状。因手背组织疏松，肿胀更为明显，切勿误认为手背感染。

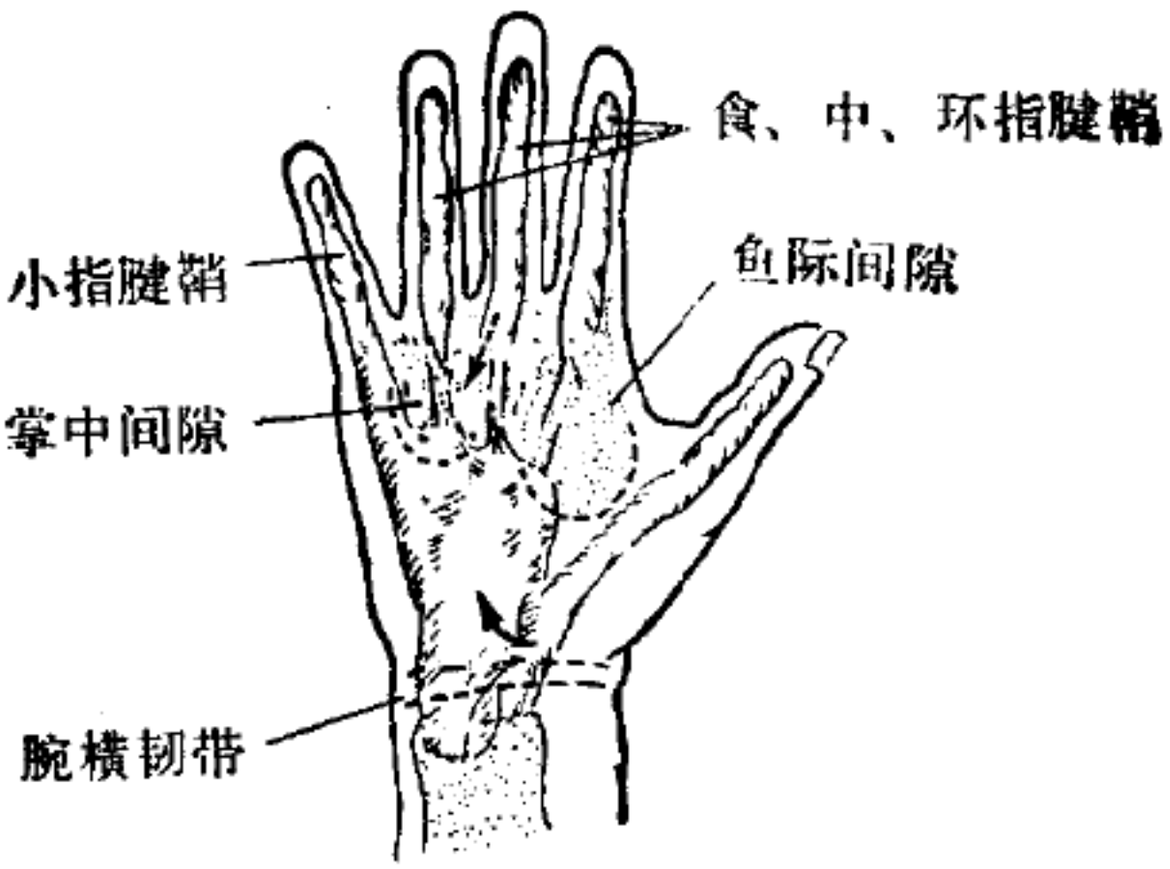


图21—37　手部腱鞘和掌间隙

治疗应早期切开引流，在掌远侧横纹稍远处与其平行作一横切口，其长度和位置略与无名指宽度相当。

(二)大鱼际肌间隙感染：多因食指屈肌腱鞘炎蔓延或直接刺伤后继发感染引起。主要表现为大鱼际明显隆起，拇指被推外展，食指呈半屈曲状，沿大鱼际有明显压痛，同时伴有明显的全身症状。

治疗亦应早期切开引流，可于手背第二掌骨桡侧前方作纵形切口，切开皮肤后以血管钳伸入脓腔，扩大引流口，排出脓液，并放置橡皮膜引流条。

化脓性骨髓炎

致病菌（金葡菌，链球菌等）可能来自疖、中耳炎、扁桃体炎或其他"隐性感染灶"，血行到达骨干两端。小儿骨的两端血管网丰富，且多为终末微血管，血流缓慢，故细菌易于停留繁殖，形成小的骨脓肿；进一步则发展成骨髓腔和骨膜下脓肿，破坏骨组织的血循环，产生死骨、死腔和炎性肉芽组织；由于炎症刺激，骨膜反应性增生，形成骨壳。股骨、胫骨和肱骨等管状长骨两端为好发部位。

临床表现

(一)急性骨髓炎

1.多见于10岁以下儿童。起病急，有寒战高热、脉速、食欲减退、哭啼不适等中毒症状。

2.患肢疼痛，活动受限，局部压痛明显。

3.白细胞计数可达3万左右，中性粒细胞增高。

(二)慢性骨髓炎

1.由于急性骨髓炎误诊或治疗不彻底迁延而成。

2.有经久不愈或反复发作的流脓瘘道，部分病人有死骨排出。

3.探针伸入瘘道，常能碰到粗糙骨质。

4.X线照片，可见死骨、死腔和增生骨壳。

治　疗

(一)急性骨髓炎

1.抗感染：凡确诊或疑诊后，即投入大量抗菌素。常用青霉素，每天160万单位,分四次肌注；必要时用320万单位静滴。有时需加用四环素族或氯霉素。直到全身症状消失，局部无压痛，然后再减少剂量，维持一至二周后才停药。

2.辨证施治

(1) 初期：宜清热化湿，行瘀通络。可用黄连解毒汤加减。

(2) 化脓期：宜清热化湿，和营托毒。用上方加炮山甲2钱，皂角刺3钱，金银花4钱。

(3) 溃后期：宜清热化湿，调补气血。方药：党参3钱，黄芪4钱，当归3钱，白芍3钱，蒲公英2两，茯苓3钱，陈皮2钱，苍术3钱，黄柏3钱，甘草1钱。

3.手术：起病3天以上，局部肿痛明显，抽得脓时，应及时切开排脓，以免脓液在骨膜下扩散，造成更多的骨质破坏，

或发生脓毒血症。

4.一般治疗：病人常因剧痛不敢移动，为了减轻疼痛和防止病理性骨折，患肢可作皮牵引。

在治疗过程中，应注意支持疗法，加强营养，必要时补液等。

(二)慢性骨髓炎：通常需行“病灶清除术”才能治愈。手术要做到：死骨摘彻底，脓腔刮彻底，瘘管切彻底。但文化大革命以来，各地用中草药内服加外敷治愈不少病例，我们要注意学习这方面的经验。

化脓性关节炎

本病好发于幼儿。来势凶猛。早期诊断和治疗，对保全关节功能至为重要。

金葡菌等经血侵入关节后（最常受累的是髋关节和膝关节），关节囊的内层（滑膜）立即分泌增多，关节积液肿胀。初期渗出液为浆液性，如能及时控制，关节功能仍可保全；倘若病变继续发展，渗出液变为浆液纤维蛋白性，愈合有粘连形成，关节功能发生一定程度的障碍；后期渗出液为脓性，滑膜坏死，软骨面溶解剥脱，骨质破坏，愈合后关节强直。

临床表现

(一)全身症状：同急性骨髓炎，急起寒战高热，中毒症状严重。

(二)局部表现：关节肿胀、剧痛，活动障碍。由于肌肉痉

挛，易并发关节半脱位或全脱位。浅表的膝、肘关节，有皮肤红、热等炎症表现。

（三）血象：白细胞总数和中性粒细胞明显增高。

（四）关节穿刺：对早期诊断很有意义。不论穿刺液多少，均应送化验检查。

治　疗

（一）急性期：

1.抗感染：与急性骨髓炎同；患肢抬高，皮牵引可减少疼痛，防止畸形；并行关节穿刺，吸尽渗出液，然后注入青霉素40万单位，链霉素0.5克，每日一次，直到关节液澄清。对浆液性和浆液纤维蛋白性渗出阶段常能得到满意效果。若关节渗出液为脓性，应切开引流。

2.辨证施治：同急性骨髓炎。

（二）恢复期：局部炎症消退后，用各种理疗方法，促进关节功能恢复，并逐步进行肌肉锻炼，自动性关节活动，但切勿操之过急。

第六节　骨关节结核

骨关节结核俗称“骨痨”。多见于儿童及青少年，是一种继发病灶。结核杆菌80%以上由肺部经血流侵犯关节和骨骼。髋关节、膝关节、下胸椎和腰椎是最常见的受累部位。

病原菌侵入骨关节后，不一定都发病。若人体抵抗力强，

入侵的结核杆菌可被消灭或潜伏在骨的两端及关节的骨膜中。当抵抗力降低时，则逐渐形成单纯骨结核或单纯滑膜结核，在此阶段关节软骨尚未破坏，治愈后关节功能良好。如果发展为全关节结核时，寒性脓肿穿破，常易继发化脓性感染，骨组织破坏严重，造成关节严重的畸形和残废。

临床表现

骨关节结核是一种慢性病，又多发于儿童，早期诊断不很容易。一般可有不同程度的体瘦、贫血、低热、盗汗和食欲不振等结核中毒表现。遇有儿童“夜啼”（沉睡时突然啼哭，刹那间患儿又稳睡如故）、跛行，关节肿胀后不正常的拾物动作，千万不要大意。不同部位的结核，常有各自的特点

(一)脊柱结核

1.早期症状不明显，有时椎体已破坏，患儿还是戏耍如常。当洗澡换衣时，偶而发现驼背或者小儿下肢无力，甚至瘫痪时，才引起家长注意。

2.脊柱屈伸受限：如颈椎结核，颈椎各方向运动受限，病儿常双手抱头。腰椎结核病人不能弯腰，需下蹲拾物，称拾物试验阳性。

3.脊柱有后突（驼峰）或侧弯畸形，尤以胸椎结核多见。

4.晚期形成“寒性脓肿”，颈椎多在咽后壁；胸椎多在椎旁，需X线照片才能发现；腰椎则可出现在腹股沟和下腹部，穿破后形成经久不愈的瘘管。

5.部分胸椎结核病人，晚期可因脊髓受压而并发截瘫。

(二)髋关节结核

1.早期患儿稍有跛行，髋关节局部压痛，膝关节上部常有放射痛。

2.肌肉保护性痉挛，引起髋关节活动受限，疼痛减轻，患肢呈半屈曲状。常有“夜啼”。

3.晚期患肢股骨头破坏后并发后脱位，出现前屈、内收、内旋畸形。常有“冷脓肿”，溃破后形成不愈的瘘管。

(三)膝关节结核

1.早期症状不明显，稍有活动不便或膝关节肿胀。

2.晚期患肢肌肉废用性萎缩，与肿大强直的膝关节构成“鹤膝”样外观。

凡怀疑为骨关节结核患者，应行X线检查，以明确病变范围和破坏情况。

治　疗

(一)一般治疗：包括适当休息、营养，增加人体抵抗力。

(二)抗痨治疗：以异烟肼为主，成人用量每次100～200毫克，每日三次；儿童酌减，治疗期为半年到一年或更久。若为活动性较大的病人、手术前后，有继发感染时，可并用链霉素，每日1克，一般40～50克为一疗程；必要时，隔三个月后重复一疗程。

(三)局部治疗

1.非手术治疗：局部制动，以石膏固定为主。关节内注射链霉素(先抽尽渗出液，后注射)。成人三天1克，为期1～3

个月，对单纯滑膜结核疗效较佳。

2.手术治疗

（1）病灶清除术：在抗痨药物控制下，清除病灶内的坏死组织及脓液。最常用于脊柱结核并发下肢瘫痪或神经痛病人，以及X线片上显示病灶内有死骨者。严重关节破坏者，常于病灶清除后作关节融合术。

（2）冷脓肿切开或刮除术：冷脓肿一般都不切开引流，因术后易形成瘘管;继发化脓感染。但张力大的冷脓肿常可自破，宜先穿刺抽脓注入链霉素，再适时切开，并刮尽坏死组织和脓液，可以减轻肿痛不适和中毒反应，对年小的病孩尤有好处，术中应严格遵循无菌操作，术后逐层缝合切口，用大量抗菌素控制感染。

第二十二章　神经精神与内分泌疾病

第一节　神经系统疾病

一、解剖生理

神经系统起着调节人体内部各组织器官的活动和维持人体与外界环境统一的作用，是人们认识世界和改造世界的物质基础。可分为中枢神经和周围神经两大部份。

（一）中枢神经

1.脊髓

（1）位置与外形（图22—1）：脊髓位于椎管内，呈圆柱形，上接延髓，下端终于第一、二腰椎之间。在脊髓两侧发出前后脊神经根，前后根合成脊神经，脊神经共31对，即颈神经8对、胸神经12对、腰神经5对、骶神经5对、尾神经一对。腰骶脊神经根几乎垂直下行，它们在椎管内集合在一起，形似马的尾巴，称马尾。

（2）内部构造：在脊髓横断面上，可看到中央部分呈灰色，形似展翅的蝴蝶，是神经细胞所在处，称灰质。它的前端叫前角，管运动；后端叫后角，管感觉。灰质以外的部分称白质，由联络脑和脊髓的神经纤维所组成（图22—2）。

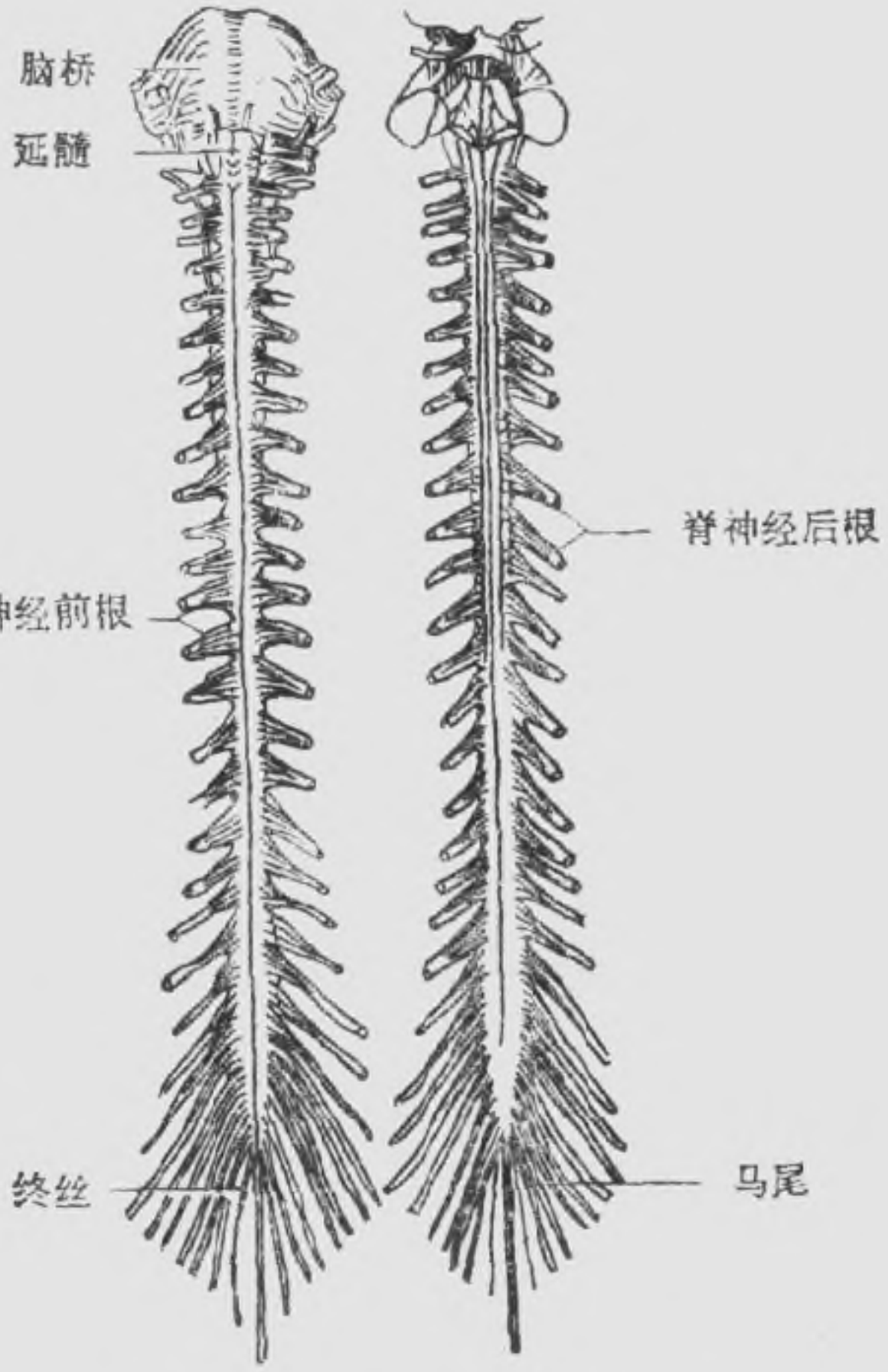


图22—1　脊髓的外形

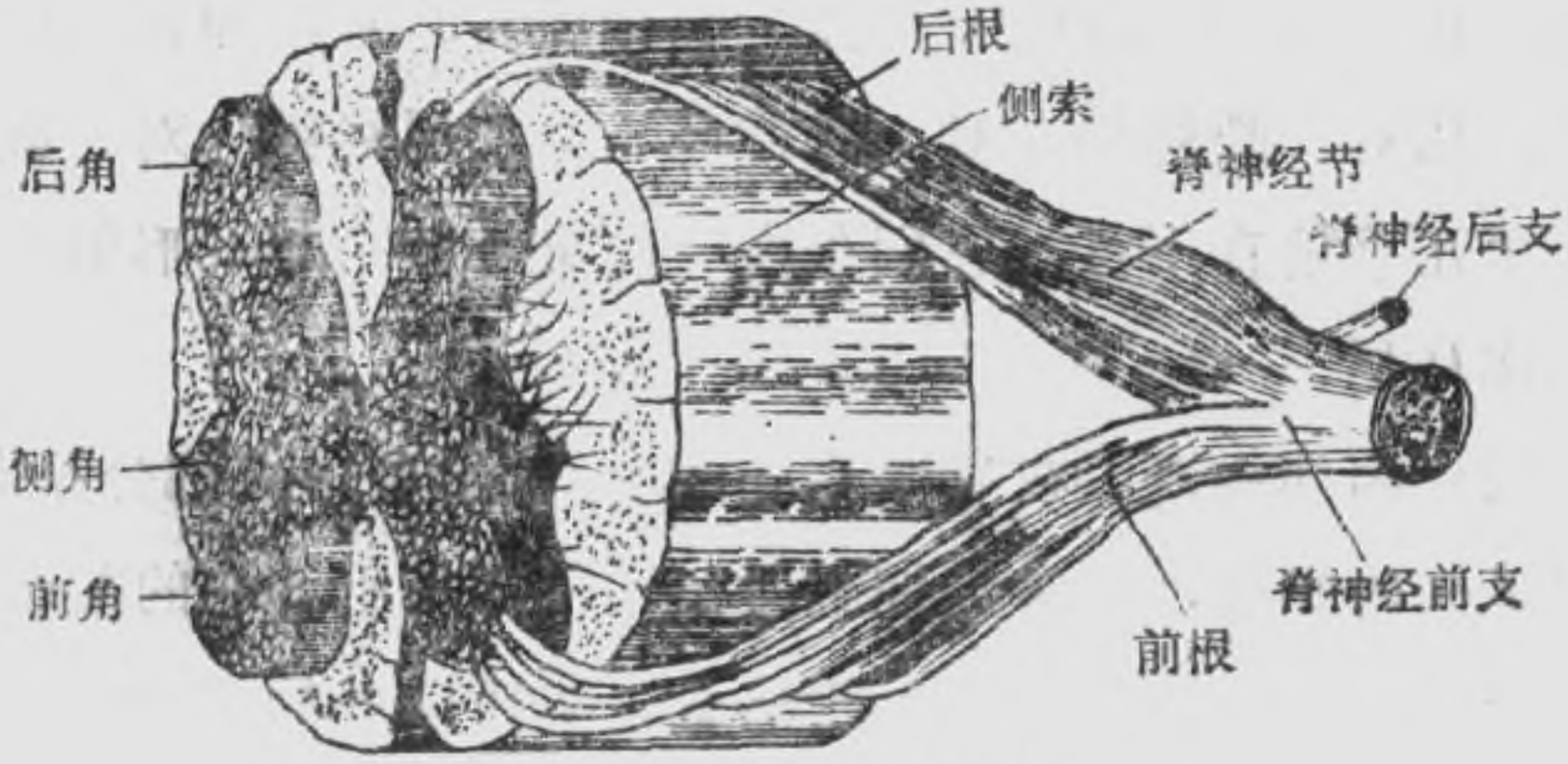


图22—2　脊髓和脊神经

（3）脊髓的功能：①传导冲动：身体接受外界刺激后，发出冲动，由脊髓传达到脑；脑发出的冲动，通过脊髓传达到身体各部。②低级反射中枢：如膝反射、排尿、排粪等反射的低级中枢都在脊髓。

2.脑：位于颅腔内，分大脑、小脑、脑干。

（1）大脑：分左右两半球，两半球中间借横行的纤维相连接（图22—3）。其表面凸凹不平，凸处称回，凹处称沟或裂。每一个半球有几条较大的沟，将脑分为四叶（图22—4）。额叶管运动；颞叶管听觉；枕叶管视觉；顶叶管感觉。

大脑表面的一层由神经细胞组成，呈灰色，叫大脑皮质（层）。有管理人体各部活动和进行思维的能力。大脑皮质的深面由神经纤维所组成，起着传导讯号的作用。大脑皮质对运动和感觉的管理是交叉的，若一侧的大脑受损，则引起对侧的瘫痪和感觉丧失。

（2）脑干：在大脑的下面，是大脑和脊髓间的联络站。绝

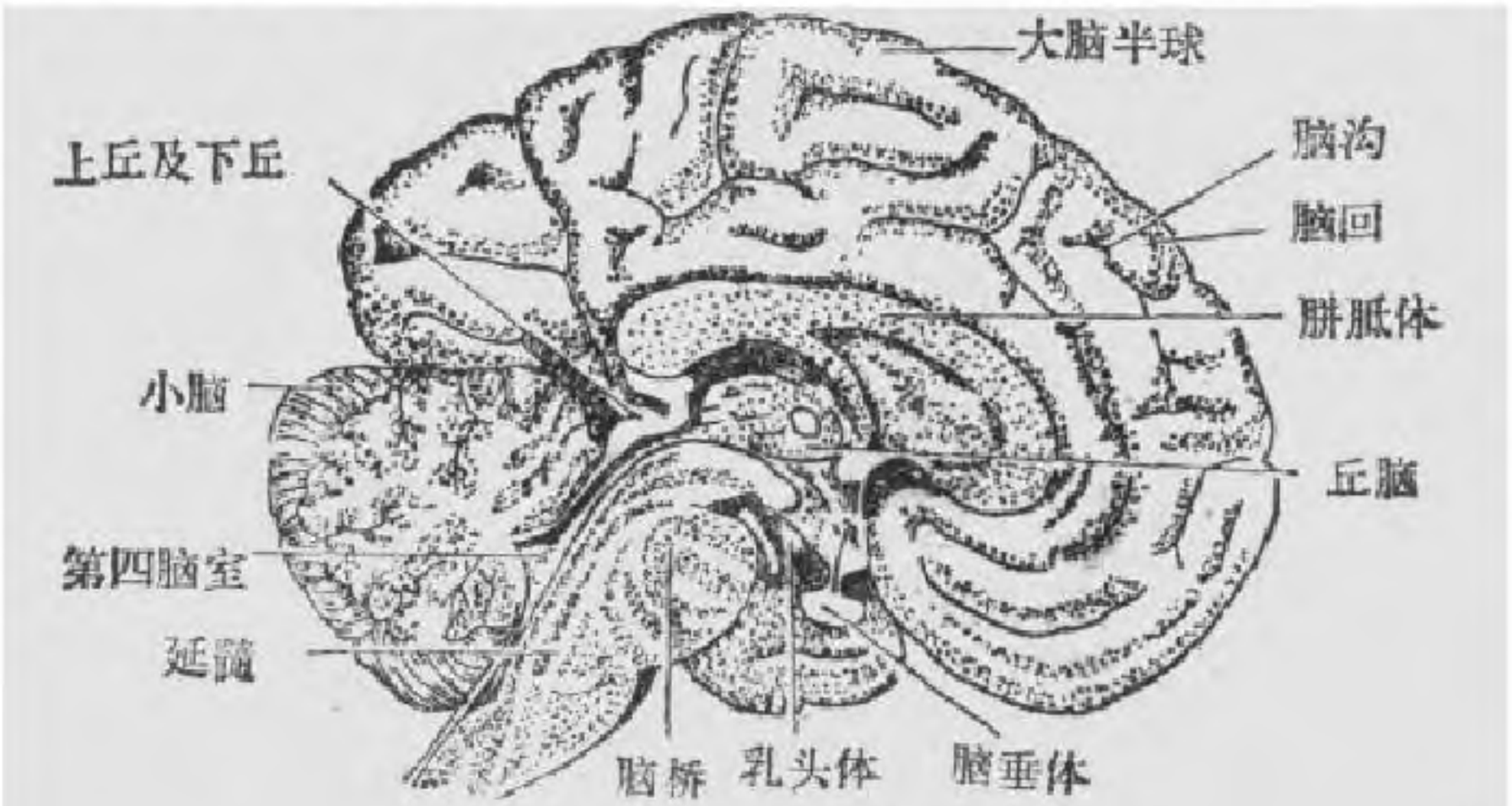


图22—3　脑正中矢状切面

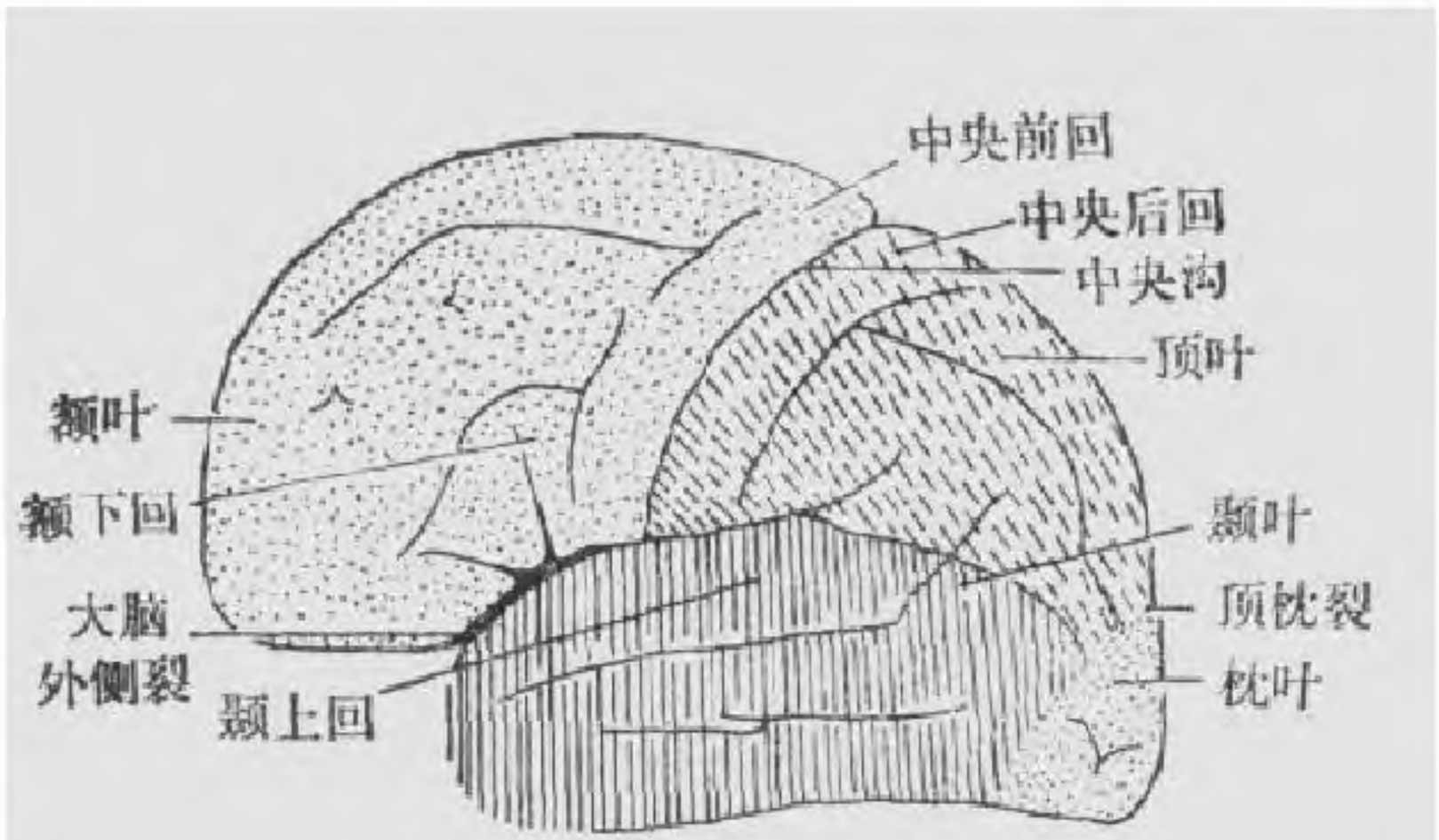


图22—4　大脑半球背外侧面

大多数的颅神经在此出入。从上到下，可分间脑、中脑、脑桥和延髓四个部分(图22—5—6)。

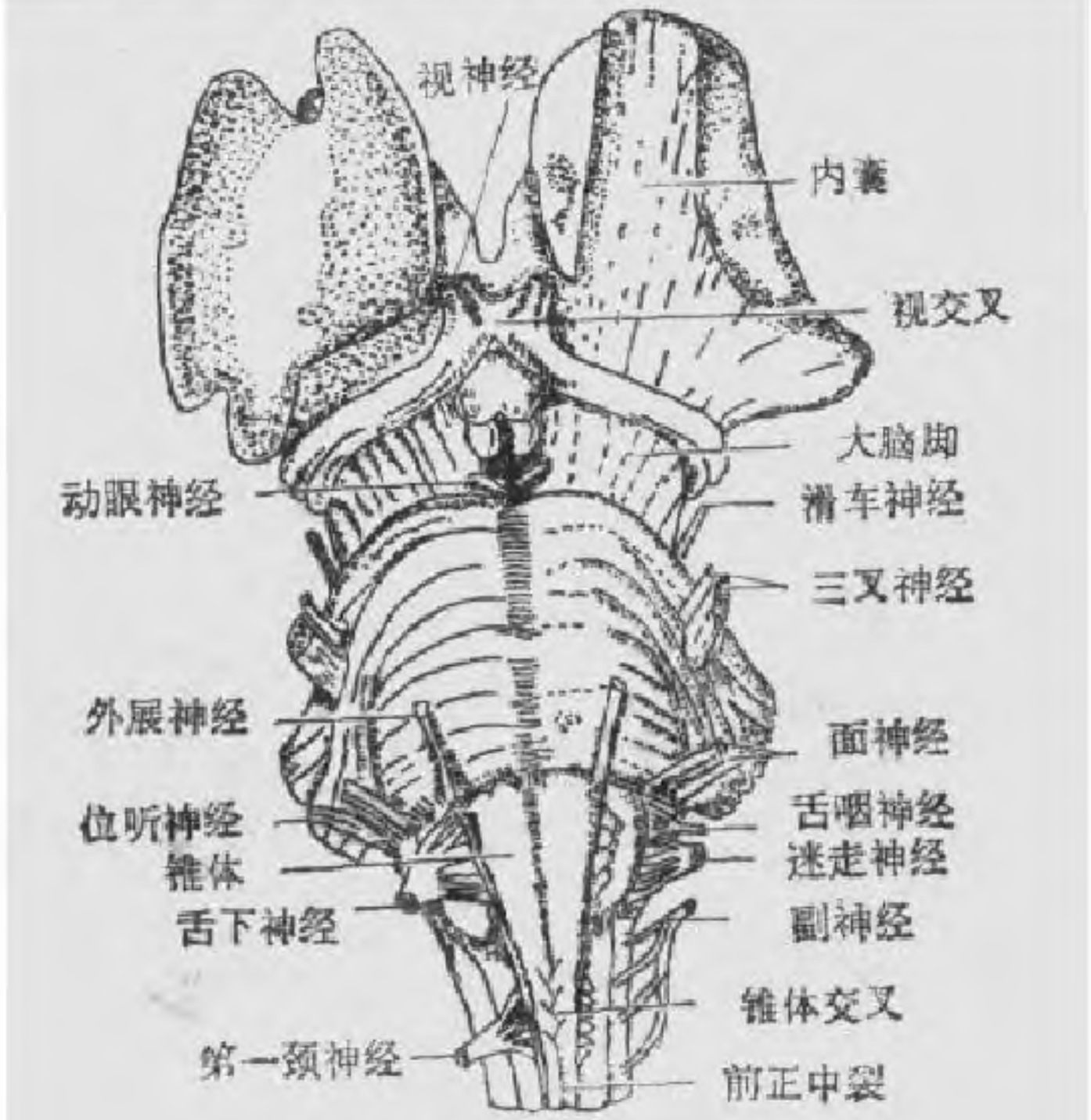


图22—5　脑干的腹侧面

延髓在脑干中是一个重要部分，在延髓的背面，有管理呼吸、心跳、血管舒缩的中枢，故延髓受损是非常危险的。

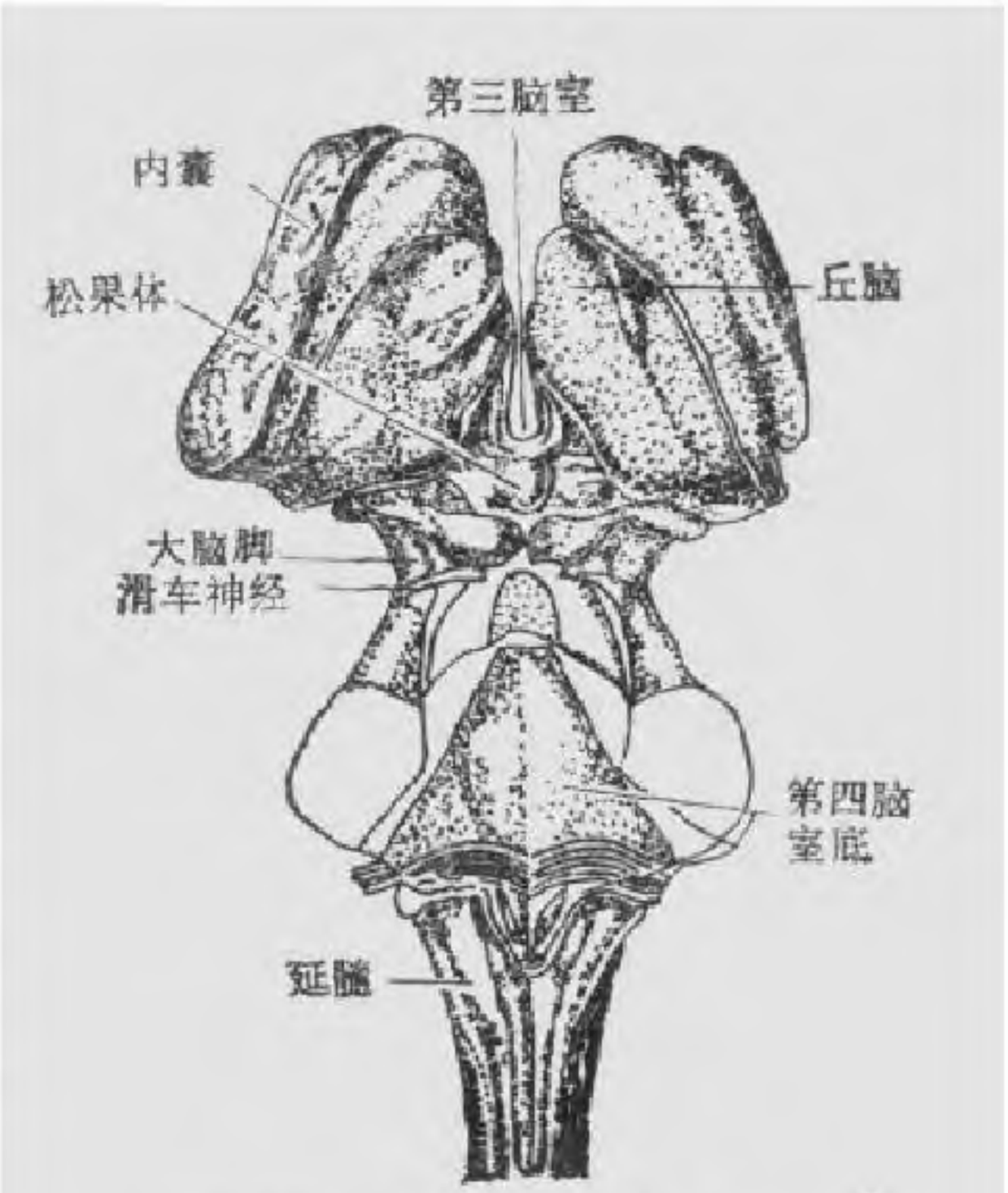


图22—6　脑干的背侧面

（3）小脑：位于大脑后下方，也分左右两半球（图22—7）。小脑的功能是维持身体的平衡和动作的协调。当小脑有病变时，会出现走路不稳、动作不协调等表现。

（4）脑脊膜和脑脊液：脑和脊髓的外面均包有三层膜，总称脑脊膜。在外面较硬的一层称硬脑（脊）膜；中间一层薄而



1. 上面　　2. 下面

图22—7　小脑

透明的叫蛛网膜；最内的一层叫软脑（脊）膜，紧贴在脑和脊髓的表面。蛛网膜和软脑膜之间的空隙称蛛网膜下腔，在脑室（脑组织内的空腔）和蛛网膜下腔内，循环不息地运行着一种清亮透明的液体，叫脑脊液。它有营养和保护脑及脊髓的作用。当脑和脊髓以及脑脊膜有病变时，脑脊液内的成分也会发生改变，故临床上化验检查脑脊液，可以帮助诊断中枢神经的疾病。

（二）周围神经

周围神经包括颅（脑）神经、脊神经和植物性神经三部分。

1.颅神经： 共十二对，都与脑相连。

第一对，嗅神经：管嗅觉。

第二对，视神经：管视觉。

第三对，动眼神经：支配眼球运动肌和瞳孔括约肌。

第四对，滑车神经：支配眼球运动肌。

第五对，三叉神经：管理颜面皮肤的感觉及牙齿槽的感觉。同时还支配嚼肌运动。

第六对，外展神经：支配眼球运动肌。

第七对，面神经：支配面部表情肌。

第八对，位听神经：管听觉和身体平衡。

第九对，舌咽神经：管味觉和咽肌运动。

第十对，迷走神经：主要是副交感神经纤维，管理胸腹腔内脏（心、肺、血管和胃、肠道及消化腺）的活动。

第十一对，副神经：支配胸锁乳突肌。

第十二对，舌下神经：管理舌肌的运动。

2.脊神经：出椎管后分后支和前支。后支分布在项、背部和腰骶部。几个前支先汇合形成神经丛，再发出分支分布在躯干前部及四肢（图22—8）。

（1）颈丛：位于胸锁乳突肌的深面。由颈丛发出较重要的分支是膈神经，下行支配膈肌运动。

（2）臂丛：位于锁骨上方和腋窝中，是支配上肢的神经，发出下列主要分支（图22—9）：

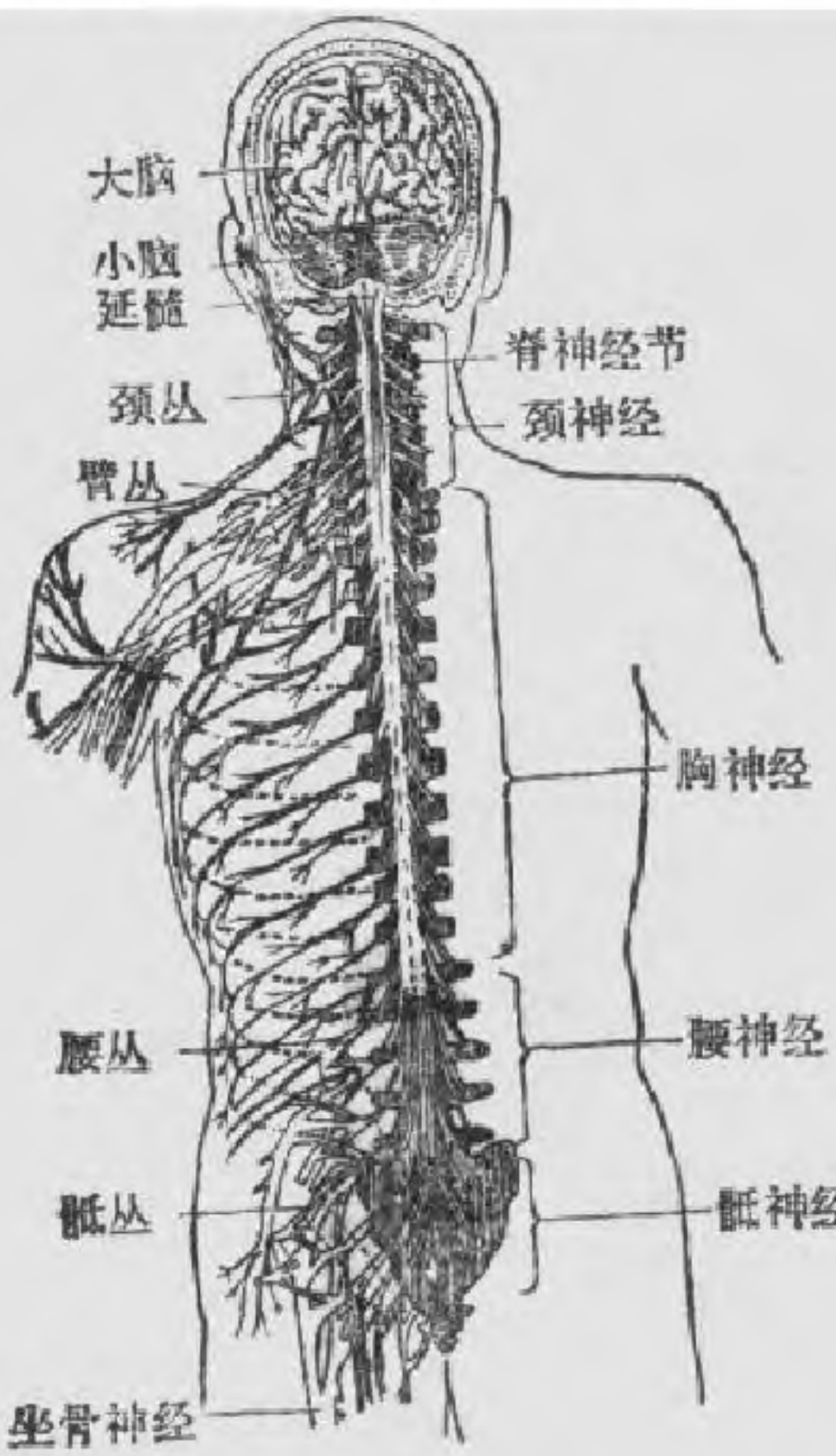


图22—8　脊神经

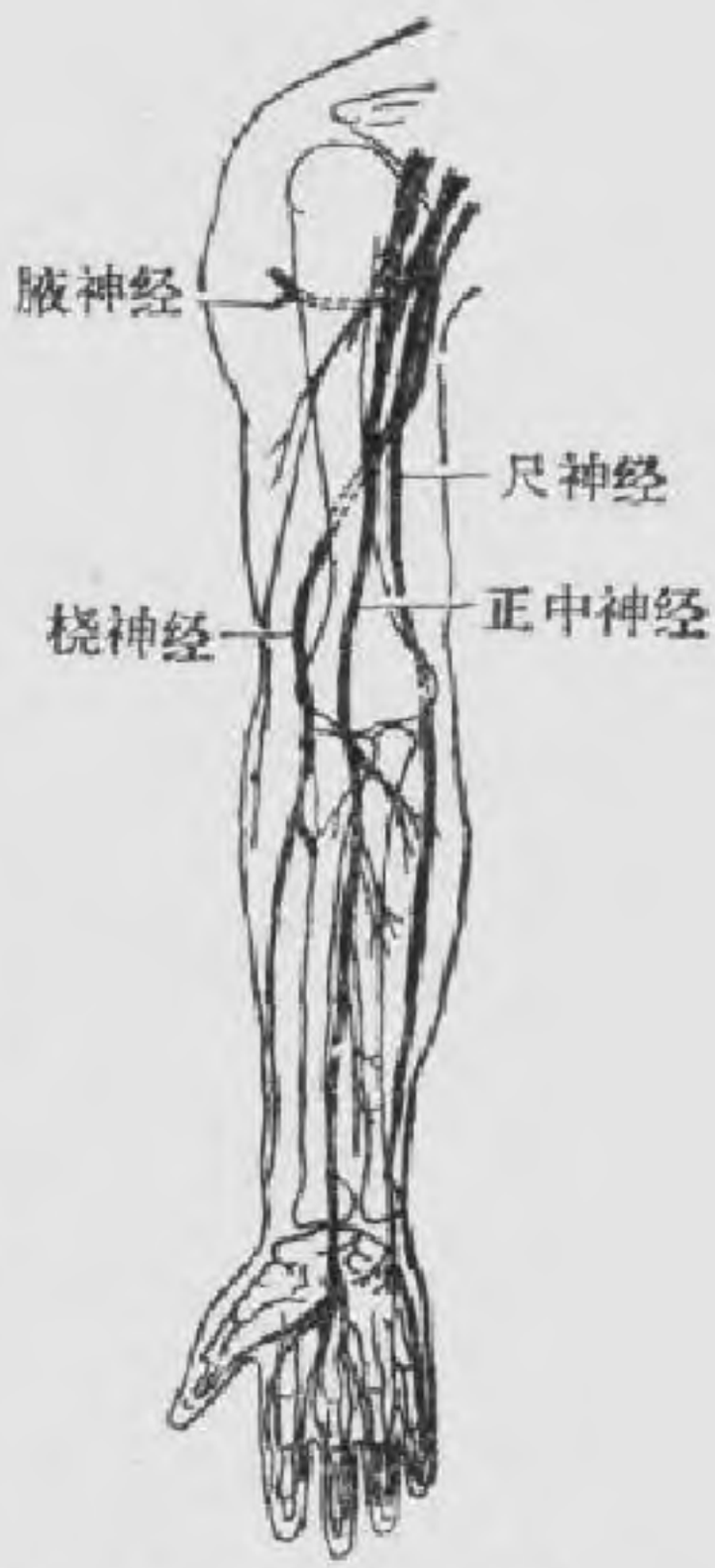


图22—9　臂丛的主要分支

尺神经　主要支配手掌的肌肉。受损后表现为“鹰爪手”。

正中神经　支配前臂屈肌群和手掌大鱼际。受损时表现为“猿掌”。

桡神经　支配前臂伸肌群。受损时表现为“垂腕症”。

（3）腰丛和骶丛：位于腰骶部，是支配下肢的神经。

腰丛的最大分支为股神经(图22—10)，分布在大腿前面的肌肉和皮肤。

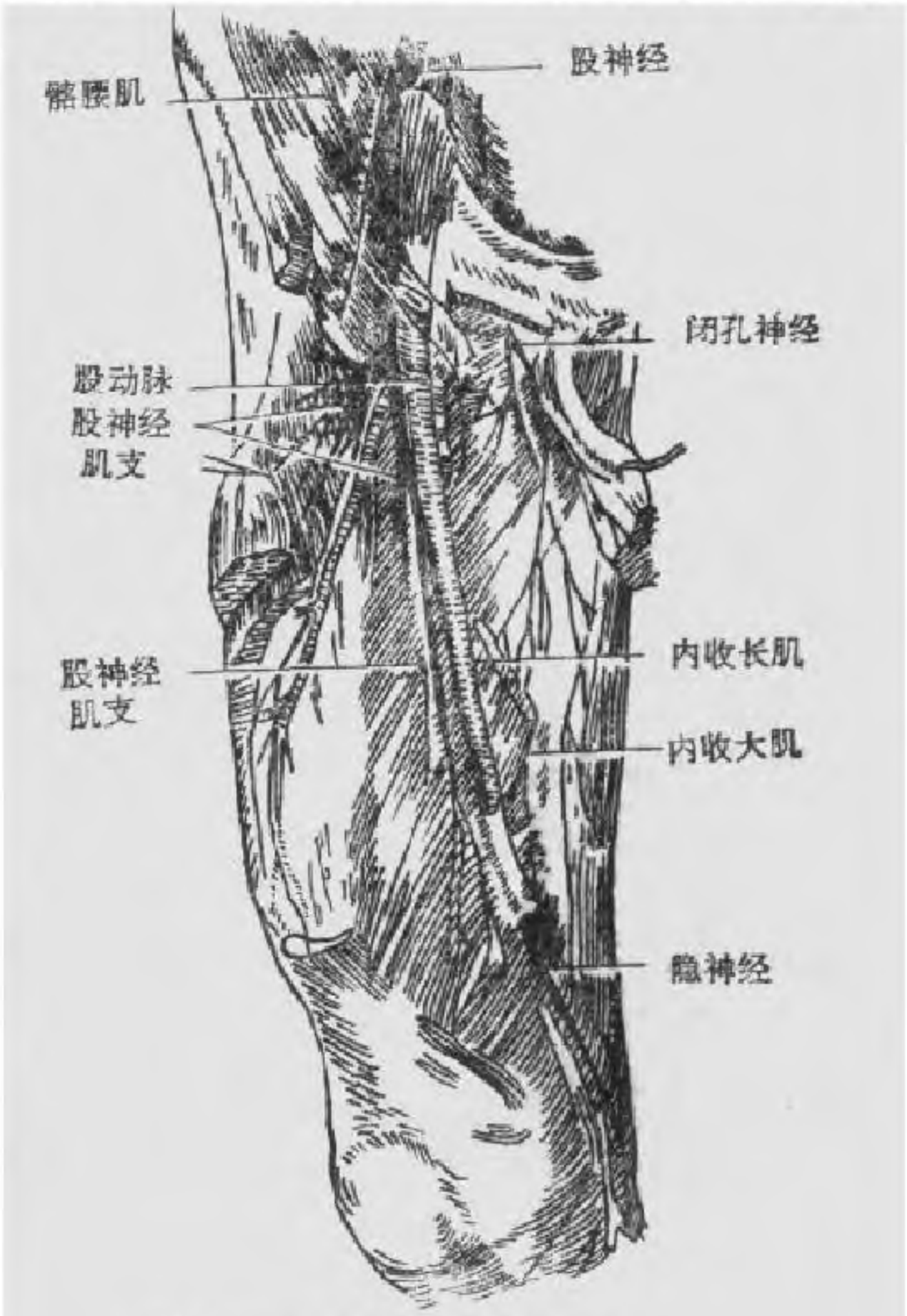


图22—10　腰丛的主要分支

骶丛的最大分支叫坐骨神经(图22—11)，支配大腿后面和整个小腿的肌肉和皮肤。

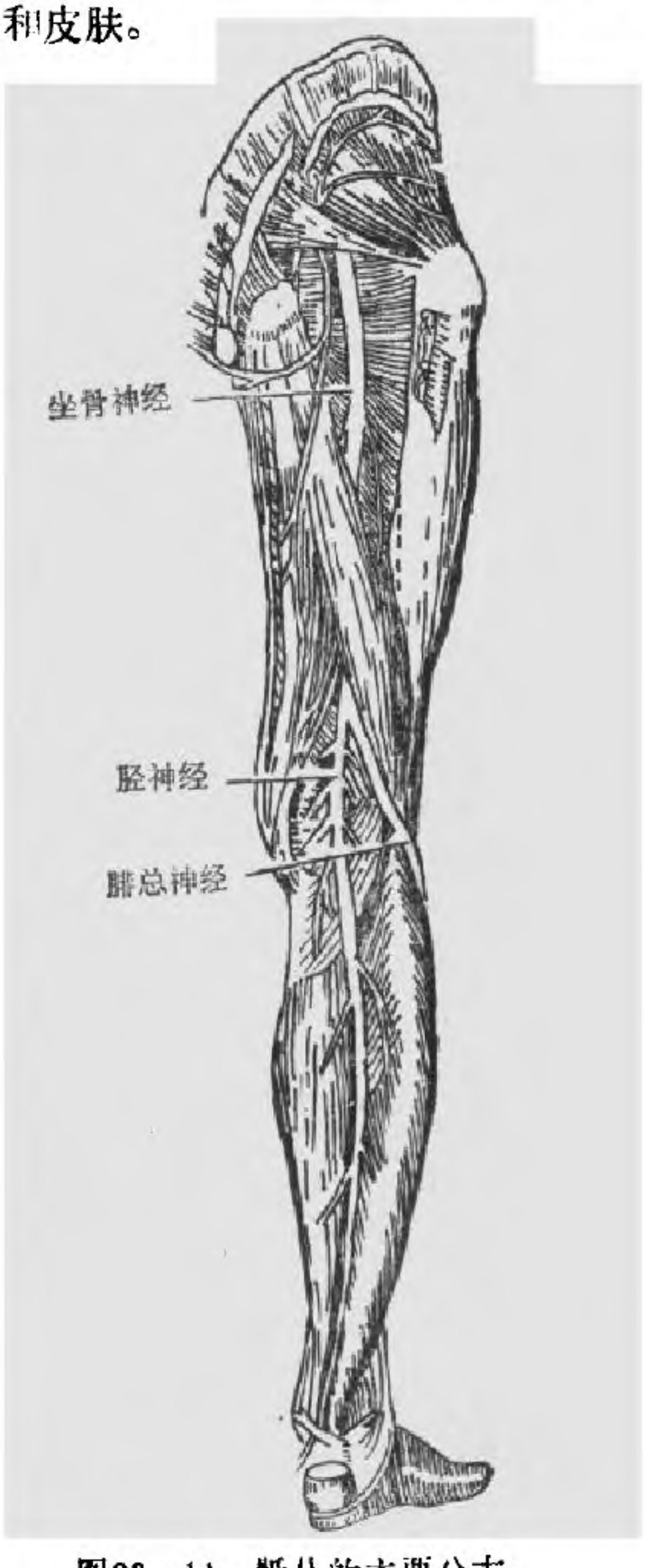


图22—11　骶丛的主要分支

3.植物性神经：分交感和副交感神经。它们同时分布到内脏器官、心血管和腺体内(图22—12)。交感和副交感神经的功

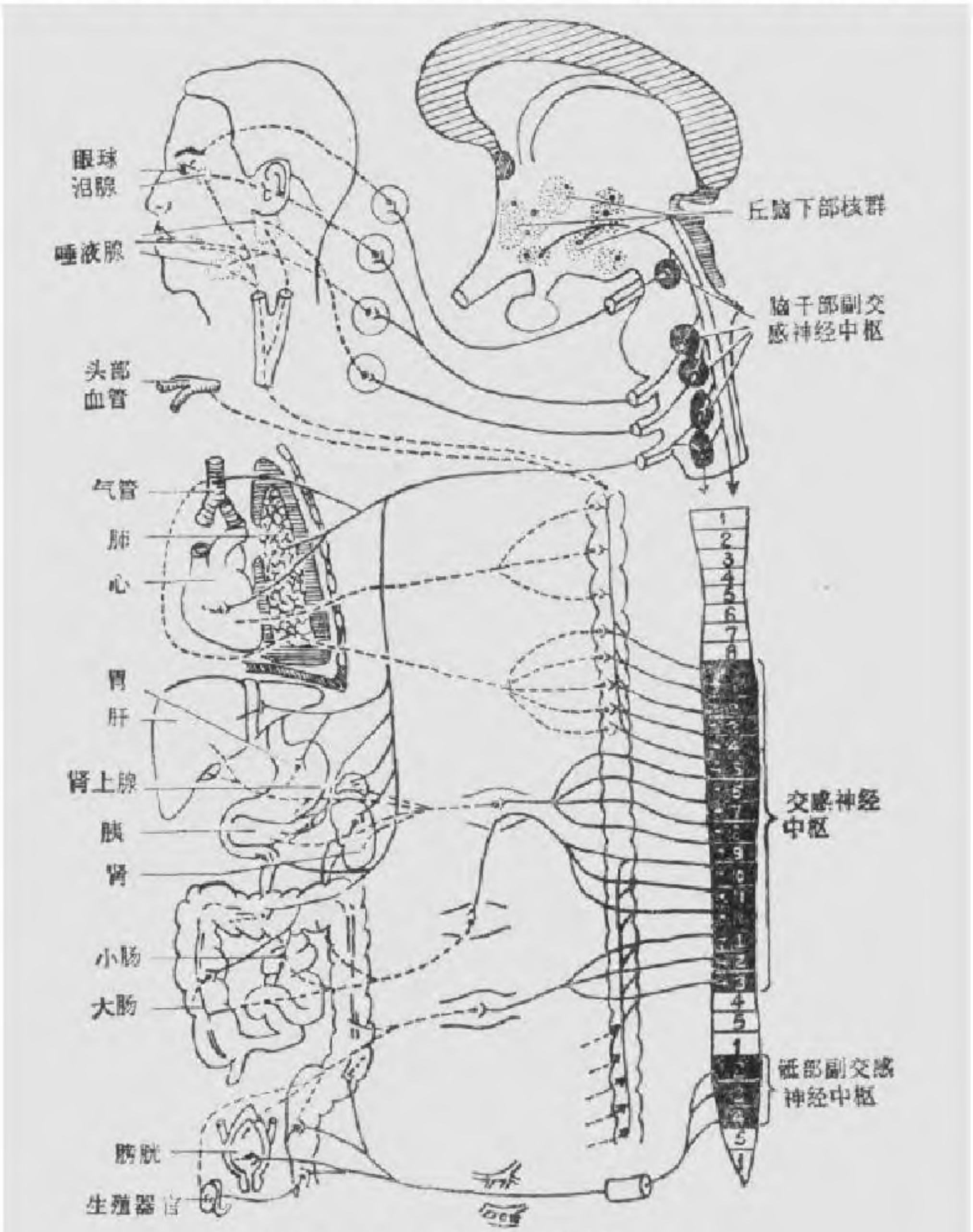


图22—12　植物性神经图解

能是互相对立的，但在中枢神经的调节下又是统一的。它们的主要功能列表如下

交　感　神　经	副　交　感　神　经
1.使心跳变快，血压上升	1.心跳变慢，血压降低
2.支气管松弛扩张	2.支气管收缩变狭窄
3.胃肠运动变慢，消化液分泌减少	3.胃肠运动加快，消化液分泌增多
4.汗腺分泌增多	4.对汗腺分泌无作用
5.瞳孔散大	5.瞳孔缩小

(三)神经活动

1.神经系统活动的基本方式——反射。

在神经系统的指挥下，人体对内、外界刺激发生反应的过程叫反射。人的一切活动都是反射。可分为非条件反射和条件反射两大类。反射需要在一定的结构基础上才能完成，这种结构叫反射弧，包括五部分，即感受器→传入神经→神经中枢→传出神经→效应器。反射弧的任何部分受到损害，反射就不能完成或出现病态。

（1）非条件反射：是遗传下来的，不需训练，也不能消退，所以又叫“先天性反射”。如灰尘进入眼睛即引起流泪；手碰到火能马上回缩；婴儿的嘴接触奶头能吸吮乳汁等。

（2）条件反射：一定要通过大脑皮质才能完成，是出生后在生活中逐渐获得的。因为它可以消退，所以要不断强化才能巩固。例如，你一个很熟悉的同志，他谈笑和走路的声音，在

你脑子里有深刻的印象，当他在房子外面讲话、咳嗽或走路时，你虽没有看到他，也知道是他来了。如果他因工作离开，很久没有见过面，那么当他再讲话，咳嗽或走路时，你若没有看到他，就判断不出来。

条件反射是动物和人都具有的生理活动。但是人的条件反射与动物的条件反射有着本质上的区别，这是由于人类有劳动、言语、认识能力和主观能动性等所决定的。恩格斯指出："**首先是劳动，然后是语言和劳动一起，成了两个最主要的推动力，在它们的影响下，猿的脑髓就逐渐地变成人的脑髓**"。人通过劳动和相互交往，进行长期的生产斗争、阶级斗争和科学实验，创造和发展了语言文字，逐渐具有抽象、概括、推理和思维的能力。从而能够不断深刻地认识自然，认识社会，发现并掌握其规律性，并能主观能动地去改造自然，改造社会，推动其不断发展进步。

人们的一切思想意识都来源于社会实践。"**在阶级社会中，每一个人都在一定的阶级地位中生活，各种思想无不打上阶级的烙印。**"所以在阶级社会中，人们认识客观事物能力的差别和对事物的反应不同，绝不是先天的、头脑中所固有的，而是参加社会实践，各人所处的客观条件不同和主观努力不同的结果。"**人的正确思想，只能从社会实践中来**"。人类大脑皮质虽然是认识和改造客观世界的物质基础，但要有正确的思想，重要的是要求我们努力读马列的书和毛主席的书，不断参加三大革命的实践，努力改造世界观。

2.神经系统活动的基本过程——兴奋和抑制。

各种反射的表现形式，不外乎兴奋和抑制。所谓兴奋，是指神经系统对刺液所产生的一种“阳性反应”（即机能活动增强）；所谓抑制，是指神经系统对刺激所产生的一种“阴性反应”（机能活动降低）。如人在进食时，食物入口引起唾液分泌、嘴嚼运动、吞咽动作等一系列阳性反应，这时神经系统有关部分的机能处于兴奋状态。人体在清醒时，神经系统大部分处于兴奋状态，各器官、系统的机能活动都要增强。反之，在熟睡时，食物入口不会引起唾液分泌等反应，这是因为睡眠时，神经系统大部分处于抑制状态的缘故。

兴奋和抑制是同一事物中矛盾着的两个方面，不但相互对立，而且可以互相转化，如人们白天劳动或工作（神经系统大部分兴奋），晚上即转入睡眠（神经系统大部分抑制）。睡眠到一定时间，又转为清醒状态，从事各种活动。这就说明：兴奋和抑制这一对矛盾，虽然是互相对立的，又在一定条件下互相转化。人体的生命活动总是根据客观的需要，使兴奋和抑制处于协调一致，始终保持着动态平平衡，即矛盾对立的统一。如果兴奋和抑制失去了动态的平衡，就产生疾病。因此，临床上常利用恢复兴奋和抑制的动态平衡来治疗疾病。例如人突然停止呼吸时（呼吸中枢受抑制）则利用兴奋呼吸中枢的药物，来恢复呼吸；小儿高热抽搐时(运动中枢兴奋性增高)，应用镇静安定药来降低其兴奋性、解除症状，达到治疗的目的。

二、神经系统检查

(一)意识状态： 正常人意识清楚。某些疾病可出现意识障

碍，根据意识障碍程度可分为以下几种。

1.意识模糊：病人对自己的情况似乎漠不关心，答话迟钝，但仍合理。

2.昏睡：强刺液可以醒转，但不久又入睡，叫醒时回答问题含糊不清，常答非所问。

3.昏迷：为高度的意识障碍，病人意识完全丧失。其程度可有深浅不同：深昏迷者肌肉松弛，感觉及反射均消失，仅维持呼吸及循环机能；浅昏迷者角膜反射、瞳孔对光反射、咽反射等仍存在。

4.谵妄：是意识模糊伴有感觉错乱。

临床上多用问答、定向力、痛觉试验及检查各种反射（瞳孔反射、角膜反射、腱反射等），来确定意识障碍程度。

中枢神经系统疾患，如脑炎、脑膜炎、脑溢血、脑外伤等常出现意识障碍。谵妄常见于急性高热病人。

(二)生理反射

1.瞳孔对光反射：正常人双侧瞳孔圆形等大，用手电光突然照射眼球时，瞳孔迅速缩小，移去光源后，又立即复原。昏迷病人双侧瞳孔对光反射减弱或消失。

2.角膜反射：用棉花纤维轻触角膜，双眼立即闭合，此为正常反射。昏迷病人双侧角膜反射消失。

3.腹壁反射：用钝针或棉签急划腹壁时，正常则见同侧腹壁收缩。可在腹壁的上、中、下三部分，分别进行检查。腹壁反射消失，常见于中枢神经损害。

4.膝腱反射：被检查者坐位时，将两小腿自然垂下；卧位

时，检查者用一手置于被检查的腘窝，使髋关节及膝关节稍屈曲，当叩击股四头肌肌腱时，正常反应为小腿向前弹跳。神经系统有器质性病变时，则膝反射增强、减弱或消失。

(三)病理反射

有神经系统疾病时，可出现一些正常人所没有的反射，常见者如下。

1.划跖试验(巴彬斯基氏征)：以钝针或竹签划足底之外侧，由足跟向足趾方向划，正常时各趾向足底方向屈曲(图22—13)。若踇趾上翘，其他各趾均呈扇形散开，此为阳性(图22—14)。见于脑炎、脑膜炎、脑溢血等。但正常婴儿期此征亦可为阳性。

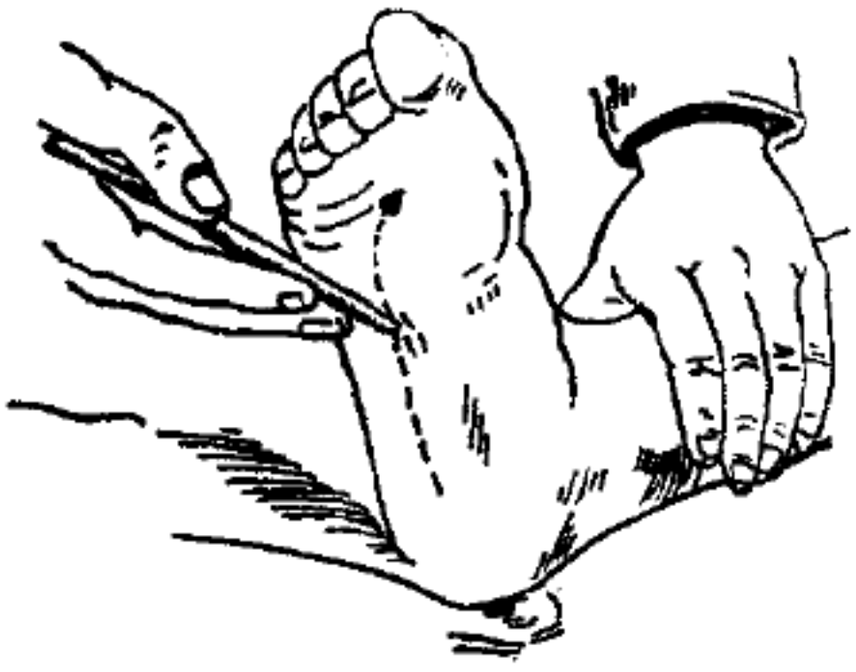


图22—13　划跖试验阴性

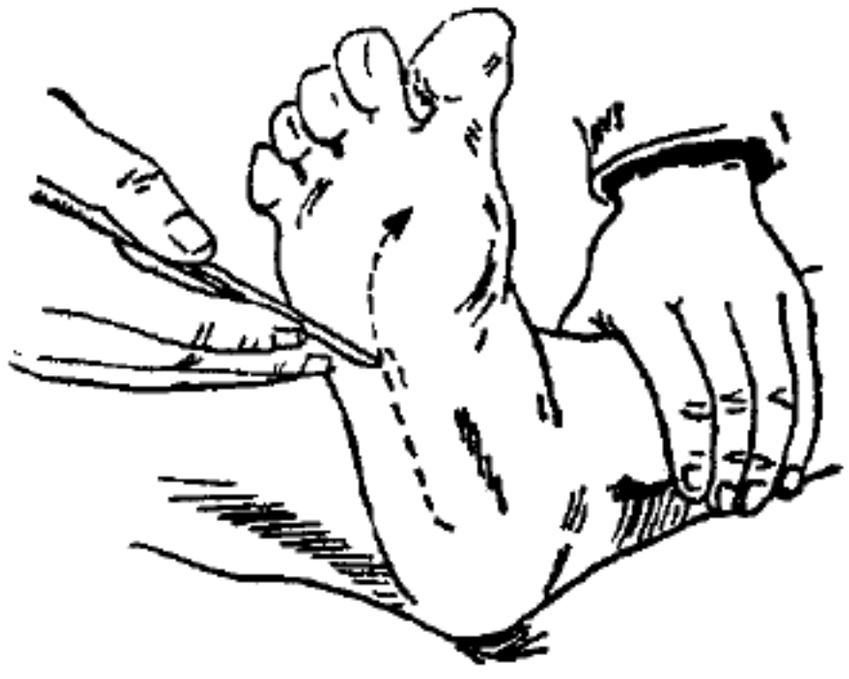


图22—14　划跖试验阳性

2.提腿试验(克匿格氏征)：嘱病人取仰卧位，屈大小腿成两个直角，然后向上抬高小腿，使膝关节伸直，若病人膝关节伸直受限，且感疼痛者，为阳性(图22—15)。见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

3.抬颈试验（布鲁辛斯氏征）：病人仰卧，用手抬病人的头部，使下颌紧靠胸骨，若见下肢同时屈曲则为阳性（图22—16）。见于脑膜炎、脑炎等。此检查法用于小儿患者更属可靠。



图22—15　提腿试验

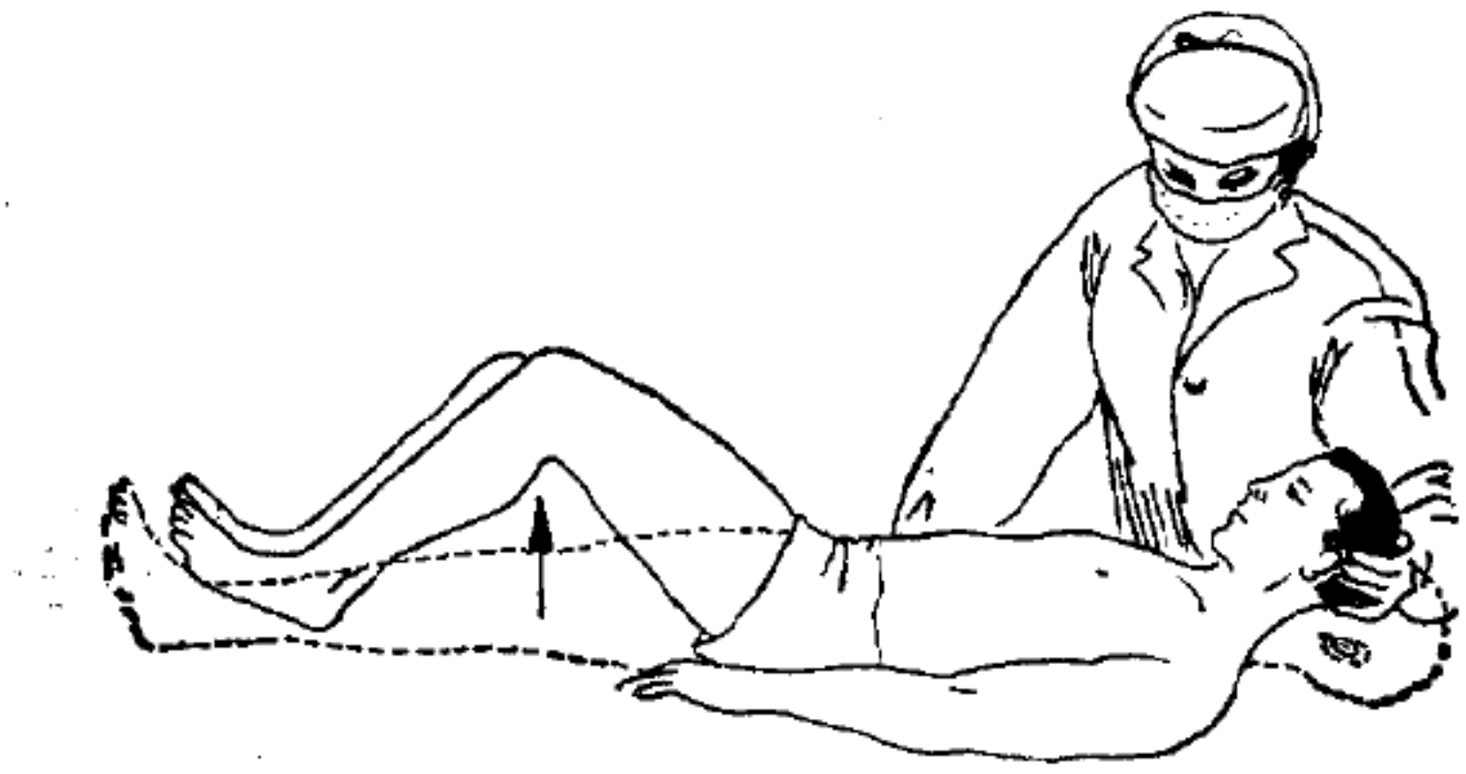


图22—16　抬颈试验

三、周围神经疾病

常见的周围神经疾病包括两类：一类为神经痛，如坐骨神经痛，以发作性疼痛为主要特点。另一类为神经炎，是指广义的周围神经损害，其病因除感染外，营养缺乏、代谢障碍、中

毒、外伤及肿瘤等均可引起。神经炎可以是单发的，也可以是多发的。

面神经炎

面神经炎又称面神经麻痹，是一种急性的非化脓性的炎症。病因可能与病毒感染或风湿性损害有关，局部受凉或吹风过久可诱发，是最常见的颅神经疾病。

临床表现

起病突然，往往于清晨醒来发现一侧（双侧少见）眼睑不能闭合，流泪，不能皱额、皱眉、鼓腮和吹哨等动作；患侧鼻唇沟变浅，口角向健侧歪斜；患侧鼓腮漏气，口角流涎，饮水容易漏出，饮食不便。

诊　断

根据以上临床特点可以诊断。但应排除其他原因（如炎症、外伤、肿瘤）侵犯面神经造成的面瘫，如长期有同侧耳流脓者可能为慢性中耳炎所致，需作耳部检查。

预　防

睡眠时注意防止局部冷风吹袭和受凉。

治　疗

（一）新针疗法：疗效好，简便易行。

主穴：太阳、地仓、合谷（开始时针双侧合谷，2～3次后只针患侧）。

备穴：阳白、迎香、下关、颊车。

眼闭合不全，可针太阳或阳白透鱼腰；口角歪斜，可针地仓透颊车。每日一次，十次为一疗程。

（二）药物治疗

1.中药以散风活络为主，可用牵正散加减。

2.维生素B_1、B_{12}、烟酸、地巴唑等均可使用。

3.病情较重者，可加服强的松5～10毫克，每日3次。

（三）保护患侧眼睛，防止异物刺激角膜，引起损伤或感染，睡时用纱布盖住患侧眼睛，必要时涂眼膏。

（四）恢复期（一般指发病两周后），指导患者对镜自行按摩及训练表情肌功能（练习皱额、抬眉、闭眼、鼓腮等动作）。

多发性神经炎

多发性神经炎又称周围神经炎或末稍神经炎，以对称性的四肢远端呈手套、袜子型分布的感觉障碍和瘫痪为主要临床表现。

病　因

感染和中毒是常见的原因。

（一）感染：如白喉、痢疾、伤寒等。

（二）中毒：如砷、铅、呋喃西林、异烟肼等重金属及药物中毒所致。

（三）营养缺乏和代谢障碍：维生素B_1缺乏症、糖尿病、慢性酒精中毒等。

临床表现

（一）感觉障碍：开始为四肢皮肤发麻、发胀、疼痛或有蚁走感。以后可出现呈对称性的手套、袜子样分布的感觉减退或消失。

（二）运动障碍：四肢肌力减弱，肌张力松弛，重者可有腕、足下垂，甚至四肢全瘫，肌肉萎缩，腱反射减弱或消失。

（三）植物性神经功能障碍：四肢皮肤发绀、脱屑、多汗或无汗。

诊　断

典型病例诊断不难。根据临床特点，结合病史及职业史，应进一步确定病因。

在儿童，应与小儿麻痹症鉴别。

预　防

对全身疾病所致的多发性神经炎，应积极治疗原发病（如白喉、伤寒等）。使用易致神经炎的化学药物时，应观察用药反应，同时服维生素B_1，必要时停药。

治　疗

（一）病因治疗：确定病因，积极治疗。

（二）一般疗法：防止病人受凉，注意口腔卫生，经常翻身改换体位，及时清除呼吸道的分泌物，可预防肺炎、褥疮及泌尿道感染的发生。急性期尽可能减少肢体活动，有肢体挛缩倾向者应予按摩。恢复期应积极锻炼肢体。

（三）新针疗法：上肢瘫痪，针刺曲池透少海，外关透内关，合谷透劳宫。下肢瘫痪，针刺阳陵泉透阴陵泉，悬钟透三阴交，昆仑透太溪。均为隔日交替选1～2穴。

（四）药物治疗：维生素B族对维持神经系统的正常功能有重要作用，以B_1、B_{12}、B_6及复合维生素B，口服或肌注。内服地巴唑5毫克，每日3次。加兰他敏2.5～5毫克，每日肌注1次，共20天。

坐骨神经痛

坐骨神经痛，系由不同病因引起的沿坐骨神经通路及其分布区出现以发作性疼痛为主的综合症。

病因

常见的原因是坐骨神经炎及腰椎间盘突出症。前者多由于着凉，受潮等引起，后者可因抬重物，腰部扭伤等所致。其他原因如髋关节病变（化脓性或结核性）、骶髂关节炎、骨盆骨折、椎管内肿瘤、妊娠子宫压迫坐骨神经干，枪伤或直接注射刺激性药物于坐骨神经干等。局部长久受寒可为本症的诱因。

临床表现

（一）疼痛：多为单侧，发病较急，沿坐骨神经通路及其分布区即臀部、大腿后侧、小腿后外侧和踝部疼痛是本症的特点，可因咳嗽、喷嚏、弯腰用力而加剧，直腿抬高试验阳性。沿神经通路可有几个压痛点即椎旁点（4,5腰椎棘突旁）、臀点（相当于环跳穴）、腘点（相当于委中穴）等。

（二）感觉障碍：患肢小腿外侧及足背有发麻及针刺感。

（三）运动障碍：跟腱反射减弱或消失为重要诊断依据之一，但早期常无此变化。慢性患者患侧小腿可有肌萎缩。

诊　断

根据疼痛分布的特点，直腿抬高试验阳性，沿坐骨神经干有压痛点，小腿外侧皮肤有感觉障碍及跟腱反射减弱或消失，可确定诊断。但应进一步查明病因。

预　防

锻炼身体。弯腰举重物时注意保护腰部。腰部痛及腰部外伤者应及早治疗。

治　疗

（一）病因治疗：明确病因，积极治疗。例如椎间盘突出症，可行牵引、推拿疗法，必要时考虑手术治疗。

（二）一般疗法：急性期应卧床休息，为减轻疼痛，可服

阿司匹林、水杨酸钠等镇痛药。

（三）新医疗法

1.新针疗法：针刺环跳、阳陵泉、殷门、悬钟、昆仑。

2.水针疗法：见常用诊疗技术。

（四）药物治疗

1.肌注维生素B_1、B_{12}；或口服维生素B_1及维生素B_6。

2.口服抗炎松、保泰松等。必要时服强的松5～10毫克，每日三次。

3.对坐骨神经炎可用654—2，10毫克，每日一次，肌肉注射。

4.中草药

(1) 豨莶草8两，臭梧桐根1斤，共焙干，研末，每次2～5钱，每日2次口服，开水或白酒送下，连服20～30日。

(2) 南蛇藤根4两，八角枫根2两，白酒2～3斤，浸七日后，每晚饮酒5钱～1两。

(3) 望江南根5钱，臭牡丹根3钱，茜草根2钱，煎水服。

四、颅脑损伤

包括头皮损伤、颅骨骨折和脑损伤，可单独发生或合并出现，其中以脑损伤最为严重。

头皮损伤

头皮：分皮肤、皮下、帽状腱膜、腱膜下组织和骨膜五层。前三层紧密相连，可视为一层。头皮血液供应丰富，局部

愈合及抗感染能力强。但出血时，因皮下组织致密固定，血管不易回缩，常不能自止。头皮损伤可分为

（一）头皮血肿

1.皮下血肿：特点为小、圆、痛，一般不需特殊处理，常可自行吸收。

2.帽状腱膜下血肿：由于帽状腱膜下组织疏松，血肿容易扩展，出血多时可前自眉弓，后达枕部两侧延及颞部而将头皮整个浮起。血肿内血液不易凝固。治疗时，在无菌条件下，用粗针将积血抽尽，然后注入青霉素20万单位，再行加压包扎。若合并感染化脓，则切开引流。

3.骨膜下血肿：多见于初生儿，分娩时受伤所致。血肿以骨缝为界，中央有波动感，边缘因血块和骨膜肥厚而稍高起，易与凹陷性骨折混淆。一般不需特殊治疗，可让其自行吸收。如血肿较大时亦可抽出积血，加压包扎。

（二）头皮裂伤：不论伤口大小，往往出血很多，如不及时止血，严重者可引起休克，甚至死亡。急救时可用手掌压迫或加压包扎止血。力争在伤后24小时内进行清创缝合。如创口污染较轻，清创比较彻底，即便在伤后72小时内仍可考虑缝合，但需置橡皮膜引流。

（三）头皮撕脱伤：多见于妇女的辫子被卷入转动的机器内，使大块头皮连同发根一并撕脱。若头皮有蒂相连，经过清创缝合，多可获得愈合。

头皮撕脱伤为严重损伤，经急救（止血、包扎）后，应将撕下之头皮随同伤员转送医院进一步治疗。

脑 震 荡

当头部受到撞击后立即出现暂时性的意识丧失，称为脑震荡。

临床表现

伤后意识立即丧失，一般不超过15～30分钟。在此期间，病人四肢松软，腹壁与腱反射消失；醒后常有头晕头痛，大多有近事遗忘，少数病人有恶心、呕吐；病人的生命体征（脉搏、血压、呼吸、体温）与脑脊液都没有明显改变。

治 疗

一般不需特殊处理。如病情平稳，经卧床休息 1 ～ 2 周，必要时给镇静剂或其他对症治疗，多数病人恢复顺利。少数病人可能遗有头痛、头晕等症状。

脑震荡可为其他严重脑损伤的最初表现，必须高度警惕，严密观察。如出现：①呕吐次数增多，而且在没有进食的时候，也不断发生呕吐；②烦躁或昏迷；③瞳孔不等大；④异常剧烈的头痛；⑤偏瘫；⑥呼吸道分泌物增多，逐渐出现呼吸困难；⑦脉搏不断减慢，血压不断增高，呼吸不断加深，体温不断升高或偏低等，表示颅内有严重损伤，必须送医院积极抢救。

脑 挫 裂 伤

当外力打击头部，引起脑组织破损和出血时称脑挫裂伤。

脑组织的损伤部位，一般位于直接受撞击的一侧，但也可能因对侧脑组织急剧向伤侧移位而引起血管撕裂出血，称之为“对冲性损伤”，有时比原发伤更为严重。

临床表现

脑挫裂伤的临床表现因受伤部位和程度而有很大差别，常见者有

1.意识障碍：伤后昏迷时间较长，一般均在1～2小时以上，亦可长达数日、数周、甚至数月。昏迷病人常因便秘、尿潴留和呼吸道分泌物增多，而造成呼吸困难。

2.局部症状：大脑额叶受伤，可出现对侧肢体抽搐、瘫痪、失语等；脑干损伤时，可出现深昏迷，双侧瞳孔散大或极度缩小，对光反射消失，四肢阵发性强直，呼吸循环功能迅速衰竭。

3.生命体征的改变：轻症病例，变化多不明显。重症病人，因脑水肿的发展，使颅内压增高时，大多脉搏缓慢、洪大和血压逐渐上升，呼吸慢而深；至病程晚期，脉搏细弱快速、节率不齐，血压骤然下降，呼吸不规则或骤停。

4.脑膜刺激征：由于挫裂伤部位的血管破裂，血液流入蛛网膜下腔，病人多有脑膜刺激征，如剧烈头痛，颈项强直、抬颈试验（布氏征）与抬腿试验（克氏征）阳性等。

严重脑挫裂伤常威胁伤员生命，除积极抢救外，应立即争取有经验的医护人员前来治疗。

治　疗

1.一般治疗

(1) 卧床休息。一般病例宜头高位；昏迷病人宜侧卧，以防口腔分泌物或呕吐物进入气管。

(2) 气管切开。昏迷较深者，呼吸道分泌物过多或肺部有湿性啰音，应及时气管切开。

(3) 镇静。病人躁动不安或惊厥，绝不能企图用强力制服，可给予适量镇静剂（冬眠灵、苯巴比妥、水合氯醛、副醛等）。

(4) 物理降温。体温超过39℃，应在腋窝、腹股沟部用井水或酒精擦浴降温。

(5) 昏迷病人禁食，用静脉补液维持，每日给1500～2000毫升不含钠溶液，但输入速度不能太快。伤后三天内仍不能进食者，可鼻饲。

(6) 观察血压、脉搏、呼吸、瞳孔和意识的变化，是测定伤情轻重与病情演变的重要指标，也是决定治疗方针、检验治疗效果的主要依据。因此，在治疗过程中必须根据病情，每半小时到2小时观察记录一次。疑有血肿时应及时手术探查。

2.肾上腺皮质激素的应用：可改善伤员整体情况，减轻伤后脑组织水肿和减少疤痕的形成。因此对严重病例，可用氢化可的松每日100～200毫克，静脉滴注，连续3～4日。

3.脱水疗法：在脑挫伤的病例中，如果能有效地控制脑水肿，病人得到挽救的可能性将大大提高。目前常用的药物有

(1) 50%葡萄糖溶液，静脉注射，每次40～60毫升，每日

4～6次。

（2）20%甘露醇溶液或25%山梨醇，静脉滴注，每公斤体重1～1.5克一次，必要时每6～8小时重复一次。

（3）尿素（以10%转化糖配成30%溶液）静脉滴注，每公斤体重1克一次，在30～60分钟内滴完，每日一次。

以上药物根据病情，单独应用或交替使用；一般脱水疗法连续用3～4日，需要时尚可延长；在治疗中应适当限制水分摄入量，但需注意不要造成过分失水和电解质平衡的严重紊乱。

4.冬眠疗法：应用冬眠疗法是抢救严重脑损伤的重要措施之一。因为在冬眠低温的条件下脑组织代谢降低，对缺氧的耐受性增加；同时冬眠药物可降低血管的渗透性，而使脑水肿减轻。常用冬眠1号一个剂量加入5～10%葡萄糖溶液中，缓慢静脉滴注，同时辅以物理降温。使直肠体温保持在34～36℃之间。在具体应用时，药物的剂量及滴注速度，须按病情适当增减，已达冬眠状态后，也可用上述药物酌量肌注加以维持，每6～8小时一次。冬眠时间的长短因病情而不同，一般3～4日。

5.护理：对昏迷病人的护理非常重要，着重在于保持呼吸道通畅，注意眼、耳、鼻、口的卫生，防止角膜干燥及溃疡的发生，保持皮肤的清洁和干燥，2～3小时轻翻身一次，以防止坠积性肺炎和褥疮的发生，放置保留导尿管避免膀胱过度膨胀，经常保持大便通畅。

硬脑膜外血肿

在颅内血肿中发病率高。血肿位于颅骨与硬脑膜之间，常由于脑膜中动脉破裂所致。多见于颞叶外侧面。

临床表现

典型表现为患者头部外伤后，因脑震荡或轻度脑挫伤而立即昏迷，继之有一段清醒期，随后血肿逐渐增大，使脑受压而再度昏迷。中间清醒期或意识好转期是诊断硬膜外血肿的重要依据；清醒期的长短取决于血肿形成的速度，最短的仅1～2小时，长的达数日以上，但绝大多数在24小时内。随着血肿体积增大，颅内压力逐渐增高，出现脉搏慢、呼吸慢和血压高。同时血肿侧瞳孔逐渐散大，对光反射消失，对侧肢体无力，甚至瘫痪。当血肿继续增大，颅内压进一步增高时，则两侧瞳孔散大，患者因呼吸循环衰竭即死亡。

治　疗

在硬膜外血肿中，急性脑受压是威胁生命的主要矛盾。而血肿的存在是这一矛盾中的主要方面。要抢救病人生命，必须立即采取紧急手术，开颅清除血肿和制止出血。

五、癫　　痫

癫痫俗称“羊癫风”。是突然的短暂的大脑功能失调，主要表现为意识丧失和阵发性抽搐。一般可分为两种。

1.原发性癫痫：原因不明，常自幼年发病，20岁以后，发病者少见，可有家族史。

2.继发性癫痫：常由于脑膜炎、脑炎、脑外伤、脑寄生虫病、脑肿瘤、高血压脑病、子痫等引起。

临床表现

癫痫的表现形式多种多样，常见有

（一）大发作：最多见，半数患者在发作前有先兆症状，如头昏、精神错乱等。发作时突然大叫一声，立即昏倒在地，知觉丧失；眼向上翻，瞳孔散大，对光反射消失，呼吸停止，口吐白沫，有时伴有小便失禁，以后四肢阵阵抽搐，常咬伤舌头，历时3～5分钟便转入昏睡状态。醒后常诉头痛，全身乏力，对发作经过不能回忆。如连续发作，意识一直不恢复，称为癫痫持续状态，若不抢救，可有生命危险。

（二）小发作：为短暂的意识障碍而无抽搐，多见于儿童。每次发作时间极短，持续不过几秒钟。主要表现为短暂的活动停止，谈话中断，手中持物落地，呆立不动，一般并不跌倒，发作过后即恢复常态。一天最多可发作数十次以上。

（三）精神运动性发作：表现与精神病相似，可持续数小时至数日，间歇期精神状态正常，对发作情况醒后不能回忆。

（四）局限性癫痫：发作性抽搐局限于肢体一定部位，或按一定顺序扩展到其他部分，多无意识丧失。

诊　断

根据发作时的临床特点，一般诊断不难。继发性癫痫应尽早明确病因诊断。

预　防

做好产前检查，及时处理难产及新生儿窒息。预防各种传染病（特别是侵犯中枢神经的传染病），可降低继发性癫痫的发病率。

治　疗

（一）病因治疗：继发性癫痫，可针对病因，积极治疗。

（二）新针疗法：发作间歇期针刺长强、百会（透前、后顶）、大椎。大发作期刺人中、涌泉。

（三）药物治疗

1.如癫痫连续发作不止，可选用以下药物单独或联合应用。

（1）安定（苯甲二氮䓬）10毫克，肌注；

（2）苯妥英钠250毫克，肌注；

（3）苯巴比妥钠0.1～0.2克，肌注。

待抽搐停止后，口服或鼻饲抗癫痫药物。

2.抗癫痫药物：

（1）苯妥英钠：为首选药物。适用于大发作及精神运动性发作。成人量每次0.1克，每日3次，儿童每日每公斤体重5～10毫克，分3次服。有牙齿增生，皮疹，步态不稳等副作用，停

药后可消失。

（2）去氧苯比妥(扑痫酮、麦苏林)：用于大发作及精神运动性发作。成人量每次0.25克，每日2次，儿童量每日每公斤体重12.5～25毫克，分3次服。有嗜睡、恶心、皮疹等副作用。本药不宜与苯巴比妥合用。

（3）三甲双酮：适用于癫痫小发作。成人每次0.15～0.3克，每日2～3次，儿童每日每公斤体重20～40毫克，分3次服。此药毒性大，可产生再生障碍性贫血及粒细胞减少症。服药期间至少每月检查血常规一次，肝肾功能减退者忌用。

（4）其他尚有苯巴比妥(适用于大发作)，利眠宁（适用于小发作)，氯丙嗪（适用于癫痫合并精神症状者）等药物可服用。

（5）中草药

方一：胆南星1.5钱，广木香1钱，生姜汁1酒杯,竹沥汁1酒杯。

用法：水煎南星、广木香，兑生姜汁，竹沥汁服。

方二：礞石2钱，沉香1分，大黄2钱，黄芩3钱，水煎服。

六、神经官能症

神经官能症是由精神因素所致的大脑皮层功能暂时失调的一组疾病。常见有神经衰弱和癔病两种。

神 经 衰 弱

神经衰弱是大脑兴奋与抑制平衡失调的一种功能性疾病。青、壮年较为常见。

临床表现

起病多缓慢，病程较长。失眠是本病的主要症状。由于失眠，患者自觉头痛、头昏，注意力不集中，记忆力减退，容易疲乏，烦躁易怒等。由于大脑皮质功能紊乱，导致植物神经系统功能失调，出现心悸、多汗、手颤、脸部易发红发白或性机能障碍等症状。

患者主诉繁多，但系统体格检查却无明显异常体征发现。

诊 断

不能仅凭临床症状而轻率诊断。必须详细询问病史。了解生活经历、有无精神创伤，过细的体格检查，必要时通过一定时间的观察，以排除各种器质性疾病。

防 治

根本在于用毛泽东思想武装病人的头脑，做过细的思想工作，使患者充分了解引起本病的各种原因，正确认识和对待疾病，从而发挥与疾病作斗争的主观能动性。

在充分发挥患者内因作用的基础上，采取中西医结合的综合性治疗措施，合理的安排工作与生活，适当参加体力劳动和

体育锻炼。

（一）新医疗法

1.新针疗法：安眠1、神门、足三里、三阴交、内关、大椎。每次取2～3穴。

2.耳针疗法：神门、皮质下、心、胃、枕部。每次取2～3穴，留针30分钟，亦可埋针。

3.水针疗法：取足三里或内关、三阴交，注射5～10%葡萄糖溶液，每穴2～4毫升，或注射0.5%盐酸普鲁卡因，每穴0.5毫升。

（二）镇静安眠药

利眠宁每日3次，每次10毫克；三溴片每日3次，每次0.6克。也可用安宁0.2～0.4克，或安眠酮200毫克，睡前服。难以入睡者可用10%水合氯醛10毫升，睡前服；睡眠浅而早醒者可服苯巴比妥0.1克，睡前服。

（三）谷维素：其作用为调整植物性神经功能紊乱，每次10毫克，每日3次。

（四）中药治疗

如养血安神片、安神补心丸、归脾丸、柏子养心丸等成药均有一定疗效。

癔　病

癔病以女性较多见，发病较急，病程较短。临床表现多种多样，多在精神刺激等因素影响下发生，经过暗示能减轻或产生症状，常有重复同样发作的病史，但体格检查又无器质性损

害的体征发现。本病属祖国医学“脏躁症”的范畴。

临床表现

常见的有精神、运动和感觉方面的症状

（一）精神症状：多在精神创伤后立即发病，常见者有忽而狂笑、高唱，忽而大哭、捶胸蹬足，胡言乱语，四肢乱动。待意识清醒后，患者多不能回忆发病经过。

（二）运动症状：以痉挛性发作及瘫痪为多见。

1.癔病性痉挛发作：突然四肢抽搐，双手紧握；或四肢挺直，颈项强直，类似癫痫发作。但是，发作时两目紧闭，多无意识障碍，故很少跌伤。检查瞳孔时，眼睑反而闭合更紧，瞳孔大小正常。无大小便失禁现象。各种生理反射正常，无病理反射。历时数十分钟至数小时。

2.癔病性瘫痪：突然发生一个肢体下半身或一侧瘫痪。患者可以在床上活动，但不能起立或行走。瘫痪可经暗示而减轻、治愈或产生新的症状。无肌萎缩，无病理反射，腱反射正常。

（三）感觉症状：自觉身体某区域感觉消失、减退或过敏，但感觉障碍的范围与神经的分布不符，且每次检查的结果并不一致。

（四）五官症状

1.癔病性失明：无眼部疾病而突然失明，但走路能避开障碍物。

2.癔病性耳聋：多为双侧性，两耳虽全聋，但可在熟睡时被叫醒，醒后又不能听到。

3.癔病性失音：突然不语，但无神经系统及发音器官的病理改变发现。

（五）内脏器官症状：如厌食、呃逆、恶心、呕吐、心悸、气短、呼吸困难或喉部异物感等。

诊　断

诊断必须建立在详细了解病史和过细的体格检查的基础上，根据患者的临床特点，认真排除器质性疾病后，方能作出癔病的诊断。癔病须与癫痫鉴别，见下表：

癔　　病	癫　　痫
1.有精神方面的诱因	无
2.意识不丧失	意识完全丧失
3.夜间不发作，周围无人不发作	日夜均可发作，夜间居多
4.发作时不咬破舌头	常咬破舌头
5.无小便失禁	小便失禁
6.不在危险场所发作	任何场所均可发作
7.暗示、针灸效果好	对苯妥英钠有效

防　治

认真读马列的书和毛主席的书，积极参加三大革命斗争，彻底改造世界观，树立辩证唯物主义和历史唯物主义观点，是防治本病的根本措施。在此基础上可给予必要的治疗。

1.暗示疗法：皮下或肌肉注射1～2毫升蒸馏水或静脉注

射10%葡萄糖酸钙10毫升（注射要缓慢，病员全身可有灼热感），通过药物的刺激，配合语言鼓励，加强信心，常有良效。

2.新针疗法：发作时强刺人中、涌泉穴，可迅速制止发作，瘫痪者针合谷、内关、曲池、环跳、足三里、昆仑、均强刺激；失音者针人中、廉泉、合谷；失明者针睛明、太阳、风池。

3.中药治疗：以安神定志，滋养津液为原则。可用甘麦大枣汤加减。

第二节 精 神 病

精神，在医学领域，是指人的高级神经系统（脑，尤其是大脑皮质）对客观存在的反应。社会上的一切事物和现象，通过人们的眼、耳、鼻、舌、身等感觉器官反映到大脑，经过思维，联想、计算等活动，以表情，语言，行动，意志等形式表现出来。

精神病是由于某些原因（如精神创伤，外伤，感染，中毒，产后或各种躯体性疾病等）所致的高级神经活动障碍，对客观存在出现了不正常的反应。这种反应突出表现在人的认识、情感、思维和感知觉活动方面的障碍，可有哭笑无常，无故吵闹，胡言乱语，伤人毁物，抑郁、迟钝，甚至不畏水火，不知羞耻等现象。本病属祖国医学“癫狂”范畴。

临床表现

病人在发病时有一个共同的特点，对自己的疾病缺乏认

识，不能主动就医，甚至拒绝检查和治疗，临床表现复杂多样，可分为几方面。

（一）感觉和知觉障碍

1.感觉障碍：可以表现为感觉减退或消失，如失明、失听。

2.知觉障碍

（1）错觉：指对外界事物错误的知觉，把客观存在的某种事物，感知为另一种事物，因而所得的印象与客观事物不相符合。如患者把听到的流水声，错认为人在说话；看到地上的绳索，误认为蛇。

（2）幻觉：是在没有客观事物的刺激下而产生虚幻的感觉。临床常见的有幻听、幻视，而出现对空谩骂，对空冲击，伤人毁物等现象。

（二）思维障碍

是精神病的主要症状

1.语言分裂。患者单独讲的词句是可以理解的，但整段话中，句与句之间缺乏内在联系，而是一些语句的堆集，整段话的意思是不可理解的。

2.妄想。即缺乏事实根据或不符合真实的情况下，而病人却产生错误的信念、判断和推理。

（1）迫害妄想：疑心别人迫害自己。

（2）夸大妄想：认为自己才能超群，自命不凡，举止行为傲慢。

（3）关系妄想：把别人的一举一动都看成是针对自己的，周围环境发生的变动都与自己有关。例如别人说话、看书读报、

穿衣脱鞋等、都与自己有关。

（4）疑病妄想：认为自己患了不治之症，如肠子撕裂或腐败，心脏停止跳动等，虽经说服，但无法改变其信念。

（5）自罪妄想：认为自己有罪，总是谴责自己。常表现出拒食、自伤或自杀。

（三）运动障碍

1.运动性兴奋：患者的行动常带有冲动性，出现离奇的做作性的动作，甚至有自伤、伤人、毁物等现象。

2.运动性抑制：患者运动减少，反应迟钝，说话慢，声音低沉，呈痴呆状态，或静默不语，甚至蜷卧懒动。严重者可有木僵状态：不活动、不说话、不进食，面部无表情，对各种刺激均不产生反应，甚至大小便也不主动排出。有的患者肢体如蜡样易塑，任人摆布，可在长时间内维持一个极不舒适的姿态，称为蜡样曲屈。

（四）情感障碍

是指患者对客观事物所抱的态度及一定时间内个体情绪的变化。主要有两方面的表现。

1.感情淡漠：表现为情绪忧郁，愁容满面，唉声叹气，悲观绝望，或呈现烦躁、焦虑，搓手蹬足，惶惶不可终日。

2.情绪高涨：表现为狂喜极乐，眉飞色舞，手舞足蹈，表情欣快，趾高气扬。

（五）智能障碍

主要表现为对事物的分析、综合、理解、判断等能力的降低或丧失，常伴有记忆力减退，临床上呈现不同程度、不同性

质的痴呆。

临床分型

（一）精神分裂症：是精神病常见的一种。临床特点是精神活动的“分裂”。思维、情感和行为脱离现实，不易为人理解且彼此不相协调。情感反应迟钝不鲜明，表情淡漠，对一切活动无兴趣，懒散，孤独，闻喜不乐，遇悲不忧。整个思维活动破裂较为突出，无逻辑性，令人难以理解，虽然语言的结构正常，但缺乏一定的实际内容和目的。患者意识清楚，记忆、智力早期大多良好，体检无异常发现，晚期可引致精神衰退，故应及早积极治疗。

（二）躁狂抑郁性精神病：主要表现为情感障碍，又称为情感性精神病，临床特点是有时表现躁狂，有时表现为抑郁，或两种状态交替发作，经过长短不一的时间而自动缓解。缓解期病人的精神活动完全正常，并保持与发病前同样的工作能力。

1.躁狂状态者，表现为情绪高涨，思维联想迅速，动作增多敏捷，严重者可出现粗暴无礼的冲动，大吵大闹，日夜不休，生活不能自理。

2.抑郁状态者，表现为情绪低落，思维迟钝，动作减少缓慢，对周围一切不发生兴趣，严重者可出现强烈的自杀观念和行动，甚至长期卧床不起，呈木僵状态。

（三）反应性精神病：是由于重大的精神创伤所致的精神障碍，症状内容与创伤有密切的联系。患者情感鲜明，愿谈内心体验，随着精神创伤的消除，症状可在短时间内消失。.

（四）中毒性精神病：发病原因主要是和某些毒物（如铅、汞、锰、一氧化碳）或药物（如阿的平）等接触有关。精神症状作为全身症状之一而存在。治疗以解除病因为主，适当控制精神症状。经积极的病因治疗和对症治疗，精神症状随即消失。

诊　断

根据病史、临床表现和精神检查进行诊断。当遇有精神异常的病人，要确定是否患精神病，应向患者所在的组织、家属及周围群众详细调查病史，对患者作细致的体格检查、精神检查及观察，然后将所得的材料，用阶级观点进行分析、判断，方能作出正确的诊断。

治　疗

人们的精神活动都带有阶级性，对精神病要作阶级的、科学的分析。因此精神病的治疗必须突出无产阶级政治，坚持用毛泽东思想教育病人，统帅治疗的全过程。医护人员要有高度的无产阶级感情和政治责任感，从思想上、生活上关心体贴精神病人。

（一）精神治疗：做好对病人的调查工作，摸清患者家庭情况，社会关系、发病原因及思想动态，在调查研究的基础上，根据患者的不同情况，组织他们读马列的书和毛主席著作，坚持对他们进行阶级教育、路线教育，提高患者的阶级斗争、路线斗争和执行毛主席革命路线的自觉性，树立唯物论的反映论，破唯心论的先验论，使之向各种不良倾向作斗争，调动其

积极性，树立为革命治病及战胜疾病的信心。

（二）物质治疗

精神病人的治疗，必须强调精神治疗的主导作用，但也不能忽视物质治疗的作用。要正确处理精神治疗与物质治疗的关系。应采用中西结合，进行综合治疗，以恢复生理功能为主，为精神治疗扫除障碍。

1.新医疗法

（1）体针：合谷透后溪，大冲透涌泉。躁狂型配风府、风池、哑门；抑郁型配三阴交、内关、百会；幻视配球后、睛明；幻听配听宫透听会、医风；拒食配足三里；卧床不起配殷门。每天1～2次，每次2～3穴。

（2）耳针：肾、神门、交感。躁狂型配肝、胆；抑郁型配心、小肠。

2.小剂量安定剂

（1）氯丙嗪：口服为主，每日250～300毫克。主要副作用是黄疸、颗粒性白细胞减少、皮疹、体位性低血压等。用药过程中定期作血象检查，如白细胞计数在3,000以下时，应立即停药。

（2）泰尔登：有抗抑郁、抗焦虑作用，用于有消极、抑郁状态者。开始用25～50毫克，每日3次，逐渐增加至每日量200～300毫克，病情好转，改为维持量（每日150毫克以下）。注意事项与氯丙嗪同。

（3）奋乃静：适用于抑郁型者，开始量为2～4毫克，每日3～4次，渐次递增至每日量16～40毫克，分三次服。本药

的副作用较氯丙嗪多见。可同服安坦，2～4毫克每日三次，以减少副作用的发生。

（4）谷维素：经临床试用证实对躁狂抑郁性精神病、更年期精神病、脑外伤精神失常均有较明显的效果。剂量10毫克，每日3次口服，一般每日量不超过60毫克。服药期间有油脂分泌过多，食欲增加，体重迅速增加，乳房肿胀等反应。

（五）病重者宜转送精神病院治疗。

第三节　内分泌系统疾病

一、解剖生理

人体中有两种腺体，一种是外分泌腺、如腮腺、胰腺、乳腺等，它们都有导管，分泌物通过导管排出，叫有管腺或外分泌腺。另一种没有导管，其分泌物直接进入血液中，叫无管腺或内分泌腺，包括脑垂体、甲状腺、甲状旁腺、胰岛、肾上腺、性腺等（图22—17）。它们本身的活动受神经的支配，又与神经

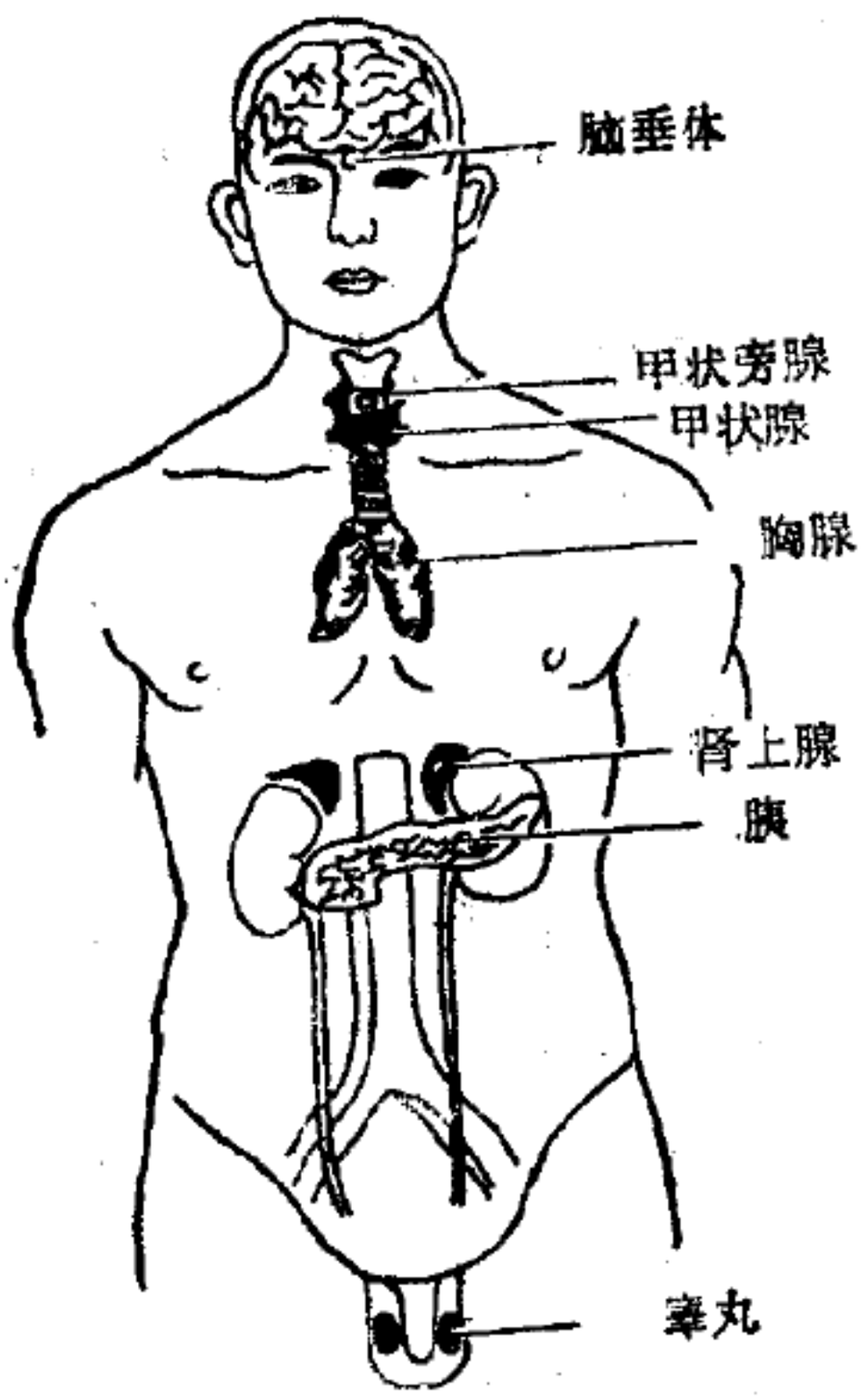


图22—17　内分泌腺

系统相配合，调节身体各器官的功能活动。内分泌腺的分泌物统称“激素”，量少而作用广泛，其主要作用是影响身体的新陈代谢、生长发育等。内分泌腺的疾病可导致激素的分泌过多或不足，常相应地出现内分泌机能亢进或减退的症状。

(一)脑垂体：位于颅底的垂体窝内，可分前叶与后叶。前叶分泌促生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质素、促性腺激素等，能促进人体的生长发育及相应内分泌腺的功能；后叶分泌催产素及抗利尿素，能使血管、子宫收缩，抑制尿的生成。

(二)甲状腺：位于颈前部，喉和气管的两侧，其分泌物叫甲状腺素。这种激素能促进人体的新陈代谢及生长发育。若分泌过多，则出现甲状腺机能亢进；若分泌不足，则出现甲状腺功能低下，成人称“粘液性水肿”，小儿叫“呆小病”。

(三)甲状旁腺：只有黄豆大小，位于甲状腺上、下端的背侧，左右各一对。分泌甲状旁腺素，能调节钙、磷代谢，如分泌不足，则使血钙降低引起手足抽搐症。

(四)胰岛：散在地分布在胰腺中，分泌胰岛素，能调节醣代谢，维持血糖正常水平。当胰岛受损时血糖升高，引起“糖尿病”；分泌过多时则使血糖下降，可引起低血糖休克。

(五)肾上腺：紧贴于肾脏的上端，左右各一。其外层叫皮质，分泌肾上腺皮质素，能调节水、盐、醣等代谢，并有抗炎症及抗过敏的作用。肾上腺的中央部叫髓质，分泌肾上腺素，它可以使心跳加快、加强，大部分动脉血管收缩、血压上升，皮肤苍白，瞳孔散大，支气管平滑肌松弛，肠管蠕动受到抑制等。当人处于兴奋、愤怒和恐惧时，肾上腺素分泌增加。

(六)性腺：男子的性腺在睾丸内，女子的性腺在卵巢内。其分泌物都与性机能和男女的性特征有关。详见生殖系统。

二、几种内分泌疾病

单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿，是由缺碘引起的甲状腺组织代偿性增生肥大，而使甲状腺体呈弥漫性肿大的内分泌疾病。分为地方性及散发性两种。一般不伴有甲状腺机能紊乱。

缺碘的原因主要有两种：一是由于当地水源、食物、土壤、食盐中碘含量缺乏，碘的摄入量不足，故发病呈地方性；感染、儿童发育、青春期及妊娠时，因机体对碘的需要增加，致使碘相对地缺乏，故发病呈散发性。

临床表现

最突出的是甲状腺肿大。起病慢，肿大程度不一，轻者除感到衣领过紧外多无其他不适；重者则颈部变粗，甲状腺垂于颈前呈大脖子状。初起腺体呈对称弥漫性肿大，表面光滑柔软，无压痛，多无震颤及杂音，随吞咽动作而上下移动。以后可有结节形成。甲状腺极度肿大时可产生局部压迫症状，如声嘶、吞咽困难及气促等。如甲状腺肿位于胸骨后或胸腔内，压迫上腔静脉，可引起头部静脉回流受阻而导致静脉充盈及曲张。

诊　断

根据临床特点，诊断不难。基础代谢率的测定有助于与其他甲状腺肿相鉴别。

简单的基础代谢率测定法：清晨初醒时测患者的血压（收缩压及舒张压）及每分钟脉搏数，将所得数值代入以下公式，结果即为基础代谢率的百分数。正常为＋10%～－10%。

基础代谢率＝脉压＋脉搏－111。

预　防

在地方性甲状腺肿流行的地区，可作集体性预防。方法有

(一)多吃海带、海藻类食物。

(二)碘化食盐(含碘化钾0.01%，即10公斤食盐加1克碘化钾)。

治　疗

(一)碘剂：一般为口服碘化钾，每日10～15毫克，二周为一疗程。然后每隔三至四个月再服一疗程，间歇治疗一年左右。亦可服复方碘溶液(芦戈氏溶液)，每日服1～2滴，疗程同上。

(二)草药单方

1.海带2两，水煎服，并将海带吃下。

2.黄药子4两，研细末，白酒1斤，浸泡一周，每次服一小杯，每日2～3次，久服须注意对肝脏的影响。

（三）新针疗法：在肿大的甲状腺两侧，选出对称点为阿是穴，针尖向对侧角缓缓斜刺1～1.5寸深，注意不要刺伤动脉，局部出现胀感时退针，然后针曲池或天突，隔日针刺一次。

（四）干甲状腺制剂：对早期病人疗效较好，每日0.06～0.18克，服一个月，肿大的腺体可逐渐缩小，四至六个月可逐渐消散。

（五）手术治疗：甲状腺显著肿大，发生压迫症状；或肿大的腺体有结节，可能发展为癌肿或甲状腺机能亢进者，可考虑手术治疗。

甲状腺机能亢进

甲状腺机能亢进是神经——内分泌机能失调，使甲状腺素分泌过多而引起的疾病。以精神激动、震颤、突眼、甲状腺肿大、心动过速、食欲亢进及消瘦等为主要临床表现。较多见于二十至四十岁的女性。

病因病理

一般认为是由于各种因素（如精神刺激或急性感染等），作用于精神状态不稳定的人体，导致中枢神经机能紊乱，垂体前叶促甲状腺素分泌过多，因此引起甲状腺增生、肥大，甲状腺素的生成和分泌过多，大量的甲状腺素进入血液，出现以人体代谢增高，耗氧和产热量增加为主的临床过程。

临床表现

起病多缓慢，以渐感乏力，食欲亢进而体重减轻，情绪急躁，易激动，怕热、心悸，眼球发胀等症状而就诊。主要表现有

（一）甲状腺肿大：见于大多数病例，多呈轻度或中度对称性弥漫性肿大，质软，随吞咽运动而上下移动，可有震颤及血管杂音。

（二）神经精神症状：兴奋激动，烦躁易怒，言语增多，失眠、双手震颤，面部潮红；怕热，多汗等。

（三）代谢增高的表现：怕热，多汗（以手掌为甚），食欲亢进，体重反而减轻，基础代谢率增高，常在+30%～+60%左右。

（四）心血管系统症状：由于甲状腺素对交感神经及心肌的兴奋作用，心搏出量增加，患者感心悸，以熟睡时心跳仍快为本病的特点。心尖区可闻及收缩期吹风性杂音，收缩压增高，舒张压轻度降低或正常，故脉压增大。重者可有心律不齐甚至心力衰竭。

（五）眼征：多数患者有突眼症状，和眼裂宽大，瞬眼少，眼球聚合机能差等。

（六）其他症状：部分患者有腹泻、月经不调或阳萎等。

（七）甲状腺机能亢进危象：为本病发展至严重阶段时的临床表现。往往以精神刺激、创伤、感染、手术等为发病诱因。大多急起，有高热、极度心动过速（每分钟可达二百次），呕吐、

腹泻、黄疸、多汗，并有循环衰竭、水和电解质平衡紊乱等表现。

实验室检查，基础代谢增高，多在+30%～+60%之间，轻者在+15%～+30%之间，重者在+60%以上。

诊断和鉴别诊断

根据甲状腺肿大、眼球突出、手震颤、心动过速等临床特点，结合基础代谢率增高，典型病例的诊断一般多无困难。

本病应与单纯性甲状腺肿鉴别，单纯性甲状腺肿，无震颤及杂音，无突眼征，无神经精神症状及善食而瘦等表现，基础代谢率测定一般正常。

治疗

（一）一般疗法：做过细的思想工作，以解除精神负担，给予适当的镇静剂。利血平有镇静、减慢心率，降低体温等作用，对本病有一定的疗效。开始可口服0.25毫克，每日3～4次，以后酌减。注意营养，供给足量的维生素。严禁烟、酒。

（二）抗甲状腺药物：目前用于临床的抗甲状腺药物主要有硫氧嘧啶及嘧唑二类，前者包括甲基硫氧嘧啶及丙基硫氧嘧啶，后者常用为他巴唑，此二类药物均有抑制甲状腺素合成的作用，从而减轻甲状腺毒性症状。

一般病例，开始时每日剂量以丙基（或甲基）硫氧嘧啶300毫克，或他巴唑30毫克，分三次口服。经治疗三至四周后，可将剂量减少约三分之一，以后直到病情得到控制，症状缓解，

基础代谢率恢复正常，再改服维持量。维持量是丙基(或甲基)硫氧嘧啶50～150毫克或他巴唑5～15毫克，每日分二次或一次服用，服用时间约一年左右。

以上药物的副作用主要是粒性白细胞缺乏症，发热或皮疹。

(三)中草药单方：

黄药子3钱，土贝母3钱，海藻3钱，牡蛎8钱，昆布3钱。每日一剂，水煎，分二次服，连服一周，如症状减轻可续服。

(四)新针疗法：

取穴　第一组：阿是穴、合谷、足三里；

第二组：阿是穴、泽前、三阴交；

第三组：阿是穴、内关、太冲。

每天针一组，十五天为一疗程，每一疗程间隔五天。合并有心动过速或失眠者，加神门、安眠、风池等穴。

(五)手术治疗：甲状腺次全切除为目前治疗本病较有效的方法。术前用硫氧嘧啶使基础代谢率接近正常，脉搏控制在每分钟80次以下，术前二周加用碘剂，为手术创造条件。

甲状腺危象应送医院抢救。

糖尿病

糖尿病是由于胰岛功能减退而引起的慢性醣代谢紊乱为主的疾病。以多尿、多饮、多食、消瘦，血糖增高及糖尿为主要临床特征。严重时出现酮中毒、昏迷。祖国医学称为“消渴

症”。

临床表现

早期糖尿病患者一般无明显症状，，必须通过化验检查才能发现。晚期可出现以下典型症状。

（一）多尿：因血糖增高，超过肾小管重吸收葡萄糖的限度，糖随小便排出时带出大量水分而有多尿。

（二）多饮：由于失去大量水分，对水的需要相应增加而有多饮。

（三）多食：大量葡萄糖由小便排出，机体热量不足，故饥饿多食。

（四）消瘦：因醣代谢障碍，导致脂肪及蛋白质加速分解，故体重减轻。

（五）疲乏无力：因醣代谢障碍及脂肪、蛋白质分解加速，机体组织日益耗损，渐感疲乏无力。维生素B_1缺乏及血钾减低可能为乏力的原因之一。

（六）其他症状：如皮肤有疖痈，会阴搔痒，月经不调，阳萎等。

（七）小儿糖尿病的症状：发病较急，病情较重，常无明显“三多”（多饮、多尿、多食）症状而可发生糖尿病昏迷。

实验室检查，尿糖阳性，空腹血糖增高（正常空腹血糖为80～120%毫克）。

诊　断

有典型的临床表现而有糖尿和血糖增高，即可诊断。如无典型症状，而仅有糖尿时，则需作血糖测定，如空腹血糖增高，即可确诊。

并发症

(一)酮中毒：严重的糖尿病患者，由于醣代谢紊乱，脂肪大量分解，不完全的代谢产物酮体在血中积聚，发生严重酸中毒，甚至昏迷，称为酮中毒。常因急性感染，未严格控制饮食，手术或创伤，胰岛素、各种降血糖药物治疗突然中断或剂量不足等情况下诱发。早期有恶心、呕吐，食欲减退，疲倦，呼吸深而快，呼气有萍果昧。继续恶化可出现皮肤干燥，脱水，神志不清，反射迟钝，血压下降，脉搏微弱，四肢厥冷，甚至昏迷而死亡。

(二)其他的常见并发症：如皮肤疖、痈、肺结核，动脉硬化，视网膜变性，白内障，周围神经炎等。

治　疗

(一)合理的饮食：饮食治疗有十分重要的意义。轻者通过调节饮食，即可控制病情。饮食量应足以维持患者正常工作、生活、学习的需要，并随病情变化而增减。

原则上，患者少食高糖的食物(如薯类、糖果等)，开始时每日主食控制在六至八两，以后按情况逐渐增加。亦可多吃一

些含蛋白质的食物(如鸡蛋、豆类制品等)。如两周后尿糖仍不能控制，可加服降血糖药物。

(二)单方验方

1.松树二层皮 2 两炖猪骨，每日一剂。

2.天花粉 1 两，拉拉藤 1 两，玉米须 2 两，枸杞根 1 两，桃树胶 3 钱，水煎，每日一剂，分二次服。

3.猪胰七条，焙干为末，成蜜丸二钱重，每日早晚各一丸，服完为一疗程，连续服数疗程。

(三)口服降血糖药物

1.苯乙双胍(降糖灵)：适用于轻型糖尿病患者。开始每次25毫克，每日三次，一至二周后疗效不明显，亦无不良反应时，可渐增至每日150～200毫克，分三至四次服，尿糖控制后可减量维持。副作用有恶心、呕吐、厌食、腹胀、腹泻等。本药可与胰岛素、D860并用。糖尿病酮中毒及肝病患者禁用。

2.甲苯磺丁脲（D860)：主要作用是刺液胰岛分泌胰岛素而降低血糖。适用于一般年龄较大(四十五岁以上)、体胖、无严重并发症的轻型糖尿病患者。第一天 3 克，分三次服；第二天 2 克，分二次服；第三天 1.5 克，分三次服，以后维持此剂量服用一时期，待尿糖消失、血糖正常后，按病情需要逐渐减至最小维持量，长期服用。副作用有恶心、厌食、皮疹、黄疸、发热及粒细胞减少等。如有肝、肾疾患者或对磺胺类药物过敏者，不宜使用。

3.胰岛素：胰岛素的主要作用是促进体内葡萄糖的氧化和利用及肝糖元的合成。从而使血糖降低，尿糖消失。适用于糖

尿病酮中毒，经饮食调节和口服降血糖药物治疗而未能控制的中、重型患者，或伴有严重并发症（如急性感染、肺结核等）者。

常用的制剂有普通胰岛素及鱼精蛋白锌胰岛素。

一般患者开始可试用普通胰岛素 4 ～10单位，每日三次，即在早饭、午饭及晚饭前半小时各皮下注射一次，作为胰岛素基础用量。

在每次进餐前半小时，注射胰岛素之前，嘱患者排尿作尿糖检查，根据尿糖多少，决定是否需加用胰岛素的附加量（见下表）。将基础量与附加量相加，于进餐前半小时一次皮下注射。

尿糖定性结果和胰岛素附加用量的关系

尿糖定性	###	##	#	+（—）
检验反应	开始煮沸时，即显多量红棕色沉淀。	煮沸约15秒钟，即显土黄色沉淀。	煮沸约1分钟后，显少量黄绿色沉淀。	试剂仍清晰呈蓝色。但冷却后有少量带绿色沉淀。
普通胰岛素（单位）	8 ～12	4 ～8	4	—

注：尿糖定性试验：以 1 毫升班氏试剂加尿液二滴煮沸测定。

例如：某患者早餐前预定的胰岛素基础量是 6 单位，进餐前半小时尿糖测定为(###)，由附表查得胰岛素的附加量为 8 单位，两者相加，即得出患者早餐前应用的胰岛素为14单位，一

次注入。

经过短时期的摸索，可掌握患者需用的每日胰岛素总量及每次的用量。以后即不须每日查尿糖多次，可将二十四小时的尿量混合后，取一分标本检查即可。如病情控制良好，可逐渐延长至每星期检查二十四小时尿糖量一次，并试行逐渐减少胰岛素用量，以口服降血糖药逐渐代替。

在用药过程中应注意出现低血糖现象，如饥饿、心慌、出汗、四肢发抖等，应立即饮糖水或静脉注射高渗葡萄糖液，酮中毒昏迷者，应急送医院抢救。

第二十三章　皮肤病

第一节　解剖生理

一、皮肤的构造

皮肤复盖在人体表面，柔韧而富有弹性。分表皮、真皮两层。此外尚有汗腺、皮脂腺、毛发和指甲等附属物(图23—1)。

(一)表皮：是最表面的一层复层鳞状上皮。依其构造又可分为四层，最表面一层叫角质层；最深一层叫生发层(基底层)，

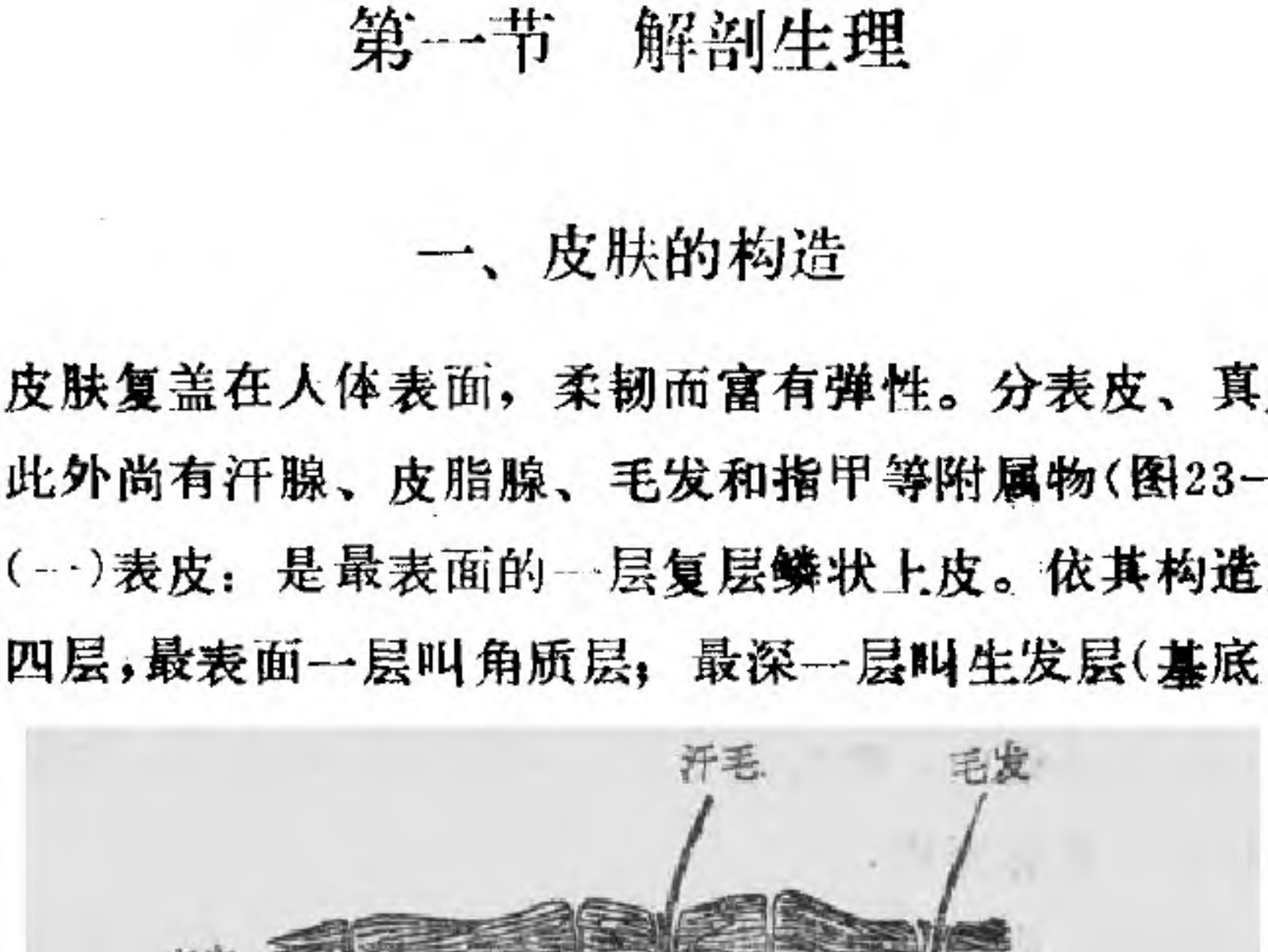


图23—1　皮肤的构造

经常进行细胞分裂，以补充角质层的脱落和修复表皮缺损。

（二）真皮：在表皮的深部，由致密结缔组织构成。它与表皮交界处有许多凸起的乳头，内有丰富的感觉神经末梢和毛细血管。其中以指端，外生殖器等处，乳头数目最多，故感觉也特别敏感。

（三）皮肤附属物

1.汗腺：小汗腺遍布全身，以掌、蹠处最多。大汗腺只分布于腋窝、外阴、会阴、肛门附近，其分泌物有臭味。汗腺都有导管开口于表皮。

2.毛发：除掌、蹠等少数部位外，遍及全身。露在表皮外面的部份叫毛杆，陷在皮内的叫毛根，毛根外包有毛囊，毛根部有立毛肌，收缩时毛发竖立。

3.皮脂腺：除掌、蹠外，遍布全身。位于毛囊和立毛肌之间，开口于毛囊内，能分泌油脂，润滑毛发和皮肤。如果皮脂腺口堵塞，易患座疮。

4.指甲：是指、趾端的紧密而坚实的角化上皮，位于甲床上，有保护作用。

二、皮肤的功能

（一）保护作用：表皮坚厚的角质层能抵御外界的损害和防止体外化学物质、微生物，水分等进入体内。

（二）感觉作用：皮肤内有很多感觉神经末梢（感受器），能感受触、压、痛、温度等外界各种刺激。

（三）分泌和排泄作用：皮脂腺分泌皮脂，滋润皮肤；汗腺

分泌汗液，可排泄部分水分和盐类。

（四）皮肤在日光照射下可综合维生素D。

（五）调节体温：皮肤有散热和保温作用。当体温增高时，皮肤血管扩张及出汗以散发热量；当天气寒冷时，皮下血管收缩，汗腺分泌减少，以保持体温。

第二节　皮肤病的临床表现和防治原则

一、皮肤病的临床表现

（一）症状：主要有搔痒、灼热、疼痛和感觉异常等。

（二）体征：皮肤上出现的异常改变，统称皮疹或皮肤损害。皮疹分原发疹和继发疹两类。

1.原发疹：由皮肤病理变化直接产生。

（1）斑疹：为局限性皮肤颜色改变，不突起，不凹陷。依颜色不同有红斑、白斑、紫斑等，病变在真皮内。

（2）丘疹：为局限性皮肤突起物，约针头至豌豆大小。病变发生于表皮或真皮的浅层。

（3）水疱：为局限性高出皮肤有腔的突出物，内含渗出液。病变常在表皮内或表皮与真皮之间。直径大于0.5厘米的称大疱。内容物为脓液，周围有炎性红晕者称脓疱。

（4）结节：高出皮肤的突出物，比丘疹大，病理改变位于真皮或皮下层。

（5）风团：为局限性水肿的扁平隆起，高出皮肤，形状，

大小不一；中间有白色，周围红晕；突然发生，消退迅速，愈后不遗留疤痕。

2.继发疹：由原发性损害转变而来，或为机械性损伤（搔抓），药物治疗后的结果。

（1）鳞屑：为表皮细胞脱落而成，小如糠秕，大者成片状。

（2）痂：是脓疱，水疱破裂后的内容物以及糜烂面的分泌物与细菌，灰尘，脱落的细胞等一起凝结干燥而成。

（3）糜烂：皮肤失去表皮，露出潮湿的鲜红面，愈后无疤痕。

（4）溃疡：为真皮或深层皮肤破坏所致的组织缺损，愈后常留疤痕。

（5）皲裂：皮肤因干燥或慢性炎症浸润而增厚，失去弹性，加以机械外力的作用，便形成深浅不一的裂口。

（6）革样化：又称苔癣样变，皮肤肥厚，变硬粗糙，沟纹显著，色素加深，类似皮革。多见于慢性皮肤病长期搔抓所致，如神经性皮炎等。

二、皮肤病的防治原则

（一）贯彻“预防为主”的方针，提倡体育锻炼，注意皮肤的清洁卫生。对于麻风、头癣等传染性皮肤病，应采取领导、赤脚医生和群众相结合的办法，开展群防、群治工作，逐步消灭这类疾病。

（二）走中西医结合的道路，大力推广中草药，采用综合措

施，开展对各种皮肤病的防治工作。

（三）外用药物的应用原则

1.根据皮疹的性质选用药物。急性期宜用保护安抚药，忌用刺激性药物及软膏；渗液多宜用湿敷；红肿、丘疹宜用洗剂或粉剂。亚急性期宜保护润滑，也不用刺激性药物，可用糊剂和软膏。慢性期用剥脱的药物，宜用软膏或酊剂。

2.注意药物的浓度。同一药物，浓度不同，作用也不同：如水杨酸0.5～2%者可促进角质增生；3%者可止痒；5～10%者可使角质剥脱；20%以上有腐蚀作用。

3.根据病人对药物的耐受性及病变部位，选用药物。面部、外阴、小儿、妇女的皮肤较柔嫩，不宜用刺激性强和浓度高的药物；多毛部位不用粉剂、糊剂，以免发生毛囊炎。一般开始宜用低浓度或比较温和的药物，然后根据反应再增加浓度。

4.注意药物的过敏反应，以及大面积用药时引起吸收中毒。发现此类情况应立即停药，并采取必要的措施。

5.遇有较大的水疱、脓疱性皮肤病，宜在消毒情况下刺破疱壁，排除内容物后再敷药。

第三节　稻田皮炎

俗称“烂手烂脚”、“水毒”。其发生可能与田水中化肥、农药的刺激、水温高、浸泡时间过久和机械摩擦等综合因素有关。多见于双抢季节和耕田时期，给贫下中农健康和生产带来一定的影响，须积极开展防治工作。

临床表现

下水田劳动 1 ～ 3 天后，手、脚、前臂、小腿，指（趾）缝间等着水的部位皮肤出现红斑、丘疹、风团、水疱，自觉奇痒，抓破后可有糜烂，流水、易继发感染，轻者 3 ～ 7 天逐步消退。少数病例可有不同程度的全身症状如畏寒、发热、头痛和腹股沟、腋窝淋巴结肿大。

预　防

下水前可在指、趾缝间涂一层薄凡士林或蛤蜊油，或用生大蒜瓣捣汁涂擦。收工洗脚后扑以干燥粉：黄柏、炉甘石、五倍子、滑石粉各 1 份，研细末。也可用明矾、茶叶、甘草各 2 两，加水2000～5000毫升浸泡 2 小时，在下水田前及收工后涂擦皮肤。

治　疗

（一）初起皮肤搔痒，未溃破者，可用石榴皮或土花椒 2 钱加少许食盐煎水外洗，然后用枯矾粉或滑石粉在晚上扑用，也可用2%碘酒涂擦；溃烂者应保持皮肤清洁干燥，可涂2%龙胆紫或用青黛粉，石膏粉、麻油调搽。

（二）银花 5 钱，甘草 1 两，水煎服。并用九里光，蛇不过等煎水洗患处。

（三）若有化脓感染按化脓性皮肤病处理。

（四）如有剧烈搔痒，可用扑尔敏：4 ～ 8 毫克，每日 2 ～

3 次。或苯海拉明25毫克，每日三次。

第四节　变态反应性皮肤病

由于人体的反应性发生了改变，对某些物质产生过敏，出现皮疹，称变态反应性皮肤病。引起变态反应的物质叫过敏原。

湿　　疹

湿疹搔痒甚剧，好发于面部、四肢的屈面、乳房、女阴、阴囊及肛门等处。

皮疹范围大小不一，呈对称性，多形性，可局限或泛发；自觉搔痒，反复发作，病程长。临床上一般分为急性、亚急性、慢性三个阶段。

(一)急性期：表现为皮肤潮红、肿胀，有粟粒大小丘疹和水疱，还可有脓疱、糜烂、渗液、结痂等多形性损害。散在皮疹能互相融合，与健康皮肤的分界不清楚。

(二)亚急性期：急性阶段经过数日或 2 ～ 3 周后，因炎症减轻，红斑、丘疹、水疱等原发疹消退，陆续出现脱屑、抓痕、细微的裂拆等继发疹。

(三)慢性期：湿疹反复发作，经久不愈，即转为慢性期。色素加深，皮肤增厚，呈苔藓样变，有时可有皲裂，抓痕。常可急性发作。

诊　断

根据皮疹的多形性、对称性，好发于面部和四肢的屈面，病程有慢性和反复发作的倾向，自觉搔痒，消退后不遗留疤痕等，即可诊断。

治　疗

(一)全身治疗

1.针刺曲池、血海、风池、阴陵泉等穴。

2.限制饮酒、酸、辣等刺激性食物。

3.可选用下列1～2种抗过敏药物

苯海拉明25～50毫克，每日3次。

扑尔敏4毫克，每日3次。

维生素C100毫克，每日3次。

5%氯化钙或10%葡萄糖酸钙10毫升，静脉注射，每日1次。

4.继发感染者可选用抗菌素。

5.中药治疗：急性湿疹用银花解毒汤加减。慢性湿疹用四物消风散加减。反复发作奇痒者加蛇蜕1钱5分或全蝎2钱。

(二)局部治疗

1.急性或亚急性湿疹可选用

(1) 黄柏、五倍子各等分，共研细末，麻油调敷。

(2) 青黛5钱，海螵蛸1两2钱，煅石膏4两，冰片1钱，共研细末，麻油调敷。

（3）地榆（炒焦黄）研末，加凡士林配成30%药膏外敷。

（4）地肤子、葎草各1～2两，煎水外洗。

2.慢性湿疹可选用

（1）蛇床子、苦参各1两，或蛇床子、地肤子、苍耳子各1两，或石菖蒲、苦参各1两，任选1方煎水外洗。

（2）枯矾、煅石膏各20克，雄黄7克，冰片1克，研细加凡士林200克，调匀外搽。

（3）花椒壳1两，九里光1两，大蒜皮1两，煎水外洗。

3.阴囊湿疹可用紫背浮萍、土大黄、苍耳子、蛇床子、地肤子、土花椒、桉树叶、凤尾[illegible]草、苦楝叶，任选1～2种，水煎熏洗。

婴儿湿疹

祖国医学称之为“胎毒”，常发生于肥胖婴儿。

临床特点

好发于头顶、面部、耳后，可全身泛发，搔痒厉害。常在生后一个多月发病，2～3岁左右自愈。其表现与成人湿疹基本上相同。唯水疱和湿润情况较显著。

治　疗

（一）避免刺激。不应搔抓、摩擦、热水烫、肥皂洗，以及滥用不适当的外用药；帽子、内衣忌用毛织品。

（二）可适当口服抗过敏药物。苯海拉明1～2毫克/公斤/日，

异丙嗪0.5～1毫克/公斤/日或扑尔敏 0.1 毫克/公斤/日，分三次服。

（三）局部处理：同成人湿疹。用强的松类软膏、霜剂，有较好效果。

在发病期间，患儿暂缓种牛痘，且避免与单纯疱疹患者接触，以免发生牛痘样湿疹。

接触性皮炎

又称过敏性皮炎。皮肤接触生漆、农药、塑料、染料、外用药等所引起的皮炎，称接触性皮炎。

临床特点

（一）有明显的接触史，起病一般较快。

（二）皮疹发生于接触的暴露部位，如头、面部，颈部、手足裸露部。

（三）皮疹多样，可为红斑、丘疹、水疱以致坏死，边缘较清楚。

（四）局部以烧灼感为主，重者有痛感。

（五）一般原因去除后能迅速全愈。但重新接触过敏原又可复发，反复发作可呈湿疹样改变；少数病人日久呈慢性改变。

治　疗

处理原则与湿疹相同，但应尽量找出致敏原因，避免再接触。

药物性皮炎（药疹）

由于药物进入人体内而引起的皮肤变态反应，称为药物性皮炎。

临床特点

（一）有用磺胺类、解热镇痛药，安眠药以及青霉素等药物史。

（二）有一定的潜伏期，一般是第一次用药后 5 ～20天发病，重复用药常在一天之内发病。

（三）皮疹形态多种多样：如荨麻疹、麻疹样皮疹、多形红斑或剥脱性皮炎（全身皮肤发生很多大片鳞屑脱落）等；皮疹多呈对称分布。

（四）部分病例伴有畏寒、发热等全身症状，肝、肾可有所损害。

治　疗

（一）严禁再用致敏药物。

（二）加强排泄：如输液。

（三）抗过敏治疗：如用苯海拉明、异丙嗪；5％氯化钙或10％葡萄糖酸钙。病情严重者可服用强的松10毫克，每日 3 ～4 次。

（四）外用药物按皮疹情况处理。

荨 麻 疹

俗称"风团"。病因复杂，与胃肠道功能障碍，肠道寄生虫，慢性感染病灶，内分泌失调，精神紧张，进食某种蛋白类食物（血、虾、蟹）和药物（磺胺类、水杨酸盐、青霉素等）以及外界寒冷刺激等有关。

临床特点

（一）突然发生。

（二）皮疹形状不一，呈团、呈环或不规则。

（三）自觉剧烈的搔痒、灼热感。

（四）部分病人有发热、腹痛、腹泻等全身症状。

（五）如发生在眼睑、口唇及外阴等皮下组织疏松处，可表现为整块明显浮肿，称血管神经性水肿。如发生在喉头粘膜时，偶有窒息危险。

治 疗

（一）去除过敏原因。

（二）局部可用鱼腥草适量，捣烂揉患处，或用威灵仙、枫树球、艾叶、蛇不过、九里光、苍耳草、皂角刺，任选一二种煎水洗。

（三）何首乌藤、枫树球各1两，水煎服。或用苍耳草5钱，半边莲5钱、木贼3钱、土黄莲3钱、银花藤1两，茅根1两、白毛藤1两、田基黄5钱，水煎服。

(四)针刺曲池、血海、风池、合谷等。

(五)服苯海拉明、钙剂、维生素C。

第五节 脓 疱 病

俗称"黄水疮"，是葡萄球菌和莲球菌引起的一种化脓性皮肤病。多见于儿童，夏秋季发病。

临床特点

(一)常有接触史或先有发痒性皮肤病；有传染性，可流行。

(二)好发于暴露部位，如颜面，四肢等。

(三)皮疹为成群分布的黄豆大或更大的脓疱，很痒，抓破后流黄水，干后结成边缘翘起的黄痂，愈后无疤痕。

(四)附近可有淋巴结肿大，严重者伴畏寒、发热、可继发肾炎。

预 防

注意皮肤清洁，及时治疗发痒的皮肤病，发现患儿应及时隔离治疗。

治 疗

(一)局部治疗

1.黄柏4钱、蒲公英1两，煎水洗患处；也可用1:5000高

锰酸钾清洗，后擦1％龙胆紫或磺胺软膏、黄连素软膏。

2.鲜马齿苋适量，洗净加食盐少许，捣烂外敷。

(二)全身治疗：以清热、解毒、止痒、杀菌为主。

1.野菊花3钱，黄芩3钱，忍冬藤8钱，山栀3钱，紫花地丁5钱，夏枯草5钱，绿豆衣3钱，川芎3钱，黄柏3钱，赤芍3钱，连翘3钱，生甘草1钱，水煎服。

2.黄连1.5钱，黄芩3钱，银花5钱，连翘3钱，赤芩3钱，泽泻3钱，生甘草1钱，水煎服。

3.服用抗过敏药如苯海拉明、非那根、扑尔敏等，必要时用强的松。

4.严重者可用磺胺药或青霉素、四环素族。

第六节　癣

由霉菌（真菌）引起的皮肤病统称为癣，是一种接触皮肤传染病。根据发病部位及临床特点，分为头癣、体癣、手足癣、甲癣等。

头　癣

头癣有白癣和黄癣两种。

临床特点

(一)白癣(发癣)：为圆形或不规则的白屑斑，边缘清楚。患处的头发干燥无光泽，多在距头皮2～3毫米处折断，参差

不齐，容易脱落。自觉轻度搔痒，病变多在头顶或枕部。患者都是儿童，持续数年，至青春期，因酸性的皮脂腺分泌增加，常可自愈，不留疤痕。

（二）黄癣（癞子头）：初起为红色毛囊性丘疹，2～3周后逐渐变为黄癣痂，呈蝶状，蜜黄色，边缘翘起，中心微凹，脆如豆渣，臭如鼠尿，有数根失去光泽的头发穿过，基底发红，愈后形成棕色萎缩性疤痕，因毛囊被破坏，不再生长头发。病程缓慢，若得不到及时治疗，终生不愈。自觉剧烈搔痒。

预　防

（一）加强卫生宣教工作，使群众了解头癣的传染途径、危害性和预防方法。

（二）对托儿所、幼儿园和小学校应定期检查，发现本病及时隔离治疗。

（三）患儿的帽子、毛巾、梳子和脸盆应煮沸消毒。

（四）加强对理发室、浴室、旅社和游泳池等公共场所的卫生宣传和卫生监督工作，污染的理发工具必须经过煮沸或用75%酒精消毒后再使用。

治　疗

（一）灰黄霉素是治疗头癣的有效药物，成人每次200毫克，每天三次；儿童剂量10～20毫克/公斤/日，分2～3次，饭后口服，连服2～3周。服药期间及服药后两个月内，需配合外用药物及每天洗头一次，每二周理发一次。并定期追综观察疗

效。

（二）小片皮疹可用镊子拔除病发，外擦癣药膏。每天洗头一次，直至新发长出为止。

（三）局部交替外用抑制霉菌的10％硫磺软膏、10％水杨酸软膏、10％水杨酸酒精、５％的碘酒等。亦可将苦楝子炒焦，研成细末与等量的猪油或凡士林调成膏剂外擦。

体　癣

俗称铜钱癣。

临床特点

多发于夏季，初起为针头大小的红色丘疹或疱疹，在发展过程中，中心退行脱屑，向外扩张，形成环形皮疹。退行部位如再发生丘疹、疱疹，扩大则成同心圆形，互相融合时呈多环形外观，自觉搔痒。股、臀癣因其部位多汗及摩擦，皮疹表面又可有浸渍现象，环形损害不若体癣清楚，而苔藓样变则更为多见。

治　疗

（一）可用５～10％水杨酸酒精、土槿皮酊或５～10％水杨酸软膏，脚气灵等外涂。

（二）病变广泛者，可口服灰黄霉素。

手　足　癣

临床特点

（一）常发于指（趾）间、掌、跖，亦可蔓延至手、足背面。

（二）夏季加重，冬季减轻或消失。

（三）皮疹分水疱、鳞屑、浸渍糜烂三型。手癣多为水疱型，足癣容易继发感染。

（四）自觉搔痒，慢性病例常引起皮肤增厚，冬季发生裂拆。

预　防

注意清洁卫生，保持局部通风干燥，尽量避免穿球鞋或套鞋。患者应积极进行治疗，防止传给别人。

治　疗

（一）同体癣。还可用30%醋酸浸泡，或用生半夏、土大黄，磨醋外涂。

（二）有继发感染者，应先控制感染，待炎症消退后再治癣。

第七节　物理性皮肤病

冻　疮

冻疮是因气候寒冷、潮湿引起局部血液循环障碍所致的皮

肤损害。

临床特点

好发于四肢末端、面颊、外耳等部位。局部皮肤苍白、发紫、水肿、发痒，严重者可有水疱，疱破后形成溃疡、糜烂、疼痛，甚至坏死。

预　防

(一)寒冷季节注意保暖及干燥；加强锻炼，鞋袜不宜过紧，以免影响局部血循环。

(二)冬季常用温水洗泡，局部揉擦。

治　疗

未溃破者

(一)冬瓜皮、茄子杆各 1 两，水煎洗患处。

(二)用白罗卜煨热擦患处。

(三)干茄杆 4 两，红辣椒 3 个，水煎熏洗患处。

(四)鸽子粪 1 两，加水煮沸，熏洗患处。

(五)辣椒灰 2 两，干姜（研末）1两，生大蒜头（切细）1两，加酒精 1 斤，浸泡一周后收集滤液，药渣再加酒精半斤浸数天，过滤去渣，两次滤液合并，加樟脑 3 钱，装瓶备用，涂擦肿处。

已溃破者

（一）用0.5% 新霉素软膏、10%硫黄鱼石脂软膏或冻疮膏外涂。

（二）乌贼骨3钱，冰片1分，肉桂末1分，共研细末，菜油或桐油调成膏外敷。

手足皲裂

由于经常受机械刺激作用，局部皮肤增厚，失去弹性，加上冬季寒冷风吹；皮脂腺和汗腺分泌减少，皮肤干燥而发生皲裂。此外，手足癣也容易发生皲裂。

临床特点

局部皮肤增厚、干燥、裂开、出血、疼痛，好发于手掌、指尖、足跟、足侧等处。

预　防

寒冷冬节洗手足时用热水，尽量少用肥皂硷水洗手，涂蛤蜊油、熟羊油、防裂油膏。有手足癣者应积极治疗。

治　疗

（一）苦楝树果40～50粒，敲破水煮，浸泡手脚，每晚一次。擦干后搽各种润肤油。

（二）皲裂较深者，可用普通黑膏药烘软，搓成条状填入裂

隙内，或用胶布贴患处。

（三）皮肤太厚干燥者，以热水浸泡后，用刀刮去过厚的角质，每天擦5%水杨酸，5%白降汞软膏1～2次。

（四）乌桕籽适量，煎水洗患处。

鸡　眼

鸡眼是由于鞋靴紧窄、足骨畸形及其他各种因素，使局部长期受压和摩擦，引起皮肤角质层过度增厚所致。

临床特点

好发于足底经常受压和摩擦的部位。皮损为顶端向内的圆锥形角化物，如黄豆大小，呈灰黄色，稍高出皮面，外观似鸡眼故名。由于圆锥形尖端向内压迫真皮层感觉神经末稍而引起疼痛。

预　防

不穿紧窄的鞋靴，减少局部摩擦、受压。

治　疗

（一）鸦胆子仁腐蚀：先用温水浸泡患处，刮去表面角质层，用胶布一块中间剪一小孔如鸡眼大小，贴于局部，孔中露出鸡眼，将捣烂之鸦胆子仁置于其上，再用一小块胶布覆盖，每天或隔天换药一次。换药时用小刀刮除已腐烂的组织，再敷捣烂的鸦胆子仁，如此反复进行，直至鸡眼完全脱落。

(二)万灵丹、鸡眼膏外敷，方法同上。

(三)先用温水浸泡患足，待鸡眼泡软，用小刀削去硬皮，用毫针在鸡眼中央刺入，大捻转几次，使之出血即可出针，再从鸡眼四周向中央对刺四针。用纱布包扎，一般三天后鸡眼自行脱落。

(四)手术挖除。

第二十四章　五官疾病

第一节　眼部疾病

一、解剖生理

眼是由眼球及其辅助结构组成。

（一）眼球： 略成球形，位于眼眶中，后方连接视神经。其组成如下（图24～1）

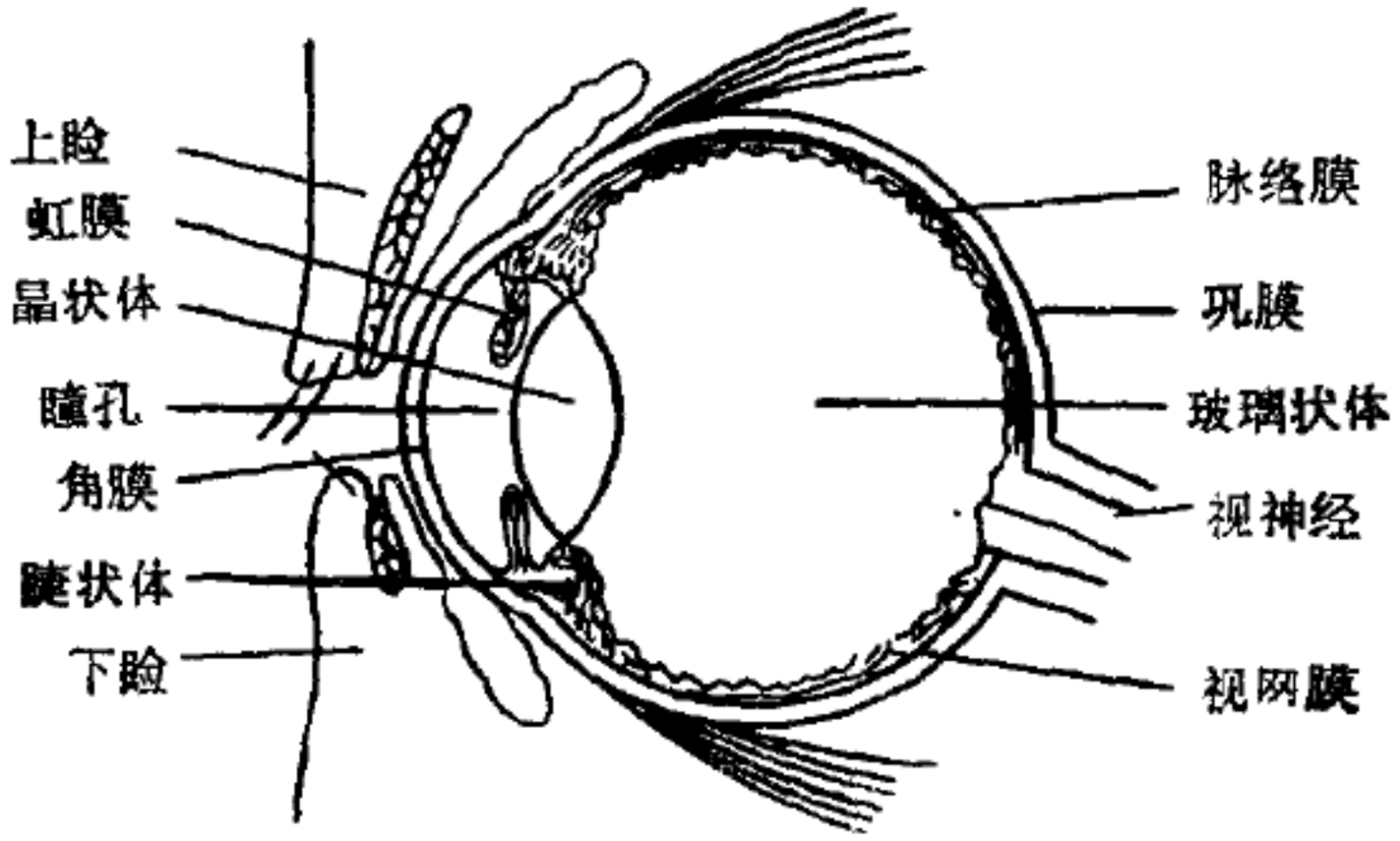


图24—1　眼的结构（示意图）

眼球
- 眼球壁
  - 外层：角膜、巩膜。
  - 中层：虹膜、睫状体、脉络膜。
  - 内层：视网膜。
- 眼球内容物：房水、晶状体、玻璃体。

1.眼球壁

（1）外层（纤维层）：具有保护眼球内部结构的作用。由前向后可分为

角膜 位于外层前1/6，透明，无血管，神经末稍丰富，对刺激敏感，其营养主要靠角膜周围血管网及房水供给。角膜与巩膜交界处叫角巩缘。

巩膜 位于外层5/6，白色不透明，由致密的纤维结缔组织构成。

（2）中层：由前向后可分

虹膜 位于角膜后方，为一圆形薄膜，俗称“黑眼珠”。其中间有一圆孔叫瞳孔，虹膜内含有使瞳孔缩小的括约肌和使瞳孔开大的开大肌。外界弱光刺激瞳孔开大，强光刺激瞳孔缩小，这种现象叫瞳孔对光反射。虹膜表面有高低不平的纹理，正常时纹理清晰，发炎时纹理不清。

睫状体 连续于虹膜的后方。睫状体内面含有睫状肌，当它舒缩时，可以改变晶状体的凸度，看清各种不同距离的物体，此种作用称调节功能。

脉络膜 占中层的大部分，连续于睫状体的后方，贴在巩膜内面，含有丰富的血管及色素。

（3）内层：为视网膜。含有两种感光细胞，一种是锥状细胞，有感受强光和辨色的能力；另一种是杆状细胞，有感受弱光的能力，它的功能与维生素A有密切关系。缺乏维生素A时，可以发生“夜盲症”。视网膜上的神经纤维在后部汇集成视神经乳头。其外侧有一视觉最敏感处叫黄斑部中央凹。

2.眼球内容物

（1）房水：眼房分前房（角膜与虹膜之间）和后房（虹膜与晶体之间），眼房里面充满透明的房水。房水由睫状体产生，经后房、瞳孔、前房、前房角到达巩膜静脉窦（角巩缘内的环形管），最后流入眼静脉。如房水循环障碍，则眼内压增高可引起青光眼。

（2）晶状体：在虹膜的后方，为一圆盘状双凸面有弹性的透明体，借睫状韧带连接于睫状体上；有屈光作用。如晶体发生混浊称白内障。

（3）玻璃体：充满在晶状体与视网膜之间，为胶状的透明物质。

角膜、房水、晶状体、玻璃体均为透明屈光物质。任何部分混浊，均可影响视力。

3.视觉的形成

外界光线，通过角膜、房水、晶状体、玻璃体等到达视网膜，并在视网膜上形成物象，视网膜上的感光细胞产生兴奋，形成神经冲动，沿视神经传入大脑皮质视区，引起视觉。

（二）眼球的辅助结构：包括眼眶、眼睑、结膜、泪器和眼外肌

1.眼睑：分上下眼睑，上下睑外端的联合处叫外眦，内端的联合处叫内眦，两睑缘之间叫睑裂。睑缘的前缘有睫毛，其根部有皮脂腺，睑缘后缘有睑板腺的开口。

眼睑的组织结构，从前向后分为五层（图24—2）

（1）皮肤：是人体最薄的皮肤组织之一。

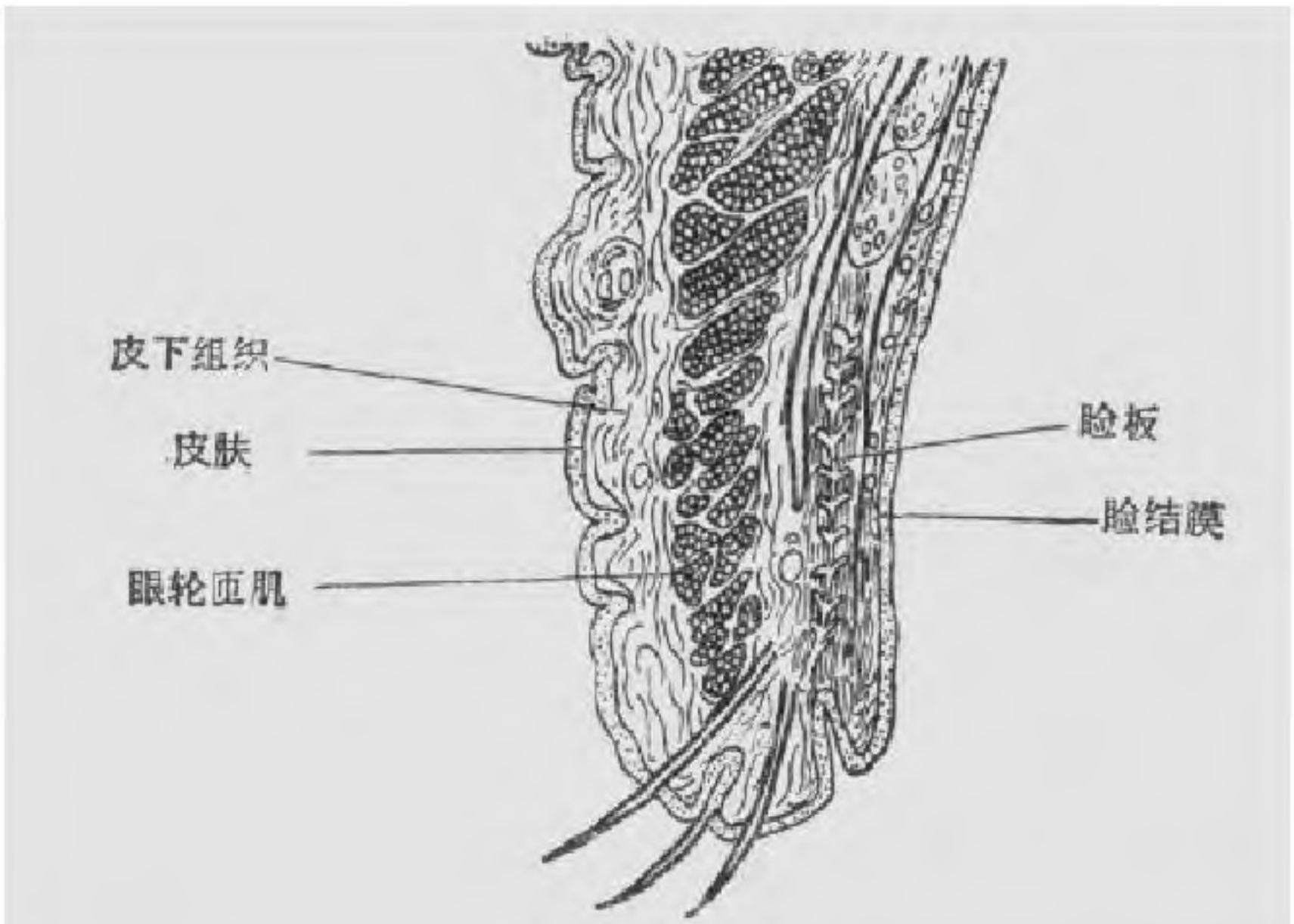


图24—2 眼睑

（2）皮下组织：是疏松的结缔组织，局部炎症或某些全身疾病时容易发生眼睑水肿。

（3）肌层：有提起上眼睑和闭眼睑的作用。

（4）睑板：由极致密的结缔组织所构成的软骨样组织，有支架作用。在睑板内有垂直的睑板腺。

（5）睑结膜：复盖于睑板后面的一层粘膜。

2.结膜（结合膜）：结膜为一层透明而光滑的薄膜，有血管分布，附于眼睑内面的，叫睑结膜；附于巩膜外面的叫球结膜；睑、球结膜交界处叫穹窿结膜。三部分结膜连续成结膜囊，眼药就滴入此囊内。

3.泪器：包括泪腺和泪道（图24—3）

（1）泪腺：在眼眶的外上方，有分泌泪液的作用。

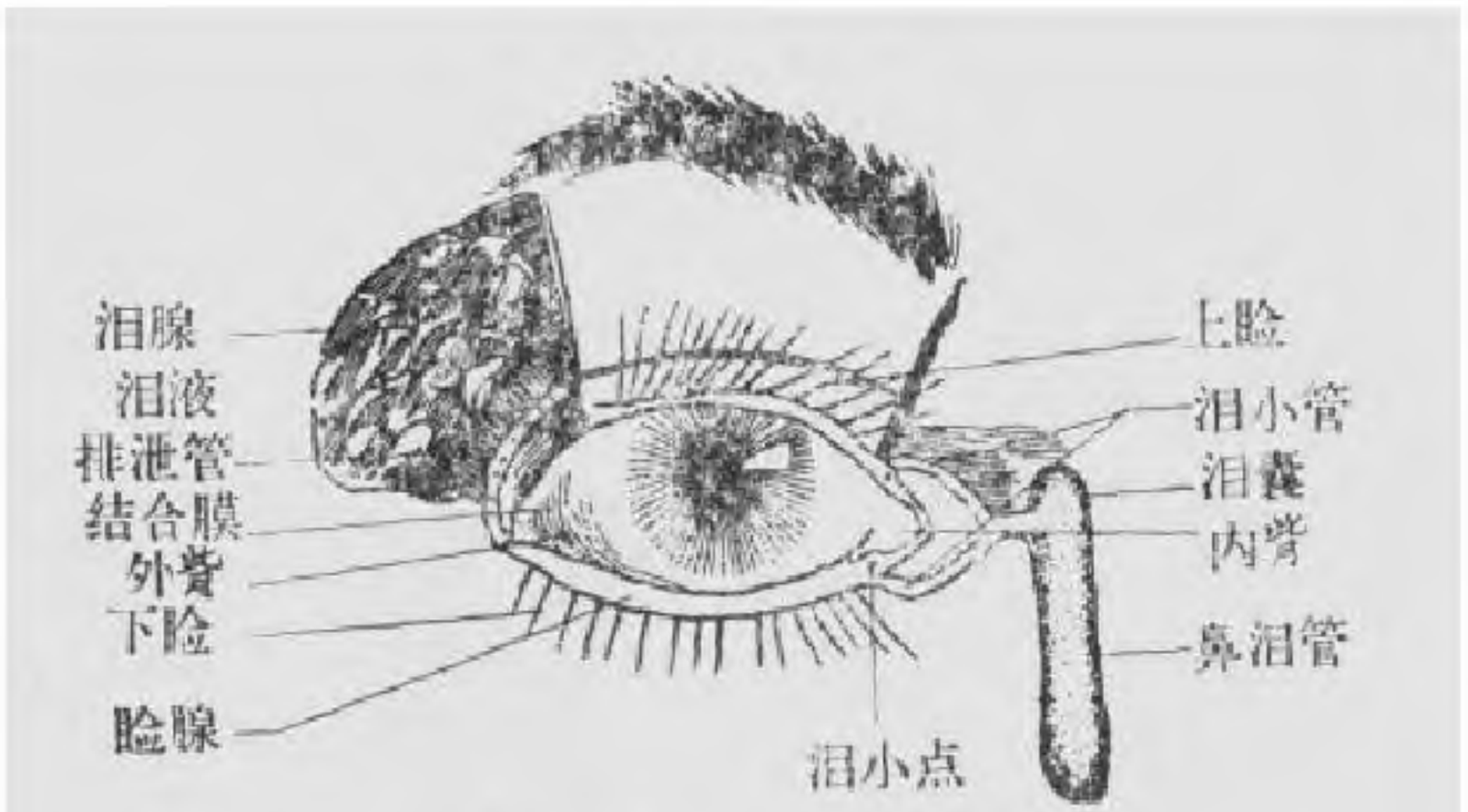


图24—3 泪器

（2）泪道：由泪小点、泪小管、泪囊和鼻泪管构成，有排出泪液的作用。

4.眼外肌：有上、下、内、外四条直肌和上、下二条斜肌，有运动眼球的作用。

二、检查方法

(一)视力检查

视力是人眼看事物的能力。分中心视力和周边视力(视野)。中心视力是指视网膜黄斑部中央凹的功能。通常说的视力检查是指中心视力的检查。准备远视力表（图24～



图24—4 远视力表（缩样）

4）、遮眼板、无反光的指示棍，视力表以均匀光线照明，自然光线也可。被检查者在5公尺处，自上而下地辨别“E”字缺口。先查右眼，后查左眼，检查时轻轻遮盖另一眼。如被检者在5公尺处看到第一行，视力为0.1；第五行为0.5，第十行为1.0（属正常视力），第十一行为1.2，十二行为1.5。

如果在5公尺远看不清第一行时，则要被检者缩短检查距离再看。按距离×0.02，算出其视力；如4公尺远看清第一行则视力为$4\times0.02=0.08$。

（二）色觉检查

色觉是人眼辨别各种颜色的能力。不能辨别各种颜色者叫色盲；不易辨别颜色者叫色弱；以红绿色盲比较多见；全色盲者较少。在检查时需注意以下三点

1.光线：被检查者背光而坐，在自然光线下进行。

2.距离：色盲本距被检者眼前50～70厘米。

3.时间：被检者在10秒钟以内读出其数字或图物。

（三）外眼检查

1.眼睑：注意眼睑的活动性、关闭功能、眼裂宽度，皮肤有无瘢痕、充血、水肿等，睑缘部有无糜烂、充血、睫毛的方向，眼睑有无内外翻等。

2.泪器：注意泪腺和泪囊区有无红肿压痛，挤压泪囊区有无分泌物自泪点流出。

3.结膜：注意有无充血、水肿、乳头、泸泡、瘢痕、分泌

物等。其暴露方法如下

（1）球结膜：以拇指和食指把上下睑分开，嘱病人向上、下、左、右转动眼球，就能观察其全部。

（2）下睑结膜：嘱病人朝上看，以拇指或食指将下睑往下牵引（图24—5）。

（3）上睑结膜：单手翻睑法：先嘱病人往下看，以食指及拇指夹住上睑中央处的皮肤，食指轻轻往下压，同时拇指牵引睫毛及睑缘向上，上睑即被翻转（图24—6）。

小儿啼哭挣扎时，须先将其身体及头部加以固定，然后再用两手拇指适当地压迫上下睑板的顶端（但压力不宜过猛）使

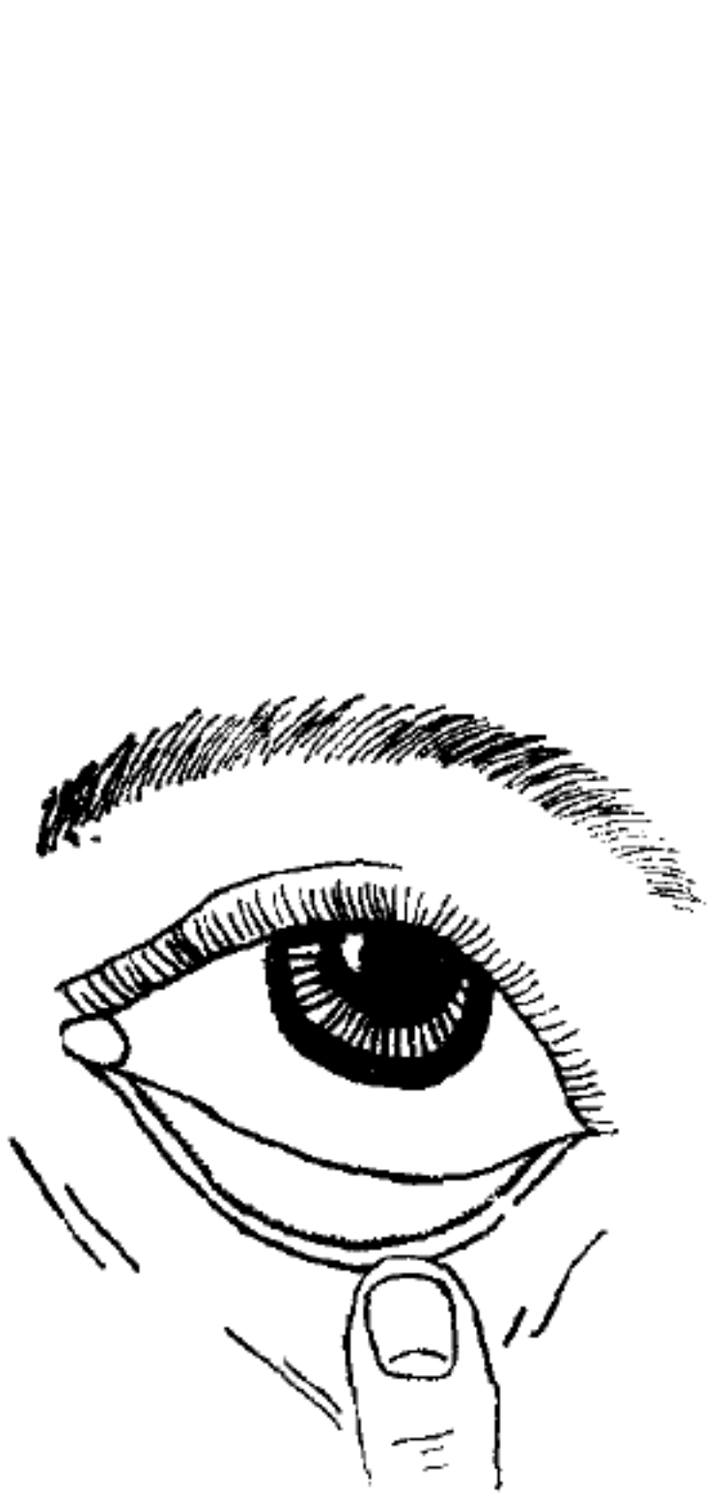


图24—5　下眼睑翻转法

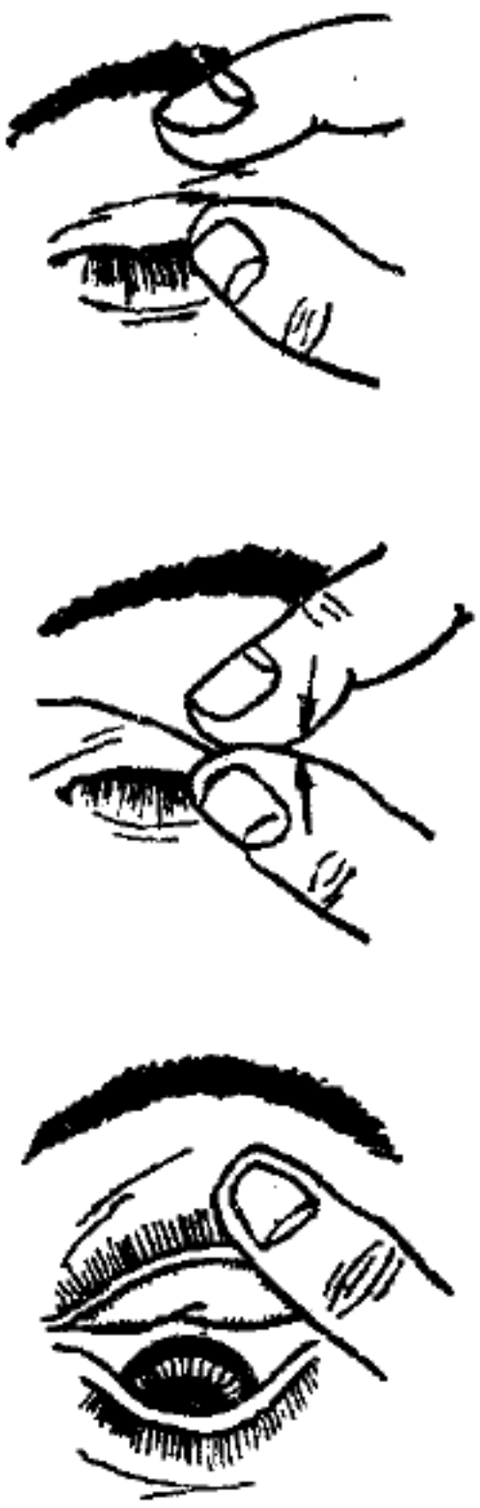


图24—6　上睑结膜翻转法

紧闭的眼睑立即翻转过来（图24—7）。

4.角膜：用手电或其他集合光源从被检查的外侧或内侧方向，照射在角膜上。正常角膜光滑、透明、湿润，有一定的弯曲度。检查时注意有无浸润、溃疡、疤痕、异物、新生血管等。

检查小儿时，小儿仰卧于家长膝上，家长用二肘夹住小儿两腿，用手握住小儿两手，检查者用膝固定小儿头部，再用拉钩轻轻拉开眼睑，注意勿压迫眼球（图24—8）。



图24—7　小儿结膜翻转法



图24—8　小儿角膜检查法

5.巩膜：注意有无结节状紫色隆起、充血、压痛等。

6.前房：注意前房深浅（正常中央约3毫米），房水是否混浊，有无积脓或积血。

7.虹膜及瞳孔：注意虹膜色泽、纹理。有无结节、断裂、缺损、萎缩、前后粘连、震颤或新生血管等。瞳孔正常大小直径约为2～4毫米，近圆形，位于中央；对光反应灵敏。检查时注意其大小、形态、位置、对光反应及瞳孔区有无渗出膜状物。

8.眼球：注意眼球是否有突出、凹陷或偏斜，向各个方向

运动是否受限制等。

（四）指测眼压

先嘱病人两眼尽量向下注视，眼睑轻闭，用两手食指尖放在一侧眶上缘下的眼睑皮肤上，两食指尖交换轻压眼球（图24—9），借传达到食指的波动感，以估计眼球的硬度。眼压高者，触之较硬，眼压低者，触之较软。

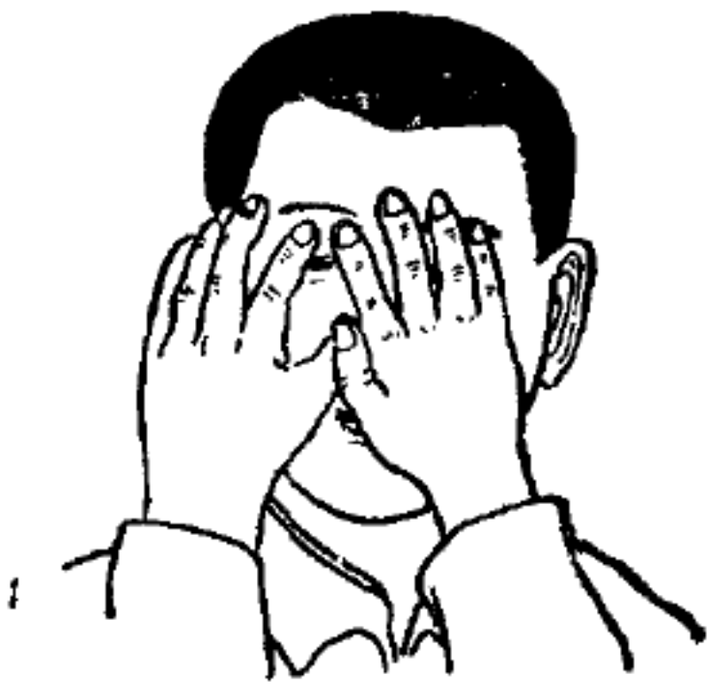


图24—9　指测眼压法

三、麦　粒　肿

俗称“偷针眼”。系由于人体抵抗力下降时病原菌侵犯睑缘毛囊皮脂腺（外麦粒肿）或睑板腺（内麦粒肿）所引起的一种急性化脓性炎症。

临床表现

症状同一般疖肿。开始眼睑局部红肿、疼痛、有硬结和压痛，数天以后出现黄色脓点，破溃排脓后，红、肿、痛迅速消退。外麦粒肿的脓点和破溃在睑缘附近的皮肤，内麦粒肿的脓点和破溃在睑结膜面。

治　疗

（一）早期可采用湿热敷，每次二十分钟，每日三次。

（二）局部肿胀较重者，可适当给服磺胺或抗菌素类药物。

（三）脓点出现后，应切开排脓。外麦粒肿由化脓处皮肤切开，切口与睑缘平行。内麦粒肿由睑结膜面切开，切口与睑缘垂直（图24—10）。千万勿挤压，以免细菌向眶内或颅内蔓延，引起严重后果。

（四）中医治疗：本病是由脾胃积热上攻，气血瘀滞所致。宜清热解毒，散风活血为主。方用银翘解毒丸或牛黄解毒丸。也可用桑叶、银花、蒲公英、野菊花，头煎口服，二煎熏洗患眼。或针刺太阳、睛明、合谷、风池等。

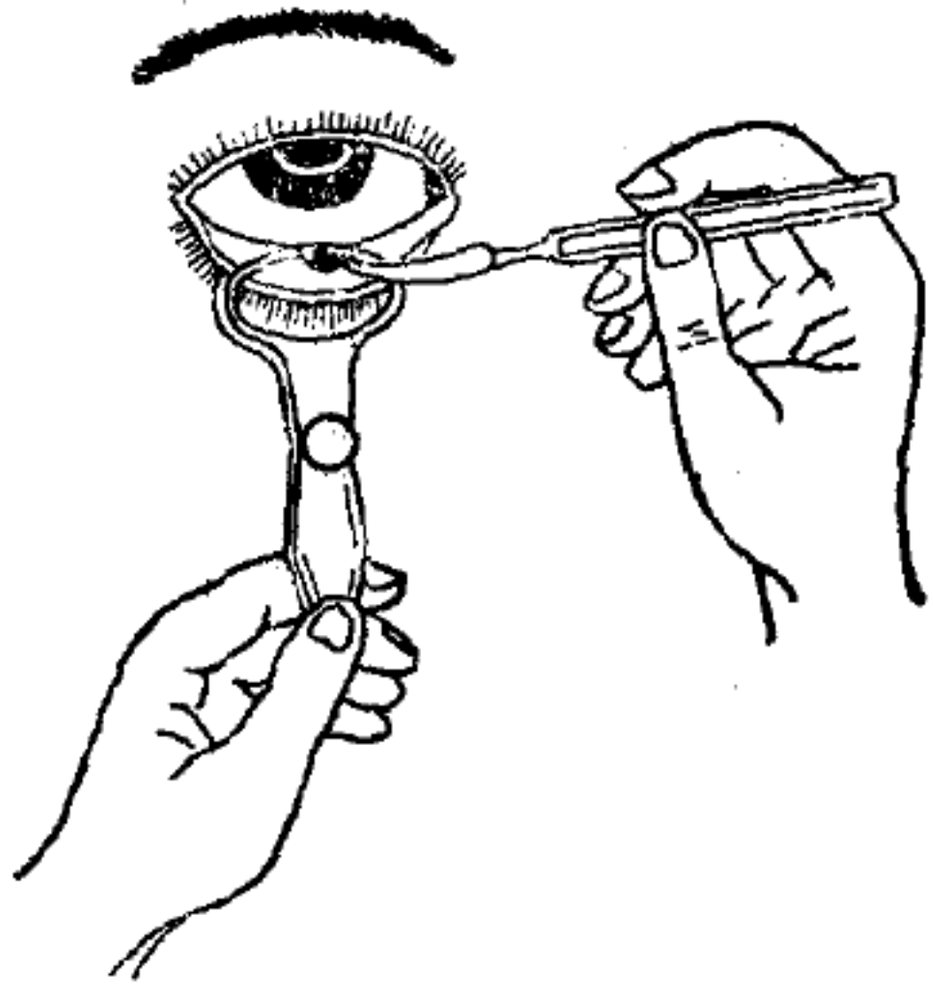


图24—10　内麦粒肿切开

四、睑　缘　炎

俗称“烂眼边”、“红线锁边”。多发生在眼睑腺体分泌过多，屈光不正、过度冷热不洁的空气刺激等情况下，由细菌感染引起的一种睑缘的亚急性或慢性炎症。

临床表现

主要自觉症状为痒、异物感、烧灼感及视力疲劳等。分三种类型

（一）鳞屑型：睑缘有灰色米糠样的鳞屑、充血，无溃疡，愈后睫毛可再生。

（二）溃疡型：睫毛成束，有黄色脓痂，除去后暴露其溃疡面，睫毛不再生，眼睑可变形，引起倒睫。

（三）眦角型：眦角睑缘潮红、糜烂、刺痛、干燥，常伴有慢性结膜炎。此型与维生素B_2缺乏有关。

治　疗

（一）除去病因：可内服维生素B_2。清洁局部，去掉痂皮，然后上药。鳞屑型涂1％黄氧化汞眼膏，每日三次。溃疡型涂磺胺、抗菌素类眼膏，每日三次。眦角型用0.5％硫酸锌眼膏，每日三次。

（二）中草药：野菊花5钱，白矾5分，煎水约一碗，洗眼，一日三次。

（三）新针疗法：足三里、晴明、太阳。

五、泪　囊　炎

中医称“眦漏证”。多由鼻泪管阻塞，泪液蓄积，细菌感染所致。

临床表现

主要症状为经常流泪，泪液蓄积可使内眦部内下方皮肤略隆起，挤压泪囊区有脓性分泌物从泪小点溢出。

在慢性泪囊炎的基础上，若损伤泪囊壁，细菌随之侵入可引起泪囊及其周围组织的急性炎症，则有泪囊区皮肤红、肿、痛及压痛；全身发热不适等急性泪囊炎的表现。

治　疗

慢性泪囊炎

(一)每天挤压泪囊区数次，排除脓液，然后滴抗菌消炎眼药水或眼膏。

(二)内服竹叶泻经汤。

(三)手术治疗：可作泪囊摘除术或鼻腔泪囊吻合术。

急性泪囊炎的治疗与一般化脓性炎症相同。

六、急性结膜炎

俗称“红眼病”、“火眼”。是由细菌或病毒通过人手、毛巾、玩具等物传染引起的一种急性传染性的结膜炎症。

临床表现

发病急剧，患眼有异物感、灼热感。分泌物多，晨起粘着上下眼睑不能睁开。结膜充血甚至水肿，有时结膜有点状出血或盖有一层灰白色的假膜。眼睑也可有肿胀。

结膜充血与睫状充血的鉴别

	结膜充血	睫状充血
部　位	靠近穹窿部明显	靠近角膜缘周围明显
颜　色	鲜红色	紫红或暗红色
血管形状	较粗，树枝状及网状	较细，放射状弥漫
移动性	随结膜移动	不随结膜移动
疾　病	结膜病变	角膜炎、虹膜睫状体炎、青光眼

预防

本病传染迅速，要做好宣传教育工作。适当隔离患者，凡病人用过的毛巾、脸盆等物，应作消毒处理，不能与他人共用。医务人员接触患眼后，要注意消毒双手，避免传播。

治　疗

(一)鲜野菊花或田基黄 1 ～ 2 两，煎水冲洗患眼（图24—11），每日三次，亦可用生理盐水冲洗清洁结膜囊。

(二)新鲜犁头草、半边莲，洗净捣烂取汁调人奶滴眼，每天数次。

(三)野菊花、九里光、车前草、蒲公英各 1 两煎水内服。

(四)针刺睛明、太阳、配风池、合谷。

(五)磺胺、抗菌素类眼药水滴眼，每天三次。晚上再涂上述眼药膏。

(六)患眼不作热敷和包扎。



图24—11　洗眼法

七、沙　　眼

中医称"椒疮"。是由沙眼病毒引起的一种慢性传染性的结膜炎症。常经过手指、手帕、毛巾、枕套、理发工具等物接触

传染。流行广，发病率高，其并发症可引起失明。

临床表现

可有流泪、眼痒、分泌物增多和异物感等。检查时可见上睑结膜补血，血管模糊不清，在穹窿结膜或睑结膜上有沙粒状突起的乳头，泸泡以及白色条状或网状瘢痕组织。角膜上缘可见微细血管伸向透明角膜叫砂眼性角膜血管翳。

由于睑结膜瘢痕收缩，引起倒睫内翻，睫毛刺激眼球，形成角膜溃疡、混浊。此时流泪、怕光，疼痛加重，视力逐渐下降甚至失明。

沙眼可分为二期：沙Ⅰ为活动期，沙Ⅱ为瘢痕出现期。二期之间的区别在于有无瘢痕组织出现。

根据沙眼病变的范围又可分为轻重二度：其病变范围小于睑结膜1/3者用“十”，表示轻沙；超过1/3者用“廿”，表示重沙（图24—12）。

预　防

解放前沙眼在我国流行很广（据统计有些地区发病率可高达90%），致盲率很高（25%的盲人是由沙眼引起的），是由于国民党反动派压迫、剥

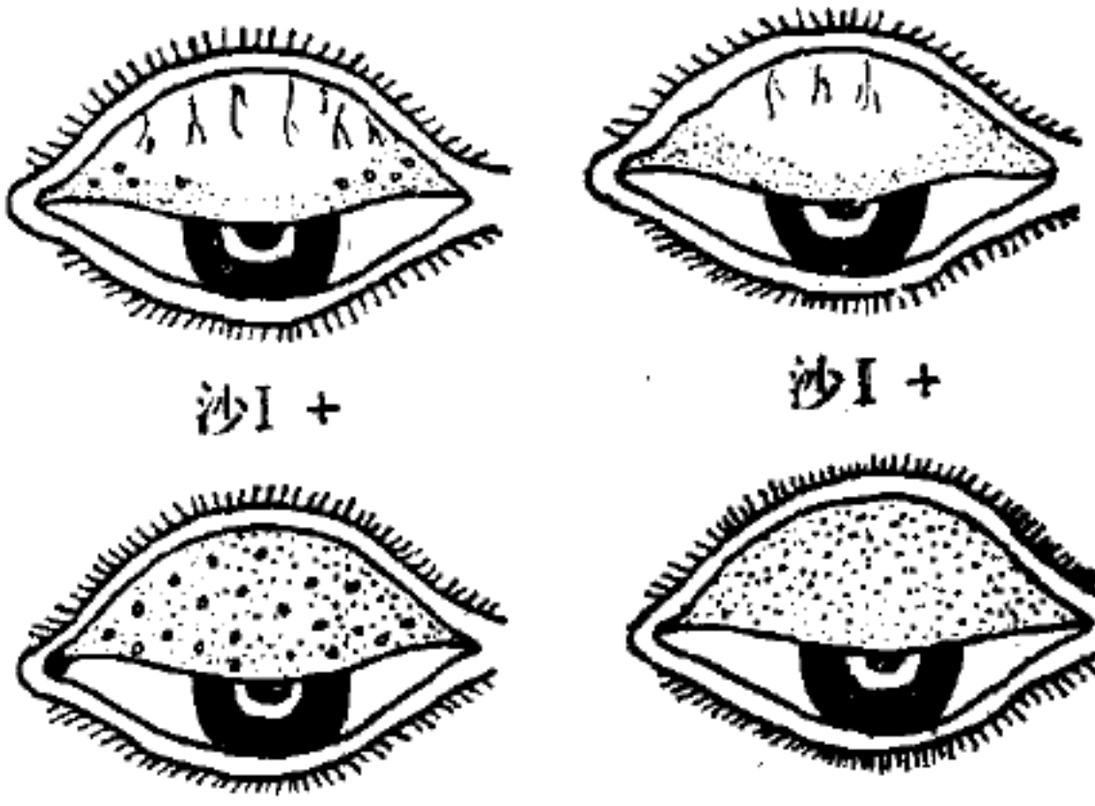


图24—12　沙眼分期分度

削劳动人民的结果。解放后在党和毛主席的领导下，人民生活水平不断提高，讲卫生、爱清洁的卫生习惯已逐步养成，沙眼的发病率大大减少。但是由于刘少奇反革命修正主义卫生路线的破坏干扰，城市老爷卫生部对劳动人民贫下中农的疾苦漠不关心，使沙眼在农村中仍然成为危害贫下中农健康很大的一个常见病。伟大领袖毛主席提出："**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的光辉指示，为消灭沙眼指明了方向。我们每个赤脚医生必须牢记毛主席的教导，为防盲、治盲，消灭沙眼，保障劳动人民的健康，贡献我们的一切力量。下面提出几点具体措施

(一)宣传教育，把防治沙眼的基本知识交给群众。

(二)不用脏手揉眼。

(三)讲究卫生，不要合用一盆水洗脸；不要同病人合用毛巾、手帕、脸盆等用具。

(四)服务行业如理发店、旅社等所用公共洗脸用具，用后必须消毒。

治　疗

(一)0.5%黄连素、5%黄柏、10～20%千里光、15～30%磺胺醋酰钠（斑玛眼药水）、3%磺胺嘧啶、0.25～0.5%氯霉素等眼药水，均可选用滴眼，每天3～4次。晚上用0.5%金霉素、四环素、氯霉素眼膏涂眼（图24—13、14）。

(二)急者口服长效磺胺，首次1.0克，以后每日0.5克，连服7～10天为一疗程。

(三)发现并发倒睫、内翻时，应即时行电解术或内翻矫

正术。

1.倒睫电解术：此法适用于少数或分散之倒睫。

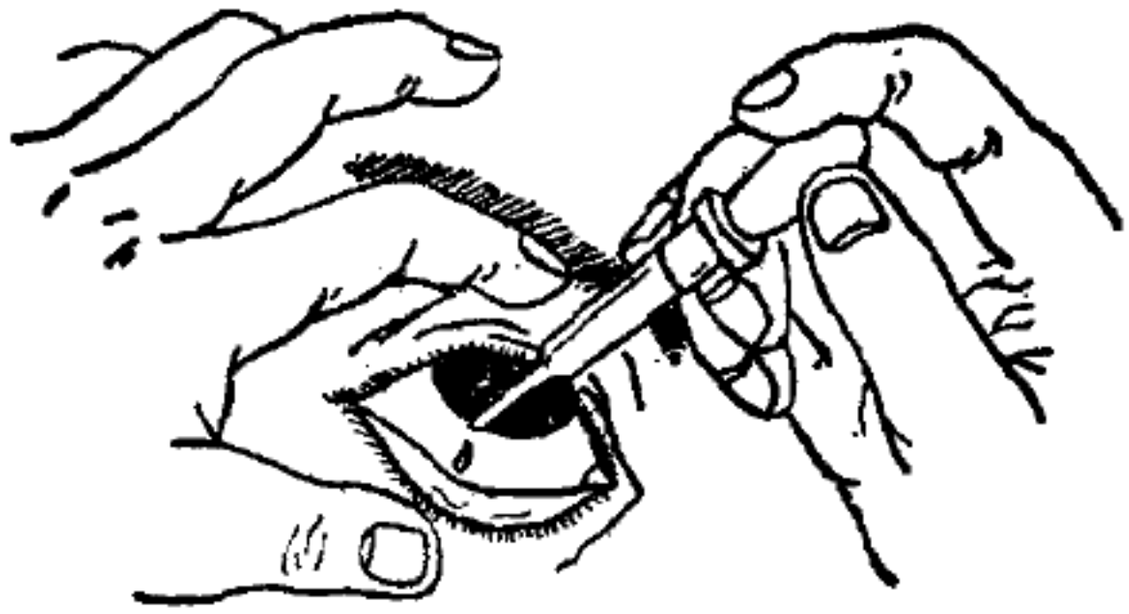


图24—13　点眼药水法

电解倒睫可用干电池两节或数节串联在一起，用一根电线装在干电池的阳极，并连一小铅片，用时以湿盐水纱布包裹，请病人用手拿贴住面部，另一根电线连接在电池的阴极，并在电线头上连接一根二寸的针灸针（图24—15）。

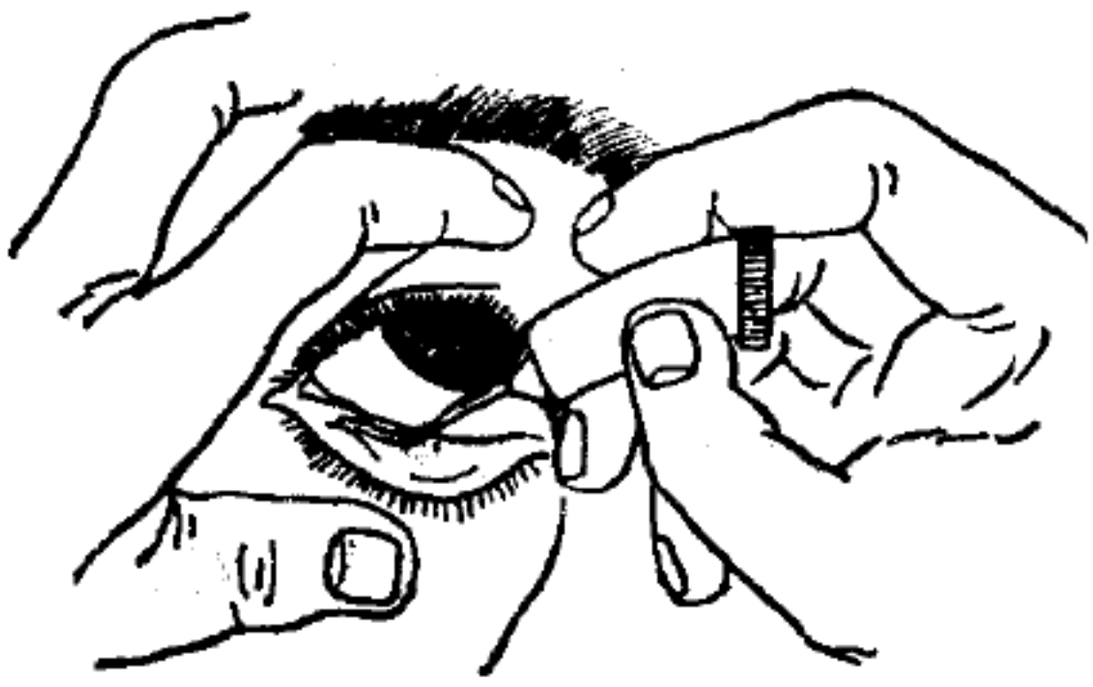


图24—14　上眼膏法



图24—15　倒睫电解术

电解方法：消毒眼睑皮肤，睑缘处注射少量2%普鲁卡因以阴极细针顺倒睫根部方向刺入1.5～2毫米深，约半分钟后可见一小白泡从毛囊根部冒出，表示睫毛毛囊已经破坏，即可拔

出小针，用睫毛镊子夹住睫毛，不加外力，轻轻取下睫毛，再涂抗菌素眼膏。

2.内翻倒睫矫正术——五针一线法；适应于睑板不肥厚的内翻倒睫。手术方法如下

（1）消毒皮肤后，于结膜囊内滴0.5%地卡因三次，每隔3～5分钟一次。用2%普鲁卡因2毫升(内加0.1%肾上腺素几滴)，距外眦1厘米皮肤处刺入针头，翻转上睑，徐徐将针头推进穹窿部结膜下，注射药1毫升，放回眼睑于原位，抽出针头至原针眼，再沿睑皮下进至内侧，边推药边退针头，至全部药液注射完为止。

（2）将5根三角针（或缝衣针）穿在“0～1”号丝线上，等距离分开。

（3）翻转眼睑，依次将各针从睑板上缘穹窿部刺入，经睑板前面和皮肤之间潜行穿出于离睑缘约3毫米处的皮肤处，暂不拔针。

（4）用刀片在距离睑缘约2毫米处的睑结膜面（即睑板下沟）平行睑缘将睑板切断。此时刀锋可触及针身。

（5）自皮肤处分别拔出5根针，将各线长短均匀对好，在针眼处剪断，即成4对褥式缝线。

（6）将4组线拉紧，在各线之间放入小粒消毒棉条后结扎(图24—16)。

术后涂抗菌素眼膏，盖上眼垫，每日换药一次。5天后拆线。

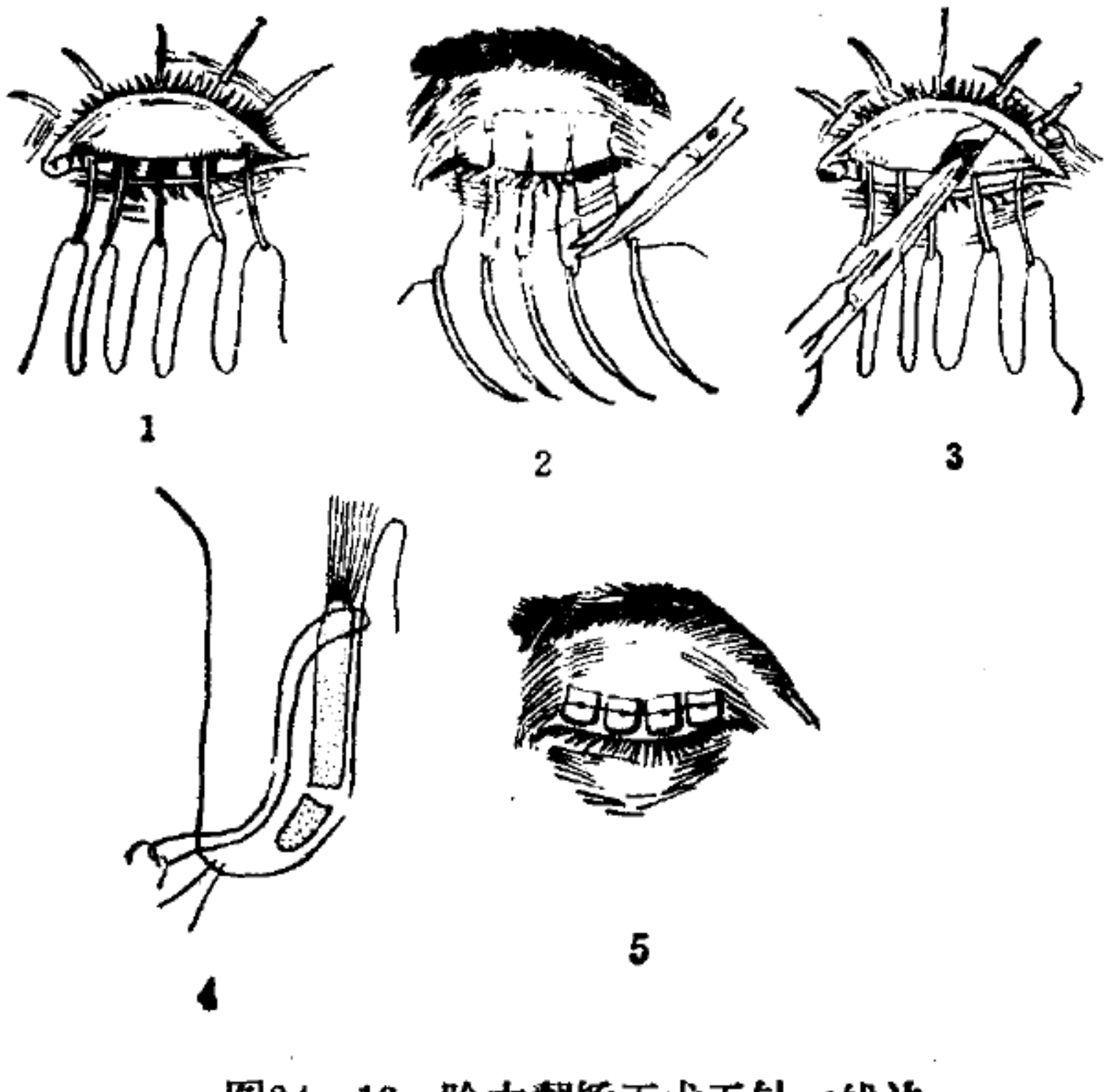


图24—16　睑内翻矫正术五针一线法

八、化脓性角膜炎

角膜炎分化脓性（角膜溃疡）和非化脓性（深层角膜炎）两大类，前者多见。化脓性角膜炎多由倒睫、外伤未及时处理由化脓性细菌侵入感染引起，也可由结膜炎蔓延而来。

临床表现

主要症状为眼球刺痛、流泪、怕光，视力下降等。按炎症过程可分为三个阶段

（一）角膜浸润：炎症初起时，有睫状充血，同时在角膜上

出现灰白色高起的混浊即为角膜浸润。若治疗及时，可完全恢复透明。

（二）角膜溃疡：若浸润继续发展，表层坏死脱落，形成角膜溃疡，（图24—17）。此时于结膜囊内滴入2％红汞水可以染成红色。后期可伴有角膜新生血管。

（三）角膜瘢痕：溃疡愈合形成不透明的瘢痕组织，俗称角膜翳子。

并发症

如果炎症向深层发展，可引起虹膜睫状体炎，前房内有渗出物或积脓（图24—18）。若溃疡穿破，房水外流、虹膜脱出，形成角膜瘘或粘连性白斑。当房水回流障碍时可引起继发性青光眼。有时粘连性白斑凸出形成角膜葡萄肿，严重病例可因眼内炎，眼球萎缩而失明。

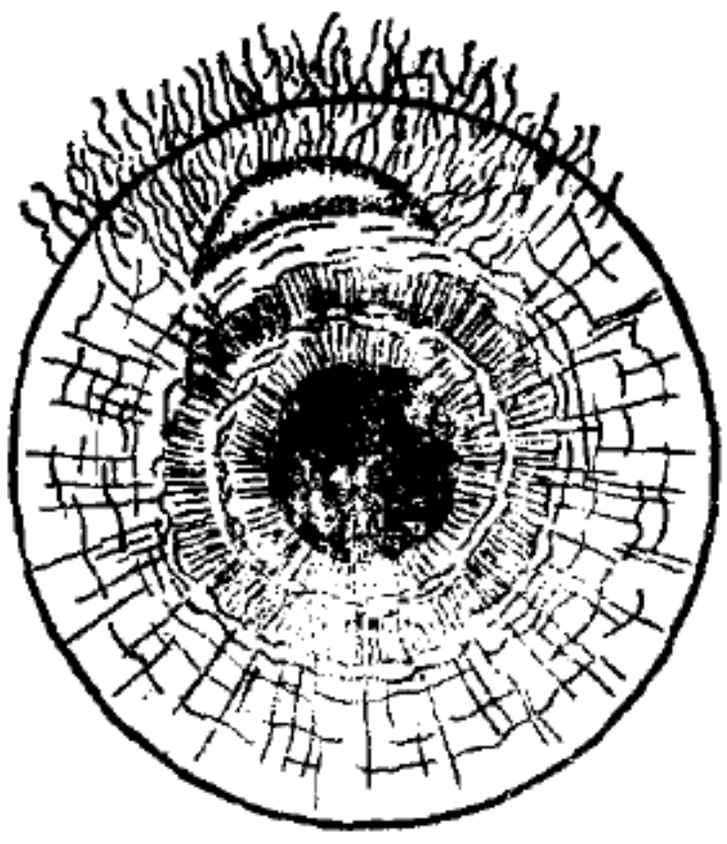


图24—17　角膜溃疡

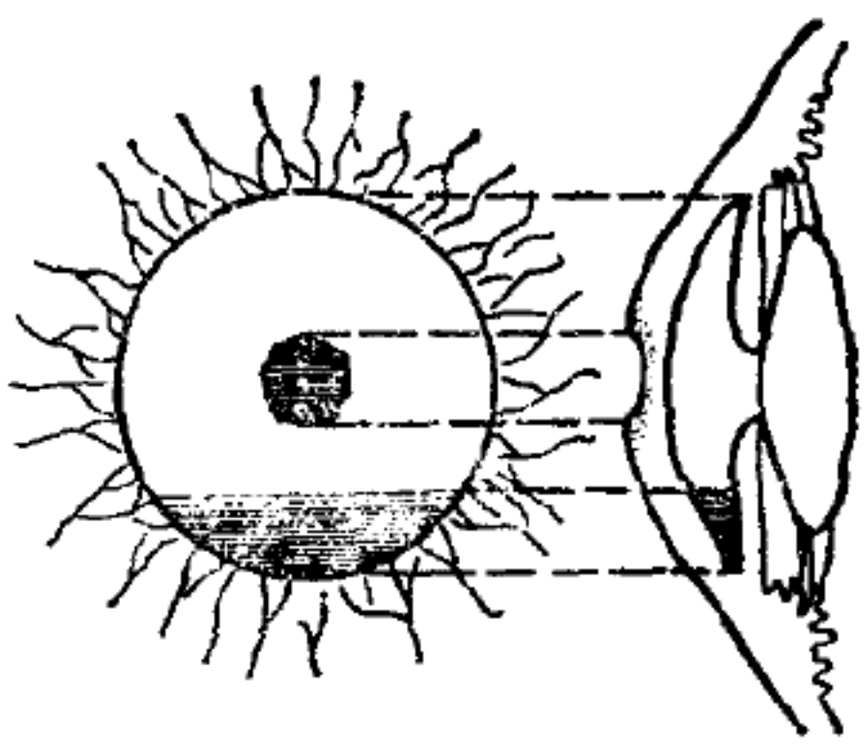


图24—18　前房积脓性角膜溃疡

治　疗

（一）及时治疗急性结膜炎、沙眼，矫正内翻倒睫，防止外伤感染等。

（二）热敷：用湿热手巾或热水袋放置眼部，每次30分钟，每日三次。有止痛、消炎作用。

（三）用磺胺或抗菌素等抗菌消炎眼药点眼。上眼膏后可以用消毒眼垫（纱布）包盖患眼，保护溃疡面，既可避免光线刺激，又可防止角膜穿孔和继发感染。

（四）内服中草药

1.角膜浸润溃疡：银花5钱，野菊花、黄芩、大黄各3钱，桑白皮4钱，龙胆草2钱，蔓荆子2钱，甘草1钱，水煎服，每日一剂。或威灵仙根适量磨人奶点眼，一日2～3次。亦可用车前草叶适量捣汁滴眼。

2.前房积脓：生大黄3钱，生石膏1两，芒硝3钱（冲服），山栀2钱，紫花地丁1两，夏枯草3钱，丹皮3钱，赤芍3钱，甘草1钱，水煎服，每日一剂。

（五）新针治疗：攒竹、丝竹空、阳白、四白、晴明、合谷、足三里。

（六）扩瞳：1～2％阿托品眼药水或眼膏点眼，每日三次，以防止虹膜粘连。点药时，注意压迫泪囊区，避免药物吸收中毒。

（七）口服维生素A、B_2、C。必要时全身用抗菌素或给予止痛镇静药。

九、角膜软化症

又称“干眼病”。是维生素A缺乏所造成的一种结膜、角膜上皮干燥性的病变。多发生在营养不良的婴幼儿。

临床表现

(一)夜盲期：夜间看物、行走困难，但多数是小儿，故病史不一定能获得。

(二)干燥前期：结、角膜失去光泽和弹性，转动眼球时，球结膜出现皱纹圈。

(三)干燥期：干燥明显时，可在睑裂部球结膜上出现泡沫状银白色的三角形干燥斑。

(四)软化期：球结膜粗厚如皮肤。角膜广泛的灰白色混浊，几天内角膜可发生坏死脱落呈溃疡甚至穿孔，形成粘连性白斑或角膜葡萄肿。

预　防

据统计解放前由于人民生活困苦，盲人中10%是由本病所致。解放后人民生活水平逐步提高，发病率已大大下降。

(一)纠正小儿偏食及“禁口”的恶习。

(二)人工喂养或断乳期的小儿，特别是在患消耗性疾病的小儿，要注意多给含维生素A（如蛋、肝、胡罗卜、菠菜等）的食物，或补充维生素A的药物。

(三)注意夏秋季饮食卫生，发生腹泻时要即时治疗。

治　疗

（一）治疗全身疾病。早期治疗可以避免不良后果。迅速给患儿补充维生素A，可口服浓缩鱼肝油或鱼肝油精，有肠道疾病不能吸收时，应改用维生素A、D肌肉注射。同时补充维生素B、C。

（二）用维生素A、D针剂滴眼加强局部营养；同时滴抗菌素眼药，预防继发感染。

（三）扩瞳：见化脓性角膜炎的治疗。

（四）中医治疗：

1.苍术2～3两，水煎服，每天一剂，分二次服。

2.夜明砂3钱、鸡肝或其他动物肝2～3两，炖汤服。1～2天一次，连续数次。

3.新针：取穴四缝，从针孔中挤出少许黄白色透明液体。

4.松针3两，洗干净后捣烂，加水煎汁600毫升，每日三次，每次服200毫升。

十、虹膜睫状体炎

中医称“瞳孔缩小”。目前认为虹膜睫状体炎主要是一种由变态反应所引起的炎症。与全身性的疾病（如结核、风湿、麻风）及感染病灶（如鼻窦炎、扁桃体炎、龋齿）等有关；眼球外伤、角膜穿孔、细菌感染也可引起。

临床表现

（一）眼球钝痛、压痛。

（二）视力减退：因房水混浊，或前房积脓之故。

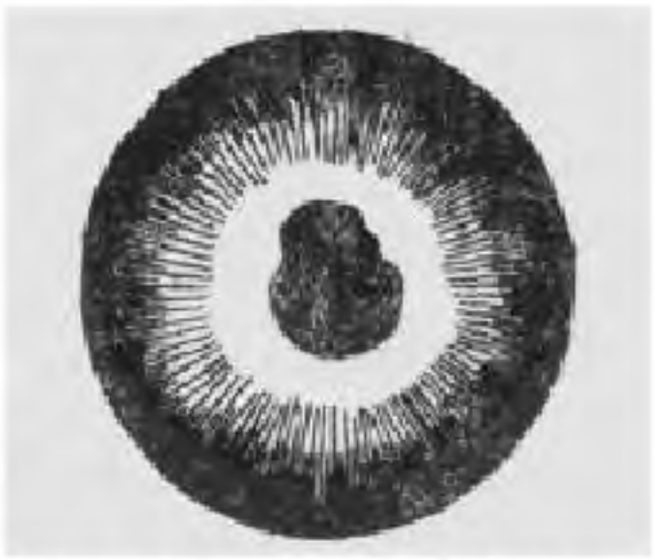


图24—19　虹膜后粘连瞳孔不规则

（三）明显的睫状充血。

（四）虹膜纹理不清，色如泥土，与晶体粘连（后粘连），扩瞳后呈梅花状（图24—19）瞳孔缩小，边缘不规则，对光反应迟钝或消失。瞳孔区甚至被膜状物遮盖。

治　疗

早期治疗，是可以治愈的。如果虹膜发生牢固的粘连后则不易拉开，可引起继发性青光眼并发性白内障等并发症，甚至眼球萎缩而失明。

（一）扩瞳：是最重要的措施。可防止虹膜粘连等不良后果。常用1～2％阿托品点眼，每日3～4次。如不能扩大，可用0.1%肾上腺素和0.1%阿托品注射液各0.2～0.3毫升球结膜下注射。

（二）应用激素：轻者局部用0.5%醋酸可的松眼药水点眼，每2小时一次（白天）或考的松眼膏涂眼。重者除局部用药外，全身用强的松5～10毫克口服，每日三到四次。症状减轻后，逐渐减少剂量。

（三）热敷。

(四)口服水杨酸钠或阿斯比林0.3～0.6克一次，每日三次。

(五)中草药：

1.羌活、防风各4钱，蔓荆子4钱，丹参5钱，红花3钱，当归3钱，赤芍3钱，菟蔚子4钱，陈皮2钱，苍、白术各3钱，鸡血藤5钱，水煎服。

2.荠菜根1～2两，煎汁温服，每日二次，或以荠菜1两煎汁点眼，一日三次。

(六)新针疗法：晴明、合谷、风池、太阳。

(七)病因治疗。

十一、急性充血性青光眼

中医称“绿内障”。以眼压增高为主要病征。持续性的高眼压可使视网膜视神经萎缩而失明。眼压增高系因房水循环受阻所致。多见于40岁以上的女性。精神过度紧张，情绪波动，过度疲劳等常为其诱因。

临床表现

(一)患者突然出现眼胀、疼痛、视力下降，伴虹视（看灯光周围有红绿圈）及偏头痛、恶心、呕吐等症状。

(二)指压眼球坚硬（眼压增高）。

(三)患眼有结膜或睫状充血，角膜水肿呈蒸汽样混浊，前房变浅，瞳孔散大，对光反应迟钝或消失。

鉴别诊断

急性充血性青光眼，应注意与下列疾病鉴别

检　查	急性结膜炎	急性虹膜睫状体炎	急性青光眼
症　状	异物感、灼热感	眶上部钝痛，晚上加剧	眼球胀痛、偏头痛
视　力	正　常	不同程度下降	剧　降
充　血	结膜充血	睫状充血	两种充血都有（混合充血）
分泌物	粘液或脓性	泪　液	泪　液
角　膜	透　明	透明，有时有角膜后沉着物	高度水肿
前　房	正　常	深浅正常，混浊	变浅、混浊
瞳　孔	正　常	缩小，不规则	散　大
眼　压	正　常	多正常	显著增高

治　疗

力争在短时间内，使眼压降低到正常。

(一)缩瞳：1～2%毛果云香碱点眼每15分钟一次，眼压下降瞳孔缩小后，改4小时一次。或用0.25%毒扁豆碱眼膏点眼，每日2～3次。

(二)脱水：即时用50%硫酸镁30～50毫升一次口服；50%葡萄糖60毫升静脉推注；或用20%甘露醇250毫升快速静脉滴注。也可同时用醋唑磺胺，首次500毫克，以后每次250毫克，每日三次。

（三）中草药：龙胆草3钱，生地3钱，野菊花2钱，黄芩3钱，生大黄3钱，车前子5钱，芒硝3钱（冲服），夏枯草3钱，五味子3钱，水煎服，每日一剂。

（四）新针疗法：取穴：风池，太阳透率谷，合谷透劳营。降眼压加太冲、球后、翳明；恶心呕吐加内关、中脘、足三里；头痛加外关。

（五）镇静：鲁米那0.03～0.06一次，每日2～3次。氯丙嗪每次25毫克，每日2次。

（六）经上述处理12～24小时眼压仍不下降者，应立即送医院，考虑手术治疗，以免延误治疗机会，造成失明的恶果。

十二、结膜角膜异物

尘砂、炭末、谷壳、煤粒、金属碎片（铁屑）等细小物体飞入结膜、角膜。在结膜上的叫结膜异物；在角膜上的叫角膜异物。

临床表现

自觉流泪、怕光、刺痛、异物感等。一般病人可告诉有异物进入结膜囊的病史。仔细检查在结膜和角膜上有异物存在，可伴有结膜或睫状充血，如继发感染可引起角膜溃疡。

治　疗

（一）不要揉眼，避免异物加重损伤。

（二）附在表面上的异物，嘱病人轻轻闭睑数次，借泪液将

异物排出。若不能排出，可用生理盐水或3％硼酸水冲洗，或用棉签、手帕揩除。

（三）嵌入表层组织的异物，先针刺双侧合谷、同侧太阳透率谷，诱导15分钟，或于结膜囊内滴0.5％地卡因作粘膜表面麻醉，每次滴2～3滴，每隔3～5分钟一次，共2～3次。而后嘱患者固定注视一个方向，使异物暴露清楚。用消毒的注射针头轻轻挑除（图24—20）。应尽量避免损伤组织。

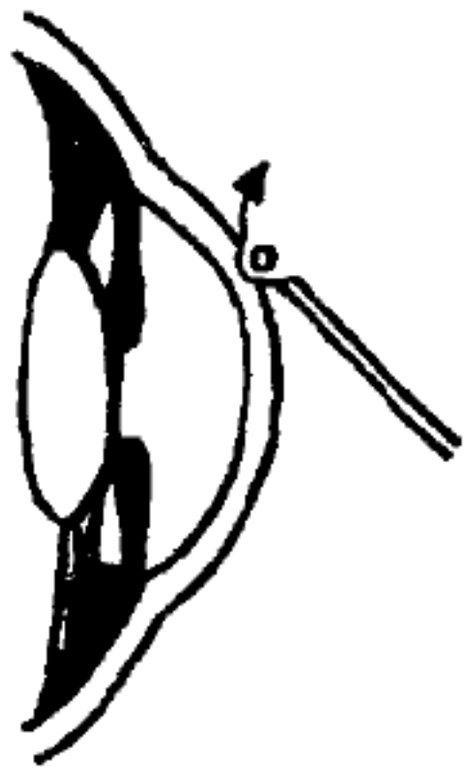


图24—20　挑除角膜异物

（四）挑除异物后，涂抗菌消炎眼膏，预防感染。

十三、眼烧伤的处理原则

（一）酸碱烧伤用大量清水或生理盐水冲洗，迅速去除致伤物质。

（二）上磺胺、抗菌素类眼膏，既可预防感染，又可防止睑球结膜粘连。

（三）角膜烧伤按角膜溃疡的治疗方法处理，并注意加强全身和局部营养。

第二节　耳部疾病

一、解部生理

耳既是感受声音刺激的听觉器官，又是调节身体姿势的平

衡器官。分为外耳、中耳、内耳三部分（图24—21）。

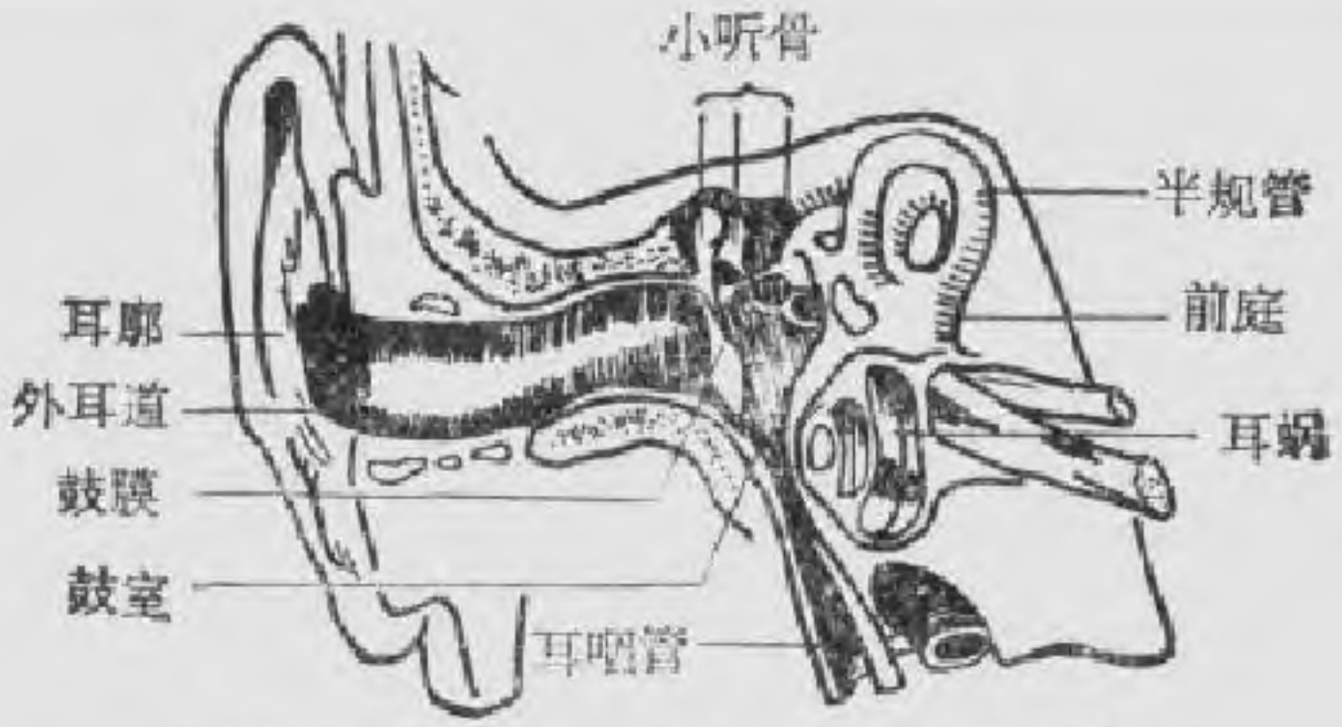


图24—21　外耳、中耳、内耳部位

（一）外耳：由耳廓、外耳道组成，有收集和传递音波的作用。

1.耳廓：由弹性纤维软骨外包皮肤所构成。

2.外耳道：为一稍弯曲之管道，起于外耳道口，止于鼓膜，长约2.5～3.5厘米，内衬富有细毛、皮脂腺和盯脐腺的皮肤。

（二）中耳：中耳由鼓室、咽鼓管及乳突小房三部分组成，有传导声音的作用。

1.鼓室：是一个小气腔，内有锤骨、砧骨、镫骨三个彼此相连的耳小骨。周围有六个壁，其外侧壁为银白色半透明的鼓膜。后方通乳突小房，前方借咽鼓管与咽相连。

2.咽鼓管：是连接鼓室与咽腔的管道，有调节鼓室气压的作用。

3.乳突小房：由许多彼此交通的气房组成，位于耳后的颞骨乳突内。因与鼓室相通，故中耳炎时易引起乳突炎。

（三）内耳：又称迷路，位于颞骨内，有一内耳门与颅腔相通，位听神经由此出入。包括耳蜗、前庭和半规管三部分。前庭和半规管（三个）有位置觉感受器，与身体平衡有关。耳蜗有听神经末稍，能感受声音的刺激。声音经耳廓收集后，从外耳道传至鼓膜，引起鼓膜振动，经听骨传至内耳刺激耳蜗的感受器，则转化为神经冲动，经位听神经传入到达大脑皮质听觉中枢而产生听觉。

二、检查方法

（一）额镜的戴法（图24—22）：额镜为一凹面镜，中央有一孔，以便视线通过。额镜应戴在与光源同侧的眼前（一般戴在右侧），孔正对瞳孔，镜背面贴在眼眶前。

（二）外耳检查：注意耳廓有无缺损、畸形，周围组织有无红肿及瘘管，牵拉耳廓、压迫耳屏及乳突部有无疼痛。然后让被检查者侧坐，利用自然光线或集光于外耳道口，将耳廓向后上方牵拉（小儿则向后下方），注意外耳道有无充血、肿胀、分泌物、盯疔、异物等。

（三）中耳检查：重点检查鼓膜。用额镜将光源反射到外耳道，再选用一个大小适合的耳镜放入外耳道。正常鼓膜在前上方有一白色小圆形突起，名锤骨短突，前下方可见一三角形特别光亮区名光锥，锤骨短突前、后方有前后皱襞；其上色淡红者称松弛部，其下色银白而半透明者称紧张部（图24—23）

鼓膜可因病变而发生各种改变。如急性中耳炎时鼓膜充血，明显向外突出，正常标志消失；慢性中耳炎时可见鼓膜穿孔、

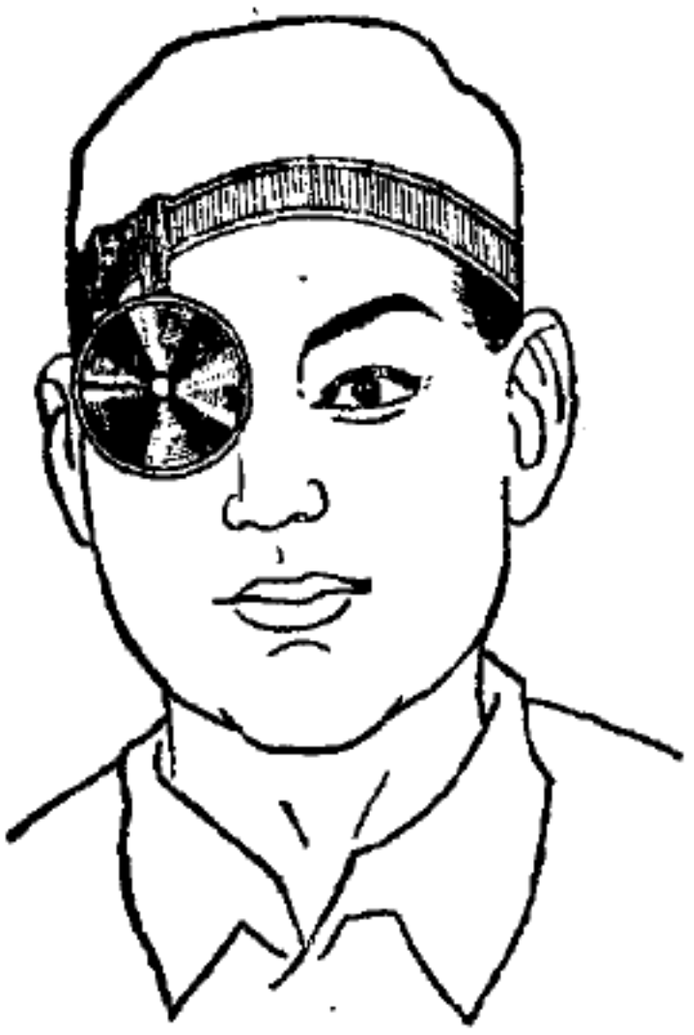


图24—22　额镜的戴法

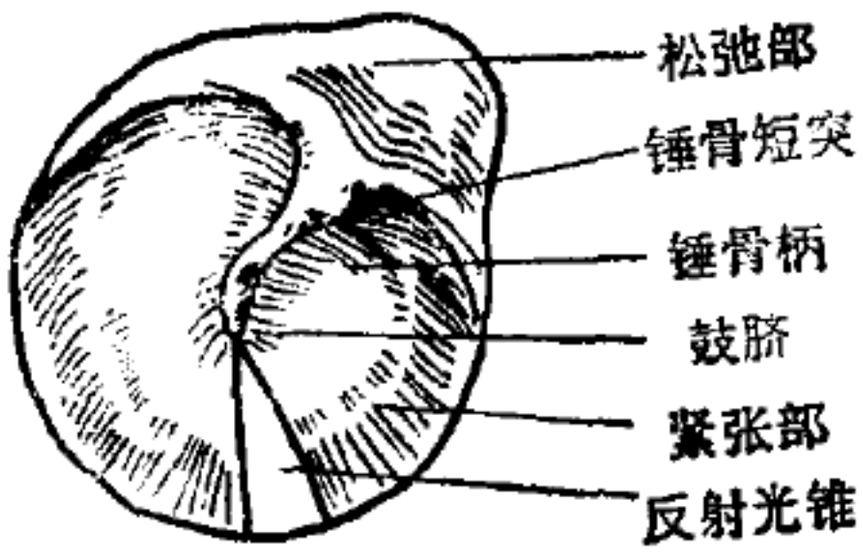


图24—23　鼓膜正常标志

流脓；鼓膜因气压改变或粘连而向内凹陷，可见锤骨短突显露，前后皱襞明显，光锥分散或消失。

（三）听力检查：常用耳语、手表、音叉来检查。耳语检查常用于大规模体检。选择一间比较安静、5米长的房间，被检查者闭目，一耳侧向检查者，另一耳以棉花团塞紧，身体不与周围东西接触；检查者于5米距离处面对被检查侧耳朵以耳语发音（利用呼完气后的残气发音），嘱被检查者重复读出。耳语以2～3个一般熟悉的字为宜，如北京、上海、大庆、大寨、胜利、革命等。如被检查者不能听到，可以缩短距离。再用同样的方法检查另一耳。

三、化脓性中耳炎

化脓性中耳炎俗称“脓耳”，是较为常见的耳病。常在上呼

吸道感染、急性传染病、人体抵抗力下降，特别是在用力擤鼻涕时，病原菌经咽鼓管侵入鼓室引起感染。因小儿咽鼓管短、粗、水平等，故更易患此病。

中医认为多因外感风热毒邪，因体质亏虚，抵抗力差，或因肝胆火炽内外合邪所致。

临床表现

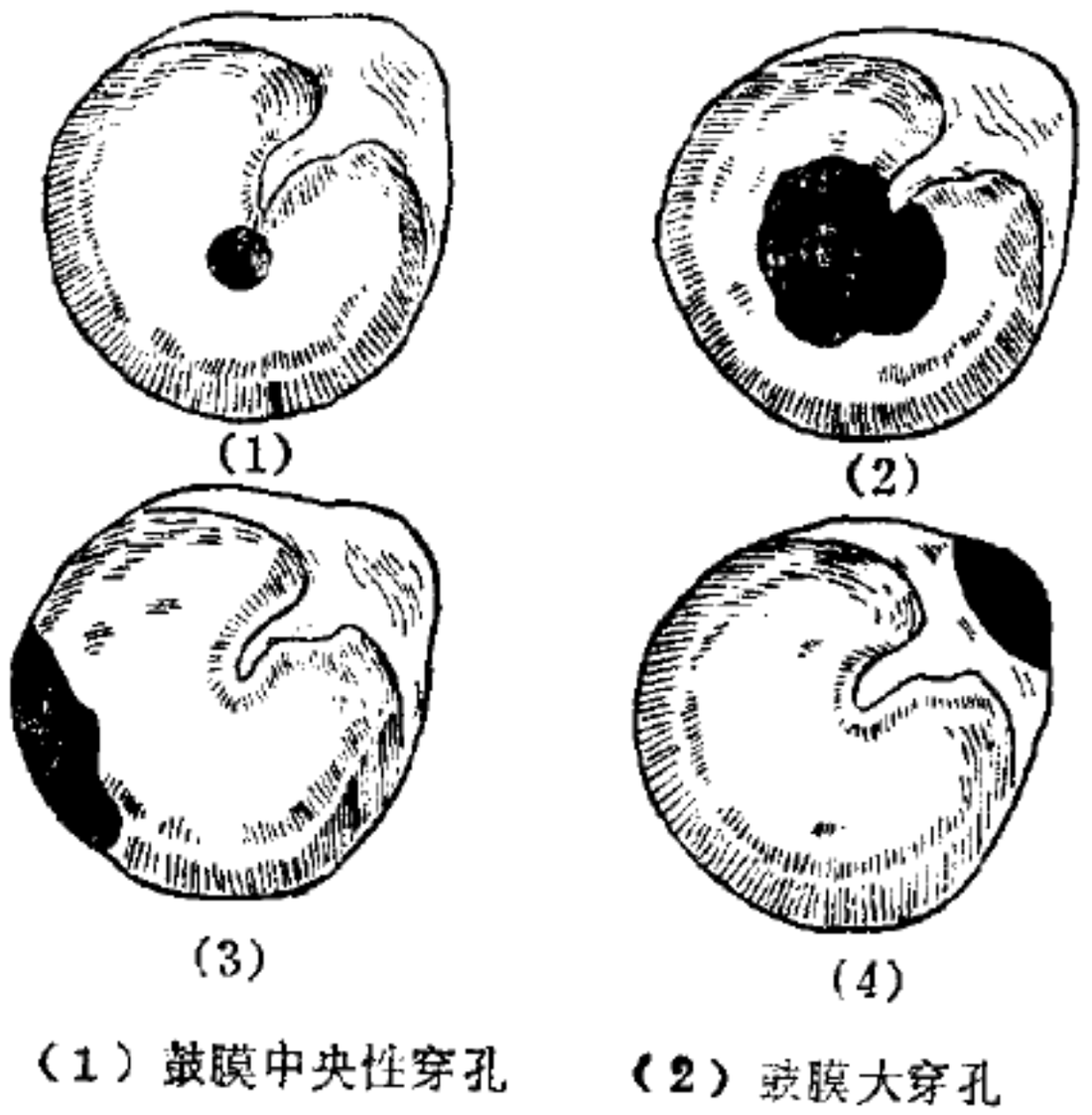
（一）早期：主要症状为发热和剧烈的搏动性耳痛，其次是耳鸣、耳堵塞感。

检查可见鼓膜充血，正常光泽消失。

（二）化脓穿孔期：经一二天后，耳内分必物积聚，发烧及耳痛加剧，小儿常伴有呕吐、腹泻、抽搐等。如鼓膜穿破，脓汁流出，此时耳痛顿减、热退。检查可见外耳道有脓，鼓膜穿孔，乳突部有压痛。

如并发乳突炎时，常有高烧，耳痛剧烈，乳突部红肿，有明显压痛。如进一步发展可侵及颅内，引起颅内感染。

（三）慢性期：急性中耳炎治疗不及时



（1）鼓膜中央性穿孔　（2）鼓膜大穿孔
（3）鼓膜边缘性穿孔　（4）鼓膜松弛部穿孔

图24—24　鼓膜穿孔的位置

或不彻底而迁延成慢性，其表现以长期持续性或间歇性流脓、耳鸣、听力下降、鼓膜穿孔为特征(图24～24)，可迁延多年。可经多年而不发生严重的并发症。如突然耳痛、脓量增加、恶臭、乳突红肿伴发热、头痛、恶心、呕吐、眩晕等，应考虑急性发作或有颅内其它并发症。

预　防

(一)及时治疗鼻咽部感染，不要捏紧两鼻孔擤鼻涕。

(二)注意哺乳儿不要横抱哺乳，防止乳汁由咽鼓管进入中耳。

(三)彻底治疗急性化脓性中耳炎，以免迁延成慢性。

治　疗

慢性期以局部治疗为主，急性期应配合全身治疗。

(一) 局部治疗

1.鼓膜穿孔前：用鲜虎耳草1两，捣烂取汁滴患耳内，一日3～4次。或用2%酚甘油，或4%硼酸酒精滴耳，一日3～4次。用1%麻黄素或滴鼻净点鼻。

2.鼓膜穿孔后：用3%双氧水或浓茶水清洗外耳道，然后滴抗菌消炎液，如2.5%氯霉素甘油或新霉素滴耳液等。也可用桔子皮3钱，煅明矾1两共研细末吹入患耳，一日2～3次，但应隔2～3天清洗外耳道的陈末，以免阻塞，影响引流。

（二）全身治疗

1.中草药：可选用蒲公英、生石膏、夏枯草、一枝黄花、野菊花、九里光、鱼腥草、忍冬藤，水煎服。脓多加鲜生地；痛剧加牡蛎。

2.新针：医明、合谷、下关、曲池。

3.急性期可考虑服止痛药及给予足量的清热解毒药或用抗菌素等。

如有颅内并发症，应送医院治疗。

第三节　鼻部疾病

一、解剖生理

鼻是呼吸道的门户，又是嗅觉器官。包括外鼻、鼻腔及鼻旁窦。

（一）外鼻（图24—25）：由骨和软骨作支架，外表被复皮肤。上端突出于两眼眶之间的部分称鼻根，下端为鼻尖，上下端之间为鼻背。鼻尖两侧弧状隆起部分称鼻翼。

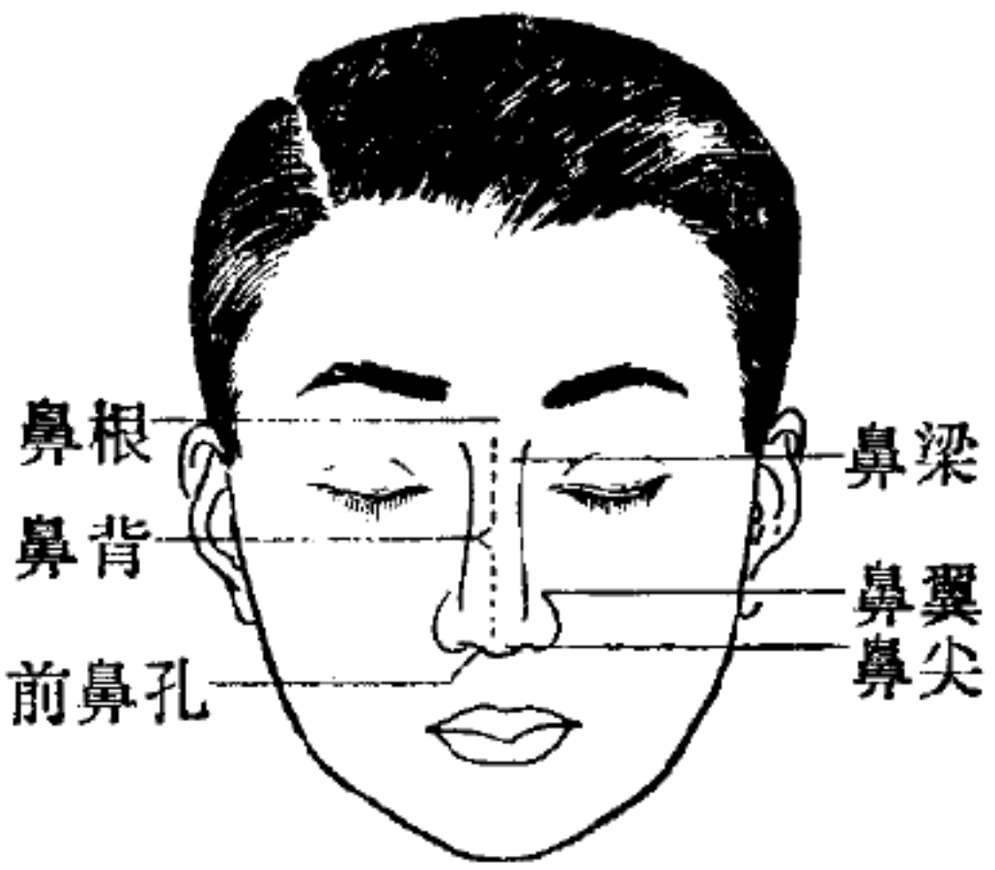


图24—25　外鼻

（二）鼻腔（图24—

26)：外鼻围成之腔隙叫鼻腔，内衬粘膜，由鼻中隔分为左、右两鼻腔。鼻中隔前下方有一小区域，小血管丰富，粘膜层又薄，是鼻腔易出血的部位。鼻腔借前鼻孔通外界。前鼻孔内即相当于鼻翼围成的部分，叫鼻前庭，长有鼻毛，并富有皮脂腺和汗腺，故易发生疖肿。鼻腔外侧壁可见三块向内下卷曲的上、中、下鼻甲。各鼻甲下方有一腔隙叫鼻道，下鼻道的前端有鼻泪管的开口，上、中鼻道有鼻旁窦的开口。鼻腔粘膜可分为两部分，中鼻甲以上的粘膜属嗅部，司嗅觉，其它部分属呼吸部，起清洁和调节吸入气体的温湿度的作用。

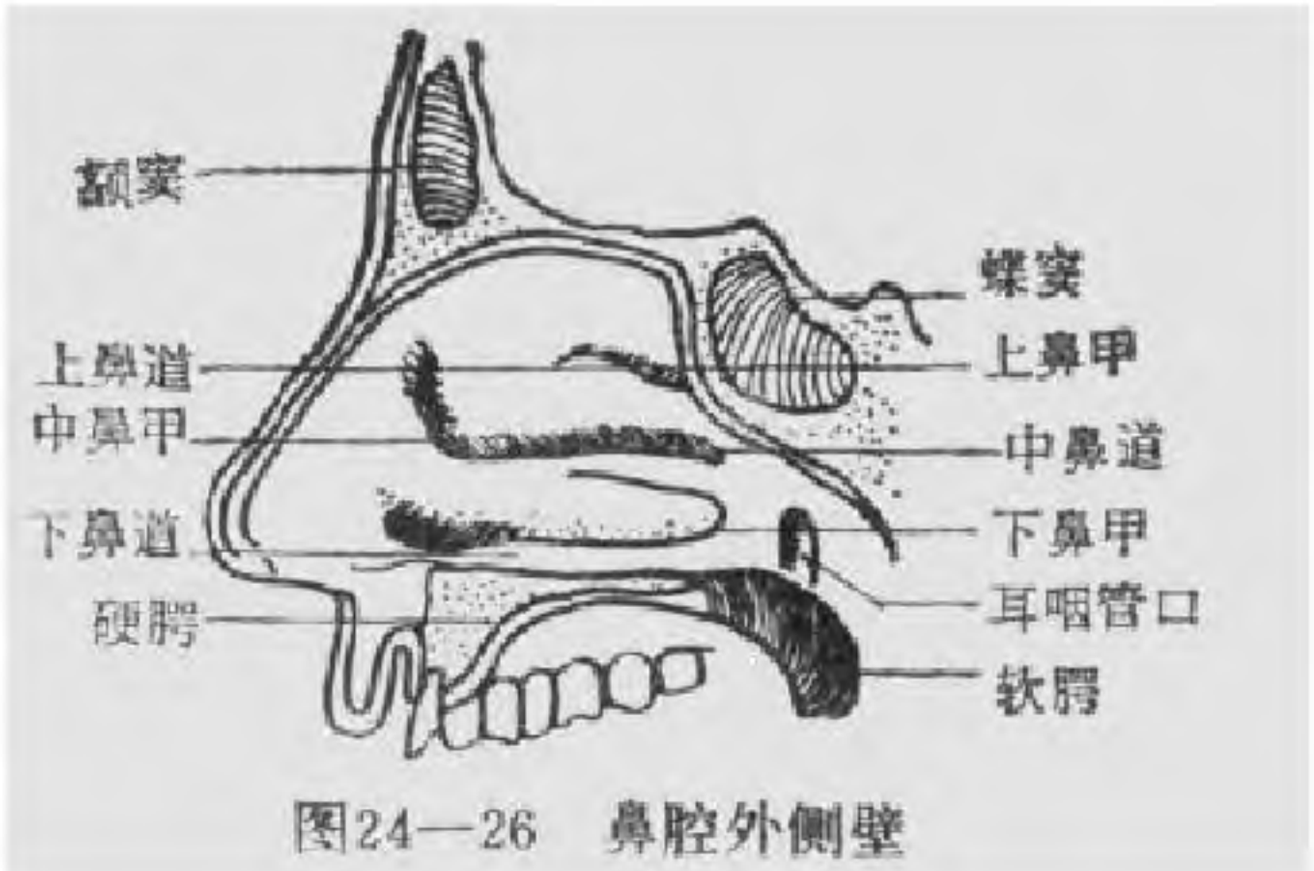


图24—26　鼻腔外侧壁

（三）鼻旁窦：是面颅骨内的含气空腔，有额窦、筛窦、蝶窦、上颌窦四组（图24—27），都开口于上、中鼻道。

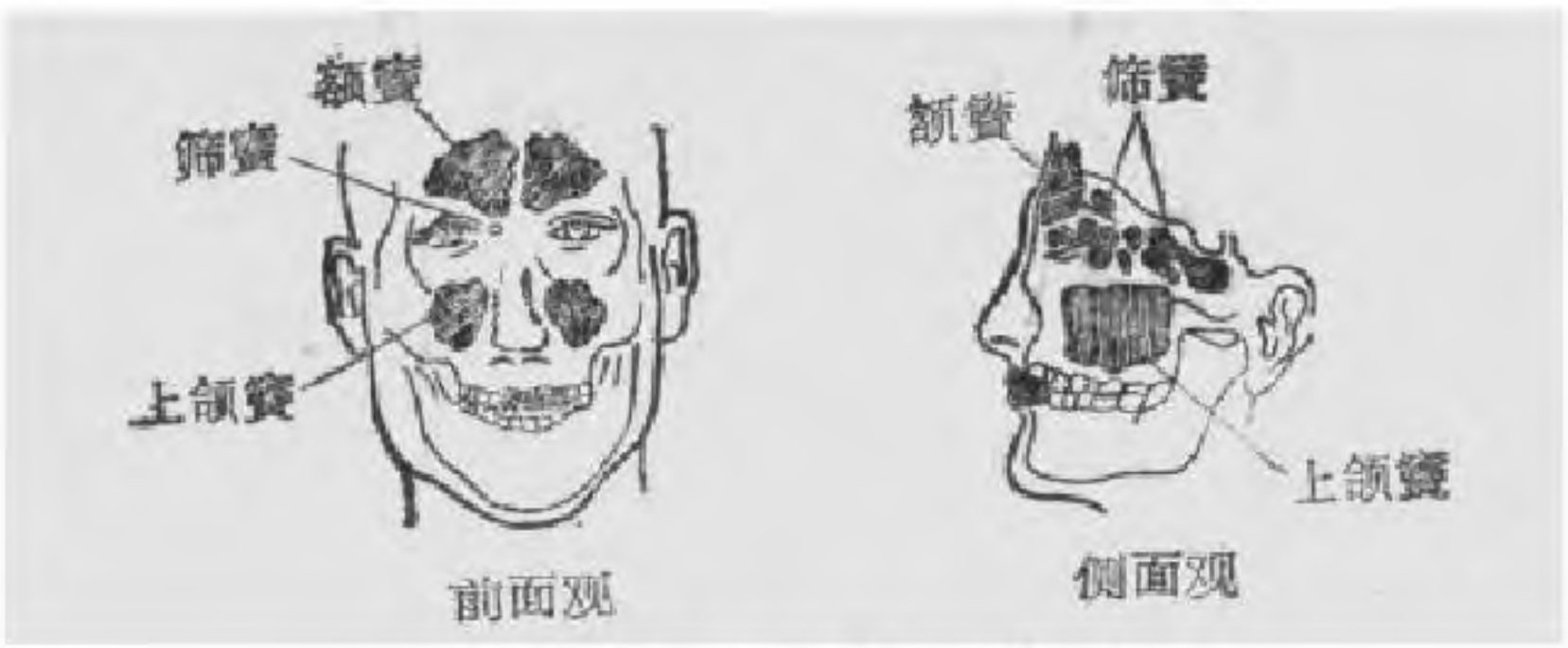


图24—27　鼻窦在头部的位置

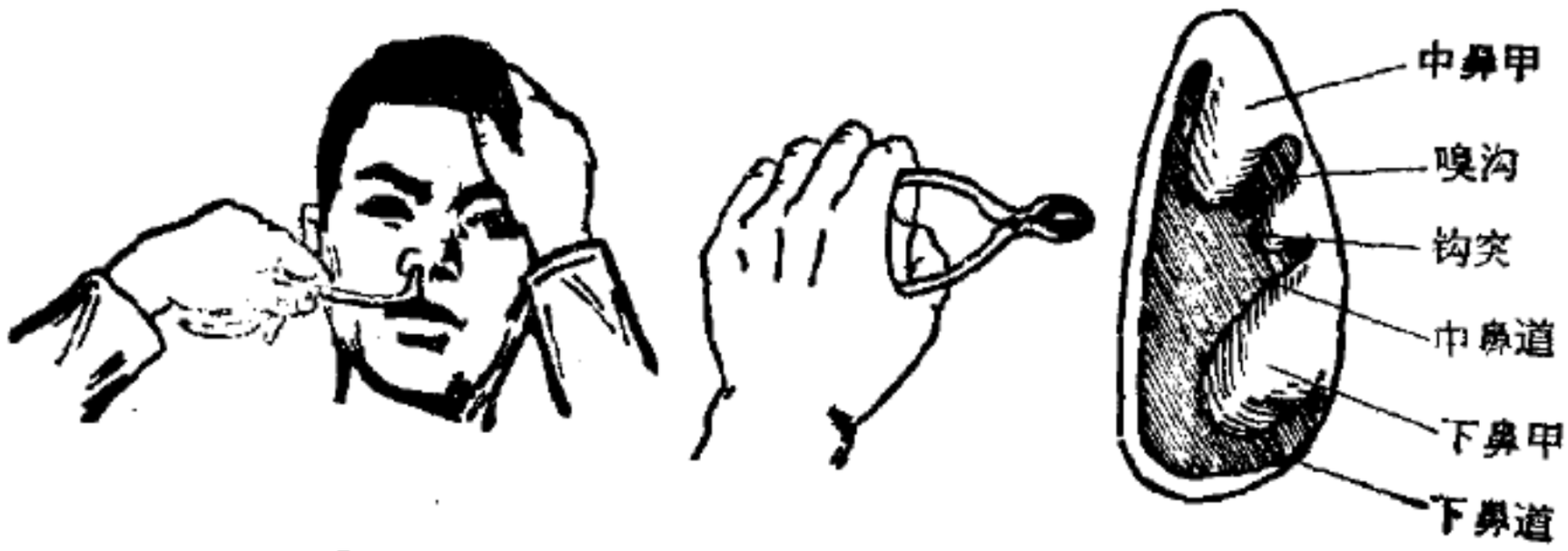
二、检 查 法

(一)外鼻：主要观察有无形态改变及损伤。外伤时以手指由鼻背两侧自上而下进行触摸，可确定有无骨折。

(二)鼻前庭：头向后仰，用拇指推起鼻尖，观察前庭皮肤有无红肿、溃疡、皲裂、脓疱、结痂等。

(三)鼻腔：病人与检查者对面而坐，用额镜将光线照入鼻腔内；检查者左手取一个大小合适的鼻镜，拇指按于鼻镜关节，一柄置于掌内，另一柄由其他三指扶持，手背向病人（图24—28）。将鼻镜前端闭合，轻轻插入鼻前庭，借食指固定于鼻翼，慢慢将前鼻孔上下张开，患者作前俯后仰动作，便可看清鼻中隔、下鼻甲、中鼻甲、下鼻道、中鼻道等结构。注意鼻腔粘膜的颜色、厚度、有无溃疡、痂皮、息肉、肿瘤等；中隔是否偏曲，鼻甲是否肥大、萎缩；鼻腔有无分泌物，从何鼻道来的。

(四)嗅觉检查：是检查鉴别各种气味的能力。常用酒精、清水、大蒜液、煤油等，装在有色瓶内，将被检查者的一侧鼻



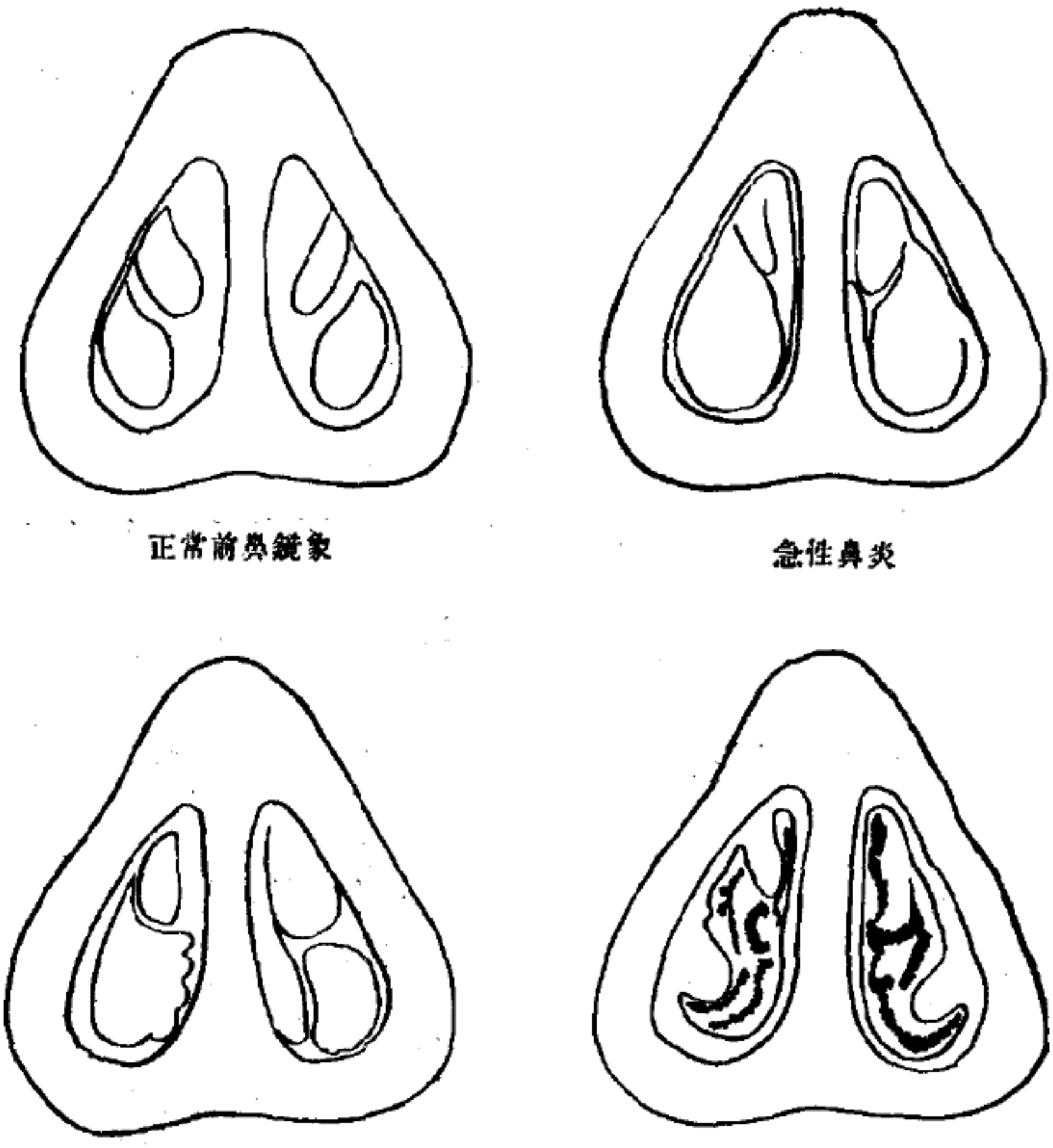
1.正确位置　2.握鼻镜不正确的姿势　3.前鼻孔检查

图24—28　前鼻孔检查

孔堵住，另侧鼻孔闻其气味，分别检查两侧鼻腔。

三、慢 性 鼻 炎

慢性鼻炎是鼻腔粘膜的慢性炎症。分为单纯性、肥厚性和萎缩性三种（图24—29）。多为急性鼻炎反复发作的结果。其它如鼻中隔偏曲、慢性鼻旁窦炎、长期化学刺激、以及心、肝、肾慢性疾病亦可引起。



正常前鼻镜象　　急性鼻炎

肥厚性鼻炎　　萎缩性鼻炎

图24—29

临床表现

（一）单纯性鼻炎：主要症状是间歇性或交替性鼻塞，晚上加重。分泌物为粘液性或粘脓性。检查时可见粘膜呈暗红色，下鼻甲肿胀，用麻黄素收缩良好。

（二）肥厚性鼻炎：突出症状是持续性鼻塞。检查时下鼻甲肿胀，表面凹凸不平，呈杨梅状，用麻黄素收缩反应不良。

（三）萎缩性鼻炎：主要表现为鼻塞、鼻干，有特殊臭味的脓痂。检查时，鼻腔宽大，鼻甲萎缩，有腥臭味的黄绿色脓痂。

防　治

（一）单纯性与肥大性鼻炎

1.积极治疗全身性疾病，去除病因。

2.新针：迎香、合谷、印堂、列缺。

3.用鲜鹅不食草捣烂取汁滴鼻，或揉团塞鼻；也可用1％麻黄素或用鼻眼净滴鼻（图24—30）。

4.苍耳子散加银花、连翘煎服。

（二）萎缩性鼻炎

1.清洁鼻腔，用生理盐水冲洗后，滴石腊油或薄荷液。

2.丝瓜根和近根3—



图24—30　滴鼻法

5尺的藤，干品每天3钱，煎水服。

3.黄药子　用人奶磨浓汁、过滤、取汁点鼻，每日3～4次。

4.内服清燥救肺汤，维生素B_2、C、A、D。

四、过敏性鼻炎

是鼻粘膜上的一种变态反应性疾病。典型症状是阵发性喷嚏、鼻塞、流大量清水样鼻涕。检查时可见鼻粘膜水肿，呈苍白色，鼻腔内有多量水样分泌物。间歇期则一切症状，体征均消失。

治　疗

1.找出过敏原因，去除病因。

2.新针：迎香、印堂、合谷、风池。

3.鲜鹅不食草捻团塞鼻过液；或用苍耳子1钱研末，吹入鼻腔。

4.用1％安其敏麻黄素滴鼻。

5.内服苍耳子散、苯海拉明，或其它抗过敏药物。

五、化脓性鼻旁窦炎

化脓性鼻旁窦炎，中医称为鼻渊。包括上颌窦炎、筛窦炎、额窦炎及蝶窦炎四种，其中以上颌窦炎最常见。急性鼻旁窦炎，往往由伤风感冒引起，或由鼻邻近组织的炎症蔓延而来。慢性鼻旁窦炎多为急性鼻旁窦炎多次发作或治疗不及时、不彻底迁

延所致。

临床表现

（一）急性鼻窦炎：主要症状为鼻塞，流黄稠脓性鼻涕，嗅觉减退，常伴有畏寒、发热、头痛全身不适、食欲减退等急性炎症中毒症状。检查时，可见鼻腔粘膜呈急性充血、水肿、中鼻道有脓性分泌物，鼻旁窦区有压痛（额窦在眼眶内上方，筛窦在眶内侧壁，上颌窦在犬齿凹），甚至肿胀。

（二）慢性鼻旁窦炎：主要症状是长期鼻塞和流脓鼻涕，伴有头昏、头痛、注意力不集中，记忆力减退等。检查时可见中鼻甲肥大、水肿或息肉样变。

治　疗

（一）急性鼻旁窦炎

1.适当休息，局部热敷；

2.新针：上星、合谷、风池。

3.用鲜鹅不食草揉团塞鼻或1％麻黄素滴鼻。

4.苍耳子散合辛夷散加减或藿胆丸〔藿香、连枝叶8两、白芷2两研末，加八枚猪胆汁制成丸〕内服。

5.病情较重者可给抗菌素及止痛药。

（二）慢性上颌窦炎可行穿刺冲洗，并注入抗菌素。也可用大蓟根3两，鸡蛋3个共煮，吃蛋和汤。

六、鼻出血(鼻衄)

鼻出血是常见的一种症状。多因鼻外伤、炎症、中隔弯曲、肿瘤等鼻部疾病引起。也可由热性传染病、出血性疾病、高血压、肝硬化、子宫内膜异位等全身疾病引起。

中医认为鼻衄系感受风热致肺热壅盛，损伤脉络，或饮食不节，致胃热薰蒸，伤其鼻络所致。

处　理

(一)出血不多，让患者躺下，头略高，捏住鼻子，冷敷额部、鼻部、后颈部；若不止血，可用浸有1%麻黄素或0.1%肾上腺素棉球塞入鼻腔（高血压者忌用)；也可吹入血余炭末，或大蒜头捣烂敷涌泉穴。

(二)大出血或出血不止，给镇静剂和止血剂，加服中草药：侧柏炭 4 钱、白茅根 1 两、旱莲草 5 钱、藕节 5 钱、大小蓟各 5 钱等。若无效，急送医院处理。

(三)辨证施治

肺热鼻衄：鼻燥、口干、身热、舌尖红、脉洪大。宜桑菊饮加丹皮、茅根。

胃热鼻衄：鼻干出血、口渴口臭、烦躁便秘、舌红苔黄糙。宜犀角地黄汤或清胃散加减。

(四)针刺上星、迎香、印堂等穴，对出血轻者有止血作用。

七、鼻　咽　癌

鼻咽部的恶性肿瘤，统称为鼻咽癌，是常见的恶性肿瘤之一。发病年龄多在三十至五十岁之间，男性多于女性。

临床表现

（一）鼻部症状：鼻咽癌常见的早期症状是经后鼻孔吸入鼻涕时，从口咽部吐出的痰液中带有少量血丝或血块。癌瘤较大时，可引起鼻塞。如溃烂可致大出血。

（二）颈淋巴结转移：有不少病人，在鼻咽部没有出现任何症状，而在颈部先出现质硬、不活动、迅速增大的淋巴结。

（三）耳部症状：癌瘤阻塞耳咽管，引起单侧性耳鸣、重听，侵入中耳破坏面神经可引起面瘫。

（四）颅神经受侵犯：鼻咽癌侵入颅腔，可引起剧烈头痛、复视及患侧眼球不能外展等症状。

诊　断

对回吸鼻涕带血、耳咽管阻塞、颈部肿块患者应作详细检查。

治　疗

争取早期诊断、早期治疗。目前主要治疗方法是放射治疗，若能配合中草药及化学治疗，效果较为满意。

（一）中草药治疗，对改善症状有一定效果。

1.白花蛇舌草1两，半边莲5钱，半枝莲1两，水煎服。

2.可选用当归补血汤或八珍汤以调补气血。

（二）放射治疗：常用的有深度X线和钴60。

第四节　咽喉口腔疾病

一、解剖生理

（一）咽

咽部是呼吸道和消化道的共同通道。为肌性管道，内衬粘膜，分三部分（图24—31）

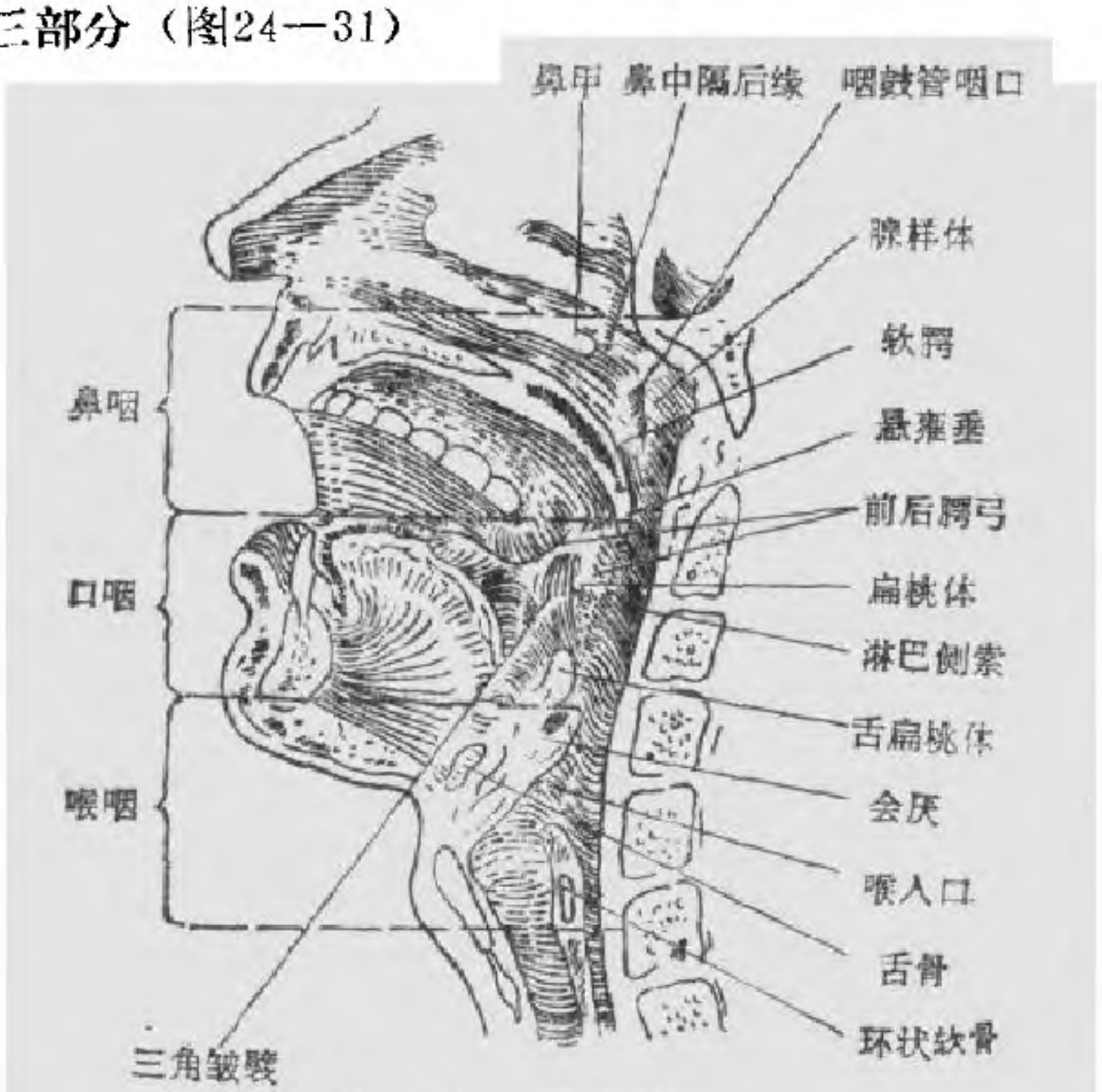


图24—31　咽腔侧壁

1.鼻咽部：是咽的最上部，位于鼻腔后，软腭之上，前为后鼻孔，两侧各有咽鼓管开口，与鼓室相通。

2.口咽部：位于口腔后方，上有软腭，两侧有扁桃体，后为咽后壁，软腭缘向下形成左右两侧前后腭弓，前面的为舌腭弓（前柱）后面的为咽腭弓(后柱)。前、后柱之间的窝叫扁桃体窝，容纳扁桃体。扁桃体是咽部最大的淋巴组织，内有许多小管与表面相通，即扁桃体隐窝，常有细菌，脱落的上皮及淋巴细胞积留，故易发炎。

3.喉咽部：位于会厌软骨缘水平线以下与食道入口之间，两侧各有一窝称梨状窝，常为异物停留处。

（二）喉

位于颈前正中，上通咽，下连气管，两侧有胸锁乳突肌及颈部大血管和神经。喉既是呼吸的通道又是发音的器官。喉由单个的甲状、环状、会厌软骨及成对的构状软骨等作支架，借韧带、肌肉连结，内衬粘膜而成(图24—32)。会厌软骨游离缘以下至环状软骨下缘之间的腔洞是喉腔，内面有两对突出的皱壁，在上面的一对叫假声带，在下面的一对叫声带。两侧声带之间的裂隙叫声门，是上呼吸道最狭窄的部分。

甲状软骨向前突出的部分叫喉结；环状软骨构成喉腔的底座，环、甲软骨之间有环甲膜。当喉肌舒缩时喉软骨运动，调节声带的松紧在空气冲击、声带震动下而发出声音。喉粘膜下层组织疏松，炎症时，肿胀显著，易引起喉阻塞。

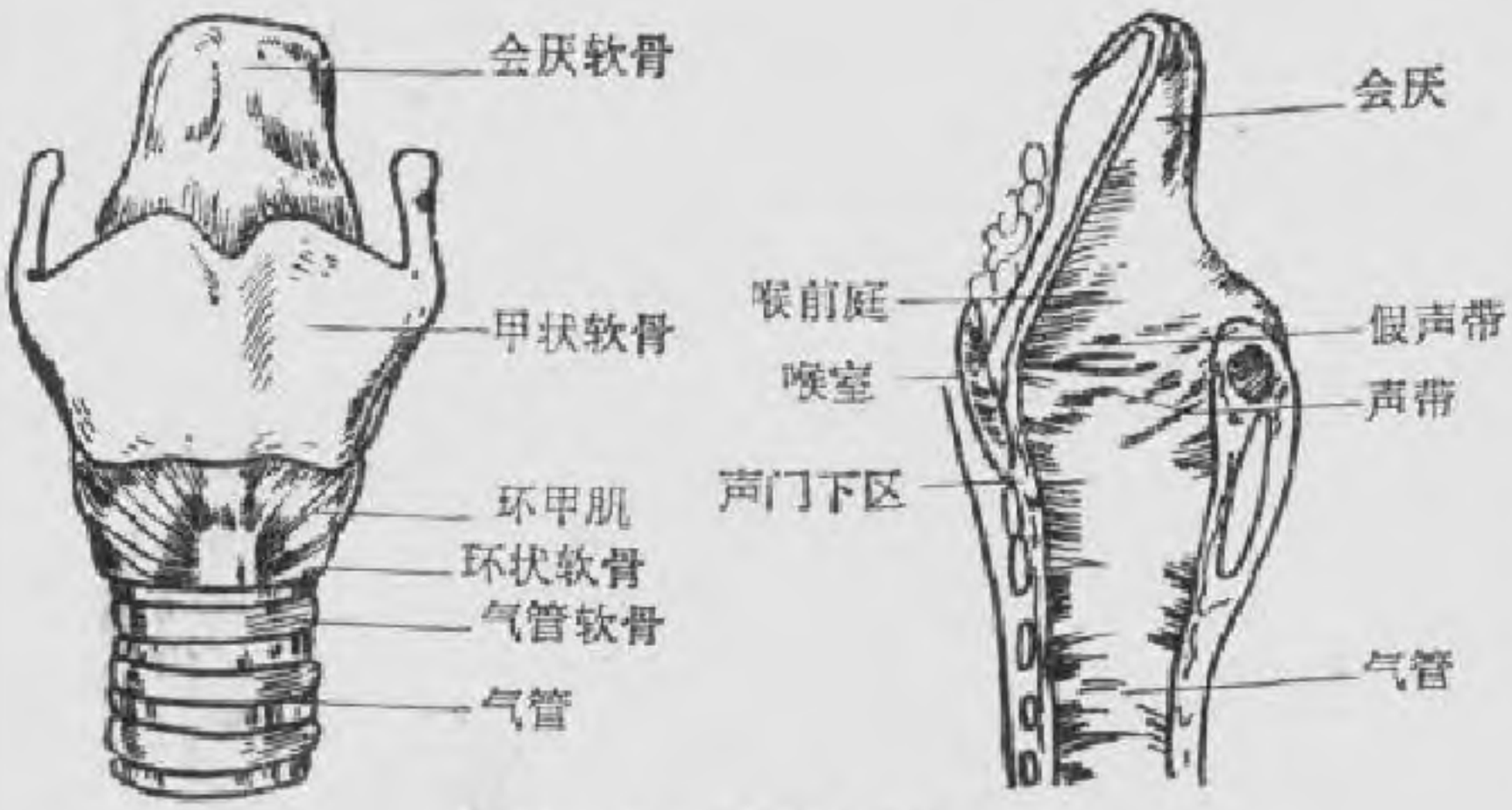


图24—32　喉的解剖

（三）口腔

口腔是消化道的起端，由骨支架及口腔器官组成（图24—33）。口腔器官包括，唇、颊、齿、舌、腭及唾液腺等，共同完成吸吮、咀嚼及语音等复杂活动。

上、下颌骨是构成口腔的骨性支架。上颌骨是口腔顶部的硬腭部份，其前缘为容纳齿根的上齿槽。硬腭前部中央有切牙孔，后部两侧各有一腭大孔，均有神经通过，是拔上颌牙时注射麻药的部位。下颌骨有体、枝之分。体的上缘为下齿槽，容纳下颌牙；枝的上端有两个突起，后方的突起为关节突，为颞骨下颌关节窝构成下颌关节。体与枝相接处为下颌角；枝的内侧面中央有下颌孔，此孔亦有神经通过，为拔下颌牙时注射麻药部位。

口腔的前方是口唇，两侧为颊，上方是腭，下方是舌和口

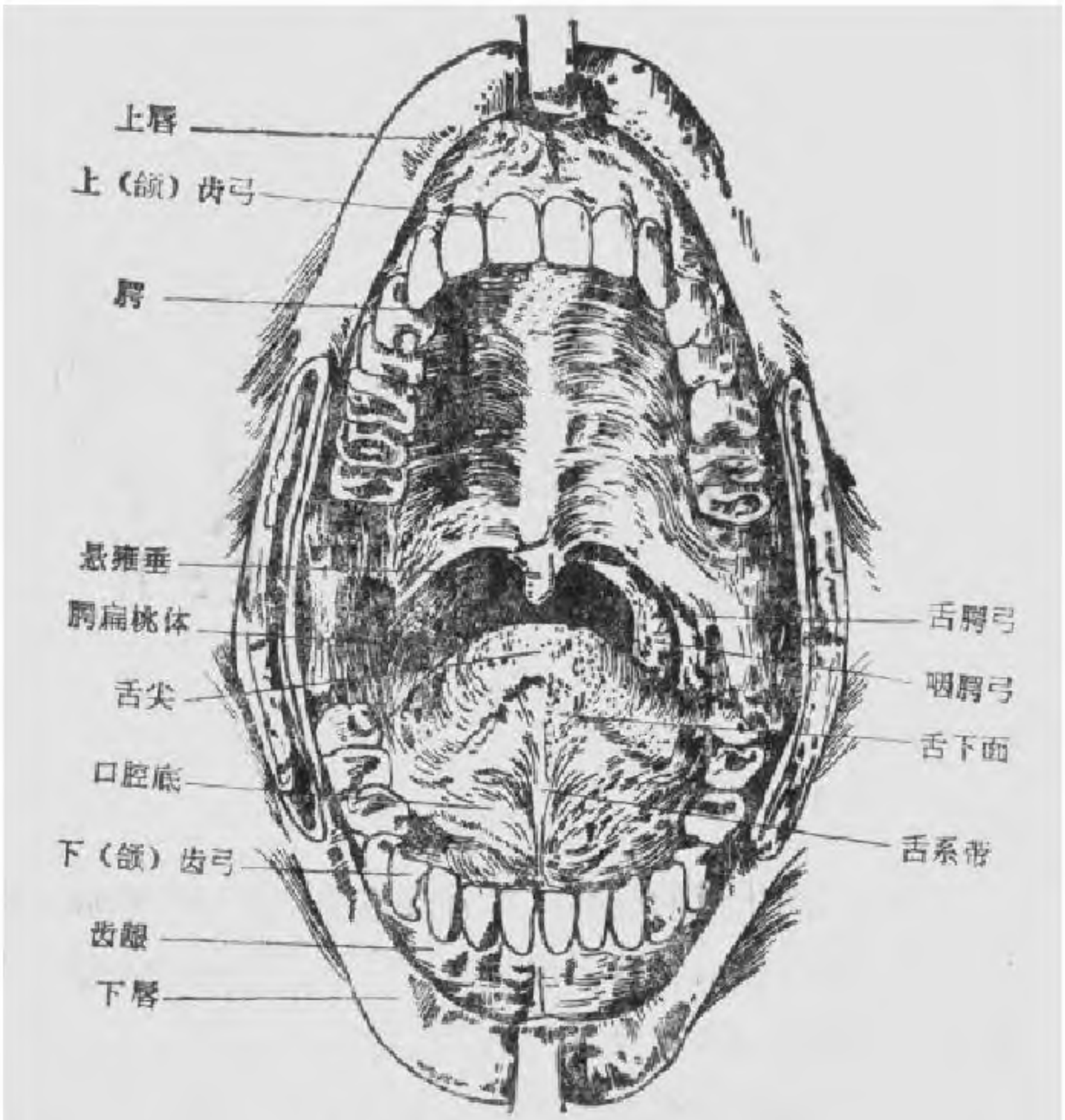


图24—33　口腔

底，后方以舌腭弓与咽部相接。上、下唇两侧联合处为口角，上唇中央为人中，与鼻小柱相连；在两颊粘膜上平第二座牙处有腮腺导管开口；口腔顶借腭与鼻腔相隔。腭可分基础，后部为软腭，由肌肉及粘膜组成，软腭后缘中央有一个下垂突起叫悬雍垂（俗称小舌头）。

牙齿　牙除能切碎与研磨食物外，还有辅助发音的功能。

每个牙都可分为牙冠、牙颈和牙根三部分。牙根嵌入上或下颌骨的牙槽内；牙冠是露在牙龈以外的部分，牙根与牙冠之间为牙颈，外包以牙龈。牙主要由牙本质构成，牙龈外面包有牙骨质，牙冠外面包有牙釉质。牙的内面有一牙髓腔，腔内充满结缔组织、血管和神经，称为牙髓，并借根尖孔与牙周组织相通（图24—34）。

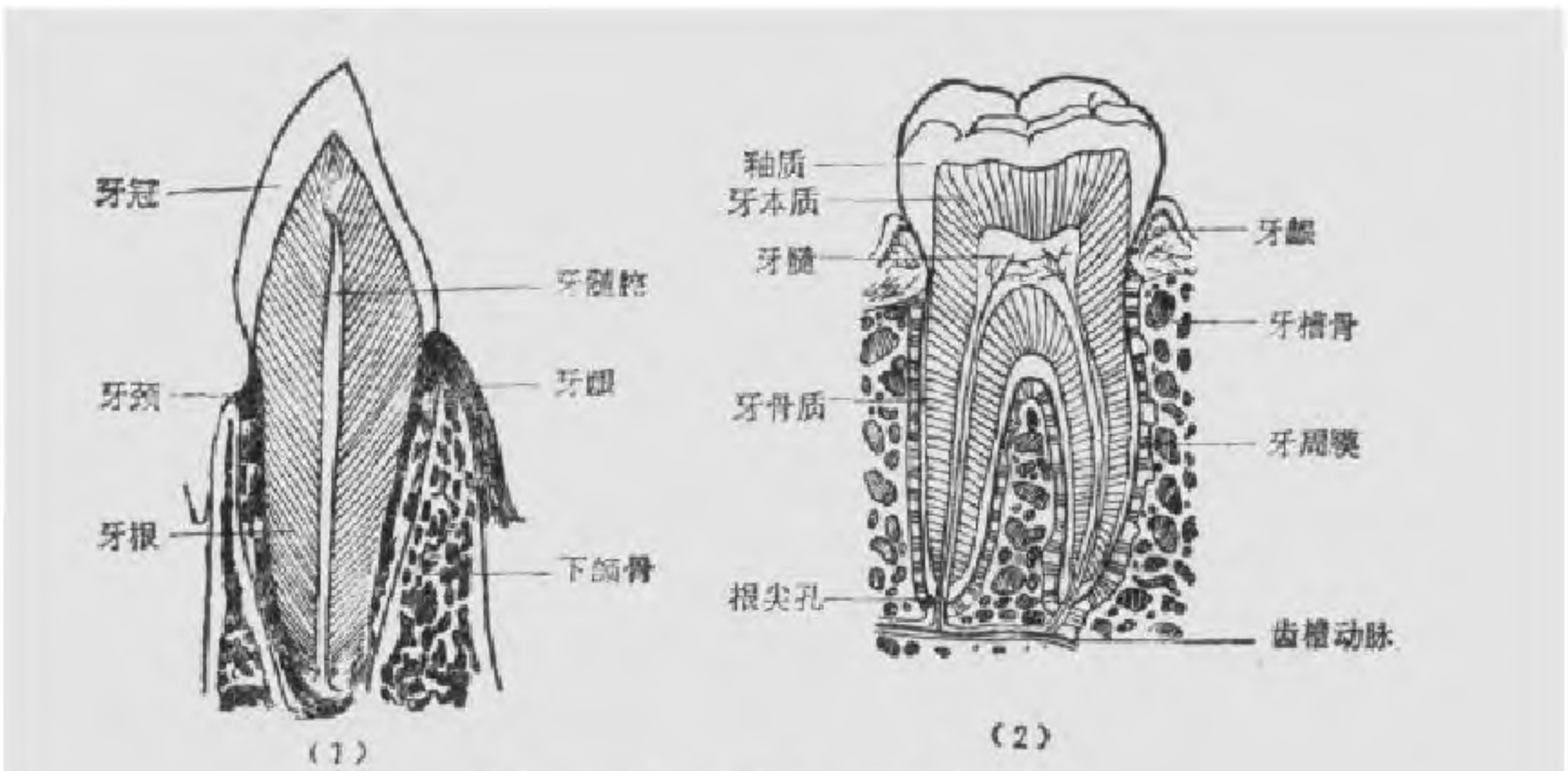


图24—34　牙体、牙周剖面

人一生中有两套牙。一套是乳牙，从出生后6～7个月开始萌出，到两岁半左右出齐，共20个；六岁以后，乳牙先后自然脱落，长出恒牙，到12～13岁左右完成，共28个；但第三磨牙则要在20岁左右才萌出，有的人可以终生不出。乳牙和恒牙的排列如下表

乳牙：

	磨牙		尖牙	切牙		切牙	尖牙	磨牙	
上颌	V	IV	III	II	I	I	II	IV	V
下颌	V	IV	III	II	I	I	II	IV	V

恒牙：

	后磨牙			前磨牙		尖牙	切牙		切牙	尖牙	前磨牙		后磨牙		
上颌	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下颌	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

（切牙又叫门牙或门齿，尖牙又叫犬牙，磨牙又叫臼齿）

每个牙的牙根数目不一，切牙及尖牙只有一个牙根，前磨牙有两个根，而上颌的后磨牙一般有三个根，下颌的后磨牙只有两个根。了解牙根的数目和形状，在拔牙时可以选择牙钳，并可检查是否有牙根残留于牙槽内。

牙齿周围的组织称牙周组织，包括牙龈、牙槽突和牙周膜，有保护、支持和固定牙齿的作用。

舌 舌是肌性器官，表面复以粘膜，它有搅拌食物和味觉的功能，又是发音的辅助器官。舌在平静时长而扁平，分舌体和舌根二部。舌体的上面叫舌背，两边叫舌缘，前端叫舌尖，在前下方正中线有一粘膜皱襞，叫舌系带。如舌系带太短；会影响舌尖的运动，妨碍讲话。舌体正常呈淡红色，而舌缘和舌尖呈红色。舌的颜色、形态和舌苔的厚薄、颜色等与身体健康情况有密切关系。当有疾病时，舌的颜色、形态和舌苔的颜色、厚薄等即有改变，对病情的诊断有一定的帮助。

二、检查方法

利用自然光线或手电光照于口腔中，用压舌板（或牙刷柄、筷子，牵拉两颊，暴露要检查的部位，注意牙龈、腭、舌、颊粘膜等部位有无充血、水肿、溃疡等；还要注意牙齿的数目，有无龋洞、松动、叩痛等，然后将压舌板放在被检查者舌背高起处，向前下压，同时嘱被检查者发出啊！啊声。注意软腭运动情况及软腭悬雍垂、前后柱及咽后壁有无充血、肿胀、溃疡等；扁桃体的颜色、大小、有无假膜等。

三、急性扁桃体炎

急性扁桃体炎是咽部最常见的急性炎症。中医称为"乳蛾"或"喉蛾"多见于儿童及青少年。常因受凉，受湿人体抵抗力下降时，致病菌乘虚侵入扁桃体而引起。

临床表现

起病急骤，有畏寒、高烧、周身不适、头痛、食欲不振、面色潮红等急性炎症现象。同时咽部疼痛，吞咽时加剧。小儿可有哭闹不安，甚至呼吸不畅。检查时可见扁桃体呈鲜红色充血、肿胀，表面有黄色点状物或假膜（图24—35），下颌淋巴结肿大、压痛。注意与咽白喉鉴别（图24—36）。

急性扁桃体炎反复发作、迁延不愈变成慢性，中医称为虚火乳蛾。其症状仅感咽部不适，异物感，刺激性咳嗽，或经常有低烧，易"感冒"，也可有口臭。检查时可见扁桃体增大或缩

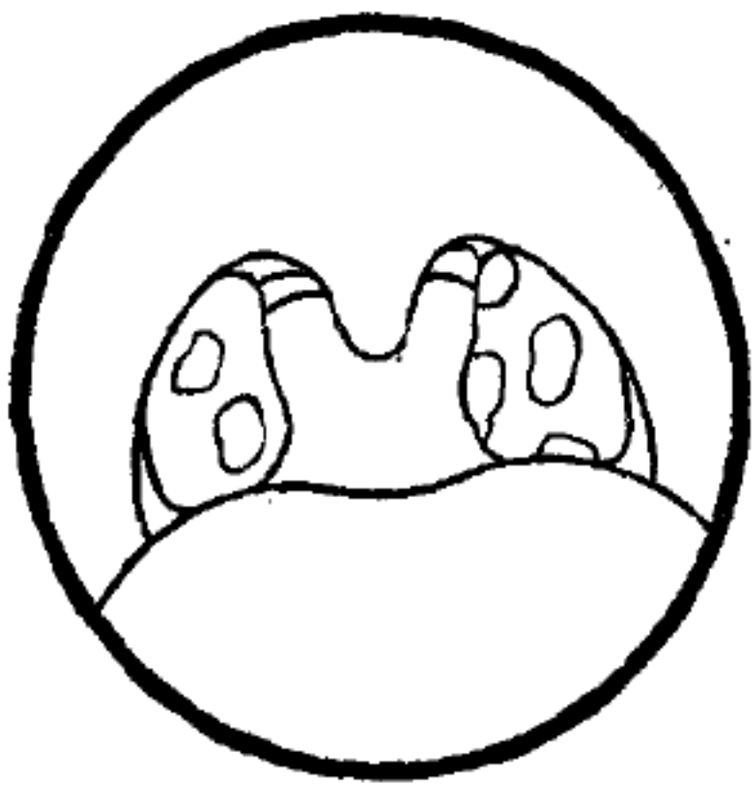


图24—35　急性扁桃体炎



图24—36　咽白喉

小，前后柱呈暗红色充血，挤压扁桃体时可有黄白色分泌物自隐窝口溢出。

急性扁桃体炎与咽白喉鉴别表

鉴别要点	急性扁桃体炎	咽白喉
病原菌	溶血性链球菌，葡萄球菌，肺炎双球菌。	白喉杆菌。
全身情况	中毒症状较轻，体温高达39℃以上，面色潮红。	中毒症状重，体温不高，面色苍白，精神萎靡。
咽部情况	双侧扁桃体充血、肿大，表面假膜不超过扁桃体范围，灰白色，拭之易脱不出血	咽部和扁桃体充血，假膜可扩展至前后柱及软腭，色污浊，勉强取下，易出血。

并发症

常见的有扁桃体周围脓肿、败血症、风湿热、风湿性关节

炎、肾炎等。

扁桃体周围脓肿(喉痈)：急性扁桃体炎一般经过一周左右好转痊愈。如症状日益加重，咽痛更加剧烈，吞咽困难，讲话含糊不清。检查时可见一侧扁桃体周围明显红肿隆起，向中线移位，悬雍垂偏向对侧。穿刺可抽出脓液，即可诊断。

治　疗

(一)新针：合谷、内庭、曲池、天突、少商、颊车。先在双侧少商点刺放血 3～5 滴，然后针刺双侧合谷，颊车。亦可针刺扁桃体炎穴(在下颌角直下0.5厘米)向扁桃体方向进针，重复捻转数次。

(二)中草药：

(1) 土牛膝，朱砂根，百两金，穿心莲，射干等。任选 1～2 种水煎服。

(2) 板篮根汤：板篮根 1～2 两，山豆根、桔梗各 3 钱，生甘草 2 钱，水煎服。高烧加银花 1 两，便秘加大黄 2 钱，轻者每日一剂，重者每日一剂半。

(3) 内服六神丸。

(三)局部用药：

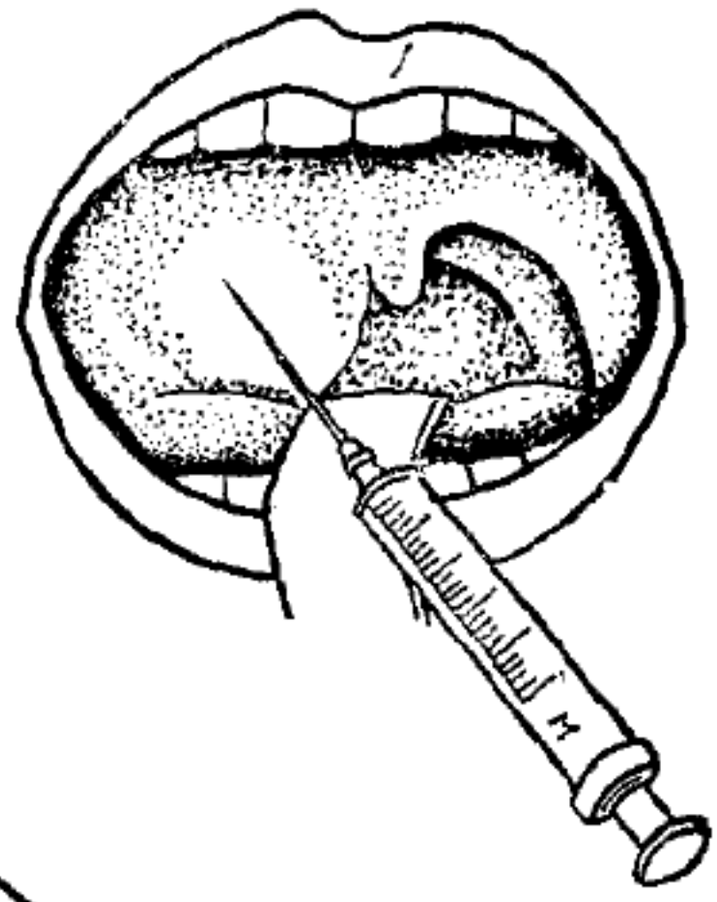
(1) 用淡盐水、复方硼砂液或用银花 3 钱，甘草 1 钱煎水含漱。

(2) 冰硼散或冰麝散吹咽部。

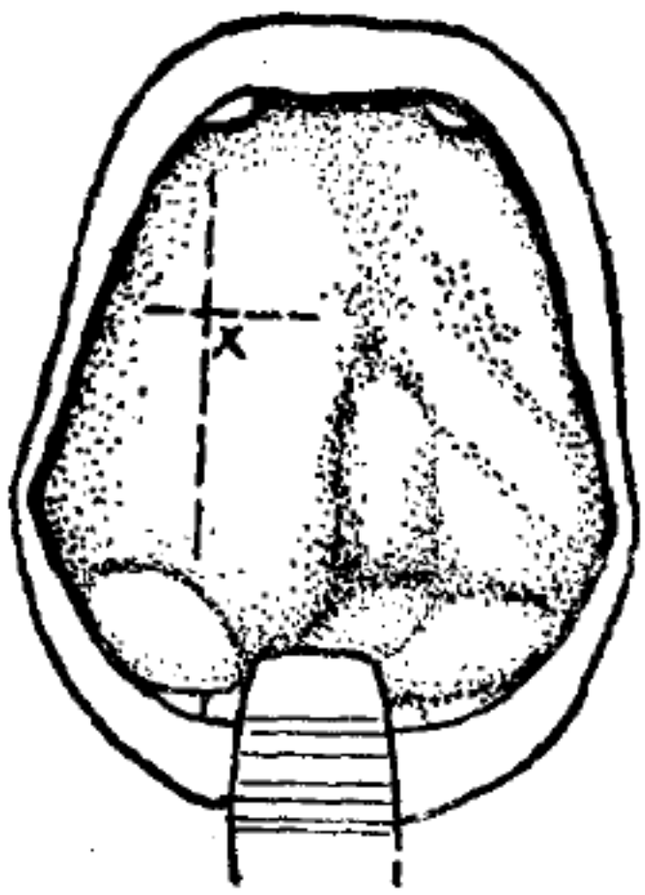
(四)症状较重者可适当休息，给予退热、镇痛等一般治疗，并用抗菌素控制感染。

（五）扁桃体周围脓肿已形成，应抽脓或切开排脓（图24—37）。

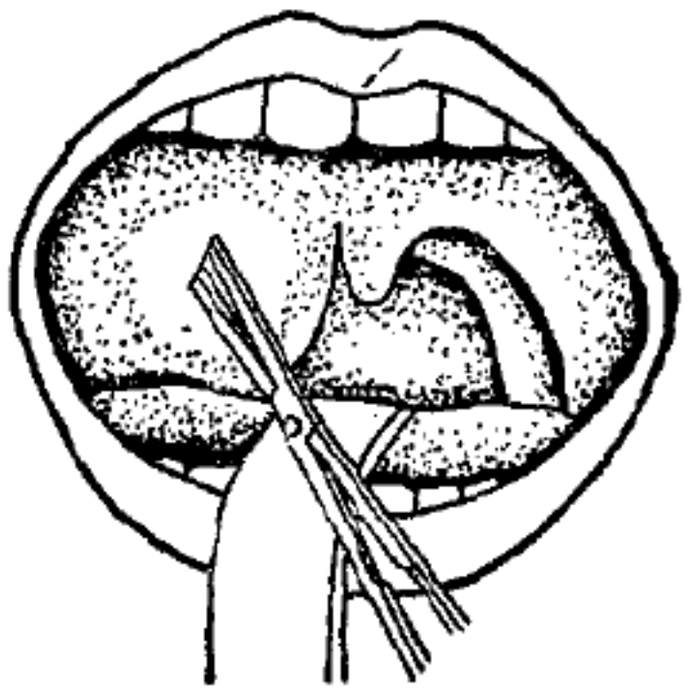
方法：选脓肿最突出部切开；或以悬雍垂根部作一假想的水平线，以舌腭弓内侧缘下端为准作一垂直线，两线交叉点即为切开部位。



（1）



（2）



（3）

1.用粗针穿刺抽脓　2.切开部位　3.用止血钳扩大引流

图24—37　扁桃腺脓肿切开引流

(六)慢性扁桃体炎可考虑手术摘除。

四、食道异物

食道异物常因进食匆忙或精力不集中，将鱼刺、鸡骨、排骨等误吞入食道而产生阻塞症状。

临床表现

主要是进食困难、咽下疼痛。有的可有流涎增多，颈部压痛。如为尖锐的异物可刺破食道壁引起食道周围炎。较大的异物或因食道周围炎症肿胀则可压迫气管发生呼吸困难，甚至危及生命。

治　疗

原则上是到医院取出，不能用其他办法强行吞咽。如遇到小鱼刺、碎骨等较小的或软性异物梗住，而症状较轻时，可用威灵仙1两，煎水加白醋少许慢慢咽服。如症状不能缓解，需及时送医院。

五、急性喉阻塞

急性喉阻塞又称喉源性呼吸困难，是由咽喉部炎症、肿瘤、外伤、异物等引起的一种综合征候群，十分危急，如处理及时、适当，可以使病人转危为安，挽救生命，否则可使病人窒息，死亡。

临床表现

喉源性呼吸困难除具有一般呼吸困难症状，如鼻翼扇动，烦躁不安，紫绀等外，还有三个特殊表现。

（一）吸气性呼吸困难：就是说吸气比呼气更困难，吸气时间长，呼气时间短，恰恰与正常呼吸相反。支气管哮喘为呼气性呼吸困难，中枢性呼吸困难多不规则。

（二）吸气性喉鸣：在吸气时可以听到一种特殊的声响，这是一个很突出的症状。肺源性和中枢性呼吸困难均无此种现象。

（三）吸气性凹陷：吸气时胸骨上窝，锁骨上窝、肋间隙，小儿甚至上腹部都可见显著凹陷现象，称为三凹征。

处　理

（一）针对病因进行治疗：如消炎，取出异物，镇静，解痉等。

（二）急救处理：当病人出现明显的三凹征，咀唇发绀，烦躁不安等紧急情况时可采用下列急救措施。

环甲膜切开术：在暂时无条件作气管切开时可采用此法。

左手拇指和中指固定喉头，以食指摸准环状软骨和甲状软骨间的凹陷，右手持刀，沿环状软骨上缘做横切口，长约三厘米，将颈部皮肤及环甲膜一次切开，再用刀柄或血管钳插入，扩大切口，吸尽分泌物后顺势插入橡皮管或任何管形物代替，或直接在环甲膜处插入粗大针头(图24—38)临时维持呼吸，然后再做气管切开术。手术中避免损伤环状软骨，以防引起喉

狭窄。

2.气管切开术：气管切开术是解除呼吸道阻塞，抢救生命的有效急救手术，因此对十分危急的病人应当机立断，用一切可用的器械，行气管切开，解除缺氧。手术步骤（图24—39）如下：

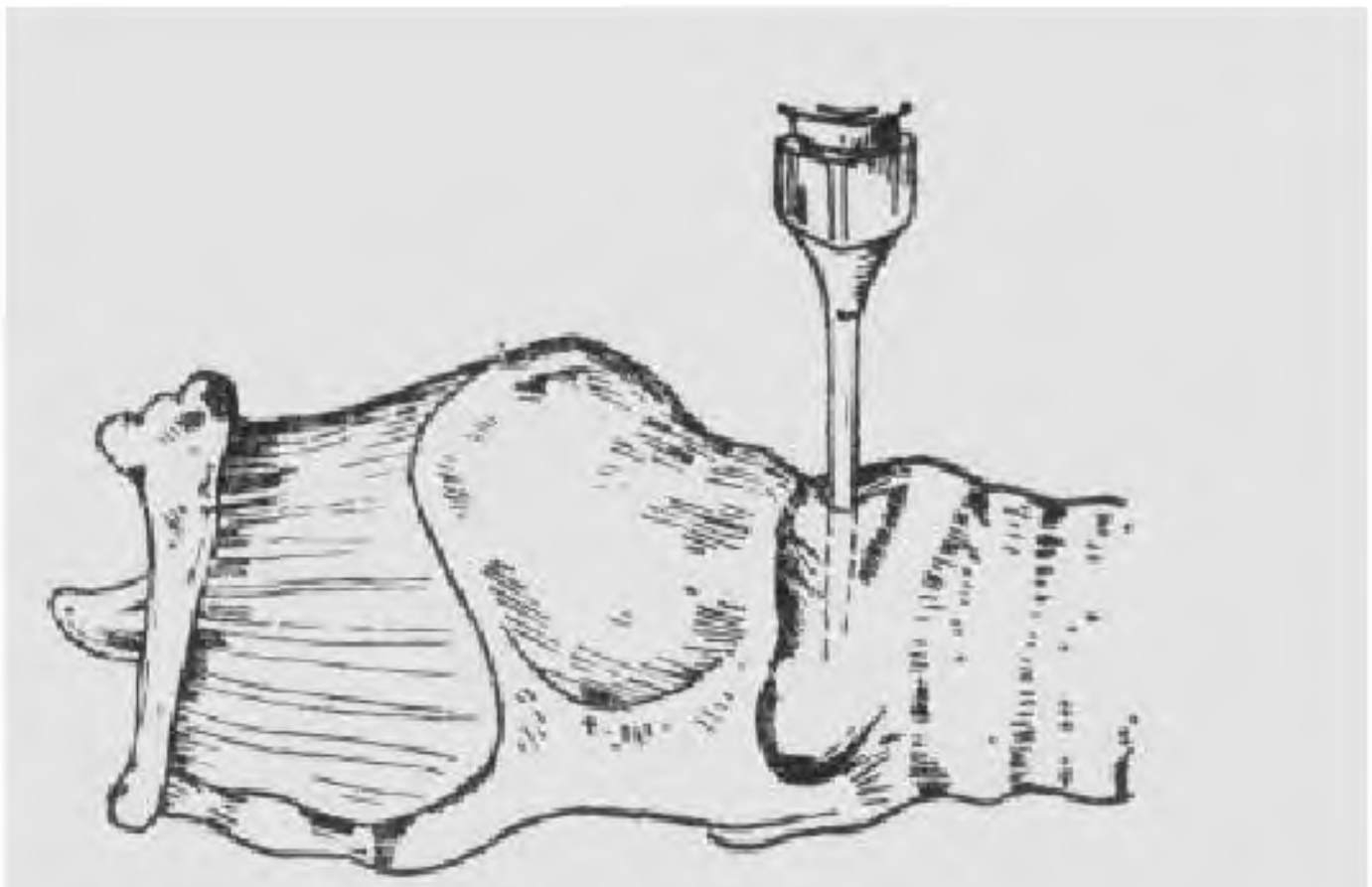


图24—38　环甲膜插入粗大头针

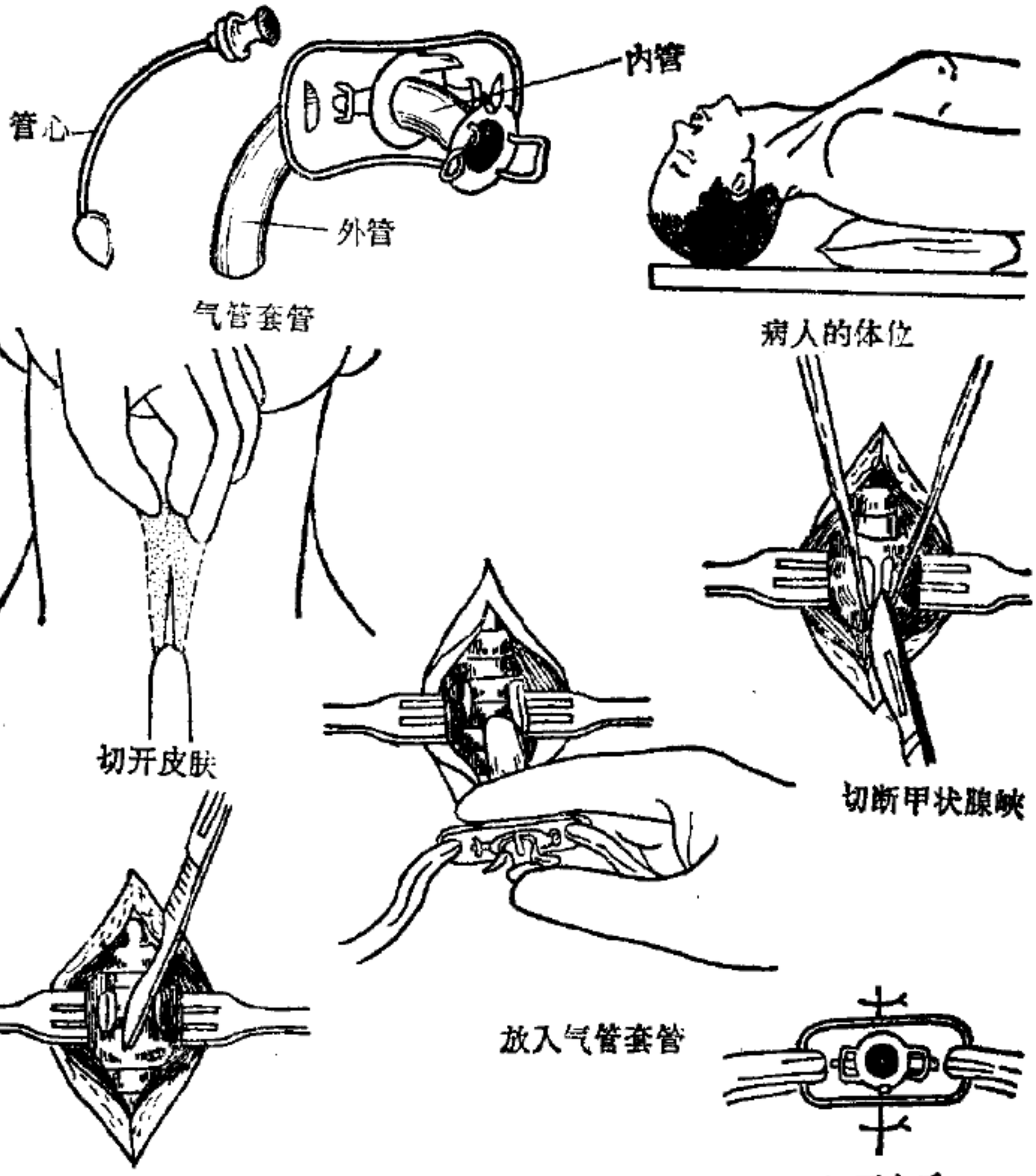
（1）体位：取仰卧位，肩胛部垫高，使头后仰，气管向前突出，并保持正中位。

（2）麻醉：在颈前正中线自甲状软骨下缘注射1%普鲁卡因作局部浸润麻醉。紧急情况可不用麻醉。

（3）切口：采用直切口，手术者以左手拇指及中指固定气管，并牵紧颈前皮肤，然后自环状软骨下缘至胸骨上窝，沿颈前正中线纵行切开皮肤，皮下组织。

（4）暴露气管：用直血管钳于颈前作钝性分离浅深筋膜及肌肉，在分离时随时用食指探摸气管的位置，用均等的力量将这些组织拉向两旁，暴露气管。若遇甲状腺遮盖气管上端时，可将其向上牵拉，必要时可将甲状腺峡部切断，缝扎。

（5）切开气管：切开前应再以手指探摸证实是气管，准备好气管套管。看清气管软骨环，以尖刀刀刃向上挑开第3～4气管环。刀尖不能插入过深，以免伤及气管后壁。



1.气管套管　2.病人的体位　3.切开皮肤　4.切断甲状腺峡
5.切开气管环　6.放入气管套管　7.切开术后

图24—39　气管切开术

（6）插入气管套管：切开气管后，立即用弯血管钳张开切口，吸净气管内分泌物及伤口血液，插入大小合适之气管套管，迅速取出管芯，放入内管，用少许棉花绒置于管口，看其是否

能随呼吸飘动，如果发现不在气管内应拔出重新插入。套管两侧的带子用死结缚于颈部固定。

各年龄气管套管选择表

年　　龄	套　管　号	套管直径（毫米）
1岁以内	0	4
1—2岁	1	5
2—4岁	2	6
4—8岁	3	7
8—12岁	4	8
成　　人	5或6	10—12

（7）创口处理：切口短不必缝合，切口长的可于切口上端缝合一、二针，用一侧剪开的纱布围绕套管周围将创口复盖，颈前封一层湿纱布盖在气管套管开口上。

术后护理

（1）保持气管套管和呼吸道通畅：可在管内滴入少许抗菌素液，管口的分泌物宜随时清洗，每隔1～2小时应将内管取出，用生理盐水清洗，然后再插入。如再度出现呼吸困难，应将内管拔出检查，进行清洗。

（2）防止伤口感染：伤口周围的纱布垫应根据污染的情况，随时更换，至少每日一次。特别是在紧急情况下未消毒行气管切开术者，术后可适当使用抗菌素。

（3）禁用止咳药及阿托品等药物。

（4）拔管：如喉阻塞症状解除，堵管24～48小时后呼吸通畅，即可拔管。拔管后伤口不必缝合，敷上纱布或贴蝶形胶布。一般可自行愈合。

六、口　　疮

口疮分偶发性与复发性二种。偶发性口疮多于发热或消化不良时发生；复发性口疮病因未明。祖国医学认为口疮的发生与脏腑经络功能失调有密切关系：口疮者由心脾有热，气冲上焦，熏发于舌，故作疮也。

临床表现

发病初期局部粘膜充血、疼痛、起小水疱，短时间的疮即破溃，形成溃疡，数目约1～3个，可出现在口粘膜的任何部位。溃疡边缘充血，由小变大，呈圆形或椭圆形，直径约2～4毫米，中心低凹，上面复有灰白色假膜。几天以后溃疡面缩小，充血消失，疼痛减轻，逐渐愈合。溃疡具有自限性，整个病程约一周左右。在发病期病员感局部有剧烈的自发性灼痛及激发性痛。此外，阴虚火旺者还表现有眠少梦多，头目晕眩，耳鸣，口燥舌干，腰腿酸痛，月经不正常，苔黄薄，脉沉弱。胃热者表现为口燥咽干，胃胀，尿黄，便干，苔黄，脉数有力等。脾虚者表现为食入不化，痰多，便溏，苔薄白脉迟弱等。

治　疗

(一)偶发性口疮

1.可在表面麻醉下（1%的卡因涂溃疡面）用探针尖端蘸少许药物烧灼已拭干的溃疡面。常用药物有50%三氯醋酸、石炭酸、或10%硝酸银。注意保护周围正常口粘膜以免灼伤。

2.局部用冰硼散，锡类散撒溃疡面上。

3.2.5%金霉素甘油局部涂用，每日三次。

4.口服维生素C及复合维生素B。

(二)复发性口疮： 应进行中西医综合治疗。

1.新医疗法：

(1) **针刺疗法：** 针刺脾俞、心俞、肺俞、胃俞、胃热、肺热。

(2) 埋线疗法：胃俞透脾俞，心俞、肺俞、颊车、牵正。

2.中草药单方

(1) 冬青叶1两，加水200毫升，煎至100毫升，含漱，每日2次。

(2) 溃疡面上可涂锡类散或养阴生肌散。

(3) 生地、蒲公英、天花粉各2钱，甘草1钱，水煎服。

(4) 天冬、麦冬、玄参各3钱，甘草1钱，水煎服。

3.辨证施治

(1) 心火上炎证：溃疡周围粘膜红赤，灼热、疼痛明显，口干、舌尖红，脉数。治宜清心泻火，方用导赤散加减。

(2) 阴虚火旺证：溃疡周围粘膜淡红，疼痛轻微，常反复发作，或伴有心悸、失眠等症，舌红、少苔，脉细数。治宜滋阴降火，方用知柏地黄汤加减。

七、牙　痛

牙痛是口腔疾患中常见的症状，多由牙本身的病变引起。三叉神经痛，上颌和面部的肿瘤也可伴有牙痛。常见的牙痛原因有：

（一）龋齿：一般无自觉疼痛，仅在遇酸、甜冷、热刺激或食物嵌塞才感疼痛。仔细检查可见龋洞。

（二）牙髓炎：多由细菌通过龋洞进入牙髓而引起。特点为：自发性、阵发性、放射性疼痛，夜间为甚，不能明确指出病牙的部位。

（三）根尖周围炎（根尖炎）：多因细菌经根尖孔进入引起根尖周围组织的炎症。有自发性持续性、搏动性疼痛，咬物和叩击时疼痛加重，病牙有浮起感，能明确指出患牙部位，局部牙龈组织有红肿，按痛，甚至穿破流脓。检查时可见龋洞。

（四）牙周病（火牙）：是牙周组织慢性、进行性破坏的一种口腔常见病。表现为牙龈易出血，红肿，溢脓，有的牙龈萎缩，牙齿移位松动，甚至脱落。

（五）智齿冠周炎：是阻生智齿牙冠周围牙龈组织的炎症，多见于下颌第八个牙齿。患齿牙龈疼痛，红肿，伴吞咽张口困难，同侧面部有肿胀，下颌淋巴结肿大、压痛。

预　防

1.普及口腔卫生及龋齿的防治知识，开展群众性的牙病防治工作。

2.纠正睡前吃零食及甜食物的不良习惯，特别是儿童。

3.养成早晚刷牙及饭后漱口的习惯。

4.早发现，早治疗。

治　疗

1.新针： 牙痛穴，合谷；配下关(上牙)、颊车(下牙)。

2.单方

(1) 黄蜂窝 3～5 钱，炒黄，鸡蛋 1 个，水煮至鸡蛋熟，吃蛋喝汤。适用于龋齿。

(2) 牙痛灵：毕拨10克，良姜 5 克，细辛 5 克，冰片 3 克，白芷 5 克，研末混匀，牙痛时放鼻孔内闻。

3.辨证施治

(1) 风火牙痛：牙剧痛，患牙部位无肿胀，牙无松动或稍有松动，不发烧，苔薄白，脉浮。多见于初期急性牙髓炎、急性尖周炎。用路边荆根 2 两，鸭蛋 1 个，水煮至蛋熟，吃蛋喝汤。

(2) 胃火牙痛：牙剧痛，患牙部位或相应的颌面部红肿，牙龈溢脓，张口困难，发热，口渴，尿短赤，便秘。多见于急性尖周脓胀。治宜清胃火，可用清胃散加减。

(3) 虚火牙痛，牙痛轻微，牙龈不肿，或有萎黄，牙松动，口渴不欲饮，脉细无力，舌红少苔。多见于慢性牙周病、慢性尖周炎。治宜滋阴降火，可用六味地黄汤加减。火盛加知母、黄柏、石膏。

4.各种止痛片内服。

5.发现龋洞可填补：牙髓炎可用针头或缝衣针挑去洞内残渣，放入沾有十滴水、牙痛水的棉球；如仍不能止痛可在针麻下用针头在龋洞薄弱处用力刺穿牙髓腔，开放引流，再放上述止痛棉球。

6.如为根尖炎、冠周炎，可酌用消炎解毒中草药，磺胺药，或抗菌素；如脓肿已形成，切开引流。

以上治疗无效或反复发作，牙齿松动，可考虑拔牙。

八、拔　牙　术

拔牙术仅是在牙齿病变无法治疗时才采取的手术。适应症如下：

(一)龋坏过大，无法修复者。

(二)牙周病而明显松动；多生牙；反复发炎的阻生牙。

(三)妨碍恒牙萌出之乳牙。

凡患有心脏病、高血压、血友病、白血病、甲亢等应慎重考虑；凡患有急性传染病，活动性肺结核，口腔粘膜急性炎症，妇女月经期，妊娠早期和晚期(特别是习惯性流产者)、哺乳期，可缓拔。

麻醉　常用针麻、局部浸润麻醉或阻滞麻醉。

(一)针麻：取合谷、加局部穴(上后；下关；上前；颧髎；下后；颊车；下前；承浆)。

(二)指压麻醉，常用穴位

1.拔上颌前牙：压同侧颧髎、四白。

2.拔上颌后牙：压同侧下关，颧髎。

3.拔下颌前牙：压同侧颏孔部位(或承浆)、颊车。

4.拔下颌后牙：压同侧下颌角与耳连线中点的下颌枝内侧(方向是向前)，颊车。

方法是在术前做穴位按摩2～5分钟，渐加指压力量，手术开始后，则采用强刺激。

(三)局部浸润麻醉：只用于 $\frac{5\ 4\ 3\ 2\ 1\ |\ 1\ 2\ 3\ 4\ 5}{3\ 2\ 1\ |\ 1\ 2\ 3}$

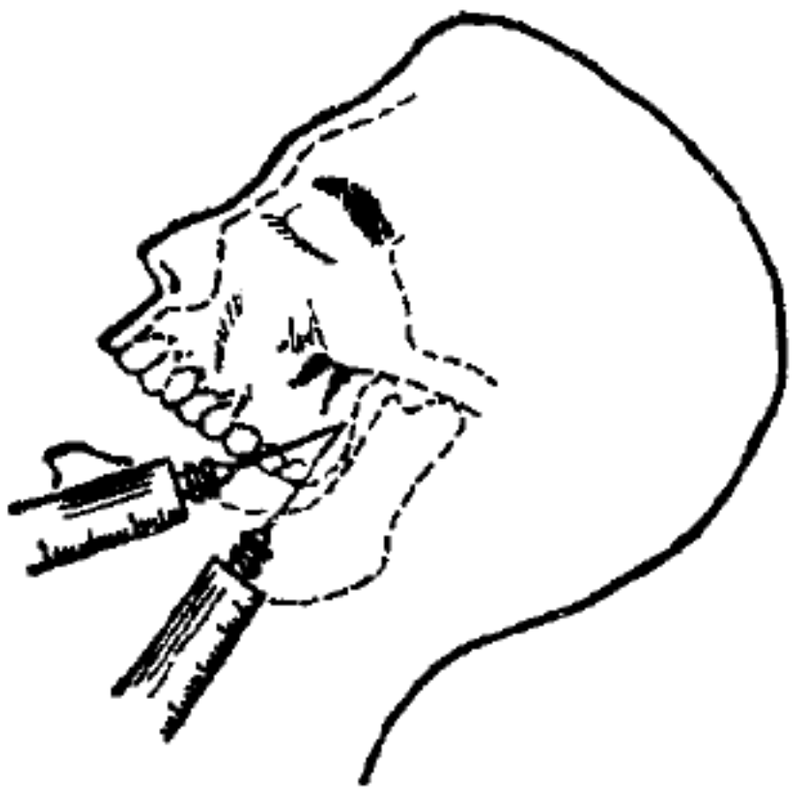
在该牙龈，颊沟粘膜处，以执笔式进针使针头在粘、骨膜之间滑行约4～8毫米，注入2%普鲁卡因1～2毫升，腭、舌侧注入0.5毫升。

(四)神经阻滞麻醉：是将麻醉剂注射在神经干周围，使神经传导受阻，产生该神经分布区域的麻醉作用(图24—40)。

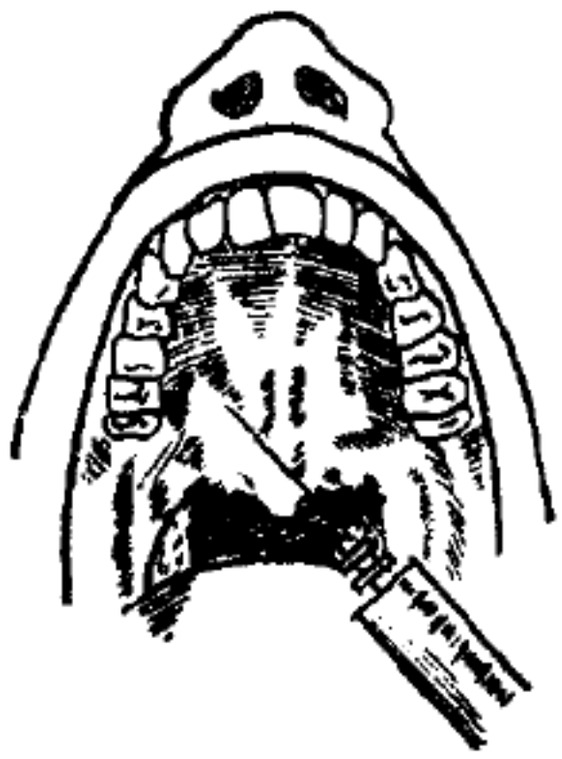
1.下颌阻滞麻醉法：患者大张口，注射器放对侧口角处，针头与下颌牙列平行并高出约1厘米，对准上下列磨牙之间尽头处粘膜的中点刺入，进针约2～2.5厘米，回抽无血，注射麻醉药1～1.5毫升。麻醉成功的标志是5～10分钟后该侧下颌牙、牙龈、下唇、颏部舌前2/3和口底均失去知觉（图24—40④)。

2.腭大孔麻醉法：患者大张口，在上颌第二磨牙腭侧距龈缘1.5厘米处，垂直刺入粘膜下，注射麻醉药0.5毫升。针刺点不可过后，以免引起呕吐（图24—40②)。

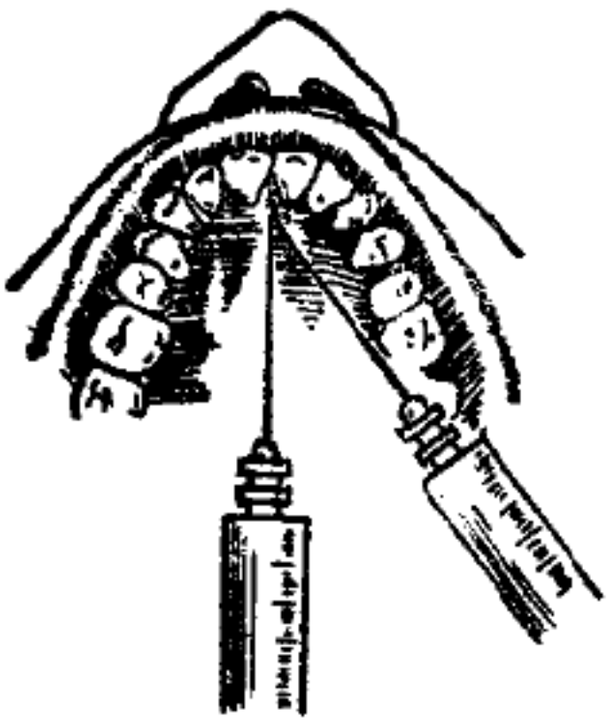
3.切牙孔麻醉法：在两上中切牙之间腭侧粘膜突起旁斜刺入，然后将针头与中切牙长轴平行，注意麻醉药数滴（图24—40③)。



上颌结节注射

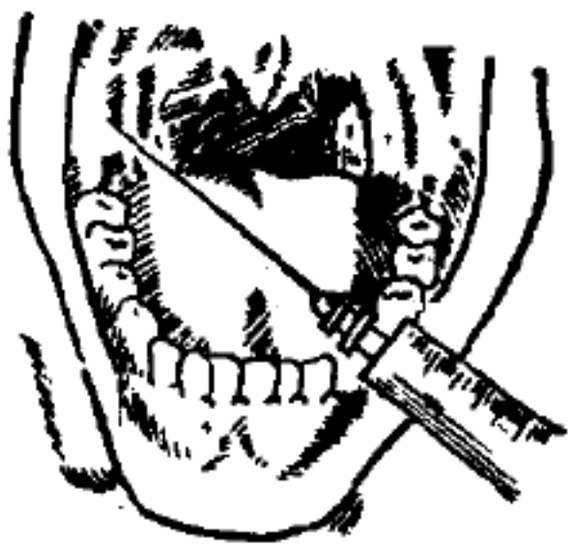


腭大孔注射



1.注射针刺入时的位置
2.注射药品时的位置

切牙孔注射



下颌孔注射

图24—40　神经阻滞麻醉

4.上颌结节麻醉法：患者半张口，在上颌第二磨牙的龈颊沟处以与上磨牙呈45°刺入到骨膜，然后将针尖紧贴骨膜，向内、后、上方进针约2厘米，回抽无血，注射麻醉药1～1.5毫升（图24—40①）。

上 下 颌 拔 牙 麻 醉 表

拔除的牙齿		麻醉法
上颌	切牙、单尖牙	唇、腭侧浸润麻醉，切牙孔麻醉
	双尖牙	唇侧浸润及腭大孔麻醉
	磨　牙	上颌结节麻醉及腭大孔麻醉
下颌	切牙、单尖牙	唇、舌侧浸润，或下颌阻滞及唇侧浸润
	双尖牙	下颌阻滞及颊侧浸润
	磨　牙	同　上

拔牙方法

(一)病人斜靠椅背上，头稍后仰，术者站在病人的右前方也可站在后面。

(二)消毒：拔牙前先用2%碘酒消毒患牙及牙龈等。

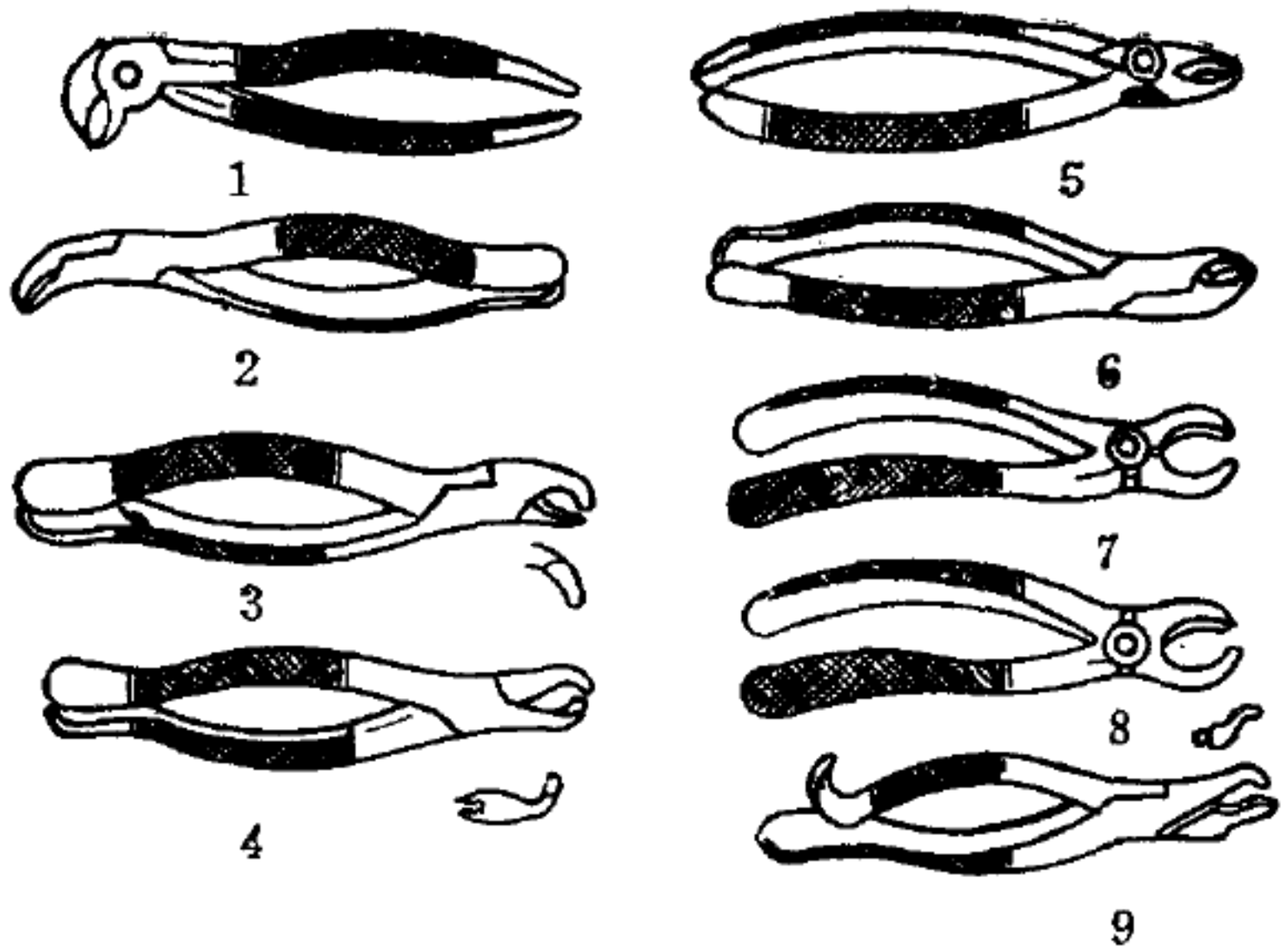
(三)分离牙龈：用牙龈分离器沿牙颈插入(图24—41)，将牙龈与牙颈分离。



图24—41　牙龈分离器

(四)安放适合的牙钳(图24—42)：上颌牙钳多呈枪式，下颌牙钳多呈鸟咀式，用正确的握钳法(图24—43)将钳咀沿牙冠滑入牙颈部，然后钳牢。

(五)拔出患牙：用四种力量使患牙脱出；首先牙钳上推或下按；使牙钳尽量向牙根部深入，继用均匀渐加的力量由小而大的幅度摇动；如是$\frac{3\sim1\ |\ 1\sim3}{|}$，沿牙齿长轴作左右旋转运动；然后则用拔力(下牙)或拉力(上牙)，向阻力最小的方向用力，



1.下颌切牙钳　2.下颌夹牙及双尖牙钳　3.下颌磨牙钳　4.下颌第三磨牙钳　5.上颌切牙尖牙钳　6.上颌双夹牙钳　7.上颌磨牙钳(左)　8.上颌磨牙钳(右)　9.上颌第三磨牙钳

图24—42　各种牙钳

使牙齿脱出(图24—50)。上颌切牙多从唇侧；双尖牙，磨牙多从颊侧；下颌双尖牙，磨牙多从舌侧方向拔出。最后在创口上放置消毒棉球，嘱病人咬紧止血，半小时后吐出。当天不要刷牙。术后12小时唾液中可带血丝。如果发生断根不能及时就地取出，宜转医院。

并发症的处理

(一)晕厥：常在麻醉(麻药)和拔牙时发生，应立即平卧，松解领扣，安慰病人，饮热开水，也可针刺人中或静脉推注高渗葡萄糖。

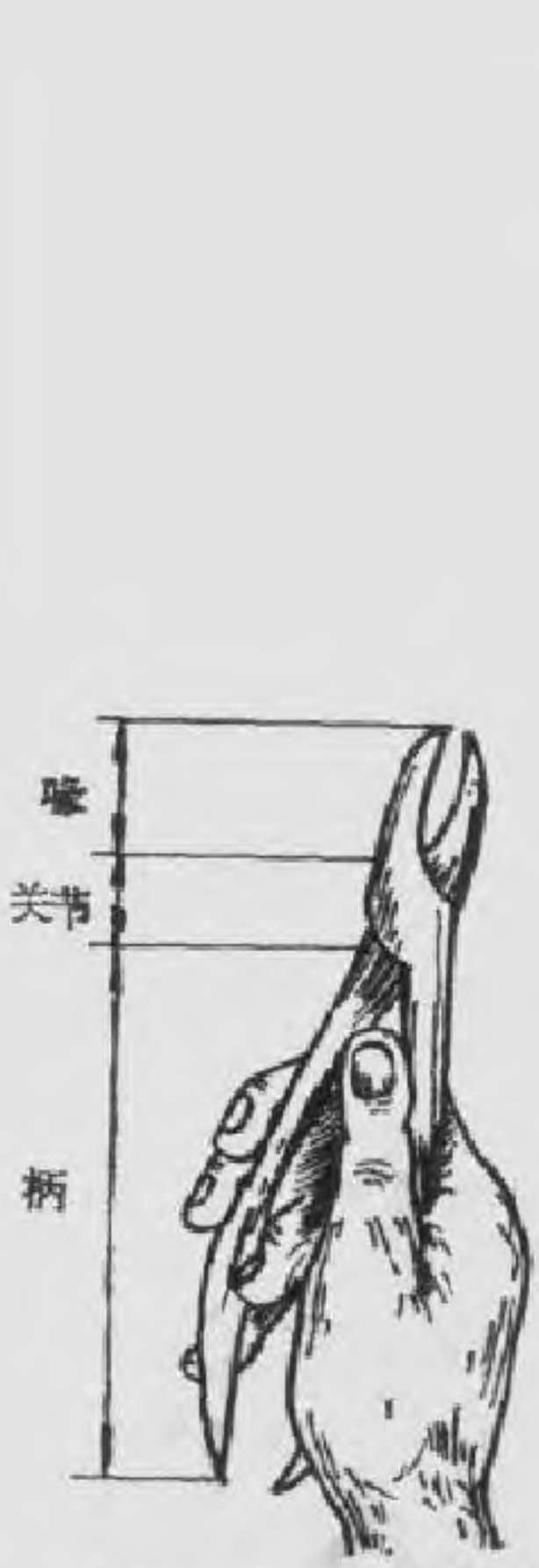
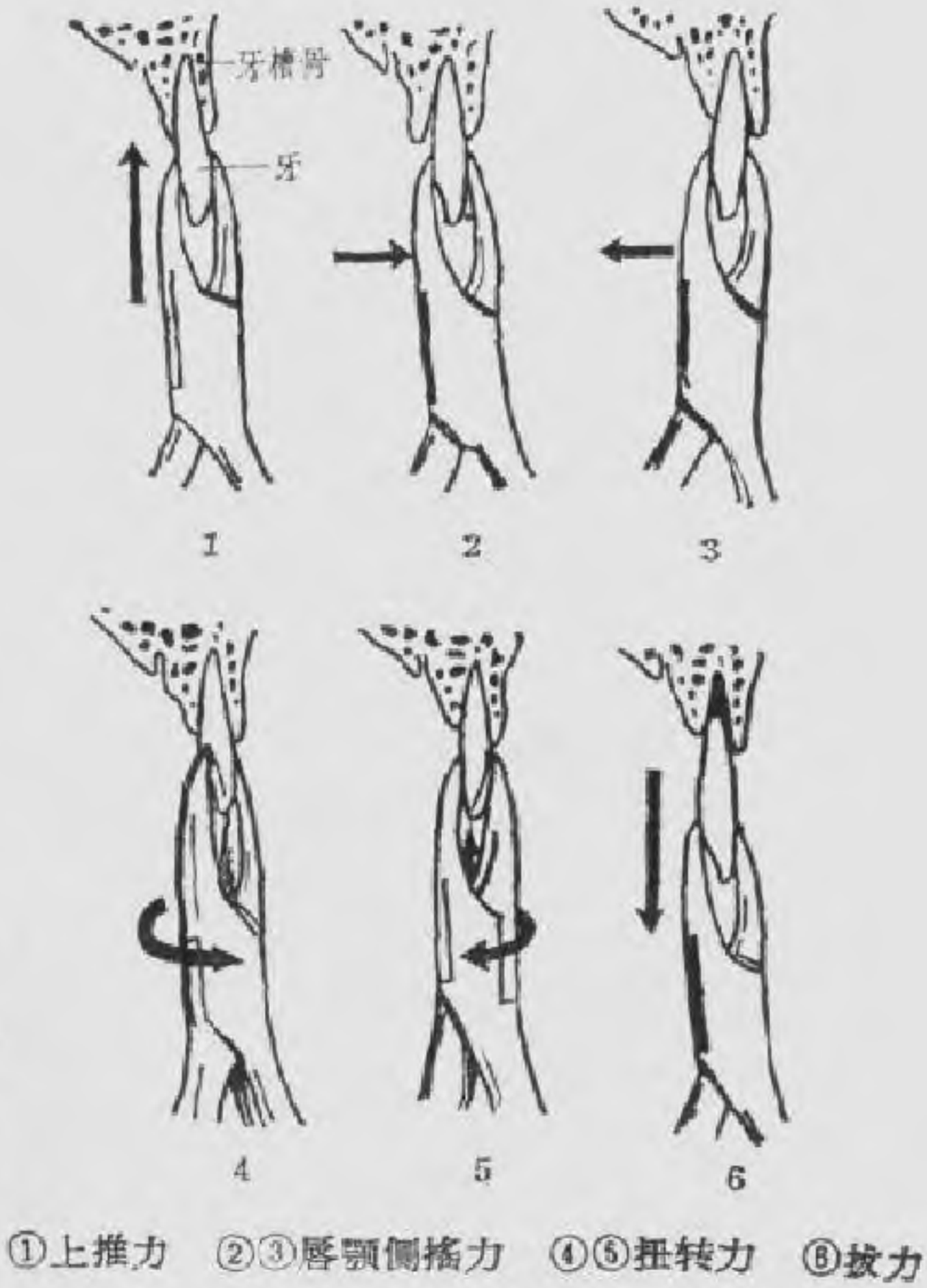


图24—43　握钳法



①上推力　②③唇颚侧摇力　④⑤扭转力　⑥拔力

图24—44　上前牙拔出法

（二）出血：拔牙后数小时还继续出血，或数日后再出血，可用0.1%肾上腺素棉球或云南白药等压迫止血。

第二十五章　妇女保健及计划生育

第一节　解剖生理

女性生殖系统可分为外生殖器和内生殖器。

一、外生殖器及乳房

(一)外生殖器：是生殖器暴露在外面的部分，又称外阴，包括阴阜，大、小阴唇，阴蒂，阴道前庭及会阴等(图25—1)。

1.阴阜：在耻骨联合前方的隆起部分，皮下脂肪较厚，成年后长有阴毛。

2.大小阴唇：为两对皮肤皱襞，呈纵行的唇状隆起。大阴唇在外，长有阴毛；小阴唇在内。

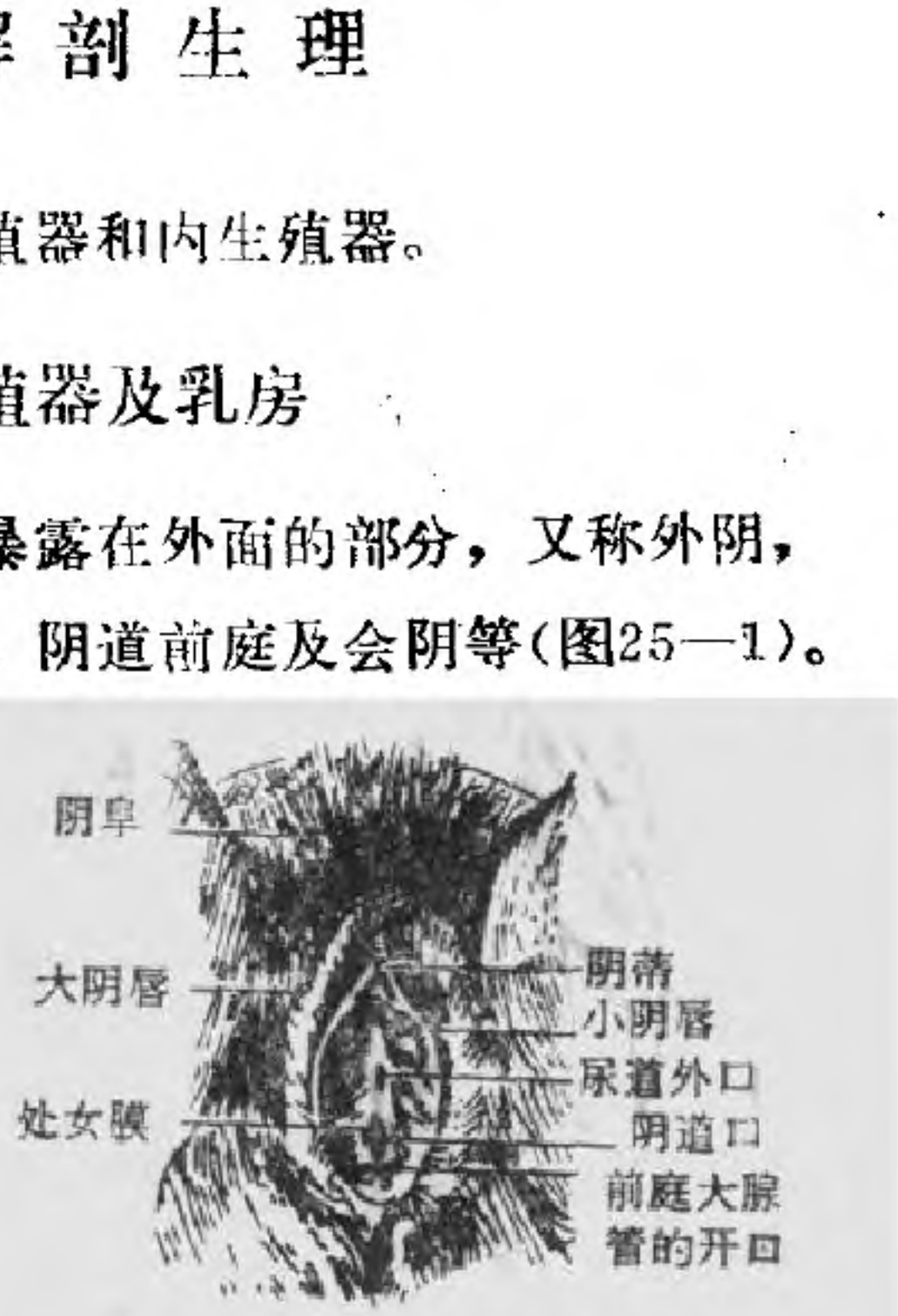


图25—1　女性外生殖器

3.阴蒂：位于二侧小阴唇前端连合处，是一种海绵体组织，感觉很敏感。

4.阴道前庭：为两侧小阴唇之间的裂隙。前方有尿道外口，后方有阴道口（周围有层处女膜）及一对前庭大腺管口。

5.会阴：阴道与肛门之间的区域称为会阴。分娩时容易引起撕裂。

（二）乳房（乳腺）：位于胸大肌浅面，呈半球形。由15～20个乳腺小叶和8～15条输乳管构成。输乳管呈放射状排列，开口于乳头。乳头周围含色素较多，称乳晕。

二、内生殖器

内生殖器包括卵巢、输卵管、子宫、阴道（图25—2）、（图25—3）。

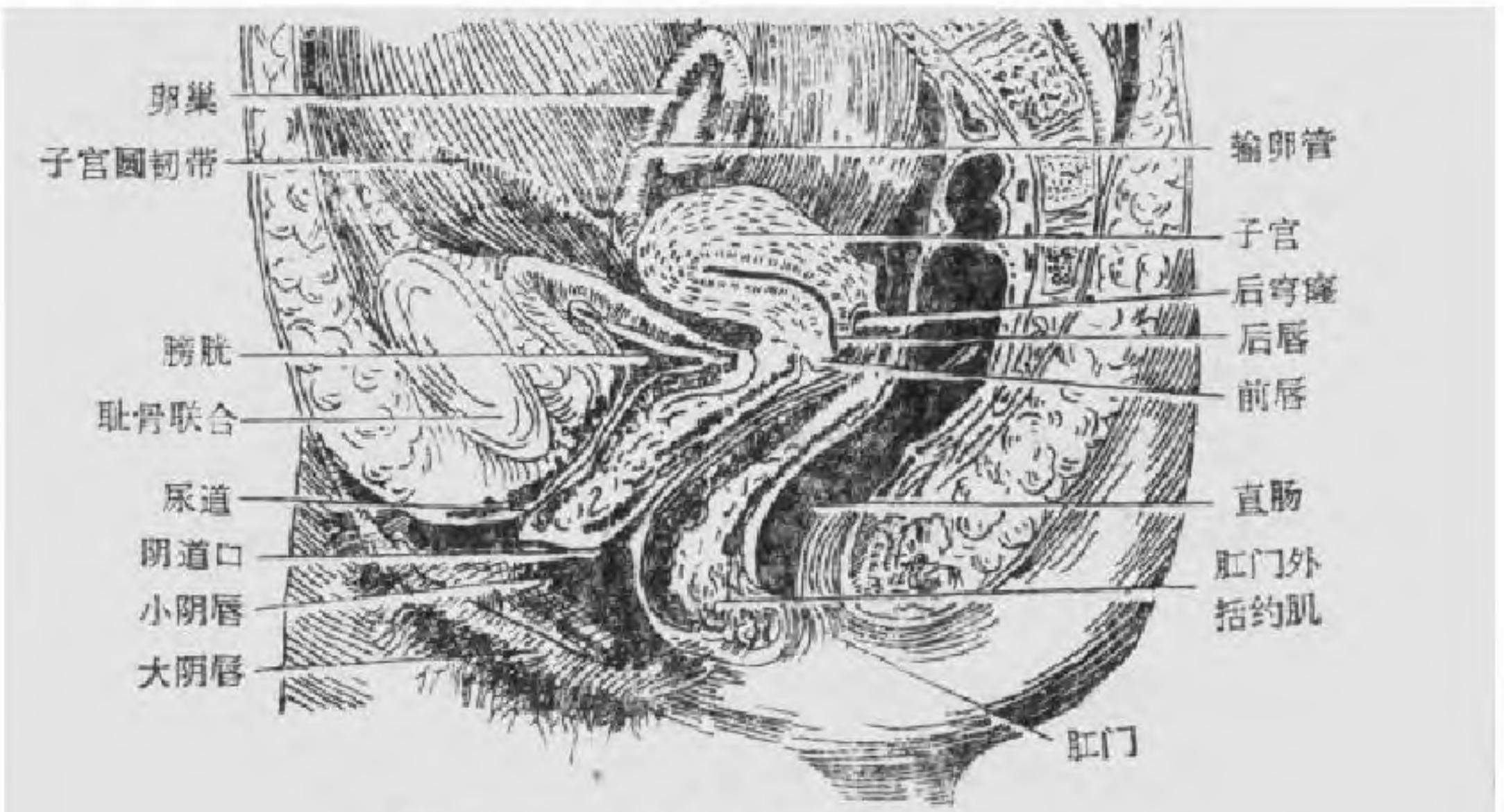


图25—2　女性内生殖器（纵切）

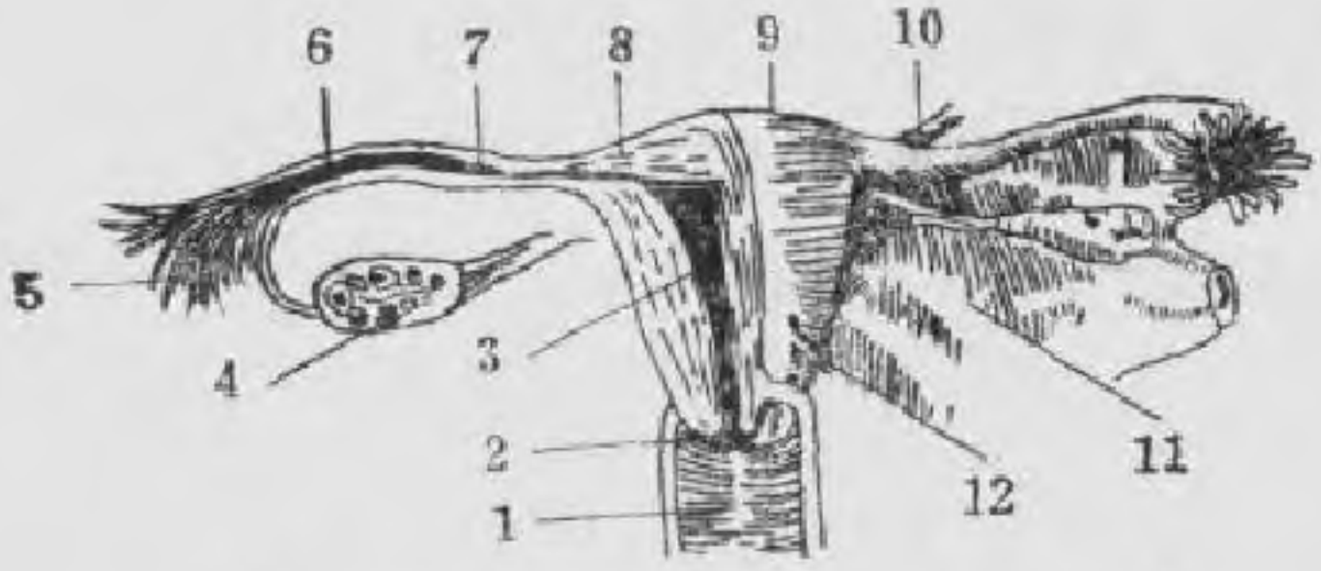


图25—3　女性生殖器（后面观）

（一）卵巢： 借韧带悬吊于子宫阔韧带后上方，呈扁椭圆形，左右各一，约拇指大小，能产生卵子与性激素，是维持女性特征的重要器官。卵巢表面有一层生殖上皮，含有许多发育不同阶段的卵泡。青春期后每月有一个成熟的卵泡破裂，排出卵子，称为排卵(在月经来潮前14天左右)。卵泡破裂后形成黄体，若卵子受精，黄体继续发育；卵细胞未受精则黄体退化萎缩，而另一个新的卵泡又开始发育至成熟。卵巢在上述周期变化中，一方面产生雌激素和孕激素，支配子宫内膜的周期变化；另一方面又受垂体前叶的调节，而垂体前叶也受卵巢激素的影响，他们之间具有相互协调制约的关系。

1.雌激素（求偶素）的主要作用有：

（1）使子宫内膜增生；

（2）促使性器官及女性第二性征发育；

（3）使乳腺管增生，乳房增大，抑制乳汁分泌；

（4）增加子宫对垂体后叶素的敏感性。

2.孕激素（黄体素）的主要作用有：

（1）使子宫内膜由增殖期变为分泌期；

（2）降低子宫对垂体后叶素的敏感性；维持早期胚胎正常生长与发育，故临床上常用它来安胎；

（3）促进乳腺腺泡的发育。

（二）输卵管： 是一对细长弯曲输送卵细胞的管道。全长约8～14厘米，位于子宫两侧，子宫阔韧带的上缘内，内侧端与子宫角相连，通向宫腔，称间质部；外侧端游离，呈喇叭状，开口于腹腔，称伞部；紧接间质部较狭窄的一段称峡部，女性

绝育手术在此进行；峡部与伞部之间较粗大的一段称壶腹部。

（三）子宫： 是孕育胎儿和产生月经的器官。形似倒置的梨子。位于盆腔中央，前方有膀胱，后方有直肠。分底、体、颈三部分。上$\frac{2}{3}$稍膨大叫子宫体；体的上端二侧输卵管入口处以上的部分称子宫底；子宫下$\frac{1}{3}$呈圆柱状，突向阴道内叫子宫颈。

颈与体交界处叫子宫峡部。子宫体内有一个三角形的腔，叫子宫腔，长约7～7.5厘米。子宫颈内有一条管道，叫子宫颈管，其内口通向宫腔，外口通阴道。

子宫壁由内膜、肌层（平滑肌）、和浆膜三层组成。子宫靠阔韧带、圆韧带、子宫骶骨韧带以及盆底组织维持其正常位置。

（四）阴道： 为一前后略扁的肌性管道，伸缩性大。上端包绕子宫颈的下部，下端开口于阴道前庭。阴道与子宫颈周围的空隙叫阴道穹窿。后方的为后穹窿，与子宫直肠陷窝相邻，当盆腔内有积脓、积血时，可经此穿刺，以助诊断 。前方为前穹窿，两侧为侧穹窿。

三、月经生理及经期卫生

（一）月经生理： 月经是指女性成熟后，在卵巢周期性变化的影响下，子宫内膜每月脱落一次而引起的阴道流血现象。

第一次月经叫初潮，一般出现于13～18岁之间，为进入青春期的重要标志。从青春期开始至绝经期止，一般是28天来一次月经。子宫内膜在每个月经周期中的变化，可分为三期：

1.行经期：一般3～5天。因卵细胞未受精，黄体退化萎缩，孕激素及雌激素分泌减少，子宫内膜的表层发生坏死脱落，血管破裂，产生流血。每次月经的出血量约60～150毫升，经血呈暗红色，不凝结，无特殊臭味。

2.增生期：从月经干净日起至排卵时止，历时8～10天。在这期内由于卵泡产生雌激素，使子宫内膜修复、增生。

3.分泌期：从排卵至下次月经来潮止，历时13～14天。这时期由于排卵后，黄体形成，除继续产生雌激素外，又分泌孕激素，使子宫内膜由增生期变为分泌状态，有利于受精卵的植入。若卵细胞未受精，黄体退化萎缩，子宫内膜又发生坏死脱落，便进入新的月经周期。

月经虽然是一种生理现象，但此时由于大脑皮质的兴奋性降低及盆腔充血，可有倦怠，情绪波动，腰酸，腹胀等反应。

(二)经期卫生：

1.月经期间可照常工作及学习，避免精神刺激及体力过劳，避免剧烈运动，坚持三调三不调的制度（调干不调湿，调轻不调重，调近不调远）。

2.月经期间，如果外生殖器不清洁，往往容易引起上行感染，故应勤洗外阴(但不能坐浴)。月经带要勤洗勤换，月经纸及月经带应经过火烤或太阳晒。同时，经期不能性交、盆浴及阴道冲洗。

第二节　妊娠生理

一、胎儿及附属物

卵子与精子在输卵管内结合称受精。受精卵借输卵管纤毛的摆动及管壁肌肉的蠕动，经过 4 ～ 5 天到达子宫腔，并植入子宫内膜称着床。孕卵着床后逐渐发育成胎儿及其附属物（图25—4）。

（一）胎膜：是包围胎儿及羊水的囊，可分三层，内层为羊膜，形成羊膜囊，胎儿即生长在此囊内。中间为绒毛膜。外为蜕膜（由子宫内膜变来）。

（二）羊水：是羊膜分泌物与胎儿排泄物的混合液，稍混浊，呈淡黄色。足月妊娠时羊水量约有1000毫升左右，若超过2000毫升称羊水过多。羊水可防止外力撞击胎儿；并使胎儿在宫腔

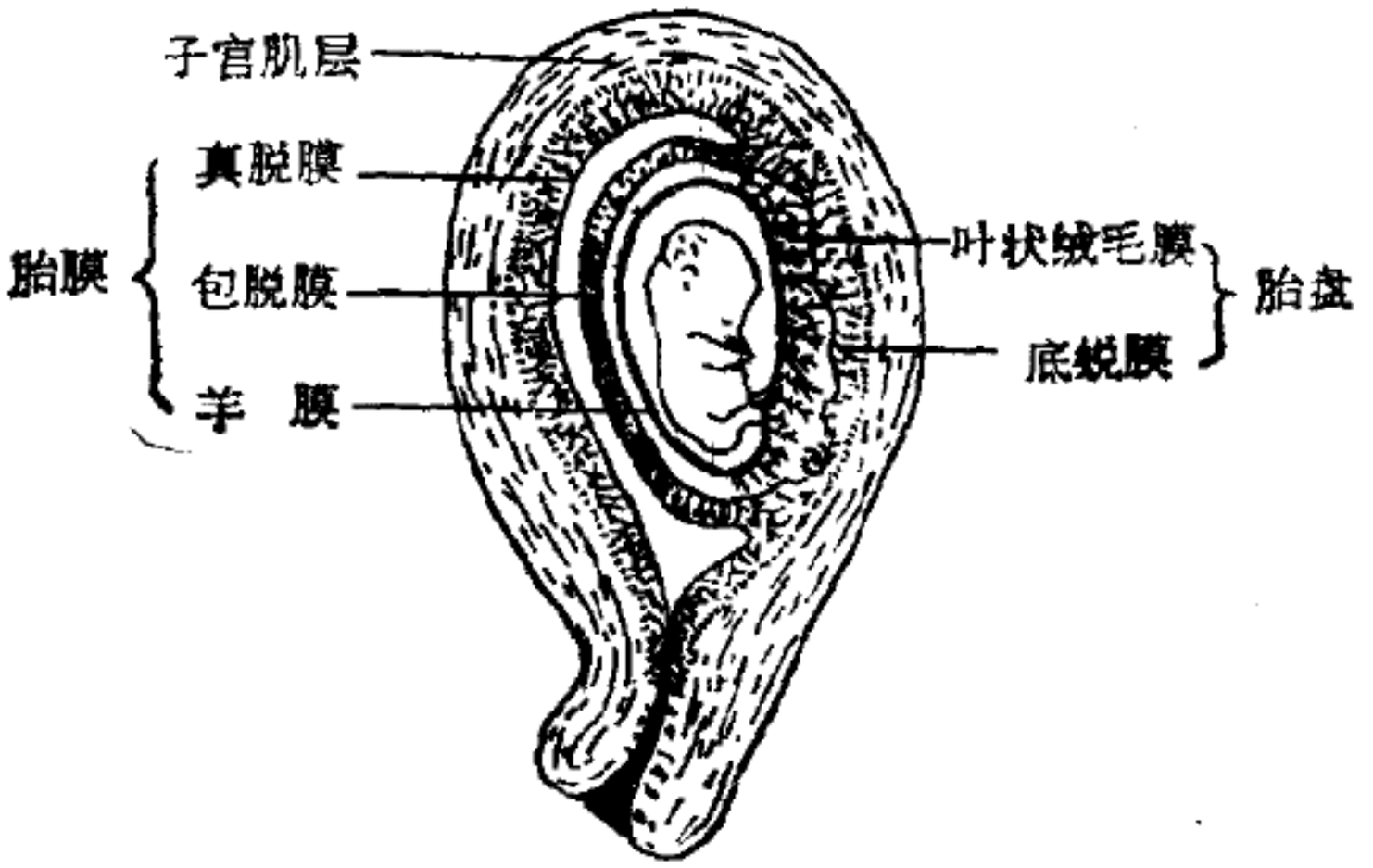


图25—4　胎儿及附属物

内有一定的活动度，防止胎儿与羊膜发生粘连；在分娩时可协助宫口扩张，并清洁及润滑产道。

（三）脐带：一端连于胎儿脐轮，另一端附于胎盘胎儿面。长约50～60厘米，内有两条脐动脉，一条脐静脉。是胎儿与胎盘的通道。

（四）胎盘：是胎儿和母体组织的结合体，联系胎儿与母体之间的通道。它既是胎儿从母体摄取氧气、营养物质、排泄二氧化碳及其代谢产物的场所；又是妊妇产生绒毛促性腺激素、雌激素、黄体素等内分泌的地方。因此胎盘是保证妊娠顺利进行的重要器官。胎盘能通过病毒及大多数药物，因此应注意妊期保健及慎用剧毒药物。

足月胎盘呈圆形，中央厚边缘薄，重约500～600克。分二面：母体面紧贴子宫壁，呈暗红色，粗糙，内有深沟把它分成许多小叶；胎儿面有羊膜复盖及脐带附着。

二、孕期卫生

（一）向孕妇解释妊娠的生理变化，消除思想顾虑。

（二）妊娠早期应避免剧烈的劳动和性交，以免发生流产，晚期也应当节制，以防止早产或产后感染。

（三）注意卫生：孕妇出汗多，要常洗澡。孕8个月后，不要坐浴，以防污水进入阴道。乳头常用肥皂和温水擦洗，若乳头内陷应常将乳头拉起。

（四）适当加强营养，多吃蔬菜，避免大便秘结。

（五）孕期如有阴道流血、流水、腹痛、头昏、眼花等症状，

应即就诊。孕七个月起，定期做产前检查。

三、妊娠的诊断

(一)妊娠早期诊断

1.生育年龄妇女，月经一向规律而突然停经。

2.妊娠反应：约半数妇女在妊娠6～12周间，早晨有嗳心、呕吐、食欲不振，并喜吃酸辣和清淡食物。

3.妇科检查：宫颈及阴道着色，呈紫兰色。乳房胀大，乳头及乳晕颜色加深。

4.脉象：滑而调和，按之不绝。

妊娠的诊断一般是不困难的。诊断若有困难，必要时可做青蛙试验(用孕妇早晨第一次尿送医院代验)。

(二)晚期妊娠诊断

1.停经数月，有早孕反应史。

2.孕妇自觉腹部逐渐增大，有胎动。

3.产科检查：可摸到胎儿，妊娠18～20周后可听到胎心音。

四、产前检查

产前检查是贯彻“预防为主”的一项重要措施，主要目的是保证孕妇和胎儿在孕产期中的安全，预防妊娠期病理现象和难产的发生。一般产前检查应从月经停止及发生早孕反应时开始作一次阴道检查，妊娠七、八个月时，每两周检查一次，妊

娠九个月后，每周一次，如有异常情况，酌情增加检查次数。检查时，应做好孕期卫生宣教工作，指导孕妇的生活、劳动，并消除孕妇对分娩的顾虑。

（一）**预产期计算法**：按足月妊娠为280天计算，末次月经第一天起，月份加9或减3，日期加7。如末次月经为1975年2月8日，则预产日为1975年11月15日。若末次月经记不清或哺乳期未来月经而怀孕者，可根据早妊反应（6周左右出现）和胎动（4～5个月出现）及子宫大小估计。

怀孕各月子宫底高度

妊娠月份	子宫底的位置
1	宫体稍大
2	宫体如鸭蛋大
3	宫体如拳头大
4	宫底在脐耻之间
5	宫底在脐下1～2横指
6	宫底平脐或脐上1横指
7	宫底在脐上2～3横指
8	宫底在脐剑之间
9	宫底在剑突下二横指。若胎头入盆，宫底下降至脐剑之间

（二）产前检查的步骤和方法

1．先问以下情况：孕妇和家属以往生过什么病，这次是第几胎，以往妊娠情况，末次月经日期，这次妊娠以来有什么反应等。

2．一般体格检查：与其他系统疾病同，着重测量体重、血

压，检查营养发育状况，心、肺功能，乳房、乳头情况及下肢有无水肿。

在整个妊娠期间，血压一般在120/80毫米汞柱左右，不超过130/90毫米汞柱，如果妊娠后期收缩压增加30毫米汞柱以上或舒张压增加15毫米汞柱以上时，则认为是妊娠高血压，应给予治疗。

3.产科检查

（1）腹部望诊：注意腹部外形和大小，如腹部过大，要考虑是否双胎、羊水过多等情况。

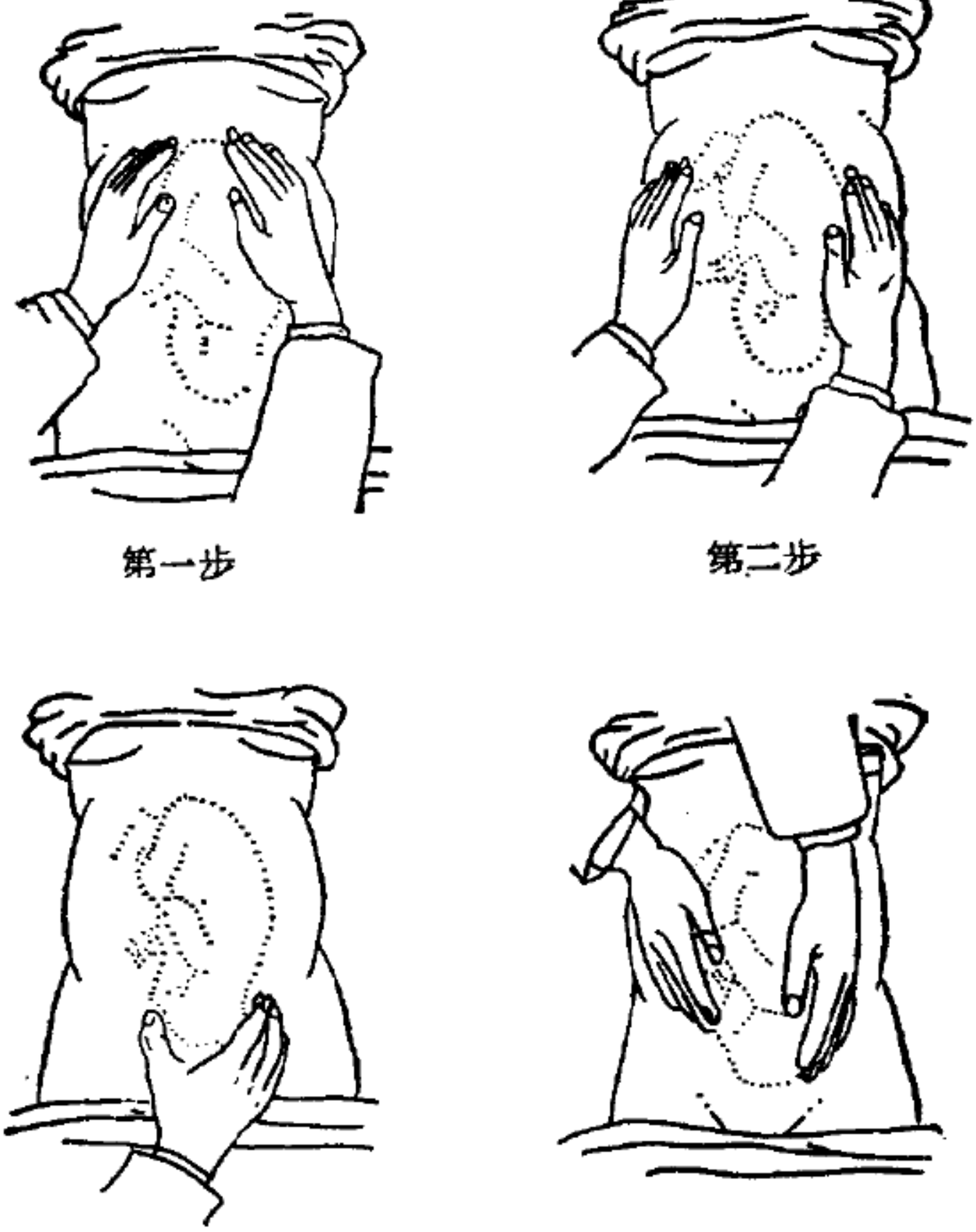
（2）腹部触诊：触诊的目的是确定子宫底的高度、胎方位及胎先露。胎先露是指临产时胎儿最先进入骨盆的部分，如胎儿在子宫里是直卧，则先露部分可能是头或臀，若是横卧，则先露是肩。胎方位是指胎儿的先露部分与母体前后左右的关系，如头先露时可有左枕前、右枕前、左枕横、右枕横、左枕后、右枕后(后两种少见，且多为难产)，六个胎位。

触诊可分四步(图25—5)。

第一步：双手于子宫底上，摸子宫的外形及宫底高度，然后用手指仔细分辨位于宫底的是胎儿的头还是臀。一般胎头硬且圆，有浮球感，胎臀不规则易变形。

第二步：一手掌平放在子宫一侧，另一手的手掌或手指放在子宫的另一侧向下深压，并从上到下仔细检查。主要检查胎背及四肢的位置，平坦且硬的部分为背；高低不平，不规则部分则为四肢。

第三步：以右手放在耻骨联合上部，拇指放在一侧，其余



第一步　　第二步

第三步　　第四步

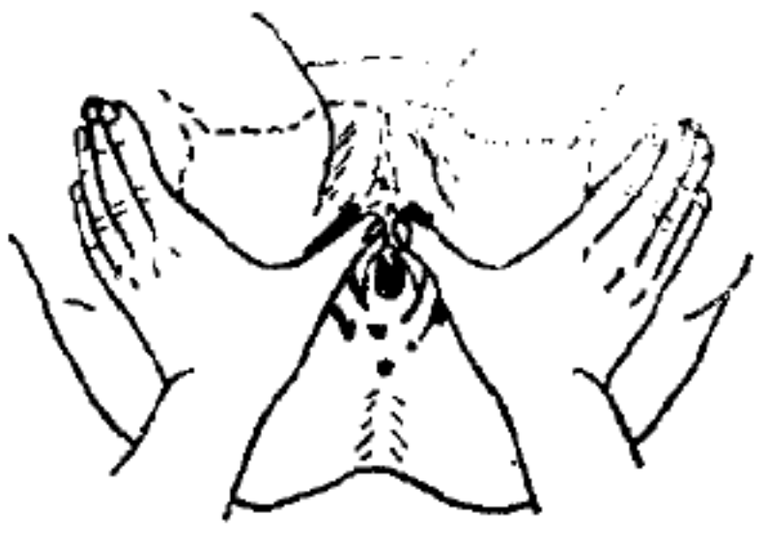
图25—5　胎位检查四步手法

四指放在另一侧，并向下深压，以握住先露部，辨别是头或臀，并向左右推动，如能推动，表示先露部尚未入盆，如不能推动则已入盆。

第四步：将两手放在先露部两侧，在近骨盆入口方向向下压，检查对先露部的诊断是否正确，及先露部进入骨盆的深浅。

（3）听诊：胎心音通过胎儿胸廓的传导，于儿背近肩胛处

听得最清楚。妊娠六个月前，胎心多在脐耻间腹中线上；妊娠六个月后，头位的胎心多在脐下两侧，如左枕前位时，在母体左下腹听得最清楚；臀位时则在上腹胎背所在侧最清楚，横位在脐周围最清楚。



4.骨盆测量：目的是了解骨盆的大小，判断胎儿是否能自产。如果骨盆狭小可预先设法防止意外。一般用简易方法，测量耻骨弓及坐骨结节间距离，如发现狭窄可送医院进一步检查。

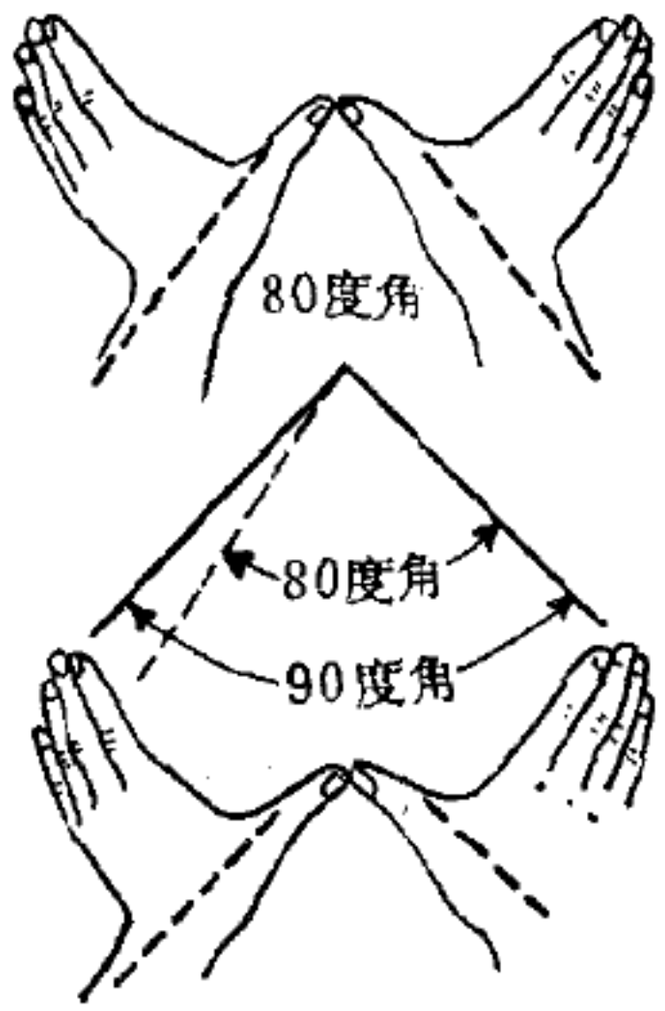


图25—6　耻骨弓角度测量法

(1) 测量耻骨弓角度（图25—6）：用两拇指平放在两侧大阴唇深面的骨头上(耻骨下支)，指尖在耻骨联合下缘对拢所成的角度。正常为90度。如小于80度，应考虑骨盆狭窄。



图25—7　坐骨结节间距离测量法

(2) 测量坐骨结节间的距离（图25—7）：正常为8～9厘米，能容一个拳头，说明胎头通过多无困难。

5.肛查或阴道检查：妊娠后期从腹部查不清先露部时，可作肛查，了解先露部及进入骨盆的情况。有

阴道流血疑为前置胎盘时，禁忌肛查。

初产妇首次作产前检查时，应争取作一次阴道检查，以了解骨盆及软产道有无异常。

在产前检查中，如发现严重贫血、胎位不正、血压过高、心脏疾患、有剖腹产史和初产妇在预产期前一周胎头不入盆者，应送医院进一步检查。

第三节 正常分娩

一、分娩先兆

在分娩开始前，往往可出现一些征象，称分娩先兆。

（一）子宫底下降：初产妇在临产前2～6周先露入盆，宫底随之下降。孕妇感到上腹部较前轻松，但可能出现腰酸、腿痛、尿频等现象。

（二）子宫收缩：临产前几天，孕妇常感子宫有不规则收缩，但这种收缩力弱，持续时间短。

（三）血性分泌物（见红）：临产前当宫颈扩张时，胎膜与宫壁分离，引起少量阴道流血。这是分娩即将开始的现象。

二、分娩的过程及处理

整个分娩过程是由有规律的子宫收缩开始到胎盘娩出为止，分三个产程。

第一产程（开口期） 是从有规律的宫缩开始到宫口开全

(直径约10厘米)。初产妇约需12～16小时，经产妇约需 6 ～10小时。分娩开始时，宫缩间歇期长，收缩期短(约20～30秒)，随着产程的进展，子宫收缩逐渐增强，间歇期逐渐缩短，而收缩期逐渐延长(约40秒～ 1 分钟)，宫口渐渐开大，胎儿相应下降，胎膜破裂，前羊水流出，表示宫口开全。

处　理

第一产程的时间较长，重点是密切观察胎心音变化和产程的进展，并做好接生准备工作。

(一)接生用物准备：

1.**消毒接生包一个：** 无菌巾 4 块、脐带纱布 2 块、脐带线 1 根、脐带卷 1 个、纱布 4 块、橡皮手套 2 双、弯盆 1 个、血管钳 2 把、剪刀 1 把、导尿管 2 根。

2.**会阴缝合包一个。**

3.**药品：** 75%酒精、2.5%碘酒、无菌石腊油、95%酒精、5%新洁尔灭各一小瓶，凡士林一小盒，垂体后叶素、催产素或麦角新碱各两支，麦角流浸膏或益母膏一瓶，50%葡萄糖一盒，可拉明两支。

4.**其他：** 听诊器、体温计各一具，消毒注射器 2 毫升及50毫升各一具，肛查指套 4 个，洗手刷一个，肥皂一块，消毒棉球、纱布、棉签各一包，围裙、口罩、帽子各一个。

5.**产家准备：** 开水两壶(一壶冷的，一壶热的)，并将床上垫好油布、草纸。

(二)产科检查： 了解胎儿、胎先露及产妇的情况。必要时

做肛门指诊，了解宫口大小，先露高低。

肛查方法：食指带指套，涂少许润滑油，慢慢伸入肛门内，掌面向上，沿子宫直肠凹陷可触到一硬边（即宫颈口），沿这个边划圈，可以估计宫口扩张的程度。并查明先露部下降的程度，以及羊膜是否破裂等（图25—8）。

（三）外阴部消毒（图25—9）：让产妇排空大小便后，仰卧，两腿屈起并分开，用肥皂水从上向下，由里向外按顺序洗净耻骨上、大腿两侧、大阴唇、会阴和肛门周围，再用1‰新洁尔灭或红汞消毒。

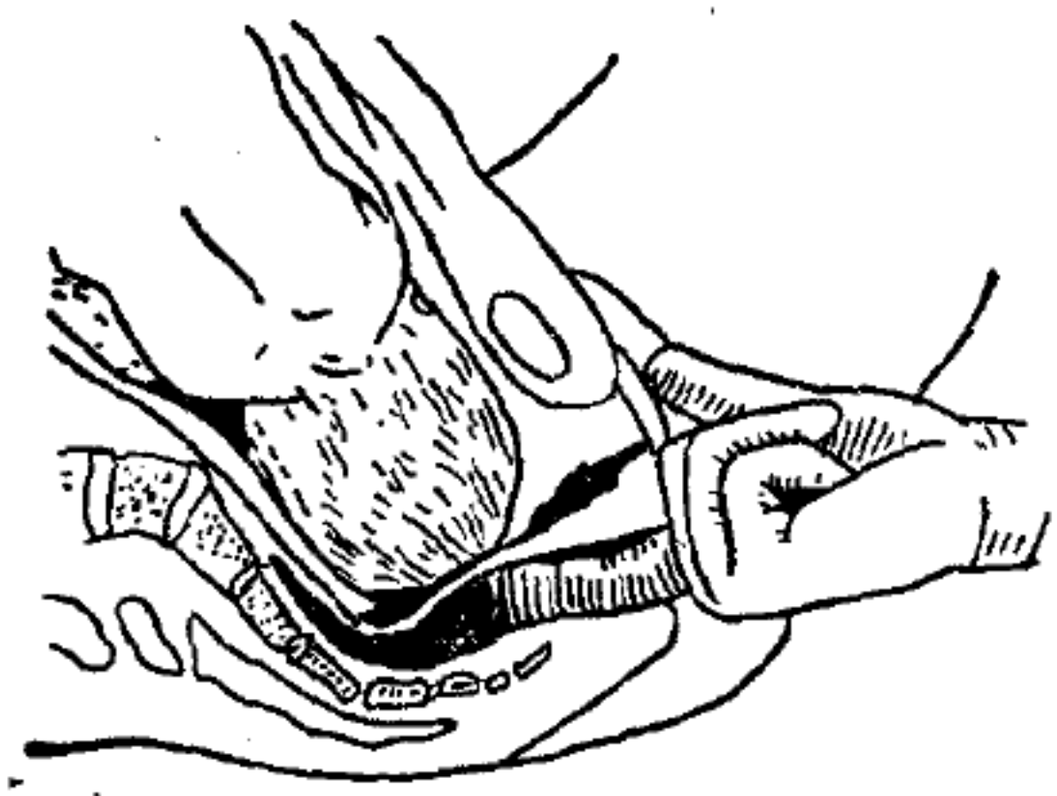


图25—8　肛指检查

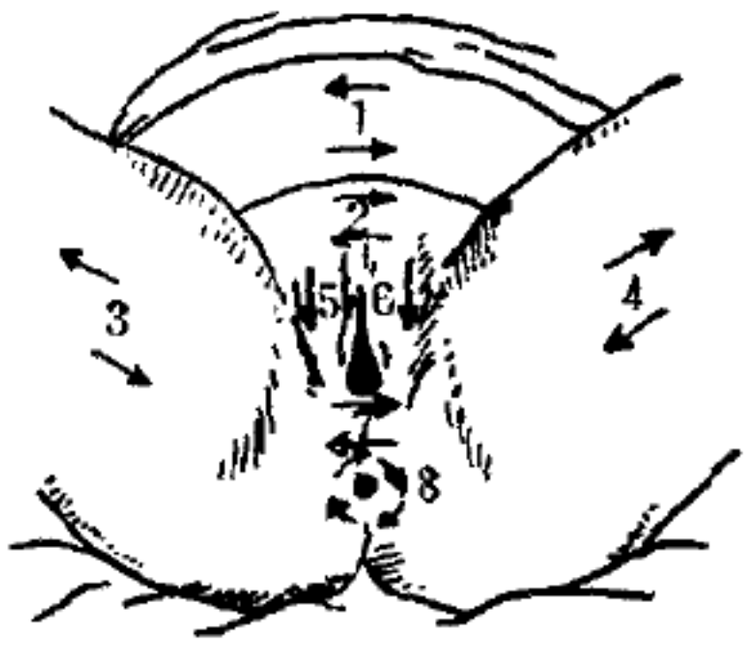


图25—9　阴部消毒法

（四）接生人员消毒：在经产妇宫口开大4厘米，初产妇宫口开全时，接生人员应洗手消毒，等候接生

1.戴口罩、帽子。

2.用肥皂水刷手，从指尖到肘顺次刷洗三次，然后先用2.5%碘酒后用75%酒精各擦1次即可。

3.戴消毒手套。

4.铺消毒接生布，然后站在产妇右侧等候接生。

注意：如有头盆不称或第一产程超过20小时者，应向医院报告。

第二产程(胎儿娩出期)　是从宫口开全到胎儿娩出。初产妇约需1～2小时，经产妇不超过1小时。此时宫缩更强、更密，胎头下降，压迫盆底和直肠，引起反射性的便意，产妇在每次宫缩时向下进气，使胎头继续下降，会阴膨出变薄，必须注意保护。顺序娩出前囟、额、面及头，经外旋转，娩出胎肩，然后胎身很快娩出。

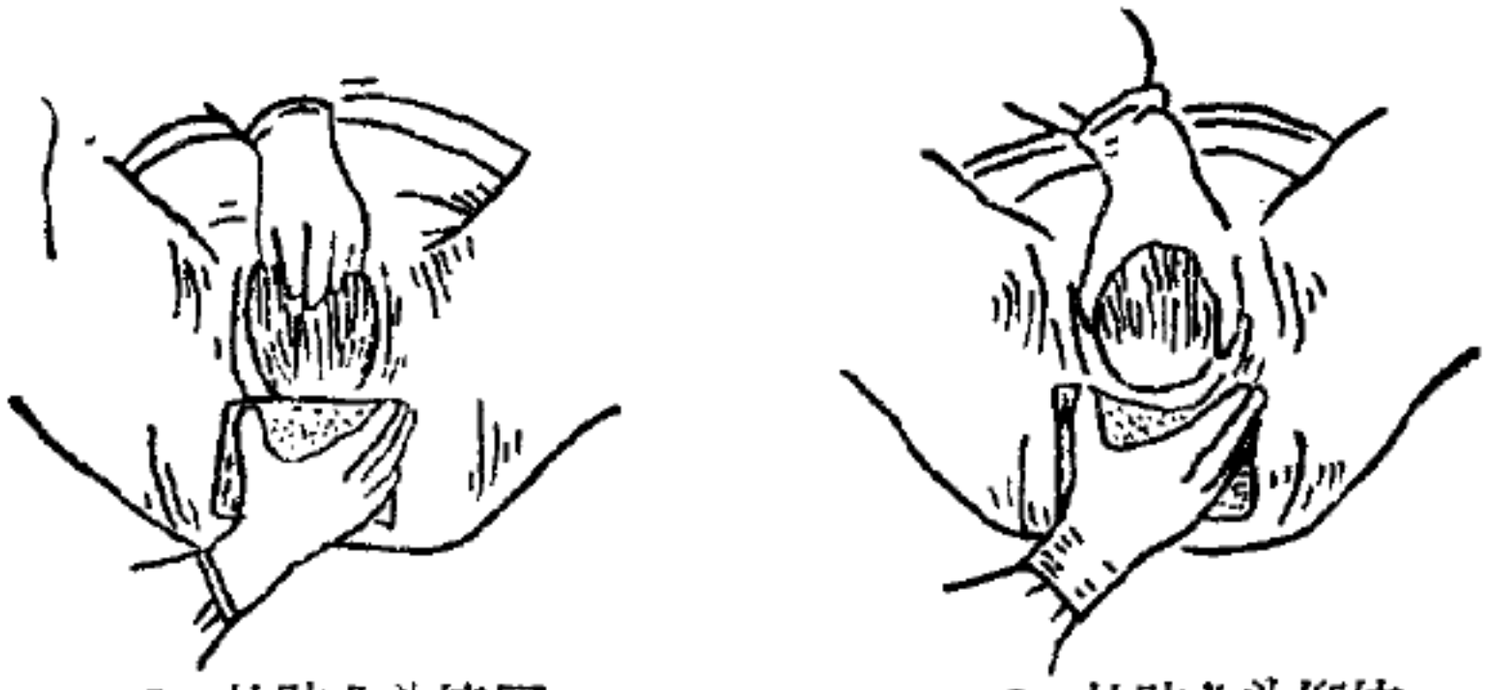
处　理

第二产程的时间虽短，但产妇往往躁动不安，胎儿又有随时娩出的可能，因此，此期的重点是勤听胎心音，指导产妇用力，保护会阴，做好无菌接生及新生儿处理。

1.指导产妇用力：娩出胎儿，除需要强有力的宫缩外，还须产妇正确地使用腹压。宫缩时，令产妇先深吸一口气，然后向肛门处进气用力，间歇时休息。

2.接生：当胎头露出阴道口时，注意保护会阴，防止因胎头娩出过速造成会阴撕裂。接生者站在产妇右侧，右手拇指和四指分开，用力抵住会阴部(图25—10)。左手按住胎头，使其俯屈，并调节其娩出速度，待胎头枕部娩出，再帮助胎头仰伸，并嘱产妇张口哈气，不要用力，使胎头慢慢娩出，以免会阴撕裂。如因胎头过大，会阴弹性差，或其他原因使会阴变薄、发亮、发白时，则破裂势所难免，此时应即将会阴剪开。胎头娩

出后，应即用纱布将胎儿口、鼻内羊水挤出擦净，以免羊水吸入。胎头转向一侧时，右手仍保护会阴，左手压胎头，先娩出前肩，稍向上提，再娩出后肩。胎肩娩出后，胎身即随之而出。



1．协助儿头俯屈　2．协助儿头仰伸

3．协助前肩娩出　4．协助后肩娩出

图25—10　保护会阴方法

当胎头娩出后，有时脐带绕颈一圈或数圈，如缠绕较松，可将脐带顺头或肩后方取下，倘脐带过短或缠绕过紧，则用两把血管钳夹住脐带的任何一圈，在两钳之间将脐带剪断，再助胎身娩出。

胎儿娩出后，立即清洁其口鼻，可用纱布裹着小指伸入口

腔擦去粘液，必要时用橡皮导尿管吸出其咽喉粘液及羊水。如果此时新生儿仍不呼吸(哭)，可用酒精纱布擦其背部，或轻轻拍打其脚心来刺激他的呼吸反射。脐带搏动停止后即可断脐，用二把血管钳夹住脐带，在两钳间剪断，在离脐轮0.5厘米处结扎一圈(一般采用围绕一圈双次打结法)，在离第一道结0.5厘米处剪断脐带，查无出血，残端涂2.5%碘酒、75%酒精，用消毒纱布盖住，并用脐带布包扎(图25—11)。

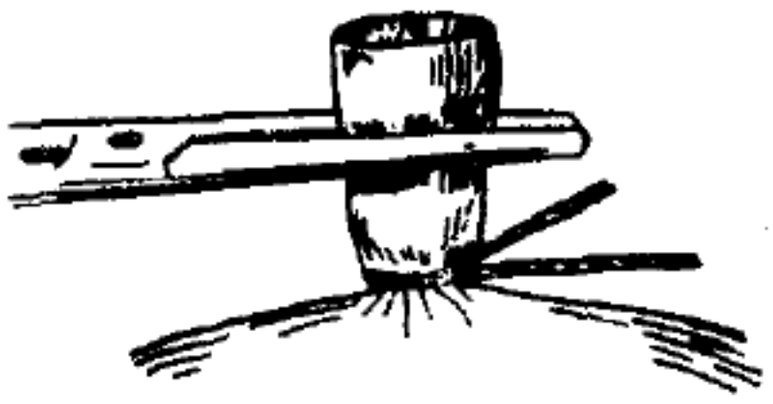


图25—11　脐带结扎法

第三产程(胎盘娩出期)　是从胎儿娩出到胎盘娩出平均10～30分钟。

处　理

此期的重点是正确处理胎盘及注意产后出血。

1.胎盘剥离征象及接胎盘：如发现宫底上升，子宫收缩变硬呈球形，阴道少量流血及脐带自动下降，用手按压腹壁，脐带不回缩，反而下降，则表示胎盘已剥离。此时，接生者可用左手在腹部轻压子宫底，右手轻拉脐带（切勿用力挤、拉，以免子宫翻出及胎盘残留，造成严重的产后流血或脐带拉断)，以助胎盘娩出。当胎盘娩出阴道口时，双手捧住胎盘，向一方慢慢旋转，轻轻将胎膜拉出(图25—12)。

2.胎盘娩出后，检查胎盘和胎膜是否完整，如发现缺损，应立即再消毒外阴，更换手套，伸入宫腔，取出残留的胎盘或胎膜。

3.检查阴道、会阴有无裂伤，如有裂伤，应即分层缝合。

4.产后1小时内，应严密观察产妇的一般情况，子宫收缩情况，阴道流血多少及血压的变化。正常分娩出血量一般不超过200毫升。如子宫收缩不良，阴道流血多，可肌注垂体后叶素(或催产素)10单位或麦角新碱0.2毫克。麦角新碱易引起子宫强直性收缩，故胎盘未娩出前禁用。因垂体后叶素内含加压素，故高血压产妇只能用催产素。

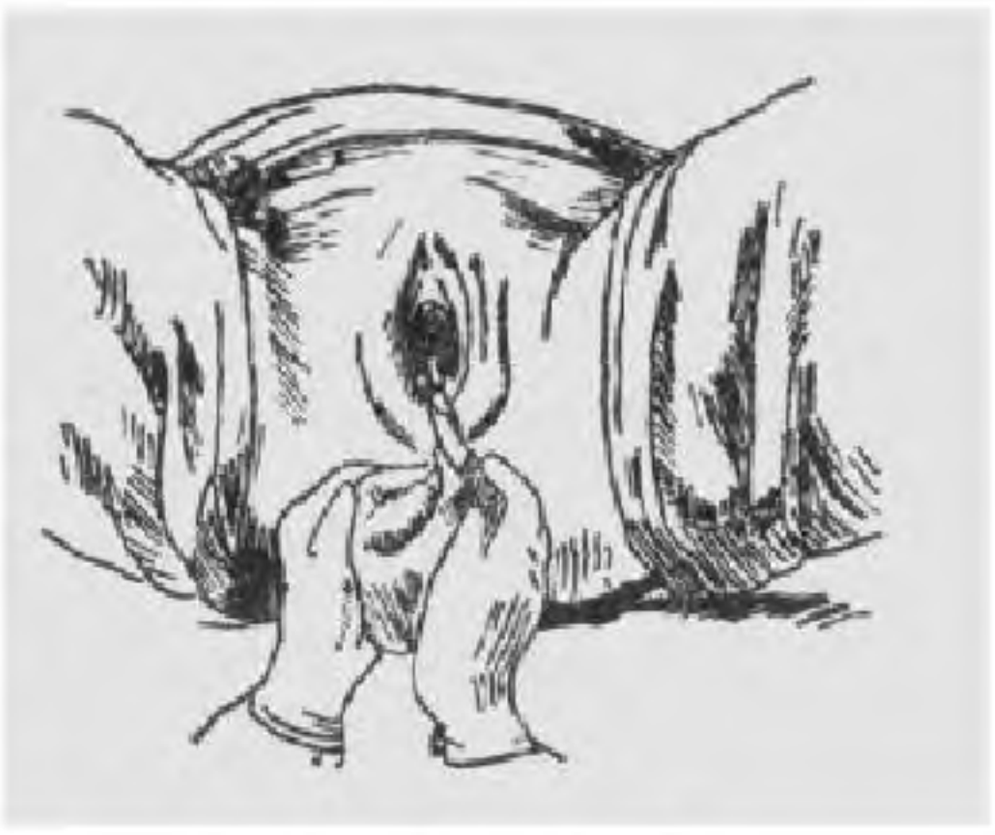


图25—12　接胎盘

三、胎儿宫内窒息

胎儿宫内窒息是一种症状，多因胎儿缺氧所引起，窒息可发生在妊娠期，但绝大多数发生在产程开始后。主要征象为胎心音不正常，开始变快，每分钟160次以上，是因缺氧及二氧化碳积聚所致。以后逐渐变慢或不规则，每分钟少于100次，同时胎动活跃，羊水内混有胎粪，呈黄绿色。

处　理

(一)严密观察产程，特别应注意胎心音的改变，于第一产程中每1～2小时听胎心音一次，第二产程则应每5～10分钟听一次，以便及时发现胎儿窒息。

（二）破水后，产妇应绝对卧床，预防脐带脱垂及宫腔内感染。

（三）若有胎儿窒息征象可给产妇输氧。

（四）静注50％葡萄糖40～60毫升，加维生素C 250～500毫克及山梗菜硷1毫升，如无以上药物，可喂热茶水一杯。

（五）如无改善，为挽救胎儿，应尽快结束分娩。

四、新生儿窒息

胎儿娩出后，仅有心跳而无呼吸或呼吸微弱者，称新生儿窒息。

处　理

（一）清理呼吸道：将儿头向后倾斜，用小指裹一纱布，伸入咽喉内轻拭或用吸管吸出喉部及气管内的粘液，无吸管时，可直接口对口吸出。

（二）给氧。

（三）针刺人中、涌泉或用酒精擦新生儿胸部，也可用手指弹其足底。

（四）人工呼吸：新生儿仰卧，头部露在桌外，接生者一手托住儿头，使气管伸直，另一手压迫胸廓，每分钟15～20次。必要时可用口对口吹气，但吹力不宜过大。

（五）肌注洛贝林、苯甲酸钠咖啡因或可拉明$\frac{1}{3}$～$\frac{1}{2}$支。如

心跳停止，可在病儿左第二肋间，心内注射肾上腺素$\frac{1}{3}$～$\frac{1}{2}$支。

五、产褥期保健

从胎盘娩出至生殖器恢复正常的一段时间，称为产褥期，一般约6～8周，必须做好保健工作。

(一)测体温：分娩后24小时内体温可能稍微升高，但不超过38℃，如超过38℃，应找原因。

(二)注意子宫收缩情况：产后数小时内应勤查子宫收缩及阴道流血情况，以防出血，如子宫收缩不好，应及时加以按摩，挤出子宫内积血块，并注射宫缩剂。子宫底在产后第一天平脐，以后每天下降一横指，至产后10～12天在腹部摸不到，产后6～8周恢复正常。

(三)观察恶露：产后自阴道内排出的液体，称为恶露。前三天为红色，量较多，以后粉红色，一周后变为白色，量减少。正常恶露有血腥味。如带腐臭，应考虑是否有感染，必要时给予抗感染药物。

(四)保持会阴清洁：纸垫要勤换，并每天用温开水或1/5000高锰酸钾溶液抹洗1～2次。

(五)产褥期内应避免性交、坐浴、重体力劳动，以免引起感染及子宫脱垂。

第四节　异常妊娠

妊娠中毒症

妊娠中毒症是孕妇特有的疾病。多见于葡萄胎、双胎、羊水过多、初产妇等，分早期和晚期两种。

（一）早期妊娠中毒症

妊娠早期，有轻度嗳心、呕吐、择食等现象为早孕反应，属正常现象。如剧烈呕吐，反复发作，妨碍进食，影响工作和健康，为妊娠剧吐，属于中医“妊娠恶阻”范畴，重者可引起失水、酸中毒等表现。

处　理

1.作好病人思想工作，解除恐惧和顾虑。

2.给予清淡、易于消化、富于营养合口味的饮食，如米汤，豆浆，稀饭，面条，瓜果等。

3.新针：内关透外关，中脘轻刺、留针10～15分钟。

4.单方

（1）灶心黄土2两，煎水澄清后服，偏寒呕吐加生姜、半夏各3钱；偏热呕吐加芦根1两。

（2）柚子皮3～5钱，煎水代茶饮。

5.辨证施法

（1）胃虚型：妊娠2～3月，呕吐、厌食或食后即呕，神疲思睡，肢软，苔薄，脉缓滑。治宜健胃和中，降逆止呕，用健脾和胃汤。

（2）肝热型：呕吐酸水或苦水，食入即吐，胸胁胀闷，烦渴口苦，尿黄便结，舌红苔黄，脉弦数。治宜清热调肝，和胃止呕，用左金丸加竹茹、苏叶行气止呕；烦渴便结加麦冬、石斛养阴清热。

（3）痰湿型：呕吐痰涎，脘闷不思食，口淡不欲饮，肢软，苔白腻，脉滑。治宜化痰降逆，健脾除湿。用小半夏加茯苓汤加陈皮、藿香，化湿去痰。

6.镇静止呕

（1）冬眠灵25毫克，每日三次，或鲁米那0.03～0.06克，每日三次，不能口服者可改为肌肉注射。

（2）维生素$B_6$10毫克，每日三次，或50毫克肌注，每日一次。

7.输液纠正失水、酸中毒，给予大量维生素B_1和C。

（二）晚期妊娠中毒症

多发生在妊娠24周之后，主要症状为高血压、蛋白尿、水肿，严重时甚至发生抽搐昏迷。

1.妊娠水肿：妊娠晚期，下肢轻度浮肿，经卧床休息后，症状消失，这是正常现象。若水肿持续不退，延至外阴及下腹部，甚至到全身，称为妊娠水肿。

治 疗

（1）适当休息，低盐饮食。

（2）利尿：双氢克尿塞25毫克，每日三次，同服10%氯化钾10毫升，每日三次，连服2～3天。

（3）辨证施治

①脾肾阳虚：下肢及全身浮肿不消，食欲不好，胸闷气促，面色㿠白，小便少，大便溏，肢冷，腰酸，四肢无力，舌苔厚，脉缓或沉滑。治宜健脾温肾，理气行水。方用全生白术散，肾虚加补骨脂、黑豆衣。

②气滞湿阻：自觉身重足胀，难以行动，面浮，胸闷胁胀，心悸气促，小便不利，舌色暗淡，苔白，脉弦滑。治宜宣肺理气，行滞化湿。方用天仙藤散合瓜蒌薤白半夏汤，喘急加葶苈子。

2.妊娠高血压：孕前无高血压史，妊娠24周后，血压超过140/90毫米汞柱，且2～3天内至少有二次以上血压均在较高水平，而无水肿及蛋白尿，称为妊娠高血压。

治 疗

（1）新针：内关、足三里、曲池、丰隆、神门(双侧)。

（2）辨证施治：头昏、失眠、心烦，口苦，舌红、苔黄，脉弦滑。治宜养阴平肝，降压。方用一贯煎加勾藤、石决明、夜交藤、黄芩、菊花、杜仲、玉米须。

（3）镇静、降压，可用降压灵4毫克或利血平0.25毫克，

一日三次，可同服双氢克尿塞25毫克，一日三次。鲁米钠0.03克或利眠宁10毫克，每日三次。

3.先兆子痫：多由妊娠水肿、高血压发展而来。孕妇除具有水肿、高血压、蛋白尿等症状外，血压持续升高160/110毫米汞柱以上，并出现头痛、头昏、眼花，胸闷、呕吐等征象，是发生子痫的先兆，应密切注意。

治　疗

（1）卧床休息，保持安静，避免刺激。

（2）药物治疗同妊娠高血压和妊娠水肿。

（3）以上处理无效，立即送医院治疗。

4.子痫：先兆子痫进一步发展，患者出现神志不清，面部肌肉颤动，四肢躯干抽搐，进入昏迷状态即为子痫。可反复发作，若不及时处理，往往并发肺炎，窒息，脑出血，心肾功能衰竭。子痫可在产前，也可在产时，或产后发作，以产前子痫为多见。

预　防

主要是加强孕期检查，及早发现病情，及早治疗。

治　疗

（1）卧床休息，避免声光及一切不必要的刺激，防止舌头咬伤或跌伤，并用抗菌药物预防感染。

（2）针刺人中、内关、照海、风池、上脘。

（3）止痉降压：冬眠灵50毫克肌注，或苯巴比妥钠0.1～0.2克肌注；同时肌注25%硫酸镁20毫升。

（4）利尿、脱水：50%葡萄糖60毫升加维生素C 1克，作静脉注射或20%甘露醇200毫升快速静脉滴注。

（5）辨证施治：轻则头昏、头痛、眼花，心烦、失眠，嗳心呕吐，面红。甚则四肢抽搐，神志不清，口吐白涎，面色青紫，舌红，脉弦数。治宜平肝熄风，豁痰开窍。方用羚角勾藤汤加龟板、杜仲、寄生、胆南星、石菖蒲、姜蚕、磁石、车前子，可用鼻饲或清醒时服用。

（6）设法加速分娩。对产前子痫者，应于患者完全清醒24小时后，用胎膜穿刺术引产，产时子痫则用胎头吸引器或产钳助产。

流　产

凡在妊娠28周以前，有妊娠中断表现者称流产。根据临床发展过程，可分为先兆流产、难免流产、不完全流产和完全流产等。

临床表现

（一）先兆流产：有停经史和早孕反应，少量阴道流血和轻微腹痛。

检查：子宫颈口关闭，阴道内有少许血性分泌物，子宫大小与停经月份相符。如能正确处理，可以继续妊娠。

（二）难免流产：先兆流产继续发展，出血量增多，且有血

块排出，由于阵发性子宫收缩，引起下腹坠胀或阵发性腹痛。

检查：子宫口开大，胎囊膨出已破裂，塞于子宫颈口，子宫大小与妊娠月份相符，流产不可避免。

（三）不全流产：难免流产继续发展，胎儿及部分胎盘已从宫腔排出，而尚有部分胎盘残留在宫腔内，使子宫不能很好收缩，以致流血不止，可致休克。

检查：宫口开大，子宫小于妊娠月份，如处理不当，合并感染，则体温上升，下腹部有压痛，排出物有臭味，有时呈脓样称感染性流产。

（四）完全流产：难免流产继续发展，胚胎组织短时内全部排出宫腔，腹痛消失，阴道流血明显减少。

检查：子宫口已闭，子宫小于妊娠月份，这种流产常见于妊娠2个月前。

治　疗

（一）先兆流产

1.卧床休息，禁止性交，尽量减少不必要的阴道检查，以免刺激子宫。

2.镇静安胎

（1）镇静剂：鲁米钠0.03～0.06克，每日三次，或冬眠灵25毫克，每日三次。

（2）黄体酮10～20毫克肌肉注射，每日一次，流血停止后，可渐减剂量，持续一周。

（3）维生素E 10～20毫克，每日三次。

3.辨证施治

（1）气血虚弱型：妊娠早期，阴道少量出血，色淡红，少腹坠胀，精神萎靡，面色不荣，舌淡苔薄，脉虚滑。治宜补气养血安胎。方用举元煎加阿胶、何首乌、桑寄生养血安胎。

（2）肾气不足型：阴道出血量少，小腹下坠，腰腿酸软，头昏耳鸣，尿频，舌淡苔白滑，脉沉弱。治宜固肾安胎。方用寿胎丸加白术、艾叶炭、杜仲、党参，补气止血安胎。

（3）血热阴亏型：阴道出血量少，色红质稠，心烦口渴喜饮，尿少而黄，舌质红、苔薄黄，脉细滑而数。治宜清热养阴安胎。方用保阴煎加苎麻根，凉血止血安胎。

（二）难免流产

如出血不多者，可先肌注垂体后叶素或催产素5单位，每半小时一次，共4次，待其自动排出。如出血多，立即在消毒情况下行刮宫术，取出胚胎。

（三）不全流产

应行刮宫清除宫腔残留的胚胎组织，如出血多伴有休克，一边抗休克、输液、输血，一边刮宫止血，术后酌情给予宫缩剂及抗感染药。

（四）完全流产

一般不需特殊处理。应注意休息及外阴清洁，如有贫血者，

给予补血治疗。

异位妊娠

受精卵植入子宫以外的部位而发育者，称异位妊娠。绝大多数为输卵管妊娠，极少数发生在卵巢或腹腔。凡能阻碍孕卵到达子宫腔的条件，如慢性输卵管炎、输卵管发育不良、子宫内膜异位等，都可成为输卵管妊娠的原因。孕卵发育到一定大小，一般在二个月左右就可破裂引起内出血，导致严重后果。

临床表现

(一)停经及不孕史：绝大多数患者有长短不一的停经史，少数病人因月经不调或妊娠不满一月即发生破裂，停经史常不明显。可有不孕史。

(二)腹痛：输卵管妊娠破裂出血，刺激腹膜，出现撕裂样腹痛，常伴有恶心呕吐，昏倒等休克症状。

(三)不规则阴道流血，量少，持续时间较长，有时可有蜕膜管型排出。

(四)腹部检查：腹肌紧张，有压痛和反跳痛，可有移动性浊音。

(五)阴道检查：宫颈着色，有明显举痛，子宫大小摸不清，于子宫一侧可触及不规则包块，压痛，后穹窿饱满有触痛。

(六)后穹窿穿刺：用窥阴器暴露阴道后穹窿及宫颈，用碘酒、酒精消毒后，再用宫颈钳子固定宫颈后唇，稍向上牵引，暴露后穹窿，以20号腰穿针接10毫升注射器，由后穹窿突出处

刺入，深约 3 ～ 5 厘米，然后边退边抽，如为宫外孕可抽出陈旧性不凝固血。

治　疗

宫外孕破裂，出血多，如不及时抢救，可危及生命，应积极防治休克，护送医院治疗。

前 置 胎 盘

正常胎盘位于子宫体腔上部的前壁或后壁，如胎盘附着在子宫下段将子宫颈内口全部或部分遮住，叫前置胎盘。根据胎盘前置的程度可分三类(图25—13)。



图25—13　前置胎盘

1.完全性前置胎盘：子宫颈内口全部被胎盘遮盖。

2.部分性前置胎盘：子宫颈内口部分被胎盘遮盖。

3.低置胎盘：胎盘下缘达子宫颈内口边缘。

临床表现

妊娠晚期无痛性阴道流血为其主要特点。不同类型，出血程度和出血时间也不同。完全性前置胎盘多在妊娠 6 ～ 7 月内发生，流血多，常致休克，威胁生命。低置胎盘多在妊娠末期或临产时发生出血，量少。部分性前置胎盘出血性质介于两者之间。

检查：腹部软，无压痛，胎位清楚，胎头高，浮或胎位异常，出血过多时，胎心音可消失。

诊断与鉴别诊断

根据无痛性阴道流血及产科检查即可确诊。但应与胎盘早剥鉴别，前置胎盘和胎盘早剥都发生在妊娠晚期，而且都有阴道流血，鉴别要点如下

	胎盘早剥	前置胎盘
起病	突然，烦躁不安	缓慢，患者多不自觉
原因	可有外伤、高血压史	无原因
阴道出血	以内出血为主，多数一次，外出血少，与失血症状不符	仅为外出血，反复多次，外出血与失血症状相符
腹部情况	持续性剧痛，压痛，子宫多大于妊娠月份，硬如木板	无腹痛，腹壁软，无压痛，子宫大小与妊娠月份相符，柔软如常
胎儿情况	摸不清胎位，听不到胎心，胎动停止	胎位清楚，胎心可听到，有胎动

治　疗

（一）出血少、无宫缩、妊娠未足月，应绝对卧床休息，给止血剂及镇静剂，最好送医院在严密观察下，继续妊娠到足月。

（二）出血多，可用毛巾或宽布条将腹部捆紧，并与医院联系，争取有经验医务人员协助处理，同时设法止血，加速分娩。结束妊娠的方法有：

1.剖腹产：适于完全性前置胎盘，宫口未开、胎位不正者。

2.从阴道分娩

（1）人工破膜，让羊水流出，胎头下降压迫胎盘止血。若仍不止血，可用头皮钳夹住胎儿头皮，在钳的另一端挂上一斤左右的重物，向下牵引，可加强胎头对胎盘前置部分的压迫而止血。

（2）臀位——足牵引术：若是臀位，宫口已部分扩张，破膜后将胎儿足拉出牵引，可达止血，但胎儿危险性大。

经上述处理后，可同时静滴催产素引产。并用抗菌素预防感染。如有休克，按失血性休克处理。

葡　萄　胎

葡萄胎是在胚胎发育过程中，绒毛膜的绒毛上皮细胞异常增生，形成许多大小不等的水泡样物，相连成串，形似葡萄，故称葡萄胎。

临床表现

(一)阴道流血：绝大多数病人均可出现不同程度的阴道流血，多发生在妊娠2～4个月间，倘出血多次反复，或是突发性大量出血，可使病人极度贫血。

(二)子宫迅速增大：由于绒毛过度增生及水肿，同时子宫腔内血液淤积，故患者子宫体积异常增大，与停经月份不相符合，无胎心、胎动，摸不到胎儿。

(三)妊娠中毒症状特别严重。

(四)尿青蛙稀释试验1/300阳性。

治　疗

葡萄胎的主要矛盾是流血，故诊断确定后，必须迅速行刮宫手术，排空宫腔内容物，以达到止血的目的。术后应追踪观察二年，并坚持避孕。

绒毛膜上皮癌

绒毛膜上皮癌是绒毛膜上皮细胞恶变所发生的高度恶性肿瘤。它的特点是沿血液早期转移，病程短，死亡率高。约有5%的葡萄胎可转变为绒毛膜上皮癌。而50%左右的绒毛膜上皮癌发生在葡萄胎之后，亦有发生于流产或足月产后的。

临床表现

葡萄胎术后，足月分娩或流产后有不规则的阴道出血，子

宫增大而软，有时可呈结节样凸出，尿妊娠试验阳性，如转移至阴道或外阴，则局部呈紫色结节，转移至肺则出现咳嗽、咯血，病人很快陷入恶病质状态，转移至脑可发生头痛、昏迷、抽搐，可立即死亡。

防　治

（一）对葡萄胎患者应坚持追踪观察二年。

（二）凡是分娩、流产、尤其葡萄胎术后有阴道不规则流血，应想到此病的可能。

（三）早期诊断，及时手术，并配合中草药、化学药物等抗癌治疗，可有较好的疗效。

第五节　异常分娩

分娩时，胎儿不能顺利地自宫腔娩出者，称为异常分娩（难产）。分娩过程是否顺利，主要取决于产力、产道和胎儿三个因素，如果其中之一不正常，或相互关系不适应，就有可能导致难产。常见的有：

一、子宫收缩乏力

子宫收缩软弱无力，影响胎先露下降及宫颈口扩张，使产程延长者，称为子宫收缩乏力。多因子宫发育不良，精神过度紧张，体弱疲乏，头盆不称，膀胱直肠充盈等原因引起。

处　理

应详细检查和分析子宫收缩乏力的原因。如不能经阴道分娩者，应立即剖腹产；如无头盆不称，则调整子宫收缩力，具体措施如下

(一)解除产妇精神紧张和恐惧。

(二)鼓励产妇进食和休息，必要时补液或给镇静剂，如杜冷丁50毫克肌肉注射。一般经以上处理，宫缩可自行转强。胎膜破裂12小时以上者，应预防感染。

(三)膀胱充盈不能自行排尿者须导尿；直肠胀满者，如未破膜酌情给温肥皂水灌肠，增强肠蠕动，间接刺激子宫收缩。

(四)催产方法

1.新针：强刺激合谷、三阴交，或用0.5单位催产素加入5%葡萄糖或生理盐水稀释至1毫升，合谷穴位注射。

2.维生素$B_1$100毫克注射合谷或肌注。

3.静脉滴注催产素：用催产素5～10单位加入5%或10%葡萄糖500毫升内，缓慢静滴，开始时每分钟10滴，按宫缩强弱及胎心音情况，调节滴注速度。如宫缩过强过频，或胎心音改变时即停止滴注。

4.人工破膜：如胎头已固定，宫口开大5公分以上，胎膜未破者，可在无菌操作下人工破膜。胎膜刺破，羊水流出，使胎头直接压迫宫颈，反射性地增强宫缩。

5.如宫口开全，胎头已固定，位置较低，可用胎头吸引器助产。

6.如经上述处理无效，亦可考虑剖腹产。

7.胎儿娩出以后，立即肌注催产素10单位，胎盘娩出后，肌注麦角新碱0.2毫克，并加强按摩子宫，以免发生产后出血。产后宜用抗菌素预防感染，并酌情留置导尿管，防止尿瘘发生。

二、胎位异常

臀　位

臀位是常见的异常分娩，多因骨盆狭窄或经产妇腹壁过于松弛所致。臀产常伴胎膜早破和脐带脱垂，在分娩时如宫口未开全或骨盆狭窄处理不当，可致胎头娩出困难危及母子安全。

检查时在子宫底可摸到硬圆而浮动的胎头，在子宫下部可摸到不规则之软块。胎心音多在脐上一侧最清楚。

处　理

(一)产前处理

1.妊娠30～32周时产妇做膝胸卧位，每次15分钟，每日二次(图25—14)。

2.艾灸至阴穴，每日1～2次，每次15分钟。

3.以上方法无效时，可行外倒转术。

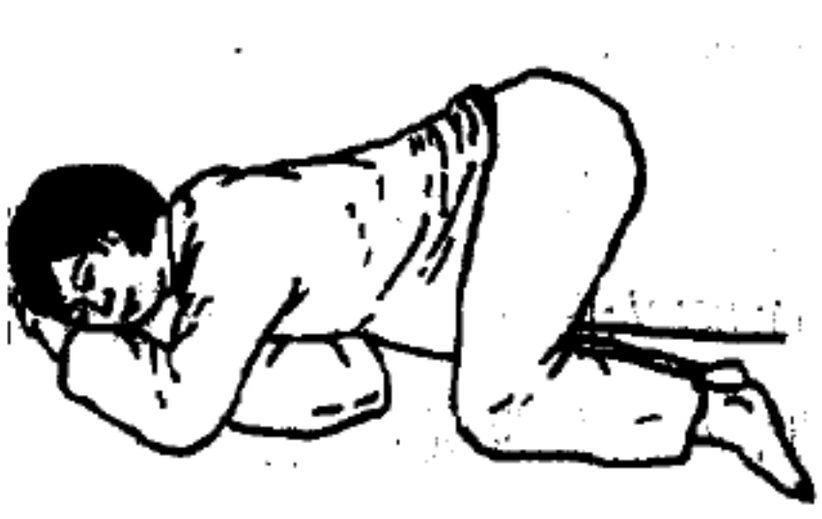


图25—14　膝胸卧位

外倒转术

是经腹壁进行转变胎位的手术。凡在妊娠晚期（孕32～34周），遇到横位、臀位时均应随时纠正，尽可能使胎位转成正常（图25—15）。外倒转术适应于：①先露未衔接，骨盆无狭窄。②胎膜未破。③无产前出血或剖腹产史。④无严重妊娠中毒症。



(1)　(2)　(3)　(4)

图25—15　外倒转术

方法：孕妇排空大小便后，仰卧，双腿弯曲，使腹壁松弛。先确定胎位，然后双手分别握住胎头与胎臀，将胎头向下按，胎臀向上推，推的方向以保持胎头俯屈姿势为原则，直至胎头达耻骨上方为止。

术后反复观察胎心音，至少10分钟。如胎心音无变化，则在胎头两侧放置毛巾卷垫各一个，并用腹带包紧腹部，以固定胎头。如胎心音有变化，应停止操作，倘3～5分钟仍不恢复，应送胎儿回原位。

（二）臀位分娩：主要矛盾是软产道不能充分扩张，胎头娩出困难。因此，臀位分娩时，胎儿脐部娩出前要慢，以利软产道充分扩张，胎儿脐部娩出后要快，以防脐带受压，引起胎儿窒息。

第一产程 产妇平卧，以免胎膜破裂时脐带脱垂。如胎膜早破，应抬高床脚，并立即听胎心音；阴道口见先露部时，立即消毒外阴，用手盖以无菌巾堵住阴道口，防止先露部在宫口未开全前娩出；胎心音正常，每次宫缩时堵住胎足，至使胎臀随着宫口开大而下降至阴道下端，使足位变为完全臀位。这样软产道才能充分扩张，有利于胎头顺利娩出。

第二产程 宫口开全，产道已扩张后，如无特殊情况，可让胎儿自行娩出到脐部，再行臀位助产术娩出胎儿；如胎儿有宫内窒息，宫缩乏力，或产妇患全身性疾病，不宜在第二产程过度用力时，都应作臀位牵引术，方法如下：产妇取会阴显露位，外阴常规消毒后铺单、导尿。初产妇或会阴很紧者，应行会阴侧切术，可用针麻，有助于软产道松弛。臀位牵引术可分为四个步骤。

1.下肢的牵出(图25—16)：如足为先露，可直接牵引出胎足；若臀为先露，足位较高，先用一手食指钩住胎儿前臀的腹股沟向下牵引；当臀部稍向下降后，用另一手的食指钩住对侧的腹股沟，双手用力将臀部向下牵引。

2.臀部的娩出(图25—17)：用无菌巾包住双腿，沿产道方向先向下方牵引，当胎臀外露时，可稍转动双腿，在前臀达耻骨联合下时，将胎儿双腿举向产妇前方，后臀即自会阴部娩出。

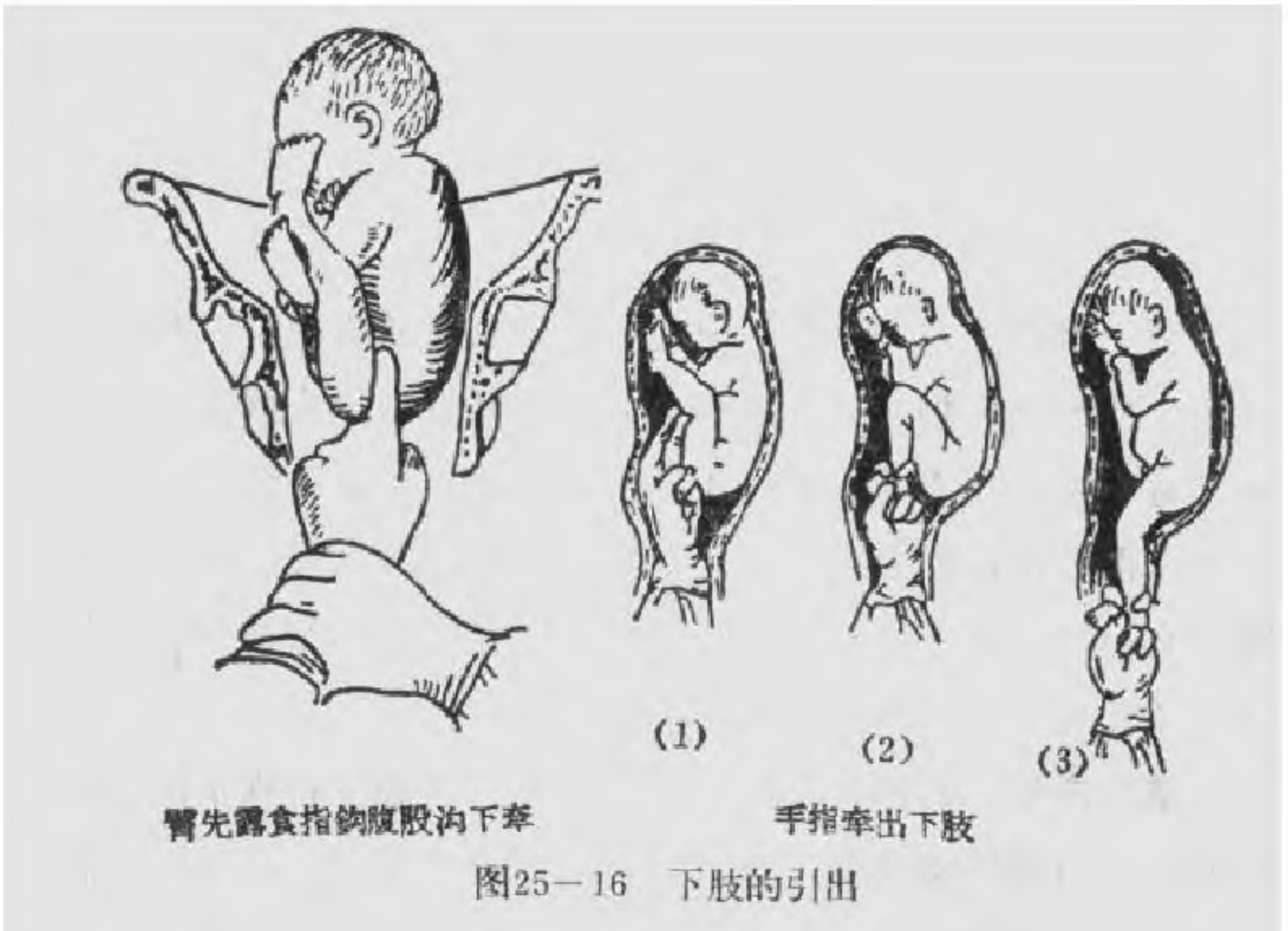


图25—16　下肢的引出

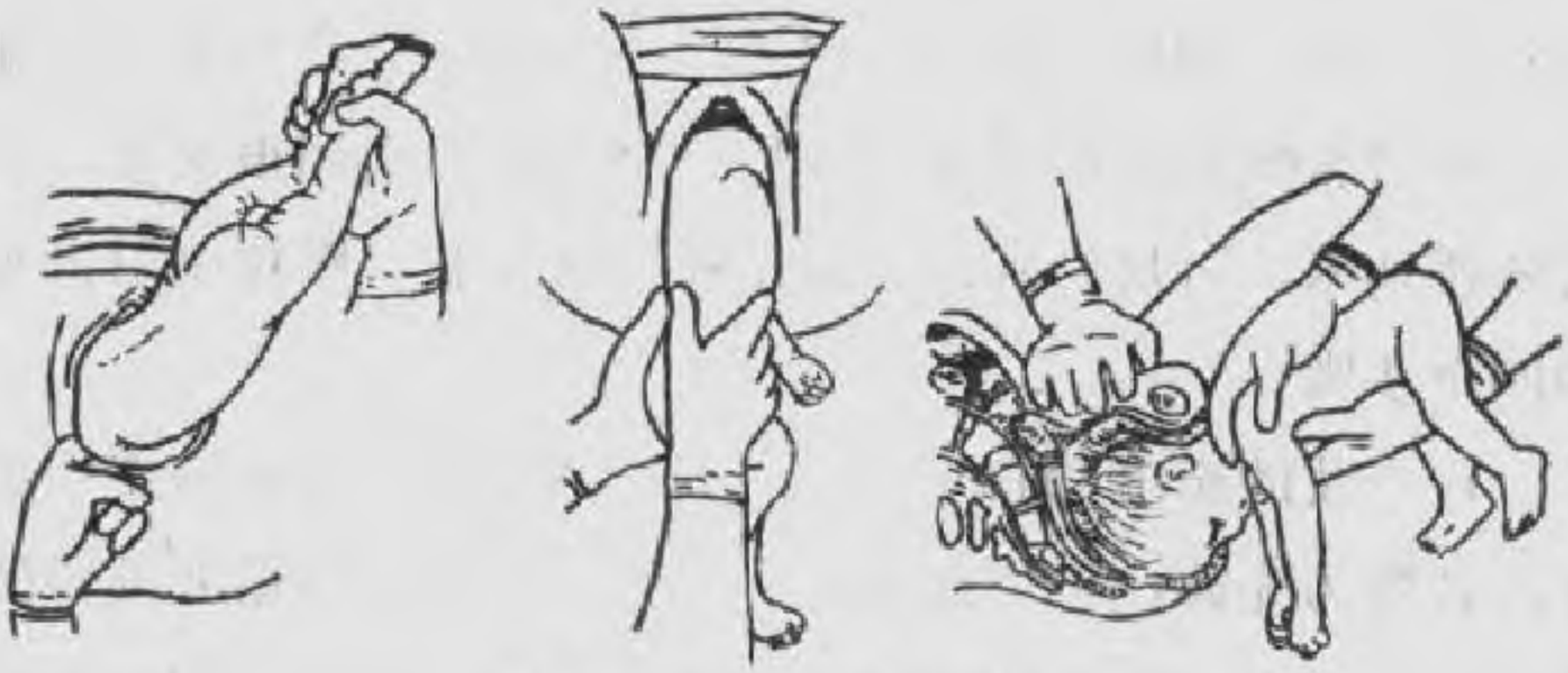


图25—17　臀位牵引法

3.肩的娩出：臀部娩出后，双手拇指放在胎儿骶部，余四指放在髋部，边向下牵出胎体，边转动胎体，使胎背向上，待脐部外露时，将脐带轻轻拉出一段，当牵引至肩胛下角外露时，

将胎儿背转至原来的方向，再向下后牵引，前肩即自耻骨弓下露出，术者以一手的食指伸入阴道，自肩沿臂至肘关节，将臂和手自前胸娩出，再将儿身上举并向外牵，后肩即自会阴部娩出。

4.头的娩出：双上肢娩出后，使胎背朝上将胎体骑跨在术者的左前臂上，同时将左手中、食指入儿口压迫上颌骨，并以右手中指压枕部使胎头俯出，右手食指与无名指跨过胎儿颈部，放在两肩上(注意勿压迫锁骨上窝，以免损伤臂丛神经)。向下向后牵引，此时助手在下腹部沿骨盆轴方向，下压胎头至胎头枕骨达耻骨弓下时，再将胎身上举，胎头即自阴道口娩出。

第三产程 处理同正常分娩，但应详细检查软产道有无损伤，包括宫颈、阴道、会阴，如有损伤，按层次正确缝合。并给予抗菌素预防感染。

横　位

胎儿横卧于子宫腔内，以肩为先露称横位。足月活婴不能从阴道娩出。是一种比较危险的难产。常因骨盆狭窄，前置胎盘、腹壁松弛、羊水过多、早产等引起。

临床表现

产妇腹形横宽，子宫底较低，耻骨联合上方空虚。在腹部一侧可触及胎头，对侧为胎臀。胎心音在脐旁最清楚。

临产后胎膜常早破，脐带脱垂，胎手脱出，羊水流尽，胎儿嵌顿死亡。

防　治

（一）横位多发生在腹壁松弛的多产妇，因此，必须搞好计划生育。

（二）加强产前检查，发现横位即时纠正，（纠正方法同臀位）。

（三）临产中发现横位，肌注杜冷丁 50～100 毫克后即时转送医院。

子宫破裂

是分娩严重的并发症。多数由于难产处理不当所致；子宫疤痕、孕产过多、不适当的内倒转术，以及产前滥用子宫收缩剂等均可导致子宫破裂。如处理不及时，可因出血性休克，感染等造成母子双亡。

临床表现

根据子宫破裂发展过程分为二个阶段

（一）先兆子宫破裂：由于胎儿娩出受阻，宫缩强烈，引起产妇剧烈腹痛，烦躁不安。由于膀胱受压可引起血尿。

腹部检查：耻骨联合上缘明显压痛，可见斜置或横置的子宫病理收缩环（因子宫下段肌过分伸长变薄，与较厚的子宫体之间形成明显的分界所致）。

（二）子宫破裂：破裂时产妇突感腹部剧烈疼痛，极度烦躁。破裂后，宫缩立即停止，产妇暂感舒适，不久出现持续性腹

痛。

检查：产妇面色苍白、脉搏细弱、血压下降，很快进入休克状态，腹肌紧张，有压痛及反跳痛，胎心音消失，子宫缩小，偏于下腹部一侧。阴道出血往往不多。

预　防

绝大多数的子宫破裂是可以预防的。

（一）搞好计划生育，避免生育过多过密。

（二）加强产前检查，如发现胎位不正，要及时纠正。有骨盆狭窄、软产道异常及有剖腹产史者，应提前住院待产。

（三）严密观察产程，及时发现子宫先兆破裂，并及时处理。

（四）施行阴道手术产时，应严格掌握适应症和禁忌症，手术应轻巧。

（五）严格掌握催产素使用指征，分娩期，禁止滥用催产素。

（六）正确掌握剖腹产的适应症。必须施行剖腹产时，应尽量做子宫下段剖腹产，术后嘱产妇避孕三年。

处　理

处理原则是止血、输血及抗感染。

（一）先兆子宫破裂：从先兆破裂到发生破裂这一段时间，是关系到母子生死存亡的关键时刻，因此，必须分秒必争地进行抢救，即肌肉注射杜冷丁100毫克或阿托品0.5毫克后立即送

医院处理。

（二）子宫已破裂：应积极防治休克，尽早手术，预防感染。根据具体情况转院或就地治疗。

第六节 异常产褥

产后出血

胎儿娩出后21小时内，阴道流血超过400毫升，称为产后出血。多因子宫收缩乏力、胎盘滞留或残留、产道损伤或凝血功能障碍所致。

临床表现及诊断

胎儿娩出后发生持续性或阵发性出血，即可诊断，但应尽量判断出血原因。

（一）胎儿娩出后，即有大量出血，应马上作阴道检查，如无宫颈或阴道损伤，则多为胎盘不全剥离。

（二）胎盘娩出后才有出血，须详细检查胎盘，如胎盘完整，流血为阵发性，并有子宫松软，则为子宫收缩乏力。

（三）流血为持续性，流出之血经久不凝固，子宫收缩好，检查软产道无损伤，则为凝血功能障碍。

预　防

（一）加强孕期保健，如有贫血、出血疾患及妊娠中毒症者

应积极治疗。

（二）对于有产后出血倾向的产妇，于胎儿娩出后应使用宫缩剂。

（三）胎盘未剥离前，切勿过早挤压子宫或牵拉脐带，以免引起胎盘部分剥离。

（四）宫口未开全勿作阴道分娩手术，避免软产道损伤。

治　疗

（一）子宫收缩乏力的处理

1.针刺中极，持续性大幅度捻转，可加强宫缩。

2.按摩子宫，压出宫内积血，并肌注催产素或麦角新碱；也可将催产素10单位直接自腹壁中线注入子宫壁内，如出血仍不止可用拳头在子宫上方将腹主动脉压向脊柱可暂时止血（图25—18）。



图25—18　压迫腹主动脉止血

3.用乙醚纱布涂摸阴道后壁，刺激阴道壁上的神经末梢而引起反射性宫缩。

4.如经上述处理无效，可用双手压迫子宫止血：在消毒情况下将一手握拳置于阴道前穹窿，按压子宫前壁，另一手自下腹部按子宫后壁，两手强力按压子宫，坚持5～15分钟，常可收效(图25—19)。



图25—19　双手压迫子宫止血

（二）胎盘滞留的处理：胎儿娩出一小时后，胎盘仍未娩出为胎盘滞留。

1.如胎盘已剥离而滞留宫腔者，先肌注催产素10单位，排空膀胱，并用右手握住子宫底，拇指放在子宫壁，其余四指放在子宫后壁，挤压子宫底，使胎盘娩出。

2.如胎盘有粘连，仅部份剥离时，应在严密消毒情况下，行人工剥离胎盘术(图25—20)。术前排空膀胱，注射阿托品0.5毫克。术者右手五指合拢沿脐带伸入宫腔，找到胎盘剥离面，

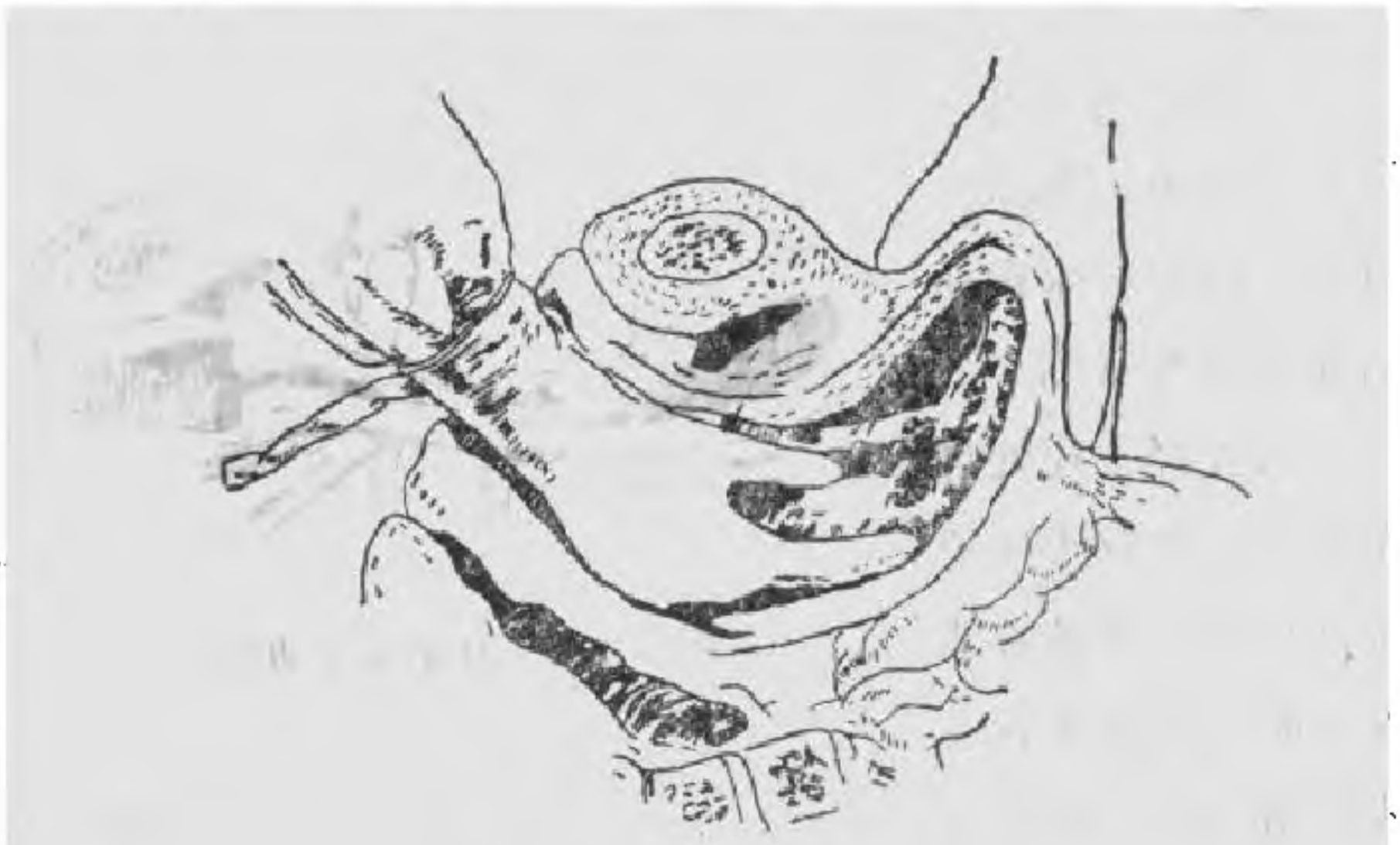


图25—20　人工剥离胎盘

手背向宫壁，手掌向胎盘母面，将手指伸至胎盘与宫腔间，行钝性剥离，左手在腹壁握住子宫协助操作，待整个胎盘剥离后，立即取出，检查胎盘是否完整，同时肌注催产素10单位。如在剥离过程中发现胎盘与宫壁之间紧贴，不能分离时，则考虑有植入性胎盘的可能，应立即行子宫切除术。

（三）胎盘残留的处理：胎盘或胎膜部分遗留在宫腔内，须在消毒情况下，徒手入宫腔将残留的胎盘组织取出；如子宫口已缩小，则行刮宫术，用大钝刮匙刮出残留组织；如当时病人情况不好，阴道流血不多，刮宫可待病人情况好转后或产后数日进行，术后应用宫缩剂。

（四）软产道损伤：应立即找到裂伤部位，缝合止血。

（五）用抗菌素防止感染。

（六）凝血功能不良所致出血者应送医院治疗。

（七）新针：如产后出血引起休克，可针刺人中、合谷、关元、足三里，灸百会。

（八）辨证施治：若产后出血引起休克见面色苍白，心悸目眩，恶心呕吐，舌淡，脉微细或浮大而虚数者是为血虚气脱之证，当以抢救为先，以回阳救逆，益气固脱，给予独参汤或参附汤。待气复血止后，再以补血益气之法扶正养血，可用归脾汤。

产褥感染

凡病原菌侵入生殖器官，在产褥期引起局部或全身发炎者，称为产褥感染。多由于接生时消毒不严或产妇身体抵抗力降低，

细菌可以经过创面直接蔓延或通过血液、淋巴系统扩散而引起生殖器官及其周围组织化脓性感染。常见的病原菌有链球菌、金葡菌和大肠杆菌。

临床表现

会阴、阴道炎时无全身症状；局部有红、肿、压痛和溃疡。子宫颈、子宫内膜炎、子宫肌炎时，炎症多波及周围组织和输卵管，病人常有寒战、高热、下腹痛、乏力、食欲不好。检查时，子宫恢复不好，软而有压痛，恶露脓样、量多、味臭；子宫一侧或二侧可摸到压痛肿块。导致盆腔腹膜炎、败血症时病情加剧，常出现中毒性休克。

预　防

（一）加强孕期保健，注意孕妇一般情况，如有贫血或发现感染病灶，特别是滴虫和霉菌性阴道炎，应及时给予治疗。孕最末二个月不性交、盆浴，不做阴道检查或冲洗。

（二）接生者应严格遵守无菌操作，不随便作阴道检查，尽量避免产道损伤和失血。凡有胎膜早破、滞产、难产手术后或局部裂伤较重者，均应给予抗感染药物。

（三）产后应注意休息，适当增加营养，保持外阴清洁等。

治　疗

（一）一般治疗：严重病例应卧床休息，取半卧位，以利恶露引流并使炎症局限；注意营养，给予维生素B、C增强产妇

抗病力；不能进食或进食少者可给予补液。

（二）抗菌药物治疗：一般给予磺胺或土霉素口服，如病情需要可肌注青霉素或加链霉素；重症者需静脉滴注广谱抗菌素。

（三）子宫收缩药：可用麦角新碱肌注或麦角流浸膏等口服，促进宫缩，有利于感染性分泌物排出。

（四）会阴或阴道伤口可用1:5000高锰酸钾温液坐浴，如盆腔已有脓肿形成，可根据部位由腹部或后穹窿切开引流。

（五）辨证施治：高热恶寒，少腹疼痛，恶露增多，秽臭，色如败酱，尿少色黄，大便燥结，舌红、苔黄，脉数有力。治宜清热解毒、凉血化瘀。方用五味消毒饮合失笑散，再加鱼腥草、益母草、丹皮、赤芍以加强解毒去瘀之功。若见汗多烦渴者，加天花粉、芦根、石斛、栀子，以生津止渴、解热除烦；若腹痛加剧，恶露不畅，大便不解可加大黄、芒硝。

（六）草药单方：蒲公英1两、金银花5钱、竹叶菜1两、鱼腥草1两，煎水服或选用其它清热解毒的草药煎水服。

第七节　女性生殖器官疾病

一、妇科检查

(一)检查前的准备

1.嘱患者排空膀胱。

2.仰卧、两腿分开、膝部弯曲，使腹肌松弛。

（二）注意事项

1.月经期一般不宜做阴道检查，以免引起感染。

2.有阴道流血者，应外阴消毒后，用消毒的阴道窥器及手套检查。

3.未婚妇女用直肠腹壁联合检查。

4.检查者必须戴手套，如检查者为男同志，应有女同志陪同，检查时态度严肃认真，动作轻巧。

（三）检查方法

1.外阴检查：注意外阴发育情况，有无畸形、肿物、炎症，然后分开两侧阴唇，检视尿道外口、阴道外口、前庭大腺开口等有无红、肿及分泌物。嘱患者用力进气，观察阴道前后壁有无膨出及子宫有无脱垂。

2.阴道窥器检查：右手持阴道窥器蘸以肥皂水，倾斜放入阴道，再放平，顺阴道插入后穹窿，轻轻张开其两叶，暴露子宫颈及阴道壁，注意子宫颈的颜色、有无糜烂、旧裂、息肉和肿瘤等。并注意阴道壁有无红肿或溃疡以及分泌物的色、量和气味。

3.双合诊：右手戴消毒手套，食、中二指蘸肥皂水后伸入阴道，检查阴道的松紧、有无触痛，再检查子宫颈硬度、有无举痛及触出血。然后将子宫颈向上推动，另一手平放在下腹部，

轻轻下压，使内生殖器位于内、外两手之间，注意子宫的大小、位置、形状、硬度、活动性及有无触痛。再将两手先后移向两侧，检查输卵管和卵巢。在正常情况下，摸不到输卵管，卵巢偶可触及，两侧穹窿软而无触痛，如有触痛或摸到增厚、条索状组织或肿块，则表示有病变。

二、女性生殖器官炎症

滴虫性阴道炎

阴道滴虫，虫体呈梨形，前端有细鞭毛四根，新鲜标本中运动活泼(图25—21)。主要寄生在阴道后穹窿，亦可寄生在尿道或男性前列腺内，随阴道分泌物或尿液离开人体，在人体外不能发育繁殖，但生活力颇强。通过直接接触（如性交，尿液）或间接接触（如便桶、浴具）而引起滴虫性阴道炎。

临床表现

主要症状为白带增多和外阴搔痒。白带呈黄灰色，质稀、量多、味臭。刺激外阴而产生外阴搔痒、虫爬或灼热感。若逆

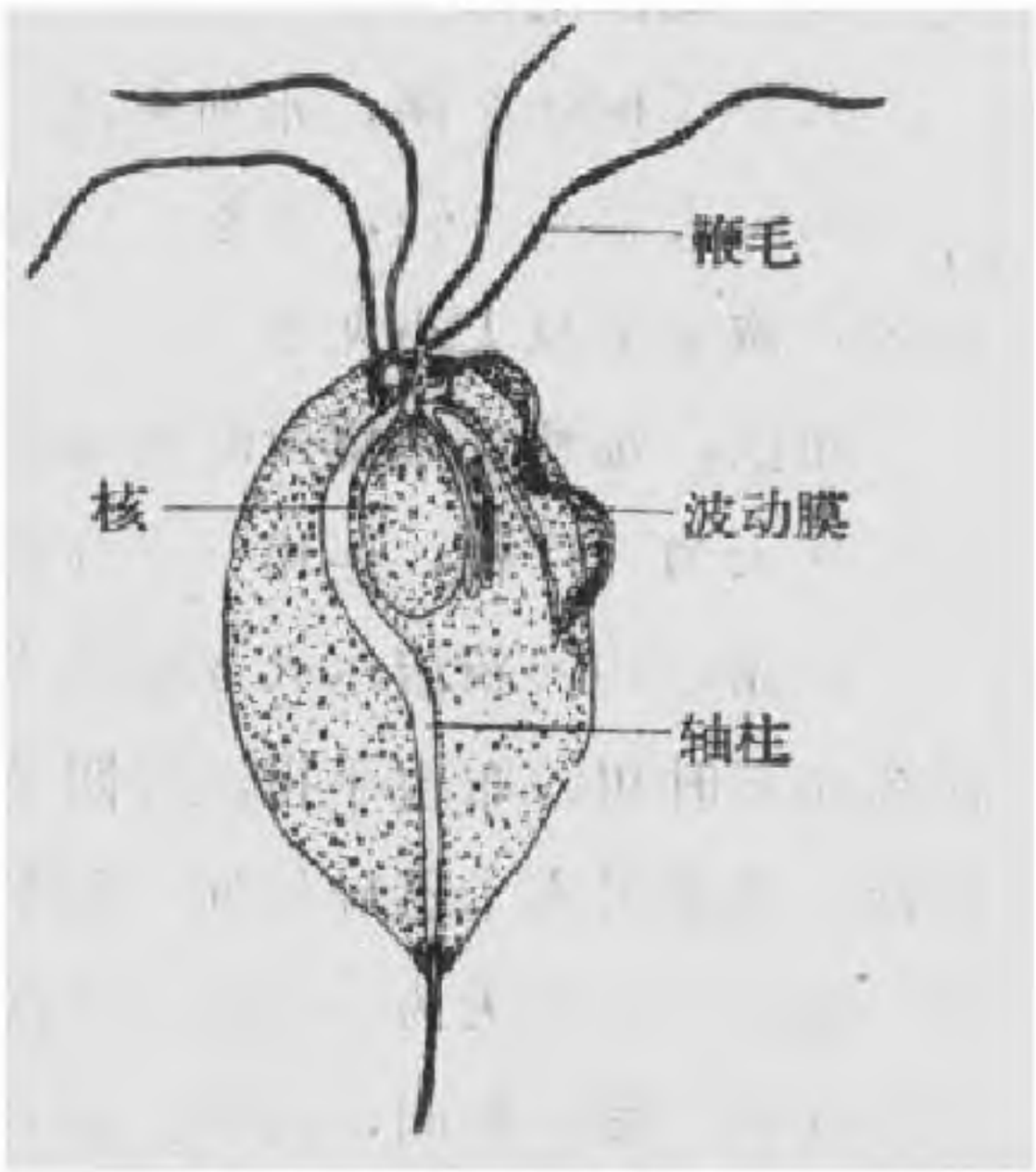


图25—21　阴道滴虫

行感染引起膀胱炎，则有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激征。

检查时可见白带呈泡沫状，阴道粘膜充血，并有红色斑点。取白带滴在盛有生理盐水的玻片上，置显微镜下检查，可看到活动的滴虫。

预　防

(一)注意个人卫生，不与患者共用浴具、内裤、被褥等。

(二)妇科检查器械应严密消毒，以防交叉感染。

(三)滴虫病患者夫妇均需做检查，并积极治疗，防止复发。

治　疗

(一)局部治疗

1.桃子树叶2两，水煎熏洗。

2.陈大蒜头3钱，苦参、蛇床子各2两，白糖1两，焙干研末，做成蚕豆大小丸子。

用法：每晚先用桃树叶煎水熏洗，后将丸子二粒塞入阴道，5～10天为一疗程，连用三个疗程。

3.用1/1000新洁尔灭或蛇床子、苦参各1两煎水作阴道冲洗或坐浴时用纱布包手指洗外阴及阴道(经期暂停)，然后将滴维净、灭滴灵或卡巴砷任何一种1～2片放入阴道后穹窿，每天一次，7～10天为一疗程。下次月经干净后再治一疗程，共三个疗程。治疗期间，内裤、浴具须煮沸消毒，禁止性交。

(二)全身治疗

1.百部3钱，马齿苋5钱，水煎服，每日一剂。

2.口服灭滴灵0.2克，每日三次，7天为一疗程。未婚妇女，男性病人及久治不愈者宜用此法。

霉菌性阴道炎

霉菌性阴道炎是白色念珠菌感染所致。此菌在酸性环境中易生长繁殖。多见于孕妇及糖尿病患者。

临床表现

(一)白带增多，呈豆腐渣样。

(二)外阴奇痒，影响工作与睡眠，常继发化脓感染。

(三)阴道壁可见大小不等的白斑点，擦去后局部发红。

(四)取白带镜检，可找到念珠菌。

预　防

同滴虫性阴道炎。

治　疗

(一)4%苏打水或1/1000新洁尔灭冲洗阴道后，用1%龙胆紫涂阴道壁，隔日一次，5～7次为一疗程。

(二)九里光、细叶香薷各1～2两，水煎后坐浴，一日一次，连用七天。

(三)号桐梗浸膏：将鲜嫩的号桐梗茎、叶5斤切碎，加水熬成流浸膏100毫升，用棉签沾药膏，反复涂擦阴道壁2～3次，

每天上药 2 次，或用棉球沾药塞入阴道。 7 ～10天为一疗程。

慢性宫颈炎

慢性宫颈炎是女性生殖器炎症中最常见的一种，多数由于分娩、流产、子宫颈损伤继发感染所致。

临床表现

(一)白带增多、脓样，伴有腰酸、下腹坠胀。

(二)阴道窥镜检查：宫颈可出现以下几种情况：

1.子宫颈糜烂：子宫颈外口周围鲜红，呈小颗粒状。

2.宫颈息肉：慢性炎症长期刺激子宫颈管粘膜增生，向外突出形成鲜红色肉样物，一般约黄豆大。

3.子宫颈肥大：由于慢性炎症长期刺激，子宫组织充血、水肿、炎症细胞浸润及结缔组织增生，使子宫颈肥大。

预　防

(一)防止分娩损伤，难产手术后应检查宫颈，如有撕裂，及时缝合。

(二)注意产褥期卫生，预防产褥感染。

(三)注意经期卫生及性生活卫生。

治　疗

凡有宫颈慢性炎症者，治疗前应作阴道涂片以排除癌变，再作治疗。

(一)宫颈糜烂

1.虎杖、九里光、银花藤、野菊花、蒲公英各半斤，艾叶2两，水煎后加温水一倍冲洗阴道。

2.马鞭草、土茯苓各5钱，银花4钱，一支黄花3钱，水煎服，每日一剂。

3.冰片7钱，煅龙骨6两，桔梗、儿茶、白芷各2两，青皮、青黛、延胡索各7两，乌贼骨、血竭、黄柏各3两，将上药分别研成细末过筛，混合，消毒后再混入冰片，便可应用。先用1:5000高锰酸钾溶液冲洗宫颈，喷入药粉于宫颈糜烂面上，隔天一次，10天为一疗程。

4.针刺宫颈3点或9点钟处，直刺1厘米，不捻转，不留针。每次针刺前应先冲洗阴道。

5.宫颈烧灼法：可用10～20%硝酸银涂宫颈糜烂面，在月经净后进行，每周1～2次，共2～3次。涂药后用生理盐水棉球洗去，以免灼伤阴道壁。用药后因组织坏死，可有暂时性白带增多，数日后可恢复。一月内禁性交。也可用电烙术。

6.对治疗无效的严重糜烂，防癌涂片未证实为癌症者，可考虑宫颈锥形切除。

(二)宫颈息肉：以长弯钳夹住息肉根部，加以扭转摘除，术后涂以25%硝酸银或纱布压迫止血。

盆 腔 炎

盆腔炎是指女性内生殖器及其周围组织的炎症病变，分急性、慢性两种。急性盆腔炎多因分娩、流产、盆腔手术消毒不

严或人体防御能力降低，细菌侵入而发病。慢性盆腔炎多由急性盆腔炎治疗不彻底迁延而来。

临床表现

（一）急性盆腔炎，参阅产褥感染。

（二）慢性盆腔炎，其主要表现有下腹部胀痛，腰酸、低热、乏力、有时有月经不调或继发不孕。妇科检查：子宫后倾固定，宫旁增厚压痛，有时可摸到输卵管增粗。

预　防

加强卫生宣教，注意经期、产褥期卫生，普及新法接生，严格无菌操作，增强体质。

治　疗

（一）急性盆腔炎，参阅产褥感染。

（二）慢性盆腔炎

1.针刺三阴交、关元、肾俞、中极、足三里等穴，交替使用。或耳针子宫、卵巢、内分泌。

2.草药单方：

（1）白花蛇舌草1.5两，二面针3钱，水煎服，一日一剂。

（2）马鞭草、鱼腥草、矮地茶、银花藤、一支黄花、蒲公英各三钱(新鲜加倍)，水煎服，每日一剂，连服6～12剂。

3.辨症施治

湿热瘀结型：常有低热、腰酸、腹痛，经行或劳累时加重，

胸闷纳少，口干不欲饮，经行先期，带多色黄秽臭，大便秘结或溏，尿黄，舌红苔薄黄腻，脉弦数或濡数。治宜清热利湿，活血化瘀。方用止带方加莪术、桃仁、红花、香附、延胡索等。

寒凝气滞型：小腹胀痛有冷感，腰骶酸痛，经行乳房胀痛，月经后期，带多清稀，舌淡苔白腻，脉迟涩。治宜温经散寒，行气活血。方用少腹逐瘀汤。

4.症状较重者，适当选用抗菌素。

三、月 经 失 调

闭 经

闭经分生理性和病理性两类。青春前期、妊娠期、哺乳期和绝经期闭经，都属于生理性。病理性闭经又分原发性和继发性两种：原发性是指女子年过18岁，月经尚未来潮者；继发性闭经是月经曾来潮而又停经三个月以上者。

病 因

（一）生殖器发育不良或病变，如先天性无子宫、无卵巢，或子宫、卵巢发育不良，长期哺乳引起子宫内膜萎缩，刮宫过深等。

（二）全身性疾病，如贫血，营养不良，结核病，血吸虫病等。

（三）内分泌失调，如垂体功能障碍（如垂体肿瘤，产后

大出血），甲状腺功能亢进或减退等。

妇科检查

注意第二性征（乳房、脂肪、毛发等）发育情况，外阴发育，阴道处女膜是否闭锁，子宫大小及附近情况。

治　疗

（一）病因治疗：增强体质，找出原因，治疗慢性疾病。

（二）辨证施治

气血虚弱：月经量少，色淡渐至经闭，面色苍白，神疲乏力，头晕，心悸，气短，唇舌色淡，脉细弱无力。治宜益气养血。方用八珍汤加丹参，益母草，牛膝。

气血瘀滞：月经不行，小腹胀痛，精神抑郁，胸胁胀痛，舌质紫黯，脉沉涩。治宜行气活血通经。方用桃红四物汤加乌药，木香，香附，延胡索。

痰湿阻滞：月经停而不行，形体肥胖，胸闷欲呕，带下量多，脉滑苔腻。治宜燥湿化痰，佐以调经。方用二陈汤加乌附，苍术，南星、枳壳。

肝肾阴虚：月经初潮较迟，行后又出现经闭，面色晦黯，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌黯淡，脉细弱。治宜补益肝肾。方用六味地黄汤加杜仲、吐丝、当归、牛膝。

（三）单方

1.丹参1两，茜草5钱，水煎酒兑服。

2.石榴皮、红花各1两，水煎服，每日一剂，分三次服。

（四）新针疗法

中极、三阴交、血海、足三里，关元，用弱刺激。

（五）激素疗法

已稀雌酚 1 毫克，每日一次，共服20天，停药后8～10天，可有月经来潮。

黄体酮：闭经不超过六个月者，可用10毫克，每日肌注一次，共注3～5次，停药后一周可发生与月经期相似的子宫出血。

人工月经周期：口服乙底酚 1 毫克，每日一次，第16天开始肌注黄体酮10毫克，每日一次，共五次，停药后3～5天，可有月经来潮。

痛　经

妇女行经期间或行经前后，发生下腹胀痛甚至影响工作、学习者，称为痛经。分为原发性和继发性两种。月经初潮时就出现痛经者，称原发性痛经，多由于精神过度紧张，子宫发育不良，子宫颈口狭窄，子宫位置过屈或内分泌失调等引起。初潮无痛经，过一段时间后才出现痛经者，称为继发性痛经，多由于生殖器官炎症、肿瘤、宫内膜异位等引起。

中医认为：痛经多由寒湿凝滞，气血郁滞，而致经血不畅，瘀阻胞中或气血虚弱，肝肾虚损，气血运行无力，胞脉失养而致。

治　疗

（一）新针疗法

针刺中极、三阴交、关元、足三里、血海，强刺激，每日一次，经前3～4天开始针治，经后再针3～6次。

（二）辨证施治

痛经主要特征为经痛，一般在行经前或行经期中为实，痛在经后为虚。治疗上着重于“通”。根据病情，虚则补而通之，实则行而通之；寒必温而通之，热必清而通之。

寒湿凝滞：经前或行经期中，小腹疼痛，经量少，色暗红或紫，手足不温，脉沉紧。治宜散寒利湿，温通血脉，方用温经汤。

气滞血瘀：经前或行经时小腹胀痛，拒按，经量少或行而不畅，经色紫暗有血块，或伴有胸胁胀痛，舌紫暗，脉沉涩。治宜活血行气，去瘀止痛。方用桃红四物汤合失笑散，痛剧加香附、延胡、川楝子。

气血虚弱：经行量少色淡，质稀薄，经后小腹隐隐作痛，神疲乏力，脉虚细。治宜调补气血。方用八珍汤加香附。

（三）草药单方

1.仙鹤草3两，益母草1两，水煎浓汁，加红糖调服。

2.益母草2两，广木香5钱，水煎服。

3.艾叶3钱，水煎，红糖冲服。

（四）对症治疗：腹痛较剧者，可给于索米痛、安乃近，也可用阿托品0.5毫克皮下注射。

（五）性激素治疗：求偶素1毫克，每晚一次，共20天，适用于子宫发育不良者。甲基睾丸素5毫克，每日二次，共10天，经前10天开始，适用于下腹堕胀和子宫偏大者。

（六）子宫发育不良者，可行扩刮宫术。

功能性子宫出血

卵巢功能失调所引起的子宫出血，经全身及妇科检查未发现器质性病变时称为功能性子宫出血。临床上可分无排卵型和有排卵型两种。

（一）无排卵型，大多为青春期或绝经期妇女，由于垂体功能失调，致卵巢不能排卵，临床表现为月经周期紊乱，经期延长，经量多少不定，也有停经2～3月后又长期持续出血，甚至大量出血，患者呈贫血面容。

（二）有排卵型，多发生于生育期妇女，临床表现为月经周期规律，但经期延长，经量增多。

治　疗

（一）一般治疗：出血时应注意休息，避免精神紧张，过度劳累和剧烈运动，增加营养，纠正贫血，并给予维生素B_1，C，和K等。

（二）新针疗法：适用无排卵型功能性子宫出血。分三组穴随症选用。

1.关元、归来、三阴交。

2.中极、气海、地机。

3.头赫、三阴交、血海。

用法：月经中期（月经第11～15天）每天轮流针刺一组穴，共用3～5天。中极，关元，用中等刺激，三阴交，血海，用强

刺激。

艾灸隐白或大敦穴，用小艾梗直接灸，或艾条悬灸20～30分钟。

（三）辨证施治

功能性子宫出血，中医称为"崩漏"。在大出血时，首先以止血为主，出血控制后，则审证求因，进行辨证治疗。

血热型：出血量多，色深红，面赤口干，舌红苔黄，脉洪数。治宜滋阴清热，凉血止血。方用清热固经汤加沙参、麦冬。

血瘀型：出血淋漓不断或突然下血量多，夹瘀块，小腹疼痛，拒按，舌暗红，脉沉涩。治宜去瘀止血。方用四物汤合失笑散加三七粉、茜草炭、阿胶珠。

脾虚型：暴崩下血或淋漓不净，色淡质薄，面色苍白或虚浮，身体倦怠，纳少便溏，苔薄白腻，脉细无力。治宜补脾益气，养血止血。方用归脾汤加何首乌，乌贼骨。

（四）草药单方：

1.旱莲草1两，白茅根5钱，水煎冷服，适用于血热症。

2.老棕衣烧灰3钱，冷开水调服。

3.鲜嫩益母草1.5两，水煎去渣，用鸡蛋二个捣烂，以药汁煮成蛋糊样，内服。

（五）激素治疗

1.乙底酚每日3～6毫克，服后24～72小时出血停止或减少°以后每三天减量$\frac{1}{3}$至1毫克，连服20天。适用于经量多，经期长，周期紊乱者。

2.人工周期(同闭经的治疗)，适用于经量多，周期紊乱者。

3.黄体酮每日10毫克，连注5天，停药后2～3天可发生与月经相似的子宫出血，以后出血停止。适用于持续不断的少量流血患者。

4.丙酸睾丸素每日25毫克，用5～7天，以后每周注射25毫克，每月总量不超过300毫克，连续三个疗程，适用于更年期无排卵型患者。

5.以上治疗无效，流血多者，可行刮宫术，必要时将刮出物送病理检查。

四、子 宫 脱 垂

子宫的正常位置，由骨盆底的肌肉及筋膜和子宫的韧带的支托和固定。当韧带、盆底组织松弛，腹压增加时，子宫逐渐下降发生脱垂。多由身体虚弱，中气不足，气虚下陷，生育过多，会阴阴道裂伤未于修补，产后过早参加重体力劳动等引起。长时间下蹲或站立，经常咳嗽，便秘等增加腹压的活动，是诱发子宫脱垂的因素。

临床表现

下腹坠胀感，阴道有块物脱出，站立或劳动时加剧。平卧时轻者可自行还纳，重者常不易复位。因宫颈露出阴道以外，受磨擦后可有感染和溃疡。常伴有膀胱或直肠脱出(图25—22)，临床上可分为三度(图25—23)。

第一度：子宫位置较正常低。宫颈未达阴道口外。

第二度：子宫颈已露出阴道口外。



图25—22　子宫脱垂

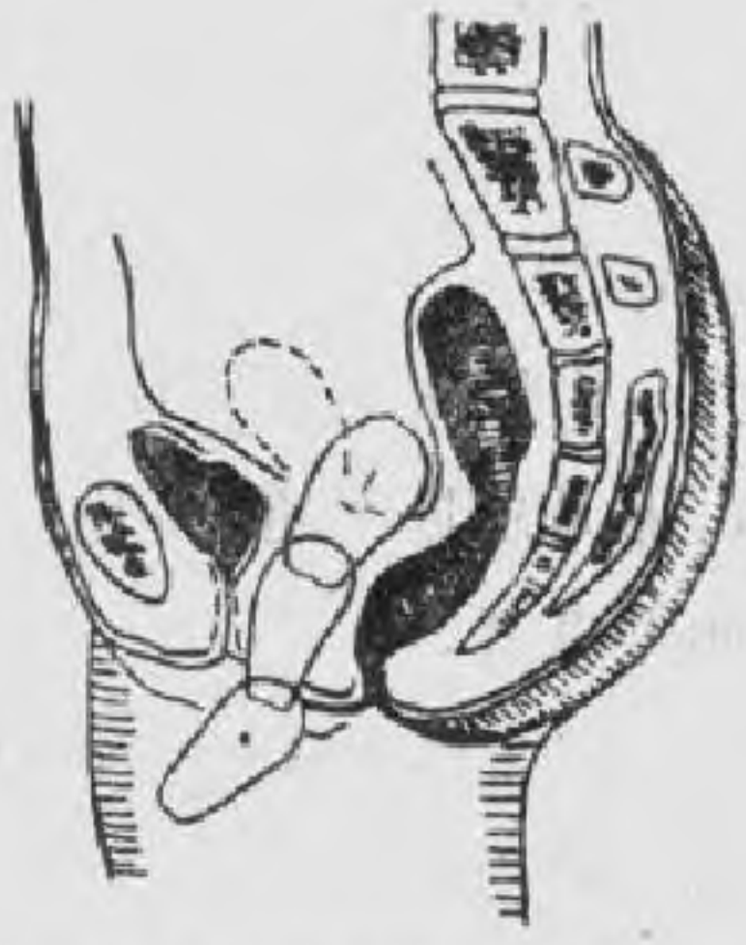


图25—23　子宫脱垂的程度

第三度：子宫颈和子宫体全部露出阴道口外。

预　防

（一）做好妇女四期保健，正确处理难产，大力推广新法接生。

（二）会阴阴道裂伤即时缝合。

（三）搞好计划生育，避免生育过多、过密。

（四）积极防治慢性气管炎、习惯性便秘、腹泻等。

治　疗

（一）增强体质，避免过重体力劳动，消除腹压增加的种种因素

（二）加强骨盆底肌肉的锻练

1.膝胸卧式，每日二次，每次15分钟。

2.自然坐位，练习忍大便的动作，继而放松，如此一紧一松，每日2～3次，每次5～10分钟。

3.患者坐位，一腿搁置于另一大腿上，做起立和坐下动作，每次5～10分钟，每日3～5次。

（三）子宫托：适用于子宫Ⅰ～2度脱垂。不但可支持盆底组织，使子宫不致下垂，减轻症状，并且由于盆腔血循环的改善，增强盆底组织机能，有些患者效果很好。使用子宫托注意事项如下

1.使用前须作详细的妇科检查，会阴三度裂伤，阴道口宽敞或阴道过于短浅者，不宜用子宫托；生殖器重度炎症及肿瘤者禁用。选择大小适合的子宫托，以放入后患者无不适感觉，蹲位稍加腹压不落出为适合。

2.放入前排空大小便，检查托的边缘是否光滑，然后涂润滑剂(肥皂液)。

3.一手将托斜放入阴道内，逐渐放平，用食指将托的后端推入后穹窿，前端向内上推进至耻骨弓下，再用食指检查托的大小是否合适以及子宫颈是否在托内当中，向下用力，如托不脱出或无不适即可使用。

4.白天上托，夜晚取出，洗净备用，以减少刺激，避免炎症发生。

5.使用期间应保持阴道清洁，月经期和妊娠期停用。

（四）新针疗法：归来、维胞、血海、关元、三阴交、阴陵泉、子宫，每次取3～4穴，强刺激。针维胞时，沿腹股沟斜刺(从上到下)，进针2～3寸，大幅度捻转。每天或隔天一

次。

（五）辨证施治：本病的病理主要是脾气不足，气虚下陷，固摄无力，所以临床见症为子宫脱垂伴面色苍白，精神疲倦，心悸气短，舌淡苔白、脉细弱无力，常伴月经失调。治宜补中益气，升提固摄，调补气血。方用补中益气汤加吐丝子，乌贼骨，补骨脂。

（六）草药单方

1.枳壳1两，水煎服。

2.棉花根3两，水煎服。

3.金樱根4两，棕树根2两，水煎服，每日二次。如加用蓖麻子捣烂敷百会穴，效果更好。

（七）手术治疗：适用于二、三度子宫脱垂，经非手术治疗无效者，可采用阴道壁修补术，加子宫切除术。

五、肿　瘤

子　宫　颈　癌

子宫颈癌在女性生殖器癌瘤中占首位。多发生在中年以上，早婚、多产或慢性宫颈炎的妇女。

临床表现

早期多无症状，偶有性交后阴道少量流血，白带增多带血，此时易被忽视，故应大力开展防癌妇科普查方能早期发现。晚期有反复不规则的阴道流血，伴有黄色水样恶臭白带，病人

米⑧①月③日

逐渐消瘦、贫血。如侵犯盆腔则有腰背部下腹部持续性疼痛。如侵犯直肠、膀胱则有大小便异常。检查时早期宫颈外观可完全正常或仅有糜烂。后期宫颈凹凸不平、呈菜花、结节、或溃疡状，硬而脆易出血。侵犯宫旁组织时呈条索或团块状。子宫固定。根据子宫颈癌的病程，通常分为五期（图25—24）

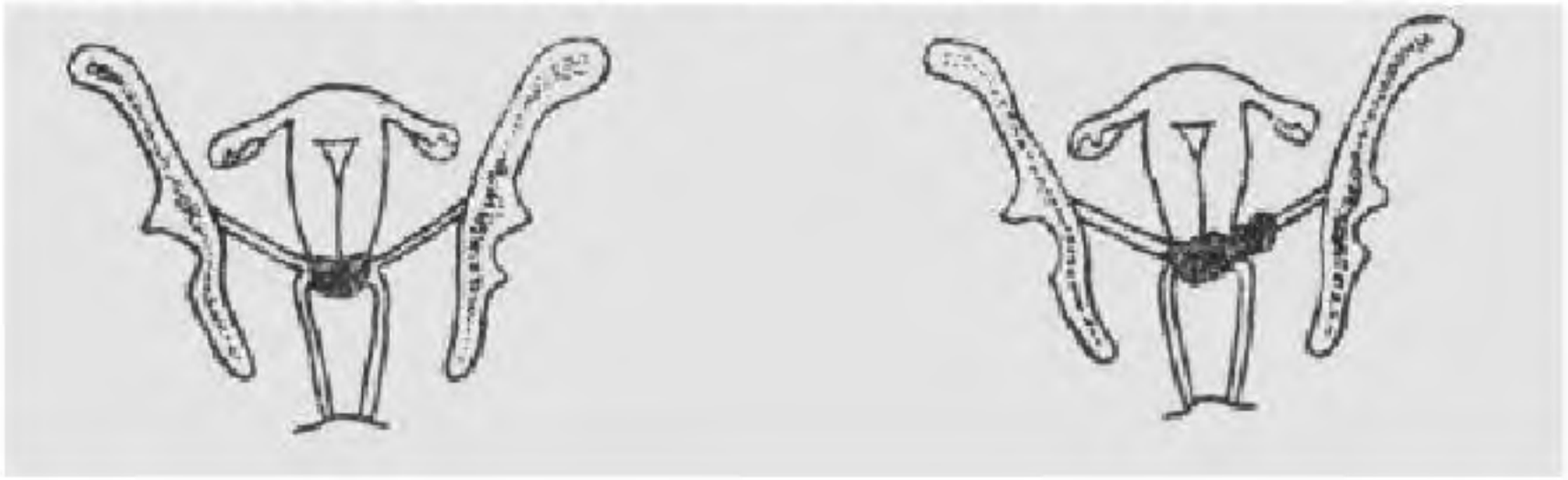


图25—24 子宫颈癌分期

○期：即原位癌，病变仅限于上皮层，是早期的宫颈癌。

1 期：癌灶局限于子宫颈部。

2 期：癌侵犯宫旁组织或阴道上段或中段。

3 期：癌侵犯骨盆壁或阴道下段。

4 期：癌侵犯膀胱直肠或远处转移。

诊　断

根据症状及妇科检查，阴道涂片，或宫颈切片，可确定诊断。阴道涂片方法：用窥阴器暴露宫颈，取消毒半月形木制刮片，插入子宫颈以此为圆心搔刮一周（按顺时钟方向，先刮下唇）。将刮得的上皮细胞作涂片，浸入95%酒精中，固定 15 分钟以上，然后染色检查，如发现癌细胞后须作宫颈活体组织检查确诊。

预　防

宫颈癌在早期不易察觉，晚期难治，因此预防甚为重要，各地区应有计划、有步骤地对30岁以上妇女定期进行防癌普查，宣传防癌知识，提倡晚婚、计划生育，积极治疗宫颈慢性炎症。

治　疗

一般采用手术及放射治疗为主，中草药、化疗也有一定疗效，治疗愈早，疗效愈高，因此早期发现病人是关键。

（一）手术治疗：适应于早期病人(二期以前)，行子宫全切或根治术。

（二）放射治疗：适于各期宫颈癌。

（三）草药单方：民间积累有丰富的中草药治癌经验，应当进一步加以发掘提高，如半枝莲、白花蛇舌草等，均有一定效果。

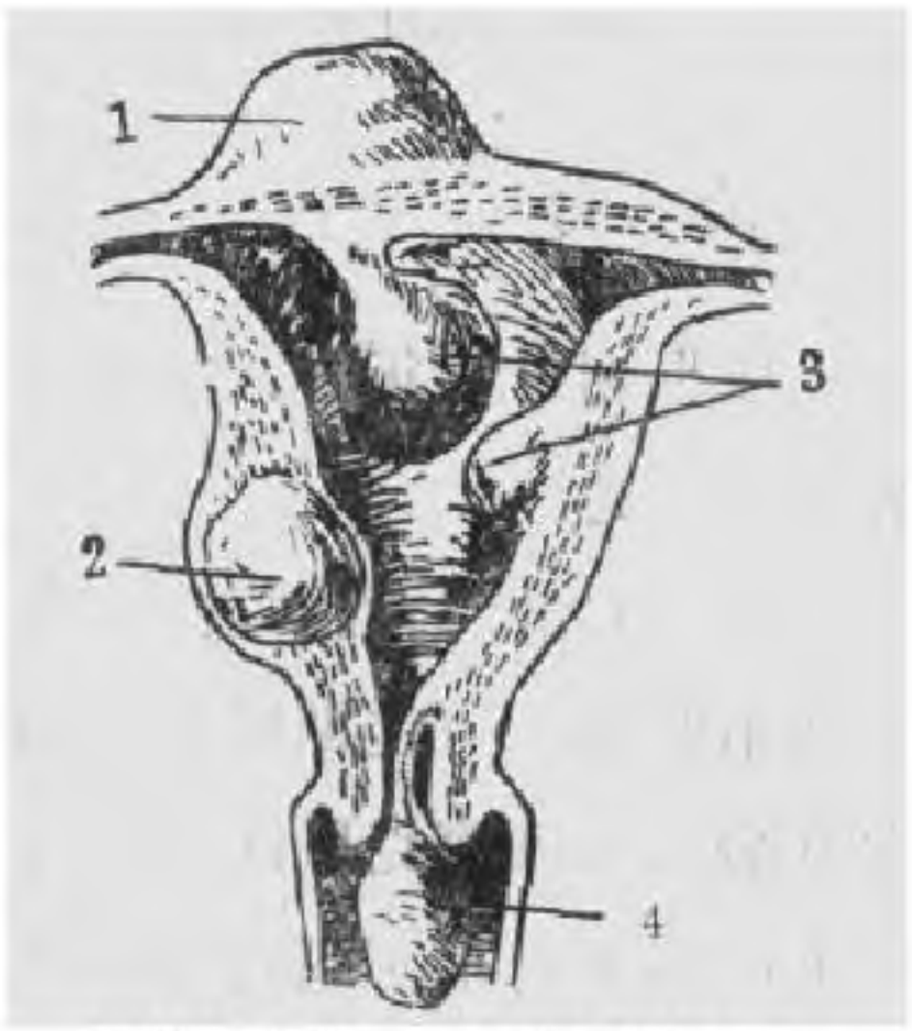
（四）宫颈局部用药：用拔毒钉（主要由水银、牙硝、青矾、明矾、食盐炼制成），埋植在宫颈局部的瘤体上，能使组织发生蛋白凝固变性，小血管栓塞，以至坏死脱落，待瘤组织完全脱落后，局部组织进行修复。适应于菜花型及糜烂型宫颈癌。对于阴道穹窿的浸润，配合化疗疗效较好。

子 宫 肌 瘤

子宫肌瘤是女性生殖器中常见的良性肿瘤，多发生在30～50岁的妇女。肿瘤由平滑肌细胞增殖而来，常为多发性，质较硬，大小不一。可生长在子宫肌层内或突向子宫表面，也可突向宫腔，伸向阴道(图25—25)。

临床表现

（一）阴道流血是主要症状，多表现为经血量增多，经期延长和周期缩短，有时也见不规则阴道出血。因肌瘤可使子宫内膜高度增生，子宫内膜面积增大，以及肌瘤防碍宫缩所致。长期月经过多可导致严重贫血。



1.浆膜下肌瘤　2.肌壁间肌瘤
3.4.粘膜下肌瘤

图25—25　子宫肌瘤

（二）压迫症状：肿瘤压迫膀胱可引起尿频、尿急或尿潴留。子宫后壁肌瘤压迫直肠可引起便秘。

（三）不孕：因肌瘤使子宫腔变形，输卵管受压，妨碍受孕。即使受孕也易于流产。

（四）阴道检查：子宫增大、质硬、表面高低不平，大的肿瘤可在腹壁上摸到。如肿瘤向子宫腔生长突出宫颈口时，可直接看到，或摸到肿瘤悬垂于阴道内。

鉴别诊断

（一）妊娠子宫：子宫肌瘤发生囊性变时应与妊娠子宫相鉴别，如为妊娠应有停经史，早妊反应，子宫增大与停经月份相符，尿妊娠试验阳性。

（二）卵巢囊肿：卵巢囊肿多为囊性，除肿块外，可摸到子宫，推动宫颈时肿块不随子宫移动，大多不影响月经。

治　疗

应根据患者年龄、症状、肿瘤大小，生育要求及全身情况等全面考虑。

（一）非手术治疗：肌瘤小于三个月妊娠子宫大小，自觉症状不明显，可定期检查。如症状轻、年龄近绝经期可用丙酸睾丸酮25～50毫克肌注，，每周一次，月经期每天一次，连用三天；每月总量不超过 300 毫克。或用甲基睾丸素 5 ～10毫克舌下含服，每日 1 ～ 2 次，月经干净后连服20天，三个月为一疗程。可控制症状及肌瘤生长。

出血多可用益母草、麦角等子宫收缩剂和一般止血药物。

（二）手术治疗：子宫增大超过三个月妊娠子宫大小，或

月经量特别多，保守治疗无效时，应作手术治疗。

卵巢囊肿

卵巢囊肿多属于良性肿瘤，好发于20～50岁妇女，多数是单发，最常见的是囊腺瘤及皮样囊肿。

临床表现

早期无明显症状，往往在妇科检查时偶然发现，囊肿逐渐增大，由盆腔上升至腹腔时，患者自觉下腹有肿块。巨大肿块可出现压迫症状，如尿频、便秘、胸闷、气急、腰腿痛等。卵巢囊肿蒂扭转时，可引起急性腹痛。阴道检查时，在子宫一侧或双侧可摸到囊性肿物，无触痛、表面光滑，活动，大型肿块充满盆腔和腹腔时，叩诊为浊音(图25—26)。

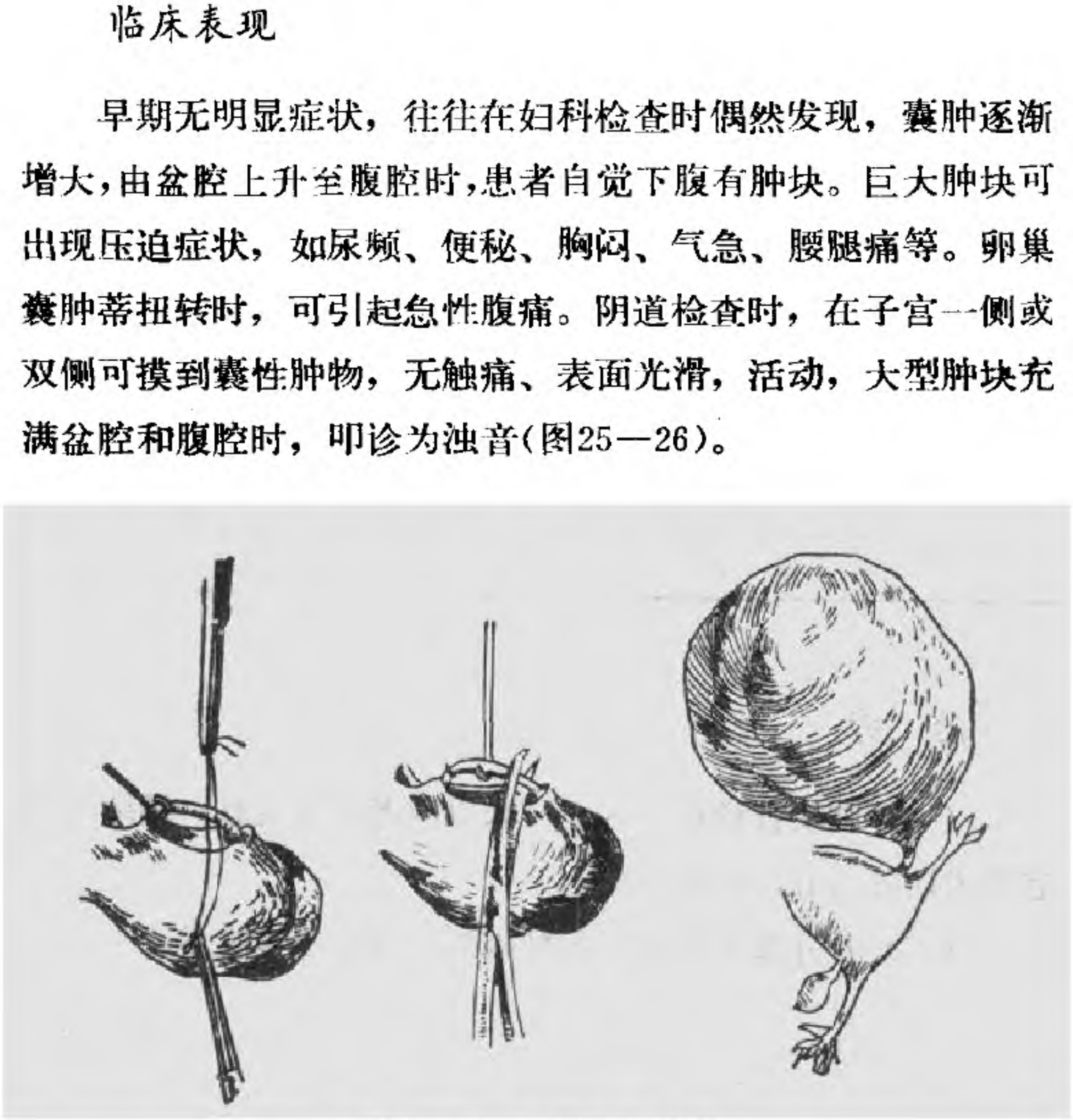


图25—26　右侧卵巢囊肿

鉴别诊断

（一）充盈的膀胱：位于下腹正中，有尿潴留或排尿不畅史，应排尿或导尿后再检查。

（二）粪块：检查挤压时可变形，便后或洗肠后再检查，粪块消失。

（三）腹水：除详细追问病史外，见下表。

	腹　　水	卵　巢　囊　肿
腹部形状	呈蛙腹	圆形凸起
触　　诊	肿块轮廓不清	肿块轮廓清楚
叩　　诊	下腹两侧为浊音，中央鼓音，有移动浊音	中央为浊音，两侧为鼓音，无移动浊音
阴道检查	触不到肿块的下界，后穹窿膨胀，子宫有飘浮感	可触及肿块的下界，子宫无飘浮感

治　疗

（一）肿块直径在 5 ～ 6 厘米以内者定期观察，继续增大者手术切除为宜，以防恶变。

（二）若并发蒂扭转，囊肿破裂，应作急诊手术。

第八节　乳　房　疾　病

急　性　乳　腺　炎

中医称为“乳痈”，是一种常见疾病。常发生在产后哺乳的妇女，其中以初产妇尤为多见。致病菌主要是金葡菌，可经乳头的破裂处侵入，沿淋巴管蔓延到腺叶的脂肪、纤维组织内，引起脓性蜂窝组织炎；细菌也可直接侵入乳腺逆行至腺叶内。初产妇哺乳时往往不让乳汁吸尽，致使乳汁滞留，对于细菌繁殖极为有利。

临床表现

起痛时患者有寒战高热，患侧乳房有博动性疼痛，局部红肿变硬，常在短期内软化，形成脓肿。患侧腋窝淋巴结肿大，白细胞增高。脓肿多单发，亦可同时或先后在不同时期内出现数个。未经治疗者脓液向外溃破，或穿入乳腺管，自乳头排出；有时可破入乳房及胸大肌间的疏松组织中，形成乳房后脓肿。

治　疗

（一）非手术疗法：停止患侧乳房哺乳，用吸乳器吸出乳汁，托起乳房以减少其活动和减轻疼痛，并根据情况使用磺胺药和抗菌素控制感染；局部可选用

1.湿热敷或拔火罐，亦可在乳房表面涂擦少许油类，然后

用烤热的木梳背，从乳房边缘向乳头方向按摩，以促使淤积的乳汁排出。

2.芙蓉叶、青鱼胆草、蒲公英，任选一种抖烂外敷。或用蒲公英2～4两水煎服，药渣趁热外敷。

3.炎症早期可用0.25～0.5%普鲁卡因60毫升加入青霉素40万单位作乳房后封闭(先作过敏试验)。

（二）辨证施治：根据乳腺炎的发展过程，可分为三个不同的阶段。

1.初期：发热，怕冷，头痛，乳房肿胀疼痛，或有结块，心烦口渴，乳汁不通，苔薄白或黄，脉弦数。治宜疏肝通乳，清热解毒。方用瓜蒌牛蒡汤，去皂角刺。发热怕冷加荆介、防风；乳汁不通加炮山甲、王不留行、路路通。

2.成脓期：高热不退，乳房疼痛剧烈难忍，肿块红肿发赤，按之有波动感，苔黄，脉弦数。治宜托里排脓，清热解毒。用上方加蒲公英、穿山甲、当归、赤芍、川芎、皂角。

3.溃破期：一般溃后肿消痛减，渐愈。若脓流不畅肿势不消，身热不退的，则有损伤乳络，疗程较长。若溃后气血亏，流脓清稀。治宜调补气血，托里透脓。方用八珍汤加生黄芪、炮山甲、皂角刺。

（三）手术治疗：脓肿形成后，应及时切开引流，手术时为了避免损伤乳腺管，发生乳瘘，应作放射切口，严禁切入乳晕。乳房后脓肿可在乳房下方胸乳褶处作弓形切口，上翻乳房，切开脓腔，此种切口引流通畅，乳腺损伤少，疤痕不显（图25—27）。

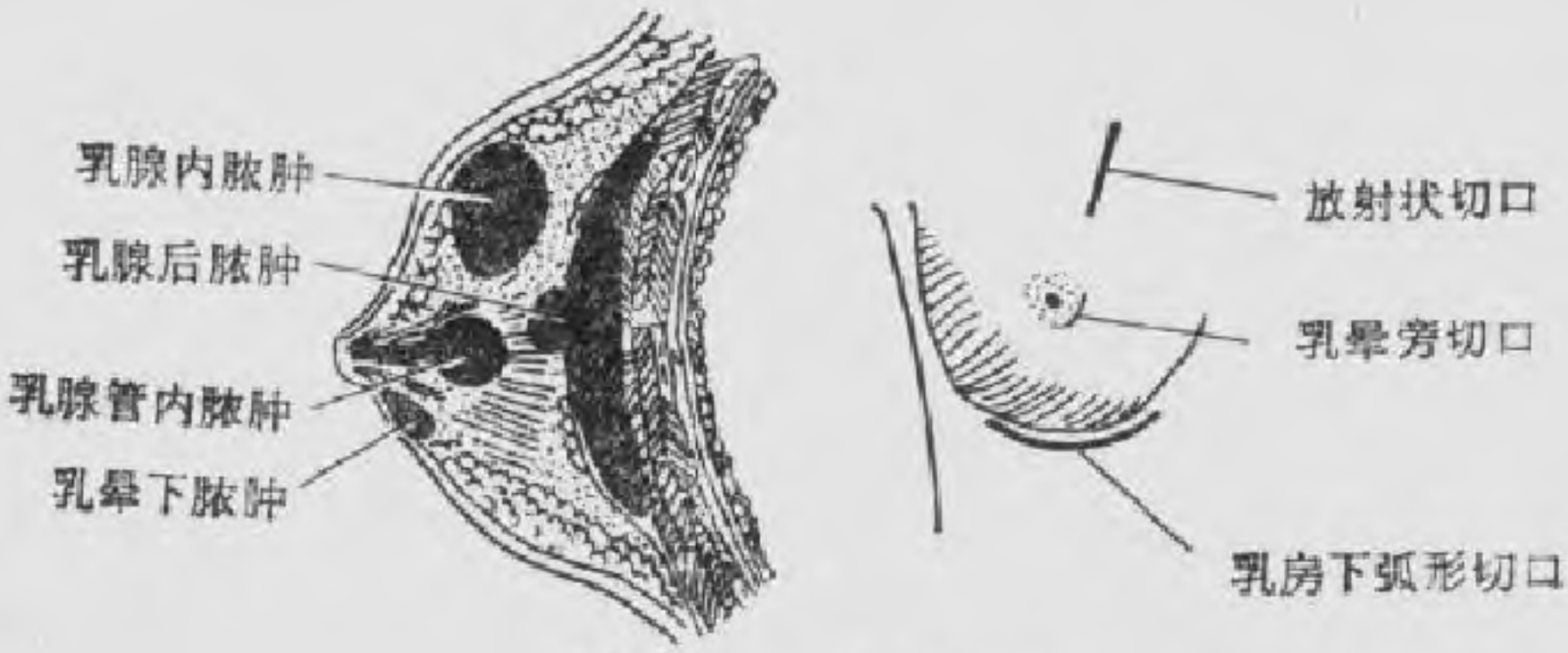


图25—27 乳房脓肿

乳房囊性增生病

乳房囊性增生病（小叶增生）较为常见，多发生于30～50岁的妇女，可能与卵巢的机能失调有关。乳房切面可见多数大小不等的囊肿。一般认为，乳房囊性增生病有10～50%的患者可能恶变。

临床表现

病程比较缓慢，常同时或相继在两侧乳房内发生多个大小不同的硬结，与周围分界不甚清楚，但可被推动，腋窝淋巴结不肿大，病人常感乳房疼痛，在月经期更甚，有时由乳头流出少量黄绿色或血性液体。

治　疗

（一）非手术疗法：适应于病变范围广泛，活体组织检查尚无恶变的年青妇女。以奶罩托起乳房；内服疏肝解郁的中药；

丙酸睾丸酮，在经期前一周，肌肉注射3～4日，每日25毫克，能使结节软化，疼痛减轻。治疗期间2～3月与病人联系一次，严密追踪观察。

（二）手术治疗

1.局部切除：若囊肿增生局限在乳房的一处，可完全切除。

2.若病人家庭中有乳癌史，或活组织检查发现上皮增生甚显著者，则以施行乳房单纯切除为妥，已恶变者应施行乳房根治术。

乳房纤维腺瘤

最常见于20～25岁年青妇女。一般为单发，间或有多个在一侧或两侧乳房内出现。肿瘤外有完整包膜，切面灰白色，肉眼常可见到排列不整齐的裂隙。发病与雌激素有密切关系，因此很少发生在月经初潮前或绝经期后。

临床表现

乳房无痛性肿块，呈椭圆形，自指头大到乒乓球大小。表面光滑、质硬，边界清楚、与皮肤和周围组织毫无粘连，因此在乳房内容易被推动(触之有滑动感)，腋窝淋巴结不肿大。肿块一般生长缓慢，可能数年没有变化，但有时在妊娠期可迅速增大。

治　疗

乳房纤维腺瘤与早期乳癌难于鉴别，部分腺瘤可恶变，因

此不能忽视，治疗以手术彻底切除为原则。手术可在局麻下进行，作放射状切口，彻底切除后，不再复发。

乳　癌

乳癌是常见而重要的乳房疾病。发病率占全身各种恶性肿瘤的7～10%。在女性恶性肿瘤中仅次于子宫颈癌。男性很少见。

临床表现

初起时，乳腺内出现一个无痛性硬结，边缘不清楚，表面不平滑，不易被推动。一般都由病人在无意中发觉。由于早期乳癌不引起任何自觉症状，往往易被疏忽。乳癌逐渐增大，侵入连接腺体和皮肤的纤维韧带，使之收缩，因此，肿块处皮肤往往显有凹陷，是乳癌比较早期常有的征象。乳癌继续增大，常使乳房缩小，变硬，乳头抬高，常因乳腺管牵缩而内陷；腋窝部淋巴结增大，变硬、无压痛；起初散在，尚可被推动，渐渐增多，相互融合成硬块，并与深部组织和皮肤发生粘连，至晚期，乳癌侵入筋膜、胸肌，与之固定，乳房即不能推动。乳癌与皮肤有广泛粘连；皮肤可因淋巴液的滞留而发生水肿；由于在毛囊处与皮下组织的连结较紧密，因此，皮肤水肿时，毛囊处即形成许多点状小孔，而使皮肤呈“枯皮样”；进而皮肤溃破，形成溃疡，常有恶臭，容易出血。若癌细胞堵住腋窝主要的淋巴管，或腋静脉受压均可引起手臂水肿；若压迫神经干可引起手臂及肩部剧痛。

诊　断

临床症状明显的乳癌病人，诊断比较容易。而在乳癌早期，诊断有困难时，应先作好一切手术准备，进行活体组织冰冻切片，病理报告为乳癌，立即施行根治术。

治　疗

目前治疗乳癌的主要方法仍是早期施行根治性手术。放射、中草药、内分泌和化学治疗都为辅助疗法。

（一）手术治疗：整块切除乳房及其周围脂肪组织，胸大、小肌及其筋膜，腋窝及锁骨下所有脂肪和淋巴结。

（二）放射治疗：手术前后或有手术禁忌的晚期乳癌，可作放射治疗。

（三）化学治疗：噻敌哌、5-氟脲嘧啶等抗癌药物有一定疗效。

（四）内分泌治疗：晚期乳癌和不宜手术治疗者，用激素治疗，可抑制乳癌和转移癌的生长，且能减轻疼痛。在绝经期前可用丙酸睾丸酮，每周肌注三次，每次100毫克，为期6～12个月。

第九节　计划生育

一、计划生育的伟大意义

计划生育是采用科学的方法，使已婚夫妇有计划地安排生

育的次数与时间；同时对未婚青年则提倡晚婚。

伟大领袖毛主席教导我们：**“我们作计划、办事、想问题，都要从我国有六亿人口这一点出发，千万不要忘记这一点。”**社会主义建设是有计划、按比例发展的，因而要求生育上人类要控制自己，做到有计划地增长。不然将影响社会主义计划经济和建设，故计划生育决不是无关大局的个人小事，而是关系到国计民生，移风易俗，改造世界的大事，是我国社会主义革命和建设时期的一项重要政策，也是广大人民群众的迫切要求。

实行计划生育，有以下重大意义

（一）它是党和国家在社会主义建设中的一项重要政策，有利于社会主义计划经济，加速社会主义建设，促进国民经济的繁荣兴旺。

（二）有利于广大群众认真学习马列主义、毛泽东思想，提高阶级斗争、路线斗争和继续革命的觉悟，增强识别真假马克思主义的能力；更好地投入阶级斗争、生产斗争、科学实验三大革命运动，有利于**“抓革命，促生产，促工作，促战备”**。为中国革命和世界革命作出较大的贡献。

（三）有利于保护妇女和儿童，提高人民健康水平，增强人民体质，并有利于教养后代，培养和造就无产阶级革命事业的接班人。

（四）实行计划生育，是一场意识形态领域中的阶级斗争，是移风易俗、改造世界、政治思想方面的大革命，有利于加强和巩固无产阶级专政。

我们必须积极宣传党的计划生育政策，宣传计划生育的政

治意义，作好技术指导，带头实行计划生育，使党的计划生育政策变为广大群众的自觉行动，树立为革命实行计划生育的社会新风尚。

二、计划生育的具体措施

计划生育具体措施包括提倡晚婚、避孕及绝育三方面。

提 倡 晚 婚

提倡晚婚是落实计划生育的一个重要措施，又是培养和造就无产阶级革命事业接班人的大事。

伟大领袖毛主席对广大青年寄予无限的希望，他老人家说："**世界是你们的，也是我们的，但是归根结底是你们的。你们青年人朝气蓬勃，正在兴旺时期，好象早晨八、九点钟的太阳。希望寄托在你们身上。**"青年肩负无产阶级革命事业的重任，应该认真学习马列主义、毛泽东思想，树立无产阶级世界观，努力学习文化科学知识，积极参加三大革命斗争实践，为革命作出更大的贡献。

青年时代是人体生长发育的一个重要时期，一般要在25岁以后才能发育成熟，这个时期需要有正常的生活规律，才能使身体正常发育、健康的成长。一般来说，女子在25岁左右，男子在28岁左右，是比较合适的结婚年龄。

如果过早恋爱、结婚，生育子女，必然会妨碍学习和工作；影响母体健康及下一代的成长。从革命需要和青年德、智、体全面发展角度来看，只有坚持晚婚，才能使青年有强壮的体力，

充沛的精力投身到三大革命斗争中去，锻炼成为无产阶级革命事业的可靠接班人。

避　　孕

避孕就是用人工的方法抑制排卵，阻止精子与卵子相遇，或阻碍孕卵着床以达到暂时不育的目的。常用的避孕方法有药物避孕与工具避孕两种。

（一）药物避孕

应用药物达到避孕的目的。目前常用的是黄体素与雌激素合成的药品，有抑制排卵作用，不影响健康及今后生育。有口服及注射两种制剂。用药一个月，可避孕一个月，因此需每月用药。

1.口服避孕药　有避孕片1号(复方炔诺酮糖衣片)，避孕片Ⅱ号（复方甲地孕酮糖衣片）二种，任选一种。另有炔雌醇片为辅助药，用以调节体内雌激素水平，防止阴道出血。

用法　每月从月经来潮当天算起的第五天开始服药，每晚一片，连服22天，不能间断。一般于停药后2～4天内即来月经。如停药7天仍不来月经时，可又开始服下一个月的药。如连续2～3个月均停经，应停止服药，等月经来潮后再服。停药期间要采用其他避孕方法。

副作用及处理

（1）开始服药时，少数人有类早孕反应（恶心、呕吐、头晕、乳胀等），以后自行消失，必要时可给维生素B_6或维生素

C 2～3天。

（2）服药期间可有阴道出血，因激素水平不足以维持子宫内膜营养所致。如为少量出血，可在每晚加服炔雌醇片1～2片，坚持服完一个周期。如出血较多似月经，可暂停药作为月经处理，仍于出血的第五天起再开始服下月的药。

（3）服药后往往月经量减少，经期缩短，不需处理。

（4）极少数服药者，可出现特殊反应，如皮疹、搔痒、色素沉着等，必要时考虑停药。

注意事项

（1）为达到避孕成功及减少服药期出血，必须坚持每天服药，如有漏服，除按常规服药外，应于24小时内加服一片。

（2）患急性肝炎、肾炎者忌用。子宫肌瘤、高血压、有肝肾病史现无症状者，可在医务人员指导下使用。

（3）哺乳期服药可能使乳汁减少，最好产后六个月后再服。

2.避孕针 目前常用的有避孕针Ⅰ号（复方己酸孕酮注射液）。

用法

第一周期：月经来潮当天算起的第5天及第15天各肌注1支，或于第5天两支同时注射。

第二周期起：均于月经来潮当天算起的第10～12天肌注1支，需按月注射。

副作用及处理

（1）月经改变：为较常见的副作用。①周期缩短：表示孕

激素不足。于注射针后十天开始加服避孕片Ⅰ号或Ⅱ号，每日1～2片，连服4～6天。②经期延长：口服避孕片Ⅰ号或Ⅱ号，每日1～2片，连服4日可止血，并于下次经前7日同法连服4天，如此应用三个月后停止。经期延长十天以上者，下次注射针药日期可改在月经净后一周。③月经后出血：表示雌激素不足。加服炔雌醇糖衣片3～5片，服到下次注射日期止，但若已接近下次注射日期者，可不处理。④闭经：可隔28天注射一次，连续两月闭经者停止注射。等月经来潮后再按第一周期计算，重新开始注射。在等待期间要用其他方法避孕。

（2）类早孕反应：少见，不需处理。

（3）过敏反应：少见，应及时处理，忌再用。

注意事项

（1）为达到避孕成功及减少月经改变的发生，要按时按量作深部肌肉注射(须将药液抽净及推完)。

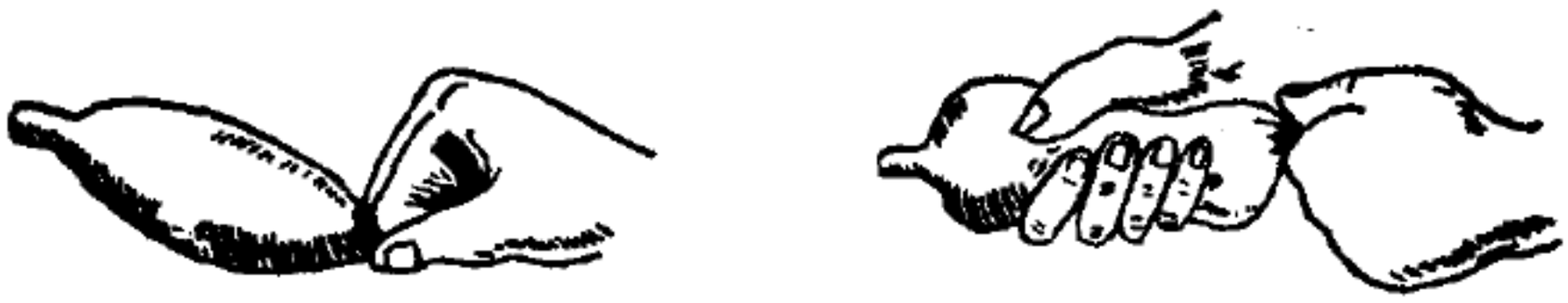
（2）患急慢性肝炎、肾炎及乳房肿块者忌用。

(二)工具避孕

应用工具阻止精子与卵子相遇，或阻碍孕卵着床达到避孕的目的。常用的有阴茎套、阴道隔膜及宫内节育环三种。

1.阴茎套 又名避孕套，为男用避孕工具。由薄橡皮制成，套在男子阴茎上，以阻止精液进入阴道。使用简便，效果可靠，无副作用，但需坚持使用(图25—28)。

2.阴道隔膜(子宫帽)：是女用避孕工具，为扁圆形的橡皮隔膜，边上有一个弹簧圈。性交前，放入阴道顶端，盖住子宫



吹气试验　　盛水试验

图25—28　阴茎套使用前检查法

颈，使精子不能进入子宫与卵子相遇而达到避孕的目的。效果可靠、安全、无副作用。阴道隔膜必须紧紧盖住子宫颈口和贴住阴道四壁才有效，由于各人阴道深浅及宽窄不同，必须由医务人员选配适合的号码(常用的有65号、70号、75号三种)，检查后才能使用。

使用方法(图25—29)

(1) 使用前，最好先在阴道隔膜四周涂上避孕药膏，效果更好。

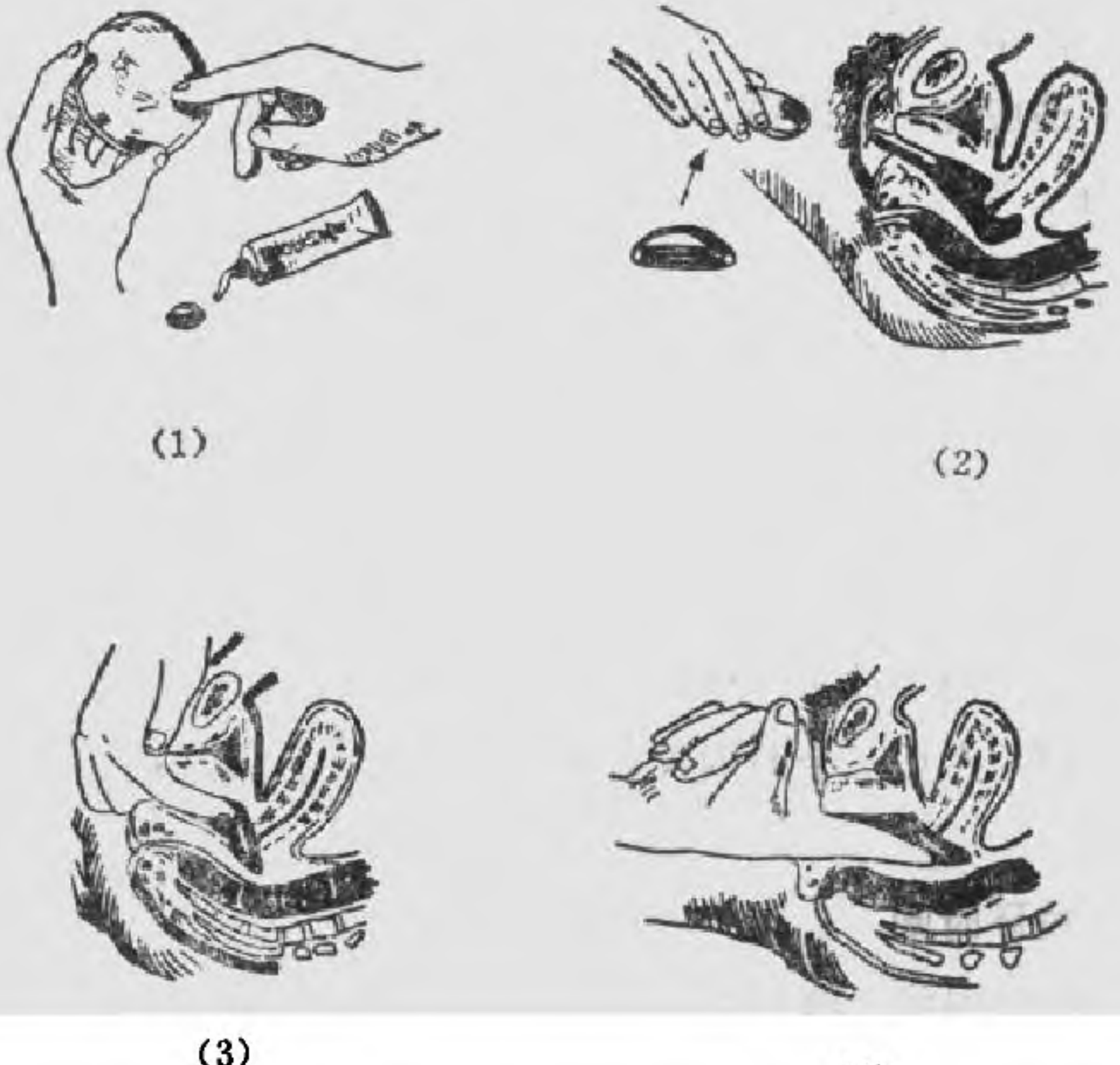
(2) 放入方法：用右手拇指和中指捏紧阴道隔膜弹簧圈，使之变成长扁圆形，采取蹲、坐或半卧在床上等姿势，两腿分开，左手分开阴唇，沿阴道后壁放置阴道后穹窿处，盖住子宫颈口，再用手指将阴道隔膜的前缘抵至耻骨弓的后方。

(3) 放好后，用手指检查宫颈口是否完全盖住。如无不适，即合适；如有胀感，换小号；如脱出，换大号。

(4) 取出时，用食指在耻骨弓下钩住阴道隔膜边缘的弹簧，向下向外轻轻拉出。

注意事项

(1) 阴道及宫颈有炎症、子宫脱垂、阴道壁过松、阴道狭



1.测量耻骨弓后缘至后穹窿的距离　　2.推子宫帽前缘抵耻骨后面

图25—29　阴道隔膜放置方法

窄、畸形、初婚者都不宜使用此法。

（2）使用前应检查有无漏气或裂口。

（3）性交后 8～12小时阴道内精子死亡，方能取出。取出后洗净、擦干、撒粉，包好备用。

3.节育环：是放在子宫腔内的避孕工具，多采用不锈钢丝或塑料制的圆环，放入宫腔内，因异物作用妨碍孕卵着床和发育。一般金属环可放置 7 —10年，塑料环可放置 3 年左右，目

前多使用金属环。

适应症 凡已婚妇女，月经规则，生殖器官正常，自愿放环避孕者。

禁忌症

(1) 生殖器急性炎症，如阴道炎、子宫颈重度糜烂、盆腔炎。

(2) 严重的全身性疾病如心力衰竭、重度贫血、急性传染病等。

(3) 月经过多、过频及生殖器有肿瘤者。

(4) 产后三个月内或宫颈裂伤较重、宫口过松、子宫脱垂者。

放环时间

(1) 月经干净后 3 ～ 7 天内(取环时间亦同)。

(2) 人工流产后一般可立即放置，但自然流产后需等下次行经后再放。

(3) 产后三个月以后才能放环；如果哺乳期未行经，需排除妊娠方可放。

放环术前准备

(1) 用物准备：阴道窥器 1 个、环钳 2 把、子宫敷料钳 1 把、宫颈钳 1 把、宫颈扩张器 4 ～ 6 号、子宫探针 1 根、放环器 1 个、纱布 2 块、大棉球数个、小药杯 2 个，会阴孔单 1 块。

(2) 按宫腔大小选择合适的环，宫腔小于 6.5 厘米者用小号，6.5～7.5厘米者用中号，7.5～8厘米者用大号。用75%酒精浸泡30分钟以消毒。

放环操作步骤(图25—30)

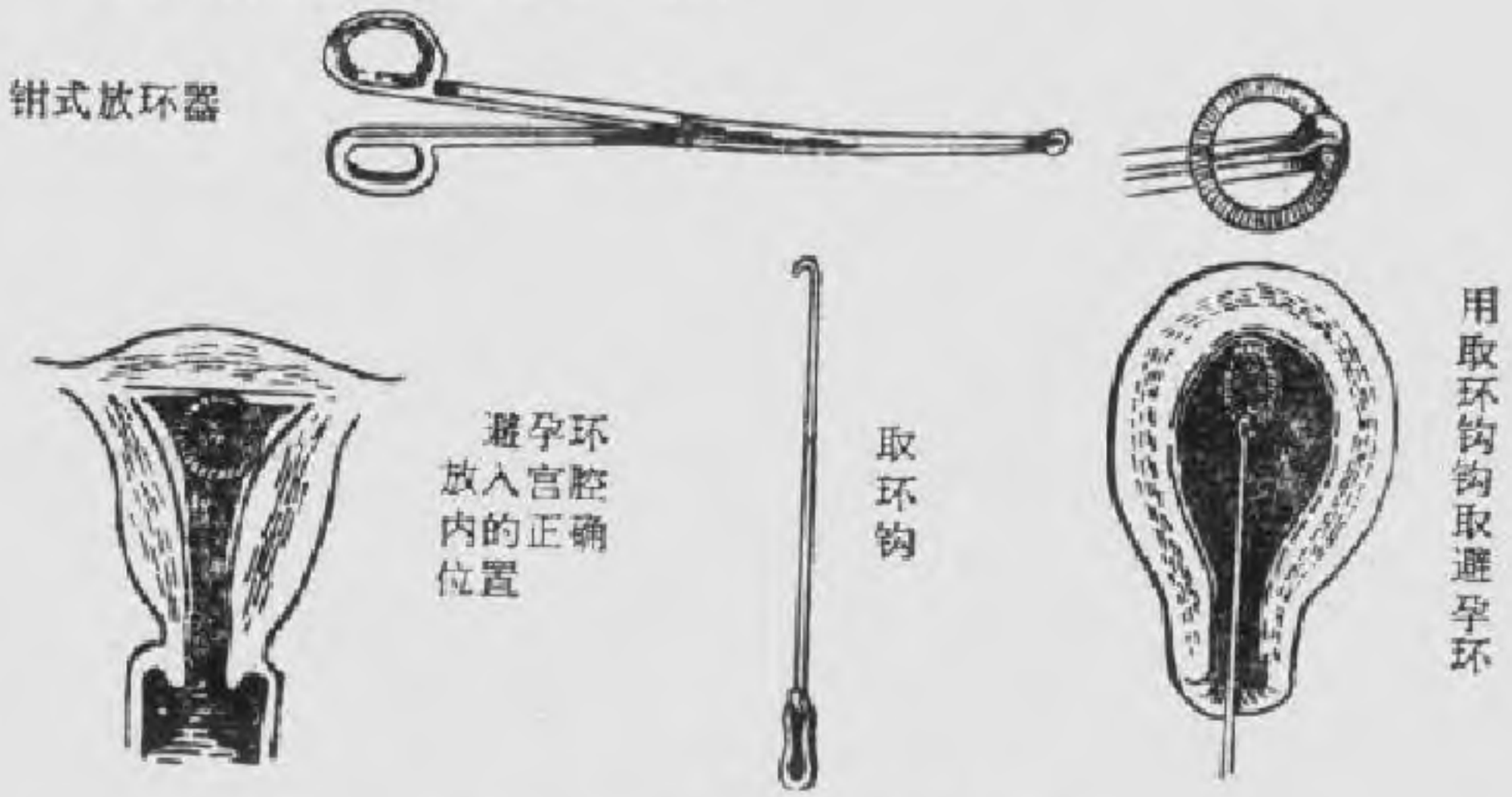


图25—30　避孕环的放置与取出

(1) 受术者排空小便，取膀胱截石位，外阴清洁消毒后，术者戴无菌手套，铺会阴孔单，放入阴道窥器，暴露宫颈，用1:1000新洁尔灭液消毒阴道及宫颈，再行双合诊查清子宫位置及大小。

(2) 放入阴道窥器撑开阴道，暴露宫颈，以宫颈钳固定宫颈前唇，用碘酒、酒精棉签消毒宫颈管，再用子宫探针探测宫腔长度及方向。

(3) 将放环器夹持节育环沿子宫方向送至宫底，松开放环器，向外轻轻退出。

(4) 伸探针入宫腔检查环的下缘，如环下缘距子宫外口不到 4 厘米，说明环的位置过低，须取出再放。

(5) 取出宫颈钳，如宫颈有出血，用纱布压数分钟，再将阴道窥器取出。

取环操作步骤

（1）用物准备：上环用物内拿出放环器，加取环钩。

（2）操作方法：按上环法前二条处理。以子宫探针探明子宫方向及环的位置后，沿子宫方向将取环钩伸入宫底，然后稍向外退，感钩住环后再退出宫腔；如钩环时感有阻力，须将取环钩转动后再拉节育环，决不可勉强钩取，以防子宫穿孔。

注意事项

（1）严重全身疾病、月经失调、宫颈重度糜烂、宫颈重度裂伤、盆腔炎症状明显者、滴虫性或霉菌性阴道炎症、子宫肌瘤、子宫脱垂患者均不宜放环。

（2）放环后休息2天，且一周内不作重劳动，取环后休息1天；二周内禁性交及坐浴。放环后头2～3个月内，尤其月经来潮时应注意环有无脱落。

（3）放环后头2～3个月，可出现月经不调、白带增多或轻度腹痛，不严重者可不加处理；若经过处理半年后仍不恢复正常者，则考虑取环。

（4）放环后最好于第一次月经干净后复查，以后每年复查一次。

人 工 流 产

在妊娠28周前，用人工方法中断妊娠者，称人工流产。为解决避孕失败后的辅助方法，如连续多次可损伤子宫内膜，对健康不利，故不能单靠此法达到计划生育的目的。在妊娠三个月以内中断妊娠者，常采用宫腔吸引术或宫颈扩张及刮宫术；

三个月以上者，则常用水囊引产术。

（一）子宫腔吸引术

子宫腔吸引术是利用电动吸引机或负压瓶所产生的负压吸尽宫腔内胚胎组织。后者简便、安全，常被采用。

禁忌症

1.患急性传染病、慢性疾病急性发作不能耐受手术者。

2.滴虫性和霉菌性阴道炎、重度宫颈糜烂未经治疗，暂不宜手术。

术前准备

1.负压瓶制作法：用250～1000毫升的大口玻璃瓶，配制橡皮塞，塞中心插入6～8毫米口径，10厘米长的金属管，上接同样口径的30厘米长橡皮管，在橡皮管末端接金属接头，用止血钳夹住皮管。瓶内倒入95%酒精5毫升，将瓶横倒滚转几下，使酒精均匀附着在瓶内壁，将点着的火柴投入瓶内燃烧后，立即紧盖瓶塞，即造成负压(图25—31)。

2.用物准备：阴道窥器1个，[illegible]2把，子宫敷料钳1把，宫颈钳1把，子宫探针1根，卵圆钳2把，宫颈扩张器1套，吸管6号、7号、8号（按需要选取）各1个，其末端接2～3尺长橡皮管，子宫刮匙中号及小号各1个，棉球数个，纱布数块，会阴孔单1块，无



图25—31 负压瓶制备

菌巾 1 块，小药杯 2 个，另备负压瓶一套。

操作步骤

1.按放环法前二条处理。

2.扩张宫颈：右手执笔式握住扩张器，顺子宫方向用均匀力量缓慢地插入宫颈内，以不超过内口 1 厘米为度；另一手将宫颈钳向外拉，两手所用之力应平均。按号逐渐扩大，扩张度应较吸管大半号至一号(图25—32)。

3.吸引胚胎组织：取连接吸管之橡皮管，请助手连接于负压瓶，然后将吸管顺子宫方向徐徐送达宫底后，向外退出 1 厘米左右，打开负压瓶上的止血钳，沿子宫方向按顺序上下移动吸管进行吸引，直至感到子宫缩小、吸管活动受限、移动吸管时有沙沙声为止(图25—33)。

4.用中号或小号刮匙按顺序刮宫壁 1 ～ 2 周，如已刮净，应呈沙沙声。

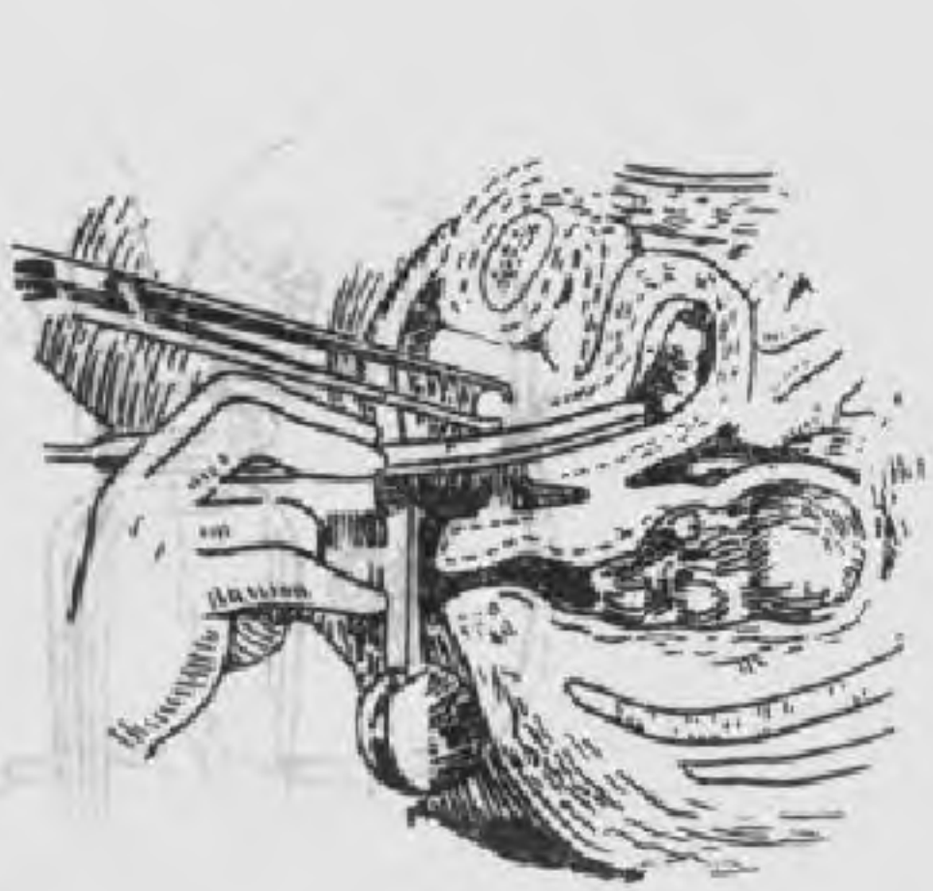


图25—32　用宫颈扩张器扩张子宫颈



图25—33　子宫腔吸引

5.再用子宫探针探查宫腔，以了解子宫收缩情况。撤去用物。检查吸出物是否与孕期相符，如有可疑，应再探查宫腔。

注意事项

1.手术操作要细致、轻柔，器械必须顺子宫方向进入，并随时注意宫腔大小的变化，哺乳期子宫或子宫前屈、后屈者更应注意。如吸管吸住宫壁时，可将吸管末端橡皮管拔掉，取出吸管，不可强力取出，以防子宫穿孔。

2.对有明显生殖器炎症的患者，须先治愈后才可进行手术。一切操作及用物要注意无菌技术，以防感染。

3.吸管必须依顺序转动，切勿遗漏，用刮匙时也应如此，否则会发生流产不全。

4.术时出血较多，多因子宫较大或收缩不良引起，应于术中注射宫缩剂防治。

5.个别人术中可出现面色苍白、出冷汗、心慌、恶心、呕吐等虚脱现象。此时应立即停止手术，让病人休息注意观察，待情况好转后再继续手术。

6.术后休息14天，禁止性交及盆浴一个月。术后阴道流血一般3～10天干净，如流血超过月经量或持续半月不止，伴有下腹阵痛，或畏寒发热，应及时检查，针对原因治疗。

(二)宫颈扩张及刮宫术

用于需人工流产而无宫腔吸引设备时，或治疗性刮宫（清除宫腔内组织达治疗目的）和诊断性刮宫（取出宫腔组织供检查达诊断目的）。创伤可能性较大，应慎用。

用物准备 与宫腔吸引术基本相同，不需负压瓶及吸管、另加大号子宫刮匙一个。

操作步骤 与宫腔吸引术基本相同。但宫颈须扩张至10～11号，卵圆钳顺子宫方向伸入宫腔，张开卵圆钳，上下钳动，先予以分离，然后大块夹出胎盘和胚胎组织，如此操作数次，直至无组织夹出为止；再用中、小刮匙按顺序刮宫内壁1～2周，直至沙沙声为止。

(三)水囊引产术

利用水囊压迫刺激子宫下段神经丛，通过反射引起子宫收缩而流产(图25—34)。

术前准备

1.水囊准备： 用16～18号新导尿管一根及特大号阴茎套2



图25—34 水囊引产

个，将导尿管放入双层阴茎套内约12厘米，排出套内空气，用丝线将套口扎紧。将导尿管末端折转，用丝线打活结扎紧，煮沸消毒。

2.用物准备：与放环用物基本相同，不需子宫探针及放环器，另备止血钳、水囊、搪磁碗、50毫升注射器及无菌生理盐水500毫升。

操作步骤

1.按放环法前二条处理。但不需双合诊检查，亦不用子宫探针探测宫腔。

2.用子宫敷料钳夹持水囊，顺子宫方向渐渐推入，直至完全进入宫腔并超过宫颈内口为止。推送时，长钳不可进入宫颈管内，以防穿破子宫。

3.用50毫升注射器，吸满无菌生理盐水，接导尿管末端，解开扎线后，缓缓注入囊内，注入约300～500毫升。每当取下注射器时，应用止血钳夹紧导尿管，不使水外流。

4.注射完后，用原解下之扎线同法扎紧导尿管末端，并折迭于阴道内，然后用纱布填塞以防脱出。撤去用物。

5.水囊放置已24小时，胎未产出，但有宫缩，可用新针疗法(穴位：合谷、三阴交、维胞，每二小时一次)。必要时用垂体后叶素2.5单位，肌注，每半小时一次，共四次；或用垂体后叶素 5～10 单位(或催产素)，加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，需有专人观察，开始每分钟10～15滴，观察10～15分钟后，根据宫缩情况，逐渐加至每分钟30～40滴。

6.水囊放入24小时后应取出。如引产失败，孕妇情况良好，

可于取出水囊后2天重复施行一次，但不可超过两次，且须给抗菌素预防感染。

注意事项

1.为加强子宫敏感性，可于术前口服己烯雌酚5毫克，每日三次，共2～4天，再接着手术。

2.术时应严格无菌操作，术后密切观察，如有腹痛、畏寒、发热，应立即取出水囊，给予抗菌素药物，积极控制感染。

3.水囊送入时，如遇阻力及出血，应将水囊退出，更换方向，另行插入。

4.胎儿、胎盘产出后，须检查是否完整，若不完整应行刮宫术。

5.引产术后按规定休假30天。

绝　育

凡用人工方法断绝生育能力，达到永久性不孕者，称为绝育。至目前为止，仍以手术为主。男女双方任何一方均可采用绝育手术，对身体无影响。男方所采用的为输精管结扎术，女方为输卵管结扎术。

(一)输卵管结扎术

输卵管结扎术有经腹部及阴道二种方法，但以经腹部结扎较安全可靠，且并发症少、故多采用此法。手术时间一般不受限制，最好选择在月经干净3天后，产后2～3天，及人工流产后或剖腹产术时。

术前准备

1.用物准备：巾钳 4 把，有齿镊 2 把，无齿镊 2 把，小弯血管钳 4 把，中弯血管钳 4 把，线剪 1 把，解剖直剪 1 把，三角针中号 1 个，圆针中、小各 1 个，持针器 1 把，刀柄 4 号及 3 号各 1 个，刀片中、小各 1 块，蚊式钳 4 把，腹部结扎拉钩 1 套，无齿环钳 2 把，鼠齿钳 2 把，1 号丝线 1 卷，4 号丝线 1 卷，注射器 5 毫升及20毫升各 1 具，14号针头共 2 个，小药杯 2 个，环钳 1 把(消毒皮肤用)，剖腹用布类 1 套。

2.受术者准备：按腹部手术准备皮肤，术前自解小便，必要时术前肌注度冷丁50～100毫克。

3.术者准备：按外科手术要求消毒双手，穿无菌手术衣及戴无菌手套。

操作步骤

1.受术者平卧，腹部皮肤常规消毒，铺无菌布类。

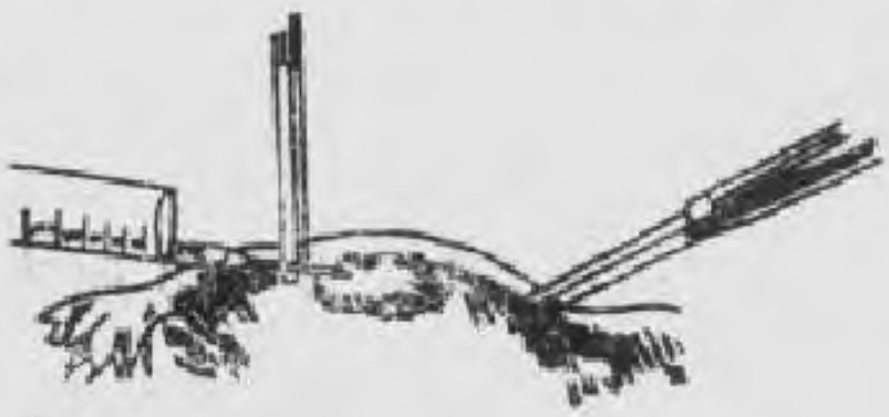
2.切口选择：下腹正中横切口(或直切口)，长 2～3 厘米，产褥期在子宫底下二横指，非孕期及人工流产后则在耻骨联合上二横指。

3.针麻：针刺体穴次髎(髂后上棘与骶尾关节的中点)、三阴交，或唇针人中、承浆，或耳穴肺、神门、内分泌、子宫，得气后诱导15分钟，逐层、依次、等长打开腹壁后，食指轻轻伸入腹腔，探查子宫位置及附件情况。

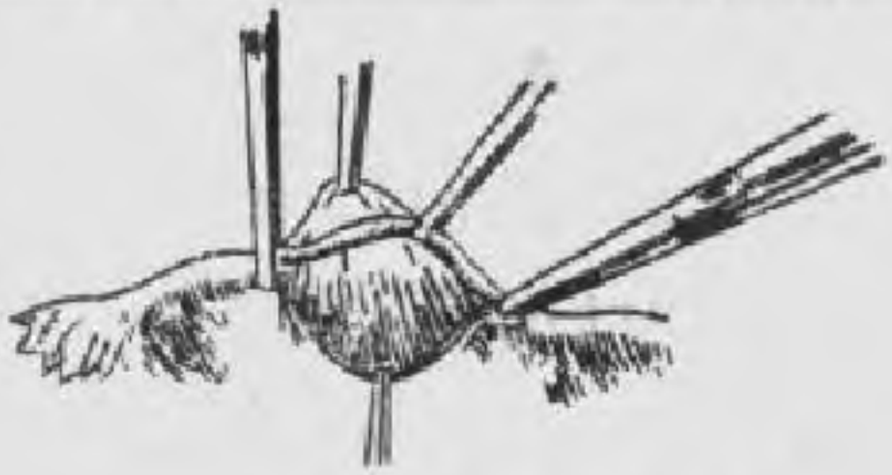
4.牵出输卵管：其方法有两种。一种是用无齿环钳沿子宫底移向两侧将输卵管轻轻夹出。另一种名指板法：是用一手食指伸入腹腔沿宫底至宫角摸到输卵管基部，另一手执窄长弯钩

插入腹腔，分别放在输卵管基部的前后方，同时移向外侧，将输卵管远端夹在弯钩与食指间牵出。后一种方法不易损伤输卵管，故多采用。输卵管牵出后，应检查至伞端，确定为输卵管后方可结扎。

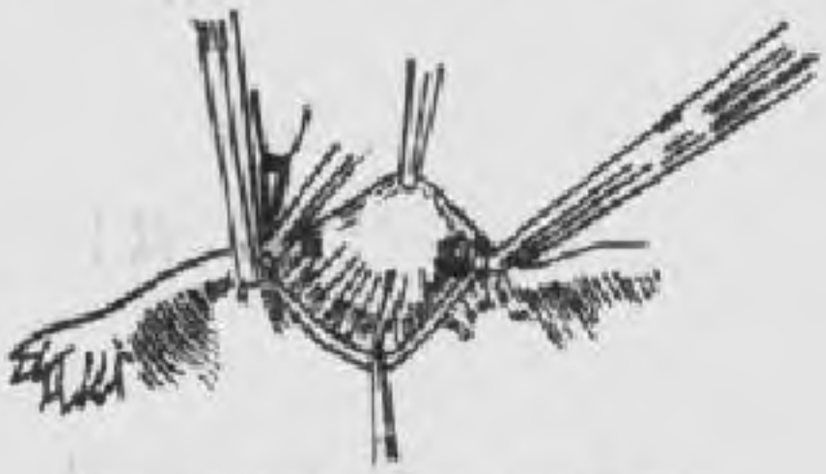
5.结扎输卵管：常用抽管包埋法：用小弯血管钳夹于输卵管峡部与壶腹部的一小段(2～2.5厘米)，然后用5毫升注射器接14号针头，抽0.5%普鲁卡因3～5毫升，注于该段输卵管系膜下，以利用水压分离输卵管与系膜；切开该段输卵管系膜，用小弯钳游离出输卵管；用4号丝线靠近血管钳两侧结扎已游离的输卵管，并在两结扎处之间剪去一小段输卵管；用1号丝线连续缝合输卵管系膜，使输卵管结扎切除处的近端埋藏在输卵管系膜内，远端则留于输卵管系膜外(图25—35)。结扎后检



(1) 用生理盐水或0.5%普鲁卡因于输卵管系膜注入



(2) 切开系膜，找出输卵管



(3) 结扎并切除部分输卵管

(4) 远端放开，近端埋藏于系膜内

图25—35 输卵管结扎术(抽管包埋法)

查有无出血，撤去血管钳，将输卵管送回腹腔。再以同法结扎另一侧输卵管。

6.逐层缝合腹壁各层。

注意事项

1.凡有急性传染病或心肾功能衰竭、产后出血等全身情况虚弱不能耐受手术时，应待疾病控制后方能手术。连续2次体温超过37.5℃以上，或局部皮肤感染，亦应治愈后方手术。

2.牵出输卵管时动作应轻巧，以免被扯断或出血。注意止血，避免损伤血管。

3.术后饮食不受限制，3～5天后拆线。按规定空腹结扎休假21天；流产后结扎休假30天；产后结扎除产假外，另补假7天。

（二）输精管结扎术

输精管结扎术不须开腹，较女性结扎简便，对健康及性生活均无影响，应积极推广。

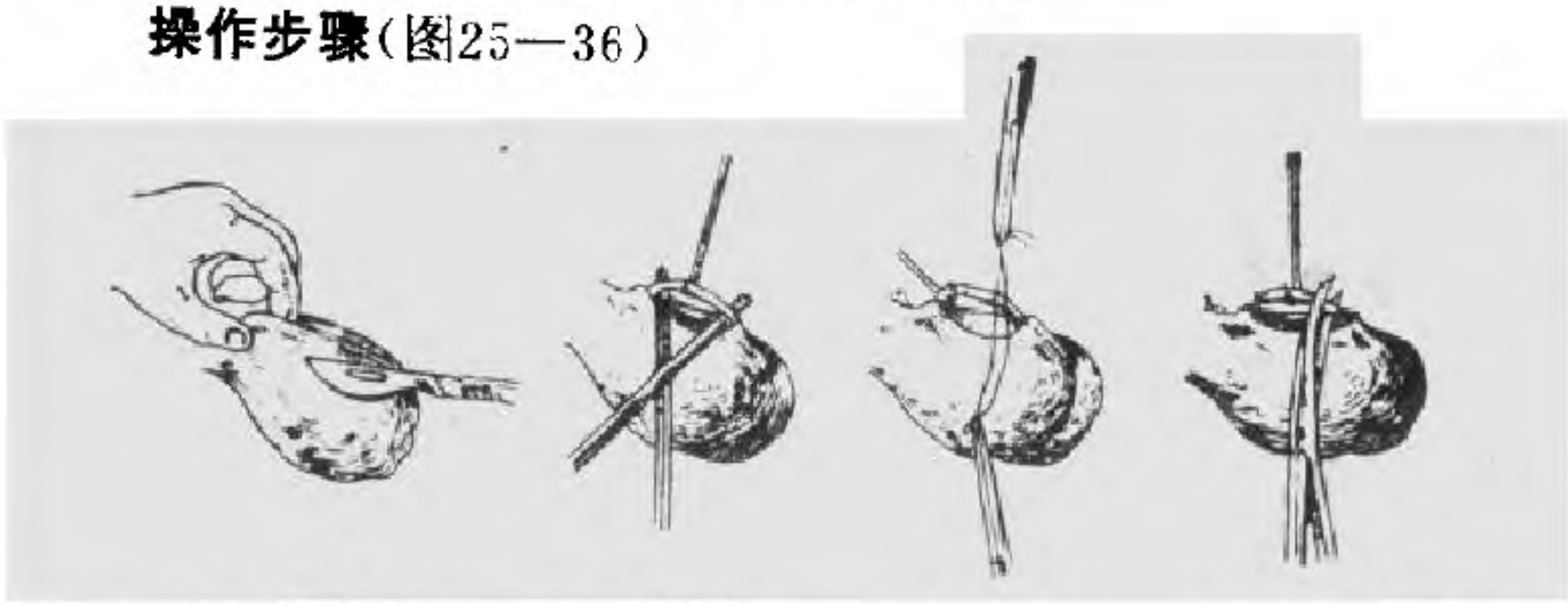
术前准备

1.用物准备：输精管钩1、输精管固定钳1、有齿镊1、蚊式钳2、线剪1、解剖直剪1、刀柄3号1、小刀片1、持针器1、小三角针1、环钳1（消毒用）、丝线（4号）2根、丝线（1号）1卷、小药杯2、5毫升注射器及$5\frac{1}{2}$号针头各1、大孔巾1。

2.受术者准备：剃除阴毛，用肥皂水、清水洗净阴部及周围。

3.术者准备：洗净双手，戴消毒手套。

操作步骤(图25—36)



一、用食指与拇指捏住输精管使之固定于皮下　二、用组织钳或蚊式钳将输精管钳出　三、用丝线于上、下两处分别结扎输精管　四、将两结扎线之间的一段输精管切除

图25—36　输精管结扎术

1.受术者平卧，外阴皮肤常规消毒，铺孔巾。

2.将一侧阴囊轻轻牵拉，在精索后侧摸到输精管，将其推向阴囊前壁皮下，用食指及拇指捏住。

3.在阴囊壁输精管所在处用1%普鲁卡因局部浸润麻醉，一般每侧 1 ～ 2 毫升即可。

4.在阴囊壁沿输精管行程作一纵行切口长约0.5～1厘米，切开精索筋膜，用输精管钩将输精管钩出，并游离输精管约 2 厘米长一段。可穿刺输精管用杀精药液作精囊灌注，每侧2～3毫升。

5.用止血钳轻轻压挫输精管拟切断之两处，用 4 号丝线将该两处结扎，切除其间约 1 厘米。可将切断之远端包埋于精索筋膜内。

6.仔细检查有无出血；如有出血，结扎出血点。

7.用1号丝线缝合伤口，亦可不缝合。

8.对侧按上述方法进行。

注意事项

1.急性附睾炎、睾丸炎、精索炎、前列腺炎及阴囊皮肤病变时，待治愈后方可手术。

2.手术应轻巧而细致，仔细止血，并防止损伤重要血管。

3.术后用丁字带提吊阴囊，注意术后出血，第5～7天拆线。

4.术后7天内注意休息，勿作剧烈活动，以防继续出血；按规定休假7天；术后二月内仍应避孕（指术中未作杀精药灌注者）。

第二十六章　婴幼儿疾病

第一节　小儿生长发育

生长和发育是指体重、身长的增长以及组织器官的发育和机能的成熟。

一、小儿年龄分期

（一）新生儿期：出生到一个月末，是由母体内环境转变为体外环境的突变过程。此时神经中枢和各器官的发育及机能未成熟，易受外界环境的影响而发病。

（二）乳儿期：一个月到一周岁。此期是以母乳为主要营养，生长发育特别迅速，营养物质需要量大，但消化功能薄弱，容易发生消化不良及营养不良。

六个月以内的小儿从母体获得先天性免疫，某些传染病，如麻疹、腮腺炎、白喉等疾病的发病率极低；六个月以后小儿的免疫力逐渐降低，预防接种应逐渐增加。

由于大脑皮质的机能尚未成熟，兴奋抑制过程容易扩散，对高热和毒素刺激，容易发生惊厥。

（三）幼儿期：一岁到三岁。此期开始断奶，正确喂养很重要。大脑皮层机能活动加强与外界有广泛接触，开始用语言表

达意愿，但判断力差，易发生意外。

（四）学龄前期：三岁到七岁。此期体格发育相对地较慢，对疾病的抵抗力日益增强；由于与社会的接触较多，各种急性传染病发病率高；某些变态反应性疾病（肾炎、风湿热等）开始发生；此期小儿理解力增强，善于模仿，有好奇心，应注意对小儿进行毛泽东思想教育，并注意体格锻炼，预防传染病。

（五）学龄期：七岁到十四岁。此期体内各器官发育完善，肌肉发育加快，并逐渐获得自动免疫，对传染病的抵抗力增强，但变态反应性疾病多见（风湿热、肾炎等）。应加强防治。

二、生长发育特点

（一）体格的发育

1.体重：是判定体格发育和营养状况的重要指标，也是计算用药量的依据。

出生时体重平均3公斤，一般在2.5～4公斤之间。生后3～5天内多数小儿因进食少，加上不显性失水和排出大小便，均有生理性体重下降；生后10天左右恢复到出生时的体重，以后体重则不断增加。

生后前半年内体重增加最快，平均每月增加600克；半岁到一岁之间体重平均每月增500克；一岁以后体重增加减慢，平均每年增加2公斤。小儿体重计算方法如下

1～6个月体重(公斤)＝3＋(月龄×0.6)

7～12个月体重(公斤)＝3＋(月龄×0.5)

1岁以后的体重(公斤)＝7＋(年龄×2)。

2.身长：是反应骨骼发育的一个重要指标。出生时平均身长50厘米；1周岁可增长到75厘米；第二年全年增长10厘米。3岁到10岁间平均每年增长5厘米。

3.头围：反映脑的发育情况。出生时头围约34厘米，一周岁约46厘米，以后渐慢，5周岁约50厘米。10周岁约52厘米，15周岁头围接近成人（54～58厘米）。

4.囟门：前囟呈菱形，较大约2～2.5平方厘米，一般在1～1.5岁关闭；后囟呈三角形较小，一般生后2个月内完全闭合。

在患有佝偻病或先天性脑积水时囟门闭合过晚，在脱水时囟门凹陷，颅内压增高时囟门饱满。

5.牙齿：反映骨骼的发育情况。

乳齿 共20个，6～8个月出第一颗牙，2岁出齐。佝偻病时乳齿常常晚出。

恒齿 共28～32个。6～8岁乳齿开始脱落，由恒齿代替。

(二)语言和动作的发育：生下的新生儿仅有吃奶、吞咽和四肢不自主的动作。2个月后俯卧时会抬头；3～4个月时会笑，挺胸撑并认识母亲；5～6个月会抓、翻身，开始"呀呀"学语；7～8个月时会爬、独坐，会发简单音节"爸"、"妈"；9～10个月能扶栏站立，并听懂自己的名字；1岁能独立行走；1岁半至2岁会跑，能简单表达自己心意；3岁时会模仿成人劳动；4岁会跳跃；5岁时一般动作都会做。

小儿动作的发育可概括为：一看、二听、三抬头，四撑、五抓、六翻身，七坐、八爬、九扶站，一岁独站渐能走，三岁

学穿鞋和袜，渐渐不是奶娃娃。

第二节　小儿疾病的诊断及防治特点

小儿时期是生长发育最快，新陈代谢最旺盛的阶段。人体各器官的发育和功能是处于不断成熟、完善的过程，对外界环境的适应力差，诊断及防治时应注意这些特点。

一、小儿病史的采集和体格检查

一个正确的诊断必需要有详细而确实的病史。由于小儿自己不会诉说病史，即使较大的孩子能陈述一些，但往往也不够确切，因此病史主要由家长或儿童的其他保育人员介绍。

(一)采集病史注意点

1.一般项目与成人基本相同，但要写明患儿实足年龄(岁、月)，病史陈述者与患儿关系，并估计陈述内容的可靠性。

2.疾病发生发展的全过程：小儿发病急，变化快，必须重点询问有无发热、惊厥、呕吐、咳嗽、气促、腹泻、大小便有无异常改变，以及精神状态，食欲如何等等，迅速做出诊断，及时处理。

3.出生史：新生儿应着重询问母亲孕期健康及了解出生前后情况。

4.喂养史：营养情况在整个小儿时期都应注意，营养不良和腹泻病儿应调查喂养方法。

5.生长发育史：佝偻病、智力低下的小儿应询问体格与智力发育的情况。

传染病史：急性传染病多见于小儿。应详细询问患过那种传染病，预防接种的时间、次数，以及新近传染病接触史等。

(二)体格检查注意点

1.检查时不能操之过急，应态度亲切，动作轻巧，避免小儿恐惧，以取得合作。

2.检查顺序不一定机械地自上而下按系统进行，应根据病儿年龄大小，情绪状态，灵活掌握。一般先检查对小儿刺激小的项目，如望诊、计算脉搏、呼吸、心肺听诊、腹部触诊等，最后检查对病儿刺激性较大的项目，如口腔、咽部等。

3.检查的原则是望诊要快，如口腔、咽部检查，动作要迅速，时间长会引起小儿呕吐或哭叫；触诊要等，如腹部的触诊要待腹部肌肉松弛时进行；叩诊要轻，小儿胸壁较薄，手法应轻；在吸气或啼哭时较容易听到肺部啰音。

二、小儿疾病的预防

(一)从小养成良好的卫生习惯，并结合小儿年龄特点进行体格锻炼及从事一些集体生产劳动，是增强体质，促进生长发育，提高抵抗力的积极有效措施。

(二)按时做好小儿时期的预防接种，以增强人体免疫力，是预防小儿急性传染病的有效措施。

三、小儿疾病的治疗

（一）积极做好支持疗法，加强护理，注意饮食。

（二）做好对症治疗及病因治疗，防止并发症的发生，杜绝因护理不周而引起的交叉感染。

（三）用药特点：小儿新陈代谢旺盛，排泄快，对药物的反应因年龄亦各有不同。

1.小儿用药剂量：一般按年龄，体重计算，尚需结合营养状况，病情轻重，个体特点，用药目的等灵活掌握。

2.小儿对某些药物的反应特点

（1）退热剂：小儿用量不宜过大，否则会使体温骤降，引起虚脱。

（2）镇静止痉剂：用于镇静时，剂量宜偏小；镇痉时剂量宜偏大，因痉厥时小儿对这类药物耐受性大。婴幼儿一般不用吗啡类制剂。

（3）磺胺、抗菌素：小儿用量也相对的比成人大，但由于小儿的肝脏解毒功能和肾的排泄功能不完善，用时应注意毒性反应。四环素族易沉积于新生儿骨骼组织中，引起骨骼发育障碍，尤其是未成熟儿更为明显；还可致黄齿及脑压升高，出现囟门饱满。多数小儿服氯霉素、金霉素等易引起呕吐，减低食欲，影响疗效，必要时可静脉滴注给药。新生儿由于肝脏解毒功能差，应用氯霉素剂量宜偏小，否则可引起猝死。

（4）抗组织胺类药物：如非那根、苯海拉明等，服后可引起嗜睡，给药时应向家长交待清楚。

（5）其他：小儿应用利尿剂后较成人易产生低钠、低钾现象、应及时纠正。

第三节　新生儿疾病

新生儿破伤风

新生儿破伤风俗称“脐风”，“七日风”。大多数是由于旧法接生，用未经消毒的器具断脐，破伤风杆菌通过脐部感染所致。

临床表现

潜伏期一般为 4～12天，平均7 天。最初表现为不能吸乳、烦躁、啼哭；逐渐牙关紧闭，不能开口继而出现苦笑面容；进一步发展为全身痉挛，头向后仰，脊柱前凸，下肢伸直呈角弓反张状。声、光、抚摸等轻微刺激可以引起抽搐的发作。抽搐愈频，发作时间愈长，病情愈严重。若呼吸肌发生痉挛，则出现间歇性发绀、窒息及呼吸衰竭。一般神志清楚，低热或体温不升，发热高者多由于并发肺部感染所致。

预　防

新生儿破伤风是可以预防的。大力推广新法接生，严格消毒断脐以及做好新生儿脐部的护理；对未经消毒断脐的新生儿，则应争取在24小时内用 3 %双氧水冲洗脐部，洗后涂以 2 %碘酒，并肌注破伤风抗毒素1500单位（先作皮试）。

治　疗

（一）过细的护理，极为重要：保持安静，减少不必要的刺激，室内光线宜暗；保证营养及水分的供给，如不能吸奶，可采用少量多次鼻饲或口饲；抽搐严重时不宜鼻饲，可给静脉输液。

（二）控制抽搐：因痉挛往往引起窒息及重要脏器缺氧性损害，故制止痉挛很重要。一般宜选择对呼吸中枢抑制较小而松弛横纹肌较强的药物。

1.氯丙嗪 1 ～ 2 毫克/公斤/次（最大一次量不宜超过10毫克）。6 ～ 8 小时肌注一次。或加入葡萄糖液内静脉滴注。

2.苯巴比妥钠 5 毫克/公斤/次，每日 2 ～ 3 次肌注。

3.10%水合氯醛溶液每次 1 毫升，加生理盐水10～20毫升，保留灌肠。

4.眠尔通为中枢性横纹肌松弛剂，有安定作用，抗惊厥作用较弱；毒性小，无呼吸抑制作用。可口服或肌注15～30毫克/公斤/次，隔 4 ～ 6 小时一次。

以上止惊药必要时交替使用。

（三）中和毒素：诊断确定后应尽早使用破伤风抗毒素血清以中和游离毒素，剂量为 1 万～ 2 万单位肌注或稀释后静脉滴注（注射前要作皮试）。

（四）抗菌素：青霉素对破伤风杆菌有杀菌作用，且能预防和控制其他感染。每日二次，每次20万单位肌注；或四环素每日每公斤体重15～25毫克，加入输液中静滴。

（五）中药：轻症宜祛风、解毒镇痉，可用玉真散加减；重症宜祛风镇痉、清热解毒，可用五虎追风散加减或用撮风散加减。亦可用蝉蜕、荆芥煎服或保留灌肠。

（六）草药单方：蓖麻根（梗红色），鲜草1～2两，水煎分次口服，每日一剂。

（七）局部处理：脐部创口用3％双氧水清洗后，涂以2％碘酊或撒入磺胺粉。

新生儿败血症

新生儿败血症是细菌侵入血循环所致的全身感染性疾病。新生儿中枢神经系统发育不成熟，人体反应低弱，皮肤淋巴粘膜及胃肠道防御能力低下，感染病灶常不能局限而扩散成败血症。致病细菌以葡萄球菌及大肠杆菌多见。细菌多自皮肤、脐部、口腔、呼吸道侵入。

临床表现

新生儿败血症缺少典型的症状，多数于生后3～15天发病。表现为哭声无力，不安宁，嗜睡，拒绝吸乳，体重不增，黄疸延长和加重，皮肤呈青灰色或土黄色。也可有惊跳、呕吐、腹泻，少数可有惊厥或昏迷。体温可以正常或高低不定。皮肤瘀点不多见，肝脾可肿大，有时可发现感染病灶。

并发症

在败血症的病程中，容易并发肝炎、脑膜炎、腹膜炎、肾

盂肾炎等。

预　防

（一）保护孕妇，避免任何感染，如有感染应积极治疗。

（二）产程中应遵守一切消毒制度，严格执行断脐的无菌操作及护理。

（三）保护皮肤及口腔粘膜，预防感染。

治　疗

（一）一般疗法：注意保暖和喂养，有呕吐、拒吮乳，或病情严重者可静脉滴注10％葡萄糖液，24小时液体总量不宜超过300毫升，速度要慢。

（二）抗菌素：一般可选用青霉素、链霉素或四环素，如治疗无效，可考虑换用氯霉素、金霉素、红霉素、卡那霉素等。必要时送医院抢救。

（三）对症治疗：惊厥时肌肉注射苯巴比妥钠 8 ～15毫克；或用10％水合氯醛1～2毫升加生理盐水10～20毫升保留灌肠。

（四）中草药：轻者可用五味消毒饮或黄连解毒汤加减治疗。

第四节　急性上呼吸道感染

俗称伤风感冒，是小儿时期最常见的一种疾病。祖国医学认为小儿正气不足，腠理不密，感受外邪所致。

病　因

由于小儿上呼吸道的粘膜柔嫩且富有血管，容易发生感染。受凉、气候改变、体质虚弱等是发病的诱因。病毒是主要病原，但常继发细菌感染。四季都可发病，尤以冬、春两季较为多见。

临床表现

一般分为轻症与重症。

（一）轻症：多见于年长儿。只有流涕、鼻塞、喷嚏、咳嗽、咽部不适等；婴儿大都有发热，并影响进食。检查时咽部可见充血。

（二）重症：发热一般较高，可伴惊厥，年长儿常有头痛，全身无力和酸痛。婴儿常有烦躁不安、呕吐、腹痛、腹泻。检查时一般情况比较重，鼻塞，呼吸不畅，咽后壁或扁桃体充血有分泌物。

并发症

常并发中耳炎、口腔炎、支气管炎、肺炎等。

诊断与鉴别

根据临床症状，诊断比较容易。但因某些传染病如流感、麻疹、百日咳、急性脊髓灰质炎、流脑等早期常与本病不易区别。因此，必须注意当地流行情况。

预　防

加强身体锻炼和户外活动，可以增强体质，使人体能更好地适应外界环境的变化，是预防上感的最有效的方法。

治　疗

（一）一般疗法：发热时须卧床休息，给以易消化的食物和充足的水分，注意眼、鼻、口腔的清洁护理，高热者可给退热剂，如复方阿斯匹林（A、P、C）0.06克/岁/次，最大量一般不超过0.3克一次。必要时可配合物理降温。有惊厥者应止惊治疗（见小儿惊厥）。鼻塞影响吸奶，可在吸奶前滴0.5～1%麻黄素。婴幼儿及体弱的小儿为预防和治疗细菌性感染，可适当选用磺胺、抗菌素等。

（二）辨证施治

风寒感冒：发热轻，恶寒重，鼻塞、流涕，无汗，苔薄白，脉浮。治宜辛温解表。用葱豉汤或香苏饮加减。

2.风热感冒：发热重，恶寒轻，口微渴，咽痛，舌苔薄黄，脉浮数，治宜辛凉解表。用银翘散或桑菊饮加减。

（三）草药可选一枝黄花、金银花、大青等，煎水服。

（四）针灸治疗：风池、曲池、天突等。

第五节　小儿肺炎

小儿肺炎是小儿时期的一种常见病，多发病。常继发于上

呼吸道感染或急性传染病之后，一年四季均可发生，而以冬春两季最多。2岁以内的婴幼儿发病率较高。属祖国医学“肺热喘咳”范畴。

病因病理

引起小儿肺炎的病原微生物有细菌和病毒两种。细菌中以肺炎双球菌较多见，其次为金葡菌、链球菌。病毒中有腺病毒、流感病毒和麻疹病毒。这些微生物在周围环境中广泛存在，人们呼吸时经常可能吸入此类微生物，因人体有防御能力，并不得病。只有当人体抵抗力低下时，病菌才能侵入并引起呼吸道感染。婴幼儿防御功能尚未健全，如果患各种急慢性传染病、佝偻病、疳积等，可使人体抵抗力进一步降低，这时就容易发生肺炎。

由于小儿对感染的局限能力较差，通常使肺炎病变在两肺弥散分布而形成支气管肺炎。支气管肺炎是以细支气管为中心的肺小叶病灶，严重时可互相融合成大片肺组织实变。细支气管因炎症渗出，粘膜肿胀，管腔显著狭窄使通气不畅；病变区的肺泡因充满炎性渗出物，阻碍气体交换，因此容易发生呼吸困难与缺氧。由于肺毛细血管阻力增大，肺动脉压力增高，增加心脏负担，加上缺氧和毒素对心肌的作用，可造成急性心功能不全。脑组织受毒素和缺氧的损害，可出现中枢神经系统病症。祖国医学认为，本病多因风温外邪侵犯肺脏，肺失清肃，闭郁不宣，痰热气阻而致肺热喘咳；若热毒炽盛或邪热内陷，可致面青肢冷，神昏抽搐，汗出脉微等严重证候。

临床表现

(一)一般型肺炎起病较急，常见症状，有发热、咳嗽、气喘、精神不振，烦躁，并可有呼吸困难和发绀。肺部检查时，早期于两肺后下或脊柱两侧听到少量中、小水泡音；病变明显时，两肺前后皆可听到密集的中、小水泡音；病灶互相融合成大片实变时，该处叩诊浊音，听诊呼吸音减弱，并可听到支气管呼吸音。X线检查，可见两肺呈斑点状，小片状或大片状阴影。

(二)重型肺炎：发热多在39℃以上，极度衰竭者可能体温不升，咳嗽、喘息更明显，呼吸浅表无力。口周、唇、指甲发绀，鼻翼煽动及三凹征明显，面色苍白或发青。精神萎糜，烦躁或嗜睡。食少，呕吐或伴腹泻，甚至神态朦胧、惊厥以至昏迷。可并发心功能不全或中毒性脑病。

1.心功能不全：突然烦躁不安，面色发灰，呼吸困难及发绀加重（呼吸次数60～80次/分钟），心率明显加快（160～180次/分钟），心音低钝，肝脏于短期内增大，偶有下肢浮肿。

2.中毒性脑病：早期表现为嗜睡，两眼凝视或向上偏视，随后出现抽风、昏迷。如不及时抢救可导致呼吸、循环衰竭。如及时治疗，可于1～2日内症状消失。抽风、昏迷时间过长者，可能遗留智力障碍或肢体瘫痪。

3.特殊类型

(1) 新生儿肺炎：因反应能力低下，症状常不典型。最早出现为吸吮无力，不吮奶，口吐白沫，口周、鼻根发青。重者面色青紫，皮肤灰白，四肢发凉，体温不升，呼吸浅速，点头

样吸吸，发绀或阵发性窒息。肺部体征往往不明显，于啼哭时或深呼气后，有时可听到少许小水泡音。

（2）腺病毒性肺炎：起病急，持续高热可达2周之久。早期可出现全身中毒症状，如精神萎糜、嗜睡、面色苍白。高热4～5日后可于肺部听到中、小水泡音，常以一侧为重。在体征出现之前，X线检查往往可发现大片状阴影。白细胞总数多不增多。易发生中毒性脑病和心功能不全。病程较长，多需3～4周。肺部病变消失时间则需更长。

（3）毛细支气管炎：病原主要是病毒，亦可合并细菌感染。1岁以内，尤其是6个月以下体质虚胖婴儿多见。发病急骤，除一般肺炎症状外，发生暴喘，极度呼吸困难，呼吸时喉头发出哮鸣音，容易导致心功能不全。

防　治

（一）注意小儿卫生保健，防治佝偻病、疳积等慢性病，给体弱小儿增加营养。适当使小儿到户外晒太阳和活动。气温变化大时要预防感冒，积极防治麻疹，百日咳等传染病。

（二）抗菌素的应用：根据病情选择，轻症可用青霉素20万～40万单位，每日2次肌注。也可用四环素、土霉素或金霉素25～50毫克/公斤/日，分四次口服。链霉素30～40毫克/公斤/日，分两次肌注。病情较重者可青、链霉素并用。

（三）辨证施治

1.风寒型：发热无汗，咳嗽气急，喉间痰鸣，烦躁不安，食欲欠佳，舌苔薄白，脉象浮紧。治宜宣肺散寒。用三拗汤加

百部、紫苏、前胡各2钱，白前1钱。

2.风热型：发热恶风，气促喘急，咳嗽痰黄，面赤唇红，咽红口干，微汗，尿短赤，舌干苔黄，脉象浮数。治宜宣肺平喘，方用麻杏石甘汤加银花、连翘、黄芩各3钱，板兰根5钱。

3.痰喘型：高热烦躁，气急鼻煽，痰鸣喘促，甚则面青唇紫，神昏抽搐，尿少而黄，大便干结，舌红苔黄，脉洪数。治宜清热解毒、定喘涤痰。方用葶苈大枣泻肺汤合麻杏石甘汤加竹沥1两。若出现神昏，抽搐，宜用羚羊钩藤汤；若兼见肢冷，汗出，气短脉微，急用参附龙牡救逆汤，并中西医结合进行抢救。

4.阴虚型：发热不高，神疲体弱，干咳少痰，盗汗，咽干口躁，舌红而干，脉细数。治宜养阴清热，润肺止咳，用泻白散合沙参麦冬汤加减。

(四)草药：十大功劳4钱，鸭脚板菜5钱，田边菊4钱，野油菜3钱，水煎服。

(五)对症处理

1.咳嗽严重时可给止咳化痰药，如止咳合剂，麻杏止咳糖浆等，按每岁每次1毫升。高热时可给物理降温，同时给退热剂如复方安基比林等肌注。缺氧时应输氧。出现呼吸衰竭时，用山梗菜碱，可拉明、回苏灵等呼吸兴奋剂。

2.暴喘：①可用镇静止喘药，如异丙嗪1毫克/公斤/次，肌注或稀释后静脉缓注。氨茶碱每次每公斤体重2～6毫克肌注或每次每公斤体重2毫克静脉缓注。②氢化考的松每公斤体重4～5毫克，加入10%葡萄糖液内静脉点滴；或强的松每日每

公斤体重1毫克，分三次口服。

3.心功能不全：是严重的并发症，必须分秒必争，积极救治。危急者应选用毒毛旋花子甙K每公斤体重0.005～0.007毫克，加入25%葡萄糖20毫升内静脉缓注，必要时可每隔6～8小时重复使用。亦可选用毛花甙丙（西地兰），2岁以下为每公斤体重0.03～0.04毫克，2岁以上为每公斤体重0.02～0.03毫克；首剂用1/2～1/3量，肌注或加入10%葡萄糖10～20毫升内缓慢静注，余量分2次，每隔4～6小时注一次。

此外，必须使患儿保持安静，必要时可加镇静剂（如苯巴比妥钠每公斤体重5毫克肌注或10%水合氯醛5毫升灌肠）。

第六节　小儿消化不良

又称婴儿腹泻，祖国医学称"泄泻"，是2岁以下小儿夏秋季的常见病和多发病。临床表现以胃肠道症状为主，重者伴脱水、酸中毒及全身中毒症状，根据症状轻重，一般分为轻型与重型。

病　因

(一)饮食不当：如喂哺无定时，过食，突然更换食物品种，偏食，吃了不清洁的食物。

(二)感染：致病性大肠杆菌、病毒等可引起肠道内感染；呼吸道感染、中耳炎等，都可引起消化功能紊乱而发病。

(三)环境影响：如受寒、过热等。

(四)体质差：脾胃薄弱，抵抗力不足。

临床表现

轻型　多因喂养不当所致。

(一)腹泻：每日 5 ～10次，大便为蛋花汤样，混有白色奶块或其他不消化食物，可有酸臭味，排便前可哭闹不安。

(二)呕吐：轻或仅有溢奶。

(三)精神、食欲、体温多正常，或仅有口渴尿少。

(四)轻度腹胀，肠鸣音亢进。治疗得当，3～5日可以痊愈，无明显脱水、酸中毒症状。

重型　多因感染所致。

(一)腹泻：每日达数十次，呈水样，量多，酸臭味，或混有粘液样大便。

(二)呕吐：频繁，食后即呕，有时甚至空腹时也吐出胃内容物。

(三)中毒症状：发热（感染严重的有高热），一般情况差，烦躁不安，精神萎靡，倦怠思睡，面无表情，意识朦胧，甚至惊厥、昏迷。

(四)脱水：皮肤粘膜干燥，失去弹性，眼眶和囟门下陷，尿极少。

(五)酸中毒：轻者症状不明显，重者呼吸深长、快，口唇发绀或樱红色，有烂水果味。患儿疲乏无力，淡漠倦睡，甚至昏迷。

(六)低血钾症：腹胀、肠鸣音减低，心音低钝，四肢无力，肌张力降低，严重时可出现呼吸肌和心肌麻痹。

本病应与细菌性痢疾相鉴别。菌痢可有明显接触史，中毒症状出现早，脱水征不明显，大便多为脓血样。

预　防

婴儿应用母乳喂养，合理添加辅食，注意饮食卫生，有病早治，避免夏秋断奶。

治　疗

(一)轻型

1.呕吐者禁食，口服糖盐水。

2.草药单方：疳积草，千粒米各 4 钱，山蚂蝗 3 钱，水煎服。其他如凤尾草、水杨梅、野南瓜、叶下珠、海蚌含珠、桂木柴均有较好的收敛止泻作用，可任选 1 ～ 3 味煎服。

3.新针：天枢、足三里、止泻穴。呕吐加内关；腹泻、完谷不化加艾灸神阙。

4.对症治疗：止呕可给冬眠灵口服或肌注，每次每公斤体重0.5～1毫克；镇静给鲁米那口服，每次每公斤体重 2 ～ 5 毫克。必要时考虑静脉输液。

(二)重型

1.禁食 8 ～24小时，然后喂人奶或米汤。

2.草药、新针及对症治疗同上。

3.抗菌素：土霉素、四环素或氯霉素每日每公斤体重25～

50毫克分四次服；痢特灵每日每公斤体重5～10毫克，分四次服。

4.脱水、酸中毒者可给予补液。

小儿消化不良的液体疗法，是治疗体液失衡的重要措施。目前方案繁多，为了适合农村需要，力求简便实用。输液前要分析病情，选择液体种类和用量。一般的用法是先盐后糖，先快后慢（总量的一半在8小时内滴入，其余可较慢），有尿可补钾，见抽搐可加钙。输液中和输液后要观察效果，酌情调整方法。

（1）口服补液法：脱水较轻者，可采用此法，液体成分可用下列配方：氯化钠0.5克，碳酸氢钠0.5克，白糖20克，三样配成一包，每包冲水（茶水更好）200毫升，按100～200毫升/公斤/日，分数次给予喂奶。有尿后，每包加氯化钾0.5克；能吃奶后，口服量即相应减少。

（2）静脉滴注法

输液总量 根据脱水程度而定。轻度脱水时按100毫升/公斤/日，5%葡萄糖液与生理盐水各半（1:1液）。中度脱水时（眼窝及囟门凹陷较明显，口干唇燥，以及有明显症状者），按150毫升/公斤/日。重度脱水时（眼窝深陷，口干唇紫，皮肤明显失去弹性，尿少或无尿），按200毫升/公斤/日。由于中度和重度脱水时钠降低明显，可在上述液体中加入11.2%乳酸钠3毫升/公斤/日，既增加钠盐，又有纠正酸中毒的作用。

纠正酸中毒 除用11.2%乳酸钠以外，亦可用5%碳酸氢钠5毫升/公斤/日。

低血钾症 应补充钾盐，但病儿必需在输液前1～4小时以内曾排尿者，或在输液过程中病人一旦排尿，即应补钾。用10%氯化钾1～2毫升/公斤，加入液体内缓慢静脉滴注。但每100毫升静滴液加10%氯化钾不应超过3毫升（浓度不超过0.3%）。如无呕吐及明显肠麻痹，尽可能口服，以利安全。

低血钙 当长时间脱水酸中毒在短时间内纠正后，血钙可降低，原有佝偻病者更容易出现低钙症，发生手足搐搦或惊厥，可用5～10%葡萄糖酸钙5～10毫升肌注或加入静滴液内。

（3）简易补液法

在农村，输液应力求简便，可将全日总液量用1:1溶液（生理盐水：5%葡萄糖溶液），分次静脉滴注（每次300～500毫升）。有酸中毒者可加入适量11.2%乳酸钠或5%碳酸氢钠溶液。输液完毕后，如患儿脱水已基本纠正，可让患儿回家继续口服补液；如未纠正，可再输入上法配制的液体300～500毫升。

（三）辨证施治

1.伤食积滞：大便每天数次至数十次，稀溏或水样，呈黄绿或黄色，或夹白色乳块，有酸臭气，腹部胀痛，肠鸣，或呕吐乳食，精神尚好，舌苔白腻或厚腻。治宜消食助运，方用保和丸加减。

2.暑热夹湿证：起病较急，大便水样或呈蛋花样，有臭秽气，每日10～20次，伴有发热，口渴，呕吐，神情淡漠，甚则高热，烦躁，皮肤干燥，呼吸深快，小便黄少，舌苔黄腻或薄白而干。治宜清肠化湿，方用葛根黄芩黄连汤加味。

3.脾气虚弱：腹泻日久不愈，大便稀溏，完谷不化，面黄消瘦，神倦乏力，食欲不振，自汗，舌质淡、苔薄。治宜补脾益气，方用参苓白术散加减。

第七节 营 养 不 良

营养不良是摄食不足或摄入食物不能充分吸收利用的结果。由于身体不能得到足够的营养，迫使消耗自身的组织。主要表现为脂肪消失，肌肉萎缩以及生长发育障碍，同时可引起全身各系统的功能紊乱。多见于1～5岁的儿童。

病 因

(一)喂养失宜：婴儿期营养不良多由于母乳严重不足，代之以大量米糊、粥或奶羔，且常进食不定时，饥饱不匀。

(二)疾病的影响：急、慢性感染，长期腹泻，先天畸形，肠寄生虫病等可致喂养困难，吸收障碍。

小儿营养不良属于祖国医学“疳症”范畴。是由于小儿脾胃虚损，运化失宜，不能化生气血，温养肌肤，渐而形体干枯消瘦，以致气液耗损，酿成疳症。

临床表现

(一)体重不增甚至渐减轻，皮下脂肪层变薄至消失。消失顺序为：腹壁、胸背、腰部、臀部、四肢，最后为脸颊部脂肪。

(二)皮肤干皱，毛发干枯，肌肉松弛，生长发育停滞。精

神烦躁或呆滞。

（三）严重者可合并水肿，先见于下肢，渐及全身，为指凹性水肿。

预　防

（一）加强婴幼儿的喂养指导，母乳不足者及时添加辅助食品。

（二）对轻度营养不良小儿，应及时治疗。

（三）积极防治各种原发疾病。

治　疗

（一）饮食疗法

在治疗中占重要地位。实施饮食疗法时应注意两点：首先必须纠正喂养中的缺点；其次，因营养不良患儿所需营养物质相当多，但要考虑其胃肠道的耐受力。因此必须遵循逐渐增加的原则及结合个体情况而制定适合饮食。

（二）辨证施治

疳积的病情多属虚实夹杂，治疗上必须辨别证候的轻重，虚实的主次，采用消积和补益方法。初起当以消积为主，久病以健脾养胃为主。

1.轻症：形体消瘦，面色萎黄，精神不佳，食欲不振，腹部胀满，大便溏薄臭秽，或午后潮热，口渴烦躁，善哭易怒，夜睡不宁，苔腻或少苔，脉细滑，指纹紫滞。治宜消积健脾为主，兼以驱虫或清热用肥儿丸加减。伴虫积者加槟榔、苦楝根

皮。午后潮热者加胡黄连、地骨皮。

2.重症：形体消瘦明显、面色萎黄，皮肤毛发干枯，睡则露睛，哭声低微，精神倦怠，食欲不振，大便溏泻，发育缓慢，口舌色淡，脉细无力，指纹色淡。治宜健脾益气为主，佐以消积化滞。方用参苓白术散加减。贫血重者加黄芪、当归；两目羞明加枸杞子、菊花，或服石斛夜光丸；自汗加五味子、牡蛎。

(三)单方验方

1.鸡内金(炒黄研粉)，每日三次，每次2～3分。

2.猪肝1两，苍术2钱，加水煮熟，食汤和肝，连服1～2周。

3.疳积草或田皂角1两，水煎服，每日一剂。

(四)新医疗法

1.捏脊疗法

每日一次，每次3～5遍，六日为一疗程。

2.针刺四缝出黄水或少许血液。

(五)其他治疗

对患有营养不良性水肿和维生素A、D缺乏的病儿，要特别注意供给蛋白质和维生素A、D及肝类食物，不应过分强调忌口；食欲降低的患儿，应给予促进消化机能恢复的药物，如乳酶生、胃蛋白酶、胰酶、酵母等；补充各种维生素、铁剂。

第八节　佝　偻　病

佝偻病俗称小儿软骨病。为乳幼儿时期的一种常见的慢性

营养缺乏症，是由于维生素D缺乏而造成体内钙、磷代谢失常，引起骨骼改变为主的全身性疾病。多见于三岁以下小儿，尤以6～12月发病率最高。属于祖国医学“五迟”（立迟、行迟、齿迟、发迟、语迟）、“五软”（头软、手软、足软、肌软、口软）范畴。

病　因

（一）缺乏日光照射及体格锻炼，常见于冬春季，多雨少晴及寒冷地区。

（二）不合理喂养，饮食中维生素D不足。

（三）维生素D需要量大，多见于未成熟儿及生长过速儿。

（四）疾病影响：较长期的胃肠道及呼吸道疾病使维生素D及钙、磷吸收和利用减少。由于维生素D缺乏时，钙、磷在肠道内不能很好地被吸收，以致血磷、血钙相继降低，影响骨骼的发育，引起骨骼的病变。同时还可影响人体调节功能，内分泌及植物性神经系统的功能也受到一定的障碍。

临床表现

（一）一般症状： 起病缓慢，病初表现为神经——精神症状，好发脾气，食欲减退，哭吵，睡眠不安，夜啼，多汗和枕部秃发（因汗液刺激局部皮肤发痒，经常在枕头上摩擦所致）。病久则皮肤苍白，腹部突出呈蛙腹，肝脾肿大，甚至影响生长发育。

（二）骨骼改变

1.头部： 6个月以内小儿，颅骨软化，有如按乒乓球样感

觉。8～9个月后，可见方颅或十字形头，颅缝加宽、囟门闭合延迟（可迟到3岁），出牙较晚，有拖延到2～2½岁才开始出牙。

2.胸部：胸廓畸形自6个月以后的小儿表现渐明显，肋骨和肋软骨交界处肿大，形成肋骨串珠、鸡胸。畸形以两岁后渐多见。

3.脊柱：常后凸呈驼背，或侧弯等畸形。

4.四肢：长骨的骺端往往肿大，呈手镯或脚镯状。又因骨质软化所以易造成弯曲，下肢较上肢更为明显，往往有膝内翻呈“O”形腿或膝外翻呈“X”形腿等畸形，有时可产生病理性骨折。

5.骨盆：前后径缩小变扁平。女性对将来分娩不利。

诊　断

有明显骨骼病变时诊断并不难，但在病的初期往往容易忽略，应特别注意早期精神症状，结合母亲孕期病史，患儿出生季节及喂养史等。

预　防

小儿应多在户外活动，多晒太阳，增强体格锻炼，合理正确的喂养是预防佝偻病的重要措施。营养情况较差的小儿，可酌情加服鱼肝油及钙片。

治　疗

（一）一般疗法：多晒太阳是获得维生素D既有效又经济的方法，多吃含维生素D的食物如蛋黄、鱼子，同时多吃蔬菜。用蛋壳（炒黄研细成末）或骨粉开水调服，以补充钙和磷。

（二）维生素D疗法：一般采用浓鱼肝油制剂，每日1万～2万国际单位，严重者可用2万～4万国际单位，分三次口服，持续1～2个月；或先肌注维生素$D_2$40万单位，或维生素$D_3$60万单位（一次即可），然后再予口服制剂一个月以上。重症者，间隔数日可重复肌注上述剂量，总量为80～120万国际单位。佝偻病已发生畸形的，如果不严重，治疗后可以逐渐恢复。

（三）补充钙剂：与维生素D同时应用，一般可给乳酸钙或多种钙片，每次1片，一日三次；如以大剂量维生素D肌注，在注射前应先给钙剂三天（通常用10%氯化钙5～10毫升，一日三次口服），必要时可静脉注射10%葡萄糖酸钙5～10毫升，以免发生低血钙性抽搐或惊厥。

（四）中草药：以健脾补肾为主，选用六味地黄丸，或用健脾益气汤。

中药单味药如苍术、枸杞子中均含有多量的维生素D，苍术且有健脾燥湿作用，枸杞子又有补肾、滋阴、养肝等功效。

民间亦有用蛋壳炒黄研细调服，每次五分，一日三次；也有用牛骨髓或猪骨髓煎汤调服。

第九节　婴儿手足搐搦症

婴儿手足搐搦症多发生于1岁以内的小儿，春季多发，以惊厥和手足搐搦为特征。主要由于维生素D缺乏，血钙降低，增加了神经肌肉的兴奋性而引起手足抽搐和全身惊厥。佝偻病患者经维生素D治疗，未同时补充钙剂时，以及腹泻小儿，特别在输液后，常诱发本病。

临床表现

常见的症状为惊厥和抽搐，屡发屡停。一日可发数次或十多次不等，也可数日发一次。轻则为惊跳，重则发生全身惊厥。一般无热，发作时神志不清，手足抽动，眼球上翻，和其他疾病的惊厥表现无异。每次历时几秒钟至半小时不等。较大的小儿可有典型的手足抽搐，表现为手腕部屈曲，手指伸直，拇指贴近掌心，呈强直状；足痉挛，踝关节伸直，趾强直并略向脚底弯曲。神志清醒，每次发作可持续几分钟至几小时。2岁以下偶见阵发性喉痉挛，引起呼吸困难，甚至窒息。

预　防

做好预防婴儿佝偻病的各种措施，亦即预防了低钙性抽搐。

治　疗

(一)钙剂：轻型口服钙剂即能控制症状，一般用10%氯化

钙溶液 5 ～10毫升，日服三次。严重的惊厥可给10％葡萄糖酸钙 5 ～10毫升，用等量的25％葡萄糖液稀释，静脉缓慢注射，以免发生因血钙突然增高而引起心脏变化。若静脉注射有困难而又需急救时，10％葡萄糖酸钙亦可作深部肌肉注射（氯化钙不能作肌肉注射）。必要时加用抗惊厥药如苯巴比妥钠每次每公斤体重 3 ～ 5 毫克。亦可针刺人中、合谷、太冲、印堂等穴。惊厥控制后，仍需口服10％氯化钙，并应同时开始给鱼肝油治疗， 5 ～ 7 天后，改为钙片，继续口服。

（二）中药：以健脾补肾为宜，可用六味地黄丸（汤）加枸杞子、菊花、党参、白术。

第十节　霉　菌　病

近年来由于抗菌素及激素在临床上的广泛应用，霉菌性感染有所增加，尤其是白色念珠菌感染较为多见。

病　因

多数继发感染，特别是长期滥用广谱抗菌素和激素，破坏了正常人体内的菌群，肠道合成维生素（主要是复合维生素B族）的细菌也被抑制或消灭，以致念珠菌得以过度繁殖。更有认为抗菌素及激素确有促使霉菌过度生长的作用，使其毒力增强，当人体抵抗力减弱时易于得病。

临床表现

（一）霉菌性口腔炎（鹅口疮）：于唇、颊、舌、软硬腭及咽部粘膜形成乳白色的膜状物，或呈乳块残渣状，不易擦去。擦去后基底发红易出血。口腔内干燥，略有酸味。一般无明显全身症状，仅有食欲减退，不愿吸乳与精神不安等，局部亦无痛感。

（二）霉菌性肠炎：遇腹泻经久不愈，或经抗菌素治疗后情况反转恶化，表现为恶心，呕吐，拒食，精神萎靡，腹泻每日约十数次，稀水样便，常可并发脱水、酸中毒，或全身衰竭。大便检查可找到霉菌。

（三）霉菌性肺炎：与其他细菌性肺炎不易鉴别，常继发感染，高热稽留，精神萎靡，有明显的烦躁不安，多咳有痰，唇目青紫，鼻翼煽动等缺氧症状；较大儿童可诉胸痛，有呼吸困难现象，两肺可听到粗细不等的湿啰音，病程较长，一般抗菌素治疗后症状反而加重，咽喉涂片作霉菌检查有助诊断。

防　治

（一）切勿滥用抗菌素及激素，必须掌握应用指征；注意个人卫生，增强人体抵抗力。

（二）用抗菌素治疗慢性细菌感染病例，宜用大量复合维生素B，以预防霉菌感染。

（三）疑有霉菌感染者，应立即停用抗菌素及激素。患鹅口疮者，口腔局部可涂1%龙胆紫，亦可用冰硼散或珠黄散吹撒口腔。

（四）制霉菌素，在胃肠道内不被吸收，用于霉菌性肠炎，每次5万～10万单位，每日3～4次，严重病例可加重50万单位/次。

（五）中药主要是健脾利湿。对高热持续不退用清热泻脾汤；体质虚弱，症状严重用七味白术散加减。腹泻者加山药、白扁豆、肉豆蔻，口渴者去木香加葛根。

第十一节　小儿夏季热

是婴幼儿时期特有的疾病，以夏季长期发热、口渴、多尿，少汗或汗闭为主症，属祖国医学“暑热症”范畴。

病　因

由于婴幼儿体温调节中枢机能发育尚未完善，体表出汗散温的调节功能较差，若久病或患热性病后体质虚弱，入夏以后，不能适应炎热的外界环境而发病。

祖国医学认为本病多因小儿正气虚弱，体质较差，肺胃阴亏，暑热内蕴，耗伤津气所引起。

临床表现

大多数患儿在盛夏季节渐起发热，体温常在38～40℃之间，持续不退，无固定热型，但显著地随气候而变，天气愈热体温愈高，天气转凉体温也降，并伴有口渴多饮，多尿，少汗或汗闭等症。病初起时，一般情况良好，或偶有消化不良或类似感

冒的症状，但多轻微。体格检查除有时咽部稍充血外，余无特殊发现。以后热度持久不退，食欲渐减，病儿面色苍白，消瘦无力，烦躁不安，逐渐出现慢性病容。

病程长短不一，多数历时 1 ～ 2 个月左右，有的可达 3 ～ 4 个月，直至秋凉，发热及其他症状才逐渐自行消退。

诊　断

（一）有明显季节性，入夏后长期发热，有汗闭，多饮，多尿的特征，入秋天气凉快后，体温即可下降。

（二）多发生于 3 岁以下乳幼儿，大多数发育营养较差或见于麻疹泄泻之后。

预　防

（一）体弱小儿，夏天宜住在凉爽通风的地方。

（二）每日用鲜藿香 2 ～ 3 钱，煎汤代茶，可预防本病。

治　疗

（一）辨证施治

1.暑伤肺胃：发热，口渴多饮，多尿，少汗，烦躁不安，食欲不振，口唇干燥，苔薄白或薄黄，舌质较红，脉滑数。治宜清暑益气，养阴生津，方用清暑益气汤加减。伴有表证，苔薄白，加青蒿、豆卷；口干唇燥，舌红而干，加鲜芦根 1 两，天花粉 3 钱。

2.上盛下虚：发热，口渴多饮，多尿，少汗，精神萎靡，

面色苍白，虚烦不安，下肢不温，食少便溏，舌淡，脉细数。治宜清上温下，养阴生津。用清上温下汤加减。食少便溏，加淮山、白术、扁豆。

(二)中草药单方验方

1.蚕茧、红枣各十枚，煎汤代茶饮。

2.南瓜叶、苦瓜叶、丝瓜叶、荷叶各5钱，捣汁兑糖服。

(三)对症治疗

高热时可用阿斯匹林，烦躁不安时用氯丙嗪或鲁米那。

多饮多尿不食者，可给氯化钾100～200毫克/公斤/日，每日3次，共服4～7天。

支持疗法：可用维生素B，维生素C等。

第十二节 蚕 豆 病

是一种吃蚕豆或吸入蚕豆花粉而引起的急性溶血性贫血。5岁以下的小儿多见。发病与进食蚕豆量多少无关。有季节性与家族性。目前认为可能是一种过敏反应，并可能与遗传有一定关系。

临床表现

吸入蚕豆花粉时大都随即发病；吃蚕豆后到症状出现时间，几小时到几天不等。以贫血黄疸，血红蛋白尿为主要特征。临床一般分为

(一)轻型：溶血较轻，仅有轻度贫血，巩膜黄染不明显。

全身症状较轻，体温正常或微热，精神差。如不继续进食蚕豆，症状可逐渐减轻，短期内可自愈。

（二）中型：起病急者症状多较重，突然发冷，随即发热，衰竭；可有呕吐，面色苍白，黄疸明显；排出暗红色酱油状尿，持续2～3天后，尿色逐渐变淡，渐渐恢复正常。

（三）重型：来势凶猛，有高热，迅速出现严重的进行性贫血，伴有黄疸及大量暗红色酱油状尿，神志常昏迷不清，出现惊厥、休克等症状。

诊　断

遇有乳幼儿期的急性溶血性贫血，特别在新鲜蚕豆上市季节，若有食或接触蚕豆史，首先应考虑本病。

防　治

（一）蚕豆上市季节，应做好宣传工作，对过去患有蚕豆病史者，应禁食蚕豆。

（二）轻型病人不再进食蚕豆或接触花粉，多可不治而愈。重轻病人应立即送往有条件的医院进行输血治疗，一般输一次血即可，按每公斤10～20毫升作静脉滴注，偶需输血两次者。对于严重病例，可加用氢化可的松4～8毫克/公斤/日，加于10%葡萄糖溶液中静脉滴注；或强的松1～2毫克/公斤/日，分三次口服。一般激素连用2～3天。同时补充维生素B_1及C。口服碳酸氢钠4～6克/日，使小便呈碱性。

（三）中草药

1.车前草、鼠曲草、凤尾草、绵菌陈各1两，水煎代茶。

2.当归、生地各5钱，白芍、藕节各3钱，白茅根、仙鹤草各1两，大枣5枚，松针适量煎服，有一定疗效。目前有些地方用中草药治疗，不输血，取得了可喜的成效。

3.重型病例，如高热、烦躁，神昏，可用犀角地黄汤加减。

第十三节　高　　热

高热指体温超过39℃以上(口温)，是人体对致病因子的一种强烈反应，其病因多为感染所致。

病因分类

小儿高热的病因复杂，大多数为突然起病，于数小时内突然升高达39.5℃(肛表)以上；有的低热1～2天以后又突然升高；亦有起病徐缓，持续达2周以上而为长期高热者。急性高热最常见的原因为细菌性或病毒性感染，其中以呼吸道炎症居首位，胃肠道及泌尿道感染次之，各种急性传染病在婴幼儿期亦较多见。

(一)感染性疾病

1.呼吸系统急性感染性疾病：如上呼吸道感染，扁桃体炎，支气管炎，肺炎等。

2.急性传染病：如麻疹、水痘、流行性腮腺炎、急性菌痢、伤寒、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、脊髓灰质炎、疟疾、血吸虫病等。

3.其它：疖肿、急性淋巴结炎、败血症、急性化脓性中耳炎、急性肾盂炎、肺结核、结核性脑膜炎等。

（二）非感染性疾病：如白血病、恶性淋巴瘤，暑热症、风湿病等。

诊　断

（一）有阳性体征者：于高热时必须进行全面的体格检查，如发现阳性体征，往往诊断即可成立。如麻疹粘膜氏斑，扁桃体红肿有分泌物，肺部有水泡音，脑膜刺激征等，结合病史与必要的化验即可明确诊断。

（二）无阳性体征者：除高热外，全身体检未发现阳性体征者，可根据以下各点进行分析。

1.病史

（1）了解疾病接触史以及当地传染病流行的情况。各种急性传染病有一定的特殊的临床经过，结合发病季节，流行情况，接触史等进行分析。

（2）了解起病急慢，病程长短，热型和经过等。发病急，高热超过二周的常见于伤寒，结核病，风湿病，败血症等。

（3）伴随的主要症状：各种疾病除发热外，均伴随特殊症状，如有咳嗽，气急多属呼吸道炎症性疾病或心脏病；尿频、尿急、尿痛、腰酸等表示泌尿系统疾病。

（4）季节：冬春两季脑膜炎、麻疹、肺炎等多见；夏季多见中毒型菌痢及暑热症等，夏末秋初常见流行性乙型脑炎。

2.必要时可作白细胞计数及分类，血涂片找疟原虫，粪尿

常规，X线检查等以助诊断。

处　理

（一）卧床休息，大量饮水，给予易消化的饮食。

（二）物理降温

1.冷湿敷法：用冷水袋或冷湿毛巾放于额部或头顶部及大血管旁。

2.冷水擦澡或30～50%酒精洗擦头，颈、躯干两侧、四肢，每处擦4～5分钟。

（三）药物降温

1.复方阿斯匹林，5～10毫克/公斤/次，口服。

2.复方氨基比林，半岁0.5毫升/次；1岁1毫升/次；1.5岁1.2毫升/次；2岁1.5毫升/次；3岁以上2毫升/次，肌注。

四针刺大椎、合谷、曲池，强刺激，并可刺十宣出血或少商出血。

（五）草药验方

1.大青叶、鱼腥草，车前草各1两水煎服。

2.鲜凤尾草2两，竹叶菜5钱，鲜田边菊4两，水煎服。

3.燕子窝泥1两、田螺9个去壳、井底泥1两、青黛2分、鸡蛋2个，取蛋青调敷脐部1～2小时。

4.活蚯蚓适量，捣烂，敷涌泉穴。

（六）辨证施治

1.热在卫分：高热、恶风不恶寒，无汗或汗出不畅或渴或咳，苔薄白或薄黄，脉浮数，用银召散；咳嗽重者，用桑菊饮。

2.热在气分：高热，汗出，口渴，烦躁，尿黄，苔黄，脉洪大，用白虎汤；壮热，舌绛，用清营汤。

3.热在营分：高热，烦躁，夜寐不安，头项强直，渴不甚，舌绛而干，脉细数，用清营汤。

4.热在血分：营分症加发斑出血，口气秽浊，舌红绛，苔黄少津，脉弦细数，用犀角地黄汤。

（七）病因治疗

根据病史及体检，分析矛盾，加以确诊，针对原发疾病作进一步治疗。

第十四节　小　儿　惊　厥

俗称抽风，是小儿常见急症之一，3岁以下小儿多见。因小儿大脑发育尚未完善，调节功能不健全，受疾病或外界因素刺激时易发生惊厥。表现为：轻者有短暂的意识丧失，或局部肌肉不随意抽动；重者则意识突然丧失，两手紧握，全身或局部肌肉强直性或阵发性痉挛，眼球固定或向上翻，呼吸浅而不规则，有时摒气或面色青紫。一般经数秒至数分钟即自行停止，少数可反复发作或持续发作不止。祖国医学属“惊风”范畴。

鉴别诊断

一般可按无热、有热分类。

（一）无热惊厥

1.低血钙：多见于人工喂养及多胎次的婴儿，以及母亲妊娠反应重或有缺钙病史者。在发作间歇，病儿一般情况较好。

2.低血糖：常在清晨早饭前发生，或有饮食不足史，呕吐史等。表现为：出冷汗，白色苍白，疲乏，心跳及脉搏缓慢，严重的甚至昏睡、昏迷或惊厥。

3.破伤风：多见于老法接生的新生儿，或者1～2周前曾有外伤史者。

4.癫痫：好发在7岁左右的儿童，大部分有过去发作史，发作停止后，神态如常。

5.中毒：有农药中毒及食物中毒史。

6.产伤：新生儿颅内出血、窒息、颅脑外伤等。

（二）有热惊厥

1.高热惊厥：多发生于上呼吸道感染、流感等。6个月至3岁小儿多见。惊厥常发生于高热起初数小时内，一般仅抽搐一次，个别患者亦可在短期内多次发作，可伴有原发疾病的症状，无神经系统后遗症。

2.脑膜炎：脑炎等中枢神经系统的感染以及中毒性脑病引起的惊厥，除高热外，常伴有剧烈头痛、呕吐、脑膜刺激征。惊厥反复发作，发作间歇期病儿仍意识不清。

治　疗

必须抓住主要矛盾，分秒必争，利用中西医结合，土洋并举的各种方法进行抢救，先设法制止惊厥，然后针对原因进行处理。

（一）制止惊厥

1.针刺人中、合谷、百会、太冲，或加针外关、印堂、涌泉，强刺激，亦可用指压法。

2.抗惊厥药物：可给予10％水合氯醛0.4毫升/公斤/次，加水一倍，灌肠；亦可用苯巴比妥钠5～8毫克/公斤/次，肌注；并可用氯丙嗪1毫克/公斤/次，肌注，以增强疗效。以上药物，可选用一种或合并使用。

（二）对症处理

严防因惊厥而咬伤舌部，可将清洁的布或纱布包裹压舌板，插入上，下门齿间。将头偏向一侧，随时清除口、鼻腔分泌物，保持呼吸道通畅，防止窒息。有憋气及青紫的，可用人工呼吸，有条件时给予氧气吸入，并用呼吸兴奋剂（尼可刹米、山梗菜碱等）。

（三）病因治疗

感染性疾病引起的惊厥，应选用有效抗菌素，迅速控制感染；高热引起者须积极降温；低血糖症则静注高渗葡萄糖液；

低钙性抽搐立即补充钙剂等。

（四）辨证施治

1.外风致痉：常见于病之初期，发热，烦躁或嗜睡，或呕吐，突然惊厥，苔白薄。治宜祛风止痉，方用银翘散加勾藤、菊花、石决明。呕吐加服玉枢丹。

2.热极生风：常见于病之中期，高热有汗或无汗，神昏惊厥，舌质红、苔黄。治宜清热熄风，方用清营汤合菖蒲郁金汤加减。喉有痰鸣加天竺黄；舌质红绛加麦冬、玄参；神志不清加安宫牛黄丸或紫雪丹。

3.虚风内动：常见于病之后期，低热汗出，手足蠕动，偶有抽搐，神倦，舌红少津。治宜滋阴熄风，方用三甲复脉汤合止痉散加减。

第二十七章　急症处理

第一节　呼吸心跳骤停的抢救

呼吸和心跳停止是极度危险的征象，如不及时有效的抢救病人就会死亡。我们一定要牢记毛主席关于完全、彻底为人民服务的教导，怀着深厚的无产阶级感情，争分抢秒地抢救阶级兄弟的生命，**“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”**。直到病人脱险为止。

一、呼吸骤停的抢救

（一）呼吸骤停的常见原因

1.意外事件：触电、溺水、中毒、缢死、麻醉意外等。

2.休克。

3.严重疾病引起的呼吸停止：如流脑、白喉等。

（二）抢救方法

1.人工呼吸

（1）口对口吹气法

病人仰卧，并使头部尽量后仰，张开其口，可盖上手帕或数层纱布，用手捏紧病人鼻孔，术者对准其口用力吹气，病人胸部扩张起来后，停止吹气并放松鼻孔，使其胸部自然缩回去。反复进行，每分钟16～18次，直到病人呼吸恢复为止（图27—1）。



图27—1　口对口人工呼吸

口对口吹气简便有效，同时不影响心脏按压的进行，适用于各种呼吸停止、肋骨折断或伴有心跳停止的病人。

（2）仰卧压胸法

病人仰卧，背下垫一枕头或衣服。急救者面对病人，两腿分开，跪骑在病人大腿两侧，两手平放在病人胸部两侧乳头之下，大拇指向内，靠近胸骨下端，四指自然向上伸开，借上半身的体重用力压迫病人胸部，挤出肺内空气。然后急救者身体后仰，除去压力，病人胸部依其弹性自然扩张，空气进入肺内，这样反复进行，每分钟16～18次（图27—2）。



图27—2　仰卧压胸人工呼吸

（3）俯卧压背法

使病人俯卧，一

臂前屈，头部偏向一侧，枕于臂上，以保证呼吸道畅通。腹部用枕头垫高。急救者跪伏在病人大腿两侧，面向头部，两臂伸直，两手平放在病人背部，拇指靠近脊柱，四指向外，紧贴肋骨，身体前倾，以体重压迫病人背部，将肺内空气挤出。然后身体后仰，除去压力，使胸部自然扩张，空气进入肺内，如此重复操作，每分钟16～18次（图27—3）。

此法对游泳及触电者较适宜，可使水向外流出，舌也不致阻塞咽喉。但此法影响心脏按摩的进行。

压胸及压背法均不适用于肋骨骨折病人。

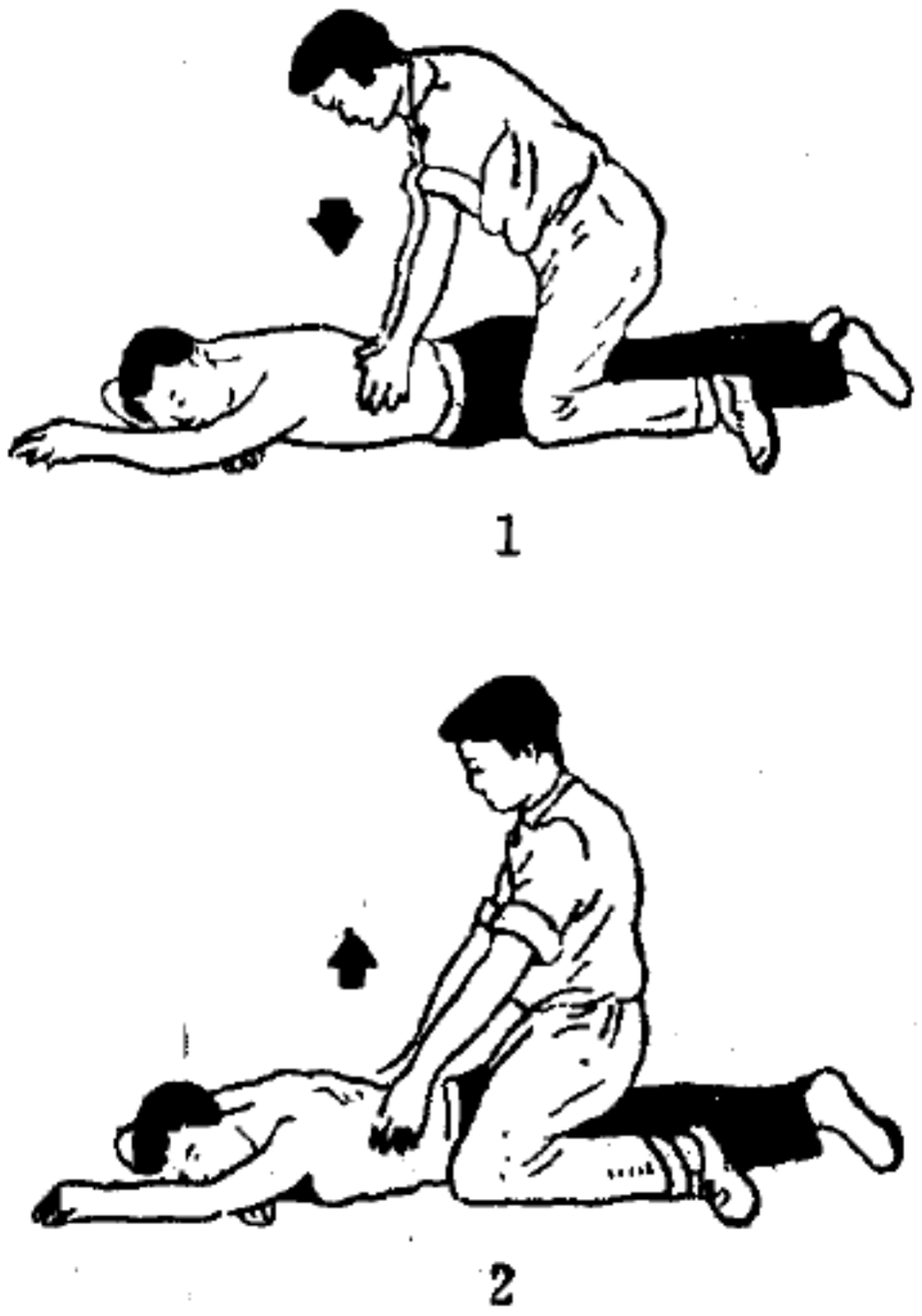


图27—3　俯卧压背法人工呼吸

2.新针疗法

常与人工呼吸同时进行。

主穴：兴奋、哑门、膻中、列缺、内关、太冲。

备穴：肺俞、足三里、天突等。

手法：重强刺激。

3.呼吸中枢兴奋药的应用

在进行人工呼吸的同时，注射呼吸中枢兴奋药，有利于自动呼吸的恢复。常用的呼吸中枢兴奋药有：

（1）尼可刹米（可拉明）主要是直接兴奋延髓呼吸中枢，

使呼吸加深、加快，在呼吸中枢抑制的情况下作用更明显。对血管运动中枢也有兴奋作用。

常用的制剂：注射剂每支装1.5毫升，含尼可刹米0.375克。每次用量为 0.375～0.75 克。（小儿每次每公斤体重 10～15 毫克），每隔 1 ～ 2 小时皮下或肌注一次。情况危急可作静脉注射，用量根据病情酌情增加。

（2）山梗菜碱（洛贝林）

通过刺激颈动脉体的化学感受器，反射地兴奋呼吸中枢，使呼吸加深加快。

常用制剂：注射剂每支装 1 毫升，含洛贝林 3 毫克。每次用量为 1 ～ 2 毫升(小儿 1 ～ 3 毫克)，用法同上。可与尼可刹米交替使用。

（3）苯甲酸钠咖啡因（安钠加）

用小剂量时只使大脑皮层兴奋；用中等剂量能兴奋延髓呼吸中枢和血管运动中枢，使呼吸加快、加深，血压回升；大剂量能使脊髓神经兴奋，引起强直性肌内痉挛。

常用制剂：注射剂每支装 25% 溶液 2 毫升，含安钠加 0.5 克，皮下或肌肉注射。紧急情况下，可每 1 ～ 2 小时注射一次。常与尼可刹米交替使用。

（4）回苏灵　直接兴奋呼吸中枢。

常用制剂：注射剂每支 2 毫升，含回苏灵 8 毫克，供肌注或静注（用葡萄糖或生理盐水稀释）每次用量 8 毫克（静滴 8—16毫克/次）。小儿每次 2 ～ 8 毫克。惊厥病人慎用。

二、心跳骤停的抢救

(一)心跳骤停的常见原因

除同呼吸骤停原因外，还有：

1.心脏病。

2.电解质紊乱，如高血钾症等。

(二)抢救方法

1.胸外心脏按压

将病人平放在木板床上，头部稍低，急救者站在病人一侧，将一手的掌跟放在胸骨下端，另一手复于其上，借急救者上身的体重，向胸骨下端用力加压，使其下陷 3 厘米左右，随即放松，让胸廓自行弹起。如此有节奏地按压，每分钟60～80次。急救如有效果，病人肤色即可恢复，瞳孔缩小，颈动脉搏动可摸到，自发性呼吸恢复。心脏按压常之人工呼吸同时进行。(图27—4)。如由一个人同时作人工呼吸和胸外心脏按压，则用仰卧压胸法和胸外心脏按压按 4:1 进行，即作四次胸外心脏按压，再作一次人工呼吸。

2.心内药物注射

如果经短时间的心脏按压仍未见心跳恢复，则需配合心脏内急救药物的注射，首选药物是 0.1% 肾上腺素1毫升，其次是

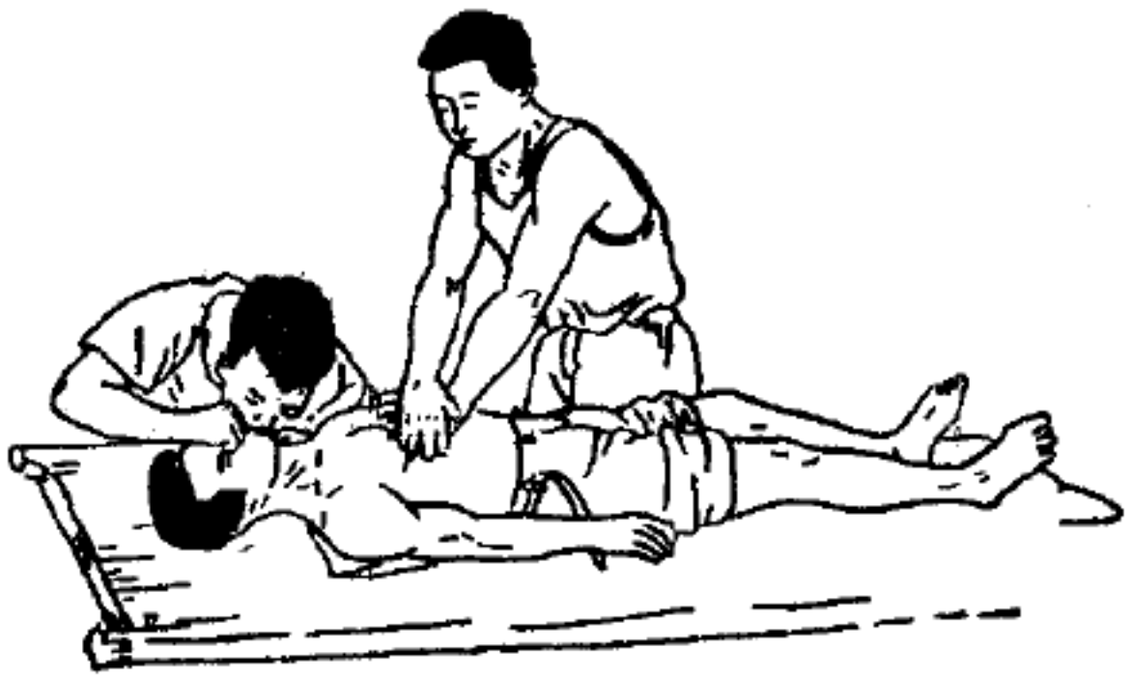


图27—4　胸外心脏按压法

异丙肾上腺素0.1～0.25毫克（加50%葡萄糖1～2毫升）或阿托品1毫克及中枢兴奋剂等行心内紧急注射。心内注射的操作是用无菌注射器及长针头，抽好所需药液，排尽针筒内空气，常规消毒皮肤；右手持针于第四肋间胸骨左缘1.5～2厘米处，沿肋骨上缘垂直慢慢刺入4～5厘米，抽出血液后，迅速注入药液，注完后快速拔针，盖上消毒纱布，继续胸外心脏按压，数分针后如仍无心跳，可重复注射。

3.新针疗法

（1）主穴：哑门、人中、兴奋、内关、足三里。

（2）备穴：大椎、膻中、涌泉、心俞。

（3）手法：重强刺激。

三、注意事项

（一）进行人工呼吸及心脏按压时，必须发扬“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”的精神，积极地抢救病人，直到呼吸与心跳恢复正常或出现尸僵、尸斑为止。

（2）进行人工呼吸前，应解开病员的裤带，领扣及过紧的衣服；口腔内如有假牙、泥土、血块、粘液等物，应先取出。如果舌头后缩，应设法拉出，以保证呼吸道的通畅。

（三）用力不宜过大过猛，以免损伤肋骨及内脏。

（四）对心脏和呼吸同时停止的病员，要同时进行人工呼吸与心脏按压。

（五）呼吸心跳停止后，由于缺氧，可导致心、脑、肾的损害和酸中毒，应作相应处理，并积极治疗原发病。

第二节　急性中毒

一、急性中毒的诊断及处理原则

急性中毒是临床常见急症之一，其发病原因很多，侵入途径可通过呼吸道、消化道及皮肤。当毒物进入人体后，就侵犯某些器官及组织，引起机能上及器质性的改变，如不及时处理和抢救，可严重地危及到人体的健康或生命。

诊　断

(一)询问病史　凡遇急性中毒患者，不论其神志清楚与否，均应详细询问陪送人员。病人清楚的，要询问本人。询问要点如下

1.毒物进入人体的途径及时间，毒物的种类、名称、剂量，中毒症状发作的时间及经过。

2.对不知名称的毒物，应询问其形态、颜色、气味、来源、用途，加以分析、推断是何种毒物或深入了解现场，寻找毒物的证据。

3.了解患者原有疾病史及日常用的药物。

(二)体格检查　首先注意下列各点，以便采取紧急措施，然后再作一般检查。

1.口唇及皮肤颜色，皮肤弹性及干燥程度，肌肉有无抽搐，身上有无药渍，呕吐物性质及气味。

2.瞳孔大小及反应。

3.体温高低，血压、脉搏、心率及节律，呼吸快慢、节律气味如何。

（三）必要时将剩余毒物或留取呕吐物、尿、粪、血等送化验，进行毒物分析。

根据以上材料，加以思索和分析，迅速作出诊断。

急性中毒的处理原则

（一）除去毒物及延缓毒物的吸收，根据毒物侵入的途径，采取不同的措施。

1.吸入中毒　立即将患者撤离中毒现场，置于空气流通的地方，必要时输氧或进行人工呼吸，有喉头水肿严重呼吸困难者，应作气管切开。

2.皮肤粘膜接触中毒　脱去污染的衣服，清除皮肤、唇、面的毒物。酸性毒物用碱性溶液如2～5％碳酸氢钠、淡肥皂水冲洗；碱性毒物用2～5％醋酸冲洗。

3.口服中毒

（1）催吐　催吐时患者意识必须清楚。

①用手指、压舌板、筷子刺激咽部。

②用大量温盐水口服引吐，可用食盐半两加水500毫升。

③硫酸铜0.5克加水成淡蓝色，口服引吐。

（2）洗胃　洗胃前最好先催吐。一般洗胃在服毒4～6小时内最有效。如服毒量大或服毒物过多，就是超过6小时以上，仍应坚持洗胃，一次洗胃用水4000～5000毫升。

①毒物不明者　最好用温开水洗胃或加少量食盐。

②有机磷类　用2%碳酸氢钠液（敌百虫中毒忌用）。

③氯化物，巴比妥类　可用1:5000的高锰酸钾溶液。

（3）促进毒物的排泄。

①导泻　一般于洗胃或催吐后进行，可用50%硫酸镁50毫升（小儿每次每公斤体重0.20～0.25克），用大量温开水送服。体弱或强酸、强碱等腐蚀性毒物中毒者忌用。禁用油类泻剂。

②盐水高压灌肠　尤其对已服毒2～3日者更应考虑；

③可饮浓茶利尿或输液促进毒物的排泄，用10%葡萄糖静脉滴注。如尿量过少，可静脉推注50%葡萄糖60～100毫升或20%甘露醇或25%山梨醇100～250毫升。

（二）解毒剂

1.一般解毒剂

（1）中和剂：强酸中毒用氢氧化铝凝胶中和；强碱中毒用稀醋酸、淡醋中和。但口服强酸中毒者，禁用碳酸氢钠溶液口服。

（2）沉淀剂：2～4%鞣酸或浓茶，适用于生物碱或重金属中毒。

（3）保护剂：蛋白水、面糊、豆浆、花生油等，能保护和润滑消化道粘膜，适用于强酸、强碱中毒。

（4）氧化剂：生物碱中毒常用高锰酸钾溶液洗胃。

（5）吸附剂：如用活性炭10～20克内服，对生物碱类有吸附作用，经1～2小时后可再服。

（6）甘草绿豆汤：生绿豆半斤，甘草2两，以绿豆泡水，

压碎榨汁，用甘草煎汤，调绿豆汁服，治疗各种中毒。

2.药理作用拮抗剂：如新斯的明，可拮抗阿托品类药物中毒；印防己毒素，可拮抗巴比妥类药物中毒，阿托品可拮抗有机磷中毒等。

3.特殊解毒剂：汞、砷等重金属中毒可用二巯基丙醇解毒；有机磷中毒用解磷定解毒；铅中毒有用依地酸钙钠解毒；亚硝酸盐中毒、及氰化物中毒用亚甲兰(美兰)；毒蕈中毒用阿托品等。

(三)对症治疗

1.烦躁、谵妄或抽搐者可选用苯巴比妥0.03～0.1克口服，10%水含氯醛10～20毫升口服或灌肠、阿米妥0.3克口服等。

2.腹痛呕吐者注射阿托品及新针疗法（取穴：中脘、足三里、内关、天突）。

3.体液平衡失调及酸中毒应予及时补充水及电解质，纠正酸中毒（给予乳酸钠或碳酸氢钠）。

4.呼吸衰竭　肌注山梗菜碱 3 ～ 6 毫克，或尼可刹米 1.5 毫升，或苯甲酸钠咖啡因 2 毫升等，每 1 ～ 2 小时交替注射，有条件时吸氧，必要时作人工呼吸等。

5.循环衰竭　休克者抗休克治疗。心力衰竭者静脉缓慢注入毒毛旋花子苷K 0.25毫克或西地兰0.4～0.8毫克（均以50%葡萄糖20～40毫升稀释）。心动过缓可肌注阿托品0.5～1 毫克，严重者出现昏厥，抽搐可立即静注阿托品 0.5～1 毫克。心跳停止按心跳骤停处理。

6.急性肺水肿　若心衰引起，按急性左心衰竭处理。药物

本身引起者除给特效解毒剂或拮抗剂外，暂停输液或减慢速度，禁用吗啡，给予高渗葡萄糖，清除呼吸道分泌物，使用抗菌素预防肺炎。有条件应吸氧。

7.脑水肿　抬高头部，给双氢克尿噻25毫克，每日 3 ～ 4 次，尿多时应同服氯化钾 1 克。50％葡萄糖60毫升，静注，每 4 ～ 6 小时 1 次。25％山梨醇或20％甘露醇按 1 ～1.5克/公斤/次静脉快速点滴，有条件应吸氧。

8.肝脏损害：护肝。

二、有机磷农药中毒

有机磷农药包括1605、1059、乐果、3911、敌敌畏、敌百虫等，是剧毒的高效杀虫剂，对人和家畜毒性高是其最严重的缺点。常因管理不善，麻痹大意，不按规程操作等而致中毒。

(一)侵入途径及中毒机理

有机磷农药可经皮肤，呼吸道或消化道的吸收而侵入人体。一般以皮肤吸收为常见的侵入途径，但呼吸道和消化道的侵入要比皮肤吸收迅速而且完全。

有机磷侵入人体后能抑制胆碱酯酶，因而乙酰胆碱积蓄过多出现中毒症状。

临床表现

根据病情轻重，临床上可分为

1.轻度中毒：头晕、头痛、恶心、呕吐，出汗较多、无力

及视力模糊等。

2.中度中毒：除轻度中毒症状外，肌肉震颤，瞳孔缩小，多汗，流涎，腹痛腹泻，轻度呼吸困难，胸闷或紧束感，精神恍惚，走路不稳等。

3.重度中毒：除上述表现外，心跳加快，血压升高，瞳孔显著缩小如针尖大，有时可出现肺水肿，紫绀，惊厥及昏迷等，严重者可因呼吸麻痹而死亡。

预　防

必须广泛开展宣传教育，提高革命警惕性，防止阶级敌人利用农药进行破坏活动，同时要把使用农药的一些基本防护知识交给群众。应注意以下几点

1.农药的管理（购买、保管、领用，必须建立严格制度，应由专人负责。用完的空瓶及时收回，集中处理。

2.施药前，须检修施药工具，穿好长衣，长裤，戴好口鼻罩，不用手直接配药。

3.施药时，要顺风，隔行，分散施药，不吸烟，不吃东西。

4.施药后，用肥皂水洗手、洗脸，换衣服。田间须插上标记，人畜一周内不准进入。施过药的蔬菜，瓜果三到四周内不能食用。

5.老幼，体弱，妊娠，哺乳期妇女及皮肤破损者，不宜从事这一工作。

治　疗

1.消除毒物：患者立即离开现场。脱去污染衣服，用肥皂水清洗污染部位，眼部污染用生理盐水冲洗。口服者用1:5000高锰酸钾溶液或2％碳酸氢钠溶液洗胃（敌百虫口服中毒，不能用碱性溶液洗胃）。

2.迅速给予解毒剂：用阿托品及胆碱酯酶复活剂如解磷定、氯磷定等。解磷定仅限于静脉使用；氯磷定的药效及剂量与解磷定相似，可供肌肉及静脉注射。

轻度中毒者单独用阿托品或胆碱酯酶复活剂；中度及重度中毒者应两者并用。

（1）阿托品的具体用法参考下表：

中毒程度	轻　　度	中　　度	重　　度
剂量及用法	1毫克皮下注射或口服	1—2毫克皮下注射或静脉注射	2—3毫克静脉注射
间隔时间	30—60分钟	15—30分钟	10—30分钟
平均用量	2—5毫克	10—18毫克	20—65毫克

注：①小儿阿托品剂量以0.03—0.05毫克/公斤/次计算。

②阿托品用量一般以出现少汗，流涎消失，瞳孔开始散大，颜面轻度潮红时，可渐减量及延长间隔时间。

（2）胆碱酯酶复活剂的应用，以解磷定为例，具体用法参考下表：

中毒程度	轻度	中度	重度
剂量	0.4—0.5克	0.8—1.0克	1.0—1.2克
间隔时间		1—2小时，静脉注射或滴注0.4—0.8克	30分钟后可重复一次，以后每小时静滴0.4克
注射次数或持续时间	1次或不用	约用6小时	至少6小时以上

注：①胆碱酯酶复活剂的用量以主要症状显著好转或基本消失时，可延长间隔时间或停用。

②小儿剂量以15～30毫克/公斤/次计算。

3.对症治疗

（1）保持呼吸道通畅，有呼吸困难，发绀或呼吸功能衰竭时应给氧，使用呼吸兴奋剂如山梗菜碱、尼可刹米。分泌物多时注意吸痰，呼吸停止按呼吸骤停抢救。

（2）有循环衰竭者，可应用升压药。

（3）纠正水及电解质紊乱和酸中毒。

（4）有惊厥症状，可用巴比妥类药物或氯丙嗪。

（5）有肺水肿或昏迷者，应给抗菌素预防感染。

4.单方

（1）甘草滑石粉法　初次以甘草4两煎汁，冲服滑石粉5钱，10分钟后再以甘草煎液，冲服滑石粉2钱，再隔15分钟重复给药一次。每次均冷服，不宜热服。可连服5～6次。对各型中毒有效。

（2）金鸡尾、金银花各4两、甘草2两、水煎服，解毒效

果明显。

注意

1.绝对忌用吗啡等麻醉剂。

2.禁止食用牛奶、油脂等含脂肪的食物。

3.抢救过程中要提高警惕，轻度中毒或症状已经消失者，也应继续观察至少24小时，遇有病情恶化，以便立即抢救。

4.轻度中毒病人病愈，至少停止接触有机磷农药3周，中度中毒病人至少三个月。

三、有机氯农药中毒

有机氯农药包括滴滴涕(二、二、三)、六六六，毒杀芬等。

中毒原因及途径

(一)因防护不注意，主要通过皮肤吸收而中毒，其次是通过呼吸道而中毒。

(二)食了残留有机氯农药的食物而引起中毒。

(三)误服。

中毒表现

(一)轻度中毒：有头痛、头晕、视力模糊、恶心、呕吐、腹痛，偶有肌肉不自主动作等。

(二)中度中毒：多在中毒后1～2小时内发病，极度出汗、流涎、呕吐、震颤、抽搐、心悸等。

(三)重度中毒：呈癫痫样发作，上下肢肌肉呈强烈的强直性收缩及眼球上翻，发作次数可能多次，发作后多有精神的改变，如健忘，失去定向能力等。大量吸入时有可能发生呼吸道

症状，严重者可发生肺水肿。

(四)体查有腱反射亢进，动作不协调，眼球震颤，心动过速及心律不齐等。

实验室检查，有蛋白、红细胞及管型尿。

预　防

与有机磷农药中毒预防相同。

治　疗

(一)立即脱离中毒场所，呼吸新鲜空气，如为皮肤污染，立即用肥皂及大量清水洗涤，并脱去污染的衣服。

(二)口服中毒者用弱碱液，如2％碳酸氢钠洗胃，并给50％硫酸镁30～50毫升导泻。忌用油类泻剂，因有机氯农药易溶于油剂中，以免增加毒物吸收而加深中毒症状。

(三)药物治疗：

1.抽搐痉挛时静注10％葡萄糖酸钙，或用解痉镇静剂，如巴比妥类药物，必要时肌注苯巴比妥钠。

2.呼吸困难时用呼吸兴奋剂如可拉明、咖啡因等。

3.静脉滴注10％葡萄糖或10％葡萄糖生理盐水，以加强解毒作用及毒物排出。

4.有机氯杀虫剂落入眼内时宜用温水、生理盐水或2％碳酸氢钠溶液进行冲洗。

5.慎用肾上腺素，以免发生心室纤颤。

四、一氧化碳中毒

又称煤气中毒。含碳的物质在燃烧不完全时都可以产生一

氧化碳。冬季室内以炭火，煤火取暖或家用炉灶，在通风不良，氧气不足，燃烧不全时，可产生大量一氧化碳而发生中毒。

一氧化碳是无色、无臭、无刺激性的气体，所以人体吸了一氧化碳还不知道。一氧化碳经呼吸道进入血液与血红蛋白结合成碳氧血红蛋白，使血红蛋白减弱或失去了携带氧气的作用，造成缺氧。

临床表现

（一）轻度中毒：有头痛、头昏、恶心、呕吐、心悸、颞部搏动感，即时离开中毒环境，吸入新鲜空气后，症状迅速消失。

（二）中度中毒：除有上述部分症状外，患者可进入昏迷，面呈桃红色，呼吸和脉搏增快，瞳孔对光反射正常或稍迟钝，如及时抢救，可脱离昏迷状态而无明显并发症或后遗症。

（三）重度中毒：出现深度昏迷及瘫痪，有呼吸增快，甚至呼吸衰竭，脉快而弱，血压下降，皮肤粘膜呈桃红色，肌张力增强，腱反射亢进，出现病理反射。如昏迷时间较长较深，可有智力迟钝，记忆力减退，痴呆，甚至肢体瘫痪等后遗症。

诊　断

有一氧化碳接触史，结合临床特点，即可诊断。如病史不清楚的昏迷患者，诊断有困难时，可取血作碳氧血红蛋白测定以协助诊断。

蒸馏水10毫升加患者血液 3 ～ 5 滴，如有碳氧血红蛋白存在，煮沸后仍为红色，而正常血液则呈褐色。

预　防

广泛宣传预防知识，冬季取暖要注意室内通风，睡前将炉子搬出室外。生产场所要注意通风和排气。

治　疗

(一)迅速将患者移至新鲜空气流通处，解开衣扣，注意保暖。

(二)呼吸停止者行口对口人工呼吸。心搏骤停时应迅速行胸外心脏按压，心内注射肾上腺素及人工呼吸，直到呼吸、心跳完全恢复。有条件时应予氧气吸入。

(三)注射中枢兴奋剂，如山梗菜碱、苯甲酸钠咖啡因或可拉明等。

(四)昏迷者可针刺人中、少商、十宣、涌泉等穴。昏迷时间较长者，可静脉注射50%葡萄糖或20%甘露醇，以防治脑水肿。

五、毒蕈中毒

毒蕈产于山林阴湿地方，种类很多，约有100多种，每种毒蕈含有一种或多种毒素，中毒症状因所含的毒素不同而异。可因误食造成中毒。

临床表现

(一)胃肠症状：恶心、呕吐、腹痛、腹泻。

(二)肝脏损害：开始有胃肠症状，以后出现黄疸、出血、肝肿大及压痛，可因急性肝坏死、肝昏迷而死亡。

（三）类霍乱症状：剧烈吐泻、腹痛、大便呈洗米水样，出现严重脱水及电解质紊乱，中毒症状显著，可出现休克、尿少、无尿、急性肾功能衰竭。

（四）溶血症状：急性贫血、黄疸及血红蛋白尿。

（五）中枢神经症状：幻觉、谵妄、抽搐、精神异常等。

（六）植物神经症状：流涎、多汗、瞳孔缩小、呼吸急促、心功过缓、有急性肺水肿，可死于呼吸衰竭。

预　防

主要为鉴别食用蕈与毒蕈。无毒的食用蕈多呈白色或棕黑色、肉质厚软、表面平滑而带丝光。毒蕈颜色大多鲜艳，形状特殊，蕈盖与蕈柄上有疣点、斑点或裂沟，有时流浆并发粘，蕈盖肉质薄而带苦味，蕈柄上有蕈轮，根部有囊胞，采集后大多容易变色，夜间可能发磷光。

毒蕈不准采售，以防中毒。

治　疗

（一）立即用1:5000高锰酸钾溶液或浓茶水等反复洗胃，洗胃完毕后一次灌入通用解毒剂20克（含活性碳2份，鞣酸 1 份，氧化镁1份），再用硫酸镁20～30克导泻，以排除进入肠中的毒物。

（二）可用大量温水作清洁灌肠。

（三）剧烈吐泻者应及时补液，纠正酸中毒。

（四）出现溶血及血红蛋白尿者，可给予皮质激素类药物，强的松 10～20 毫克，口服，每日 3 次；或静滴氢化考的松200

～300 毫克。并口服碳酸氢钠 1 ～ 2 克，每日 3 ～ 4 次。如贫血严重，送医院输血。

（五）静脉注射高渗葡萄糖，口服谷氨酸及维生素 B、C、K 以保护肝脏。肝昏迷者按肝昏迷处理。

（六）有流涎，腹痛及瞳孔缩小等症状，可皮下注射阿托品 0.5～ 1 毫克，必要时可重复应用。

（七）甘草 1 ～ 2 两，绿豆 1 ～ 4 两，水煎服。

六、钩吻中毒

钩吻又名水莽草、断肠草，是一种有毒的野生植物，含钩吻素。内服容易中毒。

临床表现

中毒症状主要表现在神经系统。

服后立即或半小时后发生毒性症状，症状随毒素逐渐吸收而加重，严重者可于 1 ～ 8 小时内危及生命。

（一）胃肠道刺激症状：有口腔、咽喉和腹部灼痛，流涎、恶心、呕吐、腹泻（或便秘）、吞咽困难等。

（二）眼部症状：有复视、视力减退、瞳孔散大、甚至无光感而失明，眼肌弛缓、调节消失及上睑下垂。

（三）神经肌肉症状：眩晕、言语含糊、肌无力或震颤、动作不协调、步态不稳、颜面及咽部肌肉呈强直性痉挛而致吞咽困难。

（四）呼吸循环系统症状：早期心跳缓慢，以后可加快，呼吸早期快而深，以后逐渐变慢而浅，且不规则。呼吸困难、体

温下降、血压下降、四肢冰冷，可因呼吸麻痹而死亡。

治　疗

（一）立即洗胃、导泻、灌肠。

（二）新鲜羊血200～300毫升，趁热灌服，共1～2次。或鸭血与黄荆叶同捣灌服。

（三）兴奋呼吸中枢。注射山梗菜碱或咖啡因，必要时吸氧或人工呼吸。

（四）对症、支持疗法：补液，血压下降用升压药。如患者有瞳孔扩大、口渴严重，而无恶心、呕吐及腹痛，似有颠茄类药物作用时，可给予新斯的明1毫克，加入葡萄糖溶液稀释，作静注及重复肌注，至症状消失。

（五）草药单方：用三黄（黄柏、黄连、黄芩）、甘草；或黑大豆四两，煎水服（20次）。

第三节　昏　迷

是中枢神经活动受到严重抑制所产生的意识丧失的严重状态。昏迷可分为浅昏迷和深昏迷：浅昏迷患者意识丧失，各种反射可不完全消失，如角膜反射，瞳孔对光反射存在等。深昏迷则各种反射均消失，仅有呼吸、心跳存在。

病　因

（一）脑部疾患：脑溢血、脑瘤、脑外伤、癫痫等。

（二）感染：脑膜炎、脑炎、败血症、中毒性肺炎、中毒性菌痢等。

（三）代谢紊乱：糖尿病酸中毒。低血糖，尿毒症，肝昏迷等。

（四）中毒：如农药、食物，安眠药中毒等。

（五）物理因素：中暑，触电和溺水。

在一般的急症昏迷病人中，以中毒，感染和脑血管疾病所引起的最为多见。

诊　断

（一）病史　向家属或陪人了解。

1.昏迷发生前的情况及病人所处的环境；是否服过药物或其它特殊物品；有无外伤或触电史；有无传染病接触史等。

2.昏迷发生的缓急及伴随症状：急性的常见于癫痫、脑溢血、脑炎等。缓起的多发于尿毒症、肝昏迷、颅内肿瘤等。

是否伴有失语，偏瘫、高热惊厥呕吐等。以往是否有心、肝、肾疾病或高血压病等。

（二）检查

应特别注意观察体温、呼吸、血压、瞳孔、皮肤、有无瘫痪及脑膜刺激征等。

1.呼吸和气味：深快呼吸见于酸中毒，鼾声呼吸见于脑溢血、癫痫等，呼吸有烂苹果味见于糖尿病酸中毒，呼吸有酒味为酒精中毒，有尿味见于尿毒症，肝臭味为肝性昏迷，蒜臭味为有机磷农药中毒等。

2.皮肤改变：皮肤干燥而温度高可能是中暑，头部有伤痕或血肿应考虑为脑外伤，有水肿可能为尿毒症，有出血点或瘀斑

应考虑败血症，皮肤黄染则可能是肝昏迷。

3.瞳孔变化：有机磷农药中毒，安眠药中毒，瞳孔缩小；酒精中毒，一氧化碳中毒瞳孔扩大；脑溢血、脑水肿、脑肿瘤两侧瞳孔大小不等。

4.有面瘫和一侧肢体瘫痪则见于脑部疾患，颈项强硬及脑膜刺激征见于脑炎、脑膜炎等。

5.肝脾肿大伴腹水者应考虑肝性昏迷。

鉴别诊断

（一）昏迷急起伴高热及脑膜刺激征。发生在冬春季者多见于流脑；发生在 7 ～ 9 月份多为乙脑。

（2）昏迷伴急起高烧而无神经系统体征见于

1.中毒性菌痢：①夏秋季多见；②突然惊厥、休克；③有脓血便或灌肠后灌出物镜检发现脓细胞及红细胞。

2.中毒性肺炎：①咳嗽、呼吸困难；②休克；③肺部体征。

3.中暑：①多有在烈日或高温下工作史；②皮肤灼热干燥。

4.败血症：①有原发病灶；②皮肤粘膜有出血点；肝脾肿大，或见轻度黄疸。

5.脑型疟疾：①多见于疟区或有疟区居住史；②多发于夏秋；③脾肿大；④贫血；⑤血抹片可找到疟原虫。

（三）脑部疾患常见于

1.脑溢血：①多见于老年人，有高血压病史；②起病急骤，

鼾声呼吸；③瞳孔大小不等，半身不遂。

2.颅内肿瘤：①发病缓慢；②昏迷前多先有较长时期逐渐加重的头痛、呕吐、视力减退及神经系统症状。

3.脑外伤：有脑外伤史。

(四)代谢素乱见于

1.尿毒症：①有失水，失血，泌尿道阻塞肾脏病史；②高血压、浮肿、呼吸深快变为深慢，呼吸有尿味；③昏迷前有食欲不振，恶心呕吐、少尿或无尿；④昏迷呈缓起。

2.低血糖：①多突然发生；②昏迷前有饥饿感、头昏、软弱、微汗；③注射高渗葡萄糖后迅速苏醒。

3.肝性昏迷：①有肝脏病史；②有黄疸；腹水，呼吸有肝臭等肝脏疾病体征。

4.**糖尿病**：①有多饮、多食、多尿及消瘦病史；②昏迷前有食欲不振、恶心呕吐；③呼吸深大，有烂苹果味。

(五)中毒、中暑及其它物理因素所致昏迷只要根据其病史均不难诊断。

治　疗

昏迷病人应尽快地争取时间作出诊断，密切观察病情，积极抢救，或立即转送医院。

(一)一般治疗：保持呼吸道通畅，昏迷时间长的病人要常更换体位，以防褥疮，要注意水分及营养补充等。

(二)对症治疗

1.呼吸衰竭：可拉明0.375克，每4～6小时一次，肌注；

或洛贝林、回苏灵交替使用。

2.颅内压增高：静注50%葡萄糖40—60毫升或其他脱水剂（如甘露醇，山梨醇等），以降低颅内压。

3.血压下降，用升压药。

4.有条件吸氧。

(三)新针治疗

主穴：人中、十宣、合谷。

备穴：内关、足三里、百会。

(四)病因治疗

找出发病原因而治疗原发病。

(五)草药单方：

1.皂角2两(火煨)，蟑螂5个，泥蜂窝1个，蚯蚓三条，冷饭适量，共捣烂敷脐部。

2.生菖蒲2钱，生艾叶2钱，四季葱5根，生姜5片，麻油、醋各适量，前四味捣烂，加后二味炒热布包，乘热从头至足熨擦。

(六)常用中成药　治宜开窍苏醒，深昏迷鼻饲：

(1) 安宫牛黄丸

适应症　热闭：神昏谵语、身热、烦躁不安，以及小儿惊厥。

服法　每次一丸，每日1～3次、温开水送下。小儿酌减。孕妇慎用。

(2) 至宝丹

适应症　痰热内闭、神昏谵语、身热烦躁、痰盛气粗，以

及小儿诸症。

服法　每服一丸、每日 1 ～ 2 次、孕妇忌服。

(3) 紫雪丹

适应症　高热烦躁、昏狂谵语、抽搐、口渴唇焦、尿赤便秘，以及小儿热甚惊风。

服法　每次五分至一钱，每日 1 ～ 2 次，凉开水调服。小儿酌减，孕妇忌服。

(4) 苏合香丸

适应症　寒闭，猝然昏倒、不省人事、痰壅气闭。

服法　每服一丸，每日 1 ～ 2 次，孕妇忌服。

第四节　休　克

休克是人体受到有害因素强烈袭击后出现的危急综合征。其基本病理改变为有效循环血量急剧减少，微循环障碍，因而重要生命器官灌流量不足。典型的临床表现有：脸色苍白，四肢湿冷，脉搏快弱、血压下降等。如不及时救治，患者可迅速趋于衰竭和死亡。

病因分类

(一)出血性休克：常见于各种原因所致的内、外大出血。如脾破裂、溃疡病出血等。

(二)失水失盐性休克：常见于导致严重呕吐腹泻的疾病。如急性胃肠炎，肠梗阻等。

(三)创伤性休克：主要由于①强烈的疼痛刺激反射性地引起小动脉扩张；②损伤组织分解产物的扩张微血管作用；③损伤局部的失血或大量血浆渗出；使有效循环量减少所致。常见于严重烧伤，骨折，血气胸、挤压伤，各种大手术等。

(四)过敏性休克：抗原抗体反应使扩张血管物质增多，直接作用毛细血管使其扩张。常见于青霉素和血清制剂过敏等。

(五)中毒性休克：常见于败血症，中毒性痢疾，中毒性肺炎，弥漫性腹膜炎等严重感染性疾病。

(六)心原性休克：由于心收缩力减弱，造成急性心搏血量减少，脏器灌流不足所致。常见于心肌梗塞、白喉性心肌炎，急性心包积液等。

临床表现

休克是一个迅速发展，连续变化的病理过程，但在临床上可人为地分出兴奋期、抑制期和休克晚期三个阶段。

(一)兴奋期 (休克早期)此期时间较短。临床表现为：烦躁不安、面色苍白、四肢发冷、出汗、心跳加快，脉搏有力、血压正常或脉压缩小等一系列中枢神经与交感神经兴奋及肾上腺髓质分泌增多的现象。

(二)抑制期(休克期) 病人因有效循环血量急剧减少，血压下降，出现一系列器官供血不足、组织缺氧现象。临床表现为：表情淡漠、反应迟钝、面色苍白、口唇发绀、呼吸急促、皮肤湿冷、表浅静脉下陷、脉搏快弱、少尿、无尿等。

(三)休克晚期 病人的意识状态由清醒逐渐陷入昏迷、心

肌收缩力逐渐减弱，血压持续下降为此期的特征。

诊断和鉴别

病人出现典型的休克表现，诊断并不困难。关键在于早期发现，早期诊断。

对严重创伤、出血、感染、脱水的病人要充分估计发生休克的可能性，注意病情的变化。血压是观察休克的重要指标。一般认为收缩压低于90毫米汞柱或脉压小于20毫米汞柱应考虑有休克。血压愈低，休克愈深；低血压时间愈长，休克愈严重。

晕厥与休克的本质不同，为一时性的脑贫血。病人突然头晕、面白、出汗、甚至意识不清，一般无明显血循环障碍。经平卧休息，短时间内即可自行恢复。

预　防

（一）坚强的政治思想工作，树立战胜疾病的顽强意志和乐观精神，对休克的预防起重要的作用。

（二）积极处理病因是预防休克的关键，应针对病人具体情况，立即止血、镇痛，补充失血，纠正脱水、妥善包扎伤口、固定骨折、控制感染及坚持做过敏试验等。

（三）要注意病人的休息和营养；需要转送者，力求做到轻快，冬天保暖，夏天防暑，尽量防止沿途的颠簸。

治　疗

先将病人安置在安静的地方，一般采用平卧位。防止受凉

或受热，高热者宜降温。尽量避免不必要的搬动。可静脉推注50%葡萄糖60毫升，并根据情况进一步处理。

(一)病因治疗 控制病因，是抗休克的先决条件。失血应及时止血和补充血容量；创伤性休克应止痛，包扎伤口，固定骨折；中毒性休克应控制感染；心源性休克应设法改善心脏功能，过敏性休克时，应马上肌注肾上腺素1毫克，并停药。

(二)补充血容量

血容量不足可有各种不同的情况：失血性休克主要是全血容量的缺失；损伤性休克主要是血浆容量的减少；失水失盐性休克主要是细胞外液容量不足；感染中毒性休克主要由于体液分布失调，有效循环血量减少。应根据“缺什么、补什么”“缺多少，补多少”的原则予以纠正。

(三)血管收缩剂和扩张剂的使用

常用血管扩张剂

1.阿托品：一般用量成人可按1～2毫克/次，静脉注射，每5～15分钟一次，直至患者面色潮红，四肢转暖、瞳孔散大、血压上升；此后逐渐延长间隔时间，并减量；血压维持正常4小时以上即可停药。

2.异丙基肾上腺素：可增强心肌收缩力和扩张小血管。常用剂量为0.1～0.2毫克/小时或1毫克溶于5～10%葡萄糖500毫升中静脉滴注，每分钟30～40滴。

3.冬眠药物：氯丙嗪有抗肾上腺素作用，异丙嗪有抗组织胺作用，因此可以调节小血管功能，从而改善微循环，降低人体代谢，耗氧减少，对中枢神经有保护性抑制作用，防止发生

高温和惊厥。常用剂量为氯丙嗪和异丙嗪各25～50毫克溶于5～10%葡萄糖250—500毫升中滴注。

常用血管收缩剂

目前倾向于仅在休克早期为了加强代偿机能，或经充分补充血容量及使用血管扩张剂后而血压仍低时，短时间，小剂量应用。

1.硫酸甲苯丁胺(恢压敏)和重酒石酸间羟胺(阿拉明)：能加强心肌收缩力，对周围血管有一定的收缩作用，但不很强烈，常用量为：恢压敏20～60毫克肌注，20～40毫克直接静注或40～60毫克稀释后静脉内缓慢滴注；阿拉明2～10毫克肌注，或每100毫升液体内加入10～20毫克静脉内缓滴。

2.去甲肾上腺素：能加强心缩力，对周围血管有强烈的收缩作用。使用后血压虽回升，但周围组织缺血情况往往不能纠正，有时反而加重。为了弥补这一点，可同时应用血管扩张药物，如氯丙嗪，分别自静脉内缓滴，并不断进行调整。另一缺点是它只能静脉使用，外漏后会引起组织坏死。去甲肾上腺素的常用量是每500毫升液体内加1～2毫克。

(四)提高心脏的排血能力

成年患者心率超过140次/分，呼吸急促，肺内啰音、肝肿大时，可给予西地兰0.4毫克或毒毛旋花子甙K 0.25毫克加入50%葡萄糖 20～40 毫升中缓慢静注，必要时 24 小时内可重复使用1～2次。

(五)纠正酸中毒 微循环功能障碍时，细胞缺氧代谢的酸性产物增多，加上肝，肾功能降低，不能及时将其转换或排泄。

因此休克进行过程中，必然有酸中毒(酸血症)。

碳酸氢钠是最常用的抗酸剂，用量多少主要取决于临床表现，一般可先输4%碳酸氢钠300毫升，以后视情况决定。

(六)其他治疗

1.吸氧。

2.防治肾功能衰竭：出现少尿和无尿，可在恢复血容量的同时，静脉滴注20%甘露醇。

第五节 中 暑

中暑俗称“发痧”。是人体对高温环境失去适应能力而产生的急性疾病。常因高热和烈日照射引起，多发生于炎热的夏季。

临床表现

中暑早期，一般都有头痛、头昏、无力、恶心、呕吐、出汗、面色苍白或潮红等症状。如治疗及时，可迅速痊愈。若继续发展，可因致热条件及机体内在因素的不同而有不同的临床表现：

(一)热衰竭

在高温环境下，机体为了加强散热，周围血管扩张，大量出汗，此时若水、盐补充不足，使有效循环量降低，导致周围循环衰竭。临床表现为：衰竭无力，呼吸表浅，面色苍白，冷汗不止，血压下降，脉搏细弱而速，体表温度不高，可有脱水表现，甚则突然昏厥。

(二)热痉挛

高温环境下，大量出汗，丢失水、盐，只给补水，未能补盐，以致血钠过低。临床特征为：腓肠肌及腹肌痉挛，引起剧痛，尤以腹肌为甚，民间俗称“绞肠痧”，痉挛时发时止，多为对称发作，体温可无改变。

(三)热射病

高热环境下，体温调节中枢机能障碍，散热困难，体温急骤上升。轻症患者，表现为疲乏、头痛、头昏、出汗、口渴、体温升高。重症患者，发病急，上述症状加重，体温不断上升，可高达40～42℃，皮肤灼热，干燥无汗，甚至神志不清或昏迷，可发生心力衰竭或肺水肿，而危及生命。

(四)日射病

头部在强烈日光下直接曝晒过久，日光中红外线穿透颅骨，引起脑膜及脑充血、水肿。临床特征为：剧烈头痛，耳鸣，眼花，恶心，呕吐。甚则谵妄，痉挛，意识模糊。

以上各型中，以热衰竭最常见，热射病最严重。各型可单独出现，也可合并出现，如热衰竭多伴有热痉挛；日射病多伴有热衰竭。

预　防

(一)加强耐热锻炼，提高抗暑能力。

(二)作好预防中暑的宣传教育工作。使广大群众掌握预防中暑的具体措施和简单急救方法。

(三)夏季在野外劳动应戴草帽，并备有充足防暑凉茶，如

0.25～0.5%浓度的盐开水；六一散茶；香薷、黄荆叶、薄荷叶煎水等。

治　疗

（一）迅速将患者移到阴凉通风处，解开衣扣，裤带，敞开上衣。让患者安静休息。并喂给淡盐水或其他清凉饮料及药物如十滴水、人丹、无极丹等。呼吸衰竭者，应用呼吸兴奋剂如可拉明或咖啡因等。

（二）热衰竭——纠正循环衰竭。

1.补充5%葡萄糖生理盐水1,000～1,500毫升。

2.血压下降者注射肾上腺素或新福林。同时可针刺素髎、内关、涌泉等穴以助升压。

（三）热痉挛——补充氯化钠。

1.轻者可口服盐开水；重者静脉滴注生理盐水500～1,000毫升。

2.刮痧疗法：用瓷质或钝的片状用具，蘸冷水，刮背脊两侧、颈部、胸胁、肩臂、膝弯等处，使皮肤出现红紫色，再用棉花蘸麻油或食油涂搽。

（四）热射病——积极降温。

头部及全身用冷水敷擦，或将患者胸部以下浸在冷水中，同时摩擦四肢，以促进血液循环。亦可用酒精擦浴并给扇风。如体温仍不降，可用冬眠灵25毫克加入5%葡萄糖500毫升静脉滴注。滴注过程中应密切观察体温、脉搏、血压、呼吸的变化，如收缩压低于80毫米汞柱者，可用去甲肾上腺素1毫克加入滴

注。或暂停滴注冬眠灵。

（五）日射病——头部降温。

头部先用温水敷，后逐渐改为冷敷，条件许可，可用冰袋。

第六节　溺水与电击伤

溺　　水

溺水是由于大量的水经口鼻进入肺内，或冷水刺激使喉头痉挛而出现窒息和缺氧的急症，如不及时抢救，可迅速死亡。

临床表现

由于窒息，脸部出现青紫和肿胀，双眼结膜充血，口、鼻充满泡沫，肢体冰冷，不省人事，瞳孔散大，呼吸停止，心跳微弱或完全停止。部分患者可因胃内充满水分而致上腹部胀大。

预　防

学习游泳是预防溺水最积极有效的措施。为了确保安全，要做到：

一、加强安全教育，有心脏病者不宜游泳，初学游泳者不要马上进入深水区。

二、加强组织领导，落实游泳锻炼的安全措施，提倡集体游泳，以免发生溺水现象。

三、教育儿童不要在井边、河边玩耍，以免发生意外。

急　救

一、排水：将病人从水中救出后，首先以最快速度使溺水者呼吸道通畅，立即撬开口腔，除去口、鼻的泥砂和杂物，用手指包以纱布，将舌头拉出口外，以免舌头回缩堵塞呼吸道。松解上身衣领，将溺水者俯卧，用衣服将其腹部垫高；或将溺水者放在急救者屈膝的大腿上，使头部下垂，并用手平压背部；也可利用自然斜坡或牛背，使溺水者头低俯卧，有利于肺内或胃中的积水顺位流出。

二、人工呼吸和心脏按摩：是抢救工作的重要措施。如呼吸、心跳停止，应立即行人工呼吸及胸外心脏按压，直到自动呼吸恢复或尸斑出现为止。

三、急救药物：在人工呼吸和胸外心脏按压过程中，可同时肌注呼吸兴奋剂或心内注射肾上腺素 1 毫克。

四、新针疗法：急救时可选用人中、内关、关元、涌泉等穴，均用强刺激，留针5～10分钟。

五、注意保暖，使用抗菌素，预防吸入性肺炎。

六、呼吸、心跳恢复后，可能出现急性肺水肿，如有发绀，呼吸困难，咳嗽，吐泡沫血性痰，肺底出现湿性罗音等现象，立即给氨茶碱0.25克加50%葡萄糖20～40毫升静注，送医院高压输氧，并使氧通过95%酒精溶液吸入。

电　击　伤

电击伤又称触电。是由于人体直接接触电源，电流通过人

体所引起的损伤。多因误触电流所致，亦可能在雷雨时为闪电击伤。

手、身上潮湿和打赤脚使用电器容易触电；衣服淋湿或在大树下避雨易被雷击。电击伤的轻重与电压高低，电流强弱和接触时间长短有关。

临床表现

(一)触电后，轻者惊慌、头昏，重者立即出现昏迷，肌肉强直性收缩，血压下降，甚至心跳、呼吸停止。

(二)局部出现深度烧伤，呈焦黄色，创面与周围正常组织分界清楚，往往有二处以上的创口，一个进口，一个或几个出口。重者创面极深，可损害深部组织，有坏死及溃疡形成。

预　防

(一)宣传安全用电知识，最好装置拉线开关。

(二)严格执行和检查安全操作制度。

(三)定期检修电气装置及劳动防护设备。

(四)雷雨时应避免在大树下避雨。

急　救

及时有效的现场急救是抢救成功的关键。

(一)迅速关闭电源开关，或用干燥的木棍、竹竿等不导电物体使触电者迅速脱离电源。

(二)呼吸及心跳停止时，立即行口对口人工呼吸和胸外心

脏按压，人工呼吸是抢救电击伤的最主要措施，必须遵照毛主席关于“**往往有这种情形，有利的情况和主动的恢复，产生于‘再坚持一下’的努力之中**”的伟大教导，克服各种困难坚持下去，非至苏醒或尸斑出现，不应轻易放弃。

（三）针刺人中、十宣、涌泉等穴位。

（四）药物：在触电者心跳未停止前，禁用肾上腺素。呼吸停止者，在人工呼吸过程中可用山梗菜碱3毫克静脉注射或心内注射。

（五）局部烧伤，清洁后给以油纱布包扎。必要时给予抗菌素以预防感染。

（六）注意观察有无因触电坠跌后引起的颅脑损伤或内脏破裂等征象出现。

（七）密切观察病情，如有呼吸节律异常，瞳孔大小不等，血压增高，脉搏减慢等脑水肿征象出现，立即通知医院来人抢救。

第二十八章　诊疗技术操作

第一节　消毒与无菌

人体的皮肤、肠胃道、呼吸道、外生殖器以及人体以外的周围环境等都是有菌的。而人体的皮下组织，肌肉、骨骼、血液、实质器官等都是无菌的。在进行手术、注射、穿刺等项操作技术过程中，为防止微生物的感染所采取的措施叫做消毒。经过消毒的器械、敷料、病人的皮肤和医务人员的双手等，不能再与未消毒的东西或地方接触，这就叫做无菌操作。无菌操作是防止感染的重要措施，必须严格遵守。

一、皮肤和粘膜消毒

(一)皮肤消毒　常规皮肤消毒可用2～3%碘酒先里后外涂擦，待碘酒稍干后，再用70～75%酒精拭去碘迹。手术部位消毒范围要大，一般距切口至少15厘米宽。

(二)粘膜消毒　粘膜可用2%红汞或1%龙胆紫涂搽消毒。病人伤口可用无菌生理盐水或1:5000高锰酸钾溶液冲洗与浸泡。会阴部可用1:5000高锰酸钾溶液冲洗或热坐浴。

二、手术者消毒

医务人员在作手术前，双手先用肥皂温水洗刷到肘上2寸，

反复三次；抹干后浸泡在70%酒精或1:1000新洁尔灭溶液中约五分钟，稍干后穿上手术衣(图28—1)，再戴手套(图28—2)。如戴湿手套，则应先戴手套后穿衣。



图28—1　穿手术衣方法

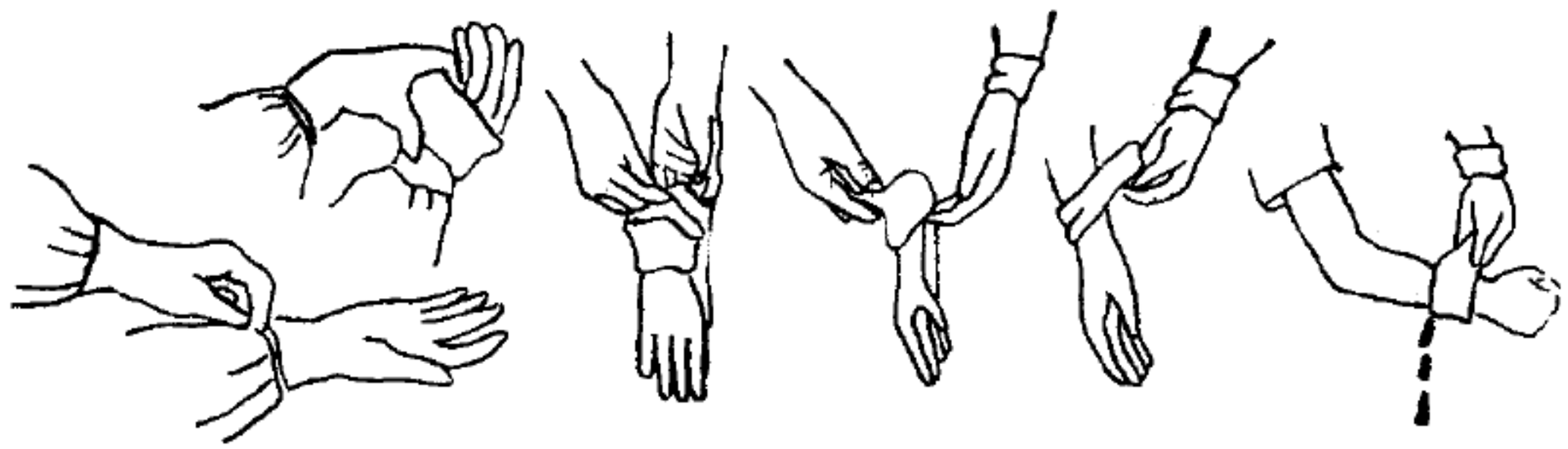


图28—2　戴手套法

三、敷料消毒

敷料或布类的消毒，可用蒸笼或蒸锅(此法也可消毒器械、玻璃等物品)，蒸至水沸后二小时即可。

四、器械消毒

(一)煮沸法 凡需要消毒的器械，最好用纱布包好再放入水中，水面应高于物品。

1.金属、搪瓷、缝线类：待水沸后再煮10～15分钟。放入时按100毫升水加入碳酸氢钠1克，以防金属生锈，并促进细菌的灭亡。

2.玻璃类：用冷水煮，待沸后再煮5～10分钟。

3.橡皮类：待水沸后才放入，再煮沸5～10分钟。

(二)化学药品消毒

1.传染病人用过的器械物品可用3%来苏浸泡1～2小时。一般器械物品用1～2%来苏浸泡1～2小时。

2.锋利器械和橡皮导管，可用70%酒精浸泡半小时。锋利器械也可用纯来苏浸泡半小时。

3.一般常用器具可用1:1000新洁尔灭溶液浸泡30分钟或长期浸泡备用(每100毫升溶液中加入亚硝酸钠0.5克，可防金属器械生锈)。但消毒液不可混入肥皂，以免功效减低。应用此法消毒要注意两点：①器械浸泡消毒前，必须将器械上的油脂擦净，使用前要用生理盐水冲洗。②消毒用的浸泡溶液一般一周换一次。

(三)火焰消毒法 在紧急情况下换可将急用的手术器械洗

净放盘中，倒入酒精点火燃烧，可以杀菌。但经此法消毒易使锐利器械变钝并失去光泽，所以一般情况下不用。

五、病人排泄物和分泌物的消毒

可用漂白粉（5份粪便加1～2份漂白粉）或生石灰（每份粪便加1份10%石灰水）消毒，2小时后再倒掉。

第二节　注射法

一、注射规则

(一)遵守无菌规则，防止感染。

(二)选择合适的注射器和针头。

(三)排尽注射器内的空气。

(四)根据注射途径选择部位，并勿使针头触及骨头、神经或大血管。

(五)除皮内注射外，其余各种注射在注药前均应试抽回血。

(六)做到“两快、一慢”。进针和出针速度要快，注药速度要慢。

二、药液的准备

注射药有溶液、油剂、结晶等。注射前应先在无菌操作下将药液吸入注射器内。抽吸方法如下

溶液　①安瓿应由上至下消毒，再用无菌钳敲断。检查药

液内无玻璃碎屑后，吸取药液至所需量(图28—3)。②橡皮塞密封瓶装，先消毒橡皮塞，注射器内先抽吸与所需药量相等的空气，将针头刺入橡皮塞(针尖刚进入瓶中即可)，向瓶中注入空气；倒举药瓶，抽吸药液至所需量，拔出针头(图28—4)。

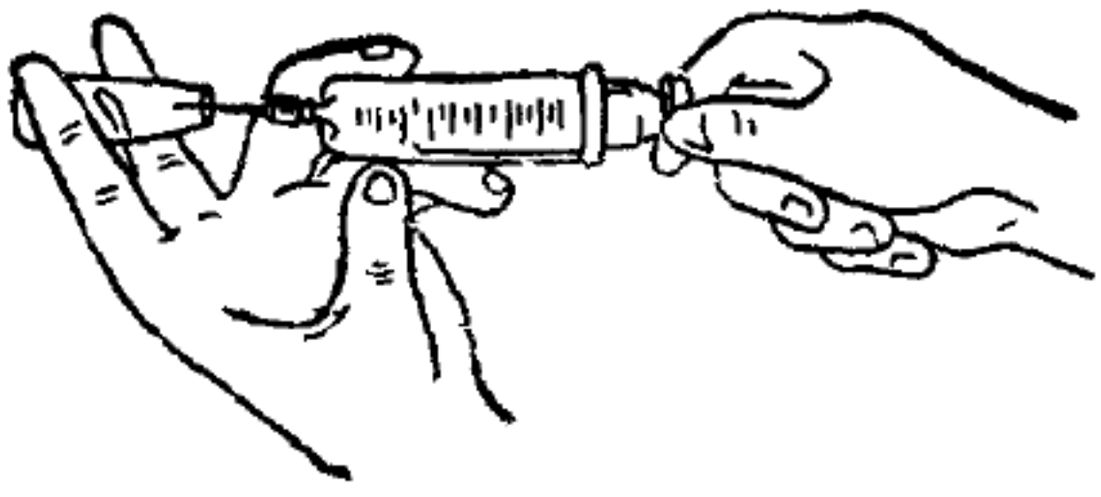


图28—3　抽安瓿药

油剂　粘稠油剂可先稍加温（但药物易受热破坏者除外），摇匀，抽吸用的针头应稍粗，其余同溶液的抽吸法。

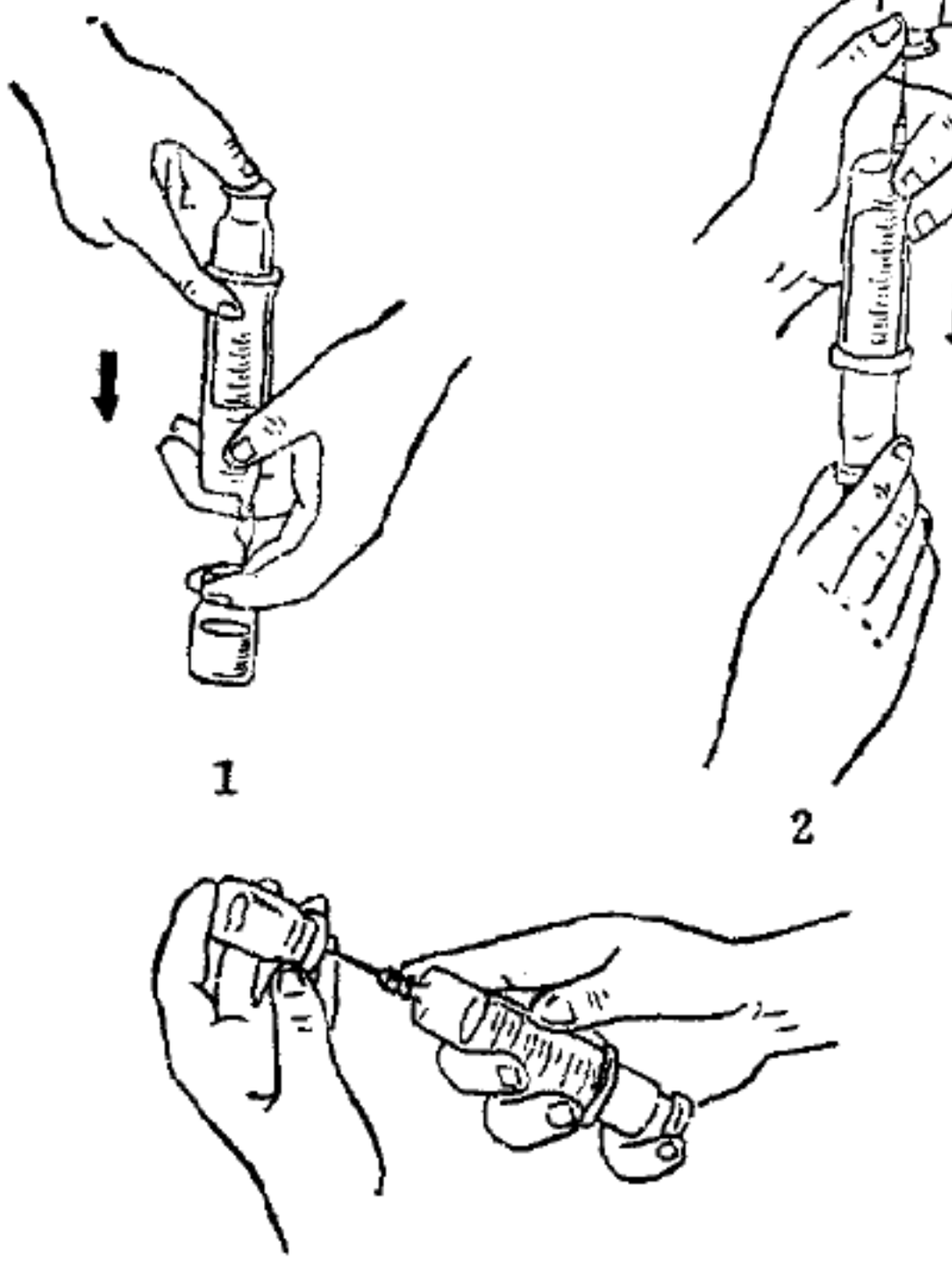


图28—4　抽橡皮塞密封瓶药液

结晶及粉剂：用规定量的生理盐水或注射用水溶化，摇匀至药物全部溶解，其余同溶液抽吸法。

三、注射方法

(一)皮下注射

是将小量药液注入皮下组织中的方法。一般用⊖符号表示。

1.注射部位：常用三角肌下缘(图28—5)或股的外侧。

2.操作步骤

(1) 准备注射器和针头。针头斜面对着注射器刻度，抽取好药液。

(2) 病人皮肤常规消毒约五平方厘米的面积，消毒应由里向外旋转式进行。

(3) 驱除注射器内的空气，待注射部皮肤上的酒精干后，准备一无菌棉签，左手将注射部位的皮肤绷紧，右手持注射器使针头斜面向上并与注射部位皮肤成30°～45°角，迅速刺入约$1\frac{1}{2}$～2厘米。

(4) 松开左手，抽吸无回血(图28—6)，证明针头不在血管内时，将药缓缓推入。

(5) 注射完毕，用棉签按压针头刺入处，迅速拔出针头。

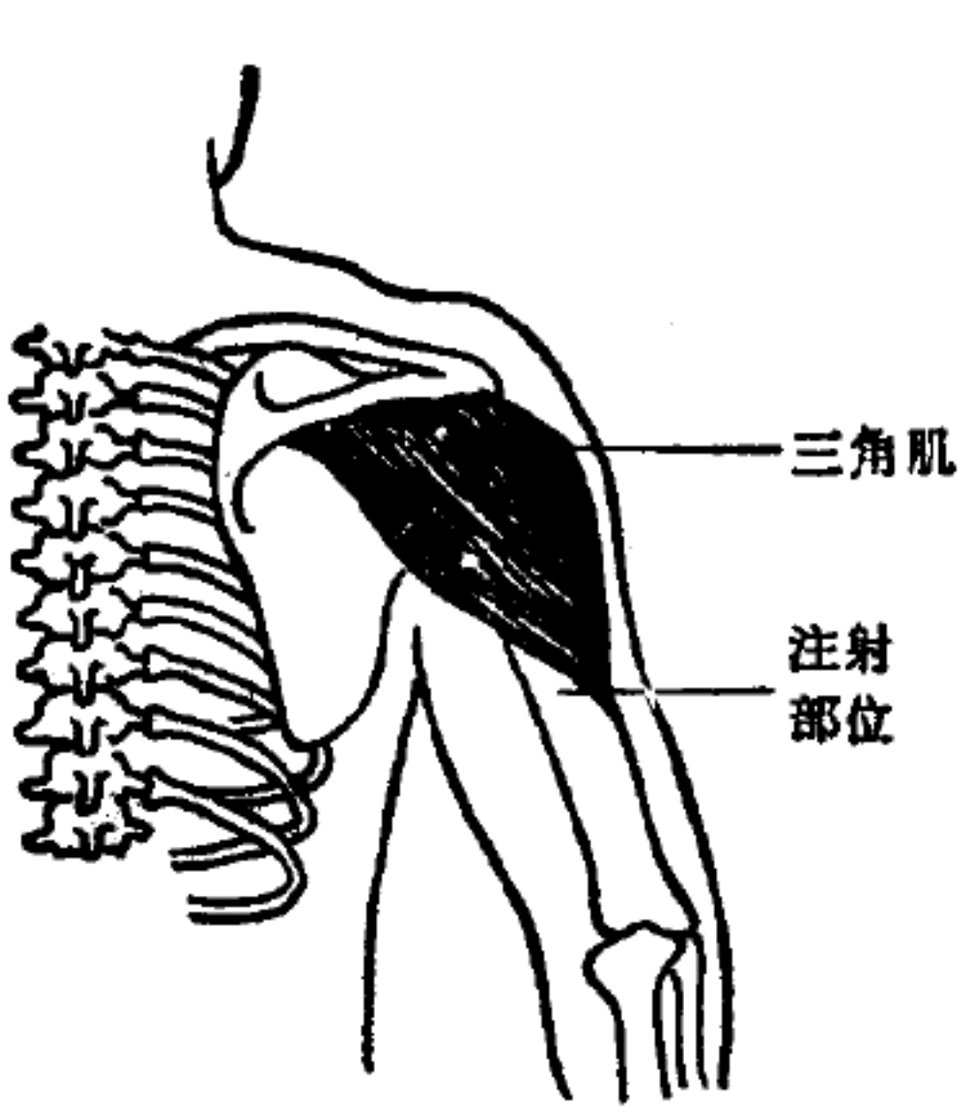


图28—5　皮下注射部位

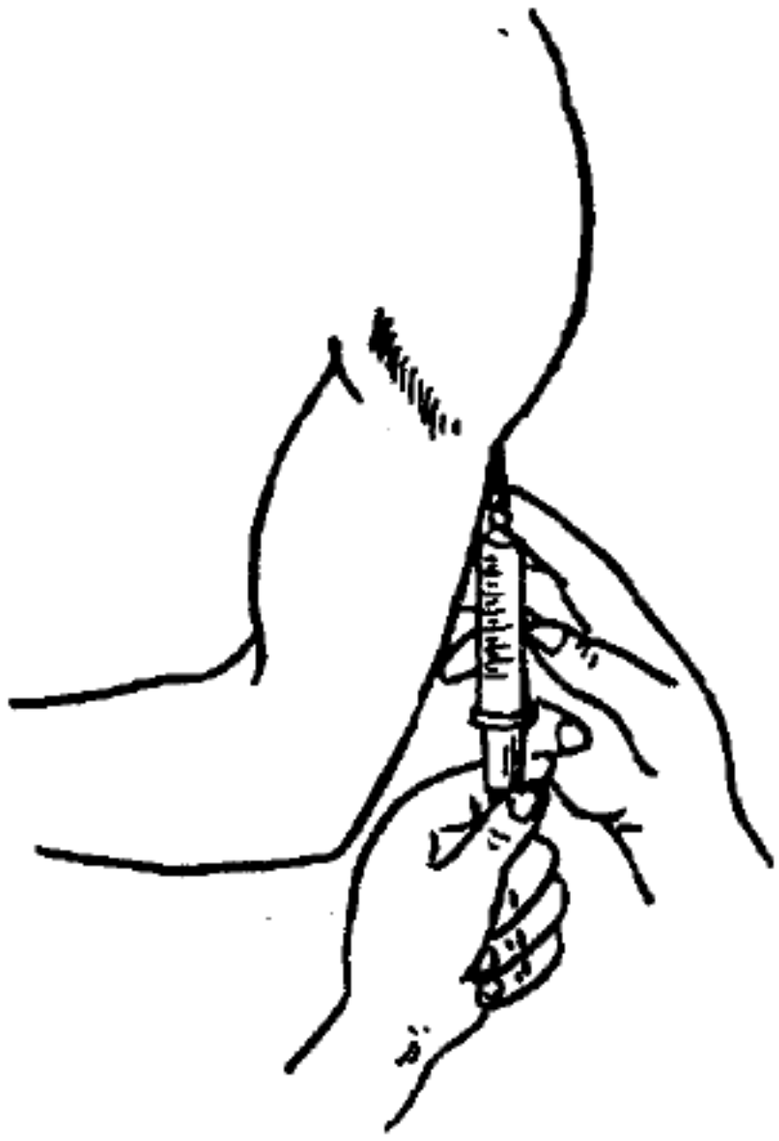


图28—6　皮下注射

(二)肌肉注射　是将药液注入肌肉中的方法。一般用I.M.或Ⓜ符号表示。

1.注射部位：臀部及大腿外侧或三角肌处。常用臀部的外上1/4处(图28—7)，因此处臀大肌肥厚，且无大神经大血管。

2.用物：与皮下注射同。

3.操作步骤

(1) 准备好注射器、针头和药物。

(2) 助病人采取适当姿势，使注射部位的肌肉放松。如在臀大肌注射时，使病人俯卧，足尖相对，足跟分开；不能俯卧而需侧卧时，可使上面的腿伸直，下面的腿向前稍屈；如站立时，可令病人扶住椅背或桌边，注射侧的腿稍弯，脚尖着地，由另一腿支持身体的重量。

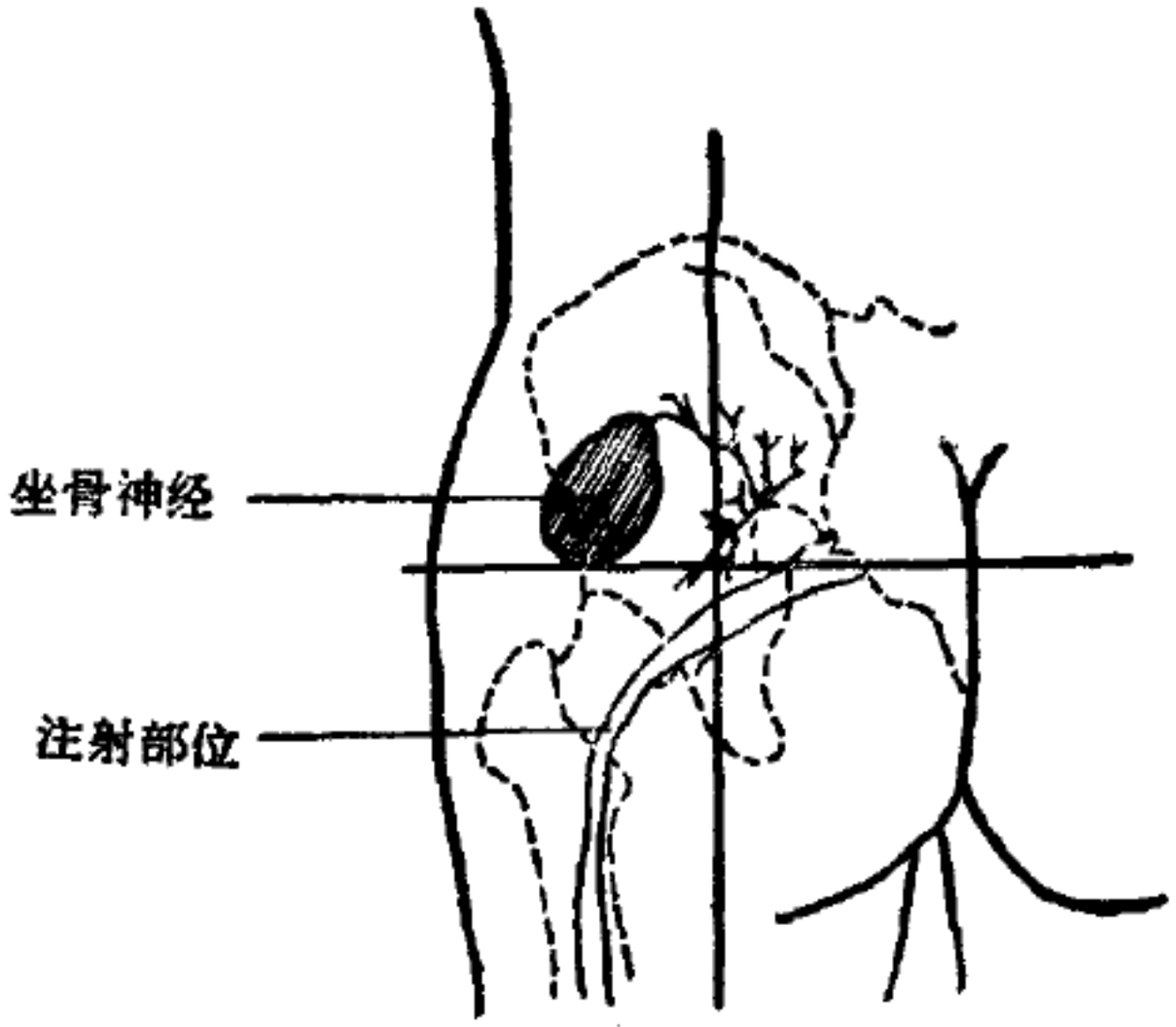


图28—7　臀部肌肉注射部位

(3) 露出注射部位，消毒皮肤，准备一无菌干棉签，左手绷紧注射部皮肤，右手持注射器，使针头垂直刺入皮肤约3厘米(瘦弱病人可以斜刺)。右手继续固定注射器，左手抽动活塞，如无回血即可注入药液。射药完毕，用干棉签按压针眼处，迅速拔出针头，勿按揉。

(三)皮内注射　是将小量药物注入表皮与真皮之间的方

法。常用于皮肤试验和预防注射。一般用I.D.符号表示。

1.注射部位：前臂掌侧下1/3与中1/3交界处。卡介苗因反应较重，为减少感染机会，应在三角肌处注射。

2.操作步骤

（1）准备1毫升注射器和4～4½号针头和药液。

（2）以酒精消毒皮肤后，绷紧注射部位的皮肤，使针头几乎与注射部位皮肤平行刺入（图28—8），至针头斜面全部刺入皮肤即可。

（3）放松注射部位，左手拇指在针栓处固定针头，右手推注药液至所需量，即皮面形成一圆形隆起，皮肤发白，毛孔清楚后，拔出针头，切勿按压。

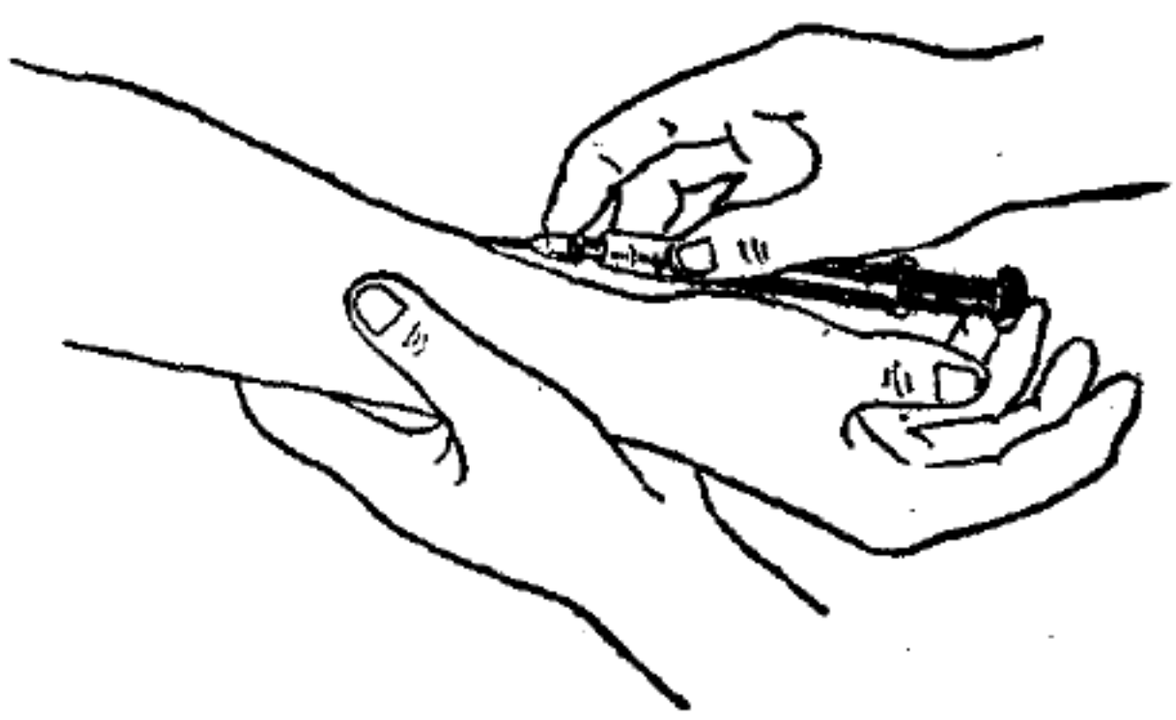


图28—8 皮内注射

（4）根据不同药物要求，分别按时观察结果。

（四）静脉注射 是将小量药液注入静脉中的方法。一般用I.V.符号表示。

1.注射部位：常采用肘窝的贵要静脉和头静脉，有时亦用腕部或踝部的浅静脉。

2.操作步骤

（1）备好注射器与针头，抽吸好药液。

（2）选择宜于穿刺的静脉，在穿刺部位的肢体下面垫以小

枕头或折叠的衣服，穿刺处上部系紧止血带，消毒皮肤约10平方厘米面积，注射上肢静脉时，叫病人握拳。

（3）准备无菌棉签或棉球，注射者左手拇指绷紧皮肤并固定穿刺的静脉，使针头与穿刺部位的皮肤成极小角度，在静脉旁的皮面刺入，再向静脉方向刺入血管(图28—9)，见有血进入注射器或回抽活塞见有血，即将注射器放平，使针头与静脉平行，再在静脉管内往前推进约1/2或1厘米，使针头处于静脉腔内，此时如上肢静脉注射者应叫病人松拳，并松开止血带。

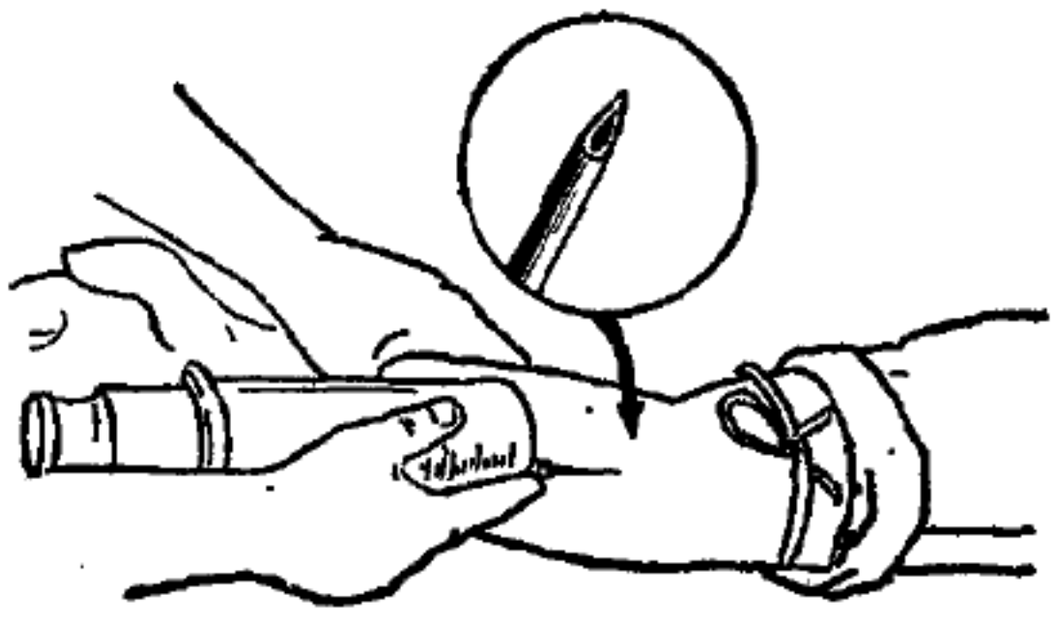


图28—9　静脉注射

（4）缓缓推入药液，注意局部有无肿胀，病人有无疼痛，如有上述情况，应检查针头是否已脱出静脉。如已经在静脉外面，应再行刺入静脉或更换部位重新穿刺。如系刺激性强的药物漏于血管外，应立即在肿胀处用热敷，以助吸收。

（5）注射药毕，用无菌棉签按压血管穿刺处（图28—10），如为肘静脉注射者应曲肘，以止血。

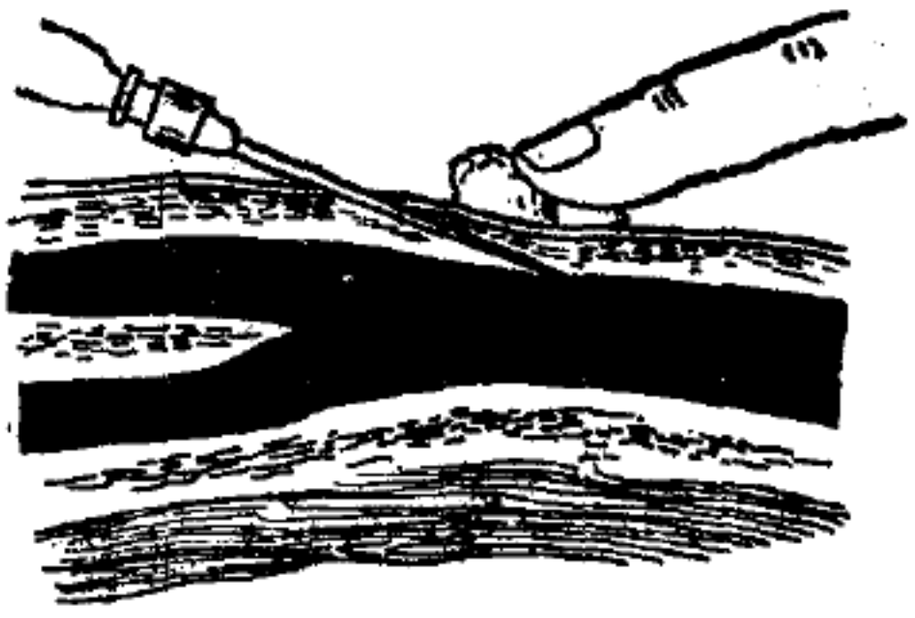


图28—10　静脉注射拔针法

（五）静脉输液法　将大量液体或药物自静脉点滴输入体内的方法。常在下列情

况下应用：①供给病人盐类、水份，营养物质，并促进体内毒素排除。②增加循环体液，升高血压，以抢救急性失血与休克。③供给药物。

农村常用的静脉输液方法为密闭瓶静脉输液法（图28—11），其操作步骤如下

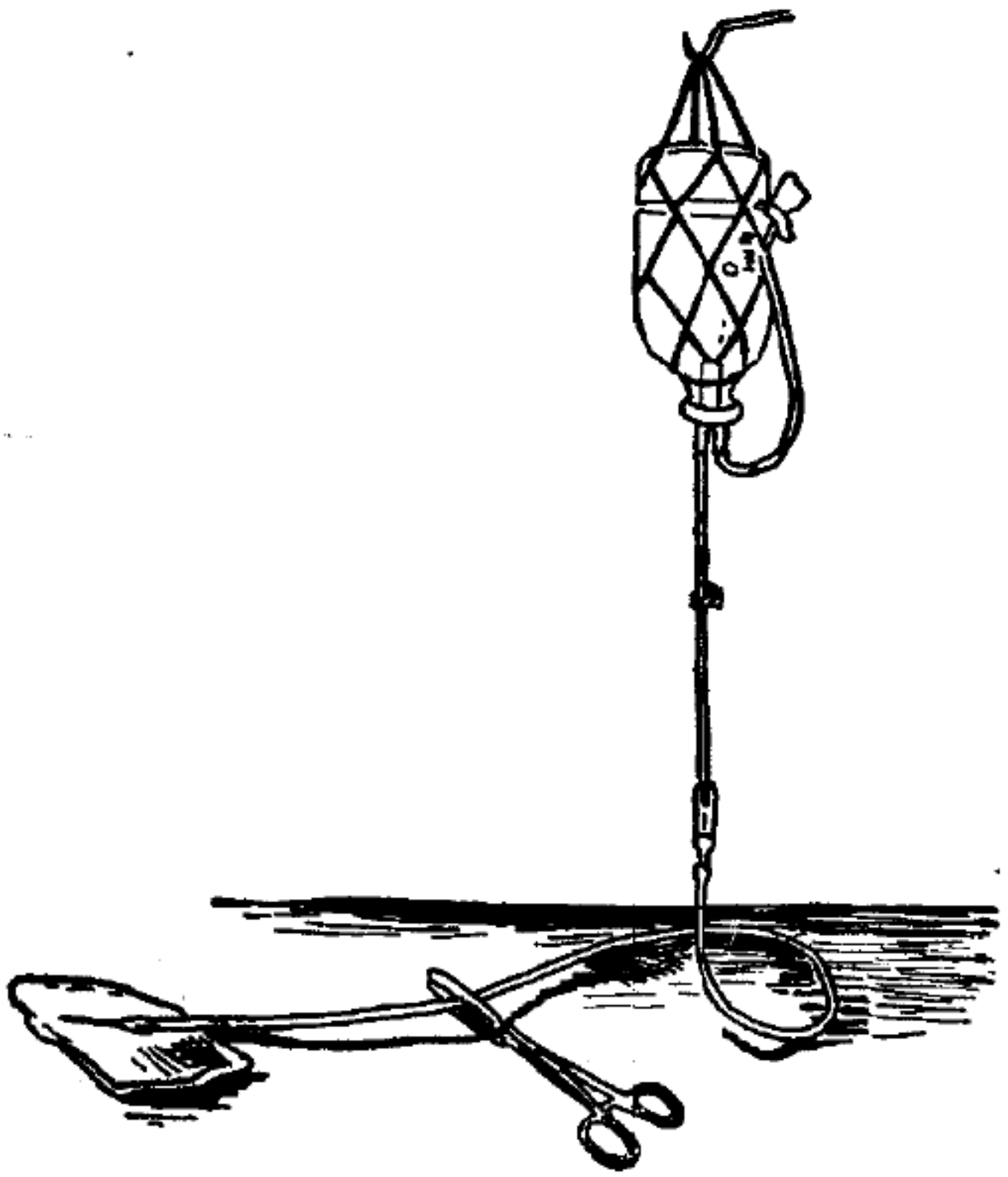


图28—11　密闭瓶静脉输液

(1)核对药液瓶签，检查有无沉淀、变质，套好网套，打开铝瓶盖中心部分，以暴露橡皮塞，常规消毒瓶盖。插入输液管及排气管的针头，固定排气管，安好开关夹，将瓶倒挂于输液架上。

(2)排尽管内空气，调节滴管的液平面(液面适当，须能看到点滴)，用血管钳夹紧输液管下段。

(3)暴露穿刺部位，依常规消毒皮肤，按静脉注射法刺入静脉后，将血管钳松开，用胶布条固定针栓、玻璃接管及皮管，并用无菌纱布覆盖穿刺部位。必要时用夹板固定肢体。按病情需要调节输液速度，一般成人每分钟约60～80滴，小儿应相对减慢，按年龄及病情具体决定。

(4) 药液输完后，拔出针头，局部用纱布按压片刻。

(六)小儿头皮静脉输液 小儿肢体静脉不明显或肢体固定不易，静脉输液确有一定困难；而头皮静脉浅表，清晰可见，故往往多采用头皮静脉输液。

1.备皮：静脉穿刺前须将穿刺区的毛发剃去，否则不易消毒，同时亦妨碍静脉的显露，且毛发多，固定困难。

2.选择血管：备皮后头皮静脉明显可见，此时应选择适当的静脉以备穿刺。选择时应注意以下两点：①鉴别动脉与静脉。静脉外观呈微兰色，无搏动，较固定；动脉外观淡红色，有搏动，易滚动。②选择较直的，分叉少且易固定的血管，如前额及两颞的静脉。

3.操作步骤：除同静脉输液外，需将

(1) 病儿横卧于床上，头部向着阳光或灯光，头下垫枕头，术者立于病儿头侧，面向病儿，手持头皮静脉针头。

(2) 在选好的静脉部位消毒皮肤，针头从静脉的向心方向平行刺入皮肤，再沿静脉走行方向推进，如刺入静脉后见回血或有空心感，将注射器内药液推入少量，证实针头确在血管内，

即取下注射器，连接输液管，松开血管钳，使液体慢慢滴入。

（3）用胶布固定针头。固定时，术者左手固定针头，右手将方胶布贴在穿刺部位的皮肤上，另用一条从针栓下方穿过向前交叉贴于方胶布上，其上再压一条胶布。将塑料管围绕针头盘一圈用胶布固定(图28—12)。固定妥善后，调节输液速度。

（七）划痕法 此法常用于预防接种和青霉素油剂皮肤试验。划痕部位常在三角肌外侧。常用75%酒精局部消毒并待干燥后滴上药液，绷紧皮肤，用长针将皮肤轻划1～2条约0.3厘米长的短平行线，深度使有渗出液而不出血为宜，再将皮肤绷一绷，使皮肤裂开，药液进入。



图28—12 小儿头皮静脉输液

第三节 体温、脉搏、呼吸和血压的检查

人的体温、脉搏、呼吸、血压在健康的情况下变化很少，但它们对身体任何不正常的变化却是非常敏感的，不但可以作为疾病早期诊断的重要依据，还可以了解疾病的发展和变化，我们必须正确地掌握这些测量技术。

一、体温的检查

(一)正常体温及其变动：

人的体温在正常情况下，无论气候如何改变，总是保持在一定的温度，这是由于人体的产热和散热过程保持相对平衡的结果。健康人的口温平均是36.5～37.2℃，腋温略低0.5～1℃，肛温略高0.3～0.5℃。随着新陈代谢情况的变化，24小时之内体温亦有所变动，但其变动范围不大，一般不超过1℃。

(二)体温表的种类及消毒：

一般体温表(图28—13)分为口表和肛表。口表在盛水银的一端细而长，而肛表的水银端为球形或椭圆形。测量腋温时可用口表或肛表代替。

体温表应保存在有消毒溶液的玻璃瓶或杯内，消毒液须泡过体温表的2/3，常用的消毒液有1:1000新洁尔灭及75%酒精。容器底必须垫以纱布或棉块，以防表的破碎。

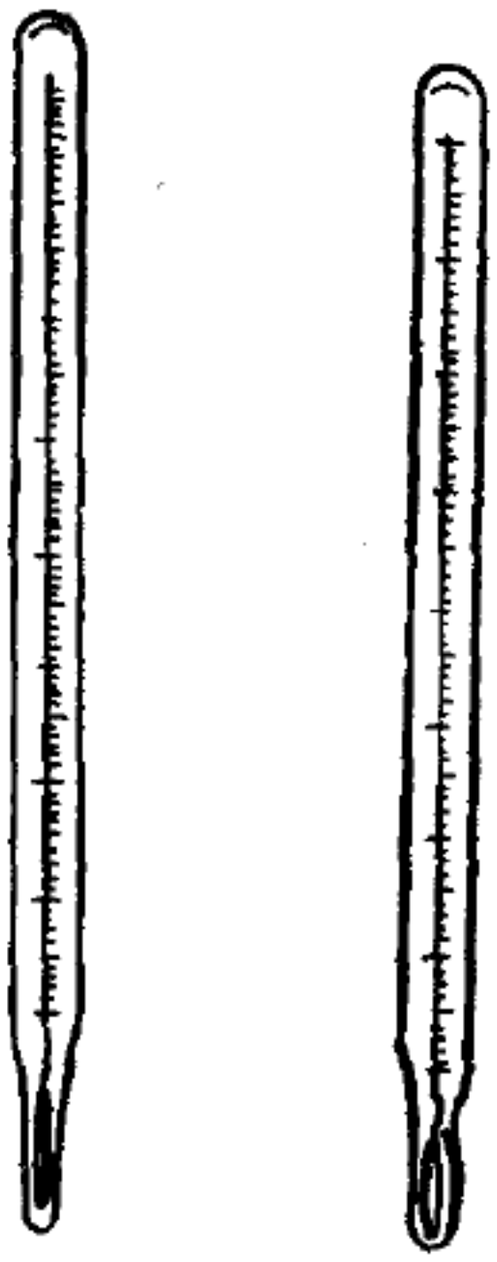


图28—13　体温表

(三)体温的测量：

1.取出表，擦干，将水银柱甩至35℃以下。向病人解释正确的测量方法。

2.测量法

口内测温法 将表斜放在病人舌下，约放表的1/2长度，使病人紧闭口唇 3 分钟后取出。

腋下测温法 解开衣服，擦干腋下，放表于腋窝中，屈肘扶对侧肩部以夹紧腋窝，10分钟后取出。

直肠测温法 使病人屈膝侧卧，露出臀部，将肛表涂上润滑油，插入肛门内约 4 厘米，3 分钟后取出。

3.擦干表，看明度数，记录体温，再将表的水银柱甩下，然后放回瓶中。

4.测量时的注意点

(1) 重病人、精神失常及小儿患者不能测口温，宜测肛温。在测温时，一定要扶住体温表，不可离开，以防掉落和折断。腹泻与直肠或肛门有疾患的病人不可由直肠测温。传染病人宜测腋温。

(2) 病人进食或饮水后，须过20分钟才可测口温；灌肠后须过20分钟才可测肛温；洗澡后30分钟才能测腋温。

(3) 如测量的体温与病人一般状态不符合而有所怀疑者须重测。

(四)体温的异常：

有发热和体温过低。体温低于正常叫体温过低或体温不升，常见于大失血，全身衰竭，往往为病情危险的征象，需密切观察病情变化，并采取相应的有效措施。高于正常的体温叫发热。

1.发热的原因

引起发热的原因很多，一般可分为感染性发热和非感染性发热两大类。最常见的是感染性发热，这类发热是由于细菌，病毒，螺旋体，原虫等病原微生物感染所引起的。非感染性发热是由于组织有广泛性损伤和破坏时所引起的，常见于大手术、广泛性外伤、烧伤、肿瘤组织坏死、内出血等。此外，异种蛋白进入人体(如疫苗注射)，亦可引起发热。

引起发热的直接原因称为致热原，目前认为致热原有两类

（1）外源性致热原：凡因细菌，病毒、类毒素，霉菌等感染所产生的致热原称为外源性致热原。如各种感染所致的发热。

（2）内源性致热原：是指人体本身组织细胞所产生的致热物质，如中性白细胞在一定条件下可释放出内源性致热原。

2.发热的分类

（1）根据热的持续和波动可分

稽留热 体温持续在39℃以上，一日波动范围在1℃以内，数天或数周不退。见于伤寒，大叶性肺炎等(图28—14)。

弛张热 持续发热，体温波动较大，一日变动范围在2℃以

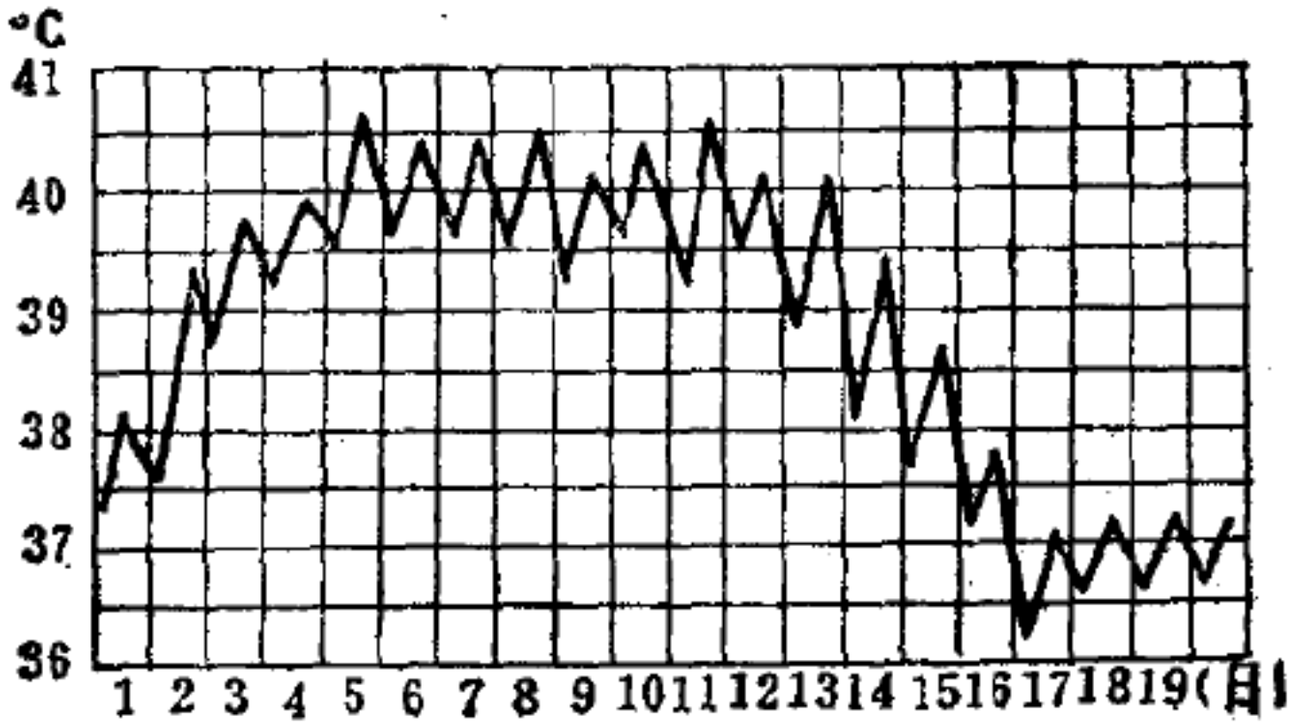


图28—14 稽留热

上，但不降至正常。见于败血症、脓毒血症，肺脓肿等（图28—15）。

间歇热 体温突然升高，可达39℃以上，经数小时后又降至正常，间歇24、48、72小时又再发热，如此反复发作。见于疟疾（图28—16）。

不规则热 体温变动很不规律，持续时间也不一定。见于风湿热，流感，支气管肺炎，肺结核等。

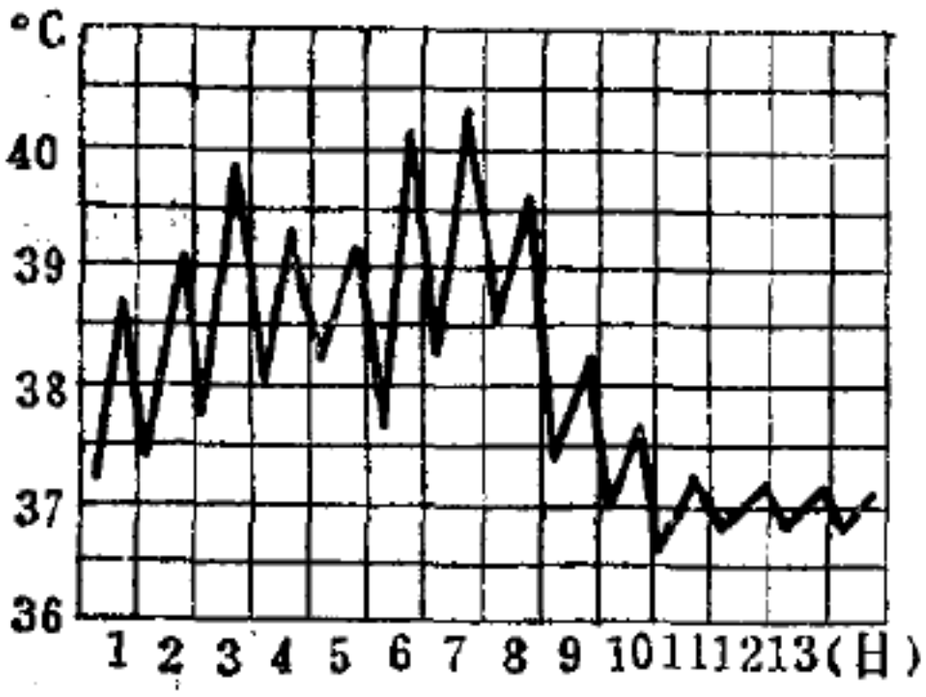


图28—15 弛张热

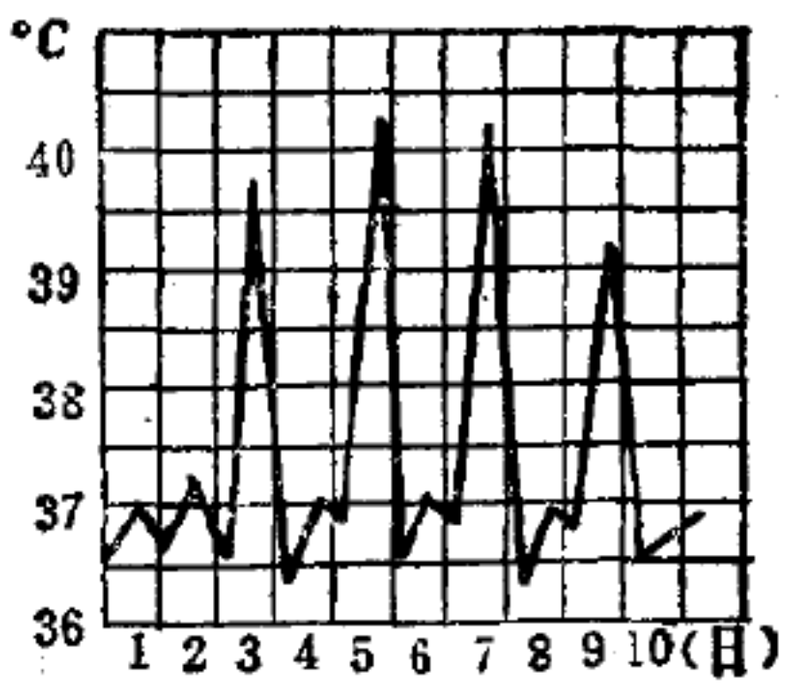


图28—16 间歇热

（2）按发热的高低可分

低热 37.3℃～38℃。

中度热 38℃～39℃。

高热 39℃～41℃。

过高热 41℃以上。

3.发热时人体机能代谢的改变

在发热过程中，醣、脂肪、蛋白质分解代谢增强，维生素消耗增多，各系统的机能也随之发生变化：神经系统兴奋性增

高，患者出现烦躁、头痛、失眠、健妄、惊厥等；消化系统出现胃肠蠕动减弱、消化液分泌减少、食欲减退、腹胀、恶心呕吐、便秘等；循环系统出现心跳加快，血流加速，通常体温升高1℃，心跳每分钟增加10～20次；呼吸系统出现呼吸加深加快等。这些是发热对人体的危害。

但“**事物都是一分为二的**”。一定程度的发热有利于人体与疾病作斗争。发热时白细胞增多，吞噬作用加强，抗体形成和肝脏解毒功能都增强，这些为恢复健康创造了条件，对人体都是有益的。因此对于发热的处理必须具体情况具体分析。对高热和持久的发热应及时控制；对一般低热和中度热不要随意给退热药，以免降低人体的抵抗力和造成诊断困难。

二、脉搏的检查

（一）正常脉搏及其变动： 健康人的脉搏，节律规则，动脉壁柔软、光滑，富有弹性，脉率与心率相等，在安静状况下，成人每分钟60～80次（男子每分钟60～70次，女子每分钟70～80次），初生儿每分钟130～140次，三岁以下小儿每分钟在100次以上　在进食、劳动或情绪激动时脉率增加。

（二）脉搏的检查

1.诊脉的部位：桡动脉是诊脉最方便和最常用的部位。此外，颞动脉、颈动脉均可用来诊脉。

2.诊脉的方法：

使病人将手放于舒适的位置，医生用右手的第二、三、四手指的指尖按在桡动脉上，压力的大小，以能清楚地觉察脉搏

为度。然后数一分钟脉搏的次数，并注意其性质。

3.诊脉的注意点

（1）诊脉之前应使病人安静，避免过度兴奋及活动。

（2）脉搏细弱不清测数有困难时，可用听诊器听心音一分钟代替测脉。

（3）脉搏短绌测数法：可由一人用听诊器听心音，同时由另一人测数桡动脉，二人同时开始数一分钟。记录的方法：心尖搏动次数/脉搏次数。

三、呼 吸 的 检 查

（一）正常呼吸及其变动：健康人的呼吸在安静状况下，节律均匀，成人每分钟16～20次，一般与脉搏比为1:4。儿童每分钟20～25次，婴儿约30～40次。劳动及精神兴奋时，呼吸次数增加。

（二）呼吸的检查：检查时先使病人安静，最好卧于床上，医生一手放在桡动脉上似数脉搏状，以免病人精神紧张；另一手持表或钟默数病人胸壁或腹壁的起伏1分钟，并注意观察呼吸的性质。当病人呼吸微弱不易观察时，可在病人鼻孔旁放小块棉花毛，观察棉花毛吹动情况进行记数。

四、血 压 的 检 查

（一）正常血压及影响血压的生理因素：我国正常人血压的正常限度为90～140/60～90毫米汞柱，超过140/90就是高血压。儿童平均血压：年龄×2＋80＝收缩压，收缩压的2/3为舒张压。

正常人的血压，男子比女子高些；一日内的血压，早晨低些，下午高些，饮食前低些，饮食后高些；在运动、劳动、精神兴奋时血压增高，躺卧，休息时低些；妇女妊娠时较高。血压也有随年龄而增加的倾向。

（二）血压计： 常用的血压计是汞柱血压计，即用汞柱上升的毫米数来确定血压的高低（图28—17）。

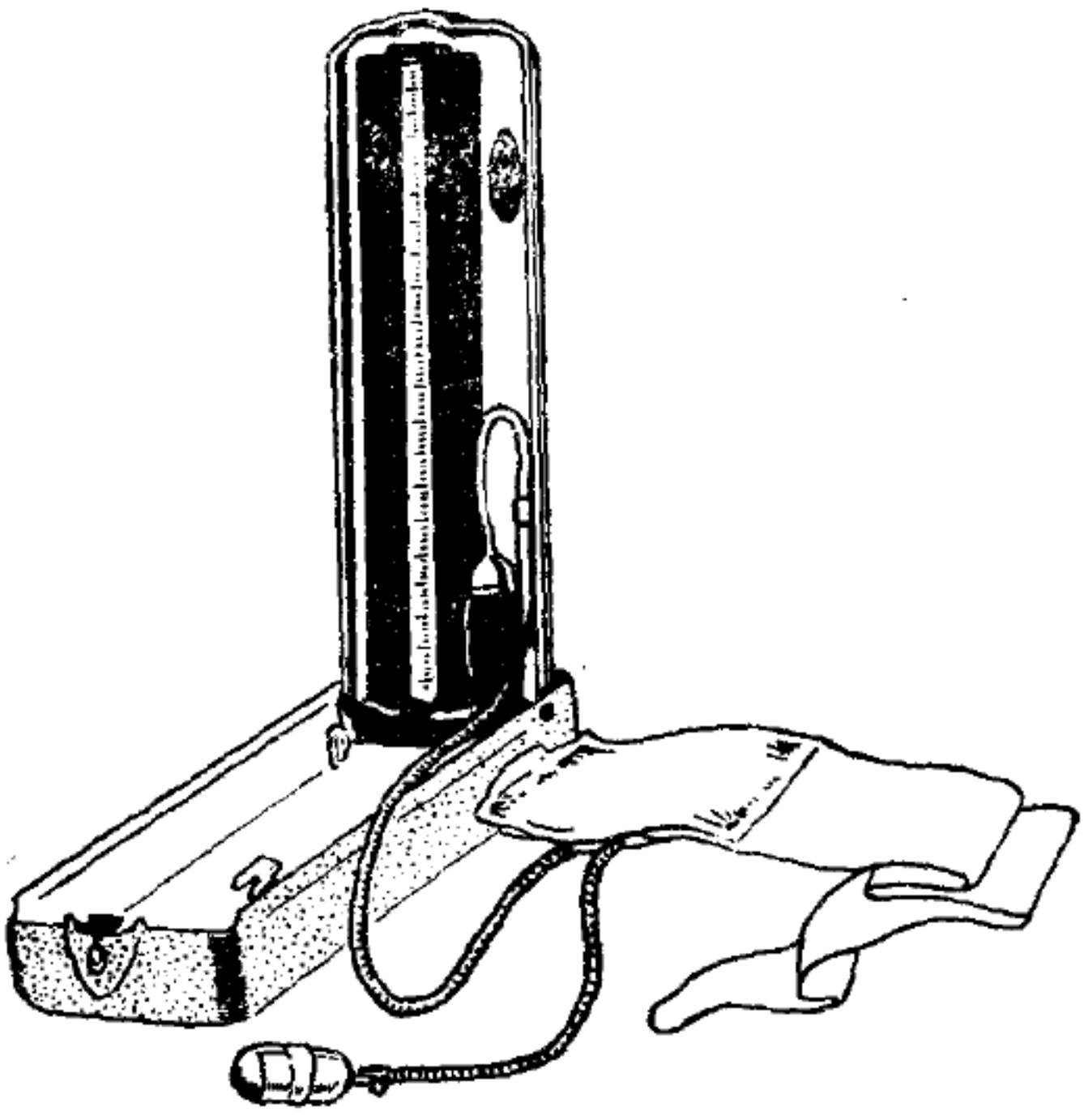


图28—17　汞柱血压计

（三）血压的测量： 肱动脉是常用测量血压的部位。操作步骤如下

1.测量前先使病人休息数分钟，露出一臂至肩部（不可受紧袖子的约束），并伸直肘部，手掌向上放于舒适的位置。病人可坐位或仰卧。

2.放血压计在床上或桌上，打开汞槽开关，汞柱应指在零度处。使血压计的零度处与肱动脉及心脏在同一平面。

3.缠袖带于上臂，使它的下缘在肘部以上数厘米处，缠时注意平整，并塞好袖带末端。带好听诊器，于肘窝内侧摸到肱动脉后，将听诊器的听头放于其上。关闭气门，握住输气球向袖带内打气，压力加至肱动脉的搏动听不到时，再慢慢放开气门以减少压力，并注意汞柱所指的刻度。听到第一声搏动时，此时汞柱所指的刻度为收缩压。压力继续减轻，以后搏动声渐增大，至突然变弱，这时候所指的刻度为舒张压。如听不清楚，应放开气门，使汞柱降至零度，稍待片刻，继续测量。

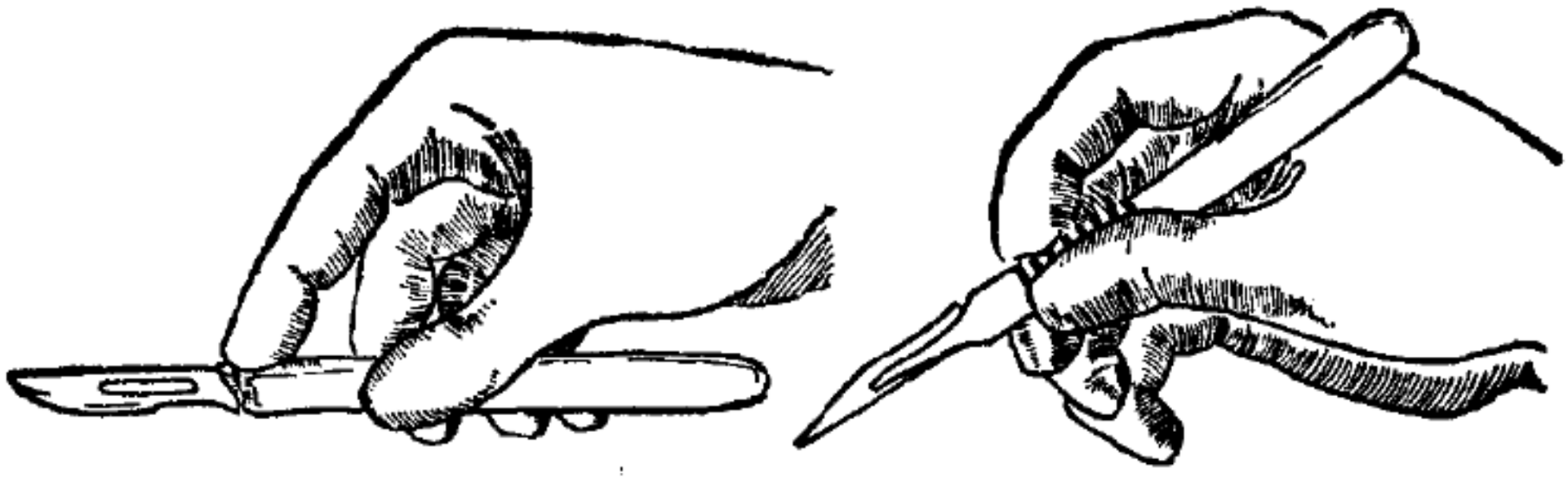
4.测量完毕，取下听诊器，解开袖带，将其中存留气体完全挤出。将血压计倾斜45°左右，使汞全部退回槽内，关闭汞槽开关。将输气球置于左侧气球架上，关闭血压计盒盖，并作记录。

第四节　手术操作基本知识

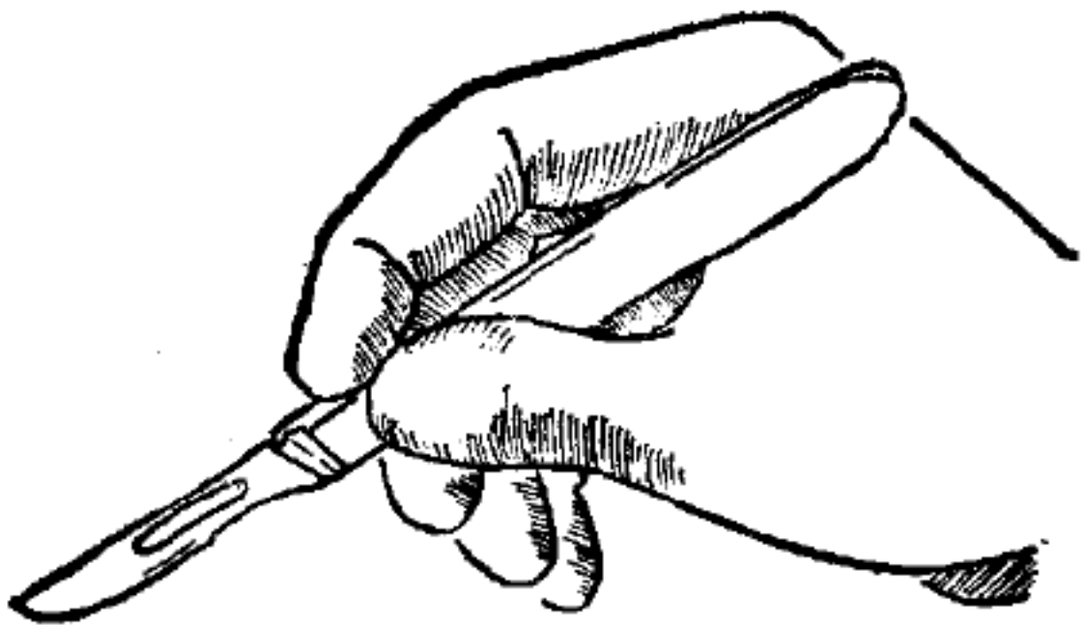
一、常用手术器械使用方法

(一)手术刀：持刀法有三种(图28—18)。指压式用于皮肤和普通组织的切开，执笔式用于精细组织的解剖分离，反挑式用于挑开浅表脓肿。

(二)手术剪(图28—19)：分组织剪及线剪两种。组织剪又分直、弯两种，用来剪开软组织。线剪是直的，用于剪线。



(1) 指压式　　(2) 反挑式



(3) 执笔式

图28—18　持刀法

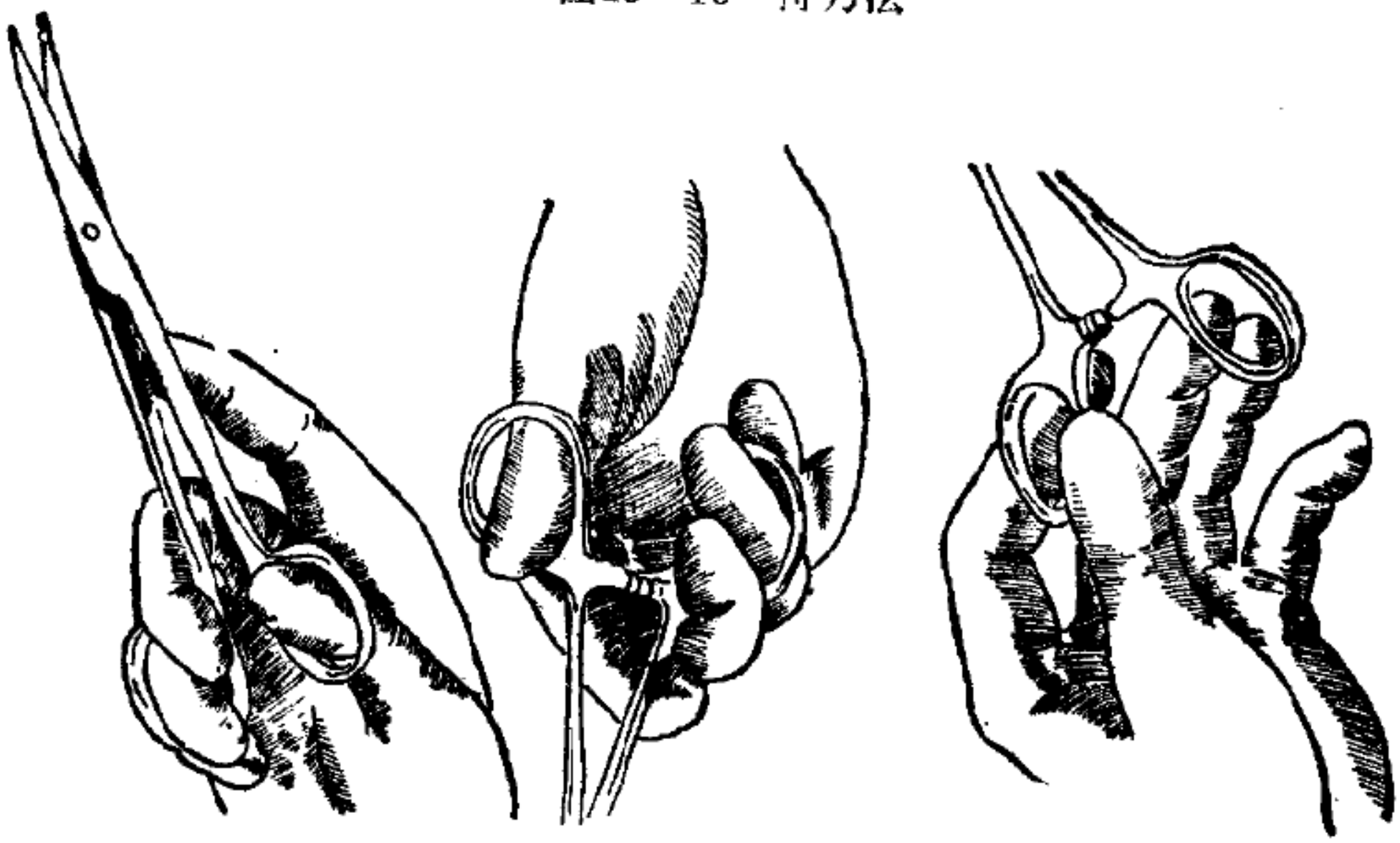


图28—19　血管钳、手术剪的用法

(三)止血钳：分直、弯两种，有不同长度。长弯钳用于深部止血；精细手术多用蚊式止血钳。

(四)手术镊(图28—20)：分有齿、无齿两种，前者用于夹皮肤，后者可夹持各种组织。

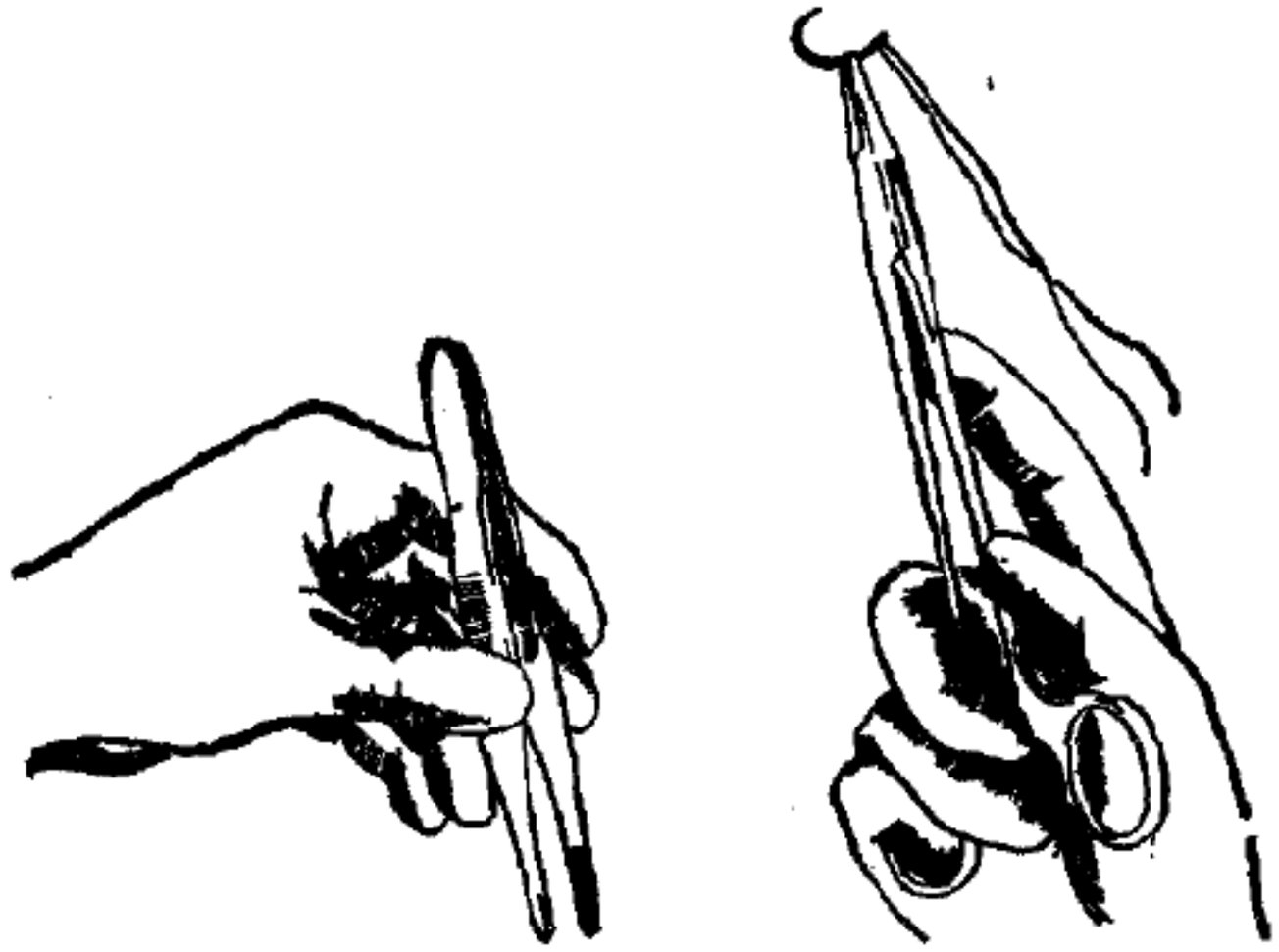


图28—20　手术镊、持针器的持法

(五)缝针：有大、中、小三角针和圆针，三角针用于缝皮，其他组织用圆针。

(六)持针器：夹持缝针用。

(七)巾钳：固定手术巾用。

(八)环形钳：有直和弯，有齿及无齿等类型。有齿者用来夹持敷料进行皮肤消毒，无齿者可夹持胃肠等脏器。

(九)鼠齿钳(组织钳)：用于夹持组织。

(十)拉钩：牵开暴露深部组织。

(十一)刮匙：搔刮腐烂组织或异物。

(十二)探针：用于试探屡管和伤口。分有槽及圆形探针两

种；后者可根据需要，随意改变形状。

二、手术基本技术

（一）切开： 手术切口是显露手术野的重要一环。切开时应注意：

1.切口方向尽量做到与皮纹方向、重要神经血管走向，以及肌肉纤维的方向平行。

2.表浅病灶，可直接在病灶处切开。腹腔和四肢关节手术，要结合局部解剖，全面考虑。

3.切口大小以能满意显露手术部位为准。过大则造成不必要的损伤；过小又妨碍操作，强力牵拉更易损伤组织。

（二）止血： 是重要的手术操作，要求迅速而准确，以减少出血和保证手术野清洁。常用方法有：

1.压迫止血：毛细血管渗血，可用干纱布或热盐水纱布压迫。

2.钳夹止血：体腔外小血管出血用血管钳夹住，5～7分

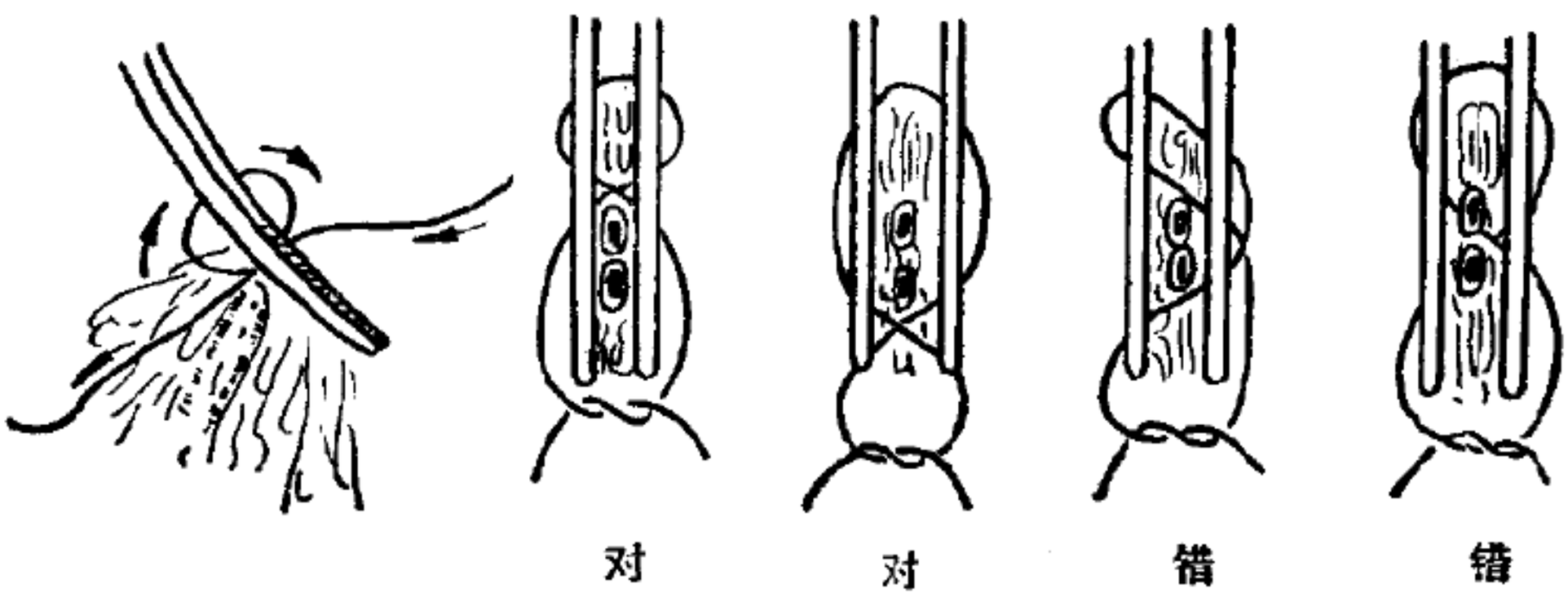


图28—21　缝扎止血法

钟后放松即能止血，可缩短手术时间，减少组织内的线结。

3.结扎止血：较大的血管出血，钳夹后结扎，最为妥善。钳夹的组织不可过多。若血管较大，可采用缝扎法(图28—21)。

4.其他止血法：内脏实质出血，压迫缝扎止血均有困难时，可用明胶海绵，止血粉或烧灼（电烙、热刀柄等）止血。

(三)结扎：常用打结法有单手打结（图28—22）和持钳打结（图28—23）两种。结扎应作方结(平结)，不可打滑结，以免脱落，羊肠线应打三个结(图28—24)。

(四)缝合：缝合伤口前应清点纱布，检查是否有异物遗留在腹腔、胸腔内。

1.缝合原则

（1）同层组织要严密而准确地对合。

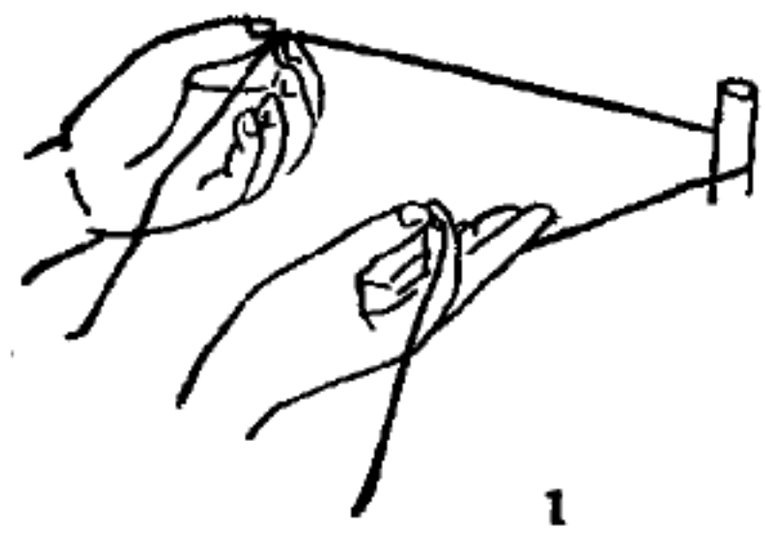
（2）缝合后，创口内不能存在死腔，以免血液或渗出液聚积，发生感染，影响愈合。

（3）缝合不能过紧或过松。过紧可使组织缺血坏死，过松切口对合有间隙，愈合不良。

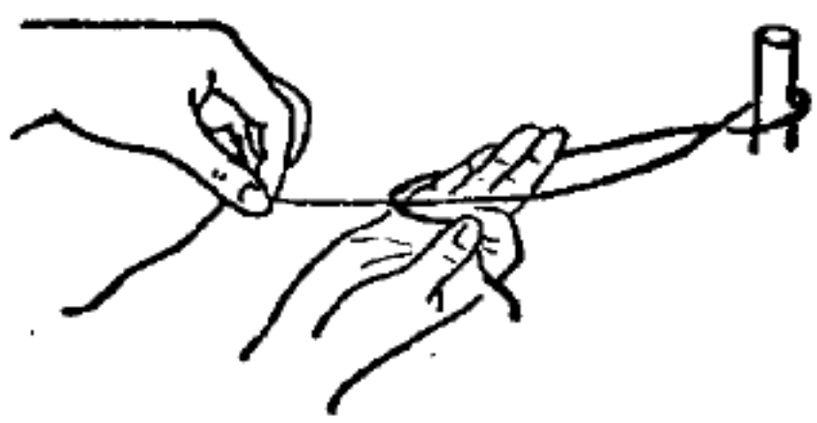
（4）缝皮前以生理盐水冲洗伤口，并用酒精消毒皮肤。缝合应对合皮缘，避免内翻或外翻。

2.缝线种类：有可吸收线如肠线和不能吸收线如丝线等。

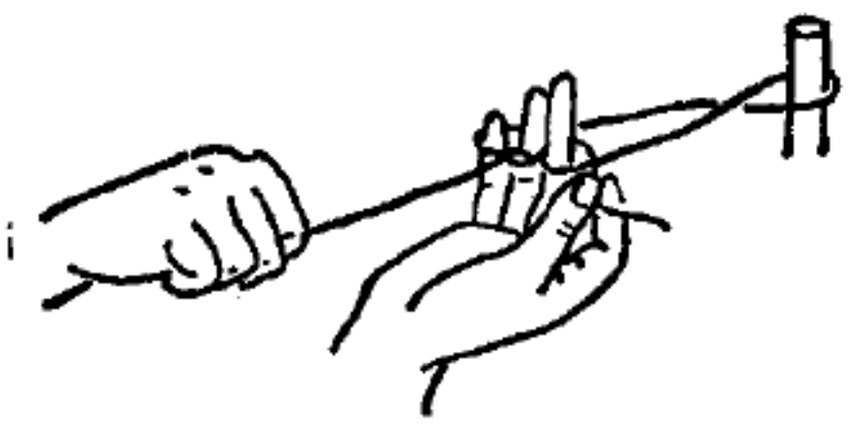
3.缝合方法：主要有间断缝合与连续缝合两种，在此基础上，又发展出多种缝合(图28—25)。



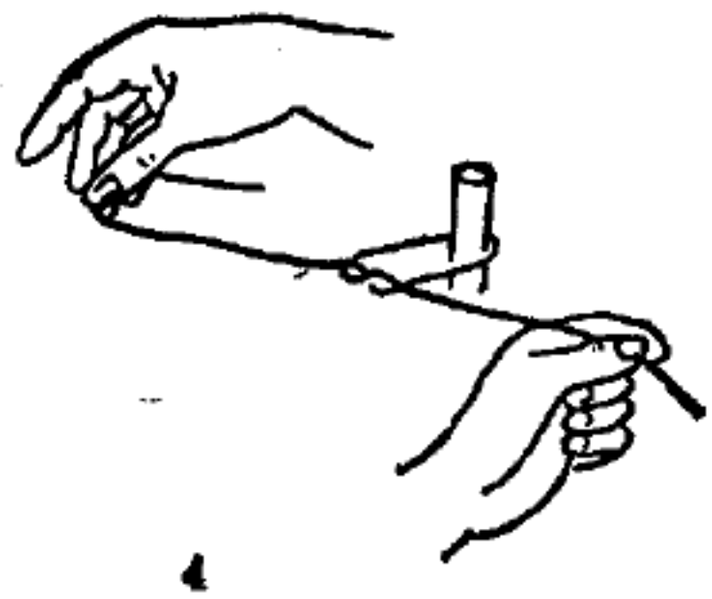
1



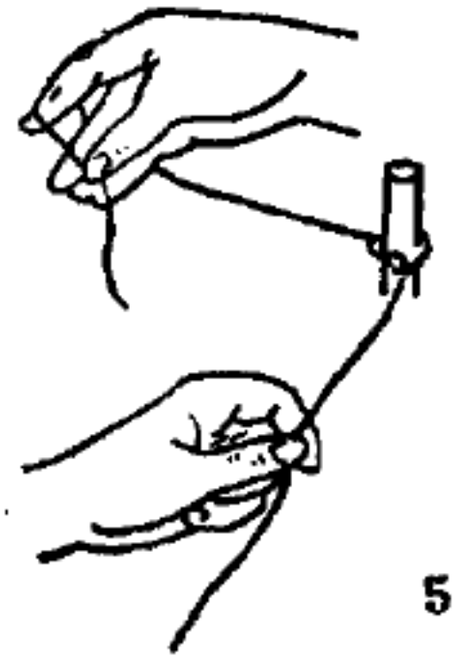
2



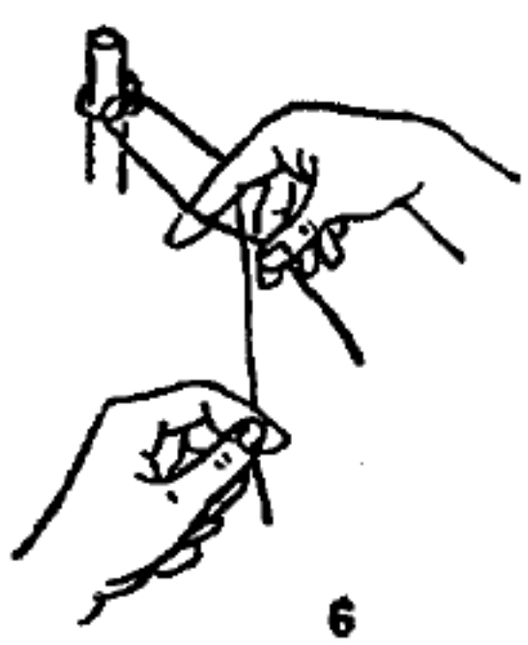
3



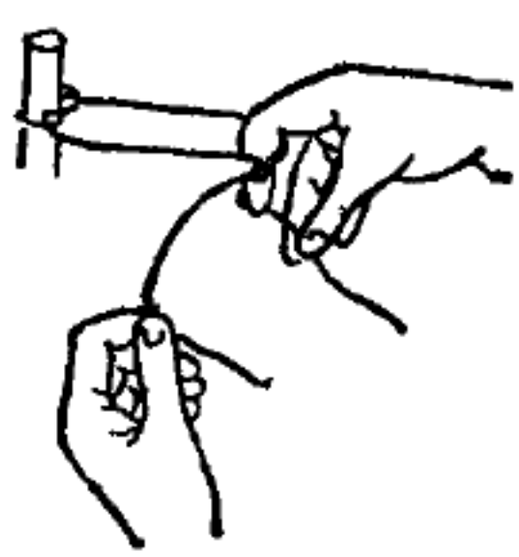
4



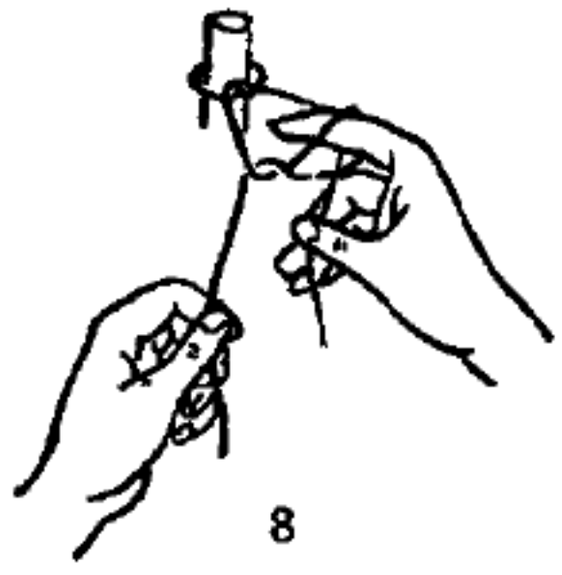
5



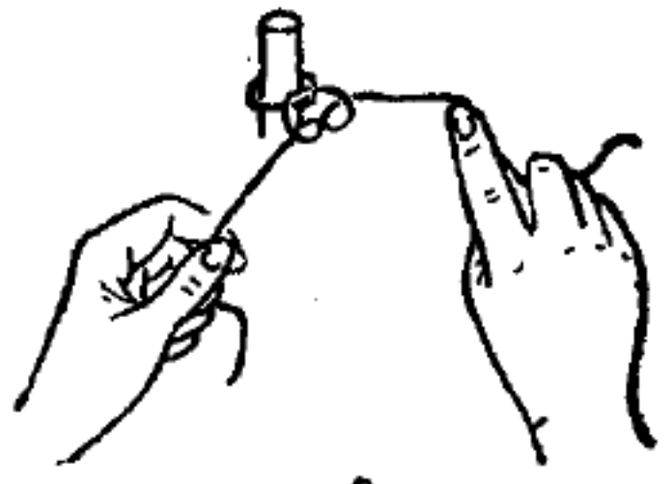
6



7



8



9

图28—22　单手打结法

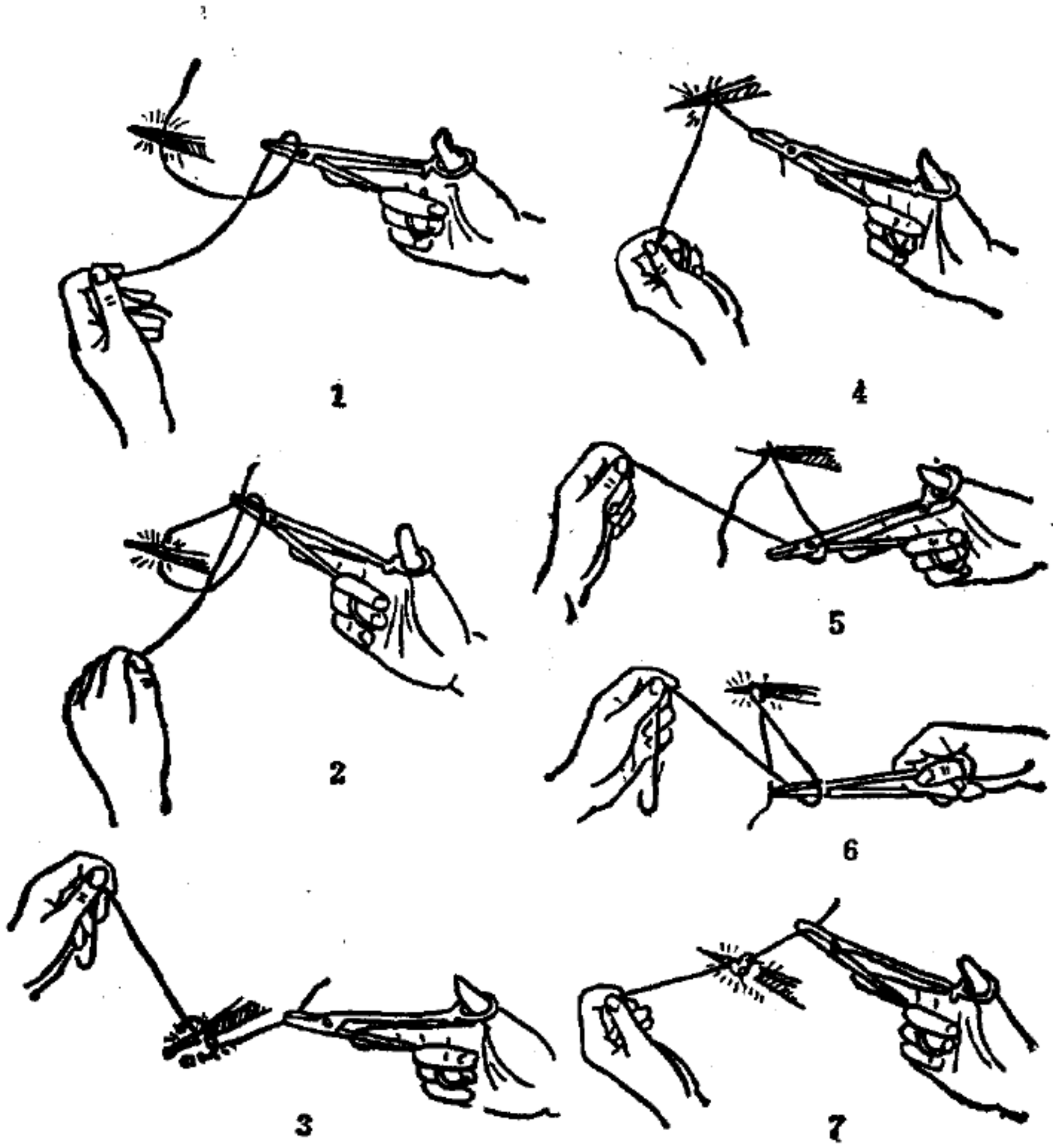


图28—23　血管钳打结



图28—24　结的种类

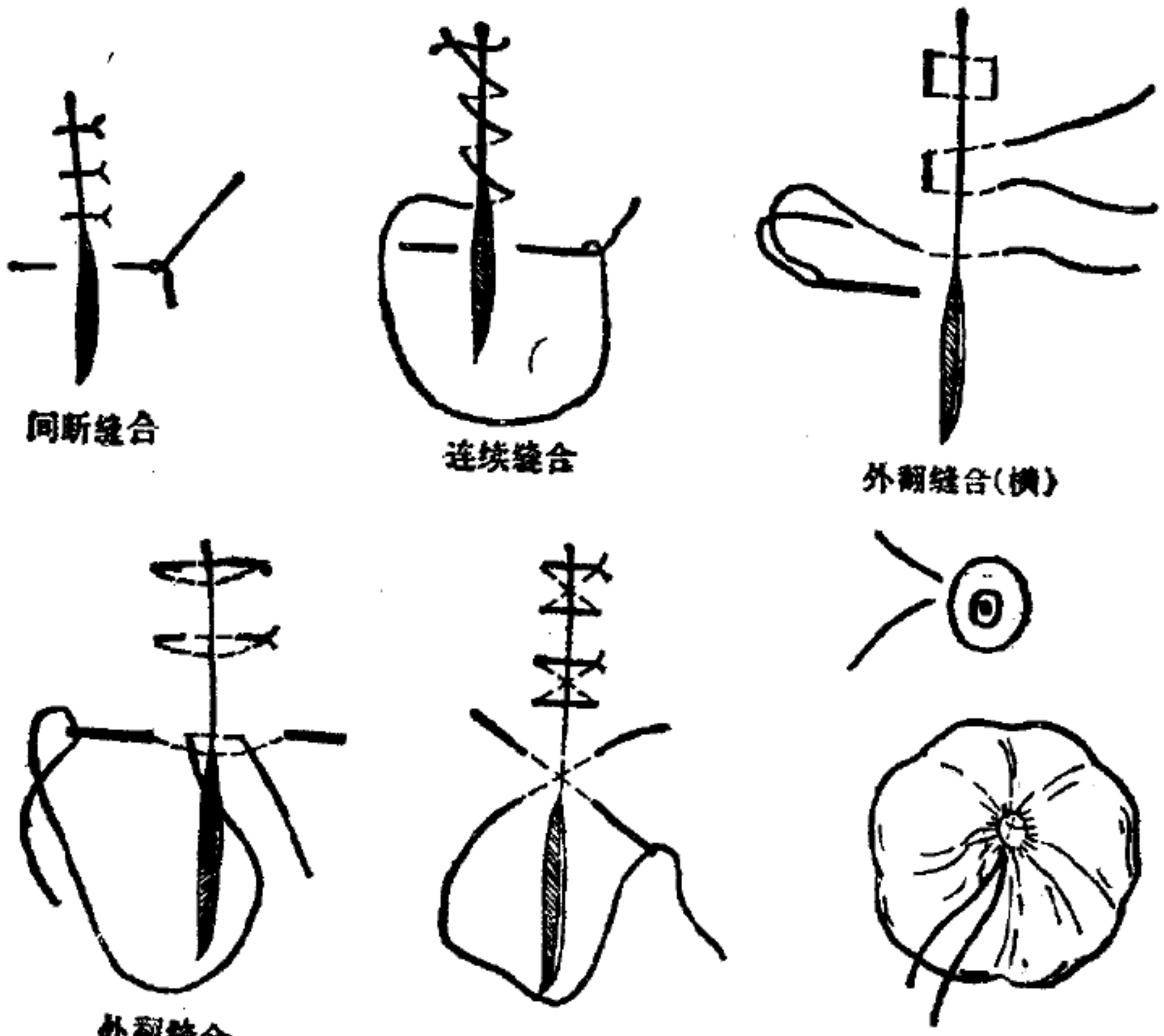


图28—25　常用缝合法

三、针刺麻醉与局部麻醉

(一)针刺麻醉

伟大领袖毛主席教导我们:"**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。**"在毛主席革命路线指引下，广大医务人员走中西医结合的道路，创造了我国独有的针刺麻醉，这是世界医学史上的奇迹。针麻突破了麻醉的旧框框，安全、

经济、简便、无后遗症，适合战备和农村的需要。

针麻的发展完全体现了毛主席“**百花齐放，百家争鸣**”的方针。一个运用、研究针麻的群众性运动，正在全国各地蓬勃开展。

目前以体针为主，派生出多种部位的针麻方法。其中体针、耳针和唇针应用较普遍。针麻的刺激方式有手法运针、电脉冲刺激及穴位注射三种。手法运针是针麻的基本功，简单易学，必须强刺激，以病人有酸、麻、胀、重的得气感觉为准。电脉冲刺激法，用半导体电麻仪进行，电刺激的强度和频率以病人能耐受为限；通电过久容易产生适应，“得气”感觉减弱，间断刺激可以克服这种现象。穴位注射法是在选定的穴位内注射少量有刺激性的药物，如维生素 B_1，杜冷丁，当归、红花浸出液等。

体针按循经取穴、局部取穴和沿支配手术区的神经选穴；常规酒精消毒皮肤，扎针后诱导15～25分钟即可开始手术。耳针以神门、交感、肺为基本穴，加选各手术部位在耳上的投影穴，一般采用穴位注射；也可留针，用电麻仪通电刺激。

过去针麻存在选穴多，操作繁琐等缺点，通过反复实践，现在使许多手术从几十个穴位减少到一、二个穴位；并发展到用一根针，一个穴位进行开胸手术。有些单位成功地采用一组穴位作多种手术和多组穴位作同一种手术。在各种手术中，针麻效果以颈部最好，头、胸部次之。

目前，针麻还存在着皮肤止痛不全，肌肉紧张和内脏牵拉痛三个尚未完全解决的问题，需进一步研究克服。

（二）普鲁卡因局部浸润麻醉

盐酸普鲁卡因是最基本、最常用、效果确切和毒性最小的局部浸润麻醉药，浓度以0.25～0.5%最为适宜；操作方法是由浅入深，逐层注入组织中，麻醉时间约1小时左右。皮内、壁层腹膜和骨膜等对痛觉敏感，须充分浸润(图28—26)。

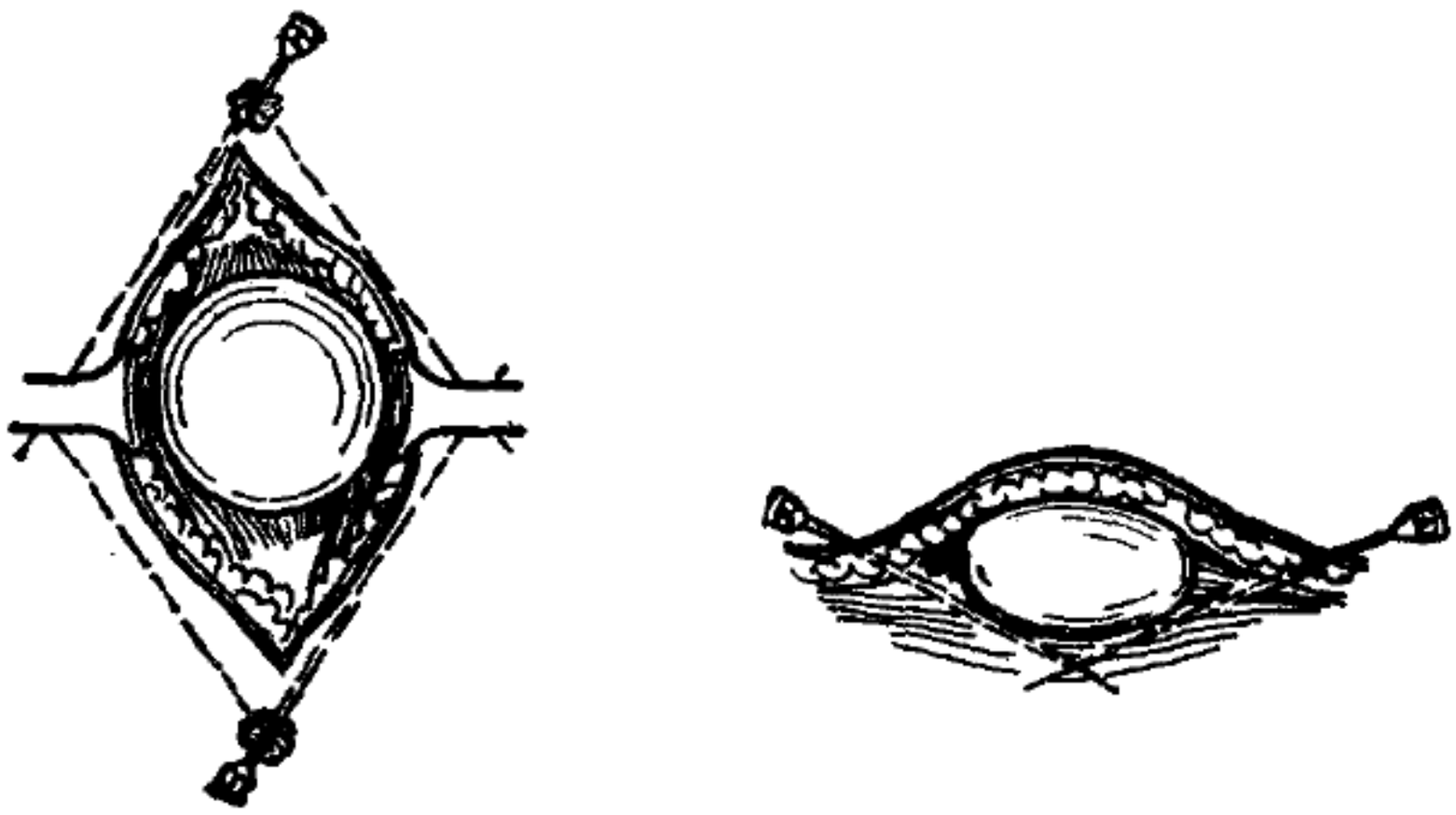


图28—26　局部浸润麻醉

注意事项

1.麻醉前需作皮内过敏试验。

2.术前半小时给予苯巴比妥钠，成人为0.1；小儿为1～4毫克/公斤。

3.认清药名及浓度，切莫将酒精误当麻药使用。

4.力争做到无痛注射。即除第一针是在未麻醉区进行外，以后穿刺均应通过已浸润的组织向远方注药。

5.勿将麻药直接注入血管和内脏中。

6.如出现面色苍白、心慌、肌肉抽搐、惊厥等中毒反应，应保持病人安静，及早停药，并肌注苯巴比妥钠0.1～0.2克。

第五节　插　管　技　术

一、洗　胃　法

（一）适应症： 服毒和幽门梗阻等。

（二）禁忌症： 上消化道出血、胃穿孔、食道静脉曲张、严重心脏病及吞服腐蚀性毒物或药物（如强酸、强碱）者禁止洗胃。

（三）洗胃用的液体： 根据情况选用1/5000过锰酸钾，2%碳酸氢钠（小苏打）或温开水等。

（四）方法

1.口服催吐法：方法简便，适用于意识清楚的病人，迅速喝洗胃液3～5碗（1000—1500毫升）后，用压舌板或筷子刺激舌根部或咽后壁，使其呕吐，如此反复进行，至胃内容物吐净为止。

2.插管洗胃法（图28—27）

（1）病人取坐位或半卧位，头转向一侧或头部稍低。

（2）将胃管前端涂润滑油，从口腔插入（有假牙者应先取牙），随吞咽动作轻松将胃管送进45～50厘



图28—27　洗胃法

米（通过咽部时稍快），小儿送入长度，应略长于病儿鼻尖到剑突的距离。

（3）确定胃管在胃内后，先将漏斗举高，把洗胃液从漏斗灌入，每次3～5碗（约1000～1500毫升左右，小儿量酌减），等洗胃液全部流入胃内后，再将漏斗放低，口向下，使液体排出，如此反复进行，直至洗出液和灌注液颜色相同或胃内容物洗净为止。

（4）第一次洗出内容物必要时可留下作化验检查。

（5）插管时如发现病人呛咳或呼吸困难加重表示进入气管，应即拔出，重插。

二、灌　肠　法

将一定量的溶液或药物通过肛管注入直肠或结肠。由于目的不同，可分为不保留灌肠与保留灌肠两种。

（一）不保留灌肠：此种灌肠的目的为软化硬类，排除粪便，清洁肠道，驱除积气。在高烧时如用冷盐水灌肠可降低体温。

灌肠溶液，依病人年龄，病情与治疗的目的而异。常用生理盐水，1%肥皂水（呈微乳白色）、清水等，可任选一种。成人用量500～1000毫升，小儿酌情减少至100～300毫升左右。常用溶液温度为40℃至43℃，灌肠时，先用手背试温，以不烫手为宜。如果用于降温，则用冷盐水灌肠。

操作步骤（图28—28）

1.病人取侧卧位，两膝屈曲，将裤脱至大腿，露出臀部，靠近床沿，垫塑料布。



图28—28　灌肠法

2.润滑肛管，放出少许溶液以排除管中空气。

3.用手指分开臀裂，使肛门显现，将肛管插入肛门约3～4寸，如插入时觉有抵抗感，可将肛管回转，并稍稍退出，再行推进，插妥后即用手扶住。

4.另一手将灌肠筒提高至离床沿约2～2.5尺高，使溶液徐徐流入，至所需量时，立即夹紧皮管，用纸包住肛管轻轻拔出清洗。

(二)保留灌肠

灌肠后使病人保留溶液而不排出，叫保留灌肠。

操作步骤

1.先令病人排便或作一次不保留灌肠以清洁肠道，使药物易于保留和吸收。

2.操作时将病人臀部抬高，肛管插入肛门约4～5寸，用注射器将溶液低压缓慢灌入。

3.灌毕，清理用物，嘱病人尽量不排便，必要时继续抬高臀部及用手纸压住肛门数分钟，以帮助病人保留溶液。

三、简易通便法

(一)将普通肥皂削成圆锥形，用热水浸过后，插入肛门，因肥皂的机械性及化学性刺激而引起自动排便。

(二)针灸及按摩通便法：针灸大肠俞、天枢、足三里等穴位。每日或间日一次。亦可按摩乙状结肠部，用右手食、中、无名三指深深按下，做环形按摩由近心至远心也可达到通便。

四、导 尿 法

(一)适应症： 截瘫、昏迷或其他原因引起的尿潴留，或留尿作检查。

(二)方法： 病人平卧，两腿分开，臀下垫以塑料布；术者站在患者右侧；男患者应先将包皮翻转，用肥皂水或温水清洗，再用2%红汞以尿道口为重点进行消毒（顺序，由上向下，由内向外的原则）；然后铺无菌孔巾，只露阴茎（或阴户）；以左手中指及无名指挟住冠状沟处，向腹部倾斜60°，并以拇、食二指张开尿道口（女患者则张开小阴唇），右手用镊子挟住已涂上润滑油之导尿管顶端（长约2.5厘米处），徐徐插入尿道（女患者插入5～7厘米，男患者20厘米），导尿管的另一端放于消毒盘内，初插入时可能因尿道痉挛而受阻，应稍停片刻，再慢慢推进。当导尿管进入膀胱时尿即排出。导尿完毕，取出导尿管，再以红汞涂擦尿道口。如需留置导尿管，其固定方法见图（图28—29）。

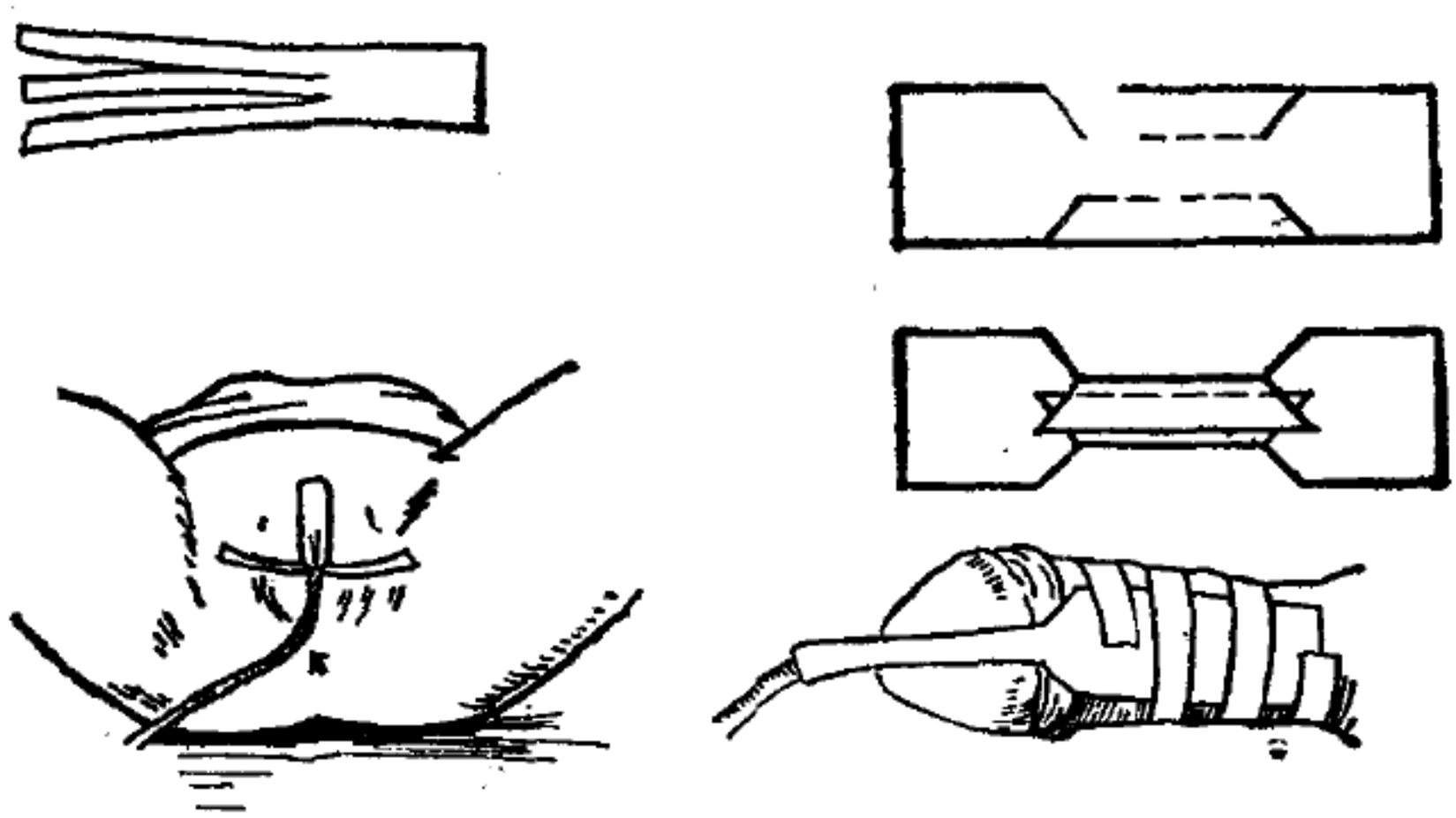


图28—29　尿导管固定法

(三)注意事项

1.全部操作过程均应严密遵守无菌技术。

2.急性尿道炎、膀胱炎不可导尿。

第六节　新　医　疗　法

一、耳　针　疗　法

耳针疗法就是在耳壳上进行针刺（或按摩、按压等）以治疗疾病的一种方法。常用于防治各种疾病和手术麻醉等。

耳穴的分布有一定的规律，好比一个在子宫内倒置的胎儿，头在下，脚在上。耳壳的表面解剖和耳穴的分布规律如下：

(一)耳壳的表面解剖(图28—30)

耳轮：耳壳最外卷曲的部分。

耳轮脚：耳轮深入到耳甲内的横行突起部。相当于膈。

耳轮结节：耳轮后上方稍突起处。

对耳轮：位于耳轮之前，且与其平行，上段分叉的隆起部份。相当于躯干，其耳甲缘相当于脊柱。

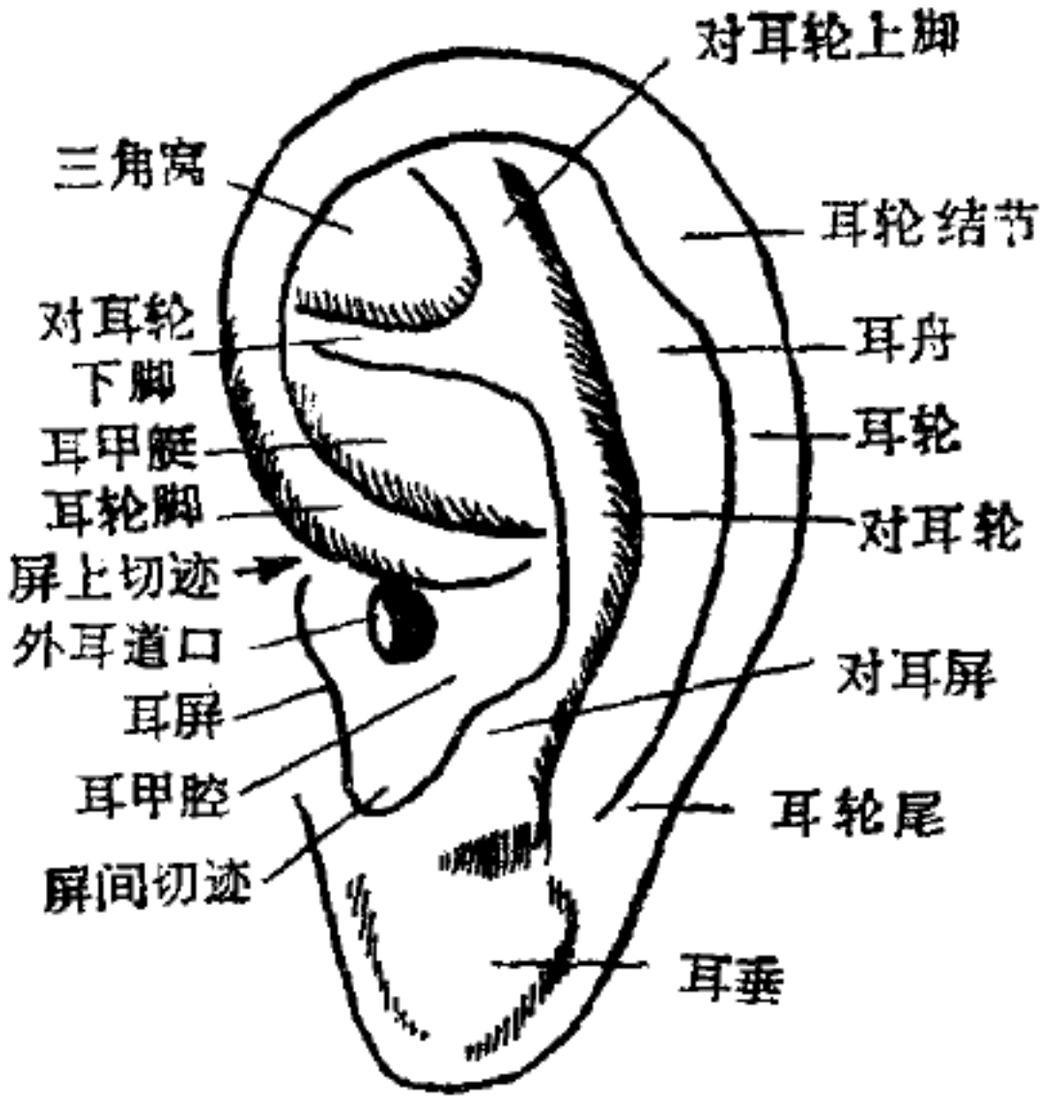


图28—30　耳壳的表面解剖名称

对耳轮上脚：对耳轮而上分叉的一支。相当于下肢。

对耳轮下脚：对耳轮向下分叉的一支。相当于臀部。

三角窝：介于对耳轮上下脚之间的三角形凹窝。相当于生殖器。

耳甲艇：对耳轮下脚与耳轮脚之间的凹陷。相当于腹部内脏。

耳甲腔：耳轮脚以下的凹陷（包括外耳道开口）。相当于胸部内脏。

耳舟(舟状窝)：耳轮和对耳轮之间的弧形沟。相当于上肢。

耳屏：耳壳前面的瓣状突起处，又称耳珠。相当于鼻咽部。

屏上切迹：耳屏上缘和耳轮脚之间的凹陷。

对耳屏：对耳轮之下，与耳屏相对的隆起处。相当于头部。

屏间切迹：耳屏与对耳屏之间的凹陷。相当于内分泌。

耳垂：耳壳最下部，无软骨的皮垂。相当于面部。

耳背：相当于背部。

（二）耳针的穴位

1.耳穴：当人体有病时，就会在耳壳上一定部位出现反应，常表现为压痛或伴有变形变色等。这些反应部位称耳穴。

2.耳穴的具体分布（图28—31）。



图28—31　耳针穴位

（三）治疗方法

1.取穴原则：按病变部位取穴（如胃痛取胃穴）；按病机取穴（痛经取内分泌，神经衰弱取皮质下等）；按辨证取穴（如皮肤病取肺穴，“肺主皮毛”）；按经验取穴（如失眠取神门，哮喘取平喘）等。取穴少而精，多取同侧。

2.探找耳穴

（1）压痛法：用探针或毫针柄以均匀的压力按取穴原则找，以病人感觉最痛的一点为准。

（2）肉眼观察法：有时耳壳反应点处可表现为变形变色，如脱屑、小红点、小黑点、小水疮等。

3.具体操作

（1）找好反应点，经过消毒，用左手固定耳壳，右手持针直刺，但不刺穿对侧皮肤，针时甚痛，也可有胀、麻、酸感。

（2）一般留针20—30分钟左右，慢性病可留针1—2小时，也可用埋针法。起针时再消毒及压迫止血。

（3）一般每天或隔天一次，以10—12次为一疗程。

（4）皮内埋针法：用特制的揿钉样或蝌蚪样的皮内针，刺入耳穴后，用胶布固定，对某些慢性病（如失眠）和发作性疾病较适用。埋针后嘱病人定时按压以加强刺激。皮内针一般留针1～2天，最长留7—15天。也可取火柴棒剪成半粒米大小以代替皮内针用胶布固定在耳穴上。

关于疾病的具体耳针取穴，见各篇疾病的治疗项下。

4.耳针治疗举例

（1）胃痉挛：交感、神门、胃。

（2）急性阑尾炎：交感、神门、阑尾。

（3）哮喘：平喘、肺、肾上腺。

（4）上感：内鼻、气管、肾上腺，发热加屏耳尖放血。

（5）高血压：降压沟、交感、神门、心。

（6）低血压：升压点、交感、神门、心、肾上腺。

（7）坐骨神经痛：坐骨神经、臀、膝、神门。

（8）腰痛：腰椎、肾、膀胱。

（9）关节痛：相应部位、神门、交感。

(10)急性肾炎：交感、神门、肾、膀胱。

(11)遗尿症：肾、膀胱、脑点、支点。

(12)痛经：交感、神门、子宫、卵巢。

(13)乳腺炎：乳腺、内分泌、神门。

(14)急性扁桃体炎：扁桃体针刺后放血、咽喉、心。

(15)挫伤、压伤、裂伤和各种关节扭伤等所致的疼痛均可针神门、肾上腺及相应部位止痛。

二、手 针 疗 法

(一)适应症：主要用于各种急、慢性痛症。

(二)治疗原则

1.取穴应少而精(每次只取1—2个穴)。行针时病人应尽量活动或按摩患部（如腰痛者弯腰，眼病者按摩眼部等)。

2.一般按左病取右，右病取左的方法，但如两侧同病时，则同时刺两手。

(三)治疗方法

1.穴位和主治(图28—32)：

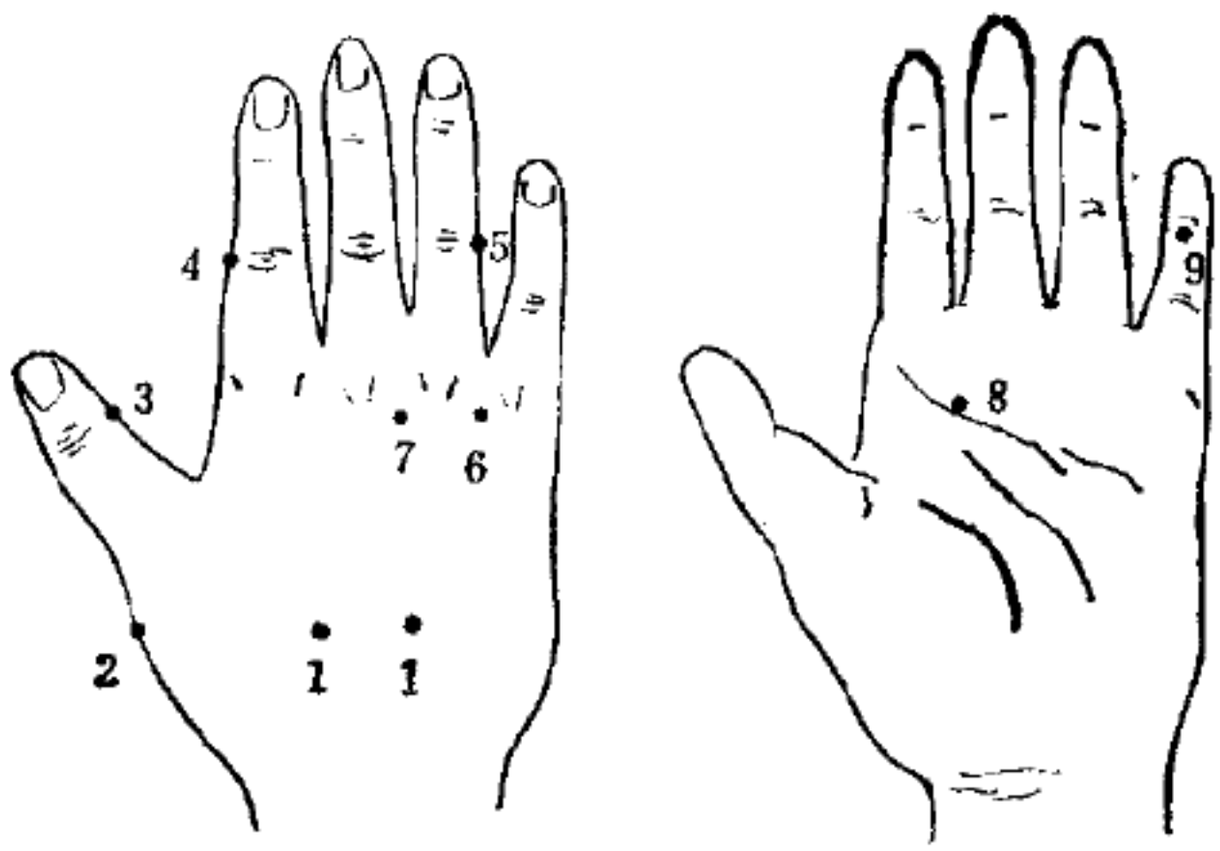


图28—32　手针穴位

(1)腰腿点：手背腕横纹前1.5寸，第二伸指肌腱桡侧及第四伸指肌腱尺侧处，共两点。

主治：腰腿痛，以急性扭伤效果最好。

(2)踝点：拇指桡侧，指掌关节赤白肉际处。

主治：风湿、扭伤等所致的踝关节痛。

(3)眼点：拇指尺侧，指关节赤白肉际处。

主治：急性结膜炎、急性角膜炎、麦粒肿霰粒肿、青光眼等眼病。

(4)前头点：食指桡侧第一指关节赤白肉际处。

主治：前头痛，肠胃痉挛，急性单纯性阑尾炎，风湿、扭伤所致的膝、趾关节疼痛。

(5)偏头点：无名指尺侧第一指关节赤白肉际处。

主治：偏头痛，胸胁痛，胆绞痛。

（6）坐骨神经点：手背第四、五指掌关节间近第四指掌关节处。

主治：坐骨神经痛，髋关节痛。

（7）咽喉点：手背第三、四指掌关节间近第三指掌关节处。

主治：急性扁桃体炎、咽喉炎、牙痛。

（8）咳喘点：掌面食指指掌关节尺侧处。

主治：支气管炎，支气管哮喘，神经性头痛。

（9）夜尿点：掌面小指第二指关节横纹中点处。

主治：夜尿、尿频。

2.针刺方法

（1）常用1寸毫针，让病人手自然微屈，并行皮肤和针具消毒。

（2）针刺手背各穴，进针方向是从手背向掌面直刺，但不可刺入骨膜；针刺手掌各穴，进针方向是从手掌向手背方向直刺，深度约为3～5分。

（3）针腰腿点时，要用两根针分别在两个刺激点上进针，针与皮肤成15°～30°角，针尖刺向对侧掌缘深约5～8分。

（4）均用捻转或提插强刺激手法，痛止后不能马上拔针，必须继续行针1～3分钟或留针1～2分钟再拔针，以巩固和加强疗效。

三、穴位注射疗法

将小量药物注入穴位中以治疗疾病的方法叫做穴位注射疗

法。

适用于多种常见病，多发病及手术麻醉。在抗感染方面疗效较好。

(一)取穴与选药

1.取穴原则：同新针疗法与耳针疗法。

2.选药原则　根据不同疾病，选用有一定药理作用、容易吸收、有一定刺激性的肌注药物，如抗风湿用防风、地龙；抗炎用黄柏、矮地茶、抗菌素；慢性肝炎、慢性肾炎、溃疡病等慢性病和年老体弱病人用维生素B_1、维生素B_{12}等，妇科病用当归、川芎液等。

(二)操作方法：按一般肌注要求先将药液抽入注射器选小号针头(5～6号)。

穴位常规消毒。持注射针直刺或斜刺快速刺入穴位，上下缓慢提插(不能旋转)待出现针感(小儿可直接注射)，无回血时将药液注入。一般体穴0.5～2.0毫升，耳穴0.1—0.3毫升。

(三)注意事项

1.使用青霉素、普鲁卡因前应做过敏试验。

2.头面部注射量要少，勿将药液注入关节腔或眼眶内。

3.穴位要轮换，不宜在一个穴位上长期连续使用。

4.胸背穴位不要针刺过深，以防发生气胸。

四、水　针　疗　法

是用某些药物注入痛点或其他一定部位而治疗疾病的一种方法。此法主要用于治疗腰腿痛、肩背痛及软组织扭、挫伤等。

常用药物多为5～10%葡萄糖液或生理盐水等，也可根据病情加入其它药物如维生素B_1、B_{12}等。

(一)治疗方法

1.选定注射部位

(1)痛点：应用最广，特别是比较表浅的软组织损伤。如有几处压痛，则以最痛处为准。

(2)肌肉起止点，用于较长肌肉或肌腱的损伤。注射时药物应注到骨膜外。

2.在选好的部位上或按肌肉注射方法穿刺，针刺入一定深度后，当病人有酸、麻、胀感时，即快速（以病人能忍受的强度为限）推入药物10～20毫升。

3.疗程　每隔1～2天一次，7～10次为一疗程。

(二)注意事项

1.在关节附近注射时，不能注药入关节腔。

2.脊髓神经根周围注射，不能误入脊髓腔内。

3.年老体弱者，注射部位及药物用量均宜少。

4.孕妇忌在腰骶部注射。

5.注射后6～12小时内局部有不适和疼痛，以后逐渐消失。也有个别病例，在首次注射后，当晚发烧，次晨即退，一般对症处理即可。

五、挑　治　疗　法

挑治疗法是在病人一定部位的皮肤上用粗针挑断皮下白色纤维样物以治疗疾病的方法。常于治疗痔疮、肛裂、脱肛、麦

粒肿、颈淋巴结核等。

(一)挑治的种类，一般有三种

1.选点挑治：在背部的范围内找点(疾病的反应点)。这种点稍突出皮面，针头大小、圆形，略带光泽，可为灰白、棕褐或淡红色不等，压之不褪色。如找点困难，可用两手摩擦病人背部，即可出现。若同时出现两个以上的点，应选其较明显的一点。

2.穴位挑治：选取与各种疾病关系密切的穴位进针挑治。如痔疮可选大肠俞、长强等，急性结合膜炎可选大椎等。

3.区域挑治：肛门和会阴部疾患，越靠近脊柱及腰骶部选点效果越好。常在第三腰椎至第二骶椎之间左右旁开1～1.5寸的纵行线上，任选一点进行挑治。

(二)操作方法：让病人反坐在靠背椅上，两手放靠背架上，暴露背部。消毒后，用消毒的三棱针、钢圆锥子将挑治部位之表皮纵行挑破约0.5厘米，然后深入向表皮下挑，以病人能忍受的强刺激将皮层白色纤维样物全部挑断，至露出皮下脂肪为止。病人稍感疼痛，略有出血。局部碘酒消毒，盖无菌纱布，胶布固定。一次不愈，可于1～2周后再行挑治，其部位可另选。

(三)注意事项

1.防止感染：注意无菌操作，挑后3～5天不要洗挑治处。

2.针尖应原口入原口出，不能在创口内乱刺。

3.在挑治后的当日应尽量避免重体力劳动，少吃刺激性食物。

4.对孕妇、严重心脏病和体弱的病人禁挑。

六、割 治 疗 法

在病人身体的一定部位或穴位，按常规外科手术切开皮肤，摘除少量皮下组织，并在切口周围进行一定的机械刺激，从而达到治疗某些疾病的方法。

（一）割治部位、适应症

1.手掌割治：常用的有五处（图28—33）其体表位置和适应症如下：

（1）掌一：食指第一指节掌面正中。主治支气管哮喘。

（2）掌二：第二、三掌骨间隙掌侧，食指与中指根部联合下约0.5厘米处。主治慢性支气管炎、支气管哮喘。

（3）掌三：第三、四掌骨间隙掌侧，中指与无名指根部联合下约0.5厘米处。主治支气管哮喘、支气管炎。

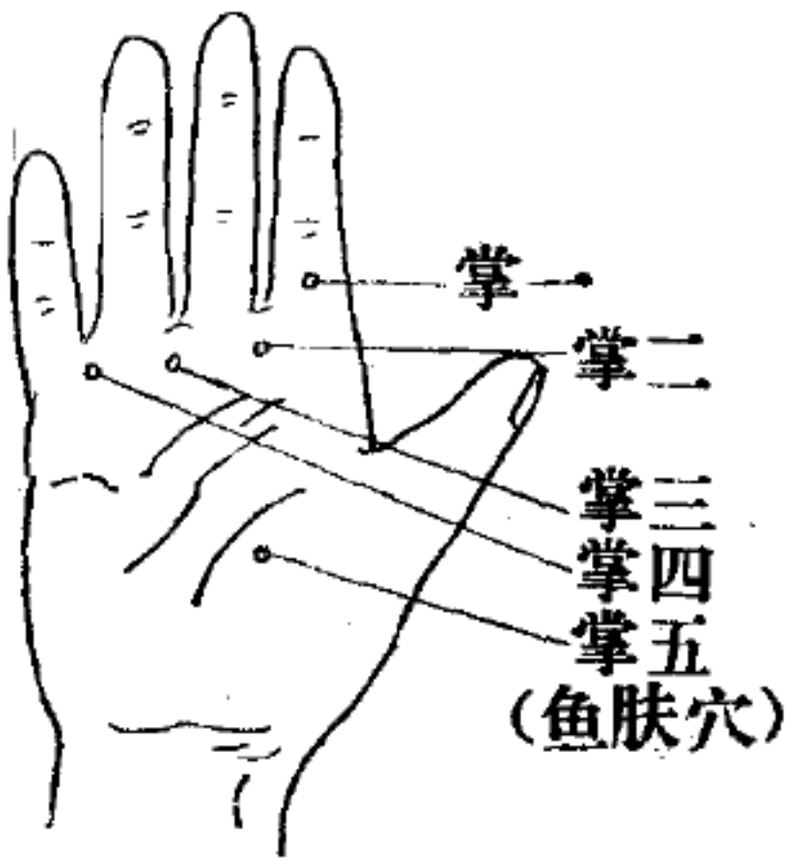


图28—33 手掌割治剖位图

（4）掌四：第四、五掌骨间隙掌侧，无名指与小指根部联合下约0.5厘米处。主治神经衰弱、头痛、胃肠病等。

（5）掌五：即鱼腹穴，位于掌面大鱼际肌尺侧边缘与井拢的食、中指间引线的交点上。主治支气管哮喘、小儿疳积。

2.穴位割治：对某种疾病，选择特定穴位，进行割治。如割膻中治疗支气管哮喘，慢性支气管炎。

(二)操作方法： 常规消毒，局麻下纵行切开皮肤深达筋膜层，切口长约0.5～1厘米左右，摘除皮下脂肪少许。用小钳子或刀柄伸入切口内滑动按揉数次使病人有强烈的酸、麻、胀感，并向一定方向传导，最后必要时全层缝合一针，盖上消毒纱布，包扎好。术后5～7天拆线。若需再作，可在已割部位旁开1厘米处或另选一部位进行，两次相隔七天。

(三)注意事项

1.割治前询问病史，作好体检。如切口外周围皮肤有化脓感染、过敏体质、疲劳、饥饿的暂不割治。局麻时要作普鲁卡因过敏试验。

2.割治中如病人自诉头晕、恶心，应立即停止操作，让病人平卧休息，注意观察病情。

3.加强无菌观念，严格消毒，防止手术部感染。

4.防止伤及深部血管、神经和韧带。

七、穴位埋线疗法

把丝线或羊肠线埋入穴位，以治疗疾病的一种方法。

(一)适应症： 常用于慢性病。如慢性胃炎、肠炎、肝炎、支气管炎、肾盂炎及溃疡病、支气管哮喘、小儿麻痹后遗症等。

(二)治疗方法

1.选准穴位(见新针疗法)。再用龙胆紫做好标记。

2.常规消毒皮肤。

3.术者戴手套在穴位两侧1～1.5厘米处用0.5%普鲁卡因局麻。

4.埋线：可分皮肤针埋线和穿刺针埋线二种。

（1）三角针埋线法：术者左手拇、食指绷紧或捏起进针部位皮肤，右手持针用三角针带羊肠线，在距穴的1厘米处进针，深达皮下或肌肉穿过穴位，至穴位另一边的1厘米处出针，然后将羊肠线在穴位上来回拉动数次，出现酸、麻、胀感后，轻轻提起两针孔之间的皮肤，将两端露在皮肤外的线头贴皮肤处剪断，放松皮肤，轻轻揉局部，线头即完全埋在皮下，用碘酒消毒后，盖上消毒纱布贴胶布固定。

（2）穿刺针埋线法：将消毒羊肠线按需要长度剪取一段，放置在穿刺针管内的前端，后接针芯。左手拇、食指绷紧或捏起进针部位皮肤，右手执针，快速穿过穴位皮肤，至一定深度，待有针感后，慢慢退针，边退针，边推针芯，将羊肠线留在穴位内。针孔涂碘酒后，盖上消毒纱布或贴胶布固定。也可在邻近二穴采用透穴的方法埋线，如溃疡病取中脘透上脘，在中脘穴稍下方进针，将针刺到上脘穴的稍上方，但不要透过皮肤，使针内线埋在两穴之间。

（三）注意事项

1.严格消毒，动作轻巧，术后2～3天内局部不要浸水，以防感染。

2.术后3～4天可能出现局部疼痛、低热、全身不适等反应，一般不需处理，可自行消失。

3.埋线选择：用羊肠线局部反应大，疗效快易吸收，持续时间短。用丝线局部反应小，不易吸收，持续时间长。

八、拔罐疗法

拔罐疗法是一种借助热力排出罐内空气，形成负压，使罐紧吸在皮肤上面，造成局部充血或瘀血的一种治疗方法。

(一)罐的种类

1.竹制火罐 用直径3～5厘米的竹子，制成8～10厘米的长圆柱形管子，一端留节做底，罐口打磨圆滑即成。

2.玻璃火罐 玻璃制成，腰大口小，拔上之后，可以外面观察罐内皮肤的变化。

3.瓶制水罐 利用青、链霉素或注射用葡萄糖液瓶。瓶口有带铝盖的橡皮塞，将瓶底切掉，边缘磨平备用。

4.其他代用品 如杯子、药瓶等，只要其口光滑边缘不锐均可。

(二)拔罐的吸引方法

1.闪火法 用镊子夹燃烧着的酒精棉球在罐内旋转片刻，迅速抽出（不要在罐口燃烧及停留，以防烫伤），将罐立即扣在选好的部位上，即可吸住。

2.隔火法 取一不易燃烧，不传热、直径2～3厘米之片状物（如胶木瓶盖、桔皮等），置于选拔的部位，上面放一小酒精棉球，点燃后将火罐扣上，可产生较强的吸力，且比较安全。

(三)拔罐的种类

1.充血性火罐　吸引后达到皮肤潮红。

2.瘀血性火罐　吸引后达到皮肤出血，皮肤呈紫点或紫斑。

3.推罐　待火罐吸紧后，将罐体在患部附近作旋转推动或平推移动，至局部出现潮红或青紫色即可。

4.刺血拔罐　在选定的部位上，用皮肤针叩刺，至皮肤有出血点为度，再在此部位加拔火罐，吸出少量血液后起罐。注意针刺范围要小于选用之瓶口。

(四)拔罐的程序

1.一般可按新针疗法选配拔罐的穴位及部位。

2.根据部位，选用大小适宜的火罐。

3.大罐吸力强，拔3～5分钟；小罐吸力弱，拔10～15分钟。

4.起罐时一手拿住罐子，一手下按罐口边缘的皮肤，待空气进入后，罐即落下。不可强力硬拔，免伤皮肤。

5.起罐后，皮肤如破损或水泡，局部可涂以1%龙胆紫。

6.一般拔罐1～2日一次，6～10次为一疗程，刺血拔罐3～7日一次，4～6次为一疗程，亦可配合其他疗法同时应用。

(五)拔罐的适应症

1.感冒、头痛和结膜炎：太阳穴充血性火罐。

2.哮喘、支气管炎：肺俞穴或肩胛间区拔瘀血性火罐、推罐。

3.腹痛、腹泻、胃痛：天枢、气海或中脘、足三里拔充血性或瘀血性火罐；胃痛还可在脾俞、胃俞作刺血拔罐。

4.风湿性关节痛、扭伤性腰痛：痛处或压痛处拔瘀血性火罐、刺血拔罐；肌肉丰富的部位还可拔推罐。

5.毒蛇咬伤、疖肿：患处作刺血拔罐可以吸毒排脓，但应配合其它疗法。

(六)拔罐的禁忌

1.全身消瘦，肌肉失去弹力者。

2.全身剧烈抽搐者。

3.血管多的部位以及心尖搏动处。

4.孕妇的腰部和腰骶部。

5.水肿患者，应慎用。

6.月经期或出血性疾病患者不宜作刺血拔罐。

九、小儿推拿疗法

推拿疗法以经济、简便、安全、疗效确实为特点，是广大病人容易接受治疗的一种医疗方法。推拿疗法是医生用双手在患者体表部位运用不同的方法(点、面、线)，从而达到经络疏通、祛邪扶正、活利关节、营卫调和、气血周流、调整脏腑功能，使阴阳相对平衡，促进人体自然抗病能力，治愈疾病的目的。

推拿基本手法

（一）推法：是用指面在体表上进行，推法有直推、旋推、分推三种形式。

（二）拿法：用手指将穴位组织提起，用于肌肉深厚之处。

（三）按法：用指尖螺纹在选定的穴部施加压力。

（四）摩法：用食、中、无名三指的螺纹或掌心在体表由上而下，由左至右，轻、缓摩转。

（五）揉法：是以指端、掌根或鱼际贴住皮肤婉转回环地带动皮、肉、筋转动。

（六）运法：方法与揉法相同，但不带动深层组织，用力宜轻、缓。

（七）搓法：两手掌或两指相对合搓。

（八）摇法：用手扶住穴部的两端作摇摆动作。

（九）掐法：用拇指指甲掐穴位。

（十）捏法：即是用拇指捏住皮肤用力提起。

推拿疗法常用穴部主治及手法操作

（一）头面部

头部手法一（开天门）

部位：从印堂到神庭穴之间。

主治：外感、内伤。

手法：运用两拇指侧面从印堂穴向神庭穴两手交互直推二十次左右。

头部手法二（推坎宫）

部位：眉弓

主治：外感、内伤。



图28—34



图28—35

手法：用拇指掌面从印堂穴沿眉弓向眉梢分推十次左右。

头部手法三（分太阳）

主治：外感、内伤。

手法：由眉梢向耳门穴处用两拇指侧面斜推二十次左右。

百会（图28—37）



图28—36

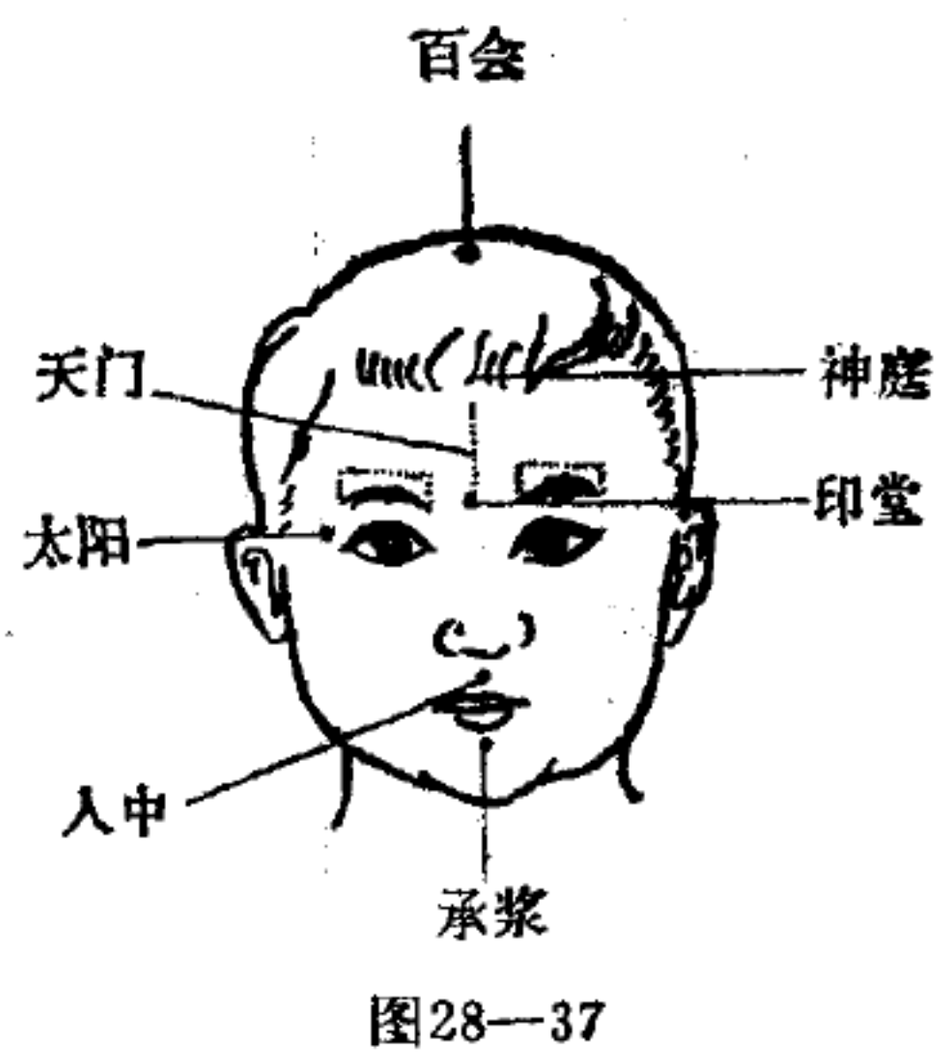


图28—37

主治：惊风、抽搐、虚脱。

手法：惊风抽搐用揉法，虚脱用灸法。

人中（图28—37）

主治：昏迷不醒、牙关紧闭。

手法：用拇指指甲掐，掐后加揉按。

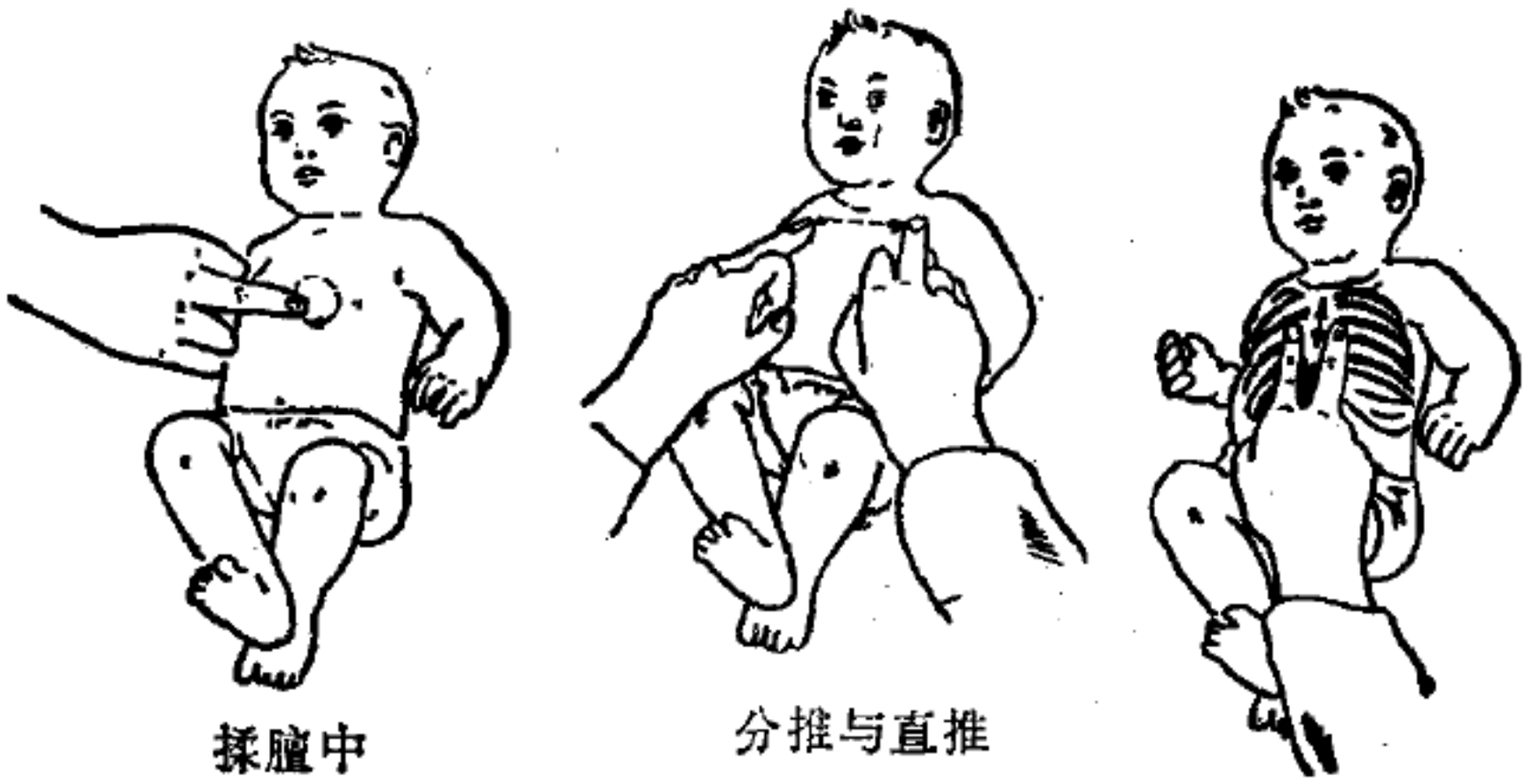
承浆（图28—37）

主治：实热、吐泻、惊风、昏迷。

手法：用拇指甲掐，掐后加揉按。

（二）胸腹部

膻中（推胸法）（图28—38）



揉膻中　　分推与直推

图28—33

主治：咳嗽、气喘、气胀、气逆。

手法：以拇指或中指掌面按揉数十下；揉后再用两中指左右分推数十下；续用食、中指由上往下推数十下。



图28—39

中脘（图28—39）

主治：胃痛、腹胀、积滞、消化不良。

手法：（1）以拇指或中指掌面顺时钟方向揉转，边按边揉数十下，揉后再用食、中、无名指由上往下轻轻直推数十下，能消导积滞，称作消导法。

（2）顺时钟方向揉转数百下，为安中调和法。

（3）逆时钟方向揉转数十下，为补中法，能补脾胃，加强消化功能。

肚脐（图28—40）

主治：腹痛、腹胀、泄泻、消化不良。

手法：以拇指或中指掌面揉转数十下。

（三）肩背腰骶部

肩井（肩井穴外下旁开一横指）

主治：发热、呕吐、抽搐。

手法：用拇指或中指按之。

肺俞（图28—41）

主治：发热、咳嗽、气喘、痰迷。



图28—40



图28—41

手法：以拇指或中指面推揉之，推部如“介”字形，推揉后，用盐粉或姜汁擦之，以皮肤发红为度。

龟尾（图28—42）

部位：在尾椎骨处。

主治：泄泻、痢疾。

手法：用拇指或中指掌面揉数十下。

七节

部位：自第四腰椎起至尾骨端成一直线。

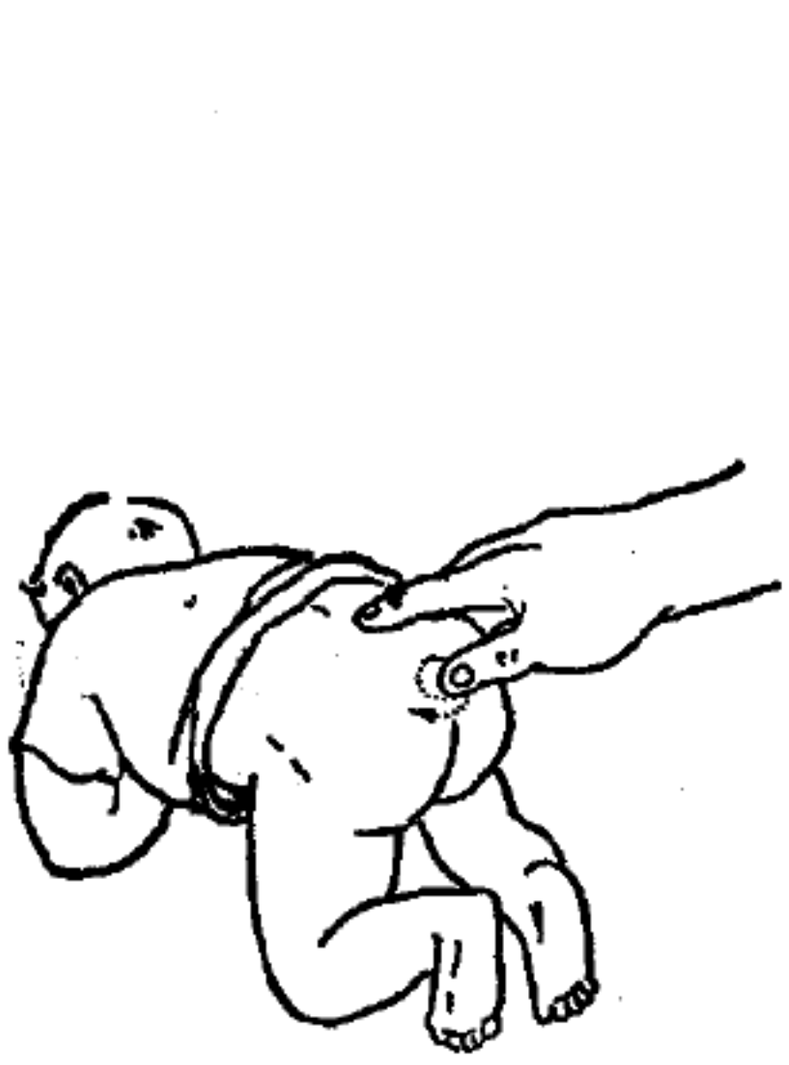


图28—42

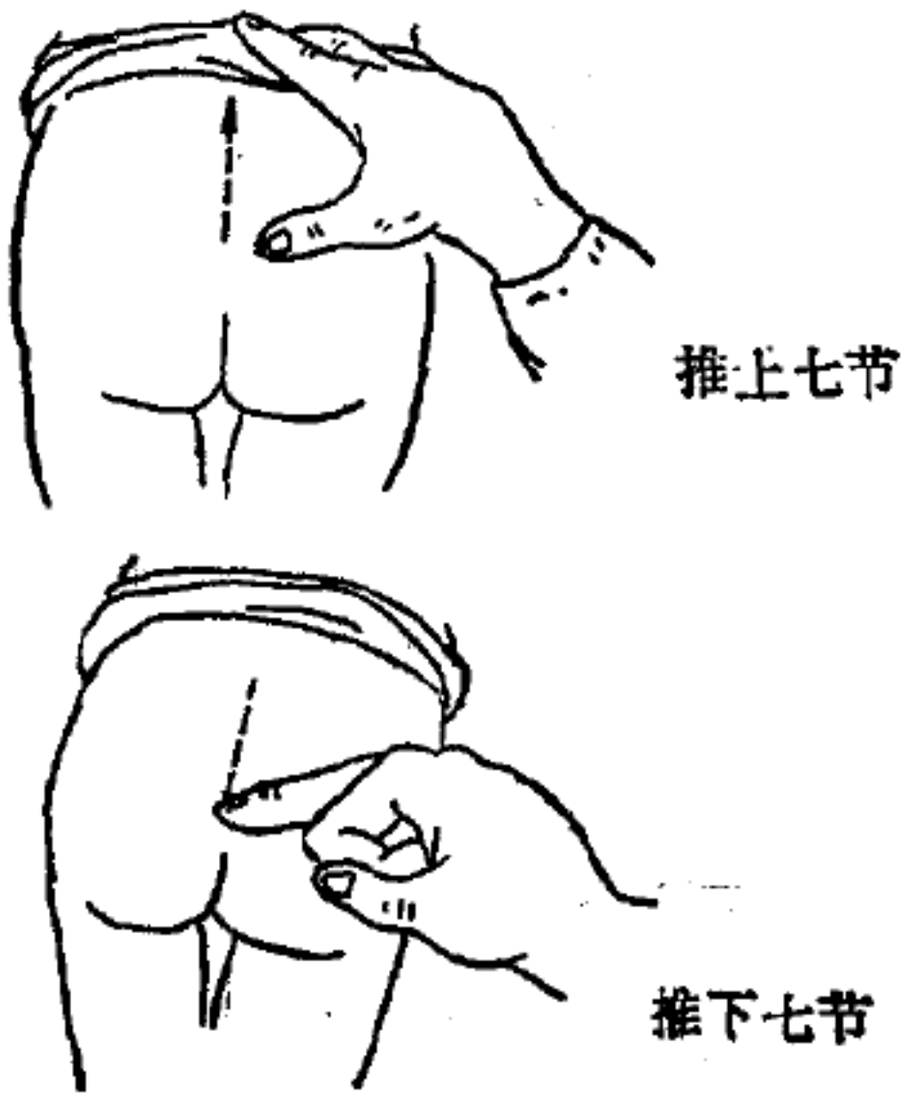


图28—43

主治：内热、大便干结、便秘、泄泻。

手法：用中指螺纹面作推法，由上往下推数十下，能泻热通便；用拇指面由下往上推数十下，可止泻。

推脊（图28—44）

部位：脊柱棘突

主治：发热

手法：用食、中指指面沿脊柱的棘突由上往下推数十下。

捏脊（图28—45）

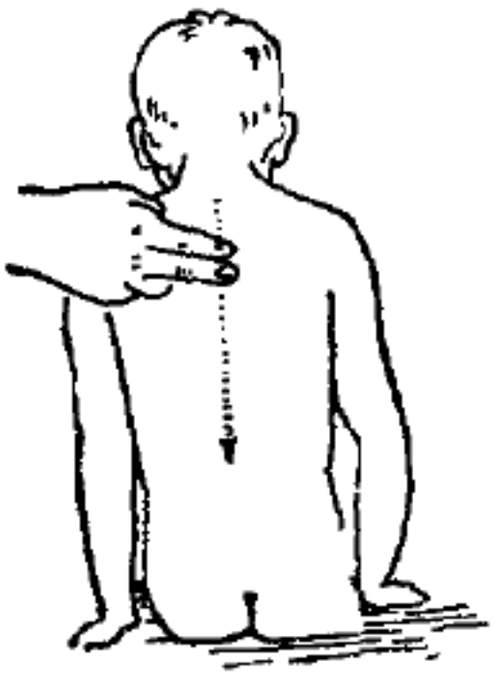
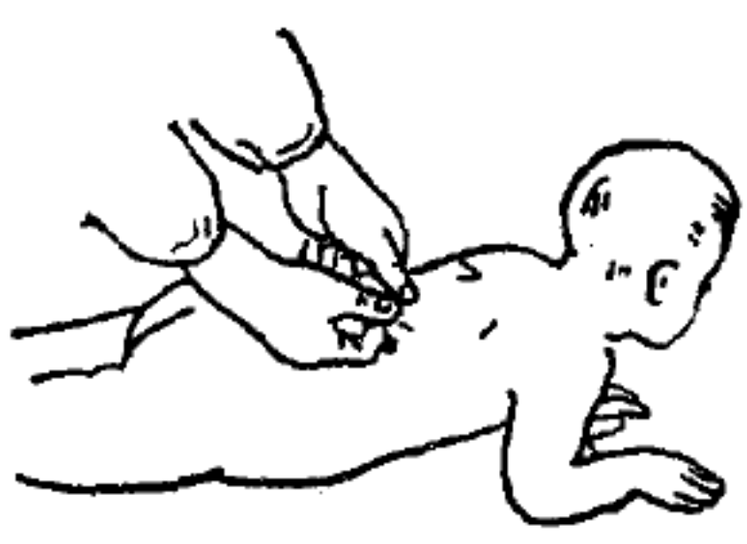


图28—44



捏脊翻皮

图28—45



捏脊手势

部位：脊柱两旁，由肺俞到肾俞之间。

主治：消化不良、泄泻、呕吐、发热。

手法：用两拇指和食指中指对捏脊柱旁开一、二指的皮肤，由肾俞处，从下往上翻捏至肺俞间，左右各捏三至五次。

（三）上肢部

总筋（图28—46）

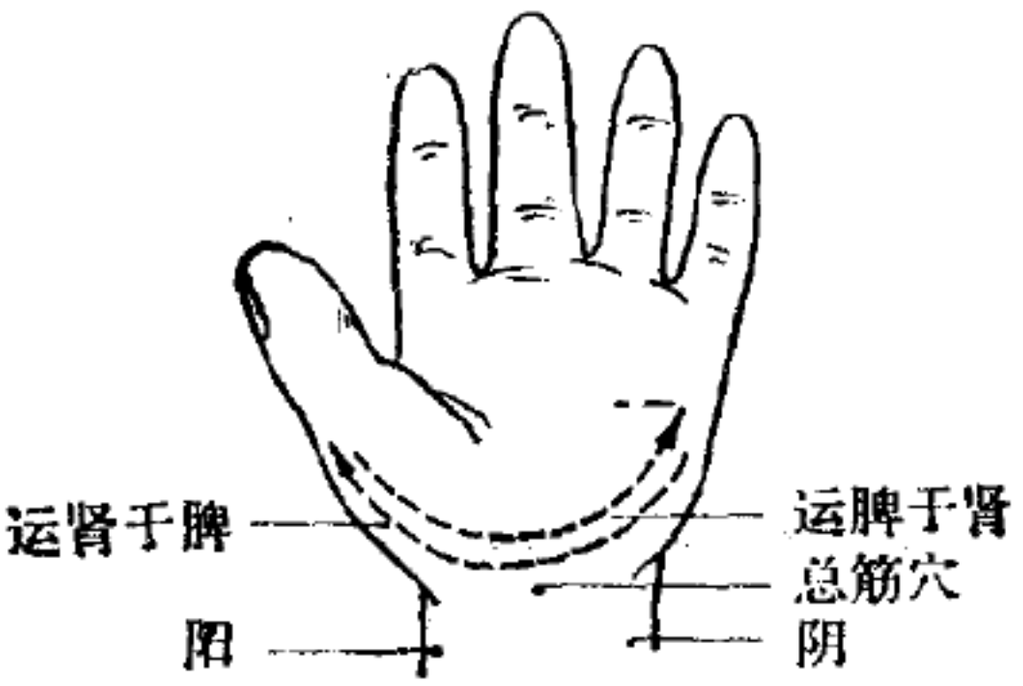




图28—46

部位：腕横纹的正中处。

主治：发热、吐泻、惊风、抽搐。

手法：以拇指指甲掐之。

阴阳（图28—47）

部位：总筋两旁小指侧为阴，大指侧为阳。

主治：寒热往来、腹胀、呕吐、泄泻、痢疾。

手法：以拇指面从总筋处向左右分推二十至三十次。

推脾经（图28—48）

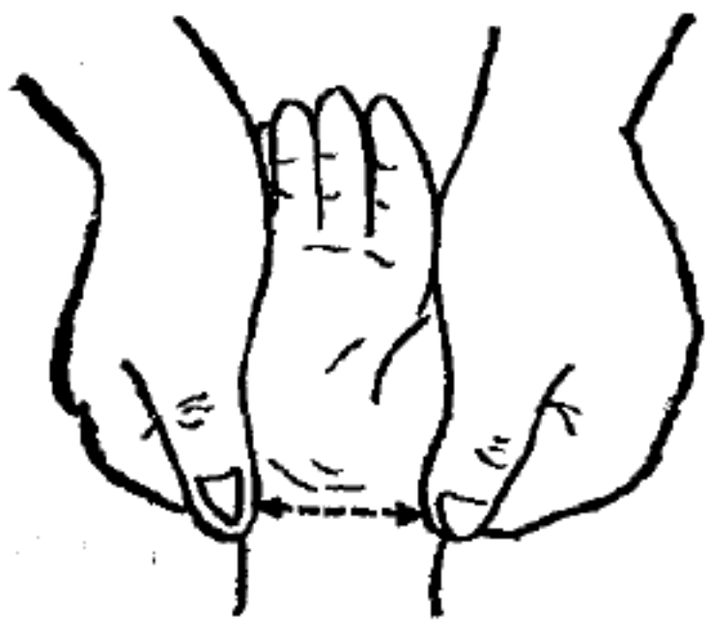


图28—47



图28—48

部位：拇指螺纹面。

主治：瘦弱面黄、食欲不振、消化不良、呕吐、泄泻、脾虚。

手法：旋推为补，治脾虚；向指根直推为清，能除去脾胃之火。

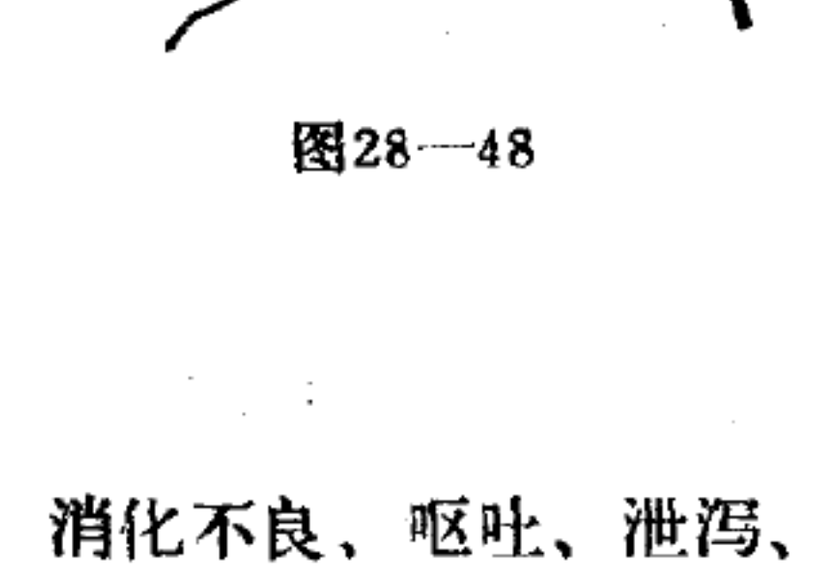


图28—49

推肝经（图28—49）

部位：食指螺纹面。

主治：急慢性惊风，烦燥不安。

手法：旋推为补，治慢惊风；向指根直推为清，治急惊风。

推心经

部位：中指螺纹面。

主治：气血虚弱，高热昏迷直视，烦躁不安，惊风抽搐。

手法：旋推为补，治气血虚弱；直推为清，能退心火。

推肺经

部位：无名指螺面。

主治：肺虚肺热，咳嗽气喘。

手法：旋推为补，治肺虚久咳；直推为清，能清肺热。

推肾经

部位：小指螺纹面

主治：小便频数，赤涩作痛，遗尿，闭癃。

手法：旋推为补，治肾虚遗尿等；直推为清，治小便赤涩作痛闭癃。

推大肠

部位：在食指的第一指节正面

主治：内热、便秘、泄泻、痢疾。

手法：由大肠穴斜推到虎口。

内劳宫（图28—50）

主治：发热。

手法：用大指甲掐之能发汗退热，用拇指面揉之可去心火退热。

推三关法（图28—51）

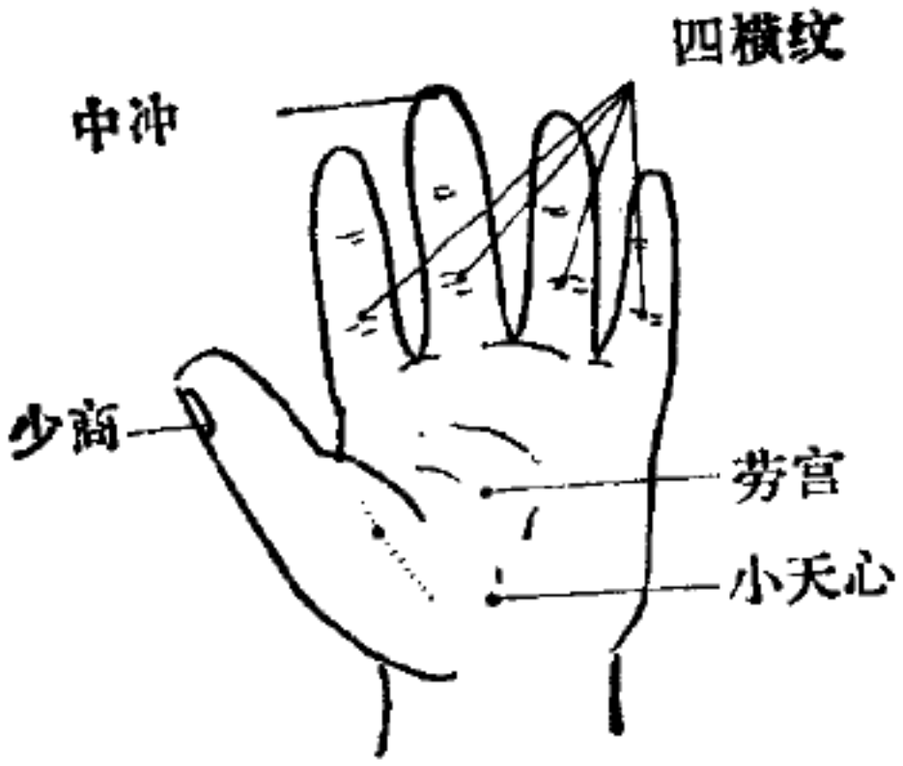


图28—50

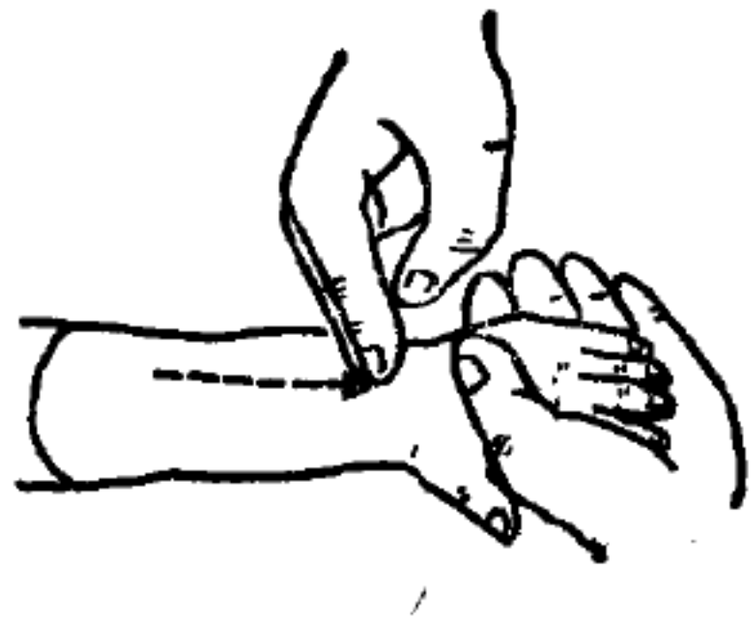


图28—51

部位：从阳池外关直至曲池、少海间。

主治：风寒感冒，发热恶寒。

手法：直推，男：三关推上；六腑推下。

退六腑（图28—52）

部位：从曲泽穴直至大陵穴。

主治：实证，高热汗出。

手法：直推，女：三关推下，六腑推上。

退烧手法一（水底捞明月）（图28—53）

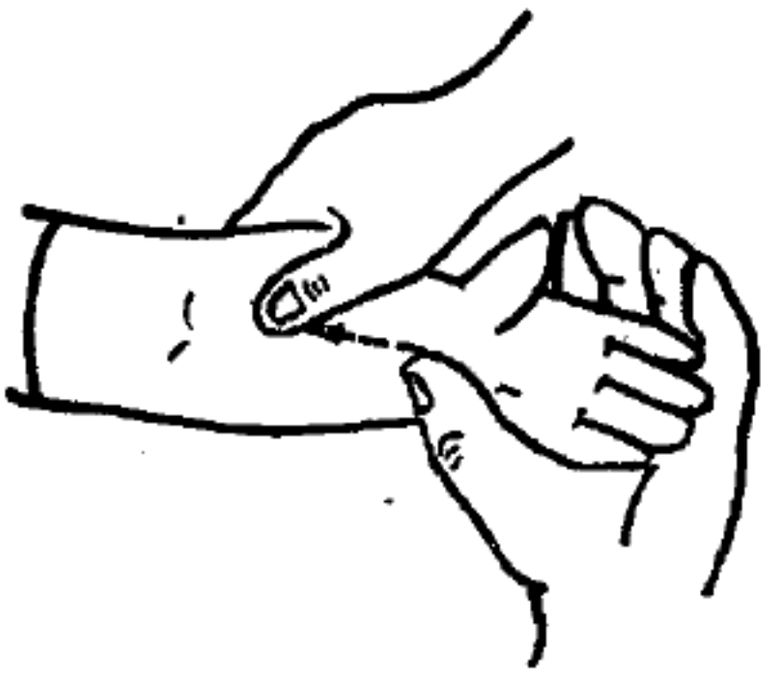


图28—52



图28—53

部位：小孩掌心内劳宫穴的周围。

主治：用于一切高热，能清心火退实热。

手法：操作者持病孩左手四指，掌心向上，先滴一、二滴凉水在掌心内，用中指在内劳宫周围旋运之，并结合口吹气，边吹边旋运推之(以不超过十八口气为限)。

退烧手法二(大推天河水)（图28—54)

退烧手法二
(推天河水)
(吹气)



图28—54

天河穴在总筋穴上方，相当于内关穴处。

主治：用于一切高热，能清心火退实热。

手法：由内劳宫起经过总筋直推至曲泽穴处，每轻推一次结合吹气一口（以不超过十八口气为限)。

退烧手法三
(打马过天河)
(两指弹拍)
(吹气)



图28—55

退烧手法三（打马过天河）

部位：天河穴在总筋穴上方，相当于内关穴处。

主治：治高热，昏迷不醒。

手法：以食中二指沾凉水，由总筋处起，食、中二指交互拍打，如弹琴状，直拍打至曲泽穴处，每拍打一番结合吹气一口（以不超过十八口气为限）。

（四）下肢部

承山（图28—56）

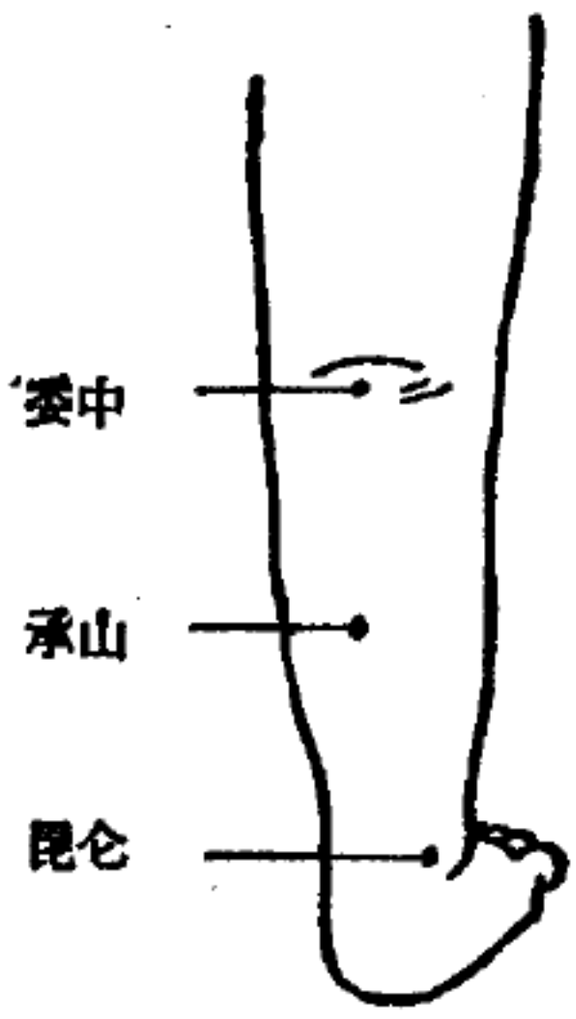


图28—56

部位：小腿肚下分肉之间陷中

主治：哮喘、吐食积滞、惊风抽搐、角弓反张。

手法：以拇指面按揉之。

涌泉（图28—57）

部位：在足底前$\frac{1}{3}$及后$\frac{2}{3}$交界处人字陷中。



图28—57

主治：呕吐、泻泄、或又吐又泻、久热不退。

手法

男孩：左揉转加按之止吐，右揉转加按止泻，又吐又泻则左右相等的揉转加按。

女孩：左揉转加按止泻，右揉转加按止吐，吐泻兼作，并左右相等的揉转加按。

除内热则原位抖动按揉不转。

第二十九章　常用药物

第一节　用药基本知识

一、药物的作用

（一）预防作用：某些药物能加强人体防卫机能，提高抗病能力，如抗疟药可预防疟疾的发作，接种牛痘可以预防天花等。药物是贯彻“**预防为主**”的重要一环。

（二）治疗作用

1.对因治疗：针对疾病发生的原因治疗，如链霉素治疗结核病，青霉素治疗大叶性肺炎，它们能够抑制病菌的生长，有利于人体消灭病菌，治好疾病。这是治疗疾病的根本措施。

2.对症治疗：在某些情况下，有的疾病暂时找不出原因；或者不能作出明确诊断而病人遭受病痛的折磨；或者疾病的症状可以引起疾病的进一步恶化。此时就可以给予对症治疗，先解除或减轻病人的症状，然后再根据需要，采取进一步的治疗。

（三）不良反应：药物对人体有害作用，叫做不良反应。用药时应尽量避免或减轻这种反应。

1.副作用：是指药物在治疗剂量时引起与治疗目的无关的作用，如麻黄碱治疗支气管哮喘时产生中枢神经兴奋，引起失眠的副作用。

2.毒性反应：多由于用药过量或用药时间过长，超过了病人耐受能力而产生的一种危害较大的严重反应。例如过量的催眠药可使病人出现昏迷，甚至使呼吸停止；较长时间的使用链霉素，可使病人产生耳鸣，甚至耳聋的危险。因此应控制药物剂量和给药时间，以减少这类反应。

3.过敏反应：是少数特异体质的病人，用药时出现的反应。在常用剂量或极小剂量时都可以出现，反应的症状与药物原有的作用无关。例如对青霉素过敏的人，可出现过敏性休克。因此，用药前，应了解有无药物过敏史，或做必要的过敏试验，以减少这种不良反应。

二、给药途径

给药途径不同，不仅药物产生作用的快慢不同，而且效果也各异，甚至可以产生截然不同的作用。例如硫酸镁内服是泻药，静脉注射则产生镇痉作用。所以，要充分发挥药物的作用，熟悉给药途径也是很重要的。

(一)口服：方便安全，在胃肠道发挥作用较快，如抗酸药用于溃疡病。但吸收入血流产生全身作用则较慢，一般约半小时才发生作用。故病情紧急，不能口服的病人，在胃肠道难吸收入血、或易被消化液破坏的药物，均不应口服。

(二)注射

1.皮下或肌肉注射：作用比口服快而确实。但不如口服方便，能引起疼痛，且药液容量有一定限制。一般皮下注射不超过1—2毫升，肌肉注射不超过5～10毫升；油类注射剂仅作

肌肉注射。

2.静脉注射：作用最快。主要适用于急病或不能采用其它途径给药的药物。除特殊情况外，一般应缓慢注射。混悬剂或油剂不能作静脉注射。若给大量液体，则须采用滴注法。

3.小剂量穴位注射：是使用比常规剂量小的药物注射于有关穴位中，以达治疗疾病的方法。这是中西医结合的新生事物；已显示出它的优越性，值得进一步总结提高。

（三）局部用药

1.外用：熏洗、浸泡、涂擦、外敷，在局部产生作用。

2.灌肠、栓锭、吸入，虽给药于局部，发挥局部作用，但应注意有些药物也可以通过粘膜吸收产生全身作用。如异丙肾上腺素喷雾剂，氨茶碱栓锭等。

三、给药时间和次数

要使药物获得治疗效果，减少不良反应，必须注意给药时间和次数。有些药物（磺胺类、抗菌素）在体内停留时间短，如要保持在体内一定的浓度，需要每隔 4 ～ 6 小时给药一次。有些药物（洋地黄）在体内停留久，排泄慢，容易蓄积而引起中毒，就需要服用一个时间后减少药量或停用。驱虫药常在空腹时服用；制酸药等常在饭前服；对胃有刺激性的药物在饭后服；催眠药须在睡前服等等。

四、给 药 剂 量

剂量是药物在治疗中必要的分量，剂量不足则药物不能奏

效，过量则不仅浪费，且有中毒危险。一般说的“剂量”是指成年人一次平均口服量；“极量”是最大的治疗量；超过“极量”而能发生中毒现象的剂量，叫“中毒量”；超过中毒量而能致命的剂量，叫“致死量”。

一般所说的成年人剂量是指18～60岁人的用药剂量。60岁以上的老年人用药量应酌减，为成人量的3/4。小儿的剂量可按年龄或体重计算，方法如下。

(一)按成人量折算见下表

小儿用药剂量折算表

年龄	剂量
新生—1月	1/24
1个月—6个月	1/24—1/12
6个月—1岁	1/12—1/8
1—2岁	1/8—1/6
2—4岁	1/6—1/4
4—7岁	1/4—1/3
7—11岁	1/3—1/2
11—14岁	1/2—2/3

(二)按体重(公斤)计算法：比较准确，适用于作用较强或毒性较大的药物。先由年龄推算体重或秤体重，再算剂量。例如四环素片剂，小儿一日量为每公斤体重25毫克，分四次服，试计算7个月小儿的一日量、一次量。

7个月小儿体重（公斤）$=7\times0.5+3=6.5$公斤

7个月小儿四环素一日量 = 6.5 × 25 = 162.5毫克

7个月小儿四环素一次量 = 162.5 ÷ 4 = 40毫克(约)

五、药用衡量、浓度及其换算

(一)药用衡量

药用衡量是表示药物分量的方法。一般固体药物多用重量表示，液体药物多用容量表示。

公制重量、容量单位表

单位名称	千克(公斤)	克	毫克	微克	升(立升、公升)	毫升
进率	1000克	1000毫克	1000微克		1000毫升	

有些药物用“单位”来表示其剂量，如青霉素。

(二)药物浓度的表示方法及有关计算

1.药物浓度的表示方法

(1) 百分浓度：即100毫升的药液（溶液）中，含生药(溶质)多少克。通常采用“%”表示。如0.9%的氯化钠溶液，即100毫升的氯化钠溶液中，含0.9克的氯化钠。

(2) 比例浓度：以溶质量与溶液量的比例表示溶液的浓度。这种方法多用来表示较稀溶液的浓度。例1:2000的新洁尔灭溶液，即指2000份的溶液内含新洁尔灭1份。

2.药物浓度的计算

（1）配制溶液或计算溶液的浓度及溶质含量，可按下列公式：

溶液量×百分浓度＝溶质的含量

例如配制外用的0.9%生理盐水5,000毫升需称氯化钠量为5,000×0.9%＝4.5克，再加冷开水溶解至5000毫升即成。

（2）浓溶液配制稀溶液，可按下列公式计算

$$\text{浓溶液量} = \frac{\text{稀溶液浓度} \times \text{稀溶液量}}{\text{浓溶液浓度}}$$

例如配70%酒精500毫升，应取95%酒精量$= \frac{70 \times 500}{95} =$368毫升。

即取95%酒精368毫升，冷开水加至500毫升。

六、药物的保管

药物如果保存不当，可因外界气候、温度的变化或日光的照射等情况而发生霉变、虫蛀变质等，或过期失效，均可影响质量。这不仅造成物质上的浪费，在抢救和治疗疾病中还会引起事故。装药容器应严密消毒，瓶塞必须盖紧，避光药品应装在有色玻璃瓶内，生物制品必须在适当的温度下保存。同时，要注意标签使用期限，过期药物或药液有混浊或瓶口有破损，就不能再使用。易燃烧易爆炸性药物应远离火源。还须注意医药公司及卫生领导机关来文，如有纠正、停止使用批号药物，应立即检出停止使用或上交有关部门处理。

第二节　常用抗菌药

一、磺胺类药物

磺胺类药物对大多数固紫阳性细菌及某些固紫阴性细菌及砂眼病毒有作用。其中对磺胺类较敏感的细菌有溶血性链球菌、肺炎球菌、脑膜炎球菌及痢疾杆菌等。此外，对葡萄球菌、大肠杆菌、鼠疫杆菌、炭疽杆菌、流感杆菌也有抑制作用。磺胺类的抗菌作用是由于抑制了细菌的生长与繁殖，然后靠人体的防御功能（如白细胞和网状内皮系统）将细菌消灭。为了使体内迅速达到抑菌浓度，磺胺类第一剂必须用大剂量，随后用维持量以补充被代谢和排泄的磺胺药，保证维持体内有效浓度。细菌对磺胺类的敏感性可以降低，此称为耐药性或抗药性。尤其在用量不足、时用时停、用药过久等情况下更易产生。其中以葡萄球菌最易产生，痢疾杆菌、大肠杆菌、肺炎球菌、链球菌次之，脑膜炎球菌较少产生。

常用的磺胺类可按其在肠道内吸收的难易分为两类。肠道内易吸收的有磺胺嘧啶、磺胺二甲基嘧啶、磺胺噻唑、长效磺胺等。肠道内难吸收的有磺胺脒、息拉米等。

不良反应

（一）肾脏并发症： 由于溶解度较低，药物经过肾排出时易在酸性尿中析出结晶，引起腰痛、血尿，严重的可致少尿或无

尿。其中磺胺噻唑多见，磺胺嘧啶次之，磺胺二甲嘧啶较少。预防方法，除应在服药后多喝开水外，还应同服等量小苏打(碳酸氢钠)，因磺胺类在碱性尿中溶解度较大，不易形成结晶。若发生尿量减少、血尿等临床症状，应立即停药，并服用小苏打片1～3克，每日三次，或静滴4%碳酸氢钠注射液300毫升。老年人及肝、肾功能不良者，脱水、少尿及休克病人慎用或不应用。

(二)过敏反应：少数病人对磺胺类过敏，产生发热、皮疹等，严重者也可出现剥脱性皮炎，多在用药一周后出现，磺胺噻唑及长效磺胺较易发生。后者还可以引起固定型药疹，多见于口唇周围及外生殖器。偶可引起粒细胞缺乏症、再生障碍性贫血。如有过敏反应，需立即停药。用药前应询问病人过去有无磺胺过敏史，有过敏史者就不能用这类药。

(三)其他

消化道反应：可见恶心、呕吐、厌食等。

神经系统：头晕、头痛、全身不适等。

长效磺胺药曾使幼鼠出现先天性异常，所以早产儿、新生儿、孕妇不宜采用。

用　途

一般对磺胺药敏感的细菌所致各种感染，用本类药治疗都有效。其中主要用于流行性脑脊髓膜炎，肺炎双球菌引起的大叶性肺炎、支气管炎，链球菌引起的扁桃体炎、咽炎、产褥热、中耳炎；鼠疫，菌痢，肠炎，泌尿道感染等。

常用磺胺药

(一)肠道易吸收的磺胺药

磺胺嘧啶（SD)：抗菌作用强，不良反应较少。并有血中浓度和脑脊液中浓度较高的优点，为治疗流脑的首选药。但磺胺嘧啶较易发生肾脏并发症，需同服等量碳酸氢钠。口服片剂，每片0.5克，每次1克，一日2～4次，首次加倍；小儿0.1～0.15克/公斤/日，分4次，每次加倍。针剂用磺胺嘧啶钠，每次1～2克，深部肌注或稀释成5%溶液静注，小儿剂量同口服，分3～4次。

磺胺二甲嘧啶(SM_2)：疗效较磺胺嘧啶差，在脑脊液中浓度较磺胺嘧啶略低，不易发生肾脏并发症。片剂：0.5克，每次1—1.5克，首次加倍，同服等量碳酸氢钠，每日4次。小儿每日每公斤体重0.1～0.2克。

磺胺噻唑（ST)：又名消治龙。疗效较磺胺嘧啶差，脑脊液中浓度低，不良反应较多，需同服等量碳酸氢钠。制剂用量同磺胺嘧啶，每日服药4次。

磺胺甲氧嗪（长效磺胺，SMP)：具有排泄慢，作用持久，在尿中溶解度较大，不易发生肾脏并发症的特点，适用于轻度慢性感染。但抗菌作用较磺胺嘧啶弱，过敏反应较多见，有的相当严重，小儿尤易发生，所以小儿很少用。片剂：0.5克，每日0.5克，首次加倍，每日1次。

(二)肠道不易吸收的磺胺药

磺胺脒（磺胺胍、止痢片、SG)：抗菌作用较弱，口服不

易吸收，在肠内有较高浓度。用于肠炎、菌痢。但磺胺脒仍有一部分被吸收，使用较大剂量时，应注意不良反应。片剂：0.5克，每次1—3克，首次加倍，每日4次。小儿每日每公斤体重0.2～0.4克，分4次服。

息拉米（酞磺胺醋酰、PSA）：肠内很少吸收，故可保持较高浓度，用于菌痢、肠炎。片剂0.5克，每次1～3克，每日4次。小儿剂量每日每公斤体重0.2～0.4克，分4次服。

二、呋喃类药物

呋喃类抗菌力很强，抗菌范围广，一般细菌对呋喃类不易产生耐药性。但吸收后不易达到有效的抗菌浓度，毒性又较大，这就限制了它们的应用。

呋喃唑酮（痢特灵）：口服不易吸收，在肠腔内有较高的浓度，适用于菌痢和肠炎。本品毒性低，偶有恶心、呕吐及皮疹等反应。片剂0.1克，每次0.1克，一日3～4次；小儿每日每公斤体重5～10毫克，分4次服。

呋喃妥因（呋喃坦啶）：口服易吸收，迅速经肾排泄，尿中浓度高，故运用于泌尿道感染。一般可见恶心、呕吐等胃肠道反应，偶见皮疹、药热。长期大量服用可能发生多发性神经炎的严重反应。尿少、尿闭或严重肾功能减退者忌用。片剂为肠溶片，每片50毫克，每次0.1克，一日3～4次，小儿每日每公斤体重6～10毫克，分4次服。吞服时不可咬碎，以免刺激胃粘膜。

呋喃西林：内服曾用于治疗菌痢，但毒性较大，现已很少

用。一般仅外用消毒，对皮肤粘膜无刺激性。0.2～1%软膏用于涂擦创面，0.02～0.2%溶液冲洗伤口或喷喉预防流脑、流感。

三、抗 菌 素

凡是由微生物所产生的（或用其他方法取得的）并能抑制或杀灭其他病原微生物的一类物质，称为抗菌素。

我国古代就知道用“霉豆腐”上的霉治疗疖、疮等化脓性感染。但解放前，我国所需的抗菌素完全依赖外国进口。解放后，特别是无产阶级文化大革命以来，在党的正确领导下，遵循毛主席关于“**独立自主**”、“**自力更生**”的教导，广大工农兵及革命医药人员作出了许多创造发明，使我国的许多抗菌素在品种、产量和质量上已达到世界先进水平。

青霉素

由青霉菌培养液中提出。其钾、钠盐易溶于水，但不稳定，加热或遇酒精、酸碱、阳光等都能迅速破坏。因此在保存和使用过程中应注意这种特性，配好的溶液须保存在阴凉处，当天用完。从青霉菌培养液所提取的几种青霉素中以苄青霉素（即青霉素G）最为稳定，疗效也最高。

1.作用和用途： 青霉素有杀菌作用，用于：

（1）链球菌感染：咽炎、扁桃体炎、中耳炎、丹毒、蜂窝组织炎、心内膜炎、败血症等。

（2）肺炎球菌感染：肺炎、败血症。

（3） 敏感葡萄球菌感染：痈、疖、败血症等。

（4） 脑膜炎球菌感染：流行性脑脊髓膜炎。

（5） 钩端螺旋体病。

（6） 白喉、破伤风，但须加用抗毒血清。

2.过敏反应： 青霉素的毒性很小，但小数病人可出现过敏反应。轻者有荨麻疹、关节痛、淋巴结肿大、发热等，多在用药 1 ～ 2 周内出现，停药后可以消失。最严重者为过敏性休克，常在注射时或给药后 5 分钟内突然发生，30分钟以后发生者少数。病人出现呼吸困难，发绀，出冷汗，四肢厥冷，血压下降，昏迷等休克症状，如不及时抢救，可危及生命。因此在用药以前，必须询问病人有无发生过敏的病史及对青霉素的过敏史。凡初次注射或 3 ～ 7 天内未使用过青霉素的，均需作皮肤过敏试验。目前常用每毫升含200单位的溶液一次皮内试验方法。用20万单位青霉素加生理盐水或注射用水 2 毫升，抽0.1用生理盐水或注射用水稀释至1毫升，取其中0.1进一步稀释至 1 毫升，再取其中0.2稀释至 1 毫升，将此溶液0.1毫升注入前臂掌侧皮内，作一个直径小于0.5厘米的皮丘。20分钟后观察，如皮丘增大红肿，直径超过 1 厘米或皮丘周围明显红晕，或身上出现皮疹等均为阳性，不可注射青霉素。并且要避免在过分饥饿情况下注射青霉素。注射后应观察30分钟。一旦发生过敏性休克，急救措施如下：

（1） 立即停用青霉素。

（2） 病人平卧，或采取头低足高位，保暖。

（3） 立即肌肉（或静脉）注射0.1％肾上腺素0.5～ 1 毫升

(小儿用0.3毫升)。必要时在数分钟重复注射一次。同时可使用针灸，针刺人中、十宣。

(4) 严重者静脉滴注氢化可的松100～200毫克；补液；血压过低者用升压药。

(5) 有气急者可用氨茶碱0.25克(小儿每公斤体重5毫克)加25%葡萄糖20～40毫升缓慢静脉注射。

(6) 有呼吸抑制的作人工呼吸。有条件者给氧气吸入。

(7) 心跳停止时要持续胸外心脏按压，直到心跳恢复。

3.用法： 一般感染，肌内注射，成人20万～40万单位一次，每日2次；小儿2.5～5万单位/公斤/日，分2～4次。严重感染，可适当加大剂量，每4小时一次，必要时静脉滴注300万～1000万单位/日(1万单位/1毫升)，但青霉素G钾盐不宜一次迅速地由静脉推注。

对轻度或慢性感染，可选用吸收较慢，作用持久的普鲁卡因青霉素G，肌内注射它的混悬剂，1次40万单位，一日1次；油剂一次30万～60万单位，一日1次。

4.制剂

青霉素G钾或钠盐粉针剂（20万单位，40万单位，100万单位/瓶）。

普鲁卡因青霉素G粉针剂（40万单位、80万单位/瓶），每瓶40万单位中含青霉素G10万单位，普鲁卡因青霉素G30万单位，加注射用水后呈乳白色混悬液。

普鲁卡因青霉素G油剂：每10毫升1瓶，含300万单位。

链霉素

链霉素常用其硫酸盐，性质比较稳定，水溶液在室温中可保持一周，但颜色变深棕色时，不可供注射用。

1.作用和用途：链霉素抗菌范围较广，主要是抑菌，在高浓度时也有杀菌作用，对结核杆菌作用突出，为有效的抗结核药，用于治疗各种结核病。固紫阴性杆菌如肺炎杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌、鼠疫杆菌等对链霉素很敏感，可用于治疗这些杆菌所引起的疾病，如肺炎、泌尿道感染、败血症及鼠疫等。细菌对链霉素容易产生抗药性。

2.不良反应：链霉素对位听神经有毒性作用。对前庭神经损害主要表现为眩晕、平衡失调；耳蜗神经损害时则耳鸣，听力减退甚至耳聋。故用时应密切注意，一旦发现有耳鸣等症状应立即停药。有时注射后可出现口唇周围、面部及肢体发麻、头晕、头痛、乏力。多见于用药后30～60分钟，也有10天以后发生者，多数不严重，停药后可消失。个别病人亦可发生过敏性休克，发生率虽比青霉素低，发生后死亡率较高，应提高警惕。一旦出现过敏性休克，除立即注射肾上腺素外，还应静脉注射10%葡萄糖酸钙。

3.用法：对于非结核病治疗，应用链霉素疗程较短。一般肌注每天0.75～1克，分1～2次。小儿15～25毫克/公斤/日，分1～2次，治疗结核病的初期1～3月内，根据病情可与其他抗结核药合用，每日0.75～1克或一周2～3克。

4.制剂：硫酸链霉素，粉针剂：1克或2克。注射液：2毫

升含0.5克，1毫升含0.25克。

双氢链霉素：作用和用途与链霉素相似。它对耳蜗神经的毒性及局部刺激性比链霉素强，但对前庭神经的损害较链霉素为轻。一般双氢链霉素和链霉素可交替使用。

氯霉素

氯霉素的抗菌范围很广，属于广谱抗菌素。其中伤寒杆菌、痢疾杆菌、百日咳杆菌等固紫阴性杆菌特别敏感，对固紫阳性菌不如青霉素。此外对立克次体、砂眼病毒等有效。氯霉素的作用主要为抑制细菌生长。目前临床主要用于伤寒、副伤寒，及其他固紫阴性杆菌为主的感染，例如杆菌性肺炎、泌尿道感染、腹膜炎及脑膜炎。斑疹伤寒也很有效。砂眼常局部用药。

不良反应 毒性较大，特别是对造血系统的毒性，早期表现红细胞生成受抑制，停药后可恢复；也可使白细胞减少，特别是粒细胞减少。这与剂量、疗程有关，一般停药后可恢复。再生障碍性贫血虽很少见，但它是氯霉素最严重的毒性，一旦发生则病死率较高。因此，应严格掌握适应症，避免滥用，控制剂量与疗程(一般不超过两周)。有条件时定期检查血象。另外由于早产儿和新生儿的肝脏对氯霉素的解毒功能较差，肾排泄功能也弱，易引起蓄积中毒，表现为呕奶、腹胀、体温不升、呼吸浅而不规则、灰色发绀，可致死。这称为灰婴综合症。因此对早产儿禁用，新生儿必要时，剂量不应超过25毫克/公斤/日。长期应用可引起霉菌感染。

剂量 片剂0.05克/片，0.25克/片，口服，每次0.25～0.5

克，每日 4 次；小儿25～50毫克/公斤/日，分 4 次服。针剂以丙二醇为溶媒的注射剂，2 毫升含 0.25克；氯霉素琥珀酸钠粉针剂，每支0.69、1.38克，分别等于氯霉素0.5克、1克。每次0.5～ 1 克，12小时 1 次，静脉注射、静脉滴注或肌肉注射。无味氯霉素，适于小儿口服，每片70毫克，相当于氯霉素40毫克。

合霉素

因为其中只含一半有效的氯霉素，所以剂量应是氯霉素的一倍。无味合霉素0.49克相当于合霉素0.25克。作用、用途、副作用与氯霉素同。合霉素制剂有片剂：50 毫克/片、0.25 克/片；；针剂：2毫升含0.25克。

四环素类

常用的有：四环素、土霉素和金霉素，近年来又有半人工合成的长效、高效的强力霉素。

作用和用途 抗菌范围广。对固紫阳性菌作用强，接近青霉素；对固紫阴性菌与氯霉素相似，但对伤寒、副伤寒杆菌的作用不及氯霉素，对螺旋体、立克次体、大型病毒都有抑制作用。用于混合感染如气管炎、腹膜炎及败血症；肺炎、泌尿道感染、胆道感染及肠道感染；抗药性的葡萄球菌感染或对青霉素过敏病人的葡萄球菌感染；斑疹伤寒、非典型肺炎及砂眼。

不良反应： 主要有局部刺激作用。口服后可引起恶心、呕吐、上腹部不适、腹泻等，饭后服可以减轻这些副作用。长期

服用，许多敏感的细菌被抑制，引起霉菌及抗药性葡萄球菌繁殖而产生另外的病症，称为二重感染。如霉菌引起的鹅口疮、呼吸道炎、阴道炎，或葡萄球菌性肠炎等。特别在老年人、幼儿及人体抵抗力降低情况下更易发生。长期用药还可引起维生素缺乏症，故要补充B族维生素，必要时补充维生素K。四环素静脉滴注每日2克以上，可引起肝脏损害，孕妇尤易发生。

制剂：盐酸四环素（片剂：0.05克、0.125克、0.25克/片，粉针剂：0.125克、0.25克/支）口服0.25～0.5克/次，一日3～4次；小儿25～50毫克/公斤/日，分3～4次服。静滴0.5克/次，用5%葡萄糖或生理盐水稀释至1～2毫克/毫升滴入，一日2次。

盐酸土霉素（片剂：0.05克、0.25克/片，粉针剂0.25克/支），用法、剂量同四环素。

强力霉素(片剂0.1克/片)，本品吸收较完全，排泄慢，作用持续时间长，血内浓度比原有四环素类高4～5倍，抗菌力强2～4倍。口服首剂0.2克，以后0.1克/次/日；小儿首剂4毫克/公斤/次，以后2～4毫克/公斤/日，分1～2次服。

第三节　镇静催眠药和安定药

镇静、催眠药对中枢神经系统有抑制作用。镇静药的作用可使病人的紧张、焦虑、烦躁、失眠等精神过度兴奋症状受到抑制，而变为平静、安宁并使睡眠改善。催眠药能使中枢神经系统功能进一步抑制，进入睡眠状态产生催眠作用，它对失眠

病人和正常人都有催眠作用。催眠药和镇静药并没有明确的界限，而只有量的差别：较大剂量的镇静药可以促进入睡；小剂量催眠药有镇静效果。

安定药是另一类型的中枢抑制药。它的特点是能使精神病人毁物伤人的躁狂症状解除，并使幻觉、妄想消失，神志错乱转为清醒，恢复理智，自理生活，对人表现合作，起到“安神定志”的效果，因此称为安定药。这类药物对正常人亦能产生镇静催眠作用，它首先影响人的精神活动，在安静环境下可诱导入睡，易被唤醒，并还有其他广泛的药理作用。

苯巴比妥

又名鲁米那，是巴比妥类药物的一种。本身不易溶解于水，与硷形成钠盐，即苯巴比妥钠，则易溶于水，可作注射剂。但水溶液易分解，故注射剂应在临用前配制新鲜溶液使用。

作用和用途 苯巴比妥口服经30～60分钟生效，维持6～8小时。作用的特点表现为：小剂量镇静，并有选择性抗惊厥作用；中等剂量催眠；剂量过大则产生全身麻醉，甚至有麻痹延脑呼吸和血管运动中枢产生致命的危险。临床用于。

1.镇静：小剂量可用在高血压病、甲状腺机能亢进及其它原因引起的焦虑不安，或功能性恶心呕吐，发挥镇静效果。成人每次0.015～0.03克，一日3次，小儿0.5～2毫克/公斤/次，一日2～3次。

2.催眠：中等剂量用于失眠病人，成人每次0.1克，小儿每次3～6毫克/公斤，在睡前半至一小时服用。但口服苯巴比妥

催眠，次日常有精神萎靡、头晕等后遗作用。凡因咳嗽、疼痛、发热、哮喘等引起失眠者必须针对原因治疗，否则无效。

3.抗惊厥：对小儿高热、破伤风等引起的惊厥症状，有对抗作用。如对小儿高热等情况下反复发生的轻度抽搐，可肌注苯巴比妥钠5～8毫克/公斤/次。用量以能抑制惊厥就够了，过量可使病人陷入危险的昏睡中，应予注意。成人抗惊厥量0.1～0.2克/次。另外也可用于防止癫痫大发作，剂量为0.03克，每日三次。但有嗜睡和精神不振等反应，长期应用可产生耐受性和成瘾。

4.加强解热镇痛药的静痛效力：常以镇静剂量的苯巴比妥与解热镇痛药配制成解热镇痛药成药，如去痛片等。

本药由于主要在肝中氧化，经肾排泄，故肝肾有严重疾病者慎用。

制剂 苯巴比妥片剂：0.015克/片、0.03克/片，0.1克/片。苯巴比妥钠粉针剂：0.05克/支、0.1克/支。

三溴片

由溴化钠、溴化钾、溴化铵组成。其中都含有溴。能加强大脑皮层的抑制过程，主要用于治疗神经衰弱、神经性失眠、精神兴奋和焦虑不安的病人，发挥镇静作用。每片含0.3克，一次量1—3片，一日三次；5岁以上小儿每次半片，一日三次，饭后以温水溶解后服下。避免直接吞服片剂在胃内溶化后因局部浓度过大而引起刺激。本品露置空气中过久，因吸收湿气而易潮解。

氯丙嗪

又名冬眠灵、氯普吗嗪、可乐静。药用盐酸氯丙嗪。粉末及水溶液见日光渐变红色，变色后不可使用，应避光保存。

作用和用途

1.安定作用：可用来治疗精神病。

2.镇吐作用：能抑制和呕吐有关的神经中枢，发挥强大的止吐作用，口服或注射25～50毫克可治疗各种呕吐，但对晕车、晕船等引起的呕吐效果差。小儿0.5～1毫克/公斤/次。

3.降温作用：抑制和新陈代谢有关的神经中枢，使新陈代谢降低，体温下降，全身器官活动减少。在其他药物如异丙嗪、度冷丁的配合下，可使人体进入一种类似动物“冬眠”的深睡状态，故称人工冬眠。氯丙嗪与上述药物配合后称为“冬眠合剂”，可用于中暑，某些急性传染病高热等情况，用来降低体温并减轻烦躁不安等病状。简易人工冬眠疗法即以氯丙嗪和异丙嗪二药配合，成人每次各25～50毫克，肌注。小儿各1毫克/公斤/次。用于高热或连续抽搐患者，每4～6小时一次。

4.加强中枢抑制药的作用：与催眠、止痛、麻醉、抗惊厥等药物合用时，可明显加强它们的作用。氯丙嗪本身也有较轻的抗惊厥作用，并能加强苯巴比妥钠等的抗惊作用。可用于小儿高热、破伤风等引起的惊厥。如与苯巴比妥合用时，二药剂量要作适当减少。

5.有对抗体内肾上腺素的作用，使血压下降

不良反应 应用一般剂量时，不良反映较少，但应用大剂

量治疗精神病时，则有较严重的不良反应，常见的有困倦、嗜睡、注意力不集中、心悸、口干、便秘、鼻塞等，对局部有较强的刺激作用，故不能作皮下注射，肌注或静滴时，易致体位性低血压，即突然由卧位变为立位时，可以发生头晕以致引起昏厥，为了防止这一反应，病人在注射后应卧床休息二小时以上；如果静滴，应交待陪护人员不要搬动病人头部；小儿注射后，应交待抱小儿时始终保持平卧位，个别人会出现皮疹、发热、白细胞减少、过敏反应，应密切注意，一旦发生应立即停药，大剂量时偶现黄疸、肝肿大等，停药2～3周可自愈。

对肝功能不良，中枢神经系统明显抑制或高血压伴有动脉硬化的病人慎用，

制剂 盐酸氯丙嗪片：12.5毫克/片、25毫克/片，口服，成人12.5～25毫克/次，1日三次；小儿0.5～1毫克/公斤/次。盐酸氯丙嗪注射液每支25毫克/1毫升、50毫克/2毫升，肌注或静滴，每次25～50毫克，小儿0.5～1毫克/公斤/次。

安宁（眠尔通）

眠尔通对于精神紧张、焦虑不安和失眠的神经衰弱患者，有明显的镇静和催眠效果；并能放松横纹肌，有利于消除精神紧张和诱导睡眠。用作镇静每次0.2克，一日3次，催眠每次0.4克，睡前服。常用制剂为0.2克片剂。

第四节　解热镇痛、抗风湿药

解热镇痛、抗风湿药是一类既能解热，又能镇痛，且大部分还有消炎、抗风湿作用的药物，简称解热镇痛药。由于慢性疼痛和发热是许多疾病的常见症状，使得这类药物应用较为广泛，因此应注意防止滥用。

解热作用　解热镇痛药能使发热病人体温下降至正常，但对正常人体温则无明显影响。可能是作用于过度兴奋的体温中枢，通过扩张皮肤血管、出汗等方式，增加人体散热来降低发热病人的体温。这类药物既不能消除发热的原因，也不能缩短病程，而发热又是人体与病原体斗争的一种防御反应，也是某些疾病诊断的参考。因此，解热药只宜于体温过高，例如小儿高热易引起惊厥和昏迷，甚至危及生命；或虽发热不高但伴有头痛、肌肉绞痛和失眠等症状的病人。但必须注意，用于高热病人时，药量不要用得太大，以免降温过快或出汗过多，引起虚脱，年老、幼儿、体弱者更易发生，应适当减少用量。

镇痛作用　有中等程度的镇痛作用，对内脏平滑肌痉挛引起的绞痛无效，但对牙痛、头痛、神经痛、肌痛、关节痛、月经痛等有良好效果。

消炎抗风湿作用　本类药物中，大部分具有消炎抗风湿作用。用于治疗风湿热，风湿性关节炎、类风湿性关节炎。抗风湿作用：除退热、止痛作用外，主要在于能消炎、消肿，并抑制风湿活动，但无病因治疗作用，不能根治，也不能减少风湿

性心脏炎的发生率。

阿斯匹林

作用和用途 有较突出的抗风湿作用和较强的解热镇痛作用。常用于治疗风湿性和类风湿性关节炎。用于解热镇痛时，多与其它药物配合成复方，以增强疗效，减轻副作用。对胆道蛔虫病有一定疗效。

不良反应 短期应用退热剂量时，不良反应少；抗风湿治疗时，由于剂量较大，使用时间长，则有一定不良反应，如上腹不适、恶心，较大剂量可引起不易觉察的胃出血等胃肠道反应。故宜饭后服药，把药片嚼碎，并同服抗酸药碳酸钙，可以减少这些反应。胃溃疡病人应慎用或不用。少数病人可出现荨麻疹、哮喘等过敏反应。每天用至 3 克以上时可致出血症。应用剂量过大（每天 6 ～ 8 克）时，可出现恶心、呕吐、眩晕、耳鸣、听力减退、头痛，甚至精神紊乱，称为水杨酸反应。

制剂 阿斯匹林片：0.3克/片、0.5克/片。每次用 0.3～0.5克，每日三次，饭后服。抗风湿：每日 3 ～ 5 克，分 4 次服，症状控制后逐渐减量。治胆道蛔虫病：每次0.5克，每日 3 次，连用三天，阵发性绞痛停止后进行驱虫治疗。

非那西丁及醋氨酚（扑热息痛、退热净）

非那西丁口服吸收后，在肝内大部分转化为醋氨酚，而醋氨酚亦有解热镇痛作用。

作用及用途 解热作用缓慢而持久，镇痛作用较弱。常用

作缓和的解热药。但无消炎抗风湿作用，对风湿病无效。对胃肠道无刺激性，又不会引起血液凝固的障碍，这是它们的优点。非那西丁多与其它药物配成复方，醋氨酚则多制成片剂单独应用。

不良反应 在治疗剂量时非那西丁的反应很少。如用量过大、过久，能使血红蛋白变性，失去带氧的能力，出现紫绀及其它缺氧症状，儿童较易发生。长期滥用含非那西丁的药物，有出现肾脏损害的可能。醋氨酚较少引起血红蛋白变性，偶见粒细胞减少和肝坏死。

制剂 非那西丁片：0.3克/片。每次0.3～0.6克，每日3次。

醋氨酚片：0.5克/片，每次0.5克，一日3次。

氨基比林（匹拉米洞）

作用及用途 有良好的解热、镇痛和抗风湿作用，镇痛作用持久。用于解热镇痛时多与其它药配成复方。用于抗风湿治疗时，可与阿斯匹林交替使用，因本品对胃刺激较轻。

不良反应 较少。但对少数病人可引起颗粒性白细胞减少，个别病人甚至引起颗粒性白细胞缺乏症，有致命危险。一般只在不能耐受阿斯匹林的情况下作短时间用药。如连续用药一周，应注意检查血象。用药期间如发生咽喉痛（往往是颗粒性白细胞缺乏的早期征象）或颗粒性白细胞减少时，应即停药，并用抗菌药物防治感染。

制剂 氨基比林片：0.1克/片，0.3克/片。抗风湿，每次

0.3～0.5克，每日三次。

安乃近

又名诺瓦尔精。它是氨基比林的衍生物。它的作用和用途与氨基比林相同，但它易溶于水，解热镇痛作用快。本药不良反应较多见，剂量过大，由于有较强解热作用，出汗多，易引起虚脱；有时出现过敏性皮肤反应；较长期应用易引起颗粒性白细胞缺乏症。个别病人注射安乃近后突然死亡，可能由于过敏性休克而产生呼吸循环衰竭。

制剂 安乃近片：0.5克/片。每次0.5克，每日三次。

保太松

作用和用途 本药解热镇痛作用较弱，消炎抗风湿作用较强，主要用于治疗风湿性或类风湿性关节炎、关节强硬性脊椎炎。能使炎症减轻，体温下降。

不良反应 本药对胃刺激能引起恶心、上腹部不适，甚至呕吐、腹泻。用大剂量可引起胃、十二指肠出血及溃疡，故溃疡病人禁用。又能引起水钠潴留，产生水肿，故心力衰竭和高血压病人禁用。极少数病人可出现严重的过敏反应，如皮疹，偶见剥脱性皮炎，白细胞减少，血小板减少，甚至发生颗粒性白细胞缺乏症和再生障碍性贫血，应十分警惕。偶可引起肝、肾损害，如肝区不适、黄疸、蛋白尿、血尿等，长期用药应定期检查肝、肾功能，肝肾功能不良者禁用。

制剂 片剂：0.1克/片，口服0.1～0.2克/次，一日3次，

症状减轻后，0.1～0.2克/日；小儿0.02～0.03克/岁/日，分2～3次服。

市场上供应的解热镇痛药，品种和名称很多，但它们主要成分不外是非那西丁、匹拉米洞、安乃近、阿斯匹林等几种，再加上其它药物如苯巴比妥（能增强解热镇痛药的镇痛作用）、咖啡因（收缩脑血管提高对头痛的疗效）、朴尔敏（对抗一些过敏症状）配制而成。它们相互配在一起，既可减少各个药物的用量，降低毒性反应，又可提高疗效。在用药时宜选用一个药物或一种成药，以避免作用相同而超过剂量，产生不良反应。

第五节　急　救　药

急救药是抢救措施之一，主要用于严重危及生命的病例，如突然发生面色苍白、呼吸微弱、脉搏细而无力、心音减弱、血压降低或呼吸、心跳突然停止等紧急情况。这些药物包括中枢神经兴奋药、升压药、解毒药等

一、中枢神经兴奋药

这类药物能兴奋中枢神经系统，特别是兴奋延脑呼吸中枢。但过量又都可引起惊厥。

苯甲酸钠咖啡因（安钠咖）

作用和用途　能增强大脑皮层的兴奋性，兴奋延脑呼吸及血管运动中枢，从而改善循环和呼吸。主要用于抢救各种原因

常用解热镇痛药成药成份表

名称（别名）	成份与含量（克/片）						用法
	阿斯匹林	非那西丁	氨基比林	咖啡因	苯巴比妥	朴尔敏	
复方阿斯匹林（A、P、C、止痛片）	0.2268	0.162		0.035			1—2片 每日3次
氨非咖片（P、P、C、使痛宁）		0.15	0.1	0.03			1—2片 每日3次
去痛片（索密痛、镇痛片）		0.15	0.15	0.05	0.015		1—2片 每日3次
复方朴尔敏片（朴尔感冒片）	0.2268	0.162		0.0324		0.002	1—2片 每日3次
小儿退热片	0.0567	0.041					2—3岁 每次1片 4—6岁 每次1.5片 7—12岁 每次2片
复方氨基比林片（凡拉蒙）			0.21		0.09（巴比妥）		1—2片 每日3次
复方氨基比林注射液			0.143（2毫升）		0.057（2毫升）		2毫升皮下或肌肉注射

引起的呼吸、循环衰竭及催眠药中毒。此外，咖啡因能增强解热镇痛药的作用，常与解热镇痛药合用，可缓解头痛、身痛，如常用的复方阿斯匹林（A.P.C）和安非咖（P.P.C）片中即

含有小量的咖啡因。

制剂 苯甲咖酸钠咖啡因（安钠咖）针剂：0.25克/毫升、0.5克/2毫升。肌肉或皮下注射，0.25～0.5克/次，极量：0.8克/次，每日3次。小儿6～12毫克/公斤/次。

可拉明（尼可刹米）

作用和用途 主要兴奋延脑呼吸中枢，使呼吸加深加快，当呼吸中枢处于抑制状态时，作用较为明显。对血管运动中枢也有兴奋作用，但对循环的改善较弱。主要用于中枢性呼吸衰竭如严重的疾病和各种中枢抑制药（麻醉药、催眠药）中毒引起的呼吸衰竭的抢救等。本药在体内分解较快，故不易引起惊厥，使用较安全。

制剂 尼可刹米针剂：0.25克/毫升，0.375克/1.5毫升。皮下、肌肉或静脉注射，每次0.25～0.5克，极量一次1.25克。小儿六个月每次75毫克；一岁每次125毫克；4～7岁每次175毫克。

山梗菜碱（洛贝林）

作用和用途 通过反射兴奋呼吸中枢，作用迅速而显著。用于新生儿窒息、一氧化碳中毒（煤气中毒）及各种疾病引起的中枢性呼吸抑制。但若用量过大时反而抑制呼吸，并可引起痉挛、心动过缓或心律不齐。

制剂 盐酸山梗菜碱针剂：3毫克/1毫升，10毫克/1毫升。皮下或肌肉注射，每次3～10毫克，极量一次20毫克；小儿1～

3毫克/次。静注，每次3毫克，极量一次6毫克；小儿一次0.3～3毫克。

中枢兴奋药作用时间都很短暂，有效量和中毒量又很接近，因此，抢救呼吸抑制，必须采取各种综合措施，如人工呼吸、针刺等。中枢兴奋药过量，可引起中枢神经广泛的兴奋，进而引起惊厥。为了避免过量，一般采用数种药物间歇轮换给药，并严格控制用量和间歇时间，密切观察病情，如出现恶心、呕吐、面部肌肉痉挛及肢体抽动，往往是惊厥发生的先兆，应即酌情减量或停药。在用药选择上，对呼吸中枢合并循环中枢抑制者，可用可拉明、咖啡因；新生儿窒息及儿科严重感染，可用洛贝林；严重肺功能不全，引起二氧化碳麻醉者，可用可拉明；巴比妥类催眠药中毒者，可用咖啡因；吗啡中毒者，可用可拉明。

二、升　压　药

升压药的主要作用是使心脏兴奋，心肌收缩力增强，心率加快，并使多数血管收缩，有些能使另一部分血管扩张。兴奋心脏和收缩血管的结果就使血压升高。常用于治疗休克等病症。

肾上腺素

作用和用途　兴奋心脏作用较强，易产生心律不齐；能收缩多数血管，如皮肤、粘膜和内脏血管等，但也可引起骨骼肌等血管的扩张。升压作用迅速，但持续时间较短，且作用过后血压可能会更低。用于过敏性休克（对其它休克都不适用）、支

气管哮喘急性发作。用于心跳骤停时，可将注射液1毫升稀释10倍心腔内注射。常见不良反应有心悸、头痛、恐惧、失眠等；用药过量可危及生命。禁用于高血压、有器质性病变的心脏病、甲状腺机能亢进等病人，也禁忌与洋地黄或锑剂合用。

制剂 盐酸肾上腺素针剂：1毫克/1毫升。皮下注射，一次0.25～1毫克；小儿0.02～0.03毫克/公斤/次。

去甲肾上腺素

作用和用途 收缩血管作用最强，除冠状血管扩张外，全身小动脉小静脉都收缩。可用于各种原因引起的周围循环衰竭。采用静脉滴注法，以1～4毫克加在5％葡萄糖液500毫升中，根据血压高低随时调整补液速度。用时要严防药液外漏，以免组织坏死。此药因易使肾动脉痉挛而引起少尿或无尿等反应，应予以注意。目前仅以小剂量、短时间作为抗休克措施。

制剂 重酒石酸去甲肾上腺素（每2毫克相当于1毫克去甲肾上腺素）针剂，2毫克/1毫升。

间羟胺（阿拉明）

作用和用途 本药作用、用途与去甲肾上腺素相似。但由于它的血管收缩作用强，心脏兴奋作用也较弱，故升压作用较去甲肾上腺素温和而持久，不易引起心律失常。同时对肾血管收缩作用也较弱，故较少引起肾血管痉挛。并有可以作肌肉注射的优点，用于休克的治疗是去甲肾上腺素良好的代用品。

制剂 重酒石酸间羟胺针剂：20毫克/1毫升。肌肉注射每

次10～20毫克，每1～2小时一次；小儿0.04～0.2毫克/公斤/次。静滴每次15～100毫克，加于5%葡萄糖液500毫升中；小儿0.3～2毫克/公斤/次。

异丙肾上腺素

作用和用途 它对心血管的作用与去甲肾上腺素不同，兴奋心脏作用强，而对血管的作用主要表现为扩张。近年来在抗休克治疗方面有新的看法，认为休克在一定阶段时，由于人体本身的调节功能，已经使周围血管处于收缩状态，这时如用去甲肾上腺素这样强烈的收缩血管药，反而促进组织缺氧引起不良后果。此时，可在补充血溶量的基础上，使用异丙肾上腺素兴奋心肌和扩张血管，降低周围血管阻力，改进全身循环。本药在抗休克时采用静脉滴注，用0.1～0.2毫克加于5%葡萄糖100毫升内，开始以每分钟10～15滴速度滴入，以后可根据血压情况调节。在使用中宜控制心率，不得超过每分钟120～140次。

制剂 硫酸异丙肾上腺素针剂，1毫克/2毫升。

麻黄碱

作用和用途 是从中药麻黄提出的生物碱，具有中等程度的兴奋心肌和收缩血管作用，升压作用温和而持久。扩张支气管平滑肌作用较弱而持久。用于过敏反应，防治支气管哮喘发作，椎管麻醉时低血压的防治。

制剂 盐酸麻黄碱片：25毫克/片，口服每次25毫克，一日2次；小儿0.5～1毫克/公斤/次。

盐酸麻黄碱针剂：30毫克/毫升。皮下或肌肉注射每次15～30毫克，每日2～3次。极量：口服或注射每次60毫克。

滴鼻剂：1%生理盐水溶液，治疗鼻粘膜充血、肿胀引起的鼻塞。

三、有机磷农药中毒解毒药

临床上用于解救急性中毒病例的药物，称为“解毒药”。这里主要介绍有机磷农药中毒的解毒药。

有机磷农药如对硫磷（1605）、内吸磷（1059）、敌百虫、乐果、敌敌畏等，广泛地用作农业杀虫药、卫生杀虫药，对昆虫有强大的杀灭作用。对人畜也有剧烈的毒性。某些毒性特大的这类物质，还曾被帝国主义用作神经毒剂进行化学战争。因此，我们必须提高革命警惕性，随时粉碎他们的战争阴谋。

阿托品

作用和用途 阿托品是从颠茄和曼陀罗植物中提出来的生物碱。由于阿托品有阻碍乙酰胆碱的作用（乙酰胆碱是副交感神经活动过程的必须物质），因此可引起下列现象：

1.平滑肌：抑制各种平滑肌器官的过分收缩（痉挛）。用于胃、肠痉挛（胃痛和肠绞痛），输尿管痉挛（肾绞痛），胆管痉挛（胆绞痛）及膀胱刺激症状（尿频、尿急）等。

2.腺体：抑制消化腺、支气管腺、汗腺、唾液腺等腺体的分泌。故用于胃及十二指肠溃疡病、严重盗汗、流涎（流口水）等。

3.使瞳孔扩大。

4.抢救有机磷农药中毒或毒蕈中毒。上述毒物可以抑制体内分解乙酰胆碱的酶（胆碱酯酶）的作用，使体内乙酰胆碱过多，而产生中毒症状。阿托品有阻碍乙酰胆碱在神经活动中的作用，因此可以减轻或消除上述毒物中毒后的恶心、呕吐、腹痛、腹泻、心率紊乱、呼吸困难、出汗等症状。并使缩小的瞳孔扩大。中毒病人对阿托品的耐受性远比正常人为高，用药剂量要相应增加，一般每次用量1毫克，严重中毒病例2～4毫克，每15～30分钟静脉注射一次，直到瞳孔散大、颜面潮红、皮肤温暖、心跳加快，这些表现又称为阿托品化，然后适当减少剂量，并延长给药间隔时间。

5.扩张血管，抢救中毒性休克。大剂量阿托品可使周围血管扩张，以解除休克一定阶段时的外周血管收缩状态，改进血液循环，用于感染中毒性休克。每次1～2毫克，用葡萄糖20毫升稀释后缓慢静脉推注，每10～15分钟一次，待阿托品化后逐渐减量，至血压平稳后，可停用。如注射五次以上无明显效果，应改用其它药物。临床尤以儿科常用，剂量0.03～0.05毫克/公斤/次。

阿托品作用广泛，价钱便宜，是常用的药物。它的副作用常见的有口干、皮肤燥热、潮红、瞳孔散大和心跳加快等。如剂量过大则上述各种症状加剧，并有中枢神经兴奋症状，如幻觉、胡言乱语、狂躁甚至惊厥。宜用中枢抑制药解救。青光眼病人忌用，老年人慎用。

制剂 硫酸阿托品片：0.3毫克/片，口服0.3～0.6毫克一

次，一日 3 次；小儿0.01毫克/公斤/次。针剂：0.5毫克/毫升、1.0毫克/毫升。皮下、肌注或静注，每次0.5毫克；小儿0.01毫克/公斤/次。抢救用剂量，应适当增加。

解磷定（解磷毒、派姆）

作用和用途 有机磷农药抑制体内分解乙酰胆碱的胆碱酯酶的活性，而解磷定可以恢复胆碱酯酶的活性，使它重新分解乙酰胆碱。与阿托品合用解除有机磷中毒效果良好。

制剂 解磷定粉针剂：0.4克/支。临用前加蒸馏水10毫升配成 4 %溶液；也有2.5%的注射液，如颜色变深则不可用。中度中毒用 1 克（每公斤体重20毫克），静注约 2 分钟注完。数分钟后可见中毒症状改善。1 小时内未见明显改善时，说明剂量不够，应继续应用，每小时一次。

第六节 利尿药和脱水药

水是人体的组成部分，但过多的水和钠存在体内组织间隙中，就形成水肿，对人体有害。多数水肿是由心脏病、肾脏病和肝脏病等疾病而引起。

利尿药的作用，在于加强肾脏的排尿功能，使尿量排泄增加，把积在皮下、腹腔等处的水和钠排泄出去，以达到消除水肿或腹水的目的。

双氢氯噻嗪（双氢克尿塞）

作用和用途

1.利尿作用：双氢氯噻嗪口服吸收迅速，利尿作用强而持久。服后1～2小时即出现利尿作用，4～6小时达高峰，持续12小时。主要作用是抑制肾小管对钠的再吸收，增加钠、氯的排出，钾的排出亦增多，随之带出大量水分，起利尿作用。

本品是临床上最常用的利尿药，用于各种类型的水肿，对心脏性水肿效果较好，对肝、肾性水肿也有效，严重病例可与氨体舒通或氨苯喋啶合用。

2.降压作用：降压作用温和、缓慢，服药后2～3天才见效。常与其它抗高血压药（如利血平）合用，可减少用药剂量，副作用也减少。

不良反应 毒性较低，长期服药可引起失钾、低盐反应。

1.低血钾症：可表现全身乏力，食欲减退，腹胀，心律失常等。长期服用本药，应加服氯化钾，每日2～4克，以预防低血钾。心性水肿病人在用洋地黄治疗时，应用本药更须注意补充氯化钾。严重肝病患者应慎用或禁用本药。

2.低盐综合症：多见于长期忌盐及反复用本药的病人，由于排钠过多所造成。表现为头痛、眩晕、恶心、呕吐及嗜睡，重者可致昏迷，补充氯化钠可以纠正。

制剂 双氢氯噻嗪片：25毫克/片。每次25毫克，每日2～3次。

氯噻酮

作用和用途与双氢氯噻嗪相似，但作用时间长，一次给药后约2小时内产生利尿作用，6小时达高峰，可维持48～60小时。长期应用可同时给氯化钾，每日2～3克。孕妇不宜使用，因可能对胎儿有影响。

氯噻酮片剂：50毫克/片，口服每次2片，隔日1次；小儿2毫克/公斤/次，隔日1次。

利尿酸

作用和用途 为新的利尿药，利尿作用强大。主要为抑制肾小管对钠、氯、钾等的再吸收，产生利尿作用。用于心、肝、肾水肿病人；对于肺水肿、脑水肿可以迅速减轻症状；对于安体舒通和双氢氯噻嗪利尿效果不好的病人，本药亦可以得到良好利尿效果。

因过分利尿可出现失盐、低钾等反应，需及时补充氯化钠、氯化钾。

制剂 利尿酸片：25毫克/片，每次25毫克，1日1～3次。利尿酸钠粉针剂：每支25毫克，静脉注射每次25毫克加于25%葡萄糖液20毫升中，溶解后缓慢注入。注射部位需经常更换，以免发生局部血栓性脉管炎。

氨苯喋啶（三氨喋呤）

作用和用途 抑制远端肾小管对钠的再吸收。服后约2小

时即产生排钠利尿作用，持续12小时。它的特点是利尿而不排钾，单独应用利尿作用较弱，常与双氢氯噻嗪合用或交替用，不仅显著增强利尿作用，且能减少后者排钾的不良反应。适用于肝硬化腹水或其他严重水肿者。

服用氨苯喋啶后，尿常呈淡兰色萤光。

制剂 氨苯喋啶片（50毫克/片），每次50~100毫克，一日3次。一般连续7日为一疗程，停药5～7日后可重复应用。

甘露醇

作用和用途 为脱水剂。静脉注射后在血液中形成一时性高渗透压，可将组织中的水分吸引到血管中，使组织脱水消肿；甘露醇以原形经肾排泄，迅速经肾小球滤过，不被肾小管再吸收。因此，在近端肾小管形成高渗透压，妨碍肾小管对水的再吸收，发挥快速利尿作用。由于作用迅速，主要用于脑水肿、肺水肿以及由于创伤或休克而造成的急性肾功能衰竭的早期。静脉滴入1～2克/公斤/次（即20%的注射液5～10毫升/公斤/次），半小时左右滴完，约30分钟后见效，2～3小时利尿作用最明显，维持6～8小时。

不良反应 少见。但注射过快可引起一时性头痛、眩晕和视力模糊等。并注意：①心脏功能不全或虚弱患者应慎用；②在注射时，不得漏出血管外；③由于浓度高，久置或天冷可能有结晶析出，可用热水温热。

制剂 甘露醇注射液：20%100毫升（含20克）、250毫升（含50克）。

山梨醇

作用和用途同甘露醇，但比甘露醇作用稍弱，价格便宜。静脉滴入1～2克/公斤/次（即25%的注射液4～8毫升/公斤/次）半小时滴完。

山梨醇注射液25%100毫升（含25克）、250毫升（含62.5克）。

50%葡萄糖注射液

作用和用途 葡萄糖是人体需要的物质。高浓度静脉注射后，经肾小球滤过，在肾小管内它的浓度超过再吸收的限度，形成高渗透压，妨碍水的再吸收，发挥利尿、脱水作用。但作用较弱而短。一次注射40～60毫升后，一般半小时内见效。如效果不显，可在2小时后重复一次。小儿剂量2～3毫升/公斤/次。用于脑水肿、肺水肿。

制剂 50%葡萄糖注射液：20毫升/支。

第七节 肾上腺皮质激素类药物

肾上腺皮质激素是肾上腺皮质分泌的全部激素的总称。临床常用的皮质激素制剂有可的松、氢化可的松和它们的类似物强的松、地塞米松等。

作用和用途 皮质激素具有多方面的功能。能配合另一些激素的作用，调节体内糖、蛋白质及脂肪的代谢，使这些物质

在体内的代谢、分布和含量恰到好处，对水盐代谢影响较少；它们又能减轻人体对于外来损害性刺激的反应；此外，还能使白细胞和血小板增加，淋巴细胞和嗜酸粒细胞减少。所有这些功能，对维持体内器官正常地进行工作是很重要的。

皮质激素在临床治疗时，用的剂量往往超过正常人生理上的需要量，而表现下列几方面的药理作用：①抗炎症作用：对于炎症反应有明显的抑制作用，能显著减弱炎症的充血和渗出，减轻或预防炎症组织的粘连和疤痕形成。但皮质激素本身无抗菌作用，有时反而抑制了人体的抗病能力，使感染容易扩散，故在一般情况下无须应用，只有当炎症发生在一些主要部位，或感染严重并伴有高热、休克等症状而威胁生命时，在采用有效足量的抗菌药物的同时，应用皮质激素以抑制炎症反应；②抗毒作用：有抗细菌内毒素的损害和保护人体的作用，临床应用后能增强人体对毒血症的耐受性，改善中毒症状，使高热下降；③抗过敏作用：能够缓解许多过敏反应的症状，减轻人体的损害；④抗休克作用：与上述三方面作用有密切关系，同时，在一般剂量，能增强人体对升压药的反应，使血压易于升高，较大剂量可以改善血液循环，并防止组织细胞受到损害。

皮质激素用于下列情况：①严重感染：如暴发型流脑、中毒性痢疾、休克型肺炎等，出现高热而伴有严重中毒症状时，在给予足量而有效的抗菌药物的同时，可以应用皮质激素；②用于眼、皮肤、关节腔、胸膜腔等处的炎症，与抗菌药物合用；③用于治疗顽固性支气管哮喘，严重的药物过敏反应以及风湿病、类风湿性关节炎、慢性肾炎等。但不能根治，长期服药又

会产生副作用、故本类药物用在控制这些病的严重发作，或其他药物治疗无效时才应用；④用于急性白血病、血小板减少性紫癜、白细胞减少症等的治疗，有一定疗效。

不良反应 长期应用后，可出现皮质功能亢进症相似的表现，如肥胖、水肿、肌肉无力、毛发增多、骨质疏松、血压增高、抵抗力减弱、精神欣快、胃和十二指肠出血穿孔等。长期用药，由于抑制了脑垂体前叶分泌促肾上腺皮质激素的功能，使病人肾上腺皮质萎缩。因此对皮质激素的使用，应取认真慎重的态度，禁止滥用。在使用过程中，应当密切注意病情变化，控制剂量和疗程，并经常测量血压等。长期用药的病人停药时要逐渐减量。对伴有严重心力衰竭、胃和十二指肠溃疡、糖尿病、高血压和精神病等更要慎用。

制剂和应用

1.可的松：口服，每次12.5～50毫克，每日3～4次；肌肉注射，每日50～300毫克，分2次注射。小儿5～10毫克/公斤/日，分3～4次，口服与肌注同量。片剂：25毫克/片。针剂：0.25克/10毫升。

2.氢化可的松：口服，每次10～20毫克，每日3～4次，小儿4～8毫克/公斤/日，分3～4次。静滴，每次100毫克，用5%葡萄糖或生理盐水注射液100～500毫升稀释摇匀后滴入，小儿4～8毫克/公斤/日，稀释后于8小时内滴入，或分2～3次滴入。片剂：20毫克/片。针剂：10毫克/2毫升，25毫克/5毫升，100毫克/20毫升。

3.强的松：治疗量时对水盐代谢作用较弱。口服每次2.5～

10毫克，每日 3 ～ 4 次。小儿 1 ～ 2 毫克/公斤/日，分 3 ～ 4 次。片剂： 5 毫克/片。

4.地塞米松：对水盐代谢作用更弱，故水肿、高血压、肌无力等副作用较小。口服，每次0.75～ 3 毫克，每日 3 ～4次，小儿0.1～0.25毫克/公斤/日， 分 3 ～ 4 次。肌肉注射，每次 5 ～10毫克，每日 1 ～ 2 次；静滴取5～10毫克加于500毫升的葡萄糖注射液中，每日 1 ～ 2 次。小儿肌注和静滴量均为 1 ～ 2.5毫克/次，每日 1 ～ 2 次。片剂： 0.75毫克/片。针剂：5毫克/毫升。

第四篇　战救与三防

第三十章　战　　救

“新的世界大战的危险依然存在，各国人民必须有所准备”。面对着帝、修、反可能发动的突然袭击，我们要“**提高警惕，保卫祖国**”，从各个方面做好反侵略战争的准备。为了在战场上更好地“**保存自己，消灭敌人**”，必须广泛开展群众性的自救互救工作。

战伤救护常在战斗紧张激烈，急救器材不足，夜间光线不好的情况下进行，每一个同志都要发扬“**一不怕苦，二不怕死**”的彻底革命精神，不论在任何艰难困苦的场合下，应勇敢、沉着、机智、果断地利用有利的地形地物，迅速发现和抢救伤病员，判断伤情，就地取材进行救护。要求做到冲得上，救得下，救得快，救得好。

止血、包扎、骨折固定和伤员搬运，是战伤救护的四项基本技能，应当很好地掌握。

第一节　急救止血

出血在战伤中极为常见，是一刻不容缓的重要问题。一般

成人总血量约4500毫升，如果一次急性出血1000毫升时，即可引起休克；如出血超过全身血量一半以上，生命即有危险。因此，遇到大出血的伤病员，救护人员必须突出无产阶级政治，分秒必争地进行抢救，迅速采取有效止血措施。

出血的种类及其特点

（一）按出血的血管种类分成三种：

1.动脉出血：血色鲜红，出血快，呈喷射状，出血量多，如不及时止血，生命就有危险。

2.静脉出血：血色暗红，呈缓慢不停地流出，出血量也可颇多，如不及时止血亦可危及伤病员生命。

3.毛细血管出血：血色鲜红，血液象水珠样继续从伤面渗出，常可自行凝固。

（二）按出血部位可分成两种：

1.外出血：身体外表受伤，血流到外面，容易发现。

2.内出血：体内脏器（如肝、脾、血管等）受伤，血流到胸、腹腔内，不易及时发现。

内出血伤病员可有头昏、眼花、面色苍白、呼吸紧迫和烦躁不安等症状，如不及时抢救，即可发生休克，甚至危及生命。

在晚上没有光亮的情况下，则应根据伤员的脉搏、呼吸、皮肤温度、衣服湿度等进行判断。

止血方法

内出血大多后果严重，除给予镇静、补液、抗休克等一般处理之外，须尽快送医院抢救。

下面介绍外出血的止血法：

（一）加压包扎止血法：将消毒纱布，或干净毛巾、布料折成比伤口略大的垫，盖住伤口，再用绷带、三角巾或布带紧紧包扎，包扎所用压力，以刚好达到止血为标准。

此法适用于小的创伤，毛细血管或静脉出血。

（二）指压止血法：用手指或掌、拳把出血的血管上端（近心端），压向骨头上，断绝血液来源，以达到临时止血的目的。

此法适用于动脉出血，但不宜持久。

1.肱动脉压迫止血法：在上臂中部肱二头肌内侧沟处，把肱动脉压向肱骨干上，以制止上肢的出血（图30—1）。

2.锁骨下动脉压迫止血法：在锁骨上窝、胸锁乳突肌起点外缘，用拇指向后下将锁骨下动脉压向第一肋骨，可制止同侧腋部、肩部和上肢的出血（图30—2）。

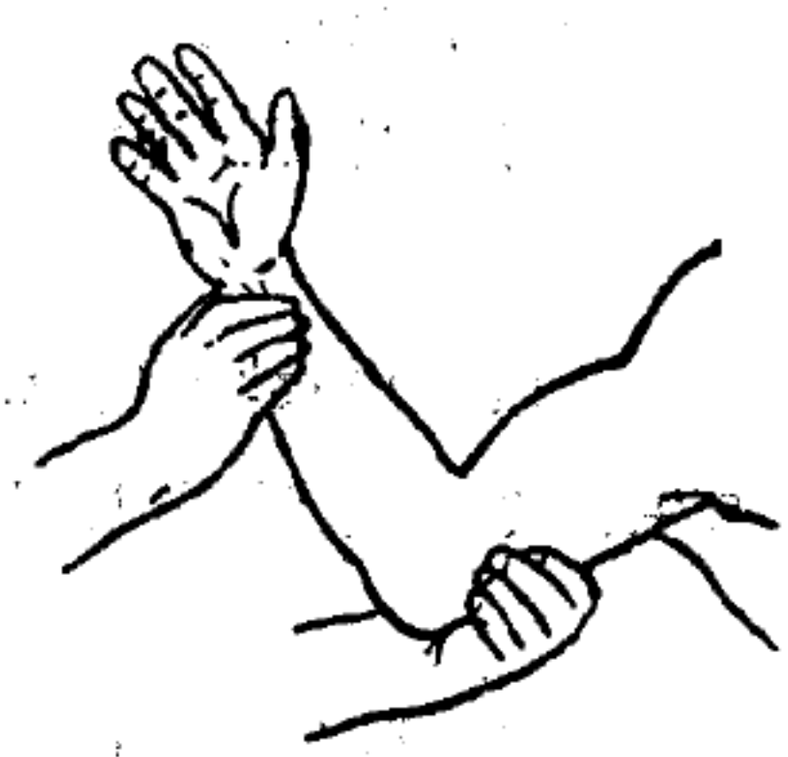


图30—1　肱动脉压迫止血法

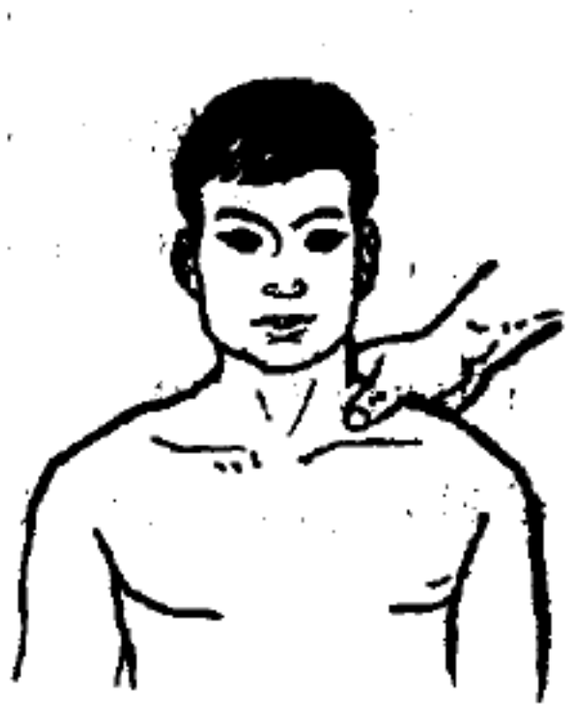


图30—2　锁骨下动脉压迫止血法

3.股动脉压迫止血法：在腹股沟韧带中点，将股动脉向后压向耻骨上，可制止同侧下肢出血（图30—3）。

4.颈总动脉压迫止血法：在胸锁乳突肌中段内侧缘，将颈总动脉压向第六颈椎横突，可制止同侧头、面部出血（图30—4）。注意：不能同时压两侧颈总动脉！



图30—3　股动脉压迫止血法

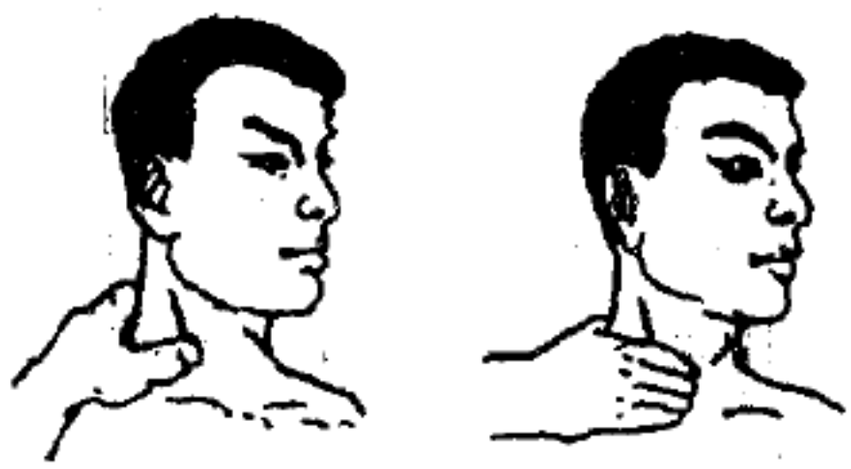


图30—4　颈总动脉压迫止血法

5.颞动脉压迫止血法：用拇指在耳前将颞动脉压向颧骨上，可制止同侧头顶及颞部的出血（图30—5）。

6.面动脉压迫止血法：用拇指或食指在下颌角前方约1.2厘米处，将面动脉压向下颌骨上，可制止同侧颌部及颜面部的出血（图30—6）。



图30—5　颞动脉压迫止血法



图30—6　面动脉压迫止血法

（三）加垫屈肢止血法（图30—7）：适用于无骨折存在的动脉出血。方法是在关节窝处放置纱布、三角巾或其他衣物做成的垫子，然后屈曲关节，用绷带或三角巾将肢体紧缚，固定于关节屈曲位置。屈肘可止前臂出血；屈膝可止小腿及足部出血；将垫子置于腋窝，上臂紧贴胸壁，前臂放于胸前，用三角巾将上肢紧缚于躯干上，可制止上臂下段以下的出血。

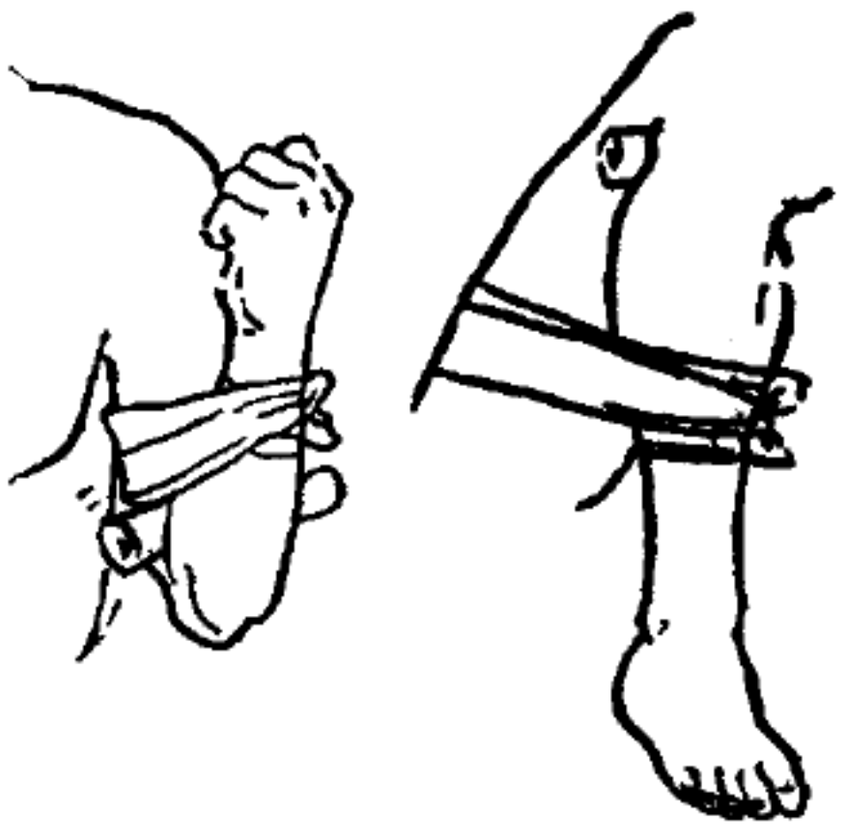


图30—7　加垫屈肢止血法

（四）止血带止血法：适用于上下肢的动脉出血。可用特制的止血带、一般橡皮管，或就地取材，采用布条、三角巾、手巾等物。

1.橡皮止血带止血法：先在止血部位垫上布料，两手将一条长约2～3尺的橡皮管适当拉长，绕肢体2～3圈，橡皮管末端压在紧缠着的橡皮管下面固定。由于橡皮管的弹力收缩，压迫动、静脉血管，而达到止血目的（图30—8）。

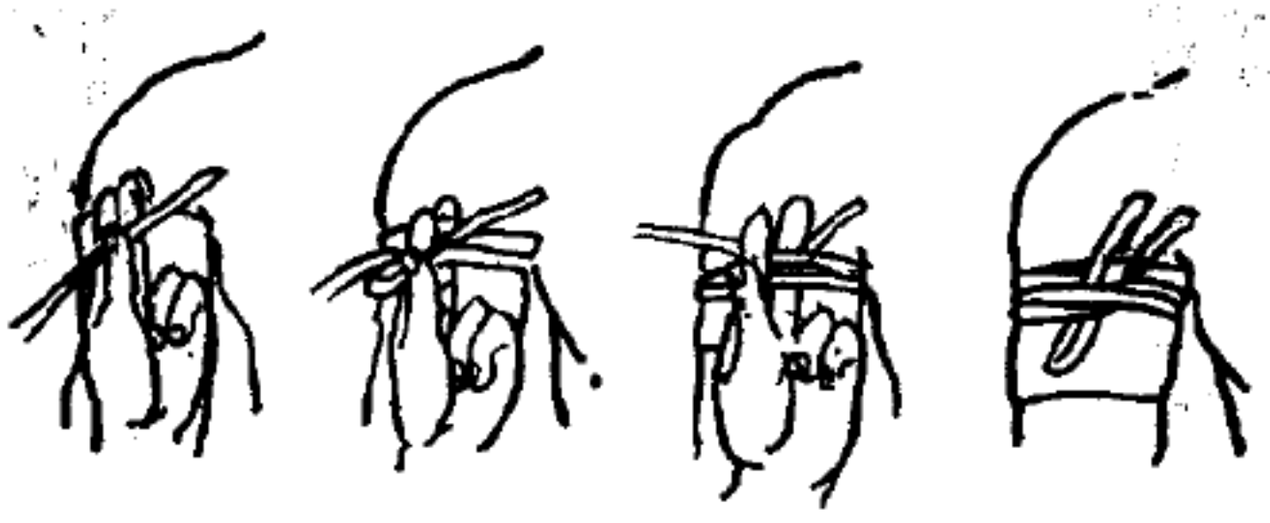


图30—8　橡皮止血带止血法

2.绞紧止血法：将布带围绕肢体一周，然后打结，在结内或结下穿过短棒，将棒旋转，使布带绞紧肢体，至不流血为止，最后将棒固定于肢体上（图30—9）。

3.使用止血带应注意的事项：

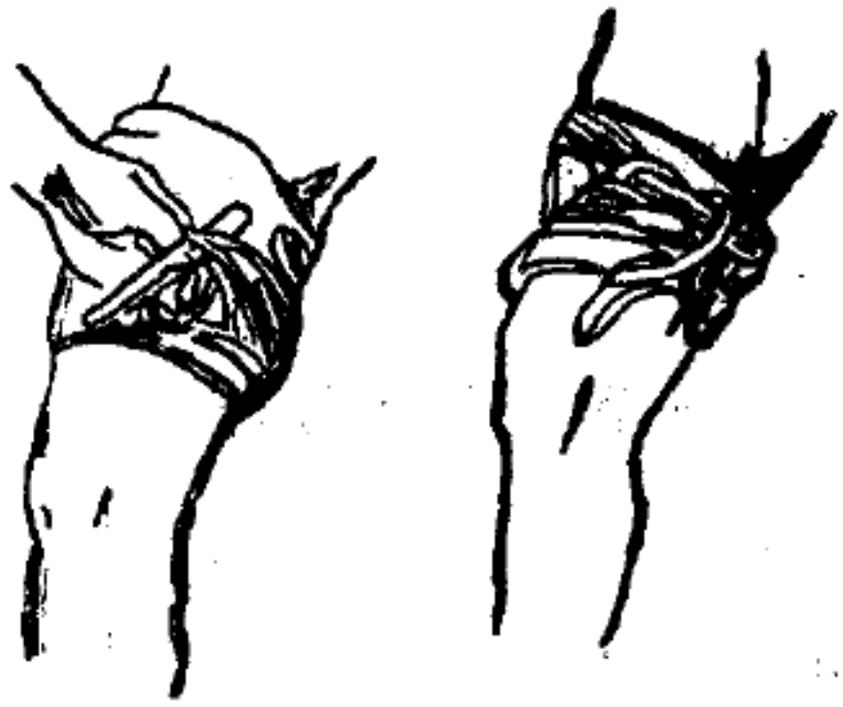


图30—9　布带绞紧止血法

①在上止血带前要先将伤肢抬高片刻，使静脉血回流。止血带可上在靠近伤口上方，不必强调要在单骨的肢体上。若不能止血，才把止血带移到距伤口较远的单骨肢体上。

②止血带与皮肤之间必须垫上布料。

③扎止血带的松紧度要适当，用力不要过大，以刚好不出血为标准。

④上止血带后，应争取尽早作彻底的止血法，以缩短上止血带的时间，越短越好，总时间最好不超过二小时，中间可每三十分钟松解止血带一次，使肢体在短时间内恢复血液循环，松解期间伤口可作加压包扎，加压包扎能够止血时，则不再上止血带。

⑤上止血带后要立即后送，后送时要做好明显的标志，注明上止血带的时间。最好将上止血带的肢端露出，使人注意。

第二节　包　　扎

包扎的目的是保护伤口、减少污染、固定敷料、药品和骨

折，以及压迫止血和减轻伤员的痛苦。

在包扎前要暴露出伤口，根据受伤部位，可以解开钮扣、腰带、或卷起袖口、裤管。如果伤情严重，譬如大出血、大面积烧伤、严重骨折或情况危急时，可将伤部的衣服剪开或撕开，或将粘在伤口上的衣服剪下一圈，不要强行撕下，然后进行包扎。

(一)常用的包扎器材 三角巾、毛巾、绷带、四头带等。如果没有这些物品，则可用伤员或抢救员的自身装备(如衣帽、腰带）等来包扎伤口。三角巾包扎是最常用，最方便的一种包扎方法，每个抢救员应熟练掌握。因此这里着重介绍一些常用部位的三角巾包扎方法，同志们可以举一反三，创造更多更好的方法。

(二)包扎伤口时应注意事项

1.对负伤的战友包扎时动作要尽量轻柔、迅速，不增加伤员痛苦，也不使伤口污染。

2.包扎要准确、牢靠、松紧适宜。

3.使用绷带包扎四肢时应使指(趾)外露，以便观察。

4.运用三角巾或毛巾包扎时，边要固定，角要拉紧，中心伸展，敷料贴准，包扎贴实，结打牢固。

一、三角巾包扎

(一)三角巾制法 用一块幅宽2尺7～8寸的白布，裁成正方形，对角剪开，就成两块三角巾。依三角形的命名，三角巾也有顶角、底角、斜边和底边等名称(图30—10)。

（二）三角巾的包扎方法

1.头顶部帽式包扎：三角巾底边向内折起二指宽，放于前额，下边齐眉，顶角拉过脑后，两底角经两耳上缘向后拉，在枕部交叉，再绕回前额打结。在脑后多余的顶角翻上塞入边缝中（图30—11）。适用于头顶部受伤和有脑外露时。

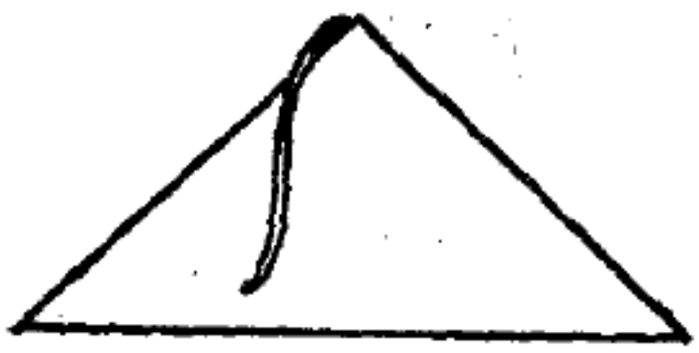


图30—10　三角巾

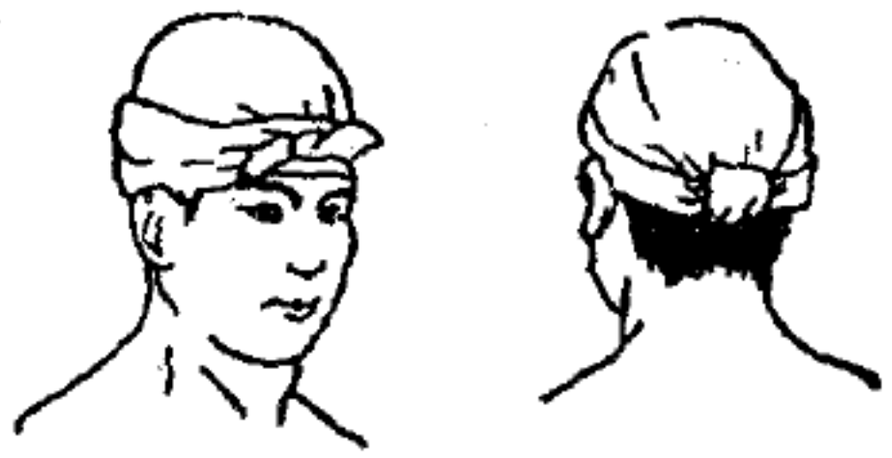


图30—11　头顶部帽式包扎法

2.风帽式包扎：将三角巾顶角和底边中央各打一结，作成风帽，顶角处的结置于额前，底边中央的结置于枕后，然后拉住二底角在下颌角交叉，绕至枕后，打结于底边中央的结上，适用于头顶、面颊部、下颌等处损伤（图30—12）。



图30—12　风帽式包扎法

3.眼的包扎：三角巾折迭成约四指宽的带条，先斜盖在一侧伤眼上，下部从同侧耳下绕过枕后，经对侧耳上回到前额，

压住另一头，将被压的一头翻下盖住另一侧伤眼后绕到耳旁或枕后打结〔图30—13：(1)〕。若仅包一眼，即成单眼包扎〔图30—13：(2)〕。



(1)　　(2)

图30—13　眼的包扎

4.下颌包扎：把三角巾折迭成约三指宽的条带，取1/3处放在下颌前方，长头经耳下绕颈项在对侧的耳垂前与短头交叉，向下扭转，兜起下颌，然后两端在头顶相遇打结(图30—14)。

5.单肩包扎：三角巾折迭成燕尾式(图30—15)，夹角置于伤肩正中，燕尾的两底角包绕上臂打结，拉紧两燕尾前后角在

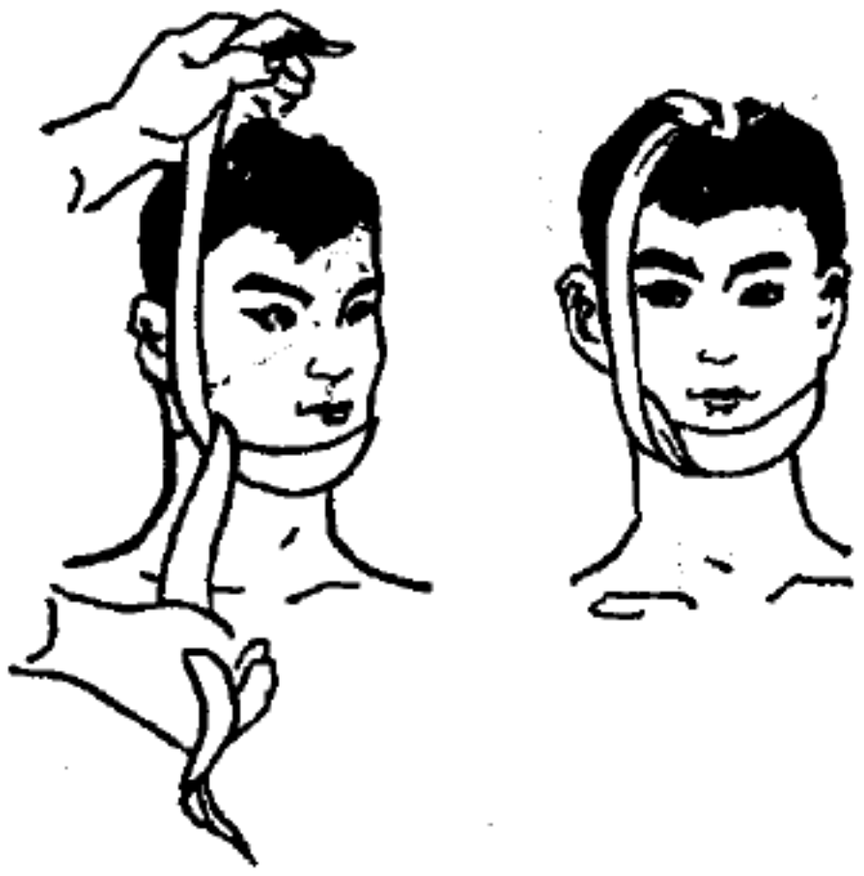


图30—14　下颌包扎法

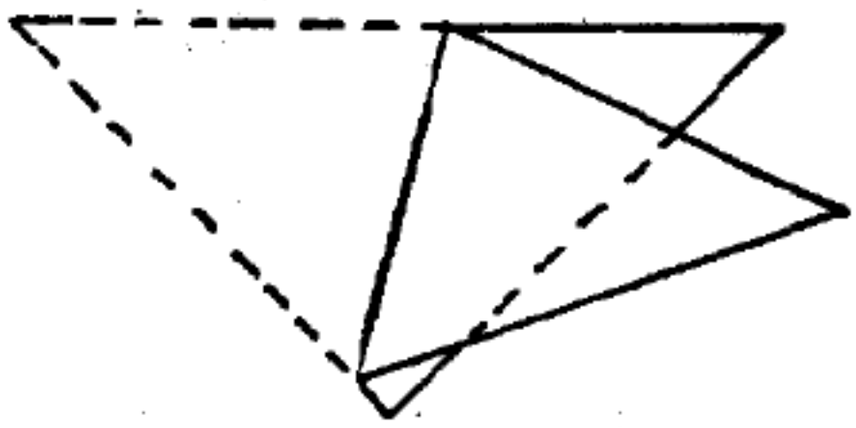


图30—15　燕尾式折迭法

对侧腋下打结。燕尾的后角须较前角为大，包扎方才紧而贴实(图30—16)。

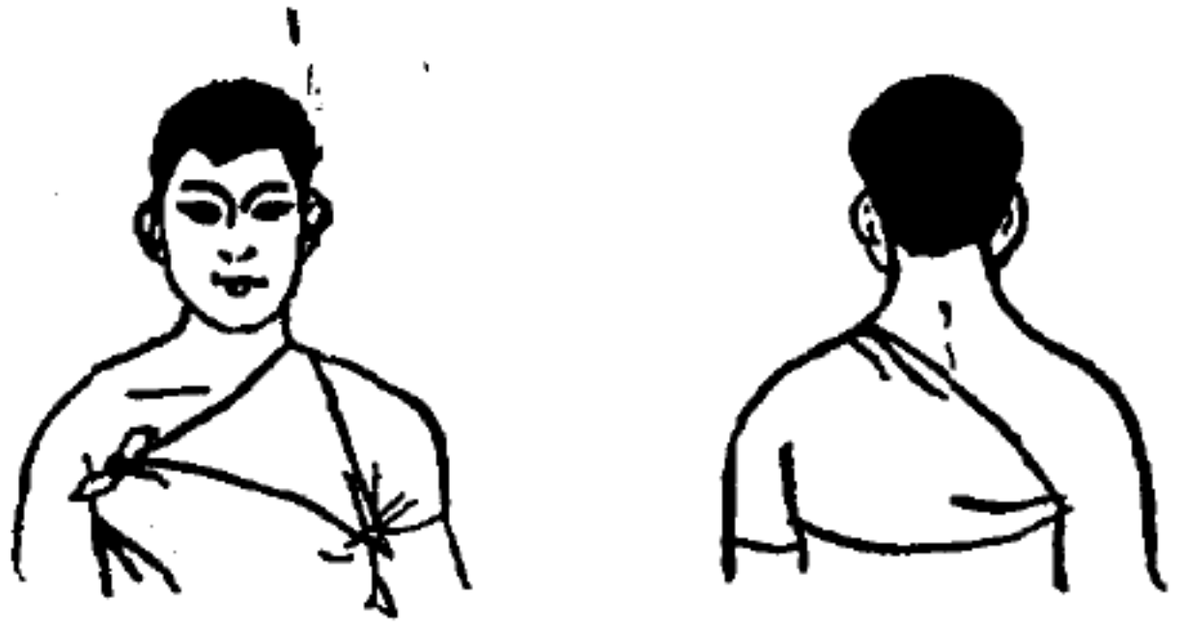


图30—16　单肩包扎法

6.上肢包扎：将三角巾一底角打结，套住伤肢，另一底角自颈后绕至对侧肩部，顶角系带包绕伤肢，曲伤臂，二底角在对侧肩部打结，使伤肢悬吊起来(图30—17)。

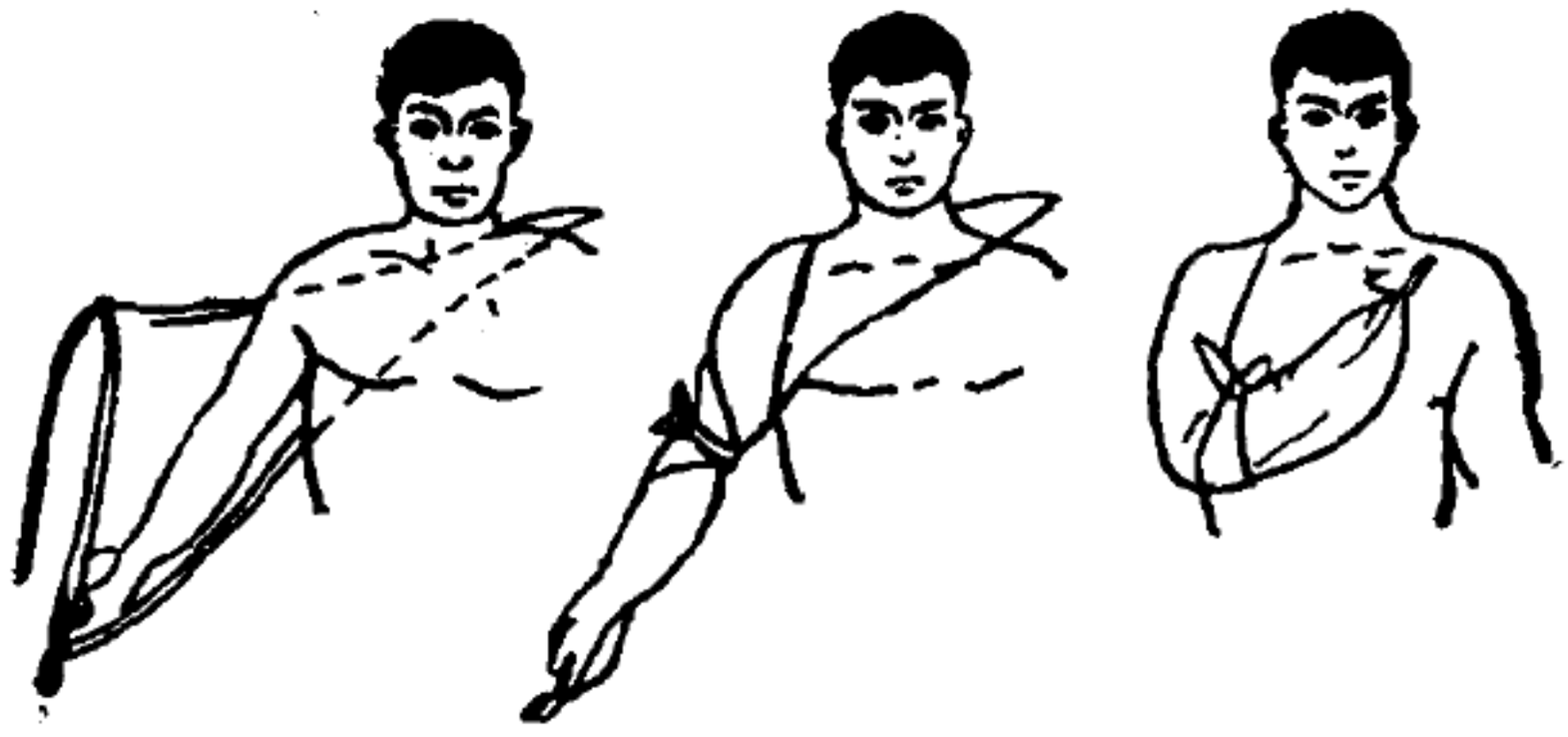


图30—17　上肢包扎法

7.单侧胸部包扎：把三角巾底边平置剑突，三角巾的中部盖在胸部的伤侧，左右两角经腋下在背部打结，顶角越过伤侧肩上垂向背部，再与左右两角一起打结(图30—18)。

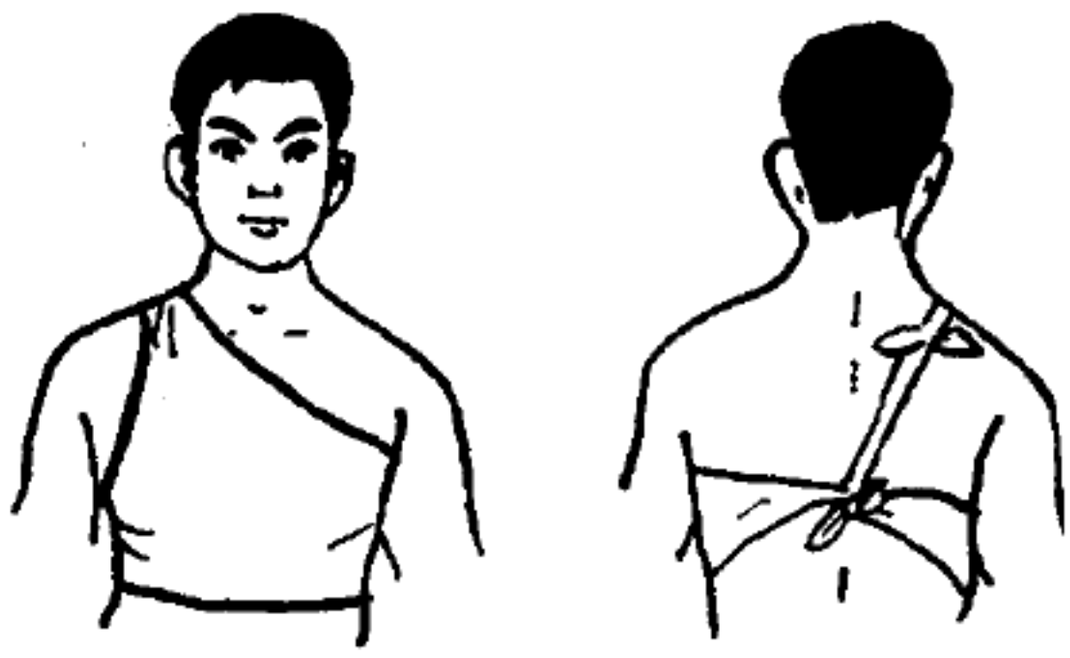


图30—18　单侧胸部包扎法

将三角巾置于背部则可包扎背部的伤口。

8.双侧胸部包扎：先将三角巾折迭成燕尾式，夹角对颈部，燕尾底边围胸在背后打结，两燕尾角则过双肩在背后打结（图30—19）。

9.上腹部包扎：将三角巾折迭成燕尾式，在燕尾底边的一角系带，底边围绕腰部在一侧打结，燕尾的大角翻过肩头，与包绕侧胸的小角在背后打结(图30—20)。

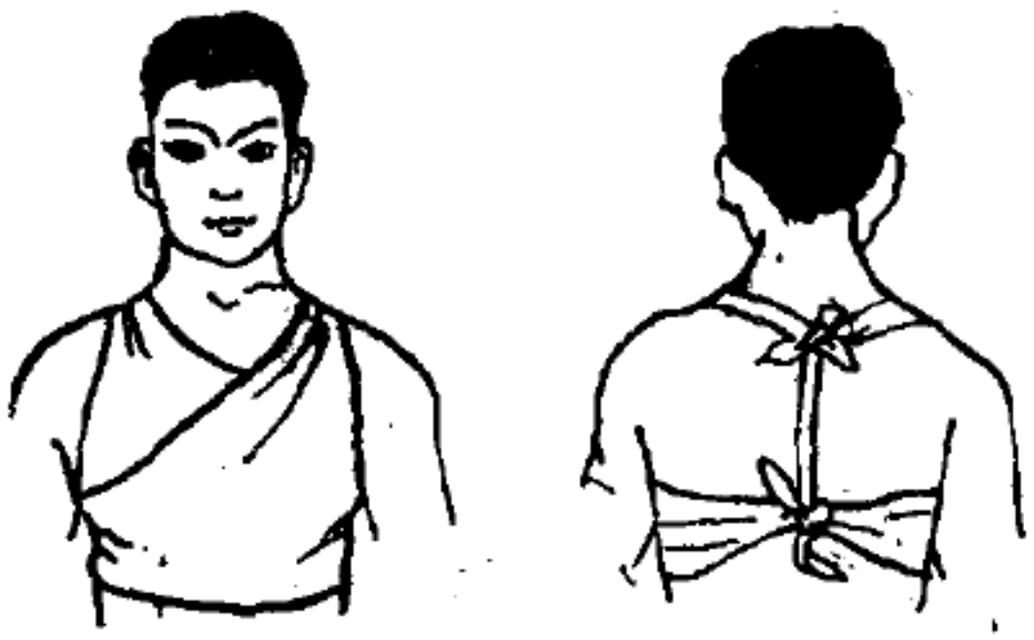


图30—19　双侧胸部包扎法



图30—20　上腹部包扎法

10.下腹部包扎：三角巾倒置，顶角在下，覆盖于下腹部，底角在腰后打结，顶角经会阴部向上，与腰后的底边一起打结(图30—21)。

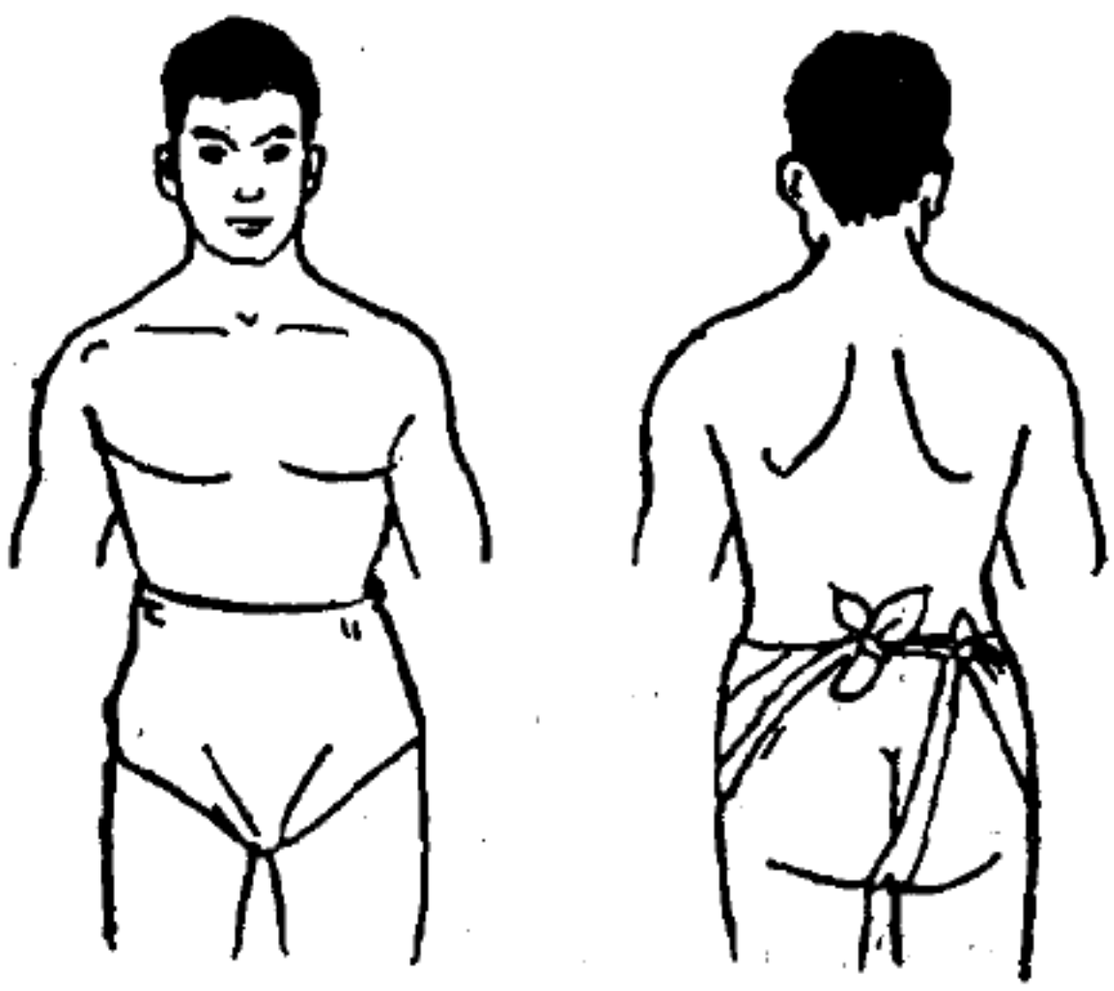


图30—21　下腹部包扎法

11.单侧臀部包扎：三角巾顶角对准腰后，一底角呈水平方向包覆

臀部，绕至对侧髂嵴处，与顶角系带打结，在下的一底角自会阴部向前上方拉出，向上与斜边打结（图30—22）。若将三角巾顶角对准脐（适与上述相反方向），则可用于包扎腹股沟部。

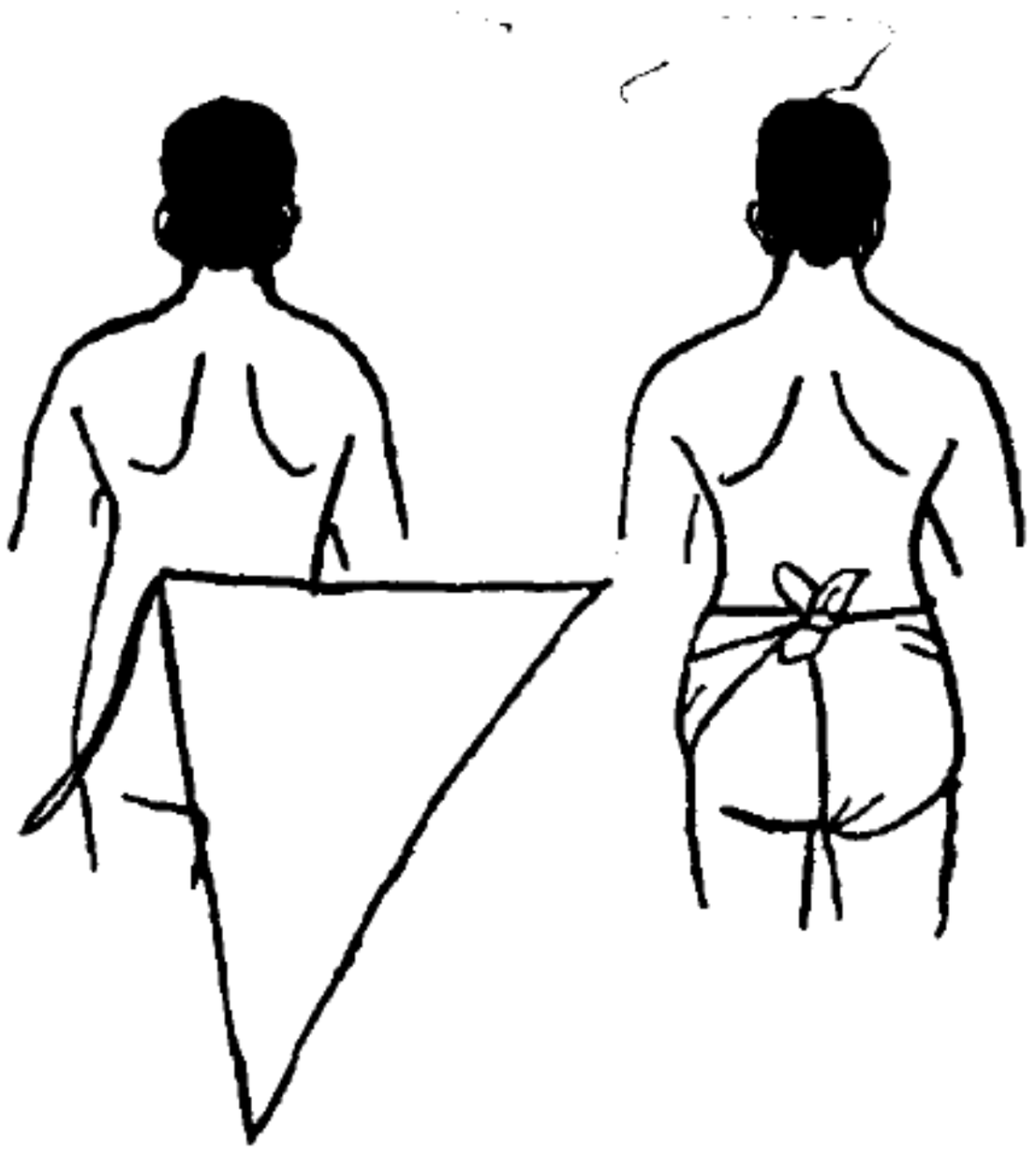


图30—22　单侧臀部包扎法

12.双侧臀部包扎：两块三角巾顶角打结，置腰部正中，水平方向的二个底角绕腰在腹前打结，在下的二底角分别自会阴部向前上方拉出，与相对的边打结(图30—23)。

13.膝(肘)关节包扎：将三角巾折迭成四指宽，条带中段覆盖伤口，其两头分别压住上下两边，包绕肢体一周打结（图30—24）。

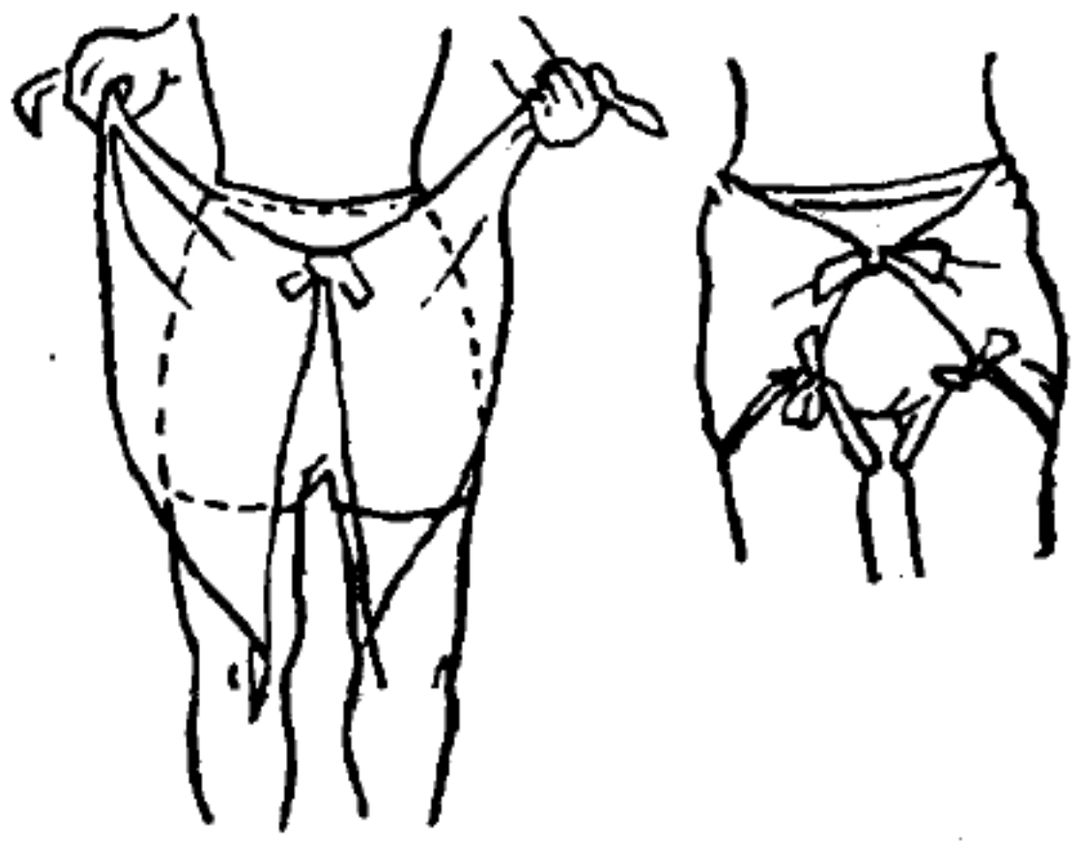


图30—23　双侧臀部包扎法

14.脚(手)包扎：指(趾)尖对准三角巾顶角，先将顶角向内覆盖于脚(手)背，然后两底角向内交叉打

结于踝(腕)上(图30—25)。

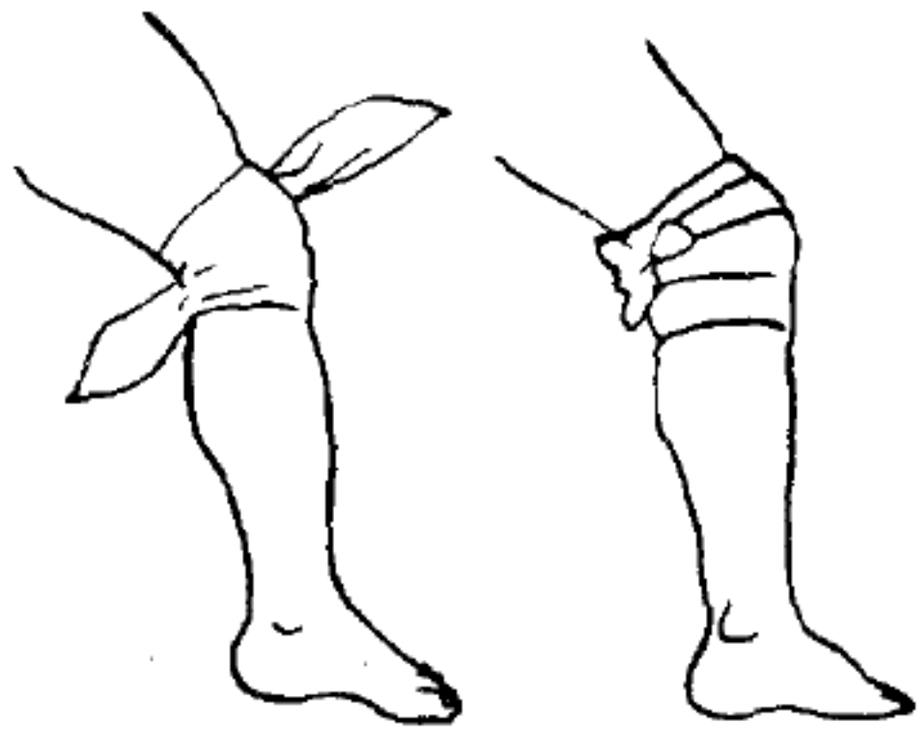


图30—24　膝关节包扎法

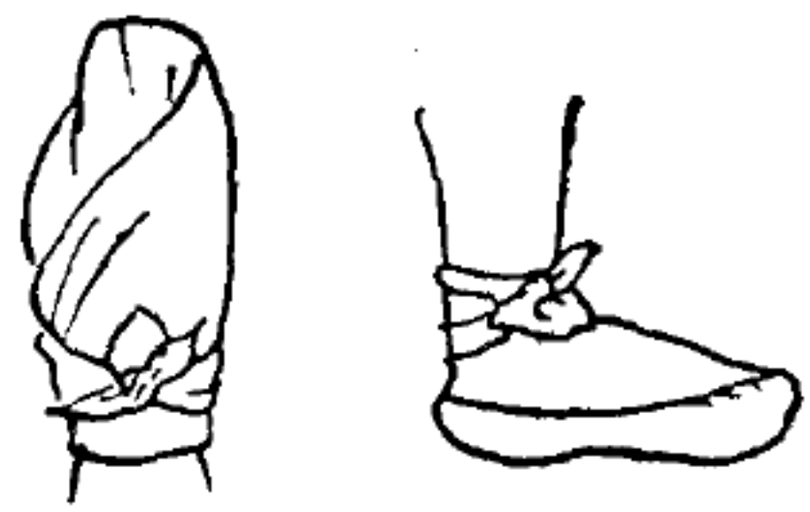


图30—25　足和手包扎法

几个特殊伤口的包扎

1.脑外露的包扎：头部受伤，颅骨缺损以致发生脑组织外露时，先用消毒纱布盖好，再用纱布卷做 ·保护圈，套在外露的脑组织的外周，这样可以防止脑组织受压，然后用三角巾包扎(图30—26)。

2.开放性气胸的包扎：胸部受伤，胸壁有开口，使空气能自由进出胸腔即开放性气胸。由于肺受压缩，伤员有明显气急。应立即用不透气的材料如消毒的塑料布、胶布等，盖住伤口，断绝外界空气继续进入胸腔，再用纱布垫或清洁毛巾堵住，然后用三角巾加压包扎，注意所用的敷料应较伤口为大，以免落入胸腔。

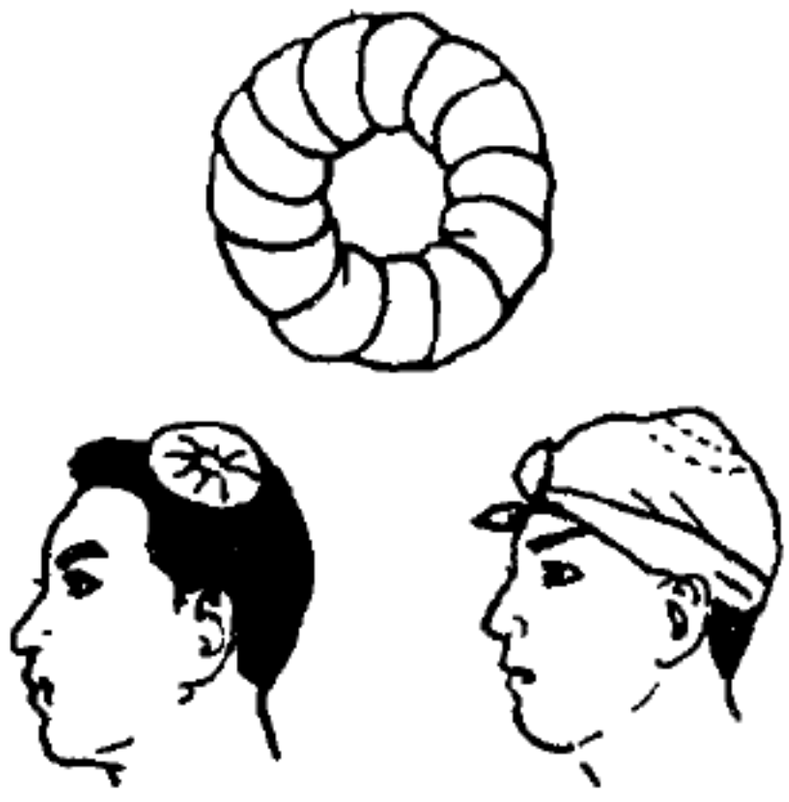


图30—26　脑外露的包扎法

3.肠脱出的包扎：腹部有开放性损伤，肠子脱至体外时，因为肠子已有污染，不能将其塞回腹腔，应先用大块消毒纱布覆盖，再用纱卷保护圈或饭碗或皮带圈或临时用柳枝做成的保护圈，置在肠子周围，以免肠子受压，然后再用三角巾包扎(图30—27)。

二、绷带包扎法

(一)环形包扎法 用绷带在身体某一部位环绕数周，每周盖住前一周。常用于手、腕、颈、额部等处。还作为包扎的开始及末端固定用(图30—28)。

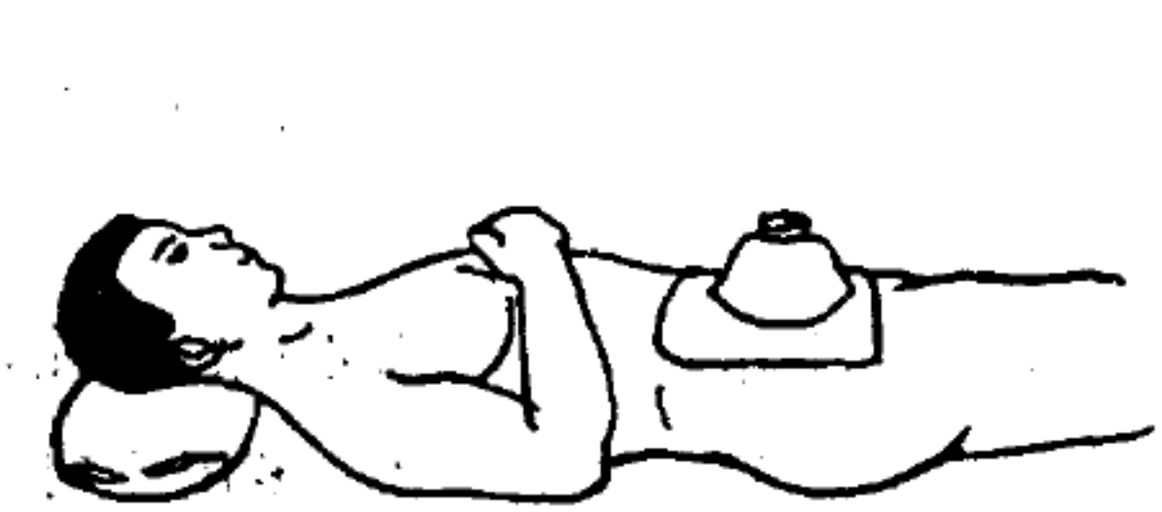


图30—27 肠脱出的包扎法

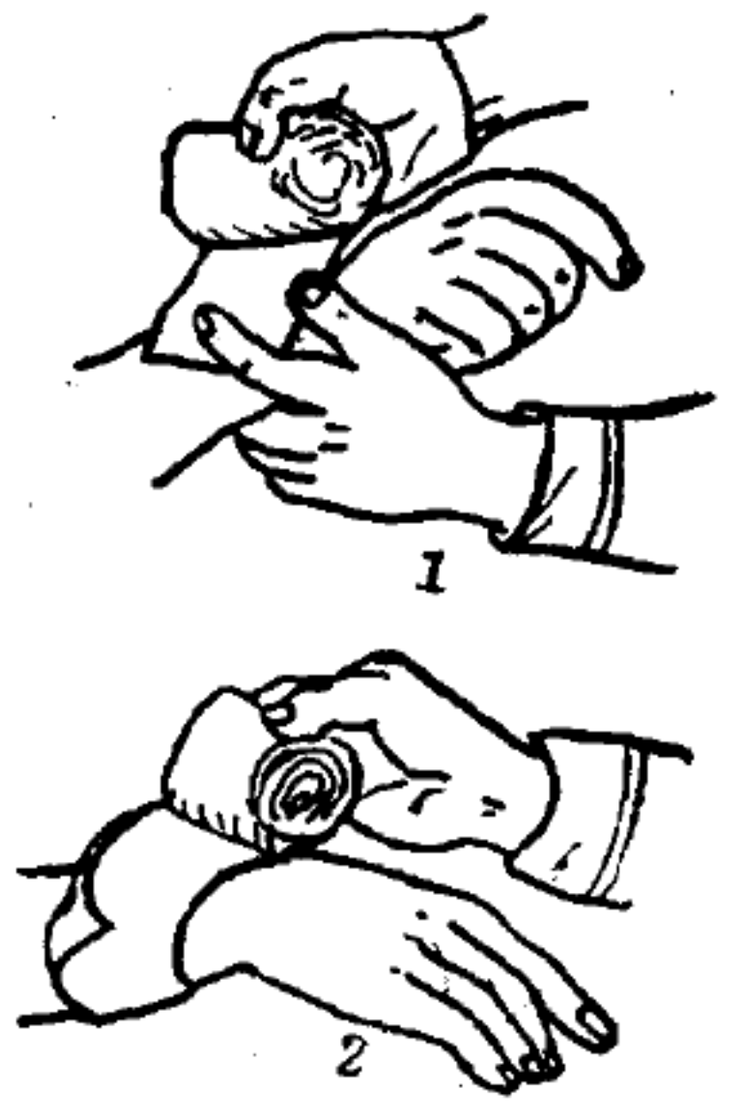


图30—28 腕部环形包扎法

(二)螺旋包扎法 包扎时，作单纯的螺旋上升，每一周压盖前一周的1/2。多用于肢体、手指及躯干等处(图30—29)。

(三)螺旋反折包扎法 开始先用环形法固定一端，再按照

螺旋法的包扎法，但每周反折一次，反折时以左手拇指按住绷带上面正中处，右手将带向下反折，并向后绕，同时拉紧。注意反折处不要在伤口上或骨隆起处。本法主要用于粗细不等的部位，如小腿和前臂等处(图30—30)。

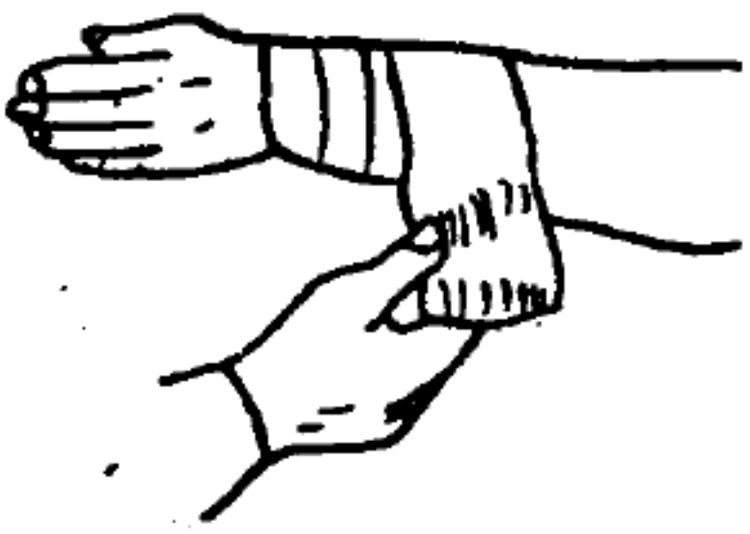


图30—29　前臂螺旋包扎法

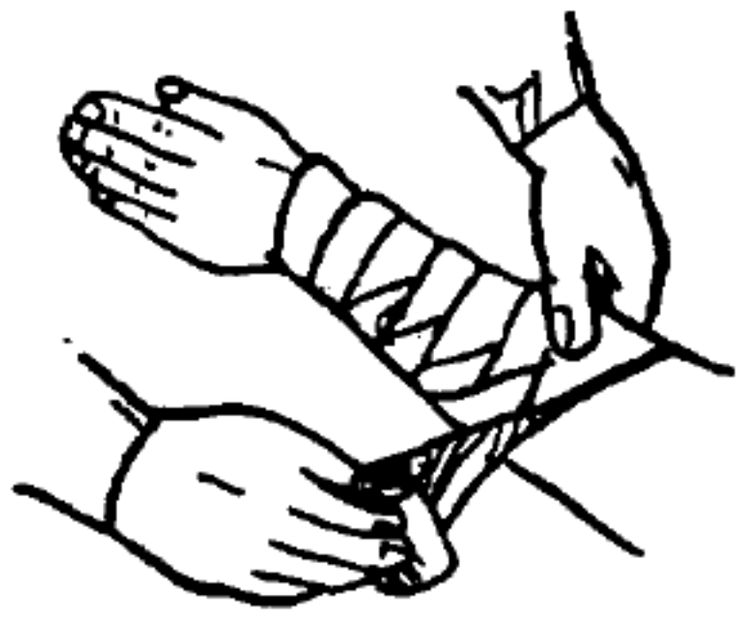


图30—30　前臂螺旋反折包扎法

(四)"8"字形包扎法　本法是一圈向上，一圈向下的包扎，每一周在正面和前一周相交，并压盖前一周的1/2。多用于肘、膝、踝、肩、髋等关节处(图30—31)。

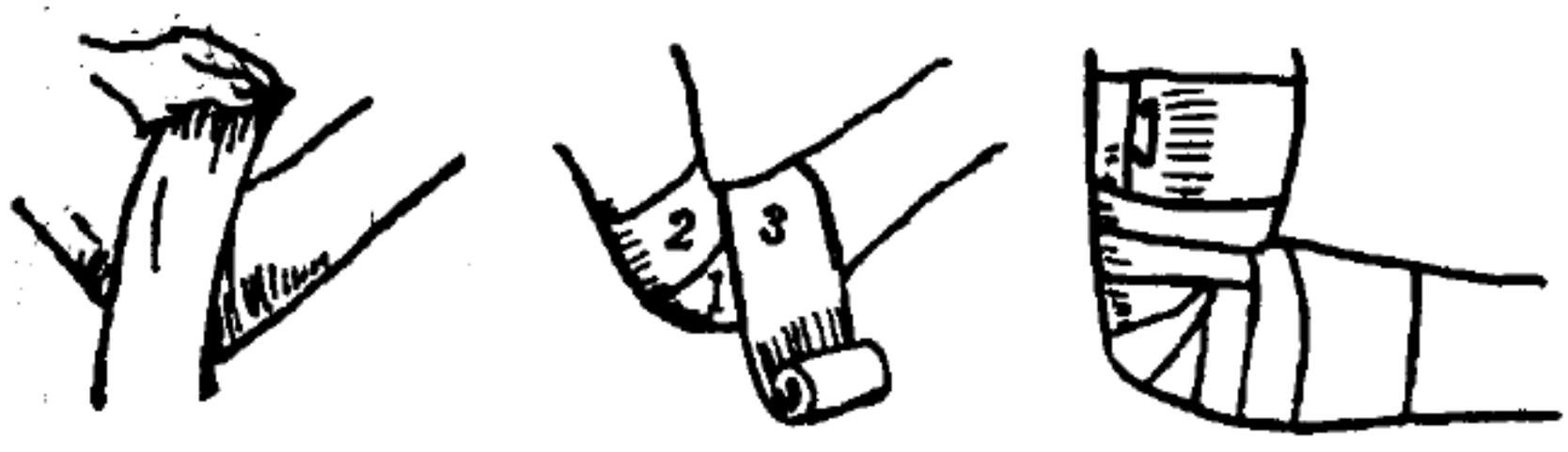


图30—31　"8"字形包扎法

(五)回反包扎法　为一系列的来回反折，第一周常在中央开始，以后各周分向左右，直到该端全部包盖后，再作环形包

扎固定。常用于头部及断肢包扎(图30—32)。



(1)包残肢　　(2)包头部

图30—32　回反包扎法

三、四头带使用法

一般在鼻部、下颌、前额及后头部的创，伤多用四头带包扎(图30—33)。



图30—33　四头带包扎法

第三节　骨折固定

伤员受伤后，伤肢出现肿胀、瘀血、剧烈疼痛、变形、不能活动等都可能是骨折的表现。详细情况参看骨折节。

骨折固定的目的，就是限制骨折两个断端的活动，以减少摩擦和避免折断端损伤周围的血管、神经和其他组织。这样就可减轻伤员的疼痛，同时便于后送。

（一）固定骨折的器材 可预先做成一定大小的木质夹板或铁丝夹板；也可就地取材，木板、枪托、扁担、竹片、树枝、桌椅脚等都可利用；甚至在没有适合的器材时也可以利用躯干固定上肢，用对侧好的下肢固定受伤的下肢。但后者因为限制伤员的行动，应尽量避免采用。

（二）固定的原则

1.伴有出血和伤口者，固定前先要止血，包扎伤口；伴有休克者，应先抗休克。

2.夹板和肢体之间要用纱布或衣服作衬垫，空隙地方要填紧；夹板的长度和宽度要合适，长度须超过骨折部的上下二个关节。

3.露出伤口的骨片，不要放回伤口，以免把感染带入深部；也不可任意去除。

4.固定时先固定伤口的两边，再固定上下两关节。

5.四肢固定要露出指（趾）端以便观察。如发现指（趾）端麻木、疼痛、发冷、苍白或紫绀等时，均表示固定过紧，肢体的血液循环不畅，须立即松开，重新固定。

6.固定后伤肢要保温，禁止乱搬动，并且做好标志，迅速后送。

（三）各个部位的固定方法

1.锁骨骨折：用三角巾折迭成带状，“8”字形绕两肩，使

两肩向后扳，拉紧打结（图30—34）。也可用“T”形夹板固定（图30—35）。

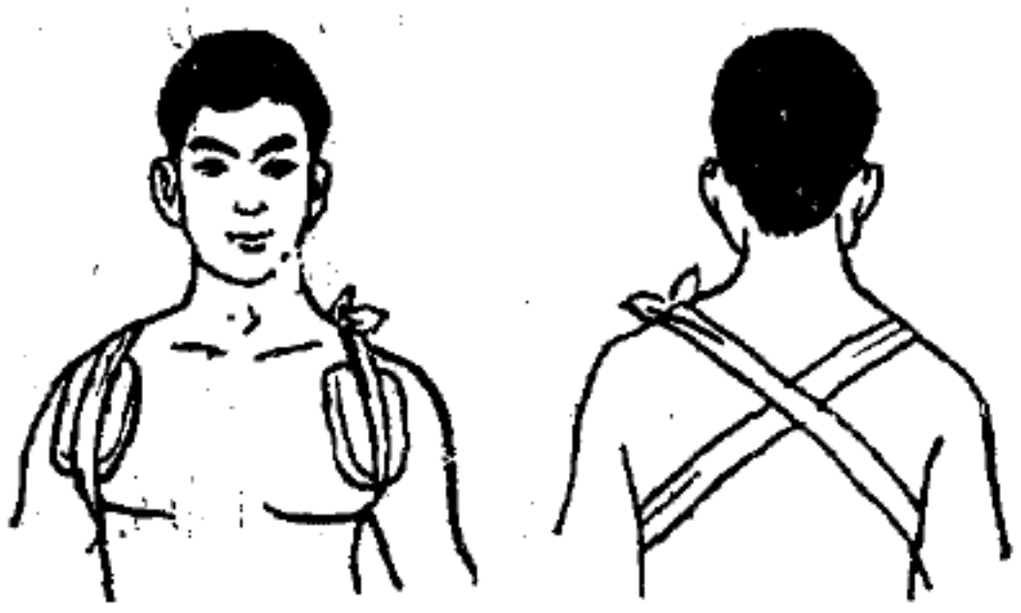


图30—34　锁骨骨折“8”字形带固定

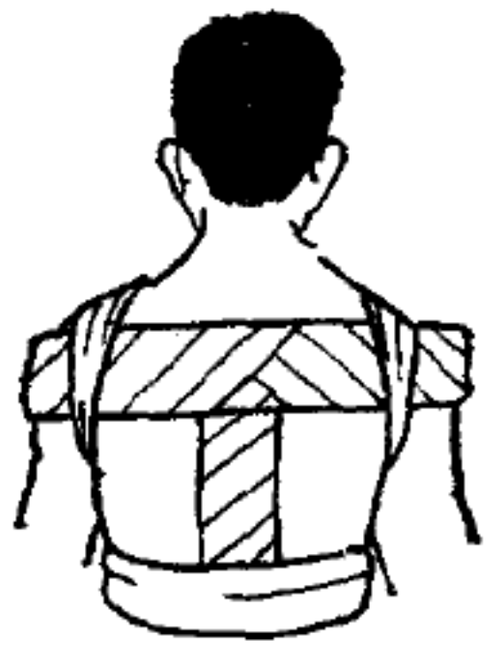


图30—35　锁骨骨折“T”形夹板固定

2.肱骨骨折固定：取一合适夹板或代用品，置于伤肢外侧（最好内侧同时置放一块），用折迭成带状的三角巾固定骨折的上下两端，再用三角巾将前臂吊起，最后用三角巾把伤肢绑在躯干上加以固定（图30—36）。

3.前臂骨折固定：伤员前臂的掌背侧各放一块夹板，用三角巾绑扎固定悬吊在胸前（图30--37）。也可反折伤侧的衣襟兜



图30—36　肱骨骨折夹板固定



图30—37　前臂骨折固定

起伤臂，衣角剪一小孔，挂在第一钮扣上，再用腰带或三角巾在肘弯上绕胸部一周打结固定。

4.股骨骨折固定：夹板长自腰部至足跟，将其置于伤腿外侧(或下面)，分别于骨折上下端、腰部、臀下、小腿膝下，足跟等处用布带或三角巾固定，足部用“8”字形固定(图30—38)。

5.小腿骨折固定：夹板自大腿中部至足跟。置于伤腿外侧(或下面)，分别于骨折上下端、膝上、膝下及足跟部用布带或三角巾固定，足跟部用“8”字形固定(图30—39)。



图30—38　股骨骨折固定

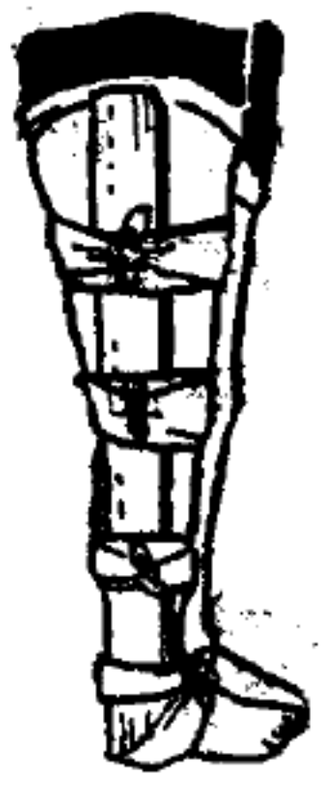


图30—39　小腿骨折固定

6.脊柱骨折处理：脊柱骨折因有其特殊性，故在处理时须特别注意，以免加重损伤。

（1）搬运胸腰椎骨折伤员时，必须由3～4人同时托住头、肩、臀和下肢，把伤员身体平托起来，放上担架，最好使伤员俯卧后搬运。绝对不能抱头、抬脚，以免脊柱强度弯曲，加重对脊髓的压迫和损伤。伤员应俯卧于担架上，上胸部稍垫高（图30—40）。

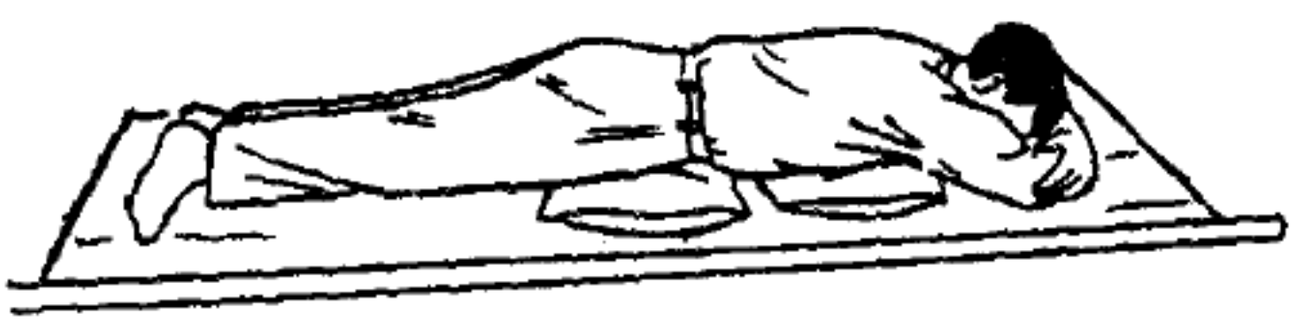


图30—40　脊柱骨折的处理

（2）搬运颈椎骨折伤员时，须有专人牵引固定头部，平抬伤员上担架，然后使其平卧，颈部两侧用棉衣固定，防止头部扭转或前屈。注意，这种伤员不能垫枕头（图30—41）。

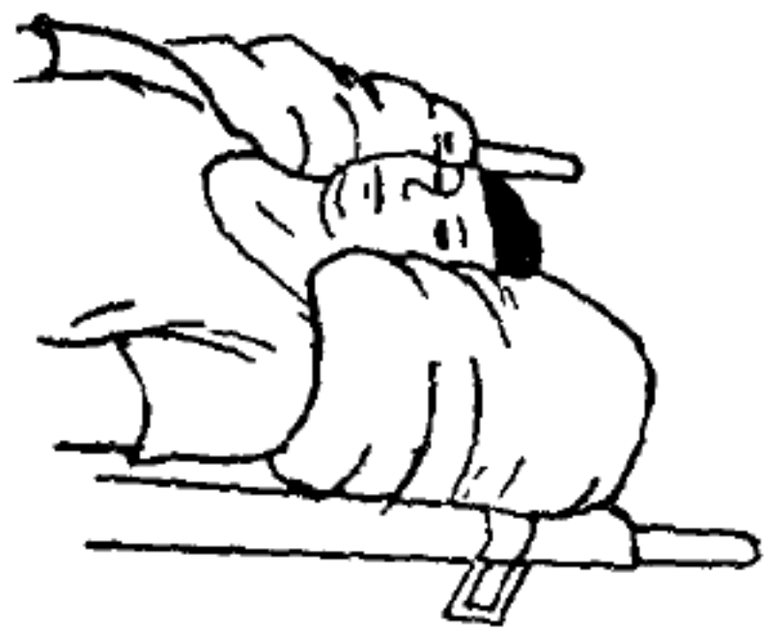


图30—41　颈椎骨折的处理

（3）脊柱受伤的伤员均须睡在硬板床上进行后送。

7.骨盆骨折处理：（1）使伤员仰卧于硬板床上。（2）用宽布扎住骨盆。（3）膝部半屈，其下垫枕或衣服，两大腿用布带扎住，防止外旋（图30—42）。



图30—42　骨盆骨折的处理

第四节　搬　　运

搬运要根据战地的具体情况，选用不同的搬运工具和方法，争取在短时间内将伤员转移到隐蔽地或安全地带，避免伤员再次受伤，使伤员及时后送治疗，及早恢复健康，重返前线。搬运伤员时，动作要轻、稳、迅速，避免震荡，以免加重伤员痛苦。使用担架搬运时，伤员头部应在后，便于后面的担架员观察伤员病情的变化。上下坡时，担架均须保持平稳，不能一高一低。

常用的搬运法

1.徒手搬运法(图30—43～49)：此法适用于轻伤员，有单人的侧身匍匐搬运法、搀法、背法、抱法、扶法等和双人的椅托式，轿杠式，拉车式等。

2.担架搬运法(图30—50～51)：在没有现成担架时可用就



图30—43　搀法



图30—44　背法

便器材制作简易担架。其制作方法如下：用二米长的树干、竹竿、木棒或扁担等，套上上衣或裤子，或用绳索编成网，两端加横梁固定住就可以当作担架使用(图30—52～55)。



图30—45　抱法



图30—46　扶法

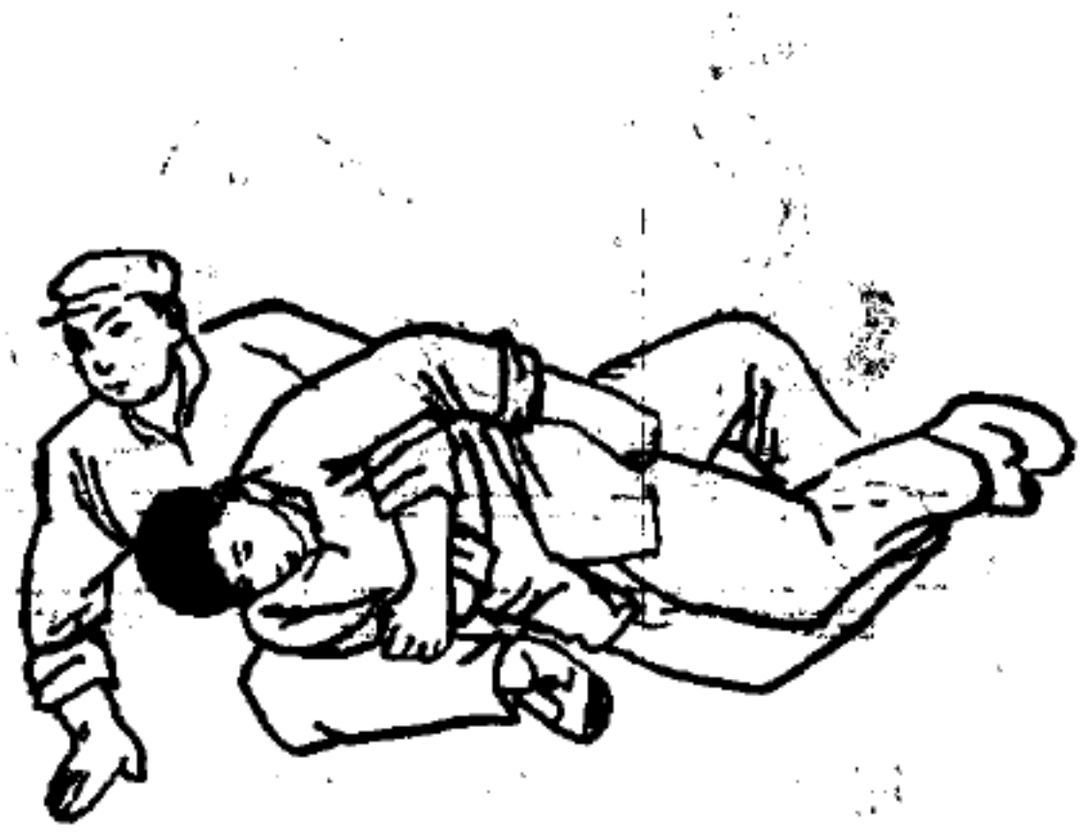


图30—47　侧身匍匐搬运法



图30—48　椅托式



图30—49　拉车式

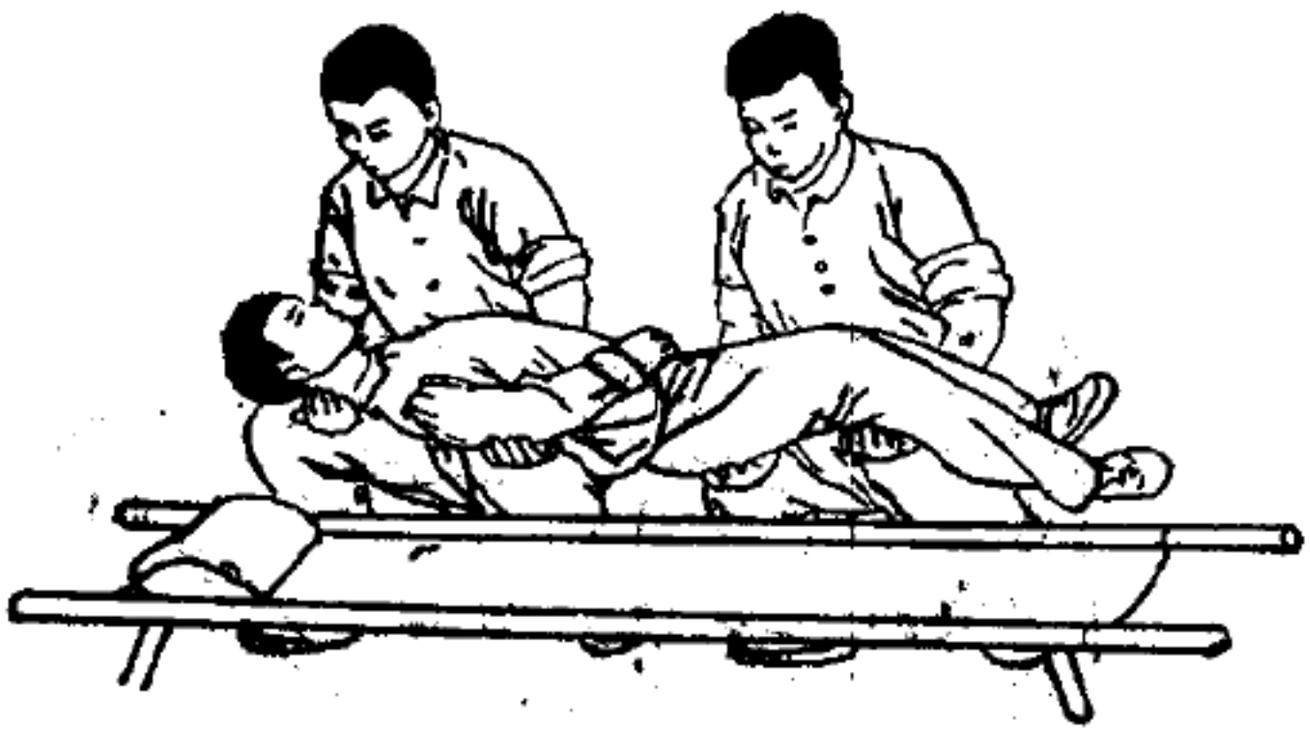


图30—50　平抬伤员上担架

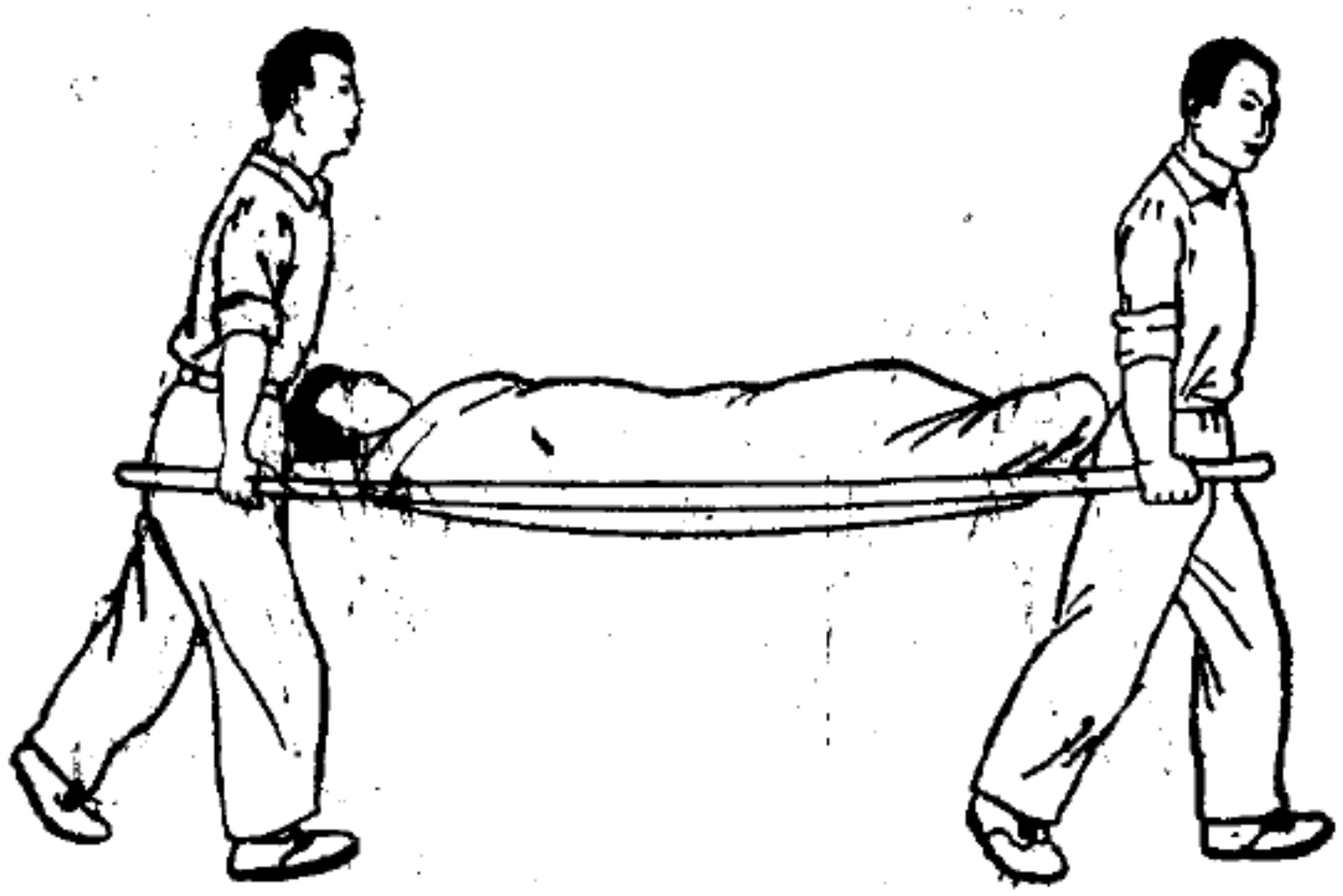


图30—51　担架搬运法

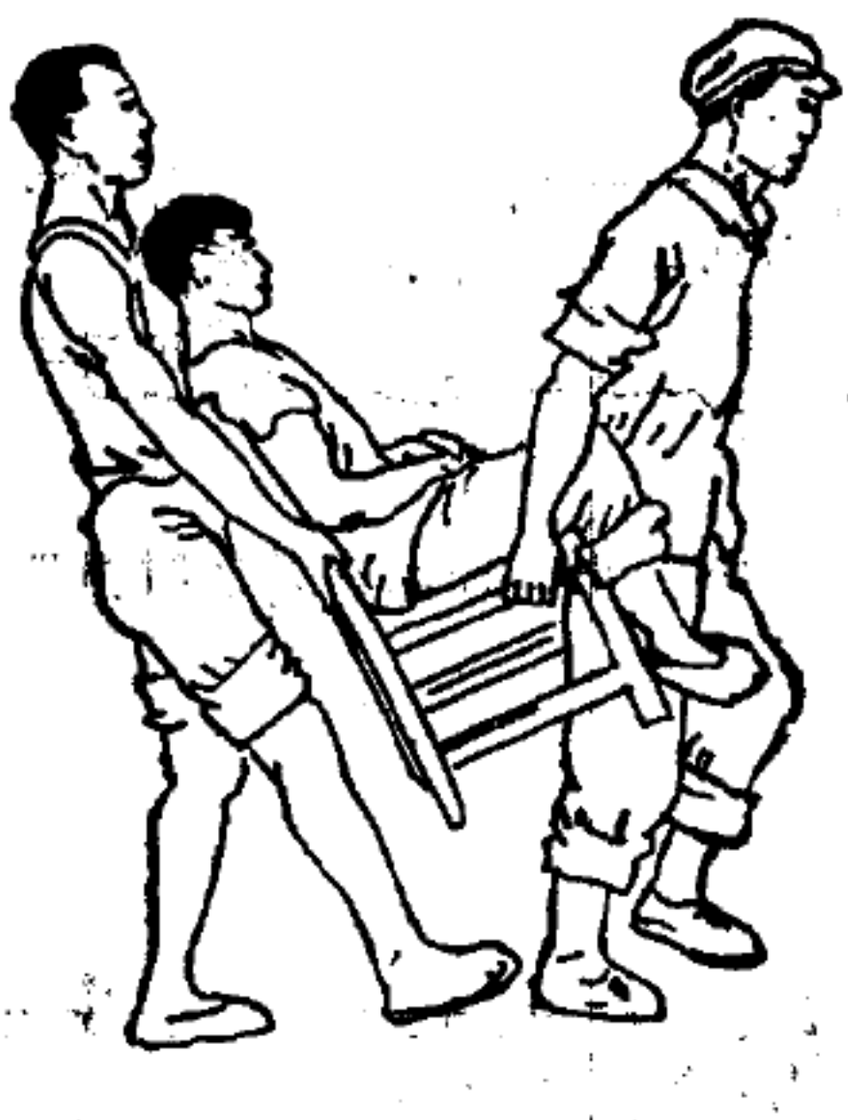


图30—52　靠椅作临时担架

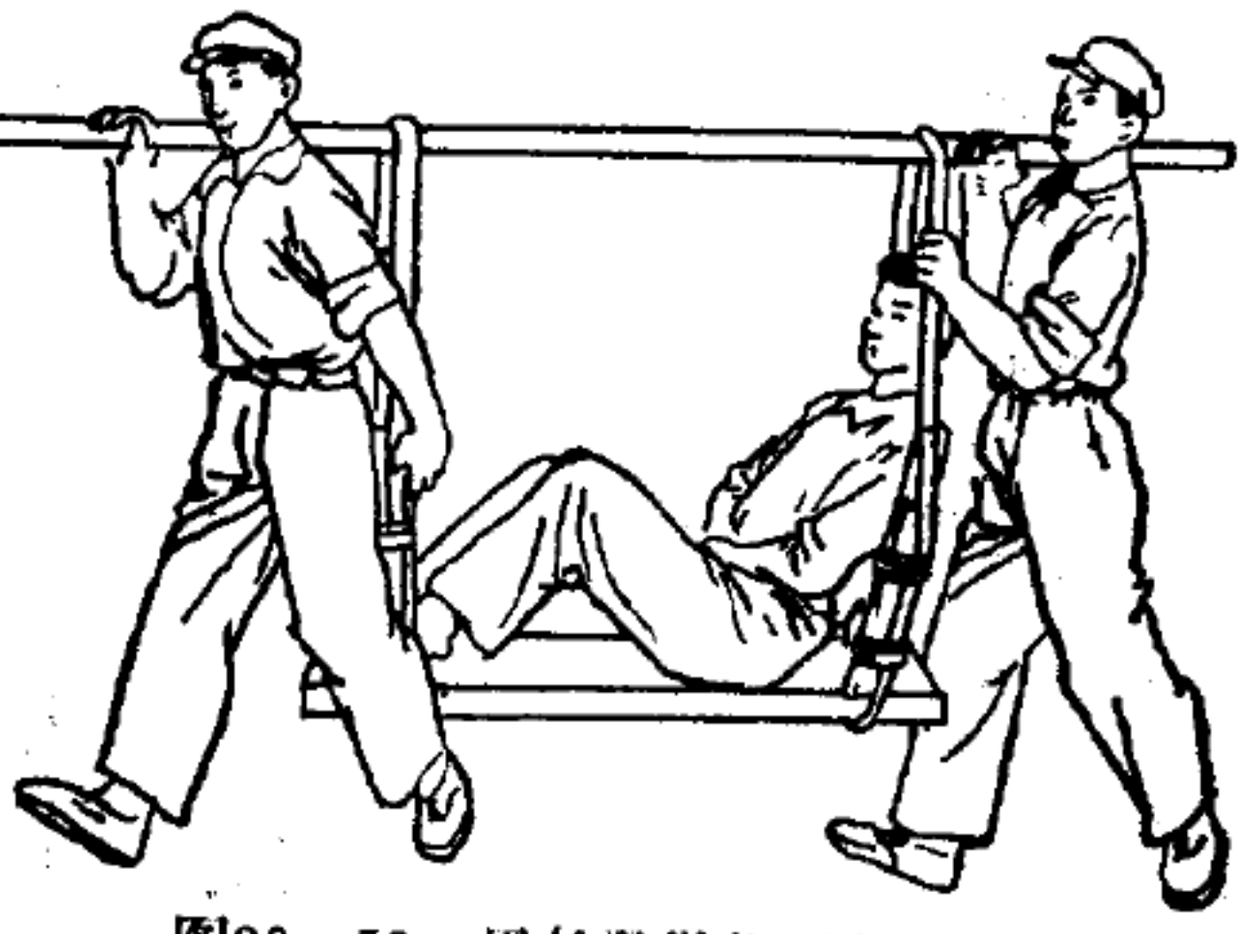


图30—53　用长凳做临时担架

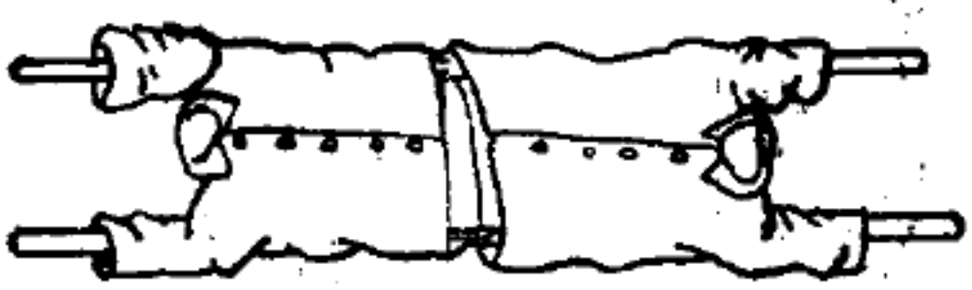


图30—54　用二件上衣做临时担架

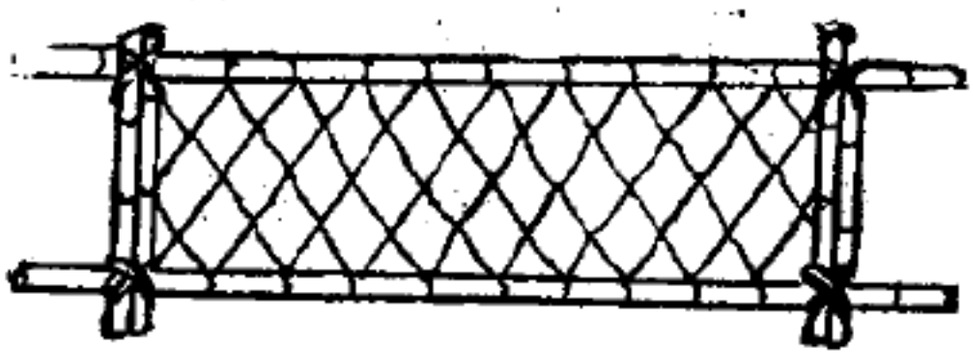


图30—55　用竹竿和绳子做临时担架

第三十一章　三　　防

第一节　原子武器的防护

毛主席教导我们："**原子弹是美国反动派用来吓人的一只纸老虎，看样子可怕，实际上并不可怕。当然，原子弹是一种大规模屠杀的武器，但是决定战争胜败的是人民，而不是一两件新式武器。**"毛主席指出的这个伟大真理，鼓舞了全世界革命人民的斗志，粉碎了帝国主义、社会帝国主义玩弄核讹诈的阴谋。

原子武器并不是什么神秘的东西，我国原子弹，导弹、氢弹的连续试验成功，沉重地打击了帝国主义、社会帝国主义的核讹诈政策，打破了他们的核垄断地位，大长了世界各国革命人民的志气；大灭了帝修反的威风，极大地鼓舞和支持了世界各国人民的革命斗争。我国发展核武器，完全是为了防御，为了打破核垄断，其最终目的是为了消灭核武器。我国政府一再郑重声明："中国在任何时候，任何情况下，都不会首先使用核武器。"毛主席教导我们："**人不犯我，我不犯人；人若犯我，我必犯人。**"如果帝国主义、社会帝国主义硬要把侵略战争强加在我们头上，我们就坚决奉陪到底，直到取得最后胜利。

一、原子武器的一般知识

（一）什么是原子武器

利用原子核反应放射出来的能量，达到杀伤和破坏作用的武器叫做原子武器（也叫核武器）。原子武器有两大类：一类是爆炸性原子武器，即原子弹、氢弹、原子炮弹、原子导弹和原子鱼雷等。另一类是放射性战剂，就是用放射性物质沾染地面、空气、水及器材等，使人畜受到伤害。放射性战剂可装在炮弹、炸弹及各种容器内单独施放，也可以与化学武器或细菌武器混合使用。

（二）原子武器爆炸的方式及其外观

原子武器爆炸的方式，分为空中爆炸、地面（或水面）爆炸、地下（或水下）爆炸三种。由于爆炸方式不同，出现的景象也不一样。

1.空中爆炸的景象：原子武器爆炸时，首先看见耀眼的闪光，随后听到雷鸣般爆炸声，接着出现

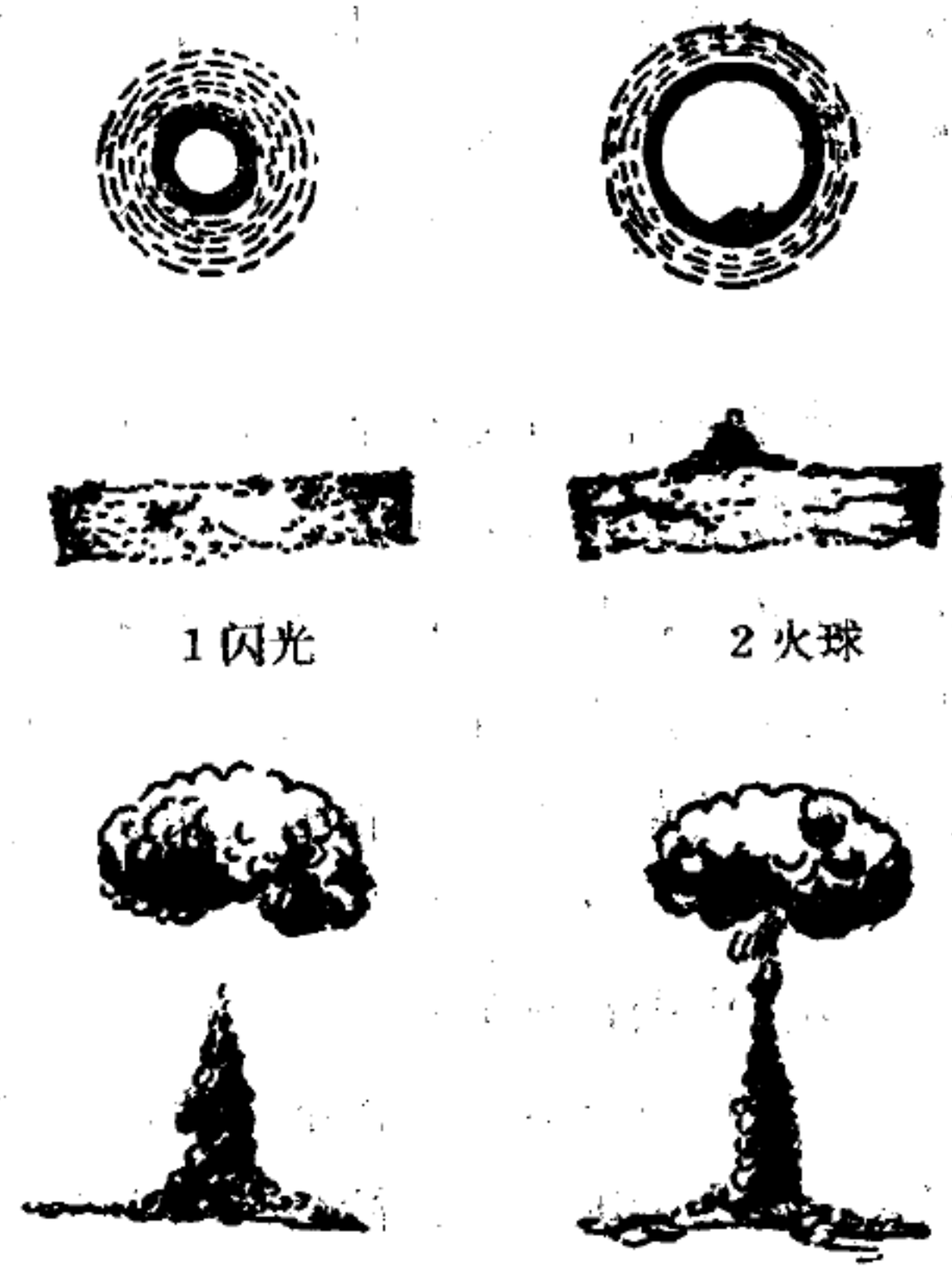


图31—1　原子弹空爆外部景象

一个很大的圆形火球，火球迅速上升，几秒钟后逐渐冷却，成为一团放射性烟云。同时，由于高温空气上升，形成一股很大的气流，这股气流把地面尘土卷起而形成放射性尘柱，尘柱和烟云相接（图31—1）以后逐渐被风吹散而消失。

2.地面爆炸景象：和空中爆炸的景象基本相似，其特点是出现的火球呈半球形，尘柱粗大，和烟云紧密相接。由于卷入烟云的尘土较多，形成蘑菇状烟云（31—2）其色不如空中爆炸时明亮。



图31—2 原子弹地面爆炸时形成的蘑菇状烟云

3.地下或水下爆炸的景象：地下爆炸时看不到火球，尘柱更加粗大。水下爆炸时，可能看到明亮发光点，有低沉的轰隆声，出现又粗又高的水柱。

（三）原子武器的杀伤破坏因素：

原子武器杀伤力较大，它是通过什么因素达到杀伤人、畜和破坏建筑物的呢？主要通过四个方面。即光辐射、冲击波，贯穿辐射和放射性沾染。

1.光辐射：光辐射就是原子爆炸时产生高温的火球放出的强烈的光和热。它可以直接烧伤皮肤，使眼睛花盲，甚至失明。所以千万不要去看火球。同时光辐射还可引起火灾（原子爆炸

时，35%能量变成光辐射），其作用时间从几秒到十几秒（从闪光到火球停止发光）。只要利用一切能遮光的物体或背向爆炸中心卧倒都能减少或避免光辐射的伤害。

2.冲击波：冲击波就是原子爆炸时产生的高压气浪，它比十二级台风还要猛烈得多。杀伤作用强，来势又快又猛，可直接把人吹走、吹倒，造成伤亡；而且还能由于建筑物倒塌造成人畜的间接损伤。原子爆炸时50%能量变为冲击波，其作用持续时间约几秒钟。及时卧倒或进入各种掩蔽工事，能收到显著的防护效果。如及时进入防空壕，就可使其杀伤力减少1/2—2/3。

3.贯穿辐射：贯穿辐射就是原子爆炸时放出一种看不见、闻不到、摸不着而穿透能力很强的射线（丙种射线和中子流）。人员受到过量照射后，就会得病，这种病叫做“放射病”。原子爆炸时，5%能量转变为贯穿辐射。其作用的持续时间约10—15秒。在防护上，当原子爆炸时，进入防空壕、避弹室、掩蔽部就能达到有效的防护目的。例如一米厚土层，就能减弱其作用90%，1.2米土层，就能减少其作用的95%。

4.放射性沾染：放射性沾染就是原子爆炸后形成的蘑菇状烟云。它带有大量的放射性灰尘，散布在它的下风方向的空气中和地面上。这种灰尘能放射一种看不见的射线，人员如果在短时间内被大量射线照射或吸入和吃进放射性灰尘后，也有可能使人得放射病。放射性沾染（占爆炸能量的10%），在核爆炸10分钟后开始作用，持续几天到几十天。使用一张纸或一块塑料布挡住放射性灰尘的沾染，就能达到有效的防护目的。

从上述四种杀伤的因素中，我们可以看到，在核爆炸的瞬间，光辐射、冲击波和贯穿辐射是主要的杀伤因素。这三种瞬时杀伤因素的特点为：①来势猛而快；②作用时间短；③作用具有方向性（即呈直线进行）。因此，及时的掩蔽，就能起到显著的防护效果。而放射性沾染，持续时间长，作用范围小，易于防护为其特点。

二、原子武器的防护

原子武器虽然杀伤破坏作用较大，但只要发挥广大人民群众的积极性，掌握了它的特点，积极采取有效防护措施，就可以大大减轻或避免伤害。原子武器的防护措施如下：

（一）原子武器袭击前的准备措施

1.做好防原子武器知识的宣传、普及工作。

2.修建防御工事和水井。

3.准备防护用具。为了防止放射性沾染，必须随时准备好就便防护用具。如雨衣、被单、塑料布、雨伞、雨鞋、胶鞋、口罩、毛巾等。

4.有计划的疏散人口，是重要的战备措施。

（二）原子武器袭击时的防护

1.听到警报时，作战人员和必须坚持工作岗位的人员应按规定和有关指示采取行动。一般人员应立即关窗并放下窗帘，关掉用电设备和煤气，熄灭炉火，加上井盖，携带或穿戴平时准备好的防护用品，有组织地进入掩蔽体。

2.如遇突然袭击，当看到跃眼闪光时，应迅速利用就近的

地形、地物进行隐蔽（图31—3）；如果没有合适的掩蔽物，应立即就地卧倒，采取脚朝闪光方向，两手交叉放在胸前，胸腹部稍离开地面(以减少震动防止对内脏的损伤)，脸朝下，嘴半张开，眼睛闭紧，切勿抬头看火球，以免引起眼睛损伤（图31—4)。室内人员应立即扑倒在爆炸方向的墙脚下，要避开窗口及火炉(图31—5)。

等冲击波过去后(约半分钟左右)，及时使用个人防护用品，尽快进入附近掩蔽场所，以防止放射性尘埃对人体的影响。等听到解除警报后，在专业人员指导下离开掩蔽场所(图31—6)。

（三）原子武器袭击后的工作

若某个地区遭受敌人原子武器的袭击后，要充分发动群众，积极开展自救互救，尽快地离开污染区。

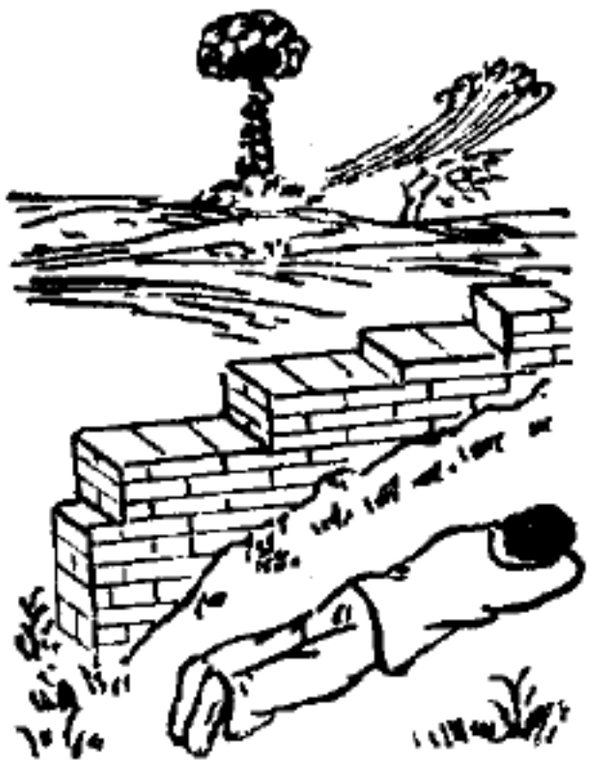
1.首要任务是抢救伤员，要发扬“**救死扶伤，实行革命的人道主义**”的精神，做到“三快”：即快抢、快救、快送。抢救秩序是由里向外，先重后轻，把伤员送到集中地点，由专人组织后送医疗。急救时，除抢救外伤及烧伤外，应注意用清洁材料揩去伤员皮肤及伤口上的放射性尘埃及液滴。参加抢救的人员，必须做好个人防护，遵守沾染区的行动规则（如禁止在沾染区内吸烟、吃东西、随便坐下和脱掉防护用品等)，抢救完毕，要进行自身放射性沾染的消除。

2.对燃烧房屋和建筑物等尽快灭火。

3.人群应有组织的撤离沾染区。

4.专门人员进行辐射侦察，测量辐射级的高低。

（四）放射性沾染的消除：



（1）墙　后



（2）树　后



（3）　沟渠中



（4）土丘后



（5）　弹坑内



（6）　开阔地

图31—3　原子弹爆炸时利用各种地形地物的防护动作



图31—4　在开阔地上卧倒的姿势

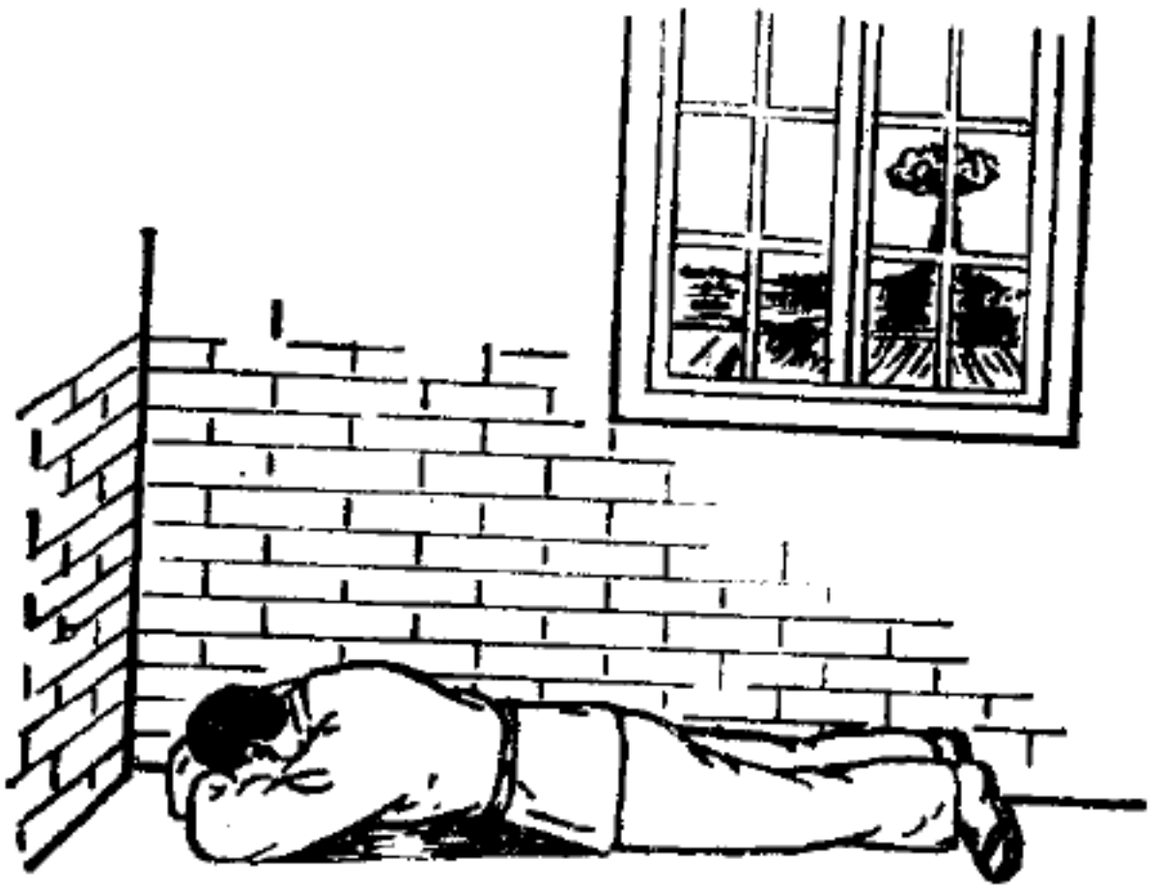


图31—5　在室内卧倒的姿势



图31—6　在专业人员指导下离开放射性沾染区

沾染区的人员、衣服、食物、地面等，经专业人员检查发现有放射性沾染时，要认真地、及时地开展放射性沾染的消除工作。

1.对人员消除沾染：

局部消除：是一种临时简单易行的消除办法。是在离开沾染区或者到达洗消站以前进行。其方法是用未沾染放射性的草把、破布、毛巾、手帕、刷子、树枝或水壶内装的水，对人员进行拍打、漱口、消除的要求是：人体暴露皮肤如脸、颈、手，特别是眼角、耳后、鼻孔、口角等部位消除要彻底。消除时，要站在上风方向，人多时要防止前后重叠，以防灰尘落到周围同志的身上(图31—7～8)。消除时，要顺一个方向由上到下擦拭或拍打，以后再用未沾染的清洁水漱口和冲洗眼睛。

全部消除：象洗澡一样，组织受染人员用温水进行淋浴，夏天可在河中洗澡。方法是先洗手，再洗头、面、颈部和躯干四肢。消除后的污水和其他废物应深埋并设标志。



图31—7　用未沾染的水清洗身体的外露部分



图31—8　用毛巾等指拭身体的外露部分

2.食物和水源的除沾染：被沾染的粮食和其他食物，可去掉外部包装和表层，再用大量清水冲洗。食盐和盐水含量较高的食物，要经过上级检查，方可食用。被沾染的水，可采取沉淀、过滤等方法处理，经测量合格后方可饮用。

3.衣服除沾染：天晴时可在远离居民点的下风方向，用草把、破布、棍子进行自上而下的抖拂，拍打、刷洗，雨天可用大量清水加肥皂进行冲洗或者在河中漂洗（图31—9）。

4.卫生器材的除沾染：受沾染的敷料不能直接用于伤口、要重新洗涤，消毒（可用肥皂水洗）；手术器械受沾染后，先用温水冲洗2—3次后浸泡在2%柠檬酸或1%乙二胺四醋酸二钠钙溶液中三十分钟，取出后再用清水冲洗。



图31—9　拍打除沾染

5.地面、道路及建筑物的除沾染：可用水冲洗，湿式打扫等。

第二节　化学武器的防护

化学武器一直被帝国主义用来屠杀和镇压世界革命人民。在抗日战争期间，据不完全的统计，日本侵略者使用化学武器达一千多次，美帝国主义在侵略朝鲜和越南南方的“特种战争”

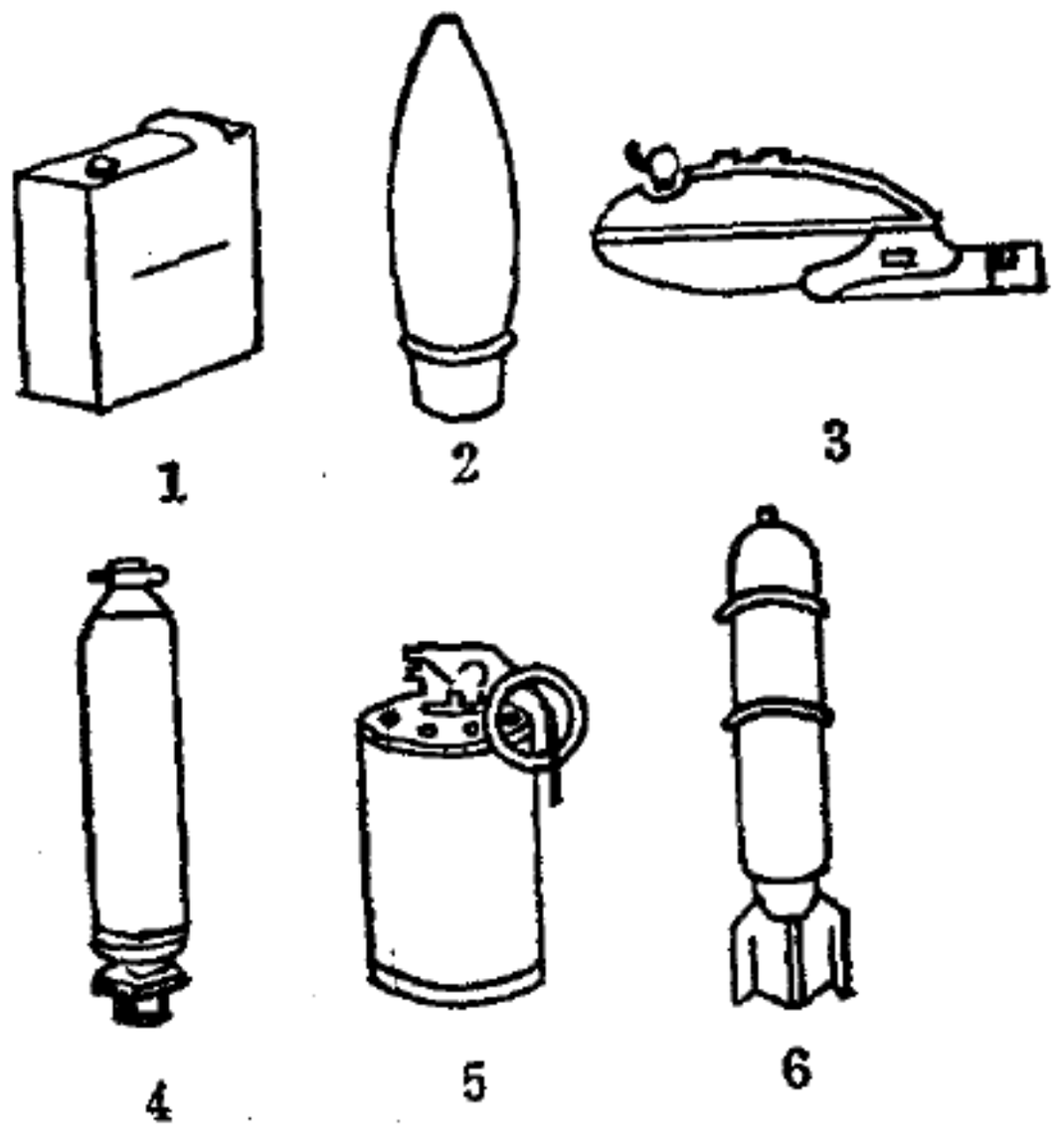
中也惨无人道地使用了化学武器，都遭到了可耻的失败。如果帝国主义、社会帝国主义妄图再次发动侵略战争，使用化学武器，同样也挽救不了他们彻底覆灭的命运。

一、化学武器的一般知识

（一）什么是化学武器。

在战争中，敌人用来毒害人、畜的化学物质称为毒剂，一般把毒剂装在各种炮弹、炸弹、毒烟罐和地雷中，或直接用车辆，飞机施放的，统称为化学武器(图31—10)。

化学武器与其他武器一样，有一定的杀伤作用，同时也有其不可克服的弱点。它的杀伤范围较常规武器为大，杀伤作用时间长（暂时性毒剂的杀伤作用有几分钟到几十分钟；持久性毒剂可达数小时、数日、甚至数周），但毒剂受各种气候条件和地形的影响。例如：高温、大风、大雨，以及高地、开阔地等能使毒剂的作用大大减弱甚至消失。杀伤作用较复杂，并有多种途径进入人体，



1.化学地雷　2.化学炮弹　3.飞机布撒器
4.化学炸弹　5.化学手榴弹　6.化学炸弹

图31—10　各种化学武器

但只要采取积极的防护措施，是完全可以避免和减轻损伤的。

（二）化学武器及其分类

敌人使用的化学毒剂，按其性质大致可分为六类：

1.神经性毒剂（又称含磷毒剂）：主要毒害人的神经，破坏神经系统的正常活动能力。这类毒剂有沙林、梭曼和塔崩等，它和农药1605、1059、敌百虫、敌敌畏一样，都是有机磷化合物，但它的毒性要大得多。中毒途径以呼吸道吸入最为常见和严重，也可通过皮肤、粘膜、伤口进入人体，或误食染毒的水和食物而中毒。中毒后，主要表现为瞳孔缩小，呼吸困难、流口水、多汗、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肌肉震颤，甚至全身肌肉抽搐、昏迷等。

2.糜烂性毒剂：主要使人的皮肤和各种器官发生糜烂，例如：芥子气、氮芥气、路易氏气等，可通过眼、皮肤、伤口、消化道和呼吸道等途径而引起中毒。这类毒剂和神经性毒剂相比较，它的毒性较低，作用较缓慢，但局部症状明显。皮肤染毒后表现为痒、痛，出现红斑、水疱，水疱可由小变大，发展成大水疱，以致溃烂，严重者可引起全身中毒。

3.窒息性毒剂：主要毒害人的呼吸器官，引起呼吸困难，缺氧以致窒息。这一类毒剂如光气、双光气等，都由呼吸道吸入而引起中毒。中毒后有一定的潜伏期，开始只有咳嗽、胸闷等轻微症状，尚不防碍劳动和工作，有时如同正常人，故易被忽视。但经2—8小时（有时可达24小时）的潜伏期后，可突然出现肺水肿，主要表现为呼吸困难、剧烈咳嗽，大量淡红色的液体由口鼻流出。同时，皮肤粘膜青紫，以后转为苍白、昏

迷等。因此，当发生中毒时，特别是潜伏期、对伤员应严密观察，以免发生意外。

4.全身中毒性毒剂：主要使人的血液和全身组织中毒，如氢氰酸和氯化氰等，中毒途径以呼吸道为主，也可因误食染毒的水和食物而引起中毒。中毒后病情发展迅速（几分钟到几小时），主要表现有舌尖麻木、胸痛、呼吸困难、心慌、脉搏快、皮肤粘膜呈鲜红色，瞳孔散大，严重者可发生肌肉强直性抽搐，随后全身肌肉松弛等。

5.刺激性毒剂：主要刺激人的眼睛和呼吸器官而引起眼睛灼热、刺痛、怕光，大量流泪，剧烈咳嗽和打喷嚏。这类毒剂包括催泪剂（苯氯乙酮等）及喷嚏剂（亚当氏气等）两种。

6.失能性毒剂：可暂时地引起精神活动的失常，出现幻觉等。毕兹就是这类毒剂的代表。

刺激性毒剂、失能剂、窒息性毒剂、全身中毒性毒剂使用后，主要是造成气状或烟状使空气染毒，故在空气中容易消散。杀伤作用时间短，一般只有几分钟至几十分钟，故称为暂时性毒剂。敌人在进攻时多用此类毒剂。

神经性毒剂、糜烂性毒剂，主要是造成液滴状使用，液滴状在空气中蒸发较慢，杀伤作用时间可长达几小时至几天，故又称持久性毒剂。敌人在防御、撤退或者干扰大后方，破坏农作物，多用此类毒剂。

（三）敌人使用化学武器的征象。

敌人施放毒剂后会出现特殊现象，由此可尽早发现敌人是否在放毒，以便迅速采取有效的防御措施。

1.看到：可看到敌机尾部出现云雾或带状的烟雾，很快落到地面，象下小雨一样；爆炸的地方出现气团、烟或雾（图31—11），弹坑附近有液滴、油雾和斑点；潮湿地面有白色粉末，水的表面有漂浮流动的油膜；农作物，树木，草叶等植物上有油滴、棕色斑点或枯萎现象；地面发现毒死的昆虫和动物；在同一时期内，突然出现较多症状相同的伤员。

2.听到：可听到低沉的炮弹或炸弹爆炸声。

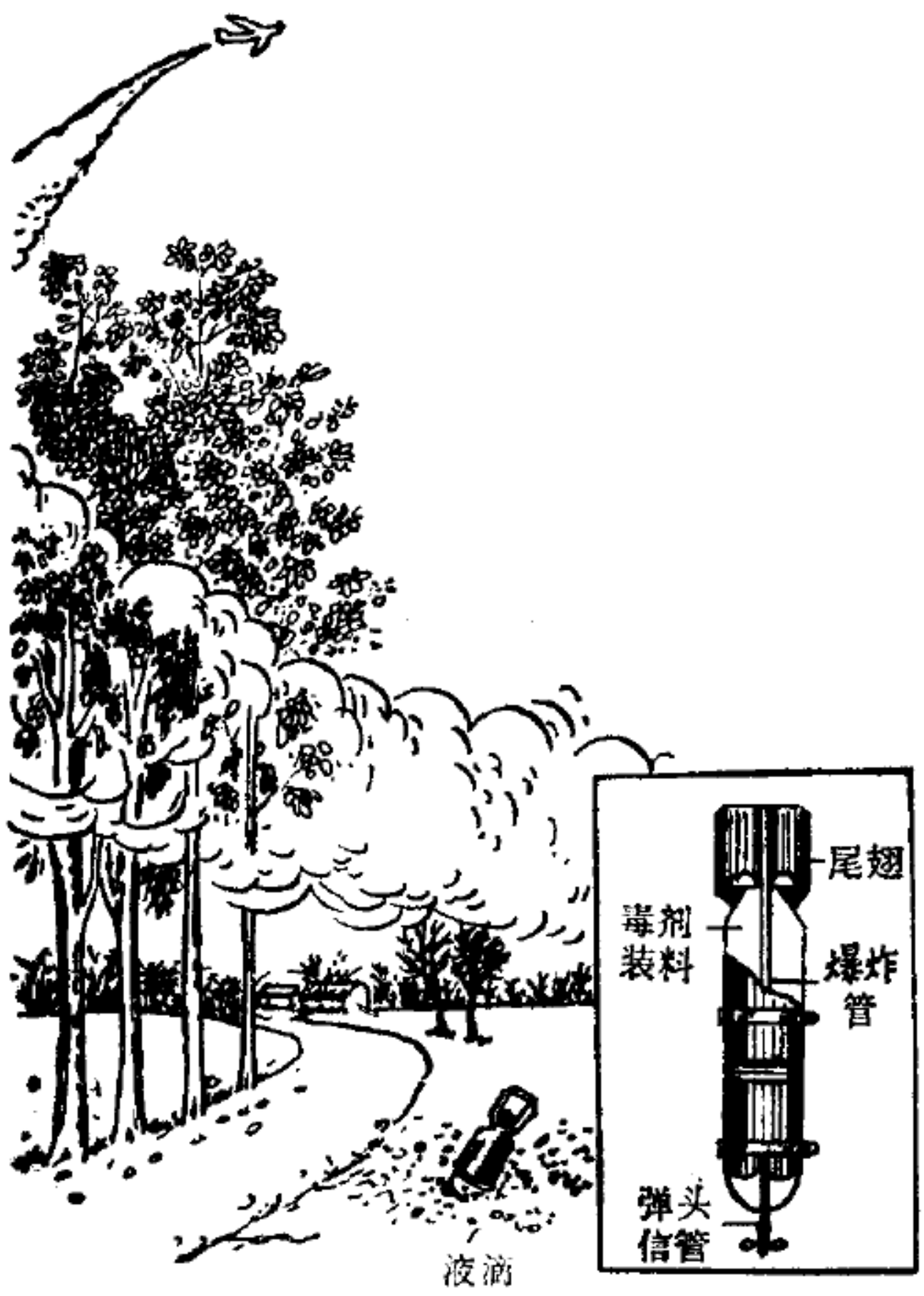


图31—11　敌机放毒的迹象

3.嗅到：可嗅到特殊的气味，例如大蒜味(芥子气)，鱼腥味(氮芥气)，天竹葵味（路易氏气），苦杏仁味（氢氰酸，塔崩），水果味（沙林），樟脑味（梭曼），烂苹果味（光气、双光气），荷花香味（苯氯乙酮）等。

4.受到：眼睛或呼吸器官可受到刺激，出现咳嗽、流泪和喷嚏等现象。一旦发现上述情况应立即上报有关部门。

二、化学武器的防护

化学武器的防护分个人防护和集体防护两种。根据毒剂对人员损伤是通过呼吸道、消化道、皮肤染毒而引起中毒的特点，当发现敌人施放毒剂时，应立即把住呼吸道、消化道，眼睛和暴露皮肤这几道关。

（一）个人防护

1.使用防护器材

（1）呼吸道的防护：正确使用防毒面具，如无防毒面具可采用就便器材防护。利用多层口罩或毛巾浸渍碱性溶液来防护（如15%氨水、20%小苏打水,一定浓度的洗衣粉溶液等）。也可在口罩内放一些微粒状半干湿的黄土,制成装土口罩来防护。

（2）眼睛的防护：可用一般防风镜子，或者利用透明塑料薄膜，玻璃纸（多层）等蒙住眼睛。紧急情况下,则紧闭眼睛，向逆风方向，迅速离开染毒区。

（3）头部防护：可戴帽子、披头巾、油布等，脸部可用毛巾，围巾，衣服等围裹，或者脸上涂一层肥皂糊（肥皂用少量水研成浆）、凡士林都可以。

（4）手、脚部的防护：可戴手套（布、棉、帆布等），或用油布、毛巾等包裹也可，脚可穿雨鞋（长统的较好）毡靴、皮鞋或用油纸、帆布、麻布等包在脚上。

（5）皮肤的防护：迅速披上雨衣、蓑衣、斗蓬或雨布、毯子、床单或打开雨伞等。凡能遮蔽身体的东西，都有防毒的效能。

2.及时进行隐蔽

毒剂一般都比空气重，容易滞溜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逆风方向，地势较高的地方躲避，不要躲在坑洼或低处，最好是躲在防毒掩蔽所内。

3.遵守染毒区行动规则

非必要时，不准卧倒或坐在地面上；避免在植物茂密地方行动；没有命令，禁止脱下防护用品；禁止吃东西，饮水和吸烟；要尽量缩短在染毒区停留时间。离开染毒区后，应尽早地进行洗消

（二）集体防护

在农村、城市可选用坚固的较高的房子，而且门、窗要关闭得比较严密，可以代替防毒掩蔽部，以作集体防护。

（三）毒剂的洗消

洗消的目的，是保证作战和生产的需要，保障人民的健康与正常生活。消除化学武器的影响，使染毒的水、物品等迅速地恢复使用价值。

常用的消毒剂有：20％漂白粉、20％石灰水、20％氨水、20％小苏打溶液、一定浓度的洗衣粉溶液、草木灰溶液等都是

有效而又简易的消毒剂。

1.人员的洗消：在染毒较少的地区，能做到及时的个人防护，一般脱去防护用品，换上干净衣服，漱口，暴露部位用清水或肥皂水进行冲洗即可。

人员染毒后，首先用纱布、棉花、布条或草纸等吸去明显的毒剂液滴，然后迅速用清水或肥皂水冲洗。眼睛有刺激感觉时，可用清水多次洗涤（用2%苏打水或3%硼酸水冲洗更好），有条件的，可进一步采用淋浴处理，一般浴室、游泳池等都可充分利用，也可就地取材创造各种土法淋浴。洗涤时，应避免用热水，以减少毒剂的吸收。

2.服装的洗消：对所穿戴的防护用品及衣服，一般采取煮沸消毒（如能加些肥皂粉、小苏打等则更好）。塑料用品用碱水浸泡，有条件的，可用1:4—1:5漂白粉液喷洒消毒，经济价值不大的个人防护用品可埋掉或烧毁。

3.水的消毒：煮沸消毒适用小量水源的消毒，对染有暂时性毒剂的水，应煮沸至完全无气味为止；对染有神经性毒剂的水，应煮沸，如能加碱则更好；对染有氰化物的水，每升水加醋酸3毫升（或浓盐酸、浓硫酸3—4滴）；对染有芥子气、氮芥气的水，一般需煮沸20—30分钟；对染有路易氏气的水，有条件的，加苏打、烧碱搅拌混合后，再加三氯化铁煮沸1—1.5小时。

此外，还可用过氯化（加漂白粉）—混凝沉淀（加硫酸亚铁）—过滤法处理，消毒后的水，必须经检验证实无害方可饮用。

4.食物的洗消：少量食品或液体食物被液态持久性毒剂染

毒时可消毁。大量食品（包括粮食）被持久性毒剂染毒时，除去染毒部分，未染毒的部分经化验和烹调处理后可供食用，被蒸气态染毒的食物，采用通风、加热、冲洗等方法消毒，一般经过烹调即可达到要求，有包装的食物应换清洁包装，内面的食物经化验后可供食用。

5.地面、建筑物，器材器具的洗消：可根据情况采用铲除、冲洗、燃烧等办法进行消毒，如果染毒空气进入防空洞、地下室等凹地时，可用鼓风的办法，把毒气赶跑或经过专门滤毒处理。

三、急 救 原 则

敌人施放化学毒剂后，应积极组织群众，迅速地进行互救和自救，急救原则有以下几点：

（一）防止继续中毒：立即给伤员戴上防护用品，对眼睛及皮肤进行清洗和消毒；对误食染毒食物和水的伤员，应立即用手指刺激咽喉催吐，使胃内的毒剂呕吐。

（二）迅速将伤员撤离染毒区。

（三）当伤员出现呼吸和心跳停止时，应立即进行人工呼吸及胸外心脏按摩或根据伤员的情况给与对症处理。但必须注意，在发生光气和双光气中毒时，一般不宜进行压迫法人工呼吸。

（四）经上述急救处理后，病情较重者应及时转送医院。

第三节 细菌武器的防护

伟大领袖毛主席教导我们：“动员起来，讲究卫生，减少疾

病，提高健康水平，粉碎敌人的细菌战争。”是我们粉碎敌人发动细菌战争的伟大战略方针。中国人民在毛主席和共产党领导下，不仅在抗日战争中粉碎了日本帝国主义使用细菌武器的阴谋，而且在抗美援朝的战争中，再一次地粉碎了美帝国主义使用细菌武器的罪行。中国人民在反细菌战方面积累了丰富的经验，只要我们依靠党的领导，充分发动群众，做好一切准备，大搞爱国卫生运动，就能彻底粉碎敌人的细菌战争。

一、什么是细菌武器

细菌（生物）武器是由致病微生物、昆虫以及装载它们的容器和投掷物所构成的，用以危害人员、牲畜和农作物的一种武器。其中起危害作用的微生物、毒素又称生物战剂。敌人常用的生物战剂有：鼠疫杆菌、炭疽杆菌、肉毒杆菌、霍乱弧菌、斑疹伤寒立克次体及脑炎病毒等。

敌人主要利用飞机喷洒、投掷，或用炸弹、导弹爆炸后放出带细菌的苍蝇、蚊子、跳蚤、老鼠、玩具、羽毛等东西，或派遣特务等方法撒布细菌。此外在敌人撤退时，也可能遗留污染细菌的媒介物和感染的人畜，达到细菌蔓延，危害人畜健康的目的。

二、细菌武器的特点

细菌武器既有杀伤作用，又存在着许多根本的弱点，只要我们认真对付，是完全可以预防和战胜的。

（一）少数病菌侵入人体或家畜，可能引起传染病，但只

要我们平时做好预防接种工作，就能增强对病菌的抵抗力，防止传染病的发生。

（二）细菌武器作用时间长，污染范围广，对人有多种传染途径，特别是病菌污染了空气以后，能够随风扩散，有的病菌还可在土壤或昆虫体内长期生存，因此危害较久。但细菌武器在自然因素的影响下（例如下大雨、刮大风、强阳光和高气温）可使它的作用减弱或消失。如果在平时做好三管一灭工作，就能够更有效地制止它的杀伤作用。

（三）细菌武器施放时没有巨大的爆炸声、闪光、气味和颜色等，故不易被发现。但只要我们密切注意敌情(空情)，也能及时发现敌人施放细菌武器后的各种可疑现象。

（四）没有立即伤害作用，都需要经过一定的潜伏期（数小时到数周）才能发病。

三、怎样判断和发现敌人使用了细菌武器

及时发现敌人使用细菌武器，很快采取有效防护措施，是粉碎敌人细菌战的重要关键。我们必须了解掌握敌人使用细菌武器的时机和使用以后的征象。

（一）敌人往往在阴天、雾天、拂晓、黄昏、夜间、寒冷季节，特别是无风或微风的情况下使用细菌武器。

（二）敌机丢下不爆炸或爆炸声音很低沉的炸弹，敌机飞过后，地面出现了大量的苍蝇、蚊子、跳蚤、老鼠、玩具、树叶、烂棉花、羽毛、传单、昆虫、罐头等可疑的东西（图31—12—13）。

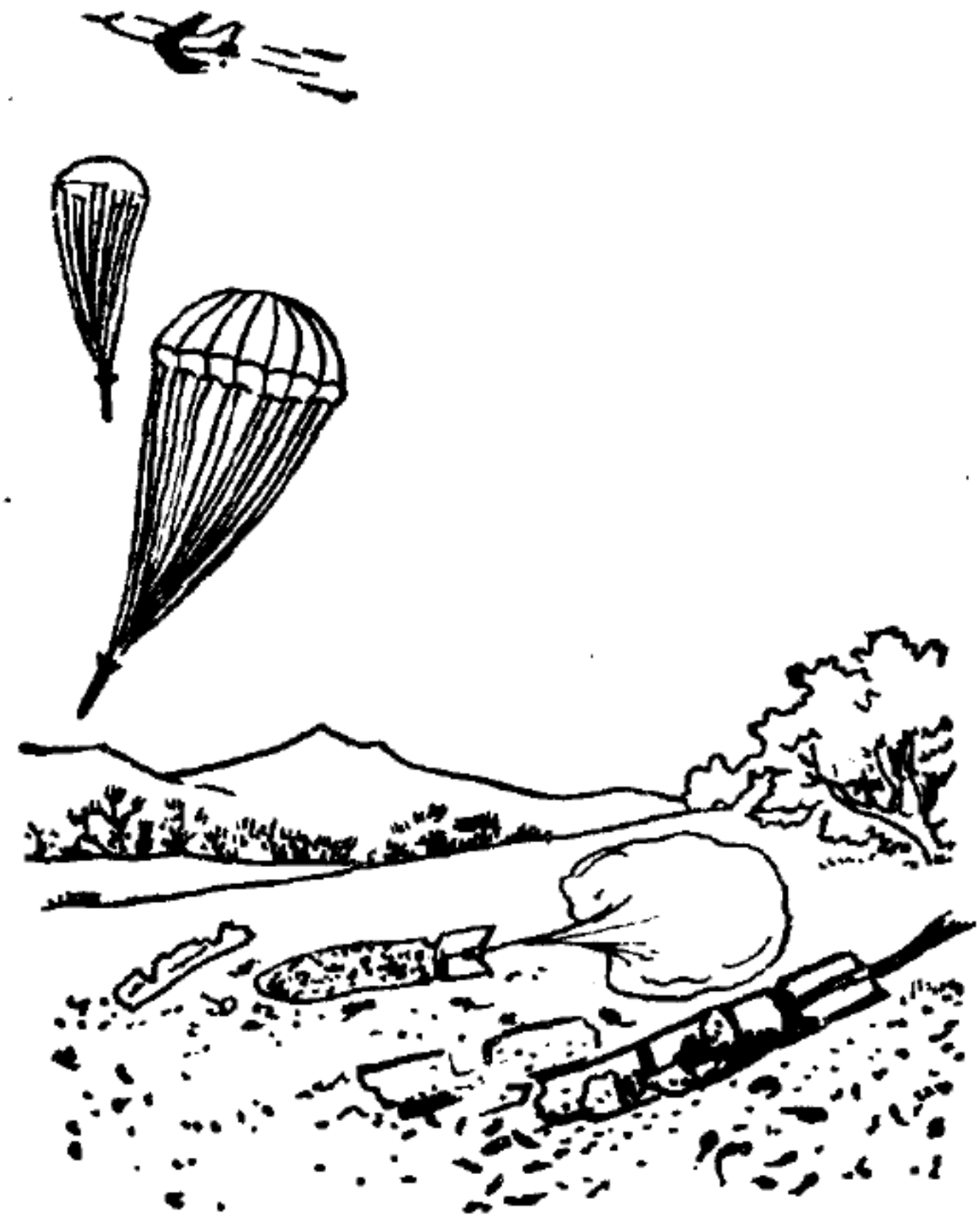


图31—12　细菌炸弹爆炸后的现象

（三）敌机丢下自动喷洒器或直接从机尾喷出云雾样的东西。

（四）出现各种反常现象：如冬天发现苍蝇、蚊子；街道、公路、田间、屋顶等场所出现大批跳蚤、老鼠或当地从未见过的昆虫、小动物等。在同一时期内，突然发生很多症状相象的病人、病畜和大片庄稼、果树等突然发病；农田突然发现大批害虫等。

（五）从海潮或河流中漂来老鼠、玩具、食物、木箱等来源不明的东西。

一旦发现上述可疑情况，应立即上报。

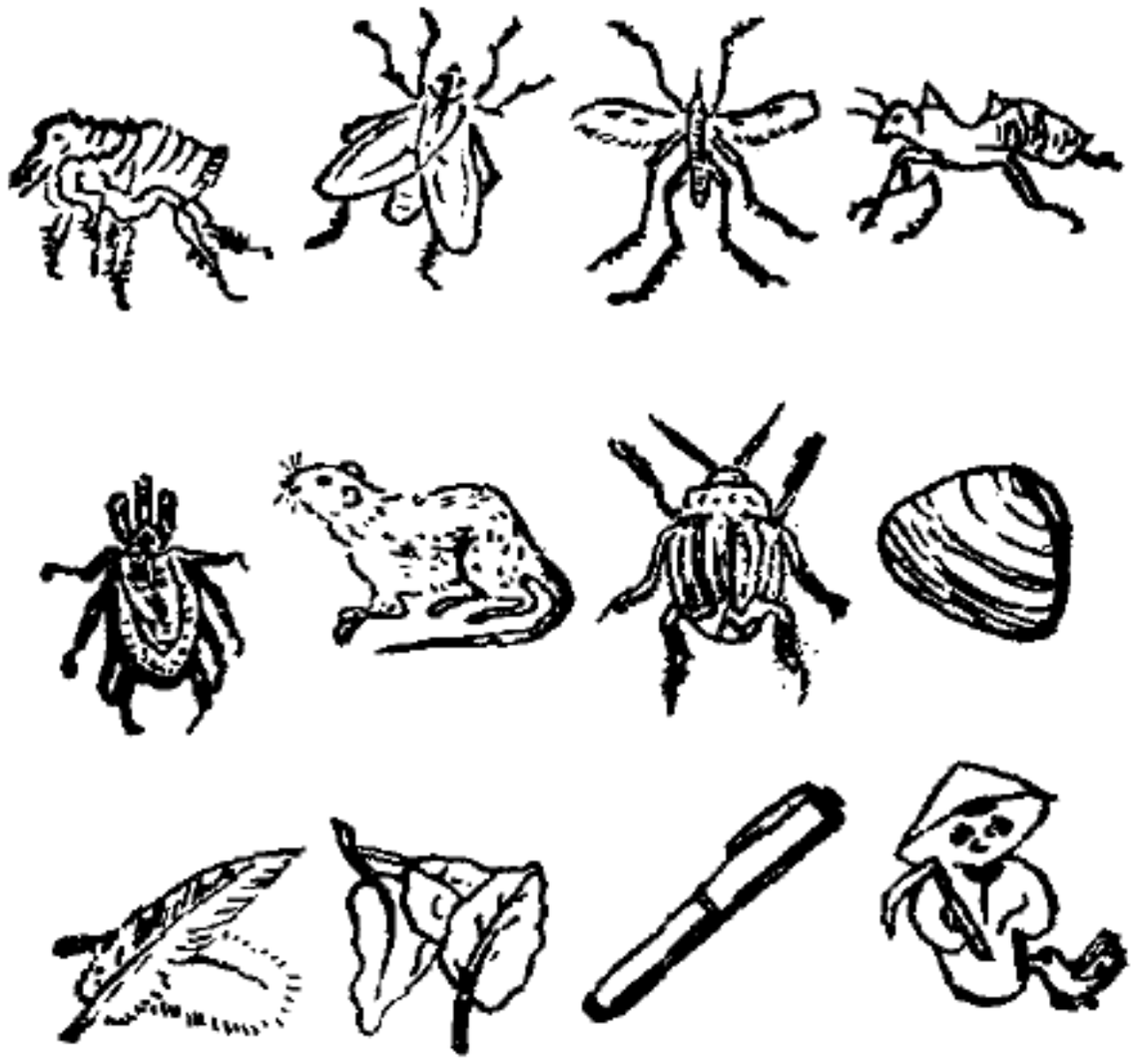


图31—13　细菌战使用的媒介物

四、细菌武器的防护

（一）经常性（平时）的措施：

1.做好防疫和反细菌战的宣传教育工作，家喻户晓、深入人心，使广大革命群众保持高度的革命警惕性。

2.积极参加以除害灭病为中心的爱国卫生运动。努力搞好个人卫生、环境卫生和饮食卫生，不断扑灭病虫害和一切传染病的媒介。

3.定期接受预防接种，增强对传染病的抵抗力。

4.发现可疑传染病病人，立即作好疫情报告；及时隔离治疗；同时做好病人用具，分泌物，排泄物等的消毒，防止传染病流行。

5.做好反细菌战的一切准备：①组织准备，如成立宣传、侦察、检验、防疫、消毒、医疗、救护等专业组织，并要进行专业训练，统一领导，分工合作。②物质准备：防疫工作服，取样容器，消毒器材，消毒剂，预防注射用品以及手套、毛巾、口罩等等。

（二）遭受敌人细菌武器袭击时的措施

对敌人发动的细菌战争，我们的态度是一不怕，二认真对待。我们要发扬“**一不怕苦，二不怕死**”的彻底革命精神，打一场反细菌战的人民战争。

1.防护方法：当敌人散布细菌气雾或烟雾团时，附近的人应迅速移往上风处，绝不能朝下风方向或低洼地跑。并可因陋就简，就地取材的采取个人防护，如戴上干的、六层以上的纱布口罩，或用六层毛巾，多层布条，多层手帕和工业用的防尘口罩掩盖口鼻。若利用防空洞、住房和地下室，必须注意门窗紧闭，以防空气中的细菌进入(到一定时候再打开门窗换气)，还可用大衣、被单、塑料雨衣、塑料布、油布等掩盖全身，为了预防毒虫叮咬，必须扎紧衣服袖口、领口、裤脚口，有塑料袖套，裤套或长布袜套更好。在污染区内不要吃东西，抽烟或喝水。

粮食、食品、水井、水缸等都必须严密包紧和加盖。

2.污染区处理：①对敌人施放细菌武器的区域，在各级防

空，防疫部门的统一指挥下，有组织、有领导、有步骤、有防护地开展群众性的杀虫、灭鼠工作。在污染区的周围要作醒目标记（图31—14）。禁止非工作人员出入，做好地区隔离工作。

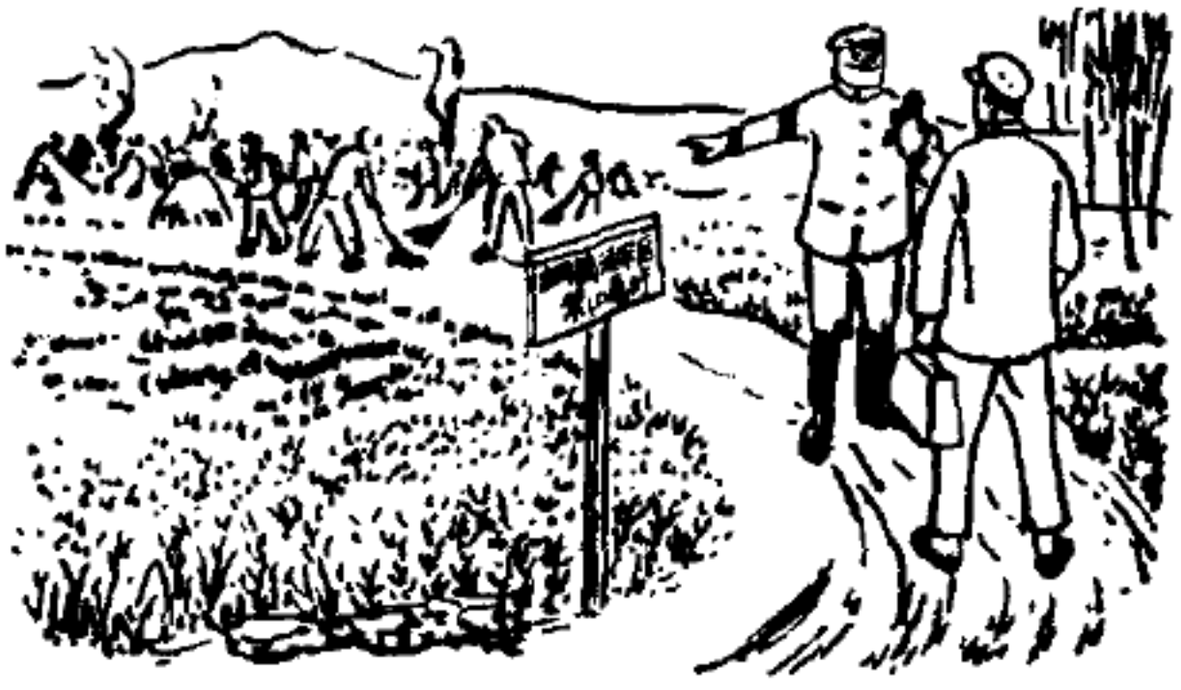


图31—14　污染区的标志

②杀灭敌投的毒物、毒虫（包括鼠类身上逃散的昆虫、跳蚤和蝉等），可采用群众性的捕、打、烧、烟熏、掩埋和药物（中草药和化学药物均可）处理等方法。

对敌人投下的鼠类动物，要立即用各种工具迅速地消灭。如已跑散，可使用各种捕鼠器材、挖鼠洞或用毒鼠剂（如磷化锌）等，在附近地区广泛开展捕鼠、灭鼠工作。在捕杀的鼠类，一定要集中烧掉。同时也要注意捕鼠器的消毒。

③在污染区开展杀虫、灭鼠工作的人员，应严格注意个人防护。工作时禁止吸烟、饮水、吃东西或用手摸口罩。也不能用手直接接触毒虫或毒物。工作后要用5%来苏溶液或1%漂白粉溶液或酒精等揩擦污染的皮肤。用肥皂水洗刷双手和身体暴露部分。离开污染区后，要洗澡和换衣。在污染区用过的东西

和换下的衣服、口罩等物，都要煮沸消毒，价值不大的可以烧掉。

④在污染区内的所有人员，要迅速进行有关的预防接种，进一步增强对病菌的抵抗力。凡与传染病人、毒虫、带细菌的物品接触过的人，都要由医务人员进行医学观察，必要时可用药物预防。

③污染区内的地面、建筑物、墙壁、家俱、服装、室内空气以及饮水、食物、病人的呕吐物、排泄物等，都必须彻底消毒(详见消毒节)。

附一：　　常　　用

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗寄生虫药	抗血吸虫病药	酒石酸锑钾 （吐酒石）	针　剂 10毫升含0.1克	静注	3日疗法：总量12毫克/公斤，分为6—7次用，每日2次。 20日疗法：总量25毫克/公斤，分为20—25次，每日1次（详见血吸虫病治疗）
		呋喃丙胺 F—30066	片　剂 0.25克 0.5克	口服	1克/次，一日3次，连服14日
		血防846 （六氯对二甲苯）	复方片剂 含0.25克 血防乳干粉 每克含0.21克	口服	50毫克/公斤/日，每晚临睡前服，7天为一疗程

药　物　表

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
同成人	治疗血吸虫病： ①心脏健康情况较好的慢性血吸虫病人 ②用其它药物退了热的急性血吸虫病人 ③经过消腹水，护肝治疗后肝功能较好的晚期血吸虫病人	①一般可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、食欲减退、头痛、头晕、咳嗽、关节痛、肌痛、发热、皮疹、血压下降等反应 ②严重时出现肝肿大、黄疸、蛋白尿、管型尿、心律不齐、心动过缓、心动过速，阿—斯综合症 ③肝、肾功能减退，重度营养不良，晚期血吸虫病腹水患者慎用 ④药液外漏，可致剧痛，组织坏死；同一血管反复注射可产生静脉炎
60—70毫克/公斤/日，分3次，连服14日	用于急性血吸虫病	①可有食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、肌肉痉挛，少数病人记忆力减退，轻度血尿及蛋白尿 ②片剂变黄，即不能使用
同成人	治疗血吸虫病	①头晕、头痛、失眠、视力减退、暗适应差。少数病人出现多言、幻觉等精神症状，个别可致精神病 ②用药期间及疗程结束一周内应禁酒和少吃高脂肪饮食 ③有精神病史、肝功能不良、心功能不全、神经系统疾病、发热、出血倾向、妊娠、哺乳期妇女均禁用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗寄生虫病药	抗丝虫病药	海群生（枸橼酸乙胺嗪）	片　剂 50毫克	口服	7日疗法：0.2克/次每日3次，连服7天
	抗症疟药	磷酸氯喹	片　剂 0.35克	口服	第1日1克，第2、3日0.5克/日
		硫酸奎宁	片　剂 0.3克	口服	0.3—0.6克/次，一日3次，连服7日
		磷酸伯氨喹啉	片　剂 13.2毫克	口服	4片/日，连服4日
		乙胺嘧啶（息疟定）	片　剂 6.25毫克	口服	预防：25毫克/次，一周一次 抗复发治疗：25毫克/次，一日1—2次，连服2日

1）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
6毫克/公斤/日，连服2—4周	用于丝虫病	可有头痛、乏力、关节痛、恶心、呕吐、畏寒、发热、皮疹、支气管哮喘等，以及局部淋巴结肿大
第1日25毫克/公斤，第2、3日为第1日的半量	杀灭红细胞内期疟原虫，控制疟疾症状的发作，并能根治恶性疟。对阿米巴肝脓肿也有效	①偶见恶心、头痛、头晕、耳鸣、皮肤搔痒等 ②偶发生阿一斯综合症，应予注意
30毫克/公斤/日，分3次服，连服7日	①抗疟作用与磷酸氯喹基本相似，主要用于控制疟疾症状 ②有较弱的解热作用 ③对心脏有抑制作用 ④对子宫有兴奋作用	①有耳鸣、头痛、恶心、呕吐、视力及听力减退，停药后可恢复 ②过敏者可有急性溶血、皮炎、搔痒、血管神经性水肿及支气管哮喘 ③孕妇忌用，月经期间慎用
5岁以下1片/日；6—9岁2片/日；10—14岁3片/日；连服4日	杀灭红细胞外期疟原虫及配子体，用于控制疟疾复发及传播	①可有疲乏、头痛、恶心、呕吐、腹痛、发绀、发热、停药后可恢复 ②偶有急性溶血性贫血，应即停药
按年龄递减	杀灭红细胞前期疟原虫，主要用于疟疾的预防	①连续服用一月以上可引起贫血 ②急性中毒症状有恶心、呕吐、发热、发绀、惊厥等 ③本药味甜，应防止儿童误服中毒

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗寄生虫病药	抗阿米巴病药	盐酸依米丁（盐酸吐根碱）	针　剂 1毫升含30毫克 1毫升含60毫克	深部皮下注射	0.5—1毫克/公斤/日，连用6日，每日不得超过60毫克
		磷酸氯喹	片　剂 0.25克	口服	1—2日：1—1.5克/日，分2—3次服，以后0.5克/日，分1—2次服，连服14—20日
		卡巴胂	片　剂 0.1克 0.2克	口服	0.1—0.2克/次 1日3次，连服10日
				局部	0.5克/日，1日1次，连用10日（治滴虫）
		喹碘方（药特灵、安痢生）	片　剂 0.25克	口服	0.5—1克/次，1日3次，连服7日

2）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
同成人	杀灭阿米巴滋养体，对包囊无效，故对症治疗效力大，而根治效力低，用于急性阿米巴痢疾或阿米巴肝脓肿	①常有血压降低、心前区疼痛、心动过速，甚至心律不齐。可有恶心、呕吐、腹泻、肌无力、肌压痛及肌僵硬等 ②孕妇、心脏病、肾脏病、血压过低或严重衰弱病例慎用 ③应用期间卧床休息，经常检查血压、脉搏、心率的变化
1—2日，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，连服14—20日	用于阿米巴肝脓肿	见抗疟药
8毫克/公斤/日，分3次服，连服10日	①能直接杀死溶组织阿米巴滋养体，用于治疗急性、慢性阿米巴痢 ②对阴道滴虫亦有作用，亦可用于阴道滴虫病	①偶有皮疹、恶心、呕吐、腹泻等应停药 ②必须重复治疗时应相隔10日 ③肝、肾功能减退时慎用 ④治疗阴道滴虫时需塞入阴道深处
14毫克/公斤/次，连服7日	杀死溶组织阿米巴滋养体，用于急、慢性阿米巴痢疾	①大剂量可致腹泻及肝功能减退 ②碘过敏、甲状腺肿大、肝功能减退者慎用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗寄生虫病药	驱肠虫药	驱蛔灵 （枸橼酸哌嗪）	片　剂 0.5克 糖　浆 16%	口服	驱蛔虫： 4克/日睡前一次服，连服二日 驱蛲虫： 1克/日，一日2次，连服7—10日
		山道年	片　剂 15毫克 30毫克	口服	60毫克/次，每晚1次，连服2—3日
		山道年酚酞片 （驱蛔片）	片　剂 含山道年5毫克、酚酞10毫克	口服	剂量用法同山道年
		驱虫净 （四咪唑）	片　剂 25毫克	口服	驱蛔虫： 0.15克/次，临睡前服 驱钩虫： 0.1克/次，临睡前服，连服3日 驱蛲虫： 50毫克/次，临睡前服，连服一周

3）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
驱蛔虫： 0.1克/公斤/日，睡前一次服，连服二日 驱蛲虫： 0.05克/公斤/日，分2次，连服7—10日	有驱蛔、蛲虫作用，能麻痹虫体，使随粪便排出	①偶有头晕、恶心、呕吐、腹痛、荨麻疹 ②一般不需服泻药
5—10毫克/岁/日，每晚1次，连服2—3日（每次不超过60毫克）	能兴奋蛔虫，使其发生痉挛性收缩，在泻药的作用下被排出体外	①有呕吐、腹痛、腹泻、黄视、眩晕、头痛等副作用；严重者可有血尿、抽搐、中枢抑制 ②服药第3—4日清晨服盐类泻药 ②肾病、肝炎、急性胃肠道疾病、急性热性病者忌用或慎用 ④服药期间应少吃油脂类食物和禁止饮酒
剂量用法同山道年	同山道年	同山道年。酚酞有泻下作用，不需另服泻药
驱蛔虫： 3毫克/公斤/次，睡前服 驱钩虫： 2毫克/公斤/次，睡前服，连服3日 驱蛲虫： 1毫克/公斤/次，睡前服，连服一周	能使蛔虫肌肉产生强性收缩，最后麻痹虫体。对蛔虫、蛲虫、钩虫都有作用，尤其是蛔虫病	①偶有头晕及胃肠道反应，对少数病人引起肝功能轻度损害，停药可自愈 ②肝炎活动期，肝功能不良者慎用或禁用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗寄生虫病药	驱肠虫药	苦楝根皮	二层皮煎剂	口服	新鲜根皮 3—5克/公斤 干燥根皮 1—2克/公斤
		使君子	1克相当于2粒	口服	15—20粒/日，睡前一次服，连服三晚
		灭虫宁	片　剂 0.3克	口服	3—5克，临睡前一次服
	磺胺类药物	磺胺嘧啶 (SD)	片　剂 0.5克	口服	1克/次，一日2—4次，首剂加倍
			针　剂 2毫升含0.4克 5毫升含1克	静注 肌注	1—2克/次，一日3—4次，(稀释到50毫克/毫升静注)
		磺胺二甲嘧啶 (SM_2)	片　剂 0.2克	口服	1克/次，1日3—4次，首剂加倍

4）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
	能麻痹蛔虫，用于驱蛔虫	①偶有恶心、呕吐、腹痛、面红、思睡等 ②过量可引起外周神经炎、心血管功能障碍，休克等严重反应 ③严重胃病者慎用
1粒/岁/日睡前一次服，连服三晚	能麻痹蛔虫，用于肠蛔虫病	服用过量可产生呃逆、呕吐、头晕，针刺内关可减轻
0.2—0.3克/岁，最大量不宜超过10片/次	杀灭钩虫，对蛔虫及鞭虫也有一定疗效	①偶有轻度恶心、呕吐、腹痛、腹泻等 ②宜半空腹服，一般不需服泻药 ③有严重肝脏疾病或肝功能显著减退者，及有高度贫血者，暂不使用 ④对心脏病及心力衰竭患者不要使用
0.1—0.2克/公斤/日，分2—4次，首剂加倍 0.1—0.2克/公斤/日，分3—4次，(稀释到50毫克/毫升静注)	对溶血性链球菌、葡萄球菌、肺炎球菌、脑膜炎双球菌、淋球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌及砂眼病毒等有抑制作用。用于上呼吸道炎、流行性脑膜炎、中耳炎、痈疖、产褥热、菌痢、尿路感染等	①可有血尿、尿闭、头痛、眩晕、食欲不振、恶心、呕吐、药热、皮疹，偶有溶血性贫血、白细胞减少、紫癜等 ②口服应加服等量小苏打，服药期间多饮水 ③肾功能减退者忌用 ④针剂忌与酸性药物配伍
0.1—0.2克/公斤/日，分3—4次，首剂加倍	同磺胺嘧啶	同磺胺嘧啶

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗微生物药	磺胺类药物	磺胺噻唑（消治龙）(ST)	片　剂 0.5克 合　剂 10%（又称乐乳）	口服	1克/次，一日4次．首剂加倍
			针　剂 2毫升含0.4克 5毫升含1克	静注 肌注	1—2克/次，一日3—4次
		长效磺胺（磺胺甲氧嗪）(SMP)	片　剂 0.5克	口服	0.5克/日．首剂加倍
		止痢片（磺胺咪、磺胺呱）(SG)	片　剂 0.5克	口服	1—3克/次，一日4次，首剂加倍
	呋喃类药物	痢特灵（呋喃唑酮）	片　剂 0.1克	口服	0.1克/次，一日3—4次
		呋喃坦啶（呋喃妥因）	肠溶片 50毫克 100毫克	口服	0.1克/次，一日3—4次
		呋喃西林	片　剂 0.05克		
			溶　液 0.02%	外用	

5）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
0.1—0.2克/公斤/日，分4次，首剂加倍	同磺胺嘧啶，疗效较差	副作用同磺胺嘧啶，但较严重、多见，须与等量小苏打同服
0.1—0.2克/公斤/日，分3—4次		
15—20毫克/公斤/日，首剂加倍	同磺胺嘧啶	同磺胺嘧啶。不需同服等量小苏打，此药排泄较慢，故可一日服药一次，长期使用注意蓄积
0.2—0.4克/公斤/日，分4次服	肠内很少吸收，故可保持较高浓度。用于菌痢及肠炎	
5—10毫克/公斤/日，分4次服	具有较广的抗菌谱，口服肠道吸收少，用于菌痢及肠炎	①偶有恶心、呕吐、皮疹、头痛 ②服药后小便呈深黄色
5—10毫克/公斤/日，分4次服	用于尿路感染	①有恶心、呕吐、皮疹等 ②严重肾功能减退者慎用
	抗菌谱广。主要作消毒防腐用	毒性较大，已不作内服

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗病原生物药	抗菌素	青霉素G钠（配尼西林）	针　剂 20万单位 40万单位 100万单位	肌注	20万—40万单位/次，6小时一次
				静滴	200万—1000万单位/日
		普鲁卡因青霉素G（青霉素混悬剂）	针　剂 40万单位（内含青霉素G10万单位，普鲁卡因青霉素G30万单位） 80万单位（内含青霉素G20万单位，普鲁卡因青霉素G60万单位）	肌注	40万—80万单位/日
		油剂普鲁卡因青霉素G	针　剂 10毫升含300万单位	肌注	30万—60万单位/次，一日1次
		硫酸链霉素	针　剂 1克/瓶 2克/瓶 0.25克/支 0.5克/支	肌注	0.75—1克/日，分1—2次

6）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
2.5万—5万单位/公斤/日，4—6小时一次	低浓度抑菌，高浓度可杀菌。对溶血性链球菌、肺炎球菌、葡萄球菌、脑膜炎球菌很敏感；破伤风杆菌、白喉杆菌、螺旋体也有作用。用于中耳炎、肺炎、脑膜炎、脓肿、心内膜炎、败血症等	①毒性虽小，但易引起过敏反应如皮疹、过敏性休克。使用前必须作过敏试验 ②青霉素G钾，肌注时较痛；静滴时要计算含钾量，并注意滴注速度，以防血钾过高；但钾盐忌静脉注射
5—20万单位/公斤/日		
20万—40万单位/日	作用同青霉素G钠，但较持久。用于对青霉素G敏感细菌引起的轻度感染	同青霉素G钠。注射前须用青霉素G钠(或钾)溶液，做皮内敏感试验
15万—30万单位/次，一日1次	同普鲁卡因青霉素G	同普鲁卡因青霉素G
15—25毫克/公斤/日，分1—2次	①对结核杆菌有效，用于治疗结核病 ②对肺炎杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌、鼠疫杆菌等很敏感，用于这些杆菌所致的肺炎、泌尿道感染、败血症及鼠疫等	①可有口唇周围及面部麻木、头晕、头痛，长期使用可引起耳鸣、耳聋、眩晕、蛋白尿及管型尿，亦可引起过敏反应如皮疹、药热、甚至休克 ②肾功能减退者慎用 ③另用硫酸双氢链霉素，对听神经副作用较大，对前庭神经副作用轻

（续

药物分类		名称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗病原微生物药	抗菌素	氯霉素	片剂 0.25克	口服	0.25—0.5克/次，一日3—4次
			针剂 1毫升含0.125克 2毫升含0.25克	静注 静滴 肌注	0.5—1克/次，12小时一次
		合霉素	片剂 0.25克	口服	氯霉素加倍量
			针剂 2毫升含0.25克	肌注	
		盐酸金霉素	片剂 0.125克 0.25克	口服	0.25—0.5克/次，一日3—4次
			针剂 0.1克 0.2克	静注	0.5克/次，一日2次（稀释成10毫克/毫升）
				静滴	0.5克/次，一日2次（稀释成1—2毫克/毫升）
		盐酸四环素	片剂 50毫克 0.125克 0.25克	口服	0.25—0.5克/次，一日3—4次
			针剂 0.25克 0.5克	静注 静滴	同盐酸金霉素

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
25—50毫克/公斤/日，分4次 25—50毫克/公斤/日	广谱抗菌素。对固紫阴性杆菌作用最强，其中以伤寒杆菌最敏感。用于伤寒、副伤寒、菌痢、泌尿道感染、百日咳、腹膜炎及其它细菌感染	①可有恶心、呕吐、腹泻、胃口减退、舌炎及口角炎；偶有皮疹、药热；亦可引起白细胞及血小板减少症，再生障碍性贫血、应从严掌握适应症 ②早产儿禁用，新生儿不超过25毫克/公斤/日 ③忌与硷性药物配伍
氯霉素加倍量	同氯霉素	同氯霉素
25—50毫克/公斤/日，分3—4次 15—30毫克/公斤/日，分2—3次（稀释成10毫克/毫升） 15—30毫克/公斤/日，分2—3次（稀释成1毫克/毫升）	广谱抗菌素。对多数固紫阳性和阴性细菌有抑制作用，对砂眼病毒也有作用	①可有恶心、呕吐、上腹不适、腹泻、口腔炎；偶有皮疹、药热 ②静注、静滴最好以0.9%甘氨酸钠溶解后应用。静注可引起静脉炎 ③忌与硷性药物配伍 ④溃疡病者忌口服
25—50毫克/公斤/日，分3—4次 同盐酸金霉素	同盐酸金霉素，对大肠杆菌、变形杆菌作用较好	①副作用同盐酸金霉素，但较轻 ②针剂可用生理盐水或注射用水溶解，再以5%糖水或生理盐水稀释后静滴 ③溃疡病者可口服 ④肾功能减退者慎用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗病原微生物药	抗菌素	盐酸土霉素（地霉素）	片　剂 50毫克 0.125克 0.25克	口服	0.25—0.5克/次，一日3—4次
			针　剂 0.25克	静注	0.5克/次，一日2次(2.5—5毫克/毫升)
				静滴	0.5克/次，一日2次(1毫克/毫升)
		强力霉素	片　剂 0.1克	口服	首剂0.2克，以后0.1克/次/日
			针　剂 0.1克 0.2克	静滴	剂量同口服
		红霉素	片　剂 0.1克	口服	0.2—0.5克/次，一日3—4次
			针　剂 0.3克	静注 静滴	15—30毫克/公斤/日(静注分3—4次)

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
25—50毫克/公斤/日，分3—4次	同盐酸金霉素，对肠道感染和阿米巴病较好	①副作用同盐酸金霉素，但较轻（静注副作用多） ②针剂可用生理盐水或5%葡萄糖溶解后应用 ③溃疡病者可口服
15—30毫克/公斤/日，分2—3次(2.5—5毫克/毫升)		
15—30毫克/公斤/日，分2—3次（1毫克/毫升）		
首剂4毫克/公斤/次，以后2—4毫克/公斤/日，分1—2次	口服吸收好，排泄慢，疗效高，作用持续时间长。用于治疗肺炎和急、慢性支气管炎等呼吸道感染以及尿路感染	①由于剂量小，胃肠道反应较轻 ②针剂用5%葡萄糖注射液溶解稀释后应用
剂量同口服		
25—50毫克/公斤/日，分3—4次	抗菌范围同青霉素，可用于各种耐青霉素的葡萄球菌感染和链球菌、肺炎球菌感染及白喉带菌者	①红霉素能被胃酸破坏，可与小苏打同服 ②针剂必须用注射用水或5%葡萄糖溶液溶解(与盐水溶解产生沉淀) ③无味红霉素，每片含0.125克，不须同服小苏打 ④口服有恶心、呕吐、腹泻，长期静滴有局部疼痛
同左		

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗病原微生物药	抗菌素	硫酸卡那霉素	针　剂 2毫升含0.5克	肌注	1—1.5克/日，分2—3次
			粉针剂 0.5克 1克	静滴	1—1.5克/日
		硫酸庆大霉素	片　剂 20毫克	口服	
			针　剂 1毫升含20毫克 40毫克	肌注	20—40毫克/次，一日2—3次
				静滴	40毫克/次，一日2—3次
		灰黄霉素	片　剂 0.1克	口服	0.1—0.2克/次，一日4次
		制霉菌素	片　剂 25万单位 50万单位	口服	50万—100万单位/次
		盐酸黄连素 （盐酸小檗碱）	片　剂 0.05克 0.1克	口服	0.1—0.2克/次，一日3—4次

9）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
20—30毫克/公斤/日，分2—3次	对金葡菌、脑膜炎球菌、大肠杆菌、肺炎杆菌及结核杆菌等有较强抗菌作用。主要用于敏感菌所致的严重感染如尿路感染，胆道感染和败血症等。结核病不作首选	①易引起耳鸣、听力减退，长期应用可致永久性耳聋；可见管型尿和蛋白尿，停药多自愈 ②为避免中毒，用量每天不宜超过1克，疗程不超过7—10天。肾功能不全，应慎用
20—30毫克/公斤/日		
10—15毫克/公斤/日，分4次，婴儿大肠杆菌性肠炎）	对绿脓杆菌、大肠杆菌、痢疾杆菌、产气杆菌、沙门氏杆菌、链球菌及金葡菌有作用。用于大面积烧伤感染、尿路感染、肺炎、败血症等	①偶有药疹、头昏、口唇及四肢感觉麻木等；剂量过大，疗程过长可引起蛋白尿、管型尿、血尿、耳鸣、耳聋、眩晕等 ②肾功能减退者慎用
3—5毫克/公斤/日，分2—3次		
3—5毫克/公斤/日，分2—3次		
10—20毫克/公斤/日，分4次	有抗浅表真菌作用。用于头癣、手、足甲癣及其它部位霉菌感染	①可有恶心、上腹部不适、头痛、嗜睡、眩晕及皮疹 ②偶有暂时性白细胞减少、蛋白尿、黄疸
5万—10万单位/次	对白色念珠菌、新隐球菌等有作用。用于防治肠道白色念珠菌感染；局部用于鹅口疮和阴道念珠菌感染	可有恶心、呕吐、腹泻反应
5—10毫克/公斤/日	有抗菌作用。常用于肠炎、菌痢、百日咳、化脓性中耳炎	偶有恶心、皮疹及药热

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗病原微生物药	抗结核病	异烟肼（雷米封）	片　剂 0.05克 0.1克	口服	0.1—0.2克/次，一日3次
			针　剂 2毫升含0.1克	肌注	同口服
		对氨基水杨酸钠（P.A.S.）	片　剂 0.5克	口服	8—12克/日，分4次
中枢抑制药	镇静、催眠、抗惊厥药	三溴片	片　剂 0.3克	口服	1—3片/次，一日3次

10）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
10—20毫克/公斤/日，分3次 同口服	对结核杆菌有抑制及杀灭作用，能渗入细胞内，也易透过血脑屏障及胸膜。用于各种类型结核病	①偶有头晕、失眠、精神兴奋等，不必停药。大剂量可出现四肢麻木，反射消失或轻瘫，严重者可致抽搐、昏迷。维生素B_6可以防治 ②大剂量对肝脏有一定损害。肝、肾功能不良者，有精神病、癫痫病史者，均应慎用 ③不可同服麻黄碱或颠茄类制剂 ④易产生抗药性，常与其它抗结核药物合用，以延缓抗药性的发生
0.2—0.3克/公斤/日，分3—4次	对结核菌有抑制作用。与异烟肼或链霉素合用，以增强抗结核疗效，延缓耐药性的产生	①有恶心、呕吐、食欲减退、腹泻，与小苏打同服可减轻，并使尿呈碱性，可避免结晶尿、蛋白尿的出现；偶见过敏性皮炎、药热、白细胞减少、黄疸 ②忌与水杨酸钠同服 ③肾功能减退者慎用
5岁以上半片/次，一日3次	镇静、催眠	易潮解

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
中枢抑制药	镇静、催眠、抗惊厥药	苯巴比妥 （鲁米那）	片　剂 0.015克 0.03克 0.1克	口服	镇静： 0.015—0.03克/次，一日3次 催眠： 0.1克/次
		苯巴比妥钠 （鲁米那钠）	针　剂 0.05克 0.1克	肌注	镇静： 0.1克/次 抗惊厥： 0.1—0.2克/次
		水合氯醛	溶　液 10%	口服 或 灌肠	5—15毫升/次（即0.5—1.5克/次）
	安定药	盐酸氯丙嗪 （冬眠灵）	片　剂 12.5毫克 25毫克	口服	12.5—25毫克/次，一日3次
			针　剂 1毫升含25毫克 2毫升含50毫克	肌注 静滴	25—50毫克/次
		安　宁 （眠尔通）	片　剂 0.2克	口服	镇静： 1片/次，一日3次 催眠： 2片/次，睡前服

11）

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
镇静： 0.5—2毫克/公斤/次，一日3次 催眠： 3—6毫克公斤/次	①用于焦虑不安、烦躁、高血压、功能性恶心呕吐，发挥镇静作用 ②失眠	①有精神萎靡、头晕、疲倦、乏力等后遗作用 ②过敏者可出现皮疹 ③久用有耐受性和成瘾性 ④肝、肾严重疾患者慎用 ⑤粉针剂临用前以注射用水或生理盐水溶解，但不可久置
镇静： 1—2毫克/公斤/次 抗惊厥： 5—8毫克/公斤/次	抗惊厥用于小儿高热惊厥、破伤风等	
1毫升/岁/次	有镇静、催眠（6—8小时）及抗惊厥作用。用于失眠、烦躁不安，子痫、破伤风、小儿高热惊厥	①大剂量可抑制呼吸及心脏功能 ②久服可致耐受性和成瘾性 ③心、肝、肾功能严重减退者禁用，胃溃疡病病人亦禁用
1—2毫克/公斤/次	①治疗精神病 ②镇吐：用于胃肠炎、妊娠等引起的呕吐 ③人工冬眠：用于严重感染、高血压危象、小儿高热惊厥	①偶有厌食、皮疹、便秘、黄疸、白细胞减少 ②用药后应平卧，以防血压突然下降 ③肝病、心血管病患者慎用 ④治疗精神病剂量应适当增大
25毫克/公斤/日，分4次	对于精神紧张、焦虑不安和失眠的神经衰弱患者，有明显的镇静和催眠效果	偶有过敏症状，如荨麻疹、红斑性皮疹及白细胞减少、血小板减少症及再生障碍性贫血

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
中枢抑制药	安定药	利眠宁	片　剂 5毫克 10毫克	口服	镇静：5—10毫克/次，一日3次 催眠：20毫克/次，睡前服
		安　　定	片　剂 2.5毫克 5毫克	口服	2.5毫克/次，一日3次 极量：25毫克/日
	抗癫痫药	苯妥英钠（大仑丁）	片　剂 0.05克 0.1克 针　剂 5毫升含0.25克	口服	0.05—0.1克/次，一日2—3次
				肌注	0.1—0.25克/次
	镇痛药	盐酸吗啡	针　剂 1毫升含10毫克	皮下	5—10毫克/次
		度冷丁（盐酸哌替定）	针　剂 2毫升含100毫克	肌注 皮下 静滴	0.05—0.1克/次
		硫酸延胡索乙素	片　剂 50毫克	口服	0.05—0.1克/次，2—4次
			针　剂 2毫升含60毫克	皮下	60—80毫克/次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
5岁以上5毫克/次，一日1—3次	主要用于焦虑不安和失眠患者。与抗癫痫药合用可以提高治疗癫痫的疗效	有嗜睡副作用，大剂量有共济失调甚至发生手震颤。偶见过敏性皮疹、白细胞减少症
5岁以上1—2.5毫克/次，一日3次	与利眠宁作用相似而较强。用于情绪烦躁，抑郁性焦虑，失眠及癫痫大小发作	婴儿、青光眼患者及重症肌无力均忌用
5—10毫克/公斤/日，分2—3次 5—8毫克/公斤/次	治疗癫痫大发作的首选药物，对精神运动性发作有效，对小发作无效。还可用于三叉神经痛	①常见有恶心、呕吐、皮疹，久服易引起牙龈增生 ②偶有震颤、视觉障碍、精神错乱、紫癜、白细胞减少 ③定期检查血象
0.1—0.2毫克/公斤/次	有镇痛、镇静、镇咳、抑制呼吸及肠蠕动，提高胃肠道括约肌的紧张性的作用，用于剧烈疼痛、心脏病哮喘，麻醉前给药	①便秘、呕吐、眩晕 ②久用有成瘾 ③肺原性心脏病、支气管哮喘、严重肝病、婴儿及哺乳期妇女禁用 ④胆、肾绞痛应与阿托品合用
0.5—1毫克/公斤/次	镇痛、冬眠疗法（与冬眠灵、非那更等合用）	①可有头痛、头昏、出汗、口干、恶心、呕吐等副作用 ②久用可成瘾
	①镇痛：用于胃肠道和肝胆系统等内科疾病所引起的疼痛，一般性头痛、脑震荡后头痛及月经痛 ②镇静、催眠：用于失眠，尤其是疼痛引起的失眠	有时可见眩晕、乏力、恶心等副作用；大剂量对呼吸中枢有一定抑制作用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
中枢抑制药	镇痛药	颅通定	片　剂 30毫克	口服	镇痛： 60—120毫克/次，一日4次 催眠： 30—90毫克/次
			针　剂 2毫升含60毫克	皮下肌注	60—90毫克/次
	解热镇痛、抗风湿药	阿斯匹林	片　剂 0.3克 0.5克	口服	0.3—0.6克/次，一日3—4次（解热镇痛） 3—5克/日，分4次服（抗风湿）
		复方阿斯匹林（A.P.C.止痛片）	片　剂 0.42克	口服	1—2片/次，一日3次
		小儿退热片	片　剂	口服	
		非那西丁	片　剂 0.3克	口服	0.3—0.6克/次，一日3次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
	同延胡索乙素	同延胡索乙素
5—10毫克公斤/次，一日3—4次（解热镇痛） 0.08—0.1克/公斤/日，分3—4次（抗风湿）	有较突出的抗风湿作用和较强的解热镇痛作用	①可引起恶心、呕吐，久服可致出血症 ②偶有过敏 ③溃疡病人应与制酸药碳酸钙同服
2—5岁$\frac{1}{3}$片/次 6—10岁$\frac{1}{2}$片/次 一日3次	解热镇痛	同阿斯匹林
2—3岁1片/次 4—6岁1.5片/次 7—12岁2片/次	解热镇痛	同阿斯匹林
5—10毫克/公斤/次，一日3次（婴儿慎用）	解热作用缓慢而持久，镇痛作用较弱，无抗风湿作用	剂量过太、过久可使血红蛋白变性，出现眩晕、发绀、呼吸困难

药物分类			名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
中枢抑制药	解热镇痛、抗风湿药		醋氨酚 （扑热息痛）	片　剂 0.5克	口服	0.5克/次， 一日3次
			氨基比林 （匹拉米洞）	片　剂 0.1克 0.3克	口服	0.3—0.6克/次，一日3次
			复方氨基比林	片　剂 匹拉米洞 0.21克/片 巴比妥 0.09克/片	口服	1片/次，一日3次
				针　剂 匹拉米洞 0.143克/2毫升 巴比妥 0.057克/2毫升	肌注 皮下	2毫升/次
			氨咖啡 (P.P.C)	片　剂	口服	1—2片/次，一日3次
			安乃近	片　剂 0.5克	口服	0.5—1克/次，一日3次
				针　剂 1毫升含0.5克 2毫升含1克	肌肉 皮下	0.5—1克/次

14)

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
5—10毫克/公斤/次，一日3次（3岁以下儿童最好不用）	同非那西丁	较少引起血红蛋白变性，偶见粒细胞减少和肝坏死
20毫克/公斤/日，分3—4次	有良好的解热镇痛和抗风湿作用，镇痛作用持久	①可发生呕吐、皮疹、发热、口炎及粒细胞减少等副作用 ②服药期间应勤查血象
大于5岁，0.5片/次，一日3次	同氨基比林	同氨基比林
大于5岁，1毫升/次		
	解热、镇痛	同氨基比林
10—20毫克/公斤/次，一日3次	为氨基比林与亚硫酸钠的化合物，易溶于水，解热镇痛作用快	①有引起粒细胞减少的可能，应勤查血象 ②偶见皮疹，过敏性紫癜、剥脱性皮炎，甚至过敏性休克 ③肌注过量，易引起虚脱
5—10毫克/公斤/次		

药物分类		名称	剂型、规格	用法	成人剂量
中枢抑制药	解热镇痛、抗风湿药	保泰松	片剂 0.1克	口服	1—2片/次、一日3次
急救药	中枢兴奋药	苯甲酸钠咖啡因（安钠加）	针剂 1毫升含0.25克 2毫升含0.5克	肌注皮下	0.25—0.5克/次
		可拉明（尼可刹米）	针剂 1毫升含0.25克 1.5毫升含0.375克	皮下肌注静注	0.25—0.375克/次
		盐酸山梗菜碱（洛贝林）	针剂 1毫升含3毫克 1毫升含5毫克	静注	3毫克/次
				皮下肌注	10毫克/次
		回苏灵	针剂 2毫升含8毫克	肌注静注	8毫克/次
				静滴	8—16毫克/次

15)

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
20—30毫克/岁/日，分2—3次	解热镇痛作用较弱，消炎抗风湿作用较强。用于风湿性或类风湿性关节炎，关节强硬性脊柱炎	①恶心、呕吐、腹泻、溃疡病人禁用 ②偶见皮疹、剥脱性皮炎、白细胞或血小板减少，甚至粒细胞缺乏，再生障碍性贫血 ③心、肝、肾脏疾病患者忌用
8毫克/公斤/次(必要时可每4小时重复一次)	①小剂量能增强大脑皮层的兴奋作用 ②大剂量兴奋呼吸、血管运动中枢和迷走中枢，用于中枢性呼吸、循环衰竭及催眠药中毒 ③提高解热镇痛药对头痛的疗效	①在急救时剂量不宜过大 ②惊厥病人禁用
0.05毫升/公斤/次	兴奋延脑呼吸中枢，用于中枢性呼吸和循环衰竭	剂量过大，可引起阵挛性惊厥
0.3—3毫克/次 1—3毫克/次	兴奋呼吸中枢，用于新生儿窒息及各种疾病引起的中枢性呼吸抑制	①静注应缓慢 ②5毫克针剂(混旋)不能用于静注 ③大剂量可引起心动过缓、房室传导阻滞、血压下降
2—8毫克/次	兴奋呼吸中枢，用于各种原因引起的呼吸衰竭	静注应缓慢，并用葡萄糖或生理盐水稀释

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
急救药	升压药	盐酸肾上腺素	针　剂 1毫升含 1毫克	皮下	0.25—1毫克/次 极量：1毫克/次
				心室内	0.25—1毫克/次
		重酒石酸去甲肾上腺素	针　剂 1毫升含 2毫克	静滴	2—4毫克加于5%葡萄糖液500毫升中静滴，每分钟滴入1—2毫升
		重酒石酸间羟胺（阿拉明）	针　剂 1毫升含 10毫克 10毫升含 100毫克	肌注	2—10毫克/次，必要时每1.5—2小时一次
				静滴	5—100毫克加于5%葡萄糖溶液500毫升中，以1—2毫升/分速度静滴
		硫酸异丙肾上腺素	针　剂 2毫升含 1毫克	静滴	0.2—0.4毫克加于5%葡萄糖溶液200毫升内，1—2毫升/分静滴
		盐酸异丙肾上腺素	气雾剂 0.5%—20毫升	吸入	不超过0.5毫升/次
			舌　片 10毫克	舌下含药	10毫克/次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
0.02—0.03毫克/公斤/次	兴奋心脏收缩血管，松弛支气管及胃肠道平滑肌。用于过敏性休克，支气管哮喘急性发作及某些心跳骤停的抢救	①有心悸、头痛、精神紧张等。剂量过大，可引起期外收缩，甚至心室颤动而死亡 ②高血压、心脏病、甲状腺机能亢进等禁用 ③心跳骤停，才考虑心室内注射，并要稀释10倍应用
0.25—1毫克/次		
2毫克加于250毫升葡萄糖液内(0.008毫克/毫升)，0.004毫克/分钟（即0.5毫升/分钟）	收缩血管和升高血压作用较强，亦有兴奋心脏，扩张支气管作用。用于心源性，神经源性休克。也用于感染中毒性休克早期和应用舒血管药无效时的休克	①药液外漏可引起局部缺血坏死 ②长期用药或剂量过大，可致尿少、尿闭和急性肾功能衰竭 ③忌用于高血压和血管硬化的病员
0.1毫克/公斤/次	作用与去甲肾上腺素相同，但弱而持久。为去甲肾上腺素的良好代用品，用于各种低血压状态和休克早期	①同去甲肾上腺素，但很少引起心律失常，较少发生尿少、尿闭 ②从小量开始，无效时可逐渐加量。滴注时最大效果，并非立即发生，因此每当增加剂量时必须观察10分钟以上，才能决定
0.3—2毫克/公斤/次，以5%葡萄糖液100毫升稀释后滴入		
	有较强的兴奋心脏作用，并使血管扩张。对支气管平滑肌有显著的舒张作用。用于感染中毒性休克，房室传导阻滞、心跳骤停和缓解支气管哮喘	①有心悸、头晕等副作用，剂量过大，可引起心律失常 ②使用中心率不得超过120—140次/分 ③心绞痛、心肌梗塞、甲状腺功能亢进者忌用 ④气雾剂、舌片用于支气管哮喘

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
急救药	有机磷农药中毒解毒药	硫酸阿托品	片　剂 0.3毫克 0.5毫克	口服	0.3—0.5毫克/次，一日3次 极量： 1毫克/次 3毫克/日
			针　剂 1毫升含0.5毫克 1毫升含1.0毫克	皮下肌注静注	0.2—0.5毫克/次 极量： 1毫克/次 2毫克/日
		颠茄酊	酊　剂	口服	0.3—1毫升/次，一日3次
		颠茄合剂	合　剂 含颠茄酊5%	口服	10毫升/次，一日3次
		氢溴酸山莨菪碱（654—2）	片　剂 5毫克 10毫克	口服	5—10毫克/次，一日3次
			针　剂 1毫升含5毫克、10毫克、20毫克	肌注静注	5—10毫克/次，一日2次
		普鲁本辛	片　剂 15毫克	口服	1—2片/次，一日3次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
0.01毫克/公斤/次	解除平滑肌痉挛，抑制腺体分泌；解除迷走神经对心脏的抑制，解除血管痉挛，散大瞳孔；兴奋呼吸中枢用于有机磷农药中毒，感染中毒性休克，阿—斯综合症的急救及胃、肠、肾、胆绞痛	①有口干、皮肤潮红、兴奋、瞳孔散大、心悸副作用 ②中毒时可眩晕、幻觉、谵妄、狂躁、痉挛等 ③青光眼患者忌用 ④急救用时剂量应适当增大
0.01毫克/公斤/次		
0.03—0.06毫升/岁/次，一日3次	作用与阿托品相似，但较弱。用于溃疡病疼痛及胃、肠痉挛绞痛	同阿托品
1毫升/岁/次	同颠茄酊	同颠茄酊
同左	解除平滑肌痉挛和迷走神经对心脏的抑制与阿托品相似，也能解除血管痉挛；抑制唾液腺分泌及扩瞳作用远比阿托品弱，对中枢作用也弱。用于感染中毒性休克、内脏平滑肌绞痛，试用于眩晕、神经痛、脑血管痉挛或栓塞所致的早期瘫痪	①有口干、面红、心悸、视力障碍等副作用 ②本药口服吸收差，常用注射给药
0.5—1毫克/公斤/次		
2毫克/公斤/日，分3—4次	有解除平滑肌痉挛及抑制腺体分泌的作用	①偶有轻微口干、视觉模糊、小便不畅、便秘、头痛、心悸等。适当减少剂量，反应即可消失 ②青光眼忌用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
急救药	有机磷农药中毒解毒药	解磷毒（解磷定）(PAM)	针　剂 10毫升含 0.4克	静注	0.4--1克/次
				静滴	1—2克/次，加于生理盐水500—1000毫升中
		氯磷定	针　剂 2毫升含 0.25克、0.5克	肌注	0.25—0.75克/次
				静滴	0.5—0.75克/次，加于生理盐水500毫升中
		双复磷	针　剂 2毫升含 0.25克	静注	0.25克/次
心血管系统药物	强心甙	洋地黄	片　剂 0.1克	口服	饱和量：0.8—1.2克 维持量：0.05—0.1克/日
		地高辛	片　剂 0.25毫克	口服	饱和量：2—3毫克，分次于1—2日内服 维持量：0.25—0.5毫克/日

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
15—30毫克/公斤/次	对有机磷农药有解毒作用	①可有轻度恶心及口苦 ②忌与碱性药物配伍 ③还有0.4克粉针剂
	同解磷毒	同解磷毒
	同解磷毒	同解磷毒
饱和量： 2岁以下30—40毫克/公斤 2岁以上20—30毫克/公斤 维持量： 3毫克/公斤/日	加强心肌收缩力；反射性兴奋迷走神经，使心率减慢；降低房室传导机能 用于充血性心力衰竭，某些心律失常，如心房颤动和心房朴动、室上性阵发性心动过速	①服药期或服药后7日内禁用钙剂或麻黄碱 ②心肌梗塞、冠状动脉功能不全慎用 ③心率慢至60次/分以下，或出现二联律、三联律应即停药 ④服氯化钾可减少毒性反应
饱和量： 小于2岁0.06—0.08毫克/公斤 大于2岁0.04—0.06毫克/公斤 维持量： 为饱和量的$\frac{1}{2}$	同洋地黄，但作用较快，易于排出	同洋地黄

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
心血管系统药物	强心甙	西地兰 （毛花强心丙）	针　剂 2毫升含0.4毫克	静注 肌注	饱和量： 0.8—1.6毫克 首剂0.4—0.8毫克，加入25%葡萄糖20毫升静注（慢）
		毒毛旋花子甙K	针　剂 1毫升含0.25毫克	静注	0.25毫克加于25%葡萄糖20毫升静注（慢）
	抗高血压药	利血平 （血安平）	片　剂 0.25毫克	口服	0.25毫克/次，一日1—3次
			针　剂 1毫升含1毫克	肌注 静注	开始用0.5—1毫克/日，见效后减为0.125—0.25毫克/日
		降压灵片	片　剂 4毫克	口服	4—8毫克/次，一日2—3次
		肼苯哒嗪 （盐酸肼酞嗪）	片　剂 15毫克 25毫克 50毫克	口服	10—25毫克/次，一日3次
		安达血平 （阿达芬）	片　剂 每片含：肼苯哒嗪10毫克、利血平0.1毫克	口服	1—2片/次，一日3次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
饱和量： 小于2岁 0.04毫克/公斤 大于2岁 0.03毫克/公斤	同洋地黄，但作用甚快，排泄更易，适用于急性病例	同洋地黄
0.007—0.01毫克/公斤/次	同洋地黄，但作用较西地兰更快，排泄更易。适用于急性病例	1—2周内用过洋地黄者忌用或慎用
0.02毫克/公斤/日，分2—3次	扩张血管起降压作用，作用缓慢而持久，减慢心率；对中枢有安定作用。用于一、二期高血压病，常与其它降压药合用，对三期高血压病效果差，对高血压危象必须静脉或肌内注射	①常见有鼻塞、大便次数增多，乏力、嗜睡 ②长期应用较大剂量（>0.5毫克/日），偶可出现精神抑郁 ③溃疡病患者忌用
0.07毫克/公斤/次，即刻应用，最大一次量不超过1.25毫克，每12—24小时，肌注一次		
4毫克/次，一日2—3次	作用同利血平，用于各种高血压症	同利血平，但较少较轻
0.75毫克/公斤/日，分4次	扩张血管起降压作用，作用较利血平迅速，适用于二期或三期高血压。因其有加速心率的缺点，故常和利血平合用	①剂量稍大，可引起心悸、剧烈头痛、恶心、呕吐、鼻衄、皮疹和体位性低血压等，严重时尚有类风湿关节炎和红斑性狼疮样综合症 ②本品易致耐受性
	同利血平及肼苯哒嗪	同利血平与肼苯哒嗪，但较少较轻

（续

药物分类			名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
心血管系统药物	抗高血压药		地巴唑	片　剂 5毫克 10毫克 25毫克	口服	30—40毫克/次，一日3次，极量0.15克/日
			双氢氯噻嗪 （双氢克尿塞）	片　剂 25毫克	口服	12.5—25毫克/次，一日1—2次，获疗效后酌情减少剂量
			优降灵 （巴吉林）	片　剂 10毫克 20毫克	口服	开始每次10—20毫克，以后递增至40—50毫克/次，一次服或分1—3次服 并用其它降压药时剂量为20—30毫克/日
			硫酸镁	针　剂 10毫升含1克 10毫升含2.5克	肌注	2.5克/次
			路　丁 （路　道）	片　剂 20毫克	口服	20毫克/次，一日3次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
0.5—1毫克/公斤/次，一日3次	直接松弛平滑肌，能解除血管及胃肠道平滑肌痉挛。适用于一、二期高血压病、高血压脑病、冠心病的治疗，亦用于胃肠痉挛	偶有多汗、头痛、热感
1—2毫克/公斤/日，分1—2次	降压作用缓和而轻微。主要与利血平、肼苯哒嗪合用，降低高血压	见利尿药
	本药为氧化酶抑制剂，有明显降压作用。用于中度及严重的原发性高血压，肾性高血压	稍有体位性低血压、口干、胃口不适，失眠或多梦等
25—50毫克/公斤/次	注射后能直接抑制血管运动中枢，并使血管平滑肌松弛而降压，也能使首骨骼肌松弛。用于高血压危象时作为降压药，对抗子痫、破伤风时所发生的惊厥	注射时须注意患者的呼吸和血压，如有中毒现象（膝反射减弱或消失、血压连续下降、呼吸麻痹等）可用葡萄糖酸钙或氯化钙注射液静脉缓注解救
同成人	改善血管脆性，用于高血压辅助治疗	

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
消化系统药物	抗酸药	碳酸氢钠 （小苏打） （重碳酸钠）	片　剂 0.3克 0.5克	口服	0.3—2克/次，一日3次
		氢氧化铝	凝　胶	口服	5—10毫升/次，一日3次
			片　剂 0.3克 0.5克	口服	0.3—0.5克/次，一日3次
		复方氢氧化铝 （胃舒平）	片　剂	口服	2—4片/次，一日3次
		维生素U （维生素优）	片　剂 50毫克	口服	1—2片/次，一日3次
	泻药	硫酸镁	溶　液 50%	口服	10—40毫升/次
		一轻松 （双醋酚酊）	片　剂 5毫克	口服	1—3片/次（睡前服）
		液体石腊 （石腊油）	液　剂	口服	15—30毫升/次，睡前服

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
0.1—1克/次，一日3次	口服可以中和胃酸，作用迅速而短促，用于胃酸过多与溃疡病。吸收后可碱化尿液，与磺胺药同服，以助排泄	引起嗳气、腹胀，不宜多服
2—8毫升/次，一日3次（儿童）	中和胃酸，作用缓和、持久，并有保护溃疡面的作用。用于溃疡病	长期服用可妨碍磷的吸收，并有便秘
0.1—0.3克/次，一日3次（儿童）		
大于5岁，0.5片/次，一日3次	中和胃酸，减少胃酸分泌，保护溃疡面及解痉止痛作用。用于溃疡病、胃酸过多、胃痛	①本品含氢氧化铝、三硅酸镁、颠茄浸膏 ②饭前半小时或胃痛发作时，嚼碎吞服
	可能促进胃肠粘膜再生，使溃疡缩小及愈合。用于溃疡病	
2毫升/岁/次	有导泻作用，用于便秘，服驱虫药后导泻。并能反射性引起胆囊排空，用于利胆	①服时多饮水 ②服药后4—6小时，排出稀便 ③孕妇忌服
5岁以下半—1片/次 5岁以上1—2片/次	有导泻作用，口服8—12小时排出软便，用于便秘	
0.5毫升/公斤/次，睡前服	能润滑肠壁软化粪便，用于便秘、蛔虫性肠梗阻、预防手术后排便困难	久服可妨碍维生素A、D和钙、磷的吸收

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
消化系统药物	肝病辅助药	肝泰乐 （葡萄糖醛酸内酯）	片　剂 0.05克 0.1克	口服	0.1—0.2克/次，一日3次
			针　剂 2毫升含0.1克	肌注 静注	0.1—0.2克/日，隔日一次
		维生素B_{12}	针　剂 1毫升含0.1毫克	肌注	0.05—0.5毫克/次，每日或隔日一次
呼吸系统药物	镇咳法痰药	咳必清 （妥克拉斯）	片　剂 25毫克	口服	12.5—25毫克/次，一日3次
		复方咳必清糖浆	糖　浆	口服	10毫升/次，一日3次
		复方甘草合剂片 （含氯化铵）	片　剂 0.3克	口服	2—3片/次，（或视病情而定）一日3次
		枇杷止咳露	溶　液	口服	14毫升/次，一日3次
		小儿止咳糖浆	糖　浆	口服	
		百日咳合剂	合　剂	口服	

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
5岁以上 0.05—0.1克/次，一日3次	保护肝脏及解毒，用于肝炎、肝硬化、食物和药物中毒	
0.05—0.1毫克/次，隔日一次	用于肝硬化、肝炎、妊娠期贫血、婴儿营养性巨细胞贫血	
5岁以上 $^1/_4$—$^1/_2$片/次，一日2—3次	抑制咳嗽中枢而有镇咳作用。用于急性上呼吸道炎所致的急性咳嗽	①痰多者忌用 ②可有轻度头痛、头晕、口干、恶心、腹胀等不良反应
1毫升/岁/次，一日3次	祛痰、镇咳作用	含有咳必清、氯化铵成分
$^1/_2$—1片/次，一日3次	祛痰、保护发炎粘膜。用于一般咳嗽	
7毫升/次，一日3次（儿童）	有祛痰、止咳作用。用于一般咳嗽	本品含枇杷叶流浸膏、氯化铵、复方樟脑酊、吐根流浸膏、甘草流浸膏、薄荷脑
2—5岁 2—6毫升/次 5岁以上 6—12毫升/次，一日3次	有祛痰止咳作用。用于一般咳嗽	本品每100毫升含：氯化铵1克，甘草流浸膏15毫升，桔梗流浸膏3毫升，橙皮酊2毫升，苯甲酸钠0.5克
1毫升/岁/次，一日3次（五岁以上酌情决定）	有止咳、祛痰、止喘作用。用于百日咳、喘急性支气管炎及其它剧烈咳嗽	本品每100毫升含：盐酸麻黄素0.15克，复方甘草合剂50毫升，溴化钾5克

（续

药物分类		名称	剂型、规格	用法	成人剂量
呼吸系统药物	止喘药	氨茶碱	片剂 0.1克	口服	0.1—0.2克/次，一日3次
			针剂 10毫升含0.25克	静注静滴	0.25—0.5克/次
		盐酸麻黄碱	片剂 25毫克	口服	15—30毫克/次，一日3次
			针剂 1毫升含30毫克	皮下肌注	同口服
			溶液 0.5—1%	滴鼻	
利尿药和脱水药	利尿药	双氢氯噻嗪（双氢克尿噻）	片剂 25毫克	口服	25毫克/次，一日2—3次
		速尿（呋喃苯胺酸）（腹安酸）（利尿磺胺）	片剂 20毫克 40毫克	口服	开始20—40毫克/日，视需要渐增至80—120毫克/日，分2—3次服
			针剂 2毫升含20毫克	肌注	20毫克/次，每日或隔日一次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
4—6毫克/公斤/次，一日3次 2—4毫克/公斤/次	舒张支气管、胆道平滑肌和冠状动脉，亦有增强心肌收缩力和利尿作用，用于支气管哮喘、胆绞痛、心脏性喘息	①口服可有恶心、呕吐 ②静注过速可致心肌过度兴奋而发生心悸、惊厥、血压剧降等 ③静注时，以50%葡萄糖液20—40毫升稀释后缓缓注入
0.5—0.75毫克/公斤/次，最大一次量不超过30毫克，一日3次 同口服	有中等程度兴奋心肌、收缩血管作用，升压作用温和而持久，扩张支气管平滑肌。用于防治支气管哮喘发作和椎管麻醉低血压。滴鼻用于伤风感冒、急性鼻窦炎、鼻粘膜充血、肿胀	①高血压、冠心病、甲状腺机能亢进禁用 ②用后数小时内，如需用肾上腺素，应减少后者用量 ③晚上服本品应与催眠药伍用
1—2毫克/公斤/日，分2—3次	抑制远曲小管近段对钠的重吸收，有利尿作用。用于各种类型水肿和高血压	①可有恶心、呕吐、气胀、皮疹，并可致低血钾 ②长期服用，应服三日，停三日，并应与氯化钾同服，停药时应逐渐减量 ③肝、肾功能减退者慎用
	抑制髓袢对钠的重吸收，产生强大利尿作用。用于其它利尿药无效的严重水肿，急性肺水肿、脑水肿等	①口服可出现恶心、呕吐、腹泻等胃肠刺激症状 ②利尿过多，出现头昏、乏力、肌肉痉挛和腹胀等症状 ③应严格掌握剂量，口服3—5天，停药数天再服，亦可同服氯化钾

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
利尿和脱水药	利尿药	利尿酸	片　剂 25毫克	口服	开始25—50毫克/日，每日或隔日一次，无效时可增加剂量
			针　剂 每支含利尿酸钠25毫克、甘露醇31.25毫克	静注	25毫克/次，加入25%葡萄糖液20毫升中，缓慢注入
		三氮嗪呤 （氨苯喋啶）	片　剂 50毫克	口服	50—100毫克/次，一日3次
	脱水药	甘露醇	针剂20% 100毫升 250毫升	静注或静滴	1—2克/公斤/次
		山梨醇	针剂20% 250毫升	静注或静滴	1—2克/公斤/次
		高渗葡萄糖注射液	针剂50% 20毫升	静注	40—60毫升/次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
大于5岁 12.5—50毫克/次	同速尿	①同速尿 ②应避免与链霉素类等具有耳毒性的抗菌素合用 ③偶致心律失常
0.5—1毫克/公斤/次（稀释同左）		
3—5毫克/公斤/日，分3次	利尿作用，用于心脏性、肝性和肾性水肿	①与双氢氯噻嗪同服效果更好 ②单用不需同服氯化钾
同成人	能提高血液渗透压，使组织间液水分向血液转移，而使组织脱水，降低颅内压；经肾小球漏过不被肾小管重吸收而利尿。用于脑水肿及急性肾功能衰竭	①注射过快可引起一时性头痛、眩晕和视力模糊等 ②心力衰竭者慎用 ③如有结晶析出，可加温溶解使用 ④勿漏出血管外
同成人	同甘露醇	同甘露醇
脱水疗法：2—3毫升/公斤/次	有脱水和渗透压性利尿作用，但作用不及其它脱水药。用于脑水肿、肺水肿、休克及循环衰竭	勿漏出血管外

药物分类			名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
血液及造血系统药	止血药		维生素K_1	针　剂 1毫升含10毫克	肌注 静注	10毫克/次，一日1—2次，或视病情而定
			维生素K_3 （亚硫酸氢钠甲萘醌）	针　剂 1毫升含4毫克	肌注	4毫克/次，一日2—3次
			维生素K_4 （乙酰甲萘醌）	片　剂 2毫克	口服	4毫克/次，一日3次
			对羧基苄胺 （抗血纤溶芳酸）	针　剂 10毫升含0.1克	静注	0.1—0.2克/次，一日2—3次
			止血环酸 （凝血酸）	片　剂 0.25克	口服	0.25克/次，一日3—4次
				针　剂 5毫升含0.25克	静注 或 静滴	0.25克/次，一日1—2次
			6-氨基己酸	片　剂 0.5克	口服	2克/次，一日3—4次
				针　剂 10毫升含1克 2克	静滴	4—6克溶于5%葡萄糖或生理盐水100毫升内，15—30分钟滴完，维持剂量为每小时1克，维持12小时或更久

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
同成人 同成人 2—4毫克/次，一日3次	参与肝内凝血酶元的合成。用于阻塞性黄疸、胆瘘、腹泻等维生素K吸收障碍者；长期口服广谱抗菌素、引起维生素K缺乏症，新生儿自然出血病等	①维生素K，静注可出现面部潮红、出汗胸闷等 ②维生素K_3、K_4为合成药，作用、用途与维生素K_1同
0.1克/次	能抑制纤溶酶原的激活保护血块中纤维旦白不受破坏。多用于妇产科的出血、肺咯血、上消化道出血、外伤出血、外科手术后出血	①须用葡萄糖或生理盐水稀释缓慢静注或静滴 ②偶见恶心、头昏和腹部不适等，停药后可消失
	同对羧基苄胺	可出现头痛、恶心、呕吐、胸闷、厌食、思睡等，停药可消失
0.1克/公斤/次，一日3—4次 1—2克/次溶于50—100毫升葡萄糖或生理盐水中，每4—6小时一次	同对羧基苄胺	①本品作用短暂而弱，毒性大，现已少用 ②对泌尿道手术后血尿病人应慎用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
血液及造血系统药	止血药	安络血（安特诺新）	片　剂 2.5毫克	口服	2.5—5毫克/次，一日3次
			针　剂 2毫升含10毫克	肌注	10—20毫克/次
		仙鹤草素	片　剂 20毫克	口服	1—3片/次，一日3次
			针　剂 1毫升含10毫克	肌注 静注	10毫克/次，一日2次
	治贫血药	硫酸亚铁	片　剂 0.3克	口服	0.3—0.6克/次，一日3次
		枸橼酸铁铵（柠檬酸铁铵）	溶　液 10%	口服	0.5—2克/次，一日3次
抗过敏药		盐酸苯海拉明（可他敏）	片　剂 12.5毫克 25毫克	口服	25—50毫克/次，一日2—3次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
小于5岁 1.25—2.5毫克/次 大于5岁 2.5—5毫克/次	能增加毛细血管对损伤的抗抗力，使受伤的毛细血管回缩，用于毛细血管出血，如紫癜、鼻衄、视网膜出血等	癫痫和精神病人慎用
小于5岁 2.5—5毫克/次 大于5岁 5—10毫克/次		
10—30毫克/次，每日3次	有加速血液凝固及缩短出血时间的作用。用于咯血、吐血、便血、血尿、鼻衄及外伤出血等	①少数病人注射给药时，可发生心跳、颜面潮红及发热等反应，一般在几分钟后即消失。如遇虚脱，可用可拉明解救 ②本品除与葡萄糖外，不宜与其它药物混合使用
同成人		
减半	供造血原料，用于治疗缺铁性贫血	①有胃肠道不适、腹痛、腹泻反应 ②忌与茶同服 ③大便呈黑色
0.1—0.2克/公斤/日，分3次	供造血原料，用途同硫酸亚铁，适于儿童及不能吞服药片的病人	①遇光易变质 ②忌与安替匹林配伍
2—4毫克/公斤/日，分3—4次	有抗过敏作用，并有中枢抑制作用。用于荨麻疹、过敏性鼻炎、血管神经性水肿、接触性皮炎等过敏性疾病和妊娠呕吐、晕车、晕船等	①有口干、头晕、思睡等副作用 ②服药期间不宜高空作业和驾驶车辆等工作 ③对支气管哮喘疗效差

（续

药物分类	名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
抗过敏药	盐酸异丙嗪 （非那根） （抗胺荨） （盐酸普鲁米近）	片　剂 12.5毫克 25毫克	口服	12.5—25毫克次，一日3次
		针　剂 1毫升含25毫克 2毫升含50毫克	肌注 静滴	25—50毫克/次
	朴尔敏	片　剂 4毫克	口服	4毫克/次，一日1—3次
	氯化钙	针　剂 10毫升含1克 20毫升含1克	静注	0.5—1克/次，用25%葡萄糖10—20毫升稀释后缓慢注入
	葡萄糖酸钙	片　剂 0.5克	口服	0.5—2克/次，一日3次
		针　剂 10毫升含1克	静注	1—2克/次，加于25%葡萄糖液20毫升中，一日1次
	乳酸钙	片　剂 0.3克 0.5克	口服	1—2克/次，一日3次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
0.5—1毫克/公斤/次，一日3次	①有抗过敏作用，用于皮肤粘膜过敏性疾患如荨麻疹、过敏性皮炎、血管神经性水肿等 ②有显著的安定作用，增强中枢抑制药的作用，并能降温、止吐。用于“人工冬眠”，防治晕动病及妊娠呕吐	①有口干、恶心、思睡，静注可使血压下降，个别出现躁动 ②肝、肾功能减退者忌用 ③服药期间不宜高空作业和驾驶车辆 ④有刺激性，不宜皮下注射
0.5—1毫克/公斤/次		
0.35毫克/公斤/日，分3—4次	同苯海拉明	副作用较小，宜用于儿童
0.25—0.5克/次，用25%葡萄糖液稀释后缓慢注入	①使毛细血管致密、渗透性降低，有消炎、抗浮肿、抗过敏作用。用于荨麻疹、接触性皮炎、湿疹等的辅助治疗 ②维持神经肌肉的正常兴奋性，能迅速缓解某些急性缺钙现象 ③对镁离子有拮抗作用，用于镁盐中毒的解救 ④保证骨胳硬度及成长，用于佝偻病及骨软化症	①药液漏出血管外，对组织有强烈刺激，甚至坏死 ②静注有全身发热感 ③补充钙盐时应同服维生素D ④洋地黄治疗期间及期后一月内禁用
0.5—1克/次，一日3次	同氯化钙	同氯化钙
成人半量		
0.3—0.6克/次，一日3次	作用同氯化钙。吸收缓慢，主要用于防治慢性缺钙症	宜与维生素D同服

药物分类	名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
维生素	维生素B_1（盐酸硫胺）	片　剂 10毫克 5毫克	口服	5—30毫克/次，一日3次
		针　剂 2毫升含50毫克 100毫克	肌注	50—100毫克/日
	维生素B_2（核黄素）	片　剂 5毫克	口服	5—10毫克/次，一日3次
		针　剂 2毫升含5毫克	皮下肌注	5—10毫克/日，一日1次
	复合维生素B	片　剂	口服	1—3片/次，一日3次
		针　剂 2毫升	肌注	2毫升/次，一日1次
	干酵母（酵　母）	片　剂 0.3克 0.5克	口服	1.5—12克/日，分3次服
	维生素B_6	片　剂 10毫克	口服	10—20毫克/次，一日3次
		针　剂 2毫升含50毫克	肌注 静注	50—100毫克/次，一日1次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
10毫克/次，一日3次 50毫克/日	参与糖代谢和维持神经、心脏及消化系统正常机能。用于防治脚气病，也用作神经炎、心肌炎、食欲不振、消化不良等的辅助治疗。对高热、甲亢、大量输入葡萄糖的病人应适当补充维生素B₁	注射给药极少数病人可发生过敏反应，如荨麻疹甚至过敏性休克。故一般宜口服给药，需用大剂量时才使用肌注给药。禁用静脉注射
5毫克/次，一日3次 5毫克/日，一日1次	用于角膜炎、结膜炎、口角炎、舌炎、脂溢性皮炎、阴囊炎等	服药期间，小便可呈荧光色
1片/次，一日3次 视需要而定	用于营养不良、厌食、脚气病及因缺乏维生素B属所致的各种疾患作辅助治疗	①含有B_1，B_2，B_6及烟酰胺成分 ②避光保存
1.5—4.5克/日，分3次服	同复合维生素B，但各种成分含量较少	含B_1，B_2及烟酰胺
5—10毫克/次，一日3次 25—50毫克/次，一日1次	用于妊娠、放射病和抗癌药物氮芥等所致的呕吐，防治异烟肼中毒引起的周围神经炎及惊厥等，脂溢性皮炎	

（续

药物分类	名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
维生素	烟酰胺	片　剂 50毫克 100毫克	口服	50—100毫克/次，一日3次
		针　剂 1毫升含 50毫克 100毫克	静滴	50—100毫克/次，一日1次
	烟　　酸	片　剂 50毫克 100毫克	口服	50—100毫克/次，一日3次
		针　剂 1毫升含 20毫克	肌注 静注	20毫克/次，一日1次
	维生素C （抗坏血酸）	片　剂 50毫克 100毫克	口服	50—100毫克/次，一日3次
		针　剂 2毫升含 0.25克 5毫升含 0.5克	肌注 静注	0.25—0.5克/日，一日1次
	浓维生素AD （浓鱼肝油）	胶　丸	口服	1—2丸/次，一日3次
		滴　剂 10毫升 50毫升	口服	
		针　剂 0.5毫升	肌注	

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
预防量15毫克/日，治疗量75—150毫克/日，分3次	用于糙皮病的防治，舌炎、口炎、皮肤病及肝脏疾患等	不宜肌注，以免产生剧痛
50—200毫克/次，一日1次		
	烟酸在体内转化成烟酰胺，作用用途同烟酰胺。此外大剂量烟酸能扩张小血管，用于治疗末梢血管痉挛及视网膜脉络膜炎。还可降低血中胆固醇，用于动脉硬化症的辅助治疗	大剂量烟酸可引起皮肤潮红、搔痒感。过敏者可出现荨麻疹，但很快消失
同成人	增加毛细血管致密性；刺激造血机能；增加机体对感染的抵抗力。用于坏血病的防治，急性传染病、中毒、高热、营养不良、肝炎、手术后创口愈合不良、紫癜等的辅助治疗	①本品不宜与碱性较强的注射液如氨茶碱等配伍 ②如呈深黄色或沉淀时，不宜用
酌减		
1丸1次，一日3次	用于维生素A缺乏症，如角膜软化症、干眼症、夜盲症及维生素D缺乏症如佝偻病、软骨病的防治，婴儿手足搐搦症	
预防 3—6滴/日 治疗 15—60滴/日		
0.5—1毫升/日		

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
维生素		维生素D_2 （骨化醇）	针　剂 1毫升含 40万单位 （1毫克相当于 4万单位）	肌注	
维生素		维生素E （生育酚） （产妊酚）	胶　丸 5毫克	口服	5—10毫克/次
维生素		维生素E （生育酚） （产妊酚）	针　剂 1毫升含 5毫克	肌注	5—10毫克/次
妇产科药物	子宫收缩药	脑垂体后叶素	针　剂 1毫升含 10单位 1毫升含 5单位	肌注 静注 静滴	不完全流产： 2—10单位/次 产后子宫出血： 5—10单位/次 肺咯血： 10单位/次
妇产科药物	子宫收缩药	催产素	针　剂 1毫升含 5单位 1毫升含 10单位	肌注 静滴 静注	5—10单位/次
妇产科药物	子宫收缩药	益母草流浸膏	流浸膏	口服	2—4毫升/次， 一日3次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
40万单位/次，隔日1次，连用2次	用于防治佝偻病、婴儿手足搐搦症、骨软化症	①用药前应先补充钙剂 ②维生素D_3，作用同，但维持时间长，半至1月注1次，连用2—4次
5毫克/次 5毫克/次	维持生殖器官正常机能；对肌肉代谢有良好影响。用于习惯性或先兆性流产、不育症、肌营养不良及新生儿硬皮症	
	小剂量可增强子宫的节律性收缩，大剂量能引起强直性收缩，使子宫肌层内血管受压迫而起止血作用。作用时间较麦角短。亦有抗利尿及升压作用。主要用于产后出血、肺咯血及尿崩症	①可有面色苍白、出汗、心悸、胸闷、腹痛等，应立即停药。偶有过敏反应 ②动脉硬化、高血压、肺原性心脏病、妊娠中毒症者忌用 ③偶有过敏反应 ④静注时以50%葡萄糖20毫升稀释后缓慢注入
	对子宫有收缩作用，用于引产、产后出血及子宫复旧等	①引产静滴时2.5—5单位/次，以5%葡萄糖液500毫升释后，其速度开始为8—10滴/分钟，严密观察收缩情况，调节滴数，不超过60滴/分钟 ②胎儿头与骨盆不相称，有剖腹产史的产妇及心脏病患者忌用
	可使子宫平滑肌兴奋收缩，但作用较麦角弱。用于产后出血、流产后及月经过多	

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
妇产科药物	子宫收缩药	马来酸麦角新碱	针　剂 1毫升含0.2毫克	肌注 静注 静滴	0.2—0.4毫克/次
			片　剂 0.2毫克 0.5毫克	口服	0.2—0.5毫克/次或0.2毫克/次，日2次
		麦角流浸膏		口服	1—2毫升/次，一日3次
	性激素	黄体酮 （助孕素）	针　剂 1毫升含10毫克 1毫升含20毫克	肌注	10—20毫克/次
		乙底酚 （己烯雌酚） （雌激素）	片　剂 0.5毫克 1毫克	口服	月经失调： 0.5—1毫克/次，一日1次 回奶： 5毫克/次，一日3次，连用3日
			针　剂 1毫升含2毫克	肌注	2—4毫克/次
		甲基睾丸素	片　剂 5毫克 10毫克	口服 或 舌下	5—10毫克/次，一日2次

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
	对子宫平滑肌有直接作用，可引起子宫的强直性收缩，从而压迫血管止血。用于产后出血及月经过多	①孕妇及胎盘未排出前的产妇忌用 ②有血管硬化、冠状动脉疾病者忌用 ③静注要用25%葡萄糖液20毫升稀释后应用 ④长期或大量应用，可引起中毒，轻则呕吐，重则昏迷
	同上	同上
	用于习惯性流产，子宫功能性出血，痛经及月经失调等	与乙底酚联合应用，作人工月经周期疗法
	用于卵巢机能不全或垂体机能异常引起的月经失调，经绝期综合症，前列腺癌，抑制乳腺分泌	①可有恶心、呕吐、用头痛及性欲增强等，久月能导致子宫出血与子宫肥大 ②孕妇、肝、肾功能严重减退者忌用 ③按指定方法服药，以免中途停药导致子宫出血
	促进性器官发育，抑制卵巢功能及子宫内膜生长。用于子宫功能性出血、垂体性腺侏儒、转移性乳腺癌等	①用量过大可引起男性化、浮肿、黄疸、恶心等 ②肝功能不良者慎用

（续

药物分类		名　　称	剂型、规格	用法	成人剂量
妇产科药	性激素	丙酸睾丸素	针　剂 1毫升含25毫克 1毫升含50毫克 1毫升含100毫克	肌注	25—50毫克/次，每周2—3次
	避孕药	口服避孕片1号（复方炔诺酮片）	片　剂	口服	1片/日，月经第5日开始，连服22日
		口服避孕片2号（复方甲地孕酮片）	片　剂	口服	同口服避孕片1号
药物	抗滴虫病药	滴维净（滴维刚）	片　剂 每片内含乙酰胺肿0.25克、硼酸0.03克	塞入	1—2片/次，每晚1次，1疗程10—14日，塞入阴道后穹窿部
		灭滴灵	片　剂 0.2克	口服	0.2克/次，一日3次，连服10天
				塞入	0.5克/晚，每晚一次放于阴道内，一疗程20日

小儿剂量	作用及用途	副作用及注意点
	促进性器官发育，抑制卵巢功能及子宫内膜生长。用于子宫功能性出血、垂体性腺侏儒、转移性乳腺癌等	①用量过大可引起男性化、浮肿、黄疸、恶心等 ②肝功能不良者慎用
	抑制排卵而达到避孕；又可使月经过多者经量减少，痛经减轻、月经规则。用于口服避孕	①偶有恶心、呕吐、食欲减退及头晕等，可同服维生素 B_6 ②肝炎、肾炎患者忌用 ③按常规方法服用，经常漏服会失效 ④可使乳汁减少，故产后哺乳者 6 个月以内忌用
	用于口服避孕	同口服避孕片 1 号
	有消灭毛滴虫的作用，用于治疗阴道滴虫病	①用后局部有轻度刺激现象，子宫颈分泌略增，阴道壁及子宫颈部病变最甚之处略有充血 ②月经期禁用 ③用药期间禁止性交
	为高效的口服杀毛滴虫药。用于阴道滴虫病及治疗男子的滴虫的寄生	①偶有恶心、腹泻、皮疹、阴道和尿道灼热感、眩晕、头痛、失眠及尿色变深等 ②偶有白细胞下降，久用应注意检查血象 ③妊娠 3 个月以内禁用

（续

药物分类		名称	规格
外科用药	局部麻醉药	盐酸普鲁卡因	针剂 2毫升含0.04克(2%) 10毫升含0.1克(1%)
	消毒药	乳酸	溶液
		新洁尔灭	5%
		漂白粉	0.03—0.15%
			1—3%
			0.5%
			干粉
		来苏儿 (煤酚皂溶液)	含50%煤酚

用　　途	用　　法	注　　意　　点
用于局部麻醉或神经阻滞麻醉	局部麻醉	①一般用量不超过1克/次 ②注射后1—3分钟起作用，可维持1小时左右 ③加入少量肾上腺素可延长作用时间 ④偶有过敏性休克发生，应作皮试
用于空气消毒	每100立方米用20毫升加热蒸发，消毒30分钟	
外科器械消毒	用0.1%加0.6%亚硝酸钠，浸泡器械30分钟以上	忌与肥皂水及洗涤剂合用
手消毒	用0.1%泡手5分钟	
用于饮水消毒	加入水中	①临用前新鲜配制，久放易失效 ②有褪色及腐蚀金属、衣物的作用
用于消毒厕所	喷　洒	
用于消毒食具、痰盂、便盆、灌肠器	浸　泡	
用于粪便消毒	稀便用1:5，干便用2:5	
手皮肤消毒	用2%溶液泡洗	
一般器械物品消毒	用2%溶液浸泡1—2小时	
传染病者用过的器械物品消毒	用5%溶液浸泡0.5—2小时	
病人排泄物消毒	用5—10%溶液	

（续

药物分类			名称	规格
外科用药	皮肤粘膜消毒药	创面用药	酒精（乙醇）	50%
				75%
			红汞	2—4%
			碘酊	2—2.5%
			硼酸	溶液3—4%
				软膏5%
			双氧水（过氧化氢溶液）	溶液3%
			生理盐水	溶液0.9%
			硫酸镁溶液	溶液50%
			呋喃西林	溶液0.02—0.1%
			高锰酸钾（P.P.）	溶液0.1%
				0.01—0.02%
			龙胆紫（甲紫）	溶液0.5—2%

用　　途	用　　法	注　　意　　点
用于防止褥疮及物理降温	涂擦皮肤	①可用95%酒精以蒸馏水稀释配制 ②浸泡器械过久可生锈
皮肤及器械消毒	①皮肤消毒局涂 ②手术器械浸泡0.5—1小时以上	
粘膜、皮肤及伤口的消毒	局涂	①称取红汞20—40克，加水至1000毫升 ②不可与碘酊同用
皮肤消毒	局涂	粘膜禁用
洗涤创面及粘膜面	清洗创面	配制：硼酸30—40克，加水至1000毫升，过滤，煮沸灭菌
用于灼烧、褥疮、皮肤溃疡等	局涂	
用于清洗创伤、灼伤、脓窦、溃疡等创面	清洗创面	棕色瓶中存放
用于皮肤、粘膜伤口的洗涤	清洗创面	配制：氯化钠9克，加水至1000毫升，过滤消毒
用于消炎退肿	局部湿热敷	
用于伤口消毒	清洗创面	可出现过敏反应
用于伤口洗涤	清洗	溶液应现用现配
用于洗胃	洗胃	
用于粘膜、皮肤的创面及烧伤	局涂	配制：龙胆紫5—20克，75%酒精80毫升，加水至100毫升

（续

药物分类		名称	规格
五官科用药	眼科用药	斑马牌眼药水（磺胺醋酰钠滴眼药）	支：15%10毫升、30%10毫升
		疾得宁眼药水	10% 8毫升
		氯霉素滴眼液	支：0.25%10毫升
		金霉素眼膏	支：0.5% 2克、4克
		四环素眼膏	支：0.5% 4克
		四环素可的松眼膏	支： 4克
		醋酸可的松滴眼液	瓶：0.5% 3毫升
		醋酸氢化可的松眼膏	支：0.5% 4克
	耳鼻喉科用药	氯霉素甘油滴耳液	支：0.25%10毫升
		鼻眼净	支：淡(1:2000)10毫升 浓(1:1000)10毫升
		盐酸麻黄碱滴鼻液	支： 1%10毫升
		麻黄素呋喃西林滴鼻液	支：10毫升

35)

用　　途	用　　法	注　　意　　点
沙眼、结合膜炎	滴眼，每日 4 次	
沙眼，结合膜炎	滴眼，每日 4 次	
结膜炎、角膜炎	滴眼，每日 4 次	注意失效期
结膜炎、角膜炎、沙眼	涂眼，每日 3 次	同上
结膜炎、角膜炎	涂眼，每日 3 次	
过敏性眼炎、结膜炎	涂眼，每日 3 次	避热
非溃疡性角膜炎、巩膜炎、虹膜炎、过敏性结膜炎	滴眼，每日3—4次	用时摇匀，角膜溃疡忌用
同上	涂眼，每日 3 次	角膜溃疡忌用
急性、慢性中耳炎	滴耳，每日 3 次	
收缩粘膜血管作用，用于结膜炎及鼻塞	滴眼，每日2—4次，每次1—2滴 滴鼻，每日 3 次，每次1—2滴	①儿童宜用淡的 ②一次不能滴入太多，一日使用次数亦不宜过多 ③长期使用，应在使用10日后，停止 2 —3 日，再继续使用 ④萎缩性鼻炎忌用
用于急、慢性鼻炎、鼻旁窦炎	滴鼻，每日 4 次	
用于鼻旁窦炎，慢性鼻炎	滴鼻，每日 4 次	

（续

药物分类		名称	规格
五官科用药	耳鼻喉科用药	薄荷喉症片	片　剂
		含碘喉症片	片　剂
		酚甘油滴耳液	支：10毫升　1％或2％
皮肤科用药		醋酸铅溶液	溶液：1:2000
		樟脑水	
		炉甘石洗剂	洗　剂
		万灵丹	
		安息香酸软膏	
		复方锌糊	糊　剂

用　　途	用　　法	注　　意　　点
用于喉痛及咽喉部不适	含服，每次1—2片，每日数次	
用于咽喉炎及扁桃体炎	含服，每次1—2片，每日数次	
外耳道疖、急性中耳炎，有止痛、防腐、消炎作用	滴耳，每日 3 次，每次1—2滴	儿童宜用 1 %的
有渗液的急性湿疹及接触性皮炎	冷湿敷	
皮肤搔痒症	涂患处	
有收敛、保护作用。用于红斑性和丘疹性的急性湿疹和接触性皮炎，搔痒症	用时摇匀涂于患部皮肤	本品含炉甘石、氧化锌
角质剥脱，腐蚀作用。用于鸡眼、胼胝、寻常疣	先取膏布剪一孔如鸡眼大，贴于患处保护周围皮肤，然后将药敷于鸡眼处，外面放一块玻璃纸，用绷带固定。隔五日换药一次，直至鸡眼、胼胝脱落为止	本品含水杨酸、黄丹、普鲁卡因
可使角质剥脱并有抗霉菌作用。用于体癣、脚癣、神经性皮炎、慢性湿疹	涂患处	本品含安息香酸、水杨酸
有吸收、干燥、保护作用。用于糜烂，少量渗液的急性湿疹和亚急性湿疹和皮炎	涂患处	本品含氧化锌、淀粉

（续完）

药物分类		名称	适应症	用法与剂量
抗癌药	细胞毒类（氮芥类）	氧化氮芥（癌得平）	淋巴肉瘤、肺癌、鼻咽癌、消化道癌等	50毫克溶于50%葡萄糖20毫升缓慢静脉注射，每日或隔日1次。2—3次后改为每周1次。一个疗程总量为700—1000毫克，4—6周后可行第二疗程
		噻嗜哌	乳癌、淋巴肉瘤、卵巢癌、肺癌、胃癌、膀胱癌	10毫克溶于生理盐水10毫升静脉注射或10毫克溶于2毫升，生理盐水肌注，每日1次，5日后改为隔日1次，总量为200毫克
	抗代谢类	5-氟脲嘧啶	直肠癌、胃癌、肝癌、宫颈癌、乳癌等	0.5克溶于生理盐水40毫升静脉注射，隔日1次，一疗程总量为10克，恶病质忌用
		6-巯基嘌呤	急性、慢性白血病，绒癌，恶性葡萄胎等	白血病：每日2毫克/公斤，分三次服，3—6周为一疗程。绒癌：每日6毫克/公斤，分三次服，连服10日
	抗菌素类	更生霉素（放线菌素D）	绒癌、淋巴肉瘤、恶性葡萄胎等	5—6微克/公斤/每日，10天为一疗程。连续2—3疗程，疗程间隔1—2周
		自力霉素（丝裂霉素）	胃癌、白血病、乳癌、肺癌、肝癌、宫颈癌等	每日2毫克静注，总量40—60毫克，也可动脉注射或外用敷贴
	激素类	己稀雌酚	前列腺癌（原发转移均可）	5毫克每日三次
		丙酸睾丸素	乳癌	100毫克肌注，隔2—3日一次

附二：常用中药表

分类	药名	性味	功能	主治
辛温解表药	麻黄	辛、苦温	1.发汗 2.平喘 3.利尿	1.外感风寒表实证 2.风寒外束，肺气不宣见咳喘 3.急性肾炎水肿
	桂枝	辛、甘温	1.发汗散寒 2.温经通络 3.温阳行水	1.风寒感冒 2.中寒腹痛，风寒湿痹 3.妇女瘀血阻滞，经闭腹痛及少腹痞块 4.阳气不足，小便不行，水饮上逆喘咳
	荆芥	辛、温	1.解表 2.透疹 3.炒用止血	1.风寒表证 2.麻疹不透或荨麻疹 3.吐衄，便血
	紫苏	辛、温	1.散寒解表 2.理气安胎	1.风寒表证兼胸闷呕吐 2.气滞呕吐，胎动不安
	香薷	辛、温	1.清暑解表 2.利湿行水	1.暑湿感冒，发热无汗 2.夏季腹痛吐泻及水肿
	防风	辛、甘微温	1.祛风解表止痛 2.解痉	1.外感风寒和风湿证，见头痛身痛，关节疼痛 2.破伤风，见抽搐，角弓反张
	白芷	辛、温	1.祛风止痛 2.宣通鼻窍 3.消痈肿	1.外感风寒或风湿，见头痛、头重，眉棱骨痛 2.鼻渊 3.疮疡肿痛
	藁本	辛、温	发散风寒止痛	外感风寒，见偏头痛，巅顶痛及风湿痹痛
	辛夷	辛、温	1.宣通鼻窍 2.祛风寒	1.鼻渊，见鼻塞流浊涕，头痛 2.感冒头痛

（续 1）

分类	药名	性味	功能	主治
辛凉解表药	菊花	甘、苦微温	1.散风热 2.清肝明目	1.外感风热，见头痛发热 2.风火目疾，见目赤肿痛
	蔓荆子	苦、辛微寒	散风热止头痛	风热感冒，见头痛，目赤等症
	升麻	甘、辛微寒	1.透疹 2.清热解表 3.升提中气	1.麻疹初期疹透不畅 2.胃热症，见齿痛，咽痛口舌生疮 3.脾虚中气下陷
	薄荷	辛、凉	1.散热解表 2.祛风止痛 3.宣毒透疹	1.风热表证 2.风热头痛，目赤，咽喉肿痛 3.麻疹初起及荨麻疹
	蝉蜕	咸、微甘、寒	1.发散风热 2.透疹止痉 3.明目退翳	1.风热感冒，咽喉肿痛 2.急性结膜炎，目赤肿痛或生云翳 3.破伤风 4.疹出不透或荨麻疹
	桑叶	甘、苦寒	1.疏散风热 2.清肝明目	1.风热感冒 2.急性结膜炎
	葛根	甘、辛平	1.散热解表 2.宣毒透疹 3.生津止渴	1.感冒发热，头项强痛 2.疹出不透、热病烦渴 3.冠心病心绞痛 4.急性胃肠炎、菌痢
	牛子	苦、辛寒	1.散热解表 2.宣肺透疹 3.散结解毒	1.风热感冒及温疫初起 2.麻疹未透 3.咽喉肿痛
	紫胡	苦、微寒	1.解表和里 2.疏肝解郁	1.寒热往来，胸胁苦满，心烦呕吐 2.月经不调 3.急性胆囊炎，胆石症 4.无黄胆型肝炎

（续 2）

分类	药名	性味	功能	主治
清热药	知母	苦、寒	1.清热泻火 2.滋阴降火	1.热性病邪入气分 2.阴虚火旺，见潮热、盗汗
	天花粉	甘、微酸、寒	1.清热生津 2.解毒排脓	1.热病津液受伤或糖尿病见口干唇燥，渴欲饮水 2.疮疡肿毒
	龙胆草	苦、寒	1.泻肝胆实火 2.清下焦湿热	1.肝胆实火引起的目赤肿痛、头痛、胁痛，口苦 2.尿路感染，睾丸肿痛，白带，下部湿疹
	苦参	苦、寒	1.清湿热 2.杀虫	1.痢疾，黄疸，白带，痔疮出血及皮肤湿疹瘙痒 2.阴道滴虫，煎汤外洗
	白头翁	苦、寒	清热解毒凉血止痢	1.菌痢及原虫性痢疾，热毒较重见痢下赤多白少者 2.阴道滴虫，煎水冲洗
	秦皮	苦、涩、寒	1.清湿热 2.清肝明目	1.湿热痢疾，白带 2.肝经火热上炎，见目赤肿痛生翳，煎水外洗
	射干	苦、寒	1.清热解毒利咽 2.清肺化痰	1.咽喉肿痛 2.肺热咳喘
	金银花	甘、寒	清热解毒	1.温病初起，风热表症 2.疮疡，痈疖，红肿热痛 3.外伤感染性骨髓炎
	连翘	苦、微寒	1.清热解毒 2.消痈散结	1.风热表症 2.痈肿疮疡 3.淋巴结核
	蒲公英	苦、甘寒	1.清热解毒 2.消痈散结	1.上呼吸道感染，扁桃体炎 2.急性胆道感染 3.外用治蛇虫咬伤，丹毒痈疽

（续 3）

分类	药名	性味	功能	主治
清热药	黄柏	苦、寒	1.滋阴降火 2.利湿解毒	1.阴虚发热、骨蒸盗汗 2.湿热黄疸、痢疾、白浊带下 3.痈肿疮疡、皮肤湿疹、烧伤
	黄芩	苦、寒	1.清湿热 2.泻肺火 3.凉血安胎	1.肺热咳嗽 2.湿热下痢 3.血热、胎动不安
	栀子	苦、寒	1.清热解毒 2.凉血止血	1.咳血、鼻衄、血淋、血痢 2.急性传染性黄疸型肝炎 3.四肢扭挫伤
	黄连	苦、寒	清热、止痢 泻火、解毒	1.热病吐衄 2.肠炎痢疾 3.热毒痈肿、口舌生疮、目赤睑肿 4.湿热胃痛、呕吐
	石膏	甘、辛 大寒	1.清热降火 2.止渴除烦	1.流行性乙型脑炎 2.热病烦渴
	青蒿	苦、寒	1.清热解毒 2.凉血退蒸 3.杀虫	1.夏令感冒 2.疟疾 3.急性肝炎、黄疸 4.虚热盗汗
	淡竹叶	甘、淡 凉	1.清热 2.除烦 3.利尿	1.热病烦渴，口舌生疮，尿少色黄 2.预防麻疹、中暑
	芦根	甘、寒	1.清热解毒 2.生津止渴	1.麻疹 2.肺脓疡 3.急性支气管炎
	败酱草	苦、辛 凉	1.清热解毒 2.排脓祛瘀	1.阑尾脓肿 2.结膜炎 3.肠炎痢疾

（续 4）

分类	药名	性味	功能	主治
清热药	山豆根	苦、寒	清热利咽	咽喉肿痛
	生地黄	甘、苦寒	1.清热生津 2.滋阴凉血	1.热病伤津，见口干、心烦舌绛 2.阴虚发热及血热妄行的出血症
	牡丹皮	辛、苦微寒	1.清热凉血 2.活血化瘀	1.热病邪入血分及血热妄行的出血症 2.血瘀经闭、肠痈
	赤芍药	苦微寒	1.清热凉血 2.活血祛瘀	1.血热、吐衄 2.肝火目赤肿痛 3.血热月经不调、血瘀痛经、经闭 4.跌打损伤瘀积作痛
	紫草	甘、咸寒	1.清热凉血 2.解毒透疹	1.血热毒盛，致疹出不畅或色紫黯而不红活 2.烫伤，研末用植物油调敷
	玄参	甘、苦寒	1.清热凉血 2.养阴清热 3.泻火解毒 4.软坚散结	1.温热病热入营血 2.热病伤阴，见口干、烦躁、便秘 3.热毒甚之咽痛、目赤、耳肿 4.痰火结核，累疬
	地骨皮	甘、寒	1.清肺止咳 2.退虚热	1.肺热咳嗽 2.虚劳及阴虚盗汗、骨蒸或久热不退
	犀角（亦用水牛角代）	苦、咸寒	1.清热解毒 2.凉血止血	1.温热病热入营血，热盛火炽之症 2.血热妄行的吐衄、发斑

（续 5）

分类	药名	性味	功能	主治
清热药	胡黄连	苦、寒	1.清热燥湿 2.杀虫消疳 3.除阴分热	1.湿热下痢及痔疮 2.小儿蛔虫疳积发热 3.阴虚发热
	西瓜皮	甘 微寒	清热解暑生津利尿	暑热病见发热烦渴，小便短赤
攻下润下药	大黄	苦、寒	1.泻热通便 2.破瘀	1.实热便秘，食积停滞 2.火毒所致的吐衄，结合膜充血，牙龈肿痛、烫伤、肠痈、菌痢 3.血瘀经闭、跌打损伤
	芒硝	苦、咸 大寒	1.泻火通便 2.润燥软坚	1.热结便秘 2.急性咽喉炎、扁桃体炎 3.急性阑尾炎
	火麻仁	甘、平	润肠通便	老年、病后、产后津枯血少便秘
	郁李仁	辛、苦 甘、平	1.润肠通便 2.利尿消肿	1.大便燥结不通 2.脚气水肿
	番泻叶	苦、甘 寒	泻下通便	胃肠积热，大便秘结可单用，开水泡服
逐水药	牵牛子	苦、寒 有小毒	泻下逐水	胃肠实热壅滞，大便不通及水肿腹胀，小便不利实证，近有治晚期血吸虫病腹水
	甘遂	苦、寒 有毒	泻水逐饮	水肿腹满实证及水饮积于胸胁，近有用治晚期血吸虫病
	大戟	苦、寒 有毒	1.泻水逐饮 2.消肿散结	1.水肿腹胀实证，喘满胸胁积水 2.痈疮肿毒

（续 6）

分类	药名	性味	功能	主治
逐水药	乌桕	苦微温	1.逐水消肿 2.引产	1.水肿大小便不利，晚期血吸虫病腹水及肝硬化腹水 2.取乌桕枝纳入阴道内可引产
祛风湿药	羌活	辛、苦温	1.散寒解表 2.祛风胜湿	1.风寒感冒 2.风湿痹痛
	独活	辛、苦温	1.祛风胜湿 2.散寒止痛	1.风湿痹痛 2.风湿感冒头痛
	秦艽	苦、辛平	1.祛风除湿 2.退虚热	1.风湿痹痛 2.骨蒸潮热
	木瓜	酸、温	1.舒筋活络 2.和胃化湿	1.风寒湿痹 2.暑湿吐泻
	骨碎补	苦、温	1.祛风除湿 2.强筋壮骨 3.活血止痛	1.风湿痹痛 2.跌打损伤
	桑枝	甘、苦微寒	清热祛风通络	风湿热痹，痛在四肢关节
	五加皮	辛、苦温	1.祛风湿，强筋骨 2.利尿消肿	1.风寒湿痹已久及肝肾不足所致筋骨痿软，手足拘挛等症 2.水肿，小便不利
	海桐皮	苦、平	1.祛风湿 2.杀虫	1.风湿痹痛及腰膝酸痛 2.外用治疥癣
	桑寄生	甘、微苦、平	1.补肝肾、强筋骨祛风湿 2.养血安胎	1.肝肾不足，血虚风湿，腰膝酸痛，关节不利，麻木不仁，筋骨痿软 2.胎动不安，胎漏下血

（续 7）

分类	药名	性味	功能	主治
化湿药	藿香	辛、微温、芳香	1.芳香化湿 2.和胃止呕 3.解表祛暑	1.用于湿浊内阻引起的脘腹痞满，恶心呕吐，大便溏泄，舌苔白滑 2.脾胃不和之呕吐 3.暑湿感冒
	佩兰	苦、平	1.芳香化湿 2.解暑辟浊	1.湿浊内阻，胸闷不食，呕恶、舌苔白腻 2.暑湿表证或湿温初起
	苍术	苦、辛温	1.燥湿健脾 2.祛风湿 3.发汗解表	1.湿困脾胃，见脘腹胀满食欲不振，呕吐腹泻 2.风湿痹痛，湿热下注脚膝肿痛 3.外感风寒湿邪之头痛，身痛
	砂仁	辛、温	1.理气化湿和中 2.安胎	1.脘腹胀满，呕吐腹泻食欲不振 2.胎动不安
	白豆蔻	辛、温	1.芳香化湿 2.温中止呕 3.行气化滞	1.湿温病之胸闷不食，舌苔浊腻 2.胃脾虚寒呕吐 3.脾胃气滞所致胸脘痞满不思饮食
	草果	辛、温	燥湿截疟	疟疾寒湿偏重者
理气药	大腹皮	辛微温	1.行气导滞 2.利水祛湿	1.食滞气阻之脘腹饱胀，嗳腐吞酸，大便秘结 2.水湿内停所致水肿腹胀
	广木香	辛、苦温	行气止痛	1.脾胃气滞所致的脘腹胀满食少呕吐 2.肝胆气滞所致的右上腹或两胁疼痛 3.痢疾、腹泻

（续 8）

分类	药名	性味	功能	主治
理气药	石菖蒲	辛、温	1.理气止痛 2.豁痰开窍	1.慢性胃炎、胃溃疡 2.湿痰蒙窍，神志不清 3.关节扭伤疼痛
	厚朴	辛、苦温	1.温中下气 2.化湿行滞	1.寒湿腹痛，脘腹胀满 2.肠梗阻
	枳实	苦、酸微寒	1.散结消痞 2.破气化痰	1.胃肠食积，胸满腹胀 2.产后腹痛、胀满 3.痰饮痞满
	郁金	辛、苦寒	1.行气解郁 2.活血祛瘀 3.清心凉血	1.肝郁气滞见胸腹胁肋诸痛及痛经 2.跌打损伤，积瘀疼痛 3.惊痫癫狂，痰热蒙蔽心窍
	川楝子	苦、寒有小毒	1.行气止痛 2.杀虫	1.湿热气滞见脘腹胁痛、疝气痛 2.蛔虫、蛲虫腹痛
	薤白	辛、苦温	1.通阳散结 2.行气止痛	1.寒湿痰浊停留胸中，阳气不得流通见胸背作痛短气喘咳的胸痹症 2.寒凝气滞见脘闷腹痛
	青皮	苦、辛温	1.疏肝止痛 2.破气消积	1.肝气郁滞，见胁肋胀痛，乳房胀痛及疝气痛 2.食积胀痛及气滞血瘀积聚痞块之证
理血药	蒲黄	甘、平	1.止血 2.活血	1.外伤出血（外敷）及各种内出血 2.血瘀心腹痛及产后瘀滞腹痛
	乳香	苦、辛温	活血行气止痛	瘀阻气滞的各种疼痛，如脘痛、腹痛，风湿痹痛，跌打损伤，痈肿等

（续 9）

分类	药名	性味	功能	主治
理血药	川芎	辛、温	1.活血行气 2.祛风止痛	1.月经不调 2.正偏头痛 3.风湿痹痛
	丹参	辛、苦、温	活血调经去葜生新	1.月经不调，痛经 2.血栓闭塞性脉管炎 3.早期肝硬化 4.冠心病、心绞痛
	红花	辛、温	1.活血通经 2.祛瘀止痛	1.月经不调、痛经、经闭 2.冠心病、心绞痛 3.跌打损伤
	桃仁	苦、甘、平	1.活血散瘀 2.润燥滑肠	1.痛经、血滞经闭、产后恶露不尽 2.跌打损伤 3.津枯便秘
	延胡索	苦、微辛、温	1.活血散瘀 2.行气止痛	1.月经不调、痛经 2.慢性胃炎、溃疡病 3.跌打损伤
	没药	苦、平	活血祛瘀消肿定痛	疮疡肿痛，跌打瘀痛，经闭，症瘕，气滞血瘀致的心痛
	三棱	苦、平	1.破血行气止痛 2.消积散结	1.血滞经闭，症瘕积聚 2.食积饱胀气滞，腹痛较甚之症
	莪术	辛、苦、温	1.破血行气止痛 2.消积散结	1.血滞经闭腹痛及症瘕等症 2.饮食积滞，脘腹满闷
	泽兰	苦、辛、微温	1.活血通络 2.行水	1.瘀血所致的经闭、经痛及产后瘀滞腹痛 2.跌打瘀肿及痈肿疮毒

（续 10）

分类	药名	性味	功能	主治
理血药	苏木	甘、咸 平	活血祛瘀消肿止痛	产后瘀阻腹痛，血滞经闭，跌打损伤，瘀滞肿痛
	穿山甲	咸 微寒	1.活血通经 2.消肿溃脓 3.下乳	1.经闭、痛经、风湿痹痛 2.痈疽肿毒 3.产后乳汁不下
	地鳖虫	咸、寒	活血破瘀	1.妇女血瘀经闭 2.肝脾肿大，胁肋胀痛 3.跌打损伤、骨折
	瓦楞子	甘、咸 平	1.活血消瘀 2.制酸止痛	1.气滞血瘀及痰积见症瘕痞块 2.胃脘疼痛日久，瘀血阻滞而兼吐酸者
止咳化痰药	天南星	辛、苦 温 有小毒	1.燥湿化痰 2.祛风解痉 3.消肿、止痛、止血	1.湿痰咳嗽，气喘、痰多胸闷 2.风痰所致眩晕，面瘫、中风、癫痫及破伤风 3.外用治痈肿、毒蛇咬伤出血
	前胡	苦、辛 微寒	清热化痰疏散风热	外感风热，咳嗽、痰黄稠
	贝母	苦、寒	1.化痰止咳 2.清热解毒、散结	1.肺热咳嗽及阴虚咳嗽 2.瘰疬、热毒痈肿
	瓜蒌	甘　寒	1.清热化痰 2.理气宽胸 3.润肠通便 4.散结消肿	1.痰热咳嗽，咯痰黄稠 2.胸闷、胸痛 3.大便燥结 4.乳腺炎
	白果	甘、苦 平 有毒	1.平喘化痰 2.收涩止带	1.气喘、咳嗽、痰鸣 2.白带过多

（续 11）

分类	药名	性味	功能	主治
止咳化痰药	海藻	咸、寒	化痰软坚	淋巴结核，甲状腺肿、甲亢、睾丸肿痛
	昆布	咸、寒	化痰软坚	同海藻
	枇杷叶	苦，平	1.化痰止咳 2.和胃降气	1.支气管炎 2.胃热呕吐
	杏仁	苦、温	1.止咳平喘 2.润肠通便	1.咳嗽痰多，气喘 2.肠燥便秘
	半夏	辛、温有毒	1.燥湿化痰 2.降逆止呕	1.气管炎 2.神经性呕吐
	桔梗	苦、辛微温	1.宣肺止咳 2.祛痰排脓	1.咳嗽痰多 2.咽喉肿痛 3.肺脓疡
	款冬花	辛、甘温	1.润肺化痰 2.止咳平喘	久咳气喘
	紫苑	苦、温	润肺止咳	1.慢性气管炎 2.肺结核咳嗽
温里祛寒药	附子	辛、大热、有毒	1.回阳救逆 2.温肾壮阳 3.散寒止痛	1.虚脱汗出，肢冷脉微 2.慢性肾炎、肾盂肾炎 3.风寒湿痹 4.胃寒腹痛
	干姜	辛、温	1.回阳通脉 2.温中祛寒	1.呕吐腹泻，肢冷脉微 2.脾虚泄泻 3.胃寒呕吐 4.十二指肠球部溃疡
	肉桂	辛、甘大热	1.温肾化阳 2.祛寒止痛	1.肾虚喘咳，尿频、遗尿，肢冷、便溏，水肿 2.虚寒胃痛、腹痛及妇女血虚痛经

（续 12）

分类	药名	性味	功能	主治
温里祛寒药	吴茱萸	辛、苦 温	1.温中散寒 2.降逆止呕	1.胃寒冷痛 2.胃寒气逆，呕吐清水，吞酸
	高良姜	辛、温	温中止痛	脾胃寒证，脘腹疼痛、呕吐、泄泻、消化不良
	小茴香	辛、温	祛寒理气止痛	小腹寒痛、疝气痛
	丁香	辛、温	温中降逆	寒性脘腹疼痛、呃逆、呕吐、泄泻
利水渗湿药	猪苓	甘 微寒	利水渗湿	小便不利、水肿、淋浊、带下
	泽泻	甘、寒	利水渗湿、清热	小便不利、水肿、腹泻、淋浊
	滑石	甘、寒	1.清热解暑 2.清热利湿	1.外感暑热，发热、烦渴 2.膀胱湿热，尿赤、尿痛
	薏苡仁	甘、淡 微寒	1.利水渗湿 2.健脾化湿 3.祛风湿 4.清热排脓	1.水肿、小便不利 2.脾虚夹湿的泄泻 3.风湿痹痛 4.肺脓疡、阑尾炎
	瞿麦	苦寒	1.清热利湿 2.活血通经	1.膀胱湿热，小便不利、尿赤、尿痛、尿血 2.妇女经闭
	萹蓄	苦、平	1.利湿浊 2.祛风湿	1.小便混浊、白带 2.风湿痹痛
驱虫消积药	神曲	甘、辛 温	1.消食和胃 2.健脾止泻	1.饮食积滞，消化不良 2.脾虚泄泻
	鸡内金	甘、平	1.消食化积 2.化石通淋	1.食积，消化不良，小儿疳积 2.尿路结石

（续 13）

分类	药名	性味	功能	主治
驱虫消积药	鸦胆子	苦、寒	1.解毒杀虫 2.截疟 3.腐蚀	1.阿米巴痢疾 2.疟疾 3.外用治赘疣、鸡眼
	莱菔子	辛、甘、平	1.行气消食 2.降气化痰	1.饮食积滞，脘腹胀闷，嗳气吞酸，腹痛腹泻 2.咳嗽、气喘、痰多
	麦芽	甘、平	1.消食 2.回乳	1.消化不良，食积、乳积 2.产后断乳，麦芽2两煎水服连服2—3天
补气药	白术	甘、苦、温	1.健脾燥湿 2.和中安胎	1.脾虚食少，消化不良，慢性腹泻 2.水肿 3.耳源性眩晕 4.胎动不安
	山药	甘、平	1.健脾止泻 2.补肺益肾	1.脾虚泄泻 2.肺虚久咳 3.糖尿病
	甘草	甘平	1.清热解毒 2.调和诸药 3.益气健脾	1.胃、十二指肠溃疡 2.心悸、脉结代（早期搏动） 3.误食毒物 4.疮疡肿痛
	黄芪	甘、微温	1.补气固表 2.托毒生肌	1.脾胃气虚下陷引起的崩漏，脱肛，子宫下垂，肾下垂，胃下垂 2.体虚自汗 3.血小板减少性紫癜 4.慢性溃疡，疮口久不愈合
	扁豆	甘、苦微温	健脾化湿	脾虚泄泻，妇女白带，暑湿泄泻

（续 14）

分类	药名	性味	功能	主治
补血药	阿胶	甘、平	1.补血止血 2.滋阴润燥	1.血虚及吐血、咯血、便血、尿血、妇女崩漏 2.热病伤阴，阴虚火旺，见心烦、失眠、痉挛、抽搐
	枸杞子	甘、平	补肝肾、养血明目	肝肾阴虚及血虚所致的腰酸、耳鸣、头晕、目眩等症
	白芍	苦、酸微寒	1.养血调经 2.缓急止痛 3.平肝柔肝	1.血虚及妇女月经不调，崩漏带下 2.肝气不舒所致的胸胁痛脘腹痛及手足挛急 3.肝阳上亢的头痛、眩晕
	熟地黄	甘微温	1.补血调经 2.滋阴补肾	1.月经不调 2.肾虚头晕耳鸣，腰膝酸软，遗精
	当归	甘、辛温	1.补血调经 2.活血止痛 3.润燥滑肠	1.月经不调，痛经、经闭 2.跌打损伤 3.贫血 4.津枯便秘
补阴药	沙参	甘、苦微寒	1.养阴清肺 2.养胃生津	1.肺阴不足，见潮热、久咳、干咳或咯痰不爽 2.胃阴不足所致的口燥、咽干、舌红绛
	百合	甘、淡微寒	1.养阴润肺 2.清心安神	1.肺阴不足，潮热、咳嗽痰中带血 2.热病后虚烦不眠、心悸神志恍惚
	玉竹	甘、平	养阴生津	肺胃阴虚，见干咳少痰、口干咽燥

（续 15）

分类	药名	性味	功能	主治
补阴药	石斛	甘、淡微寒	1.清热生津 2.滋阴养胃	1.热病伤津，见口干，舌红少苔 2.胃阴不足，饮食不香、干呕、舌光少苔
	女贞子	甘、苦平	补肝肾	肝肾阴虚所致的目眩、耳鸣、腰酸、遗精等
	龟板	咸、甘寒	1.滋阴潜阳 2.固经止血	1.肾阴不足，虚阳偏亢，见久咳、潮热、盗汗、遗精、腰膝无力 2.妇女阴虚、血热所致的崩漏
	鳖甲	咸、寒	1.滋阴潜阳 2.软坚散结	1.阴虚发热，见潮热、盗汗 2.肝脾肿大
补阳药	杜仲	甘、微辛，温	1.补肝肾，强筋骨 2.安胎	1.腰痛、下肢无力、眩晕阳痿、早泄 2.妊娠下血，胎动不安
	续断	苦微温	1.补肝肾、强筋骨 2.止血安胎	1.肝肾不足之腰膝酸痛，风湿痹痛及跌打损伤 2.妇女崩漏及妊娠下血
	补骨脂	辛、苦温	补肾阳	阳痿、遗尿，脾肾阳阴的慢性泄泻
	肉苁蓉	甘、咸酸、温	1.补肾阳 2.润肠通便	1.阳痿、遗精、下肢无力 2.老年或久病肠燥便秘
	巴吉天	辛、甘微温	补肾阳，壮筋骨	肾阳虚弱，见阳痿、早泄妇女小腹冷痛，老年腰背酸痛
	菟丝子	甘、辛平	补肝肾	肝肾不足所致的腰膝酸痛阳痿、遗精、遗尿

（续 16）

分类	药　名	性　味	功　　能	主　　治
补阳药	益智仁	辛、温	1.补肾固精 2.温脾止泻	1.肾虚遗精、遗尿、尿浊 2.脾阳虚弱的腹泻
收涩药	山萸肉	酸、涩微温	1.补肝肾、涩精 2.止汗	1.腰酸、遗精、头晕、尿频及月经过多 2.体虚自汗、盗汗
	五味子	酸、温	1.敛肺止咳 2.涩精止泻 3.生津止汗	1.肺肾气虚的咳嗽、气喘 2.遗精、遗尿、久泻不止 3.自汗、盗汗
	芡　实	甘、涩平	1.健脾止泻 2.涩精止带	1.脾虚久泻 2.遗精、白带过多
	莲　肉	甘、涩平	健脾止泻、涩精	久痢、久泻，遗精，白带
	复盆子	甘、酸微温	补肾涩精缩尿	肝肾不足，见遗尿、尿频遗精、早泄
	诃　子	苦、酸涩，温	1.涩肠止泻 2.敛肺止咳	1.久泻、久痢、脱肛 2.久咳及声音嘶哑
	肉豆蔻	辛、温	温中涩肠止泻	脾胃虚寒，见脘腹疼痛，久泻、久痢
	乌贼骨	咸微温	1.制酸止痛 2.止血止带 3.收涩	1.胃及十二指肠溃疡，胃酸过多 2.溃疡病吐血、便血及妇女崩漏、白带 3.外用治皮肤湿疹渗液较多者

（续 17）

分类	药名	性味	功能	主治
养心安神药	酸枣仁	甘、酸平	1.养心安神 2.敛汗	1.神经衰弱，心悸 2.盗汗
	柏子仁	甘、平	1.养心安神 2.润肠通便	1.心悸、失眠 2.大便秘结
	远志	辛、苦温	1.益智安神 2.祛痰止咳	1.神经衰弱，心悸、失眠 2.支气管炎
	朱砂	甘、微寒，有毒	1.镇心安神 2.解毒	1.心悸、失眠、狂躁及癫痫 2.外用治疮疡肿毒，咽肿痛，口舌生疮
	磁石	辛、寒	1.镇心安神 2.平肝潜阳 3.镇纳肾气	1.心悸、失眠、狂躁及癫痫 2.肝阳上亢，见头晕、目眩、耳鸣、耳聋 3.肾虚气喘
	龙骨	甘、涩平	1.镇心安神 2.平肝潜阳 3.收敛固涩	1.烦躁、失眠、心悸 2.肝阳上亢，见头晕、目眩 3.遗精、遗尿，自汗、盗汗，白带、崩漏
平肝熄风药	牡蛎	咸、涩寒	1.平肝潜阳 2.涩精止汗 3.软坚散结 4.制酸	1.肝阳上亢，见头晕、头痛、目眩、失眠 2.遗精、自汗 3.瘰疬 4.胃酸过多
	石决明	咸微寒	1.平肝潜阳 2.清肝明目	1.肝阳上亢所致的头痛、头晕 2.青盲内障，视物模糊
	代赭石	苦　寒	1.平肝潜阳 2.镇逆止血	1.肝阳上亢，见头晕、目眩等症 2.胃气上逆，嗳气、呕吐呃逆

（续 18）

分类	药名	性味	功能	主治
平肝熄风药	全蝎	甘、辛，平，有毒	1.熄风止痉 2.止痛	1.急慢性惊风，破伤风及各种抽搐、惊厥 2.风湿痹痛，偏正头痛
	蜈蚣	辛、温	1.熄风止痉 2.止痛 3.解毒	1.急慢性惊风，破伤风及各种抽搐 2.风湿痹痛 3.瘰疬及毒蛇咬伤
	钩藤	苦，微寒	1.清热平肝 2.熄风止痉	1.神经性头痛 2.高血压病 3.小儿夜啼
	僵蚕	辛、咸，平	熄风止痉	小儿惊风
	地龙	咸、寒	1.清热熄风 2.平喘利尿	1.高热抽搐 2.高血压病 3.支气管哮喘 4.尿路感染 5.下肢溃疡，烧烫伤
外用药	硫黄	酸、温，有毒	杀虫	外用治疗疥癣等皮肤病
	雄黄	辛、温，有毒	解毒、杀虫	外用治疗疮疡疥癣及蛇虫咬伤
	蛇床子	辛、苦，温	1.杀虫止痒 2.补肾阳	1.滴虫性阴道炎，瘙痒性皮肤病，煎水坐浴或外洗 2.阳痿，不孕症，配补肾药煎服
	炉甘石	甘、平	1.明目去翳 2.祛湿生肌	1.目生翳障，眼结膜炎，睑缘炎 2.子宫颈糜烂 3.皮肤瘙痒症，湿疹

（续 19）

分类	药名	性味	功能	主治
外用药	硼砂	甘、咸凉	清热消炎	1.咽喉炎、口腔炎 2.中耳炎 3.汗斑
	冰片	辛、苦微寒	1.清热开窍 2.止痛止痒	1.咽喉肿痛、口腔炎、结膜炎、湿疹、疮疡 2.热病昏迷、抽搐 3.痱子
	青黛	咸、寒	1.清热凉血 2.解毒消肿	1.腮腺炎 2.皮肤湿疹

附三：方剂索引

一 画

1. 一贯煎：北沙参 麦冬 生地 当归 枸杞子 川楝子

二 画

2. 二陈汤：陈皮 半夏 茯苓 甘草

3. 十枣汤：芫花 大戟 甘遂 大枣

4. 十全大补汤：熟地 白芍 当归 川芎 党参 白术 茯苓 炙甘草 黄芪 肉桂

5. 八正散：车前子 木通 瞿麦 扁蓄 滑石 甘草梢 栀子 大黄

6. 八珍汤：熟地 白芍 当归 川芎 党参 白术 茯苓 炙甘草

7. 人参养营汤：熟地 白芍 当归 党参 白术 茯苓 炙甘草 黄芪 肉桂 五味子 远志 陈皮 生姜 大枣

8. 人参五味子汤：人参 茯苓 白术 麦冬 五味子 炙甘草 生姜 大枣

9. 七味白术散：党参 白术 茯苓 炙甘草 葛根 藿香

10. 七味都气丸：地黄 山萸肉 山药 茯苓 丹皮 泽泻 五味子

11. 三甲复脉汤：阿胶 地黄 麦冬 白芍 炙甘草 牡蛎 麻仁 鳖甲

三　画

12. 三甲复脉汤：二甲复脉汤加龟板

13. 三拗汤：麻黄　杏仁　甘草

14. 三仁汤：杏仁　白蔻仁　薏仁　厚朴　半夏　通草　滑石　竹叶

15. 大柴胡汤：柴胡　黄芩　半夏　枳实　白芍　大黄　生姜　大枣

16. 小柴胡汤：柴胡　黄芩　半夏　人参　甘草　生姜　大枣

17. 小儿回春丹：麝香　辰砂　西牛黄　竺黄　胆星　蒙石　钩藤　制半夏　川贝　菖蒲　黄连　胡连　珠粉　薄荷

18. 小半夏加茯苓汤：半夏　生姜　茯苓

四　画

19. 六一散：滑石　甘草

20. 六味地黄丸(汤)：地黄　山药　山萸肉　丹皮　泽泻　茯苓

21. 六神丸：犀黄　蟾酥　麝香　珍珠　雄黄　冰片

22. 双柏散：黄柏　侧柏　大黄　薄荷　泽兰

23. 五味消毒饮：金银花　野菊花　蒲公英　紫花地丁　紫背天葵

24. 五苓散：猪苓　茯苓　泽泻　白术　桂枝

25. 五皮饮：茯苓皮　大腹皮　陈皮　生姜皮　桑白皮

26. 五虎追风散：南星　天麻　蝉蜕　全蝎　僵蚕

27. 天麻钩藤饮：天麻　钩藤　生石决　山栀　黄芩　牛膝　杜仲　益母草　茯神　桑寄生　夜交藤

28. 天仙藤散：天仙藤　白芷　羌活　片姜黄　半夏　生姜　白术

29. 止痉散：全蝎　蜈蚣

30. 止嗽散：桔梗　荆芥　紫苑　百部　白前　陈皮　甘草

31. 化瘀汤：当归　赤芍　丹皮　桃仁　红花　丹参　山甲　白术　泽泻　青皮　牡蛎

32. 止带方：猪苓　茯苓　车前子　泽泻　茵陈　赤芍　丹皮　黄柏　栀子　牛膝

33. 少腹逐瘀汤：小茴香　干姜　延胡索　没药　当归　川芎　肉桂　赤芍　蒲黄　五灵脂

34. 乌梅驱虫汤：乌梅　苦楝根皮　使君子　槟榔　柴胡　白芍　木香

五　画

35. 玉真散：防风　南星　白芷　天麻　羌活　白附子

36. 玉枢丹：麝香　冰片　雄黄　山慈姑　五倍子　大戟　续随子

37. 左金丸：黄连　吴茱萸

38. 左归丸：生地　山药　山萸肉　菟丝子　枸杞子　牛膝　鹿角胶　龟板胶

39. 右归丸：熟地　山药　山萸肉　菟丝子　枸杞子　杜仲　附子　肉桂　当归　鹿角胶

40. 平胃散：苍术　厚朴　陈皮　甘草　生姜　大枣

41. 龙胆泻肝汤：龙胆草　黄芩　栀子　泽泻　木通　车前子　当归　柴胡　生地　甘草

42. 石膏知母汤(白虎汤)：石膏　知母　粳米　甘草

43. 石膏知母人参汤(白虎加人参汤)：石膏　知母　粳米　甘草　人参

44. 石苇散：石苇　冬葵子　瞿麦　滑石　车前子

45. 四妙勇安汤：玄参　当归　银花　甘草

46. 四物汤：熟地　白芍　当归　川芎

47. 四物消风散：生地　当归　荆芥　防风　赤芍　川芎　白蒺藜皮　蝉衣　薄荷　独活　柴胡　大枣

48. 归脾汤：党参　黄芪　白术　茯神　酸枣仁　桂圆肉　木香　炙甘草　当归　远志　生姜　大枣

49. 白头翁汤：白头翁　秦皮　黄皮　黄柏

50. 生脉散：人参　麦冬　五味子

51. 失笑散：五灵脂　蒲黄

52. 瓜蒌薤白半夏汤：瓜蒌　薤白　白酒　半夏

53. 瓜蒌牛蒡汤：瓜蒌　牛蒡子　天花粉　黄芩　陈皮　生栀子　连翘　皂角刺　银花　青皮　柴胡　生甘草

54. 甘麦大枣汤：炙甘草　浮小麦　大枣

55. 甘露消毒丹：滑石　茵陈　黄芩　石菖蒲　川贝　木通　藿香　射干　连翘　薄荷　白蔻仁

56. 加减鳖甲煎丸：鳖甲　柴胡　桂枝　厚朴　半夏　丹参　首乌　川芎　赤芍　蜚虫　丹皮　马鞭草

六　画

57. 安宫牛黄丸：牛黄　郁金　犀角　黄连　朱砂　冰片　珍珠　山栀　雄黄　黄芩　麝香

58. 导赤散：生地　木通　甘草梢　竹叶

59. 至宝丹：犀角　玳瑁　琥珀　朱砂　雄黄　冰片　牛黄　麝香　安息香

60. 百合固金汤：生地　熟地　麦冬　贝母　百合　当归　芍药　甘草　玄参　桔梗

61. 全生白术散：白术　茯苓皮　陈皮　生姜皮　大腹皮

62. 冰硼散：冰片　硼砂　麝香　玄明粉

63. 冰麝散：冰片　硼砂　麝香　玄明粉　明矾　鹿角霜　黄连　黄柏　甘草

64. 红藤煎：红藤　大黄　丹皮　乳香　没药　延胡索　银花　连翘　地丁　甘草

65. 当归补血汤：黄芪　当归

66. 竹叶泻经汤：大黄　黄连　黄芩　栀子　竹叶　柴胡　草决明　升麻　羌活　茯苓　泽泻　车前子　炙甘草

67. 竹叶石膏汤：竹叶　石膏　麦冬　人参　半夏　粳米　甘草

七　画

68. 补阳还五汤：当归尾　川芎　桃仁　地龙　赤芍　红花　黄芪

69. 补中益气汤：黄芪　炙甘草　党参　当归　陈皮　升麻　柴胡　白术

70. 沙参麦冬汤：沙参　麦冬　生扁豆　玉竹　桑叶　花粉　甘草

71. 苍耳子散：苍耳子　辛夷　薄荷　白芷　葱白　细茶叶

72. 辛夷散：辛夷　白芷　升麻　木通　藁本　防风　川芎　细辛　甘草　细茶叶

73. 苇茎汤：苇茎　桃仁　冬瓜仁　苡仁

74. 杞菊地黄丸(汤)：枸杞子　菊花　熟地　淮山药　山萸肉　泽泻　丹皮　茯苓

75. 寿胎丸：吐丝子　阿胶　桑寄生　续断

76. 附子理中丸(汤)：附子　党参　白术　干姜　甘草

77. 何人饮：何首乌　人参　当归　陈皮　生姜

八 画

78. 实脾饮：附子 干姜 白术 甘草 厚朴 木香 草果 大腹皮 木瓜 生姜 大枣 茯苓

79. 定喘汤：白果 麻黄 桑白皮 款冬花 半夏 苏子 杏仁 黄芩 甘草

80. 泻白散：桑白皮 地骨皮 甘草 粳米

81. 肾气丸：地黄 山药 山萸肉 泽泻 茯苓 丹皮 桂枝 附子

82. 参附汤：人参 附子

83. 参附龙牡汤：人参 附子 龙骨 牡蛎

84. 参苓白术散：人参 茯苓 白术 桔梗 山药 甘草 白扁豆 莲肉 砂仁 苡仁(一方有陈皮或加大枣)

85. 知柏地黄丸(汤)：知母 黄柏 地黄 山药 山萸肉 泽泻 茯苓 丹皮

86. 和营止痛汤：赤芍 归尾 川芎 苏子 陈皮 乳香 没药 桃仁 续断 乌药 木通 甘草

87. 肥儿丸：党参 白术 茯苓 甘草 陈皮 青皮 山药 莲子 当归 川芎 使君肉 神曲

九 画

88. 宣痹汤：防己 杏仁 连翘 滑石 苡仁 半夏 蚕沙 赤小豆

89. 宣毒发表汤：荆芥 防风 升麻 葛根 薄荷 木通 连翘 竹叶 甘草 牛子 杏仁 前胡 枳壳 桔梗

90. 养脏汤：诃子 罂粟壳 肉豆叩 当归 白术 白芍 人参

木香　肉桂　甘草

91. 茵陈蒿汤：茵陈　山栀　大黄

92. 牵正散：白附子　僵蚕　全蝎

93. 胃苓汤：苍术　厚朴　陈皮　甘草　生姜　大枣　桂枝　白术　泽泻　茯苓　猪苓

94. 养阴生肌散：煅石膏　雄黄　黄柏　蒲黄　青黛　龙胆草　薄荷　甘草　儿茶　冰片

95. 养阴清肺汤：玄参　生地　麦冬　白芍　贝母　丹皮　薄荷　甘草

96. 香连丸：木香　黄连

97. 香苏饮：香附　紫苏　陈皮　甘草

98. 香附旋复花汤：茯苓　苡仁　半夏　陈皮　苏子霜　香附　旋复花

99. 复脉汤：炙甘草　党参　生地　桂枝　麦冬　火麻仁　阿胶　大枣　生姜　白酒

100. 复方大承气汤：大黄　芒硝　厚朴　枳壳　桃仁　赤芍　莱菔子

101. 举元煎：党参　黄芪　白术　升麻　甘草

102. 保和丸：六曲　山楂　茯苓　半夏　陈皮　连翘　莱菔子

103. 保阴煎：生地　熟地　黄芩　黄柏　白芍　续断　山药　甘草

104. 独活寄生汤：独活　桑寄生　秦艽　防风　细辛　当归　芍药　川芎　地黄　杜仲　牛膝　人参　茯苓　炙甘草　桂心

105. 独参汤：人参

106. 活血止痛汤：当归　川芎　赤芍　红花　三七　地鳖　苏木　落得打　乳香　没药　陈皮　紫荆藤　酒

107. 荆防败毒散：荆芥　防风　羌活　独活　柴胡　前胡　川芎

枳壳　人参　茯苓　桔梗　甘草

108. 荆芩四物汤：地黄　芍药　当归　川芎　荆芥　黄芩

109. 胆道排石汤：茵陈　金钱草　郁金大黄　枳壳　木香

十　画

110. 消疮饮(仙方治命饮)：穿山甲　白芷　天花粉　银花　浙贝母　防风　没药　乳香　甘草　皂角刺　当归尾　赤芍　陈皮

111. 透脓散：黄芪　穿山甲　川芎　当归　皂角刺

112. 桑菊饮：桑叶　菊花　连翘　薄荷　桔梗　杏仁　芦根　甘草

113. 桔梗汤：桔梗　甘草

114. 柴胡疏肝散：柴胡　枳壳　芍药　甘草　香附　川芎　陈皮

115. 柴芍六君汤：柴胡　白芍　党参　白术　茯苓　半夏　陈皮　甘草　生姜　大枣

116. 逍遥散：柴胡　白术　白芍　当归　茯苓　甘草　薄荷　生姜

117. 桃红四物汤：桃仁　红花　地黄　芍药　当归　川芎

118. 射干麻黄汤：射干　麻黄　细辛　紫菀　款冬花　半夏　五味子

119. 凉血地黄汤：生地　当归　赤芍　黄芩　地榆　槐花

120. 健脾化痰汤(六君子汤)：人参　白术　茯苓　甘草　半夏　陈皮

121. 健脾益气汤(四君子汤)：人参　白术　茯苓　甘草

122. 健脾和胃汤(香砂六君子汤)：人参　白术　茯苓　甘草　半夏　陈皮　木香　砂仁

十一画

123. 麻子仁丸：火麻仁　芍药　枳实　大黄　厚朴　杏仁

124. 麻杏石甘汤：麻黄　杏仁　石膏　甘草

125. 清营汤：犀角　生地　玄参　竹叶心　银花　连翘　黄连　丹

参　麦冬

126. 清燥救肺汤：桑叶　石膏　杏仁　甘草　麦冬　人参　阿胶　胡麻仁　枇杷叶

127. 清瘴汤：青蒿　柴胡　茯苓　知母　陈皮　半夏　黄芩　黄连　枳实　常山　竹茹　益元散

128. 清瘟败毒饮：石膏　生地　犀角　黄连　栀子　桔梗　黄芩　知母　赤芍　玄参　连翘　甘草　丹皮　竹叶

129. 清暑益气汤：西洋参　石斛　麦冬　黄连　竹叶　荷梗　甘草　知母　粳米　西瓜　翠衣

130. 清肠饮：当归　地榆　苡仁　黄芩　银花　甘草

131. 清胃散：丹皮　生地　黄连　升麻　当归

132. 清胰汤：柴胡　黄芩　胡黄连　白芍　延胡索　木香　生大黄　芒硝

133. 清胆行气汤：柴胡　黄芩　半夏　白芍　延胡索　郁金　木香　香附　枳壳　大黄

134. 清热固经汤：黄芩　栀子　地骨皮　生地　龟板　藕节　地榆　牡蛎　陈棕炭

135. 清热泻脾散：石膏　栀子　黄连　黄芩　生地　赤芩　灯芯

136. 清上温下汤：黄连　蛤粉　白蓬须　龙齿　磁石　西洋参　附子　补骨脂　复盆子　吐丝子　桑螵蛸　缩泉丸

137. 羚角钩藤汤：羚羊角　桑叶　川贝　鲜生地　钩藤　菊花　白芍　甘草　茯神　竹茹

138. 黄连解毒汤：黄连　黄柏　黄芩　栀子

139. 黄芩滑石汤：黄芩　滑石　通草　茯苓　猪苓　大腹皮　白蔻仁

140. 黄芪建中汤：黄芪　桂枝　白芍　甘草　生姜　大枣　饴糖

141. 猪苓汤：猪苓　茯苓　泽泻　滑石　阿胶

142. 薏苡渗湿汤：薏苡　苡仁　黄柏　赤苓　丹皮　泽泻　滑石　通草

143. 银花解毒汤：银花　紫花地丁　丹皮　赤苓　连翘　川连　夏枯草

144. 银翘散：银花　连翘　豆豉　牛蒡　薄荷　荆芥　桔梗　生甘草　竹叶　鲜芦根

145. 菖蒲郁金汤：石菖蒲　郁金　炒山栀　连翘　菊花　滑石　竹叶　丹皮　牛蒡子　姜汁　竹沥

十二画

146. 普济消毒饮：黄芩　中蒡子　玄参　桔梗　黄连　柴胡　僵蚕　板兰根　连翘　甘草　陈皮　升麻　薄荷　马勃

147. 温经汤：阿胶　当归　芍药　麦冬　川芎　丹皮　吴萸　桂枝　生姜　半夏　人参　甘草

148. 温脾汤：附子　人参　大黄　干姜　甘草

149. 温阳利水汤(真武汤)：附子　白术　白芍　茯苓　生姜

150. 葛根黄芩黄连汤：葛根　黄连　黄芩　甘草

151. 犀角地黄汤：犀角　生地　丹皮　赤芍

152. 犀角散：犀角　黄连　升麻　山栀　茵陈

153. 越婢加术汤：麻黄　石膏　甘草　生姜　大枣　白术

154. 紫雪丹：滑石　石膏　寒水石　磁石　羚羊角　青木香　犀角　沉香　丁香　升麻　玄参　甘草　芒硝　硝石　朱砂　麝香　黄金

155. 紫草红花饮：紫草根　西红花　连翘　银花　黄连　浙贝　枇杷叶　板兰根　竹叶　木通　甘草

156. 疏肝清胃丸：夏枯草　银花　连翘　蒲公英　漏芦　桔叶　菊

花　川贝　紫花地丁　山慈菇　白芷　瓜蒌仁　乳香　陈皮　茜草　两头尖

157. 葱豉汤：葱白　豆豉

158. 葶苈大枣泻肺汤：葶苈　大枣

159. 舒筋活血汤：归身　川芎　桃仁　红花　大黄　枳壳　木通　大腹皮　延胡索　青皮　续断

160. 猴枣散：猴枣　羚羊角　麝香　月石　沉香　川贝　青礞石　天竺黄

十三画

161. 肠粘连缓解汤：番泻叶　芒硝　厚朴　莱菔子　木香　乌药　桃仁　赤芍

162. 锡类散：西牛黄　冰片　珍珠　人指甲　象牙屑　青黛　壁虎

十四画

163. 膈下逐瘀汤：五灵脂　当归　川芎　桃仁　丹皮　赤芍　乌药　延胡索　甘草　香附　红花　枳壳

十五画以上

164. 增液汤：玄参　麦冬　生地

165. 撮风散：全蝎　僵蚕　蜈蚣　钩藤　朱砂　竹沥

166. 藿香正气散：藿香　大腹皮　白芷　茯苓　苏叶　陈皮　白术　厚朴　桔梗　法夏　炙甘草

167. 藿胆丸：藿香　猪胆

168. 蠲痹汤：羌活　独活　桂心　秦艽　当归　川芎　甘草　海风藤　桑枝　乳香　木香

附四：临床化验的正常值

下面各表的临床化验数字是参考国内所介绍的数字与我们在实际工作中的体会而订出，由于影响正常值的因素很多，例如饮食、气候、精神因素以及化验中的试剂，操作技术误差和每个人的个体差异等，因此不能只根据报告数字判断疾病，“**看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。**”我们必须结合症状和体征加以综合分析，作出正确的判断。下列各表所列数值仅供临床参考。

一、血　　液

检　验　项　目	正　常　值
血红蛋白	14～16克%(男) 12～14克%(女)
红细胞	450～550万/立方毫米(男) 400～500万/立方毫米(女)
白细胞	5,000～10,000/立方毫米
白细胞分类：	
嗜中性多核细胞	55～70%
淋巴细胞	20～30%
大单核细胞	3～8%
嗜酸性多核细胞	1～3%
嗜碱性多核细胞	0～1%
血小板(直接法)	15～25万/立方毫米
(间接法)	20～40万/立方毫米
网织红细胞	0.5～1.5%
红细胞沉降率	
长管法	＜20毫米/1小时
短管法	＜12毫米/1小时
出血时间	1～3分
凝血时间(玻片法)	2～5分
(毛细管法)	2～5分
血块收缩时间	18～24小时(30～60分开始)

二、尿　　液

检　验　项　目	正　常　值	
蛋　白	阴性或±（极微量）	
糖	阴　性	
比　重	1.010～1.025	
尿沉渣计数	12小时尿有形成份	3小时尿有形成份
管　型	＜5000/12小时	0/时
红细胞	＜50万/12小时	＜1万/时
白细胞与上皮细胞	＜100万/12小时	＜10万/时
淀粉酶	40～110还原法单位	

三、粪　　便

检　验　项　目	正　常　值
植物性残渣	少量，若大量提示消化不良
脂　肪	少量，若大量称为脂肪性腹泻
白细胞	少量，若大量提示有肠道感染或溃疡
红细胞	无，若大量则提示有出血或炎症
隐血试验	阴　性
粪胆素元	30～220毫克/100克，40～280毫克/24小时

四、肝脏功能试验

检验项目	标本	检验所需血量（毫升）	正常值
黄疸指数(I.I.)	血清	1.0	4～6单位
凡登白氏反应(V.D.B.)	血清	2.0	阴性(直接阴性，间接弱阳性)
脑磷脂胆固醇絮状反应(CC.F.T.)	血清	3.0	阴性，不超过(+)
麝香草酚浊度试验(T.T.T.)	血清		5单位以下
麝香草酚絮状试验(T.F.T.)	血清		阴性，不超过(+)
硫酸锌浊度反应(Zn.T.T)	血清		2～12单位
谷氨酸丙酮酸转氨酶(G.P.T.)	血清	2.0	40单位以下(穆氏法) 90～130单位(金氏法)
谷氨酸草醋乙酸转氨酶(G.O.T.)	血清	2.0	50单位以下(穆氏法) 90～100单位(金氏法)
磺溴酞钠试验(B.S.P.)	血清	4.0	每公斤体重5毫克注射法，45分钟后血中浓度＜5%，或30分钟血中浓度＜10%

五、脑脊液

检验项目	正常值
压力	
侧卧	70～200毫米水柱(每分钟不超过40滴)
坐位	350～400毫米水柱
白细胞数	0～10/立方毫米
蛋白定性试验	阴性
总蛋白量	15～45毫克%
糖	50～80毫克%
氯化物	700～750毫克%