“赤脚医生”教材

（内部试用）

☆

青海省《赤脚医生教材》编委会

一九七〇年三月

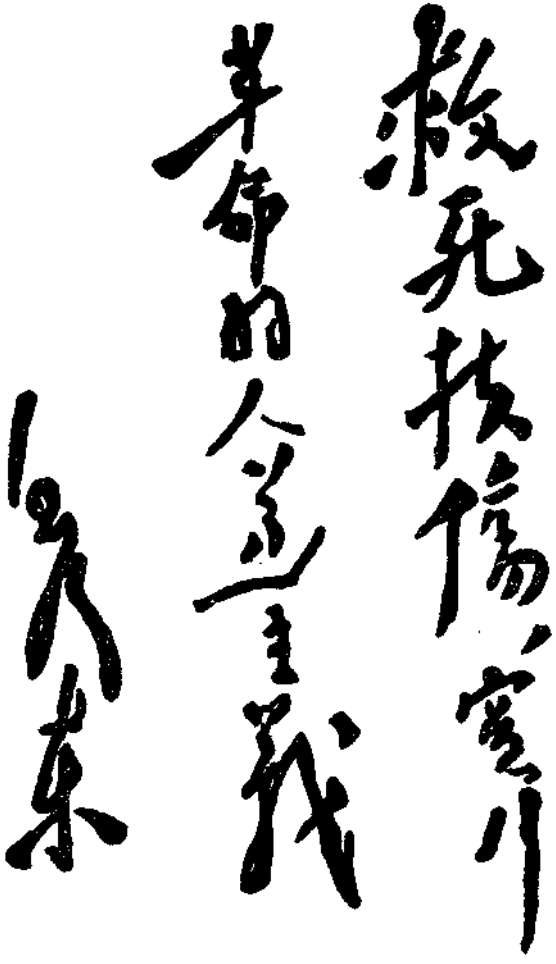
敬　　祝

毛主席万寿无疆

最高指示

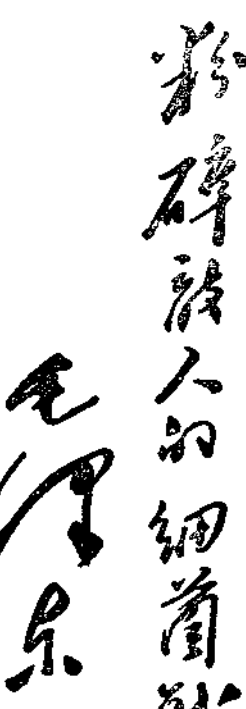
把医疗卫生工作的重点放到农村去。

一切为了
人民健康
毛泽东



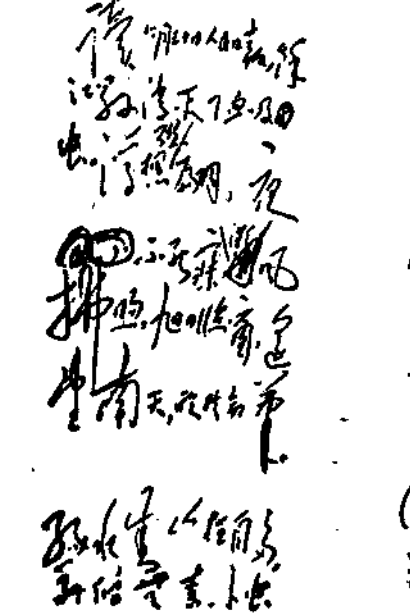
团结一新，克服一切困难，
医务人员，深
入农村，为广大的
的统一战线，为巩固
人民卫生工作
而奋斗！

毛泽东



送瘟神二首

一九五八年七月一日



最高指示

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

备战、备荒、为人民。

前　言

春风杨柳万千条，六亿神州尽舜尧。无产阶級文化大革命伟大胜利的凱歌响彻云霄，毛泽东思想阳光普照祖国大地。全国亿万軍民在以毛主席为首[redacted]的党中央的領导下，高举"九大"团結、胜利的旗帜，进一步用毛主席关于无产阶級专政下继續革命的理論武装头脑，滿怀革命豪情，以战斗步伐跨进了伟大的七十年代，去爭取更大的胜利。

遵照毛主席"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的教导和"**备战、备荒、为人民**"的伟大战略方針。广大的革命医疗卫生人員，高举毛泽东思想伟大紅旗，狠批了叛徒、內奸、工賊刘少奇及其在卫生部門代理人的反革命修正主义医疗卫生路綫，坚决貫彻落实毛主席光輝的"六·二六"指示，深入农村、牧区、工矿，为工农牧群众防病治病，接受工人，貧下中农（牧）的再教育；深受貧下中农（牧）欢迎的合作医疗制度，正在巩固发展；一支新型的"赤脚医生"队伍，正在茁壯成长；新医疗

法和采集、利用中草药的群众运动，正在兴起；广大农村、牧区的防治网正在形成，"一无医，二无药"的落后状况，正在改变。卫生战綫发生了深刻的革命变化。这是毛主席"六·二六"指示光輝思想的伟大胜利，是毛主席无产阶級卫生路綫的伟大胜利，是无产阶級文化大革命結出的丰硕成果。

我們怀着对毛主席革命路綫的深厚无产阶級感情，編写了这本《赤脚医生教材》。根据我省的实际情况，为了适应战备的需要，有助于培訓和提高"赤脚医生"及巩固发展合作医疗制度，在医学教育改革与总結过去医学教育工作的基础上，学习了各地出版的医药卫生书刊，本着理論联系实际的教学原則，力求做到中西医結合，土洋結合，重点突出农村、牧区地方病、常見病、多发病，还收集整理了一部分驗、簡、廉的中药方、土方供参考。新医疗法已出版了两册，不再編入。

由于我們活学活用毛泽东思想很不够，缺乏工作經驗，深入农村、牧区实际很差，加之編写时間又較仓促，所以，此教材仅作内部試用[illegible]之处，敬希广大的革命医疗卫生人員及讀者批評指正，使本教材在实践中不断得到改进和提高。

青海省《赤脚医生教材》編委会

一九七〇年三月

目　录

内科部分

物理诊断基本知识 …… 1
附X綫检查基本知識 …… 16
常见症状鉴别 …… 25
一、发热 …… 26
二、昏迷 …… 30
三、呕吐 …… 32
四、腹泻 …… 33
五、腹痛 …… 34
六、便血 …… 36
七、肝脾肿大 …… 38
八、黄疸 …… 39
九、腹内包块 …… 41
十、水肿 …… 43
十一、腹水 …… 44
十二、胸痛 …… 45
十三、呼吸困难与发紺 …… 47
十四、血尿 …… 48
十五、头痛 …… 49
十六、惊厥 …… 51

内科疾病……52
第一章　呼吸系统疾病……52
第一节　上呼吸道感染……52
第二节　支气管炎……54
第三节　支气管喘息……57
第四节　大叶性肺炎……60
第五节　肺脓肿……64
第六节　支气管扩张症……68
第七节　气胸……71
第二章　结核病……72
第一节　肺結核……73
第二节　渗出性胸膜炎……82
第三节　支气管内膜結核……84
第四节　結核性腹膜炎……84
第五节　腸結核……85
第六节　結核性脑膜炎……86
第三章　消化系统疾病……87
第一节　急性胃腸炎……87
第二节　慢性胃炎……89
第三节　潰瘍病……91
第四节　胃腸神經官能症……97
第五节　急性胰腺炎……98
第六节　門靜脉性肝硬化……101
第四章　循环系统疾病……108
第一节　风湿热(风湿病)……118
第二节　风湿性心脏瓣膜病……112
第三节　心力衰竭(心机能不全)……115

第四节　慢性肺原性心脏病……121
第五节　高血压病……124
第六节　冠状动脉粥样硬化性心脏病……127
第七节　心律失常……129
第八节　心包炎……133
第九节　高原病……137
第五章　泌尿系统疾病……144
第一节　弥漫性肾小球性肾炎……145
第二节　肾盂肾炎……149
第三节　慢性肾功衰竭(尿毒症)……151
第四节　急性肾功衰竭……153
第六章　血液系统疾病……156
第一节　贫血……156
第二节　紫癜……161
第三节　白血病……163
第七章　内分泌系统疾病和代谢疾病……166
第一节　甲状腺机能亢进症……166
第二节　糖尿病……169
第三节　痛风……174
第八章　运动系统疾病……178
类风湿性关节炎……178
第九章　中毒性疾患……180
第一节　有机磷农药中毒……182
第二节　一氧化碳中毒……184
第三节　镇静、安眠药类中毒……185
第十章　神经系统疾病和精神疾病……187
第一节　神經官能症……187

第二节　癫痫……190
第三节　急性脑血管病……193
第四节　多发性神經炎……198
第五节　面神經炎……200
第六节　精神病……201
附：神經系統检查法……207
第十一章　内科传染病……218
第一节　流行性感冒(流感)……218
第二节　伤寒……220
第三节　菌痢……222
第四节　阿米巴病……224
第五节　传染性肝炎……228
第六节　布鲁氏菌病(波状热)……233
第七节　斑疹伤寒……238
第八节　鼠疫……240
附：預防接种……243
常见急症的抢救……246
一、周围循环衰竭……246
二、呕血……251
三、咯血……254
四、狂躁及惊厥……255
五、呼吸衰竭……257
六、心脏驟停与复苏……258
七、电击伤……260
八、溺水……262
诊疗技术操作常规……263
一、皮内过敏試驗……263

二、肌肉注射……264
三、靜脉穿刺抽血或注药……265
四、靜脉滴流法……265
五、輸血术……266
六、鼻飼法……268
七、洗胃法……268
八、灌腸法……269
九、导尿术……270
十、消毒中段尿的留法……270
十一、胸腔穿刺术……271
十二、腹腔穿刺术……271
十三、腰椎穿刺术……272
十四、髂嵴及脊椎棘突穿刺术……273
常见化验诊断……274
第一章 常见化验检查法……274
第一节 血液检查法……274
第二节 尿液检驗法……283
第三节 粪便检查法……292
第二章 常见化验检查的正常值及临床意义……295
第一节 血液检查……295
第二节 血液生化检查……298
第三节 尿液……300
第四节 便潜血……301
第五节 脑脊液……301
第六节 渗出液与漏出液区别……302
第七节 肝功能試驗……302

小儿科部分

第一章 小儿的基本知识……303
第一节 小儿的特点……303
第二节 小儿年龄的分期及其特点……305
第三节 小儿的生长和发育……307
第四节 小儿运动机能的发育概况……311
第二章 小儿主要解剖生理特点……312
第一节 呼吸系統……312
第二节 循环系統……313
第三节 乳儿消化器官……313
第四节 神經系統……314
第五节 末梢血液象……314
第三章 小儿的营养与喂养……314
第一节 热能的需要……315
第二节 营养的需要……316
第三节 小儿喂养的几种方法……318
第四章 儿科病历和体格检查……321
第一节 儿科病历特点……321
第二节 体格检查的特点……323
第五章 新生儿及其常见疾病……324
第一节 新生儿出生后的护理……324
第二节 新生儿时期的生理改变及护理……324
第三节 新生儿常見疾病……326
第六章 小儿常见营养缺乏病……336
第一节 营养不良及营养不良性浮肿……337
第二节 佝僂病……339

第三节　婴儿手足搐搦症……341
第四节　維生素甲缺乏症……343
第五节　坏血病……345
第七章　小儿常见的呼吸道疾病……346
第一节　急性上呼吸道感染……346
第二节　支气管肺炎……348
第八章　小儿常见消化系统疾病……354
第一节　消化不良……354
第二节　口腔炎……362
第三节　幽門肥大性狹窄……364
第九章　肠寄生虫病……367
第一节　蛔虫病……367
第二节　蛲虫病……369
第十章　小儿常见传染病……371
第一节　麻疹……371
第二节　流行性脑脊髓膜炎(流脑)……377
第三节　小儿細菌性痢疾……383
第四节　百日咳……389
第五节　脊髓灰质炎(小儿麻痹症)……392
第六节　水痘……397
第七节　流行性腮腺炎……399
第八节　小儿結核病……401
第十一章　小儿常见的心脏及血液的疾病……409
第一节　新生儿循环系統的調整……409
第二节　先天性心脏病……410
第三节　小儿风湿病……414
第四节　营养性貧血……418

第五节　紫癜……421
第六节　白血病……423
第十二章　小儿常见的泌尿系统疾病……425
第一节　急性出血性肾小球肾炎……425
第二节　尿路感染……427
第三节　肾病綜合征……428
第十三章　儿科急症及处理……430
〔附一〕廿四种常用靜脉点滴药物配伍禁忌表……437
〔附二〕小儿常用药物剂量表……438
〔附三〕小儿常用成药剂量表……454

外　科　部　分

第一章　外科基础……456
第一节　无菌消毒和手术条件的建立……457
第二节　手术前准备与手术后处理……461
第三节　水、电解质及酸碱平衡失調及其治疗……469
第四节　輸血……475
第五节　麻醉……477
第六节　手术基本技术……498
第二章　急救法……506
第一节　靜脉切开术……507
第二节　动脉輸血……508
第三节　人工呼吸……508
第三章　感染……509
第一节　皮及皮下組織化脓性感染……512
附：換药……519
第二节　脓毒敗血症……521

第三节　淋巴系感染……522
第四节　急性乳腺炎……524
第五节　化脓性骨髓炎……525
第六节　化脓性关节炎……527
第七节　脓胸……529
第八节　頸淋巴腺結核……533
第九节　骨与关节結核……534
第十节　腎結核（附：男性生殖系統結核症）……538
第十一节　胸壁結核……541
第十二节　破伤风……542
第十三节　气性坏疽……546
第十四节　炭疽……551
第十五节　肝棘球蚴病……552
附：肝泡球蚴病……555
第四章　损伤……556
第一节　损伤概述……556
第二节　骨折……559
第三节　脱位……583
第四节　骨科几項操作技术……588
第五节　周围神經損伤……595
第六节　胸部損伤……599
第七节　腹部損伤……605
第八节　尿道損伤……607
第九节　膀胱破裂……608
第十节　腎損伤……612
第十一节　顱脑損伤……613
第十二节　烧伤……623

第十三节　冻伤……634
第五章　手的外伤与感染……636
第一节　手部解剖特点……637
第二节　手外伤的处理……638
第三节　手的急性感染……643
第六章　战伤的急救……647
第一节　火器伤的处理原则……648
第二节　火器性长骨骨折的一般处理原则……652
第三节　火器性关节伤的一般处理原则……653
第四节　开放性颅脑火器伤……654
第五节　胸部战伤的急救……657
第六节　腹部战伤……659
第七节　战时周围血管的损伤……662
第八节　挤压伤综合症……665
第七章　急腹症……670
第一节　腹壁的局部解剖和腹壁切口……671
第二节　急性腹膜炎……675
第三节　急性阑尾炎……679
第四节　肠梗阻……688
第五节　溃疡穿孔腹膜炎……697
第六节　急性胆囊炎和胆石症……700
第七节　急性腹痛鉴别……705
第八章　肿瘤……707
第一节　良性肿瘤……718
第二节　恶性肿瘤……722
第九章　外科其他常见病……740
第一节　腹外疝……740

第二节　单純性甲状腺肿……750
第三节　下肢静脉曲张……753
第四节　血栓閉塞性脉管炎……755
第五节　囊性乳腺病……757
第六节　胃、十二指腸潰瘍病手术治疗……758
第七节　痔……762
第八节　肛門瘻……765
第九节　直腸息肉……768
第十节　睾丸鞘膜积液……769
第十一节　包茎与嵌頓包茎……771
第十二节　尿潴留……774
第十三节　膀胱結石……776
第十四节　尿道結石……777
第十五节　前列腺肥大症……778
第十六节　尿路肉阜……779
第十七节　隐睾症……780
第十八节　骨骼运动系統临床检查法……781
第十九节　腰痛……791
第二十节　膝痛……798
第二十一节　肋軟骨炎……801
第二十二节　腕手部狹窄性腱鞘炎……802
第二十三节　肱骨上髁炎……804
第二十四节　肩关节周围炎……805
第二十五节　鸡眼……807
第二十六节　胼胝……809
第二十七节　美克尔氏憩室……810
第二十八节　腸瘻……812

妇产科部分

产科……817
第一章　孕期保健……817
第一节　孕期检查（产前检查）……817
第二节　孕期卫生指导……822
第二章　正常分娩……823
第一节　正常分娩的临床經过和处理……823
第二节　紧急情况下正常分娩的处理……827
第三节　新生儿处理及急救……829
第三章　妊娠中毒症……830
第一节　早期妊娠中毒症……830
第二节　晚期妊娠中毒症……832
第四章　妊娠早期出血病……838
第一节　流产……838
第二节　輸卵管妊娠……840
第三节　葡萄胎……845
第五章　妊娠晚期出血病……847
第一节　前置胎盘……847
第二节　胎盘早期剝离……851
第六章　异常胎位及其处理……855
第一节　头位异常……855
第二节　臀位……856
第三节　双胎……863
第四节　羊水过多症……864
第七章　难产……865
第一节　子宫收縮无力（子宫收縮力过弱）……865

第二节　横位……867
第三节　狭窄骨盆……869
第四节　子宫破裂……875
第八章　产后出血……876
第九章　产褥感染……881
第十章　妊娠合并心脏病……883
妇科……885
第一章　妇科常见症状及检查……885
第一节　妇科常見症状……885
第二节　妇科检查……888
第二章　女性生殖器炎症……889
第一节　盆腔炎……890
第二节　滴虫性阴道炎……899
第三节　霉菌性阴道炎……900
第三章　子宫脱垂……901
第四章　月经失调……904
第一节　功能性子宫出血……904
第二节　痛經……909
第五章　生殖器官常见的肿瘤……911
第一节　卵巢囊肿……911
第二节　子宫肌瘤……913
第三节　子宫頸癌……915
第四节　子宫体癌……917
计划生育……918
第一章　计划生育工作的意义及方法……918
第二章　节育方法……921
第三章　人工流产术……921

第四章　绝育方法……926
常用妇产科手术……929
第一章　会阴切开术及裂伤缝合术……929
第二章　产钳术……931
第三章　碎胎术……935
第一节　穿颅术……935
第二节　断头除脏术……936
第四章　刮宫术……940
第五章　引产术……943
第一节　引产前处理……944
第二节　药物引产法……944
第三节　器械并用药物引产法……946

皮肤科部分

第一章　皮肤组织学和生理学……949
第一节　皮肤組織学……949
第二节　皮肤生理学……951
第二章　皮肤病的药物治疗……952
第三章　皮疹的形态……957
第四章　变态反应性皮肤病……959
第一节　蕁麻疹……959
第二节　丘疹性蕁麻疹……961
第三节　湿疹……962
第四节　药疹……966
第五节　接触性皮炎……968
第五章　化脓性皮肤病……968
第一节　脓疱疮(黄水疮)……968

第二节　毛囊炎……970
第三节　癤和癤病……970
第六章　原因不明的皮肤病……972
第一节　銀屑病(牛皮癬)……972
第二节　盘状紅斑性狼疮……974
第三节　多形紅斑……975
第四节　結节性紅斑……976
第七章　霉菌性皮肤病……977
第一节　黃癬(禿疮)……977
第二节　发癬(白癬)……979
第三节　手足癬……980
第八章　皮肤神经官能症……982
第一节　神經性皮炎……982
第二节　皮肤瘙痒症……983
第九章　结核性皮肤病……984
第一节　寻常性狼疮……984
第二节　瘰癧性皮肤結核……985
第三节　硬結性紅斑……985
第十章　麻风病……986
第十一章　皮肤附属器疾病……990
第一节　皮脂溢性皮炎……990
第二节　寻常性痤疮(粉刺或壮疹瘡)……992
第三节　酒渣……993
第十二章　性病……993
第一节　梅毒……993
第二节　淋病……999
第十三章　皮肤科常用处方……1001

五官科部分

眼部…… 1009
第一章 概论……1010
第二章 视器的解剖学……1012
第三章 眼科检查法……1018
第四章 眼睑病……1021
第五章 泪器病……1026
第六章 结膜病……1028
第七章 沙眼……1035
第八章 角膜病……1040
第九章 虹膜、睫状体炎(虹睫炎)……1049
第十章 白内障……1055
第十一章 青光眼……1057
第十二章 眼外伤……1063
耳部…… 1071
第一章 耳的解剖……1071
第二章 耳部疾病……1077
第一节 耵聍栓塞……1077
第二节 外耳道异物……1079
第三节 外耳道癤……1080
第四节 急性化脓性中耳炎……1081
第五节 慢性化脓性中耳炎……1083
第六节 美尼尔氏症……1086
第七节 神經性耳聋……1087
第八节 聋哑症……1089
鼻部…… 1091

第一章　鼻的解剖……1091
第二章　鼻部疾病……1094
第一节　鼻外伤(鼻骨骨折)……1094
第二节　鼻前庭皮肤炎……1095
第三节　鼻癤……1096
第四节　鼻腔异物……1096
第五节　鼻流血……1097
第六节　慢性鼻炎……1099
第七节　慢性鼻竇炎……1101
第八节　鼻息肉……1104
咽喉部……1104
第一章　咽喉的解剖……1104
第一节　咽的应用解剖……1104
第二节　喉的应用解剖……1107
第二章　咽喉部疾病……1109
第一节　咽炎……1109
第二节　急性扁桃腺炎……1109
第三节　扁桃腺周围脓肿……1111
第四节　慢性扁桃腺炎……1112
第五节　喉炎……1115
第六节　急性喉阻塞……1116
第三章　气管和食管镜检查法……1122
第一节　气管鏡检查法……1122
第二节　食管鏡检查法……1123
第四章　气管和食管异物……1123
第一节　气管支气管异物……1123
第二节　食管异物……1125

口腔部……1125
第一章 牙齿概论……1125
第一节 牙的数目、名称及符号……1125
第二节 牙及牙周各部名称……1127
第三节 牙的形态……1128
第四节 乳牙与恒牙的区别……1129
第二章 龋齿……1129
第三章 牙髓炎……1131
第四章 牙周膜炎……1132
第五章 颌面部炎症……1134
第一节 急性化脓性根尖周围炎(急性牙槽脓肿)…1134
第二节 颌骨骨髓炎……1135
第三节 颌面部蜂窝织炎……1136
第四节 冠周炎……1137
第六章 拔牙术……1138
第一节 拔牙的适应症与禁忌症……1138
第二节 麻醉……1139
第三节 拔牙时麻醉的选择……1142
第四节 拔牙……1142
第五节 麻醉和拔牙的合并症及其处理……1145
第七章 口腔颌面部损伤……1146
第一节 颌面损伤特点……1146
第二节 口腔颌面部损伤……1147
第八章 牙周病……1150
第九章 下颌关节脱位……1151
第十章 口腔颌面部肿瘤……1152
第一节 唇癌……1153

第二节　舌癌……1154
第三节　涎腺混合瘤……1154
第四节　造釉細胞瘤……1155
第五节　牙源性囊肿……1156
第十一章　唇裂修复法……1157
第十二章　口腔疾病常见症状的鉴别诊断……1158

中　医　部　分

第一章　怎样认识和预防疾病……1163
第一节　必須以毛泽东思想統帅医疗实践……1163
第二节　坚持辯証唯物論認識論的观点……1164
第三节　疾病是可以認識和战胜的……1165
第四节　坚决貫彻执行預防为主的方針……1166
第五节　怎样用中草药防病……1168
第二章　中医是怎样诊断疾病的……1171
第一节　四診……1172
第二节　辨証論治……1178
第三节　中医治疗疾病的基本法則……1184
第三章　中医是怎样用药的……1186
第一节　中药的采集和炮制……1186
第二节　药性……1189
第三节　常用中草药……1191
一、解表药……1191
二、清热药……1193
三、泻下药……1197
四、利尿渗湿药……1199
五、祛风湿药……1201

六、温里祛寒药 ……1203
七、行气药 ……1204
八、活血祛瘀药 ……1205
九、止血药 ……1207
十、止咳化痰药 ……1208
十一、化湿醒脾药 ……1210
十二、消食药 ……1211
十三、软坚药 ……1212
十四、安神药 ……1212
十五、平肝息风药 ……1213
十六、芳香开窍药 ……1214
十七、补益药 ……1215
十八、收涩药 ……1219
十九、杀虫药 ……1220
二十、外用药 ……1221
第四章　中医是怎样处方的 ……1221
第五章　针灸与按摩 ……1225
第一节　針灸疗法 ……1225
第二节　耳針疗法 ……1271
第三节　按摩疗法 ……1274
第六章　新医疗法 ……1276
第一节　新針疗法 ……1277
第二节　卤碱疗法 ……1280
第三节　新罐疗法 ……1281
第四节　穴位埋綫疗法 ……1283
第五节　割治疗法 ……1285
第六节　挑治疗法 ……1287

第七节　水針疗法……1288
第八节　經穴疗法……1289
附：俞穴、募穴、郄穴部位及主証表……1291
附：簡易外治疗法……1293
第七章　传染病及寄生虫病……1297
流行性感冒……1297
流行性脑脊髓膜炎……1300
肺結核……1302
細菌性痢疾……1304
附：阿米巴痢疾……1307
传染性肝炎……1307
伤寒……1310
布氏杆菌病……1312
蛔虫病……1314
蛲虫病……1315
絛虫病……1316
包虫病……1317
第八章　内科疾病……1318
感冒……1318
咳嗽……1321
哮喘……1324
肺痈……1328
出血……1330
呕吐……1335
泄泻……1338
便秘……1342
噎膈……1344

头痛……1347
胃脘痛……1350
胸痛……1355
胁痛……1357
中风……1359
眩晕……1362
心悸(怔忡)……1365
失眠……1367
水肿……1369
积聚……1373
消渴……1376
癫狂痫……1379
阳萎……1381
疝气……1383
遗精……1386
五淋……1388
癃闭……1393
痹症……1395
大叶性肺炎……1398
肺气肿……1400
矽肺……1402
溃疡病……1404
阑尾炎……1406
胆道蛔虫症……1408
胆囊炎……1411
胆石病……1415
腸梗阻……1417

高血压……1420
风湿性心脏病……1424
肺原性心脏病……1426
肾脏炎……1427
尿路感染……1430
泌尿系結石……1432
再生障碍性貧血……1434
血小板減少性紫癜……1436
几种食物中毒的解救……1438
附：农药中毒解救驗方……1440
第九章　小儿常见病……1441
麻疹……1441
风疹……1444
水痘……1445
丹痧(猩紅热)……1447
小儿肺炎……1449
白喉……1453
頓咳(百日咳)……1456
痄腮(流行性腮腺炎)……1459
小儿麻痹症……1460
鵝口疮……1462
小儿消化不良……1464
疳症……1468
遺尿……1471
惊风……1472
小儿弱証……1477
第十章　妇女常见病……1480

月經不調……1480
閉經……1486
崩漏……1488
痛經……1491
帶下……1493
妊娠呕吐……1495
胎动不安、堕胎、滑胎（流产）……1497
子肿（妊娠水肿）……1500
子癇……1501
产后发热……1504
恶露不下……1505
恶露不絕……1507
产后腹痛……1510
产后大便难……1513
乳汁缺少……1515
阴痒……1517
阴挺（子宫下垂）……1518
癥瘕……1520
脏燥（癔病）……1522
第十一章　外科疾病……1523
第一节　一般外科病……1523
一般痈……1523
乳痈……1525
乳岩（乳腺癌）……1527
疽……1529
流痰……1533
疔疮……1534

癤……1538
丹毒……1539
瘰癧(頸淋巴腺結核)……1541
气瘿……1542
脫疽……1543
臁疮……1544
冻疮……1545
烫伤……1546
破伤风……1547
狂犬病……1548
附：外科外用药……1549
第二节　肛門病……1551
内痔……1551
外痔(赘皮外痔)……1553
血栓性外痔……1554
混合痔(内外痔)……1555
肛裂……1555
脫肛……1556
肛瘘……1557
第十二章　伤科……1558
第一节　骨折……1558
鎖骨骨折……1558
肋骨骨折……1559
肱骨干骨折……1560
肱骨髁上骨折……1561
前臂双骨折……1562
桡骨下端骨折……1563

桡骨骨折……1563
股骨颈骨折……1564
股骨干骨折……1565
髌骨骨折……1566
胫腓骨骨折……1567
外踝骨折……1568
第五跖骨基底部骨折……1568
第三节 脱位……1568
下颌关节脱臼……1568
肘关节脱臼……1569
小儿桡骨头半脱位……1569
髋关节脱臼……1570
第三节 伤筋(软组织损伤)……1570
颈部伤筋……1570
肩部伤筋……1572
肘关节伤筋……1574
肘部劳损(肱骨外上髁炎)……1575
腕关节伤筋……1576
腕部劳损(狭窄性腱鞘炎)……1577
捻发性腱鞘炎……1577
筋聚(腱鞘囊肿)……1578
膝部伤筋……1578
踝关节伤筋……1580
第四节 腰痛……1582
第十三章 皮肤病……1590
湿疹……1590
风疹块(荨麻疹)……1592

皮肤瘙痒病……1594
肛門瘙痒症……1595
牛皮癣……1595
癣……1597
黄水疮(脓疱疮)……1599
蛇丹(带状疱疹)……1600
結节性紅斑……1601
白癜风……1602
第十四章　五官病……1603
針眼(麦粒肿)……1603
暴发火眼(急性結膜炎)……1604
椒疮及粟疮……1605
流泪症……1606
聚星障……1607
瞳神缺損……1609
綠风障……1610
視物昏渺……1611
耳脓(化脓性中耳炎)……1612
鼻淵(副鼻竇炎)……1614
乳蛾(扁桃腺炎)……1615
梅核气……1616
喉痹……1617
牙痛……1620
牙疳……1622
第十五章　附录……1624
第一节　常用中药成药……1624
外感燥火类……1624

风湿痹症类……1625
咳嗽类……1626
安神类……1627
舒肝理气类……1628
健脾和胃类……1628
痢疾、痔、便秘和淋症类……1629
补益类……1630
妇产疾患类……1631
儿科疾患类……1632
其它……1633
第二节　肛門檢查法及痔瘻手术法……1635
第三节　中医药歌选……1642

最高指示

指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。指挥员使用一切可能的和必要的侦察手段，将侦察得来的敌方情况的各种材料加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的思索，然后将自己方面的情况加上去，研究双方的对比和相互的关系，因而构成判断，定下决心，作出计划，——这是军事家在作出每一个战略、战役或战斗的计划之前的一个整个的认识情况的过程。

内科部分

物理診断基本知識

每个医务工作者在刚进入临床工作接触病人时，首先要高举毛泽东思想伟大紅旗，做到"**完全**"、"**彻底**"为工、农、兵服务，在看病过程中应带着阶級斗爭、路綫斗爭观点及无产阶級感情，发揚"**救死扶伤，实行革命的人道主义**"精神，全心全意地为人民服务。

"基础內科"是內科的入門課程，也是临床医学的一个基本課程；其目的是学会正确和熟練的掌握检查病人的一些基本方法；它的內容包括：(一)問病史，(二)体格检查，(三)化驗，(四)器械检查等步驟和方法。

我們着重叙述前两項內容（問診、查体），这是診察疾病最基本的方法。为了及时正确的治疗伤病員，早期恢复伤病員的战斗力与劳动力，医务工作者必須通过問診和体格检查，取得必要的材料与情况，**"加以去粗取精、去伪存真，由此及彼、由表及里的思索"**，作出正确的診断，然后才能訂出合理的治疗措施。因此我們必須遵照毛主席**"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，作好診断工作。

一、问诊　向病人問病情，了解疾病发生的經过。問診时要带着无产阶級感情，要体貼病人。問的越詳細、准确、周到对診断的帮助越大。最好問病人自己，如昏迷病人可以問家屬及了解病情的人。要注意尽量让病人自己說，避免一問一答的方法。問診內容如下：

1. 一般項目　姓名，年龄，性别，籍貫，成分，职业，政治面貌，現住地址等。

2. 主訴　病人感覚最痛苦的症状（或体征）及病程时間。

3. 現病史　病人从发病的最初症状开始，一直到来診时为止整个阶段的发展和变化过程，即起病的时間，誘因或原因，有那些症状，病症发生部位，性质，程度及其变化等，以及与本病有鑒别意义的症状。还应該詢問发病后曾否診治过，用药治疗否，其效果如何，以供参考。

4. 既往史　詢問以前患过什么病。

5. 月經，分娩史（見妇产科）。

6. 个人史　与职业病、地方病、传染病有关的工作和生活

史；与本病有关的政治思想情况；很多劳动人民的慢性疾病和他們在旧社会遭受苦难的經历有关，例如飢餓、寒冷等，所以劳动人民的个人史不仅是我們对了解他們疾病的发生发展的必要料材，而且往往也是我們接受工农兵再教育、培养无产阶級感情的好教材。

7. 家族史　与本病有关的，如家中有无得同样传染病或遺传性疾病的人。

举　例

王××，男，23岁，沈阳市人，家庭成分貧农，职业工人，党員，現住沈阳市紅旗区反修路一段二里十四号。来診时間：1969年2月18日上午九时。

主訴：发冷、发烧、咳嗽、胸痛四天。

現病史：四天前因受凉后突然发冷、发烧，四肢关节酸痛不适，体溫在39°C左右，按"感冒"治疗用"安乃近"九片无效，病情加剧感到右側胸痛利害，咳嗽、咯痰有鉄銹色痰，食欲不振，全身无力而来院就診。

既往史　既往身体健康。

根据病史，我們可以初步考虑到这病人是呼吸系統疾病，病变可能在右側胸部，很可能是一个右側肺部炎症性改变，然后再进一步作体格检查。

二、体格检查（查体）　体表部位临床划分法：为了把检查的結果准确的反映和記录下来，临床上常用人体表面一些天然标志点和一些假定的垂直和水平綫，将体表划分成許多部位，（見图1—4）借以标志內部器官正常位置和境界，或痛点体征的部位及范围。

查体分四个步驟　望、触、叩、听。

通过这四个步驟进行全面检查，結合病史綜合分析，得到

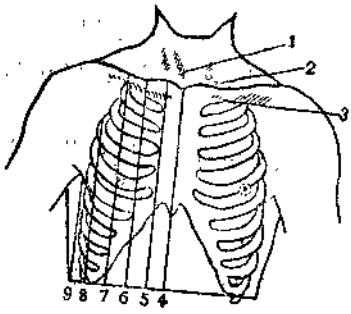


图1　体表前面划分法

1.胸骨柄上窝　2.锁骨上窝　3.锁骨下窝　4.前正中线　5.胸骨线　6.胸骨旁线　7.乳线　8.腋前线　9.腋中线

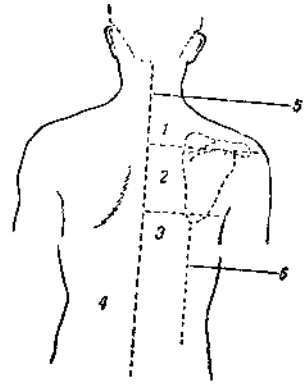


图2　体表背部划分法

1.肩胛上窝　2.肩胛间区　3.肩胛下窝　4.腰部　5.脊柱线　6.肩胛线

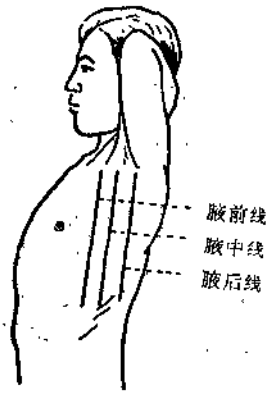


图3　腋线划分法

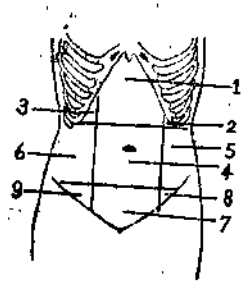


图4　腹部分区

1.上腹部　2.3.左、右季肋部　4.中腹部　5.6.左右腰部　7.下腹部　8.9.左右髂腹部

初步的判断。

望診　是一种較簡单而又重要的检查方法，例如看到有呼吸困难和口唇发紺的病人，就考虑是心脏或肺脏的疾病，要詳細检查心脏和肺脏。按照毛主席教导的"**由此及彼、由表及里**"，以找到疾病的实质，最后得出正确的診断。

触診　是借助手指（有时用全手）的感覚来判断所触脏器的特征（包括位置、大小、境界、表面性质、硬度、疼痛、移动性、震顫、波动等）的检查方法。

叩診　由于人体各部器官的弹性和含气量及其与邻近器官含气量的不同，利用指指叩診法，按其产生的不同音調来判断各器官的状态。在正常情况时叩打肺脏出現清音、叩打不含气的組織（心、肝、肌肉等）出現浊音，胃、腸为鼓音。

指指叩診法　叩診时将左手中指紧貼平放于被叩部位（勿加重压，以免影响被叩組織的震动）。右手手指稍屈曲以其中指灵活、垂直地利用腕关节的活动叩打左手中指的第二指节，叩打后将右手中指立即抬起。为了正确判断叩診音，有时須在同一部位进行数次同样力量的叩打。

听診　用直接或間接（听診器）法来听取体内发生的微弱声音。

伟大領袖毛主席教导我們說：**世界上怕就怕"认真"二字，共产党就最讲"认真"**。在进行查体时就要做到"**认真**"，避免遺漏体征，影响正确診断。

現将查体的内容及順序叙述如下：

（一）一般情况

体溫、脉搏、呼吸、血压、发育、营养、体位（自动体位（活动自如），被动体位（病人为了減輕痛苦被迫采取的体位），如端坐呼吸見于严重呼吸困难的心脏病及肺部疾患）。

面容与表情（安静、痛苦、恐惧、热性病容、慢性病容等）。意識（清楚、神志不清、嗜睡、昏迷）及精神状态（兴奋、忧郁）等。

皮肤顏色（潮紅，发紺、蒼白、黃染、色素沉着）、出血点及皮疹，有无外伤遺迹等。

淋巴結（頸、腋下、腹股沟）有无肿大，其大小、压痛、硬度、移动度、瘭管、瘢痕等。

（二）头部检查

眼　眼瞼（运动、下垂、水肿）；眼球（运动、突出）；結合膜有无充血、蒼白；巩膜有无黃染；瞳孔形状、大小，二側是否等大，对光反应是否存在。

鼻　阻塞，分泌物（性质、顏色、臭味）；付鼻竇（額竇及上頷竇）有否压疼。

耳　听力，分泌物，乳突有否压痛。

口腔　口唇（蒼白、发紺、有无疱疹）；舌苔改变；粘膜有无出血点和潰瘍；扁桃体的大小，是否充血，有无分泌物。

（三）頸部检查

强直，静脉怒张、肿物、气管的位置（將食指与中指放于胸骨柄上窩进行触診，正常位于正中，胸膜粘連及肺不张时，气管移向患側。胸腔大量积液，积气时气管向健側移位）。甲状腺（肿大的甲状腺随吞咽运动而上下移动，注意其大小、硬度、有无結节，压痛，血管震顫、血管杂音）。

（四）胸部检查

1. 望診　二側胸廓是否对称，有无凹陷（一側凹陷多見于胸膜粘連），有无隆起（一側隆起可見于胸腔内有大量积液、积气，心前区限局性胸廓隆起，可見于发育成熟前心脏扩大的先天性心脏病人）。有无桶形胸（多見于肺气肿）。

心尖搏动　它是心脏左心室的一部分，在心室收縮时，心尖冲击胸壁所引起的搏动。正常心尖搏动在左側鎖骨中綫內第五肋間。

影响心尖搏动位置的病理因素：

心脏扩大　左心室肥大时心尖搏动向左下方移位，甚至可达到左腋前綫；右心室肥大时心尖搏动只向左方輕度移位。

心脏异位　先天性右位心时，心尖搏动位于右側。

胸部疾患　多量的胸腔积液或积气时，可使心尖搏动向对側移位。严重的胸膜肥厚时，可使心尖搏动向同側移位。

腹部疾患　腹腔內有大量液体，气体或巨大肿物时可使膈肌上升，心尖搏动亦因而上升。

2. 触診

語顫　检查时将二手掌（或用手掌尺側緣）平貼在胸廓的对称部位，請病人拉长声說"一"字，触診者的手即有震顫感，这就是語顫。是由于声带的震动、声浪沿着气管、支气管、肺传到胸壁，使胸壁发生了震顫所产生的。肺部有炎症浸潤，或肺組織实变时，語顫可以增强，如大叶肺炎、肺梗塞。如有影响声浪由声門传到胸壁的情况，可使語顫減弱或消失，如支气管堵塞，胸腔积液或积气、肺气肿等。

心尖搏动　触診检查可更准确地确定心尖搏动的位置及范围（正常面积直径为2—2.5厘米），如望診不能发現的，或看不清的心尖搏动，触診时可以触及。

心脏細震顫（猫喘）　震顫的发生是由于血流，經过一个口径狹窄的部位，流到一个口径較寬的部位，或循着不正常的血流方向流动，发生旋涡，激动心壁而产生震动。

触診所发現的震顫，与听診所发現的杂音意义完全相同。但有杂音时不一定触到震顫。在发現震顫时，应注意其部位及

时间，通常在心脏瓣口狭窄时，发现震颤的机会较多。例如二尖瓣狭窄有时在心尖部，舒张期可触及細震颤。主动脉瓣狭窄时在胸骨右緣第二肋間触及收縮期細震颤。

3. 叩診

叩診的順序，可由肺尖开始进行对称性的叩診自上而下，由前面轉向側面，最后检查背部（由肩胛間向肩胛下方）。

肺肝界　把左手中指平放于右側肋間隙，由上往下叩，由正常肺脏清音变为浊音时，这个界限就是肺肝境界，正常在右側鎖骨中綫第五肋間隙或第六肋。肺肝界下降可見于肺气肿，肺肝界上升可見于肝脓肿。肺肝界消失可見于胃腸穿孔。

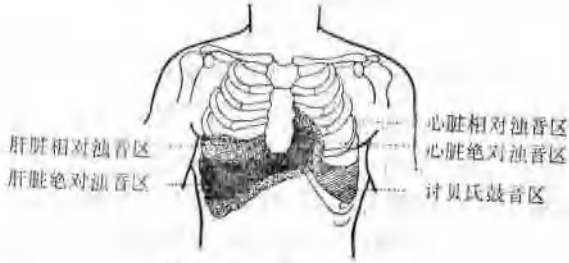


图 5　正常胸部叩診音区

胸部病理叩診音

叩診音	病变	疾病
浊音（实音）	1. 肺泡內含气量减少。 2. 胸腔积液或胸膜肥厚。	大叶肺炎、肺不张。 渗出性胸膜炎，胸膜肥厚。
过清音	肺含气量增加，同时有弹力性降低。	肺气肿。
鼓音	胸腔积气	气胸。

心界　心脏为含血的器官叩診时为浊音；肺脏为含有气

体器官，叩診为清音，所以用叩診法，由心尖搏动所在的肋間，自外向內叩診，由清音变为浊音处則为心脏左界，正常心左界在第五肋間左鎖中綫內 1.0 厘米左右。左心室增大时，心脏向左側并向下增大，心左界超过左鎖中綫外。正常心左緣 2 — 4 肋間及心右緣叩診意义不大。但有心包积液时，心右緣及左緣上部均增大（正常心右緣于 2、3 肋間在前正中綫外 2—3 厘米，左緣于第三肋間前正中綫外 3.5—4.5 厘米）。

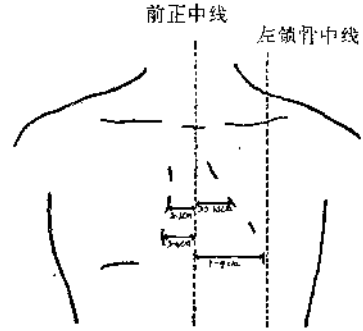


图 6　心脏相对浊音界

4. 听診　肺部听診順序与肺部叩診相同。

肺泡呼吸音（正常呼吸音）　当空气进入肺泡时，肺泡壁由弛緩轉为紧张状态，呼气时肺泡由紧张变为弛緩，这种肺泡弹性变化，可以发出一种較軟而似有吹风性质的"夫"音，这就是肺泡呼吸音，在正常肺組織可以听到，吸气音較呼气音长。在肺气肿，胸腔积液，胸膜肥厚时呼吸音減弱。

支气管呼吸音　类似"哈"音。因呼气时声門裂隙較吸气时为狹、声音强长而高。正常在喉部，胸骨柄区及肩胛間第 3—4 胸椎水平处（气管分叉处）可听到。

病理性呼吸音

（1）罗音　分干性罗音及湿性罗音。

干性罗音　产生于支气管。空气通过狹窄的支气管腔、或支气管腔內由于粘稠的分泌物伸展形成絲条被气流冲击振动而产生哨笛音或嚇嚇音。在吸气及呼气时皆可听到，往往在

呼气时较高而清晰。临床常見于支气管喘息。

湿性罗音(水泡音) 当气流通过带有稀薄分泌物的支气管时，引起液体的震动而发生水泡音，由于支气管口径不同，可出現大小不一致的湿性罗音。分大、中、小三种，临床常見于肺結核、肺淤血、肺炎、支气管扩张及重症肺結核。如肺泡内有少量液体存在时，在吸气末可听到細小的如捻发样的声音，称为捻发音。病理的多見于大叶肺炎。

(2) 支气管呼吸音 在正常人喉头、气管、肩胛間区可听到支气管呼吸音。如在肺組織其他部位听到，就是病理的支气管呼吸音，或称管状呼吸音，見于肺組織实变时如大叶肺炎。

(3) 胸膜摩擦音 正常胸膜滑潤，呼吸运动时不产生音响。当胸膜变为粗糙时出現摩擦音如胸膜炎早期及胸水吸收期。

心音听診部位 在临床上心脏听診区有五个部位，即二尖弁区、主动脉弁区、肺动脉弁区、三尖弁区、主动脉弁第二听診区(第五点)。具体部位見图7。

心音 正常的心脏可以听到二个性质不同的声音交替出現，称之为第一心音和第二心音。如何区别第一心音和第二心音：第一心音較长而音調較低，第二心音則較短而音調較高。第一心音与第二心音間的間隔較第二心音与下一次第一心音的間隔为短。第一心音的出現与心尖搏动在同一时間。第一心音产生在心脏的收縮期，第二心音在舒张期。第一心音在心尖部最清楚，第二心音在主动脉弁及肺动脉弁听診区最清楚。

(1) 心音的变化 甲状腺机能亢进时，心音在各弁口都加强；胸壁厚或肺气肿时，心音減弱。心肌炎时第一心音

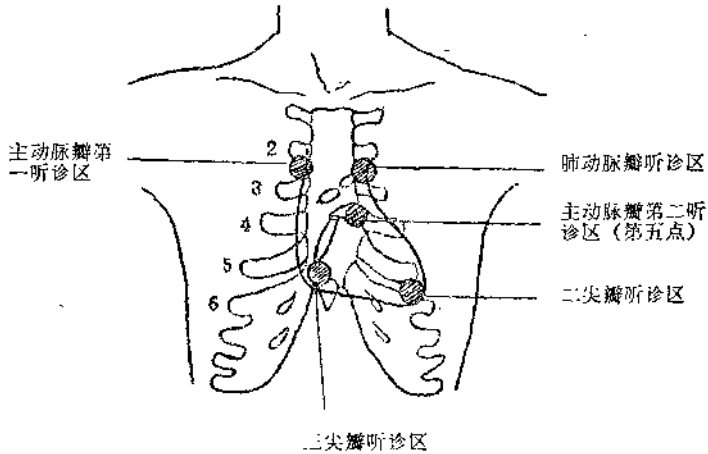


图 7　心音听診部位

減弱并变鈍，同时心率快，呈胎心律。心包有积液时心音常是輕而远。二尖瓣狹窄时，二尖瓣的第一心音明显亢进。高血压病时主动脉瓣第二心音亢进。正常的心脏有时在第二心音之后出現第三心音，多見于小儿，心率正常。严重心肌病变，左心衰竭时可出現三个心音，此时心率快（每分钟 100 次以上），在心尖部位听到如跑馬样的节律——奔馬律。

（2）杂音　杂音的产生是由于血流經过狹窄处流到較寬大的地方，或由于血液逆流使血流产生旋涡，亦可由于血液粘稠度降低或血流速度的增快。在临床上常見有收縮期杂音，舒张期杂音，連續性杂音。听到杂音时应当根据杂音产生的部位、时間、性质、强度及传导方向来判断其临床意义。

收縮期杂音　在心脏收縮期，伴随第一心音同时出現吹风样杂音，有时該杂音掩盖了正常的第一心音。收縮期杂音分功能性和病理性二类。功能性杂音性质較柔和，部位比較

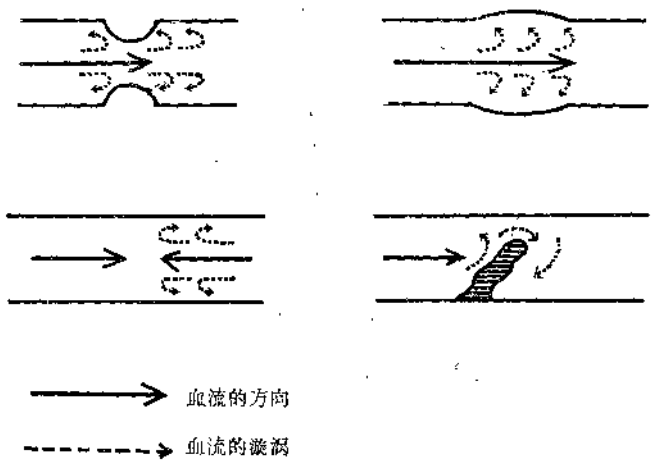


图 8　杂音产生的机制

限局，心脏未見器质性的变化。临床常見的原因有貧血、妊娠，高烧等，因此在确定病理性收縮期杂音时，必須注意除外功能性收縮期杂音。收縮期杂音的强度可为"輕度"、"明显"或"响亮"；"輕度"是指仔細听才能听到的柔和的收縮期杂音，不掩盖第一心音，部位限局；"明显"是容易清楚听到的杂音，掩盖了第一心音，并向其他部传导；"响亮"是指听診器靠近而不接触胸壁时就能听到的杂音。"輕度"常是功能性的，"明显"杂音是常見的器质性收縮期杂音；"响亮"这一类的杂音是少見的。

附杂音六級分法

第一級的杂音是最輕的杂音，杂音极弱，所占时間很短，需要仔細听診才能听到一个柔和的杂音。第二級杂音是較易听到的弱的杂音。第三級杂音的强度为中等度。第四級杂音

为较响亮的杂音。第五級杂音很响。第六級杂音极响，听診器的胸端离开胸壁时亦可听到。三級以上的收縮期杂音，常屬器质性的。

現讲述几种常見的病理性收縮期杂音。

心尖部　常見于二尖瓣关閉不全，是一个明显的吹风样收縮期杂音，向左腋下传导。

主动脉瓣区　在主动脉瓣有狹窄时，可听到粗糙的收縮期杂音，向頸部传导并常伴有收縮期細震顫。

肺动脉瓣区　在肺动脉瓣狹窄（先天性心脏病多見）时，可以听到粗糙的收縮期杂音，不传导，并常伴有收縮期細震顫，肺动脉第二音減弱或消失。先天性房間隔缺損时，肺动脉瓣也有較軟的明显收縮期杂音，第二音加强，触不到細震顫。

胸骨左緣三、四肋間听到收縮期杂音，可为先天性室間隔缺損，常伴有細震顫。

舒张期杂音　多数是病理性的，但在肺动脉瓣区的舒张期杂音，多为功能性杂音。

心尖部　二尖瓣狹窄时听到一个隆隆响杂音，并多伴有舒张期細震顫。

主动脉瓣第二听診区（第五点）　輕度主动脉瓣关閉不全时，在此点可听到一个吸气样杂音。明显的主动脉瓣关閉不全，在主动脉瓣区亦能听清楚，并向心尖部传导。

連續性杂音　此杂音貫穿于心脏收縮及舒张期，多数为大血管疾患所致，如先天性动脉导管未閉，在胸骨左緣二肋間听到連續性机器响样杂音。

（3）心包摩擦音　心包炎时，心包的壁层和脏层变得粗糙，因此在心脏搏动时产生摩擦音，收縮期及舒张期都可以听到，通常在胸骨左緣第三、四肋骨間清楚，将听診器向胸壁

增加压力时，可使摩擦音加强，让病人暂时停止呼吸听的更清楚。

（4）心脏节律的改变

期前收縮　提前出现一个心音，随之有一間隙；有时每一正常心音后都有一个期前收縮，随后有一間隙，如此連續出現，就是二联律。期前收縮的第一音强，第二音弱。

心房纤顫　心音間隔不等，强弱不等。心率快时則出現丢失脉；如心率每分钟 150 次，同时数脉率每分钟 80 次，丢失脉为 70 次。

脉搏和血压的检查法見生理学。

（五）腹部检查

1. 望診　腹部有无膨隆、凹陷、腹壁有无靜脉怒张、瘢痕、呼吸运动是否受限、有无胃型、腸型及蠕动浪。

2. 触診　全腹部性质、軟或硬、有无压痛及反跳痛，局部有无肿物，肝脾是否肿大，腎脏能否触及。

（1）肝胆触診　检查时，病人采取仰臥位，两腿屈曲，让病人进行腹式呼吸，检查者位于病人右側，将右手平放于右季肋下稍加压力，在深吸气时检查的手指被腹壁頂起，深呼气时，触診手指随腹壁向下压，当肝增大时肝下緣即可由触診指尖滑过而触及，正常成年人肝下緣不能触及，在腹壁松弛瘦弱的人，有时可触及 0.5—1.0 厘米，质軟无压痛、触及肝脏时应注意其大小、边緣、硬度、压痛及表面性质等。触診时注意胆囊有无压痛，胆囊压痛点在右側腹直肌外緣与肋弓的交界处，深吸气时压痛加重。正常胆囊不能触及，当胆囊肿大时，則可能在右腹直肌外緣触到梨形囊状物。

（2）脾脏触診　病人仰臥或右側臥位，两腿屈曲，以左手掌放于病人左側 7—10 肋处，右手平放左上腹部，逐漸由下

向上接近左侧肋弓，与肝脏触诊同样随病人腹式深呼吸进行触诊。正常人的脾脏是触不到的，如触及脾脏应注意其大小、边缘、硬度，明显肿大时可触到有特征性的脾前缘切迹。

（3）肾脏触诊　病人采取仰臥位或側臥位，两腿屈曲，必要时采取立位。检查者的一支手托住病人的腰部肾区，另一支手放在肋弓下方，利用病人呼吸运动将放在肋弓下的手逐渐压向后腹壁，同时在腰部肾区的手将后腹壁推向前方，如果肾下垂，或因肾結核、肾肿瘤肿大时，肾下极就可与两手相遇。肾脏的特点是平滑的、半圆形的、弹性的、有浮沉性的。如在左或右肋下摸到肾脏，但不易与肿大的脾脏或肝脏区别时，可利用叩診，因肾脏前有結腸，所以叩診呈鼓音，而肿大的脾或肝叩診呈浊音。

压痛点　肾脏病变时在脊肋角有压痛（脊柱和第 12 肋所成的角）。上輸尿管压痛点在腹直肌外緣平臍处。

3. 叩診　正常腹部为鼓音。

移动性浊音　腹腔有一定量的液体时，先让患者左側臥位，叩診时左側下腹部为浊音。随即让患者轉为右側臥位，則原下腹部的浊音变为鼓音。

4. 听診　正常的腸蠕动，可以发出"咕嚕嚕"声音，这叫腸鳴。腸麻痹时，腸鳴音消失。腹泻时，腸蠕动增快，腸鳴音可以增强。气过水声見于腸梗阻。

（六）四肢检查

指端有无匙状指，缺鉄性貧血病人的指甲凹陷，又称为反甲；有无杵状指（指端末节，呈鼓錘状肥大，指甲內弯），常見于慢性肺脓肿、支气管扩张症、亚急性細菌性心內膜炎等病。下肢有无靜脉曲张、浮肿、結节或紅斑等。

（七）神經反射

1. 生理反射　膝反射、二、三头肌反射。減弱时可見于脊髓病变、低血鉀症，亢进时見于錐体束病变。

2. 病理反射　巴宾斯基氏征：阳性时提示錐体束受累。克氏征：阳性时提示脑膜病变。

通过詳細詢問病史，及認眞的体格检查，可以得到初步診断。如以上病例，通过問病史初步可以考虑肺疾病，再进一步通过查体，发現一般情况是急性高热病容，望診口唇輕度发紺，有疱形疹。胸部右侧呼吸运动減弱，触診右肺上野語顫增强，叩診发浊，听診有中小水泡音。虽然无化驗检查及器械检查（X光检查）。临床可以初步診断为"右肺大叶肺炎"。

在資产阶級反动医疗路綫統治下，对患者检查，求洋、求大、求全，对疾病的診断迷信化驗及器械检查，而忽略最基本的物理检查。

伟大領袖毛主席早在1965年"6.26"指示中明确指出："**現在医院那套检查治疗方法，根本不适合农村。培养医生的方法也只是为了城市。可是中国有五亿多人是农民。**"毛主席还教导我們說："**只有感覚的材料十分丰富（不是零碎不全）和合于实际（不是错覚），才能根据这样的材料造出正确的概念和论理来。**"所以我們每个医务工作者都应当很好的掌握基础內科，怀着深厚的无产阶級感情詳細詢問病史，認眞細致的作好体格检查。那么在农村即使无化驗及X光检查的条件下，我們也可以作出初步診断，及时給予治疗，为广大貧下中农服务。

附X线检查基本知识（自学参考資料）

在日常的临床診断工作中，除了最基本的詢問病史和以望診、触診、叩診和听診为基础的体格检查之外，比較經常和

普遍应用的还有X綫检查。这种检查方法是应用X綫透过人体后，使人体内部結构和器官在螢光屏或X綫片上显出阴影进行診断的，因为它可以看透人体内部結构，不仅能观察其形态，并能观察其功能情况，所以有其特殊的診断效果。X綫检查不仅限于疾病的診断工作而且在預防工作中如健康检查、防痨及防治职业病方面也成为不可缺少的工具。

一、X綫检查的目的、要求和应用范围

X綫检查是临床診断方法之一。它的目的是配合临床資料和其它診断方法，准确地为病人解决診断上的問題，从而使患者能得到及时和有效的处理。在临床診断工作中，X綫检查大都是根据临床方面所提出要求而进行的。临床的要求大致如下：

（1）在临床上診断比較明确，但須以X綫检查来証实、并显示其病变范围和程度，或观察其进展与好轉情况；

（2）在临床上診断不明，須用X綫检查来予以鑒别或寻找原因；

（3）需要除外临床上可疑疾患。

現代的X綫检查可以应用到人体的各个器官，諸如呼吸、循环、消化道、骨骼、泌尿道的常見病都可以利用X綫检查，尤其是对呼吸系統的常見病应用得最为广范。同时亦須注意并不是所有疾病都可以应用X綫检查，这种检查也是有一定限度的。我們一定要很好应用X綫检查，在这方面要批判"城市老爷医院"的"三检一透"的不良作风。

二、X綫的检查方法

在医学上，X綫之所以能用于疾病的診断，首先是由于它具有穿透能力，螢光作用与摄影作用等特性；其次是由于X綫通过人体組織和結构时，它被吸收的程度不同，因而在螢光

屏与X光片上能有規律地显示黑白不同的阴影，客观地反映出人体内部組織、器官的結构。利用这些特性，在临床工作中就有了X綫透視和X綫摄影两种方法。

（一）X綫透視

透視是应用X綫的穿透力和当它穿过人体被涂有氰化鉑鋇、硫化鋅鎘的螢光屏所吸收产生的螢光影象而进行的。透視是X綫检查最基本的方法。透視比較簡便經济、不需要复杂的X綫机器設备。在透視时可以随意轉动检查部位从各个不同的角度观察，又便于連續观察器官的运动情况，并且当时就能得出初步印象。但对于微細病变和厚度大的組織如顱骨、脊柱、骨盆、髖关节等內部組織結构，透視下观察不清，不宜用透視来做診断。

在透視工作前，检查者应有充分的暗适应准备，为了便于暗适应，可用紅色防护眼鏡。一般情况下，眼睛对暗室的适应需10分钟左右。为了防护X綫的損伤，工作人員須穿鉛圍裙及鉛手套，工作中尽量縮小瞞光器。透視前根据检查部位厚度，选择适当的透視条件，在机器上校对所需的电源，千伏及毫安培。透視一般用60—80千伏，3毫安培，原則上至少应使被检查部位影象达到清晰。在透視中可有短的休止間隙，使目力得以恢复，同时减少机器耗損。透視时間不宜过长，一般胸部透視需半分至一分钟。检查时应尽量让病人脫去衣服，除去一切外物如膏葯，敷料等以免影响观察及引起誤診。被检查部位貼近螢光屏，尽量避免阴影的扩大失眞，并且轉动检查部位，从各个方面观察病变。

1.胸部　胸部透視一般采取立位，幼儿及体弱者可采取坐位，重病人可采取臥位检查。立位透視时，病人两手插腰，两臂內旋，两肘向前，使肩胛骨不与肺重叠。应注意妇女的乳

房及男性的胸大肌，将其轉开或推动以便观察其下方肺野。开始应将隔光器开大，观察胸部的全貌，如胸廓是否对称，心脏是否增大以及两側肺野的透明度和肺門有无明显的改变等，然后縮小視野、移动螢光屏自肺尖向下逐步仔細观察，并将两肺野做对照比較。如見某部有改变应进一步縮小視野作局部的观察。透視时将胸部轉动非常重要；一則可避免肺野中的較小病变不致为肋骨或心脏所遮閉，二則可以决定病变的部位和范围。透視时应让病人做深呼吸，以观察肺野中的充气情况，膈肌的位置，形态和运动。心脏与大血管的透視，一定要观察后前位，右前斜位，左前斜位及側位，以便决定各房室的大小。在右前斜位或側位观察时，經常同时吞一口鋇，观察食管有无受压現象，以决定左心房的大小。尤其重要的是观察心脏大血管各部搏动情况以及主动脉弓的高度，寬度与弯曲度等情况。

2. 腹部　腹部的单純透視較少应用。如疑有胃腸穿孔或梗阻等急腹症时，透視为不可缺少的检查步驟。胃腸穿孔后气体逸出，积聚于膈肌下方，用立位透視易于发現。腸道梗阻时梗阻近側的腸曲扩大积气产生液气面，可以根据透視的所見决定有无梗阻及梗阻的部位，一般用立位定决有无液面。

3. 四肢及其它　四肢的透視常用于检查有无异物，骨折或脱位。由于不能观察細节，所以很少用于骨关节疾病或脊柱、骨盆、头顱方面的检查。在检查四肢骨折或脱位时，应轉动受伤部位以便发現許多隐匿的骨折或骨折的移位情况。在透視下还可以进行取异物、骨折或脱位的整复工作。

（二）X綫摄影

X綫与日光一样有照象作用，能使胶片感光，所以用作摄影。X綫摄影是X綫检查常用方法之一，可以应用于任何部

位。它能較清楚地显示微小病变的結构，并可保存有利于对疾病的观察比較。但摄影的手續和設备均比較复杂，成本比透視昂貴，所以为了减輕病人的負担，在一般工作中最好先做透視，需要时再做摄影检查，尤其检查心脏与胃腸必須作透視检查。摄影时必須根据目的及要求来决定摄影的位置。病人必須除去飾物、敷料及膏葯。使受检的部位保持安定不动以免影象模糊。一般常用的位置为正位及侧位两种。肺部及心脏摄影一般多用后前位，其它部位摄影多用前后位。摄侧位片时应将患侧靠近胶片。病变部位的摄影应在充分吸气摒气摄取。心脏大血管摄影宜在平靜呼吸状态下摒气摄取，除正侧位外常摄取右前斜位及左前斜位。摄右前斜位时应同时服鋇剂观察有无左房压迫食管情况。为了观察心脏的大小，避免心脏影象的扩大失眞，心脏的后前位象常采用两米远距离摄影。腹部摄影一般采用臥位。在观察腸梗阻及胃腸穿孔时应采用立位。四肢骨骼摄影应将軟組織包括在內，并应包括临近一个关节，常同时摄取正侧位象。

（三）胃腸道造影检查

1.造影剂　胃腸道与腹部其它脏器如肝、脾、胰、腎等器官吸收X綫的程度沒有显著差别，一般的透視无法認清消化道的輪廓与結构，只有借助造影剂的方法才能进行。消化道常用的造影剂是医用純淨的硫酸鋇。按照检查目的不同，鋇剂可以調制成下列几种：

稠鋇剂　用以检查食管及胃粘膜，呈糊状半流体。

口服稀鋇剂　用以充盈胃腸道，成人用量为約200克硫酸鋇加水200—300毫升。

灌腸用稀鋇剂，用以检查結腸，用300—400克硫酸鋇加水1500—2000毫升。

2. 鋇餐胃腸道檢查　鋇餐胃腸道檢查为日常診断中最常应用的造影檢查。做胃腸鋇餐檢查的前一夜起病人应禁食。对胃腸道有作用的药物如阿托平、颠茄、泻药等最好停服 1—2 天，以免影响功能的观察。檢查时，病人一般采取立位，首先吞服一匙稠鋇剂观察食管及胃的粘膜，再让病人服稀鋇剂使胃、十二指腸充盈，对胃、十二指腸及上部空腸的形态，功能进行观察。立位檢查后应在仰臥、俯臥位檢查。为了确定胃的排出并了解腸道情况，通常在 3—6 小时复查一次。根据病情的需要和鋇剂到达的大致时間，可适当增加复查次数。但横結腸左半以下的腸道，多不能充盈滿意，故不适于此項檢查。胃腸道的檢查在大多数情况下，是以透視为主，輔以适当的摄片。檢查中并可利用触診，以补单純观察的不足。

3. 鋇灌腸檢查　鋇灌腸檢查是以較稀的硫酸鋇混悬液經肛管注入，可使大腸各部完全充盈，宜于大腸器质性病变的檢查。在檢查前須禁食四小时并做清洁灌腸，以清除腸道內的粪便及气体便于观察。檢查时患者取臥位，緩慢地从肛管灌入稀鋇剂，同时透視观察。可根据需要而改变病人体位及进行触診。在大腸充盈阶段观察完毕后，让病人排出大部分鋇剂，再檢查大腸收縮及粘膜的情况。在少数病例尚須注入空气，使腸腔內密度低的空气与腸壁上密度高的薄层鋇做成明显的对比，称作双层对比檢查，可以显出輕微的病变。

X 綫檢查除上述一般常用方法外还有体层摄影、計波摄影、螢光縮影等特殊摄影方法或胆囊造影、腎盂造影，支气管造影等檢查方法。

总之，对于各种檢查方法的应用，必需遵照伟大領袖毛主席"**备战、备荒、为人民**。"的教导，务必結合实际，以解决病人的痛苦和减少病人負担为原則。应彻底批判在机器設备

方面貪大求洋和忽視基本检查操作的資产阶級思想。如果采取透視和摄影最簡单的X綫检查方法可以达到診断目的，就不必进行其它复杂的检查。

三、X綫診断的原則和方法

（一）X綫診断原則

X綫的診断原則是根据检查部位螢光屏或X綫上所显示的陰影，研究它們的解剖和生理状态，辨别正常分析异常，进而推測其改变的性质，然后綜合临床資料作出結論。因此在診断时，首先要熟悉正常的解剖和生理的X綫表現，其次要了解病变产生后所引起的病理解剖和病理生理的X綫表現。还必須了解临床情况如病史、主要症状和体征等要点以及病人的年龄、性别、职业等資料，否則就不易結合临床和其它必要資料而达到正确的診断。其所以如此是因为具有特殊診断意义的X綫征象是不多的，有許多X綫表現仅是代表某一病变的現象，可以在多种不同的病患中产生，对病因并无特殊診断价值。

（二）几种X綫的观察分析步驟

在观察和分析X綫象时，应有一定的程序，按人体不同的系統全面观察之后，再依次逐一分析各器官和組織的表現。举例說明之。

1. 胸部后前位象　胸部后前位象应当按着胸廓、纵膈、膈肌、肺野的順序进行观察，并要注意下列各点：

（1）胸廓是否对称，肋間有无增寬变窄。

（2）气管、心脏、大血管的位置。

（3）心脏的大小、形状、搏动、位置。

（4）膈肌的位置、形状、运动。

（5）肺門影的大小、形状与位置。

（6）肺纹理有无增加、变粗或减少。

（7）肺野的透亮度有无增加或减低，有无病变影象。

（8）肋膈角、心膈角的清晰度，有无胸膜改变。

2. 胸部侧位象

（1）心脏的位置与前胸壁的关系。

（2）气管的位置及其清晰度。

（3）膈肌的輪廓、位置及前后膈肋角。

（4）叶間隙影出現与否。

（5）肺門的形状、大小。

（6）有否病变影出現，它在位置上与纵膈、肺叶的关系。

（7）胸椎有无后突。

3. 骨关节象

（1）骨、关节的軟組織有否肿胀、萎縮、异物、鈣化。

（2）骨骼的大小、形状、輪廓。

（3）皮质厚薄，有无断裂、破坏、增生。

（4）骨质的結构有无改变，是增生或破坏，有无死骨。

（5）有无骨膜增生。

（6）关节間隙有否开大或縮小，关节内的骨质有无改变。

（7）有无骨折脱位，骨折的类型和移位的情况。

胃腸道　如前所述胃腸道的X綫检查是以透視为主摄影为輔，所以在X綫片上除非有典型特征所見外是不能进行診断的，因为胃腸道的功能变化很大，观察时要同时注意形态与功能的状态。在形态方面注意它的位置、輪廓、大小、粘膜皺襞等。在功能方面包括紧张力、蠕动、排出、分泌等。又因为胃腸道是一条很长的軟組織管道，造影剂在管道腔内推进需

要一定时間，所以需做动态观察，反复检查才能了解全部情况。此外如器官的移动性，柔軟度，有无肿块及压痛对診断都有很大帮助。

（三）病变分析

毛主席教导我們說："**分析的方法就是辩证的方法。所謂分析，就是分析事物的矛盾。**"

当观察X綫象时，要学会运用对病变的分析法，可根据下列各点分析病变的性质：

1. 病变的位置和分布　某些病变往往容易发生在人体的一定的部位，它們的分布可以有一定的規律性。肺部位于肺尖的病变多半为結核，位于肺底的病变，則多半为肺炎。在骨骼关节中的炎症病变，化脓性骨髓炎常位于骨干結核則常位于干骺端，并且涉及关节。在腸道中局限于回区的炎性病变通常为結核，而广范地涉及結腸的炎性病变都为非特异性結腸炎。

2. 病变的数目　病变的数目系指多发和单发。肺內单独的圓形阴影可能为肿瘤或結核球，多发的圓形阴影則首先应考虑到轉移瘤。在关节的炎性病变中，类风湿性关节炎为多关节病变，結核則往往是单个关节。結腸內单发的狹窄可能为癌肿，多发狹窄則为炎症的表現。

3. 病变的形状及边緣　病变的形状及边緣直接表示病变的状况和性质。在肺部片状及斑片状阴影大都表示炎变，块状阴影首先应考虑到肿瘤，三角形阴影則应考虑到肺不张，环形阴影应考虑空洞。病变的边緣可以鋭利或模糊，一般良性肿瘤，慢性炎症和病变愈合时期，边緣多鋭利；恶性肿瘤，急性炎症和病变进展期則边緣模糊。

4. 病变的密度　病变的密度代表深淺明暗和是否均匀。

在肺内气体較少时密度即有增高，常見于炎性病变和肿瘤，而鈣化的密度最高。相反如肺内气体过分增多則密度減低，常見于肺气肿和空洞性病变。在骨骼密度的增加表示骨质增生硬化，密度的減低表示骨质稀疏、萎縮和破坏。骨关节結核的改变以破坏、萎縮为主，而慢性骨髓炎則以硬化兼有破坏为其表現。肺内孤立的圓形陰影可能为肺癌或結核球，但肺癌的密度一般均匀、結核球的密度有时不均匀，其中可見透明的小空洞或鈣化。

5. 病变周围的組織結构　分析病变时，应該同时注意病变周围有无改变，才能使診断正确全面。胸廓变大是胸腔内容积增加的表現，見于肺气肿、肿瘤、胸腔积液等。胸廓縮窄表示肺組織萎縮，常見于慢性肺結核合并胸膜增厚与纖維收縮。

通过以上的观察和分析，对病变的性质可得出初步的意見，但还須結合临床来做出結論。如与临床符合并能解释病人的症状，則診断往往是正确的。但有时X綫診断的結論与临床不同，或提出其它可能的診断，可做为临床上的参考，应与有关方面共同商量如何采取进一步的措施取得明确的診断。

常見症状鑒别

临床实际工作中，需根据病人的全部資料（病史、查体、化驗等）的綜合分析建立正确的診断。临床中可从病人的某一突出症状或体征入手进行分析以求得正确診断与治疗。但必須以毛主席的各項最高指示为指导，以克服在实际工作中可能出現的形而上学观点，方能得出正确結論，及时診治病，更好地为工农兵服务。下面将临床常見的症状做一簡介、仅

供参考：

一、发　热

（一）急性高热　急性高热的热型，发热时間长短，发病季节，以及是否伴有其他症状，对鉴别診断均有重要意义。

1. 急性传染病

（1）流行性感冒　流行性发生，突然高热、头痛，全身肌肉疼痛、眼球后疼痛、白細胞減少。一般病程不超过一周。

（2）麻疹　多見于小儿。高烧、卡他症状，出疹前或出疹初頰粘膜可見科氏斑。到第四病日皮肤有斑丘疹出現。

（3）流行性脑脊髓膜炎　多在冬春流行。起病急，高烧、脑膜刺激症状（头痛、呕吐、頸强直），皮肤可有出血点或淤斑。白細胞增多，脑脊液多混浊，涂膜可在細胞內找到脑膜炎双球菌、皮肤出血点或淤斑涂膜亦可找到細菌。

（4）細菌性痢疾　多見于夏秋季。发冷发烧，腹疼腹泻（粘液血便）。便检查可发現大量脓細胞。儿童在腸道症状出現前可有高热，容易发生惊厥，循环衰竭（中毒性痢疾）。

（5）伤寒　全年散发，夏秋多見。起病緩慢，持續高热約4—5周，伴有相对緩脉、肝脾稍肿大、白細胞減少。早期皮肤可見玫瑰疹，一周后血肥达氏反应可出現阳性。

（6）斑疹伤寒　起病急，持續高热两周左右。发疹明显，多散在于四肢。神經症状明显（头痛剧烈、兴奋、狂躁）、脉快、肝脾肿大。白細胞正常或增加，外斐氏反应阳性。

（7）布魯氏菌病　高热，热型常为波浪型，有关节痛，肝脾肿大、坐骨神經痛、睾丸肿大等。有流行病史及布魯氏菌凝集試驗1:100以上阳性。

2. 感染性疾病

（1）上呼吸道感染（包括咽炎、扁桃体炎及气管炎）不同程度的发冷、发热、头痛、咳嗽。白細胞常增高。急性扁桃体炎时扁桃体肿大、充血，可有脓栓及明显高热。

（2）大叶性肺炎　多春多見，突然发冷、高热、咳嗽、胸痛、呼吸困难、吐鉄銹色痰。可有胸部局部体症。白細胞明显增高，中性核左移，自然病程約一周。

（3）敗血症　多数病人有原发病灶（如皮肤或某部位有感染化脓病变，咽峡炎等），突然发冷发烧，全身中毒症状明显，肝脾肿大，皮肤可有出血点或蕁麻疹。白細胞增加。有条件做血培养时可找出致病細菌。注意有无轉移脓肿。

（4）风湿热　长期不規則发热，多汗、多发性游走性关节紅肿热痛，有风湿結节或环形紅斑。常并发风湿性心脏炎（心肌炎、心内膜炎、心包炎），心率增快，可出現心脏杂音及心包摩擦音。血沉快，白細胞增加。

（5）活动性結核病　各种不同部位的結核病活动期均可有不同程度的发热，如肺結核、結核性胸膜炎、腹膜炎、脑膜炎、心包炎、淋巴結結核、骨結核等。表現为急性高热的有急性血行播散型結核（即粟粒型結核），干酪性肺炎及急性滲出性胸膜炎。

粟粒型結核有較长时間不規則发热，周身中毒症状明显，多汗，脉快，食欲不振，消瘦，肝脾肿大，白細胞稍低或正常。发病2—3周后，肺部X光片可見粟粒阴影。

（6）急性肺脓肿　发冷，发热，咳嗽，全身中毒症状明显。一周左右咳出大量脓痰，有时带血，有臭味。

（7）急性腎盂腎炎　女性和儿童多見，突然发冷、发热、腰痛、尿頻、尿急、排尿疼痛。尿检查白細胞增多，少数病人

可呈現肉眼血尿。

（8）急性胆囊炎　突然发冷，发热，右上腹部陣发性剧痛，恶心，呕吐，可有黄疸、胆囊区有压痛或可捫到肿大胆囊，血中白細胞增多。

（9）肝脓肿　細菌性肝脓肿继发于胆道感染，腹腔感染或敗血症。发冷发烧，肝脏增大，肝区有疼痛及叩痛。肝脏及肋間有触痛。阿米巴性肝脓肿的症状及經过較为緩和。

（10）外科疾患　常見的有痈、蜂窩組織炎、化脓性淋巴結炎、深部脓肿、急性乳腺炎、化脓性关节炎、骨髓炎等。

（11）妇科疾患　常見的有产褥感染，急性盆腔炎症。

3. 其它疾病并有高热者

（1）急性白血病　有高热、口腔及咽峽感染，貧血及出血傾向，肝脾淋巴結肿大，白細胞总数可增多或減少，但涂片可見大量母細胞及幼稚細胞、骨髓涂片呈增生性改变，也以母細胞为主。

（2）淋巴瘤　以何杰金氏病較为常見。有周期性发热、每次热程可持續数周至数月，伴有頸部、腋下或其它淺部淋巴結或胸、腹部淋巴結肿大。脾肿大、肝亦可肿大。可有皮肤搔痒、貧血及无力等症状。

（3）恶性肿瘤　常有发热，其症状随所累及器官不同而各异。

（4）胶原疾病　均可有长期不規則发热。常見者为急性播散性紅斑性狼疮。病人多为女性，有发热，皮疹，肝脾肿大，关节疼痛，及其它各内脏受累所致的多种临床表現。

（二）长期微热

1. 結核病　活动性結核病均可有不同程度的发热，伴有全身中毒症状，如盜汗、衰弱、无力、食欲不振、体重減輕等。以

及病变累及的器官的不同，而有不同的局部症状。

2. 慢性感染性炎症

（1）慢性扁桃体炎　有反复扁桃体炎发作之病史。常有扁桃体肿大，发紅，并有微热。

（2）慢性肾盂肾炎　女性多见，有急性肾盂肾炎病史或不明显。病人除有微热外，多伴有泌尿道刺激症状（尿频、尿急、排尿疼痛），腰痛。尿检查白細胞及上皮細胞增多。培养可有細菌生长。

（3）慢性胆囊炎　有急性胆囊炎病史。常有微热，消化不良等症状，触診于胆囊区在深吸气时可有压痛。十二指肠液分析B胆汁中白細胞及上皮細胞增多。培养可有細菌生长。

（4）慢性盆腔炎症　微热，白带多，腰骶或下腹不适或疼痛。妇科检查对診断有助。

3. 传染性肝炎　可有急性高热病史，以后长期微热不退，并有腹胀，食欲不振，消瘦，无力，肝区疼痛。肝肿大，脾也可摸及。肝功常有改变。

4. 风湿热　有些病人表現为长期微热，多汗，心跳快，关节疼痛等活动风湿的症状。血沉快，白血球增多。

（三）其他少见的发热

1. 代謝亢进，产热过多　如甲状腺机能亢进。

2. 散热障碍　全身广泛皮肤病（魚鱗癬、剝脫性皮炎），严重灼伤皮肤广泛瘢痕。

3. 中枢性发热　脑溢血后期中枢体溫調节功能紊乱。

4. 药物热

5. 功能性热　长期微热，查不出体征。病人一般健康情况无大改变。但必需經过仔細检查除外器质性疾病外方可考虑此診断。

二、昏　迷

（一）代谢疾病

1. 肝昏迷　患者既往有肝炎、肝硬化历史，或曾有过黄疸，平时常有消化不良症状（食欲不振、胀饱、腹泻、恶心）。急性肝坏死，则既往身体完全健康，但近1—2周来病人有类似"感冒"症状，周身不适，关节酸痛，发烧等，或伴有明显消化系统症状。于昏迷前常可找到某些诱因：如劳累、感染、失血、手术刺激、麻醉药物，常有昏迷前期症状，表现为突然性格变化，行动反常，烦燥不安，肝臭等。逐渐完全处于昏迷状态。查体：面色污秽，皮肤粘膜黄疸，肝星，肝掌，腹壁静脉曲张，腹水，脾大等。有黄疸时检尿胆紅质阳性，尿胆元增高。肝功障碍，常有轉氨酶测定增高。

2. 尿毒症　既往有浮肿、血压高或尿路感染历史。近来出現周身乏力衰弱、恶心、呕吐、食欲不振，部分病人有腹泻、鼻出血，或其他部位出血，肢体抽搐，逐渐意識不清。查体：皮肤粘膜貧血蒼白，浮肿，呼吸深大，带有尿味，面部可出現白霜（尿素霜），血压升高，尿常規有明显改变，血非蛋白氮增高，二氧化碳結合力降低。

3. 糖尿病昏迷　既往多食，多飲，多尿症状。近来常有某种誘因如精神創伤，感染，停用胰島素等。症状加重，出現衰弱、恶心、呕吐，食欲不振、腹部不适、精神萎靡、嗜睡，逐渐进入完全昏迷状态。查体：多数病人消瘦，皮肤干燥脫水，呼吸深大，常有水果气味。血压偏低，脉頻而弱。尿糖阳性，尿酮体阳性。

（二）中枢疾病

1. 脑溢血　多老年，高血压，起病于活动过激或情緒兴奋时，发病突然，昏迷伴瘫痪（上神經元性瘫痪）血压明显增高。

2. 脑血栓形成　高血压或动脉硬化患者，多发病于安靜、熟睡时，呈漸进行瘫痪（上神經元性瘫痪）。

3. 蛛网膜下腔出血　青壯年多，剧烈头痛伴呕吐，脑脊液呈血性。

4. 脑栓塞　多見青年人有心脏病（心房纖顫）。

5. 脑外伤　外伤史。

6. 脑膜炎　結核性及流行性、化脓性，多为发热，头痛漸而瘫痪、昏迷，脑脊液检查可鉴别。

（三）感染

1. 中毒性菌痢　发热，脓血便，昏迷。

2. 败血症。

（四）中毒性昏迷

1. 一氧化碳中毒　睡眠时是否用煤炉取暖，現場有否煤烟味，多为全家集体发病。輕者头痛，头昏乏力，恶心，呕吐。重者意識丧失，抽搐，皮肤呈樱桃紅色，呼吸淺表。部分病人皮肤有局限性肿胀，充血，水泡。早期检查血碳氧血紅蛋白定性可为阳性。

2. 有机磷中毒　可因皮肤直接接触或誤服、自杀等产生。有接触史，或家中备有机磷类葯物，突然葯物不知去向，遺留空瓶。患者的政治面貌应注意查問。病人衣服，口腔、呼吸、呕吐物均有蒜味。瞳孔縮小，流涎，多汗，肌肉纖顫，血压升高，肺水肿，呼吸抑制等为其临床特点。

3. 安眠葯中毒　多为自杀或誤服，发病前身体健康，患者的政治面貌，精神状态，应認眞向单位負責同志及家屬查問。病人突然被他人发現处于类似熟睡状态，呼吸均匀深大，带有

鼾声。肢体松軟，反射減弱或消失。瞳孔可縮小或正常，如除外脑性昏迷，首先应当考虑为安眠药中毒。小儿往往因誤服或过量引起中毒。

三、呕　　吐

(一)急性胃炎

(二)急性胰腺炎(参見腹痛項)

(三)幽门梗阻　呕吐同时伴有上腹部疼痛与鼓包，吐后疼痛緩解或減輕。上腹部出現胃蠕动浪及振水音。病因多为溃瘍病或胃癌。在嬰幼儿应想到幽門痙攣或先天性幽門狹窄，前者給予解痙药物（阿托品或顛茄片）有效果。

(四)肠梗阻　呕吐，腹痛，不排气。检查：腹部可見腸型，听診腸鳴音亢进。

(五)贲门痉挛　进食后即将原物吐出，尤以吃固体食物或冷食为明显，精神緊张时症状加重。症状可自然緩解。解痙攣药物有治疗效果。

(六)尿毒症　多由慢性腎实质性疾患引起。除恶心、呕吐外，尚有貧血，高血压，有时有浮肿。化驗检查，尿有异常改变。患者常伴有酸中毒所引起之深大呼吸，呼吸有尿素味。

(七)早孕　凡在生育年龄的女性，閉經后，出現恶心、呕吐症状，应想到早孕的可能。妇科检查，如发現子宫頸有紫兰着色，子宫体增大等改变，有助診断的确定。

(八)颅内压力增高疾病　呕吐呈噴射性，吐前无恶心感，伴有头痛，視力模糊，血压升高与脉搏緩慢。常見于高血压脑病，脑肿瘤与脑脓肿等病。

(九)眩晕症　此症可有恶心、呕吐，安靜臥床时症状緩

解。但此类病人的主要表现为感觉四周景物或自身旋转与摇动及站立不稳，行动控制不灵。引起眩晕症的疾患最常见者为耳源性疾患如美尼耳氏綜合病症。

（十）药物 药物引起呕吐，常见者有水楊酸盐、氯化铵、磺胺、金霉素、洋地黄和氯霉素（尤以注射制剂为明显）等常引起恶心、呕吐等反应。

（十一）神经性呕吐 恶心不明显。呕吐与精神情緒有关。病程可长，但对健康状况多无大影响。通过检查能除外其他引起呕吐的原因，方可考虑此病。

四、腹　　泻

（一）胃源性腹泻 多見于胃酸缺乏症及胃切除后。其特点为：无痛性腹泻每昼夜不超过五次，无脓血粘液。多伴有貧血。

（二）肠源性腹泻

1. 慢性細菌性痢疾　有急性发作及間歇发作的病史。大便一日数次，有粘液或血。大便培养可能生长痢疾杆菌。服抗菌药物可能奏效。

2. 慢性阿米巴痢疾　临床症状多与慢性細菌性痢疾类似，便鏡检可找到阿米巴囊子或原虫，抗阿米巴药物能收到治疗效果。

3. 慢性非特异性潰瘍性結腸炎　多見于青年及中年人。临床表現頗似慢性痢疾。抗阿米巴或抗菌药物疗效不明显。疑診病例，作乙狀結腸鏡或鋇灌腸检查对診断有一定帮助。

4. 腸結核　腹泻多在清晨（有鸡鳴泻之称），呈間歇性，与便秘交替出現，伴有右下腹痛及发烧与盜汗。抗結核治疗

有效。鋇餐透視：回盲部及盲腸有鋇影残缺及痙攣現象。

5. 腸滴虫症　腹泻多不重，大便中粘液較多，伴有腹部不适。粪便检查能找到滴虫。卡巴砷治疗有效。

6. 結腸癌　多为中年以上病人。腹泻与便秘交替发生，腹泻經久不愈，貧血、消瘦較明显，有时出現腸梗阻，于結腸走行部位可能触到肿块，便中有粘液，脓或血。乙狀結腸鏡检查及鋇灌腸检查可确定診断。

7. 功能性腹泻（腸神經官能症）　长期腹泻，多不太重，便为水样或粘液便，伴有腹部不适或疼痛，常与精神情緒变化有关，一般健康状态較好，但常有其它神經官能症症状。診断此病时，須除外其它引起腹泻的器质性疾病。

五、腹　　痛

（一）上腹痛

1. 潰瘍病　一般均呈飯后規律性灼痛，多于秋冬季节反复发作，碱性药物与进食可以緩解或減輕。检查于上腹部有限局性压痛，便潜血可为阳性。

2. 慢性胃炎　常为持續性輕度鈍痛，并有胃部脹飽感，缺乏潰瘍病疼痛之規律性，便潜血多为阴性。

3. 急性胃腸炎。

4. 胆道蛔虫症　多于心窝部或偏右上呈发作性鉆頂样絞痛，伴有恶心、呕吐，有时可吐蛔虫。合并感染时則有发烧，白細胞增加。

5. 胆囊炎、胆石症　二者常合并存在，反复发作。多呈右上腹陣发性絞痛或持續性疼痛陣发加重，伴有发冷发烧与黃疸，检查胆囊区有压痛或可捫到肿大之胆囊。

6. 急性胰腺炎　多呈上腹与后腰持續性剧痛、伴有恶心、呕吐，发热。检查胰腺区有压痛，血、尿胰淀粉酶可升高，常伴有胆道疾病。

7. 肝脓肿（参見发烧項）。

8. 胃癌　多为頑固性胃疼，或原有潰瘍病之疼痛性质发生变化。患者年令多在中年以上，伴有食欲減退，消瘦，并有呕吐与貧血者多想此症。检查腹部晚期可摸到硬性包块。有时可有幽門梗阻症状。便潛血多呈持續阳性。

9. 其它　肝癌，胰腺癌，胸膜炎，下叶肺炎，膈下脓肿，亦可呈上腹疼。

（二）脐周疼痛

1. 蛔虫症　此病較普遍，成人常无症状，儿童多有腹痛，为陣发性。检查腹部軟，有时可捫到蛔虫团所致索条。

2. 腸系膜淋巴腺結核　呈隐痛，常有下午发热，盜汗，腹部有时可摸到肿大之淋巴結。

3. 过敏性紫癜　部分病例有腹部疼痛与便血。

（三）下腹痛

1. 闌尾炎　主要为右下腹痛。典型病例，开始多起于上腹部或臍周围逐漸轉至右下腹，伴有恶心、呕吐。检查右下腹麦氏点有压痛。

2. 急慢性痢疾　有者呈陣发性下腹部絞痛，伴有里急后重，便呈脓血样。

3. 腸結核（参見腹泻項）。

4. 泌尿系疾病　如膀胱炎，腎絞痛（炎症、結石、磺胺中毒）亦可表現为下腹痛。

5. 痛經　与月經周期有关之下腹痛。检查腹部无异常体征。

6. 盆腔炎　下腹隆痛，向腰骶部放散，急性期可发烧。慢性白带较多，經期加重。附件区有压痛，妇科检查可以确定。

7. 宫外孕破裂　凡生育年龄之女性，突然下腹剧痛，迅速蔓及全腹，并有内出血之表現，甚至休克，应想及此病。追問有閉經与阴道流血史者可以确定，阴道后穹窿穿刺可抽出血液。

8. 卵巢囊肿蒂扭轉　既往多年下腹部有无痛之包块历史，突然下腹剧疼，腹部可摸到痛性包块，妇科检查可以确診。

（四）全腹痛

1. 急性泛发性腹膜炎　全腹有自覚痛，压痛与反跳痛，腹肌紧张呈板状硬。急性腹膜炎，多发生于腹腔脏器穿孔或破裂之后如闌尾炎穿孔、潰瘍病穿孔、外伤或某些疾病（伤寒等）引起腸穿孔，外伤后肝脾破裂，或絞窄性腸梗阻之晚期。

2. 結核性腹膜炎　起病較緩，疼痛多不剧烈，伴有发烧盜汗等中毒症状。检查腹部有揉面感，有輕度压痛、反跳痛，肌紧张不明显。

3. 癌性腹膜炎（参見腹水項）。

六、便　血

排便呈鮮血色，或为柏油样，后者見于上消化道部位（食道、胃、12指腸）的出血。

（一）胃与12指肠溃疡　为上消化道出血的重要原因，可同时有呕血，或只有黑便（柏油样便），常在出血前有潰瘍病的病史（食后規律性上肤痛，烧心，服碱性药有效）。

（二）胃癌　多見于老年人，黑便同时常有上腹鈍痛，食欲不振，消瘦，貧血，晚期上腹部可摸及肿块。

（三）肝硬化 因門脉高压引起食道下端靜脉曲张破裂出血，多先有呕血，继之黑便，少数只有黑便。可有肝病史，面色污秽，肝星，肝脾大，腹壁靜脉曲张及腹水征。

（四）胆道出血 有胆道病史，出血前多有胆絞痛。較少見。

（五）过敏性紫癜 以皮肤出血点为主，可伴有腹痛及黑便，多数病人伴发关节肿疼。

（六）血小板减少性紫癜 系全身出血性疾病。除皮下及粘膜出血外，可有胃腸道出血而至便血。化驗血小板减少，出血时間延长，血块收縮不佳。其他如再生障碍貧血，白血病引起血小板减少，亦可便血。

（七）结肠及直肠癌 腹泻，或与便秘交替，粘血便，有的表現腸梗阻症状。部分病人便血，但亦多少混有粘液。結腸癌需靠乙状結腸鏡，鋇灌腸检查，直腸癌靠肛門指診或直腸鏡检查确定。

（八）结肠及直肠息肉 突出表現为便血，血色新鮮，混有粘液者少，年青者較多見。前者需做乙状結腸鏡、鋇灌腸检查。后者做肛門指診或直腸鏡检查确診。

（九）痢疾（细菌性及阿米巴性） 主要表現为腹痛，粘液血便，里急后重。少数可有便血，但亦多混有粘液。化驗大便可发現阿米巴原虫（或囊子）或培养生长痢疾杆菌。

（十）慢性非特异性溃疡性结肠炎 特点为腹泻，多粘液血便。病程长，时好时坏，大便查不到阿米巴原虫或囊子。

（十一）内痔及肛門裂 便血新鮮，多在便后，呈滴状或噴射状。少量者附在大便的表面，局部检查可确診。

（十二）肠伤寒 少数病人，因治疗不及时，在病程第三周腸潰瘍形成而出血（詳見发热）。

七、肝脾肿大

（一）传染性肝炎 病人有明显消化道症状，如恶心、呕吐、厌食、腹胀、排气等，肝区疼痛，部分病人有黄疸，肝脏不同程度肿大（多半轻度肿大），质较软或稍硬，表面光滑，轻度触痛，常伴脾脏轻度肿大，肝功检查常有改变。

（二）肝硬化（门静脉性） 早期肝硬化肝可肿大，病程较晚的肝硬化，肝常摸不到，但有脾肿大，患者消瘦、有消化不良症状，部分病人有腹水、肝痣、腹壁静脉曲张等，肝功检查有变化。部分病人脾大明显，有脾功过高症状（贫血，白细胞及血小板减少），肝功能正常或轻度障碍，这样病人，有人称为脾大性肝硬化（班替氏脾）。

（三）肝癌 病人进行性消瘦，贫血，肝脏某部分逐渐增大，质硬如石，表面不平，肝区有疼痛与压痛，肝功多正常。继发于肝硬化者，病人可有腹水与脾肿大，肝功检查常有改变。

（四）肝脓肿 发冷、发烧、白细胞增多、肝区疼痛、肝脏肿大、肝脏或肋间有触疼，皮肤可有限局浮肿。

细菌性肝脓肿多继发于胆道、門静脉的感染或败血症，中毒症状更为明显。阿米巴肝脓肿继发于阿米巴痢疾，故患者可有腹泻，脓血便历史、病程较细菌性肝脓肿略长，經过稍緩和，肝穿刺抽出紅褐色脓汁。

（五）胆汁淤积性肝硬化 多有胆总管結石，胆道感染的病史，可有右上腹絞痛发作及間歇热，黃疸时輕时重。肝肿大，可有触疼，质硬，表面平滑，晚期可不平。少数为毛細胆管炎引起的胆汁性肝硬化。

（六）淤血肝 見于各种心脏病心力衰竭和心包炎。肝

肿大，緣鈍，早期质軟，表面光滑，可有触疼，随着心力衰竭好轉，肝脏縮小，长期肝淤血，肝大而硬，压痛不明显，少数同时伴有脾脏大。

（七）传染脾 急性传染病除发热之外多有肝脾輕度肿大，质軟，压痛不明显，如伤寒、斑疹伤寒、布氏杆菌病、敗血症等。

（八）白血病 各种白血病均有脾肿大，慢性粒細胞性白血病脾巨大，可伸达骨盆，质較硬，可摸及脾切迹。部分病人同时肝肿大。患者有体弱、无力、貧血、周围血中白細胞极度增多，并有大量幼稚細胞出現。急性白血病病程短，发展迅速，脾輕度肿大，可有輕度肝肿大。白細胞总数可能低于正常，但分数多为母細胞。

（九）其他 黑热病、紅斑狼疮有不同程度肝脾肿大（詳見各病）。

八、黃　疸

黃疸是由于血內胆紅质浓度高，使巩膜、皮肤发黃。依黃疸程度不同，可分显性、隐性黃疸两种。黃疸的病因很多，按其发生机理将常見的列举如下：

（一）肝細胞性黃疸

1. 传染性肝炎 有胃腸道症状（食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、便秘等），发热，黃疸，肝区疼痛及肿大，尿胆紅质阳性，尿胆元增加，肝功及轉氨酶可有改变。

2. 肝硬化 食欲不振，肝区不适，恶心，腹胀。有时有黃疸及出血現象，肝脾肿大，腹水，腹壁可見靜脉怒张。肝功可有改变，有黃疸者尿胆紅质阳性，尿胆元增加。

3. 肝癌　分为原发性或轉移性。表現有肋下疼痛，右上腹有包块，肝肿大，凹凸不平有結节，表面硬有压痛，增大迅速。肝癌发生于肝門处較早出現黃疸。多数病人肝功在正常范圍，腹水多为血性，涂片检查常易找到癌細胞。

（二）梗阻性黃疸　常为肝外胆管梗阻所引起，常見的疾病有以下几种：

1. 胆囊炎　右上腹疼，发热，白細胞增加，有的病例伴有黃疸。

2. 胆石症　有明显的胆絞痛，疼痛可向右肩、右背放散。常伴有黃疸，皮肤搔痒。完全梗阻时便呈灰白色，尿色加深。并发感染时发热，右上腹紧张，白細胞增加，肝功可有改变，尿胆紅质阳性，尿胆元阴性，胆囊造影有助于診断。

3. 胰腺头癌　黃疸多見，且出現較早，进行性加深，最后形成完全梗阻性黃疸，伴有黃褐色尿，大便呈灰白色，皮肤搔痒，晚期常有恶病质。約半数有黃疸的病例，可摸到肿大的胆囊。尿胆紅质增加，尿胆元阴性，肝功多无异常。

（三）溶血性黃疸　溶血性黃疸在临床上較为少見。

1. 先天性溶血性黃疸　本病多有家族病史，起病緩慢、慢性經过，时有急性发作，貧血及黃疸增重。大多数病人有不同程度肝肿大，約半数患者有脾肿大。紅細胞及血紅素下降，网織紅細胞增加（发作时明显），血胆紅质增加，尿胆紅质阴性，尿胆元增加。

2. 血型不合的輸血　异型輸血引起溶血时有明显的腰痛，并有恶心、呕吐、寒战和高热，严重病例尿少或无尿或有血紅蛋白尿、貧血和黃疸，脾和肝往往肿大。血中胆紅质增加，尿胆紅质阴性，尿胆元增加。

各型黄疸化验检查鉴别表

	凡登白反应	尿胆红质	尿胆素元	粪胆素
肝细胞性黄疸	直接或双相	+	++	+
梗阻性黄疸	直　　接	+++	减少或阴性	减少或阴性
溶血性黄疸	间　　接	-	++	++

九、腹内包块

(一) 上腹部

1. 胃癌　患者有进行性消瘦，食欲不振，貧血，于晚期可捫到硬性肿块。怀疑胃癌病人不应依賴捫到肿块来确診，应在早期进行細致检查及密切观查。

2. 肝癌　参見肝脾肿大項。

3. 胆囊肿大　右上腹有圓形或梨形軟性肿物，有触痛，随呼吸移动。胆石症，胆道蛔虫，胆囊炎所致胆囊肿大患者主要表現为胆絞痛，可能有黃疸，发烧，白細胞增加。胰腺头癌或瓦特氏壺腹癌所致胆囊肿大，主要为进行性梗阻黃疸，疼痛不明显。

4. 胰体癌　消瘦，上腹与腰背部剧痛为主要症状，仅于晚期可捫到肿块，质坚硬，結节状，大都固定。

5. 肝脾大　参見肝脾大項。

6. 結核性腹膜炎　多見于青壯年病人，有較长期中毒病状（发烧、体弱、无力、出汗、消瘦等）及消化不良症状，于中上腹部可捫到不規則形粘連包块，边界不清。經抗結核治疗，肿块縮小，临床症状改善，对診断有帮助。

（二）中腹部

1. 腸系膜淋巴結結核　有較长期的发热，腹痛或腹泻历史，詳細检查可捫到圓形大小不等肿块，一般有触痛。

2. 腹后壁恶性淋巴瘤　此病較少見，早期診断困难，患者有頑固性腹痛，腰背痛，消瘦。伴有淺表淋巴結肿大者应穿刺或手术摘出病理检查。无淋巴結肿大者，应做鋇餐透視，可見小腸腸曲被挤压現象。

（三）下腹部

1. 尿潴留　尿潴留有各种原因造成，肿包在耻骨上部，囊性，压迫时有尿意感，老年男性前列腺肥大所致者有长期排尿困难历史，須肛門指診确定。盆腔外伤所致尿路狹窄，常在外伤后很快发生。椎体或脊髓外伤之尿潴留，在外伤后立刻出現。导尿后肿包消失。

2. 卵巢囊肿　肿物呈圓形，光滑囊性感，病史較长，肿物生长較慢，病人周身状况較好，早期在下腹一側可向左右下移动，巨大囊肿可占据全腹，妇科检查有助診断。

3. 子宮肌瘤　主要表現为有不規則阴道出血或多次流产，早期妇科检查可确定。于下腹部可捫到較大之肿块，质硬、表面可有結节，触痛不明显。

4. 闌尾脓肿　急性闌尾炎未經治疗，2—3天之后，右下腹持續性疼痛，可伴发烧，肿包在右下腹，較固定，有触痛及肌紧张，肛門指診可捫到脓肿壁及触痛。

5. 腸結核（增殖性腸結核）　早期有不同程度的結核中毒症状，右下腹可触到較固定不規則肿块，須鋇餐透視診断。

6. 寒性脓肿　为未經及时治疗的椎体結核的并发症，于一側髂窝部可捫到較固定囊性肿物，无触痛，椎体放射綫检查可确診。

7. 粪块　便秘的人于右或左下腹可摸到条状或結节形肿块，微有压痛，于排便或灌腸后消失。

（四）侧腹部

1. 游走肾　多見于中年期以下女子，体质瘦弱，右侧多見，病史較长，平时感腰痛下墜感，走路活动时明显，体息后可減輕。

2. 肾盂积水　肾脏肿大呈囊性，有压痛，肾盂积水多由尿路梗阻所致，梗阻发展較慢，有間歇性。常見病有輸尿管結石，游走肾，膀胱病变等。故临床上有相应症状出現。

3. 肾肿瘤　以恶性者为主，有无痛性、間歇性血尿，肾区疼痛，肾肿块质硬，圓凸形，不規則，須經放射綫检查确定。

十、水　肿

可有全身性和局部的水肿，有以下常見的原因：

（一）心脏性　右心衰竭靜脉淤血引起的水肿，下肢明显，同时有頸靜脉怒张和肝脏肿大。如因风湿性心脏病引起可有二尖瓣或主动脉瓣杂音。因肺心病引起，則有慢性气管炎及肺气肿的病史和体征。如为老年人应注意有无心脏扩大、心律不齐及高血压。心包疾患引起的水肿如右心衰竭（参見腹水項）。

（二）肾脏性　急性肾炎的浮肿常从面部开始，以后延及全身，同时可有血压升高；慢性肾炎肾病型的浮肿很明显，但可以沒有高血压，肾脏性浮肿都应有尿的改变。

（三）营养不良性　多因小腸吸收不良，长期腹泻的病人，如腸結核或慢性节段性小腸炎，和各种原因引起的較长时期的进食減少。某些严重貧血。

（四）血管神经性 多見于較肥胖的妇女，先要除外本节所提的各种原因。

（五）内分泌性 服用保泰松，长期服用腎上腺皮质激素，注射大量睾丸酮，月經前后等。

（六）上腔静脉受阻时 面，頸及上肢局部性水肿。常見的病是纵膈肿瘤，同时可有剧烈的痙攣性咳嗽和胸痛。X射綫胸部检查能够确診。

（七）下腔静脉受阻 引起两下肢浮肿，如大量腹水，腹腔内肿瘤，或妊娠子宮压迫腔靜脉。

（八）静脉炎 引起患肢水肿，水肿部位常是紅紫色，病变部位常有压痛，可以捫到較硬及有压痛的栓塞靜脉。

（九）直立性浮肿 是由于立位时血循环調节不佳之故。多見正常中年女性在工作或活动后出現，休息、臥床后消退或改善。

十一、腹　水

（一）结核性腹膜炎 腹部检查，除有腹水外，全腹有压痛，有时可捫到不定形的肿块。全身有結核中毒症状。自覚腹部发胀或疼痛。腹腔穿刺为滲出性腹水，偶尔出現血性腹水。

（二）肝硬化及门静脉高压 腹壁有靜脉曲张，脾大，下肢常有浮肿。腹水为漏出性。

（三）癌性腹膜炎 腹部检查与結核性相似。因常是胃癌、肝癌或后腹壁恶性淋巴瘤轉移到腹膜引起的，所以病人有食欲不振，腹痛或呕吐的病史；肝癌时能捫到大而硬、表面不平的肝脏。腹水多为血性，可以找到癌細胞。

（四）心脏病引起的腹水

1. 縮窄性心包炎　心脏无明显体征，主要为明显肝肿大和大量腹水，頸静脉怒张，脉压小，有奇脉，可以确定診断。

2. 心力衰竭（参見心脏性水肿）。

（五）肾病型肾炎（参见肾脏性水肿項）。

（附注）腹水与卵巢囊肿的鉴别：平臥位腹水墜积在腹腔两側故呈蛙腹型，叩診时两側腹部为实音；卵巢囊肿的腹型是腹中部突起，叩診側腹部呈鼓音，巨大卵巢有时与腹水不易鉴别时可进行妇科检查。

十二、胸　痛

（一）胸膜腔疾患

1. 胸膜炎　常見为結核性的，发病初起呼吸时感到病側疼痛，有的病人喜臥患側。胸部检查病側可听到摩擦音。胸水滲出后疼痛減輕，因初期滲出液少，必須詳細检查才能发現。

2. 气胸　可继发于肺結核，慢性气管炎和肺气肿，偶見胸部外伤及因針刺操作不当。发病突然，病人感到胸部强烈刺痛，有时放射于肩部或腹部；气体多时压縮肺脏和纵膈移位就发生呼吸困难、脉快、出汗等症状。检查时病側叩診鼓音，呼吸音減弱；气体多时，气管向对側移位。

3. 急性脓胸　症状同胸膜炎，但发热高，脓胸局部常有压痛，大多数病人继发于肺脓肿，所以先有咳嗽，咳大量脓痰和痰中带血的病史。（慢性脓胸多为結核引起的，胸痛不明显。）

（二）肺部疾患

1. 肺結核　多在上胸部有酸痛，可向肩部放散，有周身結

核中毒症状，早期診断依賴于X射綫检查。

2. 大叶肺炎　突然高热，咳嗽，患側胸痛（参見高热項）。

3. 支气管肺癌　中年以上，病史主要有咯血，干咳，发烧，并可有胸痛，这时应想到肺癌的可能，积极进行有关的检查。

4. 肺梗塞　少数风湿性心脏病并发心房顫动或慢性心力衰竭的病人，主要症状为胸痛，痰中带血，梗塞部位容易发生細菌感染，有发烧和吐脓痰的症状。

（三）心血管疾病

1. 心包炎　急性結核性、化脓性或病毒性心包炎的开始有心前区疼痛，在胸骨左緣及心前区可以听到与心脏跳动一致的心包摩擦音，摩擦音是診断心包炎的可靠根据。結核性心包炎很快出現渗出液，此时疼痛消失。化脓性的继发于敗血症或临近脏器的化脓性疾患。病毒性心包炎的疼痛持續日期較长，也較剧烈，两三周后自愈。

2. 心絞痛　多見于中年以上的男性，在冠状动脉硬化的基础上，冠状动脉痙攣时心肌急性缺血的症状，常发生于用力，兴奋之后。疼痛位于胸骨中段后面，或心前区，且放射于左胸、左肩、左臂內側，疼痛多伴有窒息感，每次发作仅数分钟，休息或舌下含硝酸甘油酯片后，疼痛迅速停止。

3. 急性心肌梗塞　冠状动脉某一分枝血栓形成，心肌急性坏死，疼痛的性质与心絞痛相似，但較剧烈，可持續数小时以至1—2天，同时有血压下降，继而发热及白細胞数增加。

（四）胸壁疾患

1. 肋軟骨炎　多見于第二肋軟骨，亦可多发，局部可有肿胀，有限局性压痛。

2. 胸壁結核　肋骨結核，自覚痛，压痛，局部有不紅不发热的脓包。

3. 肋間神經痛　由于机械性的压迫，損伤或病毒所致，刺痛或灼痛，沿肋間神經走行有压痛，在脊椎旁、腋綫及胸骨旁，尤为显著。

4. 带状泡疹　病毒感染，于数日內沿肋間神經出現成群的水泡。疼痛有时很重呈刀割样或灼痛，可持續数周。

5. 胸部外伤　有外伤史，有压痛，有时有血肿，疼痛重时应詳細检查有无肋骨骨折和胸膜及肺部損伤。剧烈的运动，持續性的咳嗽，也能使胸肌发生疼痛。

临床常見到主訴胸痛，經过检查和一段时期的观察，能除外器质性疾病，可以考虑为功能性胸痛，应向病人詳細解释。

十三、呼吸困难与发紺

呼吸困难常伴有发紺，有的发紺虽重，但呼吸困难并不十分显著，常見者有：

（一）呼吸系統

1. 上呼吸道异物　多見于小儿，有异物吸入史，异物吸入后，立即出現咳嗽、音哑，呼吸困难以吸气困难为主，发紺显著。

2. 急性喉炎　咳嗽、音哑、重者有呼吸困难与发紺。

3. 支气管喘息　反复发作性呼吸困难，以呼气困难为主，吸气短促，呼气延长，伴有喘鳴、唇指发紺，有肺气肿体征，肺有干性罗音，血中嗜酸性細胞常增多。

4. 肺炎　发病急，发热，咳嗽，气短，重者发紺、肺內有湿性罗音。

5. 肺气肿、肺心病　有慢性咳嗽史、发病时发热，呼吸困难、发紺、咳嗽、咯黃痰、肺有干湿罗音，伴有肺气肿与右心衰

竭体征。

6. 胸腔积液、气胸　发病急剧者、有明显呼吸困难与发紺、胸痛、气管向健侧移位、語顫与呼吸音減弱或消失，叩診前者发浊，后者为鼓音。

（二）循环系统

1. 心力衰竭　呼吸困难，不能平臥，重者伴有发紺。左心衰竭时，咳嗽、吐泡沫或血沫痰，肺內有大量湿性罗音。右心衰竭时頸靜脉怒张、肝大、浮肿，有各类心脏病体征。

2. 先天性青紫型心脏病　由于先天性心血管畸型，使靜脉血进入动脉系統內，病人有唇指发紺，重者鼻尖耳朵亦显青紫，呼吸困难較輕，心脏有杂音，常有杵状指。

（三）癔病性呼吸困难　有情緒激动史，呼吸急促，重者可引起呼吸性碱中毒与手足搐搦，詳細查体无异常发現（特别是心肺）。

（四）高原病（高原适应不全）　长期居住、工作在高原地区（拔海三千公尺以上），造成继发性紅血球增多，可有紫紺。

十四、血　尿

尿前段有血从尿道而来，終末血尿为膀胱来的，全血尿从肾脏来的。

（一）首先应考虑以下四种病因

1. 肾結核　部分病人先发現为肉眼血尿，检查尿沉渣在显微鏡下同时有多数脓細胞，常常伴有尿頻。可收集24小时的尿用集菌法找結核菌；为了早期診断可做肾盂造影。

2. 肾結石　尿血前突然发生一側腰部剧烈的絞痛，疼痛

向同侧大腿根和阴部放散，持續数小时甚至几天。

3. 恶性肿瘤　多見于成年人，主要症状为无痛性血尿。如尿終血尿，而尿頻，尿痛时則考虑为膀胱肿瘤。

1. 急性腎炎（参見水肿項）　少数病人有长期显微鏡下或肉眼血尿，經过检查能除外其他原因引起的血尿，可以診断为局灶性腎炎，切除扁桃腺等病灶，預后良好。

（二）其他尿路病引起的血尿

1. 少数急性腎盂腎炎　有血尿，同时尿中也有大量脓細胞，发病时有急性高热，妇女多見。

2. 膀胱三角炎　急性发病，有明显的尿頻，經常有尿意，尿痛，多为妇女。

3. 前列腺炎　与膀胱三角炎的症状相似，直腸指診，前列腺有压痛。

4. 外伤性血尿　腰部損伤。

5. 磺胺中毒　服磺胺时喝水少，同时沒有服碱性药物，磺胺結晶堵塞腎小管，引起血尿、腰痛和少尿。

（三）全身出血性疾病　紫癜（参見便血項）

（附）血尿要和血色素尿加以区别：血色素尿为深的啤酒色，显微鏡下看不到紅細胞，匿血試驗是阳性的，見于輸血时由于不負責任輸錯了不同血型的血，輸血后不久即发生寒战和腰痛；还有少見的溶血性貧血（参見貧痘項）。

十五、头　痛

头痛是常見而复杂的症状，很多疾病伴有此症状。由于头痛的复杂性，所以只注意到头痛是不够的，凡訴头痛的病例都应作仔細的檢查。引起头痛的常見病如下：

（一）各种原因引起的高血压 头部紧压感或搏动性头痛，测血压增高，且较明显。

（二）某些传染病 上呼吸道感染，流感，脑膜炎，斑疹伤寒。

（三）脑血管意外

1. 蜘蛛膜下腔出血 青年较为多見，头痛突出，伴有恶心，呕吐，頸强直等脑膜刺激症状，少数重患有意識障碍，脑脊液呈血性。

2. 脑溢血、脑血栓形成 头痛症状突出，伴有意識障碍及半身瘫痪。

（四）颅内占位性病变 常見有脑肿瘤，脑脓肿。表現顱内压增高与相应的定位症状。脑脓肿并伴有发烧感染等症状。

（五）脑外伤后遗症 有脑外伤史，查体多无特殊发現，診断宜慎重。

（六）三叉神经痛 中年多見，为发作性剧疼，伴有面肌抽搐，結膜充血与混浊，說話，洗脸与进食可誘发。

（七）偏头痛 多見于青年女性，特点是发作性偏側头痛，疼痛呈搏动性，可伴有視力障碍与恶心呕吐，吐后疼痛消失。

（八）神经官能症 患病时間較长，健康状況良好。无其它器质性疾病发現。

（九）五官疾患

1. 青光眼 多見于老年人，有头痛、恶心、呕吐等症状，检查可見睫状充血，瞳孔散大，角膜混浊，用匹罗卡品点眼有良好效果。

2. 屈光不正 閱讀时間过久后，眼球酸疼，伴有前头部疼痛，校正視力后消失。

3. 付鼻竇炎　随病变部位不同，疼痛性质不同。

4. 鼻息肉　較大息肉堵塞鼻腔，造成鼻塞，鼻衄与头痛，鼻鏡检查即可发現。

5. 鼻咽癌　早期鼻分泌物中带血絲，晚期有鼻塞、头痛、耳鳴、耳聋等症状，頸淋巴結肿大。喉鏡或后鼻鏡检查可协助診断。

十六、惊　　厥

常見的疾病有：

（一）癲癇　发作前常有感覚异常，眩暈，胸腹不适或肢体麻木等先兆，数秒后突然失去知覚，继之四肢抽搐，眼球上翻，口吐白沫，有时有舌咬伤与大小便失禁，多在2--3分后停止，抽后患者处于昏睡状态或神志恍惚，經1—2小时才完全清醒。

（二）症状性癲癇　如脑血管意外（脑出血、脑血栓形成、脑栓塞），脑炎或脑膜炎，脑肿瘤，脑寄生虫病等多伴有抽风，表現同癲癇。

（三）癔病　多見于青年女性，常在情緒受刺激后出現，发作时喊叫或不吱声，手足乱动，无舌咬伤与大小便失禁，意識多半清楚。

（四）高热惊厥　嬰幼儿多見，高热，抽风，无脑膜刺激与定位症状，与小儿中枢神經系統尚未发育成熟有关。

（五）妊娠子癇　抽风多发生于妊娠后半期，常伴有高血压，水肿与蛋白尿。表現与癲癇基本相同。

（六）破伤风　由旧法接产或外伤史，发作时肌肉呈强直性痙攣，牙关紧閉，角弓反张，呈苦笑面容，輕微刺激則可引

起痉挛发作。

（七）手足搐搦症 常见于有佝偻病的婴儿，多发生于春季，不发热，突然出现阵发性痉挛，一日可达数次，抽时意識不清，双眼上翻，双拳紧握，发作后神志恢复，食欲与精神不受影响。有的表現为喉痉挛，手足搐搦呈助产士手。

（八）其他 少見。

1. 阿—斯氏綜合症 由于心室纤顫或心脏停搏引起脑缺氧。患者知覚丧失，呼吸暫停，面色蒼白，唇指发紺，抽风，心跳听不出，脉搏消失。陣发性的病例常于1—2分后心跳、呼吸重新出現，感覚恢复，血压上升。

2. 高血压脑病 患者有剧烈头痛、眩暈、視力暫时丧失、抽风、昏迷，血压急剧上升，經搶救治疗，病人常可恢复。

內 科 疾 病

第一章 呼吸系統疾病

第一节 上呼吸道感染

上呼吸道包括鼻腔、咽喉与气管。因病毒（占大部分）和細菌感染引起上述部位之炎症，称为上呼吸道感染（簡称上感）。飞沫传染、着凉和机体抵抗力降低常为发病誘因。

临床表現 一般上感之周身症状較輕，而呼吸道症状則較明显。起病較急，感周身不适、疲倦、头痛及周身酸痛、怕冷、微热，偶有高烧；鼻咽发干、咽发痒、鼻塞、打噴嚏、流清鼻

涕；或咽痛、声音嘶哑；或感胸骨后紧闷、微痛、咳嗽、有少許脓性痰。伴有細菌继发感染时，黄脓痰增多，有时高热。

检查体征較少。有时发現咽部充血，扁桃体肿大、充血、表面有黄白色分泌物；有的伴有頷下淋巴結肿大，且有压痛。化驗白細胞总数正常或稍高。

上感的病程較短，一般2—7天即可恢复。有的由于治疗不当，可继发付鼻竇炎或中耳炎与支气管炎。

继发付鼻竇炎时，感到前头部或顴骨疼痛，发烧，有大量脓性鼻涕，付鼻竇有压痛。继发中耳炎时，感到耳部深处疼痛，不敢擤鼻涕、打噴嚏或咳嗽，听力減退，重时因鼓膜破損、外耳道可見脓性分泌物。继发支气管炎的表現，見下节。

诊断　根据症状較易确定。但应注意，有时上感可能为某些急性传染病的早期症状，故应細致观察，及早发現。

注意与流行性感冒鉴别，二者临床症状相似。鉴别点：流感有流行病史，周身酸痛、高热明显，骨关节与眼眶疼痛显著。化驗白細胞总数較低。

防治　平时加强身体鍛炼，提高机体抵抗力及对寒冷的适应能力，这是預防上感的重点。上感发生时，适当注意戴口罩，避免呼吸道传染，有一定意义。

具体治疗主要是对症处理：

（一）服用中药銀翹解毒丸（片），每日二次，每次一丸（四片）。或羚翹解毒丸（片）。除中药外，也可在发烧和全身痛时服解热鎮痛剂，如索密痛、扑热息痛或安乃近，每次1—2片，每日3—4次。

（二）咽喉痛　加用中药六神丸，每日2次，每次3—4粒。可用金銀花3錢，胖大海3—4枚用开水浸飲。也可口服磺胺噻唑，开始先服2.0克，以后每隔4—6小时口服1.0克，

与等量炭酸氢鈉伍用，須多飲水，以防腎脏損伤。或口服土霉素，每6小时0.5克。

（三）鼻塞　用1/2000鼻眼淨或2%麻黄素点鼻。

（四）咳嗽　見支气管炎的治疗。

（五）新針疗法　大椎、合谷、曲池。发烧时扎曲池；头痛加太阳；咽喉痛加外金津、外玉液（廉泉旁开一寸）；鼻塞加迎香；咳嗽咯痰加丰隆。

第二节　支气管炎

支气管炎分为急性、慢性两种。慢性支气管炎是劳动人民常見疾病的一种，如果得不到有效的防治，多半在数年后得肺气肿，部分病例甚至可发展为慢性肺原性心脏病。但是在文化大革命以前，由于城市卫生部，执行資产阶級医疗路綫，不研究这种常見病的防治，慢性支气管炎、肺气肿仍然严重的影响广大劳动人民的健康和社会主义的建設事业。目前，在毛主席的革命医疗路綫指引下，全国农村普遍建立了由赤脚医生組成的卫生网，广大貧下中农得了伤风、感冒、咳嗽病，大多数能得到及时的治疗，这对于防治慢性支气管炎、肺心病和其他常見病，有了根本的保証。按着毛主席的教导："**要以革命的精神来搞科学技术工作**。"我們一定会在医疗实践中找到对慢性支气管炎和肺气肿的有效的防治方法。

支气管炎的病因尚不明确，目前認为細菌或病毒的传染是急性支气管炎的主要原因。冬季发病率高。烟和某些气体的慢性刺激也是得气管炎的一种原因。寒冷、室内外溫度差异太大，或出汗后驟然着凉是患病的誘因。得急性支气管炎后如果得不到及时的治疗，使病情迁延下来，再加上寒冷环

境、"嗆风"等因素，以及反复急性感染，如果連續几个冬天，即可变为慢性支气管炎。

临床表现 支气管炎的診断主要依靠临床症状。

急性支气管炎发病开始可能有发烧，主要症状是咳嗽。初期为干咳，常为陣发性，胸骨后有紧压感，咳时疼痛；两三天后变成脓性粘痰，不易咳出，在恢复前轉为白痰。急性支气管炎常常是小儿麻疹、百日咳和肺炎的一种早期症状，所以要細致观察，加以区别。

慢性支气管炎的症状为慢性咳嗽，入冬以后到次年春季咳嗽发作，气候轉暖咳嗽随之減輕或消除。作随咳嗽有較稀薄代泡沫的白色粘痰，如气管内合并細菌感染时可出現黃脓痰。

急慢性支气管炎可以沒有阳性体征，有时可听到干性罗音。化驗及肺部X綫检查均无診断意义。

鉴别诊断 慢性支气管炎与支气管喘息、支气管扩张、肺結核鉴别。

（一）支气管喘息 其特点是发作性气喘，发作結束之前咳嗽，咯出少量粘稠的痰，以后喘息随即緩解。支气管喘息发作与季节性的因素关系不大。

注意点：长期不愈的支气管喘息可合并慢性支气管炎，另外慢性支气管炎反复有气管内感染后亦可有喘息症状；到这时就不需要糾纏在两种病的区别了，因为治疗方法是一致的。

（二）支气管扩张症 病的特点是經常咯出黃脓痰，咳嗽沒有季节性，常有咯血和发烧；在病变部位常能听到較恒定的小水泡音。

（三）肺結核 早期咳嗽很輕，无痰或少量粘液痰；慢

性纖維空洞性肺結核也有慢性咳嗽，咯腋性痰，如不加以注意，容易誤診为慢性支气管炎。根据周身結核中毒症状想到肺結核的可能，胸部X綫检查以确定診断。

防　治

（一）加强身体鍛炼，經常戶外活动，做深呼吸运动以增强呼吸道对寒冷的适应能力。寒冷季节集体場所要强調通风，以减少上感的流行。室內外溫度相差太悬殊的地方，或者在冬季劳动后休息的时候，注意保暖，避免突然着凉。及早发現急性支气管炎，給以彻底治愈。劝說慢性支气管炎的病人要少吸烟，并离开刺激呼吸道气体的环境。根治慢性扁桃腺炎和什鼻竇炎。

（二）支气管炎的治疗　有感染、发烧或咽喉痛的治疗方法同上感。干咳时服用复方樟腦酊每次2—5毫升，或磷酸可待因0.03克。有粘痰时服用祛痰剂，如止咳片（含氯化銨和复方樟腦酊等）每次4—5片，每天3—4次；各种止咳糖浆，早期服用至咳嗽消失再停药。有支气管痙攣时服用氨茶碱0.2克每天三次，或麻黃素25毫克每天三次，如因兴奋影响睡眠时，每晚加服巴比土类安眠剂。亦可服用非那根每次25毫克，每天三次，或舌下含异丙腎上腺素，每次10毫克。中药止咳祛痰药物可随症选用：气管炎丸、参苏理肺丸、二母宁嗽丸，每天2—3次，每次一丸；止喘有定喘丸，每日2—3次，每次一丸。此外尚有麻杏止咳片（每次四片，每天2—3次），川貝精片（每次3—6片，每天2—3次），麻杏止咳糖浆（每日三次，每次10毫升）。

慢性支气管炎的治疗原則也是止咳祛痰，解除支气管痙攣，有腋痰时加用抗菌药物。

支气管炎的新針穴位有天突、定喘、丰隆。痰多时針丰

隆；无痰时针天突、定喘；咳嗽及喘息时加膻中，亦可用划割法。

第三节　支气管喘息

定义　支气管喘息是一种常见的变态反应疾病，主要临床表现为反复发作的阵发性气喘；发作时发生呼气性呼吸困难，带有哮鸣音；不发作期间多无任何症状。

病　因

（一）基本病因　在哮喘性体质的基础上，由于内因性或外因性变态原，而引起哮喘。

（二）外因性变态原：

吸入性：花粉、羊毛、灰尘，成人多见；

接触性：面粉、油漆、染料；

食物性：鸡蛋、牛奶、鱼虾，儿童多见。

（三）内因性变态原　中年老年多见。

由于体内病灶（鼻炎、鼻窦炎、胆囊炎、阑尾炎）的存在，又有外因性变态原而引起哮喘发作；以后虽无外因性变态原也可引起哮喘。

病理上主要变化为支气管痉挛、粘膜充血、水肿并有大量分泌物，使管腔变狭窄，致呼吸不畅。在呼气时由于管腔的自然收縮而再度縮小，就使呼吸障碍更加重，形成以呼气性呼吸困难为主要表现的喘息。早期治疗，解除痉挛可完全恢复；长期反复发作，则肺泡过度膨胀，形成肺气肿。

精神、气候与气压变化可誘发喘息发作。

临床表现　典型喘息发作，开始时周身不适，鼻腔发痒，喷嚏流涕，继之迅速发作。患者感到胸部发闷，呼吸困难，呼

气时严重，胸部膨隆，呼吸輔助肌如鼻翼、肋間肌与腹壁都参加运动。患者坐起，两手撑腰，不敢动，滿头大汗，口唇发紺，随呼吸动作胸內发出喘鳴。发作可持續数分钟，数十分钟不等。发作結束时，咳嗽，咯出大量粘液泡沫样痰后，呼吸逐漸好轉，喘息停止。此种典型发作为陣发性，来去突然，症状消失后患者行动自如，多見于有明确外因所引起的喘息。如及时找到并去除病因，則可获全愈。

个别病例，严重的喘息发作可持續数日不止，称为喘息状态。由于严重缺氧与心脏負担加重，可引起心力衰竭，甚至死亡，在老年人則更危险。

发作时检查患者，极端呼吸困难，唇指发紺，胸呈桶状，叩診肺肝界下移，心浊音界不清，肺呈过清音，听診有大量干性罗音，如并发感染可听到水泡音，并有发烧，白細胞增高。发作停止后罗音显著減少或消失。

非发作期和健康一样无任何表現。

并发症　有肺气肿与肺原性心脏病。

诊断　注意患者呼气性呼吸困难的特点，結合反复发作病史，检查有支气管痙攣体征，而无心脏疾病，即可确定。

鉴别诊断

（一）心脏性喘息　发作与支气管喘息相似，但既往有高血压或心脏病史（如陣发性夜間性呼吸困难与心絞痛病史等），咯血、或泡沫样粉紅色痰、有心脏杂音或心脏扩大体征。

（二）上呼吸道梗阻　呼吸困难在吸气时严重，伴有喉鳴，有喉部疾病（如喉炎、白喉）与异物吸入历史。

防　治

（一）积极追查病因，如能查到明确的变应源后，避免接触；呼吸道感染病灶的积极治疗，均有助于預防或減少喘息

之发作。

（二）急性喘息发作时的治疗

1. 安慰患者，发作一定能緩解，解除患者焦急、紧张情緒。令其采取坐位，立即进行針刺，常用穴位有：①天突、膻中。②患門穴（第5、6胸椎之間旁开五分）。③定喘穴、膻中划刺。可随症选用，常收立即止喘之效。如疗效不显著，可选用下述药物治疗。

2. 药物治疗方法如下

（1）1‰肾上腺素0.3—0.5毫升皮下注射，一般立即止喘，需要时于10—15分钟后再注。因此药可同时使心跳加快、血压暫时升高，故有心脏病与明显高血压者禁忌。

（2）氨茶碱0.25—0.5克肌注，或0.25克緩慢靜注（需用供靜脉注射用的制剂）。因此药除緩解支气管痉攣尚能扩张冠状血管，改善冠状动脉血液循环，故也可改善心功能状态。

（3）异丙基肾上腺素5—10毫克，舌下含用，止喘作用較快，但有时引起心悸。

（4）麻黄素25—30毫克肌注，4—6小时后可重复注射。禁忌同肾上腺素。

（5）喷雾吸入上述药物（单一或数种混合），可收到較滿意效果。目前供吸入用成品制剂有异丙肾上腺素气雾剂（内含异丙肾上腺素与維生素丙等）和复方异丙肾上腺素气雾剂（内含异丙肾上腺素、新福林、香料等）。携带应用方便。

（6）0.25%普魯卡因10—20毫升，緩慢靜注。

（7）經上述处理，急性喘息发作仍不緩介者，可用氢化考地松100—200毫克或促肾上腺皮质激素25单位，加入5—10%葡萄糖中靜脉点滴。

（8）急性喘息发作有严重缺氧表现时，应吸氧气。

（三）持續性喘息之治疗

經采取上述措施喘息仍不緩解者，还可应用：

1. 抗菌素控制感染　长期喘息发作，多有感染因素，不控制炎症，喘息得不到緩介。常用抗菌素为青、鏈霉素肌注，或用广譜抗菌素如四环素、金霉素等。

2. 穿綫疗法与穴位結扎疗法　于控制感染后进行。取穴：大杼、大椎、风門、肺俞。每次取 2—3 穴即可，多数一次有效，为巩固疗效，可在两月后及复发季节再穿綫一次。

3. 常用口服药物有　氨茶碱，每日三次，每次 0.2 克。麻黄素，每日三次，每次 25 毫克。复方茶碱（含胆茶碱、麻黄素与阿米妥）与百喘朋（含麻黄素与苯海拉明），每日 2—3 次，每次 1—2 片。考地松类药物对喘息有較好的疗效，除上面所述靜脉点滴氢化考地松外，常口服强地松，开始每日 3—4 次，每次 10 毫克，症状減輕后，逐漸減量停药。在服药期間应注意抗菌素的使用，以免感染加重。

4. 可将上述某些药物制成栓剂或其他剂型如平喘露（含麻黄素、氨茶碱与阿米妥）在睡前經肛門給药，效果好，維持时間較长。

5. 中药可服哮喘丸或定喘疗肺丸。

第四节　大叶性肺炎

大叶性肺炎 95% 是由肺炎球菌所引起，病理上肺組織呈炎症性实变，通常侵犯一个整叶或大部分肺叶。严重病例可侵犯两个以上肺叶。发炎現象与組織反应开始于肺的中心部，随着感染的进展向周围扩散，逐漸发展至全肺叶，經过充血

期、肝变期、消散期几个阶段，但并非全叶在同时受到侵袭，故该受累叶的病变亦并不一定在同一阶段。临床上表现为突然发病，恶寒高热，咳嗽，胸痛，咯铁锈色痰，及肺实变体症。病程約一周。

病因及发病 主要致病菌为肺炎球菌，少数为由其他細菌所引起，如肺炎杆菌、溶血鏈球菌、葡萄球菌等。肺炎球菌的感染，虽然是发病的必备条件，不过起决定作用的，还是人体的抵抗力与易感性。毛主席說：**"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。"**約有40—70%的正常人鼻咽部带有肺炎球菌，但并不发生肺炎，只有当某种情况下，如着凉、淋雨、过度疲劳、外伤，机体抵抗力下降时才发病。冬春两季气候变化急剧，易有上呼吸道感染，降低全身抵抗力，故此时肺炎发病率較高。

临床表现 突然发病为临床主要特点，先有寒战，繼有高热可达40°C左右，呈持續型。最初干咳，約于24小时后患者咯血痰或典型的鉄銹色痰。因胸膜受累，病变侧出現胸痛，随呼吸咳嗽而加剧。如病变位于下叶，炎症累及膈肌胸膜，則反射性疼痛可以放散到肩部或病侧腹部。

严重病例，可有明显发紺、气促、意識淡漠，譫妄与狂躁，甚至发生昏迷或休克。休克患者发病率占全部肺炎的2—9%。起病急驟，約半数休克患者，发病一天以內就处于休克状态。部分病人突然发生昏迷或休克，而病前毫无发烧，咳嗽等一般肺炎症状。临床表現：四肢厥冷，遍体冷汗，唇甲发紺，收縮压低于80毫米汞柱，神智淡漠、煩燥、譫妄、以致昏迷。

早期患者体征不明显，仅有热病容貌、顏面潮紅，呼吸促迫、患側肺部呼吸音減弱，間或出現少量湿性罗音。待1—2天后，肺部实变形成时，便出現实变的体征，即患側肺部語顫

增强，叩診浊音，听診时有支气管呼吸音。約有 1/3 患者出現唇部疱疹。

化验 白細胞总数多在 15,000 以上/立方毫米，中性粒細胞数在 80% 以上。

X 光所見 X 光征象常在发病后 24 小时內出現，最晚不超过 48 小时。所見为大片状一致性浓密的阴影。

特殊临床类型

（一）小叶性肺炎球菌性肺炎 多見于嬰儿及幼童、年老体弱、患慢性疾病者。临床表現大致与大叶肺炎相同。但多为逐漸发病，小儿常有呕吐、腹泻、惊厥。体溫不規則，叩診浊音不明显，听診可有細小或中等水泡音。X 光可在一侧或双侧肺下野見小片状影。

（二）多叶或全肺型肺炎 来势急，病情严重，体征明显，但极为少見。

诊断 在典型病例診断不困难，一般根据急剧起病，寒战高热、胸痛、咳嗽及鉄銹色痰，肺部实变体征，診断便可确立。在診断困难的病例，有时須用 X 光透視协助診断。

鉴别诊断

（一）急性滲出性胸膜炎 发烧、气促、咳嗽、胸痛多不严重，体征为患側叩診实音，語顫及呼吸音減弱或消失，无罗音；如滲出液較多，則气管向健側移位。

（二）原发性非典型肺炎 症状輕，体征不明显，白細胞不增高，X 光所見肺部阴影淡而不均匀。

（三）干酪性肺炎 結核菌引起。症状較緩和，白細胞可不高，痰中找到結核菌，X 光检查对診断有帮助。

并发症 治疗不当或某些病例可发生并发症，如滲出性胸膜炎、脓胸、肺脓肿、脑膜炎、心包炎等。

治　疗

（一）一般治疗　病人必须安静休息，注意保温、多饮水、飲食以軟食或半流食为宜。

（二）病因治疗

1. 青霉素　为治疗肺炎球菌性肺炎最有效药物。成人每天80万单位分两次肌肉注射，絕大多数用药两天后体溫降到正常，再維持3—5天。如无并发病，即可停药。如病情較重，用量还可酌情增加，每六小时肌注一次。或并用鏈霉素每天1克分两次肌肉注射。

2. 磺胺嘧啶、磺胺噻唑　对一般肺炎有很好效果。首次剂量2克，以后每4—6小时口服1克，体溫下降36小时后，再改为每4—6小时0.5克，約3—4天后停药。服磺胺制剂时，应多飲水、并加服等量碳酸氢鈉、肝腎功能減退病例忌用。

3. 其他抗菌素　如金霉素、四环素等，仅于对青霉素无效或过敏时使用。重症肺炎或伴有休克患者，可用紅霉素、金霉素或四环素靜脉点滴，但輸入液体不可过多以免发生肺水肿。

（三）对症治疗

胸痛　口服可待因0.02—0.03克。

咳嗽　干咳者可服可待因，痰多不易咯出者，可服氯化銨甘草合剂或其他祛痰药物。

煩燥不安　可用苯巴比妥鈉0.1克肌肉注射。或10%水合氯醛20毫升直腸注入或口服。

高热　选用物理降溫方法，如酒精擦浴，头部冰囊或冷湿毛巾冷敷，切勿用药物降溫，以免大量出汗，导至休克。

发紺　应使室内空气流通，可給与呼吸兴奋药物，有可能时吸入氧气。

休克　肺炎的早期診断及适当治疗，可能預防休克发生。

一旦休克出現，除以上治疗外，应給予升压药物进行治疗，常用的升压药物有去甲基腎上腺素，如效果不好应考虑改用或輔用其他升压药物如甲氧胺、阿托品等治疗。詳細方法参閱休克搶救章。

新針治疗

胸痛　內关、阿是穴。

咳嗽　天突，定喘，痰多加丰隆。

休克　1. 人中、中冲、涌泉。

2. 內关。

3. 十宣。

4. 阳陵泉。

（四）中药治疗　千金葦茎湯或麻杏甘膏湯加減。

预　防

（一）加强身体鍛炼，增强抵抗力。

（二）防止感冒。

（三）积极治疗上呼吸道感染的病人。

第五节　肺　脓　肿

定义　肺脓肿是肺組織的化脓性感染，可有肺空洞，临床上表現发烧咳嗽脓样痰等症状。

病因　病原菌多为葡萄球菌，鏈球菌和肺炎球菌，如果杂有厌气杆菌和螺旋体感染則痰帶有臭味；病原菌侵入途径主要的有：

（一）呼吸道感染：

1. 口腔手术　扁桃腺截除、拔牙时病原菌随血液或口腔分泌物帶入肺內。

2. 吸入性肺炎　在全身麻醉或昏迷病人，因失去咳嗽反射，往往有口腔分泌物吸入肺内，即所謂吸入性肺炎，故对这些病人注意口腔护理，应吸出口腔分泌物、呕吐物，头偏向一侧睡觉。

3. 口腔感染　如齿槽溢脓，鼻窦炎时带細菌的分泌物流入支气管内。

(二)血源性感染　身体其他部位化脓性病灶，如亚急性細菌性心内膜炎产生細菌性栓子，脱落后，通过血液带到肺部。

(三)肺部本身疾患引起　在大叶性肺炎，麻疹后支气管肺炎，支气管扩张等疾病后，身体抵抗力减低，可形成肺脓肿。

肺脓肿可以发生在肺的任何部位，但最常見的是右肺上叶，一般的是单个的，但血源性感染，則为多发性肺脓肿。

病理解剖　肺脓肿未形成之前，先是肺組織发炎，肺泡中有滲出，局部充血，呈紅肿状态。发炎再进一步的变化就是化脓。这是由于感染細菌生长繁殖，肺泡組織形成潰瘍，如与支气管相通时痰量增加且为脓性。有时毛細血管遭受損害，所以咯血亦为常見。肺脓肿有急性慢性之分，但以时間长短来区分不够完全恰当。急性是早期阶段新近形成的，周圍尚无纖維增殖变化，如脓肿壁及其附近有大量的增殖性病变，形成不規則的纖維化，同时腔壁增厚，这种脓肿即可称之为慢性肺脓肿。一般以单个脓肿較多，多发生于右肺上叶的下部。

临床表現　病起常和支气管炎或肺炎相似。起病常突然发冷发燒，和咳嗽，有时胸痛。病情逐漸加重，起病后2—3天至一周左右，咳嗽加剧咳大量粘液脓痰，如有厌氧菌感染則痰有臭味，一进入患者住室即可嗅到，每日痰量可达数百毫升，靜置于玻璃瓶中可明显的分为三层，上层为泡沫，中层是液体，下层是脓液和破坏的肺組織沉渣。患者有咯血，有时血量

甚多。严重者大量出血者，由于血凝块阻塞气管，有造成窒息的危险。如为阿米巴性肺脓肿（由阿米巴肝脓肿穿破至肺内形成的脓肿）痰呈棕褐色。临床上一般認为病程超过三个月以上則为慢性肺脓肿。慢性肺脓肿症状时愈时发，病程拖长，疲乏无力，盗汗間歇性低烧，咳嗽、咯痰，有时咯血，症状与肺結核相似，一般健康状况較差、日漸消瘦，并有杵状指（形如鼓捶，可能是神經营养性变化）。但必須全面的分析病情（病史、查体、和X光检查）不能机械地以时間来确定。

体征明显与否和脓肿大小有关，脓肿較大者，患部可呈現浊音，呼吸音減弱，支气管呼吸音（如脓肿四周有大量实变），有空洞形成时可听到水泡音。慢性肺脓肿患者可有貧血及杵状指。

诊断　病史中有口腔病变、什鼻竇炎、口腔手术等，以后又发生上呼吸道感染症状，如咳嗽、吐痰、吐大量带有臭味的脓痰。将痰靜置于玻璃瓶中可分为三层。X光检查早期有肺炎样阴影，大量脓痰咳出后形成空洞，其中可見有液平面。

鉴别诊断

（一）肺炎　病程較短，突然发冷发烧、咳嗽、胸痛、吐痰、典型病例痰呈鉄銹色，用抗菌素治疗后，大多数患者在1—2日內体溫下降至正常。

（二）支气管扩张症　患者常有长期咳嗽，反复咯血和咳痰的病史。体检病变部位可听到水泡音，X光检查一般无空洞形成，可見肺紋理增强。

（三）空洞性肺結核继发化脓菌感染　有結核病史，結核中毒症状（下午发烧、盗汗、疲乏无力、食欲減退等），痰量不多无臭味，痰涂片检查可找到結核菌。

（四）肺癌继发感染　年龄大都在40岁以上，有咳嗽，

早期咯血病史，支气管阻塞时可发生肺不张，合并感染以后有发烧，肿瘤明显时可产生上腔静脉受压症状。抗菌素治疗效果不明显。

治　疗

（一）一般疗法　包括安静休息，加强营养，空气流通，咳嗽吐痰給祛痰止咳剂，避免用麻醉性鎮咳剂，以免抑制咳嗽使痰液不易咳出。大咯血的处理見急症处理大咯血治疗項。

（二）体位排痰　囑患者采取易于使痰咳出的姿势进行排痰（如右下叶脓肿使患者采取左側臥头低位），每日早晚二次，必要时可增至四次，每次20—30分钟。

（三）抗菌素治疗　主要用青霉素进行治疗，每日100—200万单位分次肌肉注射（六小时一次），如用青霉素效果不好时可加用鏈霉素，亦可改用金霉素或土霉素加用鏈霉素或氯霉素治疗，用抗菌素治疗必須彻底，在临床症状完全消失后，仍須继續使用抗菌素治疗，直到X光片显示肺部炎症消失，只剩条索状阴影为止。在空洞已形成的患者，抗菌素治疗一般須持續2—3个月，否則常有复发的可能。

（四）支气管滴入疗法　肌肉注射抗菌素效果不好时，必要时可用支气管内青霉素滴入疗法。青霉素量10—20万单位，隔日1次。

1. 直接穿刺注入法　病人仰臥，头向后仰，在頸部甲状軟骨与环状軟骨的正中綫間，以碘酒、酒精消毒后，将裝有药物的針头刺入气管腔内，徐徐注入药液。

2. 鼻导管滴入法　先用0.25—1.00%地卡因喷雾麻醉咽喉部，麻醉后，病人采取端坐位，然后以消毒的10—16号橡皮管，涂上液体石腊油，沿鼻腔緩緩送入，用压舌板观查，当导管送到会厌时，即行插管。插管时，患者要做深长而均匀的吸

气，当吸气至 1/3 时，气管张开，迅速将导管插入。导管插入后再以 0.25—1.00% 地卡因 4—6 毫升或 5% 普鲁卡因 2.5 毫升作气管内麻醉。麻醉后緩緩将葯液注入。

（五）阿米巴性肺脓肿　詳見阿米巴肝脓肿病的治疗。

（六）外科疗法　如肺脓肿已进入慢性阶段，患处有不規則的纖維性变，則应考虑外科手术治疗。

（七）新針疗法

1. 天突、定喘、外关。

2. 合谷、丰隆、膻中。

（八）中医疗法　千金葶苈湯（葶苈 3.0 苡米 4.0 桃仁 2.0）水煎服日二次。或用桔梗甘草湯（桔梗 2.0 甘草 2.0）水煎服。痰多者可用葶力大枣泻肺湯：葶力 4.0 大枣 7 枚水煎服。竹瀝膏日二次，每次 1/3 瓶。

預防　讲究卫生，預防疾病。肺脓肿的原因和口腔疾病关系很大，要經常刷牙，彻底治疗口腔化脓感染。对口腔手术患者应注意肺部感染，早期和彻底治疗肺化脓性感染，可減少肺脓肿的发生率。

第六节　支气管扩张症

支气管扩张症是由于支气管管壁損害和管腔扩张而引起的疾病。可由支气管本身的病产生，也可以继发于肺部疾病。常为麻疹、百日咳、支气管肺炎的后遺症，肺脓肿、肺結核的并发症。早期可无症状，晚期主要为呼吸系統化脓性感染的临床表現。本病为常見疾病，可由各种病因造成，絕大多数为肺化脓性和結核性感染的并发症及后遺症。現将其发病机制及病理解剖概述如下：

（一）支气管感染和支气管管壁的破坏　常为支气管管壁深部感染和肺部化脓性炎症（例如麻疹、百日咳、流行性感冒后的支气管肺炎）的并发症及后遗症。扩张的支气管管壁各层，包括粘膜、平滑肌、弹力纤维等多遭破坏而被纤维组织所代替。化脓性病变不只限于支气管管壁，且常侵及邻近肺组织，形成多发性小脓肿，腔内充满着脓性分泌物。有些病例可能很少，甚至无感染现象，称为干性支气管扩张。

（二）支气管阻塞　支气管完全阻塞肺部气体被吸收而产生肺不张。但支气管不完全阻塞常起活瓣性作用，因而气体吸入容易，呼出困难，阻塞的远端支气管管壁早有损害，使该部形成支气管扩张。

（三）肺和胸膜的纤维病变形成瘢痕收缩　胸膜粘连加上肺部较广泛的纤维病变形成及收缩，常向外牵引早有损害的支气管管壁，使其扩张。

（四）管壁表层常有静脉曲张，易引致出血。

临床表现　支气管感染不严重，可能被误認为輕度慢性支气管炎。感染如被控制，症状可完全消失。常見的是支气管感染逐渐加重，患者呈反复的呼吸系統化脓性感染，最后經常有咳嗽和大量脓痰，可有臭味，一天可达几百毫升。靜置于玻璃瓶内可分为三层：上层是泡沫，中层是粘液，下层为脓块。如支气管有阻塞，痰量減少，全身发热等症状加重，阻塞解除后，痰量增加而全身症状減輕。咯血发生率比肺結核高，大多数病例（約90%）都有咯血，咯血量多少不等。并发肺气肿或肺硬变患者可有呼吸困难。

早期可无阳性体征，支气管扩张明显，腔内有渗出物时，在病变部位可听到水泡音，其特点为比較局限，且較恒定，咳嗽时加重，痰咳出后暫消失，但不久又出現。此外肺气肿、杵

状指也相当多見。

X光检查 肺部平片早期仅見肺紋理增加，晚期病变部位可見蜂窝状或沿支气管走行的卷发样阴影，两肺可見肺气肿。支气管碘油造影，可有柱状、梭形、囊状等改变。

诊断 主要依靠典型的病史和体征。肺部有比較恒定的局限性水泡音，常并发肺部局限性化脓感染。对打算做外科手术的病人，須作支气管碘油造影进一步确定。

鑒别诊断 本病須与慢性支气管炎、肺結核、风湿性心脏病二尖瓣狹窄、肺脓肿、肺癌等病进行鑒别。

治 疗

（一）内科疗法 早期或不能手术的病例，适于内科治疗。

1. 位置排痰 患者可做位置排痰，每日早晚二次，必要时可增至四次，每次20—30分钟，体位取决于病变的部位，一般使病变部位較气管和喉为高，以利脓痰的排出。

2. 控制感染 严重或急性发作时，每日可用青霉素80万—160万单位分次肌肉注射或加用鏈霉素每日一克分两次肌肉注射，如青霉素效果不好时可改用金霉素、四环素、土霉素等治疗。亦可采用气管内滴入青霉素治疗（見肺脓肿）。

3. 对症治疗 如痰不易咳出时可用祛痰剂。大量咯血見急症咯血治疗章。

4. 中医疗法 同肺脓肿中医疗法。

（二）外科疗法 症状明显，反复咯血、感染、病灶比較局限、无肺气肿又无其他严重合并症者（如心血管、肝、肾）均可手术治疗。

预防 彻底治疗急性呼吸道感染，尤其是儿童时期的支气管肺炎，是預防本病的主要关鍵。此外麻疹、百日咳、流感

等的预防措施对本病也有预防作用。

第七节　气　　胸

定义　胸膜腔內有气体积存叫做气胸。

病　因

（一）自发性气胸　由于肺部本身病变引起的。如肺結核、肺脓肿、肺气肿等。气体由破損的肺泡进入胸膜腔內，其中以肺結核引起的最多見，占所有气胸的80%以上。

（二）外伤性气胸　由于胸部外伤，如枪伤、肋骨骨折，又如胸腔穿刺抽液时不慎，也可引起。

病　理

（一）关閉性气胸　肺表面破裂后，气体进入胸膜腔，但肺表面伤口反被气体压縮，这种气胸，胸膜腔內气体往往自行吸收，不久肺組織又能自行扩张。

（二）开放性气胸　由于肺組織与胸壁粘連，因此肺部伤口被牵拉不能关閉，胸膜腔直接与大气相通，胸膜腔內压力与大气压相等。

（三）高压性气胸　由于肺部伤口成活瓣状态，在吸气时，活瓣开放，气体能被吸入胸腔，而呼气时活瓣关閉，不能把胸膜腔內气体排出，故胸膜腔內气体大量积聚，胸膜腔压力极度增高，因此纵膈移位，心血管被压迫，可引起心力衰竭而死亡。

以上三种情况，都可造成肺組織的压縮，影响呼吸功能。

症状　常有誘因，如过分用力剧烈咳嗽时引起气胸。大多数起病急，突然发生呼吸困难，胸部刺痛、紫紺，患者表情焦急不安，有窒息感覚。严重病人則出冷汗，四肢冰凉，脉搏細快，

血压下降等休克表現。也有病人起病慢，只是逐漸感覺气急，无其他明显症状，在胸部检查时才发現为气胸。

体征 望診：呼吸困难紫紺。触診：气管和心脏向健側移位。叩診：患側鼓音。听診：患側肺泡呼吸音減弱或消失。X綫检查表現患側肋間隙加寬，胸膜腔有气体存在，肺脏压縮，纵膈和心脏向健側移位。

治 疗

（一）一般疗法 絕对臥床休息，采取半坐位，保暖，并严密观察血压和呼吸变化情况。

（二）对症疗法：

1. 如有呼吸困难和紫紺者給吸氧气。

2. 鎮靜鎮咳 可用可待因片0.03克，3/日，避免使用嗎啡。

3. 胸膜腔抽气，高压性气胸，須用水封式連續抽气裝置；如图九。

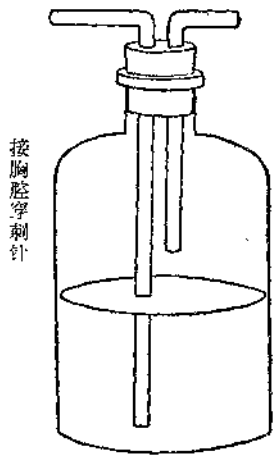


图9 水封瓶

（三）病因疗法 抗痨药物。

第二章 結核病

結核病就是最常見多发病，此病历史长远，分布广泛，危害极大，是群众最需要解决的問題。因此我們就应該放上大量的精力去研究它。只有充分了解它的发病規律、临床特点和預防治疗的措施，才能做到早期診断，早期治疗，作好預防，避免广大群众受結核病危害，保障人民健康。

病因 病原菌：結核杆菌。該菌有人、牛、鼠、鳥四型，但后二型人不感染。結核杆菌对化学消毒剂抵抗力大，但对湿热抵抗力差，只要煮沸5分钟或60°C20分钟即死亡。在70%酒精溶液2分钟即死。故病人用具可以煮沸法和以酒精液来消毒。

传染途径 呼吸道传染：一种是当病人說話时、咳嗽时、打噴嚏时，含結核菌的飞沫散布。另一种是病人把带菌的痰吐在地上，含結核菌的飞尘随风飘揚而传布。消化道感染：多因服污染結核杆菌的牛奶等食物致之。

病理 結核病的基本病变有三种：一种是以变质为主的炎症，如干酪性肺炎；一种是以滲出为主的炎症，如滲出性胸膜炎；一种是以增殖为主的炎症，这見于抵抗力較强之时，可形成結核結节。

第一节 肺結核

发病机理

（一）初感染 多发生于儿童，成人少見。当吸入結核菌后（多在肺上叶）产生一个小病灶，叫原发病灶，然后引起淋巴管炎，继以引起肺門淋巴結炎，这三部分形成哑鈴状的，叫做原发綜合征，多数病人无症状而自愈。仅少数病人病变通过支气管播散，可引起干酪性肺炎；或通过血行播散，可引起骨关节結核、腎結核、粟粒性肺結核和結核性胸膜炎。

（二）再感染 多发生于成人，它包括內在性复燃或外来性再感染；它一般限于肺部結核，很少播散到其它器官，再感染比初感染多見。

症状 肺結核病人症状輕重不一，許多輕症或慢性病人

可以沒有症状，只是在X綫检查时才被发現。

（一）全身毒血症状　疲乏无力、食欲不振、午后低热、夜間盜汗、精神萎靡、面頰潮紅、日漸消瘦、月經不調，这是由于結核菌的毒素和被破坏的肺組織的产物所引起的。

（二）呼吸道症状　咳嗽、咯痰、咯血，胸痛。往往是晨起的輕咳，长时期咳嗽，早晨无痰，以后可有粘液痰，如肺組織大量坏死，可有脓性痰。咯血量多少不定，与病灶大小也不成正比，主要看是否損伤到血管，小血管或是大血管，如果肺空洞壁上动脉瘤破裂，則可大量咯血，致窒息死亡。大多病人为痰中帶血絲。胸痛輕重与病变輕重不成正比，可以是胸膜炎症引起，也可以是神經反射性的。

诊　断

（一）病史　有无結核病人接触史，家庭中、同学、朋友、邻居有无肺結核病人。

（二）症状　乏力、食欲差、低烧、盜汗、咳嗽、咯痰、咯血、胸痛。

（三）体征　往往不明显，重症的病人，晚期的病人听診可有濕性罗音，如果肺空洞比較大时，听診有空瓮音。

（四）X綫检查　这对診断比較有价值，因能早期发現病人，一般可胸部透視，最好能拍片。

（五）化驗

1. 查血

（1）血色素多減低。

（2）白細胞計数为正常，以与其它肺部疾病鑒别。

（3）紅細胞沉降率　推测肺結核的活动，好轉或恶化。

2. 查痰　痰涂片找抗酸性杆菌（結核菌），有时用浓縮法找菌。除能确診結核病外，还能决定有否传染性。

3. 結核菌素試驗　用以檢查儿童是否感染过結核菌。方法：用旧結核菌素0.01毫克、0.1毫克、1毫克，先后皮內注射于左前臂內側处，（或用純蛋白結核素0.0002毫克、0.002毫克、0.02毫克）48—72小时后，檢查注射部位，如紅肿直径超过5毫米者，即为阳性反应，表示該儿童受过結核菌感染。3岁以下儿童阳性反应，即表示有活动性肺結核。如局部皮肤无异常，則为阴性反应，表示未受过結核菌感染。

鑒别诊断

（一）慢性气管支气管炎　多見于老年人，寒冷时加重，通常不发燒，肺下部听診可能有罗音，X綫檢查，肺部正常。

（二）支气管扩张　病人常咳出大量脓痰和屢次咯血，肺下部可有干性濕性罗音，常有杵状指。确診須作支气管碘油造影X綫檢查。

（三）大叶性肺炎　此病与干酪性肺炎比較难区别，但不至于有肺空洞形成，病变常限于一肺叶，病程短約一周，白細胞計数增高。以青霉素治疗，症状迅速好轉。

（四）肺脓肿　起病急，发冷后逐漸高燒，痰帶臭味，血白細胞計数增高，X綫檢查，肺部有一个空洞和液平面。

临床类型（暫用的十大分类）見肺結核模式图。

一、十种类型

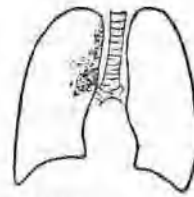
1. 原发綜合症　多見于儿童和少年，成人少見，第一次肺部感染結核菌后引起肺部的原发病灶，发炎的淋巴管和发炎的肺門淋巴結，三者組成哑鈴状的原发綜合症。

临床表現类似感冒症状，发燒、出汗、咳嗽、消瘦、食欲差、发育迟緩，但也有无症状的，X綫表現为哑鈴状病变。

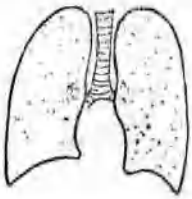
2. 支气管淋巴结結核　多見于儿童和少年，由原发綜合症复发。慢性病程，病状与原发綜合症相似，X綫表現肺門

肺结核模式图

1. 原发综合征

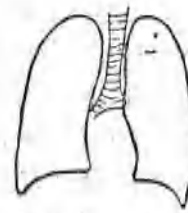


2. 支气管淋巴腺结核

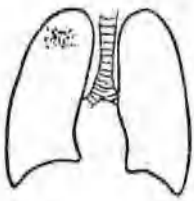


3. 急性粟粒型肺结核

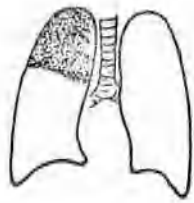
4. 亚急性血行播散型肺结核



5. 局灶型肺结核



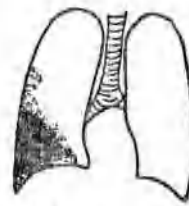
6. 浸润型肺结核



7. 干酪性肺炎

8. 慢性纤维空洞型肺结核

9. 肺硬化



10. 结核性胸膜炎

纵膈边緣有半圓形凸出阴影。

3. 急性粟粒型肺结核 由結核菌血液播散引起，在儿童是原发性肺結核的血液播散，在成人是肺外結核病灶的血液播散。可分三型：

（1）伤寒型 寒战、高烧、盜汗、虛弱、头痛、厌食、腹胀、肝大、脾大，常誤診为伤寒。

（2）肺型 高烧、盜汗，虛弱、咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、紫紺、呼吸困难。

（3）脑膜炎型 高烧、盜汗、虛弱、头痛、呕吐、惊厥甚至昏迷，頸硬，克尼格征阳性，巴彬斯基征阳性。X綫检查，胸部拍片，可見到二肺有大小一致、均勻分布的小点状阴影，胸透往往看不到这种病变。急性粟粒性肺結核，預后严重。

4. 亚急性慢性血行播散型肺结核 这一型也是血液播散的，由于結核菌少量的分批的播散，病程长，毒血症状比粟粒型肺結核稍輕，这是由于机体有了免疫力。X綫检查，可見二肺大小不一致，分布不均勻，密度高低不等的点状、片状阴影。

5. 局灶型肺结核 这一型多无自覚症状，預后良好多无传染性，X綫检查，可見一肺（或二肺）鎖骨上下处有一个或数个密度較大的阴影。

6. 浸润型肺结核 这一型最常見，它可能是新感染病灶，也可能是旧病灶恶化，症状明显，是典型的肺結核症状。乏力、食欲差、低烧、盜汗、咳嗽、咯血。病变向好的或坏的发展，看机体抵抗力如何，治疗如何。浸潤病变主要是滲出性的炎症反应，可以吸收消散，也可以坏死干酪化成为空洞，小空洞可以經增殖纖維化，鈣化而愈合，纖維化病变也可以重新溶解播散而活动。X綫检查，見于肺上部有云雾状小片状边緣模糊阴影。浸潤性病灶則阴影淺淡，纖維化鈣化則阴影密实。

7. 干酪性肺炎　又叫奔馬痨，这一型最严重。大量結核菌沿着支气管播散，当机体抵抗力极差时，造成肺某一叶干酪坏死。中毒症状严重：寒战、弛张热、大量盜汗、体重迅速減輕、气急、紫紺、咯血。X綫检查为大面积的不均匀性阴影，有时可見蜂窝状空洞阴影。痰中含有大量結核菌，未經治疗，大多死亡。

8. 慢性纤维空洞型肺结核　为慢性肺結核的晚期病变。結核病史长，肺部病变恶化和緩解的过程反复交替着，逐漸肺組織纤維化和干酪化，損失肺功能。X綫检查見肺部大部分有条束状阴影，有片状模糊阴影，有数个厚壁空洞。

9. 肺硬变　此型为各型肺結核的基本愈合阶段。肺組織因炎症破坏后經大量纤維組織修复，但肺功能不能恢复。表現为肺功能障碍的症状而肺結核毒性症状很輕，如心跳、气短、咳嗽、紫紺。X綫检查，一肺或二肺有广泛的条束状阴影，肺組織縮小，肺紋垂直，肺門升高，横膈抬高，肋間变窄，纵膈向患側移位。

10. 胸膜炎　見渗出性胸膜炎。

二、病变阶段发展情况

1. 浸潤或进展期　病灶周围有渗出現象，并向外围扩展，或有新病灶形成。

2. 溶解或播散期　病灶液化形成空洞，或继續扩大和播散。

3. 吸收好轉期　病灶周围炎症吸收或病灶縮小。

4. 硬結或鈣化期　病灶纤維化或部分鈣化。

三、病变的部位　以第二肋骨和第四肋骨前端下緣的水平綫，人为的把二肺分为上、中、下三部分肺野，分子代表右肺，分母代表左肺。

四、病人的代偿功能

甲　代表代偿功能完全　无中毒症状能自由活动，能参加工作，血沉正常。

乙　代表代偿功能不全　有中毒症状，活动或工作后疲乏，体溫上升，血沉增快。

丙　代表代偿功能丧失　有中毒症状，不能起床，不能工作，血沉明显增快。

五、痰内有无结核菌　有則記为(+)，无則記为(−)

綜上五点，肺結核的診断公式：型、期、部位、代偿、排菌否？

例：Ⅵ型肺結核，溶解播散期，乙$\frac{上0}{下}$(+)

即表示为浸潤性肺結核，溶解播散期，代偿功能不全，右肺上野有病变，同时有空洞，左肺下野有病变，痰中找見結核菌。

治疗　对結核病虽已有特效药，但在治疗时，首先必須使病人建立革命乐观主义的精神和战胜疾病的信心，堅持进行治疗，直到彻底恢复健康。因为本病，病程較长，恢复較慢，病人易产生种种思想顧虑和急躁情緒，因此我們必須重視病人的思想工作。毛主席說"**既来之，則安之，自己完全不着急，让体内慢慢生长抵抗力和它作斗争直至最后战而胜之，这是对付慢性病的方法。**"我們要帮助病人反复学习毛主席这一伟大教导，帮助病人端正自己对病的态度。

(一)　一般疗法：

1. 休息：症状較重、发热、咯血患者要臥床休息。病情好轉后逐步起床活动。无症状或症状輕微者，可参加輕体力劳动。

2. 营养：根据病情与經济情况，适当增加营养，如蛋类，或豆制品。

（二）对症疗法

1. 咯血　要安靜臥床，使其精神安定。

（1）鎮靜剂　①眠尔通 0.2，三/日，②苯巴比妥 0.03，三/日。

（2）鎮咳剂　①可待因片 0.03，三/日，②托克拉斯片 25毫克，三/日，③复方甘草片（含阿片制剂）2 片，三/日。

（3）止血剂　①維生素 K4 毫克，肌注或口服。②仙鶴草素10—20毫克，肌注。③垂体后叶素 5—10 单位，用50%葡萄糖液 20 毫升稀释后，緩慢靜注。其作用为收縮肺部小血管，并使血压增高，故高血压和冠状动脉硬化病人禁忌使用。

（4）輸血　出血量較大时，要考虑輸血，吸氧。

（5）气腹或外科手术治疗。

2. 咳嗽

（1）剧咳无痰者，用可待因、托克拉斯等。

（2）有痰則用祛痰剂，氯化銨 0.6，三/日。复方甘草合剂 10 毫升，三/日。

3. 盜汗　可喝多喝开水，必要时可用顛茄类，如阿托平 0.6 毫克，口服。

4. 胸痛　可用凡拉蒙等止痛剂。

（三）抗痨疗法

1. 雷米封（异烟肼）

优点　毒性反应小，口服方便，价廉。

作用　抑制和杀灭結核菌，比鏈霉素更容易滲透过血脑屏障。

毒性反应　头痛，失眠，精神不安、肌肉抽搐，皮疹和周围

性神經炎，严重者可出現精神症状。一般在停药后，这些反应消失。

禁忌症　癲痫病，精神病和肝腎功能差的病人。

用法　成人每日 300—600 毫克，分三次服用，連續用六月到一年，小儿以 5—10 毫克/公斤/日計算。

2. 鏈霉素

作用　抑制和杀灭結核菌。

毒性反应　眩暈、耳鳴、口麻、四肢麻木、发烧、皮疹、偶有顆粒性白細胞減少症和过敏性休克。如果有严重毒性反应，要立即停药，象耳鳴現象，继續用药，可引起永久性耳聾。

用法　成人每日 1 克，分二次肌注，一疗程 40—60 克，小儿以每日每公斤 20 毫克計算。

3. 对氨柳酸鈉（即对氨水楊酸鈉）

作用　抑制結核菌，此药效果不及雷米封、鏈霉素，但与之联合用药，不易产生抗药性。

毒性反应　胃腸刺激症状，表現为恶心、呕吐、食欲不振、腹泻，可同时服用碳酸氢鈉或氢氧化鋁減輕之。

用法　成人每日 6—10 克，分四次口服，小儿不用此药。

为了防止結核菌对这三种药物产生抗药性，故要联合用药，不宜单独用药，即同时使用二种抗痨药。

（四）萎陷疗法　目的是使肺組織萎陷，使肺部得到局部休息，肺萎陷部分的血循环減少，則結核菌繁殖力減低，可以加速痊愈，肺萎陷也可以促进空洞閉合。

1. 人工气胸　适用于肺上部有空洞的肺結核。

2. 人工气腹　适用于双側性肺結核，也适用于控制咯血。

3. 外科治疗　包括肺部分切除术和肺压縮术等。

预防 "**减少人民疾病死亡的基本方针就是预防，就是开展群众性的卫生运动。**"結核病是常見的多发病，对人民健康危害較大，必須貫彻"**预防为主**"的方針，大力組織和动員广大群众，施行防疫措施，才能尽快地控制本病的传播。

（一）早期发現、治疗、隔离病人。

（二）預防接种　接种卡介苗、增加抵抗力，对儿童是比較有效的預防方法。卡介苗是活的无毒的結核菌，接种方法有数种：

1. 口服法　限用于新生儿，生后5、7、9天空腹各服一次卡介苗，每次1毫升，共三次。

2. 皮內注射法　适于一岁以上的儿童，用0.1毫升（含0.5毫克）卡介苗，在三角肌处皮內注射。2—3周后局部出現紅肿，甚至脓疮，可自行結痂。

卡介苗接种成功后，免疫力可有1—2年，甚至10年，故接种后1—2年，查結核菌素試驗，如为阴性反应，再接种一次，如为阳性反应，就不必接种。

第二节　滲出性胸膜炎

概念　胸膜炎按病理可分为二种：一种是干性胸膜炎，又叫纖維素性胸膜炎；另一种是滲出性胸膜炎，又叫漿液纖維素性胸膜炎。滲出性胸膜炎的病因，最常見的是結核性。

症状　起病有急有緩，起病急的症状明显，突然发烧，全身不适、发冷、出汗、咳嗽、胸痛、呼吸困难、脉搏增快等，体溫38°C甚至40°C，持續数星期。开始时胸痛明显，后来由于滲出液逐漸增多，而把二层胸膜分开，因而胸痛逐漸消失。如果有

大量积液，則呼吸困难和紫紺显著。起病緩的、有比較多的胸水，而症状不明显。

体征　望診　呼吸困难，病側呼吸运动減弱，甚至消失，胸部飽滿，肋間隙消失。

触診　气管偏向健側，病側胸廓扩张度減弱，語顫減弱。

叩診　病变部位呈实音。

如只有小量滲出液，即少于400毫升者，則难于叩診出，而要靠X綫检查来发現。

听診　病側肺泡呼吸音減弱或消失，語声減弱或消失。

诊　断

（一）有无肺結核病史。

（二）临床表現　发燒、胸痛、呼吸困难，同时体征有一側性呼吸运动減弱，語顫語声肺泡呼吸音減低，同时叩診为实音者。

（三）胸腔积液化驗为滲出液。

（四）X綫检查　可見患側胸腔积液。

治　疗

（一）一般疗法　改善病人一般状况，臥床休息，长期休养，直到症状消失，增加营养。

（二）抗痨疗法　鏈霉素0.5，肌注、二/日，雷米封0.1，三/日，40—50天后可改为单用雷米封0.1，三/日，继續4个月。

（三）治疗性抽液　目的減輕呼吸困难，并避免以后纖維素在胸膜沉着，影响肺的扩张。但不可一次大量的抽液，因有引起纵膈移位太快，致有循环衰竭危险，应該分次抽出，每次300—800毫升，第一次抽液可少些。抽液适应症：①积液过多压迫纵膈和心脏而有呼吸困难。②体溫恢复正常而积液

仍多。③經适当治疗后，而积液仍多。

（四）激素疗法　为减輕結核中毒症状，防止胸膜粘連，在大量抗痨葯物治疗下，可同时加用激素。如去氢考的松20—30毫克/日，症状好轉，逐漸減量直至停用，一般用4周左右。

第三节　支气管内膜结核

病因病理　多是肺結核的并发症，由气管播散引起的，侵犯部位多在二級支气管分叉处。病理分两型：

（一）增生型　病变是結节状，造成气管阻塞，严重引起肺不张。此型少見。

（二）潰瘍型　也以增生为主，但表面潰破，周围炎症浸潤，长期咯痰，量多带血，易引起气管扩张。

临床表现　因病变較輕，所以一般結核中毒症状不明显。

咳嗽咯痰：长期慢性咳嗽，咳白色粘液泡沫痰，痰内带血。相似慢性气管炎或气管扩张，但痰不分层。痰内有抗酸杆菌。增生型多是干咳，潰瘍型多合并感染、咳黃色脓痰。沒阳性体征。通过气管鏡检查和痰內查抗酸杆菌才能确診。

治　疗

（一）全身抗痨葯用法同前。

（二）鏈霉素0.5和4%异烟肼4毫升滴入支气管，隔日一次，疗程2—3个月；或10%鏈霉素和4%异烟肼，共2毫升，雾化吸入，每日2—3次，疗程2—3月。

第四节　結核性腹膜炎

多因肺結核的血行播散或腸結核的直接蔓延与淋巴道播

散而得。儿童与青年人多見，女性患者远較男性为多。

临床表现 除一般結核中毒症状外，因不同型而表現不同。

（一）腹水型 以腹水为主，腹膨隆，有輕度压痛、移动实响和波动。可有下肢浮肿。

（二）粘連型 腹部可触及包块，全腹有揉面感，輕度压痛和反跳痛，形成腸粘連时，則有腸梗阻症状出現（陣发性腹痛及反复呕吐）。

以上两型表現有时可同时出現或轉变。腹水化驗，为淺黃色滲出液，細胞分类以淋巴細胞为主。其最多見的并发症是粘連性腸梗阻。

诊断 凡青少年人，特别是女性，有体重減輕、不規律性低热，消化不良，隐性腹痛者，或有、无腹水者均应考虑結核性腹膜炎。

診断主要靠病史及临床表現，但应与肝硬变、卵巢囊肿等鑒别。

治疗 全身抗痨同結核性胸膜炎。消化道症状可对症处理。

第五节 腸 結 核

是消化道結核病中較多見的一种。常为开放性肺結核病人，痰吞咽或肺結核的血行播散的并发病。也有少数是生牛奶等污染食物吞服所致。此病多患于中年人，男、女发病率无明显差别。

結核病变約85%在回盲部，也有少数严重者波及小腸。病理分两型即：潰瘍型和增生型。

临床表现

（一）具有不同程度的結核中毒症状（低热、盜汗、消瘦、貧血等）。

（二）腹痛　多于臍周圍，右下腹部的隐痛，也有少数呈絞痛。常以进食后为显，排便后緩解。

（三）腹泻　不成形的溏便（多有五更泻之称），內有脓血及粘液多数病人呈便秘与腹泻交替出現。早期病人可呈单純便秘。

（四）查体　右下腹輕度肌紧张，有压痛，少数病人可触及包块。

（五）增生型的往往少有上述症状，多因便血或右下腹包块来就診。

诊断　有結核病史及有結核中毒症状者，有上述临床表現者可做临床診断。通过X綫鋇灌腸可确切診断。但要注意与結腸癌鑒别。

治疗　同肺結核。

第六节　结核性脑膜炎

多見于儿童及青年人。在青海地区少数民族成人也較多見。常为血行播散結核病人的并发病。

临床表現　除結核一般中毒症状外，初起时头痛呈持續性，但有一陣陣头痛加重情况，呕吐，重者可昏迷。早期体征不明显，稍晚出現脑膜炎体征（如頸强直，克氏征及巴氏征阳性）。可疑病例应及早腰椎穿刺。脑脊液外观透明或呈毛玻璃状，蛋白增加，糖及氯化物減低，細胞数增加，分类以淋巴細胞为主。脑脊液放置数小时后，內有薄膜形成，薄膜涂片有时可

查到結核杆菌。

本病在小儿早期，除結核中毒症状外，脑膜刺激症状往往不如成人典型，头痛不显著，常被家长忽略。病初仅有情緒改变如非常任性，好哭鬧，經过1—2周后出現呕吐或抽风、方就診治疗，此时检查可有脑膜炎体征、婴儿前囟隆起。

并发病后遗症 并发支气管肺炎，泌尿道感染，造成蛛网膜粘連形成慢性脑室扩张。

后遺症有头痛，如軟脑膜粘連可造成偏瘫。

治 疗

（一）完全臥床休息，注意营养。

（二）雷米封600毫克/日，鏈霉素1克/日，肌注。临床痊愈后雷米封300毫克/日，可堅持1.5—2年，防止复发。

（三）激素疗法同胸膜炎，但疗程为6—8周。

（四）对症处理，头痛用止痛剂，靜注高张糖或腰穿放脑水减低脑压。煩燥不安可用鎮靜剂。

第三章 消化系統疾病

第一节 急性胃肠炎

急性胃肠炎是胃肠道的急性炎症。由于暴飲暴食或吃了被某些細菌或其毒素所污染的食物（如肉、蛋、魚、蟹等）所致，后者称为食物中毒。

引起食物中毒的常見細菌有：

（一）沙門氏菌屬中的某些条件致病菌如鼠伤寒杆菌、腸炎杆菌与猪霍乱杆菌等。

（二）金黄色葡萄球菌（毒素）。

（三）变形杆菌、大肠杆菌与付大肠杆菌。

临床表现 食后經2—24小时的潜伏期，突然起病。表现腹痛、腹泻。恶心、呕吐和发烧。腹痛部位与炎症侵犯部位有关，或在上腹部，或在臍周与下腹。一般为持續性疼痛，或持續性陣发加重的絞痛，大便后減輕；如果炎症波及到乙状結腸与直腸，則有里急后重。腹泻次数多少不等，一般为水样便。較重病人由于剧烈呕吐、腹泻，丢失大量胃腸液，出現脫水与离子紊乱。患者极度疲乏、煩渴、皮肤干燥、弹性差，眼窝凹陷，腹部凹陷。严重的出現休克或酸中毒。

化驗粪便有大量白細胞。

急性胃腸炎是因暴飲暴食所致者，症状較輕。因食物中毒所致者，症状較重，且同食者集体发病。其中由葡萄球菌毒素引起者，潜伏期短（2—5小时），发病快，胃部症状明显；由沙門氏菌屬引起者，潜伏期稍长，开始症状可能不如前者明显，但迅速出現腸道症状，腹泻較重，病程較长，3—4天可痊愈。

诊断 抓住主要表現，診断不难。有同食集体发病者，应考虑食物中毒。

鉴别诊断

（一）急性細菌性病疾 以发热、粘液血便、下腹疼痛为主。

（二）急性胰腺炎 上腹疼剧烈，放射后背，呕吐明显无腹泻，左上腹有压痛，检查尿淀粉酶可升高。

防治 預防的关鍵在于“**讲究卫生**”。注意飲食，不吃不淨与腐敗的食物。具体治疗：

（一）禁食 可以飲水或糖盐水。于呕吐停止后由流食开始逐漸恢复正常飲食。

（二）新針疗法　中脘、內关、足三里（双）。呕吐明显者取內关、天突。腹泻加止泻穴（臍下2.5寸）。里急后重加阳陵泉透阴陵泉。

（三）中药　有恶心、呕吐、腹泻者，用藿香正气丸或六和定中丸。便泻如水，少尿者，用四苓散（白朮1.5、泽夕3.0、赤苓2.5、猪苓2.0）水煎服。有里急后重者，用香連丸或葛根芩連湯（葛根3.0、黄芩1.5、黄連2.0、甘草1.5）煎服。

（四）解痙止痛　阿托品0.5—1.0毫克，皮下注射，颠茄片0.02，每日三次，口服。

（五）消炎　可以磺胺胍口服，每6小时一次，每次1.0克。合霉素0.5克，每6小时一次，口服。黄連素100—200毫克，每日三次，口服。

（六）糾正脱水与离子紊乱　除口服补液外，可靜脉輸入生理盐水或5%糖盐水。輸液量輕症每日給500—1,000毫升。中等重者1,000—2,000毫升。严重者3,000—4,000毫升，在輸液第一小时內，应快速輸入1,000毫升生理盐水，提升血压矫正休克后再持續滴入。由于剧烈吐泻，損失大量鉀盐，故在輸液同时应补充鉀盐，常用10%氯化鉀10—20毫升加入1,000毫升輸液中滴入，在恶心呕吐停止后，可改口服氯化鉀，每日3克，連用2—3天即可。有酸中毒靜点1/6M乳酸鈉600毫升左右。

第二节　慢性胃炎

慢性胃炎是指胃壁的慢性炎症，为农村中常見疾病。由于过去刘少奇資产阶級反动医疗路綫，在工作中把大量的人力物力放在研究高难深的疾病上，对于这样的常見病缺少研

究，故其发病原因至今仍不十分清楚。目前已知下列因素与此病有关：长期的飲食不当，飲酒对胃的慢性刺激，精神神經因素等。此外某些疾病如貧血、肝胆系統疾病、慢性腎炎尿毒症等，也可引起慢性胃炎。一部分由急性胃炎轉变而来。

临床表現 症状不規則，无典型表現。一般食欲減退，胃口难受不适，上腹持續純痛，吃飯不易消化，膨悶胀飽，有的恶心。稍有飲食不調，即可出現消化不良，大便溏泻。有輕度貧血，消瘦，舌乳头萎縮有白苔。胃酸分泌減少，服用稀盐酸后症状見好。在慢性肥厚性胃炎，胃疼較重，酷似潰瘍病，伴烧心、返酸，少数可有呕吐、便血。但其疼痛多为胀痛，悶痛，疼痛的性质、时間多无規律，与飲食关系不明显，或食后疼痛反而加重，碱性葯物对疼痛帮助不大，或可暫时緩解，此类胃炎胃粘膜增生肥厚，胃酸可增高。

诊断 在慢性胃炎的診断上必須批判“胃鏡检查是診断慢性胃炎的主要根据”那种資产阶級的脫离实际的診断方法。临床上根据症状即可診断。但应注意潰瘍病、胃癌的早期及有些慢性疾病如肝胆疾病等，均可有慢性胃炎症状，应仔細寻找原发病，以免遺誤病情。

防　治

（一）尽量找到原因，以便积极治疗同时存在的原发病。告訴病人养成良好的飲食习慣，定时进餐，細嚼烂咽。飯菜要溫热可口，容易消化。

（二）新針疗法　穴位可选：①中脘、內关、足三里。②中脘、梁門。有隐痛配阳陵泉，有腹胀配天枢、气海，有刷痛配內关。

（三）对症用葯　食欲不振，大便溏泻者，可給1%盐酸5—20毫升，及胃蛋白酶0.5—1.0克，每日三次，口服。也可

用苦味健胃药如复方龙胆酊（内含龙胆、豆蔻、橙皮）2.0—4.0毫升，每日三次，饭前服。中药可用山楂丸或健脾丸。

烧心，返酸，疼痛者可给胃舒平（0.5—2.0克，每日三次）等抗酸剂与颠茄片、胃复康。中药可用乌贝散与溃疡膏（制法、剂量见溃疡病节）或香砂养胃丸。

膨闷胀饱，不易消化者，除服胃蛋白酶，倘可给酵母片，每日三次，每次0.6克。麦飞鸣0.6克，一日三次。中药随证选用越鞠丸、老叩丸、木香顺气丸或逍遥丸。

便秘胀饱者，可服宽胸利膈丸。

第三节　溃　疡　病

胃疼病在农村牧区中常见。溃疡病则是以胃疼表现为主的、容易反复发作（溃疡活动期与静止期反复发生）的一种疾病。可分为胃溃疡与十二指肠溃疡两种，由于两者的病因、病理与表现基本相同，故统称为溃疡病。

本病的发生是由于大脑皮层功能紊乱，引起植物神经功能失调，胃壁营养障碍和胃酸分泌增加，使胃与十二指肠粘膜防御机制降低和盐酸浓度增高，以致胃、十二指肠粘膜受到胃蛋白酶的消化、分解与破坏，而形成一个或多个（较少）溃疡。这是溃疡病的本质。毛主席教导我们："**事物的性质，主要地是由取得支配地位的矛盾的主要方面所规定的。**"由于溃疡（以及周围组织炎性水肿与肌痉挛）而引起患者主观疼痛症状，此种疼痛因胃酸分泌增加的影响而加重，因胃酸减少或被食物、碱性药物等中和而减轻或消失。当着疾病发展变化时，溃疡可深达粘膜下层，腐蚀大血管造成大出血，甚至穿透肌层与浆膜而引起穿孔这样质的变化。由于某些因素（如饮食治

疗、抗酸疗法等）的作用，延緩或阻止了潰瘍的发展，通过胃粘膜与纖維組織的再生，潰瘍得到治愈。部分幽門部及十二指腸潰瘍的病例，由于纖維組織的增生与攣縮，使幽門变窄，通过障碍，矛盾发生轉化，而引起新的病象。

临床表現 胃疼是潰瘍病的主要表現。除少数患者外均有此症状。疼痛为压迫感、鈍痛、咬样痛、錐样痛或燒灼样疼痛，具有如下三个特点：

（一）长期反复发作，多在春秋季节犯病，故有周期性、季节性。

（二）疼痛和进食有关，具有規律性。多在飯后一定时間出現，胃潰瘍在飯后1—2小时疼痛，十二指腸潰瘍多为飢餓痛，常在飯后3—4小时发生，直到下次吃飯时止，規律性明显，并常有夜間疼。有时疼痛向后腰部放散。

（三）疼痛可为进食或碱性葯物所緩解。

患者的病程較长（几年或几十年），反复发作。誘因为飲食不調、寒冷、精神过度紧張或劳累。每次犯病持續时間为几天、几十天不等。其他伴随症状有燒心、噯气与反酸。恶心、呕吐少見，但有幽門梗阻时明显（詳見下述）。食欲一般較好。当潰瘍出血較多时，則有黑便，甚至柏油样大便，也能呕血。

典型患者在体格检查时，上腹部有較限局的压痛，胃潰瘍多在上腹正中部或偏左，十二指腸潰瘍多偏右。化驗粪便潜血，在活动期常为阳性。

少数潰瘍病例，可以沒有上述潰瘍疼痛等病史，而以大出血或胃穿孔等并发症为首发症状就診，这是潰瘍病的特殊性。

并发症 在潰瘍病的发展过程中，由于潰瘍的发展变化，矛盾轉化，可以出現以下四种常見的危害較大的并发症。

（一）幽門梗阻　由于十二指腸与幽門部潰瘍局部充血、水肿、痙攣或愈合后形成瘢痕所致。因充血、水肿与痙攣所致者，經过治疗容易恢复。因瘢痕形成所致者为器质性幽門梗阻，又称幽門狹窄，难于恢复，常需手术治疗。有时两种因素混合存在。梗阻的表現是：飯后疼痛加重，腹胀，恶心，呕吐。由于梗阻，呕吐相当明显，多在晚上，常吐出当頓、当天或前一天食物（称隔宿食），量較多，常有酸腐味。吐时上腹起包，吐后症状減輕，故患者常有誘吐习慣，呕吐严重的常有脫水与碱中毒，出現抽搐。检查腹部可見到胃型及蠕动浪（胃型常起于左上腹，为圓形或不規則圓形包块，自左向右下移动）。

（二）大出血　多发生在潰瘍活动期，由于潰瘍病变发展深入粘膜下层时，損伤了較大血管所致。表現：突然呕血，排柏油样大便，同时伴有头暈、眼花、无力、心慌、面色蒼白、头出冷汗、脉搏增快与血压下降等内出血体克現象。

（三）穿孔　在潰瘍深入穿透肌层达于浆膜下时，凡使胃内压力增加的因素，均可促进其穿透胃壁形成穿孔；故穿孔多在潰瘍活动期飯后发生，表現突然，腹痛剧烈难忍，迅速由上腹蔓延全腹并伴休克現象。患者常屈腿仰臥，不敢活动，腹壁显著緊张呈板状硬，有明显压痛与反跳痛，肝浊音界多消失。如不緊急手术，24小时后多合并感染形成化脓性腹膜炎。

（四）癌变　部分长期反复发作的胃潰瘍患者，其潰瘍可轉化发生癌变（十二指腸潰瘍絕少发生癌变）。当有下列征象时，应高度警惕此种可能，設法予以除外：

1. 中年以上患者，潰瘍疼痛性质有改变，治疗效果不佳。

2. 食欲減退，日漸消瘦，便潜血試驗持續阳性。

诊断　主要根据症状。疼痛是診断中的要点，抓住潰瘍疼痛的特点，診断一般不难。疑有癌变者，应行鋇餐透視检查，

以确定診断。

鑒別诊断

(一) 慢性胃炎,慢性胆囊炎見下表。

潰瘍病、慢性胃炎与慢性胆囊炎之鑒別

	与饮食关系	性质	伴随症状
潰瘍病	飯后消化时痛	灼痛、锥痛,饥餓痛	燒心反酸或黑便
慢性胃炎	飯后胀痛或持续性痛	胀痛,钝痛	膨闷胀饱,食欲減退
胆囊炎	无关	阵发性絞痛	发燒、黃疸、呕吐

(二) 胃癌 多在40岁以上,病程短,进展快,上腹持續性痛,无規律性且不断加重,食欲不振,厌肉食,迅速消瘦。可有貧血,上腹肿块及左鎖骨上淋巴結肿大。早期应爭取作X綫胃腸鋇餐检查确診,如触到肿块,已屬晚期。

防 治

(一) 預防为主,防止复发:

1. 首先要让患者了解本病的原因,規律及治疗原則,建立战胜疾病的信心,并使其了解本病的长期反复經过,克服急躁情緒,做到充分調动主观能动性,下定打持久战的决心,使病人改变被动待治的状态,主动地向疾病作斗爭,医患合作共同战胜疾病。

2. 在春秋易犯季节,嚮患者注意飲食,防止暴飲暴食及摄入辛辣等有刺激性食物与葯品,以巩固治愈效果,預防复发。

3. 禁用ACTH,腎上腺皮质激素,水楊酸制剂,利血平等。

(二) 調正机体平衡:

1. 新針疗法 下述三組穴随病选用:

（1）中脘，梁門，足三里。

（2）中脘，梁門，公孙。

（3）脾、胃、心俞根据胖瘦直刺一寸左右。

剧痛配內关，便血配太冲放血。

2. 鎮靜药物　有神經官能症症状者，可給予鎮靜催眠药如溴剂，奋乃靜，眠尔通或魯米那等。

3. 在潰瘍有明显活动表現（疼痛明显，便潜血阳性），或有上消化道出血，幽門梗阻等并发症时，应适当休息。

（三）保护潰瘍面，促进愈合：

1. 飲食疗法　主要目的減輕胃負担。飲食要求是少量多餐，容易消化，少刺激性，以軟食为主。在有大出血、幽門梗阻时，根据不同情况，分别予以禁食、全流或半流食。

2. 抗酸剂　碳酸氢鈉、碳酸鈣、氢氧化鋁均可，每食后一次，每次0.5—2.0克口服。上述各药各有其优缺点，碳酸氢鈉作用迅速，中和胃酸能力强，但易产气，且能引起继发性胃酸分泌增加；氢氧化鋁不产气，作用持久，但作用发揮緩慢，且常引起便秘。故临床应用时，常进行不同配伍以提高效果。如西皮氏粉丁号、Ⅱ号，每日四次，每次一包，交替服用。成品药有胃舒平，胃疼粉及氢氧化鋁凝胶等。后者为乳剂，每次服10—15毫升，除中和胃酸外，尚能在胃粘膜表面形成保护膜，以保护潰瘍面，促进愈合，效果較好，但携带不便是其缺点。

3. 解痙止痛　一般可服顛茄片10—20毫克，阿托品每日三次，每次0.3—0.6毫克，溴本辛50毫克，普魯本辛15毫克，日服三次。胃复康每日三次，每次1—2毫克。疼痛重时，靜脉注射0.25%普魯卡因10毫升加阿托品0.5毫克，或10%溴化鈉10毫升加阿托品0.5毫克，有較强止痛作用，且可鎮靜安眠，效果甚佳。

4. 維生素U，每日服3—4次，每次50—100毫克。潰瘍病，慢性胃炎均可使用。

5. 中　藥

（1）烏貝散　烏賊骨85%，貝母15%，研为細末，外加10%大黃末，制成散剂，每次服3—5克。具抗酸、止痛、止血效果。胃康片为制成片剂的成品藥（內加有延胡索），也可使用。

（2）潰瘍膏　每日三次，每次服15毫升。具抗酸，止血，收斂止痛及直接保护潰瘍面作用。成分有呵子2斤，白芨4兩，甘草4兩，蜂蜜4斤。制法：先將甘草水煎过濾，取其濾液与蜂蜜混合并加入呵子与白芨細末，煎熬成膏状，約9,000毫升即成。

（3）呵子甘草粉　甘草、呵子等量研为細末，每日三次，每次服5克。

6. 埋綫疗法　中脘、脾俞、胃俞。

（四）并发症的治疗

1. 幽門梗阻　患者适当休息，禁食或吃流食。靜脉輸液維持营养与电解质平衡，禁食时，每日輸液2,500毫升（生理盐水1,500毫升，5—10%葡萄糖1,000毫升），并适当給予鉀盐。呕吐量需額外补充。給予抗酸解痙攣藥，并每晚洗胃，抽空胃內容，以2%碳酸氢鈉水洗淨，使胃得到充分休息。經上述处理兩周左右，因痙攣与水肿所致之机能性梗阻，即逐漸好轉；相反，无效或甚至病情加重者，証明为器质性梗阻，需行手术治疗。

2. 大出血　先行內科治疗（具体方法見急救呕血一节）。若有持續大出血或虽經足够輸血而休克尚未好轉，或年齡較大，在45岁以上有血管硬化止血困难者，应急症外科手术治疗。

3. 穿孔　确診后原則上手术治疗。

4. 癌变　凡年龄在 40 岁以上，有长期胃溃瘍病史、反复发作不愈，或疑有癌变者，均应行胃次全切除术治疗。

第四节　胃肠神经官能症

本病是一种大脑皮层內脏疾病，因高級神經活动障碍所引起的植物神經系統机能失常所致。主要表現为胃腸道运动和分泌机能失常、胃腸道无器质性病变。

临床表現

一般症狀常有失眠、头痛、精神渙散、焦虑不安等神經官能性症狀。最突出的是胃腸道症狀，分述如下：

(一)胃神經官能症　以胃部症狀为主。常有嗳酸、嗳气、厌食、烧心、餐后飽胀、上肤不适或疼痛和呕吐等。

有以反复发作的連續性嗳气为主要表現，企图以嗳气減輕他認为是胃部充气所造成的腹部不适或飽胀，但事实上反而吞入大量空气（吞气症）。

有以反复发作的食后呕吐为主要表現（神經性呕吐），多无恶心，不費力地一口一口吐出，不影响食欲，吐后即可进食，多无明显消瘦和营养障碍。

(二)腸神經官能症　以腸道症狀为主。常有腹痛或腹不适、腹胀、腹鳴、腹泻和便秘等。

小腸机能障碍者，主要表現为水样腹泻，伴有臍周不适或陣痛、腹鳴，往往因情緒波动而激发，也可因进食而激发。

結腸机能障碍者，一般称結腸过敏。以結腸运动机能障碍为主者較多見。由于降結腸或乙狀結腸痙攣，左下腹陣发性腸痉痛，可触到痙攣的腸曲，便秘显著，似羊粪。由于远端

直腸和肛門的过度紧张和痙攣，粪便呈細条状。

結腸分泌机能障碍者，由于分泌机能亢进，患者有腹泻，粪便含粘液，鏡检无紅、白細胞。

诊　断　多見于青壯年，女性較男性发病率高，病程长，以胃腸机能失常症状为主，伴有神經官能症一般全身症状。症状可不固定，常随情緒轉移，暗示（如采用新葯或新疗法）暫时好轉。

鉴别诊断　应排除各种器质病变如慢性胃炎、潰瘍病、胃癌、腸炎、腸結核、結腸癌等。

治　疗

（一）使患者解除顧虑，建立战胜疾病的信心，并且針对自己的发病原因，安排好生活和劳动，飲食同潰瘍病。

（二）葯物治疗　为稳定神經、保証睡眠和緩解腹痛，給予鎮靜剂（如溴剂、魯米那、眠尔通等）与解痙剂（如顛茄、阿托品、普魯本辛、安胃灵等）。呕吐較重者可加用0.5%普魯卡因10毫升口服，每日三次，或氯丙嗪12.5—25毫克，每日三次。

（三）中医治疗（胃神經官能症）治宜降气止呕。

1. 旋复花三錢、代赭石八錢、姜半夏三片。

2. 丁香一錢、柿蒂五个、生姜五片。

3. 舒肝平胃丸，每次20粒，每日2次。

（四）針灸治疗（胃神經官能症）內关、足三里、中脘强刺激。或按快速針刺疗法，針一側或双側內关，效不佳时，可配天突、足三里。

第五节　急性胰腺炎

急性胰腺炎是由于各种原因引起的胰腺急性炎症，可伴

有自身消化。发生的根本原因是胰管梗阻（如胰管，或乏特氏壶腹部因痉挛、水肿、蛔虫与結石等造成之梗阻），使胰管系統內压力升高，致胰小管与腺泡破裂，胰酶外溢或胆汁因梗阻逆流入胰管內激活胰酶，而产生胰腺的自身消化。其主要病理变化为胰腺水肿，重則发生出血、坏死。凡使胰酶分泌增加的因素如进食、进水可加重本病症状，反之減少或抑制胰酶分泌，則可促进本病恢复。目前常見病因为胆道蛔虫症、飲酒，其次为各种感染与胰腺損伤。

临床表現　突然腹痛，伴有恶心、呕吐与发烧。腹痛部位在中上腹部或左上腹部，为持續性剧痛并放射后背。发烧一般不高，在38°C左右，常数日即可消退。呕吐較重，病情严重者有脱水、休克与限局性腹膜炎表現。

检查腹部在左上腹有明显压痛。发生限局性腹膜炎时，局部腹壁紧张，有压痛与反跳痛。

診断困难者，可检查尿淀粉酶（发病12—24小时后則可升高，正常值64单位以下）。

鉴别诊断

（一）潰瘍病穿孔　既往有潰瘍病史，腹痛自上腹开始迅速蔓延右下及全腹，腹肌紧张显著如木板样硬。肝浊音界消失。

（二）胆囊炎、胆石症　疼痛在右上腹，为絞痛发作，反复发作伴有发烧与黃疸。

防　治

（一）宣传卫生知識，及时驅蛔虫，防止大量飲酒，可使胰腺炎发生減少。

（二）止痛为治疗中关鍵

1. 鎮痛和解痉葯　血压正常者，可用氯丙嗪25毫克与阿

托品0.5毫克肌注。嗎啡10毫克或杜冷丁50—100毫克皮下或肌注，鎮痛效果最好，但能增加Oddi括約肌紧张度，可合用阿托品或"654"以減低胆管和胰管紧张度。靜点0.25%普魯卡因500毫升加阿托品，每日1—2次亦有較好效果。(或第7—10胸椎旁注射1%普魯卡因各3毫升阻滞交感神經，須注意血压。)

2. 新針疗法　三組穴任选一組。

(1)至阳透胆俞，迎香透四白；

(2)鳩尾透中脘，鳩尾透期門；

(3)阿是穴、阳陵泉(双)。强刺激手法，配内关透外关，曲池，足三里。

(二) 抑制胰腺分泌

1. 禁食，直到疼痛消失后1—2天，可开始进流质飲食。

2. 阿托品0.5毫克或"654"10毫克，每4—6小时皮下或肌注一次。

3. 口服顛茄片、阿托品或普魯溴本辛，每日服3—4次，后者每次15—30毫克。

(四) 輸液　在禁食情况下，每日輸液2,500毫升(呕吐量需額外予以补充)，其中生理盐水1,500毫升、余为5—10%葡萄糖。因呕吐損失大量鉀盐，可有低血鉀症，故輸液中应适当給予氯化鉀。同时有血压降低者，可給美速克新命肌注或去甲腎上腺素靜脉滴入。

(五) 控制感染　可給予青、鏈霉素肌注，或服用其他抗菌素。

第六节　门静脉性肝硬化

门静脉性肝硬化是一种常見的慢性肝脏疾患，由于肝細胞損伤与肝内纖維組織大量增殖而引起的以肝机能障碍与門靜脉压力增高为主要表現的一种疾病。致病原因至今不清，目前已知与长期大量酗酒、传染性肝炎、营养障碍、血吸虫病、慢性肝脏中毒等有关。

本病的实质，是肝細胞損伤，坏死与肝組織修复过程之間的矛盾发展变化。在疾病初期，肝細胞的損伤、坏死过程占优势，虽然同时也有纖維組織与肝細胞再生增殖，扰乱正常肝結构与血行，但尚未因此而引起門靜脉血液循环的明显障碍，故在临床上主要表現为肝机能減退的現象。随着疾病的发展，纖維組織大量增殖与肝細胞再生，形成新的肝小叶及随之而来的纖維組織的收縮与压迫，可使門靜脉血流受阻，压力增高，引起了一系列門靜脉压增高的表現：

（一）形成側枝循环　使胃底与食道靜脉怒张，腹壁与臍旁靜脉怒张，痔靜脉怒张等，以代偿血运。

（二）脾脏肿大　主要由于門靜脉高压使脾靜脉瘀充血，以及脾网状内皮細胞增生与纖維性变所致，部分病例出現脾机能亢进，使血液細胞成分減少。

（三）腹水　門靜脉受阻，再加上肝机能障碍引起的血浆白蛋白減少，使血浆胶体滲压降低等因素，使水分自血管内与肝表面漏出形成腹水与下肢浮肿。

临床表現　患者年龄多在中年以上。由于肝脏有很大儲备代偿能力，故在病后較长时間内无何不适感覚，或有不同程度的肝机能減退症状，如食欲減退，胃口不适，恶心，腹胀，厌

油腻，間有消化不良，周身疲乏无力，肝区疼痛等。检查脾脏肿大，肝脏可以肿大，质地硬。血浆球蛋白增加，肝功障碍常較明显。

病情继續发展，上述症状加重，并出現門靜脉压增高表現：側枝循环，腹水与脾脏肿大。

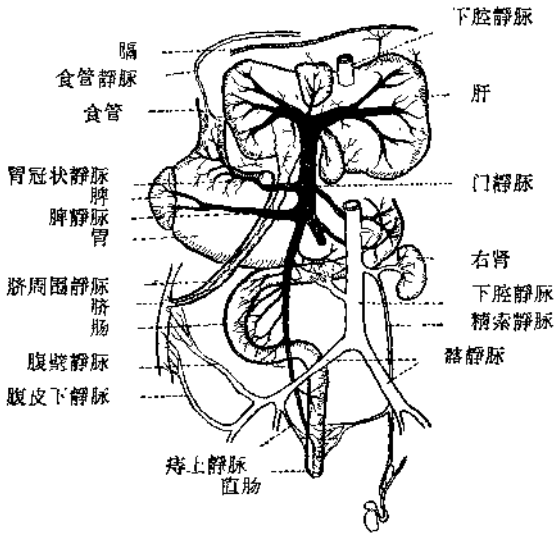


图 10　門靜脉阻塞时的側枝循环

側枝循环中有实际意义的为胃底与食道靜脉怒张，后者由于門靜脉压力升高及局部組織支持薄弱，胃酸的腐蝕与食物刺激等因素影响，常发生破裂，引起急性大出血。临床上表現突然呕血，柏油样大便或便血，常伴有休克。出血常不易停止。

脾脏肿大，程度不等，质地早期較軟，晚期較硬。脾肿大越明显，出現脾机能亢进的机会也較多（但不成正比）。表現

为贫血、白細胞与血小板減少。由于血小板減少与肝机能障碍引起的凝血机制异常，又可引起出血傾向，如鼻衄、牙龈出血与皮肤紫癜等。

腹水为漏出液，由于机体抵抗力降低，腹水常由于大腸杆菌与其他化脓菌之侵入，而并发感染。此时患者可有发烧与感染中毒症状，有腹胀、腹痛，但也可无腹部症状。检查腹水变为混浊，細胞数增加（中性分叶核为主），李凡他反应阳性。

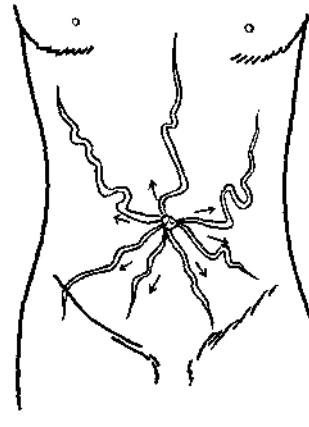


图11　門靜脉阻塞时腹壁靜脉血流分布和方向

肝硬化的其他表現有：面色污秽，面頸部肝星（蜘蛛痣），肝掌与黄疸等。

并发症　由于肝脏本身病变的发展（內因）及某些因素（外因）的影响，以上各主要环节可以发生轉化，引起一些并发症，常見有以下四种：

（一）上消化道大出血　原因及表現見上所述。部分病例可因大出血而死亡；部分病例由于失血过多，血浆蛋白減少可使腹水产生加速；或因腸道內血液分解产物吸收，血氨增加而誘发肝昏迷。

（二）并发感染　常見有肺內感染，腎盂腎炎，腹水感染或大腸杆菌敗血症。这些感染可进一步使肝机能障碍加重，成为引起肝昏迷的誘因。

（三）肝昏迷　基本原因是肝細胞損伤引起的肝机能衰

竭。因肝机能損害，使由腸道吸收的物质与机体代謝中間产物不能在肝脏处理解毒（如氨不能合成为尿素），同时部分由腸道吸收的物质經側枝循环直接进入大循环，使代謝平衡发生紊乱。其中的氨类等对中枢神經系統有較大毒性，致大脑皮层功能障碍，发生肝昏迷。常見誘因为：感染，大出血，离子紊乱（常見于大量利尿、放腹水之后），与不适当应用某些药物（如含氨类药物，醋氮酰胺与某些鎮靜药等），有些則无誘因可查。开始时表現精神不正常，兴奋，躁动不安或嗜睡，两上肢及手震顫，进而意識丧失，处于昏迷状态，呼气可嗅到魚腥样肝臭味。

（四）原发性肝癌　有少数肝硬化患者其肝細胞呈病理性无限制地增殖，形成肝癌。表現为：食欲明显降低，迅速消瘦，可有发烧，肝区疼痛，肝脏进行性肿大，质地坚硬，表面不平并有結节。有时癌細胞脫落种植在腹腔形成癌性腹膜炎，产生血性腹水，有的癌細胞早期即侵入淋巴道，形成远隔轉移，于左鎖骨上窝偶可摸到坚硬肿大的淋巴結。

诊断　肝硬化当出現門靜脉压升高現象时（腹水、脾大、腹壁靜脉及食管下端靜脉曲张），診断容易。在无門靜脉高压临床表現之前，与慢性肝炎不易区别。

鑒别诊断

（一）結核性腹膜炎　有发烧，盜汗等結核中毒症状，腹痛、腹肌紧张呈揉面感，有压痛与反跳痛。检查腹水为滲出液。

（二）縮窄性心包炎　可有心包炎病史，有腹水，明显肝肿大，頸靜脉怒张，奇脉及靜脉压升高。

（三）肝癌　病程进行迅速，肝脏进行性肿大，质硬如石，表面可有結节。疑診病例，有条件可做肝超声波检查，輔

助診断。

防治 肝硬化的預防中，主要問題是积极防治传染性肝炎，慢性腸道感染与血吸虫病等；宣传卫生知識，避免长期大量飲酒及使用对肝脏有不良影响之葯物；并且改善营养，对肝硬化之預防有一定帮助。

肝硬化目前虽尚缺乏特效疗法，但大部分病人在适当治疗下仍能长期保持一定的劳动能力。医务人員自己首先应有信心，"**在战略上我们要藐视一切敌人，在战术上我们要重视一切敌人**"。同时应帮助病人树立革命乐观主义精神，向疾病作頑强的斗爭。

（一）肝硬化患者的劳动力安排，由于本病发展較慢，病初相当长时期內还保有一定程度的劳动能力，可以适当安排工作。当有发燒、黃疸、腹水、出血或肝功能明显异常时，則应休息。症状好轉，腹水及下肢浮肿消退，肝功能恢复或較前好轉时，則可做力所能及的輕工作。

（二）飲食的基本要求是容易消化吸收、营养丰富，适当照顾糖，蛋白质与維生素的攝入。肪脂宜适当控制。

（三）葯　物

1."681"粉，2—3克每日三次口服，0.25—1.0克每日肌注一次。（經临床初步观察，"681"粉治疗肝硬化患者，可改善症状，其中个别病例經較长时間营养与保肝治疗效果不佳的病人，其肝功障碍有所好轉）。

2.可用葡萄糖、酵母片、維生素B、C、蜂皇浆或肌注維生素B_{12}，每日一次100微克，其余如"201"注射液（中葯板兰根制剂）肝太乐（0.1一日三次），肝宁口服或肌注等均可选用，但均非特效。

（四）腹水之治疗

1. 給予低盐（每日盐5.0克以下）飲食，以減少鈉潴留，減輕水肿。

2. 新針疗法　气海、关元、水分、支沟、三阴交与足三里（双）。

3. 利尿剂　口服双氢克尿塞，氨苯喋啶，后者每日三次，每次50—100毫克，效果不如前者，两药合用利尿显著。环戊甲噻嗪为克尿塞同类药，但作用强，沒有排鉀副作用，剂量为0.25毫克，每日1—2次。注射利尿剂有撒利汞。

4. 醛固酮对抗剂　肝硬化腹水患者，体內醛固酮分泌常增多，此种激素对肾脏的作用为排鉀保鈉，故可加重水肿。安体舒通具有对抗此种激素之作用，从而加强利尿消肿。在腹水頑固不消者，可在应用此药（剂量20毫克，每日四次口服）同时，伍用上述利尿剂，效果可显著增强。缺点是价格較貴。女性激素黃体酮具有类似安体舒通之作用，可以一試，每日肌注一次10—20毫克。

5. 腹腔穿刺放液　当腹水量过多，产生呼吸困难时，可穿刺放腹水（方法見技术操作章）以減輕症状。每次放液量4,000—5,000毫升。放液过多过頻，由于損失大量蛋白质与离子，可誘发肝昏迷。

6. 中　药

可选用逍遙丸，舒肝丸或老叩丸与木香順气丸。体壯有腹水者可用下法逐水消肿：

①甘遂5.0研末，用溫水調成糊状，敷于臍至关元之間，并服甘草2.0煎剂，待腹泻利水后即可去掉敷药。

②大戟1.0、木香0.5、研末或甘遂0.5研末，空腹开水送下。

③十枣湯（芫花4.0、大戟3.0、大枣7枚，水煎服）。

（五）肝昏迷之治疗　肝昏迷为一危症，积极搶救，仍可收到較好效果。

1. 加强护理，注意口腔清洁与翻身，以防止肺炎与褥疮发生。

2. 营养宜高糖、高維生素，蛋白质应适当控制。可經鼻饲管給予米湯，綠豆湯，鮮果汁，葡萄糖，維生素B、C与味素（每日三次、每次5—10克）等。

3. 除去誘因　如大出血之止血，控制感染与校正离子紊乱等。

4. 清洁腸道減少毒物吸收，每日清洁洗腸兩次，并服新霉素（每六小时一次0.5克）或四環素等，以抑制腸道內細菌繁殖。无腸道出血者，每日服硫酸鎂15—20克。

5. 靜脉点滴10%葡萄糖，每日1,000毫升加維生素丙1.0克及移除血氨药物如谷氨酸鈉23克、或r—氨基酪酸1.0—4.0克。并适当輸入生理盐水，給予鉀盐維持电解质平衡。

6. 有高热，躁动不安或昏睡者选用牛黄安宮丸与苏合香丸。狂躁时对症可予以10%水合氯醛20毫升灌腸。

7. 促腎上腺皮质激素10—20单位/24小时靜滴或醋酸考的松50毫克，肌注一日二次。

（六）有皮肤粘膜或消化道出血傾向者，服云南白药，每日三次，每次0.5克，或三七粉，每日三次，每次0.5—1.0克。并可靜脉点滴六氨基己酸，每日9.0克。

（七）食道靜脉怒张破裂出血者，絕对臥床，禁食，止血剂，垂体后叶素，輸血补液校正休克，并立即以三腔管气囊压迫止血，若无效时則手术結扎怒张靜脉。

（八）脾切除与分流手术在有下列指征时可以考虑：

1. 脾肿大明显伴脾功亢进者，或脾大明显而无食道靜脉

怒张者，行脾切除术。大网膜包肝包肾。

2. 有食道静脉怒张脾肿大者，行脾肾静脉吻合术。

3. 有食道静脉怒张脾不肿大，脾功亢进不明显者，行門腔静脉吻合术。

（九）早期肝硬化可試用苦丁素治疗。

第四章　循环系統疾病

第一节　风湿热（风湿病）

风湿热是一种慢性但具有反复急性发作的全身性疾病。多見于青少年。主要侵犯心脏与关节。急性发作后，約有 $^2/_3$ 病例发展为风湿性心脏瓣膜病。严重影响病人的健康与劳动能力。目前对本病的病因与发病机制尚不完全明了，一般認为与溶血性鏈球菌感染引起机体变态反应有关。本病多見于寒冷潮湿地区，常在冬春二季发病。它是常見病之一，在我省发病率較高。

临床表現　約有半数左右病人在发病前 1—3 周有鏈球菌感染（扁桃腺炎、咽炎或猩紅热）的病史。

（一）心脏炎　在风湿热过程中，心内膜、心肌、心包均可受累，但以心内膜、心肌受累最为常見。心内膜炎在病理上虽极常見，但临床上很少有体征，故診断十分困难。心肌炎的临床表現比較明显，常見症状有：1. 与体溫不相称的窦性心动过速，每分钟 100—140 次；2. 心律不齐：如期前收縮、房室传导阻滞；3. 心脏扩大；4. 心音改变，第一心音減弱与舒张期奔馬律；5. 杂音：在二尖瓣区可听到吹风样收縮期杂音，

在急性期过后常可完全消失；6. 心力衰竭：在20岁以前出现心力衰竭常提示有心肌炎。心包炎比較少見，一旦出現常提示心肌、心內膜均有受累，即全心炎，在心前区可听到心包摩擦音、心浊音界增大等。

（二）关节炎　典型病例为多发性游走性大关节炎，（如肩、腕、髖、膝、踝），具有紅、肿、热、痛，活动受限。炎症消退后关节机能完全恢复，不残留畸形。在儿童，关节炎較少見而且輕微。

（三）舞蹈病　多見于儿童，女孩更为多見，亦可单独出現，为神經系統錐体外路受累所致。临床表現为神經过敏、情緒不穩，常发生不自主、不协調、无目的性的肌肉运动如挤眉、弄眼、吐舌、手足舞动，严重影响进食与写字。

（四）皮肤病变　有各种各样皮疹，其中以皮下风湿結节与环状紅斑最具有特征性。皮下风湿結节常見于关节的伸側，脊柱与枕部。結节大小不一，小米至黄豆粒大，多不疼，常与心脏炎并存，多見于儿童。环状紅斑大小不等，有时圈套圈，中心区肤色正常，常見于躯干与四肢內側。

（五）一般症状　发热、多汗、乏力、蒼白、小儿常有鼻衄，偶有腹痛。

（六）实驗室检查　血沉增快，白細胞增多，輕度貧血。

诊断　本病主要临床表現为心脏炎、关节炎、舞蹈病、皮下結节、环状紅斑，发热，血沉快。典型病例診断比較容易。但有些病例，症状不典型，仅有关节改变与全身症状而无其他风湿热的临床表現，診断則比較困难，必須遵照毛主席关于“**正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。**”的教导，詳細詢問病史，系統观察病人并进行必要的实驗室检查，排除其他疾病，才能做出診断。

鉴别诊断 风湿热应与以下几种疾病鉴别：

（一）类风湿性关节炎 1.多发生在小关节与脊柱，后期关节遺有畸形；2.很少累及心脏；3.对水楊酸制剂的疗效較差。

（二）化脓性关节炎 开始时可有多发性关节炎，但迅速局限于一个大关节，全身及局部的炎症反应較重。

（三）結核性风湿症 可有关节疼或关节炎，常有結节性紅斑，体內可找到活动性結核灶，抗結核治疗有效。

（四）亚急性細菌性心內膜炎 在风湿性心脏病合并风湿活动的病人需与亚急性細菌性心內膜炎鉴别，后者的診断要点有：1.心并病或先天性心血管疾病的体征；2.原因不明的持續性发热；3.进行性貧血；4.脾大；5.淤斑或其他栓塞症状；6.杵状指；7.尿的改变。

（五）結核性心包炎（見心包炎）。

治 疗

（一）急性期应臥床休息，以減輕心脏負担，鼓励病人对疾病"**要有坚强的斗争意志，但不要着急**"。过分严格要求病人做到长期絕对臥床休息是不現实的，尤其是儿童，且对病人的思想与健康也是不利的。

（二）为了清除溶血性鏈球菌病灶感染，給予青霉素治疗，20—40万单位，一日二次，肌肉注射，7—10天。青霉素过敏者可給予四環素类抗菌素，或长效磺胺0.5/日。

（三）抗风湿治疗

1.阿斯匹林，一日3—4克（小儿0.09—0.12克/公斤/日）分3—4次口服。毒性反应有耳鳴、恶心、呕吐。出現时酌情減量或停葯。疗程4—6周，潰瘍病或胃出血者禁用。可同时服胃舒平減輕反应。

2. 匹拉米洞，一日 1.2—1.8 克，对胃肠刺激小，个别患者可发生粒性白細胞減少。用药时間不宜过长，白細胞在5,000以下时停药。

3. 强地松，一日 20—30 毫克，对心脏炎效果較佳。酌情逐漸減量，每 5—7 天递減剂量一次。总疗程 4—8 周。主要副作用有躯干肥胖、多毛、高血压、痤疮、低鉀、水肿等。

（四）中医疗法

1. 多　汗

新針疗法　合谷、足三里或合谷透劳宫。药物：①黄芪 5.0、人参2.0、白朮3.0、防风 2.0、水煎服。②牡力 4.0、黄芪 10.0、伏小麦 5.0、水煎服。

2. 发热　曲池、合谷、大椎。

3. 关节痛（痹症）

新針疗法：

肩痛　肩髃，肩貞透肩前。

肘痛　曲池透少海。

腕痛　外关、合谷、阳溪。

腰痛　腎俞、腰阳关。

膝痛　膝眼、阳陵泉。

踝痛　絕骨、昆仑、解溪。

4. 药物　随証选用成药。

①止痛风湿丸　每次 10 粒，一日二次，适用筋骨痛、麻木为主症。

②活絡丹（大、小），每次一丸、一日二次，适用于痛无定处的行痹。

③稀桐丸　每次一丸，一日二次，适用于四肢酸痛。

④伤湿止痛膏或狗皮膏　局部外用。

预　防

（一）防寒保温、避免潮湿，平时注意鍛炼身体，增强机体对疾病的抵抗能力。

（二）对鏈球菌感染应积极治疗，如有慢性病灶（扁桃腺炎、副鼻竇炎）在风湿活动静止后应及早摘除或处理。

第二节　风湿性心脏瓣膜病

风湿性心脏瓣膜病是指在风湿热时瓣膜发炎，继而引起瓣膜增厚、硬化、变形（縮短与粘連）所造成的心脏瓣膜病。临床上最常見的病例为单純性二尖瓣病及二尖瓣病合并主动脉瓣病。患者多为20—40岁的青壯年。女性稍多見于男性。

临床表現　二尖瓣病包括二尖瓣关閉不全与狹窄，可单独存在，但多数两者并存。主动脉瓣病多与二尖瓣病同时存在。

（一）二尖瓣关閉不全　左室收縮时二尖瓣关閉不严使血液返流到左心房。輕度二尖瓣关閉不全的病人，因心脏有代償功能常无任何症状。病情严重則出現心机能不全的症状，病人感到心跳、气短，进而出現浮肿。检查可发現心脏浊音界向左扩大，心尖搏动向左下方移位，心尖部可听到一响亮而較粗糙的吹风样收縮期杂音，向左腋下传导，第一心音常減弱。

（二）二尖瓣狹窄　由于二尖瓣口变窄，当左心室舒张时，左房的血液流向左室受到阻力而引起一些临床症状。

輕度狹窄的病人可毫无症状，偶于检查身体时被发現。多数病人因肺淤血而感到气短，咳嗽，有的咯血痰，甚至大口咯血，随着病情的进一步发展可出現右心衰竭。

这样病人面頰多呈紫紅色，口唇輕度发紺，有的病人在心

尖部可触到一个舒张期細震顫，第一心音多亢进，可听到一个隆隆响的舒张期杂音，肺动脉瓣第二音亢进。

（三）主动脉瓣关闭不全　当左心舒张时因主动脉瓣关闭不全，血液由主动脉逆流回到左心室。有时主动脉瓣关闭不全合并狭窄。病人早期可无自覚症状。随着病情的发展感到心跳、气短，进而出現左心衰竭症状。有的病人可有心前区疼痛。

检查可見病人的頸动脉搏动显著。心尖搏动强且向前抬举，心浊音介向左下方增大。听診在胸骨左緣3—4肋間听到叹气样舒张期杂音，向心尖方向传导。如合并主动脉瓣狭窄，胸骨右緣第二肋間可听到粗糙的收縮期吹风样杂音，向頸部传导。严重的主动脉瓣关閉不全，可产生周围血管体征如水冲脉，脉压增大即收縮压增高，舒张压降低，股动脉手枪音和毛細血管搏动等。

（四）主动脉瓣狭窄　体检时可在主动脉瓣区听到一响亮粗糙的收縮期杂音，有时可触到收縮期震顫。主动脉第二音減弱。由于左室排出量減少，收縮压降低，脉压变小。心率常緩慢、小脉及徐脉。

（五）联合瓣膜病　在风湿性心脏瓣膜病中常有两种或两种以上瓣膜損害，称联合瓣膜損害，所得征象系由各心瓣膜損害所产生的綜合征象，一部分可因互相抵消而不明显。

合并症

（一）心力衰竭（参見心力衰竭章）心瓣病的进一步发展必然引起心力衰竭。

（二）风湿活动　每一个心瓣病的患者除了要判定他的心脏瓣膜損害类型、心功能状态，还要判定他目前的风湿是处于靜止期或是活动期，如处于活动期則称为风湿活动（即同时有心肌炎）。診断风湿活动的主要依据是：沒有什么明显原

因出現心力衰竭，治疗不易見好，心率快，心律不齐，在全身症状方面可有发热，关节酸痛，有的大关节紅肿，出汗多，少数皮肤有环形紅斑。化驗白細胞增高，血沉快。

（三）肺部感染　风湿性心瓣病病人由于肺淤血，呼吸道抵抗力降低，常易发生肺內感染，这是引起或加重心力衰竭的一个主要原因。

合并肺內感染的主要指标是：咯痰增多，痰粘稠且呈脓性，气短发紺加重，发热，白細胞增多。

（四）亚急性細菌性心內膜炎　因心瓣有損伤，当細菌侵入时（主要是草綠色鏈球菌）附着在瓣膜上引起炎症而形成亚急性細菌性心內膜炎。这样病人除了原有心瓣病的表現外，发現全身感染症状：发热、衰弱、貧血、脾大、血沉快以及栓塞症状（心內膜发炎形成贅生物脫落堵塞动脉）如皮肤粘膜出血点，腦栓塞（突然半身癱），有些病人有血尿及杵状指等症状。

（五）心律不齐　当心肌发生病变时，心脏节律可有改变。常見的有①期前收縮，②心房纖維性顫动。

上述并发症都是导致或加重心力衰竭的原因。故当出現心力衰竭时，应考虑是否有这些情况存在。

預防与治疗

（一）預防风湿热是防止心瓣病的根本方法，其預防主要放在儿童期間，注意防止呼吸道感染（特别是扁桃体炎）。已經形成瓣膜病者注意防止向严重发展。对待此病要有正确的态度，保持革命的乐观主义精神，向疾病作斗爭。有心瓣病后主要根据心功能状态，酌情安排劳动，一般以不引起气短为限，以积极态度做力所能及的工作。

（二）风湿性心瓣膜病除了有些病例可用外科手术分离

（二尖瓣狭窄）或修补（二尖瓣关闭不全）外，主要是治疗并发症，有风湿活动时积极抗风湿治疗，可以防止瓣膜进一步受损，合并亚急性细菌性心内膜炎时，应用青霉素 160—240 万/日，伍用链霉素，从而提高疗效。如一周后发热不退，应加大剂量或加用其他抗菌素。一疗程不应少于六周。有时一个病人可有多种并发病同时并存，如在心瓣膜的基础上合并有心力衰竭，风湿活动与心律不齐，此时在治疗心力衰竭的同时要伍用抗风湿药物，才能收到比较满意的效果。

第三节　心力衰竭（心机能不全）

正常生理情况下，心脏把回心的血液如数排出，保証机体活动的需要。心力衰竭是指因某种病因心脏发生病变，失去代偿能力，不能把回心的血液如数排出，因而形成动脉系統血液供应不足，在静脉系統内产生淤血，从而表現出的一系列临床症状。

病因　引起左心衰竭的主要原因：高血压病，急慢性肾炎，冠状动脉粥样硬化性心脏病，主动脉瓣病与二尖瓣关闭不全及各种原因引起的心肌炎（如急性传染病，风湿热等）。

引起右心衰竭的主要原因：肺原性心脏病，二尖瓣狭窄，先天性心脏病以及左心衰竭的进一步发展。

诱因　在有心脏病的情况下，以下因素可誘发或加重心力衰竭：

（一）操劳过度及精神过度紧张；

（二）呼吸道感染；

（三）心动过速；

（四）妊娠与分娩；

（五）輸液过量或过速。

临床表现 在心力衰竭的初期，常仅累及心脏的一侧，因此有左心与右心衰竭之分，如继續发展則成为全心衰竭。

（一）左心衰竭 主要表現为肺淤血，病人自覚呼吸困难，开始多在劳动后或夜間产生，如在夜間陣发性发作，称为陣发性夜間呼吸困难（心脏性喘息）。因为有肺淤血，在气短同时多伴有咳嗽、咯血。有肺水肿者呈高度呼吸困难（端坐呼吸），咯血沫样痰。查体可发現肺淤血的体征（双肺底或全肺有湿性罗音或哮鳴性呼吸音）及心脏体征（心脏扩大、心率加快，心尖部有奔馬律）。

肺淤血除是左室衰竭的主要表現外，亦可发生在左房衰竭如二尖瓣狹窄。

（二）右心衰竭 主要为大循环淤血，其表現为水肿，先出現于下肢，休息后可消退，严重則不消退并漸加重，有的产生腹水。因肝脏淤血，患者感到心窝部堵塞感，肝脏肿大。腎脏淤血引起尿少。頸靜脉可見怒张，靜脉压增高。在出現右心衰竭之前，多数病人已有左心衰竭，故有气短，有右心衰竭后，血液主要淤积在体靜脉系統，所以較单純左心衰竭时气短減輕，但发紺加重。

心脏性哮喘与支气管性哮喘鑒别表

症候	心脏性哮喘	支气管性哮喘
病因	高血压病，心肌梗死，二尖瓣狹窄。	过敏史，过去长期哮喘史。
症状	中年以上，常在夜間睡后发作，坐起減轻。	年轻，任何时间发作，冬春季較多。
体征	左心室增大，奔马律，肺湿性干性啰音，心脏病原有体征。	心脏正常，肺哮喘音。
治疗	洋地黃、吗啡、氨茶碱等。禁用肾上腺素。	麻黃素、肾上腺素、氨茶碱、激素等。禁用吗啡。

心力衰竭的分度

輕度（第一級） 仅在体力劳动时发生心跳、气短等症状，安靜时則无任何症状。

中度（第二級） 心力衰竭症状較明显，輕度体力劳动即出現呼吸困难，同时有肝大、浮肿、发紺，臥床休息后好轉，但不能完全消退。

重度（第三級） 所有心力衰竭症状严重而且頑固，休息后仍持續不退或治疗反应不够滿意。病人往往有营养不良，末期极度消瘦有心原性肝硬化。

治疗 心力衰竭的治疗原則是：

（一）病因治疗 如风湿热則用抗风湿葯控制风湿活动；高血压用降压葯；肺心病及时控制肺內感染。积极消除引起与加重心力衰竭的因素。

（二）減輕心脏負担 病人要有战胜疾病的斗志，保持革命的乐观主义精神、做到精神愉快以及适当的休息。咳嗽剧烈者可服可待因 0.03，失眠者可服阿密妥 0.2 或其他鎮靜葯。

（三）应用毛地黃制剂，提高心脏工作效率。

1. 作用 增强心肌收縮力，增加心搏出量，減慢心率，但不增加心肌对氧的消耗，因此能提高心肌的收縮效能，是治疗心力衰竭的主要葯物；但由于毛地黃的直接作用还可使房室传导減慢、心肌应激性增加，过量者可引起毛地黃中毒（房室传导阻滯、心律失常）。

2. 适应症 各种病因的心力衰竭均可应用毛地黃，但心肌炎，心肌梗塞，肺心病等合并心力衰竭，疗效差而且容易出現毒性反应，使用时应謹慎，毛地黃对休克与无心力衰竭的陣性心动过速无效。

3. 制剂　可分为两大类：缓慢作用者有毛地黄叶，毛地黄毒苷；快速作用者有异羟基毛地黄毒苷，西地兰与类似毛地黄作用的毒毛旋花子苷（本品有K、G两种，G的毒性与效力較K約大一倍，故G的剂量較K小）。

4. 剂量与用法　对于未服用过毛地黄的患者在治疗开始时应給予毛地黄化剂量，以后每日給予維持量即每日毛地黄在体内被破坏与排出之量。如何来确定毛地黄化剂量？毛主席教导我們**"马克思主义叫我们看问题不要从抽象的定义出发，而要从客观存在的事实出发"**，**"看问题要从各方面去看，不能只从单方面看"**。一般可从三个方面来看：①常用的毛地黄化剂量（見表）；②治疗反应；③毒性反应。对毛地黄的反应常因人因时而异，在伴有严重心肌受損，心脏明显扩大或肺心病者，对毛地黄的耐受量較低；在一心脏病患者，反复出現心力衰竭，每次毛地黄化剂量与每日維持量亦不是固定不变，

毛地黄类药物用法

制剂	给药法	作用开始时间	作用最强时间	作用持续时间	毛地黄化量	维持量
毛地黄叶	口服	6小时	12—24小时	10—14天	0.8—1.0克	0.05—0.1克
毛地黄毒苷	口服	2小时	8—12小时	12—20天	0.8—1.0毫克	0.05—0.1毫克
异羟基毛地黄毒苷	口服 靜脉	2小时 10分	4—8小时 2—3小时	4—7天	1.5—2.5毫克 0.7—1.25毫克	0.25—0.5毫克
西地兰	靜脉	10分	1—2小时	2—4天	0.8—1.2毫克	0.2—0.4毫克
毒毛旋花子苷K	靜脉	5分	1小时	1—3天	0.25—0.5毫克	0.125—0.25毫克

如合并有心肌炎或低鉀血症时心肌对洋地黄的耐受性降低，容易出現中毒反应，所以在实际应用时必須根据病人的具体情况并密切观察病人的治疗反应与毒性反应，灵活掌握，不可

机械地应用常規剂量。临床上常能碰到，在治疗开始时已經毛地黄化以后，每日又給維持量的病人，当心率增快或心力衰竭加重时，常需区分是毛地黄不足，还是毛地黄过量，如經周密思考認为毛地黄不足的可能性大，而毛地黄中毒的可能性一时又不能完全除外的情况下，此时可临时給 1—2 次快速类毛地黄如西地兰 0.2—0.4 毫克，如为毛地黄不足，則数小时內可見病情改善；如为过量，虽有中毒症状出現，因快速毛地黄排泄很快，影响不会太大。一般可采取徐緩口服法，如毛地黄叶 0.1，一日 2—3 次，連用 3—4 天，异羟基毛地黄毒苷（每片 0.25 毫克）与毛地黄毒苷（每片 0.1 毫克）的每片药效相当于毛地黄叶 0.1 克。只对急性肺水肿或特別严重的慢性心力衰竭，采用靜脉注射快速类毛地黄：西地兰 0.4 毫克加 10%葡萄糖 20 毫升緩慢注射，或用毒毛旋花子苷 K 0.25 毫克，每日 1 次，用法同西地兰。

5. 毒性反应　心肌有严重損害、缺氧、低鉀或剂量过大都易发生毛地黄中毒。中毒症状包括食欲減退、恶心呕吐，少数可有眩暈、头痛、色視（黃視或綠視），奇体心率減慢，少于 60 次/分，心律失常如期前收縮、二联律、房室传导阻滯、室性心动过速等。中毒症状一出現，应立即停药，投予氯化鉀 2 克，一日三次。毛地黄中毒引起的心律失常可用依地酸二鈉（EDTA—2Na）治疗（因能与鈣离子結合成可溶絡合物），20%20—40 毫升加 5%葡萄糖 50 毫升靜滴或 10%10—30 毫升加葡萄糖 20—40 毫升靜注。經上述处理，数天后常可見好轉。为預防毛地黄中毒，可在服毛地黄同时伍用氯化鉀 1 克，一日三次。

（四）控制体內鈉及水分貯留　除吃低盐飲食外可用利尿剂，目前常用的是双氢克尿塞，每次 25 毫克，一日三次，連

用3—5天停药，过些天需要时再用。因连续用药时间太长，利尿效果不佳。利尿明显的病人同时服氯化钾，以防利尿过多引起低血钾症。如双氢克尿塞效果不满意，可肌注10%撒利汞，先注0.5毫升，观察半小时如无不良反应再注1.0—1.5毫升，每隔3—5天一次。在用药前应查尿，证明肾脏没有严重病变，肾功能好（比重在1.015以上）方可应用。先服用10%氯化铵10—15毫升，一日三次，连用3—5天，可增加利尿效果。新型利尿药环戊甲噻嗪利尿效果较好，每次0.25毫克，一日1—2次口服。

"681"粉对心力衰竭有一定效果，每次0.5克，一日三次，如耐受好可增量，每次1—2克，连用2—3周左右。

夏季多吃西瓜或西红柿亦有利尿作用。

（五）中医疗法

心　悸

新針疗法　神門、太淵。

药物　炙甘草4.0、党参2.0、桂枝2.0、阿胶3.0、生地3.0、火麻仁2.0、生姜1.0、大枣7枚、麦冬3.0、　水煎服。

浮　肿

新針疗法　腎俞、复溜。

药　物

五皮飲　陈皮3.0、大腹皮3.0、姜皮2.0、桑白皮3.0、茯苓皮5.0、　水煎服。

防已黄芪湯　防已2.0、黄芪4.0、桂枝2.0、茯苓2.0、甘草2.0、　水煎服。

五苓散　猪苓3.0、茯苓3.0、桂枝2.0、泽泻3.0、白朮3.0、　水煎服。

（六）急性肺水肿的处理　急性肺水肿是内科急症之

一，需紧急处理、治疗措施包括：①嘱患者采取半卧位或坐位，双腿下垂；②皮下注射吗啡10—15毫克或杜冷丁50—100毫克；③静脉注射快速毛地黄；④静脉注射氨茶碱0.25—0.5克，注射时应极慢；⑤吸氧：最好使氧通过50—70%酒精，酒精能减低泡沫的表面张力，使泡沫破裂；⑥加止血带于四肢，使静脉回流减少，每5分钟将一肢的止血带放松，以免因缺血而引起肢体坏死。必要时可考虑静脉放血300—500毫升，但贫血与休克病人禁用。

第四节　慢性肺原性心脏病

由于慢性肺部疾患引起右心增大或右心机能不全叫做慢性肺原性心脏病。它是比较多见的心脏病，工矿及寒冷地区发病率高，如东北地区最高。我省也比较多见，占心脏病第一位。絕大多数肺原性心脏病是經过慢性支气管炎，肺气肿而发展形成的。本病常年存在，多在冬季由于呼吸道感染引起肺功能不全而发生心机能不全。

解放后我国医务工作者对本病进行了不少床临研究工作（如病因学、病理生理、病理解剖等）。今后更应研究出一套适合农村牧区的防治方法。

病因及病理生理　引起慢性肺原性心脏病最常見的原因是阻塞性肺气肿，造成肺气肿的原因是慢性支气管炎，支气管哮喘与支气管扩张等症；其次为肺部纖維化病变如矽肺或其他尘肺、肺結核等。

由于支气管慢性炎病或哮喘引起支气管不完全阻塞，肺泡膨胀与破裂造成肺气肿。肺泡破裂后肺間质纖維組織增生及肺泡膨胀压迫肺毛細血管，使肺毛細血管扭曲阻塞，肺毛細

血管床减少导致肺动脉高压，結果产生右心室扩张肥厚，最后发生心机能不全。

临床表现

(一)原有肺疾患(如慢性支气管炎)及肺气肿的症状和体征：包括多年慢性咳嗽，冬季加重，咯痰，呼吸困难或长期哮喘史和杵状指等。肺气肿体征：如桶形胸，肋骨几乎横位，肋間隙增寬，呼吸运动減弱，叩診鼓音，肺肝界降低，心浊音界不易叩出，听診呼吸音減弱，心音低远。

(二)心脏受累的表現　胸骨体下端及左緣或心窝部明显心脏搏动，提示右心室肥厚。肺动脉第二音亢进是肺动脉高压的表現。病人在晚期可出現气短、紫紺、頸靜脉怒张、肝大伴有压痛及全身水肿等右心机能不全現象。

(三)由于缺氧和二氧化碳貯留，可有精神症状，如意識模糊、嗜睡、譫妄、昏迷等，称肺气肿脑病，或呼吸性酸中毒。

化驗检查可发現紅細胞增多及血紅蛋白增高。

诊　断

(一)慢性支气管炎、支气管哮喘或慢性肺疾患的历史。

(二)肺气肿的体征。

(三)有肺动脉高压及右心室肥厚征，常需X光或心电图检查才能肯定。

(四)右心机能不全的表現。

鉴别诊断　与风湿性心脏病引起的心力衰竭容易区别，慢性肺心病沒有心杂音，而有明显的肺气肿体征和长期咳嗽病史。

治疗　肺心病有肺部感染，心力衰竭及脑症状，主要矛盾是肺感染。治疗重点是控制肺感染，感染控制后，心力衰竭及脑症状亦全好轉。

(一)控制呼吸道感染　由于感染使缺氧加剧引起肺小动脉痉攣，肺动脉压增高，加重右心负担，诱发心机能不全。因此控制感染非常重要。一般可用青霉素 120—160 万单位/日，如效果不显加链霉素 1 克/日，如再无效可停其一种换四环素族或氯霉素等广譜抗菌素(因感染細菌不只一种)。

(二)支气管扩张剂及祛痰剂　目的緩解痉攣，使呼吸道暢通，改善呼吸功能。有呼吸困难和发紺时，可用氨茶碱 0.25 克，靜脉或肌肉注射。分泌物粘稠，不易咯出，可用祛痰剂：氯化銨等。

(三)糾正缺氧应用間歇吸氧(适用肺性脑病)。吸一小时，停半至一小时。昏病人肌注 25%可拉明或 25%苯甲酸鈉咖啡因 2 毫升，兴奋呼吸中枢，2—4 小时一次至清醒为止。为加强作用可将可拉明 2 毫升加在 20 毫升葡萄糖內靜注。同时針刺內关(双)，强刺激。鼻飼苏和香丸，每次一丸。

脑病譫妄时，禁用抑制呼吸中枢药物如嗎啡、可待因，巴比土等。可用氯丙嗪，异丙嗪或水化氯醛。

(四)治疗心机能不全急性失代偿期的病人(以感染为主)，其主要矛盾为感染和缺氧以及由此而引起的肺动脉压突然增高，临床上以呼吸衰竭为主，治疗主要应控制感染，糾正缺氧。应用洋地黃易于中毒，如心机能不全，症状不甚明显以不用为宜。

对慢性失代偿的病人(以心机能不全为主)，应及时应用洋地黃及利尿剂。前者以选用作用迅速为佳，如西地兰或地高辛(全效量 1.0—1.5 毫克，維持量 0.25—0.5 毫克)，亦可选用毒毛旋花素K。利尿剂以双氢克尿塞最为安全(25—50 毫克，每日三次)。中药五皮五苓合剂(見肾炎)。利尿产生低鉀低氯时，加用10%氯化鉀或氯化銨10毫升，一日三次。"681"

粉可以利尿及减轻气短，可同时应用。

预防 加强对支气管炎，支气管哮喘及肺气肿的预防和治疗，工矿区采取防尘措施，避免发生尘肺，平时禁止吸烟。

第五节 高血压病

如果舒张压超过90毫米汞柱，收縮压超过 140 毫米汞柱，就認为是血压增高。高血压病是以动脉血压增高为主要临床表现的全身性疾病，其发生常与长久或反复的精神过度紧张或强烈的情緒激动等有关。在确診本病之前，需排除症状性血压增高（如急慢性腎炎，慢性腎盂腎炎，妊娠中毒症等）。

临床表现 在疾病早期，病人多无自覚症状，有的病人可有头痛、头暈、眼花、失眠、記忆力減退或注意力不集中及交感神經兴奋的症状。血压有时高，有时正常，在休息和精神不紧张时血压可在正常范围，这一阶段可称为第一期高血压病。随着病情的进一步发展，血压升高虽仍有波动，但不能降到正常范围，这一阶段称为第二期高血压病。晚期血压則恒定的增高，同时出現内脏器官的病理变化如眼底、心脏、脑与腎脏等血管硬化，称为第三期高血压病。在高血压病的病程中，特别是后期，脑血管痙攣进而粥样硬化，有时血压突然显著增高伴有剧烈头痛、眩暈、呕吐、抽搐、昏迷、暫时性視力丧失，查眼底有时可見視神乳头水肿即所謂高血压脑病，这种表現系由于脑血管严重痙攣与发生脑水肿的結果。如处理及时得当，所有症状常能恢复。

如在脑血管硬化的基础上并发血栓形成或脑溢血，可引起偏瘫或迅速死亡（詳見神經系統疾病章）。长期血压增高，增加左心負担，部份病例可出現心律不齐或心力衰竭即高血压

性心脏病。肾脏血管痉攣与硬化，则可引起肾功能减退，表現为夜間多尿，低比重尿，但其临床表現多不突出。

诊断与鉴别诊断 如血压持續增高伴有头痛、头暈、耳鳴、失眠即应考虑高血压病，高血压病的診断必須除外下列常見伴有血压升高的疾病。

（一）急慢性肾炎 急性肾炎除血压短期升高外，尚有浮肿及尿的改变（蛋白、紅細胞，管型）鑒别不难。高血压型的慢性肾炎需与高血压病进行鑒别，有时較困难，前者多有肾炎病史、貧血較重，肾功能改变明显（如氮质血症），尿的改变一般比高血压病为著。如明确先有血压升高，尿改变在后，同时左室增大明显，血压升高显著則支持高血压病的診断。

（二）血管疾病（肾动脉狹窄，縮窄性大动脉炎或先天性主动脉縮窄）相应部位（胸部或腹部）可听到血管性杂音，后二者上肢血压高，下肢血压低或脉搏減弱以致消失。肾盂与血管造影可确定診断。

（三）肾上腺疾病 嗜鉻細胞瘤与柯兴氏綜合征，这类病变除血压高外，有相应的內分泌改变可資鑒别。

防　治

引起高血压病的病因目前尚未最后明了，我們必須根据毛主席关于"**人类的历史，就是一个不断地从必然王国向自由王国发展的历史。**"的伟大教导，加以研究与解决。根据目前已知的材料認为高血压病的发生和神經精神因素有密切关系。在預防与防止本病的恶化方面应注意病人的活思想，要使病人建立起革命的乐观主义精神，舒暢的心情对疾病有很大好处，体力劳动可預防高血压病的发生，适当的体力劳动对于治疗本病亦是有益的。在疾病初期，一般不需用降压药，只用一些鎮靜药如眠尔通 0.2 克，奋仿靜 2 毫克或魯米那 0.03

克，一日三次就可以。保証充分睡眠甚为重要，如失眠可間断口服安眠药如阿密妥0.2或利眠宁 10 毫克，睡前口服，如血压持續增高則应服用降压药，目前常用的药物有：（一）利血平 0.25毫克，一日三次口服，疗效出現后可用維持量 0.25 毫克，一日一次；（二）降压灵 4—8 毫克，一日三次；（三）胍乙啶10 毫克，一日 2—3 次，以后根据血压，必要时继續增大用量，但应注意防止直立性低血压；（四）双氢克尿塞 25—50 毫克，一日三次，有利尿与降压作用；（五）肼苯噠嗪 10 毫克，一日三次，必要时可逐漸增量。上述药物可数种联合应用，其优点可提高疗效，減少各药的剂量与副作用。

“681”粉在降低血压上有一定效果，有效率可达 72—97%，部分病例可在 2—3 天內降低血压，但有者降压不够巩固。

出現高血压脑病时，可酌情肌肉注射冬眠灵 25—50 毫克或苯巴比土鈉 0.1 克或 25% 硫酸鎂 10 毫升，或利血平 1 毫克。为降低脑压，可用甘露醇或山梨醇 250—300 毫升靜脉注射，半小时內注完，或 50% 葡萄糖 100 毫升，6 小时一次靜脉注射。

中医疗法

新針疗法：①曲池（双）；②人迎（双）；③曲池、行間；④石門、印堂；四組随証选用。配穴：足三里。

水罐疗法：曲池、足三里、太阳、金津、玉液。

放血疗法：降压沟放血。

药　物

头痛目眩用清眩丸，每次一丸，一日二次；耳鳴耳聾用龙胆泻肝丸，或当归龙薈丸，每次一丸，一日二次。

第六节　冠状动脉粥样硬化性心脏病

体内类脂质代謝紊乱导致冠状动脉粥样硬化，使心肌血液供应发生障碍所引起的心脏病，称为冠状动脉粥样硬化性心脏病。动脉粥样硬化的病因与发病机制尚未完全闡明。多見于45—50岁以上。本病可分为三种不同临床类型：心肌硬化、心絞痛、心肌梗塞。各型可单独存在，或同一病例常有二个类型同时或先后出現。

一　心肌硬化

冠状动脉粥样硬化长期影响心肌血液供应而引起心肌营养不良、萎縮与纖維組織增生。

临床表現　心脏扩大，在开始时主要是向左扩大，后期則双側均扩大；当发生心力衰竭时，大多先出現左心衰竭，而后继之右心衰竭，出現相应的症状与体征。常有心律不齐：如心房纖維性顫动、期前收縮、房室传导阻滯；一般听不到心瓣杂音，有时可听到肌源性輕度收縮期吹风样杂音；如不并发于高血压病則血压在正常范围內。

治疗　主要是給予改善冠状循环及营养心肌的药物，如氨茶硷或罌粟硷0.03—0.06，一日三次，地巴佐、烟酸等。心力衰竭可按心力衰竭的治疗原則处理。

二　心絞痛

由于冠状动脉痙攣，心肌急性暫时性缺血所致。

临床表現　发作时为突然发生的胸骨后疼痛，常向左肩与左臂放散，疼痛性质因人而异，多为压榨、窒息性或其他不适感。表情痛苦、面色蒼白、不敢动，持續3—5分钟，很少达15分钟。多在劳动、兴奋或飽餐后发生，休息或用亚硝酸制

剂后停止。

治疗 发作时应立即休息，一般病例在休息后症状緩解，药物治疗可使用冠状血管扩张剂，可增加冠状动脉血流。硝酸甘油片0.3—0.6毫克，置于舌下，使其溶化吸收，1—2分钟后出現作用，約半小时后作用消失。亚硝酸异戊脂（装于薄安瓿內），使用时用手帕包裹压碎，立即用鼻吸入，出現作用更快，但持續时間亦較短，易引起头胀不适感及血压下降，故疑有心肌梗塞的病例不宜用此类药物。

防止复发：生活規律，避免重体力劳动及精神刺激，忌烟酒。經常服用血管扩张剂和鎮靜剂，如氨茶硷、地巴佐、眠尔通、苯巴比妥、溴剂等。

新針疗法：內关、間使、足三里或內关透外关。

三 心肌梗塞

由于冠状动脉某一分支閉塞，血液循环受阻，心肌缺血而发生坏死。由第二周开始，坏死部分出現修复过程（纖維化、結瘢），一般延續4—6周。

临床表現 胸骨后疼痛性质同心絞痛，但較剧烈而且持

心肌梗塞与心絞痛鑒别如下：

		心絞痛	心肌梗塞
临床表現	1.疼痛部位	胸骨后上中段	胸骨后中下段或上腹部
	性质	絞窄，压迫等	相似
	时間	短，不超过15分	长，数小时至数日
	頻度	反复发作	少
	誘因	劳累、寒冷、激动、饱食	
	2.休克	无	有
	3.肺水肿	无	有
心肌坏死現象	1.发烧	无	有
	2.白細胞	正常	增加
	3.血沉	正常	显著增加
	4.GOT	正常	增加
	5.心电图	正常或暫时改变	特征性改变

久，濒死感，可达数小时至1—2天，多在休息时出现。在疾病早期可有血压下降，以致心源性休克，同时可出现左心衰竭。常在病后1—2天开始发热，持续一周左右。心脏检查可有心率增快，心音减弱，心律不齐，在病的极期白细胞增高，血沉快。不典型病例依靠心电图才能确定诊断。

治　疗

（一）解除疼痛　吗啡10—15毫克或杜冷丁50—100毫克，肌肉注射，必要时每4小时可重复一次。罂粟碱0.03—0.06，一日三次口服，亦有镇疼与扩张冠状血管的作用。

（二）控制休克　出现休克症状或血压（收缩压）下降至90毫米汞柱以下，应用升压药提升血压，一般可用去甲基肾上腺素或甲氧胺，使血压维持在100毫米汞柱左右，注意调节升压药的浓度，滴流速度及输液总量，达到既保证血压维持正常，且不加重心脏负担。

（三）心力衰竭（见心力衰竭章）。

（四）急性期应卧床休息，一般4—6周；如有心力衰竭或休克时可给予吸氧；进食不宜过饱，宜少量多餐；如大便不畅可给予缓泻剂或灌肠；通常病例可不考虑用抗凝剂。

（五）恢复期治疗同心绞痛防止复发的治疗。

第七节　心律失常

在正常情况下，心脏激动起源于窦房结，经过心房、房室结、房室束、左右束枝，最后传到心室肌引起心脏有节律的收缩，称为窦性心律。成人每分钟60—100次，婴儿为130—150次，2—4岁为110—120次，4—8岁为90—110次，以后逐渐接近成人心率。心率过快、过慢或节律不齐，统称为心律失常。

現將臨床常見的心律失常分述如下：

一　窦性心动过速

当窦性心律成人每分钟超过 100 次称窦性心动过速。可見正常人如运动或情緒激动或注射肾上腺素、阿托品等药物后。在病理情况下可見于发烧，貧血，甲状腺机能亢进，休克、心力衰竭等。病人可有心悸或无症状。治疗主要針对病因，心动过速本身不需要治疗。少数較重或頑固的病例，可采用利血平 0.25 毫克，一日三次或奋乃靜 2 毫克，一日三次口服，以減慢心率。新針疗法（內关、神門）对心动过速效果亦佳。

二　期前收縮（过早搏动）

由竇房結以外的所謂异位兴奋灶发出的过早激动所引起的心脏收縮，称为期前收縮。此收縮与基本节律相比，在时間上提前出現。常发生于无心脏病或完全健康的人，在各种心脏病患者中更为常見，其出現往往查不出誘因，但有时可能与精神紧张、过劳、消化不良和烟酒过多有关。毛地黃中毒、低血鉀症亦可誘发期前收縮，应特别注意。

临床表現　可无症状，有的可有心悸或心跳停頓感，脉搏亦有間歇現象。听診在整齐的心律中，可听到一次突然提前出現的心脏搏动，其后有一較长的間歇。提前搏动的第一心音多增强，第二心音多減弱或消失，其出現可以沒有一定規律，亦可与基本节律成比例出現，形成二联律或三联律。

治疗　期前收縮多无临床意义，大多不需特殊处理，但頻繁的期前收縮則多提示有病理意义。頻繁出現或症状显著可給予鎮靜剂，如溴剂，魯米那，眠尔通等。如仍无效，可改用普魯卡因酰胺 0.25—0.5 克或奎尼丁 0.2—0.3 克，每日 3—4 次。低血鉀症或毛地黃中毒，可給予氯化鉀 1—2 克，一日三次口服。奎尼丁与普魯卡因酰胺均有很大毒性，使用时必須

密切观察病人，一般毒性反应为恶心、呕吐，如出现即应停药。

三　阵发性心动过速

是一种迅速增快的异位心律。根据异位兴奋灶的部位可分为房性、房室結性与室性心动过速，前二者在临床与心电图上均难以区别，称为室上性心动过速。室上性心动过速較室性常見，多見于健康人，亦可見于器质性心脏病，而室性心动过速則多发生于較严重心脏病患者或药物中毒（如毛地黃）。

临床表現　突然发生，突然停止，发作时每分钟160—220次，发作时心悸、头暈、頸发胀、乏力，出汗和呕吐。发作較长或原有心脏病者容易引起血压下降与心力衰竭。竇性心动过速与室上性心动过速的临床鑒别：前者心率在140次/分以下，发生緩慢，在迷走神經刺激后逐漸減慢。

治疗　以下措施常能中止室上性心动过速：

(一)頸动脉竇压迫法　患者平臥，在患者甲状軟骨上緣，頸动脉搏动最强处，用手指向頸椎方向压迫，每次10—15秒。一般先压右側，如无效再压左側。

(二)眼球加压法　用手指压迫一側或双側眼球，每次20—30秒。

施行以上两个方法时应同时听心律，发現心动过速消失时，立即停止压迫。

(三)用人工方法誘发呕吐，如用压舌板刺激咽部，或深吸气后憋住气，用力作呼气运动。

(四)新司的明0.5—1.0毫克，肌肉注射。

(五)甲氧胺10—20毫克肌肉注射或溶于5%葡萄糖100—200毫升中靜脉点滴。此药的作用系通过增高血压而兴奋

迷走神經，高血压者慎用。

(六)苯妥英鈉0.1克口服，每2小时一次，一般連用2—3次。对无器质性心脏病，頑固持久的期前收縮，或心动过速可以試用。

(七)快速毛地黃(西地兰)0.4毫克加在10%葡萄糖20毫升內，靜脉緩慢注射，必要时隔4小时重复一次。室性陣发性心动过速禁用毛地黃治疗，因可引起心室纖維性顫动而死亡。由于毛地黃中毒所引起的心动过速，立即停用毛地黃，給予氯化鉀1—2克，一日三次，口服。

(八)如以上措施无效，需在临床的严密观察下，試用奎尼丁或普魯卡因酰胺治疗。

四　心房纖維性顫动

当心房异位兴奋灶所释放激动的頻率特快(350—600次/分)而且很不規整时，称为心房纖維性顫动。此时心房失去完整的收縮，代之以快而細的乱顫，心室只能接受一部分由心房传来的激动，搏动快而且不整，每分120—160次。常見于二尖瓣狹窄、冠状动脉粥样硬化性心脏病、甲状腺机能亢进、毛地黃中毒。

临床表現　患者自覚心悸或心跳不規則。心脏听診心律絕对不整，即快慢不均，强弱不等。脉搏亦是快慢不均、强弱不等。因部分心搏动搏血量极少，不能引起一次脉搏，故脉率較心率少，即丟失脉。心率越快，脉率越少，丟失脉越多。頻速型心房纖顫常使心力衰竭加重。

治疗　心率正常时不需治疗，心率显著增快或伴有心力衰竭时应用毛地黃治疗。如为毛地黃中毒所致，应立即停药，給予氯化鉀。

第八节　心包炎

心包受細菌感染或变态反应发生的炎性病变；病理可分纖維蛋白性(干性)，及浆液纖維蛋白性（渗出性）两种，依病程又分为急性和慢性两种。

一．急性心包炎

病因和分类　大多数急性心包炎是全身疾病的一部分，或为邻近器官病变蔓延的結果。

（一）結核性心包炎是最常見的一种，多見于儿童和青年原发肺結核感染后，常由纵膈淋巴結核或胸膜結核病变蔓延引起，或經血液、淋巴传播而来，临床上不易查出原发灶。

（二）风湿性心包炎　多为风湿性心脏炎的一部分。

（三）化脓性心包炎　常見的病原体为肺炎双球菌、溶血性鏈球菌和葡萄球菌等。由敗血症、邻近器官(胸膜、纵膈)的化脓炎症或肝脓肿破溃引起。

（四）急性非特异性心包炎　多見于青年，病因尚未确定，可能与过敏反应有关。病程数周或数月，預后良好。

（五）尿毒症和心肌梗死可引起干性心包炎。

临床表現

干性心包炎　少数有心前区疼痛(由于邻近胸膜受累)。主要体征为心前区胸骨下段左緣听到心包摩擦音，时隐时現，持續数天至数周。

渗出性心包炎

（一）全身症状　可有全身无力、出汗、发烧。

（二）疼痛可有心前区或剑突部压迫感。因为心包脏层无痛覚神經，所以不常出現胸痛，但是左侧第5、6肋間隙的

壁层心包有痛觉神經，当合并膈胸膜炎时可出現心前区痛，并向左肩左頸，腹部放散。

（三）呼吸困难　可能与心包积液压迫支气管肺組織有关。患者常采取坐位并向前傾，用枕头支持心前区，可使液体重量轉移至前胸壁，減輕呼吸困难。

（四）心包积液体征

1. 心浊音界向左右及上方扩大，并随体位而改变。

2. 心尖搏动減弱或消失，并在心浊音界內側，心音低而远，心率增快。

3. 心包填塞　由于心包积液产生过快，使心包腔压力升高引起的。在血液动力学方面的改变为靜脉压升高和左心室輸血量降低。前者可致頸靜脉怒张、肝大压痛、腹水、下肢浮肿。后者收縮压降低，脉压小、奇脉（吸气时脉搏減弱或消失，呼气时脉搏增强或重新出現）。

实驗室检查　白細胞計数正常者見于結核性。增多、中性粒細胞增多可考虑化脓性或风湿性心包炎。血沉增快者以結核性常見。X光检查心影增大呈球形或三角形，心脏搏动弱。

诊断　干性心包炎的診断主要根据心包摩擦音。渗出性心包炎除依靠上述临床表現及X检查外，有条件者可行心包穿刺术，对渗出液化驗检查。

凡有化脓性疾病或敗血症而伴有心前区或剑突部疼痛者，应考虑是否继发心包炎。

鉴别诊断　风湿性心包炎与結核性心包炎的鉴别如下表。

		风湿性心包炎	结核性心包炎
病史		常有风湿病的其他表现	常有结核灶或其他浆膜结核
查体		心脏常有杂音、奔马律等	心脏无杂音
体温		显著升高	可升高，但不显著。
白细胞计数		增高	正常或稍高
心包渗液	量	较少，不须穿刺	较多，常须反复穿刺
	性质	常为草绿色	多为血性
	细胞	中性粒细胞占多数	淋巴细胞占多数
	结核菌	无	有时可找到
治疗反应		水杨酸制剂有效	抗痨疗法有效

治　疗

（一）病因治疗

1. 结核性心包炎　链霉素 0.5 克，每日二次肌注。雷米封 100 毫克，每日三次口服。在足够量抗痨药物下使用强的松，可降低炎症渗出减少粘连形成和明显改善周身中毒症状。成人每次 10 毫克，一日 2—3 次；小儿每日每公斤 1—2 毫克，分三次口服。症状好转，体温下降后可将强的松减量，一般维持 4—6 周。链霉素减至每周两次，雷米封维持原量或改用对氨水杨酸钠，每日 8—10 克，疗程维持六个月，如合并其他结核病灶最好延长至一年。

2. 化脓性心包炎　由链球菌或肺炎球菌引起，可用青霉素 100 万单位，每六小时肌注。由葡萄球菌引起的可根据细菌的敏感度单用或联合使用青霉素、四环素、氯霉素、链霉素等。内科治疗疗效不佳时，采用外科引流术。

3. 风湿性心包炎 見风湿病。

（二）心包穿刺放液适应症：

1. 証实心包积液的診断及确定病因。

2. 解除心脏受压現象。穿刺有时可招致意外，应严格掌握适应症。

二、缩窄性心包炎

由于急性結核性心包炎（占半数以上）或化脓性心包炎沒有治愈轉变的。急性阶段后，心包脏层和壁层之間形成致密而广泛的纖維瘢痕組織层，使心包腔部分或完全閉塞，心脏舒张受到限制，靜脉回流受限，靜脉系統郁血，心輸出量降低。产生一系列症状如呼吸困难，靜脉压增高，肝大、腹水和水肿等，影响病人的劳动力，甚而危及生命。

临床表現 常見症状及体征有心悸、呼吸困难、頸靜脉怒张、肝脏肿大甚为明显，出現早，有压痛，腹胀和下肢浮肿等。少数病人可有輕度紫紺。腹胀的主要原因为腹水。腹水比下肢浮肿出現早而明显。心脏检查可发現心尖搏动极不明显，心浊音界常不增大，心音低而远，心率增速。收縮压降低，脉压变小、奇脉等。

診断和鑒别診断 診断的主要根据是体循环郁血的征象，但不伴有心瓣膜病变或心脏显著增大。本病临床表現有三：1. 靜脉压增高；2. 腹水；3. 心搏微弱或消失。

縮窄性心包炎应与心机能不全和門靜脉性肝硬化鑒别：心机能不全的病人常有瓣膜病变体征，心脏显著增大，一般对洋地黃治疗有良好反应。門靜脉性肝硬化的主要表現为門靜脉压增高，体靜脉压不增高，无頸靜脉怒张和紫紺。

治疗 当診断明确，急性症状被控制，全身情况良好者，即应施行手术。术前应用抗結核药物，預防結核病灶散播。

水肿显著可用双氢克尿塞。

预防 关鍵在于对急性結核性心包炎早期診断与彻底治疗。急性結核性与化脓性心包炎恢复后，应定期追踪观察，如有縮窄性心包炎的临床表現，应及时考虑施行手术。

第九节 高 原 病

定义 高原病(高原适应不全症)，是人由海拔較低、气压較高的地区进入海拔較高(3,000公尺以上)，气压較低的地区后，对高原环境不能完全适应所产生的疾病。主要由于氧分压降低，造成机体缺氧，而致代偿机能失調所发生一系列病理变化的結果。按临床症状分以下数型。

一、急性高原病

一般人进入海拔 3,000 公尺以上地区，机体为了适应缺氧环境，神經系統、心血管系統及呼吸系統，发揮代偿作用而人感到有心悸、气短等不适，一般經过二至三周后，才能适应高原气候，不适感覚消失。由于机体对缺氧敏感度和耐受力不同（特别年老、体弱或有心肺等慢性病），再加上誘因，如强的体力劳动等，使一些人对高原环境不适应，所产生的各种反应，多发生在进入高原的初期，即二周左右，但 1—3 日最为常見。

（一）高原反应 是机体各脏器对缺氧的急性反应，表現如下：

1. 心血管系統症状有心慌、气憋、稍加活动更甚。查体心率快，100—120 次/分(少数可达150次分)心音亢进肺动脉区第 2 音分裂，心尖 I — II 級收縮期杂音。少数心脏扩大或急性左心机能不全。

2. 神經系統，可有头痛、头昏、耳鳴、失眠、遺精、手足麻木及神經痛，嗅覚失灵。

3. 消化系統症状有不思飲食、腹胀、恶心、呕吐、腹泻等。

其它可有全身水肿、血压一时增高、鼻衄等。

治疗 一般对症治疗，不需特殊治疗，大多数病人对缺氧适应后，上述症状消失，少数可轉为迁延性高山反应，常需轉往平原治疗。

（二）高原肺水肿 或称高山肺水肿，其病因机制尚未明了。有人認为海拔高度（缺氧）寒冷及个体的敏感性与不适应性三者同时存在为主要因素。发病誘因与气候突然变化，寒冷（如遇大风雪），精神体力疲劳有关。

附病历：男 16 岁，主訴，心慌、气短、咯大量泡沫状痰已两小时。患者为初次急速进入海拔 4,700 公尺高原地区，当时有头痛、头昏。到达高原地区、次日上午强劳动一小时，当时感乏力，心慌气短。入院前两小时咳嗽、痰鳴，不久咯泡沫状血痰。入院时体查，脉搏 122 次，呼吸 50 次，血压 150/90 毫米汞柱，煩躁不安，唇及指甲青紫，頸靜脉怒张，两肺滿布大水泡音。診断高原肺水肿，經頸封治疗痊愈。

诊断根据 咯大量白色或淡血色（粉紅色）泡沫状痰，呼吸困难，显著发紺，两肺出現湿啰音，心动过速及肺动脉区第二音亢进。在急速进入高原地区时发生。

治疗 由于高原环境所限，过去对高原肺水肿采取送往海拔低的山下平地治疗，常因不耐受远途顛簸于途中死亡。鉴于本病主要原因缺氧，治疗关鍵是糾正缺氧。

1. 吸氧 一般用鼻管法吸入，有条件可用面罩給氧并加抗泡沫剂于氧表水瓶中。危重者可慢慢地加大氧气压力，持續吸入。好轉后改間歇吸入至紫紺消失为止。

2. 頸封　方法：一側0.25%普魯卡因40—50毫升(0.5%15—20毫升，患者側臥或仰臥。部位胸鎖乳突肌外緣与頸外靜脈交界处，相当于环状軟骨或第六頸椎横突水平。用靜脈注射用的針头（19—20号）先作皮內浸潤，然后向脊椎方向垂直緩緩刺入，当触及椎骨横突（約刺入2—3厘米），将針头稍为回返，然后向內側約45度方向緩緩进入稍許，如无血液或腦脊液吸出，即可緩緩注入葯液。注射后5—15分出現霍納氏綜合征。疗程1—2次或每日一次，常3—5天奏效。

3. 抗菌素　目的防止与控制感染，常規使用青霉素，无效时并用鏈霉素。再无效改用四圖素或紅霉素。

4. 病情危篤者　尤其伴有昏迷或继发感染可加激素治疗。

5. 还可酌情应用高渗葡萄糖或20%甘露醇靜注及氨茶碱，可拉明，維生素B、C等輔助治疗，快速洋地黃及利尿剂亦可試用。嗎啡可抑制呼吸中枢禁用。

6. 上述方法无效时可試用"654"或阿托品，靜脈注射。

就地治疗或轉低地应根据当时当地条件决定，迅速轉入低地治疗，更为安全可靠(能进行頸封者即或在海拔5,000公尺以上地区就地治疗仍可取得較好疗效)。高原肺水肿在病愈后不宜继續停留山上或以后再次进入高原地区。

预　防

1. 作好高原卫生宣传，使来高原的人員对高原气候及环境特点有一定認識，消除对高原地区的神秘和恐惧思想，預防上呼吸道感染。

2. 进入高原地区之前作好身体检查。体弱、心肺疾病、高血压及較严重的慢性疾病均不宜到高原地区。

3 对初次进入高原地区者宜采取逐漸登高的办法，即先

至海拔3,000公尺左右地区停留10—15天先获得一定程度的适应再进入更高地区，可避免严重的高山反应和高原肺水肿的发生。

4.重视高原地区劳动保护（包括防寒装备）劳动强度及营养等問題。

（三）高原昏迷 在短期内登入高原地区，由于缺氧所致的昏迷。常合并高原肺水肿。

病历：男.24岁，干部，河南人，因昏迷二小时入院。患者自内地乘車进藏，途經唐古拉山时发生头痛，胸悶、呕吐，越过唐古拉山后有煩燥不安，神志不甚清楚，达黑河时，神志完全不清楚。入院检查，血压70/60毫米汞柱，神志不清，瞳孔对光反应迟鈍，口唇紫紺。过去无昏迷史。

诊断根据 迅速进入高原地区发生昏迷。昏迷前对外界冷淡反射迟鈍，不愿活动，不思飲食，嗜睡，以后昏迷。多伴有大小便失禁。脑压升高，瞳孔对光反射多迟鈍。除外其他原因引起的昏迷。

治 疗

1.糾正缺氧，除經鼻輸氧外，皮下注射可加强疗效。皮下注射氧，每日二次，每次100—150毫升。

2.应用呼吸中枢兴奋剂如洛貝林、可拉明等。

3.重症靜脉快滴20%甘露醇250毫升（每公斤体重1克），每六小时一次或靜注50%葡萄糖60—100毫升，以減輕脑水肿。

二、慢性高原病

慢性高原病多来于高原数月或数年之后发生。但亦可为急性高山反应的迁延型。

（一）迁延性高原反应 此类患者大都在高原时間較长，

不少为急性高原反应的迁延发展。常見症状有长期头痛、呼吸困难、体力及脑力劳动能力減退、手足麻木、失眠、性欲极度減退或阳萎、慢性消化不良、水肿、心律不齐、声音嘶哑、脱发、牙龈萎縮、指甲粗糙、反甲等。

（二）高原红细胞增多症（高原出血症）

长期居住高原地区（海拔3,000公尺以上）机体为适应缺氧需要紅細胞及血紅蛋白增高（在海拔4,000公尺左右，正常平均紅細胞数600万左右，血紅蛋白18克左右）。如紅細胞、血紅蛋白过多增多，临床上可出現头痛、头昏、眩暈、头胀、耳鳴、記忆力減退、乏力、全身衰弱（体力显著減退）、紫紺、心慌气短，甚至出現粘膜自发性出血（如鼻衄，齿龈出血等）或血栓形成。少数凝血时可延长至13—16分，血小板、出血时及毛細血管脆性正常。血氧飽和度可低至75%。

本症需与原性紅細胞增多症鉴别。后者有脾大、白細胞和血小板也常增加而血氧飽和度正常（高于90%）。

治疗　轉往平原症状可消失。

（三）高原低血压症　高原低血压在高原地区較常見，一般人进入海拔4,000—5,000公尺地区4—6个月后多出現血压偏低現象。随着血压过低出現各种症状（高原低血压症候群），对高原工作人員的健康有一定影响，因而对其防治問題，值得重視。

主要由于机体对缺氧耐受不佳，缺氧使血管收縮中枢机能減弱，及心肌收縮力減弱，使血压下降。

症状　有疲乏无力、头昏、嗜睡、头痛、失眠、食欲欠佳、記忆力減退。查体有血压低，大多数患者收縮压在70—80毫米汞柱之間。轉往平地，低血压和不适症状自行糾正。

治　疗

1. 肩胛間皮下注氧，每次 100--120 毫升隔日一次。

2. 苯海拉明 50 毫克，一日三次，連服 12 天。

3. 用腎上腺皮质激素治疗，对提升血压及改善症状均有效果。

①考的松 25 毫克，一日三次，或去氢考的松 10 毫克，一日三次。

②或去氧皮质酮 10 毫克，肌注，每日一次。

（四）高原心脏病

发病机制 高原慢性缺氧引起肺小血管痉攣，使肺动脉压增高导致右室肥厚及右心衰竭。

诊 断

1. 发病地区 3,400 公尺以上，高原居住 $1^1/_2$—5 年以上，緩慢起病。

2. 主要征象为呼吸困难，心悸及疲乏，有严重发紺，可有杵状指、肺气肿，右心衰竭表現及紅細胞增多等。

3. 肺动脉区第二心音亢进，X綫肺动脉段凸出，右心或全心肥大，心电图示右心肥厚，有心力衰竭。

4. 轉至海拔低处，症状消失。

治疗 轉至海拔低处按一般心力衰竭原則处理，毒毛旋花素似較洋地黄收效显著。出院后应返回內地，不宜再返回原发病地区。

三、小儿高原心脏病

小儿由于机体調节适应能力差，对缺氧敏感，所以嬰幼儿、儿童的发病率較成年人多。父母大多数是外省平原地区人，但患儿出生在海拔 3,000 公尺以上高原地区，也有随父母迁入高原地区者。发病机制同成年人高原心脏病。誘因常与呼吸道感染有关。

临床表现 发病年龄常在6个月至2岁左右（一般范围在半个月至6岁之间）。

生后无青紫。絕大多数于发病初期出現哭閙不安，不能入睡。以后可出現青紫、咳嗽、气喘、浮肿等。大多数患者由高原地区轉回較低地区（或平原）途中症状減輕或消失。体征有青紫，呼吸急促、心脏扩大、可在心尖听到Ⅰ--Ⅱ級收縮期杂音。有的还可发現肝大、腹水，下肢浮肿及杵状指等。合并呼吸道感染可出現发热及白細胞增高。

X綫及心电图检查以肺动脉段突出及右心室肥厚为主。

病例1. 男，14个月，汉族，甘肃籍。足月順产于海拔3,702公尺，生后无青紫，2个月来哭閙时口唇青紫、气急、陣发性咳嗽，到西宁后(2,261公尺)三天症状減輕。查体：体溫36°C，唇青紫，肺部无囉音，心界扩大，心尖及肺动脉区有Ⅱ級收縮期杂音。X綫检查：心向两侧明显扩大，搏动弱，右房及右室增大。診断高原心脏病。1个半月后心杂音消失，心脏明显縮小，5个月后，心脏大小恢复正常。

病例2，男4岁，汉族，四川籍。患儿生于海拔3,400公尺，生后无青紫，一年来面頰及唇出現紫紺，伴足端，指（趾）末端变粗大，色青紫。查体：面浮肿，唇青紫，两肺背部可听到水泡音，心界叩診不大，无杂音，$P_2>A_2$，肝大肋下6厘米，腹水征(+)、杵状指（趾）明显，下肢浮肿。心电图示右心肥厚。X綫：两肺紋理重，有多数小片状阴影，肺动脉段显著突出，右心房，室稍大。診断高原心脏病，枝气管肺炎。

高原心脏病常需与引起心脏普遍增大及右室增大的疾病如心包炎，心肌炎，先天性心脏病（房、室間隔缺損）等鑒别。

治　疗

1. 心衰治疗同成人高原心脏病（可参考儿科部分风湿热

心衰的治疗方法)。

2. 用抗菌素控制呼吸道感染。

第五章　泌尿系統疾病

内科常見的腎脏疾病有腎炎和腎盂腎炎，这两种病如果在急性期沒有得到治愈，都可以轉为慢性。大部分慢性腎炎和少部分腎盂腎炎的病人由于腎組織的破坏，发生不同程度的腎机能減退，最后进入尿毒症期。因此积极治疗急性期病人，研究慢性腎炎和腎盂腎炎的有效治疗是很重要的。可是文化大革命以前由于医疗大权掌握在走資派和資产阶級"权威"手中，研究"腎活体組織"等与防治无关的題目，把个人名利建筑在劳动人民的痛苦上面。1959 年、1960 年大跃进期間，广大革命群众在毛主席革命路綫指引下，打破对"名家""权威"的迷信，大搞中西医結合治疗急、慢性腎炎，取得了伟大成就。可是 1961 年以后刘少奇的洋奴哲学，爬行主义将群众科研的革命积极性压了下去。經过无产阶級文化大革命，工人阶級掌了社会主义的医疗大权，广大的革命医务人員在毛泽东思想教育下，提高了无产阶級覚悟，搶救垂危的阶級弟兄时，日夜守护在床边，治愈和挽救了被資产阶級"权威"宣判为不治之症的数名急、慢性腎功衰竭。毛主席教育我們說：**"为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。"**只有怀着深厚的无产阶級感情才能**"全心全意"、"完全"、"彻底"**为广大工农兵服务，积极地千方百計地解除阶級兄弟的疾苦。

第一节　弥漫性肾小球性肾炎

肾炎多数是由于溶血性鏈球菌感染人体后，机体发生变态反应所引起的全身性疾病，主要病变在肾脏。肾炎分为急性和慢性两种，多数慢性肾炎是因急性期沒有治愈所致。病期在六个月以內为急性肾炎，六个月以上为慢性肾炎，但要根据病情具体情况，加以分析診断；如病期虽然只有三、四个月，可是浮肿，大量蛋白尿或高血压都不向好的方面轉化，就可以判断已进入慢性期；相反，如果一年左右的病程，但只是尿中有少量蛋白或程度不同的血尿，只是好的慢一些，仍可按急性肾炎处理。小儿的急性肾炎病程較短，如能及时治疗，大多数能完全恢复。

病理改变和主要症状的产生机理：

急性肾炎的肾小球內的內皮肿大，增生和白細胞的浸潤，使肾小球內缺血，因此有尿少，鈉在体內潴留和血压升高。由于鈉潴留引起全身水肿，甚至可以发生心力衰竭，又因为肾小球的滲透性增加，因而产生蛋白尿和血尿。如果血压突然升高，也可引起高血压脑病。

由于沒有根除病灶，变态反应的继續进行，急性肾炎发展为慢性肾炎，大多数小球逐漸呈透明样变性或变成維纖組織。肾动脉有不同程度的硬化，是高血压型慢性肾炎的病理改变基础。

临床表現　肾炎发生之前，多有上呼吸道感染，經过1—3周出現主要的肾炎症状，如浮肿、尿少、血压增高等。

（一）浮肿　急性肾炎发生浮肿的原因，主要是由于水、鈉在体內的潴留和全身毛細血管透过性增加引起的。慢性肾

炎的浮肿是由于长期排出大量蛋白尿，血浆蛋白减低引起。本病可有不同程度的浮肿，輕的仅有指压痕，重的全身高度浮肿，且能有胸水、腹水等。一般浮肿从颜面开始，逐漸延及全身。但从事体力劳动站立工作的人，浮肿常从下肢开始，然后延及全身。最严重的病人，虽血压升高不甚明显也能有肺水肿，心肌水肿，发生心力衰竭的症状。

（二）尿的改变

1. 尿少　急性肾炎及慢性肾炎急性发作期均有不同程度的少尿。急性肾炎时尿比重正常，慢性肾炎肾功能減退时尿比重低于 1.015 以下。

2. 血尿　急性期有血尿，可呈洗肉水样的肉眼血尿，多数为显微鏡下血尿。

3. 蛋白尿　肾炎患者絕大多数都有（＋）以上的蛋白尿。

4. 管型尿　急性肾炎的尿沉渣在显微鏡下可見到各种管型，如紅細胞管型、上皮細胞管型及多数顆粒管型和透明管型。发現腊样管型多为慢性肾炎。

（三）高血压　急性肾炎的血压升高是由于小动脉痙攣引起。慢性則因小动脉硬化引起。血压一般在 180/100 毫米汞柱以下，有的病人可以正常，但也有少数病人血压上升到 200/130 毫米汞柱以上。在急性肾炎早期出現高血压，恢复很快，慢性肾炎的高血压比較稳定，不易恢复。如果病人血压升高迅速引起視物不清、头痛、恶心呕吐、抽搐等高血压脑病症状同时常伴有左心衰竭。

（四）其他　可有心跳、气短、咳嗽等心力衰竭症状，見于急性肾炎高度浮肿的病人和病期长的高血压型的慢性肾炎。极少数的急性肾炎尿量很少和慢性肾炎的晚期发生尿毒

症时，有食欲不好、无力、恶心呕吐等症状。

慢性肾炎为了便于診断和治疗在临床上分以下四型：

（一）隐匿性 主要是尿的改变，可以无症状及体征，一般不易发現，往往查尿常規时才发現。

（二）水肿或肾病型 有大量蛋白尿，高度浮肿、血浆白蛋白低（3.0克%以下），血压可以正常。有少数急性肾炎发病开始就是这一型的，多数由急性肾炎轉变为慢性逐漸发生的。

（三）高血压型 以高血压及蛋白尿为主，其他症状不明显，最后常常引起心力衰竭，同时也有尿毒症，后者是区别于高血压病引起心力衰竭的一項。

（四）慢性肾炎反复急性发作的表現 多半在发病前有嗓子痛或发痒、发紧、干咳等上感症状，以后就出現浮肿，或原来是水肿型的慢性肾炎，浮肿这时加重了，其他如蛋白尿，高血压也加重了，有时由于不了解既往病情，根据以上改变来确定是困难的，但慢性肾炎尿中紅細胞是少数的，因此診断急性发作的关鍵是尿中紅細胞增多。

慢性肾炎在最初几年肾功能可能是正常的，只有以上所述各型的症状。慢性肾炎肾功能減退后，首先表現为低比重尿，即24小时內的尿比重都在1.015以下，再进一步就出現貧血和尿毒症的症状。

防治 我們应該去掉一切軟弱无能的思想、走中西医相結合的道路，創出一条新路来。

（一）中医治疗 急則治其标，緩則治其本，用中医的这个理論来随証选用中葯。急性肾炎可用五皮五苓合剂，剂量較一般分剂大些效果好。

茯苓4—6錢 泽泻4—10 猪苓4—6 白朮2—4 車

前4—6　茯苓皮4—6　腹皮6—10　桑白皮4—6　陈皮2—3　姜皮1—2　水煎服，一日二次。

伴有血尿明显时加茅根10.0或二蘚各5.0。

有民方用包米须子（干）10錢加500毫升水，用水煎成100毫升，分三次日服。

慢性腎炎有浮肿者亦用五皮五苓加減；浮肿較輕有腎阳虛如腰痛，手足冷无力等，可用金匱腎气丸，每天2—3次，每次一丸。

如有虛火口渴时改为知柏八味丸。如蛋白尿仍不消失，伴腰痛，手足发冷者，可用以下方剂。

寸芸5.0　故紙5.0　肉桂2.0　附子2.0　水煎服。

（二）激素治疗　对腎病型患者效果好。强的松10毫克，一日3—4次，2—4周后漸漸減量，大約每隔一周可每日減5—10毫克，到維持量5—10毫克，每日一次，維持时間根据病情决定。一般需維持半到一年，以免停葯后复发。

（三）抗菌素的应用　有急性感染时用青霉素40万单位，肌注一日二次，持續时間1—2周。

（四）高血压　可用降压葯物，如利血平、降压灵、冬眠灵、双氢克尿塞等。可用"681"粉治疗急性腎炎效果好。

（五）一般治疗　浮肿时給低盐食。一般不限制飲食。急性期需要臥床休养，保持全身溫暖。

（六）急性腎炎并发症的治疗

1.急性心力衰竭　有严重的呼吸困难，肺有水泡音，心脏听診有奔馬律。小儿得急性腎炎后常因此而丧失生命，如果得到及时有效地治疗，短时間內可以治愈；所以要以爭分夺秒的精神来进行抢救，即时吸氧，注射杜冷丁，靜脉注射快速毛地黃或毒毛旋花子苷（見心力衰竭）。

2. 高血压脑病　预后同急性心力衰竭。静脉点滴20%甘露醇或25—30%山梨醇，成人250毫升，半小时内射完，小儿量每公斤1—2克；如无这两种药亦可用50%葡萄糖50—100毫升，静脉注射；或25%硫酸镁溶液10毫升，肌肉注射，每日1—2次。

（七）预防　有感染时（如咽炎、扁桃腺炎）用抗菌素或磺胺类治疗。对反复感染的患者，为了防止发生肾炎，或防止急性肾炎进展为慢性，应及早摘除扁桃腺，根治副鼻窦炎或中耳炎等。

第二节　肾盂肾炎

肾盂肾炎是肾盂及实质因細菌感染后发生炎症的疾病。常見于妇女，多数由于大腸杆菌經尿道上行或血行感染。本病可同时合并膀胱炎及尿道炎，分急慢性两种，一般在三个月以内为急性肾盂肾炎，三个月以上为慢性肾盂肾炎。

临床表現　肾盂肾炎主要临床表現有感染中毒症状，局部刺激症状以及脓尿和細菌尿。

（一）感染中毒症状　发冷发热，甚至寒战，头痛，全身痛，全身不适感等。

（二）局部刺激症状　腰痛、輕度尿頻，如合并膀胱炎或尿道炎，則有明显的尿頻和排尿时尿道痛和下腹痛，在肾区、膀胱区沿輸尿管有压痛。

（三）脓尿及細菌尿　尿是混浊的，慢性肾盂肾炎的尿可能不混浊，但仔細观察可見有小脓块；尿沉渣有大量脓細胞及少数紅細胞。急性期的尿沉渣涂片染色可找到革兰氏阴性杆菌，慢性期則需取消毒中段尿培养有細菌。

（四）其他症状　偶有全身性的輕度浮肿，慢性期有少数病人发生高血压。极少数双側慢性肾盂肾炎最后导致尿毒症。

诊断和鉴别诊断　肾盂肾炎的診断并不困难，有发热、尿頻、腰痛、尿沉渣中白細胞增多以及找到大腸杆菌或其他化脓菌即可診断。肾盂肾炎要与膀胱炎和尿道炎加以鉴别，因为前者应予充分治疗，巩固疗效，慢性肾盂肾炎与肾結核有时难以区别。

（一）膀胱炎和尿道炎尿中有脓細胞和紅細胞，但膀胱炎有明显的尿頻，尿道炎的主要症状为排尿痛。这两种病都沒有发烧和腰痛。肾盂肾炎經常为膀胱炎和尿道炎的上行感染，所以得肾盂肾炎以前可能有膀胱尿道炎的症状。

（二）肾結核和慢性肾盂肾炎都有較长期的輕度尿頻、腰痛，不同程度的发烧，尿中有脓細胞，两种病的区别在于細菌不同，肾盂肾炎的消毒中段尿的一般細菌培养是阳性的，肾結核是阴性的；把24小时尿集中在一个洗淨的大罐子里，經沉淀离心后用抗酸染色可以找到結核菌。有些早期病人在尿中找不到結核菌，可以按肾盂肾炎治疗，如1—2周后尿內脓細胞不見少，极度怀疑为肾結核时，做肾盂造影，如是結核可看到肾盞輪廓有破損性病变。

治疗　主要治疗为控制感染，对急性肾盂肾炎应立即彻底消灭細菌，对大腸杆菌有效的药物，有磺胺类药物口服；鏈霉素每天1.0克，分两次肌注，同时口服炭酸氢鈉，每天3—4克，可增强鏈霉素的药效；合霉素口服，每天2.0克，分四次服。急性高热时可以靜脉点滴四环素0.5—1.0克加在10%葡萄糖1,000毫升內，同时口服以上任何一种药物，二天后体溫下降，停靜脉点滴单独口服药物。疗程根据病情决定，如单独为膀胱尿道炎，服药一周左右即可痊愈。如为急性肾盂肾炎，持

續用药 3—4 周，以免治疗不彻底变成慢性。如为慢性肾盂肾炎治疗较比困难，抗菌素可以交替或合并使用，疗程根据病情决定，如长效磺胺与呋喃坦丁合并使用，对慢性有效，且不易产生抗药性，可与四环素口服交替使用。对长期用药不当产生抗药性，而且經常发热的危重病人，可选用新型抗菌素，如卡那霉素每天 1—2 克，分 2—4 次肌肉注射，或多粘菌素 B 每天 100—150 万单位，分 3—4 次肌注。

对尿頻、尿急、尿少、尿痛中医属下焦湿热者，可用八正散加減。

其他：多喝水，睡热炕或腰部热敷对腰痛有益。急性发作时应臥床休养。

预防　妇女应注意月經期及妊娠期外阴部卫生。尽可能不要留置导尿或导尿，以免上行感染。

第三节　慢性肾功衰竭（尿毒症）

尿毒症是肾实质严重損伤，肾脏功能衰竭所产生的綜合征，常見原因多为慢性肾炎或肾盂肾炎。肾脏的主要功能为排酸保鈉，維持机体的酸碱和离子平衡，和排出体內蛋白代謝的氮质产物；因此肾功能減退时就出現酸中毒和尿素及非蛋白氮在体內潴留。血中尿素增多可經消化道粘膜排出，由于胃腸道內細菌和尿素酶将尿素分解为氨，氨刺戟粘膜引起充血，糜烂以至出血。

临床表現　主要为酸中毒和消化道的症状。

早期有貧血，病人感到无力疲乏，食欲減退。进一步則有恶心、呕吐、口腔炎甚至腹泻、便血。因酸中毒引起深而大的呼吸。由于进食少，再加上呕吐，出現低盐綜合征时，更加重

了周身无力和食欲减退的症状。由于肾小管再吸收功能障碍，则有多尿及低比重尿(1.015以下)，病程久可有脱水現象。但肾病型慢性肾炎合并尿毒症时尿量少。

血中非蛋白氮增多时（100毫克%左右），则有头痛，意識模糊，甚至昏迷。尿毒症期多伴有血压升高。尿化驗有蛋白、紅細胞，管型，尿比重低。

治疗 尿毒症的治疗結果主要取决于肾实质的病变是否可以得到改善，例如慢性肾盂肾炎急性发作控制后，就可以使肾功能部分恢复，由本病所致尿毒症症状就迎刃而解了。慢性肾炎的肾功能，目前虽无好的恢复办法，但应及时糾正威胁病人生命的主要症状，根据"**具体地分析具体的情况**"。和"**用不同的方法去解决不同的矛盾**"的原則，密切观察病情积极給以处理。

（一）酸中毒，低盐，脱水經常同时出現，口服碳酸氢鈉每天三次，每次1—2克，如果因呕吐不能口服，每天靜脉滴入4%碳酸氢鈉250—500毫升或11.2%乳酸鈉液100—200毫升，可加在生理盐水或复方氯化鈉溶液500毫升中，其余量給5—10%葡萄糖以补充分水，根据脱水情况和尿量决定总的輸入液体量。碱性葯用量应根据酸中毒的輕重增減。如有浮肿和少尿时，主要糾正酸中毒，控制入液量以防止肺水肿和心力衰竭的发生。

（二）促进体内蛋白的合成，降低血中氮质，每天肌注丙酸睾丸酮50—100毫克或苯丙酸諾龙25毫克，食欲和周身情况均可好轉。

（三）飲食不限，但食入蛋白量勿过多，以免加重氮质血症；进食量太少，体内組織势必分解，加重无力、消瘦和酸中毒。口服氯丙嗪25毫克或奋乃靜2毫克，每天1—3次，对呕

吐有效。

（四）对于高血压、感染、头痛等症状，給以对症治疗。

预防 慢性肾炎有慢性扁桃腺炎等病灶，应該及早摘除，有助于治疗。

第四节 急性肾功衰竭

急性肾功衰竭是由肾脏急性缺血引起肾小管坏死所致的症候群。常見于各种原因引起的严重休克，如挤压伤、大出血、烧伤、严重脫水（如急性胃腸炎）、重症感染如敗血症等。

在血压下降肾血流量減少时，肾小球缺血，因肾小球輸出动脈細，肾小管的血液供給极少，如果小管缺氧时間长，肾小管細胞易发生坏死。坏死期間肾小球濾过的原尿經过小管时又漏回血中，因此出現少尿或无尿及尿毒症；因肾小管維持酸鹼平衡的功能显著降低，就出現明显的酸中毒。一般两周左右肾小管細胞再生，因新生細胞的再吸收功能不好，所以出現多尿，可发生低盐綜合征。

临床表現和诊断

（一）休克期 搶救各种原因引起的休克时，不要忘記可能发生急性肾功衰竭，因此应注意尿量，如果休克好轉后尿量仍然不增加，就要測尿比重，尿少而比重低于1.015以下，是診断本病的特点。尿內还可有不定量的蛋白和紅細胞，管型等。

（二）少尿期 24小时尿量少于500毫升，因病情不同，一般在尿少3—5天后，出現輕重不等的尿毒症症状和酸中毒症状。因尿少，肾功衰竭可引起血鉀增高，高血鉀的临床症状不明显，可有心律不正，亦可突然发生心脏停搏。主要依靠血

鉀測定。

在此阶段輸液量过多，出現全身水肿，甚至肺水肿——呼吸困难，两肺有水泡音，心尖部位可以听到奔馬律。如有脑水肿則有头疼、呕吐，甚至昏迷、抽搐。

血压可以升高。血中非蛋白氮升高。

（三）多尿期　病情較輕病人，少尿期后經4—5日，尿漸增多，每日可达3,000—8,000毫升，尿比重仍低，可持續几个月，但可以痊愈。在利尿期如果有无力、厌食的症状，就要想到是低盐綜合征。利尿后約一周血中氮质可逐漸下降到正常。

治疗　根据病因及病期不同来决定治疗。关鍵时刻是尿毒症期，如能及时治疗可以痊愈，治疗不及时可发生生命危险。医务人員务必要极端負責的密切观察病情，及时搶救。

（一）积极的搶救休克是防止或減輕急性腎功衰竭最根本的問題，搶救时要注意記录尿量，如果血压已經恢复，尿少而比重低，就要严密控制入体的液体量不要超过排出量。于少尿期在沒有高热、呕吐、腹泻的情况下，經口和經靜脉給的液体总量每天不要超过800—1,000毫升。

（二）尿少开始期为了減輕腎乏氧后的腎血管痙攣和腎实质水肿，可以滴流利尿合剂（10%葡萄糖500毫升，奴佛卡因0.5克，氨茶碱0.25—0.5克，維生素丙1克）及甘露醇。用药1—2日如仍无利尿現象就不必继續再用了。

（三）酸中毒，氮质血症和高血鉀症的治疗是最关鍵的环节。总的原則是既要解决这些矛盾，又要避免輸液量过多。

1.酸中毒时可以直接靜脉注射11.2%乳酸鈉60—100毫升，根据情况每天注射一次；或口服碳酸氢鈉，每四小时一克。

2.高血鉀症的急救　11.2%乳酸鈉100毫升，10%葡萄

糖酸鈣 50—100 毫升，10%葡萄糖 100 毫升，加胰島素 8—12 单位靜脉滴入。鈉和鈣能对抗鉀对心肌的毒性作用；鉀离子可随糖原的合成进入肝内。离子交換树脂能把交換的鉀从大便中排出，每天 50 克，分 3—4 次口服，可混入开水或米湯口服，如引起恶心、呕吐，口服奋乃靜 2 毫克，每天三次；为了使体内鉀自腸粘膜多分泌，并避免便秘用山梨醇 10—20 毫升加糖口服，每二小时一次，直至腹泻为止。水果汁及草葯中含鉀量高，不宜飲用。

3. 有肺水肿或心力衰竭出現时，及时注射杜冷丁，吸氧。肺水肿严重时快速自靜脉放血（泻血）300—500毫升。毛地黃的疗效不佳。

4. 氮质血症，可注射內酸睾丸酮。

5. 有下列情况时，可进行結腸或腹腔灌洗：輸入液体量太多，已引起肺水肿，但高血鉀症及明显的氮质血症經过上述治疗效果不明显，而且尿量仍很少时。

（四）多尿期注意脫水和低盐。

急性磺胺中毒时少尿或无尿，也可引起急性腎功衰竭。原因是口服磺胺时喝水太少，沒有服用同等量的炭酸氢鈉。中毒症状为尿少、血尿和腰痛，尿沉渣中可看到大量磺胺結晶。中毒后立即靜脉內滴注 4%炭酸氢鈉 250—500 毫升，溶解阻塞在腎小管和腎盂內的磺胺結晶后，尿即可排出。如无注射的炭酸氢鈉，口服亦可，每四小时一克，同时多喝水。

〔附〕

1. 結腸灌洗　将肛門管插入肛門內 30 厘米，灌入透析液，保留 15 分钟后引流出体外，如此反复灌洗可协助非蛋白氮的排出。透析液成分为：氯化鈉 6.0 克，炭酸氢鈉 3.0 克，葡萄糖酸鈣 0.1 克，葡萄糖 2.0 克，水 1,000 毫升。

2. 酸中毒的纠正　一般在代谢性酸中毒輕微者不必用碱性药物来纠正。当二氧化碳結合力低于30容积%时应考虑給予碱性药物。常用药物有（1）11.2%乳酸鈉（克分子量溶液，每毫升含鈉离子一毫克当量，用时可加5倍的5—10%葡萄糖溶液稀释为1/6克分子量溶液）。（2）4%碳酸氢鈉溶液（2.1毫升含鈉离子一毫克当量）。用量可按血浆二氧化碳結合力計算：每公斤体重給11.2%乳酸鈉0.3毫升或4%碳酸氢鈉0.63毫升，可以提高血浆二氧化碳結合力一容积%。例如病人体重为60公斤，二氧化碳結合力为30容积%，要提高到50容积%則需：

11.2%乳酸鈉 $0.3\times60\times(50-30)=360$毫升。或4%碳酸氢鈉 $0.63\times60\times(50-30)=756$毫升，以上数字是按体液总量的一半，即体重的30%計算的，比細胞外液（約占体重的20%）多半倍。所以計算所得的数字較大，临床应用时首次給半量，使患者迅速脫离酸中毒的危险，以后按病情再分次緩慢輸入；并注意心脏的負担。因机体調节水盐代謝的机制是复杂的，机械地以公式計算出来的需鈉量，不可能适用于每个病人的实际情况。因此計算所得数字只能做为参考，宜根据病人的具体情况来纠正酸中毒。

第六章　血液系統疾病

第一节　貧　　血

貧血是指在一定单位容积的血液中，紅細胞、血紅蛋白低于正常水平的病理状态而言。正常人体每天新生的紅細胞与

衰老破坏的紅細胞的数量大致相等，如果由于某种原因破坏了这种平衡，便产生貧血。毛主席教导我們說："**我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作人门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。**"必須强調指出，貧血常是作为某种疾病的一个症状，而不是一个独立疾病。

分类　根据病因可分为三大类：

失血性貧血　紅細胞及血紅蛋白因急性或慢性出血而受到損失。

溶血性貧血

許多因素可引起紅細胞大量破坏，如化学药品（砷化氢、鉛等），此外癌疾、异型輸血以及紅細胞內在的缺陷（如先天性溶血性貧血）等。

造血不良性貧血

如造血原料的不足或造血器官受損害或被抑制。

常見貧血性疾患如下：

一、缺鉄性貧血

缺鉄性貧血是最常見的一种貧血，由于机体缺乏制造血紅蛋白的鉄而产生的。多由于慢性失血如鈎虫症、月經过多或胃腸道的潰瘍、肿瘤、痔瘡等；或者由于鉄的需要量增多如嬰儿、儿童、妊娠及授乳期的妇女；以及由于胃酸缺乏或減低所致的对鉄吸收障碍所引起。

临床表現　皮肤粘膜蒼白、周身无力、头暈、耳鳴、心跳、气短、食欲不振等。少数病人可以有异嗜癖（如喜食生米、土块、煤渣等）、舌炎、匙状指等。

小儿除貧血症状外，大多伴有程度不等的营养不良、肝、脾及淋巴結常見輕度肿大，其次可有精神不振，食欲減退等症

状。

严重及較长期的貧血可引起心脏增大，进而心力衰竭称为貧血性心脏病。

化验 血紅蛋白的降低較紅細胞数下降明显，其形态特征为紅細胞大小不等，中心淡染，偶有畸型，网織紅細胞不低，血小板与白細胞正常。

诊断与鉴别诊断 根据症状、体征、化驗所見即可診断，但应注意查明缺鉄的原因，和原发疾病。除貧血外尚有发烧、肝脾肿大，并有出血現象者应考虑为白血病，进一步检查血象和骨髓象可以确定。如貧血伴有黄疸、发烧、脾大或有醬油色尿（血紅蛋白尿）应考虑为溶血性貧血。如末梢血的白細胞、紅細胞、血小板均減少，白細胞分类中淋巴細胞相对增高，用鉄剂、維生素治疗无效則应考虑为再生障碍性貧血。

治疗 对缺鉄性貧血的治疗，应先除去病因（如鈎虫等）。飲食中适当的增加蛋白质食物、葯物治疗主要是补充鉄剂。

（一）硫酸亚鉄 每日三次，每次0.3—0.6克，飯后口服。小儿每日0.1—0.3克，分三次口服。

碳酸亚鉄 每日三次，每次1克，飯后口服。或其它鉄剂，任选一种即可。

（二）为了有利于鉄的吸收，可給維生素丙，每天三次，每次100毫克，飯前口服。10%稀盐酸1—2毫升，需加水稀释到10—15毫升，飯前口服。如无稀盐酸可用食用醋一茶匙，借以促进胃液分泌，加速鉄的吸收。

鉄剂治疗1—2周即可显效，血中网織紅細胞明显增加，因而也有診断意义。維持治疗时間需1—2个月，个别人需要时間更长些。

(三)新針疗法 ①中脘、曲池、足三里，②內关、列缺、委中、公孙，③大椎、內关、肝俞，④合谷、足三里。

(四)中药 人参养荣丸，十全大补丸，八珍丸（片），以上选用均为日服二次，每次一丸。

(五)貧血性心脏病心力衰竭的治疗 主要为多次少量輸血（每次100—200毫升），輸血速度要慢，并用鉄剂糾正貧血。毛地黄疗效不佳。

二、营养性大細胞性貧血（巨幼紅細胞性貧血）

本病主要是缺乏叶酸和維生素B_{12}，因而原始紅細胞的发育受到影响。主要見于有偏食习慣的人，或者妊娠期妇女以及婴儿（婴儿巨幼紅細胞性貧血），均由于有关維生素供应不足所致。

临床表現 一般貧血症状与缺鉄性貧血者相同。但常有明显的舌炎，偶有黄疸及末梢神經炎，肝脾常輕度肿大。婴儿重症者有神經精神系統症状如表情迟鈍或痴呆，少哭不笑，无泪少汗，舌及上肢出現震顫。末梢血紅細胞大小不匀，多数較正常为大，无中心淡染，但合并缺鉄性貧血时亦可見中心淡染。血紅蛋白相对减少，白細胞与血小板常減少，中性分叶核細胞有分节过多現象。骨髓紅細胞系統增生，見到較多的巨幼紅細胞为其特征，較晚阶段的粒細胞系統也有变化。

诊断 根据临床表現并有上述致病因素，诊断不难建立，如无化驗检查的协助，可以通过試驗治疗1—2周，如获得明显效果，诊断亦可建立。对诊断困难的病例，或治疗后无明显效果者，应作骨髓检查以除外其他疾患——如白血病及再生障碍性貧血等。

治疗 飲食中适当的增加蛋白质食物，糾正偏食习慣。維生素B_{12} 100微克，一日或隔日一次肌肉注射；叶酸10毫

克(小儿5毫克)，一日三次飯后服。伴有神經系統症狀者必須用維生素B_{12}。当治疗后血紅蛋白上升到一定程度，不再上升时，可加用鉄剂，則血紅蛋白可继續上升，恢复正常。

小儿营养性貧血多为混合存在，因此临床多用混合治疗。

三、再生障碍性貧血 本病是一种进行性貧血，其特点为骨髓造血全部或部分停止，周围血液中的紅白細胞、血小板同时減少。病因尚未完全查明，已知的病因有化学因素如苯、氯霉素、砷剂、磺胺等；放射性物质(如因防护不好，接受过多的X綫或同位素射綫等)，某些病的晚期（如慢性腎炎或长期未获妥善治疗的各种貧血）等。

临床表現 因紅細胞少，表現为貧血症状，血小板少表現为出血現象，白細胞少（主要为粒細胞減少）表現为易于感染如口腔潰瘍等。肝脾及淋巴結不肿大，胸骨无叩痛。

化验 末梢血紅細胞，血紅蛋白減少，多数病人紅細胞形态大小、染色正常，网織紅細胞減少，白細胞总数減少，分数中粒細胞減少而淋巴細胞相对增加，血小板減少。骨髓有核細胞增生減低，淋巴細胞相对增多。

治 疗

(一)治疗病因，或停止与致病因素接触。

(二)甲基睾丸酮20—40毫克，每日3次飯后服，取得疗效后減少剂量。或丙酸睾丸酮50—100毫克，每日或隔日肌注。疗程3—6个月。用药期間可发生声哑、喉結，痤疮，毛发胡須增多，水肿等現象。

(三)强地松10毫克，每日3次飯后服，有效后改为維持量。对有明显出血傾向者有效。

(四)对貧血及出血現象明显时，可反复輸新鮮血(內含較多血小板)有感染时用抗菌素治疗，亦可并用大剂量維生素

B_{12} 和叶酸。

(五)氯化鈷有兴奋骨髓制造紅細胞作用，成人 30—120 毫克。日分三至四次口服，疗程三个月以上。

(六)新針疗法　曲池，足三里，大椎，肺俞，丰隆，每次 2—3 穴。

(七)中药　①地骨皮 5 錢、元参 5 錢、寄生 3 錢、夕牛角 1.5 錢、郁金 1 錢、丹皮 2 錢、仙鶴草 4 錢、甘草 1.5 錢、枝子 2 錢、　水煎服，日 2 次。②胎盘（紫河車）一具，焙干成粉，日 2 次，每服 1 錢。③大枣 10 个加水 250 毫升，煎成 100 毫升，日 2 次，用皂矾粉 5 厘送服。④人参养荣丸，十全大补丸，参茸补丸可选用。

(八)脾切除　对药物治疗无疗效或仅有短暫进步而常有复发者，可在充分的外科技术条件下进行脾切除术。单凭外科手术疗效不够滿意，如輔以上述綜合治疗，可使病情緩解。

預防　加强对长期接触引起本病的化学物理因素的人員，劳动保护。

第二节　紫　　癜

一、过敏性紫癜

是一种毛細血管壁的变态反应性疾病，表現为皮肤出現丘疹样出血疹，紫癜，和粘膜出血，常有关节肿痛和腹部疼痛。血小板和血凝固过程正常。

临床表現　起病一般緩慢，在出血現象之前可有乏力、低热和食欲不振等，有时起病急，突然腹痛、恶心、呕吐，以后才出現紫癜，腹痛常位于臍部附近或下腹部，大便可有粘液和血。有的病人有血尿，或关节肿痛。

紫癜多分布在四肢远端和伸側，常两側对称，分批出現，紫癜形态多种多样，有淤点、淤斑和高出皮肤表面深紅色丘疹或紅斑。

化验 出血时間，凝血时間，血小板計数，血块收縮試驗均正常，腎脏受累时，尿中出現蛋白，紅細胞，管型。

治 疗

(一)根治方法在于除去致敏原，如病因是感染病灶如扁桃体炎，或結核病灶应設法予以消除，如致敏原是某种食物或药物，則停止使用。但有的人查不出病因。

(二)脫敏药物 苯海拉明25—50毫克，每日三次口服。或强地松每次10毫克口服，每日3次，緩解后逐漸減量停用。注意副作用。

(三)中药 ①夕角2錢、生地5錢、赤芍3錢、 水煎服，日2次。②三七1錢、夕角2錢、茅根1两、 水煎服，日2次。③連翹6錢，加水250毫升，文火煎成150毫升，日三次。④鮮茅根一斤加水750毫升煎成150毫升，日三次，每次50毫升。

(四)新針疗法 ①曲池、血海。②大椎、足三里、曲池。

(五)合并腎脏改变者，可按腎炎治疗。

二、原发性血小板減少性紫癜

本病原因未明，特点为皮肤粘膜出血，血小板減少，出血时間延长，血块收縮不佳，毛細血管脆性試驗阳性，血凝固时間正常。

临床表現 急性病例比較少見。起病急，突感畏寒、发燒、继之皮肤粘膜出紫癜。紫癜大小不等。粘膜出血多見于鼻、齿龈和口腔。但胃腸、泌尿生殖器官、脑膜、脑等处出血亦不少見。

大部分病程是慢性經过。在慢性病例发作时有出血現

象。緩解时无出血現象，血小板数和毛細血管脆性亦随之波动。脾多輕度肿大。与急性病相比，出血情况較輕，除皮肤紫癜，鼻衄和齿龈或頰粘膜出血外，广泛出血較少見。部分病例月經过多，是突出的临床表現。

化验 血小板減少，出血时間延长，血块收縮不佳，毛細血管脆性試驗阳性，血凝固时間正常。骨髓可見巨核細胞增加，胞浆中顆粒減少并呈現缺乏血小板形成的現象。

治 疗

(一)腎上腺皮质激素(如强地松)的疗效較好。强地松每日 30 毫克，分三次口服，有效后逐漸減量維持。

(二)輸新鮮血可帮助止血。

(三)可試用 6 氨基己酸，每日 6 克，加入 5—10%葡萄糖 500 毫升中靜脉滴流(能妨碍纖維蛋白溶酶的形成，从而抑制纖維蛋白的溶解，达到止血作用)。

4. 新針及中葯疗法見过敏性紫癜。

5. 对于反复发作或其它疗法不奏效的患者，应考虑脾切除术（有效率約70%左右)。

第三节 白 血 病

白血病是一种原因未明的疾病。恶性肿瘤学說仍为多数人主张。放射能和某些化学物质（苯）与本病发生有密切关系。特点为造血組織白細胞系統极度增生，进而侵犯身体各个組織。周围血液中有大量的幼稚白細胞出現。在急性型和慢性型病例的晚期，常有严重貧血和出血現象。

一、急性白血病

临床表現 发病急，病程短，一般不超过半年。常見于儿

童，患者突感发冷，发烧、乏力，继之口腔炎、貧血和出血等症状迅速出現，口腔炎是由于血液中缺乏成熟粒細胞，机体对感染之防御能力減低，咽部、齿龈可出現坏死性潰瘍并出現頷下和頸部淋巴結肿大和压痛。貧血发展迅速（表現見貧血章）。出血主要見于血小板減少明显者，出血部位相当广泛，常見部位为皮肤，鼻、齿龈和眼底，胃腸道出血次之，尿血，子宮出血和咯血又次之。

除以上表現外，尚可发現淺表淋巴結肿大（多見于急性淋巴性白血病），肝脾稍大，胸骨出現压痛（因骨髓容积迅速增加，或骨膜被白血病細胞浸潤）。

化驗　白細胞計数在每立方毫米 1.5—5 万之間，也有高达数十万或低到数千者，白細胞分数中絕大多数为原始白細胞，根据細胞形态可分为各种类型（如急性粒細胞性，单核細胞性，急性淋巴細胞性白血病等），但有时很难分辨，貧血明显，血小板显著減少（因而出血时間延长，血块收縮試驗不佳）。

骨髓象　細胞极度增生，主要为原始白細胞，其形态改变同血象。

鑒别诊断　主要須和发生貧血，出血，发烧的疾病相鑒别，如敗血症，再生障碍性貧血，血小板減少性紫癜等。但检查末梢血和骨髓有大量原始白細胞增加，則診断本病无困难。

治疗　尚无根治方法，原有各种疗法（如輸新鮮血，6—硫醇嘌呤，氨基喋呤，激素等），只能部分的起緩解病情和延长生命的作用，疗效极不理想，因此我們一定要发揚敢想、敢說、敢干的革命精神，去走前人沒走过的路，去攀前人沒有攀过的高峰，攻克白血病。

6—硫醇嘌呤（6MP）　剂量为 2.5 毫克/公斤/日，成

人每日口服剂量可达200—300毫克。用药3—6周病势缓解后改用維持量（如每周三次，每次50毫克），用药期間应經常观查白細胞，血小板和血紅蛋白。如白細胞或血小板減少应停药观察。

氨基喋呤　成人每日0.5—2毫克口服，用法及注意事項同上（維持量为每周三次，每次一毫克）。

强地松　每日30—60毫克，治疗一般維持三周左右。

以上三种药物可交替使用，或强地松与上二种药物之一合并使用，并可配合輸新鮮血治疗。

二、慢性白血病

临床表現　起病緩慢，常見于成年人，病程較长，一般2—5年。病人常因腹內肿块（脾大），发热，或体重減輕，乏力，貧血或周身淋巴結肿大等而来就診。检查病人有貧血（不如急性白血病那样严重），胸骨压痛，肝大，脾大（慢性粒細胞性白血病脾下緣可伸达盆腔，慢性淋巴細胞性白血病脾中度肿大），全身淋巴結大（多見于慢性淋巴細胞性白血病）。

化验　血象：血液中白細胞常大量增加，其中成熟的白細胞常較多，同时有各阶段的幼稚白細胞。根据細胞的形态可分为各种型（如慢性粒細胞性，慢性淋巴細胞性白血病等）。貧血較輕，血小板常減少。

骨髓象　細胞极度增生，其細胞种类与血象相似，但細胞的成熟程度可能比血象为幼稚。

治疗　本病病程較长，一般較緩和，通过治疗可能获得多次緩解。

（一）化学治疗

1.馬利兰（白血福恩）是目前治疗慢性粒細胞性白血病最好的药物，4—8毫克/日，口服，直到白細胞达二万以下时，

改为維持量，每2—3日2—4毫克，当白細胞低于一万时則停药。

2.三乙稀嗪胺（TEM） 对于慢性淋巴細胞白血病疗效較好。早空腹（飯前一小时），口服5毫克，隔一日再服5毫克，共两次即可（有时服1—2毫克白細胞即下降），如白細胞无明显減低，可在两周后再口服5毫克，总量在一个月內达20—40毫克为一疗程。此药毒性較大，易引起骨髓造血障碍，因此治疗中必須仔細观察血象，随时調正剂量或停止用药。

3.烏拉坦 对慢性粒細胞性白血病約2/3病人有效，对慢性淋巴細胞性白血病仅1/3有效。开始每次服0.5克，日服三次，以后增加到每日3—6克，病情的改善多在治疗后2—3周出現，当白細胞降到二万时，改用維持量每日0.5—2克。

4.氧化氮芥（癌得平） 成人每日50—100毫克，靜脉注射，总量可达1,000毫克。可用于慢性淋巴性及粒細胞性白血病的治疗。如毒性反应明显应停用。

（二）照射治疗 可用X綫照射或放射性磷32治疗。

（三）中医治疗白血病以"补虛"为基本治法，有一定效果。

第七章 內分泌系統疾病和代謝疾病

第一节 甲状腺机能亢进症

可能为神經——內分泌紊乱而致。由于精神因素等引起大脑皮质机能活动紊乱，通过垂体分泌过多的促甲状腺激素引起突眼及甲状腺增大。甲状腺分泌过多的甲状腺素，使組織氧化速度加快和代謝率增高。临床表現以精神激动，甲状

腺肿大，眼球突出，心动过速及基础代謝率增高为主要特征。

临床表现 起病多緩慢，常以疲乏无力，心悸，煩躁，失眠及消瘦等主訴来診。少数以严重的危象就診。其典型症状如下：

（一）精神神經症状 神經过敏易激动，好生气及手顫抖。

（二）甲状腺肿大 多数呈对称性肿大，质軟常可摸到血管的細震顫及听到血管性杂音。

（三）眼症 眼球突出。瞼裂增寬。眼向下看时上瞼不能相应的随眼球立即下落，以致露出角膜上方的白色巩膜。两眼注視近距离物体时，輻輳力弱，眼球聚合发生困难。少瞬眼。眼向上看时，前額皮肤不能明显皺紋。眼瞼紧閉时，瞼緣顫动。

（四）心血管机能紊乱 心悸，脉快，心脏可增大并可听到收縮期杂音。偶有心房顫动及心力衰竭。收縮压稍增高，舒张压正常或稍低，因而脉压增大。

（五）代謝增高表現 畏热喜冷，皮肤及手掌溫湿多汗，食欲亢进反而消瘦。偶有腹泻。

基础代謝率測定方法很多，簡便方法如下：基础代謝率＝（脉搏＋脉压）－110。

測量时应在清晨安靜臥床状态下，正常值－10%—＋10%。甲亢病人基础代謝率常在＋30%以上。

此外尚可用基础代謝測定器和同位素碘 ^{131} 測定甲状腺吸收碘 ^{131} 曲綫以判定甲状腺机能。

诊断及鑒别诊断 典型病例診断不难。单純性甲状腺肿合并有神經官能症的病人可能有心跳，好出汗等症状，与甲亢相似，但神經官能症沒有眼征，甲状腺无血管杂音，无食欲亢

进，无明显的畏热喜冷，基础代謝率大部份病人正常。

本病尚須与結核病，及风湿热等鉴别。

预防及治疗 注意一般卫生，避免不良刺激及防止感染等預防措施，要消除忧虑增强信心。

（一）內科疗法

1. 硫氧嘧啶及嘧唑类 能使甲状腺素的合成受到阻碍，而造成甲状腺机能的低落，适用于一般病人，亦可用于儿童、孕妇、老人或有心力衰竭等不适宜手术治疗者或做术前准备服葯，通常服葯10日即可显示疗效。一般經4—6周后症状緩解，基础代謝率降到正常后可酌情減量，服維持量半年到一年。服葯期間注意白細胞下降，如达四千以下时应即停葯。服葯后甲状腺可增大（因甲状腺分泌甲状腺素減少，而垂体分泌促甲状腺素增加），如长期应用甲状腺又可縮小。

	一日用量（毫克）	維持量（毫克）
甲基硫氧嘧啶	300—500	50—100
丙基硫氧嘧啶	300—450	50—100
他巴唑	30—45	5—15

他巴唑优点是副作用小。

2. 鎮靜剂 如利血平等。

3. “681”粉（剂进一步試用），每日服三次，每次服2—3克。

4. 无硫氧嘧啶类，可試用PAS，每日服6—9克，分三次服。

5. 新針疗法 ①天突，曲池，三忠穴（喉結节下2寸，气管旁）。②神門，三忠穴。

6. 中葯 心悸心煩者 人参归脾丸，日两次，每次一丸。朱砂安神丸，日二次，每次一丸。

7.心律不齐者　針少府、內关、伍用柏子养心丸或天王补心丹。

（二）外科疗法　对药物治疗效果不显著或复发者，可疑甲状腺癌及結节性甲状腺肿，有压迫症状者，均应考虑手术治疗。

术前准备应先用硫氧嘧啶治疗，基础代謝率下降后再口服复方碘溶液（5%碘及10%碘化鉀）每次1—2滴，逐日增加一滴达15滴为止，每日三次口服，一般疗程約2周。可使甲状腺肿縮小防止术中大量出血。

（三）口服碘^{131}治疗　可用于甲状腺机能亢进，甲状腺肿大为弥漫性者，特别是手术治疗后有复发者，或合并有冠状动脉硬化心脏病等手术有危险的病人。但孕妇及20岁以下患者禁用。

甲状腺危象　感染，創伤，手术或精神刺激为誘因。表現高热，显著的心动过速多汗，伴呕吐、腹泻、脱水及煩躁不安，重則譫語及昏迷。如不及时搶救可导致死亡。一发現即应分秒必爭积极搶救。立即吸氧，冷敷降溫，人工冬眠，肌注苯巴比土鈉0.1克，口服或肌注利血平減慢心率。用抗菌素控制感染。服复方碘剂，首次60滴后每4—6小时30—45滴，或用5毫升供靜脉用的加于10%葡萄糖1000毫升靜脉点滴。并可同时口服倍量硫氧嘧啶及应用氢化考地松100—200毫克加入滴流中。如脱水严重应予补液，但应注意滴速及用量，防止心衰发生。

第二节　糖　尿　病

正常人体内，糖的利用和儲留需借助一定量的胰島素来

实現，当胰島素缺乏时，必然引起糖的代謝障碍而招致血糖增高及出現糖尿。这样临床上就表現为多吃、多喝、多尿等三多症状，称为糖尿病。

临床表現

（一）虛弱无力。（二）多吃、多喝、多尿。由于血糖增高由腎脏排出而致糖尿，而尿糖的排出必然帶出大量水份，引起多尿；同时多尿及血糖增高势必引起多喝；由于糖不能利用，热量不足，必然引起代償的食欲亢进。（三）消瘦。由于体內缺乏胰島素不能有效地利用葡萄糖，必須依靠蛋白质、脂肪的分解来供給能量的消耗所致。（四）酮症酸中毒和昏迷。由于脂肪的大量分解，产生过多的酮体，超过了組織及时将其氧化的能力而产生酮症、酸中毒，进一步发展，严重时导甚昏迷。

并发症 常見为各种感染如癤、痈等化脓性感染和肺結核，以及末梢神經炎的症状，如肢体麻木、疼痛、膝反射消失等。此外还有白內障、动脉硬化和其它营养障碍等。严重的并发症为糖尿病昏迷，須立即搶救。

诊断 主要根据三多症状，消瘦、尿中有糖即可診断。对輕型病例不易診断者，有条件时可检查空腹血糖，如超过 140 毫克%診断即可建立。

治疗 治疗的目的在于恢复劳动力和体重，促进胰島素功能恢复，防治并发病。血糖的高低与进食的种类和量有着密切关系，因而对糖尿病的治疗，首先必須合理調节飲食，因此必須向病人說明調节飲食在治疗上的重要意义，以取得病人的密切合作。对身体状况較好无明显症状者，可先单純用調节飲食疗法即可，如无效时可加用药物治疗。而对儿童，青年、孕妇或有明显症状，消瘦，伴有并发症者应用胰島素治

疗。过去资产阶級权威在治疗上都大搞神秘化，用計算总热量的方法，而后分别給多少蛋白、脂肪、糖来供給这些总热量，然后又根据上述处方計算出每天需要多少鸡蛋，多少瘦肉，多少菜，这样煩瑣及神秘化限制了一些医生和医院对糖尿病的治疗，特别是不顾广大劳动人民的实际生活条件，增加了許多不必要的負担，一旦出院即不易計算又无力負担，从而不久就造成复发。毛主席早就指出：**"现在医院那套检查治疗方法，根本不适合农村"**。我們按着毛主席的教导批判了过去的治疗，提出如下方案，在实践过程中，証明是有效的，比較容易被广大貧下中农患者接受。伟大領袖毛主席教导我們：**"在生产斗爭和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。"**因此今后还須在实践中不断总結和提高。

糖尿病的治疗首先应当突出政治，树立完全彻底为人民服务的思想，医患之間应当密切合作，政治思想工作尤为重要。使病人有坚强的信心和意志，并大致了解糖尿病的一般知識，便于在治疗上的密切合作，和出院后自己掌握治疗知識，为把糖尿病的治疗水平提高一步而共同努力。

（一）飲食疗法：体力較好又无明显症状及并发症者可单純調节飲食治疗，首先采取主食 6—8 两/日（应多用粗粮和多食青菜，以充填胃納并延緩食物的吸收速度，使血糖比較稳定）。其中应避免含糖质較多易消化的食物如土豆，地瓜等，以免食后血糖很快增高，出現尿糖，随之出現飢餓感。什食方面适当用些油类及含蛋白較多的食物如豆制品、鸡蛋等。以适当补充主食的质和量的不足。待尿糖消失或接近消失时，每 3—5 天增加主食一两，直到主食能維持患者的劳动与工作的需要时（可因人而异）即可。如在增加主食过程的同时，

尿糖（指24小时总排糖量，一般10克以内为最好）又复增多，血糖增高，而主食量又不能满足病人劳动的需要时，则說明单独用飲食疗法不行。須加用胰島素或其他降糖药物。主食量的分配可根据病人的习慣，早、午、晚飯各为1/3，或早为1/5，午为2/5，晚为2/5。

（二）胰島素疗法　适应于症状明显，消瘦及有合并症的患者。但用胰島素的同时，也必須根据病人的具体情况規定主食量（如开始时，每日一斤左右），以便于控制血糖。普通胰島素的用量是根据病情的輕重及血糖量，尿糖量（24小时总排糖量）的多少来决定的。一般每日可用40—60单位和飲食相应的比例分为三份，分别在飯前15—30分皮下注射。如有条件检查血糖时，为了迅速控制症状，开始时，应給予較大剂量，如尿糖較多，則3—5天增加少量胰島素，随着尿糖的減少，每3—5天逐漸減少胰島素用量，并逐漸增加主食量，以达到劳动或工作时需要的热量。这样經过一段治疗后，在飲食的质与量上基本稳定情况下，再把胰島素調整到最低用量，此量即为病人較长时間内的治疗方案。如最后胰島素用量很少，可代之以口服降糖药物（用法見下节）。在用药过程中应当注意告訴病人如出現飢餓、心慌、冷汗、四肢顫动則表明有低血糖出現，应当立即吃些东西或糖类，并应将胰島素減量，处理不及时可以发生昏迷。此时緊急注50%葡萄糖60毫升，如不清醒继續注射。

（三）其他降糖药物　适用于輕症患者，1.甲苯磺丁脲（D-860），用法为第一、二日，每日口服三次，每次1.0克，以后則改为每次0.5克，每日2—3次，副作用較少，偶有恶心，头暈、药热、黃疸、粒細胞缺乏症等；2.降糖灵（苯乙双胍），用法为开始时25毫克，一日三次飯后口服，以后每隔3—4日

增加25毫克直到150—200毫克/日。主要反应是疲乏无力，恶心、吐，厌食等。减量或停药后反应即自行消失。本药可与胰岛素、D860等并用，并能减少胰岛素的用量。在糖尿病昏迷时禁用。

（四）針灸　1.胃俞、关元；2.复溜、三里、飞阳。

糖尿病昏迷

糖尿病患者在感染，胃腸功能紊乱、外伤及降血糖药物突然中断等情况下，可誘发昏迷。临床表現为：精神不振、食欲減退，口渴，恶心，呕吐。进而呼吸深而快，尿少，燥动，逐渐昏迷。呼吸有水果味，并有脱水症状、脉快、血压低等。尿中有糖及酮体。

治疗包括以下几点：

1.立即用普通胰岛素50—100单位皮下注射，对于昏迷深的患者可用上述的半量（即25—50单位）行静脉注射，以后应根据尿糖的含量及醋酮的情况，应每2小时左右皮下注射胰岛素10—40单位，尿醋酮消失后4—6小时注射10—20单位逐渐轉入一般治疗量。

2.补充水份及鈉盐　立即靜脉滴入生理盐水1,000—2,000毫升，酸中毒严重者可靜滴4%碳酸氢鈉250毫升或11.2%乳酸鈉100毫升，在短时間內滴完。如血压仍未上升，可在另一滴流瓶（生理盐水或葡萄糖液）中加去甲基腎上腺素，以提高血压。在治疗开始后，在滴流中应加入高张葡萄糖，以防止低血糖的发生，当病人有尿后，应注意低血鉀的发生，因此可服氯化鉀，4小时1克，或靜脉点滴氯化鉀。

3.由感染誘发的昏迷应同时使用足量的抗菌素以控制感染。

〔附注〕小儿糖尿病特点　主要症状虽与成年人相似，

但多为重型。发病急，发病时已显得很消瘦，不少小儿因糖尿病昏迷才来就診，始被发現。在治疗方面，为滿足小儿生长发育的需要，对飲食不要过于限制，均应采用胰島素治疗。

附：胰島素的剂量　一般的說，一个单位胰島素可帮助机体利用2克糖。如果空腹血糖为250毫克%，体重为60公斤，則一次給27单位胰島素，可使血糖降至正常（全身体液量約为体重的60%，这个患者的体液总量为36公斤，体液的糖含量一般与血糖同，全身体液过多的糖量为：

$$36000 \times \frac{0.25-0.1}{100} = 54\text{克}$$，54克糖約需27位单胰島素）。

如果这个患者每日尿中排出的糖为50克，則他每日需胰島素約25单位，以維持尿中无糖。

第三节　痛　　风

痛风是嘌呤代謝失調所引起的疾病。人体嘌呤基来源有二，飲食和体内合成。我省牧区，牧民以高蛋白（含有大量嘌呤基），高脂肪飲食为主，此病較常見。嘌呤基代謝后形成尿酸从腎脏排出，当体内嘌呤基过多超过腎脏排除能力时，尿酸在体内积聚，形成尿酸鈉結晶，沉着在关节及关节周圍組織，引起过敏性炎症，最后可导致骨质毀損、增生、軟骨破坏，滑膜增厚及关节畸形。腎脏中亦有尿酸鈉結晶沉着，常引起退化性病变，引起腎功能不全。

临床表現　患者大多数为中年男子，約30—50%有阳性家族史。

（一）急性关节炎期

誘因　飲食过多、酗酒、疲劳、关节損伤、手术感染等。起

病急骤，多数患者在半夜突感关节部有剧烈疼痛而惊醒。受累关节以蹈趾及蹠趾关节最多，其次为足部其他关节及踝、手、腕、膝、肘关节等。病初起时，一般为单个关节发炎，約50%为第一蹠趾关节受累。疼痛数小时后出現感覚过敏，显著紅肿、发热，压痛及运动受限。大关节累及常有滲液。患者有高热，头痛，心悸等不适，白細胞增多，血沉增快。急性炎症經数日或数周逐渐消退，关节活动及外形可完全恢复，經数月或数年可再次或多次发作，逐渐轉为慢性炎症。

（二）慢性关节炎期

1. 关节畸形和僵硬　經多次急性发作后关节肥厚，活动受限，最后形成关节畸形和强直，关节炎发作渐不明显，仅遺下慢性关节病变（图 12）

图12　痛风——右蹈趾蹠趾关节肿胀，左第二趾关节畸形

2. 痛风石　約半数病人在起病后各阶段中都可发生痛风石。可存在于关节附近的骨胳中，侵蝕骨质，形成骨胳畸形。亦可在关节附近的滑囊、腱鞘与軟骨內及耳壳的皮下組織中发現（图 13, 14）。痛风石逐渐增大，上面皮肤变薄，可破溃形成瘻管，排出白色尿酸盐結晶。

图13 痛风——左膝关节有痛风结石

图14 痛风——左无名指及小指关节畸形及痛风石形成

3. 肾脏病变 临床上常无症状，肾功能试验可显著异常。如尿酸在肾脏形成结石，可有肾绞痛发作。部分患者最后可有肾功能不全的多种表现，甚至死亡。

4. 心血管病变 晚期可有冠状动脉硬化、肾小动脉硬化及脑动脉变性，心肌内偶有痛风石。临床上可出现高血压等表现。

图15 痛风——左跖趾趾跖及趾间关节有圆凿样缺损，并有骨质

诊 断

（一）典型症状如急慢性痛风性关节炎发作及痛风石等。阳性家族史。

（二）血液尿酸浓度增加超过5毫克%。

（三）X綫检查　关节面附近，骨骺内骨組織被尿酸所代替而出現圓形缺損（图 15）。

（四）痛风石中找到尿酸盐結晶。

（五）試驗治疗　秋水仙硷对痛风性关节炎有特效，但不能治疗其他关节炎。

治疗　急性发作期：臥床休息，受累关节可热敷，床上护架，以免压痛。

（一）秋水仙硷，每小时口服 0.5 毫克（或每二小时口服 1 毫克），至症状控制（或出現恶心、吐、腹泻时）为止，一般需 4—8 毫克症状可在 2—3 天內控制。第一疗程无效，可隔 3—4 日再治。

（二）激素　促腎上腺皮质激素 50—100 毫克/日，分次肌注或25毫克作靜脉点滴，在秋水仙硷治疗效果不佳时使用，一般可收良好效果，有时与秋水仙硷合用。或用强的松 10 毫克，一日 3—4 次。

（三）保太松　初治剂量，第一日內600—1,000毫克，口服或肌注，首先 400 毫克，以后 200 毫克，每 4—6 小时連用 2—3 次。第二日起，每日 300—400 毫克，分 3—4 次，大多数病人經 3—4 日的治疗，能控制发作，須注意副作用。

（四）其他如柳酸盐类、辛可芬等效果較逊。发作間期或慢性期：避免飲食过多含嘌呤基多的食物，如肝、腎、脑及肉类等。防止誘因，經常給予硷性飲料，以避免在泌尿道形成尿酸結石。

新針疗法及物理疗法（見类风湿性关节炎）。

第八章　运动系統疾病

类风湿性关节炎

类风湿性关节炎是一种慢性过程，但具有反复急性发作的全身性疾病。特点是对称性多关节炎(以小关节为主)，早期，关节疼痛、肿胀和运动障碍，有时发作，有时緩解；晚期，关节强硬和畸形，并有肌肉萎縮。严重的影响病人的健康与劳动力。目前对本病的病因和发病机制尚未肯定，一般認为与溶血性鏈球菌感染引起的变态反应有关。此外尚須考虑自体免疫問題（因发現类风湿性关节炎病人，血清中有类风湿因子（RF）能和γ球蛋白起凝集反应)。誘发因素以寒冷、潮湿最为主要。

临床表現　起病多緩慢，一般症状可有疲倦乏力，全身不适，体重減輕，低热，脉快，手足出汗等。

关节麻木、酸痛、僵硬。早期外观可无异常，随病变进展，关节出現紅、肿、热、疼和明显的运动障碍。由一个或少数关节受累(呈移行性)，发展为对称性多数性关节炎（常为固定性)。从四肢远端小关节开始，上行累及其他关节。最常发病的是近侧指关节，其次为掌指、趾、腕、膝、肘、髁、肩、髖等关节。

輪替的緩解与复发是本病的特征，因为关节周围組織增厚和关节附近肌肉萎縮，关节变成梭形，病的晚期，关节发生畸形，甚至强直，常固定在屈位，手指关节受累时常呈偏于尺侧的畸形（由于掌指关节半脱位)。

脊椎受累，最后变为强直，此型称为类风湿性脊椎炎。

实驗室检查　紅細胞及血紅蛋白減少，急性期白細胞可超过 12000，血沉增快。

X綫检查　早期关节肿胀，邻近关节处的骨质疏松。晚期关节畸形及强直。脊椎关节面模糊不清，关节間隙消失，骨质疏松及纵韧带鈣化等。

诊断和鑒别诊断　診断的主要依据为：1. 多为青壯年。2. 起病前多有易倦、低热、关节臟木酸疼等前驅症状。3. 对称性小关节炎。4. 关节肿大呈梭形。5. X綫特殊发現。

需要与风湿性关节炎鑒别。后者有下列特点：1. 起病急，发热和白細胞增多明显。2. 关节症状消失后无后遺症如关节强直畸形等。3. 心脏炎及其他风湿病症状。4. X綫检查无特殊发現。

治　疗

(一)急性期应臥床休息，鼓励病人对疾病"**要有鑒强的斗爭意志，但不要着急**"。

(二)水楊酸制剂止痛。

1. 阿司匹林 0.6，一日四次。

2. 保太松为匹拉米洞同类葯，对某些病例，疗效較阿司匹林为高，但毒性較大，可引起皮疹，水肿、胃腸潰瘍，肝脏損害及抑制骨髓造血机能等，不宜长期服用。剂量为 0.1 克，每日三次。

(三)腎上腺皮质激素能迅速产生疗效（如关节肿痛、发燒等在 24—48 小时內明显減輕），但效果不持久，停葯后短期內症状即复发，适用于急性发作期作有全身症状和关节肿痛剧烈的患者。

剂量　开始时用接近維持量的剂量，如果效果不显著增

加剂量，再逐步减至維持量。强的松的維持量是为 10—15 毫克/日。可服药数周或数月。

在全身治疗下，如較大关节（膝关节等）收效不显著，可采用关节內注射疗法。醋酸氢化考的松 25 毫克，每周注射两次，数周后可将間隔延长。

(四)局部治疗。

1. 防止畸形　急性期，发炎的关节最好用石膏夹板固定在机能位置，以防关节强直，每日取下夹板一次，使发炎关节在不疼痛范围內活动。关节炎轉为慢性或亚急性时，适当操練以增进关节机能，对防止畸形十分重要。

2. 热疗　能增加局部血液循环和消炎去肿作用，可促进关节炎症好轉，但在急性期可使症状加剧，須注意。急性炎症消失后，可开始表面热疗，慢性阶段常用透热疗法或短波透热疗法。

表面热疗方法很多，烤电、热敷、热水袋、热盐袋、热沙袋、热砖、吹热风、热浴、热蜡疗、蒸汽疗法等。热疗后輕柔按摩，更可改进局部血液和淋巴循环，有利于关节松弛和减輕肌肉攣縮。

3. 手法矫正畸形和手术疗法。

(五)新針疗法。

新針疗法参考风湿病章。

预防　同风湿病。

第九章　中毒性疾患

随着我国社会主义建設事业日益飞跃发展，目前在我国农村中农药和化学肥料逐漸普遍地使用起来。在应用这些农

药、化学肥料时，应严格加强保管和使用，防止管理制度不严，使用不当，误食而中毒。

伟大的领袖毛主席教导我們說："**我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。**"我們应当根据毛主席的英明指示，切实做好中毒的防治工作，保証工农牧业生产的更大跃进。

中毒一般多为急症，搶救是否及时直接影响病人的安危。因此对此类急性中毒病人，应立即根据可能的中毒原因采用适当的紧急措施。現将一般急性中毒处理原則概述如下：

（一）排除毒物或促进毒物排泄

1. 催吐　用手指或筷子刺激咽喉部使之呕吐，如胃內容已排空可嘱患者飲水后再行探吐。昏迷与病情危重的或服强酸强碱的病人禁止催吐。

2. 洗胃　除吞服强酸、强碱外，口服毒物在四小时內，均应立即洗胃。洗胃可用溫水或 1/2000—1/5000 过錳酸鉀溶液，一直到洗出液清彻不变色为止。（参見診疗技术操作常規章）

3. 清除腸內毒物　用泻剂如硫酸鎂或硫酸鈉 20—30 克口服（或在洗胃后通过胃管給予）。

4. 促进毒物的排泄　大量飲水或輸液，在輸液过程中应防止心力衰竭，肺水肿的发生。

（二）解毒剂　毒物吸收后应用对抗剂。如砷、汞等重金屬盐类中毒，用二巯基丙醇（BAL）或二巯基丙磺酸鈉；有机磷农药中毒，用解磷定或氯磷定。

（三）对症治疗　見各論。

中毒疾患范围較广，根据目前农村情况，本章只涉及下列常見的几种。

第一节　有机磷农药中毒

我国自建国以来，农产品的产量不断提高。尤其是公社化后，广大贫下中农高举毛泽东思想伟大紅旗，已夺得农业的稳步增产。为了消灭农作物病虫害，在农药的使用上更为普遍，我們坚决貫彻毛主席"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的伟大教导，做好农药中毒的防治工作，保証广大貧下中农的身体健康，为实現农业現代化而努力。

有机磷农药种类很多，常用的有 1059，1605，乐果、敌百虫，敌敌畏（日用杀虫药）等。

有机磷化合物通过呼吸道，完整皮肤以及消化道均易吸收。侵入人体后与胆碱酯酶結合降低其活性，使其丧失分解乙酰胆碱的功能，致乙酰胆碱过量蓄积，引起机体功能失調。

临床表現　恶心、呕吐、头痛头晕、多汗、流涎、腹痛、腹泻、瞳孔縮小、肌束震顫，甚或肺水肿、呼吸肌麻痹与昏迷等。

以上症状仅是有机磷中毒的一般表現。但由于有机磷的种类、侵入途径以及机体反应之不同，突出的表現与起病形式也不尽相同。例如：敌百虫經皮肤小量侵入中毒时，往往表現为肌肉无力或麻痹等神經症状。經口中毒严重者，很快出現神經系統症状（如昏迷）。噴洒敌敌畏可引起喘息状态等。

毛主席教导我們："**世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问題要从各方面去看，不能只从单方面看。**"我們必須全面地看問題，必須对可疑中毒患者进行客观地，周密地調查研究，才能做出正确判断。

诊断　有接触史和中毒的症状、体征，診断并不困难。必要时做血胆碱酯酶的活性測定，正常值为 100%，70%以下有

診断意义。

防　治

（一）中毒的原因主要是麻痹大意和药品管理不当。必须加强宣传，提高警惕，严格遵守操作规程，以防为主，防治結合。爭取安全使用，不发生中毒事故。

（二）皮肤或工作服被有机磷污染时，迅速脫去污衣，用肥皂水洗淨皮肤。

（三）經口中毒时，催吐或用1%碳酸氢鈉水洗胃。

（四）注射胆碱酯酶复活剂。

1. 解磷定（PAM）一般首次靜脉注射量为1.0—1.5克，以后靜脉点滴按每小时約0.5克的速度滴入；如无靜脉点滴条件，可2—4小时靜脉注射一次。用药剂量和时間，可根据病情具体决定。此药除偶有恶心、呕吐等副作用外，本身毒性較低。

2. 氯磷定　可肌肉或靜脉注射，較解磷定使用方便。肌肉注射一次量为0.5—1.0克，靜脉注射为0.25—0.75克，每1—2小时重复一次，或每小时滴注0.5—0.75克，根据病情决定用药时間。

（五）阿托品　能抵抗过量的乙酰胆碱所引起的某些作用（如多汗、流涎、恶心、呕吐与瞳孔縮小等），可根据病情决定用量，一般首次用量为1—3毫克，靜脉或皮下注射（重症应靜脉注射）。如病情无改善，可每15—30分钟（或更短）补注一次，力爭短期内达到阿托品化，表现为多汗減輕，流涎減少，瞳孔开始散大，顏面輕度潮紅，以后改为維持量。如瞳孔散大明显，躁动不安等症状出現則示阿托品过量，应注意。

輕症患者，阿托品与胆碱酯酶复活剂可酌情单独使用；重度中毒时，必須与胆碱酯酶复活剂伍用。应注意避免阿托

品过量。

（六）对症治疗　昏迷者注射青霉素预防肺内感染，呼吸功能差，有发绀者应吸氧，注射可拉明或山梗菜碱。其他可根据病人的表現予以相应处理。

第二节　一氧化碳中毒

一氧化碳中毒慣称煤气中毒，除工业偶見中毒外，我国北方主要是冬季煤炉取暖，炉灶失修，倒烟，通风不良所致。中毒大部发生于夜間睡前压煤，由于燃烧不好烟道阻塞有多量一氧化碳逸出，遂于不知不覚中引起一氧化碳中毒。一氧化碳經肺泡入血后和血紅蛋白結合形成碳氧血紅蛋白，因而失去携氧功能。組織缺氧是产生一系列症状与病理改变的基础。

症状　輕者如头痛、头暈、耳鳴、視力模糊、恶心、呕吐、四肢无力等，白天或清醒时由于及时脫离現場，很快即緩解自愈。

如果中毒时間較长，可引起各脏器損伤，尤以神經系統最易受累如昏迷及呼吸中枢衰竭等。一般均于数日內意識轉清，有部分病例皮肤局部充血，起水泡，淤斑。少数病例中毒重可出現去脑皮层状态、震顫麻痹等。

诊断　診断一般并无困难，如中毒病史不清楚时应与其它疾患引起之昏迷相鑒别。

碳氧血紅蛋白定性：用水約5毫升加患者血液数滴（耳垂血或靜脉血均可），待血球溶解后再滴入10%氢氧化鈉数滴，正常呈棕綠色，碳氧血紅蛋白增多則呈櫻桃紅色。此項检查阳性有診断价值，阴性不能否定一氧化碳中毒，因离开中毒現場，体內一氧化碳已大部排出，所以不能检出。

防　治

（一）根本問題在于預防。解放后多年来已取显著效果，今后更应加强宣传，做到家喻戶晓，防止麻痹大意，預防要点是：睡前不压煤，炉灶內已有的煤炭必須完全燃烬。保持烟道通暢。

（二）立即将中毒者移离現場。

（三）呼吸停止时做人工呼吸，有条件应吸氧。

（四）靜注50%葡萄糖40—60毫升，初期可每2—4小时一次。或用20%甘露醇250毫升靜脉滴注，帮助改善腦水肿。

（五）可反复应用兴奋剂　肌注苯甲酸鈉咖啡因，尼可剌米，山梗菜碱等每1—2小时重复一次。

（六）加强护理　对昏迷患者尤应注意口腔清洁，保持呼吸道通暢，定时翻身防止墜积性肺炎和褥疮，对昏迷时間长的患者鼻飼飲食保証足够热量，注射抗菌素預防肺內感染。

（七）可根据具体情况酌情补充治疗措施。严重患者可加用冬眠疗法。中毒严重的病例清醒后仍需休息两周左右以減少后遺症的发生（例如震顫麻痹与瘫痪等症）。

第三节　鎮靜、安眠药类中毒

此类药物很多，常見的有巴比妥盐类、氯丙嗪、眠尔通、利眠宁等，但其中毒症状大同小异，均以中枢神經系統受抑制为主。

临床症状

（一）中枢神經系統的症状　起初患者呈現神智模糊、嗜眠、眼球震顫、言語不清、唇舌和手指震顫、步态不稳。以后发生瞳孔縮小（氯丙嗪，眠尔通、利眠宁等无瞳孔縮小），而对

光反应仍可存在，腱反射减弱或消失，巴彬斯基氏征阳性等。最后进入昏迷状态，氯丙嗪中毒时，个别病人有肌肉震颤，运动障碍、癫痫样抽搐等。

（二）呼吸系統的症状　由于安眠药对呼吸中枢的抑制，在中毒的早期呼吸率减慢但尚规则，在后期则呼吸慢而不规则。并发肺炎时呼吸促迫，有大量脓痰，两肺满布罗音，发烧，白細胞增高。

（三）循环系統的症状　由于安眠药对血管运动中枢的抑制和对周围小血管平滑肌的直接作用，出現血管扩张，中毒严重病例血压下降。

诊　断

（一）此类药物中毒往往因鼾睡不醒始被别人发現，应注意与其它疾患引起之昏迷相鉴别。

（二）向患者家属、单位做細致深入的調查，了解患者的思想状况，有无誤服，吞服安眠药的可疑象征或其他旁証材料。

治　疗

（一）誤服不久且神智清楚时，应立即催吐或洗胃。如吞服时間較长虽然鼾睡也应洗胃（仰臥、头低于床头）排除胃內残余毒物，以免加重中毒。

（二）加强护理，保持呼吸道通畅，注意口腔清洁，避免吸入性肺炎，防止褥疮发生，尿貯留时及时导尿。

（三）重症中毒，昏睡較深者应用抗菌素防治支气管肺炎。有呼吸功能衰竭抽痰困难时，应做气管切开，以利排痰。

（四）促进毒物自尿排出，靜脉点滴5%葡萄糖盐水，心肺肾功能正常时，每日可給2000—3000毫升，直至苏醒为止。

（五）注射中枢兴奋剂（苏醒药）。

中枢兴奋剂种类很多，应用此类药物的目的是提高延髓的兴奋性。用药过量可引起中毒（如惊厥），应慎重。其指症是深度鼾睡且生理反射减弱或消失者。

下述常用的几种兴奋药可选用其中的一种。

1. 印防已毒素：首次静注 3—6 毫克，以后每隔15—30分钟再用一次。如出现肌肉抽动或深反射亢进时可逐渐减量。

2. 士的宁：首次量为 5—10 毫克静注，用法同印防已毒素。

3. 美解眠（贝美格）：常用量为 200—300 毫克加于等渗糖或糖盐水 500 毫升中静脉点滴。或每 3—5 分钟静注 50 毫克，随病情改善可渐减少用量。

（六）对症治疗　有发绀者应吸氧，注射可拉明或山梗菜碱。血压下降者适用升压药物。

第十章　神經系統疾病和精神疾病

第一节　神经官能症

神經官能症是一种由于精神因素（如工作，学习和生活上的某些問題，长期間不能解决）造成精神負担，或惊吓、悲伤以及其他精神刺激引起的大脑机能活动的失調，可以持續数月或数年，在神經組織形态病理上无变化。病人自覚症状多种多样，但客观检查却无明显的变化。此类疾病，总称为神經官能症，其中最常見的为神經衰弱和癔病（歇斯底里）。

一、神经衰弱

症状　其特点表现为兴奋性增强，但易衰竭，症状波动，

病情反复，病程长短不一，好怀疑自己病重。

（一）兴奋性增加　1. 情感好激动，好生气，流泪。2. 失眠，易惊醒，梦多等。3. 器官兴奋性增强：如皮肤敏感，怕声、怕光、胸前区不适、心跳、气短、头胀、头晕、头痛、耳鸣等等。4. 植物神經系統反应增强：如出汗、面赤或蒼白，皮肤划紋症阳性等。5. 体征上可以有瞼、舌、手震顫和腱反射对称性亢进。

（二）易衰竭　如注意力不集中，記忆力減退、容易疲倦，工作效率低。

诊断　伟大領袖毛主席教导我們："……**正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。**"因此必須詳細地詢問病史和全面的体格检查，才能得出正确的診断，以避免把器质性病变誤診为神經衰弱，影响病人的治疗。因某些疾病的初期，可以表現为神經官能性症状，如脑动脉硬化、高血压、甲状腺机能亢进、貧血、肝炎、結核、副鼻竇炎、脑瘤以及慢性化学物质中毒（如汞、鉛、苯等等），此外，精神分裂症初期亦可能有神經官能症样的表現，应加以注意。

治疗　以精神治疗为主。配合針灸，药物等疗法。

（一）精神治疗　活学活用毛主席著作，树立对疾病作斗爭的信心。端正病人对疾病的錯誤認識，消除消极的精神因素，去掉思想負担。同时合理安排工作、学习及生活。加强鍛炼身体，脑力劳动者可以适当参加体力劳动，既有利于思想改造，亦有利于疾病的治疗。一般不需休息，个别症状較重的病人可适当減輕工作或短时間休息。

（二）药物治疗

1. 以兴奋症状为主者：用鎮靜剂，如三溴片0.3—0.6克，

利眠宁 10 毫克，眠尔通 0.2 克，奋乃静 2 毫克或鲁米那 0.03 克，均每日 2—3 次。明显兴奋者可予异丙嗪 12.5 毫克或氯丙嗪 12.5 毫克，均每日三次。

2. 以抑制症状为主者：用五味子片或酊、咖啡因。

3. 兼有兴奋和抑制症状者：以上药物配伍用，如溴剂加咖啡因（巴甫洛夫合剂）。

4. 对症治疗：头痛用止痛剂，睡眠不好用安眠剂。入睡困难用 10% 水合氯醛 10 毫升或速可眠 0.1 克。多梦，易醒用阿米妥 0.1—0.2 克。有肝脏病者可用安眠酮 0.1—0.2克，导眠能 0.25 克或异丙嗪 25 毫克。均为睡前口服。

（三）中医治疗

1. 失眠、多梦、記忆力減退、心悸：用安神补心丸，15 粒，每日三次。

2. 遺精、早泄、阳萎者：用金鎖固精丸，一丸，一日二次或鎖阳固精丸，一丸，一日二次。

（四）針灸治疗　头痛头昏：百会、风池、合谷，中刺激。失眠、多梦：三阴交、神門、弱刺激，可留針 15 分钟。健忘，疲劳、腰背酸痛：天柱、大杼、三阴交、弱刺激。阳萎、遺精：三阴交、肾俞、弱刺激；或按快速針刺疗法針关元、三阴交，体弱者可針关元、足三里。

二、癔病（歇斯底里）

本病多見于青年人，女性稍多于男性。精神因素和暗示作用是本病的主要病因。病人情感反应强烈而不稳定，易受别人的言語和行为的影响而发病。如看見别人得病，自己亦出現类似症状。

症状　临床症状是多种多样的，既可有精神异常和类似神經系統疾病的各种症状，又可以有内脏机能失調和植物神

經机能障碍等症状。但同一病人往往仅出現 1—2 种症状，一般发病較急，每次发作常为同样症状之重复。常見症状有：

（一）歇斯底里大发作　于情緒激动后哭笑叫喊，手舞足蹈，撕衣服，撞头咬人，僵臥不动或四肢强直。有时須与癲癇大发作进行区别。

（二）歇斯底里的躯体方面症状　1. 运动障碍：各种类型的癱瘓（但无器质性病变体征）、震顫、不自主动作、强迫状态，立行不能、失音、失語、口吃；2. 感覚障碍：不符合解剖分布的感覚丧失、減退、过敏、耳聋、失明等等；3. 内脏及植物神經症状：常見如厌食、呕吐、呃逆、心悸、气短、尿頻、肢端发凉、喉部异物感（称为癔病球）等等。

诊断　根据比較明显的精神因素及症状，診断比較容易。但歇斯底里的躯体方面症状，必須与有关之器质性病变进行鑒别，慎重診断。

治　疗

（一）病因治疗　学习毛主席有关教导，帮助病人正确認識得病原因，消除消极的精神因素及生活环境的不良影响。正确对待工作和生活中所遇到的問題。这是治疗本病的主要方法。

（二）新針疗法　主穴：內关（双側內关齐刺），备穴：人中、合谷。

（三）对症治疗　精神暗示疗法，即用对治疗有利的言語鼓励病人，与其他医疗办法結合起来进行治疗。

第二节　癲　　癇

癲癇又称“羊癇疯”，是一种間歇性发作的短暫的大脑机

能紊乱。主要表現为意識丧失和肌肉抽搐。

癲癇按其原因不同可以分为两大类：

（一）原发性癲癇　这类癲癇最为常見，其原因目前尚不明，往往幼年时就出現抽风，很少到30岁以后发病的。

（二）继发性癲癇　多数由于脑部有病引起的，如脑瘤、脑囊虫症、脑脓肿、脑膜炎、大脑发育不全、脑动脉硬化症等等。但較前一类少見。此外全身某些疾病亦可以引起抽风，如低血糖、尿毒症、低血鈣、小儿高烧痙攣等，不要誤診为癲癇。

症状　癲癇为間歇性发作的疾病，有时一天发作好几次，有时則几个月发作一次，发作沒有一定的时間，有部分病人常在睡眠时发作。不犯病时如同健康人一样，可以照常工作和学习。

癲癇由于发作时間表現不同，又分为好几种类型：如癲癇大发作，小发作，精神运动性癲癇，限局性癲癇，以及癲癇連續发作。其中最常見的为癲癇大发作和癲癇連續发作。

（一）癲癇大发作　发生抽风前，有的病人可有不正常的感覚，如头暈、胸悶、恐惧、心慌、心跳等。多数病人发作前无特殊感覚，突然犯病，犯病时病人突然尖叫一声，随之不省人事，跌倒，先全身肌肉发硬，四肢强直，面部呈青紫色，瞳孔散大，随之出現全身肌肉一陣陣抽动，口吐白沫，甚至咬破舌头，大小便失禁，經过1—5分钟后，抽风停止，病人呈昏睡状态，以后逐漸清醒过来，醒后可以感覚头痛，无力，但病人不知道自己犯病时情况。

（二）癲癇連續发作　癲癇大发作的間歇期很短，当一次抽风后病人还未清醒过来，又发生接二連三的抽风，这样的病人常合并肺炎、高烧、脱水，甚至休克，如不及时搶救，常常可以发生死亡。

（三） 癲癇小发作 多发生于儿童，表現为暫短的意識障碍而无抽搐，突然瞪目直視，手中握物墜落，或突然倒地又很快醒来。

（四）限局性癲癇：多无意識障碍，表現为一側肢体或个别肢体或面頰抽搐。此型继发性癲癇多見。

治 疗

（一）癲癇大发作的治疗

1. 长期連續服用抗癲癇药物，不要随便停药，最常用药物为：苯巴比妥（鲁米那）和苯妥英鈉（大仑汀）。苯巴比妥成人一天口服三次，每次0.03—0.06克，苯妥英鈉成人一天口服三次，每次0.1克，小儿按年龄用药。如果病人抽风发作有一定的規律性，如常发生于睡覚时，則可以仅在睡前半小时服药。

2. 新針疗法 主穴：人中、涌泉（发作时針之）。备穴：內关、足三里（发作后第二天，有恶心及全身无力者）。

（二）癲癇連續发作的治疗

1. 如同作战一样，**"每战集中绝对优势兵力，四面包圍敌人，力求全歼，不使漏网。"**因而在治疗上，每次宜用較大量的抗癲癇药物，力爭短时間內控制抽风发作。常用药物如下：水合氯醛（10%溶液20毫升或5%溶液40毫升）灌腸，苯巴比妥0.1—0.3克肌肉注射，阿米妥鈉（即异戊巴比妥鈉）0.5克（可溶成5%的溶液）肌肉注射，硫噴妥鈉0.5克（可溶成5%的溶液）肌肉注射。以上四种药物可以交替应用，最好間隔6小时为宜，直至控制抽风为止，但必須注意药物的毒性反应。老年人适当減量，小儿按年龄用药（照一般量大一些）。

2. 癲癇連續发作常可能合并肺炎，为預防和控制感染，可适当应用抗菌素。

3. 預防发作时发生外伤及合并症（如肺炎），要以軟物垫

于上下臼齿间以防止咬伤舌头，解开衣扣，病人取侧卧位，及时吸痰，保持呼吸道通畅，以防止肺炎。

（三）癫痫小发作的治疗　用三甲双酮0.15—0.3克，一日三次。或咖啡因0.02—0.04克，一日三次。

（四）限局性癫痫　勿需治疗或給以鎮靜剂如溴剂等。

癫痫病人的工作、学习、生活的安排：学习"**既来之，则安之，自己完全不着急，让体内慢慢生长抵抗力和它作斗争直至最后战而胜之，这是对付慢性病的方法。……对于病，要有坚强的斗争意志，但不要着急。这是我对于病的态度。**"来鼓励病人，使病人有乐观情緒，有与疾病作长期斗爭的决心，只要坚持长期服用抗癫痫药物，极大多数病人能不犯病，或很少犯病，能保持正常的工作及学习。但应注意不能担任高空作业，开机器、开車或赶大車等工作，亦不要騎馬、騎車、游泳等活动，以防止发生意外。

附表（一）　癫痫大发作和歇斯底里大发作的区别

癫痫大发作	歇斯底里大发作
1.常突然发作，发作前无精神因素。	1.发作前常有精神因素。
2.发作时间短，一般在5分钟以内。	2.发作时间较长，几十分钟以至几小时。
3.发作时常发生尿失禁及咬破舌头。	3.发作时无咬舌及尿失禁的現象。
4.发作时常睜目或眼睑抽动，瞳孔散大，光反应消失。	4.发作时常闭目，瞳孔光反应存在。
5.发作时间、地点不选择，常发生严重外伤。	5.常在有人注意的安全場合犯病，无外伤。

第三节　急性脑血管病

脑血管病俗名为"中风"，是脑部血管的急性損害，包括脑

出血、脑血栓、脑栓塞和蛛网膜下腔出血。此类疾病在神經系統疾病中最为常見，而死亡率亦甚高，应引起重視，更好地进行搶救。本病发病較急，常伴有意識障碍及半身不遂或虽无半身不遂而有脑膜刺激体征。其发病年龄，脑出血和脑血栓多見于中年以上的人，脑栓塞和蛛网膜下腔出血任何年龄均可发生，但以青壮年多見。

病　因

（一）脑出血　主要为高血压、动脉硬化所引起的，常在血压突然升高的情况下发生脑血管破裂而出血（如情緒激动，过度用力，使劲排便时）。

（二）脑血栓　常由于动脉硬化，使管腔狭窄，不光滑，在血流緩慢时发生血栓，故常好发生于睡眠时（因睡眠时，血流減慢）。

（三）脑栓塞　多由于心脏病有心房纖維性顫动时，心脏内之栓子脫落随血流突然堵塞脑血管所致。

（四）蛛网膜下腔出血　多为先天性动脉瘤或血管畸形破裂而造成。老年人則由于动脉硬化而来。

症状　脑血管病，起病急，有部分病人于发病前可有头暈，头痛、肢体麻木的感覚，亦有无特殊感覚而突然发生半身不遂（但蛛网膜下腔出血多数无半身不遂，而仅有脑膜刺激体征）。

（一）脑出血（脑溢血）　由于脑实质内大量出血，病人突然昏迷、呕吐、尿失禁，血压升高，脉搏充实有力，偏瘫，患側可出現巴彬氏基征陽性及腱反射亢进，呼吸深大、有鼾声。重者呼吸节律不規則，瞳孔一側散大，也有双側散大或縮小，光反应消失。常有高烧，合并肺炎，加重病情。重者可在几小时或1—2天内死亡。輕症病人可无昏迷，或昏迷程度較淺，經1—2天左右逐漸清醒，但留有半身不遂，右側偏瘫病人常常

不会說話（失語症）。

（二）脑血栓　发病較脑出血稍慢，偏瘫为逐漸出現，神志多数清楚，一般无呕吐，血压常不太高，头痛不重，病情較脑出血为輕。

（三）脑栓塞　常发生于心脏病人，突然头痛、呕吐、偏瘫，多数病人神志清楚，血压正常。

（四）蛛网膜下腔出血　常在活动时突然发生剧烈头痛，呕吐，頸部强硬，克匿格征阳性，类似脑膜炎症状，神志多数清楚，亦很少发生偏瘫，但部分病人可有动眼神經麻痹。

腰椎穿刺，检查脑脊液有助于診断，脑出血和蛛网膜下腔出血脊脑液为血性；脑血栓和脑栓塞之脊脑液常为无色透明。

診断　根据症状和体征基本可以診断，但应注意以下几点：

（一）脑血管病的昏迷应与其他疾病的昏迷进行区别，如醉酒、麻醉剂中毒、一氧化碳中毒，癲痫发作后、脑外伤、尿毒症、糖尿病、低血糖、脑炎等之昏迷。

（二）蛛网膜下腔出血应与脑膜炎进行区别（作腰穿检查脊脑液）。

（三）脑血栓的半身不遂虽然为逐漸发生的，但一般由症状开始到完全瘫痪不超过几天，如果半身不遂发生过于緩慢，甚至逐漸进行，长达一月或更长时，則应考虑是否有脑瘤。

治疗　分为急性期和恢复期的治疗，急性期以搶救生命为主，恢复期主要为治疗瘫痪。

（一）脑出血的治疗　脑出血急性期病情比較复杂，由于血压高发生脑出血，出血后发生脑肿胀，随之而引起脑压增高，甚至发生脑疝而使病人死亡。其次由于病人处于昏迷状态易合并肺炎和褥疮，由于不能进食易发生酸中毒及离子（鉀、

鈉、氯）失調。“**因此，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。**”在病的初期，重点控制高血压，防止继續出血，減輕脑肿胀，降低脑压。肺炎、褥疮、酸中毒、离子失調、营养問題等屬于矛盾的非主要方面。“**然而这种情形不是固定的，矛盾的主要和非主要的方面互相转化着，事物的性质也就随着起变化。**”有时虽然脑压增高因素已基本消除，但由于合并症的出現，不仅加重病情，甚至可成为病人死亡的主要原因，因此亦必須引起重視。具体处理上：

1. 安靜臥床，躁动病人，可以用鎮靜剂或冬眠药，头部用冰袋降溫，血压高用降血压药物。止血剂可以适当应用。

2. 降低脑压　可以先用20%甘露醇或25%山梨醇250毫升靜脉点滴，必要时可以重复应用一次，以后可以用50%葡萄糖50毫升靜脉注射，每6小时一次。

3. 伟大領袖毛主席教导我們：“**全心全意地为人民服务**”，本着这一教导应加强护理工作，避免合并症的发生。要經常翻身，調換病人的体位，保持病人的皮肤干燥，加强口腔护理，保持呼吸道通暢，及时吸痰，痰过多而吸不出者，可以考虑进行气管切开。

4. 适当应用抗菌素預防感染（昏迷病人常常合并感染）。24小时后仍不能进食者，可以进行鼻飼。

5. 急性期亦可以考虑应用中药，如牛黃安宮丸。

脑出血恢复期治疗　主要治疗偏瘫：

（1）加强患肢的运动功能練习（包括病人主动鍛炼及别人帮助被动运动），以促进瘫痪肢体的恢复。

（2）新針疗法　主穴：阳陵泉透阴陵泉，曲池透少海。备穴：养老、列缺、环跳、外关透内关、合谷透劳宮、絕骨透三阴

交，地仓透頰車，隔日針一次，每次用2—4个穴位，用强刺或中等刺激手法。

（二）蛛网膜下腔出血的治疗　基本同脑出血急性期之治疗，因病人多数意識清楚，降脑压治疗外，必須安靜臥床。头痛往往較重，除給以鎮痛和鎮靜药物外，必要时可以給冬眠药物进行治疗。

（三）脑血栓和脑栓塞的治疗　主要应用血管扩张药，如烟酸100毫克，一天三次，或盐酸罂粟碱0.03克，一天三次。偏癱的治疗同脑出血恢复期的治疗。

预防　**"应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。"**脑血管病的死亡率較高，尤其脑出血的死亡率更高一些。因此我們应遵照毛主席的教导，积极預防人民疾病，进行卫生宣传。很好地治疗高血压病，避免一切突然引起血压升高的因素。心脏病的病人宜及时进行治疗，防止脑栓塞的发生。蛛网膜下腔出血的病人，疑有动脉瘤或脑血管畸形所致时，应进一步行脑血管造影来証实，以便手术治疗，防止再出血。

附表（二）　常見脑血管病的区别要点

病　名	年　龄	发病情况	意识状态	神经系统检查	其他方面体征	脊脑液
脑血栓	老年人多見	发病較缓慢，数小时至数日	多无昏迷	偏癱并逐漸加重	动脉硬化，血压可正常或稍高	压力正常，外观无色透明
脑出血	中，老年	急	多数昏迷	偏癱，瞳孔可散大或缩小或二侧不等大，光反应消失	高血压，动脉硬化	压力高，外观呈血性
脑栓塞	多见于青壮年	发病突然	多无昏迷	偏癱	心脏病或其他部位的栓塞現象	压力正常或稍高，外观无色透明
蛛网膜下腔出血	多见于青壮年	急	多无昏迷	有脑膜刺激征，无偏癱	正常，少数人可有高血压动脉硬化	压力高，外观为血性

第四节　多发性神经炎

多发性神經炎是周围神經病变中的一种疾病，其特点表現为对称性肢体远端感覚障碍和周围性（弛緩性）麻痹。

病因　原因比較复杂，但常与下例疾病或物质有关：

（一）感染　如感染性多发性神經炎或其他感染性疾病的并发症（如白喉、破伤风、风湿病等）。

（二）中毒　如鉛、砷、汞、銅、二硫化碳、染料、磺胺类、异烟肼、呋喃西林等。

（三）营养及代謝障碍　如維生素乙缺乏、烟酸缺乏、糖尿病等。

症状及体征　包括运动、感覚、反射、血管运动、腺体分泌、营养等各方面的改变。

（一）运动障碍　表現为周围性麻痹（完全或不完全性），肌张力下降，手足下垂，肌肉萎縮（尤其小的肌肉），甚至攣縮畸形。

（二）感覚障碍　可以有刺激症状，感覚消失，或二者混合症状，如疼痛，感覚异常，肢体远端可有手套、短袜样的感覚減退或消失，疼覚过敏，肌肉压疼。

（三）反射的改变　腱反射減弱或消失，初期偶有腱反射亢进者。

（四）血管运动、腺体分泌、及营养之改变　如皮肤变薄而粗糙，发紺而凉，脱屑，指甲无光泽而脆弱，汗分泌減少。

临床较常见的几种类型

（一）传染性多发性神經炎（又称格林巴利氏綜合病症）常发生于上呼吸道感染症状之后，开始可有背及腓腸肌疼痛，继

之出現四肢周围性麻痹，近端重于远端，感覚障碍以深感覚障碍为重。常可伴有顱神經麻痹，如面神經麻痹，舌咽、迷走神經麻痹。脊髓液中可有蛋白增高而細胞数正常或微增加。重症者可以发生呼吸肌麻痹或中毒性心肌炎而威胁生命。

(二)糖尿病性多发性神經炎　发生于糖尿病的病人，具有周围神經受累症状，感覚障碍重于运动障碍，下肢重于上肢，以疼痛为主，休息时加重，可有感覚异常及营养改变。

(三)白喉性多发性神經炎　多发生于儿童期与白喉合并发生，可引起顱神經麻痹（如軟腭麻痹，眼肌麻痹），可有肢体周围性麻痹，亦可发生共济失調。

(四)砷中毒性多发性神經炎　有砷中毒史，有砷中毒症状及周围神經受累症状，以感覚障碍及营养障碍为主，肢体远端可有强烈的疼痛或灼热感。

(五)鉛中毒性多发性神經炎　鉛中毒史和鉛中毒症状，同时出現周围神經受累的症状，以运动障碍为主，上肢重于下肢（如橈神經麻痹）。

(六)呋喃西林所致的多发性神經炎　服用药物史，而后出現周围神經受累症状。其特点以感覚刺激症状为主，四肢末端发麻，发木，胀疼，刺痛，尤以烧灼痛最为常見。疼痛呈持續性，伴有陣发性加剧，过冷过热及活动时加重，肌握痛明显，腱反射多存在。

诊断　伟大領袖毛主席教导我們："**人们总是首先认识了许多不同事物的特殊的本质，然后才有可能更进一步地进行概括工作，认识诸种事物的共同的本质。当着人们已经认识了这种共同的本质以后，就以这种共同的认识为指导，继续地向着尚未研究过的或者尚未深入地研究过的各种具体的事物进行研究，找出其特殊的本质，这样才可以补充、丰富和发展这**

种共同的本质的认识，……。”“人类的认识总是这样循环往复地进行的，而每一次的循环（只要是严格地按照科学的方法）都可能使人类的认识提高一步，使人类的认识不断地深化。”所以，尽管多发性神經炎的原因复杂，各种类型又表現不同，但只要掌握神經炎的共同的本质，診断是比較容易的。

治　疗

（一）病因疗法　首先治疗原发病变或防止有毒物质继續进入体內。

（二）感染而来的多发性神經炎　尤其合并中毒性心肌炎时，应安靜臥床；有咽下困难者，应进行鼻飼；呼吸困难、痰多而又咳不出者，可以行气管切开，及时吸痰。

（三）药物疗法　可应用大量之維生素 B_1 及 B_{12}。感染所致的神經炎可适当应用抗菌素及激素口服或靜脉点滴。重金属中毒所致的神經炎可以用二巯基丙醇。呋喃西林中毒所致的神經炎可試用氯化奎宁。

（四）新針疗法。

（五）加强肢体功能練习，促进早期恢复，防止关节畸形及肌萎縮。

（六）有条件时可以理疗。

第五节　面神经炎

病因及症状　面神經炎为周围神經病变中較为常見的一种疾病。任何年龄均可发生，常在面部受风吹或受凉之后发病。起病之初可有耳下或耳后疼痛。多数病人于清晨洗脸时发覚面部不对称，亦有首先被别人发現咀歪而自己尚不察覚者。檢查所見为病侧出現面神經周围性麻痹（即病侧鼻唇沟变淺，

口角下垂，鼓颊时漏气，露齿时咀向健侧歪，眼睑闭合不严，抬头纹无、浅或消失）。

诊断 根据症状及检查所見診断比較容易，但須与其他疾病所致的面神經周围性麻痹进行鉴别，如传染性多发性神經炎、中耳炎、脑干病变、听神經瘤、鼻咽部癌、顱底炎症等。

预后 本病极大多数可在一、二月内恢复，亦有恢复較慢者，重症者，則不易完全恢复，可能留有面肌攣縮或痉攣。

治疗

（一）新疗針法 地倉透頰車，阳白透魚腰，迎香透四白，均可配合下关、合谷、太阳、后溪、廉泉。每次可用一、二个透穴及远端配穴，可留針 10—15 分钟，隔 2—3 分钟刮針数下。亦可不留針。

（二）葯物疗法 大量維生素 B_1，烟酸（100 毫克，一天三次），地巴唑（10 毫克，一天三次），急性期用激素效果較好。

（三）有条件时亦可进行理疗。

（四）眼睑不能閉合者，給以眼罩保护角膜，以防止发生角膜溃瘍。

第六节 精神病

精神病常被誤称为"神經病"，以知覚、思維、言語、情感及行为的障碍等精神异常为主要表現，并且持續时間較长，而病人自己則不能認識其精神不正常。

一、概 述

毛主席教导我們："**你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！你完完全全调查**

明白了，你对那个问题就有解决的办法了。"遇有精神异常表現的人，要确定是否有精神病，首先应問其周围的群众、家屬及組織，詳細調查客观病史，尤应注意其政治思想情况，并对其全部精神活动进行观察、詢問。在进行調查工作中"**千万不要忘记阶级斗争**"。"**要用阶级和阶级斗争的观点，用阶级分析的方法去看待一切、分析一切**"。只有这样，才能得出正确的結論。

如有下列症候群可初步診断有精神病：

(一)幻觉状态：幻覚是指无实物刺激而产生的一种虛假的知覚，而病人感到和眞实一样。幻覚可分：幻听（如听到許多人辱罵他），幻視（如看到奇怪的景象），幻嗅（如聞到怪味），幻触（如触电感）等，其中以幻听較常見。幻覚影响病人的情感及行为，例如，病人独自側耳傾听或以棉花堵耳，甚至和幻听对罵；有时幻覚可引起病人恐惧、紧张或自笑，甚至自伤或伤人。

(二)妄想状态：妄想是一种在病态基础上产生的与事实不符合的錯誤想法。其判断和推理缺乏令人信服的根据，但病人却坚信是正确的，且通过摆事实和解释不能使之糾正。

妄想是多种多种的。例如：1.将一些无关的現象如别人吐痰、談笑、无綫电广播認为与他有关，坚信是針对他的；2.坚信有人对他进行謀害；3.夸大自己的能力或地位；4.坚决認为自己罪大恶极，应逮捕法办；5.認为自己患了不治之症，但实际上并不存在；6.認为异性喜爱他、追求他，明言后虽遭对方痛斥，而仍坚信不移；7.坚信自己的配偶变了心，与别人发生了不正常关系等。有妄想者如合并有幻覚，則称为幻覚妄想症候群。

有妄想的病人在情感及行为上也常表現出怪异，如認为

别人要害他，可表現为恐惧、不敢出門，甚而可因"自卫"而攻击别人，也可自杀。有疑病妄想者，可不断地求医。

（三）痴呆状态：病人丧失了接受新鮮事物和保存印象的能力，对往事的記忆力发生障碍，智力活动（如計算、概括、抽象、理解等）也遭到破坏，一般称作"傻"。

（四）躁狂状态：为一种兴奋状态。病人情緒过分高昂，对一切都盲目乐观，高声談話，滔滔不絕，但常轉話題；任何事都要做，但易受环境影响而不能坚持到底，常因小事与别人发生冲突。这种兴奋的特点为：1. 患者的言語、行动都是有动机、有目的地，所以都是可以被人理解的。2. 与周围环境保持一定的联系。

（五）青春型兴奋：也是一种言語、动作增多的兴奋状态，与躁狂状态的不同点为：1. 言語、行动的动机、目的不明，常难令人理解，如手脚乱动、翻筋斗、打滾或作一些离奇的动作，言語常前后不連貫，不易听懂。2. 和周围环境缺乏紧密联系。3. 情感表現对周围的人无感染力，而給人以"傻气"的印象。

（六）抑郁状态：病人表現与躁狂状态相反；情感低落、思維慢而少，少动。病人常低头不語，經常感到痛苦，周围一切在他看来都带有忧郁的色彩，严重时可自杀。

（七）木僵状态：言語、动作极度减少而且緩慢，甚至不說、不动，对外界許多刺激（如声、光）无反应。日常生活不能自理，飲食、大小便需人照顾。

（八）意识障碍症候群：整个精神活动都发生失調，知覚成为不清晰的和歪曲的（如发生大量的幻視或錯視），定向力（对时間、地点、人物的辨認能力）发生障碍，思維缺乏連貫性，因而言語片断，語句之間缺乏联系，行动与处境脫离。病愈后，病人对意識障碍的当时情况，不能回忆。这种状态中以譫

妄状态最常見，此外尚有混浊状态、昏迷状态等。

二、分　类

(一)原因不明性精神病

1. 精神分裂症：本病多見于 15—35 岁，为慢性进行性疾病。临床上可表現为幻覚妄想症候群，青春型兴奋或木僵状态等，但无論屬于那一种症候群，常有下列几个基本症状：(1)情感淡漠(病人对周围事物、自己的亲人漠不关心)。(2)意志低下(孤僻、懶散，少与人来往，缺乏主动性)。(3)思維古怪、离奇（如荒謬的妄想等)。此外，本病的共同特点还有：意識清醒，无自知力，不談或不主动談体驗，記忆力、智力一般良好，体检无阳性体征。

2. 躁狂抑郁性精神病：为一种具有周期性病程的精神病，表現为两种不同的临床相：躁狂状态和抑郁状态，可交替出現，也可单独发作。在間歇期病人精神状态完全正常。

(二)心因性精神病（反应性精神病)：临床上可为妄想状态或抑郁状态，其共同特点是：1. 精神創伤是主要的决定性的病因；2. 症状的內容(如妄想)均与精神密切联系；3. 病人情感鮮明，愿談体驗；4. 随着精神創伤的消除，症状可在短时間內消失。

(三)脑器质性疾病所引起的精神障碍：主要是由大脑弥散性、破坏性病变如脑血管疾病、脑外伤、脑炎、脑梅毒、脑肿瘤，大脑发育不全、慢性一氧化碳中毒、癲痫等所引起。临床上可表現为痴呆状态，也可为意識障碍症候群或木僵状态等。診断可根据病史、全身及神經系統的相应体征以及有关的精神症状。

(四)急性感染中毒性精神病：主要由于毒素的作用所

致，脑的病变是可恢复的。精神症状作为全身症状之一而存在，主要表现为意識障碍症候群。診断根据有感染或中毒因素的存在（如高热，激素治疗，大量服用含霉素等）。

（五）更年期精神病：女子在45—50岁、男子在50—60岁左右称更年期。此期由于机体代謝和內分泌腺活动的衰退，在促使神經系統弱化的躯体改变基础上，加上长期的精神創伤，而引起本病的发生。主要表現有焦虑，激动、抑郁、猜疑及疑病，无智能的衰退。分以下两型：

1. 更年期忧郁症：女性較多見。起病緩慢，常有疲乏、无力、失眠、头痛、胃納不佳等前躯症状。逐漸出現焦虑、紧张、忧郁，亦可有煩躁不安、疑病、妄想等。躯体症状可見面容蒼老、拒食、消瘦、便秘、陣发性面紅，心悸、多汗等更年期常見症状。

2. 更年期精神妄想型：在发病上与沉重的精神創伤和病前多疑个性有关。症状以被害及嫉妬妄想为主，常有听幻覚。

三、治　疗

（一）一般处理：

1. 环境宜安靜，对病人应关怀、同情，不应嘲笑，也不可随声附和，对病人所提要求，合理的应尽量滿足，不合理的应作解释。

2. 对有自伤、伤人、毁物企图的病人，应有专人照顧以保障病人本人及周围人的安全，注意藏好危险物（如刀、剪等），对病人应多加安慰与劝解。

3. 兴奋会使病程恶化，故不要激怒病人，保証病人充足睡眠。一旦兴奋时，可用氯丙嗪25—50毫克肌注，每日2—3次；

必要时可用氯丙嗪合并异丙嗪（各 25—50 毫克）肌注。也可口服或肌注巴比妥类药物，或以 10% 水合氯醛 15—20 毫升口服或灌肠。

4. 对拒食的病人应找出拒食的原因，进行劝导。对有中毒妄想的病人，可当面先将食物尝两口。有时可强迫喂食，必要时以米汤、牛奶、豆浆、糖水等加些維生素鼻飼。

（二）病因治疗：

1. 心理治疗：主要用于反应性精神病，帮助病人解除精神創伤因素，或暫时轉移环境。

2. 躯体治疗：为某些器质性精神病或急性感染中毒性精神病的病因治疗，如驅梅治疗、控制其他有关感染等。

（三）药物治疗：主要应用吩噻嗪制剂，其中代表的药物是盐酸氯丙嗪。除因脑器质性疾患所引起的毁坏性症状（如痴呆等）外，其他症状皆可用此药。有肝腎疾病、心力衰竭、严重的高血压、动脉硬化、低血压、白細胞过低，急性传染病以及年老体弱者禁用。

氯丙嗪治疗可分三个阶段。开始为逐漸增量阶段，从小量开始，如 25—50 毫克，晚間睡前口服，以后每日增加25—50 毫克，分三次服用，直到每日 200—300 毫克（必要时每日500 毫克）。然后进入第二阶段即治疗和巩固阶段，維持上述剂量，直到病情好轉，症状消失，病人对所有症状均能批判时，可再用此量 1—2 个月。最后轉入第三阶段即維持阶段，逐日递減药量（每日減 25 毫克），至每日 100—150 毫克后，維持 2 — 3 年以上。

服用氯丙嗪易出現体位性低血压，故服药后最好能臥床 1/2—1 小时。长期服用时应注意剝脫性皮炎、中毒性肝炎和粒細胞減少症等危险的合并症。如发生这些合并症則应停药。

对有肝肾等疾患或因其他原因不能服用氯丙嗪者可用奋乃静（治疗量20—30毫克/日）、三氟拉嗪（治疗量20—50毫克/日）或泰尔登（剂量及服法同氯丙嗪）。

（四）电休克及胰岛素休克治疗。

（五）針灸治疗：躁狂者針內关、神門，中刺激；足三里、阳陵泉，强刺激。抑郁者針天柱、神門、足三里，中刺激。

附：神经系统检查法

遵照伟大領袖毛主席关于"**删繁就简**"的教导，結合临床实际需要，提出神經系統簡易检查法。同时附神經系統較全面检查法以供必要时参考。

一、神经系统简易检查法

（一）瞳孔形状和大小，瞳孔对光反应。

（二）眼球位置及眼球运动（向上、下、內、外），眼球震顫。

（三）面肌对称否（睑裂、抬头紋、鼻唇沟、口角）。

（四）舌伸出偏斜否、舌纖維震顫、舌肌萎縮。

（五）四肢随意运动有无癱瘓（偏癱、截癱、四肢癱），有无肌萎縮。

（六）輪替运动，指鼻試驗，膝踵試驗，閉目站立等共济运动如何。

（七）腱反射（二头肌反射、三头肌反射、膝反射、跟腱反射）是否对称，有无減弱、消失或亢进。

（八）有无病理反射（霍夫曼及巴彬斯基反射）。

（九）有无脑膜刺激征（項强直及克匿格征）。

（十）眼底有无变化（乳头水肿、萎縮、网膜动脉硬化等）。

二、神经系统检查法

颅神经共十二对

（一）嗅神經　注意鼻孔有无阻塞。然后分别試左右鼻孔，可用烟草、樟脑等物，嗅知有味即屬正常（但鼻部病变常影响检查）。

（二）視神經

1. 視力　用視力表检查視力減退的程度（失明、光感、指动、数指或正常）。

2. 視野　用視野計或床边簡单检查法，有无視野缺損。

3. 眼底　注意血管改变，視神經乳头顏色、边界，有无出血、滲出物等。重点检查眼底有无視神經乳头水肿、萎縮，視神經炎，視网膜动脉硬化等。如視神經乳头水肿常見于顱內压增高的病人。

（三）动眼、滑車及外展神經

眼球有无陷入或突出，瞼裂与瞳孔的大小，瞳孔二側对称否，瞳孔直接和間接光反应、調节反应等。

眼球向各方向运动受限制否，有无眼球向一側，同向斜視或运动分离，有无眼球震顫，有无复視（肌麻痹）。

常見病理体征：1. 动眼神經麻痹　即病側上瞼下垂，眼球外展位，眼球向上、下、內运动受限，瞳孔散大，光反应消失。此症多見于脑血管病人（如动脉瘤压迫）或脑压高病人发生脑疝时。2. 霍納(Horner)氏征：瞳孔小，光反应存在，瞼裂小，眼球內陷，同側面部及頸部不出汗。此症可見于延髓背外側部病变，第二胸髓以上脊髓病变，以及頸肋，主动脉瘤，纵膈肿瘤，肺尖、食道病变，甲状腺肿瘤等。3. 两眼球向一側斜視　多見于脑血管病时，常向病灶側斜視。4. 眼球震

顫　常見于迷路或前庭刺激性病变，小腦病变，部分腦干病变亦可見到，此外亦見于巴比妥类药物中毒时，此时常伴有瞳孔縮小。

（四）三叉神經

1. 运动　嚼肌和顳肌的力量如何，是否有萎縮，张咀时下頜偏斜否。

2. 感覚　面部的感覚有无障碍（分眼支、上頜支及下頜支）。

3. 反射　角膜反射，下頜反射。

（五）面神經

1. 感覚（味覚）　同側舌前 2/3 味覚。

2. 运动　注意鼻唇沟深淺、两側是否对称，抬眉皺眉，用力閉眼，閉口鼓頰，露齿，笑等动作时，两側面部是否对称。

常見的病理体征为面神經麻痹：如病側鼻唇沟淺，口角下垂，鼓頰漏气，露齿时咀向健側歪，眼瞼閉合不严，抬头紋減弱或消失——为面神經周圍性麻痹，此症多見于面神經炎，腦干病变。如瞼閉合良好，抬头紋对称存在——为面神經中枢性麻痹，此症多見于大腦半球病变（如腦出血，腦血栓和腦瘤）。

（六）听神經

1. 听力检查　有无耳鳴、耳聋（用音叉检查是传导性耳聋，或神經性耳聋）。

2. 前庭机能检查

（七）舌咽，迷走及副神經延髓部

有无声哑，喝水嗆。令病人张咀喊“啊”时观察有无軟腭麻痹及悬壅垂偏斜，咽反射存在否（两側分别检查）。舌后1/3味覚。

（八）副神經脊髓部

检查胸鎖乳突肌，三角肌上部的运动力量（如轉头聳肩等）。

（九）舌下神經

张咀伸舌有否偏斜，舌肌有无萎縮，有无舌肌纖維震顫。

病理体征：1.舌下神經周围性麻痹　伸舌偏向病側，有舌肌萎縮，舌肌纖維震顫。2.舌下神經中枢性麻痹　仅伸舌偏向病灶对側，此症多見于腦血管病（如腦出血、腦血栓）。

运动系統

（一）步态　令病人下地行走，观察其步态样式，以及上下肢合作情况。

如小腦病变时，步态蹣跚。双下肢輕度截癱者，步行时，双膝內收，两腿交叉前行如剪刀。

（二）异常运动　如痙攣、震顫、肌纖維震顫，舞蹈样运动。

（三）随意运动　运动范围、运动力量、有无麻痹（完全性或不完全性麻痹）。

（四）肌张力　被动运动患者的肢体，試驗肌张力弛緩或增强。

（五）共济运动　1.一般观察　穿衣，扣鈕，穿鞋，端杯等动作准确性。2.协調动作　指鼻試驗，跟膝試驗，輪替运动等（二側对比）。3.平衡　閉目能否站稳。

（六）肌肉营养　有无肌萎縮或肥大。

（七）小腦机能　共济运动，肌张力，运动震顫（令其作某种动作时，其肢体即显震顫，尤以达到目的时为甚）。回跳現象，閉目伸臂，眼球震顫，言語障碍（迟緩或发音含糊）。

附：1.麻痹（癱瘓）　分为中枢性和周围性麻痹（区别見

附表二)。2. 麻痹（瘫痪）常見的有以下几种：偏瘫(即半身不遂）常具有中枢性麻痹的特点，多見于脑血管病患者。截瘫(双下肢或四肢瘫）具有中枢性麻痹特点及传导性感覚障碍和膀胱括約肌障碍。多見于脊髓病变或脊柱病变。四肢瘫具有周围性麻痹的特点，可有手套或袜子样感覚障碍。見于多发性周围神經炎。3. 小脑病变　步态蹣跚，共济失調，肌张力低下，眼球震顫等症状。4. 脑干病变　病灶侧有顱神經周围性麻痹，对侧有肢体瘫痪。5. 大脑半球病变　病灶对侧有顱神經及肢体的中枢性麻痹。左侧半球病变者可有失語症（指平时用右手的人)。

感覚系統

（一）淺感覚

1. 触覚　棉花束在皮肤上划或点。

2. 痛覚　針刺皮肤。

3. 溫度覚　玻璃管盛以冷水或溫水分别試驗之。

4. 压覚　各种鈍物輕压之。

（二）深部感覚

1. 定位感覚(肌肉及关节）　閉目令其說出肢体被放置的位置或令其正常肢体作与受累肢体相似的姿势。

2. 被动运动覚　說出肢体运动方向及运动程度。

3. 震顫覚　用音叉置于骨凸处检查之。

4. 深部压覚　鈍物压迫或手捏其肌肉或肌腱。

（三）复杂感覚

1. 皮肤定位感覚　閉目，用物触身体受累区域，令病人說出或用手指示被触之处。

2. 两点区别覚

3. 辨实体感覚　令病人閉目，用手摸一熟悉的物件，說出

其名称，大小、粗細、方圓、軟硬、形状等。

附：感覚1.（根式及周围神經）分布图見图17—19。2.由于感覚传导通路受損部位不同，感覚障碍常分为以下几种类型：（1）末梢型　感覚障碍在肢体远端，常呈手套和袜套样的分布，各种感覚均有障碍。（2）神經干型及神經丛型　相应之支配区，有各种感覚消失或減退，可伴有疼痛。（3）后根型　損害区各种感覚均消失或減退，呈节段性分布。（4）后角型及前連合型　发生节段性疼痛，溫度覚障碍，而触覚及深部感覚保存（称分离性感覚障碍）。（5）传导束型感覚障碍　受損部位以下感覚障碍。（6）丘脑、內囊、皮层之感覚障碍　多半为对側半身感覚障碍。丘脑病变可有偏身疼痛。

反　射

（一）正常反射　（参見附表一）。

1.顱神經反射　角膜反射，眼顏面反射，咽反射，下頜反射。

2.皮肤反射　腹壁反射，提睾反射，蹠反射，肛門反射。

3.深反射（肌腱、骨膜反射）　二头肌反射，三头肌反射，橈骨反射，尺骨反射，膝反射，跟腱反射。

（二）病理反射　常見两种如下：

1.霍夫曼（Hoffmann）反射　以右手之食、中两指夾持患者一手之中指末端，使其余各指之掌指关节屈曲，而指間关节伸展，后以拇指将患者之中指向屈側拨动，如其余四指亦随之作屈曲运动，即为霍夫曼反射阳性。

2.巴彬斯基（Babinski）反射　用右手持鈍尖之物（如棉棒）刺激病人脚之蹠面、起始于足跟沿近外緣处直向趾端划之，再弯向內側划之。典型之巴彬斯基反射为蹈趾向背屈，其余四趾稍向蹠面屈，并呈扇形外展如图16。

（三）临床意义

1. 反射可以帮助判断瘫痪情况及神經受損之部位。

2. 检查时須注意两側反射是否对称，如不对称，則常为神經系統受損之一种表現。

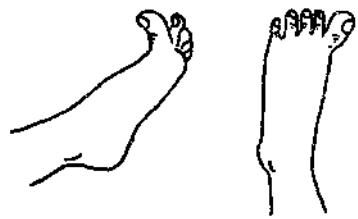


图 16　巴彬斯基阳性模式图

3. 反射減弱或消失，見于周围神經、神經根、脊髓灰质的病变，有时亦見于中枢神經病变的急性期。

4. 反射增强（亢进），見于中枢神經病变（錐体束），亦見于某些神經官能症时（对称性反射亢进）。

5. 病理反射之出現，为中枢性病变的一种表現，尤其巴彬斯基反射診断意义較大。

植物神经系統

（一）括約肌机能（大小便情况）。

（二）血管舒縮反应。

（三）竪毛反射。

（四）营养改变。

（五）出汗情况。

（六）性机能障碍。

脑膜刺激体征

（一）頸强直　脖子发硬，被动屈曲时有抵抗。

（二）克匿格（Kernig）征　使病人仰臥，完全屈其髖关节，继之伸直膝关节，如不能超过 135 度即遇抵抗或病人感覚疼痛时即为阳性。

附表一　　生　理　反　射

反　射	检查法	反　应	肌　肉	传导之神经	反射中枢
角膜反射	细棉絮轻触角膜	闭眼睑	眼轮匝肌	三叉神经，面神经	脑　桥
眼颜面反射	闭目用手指压眼球	同侧眼睑及面肌收缩			大脑皮质
咽反射	压舌板轻触咽后壁	软腭上举，恶心	诸咽缩肌	舌咽迷走神经	延　髓
上腹壁反射	划上腹部皮肤	上腹壁收缩	腹横肌	肋间神经	胸7—8
中腹壁反射	划中腹部皮肤	中腹壁收缩	腹斜肌	肋间神经	胸9—10
下腹壁反射	划下腹部皮肤	下腹壁收缩	腹直肌	肋间神经	胸11—12
提睾反射	划大腿上部内侧皮肤	睾丸上举	提睾肌	生殖股神经	腰1—2
跟反射	轻划足底外缘	足趾及足向跖面屈曲	屈趾肌等	坐骨神经	骶1—2
肛门反射	轻划或针刺肛门附近	外括约肌收缩	肛门括约肌	肛尾神经	骶4—5
下颌反射	轻叩微张之下颌	下颌上举	嚼　肌	三叉神经第三支	脑　桥
二头肌反射	叩诊锤叩二头肌腱	肘关节屈曲	二头肌	肌皮神经	颈5—6
三头肌反射	叩诊锤叩三头肌腱	肘关节伸直	三头肌	桡神经	颈6—7
膝反射	叩击膝盖下四头肌腱	膝关节伸直	四头肌	股神经	腰2—4
跟腱反射	叩击跟腱	足向跖面屈曲	腓肠肌	坐骨神经	骶1—2

附表二　　中枢性麻痹与周围性麻痹的区别

中　枢　性　麻　痹	周　围　性　麻　痹
1.肌群或肢体常为广泛麻痹	1.肌群或肢体常为局限性麻痹
2.肌张力增强、痉挛	2.肌张力减退、弛缓
3.腱反射亢进	3.腱反射减弱或消失
4.有病理反射	4.无病理反射
5.无肌萎缩	5.有肌萎缩

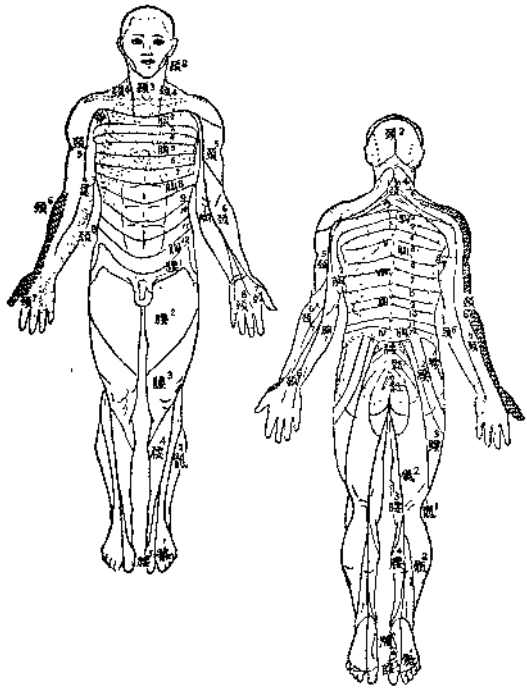


图 17　躯体浅层感觉根式分布图

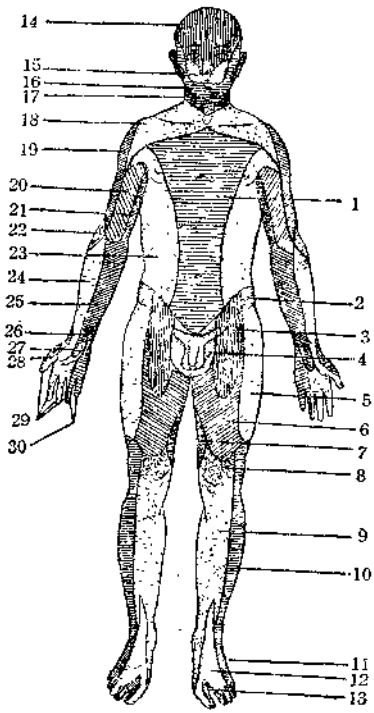


图 18　躯体前侧皮肤周围神經分布图

1. 肋间神经（前侧皮支）
2. 髂腹下神经（前侧皮支）
3. 生殖股神经
4. 髂腹股沟神经
5. 股外侧皮神经（皮支）
6. 股神经（皮支）
7. 闭孔神经（皮支）
8. 内侧隐神经（髌下支）
9. 内侧隐神经（小腿内侧皮支）
10. 腓总神经（腓肠外侧皮神经）
11. 胫神经（外侧隐神经）
12. 肌皮神经（腓浅神经）
13. 腓深神经（胫骨前神经）
14. 三叉神经（眼支）
15. 三叉神经（上颌支）
16. 三叉神经（下颌支）
17. 颈皮神经
18. 锁骨上神经
19. 腋神经（臂外侧皮神经）
20. 前臂外侧皮神经（臂前侧皮支）
21. 臂内侧皮神经
22. 桡神经（臂后侧皮神经）
23. 肋间神经（外侧皮支）
24. 肌皮神经（前臂侧皮神经）
25. 前臂内侧皮神经
26. 尺神经（掌支）
27. 正中神经（掌支）
28. 桡神经（浅支）
29. 正中神经（指掌侧神经）
30. 尺神经（指掌侧神经）

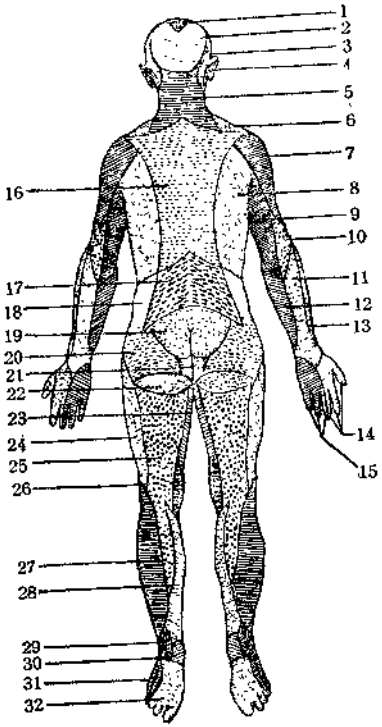


图19　躯体后侧皮肤周围神經分布图

1. 三叉神经（眼支）
2. 枕大神经
3. 枕小神经
4. 耳大神经
5. 颈神经（后支，颈3—7）
6. 锁骨上神经
7. 腋神经
8. 肋间神经（外侧皮支）
9. 臂内侧皮神经
10. 桡神经（臂后侧皮神经）
11. 桡神经（前臂背侧皮神经）
12. 前臂内侧皮神经
13. 肌皮神经（前臂外侧皮神经）
14. 桡神经（浅支）
15. 尺神经（手背支）
16. 胸神经后支
17. 腰神经后支
18. 髂腹下神经皮支
19. 骶神经后支
20. 腰神经
21. 尾丛皮支
22. 股后皮神经
23. 股神经（皮支）
24. 股外侧皮神经
25. 股后皮神经
26. 闭孔神经（皮支）
27. 腓总神经（腓肠外侧皮神经）
28. 内侧隐神经
29. 胫神经（跟外侧支）
30. 胫神经（跟内侧支）
31. 胫神经（足底外侧神经）
32. 胫神经（足底内侧神经）

第十一章　内科传染病

第一节　流行性感冒（流感）

流感是由病毒所引起的有高度传染性的呼吸道传染病，多流行于冬末春初，平时可散在发生，因其传播快，容易发生流行甚至世界性大流行。病毒存在于急性期病人的鼻涕、唾液和痰液中，主要經空气飞沫传染，任何年龄均易感染本病，病后可获得免疫性，但持續时間較短（1—2年）。

临床表现　和流感病人接触后，經过1—2天（数小时—4天）发病，常常发病很急，先有发冷、发烧，体溫很快上升到39—40°C，随之有全身不适，四肢疼痛，头痛、头昏、眼球后痛，有时发生恶心、呕吐，常有或輕或重的上呼吸道症状，如咳嗽、打噴嚏、流鼻涕、嗓子痛等，小儿可有抽风或腹泄。病人常呈衰弱无力状，顏面潮紅，眼結膜充血，鼻部或嗓子可有充血水肿，胸部检查可能有支气管炎征象。上述症状多数在1—2天达到最高峰，在3—5天內随着体溫迅速下降，各种症状逐漸消退，全病程一般不超过7天，但体弱无力可持續1—2周。

流感病毒可引起小儿肺炎的流行，其临床特征是发病急，呈高热且持續时間长（多在8—14天退热），气喘重，肺部可听到干湿性罗音，并可伴有昏迷，抽风或心力衰竭等征象。抗菌素治疗无效果，病死率較高。如年老体弱或小儿在流感发病后3—4天，高热不降，鼻涕增多，咳嗽加重，痰变粘稠是流感并发了上呼吸道細菌性感染的征象。还可并发肺炎，中耳炎，鼻竇炎等继发性細菌感染，在治疗中均須注意。

诊断　在流行期間流感的診断并不困难。特点是发病急剧，于短期內有大量病人发病，高烧、头痛、四肢疼痛、周身无力等中毒症状較重，但呼吸道症状并不明显。病程一般不超过一周。白血球計数正常或減低。在非流行期間的散发病例，診断不易，須与普通感冒，急性扁桃体炎，上呼吸道感染及其他传染病的早期相鑒别。

（一）普通感冒（伤风）　本病亦为病毒所引起的呼吸道传染病，多发生于气候突变时，过劳、着凉容易誘发本病。发病較流感緩慢，打噴嚏、流涕、鼻子不通气、咳嗽等上呼吸道症状較明显，不发烧或仅有微热，周身症状輕，可有疲倦、头痛，四肢腰背酸痛等，恢复快，病程 1—7 天，与輕型流感在临床上不易区别。

（二）急性扁桃腺炎　发热高，嗓子痛，扁桃体紅肿有脓点。

防　治

（一）流感传播迅速，容易发生大流行，常在短期內有大量病人发病，影响生产很大，須要注意預防，应加强卫生宣传教育，发动群众，早期发現病人，早期隔离治疗。如集体单位陆續发現流感病人，应上报有关部門，立即就地隔离。病人应隔离到热退后 24 小时，对隔离者的分泌物及被污染的用具，用0.5%漂白粉澄清液进行消毒。

（二）在流行期間除切实做好早发現、早报告、早診断、早隔离、早治疗以外，更須加强公共場所，集体单位的卫生管理，加强室內通风換气，并应尽量減少大型集会，参加集体活动应带口罩。在流感流行初期，如条件許可，可在集体易感人群中突击接种当地流行的流感疫苗。

（三）一般流感患者，用中药銀翹解毒丸或羚翹解毒丸

及退热止痛药，祛痰剂等药物，多飲水，适当休息即可。高热，中毒症状严重者可加用静脉滴流 5% 葡萄糖盐水，有继发細菌感染者宜用抗菌素。

第二节 伤 寒

伤寒是伤寒杆菌侵入人体引起的疾病，因飲食物和水被污染而传播。伤寒杆菌对外界环境适应力强，耐低溫，在粪便中可維持 1—2 个月不死，冰冻情况下生存数月，故传播机会較多。

临床症状 感染伤寒后，潜伏期平均 10—14 天。起病緩慢，全身不适，食欲不振，体溫逐漸上升，患者病情亦逐漸加重。自第二周开始体溫达40°C左右，呈稽留热型，脉搏相对徐緩。胸腹部出現皮疹，淡紅色稍隆起，直径約 2—4 毫米，約十数个，經 3—5 日消失。患者神志迟鈍，耳聋，譫語昏睡，精神症状較重。脾脏肿大。

在病程第 3—4 周，患者体力衰弱，常易出現严重并发症。因伤寒杆菌进入腸道后，即侵入腸道淋巴組織，使发生炎症，肿胀坏死，病程第 3—4 周时，坏死部分常有脱落形成潰瘍，成为腸出血，腸穿孔的原因。

約在第四或第五周，体溫逐漸下降，患者逐漸恢复。

诊断 凡原因不明的持續高热，白細胞总数較低，应想到伤寒病可能。肥达氏反应有助診断，必要时做血及便的伤寒杆菌培养，并应与以下疾病鑒别：

(一)粟粒結核 发烧不規則，盜汗，无精神症状，肺片可有粟粒状阴影，有結核接触史。

(二)斑疹伤寒 流行于冬春季，头痛，全身肌肉疼痛，皮

疹多、四肢有发疹，疹多为出血性，白細胞总数高。

并 发 症

(一)腸出血　大量腸出血时，体溫驟降，患者恐惧不安，面色蒼白，呼吸迫促，出冷汗，脉弱快，血压低甚至发生休克，排出柏油便或血性便。血紅蛋白降低。

(二)腸穿孔　在病程2—3周，有腹胀，腹泻症状的病人容易有此并发症。患者右下腹驟起劇痛（因伤寒穿孔多在回腸末端）。伴有恶心呕吐。检查，皮肤冷汗，脉快，局部有腹膜炎体征。白細胞增高。

小儿伤寒病特点　发病較急，病程短，症状輕，弛张热型較多。玫瑰疹很少出現，白細胞多不降低。并发症主要为肺炎、支气管炎、腸出血及穿孔很少見，有腸穿孔时，腹膜炎征状不显著，以煩躁不安，腹胀呕吐为主要表現。

防　治

(一)伤寒病主要通过飲食，用具，及水源污染，蠅的传播而感染，防治工作应以認眞做好飲食卫生管理，水源保护，粪便管理及灭蠅工作为主（参見传染性肝炎防治項）。

(二)流行季节普遍进行伤寒疫苗預防接种，是防治重要手段，能显著降低发病率。

(三)早期隔离，治疗病人。病人食物，食具，日用器物应隔离及消毒，粪便以漂白粉、石炭酸或石灰乳处理，衣物煮沸消毒，被褥等在日光下曝晒。

(四)特效疗法　氯霉素每日…克，小儿按每公斤体重25—50毫克，分四次服。合霉素用倍量。用药期間注意白細胞变化，显著減少时，应換用其他药物，如呋喃西林，呋喃唑酮按每公斤体重20毫克为一日量，分4—6次口服，体溫下降后減量1/3，继續用12—14天。

(五)一般及对症疗法

1. 伤寒病人的飲食，必需注意。发热期間采用流质或半流质飲食。应少量多餐，热退前后，病程2—4周时腸道病变較重，食物应用易消化，无渣飲食，以防引起并发症。每日入水量应在3,000毫升左右，重症患者靜脉滴入10%葡萄糖或生理盐水，以补充营养及水份。口服維生素B，C等。

2. 兴奋狂躁时，用巴比妥，水合氯醛等鎮靜药物，保証休息睡眠。高热时最好物理降溫，或小剂量解热剂，但須防止虛脫。腹胀时肛門管排气、便秘时用甘油30毫升加等量水灌腸。

3. 經常翻身，防止褥疮及墜积性肺炎，并随时注意腹部症状，体征变化，以防胃腸道并发症发生，必要时查便匿血及血紅蛋白，白細胞的变化。

(六)并发症处理

1. 腸出血　暫停飲食，靜脉輸液10%葡萄糖及生理盐水。出血量較多应輸血。精神不安可給巴比妥鎮靜剂。注意观察体溫，脉搏，血压变化。

2. 腸穿孔　应早期手术治疗，可联合应用氯霉素及金霉素等以控制腹膜炎。

第三节　菌　　痢

菌痢是夏秋季节多发的腸道传染病，痢疾杆菌存在于病人的粪便中，可由于污染食物，食具，水源，及蒼蝇的传播而传染給健康人。

急性細菌性痢疾　起病急，发冷，发燒，头痛，恶心呕吐，大便最初为稀水样量較多，下腹痛，逐漸轉为粘液脓血性便。

因菌痢的病变主要在乙状結腸及直腸区，患者腹泻次数頻，便量少，有时仅排少量血性粘液，里急后重明显，肛門灼痛，有时脫肛。下腹压痛，左側較重，有时捫到乙状結腸痙攣呈索状压痛。腹泻严重病例，可出現脫水及酸中毒症状。

急性中毒性痢疾多发生于2—7岁小儿（見小儿科部分）。

慢性細菌性痢疾　常是急性菌痢期間拖延了治疗、或治疗不彻底，以及体弱等因素而使腸道症状不恢复，超过两个月以上者，即为慢性菌痢。症状表現为經常腹涨，消化不良，常因飲食不当，腹部受凉，过劳等誘因而使痢疾症状反复发作，便次数增多，下腹陣发性疼，便中出現粘液及脓。患者劳动力減弱，常有貧血及維生素缺乏等症状。

防　治

（一）开展群众性爱国卫生运动，改善公共卫生是預防本病的关鍵。加强飲食卫生管理，水源管理及糞便管理，灭蠅等。个人卫生要做到飯前便后洗手，不食生冷不洁飲食。食具消毒等。

（二）及时治疗病人，进行一般腸道传染病隔离，特别注意飲食，食具，便器分开使用。以及糞便消毒处理。

（三）一般对症疗法　急性期給少渣易消化流质飲食。呕吐不能进食及脫水病人，給10%糖，或1：1糖盐水靜脉滴流，应保持每日尿量在1,000毫升以上。有酸中毒症状，視病情給不同量的11.2%乳酸鈉及4%的炭酸氢鈉。发烧給索密痛等解热剂。腹痛时用顛茄片，每片10毫克，成人一次1—2片，或皮下注射阿托品0.5—1毫克。

慢性菌痢必須注意保持生活規律性，避免生冷及不易消化飲食。有維生素缺乏症状者給予补充，如維生素B$_1$10毫克，每日3次，維生素C100毫克，每日3次，叶酸5毫克，每日

3 次，或維生素 B_{12} 100 微克，每日一次肌注。重症及貧血者可考虑輸血以改善机体反应。

(四)葯物治疗　下述葯物可单用或联合应用，一般急性菌痢用葯一周，慢性者根据治疗反应可变换应用，治疗时間要长。

1. 氯霉素，常用 0.25 克，每 6 小时一次，合霉素效果相同，葯量加倍。

2. 土霉素，金霉素，四环素目前也經常应用，剂量同合霉素。

3. 抗菌止痢片（含鏈霉素及磺胺胍）成人 4—5 片，每日 4 次。

4. 呋喃西林，呋喃唑酮，成人 100 毫克，每日 3—4 次。小儿每天每公斤体重 10 毫克，分 3 次服。

5. 黃連素，成人 200 毫克，每日 3—4 次，儿童每天每公斤体重 10 毫克，分 3 次服。

(五)灌腸疗法　慢性患者可以采用 5 %大蒜浸液 100 毫升，每日一次，或 1:5000 过錳酸鉀，或 1:5000 硝酸銀溶液，每日灌腸 1 次，共 10—12 次为一疗程。

(六)新針疗法　对急慢性痢疾疗效都很显著、丰富了祖国医学遺产，为多快好省的治疗多发病闖出了新路。常用穴位：止泻、关元、足三里。

第四节　阿米巴病

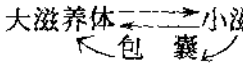
病因　溶組織阿米巴原虫的感染。

溶組織阿米巴原虫有三种形态存在，即：大滋养体、小滋养体及包囊。大滋养体：活动能力强，但对外界的抗力弱，在便

液中只能生活二小时，则自身分解。在不利的条件下成小滋养体长期在人体内存在。

小滋养体：活动能力弱，不能溶組織及吞噬紅細胞，能形成包囊排出体外，有利条件下还成大滋养体。

包囊：无活动能力，但对外界的抗力强，常温中能生活2—4周，水中生活月余，蒼蠅消化道中能生活40—50小时，60°C水中能生活10分钟，包囊为散布中的唯一的形态。



流行病学 我国南北方均有散发，多見于秋季、男性患者多于女性患者。

通过污染的食物水源及器皿經口感染。病人及包囊携带者是传染源。

一、阿米巴性痢疾

临床表现

潜伏期 1—2周或长达数月不等。

前驅期 初起病較緩，上腹不适、发胀、納食不佳。

发展期 腹泻：先为稀水样便，一两次，可即有脓血粘液便，每日十余次，便代有腥味；腹痛：程度不一，可为下腹絞痛（陣发性的）也可为波及于全腹疼或輕度下腹疼；全身乏力，納食不佳，可中热，腹泻严重則有輕度脱水。

转归：数日，可自行緩解或轉为慢性型。

（一）几种非典型的

1. 暴发型：潜伏期短在三、二日，起病急；全身中毒症状：高热畏寒，譫妄，昏迷，脉速有力；腹泻：每日10—20次以上水样及血水便；腹痛：激烈的腹疼多呈陣发性疼痛，于下腹有明显的压痛点，腸音亢进。里急后重明显。临床上各种表現

类似急性菌痢，可能伴有細菌感染有关，病度发展可呈腸出血及穿孔，也可1—2周內死于毒血症。

2. 无症状型的　感染后呈无症状的包囊携带者，經常发生腹胀不适。不定位的腹疼，大便偶有数日腹泻，一般无脓血。

（二）慢性型　急性期感染諸型，未能經治愈好，故而轉为慢性期，經常反复发作，消化不良及普通型痢疾表現，多并有其他腸外阿米巴。

诊断　靠临床表現，在大便中找到溶組織阿米巴原虫的大滋养体或包囊。

与菌痢之主要区别点为：发病緩，全身感染中毒症状較輕，便次数少，直腸刺激症状輕，便中可查到阿米巴原虫。

防治　預防措施与菌痢同。患者应按消化道传染病隔离治疗。

（一）吐根素　急性感染及并发肝脓肿时效果良好，但毒性大，对心肌有損害，应用时須慎重。注射前測血压，如发生血压低及末梢神經炎症应停用。成人每天两次深部肌注，每次0.03克，連續6天。儿童每日量按每公斤体重1毫克計算。

（二）卡巴砷　成人每次0.25克，每日2次，小儿每公斤体重每次3—4毫克，每日2次。用葯10天。

（三）喹碘方（葯特灵）　成人0.5克，每日3次，連用10日。

（四）抗菌素　金霉素，土霉素皆有一定杀灭原虫作用，按0.25—0.5克，每6小时一次，10日为一疗程。

（五）大蒜　每日服大蒜（紫皮較好）一头，共10日，有治疗及預防作用。

二，阿米巴肝脓肿

病因及感染途径　阿米巴原虫大滋养体，腸道阿米巴原虫經腸壁靜脉，进門靜脉而抵肝，或經淋巴管至肝或穿过腸壁

(結腸肝曲)而直接进肝。

临床表现 起病多緩慢。

(一)发热：长期不規則热或突然恶寒高热，39°C上下，并自汗和盜汗。

(二)肝大、肝区疼痛：病变多为右叶，故其疼痛除肝区外多有右肩右下胸、呈續性鈍痛或尖銳性刺疼。肝大肋下2厘米以上，质軟緣鈍有触痛，局部有肌紧张。

(三)反应性胸膜炎：偶有病人可有右側胸膜炎，发生胸膜摩擦音或少量积水。

(四)肺不张：肺因膈肌高位而不张。

(五)消耗病容：消瘦貧血，輕度浮肿。

实验室检查 白血球增高，15,000—20,000个/立方毫米，中性白血球80%。大便查阿米巴包囊，阳性率約30%。

诊断 阿米巴病史及流行区。发热、肝大、有局限性压痛(右腋中綫7—8肋)，反应性胸膜炎及肺不张等有助診断。实驗室检查有白血球增高，便中查出包囊。其他：X綫及肝試驗性穿刺有助診断。

鉴别诊断

与細菌性肝脓肿鉴别如下表：

	阿米巴肝脓肿	細菌性肝脓肿
病史	阿米巴病史	敗血症及胆道感染史
症状	起病慢	起病急
肝脏	大	不明显
肝液汁	咖啡色	黃白色
血培养	无菌生长	多有菌生长
白血球	不超过20 000个/mm3	超过20,000个/mm3

治　疗

(一)抗阿米巴治疗：多用依米丁(即吐根素)，氯喹(0.25克，每日三次)或阿的平(效果次于氯喹)。

(二)肝穿刺排脓。

(三)支持治疗：加强营养，适当輸血，补液及对症治疗。

(四)外科切开排脓。

(五)为了根治可能存在的腸阿米巴病，用上述药治愈后，应服一疗程卡巴胂或喹碘方。

第五节　传染性肝炎

传染性肝炎是肝炎病毒引起的传染性疾病，发病比較緩慢，突出症状为疲乏无力，食欲不振，多数病人厌油食，腹胀，恶心呕吐，或有腹泻等胃腸症状，少数病人有发烧，头痛，全身不适，咳嗽类似感冒，故发病似有感冒型，胃腸型之分。多有肝大，肝区触痛及叩打痛。发病一周以后，部分病人出現黃疸，有上述症状而无黃疸发生者，称无疸黃型肝炎。

黃疸型肝炎　于病后一周左右，尿色加深，尿中胆紅质可呈阳性，继之巩膜而后皮肤出現黃染。这时食欲及一般症状稍有好轉。随黃疸增重，尿色深如浓茶，便色变淺，可有短时期灰白色便。肝大，触痛叩痛明显，部分病人有脾脏肿大。化驗肝功，多有明显改变。黃疸持續期間，一般平均約2—4周，以后随黃疸漸退，所有症状逐漸減輕，脾、肝回縮或变小，患者漸漸恢复，整个病程約2—3个月。

无黃型肝炎　发病率远較黃疸型为高(可达数十倍)。症状較黃疸型为輕，病情发展較慢，肝功变化也較輕，多数在3个月左右恢复，少数病例迁延时間較长。

急性坏死型肝炎　黃疸型肝炎中，极少数病例，黃疸迅速增重，衰弱无力明显，恶心呕吐严重，出現精神症状，意識恍惚，狂躁不安，神志不清，嗜睡，这时由于肝脏出現大块坏死溶解，肝脏迅速縮小。叩診肝区縮小，或为鼓音代替。呼吸有肝臭味，呕吐血性物，皮肤粘膜有出血現象，因肝功衰竭而出現肝性昏迷，称为急性坏死性肝炎。

小儿肝炎　发病率較高，症状輕于成人，常表現不活泼，面色不好看，食欲減退，腹痛，易誤認为蛔虫病。黃疸型病例，黃疸輕，持續时間短，多能在1—2月內恢复。一岁以下嬰儿发生肝炎預后較差，易于发生肝功衰竭。

慢性肝炎　部分急性肝炎病人，迁延不愈超过一年以上即屬慢性肝炎，可能与体弱，同时伴有其他慢性疾病，未能得到及时合理治疗等因素有关。

慢性肝炎活动期　患者自覚症状較重，肝脏肿大，有明显触痛及叩痛。脾大，肝功化驗可有改变，于观察过程中，肝、脾大小及质地有动态变化。如經适当治疗，大部分病人可轉为靜止。

慢性肝炎靜止期　是疾病处在較稳定状态的一种表現，患者症状較輕，有体力差，易疲乏。肝区不适或疼痛，食欲，睡眠，腹胀等症状时好时坏。肝大，触叩痛不明显，脾多摸不到，或于观察中无动态变化。肝功化驗多屬正常范围。适当創造条件，多数病例能轉入恢复阶段。

诊断与鑒别要点

（一）黃疸型肝炎　于黃疸出現前注意查尿有助早期診断，此时血清轉氨酶常上升在100单位以上。黃疸出現后应与下列疾病鑒别：

1. 胰腺头癌　中年以上病人，无肝炎早期症状，出現无痛

性黄疸，常可触到肿大胆囊。

2. 胆囊炎，胆石症　常有反复上腹疼痛及黄胆病史。可有发烧，白血球增高，胆囊区触疼，肌紧张等炎症現象。

（二）无黄疸型肝炎　必須詳細检查、綜合判断（如自覚症状，客观检查，肝功化驗，以及接触史等），必要时动态观查，并应除外其他可能性疾病如：

1. 神經官能症　多有精神过度刺激因素，病情随情緒波动明显，肝功化驗正常，肝不大，或无动态变化。

2. 注意除外其他引起肝大的疾病如腹部結核，胆道疾病，内脏下垂等（参考内科有关章节）。

流行因素与防治

（一）传染性肝炎主要通过食物，食具及蝇的传播而感染。所以飲食卫生很重要。

1. 集体单位食堂卫生要加强管理，炊事人員注意个人卫生宣传教育，定期健康检查。

2. 食具煮沸消毒应至少 15 分钟，或自备食具。

3. 飯前便后洗手。

4. 消灭蒼蝇。

（二）水源感染可造成較大流行，应加强水源，粪便管理，水井应有井台，井盖。便所，粪堆，垃圾堆等应远离水源。

（三）使用不洁注射器，針头，輸血也可引起感染传播，所以医疗工作中必須有严密无菌消毒观念，严格检查血源。

（四）本病儿童多見，常在托儿所等集体单位流行。除加强飲食卫生管理以外，定期进行保育人員及儿童健康检查，早期发現，隔离病人。

（五）自潜伏期末，到病后四周具有传染性，因此早期发現隔离很关重要，隔离日期不短于病后 30 日，主要为食物，食

具，便器隔离。粪便用倍量石灰拌合，或深埋处理。

（六）被动免疫有一定保护作用，适用于孕妇，体弱多病小儿而有密切接触史者。胎盘球蛋白每公斤体重0.1—0.3毫升肌注，或丙种球蛋白每公斤体重0.06—0.15毫升肌注。

（七）治疗工作必须突出政治，运用矛盾对立统一的观点，观察疾病的特殊规律指导治疗，创造有利条件促使矛盾转化。悲观的論点，无所作为的論点都是錯誤的。目前保肝药物极多，而疗效不确定的情况下，必须批判治疗当中的"唯武器論"。**"对于病，要有坚强的斗争意志"**，充分发揮患者的主观能动性，**"让体内慢慢生长抵抗力和它作斗争直至最后战而胜之"**，应是最高战略指导思想。

1. 适当限制体力活动，急性期应严格休息，黄疸減退，其他症状好轉，在严密观察下逐漸增加体力活动，慢性肝炎活动期要限制体力活动，最好采取集体疗养办法，有一定組織生活及力所能及的劳动。慢性静止期病人应注意減輕不必要的家务負担（包括节制生育），也可根据工作性质，体力状况，減輕一定体力活动。

2. 保証睡眠，对病人恢复体力減輕症状很重要。必要时用药物协助，如眠尔通，利眠宁，不用巴比妥类药物。应了解病人思想情緒做針对性思想工作，減輕思想負担，在慢性病人尤其重要。

3. 适当飲食营养，急性期应进清淡飲食，食欲不好或有呕吐病人，每日10%葡萄糖1,000—1,500毫升，加維生素C 500毫克，静脉滴注，有助恢复。食欲好轉后，不必大量服糖保肝，以免抑制食欲。恢复期及慢性病人，应吃易消化富于維生素食物，如米面，薯类，青菜，并尽可能增加蛋白质食物，如豆类，蛋类。

4. 药物辅助治疗　进食后营养较差病人給以維生素类药物，維生素 B_1 10—20 毫克，維生素 C 100—200 毫克，酵母片 3—5 片，皆每日 3 次。維生素 B_{12} 50—100 微克，每日一次，肌注，有出血症状时，維生素 K 4—8 毫克，口服，每日 2 次。慢性病人，病程較长，对疗效不确定的药物应避免长期应用，以免副作用。

5. 中药治疗　黄疸型急期用茵陈蒿湯，小儿用茵陈五苓湯；无黄疸及慢性活动期，常用加味逍遙散。

6. "681"疗法　最近应用于肝炎治疗，效果較好。

7. 急性坏死性肝炎搶救应突出政治，分秒必爭，就地搶救治疗。

（1）禁食　鼻飼米湯、葡萄糖及多种維生素。在昏迷前期及清醒最初几天，应避免蛋白质飲食。清醒后慢慢增加。

（2）为了减少体内胺类中毒，应清洁灌腸，保持每日排便二次到三次。无腸道出血时，給硫酸鎂 15—20 克，清出腸內容物。

（3）口服新霉素抑制腸內細菌，每次 0.25—0.5 克，每六小时一次。

（4）狂躁者，肛注10%水合氯醛 15—20 毫升。

（5）靜脉滴流10%葡萄糖 1,000—2,000 毫升，同时加維生素 C 1—2 克，适量的盐水及氯化鉀等。每日加谷氨酸鈉 23 克，靜脉滴入。r-氨酪酸 1—4 克/日加5%葡萄糖 500 毫升靜点。

（6）胃內注氧，一次 100—200 毫升，根据情况可間隔 4—6 小时，重复一次。

（7）有条件时靜脉輸給血浆，每次 100—200 毫升。

（8）胃腸道有出血現象者用犀角地黄湯，或烏賊骨粉，

三七粉等鼻饲。静脉滴注六氨基己酸 6—12 克，每日 1—2 次。

（9）昏迷病人可用牛黄安宫丸或苏合香丸，每日 2 次，每次一丸。

（10）注意肾功，浮肿尿少者，早期可应用 20%甘露醇，按每公斤体重 1—2 克，静脉缓推或滴入维持尿量，并可减轻脑水肿，每日可 2—3 次，连用数日。

（11）激素早期应用有一定好处，晚期不用。每日以氢化考地松 100—200 毫克，加静脉滴流液内点滴。

（12）妊娠患者可根据情况考虑中断妊娠，应注意失血及继发感染问题。

8. 慢性肝炎可试用苦丁素治疗（鼻孔吸入法或口服法）。

第六节　布鲁氏菌病（波状热）

定义　布鲁氏菌病又名波状热，以波浪型热、多汗、关节疼痛等为主要临床症状。病情轻重和病程长短不一致，以反复发作为其特点。

病因学　布鲁氏菌是革兰氏阴性的多形球状杆菌，有羊、牛、猪三型布鲁氏菌。

布鲁氏菌对光、热及化学消毒剂的抵抗力弱，经日光作用 10—20 分钟即死，用湿热 60°C 灭菌仅需 10 分钟。对低温的抵抗力较强，在零度下可生存数个月，在牛酪、酸乳中可活数天，于潮湿土壤中可生存 2 个月以上。

流行病学　在西北、内蒙古、东北等区畜牧地带较为多见，主要为羊型。

主要传染源为羊、牛和猪，各种动物均可得病。往往引起流产或死胎，其分泌物特别具传染性。人因食用染菌饮食（如

生乳、牛肉、乳酪、酸乳、凝乳等），或接触病畜及其分泌物而获得感染。兽医为流产动物接生极易感染。剥羊皮者、剪打羊毛者，挤乳者，切病畜肉类者、罐头工厂及屠宰場工人等亦有感染发病的机会。

发病季节以春末夏初或夏末秋初为多，仍与羊的流产季节有关。

发病机理及病理解剖 布鲁氏菌經消化道或皮肤进入体内，循淋巴管而侵入淋巴結、骨髓及脾，成为感染灶。病原菌自感染灶进入血行，出現急性期症状并形成各种迁徙性病灶。感染灶内的病原菌可多次进入血行而引起一系列过敏反应及复发。布鲁氏菌主要寄生細胞内，抗菌物质不易到达，本病之所以难于根治多易复发可能与此有关。

网状内皮細胞有弥漫性增殖，在淋巴結、脾、肝、骨髓等处最屬显著。

心血管系的主要病变为增生破坏性血管炎，亦可有心肌炎、心包炎和心内膜炎。神經系有神經根炎、神經炎、脑膜脑炎、脑膜炎等。神經炎和神經周围炎是引致坐骨神經痛和面神經痛的原因。运动系的病变有中毒性及化脓性关节炎、脊椎炎、骨髓炎等，以关节炎最为常見。睾丸炎、附睾炎、子宫内膜炎等亦有所見。

症状学 病程一般分三期，病程在3月以内为急性期，3—12月为亚急性期，一年以上为慢性期。

潜伏期一般为2周（可由2日—2个月），病多緩慢，少数病例可为期一至数日，并不明显的前驅症状如衰弱、睡眠不佳、微热、食欲不振等。

急性和亚急性期均有发热，慢性期的发热不明显。热型分波浪型、弛张型、稽留型、不規則低热等，以波浪型为最典型，

約15~22%的病例有之。波浪型热一般有数个热波，每次发热期自6日至数星期不等，然后热度自动退清，緩解期自数天以至数星期，以后热度又見回升，此种反复数月之久。某些病例根本无热。

肝脾均可肿大，急性期約达半数以上。肝脾大可伴有輕度触痛。頸、腋下、腹股沟等处的淋巴結或有肿大。

(一)急性期的症状：1.各种不同型发热，伴寒意、寒战、疲乏、大汗、体重减輕等。2.游走性关节痛，主要出現于髖、膝、肩、腕、骶髂、肘等大关节。3.坐骨神經痛、三叉神經痛、面神經痛等虽远不如关节痛的普遍，但其存在頗有助于診断。4.咳嗽、食欲不振、便秘等較常見，腹痛、恶心、呕吐等則較少。生殖泌尿系以睾丸炎及附睾炎为較多見，可引致睾丸縮小、硬化及阳萎。

(二)亚急性期的症状：此期症状易与急性期混淆，以多次反复发作的发热及各种局限病灶如化脓性关节炎、心内膜炎、支气管肺炎、睾丸炎、脑膜脑炎、皮下脓肿以及各种化脓性病灶为其特点，此种局限性病灶亦可視作本病的并发症。发热每伴为寒意、寒战、肌关节疼痛、神經痛、头痛、食欲不振、大量出汗等。

(三)慢性期症状：很多患者，甚致少数可无明显的急性期，因此何时发病殊难肯定。此期症状不明显也不典型。病人一般不呈慢性病容，但因申訴众多而常被錯認为神經官能症患者。部分病例可有局限病灶的遺留痕迹，如关节强直、攣縮和行动受限制。本期主要症状为疲乏、軟弱、夜汗(大量)、迁移多时的低热、寒战、寒意(与发热无明显关系)、关节痛、背痛、肌肉痠痛、胃腸道紊乱(胃納不佳、便秘、腹痛等)等，其中尤以夜汗及肌肉、关节痠痛为最普遍。体征无特殊发現，但肝

脾可有輕度肿大，前者并有压痛。

布魯氏菌病的病程平均为 10 个月，半年至一年者占40—60%；最短者为一个月，长者可达 4 年以上。

复发相当常見，实际上波浪型的几个热波亦可視作复发，大都发生在 3 个月以內。

实验室检查

(一)血象：白血球計数正常或在5,000以下，淋巴細胞呈相对性或絕对性的增多。血沉在急性期稍加速，慢性期則多屬正常范围內。

(二)各种培养：血和骨髓培养可得致病菌，骨髓培养的成績較血培养更佳。尿培养(在起病或是后期)的阳性率較低，粪培养偶或阳性，淋巴結穿刺液培养适用于淋巴結肿大的病例。

(三)血清凝集反应：血清凝集反应在病程第 2 星期常呈强阳性。通常为 1:400—1:800。有阳性凝集反应者占 70% 以上。

(四)皮內試驗：注入布魯氏菌素 0.05—0.1 毫升于皮內，如 48 小时內有明确隆起。紅肿直径达 2—6 厘米，則系阳性反应。但有假阳性存在，应予注意。

并发症 以心內膜炎、脊椎炎、脑膜脑炎、睾丸炎、化脓性关节炎、淋巴結化脓等較常見，大都出現于亚急性期。孕妇患本病者易致流产。

诊断 急性期及亚急性期的診断以下列数点为主要依据：

(一)流行病学資料、既往史如职业特点、生活条件等。

(二)临床征象如波浪型热、关节痛、神經痛、大量出汗、肝脾肿大、各种特殊病灶或并发症（睾丸炎、化脓性关节炎、心

內膜炎等）等。

（三）实驗室发現如白血球正常或減少、淋巴細胞相对或絕对增多、阴性培养、阳性凝集反应等。凡凝集价在1:100以上，同时有临床征象者即屬可疑；如热为波浪型，則即可拟診为布魯氏菌病。

对慢性期病例，由于培养阳性的机会极少，診断的建立有賴乎职业、特殊症状（夜汗、肌肉痠痛等）、凝集反应。皮內試驗可应用于凝集反应阴性的病例，如二者都屬阴性，則可将本病除外；如皮內試驗呈阳性，則可考虑作肝穿刺証实之。

鑒别诊断

（一）伤寒、副伤寒：病程3—5周，发热非波浪型，薔薇疹多見，出汗不显著，很少有关节痛、神經痛或睾丸炎。肥达氏反应及細菌培养可資鑒别。

（二）风湿病：热型非波浪状，无肝脾肿大，血沉急剧升高，白血球增多，心瓣膜及心肌損害多見。水楊酸鈉有显著疗效。

（三）結核病：早期易混淆，有肺部或其他部位的結核征。

其他須加鑒别者为慢性敗血症、神經官能症、亚急性細菌性心內膜炎、早期黑热病、癆疾等。

治　疗

（一）一般疗法同伤寒、副伤寒。病人应臥床休息（急性期及亚急性期），多飲水分。飲食应为富有滋养的半流质。对周身痠痛可給水楊酸盐类，以苯巴比妥和溴剂处理失眠及神經症状。

（二）特殊疗法：

1、抗菌素及磺胺药：开始愈早，收效愈佳。金霉素、土霉素、四環素、氯霉素等广譜抗菌素的单独应用，对本病的急性期急性发作均有良好疗效，但对慢性期及有頑固病灶者（亚急

性期）则效果欠佳。剂量成人每日为2克，4次分給，热退后量可递減，疗程14—21日。金霉素等与鏈霉素合用时的成績尤佳，前者的剂量同上，后者的每日量为1—2克，分1—2次肌肉注入，疗程同上。鏈霉素和磺胺嘧啶联合疗法（鏈霉素每日1—2克，磺胺嘧啶每日6克，疗程2—3周），磺胺嘧啶和輸血联合疗法等亦可試用。

2. 菌苗疗法适用于頑固病例，亚急性期或慢性期患者，一般采用靜脉或皮下注射法。

3. "681"疗法：内蒙、甘肃、青海，陕西等省观察有效率75—94%。2克一日三次，21天为一疗程，可連服2—3疗程。

预　防

（一）急性期患者应住院隔离，并隔离至临床症状消失为止。排泄物予以消毒。

（二）严格管理乳类制品及肉类食品，飲食卫生。

（三）为病畜接生时，工作人員应戴胶皮手套。在屠宰場及作剪毛工作时，应穿着工作服、胶鞋等，口鼻用口罩保护。

（四）对兽医及与病畜有接触的工作人員进行預防接种。

（五）隔离病畜，对健康牲畜进行預防接种。杜絕本病在动物中流行乃預防上最有效的措施。

第七节　斑疹伤寒

斑疹伤寒是立克次体引起的疾病，由体虱为媒介造成流行。

临床表現　潜伏期平均2周，以突然惡寒高热发病，剧烈头痛，肌肉酸疼，腰部、腿部及腓腸肌疼痛尤其剧烈。体溫于1—2日内达40°C或更高，呈稽留热型。患者顏面潮紅，眼結

膜充血，言語含混不清，躁动失眠，脾大。

发疹期多在病后4—6日，先見于前胸上部、腋窩、腹部及上臂两側，很快腰、背下肢也出現皮疹，重者手掌及脚心亦見发疹，但面部潮紅无疹。开始为鮮紅色充血性斑疹，以后轉为暗紅色或出血疹，压不退色，經4—5日消退。病情在第一周末第二周初最重，体溫稽留在40—41°C之間，不能进飲食，神經症狀加重，神志迟鈍，譫妄，狂躁不安，有的昏睡，昏迷。

病程第12—14日开始退热，一般3—4日退尽，患者恢复健康。

诊断 根据流行情况，临床症狀，皮疹特点，診断一般不难，必要时抽血作外斐氏反应有助于診断。

防　治

（一）灭虱是預防本病传播的关鍵，应开展群众性卫生宣传工作，注意个人卫生，可用煮沸、水燙等办法灭虱，也可用10% DDT或0.5% 666噴洒衣服灭虱。

（二）早期发現病人，隔离治疗。

1. 患者严格隔离，要剪去长发或用葯噴洒包裹头部灭虱，洗澡、換衣、衣物灭虱。

2. 对症疗法，高热时用物理降溫，如30%酒精擦浴，冰袋降溫等。疼痛給止痛剂，有精神症狀时給鎮靜剂。不能进食飲水者应靜脉补液，10%葡萄糖2,000—3,000毫升。每日維持尿量在1,500毫升左右。

3. 特效疗法　氯霉素250毫克，每6小时一次，热退后继服3天。合霉素按上法倍量。服葯过程中注意白細胞变化。金霉素同样有效。上述葯物常能使体溫在2—3日內下降，症狀減輕。

第八节 鼠　疫

定义　鼠疫是鼠疫杆菌所致的烈性传染病，原流行于嚙齿类动物，大都經鼠蚤传染于人。病死率极高。

病因学　鼠疫杆菌是两端鈍圓、短而粗、呈多形态的革兰氏染色阴性菌。

鼠疫杆菌对外界的抵抗力較低，对光、热、干燥及消毒剂均敏感。加热 70°—80°C 10 分钟及 100°C 1 分钟均死亡。但在低溫及阴湿处及有机物內生存时間較长，在脓液和痰中可活 8—14 日，尸体內可活数周至数月(冬季)。碳酸、氯化高汞等消毒剂对本菌有高度杀灭效果。

流行病学　鼠疫多为嚙齿类动物之間的兽疫，此类动物为鼠疫杆菌的儲存宿主，是鼠疫流行的传染源。各流行区的儲存宿主不甚一致。

鼠疫的流行是以跳蚤为媒介造成，鼠与鼠、鼠与人之間传播，人的腺鼠疫轉变为肺鼠疫后通过呼吸造成人与人之間的大流行，如示意图：

$$\text{鼠} \xrightarrow{\text{蚤}} \text{鼠} \xrightarrow{\text{蚤}} \text{人} \xrightarrow{\text{呼吸}} \text{人}$$

鼠疫的发生季节：腺鼠疫多在 6—9 月間，肺鼠疫則在冬季多見。

症状学

潜伏期：2—3 天，一般不超过 5 天。

全身症状：起病驟然，开始畏寒、战慄、发热，体溫迅速上升至 39—40°C，头痛及四肢疼痛剧烈，有时有恶心、呕吐等。意識迅速模糊，表情惊慌，言語含糊，顏面及眼結合膜极度充

血，步态蹒跚，有如醉汉。病人极度衰竭，脉搏与呼吸加速，血压下降。肝脾均肿大。

临床类型

(一)腺型：或称腺鼠疫：最常見，除有上述的一般症状外，临床上是以急性淋巴結炎为特征。以腹股沟部为最多；其次为腋窝部；頸部、頷下等較少。

淋巴結炎在发病时即可出現，肿胀发展迅速，淋巴結及周围組織显著发炎，疼痛剧烈。皮肤也发生炎症，肿块与皮肤粘連，很快化脓和坏死。

多数病例在淋巴結肿出現后，病情沉重，常在3—5日內因全身中毒与心力衰竭而死亡，或在病程中因继发敗血症或肺炎而死，病死率可高达60—90%。

(二)肺型，或称肺鼠疫：起病急驟，除有显著全身中毒症状外，患者在24—36小时內有剧烈胸痛、咳嗽、咯痰，痰最初稀薄稍带泡沫，很快轉为混合状，后为鮮紅色血痰，內含大量鼠疫杆菌。呼吸困难迅速出現，顏面及皮肤发紺。肺部体征不明显，常不与病情严重相称。有时有局部浊音，或散在罗音及胸膜摩擦音。常于三天內死亡。病死率可高达100%。

(三)敗血型鼠疫：起病极迅速，全身中毒症状及中枢神經症状最为明显，并有出血傾向。神志不清、譫妄或昏迷，极度衰竭，皮下及粘膜出血、呕血、便血，鼻衄等。病者常在数小时或2—3日內死亡。病死率可达100%。

(四)其他型：如皮肤型，或称皮肤鼠疫；眼型，或称眼鼠疫；脑膜炎型；腸炎型，或称腸鼠疫；輕型鼠疫，或称頓挫型鼠疫等。

实驗室检查

(一)常規检查：白血球高度增加，在20,000个以上/立方

毫米，血球与血紅蛋白均減少。

（二）特殊检查：主要是細菌检查，从淋巴結穿刺液、脓液，血、痰及其他分泌物检鼠疫杆菌。

1. 涂片检查：取上述材料涂片，革兰氏染色，見革兰氏阴性两端浓染之短杆菌。

2. 細菌培养：用以上材料做血液培养在腺鼠疫早期阳性率可达70%，晚期可达90%左右。应反复检查。

3. 动物接种：以病人的血、脓或痰注射于豚鼠或小白鼠之皮下或腹腔内，通常动物于24—72小时內死亡，解剖检查之。

诊断 可根据流行情况、临床症状及細菌检查确診。在本病流行时期遇有典型临床表現者，如显著中毒症状、早期衰竭、淋巴結肿大、淋巴結周圍炎及出血現象等，則診断不难。但当散发期間遇有不典型病例出現时，診断或有困难。

防 治

（一）灭鼠蚤是預防工作的重点，广泛开展捕鼠灭鼠群众运动，采用葯物如1%磷化鋅、2%安妥、3%亚砷酸等毒杀，并应注意推广民間有效捕鼠灭蚤方法。

（二）在发生鼠类鼠疫的地区及邻近地区要普遍进行疫苗接种，是預防重要措施。

（三）早期发現，隔离治疗病人，疑似病人亦应隔离观察。同时紧急将疫情上报防疫机关。

（四）病人应采取特效疗法，控制細菌感染。

鏈霉素 腺鼠疫成人每日2克肌注，体溫下降正常后，改为每日1克，继用3日；肺鼠疫应加倍量，并与磺胺伍用。

磺胺类 可单独应用，以磺胺嘧啶較好，成人首次4克，以后每四小时給1.5克，体溫正常后改每四小时0.5克，連用

10日，用药过程中应多饮水并加等量碳酸氢钠。

（五）其它对症疗法　腺肿局部，初期热敷，确定已化脓时可切开。局部疼痛者，給鎮靜、止痛剂。供給充分液体，不能口服者給靜脉滴流5%葡萄糖及生理盐水。

附：预防接种

预防接种是预防和控制相应的传染病发生或流行的重要措施之一。通过有計划地預防接种，提高人群免疫力，使相应的传染病不发生、少发生或減輕病症、減少死亡。并須配合其他防治措施，反复地向传染病进行斗爭，控制其流行，降低发病率，最終达到在国内根除的目的，以保障人民身体健康，保障社会主义革命和社会主义建設的胜利进行。現結合实施預防接种的具体情况編制成表，供同学們在实际工作中参考。其中有些传染病在我省已被消灭，但遵照毛主席"**备战、备荒、为人民**"的教导精神，而列入表內。

生物制品預防接种表

名称	性质	預防的疾病	接种对象和方法	效期(2—10°C)	免疫期
牛痘苗	(活)病毒	天花	嬰儿出生后2—6个月进行接种，以后六年全民轮种一次。凡未接种过的应予补种。凡遇天花流行时，无论男女老幼均一律普遍接种	液体：2月干燥6—12月	5—10年
麻疹活疫苗	(活、自)病毒	麻疹	6个月以上麻疹易感儿皮下注射一次，0.2毫升	(2—8°C)3个月严格遵守保存条件	1年以上
脊髓灰质炎糖丸活疫苗	(活、自)病毒	脊髓灰质炎	2月—5岁小儿。Ⅰ、Ⅱ型一次混合服用，以后每年一次，春季时服之	(4—8°C)7个月	一年

（續一）

名称	性质	预防的疾病	接种对象和方法	效期（2—10°C）	免疫期
流行性乙型脑炎疫苗	（死、自）病毒	流行性乙型脑炎	6月—10岁儿童。皮下一次，间隔7—10天，每次0.25—1.5毫升，次年注射加强针一次，以后根据流行情况决定加强针	半年	半年
狂犬病疫苗	（死、自）病毒	狂犬病	证明被狂犬咬伤者，皮下注射14次，每次2毫升，每日1次。伤重者注射21次，第一周，每日2次，第二周，每日1次，每次均为2毫升	液体：3月 干燥：1年	半年
卡介苗	（活、自）细菌	结核	初生婴儿及结核菌素试验阴性的男女儿童。皮上划痕一次，每毫升含50—75毫克菌苗一滴。	液体：14天 干燥：半年	2—4年
鼠疫活疫苗	（活、自）细菌	鼠疫	在疫区的人除有禁忌者外，不论男女老幼都要注射。皮下一次0.2—1.0毫升，2岁以下不须注射，疫情严重时注射2次，间隔20—25天。	半年	一年
霍乱菌苗	（死、自）细菌	霍乱	国际水陆交通区域的船员渔民等。皮下注射一次，1.0毫升；如疫情需要时，皮下二次，第一次0.5毫升，第二次1.0毫升，间隔7—10天。	一年半	6—12个月
炭疽菌苗	（活、自）细菌	炭疽	炭疽疫区人群、兽医、皮毛、皮革加工者。每年一次，皮下划痕法。	半年	6—12个月
布氏活菌苗	（活、自）细菌	波状热	牧区皮革和屠宰业对布氏菌素反应阴性的人员。每年一次，皮上划痕法。	一年	一年
伤寒、副伤寒疫苗	（死、自）细菌	伤寒、副伤寒	流行地区及有关职业人员，如饮食业，粪便处理及上下水人员。皮下三次，第一次0.25—0.5毫升，第2—3次0.5—1.0毫升，间隔7—10天。次年注射二次第三年一次，间隔三年后再重新注射。	一年	半年

（續二）

名　称	性　质	预防的疾病	接种对象和方法	效　期（2—10℃）	免疫期
百日咳菌苗白喉类毒素合剂	死、（自）细菌和类毒素	百日咳　白　喉	3个月—7岁儿童。皮下三次，0.5—1.0毫升，间隔4—6周，以后每隔三年轮种一次。	一　年	一　年
破伤风类毒素	（自）类毒素	破伤风	儿童及成人均可作为免疫对象。初次免接皮下二次。各0.5毫升，间隔4—8周，第二年加强针注一次0.5毫升，以后每3—5年注一次。	二　年（25℃以下暗处保存）	3—5年
破伤风抗毒素	（被）抗毒素	破　伤　风	受重伤以前没有用过类毒素者。预防1,500—3,000单位，皮下注射。治疗50,000—100,000单位，皮下肌肉或静脉。	三　年	21　天
气性坏疽抗毒素	（被）抗毒素	气　性　坏　疽	凡受重伤皮肤破裂而有气性坏疽发生的可能者。预防10.000单位，肌肉或静注。治疗依病情决定。	三　年	21　天
斑疹伤寒疫苗	（死、自）立克次氏体	斑　疹　伤　寒	有疫情时，重点使用。火车站、旅店、浴池等拥挤生虱者。皮下三次，第一次0.5毫升，第二、三次各1.0毫升，间隔7—10天。	半　年	一　年

〔注〕

1. 表中之活、死即活、死病毒或活、死菌疫苗。自、被即自动免疫或被动免疫。

2. 在疫苗注射前，务须仔细阅读使用说明书，按每批疫苗的规定进行接种。

3. 被狂犬咬伤多处或咬伤在躯干、上肢、头颈部者，可先注射狂犬病抗毒血清。将干燥血清先用5毫升蒸溜水溶解，全量按每公斤体重0.5毫升（严重者1.0—1.5毫升/公斤体重）在1—3日内分数次注完，肌肉注射，一般不超过5针。以后再继续按规定量注狂犬病疫苗。注射前做过敏试验，如阳性者须用脱敏方法。

常见急症的抢救

临床上常遇到的急症是很多的，在这里提到的只是几种具有共同性治疗办法的急症抢救，例如休克。另外一些需針对病进行特殊治疗的急症抢救（例如昏迷）未包括在这部分之内。

一、周围循环衰竭

休克（周围循环衰竭）是一种重危的临床表现，不是一种独立的疾病，可因失血，脱水，感染，外伤，心脏疾患等原因所引起。在临床上則表現以血压下降为主要症状的綜合病症，如抢救不及时或不妥当，常丧失对病人原发疾病的治疗机会，而成为致死的重要原因。因此在抢救过程中必須要分秒必爭，对有可能发生休克的病人，要有預防为主的思想，在休克发生前給以适当处理，防止休克发生，并严加观察，一旦休克出現，也可早期診断，早期治疗。

原因 休克常由以下三种原因所引起。

(一)血容量減少 各种脏器的血管破裂，而引起的大量出血；烧伤时血管壁通透性增强，大量血浆由血管渗出；急性胃腸炎；高位腸梗阻时頻繁呕吐与腸炎腹泻，体液的大量丢失，都可以使血容量減少。

(二)血管紧张度的失調 剧烈疼痛，急性重症感染，过敏反应都可通过神經反射或毒性物质对血管壁的作用，使微血管发生痉攣和扩张，因而大量血液郁积在內脏血管腔內，使回

流到腔静脉的（回心的）血容量减少。

（三）心脏搏出量减少　如心动过速、急性心肌梗塞、急性心肌炎等。

以上原因都可产生休克，而于一个病人身上，有时可有两种以上原因存在，因此，在考虑休克原因时，不能只从单方面看问题。另一方面虽然可能有两种以上原因存在，但必然有一种因素起着主要作用，因此在医治过程中，必须首先抓住和解决这个主要矛盾，而又不忽视对次要矛盾的处理。

临床表现　头昏、头迷、眼发黑、周身出冷汗、肢体发凉、尿少或无尿，初期神志清晰，随病情加重，出现烦躁不安，神志恍惚。

血压　收縮压、舒张压都下降，脉压变小，如果收縮压降到90毫米汞柱以下，休克的诊断即可确定（但有的人平时血压低，此时须綜合全面考虑），对既往有高血压历史者，則不应当以此为界限（血压較先明显下降，但不一定在90毫米汞柱以下，亦須綜合全面考虑）。

脉搏　細弱增快，常开始于血压下降之前，因此脉搏增快常为休克表現的征象之一。

体溫　体溫可以下降，甚至原来发燒的疾患，此时体溫也反应不上来。

其他　顏面蒼白、表情重篤，呼吸增快，肢端皮肤呈青紫色。

治　疗

（一）必須早期預防，早期診断，早期治疗　在治疗中要遵照毛主席的教导："**……对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。**"对有可能产生休克的病人，給以早期适当的治疗。如大叶肺炎早期給以有效的抗菌素治疗及严密

观察；对急性胃腸炎及时补液；胃穿孔早期診断，早期手术等，都可能使病人不进入休克期而获治愈，即使休克发生，也較容易得到糾正。

（二）認眞观察，全面考虑，綜合治疗　在搶救休克过程中，尤其对重症休克，我們要避免片面性的思想，要全面考虑，集中优势兵力，以决心压倒敌人而决不被敌人所屈服，全力以赴的精神，千方百計的搶救阶級兄弟。因此在搶救中常需要各种方法的綜合治疗，除了使用直接提升血压的方法外，也应注意其他輔助治疗，如在抗休克时病人应平臥位或头低位，注意保溫及吸氧，对躁动不安的患者及时給以鎮靜、冬眠等方法治疗，并須密切观察病情变化及治疗反应。

（三）解除病因　休克一旦发生，往往最有效的治疗方法就是解除病因。如疼痛性休克，必須首先止痛；由急腹症所致之休克及时手术；失血性休克必須首先止血；感染中毒性休克須足量有效的抗菌素治疗，必要时应将抗菌素靜脉滴流（如金霉素，四環素等）；陣发性心动过速所致的休克則以糾正心律为主要方法。

（四）抓住主要矛盾及矛盾特殊性，选用不同的抗休克方法。

1. 血容量減少性休克　靜脉快速补給足量的血液及液体为主要治疗方法。仅于极紧急情况下选用小剂量升压葯物。如出血性休克应以輸血为主，如条件所限不能輸血时，可以50%葡萄糖或高分子右旋糖酐（最多不超过1,000毫升）暫时代替。体液丢失性休克应大量快速靜脉补充含电解质液体。补血或补液速度視病情况而定，在严重血容量減少休克病人，每小时可輸入1,000毫升，病情好轉后減慢。

2. 血管紧张度失調性休克　以調正血管紧张度的方法为

主，适当的配合静脉补液。

（1）新針疗法　内关齐刺；涌泉、阳陵泉；人中、中冲、少商；体弱和久病者灸百会、神缺、足三里等。

（2）50%葡萄糖80—100毫升静脉注射，重者可加正肾素1毫克于其中混匀后静脉注射，提升血压后继以升压药滴流。

（3）血管收縮药（升压药）

①去甲肾上腺素（又名正肾素）

方法　正肾素4—8毫克溶于5—10葡萄糖液或生理盐水500毫升中，静脉滴入，根据血压情况調节滴速，每分钟20—60滴，一般收縮压維持約在90毫米汞柱即可。血压恢复后最好減慢滴流速度或減少正肾素浓度再維持短时間，病情稳定后就可以停用。如速度加快到一定程度，血压仍未恢复到满意水平，可增大正肾素浓度，最高可加到30毫克/500毫升，如仍无反应，則应改用或加用其他升压药物。

副作用　头痛、恶心、心跳，心律不正，血压过高，皮肤坏死。在应用过程中如沿血管走行，出現皮肤蒼白时，应用0.25%普魯卡因局部浸潤封閉，并应提高警惕，注意观察，如有皮肤紅紫或药物外溢，应及时改換其他血管，并再用普魯卡因等药物，局部浸潤封閉。

特点　升压效果确实，迅速，对各种程度休克都可应用，但必須靜脉滴入。对心、肺、肾功能不好的病人，应严格控制滴入速度及进液量。

②甲氧胺（美速克新命）

方法　20毫克肌肉注射，根据血压情况可反复应用。或40—100毫克加入500毫升滴流中靜脉滴入。

特点　可以肌肉注射。可以使心跳減慢，对某些陣发性

心动过速引起休克尤好。无副作用或很少有副作用。但升压效果较弱，适用于輕、中度休克，及对正腎素无效者。对重症休克往往无效。

在使用升压药物时，常需輸入一定量的液体，在无明显脫水、失血的病人（即无血容量減少者），24小时輸入液量不超过2,000—2,500毫升，其中生理盐水或林格氏液約1,000毫升，其余为5—10%葡萄糖，滴速每分20—60滴。

在心腎功能不良的病人，輸液速度需严密注意，如心脏功能不好或因严重休克而无尿或尿量很少的病人，每分钟滴流速度应控制10滴以下，并需經常注意病人呼吸、脉搏及血压的变化，肺部有无干湿性罗音及出現咳嗽、咳痰（尤其是血性泡沫样痰）与呼吸困难等。如出現上述变化，考虑有肺水肿的可能时，应停止或減慢滴流速度，并以西地兰靜脉注射（詳見心力衰竭章）。

（4）阿托品

适应症　有明显血管痉攣表現，面色蒼白，四肢厥冷或輸液时流速慢，对正腎素反应不良者。

具体用法　从小量开始，每次每公斤体重按0.03—0.05毫克，成人2—3毫克，每10—15分钟靜脉注射一次，数次后无反应，則增加剂量，到面色潮紅为止，如四肢轉溫，脉有力，还可延长注射間隔时間，用小剂量維持。循环情况稳定后，可停药。阿托品用量以增加到每次每公斤体重一毫克为限（小儿）。

特点　升压作用非常溫和，呈阶梯上升，因此不要急于求成。

副作用　阿托品的副作用較多，有高热、狂躁、心动过速、腹胀、排尿困难、口干、痰粘不易咳出、瞳孔散大等。体溫超过

40 度时，除降溫以外，应注射对抗阿托品药如新司的明，每次 0.25—0.5 毫克，每 15 分钟一次，到中毒症状消失为止。

（5）"654"有明显松弛平滑肌作用，兼有扩张小血管作用可用于感染中毒性休克。成人 10—20 毫克/次，靜注，小儿 0.2—2 毫克/公斤/次，每 15—30 分可重复給药或 10—20 毫克加入 5%葡萄糖 100 毫升靜点。

（6）休克时間較长者須糾正酸中毒 可用11.2%乳酸鈉 60—100 毫升或4%碳酸氢鈉 150—250 毫升直接或稀釋后靜脉注射(注意碱性药不可与正腎素或抗生素等混合輸流)。有条件时做二氧化碳結合力检查以作治疗參考。

（7）重症休克病例或升压药物疗效不显著时，可用氢化考地松靜脉滴注，第一日用量 200—400 毫克 第二日酌減，休克恢复后漸減，1—2 天后即停用。

（8）对血管紧张度失調性休克，也可考虑輸血治疗。

3. 心脏搏出量減少性休克：治疗心脏疾患。

二、呕　血

呕血为上消化道（食道、胃、十二指腸）出血。呕血首先須知和咯血鑒别。

咯血与呕血鑒别

咯　血	呕　血
(一)咯出，咯前有喉部发痒	呕出，呕前有恶心或上腹部不适
(二)血为鮮紅色泡沫状	紅或棕色
(三)常混有痰	常混有食物
(四)咯血后继有痰中带血	无血痰

(五)有肺病或心脏病体征　　有胃病或肝硬化体征

在鼻咽、齿龈出血时，被咽下后，可經口腔再度呕出，应加注意。上消化道出血后，血經腸道排出，粪便为黑色，常呈柏油样。如果出血量大，血在胃内停留时間短，呕出血液可为鮮紅色。如停留时間較久，經胃酸作用后，呕出則为棕褐色。

病因　以胃或十二指腸溃瘍出血，及肝硬化食道靜脉曲张破裂出血最常見。其他如胃癌，肥厚性胃炎等原因也可引起呕血。

诊断　(一)病史　1.有无溃瘍病史，即周期性、規律性的心窝部疼痛，反酸，烧心等病状。

2.有无肝炎或其他肝病历史，如黃疸史，消化不良，食欲不振，腹泻等症状。有否长期飲酒历史，及血吸虫病史等。

(二)体征　下列体征应加注意，如眼球黃染、肝星、肝掌、腹壁靜脉曲张、腹部压痛、肿块、肝脾肿大等。

治　疗

(一)堅定患者战胜疾病的信心，使能安靜臥床休息(休克时注意头低与保溫)。

(二)輸血补液及抗休克　如出血量不多，貧血不严重，血压、脉搏基本正常，可仅靜脉輸液，同时观察經过。如出血量大，貧血严重，血压下降，則应紧急輸血(可参閱休克节)。

(三)急性出血时暫时禁食，出血停止則可进流食。

(四)止血药

1.中药　三七粉0.5—1錢，每日服三次。云南白药0.3—0.5克，每日三次，口服。白及粉0.5—1錢，每日三次，口服。烏貝散1錢，每日2次，口服。

2.注射用止血剂　六氨基己酸，維生素K，仙鶴草素，凝血质，垂体后叶素等。

(五)三腔管气囊压迫止血　仅适用于肝硬化呕血。

(六)新針疗法　1. 二白。2. 足三里，神門。

(七)手术治疗　如經上述方法，积极搶救，仍出血不止，病情无好轉者应考虑外科手术。

附：三腔管气囊使用方法

三腔管气囊使用前，需先試驗充气，检查气囊是否漏气，并初步測定所需的气体量（胃气囊約 150—210 毫升，食道气囊約 100—150 毫升）。下管时先将气囊内气体抽空，管外涂潤滑油。并須向患者讲明目的，以求其充分合作。将管由鼻孔（該側鼻腔无狹窄等病变）插入进入深度約 60—65 厘米，使胃球气囊全部进入胃內，用注射器抽吸通向胃腔之导管，看是否有胃內容物，确定管在胃內后，然后注气入胃气囊（按原先測定之容量），用止血鉗夹紧該气囊管腔末端，輕輕将三腔管向外提拔，至管腔不能再拔出时为止，此时胃气囊已紧貼于胃贲門部，用胶布将导管固定于面部，以免导管回縮，然后再按原測定之容量将食道囊充气。并再測一次压力是否达到需要的压力 30—45 毫米汞柱，用止血鉗把食道气囊导管末端夹紧。可自通向胃腔之导管，注入葯物或液体以供营养。

注意事項

(一) 定时用血压表測定气囊內压力，以检查有否漏气。

(二) 气囊压迫时間不宜过长，一般 24—72 小时，以免食道粘膜糜烂坏死。可每隔几小时将气囊气体放出 10—20 分鈡，然后再充气。

(三) 出血停止后，将气囊气体抽出，导管仍留置 24 小时．如仍无出血，再拔出导管。

(四) 拔管时先应抽尽囊內气体，向胃管內推入少許液体，再緩慢拔出。

（五）有明显高血压，明显心肺功能不全及主动脉瘤时，不宜下三腔管。

三、咯　血

肺及呼吸道出血，經口腔排出者，称为咯血。咯血量可多可少，血为鮮紅色泡沫样。

病　因

（一）呼吸道疾病　肺結核，支气管扩张症，肺脓肿，肺肿瘤，肺吸虫病。

（二）心血管疾病　风湿性心脏病二尖瓣狭窄。

诊　断

（一）病史　有无咳嗽，咯痰，胸痛，发热等症状。即往有否肺部疾患。以往有无咯血。有否心跳，气短，或心脏病的历史。

（二）查体　詳細检查肺部及心脏情况。

咯血与呕血的鉴别（見呕血节）

治疗　坚定患者战胜疾病的信心，使能安靜臥床休息，也可以給鲁米那或其他鎮靜剂，以使患者安靜。

剧烈咳嗽时，可以給可待因 0.02—0.03 克，每 4 小时 1 次，反复应用，如咯血量較多者，可給垂体后叶素 5—10 单位，加于 10—20% 葡萄糖或生理盐水內，靜脉注射，約 10 分钟注完，心絞痛，妊娠，心脏病，高血压者禁用，必要时六小时后可以重复应用。其他止血剂，仙鶴草素，六氨基已酸，安特諾斯，凝血质等均可应用，但效果較差。患側胸部加冰袋或凉手巾冷敷。失血量大时可輸新鮮血。

新針疗法　1. 血海（放血）　曲池。2. 肝俞　血海。

中药　1. 三七一錢　白芨一錢　川貝一錢　均为粉末，

日服三次。

2. 三七一錢　白矾二分　均为粉末，凉水調服。

大量咯血时，病人应采取头低位，血液易咯出体外。鼓励病人将血液尽量咯出，以免血液堵塞呼吸道产生窒息。

四、狂躁及惊厥

是神經系統受累的严重症状。二者皆神志不清，前者狂躁不安，偶伴周身抽搐。后者暫短神志丧失，伴有抽风。

常见原因　癲痫发作，包括原发性与症候性，后者多見于脑血管意外，脑肿瘤、脑脓肿、脑囊虫。高热惊厥（多見于高热患儿）。脑膜炎、脑炎、中毒性脑炎、子癇、低血鈣症（主要見于幼儿），癔病。肝昏迷前期狂躁，其它如高血压脑病，尿毒症，阿——斯氏綜合症（由于心跳驟停，心搏血量減少，急性脑乏氧所致神志丧失与抽搐）。上述各病診断要点参見症候鑒别診断章。

急救方法　狂躁及惊厥，首应明确其原因，給予相应的治疗，如低血鈣症应注射鈣剂，高血压脑病应降低血压，阿——斯氏綜合症应矯正心率，肝昏迷应滴注谷氨酸鈉，而禁用巴比土类药物，脑血管意外或脑肿瘤等应滴注甘露醇，山梨醇，高浓度葡萄糖，并及时进行必要的手术治疗，癔病应进行暗示疗法。有关病因治疗参見有关章节，此处只介紹控制狂躁、抽风常用的一般药物及方法。

（一）氯丙嗪（冬眠灵）　成人每次 25—50 毫克；儿童每次每公斤体重 1—2 毫克，肌肉或靜脉注射。

（二）复方氯丙嗪（冬、非合剂）　用法，用量同上。

（三）苯巴比土鈉　每公斤体重每次 5—8 毫克，肌注，

成年人 0.1—0.2 克，肌注。

（四）阿米妥鈉　成人 0.1—0.2 克；儿童每公斤体重 5 毫克，肌肉注射或稀释成 2.5%以下溶液靜脉注射。

（五）硫噴妥鈉　成人 0.5—1 克；儿童每公斤体重每次 10—15 毫克，临时稀释成 2.5 %溶液（每毫升 25 毫克）肌肉注射，有呼吸功能衰竭时应慎用。

（六）10%水合氯醛　每公斤体重每次 50 毫克，直腸灌注，成人每次 15—20 毫升。

（七）人工冬眠疗法　常用复方氯丙嗪合剂（冬非合剂），按每公斤体重 1—2 毫克計算，肌肉注射或肌肉与靜脉各半量注入，10—15分钟后病人对冷刺激有明显反应时，还应給水合氯醛或硫噴妥鈉等使病人熟睡，并对冷刺激无明显反应，即可降溫，用井水湿毛巾或冰袋放在患者后枕部、脖子、两腋下、鼠蹊部位，使肛表溫度下降到 36—37 度。复方氯丙嗪，在第一次用药后，半小时重复注射一次，再过一小时，还須重复注射一次。再过二小时再注射一次，以后每隔 4—6 小时重复注射一次。使病人保持熟睡并对降溫的冷刺激无明显反应。中毒性病疾，人工冬眠时間一般为十二小时，以后撤去降溫措施，药物也減量并延长用药时間至停用。

亚冬眠疗法　复方氯丙嗪剂量 50 毫克或稍加量，用药間隔可长；降溫不达到上述的低溫，也可使用药物降溫。亚冬眠疗法主要根据病人具体情况区别对待，无統一的規定。

冬眠疗法終止后，病人不能馬上清醒，往往由熟睡状态进入兴奋状态，这样 1—2 天后，就可恢复正常。

針刺內关，神門，人中穴（选用 1—2 穴，强刺激）

五、呼吸衰竭

由于某种因素使呼吸中枢兴奋性降低，失去对正常呼吸机能的調节作用，而出現呼吸节律紊乱的現象，此时常伴有循环衰竭存在。

原　因

（一）炎症及病毒感染侵犯呼吸中枢　見于脑膜炎、脑下脑炎、脑炎等神經系統感染性疾患及某些传染病等。

（二）呼吸中枢受压迫时　見于脑水肿、脑疝、顱内肿瘤及脑血管病变。

（三）长时間乏氧　見于心力衰竭、肺心病及肺炎等长时間乏氧，体内二氧化碳堆积过多，呼吸中枢对二氧化碳刺激敏感性下降时。

（四）某些葯物中毒，呼吸中枢受抑制　如安眠葯巴比土类中毒。

表現　呼吸节律不規則，呼吸淺表，下頷呼吸，抽泣样呼吸，呼吸暫停，双吸气，叹息样呼吸，发紺明显。

治疗　应积极治疗原发病，去掉病因。

（一）人工呼吸　有氧气設备应早期吸氧（必須保持呼吸道通暢）。

（二）呼吸兴奋葯　单用或交替使用。如：山梗菜碱（洛貝林）每次3—6毫克，肌肉或靜脉注射。

尼可剎米（可拉明）每次0.25—0.5克，肌肉或靜脉注射。

（三）脫水疗法　因脑水肿或脑疝引起的呼吸衰竭，选择使用脫水葯物到神志轉清，呼吸衰竭消除为止（应注意用葯过多引起严重脫水）。

1. 20%甘露醇或25～30%山梨醇，每公斤体重1—2克，静脉推注或滴入快滴，一般16—30分钟給完，間隔6—8小时可重复应用。

2. 50%葡萄糖每公斤体重2毫升静脉推注，常与甘露醇交替用。

应用脱水药物有利尿作用，尿量很多的病人，要注意补充盐类（鉀、鈉）。

（四）人工冬眠疗法　在感染性休克所引起的呼吸衰竭时，早期应用有助于呼吸的恢复。（見惊厥）

（五）阿托品及"654"疗法　在流脑、中毒性痢疾、重症肺炎及感染性疾患所引起的呼吸衰竭，可采用阿托品及"654"疗法。

六、心脏驟停与复苏

常见原因

（一）心脏疾患　各种器质性心脏病，心肌炎，冠状动脉硬化性心脏病。

（二）白喉、严重出血性休克或深度昏迷，以及严重的呼吸道阻塞。

（三）高血鉀症（常見于肾脏病患者少尿期）。

（四）一氧化碳中毒，电击与溺水等。

对于这种危及生命的急症，我們必須怀着深厚无产阶級的感情，以**"压倒一切敌人，而决不被敌人所屈服。"**的精神，当机立断，分秒必爭，寻找原因，积极搶救。在文化大革命过程中，上海某医院，发揮敢想敢干的革命精神，成功地搶救了一例电击后心跳停止23分钟的病人，恢复了健康，打破了以前

認为心跳停止八分钟以上即无搶救希望的金科玉律。最近，沈医在工人阶級領导下，以坚强地毅力，持續心脏按摩70分钟成功地复苏了一例心跳驟停15分钟的工人同志，为攻克这个"必然王国"向前迈进了一步。

搶救方法 心脏驟停后立刻做胸外心脏按摩（及时而有效地心脏按摩是心脏复苏的关鍵）和采取其他复苏措施。

（一）胸外心脏按摩 使患者仰臥于硬板上，最好取头低脚高位，术者站于患者一侧，将两手掌重叠置于患者胸骨下1/3处，用靠近腕关节的掌部，以垂直向下的方向施加压力（也避免因用力过猛造成肋骨骨折），以每分钟60—80次的速率将胸骨压向脊椎，随后迅速地放松，使心脏充分地舒张。在有效的心脏按摩下，可摸到橈动脉或股动脉搏跳动，如呼吸停止，应在按摩同时进行人工呼吸，吸氧，口对口呼吸等，保証有效循环，如經胸外心脏按摩（及心脏内注葯等）搶救无效，（有条件时）尽早爭取开胸直接按摩心脏以提高效果。心脏按摩时間自心跳停止后至少应坚持30分钟以上，此时如經心电图証实已无任何心电活动存在，方可放弃按摩。

（二）針刺大敦、内关。

（三）心脏内注射：

1.异丙肾上腺素 1.0毫克，或0.5—1.0%普魯卡因9.0毫升加去甲肾上腺素（或肾上腺素）1.0毫克，或阿托品2.0—3.0毫克。

2. 11.2%乳酸鈉 20—60毫升，不仅仅在高血鉀症所致心脏驟停时必需使用乳酸鈉，而且任何原因所致心脏驟停后，由于心肌中无氧酵解过程的加强，均可使酸性产物堆积，适当給予乳酸鈉也是必要的。

3.在开胸心脏按摩情况下，当发現心肌张力低下时，可于

心腔内注射 10% 葡萄糖酸鈣 2—5 毫升以提高心肌张力和心肌对兴奋心脏药物之反应。

（四）心室顫动，在有条件时可用除顫器进行电击除顫。

（五）吸氧　当呼吸停止时立即做人工呼吸。其中以口对口呼吸是一值得推荐的方法，优点是及时、簡便、有效，口对口呼吸时应将患者肩部垫高，头向后仰，压塞鼻孔，上提下頜或牵拉舌头以防舌向后縮影响气道通暢。呼吸速率每分钟12—18 次。如有条件可行气管插管加压呼吸。

（六）保护大脑　极其重要，否則即使心脏复苏后，由于大脑損伤造成痴呆或呈去大脑强直。方法：头部放置冰袋冷敷降溫（降低代謝減少耗氧），可給維生素 B、C，r—氨基酪酸，三磷酸腺苷（A、T、P）。心脏复苏后，为減輕或消除因缺血、乏氧造成的脑水肿，应尽早进行脫水疗法，快速靜脉輸入 20% 甘露醇或 25% 山梨醇 250—300 毫升，于 30 分钟（甚至 15 分钟）内注完，需要时可重复。同时适当的进行人工冬眠，以降低代謝減少耗氧，利于脑細胞功能之恢复。

（七）开胸心脏按摩者及施行人工冬眠期間，应給予抗菌素控制感染。

（八）如血压測不出或虽循环恢复，但血压仍低时应靜脉滴注升压药或其他药品，但补液量不可过多以防脑水肿及心力衰竭。

七、电击伤

电流通过人体所造成的損伤，称为电击伤。

原因为誤触电路，少数为雷电击伤。电击所引起之損伤程度与电源种类（交流电比直流电危险大）、电压（电压愈高

危险越大)，通电时間长短和电流通过身体之部位（通过心脏与脑危险）等因素有关。

电击所致损害，一是局部灼伤，一是作用于中枢神經系統和心脏引起严重的周身反应。一般低压电流可使心脏停搏或引起心室顫动，高压电流作用于中枢神經系統，使呼吸停止。

临床表現 电击后，常立即丧失知覚，可立即致死。意識丧失也可持續数分，数小时至数日不等，作痙攣、抽搐，头皮下有血肿，面色蒼白，脉搏微弱，血压下降甚至休克。呼吸可先停止，而心脏继續跳动。有的电击后，立即发生心脏停搏或心室顫动；也可在数日后发生心室顫动造成严重后果。

于电击局部和电流通过部位，常造成三度灼伤，深部組織发生分解、坏死并有坏死性血管炎（伤后数日可有继发性出血）。但在电源出入口之皮肤表面仅有小的黃色圓形伤痕，而无充血与水泡。有时在电流通过部位皮肤表面可看到树枝状充血的血管紋路（血管麻痹充血所致）。

抢　救

（一）立即关閉电源开关，切断电流；或者立即用不导电的物体如干木棍，使电源与患者分开。

（二）将患者移至通风处，解松衣服，立即就地进行人工呼吸，同时吸入氧气。触电后，因有电休克、肌痙攣等假死現象，故人工呼吸要发揚不怕疲劳和連續作战的作风，至少須持續一小时，在自动呼吸恢复后，仍需继續施行人工呼吸四小时，且勿輕易中断。

（三）心跳停止者立即行胸外心脏按摩（見前），并心脏注射异丙腎上腺素 1.0 毫克或阿托品 2—3 毫克。关于腎上腺素的使用問題，以往都列为禁忌，因可促成心室顫动。但在前面提到的上海搶救一例电击后心跳停止 23 分钟的工人同

忘时，曾在应用其他措施无效情况下，破例地注射肾上腺素，抢救了生命，创造了奇迹。故如不問情况如何，一律視为禁忌，教条的执行，就不能有所前进。

（四）周密护理，保溫，醒后仍应臥床休息（严重病人至少三周），以免因活动引起心脏意外。

（五）灼伤处理与热烧伤相同，要注意继发出血。于一周后坏死組織界限清楚后可切除焦痂和植皮。

八、溺　　水

溺水时，口和鼻腔被水堵塞，空气不能吸入而引起窒息。窒息也可因冷水或吸水的刺激，引起反射性喉痙攣所致。

临床表现　面部肿胀青紫，眼球充血，舌头肿大，口、鼻、气管、充滿泡沫，全身冰冷，不省人事，脉搏細弱，呼吸停止，上腹飽滿。

抢　救

（一）立即将口內污物除去，使病人背向上，提起腰部，使头部朝下，如此可使水自气管、肺及胃內流出。

（二）排尽水后，速将舌头牵出施行人工呼吸。

（三）葯物可用25%可拉明1.5毫升，或苯甲酸鈉咖啡因0.5克，稀释10倍后心脏或靜脉注射。亦可用阿托品。

（四）保溫，吸氧。

（五）复苏后，給予抗菌素預防吸入性肺炎。

診疗技术操作常規

一、皮內过敏試驗

青霉素試剂配制　取注射用青霉素結晶 40 万单位，溶入注射用水 2 毫升，混均后抽出 0.1 毫升（含 2 万单位）稀释 10 倍，再从中抽出 0.1 毫升，又稀释 10 倍，再抽出 0.1 毫升、再稀释 10 倍，則 0.1 毫升含 20 单位青霉素，即符合皮內試驗浓度要求。一般浓度为每 0.1 毫升 20—40 单位。

鏈霉素試剂配制　取鏈霉素結晶 1 克（100万单位），溶入注射用水 2 毫升，抽出 0.1 毫升稀释 10 倍，再抽出 0.1 毫升稀释 10 倍，則此时 0.1 毫升含 500 单位鏈霉素，即符合皮內試驗浓度需要。

（試剂最好当天应用以防变质）。

方　法

（一）前臂掌側下 1/3 的皮肤处，用 70% 酒精消毒待干（忌用碘酒）；

（二）用一毫升注射器按上皮內注射針头，抽取試剂；

（三）将針头和皮肤几乎是平行方向，刺入皮內，将药物注入皮內 0.1 毫升，出現皮丘，局部皮肤蒼白、圓形隆起、显現毛孔。

（四）另側前臂用生理盐水对照（可以不作，但可疑过敏者必須作）。

（五）观察結果：20 分钟后观察，如有紅色丘疹周围发紅直径超过 1 厘米以上者为阳性。

注意事項

(一) 試敏前詢問病人有无青、鏈霉素过敏史，如有严重过敏現象，則忌作过敏試驗。

(二) 青霉素三天未注者須重作过敏試驗，鏈霉素七天未注者須重作过敏試驗

附：过敏休克急救处理

症状　头昏，面色蒼白，呼吸困难，脉細弱，血压下降，重者意識不清。

处　理

(一) 立即皮下注射 1‰腎上腺素 0.5—1.0 毫升。

(二) 吸氧。

(三) 肌肉注射脫过敏葯物非那根 25 毫克，或苯海拉明 25毫克。

(四) 血压下降，可靜脉滴流 5—10%葡萄糖 500 毫升，內加正腎素 4—8 毫克（根据情况而定）。

(五) 必要时滴流中加氢化可的松 100—200 毫克。

二、肌肉注射

方　法

(一) 部位　通常选用臀部外上 1/4，或上臂外側三角肌。

(二) 以 2%碘酒及 70%酒精先后消毒待干。

(三) 将注射器內空气排尽，然后手持注射器垂直刺入肌肉內，針头刺入約 2/3 深度，左手回抽一下注射器內塞，若无血液即可慢慢推葯。

(四) 注完后迅速拔出針头，以干棉球輕压注射部位，不要按摩。

要点 刺針快，拔針快，推藥慢。

三、靜脈穿刺抽血或注藥

方 法

（一）患者肘关节伸直，暴露肘部靜脉。

（二）上端用止血带結扎加压，使局部靜脉怒张。

（三）先后用2%碘酒及70%酒精消毒待干。

（四）左手拇指将靜脉表面皮肤向下拉紧，使靜脉固定。

（五）右手持注射器，使針头与皮肤呈30°角，由靜脉上方或側面先刺入皮下，再刺入靜脉，可見血液流入注射器內。

（六）右手固定針头和注射器，左手抽动內塞抽血至所需用量，然后松止血带。

（七）靜脉注射时先用注射器抽好所需药物，然后可将注射器內空气排尽，待穿刺达靜脉腔見血回流至注射器后，即放松止血带，慢慢推动內塞将药物注入。

（八）注射完毕后拔出針头，以无菌棉球压紧穿刺处。

四、靜脉滴流法

方 法

（一）先将瓶套套在輸液瓶上。

（二）将滴流管上端玻璃管插入輸液瓶橡皮盖上孔內；如上端无玻璃管，可用針头代替，在瓶口橡皮塞上插入2--3个較粗針头，其中一个針头接在滴流器橡皮管上，另两个針头刺入輸液瓶的橡皮盖內以作进气用；

（三）注射部位常用肘部、手腕、手背、足背、踝部等处靜

脉，用止血带缚紧穿刺部位上端，以碘酒，酒精先后消毒；

（四）将输液瓶倒挂在输液架上；

（五）排尽滴流管内气泡，使滴流管下端橡皮管充满液体，用止血鉗夹紧橡皮管，滴流管球部盛少量液体；

（六）进行静脉穿刺，回血后放松止血带；

（七）放开止血鉗，液体无阻的滴流入静脉内，然后用胶布固定針头及橡皮管；

（八）用調节器調节速度，成人每分钟 30—60 滴，針头盖以无菌棉球或无菌紗布；

（九）如输液中病人有发冷发热，酌情减慢滴流速度或停止滴流。

五、输 血 术

采血法

（一）供血条件为 18—50 岁身体健康，收縮压在 100 毫米汞柱以上，血色素在 11 克以上者。

（二）血型鑒定（見检驗章）

（三）供血者仰臥，测定血压，使袖带内的压力保持于收縮压与舒张压之間。

（四）将备用之无菌儲血瓶盛好抗凝剂（100 毫升血需 3.8%枸橼酸鈉 10—20 毫升），放在距供血者心脏水平下約一尺左右之小橙上。

（五）取与儲血瓶相連之静脉穿刺針，选择較粗之肘窝静脉，按静脉穿刺法进行穿刺，囑供血者作有节奏的握拳和松拳动作，血液即流入儲血瓶中，輕輕搖蕩儲血瓶，使抗凝剂与血充分混合，以免血液凝固。

（六）采血量200—400毫升，采血毕，取下血压计袖带，迅速拔出针头，复盖以消毒棉球，屈肘加压休息片刻。

输血方法

（一）输血前患者作血型鉴定，并取血2毫升与供血者作交鉨試驗。（見化驗章）

（二）按靜脉滴流方法，先用少量生理盐水靜脉滴注50毫升，然后輸血。

（三）用輸血器与靜脉滴流器相同，但有濾滴管装置，成人速度每分钟40—50滴。

（四）如无濾滴管装置，可用消毒紗布八层，放在消毒漏斗上将血液濾过。

注意事項

（一）采血和輸血应注意严格无菌操作。

（二）如病人有过敏史，輸血前一小时服魯米那0.06克或非那根25毫克肌注。

（三）尽可能輸同型血。

（四）发热反应处理　減慢速度或停止輸血，保溫，注1‰腎上腺素0.5—1.0毫升，或嗎啡8—10毫克。

（五）对过敏性休克处理同前（見过敏試驗章）。

（六）溶血反应　因輸入不同型血引起大量紅血球分解所致。症状有头胀、胸悶、全身发麻、腰疼、寒战、恶心、呕吐、呼吸困难、脉搏細弱、血压下降、面色蒼白煩躁不安，全身出汗等。

处理方法　立即停止輸血，注1‰腎上腺素0.5—1.0毫升，适量靜脉滴注5%葡萄糖或生理盐水，大量使用碱性葯物，口服碳酸氢鈉每4小时1克，或用4%碳酸氢鈉液或1/6克分子乳酸鈉液靜脉滴注。腎区热敷，理疗，或腎囊封閉，或

用新針疗法，促使排尿。

六、鼻飼法

适应症 凡无法从口摄入营养、水分、药物者（如昏迷病人）可以采用。

方 法

（一）病人取坐位头向后仰或仰臥位。

（二）取消毒之小口径胃管，前段涂以滑潤油。

（三）自鼻腔沿咽后壁徐徐插入 50—60 厘米为止。

（四）是否进入胃內可用下列方法試驗：

1. 将胃管外口浸入盛水杯內，如有气泡則表示誤入气管。

2. 用注射器抽吸，如在胃內可抽出胃內容物；或注入少量空气，上腹部可听到气过水声，則表示在胃內。

3. 插胃管时病人如有发紺嗆咳、呼吸困难，則表示插入气管，应迅速拔出重插。

（五）将流质飲食或药物用注射器經胃管徐徐注入（外口用紗布包好以止血鉗夾住，以免空气进入胃內）。一次插管供数次鼻飼

（六）每次鼻飼前須重新检查是否仍在胃內。

七、洗胃法

适应症 吞服毒物的急救处理

禁忌症 最近有上消化道出血或胃穿孔者、食道靜脉曲张，严重心脏病，吞食腐蝕性药物如强酸、强碱者。

方 法

（一）病人取坐位，虛弱或神智不清則仰臥，头轉向一側或稍低些。

（二）将消毒的洗胃管涂以潤滑油，自口腔插入，囑病人做吞咽动作，輕輕将管推进达50—60厘米，注意避免誤入气管內。神智不清或不合作病人用开口器，张开口腔，用舌鉗将舌头向外拉出，再插入洗胃管，如有假牙应先取下。

（三）确定在胃內后，将胃內容物尽量抽出，然后倒洗液1/5000过錳酸鉀，或碳酸氢鈉水（敌百虫中毒用）于漏斗內用，每次灌入不超过500毫升，将漏斗高举待溶液完全流入胃內后再放低，使漏斗口向下，用加压球促进洗液排出，如此反复进行，直至洗出液和灌注液顏色相同为止。

（四）拔出洗胃管，帮助病人漱口。

（五）第一次洗出之內容物可留下送化驗检查。

八、灌腸法

适应症 洗腸，解除便秘，直腸給葯。

方 法

（一）为排便洗腸目的，常用2%肥皂水（一般呈乳白色的肥皂液），生理盐水或清水1000毫升，儿童則用200—500毫升。在灌腸筒內盛灌腸液，下端連結橡皮管，插入肛門約10—20厘米，使液体緩緩流入直腸。液体溫度应与体溫相等，如为減低或增加体溫时，可用冷水或热至40°C的水。

（二）为滑潤直腸解除便秘，用甘油30毫升加水20毫升混合后，用导尿管或肛管連結注射器插入肛門15厘米，慢慢将液体注入直腸。土法：将肥皂条或咸菜条插入肛門內。

（三）为治疗目的直腸給葯則保留灌腸，将溶好的葯物，

用连结导尿管的注射器慢慢注入直肠。速度慢，液量少，嘱患者不要马上排出，尽量延长保留时间。

九、导尿术

适应症 截瘫，昏迷或其他原因引起的尿潴留或留尿作细菌培养。

方法 病人平卧，两腿分开，术者站在患者右侧，臀下垫以胶布。男患将包皮翻转，先用肥皂水或温水清洗阴部（特别是尿道口周围），再以2%紅汞消毒（顺序：由上向下，由内向外的原则）。敷以无菌孔巾，只露阴茎（或阴户），以左手中指及无名指挟持冠状沟处，并以拇指及食指张开尿道口（女患则以左手食指及拇指张开小阴脣），右手用镊子挟住已涂上滑润油的导油管顶端（长約2.5厘米处），徐徐插入尿道，初插入时可能因尿道痙攣而受阻，应停止片刻，再慢慢推进。导尿管的另一端放于消毒盘内，如膀胱过度膨滿，不可迅速排尿，更不适一次放尿过多，以免引起出血，休克。导尿完毕，拔出导尿管，再以紅汞涂擦尿道口。如留尿作細菌培养时，可用无菌試管留尿大半管即可。

注意事项

（一）全部操作过程严密注意无菌操作。

（二）急性尿道炎时不可导尿。

十、消毒中段尿的留法

为診断目的，多用消毒中段尿，取标本作細菌培养。

排尿前之局部消毒同导尿术，令患者排尿，用无菌盘采集

中段尿标本，倒入消毒試管內，留作細菌培养或常規化驗。

十一、胸腔穿刺术

适应症 結核性滲出性胸膜炎，脓胸的确診，減压治疗或注药等目的。

方法 患者取坐位，头臂伏于桌上，或側坐椅上，健側靠近椅背，患側前臂放于头頂，使肋間放寬，衰弱患者可采取側臥位。部位：于浊音区，通常肩胛綫第八肋間隙、腋后綫第七肋間隙，腋中綫左第五、六肋間隙。常規消毒麻醉后（麻醉到胸膜层）、将附有小胶皮管的穿刺針沿肋骨上緣徐徐穿入，达胸膜腔后，有抵抗消失感，一般穿入 2—3 厘米就可抽出液体，如无胸水抽出，可将針头略略推进，或改变方向，或另选其他部位进行穿刺。抽取量应視胸水之多少及患者具体情况而定，一般最多不超过 1,000 毫升（首次不超过 500 毫升），不可过速过多。用注射器抽液时，在取下針管前应先将針头上胶皮管用血管鉗夾住，以防空气进入胸腔。放液时如果病人感到有胸部压迫感，陣发性咳嗽与咳泡沫样血痰，应立即停止放液；如有休克，立即皮下注射腎上腺素，按休克搶救治疗。放液完毕，拔出穿刺針，盖以无菌紗布，以胶布固定之。

胸腔試驗穿刺术 若为診断目的，可試驗穿刺，部位方法同前，穿刺針用 6—7 号針头連 20—50 毫升消毒注射器即可，抽出 20—50 毫升液体送检。

十二、腹腔穿刺术

适应症 肝硬化，腹膜炎大量腹水，为減輕患者痛苦行穿

刺放液术。

方法 嘱患者先排尿，取坐位或半臥床上，围以腹带，选臍与左髂前上棘連綫中外 1/3 点为穿刺点。局部消毒并麻醉至腹膜，将腹腔穿刺針徐徐刺入，至抵抗消失时，抽出閉孔器。

以无菌橡皮管連套管針，导腹水于一定容器內，先收集于二三个試管內留作检查。如流出不暢，可嘱者略轉动体位，或用手輕按腹壁，放水同时拉紧腹带，以維持腹压。一次放液不宜太多（不超过 5,000 毫升）或太快，肝硬化晚期患者尤須注意。

注意事項 放液时注意患者之一般情况、呼吸、脉搏等，如术中发現患者有昏厥，休克等，应立即停止放液，給于相应的紧急处理。放液完毕，抽出套針后，盖以无菌紗布，以胶布固定，纏好腹带。

腹腔試驗穿刺术 为診断目的，可行試驗穿刺，部位消毒同前，用六、七号針头連 20—50 毫升注射器，抽出腹水 20—50 毫升送检。

十三、腰椎穿刺术

适应症 腦膜炎，腦炎，肿瘤等腦脊髓或腦血管病变之診断检查。

方法 患者取左側臥位，背靠床沿，背面与床面垂直，头向前弯，双膝屈曲向腹部，或双手抱膝，必要时助手在术者对面，右手挽病人头，左臂挽病人双膝，使脊柱尽量突出。于双髂嵴之間划一直綫，此綫恰經过 3—4 棘突間隙，即为穿刺点（或 4—5 腰椎間隙亦可）。常規消毒，带无菌手套，鋪以无菌孔巾。用奴佛卡因麻醉，深达韌带，左手固定局部皮肤，右手

持穿刺針，針斜面向头側，由脊突間隙之中綫并稍向头側刺入，当通过脊韌帶及硬脊髓膜时，常有抵抗消失感，徐徐抽出針心，观察有无脊腦液流出，如无液滴出，則重新插入針心，将針稍推入或抽出少許，或将針略轉动，或让患者深呼吸，如仍无液流出，应由另一脊突間隙穿刺之。进針若遇椎骨阻碍，則須将針大部分抽出，改換方向再行深入。如有脊腦液流出，将消毒之測压管接于針尾，測脊腦液之压力（正常側臥 70—180 毫米水柱），然后輪換压迫两側頸靜脉（頸靜脉压迫試驗），观察液面有否上升，如不上升即証明椎管梗阻。采集脊腦液 6—10毫升待检，拔出穿刺針，盖以无菌紗布，用胶布固定，囑患者繼續平臥 30 分钟—1 小时。

注意事項

（一）局部組織有感染或患者有抽搐时暫不适于穿刺。

（二）有顱內压增高現象（見于腦瘤，顱內出血等病）穿刺应謹愼，放液应緩慢、少量，以免压力突然下降发生腦疝。

（三）注意患者脉搏呼吸，如发現异常，立即停止操作。如呼吸突然停止，应立即自針管內注射无菌生理盐水，补进流出之液量并作人工呼吸急救。

十四、髂嵴及脊椎棘突穿刺术

适应症

（一）用于寻找黑热病小体和癆原虫。

（二）白血病和再生障碍性貧血，用以研究骨髓細胞。

（三）急性传染病作骨髓培养。

禁忌症

（一）血友病

（二）有出血傾向者，应特别小心。

方　法

（一）髂前上棘穿刺法　病人仰臥，在髂前上棘后2—3厘米髂嵴最寬处，用碘酒酒精消毒皮肤。戴无菌手套（或用2%碘酒和70%酒精消毒双手）。鋪无菌孔巾。用1%普魯卡因局麻（皮肤，皮下和骨膜）。左手的拇食指在髂前上棘两側固定皮肤，右手用稳力将骨髓穿刺針向骨面垂直旋入，至有一輕松感为止。抽出針心，用注射器吸取骨髓0.2—0.5毫升，将骨髓滴于玻片上，制成涂片染色。針心放回穿刺針內，将穿刺針取出，用碘酒，酒精消毒，敷盖无菌紗布，用胶布固定。

（二）脊椎棘突穿刺术　方法与上相似，患者反坐于靠背椅上，双臂靠在椅背上緣，頭伏于臂上，腰部尽量前弯，使棘穿明显暴露。亦可采用側臥及俯臥位（腹下垫枕头）。选择十一、十二胸椎棘突、第一、二、三腰椎棘突較明显者作为穿刺点。

常見化驗診斷

第一章　常見化驗检查法

第一节　血液检查法

（一）白細胞计数（试管法）

1. 試剂　1%盐酸液，是由1毫升浓盐酸加蒸溜水99毫升配成。

2. 器材　血色素吸管，小試管，1毫升試管，数台，盖玻片，

針头，酒精棉等。

3. 操作

（1）取小試管一支，加入1%盐酸液0.8毫升。

（2）用針头刺耳垂或指尖取血。

（3）用血色素吸管吸血20立方毫米，擦去管尖外附着的血液，慢慢加入試管內。

（4）充分振蕩达50次以上。

（5）用玻璃棒蘸取悬液一滴滴于数台內，靜置数分钟，用低倍鏡計数四角大格內白細数胞，乘100，即取1立方毫米血液內白細胞总数。

$$1\text{立方毫米血液內白細胞数}=\frac{\text{四角大格內白細胞数}}{4}\times 10\times 40$$

$$=\text{四角大格內白細胞数}\times 100$$

4. 計数方式　在大格边綫上者，如数上側与左側綫上之血球，就不数位于下側与右側綫上之血球。

5. 注意事項

（1）加入血液后須充分混勻。

（2）采血量，加盐酸量須准确，滴入数台后，靜置时間应充分。

（3）数台，盖玻片用綿布擦淨，充液时不要产生气泡。

（4）血色素吸管必須准确，最好經过校正。

（二）白細胞分类计数

1. 瑞式氏染色法

（1）試剂

①瑞式氏染液　取瑞氏粉末0.3—0.5克，加甘油3毫升，放在研鉢內充分研磨后，加甲醇97毫升，裝入密塞的深色

瓶內，放置数日后即可应用。此染液保存时間愈久，染色愈好。

②緩冲液	磷酸氢二鈉	3.1 克
	磷酸二氢鉀	3.31 克
	蒸溜水	500 毫升

（2）操作

①自耳垂或指尖采血，涂血膜待干。

②将血片置于染色架上。

③滴加瑞氏氏染液 3—5 滴。

④約 1 分钟（勿使染色液干固）再加 2—3 倍的緩冲液，使与染液充分混匀。

⑤待 10 分钟左右，用水冲洗。

⑥将血片用吸水紙吸干鏡检。

⑦良好染色应以淋巴細胞能分辨出紅紫色核，淡蓝色浆，或粒細胞能数清核数为指标。

⑧将染好之血膜，先用低倍鏡观察染色情况，然后再于血膜体部用油鏡观察，按一定順序移动玻片直至計数 100 个白細胞为止，計算各类細胞的百分数。同时需注意观察細胞形态有无异常改变，白細胞有无中毒变化和有无寄原虫等。

（3）注意事項

①血片染色的好坏与染液质量、染色时間、緩冲液酸碱性有关，应通过实践，切实掌握。

②染色时間长短与染液性质、染液浓度、室温高低、血膜細胞之多少均有关系，应灵活掌握。

③染液应装入深色密塞瓶內，緩冲液（可用蒸溜水代替）也应装入密塞瓶中。

④冲洗时不要先将染液倒去，以免片上有染料渣子存留。

⑤白細胞分类計数随年龄而有所不同，嬰儿、幼儿及10岁以下儿童期白細胞分数变化見下表。

年　　龄	嬰　儿	1岁	2岁	3岁	4岁	5岁	6岁	7岁	8岁	9岁	10岁
嗜中性粒細胞%	18—30	35	38	42	47	52	52	53	54	55	60
淋巴細胞%	70—80	53	51	47	41	39	37	35	33	31	30

2. 瑞忒氏和姬母沙混合染色

姬母沙染色液对細胞核染色好，瑞忒氏染色液对細胞浆和顆粒染色好，两种染色液混合用，則細胞着色較单純染色法效果好，速度快。

（1）試剂

①瑞忒氏染色液

②姬母沙染色液

③緩冲液（或蒸溜水）

④緩冲液和姬母沙混合液

緩冲液 100 毫升

姬母沙染色液 0.5 毫升，混合后即可应用。

（2）操作

①于已干的血片上，滴加瑞忒氏染色液 3—5 滴。

②約 1 分钟（勿使染色液干固）再加緩冲液和姬母沙混合液 6—10 滴，使其与瑞忒氏染色液充分混匀。

③待 5 分钟后，用水冲洗，用吸水紙吸干片子，即可鏡检。

附：姬母沙染色液配制

姬母沙粉末　　0.5 克

甘油　　33 毫升

甲醇　　33毫升

将姬母沙粉末放入研鉢內，加甘油后充分研磨，移置60°C水浴中2小时，經常用玻棒攪拌，使染料溶解，再加入甲醇，混合后即可应用。

（三）红細胞计数（试管法）

1. 試剂　0.85%生理盐水。

2. 器材　同白細胞計数。

3. 操作

（1）用小試管一支加2毫升生理盐水。

（2）用血色素吸管吸血10立方毫米。

（3）将血慢慢加入稀释液中，充分混匀。

（4）用玻棒蘸取悬液1滴滴入数台上，靜置数分钟，用低倍鏡計数中間大格中五个中方格內紅細胞数，乘以10,000，即得1立方毫米血液內紅細胞数。

1立方毫米紅細胞数＝五个中方格內紅細胞数×5×10×200＝五个中方格內紅細胞数×10,000。

（四）血红蛋白測定（沙氏法）

1. 試剂　1%盐酸溶液。

2. 器材　沙里氏血紅蛋白計。

3. 操作

（1）先于測定管內滴加1%盐酸至10刻度处。

（2）用血色素吸管由穿刺处吸血20立方毫米，擦去管尖外血迹，注入管內。

（3）充分混匀，勿使产生气泡。

（4）待10分钟后，慢慢沿管壁滴加蒸餾水稀释，直至与标准管色度一致为止，讀取測定管液面克数，即为每100毫升血液內含血紅蛋白的克数。

4.注意事項

（1）稀释时蒸溜水应逐滴加入，不得一次加的太多，将液冲淡，无法比色。

（2）宜于10分钟时比色，30分钟内将色比完，否則影响結果。

（3）比色时光綫要充足，夜間应在日光灯下比色。

（4）所用的比色計应經过校正。

（五）网织红細胞计数

1.試剂　1%煌焦油兰生理盐水液。

2.操作　取試剂1滴于玻片上，再采血1滴立即与試剂充分混合，待5分钟后推成薄膜，干后用油鏡观察，計数1,000个紅細胞中网織紅細胞数，再折合成百分数。

3.注意事項

（1）加血量应比試剂量稍多，如遇貧血患者血量更要增加，否則影响染色。

（2）染色时間宜长些，防止血滴干燥，可将玻片罩上。

（3）試剂应过濾，玻片須清洁干燥，涂片要薄而均匀。

（4）可剪一圓形紙片，中間再剪成小方孔，放在目鏡中隔，以縮小視野，便于計数。

（六）血小板直接计数

1.試剂　1%草酸銨溶液。

2.器材　同白細胞計数。

3.操作　于耳垂刺血，血流出后，迅速用血色素吸管吸血10立方毫米，加入于已放0.8毫升試剂的小試管内混匀，待紅細胞全溶后，滴入数台，靜置10分钟，用高倍鏡計数中間大格10个中方格内血小板数，乘2,000即得每立方毫米血液中血小板数。

每立方毫米內血小板数＝10个中方格內血小板数×2.5×10×80=10个中方格內血小板数×2,000。

4.注意事項

（1）器材必須干淨，試剂用前濾过。

（2）采血不要用力挤压，取第一滴血为佳。

（3）計数时要不断調节小螺旋，注意和試剂中杂质相区别。

（七）出血时间测定 操作

1.用酒精棉消毒耳垂。

2.用弹簧刺血針刺入約3毫米深。

3.待血液自行流出立即記时間，每隔30秒钟用濾紙吸血滴一次（吸时勿触及皮肤），直到血液不流出为止，濾紙上血滴数减半，即为出血时間。

（八）凝血时间测定(玻片法)

1.操作 按常規从耳垂取血一大滴，放在玻片上，立即記录时間，2分钟后，每隔30秒用針尖挑动血液一次，待出現纖維絲为止。

2.注意事項

（1）凝血时間与溫度有关，需在20°C左右溫度进行。玻片亦須保持同样溫度。

（2）挑动血滴时，应按一定方向挑动，无規則挑动可变成脫纖維血液，以致血滴始終不出現纖維絲。

（九）血沉测定

1.試剂 3.8%枸橼酸鈉溶液。

2.器材 45度角血沉架，惠氏血沉管，2毫升注射器。

3.操作

（1）用注射器吸取3.8%枸橼酸鈉溶液0.4毫升。

（2）由靜脉抽血 1.6 毫升，立即于注射器內混合均匀。

（3）将混合后血液，注入血沉管內至 0 刻度处，勿产生气泡。

（4）立即将血沉管立于血沉架上，同时記录时間。

（5）待 10 分钟讀取紅細胞下沉的毫米数。

4. 注意事項

（1）器材应清洁干燥，血液与抗凝剂比例 4:1。

（2）取血后应立即試驗，放置时間达二小时以上者結果不准确。

（3）血沉与溫度有关，因之宜在 20°C 左右室溫內进行。

5. 正常值　男 0—15 毫米。女 0—20 毫米。

（十）血型检查

1. 标准血清之制备　由已知 A 型和 B 型之健康人取血，注入无菌干燥三角烧瓶中，放入冰箱內过夜，待血清析出，必要时可用离心机将血清分出，置入另一无菌干燥烧瓶中，放入 56°C 水浴內灭能 30 分钟，取灭能血清 9 份加入 5% 石炭酸生理盐水溶液 1 份（无菌吸管 1 滴滴加入，边加边搖混合均匀），裝入无菌瓶內，标明 A、B 型字样，（为了便于識别，常将 A 型标准血清加入紅色色素，B 型标准血清加入蓝色色素）置入冰箱內保存备用。

2. 操作方法（玻片法）　取一洁淨玻片，将两端标明 A、B 字样。再分别取 A 型 B 型标准血清各一滴，放入标明玻片上，于耳垂取血，用另一玻片之两角取血少許，分别加入 A 型和 B 型标准血清內，充分混匀（严防两种血清互相接触）。待 5—10 分钟后观察結果。

3. 判定結果　两种血清均未凝集为 O 型，两种血清均凝

集为A B型，A型血清凝集，B型标准血清未凝集，为B型，B型血清凝集，A型标准血清未凝集，为A型。

附：交叉配合試驗　为輸血前必須檢查項目之一，証实血型是否正确。

1.操作前准备

（1）給血者血液的处理首先取两支小試管（标好姓名），其中一支加入生理盐水1毫升左右。再由靜脉抽血2毫升，先加入盐水管一滴，其余注入另一支管內，待凝固后离心沉淀，分出血清。

（2）受血者之血液处理同給血者。

2.操作方法　取小試管两支，分别标明主管和付管。主管加入給血者血球悬液3滴和受血者血清3滴。付管加入給血者血清3滴和受血者血球悬液3滴。

以上两管分别混合均匀，离心沉淀1—2分（每分钟1,000轉左右），取出后，輕輕搖动观察結果，如未凝，再分别滴加玻片上少許，置显微鏡下观察，进一步証实。

3.判定結果　同型給血者，两管均不凝。异型給血者，主管不凝，付管凝。否則不应輸血。

4.注意事項

（1）技术性原因

①假阳性

假凝集　血浆蛋白紊乱（球蛋白增高）及血液粘稠度增多，常呈錢串状。多見于腎炎、肝脏病、多发性骨髓瘤、黑热病等。

自家凝集　由自家抗体引起的凝集。可分为完全性和不完全性两种。完全性自家凝集又分为生理性和病理性两种。生理性于低溫时出現，通称寒冷凝集。病理性于室溫中凝集，

置37°C溫箱中15分钟可消失。不完全性自家凝集又分为溫暖性及寒冷性两种。

細菌性凝集　多因細菌污染血液。

②假阴性

血清效价过低或紅細胞凝集力弱。

試驗时間短，反应未出現，过早的判定結果，血細胞悬液过浓，过淡等。

同族溶血素存在，产生溶血現象。

（2）責任性原因

①采血时写錯患者姓名。

②加錯血清或加錯紅細胞悬液。

③看錯結果或把結果写錯等。

④血庫发血时，如把A型血当B型血发出，可引起溶血性輸血反应，甚而发生生命危险。

第二节　尿液检验法

（一）尿液一般性状检查

1. 量　尿量之多少与飲水，出汗量及其它原因有关。

（1）正常值　24小时尿量为1,000—1,500毫升。

（2）尿量減少　病理情况下見于心脏代償机能不全，急性腎炎，重症脫水等。

（3）尿量增多　見于糖尿病，尿崩症等。

2. 反应　正常之新鮮尿液为弱酸性，但放置时間稍久，其中污染之細菌分解尿素后尿成碱性。

測定方法　石芯試紙法

将小片石芯試紙放入尿液中，观察試紙顏色判定尿的酸

碱度。紅色为酸性，蓝色为碱性，顏色不变为中性。

3. 比　重

（1）測定

①将尿液倒入量筒內近滿，注意避免产生气泡。

②将尿比重計輕放入尿液內，且勿使之靠近筒壁，以免影响結果。

③待比重計站稳时，讀出比重計在尿液凹面下緣的刻度数，即为尿比重数。但測定时尿之溫度較比重計上注明溫度高时，則每高3°C測得結果上应加0.001；反之每低3°C，在測得結果上減0.001。

（二）尿液化学检查

1. 蛋白定性

（1）硫柳酸法

①加20%硫柳酸于小試管內。

②加1—2滴尿液于小試管內，充分混匀，与原尿比較观察結果。

③結果判定

符　号	蛋白含量（克%）	反　应
—	无蛋白	清　晰
±	极少量約为0.01%以下	白色混浊，黑背景下可見
+	少量約为0.01—0.05%	轻度白色混浊，无顆粒
++	中等量約为0.1%	明显白色沉淀
+++	多量約为0.2—0.3%	絮状白色沉淀
++++	极多量0.5%以上	凝固成块状

（2）醋酸法

①取玻璃試管一支，加尿液約至試管2/3处在火焰上将試管上端加热煮沸。

②加5%醋酸1到3滴于已煮沸之尿液，待稍冷后观察結果。

③結果判定同硫柳酸法。

2. 葡萄糖定性(班氏法)

（1）原理　葡萄糖含有醛基，在热碱性溶液中能将高价銅还原为低价銅，而出現紅色沉淀。

（2）試剂　硫酸銅結晶17.3克。枸橼酸鈉173克。无水碳酸鈉100克（如用結晶炭酸鈉需200克）。蒸餾水加至1,000毫升。

配制①将无水碳酸鈉和枸橼酸鈉按需要量放入2,000毫升三角燒瓶內，加水約700毫升，加热溶解，待冷至室溫。

②将硫酸銅結晶放入另外一个三角燒瓶內加水約100毫升，加热溶解之。

③然后将①液慢慢倒入②液，边倒边攪勻，补足水量至1,000毫升。如有混浊，可用脫脂棉过濾后备用。

（3）操作

①取試剂1.25毫升放入小試管內，煮沸后应不变色。

②加尿液2滴，放在火焰上煮沸1--2分钟。

③冷后观察結果。

符　号	葡萄糖含量	反　应
—	无　糖	基本不变，如有多量尿酸盐存在时呈 蓝白色，
+	微量約0.5%以下	有少量带绿色沉淀
++	少量約0.5--1%	少量黄绿色沉淀，
+++	中等量1--2%	土黄色沉淀
++++	多量約2%	紅棕色沉淀

3. 酮体测定

（1）試药

醋酮粉末制法

亚硝基铁氰化钠　　0.5克

无水碳酸钠　　10克

硫酸铵　　20克

将上述試剂分别放在乳鉢內研磨。然后再經充分混合研磨后，貯于紧塞瓶中备用。

（2）方法

①取醋酮粉末少許放在玻片上。

②加尿液2滴于醋酮粉末上。

③显紫紅色者为阳性，3分钟后仍不显色者，为阴性反应。

4. 尿胆紅质測定

（1）試葯0.3%碘溶液：碘1克，碘化鉀2克，加水少許使其溶解，再加蒸溜水270毫升，混合均匀（先加碘化鉀并使溶解于水中后再加入碘，否則碘不溶）。

（2）方法

①于小試管中加入尿液2毫升。

②沿管壁慢慢加入0.3%碘溶液約0.2克。

（3）結果判定　两液接触处显線色环为阳性反应，否則为阴性。

5. 尿胆元測定

（1）尿胆元試剂

对位二甲氨基苯甲醛　　2克

浓盐酸　　500毫升

蒸溜水　加至1,000毫升。充分混合即可应用。

（2）方法

①試驗用尿液必須不含胆紅质，如含胆紅质者，应先除胆

紅质。

尿液1毫升，氯化鎂粉末0.1克。混匀并放置10分钟后离心沉淀，即得不含胆紅质之尿液。

②取无胆紅质之尿液5毫升，放于試管內，加尿胆元試剂0.5毫升，混匀后10分钟观察反应。从管口往下看。

（3）結果判定　尿液內含正常量之尿胆元时，显淡樱桃紅色。如含有多量的尿胆元，則显深樱桃紅色，此时須作稀释試驗，以便了解尿胆元增多程度。将尿稀释20倍(1:20)，40倍(1:40)，80倍(1:80)、160倍(1:160)，320倍(1:320)等后，再照上法作此試驗，至不显色（阴性）为止，其最后显色者为其最高稀释度。

（三）尿液沉渣检查

1. 紅細胞

形态　一般情况下呈双凹盘状，尿液的酸、碱度、浓度和尿液放置的时間长短，都会影响到紅細胞的形态，如浓縮的或酸性尿液中紅細胞呈星状皺縮。碱性尿中紅細胞被破坏。

2. 白細胞

形态　灰白色圓形的，浆內有顆粒，核不整。尿液的酸碱度都会影响白細胞之形态。

3. 上皮細胞　正常尿液內有少量上皮細胞，尤以女性为甚。大量出現时

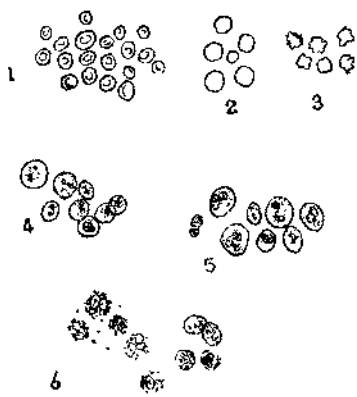


图20　紅細胞、白細胞形态

1.红細胞。2.膨胀型红細胞，3.皱縮样红細胞，4.白細胞。5.加酸后的白細胞。6.变形白細胞。

可表示某些病变，其变化之部位常以上皮細胞之形态而推定。

（1）小圆上皮細胞

①来源　肾小管、輸尿管、膀胱及尿道深层。

②形态　圆形或多边形，稍大于白細胞，核大而圆。見图21。

③意义　正常不見，見于肾小管、輸尿管、膀胱、尿道深层有損伤时，以肾小管損伤时为多見。

（2）圆形上皮

①来源　阴道深层、膀胱浅层及尿道粘膜中层。見图21。

②形态　圆形或椭圆形，核稍大。

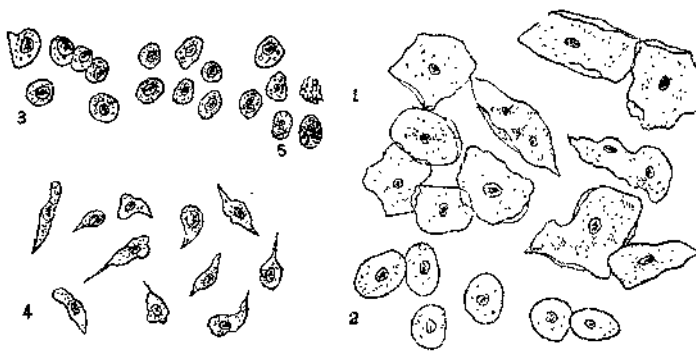


图21　上　皮　細　胞

1.扁平上皮。2.圆形上皮。3.5.小圆上皮。4.尾状上皮。

4.管型

（1）透明管型

形态　无色，单純性半透明的圆柱体，两端圆，有时有少許顆粒或細胞粘附，大小不等。見图22。

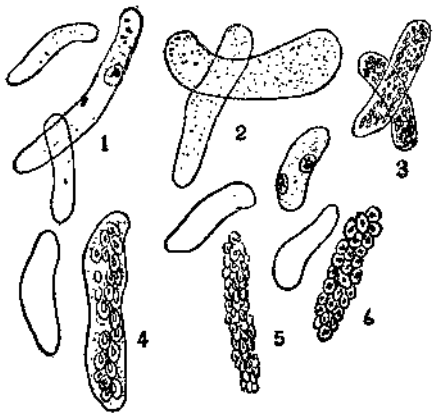


图22 各类管型

1.透明管型，2.3.颗粒管型 4.5.6.细胞管型

（2）顆粒管型

形态較前者短，大小不等，周边清晰，有粗、細顆粒，偶附有少量細胞。見图22。

（3）細胞管型

多是由細胞粘附于透明管型或由細胞集聚而成，形态、大小同前，可分紅細胞、白細胞两种。見图22。

（4）腊样管型

近似透明管型，色泽灰暗宛如腊状、較厚，有切痕，两端折断状，短而粗，偶带微黃色。見图23。

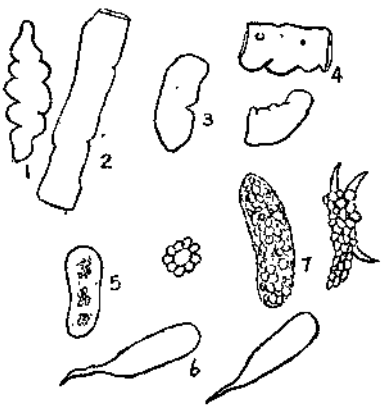


图23 腊样管型

1.2.3.4.腊样管型。5.6.7.圆柱体

5. 磺胺结晶 服用磺胺药物后，于酸性尿液中有时可见到磺胺結晶，磺胺結晶大量出現易引起血尿及尿閉。

（1）形态 无色或淡黄綠色。中央呈結扎麦捆形，两端对称；小球形；偶見六角形；不对称之麦捆形。

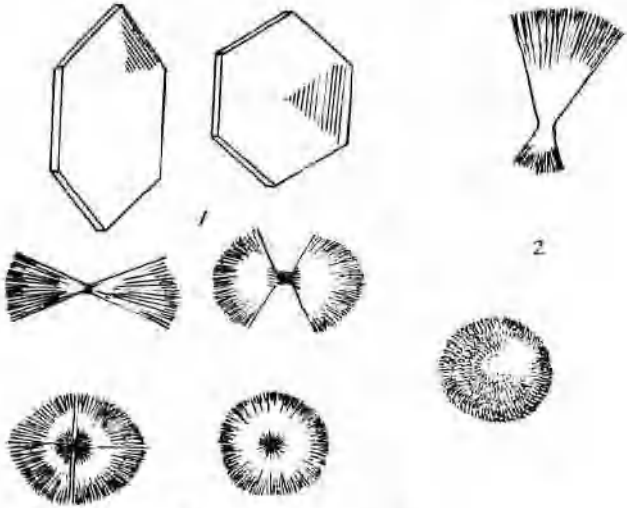


图24 磺 胺 結 晶

1. 磺胺嘧啶結晶 2. 磺胺噻唑結晶

（2）化学鑒定

①方法 于小試管內加尿液約1毫升，加尿胆元試剂1—2滴，混勻后观察結果。

②結果判定 呈橘黃色者为阳性，不变色者为阴性。尿中有磺胺成份时，此反应为阳性。

（附）蠕蜍试验

（1）雄性蟾蜍特征

①前肢第一、二两趾及第三趾的内侧有深棕色之色素块，但此种色素块于夏季可能脱去，不甚明显。

②当抓握其腹之两侧时，可发出咯咯之鳴声，此特征頗为可靠。

③雄蟾蜍前肢較雌蟾蜍粗壮。

（2）方法

①收集清晨尿液貯于干淨容器內，如有明显沉淀，应以滤紙滤过或离心法除去之。

②試驗前，应先来取蟾蜍尿检查有无精子，无精子方可使用。取蟾蜍尿的方法：用乳头吸管从蟾蜍肛門处取尿 1—2 滴于玻片上，在低倍鏡下检查之。

③用注射器吸取受检查者尿液 5 毫升，緩緩注入背部皮下，2—4 小时后吸取蟾蜍尿检查，如于鏡下見有游动精子則为阳性。如无精子則可于 24 小时后再检查一次，如仍无精子可見即为阴性反应。

④如怀疑为葡萄状胎或子宮絨毛膜上皮癌时，可出現阳性反应，此时可将尿液稀释为 10 倍，(1:10)，20 倍 (1:20)，40倍(1:40)等，分别进行試驗，稀释 200 倍 (1:200) 仍为阳性者有診断意义。

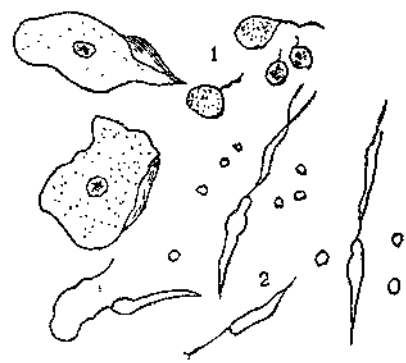


图 25　蟾蜍精子

1. 阴道滴虫，2. 蟾蜍精子

（3）注意事項

①蟾蜍体重以50克为宜，过小者反应不灵敏，且于注射尿液后易死亡。

②蟾蜍試驗阴性可隔一周使用，阳性須隔两周后使用。

（4）临床意义

①本試驗阳性可見于下列情况：妊娠，子宫外孕，葡萄胎或子宫絨毛膜上皮癌。

②本試驗可呈假阳性反应，其原因可能为检查日期过早，胎儿已死（如过期流产或子宫外孕等）。

第三节　粪便检查法

（一）外观

1. 色　正常呈黄褐色，在病理情况下色发生改变。

2. 性状　正常便多軟成形。如患腹泻可呈粥状或水样便。痢疾时可呈粘液脓血便，如有上消化道出血时，可呈柏油便。

（二）镜检

1. 白細胞，紅細胞。白細胞破碎后形成顆粒状圓球形，謂

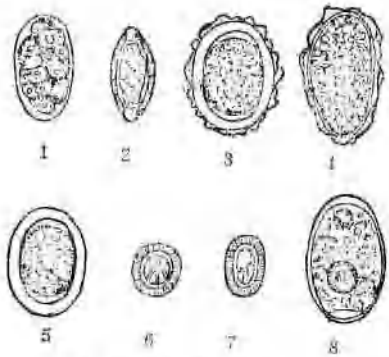


图 26　便寄生虫卵

1. 钩虫卵　2. 蛔虫卵　3. 蛲虫卵　5. 鞭虫卵
6. 有钩绦虫卵　7. 无钩绦虫卵　8. 肺吸虫卵

之腺細胞。

2. 常見虫卵有蛔虫卵、鈎虫卵、鞭虫卵、蟯虫卵、以及阿米巴原虫等。(附图 26, 27, 28)

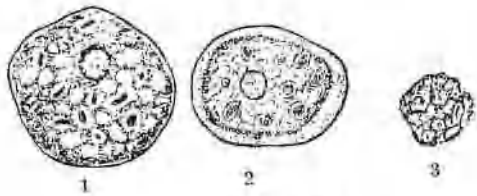


图 27　阿米巴滋养体

1. 痢疾阿米巴滋养体　2. 结肠阿米巴滋养体　3. 微小阿米巴滋养体

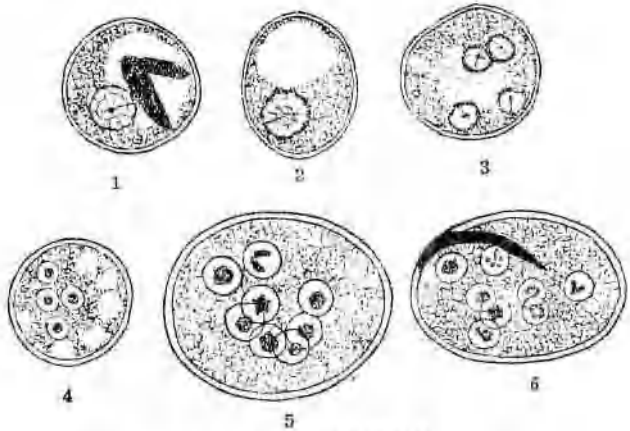


图 28　各种阿米巴包囊

1. 2. 3. 痢疾阿米巴包囊。4. 5. 6. 结肠阿米巴包囊

3. 不消化食物成份如脂肪球、淀粉顆粒、肌纖維。

（1）脂肪球　多呈圓球形，加苏丹三液（試劑丁）呈朱紅色。

（2）淀粉顆粒　尚未消化之淀粉顆粒，加卢戈氏碘液（試葯Ⅱ）后呈藍色，部分消化者呈棕紅色。

（3）肌纖維　为黃色，有横紋，断端常呈直角形。

試葯Ⅰ苏丹三液　苏丹三粉末溶于70%酒精与丙酮等量混合液中使成飽和。

試葯Ⅱ　卢戈氏碘液　碘1克，碘化鉀1克，蒸餾水100毫升。

〈注〉先将碘溶解在碘化鉀內后加水至100毫升。

（三）潜血试验

1. 試剂　过氧化鋇8份，联苯胺1份，研成粉末状，放于棕色瓶內，于暗处保存。用时取上述粉末0.15克溶于50%醋酸2.5毫升內（2至4小时內用有效）。

2. 方法　取上述試剂3—4滴，滴于清洁玻片上，如未見藍色出現，表示玻片上无血迹后，取小豆大小粪便混涂于液滴中，观察結果。

結果判定　卅　3秒钟內呈深藍色。

廿　15秒钟內呈藍色。

＋　30～60秒钟內呈藍綠色。

－　无藍色。

〈注〉此試驗方法的优点不受正常飯食的限制故不出現假阳性，阳性者有診断意义。

第二章　常見化驗檢查的正常值及临床意义

第一节　血液检查

（一）白细胞总数

1. 正常值　成人5,000—10,000/立方毫米。

2. 临床意义

（1）增高

①生理性　剧烈运动，剧烈体力劳动，飯后，初生儿、妊娠末期，分娩期、月經期等。

②病理性　化脓性球菌（葡萄球菌、鏈球菌、肺炎双球菌、脑膜炎双球菌等）和杆菌（如大腸杆菌，綠脓杆菌、白喉杆菌等）所引起的急性全身感染（敗血症）和局部炎症；烧伤、大失血、中毒（代謝或葯物中毒）、白血病等。

（2）減少

①传染病　某些細菌（如伤寒、布魯氏菌病）、病毒（如流感、麻疹、风疹）、及原虫（如黑热病、瘧疾）的感染，及重度感染（如粟粒型結核病、严重的敗血症）。

②骨髓損害　再生障碍性貧血、粒細胞缺乏症（可由合霉素、氨基比林、磺胺类葯、氮芥及其衍生物、砷剂或X綫、放射物质引起）。

③脾功能亢进、非白血性白血病。

（二）白细胞分类

1. 正常值

嗜中性杆状白細胞	1—4%
嗜中性分叶白細胞	50—60%
嗜酸性白細胞	0.5—4%
嗜硷性白細胞	0—1%
淋巴細胞	20—35%
单核細胞	2—8%

2. 临床意义

①中性粒細胞增加見于炎症、手术后、出血、中毒、白血病等。

②中性粒細胞減少　同白細胞总数減少項。

③嗜酸性粒細胞增加　过敏性疾患(如支气管哮喘、蕁麻疹)、寄生虫病(如鈎虫病、蛔虫病、包虫病等)、皮肤病(如湿疹、剝脫性皮炎、牛皮癣、疱疹等)。

④淋巴細胞增加　見于百日咳、結核、传染性肝炎、淋巴性白血病、传染性单核細胞增多症等。

⑤单核細胞增加　見于伤寒、結核、亚急性細菌性心內膜炎、斑疹伤寒、单核細胞性白血病等。

(三) 红細胞数及血紅蛋白

1. 正常值

紅細胞数	男	500万(450—600万)/立方毫米
	女	450万(420—540万)/立方毫米
	儿童	400—500万/立方毫米
血紅蛋白	男	12.5—16克/100毫升血
	女	11.5—15克/100毫升血

2. 临床意义

(1) 增加

①生理情况　初生儿及高原居民。

②病理情况　脱水引起血液浓縮（如呕吐、腹泻），代偿性紅細胞增多，先心性心脏病，慢性肺原性心脏病、高原病等。

（3）減少　見于貧血、白血病、产后大失血等。

（四）网织紅细胞

1. 正常值　成人 0.5—1.5%　　新生儿 2—6%

2. 临床意义

（1）增高　見于溶血性貧血、缺鉄性貧血等。

（2）減少　見于再生障碍性貧血。

（五）血小板

1. 正常值　15—30万/立方毫米。

2. 临床意义　減少見于原发性或继发性血小板減少性紫癜，再生障碍性貧血、急性白血病，脾功能亢进、X綫照射后等。

（六）出血时间

1. 正常值　1—3 分钟。

2. 临床意义　出血时間延长見于血小板減少性疾病如原发性或继发性血小板減少性紫癜，再生障碍性貧血、急性白血病，肝脏疾病等。

（七）凝血时间（玻片法）

1. 正常值　2—8 分钟。

2. 临床意义　延长見于血友病及凝血酶原不足（如維生素K缺乏）或纖維蛋白原不足（极严重的肝病）等。

（八）血沉

1. 正常值　柯氏法 (Cutler)　男性一小时 0—8 毫米，女性一小时 0—10 毫米，

魏氏法 (Westergren)　男性一小时 0—15 毫米，女性一小时 0—20 毫米，

文氏法	男性一小时 0—6.5 毫米，
(Wintrobe)	女性一小时 0—15 毫米，
潘氏法	男性一小时 5—10 毫米，
(Панченков)	女性稍高，可达15毫米。

2. 临床意义

增快①生理性　幼儿，月經期，妊娠等。

②病理性　結核活动期，风湿病活动期，各种全身性急性感染、心肌梗死、恶性肿瘤及严重貧血等。

第二节　血液生化检查

项　目	正常数值	临床意义
总蛋白	6—7.5克%	肝脏有严重损害时（如肝硬化）白蛋白↓
白蛋白	3.5—5.5克%	肝实质疾病（如肝炎、肝硬化）球蛋白↑
球蛋白	1.5—3.0克%	白蛋白与球蛋白之比例倒置（正常1.5—2.5:1）
凡登白反应	直接迟缓或间接弱阳性	1. 对黄疸型肝炎、梗阻性黄疸，溶血性黄疸有一定诊断价值。 2. 发现潜伏性黄疸（黄疸指数7—15单位）及判定黄疸进展情况。 3. 增加见于胆道梗阻（肝内及肝外）、急慢性肝炎、中毒性肝炎、溶血性黄疸、输血后溶血、急性溶血性貧血、新生儿黄疸、癌疾等。
胆红质	0.2—0.8毫克	
黄疸指数	2—6单位	
谷丙转氨酶（G.P.T）	5—40单位（上海法）	增高见于传染性肝炎、肝胆疾患（如中毒性肝炎、肝癌、阻塞性黄疸）、心肌梗死、急性胰腺炎、脑血管意外等。
碱性磷酸酶	2—4单位	阻塞性黄疸、肝癌、胰头癌增加
胆固醇	165±35毫克%	1. 阻塞性黄疸、慢性肾炎胆固醇增加。 2. 肝实质疾病，胆固醇酯↓ 3. 动脉粥样硬化，胆固醇↑，磷脂相对↓，胆固醇/磷脂(C/P)比值增大。
胆固醇酯	占总胆固醇量60—75%	
磷脂	170±30毫克%	
胆固醇/磷脂	0.96±0.1	

项　目	正常数值	临床意义
非蛋白氮 尿素氮	20—40毫克% 10—20毫克%	1. 肾性氮质血症↑（严重急性肾炎、慢性肾炎、肾盂肾炎、肾结核、肾肿瘤、先天性多囊肾等。） 2. 不合血型输血、服磺胺过多引起无尿者亦增高。 3. 肾外性氮质血症↑（休克、脱水、重症心衰引起肾血流量↓时；肾结石、前列腺肥大、尿道狭窄等尿路受阻时。）
二氧化碳结合力	50—65容积% (21—28毫当量/升)	1. 增加①代谢性碱中毒，如小肠下端梗阻、小儿幽门痉挛和腹膜炎引起大量呕吐。②呼吸性酸中毒，如肺气肿，肺炎，气喘，心衰，肺广泛纤维化等。 2. 减少①代谢性酸中毒如糖尿病、长期饥饿，肾炎晚期，腹泻，肠瘘等。②呼吸性碱中毒。
血糖	80—120毫克%	增加见于糖尿病、肢端肥大症、肾上腺皮质机能亢进、嗜铬细胞瘤、甲状腺机能亢进。减少见于垂体前叶、肾上腺皮质及甲状腺机能减退(西蒙氏病，阿狄森氏病、粘液水肿）等。
氯化物	570—120毫克% (98—106毫当量/升)	反映电解质平衡失调的情况及治疗时参考。
钾	16—22毫克% (4—5毫当量/升)	
钠	310—340毫克%(136—145毫当量/升)	
磷	3—4.5毫克%（2—3毫当量/升）	
钙	9—11毫克%（4.5—5.5毫当量/升）	
淀粉酶	40—180单位 (Somogyi法) 8—64单位 (Winslow法)	急性胰腺炎明显增高、胰腺癌早期暂时增高。
脂肪酶	1—1.5单位	

第三节 尿 液

1. 比重、正常值 1.018—1.025。

临床意义 降低見于慢性腎炎尿崩症，升高見于糖尿病、心力衰竭和高热性疾病。

2. 蛋白 正常为阴性。阳性时見于腎炎、腎結核、腎肿瘤、心力衰竭、发热性疾病（不高于＋＋）和泌尿道炎症。

3. 尿糖 正常为阴性。糖尿病等可为阳性。

4. 酮体 正常为阴性。糖尿病酸中毒、妊娠呕吐及其他原因引起的酸中毒为阳性。

5. 尿胆红质 正常为阴性 **尿胆素元**稀释 1：20 以下阴性或阳性，以上皆为阴性。临床意义見下表。

	尿胆红质	尿胆素元
完全梗阻性黄疸	阳性，高度增加	阴性
不完全梗阻性黄疸	阳性，中度增加	阳性
肝细胞损害性黄疸	阳性，中度增加	阳性，中度增加
溶血性黄疸	阴性，	阳性，高度增加

6. 尿沉渣检查

（1）紅細胞 正常情况不見或偶見。泌尿系有疾病时有不同程度出現。見于腎炎、腎結核、腎肿瘤、腎結石及腎外伤。

（2）白細胞 正常尿可見少量白細胞，尤其女性尿中。泌尿系有炎症时呈不同程度增加。

（3）上皮細胞 正常有少量上皮細胞，尤其女性。大

量出現，表示某些泌尿系病变如小囘上皮細胞增多見于腎小管、輸尿管、膀胱、尿道深层損伤时。

（4）管型

①透明管型　正常偶見，患热病和腎脏受刺激时可出現。大量、持續出現可疑为腎脏疾患。

②顆粒管型　見于腎实质性疾患。

③細胞管型　紅細胞管型見于急性腎炎，白細胞管型見于腎脏化膿性疾病。

④腊样管型　見于长期或严重腎炎或腎淀粉样变。

⑤磺胺結晶　服磺胺药后于酸性尿中有时可見，大量出現易引起血尿及尿閉。

第四节　便潜血

便潜血试验　消化道出血时如血量甚少，称潜血，此試驗阳性，見于潰瘍病，胃癌、腸結核、紫癜症、伤寒、鈎虫症等。

第五节　脑脊液

	压力（毫米水柱）	性质	凝固	細胞数（立方毫米）	蛋白质（毫克%）	葡萄糖（毫克%）	氯化钠（毫克%）	細菌
正常	60—150	澄清无色	无	0—10	15—40	50—90	700—750	无
化膿性脑膜炎	显著↑	混浊黄色	有凝块	10—5000（中性細胞）	显著↑	0—60	正常或稍低	有
結核性脑膜炎	常↑	澄清	网膜凝块	80—1000	30—1000	0—50以上	500—700	有
脑肿瘤	不定	正常或黄色	无	0—80（淋巴細胞）	20—200	40—100	正常	无

第六节　渗出液与漏出液区别

	渗出液	漏出液
来源	炎症	非炎症
外观	可为浆液、浆液纤维性、脓性	淡黄色、清亮
凝固	易	不
比重	1.018以上	1.018以下
蛋白质	2.5克%以上	2.5克%以下
李凡他试验	阳性	阴性
细胞数	多，超过500/立方毫米	少，少于500/立方毫米
细菌	有	无

第七节　肝功能试验

项目	正常值	临床意义
酚四溴酞钠试验(B.S.P)	45分钟贮留少于5%	增高说明有肝实质损害如急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化等。
麝香草酚浊度试验	0—6单位	增高说明有肝实质损害如急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化等。
硫酸锌浊度试验	2—8单位	增高说明有肝实质损害如急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化等。
麝香草酚絮状试验	阴性	上述肝实质病可为阳性
脑磷脂胆固醇絮状试验	阴性	上述肝实质病可为阳性
卢戈氏碘试验	阴性	上述肝实质病可为阳性

黄胆指数、胆红质、尿胆红质、尿胆素元、血浆蛋白质、胆固醇及酯、谷丙转氨酶等见前。

最 高 指 示

没有正确的政治观点，就等于没有灵魂。

好好的保育儿童。

读书是学习，使用也是学习，而且是更重要的学习。从战争学习战争——这是我们的主要方法。没有进学校机会的人，仍然可以学习战争，就是从战争中学习。

应该印出来叫学生看、研究。你应该少讲几句！主要是学生看材料，把材料给人家。

……，一经纠正之后，缺点就不再是缺点，错误也就变成正确了。

小 儿 科 部 分

第一章 小儿的基本知識

第一节 小儿的特点

小儿无时无刻不在生长发育中，在各方面都与成人有所不同，所以并不是成人的縮影。

小儿的特点有以下几个方面：

一、解剖方面 小儿和成人不同的地方很多，例如婴儿的

心尖位于第四肋間，比成人心尖的位置稍高。小儿头骨和其他骨胳尚未发育好，不如成人的骨胳坚固。

二、生理方面 年龄越小，生长发育越快，因此，小儿每天每公斤体重所需要的热量和水分，都比成人多。又如小儿每分钟的呼吸及脉搏数也比成人快，睡眠时間則比較长。

三、免疫方面 小儿的免疫力与成人不同；不同年龄的小儿也各不相同，这是由于：

（一）婴儿前半期对某些传染病具有先天性免疫力；后半期因先天性免疫消失，尚未获得后天性免疫力，故易得各种急性传染病。

（二）因为大脑皮质发育不足和机能低弱，新生儿和未成熟儿对某些传染病如麻疹、猩紅热和风疹等沒有反应性，所以很少得这些病。

四、病理方面 幼儿时期造血器官很不稳定，甚至輕微的感染，也会使骨髓受到損害，产生貧血，而且恢复胎儿期骨髓外的造血机能，肝脾肿大。

五、病原方面 成人的疾病常常是許多原因引起的，而在婴儿、幼儿往往比較单純，如小儿的疾病可能为先天的、出生时或生后的原因。

六、症状与体征 婴儿疾病所表現的症状和体征与成人常常不同，但儿童年龄越大，也就越近于成人。如疼痛，在婴儿因为不会說話，也不能准确地指出疼痛的部位，往往只表現为煩躁不安，或把胸痛說成腹痛。又如婴幼儿因发热，常常引起惊厥。

在体征方面，成人得脑膜炎时有項部强直，在婴儿却不一定都有；成人得腹膜炎时，腹部触診有肌肉紧张，在婴儿却常缺少此种体征。

七、化验 如血液內白細胞总数及分类、紅細胞及血紅蛋白在各个年龄都不相同，因此，必須知道各种年龄的正常数字，才能判定是否不正常。

八、诊断 小儿疾病的診断和成人疾病的診断一样，也需要詳細的病历，仔細的体格检查和必要的化驗检查。但作小儿科診断时，要特别着重于体格检查及仔細的观察病情的进展和变化。因为年幼的小儿不会自述病情，病史来源必須依靠家长、保育員或陪診人員的观察，因此有时并不可靠，所以診断时客观的体征非常重要。

九、治疗 一般与成人相同，但药物的剂量因年龄不同而异。

十、预防 小儿易得急性传染病，而这些急性传染病又多能用預防接种預防。我們国家的卫生方針之一，**"预防为主"**的重要性，在儿科更为突出。

十一、小儿的多发病：

（一）呼吸道感染（如上呼吸道感染，支气管炎，支气管肺炎等）。

（二）消化道疾病（如消化不良，痢疾等）。

（三）传染病（如麻疹、百日咳、"流腦"、猩紅热、流行性腮腺炎、水痘等）。

（四）蛔虫病。

十二、预后 年龄越小，因免疫能力未发展完善而預后多較严重。

第二节 小儿年龄的分期及其特点

小儿的机体是正在发育着的，各年龄都有其不同的解剖

生理特点和疾病特点，为了便于正确地、有区别地进行处理，一般人为地把小儿时期分为六个时期。

一、胎儿期 由受孕到分娩，約九个多月，或二百八十天。

这时期的特点是胎儿生长迅速，胎儿的营养完全靠母体供应，因此父母的健康和母亲孕期的生活条件都直接和小儿的正常发育有关；如果母亲有任何感染、中毒、营养不足等都能影响胎儿的发育，甚至发生先天性疾病。如孕妇早期得风疹，可能造成胎儿发育畸形。因此，小儿的保健工作要从这时期开始，从各方面为孕妇建立良好条件，注意母亲健康，使胎儿得到正常发育，以避免各种先天性疾病的发生。

二、新生儿期（胎外适应期） 由出生到一个月末，这是对外界环境的初步适应时期。为小儿脱离了母体，臍带結扎后开始胎外生活的第一阶段。这个时期的特点是神經中枢的发育还不完善，器官和組織活动机能不足，大脑皮质的兴奋性低下，易于疲乏，終日处于睡眠状态，对外界反应性差，对生活环境的适应能力不足，此期易受內外不良因素的侵袭，所以死亡率較高。因此保健工作应特别注意，例如为小儿布置合理的环境，加强新生儿的护理和疾病的防治，特别注意各种感染、先天性畸形及产伤等。对于未成熟儿就更要慎重地处理。

三、婴儿期（乳儿期） 从滿一个月到一岁。在这一时期內，小儿营养以母乳为主。这时期的特点是生长发育迅速，如体重增加到出生时的三倍，身长增加到出生时的一倍半。因此每公斤体重所需要的营养量大。同时中枢神經系統很快地在实质上和机能上增强，条件反射也不断地形成。

在病理方面由于生长迅速，一方面需要高热量和分配适当的营养素，另方面婴儿消化机能尚不健全，因此容易得单純性或中毒性消化不良症、营养不良症、佝僂病等。

由于中枢神經系統机能未成熟，不能忍受高热或毒素的刺激、容易发生惊厥。

由于婴儿对于感染的反应，是趋向于扩散到全身，不能将病变局限化，所以易引起全身性病变和中毒状态，因此，婴儿肺炎多是支气管性肺炎，且病情严重。患結核病时，常引起周身性的粟粒性結核。

四、幼儿期 从一周岁到三周岁。这时期的特点是幼儿逐渐与成人或其他儿童游戏或交往，由于大脑皮质机能的增长，由这时开始，要注意培养他无产阶級感情，爱劳动、讲卫生。同时因为正在断奶之后，如果不能用正确的方法供給营养，也容易发生营养不良。最常見的急性传染病、如麻疹、痢疾等在这个时期的病发数特别高，更应注意預防。

五、学龄前期（幼童期） 从三周岁到七周岁。这时期体格生长較慢，但与外界环境的接触日益加多，因此，应当积极地、有計划地做好忠于毛主席，忠于毛泽东思想，忠于毛主席的无产阶級革命路綫的教育，和預防急性传染病的工作。

六、学龄期（儿童期） 由七周岁到十二甚至十四岁。这个时期的特点是进入学校复杂的新环境，周围环境的影响很大。大脑机能更加发展，肌肉系統发育很快，乳齿換成恒齿。甲状腺、性腺的分泌作用增强。因此，这时期出現的疾病也有不同，比較常見的是风湿热、肺炎（常是大叶性肺炎）及結核病。小儿急性传染病已較少。

第三节 小儿的生长和发育

小儿是在继續不断地生长和发育的。普通說"生长"是指形体的增长，"发育"是指机能的进展。实际上形体和机能的

关系非常密切，无从分开，两者属于一个統一的整体。

小儿的生长发育一般循一定規律进行，否則必有原因，如疾病、营养不良及內分泌障碍等。所以若能了解生长发育的正常标准，也就能够早期发現病态而給予矫正；同时在訓練和教育上也不会越級苛求。

正常标准与正常范围 为了便于客观地估量和評判起見，对于儿童各个年龄的发育状态，应当有正常标准，就是：如新生儿体重平均为3公斤，但也不是說比平均数稍大或稍小的就是异常——正常的小儿也可以超过或达不到这个标准，所以应該有一个"正常范围"。

新生儿体重的正常范围：2.5—4.0公斤。出生体重低于2.5公斤为早产儿。

新生儿体重的生理性減少：生后三日內体重逐漸減輕，平均減少5—8%，大約在7—10天便可逐漸恢复出生时的体重。

体重增加情况：小儿从生理性体重下降恢复到出生体重以后，就不断迅速地增长。

出生的体重为3公斤，到5—6个月时的体重为出生时的2倍即6公斤，到一周岁时約为3倍即9公斤，2岁时为4倍即12公斤。

体重计算方法（应熟記）

一、1岁以內的体重計算法：

1—6个月的小儿体重（公斤）

＝出生体重（平均3公斤）＋（月数×0.6公斤）

7—12月的小儿体重（公斤）

＝出生体重（平均3公斤）＋（月数×0.5公斤）

說明：在6个月以內，小儿体重每月增加0.6公斤；而在

7个月以后，每个月体重增加0.5公斤。

二、1岁到10岁的体重計算法为：

体重（公斤）＝（年龄×2）＋7公斤

“2”为每增加1岁体重增加2公斤。

影响体重的因素和季节的关系　内在因素：（1）父母的体质；（2）小儿充分的活动。外在因素：（1）喂养；（2）生活条件；（3）卫生条件；（4）季节。在一年中大概夏秋之間体重增加較多，春冬两季較少。

身长　小儿身长的增长和体重一样，变动很大，年龄越小增长速度越快。

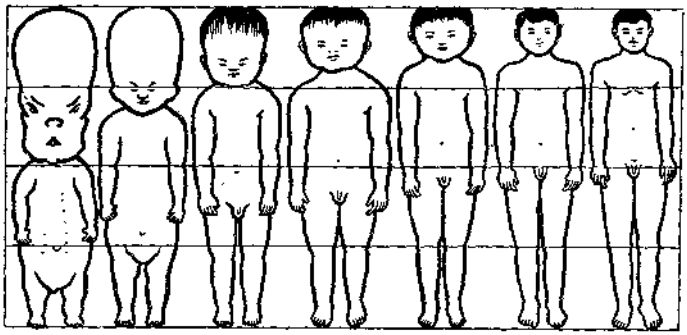
必須記住：出生时身长平均为50厘米，1岁时增加一半（25厘米）即达75厘米。1岁以后的身长是〔75＋（5×年龄）〕厘米。（“5”为每增加1岁身长平均增加5厘米。）到5岁时为初生的两倍即100厘米，到10—15岁时为出生时的3倍，即150厘米。

身长与体重增加的互相关系　在4岁以前体重的增加較身长占优势，为第一次发胖。在5—7岁身长的增加較体重占优势，为第一次长高。8—10岁体重的增加又占优势为第二次发胖。11—15岁身长的增加又占优势，为第二次长高。

身体各部分（头长、身长、全身中点）的比例随年龄而改变。如小儿头长和身长的比例，在新生儿为1:4，2岁时为1:5，6岁时为1:6，成人时为1:8。（参下图）。

头围、胸围　新生儿的头围平均34—35厘米，胸围是32—34厘米。到6个月时头围和胸围相等。1岁时，头围为46厘米，胸围为47—48厘米。2岁以后小儿胸围大于头围的厘米数等于小儿的岁数。

头颅的发育　新生儿头颧比較大。



二月胎儿　五月胎儿　新生儿　一岁　六岁　十二岁　二十五岁

新生儿的矢状縫是略为分开的，一般在生后 2—3 个月，最迟到 6 个月閉合。

小儿的前囟門約在 1 岁左右閉合，最迟到 1 岁半。新生儿前囟門正常为 2.5×2 厘米大小。后囟門在初生或第 2—4 个月即閉合。两侧小囟門正常到生后 2—3 周时閉合。

小儿前囟門如在 1 岁半以后仍未閉合，說明顱骨发育不良，是佝僂病或克汀病常見的体征之一；也可因为顱內压增高或有脑积水。

过早閉合的主要原因是脑部停止发育，或骨內儲鈣质过多。

胸部的生长　新生儿胸腔的横径与前后径相等，略呈圓形。以后随年龄的增加，横径漸长，故呈扁圓形。

新生儿的胸廓呈桶形。肋骨水平，互相間是平行的，肋骨和身体的长軸成直角，因此小儿的胸廓象是深吸气样，活动时不能更扩大。

牙的生长　小儿牙出生的速度和次序是考核发育正常与

否的良好指标。

乳牙长出的年龄和次序　一般小儿从6—8个月起，开始出牙，10个月不出牙为晚。先出下部中間門牙，随后出上部中間門牙，再經过一个时期生出上部两旁門牙，在一岁末，生出下部两旁門牙。所以一岁以后，小儿应該有8个牙。一岁以后出第一乳磨牙，一岁半时出尖牙，2周岁时出第二乳磨牙，到2岁末20个乳牙都出齐了。

乳牙计算方法　齿数＝月数－6

第四节　小儿运动机能的发育概况

臍带脫落	生后5—7天	生齿会爬	7—8个月
抬　头	2—3个月	会　站	8—9个月
認　人	4—5个月	会　說	1岁开始
会　坐	6—7个月	会　走	12—14个月

簡記为：7臍、3头、5認；坐7、爬8；站9、說1、走过1。

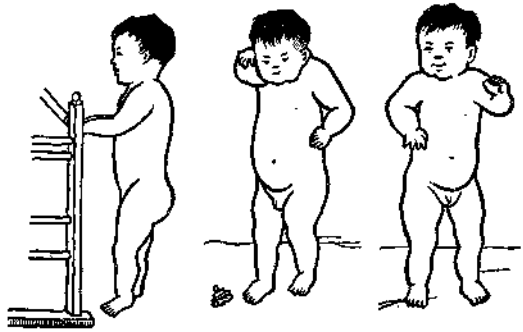
5—7天脫臍

三个月能抬头

四、五个月能认人

六、七个月能坐直

八个月会爬



九、十个月扶着东西能站　一岁说单字　十二个月开始步行

一岁以前小儿运动机能、发育的情况

第二章　小儿主要解剖生理特点

第一节　呼吸系统

小儿呼吸道较狭窄，粘膜很嫩，富于血管及淋巴管，故易发生炎症和肿胀，使管腔更狭窄，产生呼吸道梗阻。

小儿呼吸快，呼吸数随年龄增长逐渐减少，5—6岁以后，

接近于成人。如：

新生儿	40—50 次/分钟	可出現呼吸不整，暫短的口周发紺。
1—2 岁	30—40 次/分钟	
5—6 岁	25 次/分钟	

須注意小儿的呼吸次数可因哭鬧、发烧，吃奶、腹胀等而增快。

第二节　循环系统

一、脉搏　小儿脉搏較成人快。如：

新生儿	約 120—140 次/分钟
6 个月—1 岁	約 120—130 次/分钟
4—5 岁	約 80—100 次/分钟

須注意小儿脉搏可因发烧增快，体溫每升高 1°C，則脉搏增快 10—15 次。

二、血压　一岁以后收縮压（毫米汞柱）

＝80＋（2×年龄），舒张压为收縮压的三分之二。

第三节　乳儿消化器官

消化器官的形态和机能发育，是随着大脑皮层的发育进行的。口腔粘膜細嫩，血管丰富，比較干燥，易受伤；食道呈漏斗形，食道新生儿約长 10 厘米，1 岁約长 11—12 厘米，5 岁約长至 16 厘米，用胃管时应加注意；胃幽門紧閉，賁門松弛、水平位，易溢奶；腸系膜較长，比較薄弱，故易发生腸扭轉、疝气、腸套叠。乳儿較成人胃机能相比，有明显的胃分泌机能不全，消化酶的活动力低，因此易引起消化紊乱；腸壁的

渗透性較高，故毒素易透过腸壁而入血，引起周身中毒症状。

肝脏　3岁以前的健康小儿，肝脏于肋弓下触及1—2厘米，可为正常范围，3—7岁可在剑突下触及2厘米左右，过7岁不应触及。

第四节　神经系统

发育不完善，免疫力低，防御能力差，感染时易扩散引起敗血症。

第五节　末梢血液象

新生儿紅細胞数量多，550—650万/立方毫米。白細胞于生后半个月維持在10000—12000/立方毫米，白細胞分类中性核占65—66%，淋巴細胞16—30%，到生后4—5天則中性核下降，淋巴細胞上升，形成第一次交叉曲綫，4—5岁时中性細胞又上升，淋巴細胞下降，形成第二次交叉曲綫。

第三章　小儿的营养与喂养

毛主席教导我們："**按照实际情况决定工作方针，这是一切共产党员所必须牢牢记住的最基本的工作方法。**"毛主席又教导我們："**我们应该走到群众中间去，向群众学习，把他们的经验综合起来，成为更好的有条理的道理和办法，**"过去那一套营养要求，喂养方法，什么肉末、果汁……等等，及一大堆数字計算，是专为老爷娇生慣养的孩子服务的，是脱离实际，脱离广大工农兵的洋教条，要坚决废除，彻底批判。

伟大領袖毛主席教导我們："**千万不要忘记阶级斗争**。"在那血泪斑斑的旧社会，工人、貧下中农、貧苦牧民的子女，还讲什么营养。母亲喂养，孩子要吃奶，挤不出一滴，要喂飯，沒有一粒粮。就这样，在国民党統治的万恶的旧社会，不知夺去了多少无辜孩子的生命。

在毛主席和共产党領导下，我們貧下中农、貧苦牧民，翻了身，掌了权，丰衣足食。工人、貧下中农、貧苦牧民在以毛主席为首，[redacted]的无产阶級司令部的領导下，在毛主席关于无产阶級专政下继續革命学說指引下，积极投入社会主义革命和社会主义建設。在幸福的今天才能談得上小儿的营养和喂养。

由于小儿与成人的生理需要不同，因此，对于小儿的营养必須特别了解。小儿因为不断地生长和发育，所以除了需要营养来供給日常活动所需的热量，和补偿体內組織新陈代謝的消耗以外，还需要許多額外的养料，才能滿足身体的需要。嬰儿时期的膳食更必須充分，因为他們体內各种营养的貯藏量原来就不够或者很少，如果飲食不足，就很容易发生缺乏現象而引起疾病。現将嬰儿和儿童营养的需要分别介紹如下。

第一节　热能的需要

飲食的大部分在体內轉变为能量，这种能量是身体每一个細胞、組織的新陈代謝、体力活动和工作等所必需的。

健康小儿的体力活动很大。按体重的比例来說，他們所需的热能比成人更多。成人每天每公斤体重只需 50—60 千卡，而在較小的嬰儿則需 100—120 千卡。以后随着年龄的增加，每天每公斤所需的热能就逐漸減少。生病的孩子，尤其是

在长期发热时，机体的細胞和組織的新陈代謝率加快，虽然臥床机体活动減少，也应該給予热能充足的飲食。

第二节　营养的需要

食物中所含的营养素可以分为蛋白质、脂肪、碳水化合物、維生素、矿物质和水几大类。长期缺乏其中的任何一种，可以引起疾病，就是各类的配合比例不恰当，也引起疾病。所以，对于小儿的喂养，不但要求食物容易消化和吸收，而且也要搭配合适。現在把各种营养素的主要功用和富含它們的主要食物簡单介紹如下。

一、水分　水分是机体不可缺少的成分，是体内輸送各种养料的媒质，同时也是排泄各种代謝废物的媒质。此外，由于皮肤的出汗或蒸发，水分还可以調节体溫。如果生病（如腹泻、呕吐等），那么，体内水分很快丢失。因此，嬰儿很容易产生脫水症状。

一般一岁以下的嬰儿（此时期内最易发生脫水）所需的水分，每天每公斤体重为 120—150 毫升（未包括脫水时所需补充的水分量）。

二、蛋白质　机体必需蛋白质有三个原因：

（一）蛋白质是組成一切細胞原生质的基本物质。只有膳食内含有足够的蛋白质时，体内才能得到足够的蛋白质，因而細胞才能生长，体格也才能成长，发育。

（二）蛋白质和机体产生免疫力有相当关系。根据一般观察，缺乏蛋白质膳食的儿童，比較容易患病。

（三）蛋白质和血浆蛋白也有密切关系。血浆蛋白是保持血液正常滲透压的主要因素。如果血液滲透压降低，就会

引起水肿。

人乳喂养的婴儿，最好由6—6个月起就逐渐增加蛋白质类食物，人工喂养的婴儿，应当由第4个月起就开始增加。

蛋白有植物性蛋白和动物性蛋白两类。豆类、五谷是植物性蛋白的主要来源；蛋类、魚类、乳类、瘦肉等，是动物性蛋白的主要来源。在配备婴幼儿的膳食时，如果用动物性蛋白有困难时，就多用植物性蛋白。

三、碳水化合物 碳水化合物是供給身体热量的主要来源。人乳喂养的乳儿，因为人乳內碳水化合物已够，不必另行增加。人工喂养的乳儿，初期可以增加蔗糖或用少量的炒黃的面調成稀面糊，以补充热量的不足。乳儿从3—4个月以后应逐漸加喂一些普通食物，如米湯、炒面糊、稀飯、煮烂的馬鈴薯（即土豆、洋芋）。

四、脂肪 脂肪在体內消化和吸收后，就变成一种儲备的能量，这种能量只有在体內一切碳水化合物用完时才被应用。平时体內的脂肪儲存在皮下組織和各个器官的周围，它的功用是为身体积儲水分；保护器官，使器官不易受伤；此外，还作为某些維生素的溶质（如維生素甲和丁）。这些維生素只能存在于脂肪中，婴儿食物中缺乏脂肪，因而也容易引起这些維生素的缺乏病，如干眼病和佝僂病。

五、矿物质 有些矿物质是形成骨胳的主要成分（如鈣和磷）；有些是維持体內水分平衡所必需的（如鈉、鉀、氯）；有些是制造血紅蛋白所必需的（如鉄）；有些是产生甲状腺素所必需的（如碘）。由于生长与发育的需要，婴儿和儿童的矿物质需要量比較大，尤其在骨胳生长发育时期，需要大量的鈣和磷。普通在人乳中，除鉄质外，其他矿物质的含量差不多都可以够用。較大的孩子，只要飲食适当，能包括蔬菜、豆类、谷类

等食物，那么，所供給的矿物质就已足够了。

六、維生素 虽然每天需要量很少，但如缺少了就会引起各种症状。各种維生素对于生长、发育都有重要的关系，其中尤以丙、丁二种更为重要。

（一）維生素丁 这是体内充分吸收、利用鈣和磷时所必需的物质，而鈣和磷又是正在生长的骨胳所必需的。所以乳儿和儿童須要供給足量的維生素丁，否則就容易发生佝僂病。日光照射皮肤中的某种物质后，在体内也能产生維生素丁。在我国农村中，一般小孩与日光接触的机会很多，无疑地，可减少許多維生素丁缺乏的現象。有条件的可吃蛋黃。

（二）維生素丙 这是維持骨胳正常生长和血管內皮細胞正常功能所必需的物质。缺乏維生素丙时，骨胳生长停止，同时血管容易出血或流血。由于常吃新鮮蔬菜（如白菜等）所以不会缺乏維生素丙。人乳喂养的乳儿，由于有足量的維生素丙，因此，也不会缺乏；但在人工喂养的乳儿，就必須补充才够身体的需要。

第三节 小儿喂养的几种方法

一、母乳喂养 母乳是婴儿最适宜的营养品，因为它含有易消化的蛋白质，大量糖和脂肪，热量較高，还有維生素，酶和抗体。喂养方法簡单。故婴儿应采用母乳喂养。

婴儿出生后，12小时开始喂奶。隔3—4小时哺乳一次，早产儿、体弱儿可縮短哺乳时間。每次哺乳間隔时間应灵活掌握，如夜間婴儿熟睡时，可等醒后再喂。婴儿規律性的哺乳能減輕母亲的疲劳，增加乳汁的分泌，促进婴儿的消化和吸收。孩子吃飽了自然不会再吃，或玩耍、或入睡。喂奶时最好

把孩子抱起来坐着喂，哺乳后，将小儿抱起伏在母亲肩上，轻轻拍背，使吸入的空气逸出，可防溢奶。母乳不足，应加添辅助食品。

正确的喂奶姿势

二、人工喂养 完全用食物代替人乳喂养婴儿时，称人工喂养。

目前常用的几种食品：

（一）自制糕干粉 大米、小米淘过磨成面粉，或洋芋粉，在锅内干蒸，然后凉干，吃时加糖，打成浆糊，以筷子能挑起为适度。

此种食品主要成份为碳水化合物，营养成份不全，易并发营养缺乏病。

（二）代乳粉 是目前较好的代乳品。选用大米粉、蛋粉、大豆粉、糖粉、维生素、盐、钙质等多种营养物质，泡制而成。

此品优点：含有多种适合小儿生长发育所需要的营养成份。成品市场有大量出售，可以选用。

（三）动物乳（牛、羊乳） 营养价较高，是代替人乳最好的食品，牧区及有条件的农业区应首先选用，首先把奶煮沸后再喂小儿。牛、羊奶用水或米汤稀释后较易消化。各月龄的稀释浓度可灵活掌握，主要根据小儿吸收消化情况而定。如有的小儿2—3个月就可喂全乳（不稀释），有的则4—5个月才能喂全乳。

小儿每次需要的乳量，根据具体情况而定。因小儿生长

各月龄的稀释浓度如下表（仅供参考）

月　　龄	稀　　释　　法
1　月　以　内	一份牛乳加一份水
1　月　—　4　月	二份牛乳加一份水
5　个　月　后	不加水

发育情况不同，需要也不一样。一般乳儿每公斤体重，每天大約需要牛（羊）奶 100 毫升，加糖約为牛乳量的 5—8%，每天每公斤体重另加水 50 毫升左右。

三、辅助食物　小儿逐渐长大，母乳或人工喂养渐渐不能满足其全部营养需要，必须增加輔助食物。不然易引起营养不良，影响小儿的生长发育。

輔助食物的种类　应根据当地情况选择。常有米粥、碎菜、薄面片、鸡蛋等。

加輔食的注意事項：

（一）一种开始习慣后再加一种。

（二）由小量开始逐渐增加。

（三）夏季和患病时暫不增加，以免引起消化不良。

关于小儿喂奶問題，应根据毛主席的教导：**"我们要从国内外、省内外、县内外、区内外的实际情况出发，""用工农兵自己所需要、所便于接受的东西。"**如人工喂养，一定要根据实际情况，因地制宜的选择食品，另外，广大群众通过实践已証明：只要喂得"应时"、"規律"、"喂飽"，让孩子在新鮮空气、阳光中活动，孩子一样长的健壯。

第四章　儿科病历和体格检查

为了取得准确的诊断和有效的治疗，必须有詳細而确实的病历。患儿自己不会述說病状，有时也只会簡单的訴說何处疼痛或指向不舒适的部位（有时不确切），因此，病历的来源多半是靠家长或其带領人的讲述，病历的确实性如何和病历讲述者的观察是否可靠有关。有不少的儿科疾病，靠**"完全"、"彻底"，"救死扶伤，实行革命的人道主义"**的精神，再依据完善的病历，即可作出初步診断。

第一节　儿科病历特点

一、普通询问　和成人病历基本相同（見內科部分），要特别注意实足年龄（岁、月、日）和病历陈述者与病儿的关系，如父、母或他人，并估計陈述內容是否可靠。

二、其他各項　基本上也完全和成人病历相同，但要注意以下几个特点：

（一）現在病历　应特别注意发热、咳嗽、呼吸困难、食欲不振、呕吐、腹泻（大便次数与性质）、小便次数和尿量，头痛、睡眠和精神情况等。

（二）出生史　母亲妊娠期中有无疾病，营养情况如何？妊娠早期曾否患过传染病如风疹、流感等，因为这些情况都可能引起先天性畸形。

第几胎，第几产，是否足月。順产还是难产，曾否动手术？由誰接生？是否新法接生？出生时体重？生后健康情形？哭声的强弱，有无青紫、惊厥、黃疸、出血、发热、皮疹、脫皮、瘫痪

或各种畸形。最初吸奶的能力。

（三）营养史　人乳喂养或是人工喂养，何种代乳品或乳类？制备方法、间隔、次数、分量、何时起加辅食，什么时候断奶，断奶后的食物等。

（四）发育史　何时抬头、認人、会坐、会爬、出牙、会站、会走及会說話等。入学儿童，应問其学校成績如何？

三岁以上若无发育障碍可簡要詢問何时会走、会說話等。虽已年长，但有发育障碍时，应从头詳細詢問发育史。

（五）过去病史

1. 应特别注意已往曾否患过麻疹、百日咳、水痘、流行性腮腺炎、猩紅热等传染病？若得过，一般可有持久免疫，不易再患这些病。

2. 与現在病态有关的疾病（例如猩紅热与肾炎有关），必須詳細詢問，并注意同时有无其他儿童发生同样疾病，以推測其可靠性。

3. 預防接种　过去曾否接种过卡介苗、白喉类毒素、百日咳疫苗、破伤风类毒素、伤寒疫苗、小儿麻痺減毒活疫苗、麻疹減毒活疫苗等。

如做过結核菌素試驗和錫克氏反应，应記录反应的結果。

受过血清治疗（如白喉血清或破伤风血清）的患儿，須記明其日期、种类及注射后的反应。

（六）家庭史　要注意母亲分娩次数，有无早产或死胎。兄弟姊妹的健康情况怎样，有无传染病，有无死亡、死亡年龄和原因。

周围环境卫生情况，托儿所、学校等有无传染病？务必耐心傾听，随后作适当的启发和提問。

第二节　体格检查的特点

对婴幼儿“体查”要随机应变灵活地进行，不能迷信化验及器械检查。**“现在医院那套检查治疗方法，根本不适合农村。”**我們要重視物理检查，在检查婴幼儿中，一般先检查腹部，随后胸部。“五官”尤其口腔应留在最后进行。无論检查的順序如何，但記录必須有系統，全面而有重点。一般体格检查和成人基本相同，但要特别注意以下几項：

一、体重、身长。

二、发育、营养、智力及啼哭的声音等。

三、头颅　要注意形态及大小；顱骨的縫已合、未合，特别是前囟門，如尚未合，应記录其大小、膨隆、凹陷、紧张及有无搏动。

四、耳　外耳有无畸形或变形，有无压痛。外耳道有无紅肿物（癤）、分泌物。乳头及顳突有无炎症及压痛。听覚是否正常。

五、口腔及咽部　口唇的顏色、湿度、有无出血、皺裂等。

口腔粘膜是否干燥、发紅、出血、有无潰瘍、坏死（走馬疳），白色点状苔（鵝口疮），科氏斑（只見于麻疹初期）。

牙的数目，有无齲齿。

扁桃体的大小，有无充血，滲出物及假膜。咽部是否充血、吞咽有无困难。声音强弱，有无嘶哑。

六、胸部　胸廓形状，兩側是否对称，有无吸气性凹陷，有无畸形如鸡胸，肋骨串珠，郝氏沟等。

七、生殖器　注意有无隐睾（即睾丸未下降到阴囊）。

第五章　新生儿及其常見疾病

第一节　新生儿出生后的护理

一、脐带　用消毒方法結扎、剪断、包好后，应保持无菌及干燥，以免污染，并应注意有无出血及滲血。

二、保暖　臍带包好后，用一溫暖柔軟的衣服、布块或棉被把新生儿包好，放在暖和的地方。

三、注意呼吸的情况　如果哭声低弱，呼吸淺而不規則，或呼吸暫停，皮色发青而蒼白，要仔細多观察一个时期，注意呼吸能否自行改善。

第二节　新生儿时期的生理改变及护理

一、新生儿时期的生理改变　新生儿出生后体內产生了一系列的变化与新生儿时期疾病的发生有一定的关系，因此必須了解新生儿时期的这些特点，作好护理和預防工作，以便減少新生儿的发病率与死亡率。

（一）呼吸　新生儿呼吸淺而快，有时不均匀，每分钟約40—50次，呈腹式呼吸，新生儿对缺氧的耐力較强，虽窒息10分钟以上經搶救后仍能复苏。如新生儿百日咳窒息的搶救复苏。

（二）循环及血液　約$^1/_2$—$^1/_3$的新生儿在心前区可以听到一收縮期杂音，但多半沒有其他临床現象，所以是官能性的。新生儿脉博每分钟为120—140次。新生儿出生时，紅細胞約每立方毫米550万，血紅蛋白每100毫升20克，出

生后第一天略有增加，以后即逐漸減少；白細胞約1万—1.2万。

（三）消化系　新生儿因消化道发育不良，易发生腹泻及腹胀。生后10小时內排出一种黑綠色粘稠的糞便称为胎便。出生后2—4天可出現生理性体重下降，同时因过热水分丢失过多，可有“脫水热”。

（四）泌尿系　新生儿的尿量少，尿中常带有蛋白和尿酸盐的結晶，尿常带紅色。新生儿刚一出生后即有尿排出，但有时也能在36—72小时內仍不排尿。

（五）神經系　新生儿大腦皮质发育不全，兴奋性低，易疲倦，多呈睡眠状态。巴彬斯基氏征及克尼格氏征等均为生理性阳性。

（六）体溫調节　出生后3—5小时，体溫达最低点，此时应特别注意保暖，以防发生硬皮症。生后一周內由于体溫中枢发育不完全及皮肤調节机能不足，体溫波动較明显。

（七）皮肤　正常新生儿皮肤在出生时复盖着一层灰白色的油脂，称为胎脂，有保护皮肤的作用。胎脂脫落后，由于空气和光的刺激，皮肤充血，呈紫紅色，叫新生儿紅斑，生后第二天最明显，第五天完全消失，出現糠片样脫屑。新生儿出生后第2—3天皮肤及粘膜有輕重不等的黃染，叫生理性黃疸，糞便不发白，尿色正常，一般状态及內脏机能几乎无影响。黃疸在一周內达最高峰，第7天开始消退，10天退尽；未成熟儿消失延迟。如黃疸出現过早，消退过迟，重复或反复出現，就考虑其为病理性。

有部分新生儿，不論男女，生后数日內有乳腺肿大，可挤出初乳样分泌物，2—3周肿胀才消失。这是受母体激素刺激所致，遇此情况切勿挤压，以免感染。

二、新生儿时期的护理 新生儿时期的护理非常重要，不但与小儿的生长发育有关，而且决定着小儿的发病率和死亡率。护理新生儿的基本原则是保持严格的清洁与消毒，尤其是护理新生儿的人，一定要做好个人卫生，在接触新生儿前最好洗手。

（一）哺乳 生后12小时即可哺乳。每3小时喂一次，夜间可间隔4小时，生后12小时内可喂温开水。

（二）个体卫生 婴儿衣服以宽大轻软为原则，尿布以柔软、易吸水份的旧布为宜。在脐带脱落前，每日检查脐部和皮肤，必要时应更换敷料。两腋、腹股沟、会阴等可行擦浴。臀部应保持干净。对女婴应注意由前向后冲洗。

（三）生活环境 保持室内清洁及温暖，空气不要太干燥。

第三节 新生儿常见疾病

一、新生儿疾病分类 新生儿疾病主要可分四大类：

（一）先天性畸形 如无脑儿、脑积水、先天性心脏病、兔唇、裂腭、肠胃道闭锁，食道气管瘘、尿道裂等。

（二）产时损伤 如颅内出血、头颤血肿、神經損伤、骨折等。

（三）非感染性疾病 如窒息、新生儿出血症，硬皮症、新生儿黄疸，遗传代謝性疾病等。

（四）感染性疾病 如肺炎、败血症、破伤风、臍炎、脓疱疹、鹅口疮、脑膜炎、流行性腹泻。

二、新生儿败血症（新生儿脓毒症）

病因和发病机制

病因 金黄色葡萄球菌、大腸杆菌占多数。肺炎球菌、流感杆菌、綠脓杆菌等也能致病。

主要感染途径

(一)宫內經血行感染 細菌由母体經胎盘使胎儿受染(如分娩时母亲患敗血症)。

(二)分娩过程中感染 分娩时經过阴道，使新生儿的口腔，呼吸道或臍部受感(如污染的羊水)。

(三)生后感染 臍部伤口、皮肤、粘膜、口腔、呼吸道。但不一定能找到原发病灶。

新生儿的中枢神經系統发育还未完善，机体抵抗力低，白細胞的吞噬能力差，淋巴結的过滤功能不强，皮肤角化层薄，皮下結締組織松，病原体經上述途径侵入机体，在一定条件下，(如发生其他疾病——肺炎、脓疱病等)，病原菌即能經血液迅速扩散至全身，产生毒素，引起一系列的中毒症状。

早产儿、衰弱儿及分娩損伤的嬰儿較易患此症。

临床表現

发病时間：多在生后3—15天。

一般表現：始体溫可高可低，晚期多有体溫升高，有不同程度的衰弱，哭声无力，煩燥不安，体重下降及脱水。病晚期可出現惊厥。

消化系統：不愿吃乳，常有呕吐，腹泻等。

皮肤：皮肤多蒼灰或青紫，有时可呈土黄色，黃疸及出血(臍、鼻、腸等)可能有多发性脓肿。

呼吸：呼吸淺表而弱，不規律。

肝脾肿大。

化驗：白血球总数及中性白血球均可增加。血液培养可呈阳性。尿含微量蛋白及紅細胞、白細胞。

须注意临床表現极不明显并多样化(依受害的器官、系統的不同而异)。易并发肺炎、消化不良、脑膜炎等。

诊断 凡新生儿有不明原因的发热，不愿吃奶，蒼白、消瘦者(有条件化驗白血球及中性細胞增多)，应考虑此症。如有局部化脓病灶，更可协助診断。

鉴别诊断

(一)发热时应与脫水热鉴别：脫水热常在新生儿出生后3—4天发生，由于体重銳減而引起的发热，口服或注射液体后，体溫即下降；除发热外其他正常。

(二)皮肤有出血时：应与新生儿自然出血区别。新生儿自然出血多在生后2—5天出現症状，較脓毒症早；且皮肤出血少見，周身情况較好。

(三)黃疸重时应与先天性胆道阻塞鉴别：此症多于生后2—3周发生，无感染症象，大便呈白色。

(四)其他应与黃疸型肝炎、消化不良区别(注：年长儿应与风湿热、結核、伤寒、布氏杆菌病区别)。

治 疗

(一)一般疗法：隔离患儿，注意营养，如給予充足的液体、維生素C。有条件的反复輸血或血浆，(每周1—2次，每次20—30毫升)；細致的护理，經常变換体位。

(二)抗菌素的使用：毛主席教导我們："**按照实际情况决定工作方針**"，"**决不可只顾一时，滥用浪费**"。一般先采用青、鏈霉素或磺胺嘧啶，有条件可用紅霉素或新型青霉素(每日每公斤体重100毫克，分四次肌注。)若考虑由消化道感染来的敗血症則应选用四环素或氯霉素。

如有条件作血培养者，則可依病原体选择有效的抗菌素。

(三)对症疗法：

重病有呕吐、腹泻时，进行补液，一般 150—200 毫升，葡萄糖液静脉点滴，并加入抗菌素，每 1—2 日一次。

有出血时，可用維生素 K。

高热或体溫下降时，可降溫或保暖。

臍部流黄水可涂龙胆紫，或上車前子和黄柏混合研面，脓疱用酒精消毒后挑破，涂 1—2% 龙胆紫。

循环及呼吸机能減弱时，可用 0.5—1% 苯甲酸鈉咖啡因溶液肌注。吸氧。

(四)中药　有高热或抽风时，可选用安宫牛黄散，千金散。

(五)新針疗法　有高烧时可取曲池、少商。伴有抽时可加用人中、十宣、和涌泉。

预防　預防极为重要。

(一)在分娩期間及新生儿期都要严格执行无菌操作，保护臍部，皮肤及粘膜。

(二)母亲有严重化脓灶时，不要直接喂哺小儿。

(三)新生儿有极輕微的局部化脓灶时，应及时处理。

三、新生儿脱水热

新生儿的体溫調节中枢尚不完善，于出生后 2—4 天因水份供应不足，体溫可突然上升，达 39°—40°C，持續数小时到 1—2天，这时患儿一般情况良好，可有脱水現象，如前囟下陷，口腔粘膜干燥，尿量減少，經口服大量水份，体溫可随即下降，沒有其他异常体征。

治疗　給足量水份，二小时喂一次溫开水或 5 %糖水，較重者可靜脉点滴，用5—10%葡萄糖100—150毫升。

伟大領袖毛主席教导我們："**看问題要从各方面去看，不能只从单方面看。**""**对于医生应注意督促他们看病详細一点，不要马马虎虎。**"因此，新生儿发烧时，应細心检查有无其他

因感染所致的疾病（如膀炎、肺炎、败血症等。）

四、新生儿硬皮症　（新生儿硬肿症）

病因　可能因为新生儿皮下脂肪多，富有溶点較高的固体脂肪酸，易于凝固，尤其脱水时或循环較差的新生儿在气候寒冷及保暖条件不足时尤易发生。

临床表现　生后2—4天即可发生此病。

一周内的早产儿和营养不良的新生儿。

皮肤变硬，可硬如橡皮，不能捏起，压之无凹陷，青紫，发凉，多見于皮下脂肪堆积部位，如小腿、臀、四肢及頰部。全身可呈僵硬状。呼吸多微弱而慢，哭声无力，吸奶困难，小便少，心音鈍几节律慢。体溫多下降。易并发肺炎。

诊断　根据病史及皮肤表現，診断較易。

治疗

（一）本病主要原因是溫度过低，**"捉住了这个主要矛盾，一切问題就迎刃而解了。"**故保暖非常重要，溫度要逐漸增加。在寒冷季节出生的小儿，尤其未成熟儿一定要注意保暖。有条件可用保溫箱，其內溫度在25°—30°C左右为宜，（必要时可至32°C）。

（二）保証水份和营养　母乳喂养者如吸乳有困难，可用鼻飼，病重时先給10%葡萄糖溶液（加1/4生理盐水），按60毫升/公斤/日，靜脉点滴，不宜皮下注射。

（三）药物治疗

1. 維生素E 5毫克/次，每天3次，連服3—5天。

2. 麸氨酸合剂（麸氨酸4克，維生素B_1 100毫克，維生素C 300毫克，15%葡萄糖加至100毫升），每次口服3—5毫升，每日6次。

3. 甲状腺素2毫克，每日三次。

4. 激素　如氢化考地松，每日20毫克，分3次服。或强地松5毫克，分3次服。

5. 加强护理　防治感染，可用抗菌素。

预防　冬季对新生儿尤其未成熟儿及体弱有病的小儿，应特别注意保暖，并供給足够的水份。

五、新生儿颅内出血

病　因

(一)内因　新生儿血管脆弱，血液内凝血酶低，易有出血倾向。

(二)外因　难产在产伤及滞产时缺氧所引起，例如头盆不称，急产时头部分娩过快，羊水早溢，或胎盘早期剥离等。未成熟儿较易发生。

临床表现　一般于出生后数小时或数日发生，陣发性青紫，煩躁不安，尖声哭叫，昏睡，呼吸不規則，四肢强硬，不吃乳或吃乳无力，頸部强直及角弓反张等脑膜刺激征，数日后出現瘫痪，震顫等症状，脉搏及呼吸开始可快，当脑压高时則慢，体溫可高可低，末期多升高。严重出血者，生后不久即死亡。

诊断　凡出現陣发性青紫或蒼白、煩燥不安、抽风、昏睡、不吃乳或尖叫的哭声时，就应考虑为顱內出血。如蛛网膜下腔有出血时，可見前囟門凸胀。

鉴别诊断

(一)脑膜炎　有脓毒症表現，多于出生一周后发病。

(二)吸入性肺炎　胎儿时即可有危急症象，如胎心跳动过快，或过慢，出生后有呼吸困难，鼻部有泡沫粘液，肺部有捻发音，干罗音或实变征，有时有肺气肿。

(三)新生儿敗血症　多見于出生3天后，有中毒症状，身

体其他部位有化脓病灶。

预后 生后立即发生症状的，死亡率高，发病三日内死亡率高，多由呼吸衰竭或由并发肺炎而死亡。恢复的可发生后遗症，如智力迟鈍、瘫痪及癲痫等。輕度患者可完全恢复正常。

治疗

(一)保持安靜，少动，有条件可給以氧气吸入，母乳喂养。

(二)有惊厥时給以鎮靜剂，如鲁米那鈉5—7毫克/公斤及水合氯醛30—60毫克/公斤等药物。

(三)制止出血，可少量輸血，如25毫升同型的血做靜脉注入，可給維生素K3.84毫克，肌肉注射或口服。維生素C口服或注射。也可以給10%氯化鈣3—5毫升。

(四)保持头部絕对安靜，使头抬高，注意保暖。喂乳时应使婴儿靜臥床上，可用滴管喂或鼻飼，并应仔細記录呼吸的次数，注意呕吐。

预防 母孕期做定期检查，以防难产。避免分娩外伤及窒息。有早产或难产的产妇，于分娩前注射維生素K。早产儿或难产分娩的新生儿，出生后应即刻注射維生素K。

六、新生儿出血症 新生儿出血症又名新生儿自然出血或黑粪症。

病因 主要由于血浆中缺少凝血酶元，新生儿的凝血酶元仅为成人的四分之一，生后三、四天为最低时期。

維生素K不足 因生后第一月内，腸管細菌少，不能产生足量維生素K。母亲缺維生素K，致新生儿体内貯存不足。食物内含量亦少。在感染、缺氧、輕度損伤或早产儿尤易发生本症。

临床表现 在生后2—5天发病。

出血　出現情況：突然或緩慢。部位：多胃腸道（吐、便）其次臍部。皮肤及皮下等处較少見。特点：多为滲血。出血前周身情況良好。伴发症状：出血量多可出現煩燥不安、四肢凉，蒼白，出血性貧血（血紅蛋白与紅細胞均降低），粪便、尿、呕吐物及脑脊液均可有紅細胞。

诊断　凡生后一周內有出血現象者，均应考虑此症，凝血酶元时間延长，但要排除其他原因，如感染、損伤、及缺氧所致的出血。

鉴别诊断

（一）胎便　粘稠无臭味，稀释时为綠色，隐血試驗阴性，或弱阳性。

（二）吐出或排出陈旧的血，应与吸入子宮內的血液或乳头裂伤的血液相鉴别，有条件可检查新生儿血紅蛋白。

（三）新生儿敗血症，可从周身情況鉴别。

治疗

（一）肌肉注射維生素K 2毫克，每日1—2次，至生后6—7日。

（二）肌肉注射健康人血10—20毫升（不需驗血型）同时口服氯化鈣。

（三）重型患儿可靜脉輸血10—20毫升（要配血型）有急救作用。

（四）予以鉄剂，預防缺鉄性貧血。

（五）注意周身情況，体溫，脉搏及体液的平衡。

預防

（一）母亲分娩前一周用維生素K口服或注射。

（二）未成熟儿或母亲有維生素K缺乏者，可按常規給維生素K 2毫克，連用3—5日。

七、新生儿破伤风 新生儿破伤风又名四六风或臍风。

病因 由厌氧的、能产生芽胞的破伤风杆菌引起。此菌多在牛馬等粪及脏土中，人粪中也有。当接生时消毒不严密或在包扎及处理臍部时，不注意清洁消毒，都可使該菌在臍带断端繁殖，产生外毒素，由血液作用于神經，引起肌肉强直及惊厥等。毒素与神經結合即无法解除。

临床表现 潜伏期一般4—7天，短者可2天，长者可3周。起病緩慢，最初症状为不安，好哭，不久出現牙关紧閉，不能吸吮。继有躯干四肢强直，約一日左右則出現陣发性痙攣。在痙攣发作期間，周身强直如木板，上下肢均伸直，头頸直向后仰，两手紧握，面部呈苦笑状，此时瞼裂閉合，但留一細縫，口角向下外斜，蹙眉；呼吸肌及咽部肌痙攣，可致发紺或窒息。痙攣发作的間歇期，上下肢可松弛，但腹肌仍很紧张。随病程进展，間歇縮短，发作加长加多，每因輕微刺激如光、声、治疗操作及护理等，而引起发作。体溫可正常，但到末期，則体溫多升高。

诊断 根据接生史，患者发病时的日龄及典型症状，如牙关紧閉等，即可診断。

预后 不佳，死亡率約70%，潜伏期长者，症状較輕，預后較好。潜伏期短者，症状重，預后恶劣。多死于呼吸衰竭及肺炎。

治疗

（一）飲食 因牙关紧閉，不能进食。可用滴管喂或鼻飼，必要时可用5%葡萄糖或生理盐水作肛門滴入或靜脉注入。

（二）中和毒素 用破伤风抗毒素一次5—10万单位，由靜脉注入或肌肉注射。第二日再用半量，以后可不再用。

（三）抑制痉攣　可用各种鎮靜剂，如魯米那鈉5—7毫克/公斤/次、水合氯醛30—60毫克/公斤/次、硫酸鎂0.1—0.2克/公斤口服、安密妥5—7毫克/公斤/次、氯普馬嗪1毫克/公斤（冬眠灵）及眠尔通100毫克/次等，減少发作可多种交替使用。

（四）抗菌素　多用青霉素，一方面可預防并发症如肺炎的发生，一方面可制止破伤风杆菌的繁殖。

（五）局部病灶处理　臍部伤口应以3%过氧化氢清洗，如有坏死，則切除。也可用青霉素与普魯卡因行臍周围封閉。

（六）随时注意呼吸困难，給以氧气吸入。

（七）保持室內安靜，各項工作一次作完。臍部伤口所用的一切染污敷料，应很好消毒。

預防　严格执行无菌接生与注意臍部消毒。如系旧法接生或臍端处理不当，有此病可疑时，要及早注射破伤风抗毒素2—5千单位。

八、新生儿窒息　窒息是呼吸机能受到障碍的一种表現，常伴有青紫、心脏机能不全或神經反射消失。

病因　出生前凡能使胎盘血液循环发生障碍的因素，如胎盘早期剝离、臍带受压或分娩时間过长等等，都能引起胎儿在宫腔內窒息。出生后，如顱內出血，肺不张及先天性心脏病，都可引起窒息。早期或輕度窒息可使血液和組織內缺氧；晚期或重的，則可发展到体內代謝失調及机能紊乱。

临床表現

（一）青紫型　多为早期或輕型窒息，主要表現为呼吸淺而不規則或似无呼吸。口唇及皮肤青紫，患儿无力（但还有肌张力），反射存在，心音清楚，脉搏有力。

（二）蒼白型　多为晚期或重型窒息，主要表現为呼吸不显，青紫与蒼白参差程度不一，全身皮肤呈灰白色，肌张力及反射消失，体溫不升，心音弱而不清，脉由快轉慢以至停止。

并发症　肺不张，脑出血、感染等。

诊断　輕型的診断要点是面色改变及呼吸表現。重型的根据临床表現。此外也要了解产前历史、分娩过程及出生后的情况，借以帮助診断。

治疗

（一）注意保溫。

（二）清除呼吸道。

（三）兴奋呼吸中枢，如注射25%可拉明0.1—0.2毫升及25%咖啡因0.1毫升等。

（四）人工呼吸，并注意避免損伤。

（五）新鮮空气，有条件的可供給氧气。

（六）喂养时間可推迟，从小量开始，必要时可用鼻飼法。有过窒息的新生儿，应勤翻身，注意預防感染及出血。

第六章　小儿常見营养缺乏病

只要坚决貫彻**“預防为主”**作好防治工作，是使小儿能健康成长的重要环节，是降低小儿发病率和死亡率的有效措施。在旧社会广大劳动人民生活无着落，吃不飽，穿不暖，小儿患此类疾病很多。解放后，在伟大領袖毛主席和共产党的領导下，劳动人民当家作了主人，生活水平逐漸提高，医疗卫生事业也大大改善。在我們社会主义国家里，这类疾病已大大減少，尤其是营养不良及营养不良性浮肿已很少見到。

第一节　营养不良及营养不良性浮肿

病　因

（一）饮食不足　饮食质或量不良，如蛋白质摄入不足。喂养方法不好。偏食或另食。母乳成分不好。

（二）长期患其他疾病　特别是胃肠道疾病，如慢性消化不良、痢疾、肺炎、结核、多种慢性病等，肠道内外感染。

（三）其他　幽門痙攣、气候炎热、过度劳累、护理不当、运动不够等。

发病机制

（一）酶的机能降低，物质代谢失常，血中倾向于酸中毒。肝解毒功能低下，中枢神經系統呈現抑制状态。

（二）体内同化作用低，异化作用强，死亡的細胞无新的代替，实质脏器陷于脂肪性变。血浆蛋白降低，水份积蓄于間质組織中而产生浮肿。

主要临床表现　其主要表現为消瘦、虛弱、皮下脂肪減少或逐漸消失，严重者呈皮包骨状。浮肿首見于足背、下肢，漸向上蔓延可致全身浮肿。应注意与心脏病性浮肿和腎病性浮肿相鉴别。

临床分类：（見下表）。

治　疗

（一）主要是合理喂养，尽可能用母乳喂养，如无母乳，則尽量选择有营养易消化的乳类或代乳品，小儿应按时添加一些輔食（詳見小儿喂养）。

（二）口服蛋白酶和胰酶，每天三次，每次各0.1—0.2克，或給稀盐酸，以助消化。

区别要点 \ 分度	第一度营养不良	第二度营养不良	第三度营养不良（萎缩症）
体重减少数	15—25%	25—40%	40%以上
皮下脂肪消失	不明显	明显	完全消失
身长	正常	减低	明显减低
肌肉	略松弛	松弛、张力多低下	面如老人萎缩
胃肠症状	溢奶 食欲缺乏 腹泻或便秘	食欲缺乏 呕吐 腹泻或便秘	无食欲 常有呕吐及腹泻 腹胀或凹陷
神经精神方面	易哭 不活泼	睡眠不安或嗜睡 智力发育低下	表情淡漠 有时烦躁
皮肤及弹性	色正常或略苍白	苍白、弹力差有时伴有足背、下肢浮肿	弹力完全消失、可全身浮肿
头发稀疏，发脆易脱落	不明显	稍明显	明显

（三）針灸疗法　四縫点刺，挤出少許黄水，也可針刺中脘，足三里。

（四）中药治疗　口服保和丸或肥儿丸，每天二次，每次一丸。

（五）捏脊　患儿俯臥，术者双手食指与拇指将患儿皮肤捏起，从骶骨到大椎，連捏三遍，最后在肾俞提起皮肤2—3次，再按撫几次，每晨起空腹施术，六日为一疗程。隔三周可行第二次。

（六）治疗原发病和并发症　应积极治疗引起营养不良的原发病（如慢性消化不良、肺炎、結核等。）及同时存在的貧血，維生素缺乏病等。

第二节　佝偻病

佝偻病是一种慢性营养代谢性疾病，多見于2岁以内的小儿和早产儿；主要是由于維生素丁（維生素D）缺乏以致鈣磷代謝障碍，从而影响鈣的吸收和在骨中沉着。引起骨骼、肌肉、造血器官及神經系等改变，且以骨胳生长障碍为最突出。

病因　主要由于維生素丁缺乏所致。

（一）长期少晒日光：日光內的紫外綫，能将皮內的脫氢胆固醇激活成为維生素D_3。长期缺乏日光照射时，可导致維生素丁缺乏，以致影响胃腸道鈣磷的吸收利用与骨胳的生长。

（二）食物內缺乏維生素丁及鈣磷　如植物性食物中的麦角醇經紫外綫照射产生維生素D_2。

（三）生长发育因素　生长发育快，供給不足，如2岁以內的嬰幼儿及早产儿等发病率較高。

（四）先天不足　患儿母亲孕期缺少日光照射、营养不足，可使胎儿体內維生素丁及鈣磷的貯存不足。

临床表現

（一）一般表現　早期症状，多見于六个月以前。

精神——神經症状　患儿煩燥不安，好哭，多汗、搖头、枕部发秃、睡眠不宁。

因肌肉及韌带軟弱松弛，所以小儿坐立行走都較晚。

腹部突出，往往胀气，消化机能低下，食欲減退，腹泻。

肝、脾大，有貧血。顱骨軟化等。

（二）骨胳改变　多見于六个月以后。

1. 头顱　顱縫閉合迟緩，前囟关閉可延迟至2—3岁。顱骨軟化，如乒乓球样感。骨縫边緣軟化。方顱：額骨、頂骨，骨质增生向外隆起而成。出牙較晚（有晚至2岁才开始出牙）排列不整齐。

2. 胸部　佝僂病性肋串珠：肋骨骺部肿大，向外突出所致。

①鸡胸　因肋骨軟，呼吸时引起骺部内陷，胸骨隆起而成。

②赫氏沟　沿膈肌附着处内陷。

3. 脊柱　可出現后弯或側弯畸形。

4. 骨盆　前后径可縮小，对女性将来分娩不利。

5. 四肢　①手鐲或脚鐲：长骨的骺端肿大而成。

②双下肢呈“O”或“X”形腿：因骨质軟化所致。

（三）化驗与X綫检查　有条件可以进行化驗和拍X光片。

1. 化驗：血鈣正常或降低。血磷大多降低（正常5—6毫克/100毫升），血浆碱性磷酸酶增高（正常5—10博氏单位）。

2. X光綫　干骺端呈絨毛状，毛刷状或杯口状凹陷。骨小梁模糊，骨干稀疏，骨皮质增厚。

治疗

（一）維生素丁治疗

1. 有早期症状和輕微骨骼改变者，則口服魚肝油，浓縮魚肝油較好，量按維生素丁計算每天5千—1万单位。

2. 嬰幼儿期有明显骨骼改变和其他症状者，骨化醇或維生素丁30—60万单位，每周一次，共二、三次即可。

（二）其他治疗　人乳喂养的要按时添加輔食如蔬菜、蛋黄等。

1. 鈣剂　如乳酸鈣，葡萄糖酸鈣、磷酸鈣。2—3克/日。

2. 利用日光。（多作戶外活动）

3. 水浴、按摩及体操（后二者适用于肌肉松弛患儿）

预防 毛主席教导我們："**加强对疾病的预防工作和农村医药工作，**"佝僂病完全可以预防，多晒日光，新鮮空气，正确的营养和护理，在寒冷的冬季給予維生素丁及魚肝油，加服鈣剂（每日 1—3 克）或蛋黃，对予防本病有着重大的作用。早产儿尤应注意。

第三节 嬰儿手足搐搦症

嬰儿手足搐搦症又称痙攣素质，是因身体內維生素丁缺乏，使血鈣（游离鈣）低于 8 毫克%（正常为 10 毫克%左右），致神經肌肉兴奋性增强而发生惊厥或其他痙攣性症状的一种特殊状态。多見于 2 岁以內嬰儿。

病因及发病机制 病因与佝僂病相似，主要由于維生素丁缺乏，以致血清鈣降低，血磷大都正常，当血清鈣降至每100毫升 7—8 毫克时即发病。

造成血鈣低落的因素

（一）年龄 1 岁以下，小儿生长发育快，故多見，占 86%。

（二）季节 春节多見，可能因此时阳光充足，体內維生素丁的产生增多，使大量鈣沉着骨內，血清鈣暫时下降而发病。

（三）喂养 人工喂养儿。母乳喂养，但母孕期或喂哺期間缺鈣。

（四）感染 可能与发烧引起呼吸增加，使血清二氧化碳量減少，鈣与磷結合，而使游离鈣降低有关。

临床表现

（一）显性症状

1. 惊厥（抽风）　最常見，多发生于一岁以下小儿。

突然发病，一般不发热，（如伴有感染时，也可发烧。）陣发性，一天可多次发作，眼上翻，拳紧握；面部和四肢肌肉抽动。

发作后即熟睡，醒后活泼如常，或抽后吃奶，精神如常。

2. 手足搐搦（手足抽筋）　多見于較大的孩子，六个月以内少見。手痉攣：腕部弯曲，手指直伸，拇指对掌紧貼掌心，称“助产士手”。足痉攣：踝部后弯，足趾直挺而向足心略弯。

3. 喉痉攣　多見于二岁以內的小儿，突然喉部吼鳴，哭叫时明显。注意区别于①先天性喉喘鳴，常在生后不久就出現吼鳴，且为持久性。②喉炎：常有发烧、声哑等。

（二）隐性症状　临床表現为睡眠不安，多汗和胃腸道紊乱等。虽有血鈣不足，但无惊厥发作。而需体检才能查出：

1. 面神經反应（佛斯特克氏征）　敲打口角与顴弓之間的面神經时，可見上脣或眼瞼的肌肉，发生迅速的收縮。

2. 手臂压力反应（陶瑟氏征）　用血压表的布袋紧扎上臂，使橈动脉的脉搏暫停 2—3 分钟，可发生手痉攣。

3. 腓神經反应：敲打腓骨头部近側的腓神經，可引起同側足趾向外側收縮。

4. 針刺时的呼吸反应（瑪斯洛夫氏呼吸征）　用針刺四肢任何部位时，呼吸变頻或暫停。

诊　断

（一）根据惊厥，手足搐搦及上述体检时的发現。

（二）小嬰儿可詢問母亲孕期有无四肢麻木及肌肉抽搐

現象，作參考。

（三）有条件送检化驗血鈣降低对診断有意义。

（四）給于鈣剂，試驗性治疗有效。

治疗 毛主席教导我們：**“我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质”，“捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。”**

（一）补充鈣质：

10%葡萄糖酸鈣注射液5—10毫升/次，作深部肌肉注射，1—2次/天；急救則以5—10毫升/次，加50%葡萄糖 10 毫升，緩慢靜脉注射，一般連給 2、3 天。同时口服10%氯化鈣溶液 5—10毫升/次，4 次/日。症状消失后，改用：乳酸鈣、葡萄糖酸鈣。

（二）急救疗法：（有惊厥时）魯米那鈉8—10毫克/公斤/次，肌肉注射，或用10%水合氯醛 3—5 毫升/次，口服或灌腸。或阿米妥鈉 5 毫克/公斤/次，肌注或靜注。

10%葡萄糖酸鈣 5—10 毫升，靜脉緩慢推入。

有喉痙攣时，先把舌头拉出，施行人工呼吸，同时給上述措施。

（三）补充維生素丁：在提高血清鈣的基础上应用維生素丁，以免誘发抽搐。維生素丁 5,000 单位/日，連服两周。

预防 同佝僂病。

第四节 維生素甲缺乏症

病因 外因性的：食物中缺少維生素甲。

內因性的：一些疾病阻碍維生素甲的吸收及利用，如痢疾、腹泻、肝或胆管的疾病。此外肺炎、結核等消耗維

生素甲过多，也易引起維生素甲缺乏。

临床表現 “……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。”維生素甲缺乏，致使上皮細胞角质变性。发生干眼病、角膜軟化病、夜盲症等。

（一）眼部症状　可有夜盲、結膜干燥、毕脫氏斑（带有油脂性薄膜的微白色斑点状物。）瞼緣炎、角膜干燥及角膜軟化甚至角膜穿孔、虹膜脫出，而至失明。

（二）皮肤症状　多見于較大儿童；皮肤干燥，四肢的伸側面及肩部等处毛囊高起、角化；毛发脆，易脫落；指甲多紋，且缺乏光泽。

（三）一般症状　生长发育迟緩及营养不良，腹泻及咳嗽可由上皮細胞变性引起，也可由感染引起，体溫可略增高。此外还可有呕吐、嘶哑、头痛及惊厥等少見的症状。

并发症　痢疾、肺炎、脓尿症及眼内炎。

诊断　典型病例診断不难。

（一）病史方面　根据喂养史及过去病史可知維生素甲缺乏的情况。

（二）临床表現　如眼部、皮肤及发育不良的表現。

（三）有条件可作尿的检查　用新鮮尿沉渣的角质細胞。正常尿中沒有角质变性的上皮細胞，如果尿中有这种細胞，就有助于診断。

治　疗

（一）飲食疗法　胡蘿卜及菠菜等綠叶菜蔬；有条件的可吃些鸡蛋、肝类等。

（二）供給足量維生素甲　可口服魚肝油，每日一次或数次。如有腹泻可用油质的維生素甲及丁（1毫升中含5万单位）作肌肉注射，每次剂量0.5—1毫升。

（三）眼部疗法　眼部必有疾患，要用魚肝油、抗菌素及溶液及1%阿托品溶液（散瞳作用）点眼。（詳見五官科眼部）

预　防

（一）对于婴儿，应及时添加含胡蘿卜素的輔助食物，如青菜，胡蘿卜、白薯、小米及玉米等。

（二）治疗消化道疾病，以免影响維生素甲的吸收。

第五节　坏血病

坏血病又叫維生素丙缺乏症，是由于食物中长期乏維生素丙所致。可与其他营养缺乏症同时存在。临床上以骨胳生长部分的变化及全身各部有出血傾向为主要表現。

病　因

（一）食物方面的缺乏　多見于人工喂养儿。一般人乳中含維生素丙較多，牛乳因消毒或蒸发等手續，維生素丙多被破坏。用淀粉类食物喂养的婴儿，更易缺乏。

（二）疾病的消耗　任何发热性疾病、慢性病或消化道疾患，都可造成維生素丙的消耗增加及吸收減少，因而发病。

临床表現　开始时性情暴躁，煩躁不安，精神不振，面色蒼白，食欲不振，然后有四肢肿胀疼痛，尤以下肢为重。有病变的肢体不愿移动，多固定于一个位置（因骨膜下出血所致）。例如下肢多半两腿外展、小腿内弯，如蛙状。下肢可有水肿。

肋骨和軟骨交接处凸出，象串珠，但凸起的内侧凹陷。

身体其他部位也可有出血現象，如皮肤小瘀点，牙龈出血且呈紫蓝色肿胀，并常发生口腔炎。

其他如关节、内脏等处均可发生出血（如血尿）。患者常有輕度发热。可有貧血。

诊　断

（一）根据喂养历史，可断定食物中缺乏此素。

（二）肢体肿胀、触痛明显，易出血等临床症状。

预后　早期诊断，早期治疗，预后佳，1—2周内症状即可消失。如有并发症时，预后不佳。

治　疗

（一）饮食方面：多給以菜水、菜泥或鮮果。如白菜、番茄等。

（二）給以維生素丙制剂：口服、肌肉注射或靜脉注射均可，每日剂量100—200毫克，重症或較大儿童每日可用200—500毫克。

（三）有严重貧血时，可以輸血，也应給以鉄剂，如2.5%硫酸亚鉄2毫升/公斤。

（四）合并其他营养缺乏症时，应同时治疗。

（五）患儿安靜少动。口腔常用淡盐水、硼酸水等漱洗。

预防　及时添加富有維生素丙的食物，如新鮮青菜汁等，或直接給以維生素丙制剂，嬰儿30毫克，儿童40—70毫克。

第七章　小儿常見的呼吸道疾病

第一节　急性上呼吸道感染

病因　病原体主要是病毒。病毒侵入上呼吸道后，各种致病細菌如肺炎球菌、鏈球菌、葡萄球菌、流行性感冒杆菌很容易引起继发感染。过度疲劳、受凉、体格虛弱、营养不良和慢性疾病等，都能使身体抵抗力減低，在发病上有重大作用。

为小儿时期最多見的疾病。毛主席教导我們說："**大量的**

人力物力应该放在群众最需要解决的问题上去。"对本病的防治很重要。

临床表现 小儿患者的主要特点是病情较重，全身症状较多，并发症较易发生。这些特点在婴幼儿患者表现得特别明显。

婴幼患儿的病势较重，往往有高热，体温忽高忽低，常有烦躁不安或嗜睡，并有鼻塞，吸吮困难，张口呼吸，食欲减退。开始流清鼻涕，数日后鼻涕减少，变为粘液性及脓性，常打喷嚏，咳嗽，有的病例有呕吐，腹泻，继而造成脱水酸中毒。有的有腹痛，（腹痛在脐周围，无压痛，腹部柔软，或局限于右下腹，有触痛，与阑尾炎相似，但触痛不太严重，腹壁不太紧张。）惊厥，常在起病时和高热时发生，多见于三岁以下小儿，惊厥后精神很好，无脑膜刺激症状。

年长患儿大多数症状轻，或全无症状。常见有咽痛、头痛、鼻塞、咳嗽、流涕、喷嚏、四肢无力、食欲减退，全身酸痛，发热或轻或重或不发热。检查体格可见鼻塞、咽部充血。病程1—3日或更长。

并发症 常有中耳炎、颈淋巴結炎、气管炎、肺炎、鼻旁竇炎及脓尿症。

诊断与鉴别诊断 根据病史、症状与体检容易診断，但须与下述疾病鉴别。

（一）流行性感冒 有明显流行史。全身症状严重。

（二）急性闌尾炎 应仔細检查腹部。右下腹肌肉遲攣很明显。麦氏点有严重压痛。

（三）脑膜炎 有脑膜刺激症状。如前囟未閉則前囟膨隆，精神差。在夏天应与中毒性菌痢鉴别，必要时检查大便。

（四）某些传染病 如麻疹、百日咳及脊髓灰质炎等，在

早期与上呼吸道感染相似，须赖流行病史、接触史及追踪观察等鉴别。

治疗 以充分休息和防止并发症为主。

（一）一般疗法 患儿应卧床休息，居室应通风。给以容易消化的飲食，但不必严格限制。鼓励多喝水。食欲缺乏时，不应勉强进食。

（二）药物治疗 高热时应头部冷敷，并給退热剂，如复方阿司匹林或匹拉米洞（6毫克/公斤/次）。2岁以下小儿应同时給鎮靜剂如魯米那（1—3毫克/公斤/次），以防止惊厥。

鼻部阻塞时可用0.5%麻黃素滴鼻；在每次哺乳前和睡前十分钟滴1—2滴。

咳嗽較重的，可給予小儿复方甘草合剂（1毫升/每岁/次，最多每次5毫升）。

一般不必用抗菌药物。嬰幼儿及体弱小儿患上呼吸道感染病情較重时，可考虑短期用抗菌药物預防細菌感染，有細菌感染或并发症时，应使用磺胺噻唑或磺胺嘧啶，每日每公斤100—200毫克，分四次服，应同时服用等量碳酸氢鈉，多飲水，或用青霉素每日每公斤2万至5万单位，分2次肌肉注射。中药也有良好疗效。

預防 經常注意小儿营养，平日注意体格鍛炼。注意气候变化，避免受凉。不要带小儿去公共場所，尽量避免与上呼吸道感染患者接触。

第二节 支气管肺炎

支气管肺炎是小儿冬季多发病之一，尤其在高寒地区。本病多見于嬰幼儿，也是威胁小儿生命的主要疾病。因此在

怎样預防肺炎和怎样改进肺炎的治疗問題上应該本着毛主席的教导去做，毛主席教导我們："**尖端的问题不是不要。只是应该放少量的人力物力。大量的人力物力应该放在群众最需要解决的问题上去。**"

病因　因两周岁以下小儿机体发育不十分健全，抵抗力較低，肺組織內肺泡少，气管細，血管多，因而肺含气量少而含血量多。神經系統发育也不成熟。

冬季因寒冷刺激，呼吸道抵抗力下降。

患有其他疾病如佝僂病、营养不良、麻疹、百日咳之后。

病原細菌多見肺炎球菌、葡萄球菌、肺炎杆菌等或病毒如麻疹、"流感"、腺病毒、呼吸道融合病毒等，經呼吸道进入体內而引起肺泡或肺小叶发生炎症。

临床表現

（一）症状　发热、咳嗽、喘，其次精神不振或煩躁或作有程度不等的呕吐和腹泻。

（二）主要体征　呼吸增快，鼻翼搧动，口围发紺，肺脏听診有散在的或密集的中小水泡音（双肺或一側肺或局限）。小儿肺炎的病程5—7日。

（三）病毒肺炎的特点　主要表現为肺脏內水泡音少或无水泡音，常出現喘鳴音。其流行季节是冬末春初，病程长，持續性高热，临床表現一般状态重，血象所見：白細胞总数低，分屬淋巴細胞高。

（四）新生儿肺炎　主要临床表現为口吐白沫，口唇发紺，不吃奶，呼吸稍快，出現气憋或窒息，其他常見的发热、咳嗽、喘多不典型。肺脏听診，呼吸音粗，深吸气时有捻发音或少量小水泡音。

并发症　小儿肺炎，除上述的一般临床表現外，重症者常

合并有下列几种症状。

（一）呼吸衰竭　表現为呼吸淺表，节律不正，严重时出現下頷样或双吸气样或抽泣样呼吸，乏氧发紺明显。

（二）心力衰竭　主要表現为心界扩大，心音低鈍，心律快 160 次/分以上（嬰幼儿），或出現奔馬律，发紺加重，并在短时間內出現肝脏增大，浮肿，尿少，极度煩躁等。

（三）周围循环衰竭　見于中毒症状严重者，如出現脉搏細速，手足冰冷，面色蒼白，血压下降甚至而測不到。

（四）中毒性腦病　多見于肺炎的急性期，主要表現为高热，神智不清，反复抽风，腦脊液除压力高外其他均正常。

重症肺炎还可有其他常見的并发症：

（一）临近器官的有：肺脓肿、脓胸、脓气胸、肺不张等。

（二）肺脏以外的有：敗血症、化脓性腦膜炎等。

诊断　主要根据临床的主要症状和体征。

鑒别诊断

（一）上呼吸道感染　发病急，病程短，发热，輕咳嗽，流鼻涕，呼吸稍快，无发紺。咽紅肿，肺脏听診正常或呼吸音粗。

（二）支气管炎　发热（不太高），咳嗽，精神尚正常，病程稍較上呼吸道感染长，肺脏听診有干鳴，喘鳴或中水泡音。

治疗　治疗小儿肺炎必須按着毛主席的教导去做，毛主席教导我們：**“我们必須学会全面地看问題，不但要看到事物的正面，也要看到它的反面。在一定的条件下，坏的东西可以引出好的結果，好的东西也可以引出坏的結果。”**因此在肺炎的治疗上除治疗已发生的症状外，也还必須注意防止或积极搶救将要发生的症状。所以在开始治疗肺炎时，也必須对肺炎病情做到全面分析和估計。抓住主要矛盾。

（一）抗菌素治疗　选择抗菌素应該根据病情輕重，年

齡，并参考細菌之种类而定。

1. 青霉素　一般情况下多用青霉素治疗，如不見好轉或稍重者，可同时并用鏈霉素治疗。

2. 其他抗菌素　除上述抗菌素外，对年龄小，病情重的或用上述抗菌素无效时，可选用四圈素，金霉素，紅霉素等。

3. 靜脉給抗菌素　在肺炎严重时，如青霉素（鈉盐），"新青"，四圈素，金霉素，紅霉素等，必要时均可靜脉点滴。

用法　上述抗菌素可加入 10% 葡萄糖溶液中，一般用量 10% 葡萄糖溶液 150—250 毫升，抗菌素用量一般是200—300 毫克（浓度呈每毫升中約加 1 毫克）。在先用某种抗菌素三日无效时，可考虑改用他种抗菌素。一般情况下，热退 3—5 日可停药。

（二）重症肺炎出現煩躁、暴喘、呼吸衰竭、心力衰竭时的治疗：

对暴喘肺炎經用一般解痙止喘药物（包括激素靜脉应用）尚不能緩解者，此种病例往往在短时期易引致心力衰竭及呼吸衰竭威胁病儿生命，在此情况下可采取靜脉冬眠（冬眠灵，非那更每公斤每次各 0.5—1 毫克，或 1—2 毫克，其剂量每个患儿的个体差异及耐受量悬殊較大，須依病儿具体情况而定），将冬眠药物加入 5—10% 葡萄糖 20—30 毫升中靜点，必要时，緩慢从靜脉推入。待入眠平稳之后，每 4—6 小时可再重复給药，一般給 3—4 次可酌情解眠。

在重症幼嬰肺炎及新生儿的肺炎处理中，須考虑到提前預防粘稠痰液不易吸取以致引起呼吸困难加重，甚至因粘稠分泌物堵塞下呼吸道导致死亡的可能。应用冬眠肺炎患儿更要注意此問題，可及早給予蒸气噴雾，根据条件調节室內湿度，冬季可置水盆于火炉上让其蒸发，以增高室內湿度，同时

需及时吸痰。

1. 烦躁、暴喘时主要是镇静，镇静也是控制呼吸衰竭，心力衰竭发生的有力措施，常用镇静止喘药物有以下几种：非那更及冬眠灵每次每公斤体重各1毫克，肌肉注射；苯巴比妥钠每次每公斤体重3—4毫克，肌肉注射；普罗卡因天冬封闭(1% 2—4毫升)，激素口服或静脉点滴疗效显著。

中毒症状严重如有休克、高烧（40°C以上）的、中毒性脑病，細支气管痉攣明显或分泌物特别多的，可用強的松（1毫克/公斤/天，分2—3次口服），一般以不超过3日为宜。

对于极严重者还可用亚冬眠疗法或冷空气疗法。

亚冬眠疗法　冬眠灵及非那更，每次每公斤体重各1毫克，开始时肌肉注射1次，以后隔半小时再1次，以后每6小时1次，直至病人进入亚冬眠状态为止，24小时内停药。

冷空气疗法　冷空气能刺激上呼吸道的感受器，传导至呼吸中枢，同时也刺激呼吸中枢周围的血管运动中枢，使患儿的呼吸与循环功能改善，呼吸轉为均匀而深，血中氧含量增加，血循环改善、脉搏正常，青紫与气喘逐漸消失。做法：将患儿包好穿暖，室内窗戶打开，进行观察經10—15分钟，如安稳入睡，面色紅潤，可作1—1½小时，每日作2—3次，直至乏氧改善为止。如烦躁不減，青紫，蒼白加重可停止。

2. 呼吸衰竭的治疗　乏氧发紺时除給氧气或新鮮空气（冷空气）外，必要时給呼吸中枢兴奋劑，常用的有洛貝林、可拉明。

3. 心力衰竭的治疗　常用药物有毒毛旋花子苷每次每公斤体重0.007—0.01毫克加入20% 葡萄糖溶液10--20毫升中靜脉緩慢注入（也可加入滴管中），必要时，每隔6—12小时，可重复給。如有西地兰可选用。

（三）支持疗法　高热不退，不进食，中毒状症重时，均可采用支持疗法：视病情采用10%葡萄糖溶液：生理盐水＝4:1（250毫升左右）静脉点滴，（同时加入抗菌素），每周2—3次。有条件时可静点血浆，每次30—50毫升。

（四）对症治疗

1.高热　体温在38°C以上需给退热。物理降温：头部冷敷（冰袋或凉手巾），酒精或烧酒擦浴（用于新生儿或婴儿），冷盐水灌肠（用于幼儿以上患者）。药物降温：口服复方阿司匹林，每次每岁0.06克，或用50%安乃近滴鼻，每次2—3滴，或肌肉注射，每次每公斤体重5—10毫克。

2.咳嗽　咳嗽有痰者，常用药物有敌咳、小儿止咳糖浆、复方咳必清，干咳者常用复方甘草合剂。以上用量每次每岁1—2毫升，每日三次，口服。

3.反复抽风（伴有高热）　如中毒性脑病时，主要是镇静，同时可用中药安宫散，每次1分，或抱龙丸，每次1丸。为降低脑压，常用20%甘露醇每次每公斤体重1—2克（6—8小时后可重复）。

（五）中药及验方　毛主席教导我们："**中医宝贵的经验必须加以继承和发扬**。"若咳嗽，身热，而喘用：麻黄1錢、杏仁2錢，生石膏3錢，甘草1錢，水煎分2次服，或用浓百剂，每次5毫升，一日2次（参见百日咳章）。

針灸　可針定喘、天突、痰鳴加丰隆。

附驗方　萊菔子，杏仁（去皮）等量共研面，一日2次服。大青叶2錢，牛旁子2錢，桔梗1錢，生草1錢，連翹2錢，水煎服。

第八章　小儿常見消化系統疾病

第一节　消化不良

消化不良是以胃腸道方面的症状(腹泻、呕吐)为主的綜合征。

按病情的輕重把消化不良分为单純性与中毒性二种，二者之間并无絕对明显的界限。

本病多发生在二岁以下的小儿，尤其在夏秋二季多見。

本病易引起多种营养素缺乏症。

病　因

外　因

(一) 感染　为引起中毒性消化不良的主要原因。

腸道內感染　多为致病性大腸杆菌，此外，副大腸杆菌，金黃色葡萄球菌，变形杆菌，綠脓杆菌，沙門氏菌屬；病毒；霉菌也可引起。

腸道外感染　嬰儿患肺炎、中耳炎、感冒、各种急性传染病、肾盂肾炎或脓尿症时，因为細菌和毒素經直接或反射作用損害胃腸道的分泌和运动机能。

(二) 飲食因素　飲食不当是引起单純性消化不良的主要原因。如：

食物量过多　胃腸負担加重，食物停滞胃及小腸上部，产生异常刺激。

食物量过少　过久，因引起营养不良，使之对食物的耐受力降低，虽进普通飲食，也可发病。

食物組成不适宜　如碳水化物或者脂肪量过高，过早給

蔬菜或水果。

突然改变食物品种等。

（三）其他如过热、过冷、护理不良等。

内　因

（一）小儿大脑皮质調节机能不成熟，胃腸道发育不健全，对食物耐量小，年龄愈小对于外界条件变化的适应性愈差。

（二）小儿原来就有营养缺少症　如营养不良，維生素甲缺乏症，維生素乙缺乏症等。

毛主席教导我們："**唯物辯证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。**"

临床表现

（一）单純性消化不良症　主要表現为大便次数增加，每日数次或十数次，粪便稀薄，含水份較多，黃綠色，有酸嗅气味，可見小量粘液及白色小块，以致大便呈蛋花湯样。

患儿在排便前常表現煩躁不安，面色蒼白，腸鳴音增加，似有腹痛，排便后往往安靜。

部分患儿有溢奶或呕吐。

舌大多有白苔。

体重不增或稍減。

体溫正常或稍升高。

（二）中毒性消化不良症　可由单純性消化不良演变而来，也可能一开始就出現中毒症状。

1. 消化道症状

大便显著增加，每日十数次至数十次，含有大量水份，向外濺出。

恶心有較重的呕吐，危重病例甚至吐出棕色沉渣样物。

2. 中毒症状

①体温　多数患儿体温升高，可达 39—40°C，但也有不发烧的，多见于营养不良和严重脱水的患儿。

②一般情况　时而烦躁不安，时而倦怠思睡，严重时小儿面无表情，两眼凝视，意識蒙曨以至昏迷。

3. 脱水症状　患儿有不同程度的脱水，主要因吐、泻，鈉鉀丧失，及尿少酸性代謝产物不能排出所致。

①輕度脱水　体液損失占体重 5%以下，皮肤弹性好，或稍差，眼窝少下陷，尿量略減少。

②中度脱水　体液損失占体重的 5—10%，前囟及眼窝明显下陷，口腔粘膜干燥，常訴口渴，皮肤弹性差，尿量显著減少。

③重度脱水　体液損失可达体重 10%以上，除前述症状更明显外，可出現休克現象，如皮肤蒼白，四肢冷紺，心音低鈍，脉搏細弱，尿量极少，甚而无尿。

4. 酸中毒症状　中毒性消化不良，患儿大部分有酸中毒。可有呼吸深慢（重症呼吸深快），呼吸有酮味，口唇鮮紅，甚至昏迷，呼吸衰竭，节律不整，口唇紫紺。

5. 低鉀症状　腹泻久的伴有此症。

未补液前，因血液浓縮往往不出現症状，补液后血鉀浓度降低可表現出症状：如心音低弱，节律不整，腹部脹气，腸鳴減弱，四肢无力及冰冷，腱反射減弱或消失，肌张力減低，严重者可出現呼吸肌及心肌麻痹。

6. 低鈣症状　在液体治疗过程中，可表現神經肌肉兴奋性增高，甚致惊厥。

诊断　靠詳尽的病史，体格检查和粪便检查，找出病因，据临床表現，正确估計脱水、酸中毒，及低鉀程度。

鉴别诊断 菌痢：有菌痢接触史，肛門括約肌松弛，脫水不明显，大便肉眼可見脓血，鏡下可見紅、白血球及吞噬細胞。

并发症

（一）继发性感染 如鵝口疮、尿布疹、中耳炎、肺炎等。

（二）久泻而致营养不良，及各种維生素缺乏症。

治疗 治疗原則，应采取綜合措施如：

积极消除病因。

胃腸道休息与保証营养相結合。

糾正脫水及电解质的失衡。

細心护理，防治并发症。

合理的对症治疗。

（一）毛主席教导我們："**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，**……"小儿消化不良，多是病从口入，因此必須搞好飲食和环境卫生。食物要干淨，不乱喂东西，夏天最好不断奶，加輔食要逐漸进行。小儿发生腹泻必須針对发病原因进行治疗。控制腸道內、外感染，改进喂养方法等，要早治，防轉重。

（二）禁食 目的減少胃腸負担。一般6—12小时，但不要教条，輕症体弱小儿可短些，反之，可延长时間。禁食中不禁水，可口服糖盐水。已泻很久病儿不要禁食。

（三）对症

1. 呕吐 用多眠灵、魯米那或爱茂尔。針灸內关或中脘、足三里。

2. 腹胀 主要与缺鉀有关。应早期給10%氯化鉀，每次3毫升，每天三次，口服或靜脉点滴（見后）。同时可腹部热敷。針灸天枢、气海、足三里。或用鮮姜条插肛門內也有良好效果。

也可肌肉注射水楊酸毒扁豆碱（新斯的明）0.2—0.5毫升，15分钟后肛管排气。

3.止泻　輕症可用胖得生，1—2片，每日三次，或胃蛋白酶，胰酶0.1—0.2克，每天三次，口服。乳酶生0.2—0.3克，每天三次，口服。收斂药物在头几天不用，因为妨碍肠内有害物质排出，常在治疗的后几天用。如鞣酸蛋白0.15—0.3克或炭末0.3—0.5克，每天三次，口服。針灸止泻穴、足三里。

（四）抗菌素的应用　一般用小儿胺或抗菌止痢片（含有磺胺胍和鏈霉素）每天每公斤体重0.1—0.2克，分四次，口服。也可用黄連素（每天每公斤体重15—20毫克）、合霉素（每天每公斤体重50—100毫克，用药时間不能太长，因能抑制造血系統功能），呋喃西林或呋喃唑酮（每天每公斤体重5—10毫克，分三次服），用上述药物无效或重症可用新霉素（每天每公斤体重50毫克至100毫克，分四次口服）。

（五）脱水、酸中毒治疗

1.口服法　用于脱水輕，能口服的小儿。在200毫升开水（相当一碗）中加食盐和苏打各0.5克（相当于云豆粒大小），氯化鉀加0.5克更好，再加20克糖（相当于一大平匙）。按每次每公斤体重100—150毫升給予，随时飲用（也可服用糖盐水）。

2.靜脉点滴　毛主席教导我們：**“为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。”**长期以来，“城市老爷卫生部”依靠反动学术权威，把液体疗法搞的很复杂，使广大医务人員，理解不了，掌握不住，应用不上。严重的脱离了实际，脱离了工农兵的需要。現将常用的方法介紹如下：

在重症消化不良伴有脱水和酸中毒时，靜脉点滴液体的目的：

①补充体内水份和热量。

②补充由于腹泻及呕吐所丢失的盐类(主要为钾钠氯)。

③纠正酸中毒；静脉给药。

点滴液体种类：(参下表)

液体名称	规　　格	等渗浓度	说　　明
乳酸钠	11.2%20毫升	1.87%	经过肝脏氧化后，钠离子与碳酸氢根结合，纠正酸中毒，使用时稀释6倍。
碳酸氢钠	4%20毫升	1.3%	纠正酸中毒快，用于重症抢救，使用时稀释3倍。
生理盐水	0.9%500毫升		用于补充盐类，重症酸中毒时不用，以免加重酸中毒。
葡萄糖	10%500毫升		用于补充水份及热氧。
葡萄糖盐水(1：1液体)	0.9%生理盐水250毫升 5%葡萄糖250毫升		用于补充水份和盐类。
林格氏液(复方氯化钠)	氯化钠0.85%500毫升 氯化钾0.03克 氯化钙0.003克		用于补充盐类，其中除含氯钠外，还含钾钙。
氯化钾	10%10毫升	1.2%	静脉点滴补钾(一般浓度0.2%)，除林格氏液外含钾液体不能静脉推入。

毛主席教导我們："**按照实际情况决定工作方针，这是一切共产党员所必须牢牢记住的最基本的工作方法**"。**列宁说，对于具体情况作具体的分析，是"马克思主义的最本质的东西、马克思主义的活的灵魂。**"对消化不良作发不同程度的脱水、酸中毒应分别给于不同处理如：

对輕度脱水：用1:1液体（参下)，可以纠正脱水和补充

钠及氯离子，口服10%氯化钾达到治疗目的，但因其中含氯较血浆为高，故在重症脱水、酸中毒或肾功不全时，能加重酸中毒须注意。（生理盐水每升含钠及氯各为154毫当量，血浆中钠为142毫当量，氯为102毫当量）。

对中度脱水可以静脉点滴1:1液体（即生理盐水250毫升；5—10%葡萄糖液250毫升）内加入11.2%乳酸钠20毫升，口服10%氯化钾。

对重度脱水酸中毒：可静脉点滴1:1液（生理盐水250毫升；5—10%葡萄糖液250毫升）500毫升，内加11.2%乳酸钠20毫升，如有尿同时加入10%氯化钾10毫升，此种液体基本系全张液，钠与氯之比约为3:2，与血浆相近。在农村，点完上述液后，继点液中不加乳酸钠，口服氯化钾至脱水酸中毒纠正。

点滴液体用量：按脱水轻、中、重程度每天每公斤体重给100—150—200毫升液体。但一定要根据脱水纠正情况及时补加或停止，临床上最好一次补足液体量；也勿过量，营养不良小儿尤应注意。

静脉点滴速度　以先快后慢为原则。一般轻症，每公斤体重每分钟15—20滴；重症每公斤体重每分钟20—30滴；对于休克前期或有休克症状者，开始每公斤体重每分钟40—50滴或选用下述三种液体中的一种，按每公斤体重20毫升在30分钟内静脉推入。

（1）2:1液（即二份生理盐水：一份以5—10%葡萄糖液稀释6倍的乳酸钠——即1.87%乳酸钠）

（2）把11.2%乳酸钠加入5—10%葡萄糖，稀释成1.87%乳酸钠（1/6克分子溶液）。

（3）把4%碳酸氢钠加入5—10%葡萄糖稀释成1.3%

碳酸氢鈉。

采用上述液体静脉直接推入搶救休克，即所謂“紧急常規”后，按1:1液（参前）继續点滴至脫水酸中毒糾正。

鉀、鈣的补充　小儿在点滴前几小时内已排尿者，可在点滴开始即在点滴液中加10%氯化鉀（鉀浓度一般为0.2%不得超过0.3%），如有低鈣現象出現，可靜脉注射10%葡萄糖酸鈣10—20毫升。

注　意

1. 靜脉点滴停止，呕吐，腹泻又加重，尿少甚至无尿，可继点。

2. 单独应用0.9%氯化鈉或单独应用5—10%葡萄糖液，均可加重电解质紊乱，引起严重后果。

3. 以未經稀释的10%的氯化鉀直接注入靜脉可引起死亡。

4. 掌握点滴速度很重要，先快后慢，若持續快速靜点，可引起心力衰竭，肺水肿和脑水肿。

5. 先盐后糖，見尿补鉀。

（六）中医疗法　毛主席教导我們：“**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。**”

1. 針灸　止泻穴（臍至耻骨連綫中点），足三里或灸天枢和关元（局部紅为止）

2. 中药

①若患儿腹泻发烧，便有粘液，口渴时，用葛根1.0，黄芩0.5，黄連1.0，甘草1.0，水煎服，一日三次。

②腹泻水样便用六一散、黄連面各等份，每次3—5分，一日三次。

③里急后重时用香連散，每次5分。

④若患儿久泻不止，体倦、肢冷时，用参苓白术散，每次一錢。

3.驗方

①車前子（炒）茯苓各等量共研面，一次1—2分，一天三次。

②生姜和葱白搗碎炒热敷臍。适塞泻。

③炒白术半錢，炒山葯二錢，茯苓二錢，水煎一日三次。

④灶心土一两，加水一平茶碗，煎至半碗，分十次口服。

第二节　口　腔　炎

口腔炎在小儿时期很常見，可单独发生，也可继发于全身性疾病，如各种急性传染病、消化不良、营养不良症、各种維生素缺乏症等。今将几种常見口腔炎分述如下：

一、单纯性口腔炎（卡他性口腔炎）

病因　传染病如猩紅热、白喉、麻疹等引起；葯物中毒如砷、汞或腐蝕性葯物；食物过热；出牙等。

临床表現　口腔內粘膜发紅，易流血，可見淺潰瘍，舌肿脹，流涎很多，由于疼痛，小儿拒絕飲食，有时有发热，頸淋巴結可肿大。

治疗　应治疗原发疾病，并注意营养，飲食要溫凉，应避免过硷或过酸性食物，局部涂以1%龙胆紫，或用3%双氧水洗口腔，每日三次。疼痛較严重时可用达克罗宁0.1，金霉素0.25加甘油10毫升局部涂抹，疗效較好。补充复合維生素B（乙）及維生素C（丙）

二、疮疹性口腔炎

病因　由病毒所致。有时伴有唇边泡疹。任何年龄小儿

均可患之，但以1—4岁小儿为多見。传染性較强，可造成小流行。

临床表現 起初常先有发热，大都在39°C左右。口腔粘膜充血，随即发生小疱疹，皺裂后形成小潰瘍，其上复盖着黃白色纖維性滲出物，边緣发紅，伴有疼痛及流涎。

治疗 同单純性口腔炎。如伴有眼部及生殖器的症状，要轉上級医院治疗。

三、潰瘍性口腔炎（奋森氏口腔炎）

病因 为厌氧細菌、梭形杆菌和螺旋体等所致。这类細菌在健康人口腔中也可发現，每当全身或局部抵抗力減低时才迅速繁殖。

临床表現 多突然发生，体溫高到39°C左右，伴有全身不适、头痛及中毒現象。可发生于口腔任何部位，大多开始于牙龈，局部发紅、肿胀、疼痛、出血，继而出現坏死，形成潰瘍、潰瘍表面覆以灰白色坏死性薄膜，气味腐臭，流涎，因口痛不愿进食。局部淋巴結肿大、疼痛。如不及时治疗或患儿身体虛弱，麻疹后或顆粒性白細胞減少，則易发展成坏疽性口腔炎（即走馬疳），組織坏死广泛，引起面頰或口唇穿孔。

诊断 根据上述症状，局部涂片可发現大量的梭状杆菌和螺旋体。

治疗 首先着重改善全身情况，补充維生素（以复合維生素B 1—2片，每日三次，維生素C，每日300毫克）。控制細菌感染可注射大量青霉素，每日每公斤体重3万至5万单位。局部用新配制3%双氧水洗漱，或过硼酸鈉糊剂涂抹，一日数次。

四、鵝口疮

病因 白色念珠菌所致。这种真菌常寄生在正常粘膜上，

只有婴儿营养不良或口腔卫生較差时才能致病。也可因使用抗菌素較久，抑制了其他細菌，因而使此菌生长迅速而致病。

临床症状 口頰粘膜、上腭、舌上、牙齦等处发生白色小片，初看好像凝固奶块，但不易擦去。局部无疼痛。偶尔也可侵犯到咽部、食道、肛門、阴道等处。

诊断 根据上述症状大多即可診断。用10%氢氧化鈉潤置于玻片上，将口腔内白色沉着物用棉签擦下加于液内，在显微鏡下可找到絲状分支及卵圓形菌体。

治疗 应加强营养，并注意食具消毒及口腔卫生护理。因抗菌素使用过久所引起的，应立即停葯。局部用 1% 龙胆紫或 10%硼砂甘油或 2.5%过硼酸鈉涂抹，每日 2—3 次。中葯麦梅散及冰硼散，疗效也好。对重症或頑固病例，可用制霉菌素涂口（每毫升含 10 万单位），效果頗好。

中医单驗方

（1）黄柏一錢，研面，麻油調涂口腔。

（2）大黄五分，黄連五分，水煎，用棉蘸葯涂口腔。

五、口腔炎的预防

（一）注意小儿营养。

（二）重視口腔卫生；婴儿要常喂溫开水以代替清洗口腔，但禁忌擦口。

（三）及时治疗齲齿。

（四）食具应保持清洁。

（五）疱疹性口腔炎小儿应隔离。

第三节 幽门肥大性狭窄

临床表现 多发生在生后 1—5 周，大多数在生后第三周

发生。以男嬰为多見。

(一)呕吐　为突出症状，每次进食后不久即呕吐，最初呕吐較輕，每日2—3次，以后逐漸增多，每次吃奶后都吐，且呈噴射状，吐出物呈强酸性，不带胆汁。患儿大都食欲正常，每次呕吐后仍要吃。由于食物不易通过幽門，大小便都減少，或出現頑固性便秘。

(二)胃部蠕动　进食后或呕吐前常出現胃部蠕动，在上腹部可見一种球状隆起物，自左肋下向右移动，到幽門处消失。上腹部隆起，下腹部平坦。

(三)幽門肿块　在腹壁柔軟时(检查前可給小儿飲水，待其呕吐后，腹壁大都柔軟)，以溫暖手指深按上腹部，以指尖作回轉运动，在肝脏下緣与腹直肌外緣相交处，常可摸及一橄欖大小、光滑、硬如軟骨的肿块。

(四)其他　患儿体重不增，逐漸消瘦，脱水，大便減少、小便浓縮。

诊断　通常根据症状发生的时間，呕吐性质，胃蠕动波与幽門肿块，就可确定診断。

鑒别诊断　毛主席教导我們說：**"我们许多同志缺乏分析的头脑，对于复杂事物，不愿作反复深入的分析研究，而爱作绝对肯定或绝对否定的簡单结论。……今后应該改善这种状况。"**

(一)喂养不当　喂养在质或量方面有不好的历史。当調整飲食及喂养方法后即自愈。

(二)幽門痙攣　单純幽門痙攣的患儿，多在出生后即有呕吐，也常为噴射性，但不如幽門狹窄时呕吐的剧烈与頑固，有时可自行緩解。腹部如肿块，应用解痙药物如阿托品治疗，很容易見效。

(三)先天性十二指腸狹窄　出生后立即出現呕吐症状，呕吐物含有胆汁。

治疗　按伟大領袖毛主席的教导："**对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。**"

(一)外科疗法　診断确定后，轉上級医院施行手术治疗。

(二)內科疗法　病情輕微和一般情况較好的，可先試用內科疗法，如一周后症状不減輕，即应采用外科疗法。在沒有外科設备的地方，也必須尽力做好內科治疗，以挽救病儿生命。

1.飲食治疗　少吃多餐，可每1—2小时吃一次，每次吃15—40毫升。有的小儿喂浓縮的食物不易吐出，可在挤出的人乳或牛乳中加入浓米湯、藕粉或奶糕。

2.对症治疗　呕吐厉害的要側臥。靜点5%葡萄糖及等张盐水，并适当补充鉀、鈣等电解质（参閱消化不良补液項），以糾正和防止脫水及酸中毒。

3.药物疗法

(1)阿托品　1:1,000新鮮溶液，每次吃奶前半小时給予，每剂自一滴递增至2—6滴，直至皮肤出現潮紅，此后可常用此量。

(2)魯米那　每次吃乳前20分钟給予0.015克，发生效力后減至0.008克。

(3)氯丙嗪　每次每公斤体重1毫克，每日2—3次。

4.預防感染　这种小儿抵抗力很低，須与其他病儿隔离，尤須注意避免上呼吸道的感染。

第九章　腸寄生虫病

第一节　蛔　虫　病

病因　目前农村大多尚用人粪作主要肥料，如生食或半生食附有蛔虫卵的蔬菜，即易被感染；不洁的食物、手或玩具等都将蛔虫卵带到儿童口中；就地爬玩也可受到感染。故本病儿童感染率較高。

蛔虫在人体内的发育史：蛔虫卵进入口腔后→小腸（数小时內孵化发育）→幼虫→腸粘膜內淋巴管或微靜脉→門靜脉→右心室→肺（約第一至第二周时）→肺泡微血管→气管→会厌→食道→胃→腸，一个月发育成成虫。再一个月→卵（随大便排出）→随污染的食物再入人口。

临床表現　根据蛔虫的发育史，症状可分为两个时期，即迁徙期与腸內寄生期，两期之間約有2—3月的无症状期。

（一）迁徙期　1.当蛔虫的幼虫穿破腸壁进入血循环时，由于它的毒素引起全身变态反应性表現，如輕度腹泻、发热、荨麻疹和气喘等。血液中嗜酸性白細胞增加。

2.当蛔虫幼虫穿过肺部小血管至肺泡，可引起出血与急性肺炎症状。

（二）腸內寄生期：腸內蛔虫成虫所引起的症状胃口异常，如厌食或貪吃与偏食某种食物，甚至拾地上任何不洁物品送入口內。

胃腸道症状有腹痛、呕吐、便秘与腹泻等。

神經症状如精神不宁、易怒、夜間哭泣与咬牙等。

并发症 因蛔虫有钻孔的习惯而引起，如急性阻塞性肠梗阻、阑尾炎、腹膜炎、胆道阻塞、肝脓肿等。其中尤以部分肠梗阻和胆道蛔虫症较为多见，两者都有剧烈腹痛和反复呕吐的症状，应加以鉴别。

诊断 据上述症状，吐、拉蛔虫史，有条件在粪便内找到虫卵就可确定，如果有可疑症状，必须仔细再三的检查粪便。

治 疗

（一）哌嗪嗪片剂（驅蛔灵）另有糖浆，1毫升等于片剂1/3片（0.16克），每日100—150毫克/公斤（最大剂量不超过3克），一日疗法或二日疗法均可。又"六一宝塔糖"，每粒含磷酸哌嗪嗪192毫克，每岁一粒，十粒为止，一次顿服，亦有良效。

（二）山道年 现较少用，剂量按每岁0.01克計算（但每次剂量不得超过0.06克），在清晨空腹，分2次口服，每次間隔一小时，2小时后服硫酸鎂10—15克的溶液一剂，至中午再进食。或在晚上临睡前将总剂量分两个晚上服下。

山道年可与等量的甘汞同服，即可不另服泻剂。

在服药前后，不宜食富于脂肪或酸性的食物，以免增加吸收，易引起中毒。

山道年的中毒症状为特殊感覚器官异常，如視物呈黃色或綠色，嗅覚异常，头痛暈眩、惊厥、呼吸与心跳抑制等症状。急救时可洗胃，給以硫酸鎂，必要时作人工呼吸。

凡肝脏或腎脏有疾病的人，不宜山道年作驅虫剂。

（三）使君子仁 中药，应用方便，每粒約重0.5克，剂量按（岁数＋1）克計算，并以10克为限，分三次口服，每次間隔2小时，3小时后給以硫酸鎂一剂。无严重毒性反应，有时有呃逆、恶心、呕吐、腹泻与头痛等。

（四）氧气疗法　以前此疗法“城市老爷卫生部”为少数人服务时用，现在按毛主席光辉的《六·二六指示》要用来为广大的农民服务。

可通过胃管将氧气注入胃腸道，剂量按每岁 100—150 毫升計算，氧气通入后 2 小时即可进食，在注入氧气时应注意病人的呼吸与脉搏等。一般并无反应，有时仅有腹胀呕吐。如一次驅虫无效，可重复进行 2—3 次。如有潰瘍病、腹膜炎或急性传染病等时，不能用氧气治疗。

（五）驗方：石榴皮三錢、南瓜仁五錢、烏梅三个，水煎服。

预防　毛主席教导我們：**“必須告訴群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习慣作斗爭”**。进行广泛的卫生宣传，发动群众，防止物品与食物受虫卵污染，养成清洁卫生习慣。如飯前、便后洗手，不咬指甲，不吮指头，不让小儿随地大小便，不給小儿吃生水与沒有洗过的水果、不熟的蔬菜，防止小儿与家畜密切接触。将排出的蛔虫深埋及燒掉，勿扔在馬桶或水沟內等。

第二节　蛲　虫　病

病因　我国儿童患者較多，尤其是集体机构中发病率比較高。感染方式，經污染虫卵的手指、衣服与用具等进入口中，再入小腸，发育成为成虫，約 2—4 周內雌虫又可产卵。成虫寄生于盲腸、結腸和直腸內。雌虫在夜間爬出肛門周围排卵，患儿有痒感用手去搔时，虫卵即污染手指及甲縫，在吃东西时随之进入口內，使自己再次感染。

临床症状　患者肛門奇痒，尤以晚間为甚，因此小儿在晚

間有煩躁不安、精神不宁等現象。并喜欢玩弄生殖器或患遺尿症。附着成虫的腸壁易引起出血而为細菌所感染。女性患者雌虫可爬入阴道而患輸卵管炎。

诊断 糞便检查阳性率較低，有条件可用特制的肛門拭子抹擦肛門皺襞，置于滴有生理盐水的玻片上，在显微鏡下检查虫卵。有时也可找到成虫。

预防与治疗 "预防为主"預防重于治疗。因雄虫在交配后即死亡，雌虫在产卵后也即死亡，所以能避免再感染，就能够自行灭絕，或者說如能預防再感染，也能达到治疗目的。具体防治方法如下：

（一）預防重点 注意个人卫生，食前、便后洗手，剪指甲而經常刷洗清洁。勿以手抓肛門口，患者勿穿开襠褲，衣褲应經常更換，最好煮沸灭卵。每晨清洗肛門一次，集体儿童机构內应用腋下試溫或注意肛門体溫表的分别使用，被、褥，衣服与毛巾等实行隔离消毒。

（二）葯物治疗

1. 驅蛔灵（蛔蠕灵）每日 50 毫克/公斤，先服 7 天，作为基本疗程。以后 2—3 星期采用間歇疗法，每星期服葯 2 日，以防止再感染。

2. 局部可在每次洗淨肛門后，搽抹2%白降汞軟膏。

3. 中葯：

①百部保留灌腸：每夜用生百部 30 克水煎 30 分钟成50毫升，作保留灌腸，連用 5—7 天。

②大黃使君子粉（1比8），每日早晨空腹服下，剂量为1岁以內服 1.5 克，年龄每长一岁增加 0.5 克，可加到 5 克，連服 10 天。

第十章　小儿常見传染病

第一节　麻　　疹

概述　是由病毒引起的，小儿最多見的急性呼吸道传染病，传染力很强。其特点是有明显的卡他症状，全身发疹，在发疹前，頰部粘膜上有科氏斑。

以并发肺炎、喉炎、脑炎为主。

流行病学　传染源：麻疹患者，尤以前驅期传染性最强。病毒在前驅期，发疹后，短时間內存在于患者的鼻咽分泌物和血液中，麻疹病毒在人体外很快死亡。

传染途径：以空气飞沫传染为主，如咳嗽，打噴嚏，讲話的飞沫。

免疫性：人类对麻疹的感受性很大，不分年龄同遭感染，患病后可終身免疫。五、六个月以內的嬰儿（母亲曾患过麻疹）有先天免疫性。

发病年龄：以5岁以內最多，六个月以內嬰儿血里还保持有自母体給的被动免疫，极少患麻疹，不足三个月更少。

发病季节：四季均可发生，以冬春两季为最多。

典型病例的临床表現

一、潛伏期　8—14天，平均十一天，受胎盘球蛋白或患过麻疹成人血的注射，可拖长到21—28天，多无症状。

二、前驅期　持續3—5天。

（一）发烧　高低不一，維持1—2天后下降，保持1—2天低烧后，再升高，进入发疹期。

（二）全身症状　和发烧同时出現，全身不适，疲乏，头痛，

嗜睡，煩躁不安等。

(三)粘膜卡他　流鼻涕，咳嗽，打噴嚏，流泪，兩眼紅肿，眼睛畏光。

(四)科氏斑　为本病所特有，为麻疹早期診断的根据。

出現时間：起病后2—3天。

位置：頰部粘膜相当于臼齿部位，及口唇內側。

形状：針头大的白色小点，周围繞以紅暈。

数目：不一，数个或数十个，甚至滿口；麻疹患者有90%具有此斑。

(五)消化系統　食欲不振，呕吐，腹泻等。

三、发疹期　在起病的4—5天，发热再起出皮疹。

出疹順序：先耳后发际，面、額、頰部、頸部，由上至下，由躯干向四肢蔓延，四肢在24小时以后才能見到。

皮疹状态：粉紅色米粒大的斑丘疹，先稀疏，逐漸扩大增多，有的互相融合成块状，形态不一，大小不等。

特点：皮疹之間有正常皮肤顏色。发疹2—3天，达高峰。由鮮紅变暗紅色。发疹經3—5天，在肘膝以下或手脚心見疹时，疹即出齐。

出疹期伴发症状：高烧多在39°—40°C，上呼吸道症状加剧。不安、精神不振、譫妄、昏迷、抽风等神經症状。咳嗽加剧，不思飲食，声音嘶哑，犬吠状咳嗽（喉部受累）。

麻疹顏面：鼻腋性分泌物，眼脂堆积，眼瞼浮肿等。

四、疹后期　皮疹經3—5天出足后，按出順序消退，体溫下降，一般情况改善，留有鋼褐色色素沉着，及糠皮状脫屑。

不典型麻疹的临床经过

一、輕型：

(一)多見于：1.接受过預防者。

2. 4—5月以内婴儿,患麻疹因免疫尚沒完全消失。

(二)特点: 1. 潜伏期延长。

2. 前驅期缺或縮短。

3. 发高烧。

4. 卡他症状輕。

5. 科氏斑常常看不到。

6. 发疹稀少,但很快消失。

7. 少数无疹性麻疹,仅輕微发烧和卡他症状,始終不見发疹。

二、出疹后又隐退的病例:

(一)如典型麻疹发疹,突然隐退,或出疹不透,体溫高,手脚凉,面色蒼白,循环衰竭等現象,多見于有并发症的患儿。

(二)是麻疹經过中最凶险的变化,也是預后严重的指征之一。

三、出血性麻疹 皮疹很快变为出血性,鼻咽、口腔粘膜,腸道出血。預后严重。

四、二次麻疹极少。

并 发 症

一、支气管肺炎 最多見,最严重的并发症,患麻疹而死亡的80—90%由于并发肺炎所致。

(一)发生时間:在麻疹經过中的任何时期,而以发疹期为最多,年龄愈小愈出現此并发症。

(二)表現:

1. 发烧:在发疹期特别高,发烧在疹后期应退而不退。

2. 呼吸困难,发紺,咳嗽剧烈,气喘,鼻翼搧动。

3. 皮疹突然隐退。

4. 肺部听診有水泡音,三凹征或只有X綫改变。

二、喉头炎　声音嘶哑，犬吠样咳嗽，吃奶或喝水时呛咳，呼吸困难，甚至窒息。吸气时有胸骨上窝，锁骨上窝、肋间隙，剑突下凹陷。

三、脑炎　多发生在疹后2—5天。

表现：起病急，高烧、呕吐，嗜睡，昏迷、烦躁不安、惊厥等。

四、口腔炎　多见于营养不良，抗力减低，口腔卫生不好的小儿。

五、中耳炎　化脓性中耳炎。

六、維生素缺乏症　如維生素甲缺乏症。

七、結核病　变为进行活动性。

八、心力衰竭（参支气管肺炎并发症）。

诊断　典型的麻疹过程，如易感儿有麻疹接触史，上呼吸道卡他症状，口腔科氏斑，和皮疹的特点，诊断较易。但在麻疹早期仅出现上呼吸道症状，与感冒很难鉴别，若是麻疹易感儿有接触史，应隔离观察，不要輕易否定麻疹，如发現科氏斑即可确诊。

鉴别诊断

一、风疹　为病毒感染，有发烧，上呼吸道卡他症状和皮肤斑丘疹与麻疹相似。但风疹多为发烧一天即出疹子，皮疹发展快，1—2天出齐，3—4天消退，无色素沉着及脱屑；热不甚高，周身症状比麻疹輕；如发現耳后、后頸部、枕部淋巴結肿大，有助于鉴别；病程短而順利，极少有肺炎等并发症。

二、幼儿急疹　本病突然高烧，无上呼吸道卡他症状，体溫达39°—40°C，持继3—5天，热退疹出为其特点，皮疹一天出齐，一到二天退尽，无色素沉着及脱屑，病程順利。

三、猩紅热　为溶血性鏈球菌所引起，本病多数发病急，

突然高热，嗓子痛，1—2天后在周身出現弥漫性潮紅的基础上，有散在粟粒样的充血性皮疹，皮疹間无健康皮肤，口唇周圍呈蒼白圈，杨莓舌后，咽部有咽峡炎表現，扁桃体紅肿有渗出物附着。青霉素治疗有效。

治疗 主要是維持和增强患儿的抵抗力和預防并发症。因此，加强护理非常重要。

一、合理的有营养的飲食，对患儿的抵抗力有良好的作用，要因地制宜，因人而异，少量多餐，每隔2—3小时給一次稀的易于消化的有营养的食物，如稀飯、面湯、藕粉、豆浆、牛乳等，体溫下降，即可增加食物。并多飲水，給維生素甲、乙、丙等口服。

二、室溫要合适，勿过冷过热，应經常通风換气，保持室内空气新鮮，地上經常洒清水，或用水壺置炉子上蒸发，保持空气濕潤。患儿的衣服和盖的被子勿裹的太紧，防止过热。

三、要經常用溫开水或生理盐水擦洗患儿的眼、鼻、口腔，特别注意保护眼睛，經常擦洗眼睛的分泌物，如有角膜干燥，立即給維生素甲油剂，肌肉注射，日一次，否則会很快引起角膜溃瘍，穿孔，造成患儿失明。

四、关于麻疹退热应根据病情很好的掌握。一般体溫在40°C以下，患儿精神尚可，可給适量的氯丙嗪鎮靜和多飲水，不必急于用药物退热。如体溫超过39.5°C以上为防止高热惊厥，可退热、鎮靜，用小量退热剂如安乃近点鼻等，同时注意防止心脏机能不全的发生，必要时可給西地兰或樟脑等。

五、保証患儿充足睡眠，如患儿哭鬧不安或睡眠不足应給氯丙嗪。

若患儿疹出不透或疹色蒼白，或皮疹驟退，体溫高，手脚凉，是周圍循环不良的現象，可給樟脑注射。有脉快，气喘，面

色蒼灰、煩躁不安，肝大等心力衰竭情況时应及时用毛地黃类葯物。

若麻疹并发細菌性肺炎或喉炎时，应积极搶救治疗，及时使用青霉素，鏈霉素或其他抗菌素控制感染（用青霉素等抗菌素对发疹并无影响），并应注意呼吸道暢通，可用热水壺做蒸气吸入，使痰易于咳出。同时注意增强患儿的抵抗力。

六、中医治疗

发疹前用宣毒透表湯　連翹三錢，銀花三錢，牛蒡子一錢，芥穗一錢，薄荷五分，鮮蘆根一兩，紫草一錢。水煎服，日二次。或用紫草丸每次半丸至一丸，日二次。

发疹期用清热解肌湯　生石膏、連翹、牛蒡子、荆芥、防风、前胡、葛根、杏仁各二錢，薄荷五分。水煎服，日二次。或用生石膏二錢，連翹、牛蒡子、芥穗、葛根各一錢，杏仁錢半，薄荷六分。水煎服，日二次。

皮疹消退步入恢复期用　人参一錢、麦冬二錢，五味子五分。水煎服，日2次，以生津止渴。

若并发咳喘用　麻黃一錢，生石膏三錢，杏仁二錢，生甘草一錢，桔梗一錢半，陈皮一錢。水煎服，日2次。

若并发喉炎用　生甘草、桔梗、生地、麦冬各二錢，銀花四錢，射干一錢，元参三錢。水煎服，日2次。

若疹出不透或疹色蒼白用五粒回春丹，每次五粒，日二次，周岁以下酌減。或用党参三錢，当归一錢，紅花一錢，赤芍一錢，紫草五分，蝉衣二錢。水煎服，日2次。

以上中西医疗法可合用。

第二节　流行性脑脊髓膜炎（流脑）

流行性脑脊髓膜炎是脑膜炎双球菌（革兰氏染色阴性）引起的一种急性传染病，有发热、菌血症及脑膜刺激的症状。

流行病学

一、流行：在人口稠密（尤其在公共场所）和空气不流通的地区最易传染。多散在发生，有时暴发流行。

二、年龄：任何年龄均可染患，但以五岁以下儿童患病者较多。

三、季节：冬春二季，尤以春季2—4月流行较多。也有散发的。

四、传染源：病人或带菌者，病原菌在其鼻咽部。

五、传染途径：带菌者或病人借空气飞沫传染，由带菌者传染的机会更多。

六、免疫：病后免疫力不强，故有复发或再得本病的可能。

临床表现　潜伏期2—3天。

一、上呼吸道感染：主要表现是鼻粘膜充血，咽炎和扁桃体炎，嗓子痛，与其他病原菌所引起的上呼吸道感染不易区分。于2—4日侵入血循环，进入败血症期，或有时传染即止于此。

二、败血症：病原菌侵入血循环，突然起病，发高热、发凉、呕吐、头痛、全身疼痛，感觉过敏，幼儿常有惊厥，甚至急性衰竭。皮肤粘膜呈点状或片状出血，大小不等，多少不等，皮疹以四肢、躯干较多，边缘不规则，加压不退，有时出现坏死。出血点针刺涂片检查，找到肾形双球菌即可确诊。

三、脑膜炎：病原菌侵入脑脊髓膜所致，突然发热、呕吐、剧烈头痛、惊厥、昏迷、躯干及頸均后仰、頸部强直（脖子硬）。呈角弓反张，克尼格氏征及布鲁辛斯基氏征均为阳性。膝腱反射多亢进，体溫升高。检查脑脊液已有化脓性脑膜炎改变。

婴儿常无明显脑膜刺激症状，只有前囟門隆起和紧张，这往往是唯一重要的体征。

于发病后3—4天，較大儿童口周围或其他处可出現疱疹，对晚期鉴别診断有一定意义。

暴发型流脑：患者发病急，进展快，病情凶险。其临床特点主要是循环衰竭或呼吸衰竭。

一、循环衰竭型：以发烧、头痛、呕吐开始。其特点是：有严重中毒症状；皮肤粘膜迅速出現广泛的出血点，出血斑或大片皮下出血；同时迅速出現紫紺、血压下降、脉搏細速、煩躁不安、肢端发冷、休克等周围循环衰竭症状，称为华佛二氏綜合征。神志可始終清醒或轉入昏迷。大多数无脑膜刺激症状，脑脊液大多澄清。如不及时搶救，多在几小时內造成死亡。

二、呼吸衰竭型：此型多見于年长儿，临床表現为：突然高热、头痛、呕吐、神志不清、抽风不止或眼神呆滯、面色青灰，其特征是两側瞳孔大小不等和呼吸衰竭表現如：呼吸节律不整、快慢不匀、双吸气、叹息样呼吸、呼吸暫停；严重者可突然呼吸先于心脏而停止，而搶救不及。故須密切观察，防止其发生。此种表現为顱內压增高所致，多見于有脑膜炎改变者或續发于循环衰竭型或普通型流脑突然轉重。切忌作腰穿。

診断　典型流脑經过，診断不难。如在流行期間，有接触史，凡有突然高热，头痛、呕吐、皮肤粘膜有出血点或出血斑及頸强直，克氏征阳性者，临床上可診断为本病。如診断有困难，

有条件时可做腰椎穿刺，脑脊液为化脓性脑膜炎改变，压力增加，乳白色混浊，细胞数在数千以上，以多形核细胞为主，糖、氯化物减少，蛋白升高，有时涂片可找到脑膜炎双球菌。

鉴别诊断

一、上呼吸道感染　流脑初期虽有上呼吸道感染，出现发热、头痛，轻微鼻咽部粘膜充血，但其他上感症状多不明显，患儿多面色苍白，精神明显抑郁，若继续观察病人如早期发现皮肤粘膜出血点或出血斑或出现脑膜刺激症状，即可诊断为流脑。若在流脑流行期间或有流脑接触史的患儿，如突然高热、头痛、呕吐、白细胞高，查体无其他阳性所见，未查到出血点，发病时间短在几小时或24小时以内者，此时不可马上否定流脑的诊断，可按疑似流脑处理，继续观察到发病24小时以后（根据病情观察时间尚可延长），如无出血点或脑膜刺激症状出现，方可否定流脑的诊断。

二、其他化脓性脑膜炎

病源：肺炎双球菌、葡萄球菌、链球菌等均可引起化脓性脑膜炎。其中以肺炎双球菌感染为常见。

多继发于肺炎和败血症或化脓性中耳炎、乳突炎，鼻窦炎等之后。

鉴别要点：发病较流脑缓慢；多有原发病灶；多无皮肤出血点和口周围疱疹；婴儿患本病较多，且脑膜刺激症状不明显，主要表现为烦躁不安、嗜睡、抽风、厌食、呕吐、尖声哭叫、前囟突出等；脑脊液混浊较粘稠，查到肺炎双球菌的阳性率较高；病程较长，预后较差。

治疗：对磺胺嘧啶不敏感，目前主张用大量青霉素静脉点滴和肌注，并注意清除原发病灶。

三、结核性脑膜炎（参见小儿"结核病"）

并发症　若治疗早，多无并发症。如治疗晚多可发生并发症。

一、脑积水　多发生于婴儿期，头围逐渐增大，不能抬头，智力迟钝。这种小儿多由于继发感染而死亡。

二、硬脑膜下积液。

三、智力迟钝、癫痫，有时有瘫痪。

四、眼　斜视、盲目。

五、耳　常有中耳炎、永久性耳聋等。

预后　预后好坏由下述因素决定：

一、流行的凶险程度及有无严重菌血症，后者多于发病后12—24小时内死亡。所以在这个时期抢救非常要紧。

二、患儿年龄越小，越不好。

三、治疗及时，越早越好。

治　疗

一、凡诊断为流脑或疑似流脑的病人，均应按流脑治疗，要有高度责任心，密切观察病情，有时普通型流脑可突然转变为暴发型流脑以致抢救不及。

用药：

（一）目前磺胺嘧啶（S.D.）仍为首选药物，疗效满意，小儿每天每公斤体重150—200毫克，分4—6次口服，加等量碳酸氢钠。重症、昏迷或频繁呕吐者，可用20%磺胺嘧啶钠静滴，剂量为全日量的1/3—1/2，溶于500毫升点滴液内，6—8小时滴完；或静脉注射磺胺嘧啶钠，剂量为全日量的1/3，浓度不高于5%。在静点或静注以后，将全日的余量分3—4次肌注，能口服时即改为口服。

注　意

1.静点或静注期间，用11.2%乳酸钠5—10毫升加入点

滴液内与磺胺同时滴入，使尿碱化。

2. 用药期间多饮水，保证足够的液体进入量，防止磺胺沉淀。

3. 注意检查尿，如发現尿色变紅（血尿）应及时改药（如青霉素 120—240 万单位/日，分 4—6 次肌注、氯霉素、合霉素）。

4. 在症状好轉，热退 3 天停药。

5. 患儿就診前 6 小时无尿，则应先肌注青霉素，同时进行补液，脫水糾正后，改投磺胺。

6. 如开始应用磺胺治疗，在 48 小时病情未見好轉者，改用青霉素或氯霉素。

（二）水剂青霉素疗效較佳，在不能应用磺胺时用之。单用时，儿童每天每公斤体重 10—15 万单位，分 3—4 次肌注。暴发型可磺胺与青霉素合用，但青霉素的剂量应減半，必要时可靜脉注射青霉素鈉盐，其浓度每毫升不要超过 1 万单位。

（三）对症疗法：对高热头痛用退热止痛剂，抽风时用鎮靜止痙剂，昏迷病人下胃管喂养。

（四）中医疗法　主要采用暑溫病的治疗原則，以"清热解毒，养阴""辛凉为主"的方針。

1. 病初起，发热、恶寒、头痛、口渴无汗者，用銀翹丸或羚翹解毒丸。

2. 高热不恶寒，煩渴，面赤，大汗出者，用白虎湯（生石膏二十錢，知母六錢，生甘草二錢，粳米少許，水煎服，每日 2 次）。

3. 高热昏迷，狂躁舌苔黃者，用牛黃安宮丸。高热头痛，項强口渴，舌絳紅，用局方至宝丹。

二、对暴发型病人，必須发揚"**救死扶伤，实行革命的人道**

主义"精神，带着无产阶級感情分秒必爭的搶救病人。

立即給磺胺、青霉素和早期使用氯化考地松 100—200 毫克加葡萄糖液內靜脉点滴或靜脉注射。

搶救措施为：

(一)对循环衰竭型，可用阿托品靜脉注射，0.03—0.05毫克/公斤/次，15—30分钟注射一次，直至血压回升，面部发紅，此后可減量和延长投葯間隔时間至血压稳定 24 小时酌情停用。如反应不佳，血压不見上升，应及时改用升压葯物如去甲基腎上腺素或美速克新命等。把升压葯物溶在葡萄糖液內靜脉点滴，开始速度要快，随着血压脉搏好轉，視病情的需要減慢滴速。有酸中毒时加乳酸鈉于点滴液內靜脉点滴（剂量按病情而定）。尿多时可先給10%氯化鉀 5 毫升加 250 毫升点滴液內靜脉点滴，以后根据病情决定。重症有出血傾向必要时应輸血。

(二)对呼吸衰竭型，应早期吸氧，应用呼吸中枢兴奋葯如洛貝林、野靛硷等，靜脉注射阿托品（方法、剂量同上），应用脫水葯（甘露醇或山梨醇每次每公斤体重 1—2 克，靜脉推注 10—30分钟注完，隔 4—8 小时可重复用之）。或采用亚冬眠疗法：冬眠灵和非那更各 1—2 毫克/公斤/次，肌注，仍不安靜加水合氯醛或魯米那，安靜后，放冰袋，胸背用湿毛巾包之，待肛表 35°C 后，保持头部低溫，第一次用后，4—6 小时給冬眠灵、非那更各 0.5—1 毫克/公斤，共用 3—4 次即够。

(三)其他搶救措施，如补液，654等参見毒痢搶救措施。

暴发型流腦，病情复杂，矛盾較多，应当"**对于具体情况作具体的分析**"，抓主要矛盾。如呼吸衰竭由腦水肿所致，这时必須以脫水疗法控制腦水肿为主，再配合其他疗法。在疾病发展的不同阶段其主要矛盾也有轉化，故須密切观察，仔細分

析，抓主要矛盾，辯証施治，堅持到底。以"**下定决心，不怕牺牲，排除万难，去争取胜利**"的精神积极搶救。

预防　遵照毛主席"**减少人民疾病死亡的基本方针就是预防，就是开展群众性的卫生运动。**"的教导，突出无产阶級政治，充分发动群众，做好以爱国卫生运动为主的綜合性預防措施。在流行季节，深入开展卫生宣传教育工作，切实做好"三晒一开"，即晒衣服，晒被褥，人晒太阳，开門窗通风換气。搞好室內外卫生，創造适合本地居民生活习慣的办法。

在发生流腦的地区和密切接触者，可重点进行預防性投葯，常用磺胺嘧唑（S.T）12—15岁每日2克，12岁以下每日0.5—1.0克，加等量碳酸氢鈉，分2—3次服用，連服3天。如用长效磺胺，成人每天1片（0.5克）儿童酌減，連服3天。

認眞做好早期发現病人和疑似流腦病人、早期隔离、早期治疗，对病人和疑似病人应隔离观察7天。发現病人应就地隔离治疗，不要远途运送，防止传播，也避免耽誤搶救，加重病情。

积极推广用3—4%食盐水或1/5,000高錳酸鉀液漱口，每日3次，連續数日。

第三节　小儿細菌性痢疾

概述　細菌性痢疾由存在于病人粪便中的痢疾杆菌經污染食物、食具、水源、及蒼蝇的传播而引起，是儿童时期常見的一种腸道传染病。本病多发生于夏秋季。在小儿急性痢疾中，中毒型只占少数，但这一型病情严重，病死率較高。本节只摘要介紹嬰幼儿菌痢的特点，着重描述中毒型痢疾。

嬰幼儿菌痢的特点

一、婴幼儿、尤以一岁以下的婴儿患本病时，由于腸道內病理变化不明显，因而結腸炎的症状亦不显著，往往无脓血性粪便，排便次数也不多。一般无发热或仅有微热，常缺乏明显的全身症状，故易誤診为消化不良。但由于它缺乏典型症状，又无季节性的特点，而且能不定期排菌成为带菌者，所以是流行病学上重要的传染源。

二、如婴幼儿患者出現較严重的呕吐和腹泻，則易发生脫水，酸中毒症状。

三、由于誤診及貽誤治疗，常常轉为慢性，甚而导致营养不良及其严重的后果。

四、少数幼儿得菌痢时，即以中毒型菌痢的临床經过出現。

总之，凡遇婴幼儿患腹泻时，或仅表現高热、惊厥、甚至呈現严重的中毒症状，而体检无特殊发現时，应注意粪便的化驗（无粪便时应作盐水灌腸），以便及早作出菌痢的診断。

急性菌痢临床表現　小儿与成人急性痢疾基本上相似。在儿童时期患者以幼儿居多。一般型急性痢疾病情輕重悬殊。輕者大便次数稍增多，有輕微腹痛，可能有輕微发热，或无全身症状。年长儿童有里急后重。粪便稀，有粘液，有时肉眼可見脓血。重者起病急，发冷发热、头痛、腹泻、恶心呕吐、腹痛、都比較严重，可能有脫水酸中毒，嗜睡，惊厥等症状，大便量少次数多，下腹压痛左側較重，有較多脓血。重型与中毒型痢疾并无十分明显界限。

暴发性中毒型菌痢　中毒型菌痢是細菌性痢疾中急性期的一种特殊临床类型，一般以2—7岁体质較佳的儿童发病者最多。

一、发病机制　中毒型菌痢的发病机制尚未完全闡明。近

年来，我国学者根据本病时眼底血管痙攣的情况，結合应用阿托品治疗經驗証明，認为其基本病理生理变化，可能是由于痢疾杆菌所释放出来的內毒素而引起全身血管痙攣（以毛細小动脉痙攣为主要表現之一）的結果。同时还指出本症的发生与机体反应性有关。

二、主要临床表現

（一）起病　絕大多数发病急，来势凶猛，少数病例开始为普通型急性菌痢，一两天才轉变为中毒型。

（二）发烧　突然高烧，多数体溫在39.5°C以上，少数不发热，尤其在严重休克时，体溫往往不升，直至循环衰竭被治疗糾正后才出現高烧。

（三）中枢神經系統中毒症状　多数屬兴奋型。如煩躁不安，反复惊厥，譫妄，同时亦常有抑制現象，如精神萎靡，嗜睡，昏迷，瞳孔散大和反射消失。

（四）心血管系統症状　中毒性休克的症状，四肢厥冷或发紺，脉搏微弱，血压显著下降或測不出，皮肤蒼白，皮肤发現大理石样花紋，吐咖啡样物。

心力衰竭現象　如心音低弱，心动过速，出現奔馬律等。

（五）呼吸系統症状　出現形形色色的呼吸障碍及呼吸衰竭的表現。如呼吸节律不整，呼吸过快（超过50—60次），过慢（不到16次），深淺不匀，暫停，双吸气，叹息样，呼吸困难，下頜运动甚至瞳孔散大等。

（六）胃腸道症状　初期多无脓血大便，仅有一部分早期有脓血大便。但95%的病例在发病两天出現典型的痢疾样便。少数病儿可出現呕吐，或吐出咖啡样物。

小儿菌痢的治疗

一、护理和一般对症疗法

患儿臥床休息，保暖，时常更換体位，注意口腔护理，清洁皮肤。婴幼儿患菌痢时，尽量利用母乳喂养。幼儿开始进食时，先用米湯等流质逐加脫脂乳等，待腹泻減少，情况好轉时，漸次恢复正常膳食。呕吐不能进食及脫水病人，酌情給1:1糖盐水靜点；腹痛时口服顛茄或肌注阿托品，供給維生素C、B_1等。

二、抗菌疗法　下述药物可单独用或联合应用，一般用药一周。

（一）磺胺药物　一般病例可用磺胺嘧啶、磺胺噻唑、磺胺二甲基嘧啶，剂量按0.1—0.2克/公斤/日計算。如应用磺胺咪，琥珀酰磺胺噻唑須增加剂量为0.3—0.4克/公斤/日，分四次口服，持继应用7天。

（二）黄連素　10毫克/公斤/日，分三次口服。

（三）呋喃妥英、痢特灵（呋喃唑酮）：其剂量均按8—10毫升/公斤/日，分三次口服，連服7天。

（四）抗菌素　氯霉素、合霉素、四環素、土霉素、新霉素等。

（五）新針疗法　常用穴位：止泻、关元、足三里。

三、中毒型菌痢的搶救措施

毛主席教导我們：**"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"**。要做到**"完全""彻底"**为人民服务，多是搶救中毒型菌痢的根本关鍵，在措施上要把住三关（即控制惊厥、控制循环衰竭和控制呼吸衰竭）。

目前多用阿托品疗法和人工冬眠疗法，必要时这两种疗法可以互相結合应用。但必須强調指出两点：

（一）进行任何一种疗法前应先認眞学习通过实践，取

得經驗，治疗时必須严格守护和观察患儿。

（二）要积极配合其他綜合措施，如护理，抗菌，补液和激素等，千万不可偏废。

阿托品疗法

一、用法　一次剂量为0.03—0.05毫克/公斤。

輕症者（高燒反复惊厥），用0.03毫克/公斤，皮下或肌肉注射，間隔2—3小时，一般用2—3次。

重症者（有严重休克，尤有呼吸衰竭者），宜用0.04—0.05毫克/公斤，可增到1毫克/公斤，靜脉注射，間隔10—30分钟反复应用。靜脉注射时宜用5%葡萄糖液2—5毫升混合，緩慢靜注。注射8—10次无效时改用去甲腎上腺素或其他升压药。

二、疗程　阿托品疗法的疗程可分成两个阶段：

（一）急救阶段　注射阿托品至面部发紅血压回升为止，此后即可減量和延长投药間隔时間。

（二）巩固阶段　凡面色已发紅，血压稳定达24小时，在此期間应逐步減量与延长投药間隔时間，直至最后停药。

三、注意

（一）加强护理（最好专护），密切观察患儿臉色，血压，呼吸和脉搏，有条件的可以检查眼底。如面部紅后，若不減量，不延长投药間隔时間，很容易发生中毒。

（二）阿托品中毒的表現及处理　主要表現，最初为煩躁不安，继而譫妄，甚而狂乱。

处理，应用鎮靜剂，如苯巴比妥鈉等。

（三）阿托品疗法后常見的副作用及其处理

1.尿潴留：膀胱部位按摩或压迫，新斯的明注射，針灸疗法。

2. 腸胀气：可采用肛管排气，腹部按摩，湿毛巾热敷(60°C)，或新斯的明注射等。

3. 口喝：静脉补液或神志清醒后給适量水份。

4. 面部充血，无须处理。

人工冬眠疗法

一、目的

（一）保护机体，減低人体对毒素的反应。

（二）降低机体的基础代謝率，以減少氧的消耗。

（三）保护間腦，从而稳定自主神經中枢，以期放松血管痙攣。

二、原則　早眠，深眠，短眠，积极降溫。

三、步驟和方法

（一）誘导期　初次冬眠灵和非那更各 0.5—1 毫克/公斤，肌注或靜脉滴注。

如有反复惊厥者加用魯米那鈉 4—7 毫克/公斤，肌注或加用硫噴妥鈉 10 毫克/公斤，肌肉注射（只限注射一次），或加用阿密妥鈉。加强誘导，控制惊厥。經 30 分钟至 1 小时，患儿多进入安靜沉睡。否則"冬""非"一次。此时，应积极用物理降溫，将体溫降至34—36°C(勿过低)。

（二）巩固期　当患儿达到誘导期且已进入冬眠状态后，应 2—4 小时，給冬眠合剂一次，一般用 0.5—1 毫克/公斤/次，一般使用冬眠药物不超过 10 小时。

人工冬眠过程中应注意事項

1. 人工冬眠前应測体溫（肛表）、血压、脉搏及呼吸等。以后每隔 15 分钟測血压、脉搏各一次，并密切观察病情变化。

2. 保持呼吸通暢。

3. 預防褥疮，靜脉炎及冻伤。

4. 注意尿潴留及处理。

5. 避免应用中枢兴奋药如可拉明，山梗菜碱等。

6. 头低位，以减少脑貧血。

（三）其他綜合措施

1. 抗菌疗法（見前）

2. 补液也是搶救措施之一，其目的是补足血容量，帮助糾正休克状态，并非补充失水量。

应用 2:1 液（即 2 份生理盐水和一份的 1/6 克分子乳酸鈉）在循环衰竭时，按 20 毫升/公斤体重，在半小时內輸入，随后用 1:2 液（即 1 份生理盐水和 2 份的10%葡萄糖溶液）按 80—100毫升/公斤体重，于 24 小时內慢慢滴注。

3. 甘露醇或山梨醇 1—2 克/公斤，靜脉滴注（注意心力以免心衰）。

4. 激素，如氢化考地松，靜滴。

5. 去甲腎上腺素的应用。

6. "654"和"654—2"的应用：小儿0.2—2毫克/公斤/次，每隔 15—20 分钟可重复靜注給葯。本葯較阿托品副作用小。

第四节　百日咳

概述　本病是百日咳嗜血干菌引起的，儿童时期常見，而且重要的一种急性传染病。临床特征是持續几个星期的陣发性痙攣性咳嗽，咳嗽完毕时，有一尖鋭响声的长吸气（鸡鳴音），在較大健康儿童，全身症状比較輕微，在嬰幼儿則很严重。

流行病学

一、季节　以冬春两季为多見。

二、流行　在集体生活的儿童如托儿所或小学校内，很易形成流行。

三、年龄　因为沒有先天性免疫，所以在幼小嬰儿甚至六个月以內也很容易感染。一般說来，以2—4岁最多，10岁以上就很少見。

四、传染力　以发病的最初一二星期內为最高，以后就逐渐消失。

五、传染途径　病菌繁殖在呼吸道上部，病儿咳嗽时，經飞沫散布，可直接传染对方，由鼻咽腔侵入。間接传染的很少。

六、免疫　病后可获得持久性免疫力。

临床表現　病人开始症状与一般支气管炎相似，但咳嗽逐日增重，尤其夜間陣发性咳嗽較重，此点与一般支气管炎不同。約一周左右出現典型痙攣性陣咳。发作时呈連声不断的短咳，患儿常憋得面紅耳赤、口唇发紺，最后有一深长吸气，发出鸡鳴样喉鳴。陣咳直到咳出大量粘稠痰或引起呕吐为止。夜間陣咳发作次数較多，影响睡眠。患儿常有眼瞼顏面浮肿，可有鼻出血，咳血，及球結膜出血。舌下系带常有潰瘍，肺部在无合并症情况下无明显体征。嬰儿常因陣咳乏氧引起窒息与抽风。这种痙攣期持續約5到6周，痙咳減輕，次数減少，逐漸恢复。

诊　断

一、接触史很重要，周圍常有同样发病患儿有助于診断。

二、咳嗽日漸增重，夜間剧烈，如未并发肺炎，肺部无明显体征为本病特点。

三、白細胞总数增高可达2万到5万之間，分数淋巴細胞增高多在50%以上，甚至可达90%。

并发症

一、支气管肺炎多見，常在痙咳期間发生，患儿喘促，鼻搧，发紺增重，肺有水泡音。

二、神經系統并发症　剧烈陣咳可引起顱內出血。或因細菌毒素引起中毒性脑病而出現神經系統症状，反复抽风、意識障碍、瘫痪等，病死率較高。

治　疗

一、对症疗法　鎮靜止咳，于痙攣时間給复方冬眠灵，每公斤体重0.5—1毫克，每日4次。夜間咳重时，給魯米那口服，剂量每公斤体重2~3毫克。

惊厥时可吸氧，肌注魯米那（剂量同上）或2.5%硫酸鎂每公斤体重0.2毫升，肌肉注射，針刺人中、商阳。

缺氧窒息时应及时做人工呼吸。痰多时应吸痰。

呕吐較重时为糾正脱水、补充营养可靜脉滴注10%葡萄糖。

二、抗菌素早期使用效果較好，痙咳期間应用无明显效果。年幼体弱患儿为防止并发肺炎应及时应用。合霉素每日每公斤体重80—100毫克，分4次服用，用药10—14日。氯霉素、四環素、金霉素等均有效，用量为合霉素之半。不能口服者可肌注鏈霉素。使用合霉素，氯霉素时，要注意白細胞变化。

三、鸡苦胆疗法　鸡苦胆汁加白糖調服，1岁以內，4天服一个，2—3岁，两天服完一个，3—5岁，每日服一个，5岁以上，每天两个，分二次服用。猪苦胆汁亦有相似疗效。

四、百日咳合剂

百部三錢半，　甘草二錢半，　天冬七錢半，
桔紅五錢，　川貝五錢，　南星二錢，

石膏七錢半，　葶藶三錢半，　薏仁七錢，
淸夏三錢半，　前胡五錢，　桑皮五錢，
川連三錢半。加水煎成100毫升，每岁半匙（2毫升）不超过10—15毫升，每日2—3次。

预　防

一、早期发現患者，隔离治疗，集体生活儿童应隔离到痙咳开始后30天。

二、預防接种百日咳疫菌是較好办法，一般3个月以下嬰儿即可接种。

接种：3个月至7岁，0.5—1.0毫升百日咳疫菌，皮下三次，間隔4—6周，以后每隔三年輪种一次。

第五节　脊髓灰质炎（小儿麻痺症）

概述　本病又称嬰儿癱瘓或小儿麻痺症，是由病毒引起的一种急性传染病，主要特征是发热，继之有不对称的弛緩性癱瘓。

流行病学

一、传染方式与途径　直接传染，因病毒存在于病人或带病毒者的腸道和咽部，故途径有二，或經呼吸道或經消化道，而以后者为主，蒼蠅为媒介，可借水、牛乳、粪便等散播。

二、传染季节　晚夏初秋，以7—9月最易流行。

三、年龄　六个月以下的嬰儿因体内仍有抗体，所以少見，多为5岁以下的小儿，尤多見于两岁以下的。

四、免疫性　病后大多可获得持久性免疫。

临床表現　由于病毒侵犯脊髓与腦部程度不一，所以症状也不同，潛伏期最短者为3日，最长者为35日，一般为10

日，病程可分三期。

一、前驅期　发热38—39°C，有全身不适，头痛。

消化系統症状为食欲不振，呕吐、恶心，腹痛，便秘。

呼吸系統症状如咳嗽，流涕，嗓子痛等。

无明显的神經症状，一、二日后退热，症状消失。此期最难診断，如在流行季节，应提高警惕。

二、瘫痪前期　前驅期退热后，1—4日后热度又升高，約为39°C，嗜睡或煩躁不安，明显多汗，感覚过敏。呕吐，头痛，肢体肌肉疼痛，嬰幼儿因疼痛拒絕扶抱。頸背强直，四肢有輕微震顫等症状，似为瘫痪的先兆。此时如果有条件作脊髓液检查，可見有改变，液体清澈或混浊，压力稍高，蛋白阳性，糖量正常，細胞数增多約50—200个，分类多为淋巴細胞，热退后細胞数速降，但蛋白反应持續較久。部分患者停于此期，謂无麻痹型。

三、瘫痪期　瘫痪前期三、四日后出汗多，体溫下降，随即出現瘫痪，多見于四肢，尤其是下肢，腱反射消失或減弱，但病肢感覚正常。瘫痪逐漸加重，一、二日后热度下降，瘫痪进行，持續时間一般为5—10天內达高峰。瘫痪为迟緩性，部位多不对称。如六个月后不能恢复功能，則肢体即可能有萎縮現象。

此期最危險而需立即診断与治疗者为：

（一）膈肌与肋間肌的瘫痪　出現呼吸障碍情况，严重者可危及患者生命，一般表現为呼吸微弱，咳嗽无力，哭声細小，說話不成句，（每一吸气发一单音，一口气只能数3—4个数字）重者焦虑不安，顏面青紫等。

（二）呼吸中枢障碍　出現呼吸衰竭。

（三）咽部瘫痪　吞咽困难，說話帶鼻音，或声音嘶哑，

饭食噎咳，痰雍作响等。

诊断 如患儿有接触史，临床上有发热、多汗、嗜睡、烦躁不安，肢体疼痛时，即应考虑本病的可能，如出现弛緩性瘫痪，诊断即可确定。如诊断有困难，必要时腰椎穿刺可見脑脊液呈无色透明，細胞数略增，一般在50—200之間，蛋白在早期可能正常，以后逐渐增加，糖可稍高，氯化物正常。在瘫痪期，主要与下列疾病鉴别。

鉴别诊断

一、传染性多发性神經炎 本病特点是：

(一)病史中曾有过发烧性传染病，在瘫痪时多不发热，脑膜刺激症状不明显。

(二)麻痹为两侧对称性，上升性发展，数月內可以完全恢复。

(三)脑脊液蛋白含量明显增高，但細胞数并不增加。

(四)此病多有感覚改变。

二、由脑炎引起的瘫痪，常发病急，高热，惊厥，意識障碍等症状均較显著，肢体呈强直性瘫痪。

三、虛性脑膜炎 如肺炎、痢疾、高热所引起的，无瘫痪。

治 疗

一、目前采用綜合性治疗措施：

(一)在急性期应臥床休息，保持安靜，增加机体抵抗力，加强护理，防止并发症。

(二)对肌肉疼痛者，可用湿热敷疗法：将湿布或毛巾浸入热水后擰干，使溫度在60—65°C，放在脊柱或瘫痪肢体上20—30分钟，4—6小时一次，至疼痛緩解时为止，体溫高者不宜用此法。或用鎮靜止痛剂（如多眠灵，魯米那，APC等）。

(三)对瘫痪肢体，在急性期应使之安靜，保持功能位，防止畸形；在瘫痪停止进展后，进行按摩或被动运动疗法，分級逐漸进行肌肉运动訓練。

(四)常用药物有維生素 B_1，大量維生素C，維生素 B_{12} 100微克，隔日一次肌注，疗程 1—2 月。加兰他敏每次每公斤体重 0.05—0.1 毫克，每日一次肌注，30天为一疗程。

二、发生呼吸障碍，往往危及患者生命，必須早期发現，及时搶救，密切观察，細心护理，目前認为治疗急性期呼吸障碍患者的重要关鍵是：改善气体交換，清除呼吸道分泌物阻塞，控制肺部感染，措施是：

(一)呼吸困难严重者給氧气吸入，呼吸肌麻痹严重时可間断做人工呼吸。

(二)及时清除呼吸道分泌物，随时抽痰，体位引流（将床脚抬高 15—20 度）。如用保守疗法不能解除呼吸道梗阻，患者有躁动不安，缺氧明显，有条件可做气管切开。

(三)及时应用抗菌素控制肺部感染。

(四)呼吸中枢麻痹者可用呼吸中枢兴奋剂如洛貝林，可拉明等。对多汗、疼痛、兴奋不安者，适当用些冬眠药物。

(五)吞咽困难，可下胃管喂养。

三、中医治疗：

(一)中药：赤芍四錢，　川芎三錢，　归尾二錢，
地龙一錢，　桃仁一錢，　紅花二錢，
元芪一两　水煎服日 2 次。

上肢瘫加桔梗 2 錢，下肢瘫加牛夕 2 錢，此剂可长期服用。

(二)新針疗法：在早期即可进行，在恢复期瘫痪未恢复者应继續进行針刺。

常用穴位：

上肢麻痹　主穴：新設（风池下二寸），曲池。

备穴：养老、肩貞。曲池透少海，养老透內关。

下肢麻痹　主穴：大腸俞，风市上二寸，五里下二寸。

备穴：十七椎，阳陵泉，絕骨，环跳。

大腸俞（2—3寸深），风市上二寸，針感传向臀部及小腿外侧。五里下二寸，針感向小腹下、小腿內侧，对肌肉的萎縮和恢复功能具有良好的作用。十七椎直刺1.5—2寸深或向臀部横刺2—3寸深。阳陵泉透阴陵泉，絕骨透三阴交，主、备穴交替針刺。每次取2—3个穴。

手法：根据小儿大小和体质情况，用弱、中、强弧度刮針法。

预　防

一、在毛主席"**自力更生**"的伟大方針指导下，我国自制的脊髓灰质炎減毒糖丸活疫苗，已广泛应用，取得了良好的預防效果，控制了本病的流行。这是毛泽东思想的伟大胜利。此糖丸疫苗，成本低廉，服法簡便，免疫效果良好，无何副作用。

疫苗分有Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型，保存在4—8°C条件下有效期为7个月，如在室溫下只能保存5天左右。凡2个月到7岁的易感儿在流行季节前3个月应普遍給予接种。一般为Ⅰ、Ⅱ两型，一次混合服用，以后每年服一次，均在春季时接种，免疫时間持續一年以上。

二、本病应按消化道传染病的預防措施进行預防，对患儿粪便，等排泄物进行严格消毒处理，病人自发病日期隔离40天，对于密切接触的易感儿应进行医学观察20天，如早期注

射丙种球蛋白3毫升，可有短期預防作用。

第六节　水　　痘

水痘是由水痘病毒引起的急性传染病，但传染力很大，多生在儿童时期。特点是全身皮肤及口咽粘膜陆續分批地发生周围繞有紅暈的疱疹。

流行病学

一、常呈流行性，也有散在性的病例发生。

二、传染方式，为直接传染。

三、传染途径，病人咳嗽、打噴嚏或說話时，飞出来的星沫中带有病毒，經呼吸道而入身体。病人的血液和疱疹也可以将病毒传給他人。

四、发病年龄，儿童时期（三、四岁时），比較容易传染。

五、免疫性，患病后可得持久性免疫。

临床表現　潛伏期平均約为14—15天，但也有长到21天的。本病开始突然，在較輕的病中沒有前驅症状。但一般出疹前24小时内，可有全身不适，头痛，不安宁，食欲減退及輕度发热等。有呼吸道或胃腸道症状时多为中等发热，在正式的皮疹出現以前，有时有象猩紅热或麻疹样的皮疹出現。

本病皮疹有下列几个特点：

一、疱疹的四周都繞有紅暈，皮疹先經过丘疹时期，丘疹大約經过一天变疱疹。疱疹呈卵圓形，大小不等。疱疹經过三、四天即逐漸干縮、結成干痂。几天到2，3星期后，干痂也逐漸脫落。

二、皮疹总是一批批发生，逐漸蔓布全身，所以在皮疹很多的时候，皮肤上可同一时期有紅斑，丘疹，疱疹及干痂等各

期皮疹。

三、皮疹呈向心性分布。最先出現在躯干，腋部，头部及头皮，最后見于四肢，手掌足跖处較少。

四、皮疹发痒。

口腔、咽部粘膜等处也可有与皮疹类似的发疹，这些部位的疱疹极易破裂而发生續发性感染，特别是头部的疱疹常因搔痒而弄破以致造成严重的細菌感染。

并发症 在較健康的儿童，水痘的症状比較和緩，所以并发症也比較少。并发症中以金黃色葡萄球菌及溶血性鏈球菌所引起的續发性感染为最常見，也最严重。例如：肺炎，腦炎，腎炎，脓疱，脓肿，癰，丹毒，蜂窩織炎，中耳炎，急性淋巴結炎及敗血症等。

鉴别诊断 脓疱疮

一、疱疹一般都比水痘的疱疹大，四周沒有紅暈。

二、分部多在脸部，四肢等暴露在外面的部位。

三、疱疹結痂成堆，比水痘的痂厚。

四、疱疹結痂部从中央先开始。

治疗 主要在于預防續发性感染。

一、皮肤要清洁，防止抓破疱疹，要常剪指甲，以免繼发感染。

二、衣服、被褥要常常更換，药物方面可用异极石洗剂止痒，如皮疹破損可涂 1% 龙胆紫使之干得快，效果更好。抓破处可敷 5% 磺胺噻唑軟膏，以防止續发性感染，如已有續发感染可用磺胺或抗菌素。

三、禁用腎上腺皮质素，以免加重病情。

預防 按呼吸道传染病隔离病人。

現在还沒有預防接种的方法；凡与患儿在传染期接触过

的儿童，应观察三星期。

第七节　流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是病毒引起的一种急性传染病，通常发生在儿童时期，有腮腺肿大，疼痛，全身不适，发热等症状。

流行病学

一、冬春二季流行较多。

二、年龄5—15岁染患者较多，2岁以下染患较少。

三、传染途径　病毒在病人的唾液中，經說話、咳嗽喷出的星沫直接传入他人的口腔、鼻腔和眼睛，或由間接接触带有病毒的唾液而被传染。

四，免疫性　婴儿通常有先天性免疫，传染本病后即得持久性免疫。

临床表现　潜伏期为2—3星期，平均18天。有时有前驅症状，如发热、头痛、全身疼痛、呕吐及食欲減退等。有时甚致有流鼻血、耳鳴、頸部发硬及惊厥等症状，可能是由于輕度的脑膜炎所致。前驅期大約持續一、二天后，即开始有腮腺部肿大。腮腺全面肿大的特点为耳前区及下頌角区肿胀。并向后伸展，直达耳垂前与耳垂下的凹陷。腮腺肿大开始多半为一側，两三天后，对側多半也肿大，有疼痛、压痛、并富有弹性；表面灼热，咀嚼时疼痛，进酸食时疼痛更厉害。二、三日后，腮腺肿大即达最高峰，这时耳廓被挤于上外方，面頰全部因为肿大而改观。肿大明显时，頷下腺，舌下腺及頸部淋巴結也肿大，并有紧張不快的感覚，張口困难，听覚不便。大約四、五日以后，肿胀就逐漸开始消退。全部肿胀的时間大約維持7—12天。在前驅期，腮腺管口紅肿。在发热时間，咽部紅肿及唾液

分泌增多，脾脏偶可触及。如无并发症，白細胞数減少，淋巴細胞相对增多。如合并脑膜脑炎或性腺炎时，白細胞数稍有增多。有时因发热关系也可有蛋白尿。

并发症

一、脑膜脑炎：儿童中多見，一般于病程 1—8 日出現，亦可在腮腺肿前出現。其表現：高热、嗜睡、呕吐、脑膜刺激征。大都于 2—10 日內消失，无后遺症。

二、睾丸炎：儿童較少，一般继腮腺肿后 2—10 日发生。睾丸肿胀疼痛，平均于 10 日左右消退。

三、胰腺炎：可出現腹痛、恶心、呕吐。

诊断　有流行与接触史。

一、起病急，伴有发烧、头痛。

二、一側或双側腮腺肿胀。

三、腮腺管口有紅肿。

鉴别诊断

一、頸部淋巴結炎

1. 在頸部，离耳下部較远，下頷角区不肿大。

2. 口腔內往往可找到局部病灶。

3. 病程較长。

二、耳周围淋巴結炎。

1. 肿大在耳前部。

2. 边緣比較清楚，触之有核状感。

3. 咀嚼时疼痛不剧烈。

治　疗

一、一般病例不需特殊治疗。

二、保持口腔清洁，多飲水，可給退热剂。

三、綜合处理并发症：

(一)脑膜脑炎或呕吐频繁者，给补充高渗葡萄糖液。中药可用紫草一两至二两煎服，每日一剂。

(二)睾丸炎用阴囊托带。中药可用升麻、柴胡、板兰根、龙胆草、黄芩、玄参、泽泻、生草，每日一剂煎服。

(三)胰腺炎暂禁食，半卧位，输液，以阿托品解痉止痛，有继发感染给青、链霉素。

四、新针疗法：

主穴：医风、颊车、合谷。

备穴：曲池。

针刺医风、颊车，局部出现沉胀感，效果好。合谷要强刺。发烧加曲池，针刺深度5分左右。

预防 腮腺肿大前一、二天及肿大时，都有传染性，以后即逐渐减少。通常患者在消肿后，尚须隔离一星期，所以隔离期一般为三星期；有并发症时隔离期较长。

第八节 小儿结核病

总 论

结核病是由结核杆菌引起的一种慢性传染病，可侵及身体各个部分，其中以肺部最为多见，是否发病与侵入菌量的多少、毒力强弱和身体抗力状况有关。自从全国解放以来，由于伟大领袖毛主席和党的关怀，发动群众，大搞爱国卫生运动，推广了卡介苗预防接种以及其他医疗预防措施，小儿结核的患病率，发病率和死亡率已大大的降低。但是，本病仍属较常见疾病之一，农村、牧区发病较高。

传染方式 除以飞沫、灰尘经呼吸道传染外，咀嚼食物喂小儿，是使小儿受染的一个常见方式，要特别注意。

病理方面 小儿有以下特点：

一、支气管淋巴結的病变，在小儿极普遍，甚或有压迫气管或支气管現象，成人則少見。

二、血行性播散，多見于嬰幼儿，粟粒性結核和結核性脑膜炎多見于1—3岁小儿。

预防方面 “坚持群众路线，放手发动群众，大搞群众运动”。包括三方面：

一、治疗患者，不要随地吐痰，与結核病人分食，碗筷要分开洗滌，減少传染源。

二、增加一般抵抗力。

三、增加特异免疫，初生嬰儿应接种卡介苗。

针灸治疗 取膏盲俞、肺俞、膈俞、关元穴均用艾炷灸1—3炷。用毫針刺足三里，同时捻轉至有痠麻感覚为止，留針30分钟，每日或隔日一次。痰多加針丰隆；潮热加針大椎，劳宫；盜汗加針阴郄，后溪；吐血加針魚际。

接种卡介苗 “卡介苗”是一种沒有毒性的、活的牛型結核菌苗。凡未受結核感染的人，即結核菌素試驗阴性的人或新生儿，都可接种。

一、接种步驟 新生儿出生后数日即可接种，不必作結核菌素試驗。一般先作結核菌素試驗，72小时后检驗結核菌素試驗結果，阴性反应的人，排除其他原因，确屬未受感染的人，就可接种卡介苗。結核菌素阳性者，不必接种。

二、接种方法

（一）口服法 主要用在口腔无病的新生儿，每次为一毫升（含10毫克），普通于生后3、5、7天各服一毫升。

（二）皮上划痕法 象种牛痘那样将卡介苗一滴（每毫升含50—75毫克）滴于已消毒好的上臂三角肌处的皮上，用

消毒針透过菌苗，划两行各长一厘米的不出血而呈紅色的痕。划痕后将菌苗輕輕涂勻，10分钟菌苗干后再穿衣袖。本法多用于新生儿接种，因可避免皮內接种法的合并症，但效果差，且需浓菌苗。

（三）皮內法　将0.1毫升卡介苗（內含0.05—0.075毫克）皮內注射于三角肌部。一般多用此法。

三、反　应：

（一）接种卡介苗无全身反应，皮內注射的局部疱疹，在半小时內就消失，三、四天后有些小儿发生一紅色小丘疹，再过一周变为水疱，甚至潰瘍，慢慢結痂干枯，自然痊愈，留下約2—5毫米小瘢痕。

（二）接种后的其他反应，一岁以內小儿皮內接种可发生局部淋巴結肿大。如果局部淋巴結化脓，可在消毒条件下，从上方經健康皮肤穿刺吸脓一、二次后可治愈。如果破潰者可敷5%异烟肼或20%对氨柳酸軟膏。

接种卡介苗后的免疫效能，大部分可維持四、五年以上。所以每隔三年应再作結核菌素試驗，如果为阴性，可再复种。

結核菌素试验　結核菌素是結核菌所产生的一种蛋白质。結核菌素試驗就是将稀释的旧結核菌素注射于皮內，观察变态反应的一种試驗。普通作为診断用。开始用稀释一万倍的旧結核菌素0.1毫升（即一个結核菌素单位），注射于前臂屈側正中的皮內，經72小时观察反应；如果稀释一万倍为阴性，还需进一步作稀释一千倍的（即10个結核菌素单位）旧結核菌素試驗，測定方法同上。如稀释一千倍为阴性，应再作稀释一百倍的（即100个結核菌素单位），旧結核菌素試驗，如仍为阴性，才能确定为阴性反应。

一、結核菌素試驗阳性反应，表示受过結核菌感染（或接

种过卡介苗），不一定就是有病。但年龄愈小，免疫性就愈低，如果为阳性，意义就較大，可能表示有病，并几年幼感染后易变为全身血行播散性結核，应加注意。此外，反应的强弱并不能代表結核病变的輕重。

二、結核菌素試驗阴性的意义，絕大多数是表示身体未受过結核菌的感染。很少数是因为以下的原因：

（一）結核病过于沉重时，其中一部分阳性反应的人可以变为阴性；如粟粒性結核或結核性脑膜炎中一部分重症或晚期病人，可暫时反应为阴性。

（二）結核病人在得某些传染病（如麻疹、百日咳、猩紅热、白喉等）的过程中，反应可以暫时变为阴性。

（三）三度营养不良症的小儿反应性差。

（四）初次感染結核菌后4—6周內，还未产生变态反应。

（五）阳性反应的人，經过許多年以后，有极少数可变为阴性。

几种常见結核病

1. 原发综合征

原发綜合征是机体初次感染結核菌后所引起的原发病灶、所屬淋巴管和淋巴結炎的綜合；是儿童时期常見的一种結核病。

临床表現 症状与体征往往不明显，初期稍有发热，咳嗽、食欲不振、精神不好、体重不增、生长迟緩和盜汗等。

肺部检查多无异常发現。如果肺組織浸潤較广，叩診偶尔稍呈浊音。呼吸音減弱，有时有支气管呼吸音。干或濕性罗音很少听到。

此外，可发現頸部有不同程度的肿大淋巴結。个别病例可出現結节性紅斑、疱疹性結膜炎等变态反应現象。結核菌素試驗阳性。

试验室检查 若病变发展，血沉加速、白細胞总数增多、杆状中性粒細胞增多。

如果有条件作X綫检查，典型者可見肺部原发病灶及所屬的淋巴管炎和肿大的支气管淋巴結。呈"双极影"或大片影。随病势好轉，可纖維化、鈣化而痊愈。

诊断 根据接触史，以上症状、体征，結核菌素試驗阳性和X綫检查。

预后 一般良好，有时因年龄太小，营养太差，合并其他疾病，如麻疹、百日咳、重症肺炎等可使病变恶化。

治疗 口服异烟肼，每天每公斤10—15毫克，約一年。

肌肉注射鏈霉素，每天每公斤20—30毫克，1—2个月。或口服对氨水楊酸，每天每公斤150—250毫克，半至一年。

Ⅱ.支气管淋巴結結核

支气管淋巴結結核，是小儿最常見的結核病。

临床表現 多无明显症状。在病灶浸潤进展期可出現輕重不等的中毒症状，如发热、咳嗽、盜汗、疲乏、蒼白、食欲不振及体重減輕等。如果支气管淋巴結有明显肿大，有的可出現压迫症状。如果压迫气管分歧部，則引起百日咳样痙攣性咳嗽；压迫支气管可发生呼吸困难或呼气性喘鳴。肺部体征大都不明显，如果淋巴結肿大明显，在肩胛間部和胸骨两旁叩診有浊音，听診听到支气管呼吸音。如并发肺不张，在肺不张部有时也可叩出浊音和听診呼吸音減弱。如果病变以支气管淋巴結周圍浸潤为主，則在浸潤部有时能听到干湿性罗音。

有条件的地方可作X綫检查，根据支气管淋巴結的外形

和病变性质可分为二型：

一、肿瘤型　以明显肿大的支气管淋巴結为主，淋巴結呈圓形或橢圓形的肿瘤状致密阴影，边緣整齐，輪廓清楚向外凸出。

二、炎症型　支气管淋巴結周围炎症明显，因而輪廓不清，边緣模糊，扩向肺野。

诊断　根据接触史，临床表现，結核菌素試驗阳性，血沉等。

治疗　与原发綜合征相同。有的肿瘤型支气管淋巴結結核，药物治疗效果較慢，疗程应更延长。

Ⅲ.急性粟粒型結核

多見于嬰幼儿，往往由于机体免疫力降低，体內干酪样（豆腐渣样）病变破潰，有大量結核菌侵入血流，散布到全身、肺、肝、脾等处所引起。

临床表現　起病可急可緩，多有长期不規則的高热，咳嗽、呼吸增快、身体衰弱及脉搏加速。病儿营养状态早期有时还正常，晚期消瘦。检查肺部常无任何发現，但脾及肝脏肿大。患儿蒼白、气促、发紺、消瘦，最后衰竭而死亡。

普通分为伤寒型、肺炎型、脑膜炎型、敗血症型。

有条件的地方可作X綫检查，多呈零片状或点状阴影，均匀地密布两側肺野，肺野內有时能見到一片原发病灶或肺門处淋巴結肿大的阴影。在粟粒結核早期，浸潤点过于細小，透視有时不易看清，可能时应摄片检查。

预后　在应用抗結核药物以前，小儿患急性粟粒性結核的病势严重，多在4—6周內死亡。如果能及早应用抗結核药物，預后就有所改变。

治疗　口服异烟肼，每天每公斤15—25毫克，用18—24

个月。鏈霉素每天每公斤 20—30 毫克，肌肉注射，約 3—4 个月。或加服对氨水楊酸鈉，每天每公斤 150—250 毫克，約一年。

Ⅳ. 結核性腦膜炎

为續发，結核菌多由肺部或其他部位病灶經血液散布到腦膜及腦部。

症　状

一、早期　最初发病多和緩，有性情改变，如原来性情很好的小孩变为易受刺激，对于游戏不感兴趣，精神不振或煩躁、嗜睡，并有发热、头痛、呕吐、食欲不振和便秘等症状。

二、中期　以上症状加重，明显嗜睡，并可有惊厥出現，但惊厥后神智清楚。有明显腦膜刺激征，如頸部强直、角弓反张及腱反射亢进，克匿格氏征，巴彬司基氏征，及布魯辛司基氏征都呈阳性。顱神經麻痹可引起瞳孔不等大、斜視、瞳孔对光反应迟鈍、眼球振顫、眼瞼下垂和顏面癱瘓等。嬰儿大囪門膨隆、紧张、搏动。另外有知覚过敏、体溫上升、脉搏緩慢。如果能查眼底，可見視神經乳头郁血、脉絡膜边緣有时有結核結节。

三、晚期　反复出現惊厥，昏迷，有肢体癱瘓及其他腦局灶症状，腦膜刺激征更显著，或深淺层反射消失，如腱反射消失，瞳孔散大或无反应，角膜反应消失。脉搏不規則，緩慢或增快，呼吸不整，体溫上升（41—42°C）。

四、經过　特有症状出現后，若不治疗大多在 3 周左右死亡。嬰儿經过較短，症状更不典型，开始較快，多有全身惊厥。

诊　断

一、过去与結核病人有接触史或有过結核病的小儿，一旦身体抵抗力降低，如患麻疹或百日咳等以后，慢慢地有性情改

变、发热、头痛、呕吐等及脑膜刺激症状，就应想到有結核性脑膜炎的可能。应及早轉上級医院行腰椎穿刺以証实。

二、脑脊液的改变　最重要。典型脑脊液的改变为压力增高，外观清或微混，象磨玻璃样。細胞数增加常在200个/立方毫米左右，其中以淋巴細胞占多数，中性粒細胞超过50%的仅見于早期病例。蛋白量增加，潘氏反应阳性。糖含量減少至30—40毫克%。氯化物定量常低于600毫克%。脑脊液垂直靜置24小时，可見薄膜形成，将此膜涂片，用抗酸染色可检出結核杆菌。

三、結核菌素試驗多为阳性，但在病的晚期可能有一部分为阴性。

四、其他部結核病变，如肺部有粟粒性結核，或眼底有粟粒結节，都可以帮助診断。

鑒别诊断　主要应和化脓性脑膜炎的早期区别，后者发病較急，脑脊液呈脓样，并可查到化脓菌。

其次应与中毒性脑病、急性脊髓灰质炎等区别。

预后　若能早期診断，治疗彻底，预后尚可，但可遺留智力減退、脑积水、耳聋、失明、癱瘓、癲痫等后遺症。

治疗　抗結核葯物与粟粒型結核相同。但在重症患儿或呕吐較为頻繁者，可短期肌肉注射鏈霉素或异烟肼。

严重病例用两或三种抗結核葯物和激素治疗，效果良好，尤其在急性期应用，較为显著。一般以强地松为主，每天每公斤体重0.5—1.0毫克，分2—3次口服，共用4—8周，有的同时并用鞘內注射醋酸氢化考地松，每次3—5毫克，每周2—3次。严重或呕吐頻繁者，开始短期靜脉滴注氢化考地松，每次每公斤体重1毫克，或促腎上腺皮质素每次5—10单位。

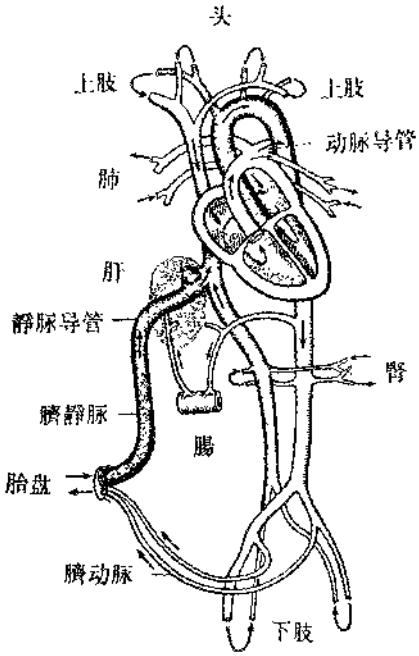
除以上治疗外，对減低顱內压，控制抽风，防止呼吸衰竭

及支持疗法等都很重要。

第十一章　小儿常見的心脏及血液的疾病

第一节　新生儿循环系统的调整

胎儿出生后，原来适合于胎盘換氧的循环途径必須作一些調整，以适应于肺呼吸的需要。臍带結扎后臍靜脉、靜脉导管及臍动脉于四、五日內完全栓塞，漸漸机化分别成圓韌带、靜脉韌带及左右兩側臍韌带。左右心房間的卵圓孔和主、肺动脉間的动脉导管在出生后三、四个月內完全关閉，隔断大小循环之間的短路。这样保証了肺循环为全部靜脉血流的必經途径，而氧化后的血流汇入左心后全部循主动脉流向体循环。



胎儿循环图

第二节　先天性心脏病

分型　以青紫的出現情況可以分为三型。

一、青紫型　一部分靜脉血未經肺循环而直接流入体循环，如法乐氏四联症。

二、潜在青紫型（条件性青紫）　常見有房間隔缺損，室間隔缺損、动脉导管未閉。在一般情況下左心房、左心室及主动脉的压力分别高于右心房、右心室及肺动脉，形成左向右的分流，一般不引起青紫；但遇患儿啼哭、肺部感染、心力衰竭及肺动脉高压时，右側的压力可以超过左側，引起右向左的分流，才产生青紫。

三、无青紫型　左右两側心腔及大血管无直接通路，不发生青紫；如右位心，主动脉縮窄。

几种常見的先天性心脏病

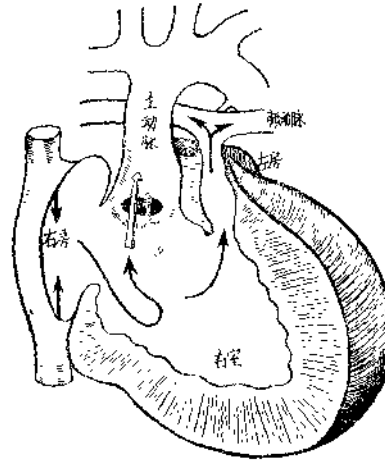
一、法乐氏四联症　約占一岁以后青紫型先天性心脏病的75%。其病理为：

肺动脉狹窄，室間隔缺損，主动脉騎跨，右心室肥大（見下图）。

肺动脉狹窄使右心室血流向肺循环遭受阻碍，而主动脉騎跨在缺損的室間隔之上。这样右心室有了两个出口，一是狹窄的肺动脉，一是与左心室共有的出口主动脉。肺循环的流量減少和右心室的靜脉血分流入主动脉，为产生青紫的两个基本原因。

症状与体征　出生后因动脉导管尚开放，所以主动脉的血流能部分地分流入肺动脉，使肺循环的流量不足得到补偿。氧化血既多，青紫可不明显。待动脉导管关閉，病儿亦漸活

跃，青紫即日趋显明。稍一活动即有气促，青紫加重甚至昏厥，会走路时常喜作蹲踞体位，这样下肢静脉回流少，血氧含量较高，较舒适。1—2岁后渐有鼓杵样指趾，生长发育均落后。



法乐氏四联症

心前区往往饱满，胸骨左缘中部有收縮期杂音，或有震顫。X綫所示心脏往往不明显增大，肺动脉段內凹，右心室肥厚使心尖翘上，产生典型的靴形心影；同时因肺血流量减少使肺纹理减少。长期缺氧使紅細胞增多；臂至舌的循环时間縮短。

防治 缺氧昏厥或气促严重时，立刻休息并用氧气吸入。平时避免过度劳累，感染，以免引起心力衰竭或細菌性心內膜炎。已有感染要积极控制。其他各类先天性心脏血管病均同此。

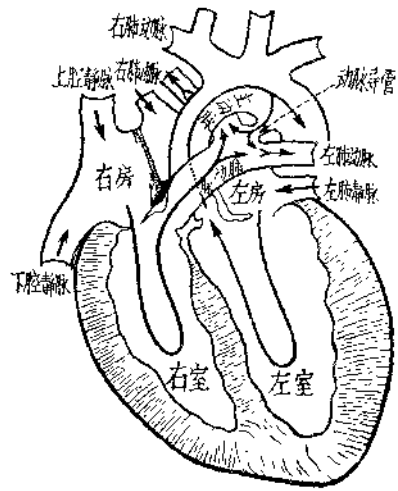
手术治疗有二：

（一）为将体循环的鎖骨下动脉与肺动脉吻合，增加肺循环的血流量。

（二）在体外循环下，直視修补室間隔缺損和解除肺动脉狭窄。

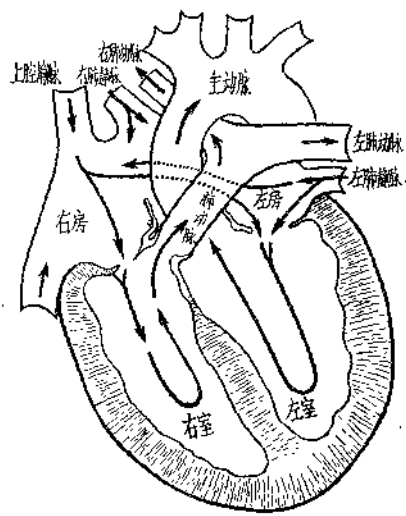
二、动脉导管未闭（見下图） 女多于男患儿多无症状，半数易疲劳。多較瘦，心前区較飽滿，心尖搏动强烈，显示左

室增大。体检时发現胸骨左緣上部有連續性机器样杂音，并有震顫。X綫心影正常或增大，以左室为主，肺动脉段突出，肺紋理增重；透視时可見因肺动脉的搏动而有"肺門舞蹈"。可并发左心衰竭和亚急性細菌性心內膜炎。治疗年齡滿三足岁即可手术切断結扎。



动脉导管未閉

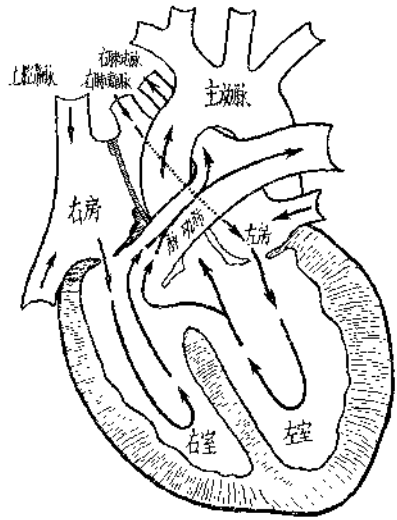
三、房间隔缺損（見下图） 女与男的比約3：2。左房的压力超过右房，而且心脏舒张时，右房向右室充盈远較左房向左室为便，所以一部分左房血在心室舒张期向右房、右室分流，引起右房右室及肺循环的流量增多。胸骨左緣上部可听到收縮期杂音，第二音亢进或分裂。X綫示肺动脉段突出，右心扩大，肺紋理增多，且有肺門舞蹈。輕者可无症状，重者可反复肺部感染，



心房中隔缺損

誘发心衰。部分病例待青春期后在劳动时出現气急。治疗可于低溫麻醉下直視修补。

四、室间隔缺损(見下图)　缺損小者可无症状。于胸骨左緣第三、四肋間有粗糙的收縮期杂音，并有震顫。X綫上心肺可无改变。缺損大者生后即有气促，喂养困难，及經久不愈的呼吸道感染。X綫示心影增大及肺紋理增重。治疗为手术治疗，在体外循环下直視修补。



心室中隔缺損

五、艾森曼氏综合征　艾森曼氏綜合征有狹义和广义的两个含义。

一、狹义的即传統所称的艾森曼氏綜合征　系指一种复合的先天性心脏血管畸形，其病理改变包括有心室間隔缺損、主动脉騎跨、右心室肥大与正常或扩大的肺动脉。与法乐氏四联症的不同点仅在于无肺动脉狹窄。

二、广义的艾森曼氏綜合征　包括的范围較广，凡有間隔缺損，伴有肺动脉高压，产生右到左的分流而出現青紫的都归入此征。因此，心室間隔缺損，心房間隔缺損，主、肺动脉隔缺損或动脉导管未閉并发肺动脉高压，有右到左分流者，均可以称为艾森曼氏綜合征。以心室間隔缺損及动脉导管未閉并发

肺动脉高压引起右到左分流的較为多見。

第三节　小儿风湿病

风湿病是較常見的一种全身性疾病。儿童时期常常表現严重的活动症状，临床主要表現为心脏型、关节型、脑型。侵犯心脏者，病情常常反复，迁延、多遺留心瓣膜器质性損害，影响青壯年劳动力，因此預防发病和預防复发是非常重要的。

病因　尚不明确，但与溶血性鏈球菌感染后所引起的过敏反应有密切关系。

临床表現　临床上可有三型：心脏型，关节型及舞蹈型。以前二型为多見，尤以心脏型更为重要。

一、心脏型　心脏炎是儿童风湿病最重要和常見的症状，除少数能完全消失外，大多数可造成瓣膜疾病，甚至引起心力衰竭。急性心肌炎时有发热、呼吸快、心跳快而弱、心脏扩大，心音低鈍，有时出現收縮期杂音或心律不齐、奔馬律現象，甚至出現呼吸困难、肝脏肿大等。如果在心前区听到摩擦音，表示心包膜也受損害，有的可自行消退、或引起粘連。試驗室检查：血紅蛋白降低，白細胞增多，中性細胞增多、血沉原来增快，此时驟降或正常，表示有心力衰竭趋势。

二、关节型　多发性，游走性。大、中关节疼痛，如肘、肩、膝等关节。急性期可有輕度紅、肿、热，自动和被动动作都疼痛，但不化脓，无强直、固定及变形。关节炎时全身有发热、头痛、多汗、食欲減退，睡眠不安，白細胞总数增多，血沉加快。

三、脑型（舞蹈病）　多发生于学龄儿童，几乎都发于女孩。发作前有情緒不稳定，容易受刺激，喜怒无常，拿东西不稳，說話不清楚，漸漸出現不随意动作，如挤眉弄眼，伸舌聳

肩，动作常是一种急躁、不协调、无力的舞动，甚至因肌肉张力减退，出现类似瘫痪情况，此时多无发热，而血沉加快。

四、其他　如皮下結节及皮肤环形紅斑，也是风湿病特征之一。結节多在手、脚的伸腱处，如肘、腕、膝、踝、头顱、肩胛骨、脊椎侧棘，大小不一（0.2—2厘米），常是对称性，在結締組織下层，不与皮肤粘連，不痛，較硬，常于病情严重或活动期出現，持續时間較久，数日至数月。环形紅斑，只在皮肤上出現淡紅色小圈状皮疹，时隐时現，持續时間很短。

诊断　将临床表現分为主要与次要二类，凡有两个主要或有一个主要及两个次要症状，就可診断为风湿病。主要表現有：（1）心脏炎；（2）多发性关节炎；（3）舞蹈病；（4）皮下結节；（5）环形紅斑。次要表現有：（1）不規則发热；（2）血沉快；（3）有新近溶血性鏈球菌感染証据，如咽痛；（4）过去有风湿病史或現在有非活动性风湿性心脏瓣膜病；（5）腹痛，蒼白；（6）多形性紅斑；（7）鼻衄、紫癜等。

鉴别诊断

一、关节炎　应与类风湿性关节炎和化脓性关节炎相鉴别。后者有菌血症史，非多发性，除有紅、肿、热、痛外，尚有化脓趋势。类风湿关节炎多累及手、脚小关节，有畸形。

二、长期輕度发热的須与布氏杆菌病、結核、伤寒等鉴别。

治疗与护理

一、一般疗法

（一）急性期：一般在起病后1½—2月。应完全臥床休息，直到体溫正常后，逐步开始活动。

（二）根据条件給予营养較丰富的食物。

（三）如果有心力衰竭时可取半臥位，低盐飲食，注意心率及尿量。

二、抗风湿治疗

（一）水楊酸盐　水楊酸鈉及阿司匹林对风湿性关节炎效果最显著，服药后24—48小时体溫下降，关节肿胀消退。剂量每日每公斤体重0.1克，均分4次口服，急性症状減退后，可減半服用，到血沉恢复正常为止。一般須5—10周，如停药后又出現症状，还可延长給药期。水楊酸鈉易引起胃部不适，可与碳酸氢鈉或胃舒平同服。长期服此类药物，应注意有无副作用产生，如酸中毒、出血、耳鳴、眩暈、呕吐等。防止出血可同时給維生素K（1毫克維生素K，可抑制1克水楊酸盐降低凝血酶原的作用）。每日2—4毫克。

（二）激素（常用强的松）对心脏炎較有效，每日每公斤体重1—2毫克，均分3—4次服用，用4周后逐漸減量，同时可加用水楊酸制剂。4—6周后可单独用水楊酸盐到风湿活动症状消失为止。須注意：用激素过程中应限制鈉盐、加服鉀盐，并注意預防感染。

三、心力衰竭治疗

（一）洋地黃制剂　洋地黃是控制心力衰竭的主要药物，可分为緩慢和快速作用两类。緩慢作用的，用于一般心力衰竭和需要长期維持的。紧急的心力衰竭用快速作用药。

1.一般洋地黃叶以30毫克/公斤体重計算总量，可在2—3日內服完，以达到飽和量。第一次可給以双剂量，然后每8小时口服一次，共3日服完总剂量。以后可給以总剂量的1/10作为維持量。以免因积蓄作用而发生中毒。

2.快速用法　洋地黃毒甙（狄吉妥辛）和毒毛旋花子甙，一般爭取在24小时內达到飽和。洋地黃毒甙，2岁以下的用0.04毫克/公斤。2岁以上0.03毫克/公斤，将总剂量分三份，首次剂量为总量的一半，一次肌肉注射，其余的兩份

各为总量的 1/4，每隔 6--8 小时，再注射一次，如果已达到饱和量，可用总量的 1/10，一日一次作为維持量。毒毛旋花子甙 K（0.007—0.01 毫克/公斤/次）是一种快速作用药物，須靜脉注射，仅用在病情危急且血管明显容易注射时（如肺炎、肾炎的心力衰竭时可采用）。每次相隔时間不短于 4 小时，然后可采用口服洋地黃制剂加以維持。用药期間严密观察疗效，灵活掌握运用。地高辛也較常用，其飽和量小于 2 岁 0.06—0.08毫克/公斤；大于 2 岁 0.04—0.06 毫克/公斤，維持量为飽和量的 1/4。

（二）鎮靜剂　有心力衰竭、煩躁不安时，可給苯巴比妥鈉（魯米那鈉）1—3 毫克/公斤，肌肉注射。大儿童可考虑应用宜量嗎啡。

预　防

一、急性鏈球菌感染时，如扁桃体炎、咽炎，应給以磺胺药或青霉素治疗，普魯卡因青霉素 G40 万单位，每日一次肌注，連用 7--10 日。

二、风湿病复发預防

（一）注意不要过度劳累，注意环境卫生及潮湿，不与感冒的人接触。

（二）有慢性扁桃体炎易患感冒者，可在风湿病活动靜止后施行扁桃体摘除术。

（三）药物預防　如有条件，在春、冬季节可每日口服磺胺嘧啶 0.5—1 克或青霉素片 20 万单位，以防复发；但用磺胺制剂时，应注意有无血尿或粒細胞減少。

（四）定期随訪复查，給予及时指导，更切实可行。

第四节　营养性贫血

营养性貧血是婴儿和儿童常見的一种貧血，是由于缺乏一种或多种营养素，或由于慢性感染，寄生虫病所致。临床上有两种类型，缺鉄性貧血（小細胞性）及大細胞性貧血。

一、缺鉄性貧血

缺鉄性貧血，多見于近一岁的乳儿。由于长期单純用乳汁喂养，而未增添輔助食品而引起。如果并存感染时，貧血更加明显严重。

病　因

一、儲鉄不足　胎儿晚期由母体获得的鉄和生后紅細胞破坏所释放的鉄，一般只够生后3—4月用。早产，多胎，双胎都可造成儲鉄不足。

二、飲食缺鉄　乳汁中含鉄很少，长期单純用乳汁喂养則产生缺鉄。加上小儿生长快，如果有消化紊乱或感染性疾病，就影响鉄的吸收，促使貧血的发生和加重。

三、长期小量失血　經常小量失血，在农村中多見，如慢性痢疾、腸息肉等。严重营养不良和蛋白质缺乏者，鉄质不能与蛋白质結合是造成貧血的另一原因。

临床表現　起病緩慢，身体軟弱无力，小儿煩躁不安，发育迟緩，最显著的体征是皮肤、粘膜显著蒼白，时間长久可使心脏扩大，在心尖区可听到收縮期杂音，出現气急、心悸、肝、脾，淋巴結常有輕度肿大。年龄越小，病程越久，貧血越重，肝、脾肿大越明显。由于食欲不振，血紅蛋白減低，血内蛋白质減少，可出現全身浮肿，同时身体抵抗力降低，很容易遭受感染，更促进貧血。

诊　断

一、在詢問病史时，应問及母乳喂养或人工喂养情况，什么时候添加輔助食品，膳食中有无缺鉄情况，如不吃青菜等。胃腸道有无慢性疾病，发生貧血时有无其他感染；再結合上述临床表現即可診断。

二、血象检查，有条件地方可以进行化驗检查。血紅蛋白降低較多，初期紅細胞降低較少。由于血紅蛋白缺少，紅細胞也更減少，同时白細胞也較低，在涂片中，可見到有核紅細胞，同时紅細胞染色淺，体积小，見到中空現象。

三、根据血紅蛋白的高低，可将貧血分为四度：輕度，血紅蛋白为12—9克%；中度，9—6克%；重度，6—3克%；严重度，血紅蛋白在3克%以下。

治疗与护理

一、安排合理的生活制度，避免相互感染。作好口腔、皮肤护理。

二、改进膳食　应早期添加輔助食品如黃豆、油菜、小白菜、西紅柿、干紅枣，豆制代乳品等，有条件的可用芝麻醬、蛋黃等。

三、給鉄制剂　用低价鉄，易于吸收，对腸道无刺激，可长期服用。

（一）硫酸低鉄2.5%每日每公斤体重2毫升，分三次服，較大儿童可用丸剂0.3—0.6克，分三次服。同时可給予維生素C，因它有利于鉄的吸收。

（二）如无低鉄也可用三价鉄如枸櫞酸鉄銨，10%溶液，每日每公斤体重2毫升，分三次口服。

四、严重貧血，有条件时可輸新鮮全血，以促进血細胞增生，增强机体抵抗力，每次每公斤体重7—10毫升，貧血越重，

一次量应越小，速度也应慢。

预防 从实际出发，大力作好宣传工作，充分发动群众，使家长認識到貧血对小儿健康不利的道理。破除"长期吃奶，身体好"的旧习。最好一岁左右断奶，断奶前指导怎样增加食物，如从少到多，从簡单到多样，从細到粗的逐步增添，慢慢过渡到能吃一般食物。对未成熟儿应及早給鉄剂。

二、大細胞性貧血

本病多发生于婴幼儿期，以6—18月多見，主要由于飲食中缺乏生血要素。往往在感染及缺乏維生素C的同时，容易发病。

病因 由于食物中缺少維生素B_{12}及叶酸，而影响了紅細胞的成熟，因此細胞分裂慢，数量少，而胞体大，所以叫大細胞性貧血（巨紅細胞性貧血）。

临床表現 发病較缺鉄性貧血稍快，除有貧血的一般症状外，还有厌食、恶心、呕吐，稀便也較多見，易发生口炎，舌紅光滑，偶有溃疡。最突出的症状是神經系統改变，呆滞、少哭笑、反应差、嗜睡，原来会笑会坐的，可以轉为不能坐，往往可見手足无意識地运动，头部或肢体顫抖，有时見到唇、舌、面肌顫抖不停，甚至哭声嘶哑，喉內有痰以及吞咽困难等。

诊 断

一、根据发病年龄，病情发展，临床特征应怀疑此症。

二、血象 紅細胞平均容积大，双凹性不明显，染色稍深。粒細胞胞体大，分叶多（5—7叶），顆粒大。

三、根据紅細胞計数多少可分为四度：輕度紅細胞400—300万/立方毫米；中度为300—200万/立方毫米；重度为200—100万/立方毫米；严重的在100万以下。常見的是中度和重度。

治疗和护理

一、一般疗法　注意口腔护理，防止因无意識乱动和顫抖而碰伤，严防交叉感染和并发传染病。注意小儿进食情况，不能进食的可采取鼻飼2—3日，严密观察有无心机能不全，如呼吸、脉搏、面色等。

二、飲食疗法　选择富有蛋白质和維生素B_{12}的食物，如标准面粉制的挂面、高粱米粥、嫩豆腐、土豆（洋芋）、大白菜、西紅柿等。有条件的可給羊肝、奶粉及魚类。

三、药物疗法　維生素B_{12}肌肉注射，1—5微克/公斤/日，或数日注射一次。有神經症状者可加大剂量，10—15微克/公斤/日。同时給予維生素C每天100—300毫克。叶酸口服5—15毫克/日，一般用一周后，可減量，到痊愈为止。严重病例，当接近治愈时，可出現缺鉄現象，应給飲食調理或用小量鉄剂。为控制感染，适当地应用抗菌素或磺胺类药物。

四、輸血　有条件时严重貧血又有心机能不全或并发症者，可輸血。

预防　防止疾病最好的措施，是让家长了解食物搭配，因地制宜地选择富有維生素B_{12}的食物。

附注　貧血新針疗法　主穴：大椎、足三里。备穴：曲池、血海、胃俞。双側穴位可交叉一側。主、备穴交替針刺。手法：弱，中弧度刮針法。

第五节　紫　　癜

凡皮肤和粘膜出現出血点，出血斑都称为紫癜。临床可分为两种，即血小板減少性紫癜和过敏性紫癜（血小板不減少性）。

一、血小板减少性紫癜

病　因

一、特发性　可能是因产生血小板机能障碍或因脾脏功能亢进，使血小板破坏加速，同时毛细血管渗透性增强，而有血渗出。

二、继发性　由于其他原因引起，如感染（麻疹）、白血病、药物（如苯）及物理作用。

临床表现

一、暴发型　粘膜、皮下、口腔、鼻咽、肠胃道、泌尿道等处突然出血，有时因大量出血，而出现显著苍白，发生休克、发热、寒战、呕吐、谵妄、昏迷等，脾脏肿大不明显，肝脏和淋巴結一般不肿大。

二、慢性复发型　皮肤出血可多可少，出血点多見于肢体，躯干少，皮内出血可散在或融合成片，皮下出血則成瘀斑、青紫块或血肿，粘膜出血易見于口腔、牙龈、鼻粘膜，以脑及肾上腺出血为最严重。

诊　断

一、靠病史、体征，寻找出血原因。

二、試驗室检查　血小板計数減少，出血时間延长。

治疗和护理

一、出血时臥床休息，給予鎮靜剂如魯米那，每次每公斤体重 1—3 毫克。

二、飲食应富有鈣质、鉄质及維生素。

三、促腎上腺皮质激素 10 单位肌注，用四天后，口服考的松 25 毫克，每日 4 次，或强的松 1—2 毫克/公斤/日，分 3 次服用，共用 3—4 周，然后逐步減量停葯。

四、脾脏切除对特发性血小板減少性紫癜有特效。

二．过敏性紫癜

病因　因体内感染細菌毒素，寄生虫的变态反应、食物的变态反应或体内自身的組織胺，使毛細管壁損伤而引起的。

临床表现　常見于年长儿，婴儿少見，女多于男，发病較急，出血現象不重，多于下肢、被压部位有出血点，稍隆起，两侧对称。如果有胃腸道出血，就可引起腹痛、呕吐、腹泻或压痛，有的伴有关节疼痛、肿胀，下肢多見。

预后　大都自行痊愈。

治疗和护理　主要对症治疗，可用維生素C和P或抗組織胺药物，如盐酸苯海拉明每日每公斤体重2—4毫克，非那根1毫克/公斤/日，分3次服用。激素类药物有一定作用。

新針疗法　主穴：曲池，气海，足三里。

备穴：內关，天枢，筑滨。

主、备穴交替針刺，双侧穴可交叉取。手法：弱，中弧度刮針法。

第六节　白血病

白血病是白細胞形态异常，数量增高或減少，继之影响正常的紅細胞和血小板生成。小儿粒細胞性白血病比淋巴細胞白血病多見，单核細胞性白血病很少見。

病因　未明，有的認为与感染（病毒）、放射性物质、染色体异常有关。慢性白血病与恶性肿瘤相似，因此目前白血病也屬于肿瘤范围。

临床表现　病情表現很不一致，有的小儿看上去很活泼，只有輕度貧血和出現少数出血斑，或間歇反复发热，应提高警

惕，严密随訪。另一种小儿病势严重，有高热，出血、紫癜、迅速出現貧血，而且心、腎、肝功能都受到影响。淋巴結、脾、肝可肿大。白細胞計数往往超过5万/立方毫米，并有逐步上升傾向。慢性病例，体重下降，胃口減退，常因呼吸困难，腹痛，肝脾肿大而就医。

诊　断

一、根据病史、病程、体征可初步作出診断。

二、确診則需作血液检查和骨髓检查。

鉴别诊断

一、再生不良性貧血　症状都有貧血、出血点和肝脾肿大，主要是紅細胞、白細胞、血小板都減少。

二、血小板減少性紫癜　虽有出血、貧血和血小板減少，但无母細胞发現。

治疗和护理

一、輕者可輸血，可以減輕和緩解症状，延长生命（血紅蛋白能維持在9克以上）积极控制感染。

二、6—硫醇嘌呤（6—MP）（即乐疾宁）1.5—2.5毫克/公斤/日，分1—3次服，在家服用，但須指导母亲如何观察与注意副作用，每日注意有无口腔潰瘍或腹泻，如果出現以上一种或二种症状时，应暫停药。中毒症状消失后，可再服用。因本药有全血細胞減少的作用，所以每周检查两次血液，直到有进步象征后，可延长驗血时間。若有条件时检查骨髓象。如果已完全緩解，药物最好仍能坚持服用，剂量減半（每日每公斤体重1.25毫克）。

三、激素能达到較快緩解，可用于严重病例及用6—硫醇嘌呤或抗叶酸药后无效者。强的松2毫克/公斤/日，分四等份口服，应用2—3天后見效，4—6周后，可得緩解，但也須注

意副作用的产生。同时用抗菌素控制感染及用少盐飲食。

第十二章　小儿常見的泌尿系統疾病

第一节　急性出血性腎小球腎炎

急性腎炎为儿童期常見的一种疾病，是由于腎外感染所引起的过敏状态。一般发生在3岁以上，7岁以下小儿。

病因　发生于溶血性鏈球菌、葡萄球菌或肺炎球菌感染之后。

临床表現　发病前1—3周有感染历史，但一般均被忽視。病儿主要表現有眼瞼、面部浮肿，以后有紅茶色尿；时可兼有低热、头昏、恶心、食欲減退、尿量減少、血压升高等症状。若血压持續升高，往往在发病前一周可突然加剧，出現气促、心悸，不能平臥等心力衰竭征，需紧急处理。严重的尿少或尿閉者，可出現头痛、呕吐、昏睡、抽风、昏迷等尿毒症症状，如适当治疗，一般1—2周內急性症状可漸輕，尿內紅細胞或蛋白质也漸少，但后者消失最慢。

诊　断

一、近期有上呼吸道感染、脓疱疮、癤肿、猩紅热等历史，加上体征与試驗室尿液检查，可以作出診断。

二、尿呈褐紅色，含蛋白质，比重高，沉渣內有紅細胞、白細胞和各种管型，如透明管型、顆粒管型和細胞管型等。

三、血象中有中度貧血，血沉加快。

治疗和护理

一、一般疗法

（一）臥床休息至少1—2周。有尿少、血压上升、心力

衰竭者，更要絕对臥床。如浮肿消退，肉眼血尿消失，血压已趋正常，可逐漸下床輕微活动，但須注意活动后尿液与血压的改变。

（二）飲食方面：第一周內蛋白质稍加限制，多給碳水化物，它可补充热量又可減輕腎脏負担。尿少、血压高、浮肿者，給无盐飲食；症状減輕后，可給低盐飲食。

（三）注意每日发展情况、浮肿程度、尿排出量。有高血压者，严密观察有无心力衰竭（心脏大小、呼吸次数，心率，肝脏大小等）。

（四）有发热、咽紅、血象中白細胞总数增多或兼有其他感染时，給以青霉素 40—60 万单位/日，共用 7—10 日。

二、高血压治疗　多数病例血压上升不多，在一周內即消退；而少数病例上升迅速，須及时降压。血压在120—140/80—90 毫米汞柱时，可用利血平 0.07 毫克/公斤/日，分三次口服。若血压在140—160/90—100毫米汞柱，可用肌肉注射，方法、剂量同口服，每 8 小时一次。血压下降后逐日減量，趋于稳定則可停药。一般用 2—3 日。

若无利血平，也可用50%硫酸鎂口服，每次 15—20 毫升，一日 2—3 次。血压更高者給25%硫酸鎂肌肉注射，每公斤体重0.2毫升，必要时 4 小时一次，用药后应加强对血压的观察。

三、心力衰竭治疗　見风湿性心脏病章，早期用洋地黃毒甙，严重用毒毛旋花子甙。

四、尿少者　可进行利尿（尿量少于 200—300 毫升/日以下）。

（一）腎区持續作热敷。

（二）中药、針灸：

（1）大腹皮三錢　茯苓三錢　陈皮三錢　桑皮三錢。

（2）赤小豆錢半　冬瓜皮五錢　葫蘆瓢五錢　苞米須五錢。

（3）針灸　足三里，三陰交，水分，复溜。

預　防

一、及时彻底治疗鏈球菌感染，如猩紅热、扁桃体炎、喉炎。

二、夏季注意皮肤清洁，秋、冬季节防止上呼吸道感染。

第二节　尿路感染

尿路感染是指由于細菌感染引起腎盂腎炎；是婴儿和幼童常見的急性病，尤其多見于女孩，慢性的多見于年齡較大的儿童。

病因　大腸杆菌为多見，次为鏈球菌、葡萄球菌、肺炎球菌。慢性病例可有变形杆菌、綠膿杆菌、产气杆菌等。大部分由于大腸杆菌从婴儿的尿布上传入尿道，因为女孩尿道較短，所以容易污染。如果身体其他部分有感染，細菌可由血循环帶到腎脏。同时也可以通过附近淋巴管蔓延，腸、腎之間有淋巴管的連系，所以久泻的病孩，容易得尿路感染；抵抗力低下，是誘发因素之一。

临床表現　发病很急，有高热、煩躁、呕吐、腹泻、食欲減退，血中白細胞增多等症状。幼儿因高热可发生惊厥。較大儿童有小便次数增多、尿急、尿痛、腰部疼痛等症状。一般无显著体征。有时仅在会阴部发現炎症現象。

诊断　如有原因不明的发热，应注意有无腎盂腎炎。如尿中有脓細胞，又培养到病原菌更可确診。

治疗与护理

一、一般治疗　急性期应臥床休息，多給水分，使尿量增

多，可排出脓液和細菌毒素，同时給以容易消化的飲食。婴儿会阴部及所用的尿布应保持清洁干燥。

二、藥物治疗　爭取早期徹底治疗

（一）磺胺藥物　0.1克/公斤/日，分四次口服，可与等量的碳酸氢鈉同时用，并多飲水以免磺胺結晶刺激腎脏。治疗期間应查血象，避免粒細胞減少。热退、小便培养轉阴后，可減半量；以后小便連續阴性可停藥。

（二）鏈霉素肌肉注射对大腸杆菌也有效。或用呋喃坦啶6毫克/公斤/日，分四次口服，尿轉阴性后继續服藥3日。

（三）慢性感染时，可改变尿中酸鹼度以促进早日痊愈，如口服碳酸氢鈉或枸櫞酸鈉每次0.5—1.0克，日服3次，一般經一周后可愈。

三、新針疗法　主穴：气海，中极，曲泉（关节內側）。备穴：三阴交，足三里，阴包，腎俞。每次針一主穴及一备穴，强刺激手法，主穴可留針20分钟。尿頻、尿急、尿痛严重者，每天可針二次。

預防　注意皮肤卫生，女孩外阴清洁。防止营养不良和維生素A缺乏。

第三节　腎病綜合征

腎病綜合征（又称腎病），主要病变在腎小球的毛細血管基膜增厚，使平时不能濾过的蛋白质分子亦能濾过，于是出現四大特征：（1）高度浮肿；（2）大量蛋白尿；（3）低蛋白血症；（4）高胆固醇血症。

病因　尚不十分明确，可能是一种抗体抗原反应。

临床表現　3岁以下发生的屬于类脂性腎病；3岁以上

到8岁左右发生的多属于肾炎的肾病型。临床上主要有高度全身浮肿，以面部、躯干、腹腔、四肢、阴囊水肿最严重，往往可自行消退，又可自行复发。尿中有大量蛋白质，尿比重不高，除有各种管型外，尚有双曲光的类脂小体，有少数白細胞而无紅細胞。小儿一般情况差，极易产生并发症如肺炎、腹膜炎。

诊断 凡具有高度浮肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、及高胆固醇血症，均可診断为肾病綜合征；仅有此四大特征者，为单純性或类脂性肾病；兼有血尿，高血压及氮质血症者，为混合型或慢性肾炎的肾病期，或急性肾炎的肾病型。

治疗和护理

一、一般治疗 使家长了解本病是一个慢性疾病，預后又多不佳，应有极大的耐心，关心孩子的生活，与預防措施。

（一）防止感染，严格避免传染病，适当休息。

（二）飲食中补充足够的蛋白质，浮肿时給以少盐或无盐食物，不肿时可吃少許盐以防低盐綜合征。

二、激素疗法 为目前較有效的治疗药物。强的松，每日每公斤1—2毫克，均分三次口服，四周后改用間歇治疗，即服3天停4天，随后逐漸減少至1毫克/公斤/日，或更少，可用一年左右。

三、对症治疗 浮肿严重的，可用利尿剂如双氢克尿塞2毫克/公斤/日。有条件的可輸血或血浆代用品。利尿期間和服激素期間，应口服鉀盐，以防低血鉀症。

四、新針疗法

主穴 水分（臍上一寸），阴交（臍下一寸）。

备穴 三阴交，腎俞。

每天取一主穴一备穴，中等度刺激，十天一疗程，疗程間隔三天。伴有高血压者，加用曲池，內关，太冲。

第十三章　儿科急症及处理

概　　述

儿科急症和成人的急症不同，因为小儿发病，是經常和年龄的大小、营养状况和个体的反应有着密切的关系。以常見的儿科急症来看，多是发病急驟，来势凶猛，如突然高热，气急、发紺、或惊厥、昏迷等，其症状常是十分惊人。所以无疑的就增加了急診就医的数量。在处理急症患者时，如能利用較短的診察时間做出正确診断和迅速治疗，就能在儿科医疗工作上发揮很大的作用。

要养成对儿科急症的处理能力，毛主席教导我們："**从战争学习战争——这是我们的主要方法**"。通过临床实习与实际鍛炼，"**实践、认识、再实践、再认识**，"从反复实践的过程中不断提高儿科急診处理的水平。

小儿急症不仅数量較多，而且性质也比較复杂，本章着重提出几种最常遇到的儿科急症及急診处理要点。

惊　　厥

惊厥又称惊风，是小儿时期常見的症状之一，可由不同原因造成，往往需要急救处理。发作时知覚失去，面部和四肢肌肉有强直性或陣攣性痙攣，眼球固定或向上轉，大小便失禁，呼吸不規則或微弱，粘膜及皮肤由于缺氧而青紫。

病因　可分为有热与无热惊厥二大类：

一、高热惊厥

（一）顱内感染　脑膜炎、脑炎、脑脓肿、破伤风等。

（二）非中枢神经系统感染　上呼吸道感染、中毒型菌痢、中耳炎及其他一切急性感染。

二、无热惊厥

（一）颅内出血　新生儿自然出血症，硬脑膜下血肿，血液病如紫癜或异常血管破裂。

（二）中毒　一氧化碳中毒、阿司匹林中毒、食物中毒、农药中毒（如敌敌畏中毒）。

（三）缺氧　窒息。

（四）代谢性　低血钙、低血糖、手足抽搐症，尿中毒、肝昏迷。

（五）急性脑水肿　肾炎高血压脑病，过敏性脑水肿。

（六）脑部肿瘤。

（七）癫痫。

诊断　詳細詢問病史，尤以年龄、发病情况等为主要。一般一个月以内婴儿，惊厥大多为分娩时损伤、新生儿自然出血症、破伤风与脑膜炎等。

較大婴儿与儿童，則以上呼吸道感染、脑膜炎、手足抽搐症为多見。

在可能条件下，可作各种有关检驗以区别証明；必要时，可进行腰椎穿刺与脑脊液检查，有助鉴别診断。

急诊处理

一、安靜臥床，如有高热，立即在額部冷敷，或用50%酒精擦浴（四肢厥冷忌用）或用冷盐水灌肠（婴儿200毫升，儿童300—500毫升），同时注意大便性状。四肢厥冷者应保暖。也可給阿司匹林0.05克/岁，最大剂量不超过0.3克口服。

二、抗痙药物

（一）苯巴比妥鈉　每公斤体重每次5—7毫克，肌肉注

射，必要时半小时后，重复注射半量。

（二）水合氯醛　每公斤体重每次30—50毫克，用3%溶液灌肠亦可，必要时半小时后，重复一次。

（三）針刺　人中、大椎、合谷、阳陵泉、太冲用泻法，淺刺不留針，或以三棱針刺十宣穴出血。

三、病因治疗　血糖过低时可給葡萄糖液靜脉注射（25—50%20—40毫升）。有低血鈣时給葡萄糖酸鈣（5—10% 3—5毫升）靜脉慢注。

四、对严重惊厥病儿除以上治疗外，应密切观察，注意全身情况、呼吸次数、脉搏情况、喉內分泌物、有无脱水等，若有任何情况发生，都应及时处理。

发　热

小儿发热的高低，并不与疾病的严重度相平行，幼小嬰儿或体力衰弱儿童患有严重感染时，体溫可以正常或低于正常，幼儿患輕度上呼吸道感染者，可高热至40°C或更高，年长儿童的体溫反应与成人相似。迅速发生高热可至惊厥。是儿科急診时最常見的一种症状。

原因　突然高热常見于下列疾病：上呼吸道感染、肺炎、菌痢、中耳炎、腺尿症、各种急性传染病的初期（如麻疹、风疹、幼儿急疹、猩紅热、水痘、化腺性脑膜炎、脑炎及脊髓灰质炎等）、敗血症、癆疾、新生儿脱水热及中暑等。

急诊处理　发热的处理，最基本的原則是爭取病因治疗，因为病因不去，虽然应用对症治疗可使体溫暫时下降，但随后仍会升高。

一、高热处理　体溫在39.5°C以上者，应先作对症治疗。

（一）物理降溫　头部冷湿敷（或置冰袋）及溫酒精擦

浴等。于夏季，较大儿童宜冷盐水灌肠，但幼小婴儿一般不用冷盐水灌肠。

（二）药物降温　例如口服阿斯匹林或复方阿斯匹林，（每次均为5—10毫克/公斤）或优奎宁（每次10毫克/公斤）等；肌肉注射药物如复方奎宁（2毫升内含盐酸奎宁0.136克，每次8毫克/公斤），安乃近（每次20毫克/公斤），氯丙嗪（每次0.5—1毫克/公斤）等。退热药物可先試用上述中的任何一种，切忌几种药物同时应用。

（三）針刺退热　取穴大椎、陶道、合谷及十宣放血等。

二、若有煩躁不安或伴发惊厥者，酌用鎮靜剂如苯巴比妥（口服，每次1—2毫克/公斤）或氯丙嗪（每次1毫克/公斤，口服或肌肉注射）或水合氯醛（每次30—50毫克/公斤，口服或灌肠，止痙用）。

三、支持疗法　如酌量补充液体。

四、病因疗法　分析发热原因，积极去除病因最为重要。

昏　迷

昏迷状态是儿科急症很重要的症状，必須很快地鑒别所有可能造成昏迷的有关疾病，从而尽速地进行适当的处理。

急诊处理原則

一、側臥位，以免呕吐物吸入肺部。二、保暖。三、注意呼吸道通暢（必要时供氧及抽痰）。四、长期睜眼者，应敷以无菌凡士林紗布或滴入魚肝油一滴，以防角膜炎。五、定时測量血压、脉搏和呼吸。六、昏迷持續时間过久者，要經常更換臥位，預防褥疮及肺炎。七、病因治疗　根据不同的病因予以治疗（見昏迷的病因及急診处理要点表）

昏迷的病因和急診处理要点

病因		急诊处理要点
感染	化脓性脑膜炎、菌痢、肺炎、败血症等	抢救休克，采用阿托品疗法（参阅菌痢章），抗菌疗法，对症治疗和护理等
	病毒性脑炎、脑膜炎	对症治疗和护理等
	寄生虫病、血吸虫病等	先用5%葡萄糖液静脉点滴，加激素。待中毒症状消失后，才能应用特效药物如锑剂、锶剂等
脑部疾患	颅内出血、脑震荡、脑挫伤	护理，支持疗法，安静
	高血压脑病（急性肾炎）	应用降低血压的药物（参阅急性肾炎的治疗）
	百日咳脑病	应用冬眠药物
	颅内肿瘤	外科治疗
急性中毒		参阅急性中毒节
新陈代谢紊乱	酸中毒（腹泻引起）	伴脱水者立即补液加乳酸钠（参阅消化不良章）
	低血糖症	先用25%葡萄糖溶液20毫升静脉注射，随后根据需要可继续用5—10%葡萄糖溶液静脉点滴
	肝昏迷	大量维生素（B族、C、K）、激素，谷氨酸钠、抗菌素等
	糖尿病性昏迷	胰岛素的应用
营养因素	婴儿手足搐搦症	参阅惊厥的紧急处理，10%葡萄糖酸钙3—5—10毫升静脉注射
	维生素B_1缺乏症	立即皮下注射维生素B_1 10—25毫克

呼吸困难

呼吸困难是儿科急診处理上很重要的一个症状。当小儿有呼吸困难症状时，首先考虑呼吸系統疾患，但尚有其他疾病（如血液、循环和神經系統方面的疾病），也能出現呼吸困难現象，故必須明辨病因之后，才能正确的处理。

原因

一、呼吸系統疾病，如呼吸道阻塞見于各种呼吸道炎症、喉白喉、喉痉攣、哮喘症、气管异物及胸腺肥大等。

二、心脏疾病，如先天性心脏病（严重畸形者）、心力衰竭、心包炎等。

三、血液病，如严重貧血、大量失血、变性血紅蛋白血症（如化学、药物或食物中毒）等。

四、神經系統疾病，如腦炎、腦膜炎、腦出血、腦震蕩等。

五、新陈代謝紊乱，如酸鹼中毒等。

急诊处理

一、氧吸入　解开頸部衣領，詳查呼吸困难原因，并同时注意有无心力衰竭。

二、清理呼吸道，去除分泌物，必要时抽痰，如疑有异物，应立即請耳鼻喉科会診，將异物取出；严重窒息且有明显喉梗阻症状者，立即行气管切开术或喉插管术。

三、兴奋呼吸中枢的药物应用　苯鉀酸鈉咖啡因（25%，0.025—0.04毫升/公斤/次，皮下注射）；或山梗菜鹼（每次0.15—0.2毫克/公斤，皮下注射，混旋品不可靜脉注射）；如必需靜脉注射时，可考虑用野靛鹼，剂量：0.3—0.5毫升/次（每毫升含1.5毫克）。

四、探寻病因，予以特殊治疗。

急　性　腹　痛

小儿急性腹痛是儿科急診的一个常見而且很重要的症状，病因也比較复杂，所以鑒别診断有时甚为困难。由于腹痛患儿多首先到儿科急診就医，因此，儿科医师遇到此类患儿，必須立刻判断疾病屬于外科，或屬于内科治疗范围。因为爭

取早期作出正确的診断，是处理急性腹痛的重要关鍵，特别是需要手术治疗的急腹症，爭取早診断早施行手术，是減低术后死亡率的重要措施。

原　因

一、內科疾患　上呼吸道感染、蛔虫病、消化不良、肺炎、結核性腹膜炎及腸系膜淋巴結炎、腎盂腎炎，过敏性紫癜、蕁麻疹、胃及十二指腸潰瘍、肝炎、痢疾、腸炎及风湿热等。

二、外科疾患　腸套迭，急性盲尾炎，蛔虫腸梗阻等（詳見外科部分）。

急诊处理原則

一、应先除外外科疾患，必要时請外科会診。

二、不能排除外科的腹痛，应小心观察腹部情况的改变，并与外科医生密切联系，随时搶救。

三、在观察期間，不得用嗎啡等麻醉葯止痛。腹痛剧烈无可忍受者，可酌用鎮靜剂如苯巴比妥等。

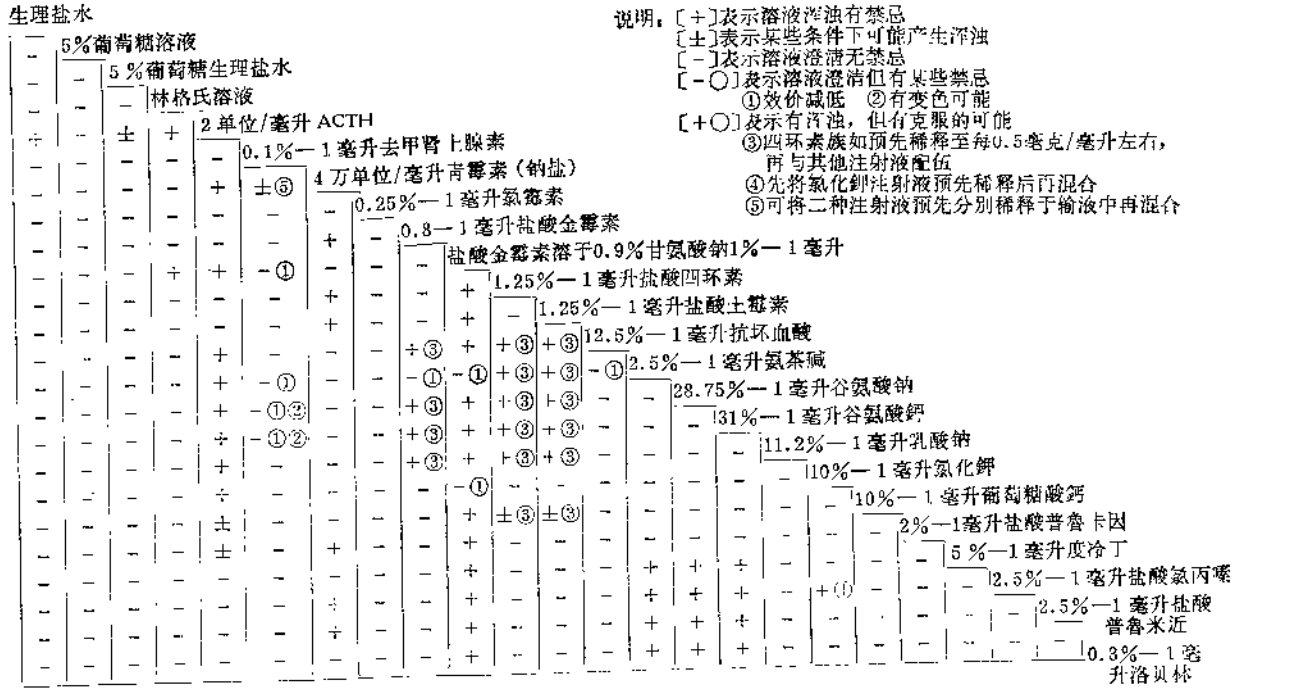
四、病因治疗，治疗引起腹痛的疾病。

急　性　中　毒

小儿的中毒多屬无意識的中毒，或意外事故。此外小儿对于葯物的耐受性，因年齡关系，也有很多和成人不同，如果用葯不愼容易引起过量中毒。因为小儿吃入毒物以后，发作快，急救有时比較困难，治疗的效果也很不肯定。因此，小儿中毒更是預防重于治疗，通过各种宣传方式，广泛地开展卫生教育，使人們重視小儿的安全預防工作，尽量避免意外和中毒。但如已发現小儿有中毒时，即使毒物未被証明，也应給予紧急治疗，此点极为重要。

急性中毒的处理原則及方法，参考內科部分第九章。

〔附一〕 廿四种常用静脉点滴药物配伍禁忌表



说明：〔+〕表示溶液浑浊有禁忌
〔±〕表示某些条件下可能产生浑浊
〔−〕表示溶液澄清无禁忌
〔−○〕表示溶液澄清但有某些禁忌
①效价减低 ②有变色可能
〔+○〕表示有浑浊，但有克服的可能
③四环素族如预先稀释至每0.5毫克/毫升左右，再与其他注射液配伍
④先将氯化钾注射液预先稀释后再混合
⑤可将二种注射液预先分别稀释于输液中再混合

〔附二〕 小儿常用药物剂量表

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
作用于中枢神经系统的药物	一、催眠药或抗惊厥药	※苯巴比妥钠（鲁米那钠）	针剂	0.05克/支 0.1克/支	肌注 肌注	1毫克（镇静用） 4—7毫克（抗痉用）
			溶液	1%	口服 口服 灌肠	0.5—2毫克（镇静用） 3—6毫克（催眠用） 3—5毫克
		※苯巴比妥（鲁米那）	片剂	0.015克 0.03克	口服 口服	0.5—2毫克（镇静用） 3—6毫克（催眠用）
		※安密妥钠	针剂	0.5克/支	静注 肌注	1—2毫克（镇静用） 5毫克（抗痉用）
		※安密妥	片剂	0.1克	口服	3—6毫克（催眠用）
		副醛	针剂	3毫升/支	静注 肌注	0.02毫升 0.1毫升
			溶液		口服 灌肠	0.1毫升 0.3毫升
		硫喷妥钠	针剂	0.5克/支	静注 深部肌注	10—20毫克 10—20毫克
		※水合氯醛	溶液	10%	口服	4—10毫克（镇静用） 10—50毫克（催眠用）
					灌肠	4—10毫克（镇静用） 40毫克（抗痉用）
	二、抗癫痫药	去氧苯比妥（麦苏林）	片剂	0.25克	口服	12—25毫克/公斤/日（抗癫痫大发作）
		苯妥因钠（大伦丁钠）	针剂	5%，5毫升/支	肌注	3—10毫克/公斤/日（抗痉用）
			片剂	0.05克	口服	3—10毫克/公斤/日（抗癫痫大发作）
		三甲双酮	片剂	0.3克	口服	10—20毫克/公斤/日（抗癫痫小发作）

（續1）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
作用于中枢神经系统的药物	（同上）	美山妥英（美索因）	片剂	0.05克	口服	5—10毫克/公斤/日
		盐酸吗啡	针剂	10毫克/毫升	皮下	0.12－0.2毫克（少用）
	三、镇痛药	复方棕脑酊	酊剂		口服	0.04－0.06毫升
		※度冷丁（利多尔，地美露）	针剂	0.1克/2毫升	静注 肌注	1毫克
			片剂	25毫克	口服	1.5毫克
		※磷酸可待因	针剂	15毫克/毫升	皮下	3毫克/公斤/日，分6次（止痛用）
			糖浆	0.5%	口服	1—1.5毫克/公斤/日，分4—6次（镇咳用）
	四、镇静药与安定药	硫酸镁	针剂	25%、10毫升/支	静点 肌注	100—150毫克（抗痉降压）一半于15—20分钟内滴入，另一半于90分钟内滴入 50—100毫克
		溴化钠	溶液	10%	口服 灌肠	2毫升/岁/次 4毫升/岁/次
		溴化钾	溶液	10%	口服	1毫升/岁/次
		※氯丙嗪（冬眠灵）	针剂	25毫克/毫升	静注 肌注	0.5—1.0毫克 0.5—1.0毫克
			片剂	12.5毫克	口服	1毫克
		※眠尔通	片剂	0.2克	口服	25毫克/公斤/日
		乙酰普马嗪	针剂	20毫克/2毫升	静注 肌注	0.4毫克 0.4毫克
	五、解痉镇痛药	非那西汀	片剂	0.3克	口服	60毫克/岁/次
	解热镇	安替比林	溶液	10%	口服	60毫克/岁/次

（續2）

类别	药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
作用于中枢神经系统的药物（同上）	※匹拉米洞	溶液	1%	口服	20毫克/公斤/日
	※安乃近	针剂	0.5克/毫升 1.0克/2毫升	皮下肌注	5—10毫克（退热用）
		片剂	0.5克	口服	50—75毫克/岁/次（退热用）
	布他酮（保泰松）	片剂	0.1克/片	口服	0.02—0.03克/岁/日（分3—4次）
	水杨酸钠	片剂	0.3克	口服	60毫克/岁/次
	※乙酰水杨酸（阿斯匹林）	片剂	0.1克 0.3克 0.5克	口服	60毫克/岁/次（退热用） 100—150毫克/公斤/日（分3—4次）（治风湿热）
	※复方阿斯匹林	片剂	0.42克	口服	2—4岁……$\frac{1}{4}$片/次 4—6岁……$\frac{1}{3}$片/次 6—12岁……$\frac{1}{2}$片/次
	※复方奎宁（福白龙）	针剂	2毫升/支	肌注	6个月……0.5毫升/次 1岁……1.0毫升/次 2岁……2.0毫升/次（均为退热用）
	盐酸麻黄碱	针剂	30毫克/毫升	皮下	1毫克
		片剂	25毫克	口服	1毫克
		溶液	0.5—1.0%	口服	1毫克
	※尼可刹米（可拉明）	针剂	0.25克/毫升	皮下肌注	6个月……75毫克/次（0.3毫升） 1岁……125毫克/次（0.5毫升） 4—7岁……175毫克/次（0.7毫升）
	※盐酸山梗菜碱（洛贝林）	针剂	5毫克/毫升 3毫克/毫升	皮下	1岁以下……1.5毫克/次 2—5岁……3.0毫克/次

六、中枢兴奋药

（續3）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
作用于中枢神经系统的药物	（同上）	※苯甲酸钠咖啡因	针剂	0.125克/毫升	皮下 肌注	6—12毫克 6—12毫克
		※樟脑	针剂	10%	皮下 肌射	5毫克 5毫克
作用于传出神经末梢部分的药	一、拟胆碱药	※硫酸甲基新斯的明	针剂	0.5毫克/毫升	皮下 肌注	0.05毫克/岁/次 0.05毫克/岁/次
		溴化新斯的明	片剂	15毫克	口服	1—2毫克/公斤/日
	二、抗胆碱药	※硫酸阿托品	针剂	0.5毫克/毫升	皮下	0.01毫克 0.03—0.04毫克（中毒型菌痢用）
			片剂 溶液	0.3毫克 0.1%	口服 口服	0.01毫克 0.01毫克
		※颠茄合剂			口服	1毫升/岁/次
	三、拟肾上腺素药	※盐酸肾上腺素	针剂	1毫克/毫升	皮注	6个月：0.15毫克/次 1岁：0.3毫克/次 2—3岁：0.4毫克/次
		※酒石酸去甲肾上腺素（正肾上腺素）	针剂	2毫克/毫升（盐基：1毫克/毫升）	静点	视病情而定
		硫酸异丙去甲基肾上腺素（喘息定）	片剂	10毫克	舌下含	视病情而定
		盐酸麻黄碱	针剂 片剂 溶液	30毫克/毫升 25毫克 1%	皮下 口服 口服	1毫克 1毫克 1毫克
作用于心脏的药物		※洋地黄	片剂	0.1克	口服	饱和量：＜2岁40毫克/公斤＞2岁30毫克/公斤 维持量：1/10饱和量

（續 4）

类别	药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
作用于心脏的药物	※洋地黄毒甙	针剂	0.2毫克/毫升	静注	饱和量：＜2岁0.04毫克/公斤　＞2岁0.03毫克/公斤
				皮下	维持量：1/10饱和量
		片剂	0.1毫克	口服	同　上
	地高辛	针剂	0.5毫克/毫升	静注	饱和量：＜2岁 0.06—0.08毫克/公斤　＞2岁0.04毫克—0.06毫克/公斤
					维持量：$\frac{1}{4}$饱和量
		片剂	0.25毫克	口服	上　同
	毛花丙甙（西地兰）	针剂	0.4毫克/2毫升	静注肌注（静注宜慢）	饱和量：＜2岁0.04毫克/公斤　＞2岁0.03毫克/公斤
					维持量：$\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$饱和量
		片剂	0.25毫克	口服	儿童0.03—0.17毫克/次
	※毒毛旋花子甙K	针剂	0.25毫克/毫升	静注	0.007—0.01毫克
抗高血压药	利血平	针剂	1毫克/毫升	静注肌注	0.07—0.15毫克
		片剂	0.25毫克	口服	0.07—0.15毫克
	盐酸肼苯哒嗪	针剂	20毫克/毫升	肌注	0.15—0.25毫克
		片剂	25、50毫克	口服	1—2.5毫克
	地巴唑	片剂	5毫克 10毫克	口服	1岁以下：1毫克/次 1—3岁：2毫克/次 3—8岁：3毫克/次 8—12岁：4毫克/次 12岁以上：5毫克/次

（續5）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
抗组织胺药		※盐酸苯海拉明（可太敏）	片剂	25毫克	口服	2—4毫克/公斤/日（分3—4次）
			糖浆	0.25%	口服	2—4毫克/公斤/日（分3—4次）
		※盐酸异丙嗪（非那更）	针剂	50毫克/毫升	静注	0.5—1.0毫克
					肌注	0.5—1.0毫克
			片剂	12.5毫克	口服	0.5—1.0毫克
				25毫克	口服	
		吡甲苯胺（扑敏宁）	片剂	50毫克	口服	4毫克/公斤/日（分3—4次）
作用于消化系统的药物	一、助消化药	稀盐酸	溶液	10%	口服	1滴/岁
		※胃蛋白酶	粉剂		口服	3岁以下：0.05—0.2/次 3—5岁：0.2—0.3/次 5岁以上：0.3—0.5/次
			合剂	2%	口服	1毫升/岁/次
		乳酶生（表飞鸣）	片剂	0.3克	口服	0.1—0.3/次
		※胰酶	粉剂	0.3克	口服	3岁以下：0.05—0.2/次 3—5岁：0.2—0.3/次 5岁以上：0.3—0.5/次
			片剂			
		淀粉酶	粉剂		口服	0.1—0.3/次
		消化散	散剂		口服	0.5—1.0克/次
	二、抗酸药	氧化镁	散剂		口服	6个月0.05克/次 1岁0.1克/次
		碱式碳酸铋	散剂		口服	1岁以下0.5克/次 1岁以上1—1.5克/次
		※碳酸氢钠（小苏打、重曹）	片剂	0.5克	口服	0.3—1.0克/次
			溶液	5%	口服	0.3—1.0克/次

（續6）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
作用于消化系统的药物	二、抗酸药	复方氢氧化铝	片剂		口服	视病情而定
		氢氧化铝	凝胶	4%	口服	视病情而定（进食时服）
	三、泻药	镁乳	混悬液	含8%的氢氧化镁	口服	1毫升/岁/次
		蓖麻油			口服	婴儿：2—5毫升/次 儿童：5—10毫升/次
		硫酸镁	溶液	50%	口服	0.15—0.2克
		液体石蜡			口服	0.5毫升
		双醋酚汀	片剂	0.01克	口服	5岁以上0.005—0.01克/次
	四、止泻药	※复方樟脑酊	酊剂		口服	0.04—0.06毫升
		※鞣酸蛋白	片剂	0.3克	口服	1岁以下：0.1—0.15克/次 2—7岁0.2—0.5克/次 儿童：0.3—0.5克/次
		※医用活性炭	片剂	0.3克	口服	视病情而定
		碱式碳酸铋	片剂	0.3克	口服	6个月：0.6克/次 1岁：1.0克/次
	五、利胆药	硫酸镁	溶液	50%	口服	0.15—0.2克
		去氢胆酸	片剂	0.52克	口服	1岁以下：0.01—0.02克/次 2—5岁：0.03—0.1克/次
作用于呼吸系统的药物	一、祛痰镇咳药	氯化铵	溶液	10%	口服	75毫克
		吐根糖浆			口服	5滴/岁/次，以后每岁加1滴
		※远志糖浆			口服	0.5—1.0毫升/岁/次

（續7）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
作用于呼吸系统的药物	（同上）	枸橼酸钾	溶液	10%	口服	0.06—0.1克/岁/次
		复方甘草合剂	合剂	含吗啡0.006%	口服	1毫升/岁/次（不超过10毫升）
		可待因糖浆		0.5%	口服	0.1毫升
	二、止喘药	盐酸肾上腺素	针剂	1毫克/毫升	皮下	6个月：0.15毫克/次 1岁：0.3毫克/次 2—5岁：0.4毫克/次
		※氨茶碱	针剂	0.25克/10毫升	静注 肌注	2毫克 2毫克
			片剂	0.1克	口服	6毫克
		盐酸麻黄素	片剂	25毫克	口服	1毫克
			溶液	1%	口服	1毫克
作用于血与造血系统的药物	一、治贫血药	※硫酸亚铁	片剂	0.3克	口服	0.1—0.3克/日
			糖浆	3%	口服	0.1—0.3克/日
		枸橼酸铁铵	溶液	10%	口服	0.5—2毫升/公斤/日
		※维生素B_{12}（氰钴铵）	注射剂	15微克， 50微克， 100微克/毫升	肌注	视需要而定
		肝注射剂	针剂	5单位/毫升	肌注	视需要而定
		叶酸	片剂	5毫克	口服	5—15毫克/日
	一、抗凝血药	肝素钠	针剂	5,000单位/毫升，12,500单位/毫升（100—130单位/毫克）	静注	50—65单位/公斤，可使血凝时间自15分钟增至45分钟。100—130单位/公斤，可使血凝时间自15分增至1.5小时。
		※枸橼酸钠	针剂	0.25克/瓶	输血用	每100毫升血中加0.25—0.4克

（續8）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
（同上）	三、止血药	※亚硫酸氢钠甲萘醌（维生素K_3）	针剂 片剂	3.84毫克/毫升 2毫克	肌注	1—5毫克/日 1—5毫克/日
		凝血质	针剂	15毫克/2毫升 15毫克/5毫升	皮下 肌注	5—15毫克/次 同　上
激素制剂	一、脑垂体前叶制剂	促肾上腺皮质激素（促皮质素）	针剂	25单位/瓶	静点 肌注	5—10单位/次（0.01—0.04单位/毫升） 1—3单位/公斤/日
		醋酸去氧皮质酮	针剂 植片	10毫克/毫升 100毫克	肌注 埋藏	1—5毫克/日 视病情而定
		※醋酸考的松	针剂 片剂	250毫克/10毫升 25毫克	肌注 口服	5—10毫克/公斤/日 5—10毫克/公斤/日
		※醋酸氢化考的松	针剂	25毫克/5毫升	静点 肌注	2—4毫克/公斤/日或 4—8毫克/公斤/日 2—4毫克/公斤/日
		※醋酸去氢考的松（强的松）	片剂	5毫克	口服	1-2毫克/公斤/日
		醋酸去氢氢化考的松（强的松龙）	片剂	5毫克	口服	1—2毫克/公斤/日
	二、甲状腺制剂	甲状腺片	片剂	30毫克	口服	视病情而定
	三、抗腺甲药物状	丙基硫氧嘧啶	片剂	50毫克	口服	视病情而定
		复方碘溶液	溶液	含碘5% 碘化钾10%	口服	视病情而定

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
激素制剂	四、胰岛素	胰岛素	针剂	40单位/毫升 10毫升/瓶	肌注	视病情而定
		胰岛素锌球蛋白	针剂	40单位/毫升 10毫升/瓶	肌注	视病情而定
维生素		※盐酸硫胺（维生素B_1）	针剂	10毫克/毫升	肌注 皮注	10—20毫克/次（治疗量） 10—20毫克/次（治疗量）
			片剂	10毫克	口服	15—30毫克/日（治疗量） 2毫克/次（预防量）
		※核黄素（维生素B_2）	针剂	5毫克/毫升	皮下	10毫克/日（治疗量）
			片剂	5毫克	口服	10毫克/日（治疗量） 2毫克/日（预防量）
		※盐酸吡多辛（维生素B_6）	注射剂	25毫克/毫升	皮下 静注 肌注	5—10毫克/次（惊厥时用）
			片剂	10毫克	口服	1—2毫克/次
		※干酵母	片剂	0.3克	口服	1.8—3.6克/日（成人）
		复合维生素B	针剂	2毫升/支	肌注	视病情而定
			片剂		口服	视需要而定
			溶液		口服	视需要而定
		※抗坏血酸（维生素C）	针剂	100毫克/毫升	静注	200—400毫克/日（严重患者）
				250毫克/2毫升 500毫克/5毫升	肌注	200—400毫克/日
			片剂	50毫克	口服	50毫克/日（预防量）
				100毫克	口服	200—400毫克/日（治疗量）
		芸香甙（路丁）	片剂	20毫克	口服	20—40毫克/次（成人）

（續10）

类别	药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
维生素	※维生素A,D	针剂	每0.5毫升含：A：25,000单位 D：2,500单位	肌注	0.5—1.0毫升/日（治疗量）
		滴剂	每克含：A：50,000单位 D：5,000单位	口服	A：2,000—4,000单位/日（预防量） D：400—800单位/日（预防量） （治疗量：预防量×10）
	※维生素D_2	针剂	30万单位/毫升 60万单位/毫升	肌注	30—60万单位/次
	醋酸维生素E	针剂	5毫克/毫升	肌注	5毫克/次
		胶丸	5毫克/丸	口服	5毫克/次
	四合维生素	片剂		口服	视需要而定
	烟酰胺	针剂	50毫克/毫升	静注	100—250毫克/日（治疗量）
				肌注	100—250毫克/日（治疗量）
				皮下	100—250毫克/日（治疗量）
		片剂	50毫克	口服	75毫克/日（治疗量）
	※骨化醇（维生素D_3）	针剂	40万单位/毫升	肌注	20—40万单位/次（治疗严重佝偻病时用突击疗法）
影响代谢脂肪的药物	乳清酸	片剂	0.1克	口服	0.1克/次（治疗量）
	硫辛酸	针剂	10毫克/毫升	肌注	3岁以上：10毫克/日（治疗量）
利尿药	※氯化钾	溶液	10%	口服	6个月：0.5克/次 1岁：1.0克/次
	氯化铵	溶液	10%	口服	75毫克/公斤/日

（续11）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
（同上）		汞撒利茶碱	针剂	含汞撒利10% 茶碱5%	静注 肌注	2岁以下，0.1—0.3毫升/次（不超过0.5毫升） 2岁以上：0.3—1.0毫升/次（不超过1.5毫升）
		※氨茶碱	针剂	0.25克/2毫升	静注 肌注	2毫克 2毫克
			片剂	0.1克	口服	6毫克
		酞唑磺胺（乙酰唑胺）	片剂	0.25克	口服	10—30毫克/公斤/日
		※双氢氯噻嗪（双氢克尿塞）	片剂	25毫克	口服	1—2毫克/公斤/日
抗寄生虫药	一、驱肠虫药	山道年	片剂	0.03克	口服	0.01克/岁，分二次服（每剂不超过0.1克）
		已基雷琐辛	片剂	0.2克	口服	0.1克/岁（总量不超过1.0克）
		四氯乙烯	丸剂	0.2毫升/丸	口服	0.2毫升/岁（总量不超过3毫升）
		羟萘萘酸酚乙酯（灭虫宁）	片剂	0.3克	口服	0.2—0.3克/岁（最大量1.8—2.4克）（顿服或分3—4次/日）
		阿的平	片剂	0.1克	口服	①1岁以下：0.02克/次 1—4岁：0.05克/次 4—8岁：0.05—0.1克/次 8岁以上：0.1—0.2克/次（治蛲虫或阿米巴病的剂量）。 ②2岁以下：0.1克/日 2—5岁：0.15克/日 5岁以上：0.15—0.2克/日（治鞭毛虫病的剂量）

（續12）

类别		药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
抗寄生虫药	（同上）	※枸橼酸哌嗪噻嗪	片剂	0.48克	口服	①192毫克/公斤/日，一次服下，非服二日，不得超过3克/日（治蛔虫量） ②64毫克/公斤/日（治疗预防蛲虫量）
			糖浆	0.16克/毫升	口服	同上
		※使君子	中药		口服	（岁数+1）克/日，每日不超过10克
		龙胆紫	肠衣片	0.015 0.03	口服	0.01克/岁/日（最大量0.06）
	二、抗阿米巴药	盐酸依米丁	针剂	30毫克/毫升	深部肌注	1毫克/公斤/日（每剂量不超过0.06克）
		卡巴胂	片剂	0.2克	口服	8毫克/公斤/日
		喹碘方（药特灵）	片剂	0.25克	口服	14毫克
		鸦胆子	粒		口服	1粒/岁/次
磺胺类药		※磺胺噻唑	片剂	0.5克	口服	0.1—0.2克/公斤/日
		※磺胺嘧啶	片剂	0.2克 0.5克	口服	0.1—0.2克/公斤/日
		※磺胺嘧啶钠	针剂	0.4克/2毫升	静注 深部肌注	0.1—0.2克/公斤/日 0.1—0.2克/公斤/日
		※磺胺二甲基嘧啶	片剂	0.5克	口服	0.1—0.2克/公斤/日
		磺胺甲基嘧啶	片剂	0.5克	口服	0.1—0.2克/公斤/日
		※磺胺脒	片剂	0.5克	口服	0.2—0.4克/公斤/日
		琥珀酰磺胺噻唑	片剂 合剂	0.5克 10%	口服 口服	0.2—0.4克/公斤/日 0.2—0.4克/公斤/日

（續13）

类别	药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
磺胺类药	磺胺甲氧嘧（长效磺胺）	片剂	0.5克	口服	15—20毫克/公斤/日（首次量加倍）
呋喃西林类	※呋喃西林	片剂	0.06克	口服	5—10毫克/公斤/日
		合剂	1%	口服	5—10毫克/公斤/日
	※呋喃妥英（呋喃坦啶）	片剂	0.05	口服	5—10毫克/公斤/日
		合剂	1%	口服	5—10毫克/公斤/日
	※呋喃唑酮（痢特灵）	片剂	0.1克	口服	＜5岁5—10毫克/公斤/日
		合剂	1%	口服	＞5岁200毫克/日
抗菌素	※青霉素G甲（或钠）	针剂	20万单位/瓶	静点	视病情而定
			100万单位/瓶	肌注	2.5—5万单位/公斤/日
		片剂	5万单位	口服	儿童：20—80万单位/日
		溶液	5万单位/毫升	喷雾用	2毫升一日4次
	※普鲁卡因青霉素G	针剂	40万单位/瓶	肌注	40万单位/日
	※苄星青霉素（长效西林）	针剂	30—60万单位/瓶	肌注	30—60万单位/次或60—120万单位/次（2—4周/次）
	※甲氧苯青霉素（新型青霉素）	针剂	1.0克/瓶	肌注	0.1克/公斤/日
	※卡那霉素	针剂	0.5克/瓶	静注	15—30毫克/公斤/日（2.5毫克/毫升）
				肌注	15毫克/公斤/日
		胶丸	0.5克/丸	口服	15—50毫克/公斤/日
	※硫酸链霉素	针剂	1.0克/瓶	肌注	15—25毫克/公斤/日
		片剂	0.1克	口服	60—80毫克/公斤/日
	※硫酸双氢链霉素	针剂	1.0克/瓶	肌注	15—25毫克/公斤/日

（續14）

类别	药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
抗菌素	※硫酸新霉素	针剂	1.0克/瓶	肌注	10—15毫克/公斤/日
		片剂	0.1克	口服	25—50毫克/公斤/日
	※氯霉素	针剂	50毫克/20毫升	靜注	30—50毫克/公斤/日
			0.25克/支	肌注	30—50毫克/公斤/日
		胶丸	0.25克/丸	口服	30—50毫克/公斤/日（新生儿剂量减半）
	※合霉素	胶丸	0.25克/丸	口服	为氯霉素剂量的二倍
		糖浆	10%	口服	同上
	氯四環素（盐酸金霉素）	针剂	0.1克/瓶	靜点	15—25毫克/公斤/日
			0.2克/瓶		
		胶丸	0.25克/丸	口服	25—50毫克/公斤/日
	※盐酸氧四環素（盐酸土霉素，盐酸地霉素）	针剂	0.25克/瓶	靜注	15—25毫克/公斤/日
				肌注	15—25毫克/公斤/日
		糖衣丸	0.125克/丸，0.25克/丸	口服	25—50毫克/公斤/日
	※盐酸四環素	针剂	0.125克/瓶	靜注	15—25毫克/公斤/日
			0.25克/瓶	肌注	15—25毫克/公斤/日
		糖衣丸	0.125克/丸	口服	25—50毫克/公斤/日
			0.25克/丸		
	※红霉素	针剂	0.3克/瓶	靜点	25—50毫克/公斤/日
		片剂	0.1克，0.25克	口服	25—50毫克/公斤/日
	盐酸万古霉素	针剂	0.5克/瓶	靜注	10—20毫克/公斤/日（2.5—5毫克/毫升）
	杆菌肽	针剂	5万单位/瓶	肌注	600—1000单位/公斤/日（10,000单位/毫升）每日不得超过5万单位
		片剂	2500单位	口服	2000单位/公斤/日
	新生霉素钠盐	针剂	0.25克/瓶	靜注	15—30毫克/公斤/日
				肌注	15—30毫克/公斤/日

类别	药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
抗菌素	新生霉素钙盐	胶丸	0.25克/丸	口服	25—50毫克/公斤/日
	※硫酸多粘菌素乙	针剂	50毫克/瓶（50万单位/瓶）	静注	2.5毫克/公斤/日
				肌注	2.5毫克/公斤/日
		片剂	50毫克	口服	10—20毫克/公斤/日
	※硫酸粘菌素（肠杆菌素）	针剂	50万单位/瓶（2万单位/毫克）	肌注 皮下	5万单位/公斤/日（20,000—25,000单位/毫升）每日剂量不超过10万单位/公斤
		片剂	50万单位	口服	15—30万单位/公斤/日
	※盐酸黄连素	片剂	0.1克	口服	15—20毫克/公斤/日
抗结核病药	硫酸双氢链霉素	针剂	1.0克/瓶	肌注	见抗菌素章内
	※异烟肼	片剂	50毫克 0.1克	口服	10—30毫克/公斤/日
	※对氨水杨酸钠	针剂 片剂	2.0克/瓶 0.5	静注 口服	0.2—0.3克/公斤/日（30毫克/毫升）
	对氨水杨酸钙	片剂	0.5克	口服	0.2—0.3克/公斤/日
其他	美兰	针剂	20毫克/2毫升	静注	1.2—2.5毫克/公斤
		片剂	10毫克	口服	3—5毫克/公斤
	乳酸钠	针剂	11.2%，20毫升	静点	5—8毫升/公斤
	破伤风抗毒素	针剂	1万单位/支 1500单位/支	静注 肌注 皮下	治疗量2万—8万单位 预防量1500单位
	仙鹤草素	针剂	5毫升/支	肌注	视病情而定
		片剂	20毫克	口服	
	※葡萄糖酸钙（9%钙）	针剂	10%10毫升/支	静注	5—10毫升/次（稀释后）
		片剂	0.5克	口服	2—4克/日

（續16）

类别	药名	剂型	规格	用法	剂量（公斤/次）
其他	氯化鈣	溶液	10%	口服	1月以下：0.3—0.5 1月—12岁0.3—1.0克
		针剂	5%	靜注	5—10毫升/次（稀释后）
	乳酸鈣	片剂	0.3克	口服	0.3—2.0克/次
	谷氨酸鉀	针剂	6.33克/20毫升	靜点	視病情而定
	※谷氨酸鈉	针剂	5.75克/20毫升	靜点	視病情而定
	※谷氨酸	片剂	0.5克	口服	1.0克/岁/日
	※水解蛋白	针剂 粉剂	500毫升/瓶	靜点 口服	婴儿250毫升/次 視病情而定
	※氯化鉀	针剂 溶液	10% 10%	靜点 口服	0.1—0.15克/公斤 0.5—1.0克/次

〔附三〕小儿常用成药剂量表

药名	主治	规格	剂量
※婴儿安（中成药）	小儿发烧，咳嗽，食水不化，痰热，惊风	包	未滿一岁每次半包；1—3岁每次一包；4—7岁每次二包；8—12岁每次三包
※解热止痛片	伤风感冒、头痛、发烧	4片/袋 10片/小盒 10片/管	6—12岁每次服半片
※胃舒平	胃痛、烧心、叶酸水	20片/管	5—10岁每次半片；10—18岁每次一片
止痢片	痢疾，腹泻，大便帶脓血	10片/管	1—3岁第一次服一片，以后每次半片；4—9岁第一次服一片半，以后每次大半片（佔用等量小苏打）

（續 1）

药　　名	主　　治	规　　格	剂　　量
※小儿退热片	小儿发烧，轻度头痛	10片/袋	不滿1岁每次服小半片；1—2岁每次大半片；5—8岁每次2片；9—12岁每次2片半。三个月以内婴儿禁用
※小儿安	感冒发烧，肠炎吐泻，疮疖，脓肿	4包一袋	未滿1岁服半包；1—2岁服一包；3—5岁服一包半；6—8岁服二包；9—11岁服二包半(首次倍量)
※宝塔糖	小儿蛔虫、蛲虫	粒	每日量：1岁—1粒；2—3岁3—4粒；4—5岁5—6粒；6—7岁7—8粒；8—9岁9—10粒；10—12岁10—13粒。 治蛔虫，每日量一次服完，连服两天。 治蛲虫，每日量分早晚两次服，连服7天
※驱蛔灵片	蛔虫，蛲虫	6片/袋	1岁以下1片；1—2岁2片；3—4岁3片；5—6岁4片；7—10岁5片；10岁以上6片(一次服完)

说明：（一）凡※表示小儿科临床最常用药物。

（二）小儿常用成药用法均为口服。

（三）小儿药物剂量以体重（公斤）计算为临床所常用（参见体重计算法即可算出体重）。

（四）已知成人剂量，也可以用年龄折算如：

年　龄　组	剂　　量
初生—1个月	1/24成人剂量
1个月—6个月	1/24—1/12成人剂量
6个月—1岁	1/12—1/8成人剂量
1岁—2岁	1/8—1/6成人剂量
2岁—4岁	1/6—1/4成人剂量
4岁—7岁	1/4—1/3成人剂量
7岁—11岁	1/3—1/2成人剂量

最 高 指 示

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党员都要学习他。

知识的问题是一个科学问题，来不得半点的虚伪和骄傲，决定地需要的倒是其反面——诚实和谦逊的态度。

外 科 部 分

第一章　外科基础

伟大领袖毛主席在光辉的“六·二六”指示中指出：“卫生部的工作只给全国人口的百分之十五服务，而且这百分之十五中主要还是老爷。广大的农民得不到医疗，一无医，二无药，……对于一些常见病、多发病、普遍存在的病，怎样预防，怎样改进治疗，不管或放的力量很小。”这是对大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇推行的反革命修正主义医疗卫生路线的严厉批判。

在毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示下，几年来我国革命医务工作者，在“全心全意地为人民

服务”，向疾病作斗争中，遵照毛主席**“不破不立。破，就是批判，就是革命。……破字当头，立也就在其中了”**的伟大教导，打破了城市医院的洋框框，破除了一些陈规旧律，开展了在农村簡易的条件下进行外科手术治疗的工作，为贫下中农阶級兄弟解除了多年的疾苦，治愈和搶救了很多疑难、复杂和重危患者，使他們恢复了健康，重新走上社会主义农村的生产崗位，这是毛泽东思想的伟大胜利，是毛主席无产阶級革命路綫的伟大胜利。

在实践过程中，各地創造了很多的宝貴經驗，簡介如下：

第一节　无菌消毒和手术条件的建立

外科手术是外科治疗中的一个重要环节，无菌消毒是保証外科手术成功的重要条件。我們要遵照毛主席**“全心全意地为人民服务”**的伟大教导，学习白求恩同志**“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”**的伟大的共产主义精神，积极、認眞地做好外科无菌消毒工作，以保証手术順利地进行。

一、手术条件的建立　手术的环境需要干淨，尤其是无菌手术，更需要彻底清洁。在农村的条件下，在公社医院、大队卫生所，可利用1—2間房屋做手术室，应尽可能远离厕所、牲畜棚、粪坑和污水坑等。在紧急情况下，可在患者家中室內做临时手术室，并积极創造手术条件。

1. 室內光綫要充足，以便白天尽量利用自然光綫作一般表淺手术。夜間手术可用电灯或汽灯、手电筒照明。

2. 窗戶最好用白紙糊好，墙壁必要时也宜用白紙（或废报紙）表糊，屋頂无棚者，在相当于手术台和器械台的上空悬

吊塑料单、布单等，以防灰尘落入手术区。

3. 室内設备以簡便、实用、易得为原則。例如，可用門板、面桓、桌椅等代替手术台和器械台，必要时可在室内炕边施行手术；室内上空可栓几根绳子来悬挂輸液瓶；用提水桶、脸盆、或小盆作为洗手用具；手术室門口可放置含2%来苏液的經垫，以便手术人員的鞋底踏經垫后进入室内。

4. 地面、手术台等可用2%来苏水噴洒消毒。室内空气可用硫磺熏、甲醛熏等方法进行消毒。

二、手术敷料和器械的消毒 手术用的敷料和器械，如各种敷布、孔巾、紗布、絲綫、手套、麻葯碗、盐水盆、注射器、針头、止血鉗、鑷子、拉鉤、持針器等拟定手术所需的物品，应予先准备好，打成包裹后进行消毒。有小型的高压蒸鍋在炉上消毒敷料及物品最为理想。在鍋内灭菌的物品，不宜包得过紧，包裹排列不宜过密。一般布类、紗布、絲綫、金屬器械、磁类器皿等在121.6°C下蒸30分钟，橡皮类用品如橡皮手套等蒸10分钟即可。在沒有高压灭菌的条件下，可用大鍋蒸气消毒：将敷料包、器械包放在鍋内的帘子或籠屜上，盖上鍋盖或籠屜盖进行消毒，在100°C水蒸汽的条件下，消毒一小时，即可达到灭菌的目的。可用密封于玻璃管中的明矾粉末作示子，如明矾粉末变成乳白色半透明液体，說明已达到消毒目的。

其他手术用品，如刀片、剪刀、縫合針、橡皮条、橡皮管、玻璃管及其他金屬器械、玻璃器械可用煮沸灭菌法或化学消毒法：

1. 煮沸灭菌法：100°C水煮沸30分钟即可。应注意将器械物品置于水面以下，加盖煮沸。玻璃器皿宜放在冷水內加热煮沸。橡皮类宜放在沸水中煮沸灭菌。如于水中加入2%碳酸氢鈉或1%碳酸鈉，則煮沸10—15分钟即可。

2. 化学消毒法：0.1%—0.2%新洁尔灭液浸泡半小时以上；75%酒精浸泡半小时以上。浸泡前须将器械上的油脂擦净，使用前要用大量无菌生理盐水冲洗。手术室外用生理盐水，用9克精盐溶于1000毫升凉开水中，再煮沸20分钟即可制成。

急用个别器械时，可将器械放于搪瓷皿内，加95%酒精少许，点燃消毒。

三、皮肤的消毒 创口污染主要是由于患者皮肤和手术人员手上带菌所引起，因此，在每次手术前，患者皮肤和手术人员手的消毒是很重要的。

患者皮肤的消毒和手术人员手的消毒的目的，是消灭居于皮肤表面和深居在毛囊、汗腺、皮脂腺及皮肤皱纹深处的细菌，以防污染创口。

1. 手术人员手的消毒：

参加手术的人员应首先剪短指甲，更换手术衣裤，带好手术用的帽子和口罩。手臂外伤、感染及患感冒者不应参加手术。

洗手方法：

（1）氨水洗手法：这方法是利用碱性溶液溶解脂肪并消除细菌的作用。洗前先用普通肥皂洗手和前臂，用清水冲洗。然后将两手浸入当时准备的盛有温氨水（每盆置温热开水2,000毫升，加10%氨溶液10毫升）面盆中，并不时用无菌小毛巾（或大块纱布）在氨水中充分擦拭手和前臂的每一部分，特别是指甲和指缝，3分钟后，浸入另一盆同样浓度的氨水中，同法擦拭3分钟，用无菌毛巾擦干两手和前臂，最后用70—75%酒精拭洗5分钟，即可穿手术衣、戴手套进行手术。

（2）肥皂洗手法：用煮沸消毒的毛刷将无菌肥皂液淋于手及前臂上，然后即用蘸有肥皂水的刷子刷洗手和前臂的皮肤，共刷洗3遍，每次3分钟，每次更换刷子。刷洗的顺序是从指尖开始，逐渐向手指、指縫、手掌、手背、腕部、前臂、肘部进行。第一遍须刷至肘上7厘米，第二遍略低于第一遍的水平，第三遍刷至肘关节即可。刷时须较用力，且须在一定的速度下进行。对指甲、指縫等易于积存污垢的部位须用较多的时間。每次刷毕即用流动清水冲洗，冲洗时须注意使水流的方向自手指向肘部滴下，刷洗毕用无菌毛巾順序将手及臂擦干，再浸手及臂（至肘部）入70—75%酒精中，并时时移动和用紗布或毛巾擦拭各部，3分钟后即可穿手术衣，戴手套进行手术。

手臂消毒后，开始消毒患者的皮肤（后述），鋪无菌巾。然后再以酒精紗布或棉球擦手，并以无菌干紗布擦干。然后穿无菌手术衣，先将双手伸入袖筒内，然后由非手术人員协助縛手术衣带（切勿自己用手縛之）。然后戴高压蒸汽灭菌的手套，以手套的腕部压住手术衣的袖口。如用煮沸消毒的手套，則应先戴手套，后穿手术衣。无手术衣时，可用无菌巾围于手术人員的胸腹部，前臂戴袖套。无手套时，彻底洗手后，也可进行手术，但須每隔半小时，用75%酒精擦一次手。

（3）在紧急的情况下，为了爭取时間，可以使用普通肥皂洗手，或用无菌毛刷刷洗一遍后擦干，或用2.5—3%碘酊涂擦全手，再用70%酒精脫碘，后戴用高压蒸汽灭菌的手套，戴时須注意勿接触手套的外面，再穿手术衣，須用袖口压住手套的腕部（如无松紧口时可用带子或紗布綁好）。在手术中須小心勿使手套破裂。

2. 患者皮肤的消毒：

（1）手术区周围的皮肤应予先剃毛(詳見术前准备)。

（2）手术区皮肤以3—5%碘酒消毒，然后以75%酒精拭去碘酒。一般消毒范围是以切口为中心的15厘米以内的区域。

（3）粘膜、会阴部及小儿皮肤用2%紅汞消毒，然后用酒精拭去。

（4）消毒順序：一般手术由中心向四周，感染伤口、肛門手术，应由清洁的周围皮肤开始，最后擦到感染伤口或肛門处。

（5）消毒完毕鋪无菌巾，其层数要求在切口四周为四层，切口以外的区域至少两层。

四、无菌操作注意事項 我們必須遵照毛主席**"我们的责任，是向人民负责。"**的伟大教导，按上述无菌消毒原則做好无菌消毒工作。此外，尚須注意以下各点，切实做好无菌操作。

1. 手术人員在盖好无菌巾，进入手术区之后，定要遵守无菌操作原則。

2. 手术（切皮）之前，手术人員的手套以盐水冲洗擦干。

3. 术中，双手不得接触有菌区，以免污染創口。

4. 手术人員禁向手术区咳嗽或噴涕。

5. 不可于手术人員之背后传递器械及手术用品。

6. 墜落手术台边以外之器械或物品不得再拾到台上。

第二节 手术前准备与手术后处理

根据伟大領袖毛主席**"不打无准备之仗，不打无把握之仗，每战都应力求有准备"**的伟大教导，对术前患者要做好充分的准备和术后的处理及护理，全心全意地为病人服务，使患

者很快地恢复健康，重新回到生产崗位上去，为社会主义建設貢献力量。

一、手术前准备

1. 思想方面的准备 手术前，患者一般对手术都有一定的顧虑和畏惧。我們要遵照毛主席**“我们的责任，是向人民负责。”**的伟大教导，多向患者宣传解释，鼓励患者应**“既来之，则安之，自己完全不着急，……对于病，要有坚强的斗争意志，”“下定决心，……去争取胜利。”**以增强患者接受手术的信心。同时，亦应向患者家屬介紹病情，治疗計划及麻醉，术中、术后可能出現的問題及其防治措施，准备向困难作斗爭，去爭取胜利。

但是，过去在刘少奇反革命修正主义医疗路綫的毒害下，为維护資产阶級法权而不顧及劳动人民的疾苦，制定了一些为資产阶級利益服务的規章制度，如：手术前交底，签字盖章等，对此必須进行彻底地批判，并肅清其流毒。我們要积极地向患者及其家屬宣传毛泽东思想，用毛泽东思想武装我們的头脑，共同努力去医治好疾病。

2. 手术前讨论 在与疾病做斗爭中，如同战斗一样，我們要遵照毛主席**“在战略上我们要藐视一切敌人，在战术上我们要重视一切敌人。”**的伟大教导，对每一次手术皆应进行充分地准备和討論。在每一个具体問題上，我們一定要給予足够的重視，以保証手术的順利进行。那种只認为手术就可以解决問題，而忽視对患者的术前检查、术前討論是极端錯誤的。

过去，在大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇反革命修正主义医疗路綫的毒害下，大搞“技术第一”，在患者身上練技术，而忽視对患者的术前准备和术前討論，給患者带来了不应有的

損失，甚至造成死亡，对此必須进行彻底地批判。

我們要遵照毛主席“**我们的责任，是向人民负责。**”的伟大教导，在每次手术之前，一定要做到胸中有“数”，認眞負責地进行准备和討論。对患者的病情要有全面的了解，并提出具体的治疗計划；包括术前診断、术前检查、术前准备、手术适应証、禁忌証、麻醉、手术途径、手术方式及其具体步驟等，并应充分估計到术中可能出現的意外情况及其解决的措施，以保証患者安全地度过手术期。这就是我們的責任，这就叫向人民負責。

3. 全身方面的准备 疾病和机体間存在着矛盾和斗爭。因此，对术前患者的全身状态要有充分地了解，包括病史、查体、化驗和一些特殊检查，以确定有否手术禁忌和不利因素，并根据其矛盾的主要、次要方面，捉住主要矛盾，采取一定措施，予以糾正，使机体得到新的平衡，以利于手术的順利进行，如：

（1）对脱水、电解质及酸碱平衡失調的患者，应根据其全身状态和化驗結果做相应的糾正，以改善机体状态（詳見水和电解质平衡）。

（2）对失血、貧血或血浆蛋白过低的患者，应适当給予輸血、右旋醣酐等。

（3）腹部手术或全麻、椎管內麻醉的患者，手术前日晚应行肥皂水灌腸，直腸麻醉或肛門直腸、結腸手术——应行清洁灌腸。

（4）对幽門梗阻的患者，术前应反复用注射器或胃腸減压器抽出胃內容物或洗胃。

胃腸減压术 是腹部外科一項常用的治疗措施。常用于胃腸道疾患的术前准备，术后处理，以防止腹脹和其他并发症

的发生，同时也常用于某些急腹症，如肠梗阻、胃溃疡穿孔的治疗。

胃肠吸引装置　在农村简易条件下，可利用三个大玻璃瓶作一吸引装置（图1）。

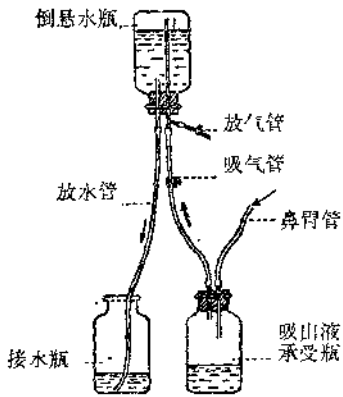


图1　胃肠吸引装置

說明：

①将倒悬水瓶用绳网吊于高处或支架上高出于床面70厘米，接水瓶及吸出液承受瓶置于地面，三个水瓶以胶管连接（見图1）。

②原理及方法：倒悬水瓶之水經放水管流入接水瓶。倒悬水瓶上部乃形成負压，此負压經吸气管传至吸出液承受瓶，将該瓶内之空气吸出而使其中变成負压，故而发生吸引作用，将胃肠中之液、气体吸入該瓶内。

当倒悬水瓶内的水将流尽时，閉住吸气管夹，放开放气管夹，将接水瓶提至高于倒悬水瓶，使接水瓶内的水流回倒悬水瓶内，然后閉住放气管夹，复置接水瓶于地面，放开吸气管夹，继續吸引。

勿使瓶塞、各接口及玻璃管穿过瓶塞处漏气。

（5）对結腸手术的患者，术前3—5天应投予抗菌素（如：每天給予两次鏈霉素，每次0.5克）或磺胺胍，每日三次，每次1.0克。

（6）对肝胆疾患的患者，为予防因凝血酶元时間延长而引起术后出血，术前应給予維生素K 10毫克。

（7）备皮：

①术前有条件者应洗澡或局部擦洗。

②手术野剃毛：一般小手术在切口周围10厘米范围剃毛，胸部手术剃去腋毛，腹部及大腿以上部位的手术应剃去阴毛。

③骨科手术备皮应在手术前1—2天开始，手术日晨仍重新用肥皂水、酒精洗擦一次，然后用双层无菌手术巾包裹。

（8）术前，为使患者有充分地睡眠，可适当給予安眠药或鎮靜剂（如：魯米那0.1克或氯丙嗪25毫克，口服）。

（9）患者去手术室前，应排尿，对妇科患者，手术前应留置导尿管。

（10）麻醉前用药，一般应在患者到手术室前半小时注射之（詳見麻醉前用药）。

（11）术前，如发現患者有呼吸道感染，皮肤及軟組織炎症，則应停止手术。

（12）一般全麻，腰麻或腹部手术的病人，应自手术前夜十二时起停止进食，手术前四小时停止飲水。

二、手术后处理和护理

伟大領袖毛主席教导說："**我们需要的是热烈而鎮定的情绪，紧张而有秩序的工作。**"

外科手术是治疗外科疾病的重要措施之一。然而，手术能否成功，除有賴于手术适应証的正确选择，医疗技术"**精益求精**"和完善的术前准备外，还必須有仔細的术后处理和护理。我們要遵照毛主席的伟大教导，对术后的处理和护理要"**极端的负责任**"，对患者要"**极端的热忱**"，做好术后处理和护理工作，使患者早日痊愈，重返生产崗位，为社会主义建設服务。那种只認为手术即可解决問題，而忽視对术后患者

的观察和处理是非常錯誤的，因为它可以导致一些不良后果和术后并发症的发生，甚至危及生命，故应予以重視。

由于手术損伤，麻醉和疼痛等，必然引起整个机体不同程度的反应：

1. 发热：由于組織的損伤，蛋白的分解和吸收，可引起輕度发热（37—38°C），临床上亦称吸收热，一般在术后一周左右即可逐漸恢复，如术后出現高热，則应立即查找原因（見术后并发症）。

2. 体位：全麻术后在未清醒前，头轉向一側。醒后血压平稳，改为平臥位或半坐位。

3. 术后患者的脉搏、呼吸、血压，应根据病情定时測量：休克患者应5—10分钟測一次；大手术的患者——在3—4小时內，宜每15分钟測一次。病情稳定后改为1—3小时測一次，至平稳时为止。

4. 术后患者如出現气促、乏氧，应給予吸氧，并追其原因。

5. 胸腹部手术的患者，术后应取半坐位。在无靠背架的情况下，可用椅子倒置或用木板、飯桌等靠在墙或床头上代替靠背架。

6. 注意伤口有无滲血：如术后12—24小时仍有較多的滲血，应注意检查出血原因，并应給予止血剂（如肌肉注射仙鶴草素10毫克）；如出血不止，必要时应重新检查創口，是否有止血不彻底，結扎綫脫落等，并应做彻底止血。

7. 术后引流管理

（1）胶皮膜引流，一般可在术后24—48小时拔出。

（2）烟卷引流应根据引流物量决定拔出的时間，一般可在术后48小时左右拔出；如引流物較多，应每天旋轉拔出2厘米，以防粘連。

（3）胃管或胃肠减压管，一般在排气后拔出。

（4）胆囊引流、胆总管引流，留置导尿管、胸腔闭合引流时间，应依病情具体情况决定，但要保持通畅。留置导尿管或胆道“T”型管，应每周冲洗1—2次。

8. 术后刀口疼痛：应酌情投予止痛、镇静剂。

9. 术后营养：

（1）一般手术后，俟麻醉反应消失后即可进食。

（2）胃肠道术后一般禁食三天，此间成人，应每日补液3,000毫升（5—10%葡萄糖2,000毫升，0.9%等渗盐水或复方氯化钠1,000毫升），维生素乙10—50毫克，维生素丙200—500毫克；第4天可进全流食；第7天改为半流食；十天后可进饮食。

10. 术后早期活动　术后早期活动，对促进机体正常生理机能的恢复和予防术后并发症具有重要意义。如腹部手术的患者，术后可在床上作深呼吸运动，协助患者排痰、翻身，以防发生术后肺积性肺炎和褥疮。亦可在床上做肢体运动，循序由卧位、半坐位、坐位到立位。术后3—5天即可离床活动。

11. 拆线时间　一般术后七天拆线。头，面，颈部手术，术后5天即可拆线；四肢、胸、背部或张力较大的皮肤缝合处（如乳腺根治术），术后8—10天拆线或做间隔拆线。拆线后，如皮肤张力较大，可用蝶形胶布固定，以防刀口裂开。

三、手术后并发症及其处理

1. 切口并发症　如血肿、缝线周围炎、感染、化脓等，常因手术时无菌操作不严所致。

临床表现　发烧、刀口痛。

预防和治疗

（1）严格遵守无菌观念。

（2）給予抗菌素。

（3）如已化脓，应做部分或全部拆縫，引流。

2. 手术后休克　由于手术时及手术后机体失水及出血，易引起手术后休克。为預防手术后休克的发生，在手术中或术后应根据患者的病情和手术性质予以补充足够的液体或輸血。如发生休克时，应积极进行搶救，补液、輸血、注入正腎素等升压葯并应查明原因，进行处理。（詳見內科部分休克）。

3. 术后肺不张　多因手术或麻醉所造成的呼吸抑制以及枝气管痙攣或分泌物增多，导致枝气管阻塞所致。

預防和治疗　术后矚患者作深呼吸，咳嗽排痰或吹瓶运动。如有肺內感染，則应用抗菌素。

4. 术后腹胀、腸麻痺　系由手术直接刺激或反射地引起胃腸抑制所致，多发生在腹部或盆腔手术。一般情况下，术后腸蠕动減弱，腸內积气，术后 12—24 小时即开始出現腸蠕动，且逐漸可听到腸鳴或排气。

如手术时間过长或有腹膜炎者，可引起术后腸麻痺，以致麻痺性腸梗阻。

預防和治疗　一般情况下不須处理，待自然恢复。如患者有明显腹胀、腹痛，可行肛管排气，針刺：大腸俞、次髎；或內关、足三里；持續胃腸減压；热敷；新斯的明 1 毫克。

5. 术后尿潴留　多发生在会阴或盆腔手术后，以及脊髓麻醉的患者。

原　因

（1）脊髓麻醉后排尿反射障碍；

（2）会阴、腹部手术所引起的膀胱括約肌痙攣；

（3）骨盆神經損伤。

預防和治疗

（1）术前練习臥式排尿；
（2）膀胱区热敷；
（3）針刺：中极、关元、足三里、三阴交；
（4）导尿。

第三节　水、电解质及酸碱平衡失调及其治疗

伟大領袖毛主席教导說："**新陈代谢是宇宙间普遍的永远不可抵抗的规律。依事物本身的性质和条件，经过不同的飞跃形式，一事物转化为他事物，就是新陈代谢的过程。**"机体与周围环境之間所进行的物质交換和能量交換，以及机体内部的物质轉变和能量轉移，在正常条件下是平衡的。但是"**世界上沒有绝对地平衡**"例如机体攝入的物质不足，或机体丢失水分和电解质过多，即平衡被矛盾的斗爭所打破了，就会发生水、电解质及酸碱平衡的失調，从而机体产生一系列病理生理变化，如：脫水、缺盐，酸，碱中毒、低鉀血症等，如不及时治疗，可导致严重后果，甚至危及生命。关于水、电解质平衡有关理論方面的問題已在人体生理学中闡述，故从略。現将临床上常見的有关水、电解质平衡和失調以及治疗問題做如下介紹：

一、水和电解质平衡

1.水的平衡　机体和外界之間水和电解质的交換是頻繁的，正常人体中的水分約占体重的70%，經常周轉在血管、組織間隙和細胞之間。正常情况下，每日攝入的水量与排出的水量是均衡的，入水量少于出水量，可发生脫水，反之可发生水肿。正常成人每日出入水量約为2,600毫升（表1）：

2.电解质的平衡　正常成人每日氯和鈉的攝入量为6—

表 1　正常成人24小时之出入水量

入水量（毫升）		出水量（毫升）	
饮水量	1,300	皮肤呼吸之无形耗损	900
食物水量	1,000	尿	1,500
代谢水量	300	大便	200
总计	2,600		2,600

10克，鉀的摄入量为 2—5 克。

正常成人每日从胃腸道各消化腺中所分泌的液体約 8,200 毫升（表 2）

表 2　正常成人各消化腺的分泌量（毫升）

唾液	1,500	
胃液	2,500	计 8,200
胆液	500	
胰液	700	
腸液	3,000	

其中所含的水分和电解质（表 3），在完成消化食物的任务后，大部分在回腸及近端結腸中吸收。仅有 100—200 毫升的水由大便排出。

表 3　各消化液所含电解質的浓度（毫当量/升）

消化液	Na^+	K^+	Cl^-	HCO_3^-
胃液	60(30—90)	4.3—12	52—124	0
胆液	134—156	3.9—6.3	83—110	38
胰液	113—153	2.6—7.4	54—95	110
小腸液	72—120	3.5—6.8	69—127	30

正常成人每日經腎脏除排出1,500毫升尿液外，同时还能排出代謝产物和过剩的电解质約40—50克（氯化鈉——4.5克、鉀——3.5克）。如腎脏功能障碍时，代謝产物不能排出体外，血中非蛋白氮即升高；尿少——尿比重升高（>1.020）。

3.血中常見之电解质正常值

鉀……4.0—5.6 毫当量/升

鈉……137—147 毫当量/升

氯……98—106 毫当量/升

鈣……4.5—5.5 毫当量/升

非蛋白氮……25—35 毫克%

二氧化碳結合力……45—75 容积%

二、水、电解质、酸碱平衡失调及其治疗

伟大領袖毛主席教导說：**“看问題要从各方面去看，不能只从单方面看。”**

体內水分及电解质（如鈉、鉀、氯）的浓度是互相影响的，其中任何一分子的变化皆会影响其他分子，同时也必然会影响酸碱平衡的調节。因此，临床上常見的水、电解质和酸碱平衡失調，通常是混合型的，且不可放松警惕。为便于理解，分别做如下介紹：

1.脱　水

原　因

（1）消化道梗阻（如食管癌、幽門梗阻、腸梗阻）。

（2）腸瘘、胆囊造瘘、腹泻。

（3）泛发性腹膜炎、开放性損伤。

（4）腹部手术前后之胃腸減压。

（5）广泛面积之灼伤、高热等。

临床表現

（1）咽干口渴，皮肤、粘膜干燥。

（2）舌苔厚，眼窝陷入，小儿囟门陷入。

（3）尿少，尿比重增高。

（4）重者——无尿、譫妄、脉快而細。血压下降、体温升高、血中非蛋白氮增高、低鉀、二氧化碳結合力降低，故有明显脱水者，临床上常合并有酸中毒、低鉀血症。

治疗　为正确地确定治疗方針，必須設法了解水、电解质或酸鹼平衡失調的原因，24小时出入水量，临床表現，化驗检查材料等。根据患者的不同情况，給予不同的治疗：

（1）补液：脱水的患者，实际上亦有不同程度的缺盐，故通常补以0.9%等滲盐水和5—10%葡萄糖（补液量应根据脱水程度决定）。

（2）重度脱水的患者通常合并电解质、酸鹼平衡失調，必須予以糾正（詳見电解质、酸鹼平衡失調的治疗）。

2.酸中毒（临床上以代謝性酸中毒为常見）

原　因

（1）飢餓（血中酮体增加）；

（2）腎功衰竭或尿毒症（血中磷酸或硫酸滯留）；

（3）腹泻、腸瘻、胆瘻（阳离子丢失过多，血中氯离子过剩）；

（4）缺氧（血中有机酸增加）；

（5）用大量的酸性葯，如氯化銨（血中氯离子过剩）。

临床表現

（1）恶心、呕吐；

（2）呼吸深而快，呼气有酮酮味；

（3）脉快、弱，血压下降；

（4）尿少，呈酸性，比重高；

（5）二氧化碳結合力低；

（6）常伴有脱水、低鉀血症。

治　疗

（1）查找病因，积极治疗。

（2）补液：0.9%等滲盐水，复方氯化鈉，5--10%葡萄糖。

（3）二氧化碳結合力低于30—35容积%时，可給以碳酸氢鈉（口服：2—4克，每4小时一次；或靜脉滴入2—4%碳酸氢鈉200--500毫升）；或补給1/6克分子乳酸鈉200--500毫升或11.2%乳酸鈉80--100毫升。

※①应用上述碱性葯时，应注意患者的临床症状变化，尿的酸碱性及血中二氧化碳結合力的改变，以防发生碱中毒。

②每100毫升1/6克分子乳酸鈉或2%碳酸氢鈉溶液，可提高二氧化碳結合力1容积%。

3. 碱中毒（以代謝性碱中毒为例）

原　因

（1）大量呕吐或胃腸減压（胃液中失去大量的氯离子、血中氯离子降低）；

（2）长期服用碱性葯（血中碱基增加）。

临床表現

（1）呼吸慢而淺，脉快；

（2）尿少，呈碱性；

（3）二氧化碳結合力增高，通常合并血鉀降低；

（4）晚期——血压下降，手足搐搦，面神經应激性增加（輕叩面神經干时，发生抽搐），昏迷。

治　疗

（1）診治原发性疾患；

（2）补液：5—10%葡萄糖，0.9%等渗盐水，复方氯化钠。

（3）重者或发生抽搐者，給以0.9%氯化铵200—500毫升（或口服10%氯化铵10毫升，每日三次）。

（4）經上述处置不見好轉者，可能有低鉀，故应予以診治。

4. 低钾血症 正常成人每日經腎脏排出鉀約30毫当量，当鉀攝入不足或丢失过多时，則会引起低鉀血症，常見的原因有：

（1）呕吐、腹泻、腸瘘、脱水（鉀丢失过多）。

（2）长期飢餓（鉀的攝入不足）。

（3）长期用促腎上腺皮质激素、考地松或胰島素（鉀丢失过多）。

（4）蛋白质缺乏（体內蛋白分解——→鉀排出过多）。

（5）硷中毒（鈉离子入細胞后，鉀被代出）。

临床表現

（1）神志淡漠、譫妄、食欲減退。

（2）四肢軟弱无力、搐搦。

（3）腹胀。

（4）心律不齐。

（5）血鉀偏低。

（6）心电图：表現为T波变平；ST段降低；U波出現；T波倒置。

預防和治疗 为預防低鉀的发生，对上述易引起低鉀的原因应予以足够的重視，并給以补充鉀离子，如10%氯化鉀10毫升，每日三次，口服；或1.14%氯化鉀200毫升加入5%葡萄糖或0.9%等渗盐水500—1,000毫升中，靜脉緩慢滴入（注：

每500毫升滴入的溶液中，不得超过1.14%氯化鉀200毫升，每分钟滴速不超过90滴，以防发生血鉀增高，造成心跳驟停）。

临床上，脱水、缺盐合并酸中毒、低鉀血症較为常見，故在治疗上补液对維持和糾正水、电解质、酸碱平衡失調极为重要，以恢复細胞外液和血液的容积。补液后，尿量即可增加，进而浓縮的血液亦能得到稀释，从而提高血压，增加腎血流量。

如对不能进食，进水的急腹症或胃腸道疾患的患者，可按每日每公斤体重50毫升补給水份，对严重脱水的患者应增量；氯化鈉每日給6—9克。禁食三日以上的患者需每日补以氯化鉀2—3克；有酸中毒的患者，补以碱性药物（2%碳酸氢鈉200—500毫升，或1/6克分子乳酸鈉200—500毫升）。

有条件时可检查血中二氧化碳結合力和鉀、鈉、氯，并根据其变化进行矫正。

表4　常用液体所含电解質的浓度

溶液名称	电解质的浓度（毫当量/升）					
	Na^+	K^+	Ca^{++}	Cl^-	HCO_3^-	其他
0.9%等渗盐水	155			155		
复方氯化鈉	145	4	6	155		
2%碳酸氢鈉	238				238	
1/6克分子乳酸鈉	166					166(乳酸)
0.9%氯化銨				167		167(NH_4^+)
1.14%氯化鉀		153		153		

第四节　輸　　血

輸血是一种重要的搶救和治疗方法。在現代外科，特别

是在战伤或創伤搶救急重危的伤員时，具有极其重要的意义。輸血对患者机体的新陈代謝、网状內皮細胞、造血及再生机能皆有良好的作用。

一、輸血的作用

1.对由战伤、創伤、大手术或因某些疾患，如胃十二指腸潰瘍、門靜脉高压症等所致的大出血患者，輸入大量血液后，可恢复其血容量，并能携带足够的氧气，以供脑、心、腎等重要生命器官的需要。

2.对因潰瘍病、痔或一些出血性疾患所致的慢性貧血，輸血能恢复其血紅蛋白、紅血球，其止血作用主要是增加血小板，并对血管壁的收縮机能亦有良好的作用。

3.对感染、中毒、敗血症的患者，輸血可減低血液內毒素，并降低其毒性作用。

4.对慢性消耗、低蛋白血症等体弱的患者，术前或术中輸血能增加机体的抵抗力，刺激造血系統，增强組織的修复能力，改善手术后的愈合过程。

二、适应证

1.急性失血（外伤、手术、消化道大出血）。

2.休克（出血性、創伤性、中毒性）。

3.各种貧血及低蛋白血症。

4.严重感染、中毒、敗血症。

三、禁忌症

1.心力衰竭。

2.急性肺水肿。

3.恶性高血压。

4.急性腎炎。

对上述禁忌症，应根据患者的具体情况，必須輸血者，应

酌情輸以少量新鮮血。

四、輸血前的准备

1. 供血者的条件

18——50岁健康之成人。有貧血或血紅蛋白在 11 克以下，传染病（癌疾、梅毒、結核、肝炎等）均不应供血。采血前对供血者必須做好体格检查。

2. 鑒定血型（見內科部分常見化驗診断）

五、輸血途径（見內科部分診疗技术操作常規）

六、輸血注意事項（見內科部分診疗技术操作常規）

七、輸血反应（見內科部分診疗技术操作常規）

附：半直接輸血法　利用 4—5 付 50 毫升注射器，依次从献血者身上抽取血液，立即輸入受血者。用过的空注射器，必須用生理盐水和枸櫞酸鈉溶液沖洗，以防血液凝結，故需 2—3 人协調配合，快速操作。此法在沒有血庫又緊急快速輸血时用，小儿輸血量少，此法也适用。

第五节　麻　　醉

一、概述

1. 麻醉的概念　用任何方法使病人全身或局部暫时失去痛苦的感覚和反射，为手术創造良好的工作条件，使手术順利进行，并于手术后能安全的恢复原来的感覚、反射及其他的生理功能。

2. 施用麻醉的原則

（1）生命安全　麻醉的作用，是在輔助治疗，当然須以生命安全为第一原則，不易恢复，不易控制，易生意外的麻醉方法，不应采用。

（2）手术顺利　麻醉是輔助外科手术的，麻醉的方法必須适合手术的步驟。所以麻醉的方法有不同的类别和特殊的性质。

（3）止痛、舒适　維持病人无痛、舒适，自然减少病人衰竭、休克的危险，增加病人的合作，也是間接增强生命安全与手术順利的条件。

3. 基本麻醉方法的分类

（1）全身麻醉：麻醉葯的作用主要是抑制中枢神經系統，从而使病人失去神志，周身都不感覚疼痛者。根据麻醉葯进入体內的道路不同，分为：

①吸入麻醉　最常使用，是全麻中最主要的麻醉方法。

②靜脉麻醉。

③直腸注入麻醉。

（2）局部麻醉　麻醉葯的作用只使身体某一局部的痛覚消失。

①表面麻醉　利用穿透性能較强的局麻葯物（如可卡因等）使其透过粘膜，作用于粘膜下神經，使麻葯接触部位的粘膜麻醉。

②局部浸潤麻醉　沿手术部位，把麻葯注入各层組織，而产生麻醉。是局麻的最主要方法。

③阻滯麻醉　局麻葯物注射于神經干、神經丛、或神經节的部位，使該神經所支配的部位被麻醉。如神經阻滯、神經丛阻滯、神經节阻滯及区域阻滯。

④椎管內麻醉　局麻葯物注射于椎管內，使椎管內某一部分的神經根的传导功能阻滯，称为椎管內麻醉。因麻醉葯注入部位不同分为：

甲、蛛网膜下腔阻滯。乙、硬脊膜外腔阻滯。

4. 麻醉前检查

伟大領袖毛主席教导我們說：**“指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。”**

因此麻醉者在麻醉之前，必須对患者进行認眞地細致地检查。

（1）了解患者的思想情况，詢問患者对手术及麻醉有什么意見和要求。有无烟酒嗜好，既往作过何种麻醉，有什么反应。并向患者宣传毛泽东思想，打消顧虑，增强患者战胜疾病的信心。

（2）了解患者的一般情况，首先要了解患者的循环、呼吸代偿功能。凡重要脏器（心、肺、肝、腎等）功能障碍或高度消瘦、恶病质、高血压、休克、貧血、心力衰竭等患者难以忍受麻醉和手术侵袭，应在麻醉之前給予充分注意并給予适当处理。

（3）进行必要的体格检查

①測血压、脉搏、呼吸。

②查心肺功能。

③为了适应某种麻醉方法的特殊检查，如全麻有无牙齿松动，开口仰头是否受限；椎管麻醉检查腎区有无感染病灶等。

（4）根据上述各項检查确定麻醉設計及麻醉前用药。

二、麻醉前用药

伟大領袖毛主席教导我們：**“我们的责任，是向人民负责。”**

良好的麻醉前用药是安全、順利地进行麻醉的必要条件

之一。

1. 方法　乙醚及其他全身麻醉一般于麻醉前应投于镇静剂及颠茄类药物。如麻醉前45分钟注射吗啡或杜冷丁（哌啶）及阿托品或东莨菪碱等。腰麻、臂丛等神经阻滞麻醉多于麻醉前投予巴比妥类药物，高位腰麻及硬膜外麻醉可同时投予阿托品。局麻应投予巴比妥类及止痛药物。剂量参看下表：

表5　麻醉前用药剂量表

年　龄	体重（公斤）	巴比妥钠（克）	吗啡（毫克）	哌　啶（毫克）	东莨菪碱（毫克）	阿托品（毫克）	氯丙嗪（毫克）	硫喷妥钠（毫克）
新生儿	3	—	—	3—6	—	0.05	—	—
三个月	5	0.01	0.1	5—10	—	0.1	2.5—5	25—50
六个月	7	0.015	0.3	7—15	—	0.1	4—7	35—70
1　岁	9	0.02	0.5	9—20	0.1	0.15	5—9	60—110
2—3岁	12	0.03	1.0	12—25	0.1	0.2	6—12	180—240
4—5岁	16	0.04	1.3	16—25	0.15	0.2	8—16	15—30/公斤体重
6—7岁	20	0.05	1.5	20—30	0.2	0.3	10—20	〃
8—9岁	25	0.06	2.0	25—40	0.2	0.4	12—25	〃
10—11岁	29	0.07	3.0	30—45	0.3	0.4	15—30	500
12—13岁	36	0.08	4.0	35—50	0.4	0.5	18—36	〃
14　岁	41	0.09	5.0	40—50	0.4	0.5	20—40	〃
成　人	41以上	0.1—0.2	10—15	50—100	0.4—0.6	0.6—0.8	50	〃

2. 注意事项

（1）老年、小儿，糖尿病，酸中毒、毒血症，孕妇及体弱患者应酌情减少剂量。

（2）疼痛剧烈，体温升高或甲状腺功能亢进的患者可以增加吗啡或杜冷丁用量，颠茄类药物宜采用东莨菪碱。

（3）颅内压增高（脑挫伤、颅内肿瘤）、呼吸抑制、呼吸

道梗阻，产妇及二岁以下小儿禁用嗎啡。杜冷丁用量亦应减少。

（4）二尖瓣狭窄等心脏病患者不用阿托品，可用东莨菪硷。用冬眠药物的患者不能直立及驟变体位，以防直立性低血压。

三、局部麻醉

局部麻醉就是保持患者意識存在的情况下，仅仅阻滯机体一部分疼痛感覚的麻醉方法。

1. 局部浸润麻醉 局部浸潤麻醉是最安全、簡便的麻醉方法，应用最广，尤其是无麻醉师的手术組，必須手术者亲自施行麻醉，則这种麻醉最合理想，因为病人完全清醒，管理容易。局部浸潤麻醉，几乎沒有不能适应的病人。

麻醉开始前，必須检查身体，尤应注意血管和心脏。增强患者战胜疾病的信心，取得患者充分合作，給予适量鎮靜剂（如巴比妥类）。

麻醉是在手术时間同时施行，所以手术位置須事先摆好，同时更須特别照顧病人的舒适。麻醉区自然也是手术区，在切口以前，一切准备妥当后（包括皮肤消毒），才可开始麻醉。每次注射，必須取得病人諒解。注射用針，須长而細。皮內用$^1/_2$吋的25号針，皮下用$1^1/_2$吋或$2^1/_2$吋的22号針。注射液多半用0.25—1.0%奴佛卡因。注射时，須时时抽吸，以免注入血管中。

注射方法分皮內及皮下两种。皮內注射可用小針刺入皮內，做成接連的皮泡，也可用較长的針在皮內向切口方向随注射随刺入（如图2）皮下注射必須有一定系統步驟，不然麻醉剂浪費，而且麻醉亦不易完全。一般先淺后深，然后将周圍四个方向均依次注射（图3）。皮內注射即时发生完全麻醉，

图 2　长針皮內注射法

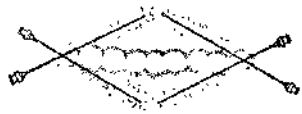


图 3　四方向注射

图 4　注射时繞过病灶

图 5　手指环状皮下阻滞

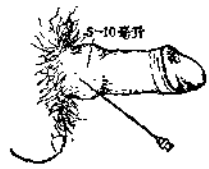


图 6　阴茎环状皮下阻滞

图 7　头皮浸潤法

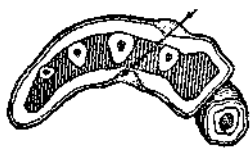


图 8　由手背注射手掌

图 9　伤口周皮浸潤

皮下注射約 5 分钟以后始发生麻醉。若注射区有病变(如瘤、脓肿等)，則需繞过病变注射，病变各周均須注射(图4)。手指、阴茎等細长器官，可在根部皮下注射，10 分钟后，自然产生麻醉(图5、6)。头皮之注射，亦与他处不同，因头皮太硬，不易做成皮泡，所以只用皮下注射。做法先用 $1^1/_2$ 吋針垂直刺至头骨，然后注射，随注随拔，使头皮凸起，然后再向外扩展(图 7)。手心、足掌，亦不适皮內注射，可自背面做皮下注射(图 8)，10 分钟后，可以切开。手术中如遇肌膜痛、骨膜痛、腹膜痛等，可

随时将奴佛卡因注射于膜下。縫合时，如皮肤感覚已經恢复，可用眞皮浸潤（图9）。

2. 区域阻滞麻醉：

（1）适应症　多用于較大的癰肿或小痈的切开引流。

（2）麻醉方法

①麻醉剂用1—2%普魯卡因。

②用碘酊及酒精在病变周围由外向内进行消毒，注意勿将脓液污染穿刺部位。

③将麻醉剂注入病变四周的組織内。

（3）注意事項　勿将麻醉剂注入感染灶内。其他同局部浸潤麻醉。

3. 指（趾）神经阻滞麻醉

（1）适应症　用手指（趾）部急性化脓性感染，如甲沟炎、燎疽的切开，拔甲术及指（趾）的外伤縫合术。

（2）麻醉方法

①麻醉剂用2%普魯卡因。

②穿刺部位局部消毒。

③先于指（趾）根部两側稍靠背側，作皮内小泡，再将穿刺針垂直刺入，抵指（趾）骨后稍退出。注入麻醉剂每側約2—4毫升，2分钟后远端即产生麻醉效果。

（3）注意事項　麻醉剂中不加腎上腺素。其他同局部浸潤麻醉。

4. 臂神经丛阻滞麻醉　应用于上肢手术，麻醉維持2—3小时，麻醉前必須給予巴比妥类制剂。常用的有三种方法：

（1）鎖骨上径路　患者采取仰臥位，头轉向对側，患側肩部垫一薄枕，穿刺点采取鎖骨中点1.0—1.5厘米处，紧靠鎖骨下动脉外側刺入，方向是向内后及下方，得触及第一肋

骨，可沿上下方向寻找神經所在，获得上肢异感后即可注入药液。

（2）腋窝径路　仰臥位，后背可垫一枕头，患肢外展90°，前臂亦呈90°屈曲，在腋窝頂部先摸到动脉搏动，后以左手固定腋动脉，右手持24号穿刺針，沿腋动脉搏动上方刺入，在有穿过筋膜感觉及异感后，回抽无血液即可将药液分别注入动脉下方，拔針后局部压5—10分钟。

（3）肌間沟径路　患者仰臥，头略轉向对側，头微离床即可摸到斜角肌間隙，重按时可获得异感向前臂传导。穿刺时先摸到肩胛舌骨肌于其上可找到前斜角肌与中斜角肌之間隙，針由此刺入获异感后即可注药。

麻醉剂之配制

（1）2%賽路卡因20毫升＋1%地卡因3—4毫升＋等滲盐水30—35毫升＋0.1%肾上腺素0.2—0.25毫升。

（2）1%奴佛卡因40毫升＋0.1%肾上腺素0.2—0.25毫升。

注意事項：

穿刺針刺破血管时可有血回流，这时将針拔出，压迫数分钟后再作穿刺。鎖骨上法及肌間沟法可有霍內氏症候群及膈神經暫时麻痹之可能。此外还可能穿破胸膜发生气胸，穿破肺脏发生张力性气胸及咯血，甚至影响患者生命。故穿刺后遇患者嗆咳，即应小心观察呼吸情况，必要时作胸穿或閉合引流。

5. 局麻药物中毒反应之預防及处理　局部麻醉药引起的特异反应临床上极为少見。常遇到的多为中毒反应，即指单位时間內血液中局麻药的浓度超过机体耐力而引起各种程度的中毒症状，多表現为中枢神經及循环系統之改变。

（1）輕度中毒症状　多表現为兴奋，多語、不安或昏沉、嗜睡等。另外常有脉快、脉压变小、呼吸加快、恶心、呕吐、顏面部肌肉震顫之表現。

（2）重度中毒症状　多为全身惊厥、顏面青紫，呼吸困难，血压脉搏剧增，后則可因呼吸、循环衰竭而死亡。

（3）处理时，必須迅速及时，首先应立即停止給葯，后則进行吸氧及肌注巴比妥类葯物，惊厥时可靜脉注2.5%硫噴妥鈉直至惊厥停止，随时准备人工呼吸器械及升压葯。

（4）为了預防中毒反应及减輕特异质，麻醉前应常規給以巴比妥类葯物内服或肌肉注射，另外应选择低浓度麻醉葯及分次注射，以达延长麻葯进入血液内之时間。普魯卡因一次用量以一·克为限。其毒性与浓度有关，故一般用最低的浓度。

（5）特异反应很少見，为了預防其发生，麻醉前应詢問病人有无葯物过敏反应的历史，必要时可做皮内过敏試驗，如有局麻葯物过敏的历史或过敏試驗为阳性，应改用其他麻醉剂及麻醉方法。（病人前臂皮内注射灭菌生理盐水 0.1 毫升为对照，将所試驗的麻醉剂用生理盐水稀释成 1 %溶液，在对照注射处以上約 10 厘米处皮内注射 0.1 毫升，注射后10—20分钟内检查，如果在注射麻醉剂处有紅色风团，或較对照处的风团大而明显，則为阳性。）

四、椎管内麻醉

将局部麻醉葯注入椎管内以阻滯脊髓神經，从而使相应范圍产生麻醉現象，称为椎管内麻醉。由于注入部位不同，可分为脊椎麻醉及硬脊膜外麻醉。

（一）脊椎麻醉（也称腰麻或蛛网膜下腔阻滯麻醉）。

1.优点及适应証

（1）設备簡单，操作容易，經济，可在农村广泛应用。

（2）可得到良好的肌肉松弛效果，适用于多数腹部及下肢手术。

（3）有呼吸道感染及肾功不全的患者也可应用，但前者应避免高位腰麻。

2. 缺点及禁忌症

（1）对循环扰乱較大，有显著循环代偿功能不全或高度动脉硬化的患者应禁用。

（2）貧血（血紅蛋白低于6克者），衰弱患者，12岁以下小儿，高龄患者应相对禁忌。

（3）休克，中枢神經疾患或穿刺部位有感染病灶者应絕对禁忌。

3. 操作方法

（1）麻醉前准备：

①消毒用品（棉棒或消毒盘）、无菌手套，腰穿針二支（最好用20及22号）、2及5毫升注射器各一支、无菌巾二块、麻药杯一个、注射針头二个及腰麻药等。

②检查穿刺針及針芯有无破損，針头斜面与針尾缺口方向是否一致，注射器与腰穿針連結是否严密。

③核对各种用药的浓度及剂量，并用局麻药冲洗穿刺針及注射器。

④将手术台調正到需要的位置。

（2）常用腰麻溶液的配制及剂量：

①奴佛卡因（普魯卡因）重比重溶液：一次剂量100—150毫克，最多不超过200毫克。配制方法：取奴佛卡因粉剂加5%葡萄糖、等滲盐水或患者脊腦液溶成5%重比重溶液。为延长麻醉作用时間及減少中毒，再加0.1%腎上腺素0.25毫

克。可維持麻醉 1—2 小时。

②潘妥卡因（地卡因）重比重溶液：一次剂量 5—10 毫克，最多不超过 15 毫克。配制方法：常用为 1—1—1 溶液，即 1%地卡因 1 毫升＋10%葡萄糖 1 毫升＋4% 麻黄素 1 毫升。

③0.5%紐波卡因 2 毫升＋10%葡萄糖 1 毫升＋4%麻黄素 0.5 毫升。

（3）患者体位：一般取側臥位，鞍状麻醉可取坐位。

（4）穿刺部位：穿刺前需用碘酒、酒精严密消毒皮肤，范围自肩胛下角至第二骶椎，两側至腋后綫，然后上方及臀部各盖一无菌巾，穿刺点常取第三、四腰椎間隙。該点位于两髂骨翼最高点連綫与脊椎相交处。

（5）腰椎穿刺术：腰椎穿刺应在絕对无菌条件下进行；先于穿刺点用0.5%—1.0%奴佛卡因 1 毫升＋麻黄素20—40毫克（可預防腰麻后血压下降）作皮內丘疹及皮下浸潤，然后进行穿刺。常用方法有：

①直入穿刺法：将腰穿針經棘突中点局麻皮丘处刺入，稍向头側傾斜，經棘上、棘間及黃韌带，一旦出現阻力消失，即表示穿过黃韌带，再推入少許，刺破硬脊膜，而入蛛网膜下腔，如将針芯拔出有脊腦液流出，即証明穿刺成功。

②側入穿刺法：在腰椎 3—4 或 4—5 間隙的中点左或右側 1.5 厘米处，經局麻皮丘，向中綫傾斜約与皮肤成75°角，对准棘間孔刺入，遇阻力增加即表示針头已触及黃韌带，刺破黃韌带及硬脊膜即可进入蛛网膜下腔。遇有老人棘上或棘間韌带鈣化或直入穿刺不成功者，可采用后法。穿刺成功后，可将配制好的葯液，按一定速度注入蛛网膜下腔，用手指扶住注射器芯，再将腰穿針連同注射器一起拔出，以防脊腦液回流。

4. 麻醉平面調节　麻醉平面系指脊椎麻醉的麻醉剂对脊

神經的阻滞范围。可在体表用針刺感覚来測定。麻醉剂注入直到麻醉作用充分发揮，有一定时間，称为腰麻的潜伏期。各种麻醉剂潜伏期长短不一，一般5—10分钟，故麻醉平面調节多需在5—10分以內完成。腰麻葯中加入血管收縮剂及用紐泼卡因，腰麻时潜伏期可长达10—30分钟之久，应予注意。

5. 影响麻醉平面的因素

（1）麻醉葯液的比重和注葯后患者的体位起主要作用。

（2）麻醉剂的剂量及容积、注射速度、穿刺針斜口方向对麻醉平面也有影响。

（3）患者体质、脊柱长度等也影响麻醉平面的高低。

6. 常用腰麻操作（参考表6）

表6　常用腰麻操作表

种类	手术部位	麻醉剂	剂量（毫克）	溶液配制	比重	注射时体位	需要麻醉平面	针口斜向及注药速度	注药后需要体位及保持时间
高平面麻醉（胸4）	上腹部及会阴肾手术	地卡因（1-1-1溶液）	10（10—12）	地卡因10毫克，溶于等渗盐水1毫升＋10%葡萄糖1毫升＋4%麻黄素1毫升共3毫升	重	侧臥	胸4	针口向头4—6秒	头低5度待平面达到后放平（約5分钟）
		5%奴佛卡因	150（150—200）	3毫升＋0.1%肾上腺素0.25—0.5毫克	重	侧臥	胸4	针口向头3—6秒	头低5度待平面达到后放平（約5分钟）
		奴佛卡因粉剂		脑脊液3毫升溶150毫克					
		0.5%纽泼卡因	10（8—10）	取2毫升＋10%葡萄糖1毫升＋4%麻黄素0.5毫升	重	侧臥	胸4	针口向头3—5秒	头低5度待平面达到后放平（約10分钟）
		纽泼卡因（1:1,500）	8（8—10）	取12—14毫升	轻	侧臥患侧向上	胸4	针口向头30—60秒	头高5度待平面达到后放平

种类	手术部位	麻醉剂	剂量（毫克）	溶液配制	比重	注射体位	需要麻醉平面	针尖方向及注药速度	注药后体位保持时间及需要
中平面麻醉（胸6以下）	下腹部（包括妇产科手术）	地卡因（1-1-1溶液）	8（8—10）	同前	重	侧	胸6或10	针口向头6秒	平卧
		5%奴佛卡因	150	同前	重	侧卧	胸6或10	针口向头5—10秒	头低5度平面达平后放（不到5分钟）
		0.5%细波卡因	8（6—8）	取1.6毫升＋10%葡萄糖0.8毫升＋4%麻黄素10—20毫克	重	侧卧	胸6或10	针口向头8—10秒	头低5度平面达胸6放平
低平面麻醉（胸10以下）	下肢手术（单侧肢体麻醉）	地卡因（1-1-1溶液）	6（6—8）	同前，取1.8毫升	重	患侧卧	患侧下肢	针口向下20—30秒	保持注药体位5—7分钟
		5%奴佛卡因＋奴佛卡因	100（80-100）	同前	重	患侧卧	患侧下肢	针口向下15—30秒	侧卧5分钟放平
		0.5%细波卡因	6（4—5）	取1.2毫升＋10%葡萄糖0.5毫升＋4%麻黄素10—20毫克	重	患侧卧	患侧下肢	针口向下5秒	保持5—10分钟后放平
	会阴及肛门手术（鞍状麻醉）	地卡因（1-1-1溶液）	5（5—6）	同前取1.5毫升	重	坐位	鞍区	针口向足60秒	坐30秒后仰卧头高5度
		5%奴佛卡因＋奴佛卡因	80（50-100）	同前取1.6毫升	重	坐位	鞍区	针口向足60秒	坐30秒后仰卧头高5度
		0.5%细波卡因	4（3—5）	取0.8毫升＋10%葡萄糖0.4毫升＋4%麻黄素10—20毫克	重	坐位	鞍状	针口向足30—60秒	保持3分钟仰卧头高5度

7.注意事项

（1）腰麻前后及注药半小时以内应紧密观察血压改变。

（2）有恶心、呕吐、血压下降时应适当加快输血，补液或注射血管加压药（最好静脉給药）或吸氧气。

（3）若周围交感神經系統抑制范围过广，甚至延及心脏神經从时（来自頸Ⅱ.Ⅲ.Ⅳ）使血压剧降，心动过緩，应立即靜脉注血管加压药及阿托品，适当給氧气吸入，如麻醉平面过高引起肋間肌及膈肌麻痹时，应进行人工呼吸。

（4）孕妇用药必須減量（药正常人 2/3—1/2），以防意外。

（5）术后注意有无头痛、恶心、呕吐、尿潴留等情况，注意肢体恢复情况。

（二）硬膜外麻醉

將局部麻醉药注入硬脊膜外腔引起脊椎神經暫时性的阻滞叫硬脊膜外麻醉。現多插入一塑料导管作連續性阻滞，故称連續硬脊膜外麻醉。又因插入部位不同，故可分为胸腰部、骶部硬膜外。

1. 优点：

（1）同腰麻。

（2）分段麻醉对循环扰乱較小。

（3）有良好的术后止痛作用。

2. 缺点：

（1）同腰麻。

（2）要求操作技术較高，一旦誤注药物入蛛网膜下腔，可引起致命危险，故麻醉者必需掌握复苏方法。

3. 操作方法：

（1）穿刺术　一般以 16—20 号穿刺針为宜。患者側臥位，姿势及穿刺术同腰麻。只是穿刺至黃韌帶时，可用空注射器注射空气，注射器芯便向外弹回，一旦穿过黃韌帶，阻力驟然消失，如无脑脊液流出，或有負压产生，即証明穿刺成功，此时再注入空气則很容易，插入导管时也无抵抗。

（2）穿刺部位　由于硬膜外腔存在疏松結締組織，可限制麻醉剂的扩散，为取得合适平面，必須选择合适的穿刺部位。一般上腹手术多取胸6—8間隙穿刺；中下腹手术多取胸8—10間隙穿刺；下肢手术取腰1—3間隙；盆腔内（包括会阴直腸切除）手术，用胸12—腰1加鞘管。导管法时穿刺点可适当低1—2椎間隙。导管送入最好在2—3厘米左右。

（3）麻醉溶液的配制：

①2.0%奴佛卡因25—35毫升加腎上腺素0.25—0.5毫克。

②1.0%—1.6%賽洛卡因20—25毫升＋腎上腺素0.25—0.5毫克或麻黃素20毫克。可維持1—2小时。

③0.25%—0.3%地卡因20—30毫升。可維持2—3小时。

（4）麻醉中注意事項：

①同腰麻中注意事項。

②硬膜外麻醉时若操作不慎，可使大量麻醉剂（約为腰麻用药5—10倍）誤入蛛网膜下腔，产生昏迷、血压驟降、心跳及呼吸停止等严重后果，因此麻醉前必須准备好急救用具。同时改小量药液分次注入，仔細观察血压、脉搏、麻醉平面及患者自覚症状，常可避免意外发生。一旦发生呼吸停止，如果血压正常，只需平臥位做人工呼吸，如血压也下降則可头低位，下肢抬高，同时輸血、輸液及用血管加压药，时間允許时，再作脊髓腔冲洗。

（5）常用局麻药药理及剂量（附表7）：

表7　常用局麻药药理及剂量表

名称	其他名称	稳定性	应用浓度及一次剂量				药理特点
			表面	局部浸润局部静脉骨髓内	神经阻滞硬膜外	腰麻	
可卡因	盐酸可卡因	易氧化变质，不能加热。	1—4% 150毫克	忌用	忌用	忌用	对粘膜穿透性强，使血管收缩，毒性最高，故只能用于表面麻醉。
奴佛卡因	普鲁卡因 本坐卡因	耐热可煮沸，暴露于空气中日久可变质。	6—10% 1—1.5克	0.25% 1.25克 0.5% 1.0克 1% 1克 (一次量)	2% 0.8克 1% 1.0克	5% 150—200毫克	注入体内迅速分解成对氨基苯甲酸及双乙基氨基乙醇，毒性为局麻剂中最小的药物，总剂量依浓度不同而有显著差别。
纽发卡因（尼卡因）	苏大卡因 配卡因 白的配卡因	耐热可煮沸灭菌，遇碱沉淀消失作用。	0.1—1% 20毫克	0.02% 40—50毫克	0.1% 10—50毫克	0.25—0.5% 5—10毫克	作用发生慢，维持时间最长，毒性虽大，但作用更强。
邦妥卡因	地卡因 盐酸丁卡因	更耐热可煮沸灭菌，遇碱沉淀消失作用。	1—2% 30—75毫克	0.01—0.05% 40毫克	硬膜外 0.3% 50—70毫克 神经阻滞 0.1—0.3% 50—75毫克	0.3—0.5% 3—12毫克	麻醉作用快，持续时间长，苏制邦妥卡因（地卡因）可使血管扩张，吸收迅速易引起中毒。 毒性较奴佛卡因大10倍，但作用也大10—20倍。
赛洛卡因	利多卡因	因最稳定遇热及酸碱不变质	1—4% 0.5克	0.25—0.5% 0.5克	1—2% 0.5克		在组织内扩散极快，作用最快，麻醉维持时间稍长。 0.5%以上浓度毒性稍大。

五、全身麻醉

全身麻醉是借某些方式产生对中枢神经的抑制作用，从

而使意識消失，而达到手术时无痛的目的，并能滿足手术时某些特殊的要求（如肌肉松弛……），而这种抑制是可逆和可控制的。

1. 适应症与禁忌症

（1）全身麻醉主要适应于精神紧张不合作的病人及小儿。

（2）手术或手术刺激性較大，手术时間較长的病人或重大脏器手术的病人，也以用全身麻醉較好。

（3）特殊体位可能引起病人不适或不能較长时間坚持，則以全麻較好。

（4）应用局麻、椎管内麻醉、神經阻滯麻醉等效果不好或失敗，以致影响手术的进行，可改用全身麻醉。

（5）有急性呼吸道感染的病人忌用。严重心脏机能代償不佳的病人，严重肝腎机能障碍的病人等，在选用全麻时应慎重考虑。

2. 吸入麻醉的分期（以乙醚为例）：目前采用的为四期四級分期法（图10）。

第一期（鎮痛期） 自意識清楚到意識完全消失止。

第二期（激动期或兴奋期） 自意識完全消失到有規律的呼吸出現为止。此期有譫气、嗆咳、喉痙攣、激动、呕吐等。血压也常增高。

第三期（外科麻醉期或手术期） 从有規律的呼吸开始到呼吸停止前止。此期又分四級：

第一級：呼吸規律而頻速，且幅度大。此期末，眼球活动消失，并逐漸固定外斜方。

第二級：呼吸开始变慢，在呼之后又重新出現間隙，眼球固定正中，腹肌开始松弛。

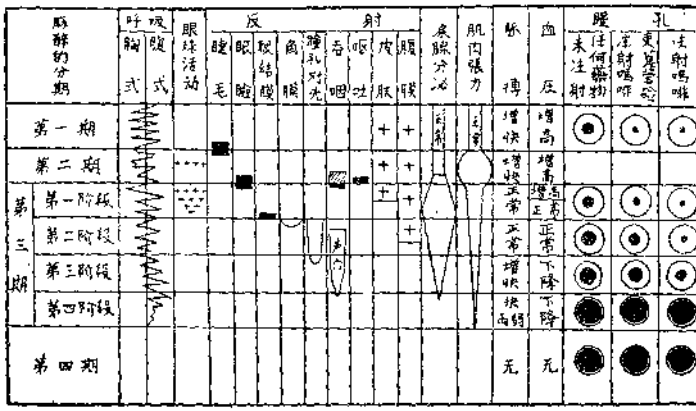


图 10　吸入麻醉的分期

第三級：胸式呼吸逐漸減弱，腹式呼吸增强，肌肉极度松弛，咽喉反射消失。

第四級：由深的腹式呼吸逐漸減弱至呼吸停止。

第四期（延髓麻痹期）　呼吸刚停，循环系統尚屬健康，如继續加深麻醉，心跳則可停止。如及时进行人工呼吸，減淺麻醉，則可恢复自动呼吸。

3. 全麻各期的应用

第一期：适用于表淺的切开引流、拔牙、配合局部麻醉做簡单的四肢手术等。

第二期：易生意外，最危险，不能利用。

第三期一級：用于不須肌肉弛緩的手术，如头部、頸部、胸部，以及耳鼻修补等手术。

第三期二級：应用最广，一般外科、妇科、眼科、口腔手术均能应用；能用 4—5 小时而无害。

第三期三級：应用于腹部探查及腹壁縫合之时，应用时

間不可过久。

第三期四級：比較危險，一般不使用。

第四期：必須立即停止麻醉，即刻搶救。

4. 麻醉后并发症及其預防和处理

（1）麻醉中嗆咳

原因及預防：

①乙醚吸入麻醉时避免浓度驟然增加。

②吸烟患者多有慢性支气管炎，乙醚吸入易发生咳嗽，应于术前 1—3 周内忌烟及增加嗎啡用量。

③濕肺患者（支气管扩张，肺脓肿等）痰量特多时，术前应施行"体位排痰"，使其分泌物尽量排出。麻醉时最好用快速誘导插管。

④对葯物本身的敏感，如注入少量硫噴妥鈉可引起嗆咳打噴嚏不止，应停止注入并給抗过敏葯。

处理：

①輕度咳嗽应減低麻醉剂浓度，可将口罩移除，囑患者深呼吸。

②咳嗽重时停止滴醚，使患者吸入高浓度的氧，減輕应激性，待嗆咳完全停止时再重新誘导。

③对反复出現的嗆咳而能吸气者，可利用其嗆咳后深吸气的机会加大乙醚浓度，很快加深麻醉消除嗆咳。

④如咳嗽不易解除时，可更換麻醉剂或給肌肉松弛葯。

（2）分泌物过多

原因及預防：

①麻醉前給葯时間不当或剂量不足是造成分泌物过多的主要原因，故一定按时，按剂量給顛茄类葯物。

②誘导必須平稳，否則可招致分泌物过多，尤以小儿为

重。

处理：

①有分泌物产生但不影响气体交换，待麻醉加深后再吸引清除。

②如分泌物过多造成呼吸道部分阻塞时，应立即将头放低，用吸痰管将分泌物吸出。

③如因阿托品用量不足或作用过时导致分泌物过多，应即以静脉内补注原剂量1/2—1/3。

（3）麻醉时呕吐

原因：

①由于麻醉剂兴奋呕吐中枢或刺激胃粘膜所引起。

②手术操作粗暴。

③缺氧。

④麻醉前饱食及肠梗阻患者。

⑤创伤或产妇精神紧张，创伤或幽門痉攣使胃內容不易排空者。

預防及处理：

①术前禁食，有消化道梗阻患者应先下胃管，尽量使胃內容排空。

②麻醉誘导要平稳，麻醉时有舌咽动作或恶心等表現，应給予純氧吸入，常可避免呕吐发生。

③麻醉前給予氯丙嗪常可防止术中及术后呕吐反射。

④一旦发生呕吐，必須立即头低位并偏向側方，以免阻塞声門，并及时吸出呕吐物，同时听其呼吸音，如有誤吸可疑者，应做气管插管或支气管鏡检查，彻底清除之，以保証呼吸道通暢。

（4）呃逆

原因：多由膈神經末梢受刺激引起，偶尔迷走神經受刺激也可以引起呃逆，上腹部及胸內手术时好发生。

处理：解除局部刺激或作奴佛卡因封閉。用 1%奴佛卡因 10 毫升＋氯丙嗪 25 毫克，靜脉注射效果較好。

（5）上呼吸道梗阻　麻醉过程中最易发生不同程度的呼吸道梗阻，招致严重的急性或慢性窒息的后果。发生呼吸道阻塞的各种因素及預防和处理为：

①器械梗阻　由于麻醉机活瓣故障或气管导管折曲以及气管导管內污物未处理干淨，均可引起呼吸道梗阻。故麻醉前应認眞检查及处理麻醉用具。

②舌后退引起之梗阻要注意提起下頜，使下門齿咬在上門齿之上或置一口咽导气管即可解除梗阻。

③分泌物、血块或异物可直接阻塞或进入呼吸道，要尽量头放低，清除分泌物、血块或异物，必要时減淺麻醉深度，使其自行咳出。

④由于肿物压迫呼吸道或頸部严重瘢痕攣縮时应先行清醒插管，必要时先作气管切开。

⑤喉痙攣　主要由于某些葯物使咽喉部应激性增高及淺麻醉下对咽部或远隔部位的迷走神經刺激引起，如刺激性麻醉剂或寒冷气体对咽喉部的直接刺激。对于其处理，尽量避免导致喉痙攣的原因。一般分为三度：

輕度　为最簡单的保护性反射。吸气时声带內收紧张，发出尖銳如鸡鳴的高亢声。一般不須特殊处理，或者給以純氧吸入。

中度　假声带也內收，呼气时发出粗糙的喉鳴，如牛鳴声，托起下頜吸氧，可迅速解除痙攣。

重度　咽喉部肌肉痙攣使呼吸道完全梗阻。应当加压給

氧，必要时可作喉头穿刺及气管切开，也可静脉注射琥珀胆碱。

（6）下呼吸道梗阻　可以是机械性的，也可以由于麻醉药刺激或器械刺激气管引起机能性下呼吸道梗阻即支气管痉挛。此时可出现呼吸阻力逐渐增加，呼吸困难以及不同程度的发绀等。处理上应除去原因，加压給氧气吸入，注射氨茶碱250毫克或阿托品。近来多采用1%异丙基肾上腺素呼吸道喷雾，或0.1%异丙基肾上腺素静脉注入。

（7）蹩气　为浅麻下患者大脑皮层控制其呼吸动作，多因麻醉引起患者不适所致。患者常因蹩气、缺氧，很快即可恢复呼吸。

（8）呼吸停止　为患者失去呼吸动作而引起之呼吸停止。

原因：

①麻醉剂过量。

②鸦啡用量过大。

③浅麻下刺激喉头等。

④长时间过度膨胀肺脏及二氧化碳排除过多。

⑤循环骤停时呼吸停止。

处理：首先口对口人工呼吸，有麻醉机时可行加压給氧。循环骤停者应行心脏按摩。

第六节　手术基本技术

一、常用手术器械

外科手术器械种类繁多，不同的专业，虽各有其特殊的器械，但任何手术亦均有其共同的不可缺少的基本工具，包括

切开、止血、縫合、牽引、牽开等类器械以及冲洗、注射和布类敷料等物品，分别介紹其名称及用途如下：

1. 切开

刀　依不同的用途有不同的大小和形状的刀片，还可使用刀柄作为鈍剝离的器械。

剪子　常用者有直刃与弯刃两种，后者便于作剝离用，故又名剝离剪子。

鑷子　有有齿和无齿之分，用以夾持組織。体内脏器以及血管、神經或其他纖細脆弱組織須选用无齿者，一般較坚韧的組織如皮肤、筋膜等須用有齿鑷子才不易滑脫。

2. 止血

止血鉗　有直弯两种类型，均用于夾破裂的血管，以便于用縫綫結扎。直止血鉗用于較淺表的止血，弯止血鉗用于深在創口的止血。小型的止血鉗名为蚊式止血鉗，亦有直弯两种。

3. 縫合

針　用以縫合組織，依形状分有直弯之不同，依刃之有无，又有三角針与圓針之分，穿綫部（針尾），有圓口和卡口两种。直針多在縫合淺层組織时采用，弯針則用于縫合深部組織。縫合皮肤用三角針，縫合內部組織器官則須用圓針。

持針器　用以夾針便于縫合，其形状与直止血鉗相似，要注意識别。

縫綫　用作縫合和結扎止血，縫綫种类很多，但以絲綫和腸綫为最常用。絲綫一般須有細、中、粗三种以滿足不同的需要。腸綫有普通腸綫（白腸綫）和鉻制腸綫两类，因粗細不同又有各种号别。鉻制腸綫較普通腸綫吸收慢且张力强度亦較大，多用以縫合腹膜、筋膜等組織，普通腸綫縫合腸管、膀胱

等脏器。

4. 牵引、牵开

組織鉗　其尖端有如一排鼠牙之多数小齿，作夹持牵引組織之用。

牵开器　因不同的需要种类很多，其用途为牵开伤口，帮助显露組織、器官。其短而寬者称为闌尾牵开器，窄而較长者称为甲状腺牵开器，寬而长大者称为深腹牵开器。此外尚有耙形牵开器，自制牵开器等多种。

二、器械的清洗和保管

器械用毕，先用清水洗去血迹、污物、(有传染性的手术如破伤风、气性坏疽等所用器械应先用 2% 的来苏浸泡 2 小时，然后清洗)，擦干，再用蘸有凡士林或液状石蜡的紗布擦拭，以防氧化生銹。在有軸的部分可加少許滑潤剂，然后分門别类保管备用。

三、手术基本操作技术

手术不論大小，部位和性质，基本技术不外切开、止血、剝离、縫合。

1. 切开　在切开中最重要的就是如何选择切口，选择切口的原則要依照所要求显露的組織器官的局部解剖特点，以及切口愈合后所形成的瘢痕方向对于局部运动的影响等因素来决定。为了手术能順利进行，手术显露的完善与否，自屬极为重要的問題，手术径路应計划在距手术的組織或器官最接近的部位，切口应有足够的长度，切口太小，显露不良，不但影响手术的安全性，且因过度用力牵拉，会增加局部組織的創伤，妨碍愈合，并增加感染的可能性。当然作不必要的大切口也不正确。此外，切口的設計必須避免大血管、神經、肌肉的損伤。关节附近的切口方向要和关节面平行，禁忌垂直，如果

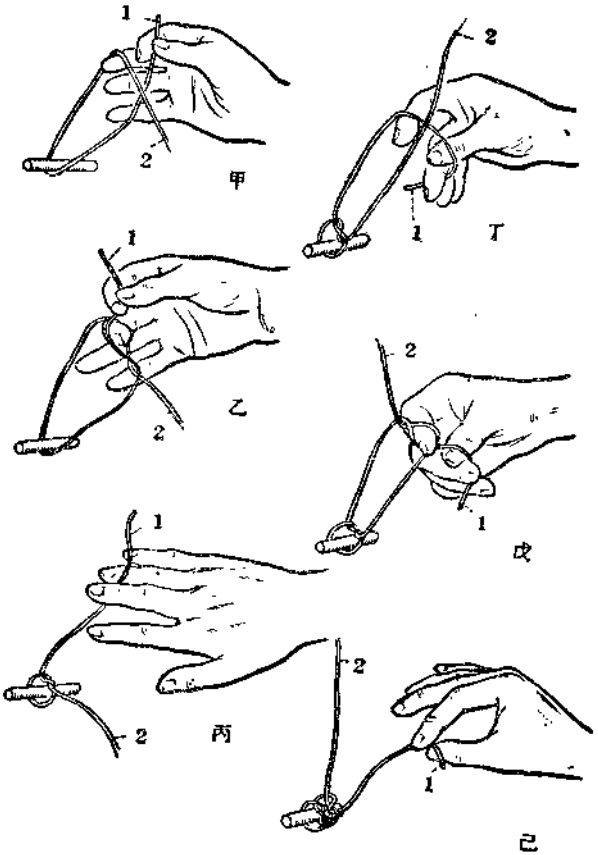
这样影响显露，可采用弧形或弯曲的切口，以緩冲瘢痕攣縮的力量，而不致于限制关节的运动范围；但在关节的侧面正中綫上則可作垂直切口。颜面部的切口要注意符合皮肤的自然紋理，这样所留的瘢痕的痕迹較不明显。切开所用的刀要銳利，下刀須与皮面垂直，不可偏斜，要逐层切开，逐漸深入，两端要注意切透，以便能充分利用切口长度。

2. 止血　完善的止血是預防术后并发症的重要工作之一，术后继发出血不但增加了感染机会，严重的内出血如未能早期診断、及时处理，甚至可危及生命。止血的方法不外鉗夾、結扎、縫合結扎、填塞或应用止血剂等。先用止血鉗夾住，再用縫綫結扎是最常用的方法；当处理較大的断裂血管断端时，必須做縫合結扎，以免縫綫滑脫；填塞止血只用于不行縫合的开放創口，一定要把填塞物（如紗布、凡士林紗布等）数目記录在病历上，以免遺落伤口內形成异物，使伤口无法愈合，且造成診断上之混乱；較广泛的滲血面可用溫热生理盐水或浸有腎上腺素稀释液的紗布压迫止血；淀粉海綿或其它商品止血剂仅偶尔采用。凡术后有續发出血之虑者，可放入引流物（如橡皮条，香烟状引流等），并注意在术毕包扎敷料时施加压力。

3. 剝离　有鈍剝离和銳剝离两种方法。前者适用于組織分层清晰而少粘連的情况下，以及大血管神經或重要脏器之附近。可用手指或裹繞一层紗布的手指进行操作，还可用刀柄、弯剪、止血鉗，以及特殊設計的剝离器和纏繞堅实的小紗布卷等物。銳剝离法則适用于組織粘連紧密时，或在切除恶性肿瘤时应用，以免因鈍剝离之压挤而促成人为轉移。一般手术时多二法兼用，有时可在局部注入生理盐水或局部麻醉剂，以使組織間的自然分层更为清晰，而有助于剝离操作的进

行。

4. 縫合　要求縫合整齐，接合严密而无张力，以利于断裂組織的愈合。所用縫綫应选择恰能胜过縫合組織张力的最細縫綫，以减少异物反应。縫合时应逐层对齐，封閉死腔。



1. 短头；2. 长头。

图 11　单手打結法

一般組織的縫合，主要有单縫法与連縫法二种：（图14、15）

（1）单縫法　一般单縫法、褥垫縫法及8字縫法。

（2）連縫法　一般連縫法及毯边縫法。

胃腸道的縫合有两个重要原則：一是浆膜面对浆膜面，一是粘膜向腔內翻并防止其夹在对合的浆膜中間。縫合法有

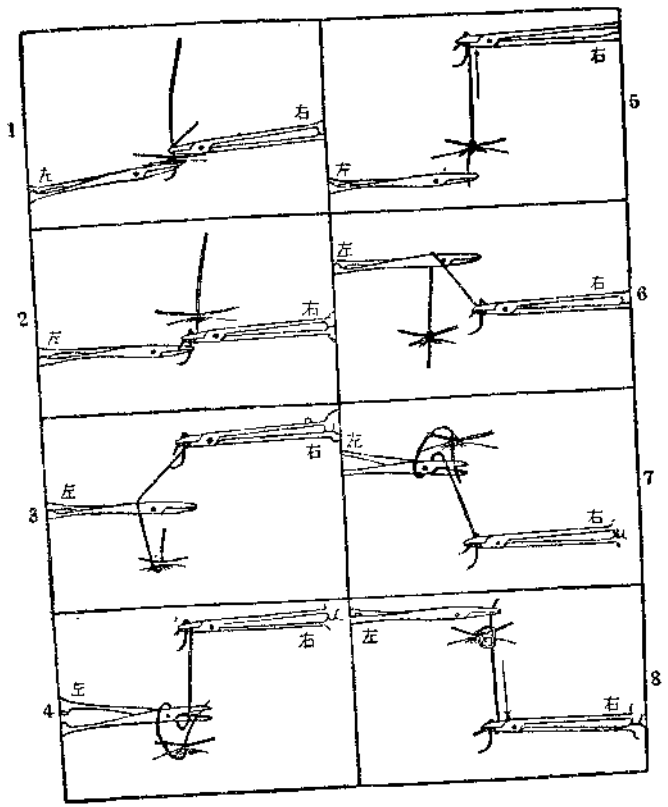
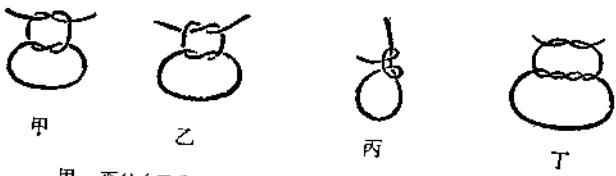


图 12　止血鉗打結法

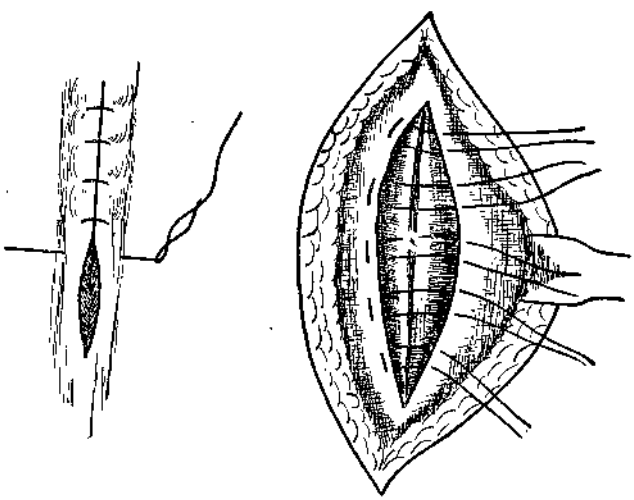
浆肌层单縫法、浆肌层双縫法，浆肌层連縫法、袋口縫法、全层内翻法等(图 16)。

縫綫打結——般有单手打結，双手打結和用止血鉗打結三种方法(图11、12)。不論用何种方法，所打的結必須是平結，以免松脫（图13)。

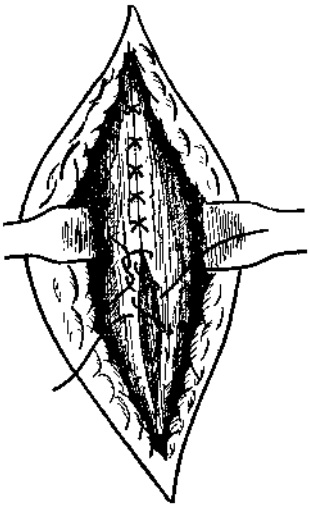


甲、平结(正确外科结)；乙、十字结(不正确外科结)；
丙、平结但结扣时线头方向不对；丁、双外科结。

图 13　外科結扣

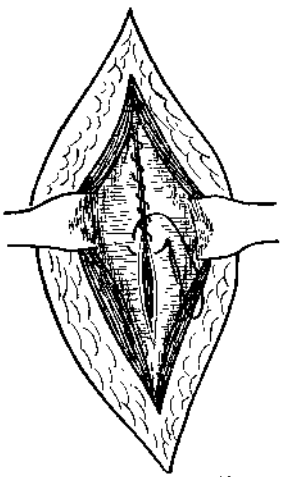


（1）一般单紉法　　（2）褥垫縫法

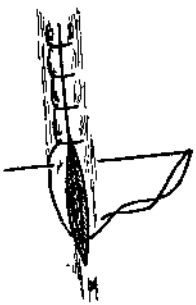


（3）8字縫法

图 14　单縫法



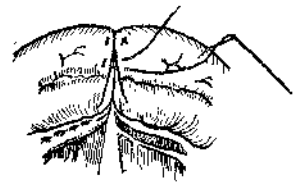
（1）一般连縫法



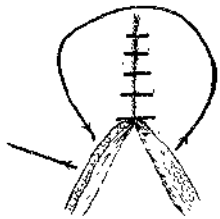
（2）毯边縫法

图 15　連縫法

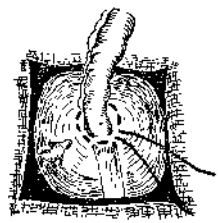
（1）浆肌层单縫法



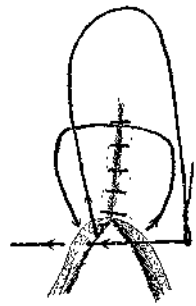
（2）浆肌层双縫法



（3）浆肌层连縫法



（4）袋口縫法



（5）全层内翻縫法

图 16　胃腸縫法

第二章　急　救　法

“春风杨柳万千条，六亿神州尽舜尧。”

过去在反革命修正主义医疗路綫統治下，資产阶級权威、专家們，削尖脑袋向个人名利、地位的臭泥坑里猛鉆。为了追求博士、教授、专家絞尽了脑汁。对劳动人民的生命漠然置之，无动于衷。对患者的呼吸，心跳停止即認为死亡。或者作一些敷衍了事的所謂搶救，因为沒有“**全心全意地为人民服务**”的思想，不能作到“**完全**”、“**彻底**”和两个极端，致多数患者

搶救无效而死亡。經过无产阶級文化大革命，广大革命医务工作者用毛泽东思想武装了头脑，在工人阶級領导下，彻底批倒批臭了資产阶級修正主义医疗路綫，在搶救临床死亡的患者上取得了很大成績。上海新华医院搶救一位呼吸、心跳停止23分钟的工人师傅，創造了世界医学史上的奇迹。这是战无不胜的毛泽东思想的胜利，是毛主席无产阶級革命路綫的胜利。

第一节　静脉切开术

对由于出血、休克、脫水、感染、中毒等原因所引起的病情重危者，經静脉穿刺未成，或难以保証者，为了及时搶救，保証輸液通暢可靠，或为較长时間輸液者，应用静脉切开插管法进行輸液或輸血。

具体操作步驟如下

1. 麻醉：1% 奴佛卡因局部麻醉。

2. 切口：在内踝前上方1厘米处做一横行小切口（图17—1）。

3. 切开皮肤后，用小弯止血鉗纵行剝离皮下組織，注意勿伤及隐神經，淺筋膜剝离后，即可找到大隐静脉（图17—2）。

4. 用止血鉗将静脉

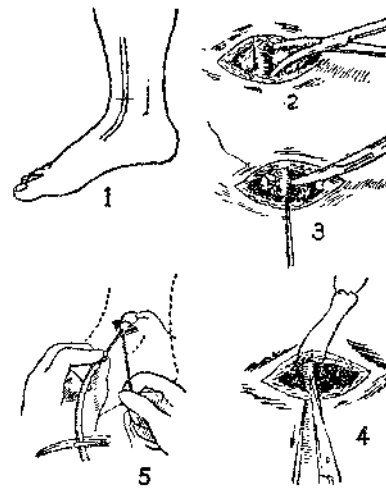


图17　静脉切开

挑起，其远端用細絲綫結扎，近端亦繞一絲綫，先不結扎（图17—3）。

5. 将两端絲綫拉紧，在两綫之間用鋭刀或尖剪刀，斜切开靜脉的側壁（图17—4）。

6. 将充滿溶液的塑料管（注意管內切勿残有气体，以防发生气体栓塞）插入靜脉腔內（图17—5）。在靜脉切开的上方1厘米內，将近端靜脉已繞过的綫結扎切断，远端結扎綫亦切断，继之縫合皮肤。

7. 固定塑料管：用皮肤的縫合綫将塑料管固定之，然后再用胶布将塑料管固定于皮肤上，以免滑脫。

8. 輸液結束后，将塑料管拔出，包扎，5—7天拆綫。

第二节　动脉輸血

动脉輸血是搶救严重創伤，或出血性休克的一种輸血方法。如血压下降至40毫米水銀柱以下，继續有出血，或患者已临濒死状态可做动脉輸血。动脉加压輸血是使血液經动脉逆流至主动脉弓，进入冠状动脉和頸总动脉，使脑和心肌的血液供給首先得到改善，以利于休克之恢复。

动脉加压輸血方法：在紧急情况下，常用注射器或一动脉輸血器，在股动脉处穿刺，加压輸入，一般可在3—5分钟內輸入300毫升血液，一次量不超过500—1,000毫升，其余出血量可用靜脉輸入。必要时血液可加入升压药（如去甲基腎上腺素），以加强升压的作用。

第三节　人工呼吸

无論任何原因引致呼吸停止，均可危及生命，必須及时进

行有效的人工呼吸，以便供应必要的氧，充分地排出二氧化碳，維持吐故納新继續进行。直至有效的自主呼吸完全恢复为止。

人工呼吸方法較多，但必須記住一个原則，首先应用最簡单的最可靠的方法，待贏得时間后用更理想的方法。

一、口对口的人工呼吸法 此法是人工呼吸方法中最簡单的方法。正常人呼出的气体中含有氧气16.3%（空气中含氧20.9%），可以足够維持氧合作用，所以是最有效的方法。

具体步驟如下：

1. 伤員头部于后仰位，术者托起下頜，将伤員口唇拨开，有条件时在口上放一块小紗布或手帕。

2. 术者深吸一口气，对准伤員口腔吹入，稍息再次吹入，每分钟16到20次。

3. 同时进行胸外心脏按摩时，口对口人工呼吸的节律，应与心脏按摩的节奏相适应；一般是每按摩心脏3—4次，作人工呼吸一次。

二、口对通气管人工呼吸法 急救时，若有口咽腔通气管，可立即插入口咽腔，經过通气管作口对口的人工呼吸。

三、俯卧压胸人工呼吸法 对于溺水的伤員宜用此法。伤員置于俯臥位，头部向下略低，面部轉向一侧，两臂前伸过头，术者跪于伤員髖部两侧，用两手压迫伤員背部，肩胛骨下角以下的两侧肋弓部，反复施行。

第三章 感 染

伟大領袖毛主席教导我們："**矛盾存在于一切客观事物和主观思维的过程中**，""**事物矛盾的法則，即对立統一的法則，**"

外科感染就是机体受到致病菌的侵袭而引起的防御反应。就是机体与致病菌之矛盾的統一。毛主席又教导我們"**一切矛盾着的东西，互相联系着，不但在一定条件之下共处于一个统一体中，而且在一定条件之下互相转化，**"这就給我們指出，机体发生了感染不是固定不变的，可以向好的方面轉化，亦可向相反方面轉化，我們革命的医务工作者，要按着伟大領袖毛主席的教导在治疗上狠下功夫，促使感染向好的方面轉化，消除致病菌对人的危害，使机体增强抵抗力。

外科感染是由于有生命的致病微生物（細菌或其他微生物）經皮肤或粘膜侵入人体，在組織內生长繁殖或产生毒素，使入侵局部組織受到刺激发生破坏，机体周身也发生不同程度的防御反应。

一、常见化脓性致病菌

1. 葡萄球菌：为革兰氏阳性球菌，大自然中分布极广，通常也寄居于人的鼻、咽腔、皮肤及其附屬腺体和粘膜等处，易进入伤口。葡萄球菌所引起之感染，脓汁粘稠，有局限趋势。亦可侵入血循环引起脓毒血症，常在全身各处引起轉移性脓肿。

2. 鏈球菌：亦为革兰氏阳性球菌，常生存于口腔、阴道及腸腔內。一旦侵入組織引起感染后，危害較重。常引起組織坏死，有扩散趋势，其脓汁稀薄。

3. 大腸杆菌：为革兰氏阴性杆菌，是腸道正常寄居者，其脓汁有粪性恶臭，最初形成的脓汁較稀薄，呈棕褐色，以后逐漸变稠，常伴有气体。

4. 綠脓杆菌：亦为革兰氏阴性杆菌，常与其他細菌并存，引起混合感染。其脓汁呈綠色，并有特殊的发霉气味。处理此类創面时，必須严格注意隔离，以免造成交叉感染。常用之

抗菌素对此菌都不敏感，彻底清除坏死組織为消除綠脓杆菌感染的有效措施。創面較小者，用3%醋酸溶液湿敷亦有效果。

二、临床表现 基于感染的急性期，在局部发生的病理过程，临床上可見局部紅、肿、热、痛和功能障碍等五大典型症状。晚期形成脓肿时局部則有波动。在某些感染扩散之病例，还可看到淋巴管炎和局部淋巴腺炎。查体时要注意。

全身症状 輕重不一，較重病例大多伴有全身性反应：全身不适、乏力、眩晕、头痛、寒战、发烧、脉快、食欲不振、恶心、呕吐、白血球增高，核左移。查体：肝脾常肿大，严重者有时煩躁不安、譫語、昏迷。皮肤及粘膜下可見出血点。这些患者常因毒素作用发生水与电解质紊乱和有效血循环量減少，可随时发生休克，而危及生命。

三、治疗原則 急性感染的治疗采用綜合疗法。根据感染性质、部位、病程及患者一般情况，采取不同措施。

1. 全身治疗：主要目的在于增强机体抵抗力，調节机体平衡及抑制細菌繁殖。

（1）适当休息：全身反应較重者应給予充分休息，如有煩躁不安应給予鎮靜剂，疼痛剧烈应給予止痛剂。

（2）营养和水分：凡有明显全身反应者应注意营养的补給。不能进食者，应由靜脉补給水分和电解质。有条件可給予少量新鮮血，以增强抵抗力。

（3）抗菌素、磺胺或其他药物：选用适当的抗菌素和磺胺类药物（詳見药理）。

（4）有休克者，抗休克治疗。

（5）在严重感染，特别在腎上腺皮质功能不足时，用腎上腺皮质激素。但要注意同时应用大量抗菌素。

2. 局部治疗：局部治疗目的在于使炎症局限化，减少毒素吸收，促进伤口引流，减輕疼痛。

（1）固定患部：能明显减輕疼痛，避免炎症扩散。

（2）抬高患肢：感染发生于四肢时，可将患肢抬高，固定于功能位，以减少淤血，促进血循环。

（3）局部外敷疗法：适于感染早期，已化脓的感染則不适用。

热敷：可以增加患部血循环，促使感染局限化，湿热敷效果尤好。

冷敷：发病之初肿胀明显，疼痛剧烈可用冷敷以减少充血水肿，但要注意勿使用过久，因长期冷敷可以造成組織缺血，引起坏死。

外敷药：可用水調散、消肿散、1/5,000 利瓦諾尔、呋喃西林、或膏药等。

（4）封閉疗法：用0.25—0.5%奴佛卡因作病灶周围封閉，有减輕疼痛和促使炎症消退的作用。有全身感染时忌用。

（5）手术疗法：凡已有脓肿形成（除外寒性脓肿），应早期切开引流。可使局部、周身症状减輕或消失，加速愈合。

綜合以上疗法，一般說来抗菌素和手术治疗是其中最主要的。

第一节　皮及皮下组织化脓性感染

一、疖

癤是細菌在一个毛囊或皮脂腺內所引起的化脓性炎症。炎症向四周扩散，引起毛囊和周围的蜂窝組織坏死、溶解，最后局限形成脓肿，通常是葡萄球菌感染。多見于頸、背和面部

（面疔）。其中应特别注意，发生于面部癤受到挤压时，脓性栓子經面靜脉及內眦靜脉，流入海綿竇，引起海綿竇炎，或流入全身血循环，引起脓毒血症，甚至造成死亡。

临床表现 开始于毛囊根部有一个紅、肿、痛硬結，硬結逐漸扩大呈錐形隆起，数日后頂部出現黃白色脓头，中央变軟，脓头脫落，脓液排出，創口迅速愈合。

小癤肿全身无反应，大癤肿全身可有反应，亦有的形成脓毒血症。蔓延顱內者，則有高热、寒战等全身症状。

治　疗

1. 早期可用 2.5% 碘酒連續涂擦皮肤 3—4 次，局部皮肤消毒有利于癤肿消散。如果癤肿大而已穿破眞皮层，碘酒疗法即不适用。

2. 癤早期或有脓头均可外敷膏药，如用依比膏（即魚石脂軟膏）或金鸡膏。依癤大小做成相应的帖，加溫攤开敷于癤上，每 12—24 小时更換一次。

3. 如已形成脓头軟化，可以切开排脓，但要特别注意无軟化的癤或面部癤禁忌切开。

4. 面部癤或有全身症状的癤，可用磺胺、青、鏈霉素等消炎药物。

预　防

1. 主要注意皮肤清洁，常更衣，減少摩擦使細菌侵入毛囊机会降低。癤肿周围皮肤保持清洁，用高錳酸鉀或酒精洗擦附近毛囊，預防感染散布。

2. 已形成癤肿禁忌挤压，以防招致全身感染。此点要做好宣传解释工作。

二、痈

痈俗称砍头疮，搭背疮。是葡萄球菌侵害多个毛囊和皮

脂腺发生的感染。常从一个毛囊底部开始，由于皮肤较厚，感染便沿毛囊底部脂肪柱向深部蜂窝组织和四周皮下脂肪柱蔓延。痈的中央脓点融合破溃形成溃疡，溃疡底部及周围坏死。痈多发于颈后、背部、臀部、腹壁等处。

图 18　项痈外观

临床表现　开始多为一个脓头，具有急性炎症早期表现，随着炎症加重呈大片炎症浸润区，脓头逐渐增多，血性脓汁由坏死脓头部位流出，脓头间组织坏死脱落而形成溃疡。由于痈向四周扩散，四周组织呈现浸润性水肿。痈有剧烈的疼痛，也有明显压痛。

痈多伴有全身症状，并发全身感染机会较疖多。唇痈更为危险。但，由于口唇局部血液循环丰富和唇痈脓头易排脓，故很少出现组织坏死。

治　疗

1. 早期可用热敷或外敷药物（详见感染治疗原则）。

2. 早期切开引流是主要治疗措施。小的痈可不用手术即可治愈，但在病变范围大，引流不畅，全身症状严重应进行切开引流。局部麻醉下或加基础麻醉，可做“+”字、“卄”字或“丰”字切开（图 19）。切口需够大，深达深筋膜，将皮瓣和深层组织分离开，剪除坏死组织，创口内放入凡士林纱布或盐水纱布引流。

3. 抗菌素：可用抗菌素全身治疗，如青、链霉素，病势严重可用四环素或金霉素静脉滴流。

4. 皮肤坏死较多者，待肉芽组织健康，分泌液减少后予以

图 10 痈的各种切开法："十""井""#"

植皮，可用邮票状植皮。

5. 痈的患者常需检查，有否糖尿病存在，并给予适当治疗。

三. 蜂窝织炎

蜂窝织炎是皮下或深部的蜂窝組織和結締組織的急性弥漫性化脓性炎症。与脓肿不同，炎症不局限化，向四周迅速扩散，和正常組織沒有明显界限。这种感染可以由皮肤擦伤或軟組織創伤的感染而引起，也可以由局部化脓病灶的扩散或淋巴和血流的传播而来。

临床表现 一般而言，局部有紅、肿、热、痛和功能障碍。全身有发烧、寒战、食欲減退、白血球增高等症状。但具体病例之症狀則随病变位置深、淺和解剖部位而有所不同。

淺部蜂窝織炎：局部可見紅、肿，逐漸明显扩大，与正常皮肤界綫不清，炎症浸潤区domi之发硬，压痛明显，早期无波动。組織松弛部位，如面或腹部則肿胀明显、疼痛輕。反之，則肿胀不明显，疼痛剧烈。严重者可因肿胀剧烈，組織內压力增高，影响血流，造成局部缺血、或因血栓形成，出現局部变黑、坏死。有的蜂窝織炎較輕，可以自行消散。晚期，局部可出現波动，形成脓肿。

深部蜂窝織炎：局部症状不明显，但深压痛却存在。全身症状明显。

治　疗

1. 蜂窝織炎早期采用非手术疗法(参考感染治疗原則)，大部可自行消散。

2. 用一般疗法尚不能控制其扩散者，或因局部张力大，有組織坏死傾向者（尚未形成脓肿），应采取減张切开。切口直至健康組織，深达深筋膜，如深筋膜也受累，应一并切开。婴儿应作多数小切口。

3. 如已形成脓肿，按脓肿治疗。

四、急性脓肿

在急性感染过程中，病灶部組織发炎、坏死、溶解、形成脓汁，周围形成肉芽壁即成为脓肿。如不及时切开，可自行穿破流脓。脓肿可发生在体内任何器官，体腔和組織內。以下仅叙述皮下及深部軟組織脓肿。

临床表現

1. 淺部脓肿：早期具备急性感染之局部症状，待脓肿形成，炎症局限，与周围組織界限清楚。脓肿略高于体表，有紅、热、痛典型症状。压之剧痛，有波动。波动程度与脓腔大小位置、深淺和脓腔壁厚薄有关。患者亦常有全身症状。

波动試驗：是临床診断淺部脓肿主要方法。先以左手食指輕摁于脓肿一侧，在水平綫对侧以右手食指稍用压力或輕輕叩击，左手食指即感到有液体之冲动感。然后在垂直方向重复上述操作，可以得到同样結果，为波动試驗阳性結果。

2. 深部脓肿：局部症状不明显，亦无明显之波动。全身症状明显。在肿胀和压痛之明显部位，可做試驗性穿刺，有脓汁即可診断。在四肢之深部脓肿要注意有无骨髓炎之可能，

可借助放射綫攝片早期发現。

鑒别诊断 寒性脓肿：是結核杆菌感染所致之脓肿。其特点是：病程长，发展慢，局部沒有紅、热、痛症状。試穿其脓汁稀薄，黃白色无臭味，有时可見干酪样脓块。

治 疗

1. 一般疗法（参考感染治疗原則）。

2. 一經試穿有脓，要立即切开排脓，放置引流。

五、脓肿穿刺术及切开排脓术

（一）脓肿穿刺术

1. 适应証：

（1）診断的确定：脓肿切开前要常規穿刺抽脓，借以得到确切診断。有时动脉瘤亦有紅、肿、热、痛表現，如盲目切开造成大出血，后果严重。

（2）如为深部脓肿穿刺，可留針做切开之标志。

（3）較小的脓肿或結核性脓肿（寒性脓肿）常用穿刺抽脓，注入药物（抗菌素或抗結核药物）。

2. 操作步驟：

（1）用碘酒、酒精消毒局部皮肤，有条件时可盖无菌敷布或用无菌紗布围于周围。

（2）在脓肿压痛或波动明显处，用0.5—1.0%奴佛卡因局部浸潤麻醉。

（3）用穿刺針头沿麻醉途径，刺入脓腔进行抽吸。如脓腔很小，抽净后注入药物。如为深部脓肿，穿刺前先做好切开准备。一旦抽出脓，可将針留置做标志，再沿針头方向切开排脓。

（4）行結核性脓肿（寒性脓肿）穿刺时，如脓肿表面之軟組織很少，就不要在脓肿表面穿刺，以免发生脓瘘。这

时，应在脓肿附近正常組織处斜向脓肿进行穿刺，穿刺尽量将脓液抽净，再注入鏈霉素或异烟肼药物。

（5）穿刺針眼可敷紗布包扎。

（二）脓肿切开

1. 适应証：急性感染一旦形成脓肿經穿刺証实，即应切开排脓。

2. 手术前准备：

（1）洗淨局部皮肤，一般多要剃毛。

（2）局部碘酒、酒精消毒，无菌敷布鋪盖，有条件时术者可带无菌手套。

3. 麻醉：

（1）淺部可用 0.5—1% 奴佛卡因局部浸潤麻醉，从脓肿两側健康部位向中央注，最好在另一側麻醉时，更換針头。

（2）四肢較深大的脓肿可用神經阻滯麻醉。

4. 手术步驟：不同的部位和性质不同的脓肿，切开方法略有不同。

5. 切口选择：

（1）选择脓肿最隆起和波动最明显处。

（2）大的脓腔选择最低位置做切口，以利引流。

（3）深部脓肿切开应离开大血管和神經，以免損伤。

（4）关节附近脓肿应注意防止愈合后瘢痕形成，影响关节活动。

6. 切开：

（1）淺部脓肿：用刀尖垂直刺入脓腔，然后向两端扩延切口，切开要充分，切开脓腔后用止血鉗或手指将脓腔間隔分开，形成单一脓腔以利引流。然后松松地从脓腔底开始放

入盐水或凡士林纱布引流。

（2）深部脓肿：切开皮肤、皮下組織，然后用止血鉗鈍性分离肌层达脓腔后，用手指探查脓腔，使切口能达到充分引流要求。再松松放入引流之盐水或凡士林纱布。

脓肿切开后24—48小时开始換药，依脓汁多少或坏死組織多少，可每日換药或隔日換药。

附：換　　药

适应证：一切开放伤口均需进行換药。

操作步骤

1. 了解病情，准备相应的敷料。

2. 外层敷料可用手拆除，内层敷料須用消毒鑷子取下。

3. 首先观察伤口周围炎症浸潤情况，脓腔及引流口大小和肉芽組織是否健康。如伤口周围炎症明显，則須注意探查有无引流不畅、残余脓肿或异物等情况。

4. 伤口周围皮肤用70—75%酒精消毒，創面用生理盐水棉球輕輕蘸洗，并注意清除脓液和坏死組織。肉芽高出創面时須剪平。

5. 选用适当的敷料敷盖伤面或填塞脓腔，注意填塞时不要过紧，但須与脓腔壁密切接触，避免留有余腔。

6. 固定敷料，并正确地进行包扎。

敷料及药物的选择

1. 生理盐水紗布：有增进肉芽組織营养和吸附創面分泌物的作用。用于坏死組織已脱落的肉芽組織創面，应每日換药一次。

2. 3—5—10%高滲盐水紗布：有較强的局部脫水消肿

作用，用于有水肿的肉芽創面。

3. 凡士林紗布：有保护創面、引流和防腐的作用。用于新鮮的化膿伤口和坏死組織尚未完全脫落的膿腔。1—3日換药一次。

4. 3%过氧化氢溶液：用于厌氧細菌感染的伤口及腐敗性伤口。

5. 0.03—0.05%高錳酸鉀溶液：用于冲洗和浸泡腐烂、潰瘍、坏死、恶臭、膿汁較多的伤口和坐浴。

6. 1—2%甲紫溶液：用于皮肤或粘膜的表淺潰瘍和Ⅰ、Ⅱ度烧伤，可促使結痂愈合。

7. 2—4%紅汞溶液：具有收斂作用，用于表淺的皮肤及粘膜創面。

8. 优琐溶液：能产生新生态氯离子，与細菌或机体組織的氢离子化合而产生抗菌及溶解坏死組織的作用，并有除臭的作用。用于化膿、坏死、腐烂的伤口，每日至少換药一次（溶液配法：将漂白粉12.5克研細，加少量凉开水調成糊状，再放入硼酸12.5克，加凉开水至1000毫升，搖匀，沉淀后取上清液应用。注意避光密閉，冷处保存，应在一周內用完）。

9. 10%大蒜溶液：将10克大蒜（去皮），搗碎如泥，以蒸餾水或凉开水90毫升浸泡4小时后过濾，再加普魯卡因1克即成。蒜素的氧离子与細菌組織結合，影响細菌的代謝而起杀菌作用，并能加强組織的吞噬作用。多用于感染較重的伤口，每日換药一次。

10. 3%醋酸、10%水合氯醛或2%苯氧乙醇溶液：用于綠膿杆菌感染的伤口（膿液呈綠色），每日換药一次。

11. 10—30%硝酸銀溶液：有腐蝕及杀菌作用，用于烧灼过度生长或不健康的肉芽創面（須用生理盐水中和）。

12. 10%氧化鋅軟膏：保护伤口周围皮肤，用于消化液外溢的伤口（如胰瘻、胆瘻、腸瘻）。

13. 其他用于感染伤口的外用葯，有0.1—0.2%雷夫奴尔、0.1%黃連素及0.2%呋喃西林溶液等。每日換葯一次。

第二节　脓毒敗血症

脓毒敗血症是一种化脓性感染（如癤、痈、蜂窝織炎……）而引起的急性全身性感染疾患。全身性化脓性感染可按其性质分三型：毒血症、敗血症、脓毒血症。但临床上多为混合性的，統称之为脓毒敗血症。其致病因素为細菌毒素和分解产物入血，細菌于血循环中繁殖，和細菌栓子的脱落入血在全身之某器官或組織內产生轉移性脓肿。脓毒敗血症多可找到原发病灶，但有时找不到原发感染灶。

临床表現

1. 起病急、突然寒战、高热、体溫可达40—41°C，呈現稽留热、間歇热、弛张热。

2. 可有头痛、头暈、疲乏无力、輕者神志清楚，重者煩躁不安、譫妄、昏迷。

3. 消化系統可出現恶心、呕吐、食欲不振，晚期可有腸麻痹，呈現腹胀。

4. 心肌受累可引起中毒性心肌炎，脉細速。

5. 肝肾功能損害可有黃疸，尿中有蛋白、管型和尿少。体查时可摸及脾肿大。

6. 代謝紊乱，可出現水、电解质平衡失調和酸中毒。

7. 极严重者血压下降，发生中毒性休克，可危及生命。

8. 有的病例可产生轉移性脓肿，故需經常检查，做到早期

发現。

治疗 脓毒敗血症的治疗采用綜合疗法。

1. 处理局部感染病灶，如有新的脓肿形成立即切开。

2. 抗菌素控制感染：須早期应用足量之抗菌素；病情危急时采用靜脉注射，同时可給腎上腺皮质激素，如氢化考地松200—300毫克。

3. 絕对臥床休息，給予营养飲食，同时要靜脉补液，因高热消耗大，要給大量維生素，适当用鎮靜药物，有条件者可輸少量新鮮血增强抗力。

4. 有休克按中毒性休克治疗。

第三节 淋巴系感染

淋巴系为人体抵抗細菌侵犯的重要防御綫，有产生抗体的作用。淋巴系主要包括淋巴管与淋巴結。网状淋巴管分布于身体各部，然后再逐漸汇集为較大之淋巴管。淋巴管內衬有內皮細胞，并有瓣膜，使淋巴液由远端向近端运行。淋巴液經淋巴結之輸入小管，流至淋巴結中之淋巴竇內，然后再經輸出小管流入更大之淋巴管，最后于頸根部流入左頸靜脉角（或左鎖骨下靜脉）。淋巴系感染可分为淋巴管炎和淋巴腺炎。

一、丹 毒

是丹毒鏈球菌于皮內网状淋巴管內引起之急性传染性感染。常发生于面部，炎症主要在皮肤层，一般不化脓，細菌常由微小，甚至覚察不到的皮肤損伤处侵入。

临床表現 患者突然发冷、发燒、全身不适、头痛、患处皮肤紅肿（火紅色），扩展很快，有灼热感和疼痛。在发炎部位有时出現含有浆液之水疱。病变区特点：边緣稍凸起，周围界

限清楚。炎症向外蔓延时，紅肿的中心就逐漸減退变为棕黃色，并有表皮脫落。以上特点与蜂窝織炎有明显区别。病程約两星期左右。可以复发，若反复发作可因淋巴管阻塞，形成淋巴水肿（象皮病）。

预防与治疗

1. 慎重处理輕微損伤可以預防丹毒。一旦发病要注意与有伤口之患者隔离，医务人員接触丹毒患者后，要用肥皂水洗手，以免传染他人。

2. 局部可用湿敷，如 1/5,000 利瓦諾尔或呋喃西林。

3. 青霉素或磺胺类药物有特效。

4. 全身症状明显者应休息，补給营养和液体。

5. 丹毒严禁切开引流。

二、急性淋巴管炎

本病是化脓菌进入淋巴管內引起的淋巴管壁及其周围組織的急性炎症。大多继发于其他急性化脓性感染，四肢感染多見。

临床表現 当四肢发生急性感染时，病灶上部的皮肤常出現发紅的綫条向所屬淋巴管伸延（起紅綫），局部之淋巴腺多有肿大和疼痛。全身症状程度不同，輕的經治疗常很快消退，但亦有的引起化脓或全身脓毒血症。

治　疗

1. 治疗原发病灶。

2. 患肢抬高、热敷（局部不应挤压或按摩）。

3. 全身应用青霉素或磺胺类药物。

4. 禁止手术切开，如已有脓肿形成則需手术引流。

三、急性淋巴腺炎

本病多继发于其他化脓性感染，早期炎症限于淋巴腺內，

发展严重的能够引起淋巴腺周围炎，淋巴腺相互粘连固定，亦有淋巴腺化脓，形成脓肿并引起淋巴腺周围蜂窝織炎。

临床表现

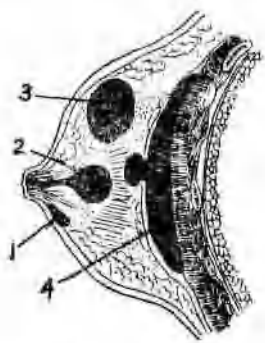
1. 輕者仅有淋巴腺肿大，略有触痛，可以自愈。

2. 严重者局部有紅、肿、热、痛，淋巴腺肿大，有显著触痛。全身症状：可出现发烧，脈快。如能及时治疗，炎症可消退，淋巴腺遺有硬結。

3. 淋巴腺已化脓者，局部可形成蜂窝織炎改变或穿破皮肤流脓。

第四节　急性乳腺炎

这是一种非常多見的疾病，几乎都是产妇(授乳期)，以初产妇为多見。常在产后2—6周內发病。是細菌經乳头小的伤口或經乳管直接侵入，也有的經淋巴侵入乳腺小叶間隙組織，也有的是身体其他部位炎症經血运而来，使乳腺产生急性感染。不会哺乳的产妇，哺乳时往往不让乳汁吸尽，致使乳汁滯积在腺体小叶中，利于細菌繁殖，为感染之促进因素。



1. 乳晕下脓肿；2. 乳管内脓肿；
3. 乳房内脓肿；4. 乳房后脓肿。

图20　乳房脓肿的位置

临床表现　开始患者高烧，寒战，患侧乳房疼痛，胀大。发炎部位变硬，发紅，触之有压痛，白血球增高，渐渐形成脓肿。如炎症较深，乳房胀大明显，局部症状可不典型。当脓

肿形成后，可自行穿破皮肤流脓。有的乳管破坏而流乳汁，因此創口經久不愈，形成乳瘻。脓肿常見的部位見（图 20）。

治　疗

1. 患側乳房必須停止哺乳。

2. 用吸乳器吸出乳汁或从乳房外周向乳头推挤出乳汁。

3. 用乳罩或寬布帶托起乳房。

4. 炎症早期可冷敷或湿敷，如有化脓之趋势則用热敷促其化脓，早日切开。

5. 周身用青、鏈霉素或磺胺类药物。

6. 脓肿形成、經穿刺有脓者应切开引流。

其切口应与乳头呈放射状切开引流。切口不超过乳晕（图21）。如脓肿位于乳房后，可在乳房下做弧形切口。排出脓汁后放入引流。

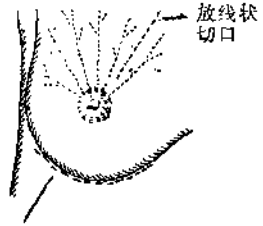


图 21　乳房脓肿的切口

预　防

1. 在怀孕期間穿肥大衣服，勿使乳房受压，經常按摩乳房，使乳腺充分发育，增强乳腺抵抗力。

2. 哺乳时經常保持乳头清洁，哺乳前洗净乳头。每次哺乳吸净乳汁。

3. 一旦乳头有小裂伤要停止哺乳，吸出乳汁，裂伤愈合后再开始哺乳。

第五节　化脓性骨髓炎

化脓性骨髓炎的致病菌：大部为金黄色葡萄球菌，其次

为溶血性鏈球菌，肺炎双球菌及伤寒杆菌。当身体抗力低下时则往往容易发病。感染途径：1.細菌从体內其他感染灶經血流而达骨內，即血源性急性骨髓炎。2.外伤后如开放性骨折，細菌直接侵入。3.附近軟組織感染直接蔓延到骨，例如脓性指头炎所引起的指骨骨髓炎。

一、急性化脓性骨髓炎

诊　断

1.高热：先有全身不适感，继而寒战，体溫急剧上升 40—41°左右。

2.局部疼痛或鈍痛，待脓汁穿到骨膜下时疼痛非常剧烈，如已穿破骨膜則痛稍減，但局部肿胀則比較明显。脓汁多时可以捫出波动，局部变紅色。病变多发生在长管状骨的干骺端，因此处骨质为松质骨，小血管多。

3.白血球計数增高，可达 2—3 万以上。

4.急性血源性骨髓炎在发病两周以內时，放射綫照片检查是不显影的，超过两周者如有条件也可照放射綫片以助診断。

5.早期可疑时，可在局部穿刺，可能抽出少量血性脓汁。細菌检查为阳性。

治疗　急性化脓性骨髓炎的早期診断和早期治疗是十分重要的，否則可致慢性骨髓炎。早期确診后，在注射或口服抗菌素的配合下，可行鉆孔术。例如脛骨上端急性骨髓炎，可在局部消毒后，局麻下纵行切开皮肤 4—5 厘米，分开皮下、肌肉至骨膜，切开骨膜，即达骨质。用手鉆或一般能鉆孔的长釘或用做鞋底的鉄錐（經煮沸消毒后）鉆 4—6 个孔深达骨髓腔，即有脓汁流出以达到引流減压的目的。切口不縫合，創口敷以油紗布，間隔換葯，以促进早期愈合。

二、慢性骨髓炎

诊断 急性骨髓炎处理不当，易致慢性骨髓炎，有时形成单个或多个瘘管，流出脓汁或小死骨片。疼痛不明显。全身情况一般不发烧，但由于长期慢性炎症而有些瘦弱。在放射线照片上能看到骨膜和骨质增生、破坏乃至有死骨形成。

治疗 可行死骨摘除搔爬清除病灶。有的要作蝶形手术以取出死骨，创口不缝合，填以凡士林纱布，待肉芽生长逐渐自行愈合。

术后酌情可用封闭石膏，4—6周更换一次。

如果病变在肌肉比较丰富之处，在清除病灶或蝶型手术之后用附近带蒂的肌肉瓣填塞骨腔之中，其方法是选择合适之肌肉束在远端切断，近端不切断（这样肌肉可保持血运，不致坏死），把此带蒂之肌束填塞在骨腔之中。不但可以早日生长肉芽以堵塞腔洞，而且可以因血行充足之肌肉对感染抗力强，减少感染机会，从而促进愈合。

对开放性骨折或火器伤粉碎骨折，应该百倍提高警惕；早期清创要特别遵守严格的无菌技术和完全正确的处理。否则不但造成慢性化脓性骨髓炎影响愈合，而且由于慢性感染以致碎骨片坏死脱落掉出，骨质缺损造成假关节。为预防这种不良后果，我們必須遵照伟大領袖毛主席的教导，要“**全心全意地为人民服务**”，学习白求恩“**对工作的极端的负责任**”的精神，对骨髓炎患者进行早期診断和早期治疗，医治好患者的疾病。

第六节 化脓性关节炎

化脓性关节炎多发生于小儿及青年，髋关节、膝关节常好

发病。細菌多为葡萄球菌及鏈球菌，一般皆經血源进入关节，也有由附近病灶如骨髓炎直接蔓延侵入关节，少数由开放性关节損伤而患此病。

诊　断

1. 早期（滲出液为浆液性）：全身反映不大，关节肿胀有波动感。膝关节积液稍多时即可出現浮髕試驗阳性。

2. 晚期（滲出液变为脓性）：全身呈毒血症反应，体溫可高达 39--40°，局部疼痛剧烈，关节紅、肿、痛、热。关节往往呈屈曲状态，久之关节攣縮而致畸型。少数患者可合并关节的病理脫位。

治　疗

1. 早期应行全身抗菌素疗法。局部要用夹板或石膏托加以制动，并行关节穿刺，抽尽积液，然后向关节腔內注入青霉素 40 万单位，鏈霉素 0.5 克（小儿用量酌減）。1—2 周后基本可以控制炎变，达到較好效果。

2. 晚期已化脓时：除全身继用抗菌素外，局部要反复穿刺抽脓并同时以等滲盐水冲洗之后注入抗菌素。无效时可进行关节切开排脓，用大量盐水冲淨关节腔后放入青霉素、鏈霉素（量同前），可将切口一期縫合。皮下引流或只縫合关节囊。髖关节可于切口（关节腔內）內放一塑料管并接于无菌瓶中，作为引流和注入抗菌素之用。一般皆能达到滿意疗效。

化脓性关节炎在积极治疗炎症的同时，必須注意預防关节的畸型攣縮或粘連引起的关节功能障碍。例如髖、膝关节在早期往往要作粘膏皮肤牵引，并鼓励督促患者早日練习关节功能。

第七节　脓　　胸

胸膜化脓性感染，胸膜腔内产生脓液，叫做脓胸。

在大叶肺炎、支气管肺炎，肺脓肿等疾病的发展过程中，致病菌从肺部病灶直接或經淋巴道侵入胸膜腔，发生脓胸。血胸可因感染而形成脓胸。脓毒敗血症患者，化脓菌可經血循环达胸膜腔而引起脓胸。膈下脓肿、肝脓肿等邻近組織的化脓性病灶，致病菌可經淋巴或直接穿破膈肌而产生脓胸。

急性脓胸　患者在原有疾病的基础上突出表現有体溫上升、脉搏加快、食欲減低、胸疼、气短、白血球增高。重者有咳嗽、咳痰、发紺。检查发現患側呼吸运动減弱，肋間隙飽滿，叩之呈浊音，听診呼吸音減低。总气管及心浊音区向健側移位。放射綫检查可見有胸腔积液的阴影。最准确的診断方法是胸腔穿刺抽出脓汁。如能进行細菌培养，則可进一步了解其病原菌，并据此选用有效的抗菌药物。

急性脓胸的治疗　伟大領袖毛主席教导說：**"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。"**

急性脓胸的主要矛盾是胸膜感染，胸腔內积存脓汁。因此我們設法控制感染，并将胸腔的积脓尽快清除，被压縮的肺組織膨胀，使胸膜間的空隙消灭，則可得到治愈。为此須采用下列措施：

1. 控制感染：一般用青霉素 40 万单位，每日 2—4 次。鏈霉素 0.5 克，一日兩次，肌肉注射。病情严重者，应考虑加用紅霉素、氯霉素等药物作靜脉滴注。

2. 胸腔穿刺抽脓：首先判定脓汁积存的部位、选择适当的肋间进行穿刺，原则是尽量将脓汁抽净。但对脓汁过多的患者，一次抽出过多时，有时出現剧烈咳嗽，泡沫痰，气短等不良反应。所以，一般日常工作中，每次穿刺以不超过 1,000 毫升为宜。或当患者感觉咳嗽、气短时即停止。为了尽快将脓汁吸出，应該每日抽脓一次。每次抽脓前要作細致的叩診，有条件时最好是在透視下判定穿刺的位置。每次抽脓結束时，向胸内注入青霉素 20 万单位，鏈霉素 0.5 克(溶于 20 毫升等渗盐水中)。这样对一部分急性脓胸的患者經 3—4 周可获痊愈。还有一部分患者，經过积极穿刺治疗不見效，应考虑作胸腔閉合引流。

3. 胸腔閉合引流术：急性脓胸經穿刺治疗不見效，且脓汁漸变粘稠。或于第一次穿刺、抽出有恶臭的脓液，認为是腐敗性脓胸者以及脓气胸，应行閉合引流术。方法有二：

（1）一般比較方便的是經肋間的方法，可在病床上进行，即于局部麻醉下，在腋后綫第八肋間处切开皮肤及肌膜約 3 厘米，用血管鉗鈍性分开肌肉穿破胸膜。当即将予先連接于水封瓶的橡皮导管，經切口放入胸膜腔内。皮肤縫合一、二針，并将橡皮管固定，以防脫落。經二、三周时間多数病例可痊愈。对于脓汁过于粘稠、胸膜增厚，肋間隙变窄的病例应采用經肋骨床的方法。

（2）經肋骨床作閉合引流宜在手术室进行。患者取側臥位，于局部麻醉下，在腋后綫第八或第九肋骨处，作长約 5 厘米的切口，切开皮肤及肌肉，在骨膜下切除长約 1 厘米的一段肋骨，切除相应的一段肋間神經，結扎并切除相应的一段肋間动、靜脉，切开骨膜及胸膜，插入一根口径約 1 厘米的橡皮管，連接水封瓶。按层縫合切口（有条件者，应取一小块胸膜

作病理检查)、皮肤之縫綫与橡皮管結扎,以防脫落。

附图：胸腔閉合引流（图22)。

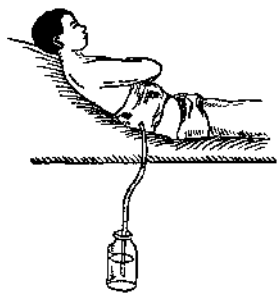


图22　胸腔閉合引流

作胸腔閉合引流后，多数患者体溫下降，食欲增加，体力逐漸恢复。随着患者身体情况的好轉，要鼓励患者下地，带着水瓶活动。上、下高坡或楼梯，練习深呼吸，促进肺組織扩张。脓腔漸減小，脓汁流出量日漸減少。待每24小时内脓汁流出少于10毫升时，可拔去引流管，用凡士林紗布条填塞引流口，間断換药，直至伤口愈合。

有一部分患者，虽然作了閉合引流，脓腔也未能完全消灭，长期保持一定大小的脓腔，肺表面及壁层胸膜表面均被复一层厚的纖維板，此即为慢性脓胸。

一般經閉合引流后，約經两个月的时間，每日流出脓汁仍較多，且粘稠。此时可将閉合引流改为开放引流。即将引流之橡皮管于距胸壁皮肤約30厘米处截断，連接一小的玻璃空瓶，系于腰带上，患者可較方便的活动。这样再观察一段較长的时間（数月至半年)。有少数的病例，特别是小儿，在开放引流的情况下，肺仍可逐漸扩张，以至脓腔消灭。較多的病例，脓腔不能消灭，經过长时間的疗养，体力增强，可考虑作手术消灭脓腔。

脓腔未消灭的原因有以下几种：

1. 急性脓胸治疗的不及时，不妥善。引流管位置偏前，偏高。

2. 脓腔内有异物残留。

3. 支气管胸膜瘘。

4. 支气管阻塞，肺不能扩张。

5. 肺組織广泛纤維化不能扩张。

慢性脓胸的临床表现 因較长时間的感染，患者消瘦、貧血。手指及足趾呈杵状。患側胸廓凹陷，肋間隙变窄，呼吸活动消失。脊柱側弯。叩診呈浊音，呼吸音消失。如能行放射綫检查，則可見增厚的胸膜阴影，肺組織被压縮。并可見空腔。

慢性脓胸的手术治疗

1. 胸膜纤維板剝除术：由原因一、二所致的慢性脓胸可采用此法。即将复盖胸膜表面的纤維板剝除，使肺組織扩张，消灭空腔。此法既能消灭脓腔，又能使肺組織扩张，恢复肺功能，是較为合理的手术。但技术上比較困难，手术时間也較长，而且有时肺未能滿意的扩张而致手术后果不够滿意。故宜慎重选择。

2. 脓腔盖切除术：上述原因之任何一种所致的慢性脓胸均可采用。即将复盖着脓腔的肋骨、胸膜壁层以及增厚的纤維板一并切除。使胸壁軟組織下陷而消灭空腔。此法的缺点是术后胸廓下陷变型，肺組織未能扩张。但手术操作比較容易，且多数能获得滿意的后果。

伟大領袖毛主席說：**"研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。"**

"不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。"

我們在治疗慢性脓胸时，一定要記住毛主席的教导，全面深入地了解疾病的情况及患者的情况。根据这些不同的情况进行合理的治疗。即所謂**"知彼知己，百战不殆。"**这样，才能

使我們的工作，取得胜利。

第八节　頸淋巴腺結核

頸淋巴腺結核是常見的慢性感染，俗称瘰癧，也叫鼠疮。多发生在小孩及青年人，主要是結核杆菌經口腔及鼻部侵入，引起頸部淋巴腺发生慢性感染。

临床表現　頸部一側或两側有多数淋巴腺发生不同程度的肿大，較硬、无痛、可活动。但当淋巴腺周围发生慢性炎症时，可粘連无活动，而且变硬，形成硬块。随着病变的发展，肿块中央逐漸变軟潰脓，可自行由头流出黃白色稀米湯样脓汁、甚而形成瘻孔經久不愈。有的病灶鈣化停止发展。当病变活动时（非靜止期）患者可在下午有微热、头痛、不爱进食、盜汗、血沉快。在儿童症状往往被忽略。

诊断　根据临床症状和全身其他处結核改变可做出診断，但値得注意，在頸部淋巴腺肿大之疾患尚有：急、慢性淋巴腺炎、何杰金氏病、鼻咽部癌之轉移。故在确定結核之前要詳細检查有否感染灶和局部急性炎症表現（淋巴腺炎）；发烧、肝脾肿大（何杰金氏病）；堅硬、无压痛之淋巴腺多表現为鼻咽部轉移癌（肺癌、胃癌亦有轉移至頸部），需要进一步詳查。临床确診有困难者，需进一步做病理检查确定之。

治　疗

1. 中药疗法：猫爪草二两，水煎服，每日三次，可用到十斤。儿童用一两即可，效果良好。

2. 抗結核药物疗法：口服雷米封，一次 100 毫克，每日三次，可服半年以上。同时可注射鏈霉素，一天一克，連用 30—40 克为一疗程。也可口服对氨柳酸，一次 2 克，一日三次，并

服等量小苏打。另外，加强营养也很重要。

3. 新針疗法：取翳风、外关、肩井、曲池、足三里，隔日一次，效果很好。

頸淋巴腺結核之全身疗法为最重要。

4. 局部治疗：在尚无淋巴腺周圍炎的情况下，可用雷米封 2.5%2—4 毫升，鏈霉素 0.1—0.2 克在淋巴腺周圍注射。如淋巴腺已有脓肿形成，可在局麻下抽脓后注入抗結核药物。如有潰瘍，瘻孔形成可局部搔爬換药治疗。

5. 手术治疗：如孤立淺表，活动性好的病灶可手术切除，但往往不能将所有淋巴腺都能切下来，也不是一个根治办法。

第九节　骨与关节結核

骨与关节結核是体內继发的病灶。80%以上原发結核病灶在肺部和胸膜；淋巴腺，消化系統和腹膜的結核亦可引起。結核杆菌在骨关节組織中，可以长期潛伏，身体抗力旺盛时，則可被抑制或消灭；減弱时，即可繁殖而形成病灶。偉大的領袖毛主席教导我們**"外因是变化的条件，內因是变化的根据，外因通过內因而起作用。"**所以，骨关节結核有时出現在原发病灶形成后的几周內，或数年后，甚至到愈合后，骨关节結核才开始在临床上出現。

病理　初期，一切骨关节結核的病灶，均起始并局限于骨組織或滑膜(包括滑囊和腱鞘滑膜)。在此期間的病变为单純骨結核或单純滑膜結核，关节机能完全无損或基本无損；当单純骨結核扩散到关节，或单純滑膜結核穿透軟骨面侵入骨組織时，关节的全部主要組織如滑膜、关节軟骨和骨組織等均被侵犯，此期的病变为全关节結核；結核病变愈后，关节功能

部分丧失或完全丧失。如全关节結核、或单純骨或滑膜結核病变突破皮肤形成竇道，就有继发感染的可能。一有竇道形成，全身症状因双重菌毒的刺激而加剧。

治疗 以非手术疗法为主，着重全身疗养和局部制动。增强全身和局部的抵抗力。口服或注射抗結核药物，如异烟肼、对氨柳酸、鏈霉素等，强調两种或三种药物合并使用效果更好。十几年来通过手术病灶清除的办法，对結核病的治疗上收到很大效果，縮短了病程，防止畸形，制止了病变的发展和保存了关节的活动功能。

一、脊柱结核

临床表现 脊柱位于深部，早期症状較少，一般幼儿多半发生寒性脓肿或駝背时才被发現。最初症状为患椎周围肌肉痙攣，造成該部脊柱运动障碍，机能性强直。頸椎結核时患者常不能向上看物，不能仰头；腰椎結核时患者不能弯腰，只能蹲下从地上拾物（拾物試驗阳性）。局部疼痛不很明显，偶有下肢或上肢放散痛（神經根受刺激所致）。寒性脓肿的出現可能为第一个症状。当病变累及脊髓时可发生上肢或下肢不全瘫或截瘫。放射綫所見可有椎体破坏、死骨、脓肿等改变。

诊 断

1. 結核的一般中毒症状。
2. 局部疼痛、或放散痛。
3. 运动障碍，拾物試驗（+）。
4. 寒性脓肿（脓肿部位皮肤无紅、热、痛改变，称为寒性脓肿或冷脓肿）：頸椎在咽后壁或頸部两侧；胸椎在椎旁；腰椎在两侧常可流注到髂凹、腹股沟、大腿内后、甚至到腿窝，向后可流向腰三角、腰髂部皮下。
5. 角状后突：椎体破坏楔形变，而致棘突后突成角畸形。

6. 血沉快。

7. 脊髓压迫症状，及放射綫改变。

治　疗

1. 全身疗法：絕对臥硬床（大小便、吃飯均不准起来）3—6个月。加强营养。抗結核药物：肌注鏈霉素1—2个月（30—60克），口服异烟肼（半年或更长），对氨柳酸，如胃无症状可服較长时間（3—6个月）。

每3—6个月复查一次，一般臥床时間1—2年或更长时間，待一般中毒症状好轉，体重增加，局部寒性脓肿消失，放射綫骨质破坏停止或有骨化增生改变，血沉下降，可以在支架保护下逐漸离床活动，或在局麻下做脊椎融合术。

2. 手术治疗：病灶清除疗法是近十几年来認为可以縮短疗程的有效方法。一般在放射綫証明有死骨、脓肿或有脊髓压迫症状，全身无活动性結核病变，其他系統无严重病征（糖尿病、肝腎疾患等），年龄在五岁以上，六十岁以下，对抗結核药物有效的患者，可以做手术治疗。手术将病变組織切除，減压，并可同时做椎間植骨，加强其稳定性及加速痊愈过程。术后4—6个月經检查，病情稳定，血沉下降，骨有硬化时可以逐漸練习下地活动，必要时还可带支架。术后1年左右可以开始参加輕工作。

二、髖关节结核

临床表现　早期有髖关节发僵感或跛行，在疲劳后明显，休息后減輕或消失。逐漸有髖部疼痛，少数患者可有剧痛，有时放散到膝部。因此，在儿童常主訴膝部疼痛，只检查膝部会将髖結核漏掉。儿童还常有夜哭，这是因为睡眠后髖部保护性肌肉痉攣消失，偶然移动患髖，即突然疼痛而哭。髖关节活动受限，压痛多在髖前区，肿胀不明显。血沉可加快。

诊断 托馬氏征阳性，髖过度后伸試驗阳性（患者俯臥，检查者一手压住患側骨盆，另手握住同側踝部使膝屈90°，再輕輕向上提，使大腿前面离开床面。对比两側髖后伸程度，有否抵抗）。放射綫检查：常摄两髖正面像对照，如局部有骨质疏松，間隙变窄应疑有結核之可能。

治　疗

非手术疗法：抗結核药物，加强营养，髖人字形石膏固定，3个月換一次，往往需1年以上。

手术疗法：全身无禁忌的情况下，可手术搔扒病灶，取出結核性坏死組織。关节軟骨已有破坏者，在小儿只做搔扒不做固定，术后固定功能位石膏3—6个月。在成年人可同时做关节融合术。

三、膝关节結核

临床表現 早期有关节痛，股四头肌萎縮，活动輕度受限。当滑膜或全关节被累及后，膝关节肿胀就更为明显，关节边緣有压痛，滑膜肥厚，关节呈梭形肿胀（白肿）。穿刺初期为浆液性渗液，后期可能变为脓性，脓液穿破皮肤可形成瘻道。晚期因关节肿胀、骨质破坏，韧带松弛，脛骨可向后脫位或膝内、外翻畸形。放射綫检查：早期无明显变化，继而間隙变窄，骨质边緣蚕食破坏。晚期，骨质破坏面增大，骨萎縮。化驗检查：血沉增快。

鉴别诊断 早期滑膜結核不易与膝慢性滑膜炎、单純的类风湿性关节炎、外伤性关节炎等相鉴别。有时必須依賴多方面检查，如关节液培养和动物接种，腹股沟淋巴腺摘出作病理检查和膝滑膜病理切片检查等，才能达到早期診断的目的。

治疗 对儿童多用非手术疗法，石膏托固定3—6个月。

屈曲攣縮畸形者可用皮牵引矫正，达功能位后即可换石膏。链霉素肌注，早期滑膜結核可做关节內注射，每周 1—2 次，每次 0.5—1 克，或注异烟肼。亦可做鏈霉素离子透入局部，每日一次，每次 0.25 克。对成人之全关节結核多采用病灶清除加压固定术，术后石膏固定 3—4 个月。

第十节　肾　结　核

腎結核在目前临床上較为多見。大部分发生于 20—40 岁之青壮年。

結核菌自体內其他原发病灶（如肺），經血行而停留在腎內，于腎脏发病。相继再从腎脏波及到整个尿路以至男性生殖系統。腎結核一般多为一側。发病率左右側相同。

临床表現

1. 腎結核　早期多无自覚症状。待其蔓延到膀胱，才出現尿頻、尿急、尿痛、尿脓、尿血等膀胱刺激症状。不分昼夜的尿頻，但每次排尿量却少，同时伴有尿急，排尿时尿道灼痛。这些症状多和膀胱病变的程度相应，甚者可引起淋漓失禁。尿血主要是从膀胱潰瘍面上出血，每当排尿終末时出現，亦称終末血尿。偶尔有因腎內病变而引起全血尿，但却很少。实际工作中要注意，血尿且有排尿痛者，多为慢性尿路感染；无痛性血尿多为尿路肿瘤之特症。此外，腎結核患者都有脓尿，呈淘米水样混浊。如在午溫时脓尿显著，高烧时尿反清澄者，是为晚期脓腎之特征，系干酪性脓汁不时阻塞輸尿管所致。

腎結核早期都沒有腰痛、腎脏肿大，如有乃为晚期的表現。

2. 附：男性生殖系統結核症　大多数是在付睾尾部开

始，先有一个无痛性硬結，以后逐漸扩大，波及到整个付睾体部及头部，进而与睾丸、阴囊皮肤相粘連。有的干酪样变，脓肿自溃，穿破皮肤形成阴囊部瘘孔。同时可按到輸精管呈串珠状硬結，管壁肥厚。如作直腸指診，可触到前列腺表面散在的无痛性小的結节。結核性精囊炎多出現血精。

诊断 对有膀胱刺激症状的患者，如經常反复，久治不愈的話，切勿滿足于一般的尿道炎、膀胱炎或肾盂肾炎等之診断。必須詳尽地分析病史，追查原因，有无肾結核之可能，并应反复作尿液化驗，或泌尿系統放射綫造影检查。肾結核患者除有其他处結核（如肺、骨关节、淋巴結等）活动者外，多无全身影响。身体检查时也无异常发現。所以务必注意，如果查到有生殖系統結核症，即应想到与肾結核的关系，应常規检尿，如有异常，尚須进一步了解上部尿路。

对于可疑肾結核的患者，尿液化驗有决定性意义。尿一般都呈酸性反应，有蛋白、紅血球、白血球，但无管型。尿沉渣一般染色，找不到普通的化脓菌。但可查到抗酸杆菌。

检尿須利用新排出的尿液，以防污染及尿液分解。男性須事先清洗包皮垢，女性应予导尿，因耻垢杆菌也是抗酸性的。凡尿內查出結核杆菌的患者，即可診为肾結核。

进一步检查包括两种方法：即膀胱鏡检查逆行性肾盂造影和靜脉性肾盂造影。每种检查都有一定的优缺点，常常利用一种方法即可获得良好之結果。有时利用两者互为补償。

膀胱鏡是特制的內窺鏡，如果膀胱有 100 毫升的容量，尿中脓血不多即可检查。鏡下所見：早期有粘膜充血和典型之粟粒結节，晚期則有結核性潰瘍。通过窺鏡还可向輸尿管內插入輸尿管导管，分别引出尿液作各項化驗，还可逆行性注入碘质造影剂来作放射綫造影检查。但須熟习掌握检查的各环

节。如无此項設备，可以作靜脉性腎盂造影。

靜脉內注入有机的碘质造影剂，如醋碘苯酸鈉或碘比拉舍 20 毫升后，則大部通过腎脏排泄，选择良好时机即可連續攝得腎盂影象：一般在 5 分、15 分、30 分各攝片一张，既可了解腎脏功能，又可发現腎盂影象的改变。

照片早期出現破坏象，即腎盞失去正常的杯口形象，而表現出腎盞边緣如蚕蝕或鼠咬状。进一步出現空洞影象一个或数个。輸尿管僵直、边緣不整齐、管腔狹窄。在普通平片上，时可見到腎区不全鈣化影。靜脉性腎盂造影可由于腎脏破坏而无功能，致該側不显影。

治疗原則

1. 同于其他部結核，全身治疗包括一般性的卫生、适当休息、阳光、营养及抗痨葯物等。抗結核葯应用：

异烟肼：每次 100 毫克、每天三次，飯后口服。

对氨柳酸：每次 2—3 克、每天三次。

鏈霉素：一般每隔三日肌注一克。以 20—30 克为一疗程。此外为了配合手术，可在术前一周及术后 2—3 周，每次 0.5 克，每天两次肌注。对两側腎功不良的患者，使用鏈霉素时宜注意避免第八对脑神經中毒。

以上葯物可酌情使用。有时还給适量的維生素以加强营养。并給碳酸氢鈉 1 克，每日三次，飯后口服，使尿碱化，以增强鏈霉素对尿路感染的效力，并延緩細菌产生抗葯性，緩解排尿痛。但勿长用，每間隔一周使用一周。

2. 目前对腎結核較多用的手术仍为腎摘除术。生殖系統結核症，可行付睾摘除术。

3. 腎結核患者經葯物治疗或腎摘除，膀胱刺激症状好轉后，最好再休养 2—3 个月。女患者在一、二年內应避免妊娠。

4. 腎結核患者的尿中含有結核菌，此点如开放性肺結核患者的脓痰一样，应防止扩散传染。

第十一节　胸壁结核

胸壁結核是目前較常見的胸壁疾病。大多数是因为結核菌侵入胸壁淋巴結，形成結核性脓肿，并侵及附近軟組織、肋骨、肋軟骨。少数病例是肺結核，或結核性脓胸穿破壁层胸膜而侵入胸壁。还有一部分病例是肋骨及胸骨的結核性骨髓炎。

临床表現　早期多沒有显著的症状，形成脓肿后，在胸壁出現一无痛性肿疱，不紅、不热。有的可能感覚輕度胀闷不适。漸增大可破溃，流出黃白色稀薄的脓汁，形成瘘道，經久不愈。应該注意的是与胸壁肿瘤鉴别；其方法是未破溃时行試驗穿刺，抽出上述的脓汁、涂片检查找不到化脓菌。如抽出血性液体，应疑为肿瘤，須涂片仔細检查瘤細胞。对已經形成瘘道者，如有可疑，应取小块組織作病理检查。

治疗　首先应按一般的結核病用药及加强营养。

1. 脓肿未破溃前可于脓肿之高位作穿刺抽脓，并注入抗結核药（异烟肼或对氨柳酸制剂），此法可使少数患者治愈。

2. 病灶清除术：此种手术，术中所見常較外表所見的病变范围广泛。手术应在全麻下进行，并作輸血准备。具体操作是切开脓肿，清除全部被侵害的軟組織、肋骨及肋軟骨。然后于空腔內撒布青霉素及鏈霉素粉末。用脓腔附近的軟組織填充空腔，并留置橡皮膜引流。縫合各层，加压包扎之。此种手术，失敗的机会較少，基层医院一般均可进行。

第十二节　破　伤　风

破伤风是由破伤风杆菌自伤口侵入人体，在体内繁殖，且分泌毒素（外毒素），引起以横纹肌阵发性痉攣和紧张性收縮为特征的一种特殊感染。破伤风杆菌是一种厌氧芽胞梭状杆菌，須經煮沸 30 分钟，或經高压蒸气灭菌 5 分钟，或浸在 5% 石碳酸中 10—12 小时，或 1% 升汞液中 2—3 小时，才能把它杀死。破伤风杆菌存在于人和动物腸道中，随粪便进入泥土，并随尘土飞散，在人的皮肤、衣服或空气中。开放伤口不論大小、深淺、特别是含有泥土、碎屑的伤口易发生此病。常見于战伤、意外創伤、农业劳动伤。用不消毒的剪刀或其它用具断臍带也常引起新生儿破伤风（臍带风）。

此病多发生于农民和小孩，在旧社会和反革命修正主义医疗路綫影响下，在广大的农村一无医，二无葯，对此病根本沒有防治措施，加之医务工作者缺乏完全彻底为人民服务的責任心，故該病死亡率可达 20—40%。我們革命的医务工作者一定要遵照伟大領袖毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”。“**备战、备荒、为人民**”的教导，掌握好破伤风的防治工作。

临床表现　伟大領袖毛主席教导我們：“**任何过程如果有多数矛盾存在的话，其中必定有一种是主要的，起着领导的、决定的作用，其他则处于次要和服从的地位。因此，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。**”破伤风主要矛盾就是横紋肌的痉攣，由于肌肉痉攣可导致呼吸道阻塞窒息，肺内感染和全身消耗衰竭，严重者可

引起死亡。因此肌肉痉攣为临床上主要症状。最早的是嚼肌痉攣——开口困难，牙关紧閉，逐漸面部肌肉痉攣，呈現苦笑面容；頸背肌肉痉攣——頸强直和角弓反张。最后全身肌肉发生陣发性痉攣——抽搐。此种抽搐发作常因輕微刺激即可引起强烈抽搐（如光、声、气流对患者的刺激）。全身抽搐可越来越頻，严重的引起呼吸肌和喉肌痉攣就可造成呼吸道梗阻窒息而突然死亡。又可因呼吸肌之紧张和痉攣，呼吸运动受限，排痰不暢而致肺內感染，甚而危及生命。或因长期的全身痉攣，代謝消耗过大，又因进食、水困难，全身逐漸衰竭亦可致命。

有时，仅有受伤局部之肌肉痉攣发作，称为局部破伤风。

破伤风虽有全身抽搐发作，但神志始終是清醒。

受伤后至发病所經过时間一般为7—14天，也有少于7天或超过14天或更长时間。此段时間称为潜伏期。

自出現第一个临床症状到有全身抽搐发作所經过时間一般为1—3天，此段时間称为初期間隔。

了解以上两段时間对估計預后有帮助。一般認为，潜伏期长、初期間隔长，預后較好。

新生儿破伤风多在产后七天发病。死亡率很高。

破伤风病程一般为3—4周，严重者在六周以上，大多在两周左右为其高峰。病愈后不留任何后遺症。

治疗　在治疗过程中，医务人員的思想革命化，活学活用毛主席著作，破除迷信，在战略上藐視困难，在战术上重視困难是搶救本病的关鍵。具体处理上要做到主动、果断、及时和准确，就能防止严重并发症的产生。因此，对本病的治疗很重要的是要有专人护理和治疗。

破伤风主要矛盾是痉攣，因此控制和解除痉攣是治疗本

病重要环节。防止呼吸道阻塞窒息，肺内感染和全身衰竭是治疗本病最重要的任务。其具体措施如下：

1. 患者隔离于单人或特定病室，室内保持安静，避免光、声、气流刺激。医务人员接触的衣物和患者用过的东西要隔离消毒。

2. 伤口处理：已愈合的伤口均不需处理。有伤口的患者应扩大创口，清除坏死組織和异物，伤口充分暴露，并可用高錳酸鉀水或过氧化氢水冲洗，換药下来的敷料要烧毁，換药用具用2%来苏水浸泡两小时后高压灭菌。

3. 血清疗法：破伤风血清的使用应根据病情而定，輕者可不用或小量，重者量应大；1—5万国际单位，肌肉或靜脉注射，可一次用完。用血清前必須做过敏試驗，如过敏可用脫敏疗法（見附表8）。

表8　血清脫敏法

注射方法	血清剂量	生理盐水或蒸餾水量	总量
皮下	0.1毫升	0.9毫升	1.0毫升
	0.2 〃	1.8 〃	2.0 〃
	0.4 〃	1.6 〃	2.0 〃
	1.0 〃	1.0 〃	2.0 〃
靜脉	0.1毫升	1.9毫升	2.0毫升
	0.2 〃	1.8 〃	2.0 〃
	0.4 〃	1.6 〃	2.0 〃
	1.0 〃	1.0 〃	2.0 〃
	2.0 〃	0	2.0 〃

4. 鎮靜疗法：根据輕、中、重型的不同，应用鎮靜或麻醉剂組成麻醉环，以达鎮靜、睡眠或麻醉状态，从而控制痙攣发作。麻醉药組成和用药方法要灵活掌握，以达到能控制痙攣

为准。

（1）輕型 ①无开口困难者：采用口服鎮靜剂（阿米他0.3克，氯丙嗪50毫克，10%水合氯醛 15—20毫升，每8—12小时交替使用）。②有开口困难者：取阿米他0.25—0.3克，乙酰氯丙嗪 50 毫克，每8—12小时交替肌肉注射。

（2）中型 阿米他 0.3—0.4 克，乙酰氯丙嗪 20—25 毫克，魯米那 0.1—0.2 克，每 4—6 小时交替肌肉注射。

（3）重型 除用中型麻醉环外，可增加靜脉点滴麻醉葯。

①阿米他 0.3—0.5 克＋10%葡萄糖 500 毫升点滴。

②0.25—0.5%奴佛卡因 250—500 毫升靜脉点滴。

③硫苯妥鈉 0.5＋10%葡萄糖 500 毫升靜脉点滴。

以上各葯配成靜脉用麻醉环交替使用。

中重型病例可用硫酸鎂，每日 5—7.5 克（25% 20—30 毫升）靜脉点滴，或稀释后靜脉注射。可使肌肉松弛能达到停止痙攣的目的。也可配合应用冬眠合剂，每次 1/4 量作肌肉注射或靜脉滴注，每日 4—6 次，重症者可进行正式的人工冬眠疗法。

5.气管切开：保持呼吸道通暢，早期做气管切开对治疗破伤风很重要，能够解除呼吸道分泌物阻塞，又便于进行控制呼吸，其适应証：

（1）痙攣发作頻繁，有喉痙攣窒息傾向者，应立即切开。

（2）呼吸道分泌物多，不易排出者。

（3）痙攣极重，需加大麻醉葯剂量者。

（4）有肺内感染、呼吸困难者。

气管切开后，应經常抽吸分泌物，清洁导管，噴入蒸气和

滴入抗菌素溶液，以防止肺炎发生。

6. 为预防肺内感染或控制感染，应全身用抗菌素。

7. 营养和水电解质的补給：不能进食要补液，病程长，感染重，消耗大，可間隔輸血。气管切开后可用鼻飼供給营养。

8. 高热者要坚持物理降溫：用冷水毛巾或冰袋等。

预防 广泛开展预防宣传工作，使群众提高对破伤风的警惕性，受伤后应进行及时治疗。预防方法介紹如下：

1. 自动免疫法：目前最好的方法是注射无毒的破伤风类毒素，这种类毒素作为抗原，使机体产生效力极高的抗体，达到免疫。自动免疫适合部队、农村或野外工作者。

方法：甲醛类毒素或明矾类毒素，皮下注射三次，首次量0.5毫升，后二次为1毫升，每次間隔3—6星期。一年后再注1毫升或隔3—5年再注一次1毫升，免疫力即可增强。

2. 被动免疫：凡有伤口之患者，需注破伤风抗毒血清1,500国际单位，大人和小孩剂量相同。

附：1. 血清敏感試驗：先以純生理盐水在前臂掌側面（酒精消毒）作一皮內注射对照。另取血清0.1毫升，以生理盐水稀释至1毫升，用此液0.1毫升于另一前臂做一皮丘疹，待20分钟后看結果。如仅在注射皮丘疹处稍紅，或无反应可以注射。否則风团大，有假足形成为阳性，須按脫敏法注射。

2. 脫敏感法：每次間隔1/2小时，血清加倍，直至注射完毕为止。预防量可用皮下或肌肉注射，治疗量可用靜脉注射。

第十三节 气性坏疽

气性坏疽为开放性創伤最严重的一种并发症。死亡率較高。多发生于战时，但平时亦偶有发現。外伤后由各种产气

坏疽杆菌侵入創口，加上創口之不利因素而发病。其特点是：

局部突然剧痛，迅速出現水肿，恶臭和产气的进行性大片組織坏死；同时即有全身性严重毒血症。病情恶化极快，若不及时处理，常可危及生命。現在美帝、苏修正在蠢蠢欲动，我們必須按照伟大領袖毛主席"**抓革命，促生产，促工作，促战备**"的伟大教导，要有所准备，因此我們必須学好这一內容。

病因和发病因素　伟大領袖毛主席教导說："**唯物辩证法认为外因是变化的条件，內因是变化的根据，外因通过內因而起作用。**"气性坏疽的发生正是这样，它不单純是由于細菌的侵入，而主要决定于患者机体內形成有利于細菌繁殖的不良条件。

最常見的厌氧菌为产气荚膜杆菌，其次为恶性水肿杆菌以及敗毒杆菌（即腐敗弧菌）等。

有利于細菌繁殖的不良因素：严重的創伤，肌肉捻挫，血管損伤，肌肉丰富的部位（下肢、臀部等处）。开放性骨折，特别是火器性长管骨骨折兼广泛的軟組織損伤，創道內有异物存留，如衣服碎片、泥土或弹片等进入伤道內深部，伤道小而深，伤道內缺氧。

受伤后到手术清創的时間間隔太长，处理延迟，手术清創不够正确彻底，特别是沒有彻底清除而把創口縫合起来以致創內缺氧，往往容易发生气性坏疽。

临床表現　潜伏期一般为1—4天，亦有由伤后8—12小时或5—7天才发病。

1. 局部表現　早期患肢局部沉重感，短期內伤部突然剧烈疼痛，伤口周围水肿、肤色蒼白，指压后有白色压痕，伤口有大量浆液性血性渗出，有时发出腐肉样恶臭。继續发展局部肿脹加剧。皮肤变为暗紅色乃至紫黑色，并出現暗紅色水疱。

輕触伤口附近可觸出捻发音，压迫有脓液和气体溢出。局部肌肉呈坏死状态：肌肉变为砖紅色，失去弹力；切面不出血；肌肉纖維肿胀可以看到和感到有气泡存在，常呈脆弱和軟化形同腐肉。整个肢体由于血液和淋巴循环障碍，由水肿、变色、冷凉乃至坏死。

2. 周身表現　与局部变化互相适应。体溫突然增高，可达 40°C左右。呼吸脉搏急促。严重者可出現恶心、呕吐。凡是已从休克状态中恢复过来又沒有出血而突然脉快、高烧的情况，应該怀疑到这一发病的可能性，应密切观察。血压：早期可能接近正常，以后則血压下降。煩躁不安，神智往往处于半清醒或昏迷状态。晚期有貧血和脫水，有时出現黃疸，如治疗不当，可有較严重的毒血症和溶血性貧血，常出現循环衰竭。

诊断和鑒别诊断　关鍵問題在于早期診断，这对預后的关系极大。第二次世界大战的治疗經驗指出：要得到早期診断，并不是用細菌学检查，而是靠临床的早期診查，依賴于医务人員对气性坏疽的警惕性。

早期診断依于患肢局部突然剧烈疼痛，进行性水肿（可用細綫圈繞肿胀处并輕輕結扎之，过 1—2 小时后折下可見該部有綫的深压痕）；全身中毒症状迅速出現和加重：体溫上升，脉搏增快；病变继續发展时，伤口周圍皮肤呈現暗紅色或出現水疱，創內有稀薄帶暗紅色脓液流出，呈特殊恶臭气味，且有坏疽肌肉膨出創口，呈熟肉状，刺激之不流血，亦不收縮。創口周圍軟組織压痛剧烈，且可触及捻发音。由以上这些所見即可得到早期診断。如条件允許，可取創內脓汁作細菌涂片检查，可发現革兰氏阳性杆菌。

气性坏疽有时要与其他厌气菌所致的捻发音蜂窝組織炎

（非气性坏疽性）相鉴别。后者发病較慢，疼痛逐漸开始，病程进程迟緩，全身症状也較輕微，沒有明显貧血現象，感染多位于皮及皮下，不侵入肌层，且常为混有化脓性細菌的混合感染，伤口周围有一般炎性反应。必要时作細菌学检查亦有助于鉴别。

预　防

1. 早期及时的外科处理　早期彻底正确的外科处理是預防厌气性感染的根本方法。在伤后6—8小时以內进行彻底的清創术，用放氧的葯物冲洗伤口深部（3%过氧化氢或1/5,000过錳酸鉀溶液冲洗創口）。一般可以防止厌气性感染的发生，即使伤后超过6—8小时彻底的外科处理，仍可減少发病率。

清創术需将創內各种异物完全取除，所有断裂和捻挫的組織完全切除，直至出血有生活力的部分为止。于伤后6—8小时以內作清創术者，通常将皮肤作一期縫合，以使开放性損伤轉化为閉合性損伤。但必須考虑具体情况，如受伤时环境，受伤部位、創伤及污染程度，或手术者对清創操作的彻底性等，从而考虑創口开放与二期縫合的治疗方法，以免縫合后遭致厌气性感染，这是十分重要的。

2. 抗菌素的应用　在早期彻底清創的同时，应用青霉素或其他广譜抗菌素，如四圜素等。

3. 抗毒血清　厌气性感染抗毒血清的預防注射并不十分理想。一般可注射1万单位（肌肉或皮下），注射前要作过敏試驗。

治　疗

1. 气性坏疽的診断一經早期确立，就应严密隔离，毫不犹疑地、分秒必爭地进行手术和其他疗法。术前准备最多不可

超过一小时，以免延迟手术搶救的时間，术前迅速靜脉輸入青霉素 100 万单位和一种四環素族的抗菌素 0.5 克。如可能最好輸血 500—1,000 毫升，补液等。不可等待細菌检查的报告。

手术方法包括

（1）感染部多处纵形广泛切开引流，切口需深达深筋膜和肌膜；創內坏疽肌肉应彻底切除，創口充分敞开，以 3% 过氧化氢或 1/5,000 过錳酸鉀溶液冲洗創面或湿敷。

（2）开放截肢术，适用于坏疽范围过大，以致患肢功能永久不能恢复，或全身中毒症状严重及感染可能危及生命者。截肢要用快速的斬断截肢术，皮肤和肌肉都不可縫合（只止好出血），把切創敞开，同样用过錳酸鉀或过氧化氢溶液冲洗或湿敷。

2. 术后治疗　术后給以大量广譜抗菌素，包括青霉素100万单位靜脉注射，每 4 小时一次；一种四環素族的抗菌素0.5克經靜脉滴入。連續用 3—5 天，以后酌情改量。

如备有抗厌气性感染多价血清也可应用，但并非必需。其剂量一般为預防剂量的 3—5 倍，混合在 5% 葡萄糖液中靜脉滴注，每 4—6 小时一次，在 24 小时以后再改为肌肉注射，到毒血症症状消退，脉搏恢复正常为止。

小量多次輸血，注意維持水电解质平衡。神智不清时用鼻飼法給流质营养。放留置导尿管，观察每小时尿量作为輸液参考，每小时尿量要能維持在 25—50 毫升，以利于毒性物质的排出。敷料和用品都应收集在一起，单独进行严格的消毒，以免感染传播。

第十四节　炭　　疽

炭疽是由炭疽杆菌所引起的急性特异性感染。常見于牧区牛、馬、羊身上。人患炭疽是因为接触有病的家畜或感染炭疽杆菌的皮毛。因此牧区、皮革业屠宰部門的牧民、工人易得該病。

临床表現　分为三种类型：

1. 皮肤炭疽　最常見，发生于皮肤輕微裂伤后，多見于显露的头脸手頸部。潜伏期 2—7 天，局部先有发痒出現紅色小丘疹，逐漸增大，化脓破潰形成潰瘍，中心有黑色的焦痂，色如炭状，因此称炭疽。周围有許多发亮而含淡黃色液体的小水疱和广泛性水肿，微紅坚硬。但局部溫度不增高，无痛，这些可与痈和急性蜂窩織炎相区别。局部淋巴結肿大。全身症状輕微，輕度体溫升高，寒战和头痛，一般說来經有效治疗，水肿逐漸消退，在 1—2 周黑痂脫落，再經 1—2 周潰瘍可愈合。但如細菌侵入血循环或脑脊液則全身症状严重預后不良。

2. 肺炭疽　肺炭疽是由于吸入了含有炭疽杆菌的尘土所引起，多見于紡織工人，有寒战、高热、咳嗽和呼吸困难等症状。

3. 腸炭疽　是食用了感染了炭疽杆菌的畜肉所引起，临床上有高烧、呕吐、剧烈腹痛、便血等症状。

肺炭疽和腸炭疽的死亡率較高。

诊断　主要依据临床症状和体征，結合牧区或有关职业工作的接触史。有条件时可进行潰瘍分泌物涂片检查和培养可找到炭疽杆菌。

預防　迅速严格隔离，杀死并烧毁或深埋患炭疽的畜类，毛皮原料要进行灭菌，毛織等业工人要保护皮肤避免損伤。

治疗 患者隔离，充分休息。皮肤炭疽局部用生理盐水纱布包敷，切忌施行切开、灼烧、探查等手术和禁用刺激性药物。要补給充分热量。大量抗菌素（青、鏈霉素、四環素族等）和磺胺类药物对炭疽有較好的效果。

第十五节 肝棘球蚴病

肝棘球蚴病又名包虫病为畜牧区常見疾病之一，在我国西北区和內蒙区流行較多。在我省各牧区或半农半牧区之州县皆屬多見。某些农业区，甚至西宁市也有发生，男性患者較女性为多。发病时間以青壯年最多。

病因 肝棘球蚴病是一种寄生虫病，是由細粒棘球絛虫（或称犬絛虫）的蚴侵入肝脏所引起的。犬絛虫的終宿主常見者为犬成虫寄生在犬的小腸內，虫卵随犬粪排出，可污染犬毛、羊毛、蔬菜或人手，虫卵誤被吞入在十二指腸內孵化成蚴，穿入小腸壁而进門靜脉系統，約70%停留在肝脏发育成囊肿，其余的散布在肺、大网膜、腎、腦、肌內、皮下、卵巢、脾、眼眶、骨等組織形成囊肿。所以人是犬絛虫的中間宿主。更多的中間宿主是羊、牛、馬、猪等。犬吞食有包虫囊的內脏后，囊內头节即在犬的腸道內发育成成虫。

病理 約85%的包虫囊肿位于肝右叶，多为单发性。囊肿生长緩慢，常具有多年的病史。囊肿小者可容納数百毫升，大的可达万余毫升，一般为3,000—5,000毫升。

囊肿壁可分两层。外层为纖維层，是由中間宿主机体产生，常很厚，灰白色。內层为生发层，白色，状如粉皮。自生发层长出多个生发囊，內含許多头节，生发囊破裂后释放出头节墜入囊底，形成囊沙。生发囊可脫离生发层形成子囊。头节

或生发层組織亦可形成子囊。囊内含透明的液体，含有少量的蛋白质及大量的头节和子囊。幼虫坏死后，囊内液体轉呈混浊或由于蛋白凝固而形成黃色胶块。囊肿壁可鈣化。

临床病象

1. 症状　起病初期症状很不明显。囊肿长大后，即产生压迫症状，可有肝区鈍痛。位于肝上部的囊肿，推高膈肌，压迫肺脏，影响呼吸。位于肝下部的囊肿，可压迫胃腸道，胆囊，門靜脉和下腔靜脉，則产生呕吐恶心，上腹胀滿，飯后飽胀不适，或梗阻性黃疸，或腹水，脾肿大，腹壁靜脉曲张，或下肢浮肿。在病程經过中，可有过敏反应史，如荨麻疹，呼吸困难，咳嗽，发紺，呕吐和腹泻等病象。

2. 检查时常能触及肿大的肝脏。因为囊肿位肝上部者，可将肝脏向下推移；肝脏破坏严重时，未受累部位的肝脏，可代償性增大。囊肿在肝下部者，可直接触到圓形囊状肿物，表面光滑，富有弹性，可随呼吸移动，一般无明显压痛，即診囊肿时能引起震顫之感覚，即所謂"棘球蚴震顫"。此外，囊肿压迫邻近器官可引起相应之体征。

3. 化驗检查可見嗜酸性白血球增高。

4. X光检查，可見右側膈肌上升，运动受限，或有局限性突出。有时可見囊壁鈣化。有时可发現合并存在的肺包虫囊肿。

5. 免疫反应試驗

（1）皮內試驗：于前臂皮內注射新鮮消毒的棘球囊液0.2毫升，使之成一小泡，同时另用同量生理盐水做对照注射。20分钟后及12小时內，随时检查注射处，小泡显著扩大并有不規則的"伪足"出現者为阳性。开始注射时应先用1:1,000的稀释囊液，如結果为阴性，可逐漸用較浓囊液至得阳性結果或用1:10的囊液結果仍为阴性时为止。阳性率可达90%，棘

球囊坏死的或化脓后无此反应，故阴性試驗不能摒除此病。

（2）取血做血清补体結合試驗，阳性率可达70—80%。

6. 超声波检查，对診断有較大帮助。可見液平反射波。

诊断　患者来自畜牧区，有与牛羊犬的接触史，右上腹囊性包块多年，无任何症状，或有压迫症状者即有本病之可能。結合体检所見，嗜酸性白血球計数，皮內試驗，X光检查等，一般診断并不困难。穿刺可引起囊肿破裂，子囊移植及过敏反应发生，因此，如怀疑有本病可能时，应禁忌穿刺。应注意身体其它部位可能存在的包虫囊肿。

并发症

1. 继发感染　发生率为14%左右，多由于与小胆管相通而产生。继发感染后，幼虫常坏死，囊內液体变成黃色脓液，可含有黃包胶块。临床症状与細菌性肝脓肿类似。

2. 囊肿破裂　发生率約为6%，往往由穿刺所引起，突然的腹压增加。如剧咳，便秘等，也能造成囊肿破裂。破裂后可引起过敏反应，严重者可引起过敏性休克甚至死亡。破裂后，头节和子囊可在腹（或胸）腔引起多数继发性囊肿。

3. 囊肿破入胆道可引起胆绞痛，黃疸和胆道感染，大便中排出包虫碎屑；破入胃肠道可能自愈或造成继发感染；破入胸腔及肺后，病人可咳出大量子囊及含胆汁性液体，形成支气管胸膜胆汁瘘。

治疗　需用手术治疗。

1. 內囊摘除术　絕大多数肝包虫囊肿，未合并感染者，适用此法。暴露囊肿后，妥善保护周围組織，先穿刺吸出一部分囊液，然后向囊內注入4%福尔馬林液数十毫升，經数分钟，已杀死囊內头节和子囊，然后尽量抽空囊液，切开囊肿外壁，摘除內囊及清除子囊和囊液。用5%福尔馬林紗布球拭擦外囊

内壁，然后用生理盐水纱布擦净，以消灭残余头节和碎屑。缝合外囊，一般不置引流，結扎縫綫时将囊内空气抽尽，以便囊腔塌陷。囊肿过大不能閉合者可用大网膜填塞来处理囊腔。

2. 袋形縫术　适用于已感染的病例。如囊肿已与腹膜粘連，即可切开囊肿，引流囊腔，并将切开的囊壁与腹壁切口縫合。如果囊肿未与腹膜粘連，应采用二期手术，第一期手术将外囊縫于腹壁切口，使囊肿与腹膜产生粘連，經过一星期后，再作第二次手术，切开引流。袋形縫法疗程很长，对病人的身体消耗也很大。部分病人伤口长期不愈，有条件时可考虑肝部分切除术。

3. 囊肿切除术　位于肝边緣的不大的包虫囊肿，可将囊肿及其周围肝組織一并切除。

4. 巨大肝包虫囊肿及感染的包虫囊肿手术后有时囊腔长期不能閉合，治疗方面目前还存在問題，有人主张作内引流术（囊肿与胃腸道进行吻合）。

预防　极为重要。应大力做好卫生宣传工作，充分发动群众，使卫生工作与群众运动相結合。

1. 用槟榔驅除犬体内的絛虫。

2. 受染中間宿主动物的内脏，不能随便乱丢，严禁喂犬，如用来喂犬，必須煮熟。

3. 注意个人卫生及飲食卫生，防止犬粪污染食物，不吃生菜，生奶，生水及生肉，注意手的卫生。

附：肝泡球蚴病

泡球蚴病又名泡型包虫病，較囊型包虫病少見，約占包虫病总数的 1/7 。在我省牧区各地也有发現。泡球蚴病也多侵

犯肝脏(約80%)。近年来,大多数作者的意見,認为本病与囊性包虫病是由两种不同的寄生虫所引起,它們的形态(包括成虫阶段和幼虫阶段)不同,生活史也不相同。肝泡球蚴病在病理学上多呈单发性巨块,少数呈多发性結节,灰白色,坚硬,表面凸凹不平,切面为多数不規則的小囊泡,内含胶状物质。泡球蚴呈浸潤性生长,无明显包膜,甚至可由血液及淋巴轉移,頗似恶性肿瘤。泡球蚴中心可发生液化坏死,或有继发感染。临床上应注意与肝癌,肝硬化及囊型包虫鉴别,肝泡球蚴病发病緩慢,常有肝区胀痛或沉重感,多数肝区可触及軟骨样硬度、表面凸凹不平的肿块,肿块大时望診即可見到,部分病例可有低热、黄疸,腹水和恶病质表現。多数病人有貧血、嗜酸性白細胞增多和血沉加快。以囊型包虫囊液作抗原作皮内試驗,多数病人可出現阳性,若以泡球蚴制备抗原作皮内試驗則阳性反应更为强烈。超声波检查波形复杂多变,难与肝癌、肝硬化及肝炎鉴别。肝泡球蚴的治疗較困难,目前可靠的方法仍是手术切除,但由于早期診断困难,切除率很低。手术方法为肝部分切除或姑息性的肿块内容剔除术。全身及局部应用化学葯物的治疗方法,仍在研究阶段。

第四章 損 伤

第一节 損伤概述

損伤是常見的疾患,多发生在劳动人民,如工农业生产中,常可遇到各种不同的損伤,日常生活中的損伤亦較常見。

損伤是不同的外界刺激突然地、瞬間地或持續地作用于机体上所引起的組織或器官的解剖或生理上的紊乱,并伴有

机体局部或全身的反应。

分类 根据损伤的因素，可分为机械的、物理的、化学的、生物的因素等。如震荡、高温、低温、电流、原子放射、酸碱、毒气、动物、昆虫、細菌等。

根据损伤的性质，可分为閉合性和开放性：

一、闭合性损伤

閉合性損伤系指組織虽然遭受一定程度的破坏，但受伤部位的皮肤完整而言。常見的有：

1. 挫伤 系因軟組織受鈍力的作用而引起。局部可有皮下出血，較重者能使深部組織的小血管破損而形成血肿，甚至有肌肉纖維的断裂。

2. 扭伤 关节受外力作用而致伤者为扭伤。可伴有滑囊、韌带的断裂，关节脫位或半脫位。关节周围可出現肿胀，皮下出血，功能障碍。

3. 挤压伤 是由于挤压力量加于四肢或躯干所引起的損伤。重者可产生挤压伤綜合症或急性損伤性窒息。

4. 閉合性骨折或脫位 系因急剧外力作用于四肢或关节，使其完整性遭到破坏，而引起骨折或脫位。

5. 体腔損伤 由于外力作用于体腔，如顱腔、胸腔、腹腔等所引起內脏損伤，常合并有空腔脏器破裂或实质脏器損伤合并內出血。

二、开放性损伤

开放性損伤系机体組織遭受不同程度的破坏，同时伴有皮肤破裂和外出血。常見的有：

1. 擦伤 皮肤表层擦破伤。

2. 撕裂伤 皮肤受鈍性損伤后而造成的皮肤撕裂。面积較大，出血較多。

3. 切伤　系由銳性器械所引起。边緣整齐，出血較多。

4. 刺伤　系由銳性尖物（如刺刀、尖刀等）所引起。伤口虽小，但可伤及深部組織和脏器，如神經、血管、內脏（心、肺、肝、脾、胃、腸等）。

5. 开放性骨折或脱位（見骨折与脱位）。

6. 火器伤　战时多見，是枪炮弹作用于人体的損伤。子弹伤多为貫通伤，出口大于入口。炸伤面积較大，深部組織損伤較重。

7. 烧伤、动物咬伤等亦为开放性損伤。

損伤的程度常与作用物的体积、重量、形状、硬度、浓度、时間、速度、机体抗力及其作用部位等有直接关系。因此，損伤之作用力常与机体抗力互为因果。

临床表現　机体受到損伤后所出現的临床表現与致伤的因素和机体状态有着密切关系。通常，局部受到严重損伤时往往伴有严重的全身症状。但在某些情况下，輕微的局部損伤亦可引起严重的全身症状。反之，局部症状明显，而全身症状却可能很少改变。

机体受到損伤后，常見的局部症状有紅肿、疼痛、功能障碍，有时可伴有皮肤撕裂、出血等。如局部損伤較重或同时伴有烧伤、內脏破裂、出血等，則可出現不同程度的全身症状，如水、电解质平衡失調、感染、休克，甚至危及生命。

因此，对損伤的患者必須做到两个"**极端**"，"**完全**"，"**彻底**"，以白求恩同志为光輝榜样，以高度的同情心和責任心，認眞負責地检查和处理外伤的患者，为他們解除疾苦，使其早日回到生产崗位上去，参加社会主义建設。

治疗　損伤的处理和治疗，不仅要求正确及时，而更重要的是預防和減少并发症的发生，最大限度地恢复受伤部位的

功能，以防止造成不良后果。

对重危患者要积极进行搶救，如患者受伤后合并有出血、休克时应积极进行止血和抗休克的治疗。必要时边抗休克，边准备手术治疗。

对骨折、脱位，或伴有神經、血管損伤的伤員，应分别根据不同情况进行处理。

对开放性損伤的伤員要做好創口的处理，以防造成感染。

第二节 骨 折

祖国医学在正骨方面，数千年来积累了丰富經驗。解放后在党的英明正确領导下，这一学科更得到提高和发揚。尤其在三年文化大革命以来，在工人阶級領导下，高举毛泽东思想伟大紅旗，中西医結合治疗骨折、脱位取得了光輝成就，給創伤外科开辟了广闊的航向。我們要按毛主席的伟大教导"**团结新老中西各部分医药卫生工作人员，組成巩固的統一战线，为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。**"

由于外力作用，骨的連續性产生断裂，形成骨折。凡骨折处皮肤或粘膜沒有損伤，骨折处不与外界相通的，叫做閉合性骨折。反之，骨折处皮肤或粘膜有破裂，骨折断端或其附近組織与外界相通者为开放性骨折。如在骨骼本身患有肿瘤、結核、骨髓炎等情况下，輕微的外力打击，有时即可引起骨折，此时称做为病理骨折。在損伤程度上又可分为不全骨折（如裂紋骨折、柳枝骨折）；完全骨折（如横折、斜折、螺旋折及粉碎折）。亦可产生关节附近的关节囊内及关节囊外骨折，前者多需行手术切开复位，后者大部分应行中西医結合治疗。

诊 断

1. 应先詳細詢問病史。重点了解当时受伤原因、受伤时間、姿势、部位、急救情况、失血多少、有无瘫痪及昏迷等。

2. 症状及查体：

（1）全身情况有时发生休克。因較大的骨骼損伤，如股骨干骨折、骨盆骨折及多发性骨折时常伴有严重軟組織損伤、大出血或合并內脏及顱脑損伤，易发生休克。

（2）局部症状有：

①疼痛　外伤后骨折处神經末梢反射所致。

②肿胀与出血　骨折时骨髓及周围組織內之血管破裂出血。开放性骨折，血液可經創伤向外流。閉合性骨折，血液淤积在骨折周围形成血肿，而致局部肿胀。严重的可引起靜脉回流障碍。肿胀剧烈时，則能压迫动脉，有形成缺血性攣縮或坏死的危险。

③功能障碍　因骨折后肢体內部支架的断裂及因疼痛而引起肌肉反射性痙攣造成肢体丧失其部分或全部功能。

④畸型、异常活动及摩擦音等，都是骨折后易产生的症状。但检查时不宜有意識动摇肢体，强求証实这些体征。因为不仅能加重患者的痛苦，且能造成过多的軟組織再損伤和骨折移位。

3. 有条件时利用放射綫检查，对診断、治疗及术后复查都有一定帮助。

骨折的并发症

1. 早期并发症

（1）大血管（骨折附近）破裂、血栓形成、肺栓塞等　虽不多見，但可发生于下列骨折：如肱骨髁上骨折伤及肱动脉；股骨髁上骨折伤及腘动脉；肱骨外科頸骨折伤及腋动脉；鎖骨骨折伤及鎖骨下动脉。

（2）神經損伤　如肱骨干骨折伤及橈神經；肱骨髁部骨折（尤以內髁）常伤及尺神經；腓骨頸骨折伤及腓总神經；橈骨末端骨折有时伤及正中神經；脊柱骨折常合并脊髓損伤。

（3）內脏損伤　一般能引起內脏損伤的骨折多有一定部位，如肋骨骨折可引起胸腔內脏的損伤；下位肋骨骨折可合并肝、脾、腎的損伤；骨盆骨折常有尿道、膀胱、直腸的損伤，当遇到上述骨折时，应注意有无內脏損伤。

（4）感染　多見于开放性損伤，但因手术（治疗骨折）而引起者亦有之。一旦感染，不但治疗困难，而且容易残留功能障碍，造成残废甚至可危及生命，必須重視。

（5）缺血性攣縮　由于患肢的血液循环障碍所致，多見于肱骨髁上骨折病例，处理骨折时应予注意。

2.晚期并发症

（1）关节僵硬　骨折在关节附近或累及关节面时，有时难免发生关节僵硬。但絕大多数是因骨折治疗欠妥的結果。只要做到"**全心全意地为人民服务**"是可以少发生的。此类僵硬多半是因关节周围組織的粘連或短縮而造成。預防措施有：

①骨折处之适当固定。

②早期主动活动患肢之肌肉及未予固定的所有关节。

③被动活动伤肢关节，但禁止用暴力。

（2）迟延愈和及不愈合　骨折后經过一定期間治疗（成人3个月，儿童2个月），尚无骨痂形成，临床表現为骨折端仍有不正常活动度，甚至疼痛者，应考虑为迟延愈合。此时骨折端尚有愈合能力，在改善治疗方法后，可以获得自然骨性愈合。而不愈合者，指骨折端已无愈合能力。骨折断端的距离增大，骨质硬化，骨折面变平滑，骨髓腔閉死，肢体不正常活动度大（亦称为假关节）。

迟延愈合和不愈合的原因为：①复位不良。②固定不充分及时間太短。③血运供給不良。④骨折端有軟組織嵌入。⑤粉碎骨折，骨片缺損过多。⑥感染。⑦局部骨肿瘤。⑧周身性疾病。

骨折的急救　伟大領袖毛主席教导我們說："**救死扶伤，实行革命的人道主义**"发現骨折伤員时，不能随意乱搬动，应有救死扶伤的精神，动作迅速地去搶救。如有出血、休克等現象时，应先作处理。然后用夹板或树枝、硬紙板（可机智地因地取材）等做临时急救固定，轉送医院。上夹板的目的是让折断的骨骼保持相对稳定，避免增加軟組織再損伤，且便于运送患者。在行固定时，急救人員要先握住断骨的上下两端拉开一点，使其变直，然后再捆綁。夹板要长一些，应超过骨折之上下两端关节。固定好后尚应注意其局部或远端之肢体皮肤顏色有否青紫或发凉等現象，若有則說明綁的过紧，应放松一些。对創口出血，应用清洁的布、衣角、手巾等压迫包扎止血。对骨骼断端戳在創外的开放骨折，不能牽动，也不能接触肮脏的东西，只要用消毒紗布或清洁的代用品盖上，再綁上夹板就可以了。

常见几种骨折的急救处理

1. 上臂骨折　用一块合适的夹板放在上臂外側，腋窝垫好一折迭的布巾，再用布带或绳索将上臂綁在胸部。然后用三角巾或布带将前臂悬挂于胸前。

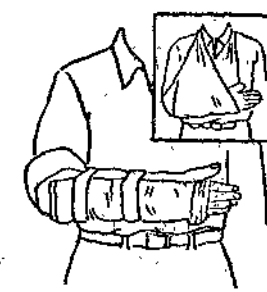


图 23　前臂骨折急救固定法

2. 前臂骨折　用两块适宜的夹板或木板置于前臂内側及

外侧，用2—3条布带固定。并用三角巾或布带挂于胸前(图23)。

3. 大腿骨折　用一块从脚跟到腋下的长夹板置于外侧，另一短木板置于大腿内侧綁扎固定（图24)。

4. 小腿骨折　用1—2块从大腿到脚跟长的夹板或木板等固定（图25)。

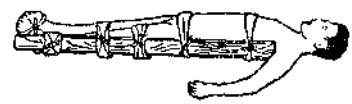


图24　大腿骨折急救固定法

处理四肢骨折如无夹板或其它代用品，可用自身躯干（上肢骨折时）或健侧肢体（下肢骨折时）互相捆綁，亦能达到固定的目的。

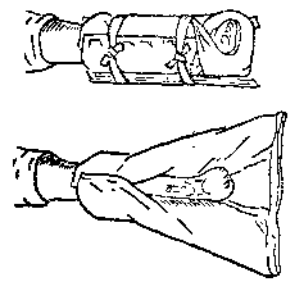
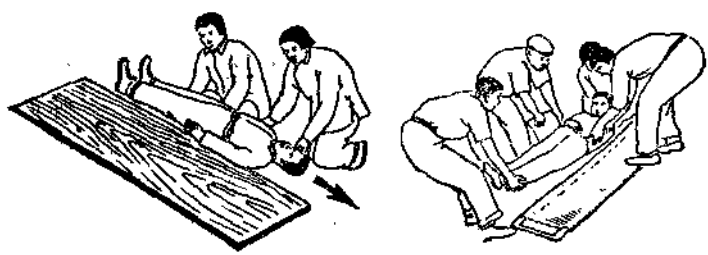


图25　小腿骨折急救固定法

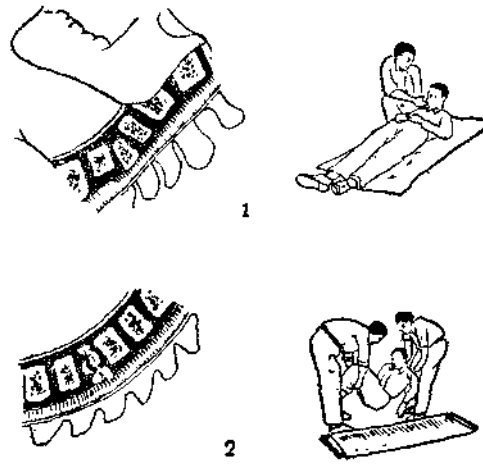
5. 脊柱骨折　搬运时须特别小心，应使患者仰臥，由两人将患者滚到門板上抬走，切忌使脊柱屈曲，以免碎骨片移动而刺伤脊髓。对頸椎骨折患者，应使头部保持后伸位，在頸部及双



1　　2

图26　正确搬运脊椎骨折患者的方法

肩下垫一薄枕，頸部两旁垫以沙袋、沙团、紙匣或卷迭的衣服，防止頸部旋轉。严密注意呼吸情况，立即送到医院（图26、27）。



1.颈椎骨折　2.胸腰段骨折

图 27　搬运或搬动脊椎骨折患者的錯誤方法

治疗原則

1.复位　处理骨折伤員应爭取早期复位，最好是在伤后1—4小时，此时局部軟組織水肿还不严重、組織弹性尚接近正常，容易复位，但是患者有休克、昏迷，內脏及中枢神經系統損伤时，須在全身情况稳定以后，才可整复骨折。又如已有明显肿胀或已出現水泡时，亦宜暫用夹板或石膏托固定，待肿胀消退后，再考虑复位。复位应在麻醉无痛（一般向骨折血肿內注入2%奴佛卡因即可达到目的，有的須用全麻或神經阻滯）下，应用牽引、拉开、对位、固定四个步驟进行，即按骨的长軸方向牽引和对抗牽引，由輕到重，牽开后用端提挤按法，以下折端对上折端为原則，并从后往前或从內往外托，同时糾正其成角

（一般应纠正在 10 度角以內），重迭、旋轉畸型。畸型須及早矫正，使骨折能在正常生理位置上生长愈合。

2. 固定　骨折經复位后，必須有坚强及充分的"外固定"。一般可用中医小夹板，或木板及树皮，亦可用石膏固定；对某些难以手法复位、或难以保持复位状态的骨折，也可用鋼板、螺釘或鋼針做"內固定"。已复位的骨折必須持續固定在良好位置上，直至骨折愈合为止。在固定的期間內，必須詳細观察伤肢的血运情况。

3. 功能練习　骨折复位固定后，宜早期开始功能練习。要运动沒有固定的关节，并練习肌肉的收縮能力（如練习股四头肌的收縮等）。运动时要有規律、节奏。总之应在不妨碍骨折固定，而又能促进骨折愈合的前提下进行練功。練功之目的不仅在于能使全身血运暢通，代謝旺盛，并有生理性自动矫正骨折的作用，以預防发生日后的肌萎縮及关节僵硬。

开放性骨折的处理原則　开放性骨折的最大特点在于异物或污泥可由伤口进入骨折处，若不及时处理，則可导致軟組織感染，骨髓炎、骨迟延愈合或不愈合等严重后果。故应爭取时間，及早进行清創术处理。

清創术要彻底，凡污染和失去活力的組織均需彻底切除，但又要避免重要的血管、肌腱和神經的再損伤。骨折端污物不能除去时，可以适当地切除骨质，以免术后感染（詳見手外伤清創术部分）。

在彻底清創后，根据具体情况，再行骨折复位和內固定，或者待伤口愈合考虑延期复位和外固定；亦即将开放性骨折变为閉合性骨折，然后再按閉合性骨折处理。

接骨中药及针灸止痛

1. 接骨中葯主要以生肌止痛、活血、散瘀为主。常用成葯

有接骨七厘散、七厘散、玉真散、九分散、接骨丹(丁号、Ⅱ号)等。

2. 生栀子末加水成半糊状，局部外敷，治疗跌打损伤未破之撕裂骨折或关节韧带之损伤疗效较好。

針灸止痛

上肢痛——肩髃、肩髎、肩貞、曲池、外关、合谷。

下肢痛——环跳、殷門、阳陵泉、膝眼、宣中。

腰痛——①腰眼、十七椎，②命門、双腎俞、大腸俞，③龈交、人中（多用于急性腰痛，如扭伤等）。

脊柱痛——人中、大椎、长强。

頸痛——①落枕、中渚、养老，②双悬钟。

一、锁骨骨折

鎖骨骨折多因跌倒，上肢伸直手部着地或側方跌倒，肩部着地之間接外力所致，偶亦有由于直接打击所致。骨折多在鎖骨的中、外 1/3 交界处发生，外折段向下内；内折段向上变位(图 28)，儿童亦常发生柳枝型骨折(图 29)。

诊断 患側鎖骨部肿、痛，在皮下常可触到内折端的突出部。患者常以健側手托扶患側上肢，以减少疼痛。患者躯干

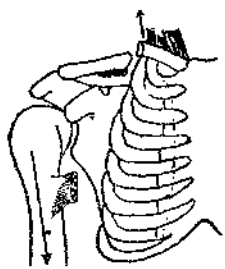


图 28 鎖骨骨折的变位：外折段向下内；内折段向上

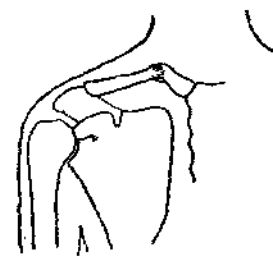


图 29 柳枝型骨折

常弯向患侧，健侧手托扶患侧肘部而来诊。检查时肩关节外形正常，由于骨折部疼痛往往肩部也不敢动，鎖骨部肿痛，且有压痛。放射綫透視或照片有助診断。

治疗 局麻下或不用局麻行复位（图 30）。复位后再用"∞"字型繃带固定。腋部要垫好棉垫以防压迫神經血管（图 31）。上"∞"字繃带时要注意橈动脉搏动情况，同时亦要問患者手是否发麻。

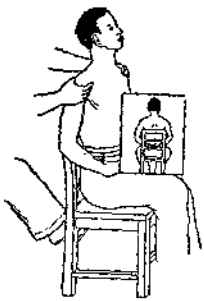


图 30 鎖骨骨折复位法

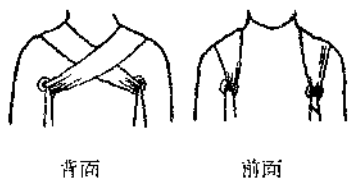


图 31 鎖骨骨折复位后用"∞"字型繃带固定

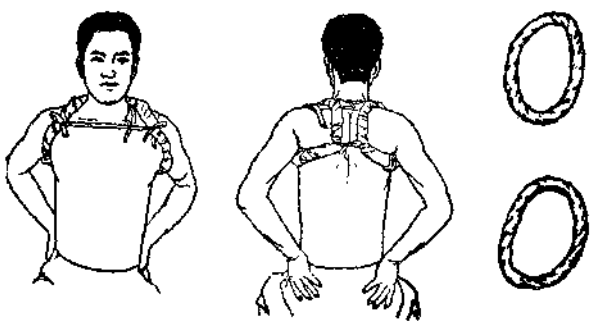


图 32 改变的"∞"型繃带：用两条毛巾做成两个套圈，套在两肩部固定。

用“∞”字型繃帶固定3—4周后改用三角巾固定2周。在用“∞”字型繃帶期間要經常注意是否繃帶已变松，因而达不到固定的目的。如果已变松了則随时綁紧之。

目前我們常用的“∞”字型固定法：用两条毛巾做成两个套圈，把两个套圈套在两肩部，然后在背部把两圈用普通繃帶綁紧，达到固定的目的。固定时和固定后的注意事項同上(图32)。

二、桡骨下端骨折

跌倒时肘部伸直，手掌着地而发生。或直接外力作用于桡骨下端所致。

临床表現 局部疼痛、不能活动。下折端向背、桡側变位。因之外形呈叉状畸型(图33)。

图33 桡骨下端骨折典型移位

治疗 局麻下牵引复位(图34)，远端压向掌側及尺側，复位后将腕部偏向尺側矫正下折端的背、桡側移位，則将下折側，用中医小夹板由手掌至肘下，桡側与背側較长而掌側与尺側稍短之四条中医小夹板向尺側偏固定(图35)。或按这种形态由前臂打至第三掌紋之管型石膏固定两周后，改为功能位石膏托继續固定2—

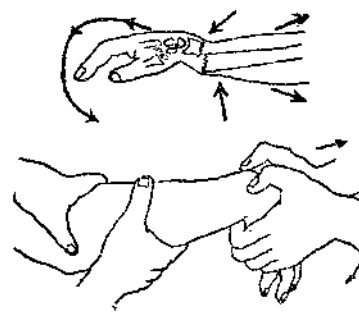


图34 桡骨下端骨折复位法

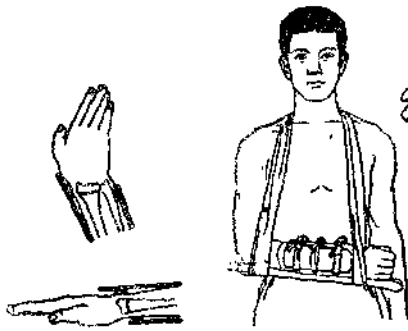


图 35　中医小夹板固定桡骨下端骨折

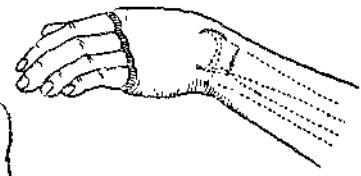


图 36　桡骨下端骨折复位后石膏固定位置：表示偏向尺侧和屈向掌侧

4 周(图 36)。

三、尺桡骨骨折

由于直接打击前臂，或跌倒时手掌着地而发生。单骨（尺或桡骨）骨折时变位及不正常活动都不明显，双骨折时，有明显的变位及不正常活动，手部功能完全丧失。其变位方式可因骨折部位高低而不同（图 37）。

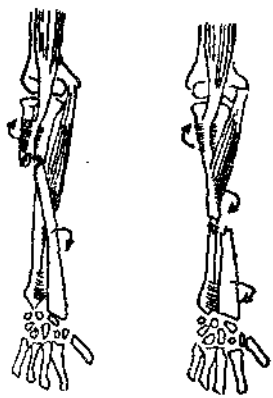


图 37　尺、桡骨干骨折移位的情况

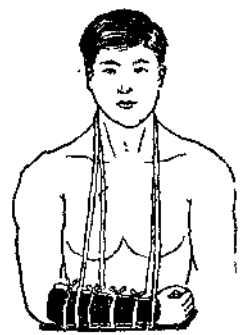


图 38　中医小夹板固定法

治疗 先行局麻或臂丛麻醉，继行复位。先屈曲肘关节90°，骨折綫在上1/3时旋后位牵引，在中或下1/3时改在旋后旋前中立位牵引，并有一助手作对抗牵引。持續牵拉5—10分钟，經触摸或放射綫証明两段重迭的骨折端已被牵拉开后，两手按压骨折处使之复位。并行小夹板固定(图38)，或用上臂前臂石膏固定，悬吊于胸前。尺桡骨双折时要求准确复位，并須将尺桡骨分开，即保持原骨間隙。可利用分骨垫，或在石膏未干时按压塑形。否則易形成交叉愈合，遺留功能障碍。

手术治疗桡骨用鋼板，尺骨用髓內針固定，或尺桡骨皆用鋼板內固定。

四、肱骨髁上骨折

肱骨髁上骨折多見于儿童。

（一）伸展型髁上骨折 跌倒时肘部稍屈曲、腕部背伸并以掌部着地。因此，下折段向后上方移位，易造成血管神經的損伤（图39、40）。

图39 伸展型肱骨髁上骨折典型移位

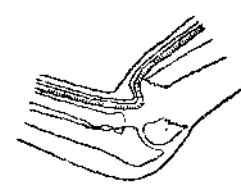


图40 骨折近側断端压迫肱动脉

治 疗

1.徒手复位 臂丛麻醉下进行手法复位，先将患肢慢慢牵引伸直，一手将上折端向后压迫，同时大拇指将尺骨鷹嘴向

前推，一手向前下方牵引前臂，并使腕关节在旋后位，徐徐屈曲肘部用一块或两块石膏夹板固定在60—90°的位置4—6周。在复位时或固定后，应常检查患肢桡动脉搏动情况，如脉搏减弱或消失，则应逐渐减少肘部屈曲程度，至桡动脉搏动恢复正常为止，因在肘屈位再加上局部水肿，容易压迫血管而产生前臂手部的缺血性挛缩。这个问题在肱骨髁上骨折时须特别注意。因此，每个医生在給这种骨折复位固定时皆必須警惕。

2.手术复位内固定法　有时徒手复位失敗或兼有神經損伤（例如桡、尺神經）或开放性髁上骨折（伤后6—8小时以內），条件允許时可以考虑作手术复位同时作鋼針內固定。但如为开放性者必須进行彻底清創才可。手术固定后还要用功能位石膏板作外固定3—4周。手术时，如果术前有神經損伤表現者可同时探查神經。

（二）屈曲型肱骨髁上骨折　跌倒时肘部着地。下折段向前上方移位（图41）。

治疗　屈曲型骨折可在牵引下把下折段压向后方，上折段压向前方，复位后以中医小夹板肘伸直位固定4—6周。

肱骨髁上骨折合并神經血管損伤者，需及早手术切开探查血管神經，同时复位做內固定术。

图41　屈曲型肱骨髁上骨折，典型变位

五、肱骨干骨折

肱骨干骨折常因上肢外展，手掌着地的間接外力所致，亦有由于直接打击或火器伤而发生骨折。由于桡神經在肱骨中段附近紧处于肱骨桡神經沟中，故骨折后常并发桡神經損伤，

在診断和治疗这一骨折时要注意桡神經損伤。

图 42　肱骨干骨折石膏袖外固定

治　疗

1. 中医小夹板固定　在局麻下或臂丛麻醉，行牵引外展外旋复位，有条件时最好在透視下进行。复位后加外敷葯，用小夹板四块固定，外用綳带纏繞之，然后行上肢托板悬挂于胸前。

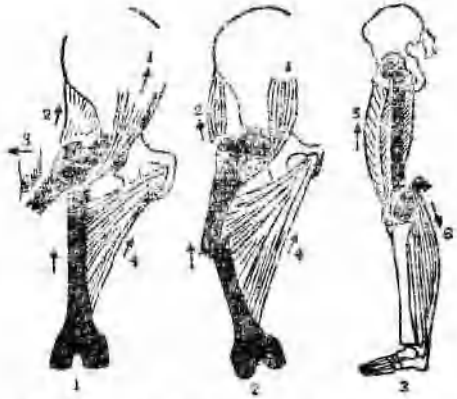
2. 石膏袖外固定　复位后行石膏綳带固定，把石膏悬吊于頸部（图 42）。多适用于肱骨中、下段斜折或螺旋折。

3. 并有神經損伤或开放性骨折（6—8 小时以內經彻底清創）或复位困难（折端間夾有軟組織如肌肉）者，可早期行內固定术（不透鋼板）兼桡神經探查术。术后用功能位石膏固定 3—4 个月。

六、股骨干骨折

多由外力直接打击而发生。受伤肢体表現肿痛、不能活动，多有弯曲及短縮畸型改变（图 43）。股骨骨折易伴休克，故急救时应特别注意。

治疗　中西医結合小夹板固定。或患者經急救用小夹板固定送到医院。若有休克应先进行抗休克，好轉后，即可行腰麻下作股骨髁上或脛骨結节骨牵引，再行复位。对横折可用牵引及端提法复位。对斜折、螺旋折因骨折两端接触面大，可行一般牵引后，加用小夹板固定，即能对位。粉碎折主要經复位至一軸心綫上即可。牵引后应注意測量肢体长短，与健側对比，以免牵引过度，日后产生骨之不愈合。一般应固定 2—



1.股骨干上1/3骨折；2.中1/3骨折；3.下1/3骨折。
（1）髂腰肌；（2）臀中肌及臀小肌；（3）臀大肌；
（4）内收肌；（5）股四头肌；（6）腓肠肌。
箭头示肌肉收缩方向。

图 48　股骨干骨折的典型移位

3个月。对开放性骨折，可酌情在彻底清创的同时做钢板或髓内钢针内固定。幼儿股骨干骨折可用垂直悬吊牵引法固定4—6周(图 14)。

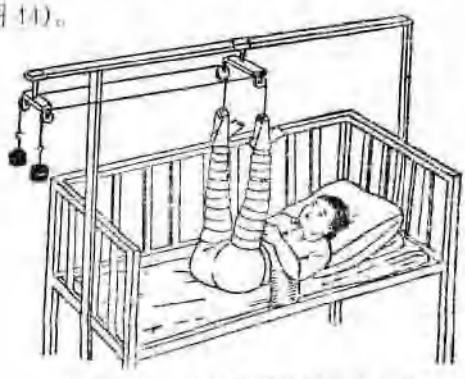


图 14　小儿股骨干骨折悬垂牵引

七、股骨颈骨折

多发生于老年人，但其他年龄亦偶可見到。股骨頸骨折主要为間接外力所致。股骨頸的动脉血液供应是依靠关节囊滑液膜和来自圓韧带的毛細血管，而后者在老年时往往近于机化閉鎖状态，因而骨折后往往不易愈合。

骨折类型

1. 內收型　骨折綫近于垂直，錯位較大；

2. 外展型　骨折綫近于水平，折端間互相嵌插，不易錯位或錯位很小。

临床表現及诊断

1. 內收型骨折　特殊表現为患肢短縮、屈曲、內收、外旋（外伤性后脫位則为內旋，此点为与股骨頸骨折的主要鑒别点）。余拉通氏綫破坏。

2. 外展型骨折　往往只有不大明显的表現，因折端間嵌插稳定，故患肢往往还可以主动輕微活动。如不早期診断、治疗，亦可轉化为內收型骨折。放射綫照片检查，有助于了解骨折內部情况。

治　疗

1. 外展型骨折　一般采用外展人字石膏固定2—3个月即可治愈。如条件不够，也可穿以矫正鞋，2—3个月亦可治愈，但要注意不可过渡活动或在医务人員經常照顧下进行。

2. 新鮮內收型骨折（伤后三周內）　一般采用三翼釘內固定术或粗隆間切骨术。

3. 陈旧內收型骨折（伤后三周以后）　一般采用粗隆間切骨术。

八、胫腓骨骨折

兩骨干同时骨折，可因直接暴力或間接外力所致。前者易

造成双骨在一水平面上骨折，大都合并皮肤破裂。后者因由高处跌下，足先着地身体旋转跌倒，故胫骨多在中下1/3交界处折断，而腓骨则由于传达力量及骨间膜之固有方向常在较高的平面骨折(图45)。因胫骨前内侧紧贴皮肤，故多为开放性骨折。

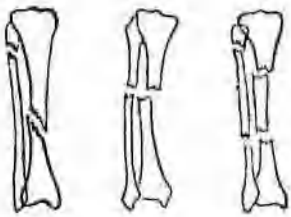


图45 胫腓骨骨干骨折

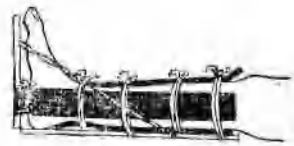


图46 中西医结合小夹板固定治疗小腿骨折

治 疗

1.中西医结合治疗 在闭合性骨折，局麻或腰麻下复位，对胫骨的复位要求准确，力求做到完全复位(对腓骨之复位不做重点，因既或错位愈合，也不影响功能)，否则日后功能障碍较大。一般不需要骨牵引，可用脚托板以防胫腓骨之旋转(图46)。

2.对开放性骨折应在完全无痛情况下进行彻底清创，复位，并用下肢功能位石膏托固定。若骨折不稳定应行内固定，但使用的金属物越少越好。如斜折，可用1—2枚螺丝钉固定即可。横折应用钢板螺丝钉在胫骨之外侧固定，或行髓内针固定，固定时间为2—3个月。若为胫骨中下1/3交界处骨折，应考虑延长2—4周，以预防骨折的不愈合，因此处骨的血管环不良。

九、踝部骨折、扭伤

踝部骨折常为胫、腓骨下端靠近踝关节部的骨折。骨折可为单踝或双踝骨折，如为双踝骨折常合并胫腓骨下端韧带断裂，以致胫腓骨下端分离。

临床表现 局部肿胀、疼痛、骨擦音、皮肤变紫色(皮下瘀血)。

踝部扭伤为踝部外伤后引起的踝部软組織損伤（包括踝关节的副韧带)。严重者可致韧带的部分断裂或完全断裂。局部肿痛、皮下瘀血亦常出現，但捫不到骨擦音，踝关节可有自动的不同程度的伸屈活动。

治疗 踝部骨折复位后用膝下石膏固定 2—3 个月。复位困难者有时可手术行內固定术，术后可用石膏固定 2 个月左右。

图 47 踝部扭伤用粘膏固定

踝部扭伤一般用粘膏固定 3—4 周 (图 47)。扭伤常应用理疗。內服中药：跌打損伤丸或七厘散、舒筋活血片等。七厘散也可外敷于患部。

十、骨盆骨折

骨盆是骶骨、髂骨、耻骨和坐骨連接而成的一个骨环，是躯干和下肢間的桥梁。它对膀胱、直腸、大血管有重要的保护作用。骨环的前部（包括耻骨上下支）比較脆弱，易发生骨折。骨环的后部，(包括骶骨、髂骨、髖臼和坐骨結节）是直立位或坐位負重的部分，比較发达，不易骨折。骨盆常是由左右側面或前后方挤压直接暴力造成骨折。可根据盆环有无断裂分为骨盆环骨折和单純骨折两种类型。一般多无需特殊治疗，仅平板床仰臥休息 3—5 周即可治愈。如髂骨翼骨折、一側耻骨单支骨折、髂前上、下棘和坐骨結节撕脫骨折、骶骨骨折、—

侧耻骨上、下支骨折、耻骨部盆环連接二处断裂，但骨折片移位不多者皆包含在內。个别的如耻骨联合分离者，仰臥时可用帆布兜悬吊6—8周。少数尾骨骨折伤員，治愈后仍残有尾骨痛，起坐甚痛者，日后可考虑手术切除尾骨。除此之外，絕少有需用石膏短褲和牵引复位者。看来似乎簡单，但实际工作中不論急救、診断、治疗各个方面，都应致力于合并內脏損伤的問題上。尤其对出血、休克严重的伤員，更应如此。

急救 对骨盆骨折的伤員，都应将骨盆全部用急救包或三角巾环形加压包扎。仰臥于平板担架上，勿用藤、帆布类軟兜担架，以防因搬运顛簸而招来或加重內脏損伤。

诊 断

1. 骨盆有无畸形或骨折移位，压痛或骨盆挤压分离試驗阳性。

2. 有无下肢活动或翻身困难，或单侧下肢有无变短。

3. 腹部有无腹膜刺激症状。

4. 膀胱充盈情况如何。有无膀胱破裂。

5. 有无腹壁、会阴、大腿上部的血肿、瘀斑、伤口、蜂窝織炎等，外尿道口、肛門口有无血迹。

6. 直腸指診用以了解直腸、膀胱、后部尿道有无損伤。

7. 如有条件可作放射綫骨盆部照片，膀胱尿道造影視需要一起拍片。

治 疗

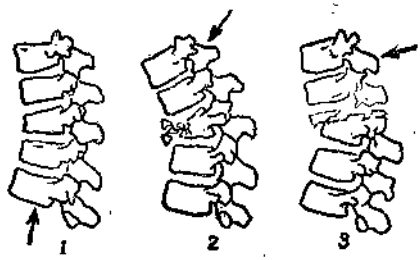
首先处理休克。有內脏破裂者即行手术。参照各有关脏器損伤。对骨盆环骨折可根据变形情况采取帆布兜悬吊牵引或对变化明显者須加用下肢牵引（患側重量为健側之三倍），复位后改为維持重量牵引（3—4公斤）8—10周。

十一、脊椎骨折和脱位

脊椎骨折和脱位多由高处跌落或塌方等所致。多发生于胸腰段，但亦可見之于頸段。多为屈曲压縮性骨折脱位，外伤后脊髓馬尾神經損伤时病情严重。工农业劳动者易发生此症，医务人員应以高度革命精神全心全意地为阶級兄弟服务，做到两个"**极端**"，积极进行搶救与治疗。

病理类型

1. 屈曲型压縮性骨折脱位多見，分为稳定骨折和不稳定骨折两种(图 48)。



1. 单纯压縮骨折；2. 粉碎压縮骨折；3. 压縮骨折脱位。

图 48　胸腰椎骨屈曲型压縮骨折

这种骨折和脱位常好发生于胸椎 11、12，腰椎 1、2（約60—70%），或頸椎 3—6。常易合并脊髓馬尾神經或頸髓損伤，造成外伤性截瘫。

2. 战时火器伤可发生于椎体任何部位，病理变化是无規律的，一般合并严重的軟組織損伤。

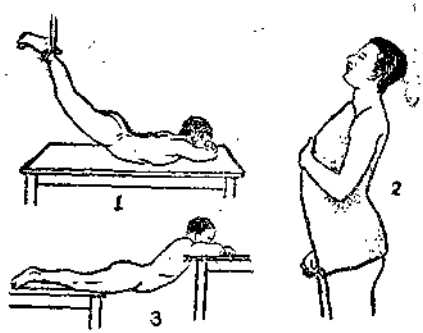
临床表現及诊断　外伤史。脊椎局部疼痛，后凸肿胀、变形，不敢活动。合并脊髓神經損伤者，其表現可自骨折处脊神經支配的皮肤感覚丧失，反射功能消失，肢体瘫痪，尿潴留，大便秘結或大小便失禁。放射綫检查脊椎正侧面象，有时还要照斜位片，以了解骨折脱位的类型和决定治疗。

治疗 急救参閱骨折急救。

1. 閉合复位 适用于早期胸腰段的屈曲压縮骨折脫位、无脊髓神經損伤的患者，特别是稳定骨折尤为适宜。

（1）仰臥垫枕逐漸复位法 患者仰臥，于腰部（正在病变处）垫以平枕头，逐日增厚枕头达到使脊柱过伸的程度，从而达到逐漸复位。約2—3周后开始練习背肌，4—5周后胸腰保持过伸姿式下，可試离床步行，并繼續練习背肌。一般可在4—5个月恢复工作。此法簡便易行，一般可在家庭农村中即可施行。

（2）两足悬吊复位法和两桌复位法 事前可注射止痛剂或局麻。复位后打好过伸位石膏背心（图49）2—3个月。可早期带石膏下地練习活动。



1. 两足悬吊复位法；2. 石膏背心固定（侧面）；3. 两桌复位法

图49 胸腰椎骨折的复位和固定

2. 顱骨牵引法或四头带牵引法 适用于頸椎骨折脫位，有或无脊髓損伤的患者。牵引方法見（图50，51）。

一般重量約在6—12斤，牵引約3—4周后，一般即可复位和达到纖維連接，即可去掉牵引，而用包括头部的石膏背心

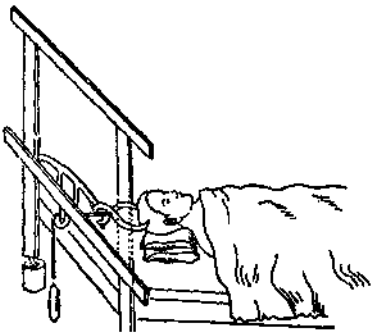


图 50　颅骨牵引法

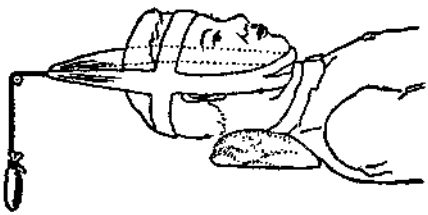


图 51　四头带牵引法

固定 3 个月左右。以后可酌情用颈支架半年到一年。在牵引过程中，特别是合并截瘫者要特别注意保持呼吸道通畅，有痰可协助排痰及吸痰，或酌情作气管切开吸痰，以免呼吸道突然阻塞而窒息，或防肺内感染。

3. 手术疗法

（1）对于不稳定的脊椎骨折脱位，特别是椎体骨折合并小关节脱位或小关节交锁者，可酌情作切开复位术；手术是用两个持骨钳分别钳住脱位的两个棘突向上或向外牵拉，同时牵引脊柱并使脊柱适当的屈曲，即可达到复位。

（2）对于合并截瘫的不稳定的骨折脱位或火器伤，可

酌情早期作椎板切除术，以达到减压、取出异物和探查脊髓的目的，往往可有助于脊髓的恢复。

4、截瘫合并症的处理　脊椎骨折合并截瘫时，要特别注意预防和治疗其三大并发症：即肺炎、褥疮和泌尿系感染。医务人員要提高警惕，注意预防，不怕脏，不怕累，全心全意地为伤病員服务。

（1）预防肺炎　前已叙述。

（2）褥疮的防治，具体如下：

①坚持不断地每两小时給患者翻身一次和必要的擦背（用酒精、滑石粉）。清扫床单。垫好褥垫或气圈、棉圈。

②要保持患者皮肤清洁，防止尿粪污染。

③禁用一切可以压迫皮肤的支架或石膏床。

④如果已經发生褥疮，要經常換葯或用中葯內服或外敷。常用中葯如下：

內　服

穿山甲二錢	皂角刺一錢半	当归尾三錢
甘草二錢	銀花二錢	赤芍三錢
乳香一錢半	沒葯一錢半	天花粉二錢
陈皮二錢	防风一錢半	貝母一錢半
白芷一錢半	水煎服。	

外　用

①凡士林一斤　九一丹一两（即熟石膏九錢　升丹一錢）东丹一錢半　将凡士林烊化，加二丹調匀成膏，此膏匀涂紗布上貼患处。适用疮面初起。

②煅石膏八两　外丹二两　研极細末，将葯粉摻入疮面处。适用疮面腐黑。

③制炉甘面五錢　滴乳石三錢　滑石一两　血珀三錢

朱砂一錢　三梅一分　研极細末，掺疮口中，外盖膏药或药膏。

（3）防治泌尿系感染　持續留置导尿管放尿是比較簡单易行的有效方法。在严密无菌条件下，由尿道插入合适的胶皮导尿管引出尿液解除尿潴留，并留置于膀胱，把导尿管露在外面的部分挟住，每隔4小时放尿一次。每日用3%的硼酸水200毫升冲洗膀胱一次。每周更換导尿管一次。更換时最好不立即插入导尿管，让尿道有4—6个小时的休息时間，然后再插导尿管。这样处理一般很少发生膀胱感染，膀胱不致因长期尿潴留发生扩大也不致縮小。弧髓的排尿中枢可以逐漸自主独立排尿，每隔2—4小时自动排尿200—400毫升較有規律。这对患者是一个极为有利的发展。达到这个"自动反射膀胱"阶段一般需要半年到一年。感染是障碍或延迟"自动反射膀胱"发生的最主要因素。因此积极預防和治疗感染是非常重要課題，要求医务人員耐心細致严密的无菌操作。

如果已发生感染，則用1/5,000的呋喃西林或1/5,000的过錳酸鉀溶液冲洗膀胱，每日1—2次，每次冲洗后由尿管向膀胱內注入鏈霉素0.25—0.5克。如果感染严重，例如已发生上行腎盂感染或精液道感染时，則拔出导尿管另作耻骨上膀胱造瘻术，以引流感染尿液，并可由此引流管每日冲洗膀胱或注入抗菌素（方法同上）。

凡是由尿道或耻骨上膀胱造瘻的途径作膀胱冲洗时，每次都要掌握这样的原則和方法，即①少量（药液約在30—50毫升），②反复（反复冲洗达到清亮），③微溫（药液要稍加溫），低压（防止上行感染）。

第三节 脱 位

一、肩关节脱位

因跌倒时上臂外展上举，手掌着地或肘部着地而致。常见的肩关节脱位为前脱位(图 52)。

图 52—1 肩关节前脱位

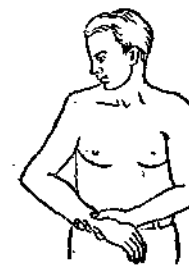


图 52—2 肩关节前脱位外形

临床表现

1. 方形肩；
2. 肿痛、关节活动受限；
3. 患侧上臂輕度外展，外表显示变长；
4. 杜加氏征阳性；
5. 直尺試驗阳性；
6. 肩三角改变。

治疗 局麻或臂丛麻醉下，取仰臥位，用足蹬复位法。术者立于患侧，用两手握住患者伤肢手或腕部，将一足（右肩脱位用右足；左肩脱位用左足）蹬在患侧腋窝紧靠胸壁，慢慢用力牵（5—10 分钟），并用該足向外侧推动肱骨头，起到杠杆作用。同时将牵引之上肢边牵拉边内收，当感到肱骨滑入

关节内时可伴有一种响声，复位即成功（图 53）。也可用肘手复位法，如（图 54）复位。牵引复位步骤可归納为：第一內收，二外旋；三到胸前，四上肩。

复位后宜用肩臂綳带或三角巾，将患肢固定于胸壁上，2—3 周后开始主动練习肩关节活动。

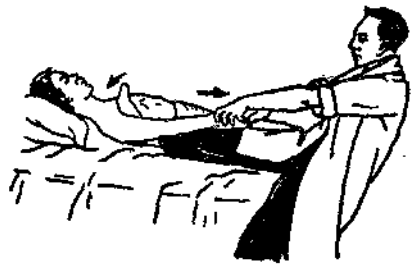


图 53　肩关节前脱位足蹬复位法

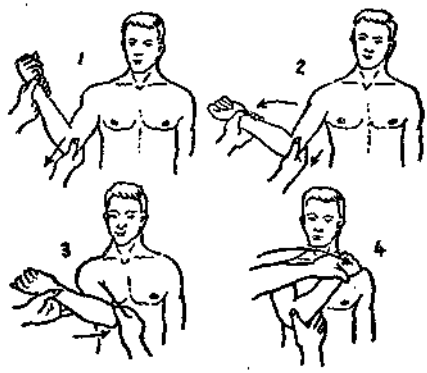


图 54　肩关节脱位肘手复位法

二、肘关节后脱位

农村甚为多見。常因跌倒时上肢处于外展后伸，肘关节伸直，手或腕部着地所致。

临床表现

1. 肿胀及前臂縮短，尺骨鷹嘴脱到肘后方；
2. 肘关节呈半屈曲状；
3. 肘后部隆起，其頂部可摸到一横沟；
4. 肘后三角关系破坏(图 55)。

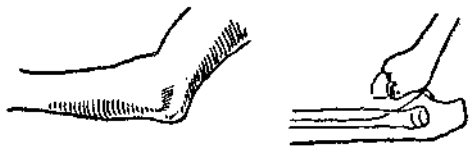


图 55　肘关节后脱位

治疗　可在局麻或臂丛麻醉下，将前臂牵拉，用拇指压肱骨下端向后，同时推尺骨鷹嘴向前，可以觉出鷹嘴冠状突滑过肱骨下端而复位。肘关节屈曲 90°，用三角巾悬吊于胸前，3 周后即可練习活动。

三、髖关节脱位

髖关节脱位虽較肩、肘关节脱位少見，但如治疗不当，极易造成残废，故应特别注意！最常見者为后脱位，偶亦見前脱位。

当下肢在屈曲內收位时，外力冲击膝部(如負重物跌倒时膝部跪在地面受到撞击)，或有重物落在腰部，均可造成髖关节后脱位。

临床表现

1. 髖区痛；
2. 不能活动；
3. 臀后部能摸及一隆起的包块（脱位后大粗隆上移）；
4. 后脱位时肢体呈內收、內旋、屈曲、縮短，膝部靠在对側

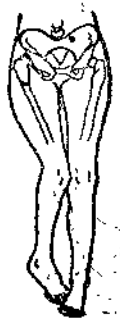


图 56　髋关节后脱位

图 57　髋关节前脱位

大腿上(图 56)；前脱位时则患肢外展、外旋、屈曲、变长(图 57)。

治　疗

后脱位　在全麻或腰麻下，助手按压骨盆部，术者一手握踝部，一手握膝部，右侧脱位用"？"(反问号)动作，左侧脱位用正问号"?"动作牵引复位，共分四个步骤：1. 屈髋、屈膝、

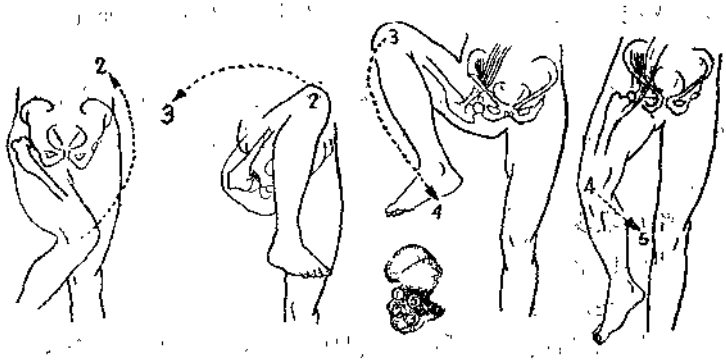


图 58　髋关节后脱位手法复位术

股内收、足外展；2. 上推；3. 股外展、外旋、小腿内收；4. 伸直(图 58)。

前脱位　操作步骤与后脱位者取完全相反的方向，即在大腿前屈牵引时，将髋关节内旋并内收环行复位。

复位后宜用皮牵引，保持髋伸直，轻度外展位，或髋人字型石膏固定，六周后去掉牵引，扶双拐下地活动，但最初三个月内不能负重。

四、小儿桡骨头半脱位

此种半脱位仅发生于小儿。1—3 岁最多，女多于男。也称"牵扯脱位"或"前臂旋前"。

发生机制　多由于小儿上肢前臂在旋前和伸展位时，受到沿肢体纵轴的牵扯力而发生。如小儿由父母领着行走时，小儿忽然下墜或欲拾地上石子时，或者父母給小儿穿衣服，牵拉小儿手使伸出紧窄的衣袖时，因此上肢受到猛力牵扯而使桡骨头半脱位(图 59)。当牵扯时有时可听到响声。

图 59　小儿桡骨头半脱位的发生机制

症状及诊断　患肢受牵扯伤的当时可听到响声，小儿哭泣，立刻不敢活动上肢，即使給糖，也不愿用患手去拿。患肢在旋前位悬垂于体侧。局部无肿胀。活动肘部时因痛哭泣。被动屈肘时有輕度限制。前臂不能旋后。桡骨头部压痛。X 綫照片上无异常所見。

治疗　很多病例在检查診断中即被复位。所以复位很容易。复位不需麻醉。

复位方法 使患肢肘关节屈曲90°。如为右侧桡骨头半脱位，术者右手握小儿腕部，另一手第2—4指扶肘后，此时可听到响声，小儿感痛而哭泣，此时脱位已复位。过1—2分钟后，拇指压迫桡骨头部。术者右手使小儿前臂充分旋后，患肢肘部即能自动活动，并能开始应用患肢；給东西也敢用患手去拿。有些病例一次不能复位，需重复作2—3次。复位后用吊带或三角巾悬吊1—2天，否則容易再脱位。

第四节 骨科几项操作技术

一、石膏固定术

适应证

1. 創伤及战伤的治疗，如閉合性骨折或手术切开复位术后；

2. 骨和关节慢性炎症如骨髓炎、骨結核等；

3. 肢体的植皮术后可用石膏托或石膏管型固定，以預防日后的瘢痕攣縮。

操作步骤

1. 将肢体放在功能位置。

2. 石膏固定时均紧靠皮肤，只在骨隆起处才垫棉垫（因骨折手法复位后，在肢体消肿时容易再发生脱位）。但慢性病及損伤的患者固定时，石膏和皮肤之間可垫棉花或紗套，以免产生接触性皮套或褥疮。

3. 将石膏綳带卷輕輕放入盆內（水溫40°C左右），待气泡完全出尽后取出，用两端輕輕挤出多余的水分，用纏繞普通綳带的方法逐层向所需固定之处纏繞，一边纏繞，一手在石膏綳带卷的两边用手掌向相反的方向抹平，以使两层密接。但要

注意在关节处或骨突起部不能使绷带发生皱折或反折，以免压迫皮肤。

4.石膏厚度一般为8—12层，待石膏成型时（一般为8分钟），才能搬动患者。

石膏类型

1.石膏夹板　一般作6—12层的石膏夹板（又名石膏托）。用于上、下肢的輕度骨折或开放性骨折。清創术后，为加强骨折之稳定性及預防肢体肿胀影响血循环，亦可用双叶石膏板（伸、屈側各一块石膏板（图60）。

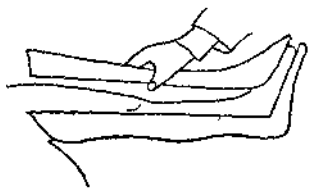


图60　石膏夹板，双叶石膏板（伸屈側各一块）

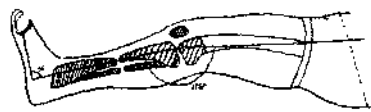


图61　膝上石膏管型

2.石膏管型　以石膏繃带纏繞患肢或躯干而塑成（图61）。

3.头颈胸石膏鞘　又称石膏領，用于頸椎骨折、脱位或頸椎結核（图62）。

四肢及躯干的功能位置　在打四肢及躯干石膏时，关于功能位及范围的問題应記住以下几个要点。上肢：肩外展30°—45°，前屈45°；肘关节屈曲90°；腕关节微屈向背側；前臂旋前旋后的中間位，即大拇指对鼻子。下肢：髖关外展10°—20°；保持持重綫（即由髂前上棘通过髕骨中点，到节1—2趾間隙）；膝关节微屈5°—10°，保持足部基本姿势。足

图 62　头颈胸石膏鞘

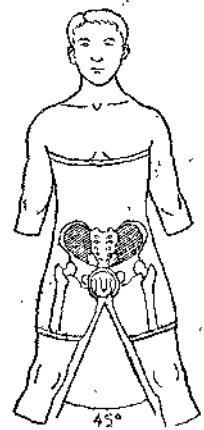


图 63　双髋人字石膏

部的基本姿势：髋关节屈曲90°，足轻度外翻，足趾微伸向背侧，保持足底弓原来状态。但需注意：凡是包括两髋关节石膏，两下肢均应外展，两下肢所形成之角度应为45°（如骨盆石膏，双髋人字石膏等）（图 63），其优点是大小便方便；凡是打石膏背心，腰部保持前凸；凡是骨折打石膏时必须包括上下各一个关节，如胫腓骨骨折打石膏时，上超过膝关节，下超过踝关节。

上石膏病人的护理

1. 上石膏肢体的护理　經常注意和訪問病人。有任何不适感应予重視，尤其是指出某部有疼痛时，要分析其性质，估計是否因石膏压迫。是者应早防治，轉換体位，減少或消除压迫。

上石膏肢体应垫高。自上石膏后 48 小时内，应密切注意检查上石膏肢体远端指或趾的血液循环。如石膏太紧而血液循环障碍时，表現下列征象：指或趾肿胀；皮色发紺；以指

压迫指或趾甲，压迹处色苍白；取消压迫后，色不变原色或极缓慢，即表明血液循环受阻（触压试验阳性）；感觉减低或消失。防治方法即将石膏型由两侧对开松解，再用绷带捆起。

2. 石膏型的护理　石膏型完成后，虽然及时硬固，但是干固的时间需 2—3 日。在此期间必须注意下列重点：

（1）必须将有石膏型的肢体或躯干放置在保持原型的位置，用大小不同的枕头垫好，不能有折损或压扁。

（2）患肢应抬高，垫枕应适当。例如下肢石膏型垫枕应放在小腿腹部，切勿垫跟部，以防压迫跟部引起坏死。同时，要使石膏型上端用緣不压迫軟組織。这端如垫得过高，腿的前方受压，如垫得过低，腿的后方受压。

（3）进行护理工作时，如鋪单、扫床、翻身等时，搬动石膏要輕，用手掌托石膏型，不可用指或指端去捏，以免在石膏上出現压痕凸出石膏型内面，而压迫軟組織引起压迫疮。

（4）应設法使石膏型迅速干固，以免某部折裂及变形。如髖、膝、踝、肩、肘及腕等处容易折裂。石膏型上勿盖被单或毡子，尤其夏季，以利水分蒸发。或用烤箱罩在石膏型上，更易干固。但是热力不可太强，因易使石膏内水分蒸发过速而石膏不坚固，也易使外露皮肤如足趾容易发生烧伤。

（5）过多翻身和搬动，易使石膏折損。所以待石膏充分干固后再开始多翻身，石膏未干前少翻身。长久不翻身，与床面接触的石膏不易干固，也易出現压迫疮。所以石膏背面干固后，再翻身烤腹面。

（6）会阴部有石膏时，如髖人字、石膏床等，更应防止尿浸或大便污染，尤其小儿。除上石膏时注意避免外，应放置油布遮盖会阴部。

（7）足趾部未上石膏时，因防止用被褥压迫，否則易形

成槌状趾。足趾有石膏时，因被盖压迫也易将石膏损坏。

此外，石膏干固后，应鼓励病人多活动未固定部位，并作固定部的肌肉伸縮运动。也应鼓励多翻身，以防止压迫疮和肺部或泌尿系并发症（肺炎、泌尿系結石等）。

3. 石膏折除后的护理　无論任何种石膏型折除后，尤其在关节部都有不适或酸痛，不敢活动。所以折除石膏后，应将肢体垫好。有伤口者，及时清洁周围換葯，无伤口处用溫火洗净皮肤。因石膏固定日久，皮肤角化未脱，有很厚的角化皮层貼附，禁止用手去撕，应涂凡士林潤軟，約24—48小时后，再用溫水和肥皂擦洗掉。肢体折除石膏后反而有肿胀，尤其下肢，下地或持重行走时，足及腿皆发紫。应先抬高患肢，在床上多練习肌肉和关节机能，或輔以物理疗法和按摩。下地行走时，用松紧繃带由趾到膝包扎。

二、关节穿刺术

适应证

1. 确定关节內积液的性质（渗出液、血液或脓性渗出物）。

2. 抽吸关节內的积血或积脓，并可注入葯物，以达到治疗目的。唯关节腔最易被感染，故在作穿刺术时，必須严格遵守无菌技术。

各关节穿刺部位（图64）。

1. **髖关节**　可于腹股沟韧带中点下1厘米，股动脉下1厘米处垂直穿刺。

2. **膝关节**　宜于髕骨外上緣引綫与外緣引綫交角处刺入，或在內、外膝眼处穿刺。

3. **肩关节**　最常使用的穿刺吸引途径是自三角肌前緣波动明显处。

三、骨牵引术

一般应用于成年人或較大儿童的骨折脱位。操作时先严格消毒，鋪妥灭菌敷布，局麻下进行。常用穿刺部位有：

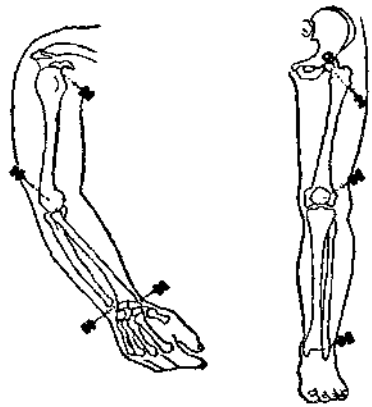


图 64　各关节穿刺部位示意图

1. 脛骨結节　适用于股骨下 $^1/_3$ 及踝上骨折。穿刺部位在脛骨結节后下 2 厘米，或脛骨結节与腓骨头連綫之中央，由外向內穿針（为防止誤伤腓总神經）。穿針后按妥牵引弓，用牵引绳經过滑車（或用木綫軸）加以需要之重量进行牵引（砖石即可）。

2. 股骨踝上　适用于股骨上、中 $^1/_3$ 骨折或髖脱位；穿刺部位在髕骨上緣引綫与腓骨前緣延长綫之交点处，膝关节襞外穿針。

3. 尺骨鷹嘴　适用于肱骨干或肱骨外科頸骨折錯位較大不易徒手复位之骨折，肘关节屈曲90°，在鷹嘴最突出点之稍下方，正对肱骨下端之踝部。为避免誤伤尺神經，必須由尺側向橈側穿刺。

4. 跟骨　适用于脛腓骨骨折，部位在外踝尖部和足跟后下緣相联綫的中点（跟骨骨体之中央部）穿刺。

5. 顱骨　适用于頸椎骨折脱位，由双耳孔經顱頂划一連綫，再由双眉弓外側向上述連綫引直綫，綫之交点即为穿刺点。

注意事项

1. 操作时应严格消毒，以防关节及骨的感染。穿刺后牵引期間，为了防止感染，必要时可經常局部酒精消毒。

2. 每日測量肢体之长短。如比健側短，說明重量不够，应当增加，若长則应減少重量。

3. 充分发揮反牵引作用，如下肢牵引时应将床尾垫高，顱骨牵引时則应垫高床头。

4. 牵引绳索应与肢体軸心綫保持一致，以便更好地有軸心牵引力量，便于对位。

四、皮肤牵引术

适用于小儿骨折，髓針內固定术后以及截肢术后的患者。但皮肤局部有破損或炎症，則不能使用皮肤牵引。

具体步驟（以下肢为例）

1. 剃毛，并用松节油或乙醚脫脂，且可防止皮肤起泡。

2. 按所需之长度量取宽幅（5—8 厘米）的胶布一段（如股骨中段骨折，則胶布之长度为由骨折部近端 6—8 厘米起，到足底之二倍）。

3. 于骨突出部，如股骨內外踝、腓骨小头、足之內外踝等处，都应用紗布垫好，以免产生压迫性褥疮。

4. 貼在肢体近側端之胶布宜剪开一段呈扇状，平鋪貼于肢体（內外）两側，注意絕对不能有皺折，胶布繞过足底部应貼一方形分离板（木制，稍宽于足底之幅度）。

5. 膝上、下及近踝部用窄条胶布，横貼半圈以增加粘着力，继用繃带包扎，三小时后始許可加重量牵引，否則易滑脫。

6. 方形分离木块的中央小孔內穿一绳，绳端打結。另端通过滑車系以重量牵引。

注意事项

1. 每日应测量患侧的长度，并和健侧对比，如患侧长过1厘米以上为牵引过度，应减少牵引重量。患侧短于1厘米以上时为牵引不够，应增加牵引重量。一般所用重量不超过3—4公斤，过多则导致胶布滑脱。

2. 应經常检查牵引绳与肢体是否在一水平綫上，牵引肢体方向是否正确，并应充分注意有无血液循环障碍及神經障碍和褥疮之发生，绳索是否坚固，绳索突然折断会引起骨折的再錯位、疼痛，有时易产生休克。

3. 皮肤牵引滑动过多时应更换胶布，有水泡时在无菌状态下抽吸之，以免感染。

五、四头带牵引法

常用者为利用四头带做頸牵引（頸椎之炎症或損伤），四头带之前部置于下頷，后部置于枕后粗隆（应加軟垫），在微收下頷的姿势下牵引，使牵引力平均作用于上述两处（如图51）。

第五节　周围神经损伤

周围神經損伤的原因較多，但其中主要是挫伤、割伤和火器伤。战时它是比較常見的，平时外伤有时亦可見到，例如骨折合并神經損伤等。需及时妥善处理，否則可影响肢体功能之恢复，甚至残废，影响劳动生产和生活，因此我們必需給以积极治疗。

一、桡神经损伤

桡神經主要是运动神經，它支配伸腕、伸指及伸肘的一些肌群。此外还分枝支配上臂及前臂背侧的皮肤感覚。

桡神經損伤常見于肱骨干骨折（开放、閉合性），因在肱部中段神經緊貼在肱骨桡神經沟中；亦見于肱骨踝上骨折或肱部上止血带时間較长及上肢的其他火器伤。

桡神經損伤后，則其所支配肌群和感覚区发生障碍或麻痹。根据这些現象就可看出它的实质，可以进行診断。

诊　断

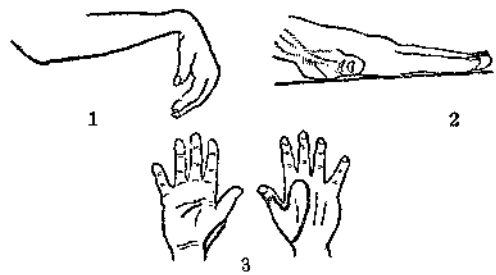
1. 典型的腕下垂；

2. 各手指不能伸直；

3. 拇指不能外展和抬起；

4. 如在肱三头肌支分出前（高位）損伤时，肘关节亦不能伸直；

5. 相应部位的皮肤感覚障碍或丧失（图65）。



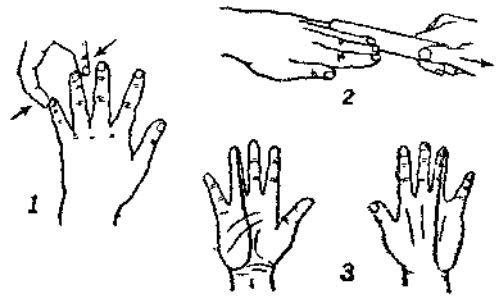
1. 腕下垂　2. 拇指不能外展和抬起　3. 感覚改变区

图 65　桡神經損伤

二、尺神经损失

尺神經支配肌群和感覚区　主要支配前臂尺側屈肌群的一部和小魚际肌及骨間肌。

尺神經在肘的内側部正处于尺神經沟中，易受損伤，例如刀切伤或压伤。肱骨踝上骨折有时累及尺神經。受伤后則发



（1）4,5 指不能外展和内收　（2）4,5 指间不能挟紧纸片　（3）感觉障碍区

图 66　尺神經損伤

生典型的临床表現(图66)。

诊　断

1. 典型的爪形手：第四、五指在掌指关节处过度伸直，而指間关节呈半屈曲状态（晚期出現）；

2. 手的骨間肌萎縮塌陷，小魚际肌萎縮变平坦（晚期时出現）；

3. 尺側一个半指的皮肤感覚障碍或丧失；

4. 4、5指不能自动外展和内收，4、5指間不能挟紧紙片。

三、正中神经损伤

正中神經主要支配屈指、屈腕及屈肘諸肌以及大魚际諸肌和前臂旋前肌。此外，正中神經內的交感神經纖維較丰富。

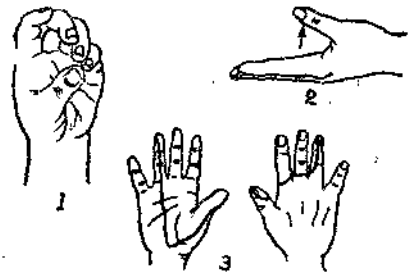
诊　断

1. 手指不能屈曲，不能握拳；

2. 拇指不能作对掌运动，拇指不能向掌側运动；

3. 大魚际肌萎縮而变扁平（晚期）；

4. 相应的手部感覚障碍或丧失(图67)；



1. 拇指不能作对掌运动，拇指和小指不能对合；
2. 拇指不能向掌侧运动；3. 感觉障碍区。

图 67　正中神經損伤

5. 正中神經損伤有时出現灼热性神經痛。

四、腓总神经损伤

腓总神經是在腘窝部由坐骨神經分出的两大神經干之一（另一为胫后神經）。分出后向下前繞过腓骨頸后，即分为胫前神經和腓淺神經。胫前神經支配足、趾背屈肌群，而腓淺神經支配足外翻肌群。腓总神經支配小腿外側和足背皮肤感覚。腓总神經損伤后发生固有的临床表現。

因腓总神經在腓骨頸处的特殊解剖形式，就容易使我們知道为什么在下肢打石膏时要在腓骨头、頸附近一定要垫好棉花垫的道理（否則易被石膏压迫而致神經麻痹）。伟大領袖毛主席教导說：**"不论做什么事，不懂得那件事的情形，它的性质，它和它以外的事情的关联，就不知道那件事的规律，就不知道如何去做，就不能做好那件事。"**因此，我們必須牢記毛主席的伟大教导，学好局部解剖及其与临床的关系，以便更好地为人民服务。

诊断　腓总神經損伤的特点：足下垂、踝及趾不能背屈，足不能外翻。感覚障碍为小腿外側及足背。

五、周围神经损伤之治疗

在治疗神經損伤之前，必須知道神經損伤的类型：是挫伤或断伤（完全断裂或部分断裂？），是撕裂伤或刃器切伤？还要考虑是开放的或閉合性的，以及伤后的时間等。治疗处理的原則和方法概要如下：

1. 如为刃器切断伤（完全或部分断裂），在伤后6—8小时內，可在彻底清創的同时作神經縫合术。

2. 如为火器伤，（受伤在6—8小时以內），伤口往往不規正，污染較重，神經損伤断端不整齐。在彻底清創的同时，根据情况之可能，将神經断端用薄刀片切成平面而縫合之。否則可把神經两断端固定縫合于創口內的軟組織上1—2針，以免神經縮回很远，造成日后处理神經的困难。

3. 閉合性神經損伤症状在6—8周內无明显进步者，一般要尽早进行神經探查。如发現为瘢痕粘連压迫神經，可酌情作神經松解术。如发現已形成神經瘤者，可切除神經瘤并作神經縫合术。

第六节　胸部損伤

胸部創伤多发生于工人、貧、下中农及解放軍战士。因此，我們要以无产阶級感情認眞地学习胸部創伤。

一、肋骨骨折

单純肋骨骨折在胸部創伤中比較常見。其临床表現为骨折处疼痛。深呼吸、咳嗽、打噴嚏和躯体轉动时疼痛加剧。骨折局部軟組織可能有淤血和血肿等伤痕。骨折处有剧烈压痛，用双手挤压胸部（側面方向及前后方向挤压）亦可发現疼痛点。手摁骨折处随呼吸运动或咳嗽时可覚出骨折断端摩

擦。多数肋骨骨折，特别是多数肋骨的前后端折断时，可見到胸廓变型及反常呼吸运动（吸气时内陷、呼气时隆起）。这种反常的呼吸运动影响呼吸循环功能，而产生呼吸困难、紫紺、休克等严重症状。肋骨骨折常并发有气胸、血胸。放射綫检查可較准确地判断骨折的部位及折断肋骨的根数。

单纯肋骨骨折的治疗

1. 骨折局部用0.5—1.0%奴佛卡因封閉或作肋間神經阻滞。

2. 半环式胶布固定：仅有一根肋骨骨折时一般可不作胶布固定，2根以上之肋骨骨折可用胶布固定。胶布固定的方法是：用寬約10厘米的胶布数条，前后越过正中綫从肋緣起，自下而上，由后向前于呼气終了时施行。上一条胶布压住下一条胶布$^1/_3$，如此互相迭压成屋瓦状，至腋部为止。固定二、三周后即可拆除。

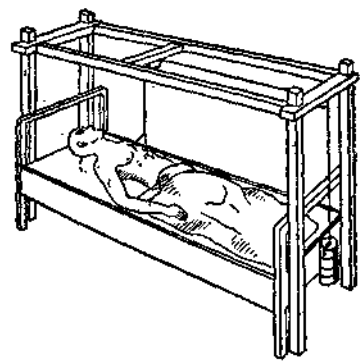


图68　肋骨骨折牵引固定

3. 对胸壁有反常呼吸运动者，以厚敷料垫鋪于骨折部位，用寬繃帶或胸部多头带包扎固定。

4. 如胸壁反常呼吸运动范围广泛，呼吸循环功能紊乱严重者应行牵引固定。方法是用不銹鋼絲两条，繞过两根折断的肋骨，或用两个大的敷布鉗，夹起两根折断的肋骨連接于牵引支架上，用3—5公斤的重量行牵引固定（图68）。

二，创伤性气胸

正常情况下，所謂胸膜腔只是壁层和脏层胸膜間潜在的

空隙，不含有气体，仅有微量液体，用以潤滑胸膜表面。胸膜腔內的压力，低于大气压力。这样可使肺組織保持扩张的状态，并在呼吸运动中随着胸廓的活动而縮小和扩张。胸部受伤后，空气經过胸壁的伤口，或破裂的肺、枝气管进入胸膜腔，产生气胸。气胸可分为閉合性气胸、开放性气胸和张力性气胸三种。

（一）闭合性气胸 空气进入胸膜腔后，胸膜伤口自行閉合，胸膜腔不与外界沟通。进入胸膜腔的气体，不但不再增加，反而逐漸被吸收減少以至消失。肺組織逐漸扩张，恢复原状。在閉合性气胸时，胸膜腔的压力一般仍稍低于大气压力。

一般小量的閉合性气胸，患者多无明显的症状，不需要特殊的治疗。气体可逐漸被吸收而自愈。胸腔內气体較多时，可有胸部紧迫感，气短。检查时伤侧叩診略呈鼓音，語顫和呼吸音減低。放射綫检查可見胸腔內有气体。此种病例可于鎖骨中綫第二肋間作穿刺抽出气体，即可痊愈。

（二）开放性气胸 开放性气胸常見于胸壁損伤。空气經胸壁和胸膜的伤口自由出入于胸膜腔。胸膜腔的压力与大气压力相同。开放性气胸对于呼吸和循环系統可产生严重的危害：1.伤侧肺被压縮，且纵膈向健侧移位，健侧肺也受到部分压縮，因而大大減低了呼吸功能。2.由于伤侧胸膜腔与外界沟通，而健侧則仍保持其完整，于是在每次呼吸运动时产生了纵膈摆动而刺激了肺門神經，并使纵膈大血管，特别是大靜脉弯曲受压，致使循环系統的功能发生障碍。这样严重地損害了呼吸、循环功能。

患者表現呼吸困难、肤色蒼白、紫紺、血压降低、脉搏頻速而微弱。检查：除一般气胸体征外，尚有因纵膈移位而引起的气管和心浊音区向健侧偏的症状。最重要的是胸壁有伤

口，并有空气进出的响声。

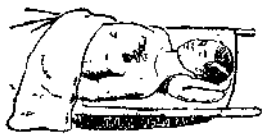
急救与治疗 开放性气胸平时甚为少見，一般多发生于战时。伤員于伤后的短时間內即有生命危險，因此及时的急救十分重要。遵照毛主席："**救死扶伤，实行革命的人道主义**"的伟大教导，遇到开放性气胸伤員时，要設法立即封閉伤口，用紗布、棉垫或毛巾、布块均可。然后用胶布和綳带固定，迅速轉送至手术单位，在局部麻醉，最好是气管內麻醉下行清創手术。取出胸壁和胸膜腔的异物、碎骨，修补肺組織的裂伤，然后縫合胸膜和胸壁各层組織，并在腋后綫第八肋間作胸腔閉合引流。

术后置伤員于半坐位，吸氧，用磺胺类药物或抗菌素控制感染。待胸膜腔的气体和液体全部排出，肺完全扩张即可拔除引流管。

（三）张力性气胸 张力性气胸多見于肺破裂的患者。裂伤的肺組織起活瓣作用，只能使空气进入胸膜腔而不能排出。这样，胸膜腔內的压力不断增高，肺被压縮，并将纵膈推向健侧。两侧肺和纵膈都受到强烈的压迫，产生比开放性气胸更为严重的呼吸和循环功能障碍。伤員如不能得到及时的搶救，可能在很短时間內因窒息、休克而死亡。张力性气胸多发生于工、农业生产劳动中或交通运輸中，伤員多是青壯年工人或貧、下中农阶級兄弟。我們要有高度的无产阶級感情，发揚"**一不怕苦，二不怕死**"的精神进行搶救工作。

发生张力性气胸时，纵膈胸膜或壁层胸膜常同时有破裂，空气在高压下被挤入纵膈或皮下組織，造成纵膈气肿和严重的皮下气肿。伤員呼吸困难十分严重，紫紺，并有脉快、血压低等休克症状。根据病史及临床表現，診断常不是很困难，但因胸壁及頸部常有广泛的皮下气肿使叩診、听診有一定的困

难，因此判断受伤的胸腔是一很重要的問題。簡单的方法是检查总气管的位置，明显偏向健側，心脏亦偏向健側。进一步于鎖骨中綫第二肋間行胸腔試驗穿刺（图69），发現穿刺針进入胸腔即有高压气体排出，此时診断确定无疑。如在战場或劳动的現場即将此穿刺針留置，用一血管鉗夾住固定于胸壁，并連接一橡皮管引入低位的玻璃瓶的水面以下，构成一閉合



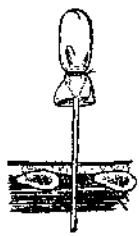


图 69　张力性气胸穿刺急救

引流。或用一胶皮指套系于針头上，尖端剪一小孔呈瓣状。这样，可使胸腔內气体排出，以减低胸腔压力，减輕症状，迅速将伤員轉送到医院。到医院后即在同一位置放入橡皮管作閉合引流，排气解压。伤員取半坐位，吸氧，用抗菌素預防及控制感染，严密观察。小的肺部裂伤即可自行愈合。如肺部損伤較大，除气胸外还有大量出血，則須行手术治疗。

三、血　胸

血胸来源有三：1. 胸腔內大血管破裂，如主动脉、腔靜脉、肺动脉和肺靜脉等。2. 肺組織破裂出血。3. 胸壁血管如肋間动脉或乳房內动脉破裂。

血胸大多与气胸同时存在，小量血胸的症状类似閉合性气胸。大量血胸則除表現有类似张力性气胸的症状外，还有內出血的全身表現。伤員呈現蒼白、发紺、呼吸困难、脉搏快

弱、血压降低等征象。胸廓下方飽滿，肋間隙充盈，呼吸运动受限。叩診浊音，合并气胸时上为鼓音，下为浊音。积血較多时纵膈移向健側。听診呼吸音及語顫消失或減低。胸腔穿刺抽出血液即可确診，放射綫检查可看到液体阴影，有血气胸时，可見液体平面。

血胸的治疗　首先应防治休克，輸血或血液代用品。然后根据不同的情况作不同的处理。

1.一般无呼吸、循环系統压迫症状时，可仅用抗菌素預防及控制感染。对胸膜腔积血暫不作穿刺，密切观察血压、脉搏的改变。待24小时后，应尽早将胸内积血抽出，一次抽血以不超过1,000毫升为宜，未抽尽者可待次日再抽，以后按积血及积液的情况，每日或隔日复行穿刺，至抽尽为止。每次穿刺后注入青霉素20万单位，鏈霉素0.5克（溶于20毫升生理盐水中）。

2.对大量血胸，呼吸循环系統受压迫严重者，应立即行胸腔穿刺，緩慢地抽出适量血液至血压、脉搏好轉为度，一般不超过800毫升。于抽血的同时进行輸血。如穿刺抽血后血压、脉搏一度好轉，数小时内又复恶化，血胸仍然迅速增多，提示破裂的血管較大，出血仍在继續，应即考虑手术，开胸止血。

3.时間較长，就診較晚的血胸，穿刺不能抽出时，說明出血已凝固或已纖維化，是謂凝固血胸，或机化血胸。如血量不多，对呼吸、循环功能影响不大，可不作处理。反之，应行手术，取出凝血块或剝除纖維組織。如血胸已經感染即应按脓胸进行治疗。

第七节　腹部损伤

腹部外伤在工农业生产和战伤中是常見到的損伤，可分为腹部开放性損伤和閉合性損伤。腹部开放性損伤一般比較明确，均需开腹探查进行診断和手术治疗，故不多述。現将腹部閉合性損伤介紹如下：

腹部闭合性損伤

腹部閉合性損伤經常发生在工农业生产劳动工作中，如高空作业不慎掉下、翻車、撞車、腹部被撞击等。因此，在生产劳动中要加强宣传、教育，注意安全可防止或減少腹外伤的机会。閉合性損伤是指皮肤未破，而由外力作用使腹壁或腹内器官破損。伟大領袖毛主席教导我們："**马克思主义者看问题，不但要看到部分，而且要看到全体。**"一般劳动外伤，往往是复合性外伤，不是单一的腹部損伤，搶救腹部外伤阶級兄弟时，一定要严格检查头、胸、腹、四肢各部，以免造成遺漏。腹腔内脏器損伤分为空腔脏器損伤、破裂和实质脏器破裂两种。空腔脏器破裂主要表現为急性腹膜炎。实质性脏器破裂主要为内出血症状。

一、腹壁挫伤

单純腹壁挫伤，症状較輕，无发烧和内出血現象，亦无广泛腹膜炎体征。个别患者可有腹壁血管破裂出血，而表現为限局的腹痛、触痛和肌紧张等。血肿大需穿刺或手术。

二、实质性脏器破裂

（一）脾破裂　多見为脾实质与被膜同时破裂发生腹腔内大出血。但亦有被膜下脾破裂，血肿积存于脾被膜下，血未进入游离腹腔。但要注意，經过一定时間因活动或用力可造

成血肿破裂发生内出血，故脾被膜下血肿需要严密观察治疗。

诊断 左季肋部外伤史、腹痛、恶心、呕吐、时间长有口渴、头晕，心悸等急性贫血症状。查体：脉快、血压降低、腹膜炎体征、脾脏浊音区扩大，血常规显示贫血。可疑时，腹部穿刺抽出血液可确诊（左下腹部穿刺）。

治疗 单纯脾破裂，可手术切除脾脏。腹腔内血液可自身输入，合并其他器官损伤禁止输入。

（二）肝破裂 与脾破裂相同，可有实质与被膜同时破裂，亦有被膜下破裂。但其与脾破裂不同，除有内出血外，尚有胆汁进入腹腔引起胆汁性腹膜炎、病情更加重。

诊断 右季肋部外伤史，其他表现与脾破裂相似，即可诊断。

治疗 手术縫合肝裂口，挫碎严重之肝組織需要清除。在无产阶級文化大革命期間，工人阶級創造了新产品——医用661粘合胶，可用此粘合胶粘合肝破裂創口，疗效很好。于肝下要放置引流。

（三）胃肠道破裂

诊断 腹部外伤史，腹痛、恶心、呕吐、腹膜炎体征。无内出血表現，可与肝、脾破裂鉴别。

治疗 手术縫合裂口，如腸管破裂面积較大者，应作腸部分切除。清理腹腔腋汁，腹腔內是否置引流可根据具体情况决定。

腹部伤的治疗关鍵在于早期診断和早期治疗。因此，凡对疑有腹腔內脏器有損伤的患者应积极进行开腹手术，以便能及时处理，保証患者安全。

腹腔內的探查：应有計划性，按一定的程序进行，以免反复翻弄脏器，又不致遺漏損伤。手术步驟首先是止血，其次是

阻止胃肠道内容物的外溢，然后再系统地探查。除肝、胆的损伤需引流外，一般不需要腹腔引流。腹腔污染较重者，可用生理盐水冲洗。根据具体情况放置引流。

第八节　尿道损伤

尿道损伤是泌尿系损伤中最常見的一种。一般都发生在男性。会阴部的創伤最易发生球部尿道損伤，为跨騎伤。而骨盆骨折与尿道損伤关系实为密切。常因泌尿生殖膈撕裂，而引起膜部尿道損伤。尿道損伤可伤及尿道壁的一部分乃至全层都有損伤。如管壁仍有部分連接者为部分断裂。如果完全断裂，則断端分离。尿道損伤时可有出血和尿液滲到附近組織中，且可进一步因感染而引起蜂窝織炎和坏死。日后虽然創伤治愈，但可由于瘢痕而产生尿道狹窄。

临床表現　伤后尿道出血，会阴部有皮下瘀血或血肿，局部肿痛，排尿困难甚而出現尿潴留，即为尿道損伤之典型症状。但应注意休克和其他合并損伤的存在。

诊断　凡会阴部受伤或骨盆骨折时，都应想到尿道損伤的可能性。由于外伤史及临床表現，診断多不困难。如果伤員尚未排尿，則不必囑其排尿，因为这样可加重尿外滲。試插导尿管可帮助診断，如导尿管不能插入膀胱，即可考虑为尿道損伤。有时尿道部分損伤，导尿管还有机会通过尿道。一旦通过則应留置，以利于治疗。导尿应行无菌操作，应用橡皮导尿管，且須手法輕柔。如果貪图侥幸一味反复試插，反而会加重損伤。此时禁用金屬导尿管，以免誤伤造成假尿道。

直腸指診对后尿道損伤有意义，如不能触到前列腺，或其位置不固定而可移动时即可确診。

治疗原则

1. 防治休克　一般合并骨盆骨折的尿道损伤，多有不同程度的休克出現，应予防治。

2. 治疗合并损伤　在运送骨盆骨折的伤員时，宜用平板担架且注意保护盆部，切忌顛簸，以防骨折片移位再度刺伤，而加重尿道损伤。

3. 治疗尿潴留　輕度之尿道损伤，无尿外渗可試行导尿，导尿成功，应予留置导尿管 7—10 天。如因尿道断裂，导尿管不能进入时，可根据条件作尿道修补术或尿道对端吻合术，或会师手术。单純膀胱造瘘术用来解决尿潴留亦可应用，以备日后重建尿道。如果伤后七十二小时以上，或已有感染存在的尿道损伤，則只有造瘘一法可行，等待 2—3 个月炎症消退后再行尿道手术。

4. 防治感染　大力应用消炎葯物，以控制损伤局部及尿路之感染。对尿道内留置导尿管的伤員，尤須注意精索、睾丸有无肿痛，一旦精液道有感染的預兆，即应拔去尿道内的留置导尿管。

5. 定期扩张　尿道外伤治愈后，伤員虽然自覚排尿通暢、尿綫不細，但必須定期扩张尿道（实为按摩尿道），以防瘢痕狹窄。初期，一周一次；以后，陆續增加号数延长間隔时間，可每半个月到一个月，乃至半年到一年，根据患者排尿情况而定。

第九节　膀胱破裂

膀胱破裂大多数由于膀胱受到强烈外力冲击及压迫所致。当膀胱膨胀时容易发生。有腹膜外及腹膜内破裂两种类

型。腹膜外破裂发生于膀胱前壁、下部之损伤，多由于骨盆骨折所致。尿液进入膀胱外围組織中，发生相当严重之蜂窝織炎。腹膜内破裂发生于膀胱頂部或后壁損伤，尿液流入腹腔，形成剧烈的腹膜炎。

临床表現 膀胱破裂常合并有休克，继之出現頻頻尿意，但排不出尿来，下腹部痛，且有压痛。腹膜外破裂时下腹可触知浸潤块。腹內型可查到移动浊音。

治疗 必須爭分夺秒，紧急手术。下腹正中切开进行膀胱探查，除修补破裂外，并膀胱造瘻术外，膀胱前区务行引流。腹內破裂时首先須打开腹腔，縫补伤处控制出血。并作耻骨上膀胱造瘻。膀胱引流不可通过腹腔。

膀胱切开术 除膀胱破裂之外，凡尿道外伤前列腺肥大所招致之急性尿潴留，或取膀胱結石、异物、肿瘤等也都适用此术。

手术可在局麻或腰麻下进行。患者取骨盆高位。

1. 于下腹正中耻骨联合上作垂直切口（图70—1）。

2. 切开皮肤、皮下、至腹直肌前鞘。切开前鞘，用小鈎拉开腹直肌及錐状肌（图70—2），即可显露膀胱。

3. 用紗布纏到手指上，在膀胱前間隙作鈍性分离，将腹膜前脂肪及膀胱頂处反折之腹膜推向上方（图70—3）。

4. 在膀胱前壁上可見有肌纖維及粗大纵行的靜脉，此点即可与腹膜鉴别。先試行膀胱穿刺，抽出尿液即可証实为膀胱。然后于膀胱前壁高位处中綫之两旁，用組織鉗夹起膀胱壁（图70—4），或縫入两条較长的絲綫，深达膀胱全层，用来支持提起，免得切开排尿后膀胱向下塌陷。

5. 切开前用干紗布将切口与腹壁創口隔开，以免扩大污染范围。于两鉗間切开一小口（图70—5），然后用吸引器或

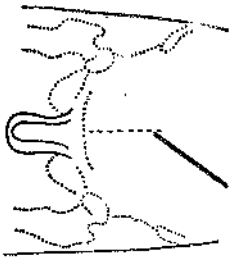


图 70—1　下腹正中切口

图 70—2　切开腹白线

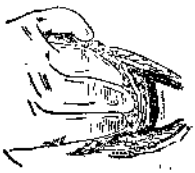


图 70—3　剖开腹膜反折部

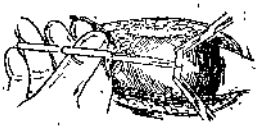


图 70—4　提起膀胱壁

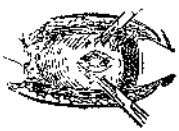


图 70—5　切开膀胱

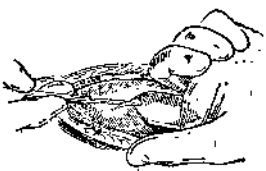


图 70—6　扩大切开膀胱

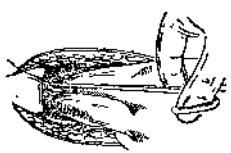


图 70—7　缝合膀胱

图 70—8　置导尿管

图 70—9　膀胱前区置引流

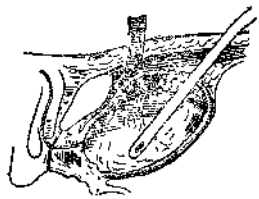


图 70—10　膀胱切开造瘘术断面图

导尿管将膀胱内尿液吸尽。

6. 适当扩大膀胱前壁之切口（图70—6），用剪或刀向上切开至膀胱顶腹膜反折处，注意切勿切开腹膜。向下切不宜过低，以免切伤膀胱颈。切口开大进行探查。

7. 根据情况分别处理，如有結石、异物、血块可以取出。如有肿物可切除并烙焦基底。如系尿道損伤則試行会师手术。对膀胱破裂則行修补。

8. 如果勿須作补充处理，則用 24 号較粗之导尿管或塑料管，深淺适当插入膀胱内(图70—8)。导尿管应尽量高位置于切口之上角。

9. 縫合膀胱壁可自下角开始（图70—7），用腸綫作間断縫合或連續縫合。縫过肌层止于粘膜下，切不可穿透膀胱粘膜，結扎縫綫也不可太紧（图70—9）。

去鉗或支持綫后再作第二层間断縫合或"U"字縫合。导尿管周边縫合要紧密，以防术后自瘘孔周围漏尿。

10. 膀前間隙置一引流条（图70—10），然后逐层縫合肌膜、皮下及皮肤，利用皮肤縫綫将导尿管縫合固定一針以防滑脱。

造瘘术后膀胱内导尿管联接到尿瓶上，經常冲洗以免阻塞。导尿管应每周更換一次。导尿管陈旧則常僵硬易折，临用

前宜予检查。

第十节　肾　损　伤

肾脏位于腰部之深处，一般不易受伤。但如肾区或上腹两侧受直接的鈍性暴力，如重物之撞击，車輛之挤压，畜类之踢伤或自高处跌下，也可遭到損伤。由于肾脏与肝、脾、胃腸、肺、膈肌有着密切的毗邻关系，因此这些脏器受伤时，肾脏可能有合并損伤。

肾損伤的临床表現、处理原則和治疗效果等均与肾損伤的程度有关。

分　类

1. 肾挫伤　肾被膜和肾盂均保持完整，仅肾实质中有輕度的損伤，会有少量的血液进入肾盂。一般均能自行愈合(图71—1)。

2. 肾部分裂伤　肾实质破裂，肾被膜或肾盂粘膜也破裂，但两者之間尚有一层較完整的肾实质(图71—2)。

在肾被膜破裂时，則有大量血液流入肾周围組織中。临床上，患者多有腰部肿胀，明显的疼痛和輕度的血尿。

1　2　3

1. 肾挫伤　2. 肾部分裂伤　3. 肾全层裂伤

图 71　肾脏損伤

在肾盂粘膜破裂时，則有大量血液流入肾盂腔，故患者的血尿常严重。如果血凝块阻塞輸尿管，則可出現絞痛。

此类的肾外伤有自愈的可能。但如有多数之裂伤时，往

往須手术治疗。

3.肾全层裂伤　肾被膜、实质、肾盂粘膜均有破裂。有大量的血液、尿液流入肾周及肾盂中（图71—3）。因此临床上腰痛、肾区肿胀、血尿皆明显，且經常伴有不同程度的休克。一般均須手术治疗。

4.肾蒂損伤　肾血管破裂，大量出血常未得搶救而致命。

诊断　肾損伤的診断不困难。腰部受伤后有血尿即可診断。但在考虑肾外伤时，必須估計有合并内脏損伤的可能性。密切注視伤員的全身状态。血压、脉搏、血色素、血尿等情况；腰部肿胀、伤側腰痛的发展趋势，并采取积极措施。

如伤后血尿不重，肾区肿胀不明显，而伤員一般状态加重，有休克、貧血时，应注意其他合并損伤的存在。

治疗　首要的是防治休克，如有腹内肝、脾、胃、腸之合并損伤，宜予及早开腹手术。探查时注意腹后壁之肾脏伤情，必要时同时处理之。一般的閉合性肾損伤，多采取非手术疗法。包括安靜臥床2—3周。应用止血药物及輸血、补液、抗菌素、多可治愈。但非手术治疗中必須严密观察，如果急性内出血症状加重，腰部肿胀增大、伤側腹痛剧增而扩延，血尿停止后再度血尿者，往往需要手术治疗。术式：輕者行肾周引流术，破裂时行縫合术、肾部分切除术乃至严重破碎者行肾摘出术。

第十一节　颅脑損伤

颅脑損伤的发生率，无論平时和战时都是較高的，尤其是脑外伤可直接危及患者的生命。脑的直接外伤和外伤后的颅内继发病变，都要求我們給予及时地、正确地处理，特别是急性期的处理应給予足够的重視。

一、头皮损伤

头皮损伤可分为：擦伤、裂伤、挫伤、头皮血肿等。

1. 擦伤　全由鈍性外伤引起，損伤限于表皮，有少量出血。常用暴露法（局部涂以紅汞或紫葯水）。面积較大时可应用抗破伤风血清。

2. 挫伤　是由鈍性外力所引起。損伤限于表皮、皮下，前者輕，而皮下損伤重，可見皮下出血、肿胀，多不用特殊处置而自愈。

3. 裂伤　可由鋭力或鈍力而引起，前者創緣整齐易愈合。特殊形式之裂伤，为头皮撕脫伤，常因机器輪軸卷入长的头发而造成。

治疗　应充分剃去头发，彻底冲洗伤口，創緣不整齐者可稍加修剪，按层間断縫合。一般在24—48小时內，皆可做早期縫合。

4. 血肿　皮下血肿是局限的半球状隆起。骨膜下血肿一般不超过顱縫为其特点。帽状肌膜下血肿是弥漫而广泛的，有时可延到对側和眉弓水平。需要注意的是：血肿边緣常因周围組織受血流浸潤而变硬，且稍隆起，易誤認为陷入骨折。

治疗　小的血肿一般可不做特殊处理，大的血肿一周后仍未吸收者，可穿刺排出血液，而后用繃带加压包扎。有时需反复穿刺多次。合并化脓时应切开引流治疗。

二、颅骨骨折

分　类

1. 按骨折形态分类　可分綫形、凹入、粉碎及穿入性等四种。

（1）綫形骨折　顱骨全层断裂而无凹陷，各别的仅有

外板断裂，可单发或多发。

（2）凹入骨折　颧骨全层或仅内板向内凹入。凹入骨片周边之骨折线呈环形或星形。小儿可仅有骨板凹入而无骨折线，似乒乓球凹入。

（3）粉碎骨折　骨折片裂为星形或不规则之碎片。

（4）穿入性骨折　异物入口部有骨质缺损，颧骨局部全层陷入颧内或已分离的内外板陷入颧内。颧内可留有异物。

2.按创伤性质分类　可分闭合性及开放性骨折。

（1）闭合性骨折　颧骨与外界不通连。

（2）开放性骨折　颧骨与外界通连，有些颧底骨折，虽头皮完整，但由于骨折通过副鼻窦或与中耳通连，为内开放骨折（间接与外界相通）。

三、颅底骨折

可分为颅前凹骨折、颅中凹骨折、颅后凹骨折。結合膜下出血，鼻出血及眶周皮下逐渐出血及脊脑液鼻漏，是颅前凹骨折的特点。中耳流血或脊脑液耳漏，有时合并Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ颅神經的損伤，是颅中凹骨折的特点。乳突后下方皮下的出血，特别是伤后逐渐明显者及咽后壁流血、血肿及Ⅸ、Ⅹ、Ⅻ颅神經損伤均是颅后凹骨折的特点。

治疗　綫形骨折一般不需处理，但有些綫形骨折可产生一些严重的后果，需加注意。如骨折綫横过硬脑膜动脉或静脉窦，可造成撕裂以致出血，最后形成颅内血肿。骨折累及副鼻窦、乳突或岩骨时，可能引起颅内感染和气颅。因此，应用抗生素预防感染是必要的，多数能自行閉合。

对陷入骨折引起压迫症状或骨折同时疑有并发颅内血肿者应手术处理。

对于开放性骨折（包括火器穿通性骨折），因常有碎骨片嵌入脑組織內，可发生脑裂伤。伤口內常有毛发，布屑等异物残留，易发生感染，故开放性顱骨骨折，在24小时內应做扩創术，清除坏死組織，取出异物和游离的碎骨片，硬膜与头皮应按层縫合。顱底骨折应着重于脑損伤的治疗。

四、脑損伤

脑損伤分为脑的原发改变和继发改变。

（一）脑損伤后脑的原发改变 包括脑震蕩、脑挫伤、脑挫裂伤。

1. 脑震蕩 外伤时神經細胞受普遍的震蕩，可引起一时性机能丧失和神志不清，短时間的呼吸和循环的改变，有时有呕吐和逆行健忘。

2. 脑挫伤 脑組織淺层損伤，但肉眼上脑組織无破裂，脑表面可有小的出血点，脊脑液为血性，脑症状比脑震蕩重。

3. 脑挫裂伤 肉眼上脑組織有碎裂，与脑挫伤相比，病灶症状明显，如肢体瘫痪。脊脑液为明显血性，治愈后常有不同程度的功能上的后遺症。

临床表現

1. 意識 凡脑外伤皆有程度不等的意識丧失，深度昏迷表示脑干受累，淺昏迷表示大脑半球受累。伤后一度清醒而后又出現昏迷者，多是由顱內血肿所致。

2. 瞳孔 伤后一侧瞳孔散大，除視神經損伤外，往往是动眼神經受累所致，特别是伤后逐漸发生者，对顱內血肿的診断很有意义。双侧瞳孔縮小，常常是蜘蛛膜下腔出血或是桥脑內出血的征象，亦見于广泛的脑損伤。双侧瞳孔大小不定，变化迅速且兼有昏迷者是脑干受累的表現。双瞳孔散大、光反应消失，表示病情加重。

3. 脉搏　如果患者未合并休克，又不是小孩，則腦損伤后很少見到脉快。严重顱压增高时可見到脉洪而慢，晚期轉为脉快、无力，合并血压下降，是循环代偿衰竭的表現。

4. 呼吸　呼吸快常是疼痛、不安、膀胱潴尿所致。如有呼吸迫促、費力，可能气道有阻塞，急性期过后，呼吸迫促，可能为支气管肺炎所致。呼吸变慢常是顱压增高的結果，也是脑干受累的先兆。如果呼吸不均伴有鼾声或呼吸間歇，都是呼吸中枢衰竭之征象，近一步发展为病理呼吸（如陈施呼吸）或呼吸停止。

5. 血压　脑損伤重的病例，多因有严重的脑浮肿或顱內出血，故經常出現血压升高。如为顱內血肿所致的血压升高，有明显的进行性。

6. 体溫　伤后不久出現的过高热或低体溫，表示視丘下有損伤，都是病情重危的表現。血性脑脊液亦是发烧的原因。急性期后的发烧往往是脑膜炎、肺的并发症等所致。

7. 脑膜刺激症状　外伤后血性脑脊液和繼发的顱內感染都能引起脑膜刺激症状。前者多見于早期。

8. 五官流血　除五官的直接外伤外，常常是顱底骨折的症状，易常合并脑脊液外流，甚至形成脑脊液耳漏、鼻漏，容易引起脑膜炎。

9. 运动系統的改变　运动分折器損害可引起偏瘫、抽搐，伤后早期出現的偏瘫，常是运动分折器直接損伤所致，常能逐漸好轉。伤后逐漸出現的，且伴有进行性增重的偏瘫，多是伤后血肿或水肿所引起，如果損伤累及脑干上部，則出現去脑强直状态。

除上述症状外，头痛、呕吐、尿便失禁亦常見。

現场处理和治疗　顱脑損伤患者的急救，首先要注意呼

吸道是否通畅，以免因缺氧而带来不可恢复的损害，其重要性和出血一样。其次，应注意全身情况，有无休克、神志障碍、血压、脉搏的改变。

伤部的包扎　由于头皮短时间内出血会很多，应以敷料加压包扎达到止血目的。

搬运伤员　应注意有无骨折，特别是脊柱的骨折，搬运应更加注意，以免骨折移位加重。昏迷伤员应侧卧位，面斜向下，以免呕吐物吸入而窒息，如伤员舌后坠应将舌拉出，并设法将舌固定（如用别针穿舌全层或将舌缝合一针）于口腔外或放口咽导气管。

其他的对症处理　需根据伤员现场情况，和当时的条件給予对症处理。

一般处理和治疗

1. 密切观察病情　颅脑损伤早期，病情并不稳定，包括脑震荡在内，部分患者可发生颅继发改变，故伤后应严密观察24小时为宜。如无在院观察的条件，回家休息时亦应告诉家属注意护理，如有剧烈头痛、嗜睡、半身不遂等发生，应立即来诊复查，或通知医生往诊复查。对于在院患者，应密切观察神志、瞳孔、肢体活动、血压、脉搏、呼吸的变化。

2. 保持呼吸道通畅　由于患者昏迷、咳嗽、吞咽反射障碍，必须协助排痰。为防止呕吐误咽造成气道阻塞，应侧卧位。排痰困难，而意識有短期不能恢复者，可行气管切开。定时翻身，即背皆有利于痰的排出。

3. 飲食与补液　伤后第一天禁食，伤后第2—3天起，如仍不能进食可补液，日量在1,500毫升以內：0.9%等渗盐水或复方氯化鈉500毫升，其余的补10%葡萄糖液，每分钟40—60滴为宜，以防脑浮肿加重。第三天仍不能进食应下鼻飼，应

小量多次，用牛奶、豆浆，1,500—2,000毫升。

4.治疗脑浮肿　对脑浮肿严重的患者，可应用甘露醇或山梨醇，按每公斤体重1—1.5克，一日可用2—3次，快速静脉点滴。对一般脑浮肿不太重的患者，可应用高渗葡萄糖（50%葡萄糖50—80毫升，每4—6小时一次，静脉注入），或用20—25%硫酸镁10—20毫升，每日2—3次肌注，也可用50%甘油30—50毫升，一日三次，口服。床头抬高及间断吸氧对改善脑浮肿都是有益的。也可服用醋胆醚胺250毫克，每日内服两次。

5.人工冬眠的应用　严重脑挫裂伤的患者可采用低温疗法，对减低脑组织新陈代谢，减轻脑浮肿，对加强脑皮层的保护性抑制，防止中枢性高热皆有积极的意义。

6.对症治疗：

镇静　在脑外伤早期，不适应用吗啡，因能抑制呼吸并使瞳孔缩小，影响病情观察。镇静剂以冬眠药物为佳，如冬眠灵、异丙嗪。

抗高热　以冬眠药物配用物理降温及应用其他退热药物或针灸。

抗癫痫　外伤后有癫痫发作应首先抗癫痫治疗：鲁米那0.1—0.3克肌注，阿米他0.3—0.5克肌注，及10%水合氯醛20—30毫升注肛。

7.五官的护理　耳鼻流血或流脑脊液时，应将其周围皮肤以酒精消毒，再以干棉球轻轻填之。湿了应更换，除鼻腔压迫止血目的外，切忌用力填塞及冲洗，以防逆行感染。外伤后两眼闭合不紧时，应用抗菌素眼膏敷眼，并以凡士林纱布盖之，或以胶布将上下睑闭合，以防发生角膜溃疡。

8.预防并发症的发生　昏迷患者常发生肺炎，是威胁患

者生命的主要并发症。因此定时翻身、叩背及口腔护理是很重要的。(翻身、叩背应 1—2 小时一次)。定时翻身及皮肤护理也是预防褥疮发生的重要措施。

(二) 脑外伤的继发改变 颅内血肿及并发症。颅内血肿主要是硬膜外血肿及硬膜下血肿及少数之脑内血肿。

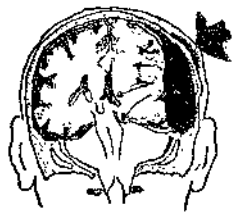
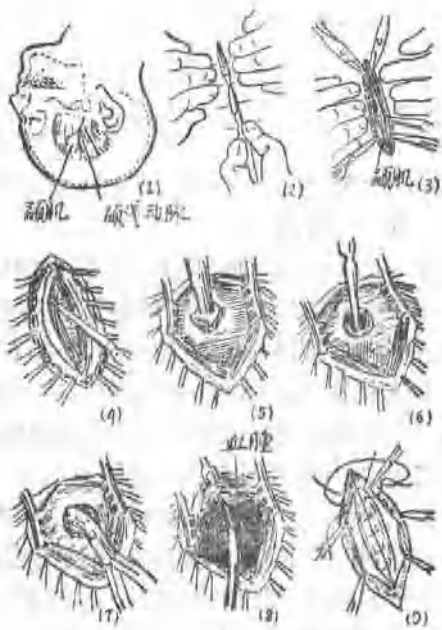


图 72 硬膜外血肿

1. 硬膜外血肿 (图 72) 受伤部位常在颞部，可能有颞骨骨折，亦可以沒有颞骨骨折。骨折綫可通过脑膜中动脉沟引起动脉出血。出血亦可来源于板障血管或导血管及静脉窦。血肿于硬膜外腔逐漸扩大，最后往往引起颞叶沟回疝。如不及时发現和給予应有的处理，患者多引起死亡。如能及时清除血肿，效果很好。

临床症状 受伤的部位常在颞部，受伤时可以有暫短的昏迷(或无昏迷)，不久清醒，以后的一段时間里完全清醒，并且无自覚症状 (叫中間清醒期)，但在以后就出現呕吐等症状，意識障碍程度逐漸加深。如果硬膜外血肿与脑挫裂伤同时发生，中間清醒期可能不明显。与意識障碍同时出現的有頻繁呕吐、躁动不安等颞压增高症状，继而出現受伤的同側瞳孔散大，光反应減弱或消失，随后两側瞳孔都散大。血肿对側出現輕度偏瘫及巴彬斯基症等。生命体症方面表現了脉律徐緩、血压升高、呼吸深大等。

血肿清除 除部分患者可行脑血管造影帮助定位外，大部分患者可行探查性手术(图 73)，钻孔探查的部位以骨折綫处为宜，或以头皮血肿及擦皮伤部位为首先探查之部位。大



1. 在颞部作5—6厘米的纵切口；2.3. 切开头皮和颞肌；4. 剥离骨膜；5. 钻孔；6. 剥离硬脑膜；7. 用骨钳向外扩大骨孔；8. 止血、清除血肿；9. 缝合颞肌和皮肤。

图73 颞骨鳞孔探查术（脑膜中动脉前支所引起的硬膜外血肿）

部分患者适于额前即额弓上耳前方处，先做纵行切口钻孔探查，根据探查的结果，如血肿以颞部为主，可向后做额皮瓣式的延长切口，如血肿主要在额部，则向前做弧形切口延长。根据患者当时情况决定扩大成骨窗或锯成骨瓣，后清除血肿，如有继续出血，应用银夹或缝合法止血。如出血来源于静脉窦，

可应用明胶海棉或肌肉压迫并做硬膜悬吊，(硬膜与帽状肌膜悬吊)，可避免术后再次出血。血肿探查如颞部为阴性結果，还应向額及頂部探查。

2. 硬膜下血肿　急性硬膜下血肿，多是由于脑表面的靜脉破裂，血液在蛛网膜和硬膜之間形成血肿。硬膜下血肿，顱骨可以无顱骨骨折綫，而脑挫裂伤比硬膜外血肿严重，硬膜下血肿也往往产生于对冲伤。

血肿清除　由于硬膜下血肿，多合并脑挫裂伤和脑浮肿，一般疑有硬膜下血肿的情况下可于顳前先鑽孔探查，如发現硬膜下血肿，則于頂部再鑽一孔做冲洗引流。如有继續出血或脑压高可作顳皮瓣，骨孔扩大成減压骨窗来处理出血点，以达到減压目的。如果能术前經血管造影确定出血肿部位，可于相应部位鑽孔引流，或做皮骨瓣或开顱清除血肿。

慢性硬膜下血肿，需与顱内占位病变鉴别。多数情况下，精神症状明显，有輕度的病灶症状，如偏瘫可有顱压增高的表現。治疗：于頂部鑽两个距离約 10 公分的骨孔，用导尿管以生理盐水冲洗，至流出近于清水为止，多数情况下一次便可治愈，效果很好。

脑内血肿少見　未做造影检查，术前往往难以診断，多是于血肿探查时发現。

（三）颅脑损伤的并发症

1. 脑膜炎　是最常見的并发症，多发生于伤后数日（4—6日），多是开放性顱脑損伤及顱底骨折所并发。原因大部是由于伤后早期处理不够彻底或处理較晚有关。处理：如有感染灶应清除异物和引流，应用抗菌素。

2. 脑脓肿　其病状多半在外伤的急性期过后，出現了脑症状、顱压增高症状和病灶症状，需按脑脓肿处理。

3. 脑脱出　开放性脑外伤因硬膜、顱骨及軟組織有缺損，并因脑压增高，則伤口局部脑质可向外膨出，待脑水肿好轉后可自愈。伤后6—10天发病者，多系顱內感染所致。对已脱出的脑組織切忌切除，以免切开脑室或扩大感染，可在脱出脑质周围放一棉垫，給以保护，并用一般降压疗法及抗菌素治疗之。

4. 脑脊液漏　多見于顱底骨折。硬膜撕裂，最初可自耳鼻流血，以后可流脑脊液，易引起脑膜炎。如經久不愈者，可考虑手术修补之。但多数1—2周內能自行愈合。

第十二节　烧　　伤

以往資产阶級权威認为，烧伤面积50%，死亡率85%；烧伤面积超过85%者，死亡率为100%。新中国成立以来，在毛主席无产阶級革命路綫的指引下，特别是无产阶級文化大革命以后，我国对烧伤的治疗已达到世界先进水平。最近，搶救面积达97%（三度烧伤占87%）的大面积烧伤成功即是証明。

烧伤是由热力、化学物质、电力、放射綫的作用所引起的組織損伤。

在工业生产中、日常生活中，由高溫所致的烧伤是最多見的。近代化战爭除爆炸伤外，烧伤亦占很大比重。所以，正确地診断和处理烧伤，对社会主义建設和备战均具有很大意义。

一、烧伤深度和面积的计算

烧伤的深浅度和面积的大小对治疗及予后有很大影响。

（一）烧伤的分度

有深浅两度分类法，三度分类法，六度分类法。一般采用

较适用的三度分类法（图74）：

1. 第一度烧伤　表皮层损伤，局部充血，形成红斑，疼痛明显，不易发生感染，一般在七天左右皮肤修复愈合，不遗留瘢痕。

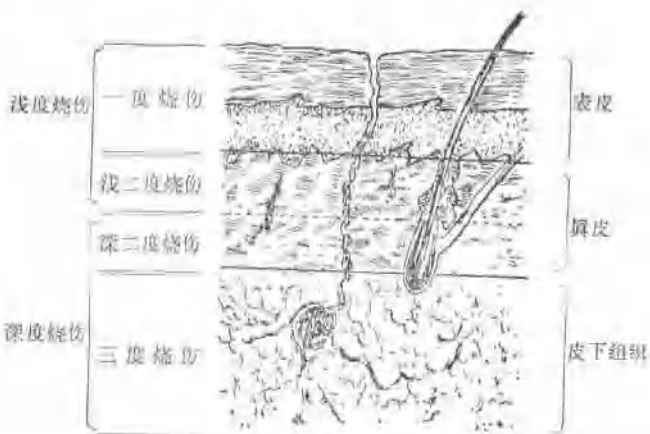


图74　烧伤分度示意图

2. 第二度烧伤　可分为浅二度烧伤及深二度烧伤。

（1）浅二度烧伤，累及表皮及真皮的浅层，充血和水肿明显，有水泡形成，疼痛剧烈。如果能避免感染，皮肤可于11—20天内自行愈合，不遗留瘢痕。

（2）深二度烧伤，累及真皮的深层，有坏死组织生成，容易发生感染。临床表现为创面苍白，其中夹有红色的斑点，疼痛不显著。一般在2—3星期后，坏死组织形成的干痂分离脱落，创面愈合，常遗留瘢痕。深二度烧伤发生感染后，可转变为三度烧伤创面。

3. 第三度烧伤　损伤累及全层皮肤，或皮下更深层的组

織（皮下組織、肌肉、骨骼），临床表现为皮肤干硬，創面干燥，初期无液体外渗，透过皮肤可見到皮下栓塞的血管网。由于神經末梢已遭摧毁，疼痛反而不显著。由于大量的坏死組織感染，創面难于自行愈合，必須植皮，方能修复。

临床上把一度烧伤和淺二度烧伤称为淺度烧伤，把深二度烧伤和三度烧伤称为深度烧伤。

（二）烧伤面积測定

烧伤面积的測定，大多是用占体表面积的百分数来表示，方法很多，常用的有以下几种。

1. 手掌測量法（图75） 手成自然分离状态，所占面积相当人体表面积的1.25%，此法适用于不同年龄及小面积烧伤的測量。

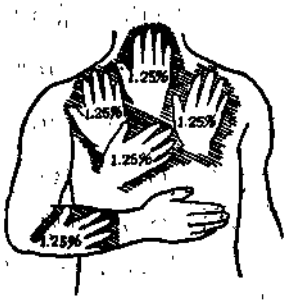


图75 烧伤面积手掌測量法

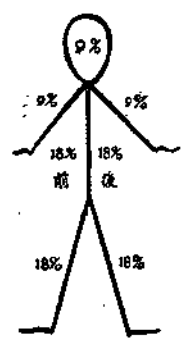


图76 烧伤面积"9"字測量法

2. 以"9"字法測量（图76） 头頸占9%，双侧上肢占 $2\times9=18\%$，双侧下肢 $4\times9=36$，躯干占 $4\times9=36\%$，会阴占1%。此法簡单，易記，但准确性差。小儿因头部所占面积大，故不适于用此法。

3. 貝氏測量法（見下表）

成　人

	头及頸	6%	
上肢：	两手	4.5%	18%
	两臂	13.5%	
躯干：	前面(胸及腹)	20%	38%
	后面	18%	
下肢：	两　足	6.4%	38%
	两小腿	12.6%	
	两大腿(包括臀部)	19%	

12岁以下儿童

头及頸	6＋(12—年龄)%
上　肢	16%
躯干(背、胸、腹、外生殖器)	40%
下肢(包括臀部)	38—(12—年龄)%

上述几种烧伤面积計算法，在应用中可参考下列原則：

（1）50%以下的烧伤可直接計算烧伤区的面积；50%以上的烧伤，可計算非烧伤区的面积，然后用100%減去非烧伤面积，得知烧伤区面积。

（2）在烧伤急救时，可先用"9"字法估計整片肢体或躯干的烧伤面积，其余散在的小片烧伤以手掌法补充之。在条件允許的情况下，再用貝氏法計算。

二、烧伤的治疗

烧伤的搶救和治疗不单純是个技术問題，首先必須高举

毛泽东思想伟大紅旗，“**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。**”带着无产阶級的革命感情去搶救和治疗那些被烧伤的阶級兄弟。

（一）烧伤的現場急救

搶救患者脫离高溫环境以后，首先要給予止痛鎮靜剂。在伤后1—2小时內痛最剧，成人可給嗎啡0.01克或杜冷丁0.1克，小儿可給杜冷丁1毫克/公斤或其他止痛剂。止痛剂可預防原发性休克的发生。在搬运伤員时，以不发生休克和不加重休克为原則。要注意保护創面，現場如果沒有无菌敷料，可用清洁的衣服取被单包裹。

（二）烧伤的早期处理

1.抗休克 在烧伤的早期处理中，以抗休克为最重要。烧伤后1—2小时內发生的休克称原发性休克。是由于疼痛刺激、精神恐惧所致。为防止此种休克的发生应早期給予止痛剂（見烧伤的急救），继发性休克多发生在烧伤后1—2天內，主要是由于血浆的外渗，造成血管內血容量不足所致。治疗此种休克必須輸液。

2.輸液 輸液的目的主要在于补充血容量和矫正水电解质平衡的紊亂。多用于大面积的烧伤。如无休克发生，成人烧伤面积在20%以下，小儿在10%以下，可不給靜脉輸液。

輸液的质与量应密切的結合患者的具体情况（血压、脉搏、每小时尿量及比重、紅血球及血色素、血球容积等）来决定，保文斯輸液法可作为参考方法之一，其法如下：

烧伤后第一个二十四小时內，每公斤体重，烧伤面积每1%，靜脉輸入胶体（全血、血浆或血浆代用品）及晶体（等渗盐水或其他电解质溶液）各1毫升。患者不能口服时，尚需另加每日正常需水量，成人可給5—10%葡萄糖液2,000毫升

(小儿50—90毫升/公斤，婴儿100—150毫升/公斤)；第二个二十四小时的輸液（胶体、晶体）量，为第一个二十四小时的一半。每日正常需水量不变。第三个二十四小时因渗出液开始吸收，輸液量酌减。二十四小时內各种液体应平均交替輸入。烧伤面积超过50%，应按50%計算。总量不得超过10,000毫升。

伊文斯輸液法举例　某患体重五十公斤，烧伤面积42%。

第一个二十四小时輸液量：

胶　体　液＝1毫升×50×42＝2,100毫升

晶　体　液＝1毫升×50×42＝2,100毫升

正常需水量5—10%葡萄糖液＝2,000毫升

共計＝6,200毫升

第二个二十四小时輸液量：

胶　体　液＝2,100毫升×1/2＝1,050毫升

晶　体　液＝2,100毫升×1/2＝1,050毫升

正常需水量5—10%葡萄糖液＝2,000毫升

共　計＝4,100毫升

伟大的領袖毛主席教导我們說："**马克思主义者看问题，不但要看到部分，而且要看到全体。**""**看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。**"而依文斯輸液法只注重了烧伤面积和体重之間的关系，而忽略了烧伤深度、部位及整个机体之間的差异。所以不能机械的运用，应用时必須結合以下原則：

（1）維持血压的收縮压在90毫米水銀柱以上，如血压下降，表示血容量不足，应輸入胶体液。如血球容积在60%以上，紅血球在500万以上及血紅蛋白在15克以上；应輸入血浆和血浆代用品；反之，应輸入全血。大面积三度烧伤，因紅血球破坏多，亦应輸入全血。

（2）临床应用价值較大、而且方便的是根据伤員的尿量及比重来調节輸液量。一般应維持尿量在30毫升/每小时左右，尿比重在1.020左右。如每小时尿量低于15—20毫升，应加速液体的輸入；多于60毫升，应減慢液体的輸入

（3）如有低血鈉或酸中毒情况，可給予1/6克分子的乳酸鈉或2%碳酸氢鈉溶液。

3.預防感染　小面积的烧伤，沒有感染时可不用抗菌素。較大面积的烧伤早期可考虑应用青、鏈霉素，以預防感染。每个烧伤患者，早期应常規应用抗破伤风血清1,500单位，肌肉注射，以預防破伤风的发生。

4.烧伤創面的初期处理　在备有一定的无菌条件，伤員无休克的情况下，可用无菌肥皂水或一般肥皂水洗刷創面周围的皮肤，用水冲洗、清洁为止。然后用75%酒精消毒創面周围皮肤。創面上的污物要去除，并用生理盐水棉球洗滌。对未破溃的水泡，可剪除其上皮，对其他烧毀的表皮要全部去除之。創面經上述处理以后，可采用加压包扎疗法或暴露疗法。

（1）加压包扎疗法　目前无論深淺度烧伤，包扎疗法均不被提倡。因为此法容易造成創面感染且浪費敷料。但对四肢部位的小面积烧伤、小儿、不合作的患者及战时后送的伤員仍可采用包扎疗法。其法为：用1—2层凡士林油紗布敷盖創面，外加无菌紗布多层，再加一层棉垫，敷料厚度应在2.5厘米以上，使滲出液不致滲出为宜。最后用繃带加适当压力包扎。手指和足趾烧伤者，內层凡士林紗布应将各指（趾）分开敷盖，此点必須切記，避免日后粘連，造成畸形。

（2）暴露疗法　創面不用任何药物及敷料包扎，完全暴露在空气中。一般在2—3日后，創面形成干燥的痂皮。暴露

疗法是現在最被提倡的一种治疗方法，观查創面方便，不易造成感染，減少更換敷料的痛苦，节約敷料。条件允許者应最大限度的采用。

加压包扎疗法及暴露疗法可单独使用，也可以結合使用。

（三）烧伤創面的治疗　和一般外科創面处理原則相同，主要是及时除去坏死組織，保持引流通暢。

1. 淺度烧伤　用加压包扎疗法者，第一次更換敷料的时間，一般在伤后7—10天，打开敷料时，若內层凡士林紗布已干，与創面粘貼很紧，表示創面无感染，可不揭掉凡士林紗布，只更換外层敷料即可。5—7天后再更換敷料一次，創面多可愈合。若第一次更換敷料时，內层凡士林紗布有少量分泌物，說明有感染发生，此时应更換全部敷料。根据感染程度，以后每日或隔日換药一次。如果感染控制，再按上述无感染創面处理。創面感染严重，有大量的分泌物，应放弃包扎疗法，改用暴露疗法，以加速控制感染。

采用暴露疗法者，如在2—3天內創面干燥結痂表示无感染发生，不需处理即可痂下自行愈合。創面較长时間不能干燥結痂或有痂下积脓，表示有感染发生。此时应剪去痂下积脓区的痂皮，使引流通暢，并采用湿敷。一旦控制了感染，可用单层呋喃西林湿紗布或青、鏈霉素湿紗布貼敷創面。

2. 深度烧伤　只有小面积的深度烧伤（成人15%以下，小儿5%以下）才可考虑使用包扎疗法，否則必須采用暴露疗法。用包扎疗法者，一般在4—5日后更換第一次敷料，以后每日更換一次。在更換敷料时要清除坏死組織使引流通暢。三度烧伤的焦痂，一般在20天左右分离。分离的焦痂应即时剪去（以不出血为原則）以利引流。創面一旦形成肉芽面，就不应再暴露，可用抗菌素紗布湿敷。

暴露湿敷　将数层紗布平鋪在創面上，用生理盐水、2％高渗盐水、1/5,000的呋喃西林液、2％黄連液进行湿敷。經常保持紗布潮湿，一日內需多次更換敷料。

国內有的医院采用浸浴法治疗烧伤創面。大面积烧伤，約在伤后5—6天，身体情况較好时，将身体浸泡于1％盐水浴盆中（小面积烧伤可将創面浸泡在生理盐水中），每日或数日浸泡一次，每次浸泡半小时至2小时不等。水溫高于体溫2°C，以最适感覚为宜。浸泡后仍需保持創面干燥。此法可达到清洁創面，控制感染，早期去痂，縮短疗程之目的。

3.植皮术　小面积的深度烧伤（成人15％，小儿5％以下），且为功能部位（手、关节等）在病情允許时，应尽量爭取早期切痂，移植大片状中厚皮片。非功能部位的小面积三度烧伤，切痂后可移植邮票状皮片。如果早期不能切痂植皮之三度大面积烧伤，可分期切痂植皮（用剪刀剪除軟化或已感染的焦痂，将去痂的創面植皮）。早期切痂植皮可縮短病程，減少感染机会。

以下介紹普通感染創面的植皮方法。

手术前准备　肉芽創面坏死組織基本脫净，术前两天用盐水紗布湿敷創面，每日更換敷料2—4次，充分引流脓汁。使創面清洁、肉芽鮮紅、坚实、无水肿。取皮区术前需清洁，剃毛、消毒。

麻醉　根据創面大小、部位、可分别用局麻、腰麻、全麻。

手术方法　取皮区用3％碘酒、75％酒精消毒（小儿不用碘酒），皮下組織注入生理盐水，使取皮区的皮肤紧张为止。术者和助手各压迫取皮区之两端，使之成平板状。术者用取皮刀或一般的剃头刀（刀鋒要快）取中厚皮片。有条件可用取皮机取大片状中厚皮片。将取下的皮肤放在生理盐水中保存。

取够皮肤以后，以凡士林油紗布敷盖取皮区加压包扎。将取下的皮肤剪成邮票状，敷盖在創面上，每块植皮間的距离0.5—1.0厘米。植完皮后，以凡士林油紗布或盐水紗布敷盖創面，外加敷料包扎。包扎时注意勿使被植皮片移动。三日后換药，第一次換药时先揭开外层敷料，如果內层敷料无感染現象，只更換外层敷料即可。如果有感染趋势則以盐水浸透內层敷料，緩緩揭去，以免撕去成活的皮肤。一般手术后两周創面可完全消灭。邮票植皮节省皮肤，創面引流好，植皮成活率高。取大片皮肤移植时，需作縫合固定。

（四）敗血症的治疗　敗血症是烧伤死亡的主要原因。可在烧伤后任何时間內发生，但在伤后两周以內多見。主要是由于創面細菌侵入血液循环所致。临床主要表現有精神变化（兴奋或抑制），体溫变化（升高或下降）、脉快、恶心、呕吐、腹泻、腰胀、創面恶化、皮肤瘀斑、白血球增加，核左移等。血培养可能得阳性結果。

及时选用有效的抗菌素是治疗敗血症的重要环节之一。具体应用时可参考下列原則：

1. 临床上已出現早期敗血症之征象时，就要立即給予有效的抗菌素（不要等待血培养出結果后再应用）。可根据創面細菌培养（因为創面細菌往往和入血細菌是一致的），結合临床敗血症的特点及环境內細菌分布情况来分析是那种細菌入血之可能性大，参考創面細菌对抗菌素的敏感性来选用抗菌素。如果沒有細菌培养的条件，可根据創面涂片鏡检来确定是球菌、还是杆菌，再选用合适的抗菌素。

2. 敗血症应用抗菌素，不要只单用一种，而要联合应用（二联或三联）。因为联合应用可以加强制菌作用，而且可以防止在控制了球菌的时候，杆菌乘机入血之可能。即在选用

抗球菌的抗菌素时，也要联合应用抗杆菌的抗菌素。在血培养得到阳性結果以后，再作适当的調整。

（五）全身支持疗法　严重烧伤的患者，由于紅血球的大量破坏，长期高热，創面分泌物的消耗，中毒及感染的消耗，可致貧血及低蛋白血症。因此，应加强营养，給高蛋白、高糖、高維生素飲食。如患者不能进食，可小量多次輸血。

（六）功能治疗　四肢的深度烧伤，植皮消灭創面以后，要早日开始关节活动，有条件可配合理疗。

（七）化学烧伤　放射綫烧伤及电烧伤的治疗：

1. 化学烧伤　創面上的固体化学物质，可用鑷子仔細取除，用水冲洗。液体化学物质，可用大量的清水冲洗，有条件可用相应的葯物中和。酸类烧伤可用 2% 碳酸氢鈉液中和，鹼类烧伤可用 1% 醋酸或 5% 氯化銨液中和。吞服强酸者，可用蛋白、氢氧化鋁凝胶口服。經过中和处理的創面，再用大量清水冲洗。石灰烧伤，先将皮肤上的石灰除去，再用清水冲洗。化学烧伤的創面处理与热烧伤处理原則相同。

2. 放射綫烧伤　无急性放射病的烧伤，与一般烧伤治疗原則同。并发急性放射病时，应加强抗休克，抗感染等措施；創面的处理爭取在放射病的初期或潜伏期內施行。

3. 电烧伤　除局部烧伤外，对全身有严重的影响，威胁患者的生命。电流的进出口为局部烧伤的部位。烧伤面积虽小，实际組織破坏很深可累及皮下組織、肌肉、神經、骨骼。

电烧伤的治疗，首先要使伤者脫离电源，呼吸停止要立刻行人工呼吸。心室纖顫要立即心脏按摩。电烧伤的初期处理和創面的治疗与三度热烧伤的治疗原則相同。

第十三节　冻　　伤

正常人体有調节体溫的自然机能，并使保持在恒溫状态。过度寒冷可使体溫調节机能失常，全身或局部体溫降低，引起冻伤。而个人体质、血管疾病、潮湿、风吹、衣褲鞋袜过紧，肢体长时不动、营养不良、过度疲劳等因素則有利于冻伤的发生与发展。

临床上根据受冻伤时的环境条件給以不同的名称。在湿冷战壕中战士下肢遭受冻伤时，称为"战壕足"，手、足长时浸在冷水中引起的冻伤，称为"水浸手"或"水浸足"；此外，尚有"高空冻伤"、"防空壕足"等名称。

冻伤复溫前（称反应前期）由于損伤范围不肯定和組織損伤的可逆性，不能判断冻伤的程度。

冻伤的症状和体征突出表現在受伤部位开始解冻复溫后。根据局部受伤的程度而分成四度：一度冻伤仅在皮肤产生紅斑，輕度水肿；二度在局部产生大小不等的水疱；三度冻伤皮肤全层坏死；四度时肢体末端坏死脫落。一般所称的"冻疮"是指在指、趾、耳、鼻等处局部皮肤受到輕度冻伤后所表現的紫斑，輕度水肿和炎症反应。

预　防

1. 对寒冷地区工作人員做好宣传工作，并采取必要預防措施。

2. 加强御寒鍛炼，增强体质。

3. 衣着溫暖，松紧适度，鞋袜不宜过紧，并保持干燥，潮湿后及时更換。

4. 肢体在湿冷环境中不要长时間靜止不动，要不时进行

活动。

5. 暴露部位皮肤应涂薄层凡士林等油剂，以减少散热。

治　疗

1. 快速复温　对全身或局部冻伤复温必须迅速，快速复温最适温度为 38°C—42°C，最好能在 5—7 分钟内复温。复温可以使感觉恢复，感到痛疼时应給以鎮靜止痛剂。

2. 对肢体冻伤采用頸、腰部交感神經节封閉或采用套式封閉，有利于增加局部血循环。

3. 小水疱可不予处理，稍加压力包扎即可。对于大水疱可挑破，排出浆液后包扎。在处理时必须注意无菌技术。

4. 关于坏死組織或坏死部分切除問題，应等分界綫十分明显时再进行。实践証明，冻伤后坏死的实际范围和深度常常要比开始时的估計为小、为浅。对湿性坏死施行坏死組織切开术和坏死組織切除术。

冻伤用药

（1）30%猪油，70%蜂蜜为软膏，厚敷患部。

（2）冻疮膏：

漂白粉	10.0
魚石脂	10.0
安息香酊	5.0
黃凡士林	100.0

（3）樟　脑　10.0（用于破溃者）

秘魯香胶	10.0
苯甲酸酊	5.0
白凡士林	100.0

（4）复方蓖麻油油膏：

松馏油	3.0
碘　酊	3.0
蓖麻油	100.0

（5）桑寄生软膏：

桑寄生浸膏	2.5
白陶土	4.5
酒　精	8.0
水	35.0

（6）冻伤预防药，制汗剂

明　矾	3.0
硼　酸	3.0
烏洛托品	3.0
滑石粉	0.5
煆制鎂	0.5　每日一次外用
硼尔马林	5.0
水杨酸	1.5
樟　脑	1.5
75%酒精	100

外用，一天一次或隔日一次。

第五章　手的外伤与感染

伟大的领袖毛主席教导我們："**自力更生，奋发图强。**""**中国人民有志气，有能力，一定要在不远的将来，赶上和超过世界先进水平。**"多年来，全国各地广大的革命医务工作者在中国共产党和毛主席的英明領导下，对手外伤的处理和治疗做出了很大的貢献。1963年1月，上海第六人民医院断手再植的成功对手外科的发展做了新的貢献，并曾在世界創伤外科学会上受到了世界各国革命的医务工作者高度的重視和贊揚，显示了社会主义中国的无比优越性，这是毛泽东思想的伟大胜利。断手再植的成功給帝国主义和修正主义以迎头痛击为祖国为人民爭得无上的光荣。毛主席又教导我們："**人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所創造，有所前进。**"断手再植成功以后，全国各地革命的医务工作者在断手、断肢的再植方面又做出了新的成績。

劳动創造世界！

手！工人的手、农民的手，劳动人民的手，是最宝貴的劳动工具。沒有任何器械可以代替灵活、精巧的手。同时劳动人民在劳动过程中經常会发生手部外伤，因此做好手外伤或感染的处理和治疗是革命医务工作者的神圣职責。过去，在大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇反革命修正主义医疗路綫的毒害下，一些資产阶級专家对劳动人民的疾苦置之于度外，使很多劳动人民的手因外伤而得不到及时正确的治疗和处理，給劳动人民的健康带来了严重的影响，甚而造成残废，直接影响了社会主义建設。因此，对这种錯誤思想必須进行彻底地批判。革命的医务工作者，必須遵照伟大領袖毛主席"**救死扶**

伤，实行革命的人道主义”和“全心全意地为人民服务”的伟大教导，做好手外伤的处理和治疗，以保证劳动人民的身体健康，为社会主义建设事业服务。

第一节　手部解剖特点

1. 手的皮肤　手掌皮肤有较厚的角化上皮，掌中央皮下组织紧密，有许多纤维隔与深部肌膜相连，缺乏弹性和伸缩性，因此在战伤中手掌感染有剧烈疼痛。切开时要将纤维隔切断方能使引流通畅，但由于其坚韧而固定，在握物时不易滑脱。手背的皮肤较薄，皮肤的张力细纹（尤其在关节部位）是横行的，而且皮下又有网状结缔组织，因而它有较大的伸缩性，使手的抓握功能伸屈自如。故在处理手部创伤时要多保留皮肤，不应随便切除。瘢痕的收缩和粘连能影响关节活动，故预防创口感染和早期闭合创面是争取手部创伤一期愈合，避免瘢痕和粘连的主要关键。

2. 深肌膜、间隙及腱鞘（图 77）：

（1）掌腱膜——掌长肌的延续，为一强韧的三角形腱膜，有助屈腕、屈掌指关节功能。

（2）鱼际间隙、掌中间隙——位于屈肌腱之深侧，骨间肌膜之浅侧之间隙。桡侧为鱼

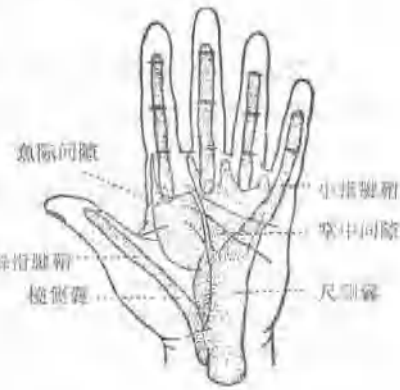


图 77　手的腱鞘间隙

际間隙，尺側为掌中間隙。

（3）屈指腱鞘——2、3、4指为独立腱鞘，从第二掌紋到指尖，拇指和小指腱鞘与橈、尺囊相連，并于掌腕部相通。手指掌面皮肤横紋直接連于屈指腱鞘，故伤及横紋时，易引起腱鞘內的感染。

3. 手的神经血管 手的神經血管大部都在掌側，而且并行。

掌淺弓——主要为尺动脉形成。

掌深弓——主要为橈动脉形成。

橈神經支配第一、二指扑之皮肤感覚，及伸腕、伸指肌群。

正中神經支配屈指、对掌肌群及掌面橈側三个半手指的皮肤感覚。

尺神經支配小魚际肌群，及骨間肌司分指、并指运动及尺側1个半手指的皮肤感覚。

第二节 手外伤的处理

1. 急救 伤后立即用无菌敷料或清洁布料压迫包扎，功能位（稍伸腕半握拳）夹板固定（图78），不要用器械探查，不要用紗布棉球等填塞，也不要涂擦任何消毒剂，尤其粉末剂。有出血时可抬高患肢和用压迫繃帶止血，一般不需用止血带，更禁用绳子、手絹等扎紧手指或腕部（如扎不紧造成靜脉淤血，反而引起出血）。同时用抗菌素、抗破伤风血清1,500单位肌注和止痛药等。

图78 手的功能位

2. 清创术 清除創口內所有异物和失去生活力的組織，

其目的是使污染的創口轉变为清洁的外科創口，以防止感染，获得一期愈合。伤后6—8小时以內創口是污染状态，异物、細菌都在表面，所以通过清創术可以达到清淨。6—8小时以后則应認为是一个感染的創口，因为此时細菌已侵入深层組織（这个时間可以因具体条件不同而改变，如为銳器損伤，創口污染很輕，虽超过六小时通过清創术同样可以达到一期愈合）。所以清創术应爭取时間及早进行，以早期恢复手的功能。

（1）术前准备，伤势判断　不应单从外表来判断伤势。搜集病史，了解伤情，詳細了解損伤原因，致伤物的特性和損伤发生过程，受伤地点和环境，受伤时間和急救經过。是否有伤口远端麻木、发凉、皮肤顏色改变，其程度如何。伤后是否仍能主动屈伸手指，曾否注射抗破伤风血清等。再做相应检查，必須考虑到骨和关节、肌腱、神經、血管的損伤，有否异物，必要时可做放射線检查，然后訂出手术計划。

（2）麻醉　清創术需在无痛下进行，一般采用局麻，指神經阻滯，腕上橈、正中、尺神經阻滯，臂丛神經阻滯麻醉（指神經阻滯禁加腎上腺素以免指缺血坏死）。对操作时間长，面积大，复杂的損伤或小儿必要时采用全麻。

（3）止血带　在止血带下进行操作，虽視野清楚，不致誤伤血管和神經，但可使已有損害的組織更为缺血而坏死，对辨認創口边緣或損伤組織有无生机，也增加一定的困难，所以一般均不主张应用止血带。但在清洁而整齐的伤口需要修补深部組織，或在損伤后期进行修复术时，止血带的应用是不可缺少的。使用时多采用气性止血带（血压計袖带即可），压力不超过260—300毫米水銀柱，时間不宜超过1小时或至多不超过1.5小时，否則可引起神經瘫痪和組織坏死，如需时間长，可在手术中間放松止血带五分钟以后再重新扎起来。

（4）皮肤准备　伤口内先放一块无菌纱布，用普通刷子和肥皂由创口边向外刷洗皮肤一遍，以普通水（水道水或井水）冲洗，再换无菌刷子及无菌肥皂刷洗两遍，用灭菌生理盐水冲洗，然后揭开敷盖伤口的纱布，用1/5,000过锰酸钾水冲洗伤口，再用大量生理盐水冲洗伤口，以干纱布擦干皮肤。然后用3%碘酒及75%酒精消毒各两遍。

（5）损伤組織处理原則

①皮緣切除，尽量不切除皮肤，如皮肤緣有挫灭可少切（1—2毫米），游离的皮瓣尽量剪去皮下脂肪，以防日后坏死感染。皮肤伤口可按正常切口方向延长（图79）。

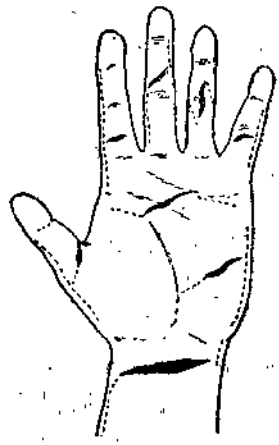


图79　手伤口延长切口方向

②清除坏死組織及异物　应用小刀、小鑷子輕柔操作，先将异物和污染組織切除，再仔細辨認失去生机的組織，如游离的小骨片，无收縮能力的肌肉，損坏的肌腱等均加以切除。一般在撕裂伤、挤压伤、咬伤或沾染較重的損伤，切除应較为彻底。皮下組織、肌肉切除到出血处为止。

③肌腱的处理

屈腱　用手握住伤指第二节，囑患者主动屈曲二、三指間关节，如能屈表示深肌腱未断，否則已断。将伤指与邻指完全保持在完全伸直位，囑患者屈曲一、二指間关节，如能屈表示淺肌腱未断，否則已断。

伸腱　伤在一、二指間关节背側和远端指間关节及掌指关节和手背者，伤指不能主动伸直而呈下垂状；伤在第一节指骨背側者，近側指間关节虽不能主动伸直，但二、三指間关节可能主动伸直。若伤口清創后达到外科切口程度，可以一期修复肌腱。如伤口不能保証一期愈合或在第三掌紋到第一、二指間关节区域內（此区有腱鞘并有两条肌腱，縫合后易粘連），不宜一期縫合，可待二期修复或移植，但需用黑色綫将两断端固定于附近軟組織上，以备二期处理时寻找。二期修复的时間，在瘢痕軟化，关节被动功能正常时进行。伤口一期愈合者，須待3—6周。感染者須待数月或更长时間。

④神經的处理　掌部神經一期縫合效果較好。二期縫合时要切除神經瘤端端吻合，或行神經移植术。神經縫合只縫神經鞘。

⑤血管的处理　除完全断裂伤需行血管吻合术外，一般在无血循环障碍的情况下，可做单純血管結扎以达止血目的。如在腕部外伤仅一条动脉断裂（橈或尺），可做单純結扎。

⑥伤口閉合方法　平时外伤在6—8小时以內者，可一期縫合。超过6—8小时，但伤面污染輕，处理干淨者亦可一期縫合。这是預防感染和瘢痕形成及防止暴露的肌腱、神經发生坏死的有效措施。如伤口有皮肤缺損閉合不上，則应采用游离植皮（有軟組織做基床的部分），或带蒂皮瓣移植（适于有肌腱及骨外露部位）等。

⑦截指問題　手术要尽量保留指的长度，尤其拇指（拇指功能占全手50%，食指次之），但个别手指如留长反而影响手的功能。

⑧骨折及脫位的处理　手外伤的同时常合并骨折及脫位。指掌骨复位較易，但固定較困难。一般的外固定均不确

实，可結合手术同时做鋼絲骨間、骨周固定或克氏鋼針髓腔內固定，以达治疗目的。但如創伤局部污染較重，不能用內固定时，則可将牵引与石膏結合起来治疗。如第一掌骨基部骨折脫位（图80、81）。

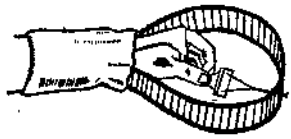


图80 第一掌骨开放骨折牵引石膏疗法

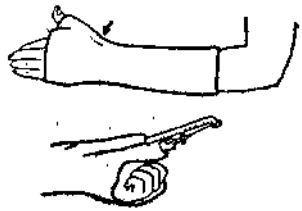
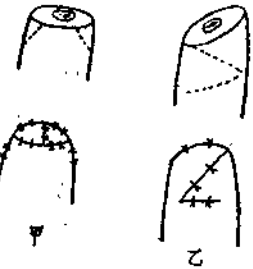


图81 第一掌骨基底部骨折牵引石膏疗法

其他掌骨、指骨骨折、除末节伸腱撕脫骨折需末节过伸位固定及第二指节屈腱着点近端骨折需伸直位固定外，一般可行90度位（手屈位）固定，时間为三周。在固定期間主动練习被固定的手指，三周后可自由練习患手的手指活动，但应避免被动牵扯与强力活动。

⑨指端截断伤的处理 如在末节指骨远端之銳器截断伤經处置后按原位縫合，一般这种再植容易成功。如断掉端已挫灭，則可按右图处理之（图82）。



甲. 横断截指：上图——虛线表示在两侧作小三角形皮瓣；下图——縫合后。
乙. 斜行截指：上图——虛线表示切口；下图——縫合后。

图82 指端截断后可用局部皮瓣修复縫合法。

（6）机能活动与理疗 手外伤后，由于局部渗出，

固定物过紧或抬高不够等情况很易产生手指肿胀，时間长可造成关节囊、肌腱周围粘連，使关节僵硬。因此，在治疗手外伤过程中，要早期手术，操作应輕柔，清創彻底，术后抬高患肢，配合用肌膜腔封閉等。創口拆綫后可开始主动、被动机能活动，局部热敷等物理疗法，以促进手的功能早期恢复。未被固定的手指应早期練习活动。

第三节　手的急性感染

手的急性感染最常見。在劳动过程中，手的損伤是不可絕对避免的。即或是微小伤口，細菌也会乘机而入引起感染。一旦感染，其肿胀間隙甚小，疼痛是非常剧烈的，因而常影响患者参加劳动。同时炎症很快会波及全手、前臂，重者細菌可入血、入淋巴引起全身感染，甚而导致患者死亡。手的感染处理不当，可造成不同程度的残废或終生残废。因此，正确地对待手的感染对保护劳动力有重要意义。其治疗原則有三：

1. 抬高患肢，充分休息。

2. 应用抗菌素。

3. 及时手术治疗。确定手术治疗后应特别注意以下几点

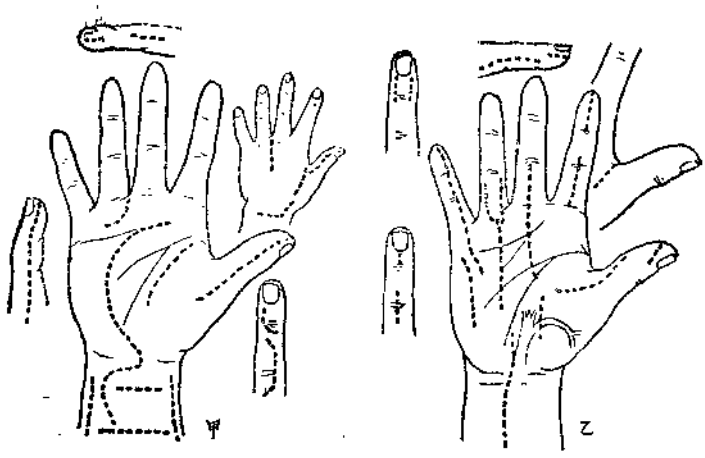
（1）熟习手的解剖、正确定位、正确切口設計（图83）；因为手的解剖結构特殊，发生感染时亦有特殊表現：

①一处疼痛常感到整个手部都痛，甚至整个上肢亦痛。患者常說"說不出痛在手的那一部分，就覚得滿手都痛"。

②积脓时波动感不明显。

③局部皮肤发紅不明显或根本不发紅。

④最肿胀的地方是手背，而感染化脓的地方恰恰在手指或手掌。因此，单純根据肿胀程度，在手背切开是錯誤的。



甲. 正确切口　　乙. 错误切口

图 83　手部切口

（2）麻醉　必须达到充分止痛。局部浸润麻醉易致炎症扩散；表面麻醉止痛不够，故多采用神經阻滞麻醉或各种形式的全麻。

（3）避免切开正常的腱鞘或关节囊　病变延至对侧时可做对口引流，引流条用胶皮膜较好。

（4）术后治疗　抬高患肢休息，严重感染尙需做功能位夹板固定。抗菌素用到体溫平稳三天为止。术后24小时更换切口外面敷料，根据分泌物多少，决定术后2或3天更换切口內敷料。原则--定要引流通暢，切口要充分，否則換两次葯切口便长死（表面），而脓腔还未消灭，过几天又复发肿胀，結果造成长期不愈，甚而感染成为骨髓炎。

常见手的感染

（一）甲沟炎

是指（趾）甲两旁及指甲根部小刺伤或撕"倒刺"等微小

損伤，引起皮下組織化脓感染。往往是由一側或甲根部皮肤开始，局部紅肿、疼痛及压痛。当形成脓肿可蔓延至对側，甚致甲下也形成脓肿，甲沟、甲緣可溢脓，一般周身症状不明显。

治　疗

1. 早期只紅、肿、痛，可用加溫的高錳酸鉀水泡手，用热水亦可，每次至水凉为止。一日数次，多能吸收治愈。

2. 当形成脓肿时要切开引流。可在麻醉下于甲沟一側或两側纵行切开引流，勿損伤甲床，否則将来指甲发育畸形。当甲周及甲下均有积脓时，可拔除指甲換药即可很快愈合。

3. 拔甲术　在麻醉下用带齿镊子鉗住甲緣，用刀輕輕自甲床上方剝离，掀起指甲至甲根部，再从甲根部掀起甲上皮，用血管鉗挟住甲緣輕輕撼动即可拔除。

(二) 化脓性指头炎

是指头掌側深部組織发生的急性感染，多为針或木刺伤引起的。疼痛在所有手的感染中最剧烈，跳痛常可使患者夜不能入睡，手下垂时痛加重。肿胀限于末一指节，很少有皮肤发紅；患指活动无明显限制，輕压之則极痛。此病可以很快侵蝕指骨，形成骨髓炎，經久不愈。

治　疗

1. 早期局部热敷，抬高患指，局部休息，水調散等中药外敷。

2. 周身用磺胺类药物或抗菌素治疗。

3. 早期切开排脓（或減张）。症状明显，疼痛激烈者可早期切开。不要等有脓时再切开；以防止指骨缺血坏死形成骨髓炎。

指头炎时检查波动不易查出，可用探針輕輕点压局部，压痛最明显处即标志有脓。切口在指头的側面纵形切开，用尖

刀伸入創口，在指头前側切断纖維隔，剪除坏死組織。切口近端应距末节横紋 5—6 毫米，以免感染扩散到腱鞘內。脓肿大者可于对側行切开，使成对口引流，并放入胶皮膜引流，以后換药可加速愈合。如已有指骨破坏（已成骨髓炎）可将之摘出，繼續換药。

（三）急性化脓性腱鞘炎

常因穿入伤，如釘子、尖刀、針等損伤（尤其刺入指屈横紋处），細菌感染而形成腱鞘炎。疼痛也相当剧烈。患指除末节外都有肿胀，很少皮肤发紅。有时指扑处有微紅和輕压痛。患指微屈，試图伸直时引起剧痛。除掌指关节仍能稍微活动外，患指功能完全丧失。由于解剖上纖維腱鞘的限制，鞘內的肿胀和积液不易扩散，容易压迫肌腱导致肌腱坏死。病变继續发展，感染亦可向手掌扩散。自行破溃者不多見。

治疗：一旦診断为腱鞘炎应立即切开（手术时間一般不迟于发病后 48 小时），以减少肌腱的坏死和炎症扩散的发生。

1. 第二、三、四指应在近端指节和中間指节之一側或两側切口。手指横紋处不可切口，免于日后形成瘢痕影响手指功能。

2. 拇指及小指在近端一側或两側切开。近手掌拇指沿大魚际弧形切口，小指沿小魚际切口。

3. 切开皮肤、皮下，分离出肿大腱鞘，在其側面切开排脓。鞘內絕不可放引流，也不要触碰肌腱，而于鞘外放置引流。2—3 天后取出引流，行热敷。术后功能位石膏托固定，一周后开始主动活动。

4. 全身应用抗菌素及其他消炎剂。

第六章　战伤的急救

伟大領袖毛主席教导說："**捣乱，失败，再捣乱，再失败，直至灭亡——这就是帝国主义和世界上一切反动派对待人民事业的逻辑，他们决不会违背这个逻辑的。**"

以美帝国主义为首的各国反动派，为了霸占世界，不断地发动侵略战爭，使用各种大量杀人武器，給世界各国人民带来了深重的灾难。

近年来，苏修叛徒集团为了重新瓜分世界，实現社会帝国主义和社会法西斯主义，正在加紧勾結美帝，积极組織反华，继占領捷克斯洛伐克之后，最近又对我国領土珍宝島、八岔島进行武装挑衅，多次制造和挑起流血事件，犯下了滔天罪行。

毛主席早就指出："**帝国主义者如此欺负我们，这是需要认真对付的。**"我們决不可因为胜利，放松自己的革命警惕性，决不可以忽視美帝、苏修发动大規模侵略战爭的危险性。我們要做好充分准备，准备他們大打，早打。准备他們打常規战爭，也准备他們打核大战。"**原子弹是美国反动派用来吓人的——只纸老虎，看样子可怕，实际上并不可怕。……决定战爭胜败的是人民，而不是一两件新式武器。**"用毛泽东思想武装起来的，經过无产阶級文化大革命鍛炼的亿万中国人民正在枕戈以待，只要美帝、苏修敢于来犯，就"**坚决、彻底、干净、全部地歼灭之。**"

我們要遵照毛主席"**备战、备荒、为人民**"的伟大教导，做好战备工作。

战伤外科是在战爭中发展起来的一門科学。根据現代战爭的发展和原子、化学、細菌武器的出現，战伤常是多种和复

杂的，如白刃伤、火器伤（枪伤、炸伤）、烧伤等。

战伤外科和平时外科不同，有其特殊性质。战士在前线受伤后需要在火线上进行包扎和救护，并应根据伤情分别在营、团、师救护所进行积极抢救或手术治疗。

在常规武器战争中，以四肢伤为最多：四肢伤约占60—80%，头部占10—20%，胸腹部占10—20%。

伤情的轻重，决定于武器的种类。炸伤会造成大伤口和多处伤，原子化学伤多为烧伤。战伤常合并有出血、休克、骨折、内脏损伤、挤压伤综合症等，如不及时进行抢救和治疗，可使伤员的病情恶化，甚至危及生命。

我們要遵照毛主席"**救死扶伤，实行革命的人道主义**"的伟大教导，以白求恩同志为光辉榜样，积极做好伤员的急救工作。为了适应目前形势的需要，我們选編了关于"战伤的急救"一章（其中有的内容已在前面各章节述及）供同学們、同志們參考。

第一节　火器伤的处理原则

一、火器伤的特点

火器伤虽然同样是一种开放性损伤，但是它和平时创伤有着质的不同。为了更好地掌握正确的火器伤的处理，必須首先了解火器伤不同于平时外伤的特点。

火器伤的特点在于：

1. 組織破坏范围大而且严重，火器伤是由高速度投射物所造成的创伤。由于它的动能較大，在进入体内时，一方面产生广泛的直接破坏組織作用，另一方面还造成强大的侧方冲击力，将組織强力地推开，产生一个很大的空腔（暫时伤道）。

因此，能使远离伤道的組織受到严重損伤。待投射物穿过后，組織的弹性使暫时伤道消失，最后所能見到的只是残留伤道。显然，残留伤道实际上不能代表組織損伤的全貌。

2. 早期肉眼不易区分伤道周围組織是否健全。伤道周围組織受到側击后，不一定立即死灭，但是由于进一步的血液供应障碍，最終可能坏死（大約3—5天后）。此外这些失去生活机能的組織与邻近的健全組織互相交錯存在，在伤后早期并沒有截然划分的界綫，故不易肉眼区分。

3. 深部組織污染严重，在形成暫时伤道的瞬間，局部产生負压，把伤口外的尘土和細菌等吸入伤道，加上投射物本身也可能带有大量細菌。因此，凡曾暴露在暫时伤道中的深部組織都可以受到严重的污染（包括致病的梭状芽胞杆菌）。如果不及时正确的进行初期外科处理（清創术），这些細菌必然会迅速繁殖而产生感染。因此，早期（伤后3小时內）用广譜抗菌药物預防，虽然不能完全控制感染，但可以延长从污染到感染形成的时間，对战时大量伤員来說，是有特殊意义的。

二、火器伤的初期外科处理原則

“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。”由于上述特点，火器伤的初期处理原則，也和平时外伤的处理原則不同。我們必須熟悉这些原則，以备战时积极搶救伤員：

1. 大多数火器伤均应做初期外科处理（特别是盲管伤更应做），只有少数可不做手术处理（沒有开放气胸或仅有小量血胸的胸部貫通伤；出入口都很小，确无骨折、出血或其他重要深部組織損伤的軟組織枪弹貫通伤；淺而小的切綫伤；沒有深部損伤征象的多数点状弹片伤等）。

2. 清創术要在6—8小时內进行，如早期已給予抗菌素治

疗，則可延至 12—24 小时內进行。

3. 肢体手术时，須在近心端放好止血带，熟悉重要血管神經的走行径路。

4. 皮肤和筋膜的切开必須够大。尤其要强調充分切开深筋膜，直縫切开不充分时，可做补充切开。这是因为①唯此才能充分处理深部組織的損伤；②可以解除深部組織的张力，保全血循环；③可获得良好的引流。

皮肤切口方向，要照顾到愈合以后的机能和外形。

5. 清除伤道內一切异物、組織碎屑、凝血块等。切除一切肉眼可以辨認的失去生机的組織，特别是肌肉組織。因为，失去生机或損伤的肌肉，不但能誘致严重感染，甚至气性坏疽，而且也是使机体中毒，形成頑固的低血压的根源。

6. 操作要輕柔，保护一切重要的組織，彻底止血。

7. 在战地条件下，除某些特殊部位伤外，一般都不作初期縫合。这是因为：

（1）根据火器伤的病理过程（前述），不可能彻底切除失去生机的組織。如予縫合，則必然要有发生感染的危险。

（2）不可能由同一人連續观察創伤演变过程，不易及时发現創伤內部感染的发生。

（3）由于不能一次将战伤彻底处理完毕，以致創內滲血或滲液不能充分引流，发生感染的机会就要增加。

8. 抗菌药物可以延长感染发生的时間，甚至可控制或防止感染发生。切不可依賴抗菌药物而忽略外科治疗原則。抗菌疗法只能看做为一項重要的輔助疗法。局部应用磺胺类药物反可能导致伤口愈合不良，多主张不用。各种防腐剂局部应用，更屬有害，必須禁止。

9. 虽在战地条件下，下列各部位的創伤也不可开放：

（1）面部伤、眼睑伤。

（2）颧脑伤。

（3）胸部伤：縫合閉鎖胸腔，皮肤可以不縫合。

（4）手部伤：用肌肉或皮肤复盖暴露的肌腱及神經。如皮肤张力太紧，可做定位縫合，缺損处可植皮。

（5）关节伤：必須縫合滑膜或关节囊，不縫合皮肤。

（6）腹部伤：除皮肤、皮下不縫合外，其他各层均須縫合。

三、火器伤的后续治疗

如上所述，战伤多不做初期縫合，单純等待机体本身的修复，則不仅延誤时机，造成体力消耗，且易引起較重的机能障碍。为了縮短愈合时間，減少瘢痕組織增生，使伤員早期治愈归队，应考虑二期处理、延期縫合、二期縫合和植皮术等。

1. 伤部的三期处理　初期处理以后的4—7天，伤員将运送到下一治疗站，应在无菌条件下，检查伤口和进行第一次敷料更換。如果发現創面不好，应再次充分引流，切除坏死組織，然后利用高滲盐水（3—5%）紗布湿敷，每4小时更換一次，使創面迅速变为新鮮和干淨，以利早期縫合。通常用高滲盐水处理1—2天，肉眼观察伤面新鮮、干淨，就可以施行延期縫合。

2. 延期縫合　延期縫合是在伤口內肉芽組織尚未完全形成，創緣尚未固定，創面沒有坏死組織和脓性滲液，周围也沒有肿胀，伤面可以无张力地对合，对合时无压痛，亦无全身感染的情况下才可以施行。縫合原則主要是使創壁接触不留死腔，縫合后避免张力过大，以免引起皮緣坏死。根据創口深淺情况，在无菌条件下，用几个較深的縫綫，貫穿創伤全层，繞过或紧貼創底做为減张縫綫，将深部組織对合，再用淺的縫綫将

皮緣对合，为了防免渗液聚积或血肿形成，縫合口的两端应加胶皮引流条。

3. 二期縫合　二期縫合适用于因感染或后送而錯过了延期縫合时机的伤部，在初期处理后 8—14 天所施行的縫合。此时伤面已有較厚的肉芽組織。如肉芽面仍然健康，血液供应良好，肉芽底部的硬結不重，伤面对合时无张力，可以用延期縫合的方法，将伤面縫合，叫做早二期縫合。

如果肉芽面陈旧、蒼白，或基底硬結較大（基底部纖維增生），則应将肉芽連同底部的硬結一并切除或刮除，并将皮緣游离更新，然后縫合，称为晚二期縫合。

4. 植皮术及其他　对某些大而淺的創面不能縫合的，可以在有肉芽新生时进行植皮（游离植皮），以促进伤面早日痊愈。

一些較小的伤口，张力不大，伤道壁容易閉合的也可以仅用胶布条将創面在对合的位置上固定。

第二节　火器性长骨骨折的一般处理原則

火器性长骨骨折的处理要求，首先是防治感染，使軟組織伤部順利愈合，以保証骨折断端的正确連接。骨痂一旦形成，就应及早开始机能疗法（物理疗法和体育疗法），恢复伤肢的机能。

急救的要点是及时地做好急救包扎，临时止血和伤肢的临时复位固定。这种复位固定不要求严格的解剖学上的复位，只要求做到大体的复位固定。对骨折早期的輸送性固定非常重要，是減輕疼痛，防止骨折片刺破血管和割断（或压断）神經的重要措施。不做固定就进行后送是非常錯誤的。

在后送过程中一有可能，就应换更进一步的固定工具，力求固定确实。

在进行伤肢检查时，要检查有无神經損伤（远端肌肉癱瘓），或血管損伤（远端有无脉搏、冰冷、局部出血或血肿），并应扼要記录。注意如有合并头、胸、腹各部內脏合并伤时，除肢体大出血需要迅速止血外，皆应先处理最重要的伤部，然后再处理肢伤体。

初期外科处理，必須及时而且彻底，要保存主要的神經、血管。这样才可以最大限度地保存机能。因此，加强責任心和熟悉局部解剖关系是非常重要的。

火器性长骨骨折的特点是以粉碎性骨折为主，对这些碎骨的处理应特别慎重，尽量保留一切与軟組織仍有联系的骨片，仅允許摘除完全游离的小骨片。較大的骨片都应在手术中复位。这些骨片如能与骨折端連接，可以促进愈合，減少骨髓炎的发生。清創时不要求准确地复位，禁止作各种內固定手术，或其他矫形手术，也不需要牵引固定。手术后一律不縫合，应进行良好的后送固定，一般用定型夹板固定，有条件时可以爭取用石膏固定。

第三节　火器性关节伤的一般处理原則

火器性大关节伤的处理，不但要保全生命和肢体，还应力爭保全关节的运动机能。因此，要在感染尚未形成以前，进行彻底而良好的初期处理。关节火器性伤化脓的原因，主要是由于关节囊內清創不够彻底（或未經清創）。关节囊內残留的异物和失去生机的关节軟骨，是构成化脓性感染的根源。另外，血块、纖維性滲出物、失去生机的关节軟骨面也都是化脓

的基础。手术时要彻底清除这些物质，并在术后紧密縫合关节囊，向关节囊内注入抗菌素（可每24小时重复一次，直到感染的威胁渡过为止），并保証在清創以后和后送途中用石膏严格地制动，都是行之有效的防感染措施。施行这些措施并不受伤后时間的限制，但以在伤后24小时内施行为宜。

在处理时关节囊内組織已經感染者，除非关节面已經破坏，仍可按非感染的关节伤处理。

已經确定的化脓性关节炎或机能不能保存者，应扩大引流，并将死骨和坏死的軟骨彻底切除。为了避免截肢，可作較广泛的关节切除术，以求得到强直的关节。

第四节　开放性颅脑火器伤

可分为子弹伤和弹片伤。弹片伤較子弹伤的伤道大，常伴有严重感染。

颅脑穿透伤　头皮、顱骨、硬脑膜和脑均有損伤，可以形成各种不同的伤道。除損伤外，也可并发顱内感染。穿透伤又可分为：

1. 盲管伤：金屬异物停留于顱腔内（图84）；

2. 貫通伤：投射物进入顱内，通过脑組織后穿出（图85）；

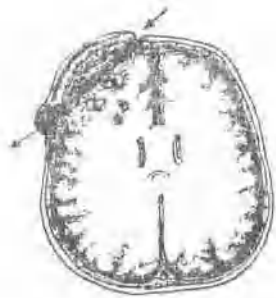
3. 切綫伤：投射物以切綫方向冲击顱骨和脑，造成槽状損伤，脑挫伤范围較广（图86）。

顱脑火器伤后可有：破碎脑組織由創口外流；皮肤、顱骨、脑膜和脑的出血；脑水肿肿胀；感染及异物残留。

伤情判断　根据意識状态、生命体征的变化，神經系統检查以及伤部的检查就可做出診断。然后伤部的检查，战时为了节省时間和人力，最好在做术前准备同时进行，以便术者确

高速度子弹穿透颅骨和脑组织，形成楔形伤道有膨胀作用，造成广范围骨折，并将骨碎片带进脑组织深部，脑组织有出血、水肿、破碎和突出。

图 84　颞脑盲管伤



头皮下有血肿，颅骨内板比外板骨折严重。骨折片被带入脑伤道中，在伤道的深处有异物存留。

图 85　颞脑盲管伤

定手术方案。

急救和救护　战地救护：对昏迷患者的体位调正，伤部包扎，与平时颞脑开放性损伤相同。扼要記录負伤当时的意識状况，瞳孔改变，供以后診断参考。

浅层切线伤可以引起脑皮质的挫伤，深层切线伤可以造成楔形穿透伤。

图 86　颞骨切线伤

在一切医疗机构都要紧急处理的伤員：

1. 呼吸道不通畅者，可做气管切开；

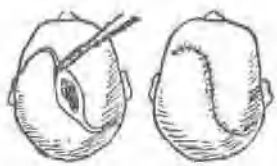
2. 防治休克；

3. 防治感染，最好应用磺胺嘧啶，四环素和链霉素；

4. 伤情有进行性恶化，意識从清醒轉为昏迷，受压侧瞳孔散大，則要想到脑伤道內血肿及颞肉出血。确診后应立即手

术，扩大软组织创口，用咬骨钳扩大骨孔，取出游离骨片，边吸引边探查伤道，清除积血，对活动出血点，用银夹止血，也可用止血海绵，盐水或3%过氧化氢棉片压放止血；

5. 火器性穿透伤的初期外科处理　头皮切口：按伤口形状和部位，一般以伤口为中心做"S"形或梭形切口（图87），创缘不必过多切除，以免缝合困难。颞骨处理：用咬骨钳将颞骨伤口向外扩大，露出硬脑膜缘为止，颞骨板障出血，可用骨腊涂擦止血。

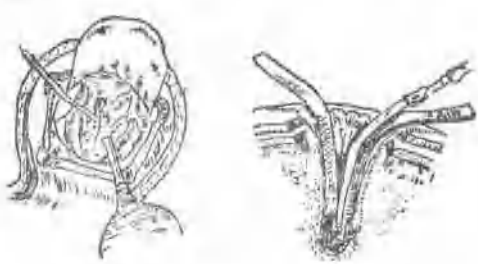


1. 开大切口，并从帽状腱膜下剥离；
2. 切口缝合。

图87　头皮的S形切口

硬膜处理：先要清除硬膜外积血，硬膜上的血管出血，可以缝合结扎止血或以银夹止血。硬膜的伤缘要略加修理，然后缝合。

脑伤道处理：清除血块和碎骨片，一般用冲洗和吸引的方法，在直接观察下进行。



1　　2

1. 从外部冲洗和吸引；2. 向伤道深部吸引。

图88　脑伤道的处理用灭菌盐水冲洗和吸引器吸引

对远离伤道的金屬异物不必免强搜寻，免得損伤健康組織。出血处，用盐水和过氧化氢液的棉片压敷或以銀夹止血（图88）。

有关硬膜外、下血肿和脑水肿肿胀的处理，可参看閉合性顱脑損伤部份。

第五节　胸部战伤的急救

胸部占人体的面积較大，且胸腔內有維持人体生命的重要器官——呼吸及循环机能。加上胸部的位置是近战时最易受伤的部位之一，这些都决定了胸部受伤机会既多，而且对生命威胁极大。因此对胸部伤員的急救是一項极重要的問題。

第一线急救　胸部伤口，用厚敷料牢固包扎，防止在后送途中松脫。胸部伤中伴有多根肋骨骨折和反常呼吸者，除一般敷料包扎外，宜加厚棉垫或棉衣、布块垫在伤处，再用繃帶固定以减輕反常呼吸。如伤員呼吸困难严重，气管偏向一側，疑有张力性气胸时，应在鎖骨中綫第二肋間用粗針穿刺排气，并留置針头，使之变成一小口的开放性气胸。如在針头的尾端縛一帶孔的橡皮指套作为排气的活瓣，固定在胸壁上，即可持續排气，对伤員更为有利。

沒有顱脑損伤时，可注射嗎啡10毫克或杜冷丁50—100毫克。

在上述处理后，迅速远离火綫，用半坐位担架后送至救护所。到达救护所后应作以下紧急处理：

对呼吸道分泌物咳不出，或有損伤性湿肺致伤員有严重呼吸困难时应作气管切开。

对有休克的伤員，估計失血量，輸全血或右旋糖酐溶液，

一般以不超 1,000 毫升为宜。

大量血胸呼吸困难严重者，应作胸腔穿刺抽血。抽出量以不超 1,000 毫升为宜，穿刺結束时向胸內注入青霉素 20 万单位，鏈霉素 0.5—1 克。要检查胸液性状，有胆汁、粪味的要考虑尽早行开腹探查手术。

有心包积血的伤員，表現呼吸困难重，頸靜脉怒张，奇脉等心包填塞症状。疑有心包积血时要作心包穿刺抽血。

經过以上处理后继續后送至野战医院作比較彻底完善的治疗(参閱平时胸部創伤)。

胸腹联合伤　开放性損伤时(如枪弹或炮弹片)，常引起胸腹联合伤。上腹部突然的大力压迫或挤压亦可发生胸腹联合伤。常見的胸腹联合伤有：膈肌破裂膈疝、肝、脾破裂、胃、腸管破裂，这些損伤与胸部損伤并存可加重胸部伤的症状，出血增加，感染的机会增多。在急救方面分别按胸、腹伤进行处理，根据伤道的位置方向，及受伤的情况，結合临床检查診断并不困难，关鍵在于重視发生胸腹联合伤的可能性。对胸腹联合伤的伤員到达野战医院后应尽早行手术治疗。

胸腹联合伤(图 89、90、91、92)：

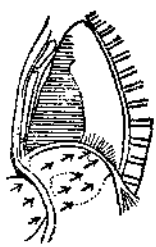


图 89　挤压上腹部引起膈破裂

图 90　膈破裂之一

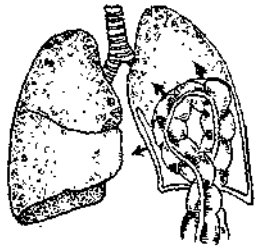


图 91　膈破裂之二

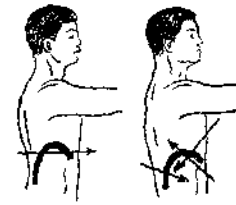


图 92　胸膜联合伤之弹道图

第六节　腹部战伤

腹部战伤，多是火器伤或白刃伤。腹部战伤的主要危险是大量内出血和腹膜炎，抢救的关鍵在于早期診断和早期治疗。因此，在战时将腹部伤員列为重伤員，应在第一批优先运送，首先应預防休克或处理休克，情况稍有好轉即轉送有条件的野战医院进行手术治疗。

診断　主要是診断内出血和腹膜炎。此两种情况在平时腹部外伤已提及，故从略。但在战伤时診断要特别注意以下几点：

1. 火器伤的入口不在腹部而在其他部，也要检查腹部，并要反复检查，以防漏診。

2. 炸弹在水中爆炸的水波浪可震伤内脏，故腹部无开放損伤，也要检查腹部，以防止漏診。

3. 有时破裂发生在腹膜外的腸壁（常是結腸的腹膜外部分），引起腹膜后感染，在伤后早期可无明显腹膜炎体征，需注意。

治　疗

1. 在战地对腹部开放性损伤应行包扎。不可試行送回脫出腹壁外的腸管，但可在敷料外盖以飯碗，防止腸管继續脫出。包扎后送时可注射嗎啡止痛，并应預防休克。

2. 在救护所給予抗休克处理，注射青、鏈霉素、破伤风类毒素或抗毒素，及时后送，尽早手术，解除病源。

3. 到医院后，应边診断边准备手术。其中最重要的就是抗休克。爭取使收縮压在 90 毫米水銀柱以上，脉搏100—120次以下。如經过抗休克无好轉或情况有恶化，則应当机立断开腹手术。

手术方法

（1）麻醉　战时多用乙醚吸入全身麻醉或局麻。硬脊膜外和腰麻常使血压下降，在战时很少应用。

（2）切口　一般不經原有伤口进行手术。宜另作腹正中或旁正中切口，因其易于迅速切开，迅速縫合，又便于延长以显露損伤的脏器。如果伤情較肯定可选择适当切口。

（3）手术和操作步驟　应有計划性，按一定程序进行。其步驟：首先止血，其次是阻止胃腸道的內容物外溢，然后再系統检查。处理完腹腔內的損伤后，再处理原来伤道。除腹膜后、肝、胆、胰的損伤需引流外，一般不需要引流。腹腔污染重者，可用生理盐水冲洗。

（4）寻找出血点

①根据弹道方向估計。

②根据血块积聚部位。

（5）寻找胃腸道穿孔　①由回盲部开始检查小腸，詳細检查腸壁和系膜，尤其是两者交界处，胃腸穿孔多呈双数需

特别注意。②检查結腸从盲腸开始。要特别注意腸管两旁有无腹膜后血肿。③如果損伤在上腹部則先检查胃和十二指腸，发現胃前壁有穿孔时，必須切开小网膜囊，检查胃后壁有无穿孔。

（6）腹腔全面检查　可先检查脾、肝、胆道、胰、两腎及后腹膜，然后盆腔。切勿遺漏腹膜后損伤。

（7）負伤两天后才进行手术者，除非是为了清除血肿或大量积聚的腸內容，否則不要剝离已形成的粘連。也不必为了寻找异物而过多地拖延时間。

損伤脏器处理

（1）脾　脾切除

（2）肝　根据損伤情况作破裂处褥式縫合或肝部分切除，或用 661 医用胶粘合。

（3）胆道　胆囊小穿孔可給予縫合，損伤重可行胆囊造瘻或胆囊切除，胆管損伤多做造瘻。

（4）胰　小的損伤縫合，体尾部大的損伤可做切除。

（5）胃腸　穿孔破損不严重可縫合，穿孔多，破損重或血循环不良做切除吻合，但在結腸小的穿孔可以縫合，最好同时在近側端做結腸造瘻。結腸大的破裂或缺損，以結腸外置造瘻更为迅速、安全。

（6）腎　可根据情况做縫合或切除。在决定切除腎脏之前必須确知另一个腎脏存在且无病。腎周围間隙放置引流。

（7）輸尿管　腹膜后損伤要探查輸尿管，如有損伤以造瘻为主。

（8）膀胱　主要做耻骨上造瘻和縫合膀胱損伤部。在

耻骨后做引流。

（9）会阴部损伤

①肛門損伤，肛門回縮者，将其拉出，縫合于肛門周围皮肤或肌肉，另在肛門周围放引流。

②外生殖器的皮肤与軟組織有开放損伤，其皮肤与軟組織均应尽量保留。阴茎断裂伤可做縫合效果良好。睾丸損伤应尽量保留，即或阴囊皮肤缺損，可将睾丸移植在大腿内側皮下，留待后方医院处理。

腹部手术后容易发生并发症，早期运送更容易加重并发症，因此战时腹部伤員手术后都应留治 10 天以上，再后送。后送途中应尽可能地減少車輛的顛震，以防切口破裂。

第七节　战时周围血管的損伤

周围血管損伤在战时較常見，不但可以引起致命的失血，如果处理不当还可以造成肢体坏死。急救时首先要止血，尽快后送；其次是爭取及时地恢复血管的再通，減少肢体的坏死率和截肢率；实在不可能时再考虑作血管結扎。

一、急救止血法

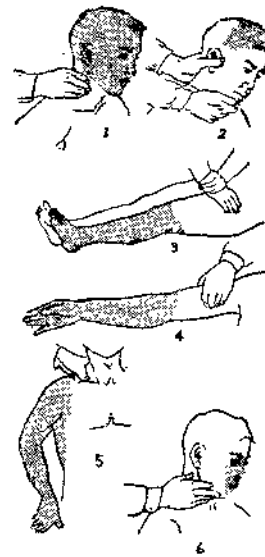
当伤員发生大量出血，立刻有生命危险时，应选用以下的止血方法：

1. 手压法　用手指、手掌、或拳头压迫伤部以上的动脉干，以減少或制止出血。压迫点应当放在易于找到的动脉經路上，压向骨骼方能有效（图 93），这种手压法只能是暫时的紧急处理，紧接着就必須改用下述的加压包扎法或填塞止血法等。

2. 加压包扎法　在伤口上放厚敷料，用繃带加压包扎，或

是用急救包加压包扎，压力以能适度地止血而不影响伤肢血循环为度。四肢的动脉或静脉出血，大多数可以有效。

3. 填塞止血法　用无菌敷料填塞在伤口内再加包扎。对于腹股沟部、腋部和肩部等伤口，由于位置較深，不能加压包扎或用止血带止血时，可用可法。頸部不能包扎，可以在填塞后将皮肤縫合一、二針，将填塞物固定；但必須經常观察，防止血肿增大压迫呼吸道造成窒息。



1. 頂总动脉压迫法，手指压向脊柱；2. 頦动脉指压法，手指压向頦骨弓；3. 股动脉压迫法 用手掌压迫股骨干；4. 肱动脉指压法，手指压向肱骨；5. 鎖骨下动脉指压法，拇指压向第一肋骨；6. 頂外动脉指压法，口鼻部止血用，手指压向下頦骨水平支。

图 93　手压止血法

用填塞止血法止血后，如无彻底止血的准备，就不可輕率地再将填塞物取除，以免发生猛烈出血，甚至来不及再行制止。凡用填塞止血法的伤員，送到医院后，必須在作好充分手术准备的条件下，先在近端上好止血带，再进行伤部的初期处理。如果填塞部位是在鎖骨下区或股动脉区，就要先将近端动脉暴露、加以控制后才可以取除填塞物，进行彻底处理。

4. 止血带法　止血带的种类：胶皮管止血带、弹性橡皮带，临时代用止血带（如用皮带、布囊、软绷带、绳子或三角巾等）都可以在紧急时作为止血带之用。四肢手术时有时亦用气囊止血带。

止血带使用不当时，可以造成严重后果，应注意的事项如下：

（1）上止血带时不能太松或太紧，以能止住出血即可，太松达不到止血目的，太紧容易压迫神經干或造成其他軟組織損伤。

（2）上止血带的部位，在上肢是上臂的上 $^1/_3$ 处为合适（中 $^1/_3$ 容易造成橈神經損伤）。在下肢是大腿中、下 $^1/_3$ 交界处最好。但有时亦可在靠近創伤出血的最上部，即使在小腿或前臂也可以这样作。

（3）上止血带的时間，原則上应尽量縮短止血带的使用时間，以 1—2 小时左右为适当，气候寒冷、肢体溫度較低时，时間可以稍长，一般可以持續 4—5 小时。时間过长則可以引起肢体坏死。所以，使用止血带时要有明显的标記，注明上止血带的时間，后送时应尽快地在短时間內达到目的地。

（4）止血带的解除，在沒有准备好进行手术时，放松止血带常会引起复发的出血和休克。以往認为，过 1—2 小时就应放松一次止血带的想法是非常危险的，切勿施行。上止血带时間較久的，放松后可以有大量毒素吸收，引起中毒性休克，或尿少、无尿等类似挤压伤綜合症的急性腎机能衰竭（又称为止血带性休克）。因此，要在輸血、补液和准备好有效的止血条件后，方可放松止血带。

二、血管損伤的处理

1. 血管結扎法　在彻底清創同时把部分断裂或完全离断

的血管結扎，近端要双重結扎，远端作一个結扎即可。結扎小腿或前臂的某一条动脉，一般完全可以保持远端不致坏死。但对股、腘、肱、鎖骨下动脉等处进行結扎后，則远端皆有一定之坏死率。

2. 动脉吻合法　适用于血管完全或大部离断，血管严重挫伤等。

3. 自体靜脉移植术　通常皆用大隐靜脉作移植材料。适用于血管損伤后缺損較大的情况。

4. 动脉壁小的裂口出血，可把小的裂口縫合起来。搏动性血肿或假性动脉瘤以及动靜脉瘘等可待晚期酌情处理；其中包括动脉瘤切除，自体靜脉移植或裂口縫合及結扎术等。

第八节　挤压伤综合症

挤压伤是在肌肉丰富的肢体（主要是下肢），受較长时間（一小时以上）的重压而招致的損伤。当挤压重量移除后，随之而来的严重的局部和全身性病变，以急性腎功衰竭为特点，叫做挤压伤綜合症。有較高的死亡率。

临床表現　伤部在压力解除后，出現麻木和瘫痪。伤部边緣出現紅斑。邻近的健康皮肤出現水疱，这是挤压伤最早的典型所見。随后伤肢迅速肿胀、变硬、变冷、肢体远端脉搏摸不到，指甲变紫。肿胀不断加剧，全身情况也随之恶化，血压下降，休克加重。

伤員感覚极度不适，口干舌燥、煩渴、缺乏食欲、尿量很少，尿呈酸性，比重很高，异常見呈酱油色为血紅蛋白尿，且有管型。病情严重时，伤員兴奋不安，以后轉入淡漠昏睡。

經过尽早开始积极的綜合疗法，伤情較輕的伤員，症状可以得到恢复。尿量在伤后6—8天逐漸增多，进入利尿期，全身情况也随之好轉。严重的病例，則休克继續加重，尿量不断減少，常能突然死亡。此种損伤的难关，早期可因輸液过量死于肺水肿，以后可死于高鉀血症引起的心脏功能改变或尿毒症，也有时死于继发性感染。

救护和治疗　从急救开始，就要注意伤員的全身和局部情况。在救治过程中，要防治休克和感染，經常注意急性腎功衰竭的严重后果，并在其出現之前和出現之后，采取不同的防治措施。对伤后早期的生理性少尿阶段，要积极地輸血、补液，迅速补充血容量不足和糾正水与电解质紊乱。对腎功衰竭时的病理性少尿阶段，就必須严格控制輸血、补液量，加强一般性支持疗法。兹概述其要点：

1. 急救　立刻用夹板把伤肢固定，严禁不必要的活动，伤部暴露在凉爽的空气中，如有条件置冰块于其周围，以降低代謝，推迟感染，直到手术时为止。給止痛药物和抗感染药物（禁用磺胺），迅速而平稳地向治疗机构后送。

2. 救护所的救护

（1）局部处理　对于肢体肿胀、发硬，血运受阻或中断的，必須沿肢体的长軸把伤部立即广泛地扩創。切开皮肤和肌膜直到骨膜，及早減压。切除活力低的組織及挫伤的組織，以解除引起腎損害的病源，消灭感染灶，減輕尿閉期間的鉀中毒。伤口內松松塡入高滲盐水紗布条，用大量吸收性敷料包扎，并用大量抗菌素，防止感染。

（2）全身疗法　首先防治休克，尽快通过輸血、补液以恢复血容量，并用其他抗休克疗法，既可控制休克又可預防挤压伤綜合症的发生。其次是对于有血紅蛋白尿或尿量少于每

小时 20 毫升的伤員，立即口服液体：可在 500 毫升水中加碳酸氢鈉 8 克，大量飲用。或四小时內輸入 11.2% 乳酸鈉 100 毫升，加入等滲溶液 500 毫升中，迅速使尿碱性化以免腎脏受害。再次，在血容量正常，即尿量每小时 20 毫升以上者，为早期解除腎血管痙攣，可經靜脉輸入奴佛卡因，即在每 1,000 毫升 5—10% 的葡萄糖液中，加奴佛卡因 1—3 克，用每分钟 30 滴的速度滴入。或使用 0.25% 奴佛卡因作腎周围脂肪囊內封閉，每側注 70—80 毫升。也可注氨茶碱 250 毫克，也有同样作用，可每 8 小时一次反复使用。另外，給利尿剂，如山梨醇或甘露醇。常用甘露醇，在尿少已发生后，每小时尿量少于20毫升时，即靜脉注入 25% 甘露醇 100 毫升，在 5 分钟內注完。如三小时內尿量不增，則按已进入器质性腎功衰竭治疗，如果尿量增加，但不超过 40 毫升/每小时，則給第二个剂量；如果用葯后尿量增加，应使排泄速度維持于每小时 100 毫升左右；一般应用甘露醇后，若尿量增加到每小时60毫升則表示有效。甘露醇在成人日量不宜超过 100 克。

救治期間要經常检查血压和尿量，进行血、尿的常規检查。上述处理后，如果每小时尿量仍在 20 毫升以下，或尿中出現蛋白和色素管型，都是已轉为急性腎功衰竭的指征。此时，上述一切措施应立即停止，改用非常謹慎的支持疗法，以免过量輸液致肺水肿。

急性腎功衰竭的病理性少尿，需要較长时期的和較为复杂的治疗，在前方救护所难于完成，必須早期后送到治疗机构处理。

3. 早期治疗　急性腎功衰竭的早期（一周內），鉀中毒是严重的并发症。伤員最初煩躁、神志恍惚，继而肌肉无力、腱反射減弱或消失或四肢瘫痪。可能突然牺牲，最早能在伤后

四天出現。必須限制液体輸入，出、入水量相等。維持电解质平衡以鉀为重点，为了加速将鉀离子逼进細胞，还可以同时給鈉、鈣。

一般分别使用下列葯物：

10%葡萄糖酸鈣	100毫升
2%碳酸氢鈉	150毫升
25%葡萄糖	400毫升

（按每3克葡萄糖加胰島素1单位，須加胰島素25或50单位）

等滲盐水用量相当于尿量。

以上液体以每小时25毫升的速度，滴入靜脉。其中鈣盐要与硷性葯物分开，以免形成沉淀。

营养頗为重要，尽量用高碳水化合物、高脂肪、高热量、低蛋白、低盐、低鉀飲食。为避免鉀中毒，蔬菜和水果都要禁忌。

4.后期治疗　每24小时尿量超过1,500毫升，就是进入利尿期的表現。这样的尿量持續2—3天就說明高鉀血症的危險已渡过，血中非蛋白氮也随之下降。这时食物限制也可取消。

一般对每1,000毫升的尿应补氯化鈉3—5克，力爭口服。每天口服氯化鉀5—10克即可維持需要量。

水和电解质的損失可以持續3—10天，較长的可以持續数周到数月。尿量一般能在1—2周内恢复正常。但还要注意肾外的并发症的防治。

对挤压伤綜合症的处理，重点在于早期預防急性肾功衰竭。一旦形成尿少或轉入尿閉阶段，除一般支持及对症处理外，严格維持体内水的平衡，妥善管理蛋白质新陈代謝，积极

防治电解质的紊乱。这些措施即在多尿期亦为重要。由于急性肾功衰竭病情复杂，病程变化特殊，故在診治过程中，必需严密观察，詳作記录以备研究分析，进行一切可能的处理。除此之外，抗菌素的使用方法和剂量上，与平时应有所不同。因大多数的抗菌素均由肾脏排出，如果肾功有了障碍，抗菌素势必存积体内，可因过高浓度而引起不良后果。对肾脏或神經系統有毒性作用的抗菌素不可使用，免招来中毒，如多粘菌素、新霉素、磺胺类药物。如果出現肾功衰竭，各种抗菌素在血清中的半衰期各有不同，不能根据同一法則給药，如：

鏈霉素　通常注射后24小时内由尿中排出30—80%，此药在尿閉时的血清半衰期为2—5天，利尿期为1—2天，故尿閉患者，首先注1克，每3天注0.5克，利尿期的剂量可如常不变。

青霉素　青霉素鉀盐宜不用，尿閉者注青霉素G时，其血清半衰期为7—10小时，可使用一般的剂量。

四環素　肾功正常时，注射后其血清半衰期为6—7小时，尿閉者，其血清半衰期为4—5天，故第一次剂量为0.5克，以后每隔2—4天注射0.5克，并应按时測定其血中浓度。

卡那霉素　主要由肾排出，对肾有一定的毒性反应，仅在必需时考虑应用，通常应用0.5—1克后，最多每隔3—4天給予半量。

紅霉素在体内代謝較快，可按通常剂量使用。

氯霉素虽可用通常剂量，但在体内产生一种代謝后衍生物，尿閉时不能排出，可引起毒性反应，选用时要严格掌握。

第七章　急　腹　症

不論在城市或是辽闊的农牧业区急腹症是常見的外科疾患，所謂急腹症是指以腹痛为主要特征的急性腹部外科病症諸如損伤，炎症，梗阻和出血等。一般来說急腹症发病急，病情重，变化急剧，如果診断不正确，治疗不及时，常会給患者带来极为严重的后果，甚至危及生命。革命的广大医务工作者必須按照毛主席"**救死扶伤，实行革命的人道主义**"的伟大教导，做到"**完全**"、"**彻底**"为人民服务，积极搶救患急腹症的阶級兄弟，为人民立新功。

大叛徒、大內奸、大工賊刘少奇对抗毛主席的无产阶級革命路綫，把医疗卫生工作重点放在城市，只給全国人口百分之十五的人服务，而且这百分之十五中主要还是老爷，广大貧下中农缺医少药。农村和牧区有很多医院不能解决急腹症的搶救，致使患急腹症的阶級兄弟不得不长途跋涉运轉外地，其中有許多人因延誤治疗而造成严重后果，甚至有的牺牲于途中。同时运轉病人需要大量人力物力，这样势必給农牧业生产带来很大損失，不利于"**抓革命，促生产，促工作，促战备**"的順利进行。对于这笔血債我們要向帝、修、反的忠实走狗刘少奇来討还。

林副主席教导我們："对于那些有决定意义的东西，一定要反复地学，反复地練，不然到打仗时就不能过硬。"我們要把搶救急腹症的本領学得过硬，使广大貧下中农貧苦牧民身体健康得到保障。

第一节　腹壁的局部解剖和腹壁切口

局部解剖

腹壁是进行腹腔脏器手术的必由之路。伟大領袖毛主席教导我們說："**不论做什么事，不懂得那件事的情形，它的性质、它和它以外的事情的关联，就不知道那件事的规律，就不知道如何去做、就不能做好那件事。**"我們应按毛主席的教导，为做好手术，必須熟悉各部結构及它們之間的联系和規律性。

腹前壁組織由淺而深可分六层：皮肤、淺筋膜、肌肉层，腹横筋膜、腹膜外脂肪及腹膜壁层。

1. 皮肤　腹壁皮肤的张力綫几乎是横的。除臍部外，皮肤均松松地附着于皮下組織，惟在正中綫与深部腹白綫紧密粘連，且缺乏血管，此种粘連可阻止渗液及弥漫性脂肪瘤由一侧扩散到对侧。但不能完全阻止炎症的侵犯。此外，在成形外科常于此处取皮瓣修补缺損。

2. 淺筋膜　在腹前壁的上部为一层，但在下部尤其在臍与耻骨联合的部位分为二层，淺层为脂肪层称 Camper 氏筋膜，深层富有弹力纖維称 Scarpa 氏筋膜。

3. 肌肉层　腹壁肌肉层較厚。分为三組即两侧的扁平肌及中間的腹直肌。扁平肌由淺及深为：

（1）腹外斜肌　它的肌纖維方向如播种式，斜向前下方，于平臍及髂前上棘的高度移行为白色腱膜。腱膜下方附于髂前上棘和耻骨結节之間，构成腹股沟韧带。

（2）腹内斜肌　肌纖維方向与腹外斜肌相反，从外下方走向内上方向，但此肌下位纖維的走行基本上与腹股沟韧带平行。

（3）腹横肌　該肌居最里面，它的肌纖維近于平行。

以上三层肌纖維交叉排列，因而可增强腹壁的力量。

纵行肌　腹直肌：是腹正中綫两旁纵行的长帶状肌肉，該肌前面有数条横行腱划与腹直肌前鞘粘連，后鞘則沒有腱划相連。腹直肌鞘系由外側三层腹肌的腱膜所构成，包繞着腹直肌，前鞘复盖腹直肌的全长，后鞘在臍下三横指处缺如，形成一弧形的游离緣，称之为半环綫。

由于腹壁肌肉起始于难以压縮的肋骨架，終止于不活动的骨盆，因而这些肌肉收縮时，堅度甚强，形成腹腔內脏的可靠保护者。腹直肌对于腹前壁的堅固和維持腹內压力最重要的肌肉。

4. 腹横筋膜　它衬于腹横肌的內面，向后續腰方肌筋膜，向下附着于髂嵴，腹股沟韌帶外側半及陷窝韌帶。腹横筋膜在腹股沟韌帶的內側伴随股血管延长至股三角中。

5. 腹膜外脂肪　为腹横筋膜与腹膜之間的脂肪。它在腹前外側壁較厚，尤以腹股沟处为多。脂肪的存在使腹膜与腹壁附着松弛，适应腹膜外器官的扩张（如子宫，直腸，膀胱及升結腸等），也便于某些手术在腹膜外順利进行，但在炎症侵犯到此間隙时，往往可造成广泛的扩散。

6. 壁层腹膜　复于腹前壁及腹前外側壁的內面，上方移行于膈，下方移行于小骨盆部，背部达脊柱。一般在腹直肌后方腹膜直接与腹横筋膜相粘連。

腹白綫　在臍上部腹直肌前后鞘于正中处互相融合成为正中腱样結构，其纖維互相交叉称为腹白綫，寬約 1—1.5 厘米；在臍下部左右两腹直肌互相接触，故无白綫。

腹壁的血液循环　动脉来自乳房內动脉的腹壁上动脉，髂外动脉的分支腹壁下动脉和最下 6 条肋間动脉及 4 条腰动

脉的分支。在每个动脉之旁都伴有同名静脉。

腹壁的神經　由于6对肋間神經，髂腹下神經和髂腹股沟神經支配。肋間神經走行于腹内斜肌与腹横肌之間，在腹直肌外緣穿过腹直肌后鞘支配腹直肌。其感覚纖維支配腹壁皮肤。

腹壁神經在腹壁切口时要注意勿損伤过多，因損伤后易造成腹壁肌軟弱从而导致切口疝。

腹壁的切口

腹壁切口与手术和預后有密切的关系。理想的手术切口为　①較少的損伤。②足够的暴露。③避免切断神經。④便于縫合。⑤利于引流。但是事实上沒有一种能适合所有要求的理想切口，因此在手术前应进行慎重的选择是十分必要的。常用的腹部切口如下（图94）：

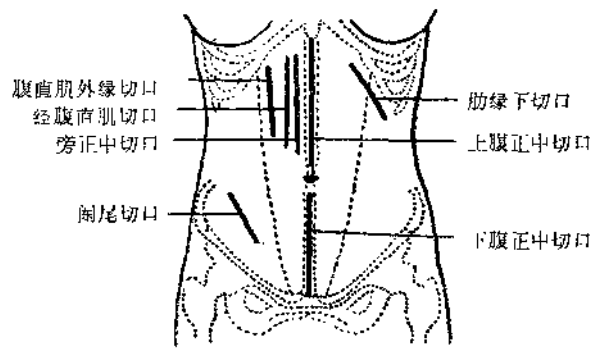


图94　腹壁各种常用切口

1. 正中切口　沿腹白綫作纵形切口，直接經腹膜进入腹腔。切口如必須經过臍部时則应繞其左側，以免損伤肝圓韧带。在臍下的正中切口只要分开两側的腹直肌切开腹膜即可

进入腹腔。正中切口操作快，不伤及肌纤維、神經和血管，出血少。但对体质較弱或小儿患者应适当考虑，因腹白綫的血循环不良，对伤口的愈合不利，有伤口裂开及术后疝的可能，故臍上正中切口不多应用。該切口多应用于胃切除及妇产科的手术。

2. 旁正中切口　在腹正中綫外側（左或右）約 1—1.5 厘米处纵行切开皮肤及皮下組織，切开腹直肌前鞘，将腹直肌内緣自腱划处分开后拉向外側。切开腹直肌后后鞘及腹膜，进入腹腔，此切口很少伤及肋間神經及血管，且前后鞘間于縫合后保持完整肌层愈合較为牢固。上腹部手术多采用此切口。

3. 經腹直肌切口　在腹直肌内外緣之間与正中綫平行作切口，切开腹直肌前鞘后即順着肌纤維纵行分开直达后鞘，然后切开后鞘及腹膜。此切口損伤性較大，尚須切断神經，但操作較簡单，对暴露胆道及脾脏較好。有时急腹症如腸梗阻时也用此切口。

4. 腹直肌外緣切口　沿腹直肌外緣之內方 1—2 厘米处作纵行切口，切开腹直肌前鞘，将該肌外緣牵向内側，再切开后鞘及腹膜，此切口如果較长則可損伤較多的（組織）神經，容易引起肌肉萎縮，如切口不大，或只切断 1—2 根神經，可能影响不大。

5. 肋下斜切口　为沿肋緣下約 2—3 厘米之斜形切口，多用于右側来暴露肝脏及胆道，但如切口过大时則不免切断 1—2 支肋間神經。

6. 闌尾切口或麦氏切口　为闌尾切除术时常用的切口，是在右側髂前上棘至臍連綫的中外 1/3 交界处的斜切口，切口与臍棘綫呈垂直，长的 7—8 厘米，但有时也可再小些。切开皮下組織后，沿腹外斜肌纤維（此处已形成腱膜）方向（即

与皮肤切口同一方向)切开腹外斜肌腱膜,然后再沿腹内斜肌纤維方向分开腹内斜肌和腹横肌并上下拉开之,最后再沿皮肤切口方向切开腹膜进入腹腔。

第二节　急性腹膜炎

急性腹膜炎可因細菌感染,化学性刺激(胆汁)或損伤所引起,最常見的是继发于腹腔內原发病灶(如脏器穿孔)此类急性腹膜炎称之为继发性腹膜炎。如果腹腔內无原发病灶存在的腹膜炎称之为原发性腹膜炎,此类在临床上較为少見。

病　因

1. 腹腔內脏器穿孔,为最常見的原因,如兰尾炎、潰瘍病、胆囊炎、腸梗阻及腸坏死等所发生的穿孔。

2. 腹部損伤。

3. 肝脓肿或肝包虫囊肿破潰。

4. 女性附件炎之感染。

6. 手术操作不善,疏忽无菌方法,如腸道吻合不够好,而引起泄漏,亦易誘发腹膜炎。

病理　侵入腹腔內的細菌或胆汁、消化道內容物等刺激物刺激腹膜,腹膜便充血水肿,滲出形成脓汁,即形成腹膜炎。腹膜炎形成后,根据患者的抵抗力和感染严重程度,若局限于腹腔某一局部,則为局限性腹膜炎,如迅速扩散弥散于整个腹腔者,則为弥慢性腹膜炎。腹膜炎时腸管浸在含有毒性的脓汁中使腸管亦有充血水肿,腸蠕动明显減弱或停止而出現腸麻痹,为麻痹性腸梗阻重要的原因。腹膜炎时腹腔內大量脓汁毒素被腹膜所吸收而致中毒(毒血症)严重者可造成中毒性休克甚而危及生命。

临床表现 腹膜炎一般均多由消化道急性穿孔继发而来，故多有原发病的症状，继而突然发生以下现象：

1. 腹痛 其特点为突然发生的剧烈腹痛，为持續性疼痛陣发性加剧，在深呼吸，咳嗽以及变换体位时加剧，因此患者多呈现一种屈曲的保护性体位。

2. 恶心呕吐 患者几乎均有恶心，大部分都出現呕吐，早期为反射性呕吐，吐出胃及十二指腸內容物，晚期可出現麻痹性腸梗阻，此时呕吐为持續性吐出物为胆汁或小腸內粪便样物。

3. 其他症状 可以有口喝，尿少、便秘等症状。

查 体

1. 全身状态 局限性腹膜炎可能无明显表現，弥慢性腹膜炎，則可有脫水症状，脉快速，血压可下降进一步产生中毒性休克。

2. 腹部表現 腹部明显压痛，反跳痛、肌紧张，此三联症同时存在为腹膜炎的特点。局限性腹膜炎时，此三联症在腹部的一个部位，而全腹膜炎时，則波及全腹。这时腹式呼吸亦将明显受限或消失，輕度腹胀，腸鳴音減弱或消失。腹部叩診有时出現移动性浊音；胃腸穿孔則多可測得肝浊音界消失或縮小。

3. 肛門指診 直腸前壁有触痛，直腸溫度增高（与腋窩溫度对比超过0.8°C則有参考价值，因为正常时两者之差不超过0.5°C）。

化驗检查 白血球总数增加，中性核增加，严重者則相反，总数下降，核左移明显。

腹部透視 可見腸內有积气，亦可能出現小液平面。胃腸穿孔多数可見膈下游离气体。

诊断 主要根据急剧腹痛的病史和腹部有压痛、反跳痛、肌紧张和肠鸣音减弱或消失即可诊断，但要注意前一体征统一在一个部位，往往此部位即为病灶所在处。不要满足于一般诊断，应力求找到腹膜炎的原因，以便更好地治疗。

治疗 急性腹膜炎原则上应尽早手术，去除病灶，修补穿孔，吸出或引流脓汁，但治疗好坏最为关键的则是在于正确地诊断出引起腹膜炎的原因，以便于治疗。但有时找原因比较困难，可参考以下指征，以决定对该病进行手术或保守治疗。

1. 保守治疗的指征

（1）局限性腹膜炎，全身状况好，发病时间短则可观察治疗。

（2）局限性腹膜炎，病程超过三天者，可观察治疗。

在观察治疗中，一定要密切观察病情进展，注意血压、脉搏和腹部体征的变化。一般来说在未确诊前禁用止痛药，泻药，灌肠等以免延误诊断和观察病情。

2. 手术治疗的指征

（1）腹膜炎合并中毒性休克者。

（2）弥漫性腹膜炎。

（3）局限性腹膜炎，病程在三天以内，估计原发病灶可以得到手术处理者。

（4）对老年、体弱，小儿患者手术较为安全。

3. 保守治疗的措施

（1）抗菌素治疗 青霉素 80—120 万单位/日，可分三或四次肌注，链霉素 1 克/日，可分一次或二次肌注。重症者可合并选用氯霉素、土霉素、四环素，卡那霉素等静脉点滴。

（2）补液，矫正水电解质紊乱，多用 5—10%葡萄糖，0.9%氯化钠液，林格氏液，右旋糖酐以及水解蛋白等液，酌情

合理使用。

（3）禁飲食　一般来說都应禁飲食，直到一般状况好轉，腸鳴音恢复后开始流质。

（4）胃腸減压　腹胀并有呕吐时用胃管吸引，以減輕腹胀，利于呼吸。

（5）半臥位　患者采取躯干傾斜 30—45 度角半坐位，有利于腹腔脓汁向盆腔流注，因为此处的腹膜吸收能力差不易导致脓毒血症，如形成脓肿时处理起来也較方便。

4. 手术治疗的原則

（1）清除病灶。

（2）在不能去除病灶时，原則上应阻断通向腹腔的传染径路，如胃穿孔縫合术。

（3）对腹腔的脓汁应彻底吸淨，当有全腹膜炎时，則可用溫盐水冲洗腹腔。

（4）对污染重，病灶未去掉或估計有再穿孔等情况时，应向腹腔內病灶处直腸前陷窩放烟卷引流，手术后继續引出脓汁。

合并症

1. 腹腔残留脓肿、腹膜炎后残留腹腔之脓汁未被吸收，包裹而形成脓肿，术后常可見到。較小脓肿可用保守治疗而得到吸收，較大的脓肿多要再次手术切开引流。

（1）直腸前陷窩脓肿　腹膜炎后出現里急后重頻繁便粘液，体溫、白血球增高，肛門指診，直腸前壁有波动性脓包，有触痛，試驗穿刺可以穿出脓汁，此时可經直腸前壁切开引流。

（2）膈下脓肿　脓肿位于膈肌下到横結腸和其系膜以上間隙。以右膈下与肝上之間較为常見，其次为右肝下。腹

膜炎后全身发烧，白血球增高，全身状况恶化，但又找不到原因时应想到膈下脓肿的存在。查体时可发现右季肋区有压痛和叩打痛。透視可見有液平面（当脓腔內有气体时）膈肌上升活动度減弱。治疗：在早期应进行保守治疗，应用抗菌素和增强机体的抵抗力，必要时可給以輸血和补液，若已有脓肿形成时則应切开引流。此时最好采用胸膜、腹膜外引流。

2. 其他合并症　患者可合并肺炎，尤以老人、小儿为多見，所以对待病人应进行口腔护理，协助排痰，鼓励患者咳嗽。老年体弱者应注意防止褥疮形成，一旦形成更应細仔地护理。

第三节　急性阑尾炎

阑尾的解剖　正常成人的闌尾，一般长約5—7厘米，直径为0.5厘米。闌尾的基底部多在盲腸的內后方，回盲腸交界处以下，故在行闌尾切除术时可沿結腸带向回盲部方向寻找闌尾。

闌尾的位置，以盲腸后位为多見，盆位次之。由于闌尾的活动范围較大，在闌尾发炎时，可以附着某些器官而产生一定的临床症状，如与腰肌粘連时，則可引起腰痛。

闌尾的血运由闌尾动脉所供給，闌尾动脉发自回結腸动脉（起于腸系膜上动脉），通过系膜的游离緣分支至闌尾，但它与盲腸的血运沒有交通，因此当闌尾血运有障碍时，闌尾容易发生坏死。闌尾靜脉血液通过回結腸靜脉，腸系膜上靜脉流入門靜脉，故当闌尾有化脓性炎症时，細菌栓子可以引起門靜脉炎（此时患者可出現高烧）和肝脓肿。

急性阑尾炎

急性闌尾炎为最常見的急腹症，如能早期診治就能很快恢复健康，反之如診治延誤可以发生严重并发症甚至危及生命。我們一定要做到**“全心全意”**和两个**“极端”**处理好急性闌尾炎。

病理 闌尾炎初期只有单純的闌尾充血、水肿和富有纖維素性的滲出液，称之为单純性闌尾炎；如果进一步发展，則闌尾呈現高度肿胀、充血，有脓性滲出物和小脓肿形成，腹腔內可有少量滲出，此称之为化脓性闌尾炎；最严重的是闌尾局部或全部坏死，并可能发生闌尾穿孔，腹腔內有脓性滲出，此称之为坏疽性闌尾炎；有时亦可引起闌尾周围感染，大网膜包裹局限成包块，称之为闌尾周围脓肿，該脓肿若破溃，則可造成腹腔广泛感染，引起化脓性腹膜炎。

临床表現

1. 腹痛 开始时在腹中綫或臍周围或上腹部，为陣发性胀痛(絞痛)，逐漸加重，經数小时至24小时后則轉移至右下腹部的闌尾所在部位，呈持續性的疼痛。这种轉移性的腹痛为急性闌尾炎的典型症状。因早期的腹中綫痛是一种內脏神經痛，患者多不能准确地指出疼痛的确切部位。右下腹痛为炎症已发展到闌尾浆膜，从而刺激壁层腹膜，由于壁层腹膜为体神經所支配，故疼痛部位較能肯定，患者多能指出最感疼痛的部位。但有时开始即表現右下腹或左下腹或其他各位置腹痛无典型之轉移性疼痛，故应注意，在这种情况下也不能排除闌尾炎存在的可能。

2. 消化道症状 患者多出現恶心，半数患者有呕吐，有时便秘。

3. 发烧 起病早期无发烧或只有微热，只有当闌尾化脓坏疽穿孔时，則可有高烧。

体征　随患者就診时間、闌尾位置和炎症波及范圍的不同，其体征表現亦不同。

主要体征是相当闌尾位置的压痛点，临床上常見之压痛点有二(图95)：

①由臍向右髂前上棘联綫的中外1/3交界处称为麦氏点。②两髂前上棘联綫中右1/3交界外为闌氏点。

1. 在炎症已扩散至闌尾以外时，常在闌尾处有肌紧张，反跳痛表示有局限性腹膜炎。

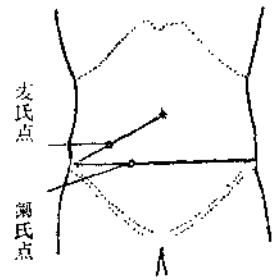


图95　闌尾炎压痛点

2. 如闌尾位置靠近盲腸后方，痛在前腹不明显压痛可局限在后腰部，右腿后伸时加重，为炎症刺激腰大肌所致此为腰大肌試驗阳性。

3. 用一手挤压降結腸同时另一手压迫近側的結腸，如結腸內有积气，气体自左側結腸內传导至盲腸和闌尾，引起右下腹痛的感覚。此称之为結腸充气試驗阳性。

4. 約有60—80%患者在右側，左側或双側小腿上部外方有压痛点，它位于祖国医学上足阳明胃經足三里穴与上巨虛穴之間，称之为"闌尾奇穴"。

5. 皮肤感覚过敏　在急性闌尾炎的早期，尤其是闌尾腔有梗阻时，右下腹皮肤可能有感覚过敏的現象，是一种內脏躯干神經反射的表現，但在闌尾穿孔坏死后，皮肤感覚过敏的現象即消失。此体征一般較少受到注意，也并非所有急性闌尾炎都呈阳性，但是由于这种皮肤感覚过敏区域不因闌尾部位不同而改变，所以如为阳性对临床病象不典型的病例在早期

診断上可能有帮助。

6. 直腸指診　在病程早期如闌尾部位較低而在盆腔內，当直腸指检时，可发現直腸前壁右側有触痛；如闌尾部位較高此征为阴性，当炎症已扩散到闌尾以外时，則直腸前壁两側都有触痛。而在女性病人盆腔检查的主要目的为鉴别闌尾炎与卵巢、輸卵管疾患。

7. 当闌尾炎穿孔时，脓汁进入腹腔則有典型腹膜炎体征，压痛、反跳痛、肌紧张可波及双下腹部或全腹部，伴有全身高烧。此时腸鳴音減弱或消失，此称之为闌尾穿孔腹膜炎。

8. 在身体瘦腹壁薄的患者，闌尾位于前壁腹膜下时，可能摸到肿大的闌尾，为有显著触痛的索状物。

化驗检查　約有70%的患者，白血球計数在10,000—2,0000/立方毫米之間，但有10%的患者，白血球計数低于一万，故正常的白血球計数，不能否定急性闌尾炎的存在。

尿检查的重要性在于鉴别右側腎和輸尿管疾痛(結石症)以及排除糖尿病的可能。

诊断　主要依据轉移性腹痛史，腹部检查右下腹部有局限性压痛、反跳痛等，但要認眞做好鉴别診断。

鉴别诊断

1. 肺炎或胸膜炎　右側肺下叶的肺炎或膈胸膜炎可引起右下腹部反射痛、甚而可有右下腹触痛和肌紧张，但其亦有不同的症状，首先有上感症状，而后表現有突然高烧，呕吐則少見，腹部体征不限局，胸部則可查出阳性体征，白血球多在二万以上。

2. 消化性潰瘍穿孔　潰瘍穿孔較小，內容物沿右結腸旁沟流到右下腹而形成右下腹的局限性压痛、反跳痛、肌紧张。易与闌尾炎相混。

鉴别点：有溃瘍病史，穿孔前常有溃瘍发作，上腹部剧烈疼痛之后轉到右下腹，透視膈下可見游离气体。

3. 右輸尿管結石

相似点：右下腹压痛、恶心、呕吐。

鉴别点：无右下腹轉移痛，疼痛为絞痛发作，而向会阴部或大腿根部放散，无腹膜炎体征，尿常規鏡检有紅血球。

4. 附件炎

鉴别点：压痛位置低于闌尾位置，常为双側性，妇科内診检查較易鉴别。

5. 宫外孕破裂

鉴别点：有早孕史，內出血症状严重，阴道后窟窿有触痛，穿孔有血液，无轉移痛史。

特殊情况下的兰尾炎

1. 老年人闌尾炎：（指60岁以上老人），占急性闌尾炎的1%左右。

特点：老年人对疼痛不敏感，腹痛不剧烈，轉移痛不明显或出現晚，呕吐少見，但便秘較为多見，最主要体征是闌尾部位有压痛。如不給以重視易延迟診断。因老年人闌尾壁萎縮，容易穿孔，并且老年人抵抗力較低，炎症不易局限，故应注意早期診断，早期手术治疗。

2. 小儿闌尾炎

特点：发病率較低，但病后不易問清病史易造成誤診，錯誤应用泻葯。灌腸，可加重病情、甚而穿孔，穿孔率与年龄成反比。小儿闌尾炎以高烧、呕吐、腹痛三症状为主。查体时发現腹部触痛和肌紧张較为明显。

对于小儿闌尾炎診断困难者，应留診观察其变化，可以帮助避免診断上的錯誤。根据小儿大网膜发育不全，一旦闌

尾穿孔后不易局限，中毒死亡率高，因此，早期手术较为合适。

3. 妊娠期合并闌尾炎　妊娠早期闌尾位置与一般相同，但到妊娠中晚期与一般闌尾炎不同。到了妊娠五个月，闌尾位置开始上移，每增加一个月压痛点即向右上方移动一横指。

查体　除压痛外，肌紧张反跳痛不清。

治疗　妊娠早期治疗原则与一般闌尾炎同。妊娠中晚期并发闌尾炎时，一旦闌尾穿孔，炎症向上腹部扩延，不易局限危及母子生命，故治疗以早期手术为宜。妊娠期闌尾炎手术后，应注意流产和早产的问题。因此术后給大量黃体酮，每日10—20毫克肌注至折綫炎症消退为止。可并用鎮靜药物。

4. 闌尾蛔虫症　闌尾蛔虫症是蛔虫钻入闌尾引起闌尾症状，可引起闌尾刺激性痙攣，闌尾腔阻塞，闌尾粘膜損伤，继发感染而致闌尾炎。临床特点：首先开始有轉移痛，但疼痛特点为陣发性絞痛，发作后疼痛大減，右下腹压痛較輕，与主訴腹痛表現不一致。有时腹壁松弛可摸得索状闌尾。有的蛔虫退出后可自愈。一般可进行手术取出蛔虫切除闌尾。

治　疗

1. 保守疗法　急性单純性闌尾炎和闌尾炎局限性腹膜炎病程超过三天时，可以采取非手术疗法。但应随时注意观察病情。

消炎方法：青、鏈、氯、土梅素为常用的药物。

中医中药治疗：常用大黃牡丹皮湯（大黃、牡丹皮、桃仁、冬瓜子、芒硝，尚可加当归、双花、連翹、甘草），疗效較好。

新針灸疗法：針刺足三里、闌尾穴、麦氏点，发燒时配曲池。

充分臥床休息有利于炎症恢复。禁止应用灌腸。

2. 手术疗法

适应症：

（1）急性单純性闌尾炎、闌尾穿孔腹膜炎、急性闌尾炎局限性腹膜炎，未超过三天者可行手术(不是絕对的，視具体情况而定)。

（2）反复发作的单純性闌尾炎，老年、妊娠期、小儿闌尾炎均适合手术治疗。以闌尾切除为主，但当合并化脓穿孔时，可行腹腔引流。如闌尾周围粘連較重，不必强行闌尾切除，以防止形成腸瘘，只行引流术即可。待病愈后三个月再行二次闌尾切除。

急性阑尾炎并发症 闌尾周围脓肿是闌尾炎常見之并发病，闌尾炎病程已数日，而于右下腹闌尾处逐漸摸到肿块，有压痛，甚至有不全腸梗阻的表現。全身有发烧、白血球增高，則为闌尾周围脓肿。

治疗：以保守疗法为主，可用消炎葯物，腹部热敷，臥床休息，大部患者約在2—3周肿块消失治愈。如肿块继續增大，全身反应明显，則是闌尾周围脓肿在扩大，脓汁可破入腹腔而造成全腹膜炎的危险，需手术切开引流。闌尾周围脓肿之患者可在消炎后三个月再次手术切除闌尾炎，因为此类闌尾炎由于炎症阻塞，极易复发，手术可以根治。

附：阑尾切除术(图96)

麻醉：0.5%奴佛卡因局部麻醉。

切口：①对診断尚未确定的患者或女性患者可采取右下經腹直肌切口。②对診断比較明确的患者，多采用闌尾交錯切口（麦氏切口）。

手术步驟如下：

1. 切开皮肤皮下組織后，用刀或剪刀将腹外斜肌腱膜切开，并用小鈎拉开。

2. 用止血鉗沿腹內斜肌方向将腹內斜肌和腹横肌行鈍性分开，用小鈎拉开之。

3. 术者和助手各持有鈎镊子，提起腹膜，反复松提一次（避免夹住腸管），然后在两镊子之間，用刀小心切开腹膜，并用腹膜保护巾保护之。

4. 进入腹腔后、先找到盲腸和結腸带再沿着結腸带向下內方找到闌尾。

5. 在闌尾系膜部以 0.5% 奴佛卡因做局部浸潤麻醉。而后用血管鉗分离闌尾系膜切断后，系膜用絲綫貫穿縫合結扎之。

6. 在盲腸壁上距闌尾根部約 0.8—1 厘米处环繞基部作一荷包式縫合暫不結扎。

7. 用血管鉗輕輕压挫闌尾根部远端 0.5 厘米处（当此处炎症、水肿明显时不可用力夹以防夹破闌尾壁），并用絲綫在闌尾压挫处結扎切断。闌尾断端以石炭酸、酒精、盐水小棉球分别拭擦消毒（也可用碘酒、酒精、盐水棉球消毒）。

8. 术者提起荷包縫合綫助手用鑷子将闌尾残端夹住，埋入盲腸中，术者将荷包縫合綫拉紧結扎。

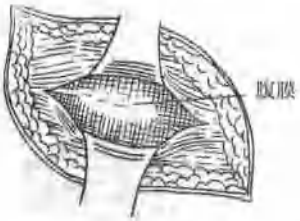
9. 在荷包縫合处之盲腸上作浆肌层間断縫合。或将闌尾系膜残端夹在荷包縫綫間盖住荷包縫口結扎之。

10. 最后縫合腹膜、腹外斜肌腱、皮下組織和皮肤。术終。

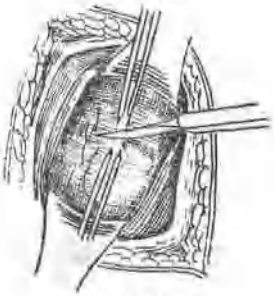
注意：

1. 如闌尾已与网膜粘連，可将其粘連的网膜一并切除一部分。

2. 如闌尾位置較深，可采用逆行法切除之，即先分离切断闌尾的根部，然后游离闌尾系膜，切除闌尾。

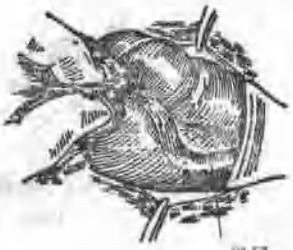


1 拉开腹内斜肌和腹横肌

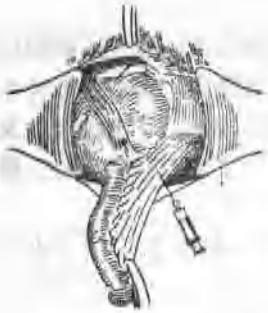


2 切开腹膜

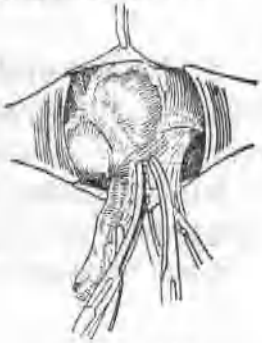
3 找到结肠带



4 沿结肠带下方找阑尾

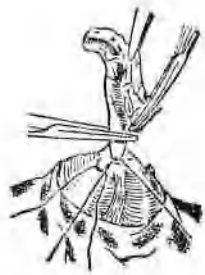


5 阑尾系膜封闭



6 游离阑尾系膜

7 断面缝合



8 结扎阑尾根部

9 埋入阑尾断端后结扎浆包膜合拢

10 缝合浆肌层

图96 阑尾切除术

第四节 肠 梗 阻

由于某种病变原因使肠腔内容物的通过发生了障碍即称之为肠梗阻。因肠腔内容物的通过有障碍，而引起全身生理上的紊乱和肠管本身的解剖和功能性改变，严重时可危及生命，但如及时地正确处理这种危险是完全可以避免的。肠梗阻在急腹症中是非常多见的。

肠梗阻发生的原因很多，临床症状多种多样，治疗也不相同，但是也有共同性，如果掌握了这些基本问题，就是处理肠梗阻很重要的基础。

分类 腸梗阻分类較复杂，但在临床工作中却有很重要的意义。

1. 按照常見的梗阻原因分：

（1）机械性腸梗阻——腸腔受机械作用引起腸腔狹小以致腸內容物不能通过，例如先天性异常，炎症或肿瘤压迫使腸腔狹窄，此外腸管外粘連，腸內异物堵塞以及絞窄疝、腸扭轉等都是机械性梗阻。

（2）麻痺性腸梗阻——由于某种原因使腸麻痺，腸失去了蠕动能力，这主要是腸壁肌肉运动紊乱使腸內容不能通过，腸腔无狹小，如在大手术后常可发生。

2. 根据腸梗阻的程度分：

（1）完全性腸梗阻——腸腔完全阻塞，內容物不能通过。

（2）不完全性腸梗阻——腸腔不完全阻塞，內容物部分可以通过。

3. 根据腸管血运有无障碍分：

（1）单純性腸梗阻——腸管无血运障碍，仅內容物通过障碍。

（2）絞窄性腸梗阻——在梗阻的同时，腸壁血运发生障碍，腸管缺血，称之絞窄性腸梗阻，最后若絞窄不能解除，将必然导致腸壁坏死和穿孔，以及发生严重的腹腔感染和全身性中毒，死亡率很高。

4. 根据梗阻位置不同可分：

（1）高位梗阻——高位小腸（空腸）梗阻，全身紊乱症状重。

（2）低位梗阻——可分为小腸低位梗阻（回腸）和結腸梗阻，全身紊乱相对較輕。

5. 根据病程緩急分：

（1）急性腸梗阻——梗阻进程发展很快。

（2）慢性腸梗阻——梗阻进程发展慢。

我們必須遵照毛主席："**一切矛盾着的东西，互相联系着，不但在一定条件之下共处于一个统一体中，而且在一定条件之下互相转化**"的伟大教导，去認識腸梗阻。腸梗阻的分类在梗阻病理过程中不同阶段表現不是絕对的，腸梗阻的病理变化过程在一定条件下是互相轉化的。如沒有适当治疗，病程加重，可以由麻痹性梗阻变为机械性，由不完全性变为完全性，由单純性变为絞窄性，由慢性变为急性。高位梗阻全身紊乱，在低位梗阻晚期也可出現。相反的，如对腸梗阻能給予适当合理地治疗，在一定条件下又可以向好的方面轉化，如粘連性腸梗阻給以适当胃腸减压，則梗阻可以緩解。腸絞窄发生后早期給予解除梗阻，腸管血运又可以恢复到正常。

病理　腸梗阻的病理变化可分为腸管局部改变和全身改变。

1. 腸管局部改变　梗阻部位以上腸管由于气体和液体郁积而极度扩张，梗阻下端之腸管管腔变細。所以扩张与变細部位之交界即为梗阻的地方，这对手术时寻找梗阻部位有特殊意义。在慢性梗阻的扩张腸管由于腸蠕动增加而肌层肥大并且增厚是为代偿性变化。在絞窄时腸系膜血管受压，最初为靜脉受压血流受阻，腸管变紫，腸壁的滲透性增加，腸管內細菌可以透过腸壁滲至腹腔內，甚至有血性液体滲出。继之可出現动脉血运受阻，腸管便发生坏死。

2. 全身变化　由于腸管通过障碍，腸腔內郁积大量消化液以及腸扩张刺激腸粘膜分泌增多，吸收能力降低，加上呕吐頻繁，因而造成大量的体液丧失，引起水和电解质失調，是腸

梗阻很重要的病理变化。

由于腸壁渗透性增加，腸腔細菌毒素进入腹腔被层壁腹膜所吸收，以及水电解质平衡失調，則引起全身中毒症状和严重的中毒性休克是造成腸梗阻死亡的重要原因。这一点，应引起我們特别注意。

临床表現 腸梗阻的共同症状是腹痛、呕吐、腹脹、无便、无屁等。

1. 腹痛 为陣发性絞痛，伴随絞痛发作时患者可以述說腹內有串气感和伴有响音，腹部听診可有气过水声，或雷鳴音。

在絞窄性腸梗阻时常是持續性腹痛，陣发性加剧而且腹痛剧烈应注意之。

2. 呕吐 在梗阻的早期即可出現呕吐，高位梗阻时呕吐頻繁，吐出物为胆汁样內容物。低位梗阻时呕吐少些，如有呕吐則可吐出粪便样內容物。結腸梗阻，呕吐只在晚期才出現。

3. 腹脹 由于梗阻以上腸管扩张所引起。故在腹部可以見到腹脹、腸型、腸蠕动波等。腹脹出現較腹痛，呕吐为晚，其程度根据梗阻部位不同而有所区别。高位梗阻腹脹不甚明显，低位梗阻則腹脹較为明显。如为部分腸管絞窄出現腸襻的膨脹，对絞窄性腸梗阻有診断意义。

4. 无便无屁 仅完全性梗阻則有此情况，但在发病早期高位梗阻部位以外积存之粪便和气体仍可有少量的排出，但不能緩解梗阻症状。絞窄性梗阻，患者可能自肛門排出血便应值得注意。

5. 全身症状 单純性梗阻早期，全身无何变化，在梗阻晚期可有脫水和酸中毒，电解质紊乱等改变。

6. 絞窄性梗阻 其症状体征較明显；脉快，血压下降，白

血象增高。如已有肠坏死则可出现腹膜炎的体征。极严重病例可有中毒性休克。

诊断 伟大领袖毛主席教导我们："**世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。**"在诊断肠梗阻的过程中不能只单纯诊断肠梗阻，而需要解决：是否肠梗阻，机械性或麻痹性，单纯性或绞窄性，高位梗阻或低位梗阻（结肠梗阻），完全性或不完全性，梗阻的原因是什么？

1. 是否肠梗阻　主要根据三大症状：腹痛，呕吐，无便无肛门排气，和五大体征：腹胀，肠型，蠕动波，气过水声，透视见肠管扩张和液体平面存在（图97）。上述症状和体征以阵发性腹痛，肠型和气过水声更有助于区别其他急腹症。

2. 是机械性还是麻痹性　麻痹性肠梗阻无阵发性腹痛，肠音消失，有原发原因存在（骨肠道穿孔等），易鉴别。在机械性肠梗阻晚期出现肠麻痹时鉴别较困难。但根据：（1）病史有没有机械性梗阻的发病过程或腹腔炎症过程；

（2）放射线透视　麻痹性梗阻则表现为小肠和结肠全部胀气，机械性梗阻肠麻痹则结肠不致全部胀气。

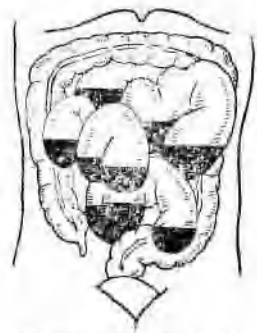


图97　急性肠梗阻时肠管内液平面

3. 是单纯性还是绞窄性　鉴别此两类梗阻有很重要的意义，因为单纯性肠梗阻可以观察保守治疗，而绞窄性肠梗阻则应尽早争取手术。这两者的鉴别要着重了解绞窄性肠梗阻的临床特点：绞窄性肠梗阻腹痛剧烈并且为持续性疼痛阵发性加剧。脉快，白

血球增高，早期出現休克。腹部檢查：体征不典型，有时有腸型、蠕动浪，有时可捫到肿块和听到气过水声，但在腸坏死时，腸音消失而出現腹膜炎体征。有时可見呕吐物和排血性液体的便。一般在病程快，病情严重的腸梗阻均应考虑絞窄的可能。

4. 是高位还是低位腸梗阻　这可以呕吐和腹胀程度来鑒别。高位梗阻呕吐頻繁，腹胀不显著，低位梗阻則相反，結腸梗阻則多无呕吐，但全腹膨胀却很明显，透視下可見有結腸充气。肛門指診对診断直腸癌引起的梗阻有决定的意义。

5. 是完全性还是不完全性腸梗阻　在梗阻的临床过程中，尚有間隔的排便和排气，可使症状緩解为不全腸梗阻，不全腸梗阻为单純性腸梗阻，多用保守治疗。

6. 梗阻的原因是什么？梗阻的原因很多，最常見的有腸粘連引起的梗阻，蛔虫团阻塞腸管引起的梗阻，腸扭轉、腸套叠、嵌頓疝，肿瘤阻塞腸腔或压迫腸管等，均可引起腸內容物不同程度的通过障碍。可根据临床上特殊的表現得出正确的診断。

常见的几种肠梗阻的特点

1. 粘連性腸梗阻　由于腸粘連或腹腔內粘連索带所引起的腸梗阻統称粘連性腸梗阻。較为常見。过去腹部常有过手术史或者有腹痛史，梗阻一般多发生于小腸，結腸少見可有較典型的腸梗阻的临床表現。粘連性腸梗阻多为单純性腸梗阻，但是如果发病突然，症状剧烈則应注意有发生絞窄性梗阻的可能。

2. 蛔虫团引起腸梗阻　有典型的单純性腸梗阻的临床表現，多发生在二岁至十岁的儿童，其特点常有不正确的驅虫史和少量排便，腹部可捫到沿腸管走行的蛔虫团，一般可用非手

术疗法，服葱汁豆油效果较好。

葱汁豆油　二两大葱绞出葱汁与豆油混合即可，豆油用100—150毫升，一次内服。

3、肠扭轉，内疝嵌頓，纖維帶絞扼　一段腸壁沿其系膜長軸旋轉而造成的腸腔梗阻，称为腸扭轉。凡腸管自其原来位置通过腹腔内正常或异常間隙孔道而进入另一腹膜囊内，即称为内疝，腸管被内疝之疝环嵌頓，即成为内疝嵌頓。

腹膜内纖維帶之两端固定于两点，其下形成一孔，腸襻穿过此孔后，突然膨胀可能被粘連帶压住而箝閉，或腸管，腸系膜被纖維帶絞扼，均可引起絞窄性腸梗阻。

手术前，三者难以区别，以腸扭轉和纖維帶絞窄为多見。有典型的絞窄性腸梗阻临床表現，暴飲暴食，剧烈活动等为发病誘因，应积极手术治疗。

4、腸套叠(图98)　腸套叠是一段腸管套入其邻近的腸管腔内，为嬰幼儿中最常見的腸梗阻疾患。套入的腸管因血管

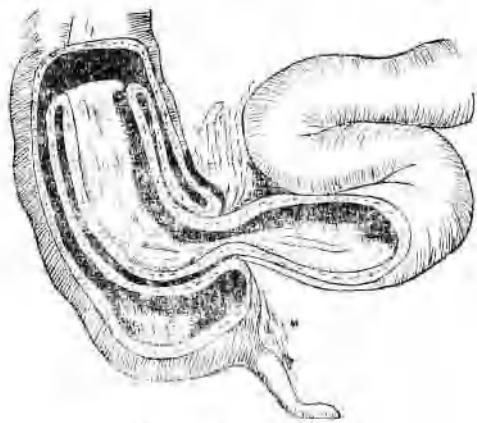


图98　回腸結腸型套叠

受压血循环障碍，故早期可出现出血，便血，最后肠管坏死。最常见为回肠套入盲肠内，随肠蠕动沿升结肠进行性套入，严重有套出肛门者。多见有两岁以下的小儿。发病后患儿哭闹不安，呕吐频繁，有粘液性血便，沿结肠道可摸到弹性并且很硬的肿物便可确诊。如有透视条件可经肛门高压灌硫酸钡，至套叠处可见到杯口状通过受阻。加压后可使套叠逆行复位而治愈。无这个条件时则应手术治疗。成人之套叠經过慢，多有不全梗阻，腹部肿块，粘液血便三个症状。成人之套叠多为肠管本身存在病变引起，故均需手术治疗。

手术疗法　以右侧腹直肌外缘切口为方便，发现肠套叠后即用手在套叠的远端将套入部逆行挤出，应避免将套入部分拉出以防止拉破肠管。如套叠复位后套入部肠管无坏死现象，也未发现腹壁和肠腔有病变，手术即可结束。图90如发现已有肠坏死或其他病变则需做肠切除后肠吻合术。

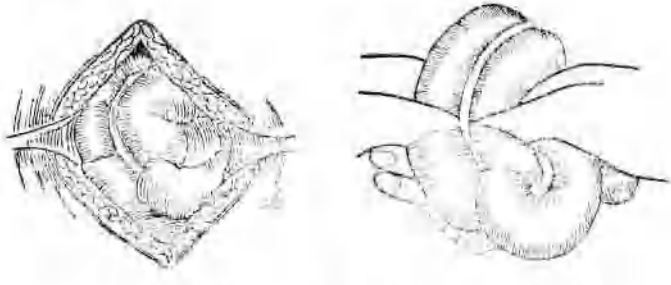


图99　1.病变所见　　2.用手挤出套入部肠管

肠梗阻的治疗

1.保守治疗　对不完全性肠梗阻、粘连性肠梗阻、蛔虫性肠梗阻、单純性肠梗阻，时间短，身体情况好，均可采用非手术

疗法。

（1）胃腸減压：吸引上段腸道气体，液体，可減輕腹胀，有利于梗阻的緩解，減少患者的痛苦。

（2）灌腸：可用500至1,000毫升肥皂水灌腸，清除結腸道积便，积气，增加上段腸管蠕动，有利梗阻的緩解。但腸麻痹，可疑有腸坏死的患者則禁用灌腸。

（3）抗菌素治疗：一般用青、鏈霉素、氯霉素、四環素等靜点，尤其对腸坏死的手术前后均須应用。

（4）全身支持疗法：包括輸血、补液，調节酸碱平衡，电解质平衡等，腸梗阻患者由于大量呕吐，丢失氯化物較多，易产生酸中毒，因此补充水分，离子，糾正酸中毒在手术前后都是十分必要的。

（5）豆油疗法：豆油熬开后放溫，充分減压吸淨胃內容物后，可經胃管注入，成人150—250毫升，注入豆油后夾管，注意观察，待3—4小时后可給予灌腸，注意有无油排出，如有油排出可继續观察，待自然排出大量稀便并混有油，梗阻症状減輕，即可說明梗阻緩解治愈。

此法对粘連性梗阻，蛔虫性梗阻均有良好疗效。

我們必須按着伟大領袖毛主席的教导：**世界上怕就怕"认真"二字，共产党就最讲"认真"**。在腸梗阻保守治疗过程中要認眞观察患者，随时会发生病情变化而須手术治疗。观察重点是血压、脉搏，腹部体征，腹痛情况是好轉还是加重？有无排便排气？排气后腹部舒适感覚常为梗阻緩解的前征，若排出稀水便常为梗阻緩解。

2. 手术疗法　正确掌握腸梗阻手术时机是非常重要的。过早的手术会給患者带来不必要的手术痛苦，但是过迟手术可能造成腸坏死，后果严重，甚至死亡。凡有以下情况者均应

手术治疗。

（1）肠梗阻合并中毒性休克时，其主要矛盾仍是梗阻，如不立即解除梗阻，其矛盾不能轉化，休克是不能好轉的。因此在这种情况下須立即手术搶救。抗休克的时間不要超过两个小时，应在边抗休克下边进行手术。等休克好轉再手术往往是等不到的。

（2）凡診断为絞窄性肠梗阻者，都須手术早期进行。

（3）肠梗阻合并腹膜炎或单純性肠梗阻后期肠麻痹时，均应手术治疗。

（4）单純性肠梗阻，保守治疗三天以上，病情不見好轉应手术治疗。

肠梗阻的手术方式須在手术中視情况而定。肠管未坏死时，則只要单純緩解梗阻。肠管如有坏死就須行腸切除腸吻合术，如果患者实在不能耐受手术时可行腸造瘻术，但应尽量避免腸造瘻术。梗阻上段內容物較多，应減压放出腸內容物，防止术后毒素吸收，亦便于手术操作。

手术后处理与保守疗法基本相同。当患者腸鳴恢复，排气后，可試吃流食，逐步更換半流食，在这期間可給靜脉补充葡萄糖、盐水、維生素等。

第五节　潰瘍穿孔腹膜炎

潰瘍病多发生在胃小弯、幽門附近及十二指腸球部。当出現并发症如幽門梗阻、出血、潰瘍恶变、穿孔等情况时都应考慮手术治疗。本节先介紹潰瘍穿孔腹膜炎。

穿孔为潰瘍病中最常見的合并症之一。穿孔部位多見于胃、十二指腸前壁近幽門处。穿孔后胃、十二指腸內容物流入

腹腔积存于右上腹或沿右侧結腸間沟至右髂窝或至全腹腔，可造成全腹膜炎或限局于局部形成局限性腹膜炎。早期因胃內容物、胆汁进入腹腔引起化学性腹膜炎，但經过几小时后，即为細菌污染而成为細菌性腹膜炎。以十二指腸穿孔为多見。

临床表現

1. 絕大多数患者都有多年的潰瘍病史。穿孔前常有潰瘍发作期存在。

2. 突然的上腹部剧痛，常在劳动或工作中突然发生。腹痛迅速波及全腹部，患者呈現出一种不能直腰不能活动的保护性屈曲体位。經数小时后腹痛可自行減輕，这是由于消化液被腹腔滲出液稀释的結果。

3. 部分患者有恶心、呕吐、吐出胃內容物。

查　体

1. 患者可能早期出現休克（原发性休克），是由于剧烈腹痛所引起。晚期則是中毒性休克。

2. 腹部的典型腹膜炎体征，压痛、反跳痛、腹肌紧张很明显，上腹部为剧，腹部像木板一样硬，有时呈現"舟状腹"。腹鳴音消失。

3. 少数患者炎症限局于上腹部。多数患者膈肌下积存游离气体，而使肝浊音界即不清而为鼓音所代替。

化驗检查　白血球增高。

放射綫透視膈下有游离气体，約30%无气体。

诊断　根据以下几点便可确診。

1. 潰瘍病史。

2. 典型的腹膜炎体征。

3. 放射綫透視見膈下有游离气体，肝浊音界消失。

治疗 伟大領袖毛主席教导我們："**用不同的方法去解决不同的矛盾**，"胃穿孔的治疗需根据患者的具体情况采用保守疗法或手术疗法，不能强調其那一种方法为主。

1. 保守治疗

适应症

（1）穿孔的早期症状較輕，体征局限者。

（2）患者就診时，穿孔已超經 24—48 小时，腹膜炎体征較輕趋于局限，全身状态良好。

（3）无其他合并症如梗阻，出血，恶性变。

具体措施

（1）禁飲食，胃腸减压，要保持胃管通暢。

（2）全身支持疗法很重要，要保証水和电解质的补充。

（3）抗菌素疗法：以青、鏈、氯霉素为主。

（4）采用半臥位或半坐位以防止膈下脓肿形成。

（5）針刺疗法：取穴鳩尾、上脘、中脘、足三里，有明显的止痛作用。

（6）确定保守治疗后，可应用嗎啡或度冷丁等止痛葯，以减輕患者痛苦。

如保守治疗成功，三天后出現排气，腹痛緩解者，可給吃流质、半流质，約五天至七天即可治愈，并根据病情給予进一步治疗。

2. 手术治疗

适应症

（1）潰瘍穿孔同时合并有幽門梗阻、出血、恶性变，或有頑固性之潰瘍病者。

（2）潰瘍穿孔合并有中毒性休克者。

（3）腹膜炎症状較重又不局限者。

（4）穿孔时间短不超过8—12小时，有一次手术根除溃疡可能者。

常用的手术　常用的手术有胃穿孔縫合手、胃次全切除术，从手术效果看以胃次全切除較好，具体选择手术方式时应考虑到患者条件。患者如年輕，穿孔时間长，腹腔污染重，均应考虑单純縫合术。如患者年龄大，溃瘍病史长，有其他合并症，穿孔处瘢痕大，穿孔靠近幽門縫合易梗阻等情况，均应考虑胃次全切除术。但是我們还要考虑到患者全身状态是否能經得起較长时間的手术，手术人員是否有信心，有条件胜利完成胃切除。如果患者危重，单純穿孔縫合术亦为較好的搶救生命之有效方法。对腹腔内的腋汁应作彻底的清除，而后用溫盐水冲洗。对腹腔污較重者，应放置引流。

溃疡穿孔縫合术

麻醉：局麻、硬膜外麻或腰麻。

切口：取上腹正中切口，开腹后应注意气体、液体涌出。

縫合穿孔：找到穿孔处，沿胃的长軸在穿孔的上、中、下行浆肌层（或全层）結节縫合，縫合針应在穿孔周围硬节之处进針为适，否則易造成縫合处撕裂。靠近幽門处要注意，縫合过远易造成幽門梗阻，将三針縫合綫由上至下逐一結扎，必要时可将大网膜提起或取下大网膜一块組織盖于穿孔处用上端縫合綫再行結扎固定。清除腹腔腋汁，必要时可放置引流，逐层縫合腹，术終。

第六节　急性胆囊炎和胆石症

胆囊炎胆石症是常見的急腹症。胆道疾病多見由胆道蛔虫或胆囊的輕度炎症开始，常不被人重視或誤認为胃病。炎

症可沿胆道蔓延至肝脏，时間一长便可以形成結石，結石又可以造成胆道引流不暢，促进胆囊炎和胆道感染的发作。因此两者往往是同时存在，互为因果，使病变更趋于严重复杂。单純急性胆囊炎少見。

病理 急性胆囊炎初为粘膜充血、水肿。而后波及胆囊壁各层，可有纖維素滲出或囊壁化脓。如胆囊管梗阻（結石或其他原因引起），胆囊膨胀，张力大，囊壁缺血坏死而穿孔，穿孔多在囊底部。穿孔的病例可引起胆汁性腹膜炎，是为严重的病例。

胆道蛔虫已死之残骸或蛔虫卵的存在，以及胆道系統感染后，粘膜脫离和細菌等积集而形成核心，胆汁中的胆固醇和胆色素受某种因素作用而沉积，形成結石。

常見的胆石可以分为三类（图100）。

1. 混合結石 由胆固醇、胆色素、鈣盐所合成。为多面形的顆粒，表面光滑，边緣和角鈍圓，呈深綠或棕色。切面呈环层状。因含鈣盐多故在X綫片上可以显影。

2. 胆色素結石 除胆色素外也有少量鈣盐为其核心，外形不一，或如泥沙状，或为圓形不規則形，质地坚硬，为黑色或深綠色小粒。X綫不显影。

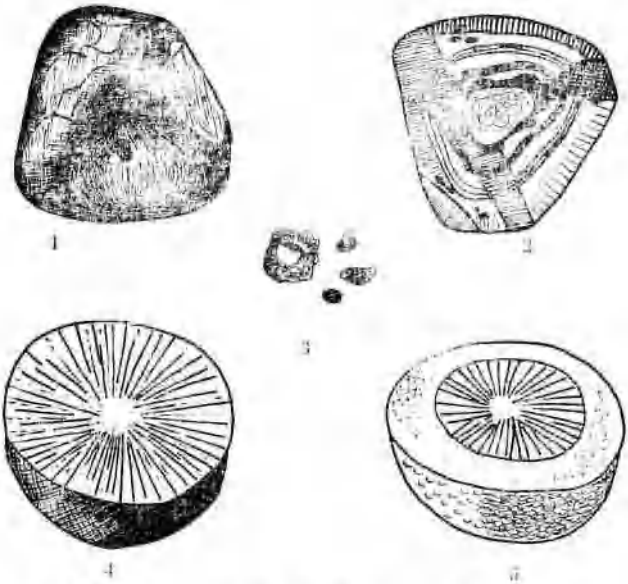
3. 胆固醇結石 主要由胆固醇組成。呈橢圓形或圓形，表面平滑或稍有結节状，淺黃色，大小不一，切面有放射状条紋。X綫不显影。

胆石多位于胆总管內（胆总管下端和壺腹部），其次为胆囊內，也可同时存在，极少数的存在于肝內胆管中。

有时亦可見到胆道蛔虫合并胆囊炎、或胆管炎。

临床表現

1. 腹痛 常为剑突下，右季肋下疼痛，經常向右肩、右背



1. 混合结石外面观　2. 混合结石横切面　3. 胆色素结石
4. 胆固醇结石横切面　5. 混合结石，以胆固醇为中心，外有钙质沉着

图 100　胆石的种类

部放散。这是与其他急腹症不同的地方。

2. 寒战高烧　多为先寒战后发高烧。

3. 黄疸　如結石阻塞胆总管，即出現梗阻性黃疸，胆囊內結石可无黃疸。在胆总管結石的患者，以上三症状同时存在，称之为夏柯（Charcot）氏綜合征。

4. 有时可有恶心和呕吐。患者有反复发作和黃疸史。

查体　主要为腹部体征

1. 剑突下有压痛，胆囊区（右肋弓与腹直肌外緣交界处）压痛。

2. 腹膜受累时可有肌紧张，反跳痛。

3. 胆道内有結石梗阻时，可出現皮肤、巩膜黄染。

4. 在右季肋下可捫到肿大的胆囊。但如多年反复发作則不易捫到胆囊。

5. 胆道阻塞合并逆行感染，肝脏常肿大可触及。

6. 如胆囊穿孔，則有腹膜炎表現，其特点为：全身症状重，脉快、血压偏低或下降，出現中毒性休克。

化驗检查　白血球增高，中性核增加，左移。如有黄疸，血、尿化驗出現梗阻性黄疸的表現。

诊断　出現腹痛，黄疸，发烧即为典型的胆囊炎胆石症的表現，結合限局在胆囊区炎症表現和有肿大的胆囊就可以确診，症状不明显者，尚可借助十二指腸引流术，进行胆汁分析，查找白血球、結石、蛔虫卵有助于診断。

单純性胆囊炎和胆道蛔虫合并胆囊炎者，常有腹痛、发烧，但多无黄疸，如有右上腹局限性腹膜刺激症状則可确診。

鉴别诊断

1. 胆道蛔虫症

相似点：上腹絞痛、呕吐，亦可引起胆囊炎的表現。

鉴别点：絞痛剧烈，但腹部較軟，压痛以剑突下最明显，表現症状与体征不符合。有时可呕出蛔虫，不出現黄疸、发烧不明显，緩解时与正常人一样。

2. 胰头部肿瘤

相似点：全身黄疸，胆囊肿大。

鉴别点：黄疸为进行性加重，胆囊肿大，但无腹膜炎体征，病变緩慢为主要特点。

3. 急性传染性肝炎

相似点：发烧、黄疸、肝区疼痛。

鉴别点：有全身不适、头痛，恶心、呕吐为早期症状；一

周左右出現黃疸，除肝大觸痛外，无腹膜炎体征，肝功化驗明显障碍。

治疗 急性胆囊炎、胆石症，多数患者采用保守疗法均可好轉，但較易复发。手术治疗亦有較多复发者，故目前手术远期效果尚不滿意。

1. 保守疗法

（1）十二指腸引流有助胆道引流，緩解梗阻。吸出液內含有胆汁，則保守疗法成功希望很大。

（2）全身支持疗法：給充足的水分、电解质、維生素等。

（3）抗菌素治疗：一般可用青、鏈霉素肌注，較重症可加用氯霉素和四環素作靜脉滴注。

（4）針刺疗法：取穴胆囊穴、中脘、足三里。

（5）中药治疗：在緩解期，服用中药胆道排石湯：

木香三錢	元参三錢	双花八錢	大黃三錢
柴胡三錢	梔子三錢	枳实三錢	甘草三錢
川楝子三錢	水煎服，每日二次		

2. 手术治疗

适应症

（1）合并中毒性休克，患者重危者。必須按偉大領袖毛主席教导：“**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，一切问題就迎刃而解了。**”这时的中毒性休克主要为胆石的阻塞、感染、中毒造成，因此需立即手术解除梗阻搶救生命，休克方能解除。

（2）胆囊穿孔腹膜炎应尽快手术。

（3）对高燒、胆囊肿大、疼痛等严重患者随时有发生胆囊穿孔的危险故应手术。

（4）在保守治疗过程中病情逐渐加重者，可考虑手术。

第七节　急性腹痛鉴别

急性腹痛不等于急腹症，而急腹症却都以急性腹痛为主要表现。非急腹症的急性腹痛与急腹症的急性腹痛治疗不同。所以临床上有鉴别的必要。

（一）腹痛的部位　腹痛的部位常与有病变的脏器解剖部位是一致的。如心窝部（剑突下）疼痛常是溃疡病、胃炎、胆石症、胆道蛔虫症等疾病所致。但我們不要忘記闌尾炎的早期疼痛可在心窝部。右上腹部疼痛最常見为胆囊炎胆石症或其他肝脏疾患（如肝炎、肝脓肿、肝肿瘤）及右肾疾患，十二指肠疾病都可发生右上腹疼痛。但还应特别注意右肺下叶肺炎亦有时波及膈胸膜引起右侧腹痛。右下腹疼痛多为回盲部疾病，最多見的是闌尾炎，其他如右輸尿管結石、回盲部結核、肿瘤、回腸末端炎、右側附件炎、右側卵巢扭轉、黃体破裂等。臍周围疼痛多为小腸疾患如腸炎、腸蛔虫症、腸梗阻，位置靠下为膀胱、子宫、直腸疾患。左上腹痛为胰腺炎、左肾、脾、結腸疾患。左下腹痛除乙狀結腸、左輸尿管結石外多为妇科疾患。

（二）腹痛的性质　疼痛性质对于鉴别腹痛疾病很重要，如陣发性絞痛常代表腹內空腔器官痙攣性疼痛，例如胆道疾患（胆石症、胆道蛔虫症）、腸蛔虫症、急性胃腸炎、闌尾蛔虫、輸尿管結石及痢疾等，都出現陣发性絞痛，此外在急性腸梗阻时，由于梗阻以上腸段很快扩张再加上腸壁强烈的收縮，亦可引起陣发性絞痛。在痙攣性腹痛时，患者多愿以手压迫腹痛处，以企图緩解腹痛。在疼痛发作剧烈时，患者多坐臥

不安，經常变換体位，这以胆道蛔虫症最为典型。

腹內器官有炎症时，腹痛則是持續性的疼痛，可以表現为脹痛、悶痛、灼热痛或刀割痛，它們的特点是，都是在咳嗽、行走及变換体位时加重，不敢用手压迫痛处。腹膜炎时，患者多曲膝曲髖关节的臥位，从而減輕腹压和減輕疼痛。

（三）疼痛放射的部位 由于腹內脏器神經反射常可使疼痛放射到远隔部位，如胆囊炎常有右肩、右肩胛处疼痛不适；胰腺炎时常牵扯左腰背部疼痛；泌尿系統結石疼痛向会阴部外生殖器放散；胆道蛔虫症可向胸骨下端呈砧頂样疼痛。同样，在胸腔內之肺下叶炎症或膈胸膜炎时，也可放射至同側引起腹痛。

（四）既往病史的询问 既往病史，对腹痛患者必須問清，对鑒別腹痛疾病具有很重要的意义。如胆囊炎胆石症的病人，常有反复发作史；腸梗阻患者，有时可有手术历史；胃穿孔的病人，可有潰瘍病史；闌尾炎病人，既往可有类似之发作史；尤其在女性患者腹痛时应了解婚姻史、月經史，子宮外孕者可有閉經早孕史。

急性腹痛鑒別很重要，在鑒別診断时必須按着毛主席"**必須提倡思索，学会分析事物的方法，养成分析的习惯。**"的伟大教导，对具体情况具体分析。更重要的是按照毛主席的教导："**世界上怕就怕"认真"二字，共产党就最讲"认真"**。我們在处理这类患者时，必須詢問病史，認眞进行检查，防止右下腹疼痛就是闌尾炎的"单打一"的診断方法。加强責任心，防止誤診給患者带来不应有的損失，全心全意地为患者服务。

第八章　肿　　瘤

伟大领袖毛主席教导我們說："**在生产斗争和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。因此，人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。**"过去，多年来由于大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇推行反革命修正主义的科研、医疗、卫生路綫，大肆鼓吹"爬行主义"、"洋奴哲学"，依靠资产阶級专家，教授搞脱离实际的理論研究，把肿瘤視为"不治之症"、"絕症"或"不可知論"，将身患肿瘤的阶級兄弟置之度外，甚至等待死亡。在刘少奇反革命修正主义的医疗路綫残害下，不知有多少阶級兄弟和劳动人民被肿瘤夺去了生命。因此，对那种消极等死的悲观論点，"爬行主义"和"洋奴哲学"，必須进行彻底的批判。近年来，我国革命的医疗卫生工作人員和科学工作者，在伟大的中国共产党和毛主席的正确領导下，遵照伟大領袖毛主席"**一切为了人民健康**"，"**我们不能走世界各国科学技术发展的老路，跟在别人后面一步一步地爬行，**"和"**中国人民有志气，有能力，一定要在不远的将来，赶上和超过世界先进水平。**"的伟大教导，"**自力更生，奋发图强**"，研究了很多攻克世界尖端的"絕症"——恶性肿瘤的有效治疗方法——化学药物疗法（如氟脲嘧啶、环磷酰胺、噻替哌、氮化氮芥等），特别是經过无产阶級文化大革命鍛炼的广大革命群众，在毛主席无产阶級革命路綫的指引下，发明创造了681疗法，目前正在临床上广泛地开展应用，并且取得了很好的效果。中国人民解放軍北京部队某部先进卫生科高举毛泽东思想伟大紅旗，成功地手术摘除了被"老爷医院"視为"不治之症"的九十斤重的

腹部巨大肿瘤，这一切都是毛泽东思想的伟大胜利。

可以相信，我国广大的革命医药卫生工作者和科学研究人员，在毛泽东思想的指引下，在工人阶級的領导下，走同工农兵相結合的道路，在一个不太长的时期内，定能在攀登医学科学顶峰——攻克癌瘤的工作中，做出更大的貢献。

肿瘤是身体細胞和組織的病理性的增生，病因至今还不十分明了。肿瘤可从机体的任何組織細胞增殖，分化和发展。根据肿瘤的临床表現和組織結构，可以分为良性和恶性两种。良性肿瘤在一定条件下，由于血液循环障碍，細胞过度增生（如：細胞間变、浸潤性生长），可变为恶性肿瘤——即恶变，甚至危及生命。如腮腺混合瘤，可变为腮腺癌，纖維瘤——纖維肉瘤，骨巨細胞瘤——骨肉瘤，膀胱乳头状瘤——移行上皮癌，此外胃潰瘍慢性炎症等，也可发生恶变。所以，对某些良性肿瘤和癌前期患者，必須予以高度的重視，并应采取积极的防治措施。

良恶性肿瘤的特点如下

良性肿瘤的特点

1. 良性瘤的組織結构和正常組織相似；

2. 生长較慢；

3. 瘤的外面有包膜，瘤組織局限地增殖，一般不穿透包膜；

4. 瘤組織一般不侵入周围組織；

5. 瘤組織和周围正常組織分界清楚，和周围多不粘連；

6. 一般不形成潰瘍；

7. 瘤組織不轉移到身体的其他組織和器官；

8. 局部的淋巴結不肿大；

9. 当瘤組織生长在重要的器官附近时，可引起一系列的压迫症状；

10. 手术切除后，可以完全治愈，多不复发；

11. 預后較好。

恶性肿瘤的特点

1. 瘤組織結构和正常組織不同、差异很大；

2. 瘤組織生长很快；

3. 瘤組織外面多无包膜；

4. 瘤組織常向周围正常組織发展，不断地侵入和破坏周围組織；

5. 瘤組織和正常組織分界不清楚；

6. 瘤組織常形成溃烂溃瘍，血液供应不足，中央部常有坏死；

7. 瘤組織通常是直接或循淋巴、血液轉移到周围或局部淋巴結或远处的器官如肝、肺、骨髓等；

8. 局部淋巴結常有肿大；

9. 晚期病人可有进行性营养不良，貧血、周身无力、食欲不振、体重减輕等恶病质的表現；

10. 即便是早期手术，虽有部分病人可以治愈，但很容易复发；

11. 預后很差。常导致死亡。

肿瘤的临床表現 根据肿瘤的位置、大小、性质和分期，它的症状是多种多样的。

全身症状 早期不明显，如果癌肿发生坏死伴有继发感染时，可以出現全身性反应如发热。热型不一致，常見的是低热，但也有持續性高热和弛张热。白血球增高，血沉加速。由于毒素反应，患者可有食欲不振，精神萎靡，体重下降。晚期出現恶病质。

局部症状 由于肿块不断生长所引起。

1. 肿块　肿瘤位于或靠近体表者如皮、皮下組織、乳房、睾丸、口腔、肛門部的肿瘤，則可出現各种不同的肿块。它的顏色、体积、状态、活动度、硬度都很不相同。举例来說：小而平坦的如痣；大可达到人头，但质地柔軟的有脂肪瘤；頸部的恶性肿瘤表面不平，坚硬如石；海綿状血管瘤呈暗紅色，体积可以压縮。某些內脏器官肿瘤体积增大时可以触及，如晚期胃癌上腹部可以摸到包块。

2. 阻塞脏腔管道　位于脏腔內的肿瘤，长大到一定体积时，可以造成腔道阻塞。引起各种不同的症状。如食道癌发生吞咽困难，胃癌引起呕吐，腸癌导致腸梗阻，呼吸道肿物引起呼吸困难。位于胆总管的肿物可以引起梗阻性黃疸；泌尿道的肿瘤可引起腎积水或尿潴留；由于乳癌細胞堵塞了腋部淋巴管道，手臂可出現肿胀。

3. 压迫邻近器官　多見于恶性肿瘤，如胰头癌可压迫胆总管引起梗阻性黃疸。甲状腺癌可以压迫喉返神經引起声音嘶哑，压迫气管可引起呼吸困难。顱部肿瘤可引起头痛、呕吐、視力模糊或缺失。椎管內肿瘤可引起肢体瘫痪等。

4. 破坏所在器官的形态、結构和功能　恶性肿瘤浸潤性生长，造成所在器官有很大的破坏，如骨肿瘤可引起骨折，肝癌破坏了大量的肝組織，晚期可以使肝功明显下降。

5. 癌性溃疡，病理性分泌物和出血　多見于恶性肿瘤。由于肿瘤的浸潤性生长，破坏了原有器官的血管，而其本身的血液供应又不充分，极易引起癌肿表面中間部分的坏死形成恶性溃疡，即癌性溃瘍。癌性溃瘍的特点是坚硬，边緣隆起，不規則，状如火山口，溃瘍底高低不平，不断分泌一种有特殊恶臭的粘液，由于癌性溃瘍常有不同程度的感染和容易引起小血管的破裂，所以分泌的粘液常带有血液和脓液。这种恶

臭的脓性血样粘液状分泌物多見于直腸癌、子宮頸癌。长期出血可以引起患者貧血。

有时肿瘤組織的大块破裂、坏死、破坏較大血管时可以引起急性大出血，常見的有膀胱乳头状瘤所引起的血尿和胃癌引起的大呕血。

6.疼痛　早期肿瘤沒有疼痛不易被人察覚。引起診断的很大困难，但当肿瘤长大时，由于阻塞或压迫邻近器官，可以产生剧烈的疼痛。如直腸癌引起剧烈的腹痛，晚期当癌肿侵入到神經干时，可引起剧烈的頑固性疼痛。

肿瘤的诊断

1.根据病史：应进行系統的全面的病史詢問，然后結合可疑的症状和体征，进行各器官系統的检查，应注意：

（1）对于中年以上患者，特别最近出現食欲不振、体重下降或有不明原因的长期低热者，应引起注意。

（2）应注意患者的职业生活和居住环境，有无长期和化学性致癌物质接触史，患者有那些嗜好，特别是吸烟。

（3）詳細詢問一些和癌肿有关的过去病史和目前症状，如胃炎、胃潰瘍、慢性結腸炎、肝炎、肝硬变、慢性便秘、便血、血尿、阴道流血、乳头滴血等。

（4）遇有可疑症状，应深入追問和肿瘤有关的特殊症状，并作重点检查，如一患者自訴便血应考虑直腸癌，需詳細詢問排便次数和习慣，排便先后的感覚，成形大便的粗細，粪便的性质，便血和排便的关系，有无特殊的臭味和混有粘液，也需詢問有无疼痛和腹痛現象。随后进行手指直腸检查。

（5）对已有肿瘤的患者，应詢問其发生肿瘤的时間，生长速度，形态变化，有无疼痛和其他不适的感覚。特别应注意有无生长速度突然变快的現象。

2. 体格检查：先进行系統的完整的常規全面检查，然后結合病史进行重点的器官局部检查，如已发現有肿块时，应检查它的大小、形态、表面光滑度、硬度和周围組織有无粘連（活动度），确定位置和局部淋巴結的情况。良性肿瘤多体形完整，表面光滑生长較慢，能活动，和周围不粘連；恶性肿瘤病程短生长快，表面不光滑，坚硬，基底宽而不活动，局部淋巴結肿大。对临床上有重大意义的是应該判明一个良肿瘤的发展趋向。有以下情况应提示良性肿瘤已趋向于恶性变：①生长速度突然增快。②肿瘤表面和周围，边緣的血管突然增加，靜脉扩张有日益加剧的震顫。③肿瘤的活动度減低与周围有粘連。④肿瘤的硬度增加。⑤有肿瘤压迫神經的症状：如甲状腺癌引起喉返神經麻痹而声嘶。

3. 放射綫检查：可以进一步明确診断，帮助定位，了解肿瘤的范围、性质和与邻近器官的关系等作用。根据病情选用适当的检查方法。如怀疑上消化道肿瘤时可作胃腸鋇餐检查，結腸肿瘤可施行鋇剂灌腸，泌尿系肿瘤可作分泌性或逆行性腎盂造影，顱内肿瘤可作脑血管造影等。有条件时可作内窺鏡检查：如直腸鏡、乙状結腸鏡、喉鏡、支气管鏡、食道鏡、胃鏡、膀胱鏡的检查。

4. 有条件时，可取活体組織或一些有关的病理組織进行化驗室检查。

肿瘤的治疗

良性肿瘤的治疗　原則上是应进行手术治疗。

1. 容易恶变的肿瘤，如膀胱乳头瘤、多发性結腸息肉症等，一旦发現应立即手术彻底切除，术后定期复查。

2. 紧急手术，适用于出現危害生命的并发症时，如巨大的地方性甲状腺肿压迫气管引起呼吸困难时，須紧急手术。

3. 体积过大影响劳动力的良性肿瘤，如背部巨大的脂肪瘤或肿瘤并发感染，可择期施行手术。

4. 影响外观的良性肿瘤，患者要手术，可手术切除整形。

5. 对于那些血管瘤手术不易彻底切除，但对放射线有較好效果，可进行放射治疗，不一定非要手术。

良性肿瘤的手术方法是整个切除法，有条件时将瘤肿标本送病理检查。

恶性肿瘤的治疗　早期发現早期正确診断和早期彻底治疗是防治恶性肿瘤的关鍵。如果早期恶性肿瘤經过彻底的治疗是可以治愈的。目前对于恶性肿瘤的治疗原則是綜合疗法。治疗方法有：手术治疗、放射綫治疗、化学葯物治疗、祖国医学治疗和支持对症治疗等。

（一）手术治疗

1. 根治性手术　适用于早期的恶性肿瘤和呈現恶性变的良性肿瘤。手术的及时性是影响預后的主要关鍵。所以根治手术实质上是一种紧急性手术，不允許对已确診为早期恶性肿瘤的患者拖延手术时間。这种手术切除的范围应包括肿瘤本身及估計肿瘤細胞已达到的部位。在很多情况下，往往需要切除所在器官的大部或全部，并包括周围組織及附近的区域淋巴結，有时还需切除一些附近的器官才能达到手术的彻底性。

根治手术要求尽量避免由于手术操作引起肿瘤細胞的扩散。必須注意以下各点：

（1）动作輕柔，不要挤压和不必要地多次翻动肿瘤。

（2）手术操作需离肿瘤較远的正常組織处进行，不可进入肿瘤組織。

（3）应先处理局部淋巴結，結扎相应的动静脉，然后切除

肿瘤本身，以避免从血道和淋巴道播散。切除腸癌时，应先用紗布条結扎上下腸管，閉合腸腔。

（4）将肿瘤連同原发器官和周围組織作一次整块切除，避免分次分块切除。

（5）整个手术过程中，分别用紗布块遮盖好肿瘤和各层切口，避免接种性轉移。

（6）有条件时可用电刀切除組織。可杀死癌細胞并避免其扩散。

手术完后将整个标本送病理检查，淋巴結也可逐一分别检查。

2. 姑息手术　适用于不能进行根治手术的病例。但发生了必須手术的并发症，以減輕患者痛苦，适当地延长生命。如胃癌引起的幽門梗阻，可以把空腸提上来和胃进行吻合；另外甲状腺癌引起呼吸困难时，可进行气管切开术。单純乳房切除术，虽不能根治晚期乳癌，但可以治疗晚期潰瘍所引起的感染和出血。

姑息术可以为其他化学、放射疗法創造有利的条件。

（二）放射治疗　应用最广的是X綫和放射性同位素γ射綫照射治疗，因为放射綫能損伤細胞，破坏細胞分裂。而且新陈代謝越旺盛，分化程度愈低的細胞受損害越剧烈，恢复却緩慢。所以放射治疗利用了肿瘤細胞分化远較正常細胞为低而新陈代謝旺盛的特点。当正常細胞能耐受的放射綫剂量而对肿瘤細胞已有明显的破坏作用。对放射綫治疗最敏感的是：恶性淋巴瘤、白血病、何杰金氏病、精原細胞瘤、卵巢原性胚胎瘤，中度敏感的有鼻咽癌、食道癌、子宫頸癌、乳癌等，不敏感的为纖維肉瘤、脂肪肉瘤、骨肉瘤、神經系統肿瘤、黑痣和消化道肿瘤（胃癌、結腸癌、肝癌）等。

对上述最敏感的恶性肿瘤采取以放射治疗为主的綜合治疗；对于中度敏感的恶性肿瘤可結合解剖位置或采取放射治疗为主的綜合治疗，或采取結合手术切除前后的放射治疗。如早期乳癌或食道癌可結合手术切除再配合放射治疗，效果較好。

决定放射治疗的效果主要是敏感度，但还有其他因素也能影响如：①病期：早期的疗效比晚期为佳；②肿瘤的周围組織情况：血运供养良好者治疗效果較好，若已有纖維化、水肿、瘢痕时則疗效較差；③局部有感染、患者全身状况不良时，放射治疗效果也受影响。

但是放射治疗能引起全身或局部并发症，除食欲不振、恶心呕吐外，值得注意的是造血系統很容易受到損害，在放射长期治疗下，患者的白血球、紅血球以及血小板都有減少、局部可以发生皮炎、坏死性潰瘍，所以要引起我們的重視。为了增强抵抗力、对于放射治疗的患者，应加强营养，要給以高热量飲食和大量的維生素。

（三）化学治疗　在当前主要用作放射和手术疗法的輔助治疗。单独应用化学治疗的适应症为某些无法手术及放射治疗的全身性肿瘤，而对某些化学抗癌药物是敏感的，化学抗癌药物分三类：

1.細胞毒类：主要是烷化剂，是化学疗法中应用最广的一类，主要代表是氮芥及其衍生物类。氮芥与組織接触时，便形成乙烯亚鉄基团，能使蛋白质核酸的磷酸基烷化，从而抑制細胞核的分裂，恶性肿瘤細胞的繁殖速度比正常細胞为快，因此損害程度也大。

細胞毒类药物及其适应症：

（1）氧化氮芥　适用于恶性淋巴瘤、慢性白血病，何杰

金氏病。剂量及用法：每公斤体重給1毫克，用时用等滲盐水稀释，作靜脉注射或直接注入肿瘤組織，每天或隔日一次，每4—6次一疗程，亦可用0.1%溶液，口服剂量与靜脉注射的量相同。

（2）癌宁　又称三乙烯胺三嗪　适用于恶性淋巴瘤、轉移性乳癌、卵巢癌、精原細胞瘤。剂量及用法：一疗程3—5星期，总量20—40毫克，第一星期总量为6毫克，以后每星期5—10毫克，每次3—5毫克，第一疗程完后，如无疗效亦无副作用，可以过二星期后，再进行一个疗程。

（3）溶肉瘤素　多用于乳腺癌、胸腺癌、卵巢腺癌、亚急性和慢性白血病、淋巴肉瘤。剂量及用法：常用量10—20毫克，每星期1—2次，連用5次，病情好轉后，每隔3—4星期用10—20毫克。

（4）癌抑散　适用于慢性白血病、何杰金氏病等。

2.抗代謝类：这一类药物的作用在于切断細胞新陈代謝过程中的某一环节，能造成癌細胞的死亡。常用的药物有氨基叶酸、6-巯基嘌呤（6MP）等。适用于絨毛膜上皮癌、急性白血病。

細胞毒类和抗代謝类药物的首要适应症在于治疗早期的造血系統的全身性肿瘤。这二类药物主要用作晚期恶性肿瘤的姑息疗法，可減少疼痛，有时还有短期內縮小肿瘤的效果。

化学疗法的疗效与剂量、投药途径有密切关系。用同一药物作用于同一种肿瘤，由于剂量和用药方法不同，疗效也大有差别。一般認为，化学疗法的剂量要够大到足以完全損毁癌肿組織，但不致于引起正常組織的不可恢复損害。临床上，有較好疗效的剂量大致相当于能长期維持白血球計数在3,000，血小板計数在15—20万水平上的剂量。

細胞毒类和抗代謝类药物，都有抑制造血系統和发生胃腸道反应的副作用，造血系統抑制的症状表現为白血球下降，血小板、血紅蛋白下降等，表現于消化道的反应有恶心呕吐、腹泻等，另外还可能发生口腔炎、皮疹、秃发、肝功能損害等，值得引起我們注意。

3. 抗菌素类：有一种国产放射菌素K对何杰金氏病疗效較好，对网状細胞肉瘤次之，但有食欲減退、恶心、口腔炎和抑制造血系統等副作用。

（四）激素疗法　主要应用的是性激素。例如应用雌激素治疗前列腺癌，能使原发和轉移癌都萎縮，患者劳动力有所恢复，如乳癌可用雄激素治疗。

（五）其他

1. 抗癌片的应用：对于某些消化系統的肿瘤如胃癌、腸道恶性肿瘤、肝癌等都有一定的效果。

2. 有时用手术切除某些器官来制止某些恶性肿瘤生长的。最常用的則是切除卵巢来治疗乳癌。睾丸切除来治疗前列腺癌，最近又有应用腎上腺切除来緩解晚期癌的报告。

预防　恶性肿瘤严重地威胁着人的生命，据統計，全世界每年約有200万人死于癌症。在伟大的社会主义祖国对于加强預防，早期診治肿瘤是我們医务工作者的一个重要任务。只有树立在思想上提高对肿瘤的警惕性，加强預防为主的观点，才能在早期診治肿瘤的工作中得到很大成效。

1. 必須多方面地进行有关肿瘤防治的卫生宣传教育，提高全民的卫生和抗癌知識，个人养成良好的生活习慣，公共場所，大气层和工厂加强对致癌性化学物质的管理和控制，尽量从生活环境中清除这些因素。

2. 避免已知致癌因素的刺激，加强职业防护，采取措施。

如在工厂里合理处理废气，良好的通风設备，放射綫工作者要用鉛皮保护，长期在烈日照晒下的工作者戴白色的帽子等等。

3. 积极处理已知癌前状态和易恶变的良性肿瘤：一旦发现有胃息肉、結腸多发性息肉、直腸息肉、膀胱乳头瘤等均应立即予以切除，以免恶变。年龄超过 40 岁經久不愈的胃溃瘍患者，应进行手术治疗，有大便症状者，必須进行直腸指診。早期处理子宫頸糜烂外翻及慢性炎症。对診断不清的乳房肿块应严加观察和早期手术切除。对包茎和阴睾患者也应及早手术。

第一节　良性肿瘤

临床上常見的体表肿瘤有：皮脂腺囊肿，腱鞘囊肿、脂肪瘤，纖維瘤，血管瘤等。

一、皮脂腺囊肿

皮脂腺囊肿是由于皮脂腺的排泄管閉塞所引起的。囊内含有皮脂以及脫离的上皮組織，形状如豆渣样，临床上常称之为粉瘤。

临床特点

1. 囊肿好发于头面頸背等处，生长較慢。

2. 通常呈半球形突出于体表，表面光滑可以活动。其表面可見有小黑点异常与皮肤有粘連。

3. 小的囊肿較韧，并有弹性，大者常因内容物液化故較軟，并有波动感。

4. 如果囊肿发生感染，可出現发紅、肿痛。

5. 手术摘除不彻底，术后很容易复发。

治疗　囊肿摘除，如有感染可以切开排脓。

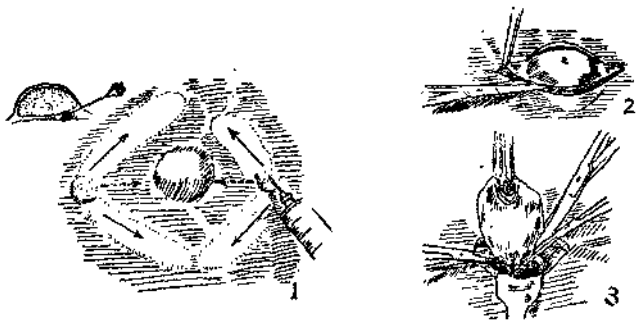
囊肿摘除术（图 101）。

1. 备皮剃毛，如头部囊肿可于术前剃去头发。

2. 皮肤用碘酒、酒精常规消毒，铺盖无菌巾。

3. 麻醉：以0.5—1%的奴佛卡因作手术野区域浸润麻醉或术野的阻滞麻醉。

4. 切口：应根据囊肿的位置及大小，决定切口的长度如囊肿与皮肤有粘连，可做梭形切口，将不健康的皮肤和囊肿一起切除。



1. 麻醉　2. 梭形切口　3. 囊肿摘除

图101　粉瘤摘除术

5. 囊肿剥离：切开皮肤后，应沿囊肿壁进行純性或鋭性剥离，先剥离四周，然后分离基底部。剥离囊肿壁时，尽量保持完整，如囊壁破裂内容物流出，应立即拭去，并将破口处用鉗子夹住后再进行剥离，最后将囊壁彻底切除，以防止术后复发。

6. 囊肿切除后，縫合皮下及皮肤，术終。

二、腱鞘囊肿

腱鞘囊肿多发生在腕关节的背侧面，但其他关节附近也

可发生。腱鞘囊肿多附着于腱鞘，关节囊上或与关节腔腱鞘互相沟通。囊肿多呈单房或多房性，囊肿内容物为胶样液。

临床表现

1. 囊肿生长缓慢，一般无明显症状。或有輕微的酸痛及无力感。

2. 常在腕关节背侧面，或其他关节附近有肿物突出，表面光滑与皮肤无粘連，触之无压痛，时有膨滿感或波动。

3. 与肌腱纵軸呈垂直方向移动时，活动性較大，反則活动性較小。

治　疗

1. 囊肿无明显增大时，可用手法挤压。有时挤压后即可消失，囊肿較大者可手术切除。

2. 手术切除：

（1）切口：在腕背部肿物表面沿皮紋做横切口。

（2）切开皮肤后，如見淺表的神經，应将其分离拉向側方，以防損伤。皮下筋膜应做纵行切开。

（3）充分剝离囊肿至根部，将通向关节腔或腱鞘之根蒂結扎，切断。

3. 針灸疗法：在囊肿周围針刺 3—5 針，針尖刺向囊肿中心，并加压包扎（注意无菌操作，防止感染）。

三、脂肪瘤

脂肪瘤是由脂肪組織組成的一种良性肿瘤。全身任何部位的脂肪組織均可发生，但以背、、肩和臀部为多見，有时也可見于肌肉內筋膜下，腸系膜、腎周围。

病理　脂肪瘤有一层薄的纖維包囊，內有許多纖維索纵横，形成許多間隔。这些纖維索和上面的皮肤，下面的筋膜相連着。

临床症状 位于皮下組織的脂肪瘤，呈单发性，患者多属成年人。脂肪瘤大小不一，发展緩慢，有时往往长得很大，大的瘤肿由于重力下垂呈扁圓形或分叶状，有重达 10—20 公斤的。边緣清楚，复盖的皮肤正常，基底較广，触之柔軟，有假性波动感。以手紧压脂肪瘤基部，由于纖維索牵拉之故，复盖的皮肤可以出現"橘皮状"。脂肪瘤很少发生恶性变。

临床上另有一种頸部弥漫性脂肪瘤。呈浸潤生长，脂肪瘤和正常組織分界不清。整个頸部、上背部和枕部都有大块脂肪拥出，妨碍了頸部的活动，甚至可以影响呼吸。

痛性脂肪瘤为多发性，分布对称，多数肿瘤块有压痛，好象是压迫了神經。

治疗 手术切除：彻底剝离肿瘤完整的被膜，如肿瘤呈分叶状，必須将所有的分叶一并做彻底摘除，防止以后复发。切除后的遺留腔較大易渗血和聚积渗出液，应放置引流条1—2 天。

四、乳房纖維腺瘤

常見于 20—25 岁的青年妇女，一般多为单发，是一种生长緩慢的良性肿瘤。

临床表現

1. 乳房纖維腺瘤，多发生在外上象限，多呈卵圓形約櫻桃至鸡卵大，不痛。

2. 肿瘤表面光滑，质坚、活动性良好，界限清楚，与皮肤与胸肌无粘連。

3. 如肿瘤界限不清，生长很快，应注意有恶变的可能。

治疗 手术摘除：在肿物表面做一放射状切口。应将其完整的包膜完全切除，如包膜不完整时，应将周围組織一起切除。

五、血管瘤

血管瘤系由血管形成的良性瘤，多为先天性，主要分为毛細血管瘤和海綿状血管瘤。

（一）毛細血管瘤　由皮内毛細血管形成，多发生在面部，其他部位亦可发生。多呈鮮紅色或暗紫色，分界清楚，一般不隆起，形状不規則，随儿童的生长而相应的增大。

（二）海綿状血管瘤　由曲张的血管組成。血管瘤常有隆起，形状不規則，界限不清楚，多呈紅色，质軟，有压縮性，类似海綿。

治　疗

1. 面部毛細血管瘤可早期手术切除，有条件者，可行放射治疗。

2. 海綿状血管瘤，应手术切除，如皮肤缺如时，应行植皮。

第二节　恶性肿瘤

一、乳腺癌

乳腺癌是常見的恶性肿瘤，仅次于子宫頸癌和胃癌，多发生在 40 岁以上的妇女，中医外科称为乳岩。

乳腺癌的癌前期疾患有：乳腺纖維瘤、囊性乳腺病、乳腺管內乳头状瘤、乳腺炎症后瘢痕等。

乳腺癌多經淋巴和血液途径扩散或轉移。乳房的淋巴网甚为发达，其淋巴液的輸出主要沿下列途径：

1. 沿胸大肌側緣的淋巴管流至腋窩淋巴結，继而到达鎖骨下淋巴結，或沿胸大肌的淋巴管直接流至鎖骨下淋巴結，鎖骨下淋巴結借很多淋巴管与鎖骨上淋巴結相連。

2. 来自乳房內側之淋巴液，沿肋間淋巴管流至胸骨旁淋

巴結，继而流向鎖骨上或纵隔淋巴結。

3. 左、右側乳房淺在淋巴网，相互有广泛的通連。

癌細胞在乳房內可沿淋巴网向筋膜、胸肌蔓延，亦可向皮肤扩散。当癌細胞已轉移鎖骨上淋巴結时，則可經胸导管（左）或支气管纵隔淋巴干（右）侵入靜脉，而导致远位脏器的轉移（如：肺、骨胳、肝）。

表 9　乳腺癌的分期

分　期	病　变　范　围	与 周 围 关 系	转　移　情　况
I	＜3 厘米	无　粘　连	无　转　移
II	＜5 厘米	有粘连，但有活动性	腋窝有转移
III	＞5 厘米	有广泛粘连，常伴有溃瘍	腋窝、鎖骨下、鎖骨上有转移
IV	癌肿显著增大，并扩散至皮肤	与胸壁固定	广泛转移或远位脏器转移

临床表現

1. 早期多为无痛性、单发的小肿块，质硬，表面不光滑，与周围組織界限不清，不易被推动。

2. 如癌肿逐漸增大，侵入連接腺体和皮肤的纖維韌帶时，則发生收縮，因而皮肤凹陷（图 102）。

3. 当癌肿侵入周围組織（筋膜、胸肌）时，可发生深部組織粘連、固定，而肿物不能被推动。

4. 由于癌肿累及皮肤，皮肤与毛囊及皮下組織发生粘連，皮肤則呈橘皮样改变。

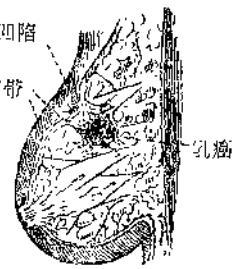


图102　乳癌早期征象皮肤凹陷

5. 如皮肤破溃，形成溃疡，则常有恶臭或出血。

6. 当癌細胞堵住腋窝主要之淋巴管，引起該側手臂淋巴回流障碍时，則发生手臂水肿（蜡白色）。若淋巴結压迫腋靜脉，則手臂水肿呈青紫色。

7. 若神經干受累，則可发生手臂及肩部的剧痛。

癌細胞借血液途径轉移至远位脏器：侵入脊椎时，則发生背痛；侵入股骨时，則易发生病理骨折；轉移至胸膜及肺脏时，常引起咳嗽及呼吸困难；肝轉移者，可引起肝大或黃疸。

晚期，可发生恶病质、消瘦、貧血。

临床检查和诊断　检查乳腺癌患者时，必須让患者坐正，脱去上衣，露出两乳房，再做如下检查：

1. 視　診

（1）乳头有否內陷或抬高；

（2）乳房皮肤有否橘皮样改变；

（3）皮肤是否凹陷（让患者两臂高举过头，两臂前伸）。

2. 触診　触診时应注意：动作輕柔，勿挤压，以防癌細胞扩散。

（1）检查肿瘤的大小、位置（四个象限）（图103），上外象限較多見；

（2）注意硬度（硬癌——质硬，髓样癌——质較軟）；

（3）癌肿与皮肤有否粘連；

（4）癌肿与筋膜、胸肌是否固定（做水平位和垂直位检查）；

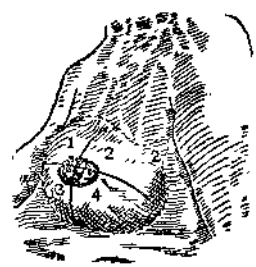


图103　乳房的四个象限

①如癌肿在上外象限，让患

者用手叉腰，使胸大肌收縮紧张；

②如癌肿在下外象限，让患者的手压在检查者的肩上，使前鋸肌收縮。

（5）局部淋巴結的检查：

①腋窝淋巴結——检查者自前面用左手伸入患者的右腋窝，用右手伸入其左侧腋窝，然后让患者将上臂靠近胸壁，下臂松弛地放在检查者的上臂上，以使腋窝松弛。

②腋后的淋巴結（肩胛下群）和鎖骨上淋巴結——在患者的背后检查为宜。

活组织检查 在診断上疑有乳腺癌时，应尽早做活組織检查：

1. 取所屬肿大之淋巴結。

2. 取肿瘤組織；有条件者最好在做好乳腺癌根治切除术的一切准备条件下做冰冻切片。如病理診断为乳腺癌时，应立即施行乳癌根治切除术。

鉴别诊断

1. 乳腺結核 往往形成寒性脓肿，破溃后可形成瘻管。

2. 囊性乳腺病（見第九章第五节）。

治疗 目前对乳腺癌的治疗有以下几种方法

1. 手术与化学药物疗法（乳腺癌根治切除术和术前、术中和术后使用嚏替哌）

乳癌根治切除术是手术切除癌肿的主要方法，其方法为切除整个乳房及其皮肤、皮下脂肪組織，同时切除胸大肌，胸小肌及其筋膜，以及腋窝、鎖骨下所有的脂肪組織和淋巴結，必要时做扩大根治切除（切除胸骨旁淋巴結）。

手术适应証选择

（1）Ⅰ、Ⅱ期乳腺癌（癌肿限于乳房或其周围淋巴結

肿大，无远位轉移者），行根治切除术；

（2）Ⅲ期（如年老体弱，癌肿已破溃或易破溃，与胸壁无固定，有鎖骨上淋巴結及远位脏器轉移者），可做单純乳房切断（切除乳房至胸壁）。

（3）乳房中部或內側之癌肿——扩大根治切除术。

手术禁忌症

（1）乳房及其周围有多数轉移性皮肤結节或水肿。

（2）癌肿广泛固定于胸壁。

（3）腋窝淋巴結大于乳房之癌肿，或与深部組織粘連。

（4）鎖骨上淋巴結或远位脏器有轉移者。

2. 化学葯物疗法

（1）噻替哌　常用于乳腺癌患者的治疗。

①配合手术治疗　术前用量——30毫克；术中用量——10毫克；术后用量——30—40毫克。

每日一次，每次用量一般为10毫克，如全身状态衰弱者，应酌情減量。用时最好将葯加在0.9%等滲盐水10毫升中，靜脉緩慢注入，以減輕对血管的刺激。

注意事項：因噻替哌对骨髓有抑制作用，故用此葯后，常可引起白血球和血小板減少。如白血球低于3,000，血小板低于10万者，則应停葯，并用强地松5毫克，每日三次，口服；或用維生素B_{12}100微克，每日一次，肌肉注射。

②不适手术治疗的患者，可用噻替哌治疗，用法及注意事項同上，每疗程用葯总量为200毫克，疗程滿后，可間隔两周后再用。

（2）氟脲嘧啶　每次用量为250毫克，总量为5,000—6,000毫克，用法及注意事項同上。

（3）"681"粉1—3克，每日三次，口服。

（4）抗癌片　0.1克，每日三次，口服。

3.内分泌治疗　丙酸睾丸酮：0.1克，每2—3天一次，用药期间应测血中钙离子，以防血钙过多。嚼患者多饮水，以防肾結石形成。60岁以上者，可用乙烯雌酚5毫克，每日一次，口服。

4.放射治疗　放射治疗的目的在于破坏癌肿和轉移至局部淋巴結之癌細胞，或抑制其生长能力。若肺、肝已有轉移，则放射治疗已无意义，然对骨骼的轉移，常有良好效果。

适应証选择

Ⅰ期乳癌——手术；

Ⅱ期乳癌——手术＋放射（术后）；

Ⅲ期乳癌——手术＋放射（术前、术后）；

Ⅳ期乳癌——放射。

二、胃　癌

胃癌是常見的恶性肿瘤，多发生在成年人。

好发部位　胃幽門前窦部、胃体部和賁門胃底部。

胃癌前期疾患有　胃潰瘍、慢性胃炎、胃息肉等，多为原发性胃癌。

胃癌的扩散和转移途径

1.直接蔓延　癌肿逐漸长大时，即向周围蔓延，并向胃壁肌层和浆膜层浸潤，近而向附近組織和脏器侵入：如肝胃韌带、胃結腸韌带、横結腸系膜、胰腺、肝脏、腹壁等。

2.淋巴轉移

（1）癌細胞可以通过滲透或栓塞的方式轉移至胃大弯、胃小弯的网膜内及幽門部淋巴結，进而可向肝十二指腸韌带、脾动脉和胃左动脉的淋巴結轉移。

（2）胃賁門癌常通过粘膜下淋巴网向食管下端轉移。

（3）晚期，小肠系膜、腹股沟淋巴結也常发生轉移。

由于胃与十二指肠之間的淋巴管沒有充分交通，所以胃幽門癌很少向十二指肠轉移。

3. 血液扩散　癌肿晚期，癌細胞可沿血行向肝、肺、骨、脑、脾、腎等脏器扩散。

4. 腹腔移植　癌細胞可由胃壁浆膜面脫落，移植于腹膜上，多見于直腸前陷窝。腹膜表面可見有多数粟粒样轉移結节。

临床表現

1. 早期多无明显症状或很輕微　如胃不适感、无規律性疼痛、嗳气、反酸等，故对胃癌的早期症状应予以重視，且不可放松警惕。

2. 胃幽門窦部癌　常发生幽門梗阻症状，如膨胀感、恶心、呕吐。

3. 胃賁門部癌　常引起賁門梗阻症状，如咽下困难等。

4. 癌肿发生部位的胃壁血管受累时，可出現黑便（或便匿血）、呕血（或棕褐色呕吐物）。

5. 潰瘍性癌易发生急性穿孔⟶腹膜炎。

6. 上腹部可触及肿物或远位脏器轉移的症状。

7. 全身症状　疲乏、无力、体重減輕、貧血、恶病质状态。

临床检查及诊断

1. 理学检查

（1）腹部触診应注意　有否肿物；部位、形状、大小、硬度、压痛、活动性。

（2）有否幽門梗阻的体征　胃型、蠕动浪、振水音。

（3）注意检查左鎖骨上淋巴結是否肿大，直腸前陷窝是否有肿物，肝脾是否肿大。

2. 化驗檢查

（1）血色素。（2）便匿血。（3）胃酸。

3. 疑有胃癌者，有条件时应做胃鋇餐透視。

胃癌之放射綫所見

（1）巨块型癌——充盈缺損，边緣不規則；

（2）潰瘍型癌——潰瘍龕影，边緣不正，胃壁僵直。

預防 对易引起癌变的胃癌前期疾患，如胃潰瘍、慢性胃炎、胃息肉等，应进行积极地預防和治疗，以防发生恶变。

治　疗

1. 手术与化学药物疗法　凡診断为胃癌而无广泛远位脏器轉移者，皆应施行手术治疗，并于术前、术中和术后使用氟脲嘧啶或噻替哌治疗。

（1）根治手术　胃大部切除或胃全切除。手术步驟与胃切除同，但必須遵守以下原則：

①开腹后，必須检查癌肿范围及轉移情况，如胃周围所屬淋巴結有否肿大，大、小网膜、肝十二指腸韌帶、腸系膜、脾动脉、胃左动脉之淋巴結、横結腸、肝、腹膜、盆腔等有否轉移。

如癌肿限局、无远位轉移者可行根治手术或扩大切除术。

②游离胃大弯时，应靠近結腸边緣无血管区結扎、切断胃結腸韌帶。

③游离胃小弯时，应在肝胃韌帶之根部結扎、切断。

④十二指腸应游离3—4厘米、切断縫合之。

⑤胃左动脉周围之軟組織及淋巴結应做充分地游离、并在其根部結扎、切断。

⑥胃底部癌，应做全胃切除。

⑦胃小弯部癌，应做全胃切除。

⑧如癌肿已侵及結腸、脾脏时，則可做扩大切除：即将脾脏或受累之結腸切除。

（2）如癌肿不能切除，且有幽門梗阻者，可做胃腸吻合。

2. 化学葯物疗法（与結腸癌化学葯物疗法同）

三、结肠癌

結腸癌多为腺癌，常发生在乙状結腸或盲腸、升、降結腸。

結腸癌可通过淋巴或血液轉移至腸系膜或肝脏。乙状結腸癌在晚期可侵入膀胱而引起直腸膀胱瘘，横結腸癌侵入胃壁而引起胃結腸瘘。

結腸癌前期疾患：潰瘍性結腸炎、結腸腺瘤、息肉病等。

临床表现

1. 慢性腸梗阻症状　腹部不适感、腹痛、腹胀、便秘等。

2. 腸道刺激症状　持續性隐痛、腹泻。

3. 大便带血、粘液或脓。

4. 腹部肿物　多呈結节性坚硬条状肿块。早期尚可活动，晚期較为固定。（应注意与粪块做鉴别）。

5. 晚期常有轉移，恶病质、肝大、腹水、直腸前陷窝可有肿块，鎖骨上淋巴結肿大等。

临床检查及诊断

1. 腹部触診　注意有否肿块、位置、大小、形状、压痛、活动性。

2. 肛門指診　能否触及肿块，指套是否带粘液、脓、血。

3. 乙状結腸鏡检　能否看到肿块，如有肿块，应取活組織做病理切片检查。

4. 鋇灌腸　放射綫透視可显示：（1）腸腔狹窄；（2）充盈

缺损；（3）粘膜破坏、腸壁僵硬。

有明显腸梗阻症状者，不应做胃腸鋇餐透視。

鉴别诊断　潰瘍性結腸炎

1. 以腹泻为主，呈粥样或粘液、脓、血便。

2. 乙狀結腸鏡检　粘膜充血、水肿、并有多发潰瘍。

3. 鋇灌腸时放射綫显示　結腸袋消失、粘膜紊乱、腸管边緣呈鋸齿状。

治　疗

1. 手术并化学药物疗法　目前，治疗結腸癌的有效方法为手术切除和术前、术中、术后使用氟脲嘧啶。

手术适应証选择

（1）右側結腸癌——右半結腸切除。

（2）左側結腸癌——左半結腸切除。

2. 化学药物疗法

（1）氟脲嘧啶

①配合手术治疗　术前用量——750—1,000毫克；术中用量——250毫克；术后用量——1,000毫克。

每日一次，每次用量一般为250毫克，如全身状态衰弱者，应酌情減量。用时最好将药加在0.9%等渗盐水10—20毫升中静脉緩慢注入，以減輕对血管的刺激。

注意事項（同噻替哌）。

②不能行根治手术者，可用氟脲嘧啶治疗；用法及注意事項同上。每疗程用药总量为5,000—6,000毫克，疗程滿后，可間隔两周后再用。

（2）噻替哌（見乳腺癌化疗）。

（3）“681”粉　1—3克，每日三次，口服。

（4）抗癌片　0.1克，每日三次，口服。

四、直肠癌

直腸癌与結腸癌在临床和病理方面有很多相同之处，其轉移和扩散的途径也与结腸癌相同。

癌細胞主要是通过淋巴轉移。癌肿侵入腸壁，环繞腸管，故可形成腸腔狹窄。直腸的淋巴还流主要有三个方向：乙状結腸根部淋巴結、髂內淋巴結、腹股沟淋巴結。

直腸癌組織侵入靜脉后，癌細胞栓子可通过直腸上靜脉、腸系膜下靜脉、門靜脉轉移至肝內。

直腸癌前期疾患有　息肉、慢性炎症等刺激可发生恶变。

临床表現

1. 排便习慣的改变　便頻、便秘、肛門不适或下墜感。

2. 大便带血或粘液、膿。

3. 腸腔狹窄症状　便条变細扁、腹脹、腹痛或排便困难。

4. 晚期，当癌肿侵及骶神經丛时，可引起剧痛；侵及膀胱时——尿頻，排尿困难；侵及肝脏时——肝大、黃疸、腹水等。

临床检查及诊断

1. 肛門指診　可触及肿块，质硬、腸腔狹窄，指套带粘液、膿、血。

2. 高位者可用直腸鏡或乙状結腸鏡检查，并取活組織做病理切片检查。

治　疗

1. 手术治疗

（1）手术根治切除癌肿及其周围淋巴組織。

（2）女性患者，如癌肿侵入阴道壁或子宫，可一并切除。

（3）晚期，癌肿不能切除，且有梗阻者——結腸造瘘。

2. 化学葯物疗法（与結腸癌同）。

五、食管癌

患食管癌的患者多在40岁以上，男性多于女性。

临床表现及诊断 进行性咽下困难，开始是偶而进干食发噎，进而咽下困难。逐渐稀粥、面条也不能咽下，而只能喝牛乳、豆浆等流食。身体逐渐消瘦，无力。有的患者經过較长时間，咽下困难进展不重，但进食时有胸痛及背痛。主要的診断方法是服鋇行放射綫检查。多数病例可見食管某一部分有不規則的狹窄，其上方有不同程度的扩张。狹窄部正常的食管蠕动消失。有时食管狹窄不明显，但仔細观察可見食管壁有潰瘍，或食管壁不平滑。对可疑病例須行食管鏡检查，并取材作病理检查。有的病例在一次放射綫检查未見明确病变时，应于2—3星期內再作一次。

治疗 在临床工作中将食管分为上、中、下三段(图104)。从主动脉弓上緣至食管入口为上段，弓上緣至賁門为中下段。中、下段的界限在放射綫检查中标志不明确，一般以中点为界即可。

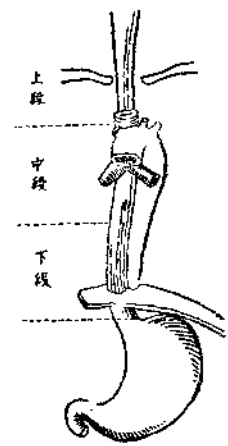


图104 食管分段

对食管癌的治疗，过去以手术治疗为主，近年来由于放射治疗的較果逐渐提高，所以对上、中段食管癌，特别是上段食管癌，除早期者可考虑手术外，以放射治疗为佳。下段食管癌及賁門癌，尤其是下段食管癌切除率較高，且切除术后远期生存率也較上中段者为佳，故应須考虑行手术治疗。

对已有远位轉移、或身体十分衰弱者可行放射治疗（鈷^{60}或深部放射綫），或葯物治疗（常用为氟脲嘧啶

250—500毫克，每日一次，靜脉注射）。

晚期食管癌不能进食者，有人提出胃癌上方作食管——胃吻合术。但手术創伤大，患者身体多很衰弱，手术难以接受。为了解决进食問題，作一簡单的胃造瘘术，較为合适。

对晚期食管癌目前試用的药物治疗有：681粉、半枝蓮、蟾酥等。毛主席教导我們說：**"中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。"**在毛泽东思想指引下，我国人民及广大医务工作者正在致力于发掘、总結祖国医学遺产，在攻克癌症难关的道路上作出应有的貢献。为世界人民造福。下面介紹几个中药治疗食管癌的处方，供参考、研究。

中药治疗食管癌处方

1. 生赭石三至五錢　党参三錢　当归二錢　知母二錢　姜半夏一錢　天冬三錢　寸云三錢　柿餅二錢，水煎服，一日两次。

加減：咽下困难加桃仁、吐粘液加复花、不消化加內金，舌酸加川連，莫手、痛加元胡、沒药、甘草，呃逆者加柿蒂、砂仁、瓜蔞。

2. 生赭石一两　旋复花二錢　清半夏四錢　生水蛭二錢　大蜈蚣五条　生牡力一两　海浮石五錢　野党参五錢　鸡內金三錢　生麦芽三錢　竹茹五錢　葦根一两，水煎服，一日两次。

3. 輕症食管癌

蒼术三錢　桂枝三錢　烏药三錢　霍香三錢　菊仁三錢　白茅根三錢　吳茱萸一錢半　良姜一錢半　竹茹一錢半　半夏一錢半　前胡一錢半　肉桂一錢半，水煎服，一日两次。

在診断食管癌时，应想到賁門痙攣。此种患者多为女性，年紀較輕，病史較长。咽下困难时輕时重，有时与食物及情緒有一定的关系。

六、肺　癌

肺癌是恶性肿瘤中常見的一种，40岁以上的男性較多。

临床表現及诊断　肺癌早期无特征症状，在整个病程中，可有咳嗽、血痰、胸痛、杵状指等。但这些都不是最早期表現。此外，声哑，面、頸、上胸部水肿和靜脉怒张，血性胸水是較晚期的表現，是累及周圍器官所致。放射綫检查是診断肺癌的重要手段。在胸部照片上最常見的是块状阴影，形多不整，呈分叶状，有的呈圓形，边緣多不清，或有毛刺状。少数也可边緣清晰，有的癌瘤中心坏死，形成空洞。此外亦有肺不张、胸腔积液等征象。进一步可靠的診断是痰涂片检查找到瘤細胞，或枝气管鏡检查，直接看到肿瘤，并取材病理检查証实。

治　疗

1. 手术疗法　随着放射治疗的进展，目前对靠近肺門的肺癌，多采用放射治疗。对靠近边緣的肺癌宜多选择手术疗法。有远位轉移（如鎖骨上淋巴結轉移、脑轉移、骨轉移等）及累及胸内重要器官者（总气管、腔靜脉、喉返神經、食管等）不适于手术治疗。

2. 非手术疗法　不适于手术治疗者，可行放射綫（鈷^{60}或深部放射綫）治疗。临床常用的药是环磷酰胺200—400毫克，靜脉注射，每日一次。用药过程中5—7天检查白血球及血小板一次。白血球总数降到5,000—3,000以下或血小板減至8万以下者应停药。休息1—2周，待白血球及血小板恢复后继續用药。中医药在治疗癌症方面几年来有許多方法在不断的摸索及試用，我們一定要遵照伟大領袖毛主席的教导：**"我们不能走世界各国科学技术发展的老路，跟在别人后面一步一步地爬行。"**及**"中国人民有志气，有能力，一定要在不远的将来，赶上和超过世界先进水平。"**走我們自己的路，作出应有的

貢献。兹将中药治疗肺癌的处方列于下，供参考，探索、研究。

肺癌中药处方介紹

1. 銀花三錢　浙貝二錢　葦茎一两　薏米三錢　絲瓜三錢　生杏仁二錢　甘草二錢　葶力子二錢　大枣三枚，水煎服，一日两次。

2. 黄芪三錢　茯苓三錢　桔梗三錢　麦冬二錢　人参二錢　白芍二錢　黄柏二錢　五味子三錢　当归五錢　天門冬五錢　焦术五錢，水煎服，一日两次。

3. 当归三錢　赤芍三錢　熟地三錢　丹皮三錢　薄荷三錢　川貝三錢　山枝子三錢　寸冬三錢　生地五錢　川芎一錢　熟滿黄一錢　阿胶二錢　姜皮一錢　桃仁三錢　水煎服，一日两次。

七、阴茎癌

犹太民族生后一周即行包皮环切术者，从不发生阴茎癌。回族幼年实行割礼者，阴茎癌也絕少。所以本病是完全可以預防的。

临床表現　本病多見于35岁以上。几乎都有包茎。先是阴茎头部有硬結，逐漸增大，可自包皮口見到菜花样肿物，并流出脓血，散发恶臭。肿瘤增殖可穿透包皮，有的破溃烂掉，但都浸潤发展。尿流多不受阻。两側腹股沟淋巴結可因继发炎症，或因癌瘤轉移而引起肿大。

治疗　阴茎癌一般都应作阴茎部分切断术。至少在癌上1.5—2厘米处切断。其法是，先用无菌紗布包裹已溃烂的阴茎头部，继用止血带紧扎阴茎根部，然后，用利刀在預定的皮肤切口上，将阴茎切断。并将尿道海綿体从阴茎海綿体下剝出1厘米。最后将断端分别处理。

首先控制阴茎海綿体的出血。用角針粗綫，从一側的阴茎海綿体旁，穿透白膜，并通过海綿体中間的纖維膈，由另側海

綿体旁白膜穿出，如此橫行縫扎五、六針即妥。其次放松止血帶，拌結扎断面上所有的出血点。然后从左右縫合皮肤。最后，将留有一定长度的尿道剪作两半，务使粘膜外翻，縫于皮肤裂口上而术終。

本手术严密止血当然重要，但尿道粘膜外翻縫合更須注意，免得因感染而粘膜坏死退縮，引起外口瘢痕狹窄而影响排尿。

术后如果留置导尿，会有尿道分泌物經常沾污創口，最好每排尿后，厉行消毒拭干，不予留置导尿管为宜。

若癌瘤的范圍較大，可把阴茎全部切除，尿道順着自然的彎曲角度，重新安置尿道口于会阴部。两腹股沟淋巴結的处理，可另作一次手术。因淋巴結之肿大若为继发性炎症所引起，可因切除阴茎癌这一原病而漸消退。如系癌瘤轉移可同时作两側根治切除，但为防止切口感染，可以分成两期手术。

八、皮肤癌

皮肤癌有二种，一是基細胞癌，一是鱗状細胞癌，基細胞癌恶性程度較低，实际上不轉移，又称为侵蝕性潰瘍。鱗状細胞癌为角化性，由于其癌組織結构近似正常表皮，故也称表皮样癌。恶性程度較高，能发生淋巴轉移。

临床病象 皮肤癌常发生于外露的皮肤如脸、額、眼、鼻、耳、手等处（青海地区皮肤癌最多見于两側股骨大轉子部位的皮肤）好象与长期的日光照晒有关，其他刺激如机械性損伤，灼伤，慢性潰瘍，砷剂，柏油，煤、石油等化学物质也能誘发皮肤癌。鱗状上皮癌易从下列癌前状态的基础恶变而来：色素性干皮病，老年角化病。慢性潰瘍出現不断扩大生长，边緣隆起是恶变的先兆。

皮肤癌常形成癌性潰瘍，边緣隆起，不規則，口如火山，底

部不平，整个癌肿极为坚硬。基細胞癌呈局限化，仅在少数情况下侵入深部腐蝕筋膜、肌层、軟骨，生长极为緩慢，多不轉移，但可以并发大出血和感染，位于眼部的基細胞癌能腐蝕眼眶骨质，直接可进入脑部和鼻部，引起大出血。鱗状細胞癌早期形成潰瘍，生长呈浸潤性，迅速侵入深部組織，常伴有化膿性感染，出現淋巴結轉移，晚期破坏严重，有剧痛和恶臭，肢体丧失功能。

防治措施 首先对相应的职业要采取有效的防护措施：航海員、农民、建筑工人应戴草帽以遮挡强烈的阳光，在与砷、煤焦油、石油接触的工人，要避免这些物质直接和皮肤接触，戴好工作手套。一般人要注意保护皮肤及时治疗慢性潰瘍。

皮肤癌較其他癌肿恶性程度为低，早期治疗疗效可达到95%，手术切除和放射治疗均能奏效。一般来說对于眼瞼部的早期皮肤癌应选用放射治疗，位于四肢或继发于慢性潰瘍的皮肤癌适宜手术治疗。鱗状細胞癌手术时应同时切除局部淋巴結。皮肤切口离肿瘤边緣1—2厘米，以同样距离切至深部健康組織。有时放射治疗和手术治疗相互配合更能提高疗效。

九、黑痣和黑瘤

（一）黑痣 是先天性黑色斑点，表面平坦或略高于体表，有的光滑，有的粗糙，有的上面生有毛，全身都能发生，但生长极为緩慢，屬于良性的。

（二）黑瘤 黑瘤可以由黑痣恶变而来，是极度恶性的，也称恶性黑瘤，是由能制造黑色素的細胞所組成的肿瘤。黑瘤也能自行发生。

黑瘤恶变的征象为

1. 迅速生长；

2. 颜色突然不断加深；

3. 发生疼痛、感染、溃疡或出血；

4. 四周出現慧星状的小瘤或色素环；

5. 肿瘤本身无明显变化，但局部淋巴結肿大。

凡出生时沒有，成年后才出現的黑痣，經常易受摩擦的手掌，足底黑痣和眼部黑痣都应看作是黑瘤的前驅期。

有人認为位于眞皮內的黑痣是永久良性的，而位于表皮和眞皮交界处的所謂是交界黑痣，是黑瘤前驅期，甚易恶变。

黑瘤好发于下肢，其次为头、頸、上肢、眼、指甲下面和阴唇等处。向四周和深部呈浸潤性生长。早期便能出現淋巴道和血道轉移到肺、脑、骨、粘膜等处。有的病程很短，几个月便可导致死亡，但也有几年后才出現轉移的。黑瘤預后很差，切除后也易复发，因此加强預防措施很重要。不可对黑痣加任何刺激，不要摩擦、搔爬、洗滌和挑剔，位于易受摩擦处的黑痣，应作早期預防性切除。黑瘤診断容易，不要作活組織檢查。腐蝕或电灼易促使其扩散或轉移，应予禁忌。

治疗 已有恶性趋向，成年后才出現的，易受摩擦的黑痣和已診断为黑瘤的，都必須早期手术切除。由于肿瘤向四周和深部呈浸潤性生长，所以皮肤切口至少应离肿瘤边緣2厘米处，巨大黑瘤的皮肤切口，离边緣的距离应不小于黑瘤直径的1/2。深部应切至筋膜，切除全部局部的淋巴結，四肢的黑瘤应进行截肢手术。术前作系統的全身檢查，注意有无轉移。

第九章　外科其他常見病

第一节　腹外疝

腹股沟三角

腹股沟为腹前外側壁下部的一个三角形区域，故名腹股三角，它的境界为腹股沟韧带、腹直肌外側緣及經髂前上棘至腹直肌外側緣的水平綫。此部为腹壁的薄弱部分，因为①腹外斜肌在这里已形成腱膜。②腹內斜肌和腹横肌的下緣分别在腹股沟韧带內側1/2及2/3处缺如。③腹股沟部須抵受腹內压的主力。所以腹股沟部是疝好发的部位。

腹股沟管解剖

腹股沟管　在正常情况下系腹前壁中的一个裂隙，位于腹股沟韧带內側上方，长約3.5—4.5厘米。在男性有精索（为长带形結构，內有精索动静脉和輸精管）通过；在女性，則有子宫圓韧带通过。腹股沟管有四壁和內外二口。

前壁：由皮肤、淺筋膜和腹外斜肌腱膜构成，在其外側1/3部，尚有腹內斜肌。

后壁：由腹横筋膜及其深面的腹膜組成。其內側1/3部，尚有由腹横肌和腹內斜肌所构成的联合肌腱或称腹股沟鐮。此腱較坚韧，向內附着于腹直肌外緣和腹股沟韧带。

上壁：为腹內斜肌和腹横肌的游离下緣。

下壁：为腹股沟韧带。

外口：为腹外斜肌腱膜的皮下环，此环位于耻骨結节上外方，通常可容納一食指尖。

內口：又称腹环，为腹横筋膜上的卵圓形裂孔，位于腹股

沟韧带中点上方约1.5厘米处，腹环的内界为腹壁下动脉。

在前腹壁腹膜面观，在黑氏三角区，它的外界为腹股沟韧带，上界为腹壁下动脉，内界为腹直肌外缘。这和直疝发生有关。

在腹外斜肌腱膜深展与腹内斜肌之间，有髂腹下神经和髂腹股沟神经，后者在施行疝修补术时，往往可以看到，切勿损伤。

腹外疝

腹部疝可分为腹外疝和腹内疝两种。腹外疝甚为常见，腹外疝系脏器经腹壁缺损向身体表面突出所形成。

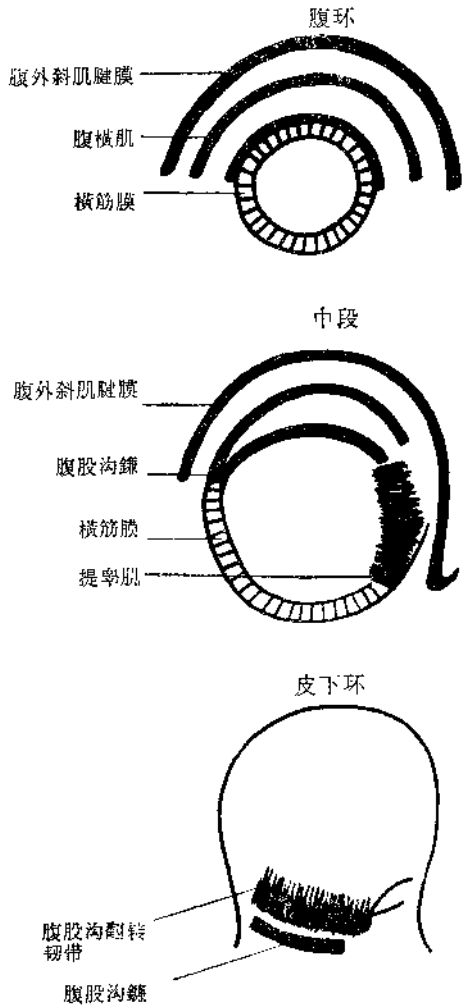


图 105　腹股沟管的不同断面

伟大領袖毛主席教导我們"**事物发展的根本原因，不是在事物的外部而是在事物的内部，在于事物内部的矛盾性。**"疝的发生主要是由于机体内部腹壁的先天或后天的存在着裂隙或肌肉、腱膜的薄弱，又由于腹内压增加（腹肌用力、慢性咳嗽、排尿困难……）的外因作用，使腹腔内容物突出腹壁而形成。

疝：有疝环、疝囊、疝内容物、疝外被盖。

疝环：疝环是腹壁肌腱缺损部分，疝囊經此突出腹腔。

疝囊：疝囊是从腹环脱出之腹膜壁层物，一般可分为疝囊頸、疝囊体、疝囊底三部分。疝囊頸：系指疝囊体与腹腔連接之狹窄部分。疝囊体：为疝囊之扩大部分。疝囊底：为疝囊的最低部分。

疝内容：内容物以腸管和大网膜为多見。

疝外被盖：为疝囊外腹壁表层組織，通常为筋膜、肌肉、皮下筋膜和皮肤。其中一部分組織往往因受压而萎縮。

分　类

（一）病理常用分类

1. 易复性疝：内容易还納入腹腔。

2. 难复性疝：为疝内容难以完全还納入腹腔。

3. 嵌頓疝：系由疝环紧张狹窄，疝内容物被絞窄不能还納所引起的血循环障碍；首先为靜脉血流受阻，局部充血、水肿，反而加重絞窄，終至动脉血流受阻，发生組織坏死。

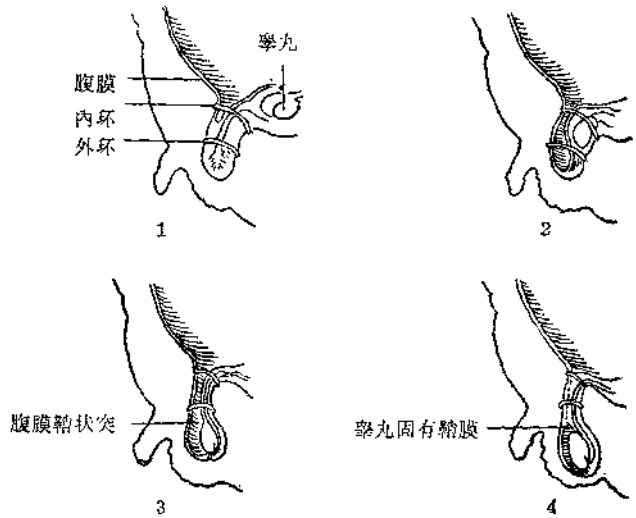
（二）临床上常根据疝发生部位分为

1. 腹股沟疝：腹股沟疝又可根据疝发生于腹壁下动脉外側或内側分为斜疝和直疝。

（1）腹股沟斜疝：多发生在男性，在胎儿发育后期，睾丸自腹膜后經腹股沟管向阴囊下降，此时腹膜亦随之向下呈漏斗形突起叫鞘状突（图106）。发育正常者，生后鞘状突已

閉鎖。如无閉鎖，多見为腸管进入鞘状突可形成疝，这种疝是先天性疝，多見嬰儿和儿童。如鞘状突完全閉鎖，由于腹股沟部有先天性缺損、腹內斜肌、腹横肌的发育不健全和因长期站立，腹內压剧烈增加（咳嗽，排尿困难，大便干燥或腹泻），年老肌肉衰退等原因，腹腔內脏也会經腹股沟管突出，这种疝是后天性疝。斜疝可經过腹股沟管进入阴囊內。

（2）腹股沟直疝：疝囊是由腹壁下动脉的內側，即黑氏三角发出。不經过腹股沟管內环，亦不进入阴囊。



1. 睾丸在腹內；　2. 睾丸进入腹股沟管內；
3. 睾丸已降到阴囊內；　4. 腹膜鞘状突閉鎖，睾丸下降完成。

图106　睾丸下降过程

2. 股疝：疝囊通过股管而突出于股部卵圓窝处的疝，称为股疝，多在老年妇女发生。股疝的內容物进入股管时，几乎垂直向下，出了卵圓窝后，折轉向前，构成銳角，容易引起嵌頓。

同时受到周围韧带的压迫，很快可发生血循环障碍，故临床上股疝嵌顿远较腹股沟斜疝为多見，可高于5—6倍。

3.臍疝（气肚臍）：嬰儿多見，腹腔脏器經臍孔突出，常因哭闹、咳嗽、便秘等后天因素而促成。

临床表現 初起时一般疝往往很少有自覚症状，甚至有的人事前不知道有疝的存在，可突然发生嵌頓方来就診。早期疝可发生肿块。在劳动、直立、咳嗽、增加腹压时肿块明显。捫診时，疝內容物为腸管时为囊性感。叩診呈鼓音，可听到腸鳴音。平臥或用手推压肿块时很快即还入腹腔——称为还納性。如果用手指放在疝的出口处，让患者咳嗽則可感到有冲击感。或将疝內容还納入腹腔后用手压迫疝环处，再让患者直立或咳嗽，則不見肿块出現。阴囊疝可用手电透照，如为疝則不透光，但需注意，在嬰幼儿疝之內容腸管壁薄亦可有透光現象。

诊断

1.在疝好发部位有弹力性肿块。

2.具有还納性，或用手指試驗有冲击感。

3.阴囊处肿块用手电透照不透光可协助診断。

4.用手捫压疝环处，疝不复出現，可根据不同部位鑒别斜疝和直疝。

鑒别诊断

1.睾丸鞘膜积液：其特点为肿块上端清楚，无与腹腔相連之蒂柄。用手电透照可見透光。

2.精索鞘膜积液：肿块位于腹股沟部，此点与疝相似。但其特点为边緣清楚，牵拉睾丸时肿块随之上下移动。

3.睾丸下降不全：睾丸可停留在腹股沟內部，与疝相似，但这一肿块边緣分界清楚，用手挤压有特殊的睾丸胀痛感。主要为阴囊內无睾丸存在。

4. 髂腰部寒性脓肿：寒性脓肿流注于腹股沟部，也可有咳嗽冲击感，与斜疝相似。但要詳細检查腰部脊柱和骶髂关节有无結核，即可鉴别。

治　疗

1. 先天性初生儿或小儿的腹股沟疝，尽量避免哭闹，減少腹压的一切因素，可用疝带或局部用胶布压迫包扎（臍疝），有时可自然治愈。2—3岁以內小儿可不急于手术，有时可自然愈合。

2. 成年人疝需手术治疗，但对合并有严重疾病或有增加腹压的患者，在原发病尚未除去之前，均应采取非手术治疗。发生嵌頓者例外。疝手术基本原則有二：疝囊高位結扎；修补薄弱部分。

腹股沟疝修补术

1. 患者取平臥位，碘酒、酒精消毒，外阴部用紅汞、酒精消毒，鋪上无菌巾。

2. 局部麻醉：可用0.5%奴佛卡因局部浸潤麻醉，首先于髂前上棘內側2—3橫指处做皮丘疹，并于阴茎根部外上方做皮丘疹。然后将針刺入至筋膜下深达肌层，沿点綫方向做浸潤麻醉。再于皮下沿实綫方向做浸潤麻醉即可。如麻醉效果不佳可补加局部浸潤麻醉。

3. 切口：于腹股沟韌带上方2—3厘米作一与之平行，长約6—8厘米长的切口，自內环上外1—2厘米处开始直达耻骨結节（图107—1）。切开皮肤、皮下組織，显露腹外斜肌腱膜、皮下环（图107—2）。順肌腱纖維方向打开腹外斜肌腱膜，此时要注意髂腹股沟神經，以免損伤。然后将腱膜上下两叶拉开，最好找到髂腹股沟神經，并拉开保护之。（图107—3）。此时暴露出精索，将提睾肌及精索外筋膜纵行切开，即可露出

位于精索前内侧呈灰白色的光滑疝囊（图107—4）。提起疝囊壁，按剖腹术方法切开疝囊（图107—5），检查疝内容物，給予还納。然后用左手食指伸入疝囊内顶住疝囊壁，右手食指裹以盐水紗布，将贴附于疝囊周围的組織及精索輕輕分开，直至疝囊頸部（图107—6）。注意勿損伤精索血管，并随时止血。疝囊已降入阴囊者，可在此处横行切断囊壁，将远側端留于阴囊中，不需剝离。近側端囊壁用血管鉗向四周牵开，自囊壁内面以中号絲綫周繞內口作烟包縫合（图107—7），注意縫合的位置，一定要在疝囊頸的根部高位結扎疝囊，在結扎烟包縫合前，应将疝内容送回。剪去残余的囊壁，如内环口很大，可将腹横筋膜縫合数針，以縮小内环至小指尖大小。注意勿損伤腹壁下动脉。最后，将疝囊的結扎綫穿过其上方的腹内斜肌和腹横肌，加以悬吊固定。

4. 疝修补方法

（1）富克森氏法

适应証　适于小儿及青少年腹股沟管后壁較强者、小型疝。

手术方法　不移动精索，将腹内斜肌、腹横肌下緣及一部分联合肌腱在精索之前縫合于腹股沟韧带上，以加强腹股沟管前壁。

（2）巴西尼氏法

适应証　适用于中型疝及青壮年。

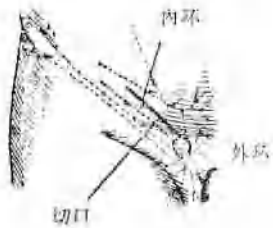
手术方法　先分离精索，用带提起（图107—8），在精索的深面将联合肌腱及腹内斜肌下緣用絲綫（中号）縫合于腹股沟韧带之内側面，共約4—5針（图107—9），各針綫暫不結扎，待縫完后依次結扎。注意縫針通过联合肌腱及腹股沟韧带时勿在同一条直綫上，以免拉裂肌纖維与韧带。穿过腹股

沟韧带时勿过深，以免伤及股血管。缝合外上端（近内环处）应为精索保留足够之通道。放回精索将腹外斜肌腱膜做结节缝合（图107—10）。新建之皮下环可通过食指实即可。最后缝合皮下組織、皮肤。

（3）馬克威氏法

适应証　复发性疝、巨大斜疝、直疝、股疝均适合此法。

手术方法　在完成疝囊高位結扎后，于腹股沟韧带中部触知股动脉搏动，其内侧即为股静脉。自此以下，沿耻骨支内緣鈍性剝离腹横筋膜，显露耻骨梳韧带，提起精索，将腹内斜肌下緣和联合肌腱縫合于耻骨梳韧带上。放回精索，在其浅面縫合腹外斜肌腱膜，皮下組織和皮肤。



1　腹股沟斜疝切口

2　显露腹外斜肌腱膜和皮下环，虚线表示切口

3　保护髂腹下神经和髂腹股沟神经

4　切开提睾肌，显露疝囊

5 切开疝囊　6 分离疝囊

7 疝囊和部包缝合　8 游离精索

9 修复后壁　10 [illegible]

图 107　腹股沟疝修补术

术后注意事项

1. 患者平卧位，局部用砂袋压迫 24 小时以防形成血肿。

2. 一般中小型疝术后卧床三天，巨大型疝卧床 7—10 天。

3. 防止咳嗽，便秘，腹泻等增加腹内压因素发生。严防感染，否则手术可能失败。

4. 出院后三个月勿做重体力劳动，如扛东西，担水等。

嵌顿疝

患者多自觉疝突然增大，疼痛，同时有腹部牵扯痛。如疝内容为肠管，可表现有急性肠梗阻症状：阵发性腹痛、腹胀、恶心、呕吐、时间长者被绞窄之肠管易坏死，局部有炎症表现。随着肠梗阻的进展，有中毒、脱水，重者可危及生命。当患者突然腹痛、恶心、呕吐，即使没有疝历史，也要检查疝的好发部位，有时可发现嵌顿疝。此种情况多见于女性老年患者的股疝。

治疗 嵌顿早期可试手法还纳复位，还纳前尽量使肌肉松弛，可用杜冷丁等镇痛药物。还纳不成功可手术治疗，行嵌顿缓解疝修补术。小儿的嵌顿疝有时嵌顿时间较长，肠管不一定发生坏死。4—12 小时之内可用非手术疗法还纳。还纳后必须严密观察，如有腹痛，出现腹膜炎或便血，可能有肠坏死，应立即开腹手术。

新针疗法 取穴：气海、关元、三阴交（双）、太冲(双)。

手术疗法 嵌顿疝手术过程与易复性疝大致相同，主要在疝囊切开后，注意疝水性质和疝内容，决定下一步处理。有三种可能：

1. 如疝内容无坏死，即可切开疝环解除嵌顿，将疝内容还纳入腹腔，高位结扎疝囊颈，再进一步作疝修补即可。如果疝内容肠管呈两个以上折曲，一定要把肠曲全拉出检查后再处

壁（图108），以防止腹腔内一段有腸管坏死而遺漏。

2. 如病內容（腸管）生存机能不能判定，可用溫盐水紗布包裹腸管，有条件同时可吸入氧气，观察 10—30 分钟，如果腸管顏色变紅，蠕动和动脉搏动恢复，即可还入腹腔进一步手术。

3. 如病內容（腸管）已确定坏死，即可做腸切除腸吻合术。再根据局部有否感染决定修补术。局部汚染或感染重的，暫不修补。

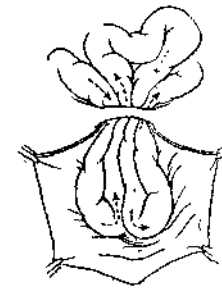


图108　逆行性嵌頓痛

嵌頓病手术要特别注意术前、术后之水电解质紊乱之处理。

第二节　单純性甲状腺肿

单純性甲状腺肿常見于高原山区地帶，故又称此病为地方性甲状腺肿，我国云貴高原，山西、陝西，宁夏等地区，以及我省也頗为流行。此病中医称之为气瘰，群众常称为粗脖子。对人民健康有广泛的影响。我們应按着伟大領袖毛主席的教导**“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。”**对此病进行妥善的預防和积极治疗。但是过去在反革命修正主义医疗路綫的毒害下，在流行区之广大貧、下中农得不到对此病之預防和治疗，仍然遭受疾病的折磨。我們今天一定要在毛主席无产阶級革命路綫指引下，把地方性甲状腺肿預防好，治疗好！

碘的缺乏为引起本病之主要原因，在缺碘时垂体前叶促

甲状腺激素增多，促使甲状腺发生肥大和增生。在高原山区的飲水和食物含碘量不足，故此病发生率高。

另一方面在青春期、妊娠、哺乳或患传染病时，身体代謝旺盛，甲状腺素需要激增，亦能使甲状腺发生代償性肥大和增生。因为产生引起甲状腺素量增高的原因是暫时的，所以甲状腺的肥大和增生显著、亦有恢复的可能。

临床上常见为两种形态

1. 弥漫性甲状腺肿，甲状腺呈均匀一致性增大，多見于青春期。

2. 結节性甲状腺肿，甲状腺內有大小不等的結节，結节周围有不甚完整之包膜。結节常見血液循环不良，发生退化性变引起囊性变，往往并发囊內出血和局部纖維化、鈣化等。

临床表現　此病多見于女性，弥漫性肿大呈馬蹄鉄形。結节性肿大，两側常不对称。其重要体征是肿大的甲状腺在下咽时随气管上下移动。此体征常可与頸部其他肿块进行鑒别。

检查甲状腺肿时，检查者站立在坐着的患者后面，将两手拇指置于患者頸后，用中、食指作捫診，囑患者做吞咽动作。这样可确定甲状腺大小、形状、硬度及其下緣与胸骨柄或鎖骨的关系。

此病甲状腺无机能上改变，基础代謝正常，但常因肿大之甲状腺压迫气管、神經和頸部血管，可出現各种症状。

1. 压迫气管，輕度有压气感，重者呼吸困难。

2. 压迫喉返神經，可引起声帶麻痺，声音嘶哑。

3. 位于胸骨后之甲状腺，可压迫頸深部大靜脉，产生头、頸部血还流障碍。

诊断与鑒别诊断

根据甲状腺肿特征　吞咽时随气管上下移动即可診断。

但位于甲状腺峡部的結节或囊肿，需与甲状舌管囊肿鉴别。

甲状舌管囊肿　为胎生时期，甲状舌管退化不全，在頸正中形成先天性囊肿（或瘘管——囊肿破溃所致）。此囊肿上端与舌根相連，故其特征为伸舌运动时，此囊肿上下移动。

预防　在流行区内，我們应遵循毛主席"**应当积极地预防和医治人民的疾病**，"的伟大教导，大量开展預防工作。

1. 碘化食盐为集体預防良好措施，每公斤食盐內加入5—10毫克碘化鉀，即可維持流行区內每人、每日所需之碘量。

2. 流行区广大人民介紹食海带类食物，預防效果良好。

3. 改善水源可根本上解决預防問題。

治疗　伟大領袖毛主席教导我們"**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。**"遵照毛主席教导，近年来解放軍开辟了新針疗法的道路，已治疗很多甲状腺肿的患者，不但減少了患者遭受手术的痛苦，而且也減輕了患者經济負担。

1. 新針疗法

取穴：（1）天突、曲池、三患穴（喉結节下2寸，气管旁）。（2）在肥大部分外1/3处，針刺进肥大实质部2—3針。

手法：强

2. "681"疗法　"681"粉0.5—1.0克，每日內服三次。

3. 碘剂疗法　年青人弥漫性甲状腺肿可用碘剂治疗，口服复方碘溶液，每日1—2滴，两周为一疗程。然后每隔3—4个月再給一疗程。口服碘化鉀，每日0.2—0.3克，疗程同上。

4. 手术疗法

适应証

（1）有压迫症状早期手术。

（2）結节性甲状腺肿有机能亢进和恶性变傾向者，应

手术治疗。

单发結节或囊肿做囊肿摘出或甲状腺部分切除，如为多发結节做次全切除术。

第三节　下肢静脉曲张

下肢靜脉曲张主要为大、小隐靜脉因血液的回流发生困难、血柱压迫靜脉壁而产生靜脉之扩大、延长和曲屈的改变（图109）。

伟大領袖毛主席教导說："**事物发展的根本原因，不是在事物的外部而是在事物的内部，**"靜脉曲张发生主要原因为先天性靜脉壁的軟弱，是全身先天性結締組織軟弱的表現之一，其次要原因是长期的站立或腹內压增加，如妊娠等。

临床表現　常見于男性中年人，站立性职业劳动者。在下肢，尤其是小腿，靜脉强度扩张、隆起、弯曲、在站立时更明显易見。

患者常有下肢沉重感、易疲乏或有隐痛。如曲张較重，站立时間长，可出現足踝部水肿。晚期小腿皮肤呈营养障碍現象：萎縮、色素沉着、脫屑，发痒，或形成溃瘍，此溃瘍頑固难愈。亦有的曲张靜脉破裂出血和出現血栓性靜脉炎表現。

检查　此病診断較易，根据临床症状即可診断，但在治疗前要充分了解：

1. 淺組靜脉以及淺深組靜脉間交通枝的瓣膜机能是否健全。

2. 深組靜脉是否通畅。因此必須做以下两种試驗：

（1）检查靜脉瓣有否損坏　囑患者平臥，抬高患肢，使曲张靜脉血液还流。此时再用止血带或手压住大隐靜脉上段

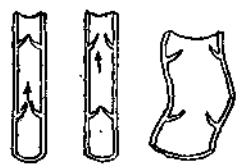
（耻骨結节下3厘米处），然后让患者站立，此时将止血带或手压迫解除，则血流立刻充滿曲张之靜脉，表示靜脉上段靜脉瓣已損坏。如果站立后不放开止血带或手，半分钟內曲张之靜脉充滿，表示深、淺靜脉間交通枝瓣膜已損坏。

（2）检查深靜脉有否阻塞　让患者站立，在大腿上1/3处用止血带压住大隐靜脉，曲张之靜脉充盈明显。然后让患者伸屈膝部10—20次。如果曲张靜脉消失、或減輕，亦无下肢胀感，則表示淺靜脉血流經深靜脉回流，說明深靜脉通暢。

治疗　下肢靜脉曲张之治疗以外科手术治疗效果为彻底。

手术治疗

1. 在大隐靜脉瓣膜有損坏，同时而深、淺靜脉間交通枝瓣膜完整，則可做大隐靜脉高位結扎术（图110），加部分切除曲张明显之靜脉。但要注意所有大隐靜脉分枝均应彻底結扎，否則易复发。



1.2. 正常靜脉瓣膜，闭鎖健全；
3. 曲张靜脉瓣膜，闭鎖不全。

图109　靜脉瓣膜机能示意图

1. 正确的方法；
2. 错误的方法。

图110　大隐靜脉高位結扎切断

2. 如果大隐靜脉瓣膜有損坏，同时深、淺交通枝靜脉瓣亦有損坏，則应将全部或分段（有交通枝靜脉段）大、小隐靜脉切除。

3. 合并有小腿顽固性慢性溃疡亦应手术治疗静脉曲张，对溃疡愈合有很大益处。

4. 手术后应早期离床活动，对防止产生静脉血栓有益处。

禁忌症　如果深組静脉有阻塞时，則禁忌手术。

第四节　血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎，祖国医学称为“脱骨疽”或十指零落。此病多見于东北地区，西北地区亦可見到，多发生在中年男性，下肢（单側）。发病可能与吸烟有关。烟碱中毒是主要的原因。

病变主要发生在中，小型动脉（脛前后动脉），早期为血管內膜增厚、血栓形成，以致血管完全閉塞。但相继又可机化有小管形成，此种病理改变在血管內为节段性。在晚期，血管周围有纖維組織的增生、硬化、把血管壁上分布的交感神經纖維网亦包埋在內，因而引起剧痛。在血管閉塞的同时又有代償性側枝循环的建立，以維持患肢营养。

临床表現　主要为血流不足所引起之缺血症状，可分三期：

一期　患肢发凉，怕冷，有麻木感和酸痛。主要的为常出現間歇性跛行、行走时突然感到小腿疼痛、抽搐，迫使患者跛行或停止行走，休息片刻疼痛乃消失，但在行走后又可发作。

二期　足趾持續性疼痛，尤以夜間为重，患者常抱患足坐着不能入睡。不能触及足背和脛后动脉。

三期　足部发生坏疽，多为干性，亦有坏死脱落，形成溃疡。

诊断　患者有間歇性跛行，足背动脉消失，除外雷諾氏

病、糖尿病、高血压和动脉硬化症即可診断。

鑒别诊断 临床上血栓閉塞性脉管炎应与以下疾病相区别：

1. 雷諾氏病 多見于年輕女性患者，只限于上肢病变并且是两側对称性。手指虽呈蒼白、青紫，但多不发生坏死，脉搏亦可触及。

2. 动脉粥样硬化 多发生于50岁以上的老年人，多有高血压，两側下肢多同时发病。X綫检查可見动脉壁內有鈣盐沉着。

3. 糖尿病性坏疽（足趾）多为湿性坏疽，患者尿中含糖，有糖尿病史。

4. 冻伤 多有冻伤史。

5. 神經疾患所引起的足趾坏死无疼痛、足背动脉搏动不減弱，并且还有神經系統症状。

治疗

1. 絕对禁止吸烟。保溫，防止外伤。多休息，病灶（齲齿等）应予清除。

2. 建立側枝循环 抬高患肢45°角2—3分钟，再垂下2—3分钟，再平臥2—3分钟，每日練习三回，每回5—6次。

3. 中葯 四妙勇安湯 元参三两 双花三两 当归二两 甘草一两 水煎服，有緩解血管痙攣和促进側枝循环作用，症状輕者常在服葯5—10剂后疼痛減輕。如足背动脉消失須服葯10—15剂，患者服葯須到足部冷、凉、酸麻感覚消失，行路困难改善，伤口愈合后方可停服。

4. 葯物治疗 目的是扩张血管，建立側枝循环。

（1）2.5%硫酸鎂溶液100毫升，每日一次靜脉注射。15次为一疗程。二周后可进行第二疗程。

（2）股动脉注射1%奴佛卡因溶液10—20毫升，每周

三次。

（3）腰交感神經节阻滞。

5.手术疗法　早期做患肢腰2．3．4交感神經节摘出，或同时切除同側腎上腺髓质，效果更为显著，約有70%患者有良好效果。

对坏死足趾保持干燥，預防感染——可用抗菌素。一般能自行脫落愈合，仅在有广泛坏死、感染或不能忍受的持續性疼痛者，可做截肢术。

附：腰交感神经节阻滞法　适用于下肢各种原因引起之血液循环障碍。

准备　阻滞前半小时肌肉注射魯米那0.1克。

姿势　患者側臥，注射側在上，膝髖关节屈曲，头頸前屈，背向后凸。

定位　先确定1—4腰椎棘突，再在每个棘突上緣向外3—4厘米外同样做出記号，此四点为注射点。

操作　消毒后于注射点做皮內麻醉，分别用8—10厘米长針作穿刺，首先与皮垂直刺入至腰椎横突。然后把針拔出少許改变方向（15—20°）刺入，使針越过横突上緣或下緣，沿椎体外側刺入3—4厘米深。此时針尖在椎体外側，即腹膜后間隙腰交感神經节部位。吸引不出血或无脊髓液即注入1%奴佛卡因溶液5—10毫升。5—10分钟后检查下肢皮肤溫度及出汗情况，并与注射前比較；皮肤溫度增高，出汗即可判定注射成功。

第五节　囊性乳腺病

囊性乳腺病又称乳腺囊性增生病，此病較常见。由于女性

激素平衡失調（可能是黃体素与雌激素的比例失調）而致乳管的囊状扩张，上皮增生和囊壁周围紅維組織增生。故有人認为囊性乳腺病为癌前期病变。

临床表現 此病多見于30—50岁妇女，常同时或相继在两側乳腺內发生多个大小不等的較硬結节，其界限不清。但与皮肤和胸肌无粘連，自覚有乳房胀痛，尤其在經期更明显。腋窩淋巴腺不肿大，有时由乳头可流出少量黃綠色，棕色或血性液体。此病病程較长，可达数年。

治 疗

1. 此病如限局于乳腺局部，可将此部切除。

2. 若病变广泛，年輕女同志，活体組織检查无恶变，可用非手术疗法（要定期复查）。

（1）寬布带托起乳房。

（2）碘化鉀0.2克，每日內服三次，有止痛作用。

（3）甲基睾丸素5—10毫克，每日內服三次。

3. 活体組織检查，上皮細胞增生活跃，或有血性分泌物可做单純乳房切除。

4. 如活体組織检查为恶性变，做乳房根治术。

第六节 胃、十二指肠溃瘍病手术治疗

胃、十二指腸溃瘍病已于內科中詳細介紹，故从略。但其在发展过程中涉及手术治疗問題，故在此节內做重点介紹。

伟大領袖毛主席教导我們“**事物的性质主要地是由取得支配地位的矛盾的主要方面所規定的。取得支配地位的矛盾的主要方面起了变化，事物的性质也就随着起变化。**”

胃、十二指腸溃瘍病当其发展到：1. 由于溃瘍瘢痕的形

成，幽門通过障碍产生幽門梗阻——瘢痕性幽門梗阻。2. 由于潰瘍浸蝕血管造成大出血——急性大出血。3. 由于潰瘍穿破胃、十二指腸壁造成消化道內容的外溢——急性穿孔。4. 由于潰瘍之恶性变——胃潰瘍恶性变。在以上情况下胃、十二指腸潰瘍就发生了质的变化，临床上称之为胃、十二指腸潰瘍病合并症。毛主席又教导我們："**不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。**"故当潰瘍病发生合并症时，已不是单純潰瘍病的內科治疗問題，往往是需要手术治疗才能解决問題。另外，在一些沒有合并症的慢性潰瘍病，經內科治疗无效者，亦需手术治疗。以下分别介紹：

一、急性穿孔(見急腹症)

二、胃、十二指肠潰疡大出血

潰瘍面渗血或小量出血并不引起临床症状，只有检查大便潛血才能发現。所謂大出血系指有明显消化道出血症状而言，主要表現为大量呕血或黑色大便，血紅蛋白有不同程度的下降。但持續性大出血可招致血容量降低，組織缺氧、循环衰竭（失血性休克），可以危及生命。

临床表現 主要为呕血、便血（黑色便）。腹痛、腹胀很少見。患者表現为失血症状：面色蒼白、出冷汗、脉快弱、血压下降。查体：腹部无体征，也可能有腹胀，上腹部可有压痛和腸音活跃。

诊断 有典型潰瘍病史，发生上消化道大出血，診断潰瘍病大出血并不困难。但在10—15%患者无潰瘍病史，此乃需要进一步与上消化道出血相鑒别，其鑒别要点参考內科部分。

治疗 潰瘍病大出血的治疗原則为止血，补充失血量和防止复发。在絕大多数的潰瘍大出血患者，經过非手术疗法，出血可自行停止，但尚有5—10%大出血患者，需手术治疗。

手术适应证

1. 出血时間很短即出現休克。

2. 若在6—8小时輸入600--800毫升血，血压、脉搏仍不好轉、或停止輸血后很快又恶化者。

3. 在近期內已有过大出血。

4. 在采用潰瘍病內科治疗过程中仍有出血者。

5. 年龄60岁以上，有动脉硬化，出血不易止血。

决定手术后，应准备充足血源，手术前需輸适量血液，以改善血压、脉搏情况，爭取在出血48小时以內手术。手术方法以胃大部切除为佳。

三、瘢痕性幽门梗阻

由于瘢痕性幽門梗阻存在，食物和胃液不能順利地通过，患者的营养和水电解质平衡发生紊乱。此种梗阻为瘢痕組織使幽門狹窄，梗阻无自然緩解希望，为手术治疗指征。

临床表現 瘢痕性幽門梗阻需与活动性潰瘍所致幽門痙攣，水肿之暫时性幽門梗阻鉴别。后者常表現为疼痛，梗阻为間歇性，呕吐重，但很少看到吐隔日食物，尤其是經过潰瘍病內科治疗（大約二十天左右）后，梗阻症状可緩解或減輕。

治疗 瘢痕幽門梗阻在手术前必須有充分准备，否則手术后易发生休克、吻合口水肿或愈合不良等并发症。准备中应着重改善营养状况及糾正脫水和碱中毒：

1. 每日应补充足够之液体和盐类：靜脉滴入氯化納溶液、氯化鉀溶液和葡萄糖溶液，如有酸中毒則补給2—4%碳酸氢納溶液。

2. 营养状态不良、血紅蛋白低下，則給予輸血。

3. 梗阻严重者，术前2—3天禁食，胃腸減压吸引，或用溫水洗胃，但要注意血压在90毫米水銀柱以下者勿洗胃。

4. 有不完全梗阻时手术前 2—3 天改为流食，手术前一天中午以后不进食，可給予 5 —10%葡萄糖溶液 1,000 毫升，靜脉滴入。

5. 手术当日晨放入胃腸減压管，留置胃內。

手术以胃大部切除为佳。如为十二指腸潰瘍，潰瘍瘢痕不易切除者，可采用遮断切除，效果亦很良好。在胃酸低下之老年患者，全身状态不良，亦可做胃空腸吻合术，可获得滿意效果。

四、胃潰疡恶变

十二指腸潰瘍一般不发生恶变，胃潰瘍則可以发生之。根据以下各点需注意胃潰瘍恶变。

1. 年龄在40岁以上之潰瘍，应警惕潰瘍为恶变之可能。

2. 潰瘍症状由間歇性轉变为持續性，而逐漸加重。

3. 全身情况迅速恶化，又无幽門梗阻或大出血之病例更应注意。

4. 大便潜血持續阳性，尤其在控制飲食后仍为阳性者。

5. 胃酸低下。

6. 在以上各种情况仍不能确定时，可用严格潰瘍疗法治疗 3—4 星期，症状不減輕、不消失，应考虑为恶变。

根据以上各点，綜合考虑胃潰瘍恶变可能性大，即应施行手术治疗。因为即使是良性潰瘍，非手术疗法已証明无效，如为恶变則不致再延誤治疗时期。潰瘍的恶变者应按胃癌治疗，扩大切除范围（如胃淋巴結、大网膜切除等），手术效果比原发胃癌为佳。

对无合并症之胃、十二指腸潰瘍手术治疗适应証的选择：

1. 潰瘍病史长，发作頻繁影响工作与学习。

2. 經过內科治疗效果不佳。

3.既往有潰瘍出血、穿孔，而潰瘍仍为活动。

手术治疗目的与内科治疗相同；即解除潰瘍症状，促进潰瘍愈合和防止潰瘍复发。

目前行之有效的潰瘍病手术治疗是胃大部切除术，即将胃的远端2/3或3/4切除，包括幽門及十二指腸球部一部分，然后将胃切断之断端吻合于十二指腸断端或空腸。

第七节　痔

痔是肛門直腸的痔靜脉（包括直腸上靜脉，直腸下靜脉肛管靜脉）发生扩大曲张，形成一个或多个小結节——痔核。位于齿状綫以上，表面复以粘膜的痔核称为內痔；位于齿状綫以下，表面复以皮肤的痔核称为外痔。同时有內外痔存在称为混合痔（参閱中医图3—1）。

伟大領袖毛主席教导我們："**外因是变化的条件，內因是变化的根据，外因通过內因而起作用。**"痔的发生主要为靜脉壁薄弱，失去正常的弹性，对压力的抵抗力減低所致。其外因是由于便秘、妊娠或其他增加腹內压因素，造成痔靜脉充血，血液郁积，靜脉內压力增高。

痔发生青壮年較多，男性多于女性，孕妇多見，小儿少見。

临床表現

內痔　常表現为直腸下端，右前方、右后方和左方三处突出圓形柔軟結节（母痔），一般无何自覚症状。主要为便后滴鮮血，大便干燥时痔核易受損伤更易出血，血量由数毫升到数百毫升不等，經常出血可使患者陷于严重貧血。內痔可随排便脫出肛門外，可自行回縮，久之則須用手托回，有的脫出肛門外，被肛門括約肌勒住，产生痔核嵌頓，亦可造成发炎坏

死。肛門鏡检查可見到一个或多个紫紅色內痔結节。

外痔　一般无何症状，但发炎肿胀或栓塞时产生剧烈疼痛。反复发炎，血栓机化，扩张血管閉塞，在局部仅遺有一小皮垂。外痔不便血。

混合痔：兼有內外痔的症状。

治　疗

1. 患者每天养成定时大便之习慣，为防止便秘，可多吃蔬菜，早晨喝适量白开水，少吃辛辣食物。

2. 便秘时可服緩泻剂。

（1）双醋酚酊10毫升，睡前口服一次。

（2）液体石腊油或蓖麻油10毫升口服。

3. 如痔发炎时可用消炎剂，坐浴（溫水加过錳酸鉀粉少許或用2%来苏水），大便后或每天1—2次。

4. 內痔出血可服槐角丸，每次一丸，一日二次。

5. 可用坐葯栓，塞入肛門內（甘油坐葯、白菱坐葯、阿奈司台辛坐葯）。

6. 枯痔疗法

适应証　內痔脫出肛門外須用手还納始能复位的內痔，脫出程度愈重愈适合，嵌頓內痔或痔表面有潰烂亦不禁忌。

方法　将枯痔散調成糊状敷于痔核上，痔周圍皮肤用軟皮紙保护，防止健康皮肤被腐蝕。每天1—2次，直至痔核发黑坏死脫落为止。

7. 手术疗法

（1）痔結节切除术　适用单发內痔，最多不超过三个。

操作，用止血鉗呈放射方向将痔結节基底部鉗住，切除表面之痔結节，后将粘膜縫合（可用腸綫連續縫合）。手术中須注意止血，术后坐浴。

（2）克罗氏法痔环切术

适应証　环形内外混合痔。

姿位　俯臥位，两腿下垂，臀部抬起，上身稍低于臀。耻骨部和上胸部垫一軟枕，膝关节下亦垫以一軟枕垫，这样病人睡着比較舒适，无呼吸困难。

手术野准备

①用胶布把臀部向两旁分开，使肛門有良好暴露。

②用紅汞及酒精消毒手术区的皮肤。

③放一消毒治疗巾做成的球于肛門下端两腿之間。复盖治疗巾及腹单。

切口　在皮肤粘膜交界处以上1厘米地方作环形切口。

特殊器械　肛門鏡、窺肛器，一套克罗氏軟木塞，大头針。

手术步驟

①扩大肛門括約肌，手指上涂石蜡油后伸入肛門扩张。

②用軟木塞（涂石蜡油）放入肛道。

③将軟木塞稍拉出后即可見上面附有环状痔核。

④继之递給大头針，用持針器或环針夾住，把痔固定于軟木塞上，釘滿一圈。

⑤在皮肤粘膜交界处以上1厘米地方用刀切开粘膜，如有出血点，可用蚊式弯鉗止血，細綫結扎。

⑥环切粘膜下之曲张靜脉和部分过多之粘膜，用"OO"号羊腸綫小弯圓針間断縫合两层粘膜。

⑦用凡士林紗布包于粗橡皮管上，塞入肛門以止血，排气。

⑧放上紗布，棉垫，用人字形胶布固定伤口，并用四头帶包扎，橡皮管之下端置一安全別針，以防滑入肛道。

（3）外痔可行痔結节切除縫合，或于外痔基底部单純

結扎，待3—4天后坏死脱落即可治愈。

（4）血栓性外痔——手术取栓子。

局麻　在痔核外侧，用細針向皮肤、继之向痔核周围及基底部順次注药，使之完全无痛。

操作　在外痔核之頂部，用小尖刀切开（切开方向通常对肛門呈放射状），即可看見呈暗黑色的已生血栓的痔結节。用弯剪刀插入創內，分开粘連部分，使外痔內容脱出或压迫挤出或用鋭匙取出栓子，无出血时，切口縫合一針。

第八节　肛门瘘

肛門直腸周围的組織因感染而发生脓肿叫肛門周围脓肿。当肛門周围脓肿处理不当，残留經久不愈的瘘管叫肛門瘘。肛門瘘最常見的为內外瘘（图111），即有兩个瘘口，一般肛門瘘內口仅有一个，而且最常見的部位为齿状綫后方正中处，其次为前方正中处。外口位于肛門周围皮肤，距肛緣远近不等。按着原来肛周围脓肿的部位不同，瘘管与肛門括約肌有各种不同的关系。这种关系对手术治疗有一定重要意义，最多見的为瘘管位于外括約肌深部，內括約肌之淺面（約占87%左右），其余13%則通过或位于內括約肌之上。如損伤內括約肌时，則造成肛門失禁。

临床症状　起病为肛門周围感染症状，以后形成經久不愈之瘘。其外口常流脓性物、粪水，間有气体从小口排出。經常出現是外口长死，其內又潰脓，局部紅、肿、热、痛，脓汁重新由外口排出，局部炎症消退，如此反复交替，經久不愈。检查时，于肛門周围可見瘘口呈隆起之乳头状。自瘘口至肛門皮下常可捫到一硬索条状物。肛門指診：可发現瘘內口部位有

輕压痛和硬結，亦可用探針探得瘻管之內口。

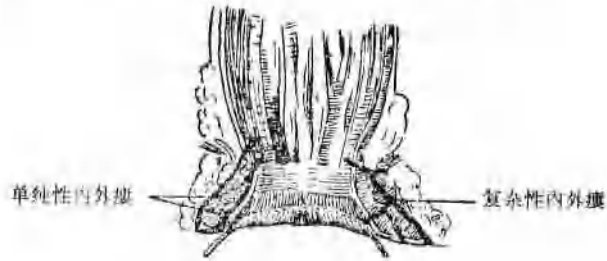


图114 肛瘻示意图

治疗 肛門瘻的治疗，近年来由于中西医結合，尤其祖国医学中之挂綫疗法治疗肛門瘻取得了巨大的疗效，此方法簡便易行，疗效好，深受欢迎，下面介紹：

1. 挂綫疗法

适应証 单发距肛緣3厘米內的肛瘻可用挂綫疗法。但必須局部无急性炎症。有时距肛緣远的（超过3厘米）肛瘻，可先行瘻道切开，后挂綫，外口多的可切除多个外瘻口，近內口时可挂綫。

手术步驟 肛門会陰部用紅汞、酒精消毒，盖无菌巾，以0.5%—1%奴佛卡因局麻下用細探針从外口向內探入，用手指从肛門內将探針經內口从肛門拉出至肛門外（图112—1），将胶皮筋穿过探針头上的孔并扎紧（图112—2），再将探針退回拉出肛門外（图112—3），将胶皮筋勒紧結扎（112—4）。术后三天复查，如果发現胶皮筋松，可紧綫結扎，10天左右瘻管被勒开，同时嘱持溫水坐浴，經三周左右瘻即能愈合。

2. 在急性感染发作期应臥床休息，給予抗感染药物和溫水坐浴，必要时切开引流，待急性炎症消退后再行根治手术或

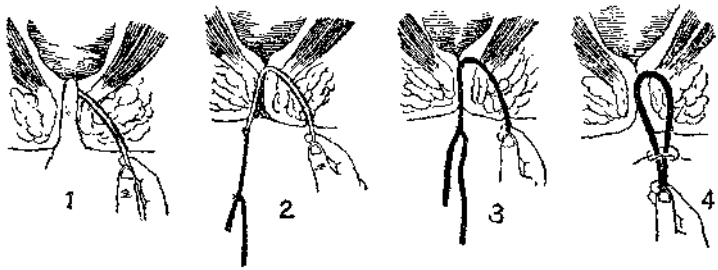


图112　肛瘘挂綫疗法

挂綫疗法。

3. 肛門瘘切开，切除术

肛瘘手术治疗原則是将瘘管全部切开，必要时将瘘管周围瘢痕組織同时切除。使引流通暢，伤口逐漸愈合。其关鍵在于正确地找到内口的部位，并将内口切开或切除，否則感染入口仍然存在，伤口不能愈合，瘘必复发。手术效果好坏另一关鍵为伤口的愈合必須从基底部开始，防止伤口表面过早愈合，否則瘘管又可以形成。以下介紹两种手术方法：

（1）瘘管切开术：可在局部麻醉下沿瘘管走行从外口一直切至内口，切开后将瘘管瘢痕搔爬，不予縫合，术后溫水坐浴，伤口用紗布填塞，使从基底逐漸生长肉芽，慢慢即可愈合。

（2）如局部炎症不重的簡单瘘，可在局部麻醉下瘘管剜出后縫合創口。具体操作：首先向瘘管內注入龙胆紫，由外口开始沿瘘管壁剔除瘘管，直至内口并将内口一并切除。局部創口清拭后，縫合粘膜，再逐层縫合消灭死腔，皮肤一期縫合。消毒后用无菌敷料包扎。

第九节　直肠息肉

直肠息肉多位于直肠下段，多见于儿童。息肉多为带蒂的圆形或卵圆形光滑肿物（图113），质软而易碎。常为单发，但亦有多发位于直肠和结肠内。息肉表面可以破溃出血。

临床症状和诊断　直肠息肉最多见的症状为排便后有鲜血，不与粪便相混，有时家人可发现排便时，有紅色肉样物脱出肛外。

在诊断上须与其他的肛門出血鉴别。在儿童有肛門便血症状都应想到息肉，进一步做肛門指诊，可触及息肉即可确诊。如尚不能确定，直肠鏡检查可协助确定诊断或鉴别其他出血疾患，同时亦能确定有无多发息肉存在。

在成人，如发现有直肠息肉，应全面詳細检查直肠或乙状結腸，是否为多发或癌合并存在。有必要时做钡灌腸透視检查。

治疗　直肠息肉患者，应及早施行息肉切除术。直肠下端带蒂息肉可自行脱出肛門者，不用麻醉即可切除。如果不能自行脱出可在麻醉下拉出肛門給予切除。切除方法：先用一止血鉗夾住蒂根部，再在近位端用絲綫結扎（或貫穿縫合結扎），然后在止血鉗远位端切除息肉。

图113　直肠息肉

对低位带蒂息肉，亦可用手指勾住息肉，在蒂与息肉相接处捏断，出血的可能性不大，但要在术后观察一段时間。如无出血再囑患者回去。

息肉位显較高或多发息肉者，应做开腹手术切除。

第十节　睾丸鞘膜积液

鞘膜来自腹膜的一部分，其分泌与吸收的功能失調时，可引起积液（图114）。一般分为原发性与继发性两种。前者原因尚不明了。后者可因睾丸、附睾炎症、肿瘤而引起。

临床表现　患側阴囊逐漸增大，无痛，时有下墜感。肿物呈卵圓形，表面平滑，有波动。可透过光亮，不能压縮是为特点。

治疗　乳幼儿少量积液，不必急于治疗。如果逐漸增大者可行穿刺吸引。反复几次多能自愈。成人則宜手术处理，穿刺排液只为暫时措施不能根治。但液体排出后便于检查睾丸、附睾。通过检查液体的性状，以便决定进一步的治疗。如草黃色透明者多为原发性积液。如有乳糜应当想到絲虫病。如有血性可能继发于睾丸肿瘤。

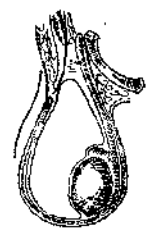


图114　鞘膜积液

积液吸出后，向鞘膜囊內試行注入某些葯物（如氯化醋酸考地松龙0.5毫升），但疗效不甚肯定。

睾丸鞘膜积液根治术(图 115)：

麻醉　选用局麻或腰麻。

局部消毒不可用碘酒，因可使阴囊皮肤严重发炎。

手术步驟　在阴囊前面作切口（图115—1）。切开皮肤、肉膜、及提睾肌膜，露出下面的睾丸鞘膜壁层，此为积液鞘膜之前壁（图115—2）。将整个鞘膜囊連同精索一并自周围分离（图115—3），或先鉗夹囊壁将其中液体抽出(图115—4)。剪开囊壁(图115—5)。将囊壁翻轉于睾丸及精索之后，使浆

膜面朝向外(图115—6)。或将囊壁铺展开，剪去其多余部分(图115—7)，然后翻盖于精索上(图115—8)。用細絲綫間断或連續縫合囊壁(图115—9)，并确实結扎囊壁創緣上的出血点。将睾丸及精索放回阴囊內（图115—10）。将睾丸下极用一針絲綫固定于阴囊底部。肉膜用間断縫合。切口下端可置一胶皮膜引流。最后縫合皮肤而术終（图115—11）。

本手术在于将浆膜面朝向外，而使液体无处存儲，浆膜再有分泌則通过皮下而吸收，以此法来达到根治的目的。但此处血管較多，故須确实止血，以免由积液換来血肿。术后如能冷敷或加压包扎一天則更好。如果鞘膜囊通向肤腔，其处理与痘相同。对于继发性者，必須治疗原发病。

1.阴囊皮肤切口

2.阴囊逐层切开

3.剝离肉膜

4.吸引排液

5.切开鞘膜

6.翻转鞘膜

7. 剪破鞘膜

8. 鞘膜翻过睾丸精索背后

9. 缝合囊壁

10. 睾丸送入阴囊

11. 缝合阴囊切口

图 115　睾丸鞘膜积液根治术

第十一节　包茎与嵌顿包茎

阴茎包皮开口过小过紧，不能上翻，致龟头不能外露出来的叫做包茎。因不得清洗有包皮垢的积存，常可发生包皮龟头炎。有的由于反复感染而使尿道外口缩小，致产生尿路梗阻，影响排尿；有的形成包皮龟头粘连。包茎有时是小儿遗尿症的病因之一，又是晚年促成阴茎癌的重要因素。从预防阴茎癌的观点出发，及早行包皮环切术是十分必要的。

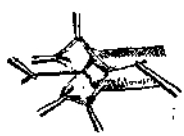
如果对包茎患者，当把包皮翻转到龟头后，若不立即使其复原时，即可由此包皮口形成一个勒紧的环，引起循环障碍。

使龟头肿胀、冠状沟加深、嵌顿远端之包皮极度水肿，是为嵌顿包茎，故须紧急处理。

一、包皮环切术(图 116)

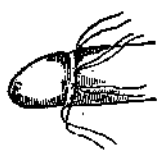
麻醉　局麻。

手术步骤　用四把蚊式止血鉗夹着包皮口的两侧并拉向前方(图116—1)。用直剪先作背部切开，直剪至离冠状沟0.5厘米处(图116—2)。同样在腹侧作一直切开，切至距离系带約0.5厘米处。如此就形成左右两侧皮瓣。切口根处各置一縫綫用作牵引，用弯剪沿冠状沟剪去多余的皮瓣，創面上出血点皆用細綫确实結扎。在牵引綫的两侧，把皮肤創緣对齐縫合。縫綫縫头勿留得太短，以防綫头被埋沒于血痂及浮肿之皮面中；不利于日后拆綫。最好留下几条长縫綫(图116—3)，用以結扎环形包繞为保护伤口的凡士林紗布条(图116—4)，固定敷料时宜露出龟头。



1. 切开包皮

2. 剪裁包皮



3. 涂油紗条用的結扎线

4. 包扎凡士林油紗条

图 116　包皮环切术

注意事项

1. 防止血肿的发生　因为此处小血管多，故创面上出血点皆需严密止血。如处理包皮系带时，应多留出一些，以免伤及其中的血管。如处理包皮与龟头之广泛粘連时，应贴近包皮予以鈍性剝离，免伤及龟头。对成年人术后給鎮靜葯物，以防因勃起而引起血肿。

2. 包皮切除的长度要适当　留得太长将仍包着龟头。留得太短（尤其是系带）則可能影响勃起。最好术后包皮松弛地留在冠状沟处。

3. 防治感染　包皮手术后时有水肿，但可自行消退。术后注意勿使伤口污染。每次排尿前如用一无底的玻璃試管，管口对准尿道外口，如此排尿就可免得尿液沾污。若一旦发生感染可以早日拆縫。正常愈合約5—7天。

4. 如发現尿道外口过小，宜在环切术时成形。須切开尿道至舟状窝部，粘膜外翻縫于皮肤上。

二、嵌頓包茎早期手法复位

用两手之食指及中指夾住包皮，向前牽拉；两大拇指将龟头向里推挤。或用一手握起阴茎，用另手拇指将龟头推縮之。

如果复位前在龟头与包皮之上涂以軟膏、油类，使之滑潤；或在局部消毒后，向包皮水肿处用針刺成多数小孔，挤出滲液，水肿迅速消退，則更易于复位。

三、阴茎背部切开术(图 117)

适用于嵌頓包茎之晚期。纵切横縫以解除嵌頓。其法为位于阴茎背側，包皮环行絞窄与水肿交界处，作纵行切开（图117—1），一定要深达皮下組織，以便打开紧勒之环。

包皮复位后，可横行縫合（图117—2）。注意此时作切口宁稍长切勿短小，以达到縫合后包皮即可翻轉自如为度。

若局部感染严重者，仅作切口上的止血，皮肤可不縫合，暫任其开放，以后再作环切术。

1. 纵切口　　2. 横縫合　　3. 嵌頓包茎复位

图 117　阴茎背部切开术

第十二节　尿潴留

膀胱为尿液所充滿，而不能排出时叫尿潴留。因中枢神經系統疾病或脊髓神經損伤所引起的尿潴留，称之为神經性尿潴留。因尿道、前列腺、肛門等处疼痛，腰痲后或瘧病所致之尿潴留为反射性尿潴留。尿道狹窄、膀胱、尿道結石，前列腺肥大症等梗阻原因所引起的尿潴留为机械性尿潴留。

临床表現　急性尿潴留时，患者有强烈之尿意，但不能排出或仅点滴排尿，由于膀胱陣发之收縮而产生疼痛，暫时平息后又重复，患者惊惶不安，輾轉而呻吟。为了排尿而采取各种体位（蹲跪、蹦跳），紧握阴茎或挤按膀区，但皆无效。

查体　下腹正中可見一隆起肿物，呈弹性，上界清楚，下界于耻骨上，叩之发实。

诊断　尿潴留的診断并不困难。如对儿童之尿潴留应多考虑膀胱、尿道結石，或包茎的存在。青壯年則应詢問有无尿道外伤或炎症病史；老年男性患者应进行直腸指診，了解前列腺的情况。但因膀胱一經过度胀滿，常使其肌肉收縮无力，难于复原，与其追查病原，勿宁急于解决排尿問題。正如祖国医学所提示"急則治其标，緩則治其本"的医則，而对原病的

診治可置于第二位。

治疗 反射性尿潴留可行針灸疗法，如取穴气海、关元、中极、三阴交。若針灸效果不明显，可行导尿。經針灸或导尿后常能迅速恢复正常之排尿。神經性尿潴留应留置导尿，以便在排尿功能未恢复之前，尽力預防膀胱过度的充胀，并进行对神經系統疾病的診治。留置导尿管一般用16号以下的导管，以免长期留置过粗的导尿管而发生压迫性溃瘍。导管可每周更換一次。梗阻性尿潴留則根据不同的病情和技术条件分别处理。如为尿道損伤所致之尿潴留，在导尿不成功时，可行膀胱穿刺，之后再进一步手术处理。

无論导尿、穿刺或穿刺造瘻术，均应注意无菌操作的原則。留置导尿者須大力防治感染，以避免上部尿路或男性生殖系統发炎。留置导尿期間，可稍多喝水以利尿。有条件者最好进行膀胱冲洗。用1/5,000呋喃西林液或高錳酸鉀液或3—5%硼酸液均可，按微溫、低压、少量（每次30—50毫升）反复注入的方法，每天洗一两次。

膀胱穿刺术 在急性尿潴留时，因导尿失敗或尿道炎症、結石不适于导尿、而膀胱造瘻术不适用或不能施行时，为了暫时解除患者痛苦，可采用膀胱穿刺术。

膀胱为腹膜外器官，位于耻骨联合之后方。膀胱胀滿时，腹膜反折被推起向上，膀胱前壁即突出于耻骨联合上方，与下腹前壁貼近。故刺入点选择此处。

术前准备

1. 穿刺前应确定膀胱之浊音界。

2. 耻骨联合之上方剃毛、清洗、消毒、鋪孔巾。

操 作

1. 于下腹正中耻骨联合上約2厘米处行局部麻醉。

2. 用穿刺針刺入，当針通过腹壁刺入膀胱后有一种落空感，此时将針再深入2—3厘米，尿液即可涌出。

3. 抽尽尿液之后，迅速拔出穿刺針。針眼消毒后，貼一小块粘膏即妥。

注意事項

1. 刺入点不应太高，以防刺入腹腔。

2. 穿刺方向应垂直，不应过深。否則有可能随着膀胱縮小而刺伤对側膀壁。

膀胱穿刺造瘻术　操作过程基本同于膀胱穿刺术。使用器械为代套管之穿刺針。刺入点上先作0.5厘米皮肤切口，以便粗套管針能够穿通腹壁。进入膀胱后拔出針芯，套管內插入比套管稍細的导尿管或塑料管（前端可剪两个側孔）。拔出套管，保留导管。皮肤切口縫合一針，并用此縫綫固定导尿管，以免滑脫。

导管一般皆較細（8—10号F）易为脓血堵塞，应常冲洗。初次換管应待两周后，瘻管周围形成肉芽，有时在导尿管拔出后即自行封口。故更換时宜准备妥当，旧的拔出随即将新的导尿管插入。

第十三节　膀胱结石

关于尿路結石在祖国医学里有許多遺产，正待发揚。此病在我国分布較广，其中以山东、广东、安徽等地区发病較高。主要見于男性，犹以儿童居多，女性甚少。膀石之病因尚不清楚，但膀石形成往往和膀內尿液长期的停留及感染有关。及时治疗尿道梗阻（如尿道狹窄、老年人的前列腺肥大症等），可防止結石的形成。此外，在行膀胱手术时，如果誤将縫綫穿透

粘膜，則此縫綫即可构成結石的核心，所以我們每一針、一綫，每个行动，都要向人民負責，不容这样的結石发生。

临床表現 主要有疼痛，排尿困难及血尿。

結石在膀胱內窜动，不时形成阻塞而引起排尿困难。往往正在排尿时，尿綫突然中断。必須頓足体动才能继續排尿，有时刚刚排出則又間断，且伴有排尿时刷痛，时可放散到阴茎或会阴。小儿最为痛苦，每排尿时必哭叫，或牵拉阴茎或揉捏小腹，用力排之尿乃滴出，却难排尽，且終末有血。常易合并感染，使症状加重。

膀石患者因頻加腹压，可引起痲气或脫肛。

诊断 根据以上症状，多可想到膀石。如用金屬导尿管經尿道插入膀內，可触到結石感。用放射綫检查，一般都能显影；有时膀石是从上部尿路进入膀內而增大的，故也应詳查上部尿路。膀石确診并不困难，但应致力于寻找原因（如梗阻、肿瘤、感染等），处理原病。

治疗 一般采用耻骨上切开膀胱取石的方法（結石直径小于1厘米的有自行排出的机会）。其法仿膀胱高位造瘻术。术中尽量探查膀內有无并发病变，以便根除形成膀石的因素。取石后注意縫合膀壁，并作膀胱前区引流。尿道內留置导尿数日。

第十四节 尿道結石

尿道結石一般来自膀內，結石冲入尿道后，易停留于尿道前列腺部、球部及舟状窩部。有排尿困难及疼痛，即可診断之，前部尿道結石都可触診确定。多見于小儿，常須紧急处理。

治　疗

1. 向尿道内注入甘油、液体石腊之类使其滑润，或用尿道探扩张尿道，使自行排出。但不易成功。

2. 尿道外口附近之結石，可用镊子夹出，或将尿道口向下切开取出。

3. 后部尿道之結石，可用金属导尿管推回膀胱内，再行膀胱切开取石术。

4. 嵌頓于尿道球部之結石，不能推回者，可自会阴切开尿道取出。球部尿道較为开敞，常規的处理方法是纵的切开，横行縫合，因为这样，不致引起术后更多的瘢痕狹窄。术后尿道内可放导管留置数日。如去掉导管后，創口有些漏尿，只要前部尿道无梗阻，多可自行閉合。

第十五节　前列腺肥大症

临床表現　一般見之于老年。虽然50岁以上的多有前列腺肥大，但无梗阻症状者，就不需要治疗。往往由于某种誘因（如着凉、便秘、长途旅行、飲酒等）而引起急性尿潴留，才引起注意。詳細詢問病史，都早就有尿頻（尤其夜間显著）、排尿时費力、尿流緩慢、尿綫細、射程短以及不能将尿完全排空等症状。其中剩余尿量越多，說明膀胱受累也越重。逐步发展乃至膀胱失去收縮力，而发生尿潴留，甚至形成淋漓溢出，是为假性尿失禁。

由于长期膀胱梗阻，可影响到上部尿路，引起两側腎积液，出現疲倦的昏眩、缺乏食欲，口干、煩渴、恶心、貧血等慢性尿中毒之症状。在梗阻的基础上、感染、結石又可互为因果，使症状复杂而严重。实际工作中，应常想到老年人这一常遇

的多发病，切勿混淆于其中某一症状，而只对症处理。

前列腺肥大症的主要体征，是直腸指診可触到前列腺增大、表面平滑，按之均等，弹力性硬，无硬結和触痛，特点是中間沟消失。偶尔有肿大的腺体突入膀胱內，則指診不易发現其增大。

治　疗（急者治其标，緩者治其本）。

有急性尿潴留时，立即导尿。在严密消毒的情况下，先使用胶皮导尿管。勿用金屬导尿管，以防刺伤尿道。如果导尿不成功，可行膀胱穿刺法排尿。或应用套管針穿刺后，留置导尿，或行膀胱造口术。直到正常排尿之前，用导尿管来維持。导尿管可于1—2周更換一次。有条件时，应每日洗滌膀胱。

药物治疗　乙烯雌酚，每天2—5毫克。約需一个月达到女性化（乳暈异常着色，乳房胀痛）为止。可使腺体細胞萎縮。伴有感染者，用抗菌素消炎。祖国医学中"癃閉"可能包括了前列腺肥大症。常用的方剂为八正散。辯症加減有較好的效果。湯头如下：

八正木通与車前，扁蓄大黄滑石研，

草梢瞿麦兼梔子，煎加灯卓痛淋闢。

上为一付各味药2—3錢。

前列腺肥大症均系老年，选择手术的病例，必須严格慎重。除全身情况外对心脏、血管及肾脏功能，尤須詳尽了解。

第十六节　尿道肉阜

尿道肉阜在女性是常見的一种良性肿瘤，多长在尿道內口后壁，形成息肉样增殖。呈暗紅色。基底有大有小，有的带蒂，表面有乳头瘤、血管瘤、外观为肉芽肿样。一般都是单发

的，豆大或小指头大，自尿道口突出，經絕期前后发病率最高。病原尚不明了，可能与慢性炎症有关。

尿道肉阜常見的症状有敏感、出血。有的还可以有尿頻、尿急、尿痛、排尿困难等。

治疗 完全切除肿物。为防止出血及再发，可烙焦基底，并短期內复查。切除的病变，宜行病理检查以免忽略了癌的診断。

第十七节 隐睾症

睾丸的胚芽最初形成于腰部，随胎儿发育，睾丸沿一定的径路，逐漸下降到阴囊（見743頁、图106）。在下降过程中，可因某种因素停留于腹內、腹股沟管中或腹股沟管外口附近等异常的位置上，而未进入阴囊者統称为隐睾。可見之于一侧或双侧。隐睾是沒有症状的。生来阴囊空虛即可确診。此种位置异常，往往影响睾丸本身的发育和精子的产生。且易有日后恶性变而引起睾丸肿瘤，可能多并发腹股沟疝。

治疗 隐睾的主要疗法是睾丸固定术。隐睾于皮下环者，尤可試行。手术时机的选择应以八、九岁时为宜。手术的作法是将睾丸及精索，自周圍的粘連中剝离出来，牵引精索血管，如果不短，就可以把睾丸置于阴囊的底部，預以固定。为防止精索及睾丸回縮，通常将縫在睾丸下极附近組織上的縫綫，經阴囊的底部穿出皮外，并将此縫綫用胶布固定于大腿上。术后患者照常活动，以利精索伸展延长。縫綫可于两周左右拆除。如果經探查不能把睾丸固定于最适的位置，似可原地放于观察，以发揮其男性內分泌的作用。如系成人可考虑一側睾丸切除。伴有疝者，須同时作疝修补术。

第十八节　骨骼运动系统临床检查法

骨骼系統的临床检查法是为工农兵服务的最基本的診察手段，是临床外科医生必須掌握的。伟大領袖毛主席教导我們："**指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。**""**我们不但要提出任务、而且要解决完成任务的方法问题。我们的任务是过河，但是沒有桥或沒有船就不能过。不解决桥或船的问題，过河就是一句空话。不解决方法问題，任务也只是瞎说一顿。**"**世界上怕就怕"认真"二字，共产党就最讲"认真"**。所以一个正确的治疗来源于一个正确的診断，一个正确的診断来源于一个周密的检查。認眞負責、实事求是地做好检查工作是每个医生必須做到的。

一般原則

1. 充分暴露：患者可穿短褲。
2. 动靜結合的观查（走、坐、臥、起）。
3. 周身与局部并重。
4. 按一定順序有条不紊地进行。
5. 迅速准确、实事求是、切忌暗示与主观臆断。
6. 左右对比必須条件相同。
7. 动作輕柔，严禁粗暴。
8. 对紧急重危患者，应边检查边抢救。

一般方法

1. 望　診

（1）望形态方面的改变　如肢体长短、粗細、变形情

况；

（2）望机能方面的改变　如步态(跛行、摇摆)，关节活动情况，脱衣服姿势等。

2. 触诊　压、叩痛、肌肉张力、骨骼变形情况。

3. 测量　肢体长短、粗細和关节活动范围。

（1）上肢长度　肩峰——肱骨外上髁——中指尖。

上臂　肩峰——肱骨外上髁。

前臂（尺骨）尺骨鹰咀——尺骨小头。

（2）下肢长度　髂前上棘——髌骨中点和内踝。

大腿　股骨大粗隆——膝外侧間隙。

小腿　膝内侧間隙——内踝。

（3）周径　先于預測肢体表面取一定距离做記号，然后于記号处測周径（松紧合适，两侧肢体摆在对称位置）（測量位置最好选择肌腹位置）。

（4）角度　将角度尺两臂与預測关节上下重合，角度尺軸对准关节軸心，然后記下角度尺指出的角度即可。

4. 各部位常用的体征检查

（1）肩胛带（肩、肘、腕关节活动范围見图 118, 119）

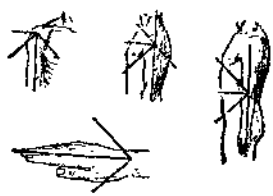


图 118　肩、肘、腕活动范围

1. 内旋：手背由腰向上可到肩胛间。
2. 外旋：手由头颈向下可到肩胛间。

图 119　肩内外旋范围

①鎖骨　全身在皮下均可捫到。

②肩三角　肩峰、喙突、肱骨大結节，此三点正常成等腰三角形，肩关节脫位时此三角破坏。

③直尺試驗　肘屈曲90度，用直尺靠于上臂，下面靠紧肱骨外上踝，上面正常人靠不着肩峰，如靠着肩峰說明肩关节有脫位。

④方肩　正常肩部外形是圓的，肩脫位时肱骨头脫于前下使肩峰突出，故成方肩。

⑤杜加氏征　正常人上臂內收屈肘靠于胸壁，手可搭到对側肩上，肩关节脫位患者搭不到对側肩上，为阳性。

（2）肘关节　活动范围伸180°，屈到30°。

①肘后三角　肱骨內上髁、外上髁、尺骨鷹咀三点，正常人屈肘时成一等腰三角形，伸肘时成一直綫。肘关节脫位，髁部骨折移位时，此三角与直綫均有变化。

②弹拨肘　当肘后脫位时，肘呈90度屈曲位，既不能再屈，也不能再伸，呈弹力性固定，肘后鷹咀上方空虛。

③肘外偏角　正常人伸肘时上臂与前臂之延长綫交角成10—15°，小于此角为肘內翻，大于此角为肘外翻。此角又名为携带角（即有此角度便于提物）。

④肘后窝　伸肘时于肘后可見一凹窝，于此窝可捫到橈骨小头，当橈骨有骨折或脫位时有参考意义。

（3）前臂

①尺骨全长可在皮下捫到，橈骨远側三分之一在皮下可捫到。

②尺橈上下关节功能为旋轉前臂，其范围为180°（即旋前90°，旋后90°）。

（4）腕关节

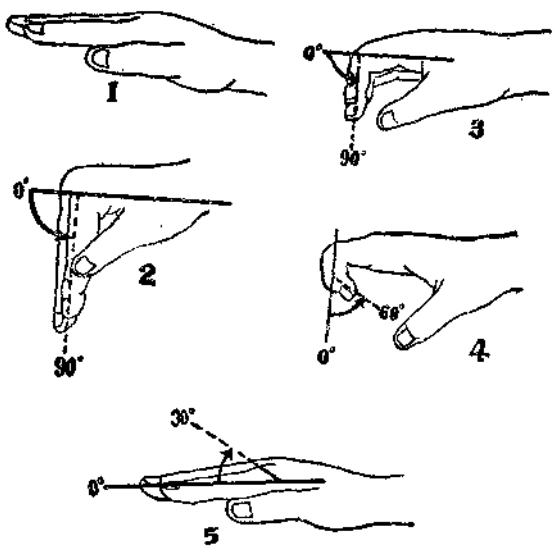
①运动　掌屈40°—50°，背伸30°—40°，桡侧屈10—20°，尺侧屈30—40。

②鼻烟窝　拇指外展时于腕背桡侧出现一凹窝，舟骨位于窝内。窝之桡侧壁为外展拇长肌及伸拇短肌腱，尺侧壁为伸拇长肌腱。于舟骨骨折或腱损伤时窝及窝壁消失。

③屈拇握拳試驗(芬氏征)　屈曲拇指，其他四指握拳，再向尺侧屈曲，则桡骨茎突处疼痛为外展拇长、伸拇短肌腱鞘炎之症状(見图135)。

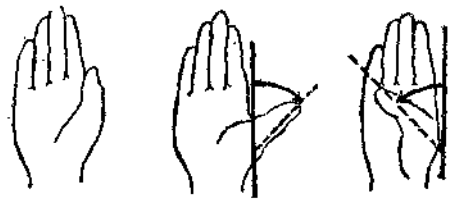
（5）指、掌关节活动范围(見图120、121)

（6）脊柱检查



1.中立位　2.掌指关节屈曲　3.第一、二指间关节屈曲
4.第二、第三指间关节屈曲　5.掌指关节过伸

图 120　手指和掌指关节活动范围



1.中立位 2.拇指外展 3.拇指对掌

图 121 拇指关节活动范围

①标識 低头时頸部最凸出之棘突为第七頸椎棘突；肩胛崗联綫为第二胸椎棘突；肩胛下角联綫为第七胸椎棘突；髂脊高点联綫通过腰椎 3, 4 棘突之間。

②生理弯曲 頸椎后凸；腰椎前凸；骶椎后凸成一弧形、曲綫。

③活动范围 頸椎前屈下頦可碰胸骨柄，后伸下頦角与下頦联綫超过水平綫，左右轉时，此联綫与两肩联綫平行，两側屈各为30—40°，胸椎活动性不大，腰椎活动：左 前 右，后，正常为 30° 40° 20° 30°。旋轉两肩与两髂各联綫相交正常为30°。

④骨盆旋轉試驗 仰臥位，强度屈曲双髖、双膝，检查者扶住两膝两踝，用力左右旋轉压迫使臀部离开床面，如腰骶部出現疼痛为阳性。

⑤屈腿压縮試驗 仰臥位，将一側腿屈膝、屈髖，检查者手扶膝向下压，如腰骶关节部疼痛为阳性。

⑥直腿抬高試驗（图122） 仰臥位，检查者一手扶膝盖，

一手托足跟，伸直腿向高抬出现腰腿放散疼或腿痛为阳性。为腰椎间盘纤维环破裂症患者之重要体征。

⑦拉塞格試驗(同122图)　在直腿抬高試驗的基础上，足背伸运动，使腿痛加重为阳性(与上述試驗意义同)。

⑧拾物試驗(图123)　正常人可以自然弯腰由地上拾物，如脊柱結核患者，由于疼痛腰肌保护性紧张使脊柱固定，当拾物时腰不能弯只得蹲下拾起。

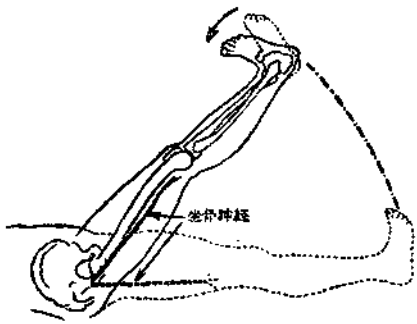


图 122　直腿抬高試驗及拉塞格試驗

图 123　拾物試驗阳性

（7）骶髂关节

①骨盆挤压分离試驗　仰臥位，检查者将两侧髂骨向內挤压或向外推压时出現疼痛为阳性（骶髂关节有病或骨盆骨折时），或向后压耻骨联合有痛疼为骨盆骨折。

②旋髖試驗　仰臥位，检查者一手按住患侧肩，另手扶患侧膝屈曲压向对侧，在骶髂关节有病时出現疼痛为阳性。

③分髖試驗　仰臥位，让患者将患腿屈膝，髖关节外旋，使小腿下1/3直于对侧大腿上，检查者一手按对侧髂前上棘，另手按患侧膝部同时向下压（呈“4”字形），当骶髂关节有病时出現痛为阳性。

（8）下肢关节活动范围见(图124)。

（9）髋关节

①爱利氏征　仰卧位，两髋膝屈曲、两足靠拢拼齐，对比两膝高低、前后，当髋关节后脱位、股骨颈内收骨折移位、股骨骨折重迭移位时表现为患侧低，并向后移为阳性。

②奈拉通氏綫　侧卧位屈髋时，髂前上棘、股骨大粗隆顶点、坐骨結节三点联成一直綫，当髋关节后脱位、股骨颈内收骨折时大粗隆顶点向綫上移位。

③托馬氏征（图125）：仰卧位，当患者两腿伸直时，腰前凸弓起(图125—Ⅰ)；腰放平时，则病侧髋前屈成角(图125—Ⅱ)；或患者两手抱健侧膝

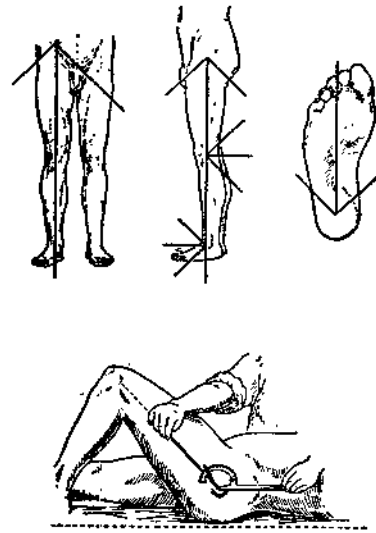


图 124　下肢关节活动范围

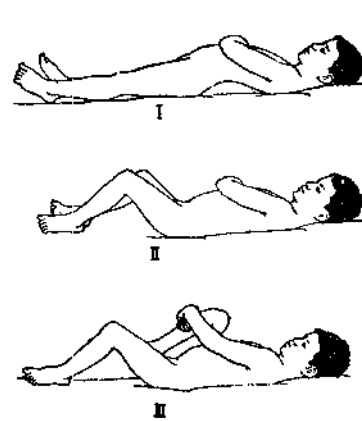


图 125　托馬氏征

屈髖时，则患腿离开床面不能放为阳性。其所成之角多少度（图125—Ⅲ）即为托馬氏多少度。在髖关节結核或髖屈曲攣縮患者为阳性。

④股骨全长可在大腿外側捫到。

（10）膝关节

①浮髕試驗　膝伸直位，检查者左手第一、二指张开，压住髕上囊，右手将髕骨向下压，覚出髕骨下沉，或感撞击股骨髁面产生响声者为阳性。膝关节积液时为阳性（有时为了方便患者体位亦用左手向下压，右手压髕上囊）。

②摩擦音　检查者左手掌扶膝，右手握踝部使膝前后活动时，左手可感覚到摩擦音。捻发音是一种关节的細摩擦音，在关节炎时常出現。

軋砾音是一种关节的粗摩擦音，在肥大性关节炎，关节面不平时常出現。

弹响音在半月板損伤，盘状半月板时出現。

③側方挤压試驗　仰臥位，检查者一手握踝，另手扶膝向内側挤压出現疼痛为内側付韧带損伤，向外側挤压为外側付韧带損伤。如向内側挤压出現外翻运动为内側付韧带断裂，相反出現内翻运动則为外側付韧带断裂。

④麦氏試驗（图126）　仰臥位，全屈膝，检查者一手压膝外間隙，另手扶脚使内旋逐步伸膝，于膝外側間隙出現疼痛或响声为外側半月軟骨損伤，相反一手压膝内間隙，另手

图 126　麦氏試驗

扶脚使之外旋逐步伸膝，于膝内側間隙出現疼痛或响声为內側半月軟骨損伤。

⑤重力試驗　患者側臥，病側半月軟骨在下面时屈膝活动摩擦音加重；相反則減輕。盘状半月軟骨时則可引起弹响声增大。

⑥抽屜試驗（图127）　仰臥位、屈膝90°，检查者一手固定踝部，另手将小腿上端向前拉，如可以拉出，証明前十字韌带断裂，相反，向后推，如可以推向后方則証明后十字韌带断裂。

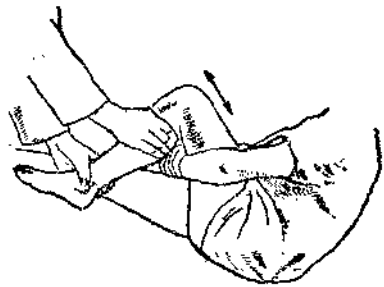


图127　抽屜試驗

⑦脛骨全长皮下可捫及，腓骨下1/3亦在皮下可捫及。

（11）足的检查

①足弓；足形　足弓消失为扁平足；足弓过高为高弓足；跟不着地为尖足；足尖不着地为仰足；足心向內为內翻；足心向外为外翻。尖足常合并內翻，仰足常合并外翻（图128、129、130、131、132）。

1.2.外翻足时痛区
3.4.扁平足时痛区
图128　扁平足

图129　高弓足

图 130　仰足

图 131　内翻尖足

图 132　外翻仰足

②力点　足的持重力点有三：足跟、第一蹠骨头、第五蹠骨头。

③运动　背屈、蹠屈、内翻(足心向内)、外翻（足心向外)。

(12) 脊髓神經系統

①脊髓节与脊椎相对应关系

頸椎＋1＝頸髓节；上位胸(1－6)＋2＝髓节；下位胸椎 (7－12)＋3＝髓节。

②生理反射　跟腱反射——骶髓1、2；膝腱反射——腰髓3、4；肱二头肌反射——頸髓5、6；肱三头肌反射——頸髓7、8。

③感覚平面　头頸部——頸髓 1—4；上肢——頸髓 5—8 和胸髓 1；平乳头——胸髓 5；平剑突——胸髓 7；平腹股沟——腰髓1；下肢从腹股沟到足外側——腰髓 1—5；从足心、小腿后、大腿后、会阴部——骶髓 1—5。

④肌力測定　肌力增强(上神經单元損害如脑性瘫)；肌无收縮力(下神經单元損伤，如脊髓前角灰白质炎)。

第十九节　腰　　痛

腰痛是临床上常見的症状。原因很多，也很复杂，其基本原因，为分布在腰部或相邻肌肉、韧带、肌膜以及骨与关节等組織中的神經末稍受到病变的刺激、压迫或破坏的結果。其中急、慢性損伤所引起的腰痛为最常見。此外，脊柱的先天畸形、炎症、肿瘤及妇科疾患等都可引起腰痛。腰痛也是脊柱結核、类风湿性关节炎的症状之一。

因此对腰痛的患者必須詳細訊問病史，检查找出关鍵性的东西，再分析施治。毛主席教导我們："**一个正确的认识，往往需要经过由物质到精神，由精神到物质，即由实践到认识，由认识到实践这样多次的反复，才能够完成。**"兹就一般检查要点分述如下：

病史询问要点

1. 疼痛部位　脊柱正中疼痛或两侧痛，局限性痛或广泛性痛，单純腰痛或合并腿痛；

2. 疼痛性质　鈍痛或銳痛，持續性或陣发性痛或串电样(放散性)；

3. 疼痛起因　疼痛与活动、劳累的关系，疼痛与姿势、体位的关系，疼痛与气候或冷热的关系，疼痛与时間的关系（白天、夜晚、午前或午后）。

4. 过去的治疗情况　用过何种疗法，效果如何。

体格检查要領

1. 周身一般检查(从略)。

2. 脊柱检查

（1）脊柱生理弯曲消失或腰肌紧张（說明脊柱运动系

統有病)。

(2) 畸形　有无駝背、側弯，角状后凸等。

(3) 行走步态，站立姿势，升降式跛行，左右搖摆，蹣跚步态等。

(4) 压叩痛的具体部位　棘突、棘突間、棘突旁局部一点或广泛不固定，单純腰痛或合并放散痛(注意放散方向及部位)。

(5) 活动范围　前屈、后伸、左右側屈和左右旋轉(測定具体角度，并注意活动时脊柱的状态)。一般临床用：

表示脊柱之活动范围。

3. 脊髓神經系統检查　运动、深淺部感覚、肌力、生理及病理反射。

4. 腹部检查　注意髂凹部有无肿包。

几种常见腰痛之诊断及治疗

(一) 急性腰扭伤

急性腰扭伤为腰部肌肉、腰骶、棘間、棘上韌带及骶髂关节受到突然扭閃所致。如弯腰劳动用力过猛，挑担子不慎滑倒或未倒，或抬重物过力等。受伤时患者自自会有腰部突然"炸裂"或"閃断"的感覚，随即发生疼痛，而不能继續用力。在伤后24小时內，腰部逐漸疼痛加剧。其原因是由突然外力将腰肌之起止点或韌带，造成小的撕裂伤，而引起局部出血、滲出。

临床表現　腰脊柱各方面活动能引起疼痛，腰活动受限，两側腰肌有保护性痙攣，生理弯曲消失。棘突、棘突旁肌肉深部有明显压痛。如在压痛点最明显处注射0.5—1%奴佛卡因5—10毫升，可使疼痛暫时消失，肌肉也会放松。此法既能

协助診断，也是一种治疗方法。

治　疗

1. 一般疗法　睡硬床休息 2—3 周，伤后 24 小时后可以开始做局部热敷，服止痛剂，痛点封閉（直接注药于受伤的肌肉着点，韧带等部位）。

2. 推拿疗法　效果良好。常用的手法为按法、推法、揉法和运法。局部由近心端向远心端推按；或向前推动三次，带回一次。尽量避免直接推按患处。亦可按穴位推拿。

3. 針灸疗法　疗效快，效果明显，一般針腎俞、人中、委中、后溪。每日一次。

4. 腰背肌鍛炼　可于伤后壹周开始，每日俯臥数次，做头頸胸及下肢背伸运动，不但可加速治愈，且可防止遺留慢性腰痛。

（二）慢性腰劳损

慢性腰劳損系因急性扭伤未能彻底治愈，反复扭伤，或长期在不适当的体位进行劳动（如长期弯腰工作），或脊柱后凸畸形，腰肌韧带长期处于拉紧和牵扯状态所致。主要临床表現为腰部鈍痛，过劳时明显，一般午前輕，午后重。运动稍受限，前屈受限明显。压痛点在腰骶部或两側腰肌。腰肌紧张不明显。

治　疗

1. 在疼痛发作期間可暫用寬腰带（4—6 寸）固定腰部。症状消失后去掉腰带，作腰背肌鍛炼，并要避免再发生扭伤。

2. 新針灸疗法　两腎俞、大腸俞、十七椎、八髎、殷門等穴位。

3. 推拿疗法　同急性腰扭伤手法，但需时間較长。

4. 理疗　局部热疗法（将食盐炒热装入用湿毛巾縫成之

袋内，敷于患部。此法簡而易行，盐可反复炒用）。热水袋，或灼热砖用湿毛巾包上敷于患部均可。

5. 醋酸氢化考地松局部（腰肌着点、韧带）痛点封閉，每周一次，每次25毫克，3—6次为一疗程。

预防 劳动时或搬重物时勿过力，在劳动时防止突然扭伤。平时要全面的鍛炼身体，增强体力。

（三）腰肌膜炎

腰肌膜炎是一种风湿性变化在腰部的表現。

临床表現 腰部两侧疼痛，与气候寒冷有关，过劳亦可加重。常合并各关节游走性疼痛，腰部有广泛性压痛，无明显腰肌紧张。偶有急性发作，可有腰肌紧张，压痛过敏，活动受限等。

治 疗

1. 新針灸疗法 腰眼（阿是穴）、十七椎、腎俞、大腸俞、殷門、委中穴等。

2. 局部热疗法（炒盐、睡热炕）。

3. 局部封閉 0.25%奴佛卡因20—30毫升，直接注射于痛点腰肌膜上、下（浸潤面可大些），間日一次，五次为一疗程。

4. 外用追风膏、狗皮膏、伤湿解痛膏等中药。或內服追风透骨丸，活絡丹等药。

5. 对症用药 保泰松（0.1克，每日三次，口服），止痛剂等。

（四）腰椎间盘纤維环破裂

椎間盘是透明軟骨盘、纖維环和髓核三种結构組成。軟骨盘是上下两片，纖維环为纖維骨組織紧密連接着上下軟骨盘，髓核在中間，后側有堅硬的后纵韧带，其两側則为薄弱部，

髓核即易由此处脱出。髓核为脊索之残余組織，85%为水分，富于弹性。間盘的作用为緩衝脊柱活动时的压力，吸收震蕩。由于缺乏血循环，故修复力极弱，經常遭受挤压，扭轉劳損后，使其早期出現萎縮变化，因此在突然外伤，尤其是积累性劳損可以引起髓核脱出，脱出后水分吸收，隨着破裂之纖維环即成为压迫神經根的主要原因。大約 1/3 患者有急性外伤史，1/2患者有积累性劳損史，1/3 患者无任何外伤史，但多有腰部着凉史。

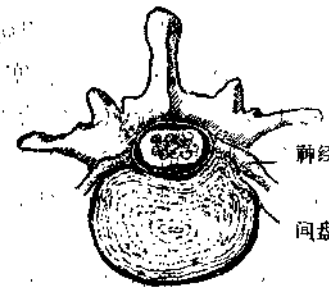


图 133　腰間盘纖維环破裂脱出，压迫神經根示意图

临床表現

1. 腰痛　有的輕，有的重，一般經过休息后可逐漸減輕或消失。

2. 下肢放散痛　先由臀部开始逐漸扩延到大腿后，小腿外側或足底。站立、走路、打噴嚏，咳嗽或用力大小便时均可加重疼痛。輕者酸麻不适，重者为刀割样，針刺样痛。屈膝、屈髖，臥床时減輕。

3. 主观麻木感　病久者常有小腿外側，或足背麻木感，或存在麻木区。

4. 腰椎生理前凸消失或側弯，腰肌紧张，活动受限，后伸受限尤明显。

5. 压痛点　絕大多数患者在纖維环破裂部位有明显压痛，用力按压时可引起放散痛或加剧。检查时让患者腰后伸，检查者左手按住耻骨联合，右手在腰棘旁寻找压痛点，此压痛

点对診断及定位均有很大意义。

6. 腱反射減弱或消失　跟腱反射有改变者占多数。

7. 直腿抬高試驗(+)，拉塞格試驗(+)(見检查法部分)。

8. 患肢肌肉萎縮（神經营养性、废用性萎縮)。

9. 頸靜脉压迫試驗(+)。

10. 放射綫所見　腰椎变直、侧弯、突出之間隙变窄或在后緣有唇突增生。

诊　断　大部分患者有外伤史、过劳史和时好时犯的症状。結合临床检查，診断并不困难。

治　疗

1. 初发症状較輕者，用睡硬床絕对休息的办法即可。有条件可做两下肢皮索引，重量每側3—5公斤。床脚抬高一尺，时間为2—3周。对症止痛，口服維生素 B_1 10毫克、B_6 20毫克，每日三次。新針疗法：腎俞、大腸俞、八髎、殷門、承扶、委中、新环跳、昆仑等穴位。在两三周后可在背肌鍛煉的基础上，围宽腰带开始恢复輕工作（背肌鍛煉漸好，腰带即可拿掉)。但須避免弯腰过劳或負重。

2. 推拿按摩术　逐步按压腰部，由不痛处到痛处，由腰部輕度伸直到过伸。每周2—3次，有一定疗效。

3. 手术疗法　如症状反复发作，經上述疗法无效，同时皮肤有麻木区，肌肉萎縮，腰变形等症状，可行椎間盘摘出术。术后臥床3周，拆綫后开始鍛煉背肌，三周后下地，4—6周可恢复輕工作。

预防　防止过劳，避免着凉。

为了更好的掌握腰痛这个症状，兹将下列疾患列成表以做鉴别(附表10)：

此外，如子宫后傾、附件炎、盆腔炎、腎及輸尿管結石等出

兒之腰痛，应結合各病的特点进行鑒别。脊柱肿瘤很少見，多为轉移瘤，一般通过放射綫检查即可鑒别。

表 10　腰痛鑒别表

	临床表现	特殊检查	治疗
急性腰椎伤	①急性外伤史。 ②腰肌或腰骶部剧痛，活动限制。 ③腰肌紧张。 ④活动限制。	放射线检查偶可见腰椎部变形：第一骶隐性裂，腰椎移行椎、椎弓裂（隐性滑脱）	①臥硬床 2—3 周。 ②热敷。 ③痛点封闭。 ④对症止痛药物。 ⑤推拿治疗。 ⑥鍛炼腰背肌。
慢性腰劳损	①腰部钝痛，过劳明显，前屈明显。 ②压痛轻度。		①新针灸疗法。 ②推拿疗法。 ③鍛炼腰背肌。 ④局部热疗法。
腰肌膜炎	①着凉史，游走性疼痛。 ②腰有广泛性轻度压痛。	血沉有时稍快。	①针灸、火罐疗法。 ②局部热疗法。 ③外用风湿膏。 ④口服抗风湿药物。
腰间盘纤维环破裂症	①腰痛，放散痛到下肢，咳嗽时加重。 ②下肢有主观麻木区。 ③棘旁及坐骨神经走行有压痛。 ④脊柱侧弯，活动受限。	①直腿抬高试验（+）。 ②拉塞格试验（+）。 ③颈静脉压迫试验（+）。 ④腰椎间隙变窄。	①轻症臥硬床休息 2—3 周。 ②新针疗法。 ③推拿疗法。 ④理疗（局部热疗法）。 ⑤手术摘出椎间盘
腰椎结核	①局限腰脊椎压痛。 ②全身消瘦，微热。 ③腰肌紧张，活动受限。	①拾物试验（+）。 ②血沉快。 ③放射线：骨关节破坏、吸收、角状后突。	①绝对臥硬床休息 3—6 个月。 ②抗结核药物。 ③注意营养。 ④有死骨，脓肿或压迫症状者手术治疗。

	临床表现	特殊检查	治疗
脊关椎节骨炎	①年龄40岁以上。 ②腰痛范围较广，起动时明显，过劳时加重。	放射线：脊椎可见多数唇突增生。	①"681"离子透入效果良好。 ②对症用药。 ③局部疗法。
类风湿性脊椎炎	①青年易患。 ②急性期有发烧。 ③腰痛范围广。 ④活动受限，最后强直（前弯强直）。	①血沉快。 ②放射线：可见韧带关节钙化，晚期竹节样变。	①急性期卧床休息，保持功能位。 ②"681"口服，每日三次每次一克。 ③对症止痛药。

第二十节 膝 痛

膝关节，由于它的构造和运动比較复杂，成为全身关节最易受到机能性扰乱的一个关节。一般常为外伤所引起。膝痛包括疾病亦很多，兹将最常見的半月軟骨損伤介紹如下：

半月软骨损伤

半月軟骨位于膝关节脛骨平台上，內側为"C"字形，外側为"O"形，外緣厚，內緣薄，切面为三角形。內側半月軟骨与內側付韌带相連。半月軟骨仅于外緣有血运，損伤可以修复，軟骨体撕裂不能愈合，部分切除不能再生，且残段易再撕裂。全部摘出可再生。再生的半月"軟骨"为纖維組織形成，耐伤性較强。半月軟骨損伤以工人、农民为多見。損伤机制多为半屈膝，小腿固定，大腿突然內旋（或外旋）造成內側（或外側）半月軟骨的撕裂。

临床表现 伤后患膝有激烈疼痛、肿胀、不能自动伸直，可能由于肌肉痙攣，也可能为关节交鎖（为撕裂之半月軟骨

的一部嵌頓在膝兩髁之間使膝既不能屈，也不能伸），即交鎖現象（必須屈膝牵引小腿并內外旋轉才能正复）。无交鎖或交鎖已开的病例經休息2—3周，症狀即可消失。日后稍有旋轉即可出現交鎖症狀再发。每次再发时患者总覚得膝內有物在滑动，并易跌倒。再发症狀較輕（輕度疼痛或肿胀）。慢性病例，一般有股四头肌萎縮，輕度疼痛，不能走长路，不能干重活。

麦氏試驗阳性，重力試驗阳性，有助于診断。結合患者受伤时之特有姿势，交鎖病史及关节間隙內側或外側有压痛即可确診。但在某些病例中症狀不典型，对不能确診之病例，必要时采用空气或空气碘溶液双重膝关节造影以助診断。

治疗 不論初发与再发病例診断确定后，应手术摘出病側半月軟骨，否則經常交鎖可能引起損伤性关节炎。术后膝屈20—30°，膝下垫枕头抬高下肢，第二天开始鍛炼股四头肌，第三、四天可輕微練习膝屈伸活动。一周后可練习下地。

下面将常見之膝痛疾患列表以做鑒别。

表11 膝痛疾患鑒别表

	临床表現	特殊檢查	治疗
膝部軟組織挫伤	①局部压痛。 ②轻度肿胀。 ③关节活动多不受限。		①玉真散、九分散、七厘散等口服或外敷。 ②对症止痛。 ③24小时后可做热敷。
侧副韧带損伤	①直接外力引起。 ②压痛在膝之两側。 ③明显肿胀。 ④活动障碍。	①侧方挤压試驗（+）。 ②小腿外展或內收位摄两膝正面象：患側间隙开大，如明显开大为断裂征象。	①早期长腿石膏固定3—4周。 ②鍛炼股四头肌。 ③完全断裂者应早期手术縫合。 ④內服、外敷玉真散、七厘散、九分散等药。

	临床表现	特殊检查	治疗
十字韧带损伤	①直接外力引起。 ②全膝肿胀、疼痛。 ③关节功能障碍。	①抽屉试验（+）。 ②浮髌试验（+）。	①抽出关节内积血。 ②长腿石膏固定3—4周。 ③锻炼股四头肌。 ④完全断裂时，应手术修补。 ⑤内服、外敷玉真散、九分散、七厘散。
半月软骨损伤	①小腿固定大腿突然旋转损伤。 ②有交锁症状。 ③疼痛在膝内外间隙。 ④早期有关节肿胀积液。 ⑤晚期有股肌萎缩。	①麦氏试验（+）。 ②蹲力试验（+）。 ③气膝或双重造影可见半月软骨有裂隙。	①早期石膏托固定1周，锻炼股四头肌。 ②内服玉真散、九分散、七厘散或外敷。 ③如交锁症状反复出现，影响工作应手术摘出半月软骨。
关节内游离体	①多有外伤史，大骨节病史。 ②轻度压痛。 ③有交锁症状。 ④偶于皮下可扪到游离体。	①放射线：可见游离体影象。 ②关节髁面可见骨缺损影象。	①症状明显者应早期手术摘出游离体。 ②如为大骨节病或解离性关节炎所引起，则手术后有再出现游离体之可能。
关节风湿症	①着凉史。 ②与气候有关。 ③游走性关节痛。 ④过劳时疼痛明显。	部分患者血沉可稍快。	①新针疗法：委中、阳陵泉、梁邱，内膝眼透外膝眼、血海、三里。 ②抗风湿药：保太松0.1克，每日三次，口服。追风丸、活络丹等。 ③局部热疗法。

	临床表现	特殊检查	治疗
损伤性滑膜炎	①有外伤史（+）。 ②关节肿胀。 ③疼痛不太明显。 ④轻度功能障碍。	①浮髌试验（+）。 ②关节穿刺有血性或浆液性渗出液。	①穿刺抽液、压迫绷带。 ②石膏托固定两周。 ③新针疗法，中药。 ④物理疗法。 ⑤醋酸氢化考地松25毫克，每周一次（先关节穿刺抽液再注药），五次一疗程。
膝关节结核	①钝痛、肿胀、肥厚感。 ②活动障碍。 ③肌萎缩。 ④全身消瘦、食欲减退、盗汗。	“白肿”关节呈梭形肿胀。 放射线：可见关节间隙变窄，破坏骨吸收。	①制动（长腿石膏3—6个月），加强营养。 ②抗结核药物。 ③必要时手术病灶清除及加压融合术。

第二十一节　肋软骨炎

主要是肋軟骨异常增生，多发生于肋軟骨。青年女同志多見。患者感覚胸疼不适，对身体健康一般不引起大的危害。有的患者自然发展数月即停止，疼痛消失。但肿大的肋軟骨多不能恢复原状。有的患者疼痛重，影响工作，可作对症治疗。也可用0.5—1.0%奴佛卡因3—5毫升加醋酸氢化考地松12.5毫克（0.5毫升），局部注射。也有人用广譜抗菌素口服，有一定的疗效。近来在应用新針疗法中，发現膻中，乳根，加阿是穴有一定的疗效。

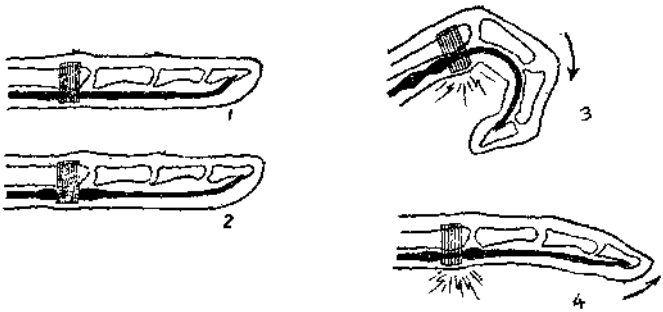
第二十二节　腕手部狭窄性腱鞘炎

解剖　腱鞘內层和腱之間衬以滑液膜，內部有少許滑液以減少摩擦。腱鞘在手和腕部的靠近关节面或骨突起的沟凹部变厚，成为韧带滑液囊样結构或称为骨韧带隧道，肌腱通过其中，因此肌腱才不致弹向屈側或向两側滑动而发生其正常生理功能。但由于长期劳損摩擦，就在这个部位易发生腱鞘炎，逐漸腱鞘增厚狭窄，以致发生症状。这种腱鞘滑液囊样結构或骨韧带隧道在掌指关节附近者，称为环状韧带，而在挠骨茎突处者則为腕横韧带之一部。

环状韧带位于掌骨头处，寬約 4—6 毫米，厚約 1 毫米，边緣明显。与指骨掌面构成骨韧带隧道。在拇指有屈拇长肌腱通过，在其他手指則有屈指深淺两肌腱通过。在挠骨茎突处有外展拇长肌腱和伸拇短肌腱同居于一个隧道內（多数），或分居于两个隧道內（少数）。

病理　当肌腱在腱鞘中，或在骨韧带隧道中过度摩擦后，如在长期手指单一动作的劳动后或在驟然增加手指的使用后，腱鞘就容易发生創伤性炎症（变性和增生），腱鞘可增厚 3—4 倍，其硬度也增加，甚至也可发生軟骨性变。同时滑膜和肌腱亦发生水肿和創伤性炎性病变。由于腱鞘增厚約束很緊，則肌腱可呈葫蘆形膨大。肌腱运动时膨大部将难于或不能通过該狭窄处。若免强挤滑过去則发生擦音或弹响称为板机指（图134）。

临床表現及诊断　病变早期局部略隆起，疼痛剧烈，不敢伸屈腕或指。病变发展到晚期（約 2—3 个月后）則疼痛減輕，但摩擦、弹响、閉鎖常继之发生，并可捫到明显的压痛性硬結。



1. 正常肌腱与腱鞘 2. 发病后腱鞘增后，肌腱吐葫芦膨大 3. 手指主动屈曲时远端膨大挤过狭窄的骨韧带隧道发生弹响 4. 手指由屈而伸亦同样发生弹响。

图 134

1. 外展拇长肌腱和伸拇短肌腱鞘炎　在桡骨茎突除有上述症状外，还有其特殊检查所見，其检查法为"屈拇握拳試驗"（苏氏征）：即拇指屈于手掌内，然后紧握四指于其上，将該拳向尺侧弯曲，則感在桡骨茎突部有剧烈疼痛則为阳性（图135）。

2. 屈拇长肌腱鞘炎和屈指肌腱鞘炎好发生于1、2、3、4指的掌指关节掌面。有硬結、压痛和自覚痛。有时手指被限于屈曲状态不敢活动。在主动或伸屈手指时，可以捫到結节来回移动同时出現摩擦音或弹响，重者根本閉鎖于屈曲状态不能被动伸直。

图 135　屈拇握拳試驗（苏氏征）

治　疗

1. 早期　制动以石膏板固定2—3周，兼作热疗法，如用溫水泡手，每次20分钟，每日2—3次，每次都取下石膏，板然

后再放上。有条件者亦可作理疗：如腊疗等(透热)。亦可用醋酸氢化考地松加奴佛卡因局部封闭注射，隔5—7天封闭一次，3—4次为一疗程。口服激素之类的药物，如强地松5—10毫克，每日三次。或服氢化考地松20毫克，每日三次。

2.晚期　如早期合理治疗常可治愈。局部硬結明显，活动有响声或閉鎖。一般这时要采用手术疗法：消毒后，局麻(1—2%奴佛卡因2—4毫升)下，用眼科小尖刀把刀刃向上于硬結处刺入，沿肌腱走行方向将硬結切开，切开时术者可把持患指作輕微动作，刀刃切开硬結时可感到有切硬韧結构"嘎吱"的声音，完全切开时这种声音即消失，而手指亦立即恢复自动的伸屈活动，切开时要注意勿伤及肌腱、血管和神經。这种手术簡单易行，在門診所或家庭皆可实施。手术后即开始活动手指或腕关节，不用制动。手术因切口很小亦不用縫合。必要时可服短期的土霉素以防感染。局部包扎敷料可在术后2—3天去掉。

第二十三节　肱骨上髁炎

肱骨上髁炎是劳动人民常見的肘部疾病，发病后影响生产，应引起重視。有人調查某建筑工地1,338例建筑工人总的发病率高达6.2%，其中以瓦工及抹灰工人发病率最高。本病多发生于外上髁，但亦有少数为內上髁部。局部病理变化为肌腱附着处的退行性变。

临床表现及诊断　无肿胀持續性疼痛为本病特征之一，劳累后加重，以酸痛为主。疼痛部位限局于肘的外側部或內側部，有时疼痛可放射至前臂伸側、橈側、腕部、中食指以及上臂和肩部，这种放射痛以酸痛为主。有的在夜晚疼痛加剧，少

数患者在天气变化时疼痛亦增重。

限局性压痛　上肢的不同姿势的运动会使局部疼痛明显。有人曾利用这种矛盾作为检查诊断方法，其方法如下：①外上髁炎：患者肘部伸直，腕关节被动掌屈并使前臂旋前，引起外上髁部疼痛或加重为阳性。②内上髁炎：患者肘部伸直，腕被动背伸，并使前臂旋前，引起内上髁部疼痛或加重为阳性。

治疗　多采用非手术疗法，无效者可考虑手术。

1. 非手术疗法　局部制动、理疗、痛点封闭等。局部封闭方法：首先要找好局部压痛点，消毒后向该处深浅各层注射醋酸氢化考地松 12.5 毫克（0.5 毫升）加 0.5%奴佛卡因 2.5 毫升。每周局部封闭注射一次，3—7次为一疗程，一般即可治愈，新针疗法：曲池透少海，手法中强。

2. 手术疗法　很少一部分患者疼痛顽固，經非手术疗法确是无效时可以考虑手术疗法。手术方法較多。例如前臂伸肌总腱起点切断术或剥离术，手术是在肱桡关节掌面及外侧面适为肌腱增厚或瘢痕化之处，作横行切开，約 1—1.5 厘米，不应切开关节。术后短期制动及早期練习腕指活动。

第二十四节　肩关节周围炎

肩关节周围炎較常見，常发生于 40—50 岁以上。常有輕度外伤史和慢性劳損史，亦常有受风寒或慢性病灶存在的因素。局部变化常为慢性退行性改变。

临床表现、诊断与鉴别　肩部疼痛多为慢性发作，亦有少数为急性发作的。病程可由数周、数月或数年。疼痛夜晚加重，疼痛重时不敢向患侧睡眠。检查时肩部活动受限；肩关节外展、外旋、背伸等活动均受不同程度的限制，有的根本不

敢活动，正个肩关节很似固定凝結在一起，因之亦有称之为凝結肩者。

往往无明显限局压痛，只在肩峰下有广泛压痛。有的患者可发現肱二头肌长头肌腱部，崗上肌附着点，三角肌前后緣，崗下肌和小圓肌起点处有不同程度之压痛。

由于肩部活动限制，往往日常生活需要别人帮助，例如穿脫衣服以及梳头洗脸等。晚期，肩部肌肉萎縮，特别是三角肌。

依临床表現一般可以診断。鉴别診断有以下几种疾患：

1. 崗上肌腱炎、崗上肌腱破裂，肱二头肌腱炎、肩部滑囊炎（肩峰下或喙突下滑囊）等疾患，都有不同程度的肩部急、慢性劳損史。肩部疼痛并不广泛，往往有某限局的疼痛和压痛，肩关节活动限制并不象肩关节周围炎那样严重。

2. 风湿性肩关节炎　与天气变化有关，多发关节痛，且呈游走性。

3. 頸部疾病放射至肩部痛，例如頸椎病或頸椎間盘脫出症等。这些病多是由頸神經根受刺激，所引起之神經痛放射至肩部所致，而肩部并无活动限制，疼痛常为頸部活动或被动性检查体位而疼痛加剧，重者可放射至前臂和手部。肩部和上肢往往有感覚（皮神經）受累（迟鈍或丧失）。晚期，上肢肌肉可致萎縮（手和肩部常为明显），手的握力減弱。

治　疗

1. 封閉疗法　在痛区或压痛点較明显处作奴佛卡因（0.5%20—30毫升）封閉注射，隔日一次，4—6次为一疗程。或用醋酸氢化考地松25毫克和适量的奴佛卡因封閉，每周一次，共3—5次，一般皆有不同程度的疗效。

2. 口服葯　保太松0.1克，每日三次，可服1—2周左右。强地松5—10毫克，每日三次，但要注意，往往有血压升高，如

服药后經測血压有升高現象者可停药，素有血压高者勿用。止痛剂如索密痛等。舒筋活血片，每次五片，每日三次，但孕妇禁用。风湿骨痛片，每次2片，每日两次。

3. 針灸疗法及竹管疗法对某些患者有良好疗效。穴位：

（1）巨骨（鎖骨肩峰端与肩胛骨間凹陷处），肩貞（腋后綫上1寸）上1寸。

（2）肩髃透极泉，配曲池（患側），配养老（健側）。手法：强。

4. 理疗　初期局部热敷或理疗可增加疼痛，故不用理疗。中期可增加自动練习肩关节活动，練习前可作适当理疗（透热），可減輕疼痛和放松肌肉。逐漸主动練习活动是恢复功能的重要步驟。晚期有时可行較輕的按摩。疼痛已消失而运动限制者可在理疗后进行推拿疗法。晚期肩已明显僵硬者，必要时可在全麻下用柔和手法行肩关节投动术，即以柔和手法外旋外展使肩关节充分活动，然后再向关节腔内注入氢化考地松25毫克，将患肢肘部抬高，肩部給以冷敷，次日練习肩的活动。这样往往于短期即恢复肩的功能。

預后虽然較好，但病程多需半年至2年，影响生产劳动和生活。然能在早期合理治疗，一般病情不至发展亦可縮短病程。

第二十五节　鸡　眼

鸡眼为常見病之一，患病后影响劳动和生活，故应引起重視。鸡眼好发生于足的易受压迫和摩擦的部位，趾緣和足底的着力点处附近。由于长期的受压迫和摩擦，致使該部皮肤角层增厚。

临床表現　为高于皮肤表面硬結，結的中心为一圓錐形

的角化物质，尖端向内，并压迫真皮乳头层的感觉神經末梢，因而产生疼痛，影响走路和劳动。有时发生感染至使病症加剧。

治　疗

1. 药物疗法　（1）鸡眼膏，局部貼用。（2）烏梅肉，盐水浸泡一昼夜，搗如泥膏状。每用少許，放在鸡眼上，貼橡皮膏护之，每日換一次。数日鸡眼軟化，即可把鸡眼取掉。明矾7克，鶏胆子1.5克，硫酸銅3克。把明矾和硫酸銅置鉄鍋內炒成白色块状后，研成粉末。将鶏胆子去皮研成粉末，二者均匀混合。用法：局部常規消毒后，在病变中心用刀挖一小坑，将药粉用水調成糊状，填入小坑內，然后用一块薄棉花盖好，外加胶布固定。每日更換一次，一般2—3次即愈。

2. 除去致病因子　鞋要合适，鞋底垫好，最好是在压迫摩擦处垫以圈形胶垫。

3. 灸治疗法　据报告其疗效占82.2%。操作簡单，經济方便，易学广用。不論大小医院或卫生所皆可施用。具体方法如下：

（1）灸治部位，正对鸡眼处施灸，患者伏臥位，脚掌朝上。

（2）麻醉　施灸前局部消毒，用奴佛卡因于鸡眼周围进行浸潤麻醉，深达鸡眼根部，以阻断感覚。

（3）操作法　将艾炷（用細艾絨制成比鸡眼略小的錐状艾炷）置于鸡眼之上。点燃艾炷的尖端，待其燃至皮肤表面时去掉，另換一艾炷。如此燃烧4—5个艾炷，皮肤略有微热感即可。每灸一个艾炷，称之为一壯。

（4）灸时及灸后的局部情况　灸治当时并不痛，使呈焦枯状态为止，待第五日观察有以下两种反应：多数患者于鸡眼焦枯的周围見有液体滲出于皮內，与健康組織有明显界限，用鑷子或剪刀順焦枯鸡眼的边緣稍加剝离即易脫掉，酌情敷

磺胺軟膏或只敷消毒紗布，經2—3日更換。一般在灸后2—3周，局部可能結痂而全愈。其次有少数患者在焦結的鸡眼周围并无液体渗出，則需再施灸（一般痛輕不用麻醉），每五日一次，每次3—4壯，鸡眼更为焦枯。一般經2—3次后，共2—3周間皆自然脫落无瘢而愈。

4. 手术疗法　消毒后，局麻下将錐状鸡眼完全切除。切除时要将鸡眼的錐形尖端全部切除，否則日后易生长。如切口小可縫合，大者可酌情只縫合一部或不縫合，隔日換药一次。手术后酌情用止痛剂和消炎药。鸡眼亦可采用电烧疗法，或用电刀切除。合并有感染者，可先治疗感染，以后可考虑用上述其他方法。

第二十六节　胼　　胝

胼胝的原因与鸡眼同，但病理只是皮肤角层增厚，而无中心錐状核心。

足在正常状态时，足跟和第一及第五蹠骨头下面的載重处有薄厚不等的胼胝。当足横弓塌陷时（如在踝外翻），則在第二到第四蹠骨头的下面可能发生胼胝。脛前肌麻痹时第一蹠骨头下垂，則其下部的胼胝亦更为明显。扁平足的胼胝往往发生在足底內側。馬蹄內翻足的胼胝則发生在足背外緣。一般胼胝不发生症状，只有胼胝严重而深部发生变化时才发生疼痛。

治疗　胼胝可以在用溫水洗脚之用后薄平刀片修平而切除之（不可切出血）。在鞋底內面墊以軟墊，一般即可治愈。但有时致病原因若不去掉則容易复发。

在第一或第五蹠骨头下面的胼胝如有疼痛，可在疼痛点后方的鞋底下面横釘一皮条。

对于横弓塌陷所引起的胼胝，可在鞋内放一足横弓軟垫（横弓支具），在胼胝的近側托起中間的几个蹠骨头，使胼胝不再受到压力，这样可以減輕疼痛。

第二十七节　美克尔氏憩室

美克尔氏憩室是回腸末端的指状或袋状突出物，为卵黃管部分未閉合所遺留的先天性畸形，据說有2％的人有这种憩室。虽說大多数人美克尔氏憩室不引起任何症状，但如发生病理变化則常是很严重，而且有多种不同的临床表現，診断比較困难，可能造成治疗上的延誤和失当。

病因和病理　在胚胎6—7周时，連接中腸和卵黃囊的腸卵黃管开始閉合而萎縮，并且从腸壁上脫落，如靠近腸壁的一段管腔閉合不全即形成美克尔氏憩室，憩室頂端也可能有残留的纖維带和膵相連，或附着于腸系膜或腹后壁。

这个憩室一般位于距回盲瓣30—100厘米的回腸壁上，其基底在腸系膜的对側。憩室大小长短不一，一般长度在10厘米以下，长度多呈指状短者基底較寬，多呈袋状。憩室粘膜常含异位組織，最多見的是胃粘膜組織，其次为胰腺組織，十二指腸、空腸、結腸粘膜組織也都可发現。这种异位組織，尤其是胃粘膜組織可能与美克尔氏憩室发生病变有一定的关系，据北京市人民医院报告，在有病变的憩室中，50％可发現异位組織，而无病变的憩室中，仅5％含异位組織。

美克尔氏憩室可以导致多种病理变化而引起症状，主要有下列几种：

1. 炎症　急性炎症常見于憩室頸部口径狹小或本身扭轉引起憩室腔梗阻的情况下，炎症发展可以导致憩室坏死和穿

孔。憩室慢性炎症可导致回腸腔瘢痕性狭窄和梗阻。

2. 潰瘍　多見于有异位粘膜的情况下，潰瘍可以引起慢性腹痛，穿孔或出血。

3. 粘連　憩室頂端或頂端的纖維帶可因炎性粘連或先天性畸形附着于膀部，腹后壁或腸系膜，由于下述原因而引起腸梗阻：

(1) 憩室或纖維帶直接压迫腸壁；

(2) 一段腸襻在憩室或纖維帶所形成的孔道下穿过受压；

(3) 粘連牵拉过紧，使回腸曲扁，成銳角；

(4) 腸襻沿憩室长軸发生扭轉。

4. 內翻　短而寬的憩室可能向內翻入回腸腔，成为腸套叠的起点，在有病变或异位的憩室虽不翻入腸腔內也可引起套叠。

5. 扭轉　大的囊状憩室可以自身扭轉，引起急性腹痛。

6. 結扣　細长憩室可能盘繞小腸，自己形成結扣，引起腸梗阻。

7. 异物　蛔虫进入憩室腔內可以引起炎症和穿孔；或因过多蛔虫的重力关系，引起回腸扭轉和梗阻；銳利异物如魚刺，骨片可以引起憩室損伤性穿孔。

8. 其他　肿瘤、結核、結石亦可引起腸梗阻，但临床上罕見。

临床症状及诊断　美克尔氏憩室发生病理变化时，无論其性质如何，临床表現不外腹腔內化膿性感染或小腸梗阻的症状，二者也可同时存在。

憩室炎，潰瘍或損伤性穿孔主要表現为腹腔下部炎症，有腹痛、呕吐、右下腹压痛、腹肌紧张、发热、白血球增高等症状和体征，与急性兰尾炎很不易鑒别，临床上易誤診为兰尾炎。一

般憩室所致的腹腔炎症体征偏向腹中部，有时可摸得边缘不清楚的炎性肿物。由于炎症粘連，腺肿压迫和附近腸麻痹，也常有小腸梗阻的現象。如患者为儿童而有上述症状并有便血时，憩室炎或穿孔的可能性較大。

憩室引起的腸梗阻主要表現为低位小腸急性梗阻，且多为絞窄性，因此在梗阻晚期也常有腹腔內炎症的現象。而与其他原因所致的小腸梗阻很难鑒别。如患者过去沒有腹部手术或腹腔感染且有多次腹痛发作牽涉到臍部的历史，应考虑美克尔氏憩室的診断。

憩室引起的腸套叠一般仅能診断为小腸套叠。

由于診断上較困难，在考虑下腹部急性炎症，回腸梗阻或套叠以及下胃腸道出血的鑒别診断时，应常想到美克尔氏憩室的可能。但在实际工作中鑒别診断对决定治疗的重要性不大；因为这些情况大多需要手术治疗。重要的是在手术时，发現不符合临床診断（如診断为兰尾炎，但手术中发現兰尾正常）时，务必要仔細检查回腸末段，以証明有无憩室病变，否則致病原因可能未被发現而继續发展，造成严重后果。

治疗和预防 治疗則可按照腹膜炎和腸梗阻的治疗原則，发現有美克尔氏憩室均应手术切除（一般作楔形切除即可）。要注意将憩室全部切除，否則憩室頸部病变可能被留下，但也应注意不要因此而造成回腸腔狹窄，嬰儿腸腔很小，应特别注意。如病变已累及回腸壁（如瘢痕性狹窄）則須将这段回腸切除做回腸对端吻合。

第二十八节　肠　　瘘

腸瘘是临床工作中常遇見的情况，有些腸瘘是病理性的，有些則是腹部創伤或手术后继发的，有些是为了治疗上需要

而有意造成的，所以熟习診断和处理腸瘻的方法有实际的意义。

病因和病理 腸瘻发生的原因很多，病理性腸瘻是由于腸管本身病变造成慢性腸壁穿孔，形成局部性感染病灶，自行穿破腸壁或穿入其他脏器而发生，凡穿破腸壁者称为外瘻，凡穿入其他脏器者称为内瘻。病理性腸瘻多見于腸結核、肿瘤、絞窄性疝、血吸虫病、放綫菌病、局限性腸炎等。腹部創伤或手术后继发的腸瘻也經过类似腹腔局限性感染的过程，但一般多为外瘻，并且瘻口外端就在腹壁伤口或切口处。术后继发腸瘻的原因是誤伤腸管或其血运，腸吻合口愈合不良，腹腔脓肿引流后异物遺留等。治疗性腸瘻是为了达到腸腔減压，使远側腸管休息，或輸入营养的目的，也都是外瘻。按瘻口的大小和腸管周边受累的范围外瘻可分三种：

1. 完全瘻　多为治疗性的，腸腔口径完全露于腹壁外，瘻以上腸腔內容物全部或絕大部分由瘻外口流出。

2. 唇状瘻　多为創伤性，腸粘膜部分翻出于瘻口处，部分腸腔內容物由瘻口流出，部分仍流入远側腸管內。

3. 管状瘻　多为病理性或手术后继发，瘻外口很小，与腸腔之間有一段細窄瘻道，大部分腸腔內容物能通至远端腸腔內，有时有少数分泌液流出体外。

腸外瘻一般有自行愈合的傾向，但下列情况下不能自愈：

1. 完全瘻和較大唇状瘻；

2. 病理性瘻；

3. 瘻以下的腸腔有梗阻；

4. 瘻附近有异物，脓腔，瘻周围瘢痕組織过多，瘻管过长而且曲折以致引流不暢；

5. 瘻存在时間很长，瘻道已完全上皮化。

腸道不同部位的外瘻对身体影响的程度不相同。一般来說瘻位置越高危害越大。以十二指腸瘻为最严重。高位腸瘻中，瘻口越大，情况也越重。因为大的高位瘻損失的腸液量很大，容易在短时間內引起严重的脫水和电解质失衡，以及营养上很大的消耗；同时腸液內含消化酶，尤其是蛋白酶，可以引起瘻附近組織的溶化，继发出血和皮肤糜烂，肉芽也不易生长，妨碍愈合。

临床表現和诊断 腸外瘻的基本症状是有腸內容物自瘻口流出，流出物的性质和容量决定于瘻的位置和瘻口的大小。十二指腸瘻流出者为含胆液的稀液体，每日流出量可高达4,000毫升，如患者仍飲水或进食，亦可以看見由瘻口流出。瘻周围皮肤糜烂范围常很广泛，患者非常痛苦。由于大量腸液損失，患者很快消瘦，如无适当治疗，脫水、酸中毒、尿毒症、恶病质等症状短期內相继出現，以致死亡。空腸瘻流出物为黃色稀蛋花样液，无大量胆汁，对体液平衡的影响以及营养消耗，皮肤糜烂虽較十二指腸瘻輕，但仍相当严重。回腸瘻的流出物多为半稀浆糊状，对全身和皮肤的影响較小。結腸瘻排出物为半成形或成形粪便，如瘻很小可能有气体排出。对全身健康无大妨碍，如注意局部清洁，皮肤亦不致糜烂。由瘻口流出过多腸內容物，肛門排便次数和量均会減少，反之由肛門排便情况亦可以推測腸內容物在瘻处通过的多少，从而推測深部腸管瘻孔的大小和自行愈合的可能性。

腸外瘻一般不难診断，但有时在腸壁瘻孔小，腸腔內容物較干的情况下，可能无粪便样排出物，临床上不能确定是否有腸瘻，或原来腸瘻是否已閉合。既已肯定有腸瘻存在，还須了解腸瘻在腸道的哪一部分，以及腸壁瘻孔的大小，腸管是否有其它病变，瘻远端腸腔是否有狹窄，瘻道下是否有引流不暢的

脓腔等一系列問題。解答这些問題除根据临床观察外，可按具体情况需要采取下述措施：

1. 口服骨炭　注意观察在瘘排出物內是否出現，以及自口服至瘘口出現相間隔的时間，如此可以确定是否有腸瘘及其大致的部位，这方法适用于瘘形成的急性期。

2. 瘘管造影　在瘘管內放入一胶皮管，在X綫透視下注入碘油或其他造影剂，可以确定瘘是否存在，瘘孔的大小，腸管有无病变，瘘道下有无脓腔等問題亦可得到解决。瘘管造影只适用于慢性期瘘管細小的病例。

3. 鋇餐或鋇剂灌腸检查　可以更可靠地确定腸管有无病变，腸腔是否狹窄，有时可見鋇剂自腸壁瘘孔漏出，必要时同时作瘘管造影，可以更准确地找出瘘在腸道的部位。

4. 有条件时在瘘管內采取組織，作病理切片检查，可以发現有无結核、肿瘤等病变。

根据检查結果便可以制訂治疗的計划。

治疗和预后　有手术或非手术疗法。

1. 非手术疗法

（1）糾正并維持水和电解质的平衡以及营养情况　可以輸血、补液，在高位腸瘘可設法将由瘘口流出的腸液还納于瘘远端的腸腔內，为了达到这个目的，可采用各种不同的方法，如十二指腸瘘在伤口深部时，可自瘘口或自鼻插入长減压管使下行至瘘远端空腸腔內，或施行空腸造瘘术从管內注入营养液（內含牛奶、鸡蛋、植物油、糖盐、維生素等）和自瘘流出的腸液。

2. 保护瘘口周围皮肤　可在瘘口下放一多孔橡皮管或双层套管，持續将流出腸液吸引至瓶內，使不接触皮肤，收集腸液后，可以还納至远端腸腔內。其他方法为皮肤上涂沫氧化

鋅、氢氧化鋁或其他軟膏、瘻管內用紗布堵塞，患者俯臥使腸液流至身下容器內等，可根据具体情况采用。

一般創伤或手术所致的腸瘻在非手术疗法下可以自行愈合。

2. 手术治疗　适应于不能自行愈合的腸瘻或高位腸瘻不能用非手术疗法控制腸液的損失和全身情况恶化时。手术有：

（1）縫合瘻孔　直接在瘻处縫合腸壁，上瘻孔的成功率不高，但如单純性小瘻、因瘻道上皮化或瘢痕組織，妨碍愈合；切除瘻道后，縫合瘻孔成功率較大，手术时必須游离足够腸管使縫合处无张力。

（2）切除有瘻的腸段　大的唇状瘻、病理性瘻，伴有腸腔狹窄的瘻或急性期腸瘻的治疗，多采用这种方法。手术可于一期或分二期进行，二期手术，适合于急性期腸瘻，附近有化脓性感染者。例如因損失腸液过多而不能控制的高位小腸瘻，同时有感染存在时，第一期在瘻近远端腸管正常部位切断，近瘻的两切端閉合，其他二切端作对端吻合，如此处理后，可以控制腸液的損失，全身情况可以改善，瘻周围感染可以很快消退。再于第二期手术切除有瘻的腸段。手术效果很好。

3. 改变腸道方向　如有瘻的腸段不可能切除，則仅能采用此法即在瘻近端切断腸段，远切端閉合，近切端吻合于瘻远側的腸襻。不应采用側側吻合，因为腸內容物仍可以流至瘻处。如无其他原因，經过腸捷径手术，瘻附近感染消退后，瘻可以自行愈合。在治疗十二指腸瘻时，作胃部分切除，胃空腸吻合术，同样屬于这样类型的手术，空腸造口术也是为了类似的目的。

4. 切开引流术　如瘻不愈合，是由于附近有脓腔或异物，以致引流不暢，則切开引流，取出异物可能促使瘻自行愈合。

最 高 指 示

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。

团结起来，参加生产和政治活动，改善妇女的经济地位和政治地位。

妇 产 科 部 分

产　　科

第一章　孕期保健

毛主席教导我們："**为了建设伟大的社会主义社会，发动广大的妇女群众参加生产活动，具有极大的意义。**"

为了保护母亲和胎儿的健康，应对孕妇进行健康检查和卫生指导，并及时糾正异常情况。

第一节　孕期检查（产前检查）

在妊娠晚期，妊娠中毒症的发生率逐月上升，病情变化可能很快，须及时防治，如有胎位异常亦须及时糾正。故一般自怀孕七个月起开始做第一次检查，以后每月或半月检查一次，

如果出現头痛、头暈、严重水肿等症状以及有其他合并症（如心脏病）时，还应适当增加检查次数，保証产妇安全。

一、初诊检查项目

1. 現病史　（1）末次月經；（2）預产期；（3）有无阴道出血等。

附：預产期的計算法：末次月經，月份加9，日期加7。或末次月經，月份減3，日期加7。

例：末次月經，1968年1月2日。預产期，1968年10月9日。末次月經，1968年9月20日。預产期，1969年6月27日。

2. 既往史　过去妊娠次数，妊娠期，分娩期及产后情况。着重詢問有无难产史，产后大出血，胎盘滯留，惊厥，小儿是否存活及小儿死亡原因等。目的是对这次分娩有充分估計。

3. 一般体格检查　包括測量血压，检查心、肺、肝、脾及下肢有无浮肿等。

4. 产科检查　按（图1,2）做触診，检查子宫大小，羊水的多少及胎位，听胎心，并測量骨盆大小。

胎位　着重检查胎头的位置。胎头硬、圓，有浮球感（图1,2），正常时在最后2个月胎头应在耻骨联合上方，称头位（图3），若在子宫底則为臀位（图4），若在側方則为横位（图5）。持續横位，則造成难产，于产前最好糾正成头位或臀位。妊娠七个月以后仍为臀位时，可以采用膝胸臥式（图6），必要时做外倒轉术。

（1）拇指放在一側，余四指放在另一側，检查先露部是头还是臀部。

（2）触診子宫外形及子宫底高度（参閱图7），检查在子宫底部的是胎儿头还是臀部。

胎心　一般在5个月以上可以听到胎心音，正常心率120

图 1,2　触診法

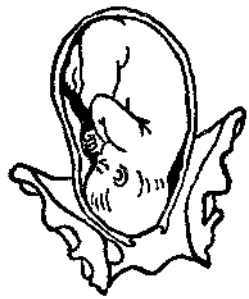


图 3　头位

图 4　臀位

图 5　横位

—160 次/分，如无胎心听筒，可用钟形听診器，使听头紧压于腹壁上，妊娠 6 个月以前胎心多在臍耻間中綫上听到，妊娠 6 个月以后，則听取部位依胎位而异。头位常在右下腹部或左下腹部，但头入盆后临产前胎心多在臍耻間中綫上听到，臀位胎心在臍上两側，先露入盆后胎心常在臍下即左下腹或右下腹听到，横位时胎心音位置低，虽近足月，胎心音尚在臍下中綫附近或臍部两側（图 8）。

骨盆測量

（1）髂棘間径　即两髂前上棘外緣間的距离，平均値 23

图 6　膝胸臥式

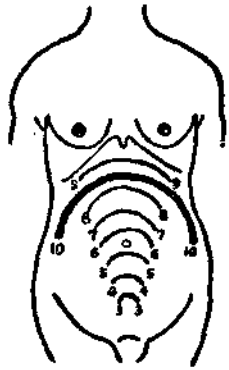


图 7　正常妊娠时不同月份的子宫底高度

—24 厘米（图 9）。

（2）髂嵴間径　即两髂嵴外緣間最寬的距离，平均值 26 厘米（图 10）。

（3）骶耻外径　即耻骨联合上緣中点到第五腰椎棘突下的距离，平均值 19 厘米（图 11）。若小于 18 厘米，則可疑扁平骨盆。

（4）出口横径　系两坐骨結节內側之間的距离，平均值 9 厘米，检查方法：孕妇平臥，两手抱膝使坐骨結节突出，用测量器或用不同长度的小木片测量，也可用拳手来估計，如拳头能插入两坐骨結节之間，則表示出口横径大于 8 厘米。一般如大于 7 厘米，自阴道分娩問題不大。出口横径狹小者，中骨盆也常狹小（图12）。

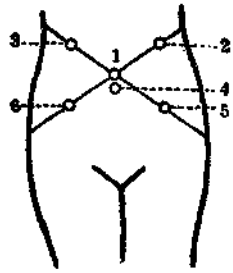


图 8　胎心音的位置

1. 腹臍　2. 左骶前　3. 右骶前
4. 横位　5. 左枕前　6. 右枕前

（5）骨盆对角径（图 13、14）　系耻骨联合下緣至骶骨岬的距离，骶耻外径及出口横径小于正常者需做此項检查。检查

方法：用一手的食指及中指伸入阴道内，順着骶骨前面由下向上测定骶骨凹度，同时找寻骶骨岬。找到骶骨岬后，将中指尖放在骶骨岬上，并将食指上緣紧紧地接触耻骨联合下緣。用另一手的食指标記此接触点，然后将检查的手抽出，再用骨盆测量器测量中指尖到食指上的标点，即骨盆对角径，正常大于 11.5 厘米。一般孕妇检查时，常摸不到骶骨岬，即說明对角径大于 11.5 厘米。

一定爭取在妊娠 7 个月左右做骨盆测量。

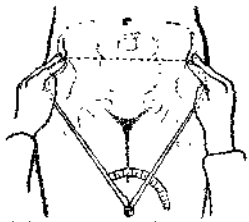


图 9　髂棘間径測量法

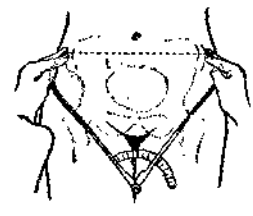


图 10　髂峭間径測量法

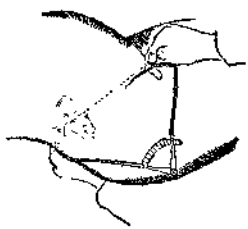


图 11　骶耻外径測量法

图 12　出口横径測量法

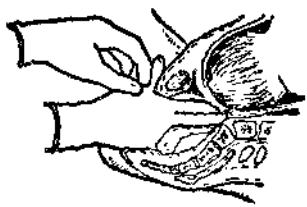


图 13　骨盆对角径測量

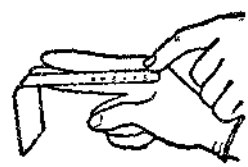


图 14　骨盆对角径測量

（6）骨盆内测量内容

①耻骨弓　正常可容三横指以上，角度 ＞ 90—100 度。

②坐骨棘間径　正常可容四横指 以上（10 厘米以上）。

③骶尾关节活动度　正常尾骨可活动。

④坐骨切迹底部宽度（骶棘韧带）約略指明骨盆后部宽度　正常二横指至三横指。

⑤骶骨弯曲度　骶骨前挺立考虑骨盆入口狭窄，骶骨下段平直考虑扁平骨盆。

⑥骶耻内径　一般检查，手指尖摸不到骶骨岬即說明大于 11.5 厘米（正常）。

5. 化驗检查

（1）尿常規　主要查尿蛋白。

（2）有貧血症状时，查血紅蛋白。

二、复诊检查项目　詢問前次检查后有何自覚症状。量血压，查尿且白。检查胎位及胎心音，有无水肿或其他异常。

第二节　孕期卫生指导

一、劳动和休息　妊娠前半期可照常劳动，后半期宜做一些体力能够胜任的劳动，如下肢浮肿严重或有子癎前期症状則进行治疗配合休息。

二、睡眠　要充足，每天保証睡 8—9 小时，中午亦应休息一小时左右。

三、乳房卫生　在妊娠晚期要經常将乳头上的結痂洗掉，洗后最好涂一层油脂，以防乳头暈破裂。

四、性交　在妊娠的前 3 个月和末 2 个月内，应避免性交，在 4—8 个月之間，也应有节制。

五、大便 孕妇容易便秘，故应养成定时排便的习惯，多食蔬菜，必要时可服緩泻剂。

六、妊娠反应 多数孕妇常有疲倦、腹胀、恶心、呕吐等早妊反应，一般于妊娠3个月后自行好轉。如反应轉重，可服維生素B_6 10毫克每日3次，异丙嗪12.5毫克每日三次。严重时应适当休息，可加用50%葡萄糖液60毫升靜注或5—10%葡萄糖液靜脉滴注。止吐可針内关及点刺金津玉液（舌尖上卷，在舌系带两侧的靜脉上）也可用中医治疗，宜降逆和胃安胎；陈皮、半夏、茯苓、黄芩、白朮、竹茹、苏梗各三錢，生姜五片。

第二章 正常分娩

第一节 正常分娩的临床经过和处理

分娩共分四个产程 自分娩开始至子宫口完全张开称第一产程。自子宫口开全至胎儿娩出称第二产程。自胎儿娩出至胎盘娩出称第三产程。胎盘娩出后一小时称第四产程。

一、第一产程 分娩开始时陣縮持續时間短，約15—20秒钟，間歇长，約10—15分钟，于分娩进展中，子宫收縮逐漸加强持續时間延长至50秒—1分钟，間歇期縮短至3—5分甚至1—2分钟。子宫的收縮使子宫頸管消失，子宫口开大，胎儿逐步下降。产妇此时感陣陣宫縮，腰骶及下腹部发痠或疼痛。此期的处理如下：

1. 测体溫、脉搏、血压，做全身体检。

2. 每半小时听胎心一次（在二次宫縮間听取）。正常胎心

每分钟 120—160 次。如少于 120 次或多于 160 次节律不規則均表示胎儿缺氧，有生命危險。这种現象称为胎儿窘迫，应立即給产妇吸氧，靜脉注射50%葡萄糖液 50 毫升加維生素C 200 毫克、戊四氮100毫克(此法通称三联注射，效果良好)。如无戊四氮，可肌注尼可刹米 0.375 克代替。或其他呼吸中枢兴奋剂樟腦磺酸鈉 1 支肌注等。并肌注維生素K 8 毫克。

3. 观察宫縮强弱及先露部下降程度，肛查宫口开大程度，注意羊膜破否。破水后头未固定时不让产妇坐起或行走，以防臍带脫垂。

4. 准备接生　經产妇一般宫口开大 4 厘米，宫縮 1—3 分钟一次且很强时，即做接生准备。初产妇一般先露部稍露于外阴时开始准备。

二、第二产程　产妇有排便感，肛門扩約肌松弛、肛查子宫已开全(10 厘米直径，摸不到宫頸边緣)，胎儿即将娩出。此期的处理如下：

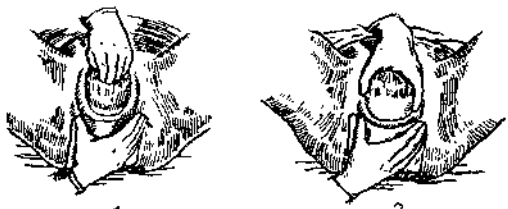
1. 消毒外阴　使产妇順炕沿半臥，兩腿分开并上屈，将外阴、阴阜、兩大腿內側及肛門周围皮肤仔細用肥皂水擦洗，然后用清水洗净，清洗 3 次后用 0.1%新洁而灭液冲洗干净（最后洗肛門）。把产包打开，将消毒单鋪在产妇臀下，并在会阴的四周鋪以消毒巾。

2. 接生人員的消毒(詳見外科部分的无菌消毒)。

3. 听胎心　第二产程胎心变化很大，因此需要 5—10 分钟听一次。

4. 保护会阴　接生者站在产妇右側。肛門先用消毒紙或紗布遮盖住，用消毒巾紧貼会阴边緣，同时将右手拇指和其他四指分开，抵住会阴部，大拇指和四指之間力量薄弱，可在此处填紗布一块，增加保护力量。于宫縮的同时用左手按住胎

头，使其俯屈(图15—①)，并鼓励产妇在宫縮时做屏气动作，以加速胎头娩出。当胎儿枕骨已露于耻骨弓下时，左手不再加压，让胎头向上仰伸娩出(图15—②)。此时产妇应张口哈气，不要再用力。这样，会阴体和阴道前方撕裂机会最少。数秒钟后胎头轉向一侧，接生者须始終用右手保护会阴，左手将胎头向下压，使前肩露出于耻骨弓下，然后稍向上提，使后肩滑出外阴，胎儿身体也随之娩出。



1　　2

图 15　胎儿娩出过程

1.协助儿头屈　2.协助儿头上仰

5.断臍　用二把鉗子夹住臍带任何一段，并从中剪断。用消毒棉綫绳在距臍 1—2 厘米处作結扎。然后在臍带表面涂以碘酊，在結扎綫上方将臍带剪断，断面涂以 2.5%碘酊，最后用干紗布将臍带包好（注意：結扎臍带必須很紧，以防出血，如遇透明而粗的，胶质多的臍带时，結扎时要防止把臍带勒断，必要时可扎二道）。

三、第三产程　胎儿娩出后一方面結扎臍带，一方面注意产妇有无阴道流血。約 5—30 分钟后，子宫底上升而变硬，臍带自动下降，且阴道有少量血液流出，此种現象表示胎盘已經分离。此时可用一手在产妇腹部将宫底輕輕往下压，另一手輕輕牵引臍带，使胎盘娩出。当胎盘娩出阴道口后，用双手将胎盘托住，緩慢地向一方旋轉，輕輕带出。这样可使胎膜分离

完整，不致有部分遗留于子宫腔内。胎盘和胎膜娩出后，应立即检查，如发现胎盘不完整或 1/3 以上胎膜缺损，应重新消毒外阴并换手套，伸入子宫腔内取出遗留的胎盘或胎膜。

胎盘娩出后应查检阴道和会阴有无破裂，如有破裂当即縫合，然后清拭外阴部，用消毒会阴垫盖好。

四、第四产程 产后一小时内仍须密切注意产妇血压及阴道出血。血压过高者可給鎮靜剂，如苯巴比妥鈉 0.3 克肌肉注射。阴道出血多者可用垂体后叶素（或催产素）10 单位肌注或加 25—50% 葡萄糖液 20 毫升稀释后靜注；或用麦角新碱 0.2 毫克肌注或加葡萄糖液 10 毫升稀释后靜注。若子宫底高于臍部說明子宫收縮不良，可导致产后出血故应予处理：如因子宫有淤血，用手在腹部按摩子宫底将淤血挤出，再注射宫縮剂；如因膀胱充盈影响子宫收縮，可让产妇排尿。

五、产后护理

1. 分娩时膀胱受压，易引起排尿困难，故产后应让产妇喝水，定时督促排尿。如不能解小便，可用溫水冲洗外阴，热水熏外阴或針刺关元、水道、阴陵泉、三阴交。不得已时可导尿。

2. 一般在产后 24 小时內，体溫不超过 38°C，48 小时以后可因奶胀发热，但也不超过 38°C，如持續发热，应作全面检查，注意上呼吸道感染、乳腺炎、产褥感染及腎盂炎等。

3. 产后恢复

（1）子宫 宫底逐日下降，十日后降至耻骨連合以下，六周恢复正常大小，有宫縮痛可用止痛剂。

（2）恶露 可持續 30 天，开始为血性，約 10 天左右漸为粉色，由于活动仍可有血性。如有臭味表示宫腔內有感染，血过多时則需考虑有无胎盘組織残留在宫腔內。

（3）会阴部护理 注意保持清洁，每日要用溫开水擦

洗。

（4）乳房的护理　哺乳前注意乳头清洁，如乳头皲裂严重应停止哺乳，可将乳汁挤出再喂婴儿。

4. 产后六周内不作重体力劳动，以免腰背疲痛、子宫脱垂。

附　产后常见并发病的治疗

1. 产后外感　宜补养气血兼解表。黄芪五錢　当归三錢　白芍三錢　川芎一錢　荠穗二錢　生姜三片。

2. 产后骨节痛　宜养血祛风。当归三錢　白芍三錢　熟地三錢　川芎二錢　独活三錢　秦艽三錢　桑寄生五錢　牛膝三錢　細辛五分　黄芪五錢　党参三錢。

3. 产后恶露不尽，腹痛拒按，恶露紫黑有块，宜活血化瘀。当归三錢　川芎一錢　炮姜一錢　桃仁二錢　炙甘草一錢　生蒲黄二錢　五灵脂二錢　兼外感者，加荠穗二錢。

4. 下奶可灸膻中，点刺少泽，也可服中药，处方如下：党参四錢　黄芪四錢　当归三錢　川芎一錢半　王不留行四錢　通草二錢　漏蘆二錢。退奶时可針刺光明、足临泣（第四五蹠骨結合部前方的凹陷中）或服中药，炒麦芽二两，水煎服。亦可服求偶素5毫克，每日三次，連服5—7日，或用芒硝裝布袋內，在乳房上持續敷用，湿透更換。

第二节　紧急情况下正常分娩的处理

胎儿即将娩出或胎儿已娩出，此时大都无法充分准备接生条件，在接生过程中，必須遵循毛主席的教导："**我们需要的是热烈而鎮定的情绪，紧张而有秩序的工作。**"关鍵的問題在于臍带的无菌处理。

一、胎儿即将娩出时　立即消毒会阴（用0.1%新洁尔灭液冲洗即可），接生者戴消毒手套，或用碘酊、酒精擦手，准备接生。

二、胎儿已经娩出　应先将脐带消毒结扎（剪刀及脐带应应格消毒。

三、若家属已处理脐带　但未消毒，应消毒后重新处理脐带。有条件时可肌注破伤风抗毒素1,500单位（新生儿不用做皮試）。

四、产后检查会阴　如有輕度裂伤而无条件縫合，可用紅汞涂擦。

附：家庭接生箱内应备的物品

1.臍带包：止血鉗2把，剪刀1把，臍带紗布1块，臍带綫2根，臍带綳带1卷，紗布2—4块。

2.縫合包：持針器1把，无齿鑷1把，圓縫針1个，三角縫針1个，縫綫（鉻腸綫及絲綫）1小束。

3.敷料包：无菌巾1—2块，橡皮手套1付。

4.其他：注射器及針头2付（2毫升及50毫升各1）橡皮导尿管1根，嬰儿吸痰用具1套，体溫計1支，听診器1个，查肛指套2个，洗手刷1个，肥皂1块。

5.葯品：2.5%碘酊1瓶（10毫升），75%酒精一瓶（100毫升），新洁而灭（或來苏水）1瓶（50毫升），垂体后叶素或催产素2支，麦角新碱2支，嗎啡或杜冷丁2支，苯巴比妥鈉（0.3克或0.2克）2支，25%硫酸鎂溶液（10毫升）4支，50%葡萄糖液（20毫升）5支，尼可剎米2支，山梗菜碱2支，咖啡因2支，維生素K 2支。

第三节　新生儿处理及急救

当胎儿头露于会阴部时，接生者一手保护会阴，另一手可将胎儿口内的粘液挤出。

一般胎儿娩出后即呼吸且啼哭，如果不呼吸、应按新生儿窒息处理：

一、首先用吸痰管伸入喉部及气管内，将粘液吸净（图16），无吸痰管时，可以口对口吸尽粘液。

二、使新生儿仰卧拍打脚心。

三、用酒精刺激皮肤。

四、针刺人中、涌泉。

五、行口对口人工呼吸。方法是在新生儿口上放纱布一块，接生员隔着纱布口对口地将空气有节奏地吹进新生儿肺内（不可吹得过猛）。每吹一口气以后即用手压迫新生儿的胸部，帮助他将气排出。这样一吹一压，一分钟约16次，直至建立正常呼吸为止。

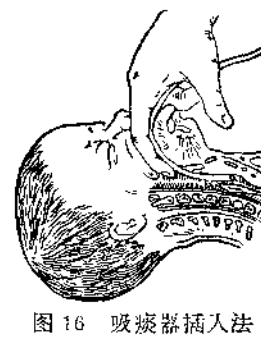


图16　吸痰器插入法

在急救同时，给新生儿肌注尼可刹米1/3支（0.125克）、维生素K 4毫克，如呼吸仍不好可再于脐静脉（静脉较动脉色深而粗）注射10%氯化钙4毫升或10—25%葡萄糖液10毫升加尼可刹米0.075克（0.3毫升）及维生素C 100毫克。

在急救时应注意保暖、急救完毕再结扎脐带，此时应特别注意无菌操作。

新生儿出生后要做体格检查，检查心、肺、肝、脾，并注意有无畸形。

第三章　妊娠中毒症

妊娠中毒症为孕妇所特有的疾病，也叫作"妊娠毒血病"。一般来說，妊娠結束后本病可自然恢复，显然为妊娠而引起之母体病变，其病因尚未明。临床实践中发現一些与本病有关的現象：本病易于发生妊娠早期及晚期，孕中期少見；春冬季之发病多于夏秋季；初产妇多于經产妇；双胎及葡萄胎易得；超力型体质（矮胖、頸短粗者）及神經型弱型的人易患子癇。

第一节　早期妊娠中毒症

多数孕妇在閉經四、五十天开始出現早晨恶心。呕吐、平时吐液增多、厌油腻及食欲不振等反应，临床称之为"早孕症状"。一般持續一个月左右自然消失，不影响工作与劳动，对健康影响不大；少有超过孕三个月者。有少数孕妇在早孕症状的基础上发展严重，以致吃啥吐啥，飲食不能进，此时即成病态，称之为早期妊娠剧烈性呕吐，簡称之为"早孕剧吐"。以下所讲內容均指早孕剧吐而言。

临床表現

1. 呕吐反复发作　不限于清晨，輕者吐出食物，重者呕吐胆汁，甚而含有血性之胃內容物（表現为胃粘膜有小出血点），是呕吐达严重阶段。

2. 脱水　反复呕吐，不进飲食，口干唇燥，眼窝塌陷，皮肤皺折，出現脱水現象。

3. 代謝性酸中毒　飲食不进，出現飢餓状态，营养障碍，血浆蛋白及血糖減少，因碳水化合物缺乏，热量不足。动員体內儲存之脂肪以代缺乏之糖元，脂肪不能完全氧化，因而发生脂肪代謝中間产物蓄积，血內及尿內酮体增加，加之胃液消毫，因而酸中毒。

4. 血、尿浓縮　飲水少，尿少，尿比重增高；血浆少、血浓縮，血色素增高。

5. 全身症状　体重減輕，衰弱无力，嗜睡，时有微热、脉快时血压低。

诊断　根据临床表現及体征，加之尿醋酮定性試驗阳性或弱阳性者，即可診断之。

处理原則

1. 补液（复方氯化鈉、生理盐水及 10% 葡萄糖）。

2. 补充营养（50% 葡萄糖＋維生素乙丙，靜脉注入，量酌情）。

3. 鎮靜止吐

（1）止吐葯　維生素乙$_6$ 20 毫克一次，每日三次。艾茂尔 2 毫升肌注，临时一次。氯丙嗪或异丙嗪，12.5 毫克一次，每日三次。

（2）中枢性抑制呕吐方　三溴片 0.9 克一次，每日三次，咖啡因 0.1 克一次，每日三次口服。

（3）中葯　溫胆湯。

（4）新針疗法　內关、天突、足三里。

4. 健胃剂　胃蛋白酶合剂，檸檬酸水。

5. 随意飲食（不受次数、品种及食量的限制）。

6. 反复治疗无效，出現下列症候之一者可行人工流产終止妊娠，或有自愿人工流产要求者也可。

（1）无感染原因，体温超过 38°C 持續不降者；
（2）脉搏細弱每分钟超 120 次以上者；
（3）体重继續下降明显者；
（4）肝脏受累出現黃胆者；
（5）出現酸中毒昏睡者。

第二节　晚期妊娠中毒症

晚期妊娠中毒症发生在孕七个月之后，主要特症是发生水肿、蛋白尿及高血压。临床称之为“三大症状”。本病如未及时发現与处理，可由輕轉重，发展到严重阶段即出現抽搐及昏迷，达晚期妊娠中毒症之最重阶段謂之子癎，严重威胁母子生命。子癎为造成产妇死亡之四种疾病之一。因病因不明无法預防，学习之目的在于加强产前检查及时发現輕症及时处理子癎之发生。

晚期妊娠中毒症之病理机制　病因虽不明，引起“三大症状”之病理机制，临床有所发現并已被証实。主要之病理变化有二：①小动脉痙攣，②鈉离子潴留。

小动脉痙攣可由毛細血管鏡在指甲下及眼底鏡观察眼底見到。小动脉痙攣时管腔狹窄，大血管阻力增大，因此血压升高产生高血压症状。小动脉痙攣，血流減慢，发生乏氧可使血管壁受損，引起血管滲透性增高，而发生水肿及蛋白尿。

晚期妊娠中毒症患者，严重者腎脏机能发生改变，可使水与鈉的排出发生障碍，以致引起水与鈉的潴留現象。加之晚期妊娠中毒症患者腎脏对于氯化鈉的浓縮力減低，更加加重了鈉的潴留。鈉潴留是发生水肿的主要原因。

临床表現与诊断　上述的晚期妊娠中毒症的“三大症状”

并非是在每个晚妊娠中毒症患者身上完全具备，可具其一或其二，全备者也有。晚期妊娠中毒症由輕漸重，逐步发展，在发展的各个阶段上有其不同的特殊性，临床据此分类，但它們是互相联結的。

1. 分类(按临床表現輕重程度)

（1）妊娠水肿　单純有水肿症状（指超过膝以上之水肿），严重者可发生全身水肿。无其它自覚症状。

（2）妊娠腎　三大症状具备其中任何二項者，无自覚症状。

（3）先兆子癎　在妊娠腎的基础上，出現自覚症状——头痛、头暈、眼花、視力模糊等症候。

（4）子癎　在先兆子癎的基础上，出現抽搐及昏迷的症状。按抽搐之发生时期，子癎又分为：产前（妊娠）子癎，产时（分娩）子癎及产后子癎三种。

2. 子癎抽搐的特征　按抽搐过程的順序分为四期：

（1）顏面抽搐期(苦笑面容，意識不清，为抽搐之开始)；

（2）全身强直期（眼上翻、牙緊閉、头倒臥，頸强直、角弓反张，四肢强直)；

（3）全身抽搐期(四肢抽动，全身震顫，下頜忽开忽閉，可发生舌咬伤)；

（4）昏迷期(約三分之一的子癎抽搐后入睡，鼾声大作不省人事)。以上各期为抽搐之連續过程，全过程不过2—3分钟即完，算作抽搐一次。

3. 晚期妊娠中毒症血液化学方面改变　晚期妊娠中毒症发展到严重阶段，血液化学方面即可发生变化，临床藉之以补助診断或鑒别診断。常見的变化如下：

（1）血浆蛋白減少　到先兆子癎阶段以后，非期即可

受累，血浆蛋白浓度降低，成分改变，白蛋白减少球蛋白增加。

（2）尿酸增高　因肝脏功能降低，影响尿酸的代謝，腎脏排泄机能減低，血內尿酸含量增高。

（3）血內非蛋白氮变化　在妊娠腎以前輕症前阶段，腎脏机能一般正常，故血內非蛋白痰含量正常；但达重症先兆子癎之后一阶段，腎脏功能发生变化，則非蛋白氮增高。

晚期妊娠中毒症的处理　晚期妊娠中毒症的处理关鍵，在于发現輕病及时处理，控制发展，預防子癎之发生。妊娠水肿为解决水肿，妊娠腎及先兆子癎为控制高血压，子癎为控制抽搐。处理原則，总而言之是：①鎮靜降压；②利尿消肿；③对妊娠和分娩的处理；④子癎之搶救。

1. 鎮靜降压

（1）口服冬眠灵 25 毫克，利血平 0.25 毫克，每日三次血压 150/100 毫米汞柱以上，可臨时肌肉注射冬眠灵 25 毫克一次，或加用冬眠 1 号 1/4 全量，4—6 小时肌肉注射一次，根据血压下降情况随时停止。

25%硫酸鎂，20毫升肌注，隔 4—6 小时一次，根据血压情况随时停止。

（2）中葯——鈎藤湯。

（3）新針疗法　足三里及曲池（均双穴）。

2. 利尿消肿　临床常用双氢克尿塞，有协同降压作用，但一般用三天停一天以防低鉀症。

（1）双氢克尿塞 25 毫克一次，每日三次。

（2）中葯　五皮飲。

（3）50%葡萄糖 60—80 毫升加維生素丙 300 毫克靜脉注射，每日 1—2 次。

（4）低盐飲食。

（5）“681”口服。

3. 对晚期妊娠中毒症的妊娠及分娩的处理　如經药物治疗无效且有进展时須終止妊娠，使产妇恢复健康；分娩期避免产妇过度用力及长时間的刺戟引起抽搐，須以助产手法加速胎儿娩出。

（1）对輕症之娩期妊娠中毒症采取药物治疗，如症状好轉，妊娠即可继續；如經7—10天治疗观察，无效且有恶化者，考虑終止妊娠（引产），引产方法見手术章。

（2）无論輕重症入院时即已超过預产期者，經三天药物治疗，一般症状控制后可引产，不必待其自然分娩。

（3）子癎入院后积极搶救控制抽搐，一般經24小时之药物治疗后，抽搐仍不能控制，則引产；如抽搐业已控制，意識恢复、血压下降，尚不足月者，可在治疗严密观察下继續妊娠。

（4）对晚期妊娠中毒症之分娩处理　原則是加速分娩。当宮口开大期，血压不特别高时少用硫酸鎂，以防抑制宮縮，可用一般降压药。如宮口开全立即內診，胎头下降已达棘下时可采取胎头吸引术或产鉗术，如为臀位可作牽出术。子癎也同样处理，除有头盆不称外一般不以剖腹产作为解决子癎的办法，因手术干涉可增加子癎之死亡。在分娩第三期，应注射催产素半支加速宮縮防止子宮弛緩出血，胎盘娩出后立即注射麦角0.2毫克，均肌注。

4. 子癎抽搐之搶救

（1）患者进院后立即注射鎮靜剂一支（常用杜冷丁100毫克或嗎啡15毫克，肌注；如无上述两药，可用氯丙嗪及异丙嗪各50毫克一起肌注）。

（2）放于安靜处，避光避声刺激由家人陪伴，特殊护理

防止跌伤或舌咬伤。

（3）去枕，头侧卧防止吸入性肺炎。

（4）间断吸氧，在抽搐时加大給氧量。

（5）不省人事时禁食，留置尿管持續排尿，記尿量。

（6）准备木片或筷子纏以紗布垫大臼齿上，抽搐发作时，按住木片防止舌咬伤。

（7）抽搐发作时，立即針灸　人中、涌泉、合谷、足三里。

（8）紧急措施后可继續用冬眠葯物　常用1号冬眠合剂（用杜冷丁100毫克、氯丙嗪50毫克，异丙嗪50毫克混合配成），根据病人的反应每次取1/6—1/4量肌注，一般每日可用1份全量，連用2—3天后改用其他鎮靜降压葯。心率快者不宜用氯丙嗪，可用乙酰普嗎嗪20毫克代替，如无此葯也可省略。呼吸少于每分钟12次时应停用冬眠合剂。

如对冬眠葯物反应不好，可改用25%硫酸鎂，每6小时肌注10毫升，共間參用苯巴比妥鈉0.1克肌注或副醛4—6毫升肌注，2天后硫酸鎂改为每日注射二次。

有的患者用10%水合氯醛或副醛20毫升加水到100毫升作保留灌腸效果很好。此法可參用于二次冬眠合剂或两次硫酸鎂注射之間。

5.硫酸鎂用量及应用注意事項

（1）硫酸鎂常用有两种浓度，10%及25%，靜脉注射每日量10—12克，可分四次加入葡萄糖內注射；肌肉注射每日量16—20克。可分四次或六次注入。

（2）硫酸鎂可作系統降压用，不仅治疗子癎；妊娠腎及先兆子癎也常利用，但不必象子癎那样用法，可間隔4—6小时注射一次。日用量按血压高的程度及体重情况酌情变动。一般临床上靜脉注射日量10克，肌肉注射日量16克。注射

时须緩慢，防止急驟降压发生休克。

（3）硫酸鎂可抑制中枢神經，用量过大时可发生中毒，呼吸中枢麻痹，因此在用葯前及用葯中須經常检查下列各項，一旦发現为禁止用葯之指征：①呼吸每分钟在16次以下者；②尿量每日少于600毫升者；③膝腱反射消失者。如用葯过程中出現这种現象，应立即停葯，并以氯化鈣注射解毒，10%氯化鈣10毫升靜脉注射。

晚期妊娠中毒症之并发症及后遺症

1.并发症及其預防

（1）在妊娠期可发生两种并发症 ①死胎，②胎盘早期剝离，主要是因胎盘与子宮蛻膜之血管病变，发生出血坏死或梗塞，胎盘呼吸面积減少，胎儿宮內乏氧死亡。如胎盘与子宮壁之間形成凝血块时可发生早期剝离。关于死胎的預防有一定困难，早期剝离方面可注意引起剝离之外因，如創伤。

（2）产后可发生凝血机制障碍性的大失血 晚期妊娠中毒症，患者可发生血浆蛋白的減少，常并发低紙維蛋白原血症，产后出血不凝。因此，对妊娠期有貧血者，可积极治疗貧血，严重者可在产前少量多次輸血，以新鮮血合适。

（3）血管运动性休克（血管衰竭性虛脫） 重症晚期妊娠中毒症患者，可发生血管运动中枢机能障碍。在产后或手术中有时突然出現休克，血压可馬上降到零，此时可查不到引起休克的原因，即应考虑此并发病。一旦发生，立即吸氧，注射升压葯物（去甲基腎上腺素或加压素）可逐漸恢复。因此在分娩过程中及术中避免过强刺戟可減少发生。

（4）視力障碍或暫时失明 重症先兆子癎及子癎可发生視网膜剝离或眼底水肿而发生視力障碍，甚而失明。但可逐漸恢复。

（5）子痫可发生舌咬伤，重者须缝合；可发生吸入性肺炎，甚而抽搐时口腔及气管之分泌物吞入气管窒息死亡；可发生急性肺水肿及急性心力衰竭，后者往往是造成子痫死亡的原因。为防止急性肺水肿及急性心力衰竭，对子痫患者之输血补液应加十分注意。

2. 后遗症

（1）慢性高血压　妊娠肾以后各阶段均有高血压症状，一般产后2周左右可恢复正常，如持续一个月以上仍不能下降恢复者可成慢性高血压病。

（2）产后精神病　多见子痫患者，产时发生精神病错乱或迟呆，为多次抽搐脑乏氧之后果，产褥期可恢复。

预后　晚期妊娠中毒症轻症多半及时发现治疗后，妊娠可顺利达到足月以至自然分娩。但重症阶段，尤其是子痫，多半影响母子之健康，对胎儿讲可发生死胎以及死产；子痫患者下次妊娠再发子痫者有，并不多且无何规律性。据临床观察，具有以下各条件之子痫患者预后不良，即死亡率高，如：①频繁抽搐10次以上，昏迷3日以上者；②合并急性肺水肿急性心力衰竭者；③血压高于200/140毫米汞柱者；④尿少或无尿者；⑤合并感染者；⑥发生血管运动性休克者；⑦产后大出血不凝者。

第四章　妊娠早期出血病

第一节　流　　产

在妊娠28周以前有妊娠终止的表现者称为流产（俗称小产）。常见的原因为胚胎发育不良和外伤，其他原因尚有急性

传染病、內分泌失調、胎盘及臍带病变等。

诊断要点

1. 先兆流产　妊娠期間阴道少量出血，伴有不显著的陣发性下腹痛或腰痛。子宫口未开，子宫大小与停經月份相符合。

2. 难免流产　阴道出血多于平时月經，腰腹痛显著，陣陣发作。子宫口已开或羊水已破。

3. 不完全流产　部分胚胎組織已被排出，尚有一部分留在子宫腔內，故患者有較多的阴道出血和陣发性腹痛。检查时子宫口已开大，子宫仍大于正常，有較活动的阴道出血。

4. 流产合并感染　除上述流产症状外尚伴有高热、脓性白带，检查子宫有显著压痛。

5. 习慣性流产　指連續三次以上自然发生流产而言。早期流产多由于胚胎发育不良，晚期流产由于宫頸松弛或子宫发育不良。

治　疗

1. 先兆流产应用保胎疗法

（1）臥床休息。

（2）每日肌注黃体酮 10—20 毫克，至症状消失后減量，逐漸停葯。

（3）鎮靜剂　腰腹疼痛严重时用苯巴比妥鈉 0.1 克肌注；疼輕时口服苯巴比妥 0.03 克，每日三次。

（4）保胎丸或胎产金丹，日服 2 次，每次一丸；或用以下方剂：

桑寄生六錢　續断三錢　菟絲子五錢　山葯五錢
党参三錢　白朮三錢　黃芩二錢　阿胶三錢
（烊化兌入）。見血加側柏炭三錢　蓮房炭三錢。

2. 难免流产及不完全流产　应刮宫并注射宫縮剂。如无刮宫設备，可肌注垂体后叶素或催产素5单位，每半小时一次，共3—4次，使子宫收縮将胚胎組織排出。如无效而患者又在大出血，应将堵在子宫口的胚胎取出。

3. 流产合并感染　先用抗菌素控制感染，2—3天后再刮宫。如阴道有大出血，可在严密消毒操作下用卵圓鉗放入子宫腔內，将胚胎組織取出，但不可刮宫，以免感染扩散。术后继續用抗菌素，必要时在感染控制后再二次手术，进行刮宫。

凡流产行刮宫术者，必須检查刮出的內容，以明确診断。如发現有葡萄粒样組織（葡萄胎），处理参見"葡萄胎"。

4. 妊娠四个月以后的晚期流产　此时胎盘已形成，故处理与足月分娩相同，但胎盘排出常不完全，如遇出血多时应刮宫。刮宫前可注射宫縮剂，以免子宫穿孔。

第二节　輸卵管妊娠

孕卵在子宫以外的器官着床，生长謂之异位妊娠。其中包括腹腔妊娠，卵巢妊娠，闊韌帶內妊娠，頸管妊娠及輸卵管妊娠，临床上亦称之为子宫外孕。临床上絕大多数的子宫外孕是輸卵管妊娠，輸卵管妊娠可发生在輸卵管之各部，如間质

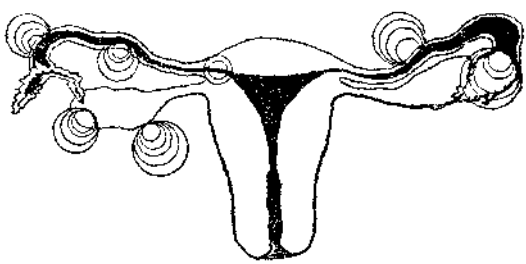


图17　輸卵管妊娠发生部位图

部，峡部，壶腹部，及伞端，其中以中间两者为多见（如图17）。

病因　即阻碍孕卵由输卵管进入子宫腔的因素：

1. 输卵管腔内病变，如输卵管炎；先天性狭窄、憩室、子宫内膜异位等。

2. 输卵管周围病变，如盆腔炎，腹膜炎可使管腔扭曲狭窄，临近器官肿瘤压迫管壁影响孕卵通过等。

病理变化　输卵管妊娠的病理改变，主要是孕卵着床在输卵管粘膜的变化。从孕卵及输卵管方面来說，在本质上具有正常妊娠特性：①孕卵有继續生长的性质；②孕卵产生溶解組織的酶，可侵蝕管壁；③输卵管粘膜形成蜕膜样变化，输卵管妊娠时子宫内膜肥厚变成蜕膜。

1. 输卵管妊娠在卵管内的一般病理变化。

孕卵在输卵管着床后，侵入输卵管粘膜，因输卵管粘膜本身壁薄，粘膜亦薄，此薄层之粘膜变成孕卵之包蜕膜，但因壁薄底蜕膜也不能发展成为胎盘。由于孕卵的逐漸发展变大，体积上的增长，以及孕卵本身的侵蝕作用可造成包蜕膜及整个卵管壁越来越薄以致破裂（图18）。临床上实践証明，輸卵管妊娠多在閉經三个月左右孕卵死亡妊娠中断。

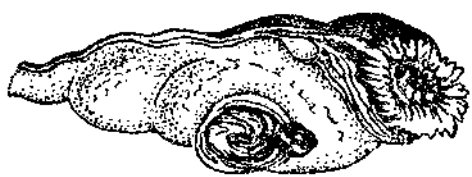


图 18　輸卵管妊娠破裂图

2. 输卵管妊娠中断后发展的途径　此发展途径决定于孕卵在輸卵管內的妊娠位置，如在輸卵管之子宫端即間质部及

峡部，因此段較狹窄故多发生整个輸卵管破裂称輸卵管妊娠破裂型。如在輸卵管之盆腔端，此段多較寬闊，由于包蛻膜破可从卵管之伞端流出入腹腔，称为輸卵管妊娠之流产型。

3. 輸卵管妊娠时子宫的变化　在輸卵管妊娠时子宫受到絨毛膜促性腺激素的作用，子宫肌也輕度肥大，子宫內膜也肥厚变軟称之为蛻膜改变。当卵管妊娠中絕时，則子宫之蛻膜組織則开始脫落，可出現阴道流血，有时整个蛻膜流出成倒三角形、烂肉状，临床叫作子宫管型是帮助診断的一个条件。

临床表現　輸卵管妊娠一旦妊娠中絕，即流入或破入腹腔，輸卵管粘膜或正个管壁完全破裂而发生腹腔內出血，因此，其临床表現为腹腔內出血之症状及体征。

1. 早孕症状　閉經史輸卵管妊娠患者大部份有閉經史，但少数也有因月經失調而閉經史不清楚者，但仍有早孕的症状。

2. 突然腹部剧痛　当卵管突然破裂前发生攣縮刺激引起剧烈的腹痛，甚而发生突然昏倒而昏迷者，临床以昏过去为外孕腹痛的特点。破裂后內出血刺激腹膜仍有持續性腹痛症状。每当卵管有新鮮出血时則腹痛又行加重。

3. 休克　与腹腔內出血的量多少有关，出血量多少又与輸卵管破裂情况有关。据临床証明輸卵管妊娠破裂型比流产型者流血为多，常見达 1,000 毫升以上，因此，破裂型者发生休克者为多，流产型者甚而不发生休克。

4. 肛門下墜的症状　腹腔內出血量多时，乃集聚于子宫直腸窝，因而压迫直腸，患者自覚肛門下墜，甚而有便意感，也有的患者大便用力时发生再次內出血而休克者。

5. 子宫流血　当輸卵管妊娠中断时，胚胎死亡，子宫蛻膜脫落，有的零碎脫落而发生不正常的子宫出血，有的一次全部

脱落（即临床称之管型）者可发生多量的子宫出血。

诊断及鉴别诊断

1.診　断

（1）病史上常有閉經史及不孕史（因不孕者多有輸卵管病变）。

（2）全身状态方面，患者有明显之貧血貌，重者休克状态，脉搏弱，血压低，体溫不高。

（3）腹部外診　腹平或膨隆，有移动浊音，全腹无肌紧张，有压痛及反跳痛，但反跳痛大于压痛是临床診断的要点（因腹腔內出血外診手突然离开腹壁时刺激腹膜疼痛明显）。

（4）妇科內診　阴道变軟，宮頸变紫，因有內出血，盆腔內診检查不清楚，但有三个特点。①病变側压痛重；②宮頸有举痛（內診手指上推宮頸）；③后穹窿膨隆有触痛，或可触知包块。

（5）阴道后穹窿穿刺（此法为有效之診断办法簡而易行方法）患者于內診台上，窺器暴露出阴道后穹窿，用碘酒及酒精消毒，以20号腰穿針及20毫升空針管由后穹窿突出处穿刺，刺入約4—5厘米深，然后后退針头，边退边抽，观查有无血液抽出，有血时推入小瓶內，放在室溫下观察外孕血之特点：①不凝②較稀薄③血內有小血渣。后穹窿穿刺法見（图19）。

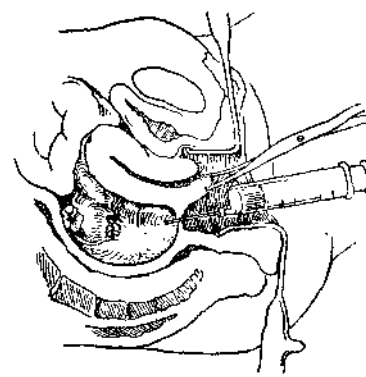


图19　阴道后穹窿穿刺图

（6）盆腔內包块形成內診时注意子宮之两側，

或子宫直腸窝处有无約手拳大之包块。如有包块，壁厚且硬，不能活动有触痛，又有上述各項所見，則考虑为陈旧性輸卵管妊娠（即輸卵管妊娠流产型，流入腹腔后发生粘連，內出血限局，凝集被纖維素包裹，形成血肿，如肿瘤），即迁延型之外孕，临床称之为陈旧性外孕。

（7）蛙反应　有时出現阳性大部为阴性。

（8）診刮　可見子宫內膜有蛻膜样改变但无絨毛及胎芽。

2. 鉴别診断

卵巢出血	子宫外孕（流产型）	鉴别点	陈旧性宫外孕	慢性卵巢囊肿蒂扭转
急性腹痛阵发性	急性腹痛持续性	相似点腹痛	持续性钝痛	持续性钝痛
+	+	阴道出血	+	−
+	+	腹腔內出血	−	−
−	±	盆內包块	+	+
+	+	腹部压痛	+	+
		特殊点		
常在经后半月发生	+	閉经史	+	−
+	+	不孕史	+	−
+	+	休克史	−	−
出血少保守出血多手术	手术	处理方法	手术或保守	手术

处理原則

1. 外孕患者如有休克时应边抗休克边准备手术，尽量爭取时間早作手术切除卵管結扎止血，决不能非要等血压回升到 90/60 毫米汞柱后始开刀手术，因而延誤了手术时机，而使一部份阶級姐妹失了搶救机会。

2. 抗休克，有輸血条件应尽量爭取快速輸血补充失血，如在农村实无条件輸血时，可以50%高张葡萄糖代替暫时救急，一般一次可輸入200毫升，如能組織人力直接輸血（同型血亦最好作交錯試驗后用为佳）亦可；并同时注射呼吸兴奋药及强心剂。

3. 手术 ①急性外孕——急診手术卵管切除术；②陈旧性外孕——可在作好一切术前检查及准备后选择时間进行手术，进行血肿清除术。

4. 自家还血問題 新鮮之宫外孕开腹时可以用。方法①将腹腔內出血吸出經过濾过，并加入抗凝药（每百毫升血內加3.8%枸櫞酸鈉10毫升）后輸入；②如为陈旧的且在农村中又无血源时可吸出濾过加抗菌素后輸入。

第三节 葡萄胎

葡萄胎系由于胚胎的絨毛变性而引起的疾病，可分为良性与恶性两类。

一、良性葡萄胎

诊断要点

1. 自怀孕开始經常有不規則的阴道出血，有时血块中伴有透明白色葡萄样組織排出。

2. 早妊反应及妊娠中毒症比正常妊娠发生得早而且严重。

3. 检查子宫常比按停經月份估計为大；子宫已如5—6个月妊娠大小时，仍摸不到肢体，听不到胎心，也无自覚胎动感。

治 疗

1. 刮宫　診断明确后即行刮宫术終止妊娠。如子宫較大刮宫时易引起大出血，子宫較易穿孔，故手术应輕柔，刮宫前注射宫縮剂，輸液，并准备輸血。一次常不易刮淨，可相隔5—7天再刮一次。

2. 良性葡萄胎有时可轉变为恶性葡萄胎或絨毛膜上皮癌。故术后应密切追踪检查二年，尤其应作妊娠免疫反应。在观察期間应严格避孕，以免混淆診断。

3. 年龄已超过40岁者可考虑子宫切除，以免日后发生絨毛膜上皮癌。

二、恶性葡萄胎

恶性葡萄胎多发生在良性葡萄胎之后，多数可轉变为絨毛膜上皮癌，三者不易鉴别。

诊断要点

1. 在葡萄胎刮宫术后或产后数月或数年又出現不規則阴道出血。

2. 妊娠免疫反应由阴性轉变成阳性，或阳性稀释度逐漸上升。

3. 有咯血（可能有肺轉移，应与肺部疾患相鉴别）、阴道結节、阴道大出血者須考虑血行轉移。

治疗　应轉至有条件的医院行子宫广泛切除及化学治疗。如因阴道結节大出血，則填塞紗布止血后再轉院。

第五章　妊娠晚期出血病

第一节　前置胎盘

正常妊娠期，胎盘是附着于子宫体部，如果胎盘附着于子宫下截，或者直接复盖在子宫口的上面，则称为前置胎盘。前置胎盘是引起晚期妊娠出血的主要原因，也是妊娠期严重并发症的一种。如处理不当，往往能使产妇死亡。胎盘前置的程度是不同的，一般可分为三种类型。

分　类

1. 完全性前置胎盘（或称中央性前置胎盘）

即子宫颈内口全部为胎盘組織所遮盖（图20—3）。

2. 部分性前置胎盘

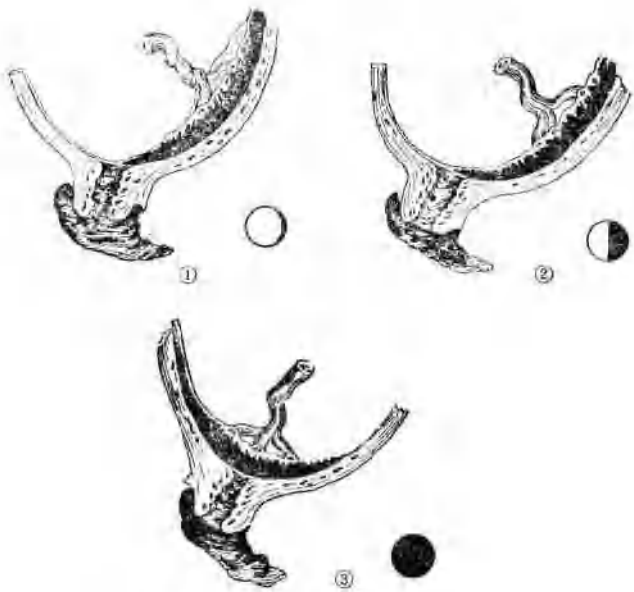
即子宫颈内口的一部分为胎盘組織所遮盖，而另一部分为胎膜所遮盖（图20—2）。

3. 低置胎盘（或称边緣性前置胎盘）

即胎盘下緣不超过子宫颈内口或即位于其边緣（图20—1）。

上述的前置胎盘分类，系指子宫颈内口扩大在3—4厘米时而言。于临床时，子宫颈口逐漸扩大，胎盘边緣与子宫颈口的关系随时改变，故前置胎盘的分类也是相对的。

临床表现与诊断　多发生在妊娠晚期或最迟至分娩开始时。妊娠中期也有发生者，不易診断，易与流产混淆。由于子宫上段肌肉的收縮与縮复，子宫下截漸漸伸展，但附盖于子宫下截或子宫颈口上的胎盘不能相应地扩张，故胎盘的前置部



①边缘性　②部分性　③中央性

图 20　前置胎盘类型

分与其附着处即发生錯位式的移动，以致胎盘下緣与子宫壁分离，絨毛从蛻膜中拔出，絨毛間腔的血液开放，向外流出。低置胎盘的边緣血管接近子宫頸口，一經牵引，亦容易破裂而出血。因此，阴道流血是前置胎盘的唯一症状。

起初时，出血不多，剝离处血液凝固，流血可暫时停止。如子宫继續收縮，則流血反复发生，常一次比一次多。这种出血，往往发生于不自覚中，有时，患者半夜睡醒时才发現。

1、毫无原因的突然出現无腹痛性多次反复阴道流血，流血量多少不一，多者可达数百毫升，甚至引起貧血及休克現象，对母嬰生命均有影响。出血时間的迟早，以及出血的严重性

和出血时間間隔的长短，常因前置胎盘的种类不同而有区别。

（1）完全性前置胎盘　流血发生时間較早，大多在妊娠6个月以后左右开始，出血量較多，間隔时間短。

（2）低置胎盘　初次流血时間較迟，多数在妊娠9个月或足月左右开始，也可能在临产时才发生，出血量少，相隔时間长。

（3）部分性前置胎盘　出血性质介于两者之間，多数流血开始于8—9个月左右。

2. 检查　腹部松軟，无触痛，子宫无压痛，胎位清楚，胎先露未固定，胎心良好。

3. 阴道检查　于子宫頸口內可触到胎盘組織（指在宫口开大二指內診时），这种检查必須在做好輸血及手术的一切准备下进行。如已确診則不必做阴道检查。

根据以上的临床症状和检查，前置胎盘的診断并不困难，但須与子宫頸息肉，子宫頸糜烂，子宫頸癌等出血相鑒别，可用窺器检查来鑒别。

处　理

1. 患者一般情况良好，貧血不重，来診时流血量不多者：

（1）无宫縮时，可在做好輸血准备工作的条件下，观察經过。臥床休息，投与鎮靜剂，可以继續妊娠。

（2）有宫縮时，可在做好輸血准备工作的条件下，在分娩室进行观察。

2. 患者一般情况良好，貧血不重，来診时流血量多者：

（1）无宫縮时，应在輸液或輸血条件下，行剖腹产术。

（2）有宫縮时，可在輸液輸血条件下，做阴道检查。如宫口未开时，則亦应行剖腹产术。如宫口开大，为中央性前置胎盘时，应行剖腹产术。如为部分性或边緣性者，头位时行人

工破膜后做头皮牵引术，臀位时行人工破膜后可拉下胎儿一足并用重錘牵引，以便压迫止血。

〔附〕人工破膜方法

外阴用洁而灭消毒后，先将左手进入阴道内，查清宫口开大及胎膜情况后，右手拿直鉗子或弯鉗子（鉗子頂端带齿的）在左手食指及中指引导下，将胎膜挾破，使羊水緩慢流出。

如在操作过程中或在牵引过程中，有多量流血或流血不止时，应行剖腹产术。

3. 患者一般情况不良，貧血严重（血色素50%以下），来診时流血不多者：

（1）无宫縮时，可行剖腹产术。

（2）有宫縮时，如无輸血条件时可行剖腹产术。如有輸血条件时，可在輸血条件下，做阴道检查，如宫口未开，可行剖腹产术。如宫口开大，中央性者行剖腹产术。边緣或部分性者可行人工破膜头皮牵引或拉下胎足压迫止血。

4. 患者一般情况不良，貧血严重，来診时流血多，伴有休克者：无論有无宫縮，勿須內診检查，均行剖腹产术。

5. 如果因条件受限，不能在当地处理时，如流血多者，应用消毒沙布紧塞阴道压迫止血，流血少者，不必填塞。有休克时，須处理休克，待休克好轉后，抬送外地治疗。抬送过程中，須随时注意阴道流血情况，并須带抗休克用之必要葯品，以便随时处理休克。

6. 前置胎盘之处理过程中，輸血是非常主要的措施，特别是在做阴道检查或手术处理时，均应在輸血条件下进行如无輸血条件时，亦应进行輸液。

7. 前置胎盘不但在妊娠期和分娩期引起致命性之流血，在产后也常能引起产后流血，故在产后期应注意产后流血之

情况，及时給予处理。

8. 前置胎盘时，产后易发生感染，故在产前产后均须投与足量之抗菌素以預防感染。

第二节　胎盘早期剥离

正常位置的胎盘，在胎儿未娩出以前，部分或全部先自子宫壁剥离者，則称为正常位置胎盘早期剥离，临床簡称为胎盘早期剥离。

原　因

1. 妊娠中毒症，高血压病和慢性腎炎　这些疾病的血管硬化和痙攣，易于破裂，引起出血。如出血发生于底蜕膜处，則可促使胎盘早期剥离。

2. 外因（創伤）　如胎盘附着于子宫前壁时，当腹部受創伤或因行外倒轉术时用力过猛而造成，底蜕膜出血，甚而发生胎盘后血肿发生胎盘早期剥离。

3. 子宫内压突然減低　羊水过多突然破水后或双胎时第一胎儿娩出后，子宫突然縮小时，子宫腔内压力突然下降，引起子宫急剧地收縮，可引起胎盘早期剥离。

病理机制　胎盘早期剥离时，主要的病理变化为底蜕膜层的出血，开始时，血液滲入底蜕膜內，形成蜕膜血肿。血肿形成时，能将底蜕膜分开为两半，一部分粘在胎盘母体面，另一部分仍留在子宫肌壁上。当血肿漸漸增大时，即将胎盘从附着处分离。由于子宫在胎儿娩出前不能紧縮，出血无法制止，因此，剥离面逐漸扩大，甚至延至胎盘边緣，出血就愈积愈多。最后血液冲开胎盘下緣，并順胎膜与子宫壁間隙流出宫口，表現为外出血。如胎盘周圍仍附着于子宫壁，而血液大量

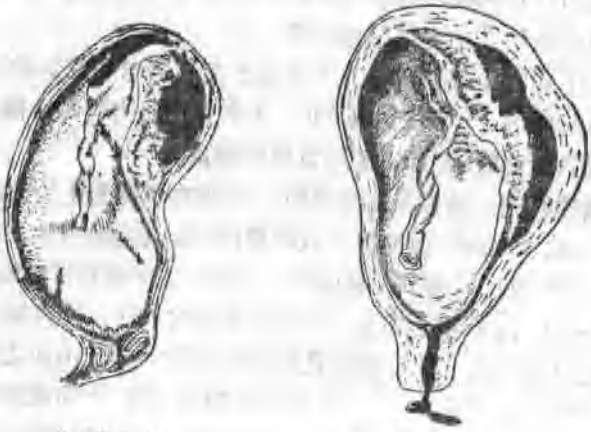
积聚在胎盘与子宫壁之间，即成为胎盘后血肿。血肿随着剥离面的逐渐扩大，而愈加增长，子宫也逐渐被扩大，即叫隐性出血或内出血(图21—①)。子宫内出血过多时，可浸润到子宫肌肉层，甚至，有时因血的浸润，可使子宫浆膜层裂开，使血液透过子宫壁各层而达腹腔，此时，整个子宫呈紫兰色，在胎盘附着处特别显著，此种现象称为胎盘卒中。并向腹腔内溢血，如开腹时，可見血性腹水。

临床表现与诊断 临床表现按胎盘剥离部分的大小与出血的类型而有不同。分别叙述如下：

1. 胎盘剥离面积小者

（1）出血少，自觉症状輕。子宫本身变化不大，可能发生少量阴道流血，每当子宫收縮时，阴道的流血量增多。

（2）突然发生持續性的腹痛，如自然止血，以后減輕，可有輕度腹痛。腹部检查，如胎盘剥离处在子宫前壁，則該处



①早剥內出血　　②早剥混合性出血

图21　胎盘早期剥离

有輕压痛。

（3）胎位可查清，胎心能听到。全身一般情况无改变。

2. 胎盘剝离面积大者

（1）阴道流血較多，可能同时有內出血和外出血（图21—②）。此时，如外出血量少与貧血程度不一致时，考虑內出血多，同时形成較大的胎盘后血肿，可自覚腹部較前胀大。

（2）有腹部剧烈胀痛。

（3）腹部检查，子宮坚硬，重者如板状硬（强直性收縮）。內出血继續发展，子宮逐漸增大。（临床上常于开始检查时，在子宮底处划記号，以观察宮底上升之程度，考虑內出血之多少）。

（4）胎位摸不清，胎心音听不到，胎动消失。

（5）因失血过多，可能出現休克。

鑒别诊断

胎盘早期剝离与前置胎盘鑒别表

胎盘早期剝离	前置胎盘
发病急，可能有誘因。	发病緩慢，无誘因。
* 有剧烈腹痛（有痛性出血），有內出血与外出血，常为混合性。	* 无痛性出血。只有外出血。
* 阴道流血出現后持续不止，时多时少，血陈旧。	* 阴道流血，可自行止血，血鮮。
* 失血症状的严重程度与阴道流血量不成比例。	* 失血症状的严重程度与阴道流血量成正比例。
* 子宮硬如木板，不能触知胎儿肢体，胎动停止，胎心音消失。	* 子宮除收縮期外柔软如常，能触知胎儿肢体，胎动及胎心音无改变。
阴道检查触不到胎盘組织。	阴道检查可触到胎盘組织。

注：* 为主要鑒别点。

处理 貧血的严重程度；胎儿与子宮口开大程度是我們

要考虑的。

1. 来院即已休克　立即搶救休克，检血常規观察貧血程度，备血輸血，情况有好轉时即进行肛查，观察宫口的情况，然后按下列原則处理。

2. 患者貧血严重，子宫口未开　无論是初产或經产，无論胎儿死活，均須作剖腹产术。

3. 患者貧血不論是否严重，子宫口开大2指以上时　无論是初产，經产，胎儿死活，均可自阴道解决分娩。但如产程不进展，内出血增多，一般情况不良时，仍須行剖腹产术。

阴道解决方法：

（1）行人工破膜，如头位可上头皮鉗子，如臀位可伸入宫腔牵足牵引。

（2）催产素点滴，促进宫縮。

4. 如怀疑有子宫胎盘卒中者，无論宫口开大情况，无論初經产妇，一般短时間不能自阴道分娩者，須考虑剖腹产，并須作子宫切除术的准备，术中証明子宫如"腐烂之瓜皮"样軟时，先注催产素試驗，如无反应，則子宫不能恢复正常，当即为切除子宫之指征。

5. 如在农村，处理困难，可注射高张糖，强心剂及呼吸兴奋剂抗休克，医生护送，并須带抗休克的葯品，抬往有条件医院处理。

并发症　纖維旦白元減少症。胎盘早期剝离有时发生凝血机制障碍性的产后出血（发生低纖維旦元血症，原因未完全闡明，形成血管内凝血，因而使纖維旦白元的量減少）。

1. 产后一旦发現出血量多，而且多血不凝，則須輸新鮮血，以补充纖維旦白元（不加抗凝血，即从給血者抽出，立即給产妇注入）。

2. 如有条件的医院可注射六氨基己酸（抗纖維旦白元溶解酶，国产药达国际水平）6克加入10%葡萄糖500毫升內点滴。

3. 直接輸入人血浆抽出之纖維旦白元。

第六章　异常胎位及其处理

第一节　头位异常

往往我們妇产科医务工作者一检查为头位，便認为是平产了，这是不对的，头位在分娩过程中，由于某种原因引起胎儿头俯屈，回轉不好，也会引起难产，常見以下几种，如下图所示：

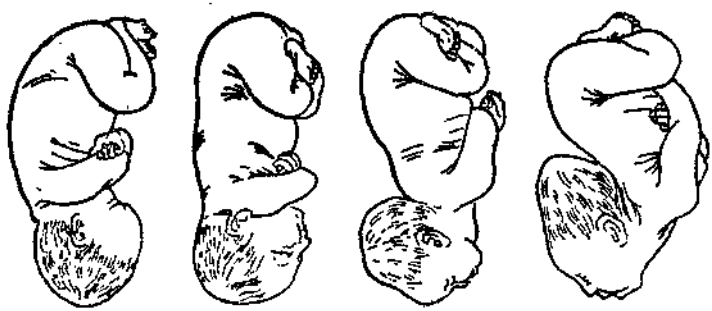


图22　异常头先露图

前三种多半能自然分娩，仅产程延长些，但面先露如頦前位是經产妇，产力好者可能自然分娩，如果初孕妇多半需作剖腹产手术。如为頦后位则自然分娩困难，須剖腹产。

第二节 臀 位

臀部先露姿势分娩的叫臀位。

检 查

1. 子宫底部能触到一个圆而硬的头。
2. 腹部一侧能触到胎背，另一侧能触到胎儿肢体。
3. 胎心在脐周围或脐上。
4. 子宫下段触到一圆而软不规则易变形之臀。
5. 肛查 可触到大小不定之块状物(图23)。

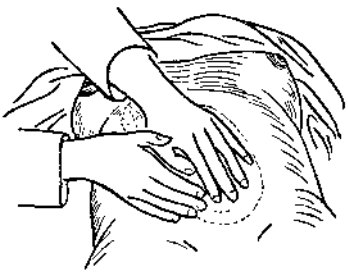
图 23 各种臀先露图

妊娠期对臀位的处理

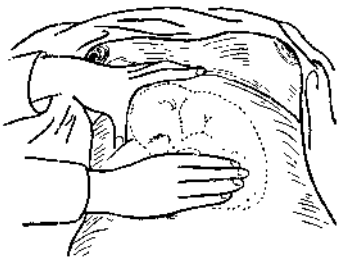
1. 孕七个月前无须干涉。

2. 七个半月至八个月可胸膝臥位，(孕妇头偏向一侧，前胸貼床，两膝在床上，臀高抬起) 一日两次，每次 10—15 分钟連續七天，一般均能自然回轉成头位。

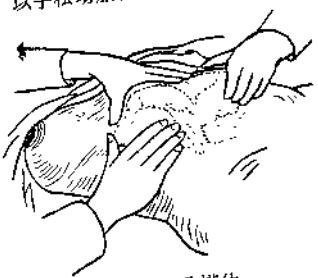
3. 經上述处置仍然不能轉成头位，可行外倒轉术。



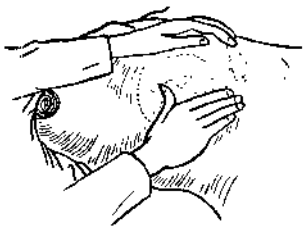
①腹部皮肤撒以滑石粉后，术者以手松动胎臀，使之向左上升



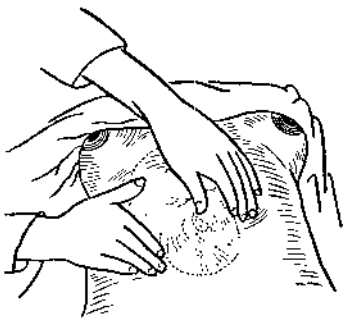
②术者右手向左推动胎臀，左手压迫胎头，使之下降



③胎头已转致横位



④术者右手将胎头向骨盆入口下压另一手上推胎臀



⑤外倒转术完成时，胎头已推至骨盆入口上方

图 24　外倒轉术

4. 行外倒轉术。

外倒轉术　使臀位横位轉成头位，一般在妊娠8个月至8个半月进行（图24）。

方法　产妇仰臥在床上，最好臀部稍垫高些，和产妇讲明方法，消除思想負担和恐惧，术者站在患者右侧，查清胎位，听好胎心，确实无宫縮，羊水适量，无早产历史，无妊娠中毒症，这些了解清楚，然后一手握住胎头，一手握住胎臀，下按胎头使头保持屈曲状态，臀尽量往上推。操作輕巧，在操作过程中注意宫縮，如宫縮出現，应立即停止；如順利，轉成头位后听取胎心，仍正常，完毕。如过快或过慢观察20—30分钟仍不恢复，即应轉回原位。轉成功后用腹带固定，在胎背肢体两側各加棉垫固定之。

分娩时处理

1. 臀先露时分娩方式有三种

（1）自己分娩　胎儿完全自然娩出，助产者仅需扶持胎体，保护会阴，不作任何牵引动作。但如有头盆不称或高令初产妇，迫切盼望活婴者，则应做剖腹产术。

（2）助产术　胎儿自然娩出至臍部，胎肩及胎头由助产者协助娩出。

（3）牵引术　胎儿由足到头全部由助产者牵引娩出。

2. 三种分娩方式之經过。

（1）臀位自然分娩

①安慰鼓励产妇好好休息，按时进行飲食，保証有充沛精力进行分娩。

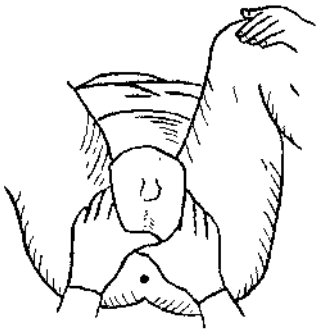
②产妇平臥，少活动，尽量少作肛查防止早破膜，臍带脫垂。

③第一产程时需作会阴側切及婴儿搶救准备。

④第二产程超过2小时以上者应行助产术。

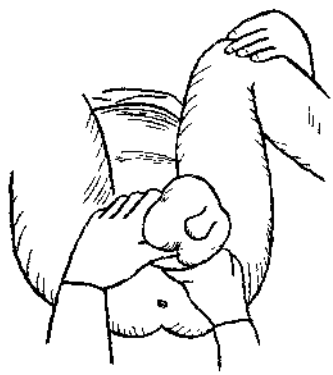
（2）臀位助产术　术前导尿。

①单臀先露　助产者用双手支撑臀部（两大拇指放在胎儿大腿后面，其余四指放在胎儿骶部）防止胎足过早自阴道滑脱出来，同时将臀部略上举，以利于胎体娩出，随胎体娩出，助产者可将双手沿胎儿腿渐渐向会阴方向移动，以保证胎腿



1. 接生者支持娩出的臀部

2. 儿背向上、接生者上举臀部



3. 接生者双手姆指随胎儿娩出的进展，沿儿腿逐步向产妇会阴移动

图25　单臀先露助产法

伸直，不滑出阴道，又能保証扩张阴道和压迫上肢，不致使其上举，胎头易娩出。当臍部娩出后，助产者将胎臀略向下傾斜，使胎儿前边上肢从耻骨弓下娩出，再将臀部上举，使后边上肢自会阴部娩出，此时助产者右手中指伸入胎儿口腔，鈎住下頷，左手中指示指和无名指分别放在胎儿两肩上，向下牵引至枕骨結节出現耻骨联合下，再向上提，便可娩出胎头。勿过力压迫鎖骨下窝，以免引起臂丛麻痹(图25)。

②足先露　助产者在胎足脫入阴道內由阴道口可以見到就开始用双手堵住阴道口，防止胎足脫出阴道，直到胎儿臀部自阴道口可以看到，便可以放开手，此时标志子宫口开全，下肢和臀，便可随宫縮自然娩出，助产者双手握住胎臀，向下牵引，使前肩达耻骨弓下，娩出上肢，以后步驟同上述介紹。

（3）臀位牵引术　第二产程因产妇有病不宜过度用力，或胎儿在第二产程內发生宫內窒息、宫縮无力，均需用牵引术。

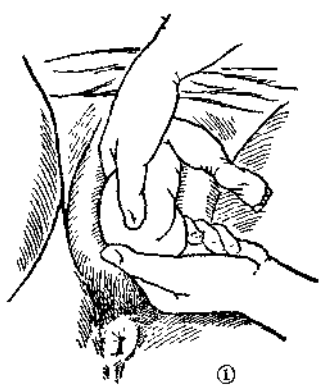
牵引步驟（图26）：

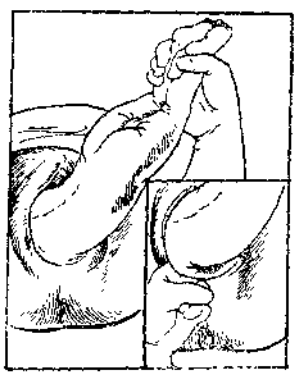
①牵出下肢　足先露，足在阴道口可見到时，則伸手入阴道內可以牵出足，再牵引另一足。单純臀位牵足困难，則可以将两手食指伸入阴道內鈎住胎儿腹股沟，向下牵引，但因此法較費力因此可将手伸入子宫內，沿前大腿內側往上，并将大腿稍向外展，使之指尖过膝膕窝后，指尖压迫膝关节，使之屈膝，而小腿下降，用中指鈎住小腿向下牵，在取出前腿后，可用同样方法取出后腿。

②臀部牵出　牵出双足后，用消毒巾包好双腿，沿产道方向牵引，向下，一直达到前臀出現于耻骨弓下，再向上提，将后臀牵引。

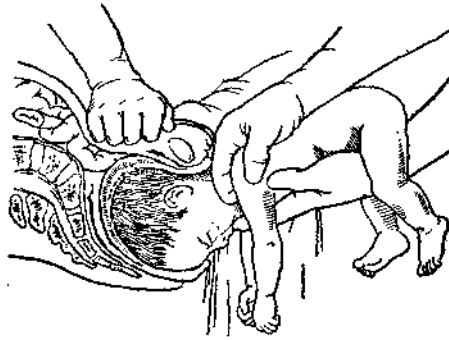
③牵出肩部　臀娩出后，双手拇指在胎儿骶部，其余四

指放在髖部，一边向下牵引，牵出胎体，一边轉动胎体，背向上，继續向下牵引，待臍部牵出后，防止压迫胎腹部及臍带，继續向下牵引，看到肩胛骨下角时，轉动胎体成90度角，使之回到原来背向側，继續向下牵使腋窝出現于耻骨弓下，娩出前上肢，再向上提使后肩出現于会阴部，娩出后上肢。

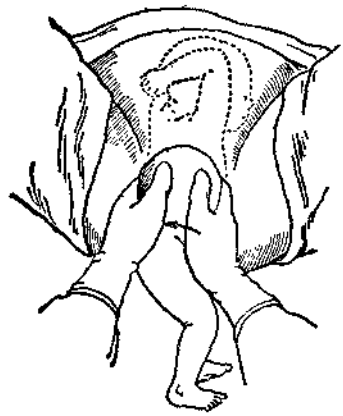




①开始牵出臀部　②胎儿拉向下准备娩出前上肢
③准备娩出后上肢及方法　④娩出上肢方法



⑤“骑马式”娩出胎头及压头法



⑥上肢后伸娩出法

图 26　臀位牵出术术式

④牵出胎头　同上。

注　意：

1. 检查子宫口确实开全，方可牵引，以防止胎头牵不出来，而造成胎儿死亡。

2. 动作轻巧，不宜用力过猛，而使之造成骨折（临床上发

现过用力过猛引起肱骨骨折的)。

第三节 双 胎

诊 断

1. 产妇自觉腹部增长快，胎动活跃，两侧腹部均有胎动感。

2. 检查

（1）能查到两个相同部分。

（2）听到两个节律不相同的胎心音（两胎心音相差 10 次/分以上)。

妊娠期处理

1. 做好宣传工作叫孕妇自觉地接受产前检查。

（1）因双胎易合并妊娠中毒症，能及时发现及时治疗。

（2）因双胎易并羊水过多症，发现可对症治疗，使之持续到妊娠末期。

（3）因双胎易并生理性贫血，给予硫酸低铁 0.3 克一日三次口服。

分娩时处理

1. 第一胎分娩仍按一般单胎分娩处理，分娩结束，应立即检查第二个胎位，待宫缩后进行第二胎分娩。

2. 如果 30 分钟后仍不能自然分娩，避免胎盘剥离引起第二胎死亡，则可以人工破膜，头位可以用胎头吸引器助产或产钳助产，如臀位，则破膜后可以臀位牵出术。尽快结束分娩。

3. 产后注意子宫收缩不良，防止产后出血，第三产程结束后，立即给予麦角新碱 0.2 毫克肌肉注射，并用按摩方法加强子宫收缩。

第四节　羊水过多症

正常羊水量是 1,000—1,500 毫升，超过 2,000 毫升以上者为羊水过多症。

临床表现及处理

1. 急性羊水过多症　多发生在妊娠 4—5 月，在数日内腹部迅速增大，出现压迫症状，不能平卧，腹胀痛，心悸，呼吸困难。

检查　腹壁紧张，胎位不清。

治疗　需急給患者解除上述痛苦，破膜引产。

方法　患者取截石位，外阴用 0.1% 新洁尔灭水消毒，导尿鋪孔巾，內診：检查宫口开大情况，如开一指，可再慢慢扩开些，于胎膜高处用腰穿針刺破数孔，便可有水徐徐流出，注意不宜太快，防止突然降低宫腔內压，引起胎盘早剝之危险，放完水后，給予奎宁 0.25 克，每一小时一次連服三次。加速分娩，如无效可用催产素滴流（方法見引产法）。

2. 慢性羊水过多症　多发生在妊娠晚期，症状輕，有条件者可照 X 光象，如无畸形儿可以保守治疗。

（1）双氢克尿塞 25 毫克　一日两次口服。

（2）醋氮醯氨 250 毫克一日 2—3 次口服。

（3）五皮飲（中葯方）。

（4）如果胎儿畸形，可及时入院引产（方法同急性羊水过多症）。

羊水过多症之并发症及其处理

1. 合并畸胎，須及时引产。

2. 合并晚期妊娠中毒症，及时发現按中毒症治疗。

3. 分娩期破水后可并发臍带脱垂，一旦发現，产妇取胸膝臥式，医生进行用手还納臍带，然后阴道填塞紗布，防止再脱出，之后平臥。如宫縮无力，可用葯物引产法解决。

4. 突然破水后可发生胎盘早期剝离，同一般胎盘早期剝离处理。

5. 产后可能发生子宫弛緩出血，处理方法同一般产后出血。

第七章　难　　产

第一节　子宫收缩无力(子宫收缩力过弱)

子宫收縮力的强弱是决定产程进展快慢的主要因素，尽管头盆对称，甚而胎头小于盆腔，但子宫收縮无力，分娩的过程也难以完成。关于子宫收縮的强弱，目前临床尚无測定的仪器；何以算为有力的宫縮，尚无肯定的概念。据实践中体会須从几方面綜合观察，符合下列情况为有力，反之为无力：

1. 子宫收縮（下簡称宫縮）在分娩第一期时，一般間隔5—6分钟一次，持續40—50秒，宫縮时子宫鼓起捫之变硬，間歇时变軟。

2. 宫縮在分娩第二期，一般間隔2—3分钟一次，每次持續一分钟左右，宫縮时子宫鼓起捫之变硬，产妇并气用力。

3. 胎先露伴随每次宫縮有所前进(下降)。

4. 宫口伴随宫縮逐漸开大，一般分娩第一期(开口期)平均10—15小时。

5. 分娩第二期（胎儿娩出期）一般在1—2小时之內。

临床表现及诊断

1. 产妇疲乏无力，无欲状，腹胀，宫縮时似无感覚。

2. 宫縮时子宫无相应反应，捫之不硬，或稍有收縮感。

3. 宫縮稀少，甚而由規律而变成不規律，每次宫縮 20—30 秒钟，瞬間过去。

4. 虽有宫縮，胎头迟迟不能下降，宫口不能迅速开大，往往造成产程延长发生滞产（总产程超过 30 小时而言）。

5. 如宫縮开始即无力者为原发性宫縮无力，如先有力后无力者謂之繼发性宫縮无力。

处理原則

1. 解除精神上的顧虑；2. 加强休息；3. 加强营养；4. 加强产力；5. 助产分娩；6. 防治子宫弛緩出血。

处理方法

1. 分娩第一期的处理方法

（1）精神緊张，恐惧不安，中枢神經功能紊乱者（大喊大叫或抑郁不語者），加强主席著作学习，提高勇气，加强信心，克服軟弱无能的思想。

（2）飲食不佳，造成无力。鼓勵产妇在可能条件下尽量进食，多喝糖水。实在不能进飲食者可补充 50% 葡萄糖及維生素 C 以及葡萄糖酸鈣 10 毫升。

（3）休息不好，睡眠不足，疲憊无力者，給以安靜环境，使用鎮靜剂、催眠剂（如杜冷丁、魯米那、氯丙嗪）促进休息和睡眠。往往睡醒一覚則恢复有力的宫縮。如果宫口开大四指以上时，禁用鎮靜或催眠剂，以免影响新生儿的呼吸。

（4）无論上述何种因素，如宫口开大四指以上，均应采取积极促进分娩的办法。如以葯物加强宫縮，办法：催产素 5 单位＋10% 葡萄糖 500 毫升靜脉点滴，慢滴，可每分钟 10 滴开始。

（5）如因头盆不称或高龄初产子宫颈坚韧而造成滞产者，不必等待宫口开全应考虑剖腹产手术。

2. 分娩第二期的处理方法

（1）如宫口开大2小时以上仍不能分娩者，详細內診检查，如无头盆不称，胎头位置較低，可采用手术方法（胎头吸引、产鉗），如为臀位則行臀位牽出术解决分娩。

（2）如宫口开全，胎头位置較高，詳細內診，如能排出胎头位置异常或头盆不称，确因宫縮无力造成，在严密观察下，可用催产素点滴加强宫縮（方法同上）。

3. 分娩第三期处理方法　防止子宫弛緩出血。

（1）胎儿娩出后，立即注射催产素10单位。

（2）胎盘娩出后，立即注射麦角1支（0.2毫克）。

（3）加强了宫按摩，并教会产妇自己按摩。

第二节　横　　位

横位为胎位异常，胎儿横位于子宫腔內，因此使子宫横軸变寬，宫底較低，胎头在母腹的一側，胎儿以肩胛为先露。横位发生率不高。

造成横位的原因　一般以头位为正常胎位，因重力关系，胎儿头部較大，故多在下方，但因子宫下方有障碍，則多半发生横位，如前置胎盘，子宫下截有肿瘤，双胎，骨盆狹窄以及多产妇腹壁过松或子宫发育畸型（凹底子宫）均常发生横位。

临床经过

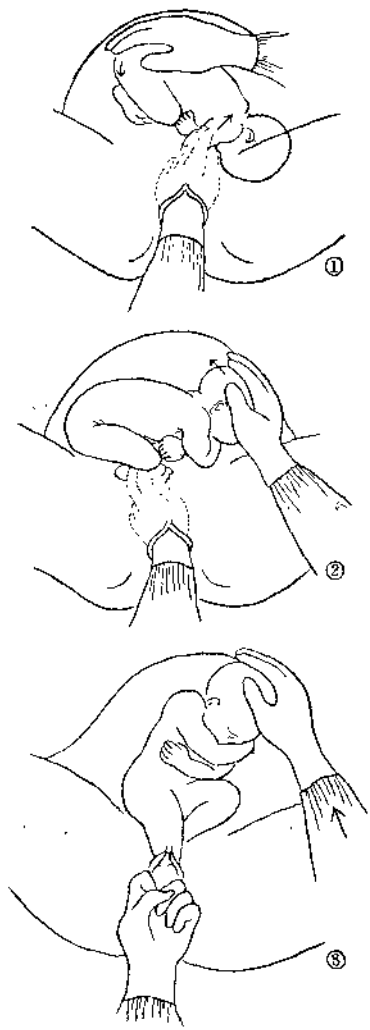
1. 妊娠七个月前，胎儿較小，横位不能一程不变，无須处理，可自然回轉成头位或臀位。

2. 妊娠晚期，即八个月以后，产前检查发現横位，应加以

处理。一种是自然回轉(胸膝臥式)另一种是外力回轉(参考臀位中之外倒轉术),轉成头位后須以毛巾及腹带加以固定,以后每隔7—10天复查一次。

3.临产期,有的产妇未經产前检查,分娩开始时即发現为横位,来院时有两种情况:

(1)一种是有宫縮,未破水,此时外力轉胎已很困难,可在严密观察下等待分娩,如未破水,可观察,一旦破水,立即作內診,如子宫口开大2指以上,可伸入宫腔2指,捉取胎足,外診手在腹壁上推胎头,使之形成臀位(此法謂之双极倒轉术)。如子宫口已經开全,可在全麻下(在农村时可用鎮靜剂注射),內診手深入宫腔牽出一足,外診手在腹部推胎头,拉成臀位(此法謂之內倒轉术,图27)。行內倒轉术时一定在全麻三期,子宫松弛下进行,否則免强牽拉可引起子



①第一步 ②第二步 ③第三步

图27 横产式时內倒轉术

宫破裂。如系初产妇要求小儿迫切者，无须等待观察，入院后即可以剖腹产解决分娩。

（2）另一种情况即在来院前有宫缩已經破水，一支手及臍带随水脱出（称臍带脱垂），胎肩嵌頓骨盆入口处，引起子宫强烈收縮，胎儿又不能娩出，子宫下截升高变薄，因此形成病理性收縮环，此种状态称之为"忽略性横位"。此时禁作内倒轉术，一旦宫腔内操作，即可引起子宫破裂，威胁产妇之生命。如胎儿存活，可作剖腹产解决，如胎儿已死，严密观察等宫口开全，在全麻下可作断头除脏术，方法后述，术后給以防治感染。

（3）无論是否为忽略性横位，如为未成熟儿或早产儿，一般妊娠不超过八个月者，无論胎儿死活，均可能自然分娩，胎体折叠式娩出。

第三节　狭窄骨盆

发育正常之妇女，骨盆之大小有一定尺寸（骨盆外測量 3.6.9.0.9），但发育异常，如矮小、瘦高、肥胖者常有骨盆結构异常或狭窄，骨盆狭窄是造成难产的主要因素之一，因此，一般形容胎儿通过骨盆叫"过关"，临床将骨盆分作三个平面，是胎儿必須通过的部分，所以也叫"过三关"。骨盆的大小与胎头的大小相对比叫作"头盆比例"，是互相影响和互相制約的；判定能否难产，必須全面考虑，防止单从骨盆出发的片面性。

常见的几种狭窄骨盆及其表现

1.骨盆形态正常之狭窄骨盆

均小骨盆：多見矮小妇女，全身发育成比例，骨盆各径綫

較正常骨盆各径綫均值小于2厘米左右者。但实际上各径綫狹小之程度絕非均等。

2. 骨盆形态异常之狹窄骨盆

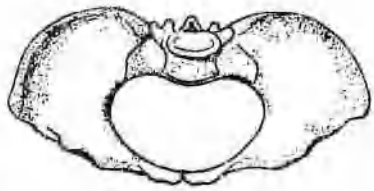


图28 扁平狹骨盆

（1）佝僂病型扁平狹骨盆（骨盆前后径狹窄）：骨盆三个平面的前后径，临床上只能測定一个骶耻外径来推測骨盆入口之前后径，一般較正常小于1.5厘米以上者考虑狹窄。此种狹窄骨盆骶骨变化明显，其上段前挺，下段平直(图28)。

（2）男人型漏斗型狹窄骨盆(骨盆横径狹窄)：此类狹窄骨盆主要以出口横径狹窄为明显，临床上可以三个平面的横径外測量来推測之。骨盆側壁內傾，骶骨弧度小，骶尾骨向前，形成漏斗状，坐骨棘內突；坐骨棘間径小，临床单以此狹小者謂之中骨盆（盆中部）狹窄(图29)。

图29 漏斗型狹骨盆

（3）骨軟化性狹窄骨盆（入口前后径及中部与出口平面横径狹窄）：此种骨盆因成年人骨质脫鈣疏松，軟化，因上下重力的压迫而变型，由

上身的重力的压迫使骶骨肥压向前突出，骶骨变成鸟状。由下肢的支持重力将两髋回压向盆腔，耻骨弓挤压向前突如鸭嘴状，坐骨棘随之向内收。如此形成三叶状骨盆。因此，此种狭窄骨盆形态明显改变，三平面径线明显狭窄，一般小于2厘米以上(图30)。

狭窄骨盆对妊娠经过及分娩的影响

1. 对胎儿的影响

对胎儿的发育不受影响，但对胎儿位置有影响，狭窄骨盆常发生臀位或横位。

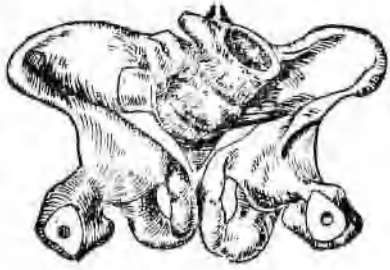


图30 骨软化症型狭骨盆

2. 对孕妇腹型的影响 骨软化症型狭骨盆或佝偻病性狭窄骨盆产妇体型均有变化，因此常因腹腔容积小而胎儿在子宫内倾斜向前，腹型变成"尖腹"或悬垂腹"，因此，见到这两种腹型者要考虑骨盆狭小。

3. 对分娩过程的影响 处理上要注意以下几个问题：①臀位时要慎重，尤其是在骨盆出口狭窄时更重要。②单纯骨盆入口狭窄比较好考虑。③均小骨盆，对比胎儿稍大者不好处理。

无论如何，在临床上多以骨盆入口前后径狭窄程度与胎儿对比，判定能否自然分娩，有其实际上的价值。因第一关不能通过时，其下段再宽也是毫无意义。下边按骨盆入口前后径狭窄程度来讨论对分娩的影响：

(1) 轻度狭窄骨盆(入口前后径小于均值1.5厘米)，如足月胎儿重约6—7斤左右，产力佳，绝大多数可自阴道分

娩。

（2）中度狭窄骨盆(入口前后径小于均值 1.5—2.5 厘米)，如足月胎儿，体重不超过 5 斤半左右者，产力佳，大多数可自阴道分娩。如体重超过 6 斤以上者，多数自阴道分娩有困难，头位者可"試产"(試产方法后述) 或考虑剖腹产。

（3）重度狭窄骨盆（入口前后径小于均值 2.5 厘米以上者)，足月胎儿体重在 6 斤左右者，均应剖腹产。

4. 試产方法　試产即試驗生一生，观察能否自然分娩。产妇有规律宫縮开始，送入分娩室观察。試产即有发生异常的可能，应严密观察，随时研究处理分娩方針。因此应对产妇极端負責，否則錯过时机而影响母子之安危。

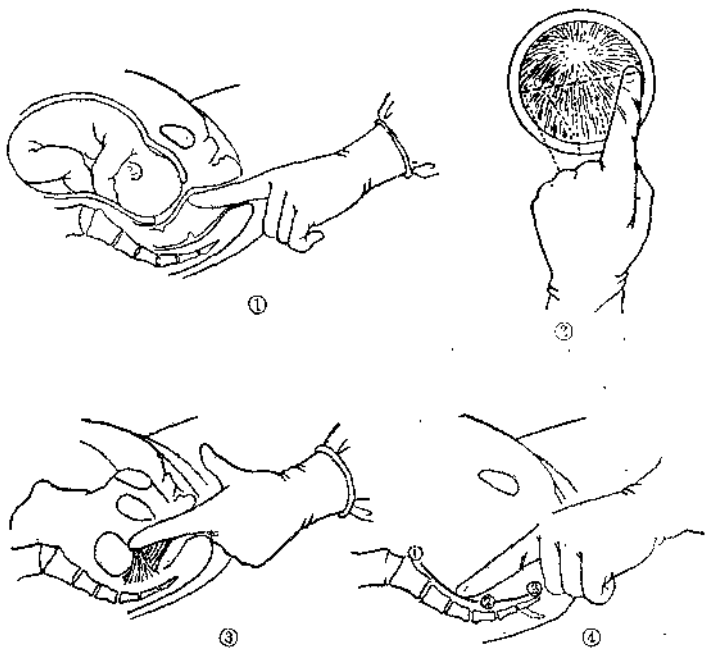
試产过程要詳細記录宫縮情况，对比宫縮与胎先露下降程度以及子宫口开大的速度，經过順利者可直观察到分娩为止。如宫縮过强应注意子宫形态的变化，有无病理收縮环出現，如已出現应于腹壁划道观察有无继續上升，如上升应考虑出現先兆子宫破裂，立即停止試产，改为剖腹产手术。除此而外还应注意产妇之全身状态（精神及体力）与以上各条件綜合研究，全面考虑，必須具体情况具体分析，既往教科书上認为試产可观察 6—10 小时，单以钟点为条件是片面的。

5. 头盆比例判定的方法

（1）骨盆外測量（簡称均值 3.6.9.0.9)

（2）肛診(图31)　查盆腔內容积大小。根据骶骨弧度大小，如有骶骨前挺立考虑骨盆入口狹窄；如骶骨下段平直考虑扁平骨盆；如骶尾骨突向前呈鈎状，骶棘韌带短时考虑漏斗狹骨盆；如坐骨棘內突，坐骨切迹小于 2 指考虑中骨盆狹窄。

（3）胎头腹壁外測量(指腹壁中等厚)　11 厘米以下約为 2500 克左右，12—13 厘米約为 3000 克左右，13 厘米以上



①肛诊方法 ②检查子宫口开大法 ③查骶棘韧带宽度
④查骶骨弧度及尾骨活动度

图 31 肛診方法及检查項目

約为 3500 克左右。此法与腹壁厚度以及羊水多少而有一定差异。測量部位为可摸到之胎头最宽部。

（4）胎头衔接时間 初产妇产前二周，經产妇分娩开始即衔接；到时不衔接者，考虑骨盆狹窄。

（5）压头检查法 助手向下压宫底，检查者一指做肛診，一手在耻骨上压头，可有三种情况(图32)：

①头低于耻骨联合：无头盆不称。

②头平于耻骨联合：可有輕度不称。

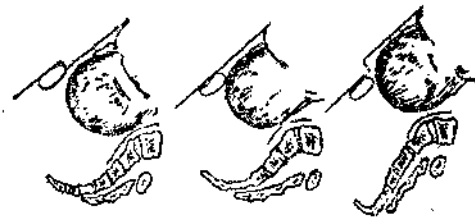


图 32　压头检查法

③头高于耻骨联合：有头盆不称。

（6）测量子宫底法　自耻骨联合上緣起至子宫底的高度为“宫底”。一般临产时胎头衔接下降，宫底高 32 厘米左右；如宫底超 40 厘米以上者考虑为大胎儿(指 8 斤重以上)。

（7）骨盆X綫测定　如有条件可在临产开始时照骨盆正、侧面X光象，测定骨盆各平面之径綫与胎头最大径綫之对比。

按上述方法进行骨盆测定以及胎儿大小之估計；之后判定头盆关系，这是个复杂的問題，按临床經驗而言，首先以大小的长度作比較，如胎头之大小，胎儿重量之估計以及骨盆各径綫的大小作对比；如胎儿約 6 斤重左右，骨盆径綫在均值范围大小則認为是头盆成比例叫作头盆对称，但如果胎儿大于 8 斤者(一般称作大胎儿)虽骨盆径綫正常亦为头盆不称，有发生难产的可能。可見判定头盆关系是个“一分为二”的辯証法，絕非单純尺寸的关系；何况能否发生难产还不仅仅决定于头盆比例呢。因此，我們应当記住伟大領袖毛主席教导：**“分析的方法就是辯证的方法。所謂分析，就是分析事物的矛盾。不熟悉生活，对于所论的矛盾不真正了解，就不可能有中肯的分析。”**

第四节　子宫破裂

子宫破裂是严重的情况，产妇和胎儿死亡率均高。导致子宫破裂的原因如下：

1. 分娩有阻碍见于骨盆狭窄、胎儿过大、脑积水。

2. 滥用子宫收縮剂如垂体后叶素等易引起子宫破裂。

3. 曾做过剖腹产或子宫体的手术，子宫疤痕部位自行破裂。

4. 行阴道手术不慎或不恰当，例如胎膜早破而羊水儿乎流尽，子宫紧貼胎体而强行內倒轉术时，可使子宫破裂。子宫頸口尚未开全而行产鉗手术时，可引起子宫頸裂伤，延伸至子宫下段。

诊断要点

（一）先兆破裂

1. 子宫下段延长，严重时可見病理縮复环（子宫变长，在臍部或臍上可見到一条沟），此环如上升至臍上部，則子宫即将破裂。

2. 子宫下段有压痛。

3. 导尿发現血尿。

（二）已經破裂

1. 强烈宫縮突然停止。

2. 內出血多时出現休克阴道有少量出血。

3. 先露部上升胎儿可直接在腹壁下摸到，胎心听不到。

治　疗

1. 先兆破裂者立即行剖腹产。

2. 已破裂者，如有休克应先处理并积极准备剖腹产及子

宫切除术。

3. 术后用大量抗菌素。

第八章　产后出血

产后出血系指胎儿娩出后24小时内，阴道流血量超过400毫升以上者而言。此病严重威胁产妇之生命，为引起产后死亡之产科四大疾病之一。因此，产妇分娩之后并非是安全无恙，仍须仔細观察。

产后出血病因　胎盘娩出后，子宫之胎盘創面有大量之开放血管，因此，产后均有出血，一般正常者出血量不超过400毫升。超过400毫升者考虑为病态。产后子宫开放之血管由子宫收縮压縮血管以及表面凝血而自然止血。

如有影响子宫收縮之因素或影响凝血之因素，即可发生此病。下列按引起产后出血常見的几种因素討論，了解清楚便于預防。

1. 影响子宫收縮的因素　有二种情况，一为子宫肌本身弛緩无力，二为子宫腔内残存胎盘或大块胎膜。

（1）产后子宫弛緩出血　此种出血多发生于滯产，子宫收縮无力，双胎或羊水过多症，胎盘早期剝离，子宫过度膨胀张力減低，前置胎盘之子宫下截收縮无力，以及产科全麻手术后之子宫收縮无力等产后。

（2）胎盘残留产后出血　胎盘娩出也有賴于子宫之收縮，因此，胎盘完全残留与子宫收縮无力有关，如胎盘部分残留与早牽拉胎盘有关，或因胎盘娩出前注射麦角引起宫頸关闭胎盘嵌頓有关。

2. 造成继續出血的因素　有二种情况，一为軟产道破裂、

--为凝血机制障碍。

（1）产道损伤性产后出血　产道损伤常见于胎儿大急产发生子宫颈撕裂，产科手术宫口未开全引起之宫颈撕裂或阴道内手术器械之擦伤破裂。

（2）低纤維蛋白元性凝血障碍出血　多見于胎盘早期剝离，死胎或羊水栓塞之产后，此三种情况均可在分娩期发生纤維蛋白元減少症。

临床表现与诊断　产后子宫出血的原因多种，其外出血的形式相同，但各类型出血各有其特点，即可加以診断。可以互相鑒别。

产后出血之鑒别診断表

诊　　断	裂伤出血	凝血障碍出血	胎盘残留出血	子宫弛緩出血
共同性：				
出血形式	外出血	外出血	外出血	外出血
出血时期	胎儿娩出后立即	胎盘娩出后	如为部分残留则为胎盘娩出后	胎盘娩出后
特殊性：				
出血性质	持续性出血，鮮血	持续性出血，陈旧，稀薄，无血块	间断性出血，陈旧，有血块	持续性出血，陈旧，有血块
子宫形态	有收缩，硬	有收缩，硬	收缩不良，软	无收缩，软

处理　在产后出血中，患者来后，我們应积极組織人力，进行当地搶救，积极的进行抗休克，吸氧，补液，輸血等，在休克恢复以后給予抗菌素預防感染，如在农村可輸高张糖，并临时准备直接輸血，在抗休克的同时，边搶救边积极找出引起的原因，找出原因，并針对其原因給予止血措施，处理原則如下：

1. 产后出血的检查法

（1）胎儿娩出后立即出血不止者　馬上內診检查，先查阴道有无裂伤（产鉗手术后常有纵裂伤）。然后检查子宮頸有无裂伤（用窺器扩开阴道，以海綿鉗夾住宮頸拉向下，用两把海綿鉗輪換夾住宮頸，检查一圈有无出血处及裂口处），如无裂伤詳查子宮腔內有无裂伤，胎盘是否粘連（沿臍带伸入宮腔，进宮腔后再沿胎盘边緣查是否剝离）。

（2）胎盘娩出后立即出血不止者　馬上詳查胎盘母体面有无缺損（胎盘鋪平，观察有无残缺創面），如胎盘完整，外診检查子宮形态及軟硬（外診手四指在子宮底后，拇指在子宮底前按揉），如业經按摩仍无收縮，則为子宮弛緩。

（3）如无胎盘残留或子宮弛緩，即注意流血中有无凝血块，如血稀不凝，应考虑凝血机制障碍，检查方法用小瓶裝产后出血的血，在室溫下放置，十分钟如不凝則可証实診断。

2. 产后出血处理方法

（1）裂伤出血　如阴道裂伤可立即縫合，以1号腸綫連續縫合。如宮頸裂伤，以海綿鉗兩把分別挾住宮頸裂伤之兩側，以窺器扩开阴道，将宮頸拉向下，以1号腸綫結节縫合兩层（图33）。

（2）胎盘残留　如为全部胎盘残留，內診手可立即沿臍带伸入宮腔，手掌向宮腔，以四指沿胎盘边緣貼宮壁将胎盘起下，外診手压迫宮底，全部起下后扭轉取出（图34）。如为胎盘部分残留，內診手伸入宮腔，查到残留的地方，以手指剝离取出，如取出困难，出血不多，可在产后一周行刮宮术。

（3）子宮弛緩出血　此类出血为多見，因此，在产后出血的处理中，应以此为重点。弛緩出血的处理即采取加强宮縮的办法，不外物理及葯物兩种办法，常用葯物及办法如下：

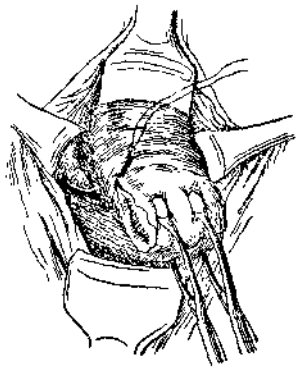


图 33　宫颈裂伤縫合法

图 34　胎盘用手剝离法

①子宫收縮剂　麦角肌注，每次一支 0.2 毫克，催产素每次一支 10 单位，肌注，或在子宫頸部肌注。上两葯可同时注射，如无效一小时后可再用一次。

②子宫按摩　內診手压在子宫頸前边，外診手握住子宫，里外配合按摩或单手在腹部按摩（图 35）。

③阴道內填塞乙醚紗布　由寒冷刺激反射性引起子宫收縮，填塞 2 小时可取出。

④宫体部放置冰囊　在耻骨上于腹壁放冰囊或冷水袋，也是寒冷刺激。

⑤宫腔紗布条填塞法（图 36）　經上述各法无效时，如在农村，可用紗布块連結在一起，以长鸡鉗直接塞入宫腔达宫底，将宫腔塞紧，再护送到有条件医院处理。

⑥新針疗法　在以上各法的处理同时，均可加用針灸，取穴为合谷、三阴交、足三里，配阴陵泉。

⑦子宫上段切除术　无論初經产妇，反复处理无效，可开

腹切除子宫上段，此法为最后之手段。

（4）凝血机制障碍出血

①六氨基已酸6克加入10%葡萄糖500毫升内点滴。

②給血者，抽出血后不加抗凝，直接輸新鮮血。

③纖維蛋白元注射　如有新按說明注射。

④凝血剂注射　凝血质，維生素K，安絡血等。

⑤子宫收縮剂注射。

⑥手术，子宫上段切除术　經凝血剂及宫縮剂注射，以及新鮮血液注入均无效者，又无六氨基已酸或纖維蛋白元者可及时切除子宫，尚有挽救的可能。

图35　子宫按摩法

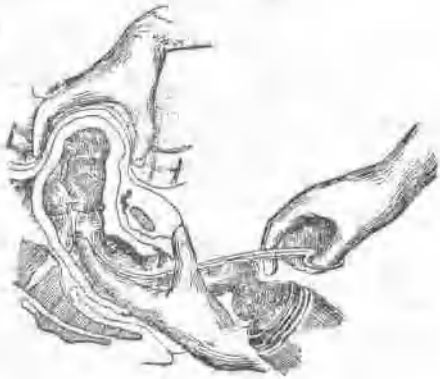


图36　子宫腔紗布填塞法

第九章　产褥感染

凡在产前、产时或产后，細菌侵入生殖器，在产褥期引起局部或全身发炎者（如脓毒血症），称为产后感染。最常見的細菌为溶血性鏈球菌，此外还有葡萄球菌、大腸杆菌、肺炎球菌等。

感染的来源　可分为以下两种：

1.外来感染　主要是由于外界細菌侵入引起感染。如接生人員的手及所用的敷布和器械，未經充分的消毒，都可能带有細菌而引起感染。

2.自家感染　产妇自身阴道内存留的細菌，也能引起感染。一切減低产妇抵抗力的情况（如失血、休克、产道損伤、产程延长、手术产等），均給感染增加了发生的机会。如胎膜早破和妊娠末期洗盆浴，也能引起感染。

临床表現与诊断　致病菌引起发病后，炎症的反应程度、范围及其轉归，决定于作为矛盾两方面的机体抵抗力及細菌侵入处組織的特点，和侵入細菌的种类、多少和毒力强弱之間的斗爭結果。如果机体抵抗力强，細菌侵入处組織之特点有利于机体的防御，即机体抗力处于矛盾着的两方面中的主要方面时，則炎症的表現为范围不同的限局，无全身反应或者很輕。反之如果細菌致病力处于主要方面时，則炎症表現为扩散性，全身反应重，甚至引起患者死亡。为了叙述簡便，将产后感染之临床表現分为二个阶段說明。

1.在生殖道下段及子宮范围内的感染

（1）会阴或阴道局部发炎　以局部症状和体征为主，除局部有炎症性变化以外，多无全身症状。

（2）子宫内膜炎

①多发生在产后2—5天，开始有下腹痛，发烧（在38.5°C左右）。全身一般情况较好。

②阴道检查　子宫收縮不良，較軟較大，有輕压痛，恶露（即阴道流出物）混浊，有时有臭味。

2.在盆腔范围以内的感染

骨盆結締組織炎　当子宫内膜炎未得到及时治疗，炎症未控制住，机体的抵抗力低，則細菌继續侵入組織。由于細菌侵入的特点，常順一側淋巴系統侵入而引起单側的骨盆結締組織炎，但也有双側的。

（1）全身症状加重，突然发冷发烧（达40°C以上），脉搏加快，呼吸短促，患者精神不安，颜面消瘦。如病情更加严重时，則脉搏继續增快，体溫突然下降，甚至神志昏迷。并有单側或双側腹痛。

（2）阴道检查时，子宫收縮不良，較軟較大，而且有触痛，一側或双側子宫旁組織有压痛。如局部形成肿块，則在子宫的一側或双側摸到包块，质稍軟，且有压痛，不能活动，包块常自一側开始直达骨盆側壁。甚至有时形成脓肿，在子宫旁摸到的包块較軟，有波动感。恶露量多，紅褐色，有臭味，混浊。

（3）白血球增高。

（4）如炎症未控制，細菌經淋巴达腹膜，炎症波及腹膜，則出現腹膜炎症状，出現明显的肌紧张，压痛及反跳痛等。

（5）在重症感染时，可发生敗血症、菌血症，甚至有时发生中毒性休克（是由細菌所产生的毒素引起的）。

处理　如已发現有子宫内膜炎或骨盆結締組織炎时，应积极給予处理，使炎症限局和很快治愈，以防止炎症继續扩延

或迁延成慢性炎症。所以我們对这种疾病应找出它的主要矛盾即感染，因此我們的处理原則是以积极改善产妇的一般情况和抗感染为主。

1.一般治疗　注意产妇的营养，增强产妇的抵抗力，給予各种維生素，如不能进食者給予补液。如貧血者給予少量多次輸血。

2.半臥位　使恶露容易流出，并使炎症限局。

3.消炎治疗　給予抗菌素，口服及肌注，必要时靜脉点滴抗菌素（氯霉素、青霉素、紅霉素等等），严重者还可再点滴适量的考的松类药物。

4.子宫收縮剂　注射或口服麦角，口服益母丸。

5.如有脓肿形成时，須作切开引流。

第十章　妊娠合并心脏病

妊娠合并风湿性心脏病

1.对妊娠合并心脏病的处理原則

（1）首先要考虑心脏病的病情和影响生命的程度，这是主要的矛盾。

（2）其次要考虑处理心脏病患者和妊娠时期，这是次要矛盾。

①按上述两个原則，提出以下办法：如果心脏病患者从无心衰历史，本次受孕后处于心功代偿期，妊娠可以继續，須定期检查，防治心衰的发生，在孕五个月以后要更加注意。

②如果心脏病患者过去孕前就发生过心力衰竭，本次怀孕沒有心衰，此次怀孕容易再发生心衰威胁生命，如在妊娠早期应考虑終止妊娠。如在妊娠中晚期，終止妊娠，反而害多益

少，可保持妊娠，但須严密观察，要采取防止心力衰竭的治疗措施如充分休息，鎮靜等。

③如果本次怀孕后即发生心力衰竭，住院后，首先控制心衰，心力衰竭控制后，再考虑对妊娠的处理，原則同第二条。

2. 在分娩期的处理原則

（1）入院即有心衰，应馬上治疗心力衰竭，按急性心力衰竭治疗。投抗菌素防止感染，分娩处理上尽量采取減少产妇用力的办法（如胎头吸引、产鉗、臀位牽出术等）。吸氧，加腹带，产后給鎮靜剂（如：1%嗎啡1毫升肌肉注射，魯米那0.03，一天三次，口服）。

（2）入院无心衰的产妇，即往有心衰史的，可給毛地黃預防心衰，給抗菌素防止感染，注意休息。葯理上認为无心衰时用毛地黃无用，但临床上有应用的。

3. 产后处理原則

（1）无心衰者应防止心衰，少活动，禁止喂奶，給抗菌素、鎮靜剂。

（2）有心衰者，继續治疗，严密观察，严禁活动，严禁喂奶。

妊娠合并肺心病　由肺部疾病的影响，使心脏受累而发生心脏病叫作肺心病。在慢性气管炎和支气管扩张的基础上，又发生感染，使原有慢性病加重，导致对心脏发生严重影响，发生心力衰竭。

肺心病合并妊娠的处理原則　此症主要矛盾在肺部，妊娠是次要的，因此肺部疾患起着决定的作用。

（1）如果怀孕后发生了肺心病。无論妊娠期限，应着重治疗肺部疾病，控制心衰，一旦肺部疾患好轉，心衰恢复，則妊娠可以继續下去。

（2）如果肺部疾患比較严重（如严重的肺气肿、支气管扩张合并肺感染，虽然感染可以控制，但肺部疾患本身无法根除），为防止心衰再次发生，如在妊娠早期可以終止妊娠。

（3）分娩及产后处理同心脏病合并妊娠的处理原則。

妇　科

第一章　妇科常見症状及检查

第一节　妇科常见症状

一、阴道出血

1. 青春期应考虑

（1）功能性子宫出血　較常見。多于短期閉經后持續大量出血甚至引起严重的貧血。

（2）血液系統疾病　平时常有其他部位出血傾向，但亦可直至月經来潮发生大出血时才被发現，故对青春期阴道出血患者必要时須作有关的血液检查。

2. 生育年龄妇女应考虑

（1）由妊娠病理引起的出血　共同特点是有停經史，以后又发生阴道出血，子宫增大。如系流产常伴有陣发性腰痠腹痛，有时有烂肉样組織排出；如系葡萄胎，阴道出血出現較早，子宫比按妊娠月份估計的要大，尿妊娠試驗稀释度强，自阴道可掉出水泡状物。宫外孕时除阴道少量不規則出血外，常伴有急剧腹痛，子宫旁常可触知境界不明的包块，宫頸举痛

明显，腹腔内出血量少时后穹窿穿刺有陈旧血液，量多时则可叩出移动性浊音。

（2）功能性子宫出血　常于流产或分娩后发病，月經周期間隔正常但持續时間延长，出血量多，亦可与青春期功能性子宫出血的表现相同。

（3）宫頸管息肉　在宫頸外口突出紅色息肉，常有接触性出血。发現息肉时，可自根部切除，并将断面以10%硝酸銀烧灼，再以盐水中和。

（4）子宫肌瘤　出血症状同功能性出血。子宫逐漸增大，硬，有时表面不光滑呈結节状。

（5）其他子宫的恶性肿瘤及卵巢功能性肿瘤　如子宫頸癌、子宫体腺癌、卵巢顆粒細胞癌以及卵泡膜細胞癌。

3、經絕期妇女应考虑

（1）子宫頸癌　早期多为接触性出血，或于月經期前后有少量出血，白带量多，宫頸有糜烂面或呈菜花状。晚期出血量多，流粉紅色有臭味的白带，盆腔检查时宫頸及部分阴道为肿瘤組織代替。子宫旁組織增厚。

（2）子宫体腺癌　經絕期后有不規則阴道出血。早期只有少量出血，子宫正常或稍大，晚期則出血多，白带味臭，子宫增大，子宫旁組織亦明显增厚。

（3）功能性子宫出血　須除外恶性肿瘤。

（4）其他肿瘤　如卵巢顆粒細胞癌等。

二、白　带

1. 生理性　正常白带透明或呈蛋清状，无臭味，量少，无局部刺激症状。

2. 生殖器感染　宫頸糜烂、阴道炎及盆腔炎时白带均增多。宫頸糜烂的白带有时为脓性，滴虫性阴道炎时呈黃色泡

沫状，鏡检可見滴虫；霉菌性阴道炎則为乳白色块状白带，鏡检可見芽胞及菌絲。

三、下腹部包块

1. 妊娠子宫　有停經史及早孕反应，子宫增大，妊娠5个月以上可听到胎动或胎心。

2. 充尿膀胱　排尿或导尿后"肿物"消失。

3. 炎性包块　結核性包裹性积液有結核病的全身症状及腹痛史，腹部包块境界不清，不能活动，腹部有揉面感，抗結核治疗有效。輸卵管卵巢炎性包块位于子宫旁一侧或双侧，附近組織增厚，有慢性盆腔炎史及原发或继发不育史。

4. 生殖器肿瘤　如子宫肌瘤、卵巢肿瘤。

5. 其他腹腔脏器的肿物　如腸系膜、后腹膜，結腸等处的肿瘤。

四、下腹痛　妇科疾病亦常有下腹痛，或左或右，依病变所在部位而定。

1. 生育年龄妇女，有停經史，突然发生一侧持續性痛，伴有休克及內出血現象，妇科检查发現子宫稍大，宫旁有不規則肿物，宫頸举痛及一侧穹窿有触痛时，应考虑宫外孕破裂。

2. 下腹陣发性疼痛，且可触及与子宫附件有关的肿物，并伴宫旁压痛时常为卵巢囊肿扭轉。

3. 下腹部持續性疼痛、伴发热、双侧下腹部均有压痛、反跳痛、子宫旁組織增厚压痛，可能为輸卵管炎。

4. 濾泡破裂多在月經期中間（排卵期），疼痛常可自然緩解。

5. 过去有肿物史、发生急剧腹痛后肿物变小或消失，应考虑卵巢囊肿破裂。

第二节　妇科检查

检查前患者必须排空小便，有阴道出血者应先消毒外阴。月經期应避免作阴道检查。

方　法

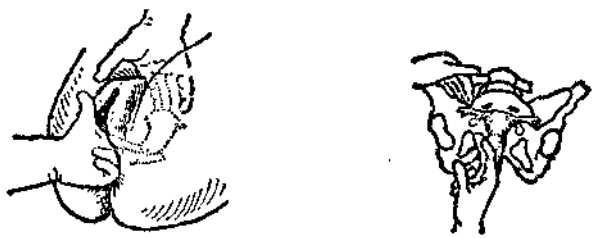
1. 病人取截石位，放松腹壁肌肉。

2. 外阴　注意外生殖器的发育情况、皮肤有无炎症浮肿、溃疡、肿物。

3. 阴道　一手戴橡皮手套，将食中指蘸肥皂水慢慢伸入阴道，注意有无肿物或畸形，宫頸大小，硬度和触痛。

4. 阴道腹部联合检查（双合診，图 37）　一手做阴道检查，另一手放在下腹部輕輕下压，使内生殖器居两手之間。注意子宫体的大小、硬度、活动度及压痛，然后将阴道内的手指移向側面，在腹部的手也向盆腔側面深处推压。正常輸卵管及卵巢摸不到，如触到增厚組織及压痛或包块，則表示有炎症或肿物。

5. 阴道直腸腹壁三合診（图38）　以一手的食指伸入阴道



①　②

图37　双合診检查

中，中指伸入肛門內，另一手放在腹部輕輕下压如此联合檢查能清楚地探查盆腔內的情況。

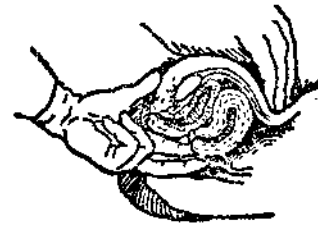


图38　三合診檢查

6.阴道窺器檢查　將窺器蘸肥皂水放入阴道，慢慢张开其两叶，暴露宮頸，檢查时注意宮頸大小、形状、顏色，有无糜烂或息肉，并注意阴道壁有无紅肿潰瘍，及白帶的性状。

第二章　女性生殖器炎症

女性生殖器炎症是妇产科常見病，对患者危害很大，严重可引起患者死亡；变成慢性炎症时（如慢性盆腔炎）久治不愈，对妇女的健康，生育，生活和劳动方面都有很大影响。

引起女性生殖器炎症的細菌主要为鏈球菌，葡萄状球菌和大腸杆菌，結核杆菌也較常見，原虫类如阴道毛滴虫和霉菌所引起之炎症也頗为多見。

生殖器炎症之感染途径有如下四种形式：

一、沿生殖器粘膜上行蔓延　病原細菌經女阴或阴道，沿粘膜上升，由阴道，宮頸至子宮內膜，經輸卵管，卵巢进入腹腔。

二、经血液循环传播　多見于結核菌感染，結核菌經某器官之結核病灶进入血液循环中而传播到生殖器官。

三、经淋巴系统扩散　病原細菌由女阴，阴道，宮頸或宮体之創伤处，經淋巴系統侵入盆腔結締組織，輸卵管，卵巢而进入腹腔。

四、直接蔓延 病原細菌由腹腔其他器官（如兰尾炎）或腹膜炎症直接蔓延到內生殖器表面，或进入輸卵管腔，使生殖器官受感染。

炎症可发生在生殖器的任何部分，多半是几个器官同时发生。兹将常見的生殖器炎症如盆腔炎，滴虫性阴道炎及霉菌性阴道炎分别討論。

第一节 盆腔炎

盆腔炎症包括盆腔器官炎（如子宫內膜炎，子宫肌炎，輸卵管炎，卵巢炎，骨盆結締織炎）和盆腔腹膜炎。

发炎的原因，多是由于处理接生和流产时，或者做阴道式手术（如刮宫，上环，人工流产等）消毒不严密所致，月經期性交和月經期使用不清洁之月經墊也可引起感染，腹腔炎症如兰尾炎，腹膜炎等可直接蔓延到生殖器造成盆腔炎。盆腔炎可分为急性盆腔炎和慢性盆腔炎两种。

一、急性盆腔炎

临床表現 病原菌侵入盆腔器官引起的反应都是炎症性反应，如发燒，疼痛，白血球增多等，这是矛盾的共性方面，但因各器官局部解剖和功能特点各有不同，它所出現的炎症性反应的表現也各有其特点，这是矛盾的个性方面，認識各器官炎性反应的特点，是診断方面的首要問題。

急性子宫內膜炎时，体溫升高，脉搏增快，下腹部疼痛或下腹部胀，检查时子宫体部有压痛，子宫体常較軟，如合并子宫肌炎时，子宫体可稍增大，白帶增多呈脓性有时为血性白帶。

炎症蔓延到輸卵管卵巢时，叫做急性附件炎，此时下腹部

一侧或两侧持续性钝痛，有时合并腰骶部疼，检查时下腹部有压痛和抵抗，多在髂窝部明显，双合诊移动子宫体时病人有较重的疼痛感，子宫旁附件区多可摸到索条状或块状增厚感，有明显之压痛。

输卵管炎化脓时，如输卵管伞端无粘连闭锁，脓汁可流入腹腔引起急性腹膜炎，但大多数输卵管伞端因粘连而闭锁，脓汁积存于输卵管腔内形成输卵管积脓；若发炎的输卵管与卵巢粘连并互相穿通时，则形成输卵管卵巢积脓。此时，患者多呈弛张热型，腹痛严重，白血球增多，如积脓较大时，下腹部可摸到有包块并且有压痛，移动性不良，双合诊时可在附件区触到包块，呈囊状偶而有波动感，常与周围组织粘连而无移动性。

当骨盆结缔组织和盆腔腹膜同时发炎时，则症状更为显著，体温可高达40°C，常伴有寒战、恶心、呕吐，严重者可出现全身中毒症状，甚而发生中毒性休克，下腹部疼痛加剧，可伴有排尿困难，尿频及大便窒胀感。检查时下腹部压痛抵抗反跳痛均很明显，有时可在下腹部触到包块，但轮廓多不清楚，内诊时子宫大小及位置触不清，子宫旁可有边界不清弥漫性增厚之改变与骨盆壁相连，有明显之压痛，子宫骶骨韧带多变粗变硬有压痛。如有盆腔脓肿形成时，可在子宫直肠窝触到包块，可利用后穹窿穿刺术确定有无脓汁存在。

诊断　根据病史，疾状及体征可以确定诊断，但急性附件炎时，须和下列疾病相鉴别（见附表）。

	急性附件炎	急性阑尾炎	输卵管妊娠破裂	卵巢囊肿蒂扭转
年　龄	生育年龄	不　限	生育年龄	不　限
起　病	较　缓	较　急	急	急
病史	常有生殖器炎症史	突然发病	常有生殖器炎症及不孕史，有闭经史，有早孕反应	常有肿瘤史，腹痛后，觉腹部肿块增大拒按
疼痛特点	双下腹或全下腹有持续性钝痛	持续性疼痛阵发性加剧。初起时在脐周围或上腹部，数小时后转到右下腹	阵发性剧痛，先在一侧下腹部以后变为全腹部并向右肩部放射	下腹部持续性剧痛
并发症状及体征	全下腹部或双侧下腹部有压痛及抵抗，以髂窝处为明显。内诊时移动宫颈时疼痛加重，附件区可触到索条状物且有压痛。阴道有热感	疼痛发生后可有恶心呕吐，右下腹部尤以麦氏点处有明显之压痛与抵抗	有内出血现象，常有休克，下腹或全腹部有压痛反跳痛，腹部可有移动性浊音，阴道有少量流血，内诊时宫颈有移动痛，后穹隆触痛及抵抗感，子宫稍大稍软，在附件区可触到腊肠样肿块	疼痛之同时伴有恶心呕吐，有时伴有休克。腹部有腹膜刺激症状，常可在腹部触到肿物，有压痛，内诊时可在子宫外触知肿物，在穹窿部多可触及肿物之下极，肿物与子宫间之部位有最明显之压痛
体　温	高	起初不高以后增高	正　常	正常或升高
化验检查	白血球增多	白血球增多	白血球常增多血色素低妊娠试验阳性	白血球常增高

预　防

1. 提高妇女健康水平，增强体力　一旦細菌侵入机体內能否发病，关鍵在于机体之防御能力（抵抗力）如何，如平素健康，抵抗力大，完全是可以不发病的，因此，提高健康水平，增强体力，是預防生殖器炎症之根本。

2. 防止細菌侵入生殖器官

（1）宣传孕产期及月經期卫生知識，妊娠后半期及月經期避免性交及不必要之阴道检查，产褥期，流产后及月經期保持女阴清洁，会阴垫及月經垫所用之紙或布，应經常保持清洁，勤加換洗。妊娠后半期，产褥期，流产后及月經期都不应盆浴或阴道冲洗。

（2）貫彻执行孕产期及月經期劳动保护制度。

（3）大力推广新法接生，产后会阴有裂伤时須及时縫合，医务人員加强思想革命化，树立全心全意为人民服务的思想，一切从病人利益出发，处理接生，流产时或做阴道式操作时，应严格执行消毒制度。

（4）及时治疗腹腔炎症。

治疗　积极治疗急性盆腔炎是預防慢性盆腔炎的关鍵。治疗时須从提高机体抵抗力和控制炎症两方面着手。患者須臥床休息，半坐臥位，保証充分睡眠和足够之荣养及水分，如不能充分进食水时，須行靜脉輸液，病程长者尙須注意水电解质之平衡，有失調时及时糾正，少量多次輸血更为必要。投与足量的抗菌素或磺胺类葯物。如不能确定病原菌种类时，可同时使用控制杆菌及球菌之抗菌素。对于重症病例經口給葯常不如靜脉滴注或肌肉注射給葯效果确实。有中毒性休克时同时加以治疗。

有脓肿形成者，为防止脓肿破裂或腹腔炎症之扩散，須行

手术治疗。脓肿位在子宫直腸窝，距阴道后穹窿近时，可做阴道后穹窿切开排脓手术。脓肿位置高距阴道后穹窿远者，须开腹做脓肿切除或引流手术。

二、慢性盆腔炎

慢性盆腔炎是妇产科常見的"頑症"之一，久治不愈，不但給患者造成精神肉体及生活上很大的痛苦，而且也为国家的工农业生产和經济上造成一定損失。过去，大叛徒，大工贼，大內奸刘少奇推行反革命修正主义医疗路綫，对于这类影响較大的疾病怎样預防，怎样改进治疗等問題不管或放的力量很少，以致目前对这种疾病还缺乏有效的治疗，广大患者久受疾病折磨得不到治愈。这就是大叛徒，大工贼，大內奸刘少奇在卫生工作中的又一罪行。我們要高举毛泽东思想伟大紅旗，批倒批臭刘少奇，彻底砸烂反革命修正主义医疗路綫，遵照伟大領袖毛主席6·26指示，"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"。"**大量的人力物力应该放在群众最需要解决的问题上去**"。我們坚信，在工人阶級領导下，对于慢性盆腔炎的防治問題，一定能够"**有所发現，有所发明，有所创造，有所前进。**"

慢性盆腔炎是由于急性盆腔炎治疗不及时或治疗不彻底而引起的。另一部分患者，因其急性期表現不明显，未經治疗即轉入慢性过程。炎症常局限于輸卵管，卵巢及盆腔結締組織。炎症局限在輸卵管卵巢时，叫做慢性附件炎，临床上最多見，此时輸卵管变粗变硬，管腔多閉鎖，与周围組織粘連，为女性不孕症最常見之原因，也是輸卵管妊娠的常見原因。发炎之卵巢增大变硬，被膜增厚，卵巢功能多有不同程度的改变。盆腔結締組織发炎时，則变硬变厚，甚而形成肿块，子宫常被固定不动。急性期之輸卵管积脓和輸卵管卵巢积脓，日后，脓变成透明液体叫做輸卵管积水和輸卵管卵巢囊肿，个别情况下，

积脓之周围形成厚壁，虽然仍有积脓，但不出現积脓之临床表現。

临床表現 慢性盆腔炎較长的病程中，临床上所出現的症候多种多样，在不同时期其表現的程度亦各有不同。归納起来可有如下的症状：

患者有程度不同的时輕时重的持續性下腹痛，有时下腹胀，墜或牵引感，常同时合并或单独存在有腰骶部疼痛或牵引痛，这些症状是由于慢性炎症所引起的組織瘢痕形成，組織破坏，局部組織受刺激及压迫盆腔神經纖維所引起。如果膀胱和直腸周围有粘連时則可出現尿頻，排尿疼和大便时胀痛。上述症状常在盆腔充血状态时加重，如月經期，性交和过劳后，因此，部分患者可以出現继发性痛經的症状。

有些患者在月經期后出現急性发作。多数患者有不孕，月經失調亦为常見症状。如子宮直腸窩有粘連时，患者可有性交痛。

妇科检查时，常見宮頸固定不动，子宮移动性不良，如合并有慢性子宮肌炎时，子宮体可增大子宮体多呈后傾位，不能用手整复成前傾位，有时有移动痛。附件区可触到索条状增厚。在子宮旁可触到片状增厚与盆壁相連，甚而可有包块形成。輸卵管积水和輸卵管卵巢囊肿时，可在子宮旁触到囊性肿物，外形多不規整，移动性不良，位置低，壁薄，子宮体常有变位，如結合病史可与真性之卵巢囊肿相区别。

慢性盆腔炎常合并有慢性子宮頸炎，有时子宮頸炎也可单独存在。可因急性子宮頸炎未获彻底治疗而轉为慢性，亦可自发病起就是慢性宮頸炎。患者經常有較多的脓性白带，有时伴有腹痛腰酸。子宮頸常因局部組織增生而变肥大硬韌較正常宮頸增大 1—2 倍。由于炎症分泌物的刺激，頸管周围

的鱗状上皮細胞逐漸脫落，被柱状上皮代替，宫頸表面顏色鮮紅，表面光滑或不平这种改变叫做子宫頸糜烂。由于炎症性变化，糜烂之組織較脆，有时触之易出血，須与子宫頸癌鉴别。有时亦可因慢性炎症的刺激，使子宫頸内膜增生。自頸管内或宫頸外突出单个或数个息肉，大小不等，色鮮紅。临床上可出現接触性出血或不規則少量的阴道流血，这种改变叫做宫頸息肉。上述慢性宫頸炎时之三种改变：宫頸肥大，宫頸糜烂、宫頸息肉三者可同时合并存在，亦可某两种同时存在，亦可单独存在。

诊断 依靠病史、症状及体征可以确定診断。但須与下列疾患鉴别：

1.結核性盆腔炎 慢性盆腔炎和結核性盆腔炎的鉴别，临床上有一定之困难，下列数点有助于鉴别。

（1）詳細訊問有无結核病史，細致的全身检查寻找其他器官有无結核性病灶之存在，特别要注意有无胸膜、腹膜結核或腸結核之病史及体征，如患者有上述結核之病史或体征同时有慢性盆腔炎时，則結核性盆腔炎之可能性很大，因胸膜、腹膜結核及腸結核易于合并生殖器結核。

（2）未婚或已婚不孕者，盆腔有慢性炎症之改变时，亦应考虑結核性之可能。

（3）慢性盆腔炎在长期保守治疗无效时亦应考虑結核之可能。

（4）結核性盆腔炎查体时与慢性盆腔炎之間沒有特殊的区别，但常合并有全身消耗症状，微热，血沉加快等症候。

（5）必要时可做子宫内膜組織病理检查子宫内膜有无結核；盆腔单純拍片检查盆腔内有无鈣化灶存在；子宫輸卵管碘油照影等方法对于診断有一定之帮助。

2. 盆腔恶性肿瘤　慢性盆腔炎有炎症肿块形成时，须与盆腔恶性肿瘤鉴别，根据病史及体征不难区别。

3. 卵巢囊肿及輸卵管积水須鉴别，輸卵管卵巢囊肿及輸卵管积水多有粘連，移动不良，外形不規正，位置低，壁薄，子宫移动性不良常有变位。卵巢囊肿无粘連时移动性良好，圓形者多，壁較厚。

4. 輸卵管妊娠流产型　輸卵管妊娠流产型有血肿形成时須与慢性盆腔炎包块形成者鉴别，輸卵管妊娠时有閉經，早孕反映，剧烈腹痛等病史，多有貧血及早孕体征，必要时可做阴道后穹窿穿刺以茲鉴别。

5. 子宫内膜异位症　逐月加重的痛經为本症之特点，如能在宫頸或阴道頂端見到紫兰色小突起(移位之子宫内膜)更有助于診断。

治疗　慢性盆腔炎患者除局部症状外，常合并有全身症状如睡眠不良，食欲減退，神經衰弱等症状，患者多对疾病有很大的思想負担。因此在治疗时，須要全面考虑，既要控制炎症，更重要的是提高患者战胜疾病的認識，同时还要改善患者体质，提高机体的抵抗力，所以須要根据具体病情，合理地綜合利用各种疗法以便提高疗效，常用之治疗方法有下列数种：

1. 一般疗法　帮助患者活学活用毛主席著作，不断地提高两条路綫斗爭覚悟，坚定**"一不怕苦，二不怕死"**为共产主义事业而献身的革命意志，从而树立患者战胜疾病的信心，发揮患者的主观能动作用来同疾病作斗爭。同时注意改善生活习慣，适当地鍛炼身体，增强体质以便加速疾病的恢复。

2. 物理疗法　物理疗法是通过溫热或其他离子透入盆腔，促进盆腔之血液循环，改善組織营养以利炎症之吸收和

消散。

常用的物理疗法有超短波透热电疗，还可同时用黄連素"681"等药物做离子透入。亦可用紅外綫照射和蒸气疗法等。在农村可利用炒盐、热砖头，热酒糟，热水袋等做下腹部热敷。中药膏药外敷也能起到类似的作用。

3.新針疗法及穴位結扎疗法　可用下列两組穴位酌情使用。

（1）子宫、中极、三阴交。

（2）血海、三阴交、阴陵泉。

4.药物疗法

（1）"681"口服或肌肉注射，亦可靜脉注射，根据观查对慢性盆腔炎效果較好。

（2）中药治疗　中药如四制香附丸、女金丹、暖宫丸、調經丸、益母丸、当归丸等每次一丸每日两次口服。另外可根据病因及症候辨征施治。亦可应用中药驗方如下：

紫丹参一两　水煎服。

当归三錢　白芍四錢　香附三錢　苏梗二錢　水煎服。

当归三錢　香附三錢　益母草四錢　水煎服。

（3）西药治疗　抗菌素对慢性盆腔炎并无明显效果，故除有急性发作者一般不用抗菌素治疗。

奴佛卡因口服（每晚一次每次0.1克）治疗慢性盆腔炎，对部分患者有改善症状之效果。

5.封閉疗法　用奴佛卡因直腸注入，腎囊封閉，骶前神經封閉均有一定之疗效。

6.手术疗法　慢性盆腔炎患者一般不用手术疗法，因手术常不能解除症状，甚而有的患者术后反而症状加重。但对已有輸卵管积水，輸卵管卵巢囊肿和脓肿形成者可以进行手

术治疗。

第二节　滴虫性阴道炎

滴虫性阴道炎是妇科常見病，它是由阴道毛滴虫引起。

阴道毛滴虫的传染途径可有两种：直接传染，通过性交，从男性泌尿生殖系統直接传染到阴道，或者是患者本身的粪便及尿的直接传染；間接传染，滴虫先由患者或帶虫者帶到浴池，游泳池，公共厕所，浴具或医疗器械等处，然后再由这些地方传到患者的阴道內。

临床表現　白帶增多是本病之主要症状，白帶之特点为灰黃色，泡沫状稀薄有时呈血性或脓性。

因白帶多刺激女阴阴道患者多有女阴阴道搔痒症状，如尿道口或其周围有炎症时則有尿頻，排尿疼等症状。

滴虫可能有吞噬精子作用，故可能引起不孕。

阴道窺器检查时，可見阴道粘膜有散在性之紅色顆粒，尤以后穹窿为明显。

诊断　根据病史及检查所見，診断不难，但須在白帶中找到滴虫，才能确定診断。

常用的检查方法是悬滴检查法：在玻璃片上放一滴生理盐水，再放一滴白帶，混匀后，在显微鏡下检查，即可找到滴虫。取标本时在前庭大腺口及尿道口周围部分，阳性率高。

预　防

1. 集体宿舍应注意預防，共用浴巾、浴具要保持清洁，有条件时最好用淋浴。

2. 医务人員应加强責任心，妇科检查用之器具要严格消毒防止感染。

3. 积极治疗患者、家属，特别是患者的丈夫如同时患滴虫症时，须同时治疗。

4. 做好卫生宣传工作，人人注意防治。

治　疗

1. 阴道局部上葯　在第一次用葯前，先用肥皂水和温开水冲洗阴道和外阴，再用醋酸或乳酸溶液冲洗擦干。然后阴道局部上葯，以后每次上葯前只须做阴道冲洗擦干即可。局部上葯可根据具体条件任选下列葯物。

（1）砷、汞、銀等制剂如灭滴剛或滴維淨，每日一次，每次用一片放入阴道內。

（2）植物杀菌剂　把大蒜或蘿卜洗淨泡于1/5,000过錳酸鉀溶液中，再用溫开水洗淨，切碎榨汁。先用浸湿榨汁之棉球擦洗阴道，女阴及肛門，再将浸有榨汁之带綫紗布棉球塞入阴道內，8—10小时后病人自己取出，每日一次，10次为一疗程。

（3）黄連或黄柏浸剂　用黄連或黄柏根茎长約一尺，洗淨，放在砂鍋內加水300毫升煮沸，煎到100毫升后过濾，放冷后供使用。用紗布棉球浸透黄連或黄柏浸剂，放入阴道內12小时后取出，每日一次，六次为一疗程。

2. 阴道灌洗　用苦参及龙胆草各一兩，煎水1000毫升；或者用蛇床子五錢，煎水100毫升，做阴道灌洗，每日一次。

在治疗过程中应尽量避免局部刺激，避免性交及妊娠，性交时用避孕套防止男女双方互相感染。

第三节　霉菌性阴道炎

霉菌性阴道炎是霉菌所引起之炎症，多見于孕妇及糖尿

病患者。

临床表现

1. 阴部奇痒　多自小阴唇内侧开始，然后蔓延到女阴部。

2. 白带增多　白带呈凝乳样为其特点。

3. 阴道及女阴部被一层白膜状分泌物复盖，擦除白膜后可见皮肤发紅。

诊断　据症状及检查所見，白带涂片找到霉菌时即可診断。

治疗　用硼酸溶液冲洗阴道后，以1%龙胆紫涂于阴道粘膜及女阴部。用制霉菌素片口服或放入阴道內，每日一次，每次一片效果較好；或曲古霉菌 10 万单位，塞入阴道，每日一次。以上两种均 5—10 次为一疗程。輕症可用花椒及盐各一匙，煎水 1000 毫升坐浴，早晚各一次，5—7 天为一疗程。

第三章　子宮脫垂

正常之子宮位于盆腔之中部，向前傾屈，子宮上緣即子宮底部平耻骨联合上緣，子宮下緣即子宮外口平坐骨棘水平面。由某种原因致使子宮下降超出坐骨棘水平面者称之“子宮脫垂”。

子宮脫垂为妇科常見病，尤其是农村劳动妇女較多。在旧社会妇女受到重重压迫，以及旧法接生；产后又不得充分休息，常常被迫产后过早下地劳动是发生子宮脫垂最常見的因素。

解放后妇女彻底解放，生活好轉，劳动条件改善，本病发病率逐漸減少。但是大叛徒、內奸、工賊刘少奇反对医疗面向农村，因此农村一无医二无葯，目前患子宮脫垂 10—20 年者

仍然存在。必须彻底批判刘少奇的资产阶级医疗路线，肃清其流毒，贯彻毛主席"六·二六"的光辉指示："**把医疗卫生工作的重点放到农村去。**"为贫下中农服务。

子宫脱垂发生原因

1.内　因

子宫支持装置的松弛或裂伤　如老年性及产褥期子宫諸韧带之松弛，分娩造成提肛肌之破裂，可使子宫正常位置发生改变而为造成子宫脱垂之内因。

2.外　因

（1）造成腹压加大之諸因素　咳嗽、便秘，产褥期过早下地劳动，长期蹲式劳动，突然登高上举等。

（2）寒凉潮湿之环境。

子宫脱垂的临床表现及诊断

子宫脱垂由輕到重，輕者只是位置上的降低，不暴露于阴道之外，重者不但子宫全部脱出阴道，且多半并发邻近器官之下垂，如膀胱及直腸膨出，按脱垂程度临床分为三度。

1.分度(图39)

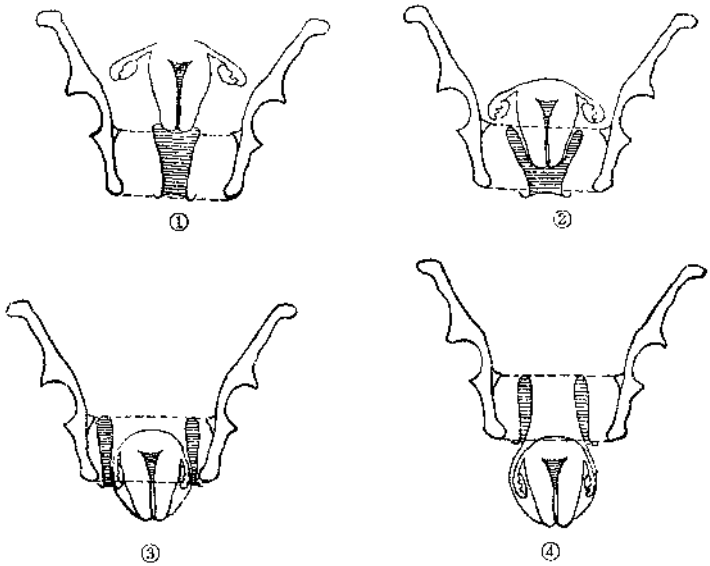
Ⅰ　度：指子宫頸下降超过坐骨棘平面，但未出阴道口，此时多伴自觉阴道墜胀感。

Ⅱ　度：子宫頸可脱出于阴道外，患者自知脱出一物，較重者常并发膀胱或直腸膨出，則有大小便費劲的症候。

Ⅲ　度：子宫全部脱出阴道口之外，外診检查即可全部摸到宫体。此时多伴并发膀胱及直腸同时膨出，因此露出外阴之包块較大，有的如拳大。

2.症状

（1）无論Ⅱ度，Ⅲ度患者均能自己見到脱出之肿物并能自己还納，因此对生殖功能毫无影响，可照样生育，但往往



①子宫正常位置　②Ⅰ°脱垂　③Ⅱ°脱垂　④Ⅲ°脱垂

图39　子宫脱垂示意图

随分娩次数之增加而加重。

（2）长期脱出影响劳动，并因与外界摩擦常发生宫颈肥大变硬，或引起宫颈及阴道壁之溃疡而流血性分泌物。

3. 检查法

如科检查时应使患者并气加腹压，观察脱垂之具实程度，然后再还纳内诊，了解子宫及附件情况。

子宫脱垂的治疗

1. 保守疗法　希望保持生育，轻度脱垂者或老年性脱垂者适用。

（1）針灸　中极、关元、子宫、維胞、长强。

（2）中药　补中益气丸。

（3）带子宫托。

2. 手术疗法　脱垂年限长，希望同时絕育者适合。

（1）固定子宫之手术　子宫腹壁固定术可再发，子宫骶骨固定术效果较巩固。

（2）治疗膀胱直腸膨出的方法　①阴道前后壁修补术及会阴修补术②阴道前壁筋膜耻骨梳韧带固定术。

（3）阴道式子宫全剔术　适合严重脱垂合并慢性頸管炎年龄 40 岁以上合适。

预　防

1. 推广加强新法接生，加强会阴保护，防止严重提肛肌裂伤。

2. 产褥期避免过早下地劳动，一般在滿月后合适。

3. 产褥期，授乳期、月經期給以劳动保护，減輕劳动强度，改善劳动条件避免潮湿受凉。

4. 产褥期积极治疗气管炎，多吃蔬菜防止便秘，減少增加腹压之因素。

第四章　月經失調

第一节　功能性子宫出血

凡由于卵巢功能失調所引起之子宫出血都叫做功能性子宫出血，妇科临床检查时生殖系統应无明显之器质性改变。精神因素，环境改变，过度劳动等因素常可誘发本病之发生。多发生在青春期，授乳期，更年期。

临床类型和特征　卵巢功能障碍可以发生在卵泡发育过程的各个不同阶段（卵泡成熟过程，排卵过程或黃体期），由

于发生疾病的时期和程度的不同，可以分为无排卵型和有排卵型两种类型。

1. 无排卵型功能性子宫出血

这一类型之卵巢功能障碍，在卵巢上虽有成熟卵泡，但不发生排卵，依靠雌激素水平的波动来控制子宫内膜的增殖和萎縮，因而失去正常月經之規律性，表現为多种多样的不規則子宫出血，是为本病之特点。部分患者在流血前可有2—3个月的閉經，继之則出現长短不定之流血，甚至于大量出血。流血期間无腹痛現象，多半有不孕史。由于流血过多过頻患者多有程度不同的貧血状态。內診检查时，宫頸充血較軟，子宫外口松，子宫正常大或稍大，較軟，一側或双側卵巢可能稍增大。

2. 有排卵型功能性子宫出血

卵巢中有比較正常的成熟卵泡和排卵功能，但在黃体期表現为黃体功能障碍。因而患者仍保持其周期的規律性，但月經提前来潮，經期延长，或者是周期在正常范围之內，只是經期延长，月經量多少不定。妇科临床检查生殖器查不到具体病变。

诊断　依靠病史及临床检查可以診断。子宫內膜組織病理检查可以最后确定診断。

鑒别诊断

1. 血液病　血液病人有时可仅表現为子宫出血，可依靠病史及血液检查来鑒别。

2. 流产　有閉經史，早孕反应，有陣发性之下腹痛（子宫收縮），內診时，阴道宫頸变軟，着色，宫口可能开大，有时可見胚胎組織阻塞于宫口，子宫增大变軟，妊娠反应为阳性。

3. 子宫体部癌　多見于60岁以上的老年人，除有流血外，

多有脓血性白带增多现象。检查时子宫增大，较硬，可依靠子宫内膜組織病理检查做最后鉴别。

4. 慢性子宫内膜炎　流血量少，合并有輕度下腹痛，内診时子宫正常大，有时有压痛，子宫内膜組織病理检查时可見有慢性生炎現象。可与功能性子宫出血相鉴别。

但是，功能性子宫出血由于长期流血，有可能引起生殖器之感染，在做診断时須予以注意。

治　疗

1. 一般治疗　改善生活条件，避免过劳及精神紧张等不良刺激，提高健康水平，以利于正常月經調节机制的恢复。对失血較多或出血时間长有貧血者，应給与补血葯或輸血，部分患者經过一般治疗后常可自然恢复。

2. 内分泌治疗

（1）孕激素治疗　孕激素可使子宫内膜增殖期变为分泌期，停葯后两三日，子宫内膜全部脱落而流血停止，故孕激素之止血效果是在撤退性出血之后。同时孕激素又有促进体内雌激素代謝和排泄作用，还能抑制垂体促性腺激素的分泌，从而可調整体内分泌平衡，使月經周期恢复正常。給葯法：为止血，可每日肌肉注射黄体酮 10 毫克，連續五天；为附合月經周期，可于止血 15—16 天后起，每日肌注黄体酮 10 毫克，連續五天，一般可給 3—4 个疗程。

（2）雌激素治疗　雌激素可使体内雌激素水平維持在一定高度，可防止雌激素水平突然下降所致的出血。如能有計划的給葯停葯，使体内雌激素水平有規律的升降，子宫内膜也必然規律地在增生后发生萎縮，从而出現規律的子宫出血，此种治疗亦有調整月經周期的作用，給葯法，为止血，每日可口服乙稀雌酚 2—5 毫克，一般在 2—5 日内止血，以后仍继續服

用，但将剂量逐渐减少到每日1克克，于20—25天停药，停药后2—5天可见撤退性出血。在出血的第5—6天再开始第二个疗程。一般可給3—4个疗程。

（3）激素周期疗法　止血后用此法調整月經周期，它能起代替作用。

（4）睾丸素治疗　睾丸激素能抑制垂体分泌卵泡刺激素，卵巢雌激素的分泌亦相应降低，从而減少子宫内膜之增生。睾丸素可起类黄体酮之作用，使子宫内膜发生一定的分泌期变化。同时，睾丸素可对雌激素起拮抗作用，亦可減少盆腔内充血。因此，睾丸素多用于近經絕期功能性子宫出血。給药法：为止血，可每日肌注丙酸睾丸素25毫克，多在3—5日内止血，然后继以每日口服甲基睾丸素10—20毫克共20日。

（5）甲状腺素治疗

3.手术疗法及放射疗法

（1）刮宫　刮宫是一种有效的止血方法，刮宫不但能立即止血，且可把病理的子宫内膜刮掉，通过反射机制，有助于卵巢功能的恢复。同时，通过刮除子宫内膜，病理切片检查，可除外子宫内膜腺癌，子宫内膜炎，子宫内膜結核等疾患。因此，刮宫是子宫出血診断和治疗上必要的步驟。仅对少数未婚患者不宜使用，但如出血难以控制，其他治疗无效时，仍需进行。

（2）子宫切除术，年龄較大患者，久治不愈或反复复发或者是有致命性之大出血时，可考虑做子宫切除术，对于一般患者則不适做子宫切除术。

（3）放射治疗　子宫腔内放置鐳錠使子宫内膜局部被破坏，或应用X綫照射破坏卵巢功能，皆可达到止血目的，此法适用于年长患者經上述治疗无效，又不适手术治疗时方可

采用本法。

4.針灸中葯

（1）新針疗法

①太溪（双）。

②关元、血海、三阴交。

③飞揚、合谷、关元、足三里。

④曲骨、足三里。

四組穴随症选用。

（2）中葯

①血热若見症血色深紅、量多、煩躁不安、少寐、头眩、舌质紅、苔黃、脉大而数。

生地四錢　地骨皮二錢　炙龟板二錢　牡力二錢　阿交一錢半　焦梔子二錢半　地楡四錢　黃芩二錢　藕节二錢　棕炭四錢　生草二錢　水煎服。

②气虛者見症色淡紅而质清，精神疲倦，气短懶言，不思飲食，舌质淡、苔薄白而潤，脉細弱。

党参四錢　白朮二錢　元芪五錢　甘草二錢　升麻一錢半　柴胡二錢　当归二錢　陈皮二錢　水煎服、一日两次。

补中益气丸，日二次，每次一丸。

八珍益母丸，日二次，每次一丸。

妇科十珍片，日二次，每次四片。

人参归脾丸，日二次，每次一丸。

③血淤者見症色紫黑而有淤块，小腹痛拒按，舌苔有紫点，脉沉墒。

当归二錢　川芎一錢半　三七一錢　沒葯二錢　五灵脂二錢　丹皮炭二錢　炒丹参二錢　炒艾叶一錢半　阿交二錢　烏賊骨二錢　龙骨二錢　牡力二錢半　水煎服，日二次。

四制香附丸，日二次，每次一丸。

人参女金丹，日二次，每次一丸。

慈航丹，日二次，每次一丸。

附：驗方

①荆介炭五錢　黄芩炭二錢　生地炭五錢　当归三錢　白芍三錢　阿胶三錢　水煎服，日二次。

②向日葵蒂一个（不带子）用炒鍋焙成炭，研成細末，每服一錢，黄酒送下，日三次。

③紅鸡冠花，晒干为末，每次服二錢，空腹时，溫开水送下，或用紅鸡冠花八錢，水煎服。

④代赭石四两用火煅紅，醋淬七次，为細末，每次二錢，日二次。

⑤艾炭、棕炭、地榆炭、黄参炭，共为末，每次一錢，日二次。

第二节　痛　经

如女在經期前后或在經期中，发生严重的下腹部痛或其他不适，影响日常活动及劳动者，則叫做痛經。月經初潮时即出現痛經現象的叫做原发性痛經，月經初潮时无痛經現象，以后出現痛經現象的叫做继发性痛經，此种痛經大多是由于生殖器有病变，如子宫内膜异位症、炎症、肿瘤等所引起。

临床表現　痛經时的疼痛部位多在下腹，有时也能放射到腰部、女阴、肛門等部位。偶尔可伴有恶心、呕吐、精神不振、煩躁等現象。

诊断　詳細詢問病史，明确为与月經来潮相一致之周期性腹痛，并判定其原发性或继发性痛經。

原发性痛經时，妇科检查生殖器查不到有器质性改变。继发性痛經妇科检查常有器质性病变，其中以炎症性病变最为多见。

治　疗

1.一般治疗　继发性痛經者，须治疗原发病如子宫内膜异位症，炎症，肿瘤等。原发性痛經者，应消除思想負担，注意經期卫生，加强鍛練身体。

2.鎮靜止痛抗痉攣剂　如巴比妥类、可待因，安宁片，非乃更、阿托品，颠茄片等。

3.内分泌素治疗

（1）乙稀雌酚　小量使用可促进子宫肌增殖，改善血液循环，可在月經干净后，开始口服乙稀雌酚，每日1毫克，連用20天，可反复应用2—3个月。

大量使用乙稀雌酚，能抑制垂体分泌卵泡激素，而使卵巢内卵泡不能生长，因而不能排卵，这种无排卵性月經不能引起疼痛。其用法为月經干净后，每日口服乙稀雌酚2毫克，連服20天，亦可連用2—3个月。

（2）黄体酮　可使子宫肌弛緩而消除疼痛，經前十天开始，每日肌注10毫克，連用5—7天。

（3）男性素　可抑制卵巢垂体机能，产生无排卵性月經，其用法为甲基睾丸素20毫克，每日一次。

4.新針疗法

（1）上仙穴（第五腰椎下）。

（2）关元、子宫、三阴交。

（3）合谷、三阴交、关元。

以上三組穴随症选用。

5.中药治疗

（1）原发性痛經　慈航丹，日二次，每次一丸。女金丹，日二次，每次一丸。暖宮丸，日二次，每次一丸。

①当归四錢　赤白芍　烏药　香附各三錢　水煎服。在行經期用，連用3—5剂。

②香附一两，研为細末，每次一錢用草紅花二錢，煎水服。

（2）继发性痛經　四制香附丸，日二次，每次一丸。当归丸，日二次，每次一丸。調經补血丸，日二次，每次一丸。益母膏，日二次，每次一匙。

①当归三两　川牛膝一两　沒药一两　茺蔚子二两　吳茱六錢　共为細末，密丸，煎服三錢，日二次。

②小茴香四錢　炮姜一錢半　元胡三錢　灵脂一錢半　沒药二錢　川芎一錢半　蒲黃一錢半　肉桂一錢　赤芍三錢　水煎服，日一次，适量即可。

第五章　生殖器官常見的肿瘤

第一节　卵巢囊肿

卵巢囊肿是一种常見的卵巢良性瘤。可以是一个单独的囊肿（单房性），也可以是一个囊肿内分成許多的房（多房性）。囊肿小者不超过胎头大小，大者重量可达数十斤。

临床表現

1. 初期多无特殊症状。待囊肿逐漸增大，即患者感覚下腹一侧有块状物。当囊肿增大至足月妊娠大小时，可压迫直腸和膀胱而发生尿頻或排尿困难或压迫骨盆神經而发生腿痛、腰痛等。巨型囊肿的压迫症状更为显著，此时患者感覚呼

吸困难，不能多进饮食，有腹壁胀痛、下肢还有静脉曲张。卵巢囊肿大多数不影响月經，如两侧卵巢都发生囊肿，而卵巢机能完全被破坏时，則可发生閉經。

2. 小型卵巢囊肿在阴道检查时可在子宫一侧摸到囊状肿块表面光滑，可移动，无触痛。大型卵巢囊肿可能充滿整个腹腔，此时腹部检查如为单房性囊肿，則表面光滑呈球形，叩诊呈浊音，两腹侧則为鼓音（由于腸被压至后方）；如为多房性囊肿，則表面虽光滑但凸凹不平，叩之亦为浊音。阴道检查时，不論单房或多房性囊肿，子宫都被推向一側，双側穹隆仅有飽滿感覚，不易辨出囊肿的界限，在輕击囊肿时，則有波动感。

诊断　根据病史和检查，不难作出診断。临床上应和腹水鉴别。当患者平臥时，卵巢囊肿向腹前方隆起，叩之为浊音，腹部两側則为鼓音，腹水时腹部假蛙腹，前方較平，腹部两側向两旁膨出，叩之前方为鼓音而腹部两側則呈浊音，且移动性浊音也很明显。此外腹水多由某些內科疾病所致，应注意病史和全身检查，以助鉴别診断。

并发病　常見的并发病为蒂扭轉（图40），多发生于中等大小的囊肿而蒂蒂較长者。扭轉多驟然发生，患者感覚剧烈腹痛，且为持續性，甚至发生休克。检查时腹壁緊张且有触痛，而在蒂蒂的一側最为明显。

图40　卵巢囊肿蒂扭轉

治疗　診断确定后应行手术治疗，而不可行穿刺术放水。放水并无治疗意义，而且可能引起囊內感染，或使囊內液体流入囊肿

和腹壁之间形成粘连，以致增加手术困难。

第二节　子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器中较多见的良性瘤，多发生在30岁以后的中年妇女。瘤自子宫肌纤维长出大小不一，常为多发性（图41）。临床上分为三种：

（一）间质性肌瘤　生长在子宫壁肌肉层内。

（二）浆膜下肌瘤　生长在子宫浆膜下，向子宫表面突出，而形成不规则的肿块；有时仅有一蒂和子宫相连（图42）。

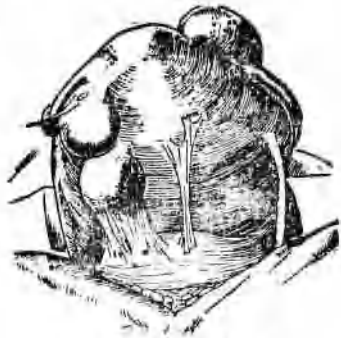


图41　多发性子宫肌瘤

图42　浆膜下子宫肌瘤

图43　粘膜下子宫肌瘤

（三）粘膜下肌瘤（图43）　向子宫腔内生长，肌瘤长大时，子宫腔也随着扩大。有时肌瘤由子宫颈突入阴道内，仅有

一蒂和子宫壁相連因而易于发生感染和潰瘍。子宫肌瘤也可由子宫頸壁上长出，但很少見。

临床表現 主要为阴道出血和压迫症状，其严重程度和肌瘤生长的部位有关。

1. 月經过多 間质性和粘膜下子宫肌瘤使子宫腔扩大，子宫内膜的面积因而增加，从而引起月經量过多或經期延长。粘膜下肌瘤还可以引起不規則阴道出血，如果出血过多过久，則可致严重的貧血。

2. 白带增多 多由于粘膜下肌瘤有感染或潰瘍所致，常为血性或脓样，且有臭味。

3. 腹痛 一般很少有腹痛現象。但如肌瘤很大，压迫骨盆腔神經或牽扯腹膜或和胃腸发生粘連时，則可产生腹痛。急性腹痛常常表示肌瘤有感染、坏死，或浆膜下肌瘤发生蒂扭轉。

4. 痛經 多由于粘膜下肌瘤堵塞了子宫頸內口，使血液流出不暢，或間质性肌瘤引起子宫肌收縮异常所致。

5. 大、小便困难 由于肌瘤的位置較低易于压迫膀胱或直腸而引起尿頻尿急和小便不暢，并可压迫直腸，引起便秘。

6. 不孕 粘膜下肌瘤，可以妨碍卵子在子宫腔內生长。間质性肌瘤，也能使子宫腔变形而妨碍受孕，即或受孕也易流产。

诊断 30岁以上的中年妇女，如有不孕和月經过多的历史，就应想到子宫肌瘤的可能性。妇科检查时，如又发現子宫不規則的增大，质很硬而无触痛，則診断多无問題。粘膜下肌瘤可能使子宫頸口扩大或突出于頸口以外診断更易。

治疗 以手术治疗为主。如患者已接近經絕期，肌瘤不大，也不继續增大而又无症状时，可不予治疗，但应跟踪检查，

随时注意发生变化。

第三节　子宫颈癌

子宫颈癌为妇科中较常見的恶性肿瘤，多在絕經期前后发生。临床表現大致分为二种。一种为癌組織从子宫頸广泛地向外生长，其最早期和慢性子宫頸炎的糜烂不易区别。以后漸漸发展成为菜花状，組織很脆，易出血，且易发生坏死和感染而表面形成潰瘍，因此引起大量恶臭而且混有血液的白帶。另一种癌組織向子宫頸管內部的組織浸潤，宫頸变大且硬，表面无糜烂或糜烂很少，以后逐漸发生組織坏死而形成空洞。此种癌的症状发生較迟，患者多就診較晚，故病情較前一种更重。

临床表現　最早期的子宫頸癌多无明显症状，当有症状发現时，則病情多已很严重而不易治愈，其症状为：

1. 白帶　初期仅有水样或帶血性白帶增多，以后由于癌肿发生潰瘍和感染，則变为脓样并有恶臭，且常混有血液。

2. 不規則的阴道出血　初期时，仅在性交后出血，至晚期由于組織坏死而有持續的不断的出血，甚至大量的出血。

3. 疼痛　此乃晚期的症状，是由于癌細胞侵入骨盆結締組織影响了神經所致。疼痛的部位多在腰部、背部并向下肢放射。

4. 膀胱症状　亦屬晚期的症状，有尿頻、尿痛、甚至血尿。

5. 直腸症状　便秘、便血、最后可有阴道直腸瘻形成。

6. 恶病质、全身衰弱。

诊断　早期診断非常重要，但在早期时又往往不易和子宫頸糜烂区别。对怀疑的病例，应作阴道分泌物涂片以检查有

无脱落的癌細胞，还可以进行子宮頸活組織檢查以确定診断。

晚期病例診断較易，除病史外，此时子宮頸有菜花样或噴火口状潰瘍，組織硬而且脆，触之易出血且易掉落。白帶有特殊的恶臭气味。如子宮旁組織已有浸潤，則子宮活动很差或不能移动，且在骨盆腔内形成硬的块状物。

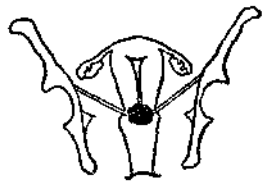


图 44　子宮頸癌 I 期

治疗　最早期患者，若宮頸癌直径不超过 1 厘米，子宮頸大小近乎正常，子宮体能活动，窮窿又无块状物时，可考虑手术治疗（图44）。較晚期患者仅能使用放射綫治疗，而效果也只能是減輕症状和延长寿命。晚期患者則給予一般对症疗法如治疗貧血和止痛等。

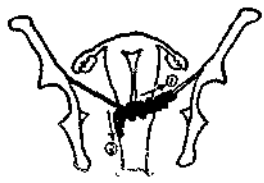


图 45　II 期

預防　由于早期子宮頸癌沒有明显症状而晚期病例又难于治疗，故早期診断非常重要。具体办法为加强卫生宣教，使妇女（特别是35岁以上者）認識到子宮頸癌的症状和危险性，如有水样白帶增多或不規則陰道出血时均应提高警惕及早就医。另一方面医务人員应加强对子宮頸癌的重視，如发現可疑病例即应及早作陰道涂片和活組織检查，以除外癌肿的可能。此外对于慢性子宮頸炎的患者应給予积极的

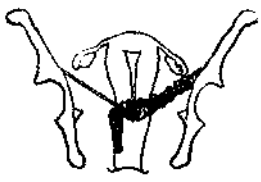


图 46　III 期

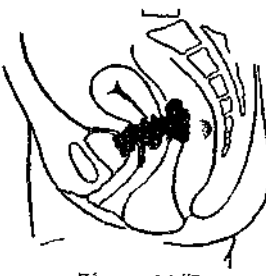


图 47　IV 期

治疗，这是因为子宫颈癌的发生可能和慢性子宫颈炎有关。

第四节　子宫体癌

子宫体癌为宫腔内之癌变，可称为"子宫内膜癌"，因在宫腔内临床上不易診断。本病好发年龄为50—60岁，多在閉經后又有出血的現象，所以也包括在"倒开花"之內。

临床表現

1. 子宫体癌主要为子宫內膜癌变，或向宫腔不規則之增生，或向子宫壁肌层浸潤。临床表現为子宫无規律性出血。

2. 子宫增大，体癌多半如鵝卵大左右，质地較硬，凹凸不平。

诊　断

1. 根据年龄及經絕后再出血者应加考虑，生殖期年龄者須与肌瘤鑒別。

2. 子宫体大无結节，一致性硬。

3. 診断性刮宫送病理检查可确診。

治　疗

1. 手术治疗　子宫体癌小于鵝卵大的，周围无粘連的，全身一般状态較好的，可手术做子宫全切除。

2. 放射治疗　体癌为腺癌，对放射物质敏感性低，但如子宫体癌已超过鵝卵大，或全身状态不佳，不能手术者，均可进行腔內鐳疗或鈷^{60}放射治疗。

3. 中医治疗。

計划生育

計划生育工作是党向我們提出来的一項重要的政治任务，作好計划生育工作不仅有利于个人的生活，学习和工作，更重要的是有利于民族的健康和国家的繁荣。伟大領袖毛主席教导我們說："**人口节育，要三年试点宣传，三年推广，四年普及推行，也是十年规划，不然人口达八亿再搞就晚了，初步达到计划生育。**"

第一章　計划生育工作的意义及方法

一、计划生育的意义

在推行計划生育工作上，我們必須宣传計划生育工作的意义，从認識上解决思想問題，否則不易推行。在宣传上，首先要批判外国的反动的人口論，他們認为人口的增长是等比級数上升，而粮食的增产是等差級数上升，因此人口生长大大的超过了粮食的生长，必須用战爭消灭人类。大叛徒、大內奸、大工賊刘少奇也跟着反动的人口論摇旗呐喊大叫什么"我們的人口那么多，不怪人家（指外国）害怕"；这純粹是战爭販子的喉舌，我們必須彻底进行批判！伟大領袖毛主席教导我們說"**中国人口众多是一件极大的好事。再增加多少倍人口也完全有办法，这办法就是生产**"。"**世间一切事物中，人是第一个可宝贵的。在共产党領导下，只要有了人，什么人间奇**

迹也可以造出来。我们是艾奇逊反革命理论的驳斥者，我们相信革命能改变一切，一个人口众多、物产丰盛、生活优裕、文化昌盛的新中国，不要很久就可以到来，一切悲观论调是完全没有根据的。”开展计划生育的意义。正象周总理所指出的“我們提倡晚婚和节育，除了粮食問題而外，更重要的还是为了国民健康和国民教育問題，如果一个家庭里子女过多，那么，母亲的健康，子女的健康和子女的教育，就都要受到影响。所以，为了人民的健康，为了下一代得到很好的教育，必須提倡晚婚和节育。”“再有从科学技术发展的要求来看，也需要提倡晚婚和节育。人的一生，精力最旺盛，脑力最发达的时期是二十岁到三十岁这一阶段，許多科学家都在这个年龄，在科学研究事业上打下了基础，毛主席在一九五八年就說青年的創造力很强。他举出許多科学家在二、三十岁就在科学研究上开始有了貢献，然后再积累經驗，成熟起来。如果青年过早地恋爱結婚，生儿育女，就分了心，把精力消耗在生活問題上了。适当的晚婚就能把旺盛的精力和丰富的創造力用在发展科学技术上……所以为了国民經济，体育，教育，科学技术的发展，我們要提倡晚婚和节育。这个問題不但在城市要大声疾呼，在农村也要大声疾呼”。

二、开展计划生育工作的方法

1.領导的重視　伟大領袖毛主席教导我們說：**“我们应该深刻地注意群众生活的问题，从土地、劳动问题，到柴米油盐问题。……一切这些群众生活上的问题，都应该把它提到自己的议事日程上。应该讨论，应该决定，应该实行，应该检查。要使广大群众认识我们是代表他们的利益的，是和他们呼吸**

相通的。”

为了开展好計划生育工作，首要的問題，就是各单位領导上的重視，必須把計划生育工作納入工作日程上来，进行討論，研究，制定办法，并进行检查，总結。根据沈阳市某紡織厂的調查，該厂計划生育工作开展的較好，上自厂領导上有一名专門負責計划生育，下自各車間亦均有一名专門負責計划生育工作。不但領导重視和具体負責，而且有的适合絕育的領导，还以身作則，响应党的号召，以带动群众。

2. 加强宣传　关于計划生育宣传工作，伟大領袖毛主席教导我們說：**“初步达到计划生育。在少数民族地区不要推广，山区人口过少的地方也不推广，也要大鸣大放大辩论一下。”**周总理也指示“卫生部門应該协同有关方面对于节育問題进行适当的宣传，并且采取有效的措施”。关于宣传工作做好是保証开展計划生育工作的主要推动力。上述工厂采取了多种宣传形式：如宣传画，讲演，各車間选出业余宣传員，会头会尾插空宣传，此外还与街道共同組織家庭宣传。眞正达到全厂职工家喻戶晓，工作得到了順利的进行。以該厂推行計划生育工作前后五年的生育率比数，推行計划生育之后降低了二分之一，显然的促进了抓革命，促生产。可見宣传工作之重要。周总理指出：“要公开宣传节育，对年滿十八岁的男女不管結婚未結婚都可以讲让他們听男婚女嫁这有什么秘密呀，宣传节育过去抓迟了。”

三、计划生育工作内容

1. 晚婚　未婚男女应在25岁以后結婚，从生理发育上看，此时发育完全成熟，对健康及生育均无影响。周总理指出：“为

了国家的长远利益，我們应該把个人的結婚和生育的时間推后一点，这不就是一个先公后私的問題嗎？”

2. 节育　也叫避孕，即以药物或工具的办法推迟生育时間，达到有計划的生育。

3. 絕育　无論从子女的数目来說或从疾病危害身体健康来讲，不打算继續生育者，采取結扎的办法叫做絕育。周总理讲：“我个人意見最好是生了两个以后就进行絕育手术……我們要提倡男子絕育，要造风气。”

第二章　节育方法

一、工具避孕法

1. 阴茎套　也叫避孕套，是阻止精液进入阴道的办法，用前需吹气检查有无漏气，以免失敗。

2. 子宫帽　也叫阴道隔膜，是阻止精虫进入子宫的办法，用前須到妇科检查試带子宫帽，挑选大小适合的。

3. 节育环　也叫避孕环，有金屬不銹鋼絲做的，有用尼龙絲做的，环有車輪状的，有三叉形的。以置环器将环放入子宫腔內，阻止受精卵着床以达避孕的目的。带环的禁忌症为月經失調，宫頸裂伤及慢性子宫內膜炎。

二、药物避孕法

目前国产口服避孕药（氯地孕酮等）正在国內各地試用。据初步观查效果良好。其作用主要是抑制排卵，月經照常，即

成为"无排卵性月經"。因此用药时间须連續，每月用药20天，每天一次，連續避孕，連續用药。

三、节育环及避孕药之并发症

这两种避孕办法均可发生月經失調，如月經期延长或月經量过多。尤其是带避孕环后，头二个月为多見。一旦出現可用內泌素周期疗法治疗，无須馬上取环。如口服避孕药发生月經失調者，可用中药調經片（如科十珍片）治疗或者将原避孕药加大，增加半量口服可止血。經2—3个月治疗观察无效者，可下环或停止服药。

四、上下节育环方法

1.上环时期及环的选择　一般以月經过后3—7天上环合适。有的医院在人工流产后馬上上环，据观察也无大影响。环为大中小三个号碼。一般子宮腔在6.5厘米以下者用小号的，宮腔在6.5以上到7.5厘米者用中号的，超过7.5厘米以上者用大号。号碼选用合适以防滑脫，产后者需在三个月后合适。

2.上环方法

（1）截石位。

（2）外阴用沽尔灭消毒。

（3）阴道用碘酒及酒精消毒。

（4）鋪孔巾。

（5）內診查清子宮位置及大小。

（6）导尿或上环前自己排尿。

（7）宫颈钳固定宫颈前唇。

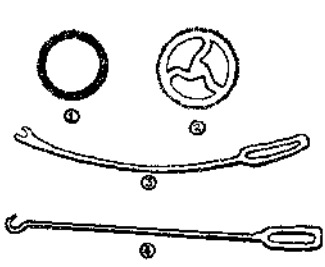
（8）以探针测宫腔长短后，选择用环号码。

（9）将节育环放在子宫外口处，以上环器叉住上缘，沿子宫腔之方向推入宫腔，达子宫底后退出上环器。

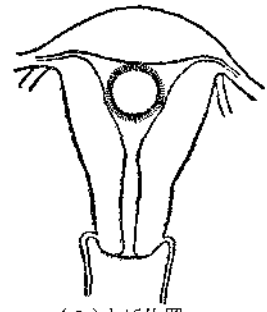
(10)取下宫颈钳并用酒精消毒宫颈，擦阴道血，术终。

3.下环方法：（1）—（8）同上环步骤。

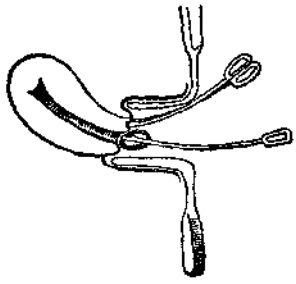
（9）以取环器伸入宫腔，取环钩沿子宫前后壁，试探感觉环的位置。之后以钩钩住按宫腔之方向钩出节育环。有时置环



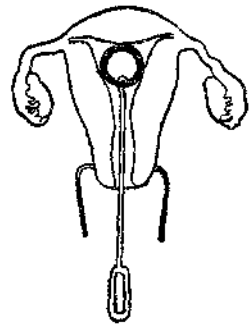
（1）器械　①、②节育环　③上环器　④取环器



（2）上环位置



（3）上环方法



（4）下环方法

图 48　上、下节育环的方法及器械

年久而环埋入子宫粘膜者，不可强行鈎取，以防子宫破裂。經X光检查証实須开腹切开子宫取环。一般带环3—5年打算继續避孕者，下环同时再上新环。

第三章　人工流产术

人工流产术簡称人流，一般妊娠子宫不超过手拳大者均可进行人流。人流可用刮宫方法及吸引方法，刮宫即同一般刮宫术，本章只介紹电吸引及負压瓶吸引法。

一、电吸引人流术

患者取截石位，外阴以1‰洁尔灭消毒，鋪孔巾，內診查子宫大小及方向，以窺器扩开阴道，以碘酒、酒精消毒，挾宫頸鉗，探針查子宫腔大小及方向。如为初孕須扩张子宫頸，自2号扩到9号为止，經产可不必扩张。扩好后根据子宫大小选用吸引头（一般子宫在鵝卵大以下者可用中号吸头，超鵝卵大者可用大号吸头），联結胶管准备吸引。吸引之前将負压調到450—500毫米汞柱左右，吸头插入宫腔前应向手指試驗，确为負压伸入空腔达宫底，按刮宫方法向四周轉动吸引，直到感到宫縮感及宫腔粗澀平坦为止。为防止两侧宫角有残留可用小刮匙再刮宫一周，尤应注意两侧宫角。术終，取下宫頸鉗，消毒宫頸及阴道。

二、負压瓶吸引法

此法适用于无电吸引的地方，負压瓶作法：以容1,000毫

升之大瓶，按一胶塞，于胶塞中心插一铁管，铁管一端插入瓶内約5厘米左右，另一端露在外边留联結胶管之用。准备一米半长之胶管及一止血鉗，吸引头。于瓶内放酒精5毫升点火后盖好瓶塞，以止血鉗挟好胶管，瓶内即形成負压。吸头接好后便可手术，吸引方法同电吸引术。开始吸引时打开止血鉗，吸引后見瓶内有东西流出时继續吸引1—2分钟，挟上止血鉗取出吸头。如感覚未淨可打开止血鉗再伸入宫腔吸引。如負压已用淨，可以刮匙继續完成手术，不过一般均可吸淨。为防止宫角部残留亦可用小刮匙刮宫角。取下宫頸鉗，消毒宫頸及阴道，术終。

三、人流手术注意事项

1. 人流手术是一种有关政策性手术，必須学习门求恩同志两个极端的精神进行手术，作到手术彻底以防残留。

2. 无論电吸引或負压瓶吸引，吸头伸入宫腔时必須符合子宫之方向，轉动吸头时尽量輕巧貼紧宫壁，不可暴力或任意左右摆动以防子宫穿孔。

3. 电吸引时当馬达开动吸头插入后有的患者立即发生顏面蒼白、出冷汗、脉慢心慌，此种現象为神經性休克，經休息及鎮靜剂注射可恢复，之后决定继續做或停止。

4. 妊娠子宫稍大过軟者，术中易出血及穿孔，因此可在术中注射催产素5单位，当子宫收縮后再继續操作。

四、子宫穿孔之处理方法

1. 如穿孔为探針或小号頸管扩张器造成者，可保守疗法，

注射子宫收縮剂，口服益母丸或麦角2天，注射抗菌素防感染。

2. 如穿孔較大者須急診开腹进行穿孔修补术。术后防治感染。

3. 无論穿孔大小，虽已发生亦应将人流完成，不可中途停止。

第四章　絕育方法

分女性絕育（輸卵管結扎）及男性絕育（輸精管結扎）两种。輸卵管結扎术方法較多，有腹式及阴道式两种，本章介紹常用的一种腹式"小口絕育术"。

腹式小口绝育术（女性绝育）

手术适应证及手术时机　凡有絕育要求而无慢性盆腔炎，盆腔肿瘤者均可手术。手术时机可在平时月經后七天内，或人流手术后同时开腹結扎，产后三天内而无感染者均可手术。

手术方法　术前須自己排尿，否則需导尿，避免損伤膀胱。

1. 患者取截石臥位。

2. 腹部皮肤消毒范围方法同一般开腹术并作外阴及阴道消毒，上支持器后以一块紗布塞入阴道帮助固定支持器以免滑出。

3. 于膀胱間选择切口部位　約在宫底高以下2厘米左右，产后按宫底高度选择。

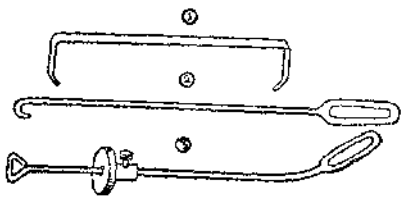
4. 局麻。

5. 切口长約 1.5 厘米左右，切开皮肤及皮下脂肪后，以小止血鉗子伸入手术野抓住腹直肌前鞘将筋膜提出，以刀尖划开长約 2 厘米再以小止血鉗伸入提出腹膜，認淸是腹膜后一点一点切开（防止損伤腸管，如腹膜前脂肪肥厚者辨認淸楚仔細剝开，防止損伤腸系膜）。

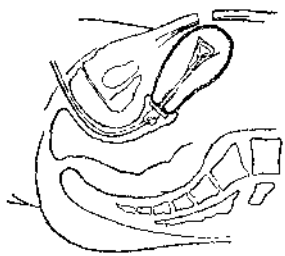
6. 隔敷布向上推子宮支持器将子宮底推到腹壁切口处，以小拉鉤拉开两側腹壁。

7. 以卵管鉤沿宮体后壁鉤出輸卵管，或以小止血鉗沿子宮角挾出卵管，将卵管提出切口外。

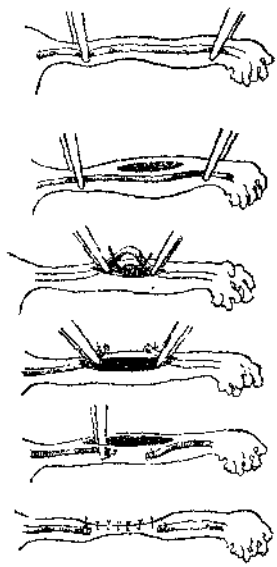
8. 进行結扎，一般常用两种方法：一种是于峽部折叠压



（1）器械 ①小拉鉤
②卵管鉤
③子宮支持器



（2）用支持器方法



（3）管腔剝出、断端包埋法

圖 49 腹式小口絕育术及用具

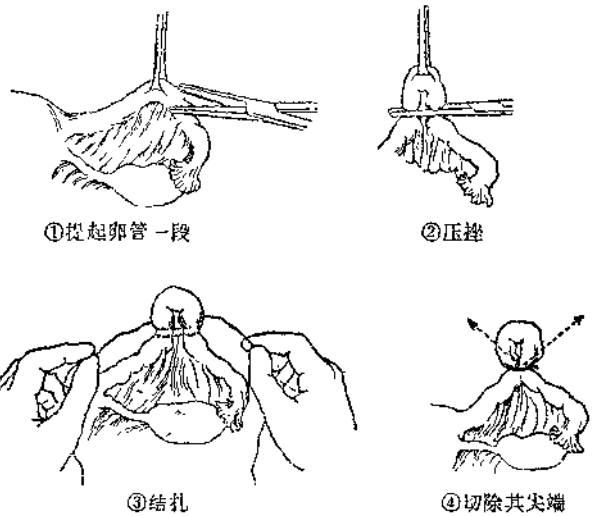


图 50　卵管压挫结扎法

挫结扎法；一种是于峡部切开浆膜游离卵管切除一小段，两端结扎之后，断端包埋于浆膜内。

9. 左右卵管结扎后，逐层关腹。

10. 刀口皮肤可用"661"胶沾上或縫皮 1—2 針，如皮下埋藏縫合亦可不縫表皮但一定要对好皮。如縫綫則五天拆綫。

11. 术后无特殊护理，飲食照常。

常用妇产科手术

第一章　会阴切开术及裂伤縫合术

适时的切开会阴可保护骨盆底軟組織，使它不遭受因过度伸展引起較重的損伤，而且切开后可減少会阴对胎头的阻力而加快分娩。

适应证　会阴較紧的初产妇，特别是婴儿大或臀位初产及初产妇在作产鉗之前。

操作步驟　可采用斜側切或正中切。一般慣用左側面剪开方法。

1. 用 0.5—1% 普魯卡因做局部浸潤麻醉或会阴神經阻滞麻醉（用长針在肛門及坐骨結节之間刺入，以左手食指伸入阴道做指示，于坐骨棘內下方注入麻醉剂 5—10 毫升針退出后再向坐骨結注入 5 毫升）(图51)。

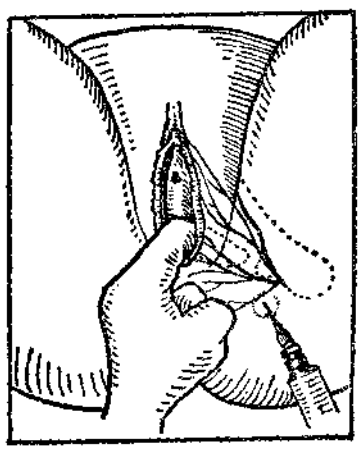


图 51　会阴局部麻醉法

2. 局部麻醉后于宮縮时以左手食、中指插入胎头和左側阴道壁之間做保护，右手持剪刀将左側会阴由正中向左側(約45度）剪开，以不損伤肛門括約肌为原則，其

长度按需要而定，一般3.5—4厘米。

附：会阴裂伤

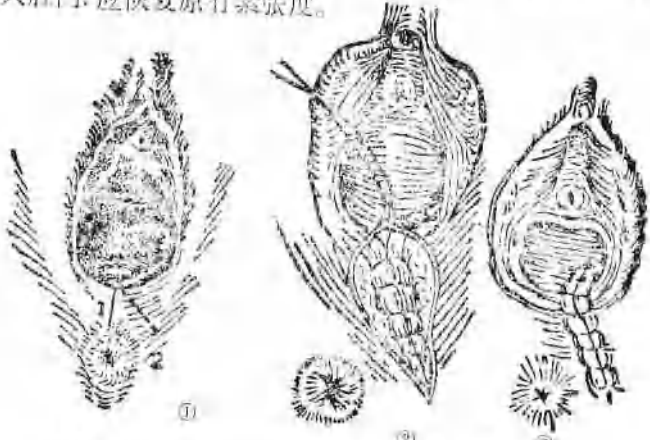
一度　皮肤及粘膜撕裂。

二度　除皮肤及粘膜撕裂外还有阴道肌肉的撕裂。

三度　皮肤粘膜及肌肉撕裂外，有肛門括約肌撕裂（检查：将示指伸入肛門內失去原来紧张度）。

3.会阴切开及裂伤縫合术（图52）：

縫合前应将創口的明显出血点結扎止血，防止血肿形成。伤口縫合应从阴道內伤口的頂端开始，用0或00号的鉻制腸綫，采取連續縫合，直到两侧的处女膜对齐为止，以后再連續縫合肌肉层，注意勿留死腔，最后用四号絲綫間断結节縫合皮肤。肛查：是否伤及直腸。如果三度裂伤肛門括約肌断裂时，則应以組織鉗夾住括約肌断端对齐，检查肛門已有括約肌的作用时，在肛門括約肌处用七号絲綫縫合三針，縫合后用手指伸入肛門，应恢复原有紧张度。



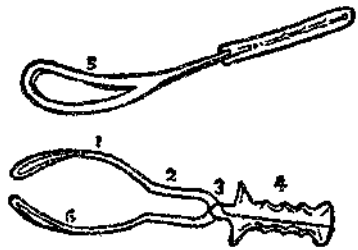
①会阴切开位置
1正中切开　2侧切开

②縫合阴道粘膜和皮下組織；
③縫合皮肤

图52　会阴切开，縫合术

第二章 产 鉗 术

产鉗是一种助产工具，其构造如图53。可以通过产鉗牵引来帮助儿头娩出。



1叶 2中部 3枪 4柄 5骨盆曲线 6儿头曲面

图53 产鉗

适应证

1. 产妇有合并症，如心脏病、肺結核、妊娠中毒症等，必須縮短第二产程者。

2. 胎儿宮內窒息或臍带脫垂必須尽快娩出胎儿者。

3. 宮縮无力或有輕度头盆不称，呈持續性枕横位或枕后位，第二产程延长者。

条 件

1. 宮口必須开全。

2. 头盆无严重不称。

3. 先露部是头，最低部（指顱骨而非产瘤）已过两侧坐骨棘平面以下。

4. 胎膜已破。

操作步骤

1. 产妇取膀胱截石位，常規消毒外阴并导尿，做会阴神經阻滯麻醉。

2. 进行阴道检查，以了解是否具备上述条件，并确定胎头位置(图54)。除根据大、小囪門及矢狀縫外，尚可根据胎儿耳朵位置及耳壳方向。例如小囪門在12点，大囪門在6点，耳朵

(1) 右枕后　(2) 右枕横　(3) 右枕前

图54　枕先露时矢狀縫的位置

在3点和9点，耳壳向上为正枕前位。如小囪門在1点，大囪門在7点为左枕前位。耳朵在4点和10点，耳壳向上，亦为左枕前位；耳壳向下則右枕后位。小囪門在9点，大囪門在3点，耳朵分别在12点，6点，耳壳向右，为右枕横位。

3. 产鉗操作

（1）枕前位（以正枕前位为例图55）：以右手四指放入阴道左后侧（按产妇方向），左手持左叶柄部，順阴道壁将左叶从左后方插入右手指与儿头之間，逐漸滑向左侧（图56—①），待产鉗置于儿头左侧后退出右手（注意产鉗与儿头之間不可夾入宮頸，臍帶等組織）。

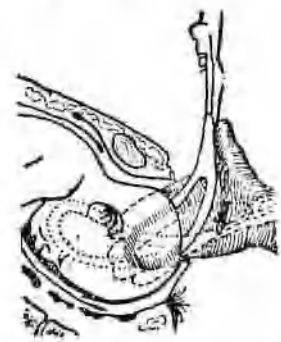
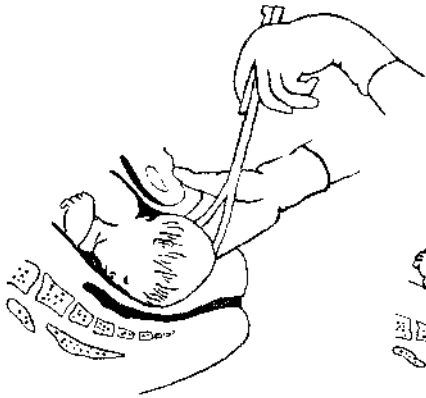


图55　注意插入方向，右手指保护母体軟組織

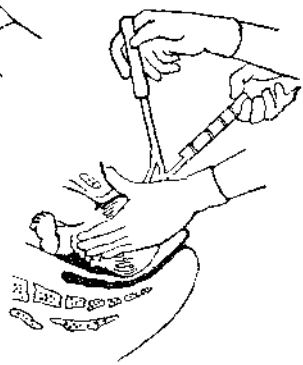
由助手扶住产鉗，术者再以左手四指伸入阴道右侧，右手持右叶柄部，同法将右叶放于儿头右侧（图56—②）。产鉗放入阴道后，如放的合适，則两叶很易交合。若胎头位置检查不对或产鉗位置不正，則不易交合，須取出产鉗，重新检查和放置，不可勉强交合，以免引起产妇及胎儿的損伤。将产鉗交合后試牵无滑脫（图56—③），于宮縮时向后下方牵引（图56—④）。使儿头屈曲，至枕部露于耻骨联

合下时徐徐上抬产鉗(图56—⑤)使額、眼、鼻、口順次娩出。然后取下产鉗(图56—⑥)。牵引时注意：（1）不要用力过猛；（2）須有間歇性，无宮縮时将产鉗栓松开，以免儿头受压时間过长；（3）随时注意胎心；（4）保护会阴。

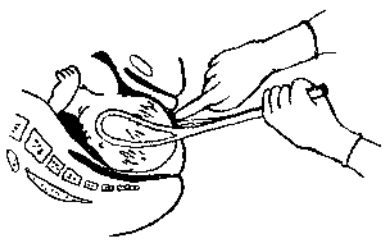
（2）枕横位（以右枕横位为例）：可先試用右手握住儿



①产鉗左叶插入之侧面观



②产鉗右叶插入之侧面观



③两叶扣合后，以指触诊胎头試牵有无滑脫

④产鉗牵引方向，向后下方

⑤当枕部露于耻骨联合下时，徐徐上抬产钳　　⑥牵引完毕，先下右叶产钳

图 56　产鉗术

头順时針扭轉，同时助手在腹部将胎儿背往左推，直至儿头轉成正枕前位，用右手固定，立即上产鉗。如轉位不成功，則将左叶放在左額部（相当于 1 点处），右叶放在右乳突部（相当于 7 点处），交合后牵引。牵引前将产鉗徐徐順时針方向回轉至 3 点和 9 点处，以使儿头呈右枕前位娩出。

（3）枕后位（图57，以右枕后位为例），先試用手将儿头轉成枕前位，如不成功則轉成正枕后位。上产鉗方法同正枕前位（图55，56），但

图 57　枕后位产鉗术

牵引方向不同，须先水平牵引，待儿头枕骨下降达会阴时，再上抬产鉗直至儿头娩出。

第三章　碎　胎　术

第一节　穿　颅　术

穿颅术是一种毁胎手术，刺破胎头，剪碎排出脑髓缩小胎头体积利于胎儿娩出。

适应症　胎头脑积水（无論死产或活胎均可手术）头位或臀位死产滞产者（臀位后出儿头困难时）。

手术方法　产妇取截石位，全麻，外阴及阴道消毒，詳細内診，查清宫口确已开全，估計穿颅后整个胎体可娩出时进行手术（图 58）。

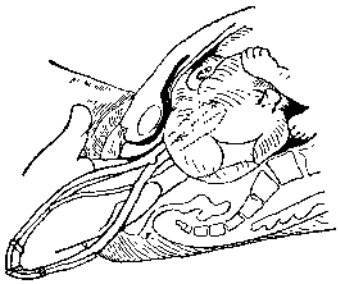
1. 助手以扩阴器拉开外阴，术者以内診手指頂住胎头或以組織鉗挟住头皮拉向下。

2. 以另一手持剪刀（或刺颅器）沿露出之颅縫剪开头皮。

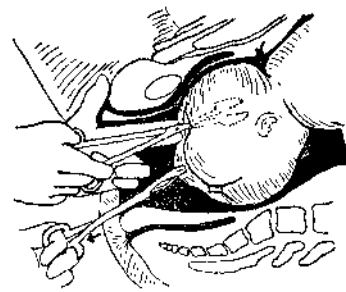
3. 看准颅縫或囟門后以剪刀剪开，剪刀刺入颅腔，剪碎脑髓，反复抽出剪刀头颅即可縮小。

4. 以有齿止血鉗两把挟住颅骨創口两緣向下牵引胎头。或用两叶碎颅鉗挟住胎头而牵出之。

5. 如臀位后出儿头穿颅須自口腔經上顎刺入颅腔或从后囟刺入。直到牵出胎儿术終。整个手术过程須特别注意勿損伤膀胱或直腸。

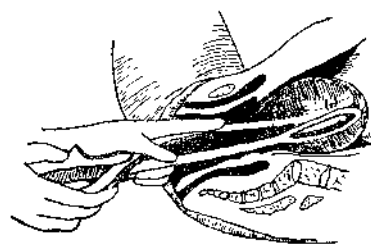


①穿颅并破坏脑质



②如胎头尚未固定，可于腹部下压胎头，并由阴道挟住头皮与下曳，以利穿颅

③两叶碎颅器



④两叶碎颅器挟住胎颅之姿式

图 58　穿颅术

第二节　断头除脏术

本手术为专門解决横位死产的一种毁胎术，即截断頸椎縮小躯体的一种手术。

操作方法

1.断头术：

（1）麻醉：应在全麻下进行，如在农村无条件可肌肉注射冬眠合剂1/2—1个剂量。术前宫口必须开全。

（2）患者取截石位，导尿，外阴消毒，如有上肢脱出亦应同时消毒。

（3）助手向下牵拉已脱出之上肢，术者内诊手之示中两指钩住胎儿颈部向阴道口牵拉，达到可以看到颈部的地步。

（4）以剪刀剪开已暴露出之颈部皮肤约3—4厘米，以够伸入剪刀操作的程度；注意勿将颈部皮肤全周剪断，以防颈椎刺破软产道。

（5）以长弯剪刀伸入颈部，找到两段颈椎关节，剪断颈椎。

（6）依上肢——→胸部——→腹部——→臀部——→下肢——→的顺序牵引胎儿，如整个躯干顺利牵出，最后牵出胎儿。

（7）如按上述顺序牵出困难，勿勉强牵拉以防引起子宫破裂，则须进行除脏术再牵出胎儿。

2. 除脏术：

（1）断头术后继续操作，以长弯剪刀沿胎儿腋下，找出较低位之肋间以剪刀剪开胸壁伸入胸腔，剪破胸腔脏器。

（2）以手指伸入胎儿胸腹腔，以手指钩出胸腹腔脏器，脏器完全除掉后，再按上述顺序牵出胎儿。

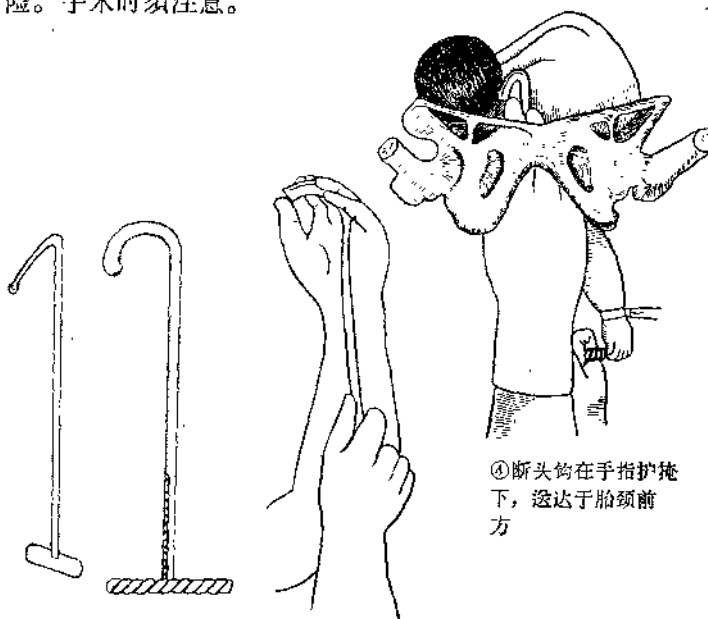
3. 断头术另一方法（图59）：

操　作

在忽略性横位时，将脱露之臂向外牵引，使颈部伸张，用一手保护镰刀，由前方插入，越过肩部，将尖端转向颈部而钩住之，另一手摸得镰手之尖端而保护之，用锯式动作将胎头自颈部割断。颈皮可用剪刀剪断。如用断头钩，则先在颈部皮肤剪开，然后在皮下组织内用手指作一个沟，将断头钩的弯曲

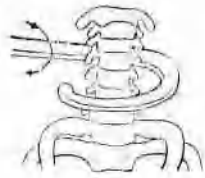
端插入这个沟內，很容易碰到脊椎，以后就将它勾住，接着将断头鈎的柄部向两側旋轉，同时輕輕地将器械向下拉，此时可听見破碎的声音（这是破坏頸椎时发出的）。断头后，紧牵其臂，胎身則易于娩出。伸食指入胎儿的口，大拇指則紧貼于脊椎之断端而取出之。若有困难，可用双爪鉗拉出，或行穿顱术。

忽略性横位的患者，子宫下段可能被过度拉长而很菲薄，在移动胎头，在子宫壁上压迫胎头时，有发生子宫破裂的危险。手术时須注意。

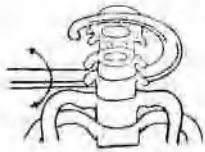


①断头鈍鈎　②断头銳鈎　③断头鈎伸入阴道时，以手遮盖之姿式　④断头鈎在手指护掩下，透达于胎頸前方

⑤断头钩向后旋转后，即可挂于胎头上

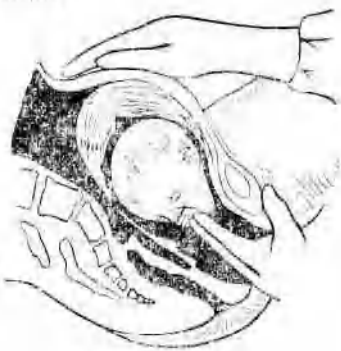


⑥钝钩挂于胎颈之姿式



⑦钝钩如何拉断胎颈脊柱

⑧断头后胎体之娩出



⑨胎头之娩出

图 59　断头术

术后注意事项：

1. 全麻术后，子宫弛緩，易发生胎盘留滞。因此胎儿牵出后可立即注射催产素 10 单位，促进子宫收縮娩出胎盘。

2. 如胎儿娩出后十几分钟胎盘仍不剝离，而又继續出血时应立即进行徒手剝离，胎盘娩出后，立即注射麦角新碱一支（0.2毫克），并进行按摩。

3. 术后应給抗菌素防治感染。

4. 排尿可能发生困难，必要时持續留置尿管 1—2 天。

5. 子宫复旧可能不良，产后可服益母丸或麦角。

第四章　刮宫术

刮宫术是排空子宫內容的一种手术方法。有条件的地方，一般可以电吸引代替，如无器械亦可以指搔术代替。

手术适应证

1. 不全流产。

2. 过期流产　子宫小于手拳大者。

3. 人工流产　子宫小于手拳大者。

4. 診断性刮宫。

5. 葡萄胎，子宫小于孕六个月者。

手术方法

1. 患者两小腿曲屈，仰臥位于手术台上或坑边上（膀胱截石位）首先內診查子宫之方向位置，大小及附件情况。

2. 对外阴部尤以大小阴唇之間更仔細消毒（碘酒、酒精各一次）。

3. 用窺器将阴道扩张开，暴露出宫頸，阴道以同法消毒两次。

4. 导尿排空膀胱以防子宫严重变位，如已經自己小便过者則不必导尿。

5. 以宫頸鉗將宫頸固定并用探針測宫腔之长短，及方向是否与检查相一致。

6. 如不全流产，宫口已开大，或診断性刮宫只用小刮匙即可进行則不必扩宫口，如过期流产或人工流产則須用扩张器由 2—3 号开始扩到 10—13 号能伸入胎盘鉗即可，如用电吸引則扩到 8—9 号即可伸入 7—8 号吸头进行手术。

7. 依宫内容多少，如多則先以胎盘鉗伸入宫腔中將内容物挾住徐徐向外拉，不要暴力以备大块陆續拉出，直到感到宫腔内空虛感时則可停止。

8. 大部分取出后，再以鈍刮匙逐次將宫腔内之少許残留蛻膜，絨毛等刮淨直到宫腔有粗糙平坦感时为止。

9. 測宫腔长短，观察子宫之收縮情况。

防止子宫穿孔之方法

1. 刮宫，探測宫腔前必須导尿或自己排尿。

2. 探針检查有两个目的：①探清子宫方向，伸入宫腔内之器械方向与之一致以防穿孔。②探清宫腔长度，术中伸入宫腔内之器械勿超过此长度，做到心中有数。

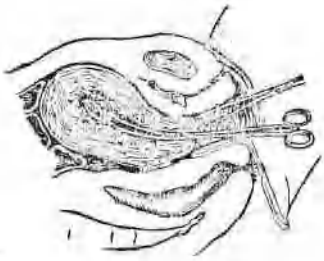
3. 凡伸入宫腔内之器械均須緩慢伸入达宫底，然后后退操作。

4. 子宫过軟时（人流或葡萄胎）須在术中注射催产素一支，待子宫有收縮感时再继續操作。

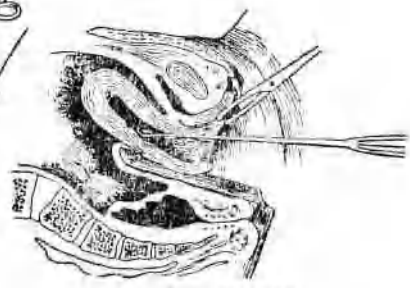
5. 过期流产，发生胎盘机化时則与宫壁粘連过紧，不可勉强牽拉，必要时可二次刮宫。

6. 葡萄胎子宫过軟，刮宫时不能象不全流产那样用力刮子宫壁，以胎盘鉗排出子宫内容即可，其余須在二次刮宫时

解决。



①以胎盘钳取胚胎



②以刮匙刮子宫

图 60　刮宫术术式

图 61 指搔术

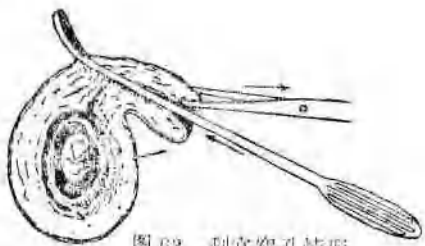


图 62　刮宫穿孔情形

第五章　引产术

引产是终止妊娠的一种手段。怀孕达足月自然分娩，謂之"瓜熟蒂落"是生理过程。但未及足月，因某种原因不能继續妊娠者須引产；此时不符合体內之生理变化，引产純屬人为的强制手段，因此不易成功，有时反复多次才能解决，甚而有造成感染者。因此，引产应严格掌握适应症。

一、引产适应症

1. 死胎不下

（1）早、中期妊娠胚胎死亡形成过期流产，子宫超手拳大以上者。

（2）晚期妊娠或妊娠过月之死胎。

2. 畸胎

（1）羊水过多症合并畸胎者。

（2）X綫确診之半头儿或无脑儿。

3. 妊娠合并症继續妊娠危及生命者

（1）合并心脏病或肺心病心力衰竭者。

（2）急性传染性肝炎。

（3）妊娠中毒症葯物治疗无效者。

4. 胎盘疾病經阴道可分娩者

（1）前置胎盘。

（2）胎盘早期剝离。

二、引产法种类

1. 单純葯物引产法　①奎宁口服法；②催产素之各种应用。

2. 器械并用葯物引产法　①头皮鉗子牵引术加葯物引

产；②静水囊加药物引产。

第一节　引产前处理

一、精神紧张，尤其是畸胎，顾虑多端者，在引产前三天給以鎮靜剂，睡前給催眠剂，造成大脑皮质功能处于抑制占优势的状态使之符合产前之中枢神經之功能变化。并应学习白求恩同志作到两个极端的精神，向产妇讲解引产的意义及方法，解除思想上的顾虑，鼓励产妇学习毛泽东思想，克服軟弱无能的思想战胜疾病。

二、創造符合产前的激素条件：产妇临产前血內孕激素急剧下降，雌激素显著增加。雌激素可增加子宫接受催产素作用的敏感性。故在引产前一天，給大量的雌激素，一般常用苯甲酸求偶二醇肌肉注射，每次5毫克，共六次，每四小时一次；或口服乙烯雌酚5毫克，每四小时一次，共六次。

第二节　药物引产法

一、奎宁口服法，常按下列二种方式用药

第一种方法

①服蓖麻油20毫升
↓半小时后
②服奎宁0.25克
↓1小时后
③服奎宁0.25克
↓1小时后
④服奎宁0.25克
↓1小时后

第二种方法

①同左
↓半小时后
②服奎宁0.1克
↓1小时后
③服奎宁0.1克
↓1小时后
④服奎宁0.1克
↓1小时后

⑤温肥皂水灌肠

⑤服奎宁0.1克
↓1小时后
⑥服奎宁0.1克
↓1小时后
⑦服奎宁0.1克
↓1小时后
⑧温肥皂水灌肠

二、催产素之用法 滥用催生针是造成子宫破裂的一个原因，因此决不能一次注射一支（5或10单位）引产。临床常用药物有二种，一种是催产素（不含血管加压素），另一种为脑垂体后叶素（含血管加压素），如对晚期妊娠中毒症患者引产不用后一种。临床常用方法有三种：

1. 鼻腔粘膜吸入法：可将一侧鼻腔塞棉球，以注射器往棉球上点滴稀释之催产素。将催产素10个单位稀释在5毫升盐水内，逐渐滴在棉球上，本法效果不大。

2. 催产素稀释（一侧合谷穴）肌肉注射法：将催产素10单位稀释10毫升之盐水内，当宫口开全时用，每次可用0.5单位或1单位，可每隔15分钟注射一次一般2—3次，此法多在分娩第二期子宫收缩无力时应用有效。

3. 催产素稀释点滴法：将催产素5单位加入10%葡萄糖溶液500毫升内，静脉点滴，慢速滴入，每分钟从12滴开始，以后依宫缩情况增减。此法优点易于控制剂量。多于器械引产时并用。

附：希胎儿健康生下者，浓度为1：100；如胎儿五个月以下无存活希望者，浓度可适当加大；胎儿尚活者，点滴速度要随时依胎心情况增减；胎儿无存活能力者，点滴速度可加快，但要注意宫缩避免子宫破裂。

第三节　器械并用药物引产法

一、头皮钳子牵引术　截石位，外阴消毒，铺孔巾，不必麻醉，内诊检查，宫口开大二指以上可用，首先破膜（方法见前置胎盘章），然后内诊指顶住胎头，助手在耻骨联合上压头，术者以右手持头皮钳沿内诊手指伸入宫颈抵住头顶，抵紧后张开钳尖挟头皮，试牵，如滑脱可再挟，未滑脱扣紧钳把，系以绳墜以重錘（約一斤重之重物即可）向下牵引。在农村如无头皮钳可用有齿长把止血钳或以組織鉗，宫頸鉗代替之。此法多用于部分性前置胎盘或胎盘早期剝离。头皮鉗上好后并用催产素滴流。

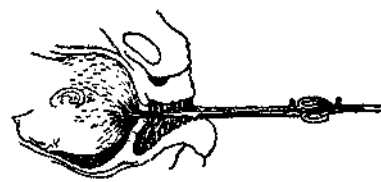


图 63　头皮鉗牵引术

二、胎足牵出固定牵引术　前置胎盘如为臀位可牵出一脚，用紗布扎紧連绳系重錘牵引（重量在一斤左右即可）。

三、静水囊引产法　术前灌腸，当日早晨禁食，截石位，消毒外阴，阴道以碘酒及酒精消毒。按装靜水囊：将两层消毒之阴茎套套在一根导尿管上，口部以絲綫結扎，勿过紧以防注不进盐水。以宫頸鉗挟住宫頸前唇，以弯止血鉗挟住水囊插入宫腔，一般自两側插入以防触破胎盘引起出血（正常胎盘多附于宫之前后壁），如能触知胎体則向胎背側插入較安全。将整个水囊插入后助手向水囊內注盐水，注射量，每个水囊可容 200—300 毫升。子宫較大者可放二个水囊，一般放一个即可。注入盐水总量依子宫大小而定，子宫不超新生儿头大者

可注射300毫升，子宫超臍以上者可注400毫升。最多可注600毫升，水注入后，扎紧导尿管。折叠于阴道内，阴道内填塞无菌紗布（以四环素或土霉素0.5克稀释于盐水内浸泡紗布块），阴道塞紧防止水囊脱落。引产如未成功，24小时后应取出紗布及静水囊；如在24小时内中间脱落不必再上。本法适用于死胎、畸胎及妊娠并发症之引产。单純静水囊效果不大，必須并用催产素滴流。

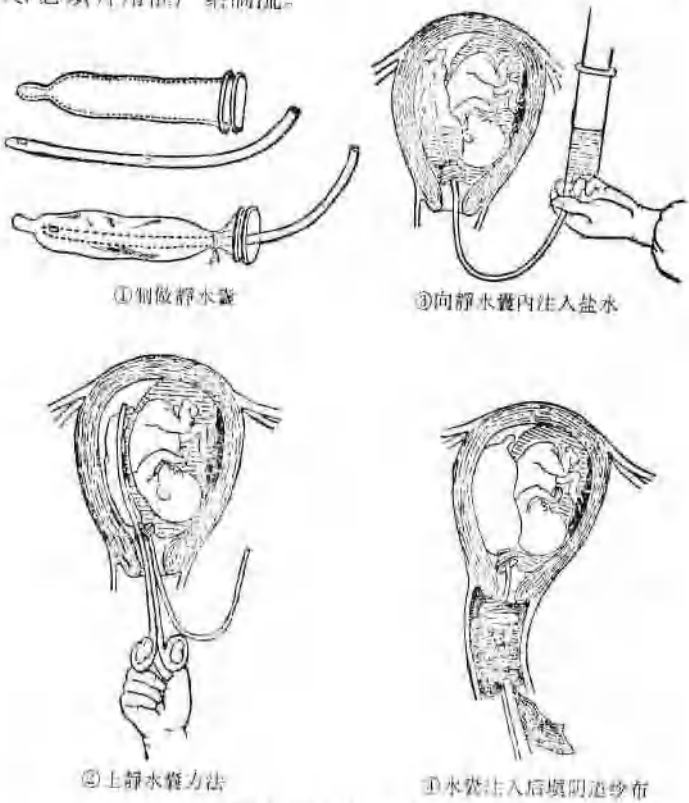


图64　静水囊引产法

四、引产时注意事项

1. 引产时必须注意消毒的問題，尤其是子宫腔內操作更为重要，一旦感染引产又未成功，則給下次引产造成困难；即或引产成功但盆腔內感染亦能造成慢性盆腔炎的后果。

2. 对催产素引产者必須严密观察，酌情調节葯量，一旦用量不当可发生过强子宫收縮引起子宫破裂。观察中应严格記录及交接班。

3. 头皮鉗牵引一旦滑脫可重上，但靜水囊中途滑脫不必重上，因宫腔內反复操作易引起感染。反复多次引产的須給抗菌素預防感染。

4. 催产素点滴引产无效时，可于次日連續应用并可酌情加大催产素剂量。

最 高 指 示

许多人生疮害病，想个什么办法呢？一切这些群众生活上的问题，都应该把它提到自己的议事日程上。应该讨论，应该决定，应该实行，应该检查。

皮 肤 科 部 分

第一章　皮肤組織学和生理学

第一节　皮肤组织学

皮肤分三层

一、表皮　共分五层，由外向里是：

1. 角质层　在最外层，为一层无結构的角化物质。

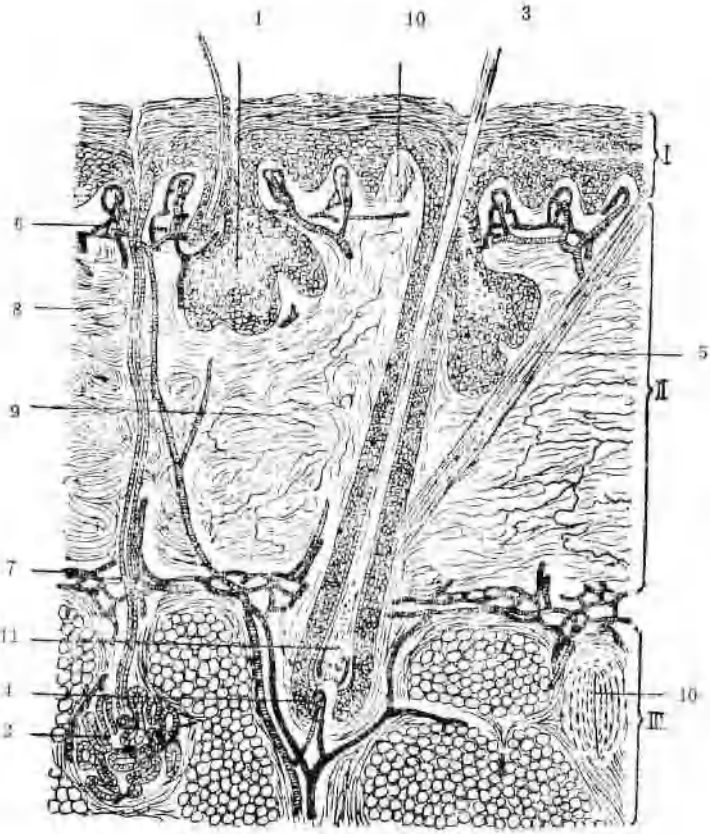
2. 透明层　由无核境界不清的透明細胞組成，在掌蹠部最明显。

3. 顆粒层　由梭形細胞組成。

4. 棘細胞层　由多层带棘的多角形細胞組成，細胞間充滿淋巴液。

5. 基底层　由一层立方柱状細胞組成，是表皮細胞的发源地。

二、真皮　分乳头层和网状层两层，其中含有毛发、立毛



Ⅰ表皮　Ⅱ真皮　Ⅲ皮下组织

1.皮脂腺　2.汗腺　3.毛发　4.毛乳头　5.立毛肌　6.浅层血管网　7.深层血管网　8.胶原纤维　9.弹力纤维　10.神经终末器　11.毛球

皮肤断面模型图

肌、血管、淋巴管、神經、汗腺和皮脂腺。

1. 乳头层　在基底层下，由致密的胶原纤維和弹力纤維等构成。

2. 网状层　位乳头层下，由疏松的胶原纤維和弹力纤維等构成。

三、皮下组织　由疏松組織和脂肪組織构成。

四、皮肤的血管、淋巴和神经　皮下組織有深层血管网，供給乳头及汗腺血液。真皮上部有綫层血管网，供給乳头层、毛囊及皮脂腺的血液。两个血管网附近均有淋巴管网。

皮肤有丰富的神經纤維，脑脊髓神經通过各种神經末梢和終末器管理皮肤的各种知覚。植物神經司血管，肌肉和汗腺的功能。

五、皮肤附属器官

1. 汗腺　分小汗腺和大汗腺。小汗腺除龟头、包皮内叶，全身皮肤均有，其功能为排泄汗液。大汗腺分布在腋窝、乳晕、臍周围、肛門和外阴部，均有腺体与导管。

2. 皮脂腺　除掌蹠外分布全身皮肤，腺体位于真皮上层，毛发的侧方，腺管开口于毛囊中。分泌皮脂潤泽毛发和皮肤。

3. 毛发　除掌蹠、口唇、龟头、包皮内叶及阴唇内側外，分布整个皮肤。有长毛(头发)、短毛(眉毛)、和毫毛(汗毛)。

4. 指(趾)甲　是致密坚硬的角质。

第二节　皮肤生理学

一、保护作用　皮肤富于弹性，具有防御外来的机械性、物理性和化学性刺激，保护内部器官作用。

二、分泌及排泄作用　皮脂腺分泌皮脂，潤泽皮肤与毛

发。汗腺排泄汗液，具有散热，軟化角质和部分代替肾脏的功能。

三、吸收作用 有些物质可通过毛囊口进入体內。如用乙醚，酒精和氯仿拭净皮肤，或以溶解角质的药物涂抹皮肤后均能增进吸收，摩擦充血，糜烂时更易吸收。

四、调节体温作用 当外界溫度升高时，皮肤毛細血管扩张，血流加速，皮肤潮紅，蒸发汗液，通过輻射、蒸发、传导和对流而散热。反之，毛細血管收縮，防止热量放散。

五、感觉作用 皮肤有各种神經纖維末梢和終末器官与中枢神經相联系，具有痛、冷、溫、触及痒的感覚。

第二章 皮肤病的药物治疗

內 用 药 物

常用药物	每次用量（毫克）	每日次数
盐酸苯海拉明（可太敏）	25	3
非那根	12.5—25	3
扑尔敏	4	3
安其敏	25	3
强的松	5	3—4
强的松龙	5	3—4
氢化考地松	20	3—4
地塞米松	0.75	3—4
甲状腺素	30	3
氨喹	250	2
维生素丙	100	3
眠尔通	200	3
三溴片	300	3

注　射　药　物

常　用　药　物	注射方法	每日用量（毫升）	一疗程次数
10%葡萄糖酸钙注射液	静　脉	10—20	5—10
5%溴化钙注射液	静　脉	10—20	5—10
5—10%氯化钙注射液	静　脉	10—20	5—10
10%硫代硫酸钠	静　脉	10	5—10
维生素 B_{12}	肌　肉	25—50毫克	10
维生素丙	静　脉	500—1000毫克	5—10
自家血	肌　肉	5—10（每周二次）	5—10

皮肤病外用药物的剂型

一、粉剂　由矿物或植物性粉末制成。

作　用

1. 吸收皮肤表面汗液、皮脂，使皮肤干燥。应用泥膏或油膏时，外撒粉剂，可加强泥膏及油膏的吸收作用。

2. 增加散热面积，使毛细血管收缩而收镇静、清凉、消炎、止痒作用。

3. 撒布皮肤表面，适当隔绝外界刺激、有保护作用。

适　应　証

1. 急性过敏性皮炎的潮红期，无大量渗出物或脓液，或仅有极轻微渗出者。

2. 瘙痒性皮肤病。

3. 多汗症，特别在夏季用于趾间或身体皱折部。

4. 小儿及乳儿夏季作爽身扑粉用。

5. 泥膏外用时，可外撒粉剂，以加强吸收作用。

常用基药　各种淀粉、氧化锌、滑石粉等。

为了各种治疗目的，可加入其他药物，如1%薄荷脑或1—2%樟脑（止痒），3%水杨酸（止痒、角质形成），3—10%硼

酸(改变皮肤反应,防腐), 10%硫黄或5—10% 甘汞(杀菌), 10%次沒食子酸鉍 (收敛)。

常用基方 氧化鋅滑石粉各半。

常用处方 1.10%硼酸滑石粉; 2.氧化鋅滑石粉; 3.苦参石膏粉; 4.复方氧化鋅硼酸粉。

用 法

1.以棉团蘸粉末輕匀撒布。2.包于紗布內, 直接輕扑皮面。3.一日多次分量不限。

二、蒸发罨包

作 用

1.热作用于皮肤,使血管扩张,循环旺盛,可緩解紧张,促进炎性浸潤吸收。

2.可作化学对抗刺激剂,减少末梢神經冲动,达到暫时止痒作用。

3.由于热的蒸发及所用敷料(棉花)纖維的毛細管作用,可迅速吸收病灶表面的浆液或腺液分泌物。

4.由于所用葯剂作用,可有止痒防腐、收敛及上皮形成作用。

5.保护損伤面,隔絕外界刺激,防止續发感染。

适应症 对于一切湿潤性及糜烂性皮肤病, 如急性或亚急性湿疹及皮炎、湿潤糜烂性汗疱、大疱性腺疱疮、包皮浮肿、均适用。

常用基葯 多为弱酸性、收敛性或杀菌性葯液,一般多用低浓度; 如2—3%硼酸水, 2—3%醋酸鉛或醋酸鋁溶液, 1/5,000高錳酸鉀液,蒸发罨包粉等。

方 法

1.将葯液加热或煮沸,浸入厚約3公分左右的脫脂棉垫,

其上用紗布包裹，然后取出略加擰干、敷于病灶面，注意不可过热，可以手试之，以皮肤能耐受为度；

2. 棉花上盖以针刺孔之油紙，外用繃带包扎，每两小时交换一次，如在冬季較寒冷时，其上加热水袋，保持溫度。

三、酊剂 凡药物溶于酒精者均屬于此类。

作用 杀菌、消毒、止痒、剝脫。

适应症 瘙痒性或皮肤眞菌病而无急性皮肤炎症者。急性皮炎及糜烂时禁用。

常用处方 1. 碘撒酊丁号、Ⅱ号；2. 补骨脂酊；3. 复方土槿皮酊；4. 合柳酊；5. 百部酊。

四、洗剂 系液体中混有适量（30—50%）粉剂而成。

作用 涂布后在一定时間內可使皮肤冷却，血管收縮，因而有清凉、鎮靜、止痒、保护等作用。

常用基方 氧化鋅 15.0—25.0，滑石粉 15.0—25.0，甘油 10.0，75%酒精蒸餾水等量加至 100.0。

常用处方 1. 白色洗剂；2. 炉甘石洗剂；3. 复方硫磺洗剂。

五、软膏 以凡士林为基质，加入适当药物調配而成。

作用及适用范围

1. 有强大而持續的深入作用，促进皮肤深部炎性浸潤，吸收或促使其局限化。

2. 复盖病灶表面保持局部的适宜溫度，隔絕外界刺激，作皮肤保护剂。

3. 促进肉芽生长，恢复上皮。

4. 軟化病灶面复盖物，使鱗屑、痂皮易除去。

禁忌 因可使局部保溫，隔絕空气，不能吸收表面分泌物，妨碍热的放散，因此对湿潤性及分泌物較多之炎性皮肤病

一般禁用。

常用基药　凡士林、羊毛脂、豚脂(板油)、酥油(板油、酥油天热易酸臭，配药量不要过多)。

常用处方　1.清凉软膏；2.水楊酸白降汞软膏；3.复方松餾油软膏；4.复方苯甲酸软膏；5.癣疮软膏；6.脱色软膏。

用　法

1.涂搽于皮面，使其尽量透入皮内，外撒粉剂，无须包扎。

2.涂搽于紗布上，貼敷于疮面，每日交换一次，阻止局部汗液的蒸发，易被吸收，多用于慢性浸潤性皮肤病。急性、亚急性皮肤病禁用。

3.以軟膏刀将軟膏敷于損害处，厚至数分外加繃带，多用于軟化浸潤或促进癣痂限局化。

注意事項

1.长期使用軟膏，則皮肤易被浸軟，而招致續发性化脓疾病，用一定时期，即应停止，換用其它剂型。

2.对广泛損害，軟膏中药物液度不可过大，以免吸收后发生刺激或中毒反应。

3.除去皮肤面陈旧軟膏时，用植物油搽拭。

六、泥膏　系在軟膏基药中加入較大量的(30—50%)粉剂所組成的多孔性泥状膏剂。

作　用

1.性质和緩，刺激性減少。

2.可吸收分泌物及滲液，使創面干燥，冷却，因而有消炎作用。

3.因含有适量油剂，可使皮肤避免干燥，因而使表皮軟化，皮肤柔軟。

4.可适当地除去創面痂，鱗屑等复盖物。

适应症　渗液或分泌物不多的各种浅在性、亚急性皮肤炎症。

常用基方　氧化鋅25.0；滑石粉25.0；凡士林加至100.0。

常用处方　1.氧化鋅泥膏；2.魚石脂硫磺泥膏；3.呋喃西林代馬妥儿泥膏；4.脓痂疹泥膏。

七、油膏　由氧化鋅、植物油各半混合而成。

作用　有潤澤皮肤、軟化痂皮、除去鱗屑、增强皮肤弹性、預防干燥皸裂、限制水分蒸发，抵御外界刺激。

适用范围

1.軟化及除去痂皮；

2.冬季作皮肤防护剂；

3.对表皮剝脫、皸裂、肉芽面可促进表皮形成；

4.可作軟膏及泥膏之基药。

常用基药　魚肝油、花生油、液体石蜡、植物油（菜籽油、胡麻油）。

常用基方　氧化鋅、植物油各半。

常用处方　1.鋅氧油膏；2.代馬妥儿油膏；3.小儿湿疹油膏；4.黑豆餾油油膏；5.黃連油膏（中药）。

第三章　皮疹的形态

皮肤病在皮肤表面所呈現的各种症状总称为皮疹（或皮損）。

皮疹的形态在診断皮肤病上是一个重要依据，但是同一类型皮疹可由不同病因引起；而同一病因在不同人身上却可引起不同的皮疹；另外，某些传染病及内科病均可見皮肤发疹。因此，皮肤病的診断也就不能仅从皮疹形态来考虑。要

时刻記住伟大領袖毛主席的教导："**看问題要从各方面去看，不能只从单方面看**"。"**必須提倡思索，学会分析事物的方法，养成分析的习惯。**"

皮疹的种类 可分为两大类：即原发性皮疹及續发性皮疹。

一、原发性損害（即原发疹）

1. 斑疹 系皮肤的色泽变化，既不隆起，亦不凹陷，可看見而不可触知。如紅斑、白癜风、黃褐斑、淤点、紫斑等。

2. 丘疹 为局限性而高出皮表的坚实性隆起，俗称"小顆顆"一般为"尖圭型"，大小由針头至高粱粒大。

3. 斑块 为突出于皮表的扁平丘疹，境界明显，大小不等，直径自数厘米或更大。

4. 結节 由豌豆大到鸡蛋大，初发时陷沒于皮下，漸长則高出于皮面。

5. 风团（风疹块） 系表皮或眞皮上层所致之暫时性、局限性水肿，呈扁平隆起。特点为驟发驟失，消退后不留痕迹，常伴有剧痒。

6. 水疱 为限局性而出皮面之有腔的构造，內容为澄清液。分为小疱、大疱和疱疹（即多数水疱聚集者）。

7. 脓疱 与水疱基本相同，其內容混浊为脓性者。

8. 囊肿 为存于眞皮或皮下組織之囊腔，具有独立的結締組織膜与血管神經，內容为液体、脂肪或上皮細胞等，如皮脂腺囊肿。

二、续发性損害（續发疹）

1. 鱗屑 系由角化上皮細胞混有皮脂、細菌和尘埃所成。小者成粉状、糠状，大者如叶状。

2. 胼胝 为表皮角质过度增殖所致之异常肥厚。

3. 糜烂　系水疱或浅脓疱的被膜破损所致湿润面，呈鲜红色。

4. 痂皮　系水疱或脓疱破裂后，内容物或糜烂面、溃疡面的浆液、脓液、血液干燥后凝成，因其成分不同可分为浆痂、脓痂、血痂。

5. 抓痕　为爪甲或锐器搔抓所致的线状或点状皮肤剥脱损害。

6. 皲裂及裂痕　皮肤因慢性炎症浸润而肥厚，失去弹性再加以机械外力之作用而发生深浅不一裂口，深者称为皲裂，浅者名曰裂痕。

7. 溃疡　真皮或皮肤深层破坏所致之组织缺损，愈后留瘢痕。

8. 瘢痕　系溃疡治愈后，所生的结缔组织增生代替原有的组织缺损。

9. 色素沉着　为色素细胞增殖而成。

10. 皮肤萎缩　皮肤组织萎缩复薄，毛发和皮脂腺亦萎缩。

11. 苔藓化（革样硬化）　皮肤肥厚，变硬，嵴沟著明，干燥粗糙类似皮革。

12. 乳头样增殖　为表皮棘细胞过度增殖所致，病损表面呈多数聚积的肉刺状，如寻常疣。

第四章　变态反应性皮肤病

第一节　荨麻疹

本病俗称"风疹块""风矢"是由于机体对某种物质过敏所

致。常見的病因有食物（如魚、虾、蛋类），药物（如青霉素、磺胺类）生物制剂品（如破伤风抗毒素等）病灶感染（如化脓性乳腺炎）精神因素、腸寄生虫及外界冷热刺激等。

症状及诊断要点

1. 为驟发驟失的风团損害，风团为豆大至掌大的扁平隆起，陶滋色或紅色，損害常随搔抓而扩大。

2. 剧烈瘙痒。

3. 皮肤划紋症阳性。

4. 少数患者伴有腹痛腹泻。

5. 慢性者常反复发作。

治　疗

1. 去除病因。

2. 药物治疗：

（1）苯海拉明 25—50 毫克一日三次，或用非那根12.5—25毫克一日三次。

（2）10%葡萄糖酸鈣10毫升加維生素C 0.5克靜脉注射，一日一次。

（3）对重症或有喉头水肿者可立即皮下注射 0.1% 盐酸腎上腺素 0.5—1.0 毫升。

（4）对于伴有过敏性休克之蕁麻疹，除皮下注射腎上腺素外还可用氢化考的松注射液 10—20 毫克加入 50% 葡萄糖 40毫升中緩緩靜注，可收到立竿見影之效果。

（5）对于慢性蕁麻疹可用大苏打（硫代硫酸鈉）0.64克加入生理盐水 10 毫升溶解后，靜注一日一次。另外还可以应用0.25%普魯卡因 10—20 毫升靜注，一日一次。

3. 局部疗法　止痒药水，炉甘石洗剂，外用，一日数次。

4. 中医治疗　急慢性蕁麻疹均可辨症施治。

当归散

处方：当归二錢　白芍二錢　生地二錢　川芎二錢
黄芪一錢　首烏二錢　防风二錢　荆芥二錢
薏米二錢　甘草一錢

桂枝大黄湯

处方：桂枝　芍药　生姜　大黄　麻仁各三錢　全瓜蔞四錢
大枣三个　甘草一錢。

5. 新針疗法　急慢性蕁麻疹均可。常用穴位：曲池、血海、合谷、风池、足三里和三阴交。

第二节　丘疹性蕁麻疹

本病好发于儿童，以夏秋季为多，临床上皮疹为多数散在或簇集风团样损害，顶端有水疱或大疱，剧痒，搔抓后风团迅速扩大，后又恢复原状。

症状及诊断要点

1. 皮疹多发于躯干，四肢豆大硬固之风团样扁平丘疹，顶端常生小疱或大疱，疱破結痂，丘疹常随搔抓而扩大。

2. 呈簇集性或散在分布，分批地反复发生。

3. 多伴有胃腸障碍。

4. 瘙痒剧烈。

鉴　别

1. 蕁麻疹　皮疹巨大，傾向融合随搔抓而增大，数目增多，但无水疱或脓疱；消退后不留痕迹；与年龄季节无关。

2. 丘疹性湿疹　皮疹为多形性，易起湿潤，决不成蕁麻疹，亦不限于幼儿；无一定部位；与季节无关。

3. 水痘　經过急剧，全身症状显著，发病先有前驅症状；

瘙痒較輕，不成蕁麻疹；好流行于春季，传染迅速。

治　疗

1. 矫正消化道机能障碍，避免虫咬，驅除腸寄生虫。适当限制动物蛋白性食物如蛋、乳、魚等，多食水果蔬菜。

2. 內服抗組織胺劑物。

3. 有感染时可外用呋喃西林、代馬妥儿泥膏。

4. 瘙痒剧烈时，应用止痒軟膏。

第三节　湿　　疹

湿疹是一种急性、亚急性或慢性炎性皮肤病，原因不明，其特征为皮疹多形，瘙痒剧烈，傾向湿疹、反复发作。

一、急性湿疹

症状及诊断要点

1. 皮疹发作急，多形性，即在皮肤上同时可見到紅斑、丘疹、水疱、糜烂、痂皮、鱗屑多种損害。皮疹常循一定規序，开始为弥漫性潮紅，继之上面出現丘疹、小疱、或脓疱、糜烂、滲出、結痂最后脫屑治愈。

2. 病变为弥漫性或散在性，无显明境界。

3. 自覚灼热和剧烈瘙痒。

4. 在經过中易起湿潤变化，局部发生糜烂，浆液滲出不止。

5. 反复发作。

鉴　别

1. 接触性皮炎　有接触毒物或致敏物质史，接触部位发疹最著，皮損境界清楚，原因易于追查。

2. 丹毒　皮損顏色鮮紅，境界显明，全身症状較著，除少

数有水疱外，皮疹无多形性之特点。

治　疗

1.全身疗法

（1）严禁搔抓，摩擦，水洗及食刺激性食品。

（2）应用各种脱敏剂　可用5%溴化钙或10%氯化钙或10%葡萄糖酸钙10毫升加维生素丙0.5—1.0克缓缓静注，对抑止渗出效果好。口服苯海拉明25—50毫克或非那根12.5—25毫克　一日三次。严重者可服用强的松5—10毫克　一日三至四次。

（3）用0.25%普鲁卡因10毫升，静封　一日一次。

2.局部疗法　急性湿疹掌握局部治疗原则，甚为重要。

（1）潮红丘疹期　应避免刺激。可用1%薄荷、10%硼酸、滑石粉或炉甘石洗剂，一日数次。

（2）丘疹小疱期　此期炎性浸润逐渐增加，出现多数丘疹水疱并有少许浆液渗出，治疗原则是干燥收敛。宜用氧化锌油膏、或清凉软膏、氧化锌泥膏涂布，然后在其上撒布滑石粉。

（3）湿烂期　浆液渗出著明，表皮糜烂剥脱，应抑止渗出。发散局部蓄热减轻发炎，恢复上皮。可用蒸发罨包，效果甚佳。

（4）脓疱及痂皮型　本型富有化脓性分泌物及痂皮，易致续发感染，治疗原则宜软化痂皮，收敛止痒，防止感染。用药剂以泥膏为佳。如0.5%呋喃西林10%代马妥儿氧化锌泥膏。

（5）脱屑期　治疗原则保护皮肤，消除残留的炎症和防止复发。用药以清凉软膏为佳。

3.中医疗法　用消风散

处方：荆芥　　防风　　当归　　生地　　牛蒡子

苦參　　蒼耳　　蟬蛻　　胡麻仁　知母
石膏各二錢　　木通　　甘草各一錢

二、慢性湿疹

一般都是由急性或亚急性湿疹轉变而来。

症状及诊断要点

1. 皮損多呈限局性，境界明显，炎症不著；

2. 患部皮肤多呈苔癬化（即皮肤肥厚、粗糙、嵴沟明晰）。常伴有抓痕，血痂及色素沉着。

3. 病程长，反复发作增剧，自覚剧痒。

鑒　别

1. 神經性皮炎　好发于頸項部肘后及骶部等，开始无湿烂的历史，皮肤不傾向湿潤。

2. 扁平苔癬　多呈暗紫紅色，扁平苔癬样疹，不傾向湿潤，口腔粘膜可見珍珠母色的損害。

治　疗

1. 全身疗法与急性湿疹略同。

2. 局部治疗　在于剝脫、止痒、角质溶解，常用松溜油硫磺泥膏、复方苯甲酸軟膏等。

3. 放射治疗　放射性磷$_{32}$敷貼，一次200伦琴，一日或間日一次，連續10—12次总量2,000伦琴左右，照射前查白血球，低于5,000者不照。

4. 中医治疗

（1）二妙散或黄柏面，以植物油調敷局部。一日一次。

（2）黄柏二兩　青黛三錢　黄連一錢，共研細粉麻油調勻，外涂患处。一日一次。

（3）絲瓜絡二兩，煎水熏局部，一日一次。适用于陰囊湿疹，有止痒作用。

（4）谷糠油外用涂布，一日数次。

5. 新針疗法　曲池　委中（刺出血）　阳陵泉

伟大領袖毛主席教导我們："**对于病，要有坚强的斗争意志，但不要着急。**"部分湿疹患者反复发作，一定要克服悲观失望情緒，积极治疗，并尽量避免搔抓。

三、婴儿湿疹

临床上以头皮、顏面、頸周等处出現潮紅，丘疹、水疱、脓疱、渗出、結痂、鱗屑的多形性皮損，伴有剧烈瘙痒，性质頑固，易于复发。

症状及诊断要点

1. 在生后不久或 1—2 岁即发病，多見于渗出质婴儿（形貌肥胖、两頰柔軟如棉，四肢臃肿，脂肪多而肌肉不发达，常于大囟門及眉弓处看到厚积乳痂）。

2. 好发于面部、头皮，重者躯干四肢亦可发疹，剧痒。

3. 皮損呈多形性，一般浸潤較明显，多亚急性經过，易于复发。

4. 多伴有胃腸道机能障碍，如吐奶，腹泻或便秘等。

鉴别　脓痂疹：損害多是孤立散在，初为丘疹或小疱，逐漸化脓，結成黃色脓痂，传染性强，好发于露出部位。

治　疗

1. 調正消化，按时哺乳，不要过飽。

2. 口服脫敏散Ⅰ、Ⅱ号。

Ⅰ号处方　苯海拉明 12.5 毫克，維生素C 100 毫克，鈣片 1 片。

Ⅱ号处方　苯海拉明 7.25 毫克，强地松 1 毫克，鈣片 1 片。

3. 百乃定 2 毫升肌注，間日一次，也有一定效果。

局部疗法　按皮损情况同急性湿疹。小儿湿疹油膏外用。

第四节　药　　疹

药物經口服、注射或外用吸收进入机体后，由于过敏或中毒引起皮肤发疹。

症状及诊断要点

1. 发病前有用药史。

2. 有一定的潜伏期由数分钟到数日十数日不等。

3. 常伴有全身症状如发烧（药物热）头痛、头晕、疲乏，偶有出现白血球减少。及肝肾受累等。

4. 皮疹疹型复杂，皮疹多种多样，同一药物，可引起不同类型的皮疹，同一类型的皮疹也可由不同的药物所引起。

临床上常見的主要疹型及其致病的常見药物大致如下：

皮疹类型	致　敏　药　物
红斑	1. 巴比妥酸盐，2. 磺胺类，3. 非那西汀，4. 砷剂，5. 青霉素，6. 血清，7. 链霉素，8. 氨基比林。
猩红热样发疹	1. 巴比妥酸盐，2. 磺胺类，3. 氨基比林，4. 砷剂，5. 氯霉素，6. 氨硫脲，7. 碘剂，8. 血清，9. 氯普鲁马嗪。
麻疹样发疹	1. 巴比妥酸盐，2. 磺胺类，3. 氨基比林，4. 安替比林，5. 青霉素，6. 链霉素，7. 氯霉素，8. 合霉素。
湿疹样皮炎	1. 砷剂，2. 链霉素，3. 青霉素，4. 磺胺类药物。
血管神经性水肿或荨麻疹	1. 猕猴桃酊，2. 水杨酸盐，3. 青霉素，4. 花粉浸剂，5. 血清，6. 吗啡类。
多形红斑	1. 溴化物，2. 磺胺类，3. 水杨酸盐类，4. 氨基比林，5. 巴比妥酸盐类，6. 奴佛卡因。

皮疹类型	致敏药物
大疱性多形红斑	1.磺胺类，2.巴比妥酸盐，3.氨基比林。
结节性红斑	1.磺胺类，2.碘化物，3.溴化物，4.砷剂。
固定性药疹	1.巴比妥酸盐，2.磺胺类，3.酚酞，4.安替比林，5.非那西汀，6.氨基比林。
单纯性紫癜	1.巴比妥酸盐，2.砷剂，3.非那西汀，4.青霉素，5.磺胺类，6.链霉素。
水疱（大疱疱疹样）	1.砷剂，2.溴剂，3.碘剂，4.非那西汀，5.氨基比林，6.安替比林，7.青霉素，8.巴比妥酸盐。
丘疹	1.巴比妥酸，2.磺胺类，3.氨基比林。
增殖性皮疹	1.碘化物，2.溴化物。
剥皮性皮炎	1.砷剂，2.巴比妥酸盐，3.汞剂。
色素沉着	1.砷剂，2.银剂，3.奎宁。
粘膜症状	1.碘化物，2.磺胺类，3.巴比妥酸盐，4.奎宁，5.青霉素。

5.自觉症　灼痛、瘙痒。

6.发疹部位　常对称，可泛发于全身或限局于局部。（其反复发生均在同一部位者名为固定药疹）。

7.停药后皮疹逐渐消退，再服致敏药物则复发。有人用药后出现面色苍白，脉频细弱，血压下降，四肢发凉等称药物过敏性休克。

治　疗

1.立即停用致病药物。

2.应用脱敏剂　如苯海拉明、钙剂、维生素C等。

3.肾上腺皮质激素对药疹疗效很好，如强地松10—20毫克一日三次。严重药疹可用氢化考地松100—200毫克加5—10%葡萄糖液500毫升，缓慢静点一日一次，连续3—4

天，至皮疹控制后逐渐减量。

4.过敏性休克　按抗休克抢救。当即注射1‰肾上腺素0.5—1.0毫升，并予氢化考地松静点及脱敏药物。

局部疗法　与急性湿疹相同。

第五节　接触性皮炎

皮肤接触某些对机体敏感的物质后发生的皮炎称接触性皮炎。

症状及诊断要点

1.有接触致敏物质的历史。

2.骤然发病急性經过，去除原因易于治愈。

3.皮损与急性湿疹相类似，炎症較湿疹更剧烈，肿胀明显，水疱更大，境界清楚。

4.自觉灼热、瘙痒、疼痛。

5.发病部位　露出部位及其它接触致敏物处皮肤。

6.以致敏物质作斑貼試驗，可呈阳性。

鉴别　急性湿疹：无明显的接触史，皮损境界不清，反复发作。

治疗　同急性湿疹。

第五章　化脓性皮肤病

第一节　脓疱疮（黄水疮）

本病是由葡萄球菌或鏈球菌感染引起的一种化脓性传染性皮肤病，临床上以脓疱及糜烂、脓痂为其主要特征。

症状及诊断要点

1. 多见于夏秋季节，以儿童多見，好发于露出部位。具有接触传染。

2. 皮疹初起为一炎性丘疹，如黄米或更大，迅速化脓扩大成为水疱或脓疱，疱壁薄而松弛，周围有紅暈，破后糜烂渗出結成黄色脓痂，愈后不留疤痕。

3. 自覚瘙痒。一般无全身症状，严重者可伴有局部淋巴結肿大及发热。

鉴　别

1. 水痘　有发燒及粘膜卡他症状，皮疹散发全身以面部及胸背等处为多，皮疹为丘疹、水疱，周围紅暈，无脓液成批发生，新旧皮疹交錯成流行性。

2. 脓疱性湿疹　皮疹为多形性，浸潤渗出較重，皮損面积較广泛，剧痒，經过緩慢，反复发作，无接触传染性。

治疗　处理原則为消炎、杀菌、收斂及制止传染。禁止洗滌、搔抓。

1. 脓疱先用酒精消毒，用消毒針挑破，用棉花把脓液吸干。糜烂面涂 1—2% 龙胆紫液（紫葯水）

2. 外用呋喃西林代馬婆泥膏，或脓疱疮泥膏，其上撒滑石粉。

3. 伴有全身症状者，可采用磺胺葯物或抗菌素治疗。

4. 中医疗法

（1）制炉甘石　　熟石膏　　赤石脂　　硫磺各五錢

用法　研成細粉，用食油調成葯膏，揉净疮痂、涂上葯膏，每日二次，揉好为止。

（2）黄柏三錢　　陈皮一錢　　冰片二分

用法　研成細粉，食油調成葯膏，揉净疮痂，涂上葯膏，每

日二次，搽好为止。

5. 新針疗法　合谷、曲池、內关。

6. 民間土方

（1）大枣五个烧焦去核　黄柏一錢。共研細粉食油調搽，每日两次。

（2）包谷穗灰粉（不拘多少，用猪板油調匀搽），每日二次。

第二节　毛囊炎

毛囊炎为化脓球菌由毛囊口侵入毛囊所致化脓性毛囊口或毛囊周围的炎症。

症状及诊断要点

1. 临床上为多数散在米粒至小豆大鮮紅或深紅色丘疹或脓疱，中心貫穿毛发，周围炎症显著，皮損多散在或聚集分布。

2. 好发于头皮頸項亦見于躯干四肢。有复发傾向。

3. 自覚瘙痒或疼痛。

治　疗

1. 全身疗法　可用磺胺或抗菌素。

2. 局部疗法　最好将患部毛发推光，患处涂以2.5%碘酊或白降汞水楊酸軟膏。伴有脂溢者尙可外用复方硫磺泥膏。

3. 反复发作者可試用自家血疗法。

第三节　疖和疖病

症状及诊断要点

1. 初起为紅色錐形毛囊性丘疹，后漸增大为黄豆大小的

炎性結节，紅肿坚实，剧痛。成熟时損害頂端化脓，溃破脓栓脫出后疼痛很快减輕。愈后有疤。反复发作者称癰病。

2. 好发于顏面、頸項和臀部。局部淋巴結肿大，常伴发热。

治　疗

1. 全身疗法

（1）应用敏感的抗菌素。

（2）对慢性癰病，可用刺激疗法如注射自家血。免疫疗法：自家疫苗。

（3）物理疗法　照射紫外綫有較好的疗效。

2. 局部疗法　原則为消炎杀菌、軟化浸潤及促进化脓，早期厚敷 20% 依比軟膏，或癰疮軟膏。已形成脓肿者切开排脓。严禁挤压患部。

3. 中医疗法　癰痈已化脓，但还沒有破。

銀花五錢　　連翹五錢　　炙皂刺三錢　穿山甲三錢
乳香三錢　　沒药三錢　　当归三錢　　花粉三錢
陈皮二錢　　甘草节二錢

用法　水煎溫服，疮溃脓出时勿再服。

癰痈毒溃后疮口流黃白色脓或兼有紫黑血块。

黃明胶五錢　白芨三錢　泽兰叶三錢

用法　水煎溫服，每日二次。

4. 民間上方

（1）青黛或胡麻子适量研細。刺猬睾子（天仙子、莨菪子）适量研細，蛋清調匀外敷，1—2日一次。

（2）茄子蒂适量放新瓦上焙干研細粉，用食油調成膏，貼肿处每日二次。

（3）山丹花根四两（如根不易挖出全草亦可）搗成泥，貼肿处每日一次。

4. 鮮蒲公英根，鮮榆树根須，鮮地丁草洗净搗烂，用鸡蛋两个調匀，貼肿处，每日二次。

第六章　原因不明的皮肤病

第一节　银屑病（牛皮癣）

为一种原因不明的慢性皮肤病，临床上以急性发作，慢性經过，性质頑固，治愈后易复发。皮損具有五大特点：即鮮紅的基底，銀白色鱗屑，"薄膜現象"，"点状出血"，好发于四肢伸側，尤其是膝肘关节的背面。

症状及诊断要点

1. 皮疹特点

（1）初发为針头大的鮮紅色扁平丘疹，微高出皮面迅速在頂端出現銀白色鱗屑，并不断增大达錢币或更大；境界明显，同时数目增多，邻近皮損可相互融合成各种形态。

（2）丘疹顏色鮮紅，上被多层銀白色鱗屑，若将鱗屑剝除至最下面，可显出淡紅色有光泽的薄膜，称"薄膜現象"；如再刮此薄膜，則可見"点状出血"現象。

2. 病程进行可分为三期

（1）进行期　新疹不断出現，旧疹继續扩大；炎症加剧，皮疹周围有紅暈，鱗屑增厚，皮肤过敏。此时如刺激健康皮面，即可发生同样丘疹，为"同形反应"。

（2）靜止期　病势停止扩展，炎症輕微。

（3）退行期　皮疹逐漸縮小变平，周围出現白暈，最后皮疹完全消失，遺留脫色斑或色素沉着斑，久之消失。

3. 好发部位　多見于四肢伸側，特别以肘膝关节伸面为

多、两侧对称。急性发作遍布全身如雨点状，头部病损多呈暗紅色，附有灰白色厚屑，头发呈束状，形如毛笔，但发不脱落。

4. 經过　急性发作慢性經过，傾向复发。有的夏季增剧，冬季自愈，有的相反。多侵犯青壯年，現在儿童患者日漸增多。

鉴　别

1. 脂溢性湿疹　好侵犯脂溢质病人；損害始于头部，可下行蔓延，呈黃褐色斑，复油脂性薄屑；傾向湿潤，有脱发。

2. 扁平紅苔癬　多角形扁平丘疹，呈暗紅或紫紅，表面干燥，无厚层鱗屑，多限于腕部及膝肘附近。剧烈瘙痛，易侵犯口腔粘膜。

治　疗

1. 全身疗法　靜注各种鈣剂，常用5% 溴化鈣 10 毫升加維生素C 0.5克，每日一次靜注。維生素 B_{12} 100—500 微克肌注，每日一次。"654"10毫克，肌注，一日 1—2 次，維生素 B_6 10 毫克，每日三次內服。"681"糖浆 10 毫升，一日三次飯后口服。另外給于鎮靜剂及抗組織胺葯物。

2. 局部疗法　进行期外用葯宜避免刺激，可用2% 水楊酸軟膏。5%白降汞軟膏。亦可选用牛皮癬葯水 3 号或 5 号。靜止期可增加用葯濃度如 10%水楊酸軟膏，复方柯丁素軟膏及牛皮癬葯水 9 号等。

注：大面积皮損应用牛皮癬葯水 9 号及复方柯丁素軟膏时，宜定期檢查血、尿有异常改变者应停用。对肝腎疾患者宜慎用。

3. 中医疗法

（1）进行期宜健脾利湿佐以清热。用除湿胃苓湯：

蒼朮　厚朴　陈皮　猪苓　泽泻　赤茯苓　白朮

滑石　防风　山梔子　甘草各三錢　木通，肉桂各一錢
通草五分

（2）静止期宜养血潤燥，疏风固表。用当归飲子：

当归　生地　白芍　黄芪　何首烏　荆芥　防风
川芎　白蒺藜各三錢　甘草二錢

4. 新針疗法　百会、曲池，合谷，阴陵泉、阴陵泉，足三里。

5. 民間土方　磺黄10克　花椒10克　鸡蛋1个。

将鸡蛋外壳一端打开，去蛋白留蛋黄。把葯装入鸡蛋内混匀，溫火焙干后，連同蛋壳一起研成細粉，用食油調敷。

第二节　盘状红斑性狼疮

本症原因不明。損害多发生于露出部位；于面部形成蝴蝶形之外观，一般仅有皮肤損害，日光照射后，症状常可加剧。

症状及诊断要点

1. 初起为单发或数个小块紅斑，境界清楚。逐漸扩大，边緣部比較潮紅，中心部附有灰白色鱗屑，不易剝掉，强行剝离后，可見片状鱗屑，鱗屑背面可見有多数与毛囊一致角化小刺，如"釘板"状。病損再进展，中心部出現皮肤萎縮、色素脫失和毛細血管扩张現象。头皮发生可毁坏毛囊，使病損部变禿，多无自覚症状。

2. 多在面部，对称发生。双頰和鼻背出現时构成蝶形病損。头皮、口唇和耳翼亦为好发部位。

3. 多发生于青年女性，日晒后增剧。

预后　本病不象播散性紅斑性狼疮能危及生命，因其内脏不受累，但也有极少数病例能轉变为播散性紅斑性狼疮。

鉴　别

1. 牛皮癣　有多层銀白色鱗屑，剝离鱗屑有点状出血；无角栓，不形成皮肤萎縮。

2. 烟酸缺乏病　虽可发生面部及手背，但系由营养缺乏而起，損害为紫褐色斑，上有水疱、大疱或色素沉着，亦可有皮肤萎縮。

治　疗

1. 应避免日光照射。外出时应戴宽边草帽。

2. 氯喹啉0.25克，一日二次。或用阿地平50毫克，一日三次内服。服10日休药五日，总量18克(后者不及前者效佳)。

3. 强地松5—10毫克，一日3—4次或用地塞米松0.75—1.5毫克，一日3—4次。皮損显著減輕后，逐渐減量。

4. 局部治疗　一般勿需涂药，室外工作者可涂布避光軟膏，以減少光綫对局部的作用。

第三节　多形紅斑

多形紅斑临床表現为多形性发疹，好侵犯手足顏面，急性經过，易复发，病因不明的皮肤病。

症状及诊断要点

1. 皮疹呈多形性，开始多为紅斑或丘疹，也可迅速发展成斑丘疹、中心出現水疱，日后斑丘疹中央凹陷呈暗紅至紫紅，形成特殊的"虹彩状"。

2. 对称发生，好侵手足、頸侧、顏面严重者常累及口腔粘膜。

3. 急性經过，发疹急剧；发疹前有輕度发烧，咽痛、关节痛等前驅症。易复发。

4. 好侵犯青壮年，妇女较多，春秋季常見。

5. 自覚輕痒或疼痛。不少患者伴有肌肉关节痠痛。

6. 病因不明，可能与风湿、病灶感染或变态反应有关。

鉴　别

1. 蕁麻疹　无一定的好发部位，皮疹为单一形风团，驟发驟失，瘙痒剧烈，皮肤过敏，皮肤划紋症阳性。

2. 葯疹　巴比妥、磺胺、安替匹林等所致的葯疹与多形紅斑皮疹完全相同。但可有服葯史，无好发部位，不对称，过敏鉴定区别。

治　疗

1. 給与水楊酸鈉或抗菌素以及脫敏葯物。如苯海拉明25—50毫克，一日三次。

2. 5%溴化鈣 10 毫升加維生素丙 0.5 克靜注，一日一次。

3. 保泰松 0.1 克，一日三次。

4. 重者可給与强地松 5—10 毫克，一日三至四次。

第四节　結节性紅斑

临床上为对称性发生于下腿伸側，疼痛性皮下結节为特点。病因不明，可能与結核，风湿和变态反应有关。

症状及诊断要点

1. 結节发生前往往有輕度发燒，咽痛，关节痛等前驅症状。

2. 好发于两下肢伸側。

3. 皮疹特点　大小不等，自蚕豆至杏核或桃核大之圓形堅硬結节，微隆起皮面，顏色初鮮紅逐漸为暗紅，終呈青紅，愈后遺留色素沉着，結节从不潰破。

4. 自覚症异常疼痛，压之尤甚。

5. 多見于春秋季节，好侵犯青年，尤以妇女居多，且易复发。

鉴　别

1. 硬結性紅斑　經过緩慢，疼痛輕微，多发于下肢屈側；易破溃，形成潰瘍。抗結核治疗有良效。

2. 結节性結核性靜脉炎　沿綫在靜脉发生，結节較小，排例呈綫状，不伴发关节痛及全身症状。

治　疗

1. 注意休息，抬高患肢。

2. 結合病因給与抗风湿、抗結核或脫敏药物和抗菌素治疗。

3. 保泰松 0.1，一日三次。

4. 强地松 5—10 毫克，一日三次。

5. 0.25% 普魯卡因 30—60 毫升，作股部肌膜腔封閉，五天一次。

6. 維生素 B_1 100 毫克肌注，一日一次或維生素 C 0.1 克，一日三次口服。

7. 中医疗法　三黃丸（黃連、黃柏、黃芩等量为末，水制成丸）每日三次，每次 1—2 丸。

8. 新針疗法　足三里、曲池、合谷。

第七章　霉菌性皮肤病

第一节　黃癬（禿疮）

本病是由黃癬菌引起的一种接触传染性皮肤病，損害多見于头頂，临床上以硫黃色碟形菌痂，禿癩鼠尿臭味及慢性經

过为特征。

症状及诊断要点

1. 多在儿童头部发生。

2. 皮损特点　围绕发根起米粒大小黄色干痂，中央凹陷，边缘翘起，形状如碟，称黄癣菌痂。痂的中心紧贴在头皮上，剥掉见基底湿润。初期孤立散在后融合。具鼠尿臭味。病发失去光泽、脆而易断，日久皮肤及毛囊萎缩，头发不能再生，变成秃癣；萎缩性癣上残留少数毛发，发际部头发一般不受侵犯。

3. 慢性经过。家中或邻居多有同样患者。

4. 有条件霉菌检查　选取失去光泽断发数根放在玻片上，加10%氢氧化钾一滴，再盖上小玻片，置酒精灯上微温，在显微镜下能找到菌丝和气泡。

治疗　本病有传染性，污染物品应消毒再用。

1. 口服灰黄霉素，成人每日两次，每次0.3克。儿童按每天每公斤体重10—20毫克计算。一般服四至六周。

2. 服药期间每周剃发一次，每日温肥皂水洗头，剃发后可涂碘酊、20%硫磺软膏，5%水杨酸软膏。

3. 中医疗法

（1）苦楝子药膏　将苦楝子（烤黄）研成细粉加入猪油或植物油调匀，配成50%油膏。将头发剃光或推光，每次先用水洗头，再用10%明矾水洗一遍，揉干后，在患部涂一层约2—3毫米厚油膏，每日一次，一般须治疗20—30日。

（2）五倍子一两。煎汁以米醋四两调和涂之，初涂有痛感，日涂数次，连用3—4日。

4. 新针疗法　合谷、曲池、委中、昆仑。

5. 民间土方

（1）猪胆汁一个　雄黄三钱。将雄黄研成细粉，猪胆汁调成糊，于磁盒内。剪净头发用温淡盐水洗净疮痂，将药涂上，早晚各一次，搽好为止。

（2）凤凰壳（即孵过小鸡脱下白壳）花椒三两。先把凤凰壳用土炒焦与花椒共研细粉，用生猪油调涂患处，每日一次，搽好为止。

第三节　发癣（白癣）

本病也是一种霉菌引起的接触性皮肤病，临床上以头部出现钱币状境界清楚，周边炎症著明的鳞屑性斑损，病发失去光泽，枯萎、残断、稀疏但毛囊不被破坏，治愈后头发仍可重生如常，自觉瘙痒。

症状及诊断要点

1. 以学龄儿童为多，男多于女。

2. 皮损特点　头皮先起灰白色鳞屑，逐渐扩展，多呈圆形、境界清楚。其数不定，病发失去光泽，参差不齐，断发残根有的围绕着薄鞘。病损皮肤呈淡红色，炎症反应强烈者皮肤边缘上可有小丘疹、小水疱。

3. 自觉瘙痒。

4. 霉菌检查（方法同黄癣）。

鉴　别

1. 头部牛皮癣　鳞屑厚积，灰白色、基底呈鲜红色，高出皮面，鳞屑除去有点状出血，但毛发于皮损上簇集成毛笔状。四肢伸侧有同样损害。

2. 斑秃　患部除秃发外，无任何损害、霉菌检查阴性。

3. 皮脂溢及皮脂溢性皮炎　皮脂溢病人在头部损害常呈

弥漫性，被有細小干燥糠秕样或油脂性鱗屑；头发稀疏，有光泽。皮脂溢性皮炎損害炎症著明，有多脂鱗屑；毛发不折断。霉菌檢查阴性。

治疗 同黄癬。

中医疗法

雄黄三錢 硫磺三錢 大黑子五錢。分别研为細粉合匀，用凡士林四两調成药膏，把头发剃光，肥皂水洗淨揉干，涂上药膏，每日一次。

新針疗法 刺手中指中节内横紋上三針，間日一次。

民間土方 側柏叶、松树毛各等份，水煎成湯，每日熏洗三次。

头癬预防

1. 加强宣传教育，說明其传染性与危害性。

2. 对托儿所、幼儿园和小学校定期檢查，发現本病及时隔离治疗。

3. 患儿帽子、枕头、枕巾、毛巾、梳子和臉盆等应煮沸消毒或烈日曝晒后再用。

4. 加强对理发人員宣传，污染的理发用具必須消毒后再用。

第三节 手足癬

本病为手足部霉菌寄生性皮肤病，临床上以手指足趾掌蹠面、指趾間出現丘疹，小泡鱗屑角化或混烂瘙痒，指趾甲增厚变灰变脆为其特点。手癬俗称"手气"，足癬俗称"足气"，根据損害形态，临床上大致分三型，有时混合存在。慢性經过。

一、汗疱型　在掌(蹠)指(趾)的腹面或側面出現針头大深在性小疱，內容透明，散在分布，水疱吸收，上复鱗屑，去掉后露出淡紅面，自覚瘙痒。

二、擦烂型　多在指趾間发生，表皮浸軟变白，或出現糜烂滲出，有的只出現鱗屑，干燥后皮肤可裂口。异常瘙痒，容易继发感染，多发生在趾蹼处。

三、角化鱗屑型　掌(蹠)发生鱗屑和角化，其隆凸部，如大小魚际肌、前蹠和足跟部的角质层明显增厚，冬天成皸裂，疼痛可影响活动，手(足)背发生时多形成鱗屑性病損，基底淡紅色，境界較清。本型不如前两型痒。

治疗　本病并发化脓感染时，首先用抗炎药物，如磺胺、抗菌素。

口服灰黃霉素，剂量同黃癬，服药期間可較延长些。

局部用 1/5000 高錳酸鉀或 1/5000 呋喃西林泡患处，炎症消退后外用抗霉菌药，如癬可淨，該药无刺激性，可用于擦烂性手足癬。另外常用碘撒酊Ⅰ号、Ⅱ号，复方土槿皮酊。足癬粉、复方安息酸軟膏。

民間土方　脚趾間发痒，起水疱。用枯矾一兩。

用法　先用枯矾五錢泡开水洗脚，洗完揉干，再用枯矾粉干搽，每日二次。

预　防

1. 防止潮湿，多汗。保持皮肤干燥，足癬避免穿胶鞋。

2. 勿用被霉菌污染过衣服、被褥、鞋袜等，以防感染。

3. 公共池浴、理发店，加强管理消毒。

第八章　皮肤神經官能症

第一节　神经性皮炎

临床上以限局或广泛的皮肤苔癬样化，瘙痒为特点，其次往往伴有神經衰弱的症状。

症状及诊断要点

1. 在皮肤瘙痒的同时或稍后出現米粒大扁平丘疹，有的呈多角形，表面稍具光泽，常集簇存在，不久融合成片，形成苔癬样变。但周围往往仍可見到上述的典型丘疹。

2. 瘙痒剧烈，經反复搔抓，苔癬样化日趋明显，影响睡眠。

3. 好发于頸、項、肘窝、腘窝、阴股、会阴和骶部等处。多对称出現。

4. 慢性經过，数月至数年不等，易于复发。多侵犯成年人。

5. 临床上分两型　发生在某个局部称局限性神經性皮炎。分布較广泛的称播散性神經性皮炎。

鉴别诊断

1. 慢性湿疹　皮肤浸潤肥厚，色素沉着，在經过中易有湿潤，无明显的神經衰弱症状。

2. 脂溢性湿疹　見于脂溢质，原发部位为被发头部，下行蔓延，易于傾向湿潤变化，鱗屑富有油脂。

3. 皮肤瘙痒症　多見于老年人，好发于四肢伸側，入睡前瘙痒加剧，时久皮肤色素沉着和苔癬样变。

治疗　生活要有規律，尽量避免搔抓，勿吃辛辣食物。

1. 全身疗法　用鎮靜剂，抗組織胺药物，0.25%奴佛卡因靜脉注射等。

2. 局部治疗　同慢性湿疹。另外小面积的病损皮肤特别肥厚可涂50%三氯醋酸涂后立即用水洗净，可涂 1/8—1/10 米苏儿水溶液，复方至宁 2 毫升加 0.25% 奴佛卡因 2—4 毫升局部皮下封闭。强地松龙 1 毫升+0.25% 奴佛卡因 10 毫升局部皮下封闭，效佳。

第三节　皮肤瘙痒症

临床上为突发的皮肤剧烈瘙痒为特点，因长期搔抓皮肤出现一连串变化，如搔抓伤、苔癣样化及并发感染等。

症状及诊断要点

1. 正常皮肤呈阵发性搔痒，逐渐增剧，瘙痒频度、强度均随之加大。

2. 精神激动、多汗，过暖和饮酒后均能促使瘙痒发作，甚至失眠。

3. 频繁剧烈搔抓出现抓痕、血痂、色素沉着和苔癣样变。

4. 慢性經过，多见于冬季。

临床分型　局限性皮肤瘙痒，如阴囊，阴唇瘙痒，称阴部瘙痒症。肛門瘙痒称肛門瘙痒症。

周身皮肤大部瘙痒，称泛发性皮肤瘙痒症，多发生于老年人，冬季較多見。糖尿病，黄疸或动脉硬化等均可伴发周身瘙痒。

治疗　在生活方面注意的事項基本上同神經性皮炎，泛发性瘙痒症沐浴时勿用肥皂，以免皮脂丧失过多。

周身用药与神經性皮炎同，对老年性瘙痒可用性腺激素，如男性肌注丙酸睾丸酮，女性服已烯雌酚。

局部对症治疗　如止痒药水。

第九章　結核性皮肤病

第一节　寻常性狼疮

本病是由結核杆菌引起的慢性皮肤病，毁坏皮肤組織严重，伤如狼咬而得名。易侵犯顏面，尤以鼻、口、頰及耳廓，常因瘢痕收縮而构成各种畸形，如口眦偏斜，眼瞼外翻，鼻如刀削，小口、小眼或关节强直，指节断缺。

症状及诊断要点

1. 皮肤、粘膜均可发生，多在口围、鼻、頰及耳廓常見，有时也能侵犯手足。

2. 皮損特点　初起是数个米粒大至綠豆大結节，融合后成暗紅色病損。結节比較柔軟，結节以探針微微用力刺入，容易貫通（探針穿通現象）；用玻璃板压診时，結节呈黃褐色，此結节称狼疮結节。病損扩大后有的表面常复有鱗屑，有的肿胀浸潤比較明显，有的变成潰瘍，其边緣不整齐，比較柔軟，潰瘍的中心或其一側可形成瘢痕，但另側仍继續发展。常因瘢痕收縮而构成各种畸形，如口眦偏斜，眼瞼外翻，鼻如刀削，小口、小眼或关节强直，指节断缺。

3. 經过緩慢，易于复发，常自幼年发病，可迁延数年、十数年，甚至数十年；缺乏自覚症状。

鑒　别

1. 紅斑性狼疮　顏色鮮紅，顏面构成蝶形病損，表皮有角质增殖，鱗屑背面，多数角化小刺，无狼疮結节。

2. 結核样型麻风　患部損害可表現为結节或斑块，上复鱗屑，有知覚紊乱，淺神經变粗。

治疗 加强营养，周身治疗用抗結核药(雷米封、鏈霉素、对氨水楊酸)，也可用維生素D_2，每日口服10—15万单位，但血管硬化、高血压、肝炎、肾炎、浸潤性肺結核均不应使用。局部防止继发感染，可用硼酸氧化鋅軟膏。

第二节 瘰疬性皮肤結核

症状及诊断要点

1. 好发于頸部、腋部、胸上部及腹股沟等部，多見于儿童及少年，部分病人可自愈。

2. 初起为深在性，无痛、坚硬的皮下結节，約自豌豆至粟子大，表面皮色正常，結节有移动性。

3. 以后結节迅速增大并有新結节陆續发生，多数結节連合，成串排列，融合后高出皮面。

4. 結节中心干酪坏死，漸向皮肤表面发展，皮肤漸呈深紅色与皮肤粘連，最后破溃形成溃瘍及瘘管，排出干酪样稀薄脓液。

5. 溃瘍边緣甚薄，有穿凿現象，底面不平，肉芽生长弛緩。

6. 破溃的結节，互相貫通，常一处平复，他处又复破溃，因此长时迁延，經久不愈。

7. 愈后遺留高低不平的連索状、带状或桥状瘢痕。

8. 本病常由淋巴結，关节或骨結核續发而来。

鉴别 三期梅毒溃瘍：浸潤著明，边緣整齐，无皮下穿凿現象，溃瘍呈臂形；梅毒血清反应呈阳性。

治疗 同寻常狼疮。

第三节 硬結性紅斑

症状及诊断要点

1. 皮疹初起为豌豆至蚕豆大的坚韧活动的皮下結节，逐渐增大，可达核桃至鸡卵大，表皮因受压而紧张，顏色由潮紅漸变为暗紅或青紅，浸潤显明。

2. 上述結节可长期无变化，亦可逐漸吸收治愈，或迁延日久，軟化破溃；形成深在性不整形的潰瘍，常并发瘘管，流出稀薄淡黃色干酪样脓液。

3. 潰瘍呈典型的結核性潰瘍外观，边緣很薄，有穿凿現象；愈后遺留萎縮性瘢痕及色素沉着。

4. 自覚症輕微，局部有触痛，站立工作久时或晚間加重。

5. 經过迟緩，多发生于春秋季。

6. 多見于青年女性，对称性分布于下腿中下部后面，間有侵及大腿或其他部位者。

鉴　别

1. 結节性紅斑　发病迅速，患部剧痛，常伴有关节痛，損害不破潰，結节呈鮮紅色。

2. 三期梅毒树胶肿　多单个孤立，破潰后形成臀形潰瘍，有树胶样分泌液；梅毒血清反应为阳性。

治　疗

1. 抗結核药物治疗；

2. 小量激素如强地松 5 毫克，一日二、三次。

第十章　麻风病

麻风病系麻风杆菌通过皮肤或粘膜損伤，侵入人体所致的一种慢性接触性传染病，主要侵犯皮肤、粘膜及神經，瘤型麻风也可侵犯到內脏。此病有一定的地区性。

传染的方式　主要是直接接触传染，尤其是长期密切与

传染性患者接触，間接接触不重要，但也不能完全忽視。

是否可能受染，則取决三个条件。一是被接触者是否为传染性患者（即必須有麻风杆菌的存在），二是接触者皮肤粘膜有无損伤，三是接触者对麻风病的抵抗力如何，成人多数对麻风病具有抵抗力，小孩則相反。

潜伏期 受染后一般三年多始发病，有长达十年者，一年內发病者，非常少見。

临床类型及症状 由于患者的机体抵抗力不同，而在临床上可将麻风分为两大型即瘤型和結核样型，两小类即未定类和界綫类。

共同的症状

1. 皮疹 可出現斑疹、丘疹、斑块、浸潤、結节、潰瘍等。

2. 淺神經粗大 压痛、因神經受累后出現的各种肢体畸形。

3. 患处发麻 冷热覚、痛覚、触覚消失或減退，不出汗或出汗減少。

瘤型 約占麻风患者的20%。

1. 此型患者抵抗弱，病情发展快，損害中含有大量麻风杆菌，具有传染性。

2. 皮肤上可出現紅斑、浸潤、結节等損害，边緣不清，炎性水肿較著，面积广泛，对称，眉发脫落出現較早，面部早期呈"醉酒状"，晚期呈"獅面"的外貌。

3. 粘膜上于口咽鼻处粘膜出現潰瘍，侵犯声带时声音嘶哑。

4. 皮損处 淺神經往往粗大对称压痛，性质較軟，損害处皮肤麻木，晚期肌肉萎縮，运动功能丧失，出現各种肢体畸形。

結核样型 約占麻风患者的70%。

1. 此型患者抵抗力强，病情发展慢，平时损害中查不出細菌，一般不具有传染性。

2. 皮肤上可出現紅斑，淺色斑，麻木鱗屑斑，高起性紅斑，或聚集之丘疹，皮損边緣清楚，表面附有鱗屑，損害数目較少，眉发多不脫落。

3. 皮損处淺神經粗大，压痛，性质較硬，但是皮肤麻木，肌肉萎縮，畸形出現較早而且严重。

未定类　皮肤仅有斑状損害，麻木和患处淺神經粗大压痛，查不出細菌，一般不传染，但演变为瘤型时即传染。

界綫类　皮肤仅有浸潤性損害，麻木和患处淺神經粗大压痛，但可查到細菌，有传染性。

诊　断

1. 凡主訴发麻的皮肤病都应想到麻风。

2. 凡眉睫脫落，口眼歪斜，面部紅肿浸潤，手足畸型的病人都应想到麻风。

3. 进一步詳細詢問病史，住地及与麻风患者的接触情况。

4. 詳細检查患处的知覚功能和淺神經粗大情况。

5. 将眉弓、耳垂、鼻粘膜、下頜、四肢或躯干可疑皮損各切一小口，刮去組織液涂片，作抗酸染色，查有无麻风杆菌（取材时穿隔离衣、戴口罩及橡皮手套）或于皮損处取材，作病理检查。

6. 局部出汗試驗　此試驗可检查皮肤損害处能否出汗，常用于鑒别麻风和其它皮肤病。其方法如下：

（1）选可疑損害与邻近正常皮肤各一处，分别涂以碘酒，待干后在其上撒布淀粉一薄层，再于局部皮內各注1:1000毛果芸香碱（匹罗卡品）0.2毫升，勿使药液漏注皮外。

（2）3—5分钟后观察注射处皮面色泽。正常皮肤处由

于出汗致淀粉变兰色，出汗机能受损处淀粉不变色。

治疗 应采取綜合治疗。首先鼓励患者树立起敢于斗爭，敢于胜利的革命乐观主义精神。使他們認識到麻风病是完全可以治好的，克服一切消极、悲观失望情緒。

瘤型麻风患者应送麻风专門防治机构，严密隔离治疗，不能在普通医院或皮肤科內治疗。

1. 砜类葯物

（1）氨苯砜 由25毫克一日三次，徐增至50毫克一日三次口服。一个疗程三个月，疗程間休息两周，可继續服用三年。

（2）氨硫脲（結核胺） 由25毫克每日一次开始，漸增至25毫克，一日四次。服葯3月休息一周，继服2—3年。

注：服用砜类葯物时应注意各种反应 如貧血白細胞減少；紅血球降到300万以下或血色素降至10克以下即应停葯。此葯有毒性可发生皮疹（剝脫性皮炎），肝炎、腎炎、精神异常，要每月查血、尿。服砜类葯物的同时应給以补血剂。

2. 中葯疗法，常用者为扫风丸、蝮蛇酒及蒼耳草丸。

（1）扫风丸成份

大枫子三斤半 蒼朮、白附子、桂枝、当归，西藁芜、地枫、白芷、草烏、威灵仙、川芎、鈎藤、木瓜、葛絲子、肉桂、天麻、川牛膝、首烏、千年健、蒙石、川烏、知母、梔子各二两 白花蛇一两 苦参、骨碎補、小胡麻、蒼耳子、防风各四两 薏米、荆芥各八两 共31种。上葯混合研成細粉，水泛成細丸，放置干燥瓶內备用。

成人开始每次6克一日二次；以后每次增加2克，最大量每日增至40到60克；飯前用陈茶叶泡开水吞服。

禁食鸡蛋、鸡肉、母猪肉、无鱗魚、牛奶、辣椒、生蒜、生姜等。本葯对瘤型及結核样型麻风均好，尤其是早期結核样型

麻风效果更为显著。

（2）蝮蛇酒成份

以60度高粱酒1,000毫升，放入活的大蝮蛇（6—7年）一尾，浸泡，并加入人参五錢封塞后置于冷藏处，三个月后取酒应用。每日口服1—2次，每次5—10毫升，对晚期瘤型麻风較好，用药后1—2周皮肤結节及斑开始軟化吸收，逐漸消失，知覚恢复；在病理改变上浸潤減輕，細菌显著減少。

蒼耳草成份

新鮮蒼耳草去根洗淨，切成一寸长，放入鉄鍋中，加水一倍量，煮沸一小时，濾出煎液，再加水半量于药渣中，再煮一小时，加压过濾。濾液与第一次濾液混合，放入淨鍋中低溫蒸发浓縮成膏状（以破棒沾膏滴至紙上不散开即可），然后加入适量干燥淀粉（約为蒼耳草1/3）混合均匀，制成丸剂，每丸約含1—2两，开始每日1—2丸，逐漸增加最多量每日达8—16丸，每日一次或二次开水服下。

本药对各型麻风的症状消退，細菌減少，无反应。对早期病人，平均見效期在13天左右。

预防 早期发現，早期隔离，早期治疗，控制传染。对于麻风病人的家屬及儿童，凡麻风菌素試驗及結核菌素試驗为阴性者；可作卡介苗接种，使其麻风菌素及結核菌素反应轉为阳性，以增强其对麻风菌的免疫力。

第十一章 皮肤附屬器疾病

第一节 皮脂溢性皮炎

本病系由于皮脂腺机能障碍所致之皮脂分泌过多症；皮

脂堆集皮面，儼如涂脂。本病与神經系統及內分泌腺的机能障碍有关。

症状及诊断要点 临床上一般分为油性皮脂溢及干性皮脂溢两种。

一、油性皮脂溢

1. 皮脂分泌旺盛，皮面异常油腻，以顏面头部为甚。

2. 毛囊口扩大哆开。

3. 常并发青年痤疮及粉刺。

4. 易續发皮脂溢性湿疹，毛囊炎或脫发。

5. 多見于青年男女。

二、干性皮脂溢

1. 被发头部常有較多的灰白色或灰褐色碎小鱗屑，梳头时飘揚墜落，宛如麩皮；头皮微紅，时感瘙痒，为头皮糠疹。

2. 毛发漸变細弱，萎黃、稀疏，脫发日漸增剧，以前头及顱頂为著，皮面紧张干燥，兼有落屑，皮脂腺日漸萎縮。

3. 慢性經过，自覚瘙痒。

4. 常并发皮脂腺囊肿。

鉴 别

1. 头部牛皮癬 皮疹呈淡紅或暗紅色扁平斑疹，表面附多层銀白色鱗屑、发呈髮状，身体他处尙有干癬損害，

2. 发癬 主要見于儿童，为局限性灰白色大小不等的落屑斑，，病灶处头发折断，发干下部有灰白色鞘，病发鏡检可查見霉菌。

治 疗

1. 全身疗法

（1）維生素 B_6 50 毫克肌注一日一次；

（2）男性作有痤疮用己烯雌酚 1 毫克一日二次口服。

2. 局部治疗原则为脱脂、角质剥脱、抑制皮脂分泌、刺激毛发生长及预防續发湿疹。

（1）油性脂溢　偏重脱脂，常用皮脂溢药水。对于瘙痒剧烈、脂痂厚积者，宜每周用洗头粉（硼砂 5.0 碳酸氢鈉 25.0）溶水洗头一次。

（2）干性脂溢　着重剥脫，洗头不可过勤，对輕症用和緩的生发药水（水楊酸 2.0、雷瑣辛 2.0、蓖麻油 4.0、75%酒精加到 100.0）。对重症干性脂溢，用无色炭餾油 2.5、沉降硫磺 5.0、水楊酸 1.0、蓖麻油 5.0、凡士林加到 50.0，外搽。

第二节　寻常性痤疮（粉刺或壮疙瘩）

症状及诊断要点

1. 于青春期，在面部、胸背发生散在粟粒大至米粒大尖形丘疹，大部与毛囊一致，多呈肤色，炎症現象显著則为紅色，有的形成脓疱，大部在毛囊中形成脂肪栓塞，頂端經空气氧化成黑色，称黑头粉刺。能挤出黑头黃白色柱状物质。

2. 面部皮脂腺开口扩大，有油膩感。

3. 有的合并感染，出現暗紅色較硬結节，伴有疼痛感，称硬結性痤疮。有的在皮脂腺囊內含有代血的粘稠状脓汁，捫之有波动感，称囊肿性痤疮。有的結締組織增殖，形成瘢痕疙瘩，称瘢痕疙瘩样痤疮。

治疗　注意皮肤卫生。用香皂溫水洗患部，防止继发感染。

1. 周身治疗　口服复合維生素 B，男性服己烯雌酚 1 毫克一日二次。自家血疗法。合并感染口服磺胺或用抗菌素。

2. 局部治疗　复方硫磺洗剂。

第三节　酒　　渣

症状及诊断要点

1. 初期在顴、頰部和鼻端的皮肤潮紅，伴有毛細血管扩张。以后在紅斑的基础上发生些小紅丘疹，有的形成脓泡。

2. 以眉間、顴、頰、口圍和頦部較多、鼻端部有米粒大至小豆大比較堅硬結节。毛細血管扩张愈漸明显。

3. 症状时輕时重，有少数病人鼻端部結节增多，肥大变厚，形成鼻贅。

4. 慢性經过。多見于成人。面部往往有油腻感。

治　疗

1. 周身疗法　严禁飲酒及食刺激性食物，用維生素 B_6 50毫克肌注一日一次。氯喹 0.25 克，一日二次。維生素pp 0.1，一日三次。

2. 局部疗法　复方硫磺洗剂。

3. 新針疗法　迎香、素髎、印堂。或1%奴佛卡因1毫升，穴位封閉。

第十二章　性　　病

性病是旧社会遺留下来的一种慢性传染病，解放后在中国共产党的領导下，通过群众性的除害灭病工作，显发性病已基本消灭。目前的問題是采取在較短时間內彻底消灭性病。

第一节　梅　　毒

梅毒是梅毒螺旋体在性的接触过程中由粘膜和皮肤的破損，侵入人体，而引起皮肤粘膜、骨骼、內脏、神經系統等一系

例病变，病程进行緩慢，經过中間可出現时間长短不等的无症状期，此时患者除血清反应阳性外沒有任何症状，梅毒除后天感染外，还可在胚胎期由母体传染，称为先天梅毒。

梅毒的分期

（一）后天梅毒

初期：自受染之日起至初疮（下疳）消失止，一般在得病两月以內。

二期：自初疮消失起至三期損害出現前，一般在发病后四年以內和感染后四年以內的潛伏梅毒。

（初期、二期合称为早期）

三期：自三期損害出現之日起一般在受染四年以后和感染后四年潛伏梅毒。

（三期称为晚期）

（二）先天梅毒

早期：两岁以內的先天梅毒。

晚期：两岁以上的先天梅毒。

先天潛伏：无早晚之分。

后天梅毒

1. 一期梅毒（下疳）　受染后經过 3—4 周的潛伏期，于生殖器螺旋体侵入处，出現一个直径約 1—2 厘米大小，暗紅色无痛較硬的小潰瘍，分泌物中有大量的梅毒螺旋体，称为下疳。此时鼠蹊部淋巴結亦肿大，若不治疗，大都在 3—8 周內消退，血清反应多于下疳出現 1—5 周始呈阳性。

2. 二期梅毒　自下疳发生后約經 6—12 周，梅毒螺旋体在人体內大量繁殖，并出現一系列症状，称为二期梅毒，此时皮肤上可出現广泛的斑疹、丘疹或脓疱疹，一般无自覚症状，存在一月左右又自行消失，再經过 2—4 月可以再次出現，称

为二期复发性梅毒疹，此病复发在受染后的三年中可出現2—5次，皮疹的数目一次比一次減少，疹形一次比一次扩大，炎症一次比一次明显，但皮損中的梅毒螺旋体一次比一次減少。除皮肤損害外，也可有粘膜白斑，脫发，全身淋巴結肿大，关节炎，骨膜及骨炎。眼部之虹膜睫状体炎及神經系統之症状。此期中患者的梅毒血清反应多为强阳性。

3. 三期梅毒　一般发生于受染后四年以后，但也可延至十数年或数十年后始出現者，此时的損害称为"树胶样肿"，損害限局于少数器官的一处，但炎症机轉深入，組織破坏性大。皮肤損害初为一个或几个暗紅色的皮下結节，破后形成潰瘍，潰瘍呈圓形，椭圓形或腎形，边緣整齐，基底及周围皮肤呈暗紅色，浸潤著明，触之較硬，一般无痛，愈后遺留萎縮性紙样的疤痕，发生于軟腭粘膜者可形成"狼吻"发生于硬腭者常損及骨形成硬腭穿孔，鼻內損害可招致中隔穿孔，鼻梁塌陷。此外三期梅毒常可侵犯神經，心血管、骨骼、肌肉、睾丸、視器及肝，而出現一系列不同的症状。

4. 潜伏梅毒　患者有接触史和初疮史，梅毒血清反应亦为阳性，但无任何临床症状者称为潜伏梅毒。此类患者可以不定何时出現症状，但也有长期或終生不出現症状者。

先天梅毒　先天梅毒是母体內的螺旋体經胎盘侵犯胎儿。重者胎儿可以流产、早产、死产或出生一个梅毒儿，輕者也可长期或終生不出現症状。

早期先天梅毒的損害，大致和后天二期梅毒相似，唯皮損好发于手掌，足蹠、臀部、顏面及自然腔洞的附近，晚期先天梅毒的損害大致略同于后天三期梅毒，惟眼的損害較多，如角膜实质炎、虹膜睫状体炎等，心血管的損害較少，此外尚可出現神經性耳聋，恒齿的大門齿畸形（患齿短小，前后径增大，游离

緣狹小呈楔形或桶形，游离緣中央有一半月状的缺口。）馬鞍鼻、硬腭高聳，方顱，船形肩胛等。

梅毒的诊断

1. 詳細的病史，如不洁的性交史，初疮史，可疑的发疹史及治疗史。

2. 詳細的体格检查。

3. 梅毒血清反应，如无可靠的病史及临床症状，仅梅毒血清反应阳性，一定要排除其它病引起阳性也可能，絕不能因为只凭梅毒血清反应阳性，而輕易診断梅毒。

梅毒的治疗

一、青霉素疗法　青霉素对梅毒螺旋体具有强大的杀灭作用，而且毒性小，疗程短，便于在农村中应用。

1. 一期梅毒　給油剂青霉素一疗程，总量为600万单位，每日或隔日注射一次，每次60万单位。

2. 二期梅毒、三期梅毒和早期，晚期潜伏梅毒　可給予1—2疗程，总量600—1,200万单位。

三期梅毒应由小剂量开始，以免发生反应。第一、二日每日注射15万单位，第三、四日每日注射30万单位，第五日以后每日注射60万单位。

3. 先天梅毒　年龄在2周岁以內者，給予油剂青霉素一疗程，总量按体重每公斤35万单位計算，分10次注射，每日或隔日一次。对有症状者，应由小剂量开始，三日后增至足量。

年龄在2—14岁者，給予2个疗程，每一疗程按体重每公斤25万单位計算，但每一疗程总量不超过600万单位，分10次注射，疗程間休息10—15天。

4. 神經梅毒　給予3—5个600万单位的青霉素疗程，可

于第2—3，第4、5疗程間，适当休息1—2周。脑血管神經梅毒，应从小剂量开始。

5.内脏梅毒(包括心血管梅毒)　可給3个疗程的青霉素600万单位，必要时可增加疗程数，但必須从小剂量开始，开始前可先服10%的碘化鉀液每日三次，每次10毫升。同时肌肉注射10%次水楊酸鉍油，每五天或七天一次，4—8周后再注射青霉素。

6.孕妇梅毒　給予2个疗程，第一疗程于妊娠七个月以前注射，第二个疗程于妊娠七个月以后注射。

二、砷鉍混合疗法　在疗程中同时使用砷剂和鉍剂。

1.砷剂　常用有

(1)新砷凡納明(914)　以蒸餾水溶解，每日剂量为0.1克，如为0.3克的安瓿即三天注射一次，0.45克安瓿五天注射一次，余类推，每一疗程总量男子为5.0—5.5克。女子为4.5—5.0克。

(2)氯苯砷　毒性小每日剂量和每疗程总量为新砷凡納明的1/10。

2.鉍剂　10%次水楊酸鉍油悬剂，每周1—2次，每次1—2毫升，每疗程总量为30—40毫升。

3.各期梅毒的疗程数如下(仅作参考)　疗程間休息1—1.5月。

一期血清阴性梅毒：3个疗程。

一期血清阳性和二期显发梅毒：6个疗程。

二期复发和三期梅毒：6—8个疗程。

妊娠梅毒：2个疗程(最好用青霉素疗法)。

儿童梅毒：5岁以內6个疗程(最好用青霉素疗法)。

5岁以上6—8个疗程。

注：砷、鉍剂均有毒性，往往产生皮炎，腎炎、肝炎等反应。用时必加严密注意。

三、中医疗法

（一）土茯苓膏治疗梅毒

1. 成人处方：土茯苓三斤　金銀花一斤　蕁芥八兩　甘草八兩　澤泻八兩　当归四兩，切碎，加水煮沸一小时后取汁。渣再加水煮沸二小时，去渣过濾。将两次煎汁混合，浓縮至4—6斤左右收膏。煮时加水量，以水淹过药渣并上露水二寸为宜。收膏时，加糖調味。每日服三次，每次服一两至一两半，开水冲服。一般患者服20—24日，重症患者适当增加到30—36日。

2. 小儿处方：土茯苓八斤　甘草八兩，切碎，同上法熬膏，制成膏剂一斤。日服三次，每次二錢至一两，开水冲服。5岁以下服膏一斤，6—12岁服一斤半至二斤，12岁以上服成人处方。

（二）輕粉合剂治疗梅毒

輕粉合剂　原为粉剂，現由江西省制药厂制成片剂，每片0.3克（内含輕粉0.0256克，熟石膏0.0184克）。

土茯苓煎剂

处方：土茯苓一錢　甘草一錢　金銀花一錢，水煎代茶飲，以上为一日量。

服药方法和用量：輕粉合剂，成人每日服一次，每次5片，20日为一疗程。潜伏梅毒只需一个疗程。活动梅毒則需二个疗程以上，直到临床症状消失为止，疗程間休息三天。10—15岁儿童，疗程量为成人的2/3，5—10岁儿童为成人的1/2。5岁以下的幼儿、孕妇和有其他禁忌者不用此药。在服用輕粉合剂的同时，每日服土茯苓煎剂三次，并經常漱口刷

牙，注意口腔卫生。

第二节 淋 病

本病是淋病双球菌所致的一种性病。主要侵犯泌尿生殖器的粘膜，有时也可侵犯眼、关节或其他器官。

临床表现

（一）男子淋病

1. 急性淋病性尿道炎 潜伏期一般2—3日。尿道口紅肿，有脓性分泌物排出；小便次数增多；自觉尿道口发痒、灼热和疼痛，排尿时增剧。如感染蔓延到后尿道，则日夜尿頻，刚排完尿后不久又想排尿。排尿时尿道和会阴部有剧烈灼热样疼痛，每次尿排完时更重。

2. 慢性淋病性尿道炎 急性期未經治疗或治疗不彻底，而拖延时間較久后，則可漸漸进入慢性期。此时急性炎症現象消退，唯清晨时尿道口可有少量分泌物。但每于过度疲劳、酗酒或性交而机体的抵抗力降低后，又可出現尿道灼热、刺痛和排出脓液等症状。可反复发作。

3. 男子淋病的并发病 淋病性尿道炎可以蔓延至泌尿生殖系統的其他部分，从而增加治疗上的困难和影响預后。自使用磺胺药和青霉素治疗以来，并发病已显著減少。常見的并发病为尿道狹窄、尿道球腺炎、前列腺炎、精囊炎和附睾炎等。

（二）女子淋病 主要侵犯尿道、阴道、子宮頸和前庭大腺。急性尿道炎的症状和男子的大致相同。子宮頸炎时，子宮頸紅肿或糜烂，脓液由阴道流出。前庭大腺被侵犯时，則阴道口外側出現浸潤和硬肿，局部疼痛明显，触之更痛，并有脓液自腺口溢出。

女子淋病进入慢性期后，症状多不显著。常見的并发病为輸卵管炎。

此外，无論男性或女性，眼睛可被淋菌感染而引起淋菌性眼炎。淋菌可通过血行至身体其他部分而引起炎症，如关节炎、心內膜炎、胸膜炎和腹膜炎等。

诊断 根据病史、体检和化驗室检查。急性淋病患者的分泌物涂片，容易找到淋菌。慢性淋病患者无尿道分泌物时，可用尿的沉淀作检查；男性患者还可用前列腺按摩液涂片；女性患者則可作子宮頸涂片检查。

防治 和梅毒防治的一套班子同时进行。

治疗 患者适当休息，避免酒类或其他刺激性的食物。不要性交，而且必須妇夫同治。局部要保持清洁，用 1/5000 高錳酸鉀溶液洗滌外生殖器。子宮頸炎可用消毒溶液作阴道冲洗。

1. 磺胺药 磺胺噻唑或磺胺嘧啶，每次一克，和等量小苏打同服，每日四次，連服 5 日为一疗程。可重复一疗程或改用青霉素。

2. 青霉素 每日肌注油西林一次，剂量 30 万单位，共 2—3 次，总量 60—90 万单位。青霉素和磺胺药綜合疗法效果最好。

慢性淋病，青霉素量需达 300—600 万单位。

3. 鏈霉素 上述药物无效时，可用鏈霉素，每日肌注 0.5—1 克，連續注射数日。

中医疗法

（1）猪苓四錢 泽泻三錢 黄柏三錢 滑石五錢 水煎服。

（2）海金河，滑石（水飞）各一两 甘草二錢五分。共研細末，每次服二錢，食前灯心湯調服。

（3）凤眼草五錢(即椿树籽) 竹叶三錢 灯心一錢 煎湯时时飲之。

第十三章 皮肤科常用处方

一、粉 剂

1.硼酸滑石粉

处方：硼酸 10.0
细滑石粉加至 100.0

用法：外用撒布

适应症：急性皮炎，湿疹初期（无渗出糜烂时）。

2.氧化锌滑石粉

处方：氧化锌 50.0
细滑石粉 50.0

用法：外用撒布

适应症：同上方。

3.复方氧化锌硼酸粉

处方：薄荷脑 0.6
樟脑粉 0.6
氧化锌 10.0
硼酸粉 15.0
薔薇油 0.1
细滑石粉加至 100.0

用法：外用。

适应症：止痒、消炎、常用于痱子。

4.洗头粉

处方：碳酸氢钠 30.0
硼砂 10.0

用法：一包粉溶于半脸盆水中做一次洗头用，每5—7天洗一次。

适应症：头部皮脂分泌过多。

5.足癣粉

处方：水杨酸 2.0
烏罗托品 5.0
干燥明矾 5.0
10%硼酸滑石粉加至 100.0

用法：外用。

适应症：足癣、多汗。

6.苦參石膏粉

处方：梅片 1两6錢
苦參粉 4两
石膏粉(水飞) 1斤

制法：将石膏粉(水飞)阴干后与梅片粉及苦參粉混合备用。

适应症：各种皮肤瘙痒症。

用法：外用撒布

二、罨包剂

1.蒸发罨包 I号

处方：雷顿辛 2.5
硼酸 7.5

用法：加水1000毫升外用热罨，每两小时交换一次。

适应症：用于急性湿疹，皮炎的渗出糜烂期。

2.蒸发罨包 II号

处方：硫酸铜 2.5
硫酸锌 1.0

用法：同上。

适应症：同上。

3.甘草水

处方：甘草　20.0

水　1,000.0

制法：煎煮后，待凉备用。

适应症：急性皮炎，急性亚急性湿疹。

用法：冷敷，蒸发湿包。

4.乌梅适量，加水煎煮。

用法：同上。

适应症：同上。

三、药　水

1.牛皮癣药水　3号

处方：盐酸氮芥　50毫克

95%酒精加至　100毫升

用法：外用涂布（药液每天配每天用易失效）。

适应症：牛皮癣。

2. 1:20,000苏子气松节油溶液（5号）

处方：1%苏子气鱼肝油（或花生油）溶液　5毫升

花生油（植物油）5毫升

松节油加至　100毫升

用法：外用涂布。

适应症：牛皮癣。

3. 1:10,000苏子气松节油溶液（9号）

处方：1%苏子气鱼肝油（或花生油）溶液　5毫升

花生油（植物油）5毫升

松节油加至　100毫升

用法：外用涂布。

适应症：牛皮癣。

4. 10%—25—50%来苏儿液

用法：外用涂布。

适应症：10%可当止痒药水用。25—50%用于神经性皮炎。

四、洗　剂

1.炉甘石洗剂

处方：炉甘石　15.0

氧化锌　10.0

甘油　10.0

玫瑰水加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：急性湿疹，皮炎潮红丘疹期及痒疹等。

〔注〕本方内可酌情加入止痒剂如1%薄荷脑、1%酚、1%冰片等。

2.白色洗剂

处方：升华硫磺　10.0

硫化钾　10.0

硫酸锌　4.0

玫瑰水加至　100.0

用法：外用。

适应症：脂溢性湿疹、亚急性湿疹、寻常痤疮、酒渣等。

3.复方硫磺洗剂

处方：升华硫磺　5.0

氧化锌　10.0

滑石粉　10.0

甘油　5.0

75%酒精、肥皂等量加至　50.0

用法：外用涂布。

适应症：同白色洗剂。

4.氧化锌洗剂

处方：氧化锌　15.0—25.0

滑石粉　15.0—25.0

甘油　10.0

75%酒精、蒸馏水等量加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：急性皮炎。

五、酊　剂

1.碘撒酊　Ⅰ号

处方：水杨酸　5.0
5％碘酊　10.0
甘油　10.0
75％酒精加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：手足癣、头癣、神经性皮炎

2.碘撒酊　Ⅱ号

处方：水杨酸　10.0
5％碘酊　10.0
甘油　10.0
75％酒精加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：同上。

3.百部酊

处方：百部　20.0
稀酒精　100.0

将百部浸入酒精24小时滤过备用。

用法：外用涂布。

适应症：湿疹、瘙痒性皮肤病。

4.醋焦酊

处方：松馏油　30～50.0
75％酒精、乙醚等量加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：慢性湿疹、神经性皮炎、牛皮癣。

5.蛇床子酊

处方：蛇床子　250.0
50％酒精　1,000.0

制法：将蛇床子酌制成粗粉，浸酒精，待21—48小时后，滤过备用。

用法：外用涂布。

适应症：各种瘙痒性皮肤病，皮肤破溃者勿用。

6.复方土槿皮酊

处方：土槿皮　10.0
苯甲酸　12.0
水杨酸　6.0
95％酒精加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：足癣、手癣、体癣。

7.补骨脂酊

处方：补骨脂　30.0
75％酒精加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：白癜风、斑秃。

8.生发药水　Ⅰ号

处方：水化氯醛　3.0
蓖麻油　5.0
奎宁酊　20.0
75％酒精加至　150.0

用法：每日多次涂布。

适应症：头皮糠疹。

9.生发药水　Ⅱ号

处方：斑蝥酊　5.0
奎宁酊　5.0
蓖麻油　4.0
75％酒精加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：斑秃、脂漏性脱发。

10.生发药水　Ⅲ号

处方：纯昇汞　1.0
石炭酸　2.0
奎宁酊　10.0
安息香酊　10.0
75％酒精加至　100.0

用法：外用涂布。

适应症：斑秃及一般脱发症。

11.止汗药水　Ⅰ号

处方：

乌洛托品	10.0
甘油	10.0
75%酒精	50.0
水加至	100.0

用法：外用涂布。

适应症：手足多汗。

12.止汗药水 Ⅱ号

处方：福尔马林 5.0
流动石炭酸 2.0
稀酒精 50.0
加水至 100.0

用法：外用涂布。

适应症：手足多汗。

13.止痒药水

处方：薄荷脑 2.0—4.0
甘油 5.0
稀酒精加至 100.0

用法：外用涂布。

适应症：瘙痒性皮肤病。

14.合柳酊

处方：合霉素 2.0
水杨酸 2.0
95%酒精加至 100.0

用法：外用涂布头皮。

适应症：头部脂溢性皮炎、头部糠疹、脂溢性脱发。

15.皮脂液药水

处方：雷琐辛 2.0
水杨酸 2.0
昇汞 0.1
水合氯醛 2.0
甘油 1.0
95%酒精、水等量加至 100.0

用法：外用。

适应症：皮脂溢、脂溢性皮炎。

16.鸭旦子酊

处方：鸭蛋子仁 20.0
95%酒精加至 100.0

用法：外用涂擦。

适应症：扁平疣、寻常疣、跖疣。

六、软 膏

1.清凉软膏

处方：次硝酸铋 10.0
氧化锌 10.0
3%醋酸铅液 20.0
羊毛脂、凡士林等量加至 100.0

用法：外用涂。

适应症：过敏性皮炎、湿疹。

2.狼疮软膏

处方：对位氨基水杨酸 15.0
次没食子酸铋 10.0
黄凡士林加至 100.0

用法：外用。

适应症：各型皮肤结核及结核疹。

3.疖疮软膏

处方：呋喃西林 0.25
鱼石脂 20.0
旦白银 3.0
凡士林加至 100.0

用法：外用厚敷。

适应症：疖疮、毛囊炎、结节性红斑。

4.硫磺清凉软膏

处方：升华硫黄 10.0
清凉软膏加至 100.0

用法：外用涂擦。

适应症：牛皮癣（进行期）股癣。

5.水杨酸白降汞软膏

处方：水杨酸 5.0

白降汞　　5.0
凡士林加至　　100.0

用法：外用涂搽。

适应症：颜面及头部牛皮癣、颜面糠疹。

6.复方松馏油软膏

处方：松馏油　　20.0
升华硫磺　　20.0
钾肥皂　　40.0
凡士林加至　　100.0

用法：外用。

适应症：头癣、银屑病、慢性湿疹。

7.复方苯甲酸软膏

处方：水杨酸　　6.0
安息香酸　　12.0
羊毛脂　　30.0
凡士林加至　　100.0

用法：外用。

适应症：发癣、手足癣。

8.碳酸钙软膏

处方：碳酸钙　　3.0
氧化锌　　3.0
升华硫磺　　3.0
10%硼酸软膏加至　　50.0

用法：外用。

适应症：湿润性外耳道湿疹。

9.脱色软膏　Ⅰ号

处方：白降汞　　2.0
硼砂　　2.0
白凡士林加至　　20.0

用法：外用涂布。

适应症：肝斑、雀斑等。

10.脱色软膏　Ⅱ号

处方：白降汞　　5.0
次硝酸铋　　10.0
甘油软膏加至　　100.0

用法：外用。

适应症：同上。

11.黑豆馏油软膏

处方：黑豆馏油　　10—50.0
鱼肝油　　10.0
羊毛脂、凡士林等量加至　　100.0

用法：外用薄涂。

适应症：婴儿及成人湿疹、神经性皮炎、银屑病。

〔注〕黑豆馏油制法：将黑豆放在密闭容器内，该容器下端留一小孔，用铁管接好，尽可能接严，管下端放个碗。容器可用罐头盒、药壶等。将容器架起，用炭火或其他烈火烧烘，闻到有烟油子味后不久，管内即可流出黑色粘性物质。这就是黑豆馏油。

12.奎宁软膏

处方：盐酸奎宁　　2.5
凡士林加至　　50.0

用法：外用。

适应症：红斑性狼疮及日光过敏性皮肤病。

13.冻疮软膏　一号

处方：漂白粉　　10.0
鱼石脂　　10.0
安息香酊　　5.0
黄凡士林加至　　100.0

用法：外用。

适应症：用于未破冻疮及冻疡。

14.冻疮软膏　二号

处方：樟脑　　10.0
秘鲁香胶　　10.0
安息香酊　　5.0
白凡士林加至　　100.0

用法：外用。

适应症：用于已破冻疮及坏疽性冻疮。

15.苯子气软膏

处方：苯子气油 1.0
凡士林加至 20000.0

用法：外用。

适应症：银屑病。

16.复方柯丁素软膏

处方：柯丁素 0.5—3.0
水杨酸 2.5
升华硫磺 5.0
钾肥皂 10.0
松馏油 5.0
黄凡士林加至 50.0

用法：外用。

适应症：银屑病、头癣、慢性湿疹、神经性皮炎。

17.止痒软膏

处方：水杨酸 2.0
薄荷 2.0
樟脑 2.0
凡士林加至 100.0

用法：外搽。

适应症：皮肤瘙痒症、丘疹性荨麻疹。

18.雄柳膏

处方：水杨酸 5.0
雄黄 15.0
凡士林加至 100.0

用法：外用。

适应症：头癣。

七、泥 膏

1.氧化锌泥膏

处方：氧化锌 15－25.0
细滑石粉 15—25.0
凡士林加至 100.0

用法：外用。

适应症：表浅水疱及脓疱性和痂皮性皮肤病。

2.鱼石脂硫磺泥膏

处方：鱼灰脂 5.0
升华硫磺 10.0
氧化锌 20.0
细滑石粉 20.0
黄凡士林加至 100.0

用法：外用厚敷，再撒药粉。

适应症：水疱脓疱性汗疱及糜烂性皮肤病。

3.水杨酸硫磺泥膏

处方：水杨酸 5.0
升华硫磺 10.0
氧化锌、滑石粉等量 17.0
黄凡士林加至 100.0

用法：外用厚敷，再撒药粉。

适应症：用于汗疱后期治疗及慢性湿疹。

4.脓痂疹泥膏

处方：白降汞 5.0
鱼石脂 10.0
升华硫磺 10.0
氧化锌泥膏加至 100.0

用法：外用。

适应症：脓疱疮及化脓性皮肤病。

5.酒渣泥膏

处方：雷琐辛 5.0
升华酸磺 10.0
细樟脑 5.0
鱼石脂 5.0
钾肥皂 20.0
氧化锌泥膏加至 100.0

用法：每晚热水洗面部后厚敷患部。

适应症：酒皮流及酒皮渣鼻。

6.剥脱泥膏

处方：雷琐辛 40.0
鱼石脂 10.0

黄凡士林	10.0
氧化锌泥膏	10.0

用法：外用。

适应症：慢性苔藓、青年扁平疣、酒渣、色素沉着。

7.呋喃西林代马娄儿泥膏

处方：呋喃西林	0.25
次没食子酸铋	10.0
氧化锌、滑石粉 各	15.0
凡士林加至	100.0

用法：外用。

适应症：水疱性、脓疱性或硬变性皮肤病，脓癣切开后伤口防护泥膏。

8.黑豆馏油泥膏

处方：黑豆馏油	10.0
氧化锌泥膏加至	100.0

用法：外用薄敷。

适应症：慢性湿疹、神经性皮炎。

9.松溜油硫黄泥膏

处方：松溜油	10.0
升华硫磺	20.0
氧化锌	10.0
滑石粉	15.0
黄凡士林加至	100.0

用法：外用细擦。

适应症：主要用于脓疱疮、慢性湿疹。

〔注〕本种松溜油亦可以黑豆馏油或糠馏油代。

八、油　膏

1.氧化锌油膏

处方：氧化锌	50.0
植物油	50.0

用法：外用。

适应症：急性湿疹皮炎有轻度渗出糜烂。

2.代马娄儿油膏

处方：代马娄儿	10.0
氧化锌	40.0
植物油加至	100.0

用法：薄涂患部。

适应症：急性皮炎初期，有少量渗出时。

3.黑豆馏油油膏

处方：黑豆馏油	10—50.0
氧化锌油膏加至	100.0

用法：外用涂布。

适应症：婴儿湿疹、急性及亚急性湿疹。

4.小儿湿疹油膏

处方：明矾	5.0
代马娄儿	10.0
氧化锌	35.0
植物油加至	100.0

用法：外用涂布。

适应症：小儿湿疹，亚急性湿疹。

九、中药处方

1.黑布药膏

处方：黑醋	5斤
五倍子粉	2斤2两
蜈蚣	10条
蜂蜜	6两

制法：将黑醋放砂锅内熬开，慢慢加入五倍子粉，每次加入1—2两，开滚后再加，最后将蜈蚣研细粉缓缓加入，盛于净缸内备用。

用法：

（1）先用竹夹子、棉球蘸热开温茶洗净患处。

（2）用消毒竹板将药膏敷于损害面上，损害硬的部位敷厚一些。

（3）用新黑布按损害大小，形状

剪成块（比损害面大一些）贴于药膏上，再用茶将布涂湿，使其和药粘着。避免药膏和黑布移动。

适应症：湿疹疙瘩、乳头样皮炎。

2. 水晶膏

处方及配方：用石灰粉15克，放于玻璃杯中，碳酸氢钠的饱和液100毫升，用玻璃棒搅匀，待沉淀后撇清水3克于石灰上，浸泡24小时后，先将杯中液体倾出，再将泡胀的米倾入另一玻璃杯中，用玻棒搅烂，即成稀薄透明的水晶样糊状物。为了涂搽方便，每100克稀水晶膏中加入4克熟石灰粉，使其变为稀糊状物。

用法：先将患处溶痂，后用小刀割去角质，或在中心损害处割一小口，再涂药稍干，用胶布贴盖，每1—3日换药一次。

适应症：鸡眼、掌跖疣、黑痣。

3. 红香膏

处方：红　粉　3.6　冰片　3.4
薄荷脑　2.6　香脂　70.0

〔附〕调配时注意冰片与薄荷脑不能同时放入以防液化。

适应症：酒皮渣、痤疮。

4. 洗方

处方：苦参、蛇床子、皂矾各七钱

用法：加水煎熬后先熏后洗。

适应症：阴部瘙痒症。

5. 慢性皮炎溶剂

处方：野菊花　半斤　川椒　四两
枯　矾　四两　朴硝　半斤

用法：水煎作全身浴。

适应症：全身性银屑病、皮肤瘙痒症、泛发性神经性皮炎（急性期禁用）

6. 黄连一钱　大黄四钱　黄柏四钱
黄芩四钱　黄蜡一两

制法：将四药浸麻油内一天后，文火熬熬至药枯，去渣滤清，加入黄蜡，再用文火徐徐收成膏。

用法：外擦。

适应症：脓疱疮，化脓性皮肤病。

7. 蒲公英二两，水煎洗。

适应症：化脓性皮肤病。

8. 黄柏软膏

处方：黄柏2.0　寒水石2.0　冰片0.2　蓖麻油2.0　凡士林4.0

制法：将黄柏和寒水石共研细粉，按上述分量与蓖麻油、凡士林混合，最后将冰片研成细粉加于其中，混合均匀备用。

适应症：急性湿疹、婴儿湿疹。

用法：每日或隔日一次，涂患部后以纱布包扎。

9. 黄连油膏

处方：黄连油25.0　植物油75.0

制法：将黄连油与植物油混匀备用。

用法：外涂，一日一次。

适应症：婴儿湿疹、急性或亚急性湿疹。

最高指示

我们一切工作干部，不论职位高低，都是人民的勤务员。我们所做的一切，都是为人民服务，……

五官科部分

眼　部

眼睛是我們身体上重要的器官之一。有了健康的身体，又有一顆为人民服务的心，他就一定能为社会主义事业作出貢献，挑起革命的重担。但是如果眼睛不好，就会給革命工作、学习和日常生活带来很大的影响。所以我們必須好好地保护我們的眼睛，使它永远明亮。

党的教育方針是使受教育者在德、智、体各方面得到全面的发展，把学生培养成为有社会主义覚悟的、有文化的劳动者；培养成为身体健康，生气勃勃，富有创造精神的无产阶級的革命战士。如果我們的眼睛不好，影响所及，不仅是个人的身体健康，更重要的是影响社会主义建設事业。因此，保护眼睛，确实关系到国家培养，經济建設，国防建設人才的重要工作。

第一章 概 論

定义 現代眼科，是研究視器正常机能与全身外界环境之間的相互关系，以及研究防治視器疾患及功能障碍的专門医学。

眼科成为独立科

1. 解剖学上的特点。

2. 主要还在于視器的机能复杂和其在診断治疗中有一定的独持性。

3. 医学的进步，需要分工。

但是眼科与他科关系极为密切，視器疾患，有时是全身病的病因，而最常見者全身病或其他器官病变所引起的眼部改变，此种改变有的还很显著，也有可能症状首先在眼部发生，因此可以借助于眼科检查作出正确診断。

常见引起眼部改变的全身病

1. 神經科 脊髓痨，脑炎，脑膜炎及重肌无力症等。

2. 妇产科 妊娠中毒等。

3. 內科 腎炎，血管硬化，糖尿病，高血压及白血病等。

4. 外科 顱脑肿瘤及甲状腺毒症。

5. 小儿科 維生素甲缺乏等。

因此眼科医生必須掌握一定的医学科学基础与临床医学知識，同样也要求所有医生能掌握必要的眼科学的知識。

眼科学研究的对象不应当局限于眼，要研究与外界关联着的整个机体，其他科的医生也应当研究眼科学，如此才能提高診断和医疗水平，更好地为人民服务。

学习眼科学的目的和任务

前已談到，眼科学是研究視器正常机能和防治眼病的专門医学。我們医务人員的任务，是突出毛泽东思想，发揮集体力量，在防盲运动中成为負起实际工作的生力軍。因此，我們学习眼科学的目的在于掌握常見眼病的基本知識，了解盲目的主因，大力推行防盲工作，更好地为人民服务。

解放前在反动政府的統治下，人民的生活是毫无保障，健康情况是不好的，因而从旧中国遺留下来的眼病患者为数众多。例如沙眼，角膜病后的角膜瘢痕等等，沙眼的发病率高达50%左右。因为沙眼蔓延失明者甚多，这些仍然成为我們目前防治工作中的主要对象。根据我国各地盲口原因的調查，突出地可以看出沙眼是重要的原因，平均地說25%的盲人，是因为沙眼造成的，从这点可以看出本病的危害性。

解放后，在毛主席和中国共产党的領导之下，我国防治眼病的工作取得了巨大成就，医疗队伍空前壯大了，尤其是赤脚医生。对于这一大批的新生力量我們必須不断地給予培养与提高，才可以使他們发揮更大的智慧为祖国人民貢献更多的力量。毛主席向来对人民大众的卫生健康是很重視的。我們伟大領袖毛主席早在1945年就指出：**"农民——这是現阶段中国文化运动的主要对象。……所謂国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了空話？"**但是中国的赫魯晓夫及其在卫生部党內一小撮走資本主义道路的当权派，抓不执行毛主席提出的卫生工作要**"面向工农兵"**的方針，把几乎90%的人力、物力放在城市，为少数人服务而置占全国人口的80%的广大农民于不顾，彻头彻尾地执行了一条反革命修正主义路綫，而致广大的农民得不到医疗，一无医，二无药。1965年6月26日毛主席一針見血地批評卫生部是"城市老爷卫生部"并明确地

指示要"**把医疗卫生工作的重点放到农村去。**"毛主席六·二六指示是我国卫生工作具有重大历史意义的文件，它象一輪紅日照亮了我国卫生事业前进的道路。目前中国医务人員还不够，搞眼科者仍有限，面向数目庞大的眼病患者，如果不借助于我們之力量，要想解决防治問題，显然是困难。

为了要推行防盲工作，就要解决眼病的防治。眼病的防治必須依靠广大人民群众。毛主席說："**人民，只有人民，才是创造世界历史的动力。**""**人民群众有无限的创造力。**"毛主席又說："**全心全意地为人民服务，一刻也不脱离群众；**"只要我們能突出毛泽东思想，按毛主席的指示去做，眼病的防治是可以解决的。

我們医务人員对待病人要"**救死扶伤，实行革命的人道主义。**"必須从思想上对于双目失明的个人痛苦，以及由于双目失明而对于生产所形成的严重影响有深刻的体会与認識。

第二章　視器的解剖学

这里仅提視器的一部分。

視器的概念　眼球，传导通路，視覚中枢連同眼的附屬器官在內，称为視器。

視器的組成部分包括

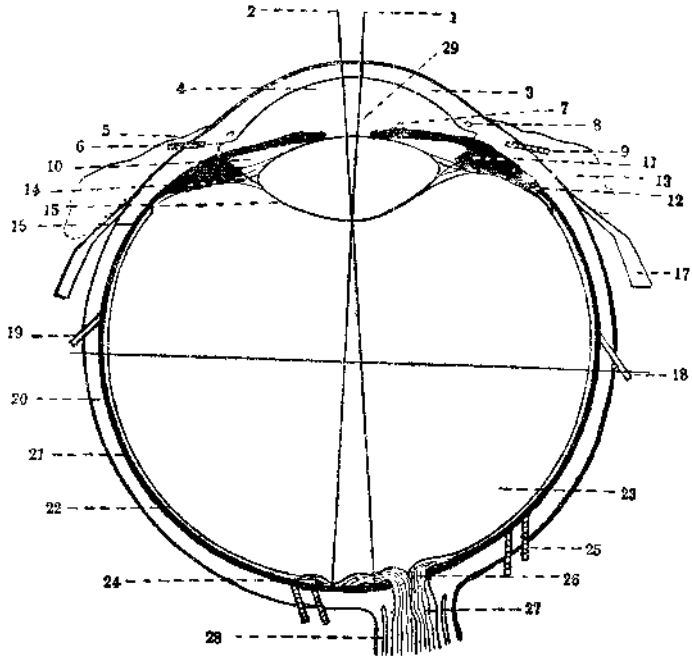
1. 眼球

2. 眼球保护器（眼眶和眼瞼）

3. 眼附屬器（泪器，眼肌）

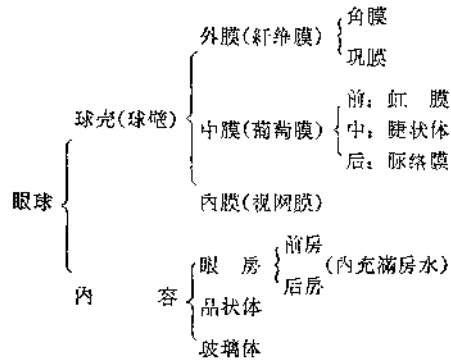
一、眼球　眼球是悬吊在眼眶的脂肪中，构成一种理想的軟垫，減少眼球受震的影响。

眼球的結构（图 1）



1.视轴　2.光轴　3.角膜　4.前房　5.球结膜　6.前房角　7.虹膜　8.雪来姆氏环管　9.睫状前血管　10.后房　11.睫状体（冠状部）　12.睫状体（平扁部——睫状环）　13.球结膜下组织　14.悬韧带　15.晶状体　16.锯齿缘　17.球外直肌　18.赤道　19.涡状静脉　20.巩　膜　21.脉络膜　22.视网膜　23.玻璃状体　24.中心凹　25.睫状后血管　26.视神经乳头　27.视神经　28.视神经硬膜鞘　29.瞳孔

图1　眼球水平切面



（一）球壳（球壁）

1. 外膜　此层組織堅牢，对眼球內部組織起保护作用，其前 1/6 部为透明的角膜，后 5/6 部为白色不透明的巩膜，角膜和巩膜相接連的地方叫角膜緣或角巩膜緣。

（1）角膜　是一清晰透明的組織，很象表面，光滑，沒有血管。

（2）巩膜　是紧密堅牢交錯不透明的纖維組織，白色。巩膜本身沒有血管。

2. 中膜（也叫葡萄膜，血管膜或色素膜）　可分为前、中、后三部。

（1）前——虹膜，虹膜中央稍偏鼻側有一圓孔，称为瞳孔，为进入眼內光綫所必經之路。瞳孔的大小一般在白昼室內光綫下，瞳孔直径約 4 毫米，在各种不同情况下，其大小可有显著的改变：在强光下縮小；在暗处則扩大；另外在病理状况下瞳孔的形状及大小均可发生改变。

（2）中——睫状体，为产生房水之主要机构。

（3）后——脉絡膜，附着于巩膜的內面，組織較为疏

松、它主要由粗細不同的血管所組成。脉絡膜包围整个眼球的后部。

3. 内膜　有二个最主要的部位：神經乳头及黄斑区。

（二）眼球内容　是由充滿着前后房的房水，晶状体及玻璃体等透明屈光中間质所組成。

屈光中間包括角膜，房水，晶状体及玻璃体。

屈光中間均是透明清晰，要是其中有一渾浊，是可以影响視力，甚至失明。

1. 眼房　前房与后房，都是充滿着房水。

2. 晶状体　位于虹膜（瞳孔）的后面，玻璃体前面。晶状体是具由弹性一个双凸鏡形状的透明半固体。其后面比前面凸得高些，前面凸起的中央部称为前极，后面的称为后极。晶状体前后的边緣連接处，称赤道部。

3. 玻璃体　是完全透明无色的胶质体，它充滿在晶状后面眼球后部 4/5 的空腔，沒有血管和神經纖維，也沒有固定的細胞。

二、眼瞼　眼瞼是在悬挂在眼眶出口，复盖眼球前部的帘状組織。瞼为能活动的皮肤皺襞，其功能在保护眼球，免受外伤与强烈光綫的刺激。

上下瞼間的裂口，称为瞼裂。

瞼的游离緣，即瞼裂周围的上、下緣部叫瞼緣。在上部称为上瞼緣，在下部称为下瞼緣。上下緣的交接处，形成瞼裂的内外两端，在内側为内眦，在外側为外眦。在上下瞼裂的前边，长着睫毛。上、下瞼緣内側部分各有一乳头状突起的小孔，称为泪点。是泪小管的进口处，在临床上以下泪点为重要。

眼瞼的組织　眼瞼的内部构造（图 2）

在組織学上由前向后可分为五层。

图 2　眼睑矢切面

1. 皮肤层　是人体最薄的皮肤組織之一，容易形成皺折，尤以老年人更为显著。

2. 皮下組織层　是由疏松的結締組織所构成，多无脂肪，易被推动，常因水肿或出血而肿胀，所以一些全身疾患，心、肾脏疾患或局部疾患，如麦粒肿等易引起浮肿。

3. 肌层

（1）眼輪匝肌　分为睑部和眶部眼輪匝肌，它的收縮引起睑裂的閉合。

（2）提上睑肌　位于上睑板和眼輪匝肌之間，收縮时，

将上睑提起，故具有开睑功能，可分为前后二部。

前部　横纹肌。后部　平滑肌（弥勒氏肌）。

4. 纤维层　由两部组织，一为较厚的中央部，即眼板，一为较薄的周边部靠近眼眶，即为睑筋膜。

（1）睑板　上、下睑都有，主要为紧密的纤维所组成，其中有多数睑板腺（麦本氏腺），成垂直排列，散布在上下睑板的全部，开口于睑缘，分泌脂肪性油液，以润滑睑缘的作用。

（2）睑筋膜（也称眼眶隔膜）　是一层薄的纤维膜，一面与眶缘的骨膜相联系，一面与睑板相衔接。

5. 睑结膜　睑板的后面系由一层紧紧粘膜所复盖。

睑腺组织　除了上述提的麦本氏腺外，还有蔡司氏腺，是睫毛周围的皮脂腺，还有莫尔氏腺，位于睫毛囊中间。

血管　睑内有多数互相吻合的血管，所以血液供应良好，此点对外伤的治疗和予后很有重要意义。一般眼睑组织在严重损伤后，能有高度再生与恢复能力，因此在严重的睑外伤，应尽可能施行缝合，保存组织而不要随意去掉组织。

三、泪器　包括分泌泪液的泪腺以及导流泪液的泪道。

1. 泪腺　由小叶所构成。位于眼眶外上侧的泪腺窝上，分为上、下二部，在上为较大的眶部泪腺（上泪腺），在下为较小的睑部泪腺，还有付泪腺也叫克劳斯氏腺，是微小的泪腺。

正常时泪腺难以触及也不易看到。在病理情况下，如泪腺肿瘤，或炎症时，则泪腺下垂或肿大可以触及。

2. 泪道　包括泪点，泪小管，泪囊和鼻泪管。

（1）泪点　上、下各一，位于睑缘内侧。下泪点为泪小管进口之处。

（2）泪小管　泪小管连接泪点与泪囊。管长 10 毫米，管径约 0.5 毫米，能扩张正常的三倍。开始时与睑缘成垂直，

約 1.5 — 2.0 毫米，然后轉向水平方向，达到泪囊。所以在探針或冲洗泪道时，先垂直后轉向水平。

（3）泪囊　为一膜状囊，于眼眶內壁前下方的泪囊窝內。

（4）鼻泪管　为泪囊下方的連接部分，鼻泪管向下并稍向外及后伸延，开口于鼻腔的下鼻道。

3. 泪液　泪液是微碱性透明体，內含氯化鈉，为其主要成分，也含有溶菌酵素，所以除有湿潤眼球，冲洗尘埃异物外，略有杀菌作用。

第三章　眼科检查法

一、外眼部检查法

1. 視力　远視力，近視力，矫正視力。

2. 眼　瞼

（1）上、下眼瞼的活动性及功能　眼瞼睜开及閉合，是否运动自如。

（2）眼瞼的皮肤有无异常　如皮下出血，瘢痕，压痛，气肿，肿瘤等情况。

（3）眼瞼的位置　有否內翻、外翻或上瞼下垂等情况。

（4）瞼緣及瞼部　有否发紅，分泌物等炎症情况。

（5）睫毛的情况　排列和方向，有无乱生或倒睫。

3. 泪　器

（1）泪囊部　有无紅肿，用手指压迫泪囊部位，注意查看有无粘液样或脓性分泌物，自泪点（下泪点），逆流而出。

（2）泪点　主要是下泪点的位置是否正常，有否向内，外反。

（3）泪小管　有否狭窄或阻塞，可用泪道冲洗法、检查泪道是否通畅。

4. 结　膜

（1）球結膜　叫患者尽量向各方向（上、下、左、右）轉动眼球，为使各部分球結膜暴露。

顏色　白色或紅色，紅色是球結膜下出血或充血。

充血　淺层充血（結膜充血）；深层充血（睫状充血）；混合性充血。

表面情况　有无异物，水肿，干燥，濾泡，結节及潰瘍等。

（2）瞼結膜　按次序检查下瞼結膜，下穹窿部，上瞼結膜，上穹窿部。检查其組織是否清晰、渾浊、光滑或粗糙（乳头增生，濾泡，結石），有否充血，瘢痕形成。在检查穹窿部时注意結膜囊的深淺，有否球瞼粘連。

5. 角　膜

（1）一般检查方法　角膜的大小及透明度，有否渾浊及血管，如疑有潰瘍或角膜上皮缺損时，可用2%螢光素溶液滴入或玻璃棒蘸后涂于結膜囊內。一分钟左右，用生理盐水冲洗，在潰瘍或上皮缺損处被染色成鮮綠色。

（2）角膜感覚　可用棉絲从边緣触及，以免患者看見。

（3）其他　（略）。

6. 巩膜　有否結节样隆起，因为巩膜发炎时，呈局限性充血、隆起。其他病变也可引起巩膜的顏色改变。

7. 眼　球

（1）大小　前后径約24.0毫米；横向径約23.5毫米；垂直径約23.0毫米。我們检查时，仅仅估計无法測量。

（2）地位　有否突出或凹陷的現象。

（3）位置　有否斜視現象。

（4）活动性　主要确定眼外肌有无麻痹关系而言。检查双眼各方向移动的情况，是否达到应有的正常程度。

二、内眼部检查

（以肉眼检查为主。）

1. 前房　前房的房水是否清亮，有否渾浊渗出，积脓，出血或异物等。

2. 虹膜的检查　应注意虹膜的颜色，纹理是否清晰或萎縮。虹膜上有无缺損或結节，有无充血或新生血管。瞳孔边緣是否整齐，有否渗出物，有无粘連。

虹膜与角膜发生粘連叫前粘連；与晶体粘連叫后粘連。

3. 瞳孔检查法　大小，形状，位置，对光反映等等。

4. 晶状体　首先检查晶状体存在与否（白内障术后是沒有晶体），位置是否正常（正常居中），有否脫位或半脫位。晶状体的颜色是透明或渾浊，表面有无色素沉着或机化膜存在。

5. 玻璃体　借助于仪器才能检查，肉眼无法检查。

6. 眼底　肉眼无法检查，要用检眼鏡才能检查。

三、其他检查

1. 裂隙灯。

2. 眼压。

3. 視野。

第四章　眼睑病

一、睑缘炎

睑缘炎是睑缘表面、睫毛毛囊及其腺組織之亚急性或慢性炎症，以葡萄球菌感染为多，在临床上可分为三型：

（一）鳞屑性睑缘炎（图3—1）　主要为睑缘充血，睫毛及睑缘表面被細薄之灰白色上皮鳞屑所附着，睑缘表面可有点状皮脂溢出現象，皮脂集于睫毛根端形成黃色蜡样分泌物干后結痂；痂被剝除后，仅留下睑缘表面之充血，而无潰瘍痕迹，此发生于双眼較多。

图3—1　鳞屑性睑缘炎

症状　主要为发痒，次之睜眼不适，較重者有結膜炎致睑結膜充血，眼有异物感。

（二）潰瘍性睑缘炎　較鳞屑性睑缘炎为重。睑缘潮紅充血，皮脂分泌較多，干后結痂，将睫毛胶着成簇，痂皮剝除，在睫毛根部有小潰瘍或小脓泡，如加压挤，則有脓液自睫毛根部流出（与鳞屑性睑缘炎之不同点），毛囊可被破坏，故睫毛脫落不易再生，而成禿睫，即生位置也不正，形成倒睫。此病过程頑固，緩慢，若不治疗或治疗不当，造成睑外反或睑缘瘢痕等不良后果。

症状　与鳞屑性睑缘炎差不多，此病初起时，患者仅感刺

痒，自行挤压，异物感，晚间加重，白天睑缘肥厚，睑缺及外眦发生时，畏光、流泪等更加明显。

病　因

1. 直接为葡萄球菌感染。

2. 间接为局部卫生不良和体质虚弱，贫血，营养不良，风沙的侵犯以及各种慢性结膜炎。

3. 屈光不正也可为诱因。

治　疗

1. 洗痂　把结痂去掉后用生理盐水或冷开水冲洗。

2. 消炎　1%黄降汞油膏涂睑，5%磺胺油膏涂眼。要使药物深入毛囊组织及皮脂腺灭绝病源。

3. 可用全身强壮疗法　给各种维生素。

如有屈光不正，即应配镜矫正。

4. 局部消炎后，继续用药1—2周，以防复发。

（三）睑部睑缘炎（图3—2）　这是由莫（拉司）——阿（辛非）氏双杆菌所引起，核黄素缺乏也可为其诱因。表现为内外睑部的慢性结膜睑缘炎，常发生在外睑部为多，该部睑缘及邻近皮肤稍红，有时可有湿疹，甚至糜烂，有黄灰色粘液脓性分泌物集聚于睑部。这病的主要特征为局限性睑部发红，充血，中间部分的睑缘一般正常。

图3—2　睑部睑缘炎

症状　自觉睑部发痒，不适，偶有少量粘液性分泌物。

治疗 0.5%硫酸鋅或眼葯水(原名沃古林)点眼。0.5%硫酸鋅油膏涂眼。0.5%磺胺油膏涂眼。

核黃素 10 毫克, 3/日。

二、睑腺炎及睑板腺囊肿

(一) 睑腺炎 又名麦粒肿,有內、外麦粒肿。

1. 外麦粒肿 是睫毛毛囊所屬之蔡司氏腺急性化脓性炎症,主要为葡萄球菌感染。

症状 初发时腺組織肿大,局部皮肤紅、肿、疼痛,有胀感不适。眼睑水肿,触及有硬节压痛,继而有黃色脓点形成——化脓成熟。

2. 內麦粒肿 麦本氏腺发生急性化脓性炎症。

症状 与外麦粒肿差不多,常有睑水肿、疼痛,在发炎的睑板腺开口处(在睑緣)可見輕度隆起,該部睑結膜下呈黃色肿起,继而可使該部睑組織破溃。

治 疗

1. 热敷 早期可以使血管扩张,血液循环良好,促进炎症的吸收,同时可以止痛。

2. 局部消炎 5%磺胺油膏涂眼,或用 0.5%四环素眼葯膏涂眼,或 0.5%金梅素眼葯膏涂眼。

必要时全身可用磺胺类葯物或抗菌素。要是不能控制,继續发展形成脓尖即成熟,可以切开排脓,次日逐漸治愈。

注:外麦粒肿之切开可不用麻醉。切开应是水平面与睑緣平行,以避免切断眼輪匝肌,若可見脓点,挑开脓点排脓即可。

內麦粒肿可用 0.5—1%的 卡因液点入結膜囊內进行麻

醉。切开应纵形与眼睑垂直，这样可减少对麦本腺的损坏。

（二）睑板腺囊肿（图 4—1） 又名霰粒肿，是睑板腺发生慢性炎症感染。

症状 小型霰粒肿多无自觉症状，外表不显著，但能触及有一硬节无压痛。大型霰粒肿，患者自觉眼部不适，眼睑表面隆起，要是反轉眼睑，可见患处睑結膜呈紅色，日久变为紫蓝色或紫色。

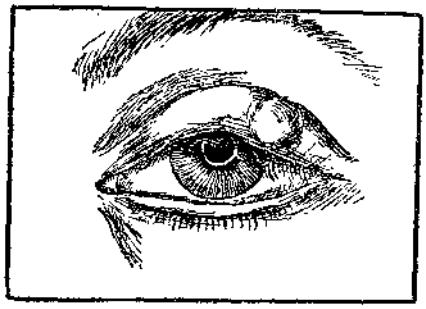


图 4 睑板腺囊肿

霰粒肿的組織可軟化成胶质，形成囊肿，但不引起刺激現象。

治疗 小型霰粒肿，可不需要治疗，有时能自行消散。較大的霰粒肿，需要手术。

三、睑位置异常

（一）倒睫 在正常的情况下，上睫毛是向前上弯曲，下睫毛是向前下弯曲，如果上睫毛向下后生长触及眼球或下睫毛向上后触及眼球，則均为倒睫。倒睫一般地为上倒睫为多。

病因 最主要的原因为沙眼。这是沙眼的并发病及后发病的結果。由于睑結膜与睑板有瘢痕性收縮所致，使睫毛倒生。其他如睑緣炎、睑腺炎，创伤及烧伤等也可形成瘢痕，牵引睫毛导致倒睫。

症状 倒睫刺激眼球，患者常有异物感，疼痛及流泪，結膜充血，严重者倒睫，正如毛刷，刷之角膜，可致角膜发生浅在性溃瘍，血管新生，以致形成渾浊，影响視力。

治 疗

1. 用拔睫毛鑷子，将倒睫拔掉，这仅仅是对于少数倒睫，且暫时性而于。

2. 电解倒睫，这也是对于少数倒睫，主要是破坏毛囊，不再生长。但是在临床上有的患者經电解，睫毛又再生长仍有倒睫，主要是因为在电解时沒有破坏到毛囊所致。

3. 手术矫正，这是对于較多的倒睫。

4. 点眼葯水及涂用眼葯膏，这仅是保护角膜的作用，对于患者的症状无法解决。

（二）睑内翻 睑内翻是瞼緣内卷，以致睫毛倒向角膜的反常状态，所以其临床意义，实际与倒睫相同，但常与倒睫更为严重。有倒睫者未必有睑内翻，但睑内翻者会有倒睫，这称为睑内翻倒睫。以上提的是瘢痕性睑内翻。

另外还有痙攣性瞼内翻。

治疗 需手术矫正。

（三）睑外翻 睑外翻是瞼緣外卷，使結膜暴露于外之反常状态。

睑外翻按病因分为四类

1. 痙攣性瞼外翻。　　2. 麻痺性瞼外翻。

3. 老年性瞼外翻。　　4. 瘢痕性瞼外翻（比較多見）。

瘢痕性瞼外翻，这是由于瞼皮肤上癤疮，外伤，烧伤或創伤等后瘢痕收縮形成。

症状 流泪，由于結膜长期暴露于外面而形成慢性結膜炎，結膜干燥以及可致形成兎眼性角膜炎。长期流泪，不仅患

者厌烦，有时可影响视力，且还可形成眼睑湿疹。

治　疗

1. 点用眼药水及眼药膏，这主要是保护角膜，保持眼球的湿润，无法解决其症状。

2. 主要是手术矫正，需要植皮。

（四）上睑下垂　上睑下垂是由于提上睑肌机能不全，以致上睑缘遮盖部分或全部瞳孔，而发生视力障碍。

正常人睁眼时，上睑缘在角膜上缘约2毫米，下垂者即更下之，使睑缘盖住瞳孔的一部或全部，以致影响视力的反常状态。

病　因

1. 先天性者多为两侧性，与遗传有关，由于提上睑肌发育不全所致。

2. 后天性者多为单侧，由于提上睑肌受伤或疾病所致，支配提上睑肌的动眼神经及交感神经麻痹时，该肌麻痹也可发生上睑下垂。

治　疗

1. 先天性上睑下垂需要手术矫正。

2. 后天性上睑下垂应治疗其病因，如动眼神经被梅毒所侵犯者，要驱梅，对于长期治疗无效，也需手术矫正。

第五章　泪器病

一、泪液少及泪液多的两种现象

（一）泪液少

1. 维生素甲缺乏所引起的結膜角膜干燥症。

2. 沙眼后遗症：眼干燥症。

3. 泪腺摘除后。

处　理

1. 局部点用眼药水　以防感染，又可湿润眼球前部，对于维生素甲缺乏可点清鱼肝油。

2. 全身营养　尤其是对于维生素甲缺乏，可給维生素甲。

（二）泪液多

1. 泪腺分泌过多　精神的刺激，喜、乐、笑、怒、哀、哭等。局部的炎症，結膜和角膜发炎或异物的侵入。

治疗　局部消炎或挑取异物。

2. 泪道障碍　泪点内外翻，阻塞。泪小管及鼻泪管阻塞。

3. 睑外翻。

治疗　消除病因：泪点内、外翻，手术矫正。泪点、泪小管阻塞，用探针扩张通畅，冲洗，但往往疗效不好。

睑外翻　手术。

二、慢性泪囊炎

鼻泪管阻塞，使眼泪不能流入鼻腔，微生物随泪液留存于泪囊，繁殖并刺激泪囊壁的粘膜发炎，而产生分泌物，在泪囊蓄积粘液成粘液脓性或脓性分泌物，即慢性泪囊炎。

症状　主要流泪。有的患者主訴为"眼内流脓"。

检查时，用手指压迫泪囊部位，即有脓性或粘液样分泌物从泪点逆流而出。

治　疗

1. 点眼药水，仅保护眼球，以防感染，冲洗泪道，仅暫时的清洗泪囊的脓液。

2. 主要是手术治疗

（1）泪囊鼻腔吻合术　在泪囊部造一孔道通入鼻腔（中鼻道）使其通畅，維持眼泪的生理輸送功能，解除泪囊的炎症。

（2）泪囊摘除术　仍是流泪，主要清除脓液，保护眼球。

三、急性泪囊炎

病因　多为慢性泪囊炎之继发性感染所致。

症状　泪囊部有高度紅、肿、热、痛。在发炎过程中，泪囊的周围組織易被波及，形成蜂窝組織炎，积脓易穿破皮肤，形成瘘管。

疗　治

1. 局部热敷。

2. 局部消炎。

3. 全身应用抗菌素或磺胺类药物。

4. 如有波动及脓点出現，可切开排脓。

第六章　結 膜 病

一、结膜解剖学

結膜是連接眼瞼后面与眼球前面的粘膜。因其解剖学部位而分为三部：

1. 瞼結膜　附于瞼板后面的部分，即为瞼結膜，不能移动，正常的瞼結膜透明而平滑，下面的血管清晰可見。

2. 球結膜　复盖于眼球巩膜前部的一段，即为球結膜，能移动，也是透明平滑，可見下面的血管及巩膜。

3. 穹窿部結膜　介于两者之間的部分，睑結膜及球結膜相交接处即为穹窿部結膜，是結膜最松弛部分，构成水平皺褶，以便眼球自如运动。上部为上穹窿部結膜，下部为下穹窿部結膜。

由結膜形成的袋状空隙称为結膜囊。

二、結膜充血（浅层充血）及睫状充血（深层充血）

結膜炎是最普通的外眼病，每个医务人員必須善于掌握的，因此对于結膜充血或睫状充血，应有充分的認識，并能加以区别（图 5）。

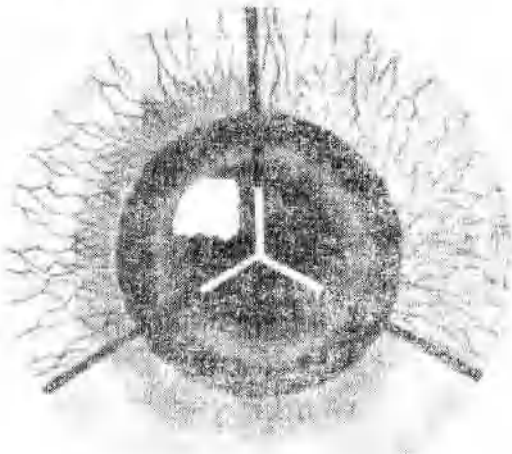


图 5　充血情况

結膜充血及睫狀充血

	結膜充血	睫狀充血
来源及深浅	浅层结膜表面血管扩张	深层睫状血管扩张
颜色及血管情况	在白色巩膜背景上，可见明显的鲜红色的血管弯曲和其分枝	睫状血管埋藏巩膜表层组织内，看来暗红色的直血管，轮廓模糊
活动性	推动球结膜，则血管亦随球结膜而移动	血管不能随结球膜移动
位置	充血在周围部，愈靠近穹隆部，则充血愈显著	充血在角膜附近，愈靠近角膜缘，则充血愈显著
用血管收缩剂或眼球表面加压	退色，或充血颜色变轻	不退，充血颜色不变
病变部位	结膜，眼睑等外部组织	角膜，虹膜，睫状体等内眼组织

結膜充血＋睫狀充血≈混合性充血。

三、急性卡他性结膜炎

急性卡他性結膜炎是屬于传染性結膜炎的一种，如处理不当，可以引起流行眼病的可能。本病以春秋两季流行較多。

临床表現 本病多为两側性，两眼同时或相隔1—2日发病。

自覚症状 开始患者有发痒，异物感或烧灼感等不适感覚，很快結膜囊內有許多分泌物（有时患者訴說为脓液），早晨醒后上下眼瞼緣粘在一起。若有淺在性角膜溃瘍时，則有影响視力及疼痛感。

检查所见(图6)

1. 結膜高度充血，尤以穹窿部及球結膜周边部为显。

2. 大部分的淺层結膜表面的血管，形成一片弥漫性鮮紅色，有时可以引起球結膜下点状出血，甚片状出血。

3. 結膜表面失去原有的平滑及透明性而变为粗糙。

4. 分泌物多，結膜囊内有粘液性或粘液脓性分泌，以晨間醒后为显，分泌物典型地粘着于睑緣毛上以致难于睜开睑裂。

病情如发展下去，在数天内达高峰，由于角膜营养障碍，有可能形成淺在性点状角膜炎。

图6 急性卡他性結膜炎

病因 主要为細菌感染，其中以韩一魏氏杆菌，肺炎球菌的感染最普遍，其次以鏈球菌及葡萄球菌。

疗治 禁忌包扎，因为分泌物多聚集于結膜囊内，而且結膜囊内溫度变为暖和，促进細菌的生长繁殖。

1. 冲洗 用冷开水，生理盐水，3%硼酸水等均可。

2. 局部用葯消炎 10—30%磺胺醋酰鈉液(斑馬眼葯水)，1/1小时。或用0.25%氯梅素液，1/1小时。或用1,000—2,000单位/毫升青梅素液，1/1小时。睡前涂上眼葯膏；0.5%四环素或金梅素葯膏。必要时可用0.5%考的松液点眼（在利用0.5%考的松时，必要加用抗菌素眼葯水同时并用）。有淺在性角膜溃瘍，不要应用考的松。

预防 手、用具、面盆、毛巾等，要保持清洁，用具不要

公用。

四、泡性結膜炎（湿疹性結膜炎）

这病是一种过敏炎症，結膜及角膜上皮对于某种（主要为結核）外来的异性蛋白所具有的过敏性反应。

泡性結膜炎（或泡性角膜炎），常合并面部，臉部及口角皮肤的湿疹，其特征为泡的形成，这泡实际上是上皮下的小結节。另外时愈时发，易复发也为其特点（图7）。

症状 以泡疹为典型的症状，泡疹为一粟粒型結节，单純的泡性結膜炎，无显著刺激症状，微感眼部不适，輕度畏光及流泪。检查时，泡疹发生在球結膜为灰白色圆形隆起的小結节，頂端有一水泡状隆起，周围有扩张的結膜血管，数天后頂端溶化内陷形成潰瘍，泡疹一面被吸收，一面又在他处出現，愈后不留明显痕迹。要是泡疹发生在角巩膜緣，叫泡性結膜、角膜炎，則其症状較明显，在角膜緣处有一个或数个白色小泡，周围局限性充血，这是較常見的。要是泡疹发生在角膜上，叫泡性角膜炎，則其症状就更明显，而且也是最严重，患者常以手遮盖患眼，很怕光而要到暗处。要是小儿患者常藏在暗处，有眼臉痙攣，流泪及疼痛，泡疹消失后在角膜上可以遺留瘢痕，要是瘢痕在中央部，还可以影响視力。

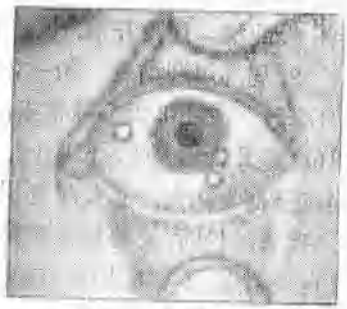


图7 泡性結膜炎

病因 本病較为常見，多見于儿童及青年人，特别是营养不良，体质虚弱，以及

有結核历史者。本病无传染，絕大多数患者对結核杆菌过敏，認为对結核杆菌所产生的毒素及結核杆菌蛋白质的过敏所致，而并非結核杆菌本身直接的侵犯眼組織。另外少数病例也可能对其他細菌蛋白质过敏所致。

这种病人在其他检查时，如胸透，也可見肺部有結核病变，也有全身查不到有結核。

疗　治

1 全身营养

（1）在可能的条件下多吃含蛋白及脂肪类食物。

（2）給各种維生素　魚肝油丸，核黃素，維生素丙，鈣剂等。

（3）要接受日光，每天早晨在太阳下晒一下，吸收新鮮空气。

（4）也可进行脫过敏。

（5）如有結核病变，也需进行处理。

2. 局部治疗

（1）0.5%鏈梅素液点眼或用鏈梅素球結膜下注射。

（2）0.5%考的松液点眼或球結膜下注射。

（3）0.5%奴夫卡因液 0.3 毫升，球結膜下注射。

（4）对于泡性角膜炎还要散瞳，用 1 %阿托品点眼，一天三次。

五、翼状胬肉（贅片）

翼状胬肉是常見的眼病，尤其多見于从事野外工作的劳动人民，发病年龄一般在 30 岁左右，发病的原因不明，但一般

是由于长期刺激引起慢性炎症，继之退行变所致。

此病与戶外工作者，与生活和工作环境有关，日光、溫度、湿度及风尘等均为此病发生的刺激因素。

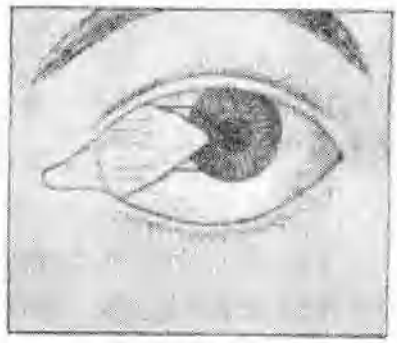


图 8　翼状胬肉

症状　此病发展緩慢，最初在睑裂間之球結膜上，由內眦或外眦部开始有一水平方向的充血带或皺襞，逐漸向角膜表面伸长形成一片三角形状，带有血管的贅生物。內眦部为多見（图 8）。

翼状胬肉可分三部，其尖端称为头部，跨在角膜緣上的一段，称为頸部，余在球結膜扩大的一段为体部（軀干部）。

翼状胬肉有进行的与靜止的：

1. 进行的　头部逐漸伸展向角膜中心，呈現灰白色胶状隆起，同时頸部及体部的血管高度扩张，組織肥厚。

2. 靜止的　头部不向角膜中心伸展，头部前方角膜清亮，頸部及体部的血管不充血，組織較薄。

翼状胬肉除影响美观外，一般无任何症状，有时有不适感，但如侵及瞳孔区，影响視力，甚至失明，有时可以影响眼球轉动，发生复視。

疗治　小的靜止期的，不需治疗。大的或进行期的需手术治疗，切除手术易复发。

第七章　沙　　眼

沙眼是一种慢性传染性眼病，其特点为上睑結膜組織的弥漫性細胞浸潤及濾泡形成，睑結膜与穹窿部，因为有乳头与濾泡而变为粗糙，形如沙粒，故名沙眼。

流行病学　沙眼流行于全世界，既无种族之分，也无免疫性。

沙眼在我国的流行，是由于旧社会反动統治的压迫和剝削，使人民貧困，卫生条件不够所造成。我国的沙眼分布情况，以西北和东北較多，华南較少；山陵地区較多，江河流域較少；农村較多，城市較少。因为沙眼是接触传染，所以水源缺乏，卫生条件不好地区較多。有人称沙眼为社会性疾病。解放后，人民經济和生活普遍提高，卫生条件随之提高，沙眼发病率在全国普遍降低。在全国农业发展綱要里，沙眼仍被列为积极防治的主要对象之一，从这点可以說明沙眼防治的重要性，更說明共产党和毛主席是重視人民的健康。

病因　在以前还不了解，以后才肯定是病毒。目前一般地認为系过濾性病毒，大多数沙眼患者，尤其是在病的早期，其睑結膜上皮細胞內，发現包涵体，这种包涵体是一种濾过性病毒。

我国于 1955 年首先把沙眼病毒用鸡胚方法分离出来，曾以猿类接种証明为濾过性病毒。

症　状

1. 自覚症状　急性沙眼极少見，其症状的剧烈与急性卡他性結膜炎相似，数星期后漸入慢性期。一般所見者均为慢性。通常侵犯两眼 患者常有摩感、痒、灼、見风流泪、干燥、視

力疲劳，有时有少量的分泌物。病輕者可不感覚任何症状，仅在体格检查时才发現，如果角膜上有活动性血管翳时，角膜受累刺激症状更为显著，視力減退。晚期常因后发病，如倒睫、瞼內翻、角膜潰瘍及眼球干燥等症状更为明显，甚至发生严重視力障碍。

2. 他覚症状　上瞼結膜表面失去平滑而变为粗糙、模糊渾浊，瞼結膜下的血管模糊不見。开始于上瞼結膜內、外侧及上穹窿部，以后侵入結膜的全部，在瞼結膜可見乳头及濾泡增生，进一步发展可見瘢痕形成。另外在角膜上，有血管侵入，輕之一般肉眼看不見，要是用角膜放大鏡才能看清。以后逐漸发展为重，可致整个角膜周围均出現血管翳形成，甚至整个角膜可被血翳侵入而严重影响視力。

沙眼的分类（分期）　沙眼的分期世界各地不一，在我国也不一。1956年中华眼科学会，根据沙眼临床病变与病理变化分为三类（图9(1)—(4)）。

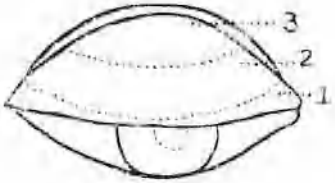
1. 第一期（浸潤进行期），以沙眼Ⅰ为記号，这是活动期。在上瞼結膜可見乳头及濾泡（图9—2），病变多数先在內、外侧及穹窿部結膜，以后逐漸蔓延至瞼結膜整个面积。为了方便看清，可根据病变所波及的部分，在Ⅰ的右边下写1，2，3，阿拉伯数字或用+，++，+++，来表示，即$Ⅰ_1$，$Ⅰ_2$，$Ⅰ_3$或$Ⅰ_+$，$Ⅰ_{++}$，$Ⅰ_{+++}$，（图9—1）。

沙眼$Ⅰ_1$是代表病变在瞼結膜的1/3之下。

沙眼$Ⅰ_2$是代表病变在瞼結膜的2/3之下（1/3—2/3間）。

沙眼$Ⅰ_3$是代表整个瞼結膜均有病变。

2. 第二期（瘢痕出現期）也是退行期，以沙眼Ⅱ来表示。只要有瘢痕形成，不論多少，都屬于这期，这是在第一期所見的变化逐漸开始消退，而伴有瘢痕現象（图9—3），至于病变



图中"1""2""3"表示沙眼病变部位

图 9—1　沙眼的病变部位

图 9—2　沙眼较早期

图 9—3　沙眼开始結瘢

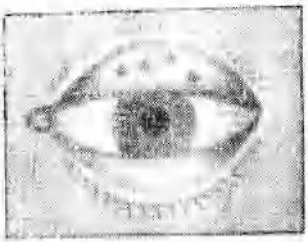


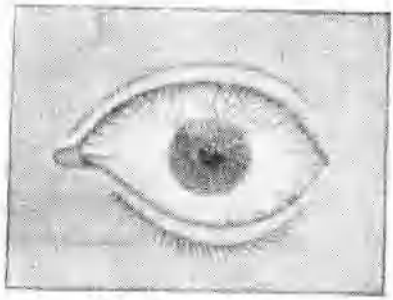
图 9—4　沙眼結瘢期

部位的記法，完全与沙眼Ⅰ相同。如沙眼Ⅱ_1，这說明病变瘢痕形成是在睑結膜1/3以下，以此类推。

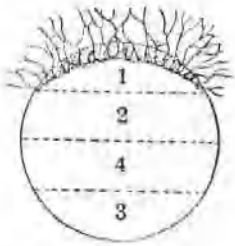
这里需要說明指出的，是任何沙眼Ⅰ部位的病变可以由于瘢痕的出現而直接进入第二期，不必經过沙眼Ⅰ_3的全面发展阶段，只要有瘢痕，即屬沙眼Ⅱ，不管病变的多少。

3. 第三期（完全結瘢期）　以沙眼Ⅲ来表示，这是病程进入停止活动阶段，結膜完全呈現結瘢組織，再无浸潤或濾泡可見，这是沒有传染性，这期要表示瘢痕之部位，沒有意义。

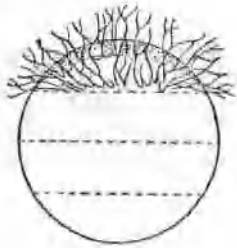
沙眼角膜血管翳记录方法　将角膜水平分为四份（如图10），按血管翳侵犯的部位面积予以記录，如角膜血管翳+（或



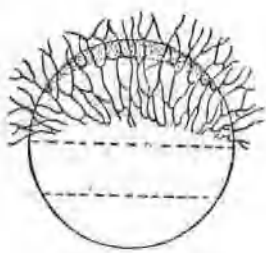
沙眼角膜血管翳



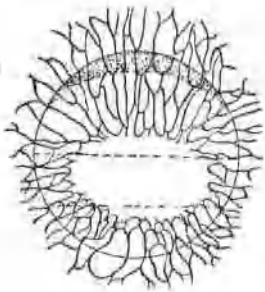
沙眼血管翳部位表示法



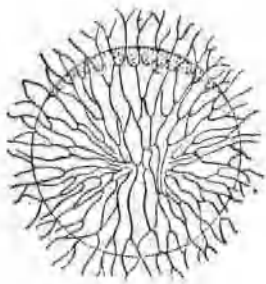
（1）血管翳+



（2）血管翳++



（3）血管翳+++



（4）血管翳++++

图10　沙眼血管翳部位与記录法

血管翳 1），血管翳＋＋（或血管翳 2）……，以此类推，即 P_+，P_{++}，或 P_1，P_2……（图 10(1)—(4)）。

患者沙眼 T_1P_1（即 T_+P_+），說明病变，在上瞼結膜的 1/3 之下，角膜的 1/4 之下。

沙眼的并发病和后发病

1. 瞼内翻与倒睫　这是最常見，由于瞼結膜瘢痕收縮，瞼板变形弯曲，使瞼緣向内翻轉，常发生于上瞼，有时瞼緣尚未内翻，睫毛因毛根邻近組織的結膜收縮，使呈倒睫。

2. 角膜渾浊　主要是血管翳形成，輕者治疗后不影响視力，但重者遺留角膜渾浊。角膜潰瘍也終使角膜渾浊，影响視力。若完全角膜渾浊明显，甚可失明。

3. 結膜干燥病（沙眼性眼干燥病）　由于沙眼病毒的侵入和广泛的結膜結瘢，破坏原来的結膜細胞、泪腺及副泪腺等使之萎縮，同时泪腺的开口也因結膜瘢痕而閉鎖，泪腺分泌受限，以致結膜不能被濕潤而发生干燥。

4. 慢性泪囊炎　沙眼患者常有慢性泪囊炎，眞正原因不明，可能沙眼病毒侵入泪囊上皮所及。

5. 球瞼粘連。

6. 上瞼下垂。

沙眼的预防　前面已提到沙眼是流行最广，发病率最高。沙眼是致盲的主要原因之一，这是旧社会遺留下来的。很多人因沙眼而失明，失去劳动力，直接影响社会主义建設。

沙眼是能传染的，沙眼的传染是由于眼病的分泌物，通过被这种分泌物污染的手、手巾、脸盆以及其他公用物品等而传染，卫生不良和卫生习慣不好，更易传播。

預防沙眼的方法很多，总的要提高人民經济、文化、生活水平，改善环境卫生及个人卫生等是消灭沙眼以及預防其他

传染病的有效方法之一。

治疗 沙眼是病毒所致。目前对于病毒所引起的疾病，还无特效疗法，对于沙眼也是如此。

1. 局部用药

（1）10—30%磺胺醋酰钠液（斑馬眼葯水）点眼。

（2）0.5%硫酸鋅液（眼葯水）点眼。

（3）0.25%氯霉素液点眼。

（4）0.5%金霉素眼膏或0.5%四圜素眼膏。

2. 手术治疗

（1）压挤术 这是用于濾泡多，主要挤出內容物，濾泡破坏，这要多次进行。

（2）海螵蛸疗法 把海螵蛸棒浸在5%黄連素液，用这海螵蛸棒摩擦于上瞼結膜之乳头及濾泡的病变部位，这亦要多次进行。

治疗沙眼是較为麻煩、时間长，这对患者要有耐心，必要时需进行解释。

第八章 角膜病

角膜的解剖 从組織学上，用显微鏡检查角膜切片时，角膜由外向內可分为五层。

1. 上皮細胞层。

2. 前弹力层。

3. 基质层（間质层）或叫主质层（实质层）。

4. 后弹力层。

5. 內皮細胞层。

一、角膜病总论

角膜是眼球与外界环境接触最频繁的眼外膜，最容易遭受异物的侵犯，因此角膜的损伤与感染比較常見。

角膜炎病理变化具有两种特点

1. 角膜无血管組織，抵抗力低，在营养供应上受到一定的限制，新陈代謝比較緩慢，对于感染而发生炎症性反应，也比較迟鈍。

2. 角膜是透明的，由于病变而造成的瘢痕或結締組織，損害了角膜的透明性，形成角膜永久性渾浊，特别是当渾浊部位在中央、刚好遮盖瞳孔时，势必引起严重的視力障碍。

根据角膜病变的深淺部位，角膜炎可有淺层及深层的区别。淺层角膜炎是以上皮組織；而深层角膜炎，局限于深层范围。淺层角膜炎多为外生病因（如外伤、感染）所引起，其特点有潰瘍形成；深层角膜炎則以內生病因（主要过敏或其他病）为根源，而无潰瘍变化。

淺层角膜炎　淺层（上皮細胞层），外生病因，有潰瘍。

深层角膜炎　深层（局限实质层范围），內生病因，无潰瘍。

角膜炎的一般临床症状

1. 主覚方面　疼痛、流泪、畏光以及視力障碍等。

2. 他覚方面　睫状充血或混合性充血、角膜渾浊、新生血管出現、不同程度的球結膜水肿等，若伴有虹睫炎继发性的病例，可有角膜后壁沉着物，前房內滲出物积聚。瞳孔縮小、虹膜充血。

以上症状并不是在每个病例全部出現，不同病例可有不

同症状組合，而且每种症状的程度也不一致，球結膜水肿、則限于特别严重的化脓性角膜溃瘍病例，不能一概而論。

角膜的病变，在静止的角膜溃瘍或其他角膜病，在最后恢复过程中，常終止于結瘢，在角膜上遺留深淺厚薄不同的渾浊，根据渾浊的程度不同，临床上分为云翳（薄翳）斑翳和白斑。

云翳　是角膜呈半透明的云雾状混浊。

斑翳　是角膜較厚的不透明混浊。

白斑　是角膜很厚的显著白色渾浊。

此角膜渾浊，如果在角膜中心遮盖瞳孔区域，則严重的影响視力，根据統計我国盲目中約有50%是因为角膜病变及其后遺症所造成，說明角膜渾浊为致盲的主要之一，不仅失明者本人深受盲目的痛苦，而对于我国經济建設也有相当的損失，因此，积极預防盲目是眼科工作者的极重要任务之一。

角膜炎的一般疗法　角膜炎的治疗方針，首先去除病因，然后采取全身或局部措施。

1. 全身方面　角膜炎的疗法必須从整体观点出发，因为眼球只是整体的一部分，而角膜又只是眼球的一部分，应該追求病史有否全身疾病，往往发現与全身情况有关，其中尤以結核及过敏性反应。

在全身疗法中，主要应以病因治疗着手，此外尚应从飲食、止痛、鎮靜、維生素、脫过敏以及抗菌素等等。

2. 局部方法

（1）热敷。

（2）对于邻近組織，泪道、眼瞼及結膜可能存在的病变要加以彻底处理。

（3）眼葯膏及眼葯水的应用，尤其是軟膏的应用，以減

少眼瞼对溃瘍表面的摩擦，并可通过药物作用，防止继发感染。

（4）应用阿托品溶液或軟膏，主要为散瞳，为防止虹膜后粘連。

（5）包扎　对于畏光及流泪等富有刺激症状的病例，包扎更被患者所接受。

二、角膜溃瘍

角膜溃瘍的分类很多，这里仅仅提角膜溃瘍概况。角膜溃瘍是角膜疾病中最常見之一，亦是形成角膜渾浊的主要因素。

病因　引起角膜溃瘍的原因甚多，因角膜上皮受損，或角膜上皮之抵抗力減弱，以致易受各种細菌侵入引起局部浸潤、組織坏死和脫落，造成大小不同的溃瘍。

症　状

1. 疼痛　因角膜是极敏感，故有溃瘍或病变刺激时，常有剧烈异物感或疼痛。

2. 流泪　系神經反射作用，引起泪腺大量分泌洗刷角膜异物或毒素。

3. 畏光和眼瞼痙攣　角膜溃瘍和角膜炎病人有强度羞明，經常緊閉眼瞼，皆为避免眼受刺激的保护性反射作风。

4. 視力減退　因为角膜失去清晰、透明和光泽而变为渾浊所致，視力障碍的程度要看溃瘍之大小和部位，是否影响瞳孔区域而定。

体　征（检查所見）

1. 球結膜有睫状充血。

2. 初起时在角膜一部为呈灰白色浸润区，浸润化脓，继而坏死，表面組織脱落形成溃疡，溃疡可向四周延及，也可向深处进行，或两者同时并进，溃疡周围显示雾状灰白色浸润。

3. 角膜受损处（溃疡处）及其附近失去透明与光泽而表面粗糙不平。

4. 用 1—2% 螢光素染色，在溃疡处可染成淺綠色。

5. 溃疡严重病例，有继发性虹睫炎时，則瞳孔縮小，对光反射迟鈍。

治　疗

1. 全身方面　注意营养，給各种維生素，要大便通暢，对于便秘患者要进行处理，給緩泻剂。

2. 局部方面

（1）热敷。

（2）散瞳　1%阿托品液点眼。

（3）局部应用消炎眼葯膏及眼葯水。不要用考的松液点眼。

（4）必要时球結膜下注射抗菌素。

（5）对于頑固性进行性角膜溃疡，要进行溃疡周围烧灼法：用 5—7% 碘酊或純石炭酸溶液涂抹溃疡周围，随即用生理盐水冲洗。涂抹时，切記謹慎从事，勿使腐蝕性溶液流至正常角膜。所用棉棍必須松紧适宜，以能吸收足够溶液，使之湿潤为限。

（6）如果角膜溃疡已发生穿孔时，1% 阿托品不宜使用，并有虹膜脱出，則須把脱出的虹膜切除，然后作結膜瓣修补术。

三、角膜实质炎

角膜实质炎是属深层角膜炎的一种。

病因 大多数原因为梅毒（約占90%）主要是先天性梅毒，只有少数为結核及后天性梅毒所致。先天性梅毒多发生于5—20多岁的青少年为最多，也有30岁后开始发病者，但极少見。

临床症状

1. 自覚症状 疼痛 异物感、羞明、流泪及視力減退。

2. 他覚症状 眼瞼可有肿胀，角膜周围之球結膜呈見睫状充血或混合性充血。

角膜实质炎的临床經过有一定的規律性，按其病变和临床表現可分为：

第一期 浸潤期（2—4周）。大部分于角膜周围的一定部位，首先发現出現輕微的雾状渾浊（浸潤），这种渾浊属于深层的实质层呈灰白色，继而浸潤扩展到向中央，整个角膜呈毛玻璃状。

第二期 新生血管期（2—4周）。实质层出現大量扫帚样血管，角膜呈現紅、白相間，这是病变的高潮期。

第三期 吸收期（于发病2个月后）。病变的退行程序，正如渾浊的进展一样，先从周边部开始吸收，即从那里开始浸潤，就从那里开始病变退行，最后残留厚薄不等之斑，其上有透明綫状血管遺残（残留叫血管閉鎖）。

要是先天性梅毒所引起，还可見有其他先天性梅毒症状（特征）：胡琴森氏牙齿（是指二上門牙有尖端缺損的形状而言）、重听或耳聾、鞍鼻、額前突出以及唇角皺裂等象征。

化驗检查　康华氏反应为阳性。

眼部还有如下特点：

1. 病变的浸潤或渾浊，从角膜緣开始，病变的吸收也从病变开始的地方吸收。

2. 侵害双眼，双側同时或相继发生，間隔数周或数月甚至数年不等。一眼发病后，另一眼也一定发病。第二眼的发生和第一眼同样的病变过程。

3. 永不形成潰瘍。

4. 血管膜被累及（主要虹膜及睫状体）引起虹睫炎。

要是結核所引起的角膜实质炎，沒有先天性梅毒的特征，眼部的病变，病程慢、浸潤多限于一定的区域內，一般在下方，一眼患病，另一眼不一定患病。

治疗　找出病因，梅毒或結核。

1. 全身治疗

（1）驅梅或抗結核疗法　驅梅可用青霉素及鉍剂（参見皮肤科部分梅毒治疗）。抗結核可用鏈霉素及雷米封。

（2）服用各种維生素。

（3）必要时可行发热疗法。

2. 局部治疗

（1）热敷。

（2）散瞳　用1%阿托品液点眼。

（3）0.5%考的松点眼或球結膜下注射。

（4）1%狄奧宁液点眼。

（5）1%黃降汞眼葯膏涂眼。

（6）2000单位/毫升青霉素液点眼或0.5%鏈霉素液点眼，也可球結膜下注射。

四、角膜软化症

角膜軟化症是长期高度营养缺乏，主要是維生素甲，所造成的結膜与角膜上皮的干燥变形，也叫眼干燥症或結膜干燥症。

患者以断奶后营养失調的嬰孩占大多数，其次如在发育年龄的儿童，而成年人則居少数。

临床症状

1.眼部症状表現在結膜和角膜表面，特别是瞼裂部分的特殊干燥状态以及角膜实质的坏死变化，病变过程可分为四个阶段：

（1）夜盲期　患者于本期晚上看不見东西，成年人患者可能最先感到的主覚症状，在黑暗的环境下，患者失去一般健康人所具有的暗适应机能，这是視网膜上皮細胞层受到損害的表現，但是并不是所有的患者都有夜盲症状。

（2）干燥前期　继夜盲之后，球結膜失去正常光泽，角膜暗淡无光，如把上、下瞼撑开，让眼暴露十几秒钟，則結膜与角膜的模糊与干燥状态愈加显著。球結膜失去应有的弹性，当眼球向內、外轉动时，形成角膜緣同心的皺紋圈（皺褶出現）。角膜的感覚減退，瞬目反射不够灵活。

对于这期症状的認識最重要，因为此时的急速与彻底的治疗，常可挽救角膜于垂危局面，保持有用的視力。

（3）干燥期　这时結膜与角膜的干燥与模糊状态是非常明显，触目易見。在瞼裂部靠近角膜的球結膜上可見特殊的銀白色三角形斑（叫比托氏斑），它的特点是眼泪不能濕潤其表面，这个比托氏斑通常对称地出現在两眼球結膜的顳側

睑裂部位。角膜此时光泽全失，在睑裂角膜缘部可出现于形同比托氏斑的灰白色浑浊，并与球結膜上的比托氏斑相連接；浑浊可分布在角膜的周围或占据中央部分。此时角膜感覚完全丧失，羞明也日益明显。

（4）軟化期　这是病情演变至最严重的阶段，球結膜既厚且粗。角膜实质发生浸润，有高度浑浊及血管侵入現象，上皮剝落，形成潰瘍、坏死、前房积脓而至穿孔。但这样严重的病变过程并未有显著的炎症刺激現象，这說明了整个机体抵抗力的高度降低，也是本病的另一重要特征。

2. 眼部症象外的其他上皮組織系統，包括皮肤、消化道、呼吸道、泌尿道的粘膜上皮以及由上皮演变而来的睑板腺和泪腺，也有不同程度的受到影响。

（1）在呼吸道方面所表現的症状为支气管炎或肺炎。

（2）在消化道方面所表現的症状，可发生不断地腹泻与消化不良。腹泻及消化不良使口服的营养滋料不能被吸收利用，因而加剧了营养缺乏程度。

病因　主要为維生素甲缺乏所致，常有以下情况：

1. 食物內过分缺乏維生素甲，从食物中摄取維生素甲的量不够。

2. 由于患病过程中，被过度消耗的維生素未能得到迅速的补充。如小孩麻疹后的营养失調，无原則的"忌口"，"忌口"是我国过去民間传統的一种完全錯誤的营养信条，过去有的地方，尤其是文化、生活水平低的地区，对于发生消耗性疾病的儿童或婴儿不給予充分的营养补充，而长期进行"忌口"，从而造成高度营养缺乏。

在麻疹流行期間，小儿因此而患角膜軟化，以致失明惨剧者有所可見，应当警惕。

3. 消化器官发生障碍，虽然食物中有維生素甲，但不能吸收。如患儿腹泻等等。

治　疗

1. 全身方面　要改善全身的营养情况。

（1）飲食　首先不能"忌口"，要吃易消化而含有維生素甲的食物，如紅蘿卜、青菜、蕃茄、豆类、鸡蛋及牛奶等。

（2）給予各种維生素，維生素甲、維生素丙、复合維生素乙及鈣剂。尤其是对于維生素甲更为重要。可大量給維生素甲，如口服魚肝油(魚肝油丸或浓縮魚肝油精)。对于病情严重、并有腹泻患者，最好先注射，然后才改为口服。

（3）全身可应用抗菌素，主要是預防和治疗肺炎。

2. 局部方面

（1）点用清魚肝油。

（2）散瞳　可用1%阿托品液。

（3）热敷。

（4）应用眼葯水及眼葯膏，主要防止感染。

第九章　虹膜、睫状体炎(虹睫炎)

眼球的中膜　虹膜、睫状体及脉絡膜。它們的炎症，常是互相影响，并不是严格地局限于一个組織內，这种情况，尤以在虹膜及睫状体为然。一般地說，几乎沒有虹膜炎不带有睫状体炎，相反，也很少睫状体炎不同时引起虹膜炎者。虽然在病变程度上，也不是沒有主次之分，但为了照顾实际存在的病理情况，我們仍将两者的炎症合并讲，称为虹膜睫状体炎的名称。

临床症状

1. 在主觉方面

（1）虹睫炎有比較剧烈的眼部疼痛，疼痛常反射到顳部和眉部，甚偏头痛。

疼痛的发生是由于感覚神經（三叉神經第一分支）末梢受到刺激的結果，在急性炎症，刺激主要由于多量的毒素、組織水肿与充血所引起。在晚期則由于粘連組織对于虹膜所产生的牵扯作用所造成。

（2）畏光。

（3）流泪。

（4）眼瞼痉攣。

（5）視力障碍　主要前房渾浊。前房房水渾浊愈甚，沉着物愈多者，則影响視力也較严重。

2. 在他覚方面（体症）

（1）睫状充血或混合充血。

（2）角膜后面有沉着物　主要的一方面是房水成分的改变，可表現在蛋白质的高度增加，房水的高度粘性。另一方面房水的变质影响到角膜内皮組織的营养，使其部分脫落，变为粗糙，在房水对流的离心影响下，使部分脫落的内皮組織及前房滲出的細胞成分，附着于水肿及粗糙的内皮組織上，成为角膜后沉着物。沉着物粗細不一，多分布在角膜的下半部，粗粒下沉，細粒上浮，排成一三角形区，尖端朝向瞳孔。

（3）前房渾浊　正常眼内的房水完全清晰，当虹睫炎时則有炎性滲出細胞和蛋白，使房水改变成分，而使呈現不等程度的渾浊，这渾浊水态称为丁得尔氏現象，甚可前房积脓或积血。

（4）虹膜的顏色改变，尤以在蓝色虹膜最为显著，由原有的蔚蓝色轉变为青色或褐紅色，而在棕色，則虹膜的充血，

仅仅表現在色泽（光泽）減退（不佳），虹膜紋理不清。引起虹膜变色的原因是多方面的，最主要的是虹膜組織的充血状态。至于棕色虹膜在色泽上的減退，主要由于角膜与房水方面的浑浊以及渗出物所引起，而不全与充血有关。

（5）瞳孔縮小、反射迟鈍或消失。这是由于①在血管的充血与舒张力的影响下，稀松的虹膜組織被弛展开来，引起瞳孔的縮小。②大量粘性渗出物的积聚，又形成了稀松的虹膜結締組織的胶着状态，削弱了它的伸縮性，使瞳孔反应迟鈍。③由于渗出物毒素产生了对于縮瞳肌与扩瞳肌同等程度的刺激，而在力量的对比上縮瞳肌总是超过扩瞳肌的緣故，瞳孔的縮小变为特别显著。因此，总的来說瞳孔的縮小原因是双重的，即血管組織的充血，以及炎症毒素的刺激作用。

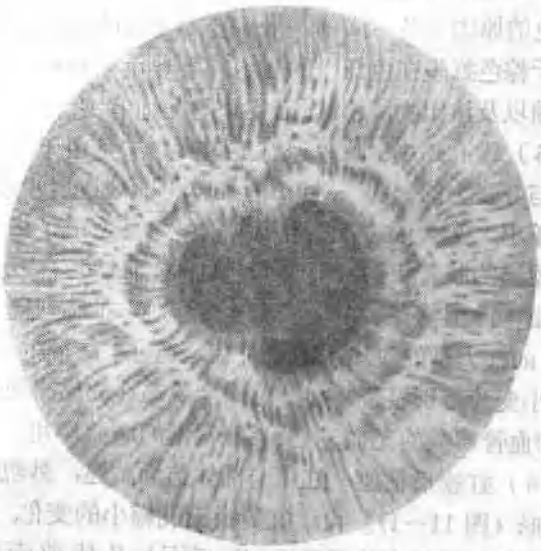
（6）虹膜后粘連　虹膜与晶体前面粘連，外观瞳孔呈不規則形（图 11—1）。由于虹睫炎瞳孔縮小的变化，及虹膜組織渗出的粘性渗出物积聚于虹膜后面与晶体前面的空隙內，而将致粘連起来的結果。虹膜后粘連的結果可以造成瞳孔閉鎖或瞳孔膜閉。

瞳孔閉鎖　虹膜后粘連如果累及整个瞳孔緣的周围，則叫做瞳孔閉鎖。

瞳孔膜閉（图 11—3）　晶体前面的瞳孔部表面全为渗出物的机化組織所盖遮，則称瞳孔膜閉。

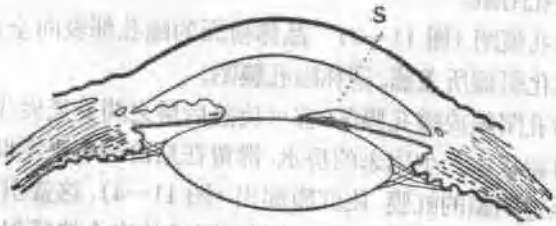
瞳孔閉鎖或瞳孔膜閉，都可使前后房之間交通发生阻隔，結果由睫状体产生出来的房水，滯留在后房的有限空間內，从后面压迫閉鎖的虹膜，使虹膜膨出（图 11—4），这就引起眼压增高，而致继发性青光眼。这样对眼球的安全造成很大的威胁。

病因　虹睫炎的致病原因比較复杂，大体可归納如下：



(放瞳后的瞳孔不规则形态)

图 11—1　瞳孔部虹膜后粘连



虹膜后面与晶状体表面愈着情形

图 11—2　虹膜后粘连的切面观

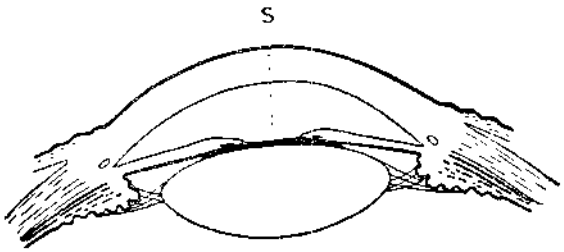
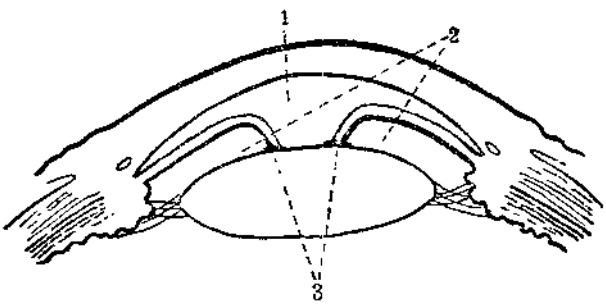


图 11—3　瞳孔膜闭、瞳孔部位滲出物之机化組織



1.前房；2.后房；3.后粘连

图 11—4　虹膜膨胀切面观

1.外伤　眼球的外伤所引起的虹睫炎，叫外伤性虹睫炎。

2.全身疾患　結核、梅毒、风湿、淋病等疾病，其中以結核产生过敏炎症的发病率較高。

3.局部的病灶　齲齿、慢性扁桃体炎、副鼻竇炎及前列腺炎等。

4.眼部邻近組織的炎症　如角膜炎及巩膜炎等。虹膜及睫状体附近的組織有病变，如在角膜及巩膜等有病变較易波

及虹膜及睫状体，引起其发炎，这叫继发性虹睫炎。

5. 病因不明。

治　疗

1. 全身方面　找出病因进行治疗。

（1）对梅毒要驅梅。

对結核要治疗結核。

对局部病灶的，要針对病灶进行治疗。

（2）发热疗法。

（3）水楊酸鈉合剂，能帮助炎症滲出物吸收，尤对有风湿病者更好。

（4）可給維生素，以增加机体抵抗力。

2. 局部方面

（1）散瞳　一个能被阿托品充分散大的瞳孔，是防止虹睫炎并发病最可靠的保証，是良好預后的象征。我們可以說只要瞳孔能被充分散大，就可决定該患眼不至走上失明的末路，一般可用 1% 阿托品点眼。必要时可用强散瞳剂（阿托品、可卡因及腎上腺素等量混合）球結膜下注射。

散瞳的目的：

①使瞳孔括約肌及睫状肌瘫痪，消除眼內肌的痉攣，使虹膜、睫状体得以松弛休息，促使炎症好轉，并減輕疼痛。

②因为瞳孔散开，可以防止瞳孔边緣的虹膜发生后粘連或将已发生之輕度后粘連分开，避免形成瞳孔閉鎖而继发性青光眼。

（2）热敷。

（3）1%狄奧宁液点眼　这可促使局部血液循环，增加抵抗力，并促使炎症緩解和滲出物及早吸收。

（4）0.5%考的松点眼或球結膜下注射，这要同时并用

抗菌素眼药水点眼或球結膜下注射。

（5）顳淺动脉区封閉或行拔火罐，这可減輕疼痛。

（6）前房穿刺术。

（7）对于虹膜膨隆，眼压高（继发性的青光眼）的病例，可行虹膜切除术。

鉴别诊断 急性虹膜炎最易与急性結膜炎和急性充血性青光眼混淆，必須区别；如分辨不清，采取錯誤的甚至截然相反的治疗，可引起严重后果，甚至失明。

第十章 白内障

一、白内障的概念

定义 凡晶状体发生不透明改变，皆称为白内障。

白内障的分类 白内障发生的原因还不十分明了，如单純地按病因来进行分类，显然是有困难的。分类的方法很多。目前常用的如下：

- 白内障
  - 先天性白内障
    - 部分性白内障
    - 完全性白内障
  - 后天性白内障
    - 青年性白内障
    - 老年性白内障
    - 外伤性白内障（因为外伤所致）
    - 并发性白内障（因为眼部或全身疾病所致）

二、老年性白内障

老年性白内障是后天性白内障中最常见的一种，是进行性的，一般都是双侧，仅在发展过程中有迟早的差别，如果病变长期限于一侧，则应想到并发性病变存在的可能性。

关于老年性白内障开始的年龄，一般認为在50岁上下，有的可能要早些。老年性白内障晶状体的渾浊由局部开始而逐渐发展分布于全面，其病程經过一般可分为四期：

1. 初发期　先于晶状体赤道部出现放射或扇形条状渾浊，一般不易发现，只有瞳孔被充分散大时方可发现。底端向外，尖端向瞳孔部位，呈灰白色。

此时在渾浊未达到晶状体中央时，視力不受影响或微受影响。

2. 膨胀未成熟期　初发期继續发展进入此期。此时放射状或扇形条状渾浊已布滿于晶状体的全部，整个晶状体呈不透明的灰白色状态，同时因为水分增加而发生膨胀現象。检查时可見半月形虹膜暗影，因为部分皮质层仍保持相当程度的透明性，这也是白内障未成熟的特征，由于晶状体膨胀，虹膜被推向前方，前房略变为淺。

此时患者的視力已看不見或略隐約可見眼前的手动。

3. 成熟期　膨胀期經过数星期或数月，甚至数年的发展过程，終于进入成熟期，此时主要晶状体渾浊已普及全面，呈灰白色，皮质肿胀一面消退，一面前房恢复其正常的深度，半月形的虹膜暗影已消失。

此时視力完全看不見了，仅能辨别明暗，仅有光覚，无形覚，也无辨認目标的能力。

白內障由初发期到成熟期，需要的时間长短不一，有的需要数月，有的需要数年不等。

4. 过熟期　如果白內障已达成熟期未加摘除，而任其持續至数年，最后达过熟期。此时渾浊的晶状体纖維，将逐漸由分解而溶化，成为糜糊模样的半流质体。另外晶状体继續排出多量水分，体积減小，皺縮，前房随之加深，这是过熟期的特征。

病因　目前学說很多，至今老年性白內障的原因还不明。

治疗　手术（內障摘除术）。

术前的检查　为了保証白內障手术良好的后果起見，应需作詳細的术前检查。

1. 光感的測定　一定要有光感。
2. 色覚的測定　要能辨别紅、綠、蓝色等的能力。
3. 光定位的測定　要求能辨别光覚方向来源的能力。
4. 全身检查　有糖尿病或高血压要先进行治疗。
5. 眼部情况　如有外眼疾患要先治疗。
6. 白內障的成熟程度　最好在成熟期时摘除。

第十一章　青光眼

一、青光眼的概念

青光眼是一种最严重，而且最常見的眼病，主要症状就是眼內压力增高，往往引起难于挽救的失明。

定义　青光眼是眼內压增高下所表現的一切眼部症状的总和。

眼压 眼球內容物，对眼球壁所施的压力，叫做眼压。

正常的眼球經常保持一定的紧张度，为保証眼球的生理机能，眼压經常总是保持一定的范围。

我国正常人的眼压，据上海1955年的报告为13.2—27.1毫米汞柱，平均約为21.1毫米汞柱，这是用蜀茲氏眼压計測量。

測量正常眼压，早晚时間不一，早晨略高，晚上略低。但一昼夜間的波动不能超过5毫米汞柱。

眼球內容物的增減直接影响眼压的升降。而內容物方面，主要以流动眼內液（房水）对于眼內压变化的影响，比較显著易見。

青光眼的分类 目前我国常用的分类方法：

青光眼
- 原发性青光眼
  - 急性充血性青光眼
  - 慢性充血性青光眼
  - 单純性青光眼
- 继发性青光眼——因为其他眼病继发而引起的，如虹睫炎
- 先天性青光眼

病因 关于青光眼的原因，我們对于继发性者已經有所了解，继发性青光眼，由于眼睛先患有眼病，而后引起眼压增高，这常发生在一眼，是一种由眼局部病变所形成的后果。但对于原发性者，原发性青光眼直到目前仍不知。

原发性青光眼有三个基本特征

1. 眼压增高。
2. 視机能減退 視力減退。
3. 視神經乳头凹陷。

二、急性充血性青光眼

急性充血性青光眼女性患者較多，患者大部分为中年人，最低年龄一般为35岁，最高年龄为70岁。也有例外，但很少見。按病程发展可分为三期：

1. 前驅期

（1）自覚症状

①头部及眶周围有輕微鈍痛。

②視力減退，有云雾感。

③夜晚看灯，在灯光周围有虹彩色环。

（2）检查时（体征）

①輕度睫状充血。

②角膜发晴，有輕度水肿，呈蒸气状渾浊。

③前房稍变淺。

④瞳孔略大，对光反射稍迟鈍。

⑤眼压增高。

总的来說，其自覚症状和他覚症状都很輕微，发作时間也很短，通常在1—2小时或数小时后症状完全消退，眼球便恢复正常状态。此后不断地反复发作，而且发作的时間延长，每次发病的距离愈近，症状逐漸地严重，以至急性发作期。但是也有少数患者，并不經过前驅期，而直接从急性发作期开始。

在前驅期，每次发作之后，調节机能便逐漸減退，而发生早年老視現象。通常前驅期的发作多半是由于睡眠不足，情緒激动，或过度疲劳所引起；并且因为眼压早晚增高，所以，在早晨和晚間更容易引起发作。在晚間发作的，一般都認为

是由于劳累过度所致，而且就床睡觉或休息时，一切症状可以完全消失。因此就更令患者忽略，不感觉患有这种严重的眼病。

于是耽误治疗而失明，如果在这时期发現为青光眼，立刻作有效的治疗，或可挽救患者失明的危险。

2. 急性发作期

有的患者可不經过前驅期而直接从急性发作期开始。多由某种精神因素所引起，与情緒波动有关。

（1）自覚症状

①視力驟然极度減退，有时可仅有光感，甚至有时連光感也不准确。

②眼球高度胀痛，所致引起剧烈的偏头痛。

③患者情緒不好，坐立不安。

④有恶心、呕吐、食欲減退。

⑤有时可体溫增高，脉搏增快等全身症状。

（2）检查时（体征）

①眼瞼肿胀。

②球結膜高度充血水肿。該充血为睫状充血或混合性充血。

③角膜有高度水肿而呈云雾状渾浊，似玻璃上有气一样，角膜知覚也因水肿而消退。

④前房淺，甚而渾浊。

⑤虹膜充血，失去光泽。

⑥瞳孔呈椭圓形放大，对光反射消失。

⑦眼压增高，常达 50 毫米汞柱，甚高达 80 毫米汞柱。

⑧无法检查眼底。

急性发作 24 小时，少数病例可以完全失明，但多数患者

可以持继数日或2—3星期之久，以后症状逐渐减退，視力也逐渐恢复，但不能恢复至原来程度。以后常有发作或轉入慢性充血性期。

3.絕对期　这一时期为原发性青光眼的最后阶段，此时視力完全消失，这也是致盲之最終結果，此时一切炎性症状几乎消退。

（1）自覚症状

①看不見，視力消失，仅有光感或无光感。

②眼球可无疼痛，或仅有陣发性疼痛，或經常有眼胀、头痛。久之眼球变小萎縮。

（2）检查时（体征）

①角膜灰暗，或退变浊渾，知覚減退，可有血管翳。

②前房变淺。

③虹膜萎縮，瞳孔散大，对光反射消失，呈青綠色反光。

④晶状体可渾浊，呈继发性白内障。

⑤眼压增高，眼球坚硬如石。

⑥眼底可見視神經乳头苍白和深度青光眼凹陷。

⑦眼球逐渐可以萎縮。

病因　不明。

治　疗

1.局部治疗

（1）縮瞳　1—2%毛果芸香碱（匹罗卡品）液。0.25—0.5%毒扁豆碱（依色林）液。

以上二个可以同时交替应用，要多点，每10分钟点一次，每晚睡前可用2%匹罗卡品葯膏涂眼一次。

縮瞳的作用　在于收縮瞳孔括約肌而牵引虹膜离开角膜后壁，从而使前房角通暢，以利于房水循环；并增加虹膜吸收

房水的面积（当瞳孔收縮时，虹膜向中心拉紧，使处在虹膜周围部分的前房角間隙扩大，房水得以暢通流出，通过巩膜靜脉竇而进入循环，流水量增加的結果，眼压可以迅速降低）。

（2）球后封閉　用0.5—1%奴夫卡因2毫升。加1滴0.1%腎上腺素。

2. 全身治疗

（1）醋唑磺胺(代馬氏)250—500毫克，2/日。

这可以抑制或減少房水的产生，使減低眼压，另外这药还可以利尿。

（2）高渗疗法　助眼內水分吸收。

①50%葡萄糖溶液60毫升，靜注，1/日。

②一般可用30%尿素溶解在10%葡萄糖內，每分钟3—4毫升速度，作靜脉点滴。

③50%甘油100—120毫升，口服，1/日。

（3）給鎮靜剂，如魯米那或冬眠灵，另外使患者延长睡眠时間。

（4）精神安慰。

（5）控制飲水量，不能飲咖啡、吸烟等。

3. 手术治疗　抗青光眼虹膜切除术。对于絕对期青光眼，用药物治疗往往是无效的。要是沒有疼痛及眼胀的症状，无需治疗，听其自然。若經常有疼痛、眼胀及其他症状，可行睫状体电凝固术，这主要是破坏睫状体的机能，使房水产量減少，以降眼压。若仍不能解除其疼痛，而疼痛經常又很剧烈时，也可考虑施行眼球摘除术。

第十二章　眼外伤

一、总　论

眼外伤无論在平时或战时，在眼病中均占很重要地位。严重的眼外伤常常导致失明，有时伤时很重不給人留以絲毫搶救的机会。較輕的眼外伤会因处理不当而残留严重的視力障碍，影响生产和劳动。因此，从"**一切为了人民健康**"出发，我們应积极宣传預防眼外伤的发生，一旦发生要及时給予适时正确的处理，以保护广大工农群众和劳动人民的視力。

眼外伤的临床和病理特点

1. 眼球本身其結构較脆弱而复杂，因此决定了它对外伤的特殊反应及随之而来的严重后果。

2. 眼球不仅有含丰富血管的葡萄膜，又有无血管透明組織的角膜，这就为細菌生长提供了有利条件，使大部分穿孔伤的眼球受到細菌感染的威胁。

3. 伤后，不仅伤眼本身有上述可能发生，而且又有可能影响健眼，发生交感性眼炎威胁健眼的安全。

4. 在帝国主义者及現代社会帝国主义者很可能首先应用原子武器的近代战爭中，眼外伤常与周身重要器官損伤同时发生，因而在搶救中常忽略了对眼外伤的处理，当发現时已失去最好搶救时机，这点应特别提起注意。

眼外伤的分类　一般分为机械性外伤与非机械性外伤两类。

1. 机械性外伤　又因損伤性质不同分为鈍器伤与鋭器伤。

鈍器伤　一般只造成震蕩伤。力量稍猛可造成挫伤。少数更猛者可造成裂伤。

鋭器伤　多数造成穿孔伤而有組織缺損或眼內容物外溢，或带进异物、細菌而感染。

2. 非机械性外伤　有燙伤、化学烧伤或放射綫損伤。

眼外伤的一般处理原則　眼外伤对視力威胁很大。一般临床所見外伤者，除儿童因誤伤外，絕大多数为生产第一綫的工人和貧下中农，在战时前綫战場的士兵，因此，对眼外伤的处理是否采取积极态度不仅仅是技术問題，这里面包含着一个根本的"感情"問題，另一方面也有由于医生不負責任或不敢負責任，对一些严重的穿孔伤不做任何处理即予轉院，有的患者經长途轉送，貽誤治疗，及到达目的，伤眼已完全化脓造成残废，給工农兵带来很大損失。我們应从中吸取深刻教訓。

1. 穿孔性外伤

（1）首先要閉合伤口，即需縫合。若創口中嵌有异物、組織，应于縫合时取除或剪除。

（2）要預防感染，点用抗菌素及結膜下注射抗菌素或全身应用抗菌素。

（3）患眼保持安靜、止痛，避免与外界接触，带无菌眼垫包扎。

（4）如疑有金屬异物进入眼球，則应用X光拍片确診。

2. 非穿孔性外伤　保持安靜、止痛、預防眼內出血，如有表皮擦伤防止感染。

二、結膜或角膜异物

在生产劳动或日常生活中可能有小块异物如鉄屑、砂石、

尘土、煤渣等物落入眼内附着于結膜或角膜表面的任何部位。

临床表现及诊断

1. 自覚症状　异物感、疼痛、羞明、流泪。

2. 检查时眼球外部可見有小异物，結膜异物有时藏在上瞼結膜內面，必須翻轉上瞼才能找到。

3. 球結膜有不同程度的充血。

治　疗

1. 先滴用0.5—1%地卡因于伤眼內2—3次，然后用以生理盐水棉棍将异物擦去。

2. 如擦不掉，可以用消毒的异物針或注射器針头将异物挑出。

3. 挑出后应点用抗菌素眼葯水或眼葯膏，必要时患眼包扎一天。

三、机械性外伤

(一)眼球非穿孔伤(鈍器伤)　鈍器伤主要是較大而鈍的物体，如金屬片、矿石块、工具、土块及石块等其他鈍器，冲撞到眼部所致，由于物体的大小、形状及鈍力强度及所涉及的部位不同，所引起的損害也各异，临床表現差异也很大，在眼部可以发生下列变化：

1. 眼瞼皮肤水肿、皮下瘀斑、擦伤。

2. 球結膜出血、水肿、撕裂。

3. 角膜上皮擦伤、角膜粗糙不平、有条状或片状上皮剝脫(用2%螢光素染色很清楚)，稍重时，角膜实质层呈渾浊及前后弹力层皺褶。

4. 前房积血，为鈍力伤致使虹膜根部血管破裂，血液积

存于前房內，可以出現視力障碍，积血布滿前房視力可以丧失。

5. 外伤性散瞳　由于瞳孔括約肌麻痹或断裂所致，一般不易恢复。

6. 晶状体渾浊、部分或完全脫位。

7. 玻璃体积血。

8. 眼底的改变　視网膜震蕩、水肿、出血等。

9. 眼压增高，引起外伤性青光眼。

以上几种改变，鈍力伤中較多見，可以单一症状出現，也可同时几种症状出現。

治疗　由于鈍器伤在眼部发生不同的临床表現，因此其治疗，按不同的临床表現給予不同的治疗，总的原則是安靜、止痛、防止眼內出血，以防感染。

1. 上皮擦伤治疗很簡单，局部消炎、点涂抗菌素眼葯水及眼葯膏、无菌眼垫包扎，必要时可球結膜下注射或全身应用抗菌素，一般經过 24 小时以后，上皮修复。

2. 前房积血，則让病人取半臥位，安靜休养，伤眼先冷敷一天，后改为热敷，另外可用高滲葡萄糖液靜脉注射，及維生素丙，促进积血的吸收，一般可以完全吸收。

3. 对于晶状体渾浊，形成完全性白內障，丧失視力，可以行內障摘除。若晶状体脫位，听其自然，有出現青光眼症状除用降眼压葯物外，并考虑手术。

4. 玻璃体积血，病人安靜臥床休息。眼部先冷敷后改为热敷。另外同时用高滲葡萄糖靜脉注射及維生素丙，对于輕者可以吸收，重者玻璃体积血，經过保守治疗无效，視力丧失，可以考虑行玻璃体置換术。

(二)眼球穿孔伤（鋭器伤）　鋭器伤常因尖鋭的物体，如

鉄絲、鉄釘、錐子、树枝、剪刀、鉄片等，刺伤或崩伤眼球，而形成眼球穿孔伤，甚至眼球破裂伤。眼內容物有脫出的危险，并常有金屬性异物进入眼球內，尤其是开山等爆炸致伤者，更常有球內异物，易发生感染。穿孔伤对眼及視力的威胁很大，造成不良后果。

临床表現 由于物体的大小、形状及外力作用，所涉及的部位不同，所致的眼部損害也不一，可以发生如下变化：

1. 自覚症状 有不同程度的疼痛、視力障碍或完全丧失視力，羞明及流泪等。

2. 在結膜、角膜及巩膜之不同部位，可发現有創口，若作用力大，伤口大者，穿孔处可有內容物（葡萄膜、晶状体及玻璃体）脫出，眼球变形，甚塌陷。

3. 可能有异物进入。

4. 也有鈍器伤的表現，如前房积血及玻璃体积血等。

治疗 应立即搶救，在检查时，要詳細、操作要輕，不能給眼球任何压力，以免因穿孔过大，由于检查加压造成眼內容物大量溢出。

1. 創口的处理 除去眼表面可以除去的异物，一般不易冲洗，如創口小、无內容物脫出、对合良好，可不必縫合。如創口大，即要縫合，同时有內容物脫出，应将脫出的內容物剪除即行縫合，眼部包扎。

2. 預防感染 伤眼点用眼葯水及眼葯膏，还用散瞳剂扩瞳，必要时球結膜下及全身应用抗菌素。

3. 肌注破伤风抗毒素。

4. 对于疑有眼球內金屬异物，必要借助于X光拍片，确診定位后，尽早手术异物取除。

5. 对于眼球穿孔过大、內容物大量溢出、眼球塌陷时，視

力完全丧失，沒有保留眼球的必要，可行眼球摘除术。

6.在治疗过程中，万一有眼球内脓炎，經抗菌素治疗无效，視力无法恢复者，可行眼内容剜除术。

在治疗伤眼中，同时要随时注意检查健眼，以防交感性眼炎。

四、非机械性外伤

(一)烧伤 各种物质的热能、溶化的金屬、沸水、沸油濺入眼內均可引起燙伤。燙伤可发生在眼瞼、角膜等眼球組織上。

临床表現

1.眼部极痛、怕光、流泪、視力障碍，甚完全看不見、不敢睜眼等自覚症状。

2.輕度眼瞼及結膜燙伤，仅表現紅、肿；重者在瞼結膜与球結膜間，由于坏死組織脱落，結締組織增生，使致眼瞼与眼球粘連叫瞼球粘連。

3.輕度的角膜燙伤（仅在角膜上皮受損），則角膜呈白色（纖維蛋白膜），一般在24小时內很快自行脱落而被透明組織所代替，不影响視力。重者角膜燙伤（角膜深层受損），角膜組織坏死而变白，結締組織增生，形成不透明的角膜白斑，影响視力，甚完全丧失視力。

治 疗

1.輕度燙伤一般有自愈趋向，除局部点涂消炎眼葯水及眼葯膏外，可点用魚肝油，无需特殊处理。一般不留瘢痕，預后良好。

2.重者燙伤，除点涂上述葯物外，可用自家血0.5毫升球結膜下注射，可促进坏死組織修复。另外还需散瞳，热敷。

3. 安靜休息，止痛。

(二)化学性烧伤

主要是化学物质直接与眼球接触，如酸性（硫酸、盐酸及硝酸等）及碱性（石灰、氨水等）溅入眼内引起的眼部改变，即为化学烧伤。

酸性烧伤，常局限性，因酸性对組織的損害主要是炭化，酸性烧伤能形成干燥性硬痂，硬痂脱落后，便露出瘢痕組織。所有变化，仅局限于与酸性药物发生接触而烧伤的部位。但碱性烧伤，常不是局限性，波及广泛与深入，因碱性物质有侵触組織向深处滲透蔓延引起一系列眼内及周围組織的继发性改变，因此碱性烧伤比酸性烧伤更为严重，是化学烧伤中最严重的，特别注意在对于碱性烧伤，不要以为当时从外观不严重的情况为滿足，从而松懈了治疗措施的积极性。

化学烧伤对于眼組織的損害程度决定于以下几种因素：

1. 致伤物质的浓度，其中气体作用較輕，固体較重，而液体界于气体与固体两者之間。

2. 致伤物质与眼組織的接触时間，时間愈短，破坏作用愈小，时間愈长，則破坏作用愈大。

3. 致伤物质的物理性能，即其化学稳定性和溶解性。物理性能决定致伤物质对被侵入的眼組織（角膜）的透入程度，这些物质与眼組織之間的化学反应，以及对眼組織所产生的破坏作用。

治　疗

1. 对于化学性烧伤需急救处理，任何化学烧伤，首先是尽早和彻底进行急救冲洗伤眼，且須做到分秒必爭，用最快速的方法，就地利用一切可能利用的清水向伤眼冲洗，直至洗出所有侵入結膜囊內的化学物质，如是固体还可用鑷子取出。

2. 在有条件的情况下，可用药物冲洗，使其与酸或碱中和。酸性烧伤，可用2%碳酸氢钠或0.5%氢氧化钾冲洗；碱性烧伤，可用1—3%硼酸水或1—2%醋酸水、1%乳酸或10%鞣酸冲洗。对于未知化学物质的性质，就用生理盐水或蒸馏水。

3. 結膜下注射酸性或碱性药物，使其中和。酸性烧伤可注20%磺胺嘧啶鈉（碱性药）；碱性烧伤可注抗坏血酸即維生素丙（酸性药）。

4. 結膜下注射自家血，可促进坏死組織修复。

5. 局部涂用大量抗菌素眼药膏，以防睑球粘連。

6. 防止感染，点用消炎药水及激素，必要时全身应用抗菌素。

7. 大力散瞳。

8. 碱烧伤严重时可及时行前房穿刺术。

五、眼外伤的预防教育

由上所述，明显看出眼外伤可以影响視力，甚至导致失明，影响劳动和生产，影响社会主义建設，为了保护广大工农兵和劳动人民的視力，**"一切为了人民健康"**出发，为了作到**"预防为主"**杜絕眼外伤，我們应积极宣传预防眼外伤的发生。

眼外伤以工农为主，而学生及幼童也占相当大的比重，因此眼外伤的预防工作，显然必須以工农、学生和儿童为重点对象。要作到**"卫生工作与群众运动相结合"**主要是防止致病原因和作好防护工作。

1. 应改善生产設备、进行安全教育和加强个人防护三方面着手。从事易伤眼睛的生产时，应戴保护眼鏡，以保安全。

2. 加强卫生工作的宣传，加强对儿童的教育和监督作用，禁止儿童玩弄銳利的玩具，更不要玩弄刀、剪、錐等銳利物品。

耳　部

第一章　耳的解剖

耳的应用解剖

耳部由外耳、中耳、內耳三部分組成。分述如下：

一、外　耳

外耳包括耳廓及外耳道。耳廓由于突出头部的兩側，皮肤菲薄，皮下組織量少、血管位置淺表，易发生冻疮。外耳道由軟骨部和骨部所組成。是一个弯曲的管道，其方向先是向內上后，再向內下前，为此在检查耳鼓膜时須将耳廓拉向后上，使弯曲外耳道变直才能观察清楚。外耳道軟骨部皮肤有多数毛囊和皮脂腺，受感染后可发生外耳道癤。外耳道皮下組織很少，皮肤和軟骨附着密切，因此当該处出現炎症时疼痛剧烈。

外耳血管、神經和淋巴供应：

外耳的动脉由頸外动脉的顳淺动脉和頷內动脉所供給。外耳靜脉流入頸外靜脉、頷內靜脉和翼靜脉丛。外耳的神經由下頷神經的耳顳支，来自頸丛的耳大和枕小神經，面神經的耳后支和迷走神經的耳支所供应。外耳淋巴流入耳部周圍的淋巴結。

二、中　耳

中耳由鼓膜、鼓室、耳咽管（咽鼓管）、乳突所組成。

鼓膜 为椭圓形半透明膜，界于外耳道和中耳之間。为三层所組成：外层为复层鱗狀上皮，和外耳道上皮相連貫。中层为纖維层。內层为粘膜，与鼓室粘膜相連貫。

耳鏡检查时可发現正常鼓膜有下列标志（图4甲）：

1. 錘骨短突 为黃白色小突起，位于鼓膜前上部。

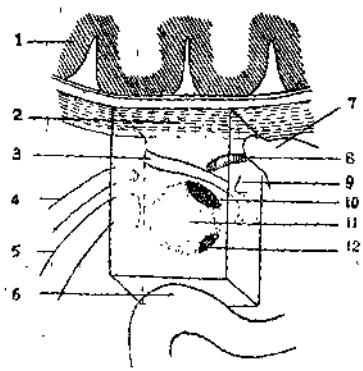
2. 錘骨柄 附丽于鼓膜纖維层和粘膜层之間，为鼓膜上黃白色棒狀突起。由錘骨短突起向下向后延展，止于鼓膜中心部。

3. 光錐 位于鼓膜前下方，呈三角形光亮区。

4. 鼓膜前后皺襞 由錘骨短突向前后伸展而成。

位于短突和前后皺襞以上的为鼓膜松弛部。位于其下者为鼓膜紧张部。

鼓室 为含气空腔。有六个壁，象縮小的火柴盒藏在顳骨之中（图1）。內含有三个听骨和两个鼓室肌。



1. 大腦顳叶　2. 鼓室盖　3. 面神经管　4. 鼓膜张肌管
5. 耳咽管　6. 頸靜脉球　7. 鼓竇入口　8. 外半規管
9. 錐隆起　10. 前庭窗　11. 鼓岬　12. 蜗窗

图1　鼓室各壁

1. 外壁　大部为鼓膜所封閉。临床耳鏡检查时只能看到此壁。

2. 上壁　即顱中凹底部。鼓室和顱中凹之間仅有薄骨片相隔，中耳炎症可能通过此壁侵入顱內。

3. 底部　骨质較厚。下部与頸靜脉孔及頸动脉管相邻。

4. 前壁　有耳咽管开口与鼻咽部相通。其上有鼓膜张肌管。

5. 后壁　經鼓竇入口和乳突相通。其下有骨小突起叫錐隆起，有鐙骨肌附丽之。

6. 內壁　系內耳外側壁。由上而下有下列机构：（1）外半規管突起。（2）面神經管。（3）前庭窗，为椭圓形窗孔，鐙骨底部連接于此。（4）鼓岬，为耳蝸底部所构成。（5）蝸窗。

听骨有三个：錘骨、砧骨和鐙骨。錘骨柄附丽于鼓膜紙維层和粘膜之間，鐙骨底和前庭窗相連接，砧骨界于錘骨和鐙骨之間。这种連接可使外界音波引起鼓膜振动，經由听骨传向前庭窗。

鼓室肌有二个　鼓膜张肌和鐙骨肌。

鼓膜张肌位于鼓室前壁鼓膜张肌管中，附丽于錘骨柄上部內面，由三叉神經支配，收縮时可使鼓膜处于紧张状态。

鐙骨肌起于鼓室后壁錐隆起，附丽于鐙骨頸处，由面神經支配，收縮时可使鐙骨底部移向鼓室。

耳咽管　为鼓室和鼻咽部通連的小管道。內三分之二为軟骨部，外三分之一为骨部。管內为柱状纖毛上皮所覆盖和鼻咽部、鼓室粘膜相連續。

耳咽管在生理条件下起到两大作用

1. 是当吞咽或呵欠时耳咽管开放，空气可由鼻咽部經耳咽管到鼓室，保持鼓膜內外压力均衡，以便維持正常听力作

用。

2. 中耳系統新陈代謝产物可通过耳咽管毛上皮运輸經耳咽管內口排泄出去。如果耳咽管由于某种原因不能暢通則发生卡他性中耳炎。

耳咽管通連于鼻咽部和鼓室之間，是鼓室与外界交通的唯一途径。为此，传染可經由鼻咽部通过耳咽管到达鼓室引起中耳炎症。經耳咽管的传染是急性中耳炎发生的主要传染經路。特别是小孩的耳咽管短、粗大、水平位是造成小孩中耳炎多的重要因素之一。

乳突　和鼓室一样为含气空腔。由三部分組成：鼓竇入口、鼓竇和乳突小房。鼓竇入口和鼓室相通連。鼓竇界于鼓竇入口和乳突小房之間，把乳突小房和鼓室連接起来。乳突小房为多数空泡样小房，互相通連，并与鼓竇相通，間接和鼓室相通。乳突小房粘膜和鼓竇粘膜以及鼓室粘膜都是連續一致的，因此鼓室炎症可直接通到鼓竇和乳突小房。乳突的发育可为三类：气化型；乳突小房比較丰富。松质型；乳突小房較少。硬化型；乳突沒有乳突小房。

中耳神經

1. 面神經　面神經离开桥脑下緣，偕同听神經进入內听道。在前庭和耳蝸之間到达膨大部即膝状神經节。再急轉向后微向下，經鼓室內壁，在前庭窗上方，到达鼓室后壁，这段叫面神經水平段。自鼓室后壁錐隆起稍后往下到茎乳孔，为面神經垂直段。面神經出茎乳孔后分五枝，分布于面部的肌肉。

2. 鼓丛　由舌咽神經鼓室支和頸动脉交感丛的岩深支所組成，位于鼓岬表面。司鼓室、耳咽管和鼓突小房粘膜感覚。

中耳血循环　中耳动脉血液供給来自頷內动脉鼓室枝，

耳后动脉茎乳枝；颈内动脉鼓室枝和脑膜中动脉分枝。静脉流入岩上窦和翼静脉丛。

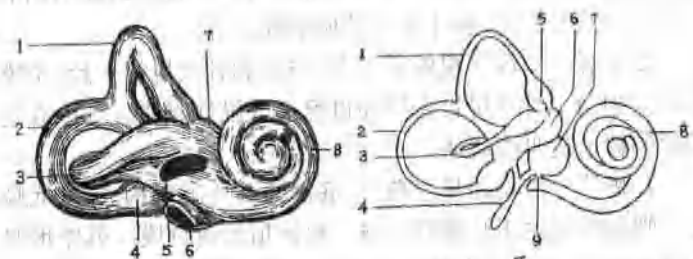
三、内　耳

内耳分骨迷路和膜迷路两部分。骨迷路系颞骨岩部的骨性间隙。膜迷路为膜管、膜囊藏于骨迷路之中。骨迷路和膜迷路之间含有外淋巴液。膜迷路内部含有内淋巴液。

骨迷路　有前庭、半规管和耳蜗，三者相互通连（图2）。

1. 前庭　位居耳蜗之后，半规管之前。外壁正是鼓室内壁，有前庭窗开口。内壁为内听道底部。前庭内部有两个骨凹，前方为圆隐凹，后方为椭圆隐凹。后壁有三个半规管的五个开口通入。

2. 半规管　半规管有三个。外半规管、上半规管和后半规管。每半规管一端膨大为壶腹。上半规管和后半规管没有壶腹的一端合而为一通入前庭，所以三个半规管只有五个孔



甲、骨迷路　1. 上半规管　2. 后半规管　3. 外半规管　4. 后半规管壶腹　5. 前庭窗　6. 蜗窗　7. 前庭　8. 耳蜗

乙、膜迷路　1. 上半规管　2. 后半规管　3. 外半规管　4. 内淋巴导管　5. 上半规管壶腹　6. 椭圆囊　7. 球状囊　8. 蜗管　9. 连合管

图2　骨迷路及膜迷路

通入前庭。

3. 耳蝸　为螺旋样骨管，共旋繞两周半。从蝸底到尖部有蝸軸。从蝸軸有薄骨片伸入耳蝸管內叫骨螺旋板，將耳蝸管分为两部：上方为前庭阶，下方为鼓阶，两者在尖端互相通連。鼓阶末端与蝸窗相接。前庭阶的起点有前庭窗。在耳蝸基底部有耳蝸导水管，与蜘蛛膜下腔相通連，为此中耳或顱腔內某一方有炎症疾患时可以通过耳蝸导水管互相传染。例如脑膜炎时可引起內耳炎，化膿性內耳炎又能引起脑膜炎。

膜迷路　有椭圓囊、球状囊、半規管和蝸管（图2）。

1. 椭圓囊　位于前庭椭圓凹內，有膜半規管五个开口与之相通。有由神經上皮所組成的椭圓囊斑，其表面附着含有耳石的胶质体。

2. 球状囊　位于球囊凹內。有由神經上皮所組成的球状囊斑，其表面附着含有石灰顆粒（耳石）的胶质体。球状囊和椭圓囊各伸出一管合并成为內淋巴导管，伸展到顱后凹形成囊状叫內淋巴囊，終于顱后凹硬脑膜之外。

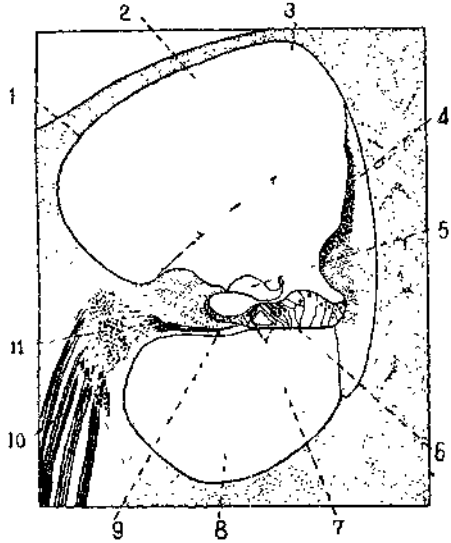
3. 半規管　膜半規管有三个，形状和骨半規管一致，系膜性管。相当于骨半規管壺腹处也增大成膜性壺腹。其中有突起的神經上皮叫壺腹嵴。

4. 蝸管　横切面呈三角形。底部为基底膜所构成，基底膜起于螺旋板附丽于耳蝸外側壁。蝸管頂为前庭膜。外壁增厚为螺旋韌带，其上部血管丰富为血管紋。蝸管頂部形成盲管。基底膜上有柯替氏器，为听覚收受器，第八对脑神經耳蝸枝分布于此处（图3）。

內耳血管、神經供应：

內耳血循环　內耳的动脉由基底动脉的分枝和耳后动脉茎乳枝供給。靜脉为內听靜脉，流入岩下竇或横竇。

听神經　听神經在桥脑和延髓間离开后脑，偕同面神經进入内听道，在内听道内分耳蝸和前庭两枝。耳蝸支穿入蝸軸形成螺旋神經节，再穿过螺旋板止于柯替氏器。前庭支在内听道内形成前庭神經节，終于半規管壺腹嵴、球囊斑和椭圓囊斑。



1. 前庭膜　2. 前庭阶　3. 蝸管　4. 血管纹
5. 复膜　6. 基底膜　7. 柯替氏器　8. 鼓阶
9. 骨螺旋板　10. 蝸神经　11. 螺旋神经节

图3　耳　蝸

第二章　耳部疾病

第一节　耵聍栓塞

耵聍为外耳道軟骨部耵聍腺所分泌。原系粘稠液体附着

于外耳道皮肤表面，干燥后形成片状。通常受下颌关节运动影响而脱落，經由外耳道入口向外排出。由于某种因素致使耵聍腺分泌过多，例如外耳道皮肤炎或异物的刺激。由于某种因素防碍耵聍向外排出，例如外耳道狭窄。此时耵聍在外耳道堆积和外耳道脱落上皮以及尘埃混合而成耵聍結块，造成栓塞。

症状 視耵聍結块的大小，堵塞情况而定。外耳道全部堵塞者，有耳听力減退、耳鳴和耳充塞感。不全堵塞者症状不明显。有者由于耵聍結块压迫外耳道壁，迷走神經受刺激而出現刺激性咳嗽。有者由于耵聍結块压迫鼓膜出現耳痛和眩暈状。有者由于游泳或洗臉时，水进入外耳道，致使耵聍块膨胀，刺激皮肤发生炎症出現耳痛。

诊断 外耳道内为黑褐色块状物所充塞。有者軟象軟糖，有者坚硬象石块。外耳道发生炎症者，可見皮肤紅肿，或有脓液溢出。患側为传导性耳聋。

治疗 将耵聍栓塞由外耳道取出之。

作为人民医生，必須遵照伟大領袖毛主席"**全心全意地为人民服务**"的教导，爭取一次給病人解除痛苦。特别在农村，病人大都是儿童，成年人要带領来治疗，如果不能及时解决問題，势必影响抓革命促生产。为此，医生必須遵照毛主席的教导作好病人的思想工作，增强病人战胜疾病的信心，以及和医生充分合作的思想准备。医生必須按毛主席教导树立"**完全**"、"**彻底**"为阶級弟兄解决疾苦的坚强意志，細致熟練地操作，全部取出之。

用弯镊子取栓塞較为困难，且不易成功。多用小鈎取出之（粗縫針在火上把針尖燒紅，用血管鉗子将針尖弯成一毫米长的直角鈎即可。鈎毛綫鈎針亦可試用）。方法是将小鈎順

外耳道壁送到耵聍与耳道空隙最大处，然后将鈎轉向耵聍側，使鈎鈎入耵聍块慢慢拉出。向外拉时边拉边用力，将鈎压在栓塞上以免滑脫。在向外取出时要特别注意鈎的滑脫，否則造成外耳道皮肤損伤，甚至带来皮肤感染。耵聍栓塞取出后用75%酒精全部清擦外耳道皮肤。个别病例由于栓塞太硬或与外耳道粘連密切，可向耳道內滴入飽和重碳酸鈉液或豆油，三天后再取之。

第二节　外耳道异物

原因　进入外耳道异物是多种多样的。植物类者：如豆粒、麦粒、米粒、草茎、棉花等。动物类者：如蚊、蝇、小甲虫等。非生物类：如小珠子、小鈕扣、滾珠、小石子等。一般都是一时不慎将各式各样小物品放入耳內。动物类多半在夜里自己爬到耳內。外耳道异物常見于儿童。

症状　視异物大小和类别而定。小而无刺激性异物往往可长期存在而无感覚。异物大者可发生堵塞症状。如听力下降、耳痛、反射性咳嗽等。如昆虫类入耳爬行騷动可致患者惶恐不安。外耳道异物亦有者发生外耳道急性或慢性炎症。

治疗　活着的小动物应立即滴入酒精或其他麻醉葯物，杀死后将其取出。弯鑷子可順利完成此項任务。块状、光滑异物不适于用弯鑷子挾出，因为愈挾异物可能愈向內移，一般用小鈎取出之（和取耵聍栓塞一样）。异物吸收水份膨胀者可滴入95%酒精，俟其縮小后再取出之。极个别病例异物嵌頓于外耳道內不易取出者，可在耳后切口，分离外耳道軟骨部，然后取出之。取异物操作一般在无麻醉条件下进行。如果經过作思想工作，病孩依然不合作或异物嵌頓很紧，患者痛苦异

常时，可在全麻下进行之。

第三节　外耳道疖

病因　外耳道癤发生在外耳道軟骨部。为毛囊或耵聍腺受葡萄球菌传染而致。病人自己挖耳损伤皮肤发生感染为主要致病因素。几乎絕大部分外耳道癤都由于挖耳损伤而造成。为了預防外耳道癤的发生，必須向广大革命群众作好卫生宣传工作，严禁自行挖耳。其他因素，如化脓性中耳炎脓性分泌物感染外耳道皮肤而致。或在游泳时外耳道有水侵入，使表皮軟化，易为細菌侵袭发生癤肿。

症状　耳痛为主要症状，日漸加剧，甚至痛不可忍。咀嚼时尤甚。痛經常反射到半头部，使患者夜不能眠。癤肿5—6天后成熟破溃流出粘稠脓液，痛状減輕。

检查　外耳道軟骨部有限局性癤肿。以探針触之甚感疼痛。有耳廓牵引痛和耳屏压痛。若癤肿已破，检查时痛状減輕。癤肿破头，有黄色稠脓流出。

诊断　就以上症状和检查可作出診断。伟大領袖毛主席教导我們說："**研究问题、忌带主观性、片面性和表面性。**"为此外耳道癤須与急性化脓性中耳炎、急性乳突炎相鑒别。咀嚼时痛、耳屏压痛，耳廓牵引痛出現在外耳道癤。而急性中耳炎或急性乳突炎一般无此症状。脓汁方面，耳癤为稠厚性不含粘液。急性化脓性中耳炎和因其而所致之急性乳突炎，脓的性质常为粘脓性。由慢性化脓性中耳炎所致之急性乳突炎經常为純脓性。在压痛方面，急性乳突炎乳突处有压痛，而外耳道癤乳突处无压痛。

治疗　耳痛是外耳道癤最突出的症状，也是造成病患极

大痛苦的最主要因素。作为人民医生必須給予最大的重視，設法給予解决。可給一般止痛藥物。可用新針疗法，取穴医风、外关，起止痛、消炎作用。必要时給嗎啡类藥物。局部給热敷，促使炎症局限和消退。癤肿未成熟前，外耳道用75%酒精清擦后，可放入1—2%石碳酸甘油棉棒或紗布条，起消炎、止痛作用。癤肿破潰后，要經常反复清除脓汁，并經常用75%酒精清擦外耳道皮肤，以免毛囊或耵聍腺重新感染发生新耳癤。一般不給磺胺藥物或抗菌素。如果炎症較重，引起耳前或耳后肿胀者可給予之。

第四节　急性化脓性中耳炎

原因　急性化脓性中耳炎为化脓菌（常見鏈球菌、葡萄球菌和肺炎双球菌）侵入鼓室发生炎症而造成。传染經路主要来自耳咽管。极少数由于鼓膜破裂受传染而致。

急性化脓性中耳炎的发生和急性传染病有密切关連，例如猩紅热、麻疹、百日咳、流行性感冒等，这些疾病致使周身抗力降低，細菌毒力增强，并經常伴有上呼吸道炎症。传染經耳咽管到达中耳引起中耳炎。

急性化脓性中耳炎常发生在儿童，一方面由于儿童抵抗力較弱容易发生急性传染病，另一方面儿童耳咽管較粗大、短，位置較平，传染容易通过耳咽管到达鼓室。

急性化脓性中耳炎的发生和上呼吸道炎症有密切关联，例如鼻炎、鼻竇炎、扁桃腺炎等传染可經耳咽管到达鼓室。

症状　耳痛一般較重，疼痛往往放射到同側半头部。咳嗽、噴嚏、吞咽时痛加重，鼓膜穿孔后疼痛減輕。听力減退，为传导性耳聋。鼓膜穿孔后有耳流脓。周身症状有全身不适、

食欲不振、发烧。特别在小儿体温可能高达39°以上，并常有呕吐、腹泻、痉挛、哭闹不安、用手抓耳等症状。

诊断 耳鏡检查可見鼓膜呈現不同程度充血。初期可能只是錘骨柄后緣及鼓膜周边有充血。充血現象加重，范围扩大，可致鼓膜呈弥漫性充血，鼓膜正常标志消失。如炎症得不到控制，鼓膜內进一步有渗出物积留，压力增加，鼓膜后上方膨隆外突，漸漸全鼓膜凸出。由于內部压力增加，鼓膜凸出最明显处发生坏死而产生鼓膜穿孔。有者穿孔很小常易忽略，尤其在儿童耳道狹窄，不易看清。但应按伟大領袖毛主席教导："**对工作的极端的负责任**"的精神，擦淨鼓膜表面脓汁，詳細检查鼓膜表面各部，常发現带有波动的亮点，就是穿孔所在。鼓室脓液随动脉的波动由穿孔处向外排出。急性化脓性中耳炎的脓液常为粘脓状也是一个特点。其他有听力減退，为传导性耳聋。乳突部在急性化脓性中耳炎开始的几天內可能有触痛，但当鼓膜穿孔后此症状逐漸消退。白血球增高。

治　疗

1. 周身疗法　使用磺胺药物或抗菌素。早期予以良好治疗，不但可使急性化脓性中耳炎的病程縮短，提高治愈率，并可減少并发症，減少变为慢性的可能性。耳部疼痛可給止痛剂。

2. 新針疗法　医明、合谷或下关，曲池。

3. 局部疗法　在鼓膜未穿孔前，每天向患耳內滴入1—2%石碳酸甘油，每天3—4次，每次4—5滴，四、五天后停用之。如果症状增加而鼓膜迟迟不穿孔，或鼓膜穿孔太小排脓不暢时，可作鼓膜切开术。鼓膜穿孔以后，局部治疗目的是清除脓液保証排脓通暢。首先将外耳道积脓彻底清擦。外耳道皮肤应以75%酒精消毒。可用无菌小紗布条放入耳內，湿了

再換，如此不断更換，不断引流，可达到治疗目的。鼓膜穿孔后，耳內可滴入0.5%金霉素液。脓期脓液已少，可向耳內吹入1%碘硼粉或合霉素粉。如果流脓停止，鼓膜穿孔愈合，听力較差时可进行耳咽管通气疗法。

第五节　慢性化脓性中耳炎

慢性化脓性中耳炎是常見多发病，給劳动人民带来很多痛苦。如发生严重并发症，甚致可影响阶級兄弟的生命。作为人民医生，必須站在毛主席的无产阶級卫生医疗路綫上，千方百計設法为劳动人民解除痛苦。伟大領袖毛主席在光輝"六·二六"指示中指出："**工作中把大量的人力物力放在研究高难深的疾病上，所謂尖端。对于一些常见病多发病普遍存在的病，怎样预防，怎样改进治疗，不管，或放的力量很小。**"毛主席这一光輝指示，一針見血地指出了只抓高精尖，而不去抓危害广大劳动人民常見多发病的修正主义医疗卫生路綫，必須彻底批判。今后必須按毛主席的伟大教导对象慢性化脓性中耳炎这样常見的多发病，給予高度重視，不断总結經驗，不断加以研究，为广大劳动人民解除痛苦。

原因　慢性化脓性中耳炎多因急性化脓性中耳炎未得治疗或治疗不当所致。急性化脓性中耳炎病变較重者，例如因急性传染病而得的中耳炎，非短期可以恢复而常轉变为慢性。鼻和鼻咽部慢性病变存在，是导致慢性病变的因素之一。

分类　可分为两类。慢性单純性中耳炎和胆脂瘤性中耳炎。

1.慢性单純性中耳炎，一般只累及中耳粘膜或有輕度骨质受累，很少发生并发症，一般預后良好。

2. 胆脂瘤性中耳炎系外耳道鱗状上皮通过鼓膜穿孔长入中耳內，或由于炎症、中耳粘膜首先发生变性成为鱗状上皮，再由于慢性刺激不断脱落，形成上皮团。这种上皮团由于周围上皮继續脱落，体积逐漸增大，四周骨质由于受压而被吸收。这样，可以腐蝕大面积乳突骨质，使中耳炎的炎症向外扩散，因此胆脂瘤性中耳炎可能发生严重并发症。胆脂瘤不是眞正肿瘤，是一团不断脱落的上皮堆积团，由于內部含有由上皮分解而出現的胆固醇結晶而得名。

症状 耳流脓、耳聋、鼓膜穿孔为慢性化脓性中耳炎三大症状。在慢性化脓性中耳炎，如果出現头痛、高烧、恶心、呕吐、寒战等症状，都是疾病进一步发展的危急信号。必須詳細检查病人，得出明确診断，及时給予治疗。

诊断 依靠三大症状可以作出診断。但是，在临床上必須区别两种不同性质的中耳炎，单純性中耳炎和胆脂瘤性中耳炎。因为两者的診断、治疗和預后都有原則上的区别，作为人民医生必須正确的掌握之。如下頁表。

治疗 两种不同类型中耳炎的治疗有原則上的区别。

1. 慢性单純性中耳炎，首先要注意清除附近器官病灶，例如增殖腺、慢性扁桃腺炎、鼻竇炎等。局部每天要細致的清理外耳道积脓，并用75%酒精清擦外耳道皮肤，向耳內滴入各种葯物，如4%硼酸酒精，2.5%氯霉素甘油等等。

2. 胆脂瘤性中耳炎，一旦診断明确后，从預防严重并发症出发，須进行手术治疗。一般多作乳突根治术。这点作为人民医生必須按伟大領袖毛主席指出的"**为人民服务**"要"**完全**"和"**彻底**"的精神，全面地、有分析地、耐心地把病情向病人作介紹。使病人对本身疾病有正确認識，在提高認識基础上，和医生共同努力向疾病作斗爭。

3. 在临床实际工作中，尚有一类慢性中耳炎，界于单純型和胆脂瘤型之間，其临床表現大体和胆脂瘤型相同，但X光照像沒有胆脂瘤空洞存在。可先作姑息疗法，如有耳息肉可摘除之。如长期經过姑息保守疗法无效，可考虑手术治疗之。

两类不同性質慢性化脓性中耳炎的区别

种类 / 内容	慢性单纯性中耳炎	胆脂瘤性中耳炎
脓的性质	粘液性或粘脓性，无臭味，量多少不一。	干酪样或豆腐渣样，有恶臭，平时不多。伴有急性炎症发作时量增多。
流脓时间	间歇性。	多为持续性。
穿孔部位	紧张部中心性穿孔（图4乙、丙、丁）。	松弛部穿孔。后上方边缘性穿孔。鼓膜全缺损（图4戊、己）。
X光象	乳突沒有骨质破坏。	乳突内多有边缘整齐的胆脂瘤空洞（透光区）。
并发症	一般不发生并发症。	可能出现急性乳突炎、硬脑膜外脓肿、横窦血栓、脑膜炎、脑脓肿。
治疗	保守疗法。	手术疗法。

甲、正常鼓膜象　乙、中心性穿孔　丙、紧张部大穿孔
丁、中心性穿孔　戊、后上方穿孔　己、松弛部穿孔

图 4　鼓膜象

第六节　美尼尔氏症

眩晕是一种症状。身体各系統很多疾病都可以发生眩晕症状。这里讲的美尼尔氏症是由內耳病变发生的眩晕症。美尼尔氏症原因尚不清楚，可能和身体鈉盐代謝障碍及內耳积水有关。

症状　絕大多数病人有单側耳聋、耳鳴，并有陣发性眩

暈、恶心、呕吐、倾倒和眼球震顫等症状。发作时間长短不一，几分钟、数小时或更长一些。美尼尔氏症一般在发作期間都出現耳聋、耳鳴。发作后一切恢复正常。但反复发作后耳聋加重或完全丧失听力。检查时患耳功能減退。

诊断　患者有单側耳聋和耳鳴，并有陣发性眩暈、恶心和呕吐，患耳功能減退者可以确定診断。但应和周身其他系統疾病所致之眩暈作鑒别，特别是中枢神經系統、心血管系統、血液病以及各种中毒性疾患。为此，医生必須作好周身各系統检查，占有充分客观材料，进一步确定疾病之所在，有时須发揮集体智慧，由多数人研究才能作出正确的判断。

疗　治

1. 一般疗法　除安靜休息外，給予大量鎮靜剂和維生素。

2. 去水疗法　少飲水、食用低盐或无盐飲食，口服氯化銨以排出体内鈉元素，促进水的排泄，每日三次，一次三克，服用三天停两天，长期服用。

3. 血管舒张疗法　在急性发作期可用磷酸組織胺2—2.5毫克溶于250毫升生理盐水內作靜脉滴入，每分钟16—60滴，視患者对葯物耐量而定。每日一次，連用三日。以后每周用組織胺1毫升作皮下注射1—2次，9—16周之久。也可用烟草酸50—100毫克口服，每日三次，先用小量至顏面皮层潮紅为止。然后保持数周之久。

4. 新針疗法　取穴医明、四瀆或风池、內关、太冲。

5. 其他有封閉法或手术疗法。

第七节　神经性耳聋

耳聋在临床上分为三大类。第一类为传导性耳聋，凡是

前庭窗以外传音机构发生病变（包括前庭窗本身）而造成聋者屬于此类。例如，外耳道盯貯栓塞、外伤性鼓膜破裂、卡他性中耳炎、化脓性中耳炎等均为传导性耳聋。第二类为神經性耳聋，凡前庭窗以內发生病变，包括听神經而致者屬于此类，例如美尼尔氏症，鏈霉素中毒等。前庭窗里外均受累者为混合性耳聋。此处只就神經性耳聋加以叙述。

病因　引起神經性耳聋的因素很多，有以下几个方面：

1. 老年性耳聋　由內耳变性所致，多发生在60岁以上者。

2. 中毒性耳聋　例如奎宁或鏈霉素中毒、鉛中毒、磷中毒、烟、酒等均能使內耳发生病变，出現神經性耳聋。

3. 传染病性耳聋　例如脑膜炎、流行性腮腺炎等均可致神經性耳聋。

4. 外伤性耳聋　例如，战时炸弹或炮弹爆炸而致之耳聋。

5. 平时长期工作于噪音环境而不适应所致之耳聋。

6. 周身慢性病而引起者，例如甲状腺机能減退、恶性貧血、白血病等可致神經性耳聋。

7. 有些神經性耳聋查找不到病因。

诊断　一般情况下，詳細分析病史，結合耳鏡检查和音叉試驗可以作出明确判定。在分析病史时一些病例可以找到致病因素。一些病例虽經細致研究也找不到发病原因，这类叫做原因不明神經性耳聋。神經性耳聋在耳鏡检查时大部分鼓膜无何病变。音叉試驗，一側耳患病則伟氏法偏向健側。任氏法同側縮短阳性。斯氏法骨传导縮短。上界音下降。

防治　应首先着重在預防上。要防止传染病的发生和发展。防止葯物中毒。在工厂要尽力減低或消減噪音。这些对預防耳聋上有很大意义。治疗上可用新針疗法。

第八节　聋　哑　症

聋哑症的病人多数是我們的阶級兄弟，在旧社会他們身受剝削与压迫，每个人都有一部阶級苦和血泪仇。伟大領袖毛主席領导中国革命，推翻了压在劳动人民头上的三座大山，广大貧下中农得到了翻身解放。可是在叛徒、內奸、工賊刘少奇的修正主义医疗路綫迫害下，尤其是聋哑症在反动的医疗路綫下，被那些資产阶級学术权威宣布为不治之症，使聋哑症的阶級弟兄得不到医疗。这样，我們的阶級弟兄有耳听不到毛主席的最新指示，有口喊不出时代的最强音——毛主席万岁！

是我們伟大領袖毛主席亲自发动这場史无前例的无产阶級文化大革命，冲垮了以刘少奇为首的資产阶級司令部。砸烂了反革命修正主义医疗路綫，把資产阶級技术权威的爬行主义和洋奴哲学抛进了历史的垃圾堆。人民解放軍高举毛泽东思想伟大紅旗，突出无产阶級政治，对聋哑症的阶級弟兄怀有深厚的无产阶級感情，继承和发揚了祖国医学遺产，創造出新針疗法，給聋哑症病人带来了新生。这是毛主席无产阶級革命路綫的伟大胜利，是毛泽东思想的伟大胜利。

伟大領袖毛主席教导我們說：**“在复杂的事物的发展过程中，有许多的矛盾存在，其中必有一种是主要的矛盾，由于它的存在和发展，規定或影响着其他矛盾的存在和发展。”**聋哑症的主要矛盾是聋的問題，因此在認識和解决聋哑症必須从聋着手。俗話說“十聋九哑”，聋哑病人由于耳聋从小听不到别人讲話，所以就学不会讲話。

聋哑症原因可分为先天和后天两大类：

先天性聋哑症是生下来就有耳聋（胎带来的）。可能由于内耳发育异常，母亲在妊娠期药物中毒（例如奎宁）。母亲患某种传染病等都可影响胎儿听器的发育，造成先天性聋哑。

后天性聋哑症是小孩下生时听觉正常，在幼年时期因某种原因引起耳聋后听不到别人讲話，已掌握語言由于长期不使用而漸漸忘掉形成聋哑症。后天性聋哑症的原因以传染病所致者最多，其中以流行性脑膜炎占第一位，麻疹次之。此外，药物中毒引起者以鏈霉素为多数。

诊断　聋哑症的診断很簡单。耳聋不会說話既可診断。先天与后天两者的区别可从病史作出判定。小孩生下来就不会說話可診断为先天性聋哑症。生后听力正常，甚至已經掌握了正常語言，以后由于患病得耳全聋，已經掌握的語言漸漸忘掉，可診断为后天性聋哑症。

疗治　新針疗法对聋哑症有显著疗效。

1. 穴位　主穴：耳門、听宫、听会、恩聋（医风上五分）、医风。配穴：医明、聋忠（排骨小头直下三寸）、外关、中諸、支正、四瀆。每次可取一主穴，一个配穴既可。

2. 手法　先强刺激3—4天，当大声击掌可听到时，改为中刺激，当小声击掌能听到时，再改为弱刺激。有的患者开始接受不了强刺激，可先用弱刺激，漸增强，到小声击掌能听到时，再改为弱刺激。

3. 注意事項　听力恢复后仍不会說話，可配哑門、廉泉和外金津、玉液。若舌尖伸出时达不到紅唇或舌尖伸出有弯，舌尖上举达不到硬腭时均須处理舌系带（等听力基本恢复时）。語言訓練是一个很重要环节，要坚持訓練。在学話时先練习舌前伸、后縮、左右摆，用舌打哨等，用大气流通过喉，練习发音。

鼻　部

第一章　鼻的解剖

鼻的应用解剖

鼻由三部分即：外鼻、鼻腔、鼻竇所組成。

一、外　鼻

外鼻由骨、軟骨和皮肤所組成。上端連于額部为鼻根，前下端突出部为鼻尖，鼻根和鼻尖中間的前緣为鼻梁。底部有左右两个鼻前孔。鼻前孔后外側隆起为鼻翼。在鼻梁部有一对长方形小骨，叫做鼻骨。鼻骨左右各一，上緣厚而窄，下緣薄而寬，上緣和額骨相連接；外側与上頷骨額突相接；左右两骨于內緣处互相接連；下緣和鼻側軟骨相連接。外鼻部突出于面部以外，外伤时較易受累，造成鼻骨骨折。

外鼻部动脉主要来自面动脉。靜脉經內眦靜脉和面靜脉，流入頸內外靜脉。內眦靜脉与眼上靜脉相通，后者直接导入海綿竇。鼻根部淋巴管导入腮腺淋巴結，其余导入頷下淋巴結。

二、鼻　腔

鼻腔前方有鼻前庭。鼻腔分四个壁：

上壁　将鼻腔和顱前凹隔开。

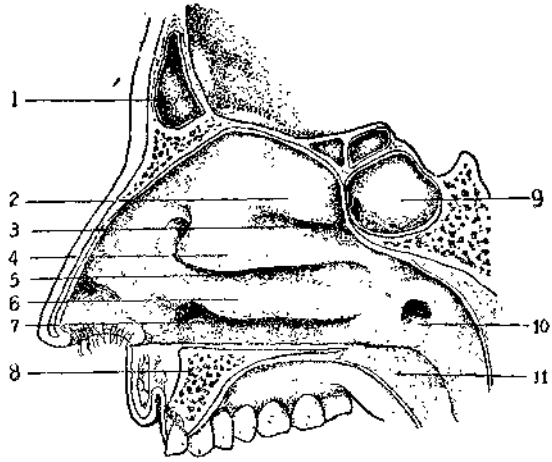
下壁　即硬腭与口腔相隔。

內壁　为鼻中隔。由骨、軟骨和粘膜所构成。鼻中隔前下方有多数动脉支互相吻合，形成丰富血管网，該处是鼻流血最常发生的地点，临床上叫做"易流血区"。

外壁　有上、中、下三个鼻甲突向鼻腔(图5)。上鼻甲和中鼻甲之間为上鼻道，有后組篩竇竇口和蝶竇竇口通入。中鼻甲和下甲之間为中鼻道，有前篩竇、額竇、上額竇竇口通入之。因此，这些鼻竇化脓时，临床上可发現上鼻道或中鼻道有脓液溢出。下鼻甲下为下鼻道，有鼻泪管开口。下鼻道外側壁为上頜竇內壁，是上頜竇穿刺冲洗最常采用的途径。

鼻甲和鼻中隔之間空隙叫总鼻道，总鼻道又分为嗅区和呼吸区。中鼻甲下緣以上为嗅区，中鼻甲下緣以下为呼吸区。中鼻甲和鼻中隔之間的空隙叫嗅裂。

鼻腔各部均为粘膜所附盖，并与鼻竇及鼻咽部粘膜相連貫。呼吸区粘膜为复层纖毛柱状上皮。下鼻甲粘膜較厚，具有丰富靜脉丛，形成海綿状組織。嗅区粘膜为复层柱状上皮，由嗅細胞、支柱細胞、基底細胞构成的感覚上皮。



1.額竇　2.上鼻甲　3.上鼻道　4.中鼻甲　5.中鼻道　6.下鼻甲
7.下鼻道　8.硬腭　9.蝶竇　10.耳咽管內口　11.軟腭

图5　鼻腔外側壁

鼻腔动脉大部分来自颈外动脉的上颌动脉，小部由颈内动脉的眼动脉供应。鼻腔粘膜静脉丛流入颈外静脉，筛前后静脉流入海绵窦。

鼻腔淋巴　前三分之一部分淋巴流入下颌淋巴结，后三分之二流入咽后壁淋巴结和颈上深淋巴结。

鼻腔神經　嗅神經由鼻腔嗅区粘膜嗅細胞的神經纤維集合而成，穿过筛板到达嗅球。鼻腔的感覚神經来自三叉神經的眼支和上颌支。鼻腔尚有交感神經和副交感神經所分布。

三，鼻　窦

鼻窦为鼻腔周围骨质内含气空腔，共有四对。按其所在骨命名为上颌窦、筛窦、額窦和蝶窦（图6）。鼻窦临床上分为前后两組：前組鼻窦有上颌窦、額窦和前筛窦。后組鼻窦有蝶窦和后筛窦。前組鼻窦开口于中鼻道，后組鼻窦开口上鼻道。鼻窦粘膜通过窦口与鼻腔粘膜相通連。均为复层纤毛柱状上皮。

上颌窦　居于上颌骨内，系錐体状。前壁：亦称面壁，下部凹陷名犬齿窝，上颌窦根治术由此进入窦内。后壁：骨质較厚与翼腭窝相隔。上壁：即眶下壁。下壁：即上颌骨齿槽突，与第二前臼齿和第一第二臼齿根部有密切关联。为此，当齿根感染后可侵入窦内，形成齿源性上颌窦炎。内壁：为鼻腔外側壁，有窦口开放于鼻中道。

筛窦　位于鼻腔上外部和眼眶内壁之間，由很多形状大小不一气房所組成，形似蜂窝。分前后两組，以中鼻甲附丽緣为界，前下者为前筛窦，由4—6个小气房所組成，开口于中鼻道。中鼻甲附丽緣后方者为后筛窦，由3—4个小气房所組成，开口于上鼻道。

額窦　居于額骨内。額窦形状大小很不一致，两側很少

对称。額竇有四个壁；前壁：最厚为額骨外板。后壁：較薄与顱前凹相隔。下壁：最薄外側与眼眶相隔，內側与前篩竇相隔。內壁：与对側額竇相隔。額竇經鼻額管开口于中鼻道。

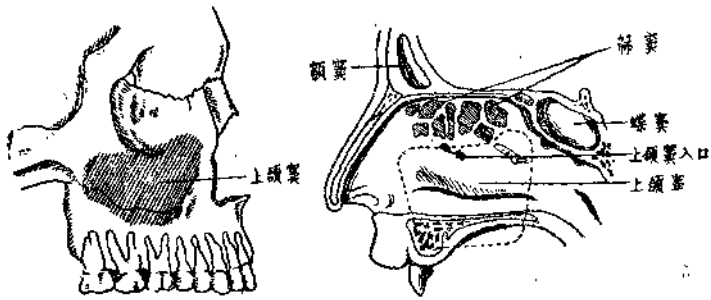


图6 鼻 竇

蝶竇 深居鼻腔后上方蝶骨体內。有六个壁；上壁：与顱前凹和顱中凹相隔。下壁：成为鼻腔和鼻咽部頂。前壁：外側部和后篩竇小房相接，內側有竇口与上鼻道相通。后壁：与基底动脉和腦干相邻。外壁：和頸內动脉、海綿竇和第二、三、四、五、六对顱神經相邻。內壁：为蝶竇間隔。

第二章 鼻部疾病

第一节 鼻外伤（鼻骨骨折）

外鼻部突出于面部，較易受外伤，包括挫伤、裂伤及鼻骨骨折。其損伤性质、程度視暴力的性质、方向和力量大小而定。受鈍器打伤，以鼻骨骨折发生机会較多。若鼻側面受伤，則同側鼻骨下陷，对側鼻骨可能隆起扭轉。正面受伤者，两側

鼻骨向后下陷，鼻梁塌下。鼻骨骨折有时伴有鼻中隔偏曲或同时也有骨折。

症状和检查 受伤后有鼻出血、鼻梁部肿胀、眼睑瘀斑、鼻閉塞、局部压痛，检查时可查出变位的凹陷部分和隆起部分，肿胀不明显者，可見畸型。在診断不清楚时，可拍X光照片协助診断。

治疗 外鼻部軟組織裂伤，应作細致的縫合。鼻骨骨折后数小时者，可行骨折复位；如局部肿胀甚剧，可等待三、四天，俟肿胀消退后再行复位。但不能拖延太久；超过两周者，因有骨痂形成，复位困难。

鼻骨骨折复位法 先用2%地卡因紗布条塞入鼻腔頂部靠近骨折处，十分钟后取出之。取鈍头器械，如骨膜起子、刀把、血管鉗子等，如手边沒有这些器械，也可以利用筷子，将其一端裹以薄凡士林紗布即可。将器械插入鼻腔，置于塌鼻骨的深面，用力向上向外抬起折骨，另一手按鼻梁，协助鼻骨复位。鼻骨复位后以凡士林紗布条支撑，四十八小时后取出之。整复后，囑病人在一周內注意保护鼻部不要再撞伤，以免折骨再度下陷。

第二节 鼻前庭皮肤炎

系鼻前庭皮肤炎症，常由于病人自己用手指挖鼻引起，也有因鼻腔腺性分泌物刺激鼻前庭皮肤所致。病人感到鼻前庭处痛、痒、干、热。检查时可見鼻前庭皮肤紅肿、表淺糜烂、結痂，有时可見皮肤皸裂。

治疗 向广大革命群众作好卫生宣传工作，避免自行挖鼻，即可防止本病的发生。局部清理后，如表皮有皸裂，皸裂

处涂上10%硝酸銀后使用油膏例如硼酸軟膏、黃降汞軟膏以及各种抗菌素軟膏进行治疗。

第三节　鼻　　疖

好发于鼻前庭及其周围。系化脓細菌侵入毛囊或皮脂腺所致。

伟大領袖毛主席教导我們說："**对于物质的每一种运动形式，必須注意它和其他各种运动形式的共同点。但是，尤其重要的，成为我们认识事物的基础的东西，則是必須注意它的特殊点，就是說，注意它和其他运动形式的质的区别**"。鼻癤与周身其他处癤肿的共同点是紅、肿、痛、热，进一步发展到化脓破溃而治愈。但其特殊点是鼻癤发生在鼻前庭及其周围，此处血管丰富，靜脉血經由眼上靜脉和海綿竇通連。所以炎症可以扩散，引起海綿竇血栓形成，造成危及生命的严重并发症。

治疗　因鼻癤可能扩散，所以严禁用手挤压及过早切开。只有当炎症完全限局波动很明显时，才可在癤肿頂部切开排脓。

1. 局部热敷或施用水調散，促使炎症迅速限局或消退。

2. 新針疗法　取穴合谷、外关。

3. 全身使用磺胺或抗菌素药物。炎症剧烈者可用金霉素靜脉滴流。疼痛者可內服解热鎮痛剂。

第四节　鼻腔异物

多发生在儿童。常因一时不慎，把小物品塞入鼻腔所致。有时为了止住鼻流血塞入鼻腔而忘記取出的紙团、棉球，也可

成为异物。

症状 由异物性质、大小、存在时间长短而定。无刺激性光滑异物，除一侧鼻阻塞外，短期往往无炎症表现。刺激性异物很快出现单侧鼻炎症状，患侧鼻阻塞，流出大量粘液性或粘脓性分泌物，并常带有臭味，患侧鼻前庭皮肤红肿糜烂。为此，在临床上发现儿童一侧鼻孔不通气，并有脓性分泌物时，要首先想到鼻腔异物。在清擦分泌物后可看清异物的性质和所在部位。

治疗 用鈍头异物鈎（一般鉄絲弯成0.5厘米直角鈎消毒后即可使用）或弯镊子取出之。非球状异物，例如紙片等，則用弯镊子很合适。对豆类、光滑异物則須用鈍头鈎，深入异物后方，将异物鈎出之。

第五节 鼻流血

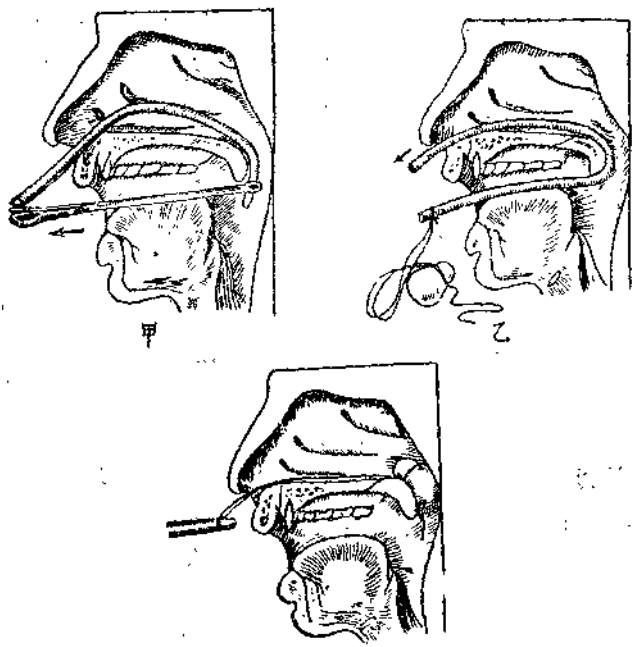
病因 鼻流血最常見的致病因素是高血压、高燒疾患和血液病。鼻流血最常見的部位是鼻中隔前下方"易流血区"。其他病因有鼻外伤、鼻肿瘤、鼻中隔弯曲等。如果流血量較多，可出現面色蒼白、全身无力、头昏、血压下降等症状。

治疗 伟大領袖毛主席教导我們說："**我们需要的是热烈而鎮定的情绪，紧张而有秩序的工作。**"为此医生对鼻流血患者必須首先作好政治思想工作，消除病人由于恐惧而产生的精神过度紧张，以免血压升高，不利于流血的制止。临床上經常遇到这样病例：鼻流血病人来診时精神很紧张，經过医生的工作，給些簡单处理，例如将鼻腔血块全部擤出，流血即告停止。鼻流血一般多屬急診，在治疗上要先进行止血，以后查找原因处理之。最好的止血方法为鼻腔填塞法。一般先使用

前鼻孔填塞法，如不能止住，继續由鼻后孔流血則須使用后鼻孔填塞法。

1. 前鼻孔填塞法　先將鼻腔血块擤出。鼻腔噴入表面麻醉剂进行麻醉。經由前鼻孔，用凡士林紗布条塞入鼻腔，使之压迫止血。填塞物24—48小时后取出之。

2. 后鼻孔填塞法　先备好消毒导尿管一个，和有两股粗絲綫紗布卷一个。将导尿管由流血側鼻前孔送入，經鼻咽部、口腔显露在口唇之外，把紗布卷的一条絲綫結扎在胶皮管上，



甲、橡皮导尿管由鼻腔插入咽部　乙、紗布卷系于橡皮管內端
丙、紗布卷已填塞鼻后孔

图7　后鼻孔止血法

然后由鼻前孔拉回胶皮管，以便紗布卷經口腔，鼻咽部，堵塞在鼻后孔和鼻腔后部（图7）。然后再行上述前鼻孔填塞法，止住鼻腔出血。将拉出絲綫固定在鼻前孔。另一根綫剪短留在口腔內，以便取出紗布卷时做牵引之用。此填塞物亦应在24—48小时后取出之。

第六节　慢性鼻炎

慢性鼻炎常是急性鼻炎反复发作的結果。急性传染病和慢性消耗病对慢性鼻炎发生发展上有很大关联。鼻竇炎、增殖腺炎多有慢性鼻炎存在。毛主席教导我們說："**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。**"不良的外界条件（如高溫、干燥、潮湿、寒冷、尘埃等），固然在慢性鼻炎的发病上有一定影响，但人的机体抗力好坏起着主导作用。

慢性鼻炎临床上可分为三类：慢性单純性鼻炎、慢性肥厚性鼻炎、慢性萎縮性鼻炎（臭鼻症）。

一、慢性单纯性鼻炎

病理　鼻粘膜充血、水肿，粘膜血管扩张，尤以鼻甲海綿組織为重。

症状　間歇性或交替性鼻閉塞。鼻分泌物增多，为粘液性或粘脓性。有时引起嗅覚減退、头痛、头昏，說話带鼻音等症状。

检查　前鼻鏡检查可見鼻粘膜肿胀、充血，表面光滑湿潤，下鼻甲更为明显。在鼻底处有粘液性分泌物积存。用1%麻黄素液点鼻，粘膜肿胀可迅速消退。

治疗　慢性单純性鼻炎經过良好，治疗可以恢复正常。

要注意周身慢性病的治疗，消除外来刺激因素。根除病灶，例如鼻窦炎、增殖腺等疾病。鼻腔点用1%麻黄素液。新針疗法，取穴迎香、合谷、风池。

二、慢性肥厚性鼻炎

病理 系慢性炎症，使上皮細胞纖毛脱落变为复层立方上皮，纖維組織增生，有多数浆細胞和淋巴球浸潤，血管壁增厚，粘膜水肿，分泌腺增生肥厚，鼻甲骨肥厚。病变主要出現在海綿組織最丰富的中或下鼻甲。

症状 与慢性单純性一致，但症状較重。

检查 鼻腔为肥大鼻甲所堵塞。鼻底有粘液性分泌物积留。粘膜肿胀，表面不平，呈結节状，尤以下鼻甲前后端和游离緣为重。点1%麻黄素液后，粘膜收縮不明显。

治疗 按慢性单純性鼻炎疗法。

手术疗法 下鼻甲部分切除术或中鼻甲切除术。根据病情需要，在粘膜表面麻醉后用剪刀作部分下甲或全部中甲切除术。本法在其他疗法无效时进行。要慎重考虑，特别是下鼻甲，不能切除过多，以免发生萎縮性鼻炎。

三、萎缩性鼻炎（臭鼻症）

萎縮性鼻炎是上呼吸道一种特殊慢性炎症，主要发生在鼻腔，但可下行传染，蔓延到咽喉、气管等处。

病因 萎縮性鼻炎的致病原因尚不明确。男女发病率相等。

病理 鼻粘膜退行性变，毛上皮代以鱗状上皮。动脉周围有圓細胞浸潤，管腔縮小或全部栓塞，因而产生粘膜营养障碍。粘膜的各种組成，如分泌腺、神經、鼻甲骨都萎縮。

症状 由于变性粘膜分泌出异常分泌物，干燥后成痂，堵塞鼻腔，影响呼吸，发生臭味。由于嗅神經末梢萎縮，病人嗅

觉丧失，自己聞不到臭味。有时出現头昏、头痛。

检查 鼻腔为黑褐色块状物痂皮所堵塞。清除痂皮后見鼻腔显著扩大。由前鼻孔可直接看到咽后壁，鼻甲縮小。临床上有时可見单純性萎縮性鼻炎，鼻腔扩大，鼻甲縮小，但无痂存在。

治疗 注意改善周身状态。用溫盐水洗鼻腔，保持鼻腔清洁。同时可点液体石蜡或碘甘油，或向鼻腔噴鏈霉素液。手术治疗种类很多，目的是使鼻腔变窄，但均不能达到使人滿意的結果。

伟大領袖毛主席教导我們說："**在生产斗爭和科学实驗范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。因此，人类总得不断地总结经驗，有所发現，有所发明，有所创造，有所前进。停止的论点，悲观的论点，无所作为和驕傲自滿的论点，都是錯误的。**"臭鼻症是影响劳动人民健康的一种疾病。当前发病原因尚不清楚，治疗上也沒有令人滿意有效的疗法。但是我們相信，在伟大領袖毛主席无产阶級革命路綫指引下，今天尚沒有認清的东西，今后一定能認識，今天不能够解决的問題，今后也一定能够解决。我們医务工作者，应当在毛主席光輝思想指导下，在工人阶級領导下，和广大革命群众一道，共同努力，为劳动人民作出应有的貢献。

第七节 慢性鼻竇炎

原因 往往是急性鼻竇炎反复发作或者急性鼻竇炎未治疗或治疗不当的結果。鼻腔疾患，例如鼻中隔偏曲、鼻甲肥大等解剖学和病理学上的阻塞，妨碍鼻竇的通风和引流，均可造

成鼻竇炎。另外，慢性消耗性疾病，健康情況不好等也是急性鼻竇炎变为慢性的重要因素。

症状 具有慢性鼻炎的全部症状。但鼻分泌物多为黃色脓性，这点可区别于鼻炎。鼻竇炎是以脓性分泌物增多为主要症状。慢性鼻炎以鼻閉塞为主要症状。头痛是慢性鼻竇炎常見的症状，但不如急性鼻竇炎那样剧烈，病人感覚閥痛。疼痛的特点大体和急性鼻竇炎相同。有者头痛症状不明显。其他有精神不集中，記忆力減退等症状。

检查 慢性鼻竇炎局部多无紅肿和压痛，其他大体和急性鼻竇炎相同。

治疗 促进全身健康，增强抵抗力，局部用下列方法：

1. 促进鼻竇通风和引流 鼻竇能保持正常状态，竇口暢通无阻是重要因素之一。在治疗慢性鼻竇炎时亦应注意此点，利用血管收縮剂使鼻腔粘膜和竇口粘膜收縮，置換給药法更为有利，在吸出竇内空气同时，药物流入竇内。方法是嘱患者仰臥，头从床緣垂下，每側鼻孔滴入4—5毫升1%麻黃素和0.5%金霉素液，然后以手捏紧两鼻孔，将口閉紧，随捏鼻随吸气，5—6次后液体即可进入鼻竇。在有条件的地方可用电吸引器和鼻孔相連，让病人发"K"音，医生同时进行抽吸，完成置換給药任务。另外，鼻腔疾患例如中隔偏曲或中甲肥大，有碍竇口暢通引流者可手术解决之。

2. 物理治疗 可用局部透热法。

3. 手术疗法 鼻竇手术疗法一般分为两大类。一类叫鼻內手术，也叫保守手术疗法。目的是从鼻內开放受累鼻竇，造成良好引流条件，促使鼻竇炎症恢复健康。一类是鼻外手术法，也叫根治法，目的是全部清除病变粘膜来解决鼻竇炎症。

慢性鼻竇炎治疗一般以保守疗法为原則。在保守疗法无

效时可行手术疗法，但疗效不甚使人滿意，有待改进。

上頷竇穿刺冲洗术　临床上最为常用（图8）。对上頷竇炎診断、治疗上有很重要价值。术前医生应作好病人思想工作，解除病人顧虑，增强病人战胜疾病信心。取棉捧沾2%地卡因液，放在下鼻道前部，十分钟后麻醉即告完成。穿刺时針尖在下鼻道外側壁距下甲前端1.5厘处，指向同側眼外角，向深处刺人。一般骨壁較薄，很易穿过，当穿过骨壁时有落空感覚。穿入后通过穿刺針注入无菌生理盐水。如果为上頷竇炎，可見有脓液由鼻孔流出。灌洗继續进行，直至洗出液体澄清为止。

上頷竇穿刺冲洗法虽为临床常用而有效的方法。作为人民医生必須遵照伟大領袖毛主席："**对工作的极端的负责任**"的教导，細致、准确地进行操作，以免出現并发症，給病人带来不应有的痛苦。在穿刺时，拿穿刺針手的其他手指，应固定在鼻孔外部，以防止用力过度，伤及对側竇壁。如針刺位置正确，但穿不进时，可另換位置，将針尖稍向上向后移动再进行之。如穿刺針确实已进入上頷竇，但无菌盐水注不进去，有两个主要因素，一个是穿刺針内腔堵塞，須放入針絲使之通暢；另一个是上頷竇竇口堵塞，液体反流不出。穿刺时不应向竇内注射空气，以免发生意外。

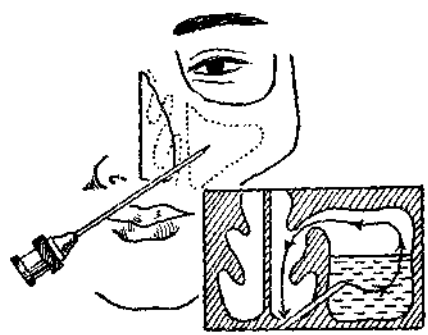


图8　上頷竇穿刺冲洗术

向上頷竇注入油剂青霉素，每次

一毫升，每周一次，对治疗慢性上颌窦炎能取得良好效果。

第八节　鼻息肉

鼻息肉为鼻腔粘膜炎症和过敏的产物。好发于筛窦区，包括中鼻甲和中鼻道。鼻息肉系表面盖以上皮，上皮下含有松结缔組織的表面光滑球状带蒂肿物。鼻息肉可为单独一个，或累及一侧鼻腔，或为多发性，或累及两侧鼻腔。

症状　鼻閉塞为主要症状，其程度視息肉大小和多少而异。其他常有鼻分泌物增多，嗅覚丧失，头痛等状。

诊断　鼻鏡检查时可見一个或多数表面光滑、球状、灰白色肿物堵塞在鼻腔内。用弯鑷子触及之，可动，感覚迟鈍，不易出血。初学者应与鼻甲相鉴别。鼻甲色紅、感覚敏鋭、不可移动。而鼻息肉色灰白、感覚迟鈍、可移动、不易出血。

治疗　手术摘除。

咽　喉　部

第一章　咽喉的解剖

第一节　咽的应用解剖

咽部上起顱底，下至第六頸椎，与食管相連續（图9）。

咽可划为三部　軟腭游离緣上方为鼻咽部。軟腭下，会厌緣上为口咽部。会厌緣下为喉咽部。

鼻咽部　有六个面。前面：經鼻后孔与鼻腔相通。下面：

为軟腭，并与口咽部相通連。頂：由蝶骨体及枕骨前部所組成。后壁：相当第一二頸椎体前方。在頂与后壁交界处，有堆积淋巴腺組織，叫增殖腺（咽扁桃腺）。增殖腺在儿童期最茂盛，成年后漸萎縮。側壁：有耳咽管內口，經耳咽管与鼓室通連。耳咽管內口后上方有突起叫耳咽管隆起，在隆起后上有凹叫咽隐窝，此处为鼻咽癌好发部位之一，咽隐窝与顱底破裂孔相邻，故鼻咽癌可能經此孔侵入顱內。

口咽部　經咽峽与口腔相通。所謂咽峽，上方为軟腭，軟腭中央部有圓錐形下垂体叫悬雍垂。軟腭緣向两側下行分成

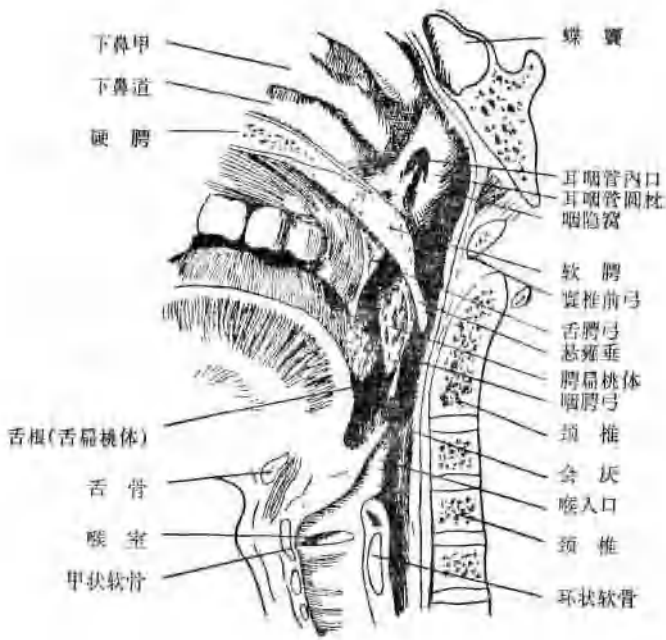


图9　咽側壁

两个皱襞，前方者叫舌腭弓，后方者叫咽腭弓，两弓之间叫扁桃腺窝，有扁桃腺居于其中。咽峡下界为舌背。在舌根部有舌扁桃腺，左右各一。口咽后壁和鼻咽后壁相連叫咽后壁。

喉咽部 会厌和舌根之間有空隙叫会厌溪，左右各一。常为异物所在地，診查时应注意之。在喉咽下方，左右各有一窝，延喉侧向前扩展叫梨状窝。

咽壁构造由四层組成：最内为粘膜层；其外为咽腱膜层，是纤維組織所构成，上厚下薄；再外为肌层；最外为咽筋膜层。

咽部有极为丰富的淋巴組織，最大的有三个：扁桃腺（腭扁桃腺）、增殖腺（咽扁桃腺）、舌扁桃腺。

扁桃腺 （腭扁桃腺） 有内外两面。内面往往向咽峡突出，表面有十几个扁桃腺陷窝的开口，扁桃腺陷窝深向扁桃腺内部形成小管，常有細菌在管内停留繁殖，扁桃腺炎往往由这里发起。扁桃腺外面比較光滑，有結締組織所构成的扁桃腺包囊。扁桃腺和咽部肌肉之間有蜂窝組織，特别在上部，在扁桃腺炎时可能出現炎症而积脓，形成扁桃腺周围脓肿。在显微鏡下观查，結締組織从扁桃腺包囊伸入扁桃腺内形成許多小梁。围繞这些小梁的是淋巴濾泡。扁桃腺的淋巴管主要导入下頷角处淋巴腺。为此在扁桃腺炎时，此处淋巴腺常出現炎症。

增殖腺（咽扁桃腺） 象連在一起的橘子瓣，直立在鼻咽頂和后壁之間。在幼儿期增殖腺往往是肥大的，十岁以后开始萎縮，二十岁左右完全消失。增殖腺本身的肥大和炎症，向前可影响鼻腔，发生鼻部炎症。向两侧能引起中耳炎症。

舌扁桃腺 表面不光滑，借一层纤維組織和舌根相連。

咽部动脉来自頸外动脉。咽部靜脉形成咽靜脉丛，汇入面靜脉和頸内靜脉。咽部淋巴分布非常丰富。鼻腔后部淋巴

管，軟腭和腭舌淋巴管，喉上口淋巴管都在咽部会合，然后汇入頸深处淋巴結。一般咽部恶性肿瘤，由于淋巴管較丰富，次发迁徙較早，預后不良。咽部神經供应来自舌咽、迷走、副神經和交感神經构成的咽丛。

第二节　喉的应用解剖

喉上通咽部，下接气管。其支架由軟骨所形成，喉肌活动可使軟骨間位置改变。喉腔表面粘膜与气管及咽部粘膜相連續。

一、喉软骨

喉部軟骨有三个单一的：环状軟骨、甲状軟骨和会厌軟骨。成双的有：披裂軟骨、小角状軟骨和楔状軟骨。

环状軟骨是一个完整的軟骨环，后方較寬，前方較窄，上接甲状軟骨，下連气管环。

甲状軟骨形如向后开放的两頁书皮。中央部在頸前突出，男性較明显，称为喉結。上緣正中有一切迹叫甲状軟骨上切迹。两側为甲状軟骨板。軟骨板的后方向上向下突出为上角和下角。下角內面和环状軟骨相接。

会厌軟骨呈叶状，柄在下，附丽于甲状軟骨上切迹下內面，上緣游离。

披裂軟骨又名杓状軟骨，形似錐体。底面坐落在环状軟骨后上面，可輕度轉动滑移。底的前角叫声带突，声带后端附丽于此处。底的外側角叫肌突，有环披裂側肌和环披裂后肌附丽之。

小角状軟骨左右各一，位居于披裂軟骨之上。

楔状軟骨左右各一，位于披裂会厌皺襞之中。

二、喉内部解剖

喉内部由声带和假声带分为喉前庭、声門部和声門下处。喉前庭：位于假声带之上，有喉上口与咽部通連。其前为会厌，后为披裂軟骨，两侧为会厌披裂皺襞。声門部：居于假声带之下、眞声带之上。眞假声带之間有椭圓形空隙叫喉室。两側声带之間叫声門裂或簡称声門。声門下处：系声門至环状軟骨下緣部分。

喉动脉血供給来自甲状腺动脉。靜脉經由甲状腺靜脉进入頸内靜脉。喉淋巴管分声門上淋巴管和声門下淋巴管。声門上淋巴管較为丰富，輸入到頸内靜脉周围淋巴結。声門下淋巴管又分前后两組，前組导入喉前或气管前淋巴結。后組导入頸深淋巴結。声带淋巴管較少，故此处恶性肿瘤次发迁徙較緩，如能早期发現早期治疗，預后良好。喉的感覚神經由喉上神經管理。喉返神經支配喉内肌肉的运动（图10）。

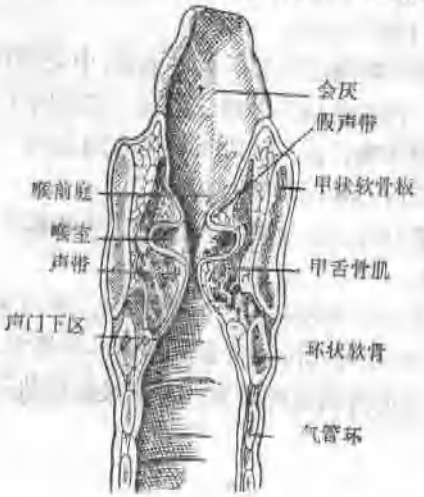


图10 喉内部

第二章　咽喉部疾病

第一节　咽　　炎

临床上可分为急性咽炎和慢性咽炎。

急性咽炎　大多数继发于急性鼻炎。本病也常为某些急性传染病的前驱症状。例如麻疹、猩紅热、斑疹伤寒等。急性咽炎症状輕重不一。一般发病較急，嗓子干、热、痛，体溫升高、周身不适。检查时可見咽部粘膜明显充血、咽后壁淋巴濾泡紅肿，悬雍垂輕度充血，水肿。急性咽炎的診断要和急性传染病的前趋症状相区别。

治疗　局部給予含嗽剂，保持口咽部清洁，必要时給抗菌素葯物。

慢性咽炎　急性咽炎反复发作而引起。烟酒、风尘刺激、鼻炎、鼻竇炎、貧血、消化不良、慢性气管炎等亦可引起此病。病人自覚咽部异物感、干、热、微痛。嗓子里經常有粘稠分泌物引起干咳。检查时可見咽部粘膜慢性充血，暗紅色，有顆粒状突起，系增生性淋巴濾泡。有者粘膜干燥萎縮变薄，有粘稠分泌物或痂皮附着，常由萎縮性鼻炎而来。

治疗　要去其原因。局部使用含嗽剂，可涂碘甘油(3%)或硝酸銀(5%)。使用以上疗法无效者，增生濾泡可用电烙或化学葯物烧灼之。

第二节　急性扁桃腺炎

急性扁桃腺炎是一种常見疾病。多見于全身或局部受凉

后，机体抗力低下，原来居于咽部或外来侵入的細菌（常見为溶血性鏈球菌）成为致病因子。急性扁桃腺炎有者只累及表层叫卡他性扁桃腺炎。有者重点累及扁桃腺陷窝，陷窝內脫落的上皮、細菌和滲出物混合在一起形成脓塞，突出于陷窝口外叫陷窝性扁桃腺炎。有者炎症侵入扁桃体实质，致淋巴濾泡化脓叫濾泡性扁桃腺炎。急性扁桃腺炎炎症消退后，扁桃体表面可出現結瘢現象，有者陷窝內上皮破潰，长期不愈，成为慢性扁桃腺炎。

症状　咽部干痛、刺痛，咽下痛。并有畏寒、发热、头痛、全身酸痛等状。

检查　病人急性病面容，口有恶味，舌苔較厚；下頜角处淋巴腺增大有触痛。咽部可見扁桃腺及其周围粘膜充血。有者在充血基础上陷窝处有黃白色点状分泌物，有时彼此联合成膜样。有者有散在性濾泡化脓現象。

诊断　根据病史和检查所見，一般很易作出診断，但有时急性扁桃腺炎表面形成膜状須与白喉相鑒别。白喉是一种急性传染病，解放前很多見，解放后在伟大領袖毛主席的无产阶級医疗卫生路綫指引下，加强了預防措施，和其他急性传染病一样，发病率大大降低，現在临床上很少遇見白喉患者。但作为人民医生应須給予注意，两者区别如下頁表。

并发症　急性扁桃腺炎一般預后良好。炎症漸漸消退，5—7天痊愈。少数人发生扁桃腺周围脓肿給病人带来痛苦，經过治疗后可完全恢复健康。但由于急性扁桃腺炎而引起的风湿性关节炎、心內膜炎或腎炎等病，則須要积极較长期治疗才能保証預后良好。为此須防止急性扁桃腺炎的再发，特别是反复发作者須作扁桃腺摘除求。

治　疗

1. 以周身疗法为主。休息，多飲水，流体飲食，給抗菌素，其中青霉素注射效果良好。

2. 局部給嗽口剂。

3. 新針疗法

①少商点刺出血，扶突、魚际。

②合谷、內庭、配曲池、魚际、少泽、天突。

急性扁桃腺炎和咽白喉鉴别表

疾病 / 內容	急性扁桃腺炎	咽白喉
苔膜范围	不超出扁桃腺。	扁桃腺和软腭或咽后壁可能有白膜出現。
苔膜性状	容易取下。	不易取下，勉强取下后有出血，苔膜很快再生。
周身情况	高烧但精神好。	体溫不一定增高，但全身表現衰弱状。
細菌培养	化脓菌生长。	白喉杆菌生长。

第三节　扁桃腺周圍脓肿

伟大領袖毛主席教导我們說：**"任何过程，不论是属于自然界的和属于社会的，由于内部的矛盾和斗爭，都是向前推移向前发展的，人们的认识运动也应跟着推移和发展。"** 急性扁桃腺炎是細菌侵蝕和周身抗力对立的統一。这种內部矛盾和斗爭是向前推移和发展的。在一般情况下，周身抗力逐漸加强战胜了細菌的毒害，急性扁桃腺炎漸漸痊愈。但是由于某种情况，細菌毒力增强，周身抗力減低，例如扁桃腺陷窝被阻塞或淋巴濾泡炎症向外发展，可能发生并发症——扁桃腺周

围脓肿。

症状 大多数发生在扁桃腺急性炎症过程中，或炎性症状消退后又复出现。一侧嗓子痛加剧，吞咽时更重，且常放射到同侧耳部。患者有畏寒、发热等周身症状。

检查 患者言語含糊不清，且带鼻音。因軟腭肿胀，飲水向鼻腔反流。病人开口困难，口水外流，舌苔很厚，呼吸有恶味。患側下頷角处淋巴腺肿胀而疼痛。检查咽部可見患側咽部充血，舌腭弓上部及患側軟腭明显肿胀突出。扁桃腺本身改变多不明显，常被推向下向内。悬雍垂水肿并被推向对側。若脓肿位于扁桃体后上方，則患側扁桃体被脓肿推向前，咽腭弓显著隆起，此时軟腭及悬雍垂胀肿不明显。在脓肿最突出处用抽脓針穿刺可抽出脓液。

治疗 扁桃腺周围脓肿主要治疗方法是切开排脓，必要时給与消炎剂。局麻下选择脓肿最突出处和最軟化处，先将粘膜用刀切开0.5厘米切口，再用止血鉗子深入切口，向后并少許向外方向分离軟組織，直达脓肿腔排脓。一般切开排脓第二天，症状应显著收效。如收效不明显，最主要原因是引流受阻塞，須用器械通过切口再引脓流出之。

局部給以漱口剂。扁桃腺周围脓肿病人痊愈一个月后，須作扁桃腺摘除手术，以免再发。

第四节 慢性扁桃腺炎

伟大領袖毛主席教导我們說：“**尖端的问题不是不要。只是应该放少量的人力物力。大量的人力物力应该放在群众最需要解决的问题上去。**”慢性扁桃腺炎、慢性鼻炎和鼻竇炎、慢性中耳炎，是耳鼻咽喉科常見三大疾病。对于它們的防治方

面，目前尚有很多問題急待解决。这是叛徒、内奸、工贼刘少奇反动医疗卫生路綫造成的恶果，必須彻底批判。要按伟大領袖毛主席光輝"六、二六"指示，大力研究这方面問題，为劳动人民解除痛苦。

慢性扁桃腺炎患者以幼年、少年和青年人最为多見。成年后，扁桃体濾泡萎縮，結締組織增生，炎症可能就此減少。

慢性扁桃腺炎常是反复急性扁桃腺炎造成的。

症状 慢性扁桃腺炎往往沒有显著症状。病人常有急性扁桃腺炎反复发作病史。咽部不适感、异物感、微热、身体虚弱、口臭等症状常是个别病人的主訴。在儿童有时由于扁桃腺肥大出現机械性阻塞，使呼吸或吞咽障碍。

检查 检查病人扁桃腺可以看出很多体征。这些体征要历史地全面地加以分析，才能判定是否是慢性扁桃腺炎。检查时可見扁桃腺或大或小不定，前腭弓充血，扁桃腺表面有結癍粘連現象，压迫扁桃腺由陷窩处排出分泌物，頷下淋巴腺肿大等症状。

诊断 主要依靠反复发作急性扁桃腺炎病史，結合上述检查所見进行診断。伟大領袖毛主席教导我們說："**我们看事情必須要看它的实质，而把它的現象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。**"扁桃腺的大小是現象，应該抓住它的实质。一般来說，儿童时期扁桃腺常有生理性肥大，成年后漸轉入萎縮阶段。同时，扁桃腺有者为增生性扁桃腺炎，有者为慢性纖維性扁桃腺炎。由此可以看出，不能单凭扁桃体的大小来决定診断。尤其是在儿童，扁桃腺大并不能一定說有病，必須和有否反复发作急性扁桃腺炎病史結合起来判定之。

并发症 扁桃腺炎症引起周身并发症，在医学上早已被

人重視。临床上先有急性扁桃腺炎以后发生风湿热、风湿性关节炎、风湿性心肌炎、急性腎炎和长期微热等，不能不使人認为扁桃腺炎和这些病的前因后果。事实証明，許多人經过扁桃腺摘除术后，这类病不再发作。自然把造成这些病的唯一原因都說是扁桃腺炎也是不对的。要对病情詳細研究。如果在风湿性关节炎和腎炎前，患者曾患过扁桃腺炎就要考虑两者互相关系。如果在检查扁桃腺时又发現炎症体征，更可以加强扁桃腺做为病灶的概念。

扁桃腺摘除术不应在这些疾病急性过程中进行，当这些疾病症状消退后或处于稳定状态时再行手术。手术后，这些病症状可能暫时加重，但多在数日后消失之。对心脏、腎脏、关节已經有器质性病变的病人，要和內科医生在一起愼重研究病情和扁桃腺手术問題。

治疗　手术摘除扁桃腺，当前依然是最彻底的治疗方法。对禁忌扁桃腺手术病人，可使用保守疗法。我們今后要在实际工作中找出更加有效的非手术治疗方法。

扁桃腺摘除术

适应症

1. 反复发作急性扁桃腺炎或患过扁桃腺周围脓肿者。

2. 扁桃腺肥大引起呼吸、吞咽、語調障碍，即所謂机械性障碍者。

3. 扁桃腺作为病灶引起邻近器官或周身器官病变者。

我們一定要以毛主席所教导的"**完全**""**彻底**"和两个"**极端**"的精神对待我們的工作。要糾正那些不認眞掌握手术适应症的錯誤傾向。在資本主义社会里，某些医生受了資产阶級思想腐蚀，而把扁桃腺摘除手术适应症大大扩大化。我們在批判这种錯誤思想的同时，必須严格掌握手术适应症。

禁忌症

1. 五岁以下儿童一般不宜作扁桃腺摘除术。

2. 扁桃腺急性炎症期或上呼吸道急性感染者不宜手术。待急性炎症消退后2—3周再行手术。

3. 血液疾病 血友病、白血病、贫血等。

4. 活动性肺結核、糖尿病以及心功能代偿不全的心脏病等不宜手术。

第五节 喉 炎

喉炎可分为急性喉炎和慢性喉炎。

急性喉炎 此病常和急性鼻炎、急性咽炎同时存在。发音过度、烟酒过度、化学气体刺激等均可致之。在成年人声音嘶哑为主要症状，其他有喉干、热、痒、痛感。有时出現咳嗽，但很少出現周身症状。在小儿，特别是婴儿急性喉炎症状往往非常严重。除以上症状外可出現周身症状和急性喉阻塞症状。

小儿容易发生呼吸困难的原因是小孩喉腔小，粘膜下組織松弛，炎症后极易肿胀，小孩抗力低容易得急性传染病而合并喉炎，儿童咳嗽功能不强不易排出气管或喉部炎性分泌物。儿童神經系統易激动，易引起喉部痙攣。在临床上常見的是麻疹合并喉炎，出現呼吸困难。

在成年人間接喉鏡检查，可見粘膜广泛性充血，眞假声带紅肿，眞声带边緣增厚呈梭状，发音时不能合并。小儿直接喉鏡检查（无呼吸困难时），可見喉粘膜充血，声門下粘膜肿胀特别显著，呈梭状束位于两声带下。小孩有高度呼吸困难时，应先作气管切开后再检查之，以免发生危险。

治　疗

1. 在成人要少讲話，多飲水，口服强的松5毫克，一天三次，严重者周身使用消炎剂。

2. 在小儿要使患者安靜，进行蒸气吸入，蒸气液中可加入青霉素或安息香酸酊。口服强的松，周身使用消炎剂。呼吸困难者給氧气吸入，必要时作气管切开术（見急性喉阻塞）。

慢性喉炎　一般多由急性喉炎反复发作而来。經常张口呼吸，烟酒过度、风尘刺激，鼻及鼻竇炎，咽部炎症疾患，肺部炎症疾患等均可致之。慢性喉炎的主要症状是长时間声音嘶哑。

喉鏡检查　声带慢性充血，有时声带表面可見充血血管，有时声带为粉紅色。此外由于炎症喉內肌肉活动受到阻碍，声門往往不能閉合。有时还見局部粘膜肥厚。有者粘膜干燥，有痂附着声带上。

治疗　主要須解除病原，例如治疗鼻竇炎和呼吸道疾病。糾正发育不当。給予蒸气吸入。限局性增生姑息疗法无效者可做局部切除术。粘膜萎縮者可滴入碘甘油类药物。

第六节　急性喉阻塞

急性喉阻塞多屬急症。如果处理不当或处理不及时，往往导致病人生命危险。为此作为人民医生必須遵循伟大領袖毛主席"**救死扶伤，实行革命的人道主义**"的伟大教导，积极地給予搶救，解除呼吸困难，搶救病人生命。

病因　急性喉阻塞常見于儿童（見急性喉炎）。急性喉阻塞有下列原因：

1. 喉急性炎性疾患　如儿童麻疹合并急性喉炎、喉白喉。

2. 喉外伤　如挫伤、割伤、战时枪弹伤。

3. 喉肿物　儿童多见为乳头瘤。40岁以上者多为癌所致。

4. 其他　喉内异物、声带麻痹等。

症状　急性喉阻塞有下列症状：

1. 吸气性呼吸困难而呼气时較好。在吸气时胸腔内的气压減低，而空气又不能暢通地經声門直入气管，因此首先形成胸骨上窝的凹陷，病情加重时，鎖骨上下窝和肋間均凹陷。在小儿上腹部也凹陷（三凹現象）。

2. 吸气性喉鳴，为喉阻塞特殊症状，系空气急流通过狹窄声門，由声带震顫而发出的音响。

3. 声音嘶哑。

4. 病人情緒紧张、煩躁不安、不能入睡，系缺氧而致。

5. 由于缺氧致四肢发冷、面色蒼白或发紺，額部有冷汗。

6. 呼吸頻率不增加。

急性喉阻塞分度　为了观察与治疗上的方便，临床上可把急性喉阻塞分为四度。

第一度　安靜时无呼吸困难。当活动量增大时，如跑、跳、哭鬧等情况下出現呼吸困难。

第二度　安靜与否都有呼吸困难，但尚能安靜入睡，且无煩躁不安現象。

第三度　出現煩躁不安，不能入睡，因呼吸困难睡中屢被憋醒。

第四度　出現发紺和昏迷現象。

治疗　急性喉阻塞是危及病人生命的急重症。如果处理得当，几乎全部可以得到挽救。为此作为人民医生必須遵照伟大領袖毛主席的教导："**我们需要的是热烈而鎮定的情绪，紧张而有秩序的工作。**"要密切观察病情的发展，掌握手术时

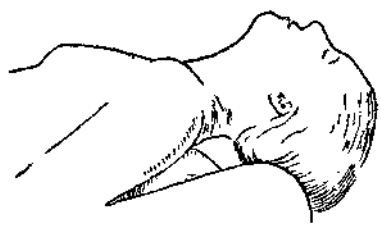
机，及时給与处理。

在掌握急性喉阻塞治疗时，要抓住主要矛盾。伟大領袖毛主席教导我們說："**任何过程如果有多数矛盾存在的话，其中必定有一种是主要的，起着领导的、决定的作用，其他则处于次要和服从的地位。因此，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。**"

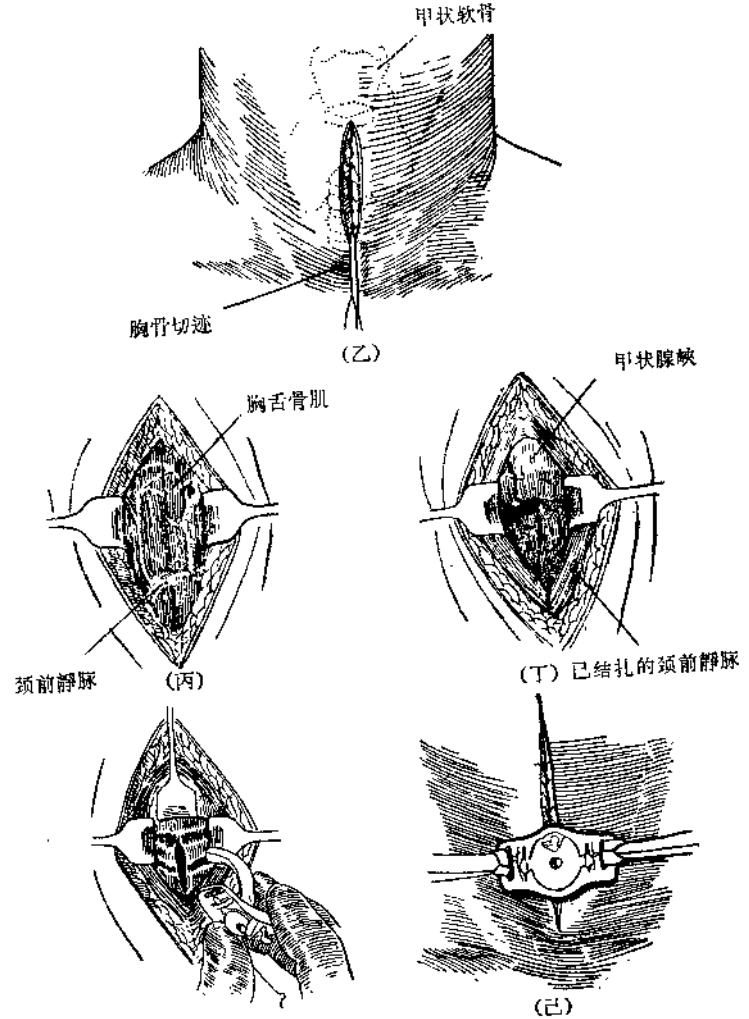
急性喉阻塞的治疗过程中，存在着很多矛盾，但是解除呼吸困难和治疗原发病变是两个需要經常注意的問題，两者之一在不同情况下可互成为主次矛盾。特别是在处理炎性喉阻塞时更为重要。一般来說，如果病人呼吸困难在第二度以前，在治疗上主要矛盾是抓原发病变治疗。例如在炎性喉阻塞时，大量使用抗菌素药物，局部蒸气吸入，口服强的松，并密切注意病情的发展。如果病人病情已到第三度，呼吸困难是主要矛盾，应立即作气管切开术。原发病变治疗应放在气管切开术后考虑之。如果在处理上未抓住主要矛盾而抓了次要矛盾，会带来不良后果，这点必須注意之。

气管切开术 （图11）。

气管切开术是在頸前切开气管，造成呼吸短路的一种紧急手术。特别是解除急性喉阻塞，是一个有效措施。为此各



以沙袋垫于肩下（甲）



甲 患者卧位。 乙 切口。 丙 分离皮下组织显露肌肉。 丁 分离肌肉显露甲状腺峡。 戊 切开气管环插入套管。 己 手术完毕套管固定在颈处。

图 11 气管切开术

科医生必须掌握手术原则和手术操作。

适应证

1. 凡是引起急性喉阻塞的各种疾病，为了解除呼吸困难都适于气管切开。

2. 因脑外伤或其他神經科或內科病致昏迷病人，不能自行排痰，下呼吸道分泌物阻塞者，为了排出分泌物，造成呼吸短路，应作气管切开术。

3. 此外在鼻或鼻咽部肿瘤手术时，气管异物取出时。有时须作气管切开术。

手术操作

1. 患者位置　仰臥。肩下垫以砂枕，使头部后仰，可充分暴露頸部(图11甲)。儿童病人必须有一名助手，在病孩头之上，将头部固定。以免头部左右活动，影响手术进行。

2. 手术过程　頸部用碘酒和酒精消毒，盖无菌敷布。用1—2%奴佛卡因于頸部正中皮下作浸潤麻醉。从甲状軟骨下緣至胸骨上切迹在頸中綫上，纵行切开皮肤及淺筋膜(如11图乙)。以拉鉤将皮拉向两侧。用止血鉗纵行分离皮下組織，直到两侧胸骨舌骨肌在中綫靠攏处。在分离过程中可发現頸前靜脉显露于术野(如11图丙)，紧急气管切开时可由其侧越过之。不紧急时可結扎切断之。沿中綫分开肌层并拉向两侧(如图11丁)，可見甲状腺峽。在峽下分离气管前筋膜并将峽向上拉开，可清楚看到气管环。以尖刀在正中綫上切开第二、第三或第四气管环(图11戊)。用鉗子扩开切口，插入气管套管。气管套管上方切口縫合1—2針。用繃带将套管固定在頸处(图11己)。

3. 气管切开的要点　患者必须摆好位置，头頸部不能偏斜。肩下必须垫起来，否則手术不易进行。切口必须够大，特

别在初学者更为重要。切口与分离必须保持在正中綫上，不能偏向一側，否則要迷失方向，这样拉鈎助手必須两手使用同等力量，否則剝离将偏向一側。术者在每剝离一步时，应用手指深找气管位置，作为前进方向。

术后护理

1. 保持气管切开套管暢通是术后护理最重要的环节。为此要經常清除內套管存留的分泌物，以吸痰器連接細塑料管經常吸痰。內套管要經常取下清理后再放入，間隔时間以保持呼吸暢通为标准。为防止呼吸道分泌物干燥阻塞呼吸，可經常作蒸气吸入或經常向套管內滴入生理盐水。

外套管的护理是一个极为严重問題。在气管切开术后病人，要特殊注意外套管不得脫出，否則在喉阻塞未解决情况下，病人有窒息危险，为此要注意患儿不得用手牽拉套管。在換內套管时不得連同外套管拉出等。由于急性喉炎而作的气管切开术，一般外套管无須更換，可在病愈后拔管。带管超过一星期者，可按情况将外套管更換。长期带套管者，每 2—4 周換一次。在交換套管时，医生必須事先准备大小、弯度和原套管一致的套管。取下原套管立即将新套管插入，如新套管未及时放入，可能再度出現窒息。

2. 其次气管切开术后病人失去发音能力，特别对小儿病人，必須有人昼夜細心护理。要每天更換套管周围敷料，保持局部清洁。暫时下咽困难者可用鼻飼法。

拔管　当喉阻塞症状解除时才能拔管。拔管前須作堵管試驗，如完全堵塞套管病人可自由經喉呼吸 24 小时者可拔管。拔管后切口不必縫合，只盖以敷料即可，伤口很快收縮愈合。拔管困难者，除特殊情况外，可用大套管換小套管法拔管。

第三章　气管和食管鏡检查法

第一节　气管鏡检查法

适应证　近年来气管鏡检查法，在診断治疗气管支气管以及肺部疾病上起了很大作用。

1. 在診断方面　气管支气管异物、气管支气管肿瘤、气管支气管結核、支气管扩张、肺脓肿、原因不明咯血等均适于作气管鏡检查。

2. 在治疗方面　适用于气管和支气管异物的取出，下呼吸道分泌物和渗出物的吸出，气管支气管良性肿瘤摘除，气管支气管瘢痕狹窄之扩张等。

麻醉　成人可用局麻（咽、喉、气管表面麻醉），儿童无須麻醉。

操作方法　病人仰臥头伸出手术后，并尽力后仰，头部枕后处高离手术台平面 10—15 厘米。

气管鏡插入气管方法有两种　一种是間接法，先用直接喉鏡显露声門，再向直接喉鏡內插入气管鏡，此种方法多用于儿童。另种方法，不用喉鏡，直接用气管鏡显露声門直接插入气管。

气管鏡检查可分三个步驟　第一步显露声門；第二步将气管鏡插入气管。使用直接喉鏡者，此时应将其取下；第三步将气管鏡插入支气管。此时抱头助手应根据气管鏡下行的方向使头下垂或左右移动。

第二节　食管镜检查法

适应证　食管鏡检查适用于食管疾病的診断和治疗。

1. 在診断方面　各种已知或預測的疾病，例如食管异物、食管炎症、食管肿瘤，肿瘤病理检查等可作食管鏡检查。

2. 在治疗方面　食管异物取出，食管狹窄的扩张，食管疾病的葯物治疗以及恶性肿瘤的鐳放射治疗等均可使用之。

麻醉　一般在粘膜表面麻醉下进行之，必要时給予周身麻醉。

操作方法　病人的臥位和气管鏡检查时一致。可分为四个步驟.

1. 食管鏡先沿舌的右側伸入，以后指向中央，当发現披裂軟骨后再向右进入右側梨状窝。

2. 进入食管入口是比較困难的。此时由于环咽肌收縮，前方可能不見管腔。但若对准中綫，稍待片刻，即可見入口张开，可将食管鏡深入。

3. 此后伸入食道鏡多无困难，經过第二狹窄后应将头部降低。

4. 最后狹窄部位容易通过。

第四章　气管和食管异物

第一节　气管支气管异物

病因　常发生在儿童。因为儿童常把小的东西放在口內，或在吞咽时哭笑，致使食物或玩物吸入呼吸道內。据統計小

孩气管支气管异物以植物性者最多見，如花生粒、瓜子、豆粒等等。气管异物以右側为多。又以下叶支气管最多見。

症状 呼吸道异物症状，由于异物的大小、性质、停留的位置而有所不同。因此其临床表現是多种多样的。須要进行細致的体格检查。

咳嗽往往是呼吸道异物首先发起的症状。异物进入呼吸道必将引起不可制止的咳嗽。这种驟然发生的咳嗽，配合典型病史，常是診断呼吸道异物的依据。当异物固定在支气管时，咳嗽可暫停一个时期，但由于异物而引起的继发病变可再出現咳嗽。

气管异物常有一定的活动性。异物可随呼吸，特别随咳嗽在气管內上下移动。在咳嗽时可以听到异物拍打声門下方的声音。

支气管异物，特别是植物性异物引起的粘膜炎症，致患者体溫升高，咳嗽多痰，呼吸困难也較重。

异物固定在支气管或分支中，可发生两种不同的阻塞現象。一种是阻塞性肺气肿，由于异物未将管腔完全阻塞，吸气时管腔扩大，空气尚能进入，但呼气时管腔变小，气体不能排出。因此，在异物下部出現肺气肿。另一种是阻塞性肺不张，气管全部被堵塞，吸气和呼气均不能通过，堵塞部位以下空气被吸收而形成肺不张。

诊断 气管支气管异物，要綜合病史、症状、体征和X光胸部检查而确定。其中病史占很重要位置。对可疑病例要发揮集体智慧加以研究决定。应进行气管鏡检查，以明眞相。

治疗 异物进入气管支气管內，一般自行咳出机会很少，須将异物取出，以免发生严重并发症。

气管活动异物，可在直接喉鏡下，将张开的异物鉗子放在

声門之下，等待因咳嗽异物向上冲击时将异物鉗住，順声門前后方向作适当轉动，将异物取出之。

位置較深异物，須将气管鏡伸入到异物部位，看清后用器械取出之。

第二节　食管异物

病因　多見于儿童，喜将硬币、小玩物含在口中，偶一不慎誤咽入食道。此外食物中的魚骨、碎骨、木片等也可造成食道异物。絕大多数异物停留在食管入口处，即第一狹窄处。一般异物若能通过食管入口，往往可以通过全部食管，經过胃腸由糞便排出之。

症状　食道异物主要症状是咽下困难，有者滴水不入，有者尚能进流体或半流体飲食。尖鋭异物可出現疼痛症状，痛的位置有时在喉下处，有时在胸骨后方。若异物穿破食管可引起食道周围炎症，甚至形成脓肿。

诊断　按病史、症状、X光检查不难判定。

疗治　用食管鏡在直視下取出之。有炎症病人須使用抗菌素药物。

口　腔　部

第一章　牙齿概論

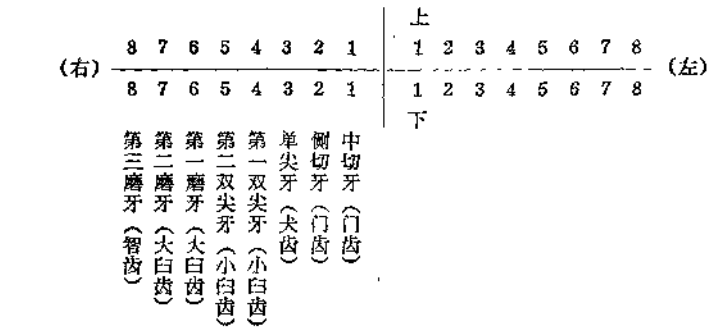
第一节　牙的数目、名称及符号

人在一生中，生长两次牙齿。第一次叫乳牙，共20个，生

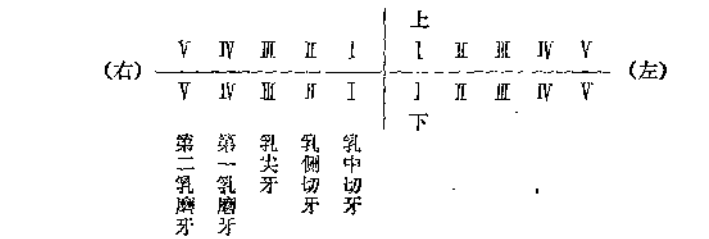
后6—7个月开始萌出，2—3岁长齐，6—7岁开始脱落，12岁左右完全脱落。第二次叫恒牙，共32个，6—7岁开始萌出，到12—13岁长出28个，最后长出的牙齿（智齿）萌出时间很不一定，大约在20岁左右萌出，也有些人终生不长智齿。

根据牙齿的形态、功能及所在位置的不同，每个牙的名称也不同。同时为了书写方便，便于記录，每个牙齿用一个符号表示如下。

恒牙的名称及符号：



乳牙的名称及符号：



举例：上頷左側第二双尖牙

下頜右側側切牙及尖牙 $\overline{32}$;

上頜右側第一、二磨牙及下頜左側第二乳磨牙 $\frac{76}{IV}$

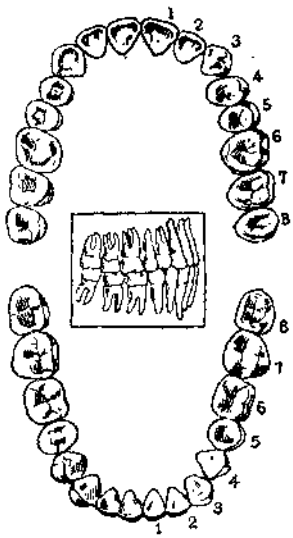


图 1 恒牙列

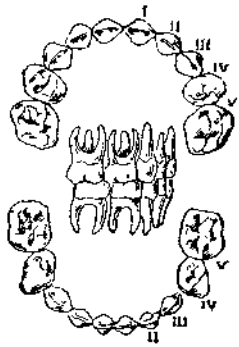


图 2 乳牙列

第二节 牙及牙周各部名称

从外形看，每个牙齿都有牙冠、牙頸及牙根，露在口腔的部分称为牙冠，埋在牙槽骨內的部份称为牙根，二者交界的部份称为牙頸(图 3)。

从牙齿剖面看，牙本质构成牙齿的主体，冠部复盖着牙釉质，根部复盖着牙骨质。在牙齿的中央有髓腔，內含牙髓，牙髓經过根尖孔与周围組織通連(图 4)。

牙周組織包括牙周膜、牙槽骨及牙龈三种組織。

图 3　牙齿各部名称

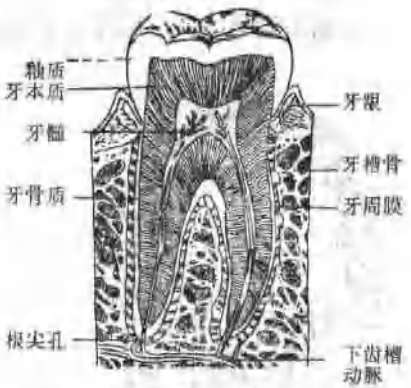


图 4　牙及牙周組織的剖面图

第三节　牙的形态

了解牙冠的形态与牙体修复有重要关系；而了解牙根的数目及形态对根管治疗及拔牙有重要意义。

切牙　牙冠类似平鏟状，有一較寬且成直綫的切緣，均为单根。

尖牙　牙冠横断面为圓錐状，唇面为五边形，切緣中央有一牙尖，系单根。

双尖牙　牙冠为不正立方形，殆面有两个牙尖。上頷第一双尖牙通常有两个根，其它均为单根。

磨牙　牙冠为不正立方形，体积較双尖牙为大，殆面有四个牙尖。上頷磨牙有三个根，頰側两个，腭側一个。下頷磨牙有两个根，一个近中根，一个远中根。智齿的牙根数目及形态变异較大，一根、二根或三根不等。

第四节　乳牙与恒牙的区别

1. 乳牙的釉质比恒牙色白。

2. 乳牙較恒牙体积小。

3. 乳磨牙牙根向外傾斜开大，中間可以容納恒牙牙胚。

4. 按冠根比例，乳牙牙根較长。

5. 根据牙齿在口腔中的位置及牙的形态也能区别乳、恒牙。如在5的部位是第二双尖牙則为恒牙，若是磨牙則为乳磨牙。

6. 刚萌出的恒切牙，切緣上有三个鈍尖。

第二章　齲　　齿

齲齿的一般情况　齲齿俗名"虫牙"，是牙齿組織逐漸坏損的一种疾病，可以使牙齿疼痛、并能引起牙槽及頷骨、頷周的炎症，是口腔科最常見的疾病之一。

齲齿的发病情况，根据現有的資料，其发病率大約为40—60%；少数民族地区偏低，10—20%左右。

齲齿的发生因素和特点

1. 齲齿多发生于磨牙，特别是下頷磨牙。

2. 发育及鈣化不好的牙齿易患齲齿，且发展較快。

3. 氟化物不論在牙齿发育期进入牙齿，或于萌出后从牙之表面吸收到牙中，都能增加对齲齿的抵抗性。

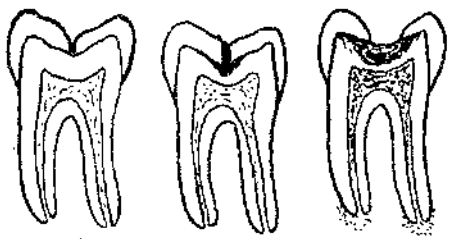
4. 当牙齿位置不正或相互重叠时，齲齿就容易发生在这些牙齿相接触的地方。临床上，常見下頷第二磨牙向近中傾斜，又抵触到第二磨牙远中頸部，在此部位易引起齲齿。

5. 儿童能認眞刷牙，飯后或吃甜食物后嗽口，睡前禁食，齲齿明显減少。

6. 营养不良的儿童多患齲齿。

齲齿的临床表現 齲齿可发生于咬殆面，邻面或牙頸部，临床检查时可以看到患牙有大小不一、边緣不正的黑色洞形缺損。齲洞往往口小底大，所以就須用探針检查齲洞的大小及深淺。

齲齿早期病变在牙釉质层內，多数沒有任何不适的感覚。当病变达牙本质淺层时，則对甜、酸食物或冷热刺激敏感，产生酸痛。如病变进入牙本质深层或与髓腔穿通时，除有刺激痛外，多有自发性疼痛(图 5)。



1. 釉质。2. 牙本质浅层。3. 牙本质深层。

图 5 齲齿的发展过程

齲齿的治疗 初期的齲齿可用挖器和电鉆除去腐质，形成洞形，消毒齲洞，以銀汞合金充填。較深的齲齿，須在銀汞合金与齲洞底牙本质之間墊一层水門汀，以免合金传导冷热刺激牙髓。齲齿引起牙髓改变时，应先处理牙髓，然后再作齲洞充填。

齲齿的预防

1. 病弱的孕妇及儿童，应注意加强营养。

2. 牙齿涂氟可以作为预防龋齿的措施之一。

3. 定期口腔检查，早期发現，早期治疗，以预防龋齿继发症。

4. 重視口腔卫生。

第三章 牙 髓 炎

病因 多数是由于龋齿继續深入，接近牙髓或穿通髓腔，感染侵犯牙髓而致炎症。另外，感染也可以通过外伤缺損、牙齿过度磨損部分或經牙周袋而进入牙髓，引起牙髓炎。

诊断 急性牙髓炎在临床上主要症状是疼痛，所以仔細地分析疼痛情况是临床上診断牙髓炎的主要方法。

由于牙髓的四壁为坚硬的牙本质，牙髓发炎渗出的結果增加了髓腔内的压力，所以临床上产生极其剧烈的疼痛。

广大农民中流传着这样一句話："牙疼不算病，疼起来眞要命"。这多是指急性牙髓炎而說的。

急性牙髓炎为陣发性、放散性、剧烈的跳疼，夜間或平臥时尤甚。开始为浆液性，对冷热刺激均可加重疼痛，至化脓期，冷水嗽口反而可以減輕疼痛，热刺激更使疼痛加剧。

应急处理

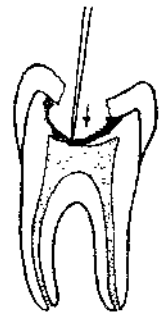
1. 針刺疗法 ①牙痛穴、配合谷或下关。②下关、頰車、合谷。③丰收穴。

2. 牙髓鎮靜疗法 用小挖匙除去龋洞内食物残渣和腐质，洞内放一个蘸有鎮靜药的棉球，上方盖一干棉球或蘸火棉胶溶液的棉球。鎮靜药可用石炭酸、丁香油、樟脑酚。

3. 开髓疗法 以牙鉆、探針（在农村可用錐子），将髓腔顶

穿开，在龋洞内放上镇静药物，可以立即奏效(图6)。

4. 封闭疗法　以0.25%普鲁卡因封闭常可收到良好效果。



以尖的器械在龋洞底牙本质最薄处，将髓腔钻通。

图6　髓腔穿通法

治疗　急性牙髓炎經过处理，疼痛停止后，可根据情况考虑作牙髓切断、牙髓干尸或根管治疗。如无条件继續治疗，又恐并发根尖感染可以考虑拔除。但应指出，牙髓炎經过治疗，牙齿保存的可能性是很大的，所以不能輕意决定拔除。

第四章　牙周膜炎

病　因

1. 牙髓感染　由于牙髓炎未作及时彻底治疗，感染通过根尖孔而导致牙周膜发炎。

2. 牙龈沟感染　感染經牙龈沟进入牙周膜，引起边緣性牙周膜炎。

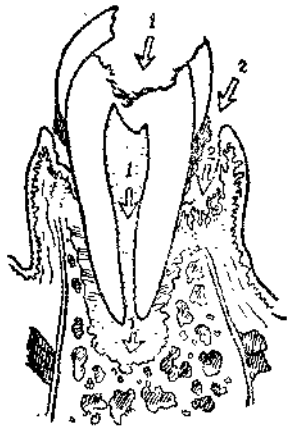
3. 外伤　外力作用于牙体，引起創伤性牙周膜炎(图7)。

诊断　多有牙髓炎发作的病史。外伤性牙周膜炎有外伤史。

牙周膜炎初期沒有自发性疼痛，或只有輕微的鈍痛，患牙感到不舒服，有浮出的感覚，此时将牙齿咬紧会感到稍輕快。

随着根尖炎症渗出物逐漸增多，患牙浮出和伸长的感覚

也就更加明显，輕微叩診和咀嚼便会引起剧烈的疼痛。病人不敢咬合。患牙可能出現松动。



1. 牙髓感染 2. 牙根尖感染

图 7 牙周膜炎感染途径

牙周膜炎一般是自发的、持續的鈍痛，多为局限的痛，疼痛不放散至很广泛的范围。

化脓性牙周膜炎有持續的跳痛，叩痛明显，不敢对咬。并可能出現相应部位軟組織的肿胀，甚或出現脓肿、頷下淋巴結肿胀、压痛。有些患者可能体溫升高，白血球增多。

牙髓炎与牙周膜炎的区别 如下表。

牙髓炎与牙周膜炎的区别

	牙髓炎	牙周膜炎
疼痛性质	间歇性锐痛	持续性鈍痛
牙齿对咬	牙齿牢固可以对咬	牙齿松动不敢对咬
叩痛	无叩痛	有叩痛
疼痛特点	放散性，患者指不出患牙所在	局限性，患者能清楚的指出患牙所在
对刺激反应	对冷热刺激反应明显	牙髓多已坏死对冷热刺激多无反应

治 疗

1. 止痛措施可以采取針灸(同牙髓炎穴位)。給予止痛、鎮靜药物。

2. 当軟組織有炎症时可以酌情应用抗菌素及对症药物。有脓肿时，則应及时切开引流。

3. 急性炎症消失后，可考虑根管治疗或将患牙拔除。

4. 急性牙周膜炎处理不当，且患者身体衰弱或細菌毒力强时，就可能发展成为頷周蜂窩織炎或頷骨骨髓炎。所以預防齲齿是預防牙髓炎、牙周膜炎、頷骨頷周炎症的有力措施。

第五章　頷面部炎症

第一节　急性化脓性根尖周围炎
（急性牙槽脓肿）

由于身体抵抗力低下，細菌侵入以及局部引流不暢引起此病，也有一部分未治愈的牙周膜炎演变为急性牙槽脓肿。

1. 早期脓汁限局在根尖孔附近，这个阶段叫作急性根周脓肿。由于脓汁得不到引流，所以有剧烈的持續性的跳痛，患者不敢咬合，叩痛明显，牙齦稍微发紅，压痛不明显，淋巴結可能肿大。

这个阶段主要治疗措施是引流，应尽量設法由根管引流。

2. 炎症在牙槽骨内扩散，脓汁通过骨松质和牙槽骨外板，停留于骨膜之下，这个阶段叫骨膜下脓肿（或頷骨骨膜炎）。

牙齦肿胀明显，肿胀的部位要随脓汁排出的經路而不同。触診以可发現波动，此时肿胀发展迅速，疼痛到极点，并开始有緩解趋势，全身的症状也发展到頂点，并日漸減輕。如症状不見好轉，則形成口腔深部的感染。炎症突破骨膜，可形成粘膜下脓肿。此时肿胀局限，波动明显，疼痛較前緩解，此时必

須切开引流，否則自潰。

3. 由于解剖学上的关系，局部肿胀的部位与脓汁排出的途径不同，常見有下列几种情况：

（1）穿通唇頰側骨板，形成牙龈瘘孔或頰部皮肤瘘孔。

（2）穿通內側骨板，可以在腭側或舌側形成脓肿。

（3）脓汁可沿牙龈沟或根管排出。

4. 除上述局部变化外，都伴有輕重不同的全身症状，如体溫升高、白血球总数上升等，可以对症治疗。

第二节　頷骨骨髓炎

概说　成人多見于下頷，新生儿多見于上頷，成人頷骨骨髓炎多为齿源性感染（急性牙槽脓肿及冠周炎等）。新生儿則为血源性感染。

頷骨特殊感染（結核、梅毒、放綫菌病）比較少見。

症状　早期炎症局限在骨內，附近軟組織可以不显肿脓或輕度浮肿。当化脓性炎症由骨內穿出，則发生广泛的蜂窝組織炎，伴有局部疼痛、肿胀、头痛、高烧、寒战、白血球升高。則有出現敗血症的可能。如炎症侵犯下齿槽神經，則引起半側下唇麻木。累及咀嚼肌群（嚼肌、翼內肌、顳肌等）可引起牙关紧閉。此时牙齿可出現多数松动，并有伸长的感覚及叩痛。

急性症状逐漸消失，則頷骨內形成死骨，經久不愈，遺留瘘孔，經常排脓，即成为慢性頷骨骨髓炎。

在早期X光无任何变化，2—3周后可見頷骨出現弥漫性透光区，有坏死的骨小梁，一般需經三个月死骨才能完全分离。

治疗 在急性期主要是控制炎症，应用抗菌素及镇静、镇痛等药物。当脓肿形成后应立即切开引流或拔除牙齿，可以减輕疼痛、减少张力，避免引起更严重的并发症。

在慢性期死骨已分离，可手术摘除死骨；如破坏范围較大，可能发生病理骨折时，应考虑固定方法，防止发生骨折。

第三节 颌面部蜂窝织炎

病 因

1. 牙源性 由于根周及冠周的感染，可以直接蔓延到面部的肌肉間隙。

2. 腺源性 由于涎腺、淋巴腺、扁桃腺等感染而引起肌肉間隙炎症。

3. 外伤性和血源性而引起者少見。

临床上常见的间隙感染

1. 上頷部蜂窝織炎：

上切牙之炎症可以引起上唇的蜂窝織炎，这时則应特别注意，感染可能經上唇靜脉从至面前靜脉，經眼靜脉流入海綿竇，引起极为危险的海綿竇栓塞。

上頷尖牙、双尖牙感染，可使眶下部肿胀，鼻唇沟消失，下瞼肿胀，有时也波及上瞼。

2. 頷下部蜂窝織炎：

多由下頷磨牙感染而致頷下淋巴腺炎，此时炎症肿胀可能蔓延至頸部及咽旁間隙，可能出現咽下困难及呼吸困难。

治 疗

1. 局部治疗 可考虑热敷或敷水調散(黃柏、石膏等量)，如皮肤发紅則用油調散为宜。有条件可用理疗。局部肿胀如

有波动，则应及时切开引流。

2. 消炎疗法　酌情使用各种消炎药物。

3. 对症疗法　有高烧等情况，可对症用药。全身症状严重者，可考虑输液。

4. 原因治疗　炎症平复后，应处理患牙，拔除或作致病牙的根管治疗。

第四节　冠　周　炎

冠周炎多数是由于下颌第三磨牙（智齿）萌出不全，牙冠大部分为其远中的牙龈瓣复盖，形成盲袋，食物残渣和細菌存积于龈瓣下，一旦由于某种原因如伤风、睡眠不足、疲劳使机体的抵抗力降低时，就会发生急性冠周炎。

临床表现　智齿处牙龈紅肿、压痛、化脓，有时可能有波动現象。严重者有頰部及咽旁的肿胀，不同程度的开口困难及吞咽疼痛，頷下淋巴結肿大、压痛、体溫升高、白血球总数升高。临床检查时，可能看到智齿的一部分萌出或根本看不到萌出，但用探針从第二磨牙的远中面探入时，就能触到阻生智齿的牙冠。

治疗　以盐水冲洗龈瓣下的空隙，涂以碘甘油，給以漱口水。化脓时，則可切开引流，酌情使用消炎药物。可給以止痛、鎮靜药物。在急性炎症初期針灸可以鎮痛、消炎及減輕牙关紧閉。

急性炎症消退后，有条件可拍照X光片，如智齿位置正常可以等待其萌出后，切除龈瓣。位置不正或反复发炎，即应拔除。

第六章 拔 牙 术

第一节 拔牙的适应症与禁忌症

由于大叛徒刘少奇对抗毛主席关于“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的指示，大办城市老爷医院，把大量好的器材和专业人员放在大城市大医院里。广大的农民一无医，二无药。所以有的牙病在条件較好的医院里就可以治疗，而在沒有設置牙科的医院里就得拔除。由于时間、地点、条件的不同，拔牙的适应症就不同。禁忌症也是如此。

目前，全国各地正在积极地、認眞貫彻“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的伟大指示，农村的卫生条件一定会有明显的变化，拔牙的适应症、禁忌症也会有变化。

拔牙的适应症

1. 牙齿龋坏过大，牙髓感染或已坏死，保存治疗无效或沒有条件治疗并反复疼痛。

2. 慢性牙周膜炎牙龈出現瘘孔。

3. 冠周炎反复发作，智齿又不能正常萌出时，待消炎后拔除智齿。

4. 儿童在換牙期間，恒牙已萌出，而乳牙尚未脱落，应拔除乳牙。

5. 牙周病或其他原因所致的严重松动牙齿。

6. 位置异常、額外牙、錯位牙。

7. 外伤所致的牙齿折断。

毛主席教导我們說：“**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。”

拔牙的禁忌症

1. 血液病　如白血病、血友病、恶性貧血等。

2. 心脏病　有严重心力衰竭应禁忌拔牙。給心脏病患者拔牙时，不用腎上腺素，因其可以引起血压意外升高。拔牙后常有暫时性的菌血症，所以当心脏有器质性病变时，細菌容易停留在該处而发生感染。故在拔牙前后要适当应用抗菌素。

3. 腎脏病　多数人主张延緩拔牙时期，但也有些人主张早期除去病灶。拔牙前后也要应用抗菌素。

4. 糖尿病　在沒作全身治疗前不应拔牙，沒有感染的牙尽量保留。

5. 高血压　对中等以上高血压的病人（血压180/100毫米汞柱以上）应加以注意，如必須拔除，应給予鎮靜劑，禁用腎上腺素。

6. 急性炎症　如急性口炎、急性冠周炎等不宜拔牙。

7. 肿瘤上的牙齿，开始治疗以前不应拔牙。

8. 其他全身不适、伤风、睡眠不足、月經期、妊娠、发烧等情况，如非急需，均宜推迟拔牙时期。

第二节　麻　　醉

麻药　2%奴佛卡因溶液，每2毫升可加入0.1%腎上腺素1—2滴，以增强麻醉效果。

麻醉方法　拔牙需要的局部麻醉有，传导麻醉及浸潤麻醉，注射方法很多，仅介紹常用的几种：

1. 浸潤麻醉法（图8）　注射針在根尖部牙龈处刺入，先注麻醉劑少許，然后将針尖深入骨膜下，緩慢注入0.5—1.0毫

升麻醉药。3—5分钟即可出現麻醉效果，持續一小时左右。腭側浸潤麻醉則距牙齦緣1厘米处注粘膜下。

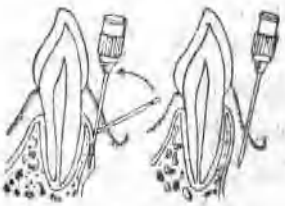


图8 浸潤麻醉法

2. 上頷結节注射法(图9) 目的是麻醉支配上頷磨牙的后上齿槽神經。

麻醉方法 病人半张嘴，注射者右手拿注射器，左手用口鏡牵拉口角和唇頰部，露出磨牙区的齦頰移行部，由倒数第二个磨牙远中根尖处刺針，直达骨面，然后針尖紧貼骨面，向后、上、內深入，与上頷牙齿殆面成45°角方向，进入約2厘米，注入麻醉液2.5—3.0毫升。

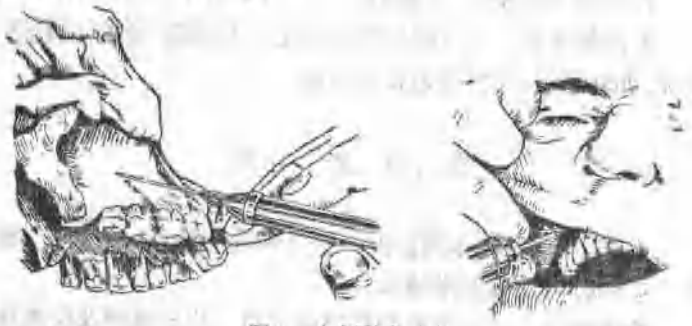


图9 上頷結节注射

3. 腭大孔注射法(图10) 目的是麻醉腭前神經，此神經支配上頷磨牙及双尖牙腭側牙齦。

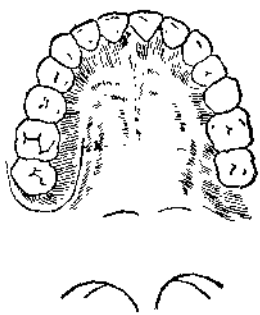
針刺点为第二磨牙的腭側牙龈緣与腭中縫的中点处。針尖由对側刺入至骨面，注 0.5 毫升麻醉葯。

如刺点靠后或麻醉葯注入量太多，則可能引起咽部异物感、恶心、呕吐等現象。

4. 下頜骨隆突注射法（图 11） 目的是麻醉下齿槽神經、頰神經及舌神經。

注射針从对側口角向翼下頜韌带的外方，上頜第三磨牙殆面下 0.5 厘米处粘膜刺入、直达骨面为止。注射时，注射針应尽量向后推开对側口角，使針与粘膜面几乎垂直。針尖达骨面时回吸无血液时，則可注入 3 毫升麻醉葯，在退針时再注 0.5—1 毫升麻醉葯。

2—3 分钟后，該側舌尖、下唇及頰部出現麻、胀的感覚，即說明麻醉成功。如 10 分钟后仍未出現麻醉，說明注射部位錯誤，应再次注射。



"X" 为刺入点

图 10 腭大孔注射

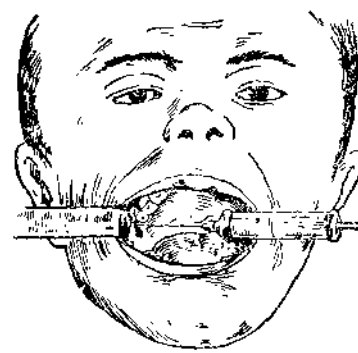


图 11 下頜骨隆突注射法

第三节　拔牙时麻醉的选择

牙的名称		神经的名称		注射方法	
		牙及唇颊龈侧	腭侧龈	唇颊侧	腭侧
321	123	前上齿槽神经	鼻腭神经	浸润麻醉	浸润麻醉
54	45	中上齿槽神经	腭前神经	浸润麻醉	浸润麻醉
876	678	后上齿槽神经		上颌结节	腭大孔

因为6|6的近中颊根多由中上齿槽神经支配，所以拔除时，除作上颌结节注射外，还应在近中颊根处作浸润神经。

下颌牙齿均由下齿槽神经、颊神经、舌神经支配，故只作下颌隆突麻醉即可以拔除下颌任何牙齿。但下中切牙有对侧的吻合枝，故常用浸润麻醉法。

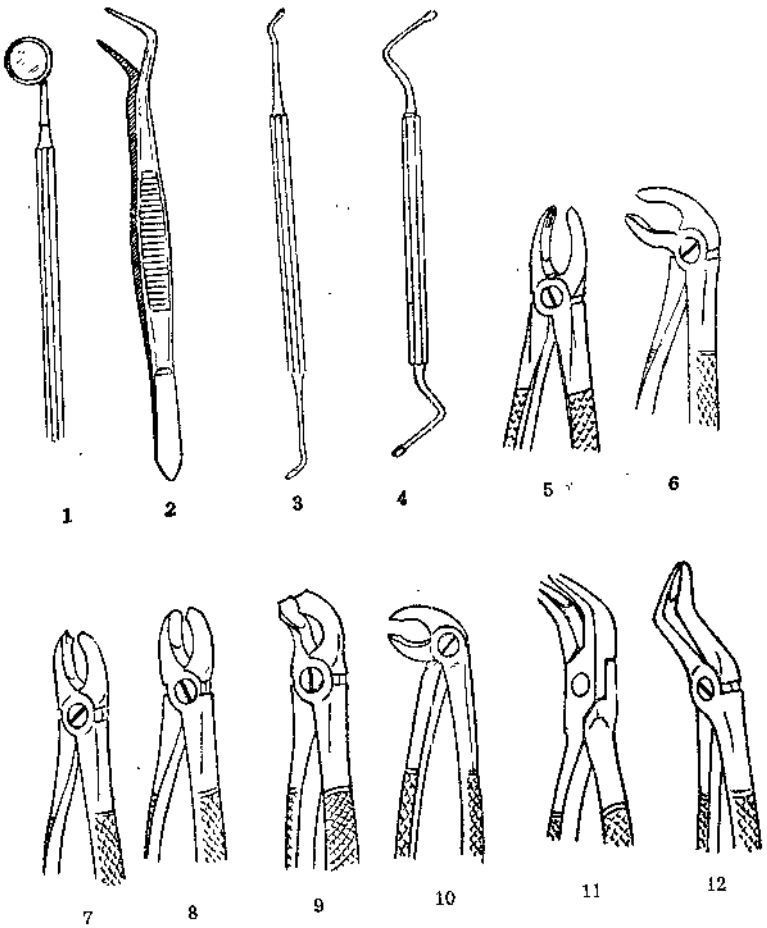
第四节　拔　　牙

拔牙器械　有口镜、镊子、牙龈分离器、拔牙鉗子、刮匙等(图12)。

拔牙前的准备　首先要問病史及进行一般的体格检查，注意有无药物过敏、血液病等及其他不适合拔牙的情况。

其次，要摆好头部位置，拔下牙时，使下颌殆面与地面平行。拔上牙时，上颌殆面与地面成30—45°角。

最后，消毒麻醉刺入点，并选择合适的麻醉方法，麻醉显效后，消毒并剥离牙龈，然后拔牙。



1. 口镜
2. 牙科镊子
3. 牙龈分离器
4. 刮匙
5. 上颌切牙及双尖牙钳
6. 下颌切牙、尖牙及双尖牙钳
7. 右侧上颌磨牙钳
8. 左侧上颌磨牙钳
9. 10. 下颌磨牙钳
11. 下颌残根钳
12. 上颌残根钳

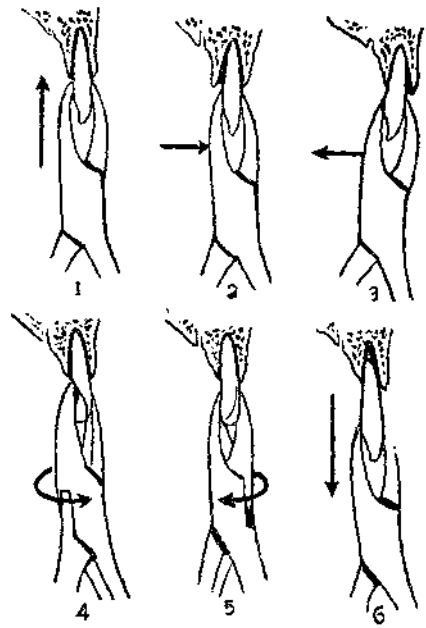
图12　拔牙器械

拔牙的基本动作(图13)　安放牙鉗，先使鉗嘴沿牙冠的頰舌面伸向牙頸，达龈下。这时，鉗嘴的长軸应和牙的长軸处在一直綫上。

撼松　握住鉗子，輕輕向內外反复撼动，适用于扁平的单根牙及多根牙。

扭轉　紧握鉗子，輕輕向左右扭轉，适用于园錐形之单根牙。

拔除　牙齿的根尖多向远中方向弯曲，故拔出时应向近中方向用力。又因頰側牙槽骨較薄，所以拔牙时多向外方用力。



1.安放牙鉗　2.3.撼动　4.5.扭转　6.拔除
图 13　拔牙的基本动作

拔牙后注意事项　牙拔除后要检查根尖有无折断，确認牙齿完整拔出后，用无菌紗布卷横置拔牙創上，并告訴患者咬紧，以压迫止血，30分钟至一小时后吐出紗布卷。当日可进軟食，勿刷牙嗽口，否則可能引起继发出血。

第五节　麻醉和拔牙的合并症及其处理

毛主席教导我們說："**人们要想得到工作的胜利即得到预想的结果，一定要使自己的思想合于客观外界的规律性，如果不合，就会在实践中失败。人们经过失败之后，也就从失败取得教训，改正自己的思想使之适合于外界的规律性，人们就能变失败为胜利，所谓"失败者成功之母"，"吃一堑长一智"，就是这个道理。**"

一、中毒与过敏　奴佛卡因毒性很小，有时可发生过敏性反应，在拔牙前，应先作过敏試驗。

二、晕厥　可能由于恐惧不安、体质衰弱、睡眠欠佳、空腹、月經、疲劳等引起。其症状为眩晕、头重、苦悶、面色蒼白、皮肤冷汗、脉弱、甚至不省人事。此时应将患者头部放低、解开衣扣，針刺人中或与內关并刺，停止手术安靜休息，即可恢复。

三、注射针折断　可因針头生銹有裂隙，病人头部移动，注射技术不正确等引起。針折断后，能引起开口困难、感染或疼痛，所以应該取出。下頜传导麻醉时容易断針。

四、血肿　刺伤血管則成血肿，上頜結节注射位置过深或針尖离开骨面，刺破靜脉丛，頰部迅速出現血肿，开始可用冷敷或用繃带包扎压迫。2—3天后可用热敷帮助其吸收，血肿通常不留后遺症。

五、感染　注射針消毒不好或注射过程中污染，把細菌带到深部組織里，引起蜂窝織炎，出現牙关紧閉，面部肿胀及全身反应。可根据患者的情况，应用抗菌素及对症疗法。

也有少数病例拔牙后感染扩散，形成牙槽脓肿，也可发展

成颌骨骨髓炎，甚至合并败血症，因此，个别病例可引起不良后果。

六、损伤 拔牙过程中可能损伤邻牙，以致牙齿松动。也有撕裂牙周軟組織，引起出血。

七、出血 由于有慢性炎症性肉芽組織，常有长时間少量出血。軟組織損伤、压迫止血不当、吸吮拔牙創、飲酒、硬食及出血性素质等均能引起拔牙后出血。

有肉芽应該刮淨。軟組織損伤应縫合。一般处置无效时可用明胶海綿、淀粉海綿或蘸有腎上腺素的紗条塞入拔牙創，上方墊紗布卷咬紧。必要时用止血葯物。

第七章 口腔頜面部損伤

口腔頜面部損伤，根据致伤原因可分为非火器伤和火器伤。前者如割伤、挫伤、撕伤、交通事故伤和燒伤；后者如枪弹伤、弹片伤、核子武器伤和混合伤等。

第一节 頜面損伤特点

因解剖結构关系，口腔頜面部損伤常并有顱腦和頸部損伤，在診治时应充分注意。

面部中、上1/3骨折，常发生“多数骨折”如鼻骨、梨骨、顴骨等。

口腔頜面部損伤，常发生咀嚼、发言、說話等功能障碍，和面部严重畸形。

第二节　口腔颌面部损伤

口腔颌面部损伤患者，可因窒息、出血、休克而危及患者生命，在治疗时，必须立即施行紧急措施。

口腔颌面软组织损伤的治疗　基本是遵循一般的外科治疗原则，但有以下特点：

（一）由于颌面部血运丰富，抵抗力和生长力强，所以在伤后24小时，甚至已达48小时，缝合创口，仍可得到一期愈合。

（二）扩创缝合时要珍惜组织，实际工作中大部分创口不作扩创，将组织瓣放回原位缝合。

1. 扩创缝合，要避免损伤面神经的分枝及各涎腺导管。

2. 皮肤与粘膜交界处（眼睑或唇红缘），应对齐缝合，以免遗留畸形和功能障碍。

3. 如果组织缺损较多，可以部分缝合或拉拢缝合。如为颊部贯穿伤，组织缺损太多，无法缝合，可将皮肤创缘与粘膜创缘缝合到一起（图14）。

图14　颊部损伤组织缺损之缝合

4. 出血不止作局部结扎或压迫，一般都可达到止血的目的，止血无效时可以考虑作颈外动脉结扎。

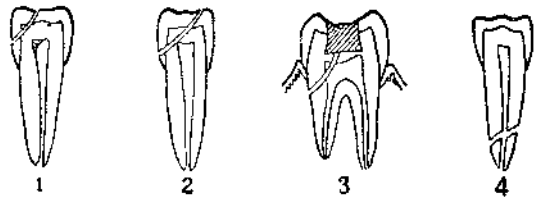
牙齿损伤　先检查有无牙齿移位，检查患牙和邻牙的排列关系，以及患牙与对

合牙的咬殆关系，如有明显移位，可进行牙齿再植或拔除。只有松动而无脱位，可以固定保存。

牙冠部分缺损，未露髓的可以不处理或作牙体修复。已露髓的可考虑拔髓作根管治疗或拔除牙齿。

牙根已折断的牙齿应该拔除（图15）。

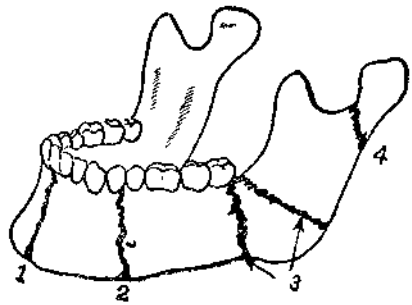
检查牙齿过程中，发现多数牙齿咬殆关系紊乱，就应想到可能发生颌骨骨折。



1. 牙冠折断未露髓　　2. 牙冠折断已露髓
3. 牙冠折断已达到龈下方　　4. 牙根折断。

图15　牙齿折断部位

颌骨损伤　下颌骨骨折，按骨折部位，可分为：牙槽突骨折、正中骨折、下颌角骨折、髁状突骨折和多发性骨折（如图16）。



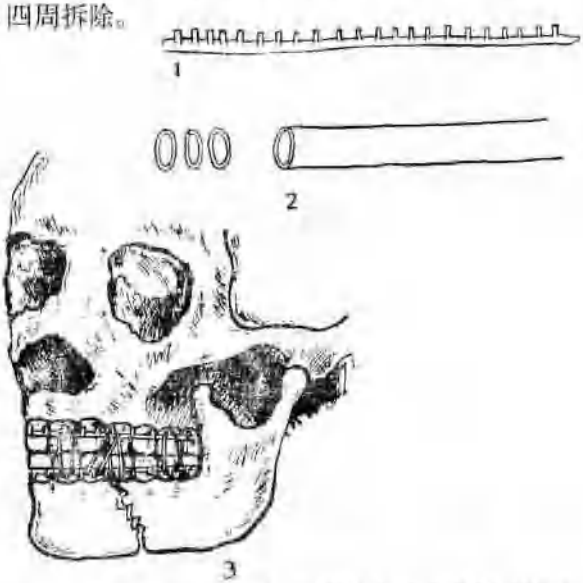
1. 正中骨折　2. 颏孔部骨折　3. 下颌角骨折　4. 髁状突骨折

图16　下颌骨骨折

下颌骨骨折的症状　骨折刚发生时局部出現凹陷畸形，而数小时后发生肿胀，咬船关系紊乱，下颌骨有异常活动，有牙齿折断或脱落，并有痛疼，語言、吞咽及咀嚼等功能障碍。

治疗　下颌骨骨折在治疗时，应按常規进行口腔颌面部消毒，在絕大多数患者均可在局麻下順利进行手术。拔除骨折綫上的折牙。

对骨折的复位和固定常采用下列方法　对骨折两端有足够数目的牙齿可作固定的患者，采用金屬夹板用細鋼分别固定在牙頸部。上颌用一整条夹板，下颌每一骨折段，用一段夹板結扎后，用小橡皮圈，根据骨折段的移位情况，将橡皮圈分别挂于上下颌夹板的小鈎上(如图17)，牵引用的橡皮圈，每周更換一次，四周拆除。



1.金属夹板　2.牵引用的橡皮圈　3.結扎夹板橡皮圈牵引固定后的下颌骨

图17　金属夹板颌間弹性牵引复位固定法

对下頜角或下頜枝的骨折，或无牙齿的下頜体骨折可采用骨間結扎法固定之。在頜骨下緣的骨折綫处做3—5厘米的皮肤切口，切开骨膜后充分显露骨折綫的两端，在距骨折綫0.5厘米处的骨质上每端各鉆2孔，而后用不銹鋼絲結扎之(如图18)。

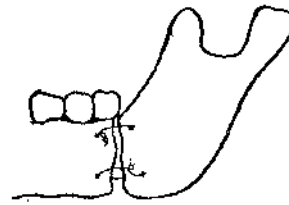


图18　骨間結扎法

第八章　牙　周　病

概说　牙周病是牙齿支持組織发生炎症和变性的疾病。这种病变的过程是緩慢的，进行性的。病的結局是牙齿松动和脫落。

牙周病是普遍存在的疾病，几乎每个人在一生中，都会发生类型不同和程度不同的牙周病。牙周病是丧失牙齿、破坏咀嚼器官最主要的原因之一。由于牙周病所需要拔除的牙齿，常常是多数甚或全口。

牙周病的原因还不十分清楚，但不外局部原因及全身因素两种。如口腔不洁、牙石、牙垢、牙間嵌塞食物、不合理的修复体等都是引起齿龈炎及牙周病的主要局部原因；与牙周病发生有关的全身因素：如衰老、营养不良、某些內分泌障碍等。

临床症状

1. 早期是牙龈炎的表現　龈緣发紅、柔軟、易出血、牙龈水肿，用手指压挤牙龈可能有少量脓性渗出物。

2. 以后逐漸形成牙周袋、牙槽骨吸收、牙周袋溢脓、牙齿松动、牙龈萎縮。患者自覚牙龈发痒、口臭、流血。

3. 有时发生牙周脓肿，出现急性炎症症状。

治　疗

1. 牙石、牙垢较多的应作洁治，除去牙垢和龈上、下的牙石。

2. 牙龈出血和牙槽溢脓可用碘甘油、三氯醋酸、溶脓素（硫酸和乙醚等量混合液）上在牙周袋内。

3. 牙周袋过深可考虑行牙龈翻瓣术或牙龈切除术。

4. 牙齿松动可用固定的方法，松动严重的可以拔除。

5. 要注意口腔清洁。尽量找出全身性的病因，并設法治疗。

临床上，长期应用抗菌素或維生素丙等，并无明显效果。

（碘甘油的配制　是以8毫升蒸餾水溶解12克碘化鋅，加入20克碘片，然后逐漸少量的加入40毫升甘油。）

第九章　下頜关节脫位

机制　下頜关节正常时，下頜骨髁状突位于关节凹內，关节結节限制髁状突向前运动。当髁状突滑到关节結节的前方，而不能退回关节凹內时叫作下頜关节脫臼（前方）。

原　因

1. 內因　关节周围韌带松弛，关节結节扁平，关节凹过淺等均易脫臼。

2. 外因　过份大张嘴（全麻、拔牙、打呵欠、呕吐、抽搐等）及外力打击。

临床表現

1. 多为双側脫臼，面部变形，下頜伸长，頰部前突，呈开口状态，不能閉嘴。耳屏前凹陷，而在前方可摸到移位的髁状突。

有語言不清、流涎、吞咽困难症状。

2. 一侧关节脫臼时，不能大张嘴，頰部向健康侧偏斜。

复位方法 复位前要向患者讲清复位的方法，使患者精神不致过分紧张并能合作。

患者取坐位，头部靠在墙上或椅背上，下頜的位置略低于医生的肘关节；医生位于患者的前方或右前方。两姆指纏上紗布伸入患者口內，分别放在下磨牙殆面上，其余四指紧托下頜骨体部。姆指向下用力使下頜骨升枝向下移动，其余四指用力推頰部向上；用力逐漸增大时，髁状突即脫离关节結节；再稍向后方推动髁状突即可回到关节凹內（图19）在复位的一瞬間，两姆指应迅速离开牙列，以防咬伤。

图19 下頜关节脫臼复位

复位后，为了使关节得到休息，拉长的韌带得以恢复，防止习慣性脫臼，可用頰頂綳带固定一周。

第十章 口腔頜面部肿瘤

口腔科常見的肿瘤中，恶性肿瘤以唇癌、舌癌为多。良性肿瘤中混合瘤，造釉細胞瘤、囊肿最多見。

第一节 唇 癌

唇癌多发生于男性，絕大多数发生在下唇，多为鳞状上皮細胞癌。临床上常見到潰瘍型及乳头状型。发病年龄多为40—60岁。

类 型

1. 潰瘍型早期出現粘膜組織浸潤及潰瘍，潰瘍边緣呈堤状及組織外翻，有时呈菜花状，潰瘍基底硬，有坏死組織复盖。潰瘍型唇癌在早期即向局部淋巴結轉移。

2. 乳头状型多由角化的粘膜或乳头状瘤演变而成。呈圓球状，乳头状，向外生长突出，最終也可能破潰形成潰瘍。此型唇癌只有在晚期才向局部淋巴結轉移。

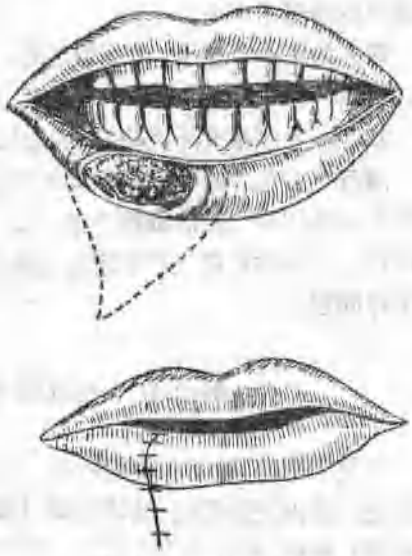


图20 下唇癌楔状切除

唇癌的诊断

根据临床症状及活体組織检查。

唇癌的治疗

仍以手术切除及放射治疗为主。早期較小的唇癌可以作楔形切除（图20），

切口应距肿物0.5—1.0厘米。

第二节 舌 癌

舌癌可能与口腔内长期存在的各种机械性、物理化学刺激(如牙石、齲齿边緣、残根、不良修复体、烟、酒等)有密切关系。舌粘膜上的皸裂、白斑、慢性潰瘍、乳头状瘤等是舌癌的癌前症状。

病理检查 絕大多数为鱗状上皮細胞癌,腺癌很少見。临床上舌癌的病人40—60岁最多見。可以分为乳头状型及潰瘍型。一般表現与唇癌相似,常因說話、进食或触及肿瘤表面引起剧烈的疼痛与出血。

病人为了避免疼痛,舌不敢活动,以致言語不清,口涎外溢。

临床上舌癌多发于舌前2/3的边緣或舌背上。

治疗 舌前部癌可以手术切除配合放射治疗,小的舌癌也可作楔形切除。舌后部癌不适于术,可进行鑷針置入或放射治疗。无論唇癌或舌癌都应注意观察淋巴結有无轉移,及其治疗問題。

第三节 涎腺混合瘤

多見于腮腺,最初长时期內是良性改变,但以后可能发生恶性变。是由上皮組織、結締組織(軟骨、脂肪、纖維、骨、肌肉組織)构成,也有些含有粘液腺等組織形成的。

临床表現 可发生在任何年龄,以30—40岁之間为多。早期无任何自覚症状,生长緩慢,边界清楚,呈光滑的結节状的

实质性肿瘤，有移动性。肿瘤在很长的时間內，长到相当大，但不影响患者的健康。也能突然发生恶性变，生长迅速，与周围組織粘連、破潰，出現面神經癱瘓。

治疗 腮腺混合瘤，最好是早期将瘤体連同被膜及周围少量的正常的腮腺組織一并切除，以避免复发。腮腺全摘除术和面神經解剖术，現在已經广泛的应用。为了避免复发术后，有必要配合放射治疗。手术中在彻底切除肿瘤的原則下，要注意保存面神經，不可輕易損伤，否則会遺留面神經麻痹的畸形。

頷下腺混合瘤范围較大，須将腺体及肿瘤一并摘除。

第四节 造釉細胞瘤

造釉細胞瘤是常見的牙源性肿瘤之一，多見于下頷（如口腔部附图3），上頷較少，中年人居多。

造釉細胞瘤初期，无任何自覚的症状，肿瘤发展緩慢，很多患者經过数年或数十年才来就診。少数患者发展較快，在半年到一年內即呈現显著的膨隆，这可能有恶性改变。

肿瘤逐漸增大使頷骨膨胀，面部变形，骨质菲薄，可以摸到乒乓球样感。由于骨质变薄，牙齿松动和移位，引起口腔功能障碍。一般无痛，只有在肿物压迫神經或继发感染时才发生疼痛。

X光片上，可以見到許多大小不等的圓形透光区，牙根可能被吸收。也有时为单囊。在診断时，应与牙源性囊肿和骨囊肿相鑒别。

治疗 須行手术切除，术后易复发，破坏范围广泛的須作頷骨切除，并作骨移植或义頷植入。X綫及鐳可控制肿瘤复

发. 对于恶性变的造釉細胞瘤, 术后配合放射治疗是非常必要的。

第五节　牙源性囊肿

临床上多为根尖囊肿及滤泡性囊肿。

根尖囊肿　根尖周围炎症未治疗而发展为根尖肉芽肿, 逐漸演变为囊肿 (图21)

滤泡性囊肿　是由变性的牙泡发育而成。因为它可以发生在牙胚发育的不同阶段, 因而有含牙与不含牙之区别。

临床症状　囊肿大小不等, 小者直径在 1 厘米之內, 大者可使颜面显著变形。生长很慢, 沒有疼痛, 囊肿亦可使骨质变薄, 而有乒乓球样感, 牙齿有时松动和移位, 如骨质由变薄而逐漸消失則粘膜呈青紫色, 捫診有波动感。

X光片所見　根尖囊肿可見感染牙齿之根尖有一个圓形透光区, 边界清晰, 滤泡囊肿中可能有牙齿, 牙冠向內, 牙根部向外, 有时为多数圓形透光区。

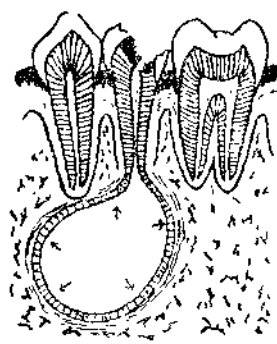


图21　根尖囊肿

治疗　較小的根尖囊肿可作根管治疗及根尖切除。大的囊肿必須手术摘除囊肿, 拔除受累牙齿。

囊肿与造釉細胞瘤之区別, 除根根临床症状、X光影象外, 如診断有困难时, 須靠病理診断才能得到鉴別。

第十一章　唇裂修复法

唇裂是一种常見的先天畸形。有一側裂开的或兩側同时裂开的。而一側唇裂左側的比右側多見。

手术时机的选择，以患儿能耐受麻醉与手术为原則。如条件不充分，推迟手术时間，并沒有影响。一周岁左右的健康患儿可在全麻下手术，10岁左右的健康患儿，要作好思想工作，可在局麻下手术。

术前准备

1. 准备皮肤　术前一天将患側皮肤上之毛发刮淨，鼻毛剪去。

2. 奴佛卡因皮試。

3. 注射抗菌素預防感染，如青霉素。

局部麻醉法　在裂緣兩側用1%或0.5%奴佛卡因各3—5毫升作浸潤麻醉。

设计方法　以三角瓣修复法为例。

定　点

1. 在裂隙頂点的皮肤正常厚度处取1点。

2. 健側人中嵴唇紅皮肤交界处取2点和3点，由此二点向上引伸兩垂直綫。

3. 由3点向2点的垂直綫上引一平行綫交4点。

4. 在患側唇紅与皮肤交界处的唇变薄处定一5点，使1—5＝1—3，在5点之外定一6点，使1—5＝1—6，2—4＝5—6（图22—1）。

手术方法　常規消毒，鋪盖，按上法定点，局部进行麻醉，沿1—3—4和1—5，1—6划綫全层切开（見图22—2），充分止

血后縫合粘膜，肌肉层和皮肤（見图22—3），最后修正唇紅，一般唇紅过多，应将丰滿的一側剪成三角瓣，插入对側。多余的唇紅应剪掉，修好后縫合，縫合完毕放置唇弓。

术后护理

1. 尽量避免哭笑。必要时給予磺胺或抗菌素預防感染。

2. 伤口保持清洁，經常用酒精棉球擦洗。

3. 5—6天可拆綫。

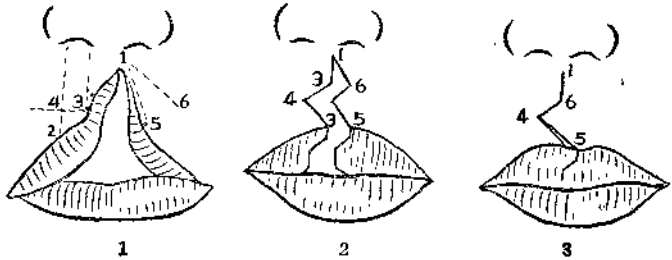


图22　唇裂修复法

第十二章　口腔疾病常見症状的鑒别診断

一、出　　血

1. 牙齦炎　常有少量出血，大多数在牙齦受刺激后出血，也有睡眠时出血，临床上容易查到牙齦炎的病变，如牙齦緣潰瘍、坏死，牙齦浮肿等。

2. 血液病及出血素质　多为自发性出血，齦緣出血点不

止一处。因血液凝固障碍所引起的出血，在局部不形成血块。

3. 創伤及手术后出血　如拔牙、牙齿外伤、颌骨骨折等。

4. 其它　咯血、呕血、衄血等均应与口腔出血相鉴别。

二、牙　痛

1. 牙本质过敏　牙本质内有丰富的神經感受器，暴露的牙本质遇到温度或机械的刺激，感到尖銳的刺痛或酸痛，刺激过去，疼痛即消失。

2. 牙髓炎　为放散性、間歇性、尖銳的疼痛。患者常不能指出病痛的牙齿，有时下牙疼痛可誤指为上牙，但不能誤指到健康側的牙齿。

3. 牙周膜炎　持續性、局限性疼痛，牙齿有浮出感，咬物痛和叩痛明显。

4. 颌周炎症　除牙痛外都有典型的炎症表現，如肿胀、发烧、周身不适等。

5. 颌骨恶性肿瘤的晚期常有剧烈的疼痛。

6. 三叉神經痛　与牙齿无关，但患者有时感覚牙痛而拔牙，拔除一个牙又覚邻牙痛，于是继續拔牙，虽牺牲很多牙齿，也未能減輕痛苦。三叉神經痛的典型发作是陣发性的，有非常剧烈的电击样、刀割样疼痛，发作持續几秒至几分钟，发作过去完全无痛，間隔一些时間又发作。洗脸、进食、触及面部某处皮肤均可引起疼痛发作。

三、牙　松　动

1. 牙周病　牙齿无龋洞。

2. 牙周膜炎　只引起一个牙松动，此牙多有龋洞。

3. 颌骨骨髓炎　常引起多数牙松动。

4. 颌骨肿瘤　使牙齿移位、伸长、松动。

5. 其它　糖尿病、坏血病、牙龈炎、奇森氏龈炎等均可引起牙齿松动。

四、牙关紧闭（开口困难）

1. 颌骨附近的化脓性炎症，颌后部的炎症，可使嚼肌或翼内肌痉攣，以致开口困难。最常見的是智齿冠周炎、颌周蜂窝織炎。

2. 下颌关节强直。

3. 下颌关节肿物。

4. 口内瘢痕性攣縮。

5. 其它　癔病、破伤风、癲痫、脑膜炎。

五、淋巴结肿大

颌面区域淋巴結，包括颌下、颏下及頸部淋巴結。

1. 口腔颌面部感染，可引起急性淋巴腺炎，淋巴結肿大和压痛，与周围組織粘連，甚至化脓。周围軟組織出現紅、肿、热、痛。治疗以消炎疗法为主，必要时可以切开引流。

2. 淋巴腺結核，病程緩慢，末期与皮肤粘連，破潰形成瘘孔及瘢痕，或形成寒性脓肿。治疗以抗結核治疗为主。

3. 恶性肿物轉移。

4. 其它如白血病、何杰金氏病等，常見淋巴結肿大。

口腔部附图

图1　下颌骨骶炎

图3　造釉細胞瘤

图2　颌骨骨折颌間結扎

图4　腮腺混合瘤

最高指示

团结新老中西各部分医药卫生工作人员，组成巩固的统一战线，为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。

学习我们的历史遗产，用马克思主义的方法给以批判的总结，是我们学习的另一任务。

古为今用，洋为中用。

中医部分

中国医药学是一个伟大的宝库。是我国人民数千年来同疾病作斗争的极为丰富的經驗总結，对于我国民族的繁衍昌盛有着巨大的貢献。伟大領袖毛主席早就指出："**中西医应当团结合作，运用近代科学的知识和方法来整理和研究中医中药，创造中国统一的新医学新药学。**"但是，叛徒、內奸、工賊刘少奇及其在卫生部門的代理人，站在反动的民族虛无主义的立場上，頑固地推行"洋奴哲学"、"爬行主义"，对祖国医学百般歧視、排斥、全盘否定，疯狂抗拒毛主席的无产阶級卫生路綫，肆意破坏毛主席規定的中医政策。他們排挤、取締中医，摧残、扼杀中草葯，这充分暴露了他們买办資产阶級的可耻奴才相。

无产阶級文化大革命中，广大革命医务人員痛斥了刘賊的滔天罪行，深深認識到，遵照毛主席的伟大指示，把中西医

結合起来，是发展我国医学的唯一途径。我們必須高举毛泽东思想伟大紅旗，坚决貫彻执行毛主席"**古为今用，洋为中用**"、"**推陈出新**"的方針，在实践中不断总結，不断提高，取长补短，互相补充，最后产生质的飞跃，創造出我国統一的独創的新医学。

毛主席以伟大的无产阶級革命家的寬广胸怀，高瞻远矚，为我們指明了創造中国新医学的光明大道。以毛泽东思想为理論基础的中国新医学，是全心全意为中国人民和世界革命人民服务的新医学，是用唯物辯証法指导的新医学，是在发展中把中西医結合起来的統一的新医学。在伟大的毛泽东思想指引下，我国医疗卫生战綫正呈現一派大好形势，在人們的面前，已經展現出新医学迅猛发展的灿烂前景。毛主席教导我們："**中国应当对于人类有较大的贡献**。"我們坚信，只要进一步用毛泽东思想武装头脑，坚决貫彻执行毛主席的无产阶級卫生路綫，相信群众，依靠群众，更加振奋无产阶級的彻底革命精神，树雄心，立壯志，立足本职，胸怀祖国，放眼世界，就一定能更快地完成創造中国新医学的伟大历史使命，为人类作出更大的貢献。

沿着毛主席开辟的航道，奋勇前进！

第一章　怎样认識和預防疾病

第一节　必須以毛泽东思想統帅医疗实践

伟大的毛泽东思想是使我們正确地認識客观事物的根本指导思想。作为客观事物而存在的疾病，我們能否以毛主席的哲学思想去加以認識，这是医疗卫生事业成敗的第一个极

其重要的問題。毛主席指出："**人们要想得到工作的胜利即得到预想的结果，一定要使自己的思想合于客观外界的规律性，如果不合，就会在实践中失败。**"只有用毛泽东思想去指导我們的全部医疗实践，才能正确地認識和防治疾病，从而使医疗卫生工作走向正确的方向；反之，如果失去毛泽东思想的指导，就会将医疗工作引向歧途。

第二节　坚持辩证唯物论认识论的观点

坚持辯証唯物論的認識論，还是用孤立，靜止和片面的形而上学的观点去認識疾病，是能否正确診断和防治疾病的首要問題。辯証唯物論的認識論要求我們具有認識調查研究的作风；不断实践的作风和发展的观点。反对那些主观武断，粗枝大叶和形而上学的观点。

一、认真调查研究　医生在認識一个疾病之初，必須首先进行調查研究。例如病人向医生述說了自己的主要症状和其他一些症状后，医生必須抓住这些症状中的主要症状，詳細追問各个有关情况，包括現病史、既往史等等，这些活动，就是調查研究。認識了症状，这只是認識疾病的第一步，这时医生就要将已經获得的材料**加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里**来一番周密的改造制作，經过正确的推理和判断，就能进一步发現疾病的本质。

二、不断实践，不断认识　毛主席指出："**……真正亲知的是天下实践着的人，**"一个疾病，不能只靠书本和别人的讲述，必須依靠亲身的实践，同时依照毛主席指出的"**实践、认识、再实践、再认识**"的原則，才能逐步掌握一个疾病发生发展的全部过程。特别是对于某些疑难病症的認識更是如此。实践，

在認識疾病的过程中占有极其重要的地位。認識一个疾病，必須在不断的实践中总結經驗。

三、不断变化、不断发展的观点 人們对于疾病的認識还須随着疾病的变化而变化，不能总是停留在某一阶段上。疾病的演变往往是十分复杂、同时又十分迅速的，这在小儿疾病上尤其如此。例如一个外感热病，初起在浅表部分，即出現发热恶寒，咳嗽头痛等初起症状，可是由于沒有及时治疗或治疗失当，那就有可能向深部传变，出現大渴、大热等內热熾盛的症状，甚至神昏譫語、吐衄发斑等症状，如果医生不能运用发展变化的观点随时捕捉这些变化的病机，給予恰当无誤的治疗，那就不能不使自己的治疗遭到失敗。在医疗实践中，之所以常常会发生这样或那样的錯誤，不能及时把握疾病的演变，而用靜止的观点，拘于一方一药，生搬硬套地对待病人的做法，也是其中的一个十分重要的原因。

第三节 疾病是可以认识和战胜的

我国人民在几千年同疾病作斗爭的过程中，积累了极其宝貴和丰富的經驗，中医中药就是一个伟大的宝庫，它在防治許多常見病、多发病上，不仅簡便易行，而且效果显著，对我国民族的繁衍昌盛和各方面的发展有着巨大的貢献。例如：古代时由于天花的流行，对人們的生命，特别是对小儿生命的威胁很大，人們在长期与天花作斗爭的过程中逐漸积累了丰富的經驗。远在晋代我国勤劳智慧的人民已經認識到这是感受"恶毒之气"的結果。到唐代将天花称为"天行发斑疮"。宋元以后又出現了不少专門的論述，特别是到了明代，已有专业的痘师使用天花病人的痘痂和痘浆作为預防接种，这就使我国

人民开辟了控制天花病传染的途径。可見，疾病是完全可以被認識的。毛主席指出："**人的认识的发生、发展和消灭的过程也是无穷的**"。"**停止的论点，悲观的论点，无所作为和骄傲自满的论点，都是错误的**"。但是，一些坚持形而上学观点的資产阶級医学"权威"，把他們有限的医疗实践經驗和医学文献記載，看成是固定不变的絕对眞理，常常把某些疾病武断地說成是"不治之症"。这是一种停止的論点，悲观的論点，无所作为的論点。这种形而上学的观点，完全不符合医学发展的历史事实。比如小儿麻痹后遺症，过去国內外資产阶級医学"权威"都認为是"不治之症"。但是我們人民解放軍的普通医务人員，用毛泽东思想武装头脑，用唯物辯証法指导实践，終于創造出一种新疗法，使这"不治之症"向可治之症轉化。事实上，有一些所謂"不治之症"，不过是資产阶級医学"权威"用以掩飾他們的无知与无能，并作为拒絕为工农兵服务的借口罢了。"不治"与"可治"，虽是一字之差，但是反映了两种世界观在医学領域里的斗爭。

伟大領袖毛主席教导我們："**在生产斗爭和科学实验范围内，人类总是不断发展的，自然界也总是不断发展的，永远不会停止在一个水平上。**"毛泽东思想为我們开辟了認識眞理的道路。沿着毛主席光輝的哲学思想所指引的道路不断前进，我們就能学会我們原来不懂的东西，征服一个个疑难病症，把我国的医学科学推向一个更加广闊，更加灿烂的新阶段。

第四节　坚决贯彻执行预防为主的方針

一、预防工作的重要性　我們的伟大領袖毛主席十分关心广大人民群众的健康，早就指出："**应当积极地预防和医治**

人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。”毛主席所提出的“**预防为主**”的伟大战略思想在我国社会主义建設事业中具有极其重要的意义。許多疾病，由于其传染速度較快，如流行性感冒、細菌性痢疾、流行性脑脊髓膜炎、白喉及麻疹等等都較容易造成流行。这些疾病的流行，对于人力、物力都会带来一定的損害。解放廿年来，由于党和政府密切注意了对疾病的預防，坚决貫彻执行毛主席的“**预防为主**”的伟大方針，采取了一系列的預防措施，因而使霍乱、天花等严重的传染病得到了控制和消灭，这就保証了我国人民有健康的身体去进行伟大的社会主义建設。

二、防病工作必須坚持大搞群众运动　毛主席教导我們說：“**战争的伟力之最深厚的根源，存在于民众之中。**”防病工作，同样需要遵循毛主席的“**人民战争**”的伟大战略思想，坚持走群众路綫。解放二十年来，我国的医疗卫生事业在以毛主席为首的党中央的領导下，从来都是大搞群众运动的。例如我国的爱国卫生运动，都是家家戶戶人人动手；震惊中外的“除四害”运动，更是一場千軍万馬，气势磅礴的群众大会战。这些具有伟大战略意义的群众运动，在預防疾病的传播上是有着无与伦比的威力的。毛主席指出：“**群众是真正的英雄**”，“**人民群众有无限的创造力**”。人民群众在自己的生产劳动过程中，积累了丰富的防病的經驗，例如民間用貫众預防流行性感冒，紫草茸預防小儿麻疹，土牛膝根預防白喉，大蒜預防菌痢等，都是切实可行的簡便廉驗的方法。因此，我們一定要在党的領导下，更高地举起毛泽东思想伟大紅旗，努力挖掘潜藏在人民群众中的巨大力量，动員千千万万的群众，調动浩浩蕩蕩的防病大軍，深入持久地开展爱国卫生运动，做好防病工作，为提高我国人民的健康水平，加速社会主义建設而努力奋斗。

第五节　怎样用中草药防病

除　害

1. 灭蚊：

（1）苦楝子、叶各五斤，煎汁，倒入污水坑内，用于杀灭子孓。

（2）艾或青蒿适量，切碎撒在蚊子孳生地区，或用烟熏。

（3）除虫菊适量，燃烟熏之。

（4）鳖甲二两　樟脑一两　干紅色浮萍一斤，共研末，燃烟熏之。

2. 灭蒼蝇：

（1）藜蘆适量，煎汁喷雾灭蝇。

（2）桃叶、柳叶、核桃叶、晒干研末，或煎汁，喷撒粪坑内，均可用于灭蛆。

（3）艾适量切碎撒于粪坑内，用于灭蛆。

3. 灭臭虫：

（1）桃叶数斤，晒干研面，撒于床板、炕縫中。

（2）藜蘆适量，用煤油浸泡后喷洒。

（3）地椒适量，晒干研面，撒于床板、炕縫中。

4. 灭蚤：

（1）桃枝、桃叶各适量，浓煎，喷洒衣服。

（2）白部适量，酒精浸泡或加水浸泡，喷洒衣服。

（3）枫树子、藜蘆各适量，燃烟熏衣服。

5. 室内、环境消毒：

（1）蒼术、白芷适量，晒干研面，燃烟熏之。

（2）艾适量，晒干，燃烟熏之。

疾病预防

1. 普通感冒、流行性感冒。

（1）板蓝根一两　水煎服，连服三天。

（2）苍术、贯众各五钱，水煎代茶饮，连服三天。

（3）野菊花一两，水煎代茶饮。

（4）大青叶五钱　葛根五钱　绿豆一两　水煎后频饮。

备注：集体应用时，可将药物剂量按比例适当增加。

2. 流行性脑脊髓膜炎

（1）贯众五斤　板蓝根三斤，加水浓煎，代茶饮，可供100人一日量。

（2）贯众八斤　生甘草二斤，加水浓煎，代茶饮，可供100人一日量。

（3）生大蒜，吃饭时食2—5瓣，连吃3—5天。

（4）大青根叶一两　绿豆一两　生甘草五钱　水煎代茶饮。

（5）金银花、蒲公英、野菊花各五钱、生甘草三钱，水煎代茶饮。

（6）龙胆草五钱，水煎服。

（7）鲜薄荷一两，水煎代茶饮。

3. 麻疹

（1）紫草五钱　甘草二钱　水煎服。

（2）鲜白菜疙瘩一个，切片，绿豆五钱　水煎后加白糖适量，分3—4次服。

（3）紫草五钱　升麻五钱　银花一两　甘草五钱　共研细末，每服五分，一日二次（本方亦可用于麻疹初期出疹不透者）。

4. 白喉　土牛膝根一斤，切碎，加水先浸泡一夜，次日慢火浓煎，成人每服 10 毫升，每日三次，連服 3—4 天。小儿服量酌減。

5. 流行腮腺炎　板蓝根、蒲公英、金銀花各三至五錢，水煎服。

6. 百日咳

（1）独头蒜二个　白菜根一个　白糖二两　水煎代茶飲。

（2）冬果梨一个　百部三錢　冰糖适量，水煎代茶飲。

7. 細菌性痢疾

（1）独蒜头，吃飯时生食 3—5 瓣。

（2）馬齿苋一两，水煎服。

8. 传染性肝炎

（1）茵陈一两　生甘草三錢　水煎服。

（2）甘露消毒丹三錢　水煎服，連服 4—5 天。

9. 伤寒　大黄五錢　馬勃三錢　水煎服。

10. 地方性甲状腺肿

（1）海藻、昆布各二两，研为細末，每次服二錢，一日一次。

（2）海带适量熬湯服。

11. 高血压

（1）芹菜不拘量，炒菜吃。

（2）夏枯草三錢，水煎服。

（3）玉米須一两，水煎服。

（4）山楂五錢，煎水代茶飲。

12. 动脉硬化症　何首烏二两，研細末，每次服三錢，一日二次。

13. 潰瘍病　大头菜（即包心菜）半斤，熬湯吃。

14. 高原适应不全症　党参三两　麦冬二两　五味子一两，共为細末，每次服二錢。

15. 缺鉄性貧血

（1）当归三錢　生姜三片　羊肉一斤，煎湯吃。

（2）菠菜、或芹菜炒吃。

16. 疳积，消化不良

（1）山药二两　鸡內金五錢　神曲五錢　共为細末，每次服五分至一錢，一日二次。

（2）启脾丸，每次一丸，一日二次。

17. 冻疮　辣椒适量，煎水乘溫洗脚。

第二章　中医是怎样診断疾病的

診断，就是医生在病人的配合下对病人疾病的診察、分析、推理和判断的过程。能否正确診断一个疾病，直接关系着能否进行正确的治疗。而在診察、分析、推理的过程中，医生所运用的診断方法和思考的途径是否能够抓住疾病的要害，更是首要的东西。毛主席說："**指揮员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联貫起来的思索。**"医生診断一个疾病，正如侦察"敌情"一样，只有对"敌情"了如指掌，才能制定正确的方案，从而得到成功。总之，从診察疾病、分析疾病到判断疾病，是一个密不可分的三个步驟，然而起主导作用的还是在于医生的思想方法。

我們这里对中医診断知識本着少而精的原則，簡要介紹四診，八綱，証候分类辨証施治和基本法則等內容，茲分别介紹如下。

第一节　四　诊

四診，就是望、聞、問、切四診。它是中医診断疾病最基本的方法。

一、望诊　就是对病人体表各部及其排泄物等进行观察，以了解疾病的变化。这里主要介紹望神色和望舌两个常用的方法。

（一）望神色　望神色是观察病人的精神和面部、皮肤的色泽，以推断五脏六腑的大概病情。精神煥发明潤含蓄，精彩內含为有神；晦暗无泽，呆鈍迟笨为无神。有神的預后多良，无神的預后多不良。有神与无神，又主要从目光神态上表現出来。需要我們在接触病人的一个短暫的观察中就获得有神无神的概念。这一方面，还必須从临床实践中多加体驗，才能心領神会。望面色，就是从面部的顏色上去进行观察，但望神与望色多是密切結合在一起进行的。常見的面部顏色除了病人的本色以外，主要的顏色变化及主病有：青色主痛、紅色主热或火，黃色主湿，白色主虛，黑色主寒。但这只是一般規律而言，临床上不能机械呆板地进行，必須結合其他症状灵活运用。

（二）望舌　舌診是中医診断疾病的重要手段之一。"舌为心之苗，又为脾之外候"。飲食入胃，經舌乃知其味；呼吸之气出入口鼻，也与舌息息相关。舌診包括观察舌的形态、色泽和舌苔的变化等，这里着重介紹看舌色和察舌苔两个內容。

舌质，就是指全舌的肌肉脉絡組織；舌苔，是指的舌面上所生的一层苔状物。一般說来，察內脏的虛实重点在于舌质；察病邪的深浅重点在于舌苔。大抵气病察苔，血病察质。

正常的舌象是舌苔微白而薄，舌质淡紅，光潤。

1. 病态的舌色及其主病

①紅舌和深紅色舌　主热証、实証。

②紫色舌　如紫色深而干枯，属热；紫色淺而潤泽属寒。

③淡紅舌　舌色較常人色淡，主气血虛。

④青色舌　主气血两亏的重証。

⑤黑色舌　凡舌見全黑色，主血已敗伤，不是寒极就是热极。

2. 病态的舌苔顏色及其主病

①白苔　主风寒湿邪，主表証。

②黃苔　主热邪，主里証。

③灰苔　主里寒証。

④黑苔　黑而潤滑主寒重，黑而干燥主热深。

另外，还应观察舌苔的薄厚：薄苔主病輕淺；厚苔主病深重。舌苔的潤燥：舌苔潤泽，主津未伤；舌苔干燥，主津液已耗。舌苔的腐膩：腐是如腐渣，揩之可去，是阳气有余，能化胃中浊腐之气上升；膩是粘膩，中心稍厚，边薄光滑，沒有空隙或顆粒，揩之不去，刮之不脫，多是阳气被郁，必有湿浊痰飲，食积頑痰为病。

总之，舌診在临床上十分复杂，不能拘于一偶之得和一孔之見，但对初学，必須提綱挈領，掌握重点。綜合舌診之要即是：察舌质，可知脏腑之虛实；察舌苔的厚薄，可知邪气之深淺；察舌苔的潤燥，可知津液的存亡；察舌苔之腐膩，可知腸胃之湿浊。

（三）小儿指紋的望診　小儿在三岁以內，其食指內側有細絡可見的叫指紋，它在小儿診断上有重要意义。

1. 三关　小儿指紋分风、气、命三关，即食指的最上一节为命关、中节为气关、下节为风关（見图 1—1）。根据三关脉絡

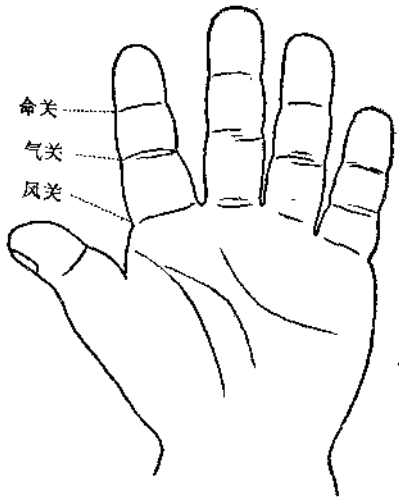


图 1—1　小儿指紋

的紋路和顏色，可作为診断的依据。

2. 診指紋手法　抱小儿向光，医生以左手握小儿食指，以右手拇指用适中的力量从命关向气关、风关直推，推数次，指紋越推越明显，便于观察。

3. 三关辨疾病的輕重　指紋就是絡脉，浮于体表。凡肤表感受外邪，首先入于絡，絡后会传入經，最后发展到脏腑。指紋的形色和出現的部位，随着邪气的深淺而起变化。紋現于下节风关时，主病輕淺。紋从风关上至中节气关，其色較深，主邪略深，病較重。紋再从风关、气关透至命关，是邪入脏腑，病情危重，所以叫做命关。紋透指端到了指甲，即所謂"透关射甲"，主病更危险。

4. 形色主病　正常的指紋，色現紅黃隐隐，如顏色有异常

变化，便是病征。一般是鮮紅色主外邪，紫色主热。色淡为虛，色深为实。青主风、主痛。青兼紫黑，血絡閉郁，病則危重。色深的主病重，色淺的主病輕。紋日漸变长的病日漸加重；紋日漸变短的，病日漸变輕。

二、闻诊 "聞"有两方面的意义，一个是指听覚，一个是指嗅覚。聞診，就是通过听病人說話的声音，咳嗽的声音，以及呼吸，呃逆，爰气、叹息等声音去了解病情和嗅病人的口气，以及痰涕便溺的腥臊臭秽等等以鉴别病的寒热虛实。

三、问诊 是問病人及其家屬（如小儿或昏迷病人）以了解其自覚証状，发病經过，个人病史，家族病史，以至病人的生活习慣，居住条件等，作为辨証資料的一种診断方法。

問診在診断过程中是十分重要的一个步驟，有些証状如头昏、胃痛等，是病人的自覚証状，不通过問診，医生是不易診察到的。其他如生活习慣，居住条件，飲食嗜欲等往往与疾病有密切关系。特别是精神活动，是內因发病的根源。問起病的过程，是全面了解疾病經过的要点；問現在的証状，則更是問診的重点，是辨証的重要依据之一。問診的要点，在于抓住与疾病有关的要害，步步深入。切忌誘导病人按照医生的主观臆想回答問題。問診的过程，正如毛主席所說的那样："**我们看事情必須要看它的实质，而把它的現象只看作人门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。**"完全是一个从无头緒的許多証状中去抓本质的方法，这个方法掌握得好坏与否，在診断疾病上有其主要意义（問診的重点可参考附录：問診歌）。

四、切诊 包括切脉与按体肤两个內容，这里着重介紹的是脉診。

1. 脉診的意义及脉診部位与配合脏腑。

"心主脉"。血行脉中，周流全身五脏六腑、营养四肢百骸。基于这个理論，中医認为气血脏腑发生病变，大部分均可从脉象上反应出来。

診脉的方法，是以医生的食指、中指、无名指的指尖平放于病人的桡动脉搏动之处，其中指必須放在桡骨茎突上，食指和无名指平放于两侧，这样的部位叫做"寸关尺"，即中指处叫"关"，食指处称"寸"，无名指处叫"尺"（見图 1—2）。人身五脏六腑如何与两手的寸关尺部位配合，这在祖国医学上由于众說紛紜，配法很多，我們选择了常用的一种配法，即是：

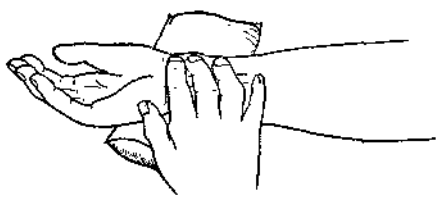


图 1—2　診脉方法

左寸可候：心与胸部。　　右寸可候：肺与胸部。
左关可候：肝胆与膈。　　右关可候：脾与胃。
左尺可候：肾与小腹。　　右尺可候：肾与小腹。

2. 正常的脉象和診脉的注意事項

正常的脉是"一息四至"（一息：即一呼一吸，指医生有意識地用正常均匀的呼吸去測病人之脉）每分钟七十二次左右。在小儿則快一些。正常人的脉象是从容和緩、不沉不浮、不急不慢，节律一致。在診脉中，一定要注意让病人手臂放平，不可弯曲，医生自己要平心靜气，仔細体会，如果医生自己的手指有明显搏动时应注意勿与病人的脉相混淆。另外，診脉时分

"举"(举：就是輕輕切脉)"按"(按，就是稍用力下按切脉)"寻"(寻就是不輕不重地切脉)三步，在診脉时，可以用举、按、寻的方法来診察脉象。

3.脉象及其主病。

①浮脉：輕取即得，按之稍減而不空。

主病：表証。有力为表实，无力为表虚。

②沉脉：輕取不应，重按始得。

主病：里証。有力为里实，无力为里虚。

③迟脉：一息脉来不足四至。

主病：寒証。

④数(音：讀"索")脉：一息脉来超过五至。

主病：热証。有力为实热，无力为虚热。

⑤虚脉：三部脉举之无力、按之空虚。

主病：虚証。

⑥实脉：三部脉举按皆有力。

主病：实証。

⑦滑脉：往来流利，如珠走盘，应指圓滑。

主病：妊娠、痰飲、食滞、实热。

⑧涩脉：往来艰涩，如輕刀刮竹，与滑脉相反。

主病：伤精、血少、血瘀。

⑨弦脉：端直而长，如按弓弦。

主病：肝病、气滞、諸痛、痰飲、癌疾。

⑩細脉：脉細如綫，应指显然。

主病：气血两虚，諸虚劳損。

脉象在祖国医学上有廿八种之多，上面举的是常見的几种。学习脉象主要靠临床的反复体会，找出各种脉象之間的主要区别，才能逐漸掌握。脉学是祖国医学的一种独特的診

断方法，它在临床实践中有一定的指导意义，但是絕不是神秘的和包罗万象的东西，我們必須反对那种单凭脉象診病的方法，因为那不是唯一可靠的依据，只有通过四診結合运用，占有了丰富的感覚資料，才能作出正确的診断。

第二节　辨証论治

所謂辨証論治之辨，就是辨别，归納証候；証，就是病人的一系列症状，体征的总合；論，就是思考、分析、推理、判断；治，就是治疗。辨証論治，是中医治疗疾病的最大特点，同时也就是中医治疗最关鍵的一着。

例如：病人自訴发热，单就发热这一个証状，不能得到辨証的結果。因为有外感所致的发热，也有内伤所致的发热，須要进一步了解患者发热是外感还是内伤，如有恶寒、头痛，那就明确一些，但还不够，还要看看是否浮脉？舌苔是否薄白？病起多久？等等。如果发热，恶寒、头痛、脉浮而苔薄的，病属初起，那就可以初步确定为外感表証的发热，而不是内伤里証的发热了。但辨証至此并沒有終止，还得进一步辨别这一外感表証到底是外感风热，还是外感风寒？如脉浮而弦紧，舌尖、边不紅，口不渴的为外感风寒；如脉浮数，舌尖、边紅、口渴为外感风热。辨証就要按照中医的理論和方法，逐层深入，才能窺見疾病的眞正原因，指出治疗的方向。

那么怎样在紛繁复杂的証候中整理头緒，找出疾病的部位、性质，疾病的輕重和把握疾病的演变順序呢？我国人民在长期与疾病作斗爭中，創造出一套分辨証候的方法，主要的有六經分証法、卫气营血分証法和三焦分証法。这三个証候分类方法各有所长，各有所短，有相同之点，也有区别之处。但是无

論怎样复杂的証候它們都不能超出"阴阳表里寒热虛实"八个字的范围。也就是某一疾病不是屬于阴証，就是屬于阳証；不是在表，就是在里；不是寒証，就是热証；不是虛証，就是实証或是兼有的复杂証候。后人通称此八字为"八綱"，是中医辨証論治的八个簡明的綱領，也是中医辨别疾病的大法。下面就分别介紹"八綱"和卫气营血証候分类法。

一、八纲的意义及其一般证状　八綱就是八个字：阴、阳、表、里、寒、热、虛、实。阴阳，是其中的总綱，是綱領的綱領。而表里、寒热、虛实則是八綱中的实际內容。

阴証　凡是虛証、寒症、里症多屬于阴症。阴症的症状：面色蒼白，萎黄或带暗黑色，精神不振，語声低微，呼吸气短，怕冷，大便稀薄，小便清长，喜热飲，腹痛喜按，舌苔白，舌质淡，脉沉、細、迟等。此外如外科疮瘍不紅、不疼（或輕微疼痛）都是屬于阴証的范围。

阳証　表証、实証、热証多屬于阳証。阳証的症状：面紅目赤，狂躁，呼吸气粗，身热汗出，大便秘結，小便黄赤，口喝喜冷飲，腹痛拒按，舌苔黄，舌质紅，脉浮、滑、数等。外科疮瘍紅、肿、热痛，脓液稠厚味臭等都是屬于阳証的范围。

表証　外邪侵犯人体，有一个由表到里，由輕到重的过程，表証就是外感疾病的初起阶段。治疗应当用"汗法"，也叫解表法。表証最常見的有风寒，风热二种。

1. 风寒表証　发热，怕冷，头痛，鼻塞，鼻流清涕，咳嗽，痰白，舌苔白薄，脉浮。治疗法則：驅风散寒或叫辛溫解表，例如用麻黄、防风、桂枝等葯。

2. 风热表証　发热，略恶寒，头痛，鼻塞，鼻流黄涕，咽喉疼痛，舌苔黄薄，脉象浮数。治疗法則：疏风清热或叫辛凉解表，例如用銀花、桑叶、菊花等葯。

里証　疾病初起阶段未愈，由輕到重，由淺入深，逐步入里。介于表証和里証之間叫半表半里証。

1. 半表半里証　寒热往来，胸胁疼痛，口苦，恶心，食少，舌苔薄黄，脉弦等。治疗法則：和解法或叫調和法，例如用柴胡、黄芩等葯。

2. 里热症

（1）气分热　发热不恶寒，面紅，汗多，口渴思飲，舌苔黄，脉数有力。治疗法則：清气分热，或叫清气法。例如用生石膏，知母等葯。如見大便秘結，腹部胀滿，加用泻下葯，如大黄，元明粉等葯。

（2）血分热　舌质紅絳，发斑，出血（如鼻衄，咯血，呕血，便血、尿血等），脉数等。治疗法則：凉血法，或清热凉血法。

3. 里寒証　畏寒，肢冷，出冷汗，呼吸气短，脉沉迟、虛弱等。治疗法則：溫阳散寒，例如用党参、附子、干姜等葯。

寒証　症状为畏寒，肢冷，喜热飲，大便稀、小便清长、舌苔白，脉迟等。治疗法則：溫法。常見的寒証，又有以下几种：

（1）肺部寒痰　咳嗽气急，痰多白色，有泡沫，脉弦紧。治疗法則：溫肺化痰，例如用麻黄、細辛、半夏等葯。

（2）胃寒　胃脘疼痛，遇寒則甚，喜热飲，大便稀，舌苔白，脉象沉細等。治疗法則：溫胃散寒，例如用吳茱萸、高良姜等葯。

（3）脾胃寒湿　胸悶口淡，飲食无味，大便稀，畏寒肢冷，脉濡細等。治疗法則：溫脾化湿，例如用附子、干姜、蒼朮等葯。

热証（火証）　怕热汗出，口干，渴喜冷飲，大便秘結，小

便黃赤，舌苔黃，脉象洪数等。治則：清热法。常見的热証，又有以下几种：

（1）肺部痰热　咳嗽，痰黃，或痰中帶血，发热，口干喜飲，小便黃，苔黃，脉象滑数等。治疗法則：清肺化痰，例如用桑白皮、黃芩等。

（2）脾胃实热　胸悶腹胀，不思飲食，口干且苦，大便秘結。黃疸或下痢脓血，小便黃赤，舌苔黃膩，脉象濡数。治疗法則：清热化湿。例如用黃芩，黃連，蒼朮，厚朴等葯。

（3）膀胱湿热　小便頻数而黃，或澁痛不暢，口苦且干，舌苔黃膩。治疗法則：清利湿热法。例如用黃柏，車前子等葯。

（4）肝火　头暈，头痛，面紅而热，心煩失眠，易怒，大便干結，口苦咽干，小便黃赤，脉多弦数。治疗法則：清泻肝火，如用龙胆草，夏枯草等葯。

虛症　虛証是指机体机能不足的意思。一般常見的有以下几种：

1. 气虛　乏力气短，懶言，語声低微，自汗，脉象軟弱。治疗法則：用补气法，例如黃芪、党参等葯。

2. 阳虛　畏寒肢冷，出冷汗，同时兼有上述气虛症状。治疗法則：用补阳法，如附子、干姜等葯。

3. 血虛　面色蒼白，口唇指甲淡白，头暈，心悸，手足发麻，脉細，舌淡。治疗法則：用补血法，例如用当归、熟地等葯。

4. 阴虛　口燥咽干，午后潮热，失眠盜汗，手足发热等。治疗法則：用养阴法，例如用生地、元参、龟板等葯。

5. 肺虛　肺阴虛則干咳，或痰中帶血，午后潮热，面頰潮紅，盜汗，口咽干燥，失眠，舌紅，少苔，脉象細数。治疗法則：

养肺阴法，例如用沙参、麦冬等药。肺气虚则咳嗽气短，乏力自汗，面色㿠白，脉象細弱。治疗法則：补益肺气，例如用党参、五味子等药。

6.脾胃虚　脘腹胀滿，食入不化，四肢乏力，大便溏泄。腹痛喜按，或崩中漏下，苔薄，脉細少力。治疗法則：健脾益胃，例如用白朮、茯苓、山药等药。

7.肾亏　肾阳亏，則滑精、阳萎、早泄，腰痠肢軟，面色蒼白，肢冷，舌淡，尺脉无力等。治疗法則：溫补肾阳，例如用鹿角霜、肉桂等药。肾阴亏，則耳聋、耳鳴、目眩、遺精、腰痛、虛煩不眠，舌紅少苔，脉象細数。治疗法則：滋补肾阴，例如用地、山萸肉等药。

实証：又可分为下列几种：

1.外风

①风寒侵入筋脉　关节疼痛，游走不定，遇寒則疼甚，关节不紅不肿，苔白，脉浮紧。治疗法則：驅风散寒，例如用桂枝、烏头等药。

②风热入侵筋脉　关节紅肿热痛，按之痛甚，兼有发热，苔黃，脉数。治疗法則：祛风清热，如用忍冬藤、桑枝、知母等药。

2.內风（或称肝风）：头暈，头痛，手足麻木，甚則抽搐，舌强、言語不清或半身不遂，脉弦。治疗原則：平肝熄风，例如用鈎藤、夏枯草等。

3.湿邪病証

（1）湿困脾胃　胸悶，飲食无味，四肢痠困乏力，舌苔白膩，脉象濡緩。治疗法則：芳香化湿法，例如用蒼朮、厚朴、佩兰等药。

（2）气滯　胸腹胀滿，胁痛，脘痛，噯气，苔白，脉弦。

治疗法則：用理气法，例如用香附、木香等药。

（3）血瘀　胸腹刺痛，疼处固定不移，或为癥瘕，舌质紫暗，或有瘀点，脉涩。治疗法則：用活血化瘀法，例如桃仁、紅花、泽兰等药。

二、卫气营血证候分类　卫气营血証候分类法主要是表示外感热病的疾病淺深的四个层次，也就是疾病发展的四个阶段；当疾病初起，外邪新感，証情尚淺，卫主卫外，故病在卫分，病势輕淺；如不及时治疗，或治疗不当，或正虚不能抵邪外出，以致病情继續发展，层层深入，順序传入气分，再由气分传入营分，最后由营分而深入血分。病在卫、气，較为輕淺，病在营、血，則为深重这是一般的規律。但卫气营血，有时不能截然划分，如有的邪已进入气分，而卫分証状尚未尽去，或出現气血两燔的証候；邪入血分，往往仍兼有营分証候。或因病邪久伏晚发，就不由卫分开始，可于发病后即出現营分或气分症状；称为伏邪溫病，另有一种原有伏邪，后受新感，所謂新感引动伏邪，則可兼夾出現卫分証状，諸如此类，就必須加以注意。

卫、气、营、血的典型証状

（1）卫分証状　以发热、微惡寒为主要症状，或有头痛、咳嗽、自汗、口渴、倦怠等症状出現，脉多浮数，舌苔薄白。如由卫轉入气分，可出現胸閟气粗，舌苔由白轉黃。治疗法則：辛凉解表，如銀翹散、桑菊飲。

（2）气分証状　以发热、不惡寒为主証，并兼有汗出、口渴、苔黃糙、小便黃赤等証状，或胸閟，煩躁，呕吐，或潮热譫語，大便秘結或下利，肛門灼热，脉象数大或沉实。治疗法則：清气，如石膏湯；攻下，如三承气湯。

（3）营分証状　以舌质紅絳，煩躁不能安睡为主証，由于

热邪已入营分，清心开窍宜清宫湯。或可兼見皮下斑疹隐現，甚至神昏譫語，脉象数。治疗法則：清营，宜清营湯；

（4）血分証状　以舌质深絳或紫絳，外发斑疹和吐衄便血为主証，并有煩躁不眠、夜多譫語，目赤唇焦等症状，甚則神昏不語，痙攣抽搐，脉象細数或弦数。治疗法則，凉血宜犀角地黃湯，凉血息风宜黃連阿胶湯。

第三节　中医治疗疾病的基本法則

一、整体观念的治疗　中医理論認为，人体是一个內外密切相关的統一体。无論发生何种疾病，都是整个机体的病变。也就是說，內部有什么疾病，一定会在外表反应出一定的証状来。例如眼睛紅赤肿痛，中医的理論認为"肝开窍于目"，所以見眼睛疾病就要联系到肝的疾患以及各种有关因素，其或因肝經风热，或因肝火等，而采用清肝明目的疗法。又如病人高热、滿身出現紅斑，脉数有力，舌深紅时，就要考虑到清胃热兼凉血一法。因为"斑为阳明（調胃和大腸两經热毒""心主血"发斑就是內热迫血妄行，溢于肌表造成的。又如，針灸治疗的"上病取之下，下病取之上""左病治右，右病治左"等，都是整体观念的产物。以口眼歪斜一病为例，針灸治疗时，如右側顏面为病側，就可針左側、左側为病側，就可針右側。因此，对疾病的認識，必須具有整体观念，如果头痛医头，脚痛医脚，这就不够全面了。

二、调节机体內的阴阳平衡　中医理論認为，人体是由阳和阴的平衡維持其正常生理活动的，阴阳不平衡，就是病态。所謂阳，指的是人体的功能，人体的正气；所謂阴，是人体脏器的本质，人体內的各种津液。也就是說"阴平阳秘，精神乃

治"阴阳平衡，身体才能无病。如果阴亏损了，而阳不能与阴协調，就会使阳相对旺盛起来，相反，如果阳不足，阴也就相对旺盛了。根据我們前面八綱中所介紹的阴阳的意义，就可以理解。一般情况下，阴阳如稍有不平衡，体内的調节机制可以自行調解，此时人就不会发病。如果阴阳不平衡到了人体調节机制无法自行調节的时候，就产生了疾病。中药的治疗，就是利用药物的作用使阴阳不平衡的状态归复于阴阳平衡的状态。

三、扶正祛邪的观念　中医的"扶正祛邪"四字就是指扶助人体正气，以达到驅除病邪，进而战胜疾病的目的。人体的正气是抵抗疾病最重要的因素。当致病外邪侵入人体的时候，也就是人体正气較弱的时候，所謂"邪之所凑，其气必虚。""百病乘虛入"等說法，都說明了此点。如果在治疗疾病的过程中沒有扶正祛邪的观念，那就不能获得滿意的疗效，必然导致正气受損，于治疗就更加不利，这在邪气較盛的时候更多見。而这种情况对于体质虛弱的病人尤应注意。

四、随证施治的原則　証候是疾病的表現，它不是始終如一和固定不变的。阴証可以轉为阳証，阳証亦可以轉变为阴証。在临床上，典型的、单純性的疾病是不多見的，往往以虛实并見，寒热錯杂，表里同病等极其錯綜复杂的現象为多。而一个疾病在一个阶段上其表現可能为热証，而另一阶段則表現为寒証；或眞寒假热，或眞虛假实，或反之。例如：阴虛病人，由于阴的不足，造成阳的相对旺盛，出現两顴发紅，口唇色紅，舌紅少苔，口干，脉細数等一系列虛热（假热）証状。而其本在虛，其标为热。当經过清虛热，滋阴液等疗法后，病人就可能出現虛热的証状減退消失，复又出現多汗，畏寒，肢冷等阳虛証状，使虛的表現从热的一端变化到寒的一端，此时如果

不能随証治之，而用定于一尊之法，仍用滋阴清热之法施治，就会使病人阳气更虚，造成錯治。所以，随着疾病属性的变化而变化治法，是一个治疗疾病过程中最本质的东西。

第三章　中医是怎样用药的

中药学，是中医理論体系的一个重要組成部分，它是我国劳动人民几千年来在同大自然作斗爭中的过程中发展而成的。我国亿万劳动人民群众中，蘊藏着极其丰富的药物知識，在无产阶級文化大革命中，由于开展了大規模的群众性的搜集中草药的运动，使得中药学空前地丰富和充实起来，不仅如此，由于群众大力挖掘和运用中草药的結果，他們治愈了很多"专家""权威"所治不好的病，这就充分显示了群众性的草医草药运动的巨大的潜在力量。我們在本章中重点介紹有关中药的采集和炮制，中药的药性和常用中草药三个基本内容。

第一节　中药的采集和炮制

我国广大的农村牧区蘊藏着极为丰富的中草药資源，广闊的山林原野是个极大的中草药宝庫。我們坚决貫彻伟大領袖毛主席"**备战、备荒、为人民**"的伟大战略方針"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的光輝指示，迅速普及中草药防病治病知識，使祖国医学更好地为广大工农兵服务，以利于战备、促进合作医疗的巩固和发展，促进中西医結合，創造我国新医学，貫彻和落实毛主席的无产阶級医疗卫生路綫。

中草药的采集和炮制，必須发动群众，坚持群众路綫，打

一场人民战争，坚持自种、自采、自制、自用。充分利用当地药材，发挥其防治作用，同时发现和研究那些很少被利用或还没有被利用作为药用的植物、动物和矿物，使中草药这个宝库更加灿烂夺目。

一、采集 中药的采集有一定的季节时间性，违了时节，就"失其时则气味不全"。根据一般的情况，大体是：皮的采集通常在四、五月间。此时植物浆液较多，效力充足，而且也易于剥离。叶的采集，大多是在花将开放或正盛开的时候，因为这时植物已完全长成，叶子也最健壮。花的采集，一般是在未完全开放或刚盛开的时候，以免花瓣脱落。全草的采集通常在开花的时候进行。果实和种子的采集，通常在完全成熟的时候进行。根和根茎的采集，通常是在秋季，植物地上部分开始枯萎以后和早春植物开始生长以前采集。这时植物的精华蕴蓄于根部或茎部，所含的有效成分最多，药力较足。

二、炮制 是药物在应用前或制成各种剂型前的加工过程。

1. 炮制的目的

①消除，减缓药物的毒性或改变，药物的疗效。

如川乌、草乌生用易中毒，必须炮制后才能用。续随子泻下峻烈，宜去油用霜。另外，生地黄可以凉血，熟地黄就有补血的作用；蒲黄生用活血，炒用止血等等。

②便于贮藏，可以清除杂质，使药物清洁纯净。

大部分药物（除鲜用者外）必须立即进行干燥，才能保存，否则就会霉烂变质。以根茎入药的药材还须洗去泥沙和拣去杂质；杏仁、桃仁泡去皮尖；远志去心；蝉衣去头足；海藻、昆布、肉苁蓉当漂去咸味，腥味方可应用等。

2. 炮制的方法

①煅：将药物置于火中烧紅。如煅龙骨，煅灶蠣等。

②炮：将药物放于高溫的鉄鍋內急炒。以四面焦黃爆裂为度，如炮姜等。

③煨：将药物裹上湿紙或面糊，埋于适当的火灰內，或放在小火內烘烤，以紙或面糊的表面焦黑为度，如煨姜、煨木香等。

④炒：将药物放在鍋內拌炒，或炒黃，或炒黑，或炒成为炭，如炒白朮、炒谷芽、焦山楂、焦查炭等。

⑤炙：在药物拌炒时，和入蜂蜜、酥油、清水等，以炒黃为度，如炙黃芪、炙甘草；或用清水炙炒，如麻黃等。

⑥焙：将药物用微火使其干燥，如制水蛭、芒虫等。

⑦漂：将药物浸在水里，除去咸味或腥味，时間較久，并經常換水，如制苁蓉、昆布等。

⑧潰：将药物用水漸漸浸透，使其柔軟，便于切片。

⑨飞：将药物粉末和水同研，使其更加細淨，如制滑石、朱砂等。

⑩蒸：将药物放在桶內隔水蒸熟，如制大黃、首烏等。

⑪淬：将药物放在火內烧紅，取出投入水或醋內，如制磁石、自然銅等。

炮制时有用酒醋盐水等配合，这是根据治疗的需要。如酒制取其升提，姜汁制取其发散，盐水制取其入腎而軟堅，醋制取其入肝而收斂，童便制取其清火下降，米泔制取其潤燥和中，蜂蜜制取其甘緩补脾等。

3.剂型　药物的应用必須有一定的剂型。一般最常用的有湯、丸、散、膏、酒等。如毒性药不宜入湯剂，因为湯剂吸收快，容易中毒。其他如不溶于水的，不耐高溫的，都宜入丸药。特别是剧毒药不能做湯剂，酒剂。以吸收速度而言，湯剂最快，

散剂次之，丸剂较慢。应用什么剂型应从药物毒性、耐热性、溶解性三个方面考虑，从而决定剂型。从治疗需要来说，一般均用汤剂，因为方便而收效快；疏散积滞壅结的宜散剂（散剂就是药物粉末）；欲缓慢治疗，可用丸剂；意图温通血脉的用酒剂；滋养的宜用膏剂或丸剂。此外散剂还可以急救，或作外用药搽敷及作成膏药贴用。

第二节　药　性

一、四气五味　四气，又叫四性，就是寒热温凉四种药性。能够治疗热証的药物，大多是属于寒性或凉性，如寒性的黄连、紫草可以清热解毒。反之，能够治疗寒証的药物，就大多是温性或热性，如热性的附子、干姜，可以温中散寒。所谓"寒者热之，热者寒之"，就是指此而言的。温与热，寒与凉是程度上的差异，温次于热，凉次于寒。寒凉药多具清热、泻火、解毒等作用，常用于阳証、热証；温热药多具有温中、散寒、救逆等作用，常用于阴証、寒証。另外还有平性药，就是药物性味比较和平，没有明显的寒热温凉药性。

五味，就是药物的酸、苦、甘、辛、咸五种味。此外还有淡味，所以实际上是六味。不同的味有不同的作用，而味相同的药物中，其作用有共同之处。一般認为辛味的药能散、能行、能润，多用于治疗表証或气血阻滞等病証，如紫苏叶祛风散寒，木香行气，川芎行血，菟絲子润养。味甘的能补、能和、能缓，多用治虚証或缓和拘急疼痛，如天冬、党参、甘草滋补和中；甘草、飴糖缓急止痛。味淡的能渗、能利，多用于治疗湿邪或水气为患的病証，如薏仁、滑石能渗湿利水。味酸的能收、能涩，多用治虚汗，泄泻等証，如五味子敛虚汗，五倍子涩肠止

泻。味苦的能燥，能泄，能坚，多用治热証湿証，或气逆，秘結，痰軟，如黄連泻火，蒼朮燥湿，大黄通秘結，杏仁降逆，黄柏，知母坚阴。味咸的能下能軟坚，多用于治疗便秘、結核、痞块等証，如芒硝泻下，牡蠣軟坚散結等。

总之，气味要結合考慮运用才能不致发生錯誤，絕不能隔裂对立地看待，如同样是寒性葯，若味不同，或苦寒或辛寒，其作用就大有差异，如黄連苦寒，可以清热燥湿；淨萍辛寒，可以疏散风热。有些葯还具有两种或三种味，如决明子甘苦咸，常山苦辛，木賊甘苦等等。

二、归经 归經，是指葯物对人体各部分的特殊作用。如寒性葯物同样具有清热的作用，但它不是任何脏腑的热証都可以适应的，如龙胆草入肝胆經，偏于清肝胆之热；石膏入肺胃經，偏于清肺胃之热，等等。又如因为补养葯，由于归經不同，也不是五脏六腑都可以适应的，如女貞子入肝經，主要补肝腎不足的虛証；龙眼肉入心、脾經，主要用于心脾不足的虛証等，都是同理。我們在学习中葯时，首先要掌握葯物的归經，即葯物的特殊功效，才能逐漸掌握相同类葯物的一般功效，这是認識葯性的一个重要方法。

三、用量 葯物用量的掌握应根据葯物性质，如葯物性味峻烈的用量小，如烏头、肉桂、干姜等；平淡的較重，如山葯、茯苓、扁豆等。质重的用量大，如鱉甲，牡蠣、磁石等；质輕的用量小，如桑叶、蝉衣、通草等。根据方剂中的組成，如石膏湯中以石膏为主，宜重用。知母、甘草用量宜少。根据病情，严重的需急救的用量重，如四逆湯；病輕的或宜于长期調养的用量較輕，如桑菊飲等。还应根据病人体质强弱，强者用量可稍重，弱者用量可酌減。

四、关于葯物配伍及妊娠禁忌，可参考附录。

第三节　常用中草药

一、解表药

解表药就是发汗解除表証的药物，它的主要作用，可使病人出汗而达到解散表邪的目的。

解表药主要用于恶寒、发热、头痛、项强、身痛、无汗或自汗、脉浮等表証。此外如水肿兼有表証或腰以上肿当从汗解的，斑疹表未解需要透发的，以及由于外邪引起的喘咳、头痛、身痛剧烈等証候，均可分别选用解表药。

解表药忌用于汗多、热病后期津液亏耗、疮痈、淋証、失血等气血不足的病人。

解表药有温性、凉性的不同，故可分为辛温解表药，辛凉解表药两类。

（一）辛温解表药　辛温解表药具有发散风寒的作用，发汗力较强，适用于寒重热轻而无汗的表証。

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
麻黄	净麻黄 炙麻黄	辛苦温	发汗、利尿、平喘	1.表实无汗　2.咳嗽气喘　3.水肿	一至三錢
桂枝	川桂枝	辛甘温	发汗解肌，温经通阳	1.感冒风寒　2.肢节疼痛　3.经闭痛经　4.停饮咳喘	一至三錢
荆芥	荆芥穗	辛　温	祛风利咽，清热、散瘀	1.感冒头痛　2.咽肿目赤　3.吐血便血(炒黑用)　4.疮疡	一至四錢
防风	青防风	辛甘温	发表、祛风，祛湿	1.感冒头痛　2.风湿关节痛　3.破伤风	一至三錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
紫苏	(苏叶、苏梗、苏子)	辛温	发表散寒 利气和中 解鱼蟹毒	苏叶：感冒风寒 苏梗：胸闷呕吐 苏子：咳喘痰多	一至三錢
羌活		辛苦温	发表止痛 发散风湿	1.感冒风寒，头痛身痛 2.风湿痹痛	一至三錢
白芷		辛温	发表祛风 排脓止痛	1.感冒头痛 2.疮瘍肿毒	一至三錢
藁本		辛温	表散寒湿 祛风止痛	1.感冒风寒 2.巔顶头痛	一至三錢
细辛		辛温	发表散风 祛风止痛 温肺祛痰	1.风寒头痛 2.风湿痹痛 3.痰饮咳嗽	五分至一錢
生姜		辛微温	发表散寒 温中止呕 温肺止咳	1.感冒风寒 2.胃寒呕吐 3.咳嗽痰多	一至三錢
葱白		辛温	发表散寒 通阳利水	1.感冒风寒 2.痢疾脉微 3.尿闭腹痛(炒热熨脐腹)	二至五根

(二) 辛凉解表药 辛凉解表药具有发散风热的作用，发汗力弱，适用于热重寒輕的风热表証。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
薄荷		辛凉	疏散风热 透发疹疹	1.感冒风热 2.咽痛眼红 3.风疹	五分至三錢
牛蒡子		辛平	疏散风热 清热散结 透疹解毒	1.感冒风热 2.咽喉肿痛 3.疮痈肿毒 4.瘾疹风疹	一錢五分至三錢

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
蝉蜕		甘　寒	散风清热 透发疹珍 祛风解痉	1.感冒风热　2.小儿惊风 3.破伤风　4.麻疹风疹	一至三錢
桑叶	霜（冬）桑叶	甘苦寒	疏散风热 清热明目	1.风热表证　2.风火眼疾	一至三錢
菊花	白菊花 杭菊花	甘苦微寒	疏散风热 清热解毒 养肝明目	1.风热表证、头痛眼红 2.头晕眼花　3.疔疮肿毒	二至三錢
蔓荆子		苦辛平	疏散风热 祛风明目	1.风热头痛　2.眼红肿痛 3.风湿痹痛	一至三錢
浮萍	紫背浮萍	辛　寒	发汗、利尿	1.风热表证　2.水肿	二至三錢
柴胡	软柴胡	苦微寒	和解退热 疏肝解郁 升举阳气	1.时寒时热　2.胸胁胀闷 3.月经不调　4.气虚下陷 5.肝炎	一至二錢
葛根	粉葛根	甘辛平	解肌透疹 生津止渴	1.发热口渴　2.斑疹初起 3.痢疾泄泻	一至三錢
升麻		甘辛微寒	发表透疹 升阳解毒	1.斑疹宣疮，不易透发 2.气虚下陷　3.咽喉肿痛	八分至一錢五分

二、清热药

清热药性寒凉，主要用来治疗各种热证，以清泄里热。根据药物的主要功用又可分为清热泻火、清热凉血、清热解毒、清热燥湿四类。

（一）清热泻火药　清热泻火药多作用于气分，性味多苦寒，用治热病高热、汗出，口渴、烦躁、脉数、舌黄或燥以及眼睛紅痛、咽喉肿烂等疾病。

对身体虚弱病人使用本类药物时，当照顾正气，必要时和

扶正药配合使用。并须根据各药作用部位不同（如清肝热、清肺热、清胃热）临証时区别选用。

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
石膏	软石膏 生石膏	辛甘寒	清热泻火 止渴除烦	1.高热不退、烦渴狂躁、发斑 2.肺热喘咳 3.外用（烫火伤、湿疹）	三至一两
知母	肥知母	苦　寒	清热泻火 清虚热 润燥滋阴	1.热病烦渴 2.虚热（慢性消耗热） 3.二便不利（属虚証的）	一至四錢
梔子		苦　寒	清热除烦 清热退黄 凉血解毒	1.热病烦渴 2.吐血衄血 3.黄疸肝炎 4.目红肿痛 5.热毒痈肿	一錢半至三錢
芦根	活芦根 鲜芦根	甘　寒	清热除烦 养胃生津	1.热病烦渴 2.呕吐呃逆 3.肺热咳嗽 4.肺痈	三至一两
夏枯草		苦辛寒	清肝明目 散结解毒	2.肝风头痛（高血压） 2.肝火眼痛（结膜炎） 3.瘰疬乳痈	三至八錢
竹叶	淡竹叶	辛淡寒	清热泻火 除烦	1.热病烦躁 2.口舌生疮 3.小便黄少	一至四錢

（二）清热凉血药　清热凉血药主要作用于血分，用治高热、神昏譫語、斑疹、皮肤粘膜出血（包括內脏出血、月經过多等），舌色暗紫或紅絳，以及热入营分的夜热早凉等。

热邪入营入血易于伤耗津液，而清热凉血药中如地黄、玄参等兼能养阴滋液，更能适合热邪伤阴的病情。

本类药物一般不宜用于热在气分之証及脾胃虚弱的患者。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
生地	生地黄	甘苦寒	清热凉血 养阴生津	1.热病伤阴、舌绛口渴 2.热证出血、吐衄下血 3.斑疹、咽喉红肿	三至五錢
玄参	元参	咸苦微寒	养阴生津 清热解毒	1.高热伤津 2.斑疹丹毒 3.咽喉肿痛 4.虚热骨蒸	三至八錢
丹皮	牡丹皮	辛苦微寒	清热凉血 活血行瘀	1.热病发斑 2.吐血衄血 3.无汗骨蒸 4.月经不通 5.痈疽肿毒 6.损伤瘀血	二至四錢
地骨皮		甘寒	清肺凉血 退虚热	1.虚热多汗 2.肺热咳嗽（咳嗽吐血）	二至四錢
赤芍	赤芍药	酸苦微寒	凉血活血 泻火散痛	1.血热痈肿 2.血滞经闭 3.瘀血痉痛 4.头痛胁痛	一錢五分至三錢
紫草	紫草根	甘咸寒	凉血活血 解毒透疹	1.斑疹痘毒（兼能预防麻疹） 2.痈肿 3.子宫绒毛膜上皮癌	二至三錢
茅根	白茅根	甘寒	凉血止血 清热利尿	1.吐血、衄血、尿血 2.热淋	

（三）清热解毒药 清热解毒药主要用治热毒証如痈、疽、疔、癣，无名肿毒，咽喉肿痛等証。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
金银花	银花 双花	甘苦寒	清热解毒	1.痈肿疮毒 2.风热感冒 3.热毒血痢	一至三錢
连翘	连翘壳	苦微寒	清热解毒 排脓	1.风热表证 2.痈疽疮毒 3.瘰疬	一至四錢
蒲公英		苦平	清热凉血 消肿解毒	1.乳痈肿痛 2.疔毒疮疡	二至五錢
紫花地丁		苦辛寒	清热解毒	1.痈肿疔毒 2.黄疸	二至五錢

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
白头翁		苦　寒	清热解毒	湿热痢疾、毒痢	一至四錢
大青叶		苦大寒	清热解毒凉血	1.热病发斑　2.疮痈丹毒　3.热毒咽喉肿痛	一至三錢
板兰根		苦　寒	清热解毒利咽	1.咽喉肿痛　2.流行性腮腺炎	一至三錢
白鲜皮		苦　寒	清热解毒祛风湿	1.热疮　2.风疹　3.湿毒	一至三錢
野菊花		苦　凉	清热解毒凉血降压	1.痈疽疔疖　2.咽喉肿痛　3.高血压	二至五錢
鱼腥草		辛　凉	清热散结消痈排毒	1.肺痈　2.痢疾腹泻　3.咽喉肿痛	五錢至一两
土茯苓		甘淡平	清热利湿解毒	治梅毒要药	一至四两
马　勃		辛　平	清热解毒	咽喉肿痛	一至二錢
败　酱		苦　寒	清热解毒行瘀排脓	1.肠痈　2.产后瘀痛	一至三錢
山豆根		苦　寒	清热解毒利咽	咽喉肿痛	一至二錢
射　干		苦　寒	清热解毒降气消痰	1.咽喉肿痛　2.咳嗽气喘	一至二錢
马齿苋		酸　凉	清热解毒、凉血	1.赤白痢疾、腹泻、便血　2.湿疹、各种疮毒，捣烂外敷。	五錢至一两

（四）清热燥湿药　清热燥湿药主要用于湿热内蕴或湿邪化热之証如黄疸、下痢、泄泻、疮毒、湿疹、白带等証。其中黄連、黄芩、黄柏、龙胆草等药又兼有泻火解毒的作用。凡津

液亏耗及脾胃虚弱的病人不宜用，必要时可配伍养津和益胃药使用。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
黄芩	枯芩、条芩、子芩	苦 寒	清湿热、泻肝火、安胎	1.肺热咳嗽 2.痢疾泄泻 3.湿热黄疸 4.痈疽疮毒 5.胎动不安	一至二钱
黄连	川连	苦 寒	清热燥湿 清心除烦 泻火解毒	1.热病心烦 2.湿热痢疾 3.胃热呕吐 4.目赤肿痛 5.痈肿疮毒	五分至二钱
黄柏		苦 寒	清热燥湿 滋阴降火	1.湿热黄疸 2.痢疾 3.淋浊白带 4.痈肿湿疮 5.虚热盗汗	一至三钱
龙胆草		苦 寒	清热燥湿 泻肝火	1.目赤胁痛、咽痛口苦 2.阴部肿痒 3.惊风	一至二钱
茵陈	绵茵陈	苦微寒	清利湿热 退黄	黄疸	三至八钱
苦参		苦 寒	清湿热、祛风、杀虫	1.湿热病疾、黄疸 2.疮疥、痔疮、麻风	一至三钱

三、泻下药

凡能引起腹泻或能滑润大肠，促进排便的药物，称为泻下药。泻下药的主要功用有三：1.清除肠内的宿食燥屎，从大便排出。2.清热泻火，使实热壅滞通过泻下而清除。3.逐水退肿，使水肿停饮得以消除。

根据泻下作用的不同，泻下药可分攻下药、润下药、峻下逐水药三类。

攻下药和峻下逐水药力量较猛，后者尤为峻烈，易伤正气，宜用于邪实而正气不虚的证候，凡是久病正虚，老年体弱

以及胎前产后，月經期等均应慎用。潤下药力量緩和，其滑潤功效能解除排便困难，且不致引起大泻，故对老年虛弱患者，以及妇女胎前产后等因津液不足的腸燥便秘，均可应用。

（一）攻下药 攻下药气味苦寒或咸寒，宜用于宿食停滯，大便不通所引起的各种証候，其性寒凉，具有清热泻火作用，故尤以实热壅滯，燥屎堅积者为宜。亦可治疗寒积便秘，但必須配伍溫里药。若腹部胀滿气机不暢的，可配伍行气药。

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
大　黄	川军	苦　寒	攻下、泻火 祛瘀、止血	1.热结便秘 2.积滯下痢 3.湿热黃疸 4.血热吐衄 5.血滯经閉 6.水肿胀滿 7.痈肿疔毒	一至三錢
芒　硝	元明粉	咸苦寒	泻下清热 润燥软堅 泻火解毒	1.大便燥结 2.实热悸痰 3.口疮咽痛	二至四錢

（二）润下药 潤下药多是植物种仁，富含油脂，具有潤燥滑腸作用，使大便易于排出。适宜于老年脾燥不能行其津液的便秘，或产后血枯，或病后津液未复，以及亡血病人，大腸燥結，以致排便困难者。用时当根据病情，与养阴药、补血药或行气药配伍。

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
火麻仁		甘　平	润燥滑腸	腸燥便秘	一至三錢
郁李仁		辛苦酸 平	润腸通便 利水退肿	1.腸燥便秘 2.水肿胀滿	一錢五分 至三錢

此外还有些药物也有潤下作用如杏仁、桃仁、当归、肉苁蓉等分别列于其主要作用药物类中。

（三）峻下逐水药 峻下逐水药有峻烈的泻下作用，能使体内停蓄的水分从二便（大、小便）排除，达到消除肿胀的目的。适用于水肿、胸腹积水及痰湿结聚喘满壅实之証。这类药物忌用于脾胃虚弱及孕妇。

本类药物不但药性猛烈，且多有毒，故对炮制、配伍、剂量、运用方法及禁忌等，都须注意掌握。

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
大　戟		苦　寒	泻水	1.水肿　2.腹水	五分至一錢
芫　花		苦　寒	泻水	1.水肿　2.胸水	五分至一錢
甘　遂		苦　寒	泻水	1.水肿　2.胸腹积水	五分至一錢
牵牛子	黑、白丑 二丑	苦　寒	泻下、利水 杀虫	1.水肿胀满　2.二便不通 3.虫积腹痛	一至三錢
葶苈子		辛苦寒	泻水、定喘	1.水肿胀满　2.痰壅咳喘	一至三錢

四、利尿渗湿药

以通利水道，渗除水湿为主要作用的药物，称为利尿渗湿药。

这类药物多数性平味淡，具有"淡渗"的作用，用以治疗水肿，小便不利，排尿异常（如尿频、尿急、血尿、尿路結石、中医統称之为"淋浊"）等証状。此外，风湿关节痹痛、黄疸、痢疾腹泻、湿温、湿疹等疾病，中医認为与"湿"有关，也须配伍本类药物。

本类药物忌用于阴亏津乏的小便不利、滑精、遗精。

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
茯　苓	云苓 白茯苓	甘淡平	利水渗湿 健脾补中 宁心安神	1.脾虚泄泻　2.水肿 3.痰饮咳喘　4.心悸不眠 5.小便不利	二至五錢

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
赤　苓	赤茯苓	甘淡平	分利湿热	治水肿偏于湿热者(无补性)	二至四錢
猪　苓		甘淡平	利水渗湿	1.小便不利　2.尿涩淋病 3.水肿胀滿	二至四錢
泽　泻		甘咸寒	利小便、清湿热	1.小便不利　2.泄泻淋病 3.水肿胀滿	二至三錢
木　通		苦　寒	清热水尿通乳汁	1.小便短赤　2.淋病 3.经闭　4.产后乳汁少	二至三錢
滑　石	飞滑石	甘　寒	利尿通淋清热除烦	1.暑热烦渴　2.淋病泄泻 3.湿疮湿疹	二至五錢
萆　薢	川萆薢 粉萆薢	苦　平	利湿浊、祛风湿	1.淋浊白带　2.腰膝痹痛	二至三錢
赤小豆		甘酸平	利尿退肿解毒排脓	1.痈肿疮毒　2.水肿胀滿 3.脚气浮肿	二至三錢
地肤子		甘苦寒	清湿热、利小便	1.湿热小便不利 2.皮肤湿毒热疮	二至四錢
车前子		甘　寒	利尿通淋清热明目	1.小便不利　2.淋病 3.泄泻　4.目赤肿痛	一至三錢
海金砂		甘　寒	清热利尿	1.小便短赤（淋沥涩痛） 2.黄疸	一至三錢
萹　蓄		苦　平	利尿通淋	小便不通（血尿）	二至五錢
瞿　麦		苦　寒	清热凉血利水通淋	淋病血尿	一至三錢
金錢草		微咸平	利尿通淋清热消肿	1.尿路结石、胆石 2.外敷疮肿	一至二两
薏　仁	薏苡仁	甘淡微寒	利尿渗湿健脾补肺清热排脓除湿止痛	1.脾虚泄泻　2.小便短少 3.风湿痹痛　4.肺痈肺癌	二錢至一两

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
防己		苦辛寒	利尿退肿 除风湿止疼痛	1.风湿痹痛 2.水肿胀满	一钱半至三钱
冬瓜子		甘寒	清热利湿 排脓消肿	1.肺痈肠痈 2.热痰咳嗽 3.白浊白带	一至四钱
冬葵子		甘寒	利小便、滑肠、下乳	1.小便不利、淋沥涩痛 2.水肿 3.便秘 4.乳汁不通	一至三钱
玉蜀黍	玉米须、包谷	甘平	利尿、利胆、降压	1.慢性肾炎 2.肝炎、胆囊炎 3.高血压、糖尿病	五钱至一两

五、祛风湿药

祛风湿药能祛除肌肉、經络及筋骨間的风湿，可以治疗关节痹痛，或筋絡拘急，麻木不仁等。其中有部分药物有补肝肾、壮筋骨的作用。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
独活		辛苦溫	祛风除湿 散寒解表	1.风寒湿痹 2.风寒头痛	一至四钱
五加皮		辛溫	祛风湿、强筋骨	1.风湿痹痛，两足无力 2.皮肤风湿	二至四钱
木瓜	宣木瓜	酸、溫	化湿舒筋、止吐泻	1.关节拘挛疼痛 2.吐泻腹痛	一钱半至三钱
威灵仙		辛溫	祛风湿、止疼痛	关节疼痛拘挛	一至四钱
秦艽	左秦艽	苦辛平	祛风湿、清虛热	1.风湿关节痛 2.虛热、低热 3.肝炎、黄疸	一至四钱

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
蚕砂	晚蚕砂	甘辛温	祛风湿、缓拘挛、活血	1.风湿关节痛 2.腹痛 3.月经不调	一至三錢
苍术	茅术	苦温辛烈	燥湿健脾除湿止痛补养明目	1.消化不良、胀闷恶心、腹痛、腹泻 2.风湿关节疼痛 3.夜盲	一至三錢
狮茎草		苦寒小毒	祛风湿、利筋骨	1.风湿关节痛 2.中风半身不遂	三至四錢
松节	油松节	苦 温	祛风湿	专治关节痛	二至四錢
苍耳		实：甘苦温。茎叶：苦辛微寒	祛风湿通鼻窍	1.风湿挛痹 2.鼻渊 3.发汗、止头痛 4.麻风（茎、叶）	一至三錢
桑寄生		苦 平	补肝肾、强筋骨、祛风湿。	风湿关节痛、腰膝痛	三至六錢
桑枝		苦 平	祛风湿、通经络	1.风湿痹痛、四肢拘挛 2.脚气肿胀	二至四錢
海风藤		辛苦微温	祛风湿、通经络、止痛	风湿痹痛、筋脉拘挛	
伸筋草		苦辛温	祛风止痛通络舒筋	1.风湿痹痛 2.筋骨不利	一至三錢
白花蛇		甘咸温	祛风湿、通经络、定惊	1.风湿痹痛半身不遂 2.惊癎抽搐 3.麻风 4.皮肤顽癣	五分至一錢

六、温里祛寒药

能够治疗里寒証的药物叫做温里祛寒药。里寒証由于脏腑的不同，表現的症状也有差别，大致归納为两个方面：一为寒邪内侵，阳气受困，而見呕吐泻利，胸腹冷痛，食欲不佳等脏寒証，治宜温中散寒药；一为寒邪内侵或久病，元阳衰微，而見汗出恶寒，口鼻气冷，下利清谷，厥逆脉微等亡阳証，必須急用温中回阳药。

本类药物忌用于热証及阴虚証。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
附子	黑附片 明附片 黄附块	辛热	回阳救逆 壮元阳 温中止痛 逐寒除湿	1.大汗亡阳、四肢厥逆 2.风寒湿痹 3.脘腹冷痛 4.肾虚水肿	一至三錢
乌头		辛温	温中逐寒、除风湿、止疼痛	1.心腹冷痛 2.风寒湿痹麻木	五分至三錢
肉桂		辛甘热	温中补阳 散寒止痛	1.肾阳不足 2.虚寒泄泻 3.寒痹腰痛 4.脘腹冷痛 5.血寒经闭	三分至一錢
干姜		辛热	温中回阳 温肺化痰 温经止血	1.厥逆亡阳 2.肺寒咳嗽 3.中寒腹痛、呕吐泄泻 4.血痢便血（炮姜）	一至三錢
丁香		辛热	温胃降逆	1.胃寒呕吐呃逆 2.胸腹冷痛	五分至一錢五分
吳茱萸		辛苦热	温中散寒 理气止痛	1.脘腹冷痛 2.呕吐吞酸 3.冷泄、寒疝	一至三錢
高良姜		辛热	温胃散寒 止痛呕吐	1.胃脘冷痛 2.呕吐泻痢	一至三錢

七、行气药

能宣行气滞的药物，属于行气药。行气药性味多为辛温，有舒肝理气、醒脾开胃及解郁止痛的作用。

气滞的疾病，一般表现为脾、胃、肺、肝等类型。脾胃气滞的表现是：胸腹胀闷、嗳气泛酸、恶心呕吐、便秘或腹泻。肝气滞的表现是：胁肋胀痛，月經不調。肺气滞则表现为咳嗽气喘。

滋补类中药煎服时，恐有滋腻碍胃的副作用，所以常加用少量行气药。

行气药多辛散耗气、并伤阴液，对于虚弱患者使用行气药时，应根据病情作适当的配伍。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
香附	制香附	辛甘平	舒肝解郁 调经止痛	1.胸胁脘腹胀痛(胃痛肝痛) 2.消化不良 3.月经不调	二至三錢
木香	广木香	辛苦温	行气止痛	1.消化不良 2.胃痛腹痛 3.痢疾泄泻	一至二錢
陈皮	桔皮 广皮	辛苦温	理气健脾 燥湿化痰	1.胸腹胀滿、呕吐噯气 2.咳嗽痰多	一至三錢
青皮	小青皮	苦辛温	疏肝散滯 破气止痛	1.胸胁胀痛 2.食积腹痛 3.乳房结块（乳腺炎）	一至二錢
枳实		辛苦平	破气、消积	1.食积气滯、胸腹胀滿疼痛 2.便秘	一至二錢
枳壳		苦微寒	利气、消积 化痰	1.便秘 2.痰多 3.腹胀、 腹痛 4.内脏下垂	一至三錢
厚朴	川朴	苦辛温	行气化湿 降气平喘	1.腹部胀闷、腹痛 2.气喘痰多	一至三錢

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
乌　药		辛　温	行气、散寒止痛	1.胸腹胀痛　2.痛气	一至三錢
楝　实	金铃子 川楝子	苦　寒	清除湿热 理气止痛 杀虫	1.胸胁胀痛　2.痛气腹痛 3.虫积腹痛	一至三錢
香　橼		辛苦酸温	疏肝理气 化痰止呕	1.胸胁腹痛　2.呕吐 3.咳嗽痰多	一至三錢
佛　手		辛苦酸温	疏肝解郁 理气宽胸	1.胃脘胀痛　2.呕吐 3.咳嗽痰多	一至三錢
玫瑰花		甘微苦温	疏肝解郁 调中醒脾	1.肝胃不和　2.月经不调 3.损伤疼痛	五分至一錢五分
郁　金	广玉金	苦辛温	行气、活血止痛	1.胸胁痛、痛经 2.肝胆疾病	二至三錢
延胡索	玄胡索 元胡	辛苦温	行气、活血止痛	治疼痛要药、腹痛、腹泻、腰痛、痛经、四肢痛等都可应用	二至四錢

八、活血祛瘀药

本类药物有行血滞，通血脉和祛瘀血的作用。瘀血可能产生的疾病是多方面的，如内科的关节痛、积聚、痞块肿瘤；外科的痈疽；伤科的跌打损伤；妇科的月經痛、閉經、痛經产后腹痛、癥瘕等，都須配伍活血祛瘀药来治疗。

人体气血是互相依存的，往往气滞則血凝，血凝而气亦滞，因此活血祛瘀药常与行气药同用，以增强疗效。

本类药物大多数不适用于月經过多証，孕妇应忌用。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
川芎		辛温	活血祛瘀 祛风止痛	1.妇产科要药，治月经不调、闭经、痛经，胞衣不下等 2.风湿头痛，肢节痛	一至三錢
桃仁		苦甘平	活血祛瘀 润燥滑肠	1.经闭腹痛 2.肠燥便秘 3.痞块肿瘤 4.阑尾炎	一至三錢
红花	杜红花	辛温	活血、止痛	1.妇科血滞诸症 2.跌打损伤 3.痞块肿瘤	一至三錢
蒲黄		甘平	活血（生） 止血（炒）	1.各种出血内服外用均可 2.腹痛、胃痛、产后腹痛	一至二錢
五灵脂		甘温	活血、止痛	1.胃痛 2.妇科血瘀诸症	一至二錢
乳香		辛苦温	活血理气 止痛、伸筋	1.跌打损伤 2.胸腹胀痛 3.筋骨拘挛	一至二錢
没药		苦平	活血、止痛	1.跌打损伤 2.经闭腹痛	一至二錢
三棱	荆三棱	苦平	破血行气 消积止痛	1.经闭症瘕 2.胸腹胀闷	一至三錢
莪术	蓬莪术	辛苦温	行气破血 消积止痛	1.经闭症瘕 2.食积腹痛	一至三錢
益母草		辛微苦寒	活血调经	1.月经不调 2.产后腹痛 3.损伤瘀痛	一至三錢
茺蔚子		辛苦寒	活血调经 明目	1.月经不调 2.产后瘀痛 3.目赤肿痛	一至三錢
丹参		苦微寒	活血祛瘀 调经止痛	1.月经困难 2.经闭症瘕 3.痈疮肿毒	一至三錢
川牛膝		苦酸平	活血通经、消症下胎（生用），补益肝肾、通利关节（熟用）	1.经闭、症瘕、胎衣不下 2.膝膜关节痛 3.腰膝痿弱	一至五錢

九、止血药

凡能治疗各种出血的药物叫做止血药。止血药尚须根据病情及不同的出血部位，配合清热凉血药、活血药、收敛药等同用。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
白茅		苦涩微寒	收敛止血 生肌消肿	1.咯血、咳血、鼻衄 2.外用治烫伤、皮肤皲裂	一至五錢
侧柏叶	生侧柏 侧柏炭	苦涩微寒	凉血止血 收敛止血	用于热症的吐血、衄血、尿血	一至六錢
槐实	槐角	苦寒	清热凉血止血	1.便血、血痢、痔疮 2.痈肿疮疡	二至五錢
槐花	生槐米 槐米炭	苦寒	止血、泻火	1.便血、痔疮、血崩 2.肝火头昏 3.高血压	二至五錢
棕榈	陈棕炭	苦涩平	收敛止血	各种出血症	二至三錢
藕节	生藕节 藕节炭	涩平	收敛止血	各种出血症	三至五錢
大蓟	大蓟炭	甘凉	凉血止血 破血消肿	1.各种出血症 2.痈肿疮毒	一至六錢
小蓟	小蓟炭	甘凉	凉血止血 降压	1.专治尿血、吐血 2.高血压（用量加倍）	三至五錢
三七	参三七 田三七	甘微苦温	止血、活血 消肿止痛	1.止血要药、内服治内脏出血，外用治创伤出血 2.跌打损伤	一至二錢
血余	血余炭	苦平	止血、散瘀 利尿	1.治各种出血症 2.小便不通	五分至二錢
茜草	茜草根	苦凉	凉血止血 活血	1.血热吐衄崩漏 2.血滞经闭	三至五錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
地榆	地榆炭 生地榆	苦微寒	清热凉血止血	1.吐血便血 2.阴道出血	三至五錢
金顶龙芽草	脱力草 仙鶴草	苦涩温	止血收敛、强壮止泻	1.各种出血 2.脱力、肝炎、腹泻、乳痈、月经不调	三至五錢
旱莲草	墨旱莲	淡凉	止血、清肝肺热、明目养阴	1.各种出血 2.头目眩晕	三至五錢
灶心土	伏龙肝	辛温	温胃止呕止血	1.各种出血 2.反胃呕吐 3.脘腹冷痛	五錢至一两
侧柏		辛平	凉血止血，活血通经	1.大肠下血、鼻衄 2.跌打损伤 3.经闭	三錢至五錢

十、止咳化痰药

能减輕或制止咳嗽气喘的药物，叫做止咳药；能减少痰涎或使之易于咳出的药物，叫做化痰药。咳嗽与痰在病机上有密切关系，所以合称之为止咳化痰药。

内伤外感的疾病，均能引起咳嗽与痰。因而在治疗时除針对病情选用适宜的化痰、止咳药外，还应根据各种致病原因，观察其表、里、虚、实、寒、热而作必要的配伍，如解表药、理气药、渗湿药、收涩药等同用。

（一）止咳平喘药 止咳平喘药长于制止咳嗽、下气平喘。喘咳的病因、症状多端。有干咳者；有咳吐稀痰或稠痰者；有外感咳逆者；有虚劳咳喘者；寒热虚实截然不同。临床上必須辨証施治，适当选用和适当配伍，不可单投止咳平喘药。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
杏仁	苦杏仁	苦温	止咳、平喘滑肠	1.咳嗽 2.气急 3.老人便秘	三至四錢
百部		甘苦微温	止咳、杀虫	1.新久咳嗽 2.杀虫灭虱（有农药）	一至三錢
紫菀	炙紫菀 生紫菀	辛苦温	温肺下气止咳化痰	为止咳化痰要药	一至三錢
款冬花	炙冬花	辛温	止咳消痰下气平喘	1.咳逆气喘 2.虚劳久咳	一至三錢
枇杷叶	炙枇杷叶	苦平	清肺化痰和胃止呕	1.肺热咳嗽 2.胃热呕恶	一至二錢
桑白皮		甘辛寒	泻肺平喘利水退肿	1.肺热咳喘 2.水肿	五二錢

（二）温化寒痰药 这类药性温，适用于寒痰、湿痰，常与温散寒湿的药物配伍同用。这类药作用强烈，凡热痰证候，吐血或有咯血的均不宜用。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
半夏	姜半夏 制半夏 法半夏 竹沥半夏 清半夏	辛温	燥温化痰降逆止呕	1.咳嗽痰多 2.胃寒呕吐 3.胸腹胀闷 4.瘿瘤（甲状腺肿）、瘰疬（淋巴结核）	一至三錢
白芥子		辛温	化痰、消肿止痛	1.痰饮喘咳 2.胸胁痛痛 3.阴疽肿痛	五分至二錢
白附子		甘辛温	祛风痰、散寒湿	1.中风痰壅 2.口眼歪斜 3.偏正头痛 4.痹症瘫木	五分至二錢
白前		辛甘微温	降气下痰止咳	1.痰多咳嗽 2.肺壅气喘	一至二錢

（三）清化热痰药 这类药性寒，有清化热痰的作用，适用于热痰証候及由于痰热而致的癫痫、惊厥、瘰癧、流注等証，常与清热药配伍使用。属寒痰的不宜使用这类药物。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
贝母	川贝 浙(象)贝	苦甘寒	止咳化痰 散结(浙贝)	1.川贝治阴虚肺燥咳嗽（如肺结核）。2.浙贝治表证咳嗽及瘰疬	一至三錢
瓜蒌	全瓜蒌 瓜蒌皮 瓜蒌仁	甘寒	化痰 行气（皮） 滑肠（仁）	1.胸闷作痛 2.咳痰黄稠 3.便秘	二至五錢
前胡		苦辛微寒	化痰降气散风热	1.痰多气喘 2.外感风热表症	二至三錢
竹茹		甘微寒	清肺化痰 和胃止呕	1.肺热咳嗽 2.胃热呕吐	二至三錢
桔梗	苦桔梗	苦辛平	祛痰、排脓 开肺气	1.咳嗽痰多 2.肺痈吐脓 3.咽喉肿痛	一至三錢

十一、化湿醒脾药

这类药物多芳香，具有辟浊化湿的功效。适用于湿浊内阻，脾为湿困，运化失职所致的胸腹痞闷，呕恶泛酸、大便溏薄、食少体倦、口甘多涎、舌苔白滑等証。此外还能除四时不正之气，用治暑湿、湿溫、上吐下泻等証。

这类药不宜用于阴虚阳亢、津枯液乏的証候。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
藿香	广藿香 土藿香	辛微溫	芳香化湿 和中止呕 发表解暑	1.胸闷痞满 2.呕吐泄泻 3.暑湿寒热	一至三錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
佩兰		辛平	芳香辟秽 运转脾气 解暑化湿	1.暑湿寒热 2.口中甜腻 3.胸闷不食	一至三錢
香薷	陈香薷	辛微温	解暑、解表 利水	1.暑日外感（暑风、暑湿） 2.水肿	一至二錢
荷叶	鲜荷叶 干荷叶	苦平	解暑（鲜） 平肝（干）	1.暑热症（鲜） 2.头痛、头晕（干）	一至二錢
白豆蔻		辛温	芳香化湿 下气止呕	1.呕吐噯气 2.胸腹胀滿	一至二錢
缩砂仁		辛温	行气调中 和胃醒脾 温脾止泻 安胎	1.胸腹胀痛 2.积食不化 3.呕吐泻痢 4.胎动不安	一至二錢

十二、消食药

凡能增强消化机能，消除食积的药物叫做消食药。飲食停积不消化，則引起腹部胀悶、噯气、疼痛、食少、大便稀薄夹有泡沫和不消化食物等症状。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
麦芽	炒麦芽	甘温	消食、和中 退乳	1.专消米、面食积 2.乳多胀痛	二至六錢
谷芽	炒谷芽	甘平	和中消食 养胃健脾	消米面食积	二至六錢
神曲	六曲 六神曲 建曲	甘辛温	消食化积 健脾和胃	1.食积停滯 2.消化不良	二至五錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
鸡内金		甘平	消食积，止遗溺	1.食积不消 2.小儿遗尿	一至三錢
莱菔子		辛甘小温	消食积降气祛痰	1.食积胀满 2.咳嗽气喘	二至四錢
山楂	焦山楂 山楂炭	酸甘微温	行气消积健脾止泻	食积不消、腹部胀痛、泄泻	三至五錢

十三、软坚药

可以软化硬結的药，叫做軟堅药。軟坚药味多咸，即所謂"咸軟"。用治瘰癧（慢性淋巴腺炎或淋巴結核），癭瘤（甲状腺肿）、痞块（肝脾肿大），肿瘤等疾病。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
海藻		苦咸寒	化結利尿	1.瘰疬癭瘤 2.肝硬化 3.水肿脚气	一至四錢
昆布		咸寒	化結利水	同海藻，常同用	一至四錢
鱉甲	团甲魚	咸平	化結滋阴	1.痞块、肿瘤 2.虛热、盜汗	二至五錢

十四、安神药

以安神为主要功效的药物，叫做安神药。适用于失眠、煩躁、心悸、怔忡、眩晕、惊瘛等病証：

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
酸枣仁	炒枣仁 生枣仁	酸平	安神敛汗	1.虛煩失眠 2.盜汗 3.惊悸健忘	一至三錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
柏子仁		甘平	养心安神敛汗、滑肠	1.心悸失眠 2.盗汗 3.津少便秘	一至二钱
远志		苦辛温	安神益智化痰散结	1.惊悸健忘失眠 2.痰多咳嗽	一至三钱
合欢皮		甘平	安神解郁消肿止痛	1.忧郁失眠 2.筋骨折伤 3.痈肿	一至三钱
夜交藤		甘平	安心神、养经络	1.虚烦不眠 2.肢体痠痛 3.搔痒	三至五钱
磁石		辛咸	镇惊安神潜阳纳气	1.肾亏耳鸣、头晕目眩 2.肾虚气喘 3.心悸失眠	二钱至一两
珠耳		甘平	镇惊安神活血利水	1.惊悸失眠 2.经闭、症瘕 3.血淋、热淋	三分至一钱
龙骨		甘涩平	镇惊固涩平肝潜阳	1.惊悸失眠 2.遗精崩带 3.自汗盗汗 4.久泻脱肛	三钱至一两
牡蛎		甘咸微寒	潜阳固涩软坚散结	1.遗精滑精 2.自汗盗汗 3.崩漏带下 4.肝阳头晕 5.瘰疬痰核	二钱至一两
紫云英		甘温	镇心定惊养肝暖宫	1.心悸怔忡 2.宫冷不孕	三至四钱
茯神		甘平	养心安神定惊悸	1.心悸失眠 2.虚烦	三至四钱

十五、平肝息风药

以入肝平息内风为主要功效的药物，叫做平肝息风药。这类药分别具有清肝、潜阳、止痉等作用，适用于眩晕、头痛耳鸣、痉厥抽搐，小儿惊风、癫痫等肝风内动症候。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
全蝎	淡全蝎 蝎尾	辛 平	息风止痉 解毒	1.急慢惊风、破伤风 2.外治疔毒	全蝎三至五分尾一至三枚研吞
蚯蚓	地龙	咸 寒	清热、止痉 活络、利尿	1.热病惊风、痉挛 2.关节屈伸不利 3.尿闭	一至三錢
僵蚕		咸辛平	息风止痉 祛风止痛	1.惊风痉挛、抽搐 2.风邪头痛、齿痛、目痛	一至三錢
石决明		咸微寒	平肝潜阳 清热明目	1.头晕目眩 2.惊风抽搐 3.目赤羞明、两目昏暝	三錢至一两
代赭石		苦 寒	镇逆气、平肝、止血	1.呕吐噫气 2.气逆喘息 3.吐血衄血 4.头晕目眩	三錢至一两
钩藤		甘微寒	清热、息风平肝、止痉	1.惊风抽搐 2.头目眩晕	二至四錢
天麻		甘 平	息风止痉	1.头目眩晕 2.惊风抽搐	一至三錢

十六、芳香开窍药

凡气味芳香，善于走窜，而能通关开窍的药物，叫做芳香开窍药。适用于卒然昏厥及神志昏迷等証。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
牛黄	西黄、丑宝	苦甘凉	定惊、清热解毒	1.高热、神志昏迷、抽痉 2.咽喉腐烂 3.痈肿疔毒	二分至五分
菖蒲	石菖蒲 九节菖蒲	辛 温	安神、辟浊	1.神志昏迷、耳聋 2.胸腹胀闷、疼痛	五分至二錢
麝香		辛 温	开窍辟浊 活血、通络止痛	1.中风昏迷 2.痈疽疮癞	五厘至一分

十七、补益药

能够补助人体的气血阴阳亏损，达到消除或改善虚衰証候的药物称为补益药。

虚証一般可归納为气虚、血虚、阴虚、阳虚四类，因而补益药也可大体上分为补气、补血、补阴、补阳四类。但人体的气血阴阳有相互依存的关系，阳虚者每包括气虚，气虚者易导致阳虚。气虚和阳虚是表示脏器机能的不足。阴虚者每兼血虚，而血虚常易导致阴虚。血虚和阴虚是表示体内津液的耗損。因此补气和助阳，补血和养阴又往往相須为用。若气血两亏，阴阳俱虚的証候，則須統筹兼顾，用气血兼补或阴阳并补的方法。

补益药、对外邪未尽的病不宜过早使用，以免留邪。但如病邪衰退而正气很虚的，可适当选用，以扶助正气，增加去邪的能力，这是"扶正去邪"的治法。

（一）补气药 补气药一般运用于脾气虚和肺气虚。脾气虚則倦怠、大便滯泻、食欲不振，胸腹胀滿。肺气虚則气短、少气声微、自汗。

补气药亦常配合补血药，治疗气血两亏証。

药名	处方用名	性味	功　能	主　治	常用量
人　参	别直参 移山参	甘微苦 溫	补气、健脾 生津	1.气血两亏　2.脾虚泄泻 3.肺虚气喘　4.心悸失眠	五分至二錢
党　参	潞党参	甘　平	补中益气 补血	1.气虚乏力（因人参价贵故常用党参）　2.贫血体弱	二至五錢
黄　芪	生黄芪 炙黄芪	甘微溫	补气、止汗 拔毒、排脓 利水退肿	1.气虚疲倦　2.表虚自汗 3.中气下陷、泄泻脱肛 4.久败疮瘍　5.水肿、消渴	二至五錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
山药	薯蓣 淮山药	甘平	补脾胃 益肺滋肾	1.脾虚泄泻 2.肾虚遗精带下 3.消渴 4.肺肾虚弱	五至八錢
白术	焦白术	苦甘温	健脾、燥湿	1.脾胃虚弱、胀闷、不欲食、泄泻 2.面目虚浮、四肢肿	一至四錢
扁豆		甘微温	补脾化湿	1.暑湿吐泻 2.脾虚泄泻 3.妇女带下	三至五錢
大枣	红枣	甘温	补脾益气	1.脾虚气弱 2.营卫不和 3.补气血，脾胃用作药引	三至十二个
甘草	生甘草 炙甘草	甘平	补气、止咳 (炙)解毒(生)	1.脾胃虚弱 2.咳嗽咽痛 3.疮疡肿毒	一至二錢

（二）补阳药 “阳虚”包括心阳虚、肾阳虚等，下列药物以补肾阳为主。

补阳药适用于阳痿、滑精、腰膝軟弱冷痛，遺尿、尿頻等証。又治肾阳不足不能溫运脾脏，发生泄泻，或肾气不納而生喘促等証。

补阳药性多溫燥，阴虚火盛者忌用。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
鹿角	鹿角霜 鹿角胶	甘咸溫	溫补元气	1.肾阳虚弱 2.阳痿崩带 3.筋骨痿软 4.疮溃不收	一至五錢
人胞	紫河车 胎盘	甘咸溫	大补气血	1.虚损劳伤 2.嗽咳吐血 3.骨蒸盗汗	二至四錢
肉苁蓉	淡苁蓉	甘酸溫	补肾壮阳 润肠通便	1.阳痿遗精 2.腰膝冷痛 3.津枯便秘	二至四錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
杜仲		甘辛温	补肝肾、降压、安胎	1.肾虚腰痛、阳痿、尿频 2.胎动不安 3.高血压	二至四錢
狗脊	金毛狗脊 金狗脊	苦辛温	补肝肾、祛风湿	专治风湿腰痛	一至三錢
续断	川断	苦微温	补肝肾、止崩漏	1.风湿腰痛 2.妇女崩中、漏下、妊娠下血	二至四錢
冬虫夏草	虫草	甘温	补肺益肾	1.虚劳咳血 2.肾虚阳痿	一至三錢
益智仁		辛温	补肝温脾	1.遗精遗尿 2.尿频 2.多涎唾呕	一至三錢
仙茅		辛温	补肾壮阳	1.肾虚阳痿 2.筋骨痿弱	一至三錢
淫羊藿		辛甘温	补肾壮阳祛风湿	1.阳痿宫衰 2.骨痿筋挛	一至三錢
巴戟天		辛甘微温	补肾壮阳强筋健骨祛风湿	1.肾虚阳痿 2.腰背痿痛 3.风湿痹痛	二至三錢

（三）补血药 补血药主要用在血虚的病証，血虚的病候是面色苍白、眩晕耳鸣、心悸、妇女月經不調等。

血虚兼气虚的，常配伍补气药，血虚兼阴虚的，須配用补阴药。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
熟地	熟地黄	甘微温	补血、滋阴	1.肾虚骨弱、腰膝无力 2.血虚心悸、眩晕 3.月经不調	二至五錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
何首乌	制首乌	苦涩微温	补血（制）解毒、通便（生）	1.制首乌治血虚、须发早白等 2.生首乌治痈疽瘰疬、肠燥便秘	二至六錢
白芍	白芍药	苦酸微寒	养血、止痛、调经、平肝	1.胸腹诸痛 2.月经不调 3.眩晕 4.手足拘挛 5.血虚	一錢至四
当归	全当归 当归身 当归尾	甘辛微温	和血（全） 补血（身） 活血（尾） 调经、止痛	1.血虚 2.月经不调 3.跌打损伤 4.痈疽 5.腹痛、胁痛	一至四錢
阿胶	驴皮胶	甘平	补血、滋阴止血	1.治血虚、阴虚的要药 2.各种出血 3.肺虚燥咳、久咳	二至四錢
龙眼肉		甘平	补脾、养心	1.血虚心悸 2.失眠	一至三錢
桑椹		甘寒	养阴补血	1.眩晕、失眠 2.肠燥便秘 3.阴虚消渴	三至五錢

（四）补阴药 补阴药具有养阴，滋液，润燥等作用，适用于阴虚液亏的干咳、烦渴、潮热、盗汗、眩晕、不眠及阴虚阳亢的吐血、衄血等证。

补阴药多甘寒滋腻，凡阳虚、痰湿、滞泻等证应避免使用。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
麦冬		甘微苦寒	养阴清热润肺止咳	1.阴虚内热 2.热病伤津 3.肺热咳嗽、咽肿痛	二至四錢
天冬		甘苦寒	养阴清热润肺止咳	1.肺热燥咳、气逆咳血 2.阴虚内热、津枯口渴	二至四錢

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
沙参	南沙参 北沙参	甘淡微寒	润肺止咳 养胃生津	1.肺热咳嗽（南胜于北） 2.热病伤津、虚痨口燥（北胜于南）	二至四錢
石斛		甘淡微寒	滋阴、养胃生津	1.热病伤津、口干燥渴 2.虚热不退	二至四錢
枸杞子		甘平	滋阴、明目	1.遗精腰痠 2.头晕目眩	二至四錢
龟板	龟甲 龟或胶	咸甘平	滋阴、健骨	1.阴虚诸症 2.热病伤津的昏迷痉挛 3.肾虚骨软	二至四錢
竹茹	玉竹	甘微寒	养阴润燥 生津止咳	1.肺燥干咳 2.胃热烦渴	二至四錢
女贞子	冬青子	甘苦凉	滋补肝肾 乌须明目	1.发白、眩晕 2.腰膝软弱	二至四錢

十八、收涩药

凡以收敛固涩为主要作用的药物，叫做收涩药。收涩药专用治各种“脱”証，如自汗、盗汗、遗精、白带、久泻、脱肛、久咳、遗溺、尿频等。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
山茱萸	萸肉	酸涩微温	涩精、止汗 补肾	1.遗精、阳痿 2.自汗、盗汗 3.肾虚诸証	二至三錢
五味子	北五味子	酸温	敛肝滋肾 止泻止汗	1.自汗、盗汗 2.遗精 3.虚痨咳嗽 4.久泻不止 5.失眠	一至二錢
覆盆子		甘酸微温	缩溺、涩精	1.虚証尿频、夜尿、遗溺 2.遗精、阳痿、早泄	錢半至三錢

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
芡　实		甘涩平	止泻、涩精	1.脾虚久泻　2.遗精	三至五錢
訶　子		苦酸平	涩肠、敛肺	1.痢疾、肠鸣、脱肛 2.久咳声哑	五分至錢半
烏　梅		酸　平	敛肺涩肠 安蛔止痛	1.久咳不止　2.久痢 3.蛔虫症、呕吐、腹痛	一至三錢
糜黄根		甘　平	止汗	自汗、盗汗	一至三錢
五倍子		酸咸寒	收敛	1.肺虚久咳　2.久痢 3.盗汗　4.遗精　5.久咳	五分至錢半
银　杏	白果	甘苦平	止带、止喘	1.白帶　2.咳喘痰多	一至二錢
金櫻子		酸涩平	益肾补虚 涩精止泻	1.遗精　2.尿频　3.久泻	三至五錢

十九、杀虫药

治疗人体各种肠寄生虫的药物，叫杀虫药。如治疗蛔虫、蛲虫、絛虫等病。

药名	处方用名	性味	功　用	主　治	常用量
使君子		甘　溫	杀虫	专治蛔虫	錢半至三錢
槟　榔	花椰槟	辛苦溫	杀虫、通气 行水	1.肠寄生虫、尤以絛虫为最佳　2.食积气滞的腹胀痛、泄泻	四錢至一两
石榴根	石榴根皮	酸涩溫	杀虫、收敛	1.蛔虫、絛虫有效 2.久泻、久痢	五分至三錢
大　蒜		辛　溫	杀虫、解毒	1.阿米巴痢疾　2.钩虫 3.癣疮　4.痢疾　5.百日咳	二头至四头生吃或捣汁服

二十、外用药

外用药是指外用方药中较常用的药物，以外用为主。其药效亦不出收濇、止血、消肿、解毒、化腐、生肌等范围，适用于疮疡肿毒等证。

本类药物多有毒性，有部分可渗入皮肤，使用不慎，易发生中毒。

药名	处方用名	性味	功用	主治	常用量
硫磺		酸温有毒	散痈、杀虫	1.疥癣 2.霉毒	
轻粉	水银粉	辛寒有毒	杀虫、攻毒	1.疥癣 2.梅毒	
雄黄	腰黄	辛温有毒	解毒	疥癣恶疮	
硼砂	月石	甘咸凉	解毒	1.咽喉肿毒 2.眼睛红肿	
炉甘石		甘平	生肌明目消翳	1.疮疡脓水多 2.眼红烂 3.目生翳膜	
铅丹	广丹 东丹	辛微寒有毒	拔毒生肌	为制膏药重要原料，配其他药治痈疽溃疡、跌打创伤、烫伤	
土槿皮	木槿皮 川槿皮	甘平	治癣	专治皮肤疥癣	

第四章　中医是怎样处方的

方剂学是中医治病的一个重要的环节。学习方剂，必须懂得它的組成和治疗法則。

一、治疗原则

（1）分清标本缓急的治则　应分析病情的缓急，采用相应的治法，急者治其标，缓者治其本。如一个外感风热病人有头痛恶风的表証；同时兼見大便燥結、腹痛的里証。应先治其表証。表証緩解，再治里証，或表里并治。

（2）辨明虛实寒热的証型　这是立法用药的主要依据。虛者宜补；实者宜泻；热者宜清，寒者宜温。虛者正气弱，实則邪气盛。如果虛实并見，可以补泻同施。若寒热互見的証，則应寒热并用。如外感风寒兼有內热的可用解表散寒，兼清里热的方法治疗。

二、治疗八法　根据疾病症候的表現情况，在临床治疗上运用汗、吐、下、和、温、清、消、补八个方法，以达到驅邪愈病的目的。

汗法　是通过发汗的方剂达到祛邪治病的一种方法。如外感风热証，可用辛凉解表法治疗。如外感风寒者可用辛温发汗等治疗。

吐法　是用药物引起病人呕吐的方法。一般多用于食物和药物中毒；或痰涎壅盛等的治法。

下法　是指用药物通里攻下的一种方法。其中还可分別病人的虛实寒热，分別使用寒下、温下、潤下、或攻补兼施等法。

和法　它适用于疾病在半表半里而出現寒热往来，口苦，咽干，目眩，不欲飲食等証。

清法　清法就是清解热邪的方法。由于热邪有在气分、营分、血分的不同；故清法中又分有清气分热，如白虎湯。清营分热，如清营湯。清血分热，如犀角地黃湯等。如气血俱热，就气血两清。

温法　本法是治疗寒証的基本方法。但寒証又有表寒、

里寒、表里俱寒等不同。就须分别应用解表散寒；温中散寒和回阳救逆等相应的方法。

消法　消法包括消导和驱散有形的实邪，如食积、癥瘕等缓慢形成的疾病。使之渐渐消散的方法。它与下法不同的是：下法用药峻猛，力图快下，消法则是用药和平，使之逐渐消散。本法一般适用于食滞、痞块、疳积、疮瘍等。

补法　是針对人体气血阴阳或某一脏腑的虚損，給以补养的方法。虚則补之，損者益之，补法就是使不平衡状态的阴阳气血而归于平衡。由于病人有阳虚、阴虚、气虚、血虚等的不同，故补法又分有补阳、补阴、补气、补血等法。

以上八法在临床上应結合病人具体情况，灵活运用。

三、方剂的組成原則及其加減变化　方剂的組成分主治、輔治、相从、相使等法則組成。

例如：麻黄湯是由麻黄，桂枝，杏仁，甘草四药組成；它的主治药是麻黄，有辛溫发汗解表，宣肺平喘作用。輔治药是桂枝，有溫經解肌，助麻黄发汗的作用。从使药是杏仁、甘草有协助麻黄宣肺平喘，并調和其他諸药的作用。由于这四药的配伍而起的协同作用，故可以治疗外感风寒的表实証。証見头痛，无汗、发热、恶寒、咳喘、脉浮、苔薄白等。服药后汗出而解。若表証未解，又見里热內盛的，就須除去桂枝的辛溫，加入辛凉的石膏，这样既有发汗解表作用，又有兼清內热的作用了。这就是方剂的加減变化。

四、临床处方举例

例一

病人主訴　三天来寒热往来，口苦、咽干、头昏、心煩、喜呕、胸胁胀滿、不欲飲食等。

检查　望診：病人一般情况尚好，舌紅苔薄白。聞診：病

人常叹息，嗳气。切诊：脉象弦細。

诊断　外感风寒証，屬半表半里。

治則　和解少阳。

方剂　小柴胡湯。

处　方

柴胡二錢　　黄芩三錢　　党参三錢　清半夏三錢

炙甘草二錢　生姜二錢　　大枣四枚　水煎服。

方剂配伍意义　柴胡透达少阳經半表半里之邪，为主治药；黄芩清泄半表半里之热，配清半夏、生姜以和胃降逆止呕；党参、炙甘草、大枣以扶助正气；姜枣相配，可以調和营卫，解表和里，从而使阳枢轉邪外达。

例二

主訴　呕吐清水，腹胀，便溏，食欲不振已六天，手凉。

检查　望診：面色青，精神倦怠，舌苔白腻。

聞診：語声低怯。

切診：脉象沉迟无力，腹軟喜按。

诊断　脾胃虛寒証。

治則　溫中散寒，补气健脾。

方剂　附子理中湯。

处　方

附子二錢　　党参三錢　　干姜三錢　炙甘草二錢

白朮三錢　　水煎服。

方剂配伍意义　附子、干姜溫中散寒为主治药；白朮健脾燥湿；党参补气益脾；甘草調合諸药并补脾胃。

第五章　針灸与按摩

第一节　針灸疗法

什么叫針灸疗法

針和灸是两种治疗疾病的方法。針法是用金屬制成的針，在人体特定的部位（即穴位）上刺入后，起到治疗疾病的作用叫做扎針；将艾絨制成艾炷或艾条点燃烧灼熏烤穴位的皮肤表面，而达到治病的目的，叫做灸。这两种方法虽然不同，但所用的穴位是一致的，在治疗时可单独使用，亦可針灸并用，所以叫針灸疗法。

針灸疗法是祖国医学伟大宝庫的重要組成部分。它具有簡便、經济和疗效显著等特点，深受广大貧下中农的欢迎。

針刺的方法

一、常用針具

（一）毫針　最常用的毫針，粗細有28号、30号，长短以一寸半，三寸两种为主。

（二）三棱針　針尖呈三棱形，临床多用于皮肤浅刺出血，或点刺靜脉放血。

（三）皮肤針　又名梅花針，針头部有小針数根，用以叩打体表部位。

（四）皮內針　如撅釘状，針长1—2分，用时撅入皮內，外貼橡皮膏固定，留針时間可以較长。

二、进針方法　进針前，让患者采取适当的体位，使穴位暴露，便于操作，并注意針具、医者手指与針穴位的皮肤消毒。

进针透皮时要快，以减少疼痛。一般采用下面两种方法：

（一）单手进针法

用右手拇、食二指挟持针体，下端留出针尖約一至二分，迅速刺入皮下（見图2—1），然后将針体送到一定深度，再行提插捻轉手法。对要害部位則不宜采取快速进針，如眼球周围和胸胁部穴位，应当緩慢刺入，避免損伤脏器或引起出血。

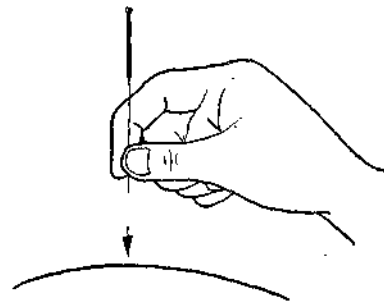


图 2—1　单手进針图

（二）双手进針法

用左手拇、食指挟持針体下端，留針尖 1—2 分，右手持針柄，两手同时用力，右手向下插，左手协助将針体送入体內（見图2—2）。

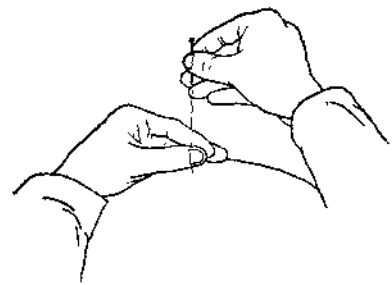


图 2—2　双手进針图

三、針刺的角度与深度　針刺以直刺为主。如局部肌肉較薄，或深部有重要脏器的穴位，則采取斜刺或横刺；四肢肌肉較厚的穴位可以深刺，但須注意不要刺伤大血管；头部肌肉薄，多采用浅皮刺；胸背部因有心、肺等脏器，严禁深刺。腹部肝脾肿大时，在肝、脾的位置不能深刺，以免刺伤肝脾造成內出血。

四、进针后手法　針体进入皮肤及一定的深淺部位后，

用拇食指捻轉或上下提插，使病人有酸、麻、胀、重感覚，一般称“得气”。針刺必須有感应，才能取得疗效。如果需要止痛，解痙及緩解某些急性发作症状时，这种手法就要持續下去，待病情緩解后再留針片刻。

五、針刺时注意事項及异常情况的处理

（一）检查針具　針刺前应注意检查針具，发現針体将断裂就不能用，以防断針。如針尖变鈍或带鈎等，修理后再用。

（二）注意消毒　用75%酒精棉球消毒穴位皮肤，揩擦針体及操作者的手指。

（三）选择体位　針刺一般取坐位、仰靠、俯伏、仰臥、俯臥、側臥等体位，进針后应嘱患者不要变动原来的体位，以防弯針或断針。如遇弯針，先使病人恢复原来的体位，然后順方向将針慢慢拔出来，不要捻轉。如遇断針时，要病人保持鎮靜及断針时的体位，然后設法将断进体内的針取出来。

（四）掌握針感　針刺的感覚与一定的解剖結构有关。一般的穴位都可出現酸胀的感覚。比較銳敏的感覚是麻，甚至触电感向远端放射，出現这种感覚时不宜再重刺，以防暈針。比較迟鈍的感覚是沉重，如头頂部就不易出現酸麻放射性的感覚。四肢如只出現痛无其它感覚是穴位找的不准，应改变針的方向使其达到酸麻及向远端放射性的感覚，才能达到良好的治疗效果。

（五）防止暈針　对于初次接受針刺的患者，針刺前应宣传針刺的一般知識，消除患者的紧张心理，尽可能采取臥位，以防暈針，針刺时要注意观察患者的顏面表情，如坐位針刺时发現患者顏面蒼白出汗，心慌、头暈等，应将針拔出，让患者平臥休息片刻即可恢复。

（六）出針异常現象的处理

1. 滯針　由于針体弯曲或肌肉紧张而引起。先糾正体位稍停片刻，或輕拍針刺穴四周，使肌肉松弛，小幅度地捻轉退出，或用左手指按住針穴的皮肤，右手将針輕輕拔出。

2. 出血　退針不要太快，如見出血，可用棉球压住針孔，揉压几下即可止住；如皮下出血造成血肿，可在血肿处进行按摩或热敷，慢慢就会吸收。

（七）針刺禁忌　过飽、空腹，大汗出，大出血，强烈运动后以及体弱年老的患者不要重刺激。孕妇的腹部，腰部，嬰儿的头部及局部皮肤瘢痕，和溃烂者，均不宜針刺。

艾灸的方法

一、直接灸（即艾炷直接作用于穴位的皮肤上）

（一）艾炷灸　用艾絨捻成大小不同的艾炷，放在穴位上点燃，等患者皮肤感覚发燙时取掉称之为一“壯”，一般可灸三至五壯，有的可以灸几十壯。

（二）麦粒灸　将艾絨捻成如麦粒大小，用凡士林或大蒜涂擦穴位皮肤，将艾炷粘在穴位上燃着，等发燙时拍打穴位周围的皮肤，以減輕痛感，一般可灸三至七壯。

二、间接灸（即穴位皮肤上間隔姜、或蒜片等）。

（一）隔姜灸　約二、三分厚的用生姜片作为間隔，上放大艾炷燃燒，等病人覚灼燙时，可将姜片略提起，稍停后放下再灸。一般灸三至五壯。多用于腹痛、受寒、腹泻等症。

（二）隔盐灸　灸臍中时先以食盐填滿臍窝，再放上姜片，艾炷施灸，称之为“隔盐灸”，多用于腹痛吐泻、四肢厥冷等症。

（三）除隔姜、隔盐灸外，还有隔蒜灸、隔附子片灸等，用法相仿。

三、化脓灸 用艾絨做成如半个枣核大的艾炷，要求做得紧而耐烧。用时穴位皮肤上先用大蒜擦一下，把艾炷粘上燃点，等患者感觉发烫时用手拍打穴位周围皮肤，以减輕疼痛。灸完一壯后，用紗布或棉球蘸冷开水揩淨局部，再涂蒜液，加艾炷再灸，每穴灸五至九壯，每次选灸一至二穴。

灸后局部出現燙伤現象，皮肤潮紅，中間有小凹陷，用紗布或棉球蘸冷开水揩淨局部，再用淡膏葯敷貼（只用麻油和章丹熬成膏葯不摻其它葯品）。每日更換一次，四至七天，灸疮即化脓。

嚮病人每天揩淨灸疮四周脓液，保持清洁；但不要揩灸疮中間，以免損伤出血。脓液多时膏葯勤換，防止感染。膏葯敷貼至疮口愈合为止，正常的情况下不用其他葯物，約經三至五周会自行結痂。化脓灸适用于治疗支气管哮喘、胃腸疾患等。

四、艾条灸（或称艾卷灸）用艾絨卷成艾条（市售成品），或自己仿制，一端点燃后熏灸患处，不着皮肤，以病人感到溫热，或皮肤上有放散的感覚为佳，称之为“溫和灸”。用燃点一头的艾条接近皮肤后馬上离开，然后再接近一下再离开，这

图 2—3 間接灸

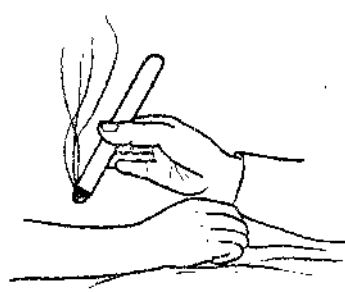


图 2—4 艾条灸法

图 2—5 溫針灸

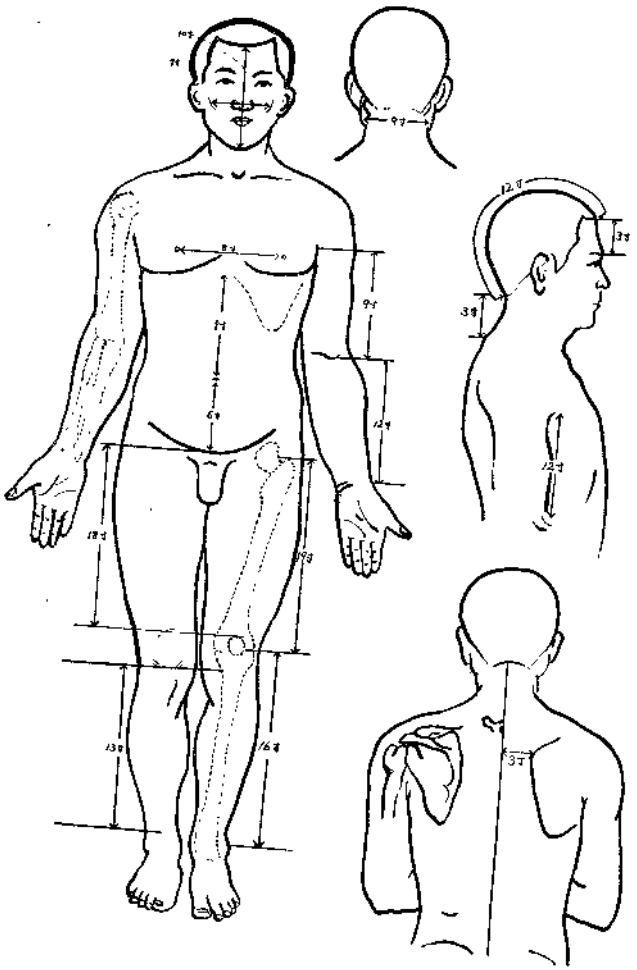


图2—6　分寸折量法（骨度法）

样連續不断的刺激穴位，叫“雀啄灸”。艾条灸每次可灸10—15分钟。凡头面、大血管所在穴位，均不宜灸。

五、溫針（亦称針柄灸）溫針是在針刺之后，在針柄上裹上艾絨（或插上一小截艾条），点燃加溫，可烧一至五次，多用于风湿痹痛等症。

輸　穴

輸穴也称穴位，是針灸施术的部位。分布在十四經上的穴位叫“經穴”；不屬于十四經的穴位叫“經外奇穴”。

一、取穴方法　穴位的取法，主要根据体表各个标志，如头面部五官，骨节突起，肌肉凹陷，皮肤皺紋等。在距离这种标志远的部位則采用折量法，即一定的部位分成几等分，或称“骨度分寸”（見图2—6）。

这种分寸可用手指来比量；屈中指节，其两端紋头的距离相当一寸，四横指相当三寸，两横指相当一寸半。

二、头面頸項部穴位（23穴）

头面頸項部常用穴位表

穴　名	位　部	針　法	針　感	主　治
人　中（水沟）	人中沟上1/3处	針刺針尖向上，針刺0.5—1寸。	局部脹痛，有时流泪	休克、中暑、腰痛、昏忧、癲痫等
印　堂	两眉之间正中	斜刺从上至下，深0.5—1寸	局部酸脹至鼻部	头痛、鼻病、目病、眩晕、失眠、小儿惊风
上　星	头部前正中线，入发际一寸处	横刺，从前向后沿皮刺入，深0.3-0.5寸。	局部酸脹	头痛、目病、鼻衄、鼻塞、鼻炎

穴名	部位	针法	针感	主治
百会	头顶正中线与耳尖连线的交叉处	横刺向前后左右透刺，深0.5—1寸	局部胀重	头痛、眩晕、高血压、脱肛
哑门	项后正中线入发际处	病人头稍低、针尖向喉结方向、深1—2寸，注意不要过深，应当因人而异	针刺时局部发胀，深刺时病人有手足触电感，如有此感觉应立即退针	聋哑、后头痛，项强，癫痫、神经官能症
大椎	第七颈椎与第一胸椎之间	直刺，深0.5—1寸 灸法：直接灸5—15壮，温灸15—30分钟	酸胀向下或向头部放散	热性病、癫痫、肝炎、痫痛、支气管炎、肩背冷、白血球减少、感冒等
迎香	鼻翼旁五分，鼻唇沟中	斜刺针尖透向内上方，深0.2—1寸	局部胀痛，有时眼流泪	鼻炎、鼻窦炎、颜面神经麻痹、透四白可治肝道蛔虫
太阳	眉梢与外眼角中间，向后1寸凹陷处	直刺0.2—0.3寸，向后斜刺0.3—2寸	酸胀痛，放散至半侧头部	偏头痛，眼病、感冒、失眠
听宫	耳屏中部，张口时耳前凹陷处	病人张口直刺1—2寸	耳中发胀，有鼓膜向外鼓胀的感觉	耳聋、耳鸣、聋哑、中耳炎、面神麻痹
听会	耳屏下部缺口前，张口凹陷处	同上穴	似上穴	同上穴
耳门	耳屏上部缺口前，张口凹陷处	直刺向下方刺，深1—2寸	耳部发胀，有时扩散至半侧面部	聋哑、耳鸣、耳聋、中耳炎、面神经麻痹

穴名	部位	针法	针感	主治
医风	耳垂后张口凹陷处，当乳突和下颌骨中间	斜刺针尖向内前方，深1—2寸	沉胀感，耳根，耳道胀痛，耳底酸，有时半侧面颊发热	聋哑耳鸣、中耳炎、颞腺炎，面神经麻痹
颊车	下颌角前上方约一横指，咬肌中	直刺0.5寸或横刺透地仓	局部酸胀，并向周围扩散	牙痛、面神经麻痹、腮腺炎、下颌关节炎
地仓	口角旁4分处	刺入0.2寸左右，再横刺向颊车，或迎香穴	针部周围酸胀	面神经麻痹、腮腺炎、流涎、三叉神经痛
四白	目下一寸，当瞳下孔部位，直对瞳孔	直刺0.2—0.3寸，或斜刺，从上向下0.5—0.8寸	局部酸胀痛	面神经麻痹、三叉神经痛、眼病
承泣	目下瞳孔内，四白上三分	直刺0.3—0.5寸或横刺向内眦角处	局部酸胀	近视、角膜炎、视神经萎缩、眼肌痉挛
阳白	眉上一寸，正对目中线	沿皮向眉中透刺0.3—0.5寸	额区胀痛	面神经麻痹，眶神经痛、夜盲
鱼腰（丝竹空）	眉梢外侧凹陷处	斜刺，针尖透向太阳穴处	局部酸胀，并扩散至整个额区	偏头痛，三叉神经痛，眼肌痉挛
睛明	目内眦上一分处	直刺嘱病人两目直视或闭目，将病人眼球固定，并推向外侧，针尖沿眶刺向深部，深1—1.5寸，刺入皮肤后缓缓刺入，不宜捻转	局部酸胀，并扩散至眼底及其周围，有发痒的感觉	各种眼病如近视、青光眼、结合膜炎、流泪

穴名	部位	针法	针感	主治
攒竹	眉头凹陷处	直刺0.2—0.3寸，向后或向下斜刺0.5—0.8寸，或向眉中横刺	局部胀痛	头痛、额神经痛
风池	项后枕骨下，大筋外侧凹陷处	针尖向对侧眼窝方向斜刺0.5--2寸横刺向对侧风池可刺2—3寸	局部酸胀，并可放散至前额部	头痛、感冒、头晕、眼病、项强痛、耳鸣、高血压
下关	耳前颧弓下，闭口凹陷处	直刺，深1—1.5寸	周围酸胀，扩散下颌关节，及牙齿	面神经麻痹、中耳炎、齿痛、三叉神经痛
率谷	耳尖直上，入发际一寸五分	横刺，针尖透向耳根或太阳穴	局部酸胀	偏头痛、眼病

三、胸腹部穴(13穴)

胸腹部常用穴位表

穴名	部位	针法	针感	主治
天突	胸骨柄上缘，凹陷中	针尖向下沿胸骨柄后缘斜刺，深1--2.5寸（不宜过深） 灸法：直接灸5—15壮	咽部似窒息样感觉	支气管哮喘、支气管炎、咽喉炎、呕吐
膻中	胸骨上平第四肋间两乳头连线中点	直刺3—5分 灸法：直接灸5—10壮	局部胀痛	支气管炎、支气管哮喘、乳汁分泌少，胸痛

穴名	部位	针法	针感	主治
中脘	剑突与脐孔之中点，脐七四寸	直刺0.8—2.5寸，亦可斜刺，透四周穴	上腹部闷胀重感，亦向食道方向放散	胃痛、胃下垂、呕吐、消化不良，腹胀，泛酸
脐中（神阙）	脐孔中	灸法：隔姜、隔盐灸，5—15壮，禁针	脐内发热或肠鸣	急慢性肠炎、腹泻、虚脱、血压下降
气海	脐下一寸半	直刺1—1.5寸	局部酸胀，可放散到生殖器上	腹胀、腹痛、遗尿、痛经、月经不调
关元	脐下三寸	直刺1—2寸	同上	腹痛、腹泻、便血、泌尿生殖系统疾患（如痛经、月经不调，白带多、阳痿、遗尿，尿潴留、尿频、尿道痛、尿血等）蛔虫症
中极	脐下四寸	同上，膀胱胀满时不宜深刺	同上	尿潴留、尿频、遗尿、尿道痛
乳根	乳头直下，乳房下沟陷处，当第五肋间	直刺0.2寸，后横刺向上或左右，不宜直深刺	乳房下胀痛，有时向肋间左右放散	乳汁不足、乳腺炎
梁门	中脘穴旁二寸	直刺0.5—1寸	局部酸胀	急慢性胃炎、胃神经痛、胃溃疡
天枢	脐旁二寸	直刺1—2寸	酸胀放散到侧腹部	痢疾、腹胀、腹泻、便秘、肠麻痹、肠寄生虫
水道	关元穴旁二寸	直刺1—2寸	同上	肾炎、膀胱炎、尿潴留

穴名	部位	针法	针感	主治
大横	脐旁四寸，腹直肌外缘	直刺1—2寸	同上	腹胀、便秘、肠麻痹、腹泻
子宫	中极旁三寸	直寸1.5—2寸	同上	子宫脱出、月经不调、痛经

四、背腰部穴(18穴)

背腰部常用穴位表

穴名	部位	针法	针感	主治
至阳	第七胸椎下，相当于两肩胛下角水平	针尖稍向上方，斜刺1寸左右	局部酸胀，有时向两旁扩散	肝炎、胆囊炎、胃痛、肋间神经痛
命门	第二腰椎棘突下，相当于肋弓下缘水平	针尖稍向上方斜刺，深1—2寸	表层为局部发胀，至深部时两下肢有触电感	腰痛、腰扭伤、坐骨神经痛、遗尿、脊髓炎、小儿麻痹
长强	尾骨尖端下方，当尾骨端与肛门之间	直刺从下至上沿尾骨刺入深1.5寸，三棱针点刺出血	毫针刺时肛门区胀痛，肛门有收缩感	癫痫、脱肛、痔核、腰神经痛
大杼	第一胸椎棘突下旁开一寸半	直刺0.5—1寸	局部酸胀麻，有时向两肩放散	支气管炎、感冒、项背痛
肺俞	第三胸椎棘突下旁开一寸半	直刺0.3—0.5寸、或斜刺，针尖向棘突或外侧0.5—1寸灸10—15分钟	局部酸胀麻，有时向肋间放散	肺炎、支气管炎、肺结核、胸膜炎、咳嗽

穴名	部位	针法	针感	主治
肝俞	第九胸椎棘突下旁开一·五寸半	直刺0.5寸或向脊柱侧或外侧斜刺1—1.5寸	同上	肝炎、胆囊炎、肝肿大，肋间神经痛
胆俞	第十胸椎棘突下旁开一·五寸半	同上	同上	黄胆、胆道蛔虫症，腹胀胸胁痛
脾俞	第十一胸椎棘突旁开一·五寸半	同上	局部酸胀并向腰部放散	胃痛、消化不良，脾肿大，白血球减少
肾俞	第二腰椎棘突下旁开一·五寸半	直刺深1—2寸	局部酸胀，有时放散到臀部	肾炎、腰痛，神经衰弱
大肠俞	第四腰椎棘突下旁开一·五寸半	直刺1.5—2寸	腰部酸胀有时放散到下肢	腰痛、腰扭伤、肠炎、便秘
上髎	第一骶后孔中	针尖向下方深刺1.5—3寸	骶部酸胀，并向腰腿部放散	下腰痛、坐骨神经痛、泌尿生殖系统病、引产、神经衰弱
次髎	第二骶后孔中	同上	同上	同上
中髎	第三骶后孔中	同上	浅层局部酸胀，深刺向下腹部子宫体放散	同上
秩边	骶管裂孔旁开三寸，坐骨大孔中	直刺2—3寸	大多放散至下肢到脚上针尖偏向内上方可到生殖器及肛门	坐骨神经痛、下肢瘫痪、麻木

穴名	部位	针法	针感	主治
肩中俞	第一胸椎棘突旁开二寸处	直刺0.5—1寸	局部酸胀，有时放散到肩胛部	肩胛神经痛、落枕，支气管炎
肩井	第七颈椎棘突和肩峰连线中点	直刺0.5—1寸	肩背部酸胀，有时麻至手臂前侧	中风后遗症、颈项酸痛、子宫功能性出血
曲垣	肩胛岗上缘内侧凹下处	直刺0.5—1寸	肩胛区酸胀	肩胛神经痛
夹脊	第一胸椎到第五腰椎，各棘突间旁开五分	针尖向脊柱方向刺背段可针刺一寸，腰段穴可针刺2寸至2.5寸	局部酸胀，有时向肋间及四肢放散	腰背痛、脊柱炎、肋间神经痛、邻近脏器病

五、上肢穴位(21穴)

上肢常用穴位表

穴名	部位	针法	针感	主治
肩髃	肩峰前下方，举臂时有凹陷处	直刺2—2.5寸透向极泉穴	局部酸胀有时放散到手指	肩关节炎，风湿性肌、神经痛、偏瘫
肩髎	肩峰后下方凹陷处	针刺透向极泉穴2—3寸	同上	同上
曲池	曲肘，横纹头至肱骨外上髁之间	直刺1—2寸可透少海穴	局部酸胀可放散到手指，及肩部	肩背痛、偏瘫、扁桃体炎、发热、高血压、肋间神经痛
尺泽	屈肘、横纹上二头肌腱桡侧陷中	直刺1—1.5寸	酸麻向前臂放散	肺炎、支气管炎、扁桃体炎、胸膜炎、咯血

穴名	部位	针法	针感	主治
孔最	桡侧腕上七寸	直刺1—1.5寸	酸麻向前臂放散	肺炎、支气管炎、扁桃体炎
郄门	前臂内侧正中两筋间，腕上五寸	同上	酸麻向手掌放散	神经性心动过速、胸膜炎、心绞痛、肋间神经痛
间使	前臂内侧正中两筋间腕上三寸	同上	同上	心悸、心绞痛、胃痛、精神分裂症、癫痫、癔疾
内关	前臂内侧正中两筋间腕上二寸	直刺0.5—1寸	酸麻向中指放散	胸闷、呕吐、失眠、心悸、心绞痛、胃溃疡、胃炎、低血压
神门	豆骨下尺骨端之凹陷中	直刺0.3—0.5寸	酸麻向小指放散	失眠、癫病、神经性心动过速
养老	腕背上一寸，尺骨小头桡侧骨际，转手取穴	斜刺一寸许	酸麻放散到手指或肩肘	视力减退、落枕，后头痛、肩臂和腰背酸痛
腕骨	手背侧第五掌骨之后下方	直刺0.3—0.5寸	酸胀向周围扩散	腕指关节炎、腰痛
后溪	第五掌骨小头后握拳横纹端	直刺0.5—1寸	局部酸胀	头顶痛、腰痛、落枕
少泽	小指尺侧指甲根后一分处	点刺出血	局部疼痛	乳汁分泌少、乳腺炎、头晕、耳聋
支沟	外关上一寸	直刺1—1.5寸	酸麻到手掌	肋间神经痛、胸膜炎、习惯性便秘、耳聋耳鸣

穴名	部位	针法	针感	主治
外关	腕背横纹上二寸、两骨间与内关正对	直刺1—1.5寸	同上	感冒、发热、肋间神经痛、耳聋、耳鸣、手背神经痛、上肢关节炎
中渚	手背第四、五掌骨间，指缝后一寸	直刺或向上斜刺1—1.5寸	酸胀向上、下传导	聋哑、耳痛、耳鸣
合谷	第一、二掌骨中点	针刺透向劳宫穴或后溪穴1—2寸	酸麻到手指或到肩部	头痛、齿痛、扁桃体炎、咽炎、鼻炎、感冒、上肢痛
列缺	腕桡侧横纹上1寸5分当桡骨茎突后方筋骨间	斜刺针尖向肘、深0.8—1寸	麻感传导肘肩部	咳嗽、哮喘、头痛、咽痛、齿痛
鱼际	第一掌骨中间1/2处，赤白肉间	直刺0.5—1寸	局部胀麻	哮喘、咳嗽、咯血、咽痛、汗多
少商	大指桡侧指甲根旁一分许	点刺出血	局部痛	扁桃体炎、肺炎、耳下腺炎
十宣	两手十指尖端去爪甲一分许	点刺出血	同上	用于急救如昏迷、中暑、癫痫发作

六、下肢穴(31穴)

下肢常用穴位表

穴名	部位	针法	针感	主治
环跳	臀部股骨大转子最高点与骶管裂孔连线上外1/3与内2/3中间	直刺2—3寸	触电感放散到下肢及足趾	坐骨神经痛、中风、偏瘫、下肢关节炎、小儿麻痹症、下肢瘫痪
殷门	臀横纹至腘窝纹正中线中点	直刺2—3寸	同上	坐骨神经痛、腰背神经痛、下肢瘫痪
委中	腘窝横纹中央	直刺0.5—1寸，或点刺放血	同上	腰痛背痛、坐骨神经痛、小儿麻痹
承山	小腿肚（腓肠肌腹）下，正中	直刺1—2寸	酸胀向下扩散，有时可向下传导至膝腘	坐骨神经痛、小儿麻痹症、脱肛、腓肠肌痉挛
昆仑	足外踝与跟腱之间	直刺0.5—1寸	麻向小趾放散	背部神经痛、坐骨神经痛、足踝关节痛、头痛
申脉	足外踝下骨缝中	直刺、针尖向下刺0.3—0.5寸	局部酸胀痛	头痛、颈项强、癫痫、小儿麻痹症
风市	直立时两手下垂当中指尖处	直刺1.5—2寸	局部酸胀或向下放散	偏瘫、膝关节炎、股外侧皮神经麻痹
至阴	小趾甲根外侧一分许	点刺或斜刺针尖向上。	痛	头痛、胎位不正、难产
阳陵泉	腓骨小头前下方陷中	直刺1—3寸可透阴陵泉	酸胀可向下扩散可到小趾	肋间神经痛、胆囊炎、胆道蛔虫、膝关节炎、偏瘫

穴名	部位	针法	针感	主治
胆囊穴	阳陵泉下1—2寸压痛最明显处	直刺1—3寸	酸胀可向下扩散	胆囊炎、胆道蛔虫症
光明	外踝上五寸处	直刺1—2寸	局部酸胀	近视、夜盲、视神经萎缩、肝肠神经痛
悬钟（绝骨）	外踝直上3寸	直刺1—1.5寸	局部酸胀或向足底放散	落枕、偏瘫、脚气
丘墟	外踝前下方凹陷处	斜刺针尖透向踝关节腔，1—1.5寸	局部酸胀	足踝关节炎，扭伤、肋间神经痛
膝眼	膝盖下两侧凹陷处	针尖向对侧1—2寸	局部酸胀，当刺入2寸向膝膜下放散	膝关节炎
足三里	外膝眼下三寸，胫骨外侧一横指	直刺1—2寸	酸麻至足背	胃病、腹痛、腹胀、腹泻、呕吐、小儿消化不良、高血压
阑尾穴	足三里下二寸压痛最明显处	直刺1—2寸，每日可针二至四次，每次留针半小时至二小时每10分钟捻针1次	酸麻向下扩散	阑尾炎
上巨虚	足三里下三寸当患腹泻时有压痛出现	直刺1—2寸	同上	痢疾、腹泻、阑尾炎
丰隆	外踝上八寸胫骨旁开二横指处	直刺1—3寸	小腿外侧酸胀	下肢神经痛、咳嗽痰多、头痛、眩晕

穴名	部位	针法	针感	主治
解溪	踝关节前横纹上，当两筋之间	直刺0.5—1寸	局部酸胀	足踝关节炎、小儿癫痫症
内庭	第二、三趾缝间	斜刺0.2—0.5寸针尖刺向解溪穴	局部胀痛	肉痛、扁桃体炎、头痛
血海	髌骨内侧下二寸	直刺1—2寸	股部酸胀	子宫功能性出血、月经过多、荨麻疹
阴陵泉	胫骨内侧髁直下方，陷凹中	直刺1.5—3寸	小腿内侧酸麻有时扩散至膝上	尿潴留、浮肿、关节炎
三阴交	内踝直上三寸胫骨后缘	直刺1—2寸	酸麻至足，有时向上扩散	男、女生殖系统疾病，如功能性子宫出血、痛经、带下、难产、盆腔炎、遗精、遗尿、疝气等
商丘	内踝前下方陷中	斜刺0.5—1寸，针尖透向关节	踝关节酸胀	踝关节炎、消化不良
公孙	足大趾本节后一寸处赤白肉际	刺1—2寸	足底麻酸胀	胃神经痛、消化不良、输经
曲泉	屈膝时膝内横纹头上方凹陷处	斜刺针尖透向委中侧1—2寸	局部酸胀有时向下扩散	关节炎、疝气、阴道炎
太冲	足大趾、次趾的趾缝上一寸个处	直刺0.5—1寸	局部胀麻	高血压、头痛、疝气、功能性子宫出血、乳腺炎

穴名	部位	针法	针感	主治
复留	内踝后上二寸	直刺0.5—1寸	局部胀，有时放散到足底	低热、肾炎、神经衰弱、盗汗
太溪	足内踝与跟腱之间陷中	直刺0.3—0.5寸	向上下扩散	神经衰弱、腰痛、子宫内膜炎
照海	足内踝直下骨陷中	同上	酸胀	癫痫、扁桃体炎、神经衰弱、癌病、子宫脱出
涌泉	脚底心陷中当脚底前1/3与后2/3中间	直刺0.5—1寸	痛	头痛、昏迷、中暑、脑溢血

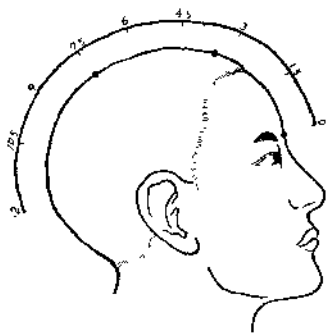


图 2—7　头顶正中线穴位及印堂穴

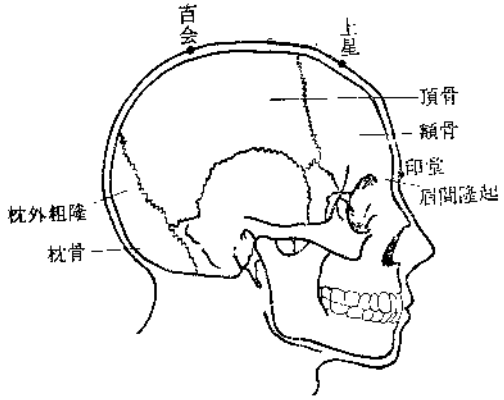


図 2--7　头顶部穴位图

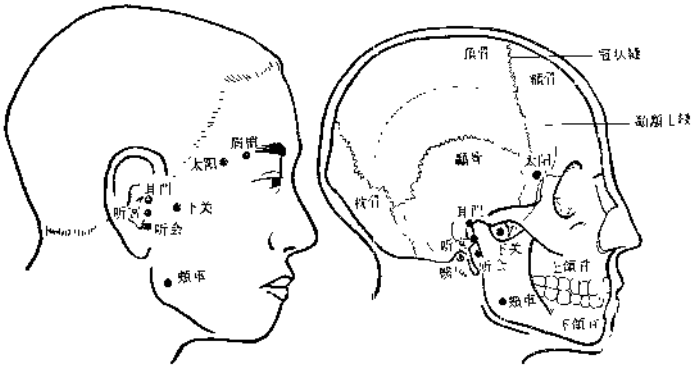


图 2－7　側头部及側面部穴位图

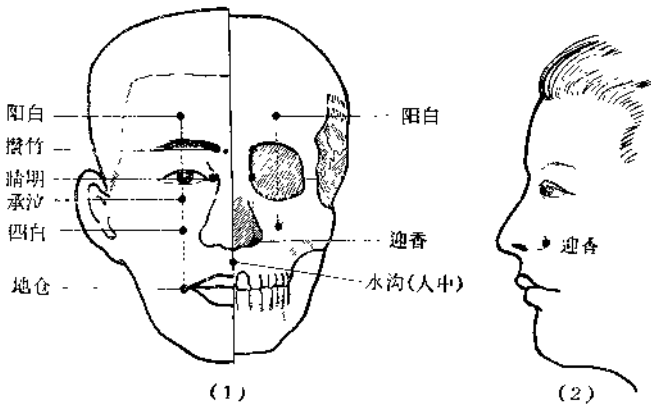


图 2—7　面部穴位图

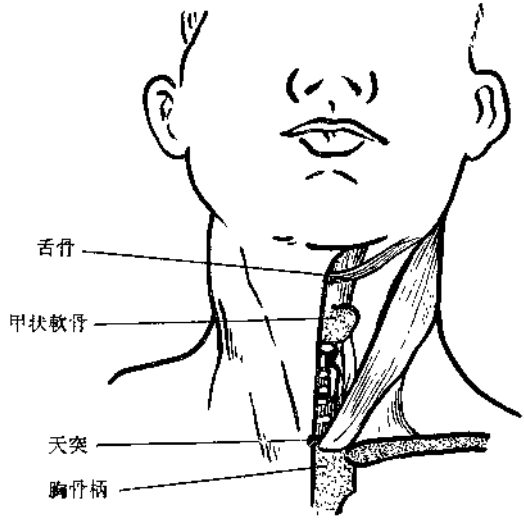


图 2—7　頸部穴位图

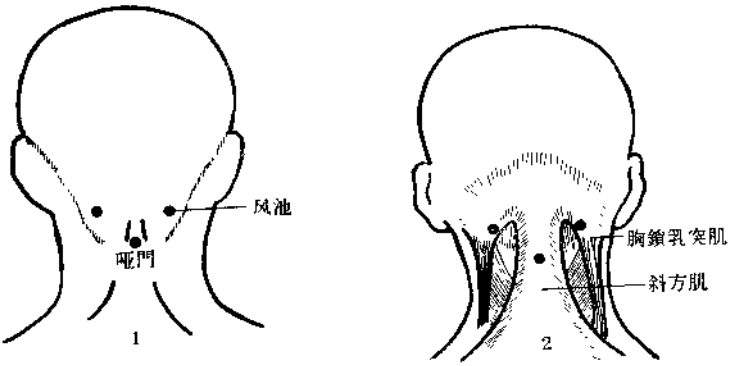


图 2—7　項部穴位图

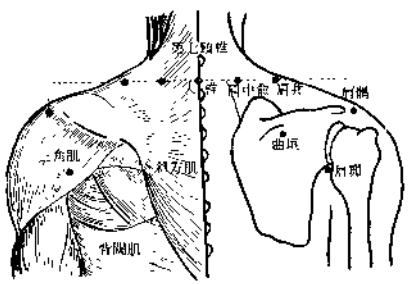


图 2—8　肩区的穴位图

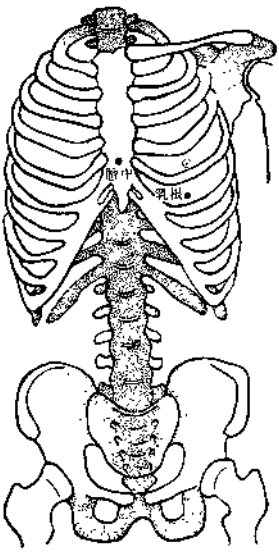


图 2—8　胸腹部穴位与
骨骼关系图

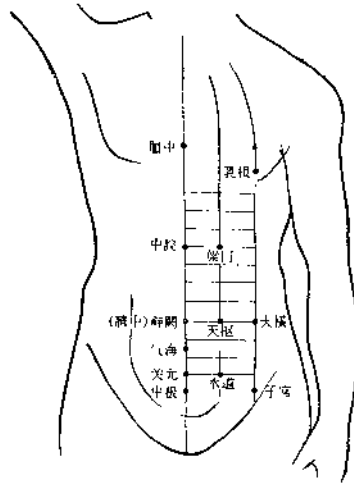


图 2—8　胸腹部穴位图

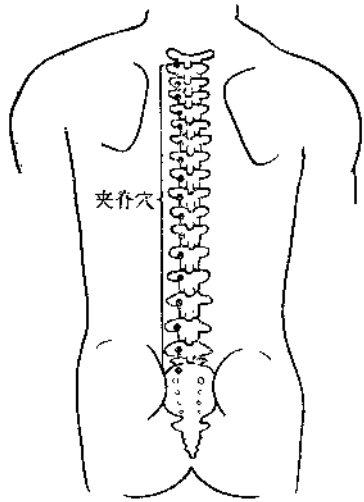


图 2—8　夹脊穴位图

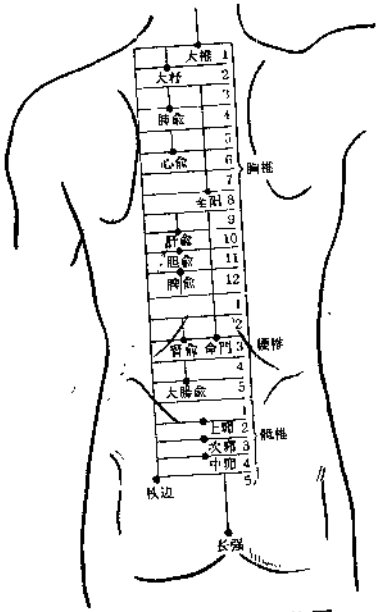


图 2—8　背腰部穴位图

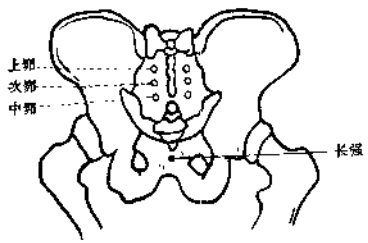


图 2—8　背腰骶部穴位图

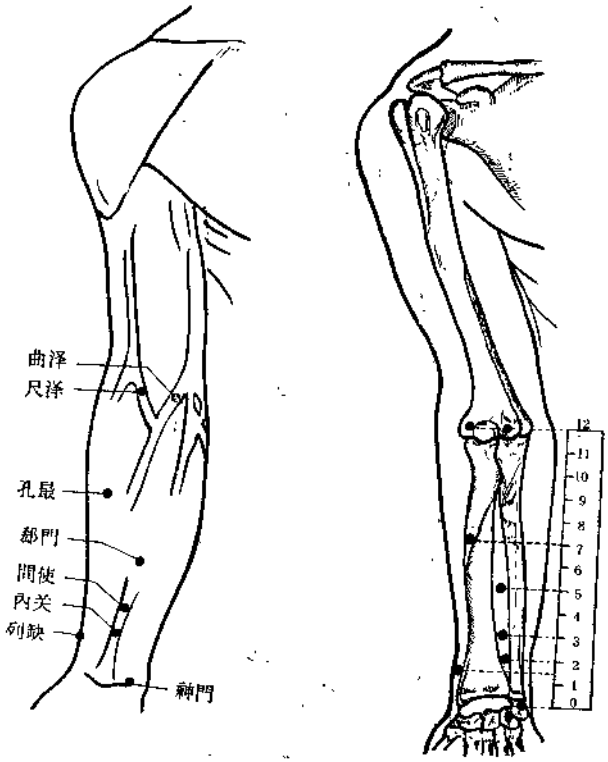


图 2—9　臂部及前臂屈側穴位图

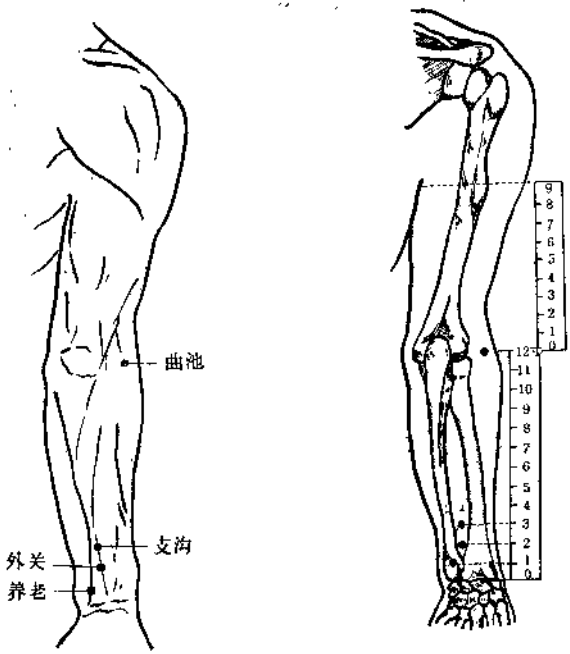


图 2—9　肱及前臂伸侧穴位图

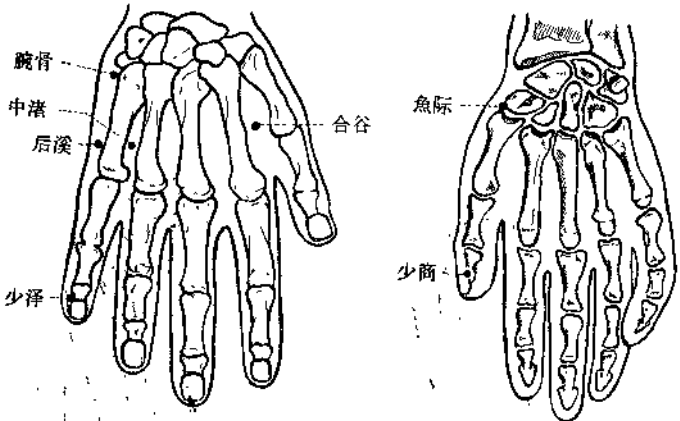


图 2—9

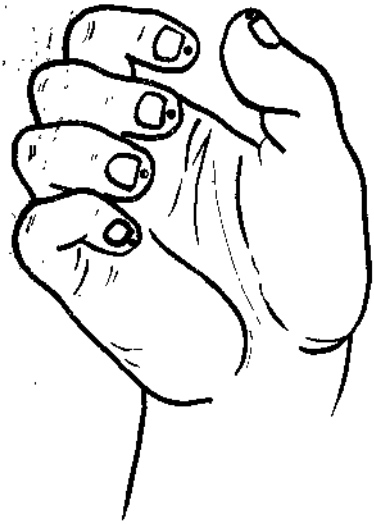


图 2—9　十宣穴位图

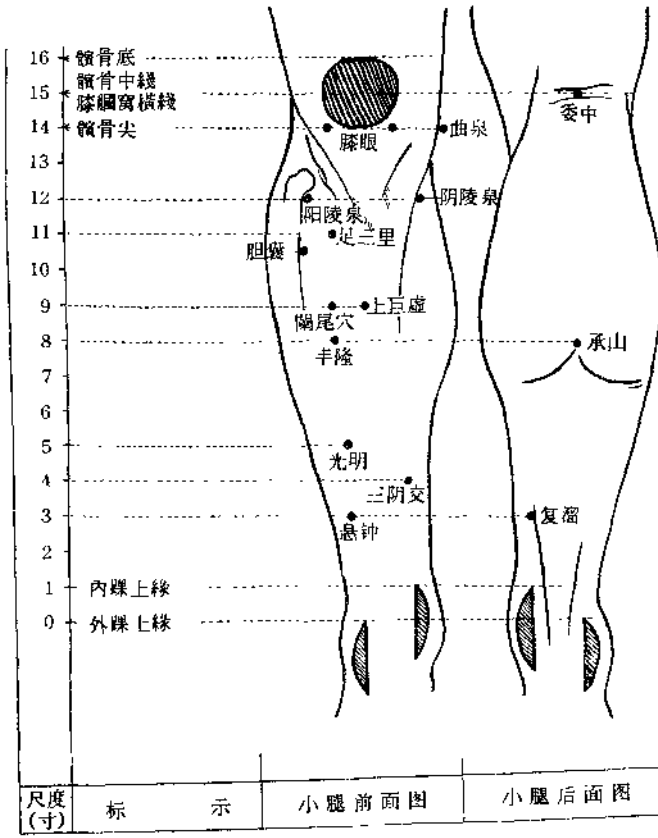


图 2—10　小腿定穴折量图

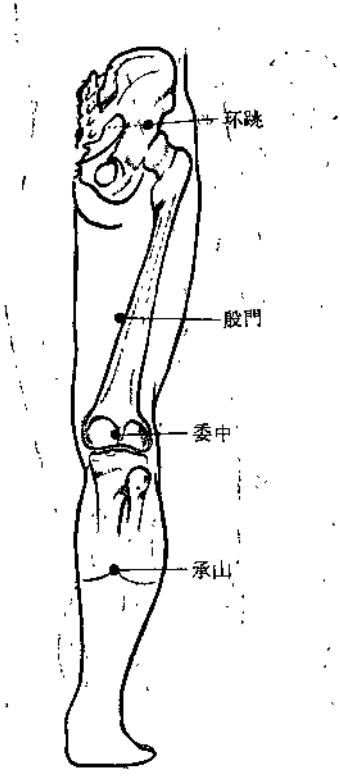


图 2—10　股及小腿后面穴位图

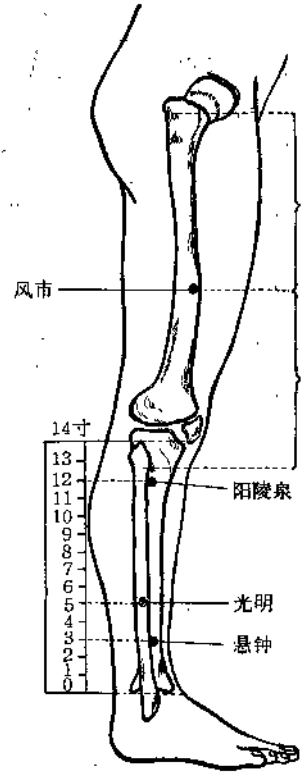


图 2—10　股及腿外侧穴位图

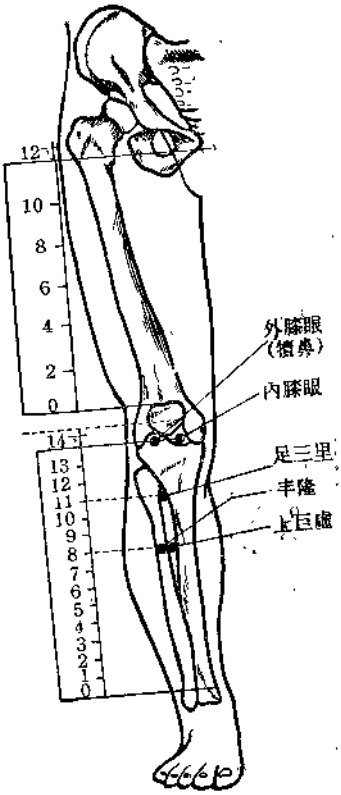


图 2—10 股及小腿前面穴位图

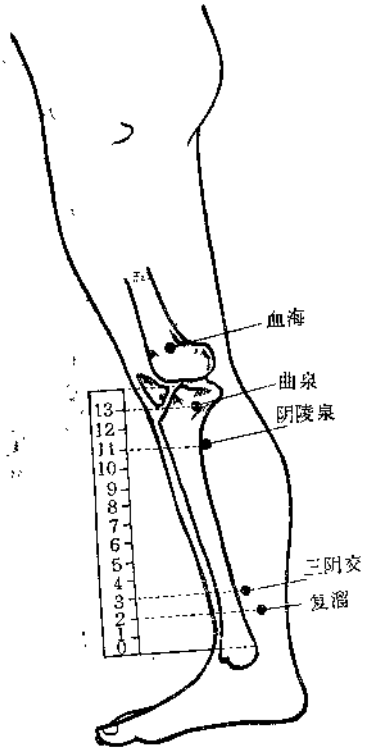


图 2—10 股及小腿内侧穴位图

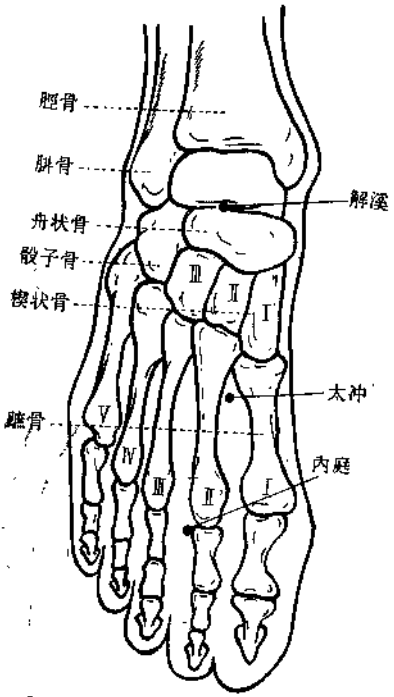


图 2—10　足背面穴位图

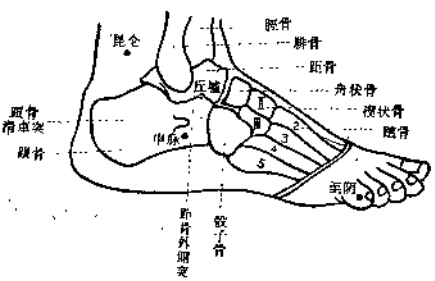


图 2—10　足外侧穴位图

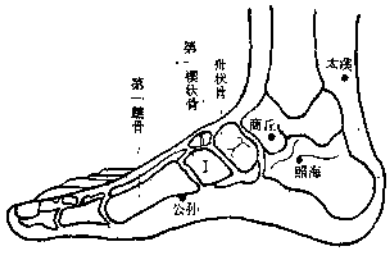


图2—10　足内侧穴位图

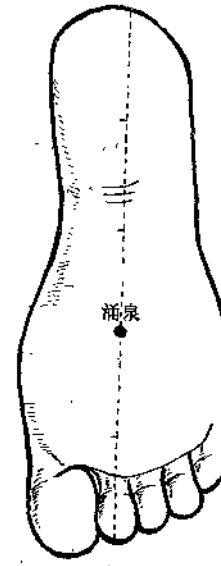
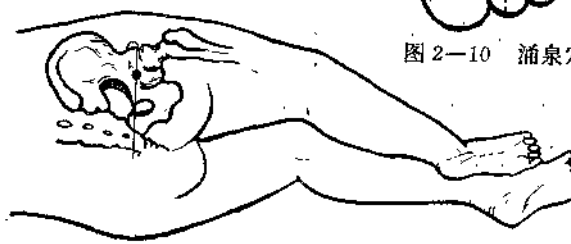
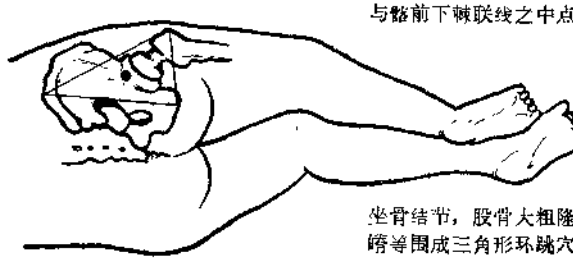


图 2—10　涌泉穴位图



腰骶穴（在骶骨裂口）
与髂前下棘联线之中点



坐骨结节，股骨大粗隆髂骨
嵴等围成三角形环跳穴正当
此三角的中心

图 2—10　环跳穴定穴法

输穴与经络的关系

古人認为經絡是人体营卫气血运行的途径，人体脏府与四肢，五官都有經絡相联系，經絡和陰阳、五行，脏象等学說都是中医理論的基础。輸穴是經气"交会輸注"的部位。两者在生理、病理、診断、治疗上，都有着密切的联系。經絡学說对針灸疗法及中医其它各科都有指导意义。十二經和任脉、督脉合称十四經，对針灸治疗具有重要价值。現将十四經的名称，循行方向及表里关系列表如下：

	里經	表經	
手三陰经（从胸到手）	手太陰肺经	手陽明大腸经	手三陽经（从手到头）
	手少陰心经	手太陽小腸经	
	手厥陰心包经	手少陽三焦经	
足三陰经（从足到胸）	足太陰脾经	足陽明胃经	足三陽经（从头到足）
	足少陰腎经	足太陽膀胱经	
	足厥陰肝经	足少陽胆经	

各經脉上都有一定数量的穴位（輸穴），这些穴位（輸穴），除能治疗局部和邻近部位的病症外，尚有治疗本經脏府病証的作用。現将各經的循行及主治的病証列后。

手太陰肺經　从胸→上肢內面橈侧→拇指內侧端。主治胸、肺、喉部疾病及本經所过部位的病証。

手少陰心經　从腋中→上肢內面尺侧→小指內侧端。主治胸胁、心、精神、喉部疾病及本經所过部位的病証。

手厥陰心包經　从乳外侧→上肢內面正中→中指尖端。主治胸胁、心、精神、胃部疾病及本經所过部位的病証。

手太陽小腸經　从小指外侧端→上肢尺侧緣→頸→耳前。主治头、項、眼、耳、鼻、喉部疾病，精神神經疾病，发热及本經所过部位的病証。

手少阳三焦經　从无名指外側端→上肢外面正中→頸→耳后→眉梢。主治头、顳側，眼、耳、喉、胸胁部疾病，发热病及本經所过部位的病証。

手阳明大腸經　从食指內側端→上肢外面橈側→肩頸→鼻旁。主治头面、眼、鼻、喉、口、齿、腸、腹部疾病，发热病及本經所过部位的病証。

足太阴脾經　从趾趾內側端→小腿內側正中→大腿內側前緣→腹部及胸部外側。主治腹、胃、腸、泌尿生殖系疾病及本經所过部位的病証。

足少阴腎經　从足心→下肢內側后緣→腹胸部內側。主治腹、腸、泌尿生殖系、喉部疾病及本經所过部位的病証。

足厥阴肝經　从趾趾外側端→小腿內側前緣→大腿內側正中→繞外阴部→胁下。主治腹、胁部、泌尿生殖系疾病及本經所过部位的病証。

足太阳膀胱經　从內眼角→头項→脊柱两側→下肢后側→繞外踝小趾。主治头、項、眼、鼻、腰背部及与本經俞穴相关脏府的疾病，发热病及本經所过部位的病証。

足少阳胆經　从外眼角→顳→繞耳后→頸、肩、胸胁、臀部外側→下肢外側正中→第四趾端。主治头顳、耳、眼、胸胁部疾病，发热病及本經所过部位的病証。

足阳明胃經　从目下→顳→繞口唇→下頷→頸前及胸腹→下肢外側緣→次趾末端。主治头面、口、齿、喉、胃腸疾病，神經精神病，发热病及本經所过部位的病証。

任脉　从会阴→腹胸部正中→頸、喉→下唇、齿。主治下腹、泌尿生殖系疾病及本經所过部位的病証。

督脉　从尾骨下→腰背正中→項后→头項→上唇、齿。主治发热病、癎疾、神經精神病及本經所过部位的病証。

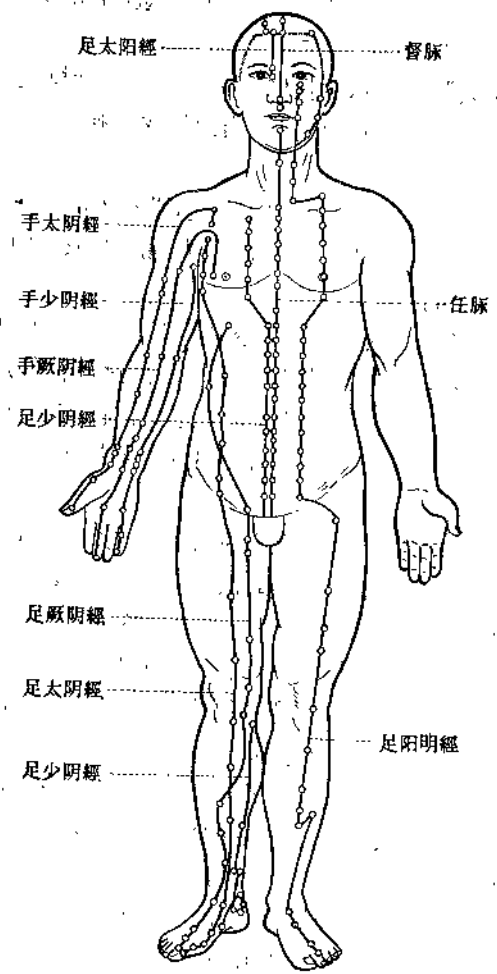


图 2—11　十四經經穴正前分布图

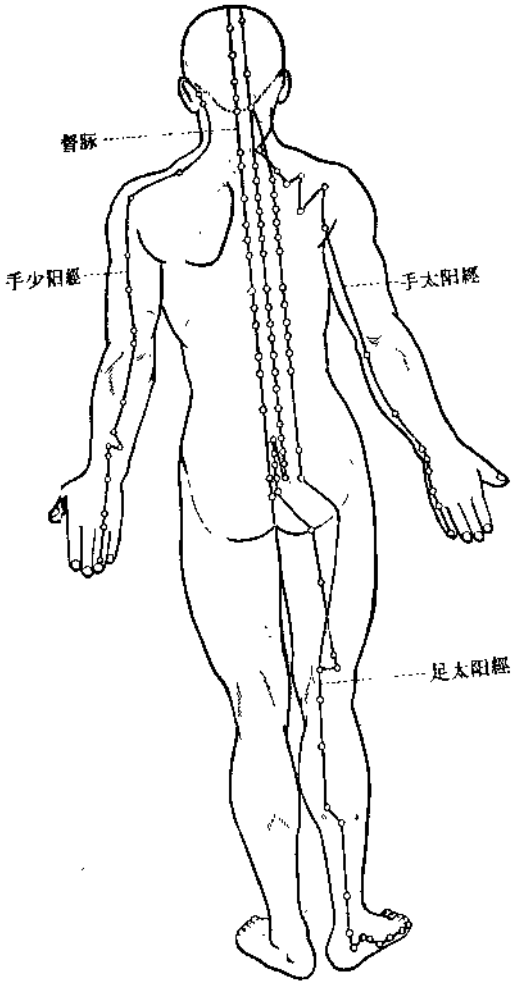


图 2—11

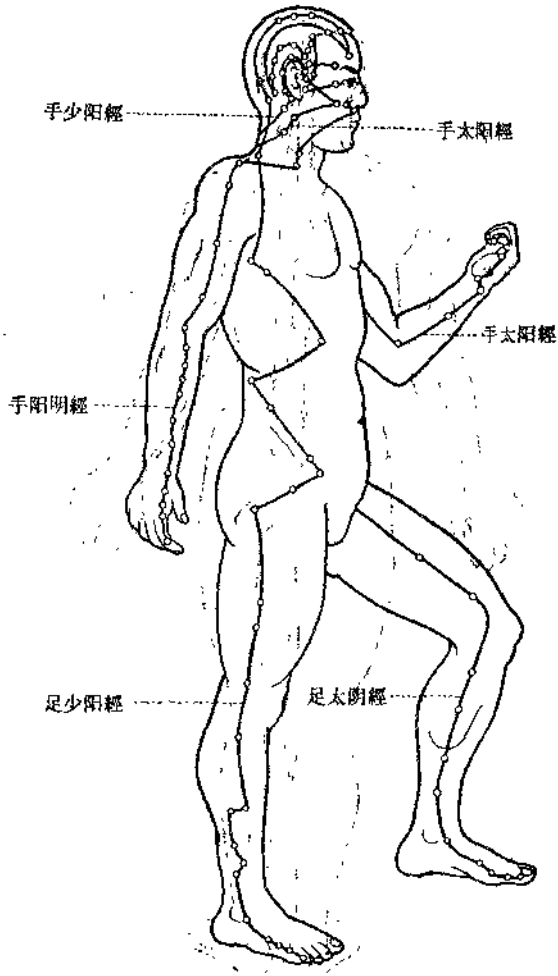


图 2—11

针灸治疗原则

一、一般治疗原则 針灸治疗疾病需根据病情，选择适当的穴位和手法进行治疗。在选用穴位时应注意以下几点：

（一）需根据病人的自覚症状和临床診断，选用适宜穴位，有时从原因疗法着手（治本）；有时从症状入手（治标）；有时双管齐下（标本兼治）。

（二）如果在同一病人身上具有多种疾病，或症状錯綜复杂，則应从主要的方面入手。或选用对該病疗效較好的穴位或一穴能治数种病的穴位。例如遇到腹泻，又有慢性水肿和下肢痛三者并病的患者，用足三里穴較为适宜。

（三）在配穴时要考虑病人的体位，以少变动体位为原則。例如病人腰腿痛，又兼有胃病，以使用胃俞、委中穴采取俯臥位为宜。

（四）配穴时，一般采用病区附近穴位和远隔穴位相配合的用法：

病区附近取穴，如：头部一些穴位可以治头痛。耳、眼、口、鼻各区穴，可以治其本身的疾病。背腰穴位除了治疗背腰的疾病外，还可以治疗其相对的內脏器官疾病。如肺俞可治肺的疾病；腹部的中脘，可治胃部疾病；天枢可治腸疾患。

远隔部位取穴 头胸部取四肢的穴位。或上有病取下部的穴位，例如：头痛取太冲穴；下部的病亦可取上部穴，如：脫肛取百会穴。亦可采用交叉配穴法，即左有病取右，右有病取左。如：左側偏头痛取右側的列缺穴。

二、中医辨证治疗 根据疾病的性质及病变部位，辨别疾病屬何脏府屬何經絡，并分辨寒热虛实 以决定針或灸，或針

灸并用。一般的虚症用补法(輕刺激)，实証用泻法(強刺激)，热証宜針，寒証宜灸。如虚实挟杂，可用平补平泻（中等度刺激)。

针灸治疗各科疾病表

传染病

病名	主穴	备穴	治法
流行性感冒	风池，合谷	太阳，曲池	用提插或捻转，使患者有微汗，鼻塞、加迎香穴
流行性乙型脑炎	百会，大推，合谷	外关，阳陵泉	高烧、刺少商，十宣出血。昏迷、刺涌泉，內关。痰多，加尺泽，丰隆。后遗症可参照瘫痪
传染性肝炎	胆俞，胆囊穴	足三里，太冲	有发热者加少商、曲池。
细菌性痢疾	天枢，足三里	气海，上巨虛	发热、加大椎，曲池。里急后重、加阴陵泉

寄生虫病

病名	主穴	备穴	治法
蛔虫病	足三里，天枢	人中、曲池、迎香透四白穴	腹痛发作针足三里，天枢，人中，曲池。如隐痛针至阳
癩疾	大椎，陶道，间使	至阳	发作前1—2小时针刺，用强刺激
阿米巴痢疾	足三里，天枢	气海，大肠俞	发热者针大椎，合谷。病久者，灸神阙、关元

病　名	主　穴	备　穴	治　法
感冒	同流行性感冒	同流行性感冒	同流行性感冒
咳嗽	天突，丰隆	合谷、大椎、尺泽	咳嗽重者，加定喘穴。痰多者，针丰隆
哮喘	定喘，鱼际	天突、合谷	每日针一至二次，胸闷心慌加内关
大叶性肺炎	大椎，肺俞，合谷	内关，曲池，丰隆	除针治外，并用药物治疗
急性胃肠炎	足三里，中脘，尺泽，委中	天枢，曲池	除针刺外，可用艾灸气海，中脘
胃及十二指肠溃疡	中脘，足三里，内关	阴陵泉，三阴交	空腹痛，针三阴交。食后痛，针足三里
肝硬化	足三里，内关，阴陵泉	三阴交，太冲	可用支沟透内关，阴陵透阳陵，中等度刺激
风寒湿痹	上肢关节：曲池，肩髃，外关 下肢关节：环跳，阳陵泉，绝骨	上肢关节：养老，后溪 下肢关节：足三里，解溪	宜中等度和较强刺激
高血压病	风池，曲池	足三里	针曲池透少海捻转提插强刺激
急性肾炎	三阴交，肾俞	关元，中极，足三里	中等度刺激
慢性肾炎	三阴交、关元，肾俞	复溜，阳陵泉	每日一次，十五次为一疗程
急性泌尿路感染	关元，足三里	中极，三阴交	先针主穴，后针备穴
石淋	肾俞，足三里，关元	中极，三阴交	腰痛针肾俞，足三里，尿频针关元，三阴交
贫血	大椎，足三里，脾俞	曲池，肝俞	每日针一次先主穴后备穴，中等刺激

病　名	主　穴	备　穴	治　法
血小板减少性紫癜	三阴交，曲池	公孙，足三里	每次2—3穴日针一次，可在紫癜多的部位选穴
过敏性紫癜	曲池，足三里	合谷，血海，三阴交	主穴效果不佳，可针血海，针尖向上使感觉到臀部
三义神经痛	下关，四白，颊车	合谷，外关	本病较顽固，如上述穴位中找到有效穴，可进行长时间的埋针
面神经瘫痪	阳白，太阳，地仓，迎香，四白	风池，人中，承浆，下关，合谷	本病需多取穴位，每日针一次（疗效较好）
癫痫	哑门，百会，后溪	人中，申脉，照海	针主穴无效时，可针备穴
脑血管意外	肢体瘫痪：肩髃，曲池，环跳，阳陵泉	肢体瘫痪：养老，外关，合谷，悬钟	舌强针上廉泉，口角流涎针颊车，地仓
偏头痛	风池，太阳	外关	中等度刺激，留针30分钟。
气瘿（地方性甲状腺肿）	曲池，扶突，阿实	天突	将甲状腺肿块提起用毫针穿刺
神经衰弱	头痛、失眠、心烦：大椎、内关、曲池。胃神经官能症：中脘，足三里。性神经衰弱，关元，三阴交	头痛，失眠，心烦：太阳，神门，印堂。胃神经官能症，胃俞、内关、性神经衰弱：中极，关元，肾俞	手法用强刺激，性神经衰弱用中等度刺激
脏躁（癔病）	神门、内关、百会	合谷，人中，三阴交	发作时可针人中，合谷
类风湿性关节炎	肩髃、曲池、合谷，环跳，阳陵泉	取患关节部位及附近穴位	采取强刺激

小儿科病

病名	主穴	备穴	治法
丹痧(猩红热)	大椎，合谷	曲池，外关	点刺不留针，出疹后加针大陵，血海
疙腮（流行性腮腺炎）	医风，颊车，合谷	曲池，足三里	发热针曲池穴
白喉	列缺，天突，合谷	人中，少商	先用主穴重刺。少商放血
顿咳(百日咳)	天突，定喘，合谷	大椎，丰隆	先针定喘，天突。痰多加针丰隆
小儿麻痹症	上肢瘫痪：曲池、外关，合谷 下肢瘫痪：环跳，阳陵，三阴交	上肢：外关，肩髃 下肢：商丘，丘墟	每日一次，中强度刺激
佝偻病	大椎，关元，足三里	三阴交，肾俞	轻刺激，每隔日一次较长时间治疗
遗尿	百会、三阴交，中极	关元，合谷	每日下午针一次，如夜间不醒加针人中

妇女科

病名	主穴	备穴	治法
月经不调	关元，三阴交	中极，阴陵泉	每次针一、二穴，每次月经前后针六至七次
闭经	三阴交，中极	关元，足三里	每隔日针刺一次
痛经	三阴交，阴陵泉	关元俞，肾俞	先针主穴，捻针1—2分钟疼痛不止加备穴，每月月经来潮前一星期开始针治
带下	气海，中极	三阴交	每日针一次或隔日一次

病　　名	主　　穴	备　　穴	治　　法
急性盆腔炎	三阴交，归来，关元	血海、中极	中强刺激，每日一次或隔日一次
慢性盆腔炎	三阴交，气海，肾俞	上、次、中髎	每次选二至三穴，隔日一次
阴挺（子宫下垂）	三阴交，中极	阴陵泉，子宫百会	手法：中强刺激
妊娠呕吐	曲泽	内关	先用主穴或二穴同时用，中等度刺激
滞产（子宫收缩无力）	合谷，三阴交	支沟、阴陵泉	强刺激
子宫复旧不全	三阴交、中极	合谷、血海	中等度刺激

外科疾病

病　　名	主　　穴	备　　穴	治　　法
乳痈（乳腺炎）	合谷，乳根	膻中，足三里，外关	手法中等度刺激，每日一次
瘰疬（颈淋巴结核）	阿是穴，天井	合谷	阿是（即局部取穴）可用点刺或用梅花针刺，注意严密消毒
肠痈（急性阑尾炎）	兰尾穴	足三里	每日针二至四次每次留针30分钟
胆石症	内关，足三里	阳陵泉，太冲	每次留针30分钟
痔疮	长强	中髎，三阴交	除针主穴次穴外可采用挑治疗法，参照新医疗法

伤　科

病　名	主　穴	备　穴	治　法
颈部扭伤	外关，风池	绝骨	针刺一侧或双侧，强刺激
肩凝症	肩髃，曲池	扶突，外关	针主穴配合灸法。疼痛剧者时可针扶突，外关
腕部与手指的狭窄性腱鞘炎	压痛点两旁	手三里，列缺，合谷	压痛点两旁各刺针一针，每日一次
筋聚（腱鞘囊肿）	阿是穴		在囊肿周围刺向囊肿中心，刺三至四针后灸5至10分钟，或揉按五分钟，每隔日一次。
膝关节扭伤	昆仑，绝骨	支沟，阳陵泉	强刺激
胸部进伤	曲池，公孙	内关，阳陵泉	强刺激
脑震荡后遗症	人中，合谷，内关，风池	百会，足三里，尺泽	昏迷针人中，合谷、头皇、针风池。恶心呕吐针足三里，内关，尺泽
腰部急性扭伤和慢性劳损	秩边，环跳	委中，肾、大肠俞	强刺激压痛点用灸法

眼　科　疾　病

病　名	主　穴	备　穴	治　法
针眼（麦粒肿）	睛明，合谷	太阳	中等刺激，睛明穴不要捻转和提插防止出血
流泪症	睛明，风池	太阳	中等度刺激
暴发火眼	睛明，太阳	风池，合谷	中等度刺激
青光眼	睛明，风池	光明	睛明宜刺勿捻针及提插，风池，光明强刺激

耳鼻咽喉病及口腔病

病　名	主　穴	备　穴	治　法
耳原性眩晕	风池、内关	百会、尺泽	可采用风池透风池，内关透外关
聋哑	耳门，听会，医风	哑门，听宫	用强刺激手法。每日一次，10—15次为一疗程。听力恢复一些即开始语言训练
慢性鼻炎	迎香、合谷	印堂	中等度刺激
鼻渊	迎香，迎堂，合谷	上星，风池，曲池	每十二次为一疗程
乳蛾（急性扁桃腺炎）	合谷，少商	曲池，内庭	合谷用强刺激，少商放血，发热时可重刺曲池穴
慢性咽炎	合谷，内关	天突，足三里	中强刺激
急性喉炎	合谷，少商	曲池，内庭	同扁桃体炎
慢性喉炎	合谷，曲池	照海，列缺	中等度刺激隔日一次
牙痛	下关，颊车	合谷，太阳	上牙痛用下关，下牙痛用颊车，如痛不止可用合谷透劳宫

皮　肤　病

病　名	主　穴	备　穴	治　法
湿疹	曲池，足三里	血海，三阴交	针血海时，针尖向上使感觉到大腿根部
荨麻疹	曲池，足三里	三阴交，血海，大椎，手三里	同上
牛皮癣（神经性皮炎）	内关	阿是	局部点刺或用梅花针叩打
蛇丹（带状泡疹）	曲池，合谷	三阴交，支沟	患部周围用梅花针叩打

第二节　耳针疗法

一、什么叫耳针疗法　耳針疗法是祖国医学遺产的一部分。根据經絡学說，十二經絡都和耳部有直接的联系，因此当人体发生疾病时，耳壳上相应的区域出現一定的反应点，耳針疗法就是在这些反应点上进行針刺，以达到治病的目的。

耳針治疗范围較广，尤其对各种疼痛、急性炎症以及一些慢性病有較好的疗效。而且操作簡便易于掌握。現作簡单的介紹如下：

二、耳针的穴位　什么叫耳穴？当人体内脏或躯体患病时，就会在耳壳上一定的部位出現反应。如压痛点，变形，变色、鱗层水泡等。以上这些部位就是針刺点，故称耳穴。可参考附图 2—12。

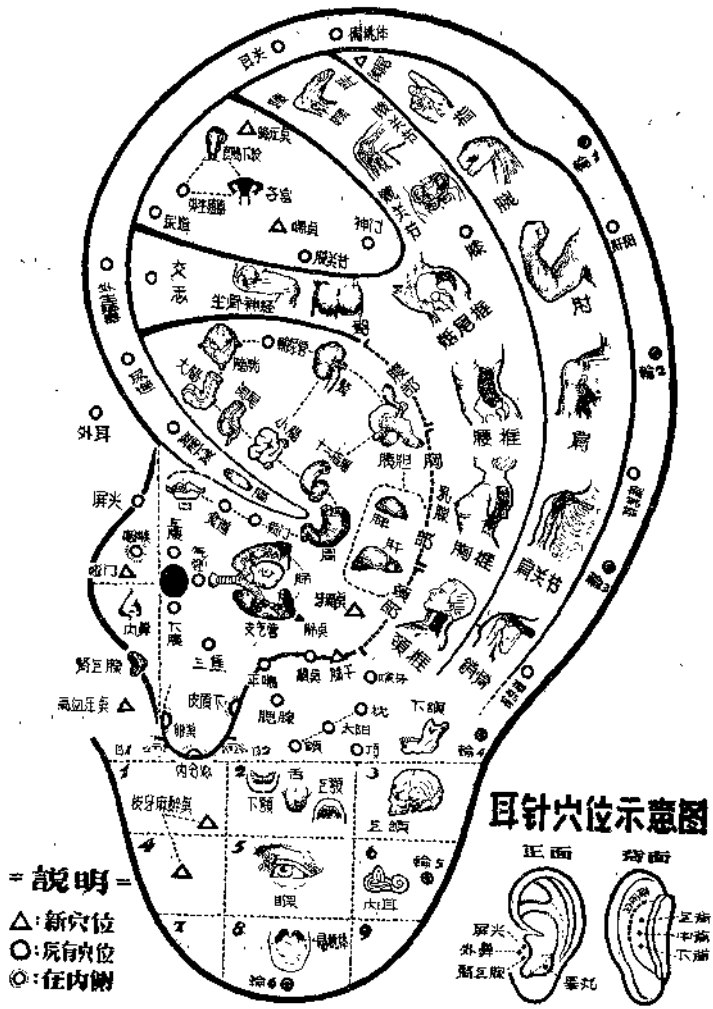
三、耳壳反应点的探查　在明确疾病診断之后，根据診断，在耳壳上相应的反应区，进行反应点探查。反应点找的正确与否和疗效有密切关系。具体操作方法介紹如下：

1. 先将耳区和探針用 75% 酒精消毒。

2. 用探針（为尖端較鈍的圓头的金屬小針，如无探針时可用毫針針柄代替）在耳区进行痛点探查。試探时手法要輕重一致，以防出現假的反应点。

3. 找到反应点后，用探針加压数秒钟，将局部压一凹陷的痕迹，作为反应点的标記。在局部探查未发現反应点时，可在邻近或有关区域进行探查，如再找不到时，可根据診断在相应区作針刺。

4. 有时病情复杂，在同一耳壳上找到数个反应点，可选其最痛点进行針刺，或几个点同时进行針刺。



附图 2—12　耳針穴位示意图

四、针刺方法 用左手固定針刺部位，右手持針刺入，針尖达到軟骨部以能固定針为原則，勿刺穿耳壳。針刺时患者有明显的痛感，如无感覚应起針重新刺入，有痛感后，再进行捻針数秒钟。一般患者感覚耳部发热，少数患者面部有麻木传导感覚。有感覚后可进行留針 15—30 分钟，亦可留針数小时。必要时可进行埋針。

五、配穴原則

1. 按病变部位取穴：如胃痛取"胃"，腰痛取"腰椎"。

2. 按西医病理机制取穴：如痛經取"內分泌"，神經衰弱取"皮层下区"。

3. 按中医辨証、經絡，五行学說取穴：如胃痛是由于肝胃不和所致，故可取"肝"。皮肤病取"肺"，因为肺主皮毛。耳病取"腎"，因为腎开竅于耳。眼病可取"肝"，因肝开竅于目等。

4. 按經驗点取穴：如高血压病取"高血压点"、"或降压点"；牙痛取"牙痛点"；失眠取"神門"；喘息取"平喘"等。

六、配穴成方举例

1. 关节痛：取病灶区、腎上腺区。

2. 腰痛：取腰椎、腎、膀胱。

3. 胃痛：取胃、小腸、肝、脾。

4. 坐骨神經痛：取坐骨。

5. 痛經：取卵巢、腎、內分泌。

6. 牙痛：取上頷、下頷、口。

7. 急性扁桃体炎：取咽喉、耳輪三点。

8. 急性闌尾炎：取大腸，小腸，腹，直腸。

9. 高血压病：取腎上腺、肝、腎、皮层下区。

10. 神經衰弱：取心、腎、腰椎、皮层下区。

11. 荨麻疹：取肺，皮层下区。

附注：耳針埋針法

用皮內針，如图釘样的針，刺入耳壳反应点后，用胶布固定可埋一至两周。

第三节　按摩疗法

什么叫按摩疗法　按摩疗法又名“推拿疗法”，是运用手和手指技巧，在人体上进行連續动作，以达到一定的医疗保健目的物理疗法。是我国劳动人民与疾病作斗爭創造出来的，是祖国医学中的一个重要組成部分之一。是一种簡单而又經济、安全、可靠的治疗方法。

常用的基本手法

（一）按法：用手指或手掌在患体适当部位进行按压手法。可用指按、掌按、单手或双手按。适用于全身各部，有通經活絡的作用。

（二）摩法：是用手指或手掌在患者适当的体位作柔軟撫摩，力量比推法輕，可单手摩或双手摩。有理气、和中、調理腸胃作用。

（三）推法：是用手指或手掌，前、后、左、右用力推动，常配合摩法使用。在不同的情况下，单手或双手，或指推。推的手法由里向外（从胸腹到四肢末梢）有行气血，补益身体的作用；由外而內（如从末梢到胸腹）有化結、散血，清理病邪的作用。

（四）拿法：用大拇指和其它四指鉗夾着患者的特定部位，把皮肤、肌肉，筋膜用力拿起，放下，抓紧、松开。可用单手或双手。用于肌肉丰厚处，如肩項部。有祛风散寒、疏通經絡作用。

（五）揉法：是用手指或手掌根貼附患者皮肤，作輕微带轉动性的回环揉动（揉时手不能离开皮肤）叫做揉法。是一种揉和手法，可以止痛，和气血，通經絡的作用。

（六）捏法：是用手指挤捏皮肤、肌肉的手法，多配合揉法使用，可用单手或双手捏。有去风散寒作用。

（七）顫法：是用手指端或用手掌在患体适当的部位作振顫抖动的操作叫做顫法。可用单手或双手，单指或双指以及整个手指均可。

（八）打法：又名叩击法。可用手指，手掌或握拳打。拳打有平拳打（手背朝上）和竪拳打（握拳拇指朝上）。掌打有侧掌打（二手掌侧立拇指朝上，抬起时手指稍分开，下落时手指合攏，一上一下）和平掌打（手心朝下的拍打）。

（九）搓法：用二手相对地来回进行搓动患肢。能通經活絡，治麻木酸痛。

（十）擦法：手握空拳，手心向上，用手掌指关节在患体适当的部位上擦动。多用于背部。有疏松肌肉、行气活血的作用。

临床应用和注意事项　在临床上进行按摩操作前，应先进行辨証，分清虛实，根据經絡点取穴位，“虛則补之、实則泻之”的原則，进行补泻。按摩的补泻手法决定于按摩时間、速度、手法輕重和經絡方向順逆。原則是：順經推为补，逆經推为泻；手法輕、慢为补，重、快为泻；按摩的时間长为泻、时間短为补。手法要由輕到重，点穴时必須达到麻胀以及传导性的感覚，才能起到良好的作用。

按摩的适应症和禁忌症　按摩疗法适应范圍比較广范，临床各种疾病大多可以采用。最常用于各种疼痛和神經麻痹，扭伤，炎症初期，和其它慢性疾病如神經官能症，胃及十二

指腸潰瘍等。

按摩疗法的禁忌症多是相对的。一般的下列疾病禁用：如具有播散性或传染性的疾患；如恶性肿瘤，急性传染病，皮肤病，水火燙伤，皮肤潰瘍；及需要絕对安靜的患者和怀孕五个月后或明显的体溫增高等。

第六章　新医疗法

在战无不胜的毛泽东思想光輝照耀下，在无产阶級文化大革命中，解放軍医务人員高举毛泽东思想伟大紅旗，狠批了叛徒、內奸、工賊刘少奇所推行的反革命修正主义医疗卫生路綫，坚决貫彻执行毛主席关于"**把医疗卫生工作的重点放到农村去**"的光輝指示和"**备战，备荒，为人民**"的伟大战略方針，为我国医疗卫生事业作出了新貢献。他們凭着一顆无限忠于伟大領袖毛主席的紅心，不迷信专家权威，經过大量实践和不断总結經驗"**有所发现，有所发明，有所创造，有所前进**"。首先創造了新針疗法。这是战无不胜的毛泽东思想的伟大胜利，是无产阶級文化大革命的丰硕成果，也是对大叛徒，大內奸，大工賊刘少奇所推行的反革命修正主义医疗卫生路綫有力的批判。继新針疗法之后，广大工农兵群众又先后創立了卤碱疗法，新罐疗法，穴位埋綫疗法，挑治疗法，穴位結扎疗法，水針疗法，經穴疗法等，这些新疗法的出現，大大提高了医疗效果，深受广大的工农兵欢迎。这些新疗法的出現，不仅为我国人民卫生保健事业作出了重大的貢献，而且为我国中西医結合，为創立我国新医学派开辟了广闊的道路。現将几种新医疗法介紹如下：

第一节　新针疗法

新针疗法的特点

一、用毛泽东思想指导医疗：新针疗法是以毛泽东思想为統帅，医者和伤病員都要首先用毛泽东思想武装自己的头脑。树立战胜疾病的信心，調动一切有利的因素，积极主动的配合，頑强的同疾病进行斗爭，力求迅速治愈，重返战斗崗位，为人民立新功。

二、取穴少：一般取 1—3 穴。选穴要抓住主要矛盾，貫彻"**少而精**"的原則，尽量减少伤病員的痛苦。

三、透穴多：一般四肢部位穴常用透穴的方法。如上肢曲池透少海；下肢阳陵透阴陵；头面太阳透率谷；躯干鳩尾透中脘等。

四、进針深：比传統的針刺为深，因而感应大，疗效好。但重要器官部位不宜过深，要注意安全。

五、刺激量大：进、出針快，捻轉角度大，因而刺激强度大，奏效明显。

六、一般不留針：剧痛、痙攣可以暫短留針，因而施治时間不长。

治疗的手法有三种

一、强刺激：进針深，或大弧度捻轉或用力提插（針上下活动），或进針后手持針柄作震顫动作等为强刺激，也叫泻法。它能使患者有强烈的酸、麻、胀或触电感，不留針。此法用于四肢肌肉丰厚的部位。

二、中等刺激：輕于强刺激，也叫平补平泻。

三、輕刺激：輕于中等度刺激，患者有輕度的酸麻胀感叫

补法。

新穴位介绍

治聋1：

穴位：耳屏水平线，耳廓后陷凹中取之。

针法：针尖略向下方刺5分—1寸。

主治：耳聋、耳鸣。

听穴（又名聋穴）：

穴位：听宫与听会之间。

针法：直刺1—2寸。

主治：耳聋耳鸣。

治聋2：

穴位：翳风上5分陷凹处取之。

针法：针略向前面刺1.5—2寸。

主治：耳聋、耳鸣、哑。

治聋3：

穴位：在耳门与听宫之间，靠耳后0.2公分处。

针法：直刺1.5寸轻刺激。

主治：耳聋。

治聋4：

穴位：耳垂下缘。

针法：直刺1—1.5寸

主治：耳聋。

治聋5：

穴位：肺骨小头下3寸，靠腓骨后缘。

针法：直刺2—2.5寸

主治：聋哑。

听灵：

穴位：听会与听宫之间，靠后2.2公分处

针法：针1.5—2寸。

主治：耳聋。

天听：

穴位：安眠2下5分处。

针法：直刺1.5寸。

主治：耳聋。

增音：

穴位：甲状软骨两侧凹陷处

针法：刺1.5寸，向上对侧刺。

主治：哑。

上廉泉：

穴位：仰头取之，下颌骨颏部下1寸处。

针法：针尖向上斜刺1.5—2寸达舌根部，还可出针皮下向两侧斜刺，有刺金津、玉液之效。舌尖部舌根部发麻感即可。

主治：哑。

治瘫1：

穴位：肩锁关节，锁骨头下方取之。

针法：刺2—3寸，也可透穴。

主治：高血压引起瘫痪。

治瘫2：

穴位：三角肌正中点取之。

针法：直刺1—2寸。

主治：偏瘫。

治瘫3：

穴位：伸臂仰掌，于肘横纹与腕横纹联线中点，尺桡骨之间取之。

针法：刺入1—2寸，也可透穴。

主治：上肢瘫痪。

治瘫4：

穴位：膝上3寸。

针法：刺1—2寸。

主治：膝关节炎，下肢麻痹或瘫痪。下肢肌无力。

治瘫5：

穴位：足三里下2寸。

对瘫痪所致抬腿困难有效。

治瘫6：

穴位：阑尾穴下1—1.5寸。纠正足外翻。

治瘫7：太溪上5分。（同治瘫6）髂骨后上棘。

穴位：髂骨后上棘。对瘫痪所致的，抬腿困难有效。

肾俞：

穴位：命门穴旁开2—4分。

针法：直刺1.5寸

主治下肢瘫痪。

安眠1：

穴位：翳风与翳明之间。

针法：1.5—2寸

主治：精神分裂症，失眠症。

安眠2：

穴位：翳明与风池之间。

针法：直刺0.5—2寸。

主治：失眠。

兴奋穴：

穴位：乳突后缘，安眠2上5分。

针法：直刺0.5寸后向内斜刺，深1.5—2寸。

主治：嗜睡。

胃上1：

穴位：下脘穴（脐上2寸）旁开4寸向神阙方向表皮透。

主治：胃下垂

中喘：

穴位：第五六胸椎之间，后正中线旁开2—4分。

针法：直刺1.5寸深（针尖可达脊椎横突）用捻转提插手法，针感沿脊柱放射。可至肩胛部，下达尾骨，退针十余分钟后仍有余感。

主治：支气管哮喘。

外定喘：

穴位：大椎旁开1.5寸。对支气管哮喘有效。

几种病的治疗配方

瘫痪

（一）弛缓性麻痹（瘫痪）

上肢：

一组：肩三针、内关透外关，合谷透劳宫。

二组：定喘，曲池透少海、四渎。

备用穴：治瘫3、治瘫2、养老。

1.腕下垂：

一组：养老、治瘫3。

二组：外劳宫、曲池透少海（合谷透劳宫）。

2.抬臂困难：

一组：肩三针、外关透内关。

二组：定喘、曲池透少海。

下肢：

1.马蹄足：

一组：肾俞、承山、昆仑透太溪。

二组：环跳、三阴交透悬钟、冲阳。

2.外翻加外旋：

一组：肾俞、阴陵、太溪透昆仑。

二组：环跳、三阴交透悬钟、冲阳。

备用穴：血海上5寸，风市上5寸。

3.内翻加内旋：

一组：昆仑透太溪、肾俞、阳陵透阴陵。

二组：环跳、悬钟透三阴交。

备用穴：承山、风市上2寸。

4.足下垂：

针三阴交和悬钟连线胫骨外刺激点。

5.抬腿无力：

一组：针腹股沟外三分之一处，

治瘫4，悬钟透三阴交。

二组：委上穴、风市前2寸、足三里，环跳。

（二）痉挛性瘫痪

上肢：

一组：安眠2，治瘫3，曲池透少海。

二组：安眠1，合谷透劳宫、养老。

下肢：

一组：大椎，环跳，阳陵透阴陵。

二组：肾俞、哑门，悬钟透三阴交。

疗程：10—15次为一疗程，休息3—5天。

胃下垂

取穴：胃上，足三里。

夜尿

取穴：三阴交、曲骨、横骨、中极、气海。

肾結石

取穴：足三里、阿是穴。

高血压

取穴：一方：曲池、足三里。

二方：合谷、太冲。

升压

取穴：内关、素髎（鼻尖处）

哮喘

取穴：中喘，定喘。

咳嗽加灭资，痰多加丰隆，与气候变化有密切关系则加哑门，饮食不佳加足三里。

美尼尔氏綜合症

取穴：安眠2，内关。

視神經萎縮

取穴：睛明、承泣，球后，太阳。

备用穴：风池、外关、合谷。

第二节　卤碱疗法

卤碱疗法是在无产阶級文化大革命中，出現的一种新疗法。根据临床实践，它对慢性克山病有着极好的疗效，此外对大骨节病，地方性甲状腺肿、气管炎、风湿性关节炎以及神經衰弱等疾病，也有一定的疗效。它具有药源充足，成本低廉、方法簡便，疗效較高的优点。

一、制法

1.粉剂　先将卤块打碎放入搪瓷面盆內（勿用金屬器皿），加热使其溶化，用四层紗布将溶化的卤水过滤一次，然后用木材或煤火加热，保持沸騰状态（切勿用棒攪拌），直至将水分全部蒸发，刺激性气体（氯化氢）基本揮发，卤水便由深褐

色轉变为白色結晶体，即成药用卤碱，将制成品碾成粉末，装入干燥瓶內保存备用，防止潮解。

2. 軟膏

（1）将卤块打碎放在搪瓷面盆內加热溶化，用四层紗布滤过，然后冷却，拌入稻草灰即成軟膏，用以外敷治疗癰肿。

（2）用制成的卤碱粉 2 克，加氧化鋅軟膏 10 克，攪和，即成 20%的氧化鋅卤碱軟膏，用于外敷治疗皮肤病。

二、剂量和用法

1. 粉剂　成人第 1—3 天，每日三次，每次 1 克。如无反应加至每次 2 克，日三次。若病情需要，可加至每次三克，日三次。小儿适量減少。服药时将药粉放入碗內，加少量的溫开水約 30—50 毫升，攪和成液体，即可服用。一般的飯后服为宜，随調随服，服后再飲溫开水一杯，切勿将药粉直接倒入口內，以防烧伤口腔粘膜。

2. 軟膏　外敷患处，每日二次。不可內服。

三、注意事項

1. 一般有腹泻及胃內烧灼感，少数病人有头暈恶心。反应輕的一般不用处理，严重时可減量或停药，症状即可消失。

2. 口服粉剂时不宜吃酸、辣、酒、紅糖、豆腐浆、牛奶等。

3. 有呕血、便血者不宜口服粉剂，以防大出血。

4. 烧制过程要在室外进行，以防氯化氢中毒。

5. 药粉保存干燥处，防止潮解，以免降低药的疗效。

第三节　新罐疗法

新罐疗法是原有拔罐疗法的新发展。簡单介紹如下：

一、推罐法

1. 操作方法：在选定的部位上涂一薄层的凡士林或其它油类，同时在罐口也涂一些。点燃95%的酒精棉球，投放罐中，乘热将罐盖在穴位上。待罐吸紧后，将罐体在患部上、下、左、右推动，約七、八次，局部出現青紫色即可。

2. 适应症：感冒后腰背痛，腰背肌肉劳損及其它原因所致的腰背痛，或四肢肌肉痠痛，哮喘及支气管炎。

3. 注意事項：推罐应选择肌肉丰厚、毛发少的部位，如肩背部、腰臀部、四肢、腹部等。凡骨胳凹凸不平，有皮肤病，毛发多的部位均不适用。大血管經过处、水肿病者、孕妇下腹部亦不宜用此法。

二、刺血拔罐法

1. 应用器材：梅花針、三棱針，大、中、小潤口瓶，油紙或蜡紙，酒精棉球面粉等。

2. 操作方法

选定治疗部位后，用酒精棉球将皮肤消毒，用三棱針或梅花針刺局部皮肤，以皮肤紅潤略見出血点为宜。点刺后，盖上一层薄面餅，再用合适的潤口瓶子（火罐），将油紙或酒精棉球点燃后投入瓶內，等火旺时，立即盖在穴位上。吸着后，留置10—15分钟。去罐时，先用手指按压罐口周围皮肤，使空气进入罐內，另一手即可拿去火罐。用消毒草紙擦净血迹。每次間隔3—7天，一般以四至六次为一疗程。

3. 治疗部位的选择

（1）肌肉劳損、关节痛：以压痛点最明显处为治疗点。

（2）高血压、失眠、头暈：取頸項后两側，有时加用大椎穴及第三、四胸椎之間。头暈可用太阳穴。

（3）坐骨神經痛：取环跳、委中，亦可用腰臀部压痛点。

（4）感冒、咳嗽：取双側肺俞，或上背部穴。

（5）胃痛：取脾俞、胃俞等下背部穴。

4.注意事項

（1）初次治疗可拔罐2—3处，重复治疗可拔罐2—5处，一般不宜过多。

（2）若在点火过程中，发現瓶口已发燙，应当換瓶，以防燙伤。

（3）若拔罐处发生水泡，可局部涂龙胆紫。

（4）对心力衰竭、恶性肿瘤、活动性肺結核、精神病、孕妇、月經期，出血性疾病、急性传染病以及年老体弱者，均不宜用此法。

三、水罐法

1.水罐的制作方法：选大小不等的小口瓶（如青霉素瓶、鏈霉素瓶），瓶口加盖带鋁盖的橡皮塞，将瓶底切掉，边緣磨平备用。

2.操作方法：在选用的水罐內加配制的葯液約半瓶，紧紧的盖在选定的治疗点上，用注射器針头从橡皮塞內插入瓶中，抽出部分空气，使瓶內产生負压，瓶口就紧吸皮肤。

所用的葯液，应具有刺激性，如辣椒液等。

3.适应症和注意事項：参照"推罐法"和"刺血拔罐法"。

第四节　穴位埋线疗法

穴位埋綫疗法是一种中西医結合的治疗方法。是用羊腸綫对穴位的結扎、穿綫、埋藏，可以发揮持續的刺激作用，同时兼有組織疗法的意义。

一、操作方法　根据所选的穴位，使患者采取适当的体

位，对穴位及周围皮肤消毒后，盖上消过毒的洞巾，以0.5—1%盐酸普鲁卡因作局部浸潤麻醉。然后进行如下操作：

（一）結扎法：以尖头手术刀在穴位旁1厘米处作一小切口（約长0.5厘米左右），以紋式血管鉗直分离皮下組織及肌层，以有酸胀感为止。然后穿上羊腸綫的三角圓針，順切口扎入皮下組織，从穴位的一側繞过穴位，从同一側面相等距离的另一端穿出皮肤，再从穿出处重复扎入，从穴位的另一側繞过穴位，从切口处穿出，然后两端进行結扎，剪去綫头，将打結处塞进切口内，不使暴露皮外，盖上消毒紗布。

（二）穿綫法：用穿上羊腸綫的三角圓針，从距离穴位的1厘米处穿入皮肤，呈弧形經过穴位深层的軟組織，从相等距离的穴位另一端穿出皮肤，进針口和出針口的距离約2厘米，輕提穴位的皮肤，剪断露出皮外的綫头，放松皮肤，盖上消毒紗布。

（三）套管埋綫法：用消过毒的腰椎穿刺針，将針心抽出2/3，把羊腸綫一端剪成斜头，再根据穴位的深淺决定腸綫的长度将腸綫剪断，用鑷子把腸綫从腰穿針尖送入。穴位皮肤消毒以后，用消毒棉球纏住針体下三分之一，露出針尖約1厘米长，右手持針迅速刺入皮下，然后将針刺到一定的深度，患者感覚酸麻时，再将穿刺針稍将上提，这时左手扶針体，右手持針心往下推，边提針体边推針心，直至将腸綫完全推入組織内后，再将穿刺針拔出来。用消毒棉球盖住針孔用胶布条固定即可。

二、适应症与治疗穴位 一般的常見病症均可采用埋綫疗法：如胃及十二指腸潰瘍、支气管哮喘等（結扎疗法多用于小儿麻痺后遺症等）。穴位选择与針灸疗法基本相同。每次1—3穴。除了常用穴外，敏感点、压痛点，均可选用。举例如

下：

胃、十二指腸潰瘍：中脘透上脘，胃俞透脾俞、足三里、脊椎兩側压痛点。

哮喘：选气喘、中喘（可用套管埋綫法）。

高血压：合谷、足三里、曲池、三阴交。

遺尿：气海、关元、中极、三阴交、肾俞等穴。

腰腿痛：选肾俞、肾脊、环跳、阳陵泉等穴。

三、注意事項

1. 凡神經、血管行径体表淺层的部位，不宜用結扎法；肌肤淺层只宜行穿刺法，如胸背部，并須注意不可过深及損伤血管。

2. 結扎、穿綫在同一穴位上可重复进行二、三次，但每次間隔須在 10 天左右。

3. 埋綫疗法施术后，如局部出現酸胀、肿痛、皮色改变或邻近关节活动受限等現象，但不伴有畏寒、发热等全身症状时，一般不需要特别处理，数天后能自行消退。

4. 埋綫操作时，要尽可能做到无菌操作，羊腸綫头不能暴露皮肤外面，防止感染。

5. 肺結核活动期、严重心脏病、妊娠期，月經期及普魯卡因皮肤試驗过敏者和发热病人，一般应列为禁忌。

第五节　割治疗法

一、手掌割治部位与适应症

手掌部位一

1. 体表位置　从中指至大陵穴成一直綫，自大陵穴向手掌心方向沿直綫約 1.5 公分处开始切口，切口长約 1.5 公分。

2. 适应症　慢性胃炎、胃神經官能症、胃潰瘍、胆道蛔虫症、消化不良、慢性腸炎、胃下垂。

3. 注意事項　防止損伤深部的血管神經。

手掌部位二

1. 体表位置　自神門穴至无名指小指間隙方向 1.5 公分处开始切口，切口斜向食指根部长約 1.5 公分。

2. 适应症　胃神經官能症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍。第一部位割治效果不显者可取此位置。

手掌部位三

1. 体表位置　在第二、三掌骨間隙掌側、食指与中指根部联合下約 0.5—0.7 公分处开口，切口长約 1 公分左右。

2. 适应症　慢性气管炎、支气管喘息、神經衰弱、神經性头痛、偏头痛、胃腸疾病亦可。

手掌部位四

1. 体表位置　魚腹穴。

2. 适应症　支气管哮喘（发作时效果較好）、肺結核、腸結核。

手掌部位五

1. 体表位置　第四、五掌骨間隙側(无名指与小指根部联合下約 0.5 公分处开始切口，切口长約 0.5—0.7 公分)。

2. 适应症　神經衰弱、神經性头痛、偏头痛、胃腸疾患亦可。

二、頸淋巴結核的割治部位和注意事項

1. 取穴　鳩尾穴。

2. 体表位置　胸骨剑突下 0.5 公分开始切口，沿腹白綫向下，切口长約 2—3 公分。

3. 注意事項：

①手术时取出皮下組織脂肪約2克左右（視胖瘦而定）必要时用紋式鉗行局部刺激。

②此处有腹壁上动脉、靜脉和肋間神經前皮枝，以防伤及。

③术后縫合包扎。

三、小儿单純消化不良划割疗法

1.体表位置　第十一胸椎棘突旁开始划割，向外划3—4公分，破皮見血为度，敷以消毒紗布包扎。

2.适应症　小儿单純性消化不良。

第六节　挑治疗法

挑治法可治疗多种疾病。現介紹挑痔一种如下

1.病人体位　病人坐在靠背椅上，两手扶靠背椅架上，暴露背部，痔疮患者，在背部显有痔点。

2.痔点的部位　上起七頸椎下至第四胸椎下至第四、五腰椎，两側至腋后綫，在此范围內都是出現痔点的部位。

3.痔点的特点　似丘疹样，稍突起皮表，冒針头大小。略带色素，多見为灰白、暗紅、棕褐色、淺紅色不等，压之不退色，有的点上还长有一根毛。

4.寻找方法　首先必須与痣、毛囊炎、色素斑……等鉴别，然后再去寻找，找点时两手在病人背上摩擦，注意痔点的出現。在背部可能出現两个痔点，选其明显的一个，每次挑一个。如果背部找不到痔点，就选其最特殊的一点，那便是痔点。痔点靠近脊柱越靠下越好。

5.操作方法　痔点确定后，用碘酒、酒精消毒皮肤，用粗針挑破痔点皮肤，然后向內深入，可挑出纖維样物数十条，此

时病人微痛，不易出血，挑尽后碘酒消毒貼以胶布即可。

6. 适应症　内痔、外痔、混合痔、肛門裂、輕度脫肛等。

7. 注意事項：

①痔在炎症期效果明显，无炎症者患病时間长，疗效差。

②注意无菌操作，防止感染。

③取重强刺激手法。

④挑痔后当时禁止重体力劳动。

⑤尽量少吃刺激性食物。

⑥孕妇禁挑。

第七节　水针疗法

适应症　凡慢性腰痛、腿痛、肩部疼痛或有麻木感者均可試用。

操作方法

一、确定压痛点　常見压痛点的部位如下：腰痛：第四腰椎两側肌肉、腰骶关节。腰痛兼有坐骨神經痛者：髂后上棘、骶关节、髂嵴边緣、骶骨緣。臀部、大腿、小腿的外側麻木、疼痛、行走时加重者：髂骨肌下緣和髂骨上棘的軟組織。大腿前面痠痛无力，抬腿困难者：腹股沟髂腰肌处。膝部疼痛：股外側肌、股內側肌、髕骨內下緣及外下緣，膝关节两側。肩部疼痛：肩胛崗上下的軟組織。

二、治疗方法　用5—10%葡萄糖注射液准确地注入病变部位。用量及注射深度依病变部位的大小、深度而定。一般一次局部注射最多20毫升，如原痛点消失，遺留酸胀感，葡萄糖液內可加1/2或1/3量的4%碳酸氢鈉，或加維生素 B_1。

得病时間长，与气候变化关系密切，疼痛并不十分剧烈

者，可用生理盐水或0.45%盐水作痛点注射，亦有疗效。

注意事项

一、注射后局部除有胀感外，稍有疼痛，8—12小时局部可有輕度不适和疼痛，經数小时至一天即可消失。因此隔2—3天注射一次为宜。也有少数病人首次注射后，当晚发烧，次晨即退，一般对症处理即可。

二、此疗法无特殊禁忌，但为了慎重起見，妊娠期暫不作腰骶部注射为宜。

三、首次治疗或年老、体弱者一次注射部位和用量不宜过多。

四、一般葯液不宜注入关节腔內，如誤入关节腔可能引起关节紅肿、疼痛，甚至发烧，2—3天症状即可自行消失。

第八节　经穴疗法

很多疾病在經絡或經穴位上引起阳性反应，經穴疗法即在阳性反应的穴位中注射葯液并施用手术法，以进行治疗，适应症广泛，疗效較高，操作簡便。

触诊方法　阳性反应包括經穴中的反应物：常見的为圓形、扁平形、棱形、椭圓形結节或条索等。和經穴上的压痛及經穴部位的形态变化（如肌肤隆起、凹陷、坚实紧张或异常柔軟等）一般凭手指触摸来检查，触診的部位如下：

一、背腰部第一行綫　督脉旁經、脊椎两側旁开0.5寸，包括各热气穴。热气穴多反应脏府炎症，可以治疗各脏府的炎性疾病。如肺热穴（第三胸椎下），胃热穴（第四胸椎下），肝热穴（第五胸椎下），脾热穴（第六胸椎下），腎热穴（第七胸椎下）。

二、背腰部第二行綫　脊椎旁开 1.5 寸，检查 12 經脏府的俞穴。

三、背腰部第三行綫　脊椎两側旁开 3 寸，即膀胱經第二行的穴位。

四、胸腹部检查 12 經募穴的部位。

五、四肢自腕、踝而上循經推至鄰穴。

六、某些特定穴位　如血压点（第 6—7 頸椎两側旁开 2 寸，治高血压），結核点（大椎旁开 3.5 寸治肺結核及其它結核），牵正穴（耳垂前 0.5—1 寸处，治面神經麻痹），潰瘍点（12 胸椎旁开 4—5 寸，治潰瘍病），肝炎穴（內踝上 2 寸），胃下垂点（足三里下 2 寸），定喘穴第七頸椎旁开 2 寸。

治疗穴位的选择　出現阳性反应最明显处即是治疗穴位。

经穴注射方法

一、首先向病人做好思想工作，讲明治疗后所出現的正常反应（如酸麻胀、沉重疲乏无力等）。

二、每次选用与疾病有关阳性穴位，皮肤常規消毒，执笔式持針、注射器 2—5 毫升，針头 4—5 $^{1}/_{2}$ 号，每穴注射葯 0.2 毫升即可。并可选择某些穴位配合針刺。

三、每日或隔日注射一次，7 天或 14 天一个疗程，两疗程中間休息 4—7 天。

四、手法和針感　針对疾病的性质，采取不同的手法，获得不同的針感，与治疗效果有密切的关系，常用的有以下几种：

1. 重复式　中速度推葯，即針刺时有感覚，推葯亦重复有感覚。

2. 綫状式　針具要小，葯物的浓度要小，慢慢推葯，适用

于慢性病虚弱患者。

3. 笔式　針感传导綫路粗大，針具要大，葯浓度高，推葯速度要快，适用于体实的病人。

4. 带状感　針具要大，葯浓度高，推葯猛，除带状針感外还有許多針感如攝式感、蠕动感等也常見，适用于实热症。

五、注意事項

1. 背胸部采取斜刺，不可过深，以免伤及內脏。

2. 年老体弱者或首次治疗者少选穴位，以防暈針。

3. 注意葯物反应。

4. 严格无菌操作。

5. 头面部和四肢某些穴位，不宜經穴注射。

经穴注射药物　注射葯物須容易吸收，无副作用，而具有一定的刺激性。常用的为蒸餾水、維生素 B_1、維生素 B_{12}、3—5%当归、紅花、川芎、防风等中葯注射液，胎盘組織浆等。对各种炎症小量青、鏈霉素或銀花、連翹、甘草液、菊花、桑叶甘草液注射。

附：俞穴、募穴、郄穴部位及主証表

经名	俞穴	部位	募穴	部位	郄穴	部位	主治
手太阴肺经	肺俞	第三胸椎下旁开一寸半	中府	锁骨外端下一寸处	孔最	橈內侧腕上三寸处	肺经呼吸道疾患，如肺炎、支气管炎、肺结核等
手厥阴心包经	厥阴俞	第四胸椎下旁开一寸半	膻中	体中线第四五肋间	郄门	前臂內侧中、中线腕上五寸处	神经衰弱、高血压以及影响心经功能的疾患
手少阴心经	心俞	第五胸椎下旁开一寸半	巨厥	剑突下二寸当上脘一寸处	阴郄	尺內侧腕纹上五分	心经与循环系统疾患，如心悸亢进、胸痛

经名	俞穴	部位	募穴	部位	郄穴	部位	主治
手阳明大肠经	大肠俞	十六椎下旁开一寸半	天枢	在脐旁二寸处	温溜	桡外侧腕上五寸处	大肠、肛门、腹膜疾患，如肠炎、便秘或大便失调
手少阳三焦经	三焦俞	第十三椎下旁开一寸半	石门	在脐下二寸处	会宗	尺外侧三寸腕后中线上	蓄水、积湿、三焦、网膜疾患
手太阳小肠经	小肠俞	十八椎下旁开一寸半	关元	脐下三寸处	养老	尺骨头隆起凹陷中	小肠疾患如疝气、阑尾炎等
足厥阴肝经	肝俞	第九胸椎下旁开一寸半	期门	乳下三肋，内开一寸半	中都	胫骨缘内踝上七寸	肝经及肝胆疾患，肝炎、眼疾患、高血压等
足太阴脾经	脾俞	第十一胸椎下旁开一寸半	章门	第十一肋端处	地机	小腿内缘中线内踝上八寸	胃肠及胰腺疾患，如溃疡、肠炎、胰腺炎
足少阴肾经	肾俞	第十四椎下旁开一寸半	京门	第十二肋端处	水泉	足内踝下后一寸	肾经生殖泌尿疾患，如腰痛、遗精、耳鸣等
足少阳胆经	胆俞	第十胸椎下旁开一寸半	日月	右肋缘下距腹中线三寸五	外邱	胫骨缘外踝上七寸	胆经疾患如胆囊炎、坐骨神经痛、风湿性关节炎
足阳明胃经	胃俞	第十二胸椎旁开一寸半	中脘	剑突下与脐之中间	梁丘	膝外上二寸	消化系统疾患，如溃疡、胃痉挛、呕吐等
足太阳膀胱经	膀胱俞	第十九椎下旁开一寸半	中极	脐下四寸	金门	外踝下一寸	膀胱泌尿疾患，如膀胱炎、遗尿、月经失调等

注：俞穴：是脏府气血转输流注的地方。
募穴：是脏府气血集聚的地方。
郄穴：是气血深聚的地方，反应急性病，亦用以治疗急性病。

附：簡易外治疗法

簡易外治疗法，是祖国医学的宝貴遺产之一。它是我国劳动人民在生产生活过程中，向疾病作斗爭的經驗积累。由于簡易外治疗法取材十分簡便，适应范围亦較广泛，又有一定疗效，特别在农村中更易取材施用，深受广大貧下中农的欢迎。为了坚决地貫彻伟大領袖毛主席**"把医疗卫生工作的重点放到农村去"**的光輝指示，更好地为貧下中农服务，簡易外治疗法仍是值得推广的一种疗法。

常用的簡易外治法

（一）葯物熏洗法　是应用单味中草葯或复方，加入多量水煎熬后，乘热熏洗患处的一种治疗方法。如：用桑叶煎液熏洗眼睛，治疗急性結膜炎（又名暴发火眼）；用五倍子煎液熏洗肛門，治疗痔疮、脫肛等。

（二）熨法　是用盐、姜、葱、麦麸、葯物等材料，通过煨炒等方法处理后，熨于患处，借助溫热燙熨的力量，而达到治愈疾病的方法。如：盐熨法治疗胃寒痛、腹痛吐泻；葱熨法治疗小便不通、产后腰腿痛、跌扑損伤；麦麸熨治疗消化不良等。

（三）局部穴位外敷法　是应用几味中葯共捣成泥，或研成細末，加入适量醋、鸡蛋清等調成糊状，外敷患处局部或穴位的治疗方法。如：醋調吳茱萸粉外敷涌泉穴，治疗溃瘍性口腔炎；山楂炭、大蒜共捣如泥，貼于肚臍上治疗細菌性痢疾。

（四）眼、鼻等外刺激法　是用中葯捣烂取汁，或研成极細末，外滴眼、鼻等器官通过局部刺激，而起治疗作用的方法。

如：蘿蔔汁点鼻，治疗偏头痛；硼砂粉点眼，治疗急性腰扭伤；苦丁香吹入鼻內，治疗黃疸；牙皂、細辛散吹入鼻內，治疗急性休克、卒中风而不省人事。

几种常见病的簡易外治法

一、感冒

1. 白芥子三錢　鸡蛋清二个，将芥子搗烂，研为細末，用鸡蛋清調匀，分成两份，敷在两脚心上。一小时后取下。

2. 大蒜数个，将大蒜剝去外皮，搗烂擰取汁，滴入鼻孔中，每次滴二、三滴，一日三次。

二、头痛

风寒头痛

1. 白附子一个　川芎一錢　葱白五錢，先将葱白搗烂如泥，再把白附子、川芎共研成細末，然后和葱白泥混合在一起，調匀。摊在小块胶布上，貼头部两边太阳穴处（穴位見針灸疗法），一小时后取下。

2. 偏头痛　白蘿蔔，分量不拘，将蘿蔔洗淨，剝去皮，搗碎，用紗布包裹，挤出汁液，以点眼用的小瓶吸汁液滴入鼻內，每次滴三、五滴，隔半小时滴一次，头不痛即止。

3. 风热头痛　决明子一两，炒研后，凉开水調和，擦在太阳穴处。

三、細菌性痢疾

1. 山楂炭五錢　大蒜一头，共搗如泥状，貼在肚臍上，一小时后取下。如未愈，可再貼一次。

2. 吳茱萸六錢，研为細面，用醋調匀，敷在两足心上（即涌泉穴），一小时后取下，每日一次，連用二、三次（此法亦治潰瘍性口腔炎，吳茱萸用量：1—5岁为2—3錢，5—15岁为3—4錢，15岁以上为4—5錢，用法同上）。

四、黄疸

苦丁香六錢，放在砂鍋內炒黃，研为細面，用葦子管吹入鼻孔內，每日一次，每次吹入二分。吸入后一小时，鼻內流出黃汁是見效之征。

五、胃寒痛

生姜三兩　面粉一兩　鸡蛋清二个，先将生姜搗烂如泥，和面粉，用鸡蛋清拌勻，制成餅状，敷在胸口下胃脘部，每日換一个，至愈为止。

六、腹部冷痛

1. 小茴香一兩　花椒一兩　盐一兩，三味共搗烂，以醋炒热，装入布袋內，熨肚臍上。

2. 青盐一斤，放在鍋內炒热，布包，放在肚臍上熨之，凉后重炒热再熨。

3. 大葱一束，去根及青叶，留葱白二寸长，烘热放在肚臍上熨之，葱坏再換。

七、关节痛

1. 关节冷痛　艾絨半斤　大葱一斤，布包，放在搪瓷盆內，加水煎沸后，趁热，用毛巾勤洗患处。

2. 关节热痛　生蚕豆四十粒　白糖二兩，将蚕豆用开水浸透搗烂，加白糖和勻，涂敷患处，隔日換一次。

八、小便不通

1. 萵苣菜不拘多少，搗烂如泥，涂在肚臍上。

2. 大葱六兩，切碎，放在鍋內炒热，用布包敷在肚臍上，凉时再炒热，继續敷上。

九、腹泻

1. 寒泻　大蒜、胡椒各适量，共搗成泥，敷在肚臍上，一小时后取下。

2. 五更泄（在每天早晨五更时腹泻，所以叫五更泄） 茜草一两，水煎后用药水从膝部至脚，来回洗之，每日三、四次，連洗数日。

十、脱肛 石榴皮二两 白矾五錢，水煎后乘热熏洗肛門，一日二次。

十一、皮肤湿疹 鮮土豆，剝去外皮，切碎擰取汁，涂患部，每日二、三次。

十二、痔疮 五倍子一两，水煎30分钟后熏洗肛門，一日二次。

十三、崩漏 紅麻子五錢，搗烂如泥状，貼在头頂正中（即百会穴处），血止后将药洗去。

十四、子宫脱垂

1. 蓖麻子十粒，去壳搗如泥状，敷在头頂百会穴。

2. 五倍子一两，加水煎湯，乘热熏洗患处。

十五、暴发火眼 桑叶一两，加水煎熬后熏洗患眼，每日三、四次，連用三天。

十六、鼻腔流血 大蒜二头，搗烂如泥状，左側鼻腔流血，敷在右足心上；右側鼻腔流血，敷在左足心上。

十七、牙痛 面碱适量，将面碱烧煆，研成細末，每用少許，吹入痛側鼻孔中，同时用醋漱口。

十八、腰部扭伤 硼砂少許，研成极細末，点入眼睛內外角，泪出后，腰疼即減輕。

十九、昏迷 細辛三分 牙皂三分，共研为极細面，每用二分吹入鼻中，打噴嚏即苏醒。

二十、休克 取雄鸡冠鮮血滴入鼻中，再隔盐灸臍中。

第七章　传染病及寄生虫病

流行性感冒

中医称时行感冒，属温病范围。一年四季都可发病，常容易引起流行。

病因病机　临床上可分为热毒、风寒和湿浊三型。

（一）热毒証　老年、儿童，身体衰弱，或久病之后，卫阳不固，腠理空疏，感受时邪热毒，而发病。

（二）风寒証　身体虚弱，或汗出之后，风寒袭表，卫阳被遏。

（三）湿浊証　脾胃素弱，或多食生冷，外感风寒，湿浊内停胃肠。

诊察要点

（一）流行性較强，传染較快，在集体单位中常多人同时患病。

（二）发病急，常突然高烧、畏寒、颜面赤紅、头痛、全身痠痛，伴有白睛发紅、咽痛等症状。

（三）鼻塞流涕，咳嗽胸痛，或有恶心呕吐，腹痛泄泻。

（四）应与感冒鉴别　感冒，发热不高，或不发热，鼻塞流涕、咳嗽、咽疼較明显。流行性感冒起病急驟，呈流行性，高热、畏寒，头身均痛；但鼻塞、流涕、咳嗽等症状較不明显。

辨证施治

（一）热毒証

症状　发热重、畏寒輕、咳嗽、咽紅疼痛、口渴，大便干、小便黄短、舌紅苔薄黄、脉象浮数。

治則　清热解毒。

方　药

1. 銀翹散（《溫病条辨》）

銀花四錢　連翹四錢　荆芥三錢　薄荷一錢半
豆豉二錢　牛蒡子三錢　桔梗一錢半　竹叶三錢
蘆根一兩　甘草一錢半　水煎服。

2. 板兰解毒湯（經驗方）

板兰根五錢　銀花五錢　連翹四錢　荆芥二錢
山梔一錢半　大青叶五錢　貫众五錢　牛蒡子三錢
桔梗二錢　蘆根一兩　水煎服。

加減法　咳嗽痰多，加杏仁三錢　浙貝母三錢　橘紅二錢；咳嗽挟血絲，加桑白皮三錢、杏仁三錢、藕节炭三錢、白茅根一兩；痰黃腥臭，加冬瓜子五錢、薏米五錢、魚腥草五錢、黃芩三錢；咽紅肿痛，加馬勃三錢、藏青果三錢；便秘，加瓜蔞仁四錢、麦冬三錢。

3. 单方　板兰根一兩　鮮蘆根一兩　銀花一兩　水煎服。

4. 成药　銀翹解毒丸、或羚翹解毒丸，每次 1—2 丸，每日二次。

（二）风寒証

症状　畏寒重，发热輕，无汗，头痛及全身骨节痠痛，鼻流清涕，口不渴，舌淡苔白，脉象浮紧。

治則　通阳解表。

方　药

1. 九味羌活湯（张洁古方）

羌活三錢　防风三錢　白芷二錢　川芎一錢
細辛五錢　黃芩三錢　生姜三片　葱白二根
生地三錢　蒼朮三錢　水煎服。

2. 荆防解表湯（經驗方）

荆芥三錢　紫苏三錢　防风二錢　蒽艽三錢
杏仁三錢　橘紅二錢　清半夏二錢　葱白二根
生姜三片　水煎服。

加減法　头痛重的，加白芷二錢　蔓荆子三錢；腰痛加桑寄生三錢　川断三錢；骨节疼痛，加絲瓜絡二錢　桑枝三錢　豨莶草三錢。

3. 单方

（1）紫苏三錢　荆芥三錢　生姜三片　水煎服。
（2）葱白三根　生姜三片　豆豉三錢　水煎服。

4. 成药　九味羌活丸，每次一丸，一日二次。

（三）湿浊証

症状　发热畏寒，恶心呕吐，胃脘不适，胸閉腹胀，不思飲食，身倦无力，大便泄泻，舌淡苔白腻或白滑，脉象濡。

治則　宣化和胃。

方　药

1. 藿香正气散（局方）

藿香三錢　紫苏三錢　白芷二錢　大腹皮二錢
川朴二錢　陈皮二錢　半夏曲三錢　白朮三錢
茯苓三錢　桔梗一錢　甘草一錢　水煎服。

2. 宣化和胃湯（經驗方）

荆芥三錢　蒽艽三錢　佩兰三錢　苏梗三錢
藿香三錢　蒼白朮各三錢　清半夏二錢　陈皮二錢
白蔻仁一錢　建曲二錢　水煎服。

3. 单方　藿香三錢　佩兰三錢　建曲三錢，水煎后加入生姜汁数滴內服。

4. 成药　藿香正气丸，每次一丸，一日二次。

在本病流行期間，应貫彻預防为主，积极控制本病发展。特介紹几則預防方，以供参考。

1. 藿香三錢　佩兰三錢　茶叶三錢　薄荷叶二錢，水煎 30 分钟，一次頓服，剩渣再煎一次，一日二次。

2. 薄荷叶一錢　細茶叶二錢　生姜汁半匙　白糖半匙，先用水煎薄荷、茶叶 10 分钟，除去渣滓，加入生姜汁、白糖調匀，每天服一次，連服三天。

3. 貫众五錢，水煎服，每日一次，連服三天。

流行性脑脊髓膜炎

中医辨証屬溫病范围。

病因病机

（一）冬季感受寒邪，寒郁化热，內热蓄积，津液灼伤，至春向外开泄；或因风寒触动，伏热自內外发而引起。

（二）体质虛弱，冬春感受时邪热毒而发病。

诊察要点（参考小儿科部分 377 頁）

辨证施治　流腦临床表現錯綜复杂，变化多端，应根据祖国医学辨証施治的原則，去認識标本、緩急，掌握疾病发展規律，灵活运用方葯，才能取得显著的疗效。

（一）表邪及里。

症状　身热头痛、畏寒无汗、口渴心煩、呕吐、嗜睡、小便黃短，舌紅苔薄黃，脉象浮数。

治則　透表清里。

方　葯

1. 葱豉桔梗湯（《通俗伤寒論》）

鮮葱白二枚　淡豆豉三錢　桔梗一錢　薄荷一錢半

焦山梔三錢　連翹三錢　竹叶三錢　甘草一錢
水煎服。

2. 透表清里湯（經驗方）

淡豆豉三錢　連翹三錢　銀花五錢　桑叶三錢
生山梔三錢　竹叶二錢　生石膏六錢　竹茹二錢
鈎藤四錢　蝉衣二錢　水煎服。

（二）內热伤津

症状　高热不退，头痛剧烈，口渴汗出，呕吐，小便黃赤，舌紅苔黃，脉象洪数。

治則　清热保津。

方　劑

1. 石膏湯（《伤寒論》）

生石膏一兩　知母五錢　生甘草三錢　粳米一撮
水煎服。

2. 清热保津湯（經驗方）

銀花四錢　連翹三錢　生石膏八錢　知母三錢
竹茹二錢　蘆根一兩　芦蒲三錢　山梔三錢
鈎藤四錢　石斛三錢　水煎服。

加減法　便秘腹滿，煩躁不安，加川軍二錢　元明粉二錢。

（三）邪入营血

症状　身热神昏，語言錯乱，煩躁不安，惊厥，皮肤发斑，舌絳，脉数。

治則　清营凉血。

方　劑

1. 清营湯（《溫病条辨》）

犀角一錢（冲服）　生地五錢　元参二錢
竹叶心二錢　麦冬三錢　丹参二錢

銀花三錢　　連翹心二錢　黃連一錢半

水煎服。

2. 化斑湯（《溫病条辨》）

生石膏一兩　知母四錢　元參三錢　犀角一錢（冲服）

生甘草二錢　粳米一撮　水煎服。

3. 清营凉血湯（經驗方）

生石膏一兩　知母三錢　元參三錢　生地五錢

連翹心三錢　鈎藤四錢　菖蒲三錢　大青叶五錢

蝉衣三錢　僵蚕二錢　水煎服。

加減法　头痛加蔓荆子三錢　菊花三錢；呕吐加竹茹三錢；高热不退加紫雪丹四分；神志不清、惊厥加安宮牛黃丸，或局方至宝丹。

附：民間預防流腦方

1. 貫众五斤　板蓝根三斤，浓煎，代茶飲，可供集体用。

2. 大青根叶三斤　綠豆二斤，浓煎，代茶飲，亦可供集体用。

3. 生大蒜，吃飯时食 3—5 瓣。

肺　结　核

中医称痨瘵，俗叫肺痨。

病因病机　多由于身体虛弱，肺虛不足，或病后失調，气血亏損，感染痨虫而引起。

诊察要点（参考內科部分 73 頁）

辨证施治　临床上以午后潮热，盜汗自汗及咳嗽咯血諸症为常見。前者多系阴虛营热，后者肺虛絡損所致。

（一）阴虛营热証

症状　午后潮热、面頰发紅、手足心热、盜汗自汗、干咳、

心煩少眠、舌紅少苔，脉象細数。

治則　除蒸退热，佐以斂汗。

方　药

1. 青蒿鱉甲湯（《溫病条辨》）

青蒿三錢　鱉甲五錢　生地四錢　知母二錢

丹皮三錢　水煎服。

2. 加減清骨散（《証治准绳》）

銀柴胡二錢　胡黃連二錢　蓁艽三錢　鱉甲五錢

浮小麦三錢　地骨皮三錢　青蒿二錢　牡蠣六錢

水煎服。

3. 单方

（1）地骨皮五錢　蓁艽三錢　水煎服。

（2）龙骨五錢　浮小麦五錢　地骨皮四錢，水煎服。

（3）玉蜀黍干茎內之芯十个，水煎服。

（二）肺虛絡損証

症状　身体消瘦、疲乏无力、飲食減少、干咳，或咯痰，甚則咯血，舌紅苔少，脉象細数或虛弱。

治則　滋阴保肺，佐以健脾。

方　药

1. 月华丸（《医学心悟》）減獺肝、桑叶、菊花：

天麦冬各三錢　生熟地各三錢　山药五錢　百部三錢

沙参三錢　川貝三錢　阿胶三錢　茯苓二錢

（咯血可用三七粉一錢冲服）　水煎服。

2. 葆肺湯（經驗方）

沙参三錢　麦冬三錢　山药五錢　百部四錢

十大功劳叶三錢　女貞子三錢　川貝三錢

冬虫夏草三錢　水煎服。

加减法　咳甚可加冬瓜仁四錢　馬兜鈴三錢；咯血加白芨三錢　白茅根一兩　三七粉一錢(冲服)；病久气短无力，不思飲食，加白朮三錢　黃芪四錢　建曲三錢，或送服人參健脾丸一粒。

3. 单方

（1）百部一斤，加水八斤煎膏，每次一匙，每日二次，連服半月。

（2）白果三錢　百部五錢　白芨三錢　天冬三錢　水煎服。

（3）十大功劳叶一兩　水煎服。

細菌性痢疾

多发于夏秋季节，临床分急性細菌性痢疾和慢性細菌性痢疾。前者，中医屬湿热痢；后者屬寒湿痢、久痢或休息痢。

病因病机

（一）急性菌痢　由于脾虛胃弱，过食生冷或不洁食物，湿热食滯，复感时邪而发病。

（二）慢性菌痢　多由于急性菌痢日久不愈，以致脾虛湿盛，进而脾肾阳虛，水湿不化而成。

诊断要点（参考內科部分 222 頁）

辨证施治

一、急性菌痢

（一）初起，兼表証

症状　发热畏寒、头痛、骨节疼痛、腹痛腹泻、大便脓血、舌苔薄腻、脉象浮数。

治則　解表清热。

方　劑

1. 黃連香薷飲（《溫病条辨》）加葛根、藿香；

黄連三錢　香薷三錢　厚朴二錢　扁豆三錢
葛根三錢　藿香三錢　水煎服。

2. 加味葛根芩連湯（經驗方）

葛根三錢　黄連三錢　黄芩三錢　金銀花三錢
柴胡一錢半　甘草一錢　水煎服。

3. 单方

（1）山楂二两，煎浓，加紅糖一两服下。

（2）葛根二錢　鮮大蒜一大把，煎浓加紅糖一两服下。

4. 成药　止痢片，每次二片，一日三次。

（二）湿热証

症状　身热口渴、下痢赤白、腹痛、里急后重，舌紅苔黄腻，脉象滑数。

治則　清热化湿。

方　药

1. 芍药湯（张洁古方）

白芍三錢　当归二錢　黄連三錢　黄芩二錢
槟榔一錢半　木香一錢半　大黄一錢　甘草一錢
水煎服。

2. 加味白头翁湯（經驗方）

白头翁四錢　黄連三錢　黄柏三錢　秦皮三錢
馬齿莧五錢　白芍三錢　水煎服。

加減法　赤多于白，加地榆炭三錢　焦查四錢；白多于赤，腹痛，加木香二錢　槟榔一錢半；食积加萊菔子三錢　建曲三錢。

3. 单方

（1）馬齿莧一两，浓煎，一次服下。

（2）蘿卜連叶，搗取汁一碗，加白糖一两，一次服下。

（3）白头翁五錢煎水，送黄連粉五分（味苦，可装胶囊

內），一日三次。

4. 成藥　香連丸，或木香檳榔丸，每次三錢，一日三次。

二、慢性菌痢

（一）脾虛証

症狀　精神不振，肢体无力，飲食減少，腹痛喜按，大便溏薄，甚則四肢发冷，舌苔白滑，脉象虛緩。

治則　健脾利濕。

方　藥

1. 參苓白朮散（《局方》）

党參三錢　白朮三錢　茯苓三錢　山藥五錢
蓮肉三錢　苡仁四錢　扁豆三錢　桔梗一錢半
砂仁一錢　甘草一錢　水煎服。

2. 加減胃关煎（經驗方）

山藥五錢　扁豆三錢　苡仁四錢　茯苓四錢
吳萸一錢　白朮三錢　肉桂一錢　肉豆蔻一錢半
水煎服。

3. 单方：

（1）艾叶一錢　干姜一錢　萊菔子一錢　水煎溫服，每日三次。

（2）干姜二錢　白朮四錢，水煎溫服，每日二次。

4. 成藥

（1）參苓白朮丸，每次三錢，一日二次。

（2）附子理中丸，每次一丸，一日二次。

（二）腎虛証

症狀　腰膝冷痛，喜暖畏寒，晨起即泻，或大便滑泻，舌苔白潤，脉象沉細无力。

治則　溫补腎阳。

方　药

1. 四神丸（《証治准绳》）

补骨脂三錢　　肉豆蔻一錢半 五味子一錢半 吳茱萸一錢

水煎服。

2. 加味四神湯（經驗方）

肉豆蔻一錢半 补骨脂三錢　五味子二錢　吳茱萸一錢

白朮三錢　　山葯四錢　　淡附片一錢半（先煎）

烏梅二錢　　水煎服。

3. 单方

（1）黄芪三錢　肉豆蔻一錢　烏梅二錢，水煎服。

（2）赤石脂五錢　干姜三錢　粳米二錢，水煎服。

4. 成葯　四神丸，每次二錢，一日二次。

附：阿米巴痢疾

中医所謂冷痢，主要是指本病。辨証施治可参考菌痢。

单　方

（1）白头翁一兩　黄連三錢，水煎服，七天为一疗程。

（2）鴉蛋子去壳取仁装胶囊內，每囊装5粒，每次服2—3囊，一日三次，飯后服，連服一周。

（3）貫众六錢（炒）　銀花六錢（炒）　甘草三錢 共研細末，每服五分，溫水冲服，每日四次。

传染性肝炎

儿童和青壯年的发病率較高。临床上可分为黄疸型传染性肝炎和无黄疸型传染性肝炎。前者中医一般按黄疸治疗，后者按肝胃不和治疗。

病因病机

（一）黄疸型传染性肝炎　飲食不节，或飲酒过多，脾胃虛弱，湿热內生，复感外邪，以致湿热重发于外，淫于皮肤，发为黄疸。

（二）无黄疸型传染性肝炎　肝气郁結，气机不暢，肝气犯胃，以致肝胃失調。

诊察要点（参考內科部分228頁）

辨证施治

（一）黄疸型传染性肝炎

症状　发热煩渴，全身皮肤、白睛发黄，小便短赤，恶心呕吐，腹胀胁痛，大便秘結，舌苔干黄，或黄膩，脉象弦数。

治則　清热利湿。

方　药

1. 茵陈蒿湯（《伤寒論》）

茵陈一两　生山梔三錢　生大黄一錢半　水煎服。

2. 清肝湯（經驗方）

茵陈一两　山梔二錢　板蓝根三錢　竹叶二錢

猪苓三錢　茯苓三錢　泽泻二錢　車前子（包）三錢

水煎服。

加減法　胸悶，不思飲食，加藿香三錢　白朮三錢　建曲三錢；胁痛加郁金二錢　玄胡索三錢；大便秘結加生大黄二錢。

3. 单方

（1）茵陈一两　玉米須一两　水煎服。

（2）茵陈一两　鮮茅根一两　鮮車前草一两，浓煎，每日分三次服。

（3）瓜蒂一錢　白丁香一錢　赤小豆五分　共研細面，每日清晨吸入鼻內少許，連用3—5天，吸后鼻流黄水为有效。

（二）无黄疸型传染性肝炎

症状　疲乏无力，飲食不多、恶心欲吐，厌食油腻，胁下胀痛，但皮肤、白睛不黄，脉弦、舌淡苔白腻或微黄。

治則　舒肝和胃。

方　药

1. 逍遙散（《局方》）加郁金、內金：

柴胡二錢　当归三錢　白芍三錢　白朮三錢

云苓三錢　甘草一錢半　郁金三錢　內金二錢

水煎服。

2. 舒肝湯（經驗方）

柴胡一錢半　白芍二錢　郁金三錢　玄胡索二錢

山药四錢　青陈皮各一錢半　白朮三錢

砂仁一錢　水煎服。

加減法　食差加建曲三錢　焦查四錢；腹胀加香橼二錢　枳壳二錢；肝大加鱉甲五錢　丹參三錢　牡蠣六錢。

3. 单方

（1）丹參五錢　白茅根一两　水煎服。

（2）柴胡三錢　白芍三錢　郁金二錢　水煎服。

（3）檀香五錢　砂仁五錢共研細末，每日二次，每次服一錢。

4. 成药　舒肝丸，每次一丸，一日二次。

传染性肝炎如超过半年不愈的，临床上称为迁延性肝炎。发病一年以上不愈的，称为慢性肝炎。其主要症状是：疲乏无力，不思飲食，胁腹胀痛，或黄疸持久不退，或黄疸反复出現。治疗方法基本同上，如有舌咽干燥，舌紅或边尖有刺的，可酌加石斛、白茅根、麦冬、花粉等养阴药。

伤　寒

中医辨証屬湿溫范围。多发于夏秋季节。

病因病机

（一）夏秋气候炎热，雨湿較多，感受暑湿之气。

（二）脾胃素虚，湿气內停，伏湿蘊酿成溫。

诊察要点（参考內科部分 220 頁）

辨证施治

临床上按病情的发展，可分为卫分症状、气分症状和营血症状。

（一）卫分証

症状　初起发热恶寒，无汗，头身重疼，胸脘痞悶，干呕，舌苔白滑，脉象濡緩。

治則　芳香化浊。

方　葯

1. 雷氏芳香化浊湯（《时病論》）

藿香三錢　佩兰三錢　陈皮一錢半　清半夏一錢半
大腹皮一錢　厚朴一錢半　鮮荷叶三錢　水煎服。

2. 藿香化湿湯（經驗方）

藿香三錢　連翹三錢　銀花三錢　荷叶三錢
蒼朮二錢　茯苓皮三錢　通草一錢半　滑石（包）三錢
水煎服。

加減法　如寒热似瘧，加柴胡二錢　青蒿二錢。

3. 单方　藿香三錢　連翹四錢　茯苓三錢　水煎服。

4. 成葯　藿香正气丸，每次一丸，一日二次。

（二）气分証　应辨别湿多热少还是热多湿少。

（1）湿多热少

症状　身热不退，胸闷，汗出，口渴不喜多饮，不思飲食，四肢痠重，小便短少，大便秘結，舌苔白腻，脉象濡緩。

治則　淡滲化湿，佐以清热。

方　药

1. 三仁湯（《溫病条辨》）

杏仁三錢　滑石（包）三錢　白蔻仁一錢　通草一錢半
竹叶二錢　厚朴二錢　苡仁五錢　清半夏二錢
水煎服。

2. 加減藿朴夏苓湯（經驗方）

藿香三錢　厚朴一錢半　清半夏二錢　赤苓三錢
杏仁三錢　苡仁四錢　蔻仁一錢　猪苓三錢
連翹二錢　竹叶二錢　水煎服。

（2）热多湿少

症状　高热不退，胸腹灼热，口渴喜飲，唇焦齿燥，舌苔黃燥，或舌絳边赤起刺，脉象濡数。

治則　苦寒泄热，佐以化湿。

方　药

1. 王氏連朴飲（王孟英方）

川連二錢　炒山梔二錢　清半夏二錢　菖蒲二錢
枳实一錢半　川朴二錢　豆豉三錢　蘆根八錢
滑石（包）三錢　黃芩二錢　水煎服。

2. 加減甘露消毒丹（經驗方）

黃芩二錢　連翹三錢　茵陳四錢　滑石（包）三錢
木通二錢　黃連二錢　菖蒲二錢　藿香三錢
水煎服。

加減法　高热不退，可加生石膏一兩　知母二錢；口渴喜

飲，唇焦齿燥，加石斛三錢　元參三錢。

（三）营血証

症状　面赤煩躁，大便下血，舌色深絳，脉象細数，甚則神志不清，語言錯乱，四肢抽搐。

治則　凉血解毒（神志不清，宜清营开竅）。

方　药

1. 犀角地黄湯（《千金方》）

犀角粉一錢（冲服）　生地四錢　白芍三錢

丹皮三錢　水煎服。

2. 加減清絡飲（經驗方）

丹皮三錢　赤芍三錢　生地五錢　連翹三錢

黄芩三錢　白茅根一兩　菖蒲二錢　山梔二錢

元參三錢　蓮心一錢半　水煎服。

加減法　神志不清，語言錯乱，加安宮牛黄丸；兼抽搐的，加紫雪丹五分送服。

布氏杆菌病

中医辨証屬痹症范围。可分为急性布氏杆菌病和慢性布氏杆菌病。

病因病机

（一）卫气素虚，卫阳不固，风寒湿邪乘虚侵袭，客于經絡、关节，进而寒邪热化而发病。

（二）兽医、牧工、屠宰工人常与病畜接触，由于防护不严，而致感染。

（三）飲用未經消毒的病畜乳汁而发病。

诊察要点（参考内科部分 233 頁）

辨证施治

（一）急性期

症状　病初漸感疲乏，数日之后，发热長寒，午后潮热，清晨稍低，伴有大量汗出，全身关节痠痛，或出皮疹，飲食減退，大便秘結，舌苔白腻，脉象浮数。

治則　疏风清热，利湿通絡。

方　药

1. 桂枝芍药知母湯（《金匱要略》）去麻黃、附子

桂枝二錢　赤芍药三錢　知母三錢　白朮三錢
防风二錢　甘草一錢半　生姜三片　水煎服。

2. 銀翹解湿湯（經驗方）：

銀花四錢　連翹三錢　赤芍三錢　知母三錢
黃柏一錢半　威灵仙三錢　木瓜三錢　桂枝一錢半
防己三錢　甘草一錢半　水煎服。

3. 单方

（1）銀花四錢　威灵仙四錢　桑枝五錢　水煎服。

（2）忍冬藤五錢　防己四錢　水煎服。

（二）慢性期

症状　疲乏无力，飲食減少，焦虑不安，腰背痠痛，甚則全身骨节疼痛，舌淡苔白，脉象浮緩或弦紧。

治則　疏风通絡，兼补气血。

方　药

1. 独活寄生湯

独活三錢　桑寄生三錢　秦艽三錢　防风三錢
細辛八分　川芎二錢　当归三錢　熟地三錢
桂枝一錢半　茯苓三錢　杜仲三錢　淮牛膝三錢
党参三錢　甘草一錢半　水煎服。

2. 蔡艽通絡湯（經驗方）

蔡艽三錢　威灵仙三錢　羌活一錢半　桑枝四錢
苡仁四錢　蚕沙（包）三錢　当归三錢
川芎二錢　黄芪四錢　鸡血藤四錢　水煎服。

加減法　飲食不多加白朮三錢　山药四錢　炒麦芽四錢；关节冷痛，遇热則舒，加桂枝二錢　淡附片一錢半；疼痛麻木加地龙三錢　豹骨三錢。

3. 单方

（1）伸筋草五錢，切碎，水煎服。

（2）海风藤五錢　穿山甲五錢　五加皮一两　追地风一两　加白酒一斤，浸泡一周，早晚各服一酒盅。

4. 成药

（1）木瓜丸，每次一丸，一日二次。

（2）天麻丸，每次一丸，一日二次。

（3）独活寄生丸，每次一丸，一日二次。

（4）追风膏局部外貼。

蛔　虫　病

以小儿最多見，蛔虫形状如蚯蚓，多寄生在小腸內，常随粪便排出其虫卵。

病因病机　多由于貪食不洁的生冷蔬菜、瓜果，感染虫卵而成。

诊察要点

（一）患者多体瘦、貪食，腹部时而陣痛，痛后飲食如常。

（二）面部常見圓形白斑，下唇粘膜內多有顆粒小点。

（三）腹痛重时有的可摸到凹凸不平的索状物。

（四）曾有口中吐出蛔虫，或便蛔史。

辨证施治

症状　面黄萎黄，形体較瘦，貪食香燥食物，或爱吃生米、泥土，繞臍陣痛，睡中咬牙，甚則吐蛔。

治則　驅虫为主。

方　葯

1. 使君子肉（炒熟去壳），每天每岁1粒（最大量勿超过20粒），分2—3次服，連服三天。

2. 苦楝根皮五錢　水煎浓汁，去渣，加紅糖一兩，早晨空腹时服下，可連服二天。

3. 石榴皮三錢　南瓜仁五錢　烏梅三个　水煎浓汁，清晨空腹服。

4. 檳榔五錢　使君子五錢　水煎，清晨空腹服。

5. 成葯　驅虫后可予启脾丸，或健脾丸，每日二次，每次一丸，調理脾胃。

蛲　虫　病

病因病机　由于飲食不洁，杂食生冷蔬菜、瓜果，感染虫卵而成。

诊察要点（参考小儿科部分369頁）

辨证施治

症状　肛門奇痒，或有飲食減少，睡眠不安，梦中惊叫，喜咬指甲等。

治則　杀虫为主。

方　葯

（一）內服驅虫葯

1. 使君子肉，每日每岁1粒，最多不超过10粒，分三次饭前服，連服15天。

2. 百部三錢，使君子三錢，水煎，清晨空腹服。

3. 槟子連壳十五个，炒香，每日飯前，分三次服完，連吃三天。

（二）灌腸驅虫方

1. 百部半兩，烏梅五錢，加水两碗，煎成一碗，过濾取汁，每晚睡前用20—30毫升作保留灌腸，7天为一疗程。

2. 百部一兩，用水100毫升，煎取30毫升，每晚睡前保留灌腸，連用一周。

（三）外用药

1. 雄黃少許，用水調成稠糊，每晚睡前抹在肛門周围。

2. 用棉球蘸少許醋，睡前塞入肛門一寸深，連用一周。

3. 百部一兩，用水煎湯，加入明矾少許，乘热熏洗肛門。

絛虫病

人体常見的絛虫病有猪肉絛虫和牛肉絛虫两种。絛虫体扁而长，狀如一条带子。虫体可分为头节、頸节和体节三部分，体节常脫离虫体而随粪便排出，有时患者的衬褲、被服上也可发現白色片狀虫节（每节长約一寸左右），所以中医称寸白虫。

病因病机 由于进食不熟的含有囊虫的猪肉或牛肉所致。

诊察要点

（一）曾食过未煮熟的猪肉或牛肉。

（二）大便排出白色节片。

辨证施治

症状　腹痛腹泻，或大便秘结，大便中排出白色节片，病久则面色萎黄，形体消瘦，疲乏无力。

治则　驱虫为主。

方　药

1. 南瓜子肉、槟榔各二至四两，先将南瓜子肉嚼碎吞服，隔2小时后，再服槟榔煎剂（即槟榔加水煎二小时，去渣，取浓汁），一般4—5小时后可能腹泻排虫。如无腹泻可服元明粉三钱。小儿用量减半。

2. 槟榔一两　石榴皮五钱，用水煎汤，空腹时服下，亦可试用。

服药后，见有虫体部分排出时，可用温水盆坐浴，等待全部虫体慢慢排出，切勿用手去拉。被驱出的绦虫应检查头节、颈节是否完全驱出，如未被驱出，在肠中仍可再生体节，隔半月后应再驱虫一次。

包　虫　病

中医辨证属癥瘕、积聚范围，系气滞血瘀，凝聚不散，包块渐成。

病因病机　牧工常与狗密切接触，经手指从口摄入虫卵，而发生感染。

诊察要点（参考外科部分552页）

辨证施治　本病应预防为主，其方法：①用槟榔煎剂驱除犬体内的绦虫。②勿将患包虫病的病畜（如牛、羊）的内脏喂犬。③教育儿童不要玩弄狗，并应注意个人卫生和饮食卫生，防止犬绦虫的虫卵污染食物。

对于晚期包虫病患者，可按癥瘕、积聚辨証施治，其治疗法則宜舒肝理气，軟坚化瘀，佐以杀虫。

肝包虫方（經驗方）

牡蠣六錢　鱉甲五錢　海藻五錢　丹參三錢
柴胡二錢　青皮二錢　郁金三錢　川楝子三錢
桃仁二錢　檳榔三錢　水煎服。

加減法　体虛气短加黃芪三錢　党參三錢；飲食不多，腹脹，加白朮三錢　川朴花二錢　內金三錢；面色黯，或舌边有瘀点，加三棱二錢　莪荒二錢　紅花一錢。

如連服无效，則应送医院手术治疗。

第八章　內科疾病

感　冒

感冒俗称"伤风"，是四季常見和易患的外感証，以头痛、鼻塞、声重、发热、咳嗽为主証。

病因病机

（一）外感风寒　风寒侵袭皮毛，表卫閉塞，肺气不能宣达，失于清肅。

（二）外感风热　风热袭于表卫，蘊郁肺經，肺失清肅。

诊察要点　（参考內科部分 52 頁）

辨证施治

（一）风寒感冒証

症状　恶寒較重，发热較輕，头痛无汗，鼻流清涕，全身痠痛，或有咳嗽咽痒，舌苔薄白，脉象浮紧。

治則　辛溫解表。

方药

1. 荆防败毒散(《証治准绳》)

荆芥二錢　防风三錢　羌活二錢　独活二錢
柴胡一錢半　前胡二錢　枳壳一錢半　党参三錢
茯苓三錢　甘草一錢　桔梗一錢半
水煎服。

2. 荆防湯（經驗方）

荆芥二錢　薄荷一錢半　防风三錢　桑叶三錢
桔梗一錢半　前胡一錢半

加减法：咳嗽加杏仁三錢；痰多加陈皮錢半　头痛加菊花三錢；身痛加桑枝四錢。

3. 单方

（1）葱白三个　生姜三片　紅糖二匙，水煎服。

（2）苏叶三錢　荆芥二錢　水煎服。

4. 成药　九味羌活丸，每次一丸，一日二次。

(二)风热感冒証

症状　发热微恶风，头胀痛，咽干而疼，口渴，咳嗆少痰，舌苔薄白或薄黃，脉象浮数。

治則　辛凉解表。

方药

1. 銀翹散(《溫病条辨》)

銀花三錢　連翹三錢　薄荷一錢半　炒大力子三錢
桔梗一錢半　竹叶三錢　荆芥二錢　淡豆豉三錢
水煎服。

2. 銀翹湯（經驗方）

銀花三錢　連翹三錢　炒大力子三錢　薄荷一錢半
蘆根五錢　桔梗一錢半　竹叶三錢　荆芥一錢半

桑叶三錢　水煎服。

加減法　咳嗽重加杏仁三錢、冬瓜子四錢；痰多加法半夏一錢半、陳皮一錢半；咽痛音哑加蝉衣一錢半，木蝴蝶一錢半，大海二錢；热盛加焦山梔三錢；便秘加瓜蔞仁四錢。

3. 单方　薄荷叶二錢　桑叶三錢，代茶飲服。

4. 成药

（1）銀翹解毒丸　每次 1—2 丸，一日三次。

（2）桑菊感冒片　每次 6—8 片，一日三次。

（三）感冒挟湿証

症状　发热不甚高，头胀重，肢体困倦，胸闷腹胀，口淡无味，恶心呕吐，舌苔厚腻，脉象濡滑。

治則　解表化湿。

方药

1. 藿香正气散（《和剂局方》）

藿香三錢　厚朴二錢　苏叶二錢　陳皮一錢半

大腹皮四錢　白芷一錢半　茯苓四錢　白朮三半

半夏曲一錢半　桔梗一錢半　甘草一錢　加姜、枣，水煎服。

2. 加減藿香湯（經驗方）

藿香三錢　苏叶二錢　川朴一錢　陳皮一錢半

炒枳壳一錢半　茯苓四錢　法半夏一錢半　大腹皮四錢

加減法　咳嗽加前胡一錢半，象貝母三錢；身重而痛加羌活一錢半、絲瓜絡三錢。便稀加白芷三錢、泽泻三錢；热盛加焦山梔三錢。挟有暑热加六一散四錢，佩兰三錢、荷叶一角。

3. 单方　藿香五錢　佩兰三錢　水煎服。

4. 成药　藿香正气丸，每服 1—2 丸，一日 2—3 次。

咳　嗽

咳嗽是临床上常見的症状，它虽是肺經的疾病，但其他脏腑疾患影响到肺时，也可引起咳嗽。中医以有声无痰为"咳"、有痰无声为"嗽"、有声有痰为"咳嗽"。

病因病机

（一）外感风、寒、暑、湿、燥、火六气之邪，其中特别是以风寒为多見。暑湿燥火之邪，往往夹有风寒为引导，侵扰于肺。肺为娇脏，外合皮毛，肺气不宣，失于清肃，咳嗽乃作。

（二）内因情志不和，肝肾阴虚，心火旺盛，气郁化火；或脾虚不运，湿痰内停，上逆冲肺，肺失肃降。

咳嗽病因很多（如肺痨、肺痈、哮喘等另有专篇介紹），証情不一，但无不关系到肺，不論是外感新病，或是内伤旧疾，如侵及肺經时，由于肺气不利，失却清肃和降，均可引起咳嗽。

诊察要点　以咳嗽为主。咳痰清稀为风寒；咳痰不利为风热；干咳无痰为燥火；痰多易出为湿痰。

辨证施治

一、外感咳嗽

（一）风寒咳嗽証

症状　咳痰清稀，头痛恶寒，鼻塞声重，或有发热。舌苔薄白，脉象浮紧。

治則　疏散风寒。

方药

1. 止嗽散（《医学心悟》）

桔梗一錢半　荆芥一錢半　紫苑一錢半　百部一錢半
白前一錢　甘草一錢　陈皮一錢半　水煎服。

2. 宣肺湯（經驗方）

荆芥一錢半　薄荷一錢半　杏仁三錢　炒大力子三錢
象貝母三錢　前胡二錢　桔梗一錢半　甘草一錢
水煎服。

加減法　恶寒加紫苏二錢；恶风加防风三錢；痰多加姜半夏一錢半，陈皮一錢半；外寒內热加桑白皮二錢，焦山梔三錢。

3. 单方　鮮蘿卜一个，蜂蜜一两，水煎服。

4. 成药　通宣理肺丸，每次一丸，一日三次。

（二）风热咳嗽

症状　发热，咳痰不爽，或咳痰浓稠而黃，口干咽痛，舌苔薄黃，脉象滑数。

治則　疏风清热。

方药　1. 桑菊飲（《溫病条辨》）

桑叶三錢　菊花三錢　薄荷一錢半　杏仁三錢　甘草一錢　桔梗一錢半　連翹四錢　蘆根四錢　水煎服。

2. 加減桑菊飲　（經驗方）

桑叶三錢　薄荷一錢半　杏仁三錢　桔梗一錢半
炒大力子三錢　蘆根四錢　象貝母三錢
枇杷叶三錢　連翹四錢　冬瓜子四錢　水煎服。

加減法　热盛加梔子皮三錢、桑皮二錢；头痛加菊花三錢；咽痛加元參三錢，焦山梔三錢；干咳咽痒加知母三錢。

3. 单方　桔梗三錢　薄荷二錢　大力子三錢　水煎服。

4. 成药

（1）桔紅丸，每次一丸，一日三次。

（2）止嗽青果丸，服法同上。

二、內伤咳嗽

（一）虛火咳嗽証

症状　咳嗽上气，咽喉間有痰难出，干燥作痒，舌紅，苔薄黄，脉多弦数或細数。

治則　清肺宁嗽。

方　药

1. 加味泻白散（《沈氏尊生》）

地骨皮三錢　桑白皮三錢　甘草一錢　党参三錢

茯苓四錢　知母三錢　黄芩一錢半　粳米三錢

水煎服。

2. 清肺湯（經驗方）

北沙参三錢　麦冬三錢　川貝母三錢　桑白皮二錢　知母三錢　地骨皮四錢　紫菀二錢　煅蛤壳三錢　茯苓四錢

水煎服。

加减法　气逆加炒苏子三錢；痰多加竹瀝半夏一錢半，桔紅一錢半。

3. 单方

（1）川貝母三錢　梨一个　煮汁飲服。

（2）川貝母三錢　蜂蜜五錢（冲）　煮汁飲服。

（3）枇杷叶一两　水煎服。

4. 成药

（1）止嗽青果丸，每次一丸，一日三次。

（2）枇杷叶膏，每次一匙，一日三次。

（3）养阴清肺丸，每次一丸，一日二次。

（二）湿痰咳嗽証

症状　咳嗽，痰多易出，胸悶而胀、身重，食欲不振，舌苔白腻，脉象滑緩。

治則　化痰燥湿。

方　药

1. 二陈汤（《局方》）

清半夏一錢半　茯苓四錢　陈皮一錢半　甘草一錢

水煎服。

2. 加味二陈汤　（經驗方）

清半夏一錢半 茯苓四錢　陈皮一錢半　白芥三錢

炒枳壳一錢半 川朴一錢　款冬花三錢　生姜二錢

甘草一錢　水煎服。

加減法　气逆痰多加炒苏子二錢，炒莱菔子四錢；湿重加蒼朮一錢半，薏苡仁四錢。

3. 单方　陈皮二錢　象貝母三錢　水煎服。

4. 成药

（1）二陈丸，每服二錢，一日二次。

（2）半夏露，每服二匙，一日三次。

哮　喘

中医以喉中有声为哮，呼吸气促为喘。哮証必兼喘，而喘証并不兼哮，但习慣上統称哮喘。

病因病机

（一）实証哮喘　外感风寒，失于表散，肺中积寒或内因痰火，郁热胸膈，肺气壅塞，痰浊上逆，在临床上多表现为实証症状，病在肺經。

（二）虛証哮喘，多是肺腎气虛所致，因肺为气之主，腎为气之根，肺主出气，腎主納气，肺虛腎亏，肺无所主，腎不攝納，故作哮喘，病多屬虛，根本在腎。

诊察要点　哮喘反复发作，发病时呼吸困难，不能平臥，甚則张口抬肩，以助呼吸，或伴有喉中水鸡声，滿身出汗，常因

外感后发病。

辨证施治

（一）寒証哮喘

症状　胸滿喘咳，痰多清稀，舌苔白滑或白腻，脉象沉紧。如因外感誘发，可兼有恶寒发热，头痛身疼，脉象浮滑。

治則　溫肺散寒，化痰平喘。

方約　1. 麻黃射干湯（《伤寒論》）

射干一錢半　麻黃一錢　細辛五分　紫苑三錢

冬花三錢　五味子八分　清半夏一錢半　生姜三片

大枣五枚　水煎服。

2. 寒喘湯（經驗方）

麻黃一錢　淡干姜八分　五味子八分　杏仁三錢

姜半夏一錢半　甘草八分　水煎服。

加減法　寒盛加細辛五分；气逆加炒苏子三錢、旋复花三錢；痰多加橘紅一錢半，川貝母三錢；喉中痒或有水鸡声加射干一錢半，覆花三錢。

3. 单方

（1）麻黃三錢　生姜九錢　豆腐四两。三味同煮一小时，去麻黃、生姜，服豆腐湯。

（2）炒苏子三錢　萊菔子三錢　生姜三片　水煎服。

4. 成約

（1）半夏露，每次二匙，一日三次。

（2）宁嗽露，每次一匙，一日三次。

（3）平喘丸，每服十五粒，一日二至三次。

（二）热証哮喘

症状

煩热不安，呼吸气喘，咽干口喝，痰多稠粘，难以咳出，舌

质紅，苔薄黄，脉象滑数。如因外感誘发，則恶寒身痛，为里热外寒証。

治則　清肺平喘。

方　葯

1. 泻白散（《葯証直訣》）

桑皮二錢　　地骨皮三錢　甘草一錢　水煎服。

2. 热咳湯（經驗方）

川貝母三錢　桑白皮二錢　地骨皮三錢　紫苑二錢

瓜蔞四錢　　炒苏子三錢　竹瀝半夏二錢　杏仁三錢

白果五錢　水煎服。

加減法　热盛口干加天花粉三錢，麦冬三錢；里热外寒加麻黄一錢，生石膏八錢。

3. 单方

（1）杏仁三錢　石膏一兩　水煎服。

（2）葶藶子一錢　瓜蔞皮四錢　水煎服。

（3）蛞蝓（蜒蚰）焙干，大貝母，等分，研細末，每服一錢，一日二次。

4. 成葯

（1）二母宁嗽丸，每服二丸，一日二次。

（2）川貝精片，每服三片，一日二次。

（三）阴虛哮喘

症状　气怯息短，行动喘剧，疲乏无力，咽干顴紅，手足心发热，煩躁喘逆，甚者汗出如珠，舌质紅，脉細数。

治則　补腎納气。

方　葯

1. 七味都气丸（《和剂局方》）

熟地四錢　　山芋肉三錢　淮山葯四錢　丹皮三錢

茯苓三錢　泽泻三錢　五味子一錢半　水煎服。

2.益阴补腎湯（經驗方）

大熟地四錢　山萸肉三錢　补骨脂三錢　淮山药四錢

怀牛膝三錢　五味子一錢半　北沙参三錢　麦冬三錢

水煎服。

加減法　痰多加川貝母三錢，竹瀝半夏一錢半；气促加党参四錢，蛤蟹尾一对。

3.单方

（1）党参四錢　五味子一錢半　麦冬四錢　水煎服。

（2）胡桃肉二两　补骨脂三錢　麦冬三錢　水煎服。

4.成药

（1）七味都气丸，每服一丸，一日二次。

（2）麦味地黃丸，每服一丸，一日二次。

（四）阳虛哮喘

症状　呼吸喘急，气短欲絕，恶寒肢冷，下肢浮肿，汗出如油，舌淡，脉象沉細。

治則　补腎納气，鎮逆平喘。

方　药

1.金匱腎气丸（《金匱方》）

淮山药三錢　熟地四錢　山萸肉三錢　丹皮三錢

茯苓三錢　泽泻三錢　附片二錢　肉桂八分

水煎服。重証加黑錫丹（成药）一錢，药汁送服。

2.益阳納气湯（經驗方）

党参三錢　附片二錢　肉桂一錢　紫河車三錢

五味子八分　蛤蚧尾一对　胡桃肉五錢　水煎服。

加減法　气短欲絕加服黑錫丹一錢；汗出气虛加黃芪四錢、麦冬三錢。

3. 单方

（1）党参五錢　胡桃肉一兩　五味子一錢　水煎服。

（2）党参五錢　蛤蚧尾一对　紫河車三錢，研末，每服一錢，一日二次。

4. 成药　金匱肾气丸，每服一丸，一日二次。

肺　痈

肺痈是以咳嗽，胸痛及咯吐脓血痰液为主証的肺系疾患。包括肺脓肿及支气管扩张等病。中医归納在内痈范畴中，認为是肺受邪毒，热血壅結不通，以致成痈。

病因病机

（一）风寒伤肺，郁热化火，风热相搏，蘊結不化，肺絡受伤，故成肺痈。

（二）过食辛辣炙煿及酒类刺激食物，燥热之邪，上熏于肺，損伤血脉，也能促发本病。

诊察要点（参考内科部分64頁）

辨证施治

（一）热邪壅肺証

症状　初起发热咳嗽，呼吸不利，胸部悶痛。不久則咳逆上气，咯痰腥臭，口燥咽干，或时时寒战，舌紅苔膩，脉象滑数。

治則　清热散結。

方　药

1. 泻白散（《証治准绳》）：

桑白皮二錢　地骨皮二錢　甘草一錢　川貝母三錢
紫菀二錢　桔梗一錢半　当归三錢　瓜蔞仁三錢

水煎服。

2. 加減泻白散（經驗方）

桑白皮三錢　杏仁三錢　冬瓜子四錢　桔梗一錢半

清半夏一錢半　川貝母三錢　黃芩一兩　蘆根八錢

水煎服。

加減法　胸痛加瓜蒌皮四錢；气逆加炒苏子三錢、蛤壳五錢。

3. 单方　銀花五錢　桔梗三錢　冬瓜子八錢　水煎服。

（二）毒热壅肺証

症状　咳吐脓血痰液，或如米粥，腥臭异常，胸部胀痛，舌质紅，苔黃腻。脉滑数。

治則　清热解毒，散結排脓。

方　約

1. 葦茎湯（《千金方》）

葦茎一兩　薏苡仁五錢　桃仁三錢　冬瓜子五錢

水煎服。

2. 加減葦茎湯（經驗方）

蘆根一兩　薏苡仁八錢　冬瓜子八錢　銀花五錢

杏仁三錢　桔梗三錢　魚腥草一兩　川貝母三錢

水煎服。

加減法　热盛口干加黃芩三錢；黃連一錢；气喘加炒苏子三錢；痰中有血加茜草炭三錢；胸闷痛加桔紅一錢半、瓜蒌皮四錢。

3. 单方

（1）蘆根二兩　冬瓜子二兩　水煎服。

（2）冬瓜子一兩　薏苡仁一兩　蘆根一兩　魚腥草一兩　水煎服。

（3）銀花五錢　薏苡仁八錢　桔梗三錢　甘草二錢　蘆根

一两　水煎服。

（4）鮮大薊根一两，水煎，加冰糖內服。

出　血

出血一症，包括血上逆和血下溢。血上逆症是指吐血、咯血、鼻衄、齿衄等；血下溢症是指便血、尿血等。出血症的发生机制，主要是由于絡脉損伤，血不循規而外溢。

病因病机　出血症的病因頗多，但常見的可归納如下几方面：

（一）肝胃热盛　多因飲酒过度，恣食辛辣食物；或暴怒伤肝，气火內郁，以致肝胃热盛，血热妄行，上逆而为吐血、鼻衄、齿衄。

（二）肺燥热盛　多系肺素有热，又感风热；或肺病日久，內伤肺阴，伤損血絡，以致鼻衄、咳血。

（三）心火亢盛　思虑过度，心火太盛，移热小腸，血滲膀胱而尿血。

（四）湿热下注　过食油膩厚味，或酗酒多飲，胃腸积热，湿热下注而便血；若湿热下移膀胱而尿血。

（五）脾虛失攝　飲食不节，或久病之后，損伤脾胃，脾虛不能統血而便血。

总之，出血症的病因不外乎虛实两方面。虛証主要是指脾肺阴虛；实証主要是心、肺、肝、胃热及湿热下注。

诊察要点　临床上应注意其出血部位，并根据血量多少、血色深淺、出血急緩等，以辨别寒热虛实。一般說：1.出血量多，其势急猛，血色鮮紅者，多为实証。进而依据各脏腑所出現的特殊証候，来鉴别病位所在。如：心火亢盛，多伴有心煩、失

眠、口舌生疮；肝火旺盛，多兼有口苦咽干，胁肋胀痛、烦躁易怒；肺燥热盛，多見口干鼻燥，发热咳嗽等証。

2. 出血量少，来势稍慢，血色紫黯，多屬虛証。如脾虛，多兼有面色萎黃，精神疲倦，懶于說話，食少腹胀等証。

辨证施治

(一) 肝胃热盛証

症状　吐血，或鼻、齿衄血，口渴唇紅，口臭异常，心煩易怒，大便秘結；或兼恶心呕逆，口苦咽干，胁肋胀痛，舌紅，苔黃膩，脉象滑数或弦数。

治則　清胃泻肝，降逆止血。

方　药

1. 龙胆泻肝湯（局方）合玉女煎（《景岳全书》）

龙胆草二錢　黃芩二錢　焦山梔三錢　泽泻三錢
木通二錢　車前子三錢　当归二錢　生地四錢
柴胡一錢　甘草一錢　石膏八錢　知母三錢
牛膝三錢　麦冬三錢　水煎服。

2. 龙胆凉血湯（經驗方）

龙胆草三錢　生地四錢　焦山梔二錢　丹皮三錢
黃連二錢　鮮茅根一兩　蒲黃炭二錢　川軍炭二錢半
川牛膝二錢　藕节炭五錢　水煎服。

加減法　出血急猛，可送服十灰散（成药），每次三錢。

3. 单方

（1）小薊一把　藕节七个　水煎服。

（2）龙胆草三錢　紫珠草五錢　黃芩三錢　水煎服。

（3）生地三錢　大黃炭二錢側柏炭三錢　水煎服。

4. 成药　十灰散，每次服三錢，一日二次。

(二) 肺燥热盛証

症状　鼻干出血或咯血，兼有发热恶风，咳嗽头痛，舌紅，苔薄黄，脉象浮数。

治則　疏风清肺，凉血止血。

方　药

1. 桑菊飲（《溫病条辨》）（方見咳嗽）

2. 疏风清肺飲（經驗方）

桑叶三錢　菊花三錢　丹皮三錢　薄荷一錢半
黄芩三錢　鮮茅根一兩　藕节炭五錢　杏仁三錢
水煎服。

加減法　咳嗽、咯血加川貝三錢、白及三錢；口干鼻燥加沙参四錢、麦冬三錢。

3. 单方

（1）桑叶三錢　菊花四錢　白茅根五錢　水煎頻服。

（2）側柏叶三錢　荷叶三錢　仙鶴草四錢　水煎服。

4. 成药

桑菊片，每次服四片，一日二次。可与十灰散同服。

（三）心火亢盛証

症状　尿血，心煩少眠，口舌生疮，舌尖紅，脉数；腎阴不足者兼見目昏耳鳴，腰膝痠軟，脉多細数。

治則　清心凉血；腎阴不足以滋阴清火为主。

方　药

1. 导赤散（《药証直訣》）

生地四錢　木通二錢　甘草梢一錢　竹叶四錢
水煎服。

2. 新訂小薊湯（經驗方）　适于心火亢盛証。

小薊五錢　生地三錢　竹叶二錢　滑石三錢
通草一錢半　蒲黄炭二錢　焦山梔三錢　茜草根三錢

水煎服。

3. 加減知柏地黃湯（經驗方） 适于陰虛火旺証。

知母三錢 黃柏三錢 生地四錢 龜板四錢

阿胶三錢 牡蠣五錢 茜草炭三錢 山萸肉四錢

水煎服。

4. 单方

（1）白茅根一兩，水煎服。

（2）鮮小薊五錢，水煎服。

（3）生地四錢 木通二錢 竹叶三錢 甘草梢一錢 水煎服。

5. 成药 知柏地黃丸，每次服一丸，一日二次（适于腎陰不足証）。

（四）濕热下注証

症状 下血鮮紅，大便黃粘而臭，或便溏不爽，舌苔黃膩，脉象滑数。

治則 清化濕热。

方 药

1. 地楡湯（《証治准绳》）

地楡炭四錢 当归二錢 阿胶（冲）四錢

黃連一錢 阿子二錢 木香二錢 烏梅二錢

水煎服。

2. 槐花止血湯（經驗方）

地楡四錢 槐花炭四錢 金銀花五錢 猪苓二錢

茜草根三錢 黃連一錢 水煎服。

3. 单方

（1）柿餅（去蒂），微火焙焦，研为細末，每次服二錢，一日二次。

（2）槐花二两　陈絲瓜絡三錢　共烧存性，研末，每次服一錢五分，米湯送下。

（3）仙鶴草五錢　紫珠草五錢　水煎服。

（4）絲豆芽四两　椿根白皮一两　紅茶叶二錢　蜂蜜一两　将豆芽加水煮开，用湯煎茶叶、椿根白皮，过濾后，加蜂蜜服下。

（五）脾虛失攝証

症状　大便下血，血色紫暗，面色萎黃，四肢无力，食少腹胀，大便溏薄，舌淡，脉象虛弱。

治則　健脾溫中。

方　劑

1. 黃土湯（《金匱要略》）

灶心土一两　煎水去土　白朮三錢　熟地四錢　阿胶四錢（冲）　炒黃芩二錢　炮附子一錢　甘草一錢　水煎服。

2. 加減归脾湯（經驗方）

黃芪五錢　白朮三錢　党參三錢　当归三錢　桂元肉三錢　枣仁五錢　炮干姜一錢　槐花炭三錢　水煎服。

加減法　大便色黑加灶心土一两（包），煎湯代茶飲。

3. 单方

（1）椿根白皮一两（炒）　艾叶三錢（炒）　共研細末，每次服三錢，黃酒送下，每日一次。

（2）絲瓜蔓（煅成炭），研成細末，每次服五分，黃酒送下，每夜一次。

4. 成劑　归脾丸，每次服一丸，一日二次。

呕　吐

呕吐为临床上常見的症状，很多疾病中都可出現。中医以有声有物为呕吐，有物无声为吐，有声无物为呕，但呕吐难以截然划分，因而并称呕吐。

病因病机

（一）外邪犯胃　风寒或暑热之邪，阻滞于胃，失于和降，胃气上逆。

（二）內伤飲食　飲食生冷，食滞不化；或过食肥甘，湿热蘊蒸；或水湿內聚，化飲上逆。

（三）脾胃虛弱　脾虛胃弱，不能承受食物；或情志不和，肝气横逆，以致胃失和降，引起呕吐。

呕吐病因众多，但病变总在脾胃，属性不外寒热，症情难出虛实。胃失和降，上逆而为呕吐，是本病的发病机理。

诊察要点　食物从口中吐出。呕吐酸腐为食积，呕吐清稀为虛寒，食后即吐多属热，朝食暮吐多属寒。

辨证施治

（一）外邪犯胃証。

症状　外感风邪，头痛发热，胸閉不舒，噯气呕吐，脉浮，舌苔薄白。如暑湿內蘊，兼見心煩，口渴，汗出。

治則　疏表和中。

方　药

1. 藿香正气湯（《和济局方》）

〔方見感冒〕

2. 加減正气湯（經驗方）

藿香三錢　紫苏一錢　姜半夏二錢　川朴一錢半
炒枳壳一錢半　砂仁一錢半　茯苓四錢　陈皮一錢半

水煎服。

加減法　口干而苦去紫苏、川朴加竹茹四錢，川連八分；食滯不化加神曲三錢，焦山楂四錢；腹痛便泄加广木香一錢半、炒白朮三錢、炒扁豆四錢；吐甚者加服玉枢丹；暑热犯胃去紫苏，加佩兰三錢、竹茹四錢、六一散四錢。

3. 单方

（1）姜半夏三錢　生姜三片　煎湯服。

（2）藿香五錢　清半夏三錢　煎湯服。

（3）生姜搗汁涂舌尖，或生姜片口含。

4. 成药

藿香正气丸　每服 1—2 丸，一日 2—3 次。

（二）食滯呕吐証

症状　胸腹胀悶，恶心噯气，食后更甚，呕出物有酸腐味，或胃脘胀痛，舌苔厚腻，脉象滑实。

治則　消食和中

方　药

1. 保和丸（《丹溪心法》）

山楂三錢　建神曲三錢　茯苓四錢　清半夏三錢
陈皮一錢半　萊菔子三錢　連翹四錢　水煎服。

2. 消食和中湯（經驗方）

山楂三錢　建曲三錢　姜半夏三錢　茯苓四錢
萊菔子四錢　陈皮二錢　檳榔一錢半　枳壳一錢半
生姜三片　水煎服。

加減法　胃腹胀痛加白蔻仁一錢半　广木香二錢；夹有外感者加藿香三錢，紫苏三錢；口干加竹茹四錢，連翹四錢。

3. 单方

（1）山楂炭五錢　水煎服（适用于肉食引起）。

（2）神曲五錢　麦芽五錢　水煎服(适用于面食引起)。

（3）谷芽五錢　神曲五錢(适用于谷食引起)。

（4）生姜三錢　蒜泥三錢　水煎服(适用于蛋类引起)。

4.成药

（1）保和丸，每服一丸，一日三次。

（2）木香槟榔丸，每服二錢，一日二次。

（三）脾胃虚弱証

症状　疲倦少力，喜呕恶寒，飲食減少、稍多則吐、甚則聞食作呕，大便溏薄，苔白，脉濡弱。如肝气横逆犯胃，胁肋胀痛，舌苔黄腻，脉象弦滑。

治則　健脾运中。

方　药

1.香砂六君子湯(《医方集解》)

党参三錢　白朮三錢　茯苓四錢　清半夏三錢

陈皮一錢半　砂仁一錢半　广木香一錢半　炙甘草一錢

水煎服。

2.健脾湯（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　法半夏三錢

陈皮一錢半　砂仁一錢半　生姜二片　水煎服。

加減法　寒重加吳茱萸五分；呕逆甚者加旋复花三錢；肝气横逆犯胃去党参、白朮加淡吳萸五分、黄連一錢、川楝子三錢。

3.单　方

（1）姜半夏三錢　党参四錢　生姜三片　水煎服。

（2）伏龙肝（灶心黄土）一两，煎水，澄清內服。

4.成药

（1）香砂养胃丸，每服三錢，一日二次。

（2）理中丸，每服一丸，一日二次。

泄　泻

大便稀薄，次数增多，称为泄泻。

病因病机

（一）感受外邪　外受寒湿或湿热之邪，内扰肠胃，以致传导失常，引起泄泻。

（二）飲食不节　飲食过量，多食生冷或誤食不洁的食物，以致脾胃受伤，运化失职，引起泄泻。

（三）脾胃虚弱　脾主运化，胃主受納，脾胃虚衰，消化不良，不能运化食物的精微，津液和糟粕混杂而下。有的由于腎阳虚衰，不能溫养脾胃，以致五更泄泻。

诊察要点　大便次数增多，溏薄为泄，直下如水为泻。便出物无痢疾样的脓血，便时腹痛而无里急后重。起病急驟而寒泻者多为外感时邪，或飲食不节；久病泄泻，时作时止，多是脾胃虚寒。

辨证施治

（一）感受寒湿証

症状　恶寒发热，头身疼痛，胸閉納少，腹痛腸鳴，呕吐泄泻，舌苔白腻，脉象濡滑。

治則　散寒和中。

方　药

1. 藿香正气散（方見感冒）

2. 正气湯加減（經驗方）

藿香三錢　紫苏二錢　姜半夏二錢　白朮三錢
茯苓四錢　陈皮一錢半　大腹皮四錢　厚朴一錢半
广木香一錢半　干姜一錢　水煎服。

加減法　小便短少加車前子三錢，猪苓三錢；兼有食积加焦山楂三錢，神曲三錢；因飲食生冷发病的加桂枝一錢半。

3.单方

（1）白朮四錢　干姜一錢　水煎服。

（2）艾叶四錢　干姜一錢　水煎服。

（3）藿香三錢　川朴一錢半　蒼朮一錢半　水煎服。

4.成药

（1）藿香正气丸，每次一丸，一日三次。

（2）理中丸，每服一丸，一日二至三次。

（二）感受湿热証

症状　起病較急，煩躁口渴，肛門灼热，粪为黃褐色，小便短赤，舌苔黃膩，脉象滑数。

治疗　清化湿热

方药　1.葛根芩連湯（《伤寒論》）

葛根三錢　黃芩一錢半　黃連一錢　甘草一錢　水煎服。

2.加減芩連湯（經驗方）

粉葛根三錢　川黃連一錢半 炒黃芩二錢　滑石四錢

广木香一錢半 銀花炭四錢　茯米四錢　水煎服。

加減法　湿重加藿香三錢、白朮三錢、茯苓四錢；呕恶加法半夏二錢，陈皮一錢半竹茹四錢；积滞加枳壳一錢半、山楂三錢。

3.单方

（1）車前草一兩　綠豆二兩　水煎服。

（2）鮮辣蓼草一兩　水煎服。

（3）葛根三錢　黃連一錢半　甘草一錢　水煎服。

4.成药

（1）香連丸，每服一錢半，一日二次。

（2）枳实导滞丸，每服三錢，一日二次。

（三）飲食失节証

症状　胃脘痞滿，嗳气酸腐，腹痛腸鳴，泻利不爽，泻后腹痛較緩，舌苔垢腻，脉象滑数。

治則　消积和中。

方　劑

1. 保和丸（《丹溪心法》）

（方見呕吐）

2. 和中湯（經驗方）

姜半夏一錢半 神曲三錢　炒枳壳一錢半 焦山楂三錢
川朴一錢半　炒白朮三錢　陈皮一錢半　炒麦芽四錢
水煎服。

加減法　腹痛加广木香一錢半；食积难消者加檳榔一錢半、鸡內金三錢；因生冷引起者去山楂、麦芽，加干姜炭一錢半、吳芋八分。

3. 单方

（1）建曲三錢　山楂炭五錢　水煎服。

（2）山楂炭　建神曲　炒麦芽　萊菔子各三錢　水煎加紅糖五錢，煎湯內服。

（3）生姜三錢　山楂五錢　水煎服。

（4）生姜（煨）三錢　紅糖五錢　水煎服。

4. 成药

（1）山楂丸，每次二丸，一日三次。

（2）保和丸，每服一丸，一日三次。

（3）木香檳榔丸，每服三錢，一日二次。

（4）理中丸，每服一丸，一日三次。

(四)脾胃虛弱証

症状　面色萎黃，精神疲倦，腹痛綿綿，手足欠溫，便下不

消化食物，舌苔淡白，脉象濡弱。甚則脱肛不收。若黎明以前腹痛泄泻，泻后即安，是脾腎两亏，称为"五更泻"。

治則　和中健脾或溫补脾腎。

方　药

1. 參苓白朮散（《局方》）

党參三錢　茯苓四錢　炒白朮三錢　山药四錢
蓮肉四錢　白扁豆四錢　陈皮一錢半　砂仁一錢半
苡米四錢　神曲三錢　水煎服。

2. 扶脾湯（經驗方）

党參三錢　炒白朮三錢　茯苓四錢　山药四錢
建蓮肉四錢　砂仁一錢半　陈皮一錢半　煨姜三錢
水煎服。

加減法　便下清稀加川朴一錢半，苡米四錢；甚者加附片三錢；腹痛不舒加煨木香一錢半；久泄不止加石榴皮三錢，烏梅炭二錢，甚者加御米壳三錢；脱肛加黄芪五錢，升麻一錢半，柴胡一錢半；兼有食滞加建曲三錢、鸡內金三錢；脾腎两亏，五更泄泻去砂仁加肉豆蔻一錢、煨呵子三錢、补骨脂三錢、吳茱萸一錢。

3. 单方

（1）肉豆蔻三錢　炒白朮三錢　水煎服。

（2）党參三錢　炒白朮三錢　干姜一錢半　水煎服。

（3）白朮三錢　山药三錢　水煎服。

（4）补骨脂三錢　豆肉甲三錢　五味子一錢半　吳茱萸一錢　加姜、枣，水煎服。

4. 成药

（1）參苓白朮丸，每次三錢，一日三次。

（2）附子理中丸，每次一丸，一日二次。

（3）四神丸（片），每次三至四片，一日二次。

便　秘

便秘可常見于某些疾病的过程中，这里是指单純的經常地排便困难或次数減少，时有便意而不易便出，包括大便不通和大便燥結两种証候。

病因病机

（一）腸胃燥热：过食辛辣厚味炙煿，燥热郁結腸胃，伤津耗液，津液不能分布，以致大便燥結。

（二）阴血亏虛　老年及妇女产后血虛，或病后气血双亏，津液不足，腸中干燥，不能运送传导。

（三）阳衰寒凝　寒气結于腸胃，阳气閉塞，浊阴凝聚，津液流通不暢，大便秘結。

诊察要点　排便困难，时有便意而难以排出，3—5 天或更长日期才能大便一次。或并有痔核或肛門燥裂。

辨证施治

（一）腸胃燥热証

症状　大便秘結不行，头暈煩躁，口渴口臭，胸悶腹胀，噯气，舌黃浊膩，脉象数实。

治則　淸热潤燥，导滯通便。

方　葯

1. 大承气湯（张仲景方）

大黃四錢　枳实三錢　川朴二錢　元明粉三錢（冲服），水煎服。

2. 淸湯飲（經驗方）

生軍三錢　枳实二錢　大麻仁四錢　瓜蔞仁四錢
黃芩二錢　杏仁三錢　元明粉二錢（冲）

甘草一錢　水煎服。

加減法　兼有气滞者去元明粉，加广木香一錢半，香附三錢；夹有食滞者加檳榔二錢，神曲三錢；热郁盛者加黄連一錢。

3.单方

（1）元明粉三錢，溫开水化服。

（2）大黄　厚朴　元明粉（冲）各二錢　水煎服。

（3）芝麻二两　大黄二两　好茶叶五錢　共研細末，每服三錢，开水冲服。

4.成药

（1）麻仁滋脾丸，每次服一丸，一日1—2次。

（2）清宁丸，每服二錢，一日二次。

（二）阴血亏虚証

症状　大便干結如栗状，食欲減退，腹胀而不拒按，舌苔薄黄，脉沉細虛弱。

治則　养血潤腸，滋液通幽。

方　药

1.五仁丸（《得效方》）

柏子仁三錢　松子仁三錢　郁李仁三錢　杏仁三錢

桃仁三錢　陈皮二錢　白蜜五錢　水煎服。

2.加減五仁丸（經驗方）

大麻仁三錢　郁李仁三錢　柏子仁三錢　松子仁三錢

油当归三錢　生首烏五錢　甜从蓉四錢　白蜜五錢

（冲）　水煎服。

加減法　血結加桃仁三錢，熟地四錢；血虛去柏子仁，松子仁，加熟地四錢，阿胶四錢（冲）；腹胀滿加枳壳一錢半。

3.单方

（1）白蜂蜜一两，冲服。

（2）油当归三錢、大麻仁五錢，水煎，加蜂蜜五錢冲服。

（3）番泻叶一錢半，开水泡飲，加蜂蜜五錢。

（三）阳衰寒凝証

症状　大便干結，喜热恶寒，小便清白，唇淡苔薄，脉象沉迟。

治則　溫运通便。

方　药

1. 半硫丸（《和剂局方》）

半夏、硫黄、生姜汁（成药）每服五分至一錢，一日一次。

2. 溫通湯（經驗方）

熟附片一錢　广陈皮一錢半　甘草一錢　　白蜜五錢

加半硫丸八分（分吞）　水煎服。

3. 单方

（1）吳茱一錢　当归四錢　蜂蜜五錢　水煎服。

（2）老生姜削如手指粗，紙包煨熟，外涂麻油，捺入肛門导便。

噎　膈

吞咽飲食，梗阻不利为噎；胸膈阻塞，飲食难下为膈。膈証初起，多有吞咽困难，因此并称噎膈。

噎膈是內科四大証（风劳臌膈）之一，可見于食道或賁門痙攣、食道狹窄、食道癌、以及纵膈病变所引起的食道受压等疾病。

病因病机

（一）情志所伤　喜怒悲忧、情志不暢，气机郁結，津液不能流布，日久則气血并結。

（二）酒色刺激　嗜酒纵欲，长期刺激，气血耗伤、精液内损，精血两亏，气血郁結。

本病的致病因素，主要为以上两方面，但与年龄和日常生活也有密切关系。因本病多見于老年及食物偏嗜患者，气血郁滞，阴津枯耗，由气及血，最后則气結血瘀，是发生噎膈的主要环节。

诊察要点　吞咽困难，严重的食物噎阻难下，甚至水液不能下咽，或吐出粘稠痰涎，日久則肌消肉脱，呈恶病体质。

辨证施治

（一）气血郁結証　食物入咽，梗噎不順，胸脘闷痞，时輕时重，大便不利，舌紅苔腻，脉象弦細。

治則　理气解郁，滋液潤燥。

方　劑

1. 启膈散（《医学心悟》）

沙参二錢　丹参四錢　茯苓四錢　川貝母二錢
广玉金二錢　砂仁壳一錢半　荷叶蒂五个　杵头糠七錢
水煎服。

2. 利膈湯（經驗方）

法半夏一錢半　茯苓三錢　陈皮一錢半　枳壳一錢半
广郁金二錢　荷叶蒂五个　沙参二錢　丹参二錢
水煎服。

加減法　脾胃虛弱加党参三錢、白术三錢；呕吐痰食加旋复花三錢，代赭石五錢，川貝母三錢，沉香二分（磨汁冲）；痰火內結加麦冬三錢，竹瀝五錢，盧根汁一两。

3. 单方

（1）韭菜五两　大梨一个　白萊菔一个　生姜一两　藕五两　共搗汁，牛奶为引，每日一次，二日服完。

（2）韭菜汁　牛奶　生姜汁　梨汁　藕汁各等分，共搀汁，频服。

（二）气血瘀結証

症状　胸膈滿悶，食物下咽，梗塞作痛；或上逆呕吐痰食，大便燥結如羊粪，肌消肉瘦，舌苔滑腻，舌质紅絳，脉象細涩。

治疗　活血散瘀，滋阴养血。

方　药

1.通幽湯加減　（《东垣十书》）

生地四錢　熟地四錢　桃仁一錢　紅花一錢

当归三錢　甘草一錢　水煎服。

2.化瘀湯（經驗方）

大生地四錢　全当归四錢　生白芍三錢　桃仁三錢

鮮羊乳一盅（冲）　麦冬三錢　韭菜汁一匙（冲）

柿霜餅二錢　水煎服。

加減法　大便燥結加大麻仁四錢，枳壳一錢半；呕吐粘痰加竹瀝一匙，姜汁半匙；脘悶作痛加广郁金三錢。

3.单方

（1）韭菜一斤（搗汁），每服2—3匙，加牛乳一杯冲服。

（2）卤砂三錢，用水調和荞麦面，将卤砂包住（面厚約0.8—1.0厘米），放在火中烤熟（以皮焦黃为宜），凉后取出卤砂在火上焙干。取檳榔二錢，公丁香二錢，沉香五分，共研細末，再与卤砂混勻研細。每服七厘，白酒送下，每日三次。如无反应，可漸增至八厘至一分。

（3）白花蛇舌草四两，車茎四两，加水十碗，熬成一碗，每日分三次服。

头　痛

头痛的牵涉面很广，但如加以綜合分析，則不外乎外感和內伤兩大类，兹介紹于下：

病因病机

（一）外感风邪　外感风寒湿热之邪，侵袭清空之窍，滞留脑絡，以致清阳不能舒展，因而头部疼痛。

（二）內伤不足：多由肝肾阴虚和气血不足所引起。阴虚則肝阳偏亢，血虚則生风上颺，风阳上越，清窍被扰，头痛乃作。

诊察要点　以自覚头部疼痛为主証，兼有寒热的是外感风邪；痛而重胀为风湿；痛而眩暈、耳中鳴响是肾亏肝盛；头面抽痛是肝风；痛而心悸少眠是血虚。

辨证施治

（一）外感风寒証

症状　头痛恶寒，痛連頸項，鼻塞流涕，或咳嗽痰白，舌苔薄白，脉象浮紧。兼湿者头痛且重，肢倦胸悶，舌腻脉濡。

治則　疏风散寒。

方　剂

1. 川芎茶調散（《和剂局方》）

薄荷一錢半　川芎一錢半　羌活一錢半　甘草一錢
白芷一錢半　細辛七分　防风三錢　荆芥一錢半

茶調服。

2. 疏风湯（經驗方）

荆芥一錢半　薄荷一錢半　防风三錢　白芷一錢半
羌活一錢半　桔梗三錢　前胡一錢半　蔓荆子四錢

水煎服。

加減法　兼湿加蒼朮二錢，藁本二錢，茯苓三錢；痰多加姜半夏錢半，大貝母三錢。

3. 单方

（1）防风三錢，白芷二錢，水煎服。

（2）川芎二錢，葱白三根，水煎服。

4. 成藥　川芎茶調散，每服二錢，一日二次。

（二）外感风热証

症状　头部热痛，恶风发热，或头痛如裂，面紅目赤，心煩口渴，小便黃赤，大便干結，舌黃，脉象浮数。

治則　疏风清热。

方　藥

1. 桑菊飲（《溫病条辨》）方見咳嗽。

2. 清风湯（經驗方）

桑叶三錢　薄荷一錢半　菊花三錢　連翹四錢

大力子三錢　白蒺藜三錢　蔓荊子三錢　蝉衣一錢半

黃芩一錢半　水煎服。

加減法　热盛口渴加天花粉三錢、焦山梔三錢；甚則加龙胆草一錢半；咳嗽加杏仁三錢、桑皮二錢；便干加瓜蔞仁四錢；尿涩痛加木通一錢半，竹叶四錢；鼻流黃浊涕加辛荑花二錢、蒼耳子二錢、白芷錢半。

3. 单方

（1）桑叶四錢、菊花三錢，水煎服。

（2）薄荷叶二錢，水煎服。

4. 成藥

（1）桑菊感冒片，每次4—8片，一日三次。

（2）黃連上清丸，每次一丸，一日二次。

（三）肝阳上扰証

症状　头痛眩晕，睡眠不宁，烦躁善怒苔薄脉弦为肝阳。面紅目赤、苔黄脉弦数者为肝火。筋惕肉瞤，舌紅脉弦滑为肝风。目眩耳鸣、腰膝痠困。舌紅苔薄，脉細为肾亏。

治則　平肝熄风，育阴补肾。

方　药

1. 天麻鈎藤飲

天麻一錢　鈎藤三錢　石决明八錢　山梔三錢
黄芩一錢半　牛膝三錢　杜仲三錢　益母草二錢
桑寄生四錢　夜交藤四錢　硃茯神四錢　水煎服。

2. 石决明湯（經驗方）

石决明八錢　眞珠母八錢　天麻一錢　鈎藤三錢
菊花三錢　白芍三錢　女貞子三錢　大生地四錢
水煎服。

加減法　失眠加炒枣仁三錢，远志二錢；肝火加龙胆草一錢半，黄芩一錢半，焦山梔三錢，肝风加地龙三錢，僵蚕三錢，桑枝四錢，当归四錢；肾虛加山萸肉二錢，炒灶仲三錢，枸杞子三錢。

3. 单方

（1）菊花三錢，蔓荆子三錢，水煎服。

（2）鈎藤三錢，天麻二錢，水煎服。

（3）炙蜈蚣二条，全蝎錢半，地龙三錢，研末內服，每次一錢，一日二次（本方适用于肝风）。

4. 丸药

（1）杞菊地黄丸，每次一丸，一日二次。

（2）知柏地黄丸，服法同上。

（四）血虛头痛証

症状　面色萎黄，唇甲苍白，头痛眩晕，甚則昏倒，常发有

心悸怔忡，烦躁，少眠等証，舌苔薄白，脉象細弱。

治則　养血柔肝。

方　药

1. 加味四物湯（《金匱翼方》）

生地四錢　当归三錢　白芍三錢　川芎一錢半

蔓荆子三錢　黄芩一錢半　菊花三錢　炙甘草八分

水煎服。

2. 养血湯（經驗方）

当归三錢　生白芍三錢　大熟地四錢　川芎一錢半

制首烏四錢　女貞子四錢　大麻二錢　鈎藤三錢

阿胶四錢（炸冲）　水煎服。

加減法　心悸少眠 加炒枣仁四錢　远志一錢半；肝阳盛加石决明八錢，牡蠣八錢。

3. 单方

（1）当归三錢，白芍三錢，菊花三錢，水煎服。

（2）制何首烏五錢、川芎一錢半，水煎服。

4. 成药　归脾丸，每次一丸，一日二次。

胃脘痛

胃痛是临床最常見的病証，俗称心口痛，或称肝胃气痛。疼痛的部位以上腹部近蚊骨处为主，也可向周围邻近部位和后背部牽引作痛。

胃脘痛的范围很广，其内容包括了潰瘍病，慢性胃炎、胃下垂、肿瘤，以及部分的肝、胆、胰脏等疾病。

病因病机

胃脘痛的发病因素主要有：（一）飲食不节，飢飽失常。

(二)情志不和，气机郁結。(三)脾胃虚弱，运化不良。此外，如感受外寒或諸虫內积等，都是以促使胃痛的发生。由于胃主受納，宜和喜降；脾主运化，宜健喜升。故不論是飲食所伤，寒滯虫积，或情志不和，肝失条达，横逆犯胃，均能使脾胃健运失常，阳气升发受阻，从而影响气血的生化运行，气血不暢，滯于脉絡，不通則痛，为胃痛发病的机理。虽然，胃痛的病因不一，症状有异，但究其病位总在脾胃，本质难越虛实，属性不出寒热，变化不离气血。新病在气，久病入血，其本在于脾胃，而影响所及，遍及各脏。易而言之，他脏病变，也能引起脾胃的运化失健，导致胃病的发生，这是本病辨証的相互关系。

诊察要点　上腹部近歧骨处疼痛为主，或有胃胀，嘈杂，嗳气，泛酸，甚至呕吐症状，病程短久不一，疼痛常和飲食、寒冷有关，发作时間也不尽相同。如病久由气入血，可出現大便发黑及呕吐咖啡色液或鮮血，严重者可引起胃腸穿孔。

辨证施治

(一)食物內滯証

症状　胃脘胀痛，痛处拒按，吞酸噯腐，恶心厌食，舌苔厚腻，脉象弦滑。

治則　消食和中。

方　劑

1. 保和丸　(《丹溪心法》)方見呕吐，水煎服。

2. 和中飲(經驗方)

建神曲二錢　焦山楂四錢　枳壳一錢半　陈皮一錢半

砂仁一錢　炒莱菔子四錢　炒麦芽四錢　制香附三錢

水煎服。

加減法　大便秘結加瓜蒌仁四錢，檳榔二錢；呕吐加姜半

夏二錢。

3. 单方　山楂五錢，神曲四錢，香附三錢　水煎服。

4. 成药

（1）保和丸，每服一丸，一日三次。

（2）山楂丸，每服二丸，一日二次。

（二）脾胃积热証

症状　胃痛，口干欲飲，甚則身热便秘，舌紅起刺，脉象数实。

治則　清热和胃。

方　药

1. 清中湯（《統旨》）

黄連一錢　焦山梔三錢　陈皮錢半　茯苓三錢

法半夏錢半　甘草一錢　草豆蔻錢半　水煎服。

2. 清胃湯（經驗方）

黄連一錢　焦山梔三錢　炒川楝子二錢　元胡三錢

陈皮一錢半　天花粉三錢　瓜蔞仁四錢　茯苓四錢

黄芩一錢半　香附三錢　水煎服。

加減法　呕吐加清半夏一錢半，竹茹四錢或左金丸（成药）一錢半；便閉加大麻仁四錢，枳实一錢半。

3. 单方　元胡三錢　川楝子三錢　水煎服。

4. 成药　越鞠丸，每服二錢，一日二次。

（三）脾胃虚寒証

症状　胃痛喜按，面容㿠白，神疲无力，四肢不溫，呕恶清水，食少嘈杂，遇寒或疲劳后加甚，舌淡苔白，脉象細迟。

治則　溫中健脾。

方　药

1. 香砂六君子湯（《医方集解》）

党参三錢　白朮三錢　茯苓四錢　甘草一錢
陈皮錢半　清半夏錢半　砂仁錢半　木香錢半
水煎服。

2. 和中飲（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　茯苓二錢　佛手一錢半
砂仁一錢半　川朴花一錢半　高良姜一錢半　香附三錢
清半夏一錢半　水煎服。

加減法　寒重加炒茱萸一錢；食物不化加炒麦芽四錢；大便不实加淮山药四錢，建蓮四錢；胃下垂作脹去川朴花、良姜、香附、半夏，加黄芪五錢，升麻、柴胡各一錢半，当归三錢，枳壳五錢，烏梅二錢。

3. 单方

（1）干姜一錢半，薏仁一錢，水煎服。

（2）良姜一錢，香附三錢，水煎服。

（3）黄芪五錢，柴胡一錢半，水煎服（适用于胃下垂）。

4. 成药

（1）理中丸，每次一丸，一日二次。

（2）良附丸，每服一錢半，一日二次。

（3）香砂六君丸，每服二錢，一日二次。

（4）补中益气丸，每服一丸，一日二次（适用于胃下垂）。

（四）气机郁結証

症状　胃脘脹痛，痛及胁肋，嗳气，甚則呕恶吐酸，舌苔薄白，脉象弦滑。

治則　理气和中。

方　药

1. 沉香降气散（《张氏医通》）

沉香五分　砂仁錢半　甘草一錢　香附三錢
元胡三錢　炒川楝子三錢　水煎服。

2. 舒郁湯（經驗方）

广木香一錢半 砂仁一錢半　佛手一錢半　香附三錢
青皮一錢半　炒白芍三錢　台烏藥三錢　广玉金三錢
白朮三錢　水煎服。

加減法　呕恶吐酸加左金丸一錢半。痛甚加元胡三錢，川楝子三錢。

3. 单方

（1）香附三錢，陈皮一錢，水煎服。

（2）元胡三錢，青皮二錢，研末，分两次开水送服。

4. 成药

（1）开胸順气丸，每服二錢，一日二次。

（2）香砂养胃丸，每服三錢，一日二次。

（3）胃气止痛丸，每服一丸，一日二次。

（五）血瘀气滞証

症状　胃痛經久不愈，痛处不移，或有积块，多于食后作痛，甚則大便发黑，或呕吐咖啡色血液，舌多薄白，舌质紅，脉象弦細或瘀細。

治則　和血理气或养血柔肝，理气和中。

方　药

1. 手拈散（《奇效方》）

延胡索三錢　五灵脂三錢　香附三錢　沒药錢半
水煎服。

2. 养胃湯（經驗方）

党参三錢　陈皮一錢半　炒白芍三錢　香附三錢
元胡三錢　佛手一錢半　炒当归三錢　炒川楝子三錢

水煎服。

加減法　呕血和黑便去元胡、香附、当归，加白芍一錢，参三七一錢(分吞)，地榆炭四錢，藕节一两；泛酸加煅瓦楞子四錢、海螵蛸二錢；痛甚加蒲黄二錢、五灵脂三錢；口干苦，加北沙参三錢、川石斛四錢；呕吐加半夏曲一錢半，或左金丸一錢半。

3. 单方

（1）大贝母三錢，海螵蛸四錢，甘草二錢，研細，每服一錢，一日三次。

（2）鸡蛋壳研細，每服一錢，一日三次。

（3）卷心菜（即大头菜、莲花菜）烧湯，每服半碗，一日二次。

4. 成药

（1）香砂养胃丸，每服二錢，一日二次。

（2）胃可宁，每次五片，一日三次。

（3）香砂六君丸，每次二錢，一日二次。

胸　痛

胸痛是指胸中痹結，气阻作痛的一种疾病。病情有輕有重，輕証痛势时緩时作，重証病势急暴，刺痛难忍。

病因病机　本病多因中焦虛寒，痰浊不化，上逆胸中，阻气被遏，气失流布，阴寒内盛，因此痹阻作痛，日久則气滞血瘀心血瘀阻。

诊察要点　胸闷气短，胸痛彻背，或有咳嗽唾痰，重証刺痛难忍，痛处不移。

辨证施治

（一）痰浊凝聚証

症状　胸痛而悶，呼吸不利，咳嗽痰多，舌苔白腻，脉象迟滑。

治則　通阳化浊。

方　药

1. 枳实薤白桂枝湯（《金匱方》）

枳实一錢半　瓜蔞皮三錢　薤白二錢　桂枝一錢

厚朴一錢　水煎服。

2. 通阳湯（經驗方）

薤白二錢　姜半夏一錢半　瓜蔞皮三錢　茯苓四錢

陈皮一錢半　厚朴一錢半　桔絡三錢　生姜三片

水煎服。

加減法　胸悶加枳壳二錢，广郁金三錢；痰多加川貝母三錢、杏仁三錢。

3. 单方　姜半夏二錢　茯苓四錢　陈皮二錢　枳壳二錢

水煎服。

4. 成药　二陈丸，每服二錢，一日二次。

（二）气机郁結証

症状　胸悶不舒，胸痛而胀，呼吸或咳嗽时疼痛加重，舌苔薄白，脉象弦細。

治則　舒肝理气。

方　药

1. 柴胡疏肝散（《統旨方》）

柴胡一錢半　陈皮一錢半　川芎一錢半　枳壳一錢半

白芍三錢　香附三錢　炙甘草一錢

水煎服。

2. 舒肝湯（經驗方）

柴胡一錢半　当归二錢　炒白芍一錢半　青皮一錢半

广郁金三錢　枳壳一錢半　香附三錢　佛手三錢

水煎服。

加減法　痛重加元胡三錢，川楝子三錢；咳嗽吐痰加法半夏三錢，川貝母三錢。

3. 单方

（1）广郁金三錢，青皮二錢，水煎服。

（2）川楝子三錢，元胡三錢　水煎服。

4. 成药

（1）逍遙散，每服三錢，一日二次。

（2）舒肝丸，每服一丸，一日二次。

（三）气滞血瘀証

症状　胸痛如刺，痛处固定不移，苔薄，舌現紫斑，脉細緊，或結代脉。

治則　行气通瘀。

方　药

1. 瓜蒌薤白白酒湯（《金匱方》）

瓜蒌三錢　薤白三錢　加白酒半盅，水煎服。

2. 当归湯（經驗方）

当归三錢　丹参三錢　桃仁三錢　赤芍三錢

枳壳一錢　广郁金二錢　青皮一錢半　香附三錢

瓜蒌四錢　薤白一錢　水煎服。

加減法　体虛加党参四錢。

胁　痛

凡疼痛部位在胁肋之間，或胸側处者，称为胁痛。两胁是肝脉貫絡之区，因此，胁痛与肝胆两經有密切关联。

病因病机

（一）肝郁气滞　情志失調，肝不条达，失于疏泄，以致气机不能流暢，郁結作痛。

（二）气滞血瘀　气郁不舒，血行因之不利，气血交阻于經絡，瘀結不行，不通則痛。

诊察要点　胁肋疼痛，随情志变化而休作者属气痛；痛处固定不移属血瘀。

辨证施治

（一）肝郁气滞証

症状　胁肋既痛且胀，胸脘不舒，嗳气后較舒，每于情緒不快时加重，舌苔薄白，脉弦。

治則　疏肝理气。

方　葯

1. 逍遙散（《和剂局方》）

柴胡錢半　当归三錢　白芍三錢　白朮三錢
茯苓四錢　甘草一錢　薄荷一錢　生姜三片
水煎服。

2. 利肝湯（經驗方）

柴胡一錢半　当归三錢　赤芍三錢　香附三錢
佛手一錢半　青皮一錢半　广郁金三錢　元胡三錢
川楝子三錢　水煎服

加減法　口干苦加焦山梔三錢，丹皮三錢；嗳恶苦水加吳茱萸五分，黄連一錢半。

3. 单方　香附三錢、广郁金三錢，当归三錢，水煎服。

4. 成葯

（1）逍遙散，每服三錢，一日二次。

（2）越鞠丸，每服二錢，一日二次。

（二）气滞血瘀证

症状　胸胁刺痛，痛处固定不移，得温及按摩后疼痛较缓，舌絳苔薄，脉象沉涩。

治则　理气化瘀。

方　药

1. 复元活血湯（《发明方》）

柴胡一錢半　天花粉三錢　当归三錢　紅花一錢半

甘草一錢　穿山甲二錢　大黄二錢　桃仁三錢　水煎服。

2. 活血湯（經驗方）

当归三錢　桃仁三錢　元胡三錢　制乳香一錢半

制沒药一錢半　广郁金三錢　旋覆花三錢　丹参四錢

香附三錢　水煎服。

加減法　气郁胸闷加青皮一錢半、枳壳二錢。

3. 单方　桃仁三錢，香附三錢，水煎服。

中　　风

包括脑溢血、脑栓塞、脑血栓形成、脑血管痙攣等病。

病因病机

（一）火盛　情志不和，肝失条达，气机不暢，郁极化火，火盛生风上颾，而成卒中。

（二）气虚　年老肾气虚衰，或体质肥胖者形盛本虚，肾气虚衰不能滋肝，以致化风上逆。

（三）痰热　痰湿内蘊，郁积化热，热极生风，痰热上冲脑窍，卒然中风。

诊察要点（参考内科部分 193 頁）

辨证施治

（一）卒中經络証

症状　突然口眼喎斜，肌肤麻木不仁，舌强不利，或半身不遂，或突然仆倒，但神志尚清，或有輕度神識迷糊，舌紅苔薄，脉象弦細。

治則　平肝熄风，养血通絡。

方　药

1. 大秦艽湯（《机要》）

秦艽三錢	生石膏五錢	甘草一錢	川芎二錢
当归二錢	白芍三錢	生熟地各四錢	白朮二錢
茯苓四錢	黄芩二錢	防风二錢	羌活錢半
独活一錢半	白芷一錢半	細辛八分	水煎服。

2. 鈎屯湯（經驗方）

大麻錢半	鈎屯三錢	僵蚕三錢	地龙三錢
当归二錢	川芎二錢	赤芍三錢	秦艽二錢
熟地四錢	水煎服。		

加減法　口眼歪斜加全蝎尾一錢，防风二錢，痰盛加制南星一錢半、貝母二錢，热盛加黄芩二錢，黄連錢半；神識迷糊加石菖蒲二錢，远志二錢。

3. 单方　僵蚕三錢，全蝎二錢，白附子二錢（本方适用于口眼歪斜）共研細末，每次服1/3，一日三次，黄酒送服。

4. 成药　小活絡丹，每次一丸，一日二次。

（二）卒中脏腑証

1. 痰热内閉証

症状　神昏不語，痰鳴涎阻，两手紧握，牙关閉急，面赤气粗，脉象弦数而大，舌苔黄腻，为实热内閉阳証。或热証不显，静而嗜眠，为痰浊内閉阴証。

治則　滌痰开竅。

方　药

（1）阴証　局方牛黄清心丸（成药）或至宝丹，1—2丸，研化灌服。

（2）阴証　苏合香丸（成药）一丸，研化灌服。

（3）鬱痰开閉湯（經驗方）

石决明一两　石菖蒲錢半　枳实一錢半　天竺黄一錢半

川貝母三錢　淡竹瀝二两（冲）。

加減法　热盛加黄連一錢半，焦山梔三錢；如无竹瀝改胆南星一錢半。大便閉結加大黄　錢半；痰多加礞石滾痰丸一錢

2.虛阳外脫証

症状　肢体厥冷，汗出如珠，口开手撒，二便失禁，舌苔白滑，脉象微細。

治則　扶阳救脫。

方　药

参附湯加味（經驗方）

党参一两　　附片三錢　水煎服。

加減法　汗出加龙骨八錢，牡蠣八錢。

（三）中风后遺症

症状　中风經治疗后神識清楚，飲食如常，但多有遺下半身不遂，口眼歪斜，語言不清，或口角流涎者。

治則　活血通絡

方药

1.归芎活血湯（經驗方）

酒炒当归三錢　　川芎二錢　　黄芪四錢

紅花一錢半　　赤芍三錢　　地龙三錢　水煎服。

加減法　痰多加川貝母三錢，清半夏二錢；头晕加天麻二錢，鈎藤四錢；耳鳴加石决明八錢、灵磁石五錢。

2. 单方　丹参四錢，川牛膝四錢，水煎服。

3. 成药

（1）小活絡丹，每服一丸，一日二次。

（2）鸡血藤浸膏片，每服4—6片，一日三次。

眩　晕

視物眼黑为眩，視物轉旋为晕，但两者常是同时出現，因此并称眩晕。

眩晕是一种症状，常伴随于各类疾病之中，如美尼尔氏綜合症、高血压、貧血、神經官能症，以及一些慢性虛弱性疾患，均能出現眩晕症状。

病因病机

（一）肝腎阴虛　肝阴不足，腎精亏損，以致肝阳上扰，髓海空虛，故作眩晕。

（二）心脾亏損　忧思伤脾，不能生化气血，气血交亏，心失所养，以致头目眩晕。

（三）痰浊上扰　脾失健运，痰浊蘊郁，化热上扰，清竅被蒙，发为眩晕。

诊察要点　头晕目眩，如坐舟車之上。或伴有头痛，耳鳴、肢麻、心悸、失眠等症状。

辨证施治

（一）肝腎阴虛証

症状　头晕眼花，耳中蝉鳴，心悸失眠，或四肢发麻，腰痠腿軟，舌紅苔薄，脉象弦細而数。

治則　平肝养阴。

方　葯

1. 天麻鈎藤飲

天麻二錢　鈎藤三錢　石决明八錢　山梔三錢
黃芩一錢半　牛膝三錢　杜仲四錢　益母草三錢
桑寄生四錢　夜交藤四錢　茯苓神四錢　水煎服。

2. 养阴清眩湯（經驗方）

石决明八錢　牡珠母八錢(二味先煎)　天麻二錢
鈎藤三錢　菊花三錢　夏枯草三錢　生白芍三錢
何首烏四錢　女貞子四錢　水煎服。

加減法　失眠加炒枣仁四錢，远志一錢半；耳鳴加磁石五錢；腰痠腿軟加杜仲四錢，牛膝四錢；頭热加焦山枝三錢、黃芩一錢半。

3. 单方

（1）夏枯草五錢　菊花三錢　水煎服。
（2）桑叶三錢　黑芝麻三錢　水煎服。
（3）决明子五錢　菊花二錢　泡茶飲服。
（4）天麻三錢　水煎服。

4. 成药

（1）杞菊地黃丸，每服一丸，一日二次。
（2）桑麻丸，每服三錢，一日二次。

（二）心脾亏損証

症状　面色萎黃，肢体困倦，心悸少眠，食欲不振，舌淡苔薄，脉象細軟。

治則　补益心脾。

方　药

1. 归脾湯（《济生方》）

党参三錢　白朮三錢　茯神三錢　炒枣仁四錢
龙眼肉三錢　黃芪四錢　当归三錢　远志一錢半
木香一錢半　炙甘草一錢　生姜二片　大枣二枚

水煎服。

2. 加減归脾湯（經驗方）

当归三錢　黃芪四錢　党參三錢　白朮三錢
茯神四錢　炒枣仁四錢　熟地四錢　白芍三錢
元肉三錢　远志一錢半　广木香一錢半 水煎服。

加減法　脾胃虛弱加淮山藥四錢；畏寒肢冷加桂枝一錢；失眠严重加夜交藤四錢，合欢花四錢。

3. 单方

（1）天麻三錢　党參三錢　当归三錢　水煎服。
（2）当归三錢　黃芪五錢　白芍三錢　水煎服。

4. 成药

（1）归脾丸，每服一丸，一日二次。
（2）人参养荣丸，每服一丸，一日二次。

（三）痰浊上扰証

症状　头晕目眩，胸脘滿悶，少食多眠，甚則恶心欲吐，或心煩口苦，舌苔厚腻，脉象弦滑。

治則　运中化痰。

方　藥

1. 白朮天麻鈎屯湯

白朮三錢　半夏錢半　天麻三錢　鈎屯三錢
茯苓三錢　甘草一錢　水煎服。

2. 加減溫胆湯（經驗方）

淸半夏二錢　茯苓四錢　陈皮二錢　炒枳壳一錢半
天麻二錢　鈎藤三錢　菊花三錢　竹茹三錢
蔓荆子三錢　白朮三錢　水煎服。

加減法　痰多加川貝母三錢；口干苦加黃芩一錢半，佩兰三錢。

3. 单方

（1）白芥子二錢　生姜一片　水煎服。

（2）清半夏二錢　陈皮三錢　水煎服。

4. 成药　二陈丸，每服三錢，一日二次。

心悸（怔忡）

心悸怔忡，以自覚心跳亢进，悸动不安为主証。本症可出現于多种疾病，如心脏疾患、貧血和神經官能症等。心悸是指心悸不安，不能自主，时作时息，証情較輕；怔忡是心胸悸动，无有休息，証情較重，因此，心悸怔忡只是病情上的輕重不同，在病因証候上无多大区别。

病因病机

（一）血不养心　营血不足，血虚則心失所养，因而心悸怔忡。

（二）阴血亏損　心阴耗伤，或肝腎阴亏，以致虚火內燔，心阳偏亢，悸动不安。

（三）水飲凌心　水湿內停，阻遏胸阳，上逆凌心，心阳不振，致成心悸怔忡。

诊察要点　自覚心如虚悬，悸动不安。或伴有失眠、健忘、心煩、肢肿等証状。脉象多为細弱，或出現結代脉。

辨证施治

（一）血不养心証

症状　面色㿠白，心悸不寧，睡眠不安，甚則自汗盜汗，舌质淡紅，脉象細弱。

治則　补血养心。

方　药

1. 归脾湯（《济生方》）（方見眩晕）。

2. 养血湯（經驗方）

当归三錢　黄芪四錢　党参三錢　白朮三錢
茯神四錢　柏子仁四錢　炒枣仁四錢　远志一錢半
丹参二錢　五味子一錢　水煎服。

加減法　脉象細弱而数者，加龙骨八錢，牡蠣八錢；細弱而迟者加桂枝一錢。脉現結代者，加炙甘草三錢，桂枝一錢半生地四錢。

3. 单方

（1）当归三錢　黄芪四錢　炒枣仁四錢　水煎服。

（2）丹参二錢　柏子仁四錢　水煎服。

4. 成药

（1）归脾丸，每服一丸，一日二次。

（2）人参养荣丸，服法同上。

（二）阴血亏損証

症状　心煩少眠，头晕目眩，遇事易忘，舌质紅絳，脉象細数。

治則　滋阴养心

方　药

1. 补心丹（《世医得效方》）

生地四錢　党参三錢　元参三錢　丹参四錢
枯梗一錢半　远志一錢半　枣仁四錢　柏子仁三錢
天冬三錢　麦冬三錢　当归三錢　五味子一錢
硃砂二分（冲）　水煎服。

2. 清心湯（經驗方）

生地四錢　党参三錢　元参三錢　麦冬三錢
当归三錢　丹参三錢　五味子一錢　茯苓四錢

炒枣仁四錢　柏子仁四錢　远志一錢半

加減法　心悸严重加硃砂三分(冲)、灯芯五分。

3. 单方　元参三錢　麦冬三錢　柏子仁三錢　水煎服。

4. 成約

（1）补心丹，每服一丸，一日二次。

（2）硃砂安神丸，每服一丸，一日二次。

（三）水飲凌心証

症状　头眩，心悸怔忡，肢体疲倦，胸悶作恶，納食減少，舌淡苔薄或腻，脉象虛細。

治則　逐阴化飲。

方　药

1. 苓桂朮甘湯（《伤寒方》）

茯苓四錢　桂枝一錢半　白朮六錢　炙甘草一錢

水煎服。

2. 加減苓桂朮甘湯（經驗方）

桂枝一錢半　白朮三錢　茯苓四錢　淸半夏二錢

陈皮一錢半　炒枳壳一錢半　远志一錢半　柏子仁四錢

生姜三片　水煎服。

加減法　浮肿加防己三錢、冬瓜皮四錢。

3. 单方　淸半夏二錢　茯苓五錢　陈皮二錢　水煎服。

4. 成約　二陈丸　每服三錢　一日三次。

失　眠

失眠又称不寐，它不是独立的疾病，而是由其它疾病所引起的一种症状，最常見于神經官能症、貧血、肺結核等病。

病因病机　失眠的致病因素很多，归納起来可分为虛証

与实証两类。虚証如体气虚弱，或因病后体虚，或是思虑太过，以致营血不足，血不养心。实証如湿痰内停，或食滞不化，脾胃不和，浊阴上逆，而致失眠。

诊察要点　夜間不能安睡。病情輕重不一，有初睡难以成眠，或夜半即醒，或多梦易醒，严重者通宵不眠。

辨证施治

（一）虚証失眠

症状　体倦神疲，心悸健忘，多梦恍惚；或虛煩不寐，头晕耳鳴，脉象細弱或細数，舌紅苔薄。

治則　养心安神。

方　劑

1. 补心丹（《世医得效方》）

生地四錢　党参三錢　元参三錢　丹参三錢
茯苓四錢　桔梗錢半　远志錢半　酸枣仁四錢
柏子仁三錢　天麦冬各三錢　当归三錢　五味子一錢
硃砂二分（冲）　水煎服。

2. 养心湯（經驗方）

当归三錢　生地四錢　党参三錢　炒枣仁四錢
柏子仁三錢　远志錢半　茯苓四錢　夜交藤四錢
麦冬三錢　水煎服。

加減法　心煩加元参三錢、焦山梔三錢；恍惚不安加琥珀一錢（分吞）；脾虚加白朮三錢；血虚加黃芪四錢、丹参三錢。

3. 单方

（1）炒枣仁五錢，水煎服。

（2）丹参四錢，水煎服。

4. 成劑

（1）归脾丸，每服一丸，一日二次。

（2）补心丹，每服一丸，一日二次。

（二）实証失眠

症状　头晕心悸，胸膈不利，呕恶气闷，或脘腹胀痛，嗳气酸腐，食欲不振，舌苔滑腻，脉象滑数。

治則　和中化浊。

方　药

1. 溫胆湯（《千金方》）

清半夏一錢半　陈皮一錢半　甘草一錢　茯苓四錢
竹茹三錢　枳实一錢　水煎服。

2. 加味溫胆湯（經驗方）

清半夏一錢半　茯苓四錢　陈皮一錢半　炒枣仁四錢
远志一錢半　炒枳壳一錢　竹茹三錢　炒莱菔子四錢
水煎服。

加減法　呕吐胃胀加藿香三錢，砂仁一錢半；食滞加建神曲三錢，焦山查三錢。

3. 单方

（1）清半夏一錢，陈皮二錢，水煎服（适用于痰滞）。

（2）神曲三錢，山查四錢，水煎服（适用于食积）。

水　肿

水肿是指体内水湿潴留，泛溢全身或局部呈現浮肿的疾患。本病包括肾脏性水肿、营养不良性水肿、神經性水肿等疾病。

病因病机

（一）外邪侵袭，风湿滞留　风邪外袭，肺气失宣，不能通調水道；或水湿浸渍，脾脏受困，失却运化功能。风湿相

搏，泛溢肌表，而成阳水。

（二）脾肾阳虚，水湿不化　脾主运化，肾主开阖，如脾肾阳气不振，失却运化开阖的作用，不能推动和排泄水湿于体外，泛溢而为阴水。

本病主要为肺脾肾三脏功能失调所引起的疾病，肺虚不能通调水道，脾虚不能升清泌浊，肾虚则水气泛滥。肺脾肾的病变，影响三焦及膀胱的功能失常，致使水湿停留而形成水肿。

诊察要点　全身或局部浮肿，重则按之凹陷。由于外邪引起者，上肢先肿，病发较速的为阳水；因于脾肾阳虚者，下肢先肿，起病较缓的为阴水。

辨证施治

（一）阳水

风水証

症状　恶风，或有发热，骨节疼痛，浮肿先从眼睑及头面开始，然后蔓延全身，舌苔白滑，脉象浮緩。

治则　疏风行水。

方　药

1. 越婢加朮湯（《伤寒方》）

麻黄一錢半　石膏八錢　甘草一錢　生姜三錢
白朮三錢　水煎服。

2. 防风湯（經驗方）

麻黄一錢半　防风三錢　羌活一錢半　茯苓四錢
冬瓜皮四錢　薏米四錢　白茅根八錢　竹叶四錢
防己三錢　水煎服。

加減法　咽喉紅肿疼痛加生石膏一两，大力子三錢；小便短赤加木通二錢，車前子三錢。

3. 单方

（1）防风三錢　麻黄一錢半　白朮三錢　水煎服。

（2）冬瓜皮二两　紫苏三錢　水煎服。

4. 成药　防风通圣丸，每服二錢，一日二次。

水湿証

症状　全身浮肿，按之凹陷，胸闷疲倦，小便短少，舌苔白腻，脉象濡緩。

治則　通阳利水。

方　药

1. 五苓散（《伤寒論》）

桂枝一錢半　白朮三錢　茯苓四錢　猪苓三錢

泽泻三錢　水煎服。

2. 加味五苓散（經驗方）

桂枝一錢半　白朮三錢　茯苓皮五錢　猪苓三錢

泽泻一錢　大腹皮四錢　桑白皮三錢　冬瓜皮四錢

陈皮三錢　車前子四錢　水煎服。

3. 单方

（1）大腹皮四錢　五加皮四錢　防己三錢　水煎服。

（2）玉米須一两　水煎服。

（二）阴水

肾虚証

症状　全身水肿，面色㿠白，四肢发凉，精神疲倦，腰痠痛，小便少舌质淡白，脉象沉迟。

治証　温肾化水。

方　药

1. 金匱肾气湯（《金匱方》）

熟地四錢　山萸肉三錢　淮山药四錢　茯苓四錢

丹皮三錢　泽泻三錢　附片三錢　肉桂一錢

水煎服。

2. 溫腎方（經驗方）

附片三錢　白朮三錢　茯苓五錢　猪苓三錢

黄芪四錢　淮山药四錢　泽泻三錢　干姜二錢

車前子四錢，水煎服。

加減法　气虚加党参四錢；腰痛加淮牛膝三錢，巴戟天三錢

3. 单方　川椒目一錢　吳茱萸一錢　五加皮四錢　水煎服。

4. 成药　金匱腎气丸　每服一丸，一日二次。

脾虚証

症状　遍身浮肿，疲乏无力，食欲不振，小便短白，大便溏薄，舌淡，脉細。

治則　溫中运脾。

方　药

1. 实脾飲（《济生方》）

白朮三錢　附片二錢　干姜二錢　木香一錢半

木瓜三錢　草果仁一錢半　茯苓四錢　川朴二錢

檳榔二錢　甘草一錢　生姜二錢　大枣五枚

水煎服。

2. 健脾湯（經驗方）

熟附片二錢　茯苓四錢　白朮三錢　川朴一錢半

陈皮二錢　党参三錢　大腹皮四錢　干姜一錢半

炒苡仁四錢　車前子四錢　水煎服。

加減法　气虚加黄芪四錢；便稀加扁豆衣三錢，淮山药四錢；腹胀加广木香一錢半。

3. 单方

（1）茯苓皮一兩　赤豆一兩　大麦一兩　共煮成粥，早晚

两次分服。

（2）茯苓三两　淮山药一两　服法同上。

4. 成药

理中丸，每服一丸，一日二次。

积　聚

积聚又称癥瘕，是指腹内发生结块的病患。痛有定处，推之不移为积；痛无定所，聚散无常为聚。积聚在病因病机上都互有关联，所以并称积聚。

病因病机

（一）气血瘀滞　情志不和，七情郁结，以致气失流畅，血行不利，气滞则为聚，血凝则成积。

（二）疾食停积　脾胃虚弱，运化失常，以致饮食留滞，影响气血流通，日久则形成积聚。

一般说来，积是有形的积块，病在血分，症情较为深重；聚是无形的痞块，病在气分，症情较为轻浅。

诊察要点　两胁以下至少腹出现痞块，应注意痞块所在的部位，触摸是否可及，软硬程度，推压是否移动。坚硬不移可以触及的为积，柔软流动聚散无常的为聚。

辨证施治

（一）食积证

症状　脘腹胀痛，按摸有块，嗳恶，便后较舒，舌苔黄腻，脉象弦滑。

治则　消积和中。

方　药

1. 保和丸（方见呕吐）。

2. 加減保和湯（經驗方）

清半夏二錢　神曲三錢　枳实二錢　焦山查四錢
鸡內金三錢　川朴二錢　炒麦芽四錢　陈皮二錢
萊菔子二錢　水煎服。

加減法　兼有虫积加檳榔二錢，雷丸二錢；腹痛甚加木香二錢，青皮二錢。

3. 单方　山查四錢，神曲三錢，青皮二錢，水煎服。

4. 成药

（1）沉香化滯丸，每服二錢，一日二次。

（2）保和丸，每服三錢，一日二次。

（二）痰积証

症状　胸膈胀滿，痰涎稠粘，咯吐不利，脘腹痞块累累，按之柔軟，苔腻，脉滑。

治則　导痰化积。

方　药

1. 竹瀝化痰丸（《沈氏尊生》）

白朮二錢　蒼朮二錢　紅白蒉花各三錢
白芍二錢　制南星一錢　姜半夏二錢　紅花一錢半
桃仁三錢　杏仁三錢　陈皮二錢　枳实二錢
白芥子一錢半　竹瀝一匙　姜汁三滴　水煎飯后服。

2. 化痰湯（經驗方）

姜半夏二錢　胆南星一錢半　桔紅二錢　枳实二錢
茯苓四錢　竹茹四錢　海浮石四錢　白朮三錢
杏仁三錢　水煎服。

3. 单方　姜半夏二錢　茯苓四錢　枳实二錢　陈皮二錢　水煎服。

4. 成药　清气化痰丸，每服二錢，一日二次。

（三）气聚証

症状　少腹胀滿攻痛，痛时有块，痛止块散，或有或无，聚散无定，舌紅苔薄，脉象弦細。

治則　疏肝理气。

方　药

1. 木香順气散（《沈氏尊生》）

木香二錢	青皮二錢	陈皮二錢	甘草一錢
桂心一錢	川芎二錢	枳壳二錢	川朴二錢
烏药二錢	香附三錢	蒼术二錢	砂仁錢半

水煎服。

2. 順气湯（經驗方）

香附三錢	青皮二錢	川芎二錢	沉香曲二錢
烏药二錢	木香二錢	枳实二錢	川朴二錢
白术三錢	广玉金二錢	水煎服。	

3. 单方

（1）川朴二錢，台烏药二錢，水煎服。

（2）枳实二錢，白术三錢，水煎服。

4. 成药

（1）木香順气丸，每服一丸，一日二次。

（2）十香丸，每服一丸，一日1—2次。

（四）血积証

症状　痛处固定不移，按之疼刺，肌肤枯瘦，舌有瘀点，脉象細澀。

治則　活血化积，攻补兼施。根据体气强弱，先攻后补，或先补后攻，做到攻邪不伤正，扶正不助邪。

攻　法

1. 茯苓桂枝丸（《金匱要略》）

茯苓三錢　桂枝一錢半　桃仁三錢　丹皮三錢
赤芍三錢　水煎服。

2. 化瘀湯（經驗方）

桃仁三錢　紅花一錢半　当归尾三錢　桂枝一錢
五灵脂三錢　延胡索三錢　郁李仁三錢　水煎服。

补　法

1. 十全大补湯（《和剂局方》）

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　炙甘草一錢
当归三錢　川芎一錢半　赤芍三錢　熟地四錢
黄芪四錢　肉桂一錢　水煎服。

2. 益气湯（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　炙甘草一錢
当归三錢　熟地四錢　白芍三錢　淮山药四錢
黄芪四錢　陈皮二錢　水煎服。

3. 单方

（1）当归三錢　赤芍三錢　元胡三錢　水煎服。

（2）柴胡一錢半　鱉甲五錢　丹参三錢　香附三錢　水煎服。

消　渴

消渴又称三消，临床所見以多飲、多食、多尿为特征，与糖尿病相符，但和尿崩症亦相近似。在晚期病人中，可出現皮肤反复发生疮癰痈疽，或因火毒攻心而致昏迷。

病因病机　本病的病因有：

（一）恣食脂膩煎炙食物，或嗜飲无度，胃中积热、化火伤津耗液。

（二）情緒刺激，忧郁恼怒，气郁化火，灼阴燥津。

（三）房室不节，肾阴受損，津精枯竭。病因虽然不一，但主要是火热之邪，灼液伤津，津液不能分布，阴耗津涸，而成本病。

诊察要点 本病以多飲善渴，多尿，消谷善飢为主要症状。而以多飲者为上消，多食者为中消，多尿者为下消。有条件时可驗血糖与尿液，以輔助診断。

辨证施治 消渴虽有多飲、多食、多尿和肺燥、胃热、肾虛的分别，但三者互有联系，或以多飲为主，或以多食为主，或以多尿为主而病候的性质相同，根据临床表現，以津液不能上荣，肺中燥热为上消；胃火熾盛，食物随火而化为中消；肾气不足，小便頻多为下消。

（一）上消証

症状 大渴引飲，飲水特多，咽干舌燥，小便頻多，舌赤或起裂紋，脉象滑数。

治則 甘寒滋潤。

方 药

1. 人参石膏湯（《伤寒論》）

石膏一两 知母三錢 粳米五錢 甘草一錢

沙参三錢 水煎服。

2. 石膏湯（經驗方）

生石膏一两 天花粉四錢 麦冬四錢 知母三錢

生地四錢 沙参三錢 元参四錢 淮山药五錢

水煎服。

3. 单方 玉蜀黍須一两 水煎服。

（二）中消証

症状 多食善飢，形体消瘦，大便坚硬，小便頻数，苔黄

燥，脉实大。

治則　养胃潤燥。

方　葯

1. 竹叶黄芪湯（驗方）

竹叶四錢　生地四錢　黄芪四錢　麦冬三錢
当归三錢　川芎二錢　甘草一錢　炒黄芩二錢
白芍三錢　沙参四錢　生石膏八錢　灯芯20根
生姜三片　水煎服。

2. 清胃湯（經驗方）

鮮石斛四錢　天花粉三錢　知母三錢　麦冬三錢
焦山梔三錢　竹叶四錢　怀山葯四錢　黄芪四錢
生地四錢　黄芩一錢半

加減法　大便秘結加大黄二錢；胃热盛加生石膏一兩。

3. 单方　大黄二錢　黄芩二錢　熟地四錢　生石膏一兩
水煎服。

（三）下消証

症状　小便頻多，或渾浊如膏脂，或尿出量多于飲入量，漸至面色灰黑，肌消肉削，耳廓焦枯，苔薄舌紅，脉象細数。

治則　滋养腎阴。

方　葯

1. 六味地黄湯（《葯証直訣》）

熟地四錢　山萸肉三錢　淮山葯四錢　丹皮三錢
茯苓三錢　泽泻三錢　水煎服。

2. 加減地黄湯（經驗方）

熟地五錢　山萸肉三錢　丹皮三錢　山葯五錢
知母三錢　茯苓四錢　泽泻三錢　麦冬三錢
水煎服。

3. 单方　猪胰子　研末，炼蜜为丸，每服三錢，一日二次。

4. 成药　六味地黄丸，每服一丸，一日二次。

癫　狂　痫

癫狂痫三种同是神志方面的疾病，但临床表现各异。精神失常，忧郁痴呆，而无暴躁行为者为癫；狂乱暴躁，喧扰不安者为狂，亦称精神分裂症。突然昏倒，吐沫抽搐，不久即行苏醒者为痫。

病因病机

（一）癫狂　癫狂的病因，主要是情志内伤，以致肝胆之气郁結，热盛化火，炼液成痰，火熾痰涌，侵蹐心包，上扰脑窍。癫病屬阴而靜，狂病屬阳而躁，但两者可以由阳入阴，由阴轉阳，相互轉化。

（二）痫病　屬于先天的是母体突受大惊，以致損伤胎元而成。由于后天者，多为情志不和，气失流暢，郁結化火，津耗为痰，气痰互結，內扰心包，外閉經絡而发。由于痰气有聚散之时，故病变发作无常。

诊察要点　癫狂同是精神失常，癫病起病較緩，无狂乱动作，狂病起病較急，狂躁不宁。痫病发作无定时，发病时突然昏倒，口吐涎沫，苏醒后仍如常人。

辨证施治

（一）癫病

症状　神情呆滯，哭笑无常，語言錯乱，秽洁不知，喜靜喜睡，睡而不安，不思飲食，舌苔薄腻，脉象弦細。

治則　清心豁痰。

方　药

1. 二阴煎（《景岳全书》）

生地三錢　元參三錢　麦冬三錢　甘草一錢
枣仁三錢　黃連一錢半　茯苓三錢　木通二錢
灯芯三分　本方可酌加白金丸錢半　水煎服。

2. 癲病方（經驗方）

法半夏二錢　陈胆星錢半　天竺黃二錢　眞珠母八錢
炙远志二錢　广郁金三錢　石菖蒲二錢　硃砂三分
（冲服）。

加減法　热盛加黃連一錢半，生地三錢；忧郁加佛手二錢；痰涎多加白金丸（成药）一錢半；大便不通加大黃二錢。

3. 单方　猪心血拌丹參四錢　水煎，用硃砂二分，冲服。

4. 成药　牛黃清心丸　每服一丸，一日 1—2 次。

（二）狂病

症状　狂躁叫喊，善怒易悲，不臥不飢，甚至脫衣露体，力大倍于平时，舌苔黃膩，脉象滑数。

治則　滌痰息狂。

方　药

1. 礞石滾痰丸（成药）三錢　生鉄落二兩煎水送服。

2. 清心化痰湯（經驗方）

黃連一錢半　黃芩二錢　淸半夏三錢　茯苓三錢
川貝母三錢　胆南星一錢半　远志二錢　石菖蒲二錢
桔紅二錢　麦冬三錢　礞石滾痰丸二錢（分吞）
硃砂三分（冲）水煎服。

（三）癇病

症状　发作时突然倒仆倒地，意識消失，双目上視，口吐涎沫，甚則四肢抽搐，口作畜声，或唇舌咬破，二便失禁，約数分钟后昏唾不省，經半小时后苏醒，醒后头痛身倦，肢体痠楚

不适，飲食如常，常反复发作，或一日数发，或数月一发。舌苔薄腻，脉象滑数。

治則　未发时理气鎮肝，发作时清火化痰。

方　药

1. 癲症未发时方（經驗方）

牡蠣八錢　石决明八錢（二味先煎）　鈎藤四錢
姜半夏二錢　桔紅二錢　柴胡一錢半　炒白芍三錢
茯苓四錢　广玉金三錢　炒枳壳二錢　麦冬二錢
水煎服。

2. 癲症发作时方

礞石滾痰丸　每服二錢，一日一次，連用一星期。

3. 单方　明矾半斤　硃砂、磁石各一两，共研細末，每服六分，第一月一日二次，第二月一日二次，第三月一日一次。

4. 成药　癲癇丸　每服二錢，一日二次。

阳　萎

阳萎一称阴萎，又称性神經衰弱症。主要为阴茎萎縮，不能勃起，或見色即泄，随之萎废，因此常并称阳萎早泄。

病因病机

（一）纵欲过度，或少年患手淫惡习，損伤腎气，以致命門火衰，精气虛寒。

（二）情志不和，心脾受損，或惊忧恐惧，損伤腎气，脾虛則宗筋不振，腎虛則阳事不举。

诊察要点　阴茎不能勃起，或起而不堅，堅而不固。

辨证施治

（一）腎阳虛衰証

症状　头晕目眩，面颜皖白，疲倦无神，腰痠腿軟，肢凉畏寒，舌苔淡白，脉象沉細。

治則　溫腎补元。

方　药

1. 金匱腎气丸（《金匱方》）見水肿。

2. 补腎湯（經驗方）

山芋肉三錢　淮山药四錢　熟地四錢　苁蓉四錢
仙茅三錢　仙灵脾四錢　枸杞子三錢　当归三錢
炒杜仲三錢　补骨脂三錢　巴戟天三錢　水煎服。

加減法　肢冷畏寒加附片二錢，肉桂一錢；腰痠痛加淮牛夕四錢，狗脊四錢；早泄加五味子一錢半，益智仁二錢；失眠加枣仁四錢。

3. 单方

1. 当归一两　牛尾一条　煮食。

2. 黄牛鞭（腎）一条　煮烂，熬膏，每服二匙，一日三次。

4. 成药

1. 金匱腎气丸，每服一丸，一日二次。

2. 金鸡虎丸，每服15粒，一日二次。

（二）心脾不足証

症状　面容萎黄，疲倦乏力，头晕少寐，食欲不振，舌苔薄腻，脉象細弱。

治則　补益心脾。

方　药

1. 归脾湯（《济生方》）

当归身三錢　党参三錢　白朮三錢　茯神四錢
炒枣仁四錢　龙眼肉四錢　黄芪四錢　远志一錢半
木香一錢　炙甘草一錢　姜二片　大枣五枚

水煎服。

2. 益气强腎汤（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　黄芪四錢　苁蓉四錢
五味子一錢半　当归三錢　仙茅三錢　仙灵脾五錢
枸杞子四錢　炒枣仁五錢　潼蒺藜三錢　茯神四錢
陈皮一錢半　水煎服。

加減法　失眠加柏子仁三錢、远志一錢半；食欲差加炒麦芽四錢；兼阳虚者加鹿茸一錢（研吞），或鹿角胶二錢（冲服）。

3. 单方　党参三錢　枸杞子四錢　苁蓉四錢　水煎服。

4. 成药

（1）归脾丸，每服一丸，一日二次。

（2）五子衍宗丸，每服三錢，一日二次。

疝　气

疝气，俗称小腸气，古称七疝，除血疝、筋疝是外科疾病以外，其他的寒疝、癫疝、水疝、狐疝、气疝五种疝气，以睾丸速及少腹疼痛为主証，不論是有形的阴囊或睾丸肿大下墜，或无形的疼痛，中医概称为疝气。

病因病机

（一）寒湿外侵　寒湿之邪，鬱郁血脉，流于肝經，肝經之脉絡于阴器而达少腹，因成疝痛。

（二）情志郁結　情志不和，肝气失于疏泄，气血不能流暢，郁結血脉，积滞成疝。

疝气的发病，除了以上两种原因以外，尚有屬于气虛下陷以及由于先天缺損所形成的。引起疝气的病因虽然不同，临証虽有五疝的分别，但肝經失調，气血郁滞，是为本病主要的

发病机理。

诊察要点

阴囊、睾丸肿大或疼痛。睾丸坚硬发冷为寒疝；阴囊肿大下垂不痛为癫疝；阴囊肿大光亮为水疝；行立时小肠坠入阴囊，卧时可以还复为狐疝；气郁胀痛睾丸下坠为气疝。

辨证施治

（一）寒疝証（包括气疝）

症状　少腹痛引睾丸，坚硬如石或下坠，阴囊发凉，舌淡苔薄，脉象弦紧。

治则　温肝散寒。

方　药

（1）暖肝煎（《景岳全书》）

肉桂一錢　小茴香一錢半 茯苓三錢　台烏药二錢
枸杞子三錢　当归三錢　沉香五分　水煎服。

（2）寒疝湯（經驗方）

制附片二錢　肉桂一錢　吳茱萸一錢　当归三錢
小茴香一錢半 生姜三片　炒川楝子三錢
台烏药二錢　香附三錢　水煎服。

3. 加減法　睾丸下坠加黄芪五錢，柴胡一錢半。

单　方

（1）荔枝核四两，小茴香一两，二药同用盐水炒，共研細末，加紅白糖拌和，每服二錢，一日三次。

（2）鸡喜蛋（未孵化出壳的小鸡）一个，小茴香一錢，共研細末，黄酒送服取汗。

4. 成药　疝气散，每服二錢，一日二次。

（二）癫疝証

症状　阴囊肿大下垂，大如覆碗，质坚而硬，經久不消，苔

薄，脉弦涩。

治則　行气消坚。

方　药

1. 桔核丸（《济生方》）

桔核二錢　昆布、海藻各三錢　桃仁三錢
海带三錢　川楝子三錢　川朴二錢　木通二錢
枳实一錢半　元胡索三錢　桂心一錢　广木香一錢半
水煎服。

2. 癩疝湯（經驗方）

昆布五錢　海藻五錢　元胡三錢　炒川楝子三錢
桔核二錢　香附三錢　青皮二錢　桃仁三錢
木通二錢　烏药二錢　水煎服。

3. 成药　济生桔核丸，每服二錢，一日二次。

（三）水疝証

症状　阴囊肿大疼痛，略呈透明，如裹水状，苔薄白或薄黄，脉濡。

治則　行水消肿。

方　药

1. 大分清飲（《儒門事亲》）

焦山梔三錢　猪苓三錢　茯苓四錢　泽泻三錢
木通二錢　枳壳二錢　車前子三錢　水煎服。

2. 水疝湯（經驗方）

炒小茴香一錢半　川楝子三錢　桂枝一錢
茯苓三錢　猪苓三錢　白术三錢　泽泻三錢
車前子四錢　木通二錢　苡米四錢　水煎服。

3. 成药　三层茴香丸，每服一錢，一日二次。

（四）狐疝証：

症状　阴囊肿大，时发时愈，遇劳则甚，行立时则出，卧后可以回收，苔薄，脉細。

治则　益气举陷。

方　药

1. 补中益气湯（《車垣十书》）

黄芪四錢　党参三錢　白朮三錢　甘草一錢
陈皮錢半　当归三錢　升麻一錢半　柴胡一錢
生姜三片　大枣三枚　水煎服。

2. 疝湯（經驗方）

黄芪四錢　党参三錢　升麻二錢　柴胡二錢
白朮三錢　炒枳壳二錢　葫蔓巴三錢　白芍三錢
炒小茴香一錢半　桔核二錢　水煎服。

3. 单方　黄芪五錢，炒小茴香二錢，水煎服。

4. 成药　补中益气丸，每服一丸，日二次。

遗　精

遗精可分为梦遗和滑精二种，有梦而遗为梦遗，无梦而遗为滑精。梦遗和滑精，都是由肾虚精关不固所引起，实际无多大区别。至于壮年偶然遗泄，一般屬于生理常态，不屬病象。

病因病机

（一）心火旺盛　思欲不遂，或用心过度，以致心火偏盛，相火妄动，精关失守。

（二）肾虚不藏　纵欲太过，肾气受伤，精关不固，精液自遗。

诊察要点　有梦或无梦，睡中不自覚地精液流失，严重者滑泄不禁，精液自流。

辨证施治

（一）心火妄动証

症状　头暈心悸，睡时多梦，耳中蝉鳴，或口苦咽干，舌紅苔薄，脉象弦細。

治則　清心安神，益阴固精。

方　药

1. 三才封髓丹（《医宗金鑒》）

天冬三錢　地黄四錢　党参三錢　黄柏一錢半
砂仁一錢半　甘草一錢　水煎服。

2. 清心湯（經驗方）

知母三錢　黄柏一錢半　熟地四錢　山药四錢
芡实四錢　蓮須三錢　茯神四錢　炒枣仁四錢
远志一錢半　麦冬三錢　水煎服。

加減法　遺精頻作者加金櫻子三錢、龙骨八錢、牡力八錢；兼有腎阴虚者加龟版五錢。

3. 单方

（1）黄柏一錢半，砂仁一錢半　水煎服。

（2）山萸肉三錢　益智仁三錢　水煎服。

（3）芡实一兩　蓮須五錢　水煎服。

4. 成药　知柏地黄丸，每服一丸，一日二次。

（二）腎虚不藏証

症状　头暈耳鳴，神倦乏力，腰痠腿軟，脉象細数。偏于阳虚者面色青白，精神萎靡，精液自流，脉象細弱。

治則　益腎固精。

方　药

1. 金鎖固精丸（《医方集解》）

沙苑蒺藜三錢　蓮須三錢　芡实四錢

龙骨五錢　牡蠣五錢　蓮肉五錢(一方无蓮須)
水煎服。

2. 补腎固精湯（經驗方）

山萸肉三錢　淮山葯四錢　菟絲子三錢　桑螵蛸三錢
金櫻子三錢　蓮須三錢　芡实四錢　龙骨八錢
牡蠣八錢　五味子一錢半　水煎服。

加減法　証見阳虛者，加服全鹿丸(成葯)，每服一丸，一日二次；証見阴虛者，加服六味地黃丸（成葯），早晚各服一丸；腰痠腿軟加炒杜仲四錢，川續斷三錢；兼气虛者，加黃芪四錢，党參三錢。

3. 单方

（1）补骨脂三錢　核桃仁三錢，共搗泥，鹽湯送服。

（2）金櫻子三錢　芡实五錢　蓮須四錢　水煎服。

4. 成葯

（1）金鎖固精丸，每服一丸，一日二次。

（2）六味地黃丸，每服一丸，早晚各一次(适用于阴虛証)。

（3）金匱腎气丸，每服一丸，早晚各服一次(适用于阳虛証)。

五　淋

小便淋瀝，欲尿不利，尿意頻数，尿道澀痛，統称淋病。由于临床表現不尽相同，故有石淋、血淋、气淋、膏淋、劳淋的分別。根据五淋的临床証状来看，它包括了泌尿系結石（腎結石、輸尿管結石、膀胱結石）、肿瘤、腎結核或感染，前列腺炎、乳糜尿等疾病。

病因病机 淋病虽有五淋之别，但是都属肾与膀胱或尿道疾病，发病原因主要为外受湿热毒邪，或酒食滋腻，湿热蕴结不化，或房劳过度，肾阴亏耗，阴虚内热化火。病因虽有不同，但均为积热蕴郁下焦，所以小便淋漓作痛。本病初起，多属实热証，但病久亦可轉为虛寒証。

诊察要点 小便淋漓不暢，尿道涩痛，尿中夹有砂石为石淋，尿中有血为血淋，少腹胀墜疼痛为气淋，小便滋腻如膏为膏淋，過劳即发为劳淋。

辨证施治

（一）石淋

症状 少腹胀痛，小便艰窘，砂石小的如砂粒，大如石块，不易排出，如堵塞尿道則疼痛剧烈，痛連腹胁，如砂石尿出則痛即緩解，舌紅苔薄，脉象細数。

治則 清热化积。

方 药

1. 石葦散（《和剂局方》）

石葦三錢　王不留行三錢　赤芍药三錢
白朮三錢　滑石四錢　冬葵子三錢　瞿麦三錢
木通二錢　当归三錢　甘草一錢　水煎服。

2. 排石湯（經驗方）

大金錢草一兩　瞿麦三錢　海金砂三錢
琥珀錢半（分吞）　木通二錢　冬葵子三錢
石葦三錢　滑石四錢　水煎服。

加減法 小便尿血加小蓟炭四錢，炒蒲黄三錢；湿热盛加焦山梔三錢，猪苓三錢。

3. 单方

（1）海金砂六錢（研末），用金錢草二兩、甘草梢二錢，煎湯

送下，每日分三次服。

（2）金錢草一至二两，水煎頻服。

（3）冬葵子一两 水煎服。

（4）鸡內金、芒硝各六錢，共研細末，每服二錢，一日二次，开水冲服。

（二）血淋

症状 小便澀痛，淋瀝不尽，尿中有紅紫色血液，甚至尿后继血，舌紅，脉象細数。

治則 清热止血。

方 葯

1. 小薊飲子（《丹溪心法》）

小薊炭四錢 蒲黃炭三錢 生地四錢 滑石四錢
通草一錢半 焦山梔三錢 甘草一錢 当归三錢
竹叶四錢 藕节炭五錢 水煎服。

2. 二薊止血湯（經驗方）

大小薊炭各四錢 生地四錢 丹皮三錢
滑石四錢 焦山梔三錢 竹叶四錢 木通二錢
甘草梢一錢 水煎服。

加減法 尿血多者加藕节炭八錢、蒲黃炭三錢；小便不利加車前子三錢；阴虛加清阿胶四錢（冲）、女貞子四錢。

3. 单方

（1）小薊五錢 蒲黃炭三錢 車前草三錢 水煎服。

（2）大小薊各五錢 白茅根一两 水煎服。

（3）大麦杆烧炭一两 烏梅三錢 水煎服。

（三）气淋

症状 少腹坚滿而痛，小便余瀝不尽，尿时澀滯不利，此屬气滯不通。

治则　理气通淋。

方　药

1. 沉香散(《类証治裁》)

沉香八分　石韋二錢　滑石四錢　当归三錢
瞿麦三錢　赤芍三錢　冬葵子三錢　白朮三錢
甘草一錢　王不留行三錢　大麦五錢
水煎服。

2. 瞿麦通淋湯 (經驗方)

瞿麦三錢　石韋三錢　滑石四錢　冬葵子三錢
沉香八分　車前子三錢　泽泻三錢　广木香一錢半
水煎服。

加減法　小便黃赤加焦山枝三錢、竹叶四錢。

3. 单方　沉香三分(磨汁冲)車前草一两　水煎服。

(四) 膏淋

症状　溺时尿道不舒，或有疼痛，小便脂膩如膏，久則成涕状。

治則　初起宜清利化浊，病久宜益腎固精。

方　药

1. 萆薢分清飲(《类証治裁》)

川萆薢四錢　益智仁二錢　石菖蒲錢半　台烏药一錢半
茯苓四錢　甘草梢一錢　加食盐水煎服(适应于初起)。

加減法　小便不利澀痛加滑石四錢、木通一錢；湿热盛加焦山枝三錢。

2. 菟絲子丸(《沈氏尊生》)

菟絲子三錢　茯苓三錢　淮山药四錢　莲蓮肉四錢
枸杞子四錢　水煎服(适应于久病腎虛)。

加減法　本方可加蓮須四錢、芡实五錢，肉苁蓉四錢，五味

子一錢半。

3. 单方

（1）川萆薢四錢　淮山药五錢　水煎服（适用于膏淋初起）。

（2）莲子五錢　芡实五錢　菟絲子三錢　水煎服（适用于膏淋久病）。

4. 成药

（1）六味地黄丸，每次一丸，一日二次。

（2）固精丸，每次一丸，一日二次。

（五）劳淋

症状　小便淋瀝，滴瀝不絕，过劳則发；如兼少腹胀而墜者是脾气虛弱；兼腿痠腰困者是肾气亏損。

治疗　脾虛宜益气健脾，肾虛宜益肾补阳。

方　药

1. 补中益气湯（《东垣十书》）（見痂气）（适应于脾虛）。

加減法　本方可加車前子三錢、泽泻三錢。

2. 六味地黄丸（《药証直訣》）（适应于肾虛）。

山萸肉三錢　熟地四錢　淮山药四錢　丹皮三錢

茯苓四錢　泽泻三錢　水煎服。

加減法　肾阳虛加附片二錢、肉桂八分；心肾两亏加麦冬三錢、五味子一錢半。

3. 单方

（1）黄芪五錢　升麻二錢　車前子三錢　水煎服。

（2）淮山药五錢　苁蓉四錢　五味子一錢　水煎服。

4. 成药

（1）补中益气丸，每服一丸，一日二次。

（2）金匱肾气丸，每服一丸，一日二次。

癃　闭

小便淋漓，点滴而出为癃；小便不通，点滴不出为闭。临床常以小便不通，统称癃闭。本病包括尿潴留症。也可在多种疾病过程中出現，如慢性腎炎，肝硬化晚期，以及妊娠轉胞等。由于湿毒蘊結，膀胱气化不利，尿毒冲心，易生剧变。本节只就屬于膀胱本脏病变引起的小便不通，加以討論。

病因病机

（一）湿热蘊結　水湿之邪，蘊結膀胱，三焦气化不能运行。

（二）腎气虚衰　腎气內虚，阳虚不能化水；膀胱气化不利，三焦决渎无权。

诊察要点　突然小便不通，甚則点滴不下，或淋漓黃赤，少腹胀痛；或尿意頻作，欲溺不出。

辨证施治

（一）湿热蘊結

症状　小便点滴，或閉塞不通，大便秘結，煩躁不安，少腹胀滿而痛，舌苔黃腻，脉象滑数。

治則　清利湿热。

方　劑

1. 八正散（《和剂局方》）

大黃二錢　木通二錢　瞿麦三錢　扁蓄三錢
滑石四錢　車前子三錢　梔子三錢　甘草梢一錢
灯芯五分　水煎服。

2. 清化湯（經驗方）

瞿麦三錢　焦山梔三錢　扁蓄三錢　車前子三錢

茯苓四錢　　黃芩一錢半　冬葵子三錢　木香一錢半
灯芯五分　　水煎服。

加減法　肺热口干，加麦冬三錢、桑皮二錢、杏仁三錢；脾虛湿滞，去黃芩、山梔，加白朮三錢、猪苓三錢、泽泻三錢；腎經郁热去黃芩，加黃柏一錢半、知母三錢。

3. 单方

（1）蒲公英一兩　白茅根一兩　黃柏三錢　水煎服。

（2）鮮車前草二兩　煎水內服。

（3）独囊蒜头一个，梔子三个，食盐少許，搗烂摊紙貼臍，不久即通；如无效，涂阴囊部。

4. 成药　滋腎丸，每服一丸，一日二次。

（二）腎气虛衰証

症状　小便淋瀝不爽，面色皖白，神疲气弱，畏寒便溏，脉象沉細，証屬阳虛不能化气。如午后潮热口干，脉象細数，証屬阴虛。

治則　益腎化气。

方　药

1. 金匱腎气丸（《金匱方》）（方見水肿）。

2. 溫化湯（經驗方）

山萸肉三錢　淮山药四錢　熟地四錢　茯苓四錢
泽泻三錢　肉桂五分　附片二錢　車前子三錢
水煎服。

加減法　老年阳虛加补骨脂三錢，肉苁蓉三錢；气虛下陷去車前子、肉桂、附片，加黃芪四錢、柴胡一錢半、升麻一錢半；阴虛內热者去附片，加知母三錢、黃柏一錢半。

3. 单方

（1）桂枝二錢　茯苓四錢　水煎服。

（2）知母三錢　黃柏二錢　肉桂八分　水煎服。

（3）升麻二錢　車前草四錢　水煎服。

（4）食盐半斤　炒热熨少腹部。

（5）葱白、花椒、食盐各适量。花椒和食盐先同炒，研細末，再与葱白搗烂敷臍部。

4.成药

（1）金匱腎气丸，每服一丸，一日二次(适应于腎阳虛証)。

（2）补中益气丸，每服一丸，一日二次(适应于气虛下陷)。

痹　症

痹症，又称风寒湿痹。經絡气血为邪所閉，痹阻不通，故名痹症。临床表現以肌肤关节疼痛，肿大，重着为主要症状，包括了风湿性关节炎，类风湿性关节炎等疾病。

病因病机

（一）风寒湿痹　气血內虛，腠理不密，风寒湿三气杂至，乘虛外袭，痹阻于經絡，营卫运行不利，气血瘀滞，致成痹症。

（三）热痹　經絡积有伏热，复感外邪，风寒湿热互結；或风寒湿三气之邪，郁久化热，热盛化火，而成热痹。

痹症可发生于全身各部，但以四肢关节为多見，常因受冷遇寒，气候变化而复发。本病虽同由风寒湿三气杂至而成，但三气感受的程度有所偏重的不同，故以风盛的称为行痹，寒盛的为痛痹，湿重的为着痹，如反复发作，經久不愈，可使气血虛衰，营卫枯涩，肝腎交亏，以致肌肉、筋骨、关节萎縮变形，甚則血不奉心，而成心脏病变。

诊察要点　肌肉或关节疼痛、肿大、重着，起病緩急不一，

病位不定，但以膝、踝、肘、腕等大关节为多发。痛处游走无定为行痹，痛势剧烈，喜热恶冷为痛痹，痛处重着不移，痠麻肿胀为着痹，恶风发热，局部紅肿热痛为热痹。

辨证施治

（一）风寒湿痹証

症状　肌肤或关节疼痛，常因受寒遇冷及气候变化而复发。风盛则痛无定处，全身走窜，苔薄，脉浮；寒盛则遇冷痛剧，得热痛减，苔白、脉紧；湿盛则肿胀麻木，痠痛重着，舌苔薄腻，脉象浮緩。

治則　祛风散寒，化湿通絡。

方　药

1. 三痹湯（《张氏医通》）

熟地黃四錢	赤芍三錢	当归三錢	川芎一錢半
党参三錢	黃芪四錢	茯苓四錢	甘草一錢
防风三錢	独活一錢半	杜仲四錢	川牛膝四錢
續断三錢	桂心一錢	細辛五分	蒸艽三錢

加姜枣引，水煎服。

2. 疏风活血湯（經驗方）

独活一錢半	桂枝一錢半	威灵仙三錢	桑枝四錢
当归四錢	海风藤四錢	千年健三錢	鸡血藤四錢

加減法　风盛加防风三錢，羌活一錢半；寒盛加附片二錢，制川烏一錢，細辛五分；湿盛加蒼朮二錢，川朴二錢，苡米五錢；疼痛甚加制乳香、制沒葯各二錢，下肢疼痛加川牛膝四錢，木瓜三錢腰痛加川断、杜仲，各四錢；上肢疼痛加天仙藤四錢；筋骨不利加絡石藤、伸筋草各三錢。

3. 单方

（1）五加皮三錢，忍冬藤一兩，水煎服。

（2）威灵仙三錢，牛膝四錢，桂枝一錢半，水煎服。

（3）蒼朮三錢，独活二錢，水煎服。

（4）羌活二錢，当归三錢，桂心一錢，共研細末，每服三錢，一日二次。

4. 成药

（1）小活絡丹，每次一丸，一日二次。

（2）舒筋活絡丹，临睡前服一丸。

（3）鸡血藤片，每次4—6片，一日三次。

（二）热痹証

症状　关节紅肿灼热作痛，恶寒发热，苔黃，脉象滑数，严重者高热烦躁，口干引飲，舌苔黃糙，脉象洪数。

治則　疏风清热。

方　药

1. 桂枝石膏湯（《金匱要略》）

桂枝一錢半　生石膏一两　知母三錢　甘草一錢

粳米三錢　水煎服。

2. 热痹方（經驗方）

桂枝一錢半　知母二錢　防风三錢　赤芍三錢

桑枝四錢　忍冬藤五錢　焦山梔三錢　絲瓜絡四錢

水煎服。

加減法　热盛口渴加生石膏一两，天花粉三錢；下肢肿胀发热加黃柏二錢、蒼朮二錢、木通二錢。

3. 单方

1. 柳树枝一两，水煎服。

2. 黃柏三錢，蒼朮三錢，苡米一两，水煎服。

（三）久痹証

症状　痹症經久不愈，邪恋經絡，关节痠困疼痛，时輕时

重，气血交亏，肝肾两虚，甚则关节变形，苔薄白，脉細。

治則　益气祛风，滋补肝肾。

方　药

1. 黄芪桂枝五物湯（《金匱要略》）

黄芪四錢　桂枝一錢半　赤芍三錢　生姜二錢

大枣五枚　水煎服。

2. 养血疏风湯（經驗方）

黄芪四錢　桂枝一錢半　防风三錢　当归三錢

赤芍三錢　川芎一錢半　杜仲三錢　川續断四錢

防己三錢　熟地四錢　鸡血藤四錢　水煎服。

加減法　痰滞經絡加制南星一錢半，白芥子二錢；血瘀不化加紅花一錢半，丹参四錢；风邪滞絡不去加穿山甲二錢，烏梢蛇三錢。

3. 单方

（1）川牛膝三錢，桑枝五錢，水煎服。

（2）黄芪四錢，桂枝二錢，当归三錢，赤芍三錢，水煎服。

4. 成药

（1）小活絡丹，每服一丸，一日二次。

（2）大活絡丸，每服一丸，一日二次。

大叶性肺炎

中医文献中虽无大叶性肺炎病名，但根据本病的临床特征应屬溫病（冬溫、风溫）范疇。

病因病机

（一）风溫袭表　素体虚弱，或患外感后，卫气不固，风溫外邪乘虛而入，首犯于肺。

（二）肺热郁閉　表邪入里，里热壅盛，壅迫于肺，肺气郁阻不宣。

诊察要点（参考內科部分60頁）

辨证施治

（一）风溫袭表

症状　发热畏寒，头痛，咳嗽，咯痰黃色，漸成褐色，胸痛，口微渴，苔薄，脉象浮数。

治則　疏表清肺。

方　葯

1. 加減銀翹湯（經驗方）

銀花六錢　連翹四錢　薄荷二錢　蘆根一兩

前胡二錢　冬瓜仁四錢　黃芩三錢　杏仁三錢

水煎服。

加減法：咯痰黃稠，加苡仁四錢、魚腥草五錢、桔梗二錢；头身皆痛，加荆芥三錢、菊花三錢；胸痛加桃仁二錢、絲瓜絡二錢。

2. 单方

（1）銀花五錢、黃芩三錢、冬瓜仁五錢，水煎服。

（2）魚腥草六錢、桔梗三錢，水煎服。

3. 成葯：銀翹解毒丸、或清肺抑火丸，每服一丸，一日二次。

（二）肺热郁閉

症状　高热汗出，咳嗽气急，口渴喜飲，大便干燥，苔黃脉数。

治則　宣肺清热。

方　葯

1. 加味麻杏石甘湯（經驗方）

炙麻黃二錢　杏仁三錢　生石膏一兩　生甘草二錢

黄芩三錢　　浙貝母三錢　冬瓜仁四錢　魚腥草一兩

水煎服。

加減法：咳甚加馬兜鈴三錢、炙枇杷叶三錢；口渴甚，加蔗根一兩、花粉三錢。

2. 石膏清气湯（經驗方）　适用于高热汗出，煩渴，脉洪大之重証。

生石膏一兩　知母五錢　　生甘草二錢　白粳米一把

黄芩三錢　水煎服。

加減法：年老体弱，加孩儿参三錢；口渴煩躁，加竹叶二錢、麦冬三錢、石斛三錢。

肺　气　肿

与祖国医学中的肺胀、上气相似。

病因病机　本病由多种的肺部疾患如久咳，肺痨，肺癰，百日咳，哮喘等，經久不愈，都可能轉化成肺气肿。

（一）外感风寒　肺失宣散，痰阻肺竅，呼吸不暢，气急短促，日漸加重，致成本病。

（二）飲食不节　素嗜咸酸肥甘，火热上乘，肺受热伤。或飲冷伤脾、脾湿不化，水停心下，痰阻于胸所致。

（三）肺腎两虚　子母同病，腎虚不能納气以归根，故喘。肺虚則肃降失职而咳嗽气急。病久由微至着，累及心阳而肺胀，上气之症成，进而轉成肺原性心脏病。

诊察要点（参考內科部分 121 頁）

辨证施治

一、风寒外束証

症状　咳而上气，煩躁而喘，心下有水气，喜暖恶冷，吐痰

清稀，脉浮；舌苔薄白。

治則　溫肺散寒。

方　藥

1. 加味麻桂湯（张仲景方）

麻黄二錢　桂枝三錢　芍药三錢　甘草三錢

干姜三錢　細辛一錢　五味子三錢　清半夏三錢

生石膏二錢　以水先煮麻黄，去上沫，加諸药再煎服。

2. 加味麻杏石甘湯（經驗方）

麻黄一錢　桂枝三錢　白芍三錢　甘草二錢

干姜二錢　細辛一錢　川朴三錢　五味子三錢

清半夏三錢　生石膏二錢　茯苓五錢　杏仁二錢

陈皮三錢　以水先煮麻黄，去上沫，加諸药再煎服。

3. 单方：

（1）麻黄一錢　杏仁二錢　苏子三錢　橘紅三錢

以水先煮麻黄，去上沫，加諸药再煎服。

（2）川朴花三錢　杏仁二錢　橘紅三錢　冰糖一两。水煎服。

（二）肺腎两虛証

症状　呼吸短促，气急而喘，納气不能归根，声音低怯，面黑，自汗，腰膝冷痛，脉虛弱，舌苔白膩。重証則出現肩息，口唇发紺，面目四肢浮肿，呼吸不能接續，汗出如珠，搖身擷肚，喘息不休，不能行走，手足厥逆。脉象两尺虛弱，或脉浮大，舌苔厚。

治則　培元补肺，溫腎納气。

方　藥

1. 党参蛤蚧湯（經驗方）

党参三錢　蛤蚧一对酥炙（冲），紫河車三錢研細（冲）

杏仁二錢　甘草二錢　云苓五錢　川貝母三錢
北沙參五錢　桑皮三錢　水煎冲服蛤蚧粉，紫河車粉各三錢。

2. 紅杏湯　（經驗方）

川朴花二錢　橘紅二錢　杏仁二錢　远志三錢
五味子二錢　冬麦五錢　山葯一兩　云苓五錢
枸杞子一兩　川貝母三錢　北沙參五錢　冰糖一兩（化）水煎服。

3. 单方：核桃五个（碎）　橘紅三錢　川朴花三錢
冰糖一兩（烊化）。水煎服。

4. 成葯

（1）桂附八味丸。（2）黑錫丹，每服一丸，一日二次。

矽　肺

矽肺是在生产过程中，长期吸入矽尘而引起呼吸器病变的严重职业病。祖国医学虽然无矽肺这个病名，但在中医文献中，則有記載，如宋代《孔民談苑》記載："買谷山采石人，未伤肺，肺焦多死"即是本病。

病因病机　长期吸入粉尘，粉尘燥烈，燥伤津液以致肺阴不足。

诊察要点

（一）患者有长期吸入粉尘的历史。

（二）有咳嗽，气短，胸痛三大症状外，有时有心跳，胃痛、食減、嗳气、吞酸、失眠、头昏、头痛等。

（三）有条件时可用X錢协助診断。

辨证施治

（一）燥火伤阴

症状　胸痛如钻刺，发热气促，咳嗽少痰，时而痰中带血，苔薄舌紅，脉象細数。

治則　养阴补肺，軟坚散結。

方　药

矽肺1方（經驗方）

北沙參三錢　麦冬三錢　玉竹三錢　昆布五錢

海藻五錢　夏枯草三錢　山慈菇一錢半　海浮石四錢

水煎服。

加減法　咳嗽甚加杏仁三錢　桔紅三錢　川貝母三錢；胸痛胸悶加瓜蔞仁四錢　薤白四錢　郁金三錢

（二）虛中挟实　症状：咳嗽、痰多粘稠、胸悶而痛，气短，舌紅、苔白腻或黃腻，脉象滑数。

治則　止咳化痰，寬胸降气。

方　药

矽肺2方（經驗方）

杏仁三錢　冬瓜子五錢　郁金三錢　川貝母三錢

海蛤粉四錢　桔梗一錢半　枇杷叶三錢　瓜蔞皮三錢

黃芩三錢　山梔二錢　水煎服。

（三）阴阳俱虛

症状　咳嗽，气短，胸腹郁悶，食欲不振，脉緩无力，舌质淡紅，舌苔白薄。

治則　益气养阴，健脾和中。

方　药

矽肺3方（經驗方）

黃芪四錢　党参四錢　北沙参四錢　炒枳壳一錢半

厚朴二錢　姜半夏二錢　水煎服。

溃 疡 病

似属于祖国医学所述之胃脘痛，肝胃气痛，胃脘痛等一类疾病之中。当辨其虚实，审其寒热以及新发或旧病而論治。

病因病机

（一）外感六淫　以受寒为多；若胃阳不足，阴寒凝結，則积冷而痛。若湿热偏重，热聚胃口，易成腐痛。

（二）七情内伤　或忧思伤脾，脾失健运。或暴怒伤肝，以致肝气郁結不达，肝失疏泄；所以本病多由情志抑郁，七情之火过极而致。

（三）飲食不节，飢飽失常；或纵恣口腹，喜食煎糖；或好飲醇酒，致热毒之气，累积于胃而成。或冷飲内伤，水谷不化，停积中脘。

诊察要点

（一）虛寒性者　症現神气怯弱，面色蒼白，四肢逆冷，喜按，喜热飲；舌苔白潤，脉象沉細虛弱。小腹墜胀，痛势綿綿，飯后二、三小时則作痛；便黑粪，甚或呕血。

（二）湿热性者　症現气壯，面紅，痛处拒按，喜冷飲，口苦干，性情急躁，心煩易怒；舌燥苔黃，脉象滑数。痛势紧剧，大便秘結，色黑，甚或胁痛呕逆。

另外：挟食者，嗳腐吞酸，恶心厌食。气滞者，痛如針刺，时太息。血瘀者，鈍痛不移，或有积块。

辨证施治

（一）虛寒胃痛証

症状　神气怯弱，面色蒼白，胃脘隐痛，納差，便溏，四肢逆冷，喜按，喜热飲；或小腹墜賬（伴有胃下垂）胃痛多在飯

后二、三小时之间；或大便黑褐色，状如柏油。急剧者则呕血。舌苔白润，脉象沉细虚弱。

治则　调胃疏肝，培土理气。

方　药

1. 香砂六君子汤　（《医方集解》）

党参三錢　白朮三錢　云苓五錢　炙草二錢
清半夏三錢　陈皮二錢　广木香一錢　砂仁二錢
水煎服。

2. 加味香砂六君子汤　（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　云苓五錢　炙草二錢
清半夏二錢　陈皮二錢　广木香一錢　砂仁二錢
白芍五錢　海螵蛸五錢　煅瓦楞五錢　元胡三錢
水煎服。

加減法：若伴有胃下垂者，加黄芪五錢　炒贝壳三錢
升麻二錢；若呕血或黑便者，加三七粉一錢（另冲），阿胶五錢（烊化）。

3. 单　方

（1）金鈴子三錢　元胡三錢　陈皮二錢　甘草三錢
水煎服。

（2）甘草流浸膏，每服一小匙，一日二次。

4. 成药　（1）香砂六君子丸，每服一丸，日服二次。
（2）烏贝散，每服一錢，日服三次。

（二）湿热胃痛症

症状　面紅目赤，胃痛拒按，吞酸，嘈杂，喜冷飲，口苦舌干，性情急躁，心煩易怒，形体壯实，痛势緊剧，大便秘結，色黑，甚或胁痛呕逆。舌燥苔黄，脉象滑数，或弦数。挾食則噯腐厌食；气滞者，痛如針刺；血瘀者，鈍痛不移，或有积块。

治則　疏肝解郁，清热和胃。

方　药

1. 金鈴子散加味　（《保命集》）

金鈴子三錢　元胡三錢　柴胡三錢　白芍三錢

水煎服。

2. 加味烏貝散　（經驗方）

当归五錢　白芍五錢　元胡三錢　甘草二錢

海蛸五錢　象貝母三錢　麦冬五錢　煅瓦楞五錢

陈皮二錢　柏子仁五錢　水煎服。

3. 单　方

(1) 金鈴子三錢　元胡三錢　白芍三錢　胆草二錢

水煎服。

(2) 元胡三錢　甘松三錢　白芍三錢　柴胡三錢

水煎服。

(3) 吳茱萸一錢　黄連二錢　水煎服。

4. 成　药

（1）舒肝丸，每服一丸，日服二次。

（2）左金丸，每服一丸，日服二次。

（3）有食滯者可用保和丸，每服一丸，日服二次。

（4）烏貝散，每服一錢，日服二次。

（5）云南白药，每服五分，日服二次。

闌　尾　炎

是屬于祖国医学記載之“腸痈”范畴之內的一种常見疾病。但中医所称之腸痈，就其分类来看，有大腸痈，小腸痈，腸內生痈，和腸外生痈之别。所以腸痈不仅是局限于闌尾炎一

症，而应是包括腸部諸痈之总名称。

病因病机

一、由于內伤，暴飲暴食，不知节制，以致腸內病塞不通，运化受阻，致血气凝結，郁而为热，引发本病。

二、寒溫不調，邪气所凑，入侵腸胃，郁热成痈。

三、喜怒无度、气滯食积、粪块凝結、郁积于腸內，日久化热，亦能成痈。

四、劳倦过度或跌扑損伤，以致气滯血凝，郁留日久而成痈。

诊察要点（参考外科部分679頁）

辨证施治

（一）腸肿未成期症状：右下腹疼痛，按之即痛，右下肢用力时也覚小腹疼痛；并伴有发热发冷，恶心呕吐，自汗，全身不适，胃口不开，倦怠无力。脉象迟紧或数，舌苔白腻。

治則　清热解郁，活血行气。

方　药

1. 大黃牡丹皮湯　（《金匱要略方》）

大黃三錢　牡丹皮三錢　芒硝三錢（另烊）　桃仁三錢

冬瓜仁五錢　上四味水煎成后濾渣再加上芒硝煎沸后服用。

加減法　可加銀花一兩　連翹五錢　炒只壳二錢

当归五錢　甘草二錢　效更佳。

2. 清腸飲　（《辨証奇聞》）

銀花三兩　当归二兩　生地榆一兩　麦冬一兩

元参一兩　黃芩三錢　薏米五錢　甘草三錢

丹皮三錢　水煎服。

加減法　若小便不利，舌苔白腻者加茯苓三錢　連翹五錢；

若大便干燥者加桃仁三錢　花粉五錢。或加瓜蔞仁五錢。

3. 青皮湯　（經驗方）

青皮二錢　陈皮二錢　連翹八錢　炒只壳三錢
乳香三錢　銀花一兩　蒲公英三錢　甘草二錢
花粉五錢　麦冬五錢　当归五錢　川楝子三錢
薏米五錢　粉丹皮三錢　水煎服。

4. 单方　（1）銀花三兩　連翹八錢　当归一兩
花粉五錢　水煎服。（2）銀花二兩　蒲公英一兩
桃仁三錢　瓜蔞仁三錢　水煎服。

（二）脓肿已成期症状

其身肌肤甲錯，腹皮肌肉紧急，少腹肿胀痞滿，按之压痛，脉象洪数或滑数。舌苔黃腻或黃燥。甚則大便时时下脓血，或脓自臍中穿溃而出。或肚臍高突，腹痛胀滿不食。

治則　溫化排脓，不可攻下。

方　劑

1. 薏米附子敗醬散方　（《金匱要略方》）

薏苡仁一兩　附子一錢　敗醬一兩。上三味共为細粉，水煎服。

2. 加味薏苡黃芪敗醬湯（經驗方）

薏米八錢　黃芪五錢　敗醬一兩　銀花八錢
連翹五錢　当归三錢　桔梗二錢　甘草一錢
水煎服。

3. 单方　薏米八錢　黃芪三錢　敗醬草一兩　水煎服。

胆道蛔虫症

蛔虫病是一种最常見的寄生虫病。蛔虫多因胃寒由腸道

上入胆管而引起一系列的急性症状，叫做胆道蛔虫症。祖国医学远在古代就已有記載，当屬于"蛔厥"范畴之內。

病因病机

（一）飲食不洁，貪食生菜瓜果油膩肥甘之物。

（二）多为胆寒，蛔上入膈，鉆进胆管而致病。

诊察要点

（一）在右上腹部剑突下有压痛，腹壁柔軟，但压痛不如发作时的絞痛剧烈。

（二）本病发作猛急，如鉆釘样的剧痛，較胆結石的絞痛更为猛烈。但发作有休止。常伴有恶心，呕吐，或吐涎沫，或吐蛔虫。

（三）若胆道被蛔虫堵塞或发炎时，就有发热，黃疸等症状。

辨证施治

（一）胃寒証

症状　面黃肌瘦，食欲不振，吐涎沫，得食而呕；靜而复自煩，大便时溏，睡眠不安，发作时右上腹絞痛不可忍；恶心，呕吐，或吐蛔虫，但发有休止。脉象沉紧，舌苔白膩。

治則　溫胃安蛔。

方　葯

1. 烏梅丸(张仲景方)改作湯剂

制烏梅五錢　党参三錢　当归三錢　桂枝三錢
炮附子三錢　干姜三錢　細辛一錢　川椒一錢(炒)
黃連三錢　黃柏三錢　水煎服。

加減法　如痛重而又无大热象者可加重附子，細辛，川椒，干姜的用量；如热象重者可加重黃連，黃柏的用量。

2. 胆道驅虫湯　(經驗方)

槟榔一两　使君子肉五錢　苦楝皮五錢　炒只壳三錢
广木香二錢　細辛二錢　黄柏三錢　水煎服。

加減法　如痛甚者加金鈴子三錢　生白芍二錢；如脘腹胀滿者加川朴二錢　陈皮三錢。

3.单方　烏梅五錢　干姜二錢　甘草二錢　黄柏二錢　水煎服。

4.成葯　烏梅丸，每服一丸，日服二次。

（二）湿热症

症状　面紅体胖，納食正常，大便秘結，小便短赤，心煩喜呕，或吐涎沫，右上腹部突发剧烈的絞痛；并伴有恶心，呕吐，发热，或吐蛔虫，口干口苦；若湿热甚或胆管被阻塞时，則出現黄疸。脉象滑数，或洪大，舌苔黄腻。

治則　清热利胆，安蛔驅虫。

方　葯

1.柴胡烏梅湯　（經驗方）

烏梅五錢　柴胡三錢　白芍五錢　炒只壳三錢
黄連二錢　黄柏三錢　細辛一錢　大黄二錢
銀花五錢　連翹五錢　清半夏三錢　广木香一錢
槟榔三錢　水煎服。

加減法　如有黄疸可加茵陈五錢，胆草二錢；若服葯后热輕黄退者減去大黄，茵陈，胆草，和減輕黄連，黄柏的用量，以免苦寒伤胃。若遺留有乏力、低热、納少、上腹不适胀悶，或微痛，腰背部痠痛等症状。則应加以調理。

2.单方　苦楝皮三錢　使君子仁三錢　白芍五錢
黄柏五錢　水煎服。

3.成葯　烏梅丸，每服一丸，用銀花五錢，胆草三錢　煎湯送服。

胆 囊 炎

病因病机

（一）飲食不节，积滞不化，以致损伤脾胃，脾失健运，胆腑不和。

（二）外感风湿，瘀結不散，湿热郁滞而发病。

（三）七情郁滞，情志不舒，肝失疏泄，肝胆郁热；肌热液泄，与胃中浊气相拌，郁蒸于內，以致湿热交結，气血运行受阻，瘀滞則痛。

（四）肝胆相表里，若热移于胆，則胆因而肿大，胆汁因热而运行失常，混于血內，血被热熏，故面目皮肤皆黃。

诊察要点（参考外科部分 700 頁）

辨证施治

（一）气滞証

症状　主要为右胁痛，有时突发絞痛或胀痛，并向右側肩背部放射痛，伴发寒热，納呆，噯气，恶心，呕吐等；脉象弦紧，舌苔白或微黃。

治則　舒肝理气，清热解郁。

方　药

1. 丹梔逍遙散（薛立斋方）

当归五錢	白芍五錢	柴胡三錢	云苓五錢
白朮三錢	炙草二錢	薄荷二錢	丹皮三錢
梔子三錢	水煎服。		

2. 加味丹梔逍遙散（經驗方）

当归五錢	白芍五錢	柴胡三錢	云苓五錢
白朮三錢	甘草二錢	薄荷二錢	丹皮二錢

梔子三錢　香附二錢　元胡三錢　青皮二錢
玉金三錢　炒只壳三錢　黄芩三錢　清半夏三錢
水煎服。

3.单　方

（1）川楝子三錢　元胡三錢　广木香二錢　柴胡三錢　水煎服。

（2）銀花五錢　胆草二錢　柴胡二錢　白芍三錢　水煎服。

4.成　药

（1）逍遙丸，每服一丸，日服二次。

（2）舒肝丸，每服一丸，日服二次。

（二）实热証

症状　主要为右胁痛，寒热往来、口渴、口苦，脘腹痞滿，絞痛拒按，心煩、呕恶、头暈，目赤、耳鳴；甚或譫語，昏迷或热厥，大便秘結，小溲短赤；舌质紅，苔黃燥，脉象多弦数。

治則　清热泻火，疏肝利胆。

方　药

1.大柴胡湯（张仲景方）

柴胡三錢　黄芩三錢　芍药三錢　清半夏三錢
生姜一錢　枳实二錢　大枣三枚　大黄二錢
水煎服。

加減法　若譫語，昏迷或热厥者，去生姜、紅枣，加銀花一两　連翹五錢　胆草三錢　梔子三錢　黄連三錢。

2.加味龙胆泻肝湯（經驗方）

龙胆草三錢　黄芩二錢　梔子三錢　泽泻二錢
木通二錢　車前子三錢（包）　当归五錢
生地黄五錢　柴胡三錢　甘草二錢　生白芍五錢
清半夏三錢　炒只壳三錢　大黄二錢　銀花一两

連翹五錢　水煎服。

加減法　若伴发黃疸者，加茵陈八錢，玉金三錢；痛甚者加元胡三錢。

3. 单方　黃柏三錢、銀花一兩、玉金三錢、生白芍五錢　水煎服。

4. 成藥　龙胆泻肝丸，每服一丸，日服二次。

（三）湿热証

症状　胁痛或胀痛，寒热往来，热后汗出，腹滿痞悶，不思食。湿热熏蒸，面目肌肤則发黃，其黃色鮮明如桔子色。身倦无力，口渴不欲飲，心煩喜呕，头重目眩，皮肤搔痒，大便秘結，小便黃浊或赤。脉象多弦滑或滑数。舌质尖紅，苔黃膩。

治則　清热利湿，疏肝醒脾。

方　藥

1. 茵陈蒿湯（《金匱要略》）

茵陈八錢　梔子三錢　大黃二錢　水煎服。

2. 加味茵陈四苓湯（經驗方）

茵陈八錢　玉金三錢　黃柏二錢　焦梔子三錢
云苓五錢　白朮三錢　泽泻三錢　猪苓二錢
炒只壳二錢　青皮二錢　陈皮二錢　山奇三錢
神曲三錢　內金二錢　生白芍五錢　胆草二錢
柴胡二錢　銀花五錢　水煎服。

加減法　痛甚者加元胡三錢；大便秘結者，加大黃二錢

3. 加味大柴胡湯（經驗方）

柴胡三錢　黃芩三錢　清半夏三錢　生白芍三錢
生大黃二錢　茵陈五錢　焦山梔三錢　川黃連二錢
黃柏二錢　川楝子三錢　金錢草五錢　水煎服。

加減法　高热者，加銀花五錢、連翹三錢；有胃病史者加砂

蒲三錢；黄疸消失后去大黄；痛甚者加元胡三錢；胸悶者加玉金三錢、制川朴一錢、小青皮二錢；納呆加炒只壳二錢、內金二錢；小便短赤者加猪苓三錢、車前子三錢(包)；泄泻加白朮三錢、广木香一錢；少寐者加柏子仁五錢、炒枣仁五錢，夜交藤三錢。

4. 单方　茵陈蒿五錢　柴胡三錢　胆草二錢
生大黄二錢　水煎服。

5. 成药　龙胆泻肝丸，每服一丸，日服二次。

(四) 肝郁脾虚証(即慢性胆囊炎)

症状　右胁隐痛，厌食油腻，納差，嗳气，早晨恶心，脘腹胀滿，肩背痠痛，身倦无力，若偶食油腻及鸡蛋后即疼痛加剧；若伴有胆石，則常有絞痛发作；或由于胆石堵塞胆管而引发黄疸，轉为急性发作。一般慢性期脉象多为弦細，或細弱。舌苔薄白或白腻。

治則　疏肝利胆，健脾消滯。

方　药

1. 逍遙散(《局方》)
当归三錢　白芍三錢　柴胡三錢　云苓五錢
白朮三錢　甘草二錢　生姜二錢　薄荷二錢　水煎服。

2. 加味六君子湯(經驗方)
党参三錢　云苓五錢　白朮三錢　炙草二錢
陈皮二錢　菖蒲三錢　山查三錢　山药五錢
神曲三錢　麦芽三錢　生白芍五錢　当归五錢
炒只壳三錢　柴胡二錢　香附二錢　玉金二錢
元胡三錢　佛手三錢　水煎服。

加減法　若少寐加柏子仁五錢，炒枣仁五錢；口干便秘者加麦冬五錢；伴有胆石者加金錢草一兩、內金三錢、广木香一錢，

去佛手；若伴有黄疸加茵陈八錢，梔子三錢，生大黄二錢

3.单　方

党参三錢　　白朮三錢　　云苓五錢　　柴胡三錢

陈皮二錢　　水煎服。

4.成　药

（1）左金丸，每服一丸，一日服二次。

（2）舒肝丸，每服一丸，一日服二次。

胆　石　病

与中医文献記載中的"肝胀"，"胆胀"、"胁痛"，"黄疸"等症相类似。概屬于肝、胆、脾、胃四經疾病范圍之內。

病因病机

（一）本病多由于七情郁結，肝气郁滯，疏泄失常，性不条达，則横逆而犯胃。

（二）飲食不节，恣食油膩厚味、炙煿醇酒，則湿热蘊积，肝火上逆，或肝邪侮脾。

诊察要点（参考外科部分700頁）

辨证施治

（一）肝气郁結証

症状　右上腹部或心窩部突发性的剧烈絞痛，常有放射性的肩背痠痛，恶心，呕吐，納差，噯气口苦，头暈，心煩，小便淡黄，大便或溏或秘。常多反复发作，但无黄疸，寒热往来等症。舌苔薄白，脉弦，或弦細。一般发作时間短暫，发后如常。

治則　疏肝理气，健脾和胃。

方药：1.加味丹梔逍遙散（經驗方）

当归五錢　白芍三錢　柴胡三錢　云苓五錢
白朮三錢　甘草二錢　薄荷二錢　丹皮二錢
焦山梔二錢　香附三錢　元胡三錢　炒只壳三錢
玉金三錢　水煎服。

加減法　若胃脘滿悶，胃痛納少者，加青陈皮各二錢，砂仁二錢；若呕吐者加清半夏三錢，竹茹三錢；若便溏者去焦山梔。

2. 加味六君子湯(經驗方)

党参三錢　白朮三錢　云苓五錢　炙草二錢
陈皮三錢　葛藤三錢　山查三錢　神曲三錢
麦芽三錢　柏子仁五錢　白芍五錢　当归五錢
炒只壳三錢　柴胡三錢　香附三錢　玉金三錢
佛手三錢　元胡三錢　金錢草一兩　水煎服。

3. 单　方

（1）金錢草一兩　广玉金三錢　水煎服。

（2）金錢草一兩　生白芍五錢　水煎服。

4. 成　药

（1）丹梔逍遙丸，每服一丸，一日二次。

（2）左金丸，每服一丸，一日二次。

（二）湿热蘊积証

症状　右上腹部或心窝部突发性的剧烈絞痛，常有放射性的肩背疼痛，胸痞拒按，恶心，呕吐，納差，口干苦，腹滿，小便赤涩，大便燥結；或发黃疸，或有寒热往来，皮肤搔痒等。舌苔薄黃或黃腻。脉象弦数，或弦滑。一般呈急性发作。

治則　清热利湿，舒肝和胃。

方药

1. 茵陈四苓湯加味(經驗方)

茵陈六錢　玉金三錢　黄柏二錢　焦山梔三錢
云苓五錢　白朮三錢　泽泻三錢　猪苓三錢
炒只壳三錢　青陈皮各二錢　山查三錢　神曲二錢
內金三錢　胆草二錢　柴胡三錢　銀花五錢
白芍三錢　元胡三錢　水煎服。

加減法　发热恶寒已去，黄疸已退者，应減去銀花、胆草、茵陈、黄柏，加金錢草一两；若少腹胀滿疼痛者，加广木香一錢，川楝子三錢，砂仁二錢；若呕吐不止者，加清半夏三錢，竹茹三錢；若大便秘結，舌苔黄燥者，加大黄二錢，瓜蔞仁五錢。

2. 单　方

（1）金錢草一两，茵陈六錢，龙胆草三錢　水煎服。

（2）金錢草一錢，黄柏三錢，广玉金三錢　水煎服。

（3）金錢草一两，左金丸二錢（吞）龙胆草三錢　水煎送服左金丸。

（4）左金丸二錢（吞）龙胆草三錢，元明粉二錢　水煎送服左金丸。

3. 成　药

（1）龙胆泻肝丸，每服一丸，一日服二次。

（2）丹梔逍遙丸，每服一丸，一日服二次。

（3）左金丸，每服一丸，一日服二次。

肠　梗　阻

在祖国医学中，很早就有类似肠梗阻的記載，与肠結滯頗相符合。

病因病机　六腑为"传化之府"，其功能是"泻而不藏"。以通降下行为順，以滯塞上逆为病，一旦出現了通降失常，不論

何因，都以"痛而閉"为其主要病象。以气、血、寒、热、湿、食、虫的病因来辨証。

（一）如腸內有大量蛔虫，相互扭結，阻塞腸道的暢通而致本病。

（二）飲食不节，暴飲暴食，壅滞腸內，郁久化热，湿热蘊結，传化失常，腑气不通，致上下气机痹阻而发本病。

（三）跌扑損伤；瘀血凝滞，气机受阻；或腸道扭結，通降失常，上逆为病。

（四）或由寒疝、痞块、癥瘕，积聚等而引起者，临床上亦常有之。

诊察要点（参考外科部分688頁）

辨证施治

（一）蛔虫扭結証

症状　表情痛苦，腹部脹滿，腹壁紧张，疼痛拒按，呕吐，便秘，无矢气，小便黃，身微热，脉弦数，舌紅苔腻。

治則　溫里散寒，驅虫攻下。

方　药

1. 烏梅丸（改作湯剂）（仲景方）

烏梅五錢	党参三錢	当归五錢	桂枝三錢
炮附子二錢	干姜三錢	細辛一錢	川椒一錢
黃連三錢	黃柏三錢	水煎服。	

2. 驅蛔开結湯（經驗方）

当归五錢	白芍五錢	川朴二錢	炒只实二錢
川軍二錢	瓜蔞仁五錢	萊菔子三錢	黃柏三錢
元胡三錢	川楝子三錢	烏梅五錢	檳榔三錢
青皮二錢	水煎服。		

3. 单　方

①鮮萊菔汁一碗，元明粉五錢（后下）花椒一錢，烏梅五錢水煎服。

②清油100毫升灌腸；或蓖麻油30—50毫升灌腸。

4.成藥　烏梅丸，每服一丸，一日服三次。

（二）食滯腸結証（包括单純性腸梗阻）

症狀　脘悶噯腐，腹部脹滿絞痛，呕吐，便閉，不矢气，腹痛拒按，舌苔白厚滑膩，脉象弦滑，或滑数。

治則　通里攻下，降逆止呕，佐以消导。

方　藥

1.大承气湯（《伤寒論方》）

川厚朴三錢　炒枳实三錢　生大黃五錢　芒硝五錢（后下溶化）。水煎服。

2.萊菔湯（經驗方）

炒萊菔子五錢　元明粉五錢（后下）　川朴三錢
瓜蔞仁五錢　广木香一錢　炒枳壳三錢　青皮二錢
陳皮二錢　麻仁三錢　当归五錢　水煎服。

3.单方　鮮萊菔汁壹碗，元明粉五錢（另冲），川朴三錢水煎服。

（三）气滯血瘀証（包括麻痺性腸梗阻）

症狀　腹脹难过，腹痛不剧，便秘，腸鳴音消失。脉象沉涩，或沉細。舌苔薄白。

本証最多見于腹膜炎的病人，有麻痺性腸梗阻；或腹部手术后的病人，常感术后腹部脹滿，腸蠕动无力以及新形成的腸粘連等。

治則　理气开郁，活血化瘀。

方　藥

1.丹梔逍遙散　（薛立斋方）

当归五錢　白芍五錢　柴胡三錢　云苓五錢
白术三錢　甘草三錢　薄荷二錢　丹皮三錢
梔子三錢　水煎服。

2. 当归芍药湯　（經驗方）

当归八錢　白芍八錢　柴胡二錢　川朴二錢
丹皮三錢　黃芩三錢　阿胶三錢（冲）
川黃連二錢　蒲公英六錢　沒药二錢　山查二錢
神曲二錢　麦芽二錢　檳榔二錢　炒枳壳二錢
芒硝三錢（另冲）　水煎服。

3. 单方　当归五錢　白芍五錢　川朴三錢　蒲公英五錢　水煎服。

以上三証，服上药无效时，应进行手术治疗，不要拖延时間，貽悞病人。

高　血　压

中医虽无高血压病名，但祖国医学典籍中記載之"肝腸上亢"，"肝火厥逆"，"肝风內动"，其表現之头痛，头昏、眩暈，煩躁等症状，与高血压病頗相符合。

病因病机　高血压病是由心、肝、腎三脏相互間之机能失調所引起，其中以肝，腎为主，以虛症居多。

（一）七情所伤　如肝藏血，怒則伤肝，肝主风，风火暴甚火气上炎，則肝火厥逆。"怒則气上""气之与血并走于上則为大厥，厥則暴死，气复返則生，不返則死。"

心主神明，"惊則气乱"神无所依，所以心神不宁，惊悸、怔忡，多梦紛紜。

腎为水脏。其主五液，"恐則伤腎"，又"恐則气下"，腎阴

不足，不能上承，则水不涵木，肝阳上亢。

（二）内伤虚损　起居失常，疲劳和房事过度损耗真阴，肝肾阴虚，肝阳乃亢。

（三）饮食失节　贪食肥甘醇酒、膏粱厚味，肠胃热盛，灼阴伤肝，引起肝热上冲；或体质肥胖者多易发生本病。

诊察要点

（一）肝火厥逆　症现面紅，目赤，煩躁，易怒，脑胀，眩暈，便秘等症状。脉弦，或弦硬。

（二）阴虚阳亢　症多气短易累、耳鳴、肢麻、腰痠、腰痛，夜間多尿。脉象弦細，或沉弦，有的脉显两尺无力。

（三）心气虚衰　心腎不交，而呈現心悸、怔忡，胸痹，自汗，脉細弦。

辨证施治

（一）肝火厥逆証

症状　面紅目赤，煩躁易怒，头痛脑胀，眩暈眼花，口苦舌干，便秘。舌苔黃燥，脉象弦数，或弦便。

治則　清热泻肝。

方　药

1. 龙胆泻肝湯（《顧氏医鏡》）

龙胆草二錢　柴胡二錢　泽泻三錢　車前子二錢（包）
木通二錢　生地五錢　当归五錢　梔子三錢
黃芩三錢　甘草二錢　水煎服。

2. 柴胡芩連湯（經驗方）

柴胡二錢　黃芩三錢　黃柏二錢　黃連一錢
生地五錢　白芍五錢　龙胆草二錢　当归五錢
柏子仁五錢　元参二錢　麦冬五錢　生牡蠣五錢
鈎藤二錢　桑寄生五錢　水煎服。

3. 单　方

龙胆草二錢　　青黛三錢　　黄柏二錢　　桑寄生五錢

水煎服。

4. 成　药

（1）龙胆泻肝丸，每服一丸，一日服二次。

（2）当归龙荟丸，每服一丸，一日服二次。

（二）阴虚阳亢証

症状　头昏头痛，心烦少寐，耳鳴肢麻，或舌麻，气短易累，腰痠腰痛，夜間多尿，目涩口干，手心烦热，記忆減退，头目眩晕。舌苔薄白，脉象弦細，或沉弦，有的脉显两尺无力。

治則　滋阴潛阳，平肝熄风。

方　药

1. 天麻鈎藤飲（經驗方）

天麻三錢　　鈎藤三錢　　生石决明八錢　黄芩三錢

生杜仲三錢　川牛膝三錢　桑寄生三錢　　茯神五錢

菊花三錢　　蝉衣三錢　　生地八錢　水煎服。

2. 建瓴湯加味（經驗方）

山药一兩　　生龙骨五錢　生牡蠣五錢　代赭石五錢（打）

怀牛夕五錢　生地五錢　　白芍五錢　　柏子仁五錢

鈎藤三錢　　天麻三錢　　山查三錢　　麦冬五錢

眞珠母五錢　桑寄生三錢　炒枣仁五錢　水煎服。

加減法　目涩加杭菊五錢，元参三錢；肢麻者加地龙五錢；胸痞胁痛者加茵陈五錢。

3. 单　方

（1）山药一兩　柏子仁五錢　眞珠母八錢　鈎藤三錢　水煎服。

（2）夏枯草三錢　黄芩三錢　桑椹子五錢　枸杞子五錢　水煎服。

4.成　药

（1）六味地黄丸，每服一丸，一日服二次。

（2）麦味地黄丸，每服一丸，一日服二次。

（3）杞菊地黄丸，每服一丸，一日服二次。

（4）首烏延寿丹，每服四粒，一日服三次。

（三）心气虚衰証

症状　心悸、怔忡、头晕，心煩不寐，胸痹，自汗，气短，納差、体倦，面色蒼白，或咳嗽。舌苔薄白，脉象細弦，或結代。

治則　益气养血，宁心定志。

方　药

1.人参归脾湯（《济生方》）

当归五錢　白朮三錢　党参三錢　黄芪五錢
茯苓五錢　炒枣仁五錢　远志二錢　炙草二錢
广木香一錢　龙眼肉三錢　水煎服。

2.加味六君子湯（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　云苓五錢　炙草二錢
清半夏二錢　陈皮二錢　焦查三錢　菖蒲二錢
山药五錢　五味三錢　麦冬三錢　远志三錢
枸杞子五錢　柏子仁五錢　炒枣仁五錢　北沙参三錢
川續断三錢　水煎服。

3.单　方

山茱肉五錢　山药一两　五味子三錢　水煎服。

4.成　药

（1）人参归脾丸，每服一丸，一日服二次。

（2）人参养荣丸，每服一丸，一日服二次。

风湿性心脏病

与祖国医籍中所論之心悸、怔忡相类似。

病因病机 风寒湿之邪，侵袭肌肉关节，反复发作，經久不愈，化热入里，損耗阴血，則心阴不足。心血虛耗，阳气必衰，因此，心阳不足而引起本病。久則累及肺、脾、肾三脏而合病、并病。

诊察要点（参考內科部分 112 頁）

辨证施治

（一）心阴虛証

症状 头暈、心悸、怔忡、气短、心煩、少寐、倦怠，手足心热，浮肿；妇女患者則經事超前、量多、色淡；舌苔薄白，舌尖鮮紅，脉象虛数。

治則 益气补血，养心安神。

方 劑

1. 炙甘草湯（《伤寒論》）

炙甘草三錢　生姜二錢　桂枝三錢　麦冬五錢
生地五錢　大麻仁三錢　大枣五枚　阿胶五錢（另冲）
水煎服。

2. 人参归脾湯（《济生方》）

当归五錢　白朮二錢　党参三錢　黄芪五錢
云苓五錢　炒枣仁五錢　远志二錢　炙草二錢
广木香一錢　龙眼肉三錢　水煎服。

3. 加味归脾湯（經驗方）

当归五錢　白朮二錢　党参三錢　黄芪五錢
云苓五錢　柏子仁五錢　炒枣仁五錢　远志三錢

炙甘草二錢　广木香一錢　龙眼肉三錢　山药一兩
川續断二錢　五味子三錢　枸杞子五錢　麦冬五錢
水煎服。

4.单方　人参三錢　五味子三錢　麦冬四錢　水煎服。

5.成　药

（1）归脾丸，每服一丸，一日服二次。

（2）人参养荣丸，每服一丸，一日服二次。

（3）柏子养心丸，每服一丸，一日服二次。

（4）补心丹，每服一丸，一日服二次。

（二）心阳不足証

症状　头晕、心悸、气喘、自汗、胸闷、少寐、体倦、納少、水肿。全身骨节痠痛，四肢不溫；舌苔白腻，脉象虛数，或結代。

治則　益气助阳，佑以溫腎。

方　药

1.苓桂朮甘湯（张仲景方）

云苓五錢　白朮三錢　桂枝三錢　炙草二錢
水煎服。

2.扶阳湯（經驗方）

云苓五錢　白朮三錢　桂枝三錢　炙草二錢
远志三錢　五味子二錢　川朴二錢　陈皮二錢
党参三錢　菖蒲二錢　山查二錢　山药九錢
黄芪五錢　枸杞五錢　柏子仁五錢　炒枣仁五錢
川断三錢　水煎服。

3.单　方

（1）人参三錢　炮附子二錢　水煎服。

（2）黄芪五錢　炮附子二錢　水煎服。

4.成　药

（1）五味子丸，每服一丸，日服二次。

（2）桂附理中丸，每服一丸，日服二次。

肺原性心脏病

似属祖国医学痰饮、喘証、怔忡等范畴。

病因病机

（一）肺为气之主，肺病则气虚，肾为气之根，肾虚则气无摄納，故肺肾气虚则发虚喘。

（二）心气虚弱而饮邪上逆，水停心下，心自不安，则为心悸。

诊察要点（参考内科部分 121 頁）

辨证施治

（一）肺肾气虚　呼吸困难，呼气延长，动则气喘，或兼咳嗽、恶寒肢冷，肢体浮肿，舌质淡、苔剝，脉象細弱或濡数。

治則　补肺生津，溫肾納气。

方　葯

1. 生脉散合金匱肾气丸（經驗方）

人参二錢（或党参五錢至一兩）麦冬二錢　五味子三錢
熟地四錢　山葯五錢　山萸三錢　丹皮二錢
茯苓三錢　泽泻三錢　熟附子一錢半 桂枝三錢　水煎服。

2. 成葯　病情好轉后可用金匱肾气丸，每服一丸，一日二次。

（二）心肾气虚，饮邪上逆　心悸喘甚，不能平臥，喉中痰鳴，口干而苦，喜飲热飲，胸脘胀滿而痛，面及四肢末端青紫，肢体浮肿。舌苔厚白滑腻，脉象沉弦或濡数、結代。

治则　化痰降逆，通阳蠲饮。

方　药

加味苓桂术甘汤（經驗方）

1. 茯苓三錢　白朮三錢　桂枝三錢　炙甘草三錢
防己三錢　椒目一錢　葶藶子三錢　大腹皮三錢
枇杷叶三錢　水煎服。

2. 单　方

（1）万年青根五錢至一两，水煎服，每日一剂。

（2）万年青一錢半　大叶金錢草四錢　淫羊藿二錢半　柏子仁三錢　白茅根一錢　水煎服。

肾　脏　炎

祖国医学之"风水"、"皮水"、"正水"証，从其病因、症状及体征特点来看，頗似肾脏炎所致的水肿。

病因病机

（一）风水得之內有水气，外感风邪，风則从上肿，故面浮肿。骨节疼痛、恶风。

（二）感受寒冷，或涉水冒雨，以及暑湿，皆可以引发本病。

（三）內在因素与肺、脾、肾的功能失調有密切关系。肺主通調水道。脾为轉輸水湿。肾司开闔，肾气从阳則开，从阴則闔，阳气盛則关門大开，水直下而为溲。阴气盛則关門常闔，水不能通而为肿。

辨证施治

（一）风水証

症状　头痛、呕吐、骨节疼痛、恶风、面目浮肿、发热，或有

咽喉疼痛。目窠上微肿如蚕新臥起状，頸脉动，时咳，按其手足陷而不起。小便涩赤短少，身重而瘦，口不渴，或自汗出。脉象浮而紧。舌苔白腻，或腻而微黄。或舌质紅而苔腻。

治則　解表发汗，佐以利水。

方　药

1. 越婢湯方（《金匱要略方》）

麻黄三錢　　生石膏六錢　甘草二錢　　生姜三錢

大枣五枚　上药先煮麻黄去沫后，再納諸药煎服。

2. 麻杏四苓湯（經驗方）

麻黄二錢　　杏仁二錢　　生石膏五錢　甘草二錢

浮萍草三錢　白朮三錢　　云苓五錢　　猪苓三錢

泽泻三錢　麻黄先煮去上沫后，再加諸药煎服。

3. 单方　浮萍草三錢　麻黄二錢（去沫）杏仁二錢　甘草二錢水煎服。

4. 成　药

（1）銀翹解毒丸，每服一丸，日服二次。

（2）桑菊感冒片，每服八片，日服二次。

（3）藿香正气丸，每服一丸，日服二次。

（4）六神丸，每服五粒，日服三次。

（二）皮水証

症状　为风邪表証已罢。皮肤水肿，足脛肿，按之沒指，凹陷不起，不惡风，腹肿胀如鼓，不渴，或渴而不欲飲，身肿而冷。或四肢面目俱肿，小便短少，納少、腰痛，腰瘦、乏力；脉象浮滑，或浮弦，舌白苔腻。

治則　通利水湿，佐以健脾。

方　药

1. 防己茯苓湯方（《金匱要略方》）

防己三錢　云苓六錢　黃芪三錢　桂枝三錢
甘草二錢　水煎服。

2. 五苓五皮湯方(經驗方)

白朮二錢　泽泻三錢　猪苓三錢　云苓五錢
桂枝三錢　陈皮三錢　生姜三錢　桑皮三錢
大腹皮三錢　云苓皮五錢　水煎服。

加減法　若四肢冷者加黃芪五錢；若微有表証者加浮萍草三錢。

3. 单　方

黃芪五錢　浮萍草三錢　白茅根一兩　杏仁二錢　水煎服。

4. 成　药

(1)金匱腎气丸，每服一丸，日服二次。

(2)济生腎气丸，每服一丸，日服二次。

(三)正水証

症状　为腎气大亏，气血俱伤，面色萎黃或㿠白，气喘，納少、便溏、神疲、全身悉肿，腹肿石硬，甚則呕吐昏迷。脉象沉迟，或虛浮无力。舌苔质淡无华，而舌根厚腻。

治則　溫化腎阳，兼实脾土。

方　药

1. 溫腎湯(《伤寒論方》)

云苓九錢　白朮五錢　附子二錢　生姜三錢
白芍三錢　水煎服。

2. 济生腎气湯加味(《經驗方》)

山药五錢　云苓八錢　泽泻三錢　熟地五錢
怀牛夕三錢　車前子三錢(包)　白茅根一兩
白朮五錢　陈皮三錢　桑皮三錢　枸杞子五錢

水煎服。

加減法　若小便短少涩赤者加銀花一兩，黑豆五錢；若腰痛甚者加川續断三錢。

3. 香砂六君湿肾湯(經驗方)

党参三錢　白朮五錢　云苓八錢　炙草二錢
清半夏三錢　陈皮三錢　广木香一錢　砂仁三錢
山葯五錢　泽泻三錢　熟地五錢　枸杞子一兩
焦查三錢　神曲三錢　水煎服。

加減法　若气虛甚者加黄芪五錢；若腎阳虛甚者加炮附子二錢；若胃腹胀甚者加川厚朴二錢。

4. 单　方

(1)白朮五錢　炮附子三錢　水煎服。
(2)干姜三錢　炮附子三錢　水煎服。
(3)黄芪五錢　白朮三錢　炮附子二錢　水煎服。

5. 成　葯

(1)金匱腎气丸，每服一丸，日服二次。
(2)济生腎气丸，每服一丸，日服二次。
(3)桂附理中丸，每服一丸，日服二次。

尿　路　感　染

似屬中医五淋范围。

病因病机

(一)急性期　中焦湿热不化，下注膀胱，膀胱受邪，湿热蘊結，气化不利所致。

(二)慢性期　急性迁延日久，湿热蘊結下焦，以致腎气亏損，无力收攝司便。

诊察要点(参考内、儿科部分，149、427頁)

辨证施治

(一)急性期

症状　发热寒战，腰痛，尿意急迫，尿道涩痛，舌紅、苔黄腻，脉象濡数。

治則　清热利湿。

方　药

1. 八正散(局方)

車前子(包)三錢　木通三錢　瞿麦二錢　萹蓄二錢
滑石(包)三錢　山梔子三錢　大黄一錢半　灯芯五分

水煎服。

2. 清利湯(經驗方)

銀花五錢　連翹四錢　知母三錢　黄柏三錢
木通三錢　山梔二錢　瞿麦三錢　赤苓三錢
川牛膝一錢半　滑石(包)三錢　水煎服。

加減法　尿血加白茅根一两、小蓟炭四錢；食欲不振、舌苔厚腻，加蒼朮三錢、建曲三錢；水肿較重加冬瓜皮五錢、茯苓皮四錢；腰痛加續断三錢，狗脊三錢。

3. 单　方

(1)金銀花五錢、車前草五錢、水煎服。

(2)蒲公英一两、白茅根一两、冬瓜皮一两，水煎服。

(二)慢性期

症状　低热不退，手足心热，腰痛，浮肿，口干，舌紅少苔，脉象細数。

治則　滋阴补腎。

方　药

1. 加味六味湯(經驗方)

生地五錢　山萸肉四錢　丹皮三錢　知母三錢
黃柏三錢　山药五錢　茯苓二錢　泽泻三錢
石斛三錢　銀花四錢　水煎服。

加減法　腹胀食少，加党参三錢、白朮三錢、陈皮二錢；腰痛甚加續断三錢、菟絲子三錢。

2. 单方　銀花五錢　生地五錢　茯苓五錢　水煎服。

3. 成药　知柏地黃丸，每次一丸，一日二次。

如食欲不振，可用人参健脾丸、金匱肾气丸，每次各一丸，一日二次。

泌尿系结石

屬于祖国医学石淋病范畴之內。

病因病机

(一)肾虛而膀胱热，三焦决渎失职，膀胱气化不行，水热互結，致水道瘀塞沉积而成結石。結石阻塞，不通則痛；肾阴虛則火动，伤及阴絡，故兼出現尿血。

(二)由于热結下焦，肾与膀胱俱热，膀胱蓄热，气化不行，日久所致，水道阻塞，故小便艰涩淋痛。

诊察要点(参考外科部分 776、777 頁)

辨证施治

(一) 肾及輸尿管結石

症状　腰部两侧或左或右突发剧烈疼痛，痛引臍腹，小便短赤，呕逆，有时伴有血尿，腰部有明显撞击痛。脉象細数，舌苔白腻。

治則　清热利水，养阴滌石。

方　煮

1. 八正散（《和剂局方》）

木通五錢　車前子三錢（包）萹蓄三錢　大黃三錢
滑石六錢　甘草梢六錢　瞿麦三錢　焦梔子三錢
灯芯二錢　水煎服。

2. 滑石湯（經驗方）

金錢草一兩　滑石六錢　海金砂四錢　石葦四錢
木通一兩　冬葵子四錢　琥珀末五分（冲）
生地五錢　蒲黃四錢　茜根四錢　白茅根一兩
甘草二錢　水煎服。

加減法　若小便清淡者，減去茜根，蒲黃。

3. 加味六味湯（經驗方）

生地五錢　淮山药五錢　山萸肉三錢　云苓五錢
泽泻四錢　丹皮二錢　金錢草一兩　海金砂四錢
琥珀末五分（冲）　滑石六錢　甘草二錢
水煎服。

4. 单方　金錢草二兩　滑石六錢　白茅根一兩　水煎服。

5. 成　药

（1）知柏地黃丸，每服一丸，日服二次。

（2）济生腎气丸，每服一丸，日服二次。

（二）膀胱結石

症状　臍腹引痛，小便艰涩，淋瀝作痛，痛不可忍，小腹胀急，溲如砂石，或黃赤，或混有脓血。脉象弦紧，舌苔白腻。

治則　清利結热，通淋滌石。

方　药

1. 加味葵子散（《类証治裁》）

冬葵子五錢　云苓五錢　滑石六錢　芒硝三錢（后下）　生甘草二錢　水煎服。

2. 加味金錢草湯（經驗方）

金錢草一兩　滑石八錢　海金砂四錢　冬葵子四錢
琥珀末五分（冲）　石葦四錢　木通五錢
甘草二錢　水煎服。

加減法　若小便通利，尿道仍澀痛者，于前方去石葦，冬葵子、木通，加生地五錢　麦冬五錢。

3. 牛膝湯（經驗方）

川牛膝三錢　炮甲珠二錢　归尾三錢　川楝子三錢
赤苓五錢　滑石六錢　黃柏三錢　海金砂四錢
石葦四錢　木通三錢　大麦杆二兩（切碎）　水煎服。

4. 单方

（1）金錢草一兩　魚枕骨五錢　滑石六錢　冬葵子四錢　水煎服。

（2）海金砂四錢　滑石八錢　水煎服。

5. 成　药

（1）知柏地黃丸，每服一丸，日服二次。

（2）济生腎气丸，每服一丸，日服二次。

再生障碍性贫血

大致屬于虛劳亡血一类病症范畴之內。

病因病机　“虛則卫气不足、劳則营气竭”。“卫气出下焦，营气出中焦”，脾胃屬中州，为水谷生化之源，脾失健运，不能运化水谷之精微，奉心化赤，而成为血。所以营气竭。气虽屬肺所司，但生气之源根于腎，腎主水，卫气实由腎之气化而成，腎气虛，則卫气因之而虛，不能上貫于肺，卫外而为固。

“气为血之帥，血随之而运行；血为气之守，气得之而靜

谧，气虚则血脱"。总之，再生障碍性貧血，与心、脾、肺、腎四脏之虚損失調有密切关系。

诊察要点（参考内科部分 156 頁）

辨证施治　根据临床見証，茲归納为以下两型論治。

（一）心脾虚損証

症状　面色皖白无华、头暈、心悸、气短、神疲、鼻衄、齿衄、皮肤有出血点，納少、嗳气、便溏。脉象浮虚而濇，舌质淡紅，苔薄白，甚則溲血，便血。

治則　补脾养心，溫中益气。

方　药

1. 千金內补当归建中湯（《千金要方》）

桂枝三錢　生姜三錢　白芍五錢　大棗五枚
炙草三錢　飴糖一两　黃芪五錢　当归五錢
水煎服。

加減法　若自汗者，可加生龙骨五錢，生牡蠣五錢。

2. 归脾湯（《济生方》）

当归五錢　白朮三錢　党参三錢　黃芪五錢
茯苓五錢　炒枣仁五錢　远志三錢　炙草二錢
广木香一錢　龙眼肉三錢　水煎服。

3. 加味归脾湯（經驗方）

当归五錢　白朮三錢　党参三錢　黃芪一两
茯苓五錢　炒枣仁五錢　远志三錢　炙草二錢
广木香一錢　龙眼肉三錢　枸杞子五錢　山药五錢
川断三錢　五味子三錢　熟地五錢　阿胶五錢（另冲）　水煎服。

4. 单方　当归五錢　黃芪一两　枸杞子一两　水煎服。

5. 成药

（1）十全大补丸，每服一丸，日服二次。

（2）人参养荣丸，每服一丸，日服二次。

（3）人参归脾丸，每服一丸，日服二次。

（二）伤精肾虚証

症状　面色蒼白，或面部有云状黑斑，发枯不泽，齿龈流血，皮肤出血点，头痛头晕，精神疲倦，腰痠痛，遺精，白汗盜汗。脉象沉細濇微，或虚大浮数；舌质淡紅，苔薄黃，甚則尿血。

治則　溫腎补血，培本固元。

方　药

1. 桂附八味湯（《金匱要略》）

山萸肉五錢　山药八錢　云苓五錢　泽泻三錢

丹皮三錢　熟地五錢　附子二錢　肉桂二錢　水煎服。

2. 加減六味湯（經驗方）

山萸肉五錢　山药五錢　云苓五錢　熟地五錢

远志三錢　五味三錢　枸杞子五錢　党参三錢

黃芪八錢　鹿角胶五錢（另冲）　龟板胶五錢（另冲）　当归五錢　紫河車三錢（冲）阿胶五錢（另冲）　水煎服。

3. 单方　鹿茸粉五分　紫河車粉一錢　枸杞子五錢　用法：枸杞子煎水，送服鹿茸粉紫河車粉。

4. 成药　（1）桂附八味丸，每服一丸，每日二次。

（2）参桂鹿茸丸，每服一丸，每日二次。

血小板減少性紫癜

紫癜病在祖国医学典籍中的記載，散見于諸篇；如葡萄疫，发斑以及各种出血性疾病等，均与血小板減少性紫癜病，頗相符合。概括于血热和气虚两候之中。

病因病机

（一）感受疫气　郁于皮肤，凝结而成大小青紫斑点，状如葡萄，发于遍身，以腿脛居多，齿龈腐烂，味臭出血，久则虚人。

（二）邪留血分　血热妄行，血不循經，热极伤絡；血从上溢則吐衄，血从下溢則便溺，或見于皮肤，或出于齿龈，或滲于皮毛，或漏于二便。

（三）食物中毒，里气壅閉，則伏邪不得外透而发斑。

诊察要点（参考内科部分 161 頁）

辨证施治

（一）热伤营血証

症状　齿龈出血不止，鼻衄，口渴，少寐，不思飲食，皮肤出紫斑，大者如豆，小者如米，腿脛部較多，甚或尿血，便血。脉象洪数，舌质紫絳，舌苔薄黄。或舌和口頰內有紫黑泡。

治則　清热解毒，凉血化斑。

方　药

1. 犀角地黄湯（《千金方》）

犀角屑二錢（冲）　生地黄八錢　牡丹皮三錢　芍药三錢　水煎服。

2. 加味犀角地黄湯（經驗方）

側柏炭二錢　地榆炭三錢　杜仲炭四錢　梔子炭三錢
艾炭二錢　川續斷三錢　全当归三錢　阿胶五錢（另冲）
甘草一錢　犀角屑二錢（冲）　生地黄八錢
牡丹皮三錢　生白芍三錢　水煎服。

3. 单方　生地黄八錢　牡丹皮三錢　蔗根五錢　水煎服。

（二）心脾虛損証

症状　头暈，心悸，气短，少寐，納少，齿衄，鼻衄，皮肤出紫斑，大小不一，腹痛便黑，自汗，甚者九竅出血。舌质淡苔薄

白，脉象細数，或沉細。

治則　补益心脾，养血止血。

方　药

1. 归脾湯（《济生方》）

当归五錢　白朮三錢　党参三錢　黄芪五錢
茯苓五錢　柏子仁五錢　炒枣仁五錢　远志三錢
炙草二錢　广木香一錢　龙眼肉三錢　水煎服。

2. 加味归脾湯（經驗方）

当归五錢　白朮三錢　党参三錢　黄芪五錢
云苓五錢　柏子仁五錢　炒枣仁五錢　远志三錢
炙草二錢　广木香一錢　龙眼肉三錢　山药五錢
枸杞子五錢　五味子三錢　熟地五錢　大枣五枚
阿胶五錢（冲）　水煎服。

3. 单　方

①当归五錢　黄芪一两　紅枣十枚　水煎服。
②龙眼肉五錢　紅枣十枚　枸杞子五錢　水煎服。
③若由食物中毒引起者，可用硃雄散：
硃砂一錢　雄黄一錢　二味共研細粉，每服三分，日三次。

几种食物中毒的解救

一般解救原則

（一）排除毒物

1. 催吐　清除和排出在食道或胃中的有毒物质。但孕妇、年老体弱、心脏病和吐血病人，应禁用。

（1）可用手指或压舌板刺激咽部催吐。

（2）食盐二两炒焦，泡湯多喝后，再用压舌板催吐，随吐

随喝、吐尽为止。

（3）甜瓜蒂一錢，研成細粉，开水冲服，再用压舌板催吐。

2. 泻下　清除已进入腸內的毒物。孕妇、体弱者，也应慎用。

（1）元明粉五錢，甘草一两，将甘草煎汁一大碗，冲入元明粉溶化后，服下。

（2）大黄粉三錢至五錢，开水送服。

（二）解毒单方　甘草二两，綠豆二两，水煎服。

（三）其他疗法

（1）針刺　昏迷、暈厥时可刺人中穴、十宣、百会等。

（2）搐鼻散　昏迷、口噤不語时可应用。細辛五分、皂角五分，研为細粉，吹入鼻中。

現将几种較常見的食物中毒解救法，列表如下：

几种食物中毒症状与解救方法

病　名	中毒原因	中　毒　症　状	解　救　方　法
苦杏仁中毒	食大量杏仁而致中毒	流涎，恶心呕吐，腹痛，腹泻，心悸气促，口唇发绀，呼气有果仁味，甚则昏迷，抽搐，牙关紧闭	1. 杏树皮四两，加水一碗，煎汁服 2. 綠豆一茶杯，加水煮数沸后，滤出汁，冲入砂糖一两，一次服下
白果中毒	食大量白果而致中毒	发热，头昏，恶心呕吐，气急，抽搐	1. 白果壳二两，水煎服 2. 甘草一两，水煎服。 3. 麻油三两，灌服，以鸡毛扫喉探吐 4. 麝香一分，煎湯灌服亦效

病名	中毒原因	中毒症状	解救方法
毒蕈中毒	误食有毒野蘑菇(如捕蝇菌)	出汗、呕吐腹泻，瞳孔缩小，甚则黄疸、出血、抽搐、昏迷	1.甘草一斤，加水四斤，慢火熬成一半，分四次服 2.新鲜羊血一碗，乘热喝下 3.绿豆一两，甘草五钱，水煎服 4.紫苏全株三钱，甘草五钱，水煎服
日光性皮炎	荞菜、刺儿菜、马齿苋等	面部、手足肿胀，指尖疼痛，皮下瘀斑或水疱，甚则全身发紫	鲜紫苏、生姜汁外擦四肢及面部
河豚鱼中毒	食了未去内脏的河豚鱼	颜面潮红，四肢麻木，上眼睑下垂，血压下降，瞳孔散大，甚则昏迷	1.鲜芦根二两，捣汁服 2.生橄榄核数枚，或紫金锭一锭，磨水内服
细菌性食物中毒	食入腐败的肉类、水果等	恶心呕吐，腹痛，频繁腹泻，大便呈稀水样，严重者脱水及休克	1.葛根三钱、藿香三钱，黄连二钱、姜半夏三钱，水煎服 2.藿香正气丸，每服1—2丸，一日二次

附：农药中毒解救验方

1.农药1059或1605中毒

（1）赛陀僧二钱研细粉、生绿豆二两捣碎、二味和匀，冲凉开水三碗，一次喝下，吐了再喝。

（2）甘草三两、滑石粉一钱半，水煎甘草成汤去渣入滑石粉调服。

2. 六六六、滴滴涕中毒

（1）明矾一钱，加凉开水一斤調匀，每次服一茶匙。

（2）生黄豆、生綠豆各三两、二味搗碎，加入米泔水服下，每日二次。

第九章　小儿常見病

麻　　疹

病因病机　麻毒首先袭于肺經，故先見发热咳嗽、噴嚏流涕等症状。麻疹以外透为順，內传为逆。凡患儿体气强壯，邪毒較輕，护理得宜者，麻疹可順利外达；如邪毒过盛，体质虛弱，或护理不当，每致麻毒內陷。如毒閉肺經，可致肺炎喘逆；毒盛化火，內迫心、肝二經，則神昏、抽风；体虛正衰，則面白肢冷，大便泄泻等轉为阳虛厥逆，內閉外脫之証。

诊察要点（参考小儿科部分 371 頁）

辨证施治　麻疹的发病，可分为初热、出疹、收沒三个时期，全病程約为十天。如病情順利，热势不盛，咳而不喘，神清胃和，疹点鮮活，顆粒分明而均匀，疹后热解，一切症状随之消失，是为順証，預后良好。如出疹期疹出不暢，或疹出即收，或愈期不收，或疹色紫黯而黑，或黯淡不紅，均是逆症。

（一）初热期

症状　发热，咳嗽、噴嚏，鼻流清涕，眼泪汪汪，眼紅臉肿，精神疲倦，小便短黃，舌苔薄白，脉象浮数，指紋紅赤。此时在对白齿的頰粘膜上出現針头大的小白点，周围有紅暈，以后逐漸增多，可侵及唇內側，为本病早期的特征。

治則　辛凉透疹。

方　药

1.宣毒发表汤（《医宗金鉴》）

升麻五分　葛根一錢五分　前胡八分　桔梗八分
炒枳壳八分　荆芥八分　防风一錢五分　薄荷八分
木通一錢　連翹壳三錢　炒大力子二錢
淡竹叶二錢　生甘草五分　引加芫荽三錢　水煎服。

2.透疹汤（經驗方）

荆芥八分　薄荷一分　桔梗八分　前胡八分
炒大力子二錢　連翹三錢　蝉衣一錢　西河柳二錢

加減法　热势过盛加焦山梔一錢半；咽喉肿痛加板蓝根一錢；呕吐泛恶加竹茹二錢；咳嗽喘急加麻黄五分、杏仁二錢；口渴唇焦加天花粉二錢，元参一錢半；泄泻去大力子加猪苓一錢半；尿少而黄加木通一錢。

3.单方

（1）西河柳三錢　葛根三錢　煎汤内服。

（2）芫荽子五錢　西河柳五錢　煎水，溫熏或溫擦皮肤。

4.成药　銀翹解毒丸，每服半丸至一丸，一日三次。或五粒回春丹一次五粒，一日二次。

（二）出疹期

症状　疹点自初发至出齐，为期約三天左右。有壮热咳嗽，煩躁口渴，全身不适，或大便溏泄，脉象洪数，舌紅苔黄等証状。疹点自疏到密，自少到多，大小不一，疹呈玫瑰色斑丘疹，首先从耳后、发际及頸部开始，然后蔓延至額部、顏面、胸腹，最后及于四肢，至足心为出齐。

治則　清热解毒、疏风透疹。

方　药

1.竹叶石膏汤（《伤寒論》）

竹叶三錢　石膏三錢至一兩　半夏八分　党参一錢五分
麦冬一錢五分　甘草五分　粳米一撮　水煎服。

2. 清疹湯（經驗方）

銀花三錢　連翹三錢　桑叶二錢　薄荷八分
蝉衣一錢　桔梗八分　杏仁一錢半
炒大力子二錢　竹叶三錢　水煎服。

加減法

疹出不透加葛根一錢半　升麻一錢；热毒过盛、疹色紫黯，去蝉衣加紫叶一錢　生地三錢　丹皮一錢五分；口渴引飲加天花粉二錢　麦冬一錢半　水煎服。

3. 单方　紅蘿卜一个　銀花四錢　煎湯頻飲。

4. 成药　輕症服銀翹解毒丸；热盛証重，服牛黃解毒丸半丸至一丸。

（三）收沒期

症状　嘔疹出齐至隐沒，为期約三天，此时体溫逐漸下降，疹点依次按出現順序消退，症状随之消失。五天左右皮肤部有米糠状脫屑，留有棕色痕迹，約半月后肤色恢复正常。

治則　甘凉养阴，清化余热。

方药

1. 沙参麦冬湯（《溫病条辨》）

沙参二錢　麦冬一錢半　玉竹一錢半　甘草五分
冬桑叶二錢　扁豆三錢　天花粉一錢半　水煎服。

2. 养阴清热湯（經驗方）

沙参二錢　川貝母一錢半　麦冬一錢半　桑叶二錢　天花粉二錢　竹叶二錢　川石斛二錢　白朮一錢半　水煎服。

3. 单方　綠豆二兩　煎水內服，稍大儿童可連豆服食。

4. 成药　养阴清肺糖浆，每服一湯匙，一日二次。

并发証　麻疹发病过程中，易于出現各种并发症，其中最多見者为肺炎。肺炎可发生于初热，出疹或收沒各个时期，治疗以宣肺清热为主，可参閱肺炎治法，用麻杏石甘湯加減（麻黃五分，生石膏五錢至一兩　杏仁二錢　生甘草五分）。初热期兼用宣毒透表法，出疹期兼用清热解毒法，收沒期兼用养阴清热法。如麻毒陷入心肝二經，証見壯热神昏，四肢抽搐者，可用成药局方至宝丹或安宮牛黃丸以清心开竅，鎮惊泄热。如疹色淡白不显，四肢厥冷，面白唇青用回阳救逆法：党参五錢　黃芪五錢　附片一錢　干姜一錢　甘草八分。

由于本病传染性强，对小儿健康的危害甚大，必須重視予防工作。关于本病的預防及护理工作，可参閱本书西医的儿科部分。現将中药对麻疹的預防方药介紹如下：

預防方

1. 紫草四錢　甘草二錢　水煎溫服，每日一剂，連服五剂。

2. 紫草五錢　綠豆五錢　黑豆五錢　赤豆五錢　服法同上。

风　疹

风疹亦称风痧，疹点細小淡紅，发生和隐沒都較快，全身症状亦輕，因类似麻疹，故名风疹。

病因病机　本病的发病因素，主要是外感风热时邪，侵袭肺部，风热与气血相互搏結，郁于肌表，发于皮肤，致成风疹。

诊察要点　有輕微的感冒症状，于发热后1—2天內，全身即发出細小淡紅疹点，皮疹較麻疹稍圓而細，有痒感，分布較稀疏，退后不落屑，也无遺留疹痕。本病必須与麻疹，丹痧相鑒别。

辨证施治

症状

发疹甚速，由头面颈延至躯干和四肢，多在1—2天内遍布全身，但手掌和足心较少或无疹。疹点細小而稀疏，色淡紅稍隆起，大都于第四天隐退，无落屑和疹痕。一般无全身症状，或輕微的发热恶寒、咳嗽、流涕等。

治則　疏风达表，清热解毒。

方药

1. 加味消毒飲（《医宗金鑒》）

荆芥八分　防风一錢半　大力子錢半　升麻五分
甘草五分　連翹三錢　銀花三錢　山梔三錢
赤芍一錢　水煎服。

2. 解疹湯（經驗方）

薄荷八分　荆芥八分　銀花二錢　連翹二錢
大力子三錢　桑叶三錢　菊花錢半　赤芍一錢
蝉衣一錢　紫花地丁三錢　焦山梔一錢半　水煎服。

加減法　內热較甚，証見便泄而色黃热臭，小便短赤者，加葛根一錢半　竹叶三錢　黃連五分；兼見食滯不化者，加神曲一錢半　山查二錢　麦芽三錢。

3. 单方　銀花三錢　荆芥一錢　甘草六分　水煎服。

4. 成药　銀翹解毒丸，每服1/3—丸，一日三次。

水　痘

水痘又名水花，状如豆粒，中有透明水浆，略似天花。

病因病机　本病的病因为外感水痘时毒，內蘊湿热，搏結发病。风热时毒，首先侵袭肺部，內入脾胃，湿热相搏，发于肌表，病在卫、气，很少深入营血，和天花有根本的区别。

诊察要点（参考小儿科部分397頁）

辨证施治

症状　初起有如感冒症状，发热、咳嗽、头痛、咽部发紅，口干，食欲不佳，小便短黃，舌紅，苔白或黃，脉象浮数。或有煩躁，恶心，呕吐，发热一二天后，头面出現疹点，继則蔓延到躯干和四肢，皮疹由紅色小疹点变成水疱，呈椭圓形，大的如豌豆，小如米粒，痘頂高突白亮，根盘散漫，周圍有紅暈，皮薄易破易干，2—3天后水疱結痂。起病3—4天內皮疹分批出現，大小不一，在同一皮肤上可見到疹点、水疱和結痂、經数天或十几天后，痂盖脫落，一般不留痕迹。

本病予后大多良好，如无衆証，只要注意飲食和护理，可不必治疗。如发热較高，煩躁不安，大便秘結，为热毒过盛。

治則　清热解毒，疏风透表。

方劑

1. 大連翹飲（《医宗金鑒》）

連翹三錢　大力子二錢　防风錢半　荆芥一錢
黃芩八分　車前子一錢　蝉衣一錢　柴胡八分
滑石三錢　焦山梔錢半　赤芍一錢　木通一錢
生甘草五分　灯芯三分　水煎服。

2. 銀翹解毒湯（經驗方）

銀花三錢　連翹三錢　薄荷一錢　荆芥錢半
防风二錢　竹叶三錢　大力子二錢　桔梗一錢
焦山梔錢半　蘆根三錢　蝉衣錢半

加減法：热毒过盛加紫花地丁三錢　黃連八分；小便短赤加木通一錢；咽喉痛加板兰根錢半；根盘紅紫加丹皮錢半　赤芍錢半；口干加天花粉二錢。

3. 单方

（1）银花五錢　生甘草一錢　水煎服。

（2）紅蘿卜一个　竹叶五錢　煎汁代茶。

4.成药

（1）輕証用銀翹解毒丸1/2—1丸，一日二次。

（2）重証热盛用黄連上清丸同上。

丹痧（猩红热）

丹痧又名猩紅热，为发疹性的急性传染病，病发急驟，以突然高热，全身紅疹，色如涂丹，咽喉紅肿或腐烂为特征。由于疹发如丹，咽喉溃烂，故又称为“烂喉丹痧”。

病因病机　感受疫热癘毒，經由口鼻传入肺胃，肺胃受邪，化火化毒，气血两燔，上逆則咽喉紅肿，甚則腐烂，外窜則紅疹遍身；若涂丹，如邪毒内陷，則发为惊厥神昏，煩躁不安。

诊察要点　起病急驟，突发高热，头痛咽痛，喉部紅肿，甚則腐烂，猝然全身发出猩紅色皮疹，疹为一片紅暈，用指划压，有白痕呈現，片刻后仍显紅色，疹回后可見落屑脱皮。

辨证施治

（一）早期

症状　突然恶寒壯热，头痛身疼，恶心呕吐，咽喉紅肿灼痛，不久即遍体发出細小之朱紅色痧点，融合成片，舌中薄白，舌质紅而边緣起刺，脉象浮数。

治則　辛凉透达，清泄风热。

方药

1.清咽湯（《疫喉淺論》）

荆芥一錢　薄荷一錢　防风錢半　桔梗八分　杏仁錢半　甘草五分　枳壳一錢　鮮浮萍草五錢　前胡一錢　大力子二錢　白

僵蚕一錢　青橄欖三个　煎湯服，一日二次。

2. 解肌透疹湯（《丁甘仁医案》）

荆芥穗一錢　蝉衣一錢　射干八分　生甘草五分

葛根一錢半　炒大力子二錢　馬勃一錢　桔梗一錢

前胡一錢　連翹三錢　僵蚕一錢　淡豆豉一錢半

鮮竹茹四錢　紫背浮萍一錢半　水煎服。

加減法　血热加丹皮一錢半　赤芍一錢半　煩躁不安，加竹叶三錢　元参二錢。

3. 成药　銀翹解毒丸，每次半至一丸，日服二次。

（二）中期

症状　发热不退，丹疹遍布全身，以頸，躯干，肘、膝的弯曲处及大腿内側为多。煩躁不安，口渴引飲，口唇干紅，周围蒼白，舌紅起刺，状如楊梅，脉象洪数。严重病例則咽喉腐烂，气急痰鳴，飲食困难。如疫毒化火，由气入营，內陷心包，則神昏譫語。

治則　清营解毒。

方药1. 清咽化疹煎（《疫喉淺論》）

鮮銀花五錢　丹皮一錢半　元参二錢　丹参一錢半

鮮生地五錢　人中黃一錢半　麦冬一錢半　白茅根二錢

蓮房二錢　赤芍一錢半　連翹三錢　西牛黃3—5分（冲）竹叶二十四片　水煎服。

2. 清瘟敗毒飲（《疫病篇》）

焦山梔一錢半　黃芩一錢　黃連八分　石膏五錢

丹皮一錢半　生地二錢　甘草五分　犀角三分（冲）

玄参一錢半　連翹三錢　知母一錢半　赤芍一錢半

桔梗一錢　水煎服。

加減法　如大便燥結不通，煩躁如狂，脉实大洪数，苔垢

舌紅唇焦者，加大黃一錢　元明粉二錢；毒陷心包，神昏譫語者，加用紫雪丹或神犀丹（成藥）三分至五分。

外用藥　珠黃散或錫類散（成藥），吹入喉部，适用于咽喉腐烂者。

3. 单方

（1）蒲公英一兩　煎湯，一日分三次服。

（2）白土牛膝根、板兰根各五錢至一兩，服法同上。

（3）土茯苓五錢至一兩，服法同上。

4. 成藥　清瘟敗毒丸，每服1/3至1丸，一日三次。

（三）后期

症狀　发病后5—7天，身热已退，丹痧点回，但咽喉尚有疼痛、口干，皮肤落屑。半月至一月内，躯干和四肢大块脱皮，脉象細数，舌紅苔薄。

治則　甘寒养阴。

方藥1. 清咽养营湯（《疫痧濟論》）

西洋参或北沙参錢半　大生地二錢　茯神二錢

麦冬錢半　白芍一錢　天花粉錢半　天冬錢半

玄参錢半　知母錢半　甘草五分　煎湯服。

2. 单方　北沙参二錢　麦冬二錢　水煎服。

3. 成药　养阴清肺糖浆，每服一茶匙，一日三次。

小儿肺炎

亦称"肺炎喘嗽"、"肺风痰喘"、"肺閉"。

病因病机

（一）外感风寒或风温毒邪。

（二）继发于感冒、麻疹百日咳、白喉等急性传染病后。

（三）体气虚弱，热毒滞留肺絡，肺炎反复发作。

肺为娇脏，主气而职司呼吸，若外邪干肺，闭郁肺絡，化热伤津，炼液成痰，痰阻气道，痰随气升，以致咳嗽痰鸣、气喘。气滞则血郁，故气急鼻搧、颜面、唇口、指甲青紫。如热毒过盛，内扰心肝二經，而致昏迷沉睡，或煩躁不安，惊厥抽风。也有因邪盛正虚，以致出現正虚的脱証。如患儿体气本虚，不能抗病外泄，每多迁延难愈。

诊察要点（参考小儿科部分 348 頁）

辨证施治

（一）风邪閉肺証

一、风寒閉肺

症状　发热无汗，咳嗽气逆，口不渴，較大儿童常訴有恶寒头痛等感覚，苔多薄白或白膩，舌质淡。多出現于本病的初期。

治則　解表开肺。

方药

1. 华盖散（《和剂局方》）

麻黄八分　杏仁二錢　桔紅一錢　桑皮錢半

茯苓二錢　甘草五分　紫苏一錢　水煎服。

2. 葱豉湯加味（經驗方）

葱白三个　淡豆豉二錢　杏仁二錢　紫苏一錢

桔紅一錢　象貝母一錢半　连翹二錢　水煎服。

3. 单方　葱头三个　白糖少許　水煎服。

4. 成药　通宣理肺丸，每服1/3—1丸，日三次。

二，风溫閉肺

症　状

（1）輕症　发热无汗，或有微汗，口渴咽紅，咳嗽气促，舌紅，苔薄白或淡黄，脉浮数。

（2）重症　壯热不退，咳嗽痰鳴，气粗鼻搧，煩躁口渴，涕泪俱无，舌紅苔黄，脉象滑数或洪数。

治則　輕症宜辛凉宣解，重症用宣肺平喘，清热化痰。

方　劑

（1）銀翹散（《溫病条辨》）适用輕症。

銀花二錢　連翹三錢　桔梗一錢　薄荷八分
竹叶三錢　甘草五分　荆芥八分　淡豆豉錢半
牛蒡子三錢　水煎服。

（2）麻杏石甘湯（《伤寒論》）适用重症。

麻黄五分至一錢　杏仁二錢　石膏三錢至一兩
甘草五分　水煎服。

2. 加減麻杏甘石湯（經驗方）

麻黄八分　杏仁二錢　石膏五錢　連翹三錢
象貝母一錢半　大力子三錢　桑皮一錢半
黄芩一錢　水煎服。

加減法　輕症者去麻黄，石膏，黄芩，加桔梗八分　銀花三錢，前胡一錢；热盛加川黄連八分　元参二錢；吐痰不利，胸悶便干加瓜蔞皮二錢　萊菔子三錢；高热惊厥加服紫雪丹二分。

3. 单方　大青叶三錢　大力子三錢　連翹三錢　桔梗一錢半　水煎服。

4. 成藥　銀翹解毒丸，每次半丸至一丸，一日二次。

（二）痰热内閉証

症　状

1. 发病急暴，高热煩躁，咳嗽气喘，喉間痰鳴，甚則呼吸紧迫，张口抬肩，胸高气促，鼻翼搧动，面色紅紫或青灰，大便秘結，小便短赤，舌苔黄厚，脉象洪数，即古称“馬脾风”。

治則　泻肺定喘，滌痰通腑。

方　药

1. 葶藶大枣泻肺汤（《金匮要略》）

葶藶子一钱　　大枣五枚　水煎服，同时吞服保赤散（成药）五厘至一分，一日1—2次。

2. 定喘汤加味（經驗方）

麻黄一钱　桑皮一钱半　杏花一钱半　竹瀝半夏一钱

苏子一钱半　杏仁二钱　黄芩一钱半　胆南星八分

天竺黄八分　生甘草五分　水煎服。

加減法　痰多难出加服礞石滾痰丸（成药）五分至一钱；热盛加石膏五钱　痰涎上涌，急用竹瀝汁灌服；胸闷发閉，加葶藶子一钱　痰中带血去麻黄加側柏叶三钱。

3. 单方　鮮竹瀝汁每服一匙，一日3—4次。

4. 成药　礞石滾痰丸　每服三分至一钱，一日二至三次。

变証

（一）痰热鴻盛，内扰心肝二經，煩躁不安，惊厥抽风，頸項强直，或肢顫抽搐，两目直視，舌絳苔黃，脉象細数或弦数。治宜清心开窍，平肝熄风法。

方药　鈎藤湯加味（經驗方）

石决明五钱　桑叶三钱　鈎藤二钱　天麻一钱半

姜蚕一钱半　菊花二钱　生白芍二钱　远志一钱

連翹三钱　竹茹三钱　川贝母一钱半　加服牛黄清心丸或安宮牛黄丸（成药）1/3丸—1/2丸，一日二次。

（二）心阳衰脫，表現为面色灰白发青，四肢厥冷，突然大汗，汗出不溫，舌苔淡白，脉象微細而弱，治宜回阳固脫。

方药　参附回逆湯（經驗方）

党参三钱　附片一钱　龙骨五钱　牡力五钱

干姜一钱　炙甘草五分　水煎服。

（三）体虚或久病迁延不愈，余热恋肺，潮热盗汗，干咳无痰，舌光剥而干，治宜气阴两顾。

方药　沙参麦冬汤加味（經驗方）

沙参二錢　党参二錢　麦冬一錢半　桔紅一錢
白术二錢　川貝母錢半　冬瓜子二錢　杏仁一錢半
地骨皮二錢　玉竹一錢半　茯苓二錢　扁豆三錢　水煎服。

白　喉

白喉是一种急性传染病，多見于小儿，常流行于秋末冬初的干燥季节，以咽喉白膜及犬吠等咳嗆为特征，严重地威胁小儿健康。解放以后，由于党对卫生工作的重視和人民健康的关怀，卫生工作人員在毛主席的教导下，高举毛泽东思想伟大紅旗，認眞貫徹予防为主的方針，制成了白喉类毒素注射剂，大大地減低了白喉的发病率。

病因病机　本病主要是由于感受疫癘之气，內干肺胃，肺胃受邪，郁結化火。咽喉为肺胃之門戶，热毒上蒸，故咽喉燉紅肿痛，而生白膜。如症情严重者，阻塞喉道，妨碍呼吸和飲食，或因疫毒內攻心經，出現心阳衰竭的危象。

诊察要点　咽喉紅肿疼痛，咽部有灰白色假膜，剝之不去，如强行剝离，可引起出血，有犬吠声咳嗆。

本病应和乳蛾、鵝口疮、喉痧相鑒别。

（一）乳蛾　发热較高，咽痛較甚，白膜呈黃白色，一般不超出蛾体范围，拭之易去，无出血現象。

（二）鵝口疮　白膜分布在口唇、舌体、頰內、上顎部分，严重者才蔓延至咽喉，无疼痛及犬吠声，多見于体弱的

乳儿。

（三）喉痧　发热咽痛較剧，虽有假膜，多呈黃色，拭之能去，不易出血，发病1—2天后，全身有鮮紅皮疹，舌如楊梅状，口唇周围蒼白。

辨证施治

（一）风热伤肺症

症状　有輕度恶寒发热，或不发热，全身不适，咽喉潮紅肿痛，鼻干唇燥，二侧乳蛾紅肿，在悬雍垂两旁或咽后部，发出白色腐点或腐块。不久白膜迅速蔓延，甚則滿喉皆是，拭之不去，强行剝离則出血。如毒邪过盛，白膜侵及咽喉者，則表現声音嘶哑，有狗吠样咳嗽，吞咽不利，吸气困难，喉中痰鳴；甚則呼吸窘息。侵及鼻部时，鼻腔閉塞，张口呼吸或流血性鼻涕；如郁热化火，高热煩燥，口中热臭，呼吸气粗，大便秘結，小便短赤，舌苔黃膩，脉象数大。

治則　初起用辛凉疏解，热盛用清热解毒法。

方　药

1. 清瘟化毒湯（《白喉忌表抉微》）

粉葛根錢半　銀花三錢　生甘草五分　薄荷八分
生地二錢　桑叶二錢　木通一錢　竹叶三錢
象貝母錢半　枇杷叶二錢　水煎服，适应于初起有表証者。

2. 活命湯（《白喉忌表抉微》）

龙胆草八分　元参二錢　馬兜令錢半　板兰根二錢
生石膏五錢　白芍錢半　川黃柏一錢　生甘草五分
大生地三錢　瓜蔞二錢　生梔子錢半　水煎服。

适用于疫毒甚者。

加減法　毒重而鼻衄、齿衄者，加丹皮一錢半，赤芍一錢半，

大青叶二錢；胸腹滿实，大便秘結不通，加大黃一錢，元明粉二錢，枳实八分；小便短赤加木通一錢，黃連五分；如煩躁不安呼吸困难、痰火交阻于喉而有閉厥之危者，可用六神丸（成药）3—5粒，芳香化痰解毒。

3.单方

（1）白土牛膝根，五錢至一兩　（五岁至四岁），煎湯頓服，每日一剂。

（2）七茯苓一兩　服法同上。

（二）肺灼阴伤証

症状　表邪已解，或阴虛体质，发热輕微，白膜色干，蔓延滿布，咽喉疼痛而嘶哑如小狗叫声，呼吸困难，痰液粘稠难出，脉象細数，苔少，舌质紅絳。

治則　养阴清肺。

方药1.养阴清肺湯（《白喉忌表抉微》）

生地二錢　麦冬錢半　白芍錢半　丹皮錢半

貝母錢半　薄荷五分　元参二錢　生甘草五分　水煎服。

加減法　咽喉干燥加天冬一錢半　天花粉一錢半　痰多气急加服猴枣散（成药五厘至一分，日2—3次）。咽痛甚加川黃連五分　山豆根一錢半。如火毒陷心，証見譫語昏厥、舌干无津者，加服紫雪丹（成药）玳瑁一錢　天冬一錢半　鈎藤三錢。如毒重体弱，心阳虛衰，突然出現面色蒼白，四肢不溫，甚至厥逆粘汗出，脉象微細或数疾者，亟用回阳救逆法。

参附龙牡救逆湯　党参二錢　附片一錢　龙骨、牡力各五錢　白芍三錢　炙甘草八分　水煎服。

2.单　方

（1）黃連粉，每次三分，一日四次。

（2）土牛膝根，服法如前。

3. 成药　养阴清肺糖浆，每服一匙，一日3—4次。

4. 外用药　锡类散，吹入喉腔。

顿咳（百日咳）

病因病机　本病主要是感染时邪疫毒而发。肺气失于清肃，痰浊阻滞肺络，气道不利，咯痰难出，以致咳嗽频频，连续阵发，必得痰液吐尽而后暂止。如病邪久留，肺气受伤，可引起咯血、衄血，严重者可并发肺炎喘嗽等其他各种急慢性肺系疾病。如热毒过盛，扰动心肝两经，也可出现昏迷和惊厥重证。

诊察要点（参考小儿科部分389页）

辨证施治

（一）肺寒证

症　状

初起与感冒相似，以后咳嗽由轻转剧，由少增多，以夜间为甚，逐渐转化为阵阵咳嗽，鼻塞流涕，吐痰清稀，舌苔薄白，脉浮。此为风寒束肺，肺失清肃，多见于本病的早期。

治则　祛风散寒，宣肺止嗽。

方药1. 止嗽散（《医学心悟》）

桔梗一钱半　荆芥一钱　紫菀一钱　百部一钱半
白前一钱半　甘草五分　陈皮一钱　水煎服。

2. 加味止嗽散（经验方）

荆芥一钱　陈皮一钱　桔梗一钱半　百部一钱半
白前一钱半　炙远志八分　杏仁二钱　川贝母一钱半
甘草五分　水煎服。

3. 单方　大枣一个　葱头二个　白糖适量，同捣烂，冲入开水，分二、四次饮服。

4. 成药　通宣理肺丸，每次服1/3—1.2丸，一日二次。

（二）肺热証

症状　咳嗽阵发，咳时面色紅赤，张口伸舌，涕泪交出，可連咳十数声至数十声，咳毕作鸡鳴样的回吼声，以咳出粘稠痰液或呕出乳食，才告暫时停息。每日反复发作多次，夜間发作更繁，严重者痰中带血，或眼、鼻衄血，或舌下有小粒潰瘍，日胞浮肿，口渴舌干，舌苔黃燥，脉象滑数。此为热郁化火，肺絡受損，多見于本病中期。

治則　宣肺泄热，清气化痰。

方　药

1. 麻杏石甘湯（《伤寒論》）

麻黃八分　杏仁三錢　生石膏八錢　甘草一錢　水煎服。可适当加入清肺止咳药品。

2. 百部煎（經驗方）

百部一錢半　沙参一錢半　川貝母一錢半　白前一錢半

天麦冬各一錢半　半夏曲一錢　竹茹二錢　桔紅一錢

甘草五分　水煎服。

加減法　咳血衄血加侧柏炭三錢　焦山楂一錢半　藕节炭四錢　呕吐者加生姜汁一茶匙。

3. 单　方

（1）鸡苦胆　服法：一岁内，每天服1/4个，3—5岁，每天一个。加入白糖适量，分两次，飯后服。

（2）大枣一枚　白糖适量，捣烂飲汁。

（3）川貝母一至二錢　梨一个或鸡蛋一枚。

服法　先把梨心剜空或鸡蛋打一个孔，放入川貝母，入鍋

蒸熟，一日二次服食。

（4）白蘿卜搗汁，蜂蜜半兩，蒸化热服，每服二匙，一日三次。

4. 成药　鷺鷥咳丸，每服半丸至1丸，一日二次。

（三）肺虛証

症状　陣咳逐漸減輕，咳次減少，吼声不明显，咳而无力，痰稀而少，舌淡苔薄，脉象濡弱，此为久咳肺損，肺胃气虛，多見于本病后期。

治則　养肺止嗽，健脾和胃。

方　药

1. 人参五味子湯（《幼幼集成》）

党参一錢半　白朮錢半　茯苓二錢　五味子五分

麦冬錢半　炙甘草五分　生姜一片　大枣三枚　水煎服。

2. 加味沙参麦冬湯（經驗方）

北沙参一錢半　党参一錢半　麦冬一錢半　玉竹一錢半

甘草五分　桑叶二錢　生扁豆三錢　白朮一錢半

桔紅一錢　茯苓三錢　淮山药三錢　水煎服。

加減法　咳嗽气急加川貝母一錢半　馬兜鈴一錢半；消化不良加鸡內金一錢半　炒麦芽三錢；痰多加半夏曲一錢；舌下有潰瘍或咽肿、目痛者加黃連五分。

3. 成药

（1）萊阳梨膏　每次一茶匙，一日三次。

（2）枇杷叶膏　每次一茶匙，一日三次。

（3）健脾丸，每服半丸至一丸，一日二次。

痄腮（流行性腮腺炎）

病因病机 风溫病毒，自口鼻传人，侵袭肺部，邪传胆胃，肝胆之火与胃热邕滞于胆經之絡，毒留两腮之間，致成痄腮。

诊察要点（参考小儿科部分 399 頁）

辨证施治

症状 輕証仅感腮部发胀，食物咀嚼不利。重証起病急驟，恶寒发热，头痛烦躁，腮部漫肿疼痛拒按，张口困难，咀嚼食物时疼痛加剧，舌紅苔黄，脉象滑数。約4—5天后，肿胀逐漸消退，十天后消失，一般予后良好。但也有少数儿童发生睾丸肿痛（更多見于成年人），由此而留有睾丸萎縮的后遺症。如溫毒过盛，竄扰肝經則引起抽风痙厥，应按惊风处理。

治則 輕症一般只須注意飲食护理，重証宜用清热解毒，消肿軟坚。

方 药

1. 普济消毒飲（《东垣十书》）

黄芩 黄連各八分 陈皮 甘草各五分 元参一錢半
柴胡 升麻各七分 連翹二錢 板蓝根一錢 馬勃一錢
大力子二錢 薄荷八分 水煎服。

2. 散风消肿散（經驗方）

銀花三錢 連翹三錢 大力子二錢 桔梗八分
元参一錢半 板蓝根一錢半 姜蚕一錢 象貝母一錢半
夏枯草二錢 黄芩八分 升麻八分 薄荷八分 水煎服。

3. 单 方

（1）大青叶一兩 煎湯內服，一日一剂，連服2—4剂。

（2）蒲公英一兩 板蓝根五錢 服法同上。

（3）青黛或生大黄一两　醋調搽敷患部，每日換敷一次。

4. 成药　連翹敗毒丸　每服一錢半　一日二次。

并发症　并发睾丸肿痛，用清热疏肝法。

方药　桔核一錢　青皮一錢　荔枝核一錢　黄芩一錢　柴胡一錢　板蓝根一錢　元参二錢　水煎服。

小儿麻痹症

病因病机　本病主要是感受时邪病毒，通过口鼻传入肺胃二經，滞留經絡，气血不調，筋脉、肌肉失养，逐成麻痹。

诊察要点（参考小儿科部分 392 頁）

辨证施治　本病的发病之前，先有发热出汗，全身不适等感冒証状，或呕吐泄泻等胃腸証状，故早期診断較为困难。一般于1—4天后，热退而証状消失，不久发热再起，进入瘫痪前期。

（一）瘫痪前期

症状　患儿于热退 1—6 天后，热度再起，并出現面赤、咽紅、呕吐、嗜睡等証。此时有一突出証象，即病儿的四肢或全身肌肉发生疼痛，不欲抱負和撫触肢体，四肢震顫，多在3—4天后出現瘫痪。瘫痪可发生于任何部位，最常見于四肢，尤以下肢为多发，两侧上肢或同侧上下肢瘫痪的較少。有的表現口眼歪斜，形成面部瘫痪；如兼及膀胱，則小便不通或遺尿失禁；更严重者則常厥昏迷及吞咽困难。

治則　祛风化湿，活血通絡。

方　药

1. 桂枝加葛根湯（《伤寒論》）

桂枝八分　芍药一錢半　甘草八分　生姜二片
大枣三枚　葛根二錢　水煎服。本方可按病情适当加入疏通經絡和清热利湿药物。

2. 加減葛根芩連湯（《中华儿科杂志》）

生石膏六錢　葛根四錢　甘草三錢　銀花四錢
白芍四錢　川連錢半　黄芩三錢　全蝎一錢
蜈蚣一錢　水煎服。

3. 活絡飲（經驗方）

川牛膝二錢　独活一錢半　桑枝二錢　当归二錢
川芎一錢　赤芍二錢　秦艽二錢　鸡血藤二錢
忍冬藤三錢　水煎服。

加減法　上肢瘫痪加羌活一錢半、防风二錢；小便不利加木通一錢半，海金砂二錢；小便失禁加益智仁一錢半，淮山药二錢；颜面麻痹用牵正散：白附子、姜蚕、全蝎、防风、蝉衣各等分，共研細末，每服三分至一錢　一日二次。

4. 单方　五加皮三錢　青草二錢　忍冬藤五錢　鈎藤三錢　水煎服，酒作引。

5. 成药　鸡血藤，每服2—4片，一日二次。

（二）瘫痪晚期

症状　患儿于热退净后，瘫痪不再进展。瘫痪部位萎軟无力，不能自主运动，日久則肝胃两伤，气血亏損，以致肢体萎縮或畸形，留下后遺症。

治則　补益肝胃，强筋活血。

方药（1）健步虎潜丸（《丹溪心法》）

虎脛骨錢半　陈皮八分　鎖陽三錢　当归二錢
白芍錢半　知母錢半　熟地三錢　川牛膝二錢
黄柏八分　龟版三錢　干姜五分　精羊肉二两　水

煎服，或作丸剂，每服一錢　日三次。本方适用于下肢麻痹。

2. 壯筋飲（經驗方）

当归二錢　赤芍一錢半　川牛膝二錢　黃芪四錢
杜仲二錢　川断二錢　木瓜一錢半　豹骨二錢
紅花五分　桂枝八分　水煎服。

3. 单方　烏梢蛇肉　研細末，每服五分至一錢　一日三次。

4. 成药

①虎潛丸每服一錢，日三次。

②人参养荣丸，服法同上。

本病应做好予防及护理工作，服用減毒活疫苗，可参閱西医部分。針灸、新針及推拿疗法，对本病有很好的疗效，可以单独使用，也可与內服药配合治疗。

鵝口疮

患儿口腔粘膜上滿布乳白色膜，状如鵝口，所以称为鵝口疮，亦称“雪口”。多見于早产儿和体弱的婴儿。

病因病机　本病主要是因口腔不洁，局部感染病邪，与心脾蘊热互結而发。婴儿热毒本盛，积于心脾，舌为心之苗，脾开竅于口，热毒循經而上，与外邪搏結，故生鵝口疮。此外，体弱或病后小儿，由于脾胃阴虛，虛火上炎，亦能触发本病。

诊察要点　口腔內出現白屑，逐漸蔓延扩大，白屑周围繞有一圈紅暈，互相粘連，状如凝固的乳块，随揩随生，不易清除。

辨证施治

（一）心脾积热証

症状　口腔內頰和舌上，滿布白屑，面赤唇紅，煩躁多哭，

便干尿黄，指纹紫滞。白屑多先从两颊开始，然后蔓延至齿龈和上颚、舌上，严重者可发展至咽喉及气道，妨碍呼吸和吞咽。

治则　清解心脾积热，内外兼治。

方　药

1. 内服清热泻脾散（《医宗金鉴》）

山栀一钱　石膏四钱　黄连五分　生地二钱
黄芩五分　赤茯苓钱半　灯芯一尺。

2. 小儿清脾饮（經驗方）

黄连四分　黄芩五分　连翘二钱　銀花二钱
竹叶二钱　焦山栀一钱　灯芯一尺　生石膏四钱
赤苓一钱半　水煎服。

加減法　大便干結加大黄三分；小便不利加木通五分。

3. 外用法　先用黄連、甘草煎水，以消毒棉花或紗布拭洗，然后用冰硼散（成药）涂敷患部。

4. 单方　黄連五分　甘草五分　煎水內服。

5. 成药　牛黄清心丸，1/6—1/3丸，一日二次。

（二）虛火上炎証

症状　白屑滿布口腔，形怯体弱，神疲无力，面白顴紅，大便溏泄，舌质淡紅，指紋淡紅。

治则　滋腎益水，引火归元。

方　药

1. 加味六味地黄丸（《小儿药証直訣》）

熟地二钱　山萸肉一钱　山药二钱　茯苓二钱
丹皮八分　泽泻一钱　肉桂二分　水煎服。

2. 外治法同前。

小儿消化不良

病因病机 本病多由于乳食不节，感寒受热，或感染諸虫，或病后失調，或患有慢性疾病，脾胃虛弱所致。这些致病因素，常是互有关联，互为因果的。其主要病变部位在于脾胃，因脾主运化，胃主受納，如脾胃功能不健，則飲食入胃，积滞不化，不能化食物的精微輸布全身，灌溉脏腑，气血无以滋生，反致停滞郁結，上逆則呕恶，下迫則泄泻，脾阳不振，运化失职，日久則成疳成积，障碍发育，机能日漸衰弱，不能抵御外邪，因之疾病丛生，一經得病，又进一步影响消化机能，形成恶性循环。

诊察要点（参考小儿科部分 354 頁）

辨证施治 小儿机体柔弱，易得各种疾病，一經患病以后，往往引起胃腸道的功能失調，出現一时性的消化不良征象，只須針对所患疾病进行治疗，自然病去胃安，不屬本章的討論范围。这里重点叙述小儿时期所多見的消化不良几种类型，分别介紹如下：

（一）脾胃受寒証

症状 乳食不化，噯恶少食，呕吐不消化食物，腸鳴便泄，腹痛綿綿，面多蒼白，四肢欠溫，唇舌淡白，脉象迟細或沉細。

治則 溫中散寒。

方 約

1. 理中湯（《伤寒論》）

党参一錢半 白朮一錢半 干姜八分 炙甘草五分 水煎服。

2. 溫胃湯（經驗方）

党参一錢半 白朮一錢半 茯苓一錢 陳皮八分

清半夏八分　川朴八分　干姜六分　砂仁六分　水煎服。

加減法　夹有外感者加藿香一錢半　紫苏一錢；肢冷喜溫，腹塞泄泻的加附片五分；呕吐加丁香、吳茱各五分；乳食积滞加鸡內金、建曲各一錢半。

3. 单方　干姜一錢　焦山查三錢　水煎服。

4. 成药　理中丸，每服1/3—1/2丸，一日2—3次。

（二）脾胃积热証

症状　身热烦躁，口干而渴，胃脘嘈杂，嗳恶酸臭，大便秘臭不利，或干結便秘，小便黃赤，舌苔黃燥，脉象細数。

治則　清热养胃。

方　药

1. 竹叶石膏湯（《伤寒論》）

竹叶三錢　石膏四錢　半夏一錢　党参一錢半

甘草五分　麦冬一錢半　粳米二錢　水煎服。

2. 清胃湯（經驗方）

生地一錢半　知母一錢半　炒麦曲八分　竹茹二錢

枳壳八分　川黃連五分　陈皮八分　瓜蒌一錢半

莱菔子二錢　水煎服。

加減法　口渴喜飲加天花粉一錢半，石斛二錢；便秘加大麻仁一錢半；腹胀加广木香八分。

3. 单方　竹叶三錢　蘆根五錢　水煎服。

4. 成药　清宁丸　每服1/4—1/2丸，一日二次。

（三）脾胃虛弱証

症状　面色萎黃，肌肉消瘦，疲倦少力，不思飲食，腹胀不舒，食后作泄，便出不消化食物，舌淡苔白，脉象濡弱或細弱。

治則　健脾和胃。

方　药

1.参苓白朮散（《和剂局方》）

党参一錢半　白朮一錢半　茯苓二錢　炙甘草五分
淮山药二錢　白扁豆二錢　建蓮肉二錢　陈皮八分
薏苡仁二錢　砂仁八分　建曲一錢半　水煎服。

2.健脾飲（經驗方）

党参一錢半　白朮一錢半　茯苓二錢　山药二錢
砂仁八分　陈皮八分　建蓮肉二錢　薏苡仁二錢
建曲一錢半　炒麦芽三錢　水煎服。

加減法　呕吐乳食加清半夏八分　生姜二片；长期便泄加煨肉豆蔻一錢　煨訶子一錢；泻不止再加石榴皮二錢；畏寒加附片五分　干姜五分。

3.单方　党参五錢　大枣七个　水煎服。

4.成　药

（1）健脾丸，每服1/4—1/2丸，一日三次。

（2）启脾丸，每服1/2—1丸，一日三次。

（四）脾胃积滞証

一、乳食积滞

症状　不思飲食，恶心呕吐，吐出物为酸臭乳片和食物残渣，口多秽臭，睡眠不安，腹胀或腹痛拒按，腹痛則泄，泄后痛減或大便閉結，或泻下酸臭，舌苔厚腻，脉滑。

治則　消食导滞，健脾和中。

方　药

1.保和丸（《丹溪心法》）

山查二錢　建曲錢半　半夏一錢　茯苓二錢
陈皮八分　連翹二分　萊菔子二錢　水煎服。

2.消食飲（經驗方）

白朮一錢半　陈皮八分　焦山查二錢　建曲一錢半
萊菔子二錢　清半夏一錢　連翹一錢　茯苓二錢
鸡內金一錢半　水煎服。

加減法　气滯腹胀加广木香八分　大腹皮二錢；呕吐加砂仁八分　生姜二片；便秘加元明粉一錢（冲）。

3.单方　山查三錢　鸡內金二錢　水煎，加紅糖冲服。

4.成药

（1）保和丸，每服1/2—1丸，一日2—3次。

（2）启脾丸，同上。

（3）山查丸，同上。

二、諸虫积滯

症状　面黃肌瘦，毛发枯萎，煩躁喜哭，面現虫斑，食欲失常，嗜食或厌食，或嗜食泥土，舌苔白膩，脉象弦細。

治則　驅虫理脾。

方　药

1.肥儿丸（《医宗金鑒》）

党參一錢半　白朮二錢　茯苓二錢　川黃連八分
胡黃連一錢　使君子肉一錢半　神曲一錢半　麦芽二錢　山查三錢　炙甘草五分　蘆薈一錢　制成丸剂或水煎服。

2.驅虫和中飲（經驗方）

党參一錢半　白朮一錢半　茯苓二錢　使君子肉一錢半
檳榔一錢　川黃連八分　雷丸一錢　广木香八分
焦山查二錢　連翹二錢　水煎服。

加減法　腹胀加枳壳一錢　便干加大麻仁一錢半　瓜蔞仁二錢。

3.单方

（1）使君子仁每岁一粒，至多不超过十五粒，早晨空腹

服用。

（2）苦楝根皮，三錢至六錢　水煎服。

4. 成药

（1）肥儿丸，每服1/3至1丸，一日二次。

（2）川楝片，1—3片，早晚各服一次。

疳　症

疳症是小儿的一种慢性衰弱病，外形干瘦憔悴、体气虚馁，或腹大如鼓、青脉显露，一经得病，缠綿难愈，严重地影响儿童的发育生长。

病因病机

（一）乳食失节，喂养不当。

（二）食物不洁、感染諸虫。

（三）病后失調、脾胃虚弱。

疳証的成因虽有不同，其病机皆属脾胃损伤。因脾胃为后天之本，生化之源，胃損則不能受納飲食，脾伤則不能运化精微、气血阻滞，无以資生，五脏因之失养，病久必累及他脏，因而各証随之发生，临証表現为正虚邪实，虚实互見。

诊察要点　形体消瘦，肤色不华，毛发稀疏枯萎，大便不調，嗜食或厌食，或腹大青脉暴露，精神萎靡不振，或煩躁易怒，发育情况异于正常儿童者。

辨证施治

（一）乳食失調証

症状　面色萎黄，毛发稀疏枯焦，肌肤干瘦，困倦无力，食欲不振或善肌多食，或食后呕吐，或脘腹胀实，或午后潮热，煩躁善哭，夜睡不安，大便不調，小便黄浊或发白，舌苔垢腻，脉

象滑数，指纹淡滞。

治則　理脾和胃，消积化滞。

方　剂

1. 消疳理脾湯（《医宗金鑑》）

神曲錢半　麦芽三錢　檳榔一錢　青皮 陳皮各七分

三棱 峨朮各一錢　胡黃連 川黃連各七分　蕪荑 蘆薈各一錢　使君子肉錢半　甘草五分，水煎服。

2. 消积湯（經驗方）

山查二錢　神曲一錢半　麦芽三錢　青皮八分

檳榔一錢　胡黃連八分　使君子肉一錢半　白朮一錢半

广木香八分，水煎服。

加減法　体虛加党参一錢半　淮山药二錢，虫多再加苦楝皮一錢。

3. 单方　神曲五錢　檳榔二錢　水煎服。

4. 成药　保和丸，每次半丸至一丸，一日三次。

（二）感染諸虫証

症状　肢体消瘦，面色萎黃，或兼有白斑，毛发枯萎，煩躁易怒，食欲失常，嗜食或不思飲食，或嗜食泥土杂物，臍腹疼痛，时作时止，肚腹膨大，青脉暴露，脉象弦細，舌苔黃膩。

治則　驅虫安蛔，健脾消滞。

方　剂

（1）集圣丸（《証治准绳》）

蘆薈一錢　夜明砂錢半　砂仁八分　木香八分

陳皮八分　莪朮八分　使君子肉錢半　川連八分

川芎八分　干蟾五分　当归錢半　青皮八分　水煎服。

2. 驅虫安胃湯（經驗方）

使君子一錢半　檳榔一錢　黃連八分　青皮八分

白朮一錢半　神曲二錢　苦楝根皮二錢
雷丸一錢　枳殼一錢　山查二錢　水煎服。

加減法　体虛加党參一錢半　大枣三枚　大便干結加大黃八分或大麻仁二錢。

3. 单方　使君子仁，每岁一粒，至多服15粒，清晨空腹服，連服三天。

4. 成药　川楝結晶片，2—5片，睡前及清晨各服一次，連服三天。

（三）脾胃虛弱証

症状　面黃色枯，毛发稀疏憔悴，精神疲困，肌肉瘦削，体重減輕，食入不化，大便溏泄，四肢发凉，腹部低陷，睡时露睛，語声低沉，脉象濡弱，舌淡苔薄，指紋色淡。

治則　益虛健脾，和中养胃。

方　药

1. 參苓白朮散（《和剂局方》）

党參錢半　白朮錢半　茯苓三錢　甘草六分
淮山药二錢　蓮子二錢　炒扁豆三錢　薏苡仁二錢
神曲一錢半　陈皮八分　砂仁八分　水煎服。

2. 扶脾湯（經驗方）

党參一錢半　白朮一錢半　淮山药二錢　茯苓二錢
神曲二錢　麦芽三錢　陈皮一錢　炒薏仁二錢
蓮子二錢　炙甘草五分　水煎服。

加減法　大便水泄加肉豆蔻一錢半　煨干姜一錢；抽搐易惊者去神曲加僵蚕一錢半　鉤藤一錢半；汗多加五味子八分浮小麦三錢；四肢厥冷去神曲加附片八分　倍加党參。

3. 单方　党參三錢　蓮肉五錢　大枣五枚　每日一剂，連药服食。

4. 成药

（1）健脾丸，每服半丸至一丸，一日二次。

（2）启脾丸，每服半丸至一丸，一日二次。

遗　尿

遗尿俗称尿床。凡学龄儿童时期每至夜间常不自觉的排尿于床上，即谓遗尿。临床上一般以5岁至15岁儿童为多见。本症虽无严重的后果，但长期遗尿，影响着儿童的身心健康。

5岁以下儿童，由于智力发育未健，排尿的正常习惯尚未养成，而有遗尿者，则不属病态。

病因病机

（一）遗尿属肾与膀胱的病变。因肾主封藏，开窍于二阴。职司二便，肾与膀胱互为表里。若胎禀不足，下焦虚寒，膀胱不约，为本证的主要病因。

（二）睡眠无人管理，遗尿于床，日久养成不良习惯而致遗尿。

诊察要点　凡在学龄时期的儿童，长期有尿床习惯者。肾气不足，膀胱失约的儿童，可见面白唇淡，精神欠振，形体消瘦等现象。

辨证施治

（一）肾气不足证

症状　沉睡不易叫醒，每晚睡中遗尿，尿次较多，小便清长，且智力较差，颜面苍白；甚者有肢冷恶寒，脉迟无力等症。

治则　益气补肾，固涩小便。

方　药

1. 金匮肾气丸（《金匮要略》）

熟地二錢　山萸肉一錢半　山药三錢　茯苓二錢
丹皮一錢　泽泻一錢　附片五分　肉桂五分　水煎服，每日二次。

2. 加味縮泉湯（經驗方）

益智仁一錢半　山药三錢　桑螵蛸二錢　五味子一錢
烏药一錢　黄芪三錢　复盆子一錢半　菟絲子二錢
蓮須二錢　芡实三錢　水煎服，每日二次。

3. 单方

（1）桑螵蛸三錢　益智仁三錢，水煎服。

（2）补骨脂三錢　桑螵蛸三錢　水煎服。

4. 成药　縮泉丸，每服一錢半至二錢　日二次。

若习慣性遺尿，則不必服药，但应注意改进护理方法，培养儿童良好的卫生习慣。（1）給予安慰和教导，他人不应諷刺譏笑，避免产生消极和悲观情緒；（2）睡前要少喝水和少吃流质飲食；（3）临睡前先令排空小便，入睡后注意患儿的遺尿时間，先时喚醒排尿。

惊　风

惊风是由多种疾病中发生抽风証状的总称，为小儿常見疾病中严重的証候。由于发病有緩急，証情有虛实，因此临証必須參合全部見証，以辨别其屬性和类型。若病发急暴，証屬热、实者为急惊风；病来緩慢，証屬虛、寒者为慢惊风。

急惊风

病因病机

（一）外感时毒　小儿肌腠不密，易受寒邪、溫毒，循經入里，郁結化热，热甚伤津劫液，肝风因之蠢动。

（二）痰食内积　乳食不节，蕴积肠胃，通降失常，气机阻塞，积热化火，炼液成痰，痰热生风上颧。

（三）暴受惊恐　小儿神志怯弱，如乍见异物，乍闻异声，或突然惊吓，致使精神紊乱，心肾受病，肝失所养，故出现惊厥抽风。

惊风的发病原因虽有不同，但首先病变者为心肝两经，病机不外热、痰、风、惊，郁极生热，热甚生痰，痰热化风，风动生惊，是为本病的病理机制。

诊察要点　发病急暴，具体表现为“惊风八候”肘臂伸缩谓之“搐”；十指开合谓之“瘛”；肩膊抽掣谓之“掣”；手足颤动谓之“颤”；双目上视直视谓之“窜”；斜视而露睛不活谓之“视”；颈项强直、角弓反张谓之“反”；四肢牵引，手如挽弓谓之“引”。

本病与膪风、癇症相似，临证应加以鉴别。

（一）膪风　为初生儿急性传染病，多在出生后一周左右发病，下颌紧闭，撮口不能吮乳，颈项强直，角弓反张，四肢及面肌痉挛，口角外引，呈苦笑容，或全身痉挛，但无高热，神志始终不变。

（二）癇症　发病时昏迷抽搐，痰盛气促，和惊风相似。但癇症四肢柔软，无角弓反张，发作时间短暂，醒后恢复为正常人。

辨证施治

（一）外感时毒证。

一、风寒证

症状　初起时壮热头痛，无汗。继而颈项作强，神志昏迷，四肢抽搐，舌苔薄白，脉象浮紧，指纹浮紫。

治则　祛风解肌，开窍镇痉。

方　药

1. 葛根湯（《伤寒論》）加味

葛根錢半　麻黃三分　桂枝三分　芍药一錢

生姜二片　甘草五分　大枣三枚　水煎服。

加減法　开窍鎮痙加天麻一錢　鈎藤一錢半　石菖蒲一錢　如热盛目赤舌紅者，为外风化热，去麻黃、桂枝加龙胆草五分　石决明三錢　連翹二錢　菊花錢半以平肝清热。

2. 羌活散（經驗方）

羌活一錢　防风一錢半　川芎八分　薄荷八分

天麻一錢　炒僵蚕一錢半　生甘草五分　黃連八分

柴胡五分　前胡一錢　枳壳八分　桔梗八分　水煎服。

加減法　如伴有胸悶煩躁，呕吐乳食者，加玉枢丹（成药）3—5分，热甚者去羌活、防风加銀花二錢　連翹二錢　菊花一錢半　頸項强直加葛根一錢半。

3. 成药　小儿回春丹，每次3—5粒，每日2—3次。

4. 单方　地龙一条　鈎藤四錢　薄荷一錢　服法：取地龙前半段，煎湯服。

二、溫毒証

症状　外感溫邪，初起有恶风发热，头痛咳嗽等表証現象，但溫邪化火最速，很快即出現煩躁譫語，神昏抽风，喉中痰鳴，呼吸急促，面赤唇紅，或頸項强直，角弓反张，舌苔黃糙或焦黑，脉象頻数，指紋青紫。

治則　平肝熄风，清心解毒。

方　药

1. 羚羊鈎藤湯（《通俗伤寒論》）

桑叶二錢　川貝母錢半　鮮生地三錢　鈎藤錢半

菊花錢半　生白芍一錢　生甘草五分　竹茹三錢

茯神二錢　水煎服。

加減法　抽搐較甚者加天麻一錢　僵蚕一錢　石决明三錢；牙关紧閉，宜先用臥龙丹（成药）吹鼻取嚏开关；喉中痰鳴者加天竺黃五分　胆南星五分　广玉金一錢；热盛加焦山梔一錢半　黃芩一錢；神昏痙攣，热入心包加服局方至宝丹（成药）或安宮牛黃丸（成药）1/4—1/2丸；痰涎壅盛，抽搐而喘加服琥珀抱龙丸（成药）1/3—1/2丸；囟門高突，神昏抽风，加服紫雪丹（成药）；如表証未解，宜先服銀翹解毒丸。

2.单方　鈎藤三錢　竹叶五錢　灯芯一錢　水煎服，一日一剂。

3.成药　至圣保元丹，1/2至1丸，每日二次。

（二）痰食內积証

症状　发病以前，先有神倦嗜眠、腹部胀痛拒按，大便秘結或溏泄，呕恶不食；以后即发高热，神昏抽搐，呼吸气粗，喉中痰鳴，舌苔黃厚而腻，脉象滑数。

治則　消食导滯，鎮痙熄风。

方　药

1.三黃枳朮丸（朱丹溪方）

黃連五分　黃芩五分　大黃五分　神曲錢半

陳皮五分　白朮錢半　枳壳五分　加服回春丹　水煎服。

加減法　抽搐加天麻一錢　鈎藤一錢半；痰浊壅結，呕吐者加服玉枢丹（成药）。

2.成药

（1）小儿百寿丹，每服1/3至1丸，一日二次。

（2）保和丸，服法同上。

（三）暴受惊恐

症状　发热較輕，惊惕不安，睡中惊哭，面色发青，昏睡迷

糊，手足抽搐，大便发青，指纹青紫。

方　药

1. 抱龙丸（《小儿药証直诀》）

胆南星　天竺黄　雄黄　朱砂　麝香

上药配制丸剂（有市售成药），每次一丸，一日二次。

2. 单方　钩藤二錢　硃砂拌麦冬一錢半　灯芯一尺　水煎服。

3. 成药　硃砂安神丸，每服1/3丸，一日二次。

慢惊风

病因病机

（一）脾阳虚衰，长期吐泻，或病后失治、误治，脾胃损伤，肝无所制，虚风内动，筋脉引急而成慢惊。

（二）阴伤风动　由于急惊风时期多有高热，热盛伤阴，阴伤血燥，以致虚风内动，转成慢惊。

诊察要点　发病缓慢，抽风似搐非搐，时作时止，呼吸微弱，四肢厥冷，神气萎弱，睡时露睛。

辨证施治

（一）脾阳虚衰証

症状　先期有吐泻証候，囟门凹陷，肌肤松弛，口鼻气冷，抽搐緩緩，作作作止，昏睡露睛。甚則二便滑泄失禁，手足蠕动震颤，苔白舌淡，脉象細弱。

治則　溫运振阳，培元益气。

方　药

1. 固真湯（《証治准绳》）

党参二錢　炒白朮一錢半　附片八分　山药二錢

茯苓二錢　黄芪三錢　肉桂五分　炙甘草五分　水煎服。

加减法　搐搦甚者加全蝎一至三个　天麻一钱　珠瑁一钱；昏迷有痰加法半夏八分　菖蒲八分。

2. 单方　党参五钱　附片一钱　水煎服。

3. 成药　桂附理中丸，1/3至1丸，一日2—3次。

（二）阴伤风动证

症状　先期急惊证候，继则神昏嗜睡，虚烦不安，抽搐时急时缓，脉象细数，舌质红绛。

治则　育阴潜阳

方药　二甲复脉汤（《温病条辨》）

炙甘草八分　生地二钱　生白芍一钱　麦冬一钱半　阿胶二钱　麻仁一钱　生牡蛎三钱　龟版二钱　水煎服。

加减法　气虚不足者加黄芪三钱　党参二钱　血虚加当归一钱半。

2. 单方　牡蛎三钱　白芍一钱　天麻一钱　水煎服。

小儿弱证

小儿弱証是指小儿时期身体虚弱而出現的发育障碍或骨骼畸形的疾患。根据临証表現，可分为解颅、五迟、五软、鸡胸、龟背等症。

病因病机　本証的发病原因，主要是由于先天禀赋不足和后天失于調养所引起。属于先天性的如怀孕期母体虚弱，或为早产儿等；后天性的如平时喂养不当，护养失宜，或病后失調，以及长期患有慢性疾病等，均是导致本証的因素。小儿弱証的发病原因虽有不同，病变部位亦不一致，临床表現为五脏俱虚，气血不足，精气未充，筋骨失养，但其根本在于脾、肾。

脾胃亏损，是本病的主要机制。

诊察要点

（一）解顱　头顱骨縫裂开，前囟宽大，不能按期閉合。

（二）五軟　头項軟、口軟、手軟、足軟、肌肉軟。

（三）五迟　立迟、行迟、齿迟、发迟、語迟。

（四）鸡胸　胸骨向前突出，变成畸形。

（五）龟背　背脊弯曲，状如龟背。

辨证施治

（一）解顱証

症状　顱縫裂开，头大面小，前囟扩大，面色皖白，头皮光紧，目中白睛特显，神情呆滞，脉象細弱。

治則　补腎填髓，益气养血。

方药

1. 补腎地黄丸（《証治准绳》）

熟地三錢　山药三錢　山茱肉三錢　茯苓二錢

泽泻二錢　丹皮一錢　鹿茸四錢　牛膝二錢　蜜丸或作湯剂。

加減法　如口舌干燥，手足心热的，可去鹿茸、牛膝，气虚脾弱者加黄芪三錢　党参三錢。

3. 外用方　柏子仁、天南星、防风各等分　制法及用法：共研細末，每次用药粉一錢　猪胆汁調和，涂布数囟門上，每天更換，以溫开水潤湿，不使干燥。

2. 补腎湯（經驗方）

熟地三錢　淮山药二錢　鹿角四錢　补骨脂二錢

陈皮一錢　水煎服。

3. 单方　鸡蛋壳炒黄，研細末，开水調服，每次五分　一日三次。

4. 成药　全鹿丸　每服五分至一钱，一日二次。

（二）五迟、五软证。

症状

五迟　筋骨软弱，迟迟不能行立，牙齿迟迟不出，头发稀疏萎黄，二、三岁尚不能讲話，智力迟鈍，发育迟緩。

五软　头项软而倾斜难举，口软唇弛，咀嚼无力，手软不能握举，足软不能站立，肌肉松软不实，智力不聪，神态呆滞。

五迟、五软，在临床往往是五兒的，或数証并現，或单具一、二証，均屬病态。

治疗　补肾填髓、益气补血。

方　药

补中益气湯（《东垣十书》）

党参钱半　黄芪三钱　当归钱半　陈皮八分

白朮钱半　甘草五分　柴胡五分　升麻五分

加姜枣　水煎服。

2. 补肾地黄丸（《証治准绳》）（見上）

补中益气湯較适用于五软，补肾地黄丸較宜于五迟，两方也可以交替施用。

3. 益气培元湯（經驗方）

熟地三钱　党参三钱　淮山药二钱　黄芪三钱

怀牛膝二钱　补骨脂一钱半　当归二钱　水煎服。

加減法　消化不良加鸡內金一钱半　陈皮八分；发迟加何首烏二钱　黑芝麻二钱；智力迟鈍、語迟加石菖蒲、远志各五分，丹参一钱半　麦冬一钱半；腎阳虚加鹿角三钱。

4. 成药

（1）金匱腎气丸，每服1/3—1/2丸，一日二次。

（2）补中益气丸，用法同上。

（三）鸡胸、龟背証

症状　鸡心龟背都因气血两亏，骨髓不充，以致骨质軟弱发育畸形。胸骨向前突出，是为鸡胸；脊柱弯曲，走路駝行，背部隆起的，是为龟背。多兼有体质瘦弱，精神疲卷，四肢乏力等症状出現。

治則　培补脾腎，补益气血。

方葯（1）补天大造丸（吳球方）

紫河車一具　鹿茸　虎脛骨　龟版　补骨脂各二两　熟地　怀山葯　山茱萸　枸杞子　当归身各四两　白茯苓　泽泻　牡丹皮　天冬　麦冬　北五味　菟絲子　怀牛膝　杜仲　淡苁蓉各三两共研細末。紮丸，每服一錢，一日2—3次。

2.强骨补腎湯（經驗方）

杜仲　肉苁蓉　菟絲子　巴戟肉各二錢　鹿角二錢
紫河車一錢　熟地二錢　淮山葯二錢　补骨脂一錢半
怀牛膝二錢　水煎服，或作丸剂久服。

3.单　方

（1）烏賊骨　每次五分　一日三次，开水送服。

（2）鸡蛋壳　制法及服法如前。

4.成　葯

（1）金匱腎气丸，每次半丸，一日二次。

（2）补中益气丸，用法同上。

第十章　妇女常見病

月经不调

临床上所謂月經不調，是指月經的周期，或經量、或經色、

或經质的改变，并兼有症状的。常見的有：月經先期、月經后期、月經先后不定期、月經过多、月經过少等。

1. 周期的改变　經期超前在一周以上，甚至一月行經兩次，称为月經先期；月經錯后一周以上，甚至錯后一、二个月的，称为月經后期；月經来潮，或先或后沒有定期，前后差錯在一周以上的，称为月經先后不定期。

2. 量、色、质的改变　月經周期正常，經量超过平时，或行經日期过长，称为月經过多；經量少于平时，或行經日期过短，称为月經过少。至于經色的紫、紅、淡，經质的浓稠、稀薄，常伴随上述症状同时存在。

病因病机　本症的发病原因頗多，大致可归納如下：

(一)热証

1. 血热　嗜食辛辣，或感受热邪，热壅于血，迫血妄行，常引起月經先期，經量过多。

2. 虛热　平素阴虛，肝火过旺，致阴血不足，內热自生，常引起月經先期。

(二)寒証　虛寒由于阳气不足，或寒邪久留，阳气受伤，机能不振，运行无力，經血不能应期来潮，常見过期量少。

(三)虛証

1. 气虛　劳累过度，飲食失調，以致脾虛气陷，攝納无力，常見先期量多。

2. 心脾虛　思虑过度，或飲食失調，或久病之后，心脾两亏，常見过期量少，或先后不定期。

(四)实証　气郁：情緒抑郁，肝气不舒，血被气阻，常見月經前后不定，經量过少。

诊察要点　临床上应根据月經周期、經量、經色、經质，参考其他脉証，以辨别寒热虛实。

如：月經先期，量多、色紫、质浓、屬血热；量少、色紅、屬虛热；量多、色淡、质薄、屬气虛。

經行后期，量少、色淡、质薄、屬气血两虛；量少、色紫黯、有块、质浓、屬气滞，量少、色紫、质薄、屬虛寒。

經行先后不定期，量或多或少、色淡、质薄、屬心脾两虛；量少、紫紅有块、屬气郁。

辨证施治

(一)血热証

症状　月經超前，量多、色鮮紅、质稠、煩渴、便秘、舌紅、苔薄黃、脉象弦数。

治則　清热凉血。

方　药

1.芩連四物湯（《医宗金鑑》）

当归三錢　生地三錢　川芎一錢　白芍三錢
黃芩二錢　黃連一錢半　水煎服。

2.清經湯(經驗方)

当归三錢　白芍三錢　生地二錢　丹皮二錢
黃芩二錢　知母二錢　生地榆二錢　白薇二錢
水煎服。

加減法　經量过多，加烏賊骨六錢　牡蠣八錢　侧柏炭二錢。

3.单方

（1）芹菜二两　水煎服。

（2）当归三錢　生地三錢　丹皮三錢　水煎服。

4.成药　固經丸，每日三錢，分二次服。

(二)虛热証

症状　月經超前，量少、色淡，头暈耳鳴，睡眠不安，腰痠，舌紅少苔，脉象細数。

治則　养阴清热。

方　药

1. 地骨皮飲(局方)

当归三錢　生地五錢　川芎一錢　白芍三錢
地骨皮二錢　丹皮二錢　水煎服。

2. 加味两地湯(經驗方)

生地五錢　地骨皮三錢　当归三錢　元參三錢
白芍三錢　麦冬三錢　旱蓮草二錢　丹皮二錢
水煎服。

3. 单方　旱蓮草五錢　水煎服。

4. 成方　知柏八味丸，每次一丸，一日二次。

(二)虛寒証

症状　月經錯后、量少、色淡或暗，畏寒、四肢发冷、腹痛喜热按、舌淡苔白，脉象沉迟。

治則　养血溫經。

方　药

1. 艾煎丸（《邯鄲遺稿》）去菖蒲，加肉桂。

当归三錢　熟地二錢　白芍三錢　川芎一錢半
吳茱萸一錢　艾叶三錢　肉桂一錢　陈皮二錢
水煎服。

2. 暖宫湯(經驗方)

当归三錢　白芍三錢　川芎二錢　香附三錢
艾叶三錢　肉桂一錢　巴戟肉三錢　黄芪五錢
炮姜一錢　益母草三錢　水煎服。

3. 单方

（1）当归三錢　艾叶三錢　水煎服。
（2）阿胶五錢　炮姜二錢　水煎服。

4. 成药　艾附暖宫丸，每次一丸，一日二次。

(四)气虚証

症状　月經超前、量多、色淡、质薄，面色蒼白，精神疲倦，气短无力，舌淡苔薄，脉象虚弱。

治則　补气固經。

方　药

1. 补气固經丸（《沈氏尊生方》）

党参五錢　黄芪五錢　白朮三錢　茯苓三錢
砂仁一錢　水煎服。

2. 益气固經湯（經驗方）

牡蠣八錢　烏賊骨八錢　黄芪四錢　党参三錢
白朮三錢　茯苓三錢　当归三錢　白芍三錢
陈棕炭三錢　仙鶴草五錢　水煎服。

3. 单方　党参五錢　仙鶴草五錢　水煎服。

4. 成药　补中益气丸，每次一丸，一日二次。

(五)血虚証（兼脾虚）

症状　月經超前或錯后，量或多或少，色淡，质薄，面色萎黄、精神疲倦，头暈，心悸，少眠，食差腹胀，浮肿，便稀，舌淡苔薄，脉象虚弱。

治則　补益心脾。

方　药

1. 归脾湯（济生方）

党参三錢　黄芪三錢　白朮三錢　茯苓三錢
当归三錢　枣仁五錢　远志一錢半　桂元三錢
木香一錢　甘草一錢　水煎服。

2. 双补心脾湯（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　山药五錢

扁豆四錢　　当归三錢　　川芎一錢半　　丹参二錢
枣仁五錢　　紅枣五只　　水煎服。

3.单方　桂元五錢　　莲肉五錢　　紅枣十只　　水煎服。

4.成药　归脾丸，每次一丸，一日二次。

(六)气郁証

症状　月經超前或錯后，量少，色紫黯有块，精神抑郁，經前乳房作胀，少腹及两胁胀痛，嗳气，苔薄白，脉弦。

治則　理气解郁。

方　药

1.逍遙散(局方)

柴胡二錢　　白朮三錢　　茯苓三錢　　当归三錢
白芍二錢　　甘草一錢　　薄荷五分
生姜一片　　水煎服

2.理气調經湯飲(經驗方)

柴胡二錢　　香附三錢　　苏梗二錢　　当归三錢
丹参三錢　　青陈皮各一錢半　　川芎一錢半
川楝子三錢　　水煎服。

3.单方　烏药二錢　　香附三錢　　当归三錢　　水煎服。

4.成药　逍遙丸，每次一丸，一日二次。

附：經行吐衄　指經前或行經时，出現周期性的吐血或鼻子出血，俗称倒經。本症多由于血热妄行所致。治疗宜凉血清热，引血下行法。

生地四錢　　黃芩二錢　　白芍三錢　　丹皮二錢
丹参三錢　　川牛膝二錢　　白茅根五錢　　藕节炭二錢
水煎服。

闭　经

发育正常的女子，平均在十四岁左右，月經来潮。如超龄过久而月經未来；以及妇女开始行經以后，月經数月不来，同时兼有証状的，称为經閉。但妊娠及哺乳期的停經屬于生理現象。

造成閉經的病因很多，临床上一般可分血亏閉經、血滞閉經和虛損閉經。

病因病机

（一）血亏閉經　失血过多，久病或生育太多，血液亏損，或飲食失調，脾胃虛弱，不能生血所致。

（二）血滞閉經　情志郁結，气郁血滞，或經期感寒，过食生冷，寒凝胞宫，經血受阻。

（三）虛損閉經　思慮过度，或起居不慎，阴血耗伤，进而积損成痨。

诊察要点　易与早期妊娠相混淆，辨証时必須注意鉴别。

早期妊娠　月經既往正常而突然停止，有择食、恶心、喜酸，并伴有嗜眠乏力等現象。

閉經　月經漸少而致停閉，兼有腹胀腹痛，或潮热盗汗等症状。

辨证施治

（一）血亏閉經

症状　月經数月不行，面色萎黄，头晕目眩，心悸气短，腰痠无力，飲食減少，甚則身体消瘦，舌淡苔薄，脉細。

治則　补血益气。

方　药

1. 圣愈湯（《东垣十书》）

熟地三錢　黄芪四錢　党参二錢　当归三錢
川芎一錢半　白芍三錢　水煎服。

2. 加減归脾湯（經驗方）

黄芪四錢　白朮三錢　当归四錢　茯苓三錢
桂元三錢　枣仁五錢　白芍二錢　鸡血藤四錢
水煎服。

加減法　面目浮肿，大便溏泻，加山药四錢　莲肉三錢　党参三錢。

3. 单方

（1）黄芪五錢　当归五錢　川牛膝四錢　水煎服。

（2）丹参五錢　柏子仁三錢　甘草一錢　水煎服。

4. 成药　十全大补丸、或归脾丸，每次一丸，一日二次。

（二）血滞閉經

症状　月經停閉，精神抑郁，煩燥易怒，胸胁胀痛，食少嗳气，少腹胀痛，拒按，舌黯紅，苔正常，脉弦涩。

治則　舒肝理气，活血通經。

方　药

1. 通經湯（經驗方）

丹参四錢　桃仁二錢　当归尾二錢　紅花一錢半
泽兰二錢　川牛膝三錢　香附三錢　乌药二錢
柴胡一錢半　鸡血藤四錢　水煎服。

加減法　少腹冷痛，四肢发冷，加炮姜一錢半　肉桂一錢

2. 单方

（1）絲瓜絡一两　黄酒与水各半煎服，每日二次。

（2）益母草一两　紅糖一两　水煎服。

（3）当归五錢　香附三錢　川牛膝三錢　水煎服。

3. 成药　通經甘露丸，每次二錢，一日二次。

（二）虛損閉經

症状　經閉不行，头暈耳鳴，心悸，身体消瘦，手足心热，潮热自汗，腰痠，舌紅苔少，脉細数。

治則　滋阴益腎。

方　药

1. 加減六味地黃湯（經驗方）

山萸四錢　生地三錢　山药四錢　茯苓三錢
丹皮二錢　枸杞四錢　首烏四錢　川断三錢

水煎服。

加減法　咳嗽咳血，加百部三錢　川貝二錢　白及三錢；午后潮热，手足心热，加地骨皮三錢　青蒿二錢；飲食減少，大便溏薄，加白朮三錢　麦芽四錢。

2. 单方　十大功劳叶一两　百部四两　水煎服。

3. 成药　六味地黃丸，每次一丸，一日二次。

崩　漏

又叫崩中漏下，就是指不在行經期間，阴道內大量出血，或連續出血不断。对来势很急大量出血的，用山崩来形容，叫做"崩"；来势緩慢不断出血的，用屋漏来形容，叫做"漏"。崩和漏在性质上是基本相同的，只是在病势上有緩急的区别，所以合称为"崩漏"。包括功能性子宫出血。

病因病机　发病的原因多由气虛和血热所致。

（一）气虛　多由忧愁思虑，或飢飽劳累，損伤脾气，气虛不能摄血。

（二）血热　多由素体內热，过食辛燥食物，火热內熾，

迫血下行。

诊察要点 崩漏証除观察血量多少外，尚须注意血色和血质，参考其他脉証，作为辨証的依据。气虚証，血色淡紅、质清稀；血热証，血色紫紅，质稠而有血块。

老年女妇，时常血崩，或經絕后經血复来的，应怀疑子宫癌瘤的可能，須进一步检查确診。

辨证施治 崩漏是以失血为主，治疗应根据"急則治标，緩則治本"的原則，掌握塞流、澄源、調理三法。

1. 塞流 就是止血，是治疗崩漏的首要办法，尤其在大出血情况下，必須設法止血，以免失血过多，造成虛脫。

2. 澄源 就是治本，是治疗崩漏的重要环节。治本的具体方法是辨証施治，如气虛的宜补气摄血；血热的宜清热凉血。

3. 調理 就是調理善后的方法，应以調理脾胃为主，如香砂六君子湯（党参三錢 白朮三錢 茯苓三錢 陈皮二錢 清夏二錢 木香一錢半 砂仁一錢 甘草一錢），或归脾丸亦可。

（一）气虛証

症状 血崩不止，血色淡紅，质清稀，精神疲倦，气短懶言，心悸，納差，脉象虛大，苔薄。

治則 补气止血。

方 药

1. 固本止崩湯（《傅青主女科》）

党参五錢 黄芪五錢 白朮三錢 熟地五錢
当归二錢 炮姜炭一錢 水煎服。

加減法 头暈目眩，出血过多，可加烏賊骨一兩 陈棕炭三錢 三七粉五分（冲）；腹痛的，加熏艾叶二錢；汗出肢冷、脉沉細欲絕，急用党参一兩（人参更好）煎浓汁頓服。

2. 加味胶艾四物汤(經驗方)

党参四錢　黄芪五錢　熟地三錢　当归三錢
白芍三錢　阿胶四錢(烊)　艾叶炭三錢
三七粉(冲)一錢　水煎服。

3. 单方

(1) 黄芪一两　陈棕炭五錢　水煎服。

(2) 老絲瓜焙黄研末，每次二錢，黄酒送下。

(3) 仙鶴草一两，水煎服。

4. 成药　人参归脾丸，每服一丸，一日二次。

(二) 血热証

症状　經血暴下，或淋漓不断，血色深紅，煩热口渴，睡眠不好，头暈，舌紅而干，苔黄，脉洪数。

治則　清热、凉血、止血。

方　药

1. 清热固經湯(南京中医学院方)

炙龟板(先打煎)八錢　牡蠣粉(包煎)五錢
阿胶(陈酒燉冲)五錢　生地五錢　地骨皮五錢
焦山梔三錢　黄芩三錢　地榆五錢　陈棕炭三錢
藕节炭九錢　甘草八分　水煎服。

2. 单方

(1) 蓮房烧灰研末，每次服三錢，每日二次，米湯送下。

(2) 地榆炭五錢　白茅根一两　小薊一两　水煎服。

(3) 烏梅二两　水煎浓服。

(4) 貫众炭一两　焙干成炭，研末，每次三錢，一日二次。

3. 成药　固經丸，每日三錢，分二次服。

痛　经

临床上以气滞血瘀，和气血虚寒为多見。

病因病机

（一）气血虚寒　体质素弱，气血不足，血海空虚，胞脉失养，寒邪乘虛客于子宫。

（二）气滞血瘀　忧思郁怒，气滞不宣，气血阻滞，經不通暢，不通則痛。

诊察要点　本病的特征主要在于腹痛。一般說，經前痛的，大都屬于气滞血瘀証，腰腹胀痛，拒按，甚則如針刺；經后痛的，大都屬于气血虚寒，痛势綿綿，腹喜揉按。

辨证施治

（一）气滞血瘀証

症状　經前或經期，少腹胀痛，經量少而不暢，間有小血块，两胁亦胀，有时嗳气，苔薄，脉弦；血瘀甚者，腹痛拒按，經色紫黑有块，块下后則痛減。

治則　舒肝理气，活血調經。

方　药

1. 舒肝解郁湯（《中医妇科临床手册》）

香附三錢　　青皮一錢　　柴胡二錢　　郁金二錢

烏药二錢　　丹参四錢　　川芎一錢半　　泽兰四錢

水煎服。

加減法　腹痛拒按，痛时如刺的，可加蒲黃二錢　五灵脂二錢　元胡三錢。

2. 加減桃紅四物湯（經驗方）

柴胡二錢　　香附三錢　　赤芍三錢　　紅花一錢半

烏药二錢　当归三錢　桃仁二錢　元胡三錢
川芎一錢半　玫瑰花五朵　水煎服。

3. 单方

（1）橘皮三錢　香附三錢　莞蔚子三錢　水煎服。

（2）丹参四錢　郁金二錢　水煎服。

（3）炒蒲黃三錢　五灵脂三錢　黃酒一兩　先将前二味药用水一碗煎留半碗，再入黃酒煮沸，去渣取汁，日服二次。

（4）紅花三錢　紅糖一兩　水煎服。

4. 成药　逍遙丸，每次一丸，一日二次。

(二)气血虛寒証

症状　經行之后，少腹作痛，綿綿不絕或少腹冷痛，得按得热則痛減，經色淡薄；精神不振，飲食減少，舌淡苔薄，脉象沉弱，或沉弦。

治則　补气益血，溫經散寒。

方　药

1. 胶艾八珍湯（《中医妇科临床手册》）

党参五錢　白朮四錢　云苓四錢　当归二錢
熟地四錢　白芍二錢　川芎一錢　炙甘草一錢
阿胶(冲)三錢　炒艾叶三錢　水煎服。

2. 加減溫經湯(經驗方)

当归三錢　川芎一錢半　白芍三錢　党参三錢
阿胶(冲)三錢　吳萸一錢　炮姜一錢
肉桂一錢　烏药二錢　元胡三錢　水煎服。

3. 单方

（1）当归三錢　小茴香三錢　生姜四片　水煎服。

（2）生姜五斤　紅糖一兩　水煎服。

（3）阿胶五錢　炮姜三錢　水煎服。

4. 成药

（1）妇科十味片，每次四片，一日二次。

（2）女金丹，每次一丸，一日二次。

带　下

临床上常見的带下，主要是白带和黄带两种。妇女阴道中流出如涕如唾的白色粘液，綿綿不断，即为白带；如色淡黄，粘稠臭秽，称为黄带。但是妇女在青春期，經前、經期或妊娠期，阴道中流出的粘液可能增多，这些都属于生理現象，不属病征。

病因病机

（一）白带　由于飲食不調，或劳累过度，損伤脾胃，脾阳衰弱，运化失常，湿气下注而成。

（二）黄带　多因洗浴具不洁，感受湿毒；或湿邪外侵，郁而化热。

辨证施治

（一）脾虛証

症状　带下色白，如涕如唾，綿綿不絕，无恶臭；头晕而閉，精神疲倦，手足发冷，飲食減少，大便溏泻，舌淡苔白，脉緩而弱。

治則　健脾除湿。

方　药

1. 完带湯（《傅青主女科》）

炒白朮四錢	山药五錢	党参三錢	炒白芍二錢
車前子（包）三錢		蒼朮三錢	陈皮一錢半
芥穗一錢	柴胡一錢	甘草一錢	水煎服。

2. 固带飲(經驗方)

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　芡仁四錢
蓮須三錢　芡实三錢　烏賊骨五錢　金櫻子三錢
水煎服。

3. 单方

(1) 白扁豆花三錢　水煎服。

(2) 向日葵茎髓一两　水煎服。

(3) 白果仁五錢　白扁豆一两　水煎服。

4. 成药　归脾丸，每次一丸，一日二次。或止帶丸，每次二錢，一日二次。

(二) 湿热証

症状　帶下色黃，或呈黃綠色，稠粘臭秽，阴道发痒；口苦咽干，舌紅苔黃，脉象濡数。

治則　清热滲湿。

方　药

1. 易黃湯 (《傅青主女科》)

山药五錢　芡实四錢　炒黃柏三錢　車前子(包)三錢
白果十枚　水煎服。

2. 清帶飲(經驗方)

銀花四錢　黃柏三錢　泽泻二錢　車前子(包)三錢
赤苓三錢　土茯苓四錢　椿根皮四錢　鸡冠花三錢
水煎服。

加減法：如帶下兼血，加龙胆草三錢　茜草根三錢　側柏炭三錢；阴道发痒，加蛇床子三錢。

3. 单方

(1) 蒼朮三錢　黃柏三錢　水煎服。

(2) 鸡冠花四錢　椿根皮四錢　水煎服。

（3）白头翁四錢　黄柏三錢　苦参三錢　水煎服。

妊娠呕吐

妊娠呕吐，又叫“恶阻”，俗称“病儿”。是早期妊娠中最常見的一种疾患。妊娠在二、三月时，孕妇常有恶心欲呕，飲食不佳，喜食酸物，厌聞食臭，尤其清晨更重，这是正常的生理現象。如果呕吐剧烈，不能进食，影响孕妇健康者，才称为妊娠呕吐。

病因病机　妊娠呕吐的病因很多，主要有脾胃虚弱、肝胃不和和胃热上冲三种。

（一）脾胃素弱，孕后胎气上逆，胃失和降而致呕吐。

（二）平素多郁，或怒气伤肝，肝不条达，肝气犯胃。

（三）素常胃热，或过食辛燥之物，胃热上冲。

诊察要点　妊娠三月內，孕妇有剧烈呕吐，不能进食者。

辨证施治

（一）脾胃虚弱証

症状　平素体弱，食欲不佳，精神較差，孕后呕不能食，晨早更甚，全身无力，腹胀，大便溏泻，舌淡口和，苔白潤，脉滑。

治則　調气健胃。

方　药

1.香砂六君子湯（《局方》）

党参三錢　　白朮三錢　　茯苓三錢　　陈皮二錢

清半夏一錢半　木香一錢　　砂仁一錢　　水煎服。

加減法　如胸脘飽悶，得食則呕，去党参、甘草，加藿香

二錢　苏梗三錢。

2. 加減橘皮竹茹湯(經驗方)

橘皮二錢　竹茹二錢　党參三錢　茯苓三錢
枇杷叶三錢　苏梗三錢　藿香二錢　砂仁一錢
生姜三片　水煎服。

加減法　如肢体无力,发冷,大便溏泻的,去竹茹,加山药四錢　白朮三錢。如腰痠的,加川断三錢　菟絲子三錢　寄生三錢。

3. 单方　灶心土(包)一两　水煎服。

(二) 肝胃不和証

症状　呕吐清水或酸水,脘悶胁痛,腹胀腸鳴,噫气,舌苔薄白,脉象弦滑。

治則　舒肝和胃。

方　药

1. 舒肝和胃飲(經驗方)

柴胡一錢半　炒白芍三錢　苏梗二錢　佛手一錢半
炒白朮三錢　茯苓三錢　山药四錢　砂仁一錢
橘皮二錢　党參三錢　水煎服。

2. 单方　紫苏梗三錢　橘皮三錢　水煎服。

(三) 胃热上沖証

症状　呕吐苦水,心煩嘈杂,厌聞食臭,小便黃热,大便干燥,舌紅,苔黃,脉弦滑而数。

治則　清胃降逆。

方　药

1. 黃連溫胆湯(《沈氏女科輯要》)

黃連一錢半　竹茹三錢　橘皮二錢　茯苓三錢
清夏一錢半　枳壳一錢　甘草八分　水煎服。

2. 黃連清胃飲(經驗方)

黃連一錢半　黃芩一錢半　焦山梔二錢　竹茹二錢
橘皮二錢　枇杷叶(包)三錢　石斛三錢
白芍三錢　水煎服。

3. 单方

(1) 橘皮二錢　竹茹三錢　水煎服。

(2) 咸梅子一个　开水泡服代茶。

此外，本病呕吐較重，所以在服葯之前，应先飲生姜汁数滴后，再服葯，以免呕吐。服葯方法，必須分几次慢慢服下，不可一次服完。

胎动不安、堕胎、滑胎(流产)

妊娠胎动，自覚下墜，或輕度腰痠腹痛，以及阴道內少量流血，称为胎动不安。如流血增多，腰痠腹痛加剧，有胚胎組織排出的，称为墜胎，俗称小产。堕胎連續发生三次以上的，叫滑胎。其实胎动不安就是堕胎的先兆，应当采取措施，治疗胎动不安，以維持妊娠。

病因病机

(一) 脾腎两亏　孕妇体质虛弱，或孕后曾患其他疾病以致脾腎两亏，脾虛不能載胎，腎虛不能系胎。

(二) 阴虛血热　素常阴虛火盛，过食辛燥，或患热病，迫血妄行，胎失所养。

(三) 葯物中毒或外伤，也可損伤胎气。

(四) 胎儿发育异常，也是引起堕胎、滑胎原因之一。

诊察要点　胎动不安应与堕胎鉴别。

病名 \ 症状	阴道下血	腰痠腹胀	胎下墜
胎动不安	不流血或少量流血，呈棕褐色	轻度	明显
堕胎	流血增多，色鲜，有血块	明显	很明显

辨证施治

一、胎动不安

（一）脾肾两亏証

症状　妊娠腰痠腹胀，胎动下墜，腹痛流血，神倦无力，头昏耳鳴，飲食不多，舌淡苔薄，脉滑无力或沉弱。

治則　健脾益肾安胎。

方　药

1. 所以載丸（陈修园方）

白朮五錢　党参三錢　桑寄生三錢　茯苓三錢

杜仲四錢　水煎服。

2. 安胎湯（經驗方）

党参三錢　山药五錢　白朮三錢　茯苓三錢

菟絲子三錢　川断三錢　杜仲三錢　紅枣五枚

水煎服。

加減法　阴道流血加焦艾叶三錢　阿胶三錢；飲食不多，惡心胸悶加苏梗二錢　砂仁一錢　陈皮一錢半。

3. 单方

（1）蓮肉三錢　苧麻根五錢　糯米五錢　水煎服。

（2）杜仲三錢　川断三錢　水煎服。

4. 成药　胎产金丹，或保胎丸，每次一丸，一日二次。

（二）阴虚血热証

症状　胎动流血，面紅唇赤，手心发烧，口干咽燥，小便短黄，舌紅，苔微黄而干，脉象細滑而数。

治則　滋阴清热安胎。

方　药

1. 保阴煎（《景岳全书》）

生熟地各二錢　白芍二錢　山药四錢　川断三錢
黄芩二錢　黄柏一錢半　甘草一錢　水煎服。

2. 加減阿胶湯（經驗方）

炒山梔一錢半　黄芩二錢　阿胶三錢　生地二錢
白芍一錢半　旱蓮草三錢　側柏炭三錢　桑寄生三錢
水煎服。

3. 单方　黄芩一錢　阿胶三錢　苧麻根五錢　水煎服。

二、堕胎　按产后处理。

治則　补气养血。

方　药

1. 加減归脾湯（經驗方）

黄芪三錢　党参三錢　当归三錢　白朮三錢
茯苓三錢　桂元三錢　枣仁四錢　益母草五錢
陈皮一錢半　木香一錢　水煎服。

2. 单方　益母草一两　紅糖一两　水煎服。

3. 成药　益母草膏，每次一匙，一日二次。

三、滑胎　以預防为主。

治則　健脾益腎，保胎。

方　药

1. 所以載丸（陈修园方）　同上。

2. 加減磐石飲（經驗方）

黄芪三錢　白朮三錢　茯苓三錢　川断三錢

杜仲三錢　　菟絲子三錢　黃芩二錢　阿胶三錢
苏梗二錢　　糯米一撮　　水煎服。

3. 单方　糯米紅枣粥，每日一碗。

子肿（妊娠水肿）

妊娠发生水肿，称为子肿。古代中医文献中，将子肿又分作若干种类，如：头面遍身浮肿而小便短少的，叫子肿；自膝至足肿而小便长的，属湿气为病，叫子气；只是脚肿而皮肤厚的，叫皺脚；皮肤光亮的，叫脆脚；妊娠后期，遍身俱肿，腹胀而喘的，叫胎水肿滿，或叫子滿；虽然名称众多，其实都是妊娠期的水肿疾患，所以統称为子肿。如妊娠后期，孕妇但足浮肿，无其他症状的，为妊娠晚期常有現象，不作病态論。

病因病机

（一）脾虛失运，水湿停滞，聚而为水，外浸肌肉，流溢四肢，而为水肿。

（二）妊娠經血壅閉，若素有停水，胎中水血相搏，外溢肌肉，內留胞中，引起胎水肿滿。

辨证施治

（一）脾虛湿阻証

症状　妊娠肢体浮肿，胸閲心悸，神疲无力，食少，腰腿痠軟，小便量少，舌苔白腻，脉象虛滑。

治則　健脾滲湿，理气安胎。

方　药

1. 全生白朮散（《全生指迷》）

炒白朮三錢　茯苓皮二錢　生姜皮二錢　腹皮二錢
陈皮二錢　　水煎服。

2. 加味四苓飲(經驗方)

伏苓皮四錢　泽泻二錢　白朮三錢　猪苓二錢
扁豆三錢　山药四錢　生姜皮二錢　陈皮二錢
砂壳一錢　川断三錢　水煎服。

3. 单方　茯苓皮三錢　生姜皮三錢　水煎服。

(二) 胎水肿滿証

症状　妊娠期中，腹大异常，胸腹胀滿、行动不变、气喘不安，手足面目浮肿，小便減少，舌淡苔薄，脉象虛細。

治則　健脾养血，行水安胎。

方　药

1. 千金鯉魚湯(《千金要方》)

白朮五錢　茯苓四錢　当归三錢　白芍三錢

上药共研細末。另将鯉魚一尾，用白开水煮取汁；取汁二盞，入药末五錢　姜七片　橘皮少許　煎至七分，空心服。

2. 加味苓朮湯(經驗方)

防己三錢　白朮二錢　茯苓三錢　泽泻一錢半
蓮肉三錢　陈皮二錢　腹皮二錢　桑皮三錢
生姜皮一錢半 苏梗三錢　水煎服。

3. 单方　冬瓜皮五錢　水煎服。

水肿較重的，除药物治疗外，尚应注意适当休息，飲食以淡食为宜。

子　癎

病因病机　发生子癎的病因，在临床上主要是由于先兆子癎进一步发展而成，其病机不外肝热生风和血虛风动两方面。

（一）肝热生风　素有郁热，复加妊娠血虚，郁热更甚，热极伤阴，阴虚失养，肝风内动。

（二）血虚风动　平素血虚，妊娠之后，血养胎儿，阴血更为不足，阴虚于下，阳扰于上，则内风自生。

诊察要点　本病应与癎証、中风鉴别。现列表分述如下：

子癎、癎証、中风鉴别診断表

病名＼症状	前驱症	主要症状	后遗症
子癎	下肢或面目浮肿，头痛眩晕，恶心呕吐	突然昏倒，四肢抽搐，牙关紧闭，不省人事。发于妊娠后期、分娩或产褥期。	无
癎症	一般无前驱症	与子癎相似，发作时有异常叫声，口吐白沫，遗尿，多发于平时，一般醒后即如常人	无
中风	头重眩晕，或四肢发麻	突然仆倒，不知人事，牙关紧闭，或鼻有鼾声，或喉间痰鸣，或口眼歪斜，或半身不遂，但无抽搐痉挛	口眼歪斜，或语謇，或半身不遂

辨证施治

（一）肝热生风証

症状　头昏目眩，面赤心烦，甚则突然昏倒，神志不清，四肢抽搐，舌紅，苔黄褐，脉象弦数。

治则　平肝清热息风。

方　药

1.羚羊角散（《医宗金鉴》）

羚羊角五分　独活二錢　酸枣仁三錢　五加皮二錢

炒苡仁三錢　防风二錢　茯神二錢　杏仁二錢
鈎藤四錢(后下)　木香一錢　水煎服。

2. 龙胆平肝湯(經驗方)

龙胆草三錢　黄芩二錢　山梔三錢　生地黄三錢
石决明八錢　鈎藤四錢(后下)　白芍三錢
珍珠母八錢　水煎服。

3. 单方　石决明一兩　龙胆草三錢　水煎服。

(二) 血虛风动証

症状　头昏目眩,心悸气短,面浮肢肿,甚則突然仆倒,不省人事,四肢抽搐,舌淡无苔,脉象虛細而滑。

治則　养血息风。

方　約

1. 鈎藤湯(《妇人良方》)

鈎藤三錢　当归三錢　茯神四錢　党参三錢
桑寄生三錢　桔梗一錢　水煎服。

2. 子痫方(經驗方)

当归三錢　白芍三錢　阿胶四錢　龙骨六錢
石决明六錢　桑寄生三錢　天麻三錢　鈎藤四錢
水煎服。

3. 单方　珍珠母五錢　当归三錢　水煎服。

附：先兆子痫方

先兆子痫为子痫的前驅阶段,症見：妊娠晚期,面目肢体浮肿,头痛且晕、胸部煩悶,舌淡、苔正常、脉象滑数。宜加味五苓散(《中医妇科临床手册》)。

处方：白朮三錢　茯苓皮三錢　猪苓二錢　泽泻一錢半
肉桂三分　生姜皮一錢　五加皮二錢　炒远志一錢半
水煎服。

产后发热

产妇在分娩后，持续发热，称为产后发热。包括产褥热。多半是由于接生消毒不严，或产后护理不洁所引起。

病因病机

（一）产后气血暴虚，风寒外邪乘虚侵袭；或接生消毒不严，产后护理不洁，感染而成。

（二）素本阴亏，复加产后失血，阴血更虚，邪火内盛，血虚热燔。

诊察要点 产后发热，主要分外感之热和内伤之热，诊断上要细致观察脉象和舌苔。外感之热，脉象浮，舌苔白；内伤之热，脉象沉数，舌苔黄。

辨证施治

（一）外感风寒証

症状 产后头身皆痛，发热恶寒，腰背痠楚，口干不喜饮，舌淡苔白，脉象浮。甚则高热不退，面部紅赤，气喘，脉象浮数。

治则 疏风解表。如寒邪化热，宜清热解表。

方 剂

1. 竹叶湯（《金匱要略》）

竹叶三錢　葛根二錢　桂枝一錢　防风一錢半
桔梗一錢半　党参一錢半　甘草一錢　生姜三片
大枣五只　水煎溫服。

2. 荆防双解散（經驗方）

炒荆芥三錢　防风二錢　桑枝五錢　紫苏三錢
淡竹叶三錢　生姜三片　大枣五只　当归三錢
水煎服。

加減法　如高热气喘，去生姜、大枣，加生石膏五錢，連翹三錢。

3. 单方　葱白三錢　柴胡二錢　当归三錢　水煎服。

4. 成药　九味羌活丸，每次一丸，一日二次（但不可久服，以免发散太过，耗伤阴液。寒邪化热的，可用銀翹解毒丸。

（二）血虛內热証

症状　产后发热不退，头昏眼花，耳鳴心悸，舌淡，脉象細数；如兼內热，則午后热甚，手心发热，心煩口渴，大便干燥，小便黃赤，舌苔黃，脉数。

治則　养血清热。

方　药

1. 地骨皮飲（局方）

当归三錢　生地三錢　川芎一錢　白芍三錢

地骨皮二錢　丹皮二錢　水煎服。

2. 加減青蒿鱉甲湯（經驗方）

青蒿三錢　鱉甲四錢　丹皮二錢　地骨皮三錢

白芍三錢　生地三錢　当归三錢　麦冬二錢

水煎服。

加減法　口渴心煩加花粉三錢　山梔一錢；大便干燥加火麻仁三錢　柏子仁三錢。

3. 单方　銀柴胡三錢　地骨皮三錢　水煎服。

恶露不下

产后恶露停滯胞內，不能排出或排量很少，称为恶露不下。发生恶露不下的原因，主要是由于气血虛弱和气滯血瘀。气血虛弱屬虛，气滯血瘀屬实。临床上須审証求因，予以不同

的治疗。

病因病机

（一）产妇体质素弱，气血两亏，复因分娩失血过多，以致无血可下。

（二）产后七情内伤，肝郁气結，壅滞不通，或感受风寒，或伤于生冷，恶血为寒所凝，瘀結不下。

诊察要点 临床遇到恶露不下，首先要詢問患者腹部有无胀痛；拒按还是不拒按，来辨别虛实。气血虛弱的，腹胀而不痛；肝气郁滞的，腹胀甚于痛，不拒按；瘀血內結的，腹痛剧烈，拒按，甚或痛处有块。

辨证施治

（一）气血虛弱証

症状 产后数日，恶露忽然不下，自覚腹胀不痛，疲乏无力，心悸气短，头晕耳鳴，舌淡苔正常，脉細无力。

治則 补血益气。

方 葯

1. 圣愈湯（《东垣十书》）

当归三錢　川芎二錢　党参四錢　炙黄芪五錢
炒白芍三錢　熟地三錢　水煎服。

2. 加味四物湯（經驗方）

熟地三錢　当归三錢　川芎二錢　炒白芍三錢
党参四錢　炙黄芪四錢　陈皮一錢半　枣仁四錢
桂元肉三錢　紅枣五只　水煎服。

3. 单方 当归八錢　黄芪四錢　水煎服。

4. 成葯 十全大补丸，每次一丸，一日二次。或妇科十味片，每次四片，一日二次。

（二）气滞血瘀証

症状　产后恶露不下，腹胀且痛，胸胁胀满，舌淡苔白，脉弦；血瘀的，腹痛拒按，甚则痛处有块，舌质略紫，脉象沉涩。

治则　理气行血。气滞的，以舒肝理气为主，佐以活血之品；血瘀为主的，应侧重活血化瘀。

方　药

1. 牛膝散（《济阴纲目》）加柴胡、香附

川牛膝三錢　赤芍二錢　当归二錢　丹皮二錢
桃仁二錢　木香一錢半　桂心一錢　柴胡一錢半
香附三錢　水煎服。

2. 加味香艾芍归飲（經驗方）

香附三錢　焦艾叶三錢　川芎三錢　当归二錢
元胡三錢　柴胡一錢半　赤芍三錢　玫瑰花五朵
水煎服。

加减法　腹痛拒按的，加蒲黄二錢　五灵脂二錢；腹部冷痛，四肢微冷，加炮姜一錢半　桂心一錢。

3. 单方

（1）当归三錢　乳香二錢　将药研末，黄酒送服。

（2）花蕊石一錢半，研末，黄酒冲服。

4. 成药　逍遙丸，每次三錢，一日二次。

恶露不绝

产后由阴道中流出的液体，称为恶露。一般恶露由紅轉淡，在一个月内完全停止，如果超过一个月，仍然淋漓不断，称作恶露不絕，又叫恶露不淨。本病迁延日久，可以引起产后血崩，严重地影响产妇的健康。

病因病机

（一）体质虛弱，中气素虛，或产后操劳过早、負重，劳倦

伤脾，脾虚气陷，摄納无权。

（二）产后感寒，寒凝血滞，停积于内，恶血不去，新血难安，致使恶露不絕。

（三）阴血素虚，加之产时失血，阴虚則生内热，复加七情内伤，肝郁生热，迫血下行。

诊察要点 本証临床特征，主要表現于恶露。应詳細了解患者恶露的顏色、性状、多少和臭气。根据这些特征，参考其他脉証，辨識寒热、虚实。一般說，恶露色淡量多，多屬气虚；血色紫黑，挟有血块，多屬血瘀；血色鮮紅，間有腥臭，多为血热。

辨证施治

（一）气虚証

症状 产后恶露淋漓不絕，色淡无臭腥味，腰痠腹胀，心悸气短，时覚少腹下墜，精神倦怠，飲食減少，舌淡苔正常，脉象緩弱。

治則 补气摄血。

方 劑

1. 补中益气湯（李东垣方）

黄芪三錢　白朮三錢　陈皮一錢半　柴胡一錢半
升麻一錢半　当归三錢　党参三錢　甘草一錢半
水煎服。

2. 补中摄血湯（經驗方）

炙黄芪五錢　炒白朮四錢　党参五錢　当归三錢
熟地三錢　柴胡一錢半　升麻一錢半　广皮二錢
益母草一兩　炙甘草一錢　水煎服。

加減法 头昏目弦，耳鳴少眠兼血虚的，加阿胶四錢；腰痠腹痛甚的，加川断三錢　杜仲二錢　焦艾叶四錢。

3. 单方 黄芪五錢　当归四錢　益母草五錢　水煎服。

4. 成药　补中益气丸或胎产金丹，每次一丸，一日二次。

（二）血瘀証

症状　恶露不止，色紫或鮮紅，挟有血块，腹部陣痛，拒按，舌质紫黯，脉象弦濇。

治則　行血去瘀。

方　药

1. 生化湯（傅青主方）合失笑散

当归二錢　川芎一錢半　桃仁二錢　紅花一錢半
炮姜一錢　蒲黄二錢　五灵脂二錢　甘草一錢

水煎服。

2. 益母化瘀湯（經驗方）

益母草一兩　当归二錢　川芎二錢　炮姜一錢半
焦艾叶三錢　香附二錢　烏药二錢　丹参三錢

水煎服。

3. 单方　益母草一兩　加紅糖煎服。

4. 成药　益母草膏，每次一匙，一日二次。

（三）血热証

症状　恶露不絕，顏色鮮紅，間有腥臭，腹痛拒按，发热头痛，心煩口渴，舌质艳紅，苔薄黄，脉象細数。

治則　养阴清热。

方　药

1. 保阴煎（《沈氏尊生》）

生地三錢　熟地二錢　生白芍三錢　山药四錢
黄柏二錢　黄芩二錢　川断三錢　甘草一錢

水煎服。

2. 加减安露飲（經驗方）

生地三錢　旱蓮草二錢　連翹三錢　蒲公英五錢

丹參三錢　益母草五錢　荆芥炭三錢　炒茜草根一錢半　水煎服。

3. 单方　蒲公英一兩　益母草一兩　生地三錢　水煎服。

4. 成药　連翹敗毒丸，合益母膏同服。

产后恶露不絕，如延时失治，或誤治，往往可引起阴道更大量出血，即謂产后血崩。发生产后血崩的病因，基本上与产后恶露不絕相同。有的由于气虛不能攝血；有的由于瘀血停滯，血不归經；有的由于郁怒伤肝，肝不藏血，或喜食辛燥，而致血热妄行。治疗原則与崩漏相同，方药亦可随証参用。

产后腹痛

产后腹部或少腹部疼痛，都称为产后腹痛。其中少腹部疼痛，一般又叫儿枕痛。临床上的产后腹痛，多系指的是少腹部疼痛。至于产后腹痛的病因很多，主要的有血虛兼寒；气滯血瘀；飲食积滯三种。

病因病机

（一）产妇素常体弱，分娩失血过多，产后又感受风寒，风寒乘虛侵袭胞宫。

（二）情志郁結，气滯血凝，产后恶露涩少，血阻胞宫不通則痛，为血余痛。

（三）产后飲食不慎，或暴飲暴食，脾胃受損，飲食停滯不化。

诊察要点　临床上应着重腹痛性质的辨别。血虛兼寒的腹痛，多喜揉按，喜热熨，痛势連綿；气滯血瘀的腹痛，剧烈而呈陣发性，不喜揉按，痛甚时自觉腹有包块攻撑或硬滿現象；飲食积滯的腹痛，其疼痛的部位多在上腹部，痛不喜揉按，按

之痛甚。

辨证施治

（一）血虚兼寒証

症状　产后少腹空痛，或呈绞痛，喜热喜揉，恶露不多，全身无力，头昏目眩，心悸气短，四肢发冷，动则汗出，舌淡苔薄，脉象虚細或迟。

治則　补血散寒。

方　药

1. 当归生姜羊肉湯（《金匱要略》）

当归一两　生姜一两　羊肉半斤　先水煮羊肉，用湯，再将药納入肉湯內同煎，同服。

加減法　寒多的倍用生姜；痛而多呕的加橘皮二錢　清半夏二錢；疲乏无力，飲食不佳的，加党参二錢　白朮三錢。

2. 加味当归建中湯（經驗方）

当归五錢　炒白芍三錢　桂枝二錢　炮姜二錢

白朮三錢　党参三錢　炙甘草一錢半　大枣五枚

蜂蜜一湯匙　将諸药加水煎后取汁，加入蜂蜜冲服，每日二次。

3. 单方　当归五錢　生姜五錢　水煎服。

4. 成药　十全大补丸，每次一丸，一日二次。

（二）气滞血瘀証

症状　产后恶露少或早止，少腹痛剧，拒按，痛甚觉有块攻撑或硬滿，胁胀烦悶，食少嗳气，大便不暢，舌质紫暗，舌苔薄黄，脉象弦而有力。

治則　理气解郁，活血化瘀。

方　药

1. 加味生化湯（傅青主方）

当归三錢　川芎一錢半　桃仁二錢　泽兰一錢半
益母草三錢　炮姜一錢半　焦艾叶三錢　水煎服。

加減法　臍下脹痛，加台烏葯二錢　香附三錢；胁脹脘悶，食少噯气，加柴胡一錢半　川朴花一錢半　萊菔子二錢。

2. 加減疏肝解郁湯（經驗方）

柴胡二錢　香附三錢　川朴花二錢　青皮二錢
木香一錢　当归三錢　川芎一錢半　益母草四錢
赤芍二錢　元胡三錢　水煎服。

加減法　舌质紫暗，或舌边有瘀斑，腹痛剧烈的加蒲黄二錢　五灵脂二錢；食少噯气的加萊菔子三錢　炒麦芽四錢。

3. 单方

（1）五灵脂三錢　元胡三錢　蒲黄二錢　水煎服。

（2）小茴香一錢　烏葯三錢　乳香一錢　水煎服。

4. 成葯　益母草膏，每日二次，每次一匙。

（三）飲食停滯証

症状　脘腹脹痛，噯气吞酸，有时欲呕，大便溏薄，秽臭异常，舌淡，舌苔白腻或黃厚，脉象弦滑。

治則　和胃消导。

方　葯

1. 异功散（《局方》）加山楂、神曲

党参三錢　云苓三錢　炒白朮二錢　陈皮二錢
焦山楂四錢　神曲三錢　甘草一錢半　水煎服。

2. 加味平胃散（經驗方）

蒼朮二錢　云苓三錢　陈皮二錢　川朴花二錢
木香一錢半　焦山楂四錢　元胡三錢　金鈴子三錢
神曲三錢　炒白朮三錢　水煎服。

加減法　如腹泻甚加炒白朮三錢　泽泻二錢；恶心欲呕的

加薤香梗二錢　清半夏二錢　砂仁一錢；产后过食油腻而致腹泻，可加山药四錢　肉豆蔻一錢半　炒白术三錢。

3. 单方

（1）神曲三錢　麦芽四錢　焦楂五錢　水煎服。

（2）山楂片一兩，或新鮮山楂煎水頻服。

4. 成药　保和丸或山楂丸，每次一丸，一日二次。

产后大便难

产后飲食正常，而大便难下，甚至多日不通，称为产后大便难。主要病原，是由于产后血亏，腸道干燥所致。

病因病机

分娩失血过多，津液亏損，或血虛火燥，內灼津液，不能潤养腸道，而致大便困难。

辨证施治

血虛腸燥証

症状　产后大便秘結，或多日不通，皮肤干燥，飲食正常，或內热口干，腹部胀痛，小便黃赤，舌质紅，苔薄黃，脉細濇或細数。

治則　养血潤腸。

方　药

1. 滋腸五仁丸（《世医得效方》）

炒杏仁三錢　炒桃仁二錢　柏子仁四錢　松子仁二錢

炒郁李仁二錢　当归三錢　橘紅二錢

水煎服。

2. 清燥潤腸湯（經驗方）

生地五錢　麦冬三錢　知母三錢　白芍二錢

当归二錢　花粉三錢　大黄一錢　麻仁四錢

水煎，空腹时服。

3. 单方

（1）新鮮人乳，每次服一杯，一日二次。

（2）蜂蜜，每次服一至二湯匙，一日三次，飯前服。

4. 成药　麻仁丸，每次一丸，一日二次。

附一。回乳

1. 停乳方（經驗方）

焦麦芽一两　桃仁二錢　紅花二錢　泽兰二錢

怀牛膝三錢　当归二錢　赤芍二錢　川芎一錢

水煎服。

2. 单方

（1）炒麦芽二两　水煎代茶頻飲。

（2）陈皮五錢　甘草二錢　水煎頻飲。

（3）皮硝裝布袋內，在乳房上持續敷用。

附二。产后腰腿痛　多由于产后血虛，外感风寒所致。宜养血散风法。

1. 蒌艽四物湯（經驗方）

当归三錢　川芎二錢　白芍三錢　熟地三錢

独活二錢　蒌艽三錢　牛膝三錢　黄芪四錢

木瓜二錢　千年健三錢　水煎服。

2. 单方　当归三錢　胡桃肉三錢　破故紙二錢　水煎服。

附三。产后食少、腹泻；多因脾胃虛弱引起，宜健脾和胃。

1. 加減參苓白朮湯（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　山葯四錢

蓮肉三錢　扁豆四錢　桔梗一錢　炒建曲三錢

陈皮一錢半　砂仁一錢　水煎服。

2. 单方　白朮、山葯各四錢　加紅糖五錢　水煎服。

乳汁缺少

妇女产后全无乳汁或乳汁过少，称为乳汁缺少。本病的发生原因，有的由于气血虚弱，化生不足；有的由于产后肝气郁滞，乳汁不行。临床上以气血虚弱的为多見。治疗时須細察病因，予以分别处理。

病因病机

（一）妇女平素身体虚弱，或分娩时出血过多，以致产后气血双亏，乳汁化生不足。

（二）产后情緒波动，暴怒忧郁，肝失条达，乳絡不暢，致使乳汁不行。

辨证施治

（一）气血虚弱証

症状　产后乳汁甚少或逐漸減少，乳房不胀，面色淡黃，气短心悸，四肢无力，头昏耳鳴，食少或大便溏，舌淡，苔正常，脉象虚細。

治則　补气养血。

方　葯

1. 生乳丹（傅青主方）

党参五錢　　黃芪五錢　　当归五錢　　麦冬三錢

木通一錢半　　桔梗一錢　　猪蹄二个　　先以水煎猪蹄数沸，再入他葯再煎，內服。

2. 藕节通乳湯（經驗方）

黃芪五錢　　党参五錢　　当归五錢　　王不留二錢

通草一錢　　穿山甲一錢　　花粉三錢　　藕节五錢

水煎服。

加減法　兼食少便溏，去穿山甲、花粉，加扁豆四錢　山药五錢　莲肉三錢。

3. 单方

（1）当归五錢　黄芪五錢　通草一錢　前猪蹄一只　水煎服。

（2）猪蹄二只　通草五錢　葱白二根　水与黄酒同煎，取汁飲。

（3）赤豆二两　煮粥常服。

4. 成药　十全大补丸，每日二次，每次一丸。

（二）肝郁气滞証

症状　产后乳汁不行，乳房胀痛，胸胁飽胀，心煩易燥，舌淡苔薄黄，脉弦。

治則　舒肝理气，通絡下乳。

方　药

1. 通肝生乳湯（傅青主方）

柴胡二錢　炒白芍三錢　当归三錢　白朮三錢
熟地二錢　麦冬二錢　远志一錢半　通草一錢
甘草一錢

2. 舒肝通乳湯（經驗方）

柴胡一錢半　瓜蒌四錢　青皮二錢　橘絡一錢半
香附二錢　絲瓜絡二錢　通草二錢　王不留一錢半
当归三錢　水煎服。

加減法　飲食不振，胸胁胀甚，加扁豆三錢　山药五錢　佛手二錢。

3. 单方

（1）青皮二錢　柴胡一錢半　王不留二錢　通草一錢　水

煎服。

（2）当归三錢　柴胡二錢　穿山甲二錢　水煎服。

4. 成药　逍遙丸，每次一丸，日二次。

阴　痒

妇女阴道内或外阴部搔痒，严重时刺痛难忍，或流出黄水，称为阴痒。

病因病机

（一）由于洗濯不洁，以致感染滴虫，寄生阴道而成。

（二）忧思郁怒，肝失条达，郁久化火，脾失健运，积湿生热，以致湿火注于下焦而成。

（三）肝脾亏损，冲任失調，兼因湿热下注。

辨证施治

（一）湿热下注証

症状　阴道内或外阴部搔痒，有时溃烂，带下甚多，胸闷納呆，口苦咽干，心煩少眠，便秘溲赤，舌苔黃腻，脉象滑数。

治則　清热利湿杀虫。

方　药

1. 龙胆泻肝湯（《局方》）

龙胆草三錢　黄芩二錢　山梔二錢　泽泻二錢
木通二錢　車前子（包）三錢　当归二錢
生地三錢　柴胡一錢半　龙胆草一錢半　水煎服。

2. 加味二妙湯（經驗方）

金銀花五錢　蒼术三錢　黄柏三錢　蛇床子三錢
土茯苓五錢　蓮須三錢　貫众三錢　苦参二錢

車前子(包)三錢　　芡实三錢　　水煎服。

3. 蛇床子洗剂(經驗方)

蛇床子一兩　苦參四錢　　黄柏四錢　　雄黄三錢

白矾二錢　　花椒二錢　　煎水熏洗，每日 1—2 次。

4. 单方

（1）蛇床子一兩　白矾二錢煎水冲洗阴道。

（2）車前子四錢　黄柏二錢　苦參三錢　地楡四錢　水煎服。

（3）苦參一兩　龙胆草一兩　加水煎熬后冲洗阴道。

5. 成药　龙胆泻肝丸或当归龙薈丸，每服二錢，日服二次。

(二) 肝脾亏損証

症状　外阴及阴道內搔痒不堪，帶下不多，外阴皮肤肥厚，色呈紫褐或灰白，且心煩不眠，头昏眼花，月經紊乱，舌苔薄白、质紅，脉象細数。

治則　补气养血，清化湿热。

方　剂

1. 加减归脾湯(經驗方)

党參三錢　　炙黄芪三錢　当归二錢　　白芍三錢

茯神三錢　　远志三錢　　炒枣仁三錢　知母二錢

黄柏二錢　　泽泻三錢　　甘草一錢半　水煎服。

2. 单方　蛇床子一兩煎水冲洗阴道。

3. 成药　归脾丸，每日二次，每次一丸。

阴挺(子宫下垂)

阴挺又称子宫下垂。是指妇女阴中有物下墜，挺出阴道口外。本病多見于产后，俗称产腸不收，或叫癩葫蘆。解放前，

由于反动派的残酷剥削和压迫，广大农村的劳动妇女用旧法接生，产后又过早参加繁重的体力劳动，故发病较多。解放后，在伟大领袖毛主席的英明领导下，我国广大农村开展了新法接生、产后保健和计划生育，本病的发病率大大降低。做好妇女保健和计划生育工作是预防本病的根本措施。

病因病机

（一）分娩用力太过，或难产时间过久，或接生方法不正确，以致胞络受损；产后又劳累过度，或便秘，以致气虚下陷，不能固摄，是本病的主要原因。

（二）脾胃郁结，湿热下注，亦可造成子宫下垂。

诊察要点 患者自觉阴中有物下坠，劳累后更为明显。甚者有物挺出阴道口外。伴有腰痠、大便困难、小便失禁等症状。

辨证施治

（一）气虚下陷证

症状 阴挺下脱，面色㿠白，精神疲倦，心悸气短，腰部痠痛，小便频数，大便溏薄，舌淡苔薄，脉象虚弱。

治则 补气升提。

方 药

1. 补中益气汤（东垣方）

党参三錢　炙黄芪五錢　当归三錢　炒白朮三錢
陈皮一錢半　升麻一錢半　柴胡一錢半　炙甘草二錢
生姜三片　紅枣六枚　水煎服。

2. 升宫汤（經驗方）

党参五錢　炙黄芪五錢　白朮四錢　当归三錢
杜仲三錢　川断三錢　枳壳五錢　烏梅四錢
柴胡一錢半　紅枣五枚　水煎服。

加減法　腰痠，小便頻数，加菟絲子三錢　益智仁三錢。白帶多，加鹿角霜二錢　烏賊骨四錢　蓮須三錢。

3. 单方　枳壳一两煎湯，乘热熏洗，每日 1—2 次。

4. 成药　补中益气丸，每日二次，每次一丸。

（二）湿热下注証

症状　子宮脫出，有时潰烂，黃水淋漓，且口苦咽干，心煩少眠，大便秘結，小便黃赤，苔黃，或見厚膩，脉象滑数。

治則　清热利湿。

方　药

1. 加減龙胆泻肝湯（經驗方）

龙胆草三錢　泽泻二錢　山梔二錢　黃芩二錢
生地三錢　木通二錢　車前子（包）三錢
当归二錢　竹叶一錢半　甘草一錢半

加減法　兼見两胁胀痛、头眩耳鳴，加柴胡一錢半　白芍三錢；子宮脫出，潰烂流水，加川柏三錢　金銀花五錢。

2. 单方　蛇床子五錢　苦参三錢　黃柏五錢　枯矾一錢　煎湯乘热熏洗，每日 1—2 次。

3. 成药　龙胆泻肝丸，每日 2 次，每次 1 丸。

癥　瘕

癥瘕是发生在腹腔或盆腔的包块。凡痛有定处、牢固不动、推揉不散的为癥；推揉可散、时而又聚、痛无定处的叫做瘕。临床上一般統称为癥瘕。

解放以来，全国各地在党的中医政策光輝照耀下，在治疗妇女生殖器肿瘤方面，运用中医治疗癥瘕的理、法、方、药，已經取得一定成績。

病因病机　发生癥瘕的病因，主要是由于气滞血郁和瘀血停滞两方面。一般說，癥症多屬气滞，癜症多屬血瘀。

（一）癥症　由于情志郁結，气机不暢，聚結成癥。

（二）癜症　由于忧怒伤肝，气滞血瘀，或寒袭胞宮，血被寒凝，漸結成癜。

诊察要点

癥症　积聚，病滿，推揉可散，少腹胀痛，痛无定处。

癜症　积块坚牢，固定不移，推揉不散，疼痛拒按。

辨证施治

（一）气滞証

症状　积聚痞滿，少腹胀痛，积块时聚时散，精神抑郁，舌淡苔白，脉象弦滑。

治則　理气行滞，佐以活血。

方　药

1. 香棱丸（《妇科准绳》）

木香二錢　丁香一錢　三棱二錢　莪术二錢

枳壳二錢　青皮二錢　川楝子三錢　小茴香五分

水煎服。

2. 散癥湯（經驗方）

柴胡二錢　青皮二錢　烏药三錢　香附三錢

佛手二錢　川楝子二錢　川芎一錢半　丹参二錢

桃仁二錢　川牛膝三錢　水煎服。

3. 单方　三棱二錢　莪术二錢　川楝子二錢　水煎服。

4. 成药　木香順气丸，每次二錢，每日二次。

（二）血瘀証

症状　积块坚牢，固定不移，疼痛拒按；时有潮热，面色晦暗，月經停閉，舌边有瘀点，脉象沉弦。

治則　破血消坚。

方　药

1. 桂枝茯苓丸（《金匱要略》）

桂枝三錢　茯苓三錢　丹皮三錢　桃仁三錢
赤芍三錢　水煎服。

2. 化癥湯（經驗方）

当归二錢　赤芍三錢　川芎二錢　紅花二錢
桃仁二錢　香附三錢　五灵脂二錢　三棱三錢
鱉甲五錢　肉桂一錢　水煎服。

3. 单方　紅花一两　黄酒适量（浸药为度），每日服一小酒杯。

4. 成药　通經甘露丸，或大黄䗪虫丸，每次二錢，一日二次。

脏燥（癔病）

病因病机　多由于忧愁思虑，情志郁結，心伤血虚，以致心火上爍肺金而成。

辨证施治

心火上亢証

症状　妇女无故悲伤哭泣，或哭笑无常，呵欠不休，飲食时多时少或不食，睡眠不安，或有神疲肢倦，心悸气短，心煩惊惕，大便干燥，舌紅少苔，或舌质裂紋，脉象弦細或細数。

治則　养心滋液。

方　药

1. 甘草小麦大枣湯（《金匱要略》）

甘草一两　小麦一两　大枣十枚　水煎服。

2. 脏燥方（經驗方）

珍珠母一兩　龙骨八錢　柴胡一錢半　白芍三錢
当归三錢　白朮三錢　云苓三錢　枣仁五錢
淮小麦五錢　甘草四錢　大枣十枚　水煎服。

加減法　心煩惊悸，去大枣加淡竹叶三錢　山梔二錢；內热口干，加麦冬三錢　花粉三錢；气短身倦，加党参三錢　黄芪三錢。

3. 单方　硃砂少許拌灯芯一錢半　竹叶三錢　煎水內服。

4. 成药　牛黄清心丸，或逍遙丸，每日二次，每次一丸。

第十一章　外科疾病

第一节　一般外科病

一　般　痈

痈即邪热壅聚肌肤，气血不宣。其发迅暴；高肿色紅，燃热作痛；侵长闊大，界限分明；皮薄光泽，即而成脓。所患浮淺易治，五藏終不受限。

病因病机　风热湿火外袭肌表經絡，或过食油甘厚味，內生湿痰热，或皮肉破損，毒气內侵，流溢肌肉經脉，致营卫不和，气血壅滞，留結成痈。

诊察要点　（参考外科部分 513 頁）

辨证施治

（一）初期症状　紅肿高突而无疮头，灼热疼痛，根盘紧束，边界在 3—4 寸左右。

治則　清热解毒消散。

方　药

1.金鉴活命飲(《医宗金鉴》)

銀花三錢　甘草一錢　归尾三錢　赤芍三錢
乳香二錢　沒葯三錢　天花粉三錢　陈皮一錢半
貝母三錢　白芷三錢　防风二錢　炙甲片一錢半
皂刺一錢半。

2.清热消散湯(經驗方)

銀花五錢　連翹四錢　蒲公英八錢　赤芍三錢
大貝母三錢　乳香一錢半　沒葯一錢半　生甘草二錢　煎服。

加減法　上部加炒大力子三錢　姜蚕三錢　薄荷二錢　(后下)；中部加龙胆草一錢半　黄芩二錢　山梔三錢　下部加草龍三錢　黄柏二錢　車前子四錢(包煎)　川牛膝四錢；发冷发热加荆芥二錢　防风二錢。

3.单方　蒲公英一两　赤芍三錢　煎湯內服，一日2次，葯渣外敷。

4.成葯　犀黄醒消丸一日二次，每次一錢，湯葯送服。

(二)中后期症状　四、五日后，但热无寒，肿势高大，跳痛，按之中軟，波动应指，或皮里透脓发白，苔薄黄，脉滑数。

治則　和营托毒。

方　药

1.托里排脓湯(《医宗金鉴》)

黄芪二錢　党参一錢　白朮二錢　茯苓二錢
双花三錢　連翹二錢　象貝三錢　陈皮八分
肉桂六分　甘草四分　煎服。

2.祛腐湯(經驗方)

黄芪五錢　大貝母三錢　天花粉三錢　陈皮二錢

归尾三錢　銀花五錢　丹参三錢　生甘草二錢
黄芩三錢　甲片三錢

加減法　口渴加生石膏五錢；痛甚加乳香沒葯各一錢半；久不溃脓加党参三錢　焦白朮三錢　鮮竹尖二錢；溃后新肉不生，加玉竹五錢　山葯五錢。

外治　未成脓之前，用金黄散〔外1〕蜜或醋調敷，一日一次；若成脓未熟用麝香回阳膏（成葯）；脓熟切开排脓；溃后脓水未尽用九一丹〔外2〕，脓水已尽，生肌散〔外3〕治之。

乳　痈

痈生在乳房而得名。也叫乳腺炎。俗称奶疮。

病因病机　乳头皲裂，外受风邪，心情抑郁，积乳不哺，均可导致肝胃經絡气血壅滞不畅而发痈。

诊察要点（参考外科部分524頁）

辨证施治

症状　乳房肿胀热痛，触之有块；或恶寒发热，表情抑郁不乐。舌薄腻，脉弦数。

治則　疏肝清胃。

方　葯

1. 瓜蒌牛蒡湯（《医宗金鉴》）

瓜蒌　牛蒡子　黄芩　陈皮　生山栀　銀花　連翹
皂刺　生甘草　天花粉各一錢　青皮　柴胡各五分

2. 蒲公英湯（經驗方）

姜蚕三錢　大力子三錢　全瓜蒌四錢　連翹五錢
蒲公英八錢　大貝母三錢　赤芍三錢　忍冬藤八錢
青皮二錢　蘆根八錢　白茅根八錢　煎服。

加減法　寒热加荆芥一錢半　薄荷一錢半；情志不乐，加橘絡、橘叶各一錢半；热重加山梔三錢　黄芩三錢；乳行不暢，加留行子三錢　路路通五个；产妇不哺乳或断乳后壅胀，加焦查三錢　生麦芽二两；有肿块加归尾三錢。

3. 单方　蜂蜜与大葱同量，搗泥外敷，切忌入口。

4. 成药　犀黄醒消丸，每次一錢，一日2次，湯药送服。

中后期症状　紅肿跳痛，溃后脓稠，苔黄薄腻脉滑数。

治則　解毒排脓。

方　药

1. 托里排脓湯（《医宗金鑒》）

黄芪二錢　党参　白朮　茯苓　当归　白芍　双花　連翹　象貝各一錢　陈皮八分　肉桂六分　甘草四分。

2. 祛腐生肌湯（經驗方）

大貝母三錢　花粉四錢　桔梗一錢半　赤芍三錢　当归三錢　連翹四錢　瓜蔞三錢　黄芪四錢　生甘草一錢。

加減法　脓成不溃加皂刺三錢；肉色不鮮，加党参三錢　丹参三錢；疼痛重加制乳沒各一錢半。

3. 单方　溃后生肌慢，或不紅活，用黄芪五錢　当归三錢，煎湯，一日2次。

4. 成药　八珍片，每次五片，一日2次。

外治　未成脓用金黄散〔外1〕。脓水不淨，腐肉不脱，用六合回生散〔外6〕，外用麝香回阳膏〔成药〕貼敷；脓出不暢，用九一一丹〔外2〕药綫提脓；脓淨，生肌散收口〔外3〕。

乳　岩（乳腺癌）

乳房內生长不規則肿块、坚如岩石。

病因病机　經年累月，情怀抑郁，阴血暗伤，肝脾两經气郁痰凝，致成乳岩。

诊察要点（参考外科部分722頁）

辨证施治

（一）初期症状　岩型：初起为无痛单发性肿块，质地坚硬，高低不平。胶型：肿块富有弹性。泔型：初起乳房潮紅糜烂出黃水，奇痒灼热。

治則　舒郁解毒、軟坚散結。

方　劑

1. 逍遙散（《局方》）

柴胡一錢　白芍三錢　当归三錢　白朮三錢

茯苓三錢　炙甘草一錢　薄荷八分　生姜三片。

2. 半枝蓮湯（經驗方）

半枝蓮八錢　川貝母四錢　夏枯草四錢　柴胡一錢半

青陈皮各一錢半　昆布四錢　海藻四錢

全瓜蔞五錢　牡蠣八錢　煎湯送服小金丹一錢（分二次吞）。

加減法　冲任失調，加鹿角片三錢　仙茅三錢；坚硬加赤芍三錢　当归三錢；痛加乳香三錢；煩躁加焦山楂二錢　丹皮二錢；潮紅流水加生薏仁一兩　土茯苓三錢；肿块作胀加制香附三錢　玉金二錢。

3. 单方　生薏仁一兩　貝母四錢　天花粉三錢　制香附三錢　昆布五錢　水煎服，一日2次。

4. 成药　小金丹，每次一钱，一日2次，汤药送服。

（二）中后期症状　三型中后期可出现乳头凹陷，皮布血丝，溃烂后流恶臭血水，或乳窍自淌血水，溃后边缘坚硬掣痛不休。腋及锁下可触及同样肿块，发热，神疲消瘦等。

治则　益气阴，化郁毒。

方　药

1. 香贝养荣汤（《医宗金鉴》）

香附三钱　贝母三钱　人参三钱　茯苓三钱
陈皮一钱半　熟地三钱　川芎一钱半　当归三钱
白芍三钱　白术三钱　桔梗一钱　生甘草一钱
生姜五片　大枣五枚。

2. 沙参贝母汤（《經驗方》）

沙参五钱　大贝母四钱　天花粉四钱　黄芪三钱
丹皮二钱　瓜蒌四钱　生白芍三钱　藕节八钱
茯苓三钱　生香附三钱　昆布五钱。煎汤送犀黄醒消丸。

加减法　血水淋漓加茜草五钱　阿胶珠三钱（冲化服），草河車二钱　紫草五钱　元参三钱；若气血大伤，加全当归三钱　银柴胡二钱　党参三钱　焦白术三钱。

3. 单方　半枝蓮当茶飲，胃口好多飲，反之少飲。

4. 成药　犀黄醒消丸，每次一钱，一日二次。

外　治

1. 未溃用季芝鲫鱼膏（《医宗金鉴》）

活鲫鱼肉　鲜山药（去皮）各等分，共捣泥，加麝香少許，外涂。

2. 已溃用生肌散〔外3〕。

疽

疽即气血虚塞，阴邪阻逆于筋骨与肌肉之間。其症漫肿色淡、坚硬木痛，或发展緩慢停蓄，內消骨髓，外无紅肿热痛，但治之不当，可危及脏腑。

一、脑疽

疽发于脑后发际为脑疽。属于枕部癰痈一类。

病因病机

（一）阴毒凝結督脉，营卫不从而发于脑后发际。

（二）风热外袭，膀胱經內有湿热，气血壅阻于脑后发际。

诊察要点 要首辨阴阳。凡年老体弱，形神俱靜，疽平塌散漫久不收束，色紫不活，溃后少脓为阴症。若初起即色紅肿痛，疮头如小米样脓头，恶寒发热为阳症。尚有气虛毒滞，半阴半阳之症更为常見。

辨证施治

（一）阴症 初起皮色不变或紫暗，无肿块，或肿块散漫平塌、微痛或木硬，难溃，溃后脓稀不腐，薄白苔，脉細无力。

治則 溫理托毒。

方 药

1. 阳和湯（《証治全生集》）

熟地一两　白芥子二錢　鹿角胶三錢　肉桂一錢
姜炭五分　麻黄五分　生甘草一錢。

2. 益气托毒湯（經驗方）

生黄芪五錢　鹿角片三錢　銀花三錢　生甘草二錢
川芎二錢　大贝母四錢　皂角刺三錢　赤芍三錢 煎服。

加減法　气虚甚加党参三錢；溃后去川芎赤芍，加当归三錢　桔梗二錢；血虚加当归三錢　熟地三錢；阳虚加肉桂一錢半　肉从蓉四錢；阴虚加生首烏五錢。

3. 单方　艾灸至知痛为止。体弱者黄芪五錢　山药一两　煎湯內服，一日二次。

4. 成药　人参养荣丸，一日2次，每次一丸。亦可湯药送服小金丹，一日一錢，分二次服。

（二）阳症　脓头如粟米，頂尖，根不收，微恶寒，漸肿大，燃热作痛，根盘紧束，溃脓稠厚。苔薄白、脉弦或滑。

治則　益气解毒。

方　药

1. 四妙湯（《外科說約》）

黄芪五錢　銀花　甘草　当归各一錢。

2. 加味四妙湯（經驗方）

生黄芪三錢　銀花五錢　連翹四錢　皂刺三錢

甲珠三錢　桔梗二錢　生甘草二錢　元参四錢

加減法　硬肿加姜蚕三錢　大貝母三錢　远志肉二錢；热毒重去黄芪，加忍冬藤花各五錢　蒲公英五錢　赤芍三錢；入夜痛甚加升皮二錢　黄連一錢半；口渴加天花粉四錢；恶心去桔梗、生甘草，加竹叶四錢　半夏曲二錢。

3. 单方　未溃之前，蒲公英五两　浸黄酒半斤內，三日后即用，每次药酒半两，一日二次，得汗，疮紅活佳。

4. 成药　初期六神丸，每次10粒，黄酒为引，一日2次。后期可选补中益气丸，一日二次，每次一丸。

外　治

1. 阴症初期用回阳祛毒膏〔外7〕，肿势散漫，可用麝香回阳膏（成药）围敷；溃后用六合回生丹〔外6〕，脓尽用生肌膏

〔外3〕。

2. 阳症初期用麝香回阳膏〔成药〕，溃脓之后同阴症。

二、骨疽

疽生筋骨。化脓性骨髓炎、骨膜炎属此范畴。

病因病机

（一）热病之后，余毒留于筋骨。

（二）跌打损伤，瘀血化热。

（三）营卫不固，风寒湿邪乘机而入，阻于筋骨。

诊察要点（参考外科部分）

辨证施治

（一）余毒型

症状　热病之后数日，突然长骨肉下疼痛，寒战，查之局部无形，十天左右，渐红肿高大，壮热不退，疼难安眠。苔薄黄，脉弦数。

治则　清热化湿、行瘀通络。

方　药

1. 金鉴活命饮（《医宗金鉴》）

银花三錢　甘草一錢　归尾三錢　赤芍三錢
乳香二錢　没药二錢　天花粉三錢　陈皮一錢半
貝母三錢　白芷三錢　防风二錢　炙甲片一錢半
皂刺一錢半。

2. 加減活命飲（經驗方）

銀花五錢　連翹五錢　象貝母四錢　生甘草一錢
归尾三錢　赤芍三錢　土茯苓四錢　半枝蓮三錢
犀黃醒消丸一錢（吞）煎服。

加減法　热重加黃芩三錢　山梔三錢　黃柏三錢；壯热煩渴加生石膏八錢　竹叶四錢　天花粉四錢；上肢加桑枝八錢下

肢加川牛膝三錢；神昏譫語加黃連一錢　生地一兩　丹皮三錢去归尾、醒消丸，有条件紫雪丹三分（冲服）；有外伤史加桃仁三錢　紅花一錢半　制沒葯二錢；成脓去醒消丸加黃芪四錢　甲片三錢　皂刺三錢；溃后归尾改全当归，去醒消丸半枝蓮加山葯一兩　龜板胶五錢　苡仁五錢　黃芪八錢。

3. 单方　銀花一兩　生甘草二錢　煎湯服，成脓勿用，一日二次。

4. 成葯　牛黃解毒丸，一日二次，每次一丸。

（二）风寒濕型

症状　初起筋骨疼，皮肉正常，微有寒热不适，久則痛重，紅肿有形，寒战，苔黃腻，脉弦数或滑数。

治則　溫經散寒。

方　葯

1. 五积散（《外科正宗》）

当归　川芎　白芍　陈皮　桔梗各一錢　蒼朮二錢
麻黃　枳壳　桂心　干姜　厚朴各六分　白芷
半夏　甘草　茯苓各四分　姜三片。

2. 阳和湯加味（經驗方）

麻黃八分　白芥子一錢半　肉桂八分　炮姜八分
鹿角胶三錢（燉化冲服）熟地一兩　桑枝五錢
丹参四錢　甘草八分

加減法　上肢加黃芪四錢　桂枝一錢半　蔡艽三錢　川芎一錢　当归三錢；下肢加蒼朮二錢　生苡仁四錢　独活三錢；紅肿有形，燉热作痛按余毒型各期化裁。

3. 单方　白芥子捣粉，酒調敷，一日三次。

4. 成葯　小金丹一錢，分两次冲服。

外治　余毒型外治同痈。风寒湿型初起用回阳去毒膏〔外

7〕或冲和五行膏〔外5〕。紅肿有形，外治同痈。若有死骨，待死骨松动后取出。形成瘘管不收口用小升丹〔外8〕药綫引流，外敷六合回生膏〔外6〕。

流　痰

阴痰流窜于筋骨間，发无定处謂之流痰。俗称骨痨，也叫骨結核。

病因病机　肝腎虚損，筋骨空虚，风寒乘虚侵入，与筋骨間津液搏結成痰。痰为阴邪，其性如水，流走不定，故发无定处。

诊察要点　起病緩慢，化脓迟；脓稀薄，夹杂豆渣样腐肉；疼痛或不痛；溃后难收口，好发于关节、儿童和青年多見。

辨证施治

症状　初起关节无异常，仅感疼痛，活动不便，半年左右始有肿形，月余脓肿成熟，溃出稀薄脓中有豆渣样腐物，疮口久不愈合，往往形成瘘管。后期可出現畏寒、心悸、神疲、或午后潮热、咳痰带血絲。脉細涩或弦数无力。薄白苔，质淡或淡紅。

治則　初期溫散寒痰；中后期以滋补肝腎、調补气血为主。

方　药

1. 阳和湯（《外科全生集》）

熟地一两　白芥子二錢（炒研）　鹿角胶三錢

肉桂一錢　炮姜炭五分　麻黄五分　生甘草一錢。

2. 加味阳和湯（經驗方）

熟地三錢　鹿角胶（烊化）三錢　麻黄一錢

桂枝一錢半　炮姜炭二錢　白芥子一錢半　肉桂一錢半

羌独活各一錢半　煎服。

加減法　气血两亏加归身三錢　黄芪五錢；病在腰脊加川断三錢　狗脊四錢；成脓去羌独活、加黄芪八錢　皂刺三錢　甲片三錢。

中后期阴虚火旺，宜大补阴湯加減（經驗方）

生熟地各四錢　龟板八錢　元参四錢　沙参八錢
地骨皮三錢　知母二錢　别甲五錢　山药五錢
煎服。

加減法　咳血加阿胶（烊化）三錢　川貝三錢；失眠加百合三錢　枣仁五錢；心悸盜汗加青龙骨三錢　麦冬三錢　五味子一錢半。

中后期气血大伤，宜人参养荣湯加減（經驗方）

党参三錢　黄芪四錢　当归三錢　熟地四錢
玉竹四錢　白芍三錢　枣仁五錢　茯苓四錢
远志二錢　五味二錢　煎服。

加減法　畏寒肿疲加鹿角片三錢　补骨脂三錢　核桃肉三錢　焦白朮三錢；下肢瘫痪、二便失禁加山萸肉三錢　鹿角胶（冲）三錢　龟板胶三錢　鱉甲胶三錢。

4. 成药　犀黄醒消丸一錢，分两次服。气血亏可服人参养荣丸，一日二次，每次一丸。阴虚火旺可服健步虎潜丸，一日二次，每次一丸。

外治　未成脓用回阳去毒膏〔外7〕，成脓切开排脓，溃后脓未净用五五丹〔外4〕药綫提腐去脓；脓尽用生肌散〔外3〕。

疔　疮

因其形小根深似釘而得名。由于部位和临床表現不同，

分下列几种（1）颜面疔（系危险三角区癤肿）。（2）手足疔（即局部急性化脓性感染）。（3）紅絲疔（即淋巴管发炎）。（4）烂疔（即气性坏疽）。（5）疫疔（即炭疽）。（6）疔毒走黄（也就是由上述感染引起敗血症、毒血症，往往危及生命）。

病因病机

（一）颜面皮肤破損、飲食厚味，感受四时不正之气，郁于肌肤，阻于心胃两經，火毒不得宣泄。

（二）手足疔、紅絲疔多因皮肉受伤，毒气乘机而入。毒留滞未上窜者为手足疔，循經上窜者为紅絲疔。

（三）疫疔多因手指刺伤，又触疫死牲畜皮肉，疫毒由伤口內传和滞留伤处。

（四）烂疔是外伤又触脏物，感受毒气，秽毒內传气血，外腐筋肉。

（五）疔毒走黄是由于正不胜邪，火毒內传。

诊察要点

（一）均有外伤、接触史。（二）颜面、手足、紅絲疔，初起均形小根深，木痒，漸轉硬痛。（三）疫疔泡疹奇痒不痛，周围有小水泡；泡疹干后成膿形，底痂呈棕黑色，久久不去。全身伴有壯热譫語头痛。烂疔初起即患部剧痛，脓血中夹杂气泡，臭秽。（四）颜面疔与癤、有头疽鉴别：癤无全身症状，始即痛。有头疽根盘寬大，始即疼痛。

辨证施治

（一）颜面疔症状　疮形如粟，根深坚硬、始麻痒，即轉热痛。

（二）手足疔、紅絲疔症状　手足部麻痒胀；紅絲疔麻痒成一条綫上延。

治則　清热解毒。

方　药

1. 五味消毒飲（《医宗金鉴》）

金銀花　野菊花　蒲公英　紫地丁　紫背天葵各一錢二分。

合黃連解毒湯（《外台秘要》）

黃連二錢　黃芩　黃柏各三錢　梔子四錢　水煎服。

2. 加減消毒飲（經驗方）

紫花地丁五錢　野菊花四錢　銀花藤各五錢　連翹四錢

半枝蓮三錢　生甘草一錢　赤芍三錢　草河車三錢

加減法　神昏譫語加黃連一錢　山梔三錢　生地三錢　丹皮二錢　大青叶三錢。恶寒发热、紅肿痛甚加六神丸 15 粒、黃酒为引，吞服，一日二次。

3. 单方　紫地丁一兩　生甘草二錢　水煎服頻飲。

4. 成药　梅花点舌丹 1—2 粒，含口中至舌麻，溫开水送下，一日 2 次。

（三）疫疔症状　泡疹色紅奇痒不痛，內含黃液根盘肿胀燉热。三、五日，疹頂坏死凹陷如臍，底痂黑色，四周有許多綠色小水泡，根盘散漫。半月左右，黑痂脫落，流出少量黃液，根盘消散，漸痊愈。初期全身可有輕度发热、不适；中后期可出現高热、头痛、周身不适。若局部肿势漫延，壯热神昏，痰鳴脉細身冷，是疔毒走黃。

治則　治則方药同前；若出現疔毒走黃，按疔毒走黃法治。

（四）烂疔症状　伤口剧痛，四周水肿，伤口肉色漸黑，腐肉臭秽。輕触之，伤口溢出脓血夾杂气泡。始即寒战、头痛、譫語、苔黃糙舌质紅脉洪数。若二三日烂腐漫延，持續高热、神昏，是疔毒走黃。

治則　凉血解毒。

方　劑

1. 犀角地黃湯（《千金方》）

犀角（冲）五分　生地八錢　元參三錢　赤芍三錢

丹皮二錢。

2. 凉血解毒湯（經驗方）

大青叶三錢　生地一兩　赤芍四錢　丹皮三錢

黃芩三錢　黃連一錢半　山梔三錢　生茈仁一兩

半枝蓮三錢　犀角粉（冲）五分　生甘草一錢

煎服。

加減法　便秘加生大黃四錢；煩渴加生石膏八錢；毒盛去犀角加六神丸 30 粒，分兩次送服。

（五）疔毒走黃症狀　疔色由紅活迅速变为紫暗，肿势散漫，壯热、煩躁、头痛恶心，神昏痙厥。

治則　凉血解毒。

方　劑

1. 五味消毒飲（《医宗金鑒》）和黃連解毒湯（《外台秘要》）及犀角地黃湯三方化裁〔劑見前〕。

2. 解毒湯（經驗方）

紫地丁五錢　野菊花三錢　銀花三錢　黃連一錢

生地三錢　丹皮三錢　赤芍三錢　半枝蓮三錢

草河車三錢

加減法　神昏痰鳴加天竹黃一錢半　牛黃（冲）三分；壯热煩渴大青叶三錢　連翹四錢　生石膏一兩；抽搐加羚羊粉（冲）三分；津液大伤加鮮生地五錢　元參四錢　麥冬四錢；神昏呕恶用紫金錠八分冲服。

3. 成藥　疔毒走黃可选紫雪丹、至宝丹、安宮牛黃丸。

外用药

手足疔、颜面疔未成脓用玉露散〔外14〕，脓出不净，九一丹〔外2〕，生肌用生肌散〔外3〕。紅絲疔　皮肤消毒后，沿紅綫寸寸划破，使之出血。疫疔，烂疔初用蟾酥合剂〔外9〕掺入玉露散〔外14〕外敷。腐肉将净未净用10%蟾酥合剂〔外9〕掺入玉露散〔外14〕。腐净用生肌膏〔外3〕收敛。疔毒走黄外治，同原发病各阶段治法。

疖

癤是生于皮肤，根浅出脓即好的小瘍。也叫毛囊炎。

病因病机

內有湿毒，外感风邪，阻于皮肤。

诊察要点　形小根浅，骨突浮赤，最大不及一寸。

辨证施治

症状　初生突小，浮赤无根，肿高于皮肤，微痛，脓出即愈。

治则　清热解毒。

方　药

1. 金鉴活命飲（《医宗金鉴》）見痈。

2. 散风清热湯（經驗方）

銀花三錢　天花粉三錢　大貝母三錢　生甘草一錢

赤芍三錢　薄荷一錢半　蘆根五錢　茅根八錢　煎服。

加減法　多发性热癤加生石膏五錢　知母三錢　山药五錢；痛輕痒重加姜蚕三錢；痛重加連翹四錢。反复生癤可加入犀黄醒消丸一錢。

3. 单方　銀花一两，煎湯当茶飲。

4. 成药　解毒消炎片，每次二片，一日二次。

外治　同痈各阶段。

丹　毒

丹毒是皮肤突然变紅的一种急性皮肤病。都由感染而发，以小腿及面部較多見。

病因病机

（一）火邪侵袭，血分有热，郁于肌肤而发。

（二）皮肤或粘膜破損，毒邪乘隙侵入而发。

诊察要点　初起为小片紅斑，迅速扩大成鮮紅一片，稍高出皮面，境界清楚，有压痛。

辨证施治

症　状

（一）发病急驟，寒战高热，局部紅肿灼热，扩大迅速，病处时有水泡出現。

（二）如出現煩躁，神昏譫語，惡心呕吐为毒邪內陷。

（三）容易复发，下肢丹毒常可引起下肢肿胀，称大脚风。

內　治

治則　清热解毒，凉血化瘀。因发生部位不同在治疗上有所区别。

（一）发于头面的

治則　散风清热解毒。

方　药

1. 加減普济消毒飲（經驗方）

銀花五錢　　桑叶三錢　　炒蒲公英一兩　　黃芩三錢

敗醬草五錢　山梔四錢　板兰根五錢　連翹四錢
丹皮三錢　生甘草一錢　水煎服。

2. 单方　板兰根一兩　野菊花三錢　水煎服。

（二）发于胁下腰胯的

治則　清肝火，利湿热。

方　葯

加減柴胡清肝湯（經驗方）

柴胡一錢半　龙胆草三錢　生山梔三錢　丹皮三錢
銀花五錢　連翹四錢　生地四錢　車前子四錢（包）
生甘草一錢　水煎服。

（三）发于下肢腿脛部的

治則　和营利湿、清热解毒。

方　葯

1. 加減蕳薢滲湿湯（經驗方）

当归尾三錢　蒲公英五錢　丹皮三錢　川牛膝二錢
黃柏三錢　銀花三錢　紫花地丁四錢蕳薢三錢
生苡米四錢　赤小豆四錢　水煎服

2. 单方　板兰根一兩　黃柏四錢　蒼朮三錢　川牛膝三錢　水煎服。

并发症

（一）毒邪內攻者

治則　清心开竅、凉血解毒。

方葯　加味黃連解毒湯（經驗方）

鮮生地八錢　赤芍三錢　丹皮二錢　黃連二錢
黃芩三錢　黃柏三錢　連翹四錢　銀花五錢
生甘草一錢　紫雪丹六分（分二次吞）

加減　阴液不足者，加元参三錢　麦冬三錢　天花粉三錢。

（二）大脚风

治则　解毒利湿。

方药　加味二妙汤（經驗方）

知母三錢　黄柏三錢　蒼朮三錢　泽泻三錢

升麻二錢　水煎服。

外　治

1. 用玉露散（外14）或金黄散外敷（外1）。

2. 患处消毒后，用三棱針輕刺皮肤，放血以泄热毒，应用于下肢复发性丹毒，但禁用于头面部丹毒。

瘰　疬（颈淋巴腺结核）

以其結核累累相串得名。俗称老鼠疮。

病因病机　肺肾阴虚，或痨瘵之后，精血大伤，郁火灼津成痰，阻于少阳胆經。

诊察要点（参考外科部分533頁）

辨证施治

治则　疏郁化痰。

方　药

1. 逍遥汤合二陈汤（局方）

柴胡一錢　白芍三錢　当归三錢　白朮三錢

茯苓三錢　薄荷一錢　生姜五片。

陈皮一錢半　半夏曲三錢　茯苓三錢　炙甘草一錢。

2. 化瘰汤（經驗方）

柴胡一錢　当归三錢　白芍三錢　夏枯草三錢

昆布四錢　象貝三錢　元参四錢　牡力五錢

猫爪草一两　煎服。

加減法　肺阴大伤加冬虫草三錢　阿胶三錢　沙参五錢；煩躁加炒山梔一錢半　丹皮二錢；痰多加半夏曲二錢　桔紅二錢　海浮石四錢；郁郁不乐加制香附三錢　佛手花一錢半。

3. 单方　猫爪草一两　水煎当茶飲。

4. 成药　小金丹每次五分，一日二次。

外治　初起用回阳去毒散(外7)，或用冲和五行膏[外5]；脓未成熟用麝香回阳膏[成药]，溃后脓不尽用五五丹[外4]提腐，脓将尽，或已淨，久不收敛用猫爪草膏[外13]。

气　瘿

結喉两側肿大，如矛之纓，故名气瘿。此症屬地方性甲状腺肿一类。

病因病机　飲食缺碘，或情怀不暢，气血郁結少阳。

诊察要点（参考外科部分750頁）

辨证施治

症状　頸喉旁側肿胀，可伴有忧思寡欢。

治則　軟坚化痰解郁。

方　药

1. 四海舒郁散(《瘍医大全》)

青木香五錢　陈皮二錢　海藻　昆布　海带

海蠔蛸各二两　海粉二錢　共为末，每次三錢，一日三次。

2. 加減小海湯（經驗方）

昆布五錢　海带五錢　海粉五錢　海蛤壳八錢

制香附三錢　柴胡一錢　陈皮一錢。

加減法　胸悶加五金二錢　炒枳壳一錢半；心惕不安加枣仁五錢　煅龙牡各三錢；煩躁手震顫加生石决五錢　白蒺藜三錢。

3. 单方　海带做汤常服。

4. 成药　小金丹一钱　分二次汤药送服。

外治　冲和五行膏[外5]，一日一换。

脱　疽

疽发于趾（指），往往使足趾（手指）坏死脱落而得名。也就是血栓闭塞性脉管炎。

病因病机

（一）寒湿凝络，血脉不通，筋骨失于温养而坏死。

（二）精血亏耗，火毒内熾，留于筋骨，湿滞不行，筋骨失于濡养。

诊察要点　趾（指）痛难忍，入夜更甚，跌阳脉微。

辨证施治

症状　初期走路跛行，趾部皮色紫暗，下肢麻木，痛渐加剧；内有寒湿者，感寒痛甚；内有火毒者，得热甚疼难忍。后期溃破，肉色不鲜，脓水稀薄，痛如火燎，彻夜不眠；最后趾脱腐尽疼痛方减；也有病势漫延上行，节节脱落，其疼不緩。

治则　活血通絡。

方　药

1. 补阳还五汤（《医林改錯》）

黄芪四两　归尾三錢　桃仁三錢　川芎一錢半

地龙三錢　赤芍三錢。

2. 活血通絡汤（經驗方）

当归八錢　丹参一两　鸡血藤一两　紅花一錢半

桃仁三錢　桑枝八錢　絲瓜絡五錢　伸筋草五錢

煎服。

加減法　經脉內有死血加上鱉虫三錢　苏木三錢；內有寒湿瘀阻加桂枝二錢　附片三錢　細辛三錢；內有火毒加銀花藤各一两　生甘草五錢　当归尾一两　元参一两；下肢可以川牛膝五錢　革薢三錢　苡米一两　車前子（包煎）四錢；潰后加黄芪一两；腎水亏加山药五錢　生熟地各五錢　黄柏三錢　知母二錢；疼剧烈可加制乳沒各三錢　血竭五分　琥珀八分或犀黄丸一錢；若潰后久不收口，流黄厚脓，可能內有死骨，加象牙屑（冲）二分　甲片三錢　黄芪八錢；小腿抽筋加白芍八錢　甘草三錢　木瓜四錢。

3. 成药　犀黄丸，一日二次，每次五分开水送服。

外治　寒湿重用回阳去毒膏[外7]；热重用玉露膏[外14]；脓水不尽用九一丹[外2]；腐净用生肌散[外3]。

臁　疮

俗名烂腿。系湿热下注，发于脛骨內外側，其形似鐮刀而名臁疮。

病因病机　湿热下注与經脉气血凝滞而成。

诊察要点　踝上三寸內外处，溃烂难敛。

辨证施治

症状　初起赤肿，搔痒不休，继則溃烂流黄水，疼痛难忍。溃及絡脉，出血不止。

治則　和营化湿。

方　药

1. 二妙丸（《丹溪心法》）合革薢渗湿湯（《外科真銓》）

蒼朮三錢　　黄柏三錢　共为末，炼蜜为丸。

革薢四錢　　苡仁五錢　　黄柏二錢　　泽泻三錢

茯苓三錢　　丹皮二錢　　滑石三錢　　通草一錢。

2. 和营化湿湯（經驗方）

当归三錢　　赤芍三錢　　丹參三錢　　蒼朮二錢

苡仁一兩　　黃柏二錢　　川牛膝三錢　　萆薢四錢

車前子（包煎）三錢　　防己二錢。

加減法　午后肿胀，加生黃芪五錢　党參三錢　焦白朮三錢；陪滯潰烂加鹿角胶三錢　甲片三錢；痒甚加独活三錢　枣仁五錢；痛甚加乳香二錢　絲瓜絡四錢。

3. 单方　大黃粉五錢　甘草粉一錢。先用溫盐水洗淨伤面，拭干后撒上葯粉，再用豆腐皮盖上，繃帶包扎。长新肉时只用豆皮，不用葯粉。一日一次。（无豆腐皮可用新鮮豆腐渣亦可。）

外治　紅肿痛用如意金黃散［外1］；流黃水作痒用青黛散［外10］；脓少，腐未祛用九一丹［外2］；脓水尽用生肌散［外3］；脉絡出血多用云南白葯（成葯）适量，并繃帶束紧。

冻　疮

病因病机　阴寒凝結肌肤，气血不得宣通，湿潤而成疮瘍。

诊察要点　有受寒史，患处冷木有肿块，得热后紅肿痒热。

辨证施治

症状　局部得溫后紅肿热痒，漸感疼痛，严重的出現水泡，潰烂。

治則　和营通絡。

方　葯

1. 当归四逆湯（《金匱要略》）

桂枝　白芍　当归各二錢　細辛一錢　木通一錢
大枣三枚　甘草一錢。

2. 加減当归四逆湯（經驗方）

桂枝二錢　白芍（酒炒）五錢　大枣五枚　細辛一錢
生姜三片

加減法　手足不溫者加黑附片一錢；气血两亏加当归三錢黃芪五錢。

3. 单方　鮮茄根叶煎水洗患处，一日3次。

外治　当归一两　紫草一两　共为細末，入胡麻油七两內，文火加热，入黃腊一两，溶化攪匀成膏。每日用此膏搽患处三次。

烫　伤

由热水、热油、火等热物燙伤肌肤而成。

病因病机　火毒燙伤肌肤，致成紅肿成瘡。

辨证施治

症状　皮肤紅潤，肿胀有水泡，剧烈燃热作痛；严重皮肉焦烂，流黃水，痛不能眠，伴有壯热譫語，舌薄黃，脉弦数。

治則　清热解毒凉血。

方　药

1. 清营湯（《溫病条辨》）

犀角末（冲）五分　生地五錢　元参三錢
竹叶一錢　銀花三錢　連翹二錢　黃連一錢半
丹参三錢　麦冬二錢。

2. 加減潰营湯（經驗方）

鲜生地一两　元参四錢　　銀花五錢　　連翹四錢

赤白芍各三錢　丹皮二錢　　生甘草一錢　竹叶二錢

加減法　譫語加黃連一錢　山梔二錢；煩渴加生石膏一两　知母三錢　天花粉三錢；热毒甚者加大青叶二錢。

3. 单方　炒大黃一两　胡麻油三两調涂，一日一換。

4. 成药　牛黃解毒丸，一日2次，每次一丸。

外治　未潰脓用清凉膏〔外11〕；潰有腐脓用六合回生散〔外6〕蜜調涂；收斂，用生肌散〔外3〕。

破伤风

臍风和产后风也就是破伤风。

病因病机　皮肉破損，风毒乘机侵人，客于筋脉而发刚痙。

诊察要点（参考外科部分542頁）

辨证施治

症状　初起畏寒煩躁，咀嚼困难，漸出現項强，牙关緊閉，面呈苦笑，甚至角弓反张，抽搐。遇光、声等刺激立刻抽搐，角弓反张，气急面青，苦脉，脉弦緊。

治則　祛风鎮痙，解毒化痰。

方　药

1. 玉真散（《外科正宗》）

白附子　羌活　天麻　白芷　防风　南星

各等分，共为末，每次二錢，黃酒为引，硃砂二分冲服，一日二次。

2. 五虎追风散（史全恩經驗方）

蝉衣一两　制南星二錢　天麻二錢　全蝎七个

僵蚕（炒）七条　水煎服，黄酒二两为引，硃砂五分冲服。

加減法　无汗加防风二錢　羌活一錢半　白芷三錢；面呈苦笑加白附子一錢；痰涎壅盛加天竹黄三錢　犀牛黄一分（吞）麝香五厘（吞）；抽搐加宣木瓜三錢　蜈蚣二条（焙黄研末吞）雄黄二分（吞）；头痛肢冷加莫芋一錢半　血余三錢　人指甲三錢。

3. 单方　蝉衣一两（去头足研末），黄酒一两为引。分两次服。

外治　切除腐肉，外敷玉真散（同上）。

狂犬病

疯犬咬伤人后，病毒直入人体血液，引起神經异常的一种急性传染病。俗称恐水病。

病因病机　疯狗咬伤后，疯毒入于营血，毒滞肝經而作剛痙。

诊察要点

（一）有疯犬咬伤史。（二）临床表現恐水怕光，怕风怕声响，狂厥，抽搐。

辨证施治

症状　始精神萎靡、失眠、恶心，漸恐水、胆怯、小便涩痛、抽搐，終不痙攣恐惧而出現瘫痪气微，迅速死亡。

治則　祛风鎮痙。

方　劑

1. 玉真散（《外科正宗》）

白附子　　羌活　　天麻　　白芷　　防风

南星各等分，共为細末，每次二錢。

2. 加減玉真散（經驗方）

前胡二錢　防风二錢　白芷二錢　生南星（姜汁炒）二錢　天麻三錢　蝉衣一两　羌活一錢半　蒺藜三錢　僵蚕（炒）七个　全蝎七个　斑蝥七个　共为細末，黄酒为飲，每次一錢，一日一次，得微汗佳。

加減法　小便淋痛加滑石三錢　琥珀五分（冲）；抽搐加蜈蚣二条；精神萎靡加人参三錢　紫竹根一两。

3. 单方　韭菜根捣汁，內服不拘量。外用杏仁捣泥敷伤口。

外治　葱白五根　煎湯洗伤口，敷玉真散（葯同上）。

附：外科外用药

（1）金黄散（《医宗金鉴》）大黄　黄柏　姜黄　白芷各五斤，南星　陈皮　苍朮　川朴　甘草各二斤　天花粉十斤　共为細末，用蜜或醋調即成膏。功用：清热除湿，散瘀化痰，止痛消肿。治一切阳症。

（2）九一丹（經驗方）熟石膏九两　升丹一两　共为細末。功用：提脓祛腐。主治：一切潰瘍脓腐未淨。

（3）生肌散（經驗方）乳香　沒葯　象皮　血竭　龙骨　海螵蛸　赤石脂各五錢　冰片一錢五分　共为細末，用蜜或醋或香油調成膏。

（4）五五丹（經驗方）熟石膏五錢　升丹五錢　共为細末。功用祛腐提脓。主治：流痰、附骨疽、瘰癧等。

（5）冲和五行散（《外科正宗》）炒紫荆芥五两　独活三两　赤芍二两　白芷一两　菖蒲一两半　共为細末。功用疏风活血定痛軟坚。主治：疮瘍半阴半阳者。

（6）六合回生散（經驗方）鉛粉　輕粉　銀珠　明雄黃　制沒藥　制乳香各等分，共为細末。功用：祛腐提脓，主治：一切脓腐未淨者。

（7）回阳去毒（飞龙）散（《外科正宗》）炒川烏三兩　煨生姜三兩　炒赤芍　白芷　煨南星各一兩　肉桂五錢研細末。功用：溫經散寒活血化痰。主治一切阴症。

（8）小升丹（《中医外科临床手册》）　水銀一兩　白矾八錢　火硝七錢。

制法　先将硝矾共研粗末，再入水銀研細，以不見水銀为度。然后放入鉄鍋里盖以磁碗，用熟石膏泥碗縫，勿使透气。鍋下加火，一时左右，冷却后，碗内药末即是升丹。

功用　凡提脓祛腐。治一切脓腐不淨者。

（9）蟾酥合剂（《中医外科临床手册》）

酒化蟾酥　腰黃　銅綠　炒綠矾　輕粉　乳香　沒药　枯矾　干蝎牛各一錢　麝香　血竭　硃砂　煅炉甘石　煅寒水石　硼砂　灯草灰各五分　各研細末和匀。蟾酥另以燒酒化开为糊，徐徐和入药末，混和研匀，晒干，研成极細末，收貯。10%即此药一分　加熟石膏九分。

功用　有驅毒、消肿、化腐之功，治疔疮、白喉、走馬牙疳。

（10）青黛散（經驗方）青黛　黃柏各二兩　熟石膏　滑石各四兩　共为細末。功用：收濕止痒、清热解毒。主治　切皮肤燬热流黃水作痒。

（11）清凉膏　风化石灰，用清水攪拌，澄清后取石灰清水三兩　加香油三兩，攪匀如鸡蛋清，每日搽二次。

（12）珍珠散（經驗方）珍珠（生研）三錢　煅炉甘石一兩　熟石膏一兩半，共为細末。功用：生肌斂疮。主治：脓尽疮口不收，新肉不生。

(13) 猫爪草膏(《便民图纂》)猫爪草二十斤，水煎去渣收膏。功用：去腐拔管。主治：瘰癧溃后，久不收口。上药前，先用花椒、葱、槐角各二錢煎湯洗疮口、然后上此膏。

(14) 玉露膏（經驗方）芙蓉叶一斤，研末，銀花露調涂。功用：消肿止痛。主治一切阳症未溃之前。

第二节　肛门病

内　　痔

发生在齿綫以上的痔靜脉曲张团称为内痔（見图3—1）。多因便秘或其他原因而引起痔靜脉回流受阻所致。一般以截石位3、7、11点为最常見。

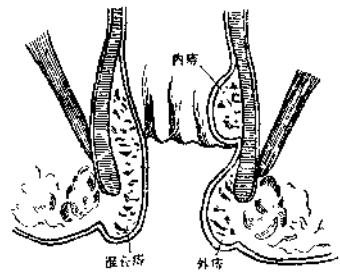


图3—1　痔核分类

病因病机

(一) 飲食不节，过食油炸、厚味、辛辣飲食，或飲酒过量，以致腸胃受伤，湿热下注，經脉交錯而成。

(二) 如女妊娠，或久坐久站，或泻痢日久，或长期便秘，以致血脉不行，气血結聚肛門而生。

诊察要点（參考外科部分762頁）

辨证施治

症　状

初期　痔核很小，大便时痔核不脫出，出血量較多，血色

鮮紅。

二期　痔核增大，大便时脱出肛外，便毕时可自行縮回，便干时出血，但血量較初期減少。

三期　痔核更大，大便时經常脱出肛外，不能自行縮回，常需臥床休息，或用手上推才能縮回。如形成嵌頓，則疼痛剧烈，并能引起肛門周圍水肿，甚至糜烂坏死，或化脓继发肛痿。

治　疗

內治　适用于初期內痔，或內痔嵌頓，伴有继发感染，或年老体弱或兼有其他严重疾病，如肺結核，肝脏病，腎脏病，高血压，腹腔肿瘤，血液疾患等不能手术治疗者。

（一）实証出血（或嵌頓疼痛，继发感染）

治則　宜清热利湿，祛风潤燥。

方　药

1. 加減四物湯（經驗方）

槐花炭四錢　当归二錢　生地四錢　赤芍三錢
丹皮三錢　泽泻三錢　蒼朮二錢　防风二錢
地榆炭三錢　制大黃三錢　水煎服。

加減　伴有继发感染者，加蒲公英五錢　紫花地丁五錢；便秘者，加瓜蔞仁四錢（研）、麻仁四錢（研）；小便不利者，加車前四錢（包），猪苓三錢。

2. 单方

（1）槐花五錢　黃連二錢　水煎服。

（2）槐花，側柏叶各三錢　水煎服。

（3）番泻叶一錢半，泡茶飲服。

3. 成药　槐角丸或脏連丸，每次一丸　日二次。

（二）虛証出血

治則　調补气血。

方　药

1. 加減八珍湯（經驗方）

党参三錢　炙黃芪三錢　焦白朮三錢　茯苓三錢
当归三錢　白芍三錢　熟地三錢　陈皮二錢
阿胶三錢（燉化冲服）　槐花炭三錢　水煎服。

2. 单方　当归三錢　黃芪四錢　槐花炭五錢　石榴皮二錢　水煎服。

3. 成药　十全大补丸，每次一丸，每日二次。

外　治

1. 用芒硝一两　露蜂房五錢　五倍子五錢　煎水乘热熏洗，每日二次。

2. 挑治（見挑治法）。

3. 手术疗法（見痔瘻手术法）。

外　痔（赘皮外痔）

发生在齿綫以下的静脉曲张团称外痔。

病因病机　由于二、三期內痔經常脫出，肛裂日久，以致气血結聚肛門，宿滯不散而成。

诊察要点　肛門边緣贅生皮瓣。

辨证施治

症状　（一）肛門边緣生有皮瓣，自覚肛門有异物感，一般不痛，不出血，如有感染时則肿胀疼痛。肿胀消失后，皮瓣依然存在，有的可以化脓溃破成漏。

（二）发生在6，12点处的多伴有肛裂；发生在3，7，11点处的多伴有內痔；呈环状或冠状的，多見經产妇。

內治　一般不需要。

外　治

1. 五倍子　朴硝　桑寄生　蓮房　荆芥各一两，水煎熬乘热熏洗肛門，一日二次。

2. 五倍子三錢（烧灰存性），蜈蚣二条（焙焦），冰片二分，共研細末，用麻油調敷患处，每日一次。

3. 手术疗法贅皮外痔切除术适用于外痔皮瓣过大，无紅肿热者（見附篇）。

血栓性外痔

因瘀血阻塞而成，为肛旁半圆形，青紫色疼痛的小球状突出物，多見于中年男子。

病因病机　多因便秘，排便用力过大，以致血絡破損，血块凝結于皮下而成。

诊察要点　在肛門边緣多見于截石位3、9点处，呈半圆形，青紫色的块状物。疼痛明显。

辨证施治

症状　块状物疼痛剧烈，排便时加重；触痛明显。有的发病后5—7天可自行消退，有的虽疼痛消失，但块状物仍存在。

内　治

治則　清热凉血。

方　药

凉血地黄湯（經驗方）

生地三錢	丹皮二錢	赤芍三錢	槐角三錢
黄芩三錢	生山梔三錢	銀花三錢	蒲公英五錢
麻仁四錢	生甘草一錢	水煎服。	

外　治

1. 熏洗　生大黄五錢　朴硝五錢　乳香二錢　沒药三錢　水煎乘热熏洗。

2. 手术治疗　血栓性外痔切除术（見痔瘻手术法）。

混合痔（内外痔）

混合痔也称内外痔（見图 3—1），齿綫以上为内痔，齿綫以下为外痔，具有内痔、外痔二种症状，治法可参考内、外痔。

肛　裂

肛裂是指肛門边緣具有剧烈疼痛的皲裂（見图3—2）。

病因病机　多因便秘，排便时用力努张，或因扩肛，妇女生产时扩张阴道不当，使肛緣皮肤損伤而发生。

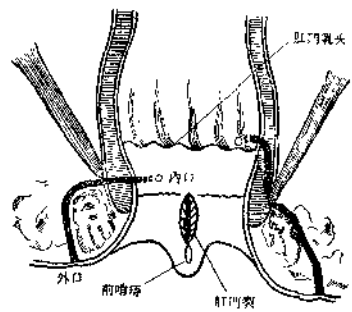


图 3—2　肛裂与肛瘻

诊察要点　多見于截石位 6，12点处疼痛剧烈的裂口。新裂口创面較淺，色鮮紅，边緣整齐；老裂口创面凹陷，呈灰白色，可伴有外痔。

辨证施治

症　状

（一）排便时肛門剧烈疼痛如刀割，便秘时疼痛更甚，便后疼痛可持續几小时。

（二）排便时常有少量鮮血流出，或仅附于粪便表层。

内　治

治则　清热润燥通便。

方　药

1. 润肠汤（经验方）

当归三錢　赤芍三錢　生地三錢　麻仁三錢

郁李仁三錢　制大黄二錢　黄芩三錢　水煎服。

2. 成药　麻仁滋脾丸，每服一丸，临睡前服。

外　治

1. 新裂口　用肌散，涂裂口上，每日一至二次。

2. 老裂口　宜腐蚀法，用枯痔散少許，以骨签将粉敷于裂口上，并以薄层药棉填入裂口内，每日换药一次，連用2—3天。待創面清洁后，再用生肌散，收口。

3. 手术　扩創术，适用于作有外痔或用腐蚀法无效者（見痔瘻手术法）。

脱　肛

脱肛是指直腸或直腸粘膜脱出肛外。多发生于小儿及老年。

病因病机　小儿气血未旺，老年气血衰退，或因妇女分娩过多，久泻久痢，导致中气不足，气虚下陷，不能摄納而成。

诊察要点　直腸或直腸粘膜脱出肛外。直腸脱垂性脱肛，

脱肛与内痔脱出鉴别表

病　名	形　状	颜　色	出　血
脱　肛	呈环状或螺旋状	淡红或鮮红	不易引起出血
内痔脱出	有痔核脱出	暗红或青紫	容易引起出血

色多淡紅质較硬；直腸粘膜脫垂性脫肛，色多鮮紅，质軟。脫肛須与內痔脫出相鑒別。

辨证施治

症　状

可分三期，初期仅在排便时脫出，大便后能自行回納，中期則不能自行回納，須用手托送，后期則在站立，下蹲，步行，咳嗽，噴嚏，啼哭时也会脫出。須用手托回。

內　治

治則　补气升提。

方　葯

1. 加味补中益气湯（經驗方）

党参四錢　黃芪四錢　升麻二錢　当归三錢
柴胡一錢半　焦白朮三錢　陈皮一錢半　烏梅四錢
枳壳五錢　大枣五个　水煎服。

2. 单方　黃芪四錢　升麻二錢　枳壳三錢　水煎服。

3. 成葯　补中益气丸，每日一丸，一日二次。

外　治

1. 五倍子五錢　白矾三錢　水煎熏洗肛門，每日二次。

2. 石榴皮三两　白矾三錢　水煎熏洗肛門，每日二次。

3. 蝉退三錢　研极細面，食油調敷。

肛　瘻

肛瘻（图 3—2）是肛門部生瘻管而經常流脓水的一种疾病。

病因病机　湿热郁久，流注肛門直腸而成痈肿，潰后疮口不斂，即成瘻管。

诊察要点（参考外科部分）

辨证施治

症　状

經常性或間歇性流脓，疼痛，搔痒。在瘻管流脓通暢时一般疼痛不重，如外口封閉，脓液积聚时則疼痛更重。

外治　用肛門瘻管挂綫术（見痔瘻手术法）。

內治　对于体质虛弱者，暫时不能进行手术者应为手术創造条件。先調补气血，可服十全大补丸（成药）每次一丸，一日二次。

第十二章　伤　科

第一节　骨　折

锁骨骨折

病因病机及诊察要点（参考外科部分566頁）

治疗　手法整复方法参考外科部分。外敷接骨膏，墊一平墊，"∞"字形繃带固定后，用三角巾将患肢前臂兜起，吊于胸前（見外科图30）。若为小儿鎖骨骨折則不需整复及服药，仅外敷接骨膏加平墊，寬胶布固定即可。

內治　治則：初期，中期活血化瘀，理气止痛。后期补益气血，續骨。

方　药

1. 加減柴胡舒肝湯（經驗方）（适于初期）

柴胡二錢　当归四錢　赤芍四錢　桃仁二錢

紅花一錢半　枳壳四錢　青皮三錢　木香二錢

香附三錢　　元胡五錢　水煎服。

2.一号損伤散（經驗方）（适于中期）

制乳沒各一兩五錢　土鱉虫一兩五錢　牡蠣一兩五錢

煅自然銅一兩五錢　三七三兩　麝香二錢　共为細末，每服五分，一日二次。小儿酌減，孕妇忌服。

3.加減八珍湯（經驗方）（适于后期）

党參三錢　白朮二錢　茯苓三錢　当归三錢

白芍三錢　川芎二錢　丹參三錢　元胡二錢

續断三錢　砂仁一錢　水煎服。

肋骨骨折

肋骨骨折是較为常見的胸部創伤之一。患者多为成年人与老年人。肋骨骨折严重时多伤及內脏。

病因病机　主要是外来暴力所致，如机器击撞胸壁、挤压或直接打击，使肋骨向里弯曲而折断。

诊察要点

（一）輕型　为单一骨折，局部疼痛，深呼吸、咳嗽、噴嚏、翻身时疼痛加剧，一般畸形不明显。

（二）重型　为多发性骨折，局部压痛剧烈，尤其用两手挤压胸廓时，骨折处疼痛更重（見图4—1）。可聞骨擦音，有明显的錯位畸形。若伤及內脏，則呼吸困难，神智不清，吐血，或痰中带血。

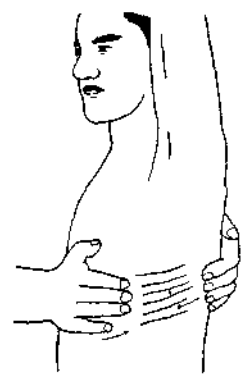


图4—1　肋骨骨折挤压手法

治疗　手法整复　患者正坐，

术者用推按手法将断骨高凸部分按平。外敷接骨膏，宽胶布固定，五日换药一次。重型患者，可用多头带固定，每三至五日换药一次。

内治　治则：初期、中期理气化瘀，清热凉血。后期补益气血。

方　药

（一）輕型　方药同鎖骨骨折。

（二）重型

1. 茅根地黄湯（經驗方）（适于初期）

白茅根一兩　生地五錢　赤芍三錢　丹皮三錢
藕节炭三錢　川貝二錢　烏药二錢　元胡三錢
水煎服。

2. 加減复元活血湯（經驗方）（适于中期）

柴胡二錢　当归三錢　桃仁二錢　紅花二錢
花粉三錢　甲珠三錢　制大黄一錢半　青皮二錢
川朴花二錢　乳香二錢　水煎服。

3. 加味八珍湯（經驗方）（适于后期）

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　当归三錢
甘草一錢半　白芍二錢　川芎二錢　熟地三錢
骨碎补五錢　續断三錢　水煎服。

肱骨干骨折

病因病机及诊察要点（参考外科部分 572 頁）

治疗　手法整复：可用 2% 普鲁卡因局麻，患者坐凳，一助手固定肩关节，第二助手一手持内外髁，另一手持前臂向下方牵拉，术者根据骨折移位情况用内推、外端等手法予以复

位。外敷接骨膏，用四层白布(长等于上臂一周半，寬等于上臂长度逐层包扎，再用六根符合生理弯曲的竹片和四根长带子固定，以三角巾加托板，屈肘固定，吊于胸前(見图4—2)，五日后复查一次。

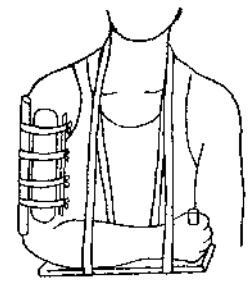


图 4—2 肱骨骨折夹板固定

內治 同鎖骨骨折。

功能練习

(1) 患者应主动練习肩、肘关节功能活动，医生可輔助之(手法見伤筋节)。

(2) 上肢洗方 (經驗方)

苏木一两	鈎藤五錢	紅花一两	卷柏五錢
白芷五錢	沒葯三錢	川椒五錢	桂枝五錢
羌活四錢	水煎熏洗，一日 2—3 次，每剂可洗用三天。		

肱骨髁上骨折

病因病机及诊察要点 (参考外科部分 570 頁及外科图 40。图 4—3)。

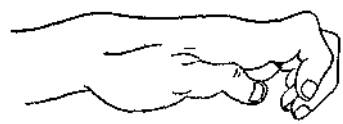


图 4—3 缺血性肌攣縮典型畸形

治疗 手法复位：患者坐凳，一助手固定上臂，术者右手持腕或前臂向下牵拉，然后左手拇指按骨折上断端，余指在后提下断端，屈肘关节，即可复位。用四块竹板作超关节固定(固定不宜过紧)。若出現水疱，先用消毒針头将泡挑破，涂龙胆紫(图4—4)，消

毒敷料盖好，再进行手法整复。

内治、功能練习：同肱骨干骨折。

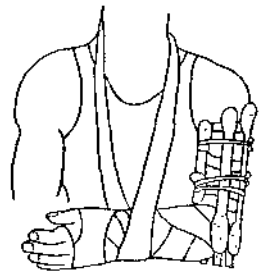


图4—4　肱骨髁上骨折夹板固定

前臂双骨折

病因病机及诊察要点（参考外科部分569頁）

治疗　手法复位：患者坐位，一助手固定肱骨下端，第二助手一手持拇指，另一手持四指，緩慢持續地順势牵拉，然后将前臂呈旋后位，术者两手用手指先正复橈骨，后对挤尺骨，使其复位。外敷接骨膏，两骨断端前后各垫一个分离垫，四层白布（寬等于前臂长，长等于繞前臂一周半），逐层包起，外用六根适合生理弯曲的竹片，以四根带子扎紧，手呈旋后位，屈时90度，用三角巾加托板固定（見外科图38）。若青枝骨折不需加分离垫，固定同上法。

内治　治則：初期、中期活血化瘀，消肿止痛。后期益气养荣，壯筋續骨。

方　药

1. 先复湯（經驗方）（适于初期）

当归四錢　花粉四錢　柴胡三錢　赤芍三錢
紅花二錢　桃仁三錢　甲珠三錢　金銀花四錢
白芷二錢　制乳没各二錢　水煎服。

2. 橘朮四物湯（經驗方）（适于中期）

橘紅四錢　白朮五錢　当归四錢　川芎三錢
赤芍三錢　生地三錢　桂枝二錢　伸筋草五錢
水煎服。

3. 益气养荣汤（經驗方）（适于后期）

党参五錢　炙黄芪五錢　当归三錢　川芎二錢
白芍三錢　熟地三錢　白朮三錢　茯苓二錢
杜仲四錢　川断四錢　水煎服。

功能練习

（1）患者主动作肘、腕关节的功能活动，医生可配合活筋（手法見伤筋）。

（2）上肢洗方熏洗，一日 2—3 次。

桡骨下端骨折

病因病机诊察要点（参考外科部分 568 頁及外科图33）

治疗　手法整复，内治基本同前臂双骨折。

功能練习　应加强指关节和腕关节的功能活动。

腕 骨 骨 折

腕骨上与桡骨下端相連，下連掌骨，构成腕关节。其活动多，易受直接暴力而造成骨折，以舟骨骨折为常見。

病因病机　多由跌倒时手掌着地而致骨折，或因机器軋伤所致。

诊察要点　腕关节活动障碍，局部肿胀，压痛明显（第一掌骨底，阳溪穴处），可聞骨擦音，拇指活动时疼痛加重。

治疗　手法整复：此种骨折一般很少移位，因此不需整复。可外敷接骨膏，用六根符合生理弯曲的小竹片，以白布四层，带子四根包扎固定。

内治　同前臂双骨折。

功能練习

（1）患者主动作腕、指关节功能活动。

（2）上肢洗方熏洗，一日 2—3 次。

股骨颈骨折

本病多发生于老年人，常因摔跌而引起，由于股骨颈血运不良及不易固定，多造成錯位。

病因病机 多由滑跌倒地，髖尖或一侧臀部着地，以致骨折。外展型一般无錯位（只嵌入），內收骨折多有錯位。

诊察要点 外伤后即感疼痛，局部肿胀，不能活动及行走，足尖外倒，肢体縮短、屈曲，大粗隆上移，压痛明显，有骨擦音。但嵌入型无骨擦音，髖关节功能障碍及畸形均不明显。

治疗 手法整复 （一般可动員患者复位后作三棱針內固定术，效果好，老年尤宜）。整复时患者平臥，一助手固定骨盆，另一助手拉住患者足踝进行拔伸，术者用二手在伤处按捺平正，与健側对比长短相等后伸直放平，然后外敷接骨膏，四个砂袋固定，此处易于整复而难以固定，須經常注意复位情况。

內治 治則：初期活血散瘀，后期培补气血。

方 药

1. 加味橘兆四物湯（經驗方） （适用于初期）

橘皮四錢 白朮五錢 当归四錢 川芎三錢

赤芍三錢 生地三錢 制乳香一錢半 制沒药一錢半

水煎服。

2. 加味十全大补湯（經驗方） （适用于后期）

党参四錢 白朮四錢 茯苓四錢 炙甘草一錢

当归四錢 川芎二錢 熟地四錢 白芍三錢

黄芪五錢　肉桂一錢　川續斷四錢　川牛膝八錢
骨碎补三錢　水煎服。

股骨干骨折

病因病机及诊察要点（参考外科部分572頁）

治疗　手法整复：患者平臥，在局麻或腰麻下进行复位，两助手分别固定骨盆与腋下，第三、四助手持小腿及踝关节用力向下牵拉，术者根据变位情况用挤、按、端、提法整复。用四层白布（三至四个平垫），四根带子、四块夹板、或六根竹片包扎固定，局部敷接骨膏。取平臥位用托足夹板、綳带，砂袋固定。小儿取側臥位，股骨前后放置两砂袋即可。

內治　治則：初起宜祛瘀消肿，中期活血疏风，后期养血和营（小儿不必服药）。

方　药

1. 活血化瘀湯（經驗方）（适用于初期）

柴胡三錢　川芎三錢　大黄二錢　赤芍三錢
当归四錢　山梔三錢　五灵脂二錢　桃仁三錢
紅花二錢　川牛膝三錢　苏木二錢　泽泻三錢
水煎服。

2. 疏风活血湯（經驗方）（适用于中期）

何首烏五錢　当归四錢　赤芍三錢　白芷二錢
防风三錢　川芎三錢　羌活二錢　枳壳二錢
独活二錢　肉桂一錢　生地四錢　水煎服。

3. 益气养营湯（見前臂双骨折）

加減法　加怀牛膝八錢　狗脊四錢。

功能練习　骨折愈合后做膝、踝两关节功能練习（在伤后

第三周开始先作踝关节活动)。一月后检查如已骨性愈合可扶拐下床活动。

髌骨骨折

髌骨俗称膝盖骨，骨折多发于成年人。

病因病机 多为跌跤时膝部屈曲，股四头肌强力收缩，或直接撞击所致。

诊察要点 多为横折，两断端分离变位、中间有一横沟，膝部疼痛剧烈，肿胀明显，功能丧失(见图 4—5)，无骨擦音。

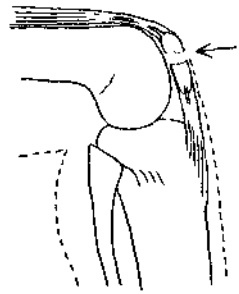
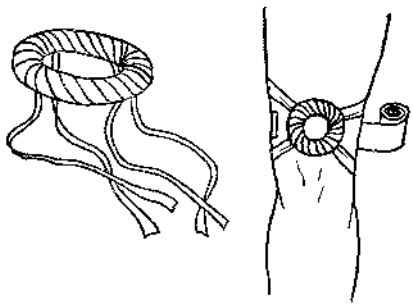


图 4—5 髌骨骨折

治疗 手法整复，患者平卧，腿伸直不要用力，术者一手拇食两指将上侧髌骨断端向下推，另一手拇食两指将下断端向上推。手法要耐心应多次挤对方能融合在一起。在两手挤对情况下，将制好的抱膝圈由上往下套。(抱膝圈较髌骨略大些，周围缠纱布绷带，并扎上四条布带。随肿消而抱膝圈要逐渐缩小)。膕窝部放一硬板上垫棉花，用布带固定(见图 4—6)。



(1) 抱膝器　　(2) 固定形式

图 4—6 抱膝固定

内治 治则：初期、

中期活血化瘀，消肿止痛。后期益肾续骨。

方　药

1. 先复汤（經驗方）（适于初期）

当归四錢　花粉四錢　柴胡二錢　赤芍三錢
紅花二錢　白芷二錢　制乳没各二錢　甘草二錢
川牛膝三錢　木瓜三錢　水煎服。

2. 何首烏汤（經驗方）（适于中期）

首烏五錢　赤芍三錢　当归三錢　白芷二錢
烏药三錢　枳壳二錢　香附三錢　羌活二錢
肉桂一錢　川芎二錢　水煎服。

3. 加味六味地黄汤（經驗方）（适于后期）

熟地四錢　山萸肉三錢　山药四錢　茯苓三錢
泽泻三錢　川断三錢　川牛膝三錢　防己四錢
丹参四錢　地龙三錢　水煎服。

胫腓骨骨折

病因病机及诊察要点（参考外科部分574頁）

治疗　手法整复方法参考外科部分及外科图46。

内治　同股骨下骨折。

功能練习

（1）骨折愈合后，作膝、踝两关节功能活动。医生配合作膝踝两关节活筋（手法見伤筋）。

（2）下肢洗方（經驗方）

苏木一两　鈎藤五錢　紅花一两　香附五錢
白芷五錢　没药三錢　川椒五錢　木瓜八錢
川牛膝一两　水煎后熏洗下肢，一日2—3次。

外踝骨折

病因病机及诊察要点（参考外科部分575頁）

治疗　輕証不需手法。局部外敷接骨膏，窄胶布由下向上兜起，用繃带包扎固定。

內治　治則：活血舒筋、补益肝腎。

1.一号損伤散　每服五分，一日二次(适用于初起)。

2.补腎强身片（成药），每服5片，一日二次(适用于后期)。

第五跖骨基底部骨折

本病多为足內翻所致。

病因病机　蹠骨基底部骨折，主要由于严重壓伤及扭伤引起。

诊察要点　局部微肿，有明显压痛，可以行走，如患处垫在石子上，有剧烈的疼痛，因此足不敢放平。

治疗　外治：局部外敷接骨膏，繃带包扎固定，約二十余日痊愈。

第二节　脱　位

下颌关节脱臼

病因机病及诊察要点（参考五官科部分口腔部1151頁）

治疗　手法复位方法参考五官科部分口腔部图19。图

4—7。

内治　治则：气血不足者宜培补气血；老年肾虚者宜温补肾气。

方　药

1. 十全大补丸（成药），每次一丸，一日二次。

2. 金匮肾气汤（成药），每次一丸，一日二次。

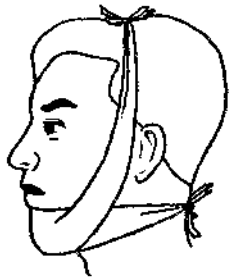


图 4—7　下颌关节脱臼四头带固定

肘关节脱臼

病因病机及诊察要点（参考外科部分 584 頁）

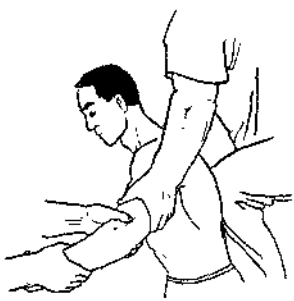


图 4—8　肘关节脱位复位

治疗　手法整复：患者坐位，一助手固定上臂，术者对坐，右手持患肢前臂順势牵拉，左手拇指在前，向后上方推肱骨滑車，余指在后勾勒尺骨鷹咀，緩緩屈曲肘关节，听有响声即告复位（見图 4—8）。局部敷消定膏 用三角巾屈肘 90° 固定，待二周肿消痛除后，解除固定。

小儿桡骨头半脱位

病因病机及诊察要点（参考外科部分 587 頁）

治疗　手法整复：家长抱患儿正坐，术者用右手持前臂順势牵拉，左手拇指置于桡骨小头部，余指在后，右手在将前

臂旋后的同时，左手拇指加压桡肘，听有响声即告复位。

髋关节脱臼

病因病机及诊察要点（参考外科部分585頁）

治疗 手法整复：患者平臥，一助手固定于骨盆部，术者面对患者站立，将患腿竖起，膝关节置90角，小腿置于术者两腿间。术者两手交叉腘窝部用力提拉，听有响声即告复位（见图4—9）。外敷接骨膏，臥床休息。

图4—9 髋关节脱位复位法

第三节 伤筋（软组织损伤）

人体在受到外力的撞击，扭挫或牵拉，使皮肤或皮下組織、肌肉，肌腱、韧带和关节囊发生損伤，即为伤筋。又称軟組織損伤。

颈部伤筋

頸部伤筋，俗称"落枕"。

病因病机 多为感受风寒，睡眠姿势不正而致。亦有颈部扭伤引起。

诊察要点

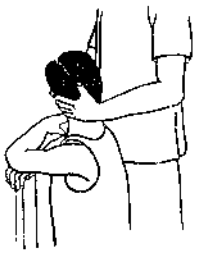
（一）可有輕度的外伤史。

（二）往往起床后出現一側頸部有牵拉、痠痛不适感，头轉动受限。

（三）在受伤一側的頸部、肩部及背部肩胛間等处有較明显的压痛点，肌肉痙攣。但无肿胀，頸椎无畸形及触痛。

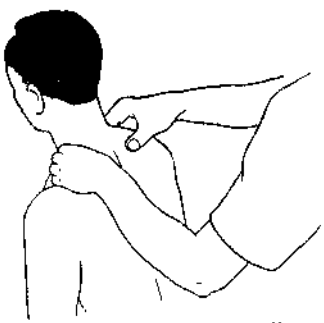
治疗 手法活筋：患者坐低位，术者立身后，一手托枕骨

頸部伤筋理筋手法（一）



頸部伤筋理筋手法（二）

頸部伤筋理筋手法（三）



頸部伤筋理筋手法（四）

图 4—10

結节下方，另一手托下頜体，輕輕向上牵引，再作左右的旋轉动作（下頜不超过肩峰）。再作左右前后摆动，局部配合提筋、滾法（見图4—10）。

內治　治則：疏风散寒，活血止痛。

方　葯

1. 加味防风桂枝湯（經驗方）

防风三錢　桂枝三錢　灵仙三錢　羌活二錢
鈎藤四錢　柴胡一錢半　姜黃三錢　甘草一錢半
鸡血藤四錢　鹿角霜四錢　元胡三錢　水煎服。

2. 成葯　活絡丹，每服一丸，一日二次。

肩部伤筋

一、肩关节伤筋

本病是指外伤后肩部軟組織受伤疾患。

病因病机　跌扑、閃扭，过度牵拉，高举，长时間支撑而致。

诊察要点　局部微肿，肌肉压痛，关节活动时痛重，轉动高举受限。

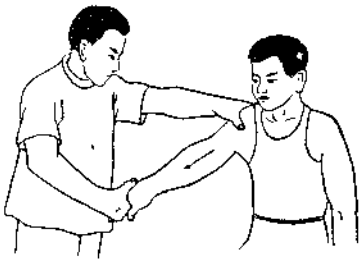
治疗　外治

1. 活筋手法：患者坐凳，按揉展筋丹，术者站患側，（以右肩伤筋为例）术者左手扶患肩，右手持手腕，做前后摆动三四次，再做臂內收、旋后、外展、高举动作，然后术者两手持患肢肘部，前臂屈曲；用左脚立凳边，屈膝頂住腋下，向外上方牵拉，再作內收、旋后、外展动作反复3—4次（見图4—11）。

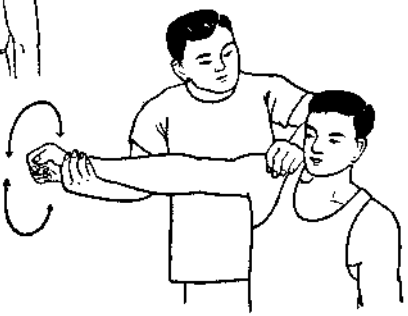
2. 外用葯

（1）消定膏。

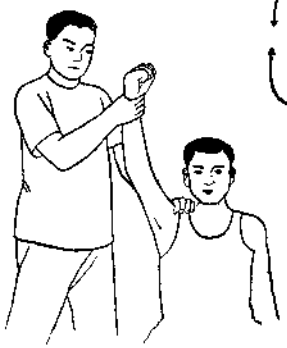
（2）上肢洗方



肩部伤筋理筋手法（一）



肩部伤筋理筋手法（二）



肩部伤筋理筋手法（三）

肩部伤筋理筋手法（四）

肩部伤筋理筋手法（五）

图 4—11

苏木一两　　鈎藤五錢　　紅花一两　　卷柏五錢
白芷五錢　　沒葯三錢　　川椒五錢　　桂枝五錢
羌活四錢　水煎先熏后洗，一日四次，每付洗三天。

內治　治則：通經活絡，消肿止痛。

方葯　加味四物湯（經驗方）

熟地三錢　　当归三錢　　川芎二錢　　白芍三錢
香附三錢　　元胡三錢　　姜黃二錢　　烏葯三錢
桂枝二錢　　水煎服。

二、肩凝（肩关节周围炎）

本病又称五十肩，冻結肩，俗称"肩风"。是肩关节周围軟組織如肌腱、滑囊等多处发生病变，多見于50岁左右的老年人。

病因病机　气虛血亏，气血凝滯經絡，外受风寒侵袭，拖延日久，关节粘連而致。

诊察要点　肩关节疼痛剧烈，功能活动受限，昼輕夜重，迟延日久則肌肉萎縮。

治疗　外治

1.活筋手法（同肩关节伤筋）唯手法要輕。

2.外用葯

（1）展筋丹。

（2）上肢洗方（見肩关节伤筋）。

肘关节伤筋

病因病机　多因跌扑被外力扭挫而致，分輕重二型。

诊察要点

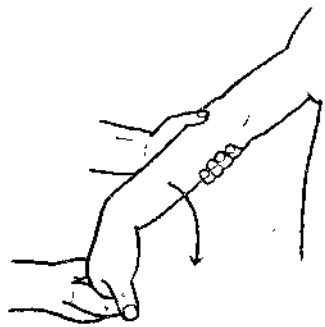
（一）輕型：局部不肿，肘窩痠困作痛，活动无力，旋轉屈曲疼痛加重，肘窩有压痛。（二）重型：肘关节肿胀，皮下瘀

血、疼痛剧烈，伸屈功能受限，但肘三角正常。

治疗 外治

1.活筋手法 术者一手持患者腕部，另一手持肘部先作伸、屈活动，继而持腕之手作外旋、外展、拔伸动作，持肘之手同时作上端、内收动作（见图4—12）。反复作3—4次即可。

肘关节活筋（一）



肘关节活筋（二）

图4—12

2.外用与内治药 同肩关节伤筋。

肘部劳损（肱骨外上髁炎）

病因病机 多发生于工作經常用力作前臂旋轉，伸屈肘关节者，以木工为較多見。

诊察要点 肱骨外上髁有明显压痛、不紅肿，初期痠困无力，逐漸疼痛加剧。

治疗 外治

1.活筋手法 同肘关节伤筋。

2.狗皮膏加麝香、蟾酥少許外貼。

内治 治則：补气养血，通經活絡。

方药　加味八珍湯（經驗方）

党参三錢　白朮三錢　茯苓三錢　熟地三錢
当归三錢　川芎二錢　白芍三錢　青皮四錢
烏药三錢　灵仙三錢　桂枝三錢　姜黄二錢
水煎服。

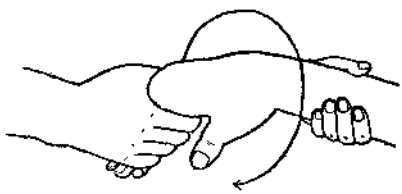
腕关节伤筋

病因病机　多为跌扑，手腕下按用力过猛，或平端重物扭闪而致。

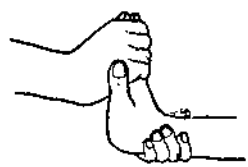
诊察要点　腕关节背侧或掌侧疼痛，肿胀，活动时腕部筋痛，背伸疼痛更重。

治疗　外治

1. 活筋手法　医者一手握腕部，一手握四指，先将腕关节顺时針方向旋轉数圈，再将前臂旋前作腕背伸、侧屈、掌屈动作，反复3—5次即可（見图4—13）。



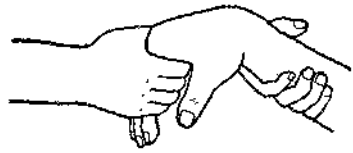
腕关节活筋（一）



腕关节背伸（二）

腕关节向尺橈侧屈（三）

腕关节向橈侧屈（四）



腕关节掌屈（五）

图 4—13

2. 外用药　消定膏，接骨膏，展筋丹。

内治　治則与方药：参照腕骨骨折。

腕部劳损（狭窄性腱鞘炎）

病因病机　由于經常做一种腕部及手指握力的劳动，肌腱和腱鞘在橈骨茎突处經常摩擦，产生損伤性炎症，逐漸使腱鞘变狹窄而致。

诊察要点　无明显外伤史，橈骨茎突处有明显压痛，腕向尺侧屈时疼痛剧烈，拇指外展疼痛加重。后期由于腱鞘粘連，局部增厚。

治疗　同腕部伤筋。

捻发性腱鞘炎

病因病机　同肘部劳損。

诊察要点　在橈骨下 1/3 橈背侧疼痛，肿胀发紅，按局部或旋轉前臂时有捻发性摩擦音。

治疗　外治

外用药　消定膏，如意金黄膏外敷，每四日一次。

筋聚（腱鞘囊肿）

病因病机　常因腕部慢性劳损而致。

诊察要点　腕背侧有一小块肿物，小如黄豆，大如紅枣，推则移动，按有弹性，一般无功能障碍及其它感觉。少数患者感腕部痠痛无力。

治疗　外治

1.手法：将前臂旋前，先揉展筋丹，医者两手拇指重叠放于筋聚处，余指在掌侧，向上方用力推，外敷消定膏（見图 4—14）。

2.外用药　消定膏，展筋丹。

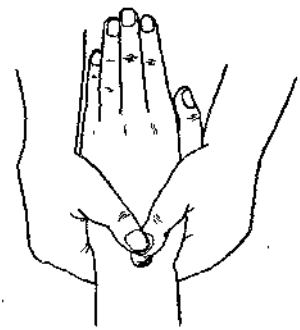


图 4—14　腱鞘囊肿推法

膝部伤筋

一、膝关节扭伤

病因病机　多因蹬踢空，閃伤，扭伤所致。

诊察要点　膝关节后侧腘窝处筋胀痛，伸屈不利，有的在屈膝时髌骨下緣有"吱吱"的响声。扭筋时多为膝关节内侧疼痛，微肿，有压痛，功能受限，小腿外展时痛剧。

治疗　外治

1.活筋手法　先作膝关节伸屈活动，敷消定膏五日一次，再用下肢洗方熏洗，一日四、五次。

2. 外用药

（1）消定膏外敷。

（2）下肢洗方

苏木一两	鈎藤五錢	紅花一两	卷柏五錢
白芷五錢	沒药三錢	川椒五錢	木瓜八錢
牛膝一两	水煎熏洗，每日四、五次。		

内治　治則：通經活絡，活血化瘀。

方　药

1. 麻桂溫經湯

麻黄一錢半	桂枝三錢	赤芍三錢	紅花二錢
桃仁二錢	白芷二錢	細辛五分	甘草二錢

水煎服。

2. 柴胡舒肝湯（經驗方）

柴胡二錢	当归四錢	枳壳四錢	青皮三錢
广木香二錢	元胡五錢	香附三錢	白芍四錢
黄芩二錢	桃仁二錢	紅花一錢半	水煎服。

3. 活絡丹，每服一丸，一日二次。

二、膝关节挫伤

病因病机　多为跌扑、扭、撞、砸伤所致。

诊察要点　局部肿甚、伸屈功能受限，压痛，有时有瘀血或水泡，小腿外展疼痛加重。

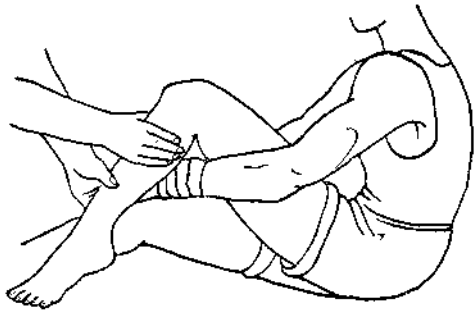
治疗　同膝关节扭伤。

三、半月板损伤

病因病机　多为跌倒时，膝关节半屈曲，小腿扭轉而致。

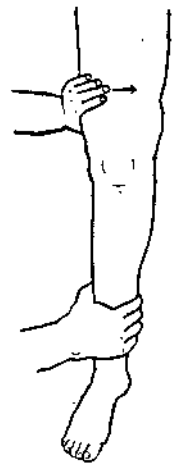
诊察要点　其症状同膝关节扭伤，一般压痛在膝关节縫，行走时下肢发軟，作响。旋轉試驗阳性。

旋轉試驗　病人仰臥，医生一手握持患側的踝部，另一手



旋轉試驗（一）

旋轉試驗（二）



旋轉試驗（三）

图 4—15

掌按膝屈膝作小腿内旋、内收、伸直等連貫动作，可听到外側半月板破裂声(見图4—15)。查内側半月板时，作小腿外旋、外展、伸直連貫动作即可。

治疗 同膝关节伤筋。

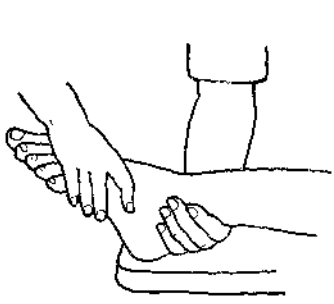
踝关节伤筋

病因病机 多为行走不慎或負重失足，足内翻或外翻所致。

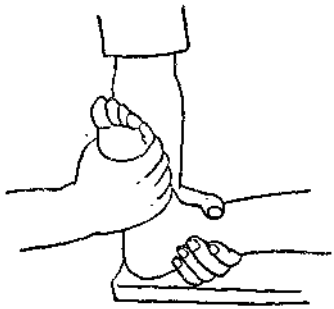
诊察要点　踝关节肿胀，有瘀血斑，踝关节功能受限，压痛明显，疼痛。作足内翻、外翻或背蹬伸屈时痛剧。

治疗　外治

1.活筋手法　初期作轻度背屈和蹠屈动作，五日后消肿。痛减时，将足先作旋轉动作，然后作伸屈活动即可（见图 4—16）。注意不要过早下床行走以防他变。

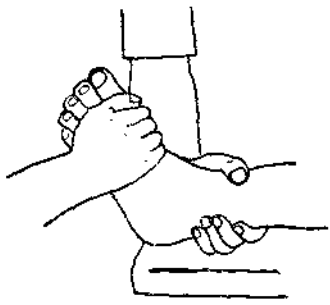


踝关节活筋作蹠屈（一）



踝关节活筋作背屈（二）

踝关节向外旋（三）



踝关节向内旋（四）

图 4—16

2. 外用与内治药　同膝部伤筋。

※附：

（1）接骨膏

象皮上炒一两　象牙一两　乳香去油二錢　沒药去油二錢
无名异上炒五錢木瓜五錢　龙骨五錢　天冬四錢
地龙一两　番木鱉去油五錢　三七二錢
梅片二錢　土鱉一两　麝香一錢　自然銅煅五錢
川續断一两　儿茶一两　共为細末，鸡蛋清或蜂蜜調匀敷患部。

（2）消定膏

紫荆皮　儿茶　炒大黄　炒木耳　炒无名异各一斤　共为細末，蜜調匀，敷患部。

（3）展筋丹

丽参五分　珍珠煅五分　琥珀五分　乳香五分上油
沒药五分去油　当归五分　三七五分　麝香二分
牛黄一分　血竭二錢　共为极細末，玻璃瓶收貯。用时将药粘拇指肚上揉研患部。

第四节　腰　　痛

腰痛，是指以腰脊部疼痛为主的疾病而言。祖国医学历代均有較詳細的記載，其致病的原因虽多，但归納起来，不外內伤和外因所引起，現仅簡述最常見的几种腰痛，供临床上辨証施治。

病因病机　腰为腎之府，腎主骨，腎虛則脊骨痠軟，轉搖不能。腎与膀胱相为表里，太阳經脉循行于背上一身之表，外邪可由太阳經侵入而致腰痛。“邪之所凑，其气必虛”，故腎

虚者易感外邪而引起本病。

（一）风寒袭表，循經内侵，肾气内虚，无力抗邪，留滞于腰而为腰痛。

（二）触冒雨露，或坐臥湿地，以致寒湿之气，由肌表入于經絡，着于腰部，阻滞气血运行，而成腰痛。

（三）强力举重，或跌扑閃挫所伤，气血瘀滞，而成閃挫性腰痛。

（四）纵欲竭精，耗散眞元，肾气虚方，引起内伤腰痛。

（五）痨瘵感染，經久不愈，侵及脊髓，轉为骨痨。

诊察要点

（一）由于风寒者，腰痛牵引腿足，上連脊背，恶风怕寒，或腰背拘急，痛处觉冷，喜暖恶寒，得暖則痛減，遇寒則痛甚。脉多浮紧。

（二）湿邪盛者，多見身体重着，腰部墜胀，天阴更甚，脉多緩弱。若湿热并見，則証現便秘泄赤，煩躁口渴，舌苔黄腻，脉多滑数。

（三）偏于血瘀者，多見痛处不移，轉动刺痛，昼輕夜重，大便干黑。

（四）若由挫閃所伤，其症动則痛甚，靜則痛減，轉側俯仰，均感不利，呼吸咳嗽，亦覚痛楚。

（五）肾虚腰痛，痛多綿綿，腰腿发軟，屈伸不灵，痛处喜按，不能久立，脉多細弱，或脉显两尺无力。

辨证施治

（一）风寒腰痛

症状　腰痛牵引腿足，上連脊背，恶风怕寒。或腰背拘急，痛处觉冷，喜暖畏寒，得暖則痛減，遇寒則痛甚。脉象浮紧，舌苔薄白。

治則　祛风散寒、扶正养血。

方　剂

1. 独活寄生湯（《千金方》）

独活二錢　細辛一錢　川牛膝三錢　桑寄生三錢
秦艽二錢　云苓五錢　白芍三錢　党参三錢
熟地黃五錢　防风三錢　炒杜仲三錢　川芎二錢
当归五錢　桂心二錢　甘草二錢　水煎服。

2. 三痹湯（經驗方）

羌活二錢　独活二錢　細辛一錢　川牛膝三錢
云苓五錢　白芍三錢　党参三錢　熟地五錢
防风三錢　炒杜仲三錢　川芎二錢　当归五錢
桂枝三錢　炙草二錢　黃芪五錢　川續斷三錢
白朮三錢　水煎服。

3. 单方　独活二錢　防风三錢　川續断三錢　水煎服。

4. 成药　九味羌活丸，每服一丸，日服二次。

（二）风湿腰痛

症状　身体重着，自汗恶风，腰部墜胀作痛，不能轉側，腰部发硬，仰俯不利，时逢阴雨、寒天疼痛加剧。脉象沉緩，舌苔白膩。若兼湿热，則証現便秘泄赤，煩躁口渴，舌苔黃膩，脉象滑数。

治則　健脾利湿，祛风活絡。

方　剂

1. 腎着湯（《金匱要略》）

甘草三錢　茯苓六錢　干姜四錢　白朮三錢
水煎服。

2. 祛风胜湿湯（經驗方）

茯苓五錢　泽泻三錢　白朮三錢　蒼朮五錢

川牛膝二錢　川續斷三錢　防风三錢　防己三錢
桂枝三錢　当归五錢　威灵仙三錢　炙黄芪五錢
水煎服。

3. 六味清凉湯（經驗方）适用于湿热腰痛。

黄連一錢　黄柏三錢　大黄二錢　梔子二錢
胆草二錢　泽泻五錢　羌活二錢　陈皮三錢
乳香三錢　沒药三錢　水煎服。

4. 单方

（1）蒼艻三錢　蒼朮五錢　川牛膝五錢　川續断三錢　水煎服。

（2）当归五錢　赤芍三錢　蒼朮五錢　黄柏二錢　水煎服。

5. 成药　三腎丸，每服一丸，一日二次。活絡丹，每服一丸，一日二次。

（三）血瘀腰痛（挫伤腰痛）

症状　腰部肿胀，压痛明显呈片状，功能活动受限，痛处不移，轉动刺痛，昼輕夜重，大便干黑，脉象沉涩，舌有紫点。

治則　活血祛瘀，通便行滯。

方　药

1. 活血四物湯（經驗方）

当归五錢　白芍三錢　生地三錢　川芎二錢
桃仁三錢　紅花三錢　川牛膝三錢　元胡三錢
肉桂一錢　香附三錢　炮甲珠二錢　水煎服。

加減法　肿痛甚者加天花粉六錢　便秘加大黄二錢　发热加柴胡三錢。

2. 大黄逐瘀湯（經驗方）

大黄二錢　当归五錢　川牛膝三錢　赤芍三錢

桃仁三錢　紅花三錢　川芎二錢　桂枝三錢
香附三錢　紫丹參三錢　赤木三錢　制乳香三錢
制沒葯三錢　广木香一錢　元胡三錢　水煎服。

加減法　咳嗽口干去桂枝、香附，加麦冬四錢　杏仁一錢。脘悶納少加陈皮二錢　菖蒲二錢。

3. 单方　酒制大黄三錢　天花粉六錢　当归五錢　桃仁三錢　水煎服。

（四）挫閃腰痛

症状　扭閃腰伤，动則痛甚，靜則痛止，轉側俯仰，均感不利，呼吸咳嗽，亦覚痛楚。脊椎側弯呈保护性姿势，重症日久則知覚迟鈍，肌肉消瘦发凉。

治則　理气和血，舒筋活絡。

方　葯

1. 复元通气散（《局方》）

南木香五錢　陈皮五錢　山甲珠五錢　元胡一两
甘草五錢　小茴香一两　白牵牛五錢　共研細粉，每服二錢　食前热黄酒送下。

2. 活血通气湯（經驗方）

当归五錢　赤芍三錢　广木香一錢　香附三錢
陈皮三錢　元胡三錢　山甲珠三錢　川續断三錢
怀牛膝三錢　木瓜三錢　炒杜仲三錢　地龙三錢
水煎服。

3. 单方　地龙五錢　广木香二錢　元胡三錢　水煎服。

外　治

手法活筋

（一）立墻法　患者面向墻，立于墻边，胸、腹及足尖貼墻，两臂高举似拿高物，两足分开与肩等寬，口张开，随推拿而

相应呼吸（推时呼气），医生用两手推脊柱两侧或单手推其脊柱上，由骶椎部向上推，其方向是由后下方向前上方，連續2—3次，再用空拳或手掌叩击震打背部（见图4—17）。

（二）臥床法　患者俯臥硬板床，胸腹貼床两臂前伸，医生先由上向下在脊柱两旁进行揉捏，再嘱患者将口张开，随医生推按进行呼吸（推时呼气），方向由脊柱两侧或正中，向前下方推2—3次。医生一手扶腰，另一手将腿向上抬，及搬肩对抗，然后仰臥，扶两下肢，使两膝尽量上屈曲2—3次（見图4—18）。

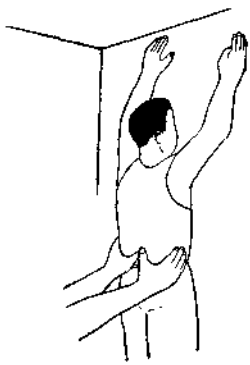


图4—17　立墙法

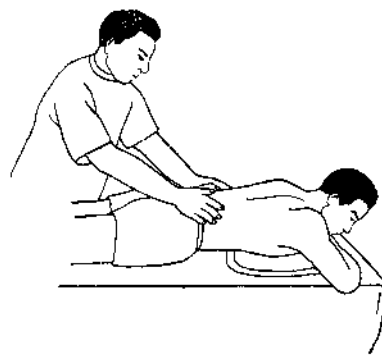


图4—18　臥床法

（三）蹲地法　患者蹲地，两足放平，宽度与肩相等，口张开，医生站背后，两手按其两肩，四指在前，拇指在后，作下按动作5—6次，然后医生两手持腋下，将患者猛然抱起（见图4—19）。

（四）背法　医者用背法使患者离地，令其足尽力下墜，口张开呼气并加以摇晃，連續3—4次（见图4—20）。

重型仅用臥床法輕輕活筋即可。

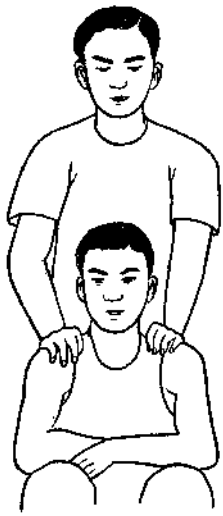
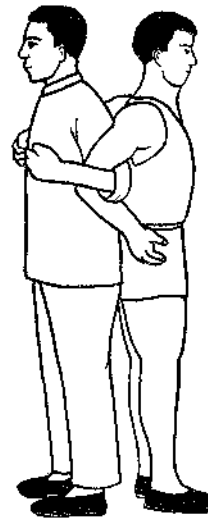
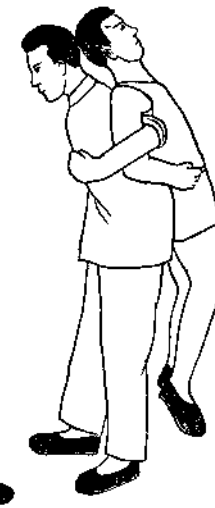


图 4—19　蹲地法



背法（一）



背法（二）

图 4—20

（五）腎虛腰痛

症状　腰痛发軟，痛势綿綿　腿膝无力，屈伸不灵，痛处喜按，不能久立远行，遇劳更甚，精神不振，手足不溫，或心煩少寐，气短等，脉象細弱、舌质紅苔薄白，或脉两尺微細无力。

治則　溫补腎阳，或滋补腎阴。

方　劑

1. 金匱腎气湯（《金匱要略》）腎阳不足者。

山萸肉五錢　山葯一兩　云苓五錢　泽泻三錢
熟地五錢　丹皮三錢　桂枝三錢　炮附子二錢
水煎服。

2. 加味腎气湯（經驗方）适用于腎阳不足者。

山萸肉五錢　山葯五錢　云苓五錢　泽泻二錢
熟地五錢　枸杞子五錢　怀牛膝三錢　巴戟肉三錢
炒杜仲三錢　补骨脂三錢　菟絲子三錢　肉大云四錢
川續断三錢　水煎服。

3. 加味六味地黄湯（經驗方）适用于腎阴不足者。

山萸肉五錢　山葯五錢　云苓五錢　泽泻三錢
丹皮二錢　熟地五錢　炒杜仲三錢　川牛膝三錢
川續断三錢　麦冬五錢　枸杞子五錢　五味子三錢
北沙参五錢　当归五錢　知母二錢　水煎服。

4. 单方

（1）炒杜仲三錢　破故紙三錢　胡桃肉五个　水煎服。

（2）肉桂一錢　附片二錢　炒杜仲三錢　川牛膝三錢　水煎服。

（3）黄柏二錢（盐水炒）　知母二錢　炒杜仲三錢　川續断三錢　水煎服。

5. 成葯

（1）青娥丸，每服一丸，一日二次。

（2）金匱腎气丸，每服一丸，一日二次。

（3）知柏地黄丸，每服一丸，一日二次。

（六）骨痨腰痛（脊椎結核）

症状　咳嗽，盜汗，五心煩热，精神不振，身体疲弱，脊椎骨后凸变形，患肢肌肉萎縮，脉象細数，舌苔淡紅。

治則　滋阴清热，清金潤肺。

方　葯

1. 黄芪别甲湯（罗謙甫方）

黄芪三錢　别甲五錢　地骨皮二錢　蔡艽二錢

紫苑三錢　党参三錢　云苓三錢　銀柴胡三錢
清半夏二錢　知母二錢　熟地五錢　白芍三錢
天冬二錢　甘草二錢　桔梗二錢　桑白皮三錢
水煎服。

2. 二冬二地湯（經驗方）

天冬二錢　麦冬五錢　生地五錢　熟地五錢
山葯五錢　炙百部三錢　北沙参四錢　川貝母三錢
知母二錢　元参三錢　阿胶四錢（冲）　茯苓五錢
生龙骨五錢　生牡力五錢　炒杜仲三錢　川續断三錢
水煎服。

3. 单方

（1）炙百部三錢　龟板五錢　生牡力五錢　白芨三錢　水煎服。

（2）川貝母三錢　北沙参五錢　麦冬五錢　冬虫草五錢　水煎服。

（3）北沙参一兩　云苓四錢　生地一兩　白蜜一兩水煎服。

4. 成葯　扶正养阴丸，每服一丸，一日二次。麦味地黃丸，每服一丸，一日二次。

第十三章　皮肤病

湿　疹

病因病机　脾虛湿盛、复加风湿热邪客于肌肤而成。

诊察要点（参考皮肤科部分 962 頁）

辨证施治

（一）急性湿疹

症状　初起，局部皮肤发紅作痒，很快出現紅色丘疹、水疱、脓疱、抓破后，糜烂、稠水淋漓，以后慢慢結痂脫屑而愈。

內治　治則：清热滲湿。

方药　清热滲湿湯（經驗方）

銀花三錢　連翹三錢　丹皮三錢　苦參四錢
蒼朮二錢　草薢四錢　知母三錢　赤茯苓三錢
苡米四錢　生甘草一錢　水煎服。

加減　发于上部加桑叶三錢　菊花三錢　蝉衣一錢；发于中部加黄連一錢　黄芩三錢；发于下部加川牛膝三錢　車前子四錢；热盛便秘加生大黄三錢（后下）；痒甚均可加蛇床子三錢　地肤子三錢　白鮮皮三錢。

外　治

1. 青黛二两　石膏四两　滑石四两　黄柏二两。各研細末和匀，干扑或麻油調敷患处。

2. 鮮土豆，去皮榨汁，每日擦2—3次。

3. 柳树叶子，先將患处拭干淨，用柳树叶搓揉。

（二）慢性湿疹

症状　症情和急性的相似，病程可延續几个月到几年，由于病程长，病处皮肤变厚、粗糙，呈暗紅色或带灰色，一般无滲出液。

內治　治則：养血祛风，清化湿热。

方药　养血祛湿湯（經驗方）

当归三錢　赤芍三錢　生地四錢　首烏四錢
苦參四錢　草薢四錢　猪苓四錢　地肤子三錢
白鮮皮三錢　生甘草一錢　水煎服。

外　治

1. 苦參、地肤子、白鮮皮、蛇床子各一兩。可加适量食盐煎湯外洗。

2. 松香五錢　白矾五錢。研粉，食油調匀，每日搽二次。

风疹块（荨麻疹）

病因病机

（一）由于肌肤湿滞不化，又复感受风邪、相互搏結而成。

（二）腸胃实热，不能透泄，积于肌肤。

（三）腸內寄生虫，或因药物及食物过敏所致。

诊察要点（参考皮肤科部分 959 頁）

辨证施治

（一）风寒証

症状　皮疹白色，遇寒或风吹后发作或增重，得溫暖則減輕，苔薄白，脉迟或濡緩。

治則　疏散风寒，調和营卫。

方　药

1. 桂枝湯（《伤寒論》）加荆芥二錢　浮萍草三錢。

桂枝一錢半　赤芍二錢　甘草一錢　生姜一錢半

大枣三个　荆芥二錢　浮萍草三錢　水煎服。

2. 散风湯（經驗方）

紫苏三錢　桂枝一錢半　荆芥三錢　赤芍三錢

羌活一錢半　防己三錢　水煎服。

（二）风热証

症状　皮疹色紅，遇热增重，得冷則減，舌紅苔黃，脉象

浮数。

治則　祛风、利湿、清热。

方　药

1.消风散（《医学金鉴》）

荆芥三錢　防风三錢　当归三錢　生地三錢
蒼朮三錢(炒)　苦参三錢　蝉蜕三錢
胡麻仁二錢　牛蒡子二錢(炒研)　生知母三錢
生石膏五錢　木通三錢　生甘草一錢　水煎服。

2.荆芥祛风湯（經驗方）

荆芥三錢　防风三錢　浮萍草三錢　蝉衣二錢
黄芩二錢　丹皮三錢　赤芍三錢　猪苓三錢
水煎服。

加減法　大便秘結加生大黄三錢（后下）；有寄生虫加烏梅肉三錢　使君子三錢　苦楝子三錢。

（三）胃腸燥热証

症状　皮疹发作时伴有脘腹痛，欲食減少，困倦，大便秘或浸泻，苔黄腻，脉滑数。

治則　通腑泄热，佐以祛风。

方药　加味茵陈湯（經驗方）

茵陈五錢　生山梔三錢　制大黄三錢　蒼朮二錢
連翹四錢　荆芥二錢　木通二錢　苦参二錢
甘草一錢　水煎服。

加減法　便秘改制大黄为生大黄，加枳壳三錢；腹泻加炒銀花三錢　黄連一錢半；有寄生虫加烏梅三錢　使君子三錢　槟榔三至五錢。

外治　适用于各种类型。

地肤子四錢　蛇床子四錢　荆芥四錢　花椒三錢

水煎外洗。

皮肤瘙痒病

病因病机

一、湿热蕴于肌肤，不得疏泄所致。

二、血虚肝旺，燥火生风，肌肤失养而成。

诊察要点（参考皮肤科部分 983 頁）

辨证施治

（一）湿热証

症状　瘙痒，一般以年青人为多。病属新起。如被褥太暖，可引起发作或使痒加剧。苔黄腻，脉滑或滑数。

內治　治則：清化湿热。

方药　清热化湿湯（經驗方）

蒼术三錢	黄柏二錢	銀花四錢	生山梔二錢
苦参四錢	茯苓皮四錢	地肤子四錢	防风三錢
紫花地丁四錢		生甘草一錢	水煎服。

（二）血虚肝旺型

症状　瘙痒，一般老年多見，病程較久，情緒波动可引起发作或使痒加剧，苔薄质紅，脉細数或弦数。

內治　治則：养血平肝，祛风潤燥。

方药　养血祛风湯（經驗方）

当归三錢	赤芍三錢	生地四錢	玉竹三錢
珍珠母八錢（先煎）		生牡蠣八錢（先煎）	
蒺藜二錢	苦参四錢	黑芝麻五錢（打）	
丹皮三錢	丹参三錢	水煎服。	

外　治

1. 皮肤有湿疹出现的，可用三黄洗剂外搽，每日 4—5 次。

2. 蛇床子二两　水煎洗患处。

肛门瘙痒症

本病因湿热下注，阻于肛門周围皮肤。可由蛲虫引起，也可由痔疮、肛漏、息肉等粘膜分泌物刺激所引起。蛲虫引起的常发生在儿童，其他多发生在成年人。

内治　治則：清热、利湿、止痒。

方药　加味二妙湯（經驗方）

苍术二錢　黄柏三錢　苦参四錢　地肤子四錢(包)

生山梔二錢　龙胆草一錢　草薢三錢　車前子三錢(包)

生甘草一錢。

加減法　夜間痒甚的加生牡蠣八錢(先煎)　夜交藤四錢　珍珠母四錢(先煎)。

外　治

1. 蛇床子一两　苦参一两　煎湯熏洗一日二次。

2. 蛲虫引起的，治疗見蛲虫病。

3. 痔疮、肛漏引起的治疗原发病为主。

牛　皮　癣

病因病机

1. 风湿热三邪蘊結肌肤所致。

2. 营血不足，血虚生风化燥，皮肤失养而成。

3. 常与情緒波动有关。

诊察要点（参考皮肤科部分 972 頁）

辨证施治 以外治为主，在症情甚重时可配合内治。

（一）风湿热型

症状 初起时皮肤有聚集的扁平丘疹，干燥而結实，皮色正常或褐色，表面光亮，久之丘疹融合成片，逐漸增大，皮肤增厚，稍有脱屑。增重时皮肤潮紅、糜烂、湿潤，或有血痂。

内治 治則：散风、清热、利湿。

方药 散风清热湯（經驗方）

連翹三錢　菊花三錢　銀花三錢　荆芥三錢
蛇床子三錢　黄芩三錢　生山梔二錢　苦参四錢
赤芍三錢　蒼朮三錢　苡米四錢　水煎服。

外 治

1. 大黄、黄柏、黄芩、苦参各三錢。水煎外洗。

2. 紫荆皮二两 研細末，醋調成稠膏，每日搽二次。

（二）血虚风燥型

症状 病程較长，局部干燥、肥厚、脱屑、状为牛领之皮。

内治 治則：养血、祛风、潤燥。

方药 加減四物湯（經驗方）

当归三錢　白芍三錢　生地四錢　制首乌四錢
玉竹三錢　白蒺藜三錢　龙衣二錢　小胡麻三錢
苦参四錢　甘草一錢　水煎服。

加減 凡情緒波动，症情加重者加珍珠八錢（先煎） 枣仁四錢 五味子二錢 夜交藤四錢。

外 治

1. 大蒜一两 生韭菜一两。二药搗如泥，搽患处，每日四次。

2. 梅花針局部叩打，每日一次。

癣

中医辨証認为多由风、湿、热、虫及血燥、风毒凝聚皮肤而成。

病因病机

（一）头癣　根据形态不同，主要可分为白癣和黄癣两种。由理发等接触传染而得。

（1）白癣　中医称白秃疮。系外风袭入，結聚不散，气血阻滞，皮肤干枯而成。

（2）黄癣　中医称肥疮。由于脾胃湿热蘊蒸，上攻头皮所致。

（二）体癣　癣的形状多数为圓形，故中医又名圓癣、錢癣。系风毒湿邪侵袭，凝聚皮肤而引起。

（三）手足癣

（1）手癣　中医称鹅掌风。多由感受风毒，凝聚皮肤，气血被阻，血不荣皮肤所致。

（2）足癣　中医謂脚湿气。多因久居湿地，水浆浸渍，脾胃湿热下注而得。

（四）甲癣　俗称灰指（趾）甲。由于鹅掌风、脚湿气日久蔓延，以致血不荣指（趾）而成。

诊察要点（参考皮肤科部分 977、979、980 页）

辨证施治　治疗以杀虫、潤燥、止痒为主，一般宜用外治法。

（一）白癣　先将患处头发剃光或剪平，以便敷药。每日用明矾水洗头后，可选用下列一种药膏外搽。

（1）花椒一錢　枯矾三錢　冰片一錢，共研細末，用香油

調敷患处。

（2）明矾二錢　硫黃二錢　研細末，用生姜汁和勻，搽患处。

（二）黃癬

（1）硼砂、樟腦各一錢　黃連一錢半　研成細末，凡士林調和，外搽患处。

（2）蜂房（炒）一个　明矾五錢　蜈蚣（焙）二条　共研細末、菜油和勻，外搽患处。

（三）体癬、手足癬　可选择下列一种方法使用。

（1）川槿皮四錢　雄黃二錢　白矾二錢川椒一錢　燒酒浸泡，三天后，用葯酒涂患处，每日2—3次。

（2）黃連一兩　花椒五錢　加入70%酒精适量，浸泡三天后，将葯涂于患处，每日三次。

（3）紫荆皮二兩，研为細粉，好醋調成膏状，外搽，每日二次。

（4）硫黃、莫茶萸各等分，共为細粉，食油調成稠糊，每日外搽二次。

（5）五倍子一兩　生桐油五兩　将五倍子研为細粉，入桐油中加火炼成膏，搽手心上兩手对搽，每日二次。

（6）五倍子、枯矾各三錢　研成細粉，睡前洗脚擦干，将葯粉撒上，每日一次。

（四）甲癬　本病治疗时間較长，除涂葯外需經常将病甲用热水泡軟，用刀片刮薄，以使葯物滲入甲板下。

（1）白凤仙花适量，搗烂涂指（趾）甲上，用紗布包好，每日一次，直至好轉为止。

（2）好醋适量，浸泡患手，亦可試用。

黄水疮(脓疱疮)

病因病机 脾胃湿热郁于皮肤,又感风邪而成。

诊察要点 (参考皮肤科部分968頁)

辨证施治

(一)风热型

症状 症同上述而皮色較紅者。

内治 治則:祛风理湿、凉血清热。

方 药

1.加味升麻消毒飲(經驗方)

升麻一錢半 当归尾三錢 赤芍三錢 銀花三錢
連翹三錢 生山梔三錢 白芷二錢 紅花一錢
防风三錢 蒼朮三錢 黄連三錢 甘草一錢
水煎服。

2.防风通圣散(成药)每服三錢。

外 治

1.制炉甘石、熟石膏、赤石脂各五錢。研末,食油調敷患处。

2.大黄五錢 黄柏五錢 梅片三分 研末,食油調敷患处。

3.花椒焙黄研成細末与熟鸡蛋黄混匀,用食油調涂患处。

(二)湿热型

症状 症同上述而水多者。

内治 治則:清热祛湿。

方药 加味平胃散

蒼朮四錢 厚朴三錢 陈皮三錢 黄連二錢
黄芩三錢 生甘草一錢 水煎服。

外治(与风湿型相同)

注意：不可用水洗患处，疮上厚痂不易除去时，可用植物油浸润后除去。

蛇丹(带状疱疹)

病因病机 蛇丹系由肝火妄动，湿热内蕴所致。

诊察要点 本病发生前多有带状刺痛，然后出现水疱呈带状，多发生在腰肋部、胸部，均在一侧。

本病应与热疮相区别，热疮多见于高热病程中，好发于鼻孔、口唇、龟头等皮肤粘膜交界处，水疱不呈带状，疼痛亦不显著。

辨证施治

症状 初起时病变处先有刺痛，不久痛处皮肤发紅，并出现密集的麦粒大或豆大的水疱，水疱集聚一处或数处，呈带状排列。疱群之间，有正常皮肤，疱壁較厚，水疱开始时透明，約五、六天变成浑浊，十天左右結痂。若水疱破裂而呈糜烂現象的，則結痂时間延长，痂脫落后，不留疤痕。

本病常有剧烈疼痛，皮疹消失后，有些病人的疼痛可持續較长时間。

内治 治則：清肝利湿。

方 葯

1. 加減龙胆泻肝湯(經驗方)

龙胆草三錢 柴胡一錢半 黄芩三錢 生山梔三錢
生地四錢 蒲公英五錢 赤芍三錢 泽泻三錢
車前子三錢(包) 紫草五錢 水煎服。

加減 热重痛甚的加黄連一錢 湿重的加蒼朮二錢。

2. 单方 大青叶或板兰根一兩 煎湯代茶。

外　治

1. 地衣（即地軟菜）不拘多少，搗烂如泥，貼敷患处，每日二次。

2. 活蚯蚓十条　白糖二两。将蚯蚓洗净放碗內，撒上白糖，盖严碗口，半日，蚯蚓化成水，用水每日搽4—5次。

3. 初期用玉露膏或三黃擦剂外擦，每日三次。

4. 水疱破后，用青黛膏敷患处。

结节性红斑

病因病机　外感风邪，內有湿热，蘊蒸皮肤，以致經絡受阻，瘀血凝滯而成。

诊察要点（参考皮肤科部分976頁）

辨证施治

症状

1. 发疹前常有輕重不等的恶寒发热、全身不适，咽痛及筋骨痠痛等症状。

2. 多发生在小腿伸側（前面），发疹較多时也可見于小腿屈側（后面）、股部及前臂。

3. 皮損为鮮紅色，疏散分布，有时也可几个互相融合。結节高出皮面，小的如豆，大的如杏，境界清楚，有痛感及压痛。一般顏色由鮮紅漸变为暗紅，約1—2周，消退后不留痕迹，但新的結节又可出現。

4. 劳累后或妇女經期于复发或增重。

治則　和营凉血，清热利湿。

方　葯

1. 和营清热湯（經驗方）

当归三錢　赤芍三錢　丹皮三錢　丹参四錢
蒼朮三錢　黄柏三錢　革薢四錢　防己三錢
鸡血藤四錢　川牛膝三錢　生丹草一錢　水煎服。

加減法　恶寒发热，咽痛头痛的加荆芥二錢　防风三錢　桔梗一錢　肢节痠痛加羌独活各一錢半　威灵仙三錢　木瓜三錢；下肢肿甚的加赤豆五錢　冬瓜皮三錢。

2. 桂枝知母湯（經驗方）

桂枝一錢半　赤芍三錢　知母三錢　防己三錢
苡米四錢　黄柏三錢　絲瓜絡三錢　川牛膝三錢
鸡血藤四錢　茯苓皮三錢　水煎服。

加減法　上肢紅斑去川牛膝，加桑枝四錢；痛重加乳香、沒药各一錢半；热重加忍冬藤三錢。

3. 单方

（1）蒲公英一两　煎湯代茶。

（2）急性期控制后，用鸡血藤一两　煎湯，一日三次分服，服至症状消失。

4. 成药　鸡血藤浸膏片，每服五片，一日三次。

白　癜　风

皮肤色泽斑点状变白，所以名白癜风，又称白駁风。

病因病机　风湿情于皮肤，使气血失和，血不养肤而成。

诊察要点　皮肤上出現境界清楚的白斑，无痛痒等自覚症状。

辨证施治

症　状

1. 全身各处均可发生。白斑大小不等，境界清楚，多呈圓

形或椭圆形，白斑表面光滑，斑内毛发正常或变白。

2. 病程較长，重者蔓延遍体，大多不痛不痒。

内治　治則：祛风理湿。

方　药

1. 白駁片（《中医外科临床手册》）

紫草50克　眞降香50克　草河車50克　白蒺子50克
白薇50克　蒼朮20克　海螵蛸35克　紅花50克
桃仁50克　生首烏50克　龙胆草20克　刺蒺藜750克
甘草35克　共为細末，每服 10 克，一日二次，溫开水送下。

2. 豨簽丸（同上）

豨簽草。不拘多少，用黄酒拌，九蒸九晒，研細末，炼蜜为丸，如豆大，每服二錢，空腹陈酒送下。

外　治

1. 密陀僧散（《医宗金鑒》）搽患处。

雄黄、硫黄、蛇床子各二錢，密陀僧、石黄各一錢，輕粉五分。共研細末，醋調外搽（石黄即石門所产的雄黄）。

2. 用鉄銹水或白茄子蒂，蘸硫黄細末，擦患处。

第十四章　五官病

针眼（麦粒肿）

病因病机　风热壅滞脾經，留恋胞瞼而发。

诊察要点　（参考五官科眼部 1023 頁）

辨证施治

症状　睑缘生癣，突起一点，如麦粒，开始微痒，继而掀痛，溃脓则愈。

治则　散风清热。

方　药

1. 清脾饮（审视瑤函）

薄荷三錢	升麻三錢	山梔三錢	赤芍三錢
枳壳三錢	黄芩三錢	陈皮三錢	藿香三錢
石膏三錢	防风三錢	甘草一錢半	水煎服。

2. 散风清热汤（經驗方）

銀花五錢	連翹四錢	竹叶四錢	赤芍三錢
升麻一錢	桑叶三錢	薄荷一錢	蘆根八錢

加减法　痛重色赤加桃仁三錢、天花粉三錢；痒甚加僵蚕三錢、蝉衣三錢、炒大力子三錢。

3. 单方　用消毒軟猪鬃一根，插入泪点内，捻轉 1—2 分钟，每日一次。

4. 成药　銀翹解毒丸，一日二次，每次一丸。

外用药　未成脓用如意金黄膏（外 1），成脓切开排脓。

暴发火眼（急性结膜炎）

病因病机　肺热随风邪上侵气輪，气血壅滞不宣而成。

诊察要点　（参考五官科眼部 1030 頁）

辨证施治

症状　目赤涩痛，羞明多泪，眵多粘稠。

治则　散风清热。

方　药

1. 驅风散热飲（《审視瑤函》）

連翹　大力子　羌活　薄荷　大黃　赤芍
归尾　防风　川芎　山梔　甘草各等分
水煎服。

2.泄火散风湯（經驗方）

甘菊花三錢　銀花五錢　連翹四錢　赤芍三錢
蘆根八錢　桑叶三錢　大黃三錢（后下）
丹參三錢　升麻一錢

加減法　白睛浮肿加炙桑白皮三錢、黃連二錢；赤痛重，眵多，加細生地三錢、丹皮二錢；胞肿加羌活一錢、木通一錢。

3.单方　黃連素一片，研粉，掺入一个鸡蛋清內，攪勻起沫，每日点患眼数次。

4.成药　黃連上清丸，每次一丸，一日二次。

外治　桑叶五錢（后下），黃芩三錢（先煎十五分钟）水煎，沸后即止，冷却洗患目，一日三、五次。

椒疮及粟疮

瞼內发生顆粒，色紅而坚名椒疮，色黃而軟名粟疮。即現时所称沙眼。

病因病机　脾經湿热內蘊，外受风邪病毒，久則血热壅滞胞瞼。

诊察要点　（参考五官科眼部 1035 頁）

辨证施治

症状　开始瞼內干涩作痒，起紅黃顆粒，继而疼痛、羞明、流泪多眵，視物模糊，眼瞼变硬、目睛疼痛。严重者可轉为倒睫。

治則　清脾凉血，散风祛湿。

方　药

1. 清脾凉血汤（医宗金鉴）

荆芥　防风　赤芍　元参　陈皮　蝉衣
蒼耳　白蘚皮　連翘　生大黄各一錢　川朴
生甘草各五分　竹叶二錢　水煎服。

2. 加减清脾汤（經驗方）

荆芥二錢　防风二錢　赤芍三錢　元参四錢
蒼耳三錢　陈皮一錢　川朴二錢　連翘四錢
蝉衣二錢　丹参三錢

加减法　便秘加酒大黄三錢，黄連二錢；睑肿硬高低不平，加当归三錢、丹参三錢，知母一錢。

3. 单方　鸡苦胆汁点眼，每次一滴，一日二次。

4. 成药　定州眼药水，每次 2—3 滴，一日 3—4 次。

外治　海螵蛸去皮质，磨成如火柴棒状，浸冷水洗净，然后入10%黄連液煮沸 30 分钟，放消毒盘内，盖以紗布，置日光下暴晒，备用。用法：每星期磨擦眼睑一次，使顆粒磨平或擦破为度。

流　泪　症

双目經常流泪，也叫泪囊炎。分冷泪、热泪两种。热泪症治同暴发火眼。这里只談冷泪的症治。

病因病机　冷泪：肝肾精血亏耗，涕液失摄，泪液自溢。

诊察要点　冷泪之目无异常，出泪久則視物昏暗。热泪伴有目赤肿痛，出泪如热湯。

辨证施治

症状　冷泪自溢，吹风更甚，久則視物不清。

治则　益肝肾、补精血。

方　药

1. 左归汤（景岳全书）

熟地八錢　山药五錢　枸杞四錢　山萸肉三錢
牛膝三錢　菟絲子四錢　鹿角胶三錢　龟板胶三錢
水煎服。

2. 益精补血汤（經驗方）

熟地八錢　山药五錢　枸杞四錢　山萸肉三錢
鹿角胶三錢　龟板八錢　当归三錢　巴戟肉三錢
制首烏五錢

加减法　气血亏可加党参五錢（或人参粉二錢冲服）、黄芪五錢、玉竹五錢；視物不清加沙苑蒺藜五錢、炒白蒺藜三錢、楮实子三錢、蒙花三錢、女貞子五錢、五味子二錢。

3. 单方　枸杞子一两，羊肝一个，煎汤常服。

4. 成药　还少丹，一日2次，每次一丸。

聚星障

风輪上有散在的星翳，时多时少，因似空中星而得名。星聚成团名凝脂翳；由气輪和风輪交界处先起，漸漸四周連綴；中心凹陷似花，名花陷翳；翳色白而呈一整片，名混睛障。因其形象不同而名异者甚多，然都屬角膜潰瘍形成斑痕一类。

病因病机　內有心肝之火，外感风热之邪，侵及风輪成翳。

诊察要点　星翳生于风輪，視物昏蒙或正常。

辨证施治

症状　风輪生星点翳，厚薄、大小、形态不一，色淡黄或

白，伴有羞明、流泪、赤脉、疼痛。

治则　散风清热、平肝消翳。

方　药

1. 栀子胜奇散（原机启微）

炒白蒺藜　蝉衣　川芎　甘草　木贼草　草决明　黄芩　菊花　山栀　谷精草　荆芥穗　羌活　蒙花　防风　蔓荆子各三錢为末，每服二錢，食远临卧服。

2. 消翳汤　（經驗方）

白蒺藜四錢　防风二錢　黄連二錢　蔓荆子四錢　龙胆草二錢　酒大黄三錢　菊花三錢　蝉衣二錢　木贼草三錢　青箱子三錢　草决明四錢　水煎服。

加減法　目痛、赤肿加桃仁二錢、归尾三錢；入夜目珠痛加夏枯草三錢，制香附三錢；赤脉贯瞳，加元参五錢、羌蔚子三錢、紅花二錢、甘菊花三錢。

外治法

1. 初期　黄連粉二錢、猪苦胆汁（一个量）、蜂蜜一两，調匀，一日点眼数次。

2. 后期　翳多、日久，用珍珠散（《医学心悟》）五分，黄連水10毫升，搖匀，一日点眼二次，点后閉目休息片刻。

珍珠散（《医学心悟》）

珍珠　瑪瑙　琥珀各一錢五分（俱用豆腐煮过后研細）

硼砂五分　熊胆一錢五分（生研）　冰片四分

麝香二分五厘　血蝎七分　硃砂（水飞）

黄連各五分　乳香　沒药各五分（去油方可用）

炉甘石（煅后水飞）一两五錢，共研細末，无声，嚼之无砂感才可。上药装瓶內，閉藏备用。

瞳神缺损

瞳神縮小或干缺，称为瞳神缺損。本病常反复发作。近似虹膜睫状体炎晚期症状。

病因病机 多因风热上攻于目，或肝肾亏損，以致瞳神不得滋养而干枯缺損。

诊察要点 瞳孔縮小，或干缺，展縮功能不良。

辨证施治

（一）风热侵目

症状 初起头痛，患目隧痛，赤涩流泪，瞳神逐渐縮小、干缺，視物昏蒙。

治則 疏风清热，平肝养目。

方 药

1. 省风湯（銀海精微）

防风二錢　犀角末一錢(冲)　大黄三錢
知母三錢　元参四錢　羚羊粉一錢(冲)
枯梗二錢　水煎，飯后一小时服。

2. 加減省风湯（經驗方）

蔓荆子三錢　白蒺藜四錢　夏枯草三錢　元参四錢
酒大黄三錢　黄連三錢　泽泻三錢　防风二錢
知母二錢。

加減法 肝火旺加龙胆草二錢、山梔三錢；风热盛加桑叶三錢、薄荷二錢；目赤加菟蔚子三錢、赤芍三錢、羚羊粉三分冲服；头痛加石决明八錢、天麻三錢，夏枯草四錢，元明粉二錢。

（二）肝肾两亏

症状 目干燥而痛，瞳神縮小，形如鋸齿，視力銳減，伴有

头昏善忘等。

治则　滋补肝肾，佐以泻火。

方　药

1. 五泻汤（银海精微）

黄柏　知母　木通　山栀　生地　甘草

黑元参　黄芩　桔梗　防风各等分为细末，食后服七錢。

2. 益光散（經驗方）

菟絲子四錢　枸杞子五錢　車前子三錢　知母二錢

元参五錢　生石决明八錢　楮实子三錢

大生地五錢　川芎二錢　梔子二錢　炒蒺藜三錢

加减法　目光鋭减加五味子二錢、复盆子三錢、谷精草三錢；心肝有热加犀角三分冲服，羚羊粉三分冲服，麦冬三錢、黄連二錢。

绿风障

瞳神色綠、混浊、散大、視物昏蒙、似有物障，称为綠风障。青光眼屬此范疇。

病因病机　肝火风阳，上攻害目；精不上承，神膏損耗，以致瞳孔散大、混浊变色。

诊察要点　瞳神发綠混浊且散大，視物昏蒙。

辨证施治

症状　瞳神色淡綠、混浊、散大、視物不清、目珠胀多伴有头昏痛、泛呕。

治则　清肝明目。

方　药

1. 綠风羚羊飲（《医宗金鑒》）

羚羊一錢　黑元參二錢　知母二錢　車前子
黃芩　大黃　細辛各一錢　粘梗二錢
茯苓二錢　水煎服。

2. 綠风飲（經驗方）

石决明八錢　菊花三錢　防风二錢　元參三錢
知母二錢　黃芩二錢　細辛一錢　茯苓三錢
車前子三錢　豬儿參三錢　水煎服。

加減法　肝风加天麻三錢、龙胆草一錢、夏枯草三錢、去防风、細辛；腎阴亏去防风、細辛，加生地五錢、五味子三錢、生白芍四錢、龟板八錢、玉竹三錢；有风热加草决明三錢、白蒺藜三錢、青箱子三錢去防风、細辛；头风加天麻二錢、赤芍三錢、荆芥穗三錢；头昏目光鋭減，面热足冷，加肉苁蓉四錢、山药五錢、归身二錢、杭芍三錢、蒙花三錢、菟絲子三錢去防风、細辛；头痛呕吐痰沫，食少肢冷，去防风、知母、黃芩，加生姜二錢、吳茱一錢；若病之前后无头风史，是內有痰湿攻目，去防风、細辛、知母，加清半夏一錢半，胆星二錢、白菊花三錢。

视物昏渺

两目外观正常，而視物不清，称为視物昏渺。为眼底病变。

病因病机　多由思虑过度、精血暗耗，以致精华不能上注于目，发为視物昏渺。

诊察要点　瞳神大小、顏色、形态、外观无异常变化，仅自覚視物不清，日漸加剧。

辨证施治

症状　視力日減，視物昏蒙，往往素有头昏、失眠等病史。

治則　补腎填精、养血明目。

方　药

1. 右归丸（景岳全书）

干地黄八錢　山药四錢　山茱萸四錢　桂枝一錢
附子一錢　当归三錢　枸杞三錢　鹿角胶三錢
杜仲三錢　菟絲子三錢　共为細末，炼蜜为丸，每丸重三錢，每服一丸，日二次。

2. 填精补血湯（經驗方）

生熟地各五錢　酒当归二錢　酒白芍二錢　杞子三錢
楮实子三錢　菟絲子三錢　沙苑子三錢　元参四錢
玉竹四錢　五味子二錢。

加減法　腎阳虛加鹿角胶三錢（烊化冲服），巴戟天三錢；腎阴亏加龟板胶三錢、沙参五錢、黄精三錢，石斛四錢；气虛加黄芪五錢、党参三錢；煩躁加炒山梔二錢、丹皮二錢；失眠加酸枣仁五錢、茯苓三錢。

3. 成药　气血双亏用十全大补丸，一日二次，每次一丸。腎阴亏用杞菊地黄丸，一日二次，每次一丸。腎阳虛用全鹿丸，一日二次，每次一丸。

耳脓（化脓性中耳炎）

病因病机

（一）脾胃湿热与肝胆郁火上逆耳道引起。

（二）水湿入耳或麻疹余毒未尽而发。

诊察要点　（参考五官科耳部 1081 頁）

辨证施治

（一）急性耳脓証

症状　发病較速，耳根及耳道肿痛如針刺，并有寒热往来，脉象弦数，舌苔黄。經五至七日后溃破出脓，約半月而愈。

治則　清热泻火。

方　药

1. 加減龙胆泻肝湯（經驗方）

龙胆草三錢　山梔三錢　柴胡二錢　泽泻三錢
車前子(包)三錢　木通二錢　生地四錢　黄芩二錢
菊花三錢　水煎服。

2. 外治

（1）活蚯蚓数条，放入碗中，加食盐少許，数分钟后，蚯蚓分泌出水状液体，用以滴耳，一日数次。

（2）活蜘蛛三个、白矾一两。将白矾放在鉄勺內加热化开，放入蜘蛛，然后倒在干淨地上，用碗盖住，冷却后研为細末，每次用少許吹耳，每日一次。

（二）慢性耳脓証（虛火或麻疹后遺症）

症状　初起时有恶寒发热，耳內疼痛，消散較慢，久之成脓溃破，此时耳鳴或听力減退，以后經常流脓水，时发时愈。

治則　滋阴降火。

方　药

1. 加減地黄湯（經驗方）

知母三錢　黄柏二錢　生地三錢　山萸肉三錢
丹皮三錢　泽泻三錢　茯苓四錢　旱蓮草二錢
核桃肉三錢　水煎服。

2. 成药　知柏地黄丸，每服一丸，一日二次。

3. 外治　五倍子　黄連　枯矾　各等分，共研細末，加入麝香、冰片少許，每日吹耳2—3次。

鼻淵（副鼻窦炎）

病因病机　多为胆經之热移于清竅，或为风寒塞凝火郁所致；或为肺腎亏虛而成。

诊察要点　（参考五官科鼻部 1101 頁）

辨证施治

（一）虛寒証

症状　常流清涕，多不臭而腥。

治則　益虛溫肺。

方　藥

1. 益肺挽流湯（經驗方）

党参三錢　細辛五分　防风三錢　桔梗二錢
呵子二錢　辛黃花二錢　甘草一錢　魚腦石五錢
（煅研末吞服）水煎服。

2. 外治吹鼻方

石胡荽二錢　蒼耳子二錢　辛黃花二錢　薄荷叶一錢
桔梗一錢　梅花冰片二分

先将前五味研极細末，再加冰片共研，用时把藥精吹入鼻中，一日三次。

（二）实热証

症状　鼻流黃浊臭涕，前額疼痛。

治則　散风清热。

方　藥

1. 奇授薤香丸（《医宗金鑑》）

薤香連枝叶八两　公猪胆汁，胆汁煎稠后，共合丸，如豆大。每服五錢，蒼耳子湯或黃酒送下。

2. 辛荑鼻渊湯（經驗方）

薄荷三錢　辛荑花二錢　蒼耳子二錢　黃芩二錢
桑叶三錢　菊花三錢　生山梔二錢　水煎服。

3. 单方　絲瓜藤（近根部者）二兩（水煎）　白芷二錢（研細）以絲瓜藤湯送服白芷粉末，每服一剂，一日三次。

外治　同上法。

乳蛾（扁桃腺炎）

病因病机　急性为外因风热犯肺，化火上行，結于咽喉而发。慢性多因腎阴亏損，虛火上炎而成。

诊察要点　（参考五官科咽喉部 1109 頁）

辨证施治

（一）风热犯肺証

症状　寒热往来，头痛，咽喉肿痛，口渴，吞咽困难，舌紅，苔黃，脉数有力。

治則　祛风清热，育阴凉血。

方　薬

1. 养阴清肺湯（《白喉抉微》）

元参三錢　生地六錢　白芍三錢　麦冬五錢
甘草二錢　薄荷二錢　象貝母三錢　丹皮二錢
水煎服。

2. 板兰清咽湯（經驗方）

板兰根五錢　蒲公英一兩　射干一錢半　銀花四錢
連翹三錢　金果欖三錢　薄荷一錢　桔梗二錢
麦冬三錢　水煎服。

3. 单方

（1）大青叶一两　桔梗三錢　水煎服。

（2）蒲公英一两　水煎服。

4. 成药

（1）六神丸，每次 5—10 粒，一日 2—3 次。

（2）冰硼散，外用吹喉。

（二）虚火上炎証

症状　无头痛寒热，咽喉肿痛較輕，昼輕夜重，舌紅苔薄，脉細数。

治則　滋阴降火。

方　药

1. 加味六味湯（經驗方）

山萸肉三錢　生熟地各四錢　山药四錢　茯苓三錢

泽泻三錢　丹皮三錢　藏青果三錢　金果欖三錢

水煎服。

2. 单方

生地四錢　元參三錢　藏青果三錢　水煎頻飲。

3. 成药　六味地黄丸或知柏地丸，每服一丸，一日二次。

梅　核　气

患者自覚如有梅核梗阻喉間，故称为梅核气。包括慢性咽炎之类。

病因病机　由于七情郁結，痰滯气阻咽喉所致。

诊察要点　咽喉略紅，但不肿、不痛，飲食可以順利下咽。

辨证施治

症状　自覚喉中有如梅核梗塞，咽之不下，吐之不出。如情志忧郁則症状增重；心情舒暢則症状減輕。

治則　理气开郁，化痰开結。

方　药

1. 加味四七湯（《中医喉科讲义》）

茯苓三錢　川朴二錢　苏梗三錢　法夏二錢
桔紅一錢　青皮一錢半　枳实一錢半　砂仁一錢
制南星一錢半　神曲三錢　白蔻仁一錢　檳榔一錢
生姜三片　水煎服。

2. 柴胡利咽湯（經驗方）

柴胡二錢　沙参三錢　苏梗三錢　川朴花一錢半
清半夏二錢　陈皮二錢　僵蚕三錢　牛蒡子二錢
水煎服。

3. 单方

（1）胖大海三个　青果四个　烏梅三个　开水泡后代茶飲。

（2）元参三錢　金果欖三錢　僵蚕三錢　水煎服。

4. 成药

（1）冰硼散吹喉，每日二次。

（2）噙化丸，含口中，慢慢咽下，每日二次。

喉　痹

本病以咽喉肿塞疼痛为特点，屬于“喉炎”之类。

病因病机

（一）外感风邪，引动肺胃积热上蒸咽喉而致。

（二）外感寒邪，客于肺經，上犯于咽而致。

（三）平素阴亏，以致水竭于下，不能制火，虛火上炎，逆于喉中，結成喉痹。

诊察要点　（参考五官科咽喉部 1115 頁）

辨证施治

（一）风热証

症状　初起时咽喉部（一侧或两侧）干燥灼热，微紅、微肿、微痛，或起紅色小点，如痱子状，隐現于喉部粘膜中。胃納較差，或发寒热，以后紅肿逐漸加重，或紅带紫色，疼痛也相应增加。此时喉間如有物塞，痰涎壅盛，出声困难，寒热交作，脉象浮数，舌苔微黄。

治則　疏表清热、解毒消肿。

方　劑

1. 清咽双和飲（《喉科紫珍集》）

桔梗一錢半　銀花三錢　当归二錢　赤芍二錢
生地三錢　元参三錢　荆芥三錢　丹皮二錢
川貝母二錢　甘草一錢　葛根八分　前胡二錢。

2. 荆防疏风湯（經驗方）

荆芥三錢　防风二錢　牛蒡子二錢　銀花三錢
連翹三錢　桑白皮三錢　赤芍三錢　元参三錢
桔梗二錢　甘草一錢半　水煎服。

3. 夏枯清热湯（經驗方）适用于热盛者

夏枯草五錢　丹皮三錢　鈎藤三錢　連翹三錢
桑叶三錢　山梔三錢　元参三錢　象貝母三錢
桔梗二錢　大力子三錢　水煎服。

4. 成劑　六神丸，每服5—10粒，一日三次。

（二）寒伏症

症状　咽部淡紅不肿，略有疼痛，吞咽微覚不順。若受邪較重者，咳嗽音哑，鼻流清涕，惡寒微热，头痛，脉象浮緩，舌苔白潤。

治則　辛溫解表，发散风寒。

方　药

1. 荆防败毒散（《証治准绳》）去人参

荆芥三錢　防风二錢半　羌活一錢半　独活一錢半
前胡一錢半　柴胡一錢半　枳壳一錢半　桔梗一錢半
赤苓一錢半　川芎一錢半　甘草五分　生姜三片
水煎服。

2. 加味甘桔湯（經驗方）

桔梗二錢　生甘草一錢　防风二錢　荆芥二錢
僵蚕三錢　紫苏二錢　水煎服。

（三）虛火症

症状　咽部微肿，早晨痛輕，下午痛重，至夜疼痛更甚，口干舌燥，唇紅頰赤，手足心热，精神疲乏，脉象細数，舌质紅等；阳虛者咽喉微痛，不紅不肿，或略带淡白色，面色蒼白，語言声低，喜飲热湯，手足覚冷，腰痠腿軟，脉象微弱，舌苔白滑。

治則　阴虛者，滋阴降火；阳虛者，引火归源。

方　药

1. 加味知柏地黄湯（經驗方）适用阴虛証。

生地三錢　山萸肉三錢　山药五錢　丹皮三錢
茯苓三錢　泽泻三錢　沙参三錢　胖大海二錢
藏青果三錢　水煎服。

加減法：阳虛加肉桂五分，引火归原。

2. 成　药

（1）六味地黄丸或知柏地黄丸，每服一丸，一日二次（阴虛用）。

（2）桂附八味丸　服法同上（适用于阳虛）。

外　治

（1）冰硼散吹喉，一日2—3次，适用于各型喉痹。

（2）錫类散吹喉，用法同上。

牙　痛

中医辨証常分齲齿（即蛀牙）牙痛、风寒牙痛、胃火牙痛和腎虚牙痛，临床上应針对不同病因、不同症状，采取相应的治疗方法。

病因病机

（一）齲齿牙痛　由于口腔卫生不洁，牙齿被虫蛀蝕成洞，遇冷热刺激性食物而作痛。

（二）风寒牙痛　由于感受风寒，或过食生冷而引起。

（三）胃火牙痛　由于过食辛燥之物，胃中蘊热，外受风邪，风火上炎所致。

（四）腎虚牙痛　由于腎阴不足，虚火上炎，或复感风寒而作痛。

诊察要点　应詳細詢問患者牙痛的性质、疼痛与冷热关系，如：吸入冷空气或吃冷飲痛重的，多屬于风寒牙痛；牙龈紅肿，遇热痛甚的，多屬于胃火牙痛；牙齿浮动，吃食物时碰之則痛的，多屬于腎虚牙痛。

除外，应与走馬牙疳鉴别。走馬牙疳：牙根腐烂，随变黑腐，臭秽难聞。

辨证施治

（一）齲齿牙痛

症状　牙齿被虫蝕小洞，或蝕掉一边，或完全蝕掉，只剩牙根，时常作痛，口中常有臭味，舌、脉正常。

治則　杀虫填补。

方　葯

1. 川椒二錢　薄荷一錢　牛蒡子二錢　甘草一錢
煎水漱口，每日漱3—4次。

2. 明雄黃末一兩　麻油二兩　二味調勻，搽患牙处，每日数次。

3. 生韭菜子五錢　搗烂醋調，敷在虫蛀牙洞內，每日三次。

4. 川椒五分　巴豆一粒　乳香一錢　共研成膏状，填塞虫牙洞內。有条件时应去医院治疗。

（二）风寒牙痛

症状　开始牙龈輕微肿痛，逐漸疼痛加剧，吃热飲食則舒，遇冷空气或吃冷飲食疼痛更重，舌苔薄白，脉象浮紧。

治則　散风祛寒。

方　药

1. 荆葛散风湯（經驗方）

荆芥三錢　葛根二錢　升麻一錢半　防风三錢
白芷二錢　細辛八分　水煎服。

2. 木耳三錢　荆芥三錢　水煎服。

3. 皂矾八分　細辛一錢　梅片二分　共研細末，搽在痛牙上。

4. 荔枝壳連肉核，用火烧后（不要烧成白灰），共研細末，擦在痛牙上。

5. 皂矾一錢　細辛一錢　川椒一錢　高良姜二錢　水煎去渣后漱口。

（三）胃火牙痛

症状　牙龈紅肿，陣陣作痛，心煩口渴，午后疼甚，小便黃赤，大便秘結，舌紅苔黃，脉象洪数。

治則　清胃泻火。

方　药

1. 加減清胃飲（經驗方）

生石膏五錢　生地三錢　知母三錢　麦冬三錢
丹皮二錢　荆芥一錢半　川牛膝二錢　薄荷一錢
水煎服。

加減法　大便秘結加川軍二錢；发热口渴加銀花三錢　連翹三錢　花粉三錢；上牙痛加白芷一錢半；下牙痛加黃柏二錢。

2. 生石膏一两　明矾一錢　薄荷一錢　煎水漱口。

3. 生石膏一两　綠豆一两　水煎服。

4. 元参三錢　丹皮三錢　生地五錢　薄荷一錢　水煎服。

5. 成药　牛黃解毒丸，每次一丸，一日二次。

（三）腎虛牙痛

症状　牙齒浮动不稳，吃食碰之疼痛难忍，兼有腰痛，下肢痠軟，耳鳴等，舌紅少苔，脉象細数。

治則　滋腎降火。

方　药

1. 加減知柏地黃湯（經驗方）

知母三錢　黃柏三錢　山药四錢　山萸肉四錢
丹皮二錢　生地五錢　泽泻二錢　茯苓三錢
骨碎补三錢　川牛膝一錢半　元参三錢　水煎服。

2. 元参五錢　精猪肉二两　水煎服。

3. 骨碎补五錢　猪腰子一个（可以放点盐），蒸熟吃。

4. 成药　知柏地黃丸，每次一丸，一日二次。

牙　疳

本病以牙齦紅肿，溃烂出血为特征，多由风热引起，来势急速，也称风热牙疳。

病因病机　胃經积热、外感风邪或热病后余火上炎所引起。

诊察要点　牙龈紅肿、腐烂流血，腐烂处有灰白色假膜，擦之能去，触之出血，口有恶臭，唾液增多而稠粘。

本病应与走馬牙疳相区别，走馬牙疳坏死組織范围广泛，不易出血，两颊粘膜可腐烂穿孔，有痒感而无疼痛。

辨证施治

症状　病起迅速，并有寒热往来，牙龈紅肿，溃烂出血，口有恶臭，唾液多而粘稠，舌苔薄黃，脉数。

治則　清热解毒。

方　剂

1. 犀角地黃湯（《千金要方》）

犀角五分(冲)　生地一錢　白芍三錢　丹皮三錢

水煎服。

2. 銀花解毒湯（經驗方）

銀花四錢　蒲公英五錢　黃連二錢　生山梔三錢

生石膏一兩(打)　鮮蘆根一兩(去节)　連翹四錢

水煎服。

3. 单方　馬齿莧一兩　加冰片三分　研細末，掺患处，每日数次。

第十五章　附　　录

第一节　常用中药成药

外感燥火类

药　名	主要成分	功　用	主　治	用　法
桑菊感冒片	桑叶，菊花，连翘，杏仁，甘草	清热散风止嗽	感冒发热，头痛，鼻塞，咳嗽，咽痛	每次四至六片每日三次
银翘解毒丸（片）	银花，连翘，薄荷，桔梗，牛蒡子，芥穗	清热解表	风热感冒，头痛，咳嗽，四肢酸痛	每服一至二丸（四片）
羚翘解毒丸（片）	羚羊角、银花、连翘、薄荷、芥穗、桔梗	同上	主治同上，较上药力量大，故对热重者较好	同上
感冒丹	银花、连翘、薄荷、桔梗、芥穗、豆豉。	清热散风解表	主治同银翘解毒丸	每服二丸
牛黄上清丸	牛黄、黄连、大黄、黄芩、连翘、栀子、石膏、菊花	疏风止痛清热解毒	头痛、眩晕，目赤耳鸣，口舌生疮，牙龈肿痛，大便燥结	每服一至二丸
黄连上清丸（片）	黄连、黄芩、栀子、大黄、连翘、芥穗、菊花	清热通便	同上，清热作用相似。	水丸每服二钱（四片）
牛黄解毒丸（片）	黄连、黄芩、栀子、大黄、连翘、银花、牛黄	清热解毒	主治同上，兼治疖肿	每服一丸（四片）
牛黄清心丸	牛黄、犀角、麝香、羚羊角、朱砂	清心开窍	心热心烦，神昏谵语，头昏发热，癫痫，惊风	每服一丸

药名	主要成分	功用	主治	用法
人丹	丁香、小茴香、木香、砂仁、石膏、滑石	清暑祛湿	中暑受热，头晕呕吐，晕车晕船	10—20粒
十滴水	大黄、姜、小茴香、桔皮、樟脑等	祛暑散寒	中暑头晕，恶心腹痛，肠胃不适	每服1/2瓶
藿香正气丸	藿香、桔皮、厚朴、半夏、茯苓、白术	清暑解表和中理脾	夏令外感，中暑头痛，湿寒发热，吐泻腹胀	每服二丸（四片）
防风通圣丸	防风、麻黄、石膏、当归、白术、荠穗、大黄、芒硝、连翘	解毒清热散风止痒	外感风寒兼内热，（便结，尿赤）荨麻疹等	每服二钱
龙胆泻肝丸	龙胆草，栀子，黄芩，泽泻，木通，车前子，柴胡	清肝经湿热，利尿	肝热头痛，耳聋、耳鸣。口苦尿赤	每服二钱
脑力清	代赭石、半夏、牛膝、真珠母	清肝热，降血压	高血压的头晕，失眠，耳鸣	每服十粒
高血压速降丸	杜仲、玳瑁、牛膝、沉香	清热熄风降压舒筋	头晕面赤，语涩，手足麻木的高血压患者	每服二十粒
安宫牛黄丸	牛黄、犀角、珍珠、麝香、栀子	镇惊解热	急性高热，神昏谵语，惊厥抽搐	每服二至每四分

风湿痹症类

药名	主要成分	功用	主治	用法
天麻丸	天麻、当归、羌活、独活、杜仲、附子	散风活血舒筋止痛	手足麻木腰腿疼痛	每服一丸
豨桐丸	豨莶草、臭梧桐	散风祛湿	同上	每服二至三钱

药　名	主要成分	功　用	主　治	用　法
木瓜丸	木瓜、红花、川断、萆薢、木香、防风、狗脊	强筋骨，驱风定痛	受风湿引起的关节麻木疼痛	每服十五粒
疏风定痛丸	马钱子、麻黄、乳香、没药、羌活、独活	散寒驱风止痛	腰痛，四肢痛，关节痛，药力较上药强	每服一丸
舒筋活血片	红花、鸡血藤、香附、五加皮、仲筋草	舒筋活络活血散瘀	筋骨痛，四肢拘挛，跌损瘀痛	每服五片
小活络丹	川乌、地龙、草乌、乳香、胆南星、没药	祛风活络除湿止痛	风寒湿痹，肢体痛，中风后肢体麻痹，麻木抽筋	每服一丸
豨莶片	豨莶草	散风除湿舒筋活络	风湿关节炎，四肢麻木	每服五片

咳嗽类

药　名	主要成分	功　用	主　治	用　法
通宣理肺丸	苏叶、麻黄、杏仁、桔梗、前胡、黄芩、陈皮、半夏	解表宣肺止咳	外感风寒咳嗽，头痛发热，四肢疼痛	每服一至二丸（四片）
二母宁嗽丸	知母、贝母、桑皮、瓜蒌仁、石膏、栀子、陈皮、茯苓、枳实、黄芩	清热、化痰、止嗽	肺热咳嗽，痰黄，胸满气促	每服二丸（四片）
桔红丸（片）	桔红、麦冬、贝母、款冬花、茯苓、紫苑、瓜蒌皮、生石膏	清肺热、止咳化痰	急慢性气管炎、咳嗽，痰黄，胸满气促	每服二丸（四片）

药名	主要成分	功用	主治	用法
清肺抑火丸	黄芩、栀子、知母、贝母、贡柏、桔梗、前胡、天花粉、大黄	清热止嗽通便	肺热咳嗽、痰粘黄、喉咽疼痛，口干，便秘	每服二錢
龙脑鸡苏丸	紫苏、冬花、葶苈子、杏仁、麻黄、陈皮、生石膏、苏子、黄芩、桑皮	清肺止咳化痰定喘	肺经实热，痰黄喘促	每服二錢
二陈丸	陈皮、半夏、茯苓、炙甘草	祛湿化痰和胃调气	咳嗽，痰稀白，属寒湿痰伴有腹胀恶心呕吐者	每服二錢
气管炎丸	麻黄、款冬花、杏仁、贝母	散风祛痰止咳定喘	慢性支气管炎	每服二十粒
定喘丸	苏子、杏仁、贝母、黄芪、阿胶、款冬花	理肺益气止咳定喘	久病咳喘，痰多胸闷	每服二丸

安神类

药名	主要成分	功用	主治	用法
柏子养心丹	柏子仁、黄芪、茯苓、枣仁、川芎、当归、甘草、党参、肉桂、五味子、远志	补益气血安神益智	心气不足，惊悸，失眠，健忘	每服一丸
补心丹（片）	生地、当归、党参、茯神	养血安神	心气不足，惊悸，失眠健忘	每服一丸
朱砂安神丸	朱砂、黄连、当归、熟地	清心，养血，安神	神经衰弱，心烦失眠	每服一丸

舒肝理气类

药名	主要成分	功用	主治	用法
木香顺气丸	木香、青皮、香附、槟榔、厚朴	舒气开郁	胸胁胀满	每服二錢
舒肝平胃丸	枳壳、厚朴、苍朮、半夏	舒肝消滞	肺郁胃弱，食滞胃痛，呕吐	每服一錢半
木香槟榔丸	木香、槟榔、牵牛子、大黄、青皮	散郁破结，消积导滞	停食停水，胸腹胀满，二便不畅	每服二錢
开胸顺气丸	木香、槟榔、陈皮、牵牛子、三棱、猪牙皂、莪朮、厚朴	消食逐水，调气化滞	主治同木香槟榔丸但药力较强	每服一至三錢
舒肝丸	厚朴、姜黄、紫豆蔻、沉香、丹皮、柴胡、元胡	舒肝解郁止痛	两胁胀痛，胃痛，嗳气，吐酸	每服一丸（四片）
茴香桔核丸	小茴香、荔核、桔核、昆布、肉桂、元胡、川楝子	散寒、软坚，行气，止痛	疝气，睾丸肿痛	每服三錢

健脾和胃类

药名	主要成分	功用	主治	用法
香砂养胃丸	香附、砂仁、木香、白朮、陈皮、茯苓、半夏	和胃止呕舒气宽胸	消化不良，胃脘闷痛，呕吐、吞酸	每服三錢
香砂六君子丸	木香、砂仁、茯苓、白朮、桔皮	和胃健脾	脾胃虚弱，食少脘闷	三錢
参苓白朮丸	人参、莲子、白朮、茯苓、山药、砂仁、扁豆	健脾止泻	脾胃虚弱、食欲不振，泄泻	三錢

药名	主要成分	功用	主治	用法
人参健脾丸	人参、白术、茯苓、山药、黄芪、陈皮	健脾理气安神	身体瘦弱，厌食泄泻，失眠，健忘	一丸
附子理中丸	人参、白术、甘草、干姜、附子	温脾散寒止泻止痛	脾虚寒腹痛，呕吐泄泻	一丸
四神丸	肉豆蔻、破故纸、五味子、吴茱萸	温补脾肾	五更泄泻，腰膝腹痛	二錢
保和丸	陈皮、厚朴、苍术、半夏、莱菔子、山楂、神曲	消食助消化	嗳腐吞酸，不思饮食	二錢
暖脐膏	乳香、没药、丁香、麝香、木香、香附、肉桂、小茴香	行气止痛	少腹寒痛，便溏	外用贴肚脐

痢疾、痔、便秘和淋症类

药名	主要成分	功用	主治	用法
香连丸	木香、黄连	清湿热，止痢	急性痢疾	二錢
止痢片	盐酸小檗碱	清湿热，止痢	急性痢疾	二片
舟车丸	牵牛子、大黄、大戟、甘遂	逐水通便	腹水	一錢
麻仁丸（麻仁滋脾丸）	麻仁、杏仁、大黄、厚朴、白芍、枳壳	润肠通便	病期较久的虚症便秘及习惯性便秘	一丸
清宁丸	大黄、厚朴、半夏、白术、桔皮	清理肠胃泻热润燥	停食腹胀，头晕口干，实证便秘	一丸

药名	主要成分	功用	主治	用法
地榆槐角丸（槐角丸）	槐角、红花、槐花赤芍、地榆炭	疏风凉血泻热润便	痔疮痛痒便秘下血	二錢
分清止淋丸	木通、瞿麦、黄柏、猪苓、滑石、梔子、车前子	清膀胱热	泌尿系感染之尿痛、尿热、尿短赤	二錢

补益类

药名	主要成分	功用	主治	用法
人参归脾丸	人参、当归、白朮、黄芪、远志	补气养血健脾安神	失眠健忘，食食少惊悸	一丸（六片）
补中益气丸（片）	人参、黄芪、陈皮、甘草、白朮、升麻、柴胡	补益中气	气虚懒言，精神疲倦，气短自汗	三錢（六片）
十全大补丸	人参、熟地、当归、白朮、肉桂、白芍、茯苓、黄芪	培补气血	体弱久病，虚损神倦乏力	一丸
六味地黄丸（片）	熟地、丹皮、山药、泽泻、山萸、茯苓	滋补肾阴	阴虚头晕目眩，腰膝痠软	一丸（六片）
杞菊地黄丸（片）	上六味加枸杞子、菊花	滋补肝肾清肝明目	身体虚弱，视物昏腊，头眩耳鸣	一丸（六片）
河车大造丸	紫河车、麦冬、天冬、杜仲、龟板、熟地	滋阴益肾	肾阴虚，潮热，梦遗滑精，腰痠软脱软	一丸
五子衍宗丸	菟絲子、枸杞子、复盆子、五味子、车前子	补益肾精	阴萎遗精，腰膝脱软	一丸（六片）

药　名	主要成分	功　用	主　治	用　法
金锁固精丸	潼蒺藜、芡实、龙骨、牡蛎、莲子、熟地、山药	固气涩精	精关不固，梦遗滑精	一丸
金匮肾气丸（片）	六味地黄丸加附子肉桂	温补肾阳	肾阳虚，腰痛水肿，小便不利	一丸(六片)
参茸卫生丸	人参、鹿茸、莲肉、巴戟天、锁阳、枣仁、枸杞子	滋补肝肾，益气养血，健脾益肾	体衰神疲，腰酸滑精，食少贫血	一丸

妇产疾患类

药　名	主要成分	功　用	主　治	用　法
内补养荣丸	熟地、白芍、当归、川芎、香附	养血调经	血虚、月经不调	一丸
白凤丸（乌鸡白凤丸）	人参、当归、鹿角胶、鳖甲、香附、桑螵蛸、乌鸡、黄芪、熟地	益气养血调经止带	经血不调，经漏白带	一丸
逍遥丸	柴胡、当归、白芍、茯苓、白术	疏郁调经	肝郁不舒，月经不调，午后烦热	三錢
妇科十味片	党参、白术、当归、熟地、红枣、香附、茯苓、川芎、白芍、甘草	补气血，调经	月经不调，经来腹痛	四片
女金丹	党参、白术、当归、白芍、香附、元胡、吴茱萸	调经养血暖子宫	月经不准、少腹发凉，腰酸乏力	一丸
艾附暖宫丸	艾炭、香附、黄芪、肉桂、当归、红花	驱寒止痛	少腹冷，月经不调	一丸

药名	主要成分	功用	主治	用法
益母草膏	益母草	祛瘀调经	月经量少、腹胀、产后血瘀腹痛	一匙化服
胎产金丹	党参、当归、香附、鳖甲、肉桂、紫河车、五味子、生地、白术	补气养血安胎	先兆流产保胎，产后虚弱	一丸
千金止带丸	香附、椿根皮、破故纸、杜仲、人参、当归、元胡、砂仁	补气止带	白带量多，腹痛腰疼，四肢倦怠	二钱

儿科疾患类

药名	主要成分	功用	主治	用法
至圣保元丹	胆南星、防风、羌活、僵蚕、天麻、全虫、牛黄	解热镇惊化痰	外感发热抽风	一丸
至宝锭	苏叶、贝母、薄荷、羌活、陈皮、山楂、麦芽、神曲、牛黄、天麻、钩藤	祛风清热消痰化积	停食停乳，外感风寒，呕吐泄泻	一丸
导赤丹	黄连、生地、大黄、木通、连翘、栀子、黄芩、甘草、玄参、石膏	清热利尿	口舌生疮、烦躁尿赤	一丸
解肌清肺丸	葛根、苏叶、板兰根、黄芩、杏仁、川贝母	清热解表止嗽化痰	外感发热咳嗽	一丸
小儿百寿丹	胆南星、天竺黄、木香、砂仁、陈皮、桔梗、薄荷、钩藤、僵蚕、焦三仙	清热健脾化滞安神	外感停食，发热痰盛	一丸

药　名	主 要 成 分	功　用	主　　治	用　法
牛黄镇惊丸	胆南星、天麻、僵蚕、全虫、天竺黄、牛黄、珍珠、麝香	镇惊安神化痰祛风	高热痰多之惊厥	一丸
化毒丹	生地、赤芍、黄连、连翘、元参、芒硝、青黛、犀角	清热解毒	小儿疮疖，口舌生疮	一丸
五粒同春丹	川连、犀角、羚羊、桔红、胆南星	清热解毒透表	麻疹未出，内热盛可透疹	五粒
鹭鹭咳丸	杏仁、牛蒡子、生石膏、桃子、苏子、瓜蒌皮	清热镇咳	百日咳	一丸
肥儿丸	肉豆蔻、使君子、胡黄连、神曲、槟榔	健脾益胃消积杀虫	消化不良，食积体瘦，肠寄生虫病	一至二丸
启脾丸	人参、白朮、茯苓、山药、莲子、陈皮、泽泻、山楂、甘草	健脾止泻	脾胃虚弱，腹胀久泻	一丸
香桔丹	与参苓白朮丸相近	理脾止泻	停食纳少，脾胃不和吐泻(消化不良)	一丸

其　它

药　名	主 要 成 分	功　用	主　　治	用　法
连翘败毒丸	连翘、黄连、银花、防风、当归、地丁、赤芍	清热解毒散风消肿	疮疖初起，红肿疼痛	三钱
内消瘰疬丸	夏枯草、海藻、元参、当归、连翘、白蔹	消坚散结	淋巴结核	三钱

药　名	主要成分	功　用	主　治	用　法
夏枯草膏	夏枯草	化结消肿	淋巴结核	五錢
跌打丸	当归、川芎、土鱉虫、血竭、红花、乳香、沒药、马前子	活血止痛	跌打損伤、皮肤青紫肿痛	一丸
七厘散	血竭、红花、乳香、沒药、儿茶	活血止痛	外伤瘀血痛、闪腰岔气	每服三至五分，亦可用白酒调服
拔毒膏	清热解毒、活血化瘀，止痛生肌之品	拔毒消肿，化腐生肌	疖肿	外用
追风膏	祛风寒，养血活血，通络之品	舒筋活血追风散寒	筋骨痛，四肢麻木，腰背疼痛	外貼患处
伤湿止痛膏	乳香、沒药、苏合油、薄荷冰、零陵香、肉桂、公丁香、細辛	散风止痛	风湿痛，外伤跌損	同上
獾油	大黄、石膏、地榆、獾油	消肿止痛	燙伤	同上
十灰散	大黄炭、大小蓟炭、梔子炭、茜草炭、茅根炭	凉血止血	各种出血	二錢
清音丸	訶子肉、川貝母、元参、山豆根、胖大海、黄芩、梔子	清热利咽生津止咳	久病虛症，咽肿痛，声哑	二丸
六神丸	牛黄、眞珠、冰片、蟾酥、雄黄、麝香	解毒消肿止痛	急性咽炎、扁桃体炎	十粒
磁朱丸	煅磁石、朱砂、神曲	鎮肝明目	头晕目眩耳鸣	二錢

药　名	主要成分	功　用	主　治	用　法
黄连羊肝丸	黄连、羊肝、石决明、草决明、木贼草	清肝热，明目	肝虚火盛，目昏糜明	一丸
通关散	细辛、牙皂、研细末	豁痰开窍	高热昏迷	吹入鼻内

第二节　肛门检查法及痔瘘手术法

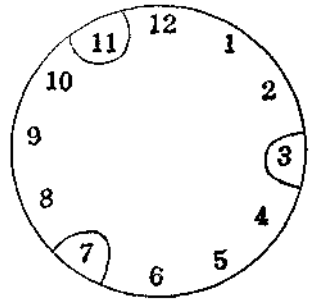
肛门检查法

一、肛門視診　病人側臥，下腿伸直，上腿屈曲，医生用双手将病人臀部分开，首先从外面检查肛門周围有无癬、疱，外痔，瘘管外口，脫肛和脫出的內痔，然后让病人作大便动作，医生用右手拇指和右手食指将肛門自然张开，观察內痔的位置，数目，大小，色泽，有无出血点。同时也要看到有无肛裂，息肉等。

二、肛門指診檢查　病人臥法同前，放松肛門，医生以戴有指套的右手食指，涂上潤滑油，輕輕插入肛門內，进行触診检查。如手指插入引起肛門剧烈疼痛，可能有肛裂，不应勉强插入；如触到游离的結节状物，則可能为直腸息肉；如摸到的結节凹凸不平，质硬底寬，与下层組織粘連，固定不移，同时有脓血粘附于指套的，应考虑为直腸癌。

肛門病位置表示法　常用截石位（或膝肘位）表示，以时钟面 12 等分标記法，将肛門分为 12 个部位，前面称截石位 12 点，后面称截石位 6 点。左面称截石位 9 点，右面称截石位 3 点，其余以此类推，也可直接用图表示。例如內痔好发在

3点，7点，11点的位置，可用下图表示。



痔瘘手术法

内痔明矾压缩术

适应証

1. 初期內痔。
2. 二、三期較小的內痔。

禁忌証

1. 外痔和不能縮回的內痔。
2. 肛門周圍有急性脓肿或湿疹者。
3. 痢疾或腹泻患者。
4. 因直腸肿瘤引起的內痔。
5. 严重的肺結核，高血压，肝脏，腎脏疾患和血液病的患者。
6. 临产期的孕妇。

器材准备　消毒弯形血管鉗2把，麦头血管鉗3把，镊子、骨签，2毫升及10毫升注射器各一个，18号針头2个，棉花，紗布适量，15%明矾溶液，1—2%普鲁卡因。

术前准备

1. 用生理盐水或1%肥皂水1,000毫升作清洁灌腸。如在門診手术，应先排空大便。
2. 病人側臥（患側在下）两膝屈向胸前，尽量暴露臀部，手术者坐在病人臀部后面，助手在手术者对面。
3. 肛門周圍用碘酒，75%酒精常規消毒。同时鋪上消毒巾。

操作方法

1. 以左手食、中二指，压住肛緣，向外牵引，使內痔尽可能突出肛外。

2. 在痔核基底部注射 1—2% 普鲁卡因溶液 0.5—1.0 毫升，进行局麻。

3. 用弯血管鉗，将痔核基底部完全鉗住，絕对断絕血液通路，并向外牵引，使痔核暴露在肛外。

4. 注射 15% 明矾溶液于被鉗住的痔核內，使痔核粘膜变灰白色为度。每个痔核注射藥量一般不超过 2 毫升。

5. 另用麦头血管鉗 2 把，一把鉗住痔核中央，一把鉗住痔核頂端，如此压縮約 10 分钟，松去加压的所有血管鉗，此时痔已压縮如薄紙状。

6. 上述手术完毕后，将痔核送入肛門內，用骨签蘸黃連膏或紅油膏少許涂入肛門內手术区，肛門外用紗布盖貼，用胶布固定。

7. 以后每日大便后換藥一次，待痔核脫落后改用生肌散，生肌白玉膏直至痊愈。

注意事項

1. 先压縮小的痔核，再压縮大的。

2. 三期纖維型內痔，痔核数目多，而病人年老体弱，可分次进行压縮。

3. 注射时切勿将明矾液注入外痔区，避免肛緣皮肤发生坏死。

內痔結扎术

适应証　二三期內痔，纖維型內痔。

禁忌証　（同明矾压縮术禁忌証的 2—6）。

器材准备　消毒剪刀，鑷子，麦头血管鉗 2 把，持針鉗，5 号縫針，一尺长絲綫三根，骨签，2 毫升及 10 毫升注射器，18

号針头2只，15%明矾注射液。

术前准备　(同前法)

操作方法

1. 用左手食指固定肛緣皮肤，右手持注射器，以1—2%普魯卡因溶液先注入痔核根部少許，再在痔核淺表注入1—2毫升，使痔核胀起。

2. 局麻后，用麦头血管鉗鉗住痔核，用左手向肛外同一方向牵引，右手用持針鉗鉗住已穿有絲綫的縫針，将絲綫从痔核基底部中央穿过。

3. 将已貫穿痔核的絲綫交叉放置，并用剪刀沿齿綫剪一淺表裂縫，再分端进行"8"形結扎。

4. 結扎完毕后，再注射15%明矾溶液0.5—1.0毫升于結扎的痔核部，并进行挤压，以加速痔核坏死。

5. 术后，剪去肛外的綫端，将痔核送入肛內，并用骨签蘸黄連膏，或紅油膏少許涂入肛內，用紗布盖貼，胶布固定。

6. 以后每日大便后換葯一次，待痔核坏死脫落后，改用生肌散，生肌白玉膏涂入肛內創面上，直至痊愈。

注意事項

1. 結扎时先扎小痔核后扎大痔核。

2. 縫針穿过痔核基底部时，不可穿入肌层，否則結扎后可引起肌层坏死或并发肛門周围脓肿。

3. 結扎后，存留在肛外的綫端囑病人不可拉动，以免引起疼痛或出血。

4. 便后痔核脫出时，应立即将痔核送回肛內。

血栓性外痔切除术

适应証　血栓痔經一周不能自行吸收而肿块較大者。

器材准备　消毒镊子，剪刀，骨签，血管鉗2把，5毫升注

射器，18号針头，棉花，紗布。

术前准备　(同前法)

操作方法

1. 在局部皮内注射1—2%普鲁卡因溶液少許。

2. 在血栓痔中央皮肤上作放射形切开，用鉗子将血块剝离，取出血块。

3. 創面处出血可用指压法止血。

4. 术毕用棉花蘸三宝丹少許嵌入創口，外盖紅油膏紗布，胶布固定。

5. 經1—2天后，将嵌入創面中的棉花取出，改用生肌散收口。每日大便后換药一次。

赘皮外痔切除术

适应証　外痔皮瓣过大，但无炎症者。

器材准备　消毒剪刀，麦头血管鉗，鑷子，骨签，10毫升注射器，18号針头，棉花，紗布。

术前准备(同前法)

操作方法

1. 赘皮根部注射1—2%普鲁卡因溶液1—2毫升。

2. 先用血管鉗鉗住赘皮上端，再用剪刀沿根部进行剪除。

3. 切除后創面渗血，可用指压法止血，或用止血散压迫止血。

4. 术毕在創面上涂紅油膏，用紗布盖貼，胶布固定，每日大便后換药一次。

注意事項　赘皮呈花冠状或环状的只能作部分切除，如全部切除，在收口后因疤痕收縮，可能引起肛門狹窄，或肛裂。

肛漏挂线法

适应証　实証的一些肛漏，或虛証肛漏經內服药調理后，身体一般健康者。

禁忌証

1. 肛漏有急性复发，再形成腋肿时。

2. 肛門周围有皮肤病，或痈、癣时。

3. 有直腸癌瘤的患者。

4. 有严重的肺結核，或身体极度虛弱者。

器材准备　消毒头状銀絲，銀絲挂子，剪刀，鑷子，10毫升注射器，18号針头，骨签，一尺长絲綫二根，橡皮筋二根。

术前准备　同前。

操作方法

1. 常規皮肤消毒。

2. 注射1—2%普魯卡因溶液，局部浸潤麻醉。

3. 用球头銀絲由漏管外口探入管道，找寻內口，待探得內口后，用銀絲挂子（或用食指）插入肛內，将球头銀絲从肛內拉出，此时球头銀絲一端在外口，一端已穿通內口，露在肛門外。

4. 用絲綫一根，做成双套結，系在球头銀絲的球头上，另一端系在橡皮筋的一端，将橡皮筋的一端从內口拉出外口，此时橡皮筋的一端在內口，一端在外口，用一个指头将两端向一个方向拉紧。

5. 用絲綫在紧靠漏管外口处将橡皮筋結扎固定。

6. 术毕涂以紅油膏，外盖紗布，胶布固定。

7. 以后每日大便后換葯一次，一般約5—7天挂开，挂开后改用生肌散收口。

肛裂扩创术

适应証　老肛裂伴有贅皮外痔的，以及用腐蝕法不易治

愈的。

器材准备　消毒血管鉗、骨签、剪刀、10毫升注射器，18号針头。

术前准备　同前。

操作方法

1. 常規消毒。

2. 局麻，用1—2%普魯卡因。

3. 用剪刀将截石位6点处裂口的两边变硬的組織剪去。如有小外痔也同时剪去。使創口呈"V"形开放。要求将創口开得大些，深些（达到括約肌外环处）則效果好并不易复发。

4. 截石位12点处裂口，用手术剪沿裂口作一垂直切口（若有贅皮亦同时除去），沿裂口边緣修剪呈"V"形开放。

5. 創面出血用指压法止血，或用肾上腺素棉球压迫止血。

6. 术毕用三宝丹少許敷創面，并用棉球捻成枣核形嵌入伤口，紗布盖貼，胶布固定。

7. 每日大便后換葯一次，待新肉生长时改用生肌散、白玉生肌膏收口。

注意事項　如为多发性肛裂，或6、12点同时存在的肛裂，切口作6点外肛裂，因肛裂扩創术可增加肛門周长，使排便通暢，不再損伤肛緣，从而其余肛裂亦可达到愈合。

第三节　中医药歌选

問　診　歌

一問寒热二問汗，
三問头身四問便，
五問飲食六問胸，
七聋八渴俱当辨，
九問旧病十問因，
更兼服药参机变，
妇女必問經带产，
小儿麻疹全占驗。

十六种常見病脉歌

一、浮脉类

(一) 浮脉主表，　属腑属阳，
輕手一診，　形象彰彰。
外感风寒，　脉多浮紧；
浮数脉見，　风热表証。
(二) 洪脉浮大，　主热主火。
有力实火；　无力虛火。
(三) 弦脉輕按，　紧似弓弦，
肝郁气滞，　痛痰飲痰。
(四) 濡即軟脉，　浮而細軟，
气虛湿病，　此脉多見。
脉濡而緩，　风湿胃寒；
脉見弱軟，　吐泻属寒；
痰湿夹杂，　脉多滑軟。
(五) 虛脉主虛，　浮而无力，
此脉多見，　气虛血虛。
血虛头痛，　脉多涩虛；
血枯經閉，　脉多弱虛；
脾胃气虛，　虛弱或細。
(六) 微較濡证，　极軟极細，
若有若无，　似将絕迹。
久病危証，　气血大虛，
崩中带下，　諸虛劳极。

二、沉脉类

(一) 沉脉主里，　属脏属阴，
輕取不得，　重按始应。
沉而有力，　属里实証；
沉而无力，　多里虛証。

寒凝經閉，　脉多沉紧；
肾虚喘咳，　脉多細沉。
(二) 弱脉似棉，　沉小无力，
久病阳衰，　气血不足。
(三) 細脉直軟，　状如絲綫，
气血衰微，　此脉多見。
細弱气虚，　崩漏經閉；
阴虚发热，　脉多数細。
(四) 实脉主实，　三候有力。
食积呕吐，　热性便秘。

三、迟脉类

(一) 迟脉主寒，　脉来迟緩，
一呼一吸，　二三至間。
有力冷病，　无力虚寒。
浮迟表寒，　沉迟里寒。
(二) 緩脉无病，　是有胃气，
来去和緩，　一息四至。
兼見他脉，　才有病疾。
浮緩为风，　沉緩为湿；
緩滑痰滯，　緩弱气虚。
(三) 涩脉細沉，　来不流利，
血少津伤，　气滯血瘀。

四、数脉类

(一) 数脉主热，　脉来較快，
一呼一吸，　五至以外。
有力实热，　无力虚热；
数而洪大，　是为高热；
数而細軟，　阴虚发热；
脉数而弦，　肝胆火热。
(二) 滑脉来去，　圓滑流利，
痰食証見，　妊娠亦是。
(三) 紧脉有力，　轉索切繩，
此脉多見，　寒証痛証。
表寒浮紧；　里寒沉紧。

常用中药三百味药性歌

(一) 解表药

1. 辛温解表药

麻黄微苦，发汗解表，
止咳平喘，消肿利尿。
桂枝味甘，发表解肌，
温通經脉，行阳化气。
苏叶行气，解表散寒；
苏梗理气，安胎寬滿。
荆芥发表，祛风解痉，
鎮痛清热；止血炒用。
防风散寒，胜湿祛风，
解痉止痛，发汗力逊。
白芷发表，祛风止痛，
活血排脓，疮瘍消肿。
羌活味苦，发表鎮痛；

风湿痹证，独活同用。
藁本祛风，散寒除湿，
头风巅痛，此药善治。
细辛发表，长于散寒，
治头身痛，鼻咳祛痰。
生姜微温，发表散寒，
温中止呕，治咳祛痰。
葱白发汗，解表散寒；
通阳温中，姜附并用。

2.辛凉解表药

薄荷清凉，散热疏风，
能清头目，利咽透疹。
牛蒡辛平，风热可疏，
利咽散结，透疹解毒。
蝉衣甘寒，清热除风，
消退目翳，透疹解痉。
桑叶苦寒，风热能除，
凉血养肝，止呕明目。
菊花甘苦，养肝明目，
疏散风热，解疔疮毒。
荆芥平平，清利头目，
发散风热，头风可除。
豆豉苦寒，清热除烦；
葱豉同用，轻剂发汗。
葛根辛平，发表解肌，
升阳透疹，生津止痢。
柴胡苦平，解表和里，
清热升阳，疏肝解郁。
升麻甘平，发表透疹，
提举下陷，清阳上升。

（二）泻下药

1.攻下药

大黄苦寒，攻积导滞，
泄热止血，通经行瘀。
芒硝咸寒，清热通便，
泻下积滞，润燥软坚。
番泻叶苦，下泻便通。
芦荟泻下，清热杀虫。

2.润下药

大麻仁甘，润燥通便，
滋养补虚，泻下缓慢。
郁李仁苦，滑肠润燥；
配伍薏仁，退肿利尿。
蜂蜜甘平，补中滋养，
润肺止咳，解毒滑肠。

3.峻下逐水药

牵牛子毒，攻逐水饮，
泻下利尿，杀灭蛔虫。
甘遂有毒，逐饮泻水，
消肿破结，能攻腹水。
大戟芫花，性毒寒苦，
泻水逐饮，疔疮解毒。
巴豆毒热，峻泻通塞，

攻积破癥，消除腹水。

（三）清热药

1.清热泻火药

石膏大寒，清热泻火，
解渴除煩，外用收敛。
知母苦寒，清热滋阴，
潤燥止咳，治消渴証。
梔子苦寒，清热降火，
用治疱淋，利尿止血。
竹叶淡寒，除煩清热，
蓮心苦寒，擅清心热。
芦根甘寒，热清煩除，
生津止渴，解河豚毒。
夏枯草寒，明目清肝，
可治瘰症，肝火目眩。
决明子苦，清肝明目；
青箱子同，退翳常用。
密蒙花甘，明目退翳；
肝經风热，服之效速。
熊胆苦寒，清热止痙，
解毒疗疮，翳退目明。

2.清热凉血药

犀角咸寒，定惊治癇，
清热解毒，凉血除煩，
牛黄苦凉，清热熄风，
开窍豁痰，解毒定惊。
生地苦寒，清热养阴；
凉血生津，滋补肝肾。
元参咸寒，养阴生津，
泻火解毒，利咽消肿。
丹皮苦辛，血分热清，
凉血活血，行瘀通經。
赤芍苦寒，活血通經，
清热凉血，消肿止痛。
地骨皮寒，泻火清热，
凉血滋阴，亦除虛热。
银柴胡寒，凉血清热，
骨蒸劳热，小儿疳热。
絲瓜甘寒，清热凉血；
用絲瓜絡，通經活絡。

3.清热燥湿药

黄连味苦，清热燥湿，
凉血解毒，清心止痢。
黄芩苦寒，能清湿热，
泻火解毒，止血安胎。
黄柏同前，燥湿清热，
泻火解毒，除骨蒸热。
龙胆草寒，清热燥湿，
定惊泻火，肝胆热祛。
苦参性寒，利尿除湿，
清热泻火，治疥止痢。
胡黄连苦，消疳解毒，
燥湿清热，骨蒸亦除。
秦皮苦涩，清热燥湿，
明目清肝，可止泻痢。

4.清热解毒药

银花甘寒，清热解毒，
宣散风热，连翘配伍。
连翘苦寒，能祛热邪，
泻火解毒，消肿散结。
紫花地丁，清热解毒，
疔痈疔疮，麻疹热毒。
蒲公英寒，治痈消肿，
解毒清热，目火可平。
败酱草苦，善治肠痈，
破瘀活血，解毒排脓。
白头翁寒，清热止痢，
热痢毒疔，服之效奇。
马齿苋寒，清热解毒，
散血消肿，治痢效著。
鸦胆子苦，泻火解毒，
止痢治瘧，瘊瘤可涂。
白癣皮寒，清热燥湿，
疮瘍风毒，湿热可祛。
马勃辛平，利咽解毒，
外用止血，研末涂敷。
射干苦寒，降气化痰，
解毒清热，咽肿消散。

5.清热解暑药

香薷辛温，利水消肿，
祛暑发表，煎汤冷饮。
青蒿苦寒，解毒清热，
瘧疾寒热，骨蒸劳热。
扁豆甘温，化湿补中，
生用消暑，健脾炒用。
绿豆甘寒，清热解毒，
除煩止渴，夏令消暑。
西瓜甘寒，解热除煩，
止渴利尿，翠衣依然。

（四）芳香化湿药

藿香辛温，止呕和中，
芳香化湿，功能醒脾。
佩兰辛平，芳香化湿，
脾瘅口甘，此药首治。
苍术辛烈，发表胜湿，
养肝明目，化浊健脾。
厚朴辛温，行气化湿，
寬滿平喘，下气降逆。
砂仁温涩，醒脾和胃，
行气调中，收敛止泻。
白豆蔻温，降逆温中，
止呕化湿，壳花力逊。

（五）利水渗湿药

茯苓甘平，健脾补中，
利水渗湿，宁心安神。
茯苓皮平，利水退肿。
安神宁心，惯用**茯神**。
猪苓甘平，利尿通淋，
除湿消肿，效胜云苓。

泽泻甘寒，利水退肿，
逐饮渗湿，止泻通淋。
车前子寒，清热利尿，
明目止泻，淋証效好。
茵陈蒿苦，除湿退黄，
阳黄阴黄，配伍两样。
滑石甘寒，清热消暑，
利水通淋，外湿亦除。
薏苡仁淡，除湿止痛，
緩急补脾，清热排脓。
冬瓜子寒，浊带多用，
清热除湿，消痈排脓。
防己大苦，利尿退肿，
祛除风湿，清热止痛。
木通苦寒，降火利水，
除湿导滞，宣通血脉。
通脱木淡，湿热可除，
利尿退肿，亦能催乳。
瞿麦苦寒，**扁蓄**苦平，
清热凉血，利水通淋。
萆薢苦平，治风湿痛，
分清去浊，利尿除淋。
金钱草平，利水通淋，
善治結石，清热消肿。
赤小豆甘，退肿利尿，
解毒排脓，外涂研末。

（六）祛风湿药

独活辛温，胜湿祛风，
发表止痛，羌活并用。
五加皮辛，除湿散风，
强壮筋骨，滋补肝肾。
木瓜酸温，去湿舒筋，
止吐治泻，霍乱轉筋。
藁艽苦辛，祛风湿痛。
能退虛热，治劳骨蒸。
威灵仙温，除风湿痛，
骨骾补温，行血补肾。
续断苦温，肝肾均补，
安胎止漏，强壮筋骨。
狗脊苦甘，温补肝肾，
祛风胜湿，治腰膝痛。
桑枝苦平，胜湿祛风，
通利关节，活絡止痛。
桑寄生苦，除湿强骨，
安胎止漏，肝肾两补。
虎骨辛温，祛风定痛，
强壮筋骨，惊癎可鎮。
白花蛇毒，祛风湿痹，
麻木惊癎，酒浸能医。

（七）温里药

附子热毒，回阳温中，
散寒祛湿，壯阳止痛。
干姜辛热，散寒止咳，
温中止泻，炒用止血。
肉桂甘热，补阳温中，
助长血气，散寒鎮痛。
吳茱萸辛，温中散寒，
止呕制酸，鎮痛疗疝。

川椒辛溫，溫中止痛，
蛔厥冷痛，驅蛔杀虫。
丁香溫辛，暖胃降逆；
胃寒吐泻，服后可止。
高良姜热，溫胃散寒，
止痛止呕，噎嗝即安。
大小茴香，性味辛溫，
开胃进食，散寒止痛。

（八）芳香开窍药

麝香辛溫，开窍醒神，
通經活絡，消肿鎮痛。
冰片辛凉，內服窍开；
外用防腐，止痛清热。
苏合香溫，醒脑开窍，
中风惊厥，惊癎可疗。
菖蒲溫辛，开窍行气，
化痰燥湿，可入煎剂。

（九）安神养心药

朱砂甘寒，安神鎮心，
外用解毒，丸衣防腐。
磁石辛寒，鎮惊安神，
潛阳納气，平肝养腎。
琥珀甘平，平肝安神，
活血祛瘀，利水通淋。
龙骨平甘，安神鎮惊，
平肝潛阳，敛汗涩精。
牡蛎咸寒，潛阳滋阴，
軟坚散結，止汗固精。
酸枣仁平，宁心安神，
养肝补脾，敛汗生津。
柏子仁甘，养心安神，
益气潤燥，腸滑便通。
远志苦溫，安神益智，
利窍祛痰，消肿散郁。
合欢花平，解郁安神；
皮能活血，消癰止痛。
夜交藤甘，养心和肝，
主治多梦，虛煩不眠。

（十）平肝熄风药

羚羊角寒，平肝熄风，
潛热解毒，惊癎可定。
珙璃甘寒，鎮心平肝，
热清毒解，急惊风安。
石决明咸，平肝潛阳，
清热明目，常疗盲障。
天麻甘平，熄风止痙，
治头眩痛，中风遺証。
勾藤甘寒，清热解痙，
熄风平肝，天麻同用。
蚯蚓咸寒，解痙鎮惊，
清热利尿，活絡通經。
僵蚕辛平，清热止痛，
治疗惊风，瘰症皮疹。
全蝎甘辛，性平有毒，
熄风止痙，疗疮肿毒。
蜈蚣溫毒，止痙除攣，

外治疮毒，瘰症溃烂。
代赭石寒，潜阳平肝，
止吐止血，降逆平喘。

（十一）理气药

陈皮苦温，习用理气，
兼补脾胃，化痰燥湿。
青皮苦辛，疏肝行气，
散結止痛，健胃化滞。
大腹皮温，下气宽中，
利水渗湿，消胀退肿。
枳实辛平，气行积散，
痞消痛止，**枳壳**力緩。
香附辛甘，理气散滞，
調經止痛，舒肝解郁。
木香辛温，行气止痛，
健胃舒肝，消胀助运。
乌药温辛，产地台衢，
行气止痛，台乌为胜。
沉香辛温，行气止痛，
降气开郁，喘滿可平。
檀香性同，理气止痛，
散寒解郁，痞痛多用。
香橼辛酸，理气舒肝，
行滞解郁，助运消痰。
甘松甘温，开郁解滞，
理气止痛，芳香醒脾。
薤白辛滑，散結行气，
善治胸痹，止痛治痢。
川楝子苦，理气止痛；
治疗头癣，亦能杀虫。
荔枝核温，行气止痛。
柿蒂涩平，呃逆常用。

（十二）理血药

1.止血药

参三七温，止血定痛，
行瘀消肿，内外均用。
仙鹤草凉，强心止血。
藕节平涩，收敛止血。
白茅苦涩，收敛止血，
补肌生肌，調治皲裂。
大小蓟凉，清热凉血，
疗出血証，吐血尿血。
地榆苦寒，凉血止血，
外用敛火，烧伤用多。
槐实寒苦，治内外痔，
凉血止血，目疾可医。
槐花性同，止血力强，
各証出血，便血效良。
侧柏叶涩，收敛止血，
热証出血，清热凉血。
茅根甘寒，清热利尿，
凉血止血，热淋可疗。
艾叶苦辛，温經止痛，
崩漏止血，灸料为君。
棕榈苦平，收涩止血。
人发煅炭，血余止血。

2.活血祛瘀药

川芎辛温，活血通經，
祛风止痛，妇科常用。
乳香没药，前温后平，
活血祛瘀，定痛排脓。
郁金辛寒，活血止痛，
行气解郁，神志可清。
片姜黄温，活血行气，
破瘀通經，风痹痛止。
三棱莪术，前寒后温，
活血祛瘀，行气止痛。
丹参苦寒，調經止痛，
祛瘀活血，消散痈肿。
益母草寒，活血調經；
茺蔚子甘，明目凉肝。
红花辛温，活血通經，
創伤痈肿，祛瘀止痛。
桃仁苦平，破血行瘀；
潤燥滑腸，可治便秘。
元胡辛温，活血利气，
止痛調經，痛經效奇。
蒲黄甘平，炒用止血；
生用利水，消瘀行血。
五灵脂腥，散瘀止痛，
温通血脉，孕妇慎用。
牛膝苦平，活血通經，
治腰膝疼，补益肝腎。
穿山甲咸，活絡通經，
能下乳汁，消肿排脓。
王不留行，性味苦平，
調經催产，下乳消肿。
水蛭蕙虫，均有毒性，
破血逐瘀，消癥通經。
花蕊石涩，化瘀止血。
降香定痛，祛瘀止血。

(十三)补益药

1.补气药

人參甘温，大补元气，
益气生津，宁神益智。
党參甘平，益气补中，
代替人參，力弱功同。
孩儿參温，益气补脾，
气血不足，病后調理。
黄芪甘温，补气升阳，
固表利尿，排脓托疮。
山药性同，益气健脾，
滋补腎虚，消渴可治。
白朮苦温，利水消痰，
健脾燥湿，固表止汗。
甘草性平，解毒泻火，
止咳补脾，調和諸药；
泻火生用，炙草温中。
甘草梢治，阴茎中痛。
飴糖甘温，补虚健胃，
緩急止痛，潤肺止咳。
黄精甘平，补脾潤肺。
大枣甘温，补益脾胃。

2.补阳药

鹿茸甘温，补督暖肾，
强筋健骨，补髓生精。
鹿角代茸，效弱价廉；
外治疮肿，气弱虚寒。
鹿角胶温，补阳止血。
鹿角霜同，较角力弱。
海狗肾热，暖肾壮阳，
益精补髓，治萎劳伤。
蛤蚧咸平，补肺益肾，
定喘止咳，医虚劳証。
人胞咸温，养血益精，
益气补虚，疗诸劳损。
冬虫夏草，性味温甘，
滋肺补肾，止血化痰。
肉苁蓉甘，品分淡咸，
补肾壮阳，润肠通便。
巴戟天辛，壮阳补肾，
强健筋骨，宜于萎証。
补骨脂温，壮阳补肾，
锁阳多治，肾虚萎病。
胡桃肉甘，敛肺定喘，
补肾健骨，润肠通便。
益智仁辛，涩精缩溺，
温脾止泻，摄治涎多。
鲍庶子苦，助阳温肾；
外用燥湿，栓杀滴虫。
杜仲甘温，滋补肝肾，
强筋安胎，高血压平。
菟丝子辛，养肝补肾，
助阳止泻，明目益精。
沙蒺藜温，补肾滋阴，
益精明目；白(蒺藜)医癞风。

3.补血药

熟地甘温，补血常用，
填髓生精，滋补肾阴。
何首乌涩，制益精血，
滋补肝肾；生治疮瘰
当归性温，补血调经，
活血止痛，肠润便通。
白芍苦平，养血敛阴，
柔肝平肝，缓急止痛。
阿胶甘平，补血止血，
滋阴润燥，治肺燥咳。
枸杞子甘，平补肝肾，
润肺益气，明目生精。
桑椹子寒，补血滋阴；
血虚便燥，亦能滋润。

4.补阴药

沙参淡寒，南较北逊，
润肺止咳，养阴生津。
西洋参凉，养胃生津，
补肺清热，可代**人参**。
天冬麦冬，甘味寒性，
养阴清热，润肺滋肾。
石斛淡寒，滋阴生津，

滋养胃阴，疗热伤津。
玉竹甘寒，又名葳蕤。
养阴润燥，止渴生津。
女贞子凉，益肝滋肾，
乌须明目，别名冬青(子)。
龟板咸平，潜阳滋阴，
益肾健骨，止带漏崩。
鳖甲性同，滋阴潜阳，
散结消痞，虚热可尝。

(十四)消导药

莱菔子平，行滞消食，
和胃宽胸，祛痰降气。
山楂酸甘，消肉食积；
产后恶露，可散瘀滞。
神曲甘温，麦芽咸平，
谷芽甘平，消食和中。
鸡内金平，消食化积，
健补脾胃，遗尿可止。

(十五)止咳化痰药

1.温化寒痰药

半夏辛毒，止呕和胃，
燥湿祛痰，消痞散结。
南星大毒，化痰祛风，
解除痉挛，消肿定痛。
白芥子辛，利气豁痰，
散结止痛，暖中除寒。
旋复花咸，行水消痰，
降气止呕，喘咳可安。
白前辛甘，降气下痰，
肺气壅塞，止嗽效验。

2.清化热痰药

前胡苦寒，祛痰下气，
宣散风热，肺郁咳止。
瓜蒌皮甘，清热化痰，
开胸散结，**仁**可通便。
瓜蒌之根，名**天花粉**，
清热生津，解毒消肿。
贝母苦寒，产地浙川，
清热散结，止咳化痰。
葶苈子寒，祛痰定喘，
泻肺行水，结胸可安。
天竹黄寒，清热豁痰，
凉心定惊，痰闭能宣。
竹茹生寒，清热止呕。
竹沥滑痰，鎮惊透络。
胖大海淡，肺气开宣，
清除肺热，滑肠通便。
海蛤壳平，清热化痰，
消瘿散结，疮疡外敛。
昆布消痰，散结软坚。
海藻泻热，软坚消痰。
桔梗苦平，开提胃气，
祛痰排脓，可治里急。

3.止咳平喘药

苦甜杏仁，前温后平，
止咳平喘，腸潤便通。
苏子辛溫，平喘止咳，
下气消痰，寬腸利膈。
款冬花辛，止咳下气。
紫菀辛溫，咳嗽可治。
马斗令寒，清肺降气，
止咳平喘，疗湯热痔。
枇杷叶苦，清肺止咳，
和胃降气，可医呕哕。
百部甘苦，止咳潤肺；
水煎酒浸，杀虫灭虱。
桑白皮寒，肺热可泻。
平喘降逆，水利肿退。

(十六)收涩药

山茱萸酸，补肾溫肝，
收斂固脫，澀精止汗。
赤石脂涩，**禹余粮**僭，
久泻崩漏，止泻止血。
乌梅酸平，涩腸止泻，
斂肺止咳，生津安蛔。
肉豆蔻溫，收斂固涩，
溫中行气，緩痛止泻。
五味子酸，补肺滋肾，
涩精止泻，斂汗生津。
乌贼骨咸，崩漏止血，
固精止带，胃酸能制。
芡实甘涩，止泻补脾，
固腎涩精，治浊除湿。
莲子涩甘，固腸补脾，
养心益腎；收涩用蕊。
桑螵蛸咸，补腎固精。
常治精泄，遺尿便頻。
金樱子酸，益腎涩精。
用于带下，腎虛溺頻。
五倍子酸，涩腸止泻；
制百药煎，止咳止血。
罂粟壳平，斂肺涩腸。
刺蝟皮苦，治痔专长。
麻黃根甘，**浮小麥**寒，
二药配伍，功专止汗。
明矾酸寒，燥湿收斂，
止血止泻，解毒祛痰。
(外用**枯矾**)

(十七)驱虫药

使君子甘，驅蛔功专。
苦楝根皮，杀蛔效实(有毒)。
鶴虱苦平，杀蛔蛲虫；
天名精子，能灭纔虫。
(有小毒)
芜荑苦辛，驅蛔纔虫。
雷丸杀虫，主驅纔虫。
(有小毒)
槟榔辛溫，善杀纔虫，
泻下清腸，治脚气痛。

（又名玉片）
南瓜子湿，杀灭绦虫，
　蛔血吸虫，毫无毒性。
榧子涩平，杀绦缓泻。
石榴根皮，杀虫收涩。（有毒）
大蒜辛湿，外治疮痈，
　内疗痢疾，解毒杀虫。

（十八）涌吐药

藜芦毒寒，涌吐风痰；
　外用杀虫，治疗疥癣。
瓜蒂小毒，**食盐**咸寒，
　涌吐宿食，毒物痰涎。
胆矾涩毒，涌吐风痰；
　外治牙疳，风眼赤烂。
常山小毒，截疟涌吐。
　体虚涌吐，宜**人参芦**。

（十九）外用药

硫黄湿毒，散痈杀虫；
　补火助阳，冷秘服用。
雄黄有毒，解毒疗疮，
　亦可杀虫，治蛇咬伤。
水银寒毒，杀虫攻毒。
铅丹辛毒，收敛攻毒。
轻粉燥毒，杀虫攻毒；
　逐水通便，亦可内服。
樟脑辛毒，通窍醒脑；
　湿散止痛，瘀肿能疗。
硼砂咸凉，清热解毒，
　治目咽疾，尚能防腐。
炉甘石平，明目去翳，
　疮疡解毒，敛湿生肌。
蟾酥温毒，解毒散肿，
　止痛通窍，用治神昏。
轻儿茶涩，清热收湿，
　生肌敛疮，疳疮可医。
血竭咸平，敛疮生肌，
　行瘀止痛，伤口可愈。
川楝皮平，清热杀虫，
　止痒治疥，皮癣多用。

附：（仅供参考）

1.十八反歌

本草明言十八反，
　半、蔹、贝、蔹、芨攻乌，
　藻、戟、遂、芫俱战草，
　诸参、辛、芍反藜芦。

2.十九畏歌

硫黄原是火中精，朴硝一见便相寻；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

金鬼；牙硝难合京三棱；川乌、草乌不顺厚；人参最怕五灵脂；官桂善能调冷气，若逢石脂便相欺。

3.妊娠服药禁忌歌

蚖斑水蛭及蝱虫，乌头附子配天雄，野葛水银并巴豆，牛膝薏苡与螵蛸，三棱芜花代赭麝，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，硇砂干漆蟹爪甲，地胆茅根与蘘虫。

常用方剂二百首歌

一、解表剂

（一）辛温解表

麻黄汤

麻黄汤中用桂枝　杏仁甘草四般施
发热恶寒头项痛　伤寒服此汗淋漓

大麻桂汤

大麻桂用桂麻黄　杏草石膏姜枣藏
太阳无汗兼烦燥　热清表解此为良

九味羌活汤

九味羌活用防风　细辛苍芷与川芎
黄芩生地姜葱草　加减临时在变通

桂枝汤

桂枝汤治太阳风　芍药甘草姜枣同
桂麻相合名各半　太阳如痹此为功

（二）辛凉解表

麻黄杏仁甘草石膏汤

伤寒麻杏石甘汤　四药组成法度良
辛凉疏泄能清肺　定喘除烦效力彰

银翘散

银翘散主上焦病　竹叶荆牛豉薄荷
甘桔蔻根凉解法　轻宣温热煮无过

桑菊饮

桑菊饮中桔梗翘　杏仁甘草薄荷饶
蔻根为饮轻清剂　热盛阳明入母膏

（三）滋阴解表

加减葳蕤汤

加减葳蕤用白薇　豆豉生葱桔梗随
草枣薄荷八味共　滋阴发汗最相宜

（四）助阳解表

麻黄细辛附子汤

麻黄附子细辛汤　发表温经两法彰
若非表里相兼治　少阴反热岂能康

再造散

再造散用参芪甘　桂附羌防芎芍参
细辛煨姜加大枣　阳虚无汗法当酣

（五）补气解表

人参败毒散

人参败毒草苓芎　羌独柴前枳桔同
瘟疫伤寒禁口痢　驱邪扶正有奇功

参苏饮

参苏饮内用陈皮　枳壳前胡半夏宜
干葛木香甘桔茯　气虚外感此方施

（六）养血解表

葱白七味饮

外台葱白七味饮　新豉生姜干葛根
麦冬生地干扬水　血虚外感验方珍

（七）理气解表

香苏散

香苏散内用陈皮　香附紫苏二药随
甘草和中兼补正　风寒气滞此方宜

（八）化饮解表

小麻桂汤

小小麻桂最有功　风寒束表饮停胸
细辛半夏甘和味　姜桂麻黄芍药同

（九）透疹解表

升麻葛根汤

透疹升麻葛根汤　芍药更加甘草尝
麻疹初期出不透　解肌透疹效力彰

竹叶柳蒡汤

竹叶柳蒡干葛知　蝉衣荆芥薄荷可
石膏粳米参甘麦　初起风疹此过施

二、涌吐剂

（一）实证吐法

瓜蒂散

瓜蒂散中赤小豆　香豉和调酸苦凑
宿食痰涎填上脘　逐邪涌吐功能奏

（二）虚证吐法

参芦饮

参芦饮是丹溪方　仿瓢新加效更彰
虚弱之人痰壅盛　此方吐后自康强

三、泻下剂

（一）寒下法

大承气汤

大承气内用芒硝　枳实大黄厚朴饶
救阴泻热功偏擅　急下阳明有数条

小承气汤

小承气汤朴实黄　谵狂痞硬上焦强
益以羌活名三化　中风闭实可消详

调胃承气汤

调胃承气硝黄草　甘缓微和将胃保
不用朴实伤上焦　中焦燥实服之好

木香槟榔丸

木香槟榔青陈皮　枳柏黄连莪术随
大黄黑丑兼香附　滴水为丸量服之
一切食积能推荡　泻痢食癥用咸宜

大陷胸湯

大陷胸湯治結胸　心間硬痛便难通
伤寒下早邪传里　大黃芒硝甘遂从

十　枣　湯

十枣湯攻水結邪　緩横上下証多乖
芫花戟遂肥紅枣　审病投方事必諧

舟　車　丸

舟車牵牛及大黃　遂戟芫花又木香
青皮更与橘皮入　燥实阳水却相当

（二）温　　下

大黃附子湯

大黃附子伤寒方　胁下寒凝痛莫当
共合細辛三种药　功专温下妙非常

溫　脾　湯

溫脾附子与干姜　甘草人参及大黃
寒热并行治寒积　溫通并用妙非常

三物备急丸

三物备急丸最猛　大黃巴豆干姜勇
食停腸胃胀难消　冷热諸邪此方統

（三）润　　下

麻子仁丸

丸名麻子治脾約　朴枳大黃麻杏芍
土燥津亡便难出　通幽养液蜜丸嚼

济　川　煎

济川归膝肉蓯蓉　泽泻升麻枳壳从
便結病盛难下夺　用通于补法堪宗

（四）攻补兼施

黃　通　湯

黃通湯即大承气　加入参归甘結比
姜枣共煎十味同　攻补兼施法堪味

增液承气湯

增液承气参地冬　硝黃加入孔般同
热結津亏大便秘　煎飲能收潤下功

（五）外　　导

煎导法　猪胆煎导法

蜜煎导法通大便　或将胆汁灌肛中
不欲苦寒伤胃府　阳明无热勿輕攻

四、和解剂

（一）和解少阳

小柴胡湯

小柴胡湯和解俶　半夏人参甘草从
更用黃芩加姜枣　少阳百病此为宗

蒿芩清胆湯

蒿芩清胆枳竹茹　茶夏陈皮碧玉人
少阳热重寒輕証　胸痞呕恶总能除

（二）调和肝脾

四　逆　散

四逆散里用柴胡　芍药枳实甘草俱
此是阳邪成厥逆　半阳回逆此方需

逍　遙　散

逍遙散用当归芍　柴苓术草加姜薄
散郁除蒸功最奇　調經八味丹栀着

痛泻要方

痛泻要方陈皮芍　防风白术煎丸酌
补脾泻肝理气机　若作食伤医便错

五、表里双解剂

（一）解表攻里

厚朴七物汤

厚朴七物是复方　桂甘枳朴枣黄姜
腹满发热脉浮数　表里交攻此法良

大柴胡汤

大柴胡汤用大黄　枳实芩夏白芍将
煎加姜枣表兼里　妙法内攻并外攘

防风通圣散

防风通圣大黄硝　荆芥麻黄栀芩翘
甘桔芍归荷滑石　薄荷芩术力偏饶
表里交攻阳热盛　外科瘰毒总能消

（二）解表清理

葛根黄芩黄连汤

葛根黄芩黄连汤　甘草四般治二阳
解表清理兼和胃　喘汗自利保安康

三黄石膏汤

三黄石膏芩柏连　栀子麻黄豆豉全
姜枣细茶煎热服　表里三焦热盛宜

六、清热剂

（一）清气热

石膏汤

石膏汤用生石膏　知甘粳米四般存
热盛津伤宜急服　气虚尚可加人参

竹叶石膏汤

竹叶石膏汤人参　麦冬半夏竹叶灵
甘草粳米煎成剂　暑烦热渴脉虚寻

栀子豉汤

栀豉汤治阳明表　虚烦懊憹此方好
前证兼呕加生姜　若然少气加甘草
又有栀子朴实汤　下后心烦腹满饱
枳实栀豉劳复宜　食复再加大黄討

（二）清营凉血

清营汤

清营汤是鞠通方　舍入心包营血伤
犀角丹元连地麦　银翘竹叶卷心藏

犀角地黄汤

犀角地黄芍药丹　血升胃热火邪干
斑黄阳毒皆堪治　或益柴芩总伐肝

（三）气血两清

清瘟败毒飲

清瘟败毒地连芩　丹石栀甘竹叶寻
犀角玄翘知芍桔　清邪泻毒亦滋阴

（四）清热解毒

黄连解毒汤

黄连解毒汤四味　黄柏黄芩栀子备
躁狂大热呕不眠　吐衄斑黄均可貴

普济消毒飲

普济消毒芩连鼠　玄参甘桔蓝根侶
升柴馬勃连翘陈　僵蚕薄荷为末咀
或加人参及大黄　大头天行效力普

（五）清诸经

泻心汤

泻心汤是仲景方　并用连芩及大黄
热迫血行成吐衄　火平血静自安康

导赤散

导赤生地与木通　草梢竹叶四般攻
口糜淋痛小肠火　引热同归小便中

龙胆泻肝汤

龙胆泻肝栀芩柴　生地车前泽泻偕
木通甘草当归合　肝經湿热力能排

左金丸

右金茱连六一丸　肝經火郁吐吞酸
再加芍药名戊己　热邪泻痢服之安
连附六一治冒痛　寒因热用理宜参

泻黄散

泻黄甘草与防风　石膏栀子藿香充
妙香蜜酒調和服　胃热口疮并見功

清胃散

清胃散用升麻连　当归生地牡丹全
或益石膏平胃热　口疮吐衄及牙宣

甘露飲

甘露二冬二地均　芩枇枳斛与茵陈
合和甘草平胃热　口烂龈糜吐衄珍

泻白散

泻白方医肺火蒸　桑皮地骨降而清
更须甘草和粳米　清热平喘妙入神

黄芩湯

黄芩湯用甘芍并　二阳合利枣加烹
此方遂为治痢祖　后人加味或更名
再加生姜与半夏　下利兼呕此能平
若古芍药尖大枣　归黄香草連桂檳

白头翁湯

白头翁湯治热痢　黄連黄柏秦皮比
性寒味苦入下焦　堅阴止痢称良剂

（六）清虚热方

秦艽鳖甲湯

秦艽鳖甲治虚劳　地骨柴胡更有蒿
当归知母烏梅合　止嗽除蒸斂汗高

七、祛暑剂

（一）祛暑解表

香茹散

三物香茹豆朴先　若云热盛益黄連
或加芩草名五物　更益木瓜六味全
再合参芪陈白朮　又名十味内伤痊

（二）清暑利湿

六一散

六一生甘滑石螢　若兼湿热此堪清
益元碧玉鸡苏散　砂蔻薄荷加之灵
溫清更有干姜入　玉泉須易石膏生

八、治风剂

（一）疏散外风

小續命湯

小續命湯桂附芎　麻黄参芍杏防风

黄芩防己兼甘草　风中諸經此方通

牵正散

口眼喎斜牵正散　阳明风中邪干漫
僵蚕白附全蝎投　酒服二錢功可贊

玉真散

玉真散治破伤风　牙关紧急反张弓
星麻白附羌防芷　外敷内服一方通

川芎茶調散

川芎茶調散荆防　辛芷薄荷甘草羌
目昏鼻塞风攻上　正偏头痛悉安康
方内若加僵蚕菊　菊花茶調用亦臧

活絡丹

活絡丹中用胆星　二乌乳没地龙寻
酒丸酒下能通絡　风血痰涎閉在經

独活寄生湯

独活寄生艽防辛　芎归地芍桂苓均
杜仲牛膝人參草　冷风頑痹屈能伸
若去寄生加茂續　湯名三痹古方珍

羚羊角散

羚羊角散杏苡仁　防独芎归草茯神
五加酸枣木香入　中风子痫可回春

（二）平熄内风

鎮肝熄风湯

鎮肝熄风芍天冬　牛膝麦芽赭石同
玄楝龟茵龙牡草　肝风内动有奇功

羚角鈎藤湯

俞氏羚角鈎藤湯　桑菊茯神鮮地黄
貝草竹茹同芍药　肝风内动急煎尝

地黄飲子

地黄飲子山茱斛　麦味菖蒲远志伏
蓯蓉桂附巴戟天　少入薄荷姜枣服

九、芳香开竅剂

（一）清热开竅

安宫牛黄丸

安宫犀角与牛黄　雄冰芩連梔麝香
郁金朱砂珍珠入　开竅清心效擅长

至宝丹

至宝朱砂麝息香　雄黄犀角与牛黄
金銀二箔兼龙脑　琥珀还同玳瑁良

紫雪丹

紫雪犀羚朱朴硝　硝磁寒水滑和膏
丁沉木麝升玄草　更用赤金法亦超

小儿回春丹

回春丹里二速丹　礞石珠黄蔔半星
貝母辰砂天竺麝　小儿惊搐頓斯平

（二）逐寒开竅

苏合香丸

苏合香丸麝息香　木丁熏陆草檀蕤
犀冰白朮沉呵附　衣用朱砂中恶尝

十、温里剂

（一）回阳救逆

四逆湯

四逆湯中草附姜　三阴厥逆脉沉将

吐利腹疼口不渴　救逆回阳推此方

回阳急救汤

回阳急救用六君　桂附干姜五味群
加麝三厘戒胆汁　三阴寒厥建奇勋

参附汤

参附汤是救急方　补气回阳效力彰
正气大亏阳暴脱　喘汗厥逆可煎尝

温肾汤

温肾汤壮肾中阳　芍药茯苓术附姜
少阴腹痛水寒气　悸眩瞤惕保安康

(二) 温中散寒

理中丸

理中汤主理中乡　甘草人参术黑姜
呕利腹痛阴寒盛　或加附子总扶阳

大建中汤

大建中汤建中阳　蜀椒干姜参饴糖
寒冲皮起有头足　痛不能摸用此攘

吴茱萸汤

吴茱萸汤人参枣　重用生姜温胃好
阳阴寒呕少阴利　厥阴头痛皆能保

四神丸

四神故纸与吴萸　肉蔻除沛五味须
大枣需同姜煮烂　五更肾泻此方医

十一、祛湿剂

(一) 通利水湿

五苓散

五苓散治太阳府　泽泻白术猪茯苓
桂枝化气兼解表　小便通行烦渴清

猪苓汤

猪苓汤内二苓全　泽泻阿胶滑石研
利水育阴兼泻热　溺秘心烦呕渴痊

八正散

八正散木通车前　萹蓄大黄滑石研
草梢瞿麦兼栀子　煎加灯草痛淋蠲

(二) 利湿退肿

五皮饮

五皮饮用五般皮　陈茯姜桑大腹奇
或以五加易桑白　脾虚腹胀此为宜

防己黄芪汤

防己黄芪金匮方　白术甘草枣生姜
此疗风水与皮湿　汗出恶风身重尝

(三) 清热利湿

二妙散

二妙散中苍柏兼　若云三妙膝须添
痿痹足疾堪多服　湿热全除病自痊

茵陈蒿汤

茵陈蒿汤治黄疸　阴阳寒热细推详
阳黄栀子大黄入　阴黄附子与干姜

(四) 温化水湿

平胃散

平胃散是苍术朴　陈皮甘草四般药
除湿散满驱胀瘴　调胃诸方从此扩

藿香正气散

藿香正气腹皮苏　甘桔陈苓术朴俱

夏曲白芷加姜枣　感伤岚瘴并能驱

六　和　汤

六和藿朴杏砂是　半夏木瓜赤茯苓
扁豆人参同甘草　姜枣煎之六气平

苓桂术甘汤

苓桂术甘竭饮剂　崇脾以利膀胱气
饮邪上逆气冲胸　胸胁支满眩晕既

实　脾　饮

实脾苓术与木瓜　甘草木香大腹加
草蔻姜附兼厚朴　脾虚阴水效堪夸

(五)宣散湿邪

羌活胜湿汤

羌活胜湿羌独芎　蔓甘藁本与防风
湿气在表头腰重　发汗升阳有异功

十二、润下剂

(一)轻宣燥邪

桑　杏　汤

桑杏汤方象贝宜　沙参栀豉与梨皮
燥伤气分脉数大　但主辛凉病可医

清燥救肺汤

清燥救肺参草杷　石膏胶杏麦胡麻
经霜收下冬桑叶　解郁滋干效可夸

(二)甘寒滋润

琼　玉　膏

琼玉膏中生地黄　参苓白蜜炼膏尝
肺枯干咳虚劳证　滋阴润肺效倍彰

百合固金汤

百合固金二地贝　玄参贝母桔甘藏
麦冬芍药当归配　喘咳痰红肺气伤

甘草小麦大枣汤

甘草小麦大枣汤　妇人脏燥服之康

地黄饮子

地黄饮子参芪草　二冬二地枇杷斛
泽泻枳壳疏利兼　消渴烦燥此方好

麦門冬汤

麦門冬汤半夏参　枣甘粳米合煎成
咽喉不利因虚火　养胃除烦逆气平

十三、理气剂

(一)行　　气

越　鞠　丸

越鞠通名六郁丸　芎苍曲附并栀餐
食痰湿火分途治　气郁宣通血郁安

加味乌沉汤

加味乌沉汤砂仁　香附木香乌草伦
配入延胡共六味　月经胀痛效如神

半夏厚朴汤

半夏厚朴气方祖　茯苓生姜共紫苏
加枣治同名四七　痰涎呕痛尽能舒

良　附　丸

良附丸中沉木香　青皮更共当归姜
单用良附名亦尔　逐寒止痛效彰彰

天台乌药散

天台乌药楝槟姜　巴豆椿皮茴木香
少腹膀旁寒疝聚　攀腰攀胁痛难当

金铃子散

金铃子散治热痛　胡索金铃酒調送
若属寒性非所宜　怀孕妇人当慎用

启膈散

启膈散用沙丹參　貝蒂荷蒂共郁金
杵头糠与砂仁壳　膈症初期早服灵

（二）降气

旋复代赭湯

旋复代赭用人參　半夏姜川大枣臨
重以鎮逆咸軟痞　痞硬噫气力能禁

橘皮竹茹湯

橘皮竹茹治呕呃　參甘姜枣共煎服
济生方名同金匱　再加苓夏枇杷麦

丁香柿蒂湯

丁香柿蒂人參姜　呃逆因寒中气戕
济生參去仅三味　或加竹橘用皆良

定喘湯

定喘白果与麻黃　款多半夏白皮桑
苏杏黃芩甘草共　肺塞膈热此方良

苏子降气湯

苏子降气橘半归　前胡桂朴草姜依
下虛上盛痰多喘　或入沉香貴合机

十四、理血剂

（一）行血祛瘀

溫經湯

溫經归芍桂萸芎　姜夏丹皮又麦冬
參草扶脾阿益血　調經亦可治崩中

生化湯

产后偏宜生化湯　腹留恶露痛难当
炮姜归草芎桃等　童便还須和酒嘗

柏子仁丸

柏子仁丸熟地黃　牛膝續断泽兰芳
卷柏加之通血脉　血虛經閉服之良

桃核承气湯

桃核承气五般奇　甘草硝黃拜桂枝
热結膀胱小腹胀　如狂蓄血最相宜

复元活血湯

复元活血用柴胡　花粉当归山甲俱
桃仁紅花大黃草　損伤瘀血酒煎祛

七厘散

七厘散是伤科方　血竭紅花冰瞿香
乳沒儿茶朱共末　酒調內服外敷良

（二）止血

四生丸

四生丸用三般叶　側柏艾荷生地协
等分生搗如泥煎　血热妄行吐衄愜

咳血方

咳血方中阿子收　栝蔞海石山栀投
青黛蜜丸口噙化　咳嗽痰血服之瘳

槐花散

槐花散用治腸风　側柏黑荆枳壳充
为末等分米飲下　寬腸凉血逐风功

黃土湯

先便后血黃土湯　阿胶芪附地黃襄
黃芩甘草伏龙肝　脾脏虛衰血失常

胶艾汤

胶艾汤中四物先　阿胶艾叶草同煎
妇人良方草胶艾　胎动能安腹痛痊

十五、补益剂

(一)补气

四君子汤

四君子汤中和义　参术茯苓甘草比
益以夏陈名六君　祛痰补气阳虚餌
除却半夏名异功　或加香砂胃寒使

补中益气汤

补中益气芪术陈　升柴参草当归身
劳倦内伤功独擅　亦治阳虚外感因

参苓白术散

参苓白术扁豆陈　山药甘遂砂薏仁
桔梗上浮兼保肺　枣汤调服益脾神

生脉散

生脉冬味与人参　补气生津保肺阴
少气汗多兼口渴　病危脉絕急煎斟

人参蛤蚧散

宝鉴人参蛤蚧散　咳喘痰血煩热安
桑皮二母杏苓草　若非虚热慎毋餐

(二)补血

四物汤

四物地芎与归芎　血家百病此方通
八珍合入四君子　气血双疗功独崇
再加黄芪与肉桂　十全大补补方雄
人参养荣十全内　更添五味去川芎
陈皮远志加姜枣　气血两虚用有功

当归补血汤

当归补血东垣箋　黄芪一两归二錢
証象阳明煩渴虽　脉大而虚宜此煎

归脾汤

归脾汤用朮参芪　归草茯神远志随
酸枣木香龙眼肉　煎加姜枣益心脾

(三)补阴

地黄丸

六味地黄益肾肝　薯茱丹泽地苓丸
更加知柏成八味　阴虚火旺可煎餐

大补阴丸

大补阴丸治水亏　火炎劳热致虚羸
地黄龟板兼知柏　猪脊脂膏蜜和为

大造丸

河車大造膝蒸蓉　二地天冬杜柏从
五味鎖阳归杞子　眞元虚弱此方宗

补心丹

安神补心柏子仁　二冬归地与三参
桔苓远志朱砂蜜　枣味酸收血自生

安神丸

东垣朱砂安神丸　地草归連药五般
煩乱懊憹神不靜　怔忡不寐悉能安

酸枣汤

酸枣二升先煮汤　茯知二两佐之良
芎甘各一相調剂　服后安然入睡乡

炙甘草汤

炙甘草汤參姜桂　麦冬生地大麻仁

大枣阿胶加酒服　虚劳肺痿效如神

补肺阿胶汤

补肺阿胶马兜铃　鼠粘甘草杏糯停
肺虚火盛人当服　顺气生津嗽咳宁

一贯煎

一贯煎中用地黄　沙参枸子麦冬襄
当归川楝水煎服　肝肾阴虚此最良

（四）补阳

肾气丸

金匮肾气治肾虚　熟地淮药及山萸
丹皮苓泽加桂附　引火归源热下趋
济生加入车牛膝　二便通调肿胀除
若加鹿茸五味子　十补丸子肾阳扶

（五）其他

小建中汤

小建中汤芍药多　桂姜甘草大枣和
更加饴糖补中脏　阳虚劳损痼黄瘦
黄芪建中补不足　表虚身痛效无过
又有当归建中法　产后诸虚属妇科

薯蓣丸

薯蓣丸中用八珍　桔防豆卷枣阿杏
桂姜麦蘅同柴曲　风气虚劳效若神

十六、消导剂

（一）消食化滞

保和丸

保和神曲与山楂　苓夏陈翘蔔子加
炊饼为丸白汤下　亦可方中用麦芽
大安丸内加白术　消中兼补效堪夸

枳实导滞丸

枳实导滞首大黄　芩连曲术茯苓襄
泽泻蒸饼糊丸服　湿热积滞力能攘
若还后重兼气滞　木香导滞加槟榔

枳术丸

枳术丸是消补方　荷叶裹饭为丸良
枳术汤即枳实术　心下水饮力能匡

健脾丸

健脾参苓术草陈　肉蔻香连合砂仁
楂肉山药曲麦炒　消补兼施见奇功

（二）消痞化积

枳实消痞丸

枳实消痞四君全　麦芽夏曲朴姜连
蒸饼糊丸消积满　清熟破积补虚全

鳖甲煎丸

鳖甲煎丸癥母方　䗪虫鼠妇及蜣螂
蜂窠石韦硝黄射　桂朴凌霄丹芍姜
䗪麦柴苓阿半夏　桃仁草芩与参尝

蟾砂散

蟾砂散用大蟾蜍　砂仁纳腹泥封涂
煅红研细橘汤下　气脘得此数服除

十七、祛痰剂

（一）燥湿化痰

二陈汤

二陈汤用夏和陈　益以茯苓甘草臣

利气調中兼去湿　諸般痰飲此为珍

（二）润燥化痰

潤肺飲

潤肺飲中知貝苓　橘冬桔梗草姜呈
地黃生用天花粉　潤燥化痰咳嗽寧

（三）清热化痰

清气化痰丸

清气化痰星夏橘　杏仁枳实栝蔞实
苓苓姜汁为糊丸　气順火消痰自失

小陷胸湯

小陷胸湯連夏蔞　寬胸开結滌痰稠
脉浮滑兮按方痛　不按自疼大陷求

滾痰丸

隐君遺下滾痰方　礞石黃芩及大黃
少佐沉香为引导　頑痰怪症力能匡

（四）祛寒化痰

理中化痰丸

理中化痰用人參　半夏于姜朮茯苓
再入甘草和諸葯　虛寒痰飲此方珍

（五）治风化痰

半夏白朮天麻湯

半夏白朮天麻湯　苓草橘紅大棗姜
痰飲头疼兼眩暈　热盛阴亏切莫尝

（六）开窍豁痰

白金丸

白金丸子治癲狂　心窍痰迷惡血戕
七两郁金川出者　明矾三两合成方

（七）治咳化痰

止咳散

止嗽散中用桔梗　紫菀荆芥百部陈
白前甘草共为末　姜湯調下效如神

三子养亲湯

三子养亲痰盛方　芥苏萊菔共煎湯
大便素实加熟蜜　有寒更可加生姜

十八、固涩剂

（一）敛汗固表

牡蠣散

牡蠣散内用黃芪　浮麦麻黃根最宜
自汗阳虛或盜汗　此方服后显神奇

当归六黃湯

当归六黃治汗出　芪柏芩連生熟地
泻火固表复滋阴　加麻黃根功更异
或云此葯太苦寒　胃弱气虛在所忌

（二）敛肺止咳

五味子湯

五味子湯用橘皮　人參杏子麦冬隨
煎加姜枣和营卫　益气生津敛肺宜

（三）涩肠固脱

桃花湯

桃花湯赤石脂宜　粳米干姜共用之
为涩虛寒少阴利　热邪滯下却难施

养 脏 汤

养脏汤用木香诃　粟壳当归肉蔻和
肉芎桂参甘草共　脱肛久痢服之瘥

益 黄 散

益黄散内用青陈　诃子丁香炙草伦
脾土虚衰成泄泻　和脾调气效堪珍

（四）涩精止遗

金锁固精丸

金锁固精芡莲须　龙骨蒺藜牡蛎需
莲心糊丸盐酒下　涩精秘气滑遗无

桑螵蛸散

桑螵蛸散治便数　参茯龙骨同龟壳
菖蒲远志及当归　补肾宁心健忘却

缩 泉 丸

缩泉治小便数　脬气虚寒失约束
山药乌益智仁　糊丸服后收功速

（五）固崩止带

固 經 丸

固經丸用龟板君　黄柏椿皮香附群
芎芍药酒丸服　漏下崩中色黑殷

椿 树 根 丸

椿树根丸良姜灰　黄柏椿皮白芍随
湿热带下成带下　淋漓腥秽此方推

十九、驱虫剂

烏 梅 丸

乌梅丸用细辛桂　人参附子椒姜继
黄连黄柏及当归　温脏安蚘寒厥剂

理中安蚘湯

理中方内有安蚘　姜朮参苓椒与梅
呕吐胃寒胸膈痛　温扶脾阳去虫灾

肥 儿 丸

肥儿丸内用使君　豆蔻香连曲麦楂
猪胆为丸热水下　疳虫食积尽离身

化 虫 丸

化虫鹤虱及使君　楝榔蕪荑苦楝群
白矾胡粉糊丸服　肠胃诸虫永絕氛

万 应 丸

万应丸中楝丹黄　雷丸为末木沉香
皂角苦楝皮煎水　丸服驱虫化积良

二十、痈疡剂

（一）外疡（内服）

活 命 飲

金鉴活命金銀花　防芷归陈草芎加
贝母天花兼乳没　穿山皂刺酒煎嘉
一切痈疽能溃散　溃后忌服用毋差

五味消毒飲

五味消毒疗諸疔　銀花野菊蒲公英
紫花地丁天葵子　煎加酒服发汗灵

犀 黄 丸

犀黄丸内用麝香　乳香没药与牛黄
乳岩流注腸痈等　正气未虚均可尝

蟾 酥 丸

蟾酥丸用蓮花蕊　麝珠乳没粉川乌
疔毒发背諸疮恶　既可内服又外敷

消瘰丸

消瘰丸用贝牡蠔　解郁化痰并养阴
瘰癧阴亏痰气結　加減临时細酌斟

透脓散

透脓散治毒成脓　服此能成逃溃功
川芎归芪甲片皂　加芷蔹銀效益宏

内补黄芪湯

内补黄芪补益剂　疮瘍溃后内虚理
参苓远志芎芍归　桂朮麦冬甘熟地

阳和湯

阳和湯法解寒凝　外症虛寒色属阴
熟地鹿胶姜炭桂　麻黄白芥草相承

小金丹

小金丹内白胶香　木鱉地龙乳没香
归没五灵草烏墨　流注瘰癧服之良

（二）外疡（外用）

金黄散

外科金黄敷阳毒　止痛消肿实良方
南陈蒼柏姜黄草　白芷天花朴大黄

回阳祛毒膏

回阳祛毒阴毒証　不热不疼不肿高
均姜桂芎星烏芷　研末須将热酒調

紅升丹

紅升丹内有朱雄　水銀白矾火硇同
炼成蜜貯外科用　去腐生肌效最宏

生肌玉紅膏

生肌玉紅膏最善　潰烂諸疮揉最收
归芷蜡輕甘紫草　瓜儿血竭共麻油

錫类散

錫类散治喉咽　冰珠犀黄焰硝錢
青黛象牙并指甲　用以吹喉須細研

（三）内痈方

葦茎湯

葦茎湯方出千金　瓜子桃仁薏仁仁
瘀热肺痈咳吐浊　甘寒清肃上焦灵

大黄牡丹湯

金匱大黄牡丹湯　桃仁瓜子芒硝襄
腸痈初起脉迟緊　尚未成脓服力康

薏苡附子敗醬散

薏苡附子敗醬散　腸痈已溃服宜
腹皮虽急按犹濡　脉数肌肤撫已干

[General Information]
书名=“赤脚医生”教材
作者=
页数=1668
SS号=0
出版日期=
Vss号=82338799