Chijiaoyisheng

SHOUCE

赤脚医生手册

统一书号：14094·36
定　　价：2.70元

赤脚医生手册

延安地区革命委员会卫生局
《赤脚医生手册》编写组

主　　编

邹　进　姚福汉　汪昌业

陕西人民出版社

赤 脚 医 生 手 册

延安地区革命委员会卫生局
《赤脚医生手册》编写组
陕西人民出版社出版
陕西省新华书店发行　陕西省印刷厂印刷
开本 787×1092 1/32　印张 3⅜　插页 1　字数 560,000
1979年7月第1版　1979年7月第1次印刷
印数 1——35,000册
统一书号：14094·36　定价：2.70元

前　言

在伟大领袖和导师毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示指引下，农村卫生革命正在蓬勃发展，合作医疗遍地开花，赤脚医生茁壮成长，一个适合我国农村实际情况的医疗卫生网正在形成。

我们要高举毛主席的伟大红旗，在以华主席为首的党中央领导下，抓纲治国，大干快上，迅猛地发展“农业学大寨”，普及大寨县的群众运动，为社会主义革命和社会主义建设贡献力量。在地委和地区革委会的关怀和领导下，我们请北京第六批支援延安巡回医疗队，编写了这本《赤脚医生手册》初稿，在此基础上，又组织我区部分专业医务人员和赤脚医生进行了多次修改，并且广泛地听取了基层同志的意见，经过将近两年的时间，方始脱稿。

全书分为十七篇。根据“预防为主”的方针和中西医结合的原则，分篇编写了农村卫生、常见急症的救治、战地救护与三防、祖国医学、医学基础知识、传染病、地方病、内科疾病、计划生育、妇产科疾病，以及儿科、外科、眼科、耳鼻喉科、口腔和皮肤科疾病的防治方法。着重编写了农村常见病、多发病和地方病的防治措施，供广大赤脚医生临床实践参考。

本书是集体编写的，主编是邹进、姚福汉、汪昌业同志；编委是王象昌、丛法滋、刘韵溪、李柱国、李荣德、

李树森、李宽海、吴定华、宋更原、周玉芳、周志延、林思慈、姚天樵、姜德清、贾佑民、常江、龚家镇、彭登智同志等。除北京第六批支援延安巡回医疗队和地区有关医疗卫生单位外，中国人民解放军五一三野战医院、陕西省中医研究所、延安大学医学系等单位，给予大力支持和热情帮助，特此表示谢意！

由于我们对马列主义和毛主席著作学习不够，业务技术水平所限，书中可能还有不少缺点和错误，恳切希望广大赤脚医生和读者予以批评指正。

延安地区革命委员会卫生局

一九七七年五月

目　　录

第一篇　农村卫生

第一章　除害灭病……（1）
　第一节　消灭老鼠……（1）
　第二节　消灭蚊子……（4）
　第三节　消灭苍蝇……（5）
　第四节　消灭臭虫……（6）
　第五节　消灭虱子……（7）
　第六节　消灭跳蚤……（8）
　第七节　消灭白蛉……（8）
第二章　两管五改……（9）
　第一节　饮水卫生……（9）
　第二节　粪便、垃圾的处理……（13）
　第三节　牲畜圈与家禽窝的改良……（14）
　第四节　改善环境卫生与炉灶……（15）
第三章　体育运动与卫生……（15）

第二篇　常见急症的救治

第一章　意外事故的急救……（19）
　第一节　中　暑……（19）
　第二节　溺　水……（21）

第三节　触　电……（ 22 ）
第四节　心跳骤停的急救……（ 23 ）
第二章　中毒与救治……（ 25 ）
第一节　急性中毒……（ 25 ）
第二节　一氧化碳中毒……（ 27 ）
第三节　砷中毒……（ 28 ）
第四节　酒精中毒……（ 28 ）
第五节　有机磷中毒……（ 29 ）
第六节　其它中毒……（ 31 ）

第三篇　战地救护与“三防”

第一章　战地救护……（ 39 ）
第一节　止　血……（ 40 ）
第二节　包　扎……（ 45 ）
第三节　固　定……（ 55 ）
第四节　寻找、隐蔽、搬运伤员……（ 57 ）
第二章　三防知识……（ 63 ）
第一节　原子武器的防护……（ 63 ）
第二节　化学武器的防护……（ 69 ）
第三节　细菌武器的防护……（ 76 ）

第四篇　祖国医学

第一章　中医基础知识……（ 79 ）
第一节　四　诊……（ 80 ）
第二节　八纲辨证……（ 86 ）
第三节　脏腑辨证……（ 88 ）

第四节　治法（八法）……（96）
第二章　中草药一般知识……（101）
第一节　中草药的性能……（101）
第二节　中草药的加工、炮制与保管……（104）
第三章　针灸疗法……（113）
第一节　经　络……（113）
第二节　孔　穴……（117）
第三节　针法和灸法……（131）
第四节　针灸治疗原则……（135）
第五节　快速针刺疗法……（138）
第六节　耳针疗法……（138）
第七节　水针疗法……（143）
第八节　经穴疗法……（144）
第四章　推拿、按摩与拔罐疗法……（148）
第一节　推拿、按摩的操作方法……（148）
第二节　捏脊疗法……（150）
第三节　拔罐疗法……（152）
第五章　其它疗法……（154）
第一节　穴位割治疗法……（154）
第二节　埋线疗法……（155）
第三节　穴位刺激结扎疗法……（157）
第四节　白降丹划点疗法……（160）

第五篇　医学基础知识

第一章　人体简介……（165）
第一节　人体的组成……（165）

第二节 运动系统……（166）
第三节 呼吸系统……（169）
第四节 循环系统……（173）
第五节 消化系统……（180）
第六节 泌尿系统……（187）
第七节 生殖系统……（190）
第八节 感觉器官……（195）
第九节 神经系统……（198）
第十节 内分泌系统……（203）
第二章 疾病诊断……（205）
第一节 问诊的内容……（205）
第二节 症状鉴别要点……（207）
第三节 体格检查……（208）
第三章 常用药物……（231）
第一节 常用中草药……（231）
一、外感解表药……（231）
二、止咳、定喘、化痰药……（233）
三、清热、泻火 解毒药……（235）
四、补养药……（237）
五、祛寒药……（240）
六、理血药……（241）
七、平肝熄风药……（243）
八、安神药……（244）
九、理气、助消化药……（244）
十、利水渗湿药……（245）
十一、泻下通便药……（246）

十二、固涩收敛药……（247）
第二节　常用化学药品……（248）
一、作用于中枢神经系统的药物……（248）
催眠止惊药……（248）
镇静安定药……（249）
中枢兴奋药……（250）
镇痛药……（251）
解热镇痛及抗风湿药……（252）
二、作用于呼吸系统的药物……（253）
镇咳祛痰药……（253）
止喘药……（254）
三、作用于循环系统的药物……（254）
急救升压药……（254）
降压药……（256）
四、作用于消化系统的药物……（257）
助消化药……（257）
制酸药……（258）
解痉药（抗胆碱药）……（258）
泻　药……（259）
止泻药……（260）
肝脏疾病辅助治疗药……（260）
五、作用于泌尿系统的药物……（261）
利尿药……（261）
六、作用于血液及造血系统的药物……（262）
抗贫血药……（262）
止血药……（263）

七、抗组织胺药……（264）
八、维生素类药物……（265）
九、激素类药物……（266）
促皮质素和肾上腺皮质激素 ……（266）
男性激素 ……（267）
女性激素 ……（268）
脑垂体后叶激素……（268）
十、调节体液、电解质和酸、碱平衡的药物……（269）
十一、磺胺类药物……（271）
十二、抗菌素……（273）
十三、呋喃类药物……（277）
十四、抗结核药物……（277）
十五、抗寄生虫药物……（279）
抗疟药 ……（279）
十六、抗阿米巴药物……（281）
十七、驱肠虫药……（284）
驱蛔虫药 ……（284）
驱钩虫药 ……（285）
驱绦虫药 ……（286）
十八、高渗脱水类药物……（286）
第四章 常见症状……（288）
第一节 发 热……（288）
第二节 头 痛……（293）
第三节 头 晕……（296）
第四节 呕 吐……（298）
第五节 便 秘……（302）

第六节　小儿惊厥……（303）
第七节　小儿哭闹……（307）
第八节　昏　迷……（307）
第九节　休　克……（311）
第十节　咯　血……（316）
第十一节　上消化道出血……（318）
第十二节　黄　疸……（320）
第十三节　急性腹痛……（322）
第十四节　水　肿……（328）

第六篇　传染病

第一章　传染病的预防和报告……（330）
第一节　传染病的预防……（330）
第二节　传染病报告……（333）
第二章　呼吸道传染病……（334）
第一节　麻　疹……（334）
第二节　幼儿急疹……（337）
第三节　水　痘……（338）
第四节　流行性腮腺炎……（339）
第五节　白　喉……（341）
第六节　猩红热……（344）
第七节　流行性脑脊髓膜炎……（345）
第八节　百日咳……（351）
第三章　消化道传染病……（353）
第一节　病毒性肝炎……（353）
第二节　脊髓灰质炎……（360）

第三节 伤 寒……（362）
第四节 细菌性痢疾……（364）
附：小儿中毒型细菌性痢疾……（368）
第五节 阿米巴痢疾……（370）
第四章 虫媒传染病……（371）
第一节 流行性乙型脑炎……（371）
第二节 疟 疾……（375）
第三节 黑热病……（379）
第四节 斑疹伤寒……（380）
第五节 流行性出血热……（381）
第五章 蠕 虫 病……（384）
第一节 肠蛔虫病……（384）
第二节 蛲虫病……（386）
第三节 钩虫病……（387）
第四节 绦虫病……（389）
第五节 包虫病……（390）
第六章 其它传染病……（391）
第一节 布鲁氏菌病（波浪热）……（391）
第二节 狂犬病……（393）
第三节 败血症……（394）
第七章 结 核 病……（395）
第一节 肺结核……（396）
第二节 结核性脑膜炎……（399）
第三节 结核性胸膜炎……（400）
第四节 结核性腹膜炎……（402）
附表1 小儿各型结核病用药

种类、剂量及疗程 …… （403）
附表2　几种传染病的隔离要求 …… （405）
附表3　几种传染病的消毒方法 …… （407）
附表4　预防接种 …… （409）

第七篇　地方病

第一节　克山病 …… （415）
第二节　大骨节病 …… （424）
第三节　地方性甲状腺肿 …… （430）
第四节　克汀病 …… （433）

第八篇　内科疾病

第一章　呼吸系统疾病 …… （435）
第一节　上呼吸道感染 …… （435）
（附：流行性感冒）
第二节　支气管炎 …… （437）
第三节　支气管哮喘 …… （440）
第四节　大叶性肺炎 …… （444）
第五节　肺脓肿 …… （446）
第二章　循环系统疾病 …… （447）
第一节　心脏病的诊断 …… （447）
第二节　心力衰竭 …… （450）
第三节　心律失常 …… （456）
第四节　风湿病 …… （459）
第五节　高血压病 …… （464）
第六节　肺原性心脏病 …… （468）

第七节　冠状动脉硬化性心脏病……（469）
第三章　消化系统疾病……（473）
第一节　急性胃肠炎及细菌性食物中毒……（473）
第二节　慢性胃炎……（474）
第三节　溃疡病……（475）
第四节　胃神经官能症……（480）
第五节　门脉性肝硬变……（481）
第四章　泌尿系统疾病……（484）
第一节　急性肾炎……（484）
第二节　慢性肾炎（附：肾病综合征）……（486）
第三节　泌尿系感染……（491）
第五章　血液系统疾病……（493）
第一节　贫　血……（493）
第二节　紫　癜……（496）
血小板减少性紫癜……（496）
过敏性紫癜……（497）
第三节　白血病……（498）
急性白血病……（499）
慢性白血病……（500）
第六章　内分泌和代谢疾病……（501）
第一节　甲状腺机能亢进……（501）
第二节　糖尿病……（503）
第七章　神经系统及精神疾病……（506）
第一节　脑血管病……（506）
第二节　癫　痫……（509）
第三节　三叉神经痛……（512）

第四节　面神经炎……（514）
第五节　神经官能症……（515）
神经衰弱……（515）
癔病（歇斯底里）……（518）
第六节　精神病……（519）

第九篇　计划生育

第一章　避孕……（525）
第二章　终止妊娠……（532）
第一节　人工流产……（532）
第二节　水囊引产术……（537）
第三章　绝育术……（540）
第一节　输精管结扎术……（540）
第二节　输卵管结扎术……（542）

第十篇　妇产科疾病

产　科

第一章　生理产科……（547）
第一节　产前检查……（547）
第二节　正常分娩……（552）
附一、产后常见并发病的治疗　……（558）
附二、几种特殊情况下分娩的处理　……（559）
附三、家庭接生箱内应备的物品　……（560）
第三节　新生儿的处理……（560）
第四节　新生儿窒息的急救……（562）

第五节 产褥期卫生……（564）
第二章 妊娠病理……（565）
第一节 妊娠剧吐（早期妊娠中毒症）……（565）
第二节 晚期妊娠中毒症……（567）
第三节 妊娠合并心脏病……（570）
第四节 流 产……（571）
第五节 异位妊娠（宫外孕）……（574）
第六节 葡萄胎……（575）
良性葡萄胎……（575）
恶性葡萄胎……（576）
第七节 妊娠后期出血……（576）
前置胎盘……（576）
胎盘早期剥离……（578）
第三章 难 产……（581）
第一节 宫缩无力……（581）
第二节 产道异常……（582）
第三节 胎位异常……（583）
第四节 子宫破裂……（585）
第四章 胎儿及其附属物异常……（587）
第一节 双 胎……（587）
第二节 脐带脱垂……（588）
第三节 羊水过多……（589）
第五章 产后常见病……（590）
第一节 产后出血……（590）
第二节 产褥感染……（592）

妇　科

第一章　经期卫生……（593）
第二章　妇科检查……（594）
第三章　妇科常见症状……（596）
第一节　阴道出血……（596）
第二节　白　带……（598）
第三节　下腹痛……（598）
第四节　下腹部包块……（599）
第四章　女性生殖器炎症……（600）
第一节　外阴炎……（600）
第二节　阴道炎……（600）
滴虫性阴道炎……（600）
霉菌性阴道炎……（601）
老年性阴道炎……（602）
第三节　宫颈糜烂……（602）
第四节　急性盆腔炎……（603）
第五节　慢性盆腔炎……（604）
第六节　盆腔结核……（605）
第五章　月经失调……（606）
第一节　功能性子宫出血……（606）
第二节　痛　经……（608）
第三节　更年期综合症……（609）
第六章　陈旧性分娩损伤……（611）
第一节　子宫脱垂……（611）
第二节　陈旧性会阴破裂……（615）

第七章 妇科常见肿瘤……（616）
第一节 卵巢肿瘤……（616）
附：卵巢肿瘤蒂扭转……（617）
第二节 子宫肌瘤……（618）

第十一篇 儿科疾病

第一章 小儿解剖生理特点……（619）
第二章 小儿喂养……（622）
第三章 儿童保健……（624）
第四章 营养缺乏病……（625）
第一节 维生素D缺乏病……（625）
佝偻病……（626）
婴儿手足搐搦症……（627）
第二节 婴幼儿营养不良……（628）
第三节 小儿营养不良性贫血……（630）
营养性小细胞性贫血……（630）
营养性大细胞性贫血……（631）
第五章 婴幼儿消化不良……（632）
第一节 婴儿消化不良(单纯性消化不良)……（632）
第二节 婴幼儿腹泻（小儿胃肠炎、
中毒性消化不良）……（634）
附：小儿补液的要点……（638）
附：儿科常见几种疾病的补液原则……（642）
第六章 小儿肺炎……（643）
第一节 婴幼儿支气管肺炎……（643）
第二节 腺病毒肺炎……（648）

第七章　新生儿生理特点……（649）
第一节　新生儿生理特点……（649）
第二节　新生儿几种特殊生理状态……（651）
第八章　新生儿常见疾病……（651）
第一节　新生儿颅内出血症……（651）
第二节　新生儿破伤风……（652）
第三节　新生儿败血症……（654）
第四节　新生儿肺炎……（655）
第五节　新生儿硬皮症……（656）

第十二篇　外科疾病

第一章　感　染……（658）
第一节　疖……（658）
第二节　痈……（659）
第三节　急性蜂窝组织炎……（660）
第四节　丹　毒……（661）
第五节　急性淋巴管炎和急性淋巴结炎……（662）
第六节　甲沟炎……（663）
第七节　脓性指头炎……（664）
第八节　破伤风……（665）
第九节　颈部淋巴结结核……（668）
第二章　损　伤……（669）
第一节　烧　伤……（669）
第二节　冻　伤……（676）
第三节　犬咬伤……（677）
第四节　毒蛇咬伤……（678）

第五节 急性颅脑损伤……（680）
头皮损伤 ……（680）
颅骨骨折 ……（681）
脑损伤 ……（682）
第三章 胸部疾病及损伤……（686）
第一节 急性乳腺炎……（686）
第二节 胸壁结核……（689）
第三节 胸肋关节软骨炎……（691）
第四节 胸壁挫伤……（692）
第五节 胸部道挫伤……（693）
第六节 肋骨骨折……（694）
第七节 气 胸……（695）
第四章 腹部疾病及损伤……（697）
第一节 腹外疝……（697）
第二节 腹部闭合性损伤……（700）
第三节 急性腹膜炎……（701）
第四节 急性阑尾炎……（703）
第五节 溃疡病穿孔……（706）
第六节 胆道蛔虫病……（707）
第七节 急性胆囊炎 胆石症……（708）
第八节 急性胰腺炎……（711）
第九节 肠梗阻……（712）
附：小儿肠套叠 ……（716）
第五章 肛门疾病……（717）
第一节 肛 裂……（717）
第二节 外 痔……（718）

第三节　内　痔……（718）
第四节　直肠息肉……（720）
第五节　肛门周围脓肿……（720）
第六节　肛　瘘……（721）
第七节　肛门直肠脱垂……（722）
附：小儿直肠脱垂环缩术……（724）
第六章　泌尿生殖系统疾病……（725）
第一节　慢性前列腺炎……（725）
附：急性尿潴留……（726）
第二节　泌尿系结石……（727）
肾结石……（727）
输尿管结石……（729）
膀胱结石……（731）
附：血　尿……（732）
第三节　尿道破裂……（735）
第四节　睾丸鞘膜积液及精索鞘膜积液……（736）
第五节　精索静脉曲张……（736）
第六节　包皮嵌顿……（737）
第七节　遗尿症……（738）
第七章　周围血管疾病……（739）
第一节　血栓闭塞性脉管炎……（739）
第二节　下肢静脉曲张……（741）
第八章　骨关节损伤与疾病……（742）
第一节　骨折与脱臼概说……（742）
第二节　骨　折……（750）
锁骨骨折……（750）

肱骨干骨折 ……（751）
肱骨髁上骨折 ……（753）
前臂骨折 ……（755）
桡骨远端骨折 ……（756）
掌、指骨骨折 ……（757）
股骨颈骨折 ……（758）
股骨粗隆间骨折……（759）
股骨干骨折 ……（760）
髌骨骨折 ……（760）
小腿骨折 ……（761）
第三节 脱 臼……（762）
肩关节前脱位 ……（763）
肘关节后脱位 ……（765）
髋关节后脱位 ……（766）
小儿桡骨头半脱位……（767）
下颌关节脱位 ……（767）
拇指脱位 ……（768）
第四节 化脓性骨髓炎……（769）
第五节 骨与关节结核……（771）
脊椎结核 ……（771）
髋关节结核 ……（773）
膝关节结核 ……（773）
第六节 类风湿性关节炎……（774）
第七节 增生性关节炎……（777）
第八节 软组织损伤……（778）
落 枕 ……（778）

肩关节周围炎 …… (779)
疼痛肘 …… (780)
桡骨茎突腱鞘炎 …… (781)
腱鞘囊肿 …… (782)
第九节　手部损伤 …… (783)
第十节　急性腰扭伤 …… (785)
臀上皮神经损伤性腰痛 …… (786)
棘上韧带撕裂性腰痛 …… (787)
梨状肌损伤综合症 …… (787)
第十一节　慢性腰痛 …… (788)
腰后关节功能紊乱 …… (789)
第三腰椎横突综合症 …… (789)
其它慢性腰痛 …… (790)
第十二节　腰椎间盘突出症 …… (790)
第十三节　踝韧带损伤和骨折 …… (792)
第九章　肿　瘤 …… (794)
第一节　常见的良性肿瘤 …… (794)
第二节　常见的恶性肿瘤 …… (797)
食道癌 …… (799)
胃　癌 …… (800)
肝　癌 …… (800)
直肠癌 …… (801)
肺　癌 …… (802)
乳腺癌 …… (803)
子宫颈癌 …… (805)
鼻咽癌 …… (806)

附：恶性肿瘤的中草药治疗 …… （807）

第十三篇 眼科疾病

第一章 眼睑泪器疾病…… （810）
第一节 睑缘疖…… （810）
第二节 霰粒肿…… （811）
第三节 睑缘炎…… （811）
第四节 慢性泪囊炎…… （812）
第二章 结膜疾病…… （813）
第一节 急性结膜炎…… （813）
第二节 翼状胬肉…… （814）
第三节 沙 眼…… （815）
第三章 角膜疾病…… （817）
第一节 角膜溃疡…… （817）
第二节 角膜软化症…… （818）
第四章 急性虹膜睫状体炎…… （819）
第五章 白 内 障…… （821）
第一节 白内障的分类…… （821）
第二节 老年性白内障…… （821）
第六章 原发性充血性青光眼…… （822）
第七章 眼外伤及异物…… （824）
第一节 结膜或角膜异物…… （824）
第二节 眼球穿通伤…… （824）
第三节 烫伤和化学腐蚀伤…… （825）
第八章 常见眼底病症状鉴别…… （826）
暴 盲 …… （826）

视野损害 …… (827)
飞蚊症 …… (827)
夜　盲 …… (827)
中心暗点 …… (828)
附：眼科常用外用药物 …… (828)

第十四篇　耳鼻喉科疾病

第一章　耳部疾病 …… (831)
第一节　卡他性（非化脓性）中耳炎 …… (831)
第二节　化脓性中耳炎 …… (833)
第三节　聋　哑 …… (835)
第二章　鼻部疾病 …… (836)
第一节　萎缩性鼻炎 …… (836)
第二节　过敏性鼻炎 …… (837)
第三节　化脓性副鼻窦炎 …… (838)
第四节　鼻出血 …… (839)
第三章　咽喉部疾病 …… (841)
第一节　急性扁桃体炎 …… (841)
第二节　扁桃体周围脓肿 …… (842)
第三节　咽后壁脓肿 …… (843)
第四节　喉梗阻 …… (843)
第五节　小儿急性喉炎 …… (844)
第六节　异物和外伤 …… (845)
第七节　耳鼻喉科肿瘤 …… (847)
附：耳鼻喉科常用外用药物 …… (847)

第十五篇　口腔科疾病

第一章　牙的解剖……（849）
第二章　口腔常见疾病的预防……（850）
第三章　引起牙痛的常见病……（851）
　第一节　牙本质过敏……（851）
　第二节　龋　齿……（852）
　第三节　牙髓炎……（853）
　第四节　急性牙槽脓肿……（854）
　第五节　急性智齿冠周炎……（855）
第四章　牙周病及口炎……（856）
　第一节　牙周病……（856）
　第二节　口　炎……（857）
　　复发性口腔溃疡……（857）
　　疱疹性口炎……（858）
　　鹅口疮……（858）
　　坏死性龈炎……（859）
　　慢性唇炎……（859）
第五章　口腔颌面部间隙感染……（860）
　第一节　眶下间隙蜂窝组织炎……（860）
　第二节　嚼肌下间隙感染……（861）
　第三节　颌下间隙感染……（861）
第六章　口腔颌面部外伤……（862）
　第一节　颌面部软组织损伤……（862）
　第二节　下颌骨骨折……（863）
　第三节　颧弓骨折……（865）

第四节　牙齿外伤……（865）

第十六篇　皮肤科疾病

第一章　皮　疹……（867）
第二章　湿疹、皮炎类皮肤病……（869）
第一节　湿　疹……（869）
第二节　婴儿湿疹……（870）
第三节　神经性皮炎……（871）
第四节　接触性皮炎……（872）
第五节　药疹（药物性皮炎）……（873）
第六节　皮脂溢性皮炎……（874）
第七节　水田皮炎……（875）
第三章　荨麻疹类皮肤病……（877）
第一节　荨麻疹……（877）
第二节　丘疹性荨麻疹……（878）
第四章　真菌性皮肤病……（879）
第一节　头癣与黄癣……（879）
第二节　体　癣……（881）
第三节　手足癣……（881）
第四节　甲　癣……（882）
第五章　红斑结节类皮肤病……（883）
第一节　多形性红斑……（883）
第二节　结节性红斑……（883）
第六章　病毒性皮肤病……（884）
第一节　带状疱疹……（884）
第二节　寻常疣……（885）

第七章 物理性皮肤病……（885）
第一节 手足皲裂……（885）
第二节 鸡眼和胼胝……（886）
第八章 其它皮肤病……（887）
第一节 脓疱疮……（887）
第二节 虫咬皮炎……（888）
第三节 蜂蜇伤……（888）
第四节 蜈蚣咬伤、蝎蜇伤……（889）
第五节 皮肤搔痒症……（890）
第六节 牛皮癣……（891）
第七节 麻 风……（892）
附：皮肤科常用外用药物……（895）

第十七篇 诊 疗

第一章 常用诊疗技术及手术……（899）
第一节 无菌术……（899）
手术室的设置……（899）
器械和物品的灭菌法……（901）
手术人员的准备……（903）
手术区的准备……（904）
手术进行中的无菌原则……（905）
第二节 常用麻醉术……（905）
局部浸润麻醉……（905）
区域阻滞麻醉……（906）
指（趾）神经阻滞麻醉……（906）
臂丛阻滞麻醉（腋入法）……（907）

脊椎麻醉 …… (908)
连续硬脊膜外腔阻滞麻醉 …… (910)
乙醚开放点滴麻醉 …… (912)
基础麻醉 …… (914)
针刺麻醉 …… (915)
第三节　外科诊疗技术 …… (917)
换　药 …… (917)
封闭疗法 …… (919)
局部封闭 …… (920)
可的松注射 …… (920)
套式封闭(骨膜周围封闭) …… (921)
肾囊封闭 …… (922)
清创缝合术 …… (923)
外科缝合伤口的处理 …… (924)
感染伤口的处理 …… (924)
脓肿切开引流术 …… (926)
手部感染切开引流术 …… (927)
静脉切开术 …… (930)
皮肤移植术 …… (931)
浅表肿瘤切除术 …… (935)
导尿术 …… (936)
耻骨上膀胱穿刺术 …… (937)
第四节　妇产科诊疗技术 …… (937)
会阴侧切及缝合术 …… (937)
产钳术 …… (938)
胎头吸引助产术 …… (942)

外倒转术 ……（944）
内倒转术 ……（945）
臀牵引术 ……（946）
穿颅术 ……（948）
手法剥离胎盘术……（950）
前庭大腺囊肿开窗术 ……（951）
无孔处女膜切开术……（951）
阴道后穹窿穿刺术……（954）
阴道灌洗法 ……（954）
手术引产 ……（955）
子宫颈防癌涂片检查 ……（956）
子宫颈活组织采取法 ……（957）
气门芯扎脐带法……（957）
第五节 眼科诊疗技术……（958）
倒睫手术 ……（958）
翼状胬肉切除术……（960）
沙眼挤压术 ……（961）
霰粒肿切除术 ……（962）
第六节 拔牙术……（962）
第七节 气管切开术……（967）
第八节 内科诊疗技术……（970）
冷敷法 ……（970）
热敷法 ……（971）
腰椎穿刺术 ……（972）
胸腔穿刺术 ……（974）
腹腔穿刺术 ……（976）

第九节　人工呼吸法……（978）
〔附录〕：甲、常用药物剂量表说明……（981）
1.作用于中枢神经系统的药物 ……（981）
2.作用于呼吸系统的药物 ……（987）
3.作用于循环系统的药物 ……（989）
4.作用于消化系统的药物 ……（994）
5.作用于泌尿系统的药物 ……（1000）
6.作用于血液及造血系统的药物……（1001）
7.抗组织胺药物……（1003）
8.维生素 ……（1004）
9.激素类药物……（1006）
10.抗菌素 ……（1008）
11.磺胺类及呋喃类药物……（1011）
12.抗结核药 ……（1012）
13.其　他 ……（1013）
乙、皮肤过敏试验 ……（1013）
丙、小儿用药剂量计算法 ……（1016）
丁、临床常用的六十五种静脉滴注
药物配合变化表……（1018）
戊、常用临床化验正常值 ……（1019）

第一篇　农村卫生

第一章　除害灭病

第一节　消灭老鼠

（一）老鼠一般分家鼠和野鼠两类：不论家鼠和野鼠都有很多种类，但它们的习性和害处是一样的，如活动性强、善跑、能游泳、会打洞；听觉、嗅觉和触觉都很灵敏，视觉稍差，对于环境的改变很敏感，如搬动或新添物体，均能影响它的正常活动。喜群居，繁殖力强，对饥和渴不能耐受，断水绝粮数天即会死亡。

老鼠对人类的危害主要有：

1.损耗粮食：一只老鼠，一年要吃18斤粮食。若把糟蹋的粮食也计算在内，数字就更大了。吉林省长岭县在一个冬天，就从鼠洞内挖出粮食三十六万多斤。

2.传播疾病：老鼠和它的体外寄生虫（如跳蚤），可以传播许多种疾病，如鼠疫就是其中的一种。

3.破坏建设：家鼠能毁坏房屋、家俱，野鼠能危害造林，或在堤上打洞，引起河堤决口。

4.损坏杂物：老鼠为了磨牙，对不能吃的东西也乱咬，

如门窗、衣服、书籍。也能咬坏电线，引起火灾。还可咬死小鸡，甚至咬伤小孩。

（二）灭鼠的方法：

1.器械灭鼠：要求简单易行，安全可靠，花钱不多。

方法：木板鼠夹、铁丝鼠夹、捕鼠笼、立盆扣鼠法等。捕鼠时，应注意掌握鼠情，开动脑筋，如选择适当诱饵，改换位置，捕鼠器洗刷干净等。

2.药物毒鼠：常用药物与使用方法如下：

（1）安妥　不溶于水，不易变质，如受潮结块，打碎后仍可使用。对人有毒性。对鼠致死量为每公斤体重7—250毫克。

（2）磷化锌　对人剧毒，不溶于水，在干燥状态下比较稳定，但受潮后会逐渐分解，放出磷化氢毒气，因此必须注意安全。配毒饵时，可将药与玉米面、白面充分拌匀，最好现制现用。对鼠的致死量为每公斤体重40毫克。猫、鸡吃了磷化锌或磷化锌毒死的老鼠以后，也能致死，应当注意。

（3）亚砷酸　又叫白砒、砒霜。性质稳定，稍溶于水，对人剧毒，对鼠的致死量为每公斤体重50--200毫克。

以上药物制成毒饵，一次用三克。晚上放在老鼠洞附近，或有鼠的地方，早晨收起来。粮食或食物多的地方，用谷物制的毒饵，效果往往不好。可把药撒在有水的小碟里，让药粉漂在水面上，老鼠喝水时，就会把药喝进去。药量按水的面积计算，安妥及磷化锌为每100平方厘米，用药0.3-0.5克。

下药时，要把所有食物收藏好，水缸盖严。下药后，认真寻找毒死的老鼠，把它烧掉或埋掉。下药3—5天后，用

泥或石灰把鼠洞封死，防止死鼠腐烂，同时把鼠洞中的寄生虫，如跳蚤封死在洞里。

毒野鼠的方法：

（1）用亚砷酸时，取水20份，加热煮沸后，加入1份亚砷酸，溶解后，再加10份谷物，煮到水快干时停止，冷却后用。

（2）用磷化锌时，取谷物100份，加少量食油，搅匀，再加5—10份磷化锌，再搅匀。

放毒饵的地区，应该停止放牧。不要用手和毒药直接接触。配制用具，用毕必须洗净或烧掉。配制后要洗脸、洗手。没有用完的毒饵，一定要妥善处理。毒鼠的季节，可在老鼠大量繁殖前，或在老鼠粮食缺乏时。一般来说，冬天毒家鼠最好，春初毒野鼠最好。

附：误食灭鼠药中毒时的急救

①安妥 催吐，用1:2000高锰酸钾溶液洗胃，然后口服硫酸镁20—30克导泻。严重时吸氧，注射咖啡因或樟脑，进行人工呼吸。

②磷化锌 催吐，用0.1—0.5%硫酸铜溶液，或0.04%高锰酸钾溶液反复洗胃。每5分钟内服1%硫酸铜溶液一茶匙，或每15分钟内服0.04%高锰酸钾溶液一汤匙，到呕吐为止。此后，再服盐类泻药。禁服蓖麻油及含油食物，如牛乳、鸡蛋等。

③亚砷酸 催吐，用2%煅制镁悬液洗胃。每5分钟内服砷解毒剂和煅制镁各一茶匙。服盐类泻药，热牛乳。重危时，注射樟脑、肾上腺素、静脉注射葡萄糖，硫代硫酸钠。

（3）烟熏灭鼠时，最好用硫磺烟熏，对地沟老鼠效果较好。每 100 立方米，可用硫磺 7 —10公斤。烟熏后，要封闭 6 — 8 小时。

（4）其它，如挖洞，可消灭野鼠，主要是掏鼠窝。水灌，是灌水入鼠洞，鼠被赶出后立即打死。养猫也是常用办法，但不易彻底消灭。

（三）灭鼠注意事项：

1.由于老鼠繁殖力强，分布广，又会搬家，因此最好全村一齐动手，全面围剿。

2.灭鼠工作，要突击与经常相结合。

3.用毒药时，必须十分注意人畜安全。

4.灭鼠同时，也要注意防鼠。如堵塞鼠洞，断绝鼠粮，及时处理垃圾，清扫屋内外杂物，搞好环境卫生等。

第二节 消灭蚊子

（一）蚊子的习性和害处：

蚊子必须经过卵、幼虫、蛹，才能变成蚊子。雌蚊在水面产卵，孵化成幼虫，又称子孓。幼虫生活在水里，离了水很快死亡。幼虫经四次脱皮成蛹，蛹成熟后成蚊。蚊可传播疟疾、流行性乙型脑炎等。而且叮人吸血，影响睡眠和休息。

（二）消灭蚊子的方法：

1.灭成蚊：烟熏（艾叶，烟草末，辣椒皮晒干研末，除虫菊及敌敌畏、六六六等药物）及扑打，诱杀。

2.消灭子孓：养鱼灭蚊，药物（生石灰，敌敌畏，六六

六，敌百虫等）喷洒。

3.控制和清除孳生地：蚊子孳生繁殖，离不开水（特别是臭水，不流动的水）。可采用疏通沟渠，填平坑洼，清除积水，堵塞树洞，翻盆倒罐，铲除杂草等办法。

4.防蚊：防止蚊子叮咬，使人们休息好，能有充沛的精力从事生产劳动和学习。具体的方法有蚊帐、蚊香及纱门窗等。

第三节 消灭苍蝇

（一）苍蝇的习性和害处：

苍蝇有雌有雄，雌雄交配产卵，卵孵为幼虫（俗称蛆），幼虫吃食物，脱皮两次而成蛹，再发育为成虫。这个过程共需7—10天左右。一只苍蝇，一年可以繁殖10—12代，每次产卵100—150个。苍蝇的寿命，约1—3个月。

苍蝇什么东西都爱吃，从清洁的饭菜到最脏最臭的人畜粪便，特别是腐烂的尸体、血、痰、腐烂变味的东西，更易招来苍蝇。苍蝇的这种习性与迅速繁殖力，易于传播疾病等，造成了对人们健康的威胁。苍蝇传播的疾病很多，最主要的是肠道传染病，如痢疾、肠炎、伤寒、副伤寒、病毒性肝炎等。

（二）消灭苍蝇的方法：

1.灭成蝇：扑打，诱捕、毒杀等。药物灭蝇，可用六六六、敌百虫、除虫菊、福尔马林、雄黄、烟叶、敌敌畏等。

2.灭蛆：蛆只能在一定范围内爬动，又很集中，因此灭蛆及防止生蛆，是灭蝇的重要环节。开水烫，热炉灰撒在粪面，草药如核桃树叶、桃树叶，六六六、敌敌畏及敌百虫等

药物杀蛆，效果较好。

3.灭蛹：蛆长成后，爬到附近松土中变成蛹，因此防止蛆入土变蛹，是灭蝇的重要一环。厕所周围及牲畜圈周围，土应砸实。也可以在冬季春初，在苍蝇孳生地周围，用挖生拣蛹，堆肥灭蛹，或焚烧，深埋等方法。在有蝇、蛹的松土上洒些水，铺上粘土、炉渣，然后砸实打紧，使地面平整，使蛹无法钻出地面，就闷死在里面。

有人在厕所里或厕所周围，撒少量的石灰粉，这不但没有杀蛹作用，反因石灰面和松土一样，容易给蛆造成良好条件。

4.清除孳生地：清除孳生地，应从以下几个方面着手。

（1）厕所要改良。家畜和家禽的粪便管理与大小沼气池相结合。

（2）街道，环境卫生与建设社会主义新农村相结合。

（3）及时清除一切污物。

第四节 消灭臭虫

（一）臭虫的习性和害处：

臭虫的生长经过卵、幼虫、成虫三个阶段。繁殖力强。寿命约在一年左右，主要吸人血，白天潜伏不动，夜间出来吸血，拂晓前最活跃。臭虫咬过的皮肤，会起肿块，又痛又痒，影响睡眠和休息。

（二）消灭臭虫的方法：

1.开水烫杀：浇水时，水壶嘴要靠近缝隙，动作要慢，来回反复浇几遍，可杀死成虫和虫卵。

2.填 塞：墙缝、家俱缝隙，均可用油灰填塞，使臭虫

不能出入。

3.日光曝晒：衣服、被褥、草席，均可在日光下曝晒。跑出来的臭虫则踏死。

4.药物毒杀：六六六、敌敌畏喷洒，一星期喷两次，连续四次可杀死虫卵。

第五节　消灭虱子

（一）虱子的习性和害处：

寄生在人体的虱子有三种：即头虱、体虱和阴虱。雌虱一生可产卵数十到数百枚。由卵到成虫，共需十余日，成虫寿命30日左右。

虱子传播的疾病，主要是回归热、斑疹伤寒等。它传播疾病的途径是：当人们捉住虱子，用手指把它挤死时，或搔痒把它挤碎时，虱体内病原体，就很容易侵入人的粘膜及伤口。或者虱子的粪便污染伤口，使人感染得病。虱子除能传播疾病外，它的刺咬又可致局部损害，或搔破皮肤造成局部感染。

（二）消灭虱子的方法：

1.洗涤毛发：勤洗头发，勤洗澡，注意个人卫生。

2.沸水灭虱：用沸水烫洗衣服，浸泡一小时，可杀死所有虱子及虮子（虱卵）。

3.蒸气灭虱：用大锅加蒸笼蒸。但皮毛衣物不能用蒸气蒸。

4.六六六或敌敌畏灭虱：用1%六六六药粉撒在布块或手巾上，包裹头发，或喷洒在内衣上（存放12小时），均可收效。

5.百部液灭虱：用中药百部一两，加水二市斤，煮沸半小时虑过。用时取一份药液，再加水四份，将有虱的衣服放入浸泡半小时。

头虱可用10%百部液浇洒搽在头发里，用布把头发包起。过一夜即可灭虱及虱卵。

作好灭虱工作，除把灭虱的方法教给群众外，还应教育群众，要勤换衣服，勤晒衣被，发现虱子及时消灭。

第六节 消灭跳蚤

（一）跳蚤的习性和害处：

跳蚤分雌雄，它的发育经过卵、幼虫、蛹和成虫四个阶段。跳蚤在人体或动物身上产卵后，落在地下。因此，在动物巢穴中蚤卵最多。跳蚤活动、繁殖多在暗处。跳蚤的危害，主要是传播鼠疫。此外跳蚤可咬人皮肤出现红肿块，十分刺痒。

（二）消灭跳蚤的方法：

1.保持环境卫生，牲畜圈要经常打扫。

2.抹垫地面，用石灰，沙土等加水混合，抹泥墙、地面，使光滑无缝，地面经常保持无浮土。

3.在地面及鼠洞喷洒六六六及敌敌畏。

第七节 消灭白蛉

（一）白蛉的习性和害处：

白蛉比蚊子小，飞行能力极差。在室内常停在阴暗墙角、家俱及挂件后面或壁缝中。黄昏以后开始活动，天亮后

又藏起来。从春末到秋季活动。白蛉传播黑热病、白蛉热。

（二）消灭白蛉的方法：

1.喷洒药物：扑灭白蛉最有效的方法是药物杀灭，原因是：

（1）白蛉活动季节短，不会远飞。

（2）生活史短，发育较慢。

（3）活动范围多在城市、村镇。

（4）孳生场所广泛，因此消灭它的卵、幼虫及蛹比较困难，不如杀灭成虫方便。

2.喷洒的对象及范围：病人家里的房屋、窑洞、牲口栏和厕所、鸡窝等。室外墙壁及与病家同院居住的人家，也应同样喷洒。喷洒时间，必须在白蛉开始活动的时候。如有新发现的病人，应及时到病家喷洒。

3.减少白蛉幼虫孳生：白蛉以幼虫越冬，在秋末到春初，大搞爱国卫生运动，清除垃圾，堵严缝隙，住屋、畜栏保持干燥、透光、通风、整洁，均可减少白蛉幼虫的孳生。

4.防蛉：白蛉常在黄昏时飞出活动，此时可点燃蒿绳熏杀。

第二章 两管五改

第一节 饮水卫生

农村饮用的水，大多是泉水、河水、塘水、井水和窖水。如果对水源不注意保护，就会受到污染，如果在饮用前

不能妥善处理，就可能发生肠道传染病和寄生虫病。饮水的管理，重点应放在消除污染源和改良水源的设置上。药物消毒，一般仅在某些情况下进行，例如有肠道传染病流行时。

（一）泉　水

泉水是一种很好的地下水，一般不需净化、消毒处理。如果对泉水卫生防护不好，可能受到污染。因此，泉水主要是保护不受污染的问题，防护方法有如下几种：

1.彻底消除泉井周围的污染源。

2.建立泉水池，池壁要不透水，上面加盖密封，安装水笼头。

3.在山区，具有自然地势的泉水，可用铁管或塑料管，将水引至村庄，但必须注意管的接口处及泉水池要严封，以防污染。

（二）河　水

河水的特点是流程长，流域面积广，流量大。由于主要来源于雨水，流经地面，把污物冲刷到河内，故污染机会多，细菌含量高，混浊度大，尤其在洪水期及解冻期。另一方面，由于河水主要补给是降水，故水质软，含盐量少。又由于暴露于大气中，流速大，水中溶解的氧，也较地下水为高，稀释自净能力强。还由于集水区人民生活活动及生产活动，对其污染情况不同，如能有一些净化消毒设备，河水仍可作为一种生活饮用水源。

（三）塘　水

塘水多为死水，水量小，自净力差，污染机会多。特别是居民区附近的池塘，污染更为严重，常有臭味与颜色，含有大量有机物和细菌，在夏季尤为严重。因此，塘水一般不

作饮用水源。

（四）井 水

井水是一种浅层地下水，它是由河水或雨、雪水渗入地下而成。因为经过土壤的过滤，加上有井台，井栏，井盖的保护，受污染的机会比河水、塘水少，水质澄清，细菌量少。同时，井水消毒管理，比河水方便，万一被污染，只要严格消毒，就可以有效地杀灭病菌。所以在农村中饮用井水比河水、塘水干净卫生。

水井的改善：

1.消除井周围的污染源，向群众宣传不要在井旁洗衣、洗菜、泼脏水或饮牲畜，尽可能把30米以内的污染源迁移（如厕所、粪堆、垃圾堆、牲畜圈、污水沟等）。并定期淘井。

2.水井最好具有井台、井栏和井盖。在有条件的地方，应备有公用取水桶。井台应略高出地面，并向外倾斜，半径约1—2米，周围设排水沟。井栏至少高出井台5—10厘米，井栏、井台最好用不渗水材料建造。在有条件的地区，应推广压水机井、水车密封井等。

（五）窖 水（指雨水、雪水）

个别地区水源比较缺乏，因而生活用水仍以收集雨水为主，采取水窖方式储存。一般来说，雨水在初形成时，是比较洁净的。但在下降过程中，经过空气层吸收了各种气体，混入灰尘和细菌，落到地面和屋顶，又要掺进许多脏东西，收集到窖内的水，有机物、细菌数、和浑浊度均很高。部分水窖储水时间较长，还有水生物生长，污染更为严重。然而窖水一般具有硬度低、碱度小，酸碱度为中性，且一般不含有

毒物质等特点。但因水量受降雨量的影响难以保证。近年来，某些地区提倡户户一口窖，使用水问题初步有所改善。

窖水水质的好坏，与流经地面的环境有直接关系，以房顶雨水，场面雨水较好，院落雨水次之，荒坡雨水较差，街道雨水最差。

窖水的净化与消毒：

1.窖水的沉淀：

（1）自然沉淀：窖水一般含有较多的黄土颗粒。收集的窖水，经数天或数月，使透明度可达30厘米以上的良好自然沉淀效果。

（2）凝集沉淀：自然沉淀需要时间长。有部分窖水酸性物质多，含有很多泥沙、细菌等，虽经煮沸处理，还是很浑浊。如能结合自然沉淀，在窖水进口处加明矾或硫酸矾土，并加适量石灰作窖内沉淀，可使浑浊度较高的水迅速变清。明矾的主要成分是硫酸铝，加入水中搅匀后，能和水中的重碳酸盐化合成为胶性物质，粘有许多本来不易沉淀的极小颗粒，一同下沉，混浊的水很快就要澄清。明矾虽无杀菌作用，但是当小颗粒随胶性物质沉降时，附着在小颗粒上的大部分细菌也随着沉降，所以凝集沉淀也能使水中细菌含量大大减少。

以上法处理的窖水，窖内沉淀的污泥，勿需处理，因其除了影响贮水量外，还可作为明矾和硫酸矾土沉淀的辅助剂，使凝絮增多，这已成为群众的普遍经验。

2.窖水的漂白粉消毒：可定期消毒。

（1）窖水的水量计算，水窖多为缸扣缸(碗扣碗)式，其计算方法：

$$\text{窖水量（立方米）}=3.14\times\left(\frac{\text{水面直径}}{2}\right)^2\times\text{水深。}$$

（2）加漂白粉量：

应加漂白粉量（克）＝窖水量（立方米）×8

第二节　粪便、垃圾的处理

人畜粪便和垃圾，要妥善处理，制成肥料，不仅能增加农作物产量，而且对除四害，讲卫生和消灭疾病都有重要意义。

（一）厕　所：“人有厕所，猪有圈”。修建厕所时应注意：

1.厕所不宜修建在离房屋过远的地方，以免使用不便。但离水井、河水、泉水等要远一些。修建在河边的厕所，要选择地势高的地方，以免河水上涨，把厕所淹没，使粪便乱流，促使传染病流行。

2.厕所要能够防蝇、防蛆、防臭。

3.粪池最好要不渗、不漏，并能防止雨水流入。

4.修建的厕所，要经常有人管理，保持清洁卫生。

（二）贮粪池：贮粪池要加盖，可有效地防止蚊蝇孳生，又可使粪便储存发酵，杀灭其中寄生虫卵和病原菌，并能提高肥效。

（三）粪便堆封：应用堆肥方法处理粪便，可用泥封、加温发酵等方法。

（四）沼气池：利用沼气池处理粪便与垃圾。

农村土法制取和利用沼气，是一项技术革新。不仅能解决燃料和照明问题，更重要的是能够扩大肥源，提高肥效，改良土壤，并有利于除害灭病，改善环境卫生。

沼气是各种有机物质（如粪便、杂草、作物秸秆、污泥、废水、垃圾……），在适合的温度、湿度和密闭的条件下，经过微生物的发酵分解作用，产生的一种可燃性气体。沼气的主要成分是甲烷。一般人工制取的沼气，含甲烷约百分之七十左右。利用生产沼气管理粪便，效果很好，方使易行。粪便密闭在沼气池中，人畜粪便腐化较快，寄生虫卵大量被沉淀到池底。同时经过发酵，有利于杀灭虫卵。痢疾杆菌等病菌，在隔绝空气的沼气池内，这些细菌因缺乏氧气很快死亡。

房前、屋后的污泥、垃圾、脏水等，也可以收集起来，投入池内。利用沼气煮饭不受烟熏，没有灰尘。沼气灯，对保护视力有好处。

第三节 牲畜圈与家禽窝的改良

（一）改良的意义：畜圈、禽窝是孳生和隐藏苍蝇、蚊子的场所。畜禽粪尿也是农田肥料的主要来源之一。因此，改良牲畜棚圈和禽窝，不仅对除害灭病有意义，同时对保障畜禽安全和增加农田肥料也有好处。

（二）改良方法：首先是牲畜有棚，猪、羊有圈，家禽有窝，人畜分居。大寨等地已做到畜圈搬出村外。

1.修建畜圈、禽窝，最好在房屋的下风方向。

2.建畜圈、禽窝，应注意采光、避风，保暖、防寒，易于通风换气。

3.畜圈、禽窝和畜禽的活动场所最好分开。粪便及时清除，经常保持清洁。

4.病畜病禽，要早治疗，早隔离。

第四节　改善环境卫生与炉灶

（一）随着社会主义建设发展的需要，广大农村对环境卫生的统一规划，是建设社会主义新农村的重要内容之一。

（二）凡窑低，窗户小，室内阴暗潮湿，通风不良的，要加大窗户，使空气流通，阳光充足。

（三）整修街巷，维修墙壁，填平坑洼，注意排水。在房前屋后，道路两旁，根据条件，植树造林。

（四）杂草污物、垃圾等，应当集中堆肥，保持环境清洁。

（五）对“烧锅满屋烟，费柴费时间”的一锅一门无烟囱的旧炉灶，要进行改良，加宽烟道，灶膛成腰鼓式，灶膛内左右后三面用糠泥垒成月牙形，矮墙成弧形，名曰拦火山，目的是拦住火苗，逼向锅底。制作门堵，堵住灶门。有条件的可以加用风箱及吹风道。改灶可以省柴草，省时间，增加肥料，并清洁卫生，使室内无烟，减少眼病和气管炎的发生。

（六）改善环境卫生，必须注意与生产积肥相结合，与植树造林相结合，与填坑洼扩大耕地面积相结合，与大搞农田基本建设相结合。

第三章　体育运动与卫生

毛主席教导我们：“发展体育运动，增强人民体质。”广大社员群众遵照毛主席指示，为适应社会主义革命和社会

主义建设的需要，积极参加各种体育运动，呈现出一片朝气蓬勃的革命景象。

为什么体育运动能增强体质呢？

运动时，人体的新陈代谢加强，各器官的生理机能，都要发生相应的变化。所以经常参加体育运动，就能使各器官的机能不断得到健全和提高，从而收到增强体质的效果。

（一）运动对各器官的良好作用

1.肌肉：肌肉的主要作用，是在神经的支配下进行收缩，而使关节产生各种活动。经常参加体育锻练，能使肌肉发生良好的变化。由于肌纤维增粗，弹性增加，肌肉变得粗壮结实，收缩有力，使我们的力量增强。

2.神经系统：中枢神经系统包括脑和脊髓。特别是大脑皮层，是由很多神经细胞密集排列而成，为神经系统最高级部位。全身各器官系统的正常活动，都是由大脑皮层统一管理和指挥的。

经常参加体育锻练，能改善大脑皮层的机能，使兴奋和抑制的强度增加，这表示皮层神经细胞的工作能力提高了。因而，精神饱满，精力充沛，有利于提高我们的学习、工作和劳动效率。对于头痛、失眠、记忆力减低等，都能起到良好的预防和治疗作用。

3.循环系统：通过体育锻练，血液中红血球的数目增多，从而提高了血液运输氧的能力。运动时，肌肉的工作量比平时增大，它所需要的氧及营养物质和排出的二氧化碳及其废物也就增加，这就需要心脏有力而快速的收缩，因而心脏得到很好的锻练。

经常参加适当的体育锻练，能使偏高的血压降低，并能

保持动脉的弹性，延迟硬化。实践证明，体育锻练，对于动脉硬化和高血压病，具有一定的预防和治疗作用。

4.呼吸系统：其机能是呼出二氧化碳和吸入氧气。运动时，身体需要吸收更多的氧气和排出更多的二氧化碳，肺脏要加强工作，从而能使肺脏受到很好的锻练，它的机能也大大得到改善。肺活量也增大了（每次的呼吸量大了）。所以经常锻练的人，就能胜任较强的劳动或运动，他们也很少患伤风感冒和气管炎等疾病。

5.消化系统：经常参加体育锻练，可以使胃肠肌肉的力量增加，蠕动加强，消化液分泌旺盛，因此能够增进食欲，助长消化，消除便秘。俗话说："饭后百步走，能活九十九"，就是这个道理。

其他：如骨骼，感觉器官，内分泌系统等经常参加体育锻炼，都有很多好处。

（二）怎样开展体育运动

1.加强组织领导，应当有组织、有计划的将社员群众组织起来。充分利用劳动间隙，不论是农忙或农闲季节，都应当组织社员进行适当的体育活动。

2.开展体育运动，要形成一种广泛而普及的群众运动，劳动并不能代替平时的体育锻练，更不能是少数人的事。要克服那种怕麻烦，怕难为情，怕耽误劳动生产的错误思想。要因地制宜的进行锻练，坚持不懈，持之以恒，久而久之，必然能够获得增强体质，增进健康的良好效果。

3.开展体育运动，要因人制宜，比如不同年龄的人，有不同的身体特点，参加体育锻练也应有所不同。儿童锻练时，应以游戏和发展身体基本活动能力为主要内容（如走、

跑、跳、投掷和攀爬等）。老年人由于身体各部分的机能减退，运动能力较差，而且往往有动脉硬化和高血压病，所以运动量不宜太大和紧张，可以作些太极拳、广播体操和散步等较为合适。同时，也要注意女同志的生理特点。身体健康，月经正常的女子，在月经期间，可以参加较轻的体育活动。因为适当的运动，可使盆腔血运畅通，改善月经过程，促进身体健康。月经期间不能参加游泳。否则水中的病菌，可以侵入内生殖器官引起发炎。对患有慢性病的人（如高血压、肺结核、溃疡病、风湿性关节炎、神经衰弱等），也应当适当参加一点体育活动，以提高身体各器官的机能，帮助恢复健康。一般说，运动量不可过大，以缓慢柔和的运动为好。

（三）运动卫生：体育锻练是增强体质最积极、最有效的手段。但还必须注意如下几点：

1.运动时，衣服不要穿得太多。运动后，即使很热，也不要马上脱去太多的衣服，以防感冒。要注意关节部位的保暖、防湿和冷风的侵袭，以防关节炎的发生。

2.运动时，由于大量出汗，造成身体缺水、缺盐，产生口渴的感觉。这时也不要一次喝下大量的水，否则，对健康带来不良影响。以喝少量温热开水或淡盐开水较为适宜。

3.饭前饭后都不要进行剧烈的运动，否则对身体健康很不利。以早晨和午后进行锻练最为适宜，效果也比较好。社员群众利用劳动的休息时间，进行适当的体育活动，不但可以增强体质，又是一种很好的活动性休息，可以提高劳动效率。

4.体育锻练，不可过重过久，否则，可使身体过度疲劳，而损害健康。所以，在锻练期间，既要掌握好运动量，还要劳逸结合，持之以恒。

第二篇　常见急症的救治

第一章　意外事故的急救

第一节　中　　暑

本病是因较长时间的日光曝晒或高温而引起。气温骤升及湿度高时，更容易发生（尤其是年老、体弱或慢性病病员），故应引起注意。

〔诊断要点〕

（一）在高温环境下，中暑可能突然发生。发病前，常有全身疲倦，四肢无力，头昏，心慌，胸闷，注意力不集中，面部充血，大量出汗，口渴等症状。

（二）严重者，可发生恶心，呕吐，面色苍白，皮肤潮冷，脉搏细弱，呼吸浅速，瞳孔散大，体温升高，甚至发生晕厥，昏迷，抽搐等。

〔预　防〕

（一）合理安排夏季的农田劳动，每天可适当早出工，晚收工，延长中午休息时间。

（二）在烈日下劳动，应戴草帽，多喝水，适当多吃些咸菜。

（三）选用下列中草药作清凉饮料，如霍香、薄荷、芦根、绿豆等。

〔治　疗〕

（一）轻症中暑：

1.病员应立即离开高温环境，到阴凉通风场所休息，并给清凉饮料。

2.选用下列药物口服：人丹、十滴水、霍香正气丸（服一丸，每日二次）。或涂清凉油。

3.新针疗法：针刺合谷、太冲、大椎、风池、足三里穴。中刺激。

4.体温升高者，用冷敷或冷水擦身，以助散热。

5.有早期循环衰竭表现及脱水者，应输入5％葡萄糖生理盐水1000～1500毫升，也可肌肉注射咖啡因、洛贝林等。

（二）重症中暑。

1.降温：可用物理降温，如：搧风，井水或酒精擦浴，头部冷敷等。药物降温，可用氯丙嗪（冬眠灵），成人每次25毫克，加入生理盐水250～500毫升内，静脉滴注（约需1/2～1小时）。一般在2～3小时内降温，3小时后仍未见效，可再用同样剂量。每日总量不宜超过5毫克/公斤，并随时注意血压变化。必要时加用升压药物，维持血压在90毫米汞柱以上。

2.纠正水，电解质平衡：一般每日总进水量约3000毫升。可用5％葡萄糖生理盐水1500～2000毫升，缓慢静脉滴注。

3.防治休克：参阅“休克”处理。

4.新针疗法：针刺人中穴。强刺激。十宣、委中穴，点刺出血。

（三）中药治疗：

1.中暑头目眩晕，恶心呕吐，泻下者：

香薷三钱，厚朴二钱，扁豆四钱，黄连一钱，水煎服。

2.高热，面赤，口干渴，自汗出，脉数者：

生石膏一两，知母六钱，甘草二钱，粳米一两。水煎服。苔厚腻者，加苍术二钱。小便不利者，加六一散（滑石六份，甘草一份）三钱。

3.烦热，喘促，突然昏倒，抽搐者：

生蒜，捣取汁，以童便或生姜水送下，然后服紫雪丹五分（或至宝丹）。

连翘三钱，竹叶二钱，生地四钱，元参三钱，菊花二钱，冬桑叶四钱，勾藤四钱，木瓜二钱。水煎服。或加天竺黄三钱。

4.昏迷不醒，脉微细，面赤，四肢厥冷者：

此为热极，以下方加减。

黄连一钱，人参二钱，麦冬三钱，五味子一钱，知母三钱，元参三钱。水煎服。

第二节　溺　水

（一）将患者从水中救出后，立即将口腔和鼻孔内的泥沙、杂草除去，并把舌拉出口外，以保持呼吸道通畅。

（二）救护者一腿跪下，另一腿向前屈膝，解开患者衣带，将患者俯卧于救护者屈曲的膝上成头低位，并轻压患者背部，使水从气管、肺和胃内排出（图2—1）。如控水不

多，不应耽搁时间，应立即施行人工呼吸。



图2—1 溺水的急救——控水

（三）人工呼吸以俯卧压背法较好。因为此法有利于肺内液体流出。同时，给予呼吸兴奋剂，如尼可刹米，山梗菜碱等。如患者心跳已停止，应采用口对口人工呼吸，同时，进行体外心脏挤压。人工呼吸至少坚持3～4小时。经短期抢救，心跳、呼吸不恢复者，不可轻易放弃。

（四）呼吸和心跳恢复后，应注意保暖，按摩四肢促进血循环。神志清醒后，可饮姜糖水、热茶或热酒。

（五）必要时，给抗菌素预防肺炎等并发症。

第三节 触 电

触电大多是由于直接接触电源所致，也可由于雷击。小量电流通过人体时只感麻木，电流量较大时，肌肉发生强直性收缩，触电局部发生灼伤，再大时，则呼吸麻痹，神志丧失，心跳停止。

〔预防〕

（一）宣传安全用电知识。

（二）定期检修电器设备。

（三）雷雨时，不要站在高墙，树木和电线杆旁，以防

雷击。

〔急救〕

（一）立即断绝电源，拉开电闸，或用木棍、竹竿等不导电的物体，将电源与伤者分开（在伤者未脱离电源前，切不可用手直接接触伤者）。

（二）呼吸停止或微弱者，应立即行人工呼吸，直至自动呼吸恢复。呼吸、心跳均停止时，应进行口对口人工呼吸。同时，进行体外心脏挤压，不能轻易放弃。

（三）心跳未停止前，禁用肾上腺素和心脏兴奋剂，以免导致心室纤颤。呼吸中枢兴奋剂，如尼可刹米或咖啡因可以应用，但不应作为主要急救措施。

（四）局部灼伤的处理，参阅“烧伤”。

（五）如心跳停止时，可心内注射肾上腺素1毫升，或异丙基肾上腺素1毫升，或两者联合应用。

第四节　心跳骤停的急救

心跳骤停的原因很多，常见于严重心脏病，窒息，麻醉意外，药物（如青霉素）过敏性休克，触电等。抢救时，必须分秒必争。

（一）体外心脏挤压，立即使病人仰卧于平地，炕上或硬木板上。术者以一只手掌根部，置于患者胸骨下段，剑突以上，另一手掌根部，重叠于那只手背上，以冲击动作，将胸骨向下压迫，使下陷3—4厘米后，立即解除压力（图2—2）。如此，每分钟挤压60～90次。若是小儿，一般可用单手按压法，即以一只手掌根部，置于胸骨中部，进行冲击

压迫。在一岁以内的小儿，可用双指（食指及中指）加压法（图 2 — 3）。有效的心脏挤压标准是：在股动脉触到明显的搏动，肤色转红，已散大的瞳孔变小。

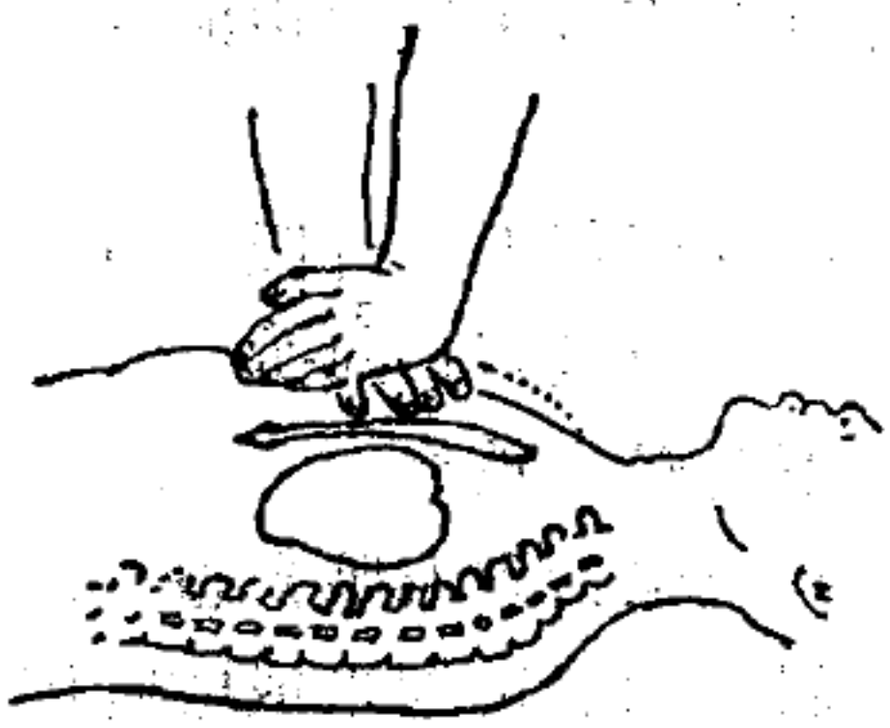


图2—2　体外心脏挤压

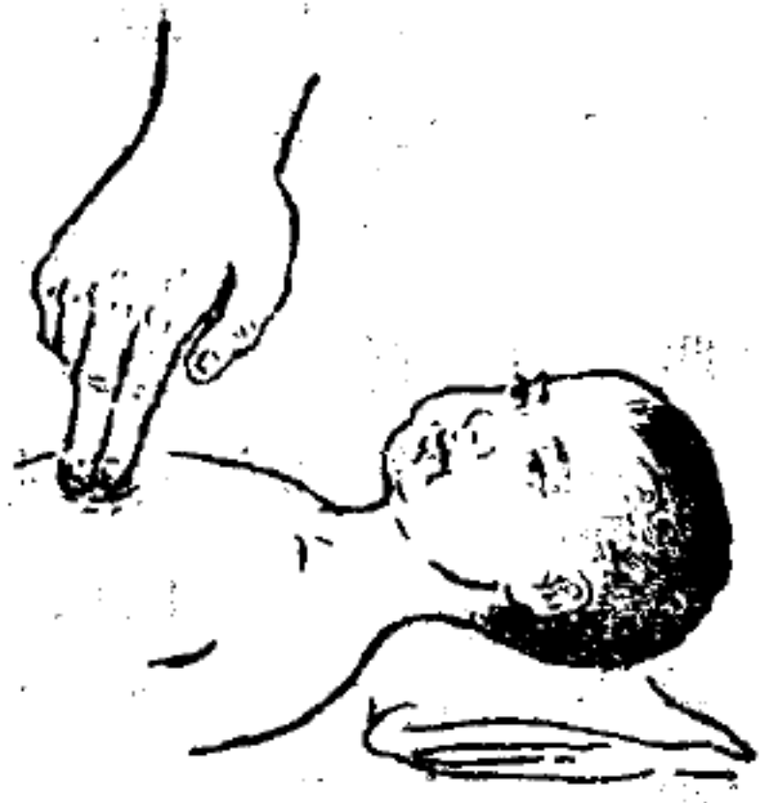


图2—3　婴儿体外心脏挤压

（二）心脏挤压的同时，必须配合人工呼吸，常用口对口吹气法。

（三）心脏内药物注射，注射部位在左侧第四肋间隙，紧靠胸骨左缘，沿肋骨上缘垂直刺入心室腔，一般刺入4—5厘米（须用长针头），年幼小儿，不宜超过 3 厘米。抽出血后，迅速注入药物，注毕立即拔出针头。常用的药物为0.1%肾上腺素 1 毫升，或异丙基肾上腺素 1 毫升。也可用肾上腺素，异丙肾上腺素，去甲肾上腺素各 1 毫升混合，称为心脏三联针，注射于心室内，具有良好心脏复跳作用。必要时，可 2 — 3 分钟后重复注射。如无效，可用11.2%乳酸钠10毫升，或10%葡萄糖酸钙10毫升，心内注射。

（四）心跳恢复后，立即应用碱性药物纠正代谢性酸中毒，成人用 4 %碳酸氢钠溶液100毫升，静脉注射。小儿酌

减。必要时，隔10～15分钟，可重复注射。血压低时，需同时加用去甲肾上腺素，静脉滴注。为了预防和控制脑水肿，应及早采用冰帽或冰袋等降温疗法。并用50%葡萄糖，20%甘露醇，或25%山梨醇等脱水药物，静脉注射。另外，还须注意肾功能不全及感染的防治。

第二章　中毒与救治

第一节　急性中毒

毒物指化学性物质而言，其种类繁多，作用不同，中毒的临床表现可多种多样，而且病情多急重，常需迅速进行抢救。中毒原因，包括误用、环境不良，违反操作规程，以及自杀、谋杀等。分析原因不明的中毒时，必须从阶级斗争的观点出发。

〔诊断要点〕

（一）病史

1.发病急，可能多人同时发病。常有急性胃肠炎的症状，或神经系统症状，如谵妄，昏迷，惊厥等。

2.应了解病人的政治思想，性格，劳动和家庭情况，以及社会关系等。尽可能向病人，家属，邻居等，详细询问致病因素。

（二）检查

1.病人方面：首先注意一般情况，如神志、呼吸、脉搏、血压、瞳孔等，并应注意口腔气味，口腔粘膜有无损害，皮

肤颜色和肌肉张力等。

2.现场：疑为急性中毒时，应检查现场，有无环境不良因素，有无毒物、药物等。

（三）化验

若条件许可，应保留呕出物，尿、粪或血标本，以便作毒物鉴定。

〔治疗〕要迅速、充分。可疑的病人，也应按中毒处理。

（一）急救：

1.呼吸衰竭时，应保持呼吸道通畅，注意舌后坠或痰堵。有条件时，给予吸氧，注射尼可刹米或山梗菜碱，必要时，行人工呼吸。

2.休克的治疗，参见“休克”。

3.惊厥时，可注射苯巴比妥钠、异戊巴比妥钠或氯丙嗪。剧痛时，可肌肉注射杜冷丁。

（二）排除毒物：

1.吸入毒物（如一氧化碳）时，应将病人自中毒环境移至空气流通处，使毒物呼出。

2.皮肤粘膜上附着的腐蚀性毒物，用水或肥皂水彻底冲洗。

3.口服毒物时，酌情采用下列措施：

（1）催吐：探咽刺激呕吐。口服硫酸铜液（0.25—0.5克溶于100毫升水，小儿酌减）或肥皂水，反复数次。

（2）洗胃：吐后用1 5000高锰酸钾液，或温水经粗胃管反复灌洗，至洗出液清亮为止。服腐蚀性毒物者，禁止洗胃或催吐。

（3）清肠：硫酸镁20克（小儿为1克/岁）口服，或

洗胃后灌入。

（4）利尿：静脉注入50%葡萄糖液40～60毫升。

（三）解毒：

1.解毒剂：如砷、汞中毒时，常用二巯基丙醇。

2.生理拮抗剂：如颠茄类药物中毒，常用新斯的明。

3.中和：如强碱中毒，可口服稀醋酸或醋。

4.吸附：服活性炭10—20克，可吸附生物碱类毒物。

（四）保护脏器：许多毒物，常伤害肝脏及神经系统，宜给予大量葡萄糖、维生素C（常静脉注射）及维生素B。口服腐蚀性毒物时，可服蛋清或牛奶，以保护粘膜。

（五）昏迷者的处理，参阅“昏迷”。

（六）对症治疗。

第二节　一氧化碳中毒

一氧化碳中毒，即所谓煤气中毒。

〔临床表现〕早期为头痛，眩晕，耳鸣，呕吐，心跳，全身无力，继而意识不清，昏迷。严重者，伴有间歇性抽搐发作，或呼吸衰竭。

〔预防〕冬季取暖用的煤炉，必须安装烟筒，并要注意烟筒是否堵塞或漏气。如无烟筒或用木炭盆，必须将煤炭烧红后，再移入室内。睡前，应移出室外。窗户要装风斗。

〔治疗〕

（一）迅速移至空气流通处，注意保温，有条件者给氧。

（二）呼吸衰竭时，作人工呼吸，并给予呼吸兴奋剂。严重患者或深度昏迷时间较长者，可加用脱水疗法。

（三）针灸治疗：昏迷者，针刺人中、少商、十宣、涌泉穴。重刺激。

第三节 砷中毒

砷中毒，即三氧化二砷、砒霜、信石中毒。

〔临床表现〕急性胃肠炎症状，如恶心，呕吐，腹痛，腹泻，水样便或粘液血性便。重症者，伴有昏迷，惊厥，呼吸循环衰竭。

〔预防〕专人保管，严密加锁，严格登记出入用量。制作毒饵或拌种时，应根据需要量配制。拌好的种子，应标记“有毒”字样，剩余的严禁食用。使用和配制砷剂农药时，必须注意个人防护，应穿工作服，戴口罩，风镜，帽子及手套。

〔治疗〕

（一）催吐或洗胃：口服中毒者，可用大量蛋白水，或1:5000～10000高锰酸钾液口服催吐或洗胃。然后服50%硫酸镁50毫升导泻。

（二）二巯基丙醇（BAL）肌肉注射。用量为每次每公斤体重2.5—3毫克。最初两日，每四小时一次，第3、4日，每六小时一次。以后每日两次，约10日。

（三）必要时，静脉输液，并给大量维生素C。

第四节 酒精中毒

酒精中毒，即乙醇中毒。

〔临床表现〕早期兴奋，继之共济失调，最后转入昏

睡。严重时，神志不清，面色苍白，脉快，体温下降，呼吸麻痹。

〔治疗〕

（一）洗胃。肌肉注射苯甲酸钠咖啡因0.5克。

（二）重症用50%葡萄糖液50—100毫升，静脉注射。同时，皮下注射胰岛素15单位及维生素$B_1$50～100毫克。

（三）如烦躁，过度兴奋，可给利眠宁50～100毫克，肌肉注射。或氯丙嗪25～50毫克，肌肉注射。

第五节　有机磷中毒

〔诊断要点〕

（一）有接触或服用史。常使用的农药有1605、1059、敌百虫、敌敌畏等

（二）急性中毒，多在毒物进入体内后，十二小时内发病。一次大量进入，也可立即发病。主要表现神经系统和胃肠道症状。

1.轻度中毒：头痛，头晕，恶心，无力，多汗，视力模糊。

2.中度中毒：除上述症状外，还有流涎，肌肉震颤，瞳孔缩小，胸闷，紧束感，轻度呼吸困难，精神恍惚及步态蹒跚。

3.重度中毒：除上述症状外，并有青紫，肺水肿，抽搐，大小便失禁，昏迷及呼吸麻痹。

（三）病员的衣服、体表、呼吸、排泄物（尤其是尿），具有特征性大蒜样臭味。

〔急救〕

（一）迅速使病人脱离有毒场所，置于新鲜空气环境中。脱去染毒的衣服，用肥皂水或2—3%苏打水清洗皮肤。误服者，用肥皂水或1—2%苏打水洗胃（敌百虫中毒，只能用清水洗）。

（二）迅速给特效解毒剂：

1.轻度中毒：阿托品1～2毫克，皮下注射或内服，每1～2小时一次。中毒症状缓解后，每4～6小时0.5毫克，皮下注射。或口服0.3～0.6毫克。也可单用解磷毒0.4～0.5克稀释后，静脉注射。

2.中度中毒：阿托品2～4毫克，静脉注射。以后，每15～30分钟1～2毫克，症状减轻逐渐减量，或延长给药时间。应合用解磷毒，初次用0.8～1.2克，静脉缓注。30分钟后，如无效再注射一次。必要时，再静脉注射2克后，改为静脉滴入。每小时0.4克，连用六小时，症状好转停药。

3.重度中毒：首次静脉注射阿托品2～4毫克。以后，每10～30分钟，静脉注射2毫克、直至瞳孔开始散大，肺罗音消退时可减量，改为每30分钟一次，每次皮下注射1～2毫克，直至意识恢复，并出现阿托品过量征时（颜面潮红，口干，瞳孔散大，心率过速等），再减量或停药。如病员出现烦躁不安，幻觉，为阿托品中毒的早期表现，应停用阿托品，并给予巴比妥类药物等，对症处理。

解磷毒1～1.2克，溶于30毫升溶液中，缓慢静脉注射。30分钟后，再注射一次。以后，用静脉滴注，每小时0.4克，至症状好转（至少在6小时后），再酌情停药。

第六节 其它中毒

表一、常见除害药物中毒的症状和急救方法

药名	症状	急救方法
氯苯乙烷（滴滴涕、二二三）	误服后常有咽部粘膜充血，轻度腐蚀，恶心呕吐，腹痛腹泻，全身肌肉震颤，昏迷，呼吸抑制以致死亡	1.对症治疗和一般处理 2.可用10%葡萄糖酸钙10毫升，静脉注射
六六六	抽搐、昏迷、肝及神经系统损害	对症治疗和一般处理
磷（磷化锌、杀鼠药、火柴）	误服后数小时出现腹部不适，恶心呕吐，腹泻，甚至可有休克，呕吐物有大蒜味。严重的可出现谵妄、昏迷、抽搐，于5～6日死亡	对症治疗和一般处理
氟化物（1080杀鼠剂）	全身衰竭、流泪、恶心、呕吐，腹痛、腹泻、呼吸加快、脉弱而不规则、痉挛	1.反复用稀石灰水洗胃，然后用蛋白、牛奶、热糖茶口服及钙制剂 2.对症治疗和一般处理
酚类中毒（臭药水、来苏尔）	呼气有臭药水气味，口咽、胃部灼热、恶心、呕吐、腹痛、血尿、蛋白尿、尿闭、血压下降、昏迷	1.植物油洗胃 2.给蛋白及牛奶 3.对症治疗和一般处理

表二、食物中毒的防治方法

病名	中毒原因	症状	防治
氰化物中毒	食大量含氰化物的木薯、杏仁、桃仁、梅仁、枇杷核等	1.有流涎、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、气促、紫绀、心跳，呼气有果仁味重时可昏瞳关闭、呼吸困难 2.严迷、抽搐、牙放大、孔紧	用亚硝酸异戊酯0.2毫升，打碎，放在鼻部吸入；同时应用美蓝，每次每公斤10毫克计算，用葡萄糖稀释后静脉缓注；随后用5%硫代硫酸钠，每次每公斤20毫克计算，静脉缓注。必要时可每15分钟至半小时交替注射一次。总量美蓝可达每公斤体重60毫克，硫代硫酸钠可达每公斤体重250～500毫克
发芽马铃薯中毒	由于贮藏过久，保管不好	1.胸口灼热或疼痛 2.腹痛、腹泻、气急、抽搐、脱水	1.加强管理，切除发芽部分食用 2.对症治疗和一般处理
甘薯黑斑病中毒	甘薯霉烂变黑	1.食后不久即发病 2.出现腹痛、腹泻、谵妄、昏迷	1.加强管理，不食霉烂变黑部分 2.对症治疗和一般处理
食物过敏（日光性皮炎）	苋菜、马齿苋、刺儿草、槐花、灰菜等。	1.指尖指甲处疼痛明显 2.面部手脚肿胀 3.皮下瘀斑或水疱，全身发紫	1.鲜紫苏、生姜汁外用擦四肢及面部 2.补液，避日光 3.抗过敏药物应用

续表二

病　名	中毒原因	症　　状	防　　治
皂素中毒	食生的刀豆、黄豆、未煮熟的豆浆等，因含有皂素	1.食后5分钟即出现消化系统症状 2.头晕、头痛、畏寒等症	1.烧熟食用 2.对症治疗和一般处理
蓖麻子中毒	食生的蓖麻子，因含蓖麻子碱	1.食后1～3天发病，出现消化系统症状 2.儿童可抽搐昏迷	1.不食蓖麻子，加强贮藏 2.对症治疗和一般处理
亚硝酸盐中毒（肠原性紫绀）	不新鲜的青菜、白菜、新腌渍蔬菜、红苕、甜菜等，均含有亚硝酸盐	1.食后半小时发病 2.倦怠泛力、嗜睡、昏迷、抽搐 3.口唇紫绀、全身青紫、血压下降 4.腹痛、腹泻、呕吐等症	可用1%美蓝溶液，每次每公斤体重1～2毫克计算，成人一次可肌肉注射1%美蓝10毫升。如口服以每公斤体重3～5毫克计算。如无美蓝，可用维生素C500毫克加50%葡萄糖40毫升，静脉注射
曼陀罗中毒	又称风湿草，民间用作治风湿药，药物过量可引起中毒	1.口干、皮肤潮红、灼热 2.瞳孔散大、心跳加速、谵妄、痉挛	可用1%毛果芸香碱0.5～1.0毫升或新斯的明0.5～1.0毫克皮下注射，若病情不好转，每15分钟至1小时注射一次，直至口腔湿润为止
赤霉病麦中毒	食患有赤霉病的麦子，因含有赤霉菌毒素	1.食后半小时出现消化系统症状 2.血压略有增高	1.防止麦感染赤霉病 2.对症治疗和一般处理

续表二

病　名	中毒原因	症　状	防　治
毒蕈中毒	误食有毒野蘑菇	1.出汗、瞳孔缩小、呕吐、腹泻 2.有的出现精神异常 3.有的出现出血、黄疸、抽搐、昏迷	1.不食野蘑菇 2.出汗、瞳孔缩小可用阿托品0.5～1毫克，每30～60分钟皮下注射一次 3.出现其他症状对症处理
盐卤中毒	卤水主要成分氯化镁，能凝固蛋白质，对消化道有强烈的腐蚀作用	恶心呕吐，上腹部疼痛，腹泻，甚至胃穿孔及消化道出血	1.吞服卤水2小时内可催吐；如无胃穿孔可用1:5000高锰酸钾洗胃 2.选用豆汁一斤，鸡蛋清十只，生豆油半斤，内服，有良好的解毒作用 3.静脉注射葡萄糖酸钙或氯化钙10～20毫升 4.对症治疗

表三、常用药物中毒的解救方法

药　名	症　状	解　救　方　法
非那西丁	呕吐、抑郁、神志朦胧、紫绀、皮疹、脉速而微且不规则、呼吸困难、盗汗、四肢发冷、体温下降、虚脱	1.静脉注射美蓝每次每公斤体重1～2毫克，或口服3～5毫克 2.给大量维生素C 3.保温及对症治疗
氨基比林、安乃近、安替匹林、保泰松	恶心、呕吐、盗汗、皮疹、谵妄、虚脱、抽搐、粒细胞减少	1.对症治疗和一般处理 2.如发现粒细胞缺乏时，需用抗菌素预防感染

续表三

药名	症状	解救方法
阿斯匹林、水杨酸钠	头痛、眩晕、恶心、呕吐、神志朦胧、耳鸣、视听力减退、大量出汗、精神错乱、谵妄、幻觉，有时有高热、皮疹、出血症状、酸中毒	1.补液，大量服用碳酸氢钠或静脉滴注乳酸钠，促进排泄，纠正酸中毒 2.止血 3.对症治疗和一般处理
抗疟药	见“疟疾”节	同前
洋地黄类、中药夹竹桃	见“心力衰竭”节	同前
盐酸麻黄碱、中药麻黄	焦虑不安、头晕、失眠、心悸、气短、恶心、呕吐、发热、出汗、排尿困难、心动过速、心律不齐、血压上升、瞳孔放大、痉挛等	1.对症治疗和一般处理 2.禁用氨茶碱
利血平	鼻塞、腹泻、面色潮红、嗜睡、四肢无力、心跳缓慢、体温下降、神经反射减弱或消失、意识不清、呼吸深而慢、眼睑下垂、瞳孔缩小	对症治疗和一般处理
异烟肼	失眠、头痛、眩晕、手足抽搐、反射亢进、便秘、尿闭、精神失常、昏迷	1.对症治疗和一般处理 2.给大量烟酰胺，每次200～300毫克，每15分钟至1小时静脉注射一次；或维生素B$_6$ 50～200毫克肌肉注射，每15分钟至1小时一次 3.症状好转后，烟酰胺每次口服50毫克，每日三次，连服1周；或用维生素B$_6$

续表三

药　　名	症　　状	解　救　方　法
氨茶碱	不安、激动、谵妄、抽搐、呕吐、发热、蛋白尿，最后休克而死亡	对症治疗和一般处理
阿的平	恶心，呕吐，皮疹，腹痛，皮肤呈黄色，视觉障碍，甚至失明，头晕头痛，记忆紊乱，可发生再生障碍性贫血及中毒性肝炎	1.静脉注射苯甲酸钠咖啡因 2.置患者于暗室内以保护眼睛 3.对症治疗和一般处理
抗组织胺药（苯海拉明、扑尔敏）	恶心，呕吐，血尿，尿频，共济失调，抽搐，昏迷，血压下降，皮疹，粒细胞减少	1.对症治疗和一般处理 2.必要时皮下注射磷酸组织胺
氯丙嗪类药物	皮疹，紫癜，光感过敏，黄疸，血压降低或出现休克	对症治疗和一般处理
碘	口腔、胃灼热，腹痛腹泻，呼吸困难，虚脱	1.煮熟的淀粉洗胃，继给牛奶 2.对症治疗和一般处理
强酸（硫酸、盐酸、硝酸）	接触部位受腐蚀，肿胀有灼痛，呼吸困难，脉快而弱，瞳孔放大	1.忌洗胃，忌服碳酸氢钠 2.给牛奶或蛋白 3.给稀石灰水、稀肥皂水作中和剂 4.对症治疗
强碱（氢氧化钠、碳酸钠、氨水）	接触部位腐蚀灼热，剧烈疼痛，血性呕吐、下泻、声哑，脉速，严重时可产生虚脱	1.给醋，但碳酸盐中毒时忌用 2.其他处理同强酸

续表三

药　　名	症　　状	解　救　方　法
樟脑球	误服后可有胃肠及膀胱刺激症状，贫血，肝脾肿大，抽搐，昏迷等	1.用温水或活性炭悬液洗胃 2.给蛋白及牛奶 3.对症治疗
巴比妥类	头痛，眩晕，谵妄，以后进入昏睡，瞳孔大小不等，口唇青紫，尿少，呼吸浅而不规则，血压、体温降低，休克，最后呼吸衰竭而死亡	1.给中枢兴奋药，如印防己毒素，每次1～6毫克，肌肉注射，每15分钟至半小时一次，直至角膜反射恢复；或用0.5%美解眠20～40毫升，加于5%葡萄糖中滴注 2.对症治疗和一般处理
溴化物	食欲不振，幻觉、皮炎，结膜炎，瞳孔不等且不规则，共济失调，谵妄，昏迷	1.给大量食盐水，以促使溴离子排泄 2.兴奋时给镇静剂，抑制时给浓茶
磺胺制剂	皮肤红疹，紫绀，血尿，无尿或尿痛，小便中可发现磺胺结晶体，血液中可出现粒细胞减少，严重者可出现酸中毒	1.停用磺胺类药物 2.大量饮水，可静脉滴注5%葡萄糖液 3.对症治疗和纠正酸中毒
山道年中毒	色觉变化有黄视，眩晕，头痛，呕吐，痉挛，角弓反张，精神错乱及中枢抑制等	1.洗胃后导泻，忌用油类泻药 2.忌用鸦片类药物 3.安置于阴暗安静室内 4.对症治疗和一般处理

第三篇　战地救护与“三防”

帝国主义、社会帝国主义为了争霸世界，摆脱国内外困境，他们既互相勾结，又互相争夺，表面上叫嚷“缓和”，实际上进行军备竞赛，妄图发动侵略战争，公然进行核讹诈。我们坚决遵照伟大领袖毛主席关于“提高警惕，保卫祖国”的指示，准备他们大打，准备他们早打，准备他们打常规战争，也准备他们打核大战。战斗在卫生战线的广大赤脚医生和革命的医务人员，都要掌握战地救护技术和对原子武器、化学武器、细菌武器的防护技术。在平时，我们可以对外伤和自然灾害引起的损伤进行急救；在战时，随时可以响应党的号召，奔赴战场全心全意地为抢救受伤的阶级兄弟，发扬“救死扶伤，实行革命的人道主义”。

“革命战争是群众的战争，只有动员群众才能进行战争，只有依靠群众才能进行战争”。战地救护与“三防”技术，不仅赤脚医生和革命的医务人员要掌握，而且应该让广大人民群众都能懂得，都能掌握，在革命战争中可以实行自救、互救。

用伟大的毛泽东思想武装起来的中国人民是不可战胜的。一切敢于来犯之敌，我们必将坚决彻底干净全部消灭之！

第一章　战地救护

战伤外科与平时外科有很大的共性，但又有其特殊性，要求医务人员具有“一不怕苦，二不怕死”的彻底革命精神，不畏艰险，利用一切抢救机会，舍身抢救伤员。

战伤的特点是工作突击性强、伤类复杂、伤情严重、工作环境不稳定。因此，要加强组织工作，对伤员进行良好的分类，认真的检查伤情，分清轻重缓急，把分类救治和转送很好的结合起来。

止血、包扎、固定、搬运，是实施战地救护的四项基本技术，它直接影响着伤员的健康恢复和生命安全，在实施战地救护时，应执行以下原则：

（一）救命在先，治伤在后。处理伤情，要先重后轻，一个伤员如有多处受伤时，首先要维持呼吸道通畅，止住大出血和防止休克；第二是处理内脏器官损伤；第三是处理骨折；第四是处理一般伤口。

（二）处理伤口，要注意以下几点：

1.力求无菌操作，不要把碘酒、酒精、汽油等涂入伤口，不要用水冲洗伤口，以免带入细菌。

2.伤口中的异物，不可勉强取除，以免增加伤员痛苦和引起大出血。

3.遇有脑膨出或腹部内脏脱出时，先用大块无菌纱布盖好，再加保护圈（无条件时可用碗代替）固定包扎（图3—1）。

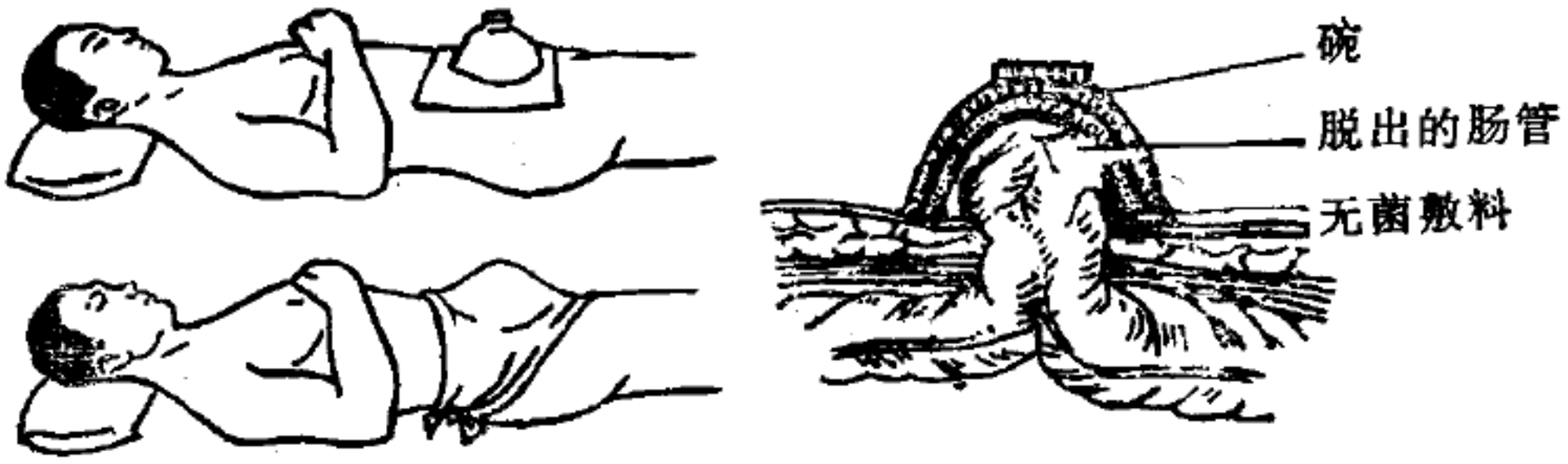


图3—1 内脏脱出时的包扎

4.开放性气胸及烧伤的急救处理，见有关章节。

（三）疼痛厉害，污染严重的伤员，可给予止痛药和消炎药。

第一节 止 血

止血是战地救护的一项重要工作，因为人体的总血量约5000毫升，急性大出血超过1000毫升时，即有引起休克，威胁生命的危险。因此对出血的伤员，应当分秒必争，迅速进行有效的止血。

（一）出血的种类及特点

在战地主要是外出血的止血，从出血的血管种类来分，出血可分为下列三种：

1.动脉出血：血色鲜红呈喷射状。

2.静脉出血：血色暗红，流得比较缓慢。

3.毛细血管出血：血色鲜红，血液从伤面渗出，呈水珠样。

（二）止血法

常用的急救止血法，有下列几种，在一般情况下，先用加压包扎法，遇有大出血用加压包扎法止血无效时，再迅速准确地使用止血带止血等其他止血法。

1.指压止血法　这是紧急而有效的临时止血法。在血管损伤后，尤以大动脉损伤后，出血的速度极快，可以在数秒钟内损失数百毫升血，因此，抢救这类伤员时，应果断的用一手压迫伤口近心端动脉；另一手取止血器材来代替指压止血。要正确地进行指压止血，必须掌握动脉的走行特点。

头颈四肢动脉干及其主要分枝：

颈总动脉 {颈内动脉；颈外动脉 {面动脉；颞浅动脉}}

锁骨下动脉→腋动脉→肱动脉 {尺动脉；桡动脉} →掌浅弓与掌深弓。

髂外动脉→股动脉→腘动脉 {胫前动脉→足背动脉；胫后动脉→足底动脉}

这些动脉大多位于肢体屈侧，循骨骼纵轴走行，根据这一特点，当四肢血管损伤时，应在屈侧寻找血管，在伤部以上，将动脉干压向骨骼即能止血，现将常用的压迫止血点（图3—2），列表如下：



面部出血的压点
及其止血区域



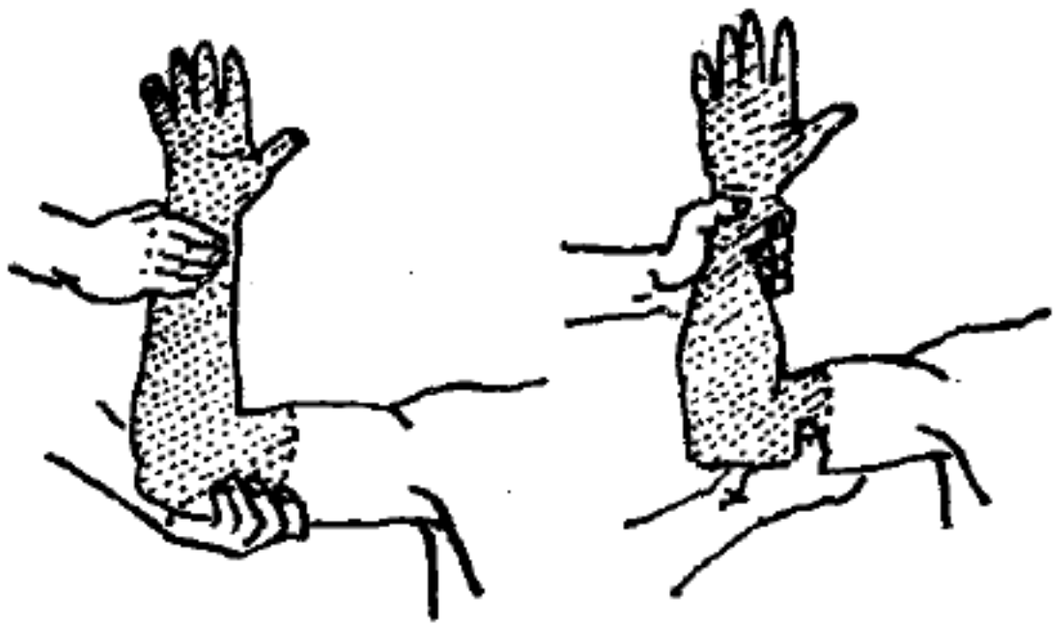
颞动脉的压点
及其止血区域



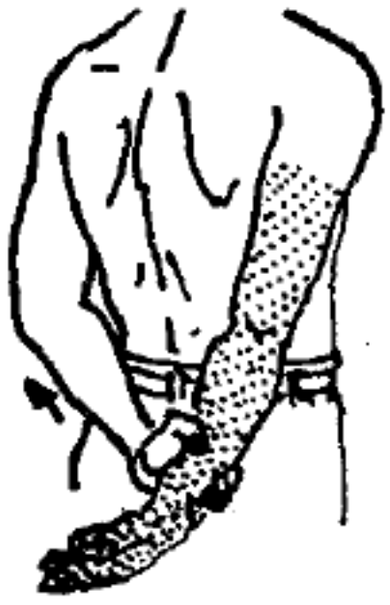
颈总动脉



锁骨下动脉



肱动脉的压点及其止血区域



背手压迫法
及其止血区域



股动脉的压点
及其止血区域

图3—2　压迫止血法

不同出血部位的压迫方法

压迫的动脉	压　迫　点	止　血　范　围
面　动　脉	下颌骨角前面半寸的凹陷内，有时需要二侧压迫才能止血	可止眼以下脸部及口腔的侧面出血
颞　动　脉	耳前一横指，正对着下颌关节	可止面颞部及头皮部出血
颈总动脉	气管旁颈总动脉处向颈后颈椎横突处按压，但不要压迫气管，更不能同时压迫两侧的颈总动脉，按压时间不可过久，	可止口腔、咽喉、颈部、头部的出血
锁骨下动脉	锁骨上窝内1/3处，扪及搏动处向第一肋骨上压迫	可止肩部、腋窝及上肢出血
肱　动　脉	上臂中部，肱三头肌内缘沟内搏动处压向肱骨	可止前臂及上臂下部出血
腋　动　脉	伤员自己将伤臂伸向背后，尽量伸直，用健侧手握住伤臂的手腕尽量向健侧拉	可止上肢出血
股　动　脉	腹股沟韧带中点搏动处，压向耻骨平面上	可止下肢出血

2.止血带止血法　这是在战地常用的止血方法。但要慎重对待，不可滥用。

上止血带，应当注意的几点：

（1）止血带，必须扎在伤口近心端，不强求标准位置，尽量接近伤口。如不行，才把止血带移到距伤口较远的部位。上肢可在上臂上的1/3处（中1/3易于造成桡神经损伤），下肢是在大腿中、下1/3交界处。

（2）上止血带前，先把伤肢抬高片刻，使静脉血回流。

（3）局部要加垫，止血带要上的松紧适度。

（4）上止血带后，要有明显标志，并注明时间。止血带止血的时间越短越好，一般以1小时以内为宜，天气寒冷，可适当延长，一般不超过3～4小时。

（5）要在输血、输液和准备好有效的止血措施后，在医生的观察下，方可放松止血带，以免发生止血带性休克，措手不及。

（6）每半小时左右，松解止血带检查一次，每次松解1～3分钟。松解时，暂用指压止血。

上止血带的方法：

（1）橡皮止血带止血法：左手拇、食、中指持止血带头端，将尾端绕肢一圈后，压住头端，取出手指，即成一活结（图3—3）。

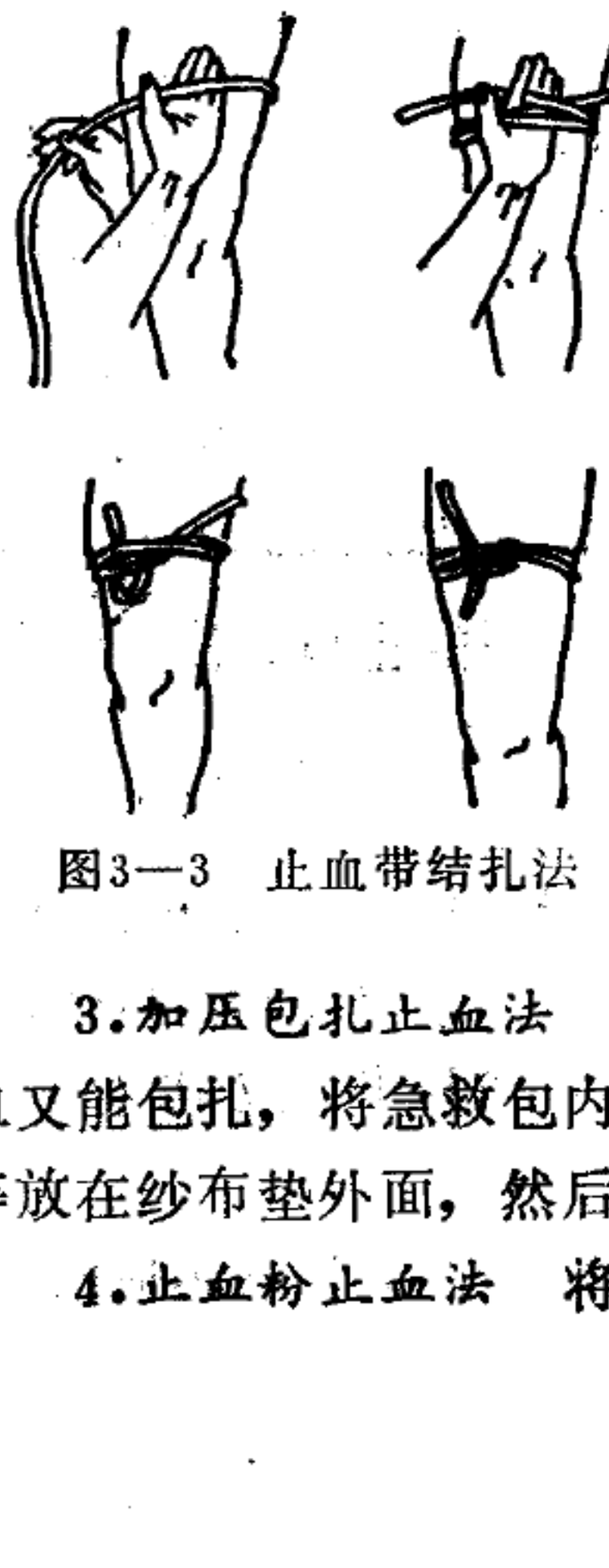


图3—3 止血带结扎法

（2）绞紧止血法：没有止血带可用此法，用布条或把迭成条带的三角巾、纱布或手帕，平整的绕肢体一圈，两头交叉打活结，使一头留成小套，取一小木棒穿进活结下，绞紧至不出血为止，最后将木棒头插入小套内，把小套拉紧固定。

3.加压包扎止血法 一般非动脉性出血皆可用，既可止血又能包扎，将急救包内纱布垫覆盖伤口以后，再将棉花团等放在纱布垫外面，然后用绷带或三角巾加压包扎。

4.止血粉止血法 将中草药制成的止血粉，例如人发、

猪鬃各等量，煅灰研粉，撒于伤口，立即用干纱布加压包扎，一般皆能达到止血目的。

5.止血钳止血法　用血管钳直接钳夹出血的血管，再用纱布、三角巾加压包扎，此法效果确切，损伤组织少。

第二节　包　　扎

包扎的目的：

1.保护伤口，减少感染的机会。

2.压迫止血，固定骨折。

3.减轻伤处疼痛，轻伤者经过包扎，又可投入战斗。

包扎常用材料：

1.三角巾；

2.绷带；

3.四头带裹伤包。

如未备以上材料，也可用帽子、衣服或毛巾等代替。

包扎注意事项：

1.接触和覆盖伤口的敷料，或其他包扎材料，应尽可能用消毒过的。但在紧急情况下，也选用清洁的代用品，如将毛巾进行煮沸消毒，晒干后使用。

2.包扎松紧应适宜，太紧影响血液循环，太松易使敷料脱落。

3.包扎时动作应轻，以免碰击伤口，加重疼痛，出血或污染。

4.三角巾或毛巾包扎时，应做到固定好，角要拉紧，中心伸展，敷料贴准。

（一）三角巾及毛巾包扎法（图3—4）

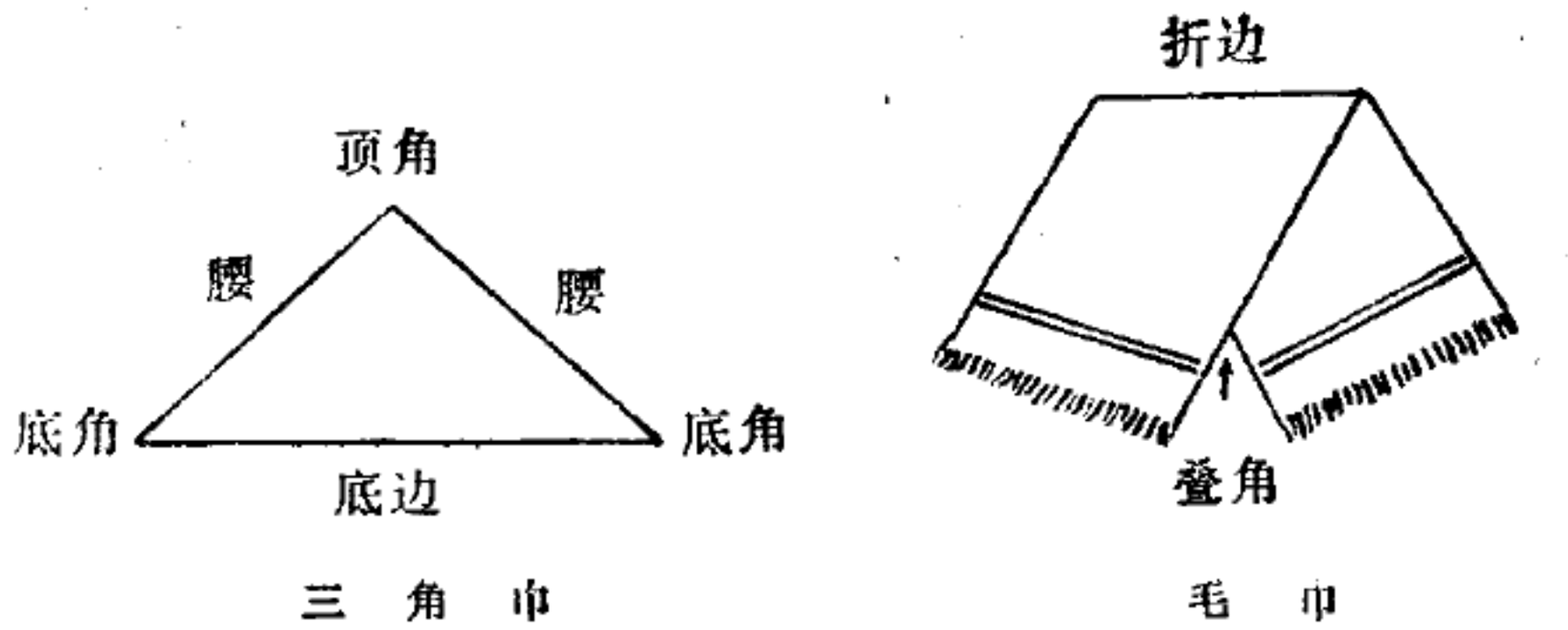


图3—4 三角巾及毛巾

1.头部包扎法 将三角巾底边稍折迭，放置于额前眉上，两底角经两耳上方，并在枕下交叉，拉紧后，再绕回额前打结，最后将甩在枕下的顶角拉齐，塞进折缝内（图3—5）。

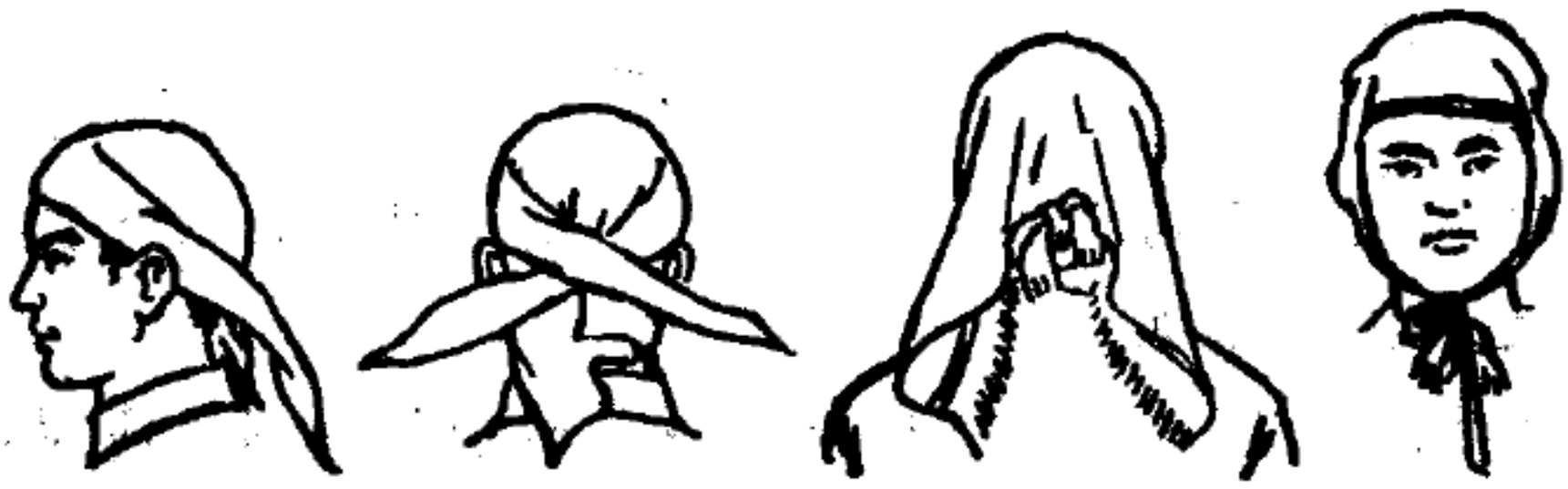


图3—5 头部包扎法

2.面部包扎法 先将三角巾顶角打一结，包住面部，并在眼、鼻、口等部位，分别剪成小孔，然后将两底角向后拉，在枕后交叉，再绕回到额前打结（图3—6）。

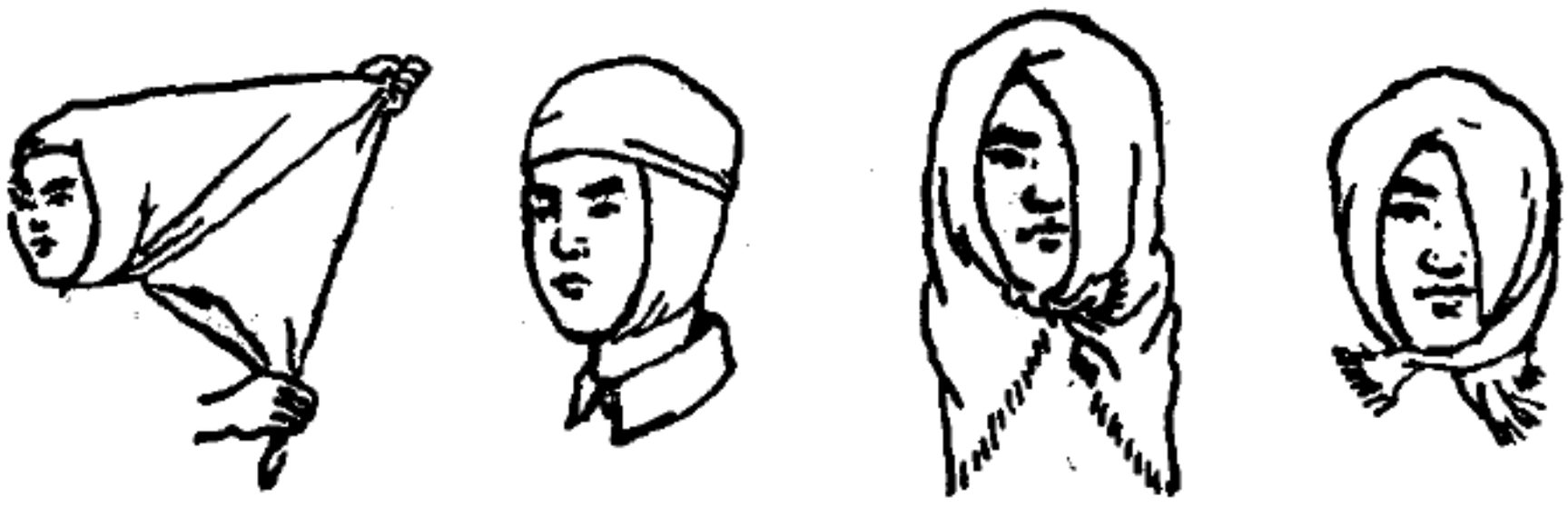
3.头及侧面包扎法 三角巾一腰边放在前额，顶角与一底角在下颌处打结，然后一手拉另一底角，包绕前额，在耳



三　角　巾　　毛　巾

图3—6　面部包扎法

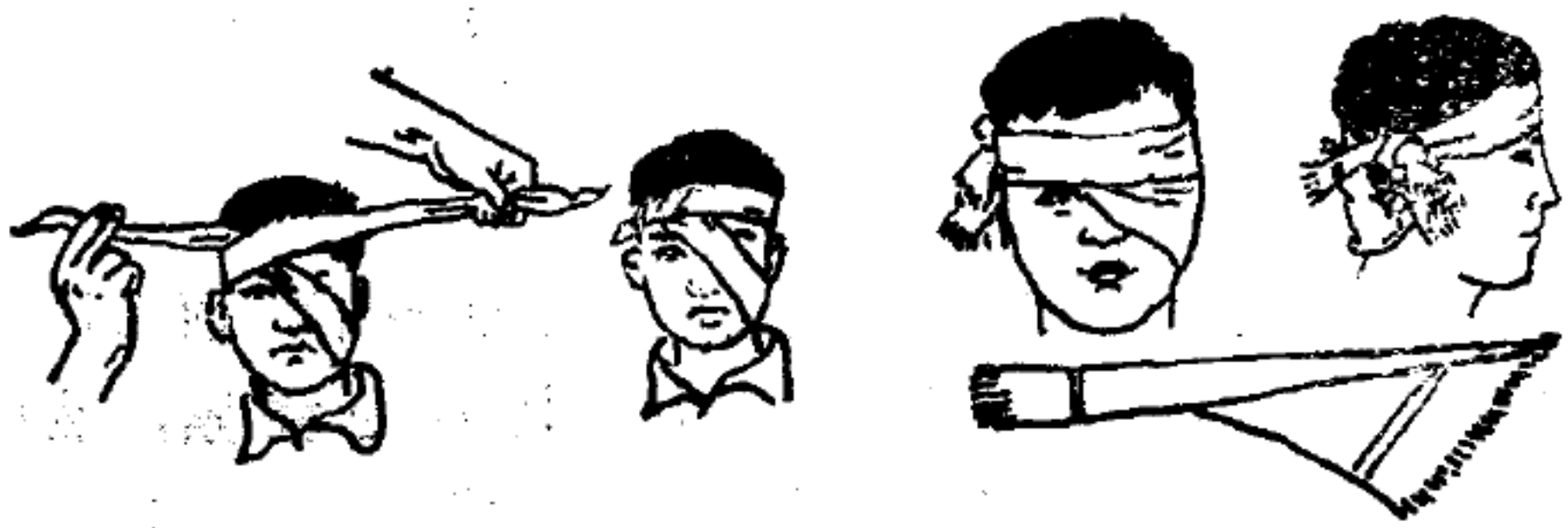
后上方与底边中央折角打结（图3—7）。



三　角　巾　　毛　巾

图3—7　头及侧面包扎法

4.单眼包扎法　三角巾折迭成带形约四横指宽，将2/3向下放于伤眼部，并经耳下及枕骨粗隆下方，绕至对侧耳上方，压住另一端，在前额及枕上缠一圈，最后在健侧耳上打结（图3—8）。



三　角　巾　　毛　巾

图3—8　单眼包扎法

5.双眼包扎法　三角巾折迭成四横指宽条带，从前面将双眼遮盖至枕后交叉，再绕向前额打结（图3—9）。

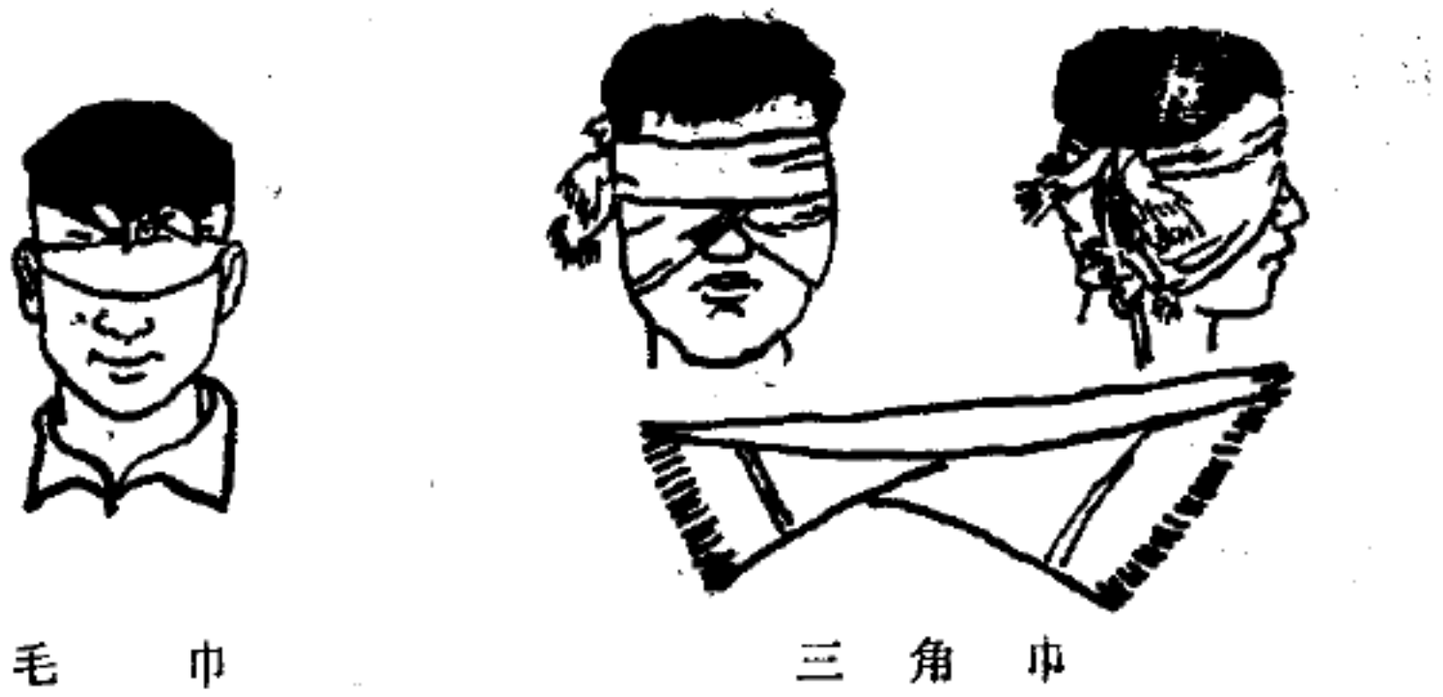


图3—9　双眼包扎法

6.下颌包扎法　三角巾折迭成带状约四横指宽，在下颌角处围绕包扎，并交叉绕于颌下方，将两端沿两侧耳前上提，并在头顶打结（图3—10）。

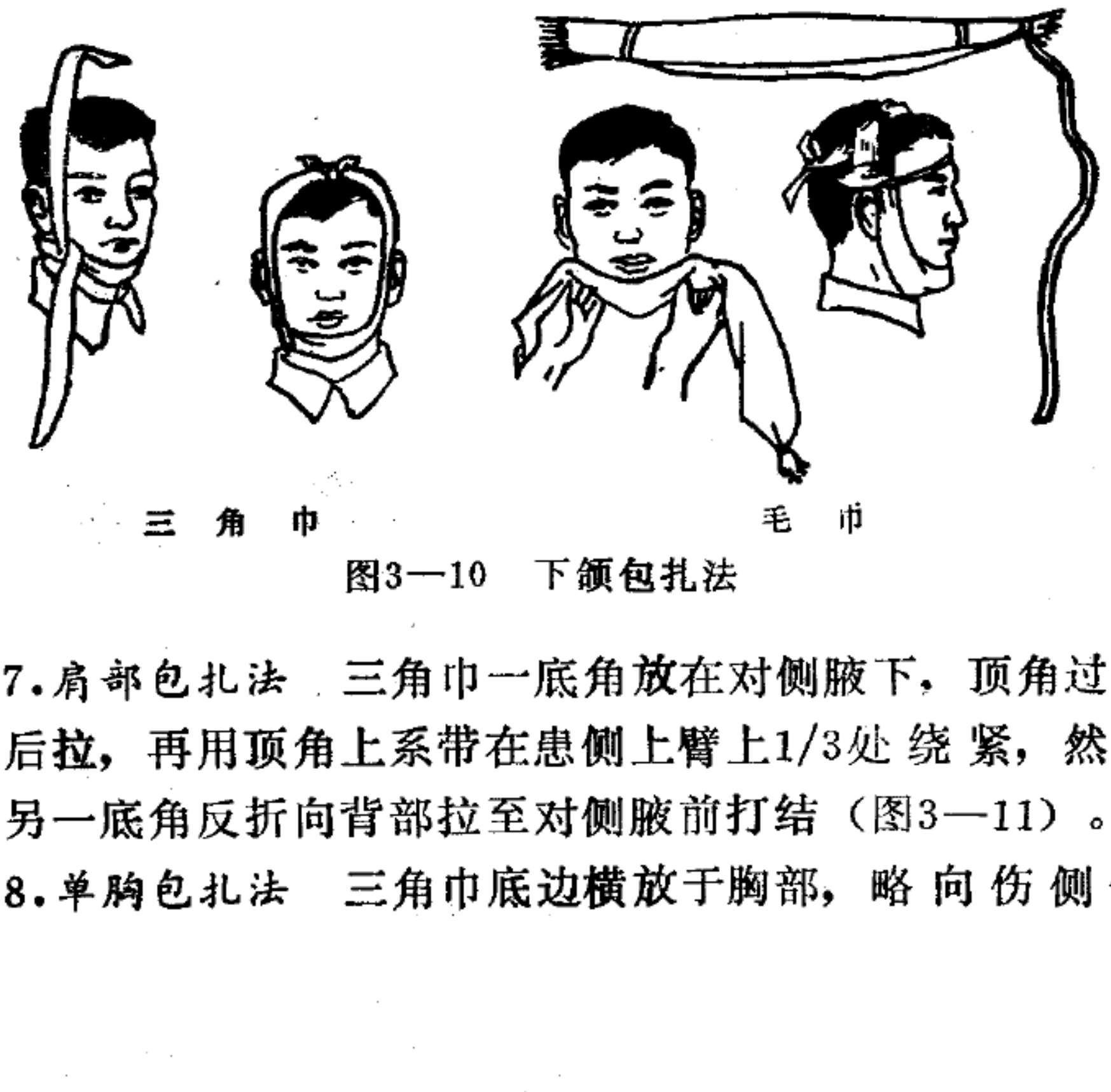


图3—10　下颌包扎法

7.肩部包扎法　三角巾一底角放在对侧腋下，顶角过患肩向后拉，再用顶角上系带在患侧上臂上1/3处绕紧，然后再将另一底角反折向背部拉至对侧腋前打结（图3—11）。

8.单胸包扎法　三角巾底边横放于胸部，略向伤侧倾

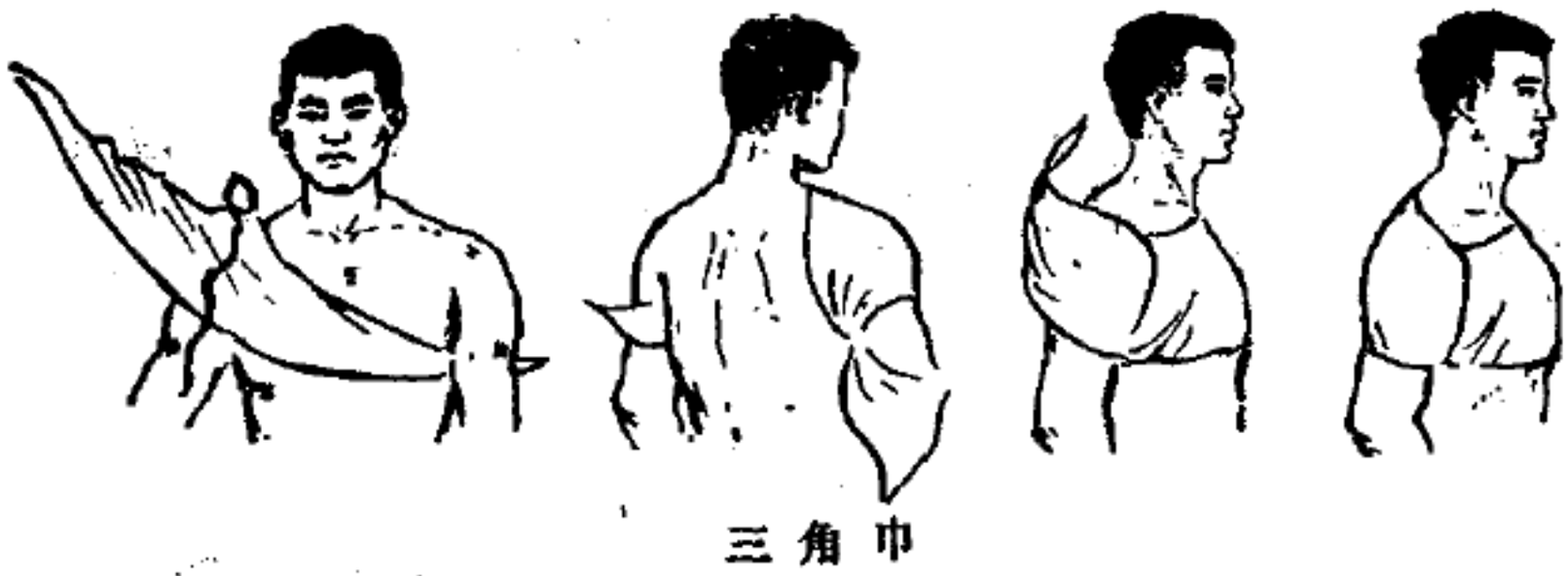


图3—11　肩部包扎法

斜，并绕向背后打结，顶角越过患侧肩部绕向背后，与两底角的结扎在一起（图 3 —12）。

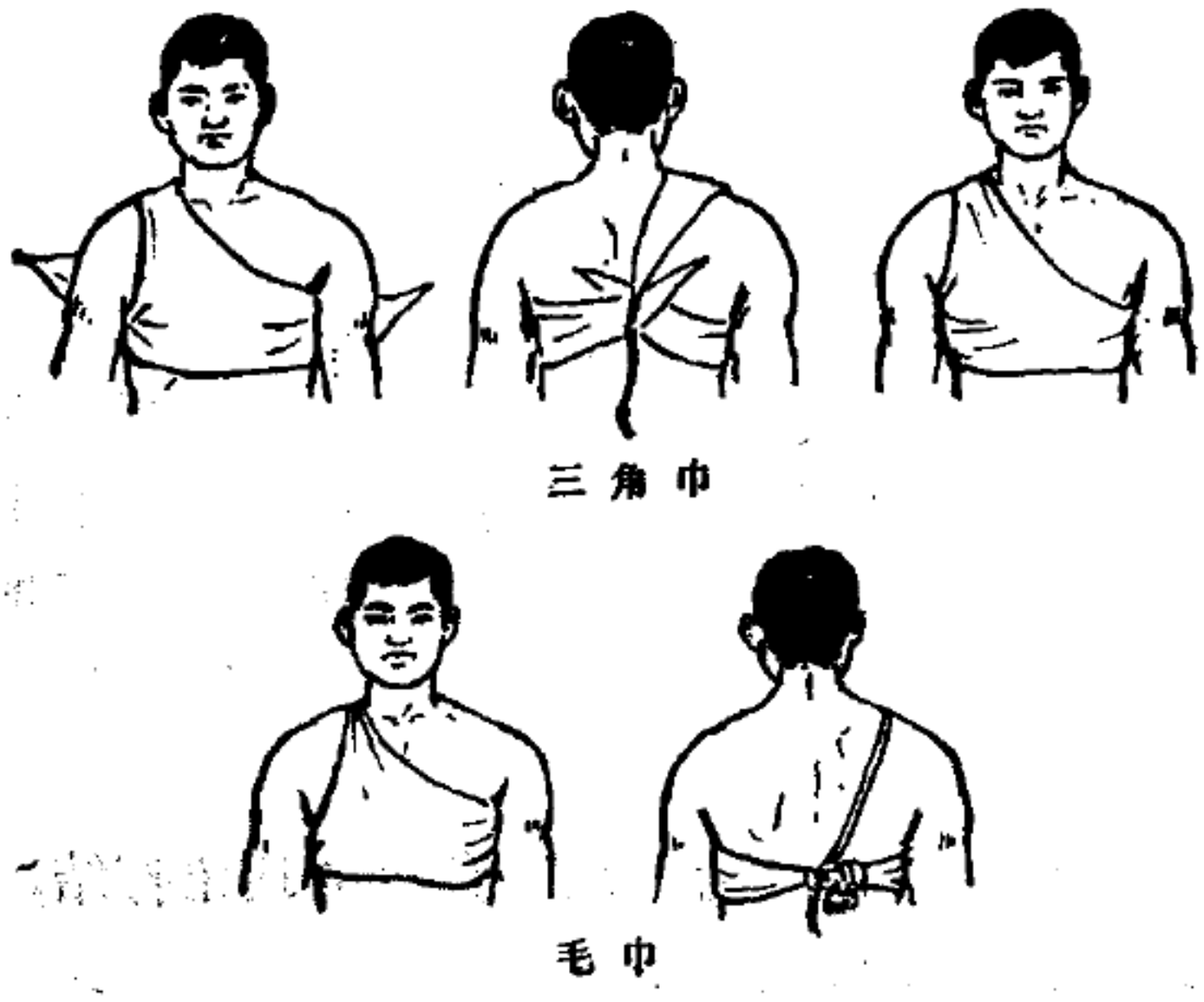


图3—12　单胸包扎法

9.双胸包扎法　先将毛巾折成燕尾形，底边放在下胸部，用布带将底边于背部打结，然后将两尾分别拉于颈后，用布带绕过底边布带打结（图3—13）。

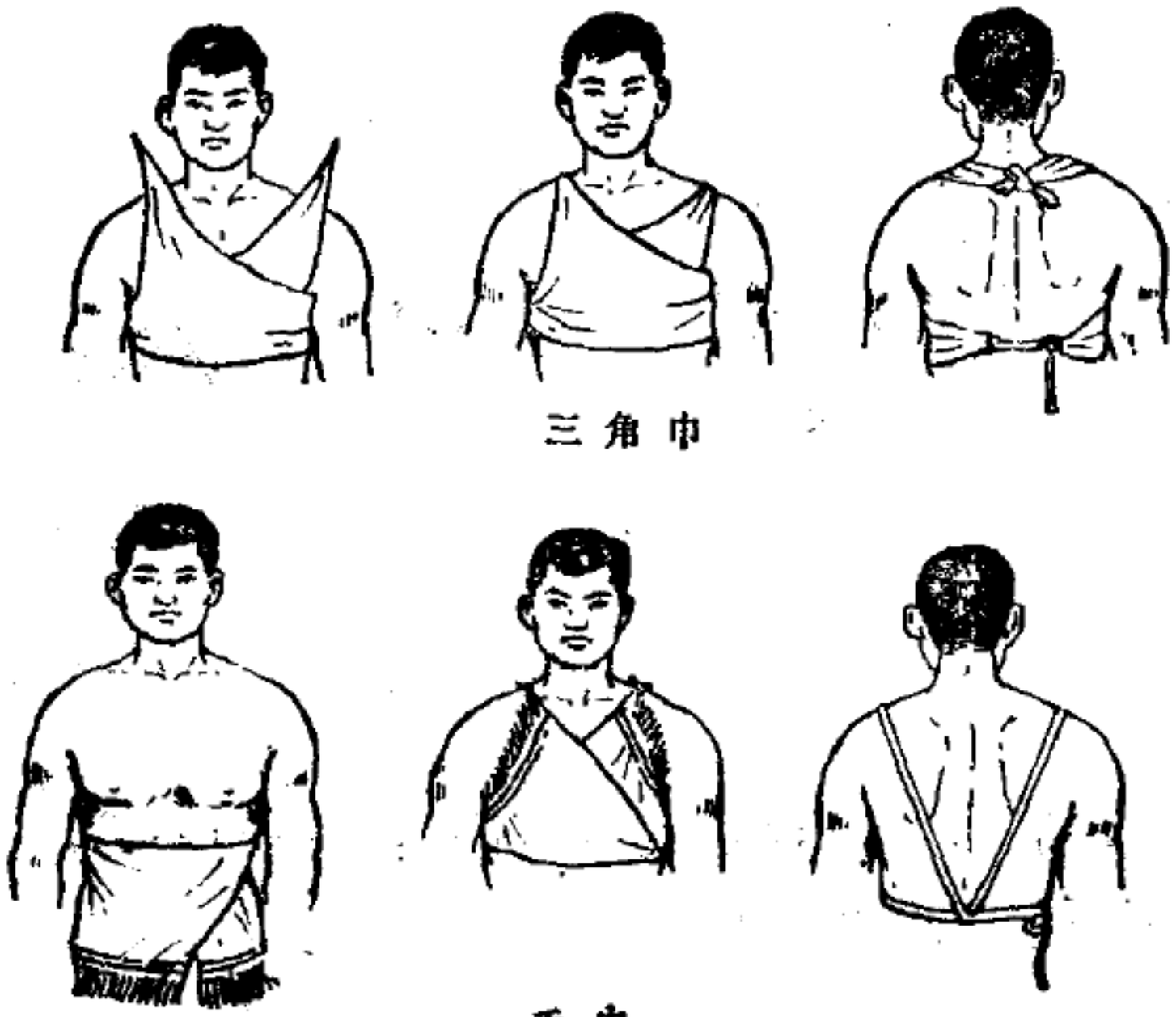
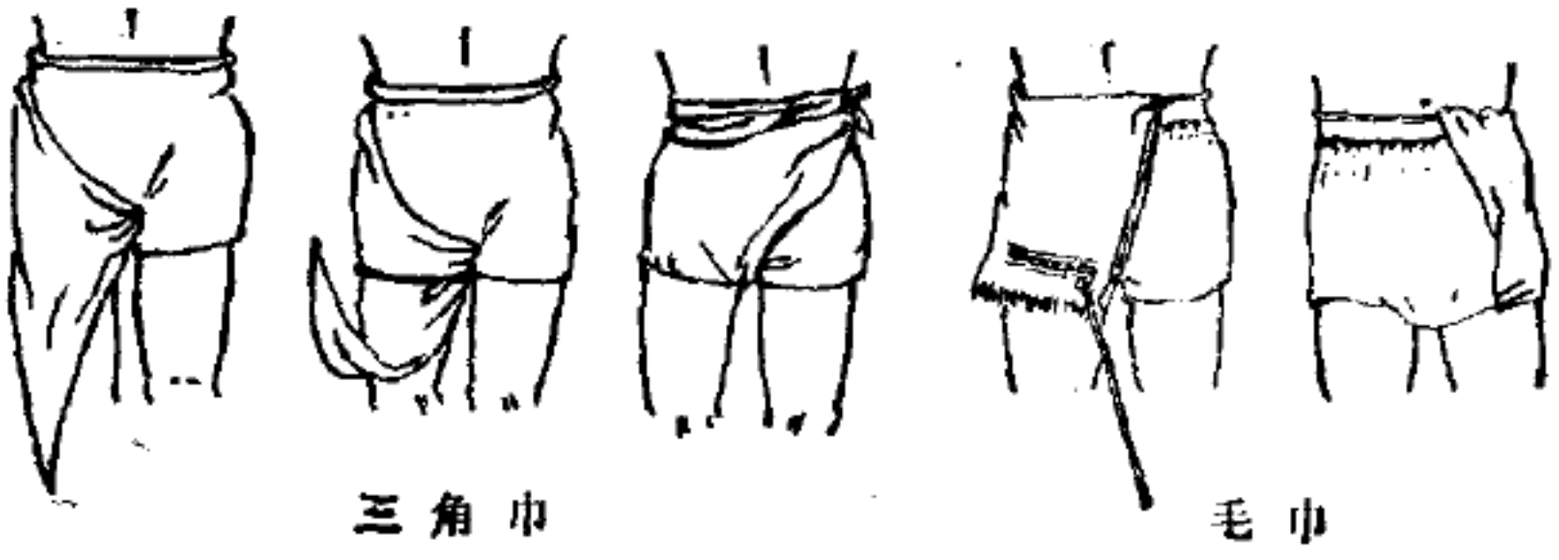


图3—13　双胸包扎法

10．单侧臀部包扎法　将三角巾一腰斜放在臀部，上端偏向髂前，下端偏向背侧两腿之间，顶角接近臀裂下方，用顶角系带在大腿上部绕一圈，将三角巾扎牢，然后把下端的底角提起，自臀部拉至对侧髂上，与另一端打结（图3～14）。

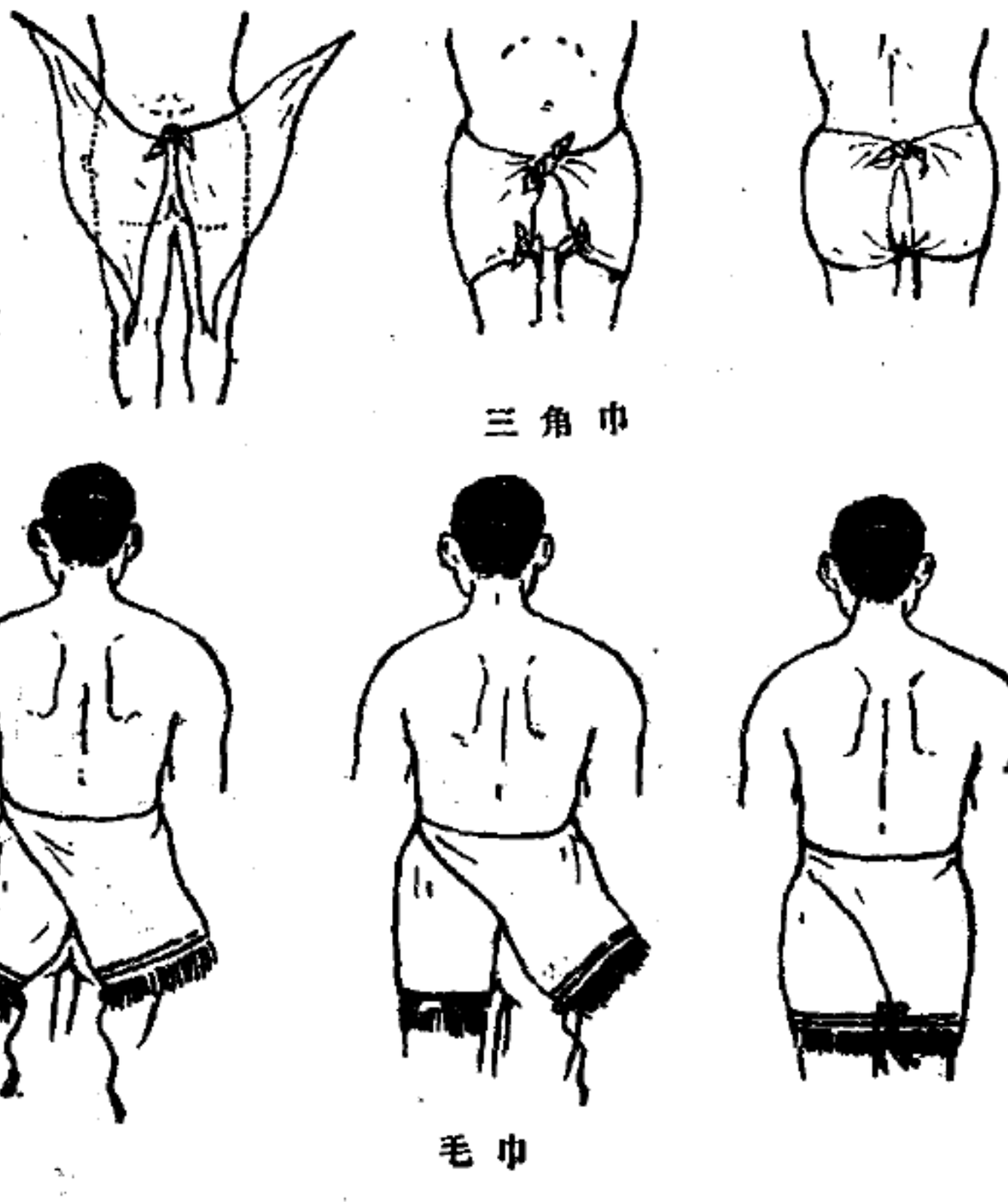
11．双臀部包扎法　将两块三角巾的顶角打结，放在腰部正中，取两条三角巾的一端底角围腰在腹部打结。再提起另一端的两底角，分别由臀下大腿内侧绕至前面，与相对的



三角巾　　毛巾

图3—14　单臀包扎法

边打纽扣结，或与上面的两底角打结（图 3—15）。



三角巾　　毛巾

图3—15　双臀包扎法

12．手部包扎法　手指对着三角巾的顶角，将腕部放于三角巾底边，手掌或手背平放于三角巾的中部，将顶角折回

覆盖手背或手掌，两底角在手背或手掌交叉，围绕腕部打结（图3—16）。



三角巾

毛 巾

图3—16 手部包扎法

13. 足部包扎法 把足斜放在三角巾一边，取一腰边于踝上包绕打结，再用另一底角包足，打结于踝关节处(图3—17)。

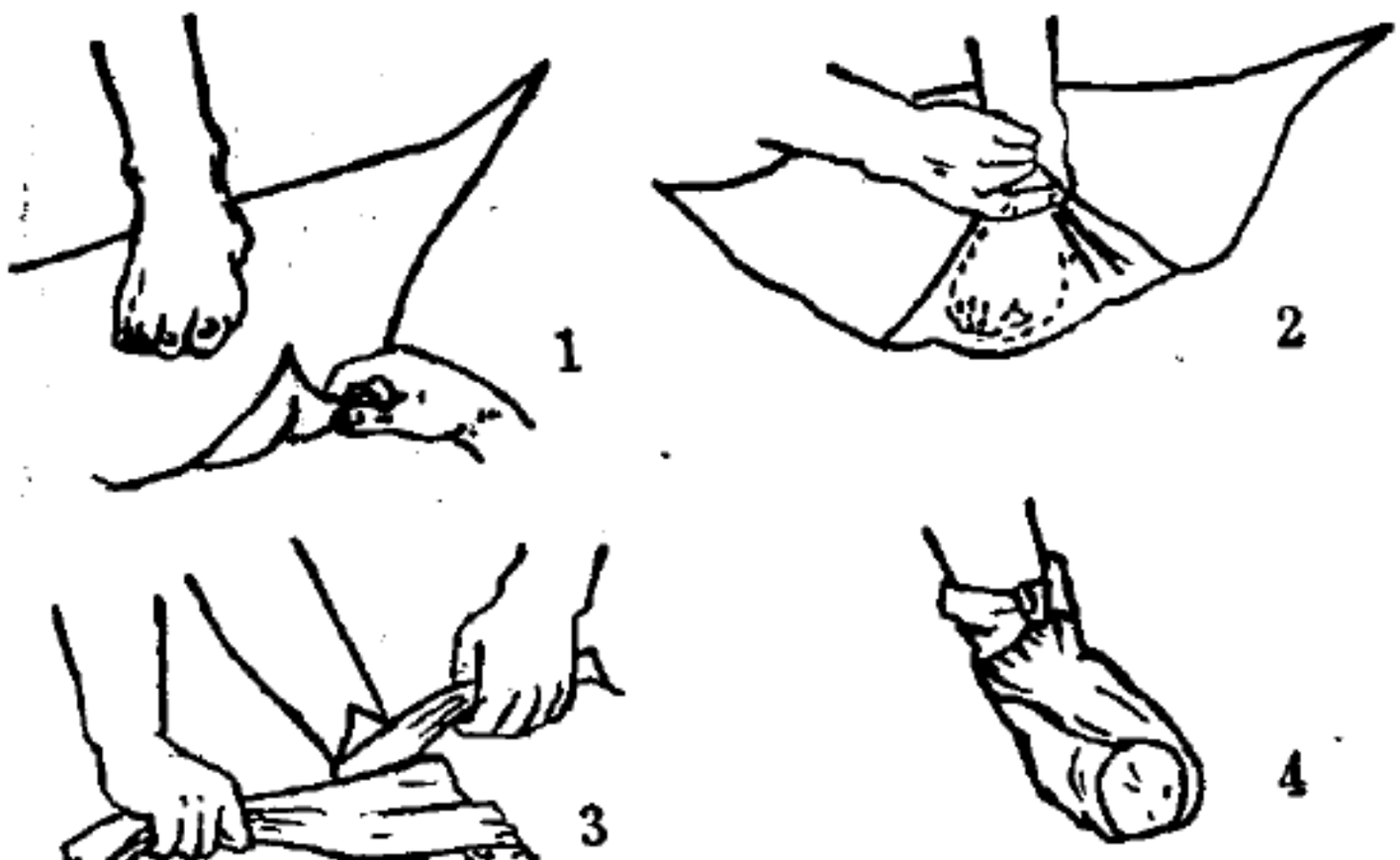
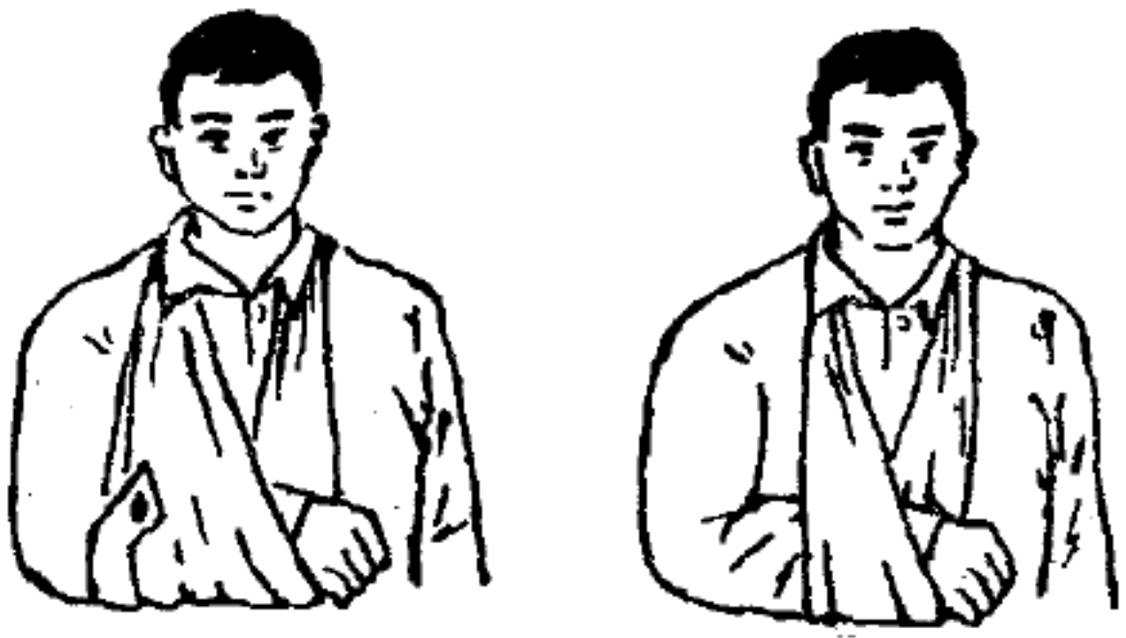


图3—17 足部包扎法（三角巾）

14. 悬臂带　大悬臂带，是将三角巾平放在胸部，顶角向伤臂的肘尖，肘曲成90度，然后提起三角巾下端，吊起前臂，并将两底角越过颈部，在颈后打结，顶角包住肘部（可用别针或带子扎住）。小悬臂带，是将三角巾折成带子，在前臂的下部兜起，并在颈后打结（图3—18）。



大悬臂带　　小悬臂带

图3—18　悬臂包扎法

15. 腹部包扎法　将三角巾折成燕尾式，燕尾朝下贴在腹部，顶角和底边折后形成的角，在腰部打结，牵拉燕尾两角（即底角）在大腿旁打结(图3—19)。

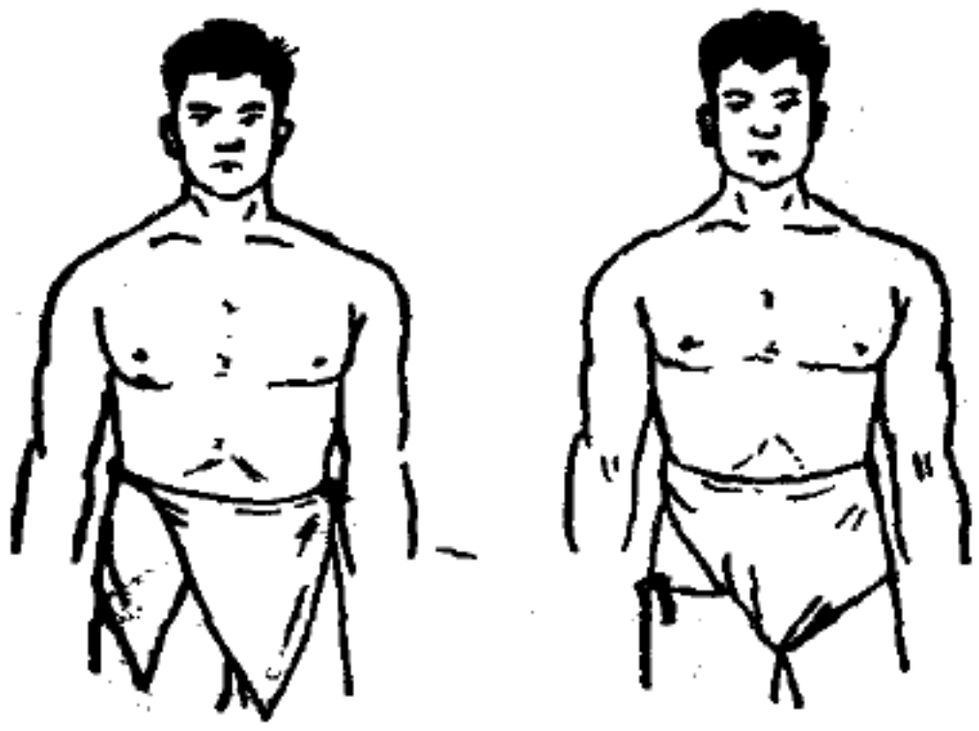


图3—19　下腹部三角巾包扎法

（二）绷带包扎法

常用的绷带是一头卷起的单头带。包扎方法有以下几

种。

1.环形包扎　绷带作环行重迭缠绕。为了使绷带固定，不致滑脱，可将第一圈稍斜，第二、三圈环行，并把斜出圈外的角折回到圈里，再重迭绕扎。结尾时，可用别针、胶布，或将尾部剪开打结等方式固定（图3—20）。

2.螺旋形包扎　先将绷带环行绕扎2～3圈，再将绷带向上卷，每卷一圈都盖着前一圈的1/3～2/3（图3—21）。

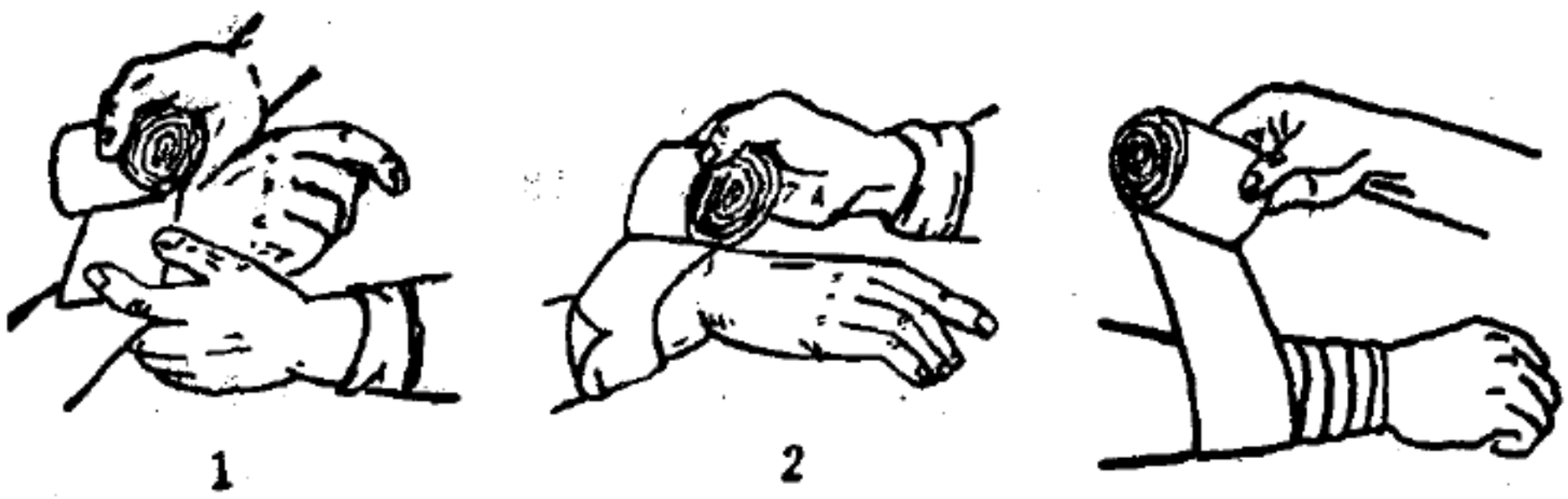


图3—20　环行包扎法

图3—21　螺旋形包扎法

3.扇形包扎　主要用在关节部位的包扎。常用离心性包扎法，即从关节向关节的上下端包扎（图3—22）。

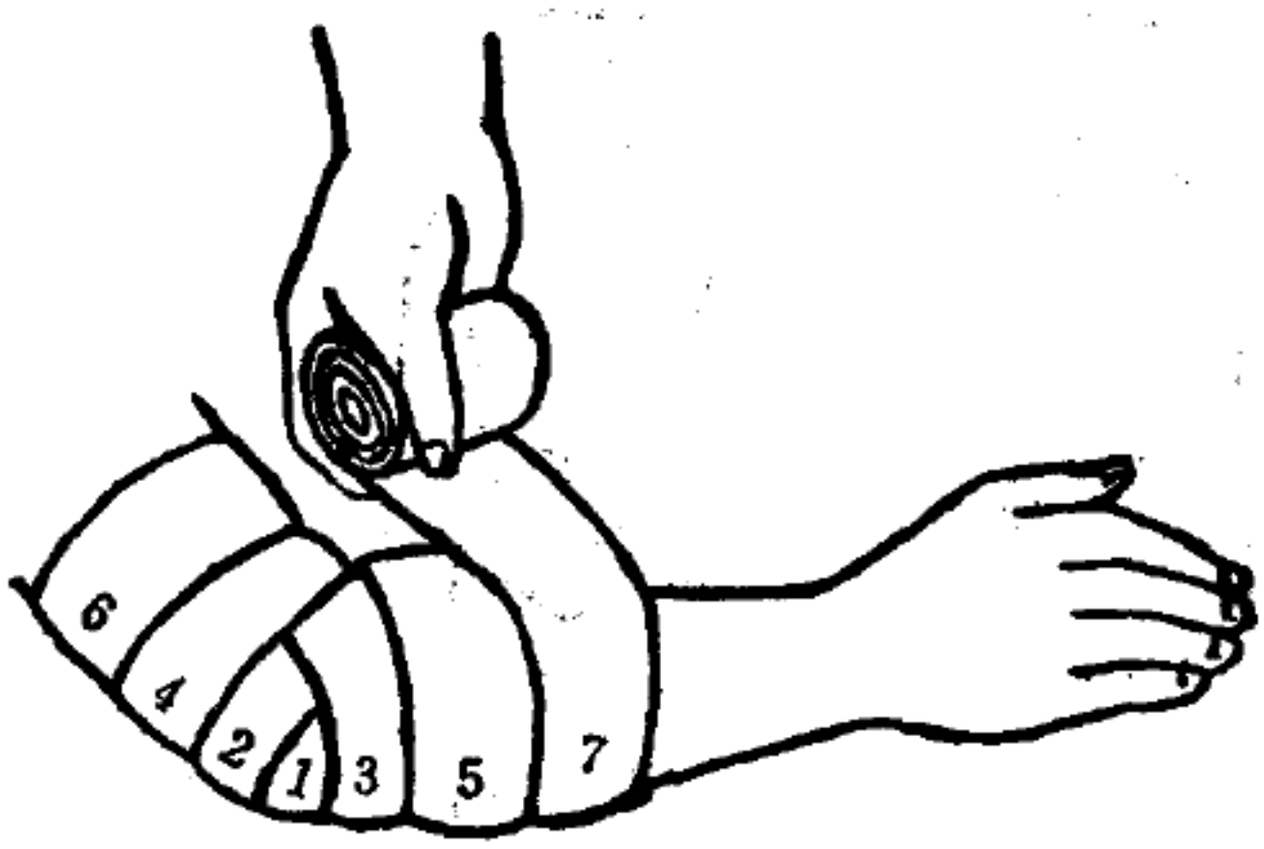


图3—22　扇形包扎法

4.八字形包扎　绷带先照“8”字形缠绕，再照“8”字形一圈大一圈的绕下去，成为

重迭的人字形(图 3 —23)。

5.四头带包扎　把绷带的两头剪开，做成四头带。下颌部、鼻部、前额和枕骨等受伤，多用这种包扎法（图 3—24）。

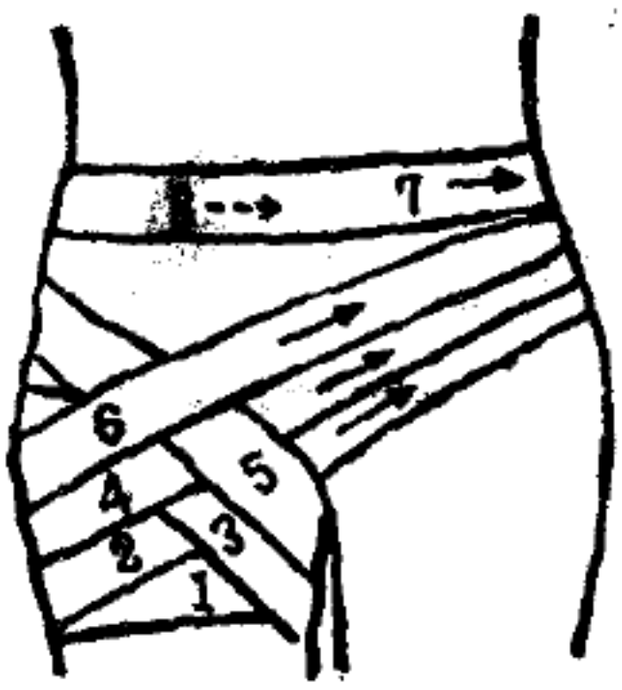


图3—23　“8”字形包扎法

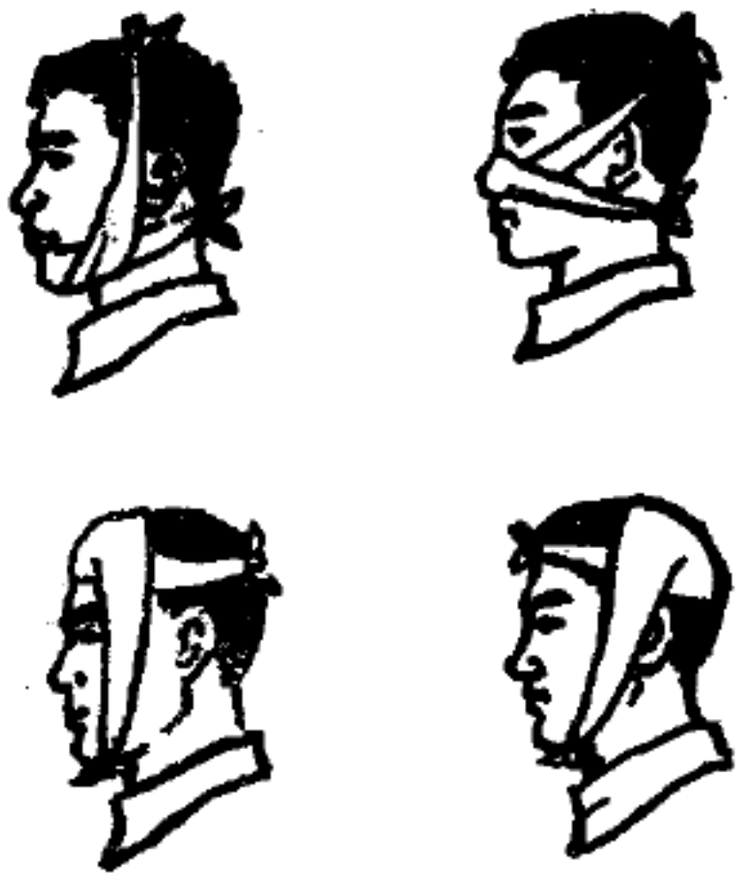


图3—24　四头带包扎法

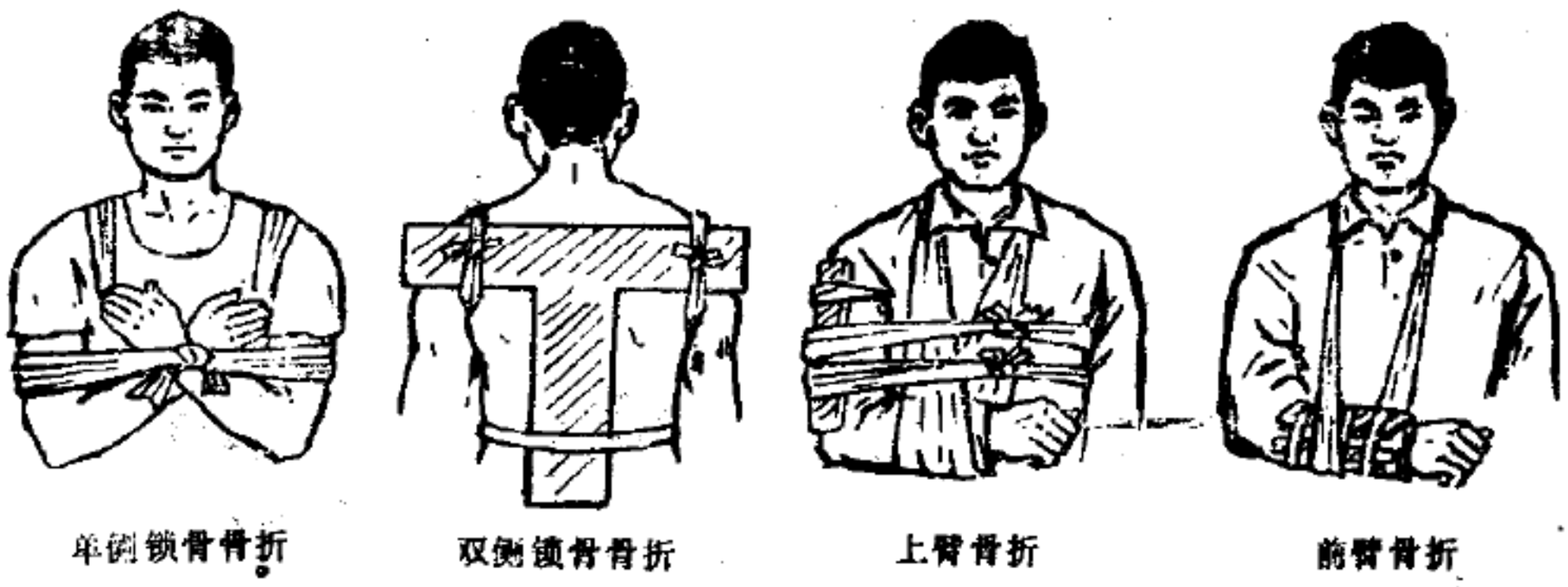
第三节　固　　定

战场上发现骨折，应在骨折部位用夹板作临时固定（图 3—25），使断端不再移位或刺伤肌肉、神经或血管，减少痛苦和并发症，也便于搬运。

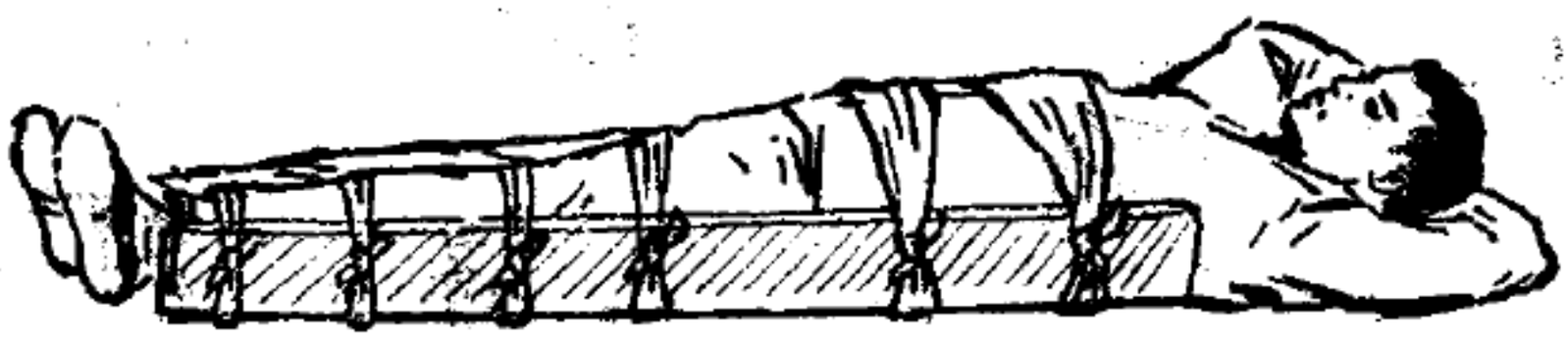
固定的一般原则：

1.夹板的长短和宽窄要适合，一般长度要超过骨折上、下两个关节。如无夹板，可用竹竿、木棍代替。

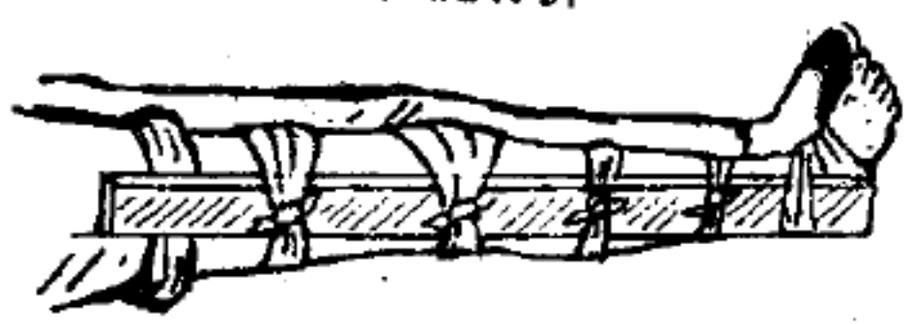
2.发现骨折后，立即固定，松紧适宜。固定骨突出部位，应垫棉花等物，以防压伤皮肤。



单侧锁骨骨折　双侧锁骨骨折　上臂骨折　前臂骨折



大腿骨折



小腿骨折



脊柱骨折

图3—25　骨折固定

3.开放性骨折，要注意伤口止血，包扎好伤口，再用夹板固定。

（一）**锁骨骨折**：一侧折断的，用大悬臂带或两条三角巾固定即可。两侧都折断的，可用丁字形夹板贴于背后，在两肩及腰部扎缚，或用8字绷带固定。

（二）上臂骨折：用二块适合的夹板，在断骨内外侧上、下两头扎缚固定，然后屈肘90度作小悬臂。

（三）前臂骨折：用夹板二块，在前臂掌背侧上、下两端扎缚固定，并屈肘90度作小悬臂。

（四）大腿骨折：取长短夹板两块，分别放在伤腿的外侧（由足跟至腋窝），内侧（由足跟至腹股沟），并分段绑几道。

（五）小腿骨折：取长短相等的夹板（从足至大腿）两块，放在伤腿内外侧，自大腿到踝部分段扎四道。

如无夹板及代用品，可将健侧腿同伤侧腿并拢，两腿之间塞上棉花，自踝部至大腿分段扎几道。大腿小腿骨折均适用。

（六）脊柱骨折：伤情较重，让伤员俯卧在担架或门板上，腹部及胸部加垫，固定不使移动，以免加重损伤。

第四节　寻找、隐蔽、搬运伤员

（一）寻找时机：敌人火力被我压制，趁敌反冲击被我打退之后，利用夜间、天刚黑敌人看不清时，或较隐蔽的地形等，千方百计地寻找、抢救伤员。

（二）寻找方法：

1.明确敌我方向，本单位的战斗任务及主攻方向，以及兄弟单位的位置。

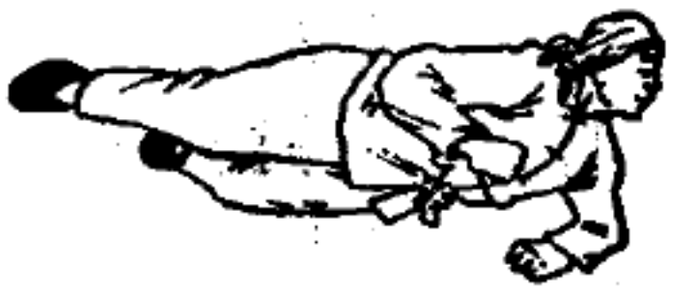
2.判断我方可能发生伤员较多的地方，如在冲击敌防御阵地，遇敌人火力顽强阻拦时；敌人火力封锁区，或敌人反冲击的地方。



高姿匍匐



低姿匍匐



侧姿匍匐

图3—26　匍匐前进的三种姿势

3.观、听伤员的动静。

（三）接近伤员的方法：

1.**屈身前进**：分高姿和低姿两种，如掩蔽物高，则用高姿屈身前进；掩蔽物低，则用低姿屈身前进。

2.**匍匐前进**：有高、低、侧身三种姿式（图3—26）。

高姿匍匐：比低姿匍匐省力、迅速，在掩蔽物60厘米左右高时用。

低姿匍匐：在掩蔽物40厘米左右高时用。

侧姿匍匐：是高姿匍匐的一种，速度最快。

3.**滚进**：想以卧式向左右移动时，或想隐蔽地迅速通过土坎，或于敌侧斜坡，自上向下运动时用之。

4.**跃进**：是在敌人射击下通过开阔地时的一种运动方法。

隐蔽伤员的方法　经过抢救的伤员，必须利用地形、地物隐蔽起来，避免再次负伤，等待后送。可利用土堆、土坎、凹地、战壕、掩体等。最好就近隐蔽，尽量利用沟或坎。

搬运伤员的方法　搬运伤员，是把伤员送到较安全的地方或救护所，以便进一步救治。搬运伤员的方法，根据战斗进行情况，分为两类：一是用于战斗或空袭后（如徒手搬运法、担架搬运法等）；二是用于战斗和空袭时（如匍匐背驮

与侧身俯匐搬运等）。

1.徒手搬运法：

（1）单人搬运：有扶持法、抱持法和背负法三种（图3—27）。



扶持法　　抱持法　　背负法

图3—27　单人搬运

（2）双人搬运：有椅托式、轿杠式、拉车式和平卧托运式四种（图3—28）。

（3）三人搬运（图3—29）。

2.担架搬运法（图3—30）：担架是搬运伤员最方便的工具，而且伤员比较舒服。在抬担架时，抬后面的人，要经常观察伤员，如伤员情况有变化，应停下作紧急处理。在战时无担架的情况下，可用木板或门板等代替。

3.高姿式搬运法：用于地形较隐蔽，敌人射击不到，而又无担架的情况时。一般有以下几种：

（1）环形带搬运：用一根结实的带子，两端结成环形，一股放在伤员腋下，一股放在臀下。搬运的人，在伤员



椅托法





桥杠式



拉车法



平卧托运式

图3—28　双人搬运

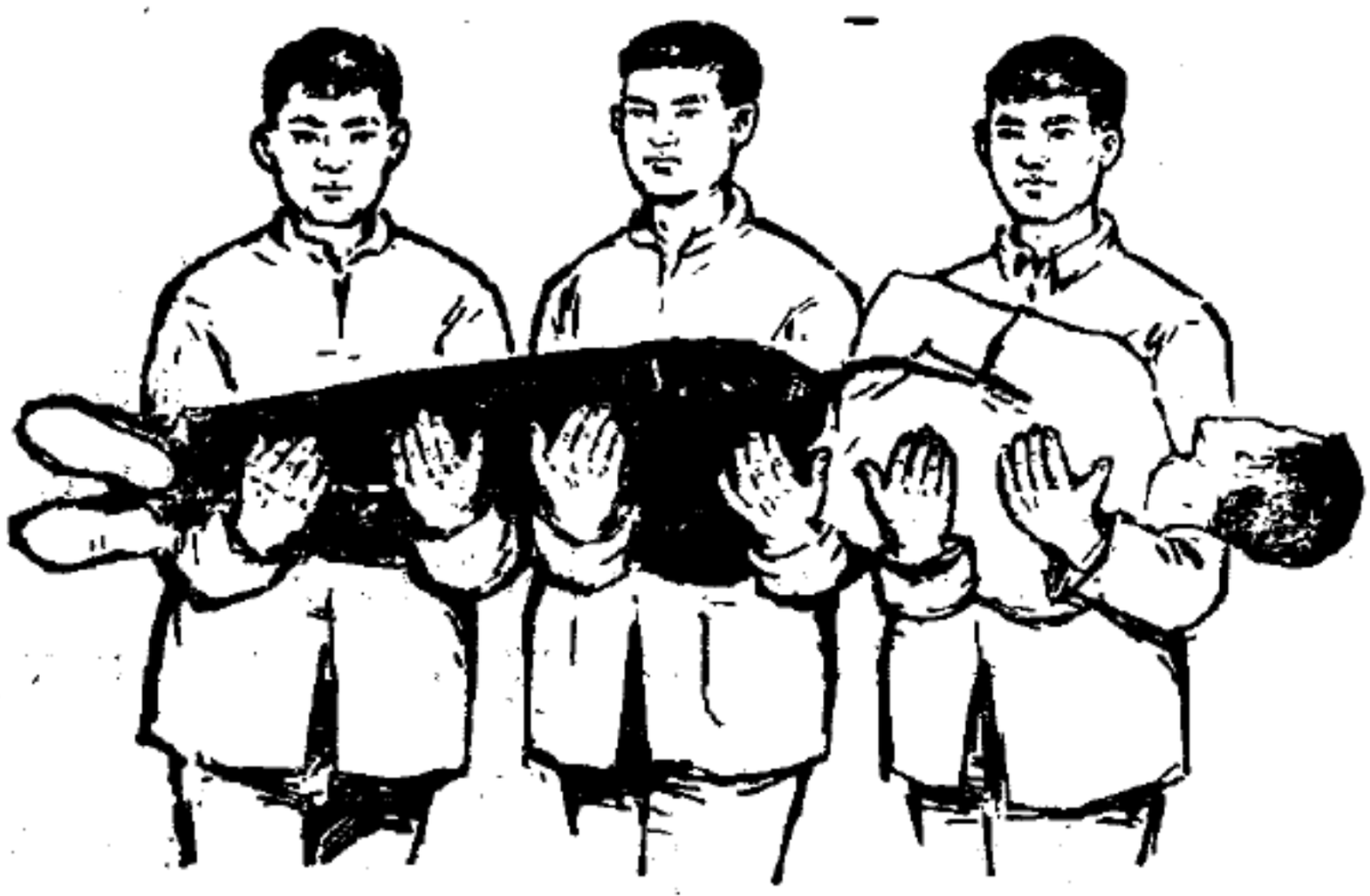


图3—29　三人搬运

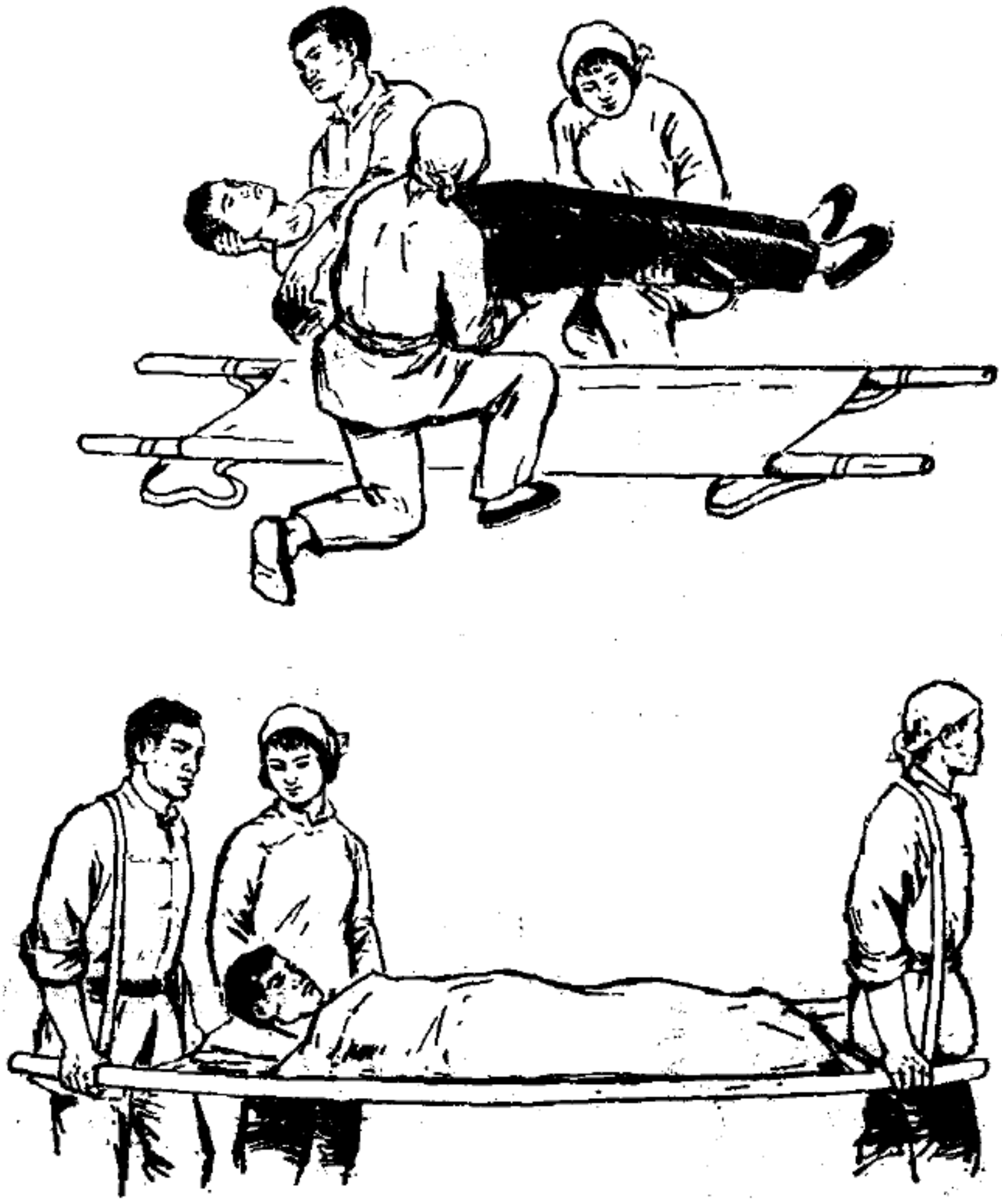


图3—30　担架搬运法

前面，将两股带子套在两肩，然后用力翻身，将伤员驮在背上（图3—31）。

（2）“8”字带搬运，用一根结实的带子，摆成“8”字形。带子的两个套，分别套在伤员两大腿的上部，再把带子套在自己身上，并拉着伤员的手。这种方法，对失去知觉

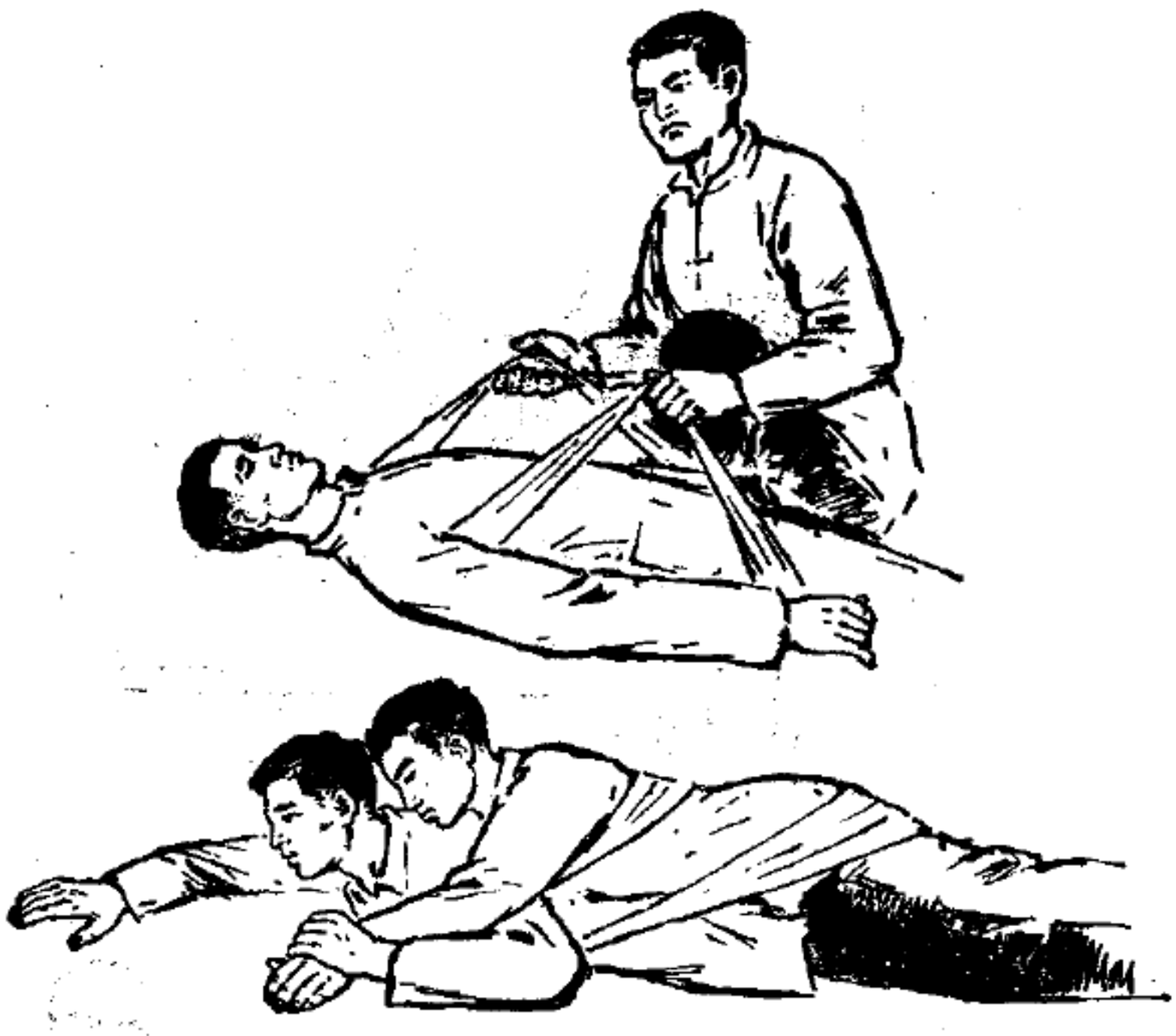


图3—31　环形带搬运法



图3—32　“8”字带搬运法

的伤员不能用(图 3 —32)。

（3）木棒搬运：有单人和双人两种（图 3 —33）。

4.侧身匍匐搬运法（图 3 —34）。

5.雨布、大衣搬运法：用于地形平坦，不易隐蔽的情况下。先将雨布的一角拴上绳子，再把伤员放在雨布的中间，然后把两侧的两个角翻上来，打结包住伤员，绳子的一头做个套，套在肩上，匍匐前进。



单人法　　双人法

图3—33　木棒搬运法

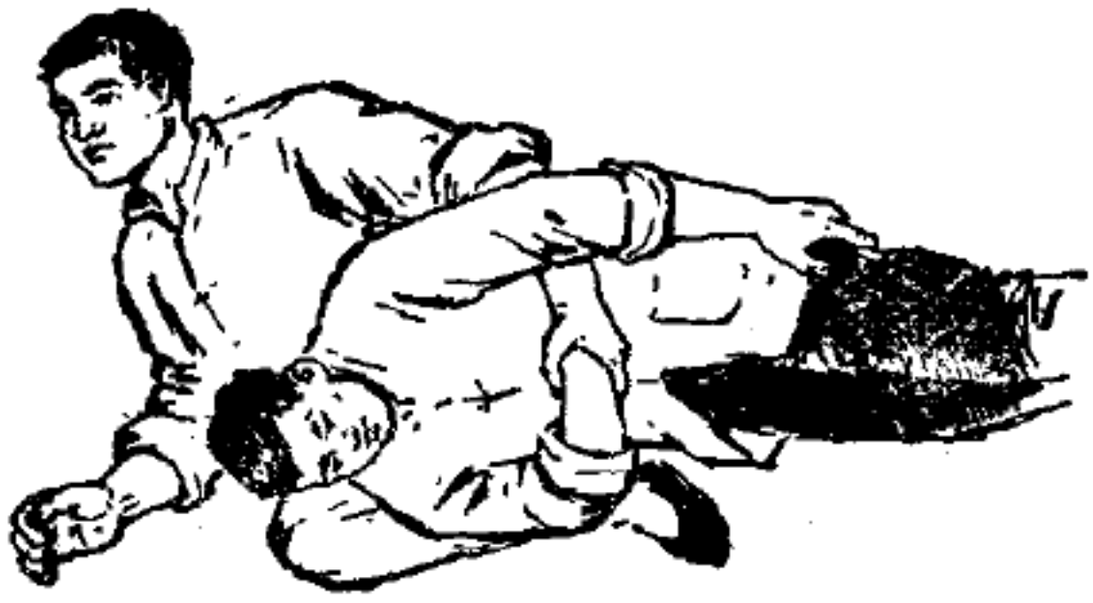


图3—34　侧身俯卧搬运法

第二章　三防知识

第一节　原子武器的防护

原子武器又称核武器。是利用原子核反应时放出的能量，来达到杀伤和破坏作用的一种武器。原子弹虽然具有一定的杀伤力，但是，只要我们广泛发动群众，对原子武器的

伤害，是完全可以进行有效防护的。

（一）原子武器的种类、杀伤因素及可防性

1.种类：原子武器，可分为两大类。一类是爆炸性原子武器，如氢弹、原子弹、原子炮弹、原子导弹火箭等；另一类是放射性战剂，就是放射性物质装在炮弹、炸弹和各种容器内施放，于一定地区造成放射性沾染，使人畜受害。

2.原子武器爆炸的景象：原子弹、氢弹爆炸时，首先发出强烈的闪光，随后出现高温火球，并伴有巨大的响声。由于高温火球，使空气膨胀，产生了一股压力强大的，迅速向外扩散的气浪；火球迅速上升变成烟团，同时卷起地面大量尘土，形成尘柱；尘柱和烟团一起上升，在空中形成蘑菇状烟云。

3.杀伤因素及可防性：

（1）光辐射：由原子弹爆炸时产生的高温火球所形成。自闪光出现时光辐射开始，约存在几秒钟至十几秒钟，随着火球熄灭而消失。对人体可产生直接损伤和间接损伤。前者，如直接损伤眼睛，引起暂时性失明，结合膜炎，角膜炎和视网膜烧伤等；也能使人体朝着爆炸方向的一侧外露部分，或紧贴衣服的皮肤，如肩和肘部，直接引起烧伤。这种烧伤和普通的火焰烧伤相似，但较浅表。后者，是由于建筑物、衣服等着火，而间接引起人体烧伤。一切遮光的物体都能阻挡辐射，如各种防火的建筑物、土丘、防空洞，以及穿着浅色的衣服，或使用浅色的布单，都有不同程度的防护作用。

（2）冲击波：是原子弹爆炸时产生的压力强大而迅速扩散的气浪。作用范围较大，但时间较短（只有几秒到几十

秒钟），对人员可产生直接损伤，或因破坏建筑物而间接地引起损伤，如骨折、挤压伤、摔伤等。冲击波可受地形、地物的影响，而大大减少其伤害作用，如防空洞、地下室、沟渠、土丘等，都能有效地防护（图3—35）。

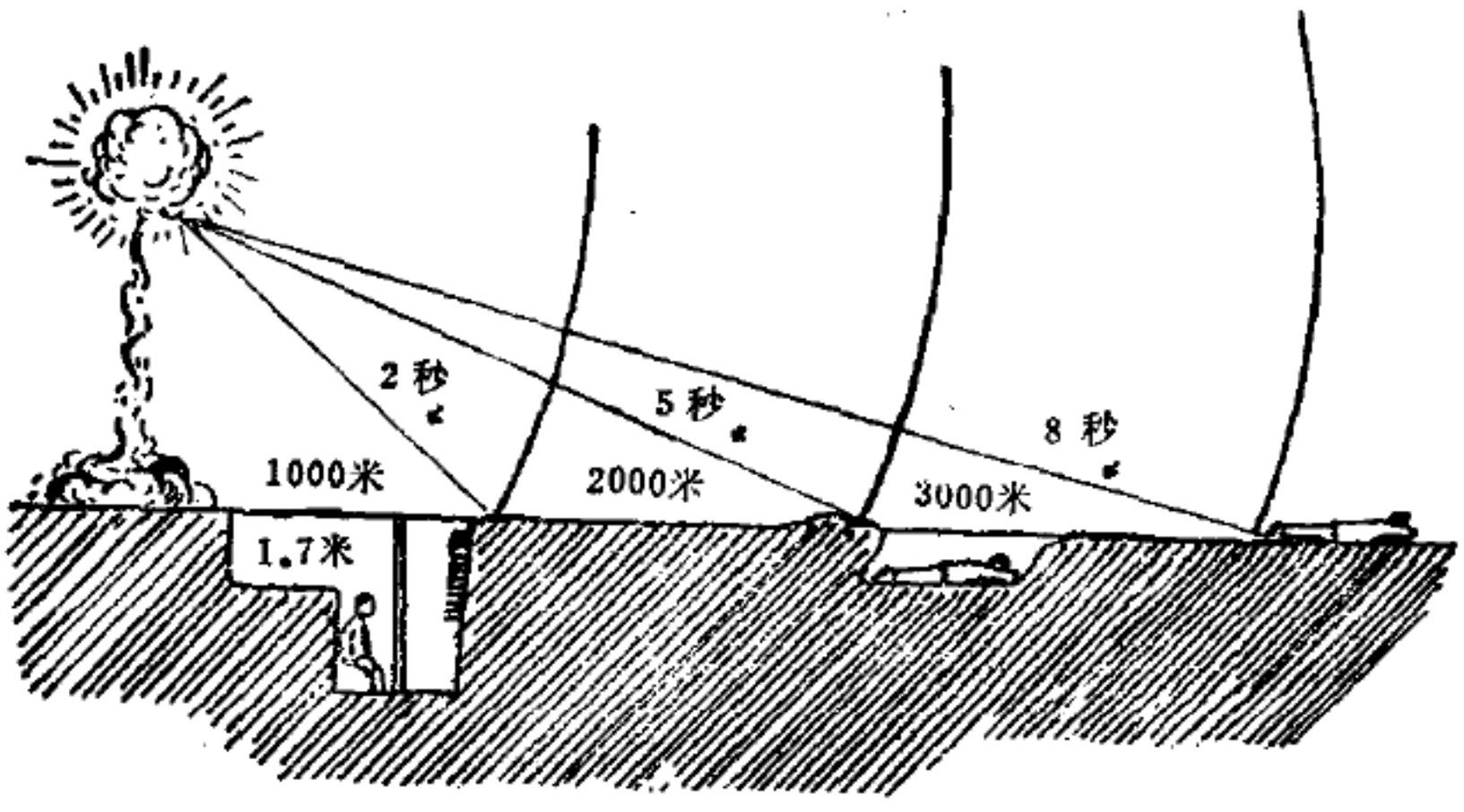


图3—35　冲击波推进的速度和防御情况

（3）贯穿辐射：是原子弹爆炸时放出的一种看不见的射线（丙种射线和中子流）。这种射线，穿透力较强，但作用时间较短。一般自闪光出现时产生损伤作用，约十秒钟后，就明显减弱。未能及时掩蔽的人员，如受到大量射线的照射，可引起各种程度的急性放射病和皮肤放射损伤，出现一系列症状。利用一定厚度的物体，可以减弱或阻挡贯穿辐射的穿透力，如有覆盖的防空洞、山洞、地下室、坚固建筑物的底层等，都能防护射线对人体的伤害。各种物质对贯穿辐射的防护效果如下；

物质名称	削弱50%所需的厚度（厘米）	削弱99%所需的厚度（厘米）
水泥	10	70
泥土	14	98
水	23	140
木材	25	175
雪	50	350

（4）放射性沾染：原子弹爆炸时形成的蘑菇状烟云，带有大量的放射性物质，可随风飘落。所以，在爆炸的中心区及其下风方向的一定地区内的地面、空气、水、人和牲畜，都能造成放射性沾染。但只是在爆炸后1小时内放射性较强，以后就大大减弱。人员在沾染的空气，或饮用了沾染的水，或其他食物，可引起放射性损伤，或产生放射病。只要及时去除沾染及使用防护用具，可以避免或减少放射性沾染对人体的伤害。

（二）防　护

1.爆炸前的防护措施：当听到核武器袭击警报后，除必须坚持在战斗岗位的人员外，一般人员应及时携带防护用品，如防护面具、防护衣、胶鞋或斗篷、手套、毛巾等代用品，有组织地迅速进入掩蔽部。

2.爆炸时防护动作：在遇到突然袭击时，暴露人员如来不及进行合适的掩蔽，应在看到原子弹爆炸发出的耀眼闪光后，立即就地扑倒，采取脸朝下，眼睛紧闭，嘴半张开，两

手交叉放在胸前，使胸部离开地面的正确姿势(图3—36)。

3.爆炸后的防护措施：等冲击波过后，暴露人员应及时使用简便的防护用品，迅速进入附近的掩蔽场所，等解除警报后，有组织地撤离掩蔽部或撤出沾染区。

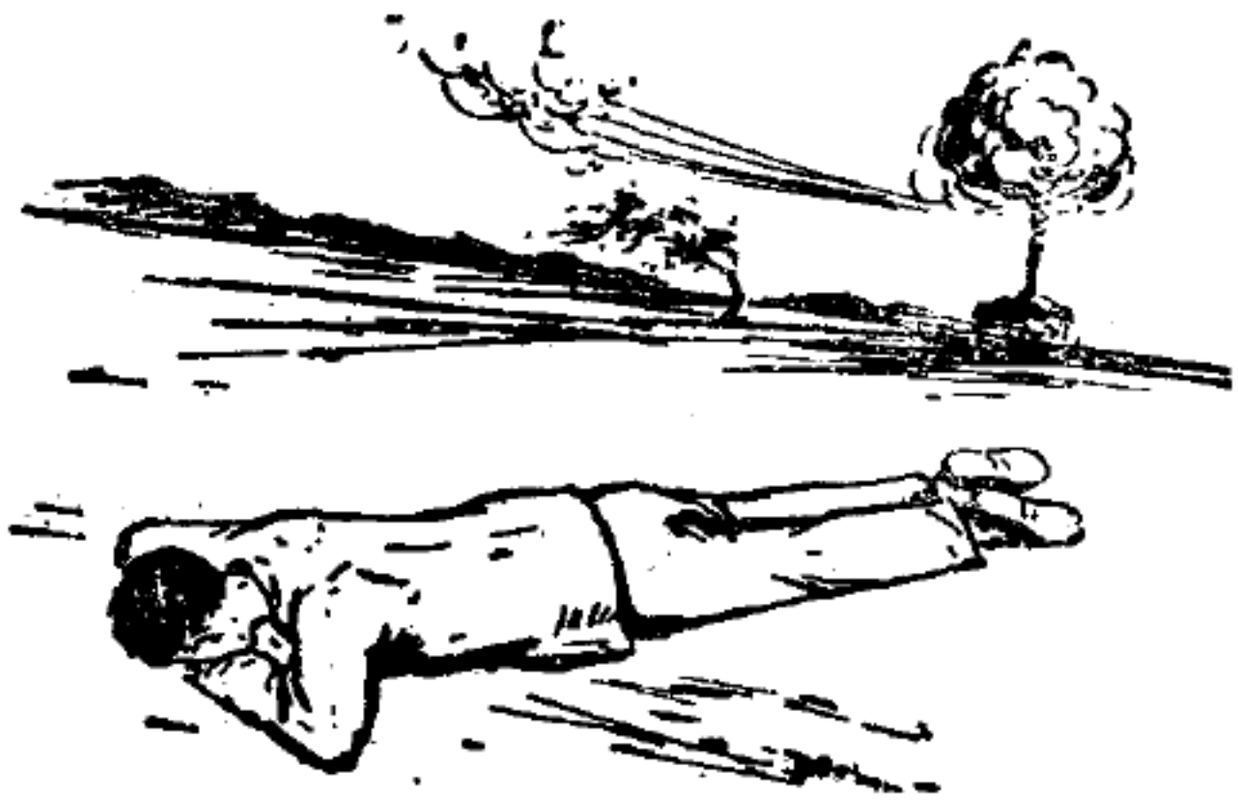


图3—36　开阔地的防护动作

4.沾染区的防护措施：

（1）遵守行动规则；

（2）穿戴防护用品；

（3）不随便在沾染区饮食和在地面坐卧，避免扬起灰尘；

（4）尽可能减少在沾染区停留时间，离开时应立即消除沾染。

5.消除放射性沾染：

（1）衣服、皮肤及随身携带的必需用品(如武器等)：先用清洁的毛巾、破布或草木树叶等轻轻地仔细擦拭。衣服可按不同情况予以处理，或置于袋内暂时存放，以后使用；布类衣服，可用清洁水或肥皂粉和酸性溶液（如1％盐酸）浸泡清洗。皮肤可用清洁水冲洗。如有条件，最好再用温水和肥皂作全身淋浴，并用清洁水漱口和冲洗眼睛。擤出鼻涕，清洗鼻孔。用于消除沾染的物品，应在使用后集中掩埋。

（2）粮食和食物：如仅仅是包装袋沾染时，可更换包装袋。如只有表面沾染，可以将表层去除。如全部沾染，可以清洗的（如米、麦、蔬菜、瓜果等），则用清洁水反复清洗至合格后使用。不能清洗或清洗后仍不合格的，可暂时存放，等放射性减弱后再使用。

（3）水：最好另找水源。如需要消除沾染者，可用明矾搅拌后，放置半小时至1小时，取用上层清液。如不合格，可用黄沙、沙土或活性炭进行过滤，或将水放置10～15小时后使用（液体食物，如油、牛奶，也可用放置法去除沾染）。

（4）地面消除沾染：在人们经常接触的地面，可铲除一层泥土，或盖上一层新土。可冲洗的地面，也可用清洁的水湿扫或冲洗。如面积较大，可在测定后树立警告标志，暂时封锁。

（5）生产工具及医疗器械：可洗刷的则用湿拭或冲洗除沾染。手术器械或橡胶制品，可先用热水洗2—3次后，放在2%柠檬酸溶液中浸泡半小时，再用清水洗净。敷料可按布类衣服处理。但除沾染后的敷料，不要直接用于伤口。

（三）急　救

充分发动群众，进行自救互救，并组织人力物力，使伤员得到及时的救治。

1.仔细寻找伤员，在抢救的同时，进行初步的除沾染，帮助伤员穿戴防护用品，并尽快转送至救护站。

2.烧伤部位，应立即用消毒敷料包扎，不要将水疱弄破。如系外伤，应进行止血、包扎、固定。伤口应用防水绷带包扎后，再进行淋浴，不要用手接触伤面。如有呼吸停止等情况，应迅速进行人工呼吸，直至恢复呼吸功能后，再送

出沾染区。

3.必要时，可进行对症治疗，如使用止痛剂、解痉剂及抗感染药物。注意对放射病的及早诊治。

第二节　化学武器的防护

化学武器是利用某些化学物质（即毒剂）的毒性，来造成伤害和破坏的。通常把毒剂装在各种炮弹、炸弹、手榴弹、毒烟罐和地雷中，或直接用车辆、飞机施放。

（一）特点及毒剂的种类

1.特　点

（1）化学武器的杀伤范围较常规武器为大，作用时间长（几分钟至几十分钟，或几小时，甚至数周）。

（2）杀伤作用复杂，中毒途径多，可通过呼吸道、消化道、皮肤、粘膜、眼睛、伤口等，使人、畜中毒。

（3）常受自然条件的影响，如气候（高气温、大风、大雨）和地形（高地、开阔地、起伏地等，风易吹到的地方）可使毒剂的作用大大减弱或消失。

（4）敌人施放化学武器，有一定的迹象，如可听到低沉的爆炸声；或看到敌机尾部出现云雾或带状烟雾；受害地区的地面或草木、农作物上有白色粉末、油雾、液珠、斑点或枯萎现象；或嗅到特殊气味；或感到异常刺激，而出现咳嗽、流泪和喷嚏等现象。化学武器虽有一定毒性，但由于它同时存在着一系列弱点，因此，只要发动群众，完全能够有效地防护毒剂，对人、畜的伤害。

2.种　类：

（1）神经性毒剂：主要毒害人的神经，破坏神经系统的正常活动能力。如沙林（芳香的水果味），索曼（樟脑味），塔崩（苦杏仁味）等，都属于这一类毒剂。它和农药1605、1059、敌百虫、敌敌畏一样，都是有机磷化合物，只是毒性大得多。可通过多种途径使人、畜中毒。但以呼吸道吸入最为常见和严重。中毒后出现瞳孔缩小，呼吸困难，流口水，多汗，恶心，呕吐，腹痛，腹泻，肌颤，甚至全身肌肉抽搐，昏迷等。

（2）糜烂性毒剂：主要使人的皮肤和各种器官发生糜烂。如芥子气（大蒜味），路易氏气（天竺葵味），氮芥气（鱼腥味）等，都属于这一类毒剂。可通过眼、皮肤、伤口、消化道及呼吸道等多种途径中毒。中毒后，皮肤出现红斑、水疱以至溃烂，呼吸困难，呕吐，便血，严重者可引起全身中毒。

（3）窒息性毒剂：主要毒害人的呼吸器官，而使呼吸困难、缺氧以至窒息。如光气、双光气（烂苹果味）等，属于这一类毒剂。由呼吸道吸入而中毒。中毒后，开始只有轻微症状，如咳嗽、胸闷等，经过短暂的潜伏期（2—8小时）后，症状加重，可突然出现肺气肿，表现为呼吸困难，剧烈咳嗽，口鼻流出大量淡红色泡沫状液体，以后转为昏迷。

（4）全身中毒性毒剂：主要使人的血液及全身组织中毒。如一氧化碳、氢氰酸（苦杏仁味）及氯化氰等。中毒途径以呼吸道吸入为主，也可因误食沾染毒剂的水和食物引起。中毒后病情发展迅速，表现为舌麻木，胸痛，呼吸困难，心慌，脉快，皮肤粘膜变成鲜红色，瞳孔扩大。严重者，肌肉先强直性抽搐，随后松弛，反射消失，血压下降，最后心

跳停止。

（5）刺激性毒剂：主要刺激人的眼睛和呼吸器官，引起眼睛灼热，刺痛，怕光，大量流泪，剧烈的喷嚏和咳嗽。如亚当氏气（喷嚏性毒剂）、苯氯乙酮（荷花香味，为催泪性毒剂）等。

（二）防　护

1.穿戴防护器材：应正确、迅速地使用防毒面具和防毒衣。在紧急情况下，也可就便取能保护呼吸器官、眼、皮肤等全身防护的代用品。例如：

（1）利用水、肥皂水、碱水甚至尿，浸湿纱布口罩、毛巾、布条等布料，掩住口鼻。

（2）用毛巾、纱布口罩、手帕或旧布等做成袋子，内装浸有碱水（民用碱、烧碱、苏打水等）的稻草灰、木屑、木炭屑、土等材料，制成装料防毒口罩。

（3）用透明塑料袋，或玻璃纸套在头上，口鼻处开孔，外面戴上上述口罩，颈部束紧，便成简易防毒面具。

（4）眼部也可戴防风、防尘眼镜。

（5）皮肤可用油纸、油布、塑料布、斗笠、蓑衣、毯子等防护。两手可涂肥皂，戴上手套（棉纱手套不宜用）。两脚穿胶鞋，或用塑料布裹腿、足。

使用防护用品应注意密合，避免用劲呼吸。代用品一般防毒效能时间短，所以，要尽量减少在染毒区停留时间。

2.及时隐蔽：充分利用自然地理条件及有效的建筑（较坚固的二层以上的楼房）、工事（掩蔽部、地下室）等进行隐蔽。但应注意堵塞与外界相通的缝隙，防止染毒空气侵入。野外人员应迅速转移到上风方向或登上高地，不宜在空气不

流通的峡谷、丛林地带停留。

3.在染毒区内的防护：

（1）遵守行动规则；

（2）穿戴防护器材；

（3）不在染毒区饮食，尽可能少在染毒区停留，避免在杂草或树林中活动；

（4）离开染毒区后，应立即进行清洗。

4.毒剂的洗消：

（1）人员的洗涤和消毒：染毒人员，应先用棉花、纱布或草纸等，吸去明显的毒剂液滴，然后迅速用清水或肥皂水冲洗，眼睛可用清水多次洗涤（如用2％碳酸氢钠液，或3％硼酸水冲洗更好）。洗涤时，应避免用热水，以减少毒剂的吸收。

（2）服装的洗涤和消毒：一般可用煮沸法消毒防护用品及衣服（如加肥皂粉更好），塑料用品用碱水浸泡，或用1:4～1:5漂白粉液喷洒消毒。

（3）水的消毒：小量水源，可用煮沸法消毒。如染有暂时性毒剂的水，应煮沸至完全无味为止，如染有神经性毒剂的水应煮沸，加碱更好。染有氰化物的水，每升水加醋酸1～3毫升（或浓硫酸、浓盐酸3—4滴）。染有芥子气、氮芥气，一般需煮沸20—30分钟。染有路易氏气的水，可加苏打、烧碱搅拌混和后，再加三氯化铁，煮沸1～1.5小时。

（4）食物的洗涤和消毒：大量食品，如被液态持久性毒剂染毒时，可除去染毒部分，未染毒部分经化验和烹调处理后可食用；被蒸气态染毒的食品，采用通风、加热、冲洗等方法消毒后，再经烹调，即可食用。

（5）其他。如地面、道路及建筑物墙壁等，可用喷雾器喷水或消毒液洗涤和消毒，染毒的泥土地面，必要时可铲除表层土埋掉。器材器具，也可用喷雾器、蒸煮和浸泡在消毒液中等方法消毒。

（三）急　救

1.神经性毒剂伤害的急救：

（1）防止毒剂继续吸入。给中毒者戴上防毒面具，或换下失效的防毒面具。重伤员应迅速撤出染毒区。如系经口中毒者，可催吐和洗胃。

（2）维持呼吸、循环机能。呼吸障碍者，应行人工呼吸。必要时，给予呼吸、循环兴奋剂。

（3）抗毒剂的应用。一般中毒，肌肉注射阿托品 2—4 毫克及静脉注射解磷毒 1—2 克。也可用阿托品 5 毫克，溶于水中成0.2—1%溶液，从鼻腔滴入。中毒严重者，上述处理后，注射阿托品 1—2 毫克、解磷毒0.5克，直至好转为止。

（4）惊厥不止或不安者，可给予巴比妥类制剂。病情严重者，应在急救后，转送救护站，作进一步医治。

2.糜烂性毒剂伤害的急救：

（1）防止毒剂继续吸入。

（2）眼损伤者，用清洁水，或 2 %碳酸氢钠液洗眼半分钟以上。如系路易氏气损伤，应立即将 3 %二巯基丙醇软膏涂入眼内，轻揉 1 分钟，再以清水冲洗。

（3）皮肤损伤者，先擦去毒剂液滴，然后用清水拭擦，或用 3 %硼酸溶液湿敷。如水疱已破，可按烧伤处理。如系路易氏气损伤，可用 5 %二巯基丙醇软膏涂擦 5—10分

钟后洗去。有条件时，可用肥皂和清水洗澡。

（4）经口中毒时，先用清水漱口，再饮水几杯，然后刺激喉部引起呕吐。如情况严重者，可反复催吐多次，并服活性炭。

（5）全身吸收中毒者，如系芥子气、氮芥气伤害，应静脉缓慢注射25％硫代硫酸钠50—60毫升，间隔1、3、5小时后，再分别注射20毫升。如系路易氏气伤害，应静脉或肌肉注射5％二巯基丙磺酸钠（解砷灵）5—10毫升，第1天注射3—4次，第二天注射2—3次，第3～7天，每天注射1—2次。

（6）注意安静、保暖，防治感染及肺水肿等。

3.窒息性毒剂伤害的急救：

（1）防止毒剂继续吸入。

（2）潜伏期中，注意保持安静，以减少伤员行动和保暖。护送时，应卧位搬运，解开领扣、腰带，夏天脱去上衣，保持呼吸道通畅。如果出现呼吸障碍，宜用口对口人工呼吸，以免加重肺部损伤。可能时应给氧。

（3）静脉注射50％葡萄糖注射液40—60毫升，并加入维生素C0.5—1.0克，每日3次。如肺水肿严重，可加入氨茶碱0.25克，缓慢注射，每日总量不超过0.5克。

（4）防止休克，控制感染。离开染毒区，要洗眼、鼻和漱口，给予热饮料等。

4.全身中毒性毒剂伤害的急救：

（1）防止毒剂继续吸入。如系一氧化碳中毒者，防毒面具内，应加特制罐（含二氧化锰50％，氧化铜40％）。

（2）呼吸微弱或停止者，可给以氨水吸入（吸入时间

不要太长），并给以人工呼吸，直至恢复自动呼吸。可能时应及早给氧。

（3）应用抗毒剂：取亚硝酸异戊酯一安瓿裹在手帕中打碎，每30秒钟吸入一次，可重复吸入数次，但不超过5—6安瓿。也可用亚硝酸盐溶液，或25%硫代硫酸钠等。也可用美蓝按每公斤体重10毫克静脉注射。

（4）误服中毒者，可用高锰酸钾液洗胃后，每15分钟给1汤匙硫酸亚铁溶液口服。

（5）保持安静、保温。

5.刺激性毒剂伤害的急救：

（1）防止毒剂继续吸入。

（2）用清洁水洗眼、鼻和漱口，如用2%碳酸氢钠液更好，禁止用手或其它东西擦眼。必要时，可吸入抗烟剂（由氯仿40毫升，酒精40毫升，乙醚20毫升，氨水5—10滴，混合制成1毫升安瓿100支），每次可吸入1—2安瓿，症状未好转者，5—10分钟后，再吸入2安瓿。

（3）剧痛时，可用1%盐酸吗啡1毫升，皮下注射。

6.化学复合伤的急救（即毒剂直接污染伤口或毒剂中毒并创伤）：

（1）防止毒剂继续吸入。使用防护器材，身体上沾染的毒剂液滴应当擦去。

（2）用消毒液处理伤口周围皮肤，但不可将液体流入伤口内。用0.5～2%氯胺溶液的纱布或急救包，包扎伤口。骨折，必须给予固定。

（3）其他急救方法同各节。

第三节 细菌武器的防护

细菌武器，也叫生物武器，是利用细菌、病毒等微生物及细菌产生的毒素制成的武器。

（一）种类及施放途径 敌人可能使用的致病微生物有：鼠疫杆菌、炭疽杆菌、霍乱弧菌、斑疹伤寒立克次氏体、肉毒杆菌毒素、破伤风杆菌毒素、脑炎病毒、天花病毒，以及我国未曾出现过的烈性传染病（如黄热病、洛杉矶斑疹热）等。另外，一些植物的病毒与真菌，也包括在细菌战剂之中。

为了促使传染和蔓延，敌人还同时使用鼠类、蚊、蝇、蜱、跳蚤，以及羽毛、棉花、日用品等媒介物。

敌人可能从空中、陆地、水上等，施放细菌武器，如使用喷雾法（飞机直接喷洒或飞机投掷致病微生物气溶胶发生器，在一定高度自动喷洒）、空投法，炮弹爆炸法，潜水艇输送法，或用特务携带等方法施放。如果发现敌机投掷非杀伤性物体，或在我阵地、后方发现特殊容器及反常现象的昆虫（如严冬雪地上出现大批虫子，或过去未见过的虫子），大批羽毛杂物等，均应警惕敌人使用了细菌武器。

（二）防护 “战争的伟力之最深厚的根源，存在于民众之中”。用战无不胜的毛泽东思想武装起来的伟大的中国人民，有同自己的敌人血战到底的气概，又有抗美援朝战争中丰富的反细菌战的经验，以及二十多年来爱国卫生运动的良好基础，建立了健全的卫生保健组织网等，足以粉碎任何敌人发动的细菌战争。细菌武器的杀伤作用，是完全可以预

防的。

1.个人防护：

（1）如遇敌机或气溶胶（把细菌的混合物或干粉，喷洒在空气中，形成微小颗粒的气雾团）发生器喷洒毒物（致病微生物）时，必须立即穿戴防毒面具和防毒衣。如不可能时，可用普通的口罩或折叠成四层厚的毛巾掩盖口鼻，全身可用大衣、雨衣、被单、塑料布等防护。

（2）必须迅速离开污染区域，往上风地带转移，不应避到下风方向或低洼地带。

（3）对敌投昆虫，要防止叮咬，可将领口、袖口、裤口等三口扎紧，外露皮肤可涂驱虫剂。

（4）禁止在污染区吃东西，不吃污染的食物和未经消毒的食物。

2.污染区的紧急处理：

（1）应在各级党组织的统一指挥下，专业防疫人员和赤脚医生，有组织、有领导、有步骤、有防护地开展群众性的卫生整顿，环境消毒和杀虫、灭鼠等工作。

（2）收集污染区物体标本，如空气、水、泥土、植物、弹片、食品、饲料、衣服、动物，以及各种可疑物件等（不要徒手采集，可利用各种工具，如筷子、火钳等），迅速送有关部门化验检查。

（3）迅速确定污染区的界限，限制或禁止人员出入，严禁未经消毒的物品运出。饮水和食品，必须消毒后，方可食用（如煮沸30分钟）。对敌人的投掷物和动物尸体，要集中焚烧掩埋。

（4）对受染人员，应服药预防。在确定敌人使用的病

原体后，应立即进行全面的预防注射。如发现传染病人，应立即隔离和治疗。

3.消毒方法：

（1）地面消毒，在重要地段进行，可用20%漂白粉乳状液，用量每平方米300毫升，严重污染区，每平方米用1000毫升。细菌毒素，可用10%苛性钠或硫化钠等碱性液体消毒。

（2）墙壁和家具消毒，可用5%来苏尔液洗刷，半小时后，用清水冲洗。

（3）室内空气消毒，可用0.5%漂白粉澄清液喷洒，隔2小时后，重复喷洒一次。

（4）服装消毒时，可将其浸在清水内，加少许肥皂粉，煮沸半小时。

（5）病人的大、小便和呕吐物，可用2倍量的20%漂白粉乳状液，搅拌混和消毒，2小时后弃去。

第四篇　祖国医学

第一章　中医基础知识

我国劳动人民，长期以来，在与疾病作斗争的医疗实践中，积累了丰富的经验。祖国医学就是在这个基础上逐渐形成和发展起来的。早在两千多年前的春秋战国时期，就有了记录药物的《神农本草经》和研究医学理论，总结一些临床经验的专书《黄帝内经》，并能用朴素的辩证法思想来解释人体疾病的发生与发展的规律。祖国医学经过反复实践、认识、再实践、再认识，逐步形成了一套独特的理论体系和治疗原则，对维护人民的健康，发挥了重要的作用。

遵照伟大领袖毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”的教导，我们必须认真学习马列主义、毛泽东思想，狠批林彪、“四人帮”所散布的“中医不科学”“西医学必然要代替中医学”等的民族虚无主义谬论。要遵循毛主席关于“古为今用”“洋为中用”“推陈出新”的教导，努力发掘祖国医学遗产，为创立我国统一的新医学新药学而奋斗。

祖国医学的理论体系，具有朴素的辩证唯物思想，辨证论治是中医临床诊断治疗的基本原则。辨证就是对证候群进

行分析，抓住主要矛盾。论治就是根据对疾病本质的认识，选用最恰当的治疗法则和药物。

四诊八纲，是诊断疾病的两大环节，四诊是运用望、闻、问、切等方法，找出疾病证候的客观规律，然后运用八纲辨证，进行分析综合，最后作出正确诊断。

第一节 四 诊

四诊，即望、闻、问、切，是中医诊断疾病的四种方法。那种单凭切脉、看舌，而下诊断的方法是片面的。

望 诊

是医生用视觉来观察病人的精神、气色、形态、舌与苔的异常变化。尤其是面部与舌，在诊断上占有重要意义。

（一）一般情况

1.精神：观察病人的精神，可以概括得知疾病的轻重和预后。如目光有神，言语清晰，神志清楚，此为有“神”，表示疾病不甚严重，预后良好。反之，目光暗淡，精神萎靡，言语无力，反应迟钝，此为无“神”，表示病情严重，正气已虚，病虽初起，也应特别注意。

2.气色：主要观察面色。正常人面色红润，患病后面色常有变化。

（1）面色红赤：多为实热。但两颧潮红，则多见于阴虚内热。

（2）面色苍白：多是虚症。㿠白虚胖为气虚，白而枯槁为血虚。

（3）面色萎黄：黄而无光泽，多是脾胃虚弱，鲜黄为湿热黄疸，暗黄属寒湿。

（4）面色暗黑：多是寒证、虚证，尤其是肾虚。

（二）舌诊：即观察舌质及舌苔，是中医的重要诊断方法。舌的不同部位，代表不同的脏腑，如中心属胃，舌尖属心，两边属肝胆，舌根属肾。

1.舌质：注意颜色、胖瘦老嫩。它能反映脏腑的寒热、虚实，及气血的盛衰。正常舌质淡红湿润。

（1）淡白，多为气血虚。

（2）鲜红，多属热证。实热证，舌红而苔黄。阴虚内热证，舌红无苔，或舌苔剥脱。舌尖红，为心火盛。舌边红，为肝胆有热。光红舌，为津液大伤。

（3）红绛，多属热入营血。

（4）紫暗或紫斑，多是瘀血。

（5）胖嫩，边有齿痕者，多为脾虚。

（6）干枯、裂纹，甚至出现芒刺，是热盛伤阴，津液亏损之征。

2.舌苔：注意颜色，厚度，湿润度，应排除药物或饮食的染苔。正常舌苔薄白。

（1）无苔：多为胃气虚弱，或胃阴不足。

（2）白苔：在外感病，主邪在表。在内伤病，多主寒证。白腻为内有寒湿。白厚腻是痰湿重证。

（3）黄苔：多属实热。薄黄而润泽，为热尚未深入，黄而干为邪热入里，津液已伤。深黄而厚腻，多为湿热内蕴。

（4）黑苔：黑而滑润，多为虚寒。黑而干燥，是里热

炽盛，津液受伤。

（5）腻苔：主痰湿。

闻　诊

闻诊，包括闻病者的声音及嗅病者的气味（包括排泄物的气味）。

（一）闻声音：

1.语声：语声重浊，多是外感。语声低微，多属气虚。高亢有力或烦而多言，为实热。静而懒言，多属虚寒。

2.呼吸：呼吸气粗，多属肺热或痰饮。

3.咳嗽：咳声不扬，鼻流清涕，为表邪未尽。咳嗽急迫，呼吸短促为肺热。咳声重浊，痰黄而稠，为痰热内壅。

（二）臭气味：

1.口臭多为胃热。口内酸臭多为停食。

2.大便恶臭，为肠有积热。大便腥臭，多为肠寒。

3.小便、经、带臭秽，多属湿热。

问　诊

问诊，是中医诊断方法中最重要的一环。问诊中要抓住主诉及现病史，必要时，还要问清有关的既往病史。现从中医的辨证论治需要出发，参考“十问”，将问诊内容分述于下（十问即：一问寒热二问汗，三问饮食四问便，五问头身六胸腹，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇女尤问经带产，小儿当问花疹斑）：

（一）问寒热：注意有无发热，恶寒，及寒热的轻重。

1.发热，恶寒：发热重，恶寒轻，为外感风热；发热

轻，恶寒重，为外感风寒。寒热往来，兼有口苦咽干，胸胁满闷等，为邪在半表半里。

2.发热不恶寒：伴口渴、便秘、为实热。久病低热或手足心热，为虚热。

3.恶寒不发热：经常怕冷，手足发凉，为阳气不足。

（二）问汗：注意有无出汗及汗的性质。

1.有汗兼发热、怕冷，为表虚。

2.无汗或汗出极少，而兼有发热、恶寒，为表实。

3.自汗：清醒或活动时出汗，为气虚，阳虚。

4.盗汗：睡中出汗，醒后汗止，为阴虚。

（三）问饮食：注意食欲，食量，食后反应，口干渴情况。

1.多食易饥，为胃中实火。食欲减退，为脾胃虚弱。

2.食后胃痛减轻，为虚证（脾胃虚弱）。食后疼痛加重，为实证（内有停滞或气滞血瘀）。

3.喜热饮，为胃寒。喜冷饮，为胃热。渴而引饮，为实热。渴不欲饮或饮水不多，多为脾虚湿盛。

4.口苦，为肝胆热盛。口酸，为肝胃不和。口淡吐清水，为胃寒。口淡粘腻，为脾虚湿重。

（四）问二便：

1.大便秘结，干燥难解，多是实热。久病，老人或孕妇，大便困难，多为气虚或血少津亏。

2.大便稀薄或溏泄，多是脾虚寒。黎明即泻（五更泻），为肾阳不足。水泻为湿重。泻时肛门灼热，为大肠湿热。

3.大便先干后稀，多为中气不足，脾胃虚弱。

4.小便少而黄，多是实热。尿混浊不爽或尿痛，为膀胱湿热。

5.小便清长，多属虚寒。频数不禁，多属气虚或肾气不固。

（五）问头身：

1.头痛：疼痛剧烈而伴有寒热，多属外感。痛势较缓，时痛时止，且常眩晕，多属内伤。头痛眩晕，目赤口苦，多是肝胆火盛。头痛如裹，多为湿重。

2.身痛：全身疼痛，发热恶寒，多是外感。久病身痛，多属气血不足。

3.手足麻木：多属气血不足或肝风。

（六）问胸腹：注意疼痛性质。

1.胸前剧痛，多为气血凝滞。

2.两胁胀痛，多为肝气不舒。刺痛，多属血瘀。

3.痛处不定，时觉胀满，多是气滞。痛处固定，且疼痛剧烈，多属血瘀。

4.痛处喜按喜热，为虚寒。痛处拒按，为实症。

（七）问听觉：

1.耳聋：暴聋属实，久聋属虚。

2.耳鸣：响如风声，多为肝火实热。响声细小如蝉鸣，多为肝肾阴虚。

（八）问经带：

1.月经提前，量多，色鲜红，多为血热。量多而色淡，多属气虚。月经错后，色紫暗，或小腹冷痛，多为寒凝血瘀。色紫暗有块，少腹胀痛，多属气滞血瘀。经期后延，色淡量少，则为血虚。

2.白带清稀无臭，多是脾虚湿重。带下色黄而粘稠臭秽，多属湿热下注。

切　　诊

（一）切脉方法：切脉时，病人手掌向上，医生一手食指、中指和无名指，放在病人腕部桡侧，切取桡动脉。将脉分成寸、关、尺三部、即中指所对的桡骨茎突（高骨）处定为关脉，关前为寸脉，关后为尺脉。病人左手的寸、关、尺与心、肝、肾相应；右手寸、关、尺与肺、脾、命门相应。

分别切取浮、中、沉，即轻按脉管为浮取，稍加力量为中取；用力按于骨上为**沉取**。正常脉，成人一息（医生一呼一吸）4—5至，小儿一息7—8至，不浮不沉，均匀和缓。常见的异常脉象如下。

1.浮脉：浮在表面，轻按即得，沉取不显，多为邪在表。

2.沉脉：沉取始得，多为病在里。

3.迟脉：一息二、三至，多为寒症。

4.数脉：一息六、七至，多为热症。

5.细脉：细如线，多为气血虚。

6.大脉：大而有力，多为热盛。大而无力，多为气虚。

7.弦脉：脉管较硬、较长，如按弓弦，多属肝病、气郁或剧痛。

8.滑脉：流利圆滑，较短如珠，多属邪盛、有痰或妊娠。

9.结代脉：脉律不整，时有间歇，多为心气大伤。

临床多见复合脉象，如浮数，沉弦，虚大无力，细数，滑数，沉弦细等。

（二）小儿指纹诊法：三岁以下小儿不作脉诊，而诊指

虚，纹。指纹反映病变的轻重和深浅。具体诊法是：观察食指掌侧靠拇指一侧的浅表静脉，把食指的三节，分为风、气、命三关（第一节风关，第二节气关，第三节命关）。用左手握住食指，右手拇指自第三节轻轻用力直推至第一节，数次后，指纹即显现。注意其颜色、深浅及分布情况。

正常小儿指纹颜色红黄相间，隐隐不显，浮露不超过第一节。

病态指纹：纹在风关，是邪浅病轻，纹透气关，是邪较深重，纹达命关时，尤为重笃。纹浮为表症，沉为里症；纹色淡为虚，色浓为实；淡红主寒，红紫主热；青紫主风、主痛，黑色主瘀血；白色主血虚、疳积。

一般认为指纹充盈度的变化，主要与静脉压有关。肺炎、心力衰竭等，患儿大多可见指纹向命关伸展，这是由于静脉压升高所致。静脉压愈高，指纹的充盈度就愈大，也就愈向指尖方向伸展。指纹的色泽，在某些程度上，可反映机体内缺氧的程度，缺氧愈甚，指纹的青紫色也就愈明显。因而，在肺炎或心力衰竭的患儿，多出现青紫或紫色指纹。贫血患儿，由于红细胞及血红蛋白减少，指纹则淡。

第二节 八纲辨证

八纲辨证，是中医辨证的最基本的方法。根据疾病的部位、性质和功能状态，可归纳为表、里、寒、热、虚、实、阴、阳。

（一）表 里：是指病位的深浅，还表示病情的轻重，病邪侵入皮毛、肌肉和经络，表现为恶寒，发热，头痛，鼻

塞，身痛等，称为表症。病邪侵入脏腑，以致有高热，烦躁，神昏，谵语，呕吐，大小便不通，腹痛、腹泻，以及其他慢性病，称为里证。

此外，还有一种半表半里症，是临床常见的一种特殊症候。往来型的寒热，胸胁胀满，心烦欲呕，口苦咽干，不欲饮食，眼前眩晕，脉现弦象等。

表里，也可分为寒热、虚实，见下图：

- 表
  - 寒（怕冷）
    - 虚（有汗）
    - 实（无汗）
  - 热（不怕冷）
    - 虚（有汗）
    - 实（无汗）
- 里
  - 寒（口不渴，欲穿衣）
    - 虚（脉无力而迟）
    - 实（脉有力而迟）
  - 热（口渴多饮，不饮食）
    - 虚（脉无力而数）
    - 实（脉有力而数）

（二）寒热：是指疾病的性质。寒症和热症的辨别，可从下表中看出：

寒症和热症的辨别

寒　　症	热　　症
1.意欲：怕冷欲穿衣、不欲饮。	1.怕热、口渴喜饮。
2.二便：大便溏薄、小便清长。	2.大便秘结，小便短赤。
3.四肢：手足厥冷。	3.手足温暖。
4.舌苔：色白而湿润。	4.色黄而干燥。
5.脉象：以迟为主。	5.以数为主。

（三）虚　实：是指正邪的盛衰。一般来说，久病多

新病多实。形体瘦弱不足的多虚，形体充实强壮的多实。脉象无力的多虚，脉象有力的多实。在虚症中，还有阴虚、阳虚、气虚、血虚、五脏虚之别。

（四）阴　阳：是八纲的总纲。用它来归纳分类，表、热、实，属阳证，里、虚、寒，属阴证。

第三节　脏腑辨证

以脏腑结合八纲，对疾病进行分析归纳，做出诊断，称为脏腑辨证。内伤杂病，则以脏腑辨证为主，它是临床各科诊断疾病，常用的重要方法。现将脏腑证候分类叙述于下：

（一）心与小肠

1.心与小肠的生理和病理：

生　理　功　能	病　　理　　证　　候
心：	
(1)　心主神志	(1) 心病，出现精神神经症状，如心悸，失眠，多梦，健忘，昏迷，谵语等。
(2)　心主血脉，心生血	(2) 心病可致血不循经而妄行，见各种出血症。心气不足，可见脉细无力，脉律不整（脉结代）。
(3)　心开窍于舌	(3) 心火盛、舌尖红、烂、痛。心血虚，舌质淡。
(4)　心 主 汗	(4) 心阳虚，可自汗，心阴虚，可盗汗，大汗可致心阳暴脱。
(5)　心与小肠相表里	(5) 心移热于小肠，可见尿短赤、尿血等。
小肠：分别清浊	小肠有病时，则清浊不分，证见小便不利，泄泻等。

2.心与小肠病证候：

（1）心阴虚（心血虚）：证见面色苍白无华，心悸健忘，失眠多梦；舌质淡红少苔，脉细弱。若阴虚而兼有内热时，则见面色潮红，五心烦热，盗汗；舌质光红，脉细数等。常用补心丹。

（2）心阳虚（心气虚）：证见心悸气短，倦怠自汗，形寒肢冷；舌淡白，脉虚细或结代脉。可用四君子汤补气。加枣仁、远志、五味子，以养心安神。加瓜蒌、薤白、桂枝，以通心阳。

（3）心血瘀阻：证见心悸，心痛（心前区或胸骨后刺痛）时作时止，严重时疼痛不安；指甲青紫，汗出，四肢冷；舌暗红或舌边有瘀斑，苔少而润，脉涩，宜用瓜蒌薤白汤，加桂枝、桃仁、红花。

（4）心火亢盛：证见心悸不寐，烦热口干；舌尖糜烂、疼痛，小便黄赤；舌红，脉数。可用导赤散。

（5）痰迷心窍：证见昏迷不省人事，或如醉如痴，哭笑无常；舌红，苔黄或白，脉滑数。可用导痰汤，或用苏合香丸。

（二）肝与胆

1.肝与胆的生理和病理：

生　理　功　能	病　　理　　证　　候
肝： (1)　肝主疏泄 (2)　肝藏血 (3)　肝开窍于目	(1) 肝失条达，疏泄失常可致肝气郁结，肝气开发太过，可致肝阳上亢，肝火上冲等。 (2) 肝病，不能藏血，则血妄行。 (3) 肝火上冲则目赤，肝血不足则两目干涩，视力模糊、夜盲。

续表

生 理 功 能	病 理 证 候
(4) 肝主筋	(4) 肝血不足，则筋失所养，可见痉挛拘急，角弓反张，指甲青或干枯。
(5) 肝主两胁。足厥阴肝经绕阴器，过乳房	(5) 肝病则两胁痛，阴囊缩痛，乳房疾患。
(6) 肝主风	(6) 肝风时，见眩晕，肢麻，痉厥，卒中。
(7) 肝与胆相表里	(7) 肝病时常影响胆，治病时常肝胆同治
胆：胆为中清之腑，胆火依附于肝	胆病，症见胁痛，黄疸，口苦，呕吐苦水。

2.肝与胆病症候：

（1）肝郁：常因情志不舒畅所致，证见急躁易怒，两胁胀痛，胸脘胀闷，脉弦。常用逍遥散或柴胡疏肝汤。

（2）肝阳上亢：证见头痛眩晕，眼花耳鸣，口苦脉弦。宜平肝熄风潜阳，用石决明钩藤饮（石决明、牡蛎各一两，钩藤、白芍各四钱，菊花、茯苓各三钱，牛膝五钱）。若肝火盛，宜清肝泻火，用龙胆泻肝汤。

（3）肝胆湿热：胁痛黄疸，尿短黄赤，口苦咽干，恶心呕吐，食少厌油；舌红，苔黄腻，脉弦数。宜清热利胆，用茵陈蒿汤加味。

（4）肝风内动：证见头晕目眩，眼睑跳动，肢麻抽搐，角弓反张，口眼歪斜，半身不遂；舌红苔少，脉眩数。可用镇肝熄风汤。

（三）脾与胃

1.脾与胃的生理和病理：

生　理　功　能	病　　理　　证　　候
脾：	
(1)　脾 主 运 化	(1) 脾虚，则运化失常，可见食少腹胀，大便泻泄，痰饮水肿等。
(2)　脾　统　血	(2) 脾虚，可致血不循经，出现慢性便血，崩漏，鼻衄等。
(3)　脾主四肢肌肉	(3) 脾虚，则肌肉消瘦，四肢无力。
(4)　脾 气 主 升	(4) 脾气下陷时，可见腹泻，脱肛，子宫脱垂等。
胃：	
(1)　胃 主 受 纳	(1) 胃病时，可见积食胸闷，不思饮食。
(2)　胃 气 宜 降	(2) 胃气上逆，症见恶心、呕吐、嗳气。

2.脾与胃病证候：

（1）脾阳虚：食欲不振，食后腹胀，面黄消瘦，气短乏力，肢冷便溏或月经色淡量多；舌质淡而胖，有齿痕，脉细弱。可用桂附理中汤加味。

（2）脾、胃气虚：证见面黄倦怠，食欲不振，脘痛喜按，或脘闷腹胀，嗳气吐酸；苔白，脉虚。宜健脾益气，可用四君子汤加减，或小建中汤。中气不足，宜升提补气，用补中益气汤。脾胃气血俱虚，宜健脾，补气血，用归脾汤。

（3）脾为湿困：证见脘腹胀满，肠鸣腹泻，四肢浮肿，身困肢沉；舌苔白腻，脉滑缓。宜健脾祛湿，用四君子汤合五苓散，或用参苓白术散。重者用实脾饮。

（4）胃火炽盛：口渴喜冷饮，消谷善肌，口臭龈肿，齿龈吐血，舌红苔黄，脉数。可用清胃汤。

（5）心脾两虚：证见面色萎黄，心悸健忘，失眠，倦

怠，无力，食少便溏；舌苔白润，脉细弱。治宜补益心脾，用归脾汤加减。

（6）脾肾阳虚：神疲肢软，气弱懒言，肢冷便溏，或五更泻泄，腰寒畏冷，周身浮肿或腹水；舌苔白润，脉细弱。宜温补脾肾，可选用真武汤，或四神丸加减。

（四）肺与大肠

1.肺与大肠的生理和病理：

生理功能	病理证候
肺：	
(1) 肺主气	(1) 肺气虚则少气。
(2) 肺主肃降，通调水道	(2) 肺气不降，则咳嗽，喘息，水肿，小便不利。
(3) 肺主皮毛	(3) 肺虚，容易感受风寒。
(4) 肺开窍于鼻	(4) 肺病时，常见鼻塞流涕，呼吸困难，甚至鼻翼煽动。
(5) 肺与大肠相表里	(5) 肺热，可见大便干结，便血。
大肠：主排泻大便	大肠病时，表现大便干结或滑泻。

2.肺与大肠病证候：

（1）肺气虚：证见咳嗽，气短，声音低弱，面白自汗，痰多清稀；舌淡苔少，脉虚无力。宜益气除痰，方用玉屏风散加二陈汤。

（2）肺寒咳喘：咳嗽气急，痰白量多，或痰稀不易咳出，重则喘咳胸闷，不能平卧，或兼发热恶寒；苔白滑，脉浮紧。宜温肺祛寒逐水饮，用小青龙汤。

（3）肺热咳喘：证见咳嗽喘促，痰黄粘稠，或咳吐脓血，气味腥臭，喉痛或胸痛，或恶寒发热；舌红苔黄，脉滑

数。宜清肺化痰，止咳平喘，用麻杏石甘汤或苇茎汤。

（4）痰浊阻肺：症见咳嗽气喘，喉中痰鸣，咳嗽声重，痰稠而多，胸胁满闷疼痛，不能平卧；舌苔浊腻，脉滑。宜泄肺逐痰，用三子养亲汤，或葶苈大枣泻肺汤。

（6）肺阴虚：症见咳嗽无痰，时而带血，潮热盗汗，手足心热，午后颧红，口干咽燥；舌红少苔，脉细数。宜滋阴养肺，可用清燥救肺汤，或百合固金汤。

（6）大肠湿热：下痢脓血，里急后重，腹痛；苔黄腻，脉滑数。宜清利湿热，可用白头翁汤或芍药汤。

（五）肾与膀胱

1.肾与膀胱的生理和病理：

生　理　功　能	病　　理　　证　　候
肾：（1）肾藏精。藏五脏六腑之精藏生殖功能之精	（1）肾病，可见其他四脏，久病必及于肾。肾病，则出现遗精，不孕。
（2）肾主骨，主齿	（2）肾精不足，则骨软、骨痿。肾气虚衰，则牙齿稀疏动摇。
（3）肾上开窍于耳，下开窍于二阴	（3）肾虚则耳鸣、耳聋。肾病，则小便不利，遗尿或五更泻。
（4）腰为肾之腑	（4）肾虚，常致慢性腰痛。
（5）肾主命门之火	（5）命火不足，可见畏寒肢冷，五更泄泻，阳萎，遗精，早泄。
膀胱：调节津液，气化则能出小便	膀胱病，则小便不利或失禁。

2.肾与膀胱病证候：

（1）肾阴虚：证见头晕目眩，耳鸣、耳聋，腰膝痠软，手足心热，午后面颧升火，咽干痛，盗汗，梦遗；舌红少苔，脉细数。宜滋养肾阴，用六味地黄汤。

（2）肾阳虚：面色暗淡，畏寒肢凉，腰背痠痛，阳萎滑精；舌嫩苔白，脉虚弱。宜温补肾阳，用金匮肾气汤。

（3）肾阴阳两虚：证见面色暗淡，发易脱落，牙齿动摇或痛，口干，心烦，盗汗，畏寒肢冷，遗精，夜多小便；舌淡苔薄，脉沉细或弱。宜肾阴阳双补，可用左归饮、右归饮加减。

（4）心肾不交：证见心悸心烦，失眠，健忘，耳鸣、耳聋，腰膝痠软；舌嫩苔红，脉细或细数。治宜养心肾，可用六味地黄汤加五味子、酸枣仁，或用交泰丸。

（5）膀胱湿热：证见发热或恶寒，尿频、尿急、尿痛，或小便淋沥，尿色混浊或有脓血，或内有砂石；舌苔黄或黄腻，脉数。宜清利湿热，用八正散。

（六）脏腑辨证小结

为了进一步说明脏腑辨证的规律，现将一些容易混淆的常见脏腑病证的共同点和特殊点，列表比较于下，并附治疗方剂：

证别	共同症状	病证分类	特异症状	治疗方剂
实热证	面红目赤，口干咽燥，便干溲黄；舌红苔黄，脉数有力。	心火亢盛	口舌疮痛、糜烂，小便灼热。	导赤散
		肝胆热盛	头痛，眩晕，耳鸣，口苦或暴发火眼。	龙胆泻肝汤
		胃热	消谷善饥，口臭龈肿。	清胃汤
		肺热	咳吐黄痰，喘促或见鼻煽。	麻杏石甘汤
阳虚证	形寒肢冷，倦怠自汗，乏力嗜睡；舌淡苔白，脉弱无力。	心阳虚	心悸气短，心前区憋闷，疼痛，脉结代。	瓜蒌薤白桂枝汤
		脾阳虚	腹满便溏，面黄食少，舌胖有齿痕。	桂附理中汤
		肺气虚	少气寡言，咳声不扬。	补肺汤
		肾阳虚	腰痛腿软，阳萎滑精。	右归丸
阴虚证	五心烦热，乏力盗汗，咽干少寐，便干溲黄；舌红少苔，脉沉细数。	心阴虚	心悸而烦，多疑健忘。	补心丹
		肝阴虚	头晕目眩，四肢麻木，眼干雀目。	一贯煎
		胃阴虚	口干咽燥，口臭食少。	玉女煎
		肺阴虚	干咳少痰，口干咽燥，间或咯血。	百合固金汤
		肾阴虚	头昏耳鸣，遗精带下。	六味地黄汤

第四节 治 法（八法）

八种治法，就是发汗、催吐、攻下、和解、温热、清凉、消导、补养。简称汗、吐、下、和、温、清、补、消。它是在祖国医学辨证施治的思想指导下总结出来的，对临床治疗有普遍的指导意义。针对病因证候和发病部位，在临证上“八法”可以灵活应用。在此基础上，还能产生更多的治疗方法。

（一）汗法：在药物的辅助下，通过机体的发汗，达到治疗疾病的目的。常用于外感病，某些传染病初起，如麻疹、痈肿初起有寒热之象，及风湿、寒湿侵袭肌表所致的痹证，也用汗法。常用的汗法有两种：

1.辛温解表：选用辛温发汗，驱风散寒的药物，以发散在表的风寒，适用于风寒感冒，水肿兼有表寒症，风寒性荨麻疹等。

代表方剂：荆防败毒散（荆芥、防风、羌活、独活、川芎、柴胡、前胡、桔梗、枳壳、茯苓、生姜、薄荷、甘草）。

2.辛凉解表：选用辛凉解表，清热散风的药物，用以治疗表热症，适用于感冒风热，咽喉痛，咳喘，风疹，麻疹，某些传染病初起。

代表方剂：银翘散（银花、连翘、豆豉、牛蒡子、荆芥、薄荷、桔梗、竹叶、芦根、甘草）。

应用汗法时，以汗出邪去为度，不可大汗，以防伤正。体质虚弱的人，应分别情况，配伍补气、补血、养阴、助阳等药，进行治疗。对失血、泄泻等津液不足的病人，慎用发汗药。

此外，汗法还可与宣肺，健胃，祛痰，清热，利水，活血通络，祛风湿等药配伍，使汗法具有解表清热，止咳定喘，利水消肿，透疹祛风湿，镇痛等作用。

（二）吐法：就是用催吐作用的药物，促使呕吐，以达到驱邪的目的。清除咽喉，胃脘，胸膈部的有害物质，故应用于痰涎，食积，食物中毒，毒药中毒，痰火阻窍引起的癫狂等证。

代表方剂：瓜蒂散（瓜蒂、赤小豆各等分）、稀涎散（猪牙皂角、白矾各等分，研末）。

吐法，在临床上很少应用，对年老体弱，病危，有严重心脏病的人，都应禁用。

（三）下法：（泻下）：凡食积，痰，燥屎，水湿积留体内，病属里实证，均可用下法。下法分为四种：

1.寒下法：运用苦寒泻下，通便泻火的药物。主治热结里实，腹痛便秘等证。

代表方剂：大承气汤（大黄、枳实、厚朴、芒硝）。

2.温下法：运用泻下通便药，配伍辛热温里药。主治寒冷积滞内停所引起的腹痛便秘症。

代表方剂：温脾汤（大黄、附子、干姜、党参、甘草）。

3.润下法：运用作用缓和的润肠缓泻药。主治年老体弱，久病津亏或产后血虚便秘。

代表方剂：五仁汤（甜杏仁、柏子仁、火麻仁、郁李仁、栝楼仁）。

4.攻逐水饮法：运用泻下作用猛烈的药物。主治水饮内停所致的里实症，如水肿、腹胀、悬饮等。

代表方剂：十枣汤（大枣十枚，甘遂、芫花、大戟各等分）。

下法，有攻邪伤正的偏向，宜得效即止。临床根据具体病情，病人体质强弱，灵活应用。下法对孕妇有流产之弊，必须慎用。下法，忌用于表证，但表证里实证同见，可汗、下并用。

（四）和法（和解）：用具有疏通和解，舒肝健胃，理气和营，调和营卫，和解表里的方法，以达到调整机体解除病邪，治疗疾病的目的。

1.和解少阳法：用于外感病和病在半表半里症。

代表方剂：小柴胡汤（柴胡、黄芩、半夏、党参、甘草、生姜、大枣）。

2.理气和营法：肝气郁结，营血不和，情志郁闷，烦躁，两胁气滞胀痛，或乳房作胀，月经不调，或痛经等。

代表方剂：逍遥散（柴胡、当归、白芍、茯苓、白术、甘草、煨生姜、薄荷）。

3.调和肝胃法：肝气犯胃，如胸胁胀痛，胃脘胀满，疼痛，食少，嗳气，吐酸或呕恶。

代表方剂：吴茱萸汤（吴茱萸、党参、生姜、大枣）。

4.调和营卫法：营卫不和，恶寒重，发热轻，时而汗出。

代表方剂：桂枝汤（桂枝、芍药、生姜、甘草、大枣）。

5.畅调气机法：气机不畅、多因肝郁而气滞，如气滞于胸胁，则胸胁胀痛。气滞于胃，则胃脘胀痛。气滞于腹，则腹胀、腹痛。

代表方剂：四逆散（柴胡、芍药、枳实、甘草）。

（五）温法（散寒）：是用温热性药物，补益阳气，驱除里寒的治疗方法，适用于里寒证，里寒虚证。常用的温法，是温中祛寒，常用于脾胃受寒，腹痛泄泻，脘腹胀痛等证。

代表方剂：理中汤（党参、白术、干姜、炙甘草）。

如果阴盛阳衰所致的四肢逆冷，畏寒蜷卧，腹疼下利，脉微细等证，应当回阳救逆。

代表方剂：四逆汤（干姜、附子、炙甘草）。

使用温法，必须注意：如过去和现在有吐血、尿血、便血等病史者，或素体阴虚，舌红，咽喉干燥者，应当慎用。

（六）清法（清热）：应用范围很广，适用于一些火热内盛的里热证。选用寒凉药物，用于清热泻火，清热解毒，清热燥湿，清热凉血等。因为配伍不同，清法还有：祛暑，消炎，止血，定喘，镇惊，熄风等作用。

1.清热解毒法：用于由热毒所致的各种实热证，如疖痈，丹毒，咽喉炎症，多与泻火通便，凉血，疏散风热药配伍。

代表方剂：黄连解毒汤（黄连、黄芩、黄柏、山栀）。

2.清热泻火法：用于脏腑实热证，如用清泻肺火药，治疗肺实热证。清心降火药，治疗心热、心火。清肝泻火药，治疗肝热。清热生津药治疗肺胃气分实热等。

代表方剂：白虎汤（石膏、知母、炙甘草、粳米）。

3.滋阴清热法：适用于虚热证，如阴虚发热或热病后期，阴津耗伤，用补阴药或清热生津药。

代表方剂：青蒿鳖甲汤（青蒿、鳖甲、生地、知母、丹皮）。

4.清热凉血法：适用于热入血分，夜里发烧，谵妄，斑疹，以及吐血、衄血，便血、尿血，月经过多等出血病证，多与解毒、镇痉、止血药配伍。

代表方剂：犀角地黄汤（犀角、生地、芍药、丹皮）。

清热治疗方法中，寒凉药物居多，对于体质虚弱，脏腑虚寒，以及产后、病后，均宜慎用。特别是对于脾胃虚弱的

病人，更不宜多用、久用，以免损伤脾胃阳气。

（七）消法（消散）：选用消导破积，散瘀软坚，行气活血等药物，以消散体内气滞，血瘀，食积，肿块等病证的方法。

1.消导积滞法：选用利气消胀，消导破积药，并配伍健胃，泻下，清热药。用于停食腹胀，呕吐腹泻，腹痛便秘，痢疾等病症。

代表方剂：保和丸（山查、神曲、半夏、茯苓、陈皮、连翘、莱菔子）。

2.软坚散结法：用于血瘀而致的疼痛，疮痈，还可用于气血痰食凝滞结成的症瘕积聚，使之消散。

代表方剂：夏元活血汤（当归、桃仁、红花、山甲、大黄、柴胡、甘草、天花粉）。

3.行气活血法：以行气活血药为主，并配合祛瘀活络，止痛药，用于气滞血瘀所致的疼痛，痛经，经闭等病症。

代表方剂：活络效灵丹（当归、丹参、乳香、没药）。

（八）补法：用补益的方药，来治疗体内阴阳气血的不足，或脏腑虚损的方法，称为补法。从而，达到恢复阴阳的相对平衡，或扶正以祛邪的目的。

1.补气：主治肺脾气虚证，常见气短，自汗，脱肛，子宫脱垂，脉弱无力。

代表方剂：

治肺气虚：生脉散（人参、麦冬、五味子）。

治脾气虚：四君子汤（党参、白术、茯苓、炙草）。

治中气不足：补中益气汤（炙黄芪、党参、白术、当归、升麻、柴胡、陈皮、炙草、生姜、大枣）。

2.补血：血分不足，常见面唇、指甲淡白，疲乏，头晕，

目眩，心悸，月经少而色淡，或闭经等。

代表方剂：四物汤（当归、熟地、白芍、川芎）。

3.补阴：指肾阴虚，往往出现消瘦，潮热，颧红，五心烦热，盗汗，失眠，咽燥，咳血，遗精等虚热症候。

代表方剂：六味地黄汤（地黄、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮）。

4.补阳：阳衰，常现畏寒肢冷，自汗、虚喘、水肿，阳萎早泄，腰膝痠软，久泄等虚寒症。

代表方剂：金匮肾气汤（熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮、肉桂、附子）。

使用补法，应注意的事项：

一般补药药性颇偏，而体内阴阳又是互相消长的，多用壮阳药，可致伤阴；多用滋阴养血药，也能损阳、因此多用、滥用补药，有害无益。

外感证及一切实证，均不用补法，只有当邪盛正衰时，才可于祛邪药中，酌加少量补益药，以收扶正祛邪之效。

滋阴补血药多滋腻，容易泥膈，脾虚消化不良的要慎用。或用时，宜加健脾理气药。补气壮阳药多温燥，阴虚内热，肝阳上亢的要慎用。

第二章　中草药一般知识

第一节　中草药的性能

中草药的性能，是按照传统的中医理论“四气”“五味”

来定。每一种药，都有气和味两个方面。二者结合起来，就构成了中草药的一般性能。只有了解和掌握了药物的性能，才能运用中草药防病治病。

中草药的四气，是指药有寒、热、温、凉四性。药物的四气，是依据药物作用于人体后出现的不同反应和疗效来确定的。能够治疗热性病的药物，称寒凉药，能够治疗寒症的药物，称为温热药。寒与凉，温与热，是区别药性程度上的差异，温次于热，凉次于寒。一般来说，寒凉药有清热，解毒，泻火，凉血，止血，消炎等作用，多用于治疗热性病。温热药有温里，散寒，助阳，通经络等作用，多用于治疗寒性病。

中草药的五味，就是药物的辛、酸、甘、苦、咸，这五种味道。此外，还有一些药物，无明显的味道，称为淡味。五味的作用：辛味药，有发散，理气，健胃，通窍等作用。酸味药，有收敛，固涩，生津，止咳等作用。甘味药，有调和脾胃，滋补强壮等作用。苦味药，有清热，解毒，泻火等作用。咸味药，有润肠，通便，软坚，散结等作用。淡味药，有渗湿利尿等作用。

中草药的用药禁忌：

药物在配合使用时，能产生剧毒作用的，叫相反。能相互抵销，降低或丧失药效的，叫相恶。相反和相恶，均属配伍禁忌，不宜应用。现将古人编的“十八反”，“十九畏”歌，附录于下，以供参考。

十八反歌：

本草明言十八反，半楼贝蔹芨攻乌，
藻戟遂芜俱战草，诸参辛芍叛藜芦。

即乌头、草乌，反半夏、栝楼、贝母、白蔹、白芨。甘草，反大戟，芫花，甘遂，海藻。藜芦，反人参、党参、苦参、丹参、元参、沙参、细辛、白芍、赤芍。

十九畏歌：

硫黄原是火中精，朴硝一见便相争。

水银莫与砒霜见，狼毒最怕密陀僧。

巴豆性烈最为上，偏与牵牛不顺情。

丁香莫与玉金见，牙硝难合京三棱。

川乌草乌不顺犀，人参最怕五灵脂。

官桂善能调冷气，若逢石脂便相欺。

即硫黄畏朴硝，水银畏砒霜，狼毒畏密陀僧，巴豆畏牵牛，丁香畏玉金，牙硝畏三棱，川乌、草乌畏犀角，人参畏五灵脂，官桂畏赤石脂。

妊娠禁忌：对于妊娠期的妇女，应注意安胎，防止流产。根据药物对胎儿损害的程度不同，一般可分为禁用和慎用二类。

禁用的：大多是毒性较强，或药性猛烈的药物，如乌头、巴豆、牵牛子、大戟、商陆、麝香、三棱、莪术、斑蝥、水蛭、虻虫等。

慎用的：包括祛淤通经，行气破滞，以及辛热、滑利的药物，如桃仁、红花、大黄、枳实、附子、肉桂、半夏、冬葵子等。现将古人编的“妊娠禁忌歌”附录于下，以供参考。

妊娠禁忌歌：

蝟斑水蛭及虻虫，乌头附子配天雄，

野葛巴豆并水银，牛膝薏苡与蜈蚣，

三棱芫花代赭麝，大戟蝉蜕黄雌雄，
牙硝芒硝牡丹桂，槐花牵牛皂角同，
半夏南星与通草，瞿麦干姜桃仁通，
硇砂干膝蟹爪甲，地胆茅根都失中。

蝮（音元），与蝮蛇同类。斑指斑毛。野葛即水莽草，又称为断肠草、雷公藤、黄藤根等。黄雌雄，即雌黄，雄黄。地胆即蝮青。

十八反，十九畏及妊娠用药，系古人在临床实践中，对药物配伍总结出的一个重要经验，可供临床用药时参考。但不是绝对的。在古今处方中，也有些相反、相畏同用的例子，如《金匮要略》中的甘遂半夏汤，就是将相反的甘遂和甘草同用，以治痰饮留结之证。如近人用党参同五灵脂同用，可以补脾胃，治疼痛，而药效无明显减低。因此，我们对十八反，十九畏，妊娠禁忌药，应一分为二的去理解，仅作为我们用药的参考。

第二节　中草药的加工、炮制与保管

采集来的药物，如果不抓紧加工，则容易霉坏变质，减低疗效。中草药多是野生植物，有些是动物、矿物和介壳之类，为了提高疗效，往往需要进行必要的加工。

（一）加工：首先消除水分，进行干燥。鲜药采集后，要尽快晒干、阴干，或烘干。

1.晒干：一般根茎类药物要晒干，如大黄、生地、葛根等。

2.阴干：一般花类芳香性药物，如菊花、薄荷等。

3.烘干：即用火炕等低温烘烤，多适用于潮湿多雨的情况下。

（二）炮制：中药炮制，是在中医辨证施治用药的基础上发展起来的传统制药技术。它是将原药材进行净选、切制和炮制等制作工艺，而制成一定规格的炮制品（通称“饮片”），以适应中医临床医疗和中成药配制的要求，保证临床用药安全和有效。

1.炮制目的：

（1）清除杂质及无用部分，使药物清洁，如植物药常用洗、漂、泡等法。

（2）改变性能，增强疗效，如生地性寒而凉血，多次用黄酒蒸后成为熟地，则性温而能补血。蒲黄生用活血，炒后则可止血等。

（3）便于制剂和贮藏，为了便于切片或碾碎，可采取泡、炮、煅、炒等法。如槟榔泡，石决明煅，白术炒等。

（4）消除或降低药物毒性、刺激性和副作用。如川乌有毒，用黑豆、甘草等制过，可以降低毒性。半夏用生姜制，可以除去刺激咽喉的副作用。

2.炮制方法：

（1）净选：本法是选取药材的药用部分，除去非药用的异物和杂质，使其达到药用标准的方法。根据具体情况，可使用下列方法处理：

①筛选　利用药材和杂质大、小不同，取用筛或罗，以除去药材中夹杂的泥砂、石屑及其他夹杂物。

②风选　利用药材和杂质的轻重不同，经过扬簸，或借风车的风力，使与杂质分离。

③洗净　利用清水，将药材附着的泥土或不洁物洗去。洗时，应注意掌握时间，勿使药材在水中浸泡过久，以免减少药效。

④刷净　刷除药材表面附生的绒毛或杂质，如枇杷叶去毛等。

⑤挑选　挑选除去非药用部分，或分离不同的药用部分，或将药材按大小、粗细分类挑选，便于制作处理。

⑥刮除　利用刮刀，刮去药材表面非药用部分的粗皮，或附生的杂物，如肉桂去栓皮等。

⑦剪切　用刀、剪除去药材残留的非药用部分，如沙参去芦头，防风切除根头等。

⑧制霜　是将药材榨去所含的部分油脂，取用去过油的剩余部分，如制巴豆霜等。

⑨提净　是通过重结晶提纯，将药材中杂质除去的方法，如提芒硝等。

⑩压碾　碾除药材外附生的非药用部分，如蒺藜去刺等。

⑪火燎　是将药材在火焰上短时间加热，使药材表面毛茸迅速受热焦化，而内部不受影响，如鹿茸燎毛等。

⑫水飞　是用湿法分取药材极细粉末的方法。可将不溶于水的药材与水（或药液）共研细，加入多量的水，搅拌，静置，待较粗的粉粒下沉。细粉混悬于水中，倾出，粗粒再研再飞。合并倾出的混悬液沉淀后，分出，干燥，即成极细的粉末。本法多用于矿物药，如水飞炉甘石等。

净选的一般要求：

去芦头、芦苗（疙瘩头）　一般指根头、根茎、残茎、

茎基等部位。如牛膝、玄参、草乌、于术等。

去残根　一般指主根、支根、须根等，如石斛、荆芥、天麻、薄荷、黄连、芦根、藕节等。

去木心　一般指木质部，如巴戟天、地骨皮等。

去枝梗　一般指老茎枝，如钩藤、桑寄生、桑枝、桑螵蛸等。

去粗皮　一般指栓皮、表皮等，如竹茹、灯心草、厚朴、杜仲、丝瓜络等。

去柄把　一般指果柄、叶梗、花梗等，如女贞子、小茴香、栀子、辛夷、荷叶等。

去皮壳　一般指残留的果皮、种皮等，如使君子、巴豆、扁豆、木鳖子、桃仁等。

去核瓤　一般指种子、核瓤等，如山茱萸、诃子、山楂、乌梅、枳壳、金樱子等。

去毛刺、去残叶、去心　一般指鳞叶、毛茸、硬刺、胚芽、残叶等，如骨碎补、香附、枇杷叶、马钱子、苍耳子等去毛刺。如莲子等去心。如金银花、谷精草等去残叶。

去头尾、去皮骨、去残肉、去毛丝、去足翅　多指动物类和昆虫类的药材。如蕲蛇、乌蛇等，去头尾或去皮骨。如虎骨、龟板、鳖甲等去残肉。如鹿茸、穿山甲、象皮、僵蚕等去毛丝。如蜈蚣、斑蝥等去头足翅。

去杂质、去霉败品　一般指土块、砂石和杂草等，如当归、川芎、浮萍、鸡内金、牡蛎、石膏等。去土块、杂草、砂石等，如片姜黄、百合、薤白、瓜蒌、山药、葛根等。

（2）切制：本法是将净选后的药材，经过清水泡润、蒸煮等软化处理，并根据药材质地等情况，切制成一定规格

的薄片或小块。切制后的药材，称为“饮片”。制作方法可分为：

①湿润　将药材用清水稍浸湿，或喷淋清水后，置适宜的容器内，保持湿润状态，让水分徐徐渗入药材组织内部，使其组织软化，便于切制。操作时，应注意温度、时间，以免发酵或霉败。

②浸泡　将药材放在清水中浸泡，使其组织柔润软化，便于切制。浸泡时，应注意按药材的大小、粗细、软硬等分类处理，并注意季节气温，以免影响质量。一般用于质地坚硬的药材。

③切片　将软化的药材，根据其质地软硬和个体大小、厚薄等不同，切制一定规格的薄片，又称“生片”。切片，除手工操作外，目前多用机械操作。切制规格较多，常见的有切碎、切块、切丝、切段、切节、切片等。切片中又分为纵切、横切、斜切等。

④镑片　将坚硬的药材，用特制的工具“镑刀”刨成薄片，如镑羚羊角等。

切制饮片的规格：

薄片　一般切约 1 —1.5毫米厚的片，如根类药材。

中片　一般切约1.5—2.5毫米厚的片，如根类药材。

厚片　一般切约2.5— 4 毫米厚的片，如根类药材。

小段（咀）　一般切约10—15毫米长的段，如全草类药材。

小块　一般切约 1 厘米的立方小块，如首乌、大黄等。

宽丝　皮丝，一般切约 2 — 3 毫米宽的丝，如黄柏等。叶丝，一般切约 5 —10毫米宽的丝，如枇杷叶等。

极薄片（镑片）　一般镑约在1毫米以下的薄片（约在0.5—0.8毫米厚的片），如苏木、鹿角等。

（3）炮制：本法是将经净选、切制后的中药材生片，进行加热处理，或与液体辅料共同加热，使辅料渗入药材组织内的处理方法。炮制后的药片，即称“熟片”。按照加热的温度和辅料不同，可分为下列方法：

①炒制　是将药材或生片，在锅内加热，不断翻炒达一定要求。通常有下列几种：

a.清炒　清炒时不加辅料，根据炒的时间和温度，分为炒黄、炒焦等。炒黄，目的在于利于煎出药效和便于捣碎。是将药材或生片，炒至表面微黄，或能嗅到药材固有气味为度。炒黄的品种有：杏仁、麦芽、决明子、酸枣仁、牵牛子、王不留行、葶苈子、苏子、白芥子、苍耳子、蒺藜、川椒、槐花、扁豆、槟榔、桔核等。炒焦，可增强消导作用。是将药材或生片，炒至表面呈焦褐色。炒焦的品种有：山楂、白术、麦芽、神曲、槟榔、山栀等。

b.麸炒　目的是可以增强健脾作用。先将锅加热，撒入规定量的麸皮，至冒烟时，加入药材生片，不断翻炒，至药材生片表面呈微黄色，取出，筛去麸皮即得。麸炒的品种有：山药、苡仁、白术、芡实、枳实、僵蚕、三棱等。

c.土炒　通常用伏龙肝（灶心土），目的可增强补脾安胃作用。先将伏龙肝置锅内，炒至疏松，加入药材生片，共炒至药材生片表面拌匀土色，取出，筛去过剩的土即得。土炒的品种有：白术、扁豆、白芍等。

②辅料制　是药材生片与液体辅料共同加热，使辅料渗入药材生片组织内的制作方法，如蜜制、酒制等。通常有下

列几种：

a.蜜制　目的可增强润肺止咳，补中益气和缓和药性的作用。通常用炼制的蜂蜜，用量根据药材不同而异。一般为20—30%。将药材生片与炼制的蜜及开水少许拌匀、稍闷，置锅内用文火炒，使蜜渗入药材组织内，至水分去尽，不粘手为度。蜜制的品种有：甘草、桑皮、黄芪、百合、前胡、楼仁、白前、紫苑、杷叶、冬花、马兜铃、百部、罂粟壳、麻黄、槐角等。

b.酒制　目的为改变药性，引药上行，并能增强活血通络和滋阴补肾的作用。通常用黄酒为辅料，用量根据药材不同而异，一般为20—30%。其方法先将黄酒与药材生片拌匀，稍闷，再根据情况，用炒制或燉制等方法制作处理即得。酒制的品种有：当归、白芍、大黄、黄芩、黄连、黄柏、牛膝、蕲蛇、乌蛇、地黄、苁蓉、女贞子、山萸、五味子等。

c.醋制　目的为引药入肝经，增强活血祛瘀，理气止痛的作用，也能缓和药性和利于粉碎，煎出药效。通常用米醋，用量根据药材不同而异，一般15—30%。制法与酒制同。醋制的品种有：元胡、乳香、没药、香附、青皮、柴胡、艾叶、三棱、莪术、大戟、甘遂、商陆、芫花、狼毒、龟板、鳖甲、穿山甲、自然铜、紫石英、磁石、代赭石、禹余粮等。

d.盐水制　目的可增强润下利水，补肝肾，理气止痛，滋阴降火作用。取一定量的食盐，一般为2—3%，加水溶解澄清后，与药材生片拌匀后炒，或先将药材炒至一定程度时，喷淋盐水炒，或用蒸制等方法制作处理。食盐水的量，应适当掌握，以使药材生片喷洒或搅拌均匀湿润为度。盐水制的品种有：车前子、泽泻、补骨脂、沙苑子、益智仁、杜仲、小茴

香、桔核、知母、黄柏、蒺藜、菟丝子、巴戟天、石决明等。

e.姜汁制　目的为制其寒性，增强止呕、开痰、温中的作用，也能缓和药材的副作用。将药材、鲜姜汁与水拌匀，根据情况，用炒制或煮制等方法制作处理。姜汁制的品种有：栀子、厚朴、竹茹、黄连、草果等。

f.酥制（油制）　目的可增强补肾壮阳的作用，并能酥脆，利于粉碎，减少毒性。通常用油脂为辅料，制作方法有二：一是羊油脂炒拌，如酥制淫羊藿。二是油炸，如油虎骨、马钱子等。

g.米泔水制　目的在于减低药材的燥性。用米泔水与药材生片拌匀，箱闷后，置锅内加热，炒至药材表面微黄色为度，如炙苍术等。

h.药汁制　目的可以消除或减弱毒性，达到安全用药，有的可以起协同作用。是先将辅料药材煎汁，与药材或生片拌匀，再根据情况，用炒制或煮制等方法制作处理。例如，甘草水制远志、巴戟、吴萸。甘草、黑豆制川乌、草乌、附片。生姜、白矾制半夏、南星、白附子等。

（4）煨制：目的是减低药材油量，改变药性，起到止泻固肠的作用。是将药材用湿润面粉包裹，在炒热的滑石粉锅内，煨至外皮焦黄色为度。或层层隔纸加热，以除去部分油分，如煨肉豆蔻、煨木香等。

（5）烫制：目的是使药材酥脆，利于粉碎，并可除去外附鳞毛。是将质地坚硬的药材，加热炒烫，温度比炒制高而受热均匀。通常有三种：

炒烫：先将沙子置锅中炒热，倒入药材，炒至表面鼓起或酥脆为度，取出，筛去沙子即得，如马钱子、狗脊、骨碎补。

蛤粉烫：取蛤粉依沙烫法制作，如阿胶珠。

滑石粉烫：取滑石粉依沙烫法制作，如刺猬皮。

（6）煅制：目的可使药材质地松脆，利于粉碎，有些药材（如硼砂、石膏）煅后，失去结晶水，增强收涩的作用。是将药材直接在无烟的炉火上，高温加热，煅烧红透。块粒细小的药材，可置适宜的容器（如坩埚）内煅烧，至煅红为度。煅制的品种有：如煅龙骨、石决明、牡蛎、石膏、蛤壳、瓦楞子、龙齿、花蕊石、钟乳石、礞石、枯矾、硼砂等。

（7）制炭：其目的增强止血及凉血作用，并消减其刺激性。是将药材或生片，用炒制或闷煅方法制作。但要求表面炭化而须存性。制炭方法通常有二：

炒炭：依炒制方法，炒至药材表面黑色，内部焦褐色。炒炭的品种有：地榆、大蓟、小蓟、白茅根、侧柏叶、茜草、蒲黄、槐花、丹皮、栀子、黄芩、黄柏、炮姜、大黄、藕节、乌梅等。

煅炭：将药材置铁锅内，上面覆盖一锅，接合处用黄泥封固，上压重物，加热煅透为止。煅炭的品种有：生地黄、灯心、血余、莲房、棕榈、丝瓜络、荷叶、干漆等。

（三）保管：药物的保管和贮藏，是保证药物质量的主要环节。除了防热、防虫、防潮之外，还要防止阶级敌人的破坏。

1.防热：如贮藏室温度过高，必须注意通风。

2.防虫：每当春初夏末，必须将易于虫蛀的药物，如当归、大黄等，进行硫磺熏蒸，以防虫蛀。

3.防潮：在潮湿的空气中，药物容易霉坏变质，应经常拿出日晒。

4.防破坏：将剧毒药（如人言、巴豆、轻粉、红粉等），

进行专柜保管。易燃药，应设防火设备。此外，要提高警惕，严防阶级敌人的破坏活动。

5.防升华：有些药物，易于跑气（挥发），如冰片、薄荷脑等，应盛于密闭的瓶内，以防挥发，降低性能。

第三章　针灸疗法

针灸疗法，是祖国医学伟大宝库的一个重要组成部分。它具有简便、经济和疗效显著等特点，深受广大贫下中农的欢迎。

第一节　经　　络

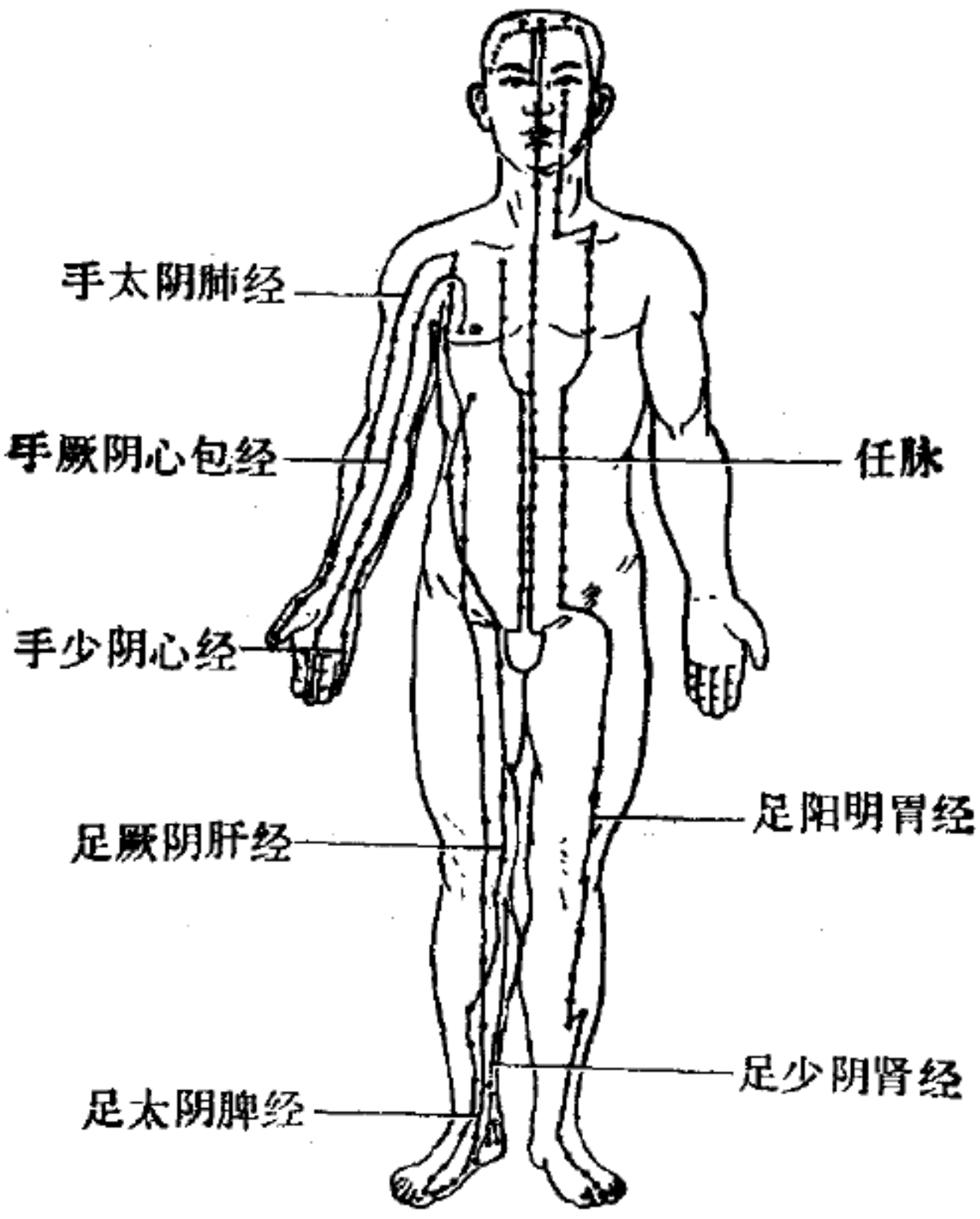
人体脏腑与四肢、五官都有经络相联系。其中的十二经和任、督二脉〔合称十四经(图 4—1①②③)〕对针灸治疗具有重大意义。十二经的名称、循行方向及表里关系，见下表：

	里经	外经	
手三阴经（从胸到手）	手太阴肺经	手阳明大肠经	手三阳经（从手到头）
	手少阴心经	手太阳小肠经	
	手厥阴心包经	手少阳三焦经	
足三阴经（从足到胸）	足太阴脾经	足阳明胃经	足三阳经（从头到足）
	足少阴肾经	足太阳膀胱经	
	足厥阴肝经	足少阳胆经	

各经脉上，都有一定数量的孔穴，主治本经脏腑的病症，还能治疗局部和邻近部位的病症。针灸治疗时，常需循经取穴，表里经配穴，详见本章第四节。现将各经的循行及主治的病症列后。

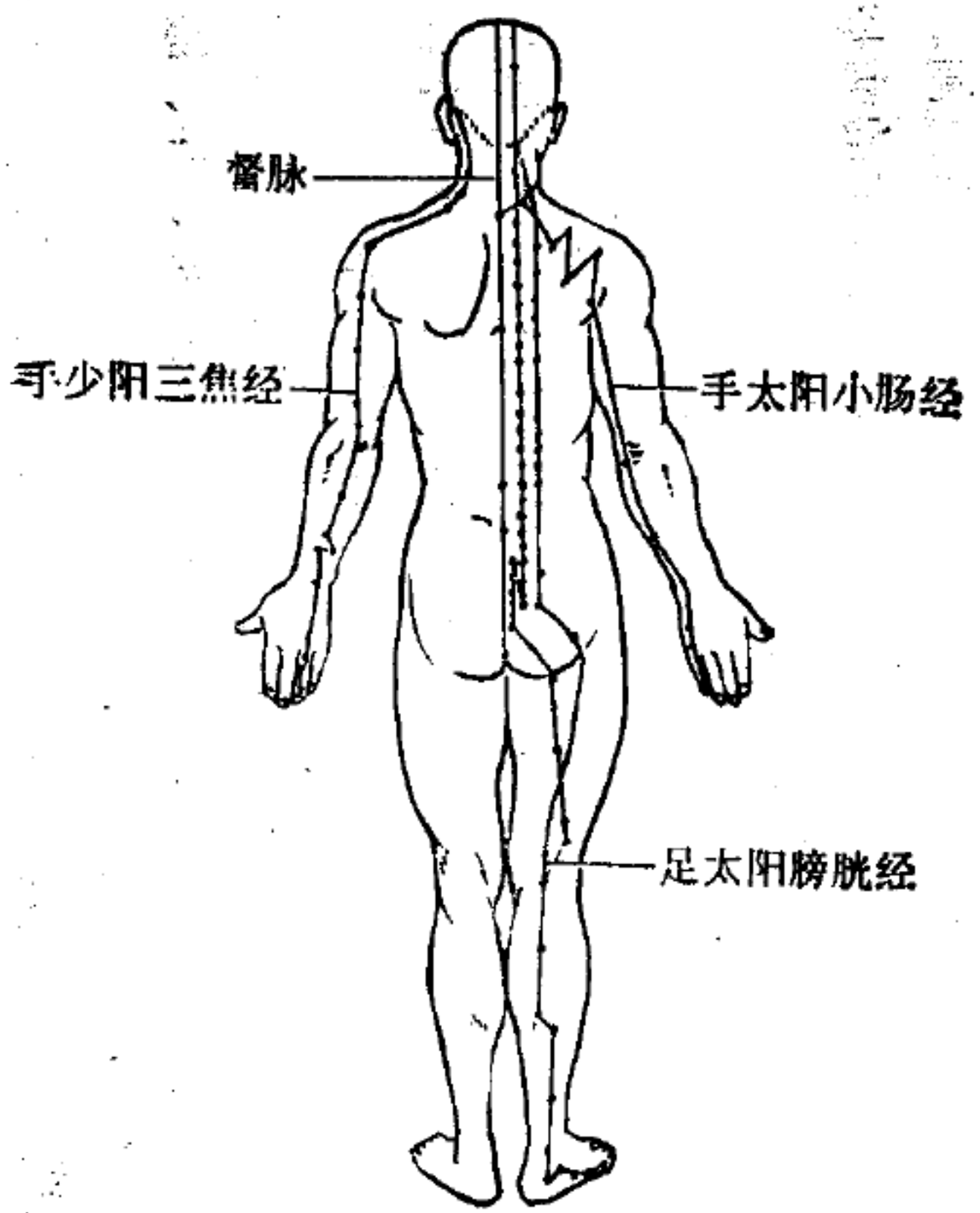
手太阴肺经：从胸→上肢内面桡侧→拇指内侧端。主治胸、肺、喉部疾病及本经所过部位的病症。

手少阴心经：从腋中→上肢内面尺侧→小指内侧端。主治胸胁、心、精神、喉部疾病及本经所过部位的病症。

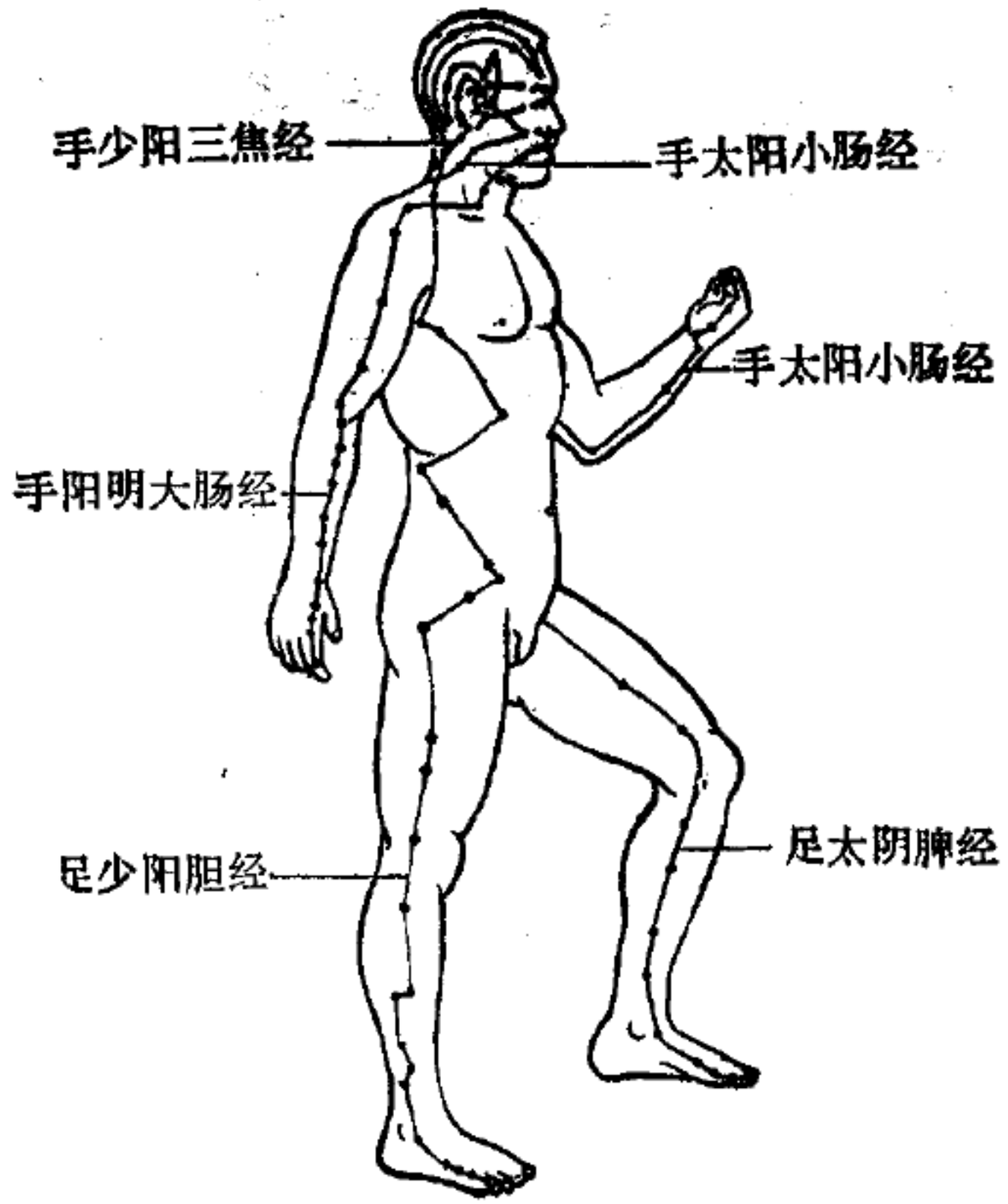


①十四经经穴正面分布图

图4—1　十四经经穴分部图



②十四经经穴背面分布图



③十四经经穴侧面分布图

手厥阴心包经：从乳外侧→上肢内面正中→中指尖端。主治胸胁、心、精神、胃部疾病及本经所过部位的病症。

手太阳小肠经：从小指外侧端→上肢尺侧缘→颈→耳前。主治头、项、眼、耳、鼻、喉部疾病，精神神经疾病，发热病及本经所过部位的病症。

手少阳三焦经：从无名指外侧端→上肢外面正中→颈→耳后→眉梢。主治头颞侧、眼、耳、喉、胸胁部疾病，发热病及本经所过部位的病症。

手阳明大肠经：从食指内侧端→上肢外面桡侧→肩颈→鼻旁。主治头、面、眼、鼻、喉、口、齿、肠、腹部疾病，发热病及本经所过部位的病症。

足太阴脾经：从踇趾内侧端→小腿内侧正中→大腿内侧前缘→肤部及胸部外侧。主治腹、胃、肠、泌尿生殖系疾病及本经所过部位的病症。

足少阴肾经：从足心→下肢内侧后缘→腹胸部内侧。主治腹、肠、泌尿生殖系、喉部疾病及本经所过部位的病症。

足厥阴肝经：从踇趾外侧端→小腿内侧前缘→大腿内侧正中→绕外阴部→胁肋下。主治腹、胁部、泌尿生殖系疾病及本经所过部位的病症。

足太阳膀胱经：从内眼角→头顶→脊柱两侧→下肢后侧→绕外踝→小趾。主治头、项、眼、鼻、腰背部及与本经俞穴相关脏腑的疾病、发热病及本经所过部位的病症。

足少阳胆经：从外眼角→颞→绕耳后→颈、肩、胸、胁、髋部外侧→下肢外侧正中→第四趾端。主治头颞、耳、眼、胸胁部疾病、发热病及本经所过部位的病症。

足阳明胃经：从目下→额→绕口唇→下颌→颈前及胸腹

→下肢外侧→次趾末端。主治头面、口、齿、喉、胃肠疾病，神经精神疾病，发热病及本经所过部位的病症。

任脉：从会阴→腹胸部正中→颈、喉→下唇、齿。主治下腹、泌尿生殖系疾病及本经所过部位的病症。

督脉：从尾骨下→腰背正中→项后→头顶→上唇、齿。主治发热病、疟疾、神经精神疾病及本经所过部位的病症。

第二节　孔　　穴

孔穴也称穴位，是针灸施术的部位。分布在十四经上的穴位为“经穴”。不属于十四经的穴位为“经外奇穴”，是实践中不断发现和补充的。随着针灸的广泛应用，今后还会发现更多、更有效的穴位。

（一）取穴方法

1.骨度法（骨度分寸折量法（图4—2））：将人体各部，分别折成若干等分，以每等分为一寸，作为取穴的标准。常用部位的折量分寸如下表：

部　位	起　　止　　点	折量寸
头　部	前发际至后发际（若发际不明，则以印堂至大椎之间折为18寸，即印堂至前发际为3寸，大椎至后发际为3寸）	12　寸
胸腹部	两锁骨中线之间	8　寸
	胸骨体下缘至肚脐中心	8　寸
	肚脐中心至耻骨联合上缘	5　寸

背　部	两肩胛骨内缘之间（抱肘姿势）	6　寸
上肢内外侧	腋窝横纹头至肘横纹	9　寸
	肘横纹至第一腕横纹(或肘尖至腕背横纹)	12　寸
下肢内侧	耻骨联合上缘至股骨内上髁	18　寸
	胫骨内髁至内踝中心	13　寸
下肢外侧	大粗隆头至膝横纹	19　寸
	膝横纹至外踝中心	16　寸

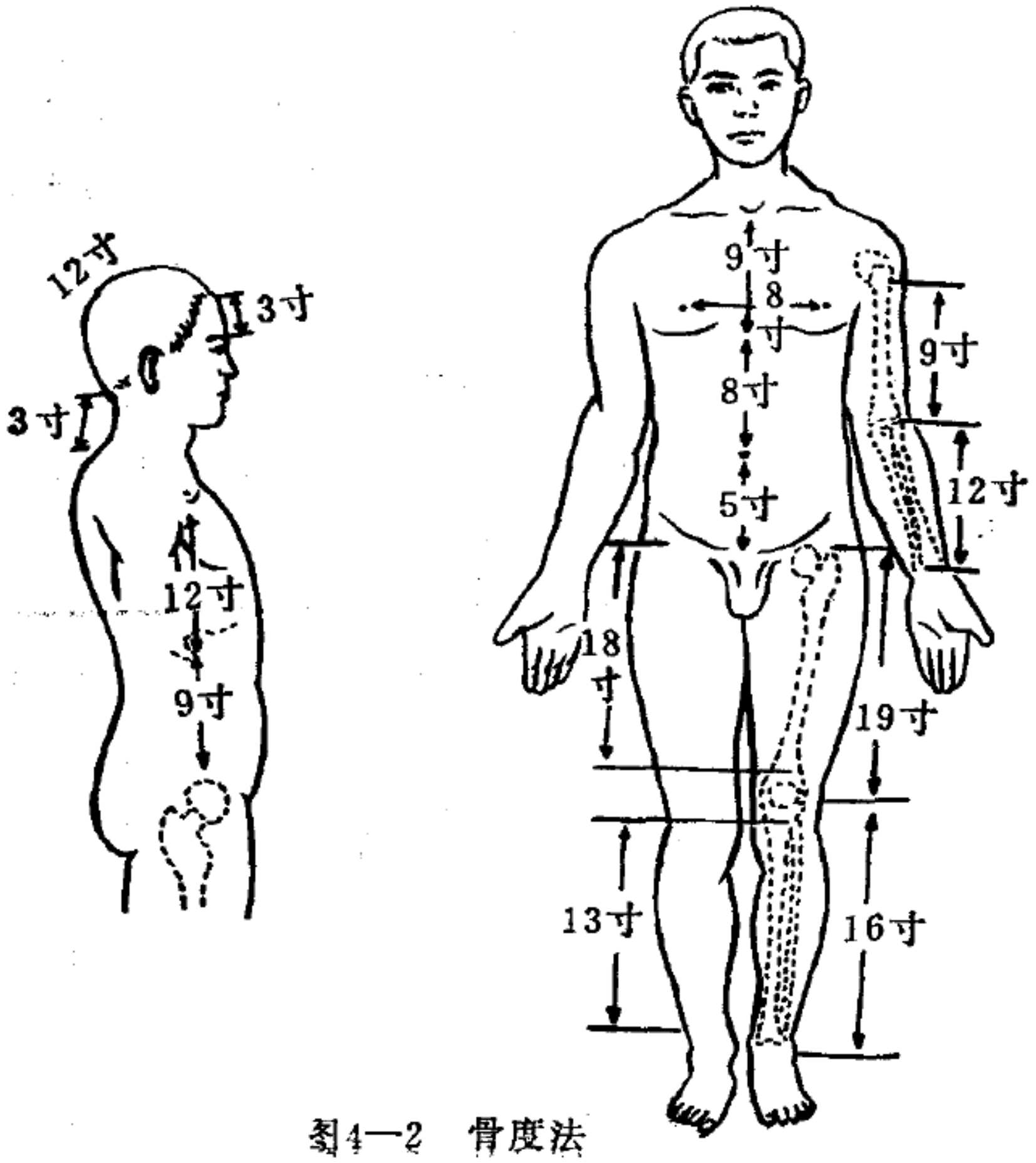


图4—2　骨度法

2.指寸法（中指同身寸法）：病人的中指尖和拇指连接成环状，以中指中节侧面的两横纹头的距离定为一寸（图4—3），作为四肢取穴的标准。

3.根据人体自然标志取穴法：如取背腰部穴，以脊椎为标准；取胸部穴，以肋间为标准；两眉之间，取印堂；两耳尖直上，取百会；垂手中指端，取风市，等等。



图4—3　同身寸法

（二）常用穴位

为便于查阅，将常用穴位，按人体部位排列。但治疗选穴，须参考穴位与经络的关系，才能有较好的效果。穴名后括弧中所注，就是该穴所在经脉的名称。各穴针刺深度，于小儿及形瘦体衰者，应相应浅些。

1.头面部

人中（督），人中沟上1/3处。一般向上斜刺2～3分。按快速针刺疗法，可刺5分～1寸。主治：昏迷，癫痫，癔病，小儿惊厥，口眼歪斜，腰背痛，心腹绞痛。

百会(督)：从两耳尖直上，当头顶正中凹陷处。向前或向后沿皮刺5分。主治：头顶痛，眩晕，癫狂，脱肛，子宫脱垂。

印堂（奇穴）：两眉头中间。一般向下沿皮刺3分，或点刺出血。按快速针刺疗法，可向下斜刺5分～1寸。主治：前头痛，眩晕，眼病，鼻病，惊厥。

太阳(奇穴)：眉梢与外眼角之间向后1寸凹陷中。一般直刺3—4分，或三棱针点刺出血。按快速针刺疗法，可向后斜刺8分～3寸，针感放散至半侧头部。主治：头痛，眼病。

睛明（膀胱）：内眼角内上方1分处。一般沿眶缘直刺

1～2分。按快速针刺疗法，可深刺1～2寸。刺时，嘱病人闭目，向外侧视，用左手食指将上睑向内推，使穴位局部松弛；右手持细针直刺，缓进勿捣。出针后，压迫局部，以防出血。禁灸。主治：眼病。

阳白（胆）：眉上1寸，直对瞳孔。一般向下沿皮刺3～5分。按快速针刺疗法，可沿皮刺到眉中（即眉弓上缘的中心点）。主治：前额痛，面神经麻痹，眼皮跳动。

率谷(胆)：耳尖上方1.5寸。沿皮刺5分。主治：偏头痛。

地仓（胃）：口角旁4分。一般斜向颊车，刺3～7分。按快速针刺疗法，可深达2寸，或透颊车。主治：面神经麻痹或痉挛，流涎，眼皮跳动，三叉神经痛。

颊车（胃）：耳下方1寸，当下颌角嚼肌处。一般直刺3～5分。主治：面神经麻痹或痉挛，牙关紧闭，牙痛，颈项痛。颊车透地仓，效果更佳。

耳门（三焦）：耳珠上部缺口微前凹陷中。一般直刺3～5分。按快速针刺疗法，可深达1.5寸，或斜刺耳门透听会。主治：耳鸣，耳聋，耳流脓，牙痛。

翳风（三焦）：耳垂后凹陷中。直刺或稍向前上方，斜刺5分～1寸。按快速针刺疗法，可深达1.5寸。主治：耳病，颊肿，面神经麻痹或痉挛，牙关紧闭。

听会（胆）：耳珠前下，张口有凹陷处。直刺5分～1寸。主治：耳鸣，耳聋。

听宫（小肠）：耳珠前凹陷处取之。直刺3—5分。主治：耳鸣，耳聋。

迎香（大肠）：鼻孔旁5分。向鼻翼侧斜刺3分。主治：鼻堵，口眼歪斜。

2. 颈项部（图 4 — 4）

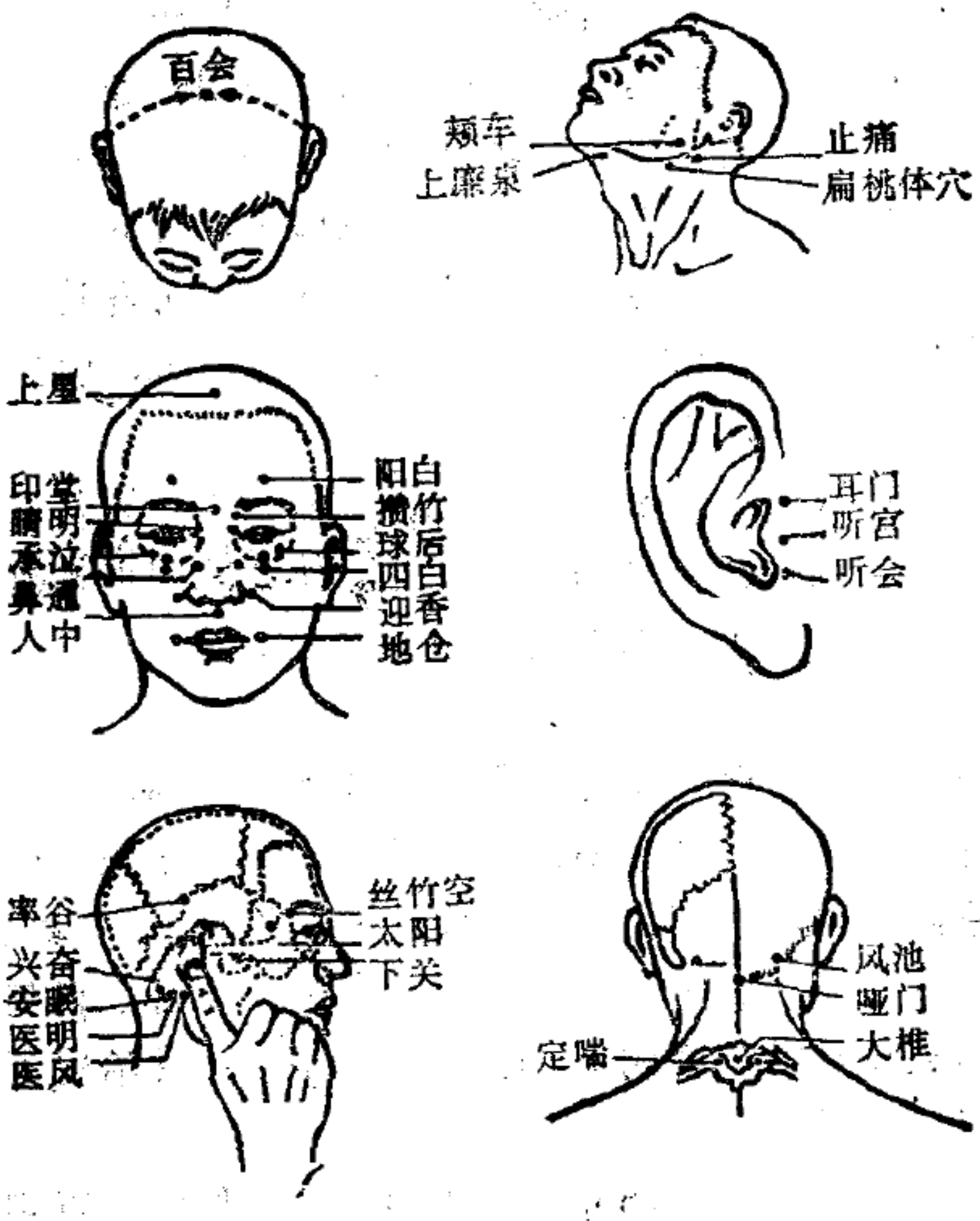


图4—4　头面颈项部穴

风池（胆）：颈后枕骨下，大筋外侧凹陷中。向对侧眼球方向，刺 5 分～ 1 寸。治眼病须使针感到眼。按快速针刺疗法，可横刺使两侧风池相透。主治：颈项强硬，肩背痛，落枕，头痛，眩晕，感冒，眼病，鼻病，耳病。

哑门（督）：颈后正中，入发际 5 分处。一般宜刺3～5

分。按快速针刺疗法，可嘱病人稍低头，向喉头方向，直刺达1寸。主治：哑，中风舌强不语，癫痫，癔病。

天柱（膀胱）：哑门旁1.3寸，大筋外侧凹陷处。直刺5分。主治：头痛，肩背痛，颈项强硬，鼻塞。

天突（任）：胸骨上窝正中。卧位仰头，针向胸骨后下方斜刺，一般刺5～7分。按快速针刺疗法，可深达1寸，并大幅度捻转，使有窒息样感。主治：咳喘，哑，咽炎，扁桃体炎，甲状腺肿，呃逆，癔病（咽部异物感）。

定喘（奇穴）：大椎穴（第七颈椎棘突下）旁开3～5分。按快速针刺疗法，直刺1～1.5寸，使针感向下放散至腰背效佳。主治：咳喘，咽喉痛，颈项痛。

3.胸腹部

中极（任）：脐下4寸，腹正中线上。仰卧，直刺5分～1寸，针感放散到会阴部。主治：尿闭，尿频，遗尿，遗精，月经不调，子宫出血，下腹痛，白带。

关元（任）：脐下三寸，脐正中线上。仰卧，直刺8分～1.2寸，针感放散到会阴部。主治：同中极穴，并治胃下垂，疝气，且为强壮穴。

气海（任）：脐下1.5寸，腹正中线上。仰卧，直刺8分～1.2寸。主治：同中极穴，并治腹胀，水肿。

神阙（任）：即脐中。禁针宜灸。主治：虚脱，肠鸣，腹痛，泻痢，脱肛。

中脘（任）：脐上4寸，腹正中线上。仰卧，直刺1～1.5寸。主治：胃痛，反酸，呕吐，腹胀，泻痢。

膻中（任）：两乳中间，胸骨中线上，平第四肋间。向下沿皮刺5分。主治：气喘，胸痛，乳汁少。

天枢（胃）：脐旁2寸。仰卧，直刺5分—1寸，使针感放散到侧腹部。主治：下腹痛，腹胀，腹泻，便秘，呕吐，月经不调，尿路感染，水肿。

4.背腰部（背部穴勿深刺）（图4—5）

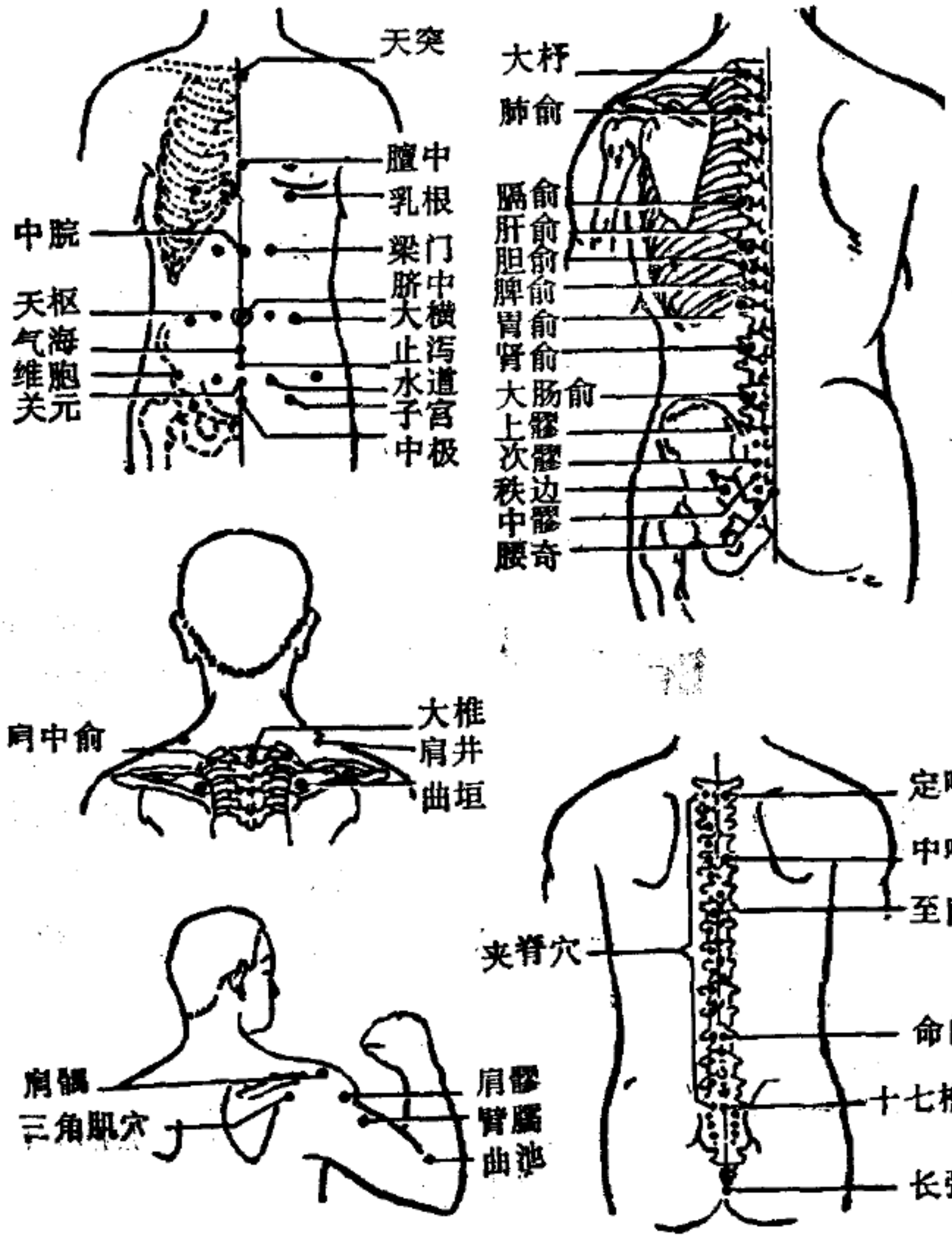


图4—5　胸腹部及背腰部穴

命门（督）：第二、三腰椎棘突间。直刺5～8分。主治：脊背强硬，腰痛，白带，阳萎，遗精，腹泻。

大椎（督）：第七颈椎棘突下。一般直刺3～5分。按快速针刺疗法，略向上斜刺5分～1寸，使针感向头或肩放散或向下放散，勿过深刺。主治：发烧，感冒，咳喘，疟疾，癫痫，失眠。

大杼（膀胱）：第一胸椎下，旁开1.5寸。向下斜刺5分。主治：咳嗽，发热，颈项强硬，肩背痠痛。

肺俞（膀胱）：第三胸椎棘突下，旁开1.5寸。向下斜刺5分。主治：咳喘，咯血，肺结核的低热，盗汗。

肝俞（膀胱）：第九胸椎棘突下，旁开1.5寸。向下斜刺5分。主治：黄疸，胁痛，眼病，癫狂，癫痫。

脾俞（膀胱）：第十一胸椎棘突下，旁开1.5寸。向下斜刺5分。主治：腹胀，泻痢，呕吐，水肿，慢性消化不良。

胃俞（膀胱）：第十二胸椎棘突下，旁开1.5寸。向下斜刺5分。主治：胃痛，腹胀，呕吐，胸胁痛，慢性消化不良。

肾俞（膀胱）：第二腰椎棘突下，旁开1.5寸。直刺5分～1寸。主治：遗精，遗尿，阳萎，月经不调，腰痛，耳病。

关元俞（膀胱）：第五腰椎棘突下，旁开1.5寸。直刺8分～1寸。按快速针刺疗法，可深达1.5寸。主治：痛经，腹胀，腹泻，腰痛。

八髎（膀胱）：上、次、中、下髎，分别在两侧第一、二、三、四骶孔中。按骶孔直刺5分～1寸。主治：下腰痛，月经不调，白带，便秘，排尿困难。

肾脊（奇穴）：按快速针刺疗法，此穴在第二腰椎下，两侧骨缘处。针5分～1.5寸，使针感放散至臀或膝。主治：

腰痛，下腹痛，尿路感染，妇科病，阳萎，遗精，耳鸣。

5.上肢部（图4—6）

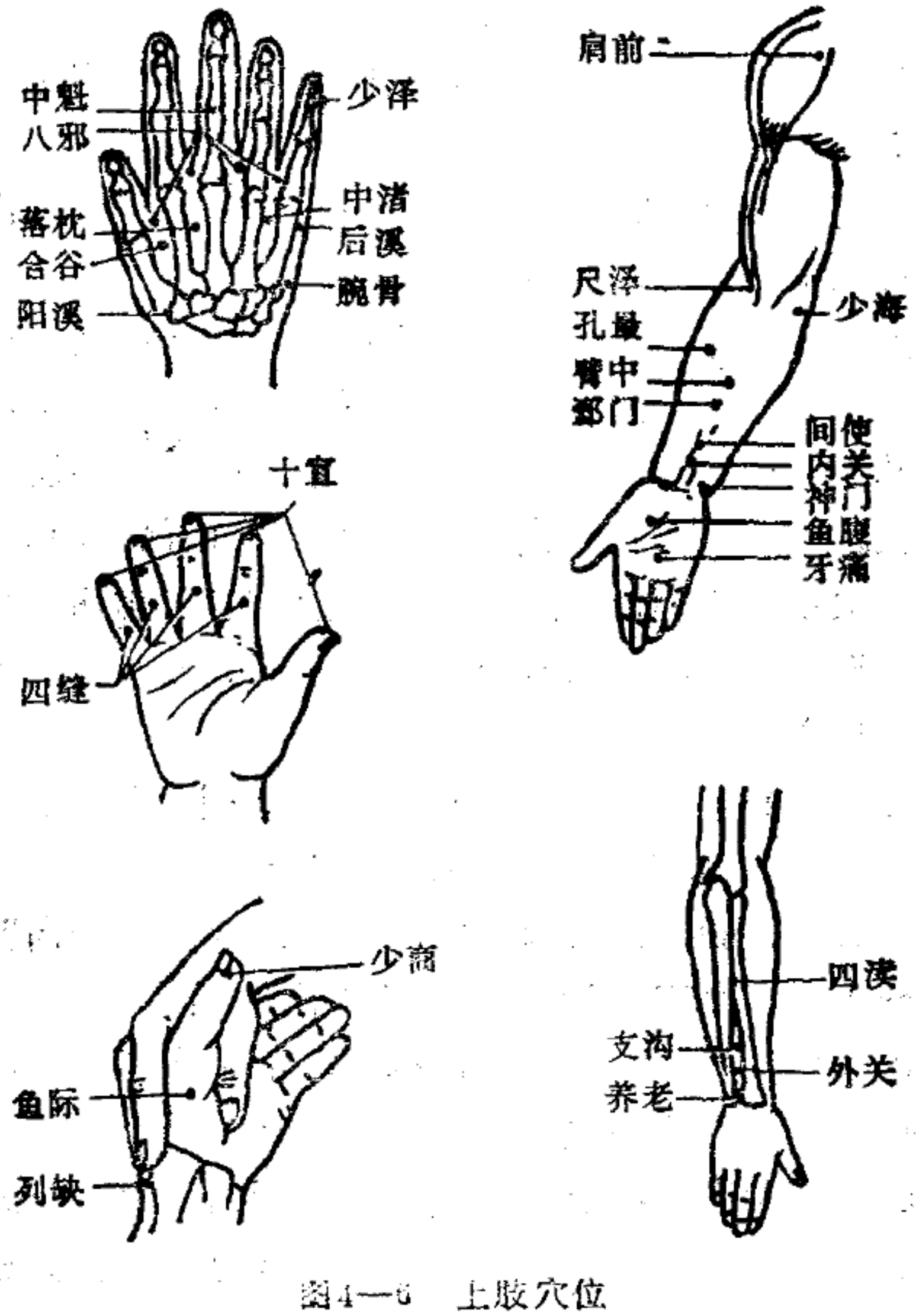


图4—6　上肢穴位

尺泽（肺）：肘横纹中，肱二头肌腱桡侧。直刺5～7分。主治：咳喘，咯血，胸满，肘臂痛。点刺出血，治急性吐泻。

列缺（肺）：侧掌，两手虎口交叉，在食指尖端，腕上

桡侧1.5寸处。向肘部斜刺，一般3～5分。按快速针刺疗法，可深达1寸，使针感放散至肘。主治：咳喘，牙痛，咽喉痛，头痛，发热（有退烧作用）。

鱼际（肺）：在第一掌骨侧中部1/2，赤白肉际处。直刺5～7分。主治：咳嗽，咯血，咽喉痛，发热。

少商（肺）：拇指桡侧距指甲角1分处。点刺出血。主治：急性扁桃体炎，咽喉痛，休克。

内关（心包）：仰掌，腕横纹后2寸两筋间。一般直刺5分—1寸。按快速针刺疗法，可内关透外关。主治：同大陵，并治臂痛，咽喉痛，舌炎，口疮，呃逆（膈肌痉挛）。

大陵（心包）：在腕横纹正中凹陷处，两筋之间。直刺3～5分。主治：心痛，心悸，胃痛，呕吐，癫狂，癫痫，胸胁痛。

少海（心）：肘横纹尺侧端。直刺5～8分。主治：手颤，手痉挛。

神门（心）：仰掌，腕横纹上尺侧陷中。直刺3～4分。主治：失眠，健忘，心烦，惊悸，癫痫。

合谷（大肠）：虎口凹陷中。直刺或针尖偏向臂部，刺5分～1寸。此穴易晕针，孕妇慎用。主治：头面疾病，咽喉口齿疾病，耳鼻病，发热，痢疾。治手指痉挛，可按快速针刺疗法，合谷透后溪。

曲池（大肠）：屈肘，横纹头外侧凹陷中。一般直刺8分～1.5寸。按快速针刺疗法，可深达3寸，使针感放散至手或肩。主治：高血压，皮肤病，发热，神经衰弱，颈淋巴结肿大或甲状腺肿，肘臂痛。

肩髃（大肠）：肩端，举臂有凹陷处。宜上臂下垂，向下斜刺6分～1.5寸。主治：肩臂痛，上肢瘫痪，颈淋巴结肿大。

中渚(三焦)：轻握拳，在四、五指掌关节后凹陷中。一般直刺5分。按快速针刺疗法，可中渚透少府(在手掌内，第四、五掌骨间。握拳时，当无名指与小指之间处)，使针感放散至指或肩。主治：耳聋，耳鸣，喉痛，颈痛，指痛不得屈伸。

阳池（三焦）：俯掌，腕横纹中点凹陷中。直刺3—5分。主治：耳聋，腕痛，肩臂痛。

外关（三焦）：俯掌，腕横纹上2寸，两骨间。一般直刺5分～1寸。按快速针刺疗法，可外关透内关，使针感下至第三、四、五指，或上至肩。主治：耳聋，偏头痛，胁痛，落枕，手颤，手臂痛。

支沟（三焦）：外关上1寸，两骨间。一般直刺5—8分。按快速针刺疗法，可深达1.5寸，使针感下至指，或上至肘。主治：发热无汗，便秘，有镇痛作用。

四渎(三焦)：俯掌横臂，肘下5寸，两骨间。一般直刺5～8分。按快速针刺疗法，可直刺1～1.5寸，使针感下至手，或上至肘。主治：神经性头痛，牙痛，咽喉炎，暴聋，前臂痛。

后溪（小肠）：轻握拳，掌横纹尺侧端，赤白肉际处取之。嘱病人握拳，从外向内直刺5～8分。此穴较痛，不留针。主治：头项强痛，疟疾，癫痫，聋哑。治手指痉挛，可按快速针刺疗法，后溪透合谷。

养老（小肠）：屈肘转手，掌心向外，尺骨茎突起始部有一缝隙处，即是穴位。一般针1—2分。按快速针刺疗法，沿皮斜刺约1寸，针感至肘或肩。主治：腰痛，肩背及臂痛，视力减退，手活动障碍。

四缝(奇穴)：食、中、无名、小指各第二节掌面横纹中点，用三棱针点刺挤出液体。主治：小儿慢性营养不良，腹泻。

十宣（奇穴）：十指尖端，点刺挤压出血。是急救穴，并治脑震荡头剧痛。

6.下肢部（图4—7）

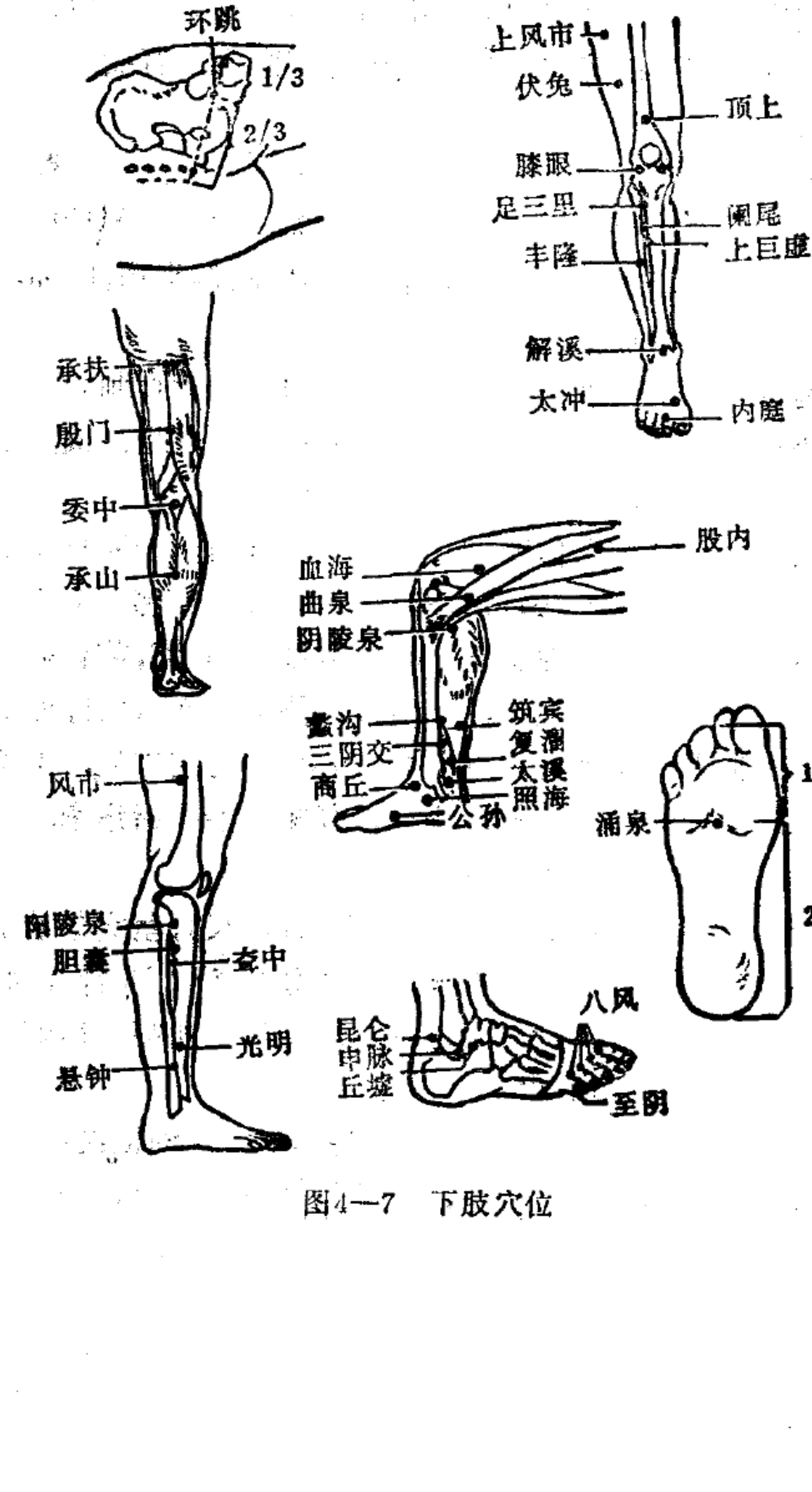


图4—7 下肢穴位

足三里（胃）：膝眼下三寸，胫骨外缘约一横指。一般直刺5分～1寸。按快速针刺疗法，可直刺1～2寸，甚至可达3寸，针感向下放散至足，或向上过膝。主治：胃肠病，腹部疾患，眼病，咽喉病，失眠，癫痫，皮肤病。

阑尾穴（奇穴）：足三里穴下2寸，有压痛处。直刺1～2寸。主治：阑尾炎。

解溪（胃）：足背与小腿交界处的横纹正中。针尖向足跟，直刺5—7分。主治：头痛，头晕，腹胀，便秘。

内庭（胃）：在第二、三趾缝间上方凹陷处。直刺3—5分。主治：胃肠病，四肢厥冷，牙痛。

居髎（胆）：髂前上棘与股骨粗隆最高点连线中点。一般斜刺5分—1寸。按快速针刺疗法，可直刺1—1.5寸，针感放散至膝。主治：膀胱炎，腰痛牵引下腹痛。

环跳（胆）：侧卧，屈大腿，伸小腿，在股骨大粗隆最高点与骶管裂孔的连线上，中1/3与外1/3交界处。直刺1.5—3寸，有闪电样针感放散至足。主治：腰腿痛，坐骨神经痛，下肢麻痹。

风市（胆）：直立，两手自然下垂，于中指尖端尽处取之。直刺5分～1寸。主治：半身不遂，下肢麻木，皮肤搔痒。

阳陵泉（胆）：膝下2寸，腓骨头前下方凹陷中。一般直刺8分—1寸。按快速针刺疗法，可深达2寸，针感放散至膝下。主治：半身不遂，筋骨痛，胸胁痛，下肢麻木无力。

光明（胆）：外踝尖直上5寸，腓骨前缘取之。直刺7分—1寸。主治：夜盲，目痛，乳房胀痛，下肢痿痹。

绝骨（又名悬钟。胆）：外踝直上3寸，靠腓骨前缘取

之。一般直刺 4 — 5 分。按快速针刺疗法，可直刺 8 分—2.5 寸，针感放散至足或向上至肩。主治：膝及踝关节痛，胸胁胀满，落枕，淋巴结炎。

委中（膀胱）：腘窝横纹中点处。直刺1—1.5寸，或三棱针刺出血。禁灸。主治：腰痛，坐骨神经痛，发热，高血压，半身不遂。

承山（膀胱）：足跟用力，在腓肠肌肌腹中央，人字纹尖端凹陷中。一般直刺 5 ～ 8 分。按快速针刺疗法，可深达 3 寸，针感放散至足或膝。主治：腰背痛，腓肠肌痉挛，痔，便秘，脱肛。

昆仑（膀胱）：外踝后缘与跟腱之间凹陷中。一般直刺 5 ～ 8 分。按快速针刺疗法，也可昆仑透太溪。主治：脚痛，腓肠肌痉挛，腰背痛，后头痛，难产，胎盘滞留。

公孙（脾）：第一跖趾关节后 1 寸赤白肉际处。直刺 5 ～ 8 分。主治：消化不良，呕吐，胃痛，腹痛，腹泻。

三阴交（脾）：内踝上 3 寸，胫骨后缘。一般直刺5～8分。按快速针刺疗法，可深达1.5寸，针感放散至足或腿根部。孕妇忌针。主治：泌尿生殖器疾患，消化不良，神经衰弱，水肿，下肢痛。

阴陵泉（脾）：膝下 2 寸，胫骨内髁下凹陷中。一般直刺 5 ～ 8 分。按快速针刺疗法，可深达 3 寸，针感放散至足或会阴部。主治：尿闭，尿失禁，水肿，腹泻，胃肠病，阳萎，遗精，妇科病。

血海（脾）：膝盖内侧上 2 寸。一般直刺 5 分— 1 寸。按快速针刺疗法，向上斜刺 1 — 3 寸，针感放散至大腿根部。主治：月经不调，贫血，皮肤病。

百虫窝（奇穴）：血海上一寸。直刺1～1.5寸。主治：虫积，荨麻疹，皮肤搔痒。

行间（肝）：跗、次趾缝中。直刺5分。主治：月经多，尿痛，尿闭，头痛，癫痫，眼压高。

太冲（肝）：跗、次趾缝上2寸，或行间上1.5寸。一般直刺3～5分。按快速针刺疗法，可深达1寸。主治：头痛，眩晕，高血压，尿潴留，遗尿，闭经，子宫出血，乳腺炎，外生殖器疼痛。

曲泉（肝）：在膝关节内侧，屈膝横纹头。直刺5～8分。主治：子宫脱垂，外阴部痛，遗精，股内侧痛，膝关节痛。

涌泉（肾）：五趾卷屈，足掌中心凹陷处。直刺3～5分。主治：头痛，头晕，咽喉肿痛，小儿惊厥。

太溪（肾）：足内踝与跟腱之间凹陷中。直刺3分。主治：咽痛，耳聋，牙痛，月经不调，遗精，阳萎，尿频。

复溜（肾）：太溪上2寸，在跟腱的前缘。直刺3～5分。主治：腹胀，肠鸣，水肿，盗汗，下肢麻痹。

照海（肾）：足内踝下缘下4分。直刺3—5分。主治：便秘，下腹痛，难产，月经不调，癫痫，尿频。

第三节　针法和灸法

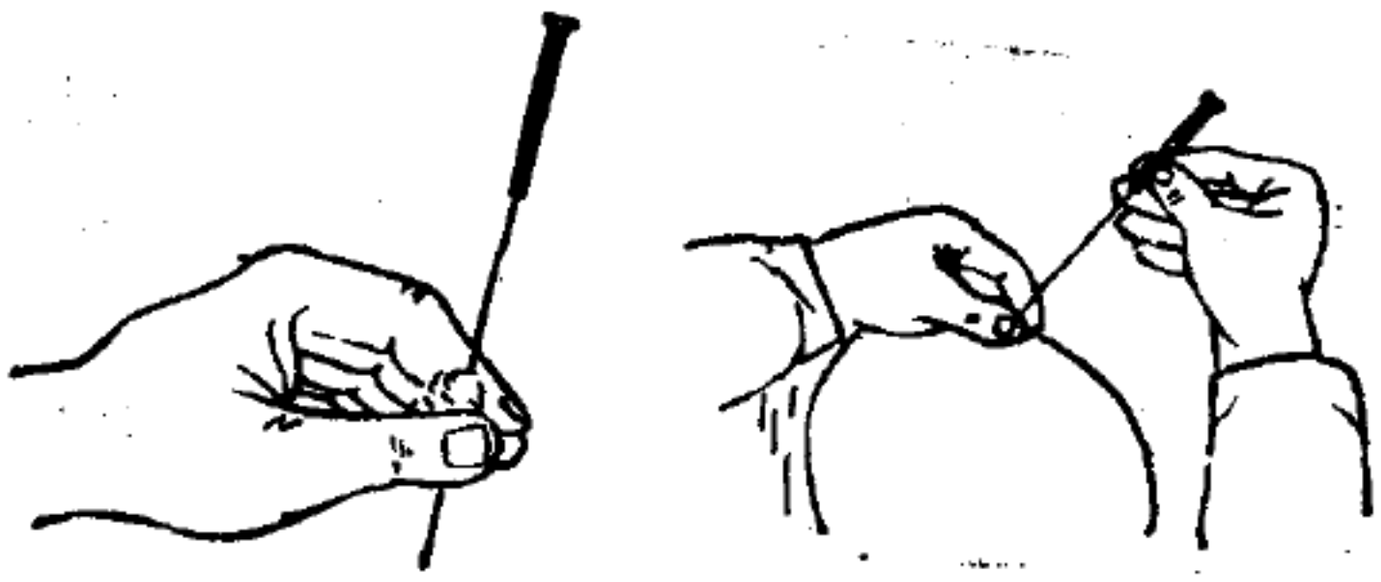
针　法

（一）针刺法：

1.进针法：进针手法很多，此处仅介绍目前较常用的。快速针刺疗法的进针法与此相同。

（1）短毫针：左手拇指甲切压在穴位上，右手拇、食指捏持针柄，中指挟持针体，留出针尖1—2分，将针尖沿指甲，稍用力突然快速刺入皮下。

（2）长毫针：右手持针柄，左手拇、食二指捏一干棉球，包住针体下部，把针尖触到穴上，左手一压，右手顺势将针刺入皮下1—2分，再将针继续刺入1—2寸。然后，进行提插捻转等手法。多在臀部应用（图4—8）。



(1)　　(2)

用棉球挟持针体下部　　左手持针下压，右手顺势将针刺入

图4—8　长毫针进针法

（3）三棱针：在穴位或病灶周围点刺出血。

2.进针后手法：进针后，病人有无痠、麻、胀、重的针感（“得气”），能直接影响治疗效果。如无针感，术者应上下提插，左右捻转针体，使之“得气”。在“得气”的基础上，尚需按病情和身体情况，采用不同程度的刺激，或补泻手法。

（1）强刺激：提插较快较重，捻转幅度较大，针刺反应较强，为泻法之一种。

（2）弱刺激：提插较轻、较缓，捻转幅度较小，针刺反应较轻，为补法之一种。

（3）中刺激：提插捻转力量适中，为平补平泻法。

根据病情需要，也可施行提插补泻，迎随补泻等手法。提插补泻是在“得气”后，将针上下提插，先浅部，后深部，反复重插轻提为补。反之，先深部，后浅部，反复重提轻插为泻。迎随补泻是针尖顺着经脉去的方向为补，迎着经脉来的方向为泻。

3.留针：施完手法后，就可以出针，也可留针，以加强针刺的持续作用。一般留针10—30分钟，视病情而定。若治疗疼痛，宜延长留针时间。小儿及快速针刺疗法不留针。

4.出针：为防止损伤出血，出针时，要小幅度缓慢捻转，边捻边退出。出针后，可压迫针眼。

5.泻血：用三棱针或毫针，在有浅静脉经过的穴位处刺出血，即放血疗法，也是一种强刺激或泻法。

（1）缓刺：缓缓刺入静脉0.5—1分，再缓缓退出，适用于肘部、头部及腘窝放血。

（2）速刺：速刺0.5—1分深，然后挤出少量血液，适用于刺十宣、四缝等穴。

（3）挑刺：适用于胸背部及发炎的淋巴管。

（4）围刺：用针在肿痛处周围点刺出血。

（二）疗程：急性病，每日1次，或2、3次。慢性病，每周3次，10—15次后，休息一周，再行治疗。

（三）针刺意外的处理：

1.晕针：针刺时，病人出现头晕、面色苍白、心慌、出冷汗、恶心，甚至昏倒等现象为晕针。轻者，躺平，头低位，喝些热水，即可恢复。重者，应针刺人中，或灸百会、足三里。

2.滞针：捻针或出针时，针体不动，即为滞针。如因肌肉紧张，可轻拍针体周围皮肤，减轻组织挛缩，或轻捻出针。如因体位移动而弯针，则应恢复进针时的体位，并顺针的弯曲缓慢出针。

3.折针：针前做好针具检查，进针后，将针体留出一段，说服病人不要移动体位，可以防止折针。一旦折针，应尽量按压针体周围皮肤，使断针露出取下。如全部折在体内，则须切开取出。

（四）禁忌：

1.严重出血性疾病。

2.孕妇忌针合谷、三阴交及腹部穴。

3.体弱、低热或贫血者，忌用泻血法。

灸　法

（一）常用方法：

1.艾卷灸：将艾卷一端点燃，距离穴位1寸左右熏烤，使皮肤发红为止，一般灸5～15分钟。可固定在一点持续施灸（图4—9）.也可上下抬动，间断施灸。

2.艾炷灸（图4—10）：将艾绒捏成黄豆大，或枣核大



图4—9　艾卷灸



图4—10　艾炷灸

的圆椎状艾柱放在穴位上，点燃灶顶，逐渐烧到近底部时取掉。每烧一个艾柱，叫一壮。一般灸3—5壮。根据病情，可在灶下放置姜片、盐，或蒜片施灸。

3.温针灸：将1寸长的艾卷，或一团艾绒，插在毫针柄上点燃施灸（图4—11），或针刺后，用点燃的艾卷，在针体周围回旋施灸。

（二）适应证：

1.慢性病，身体虚弱者。

2.肢体瘫痪。

3.风寒湿所引起的关节肌肉痛。

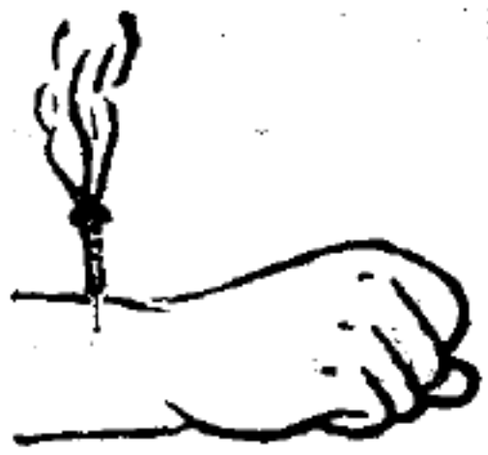


图4—11　温针灸

（三）注意事项：

1.注意火头脱落，防止烧伤。

2.冬季多灸，夏季少灸，头部少灸。

3.灸完后，注意将火熄灭。

附：出诊箱内针具准备：毫针：5分长的5支，1寸和1.5寸长的各10支，2寸长的4支，4寸长的2支，三棱针1支。艾卷2支，火柴1盒。另外，还应准备些酒精及棉球（或棉棒）。

第四节　针灸治疗原则

（一）针灸治疗：首先应了解病情，疾病性质及病变部位，分辨疾病属何脏腑，或属那一经，并分别寒热虚实，以决定针刺或施灸，或针灸并用，或针灸仅作为辅助治疗。一般的原则是虚证用补法（弱刺激），实证用泻法（强刺激或泻血）。热证宜针，寒证宜灸。如虚实夹杂，一时难辨虚实

者，可用平补平泻法（中刺激）施治。

（二）分清主次：

拟定治疗步骤。同一疾病可出现数证，同一病人，也可患数病，应分清轻重缓急。急者，重者，先治；缓者，轻者，次之。一般慢性病症状复杂，一时不易区分主次，可选用各病症共同有效的穴位进行治疗。如慢性胃肠病兼有失眠，遗精时，可取足三里、三阴交二穴兼顾施治。

（三）配穴原则：

1.本经取穴：病在某经，即取某经的孔穴治疗。可取病变的局部或邻近的孔穴，及距离患病部位较远的肘膝以下的本经孔穴。如上牙痛，为足阳明胃经病，可于局部取胃经的下关，及本经远端的内庭穴。

2.异经取穴：病在某经，取与该经有关经脉的孔穴，常在其阴阳表里关系的经脉上取肘膝以下孔穴。如咳嗽为手太阴肺经病症，可取本经列缺，也可取其表经手阳明大肠经合谷穴。胆绞痛属足少阳胆经病，可取本经阳陵泉，也可取其里经足厥阴肝经行间穴。

本经取穴与异经取穴，可以单用，也可合用，根据病症处方。针灸处方，用穴不宜过多，每次用穴以三、五穴为宜。但也有只用一穴，即有特效者，如脱肛针百会穴。也有用多穴，才易见效者，如治疗中风及小儿麻痹后遗症，常取用十多个穴位。快速针刺疗法的取穴，一般都较少。

就近取穴和远隔取穴举例

病　　症	近　　穴	远　　穴
头　　痛	百会、印堂、太阳、风池	合谷、外关、后溪、太冲
眼　　病	睛明、承泣、风池、翳明	合谷、养老、光明
鼻　　炎	迎香、印堂	合谷
耳　　聋	耳门、翳风	中渚
齿　　痛	颊车、下关	合谷、内庭
咽 喉 痛	扁桃体穴	合谷、少商、内庭
气　　喘	大椎、肺俞、天突、膻中	尺泽、丰隆
心悸、呕吐		内关、郄门
失　　眠	安眠穴	内关、神门、三阴交
胃　　痛	中　脘	内关、足三里
腹　　泻	天　枢	足三里、上巨虚
乳　　少	膻中、乳根	少泽、合谷
遗尿、遗精	关元、气海	三阴交
颈 项 强	风池、肩井	后溪、悬钟、外劳宫
胸 胁 痛	局部浅刺拔罐	内关、支沟、阳陵泉
腰 背 痛	肾俞、大肠俞、夹脊	殷门、委中
脱肛、痔痛	长强	承山、昆仑、百会

临床治疗，应当根据病情，抓住重点，选取适当穴位，不宜用穴过多。各科病症的针灸治疗法，将在各章节中分别介绍。

第五节 快速针刺疗法

快速针刺疗法，具有下列特点：

（一）取穴少，大多只取1—2穴，多者不过3—5穴。所取的穴位，有时也与一般针灸不同，多取四肢及头颈等处的穴位，而少用胸背部的穴位。

（二）进针快，基本无痛。

（三）针刺较深，刺激较强。常用穴的针刺深度，已于本章第二节中注明。

（四）针感强，不留针。于进针后，立即施用捻转、提插等手法，一般必须有针感，待针感达到一定要求后即出针。

快速针刺疗法的刺激，一般是较强的，但也须根据病人具体情况而定。体壮者，手法宜重些，体弱者，则须轻些，必要时，仍宜采用其它针刺疗法。部分病人，针后可有短期的疲乏无力，肢体沉重等反应。

快速针刺疗法的常用穴位及针法，已在本章第二节和第三节中叙述。各科疾病的快速针刺疗法，参见有关章节。

第六节 耳针疗法

耳针疗法根据经络学说，十二经络都和耳部有直接和间接的联系。因此，当人体发生疾病时，耳廓上相应的区域，出现一定的反应点。耳针疗法，就是在这些反应点上，进行针刺，从而达到治疗疾病的目的。

耳针的治疗范围很广，尤其对各种疼痛，急性炎症，以及一些慢性疾病，有较好的疗效。操作方法比较简单，易于掌握。现在仅从临床实用的角度，作一简单的介绍：

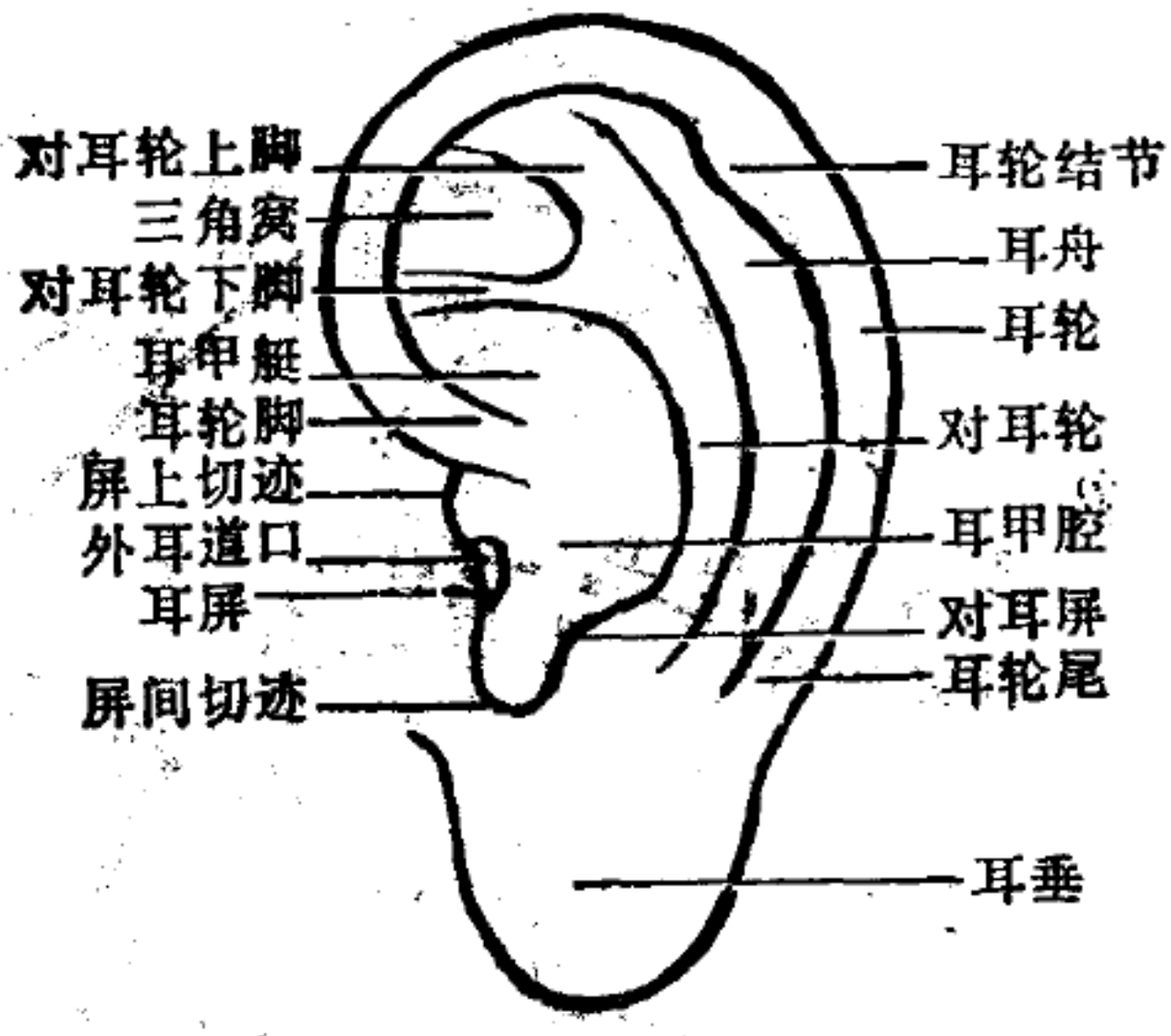


图4—12　耳廓的表面解剖名称

（一）耳部针刺的部位：根据耳廓解剖(图4—12)和临床实践，把耳廓划分成几个针刺有效区域（图4—13），即人体各部，在耳廓上的反应区（图4—14）。人体发生疾病时，相应的反应区，即可出现一定的反应点（痛点）。

（二）耳廓反应点的探查：探查反应点之前，先要明确疾病诊断。根据诊断，在耳廓上相应的反应区，进行痛点探查。痛点找得正确与否和疗效有密切关系。具体操作步骤如下：

1.先将耳区与探针用75%酒精消毒。

2.用探针（为尖端较钝或弹丸样的金属小针）或毫针在耳区作痛点探查。注意手法要轻重一致，以防出现假痛点。反应点（痛点）被探到时，患者会有蹙眉，眨眼或叫疼等反应。

3.找到痛点后，即用探针加压数秒钟，将局部皮肤压一

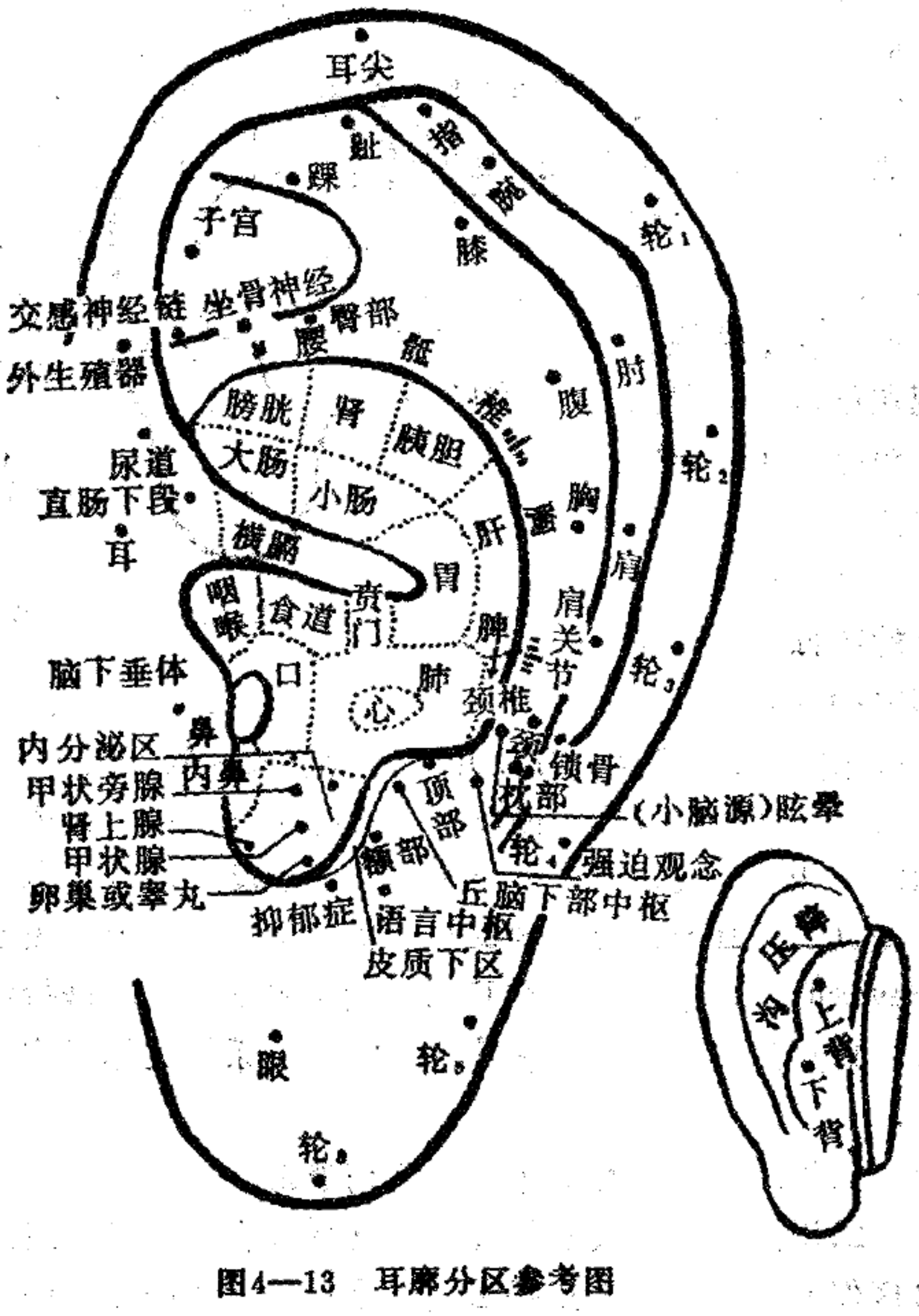


图4—13 耳廓分区参考图

凹痕，作为针刺的标记。

4.若在局部区域，长时探查未发现有痛点时，可在邻近或有关区域，再进行探查。也可根据诊断在相应的区（点）

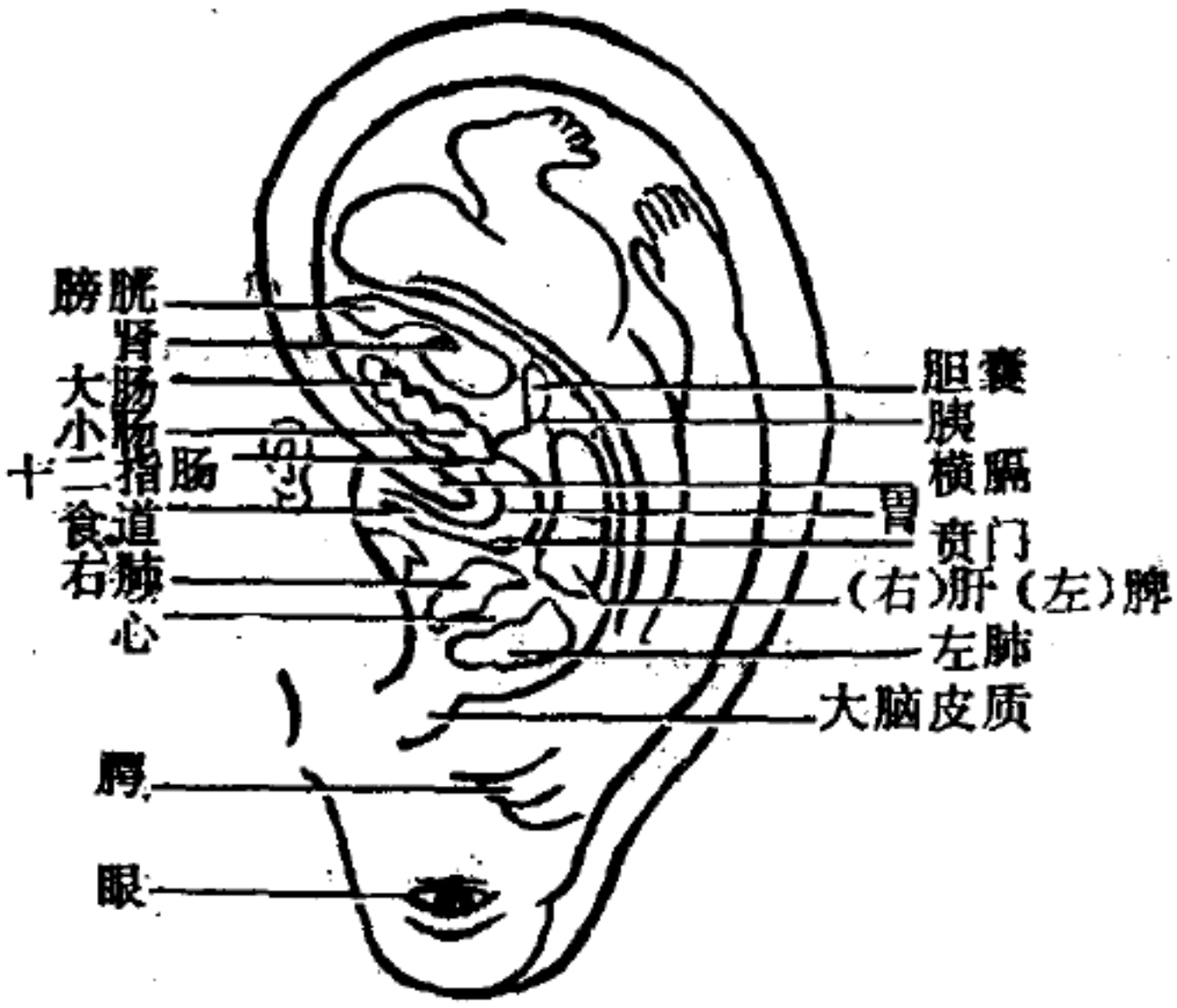


图4—14　人体各部在耳廓上的反应示意图

作针刺。

5.有时患病复杂，同一耳廓上探到数个痛点时，可选用疼痛最强点进行针刺，或多点针刺。

（三）针刺方法：

1.用左手固定针刺部位，右手持针（30号钢丝制的5分或1寸长的普通毫针），垂直或斜向刺入痛点，深约1～2分，针尖达到软骨部，以能固定针为原则，切勿刺穿耳廓。

2.针刺入时，患者应有明显的局部痛感，若痛感不强或无痛，说明针刺点不当，必须拔针重新针刺。

3.进针后，可根据病情施以手法：

（1）单刺法：刺入表皮后，探到痛点，稍加捻转即可，此为补法。用于小儿或体弱患者。

（2）捻转法：刺到痛点时，将针缓慢顺向捻转数秒钟，此平补平泻法。用于慢性病患者。

（3）提捣法：刺到痛点时，用力捣捻数秒钟，此为泻法。用于急性病症及神经痛患者。

4.留针时间，可根据病情需要，一般留针15～30分钟，即可取针。若需较久留针，可在十数分钟内，加强捻转或提捣手法1～2次，以增加疗效。

（四）行针反应：行针时，大多数患者，有耳部发热感，少数患者，耳部有麻木感或传导感。出现这些反应时，往往疗效较好。在患病部位（躯体或内脏），也可感到发热，发抽，发麻，疼痛，发凉，蠕动，沉重，空虚，轻快等。

（五）配穴原则及举例：针刺一般是在探查到的痛点上进行（即只刺一点），也可根据下列原则取穴：

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：如痛经，取“内分泌”。神经衰弱，取“皮层下区”。

3.按中医辨证、经络及五行学说取穴：如胃痛，可取“肝”（木克土，肝克脾胃）。皮肤病，取“肺”（肺主皮毛）。耳病，取“肾”（肾开窍于耳）等等。

4.按经验点取穴：如高血压病，取“高血压点”或“降压点”。牙痛，取“牙痛点”。失眠，取“神门”。喘息，取“平喘”等等。

综合应用上述原则，即可配穴成方，行多点针刺，举例如下：

关节痛：取穴病灶区，肾上腺区。

腰痛：取穴腰椎、肾、膀胱。

胃痛：取穴胃、小肠、肝、脾。

坐骨神经痛：取穴坐骨。

痛经：取穴卵巢、肾、内分泌。

牙痛：取穴上颌、下颌、口。

急性扁桃体炎：取穴咽喉、耳轮三点。

急性阑尾炎：取穴大肠、小肠、腹、直肠。

高血压病：取穴肾上腺、肝、肾、皮层下区。

神经衰弱：取穴心、肾、腰椎、皮层下区。

荨麻疹：取穴肺、皮层下区。

（六）针数及针刺间隔时间：每耳根据痛点或配穴，可以刺1针至数针不等，两耳针数也不一定等同，或只刺一耳。对慢性有效病例，可以每日或隔日针一次。也可采用埋针法。

第七节　水针疗法

适应证：凡慢性腰痛，腿痛，肩部疼痛，或有麻木感者，均可试用。

操作方法：

（一）确定压痛点　常见压痛点部位如下：

腰痛：第四、五腰椎两侧肌肉，腰骶关节。腰痛兼有“坐骨神经痛”症状者：髂后上棘，骶髂关节，髂嵴边缘，骶骨缘。臀部，大腿、小腿的外侧麻木，疼痛，行走时加重者：髂嵴下缘和髂前上棘的软组织。大腿前面痠痛无力，抬腿困难：腹股沟髂腰肌处。膝部疼痛：股外侧肌，股内侧肌，髌骨内下缘及外下缘，膝关节两侧。肩部疼痛：肩胛岗上下的软组织。

（二）注射5～10%葡萄糖液：

根据压痛点的深浅，准确地注入，用量依病变的范围而定，一般一次局部注射最多20毫升。如原压痛点消失，遗留痠胀感，可于葡萄糖液内加1/2或1/3量的4%碳酸氢钠，或加维生素B_1。病程长，疼痛较轻者，可用生理盐水，或0.45%盐水作痛点注射。外伤瘢痕引起功能障碍者，可于局部注射右旋醣酐。

注意事项：

1.注射点的选择和注射的深度及角度，都直接影响疗效。在一般部位，应垂直下针，在有些部位则必须取一定角度进针，方能注射到病变部位。

2.注射后，局部除有胀感外，稍有疼痛，经数小时至一天，即可消失。因此，宜隔2～3天注射一次。

3.无特殊禁忌症，但妊娠期间，不宜做腰骶部注射。

4.首次治疗和年老体弱者，一次注射部位和用量，不宜过多。

5.一般药液，不宜注入关节腔。

第八节 经穴疗法

许多疾病，可在经络或穴位上引起阳性反应。经穴疗法，即在阳性反应的穴位中注射药液，并施用手法，以进行治疗。其适应证广，疗效较高，见效较快，操作简便。

触诊方法 阳性反应，包括经穴中的反应物（常见的为圆形，扁平形，梭形，椭圆形结节或条索等），经穴上的压痛及经穴部位的形态变化（如肌腹隆起、凹陷、坚实紧张或

异常柔软等)。一般凭借指腹的触摸来检查。触诊的部位为：

（一）背、腰部第一行线：脊椎两侧旁开 0.5 寸，包括各热气穴。热气穴，多反应脏腑炎症，可用以治疗各脏腑的炎性疾病，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）、肾热穴（第七胸椎下）。

（二）背、腰部第二行线：脊椎两侧旁开1.5寸，检查十二经脏腑的俞穴（俞穴是脏腑气血转输流注的地方）。

（三）背、腰部第三行线：脊椎两侧旁开 3 寸，如胃仓（第十二胸椎下）、意舍（第十一胸椎下）、志室（第二腰椎下）。

（四）胸、腹部检查十二经的募穴（募穴是脏腑气血集聚的地方）。

（五）四肢自腕踝向上循各经推察至郄穴（郄穴是气血深聚的地方，反应急性病，也用以治疗急性病）。

（六）某些特定穴位：如血压点（第六、七颈椎两侧旁开 2 寸，治高血压），结核点（大椎旁3.5寸，治肺结核及其它结核病），牵正穴（耳垂前0.5～1 寸处，治面神经麻痹），溃疡点（第十二胸椎旁开 4～5 寸处，治溃疡病），肝炎穴（内踝上 2 寸），胃下垂点（足三里下 2 寸），定喘穴（第七颈椎旁开 2 寸）等。

治疗经穴的选择　出现阳性反应最明显处，即为治疗的主要经穴。因阳性反应，多见于俞穴、募穴和郄穴，所以多选用这些经穴。其中尤常用俞穴和募穴，以进行整体治疗。例如，心俞可治疗舌病（心开窍于舌）、眼病（心经上系目）、神志方面的症状（心藏神）、血脉病（心主血脉）及手背内

侧的疾患（心经循行的部位）。十二经俞穴、募穴和郄穴的部位、主证见附表。如摸不到阳性反应物，也可按此表及特定穴位进行治疗，但要掌握宁失穴，不失经的原则。

经穴注射方法：首先向病人做好思想工作，讲明治疗后所出现的正常反应，如痠胀、沉重、乏力等。用2～5毫升注射器，4～5#号针头，常规消毒皮肤后，执笔式持针，于每个穴位注射药液0.2毫升。每日或隔日注射一次，7～14天为一疗程。两疗程中间，隔4～7天。注射时，应针对疾病的不同，采取不同的手法，以获得不同的针感：一般常见病，中速推药，以获得重复针感（即针头刺入经穴时，患者有针感呈线状传导；推药时，又重复按原针感线路放散）。慢性虚弱患者，针具和药的浓度要小，慢慢推药，以获得线状针感顺经脉传导。体实病人及实热证者，针具要大，药的浓度要高，推药要快，以获得较粗的针感传导线路。实热证者，更要猛推，以获得带状或扇状针感。

注射的药物，须容易吸收，无副作用而具有一定的刺激性。常用的为蒸馏水、维生素B_1、维生素B_{12}，3～5%当归，红花、川芎、防风等中药注射液，胎盘组织浆等，对各种炎症，可加用小量青、链霉素。

注意事项：

1.胸、背部应斜刺，且不可过深，以免伤及内脏。

2.年老体弱或首次治疗者，少选穴位，以防晕针。如发生晕针，应立即停止注射，并迅速起针。其它处理，同针刺晕针。

3.注意药物反应。

4.严格无菌操作。

5.头面部及关节腔附近的穴位，不宜注射。

俞穴、募穴、郄穴部位及主证表

经名	俞穴	部位	募穴	部位	郄穴	部位	主证
手太阴肺经	肺俞	第三胸椎下旁开一寸半	中府	锁骨外端下二寸处	孔最	桡内侧腕上七寸处	肺经及呼吸道疾患，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	前臂内侧中线腕上四寸处	神经衰弱、高血压以及影响心经功能的疾病
手少阴心经	心俞	第五胸椎下旁开一寸半	巨阙	剑突下一寸五分上脘上一寸处	阴郄	尺内侧腕横纹上五分	心经与循环系统疾患，心悸、亢进、胸痛、神经官能症等
手阳明大肠经	大肠俞	第四腰椎下旁开一寸半	天枢	在脐旁二寸处	温溜	桡外侧腕后五寸处	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	第一腰椎下旁开一寸半	石门	在脐下二寸处	会宗	腕后背侧中线上三寸处	水代谢障碍或用于整体治疗，如腹水、浮肿、腹泻等
手太阳小肠经	小肠俞	第一骶椎下旁开一寸半	关元	在脐下三寸处	养老	尺骨头隆起凹陷中	小肠及泌尿系疾病如肠绞痛、疝、尿闭、遗尿等
足厥阴肝经	肝俞	第九胸椎下旁开一寸半	期门	乳下二肋间	中都	胫骨内缘内踝上七寸	肝经及肝胆疾患，如肝炎、眼疾病、高血压等
足太阴脾经	脾俞	第十一胸椎下旁开一寸半	章门	在第十一肋端处	地机	小腿内侧中线内踝上八寸	胃肠及胰腺疾患，如胃溃疡、肠炎、胰腺炎等
足少阴肾经	肾俞	第二腰椎下旁开一寸半	京门	在第十二肋端处	水泉	足内踝下后一寸	肾经及生殖泌尿疾病，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	乳下第七、八肋软骨间	外丘	腓骨后缘外踝上七寸	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	第十二胸椎下旁开一寸半	中脘	剑突下与脐连线中点	梁丘	膝前外侧上二寸	消化系统疾患，如胃溃疡病、胃痉挛、呕吐等
足太阳膀胱经	膀胱俞	第二骶椎下旁开一寸半	中极	脐下四寸	金门	外踝下前一寸	膀胱泌尿疾患，如膀胱炎、遗尿、月经失调等

第四章 推拿、按摩与拔罐疗法

推拿、按摩及拔罐疗法，是祖国医学宝贵遗产的一部分。它是一种简便易行的治疗方法。能治的疾病很多，如筋骨酸痛（推拿疗法），小儿营养不良（捏脊疗法），神经、肌肉或关节痛（拔罐疗法）等。

第一节 推拿、按摩的操作方法

（一）揉法：用指腹、掌根、侧掌、全掌或叠掌，压揉病部组织或痛点。可按病变的部位和治疗的需要，选用指揉或掌揉（图 4—15）指揉常用拇指与食指、中指对揉，或用一指单揉。需加重压揉力量时，用叠掌揉。压揉时，手不离开皮肤，以免擦伤。

（二）弹筋和拨筋：即弹拨痛筋（图 4—16）（病痛



图4—15 掌揉法

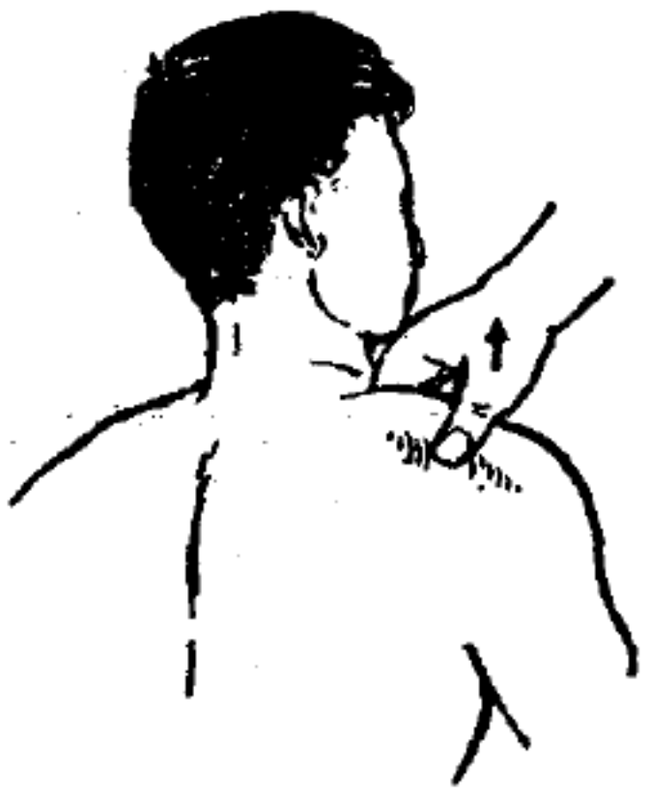


图4—16 弹筋法

的肌腱、肌肉、筋膜等）或痛点。找到痛筋后，能提起者用弹法，即用拇、食二指相对抓住痛筋，速提速放，如木工弹墨线一样。痛筋不能提起者用拨法，即用拇指和食指抠住痛筋后，一指将它固定，另指进行拨动。弹拨3～5次后，需再揉拇几下。

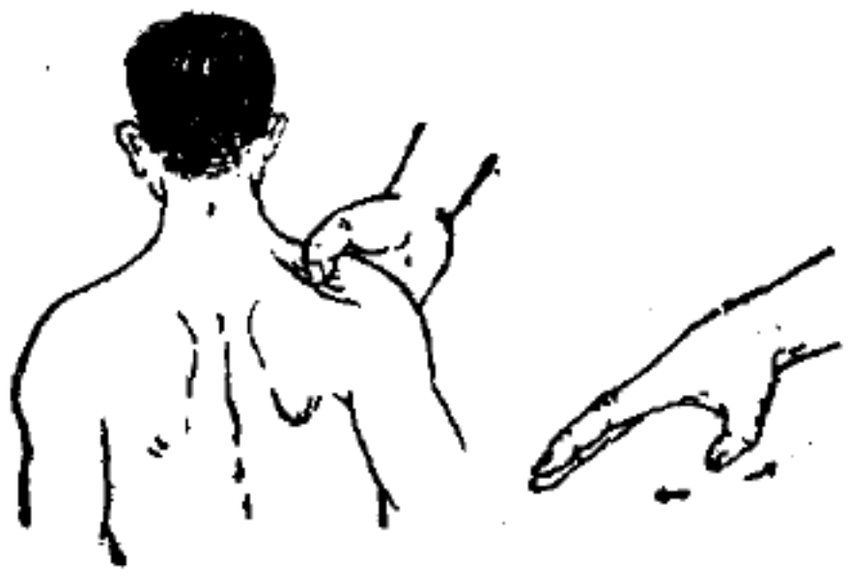


图4—17　分筋法

（三）分筋和激筋：分筋是将拇指末节屈曲以指甲部深压痛筋或痛疙瘩（筋结），然后进行分刮（图4—17）。激筋的手势与分筋相同，但以拇指指甲用力做快速的推压动作，边推压边退行。每次3～5下。此二法，均宜贴近压骨缘进行，用力要集中在拇指。

（四）拍法和打法：拍可用单掌(图4—18)，也可用双掌，打可用侧掌，也可用空拳捶打（图4—19）。拍打均须

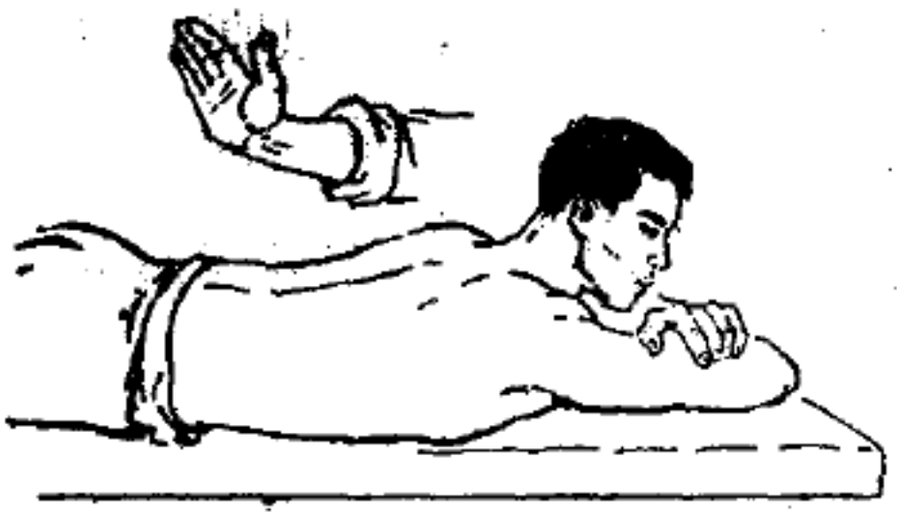


图4—18　单掌拍法

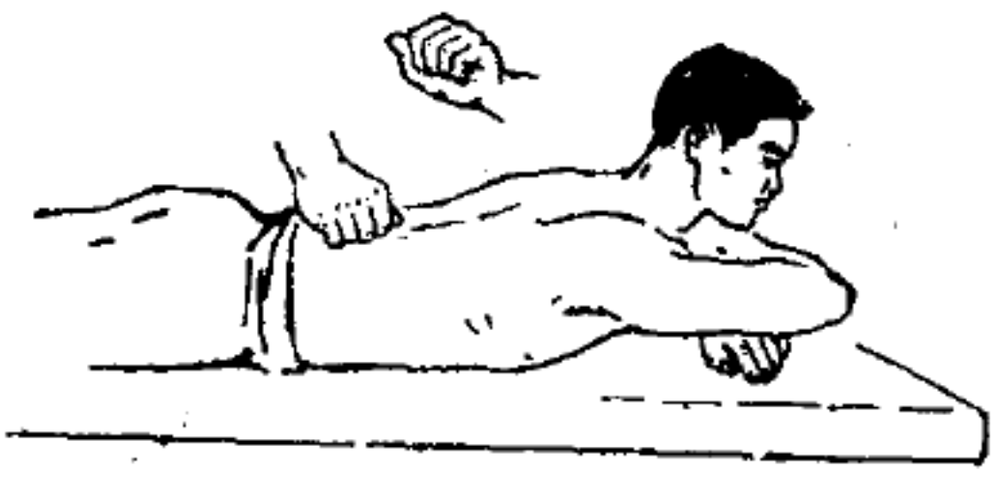


图4—19　空拳捶打

用腕力协调而有节奏地进行，并可向一定方向移动。

（五）活节和展筋：用两手分别握住病痛关节的远近肢体，作回旋转动或屈伸动作。活节是按各关节固有的活动



图4—20 左肩活节

功能，进行被动活动（图4—20），借以缓解僵硬或挛缩。展筋是将挛缩的筋，伸延拉长，即将关节每次活动到最大限度后，需再继续伸展一些，并固定2～3分钟，然后放松，每次活动2遍。活节时必展筋，二者相辅相成。

（六）扳法：两手或两臂，以方向相反的力量，用脆劲扳动或扭转患部，同时可听到响声。常用于颈、腰椎病或损伤。

注意事项：治疗时需要多种手法先后配合应用。一般是以揉法开始，以压推捋顺结束。用力要由轻到重，逐渐加大。禁用粗暴手法，尤其在进行活节法和扳法时，更应根据病人能接受的程度，贯彻刚柔结合，徐速结合的原则。手法治疗初期，会有疼痛反应。每次治疗约需20分钟，每周1～2次。手法治疗后，需配合主动功能练习和局部物理疗法。

第二节 捏脊疗法

捏脊疗法，是在人体脊背部，运用一定的捏拿手法，从而达到治疗疾病的目的。

适应证：主要是治疗小儿的营养不良，消化不良以及消化功能紊乱（如食欲不振、呕吐、腹胀、腹泻和便秘）等。对于成人的失眠，高血压，腰痛等，也有一定疗效。

操作方法：

（一）患者屈肘伏于床上，下肢伸直，将背部全部露出。操作者，站在患者的侧后方，先用手在患者背部，由上而下按抚一两次。

（二）开始捏脊时，操作者，两手的中指、无名指和小指，呈半握拳状，食指半屈，拇指平伸。然后，将两手食指的二、三节，放在脊柱两旁的皮肤上，将皮肤向上推起，捏在拇食指之间，从尾骶部的长强穴起，沿着脊柱自下而上，就象搓捻线绳似地将皮肤随捏随推，随捻随放，一直捏到大椎穴或风府穴为止。捏3～5遍为一次。为了加强疗效，在捏第三遍时，可以根据不同的病情，在相应的俞穴处，用手捏着皮肤，用力向上提数次，以加强刺激。例如，对腹泻病人重提脾俞和大肠俞，对月经不调重提肾俞、脾俞和肝俞。

（三）在捏完一次后，两手拇指在肾俞穴处按揉几下。

注意事项：

1.捏拿皮肤时，一般肥胖身长者，可以捏得厚些，紧些。反之，则薄些，轻些。在第一次捏时，患者往往有疼痛感，因此手法轻些。经过几次捏脊后，疼痛减轻，可以加重手法。

2.一般疾病，从下向上捏。高血压患者，须自上向下捏。

3.捏脊最好在清晨或睡前，以空腹时较合适。

4.有严重心脏病或传染病，以及易出血性疾病的患者，不要捏脊。

5.每日捏一次，小儿六次为一疗程，大人以十二次为一疗程。如不愈，可继续第二疗程。无效，则改用其它方法。

有些病，最好与其它疗法配合进行。

6.捏脊疗法，虽然操作简便易行，但手法的熟练与否，对疗效有一定影响。因此，操作的指力，要经过练习。

第三节 拔罐疗法

用具：火罐（陶瓷罐、玻璃罐）、竹筒罐，镊子、棉球、酒精（或白酒）、火柴、凡士林。

操作方法：

（一）拔罐：

1.闪火法：用镊子夹住酒精棉球，点火后在罐内燃烧片刻，立即拿出，迅速将罐扣于皮肤上。

2.投火法：用一小纸条点燃后投入罐内，在燃烧最旺时，迅速将罐扣于皮肤上。必须使患者感到被拔部位有吸引感而无疼痛为度。否则，应再拔一次。

（二）拔罐时间：按罐的大小及吸力的强弱而定。大的，吸力强的，拔3～5分钟。小的，吸力弱的，10～20分钟。一般隔日或3—5日一次。10次为一疗程。

（三）起罐：用手指按压火罐周围皮肤，使空气进入，然后取下，切忌硬拉和旋动。为防止局部擦伤，可涂凡士林。如有破伤，可涂红汞。

（四）其它拔罐法：

1.闪罐：火罐吸住后，立即取下，如此反复操作数次至局部潮红为止。适用于局部麻痹症。

2.水罐：罐内先放少量水（1/2－1/3左右），再用闪火法拔罐。适用于高热无汗的患者。另外当水罐吸住后，手持

罐底向上下左右移动，此法适用于麻痹症，肌肉萎缩及疼痛。

3.竹筒罐排脓法：将竹筒罐煮沸1～2分钟，取出，甩净热水，立即扣于排脓部位。

适应症及拔罐部位：

感冒：取胸、背部，配用大椎、身柱、太阳、合谷穴，

头痛：取前额或颞部，或取印堂、太阳、大椎、风池穴。

百日咳：取身柱穴。

疟疾：取大椎、陶道穴。

哮喘：取胸、背部，配用大杼、大椎、身柱、肺俞、气海穴。

急性或慢性支气管炎：取胸部、颈椎两侧，肩胛上部，配用大椎、大杼、身柱、肺俞、膏盲俞、曲池、合谷穴。

肺炎：取胸部，配用身柱、大椎、肺俞穴。

慢性胃病：取上腹部、脐部及背部，配用膈俞、肝俞、胃俞、中脘、内关、足三里、梁门穴。

消化不良：取上腹部、背部，配用中脘、气海、足三里、肝俞、胃俞。天柱穴。

肠炎：取脐周、下腹部、背部，配用三焦俞、大肠俞、小肠俞、中脘穴。

关节疾病及损伤：取疼痛局部或关节周围，配用邻近经穴。

各种神经痛：取各神经支配区穴位，配用邻近经穴。

痛经：取气海、中极、关元、天枢、肾俞、三阴交穴。

禁忌：皮肤过敏，全身枯瘦，浮肿，全身痉挛，出血性疾患，妊娠妇女的下腹及下腰部。一般不选胸前区。

注意事项：

1.部位确定后，选用大小适宜的火罐。

2.拔罐部位的皮肤要平坦，肌肉要比较丰满，最好先洗净擦干。

3.拔罐过程中，体位勿移动，以防火罐脱落。

4.拔罐时，勿受风着凉。

第五章 其它疗法

第一节 穴位割治疗法

穴位割治疗法，是祖国医学独特的治疗方法，对小儿疳积和支气管哮喘，有一定的疗效。

割治部位和适应症：

（一）膻中穴。

主治：支气管哮喘，支气管炎。

（二）鱼腹穴（手指并拢取穴。本穴在大鱼际内侧边缘，与食、中指间引下的垂线相交处）。

主治：小儿消化不良，小儿疳积，小儿呕吐。

（三）三阴交穴。

主治：月经不调，痛经，不孕症等。

（四）定喘穴。

主治：支气管哮喘。

（五）大肠穴（在食指第一节掌面正中）。

主治：支气管哮喘（配膻中穴）。

（六）百会、前顶穴（百会穴直前1.5寸）。

主治：神经衰弱。

操作方法：

用龙胆紫液在割治穴位上作好标志，消毒，局麻后，用小手术刀纵行切开皮肤及皮下组织，切口一般长5毫米左右。用止血钳插入切口内，稍作分离，并钳出皮下脂肪少许；用镊子在切开的部位，轻轻地弹拨刺激，然后，在皮下或肌层埋入肠线约1厘米长，效果更好。缝合（切口小则不缝）切口，覆盖消毒纱布，五天拆线。

注意事项：

1.割治选穴，要抓主要矛盾，一次取穴不宜过多，力求选穴准确。

2.切口不宜过深，一般能在皮下钳取脂肪即可，以免伤及血管和神经。

第二节　埋线疗法

埋线疗法用于治疗胃及十二指肠溃疡病，支气管哮喘，腰腿痛，风湿性关节炎等。也可配合穴位刺激结扎疗法、穴位强刺激疗法，治疗脊髓灰质炎（小儿麻痹症）后遗症。

操作方法：

（一）选好穴位，用龙胆紫液标明。

（二）局部用碘酒、酒精消毒。

（三）按埋线方向作局麻。

（四）埋线分为横埋法和直埋法两种。

1.横埋法：多用于躯干的穴位。用皮针，穿上00号至1号羊肠线，左手捏起皮肤，右手持持针器，使羊肠线在穴位

皮下穿过，在肌肉丰厚的部位上，甚至可以穿至肌层。穿线的方向，可以在同一经络上透过相邻两穴，如胃俞透至脾俞，中脘透至上脘等。又可使肠线在穴位水平与经络垂直而过。埋线长约2厘米，穿过穴位后，紧贴皮肤，将多余的线剪断。

2.直埋法：多用于四肢的穴位。取羊肠线约1.5厘米，放在腰椎穿刺针的针腔前段，针刺入穴位应有的深度后，一边用针芯将线压入，一边将针抽出，使线留在组织内。

（五）针眼用消毒纱布覆盖1～3天，不要污染。

适应症及穴位选择：

（一）胃及十二指肠溃疡病

取穴：中脘透上脘，胃俞透脾俞，足三里、梁丘穴。

埋线治疗，每次间隔14天左右，反复作2—3次。如上次埋入的线已完全吸收，可在上次的穴位重做。经埋线后，症状有所减轻时，仍须注意饮食，避免吃酒或其他刺激性食物。

（二）腰腿痛

取穴：肾俞、肾脊、大肠俞、环跳、阳陵泉，另加最痛点阿是穴1～2个。

一般一次治疗可见效果，最多三次。重作时，可用原部位或另换部位。两次治疗，至少间隔一周。

（三）风湿及类风湿性关节炎

取穴：膝关节可选梁丘，腕关节选神门、外关穴等。

（四）支气管哮喘

1.取定喘、外定喘、肺俞、膻中、丰隆。每次选两穴，两次治疗间隔十天左右，共做2～3次。肺部有急性炎症，肺

结核及心脏病患者，不宜用此法。

2.八华穴埋线法：八华穴是分布在背部上段两侧的八个穴位。取穴方法如下：

取一细线或长纸条，量取患者两乳头距离，以此长度的2/3，折成等边三角形，将三角形顶点，置于大椎穴上，两底角位置就是穴位。又以此三角形底边中点作顶点，两底角又定出两穴位。依次类推，每侧四穴，共八穴。

定穴后，用龙胆紫液标记，消毒，局麻，分别在八个穴位下横过穿线。

此法一般只作一次，对单纯性支气管哮喘效果良好。

注意事项：

1.线头不要露出皮肤外，否则不能吸收。

2.针透过皮肤时，用力不要过猛，以免断针。

3.注意无菌操作，以防感染。羊肠线不能在泡器械液内久泡，否则易引起局部化脓。

4.有心、肺严重疾患，发热期间，妇女妊娠期和月经期间，均不应作埋线治疗。

第三节　穴位刺激结扎疗法

穴位刺激结扎疗法，对于治疗脊髓灰质炎（小儿麻痹症）后遗症，有一定的疗效。

操作方法：

（一）用龙胆紫液，在切口部位作好标志。

（二）局部消毒。

（三）用0.5%普鲁卡因，在切口处作局麻。

（四）在穴位旁1.5厘米处，作一5毫米长，与经络走向呈垂直的切口，先用稍钝的弯血管钳，分离皮下组织，再将血管钳伸入穴位处按摩。按摩时，注意由浅入深，由弱至强，按摩片刻即可，要求达到较强烈的痠、麻感和最后发生热感，并向附近传播。按摩时，不要用力过猛，以免损伤血管和神经。

（五）刺激完毕，用大号三角缝皮针带粗羊肠线，由切口进入，经穴位深部穿过，于穴位对侧1.5厘米处穿出皮肤。将羊肠线来回拉动数次，以加强刺激。然后，由原针孔穿入，经穴位浅处穿过，于原入口出针。结扎羊肠线，将线结埋于切口较深部，以免线头露出，不能吸收。

（六）切口不需缝合，盖消毒纱布即可（也可缝合，5～7天拆线）。

适应症及穴位选择：

对于治疗各种瘫痪所取的穴位，一方面要根据正常肢体运动时，上肢主要靠肩部带动，下肢主要靠髋部带动这一特点，按照以主带次，以上带下的原则选穴。另方面，要根据患者的具体情况作具体分析，例如，小儿麻痹后遗症的患者，有以抬腿无力为主，有以足跟不能着地为主，有以足外翻为主，有以足内翻为主，有以马蹄足为主，等等。应以患者的主要矛盾，作为选穴的依据。

每次治疗取2—3穴，双侧肢体瘫痪者，可共取4～5穴（其中只有一部分作埋线）。隔10～15天，可再治疗一次，但上次作过的穴位不宜重复，可另选穴位。

常用穴位如下：

手三里、天井、肩井、天宗、伏兔、髀关、迈步（髀关

穴下2.5寸）、纠外翻（三阴交穴下0.5寸）、膝阳关、上阳关、四强、腓肠、承扶、阴亢（承扶穴内侧1.5寸）、跳跃（髂脊后下2寸）。

上髎、次髎、中髎、下髎（取穴时，以食指头按在小肠俞与脊椎正中线的中间，小指按在尾骨上方的小骨突处，中指与无名指等距分开按放，各指尖所到处，食指为上髎，中指为次髎，无名指为中髎，小指为下髎。）。

其他穴位，如大椎、肩髃、肩贞、举肩（肩峰前下3.5寸）、合谷、血海、前进（风市穴上2.5寸）等也常用。

穴位组合举例：

上肢瘫痪（较严重者）：

第一次：大椎、肩髃、肩贞、举肩穴。

第二次：天宗、手三里、合谷穴。

第三次：天井、外关、肩井穴。

第四次：大椎、肩髃、手三里穴。

下肢瘫痪（并有足跟离地，足内翻，膝过伸，腿不能内收者）：

第一次：伏兔、上髎、髀关、悬钟、阳关穴。

第二次：血海、四强、丰隆、下髎穴。

第三次：腓肠、殷门、上阳关穴。

第四次：承山、下髎、跟平、四强穴。

腰背部肌肉瘫痪（出现腰部变形，不能坐或不能直腰，臀变小）：

第一次：命门、大椎、跳跃、阴亢、血海、落地穴。

第二次：中髎、风市、丰隆穴。

第三次：上髎、承扶、悬钟穴。

第四次：前进、下髎、足三里穴。

以上各次的穴位，不需全部结扎，可按病情选1～3穴位。

注意事项：

1.治疗前，向患者做好思想工作，以树立信心，并坚持适当锻炼。

2.肌腱所在部位，不用此法。

第四节　白降丹划点疗法

本疗法是用利刃划破人体表皮，涂抹白降丹，治疗一些疾病的方法。白降丹是中医外科治疗疮疡的外用药，具有防腐，拔毒，化瘀作用。划点疗法是把针刺，放血和涂抹白降丹结合起来，通过刀尖的划刺，白降丹的持续刺激作用，促使经脉畅通，气血调和，使其具有活血祛瘀，通经活络的功效，而达到治病的目的。

操作方法：

（一）药品和器械：备圆刃手术刀片一个，涂药用细竹棒一根，玻璃瓶两个：一个装白降丹，一个装凉开水。

（二）划点部位和体位选择：不同疾病，选择不同的划点部位。体位以便于操作，病人舒适为原则。

（二）划刺手法：医生右手拇指和食指，持手术刀片，刀刃向上，刀尖露出指端2—3毫米，顺体由下而上，在皮肤上挑划。每个刀口（即划痕）长度一般不超过半厘米。挑划时，每隔3厘米（约一市寸）划一下，划刺时手腕用力，动作要轻，落刀要稳，轻轻划破表皮，如种牛痘一样，有少

许渗血为宜。注意切勿划刺太深，以免出血过多，且易化脓感染。

（四）点药：用细竹棒，先蘸凉开水，再粘白降丹少许，然后，竹棒放平，涂抹在刀口上，刀口不需敷盖。涂药过多，容易引起组织坏死，遗留瘢痕或硬结。

（五）疗程：第一次划点后，隔一天作第二次划点，以后每隔两天作一次，10次为一疗程。若需继续治疗，可休息10—15天后，作第二个疗程。

划点方法和部位：主要有阿是穴划点和经穴划点两种方法：

1.阿是穴划点法：阿是穴即中医学上的“以痛为俞”，也就是那里疼痛，那里就是治疗的穴位。划点时需根据病情的轻重，病变范围的大小，决定刀数的多少，但以超过病变范围为宜。

2.循经划点法：根据经络学说，在划点时按照经络的循行路线，所属脏腑，穴位分布和穴位主治，进行局部划点或远端循经划点。也可根据病变的范围，在经络循行路线的左右，顺其走向划三、四条线，使各个刀口在一条直线上。

以上是常用的划点方法，但因人体各部位不同，所采用的方法也就不完全相同。下面再介绍人体各部分的划点方法和部位：

1.头面部：头面部血管丰富，又有毛发，因此，多采用经穴划点。治疗面神经麻痹和面神经痉挛，可在面部划三条线：由下关至地仓；由听会经颊车至承浆；由上关经颧骨至禾髎。

2.背部：共三条线，由背部正中督脉的长强穴起至后发

际的哑门穴，再从脊柱两旁的足太阳膀胱经白环俞至大杼穴各划一条线，这两条线，分布有各脏腑的俞穴，对治疗内脏疾病有良好效果。治疗腰、背部疾病时，除划以上三线外，尚可选用“阿是穴”划点法，疗效更好。

3.胸腹部：多采用“阿是穴”划点法和经穴划点法，常用胸腹正中线任脉上的各穴位。下腹部疾病及泌尿生殖系统疾病，可由曲骨至两侧髂前上棘各划一条线。

4.四肢：用循经划点法，各划四条线。上肢可划手三阳经及手厥阴心包络经四条线，下肢可划足三阳经及足太阴脾经四条线。

适应症：白降丹划点疗法，对下列30余种疾病有较好疗效。

（一）风湿性关节炎，类风湿性关节炎，增生性关节炎，大骨节病。

治法：一般多采用“阿是穴”划点法，划点范围大于病痛关节。

（二）胸、腰椎间盘脱出症

治法：在脊柱正中及两侧旁开2寸，由下至上划三条线，剧痛处划“阿是穴”，下肢串痛者，可沿患肢疼痛部位划点四条线。

（三）小儿麻痹后遗症

治法：在脊柱正中及两侧旁开2寸，由下至上划三条线。此外，可在患肢的肌肉麻痹侧，多划几刀。

（四）中风偏瘫

治法：

1.瘫痪肢体可划四条线，关节及肌肉丰满处可多划几

刀。

2.在瘫痪肢体的对侧头部，可取上星、百会、风府、头维、风池、太阳、率谷等穴划点。

（五）坐骨神经痛

治法：可按疼痛部位，在经络循行路线左右划三条线。后侧的线要向上延长到腰部。

（六）慢性支气管炎

治法：下述两种方法，可选一种，或两种交替使用。

1.划线：沿胸骨正中及左右旁开二寸划三条线，同时划背部三条线。

2.经穴划点法：取膻中、天突、肺俞、定喘四个穴位，作梅花形划点。

（七）胃、十二指肠溃疡，胃下垂

治法：划点腹部疼痛处及胃俞、脾俞、足三里等经穴。

（八）泌尿生殖系统疾病，如膀胱炎，附件炎，盆腔炎，月经不调，白带，小儿尿床、阳萎、遗精等症。

治法：可在下腹左右各划一条线，划点曲骨、中极、关元、气海，并配合肾俞、膀胱俞、阳陵泉、三阴交等穴。病情较重者，划点腰骶三条线。

（九）常见皮肤病，如湿疹，神经性皮炎，牛皮癣，硬皮症，皮肤搔痒症等

治法：局部划点，范围要大于病变处。刀口小，次数多。皮肤搔痒症，可加划背部三条线及患肢四条线。

注意事项：

1.划点前应向患者说明，划点涂药后，有轻微疼痛和烧灼感，2—4小时后逐渐消失，以消除患者对治疗的顾虑。

2.治疗开始时，应注意患者对汞剂过敏的发生，应先作小范围的试验治疗。若发生过敏，应立即停止治疗，对症处理。

3.个别患者，出汗过多，划点后在皮肤皱折处出现白色水泡，一般不需处理，2—3天即可自行消退。故夏天划刺要浅，涂药要少，划点后两小时内，要适当休息，减少出汗。

4.白降丹对粘膜有腐蚀作用，涂药时不能涂在粘膜上。

5.白降丹有剧毒，严禁内服。操作后，要用肥皂洗手，以免发生汞中毒。

第五篇　医学基础知识

第一章　人体简介

第一节　人体的组成

细胞是构成人体的基本单位。人体由亿万不同形态、不同功能的细胞组成。形态相似、功能相同的细胞组成一个综合体，称为组织。几种位置邻近的不同组织，在胚胎期发育开始共同完成特定生理机能，组成器官，如心、肺、肝、肾等。几个器官相互配合，协同完成一系列生理活动，形成系统，如消化系统、呼吸系统等。人体是一个有机的整体，在中枢神经和神经——体液的调节下，各系统相互联系，相互影响，适应各种生活环境，完成各种生理活动。

正常人体分头、颈、躯干（胸、腹、背和臀）、四肢及会阴。从外到内有皮肤、肌肉、骨骼及内脏。各层均分布有血管、神经和淋巴管。人体内部从上到下有三个大腔，即颅腔（内有脑）、胸腔（内有心、肺等）及腹腔（内有胃、肠、肝等）。腹腔下部称盆腔（内有膀胱、直肠、女性内生殖器等）。

第二节 运动系统

人体运动是以骨为杠杆，关节为枢纽，肌肉的收缩为动力而构成的。所以，运动系统包括骨、肌肉和关节三个部分。

（一）骨骼 是人体骨的总称。

人体的骨共206块（图5—1）

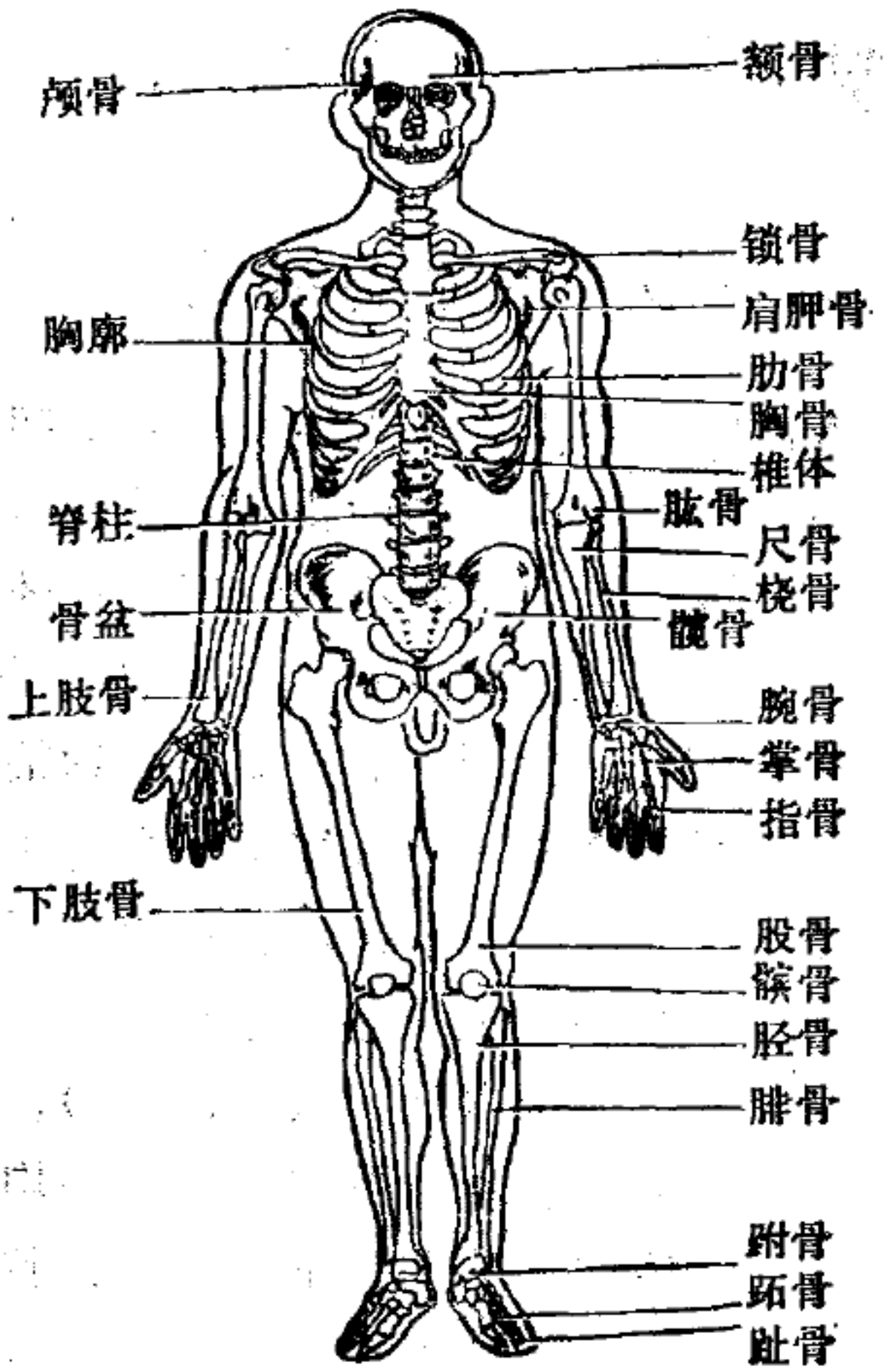


图5—1 全身骨骼

脊柱	26块
肋骨	24块
胸骨	1 块
颅骨	23块
听小骨	6 块
上肢骨	64块
下肢骨	62块

骨的形状是多种多样的，概括起来，大体上分为长、短、扁三种类型。长骨两端膨大，称骨端。中段中空称骨干，内有骨髓。常见的长骨骨折，尤其是间接暴力引起的有一定好发部位（如上肢的挠骨下端，下肢的股骨颈），这是因为暴力方向与长骨纵轴，形成了剪式应力。治疗骨折时了解这点，对整复与固定帮助很大。短骨形似立方形或多角形，能承担较大重量，主要见于脊柱和手、足，具有坚固与灵活的特点。扁骨一般为扁阔的板状骨，是保护某些器官的硬壁。如颅顶骨保护脑，胸廓保护心、肺等。

骨由无机盐及有机质两种成分组成。人体如缺乏钙盐、磷盐或维生素C、D等，可以发生软骨病或骨质疏松症，甚至引起畸形或骨折。维生素D有预防与治疗小儿佝偻病或成人软骨病的作用，因为它是人体钙盐代谢的必需成分。大骨节病，虽然病因不明，目前大多数人都认为也是某些无机盐（如硫酸盐、镁盐）缺乏引起的。

骨髓有造血功能，能制造红血球、白血球及血小板，特别在初生数年内。自5岁以后，长骨的骨髓，逐渐由脂肪细胞充满，只剩骨的两端尚造血，其他躯干骨及头骨（如颅骨）、脊椎骨、肋骨、胸骨及髋骨等，到成年尚有造血功能。长骨中无

造血功能的骨髓，在接受刺激后，也会重新造血，这种情况，见于恶性贫血、粒细胞性白血病等，也见于长期高山居住者。

（二）肌肉 肌肉分横纹肌（又名骨骼肌）、平滑肌及心肌三种。后两种分布在胃、肠、心及血管等内脏器官。这里只介绍横纹肌。

每块横纹肌有起点及止点，分别附着在二块或二块以上的骨面上。中间常跨过一个或多个关节。肌肉收缩时，就牵拉骨骼产生运动。一般来说，每一块肌肉，都有一支神经支配。每一个活动关节，都有方向相反的两组肌肉，配合协调才能完成各种准确的运动。如屈或伸肢体到特定的程度。

（三）关节 由关节面、关节囊及关节腔组成。骨的关节面复有关节软骨。两个关节面之间的潜在腔隙叫关节腔，内含少量滑液。关节囊固定于关节面周围，分内外两层。外层为纤维层，起保护作用，内层为滑膜层，能分泌滑液，作为润滑关节之用（图5—2）。有的关节发炎局部肿胀，就

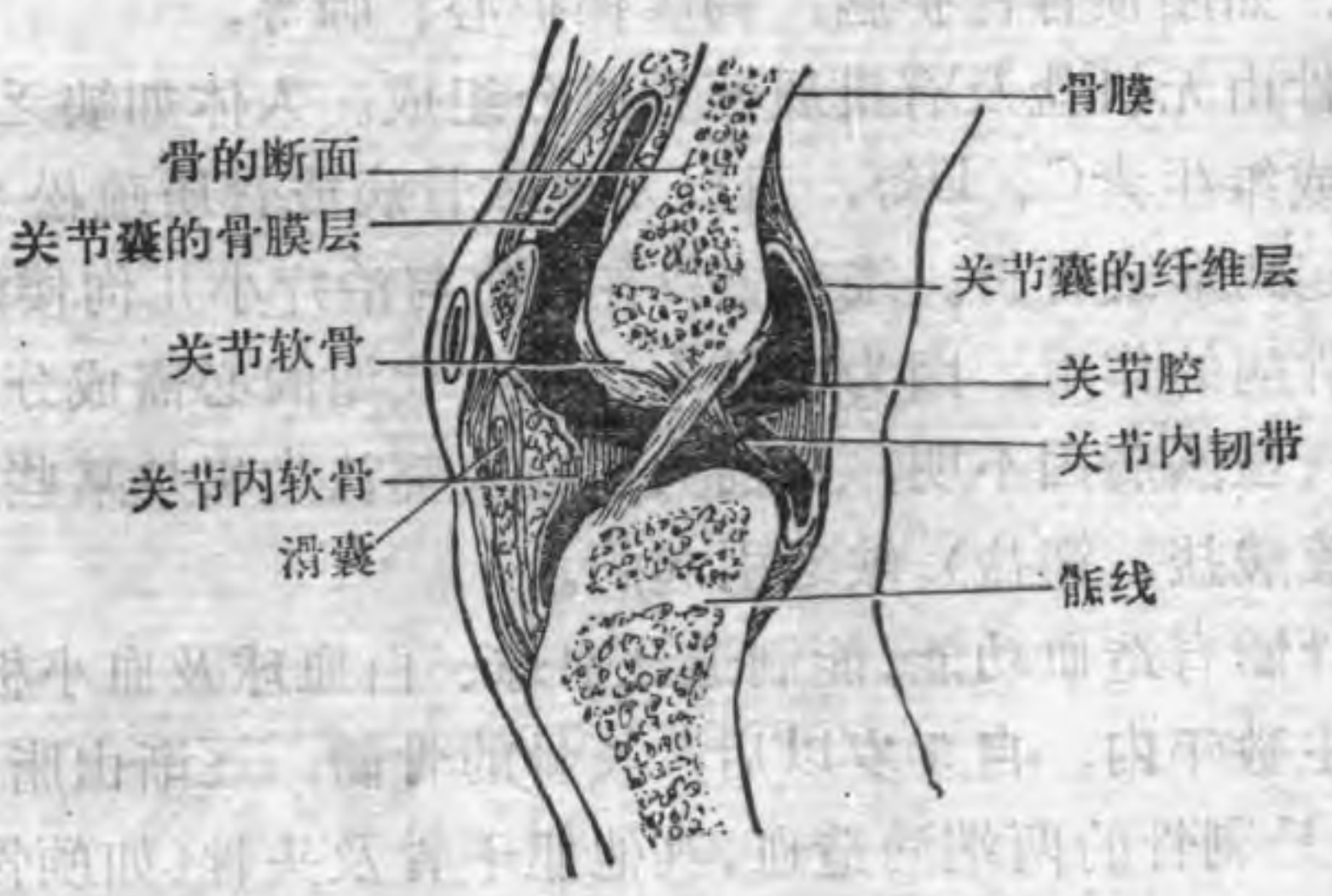


图5—2 关节的一般结构

是滑膜肥厚或滑液增多的结果。此外，某些关节内，还有一些辅助装置，如半月板（可起缓冲关节面的作用）、韧带（限制关节活动，增加稳固性）。有的关节损伤，常为辅助装置的撕裂、出血。

第三节　呼吸系统

呼吸是人体的基本生命特征之一。呼吸停止，意味着生命受到威胁或终止。只有不断吸进氧气，呼出二氧化碳，人才能维持生命。人的整个呼吸过程，有三个环节：1.外呼吸：外界空气与肺毛细血管内的血流进行气体交换，又称肺呼吸。2.内呼吸：血液与组织细胞的气体交换，又称组织呼吸。3.血液在内呼吸与外呼吸中起运输气体的作用（图5—3）。根据以上三个环节，我们可以看出呼吸系统与循环系统，在解剖生理上有着非常密切的关系。许多疾病，如肺源性心脏病，不论是病因、症状、诊断、治疗或预防，均应从呼吸系统与循环系统两方面同时注意。

整个呼吸系统，包括执行气体交换的肺和传送气体的呼吸道（鼻、咽、喉、气管、支气管）。呼吸道的特征，是具有骨（或软骨）作支架，以保持畅通。内层粘膜有丰富的血管及能分泌粘液的粘液腺，利于调节吸入空气的温度及湿度。粘膜表面有能运动的纤毛，可排除吸入的微尘或异物。

（一）鼻　是呼吸通道，也是嗅觉器官。包括外鼻、鼻腔及副鼻窦。

鼻腔　鼻翼内方称鼻前庭，衬以皮肤。腔面附有鼻毛，有阻止吸入灰尘的作用。鼻腔其它部分称呼吸部，衬以粘膜。

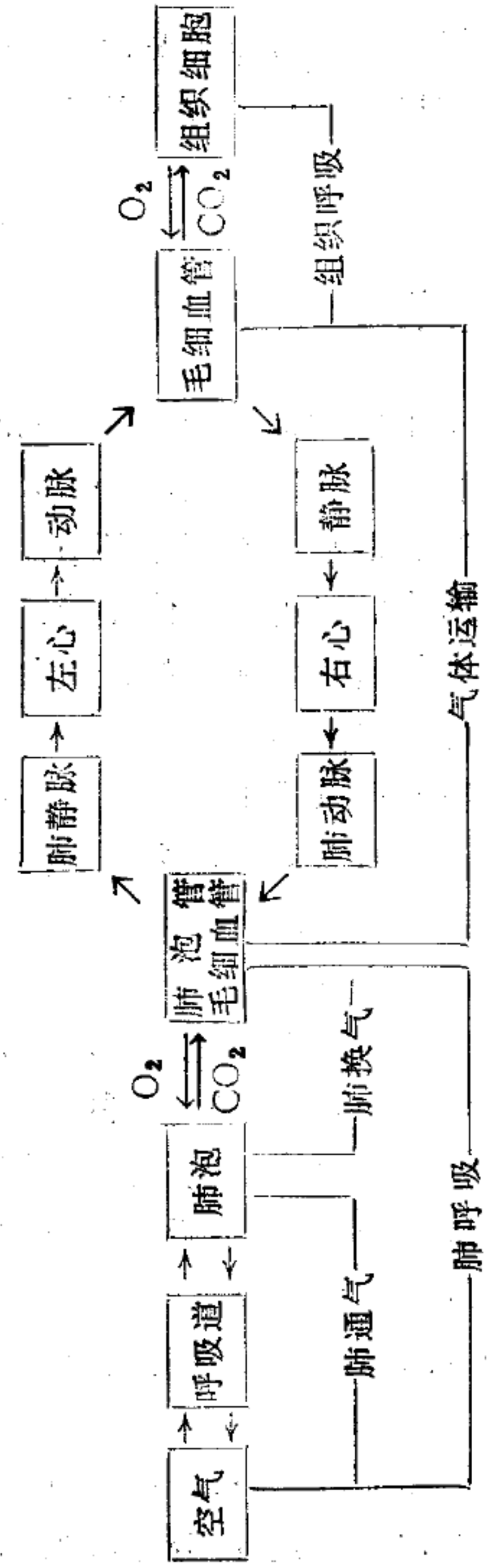


图5—3 呼吸全过程示意图

天气寒冷时，鼻腔的皮肤、粘膜血管因受冷而收缩，局部抵抗力下降，如再因过度疲劳等全身抵抗力下降，就容易感冒。

鼻腔被鼻中隔分为左、右二腔。鼻外侧壁有上、中、下三个鼻甲，分隔成上、中、下鼻道。鼻泪管及副鼻窦，均开口于鼻道。

副鼻窦　位于同名骨内的含气空腔，共四对，即额、上颌、蝶、筛窦（图5—4）。由于开口于鼻道，因此，感冒和鼻炎后，可发展成副鼻窦炎。



（甲）副鼻窦（侧面观）　　（乙）副鼻窦（正面观）

图5—4　副鼻窦

（二）腭扁桃体　位于咽腭弓之间的凹陷内。为一淋巴器官。左右各一，卵圆形，表面有陷窝。由于陷窝内常隐藏食物碎渣和细菌，适合细菌繁殖，故易发炎，称扁桃体炎。作为一个病灶，可能引起风湿性心脏病、风湿性关节炎，肾小球肾炎等。

（三）喉　由许多块软骨及小肌肉构成。上通咽部，下接气管。会厌软骨是它的上界。当吞咽时会厌软骨向后倾倒，遮盖喉口，防止食物误入喉腔，否则就发生呛咳反射，把误入的食物咳出，以免坠入气管。喉部粘膜下组织疏松而

丰富，发生急性炎症严重水肿者，可阻塞喉门。因此，急性喉炎可突然发生呼吸困难，甚至窒息。

喉不仅是呼吸器官还是发音器官，因此，喉炎常发生声音嘶哑。

（四）气管 是长筒形管道在胸骨角的水平，分为左右支气管。右支气管短而粗，走向近乎垂直。左支气管细而长，走向较平。因此，如有异物误入气管，较易坠入右支气管。

（五）支气管壁 有平滑肌随呼吸运动吸气时弛缓，呼气时紧张。当支气管哮喘发病时，因细支气管平滑肌痉挛，呼气明显困难，并可听到哮鸣音。

（六）肺及胸膜 肺左右各一，分居纵隔两侧。右肺三叶，左肺二叶（图5—5）。

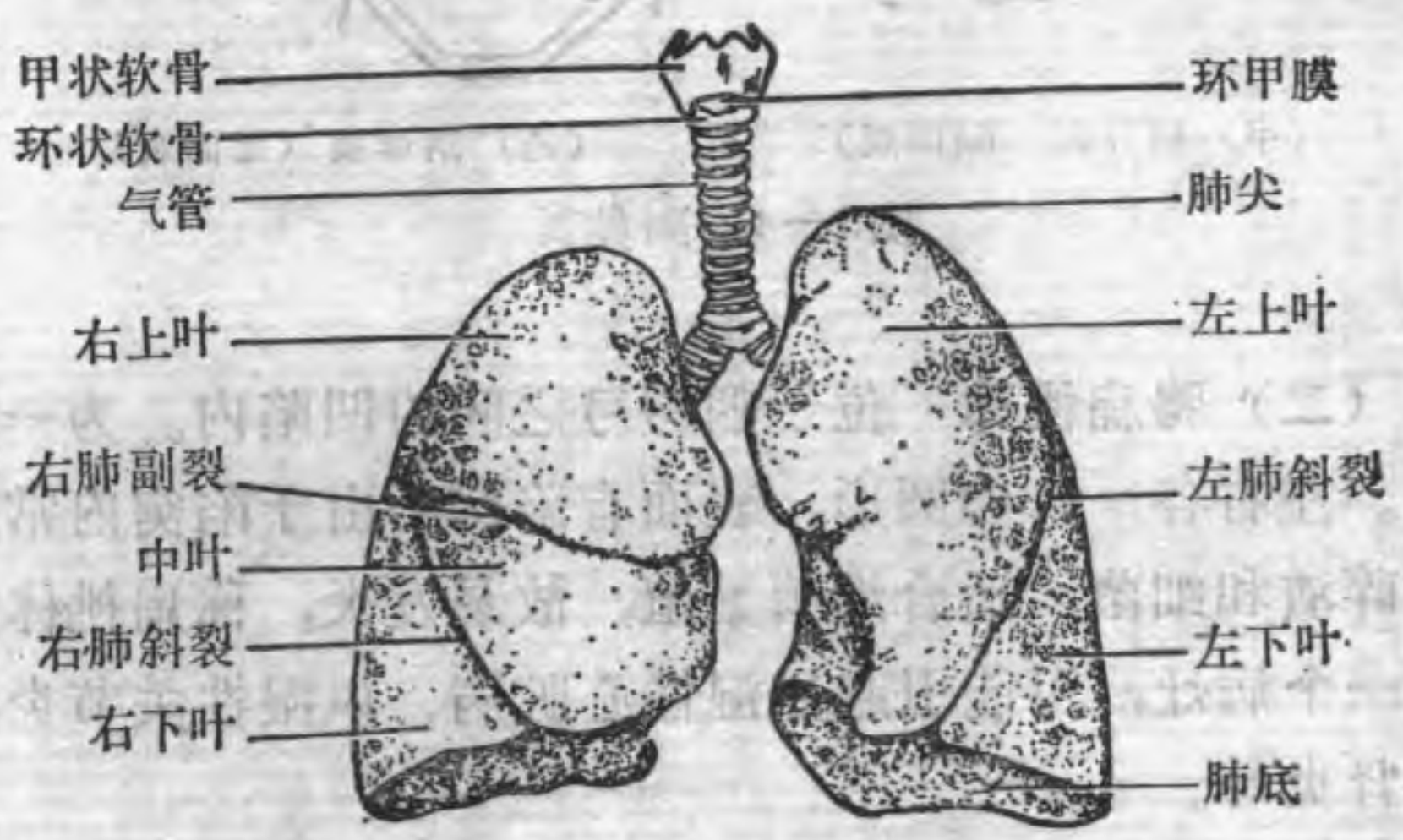


图5—5 肺的形态

胸膜分脏、壁两层。脏层紧贴肺的表面，壁层衬于胸壁内面，横隔上面及纵隔表面。脏壁两层间形成一个潜在腔

隙，称胸膜腔。两侧胸膜腔互不相通。正常情况下，胸膜腔有少量的浆液，起润滑作用，以减少呼吸运动时脏、壁两层的摩擦。患胸膜炎症时，其渗出液增多，可出现胸腔积液。如果胸膜腔内有积血、积气或积脓时，脏壁两层便彼此分开，分别形成血胸、气胸或脓胸。正常时胸膜腔内的压力低于大气压，一般为负压，这是维持肺扩张的重要因素。如果胸膜破裂，空气进入胸膜腔，负压降低或消失，可致使伤侧肺不张或扩张不全，引起呼吸困难。了解胸膜的概念，有助于对胸部外伤，呼吸、循环疾病诊断的理解。

（七）纵隔　是左右两胸膜腔之间的组织与脏器的总称。纵隔前为胸骨，后为胸椎，上与颈部相连，下借膈肌与腹腔分开。自胸骨角至第四胸椎下缘划一横线，将纵隔分为上下两部分，上纵隔以气管前壁为界，分为前后二区。下纵隔以心包为界，分为前、中、后三区。前纵隔指胸骨与心脏尖端向下的三角形区域。中纵隔主要被心脏和出入心脏的大血管所占据。心脏之后直至胸椎及胸椎两旁都称后纵隔，后纵隔主要有食道、降主动脉、奇静脉、胸导管 、迷走神经等。

第四节　循环系统

血液循环是人体维持生命的最重要条件之一。循环一旦停止，最先受到威胁的器官是大脑和心脏本身。眼球视网膜对缺血也很敏感。因此，体弱的人和久卧的病人突然起立，常感觉两眼发黑。循环停止后，机体受损坏的直接原因之一，是由于组织失去了氧的供应，因此若循环虽未停止而血氧供应不足（如失血性休克）或血液不含有充分的氧（如一

氧化碳中毒），后果也同样严重。

循环系统由一系列运送管道组成。包括心血管系（内流血液）及淋巴系（内流淋巴液）。血管系以心为泵，经动脉流向全身，终末为毛细血管，再从静脉汇集，流返心脏。这样的循行共两环，即循环于周身的体（大）循环，与循行于肺内的肺（小）循环。

（一）心脏 位于纵隔内，正中偏左。大小似本人拳头。外有心包，内分左右心房（以房中隔分开）及左右心室（以室中隔分开）。右心房与右心室之间，有三尖瓣；左心房与左心室之间，有二尖瓣。右心室与肺动脉间，有肺动脉瓣；左心室与主动脉间，有主动脉瓣。这些心脏瓣膜的作用，在于阻止血液的逆流，使血液始终沿着一定的方向流动。如果因病引起瓣膜的狭窄或关闭不全，在临床上可听到特殊的病理性杂音。

成人心搏频率，平均为每分钟75次，生理变动范围为每分钟60—110次。初生婴儿心率快，每分钟可达120次。健康人心率有时也有变化，如在吸气时心率增快，呼气时减慢，称为呼吸性心律不齐或窦性心律不齐。乃由于呼吸中枢对迷走神经中枢的影响，迷走神经是调节心脏活动的主要神经之一。心脏由冠状动脉营养，如冠状动脉粥样硬化，心肌因供血发生障碍而引起心脏病，称冠状动脉硬化性心脏病，简称冠心病。如冠状动脉闭塞，则心肌坏死，称心肌梗死，是一种危险的急症。

（二）大循环与小循环 含有多量营养物质及氧的动脉血，由左心室经主动脉及其分支流向全身，直到毛细血管。毛细血管中的血液与组织细胞进行物质交换，并放出氧气，带走二氧化碳，然后汇入静脉系，通过上下腔静脉，回到右心房，

这叫大循环。静脉血再由右心房、右心室，再经肺动脉流入肺毛细血管，血中的二氧化碳与肺泡内的氧，进行交换后，静脉血又变成动脉血，再经过肺静脉，回到左心房，这叫小循环。两组循环，经心脏而互相连接，循环不止。大小循环的运行路线及全身动静脉分布见（图5—6、7、8）及附表（1、2、3）。

（三）血压　血压是指血液在血管内流动时，对血管壁的压力。各部血管的血压不同，动脉血压最高，毛细血管次之，静脉血压最低。临床上所指的血压系指动脉压而言，它在推动血液流动方面，起着决定性作用。

临床上把舒张压高于90毫米汞柱，收缩压高于130毫米汞柱，叫高血压。把收缩压低于90毫米汞柱时，叫低血压。不同年龄血压正常值，稍有差异。

（四）淋巴系　包括淋巴管、淋巴结和脾脏。血液带着营养物质与氧气，从动脉流遍全身，而血流的回路，则依靠静脉系和淋巴系。淋巴管是一个回流管道，可认为是静脉系的辅助装置。如果回路不畅，或有静脉或淋巴管阻塞，都可引起水肿。

全身各部分淋巴管，收集淋巴液后，从周围由小而大逐渐汇合，最后注入静脉，途中必先经过淋巴结。淋巴结有过滤淋巴液的作用，如手指感染，细菌可循淋巴管到腋，腋淋巴结就“截住”这些细菌，不让到全身播散，而淋巴结本身，则表现肿、痛，叫淋巴结炎。

（五）脾　是一个淋巴器官，正常时在左肋下不能触及。脾脏的主要机能是：1.储存血液，调节血量。2.吞噬丧失机能的红血球、血小板及嗜中性白血球。脾功能亢进的病人，引起血球和血小板减少，可行脾脏摘除来治疗。

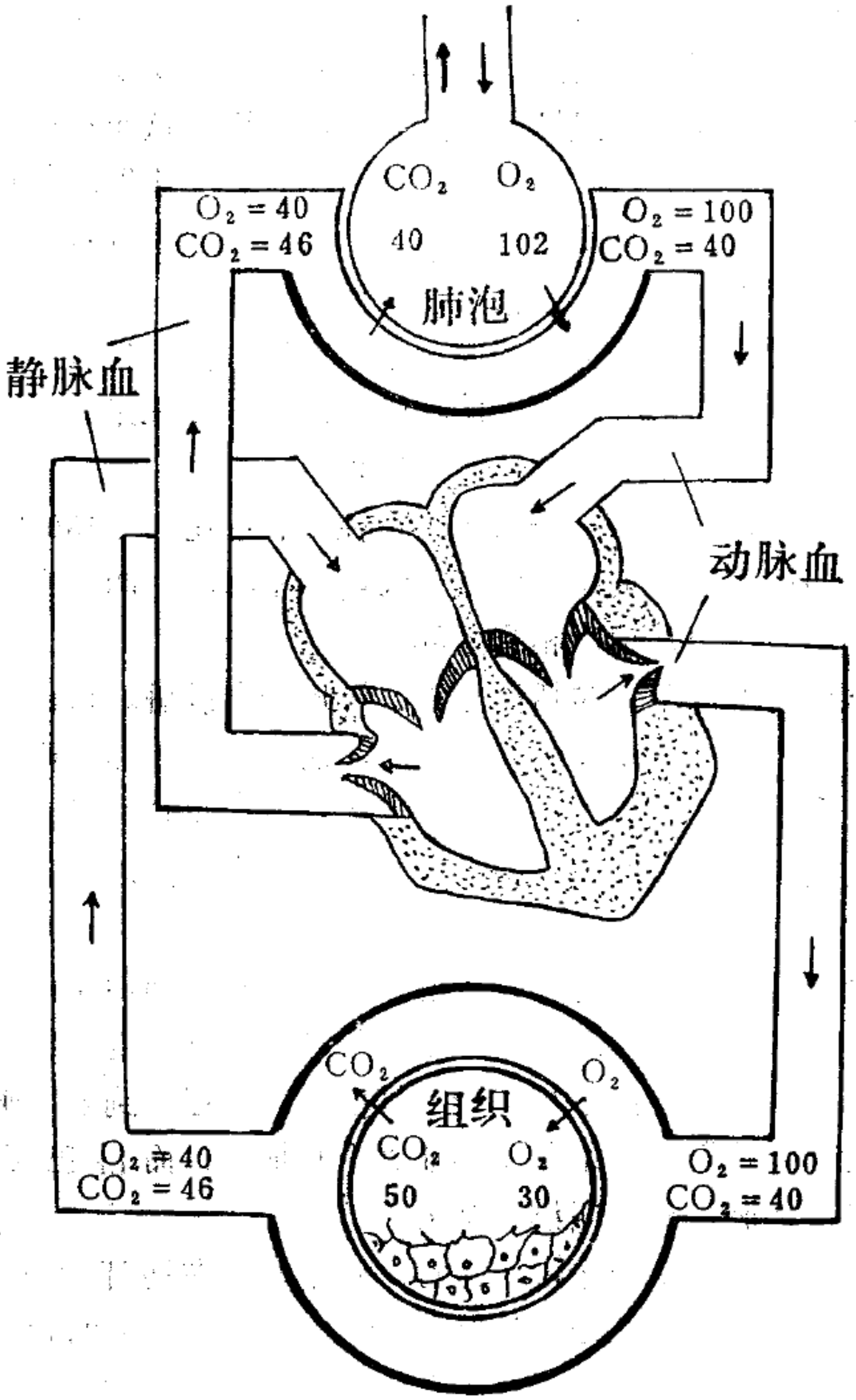

CO_2
O_2
$O_2 = 40$
$CO_2 = 46$
40
102
$O_2 = 100$
$CO_2 = 40$
肺泡
静脉血
动脉血
CO_2
O_2
组织
CO_2
O_2
50
30
$O_2 = 40$
$CO_2 = 46$
$O_2 = 100$
$CO_2 = 40$

图5—6 血液循环

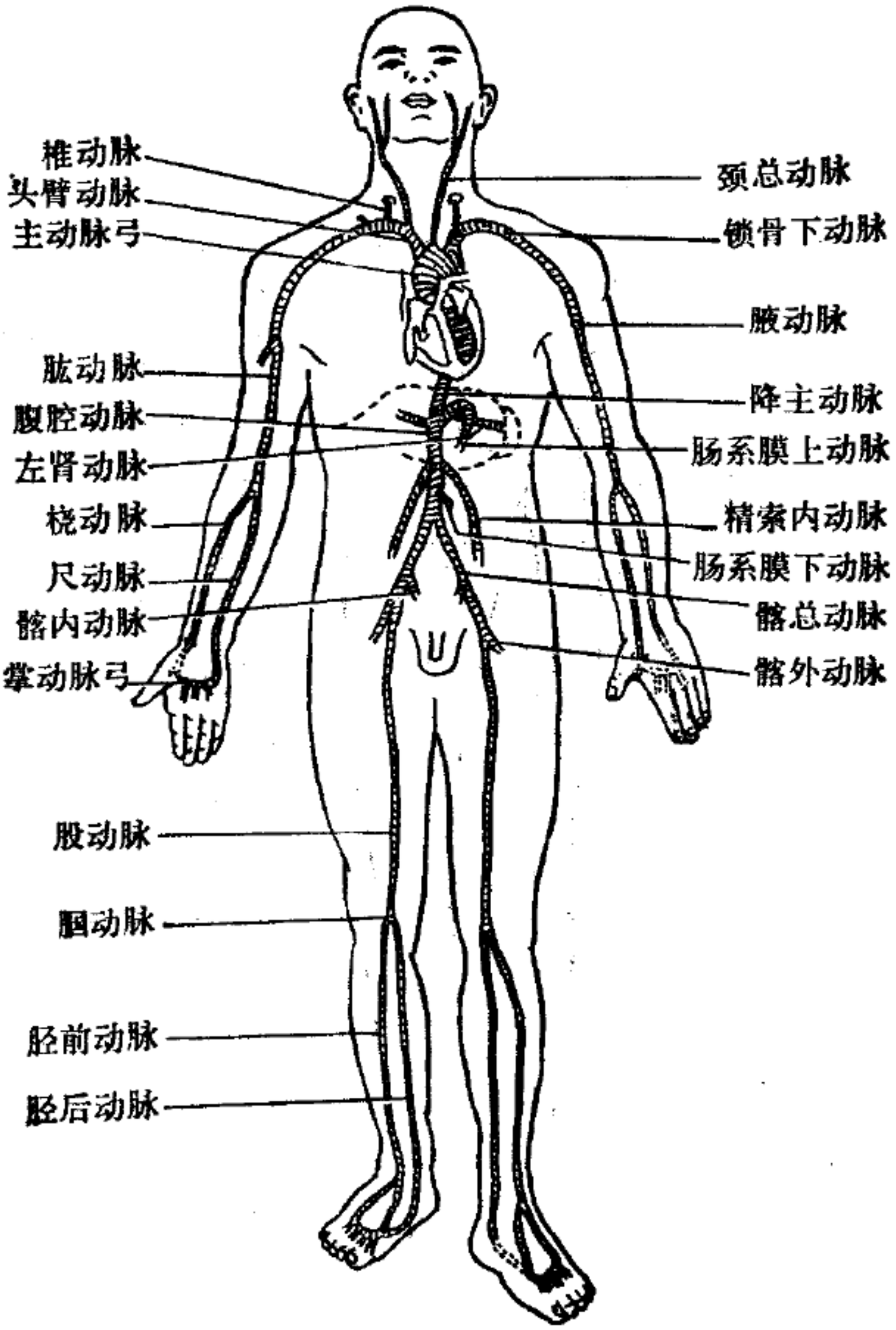

椎动脉
头臂动脉
主动脉弓
肱动脉
腹腔动脉
左肾动脉
桡动脉
尺动脉
髂内动脉
掌动脉弓
股动脉
腘动脉
胫前动脉
胫后动脉
颈总动脉
锁骨下动脉
腋动脉
降主动脉
肠系膜上动脉
精索内动脉
肠系膜下动脉
髂总动脉
髂外动脉

图5—7　全身动脉

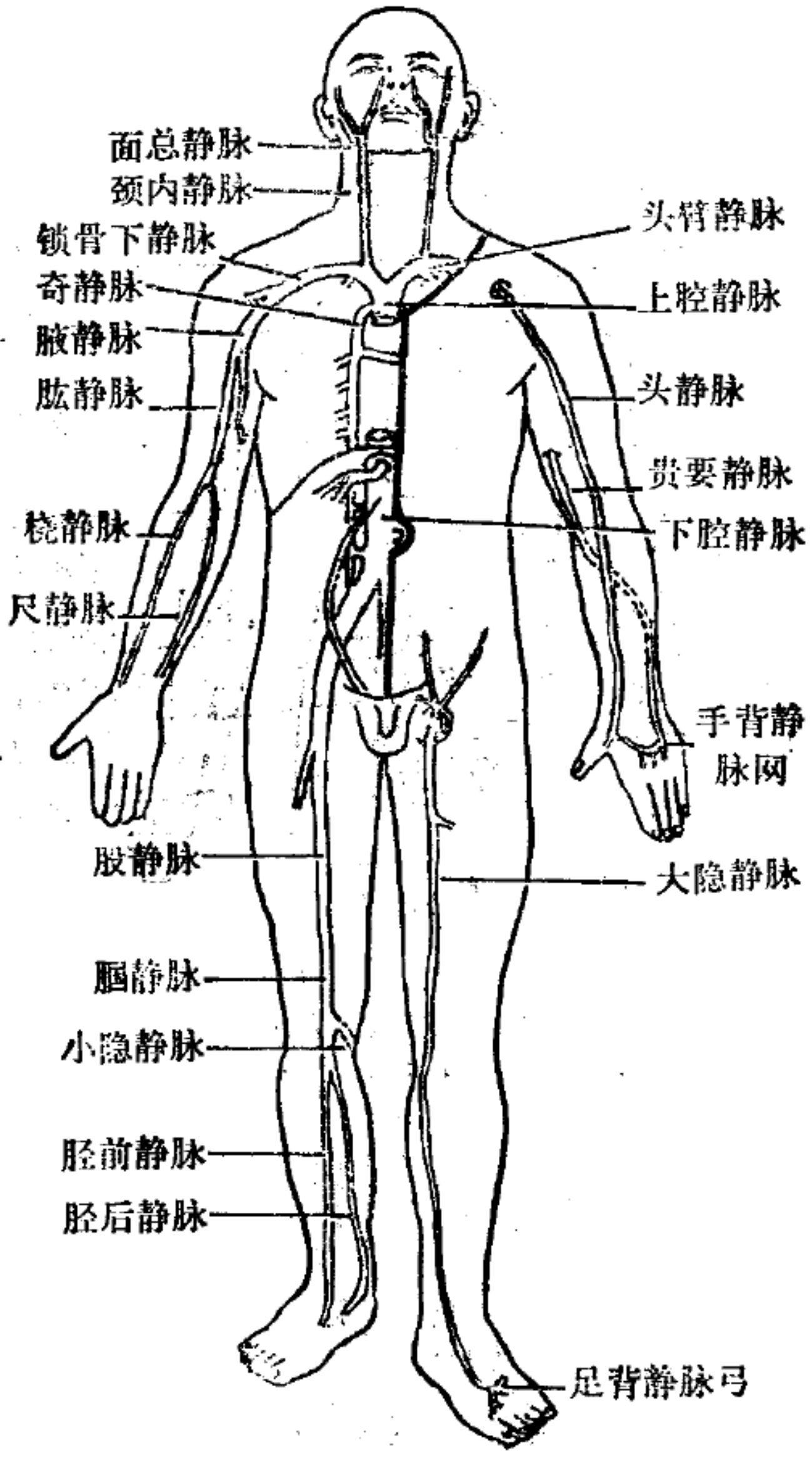
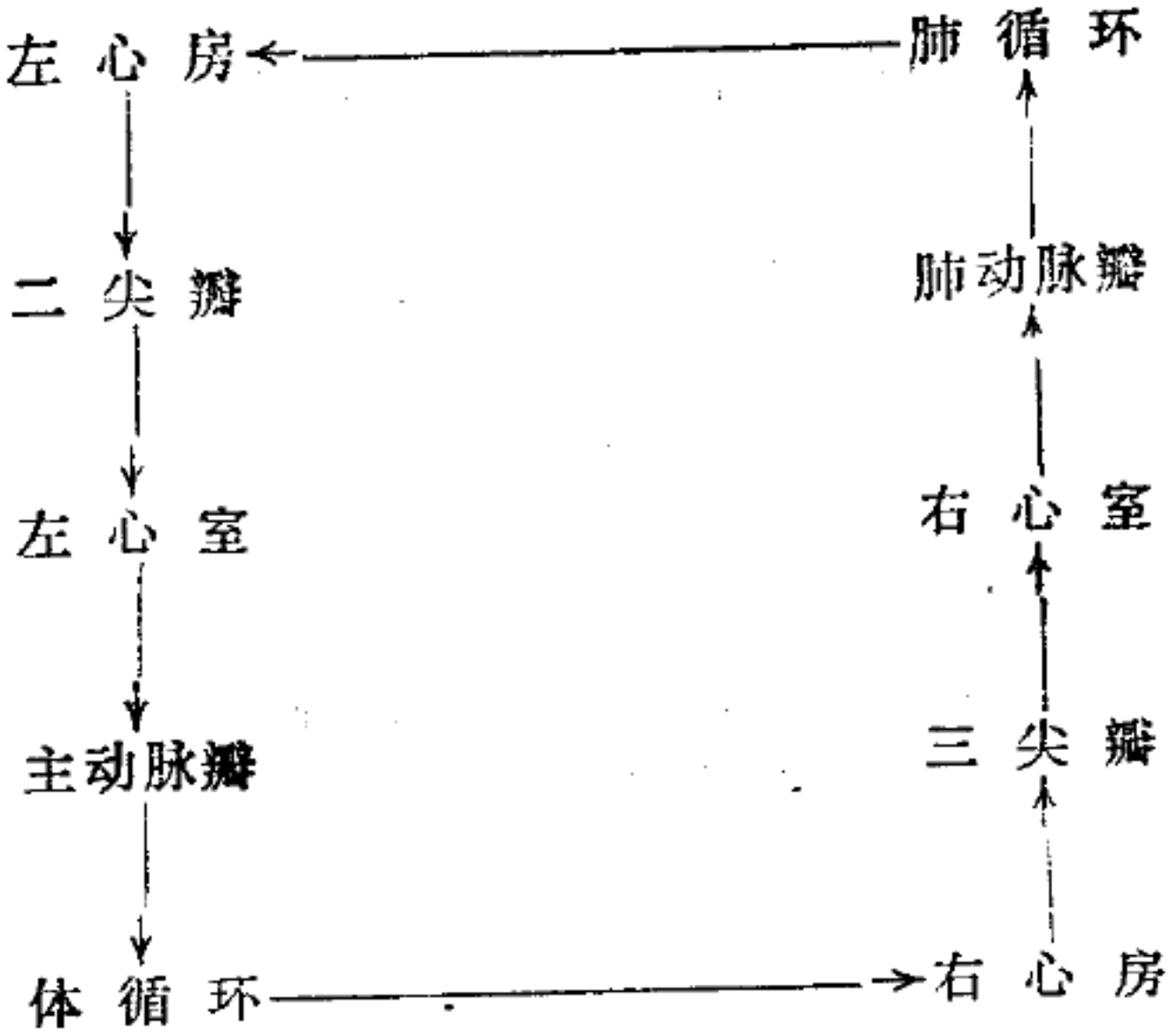

面总静脉
颈内静脉
锁骨下静脉
奇静脉
腋静脉
肱静脉
桡静脉
尺静脉
股静脉
腘静脉
小隐静脉
胫前静脉
胫后静脉
头臂静脉
上腔静脉
头静脉
贵要静脉
下腔静脉
手背静脉网
大隐静脉
足背静脉弓

图5—8　全身静脉

附　表　1



附　表　2

左心室

升主动脉——→左右冠状动脉——→心肌

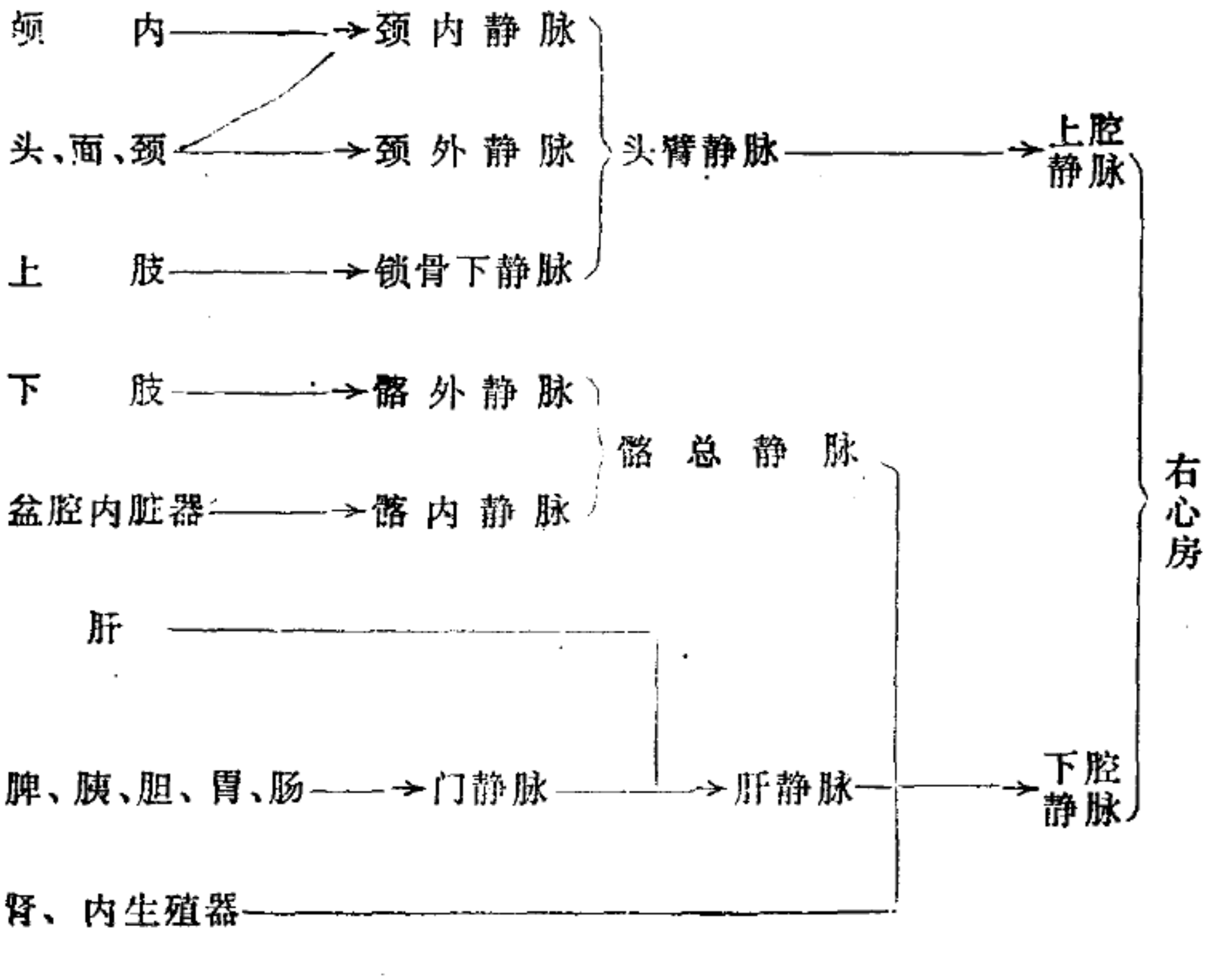
主动脉弓
- 头臂动脉 →
  - 右颈总动脉——→右侧头颈
  - 右锁骨下动脉——→右侧上肢
- 左颈总动脉——→左侧头颈
- 左锁骨下动脉——→左侧上肢

胸主动脉——→胸壁和胸腔脏器

腹主动脉——→腹壁和腹腔脏器

左右髂总动脉
- 髂内动脉——→盆腔器官和盆壁
- 髂外动脉——→下肢

附 表 3



第五节 消化系统

人体必须从外界摄取食物，加以消化吸收，变成体内的物质以维持生命。我们接触的食品种类很多，各种食物也并非全部都有营养价值。吃下去的食物，也并非全部能吸收。未吸收部分，变成粪便，排出体外。如果食物中，含有某些有毒物质，或某些病原微生物，使人体受到侵害时，健全的消化系统，在一定限度内，能对这些病原菌消灭和排除。如

胃酸和淋巴组织等。人类习惯熟食，这是符合生理卫生的需要，不仅杀灭大量的病原菌和寄生虫，而且使消化道易于消化和吸收。因此，生菜等最好少吃。食物在口腔内通过咀嚼，将其切碎磨细，再经过食道、胃、肠等蠕动，使其与各种消化液混合，并不断把食物推向消化管下部。消化液内，含有各种水解酶，使食物中的大分子物质经过水解，最后形成小分子，便于肠道吸收。因此，消化道的消化作用，是物理与化学的联合作用。要保持一个健全的消化机能，应保证消化道的物理作用(如肠管蠕动,不过快或过慢）与化学作用（各种消化液的正常分泌）的正常进行。饮食过多，过少，过快，严重偏食或冷食，都能影响消化作用，甚至造成消化不良。

消化系统，由消化管与消化腺两部分组成。消化管从口腔开始，经咽、食管、胃、小肠、结肠、直肠到肛门为止（图5—9）。消化腺包括唾液腺、肝、胰等。

（一）口腔　是消化管的起端，包括软腭、硬腭、舌、齿和唾液腺等器官（图5—10）。

唾液腺共三对，即腮腺、颌下腺及舌下腺，分别开口于颊部及口底。流行性腮腺炎，在颊部腮腺管口，可见红肿。舌位于口腔底，有感受味觉，辅助发音，搅拌食物和协助吞咽等功能。齿有咀嚼、切碎食物的功能。这里，应当指出咀嚼的意义；不仅在于完成口腔内食物的机械加工，并且能反射性地引起许多消化腺如唾液腺、胃腺、胰腺等的分泌活动，给下一步消化过程准备条件。因此，细嚼慢咽是符合人体生理要求的，特别是对有胃病的人是很有好处的。此外，各种消化机能又都受中枢神经系统调节，因此，神经的机能

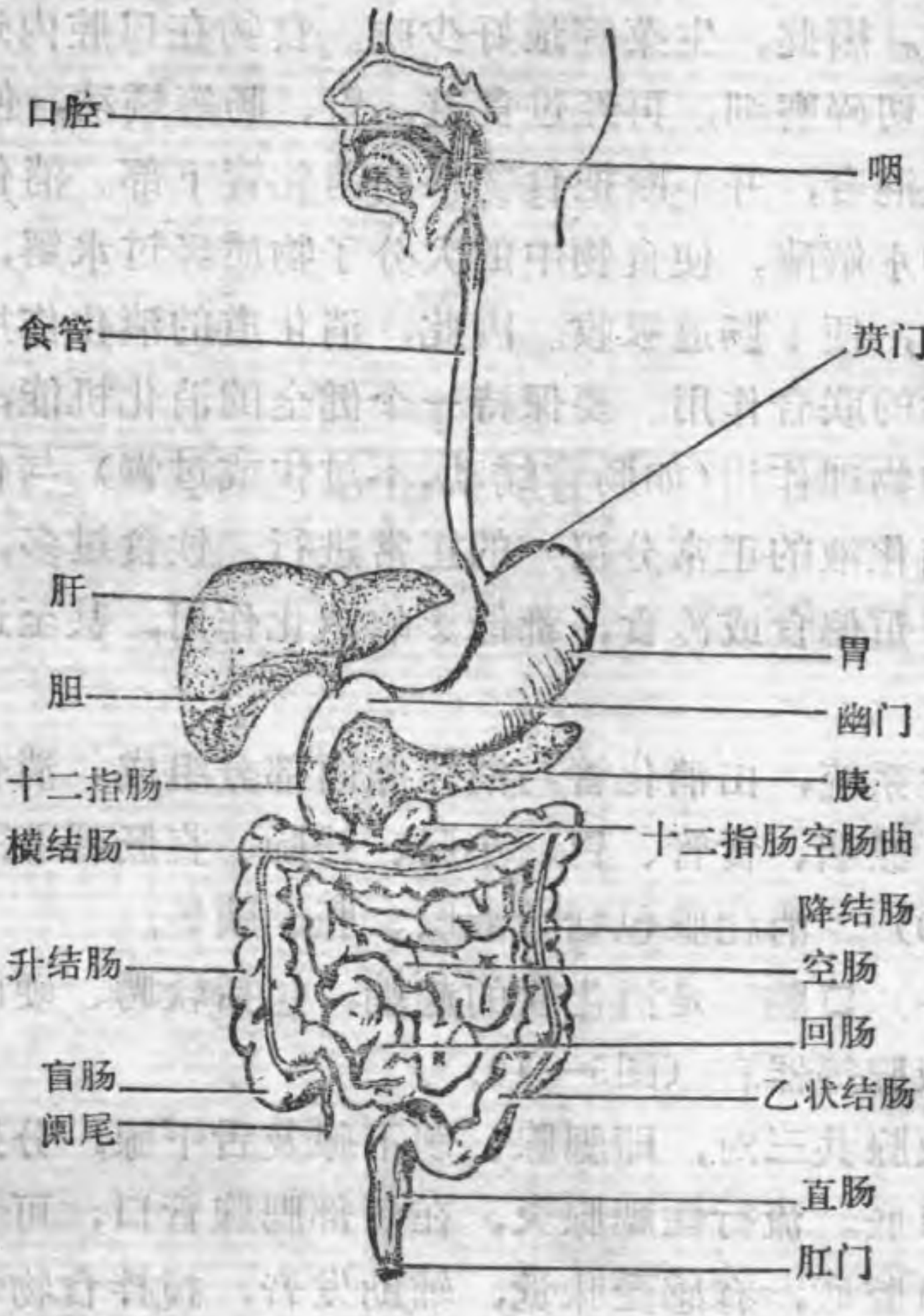


图5—9 消化道

状态，精神情绪等，都能影响消化功能。

（二）食管 上端起于咽，向下穿过膈肌的食管裂孔连接胃。食管长约25—30厘米，自门齿至食管末端，约为40—45厘米。食管有三处狭窄，第一个在起始部，第二个在

与左支气管交叉处，第三个在穿过膈肌处。较大的异物进入食管，可在这些部位发生阻塞，也是容易受伤和发生食管肿瘤的部位。

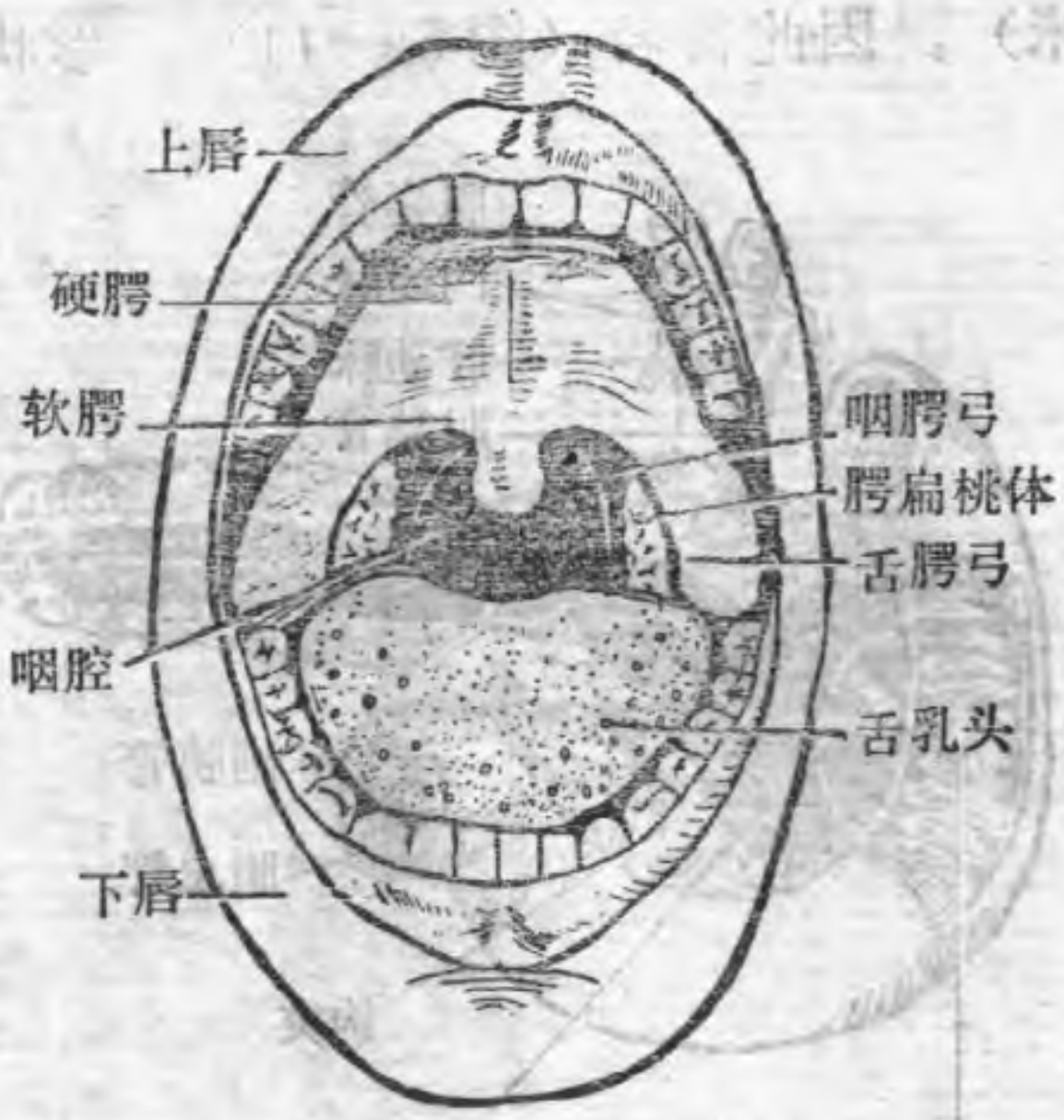


图5—10　口腔

（三）胃　胃是消化管的膨大部。具有发达的肌肉和特殊的消化腺。可以暂时储存食物，充分进行消化。胃的大部分，位于左上腹，小部分，位于上腹部。胃分为前后两壁，上下二缘，上缘叫胃小弯，下缘叫胃大弯。胃的入口称贲门，上接食管。出口称幽门，下续十二指肠。胃粘膜有许多腺体，腺体内有多种细胞，能分泌消化液，其混合液称胃液。胃液呈酸性，它能激活胃蛋白酶元，使食物中的蛋白质变性，使其易于消化，还有杀菌作用。胃液进入肠内，又能促进胰液和胆汁的分泌。

胃在消化时的运动，是运送食糜向十二指肠移行。但在某种情况下，食糜与一部分小肠内容物，也可因逆蠕动从食管逆流出口腔，这是一种复杂的反射动作，叫呕吐。它是一种具有保护意义的生理反射过程。

（四）小肠　起于胃的幽门，止于盲肠，分为十二指肠、空肠和回肠三部。十二指肠长约十二横指（约二十五厘

米），因此得名（图5—11）。形状如马蹄铁，可分三部：第一部称球部，是十二指肠溃疡的好发部位。第二部称降部，胆总管与胰管共同开口于此。第三部称水平部。十二指肠以下为空肠，约占小肠的2/5，位于左腹部。回肠约占小肠的3/5，大部份位于右腹部及下腹部。空肠与回肠，在形态与位置上无明显分界。小肠粘膜，有许多环状皱襞，皱襞上有许多小突起，称绒毛。是消化道吸收营养物质的主要部位。粘膜深层，分布大量腺体及淋巴小结，前者分泌肠液帮助消化，后者有防御细菌侵犯的作用。如伤寒杆菌就可在小肠淋巴小结内繁殖。甚至造成肠壁表层坏死，形成溃疡。不及时治疗，可发展成肠出血、肠穿孔。

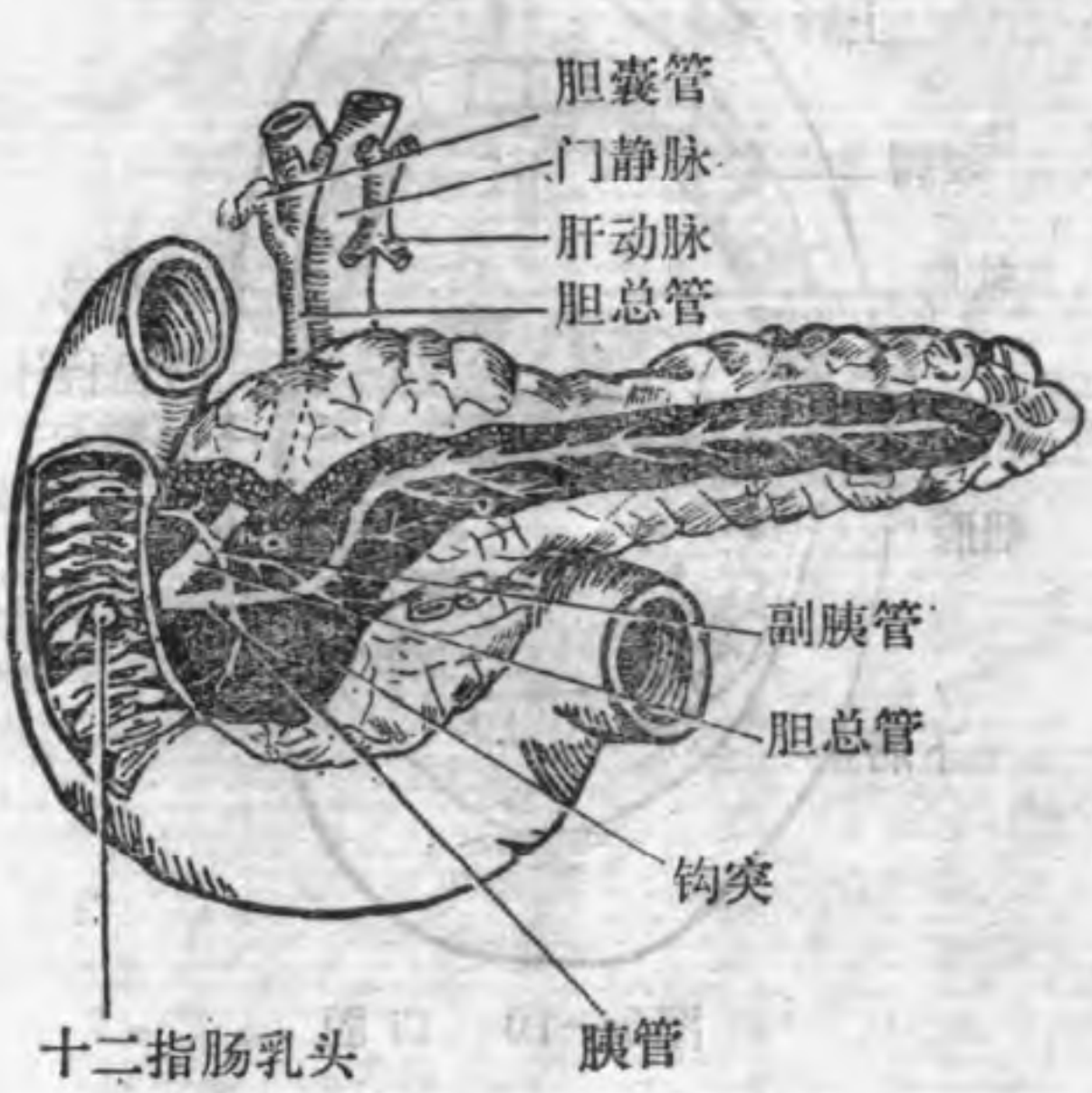


图5—11 胰和十二指肠

（五）结肠 分为盲肠、蚓突（又称阑尾）、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠。人体的结肠没有重要消化作用，它的主要机能是吸收水分，并暂时贮存消化后的残余食物，即粪便。

盲肠 是结肠的起始部，位于右髂窝，与回肠末端连续处有回盲瓣，由两个粘膜皱襞构成，有防止结肠内容物倒流

到小肠的作用。

阑尾　一般位于盲肠下内侧，远端游离。阑尾腔以蚓突孔通盲肠，其系膜连于小肠系膜后面。但阑尾位置变异较多（图5—12），作阑尾切除手术时，顺结肠带向下即可找到。

升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠　共同构成“冂”形，小肠居其内，除乙状结肠外，移动性均小。结肠粘膜的肠腺分泌结肠液，可湿润粪便，利于移动。

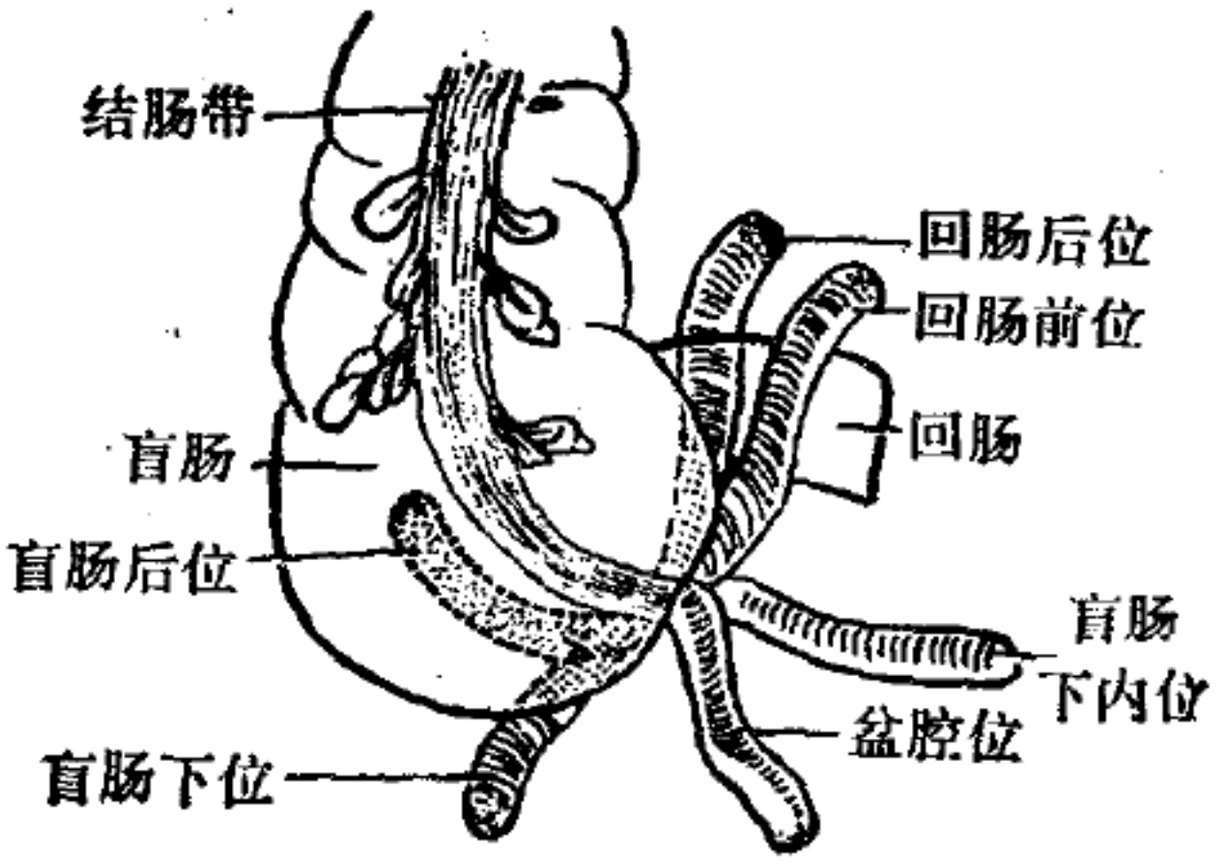


图5—12　阑尾的位置

直肠　为结肠末端。直肠与其他盆腔脏器的关系男女不同。女性前靠阴道和子宫，男性前面是膀胱、精囊和前列腺。直肠开口到体外处为肛门，肛门的皮肤与粘膜的移行部称痔环。痔环及直肠柱粘膜下有丰富的静脉丛，如有充血即形成痔。

粪是各种食物消化吸收后的残渣。还混杂有脱落的肠粘膜细胞，未杀灭的细菌等。残渣经过细菌的作用，包括腐败，发酵产生吲哚及硫化氢具有特殊臭味，这就是粪臭的原因。粪的颜色主要由胆汁及食物决定。正常人的粪为褐色，婴儿哺乳期则呈浅黄色。多吃蔬菜及水果者为黄绿色。肉食者呈暗褐色，较臭。粪的颜色与气味对消化道疾病诊断有帮助。如蛋白质消化不良者的粪便有腐败臭，淀粉消化不良者

有酸臭，胃肠出血者呈柏油黑色，胆汁缺乏者呈陶土色。

（六）肝（图5—13） 是人体最大的消化腺。大部分位于右季肋部及上腹部，小部分位于左季肋部，分左右二叶。七岁以下小儿的肝，可在右肋弓下2厘米触及。肝细胞有丰富的血液供应，因此肝破裂，常致严重内出血。肝脏中的酶类最多。临床上常利用测定血中某些酶的含量，来推断肝功能是否健全。肝是维持生命不可缺少的器官。是人体新陈代谢的枢纽。其功能十分复杂，主要有：1.制造胆汁。胆汁中的胆盐，对于脂肪的消化吸收，具有重要作用。2.储存糖元（当身体需要糖时，即分解为葡萄糖）。3.合成白蛋白及许多凝血因子。4.合成酶类。5.解毒。如将氨转变成尿素；饮酒时酒内的乙醇，靠肝脏氧化为乙酸，再进一步氧化为二氧化碳和水，排出体外。因此，肝脏有病的，不宜多饮酒。

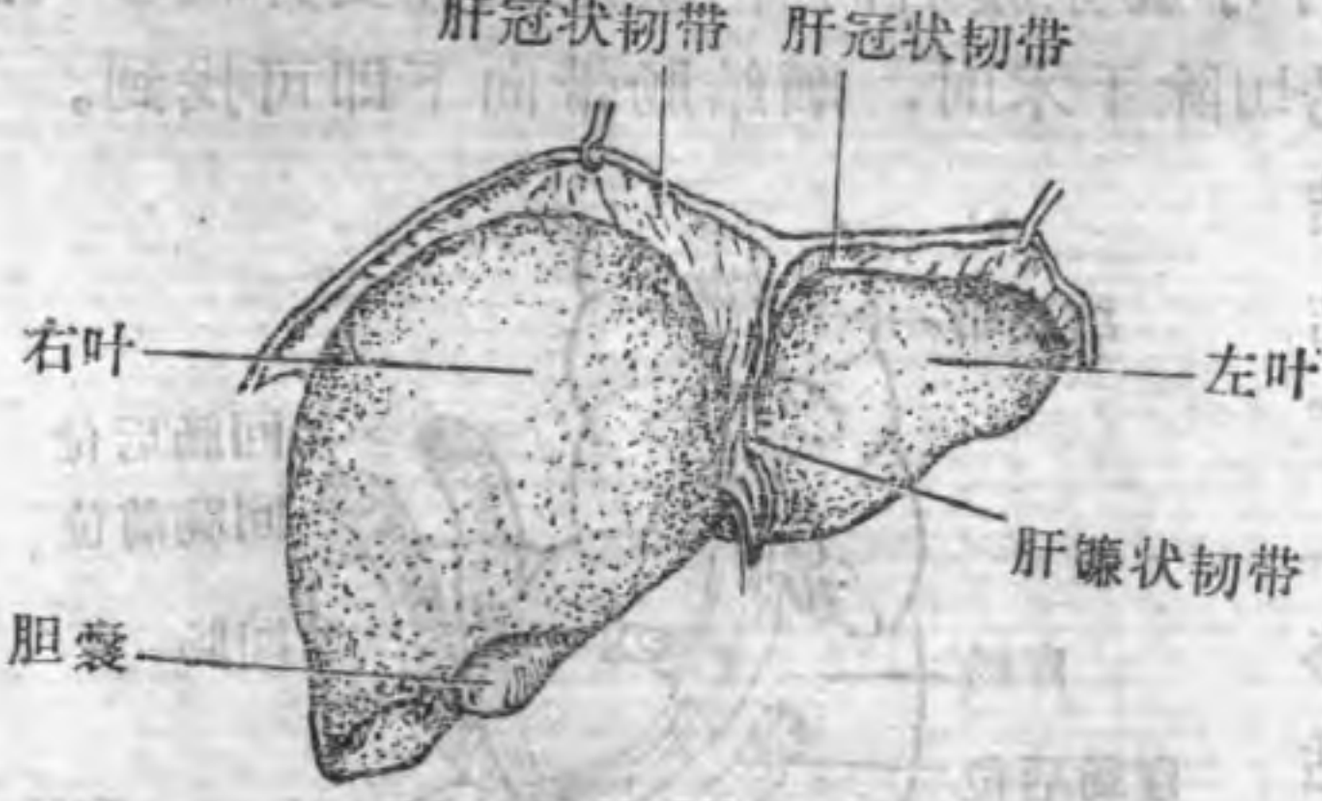


图5—13 肝的前面观

（七）胆囊 梨形，位于肝下胆囊窝内，有储存和浓缩胆汁的作用。胆囊管通输胆总管，开口于十二指肠。胆道蛔虫，就是蛔虫经十二指肠钻进了输胆总管或胆囊管。

（八）胰腺 为一重要消化腺，还有内分泌的功能。位于腹膜后，分头、体、尾三部。胰头为十二指肠环抱，胰体占胰的大部，胰尾接近脾门。胰的总输出管称胰管，与胆总管

合并于壶腹部，再开口于十二指肠乳头。内分泌部是一些散在的细胞团，称胰岛，能分泌胰岛素，有调节血糖的功能。

（九）腹膜　是衬在腹腔内壁并被复于腹内脏器表面的一层浆膜。前者称壁层，后者称脏层。两层之间为腹膜腔。腹膜腔在男子为一封闭腔，在女子由于输卵管开口于腹膜腔内，故腹膜腔可通过输卵管、子宫及阴道与体外相通。妇女在分娩、流产、刮宫、手术或放环、取环时，如消毒不严密，就可患子宫内膜炎、输卵管炎、盆腔炎，甚至盆腔腹膜炎。腹膜正常时，分泌少量浆液，能使腹部脏器在生理活动时减少相互摩擦。如发生了腹膜炎，浆液就增多，后期易造成壁层和脏层的粘连。轻者长期腹痛，重者发生肠梗阻。

第六节　泌尿系统

人体从消化系统消化吸收的营养物质，通过循环系统把“养料”送到全身各部，其最终代谢废物，主要靠泌尿系统以尿的形式排出体外。尿的质和量，可随机体需要不断改变，调节人体的水电解质与酸碱平衡，从而保持体内环境衡定。泌尿系统主要包括肾、输尿管、膀胱和尿道(图5—14)。肾脏日夜生成尿，经输尿管暂时储存于膀胱，当积储到一定量时，就经尿道一次排出体外。当肾有病时，常发生水电失衡（如肾性水肿）及酸碱失衡（如尿毒症致代谢性酸中毒）。

（一）肾　形如大豆，右左各一，内侧缘中部有一切迹，叫肾门。为肾动静脉，输尿管与淋巴、神经出入的门户。

每个肾，有一百多万肾单位。每个肾单位，由肾小体及肾小管组成。肾小体形成原尿以后，流经肾小管、集合管、

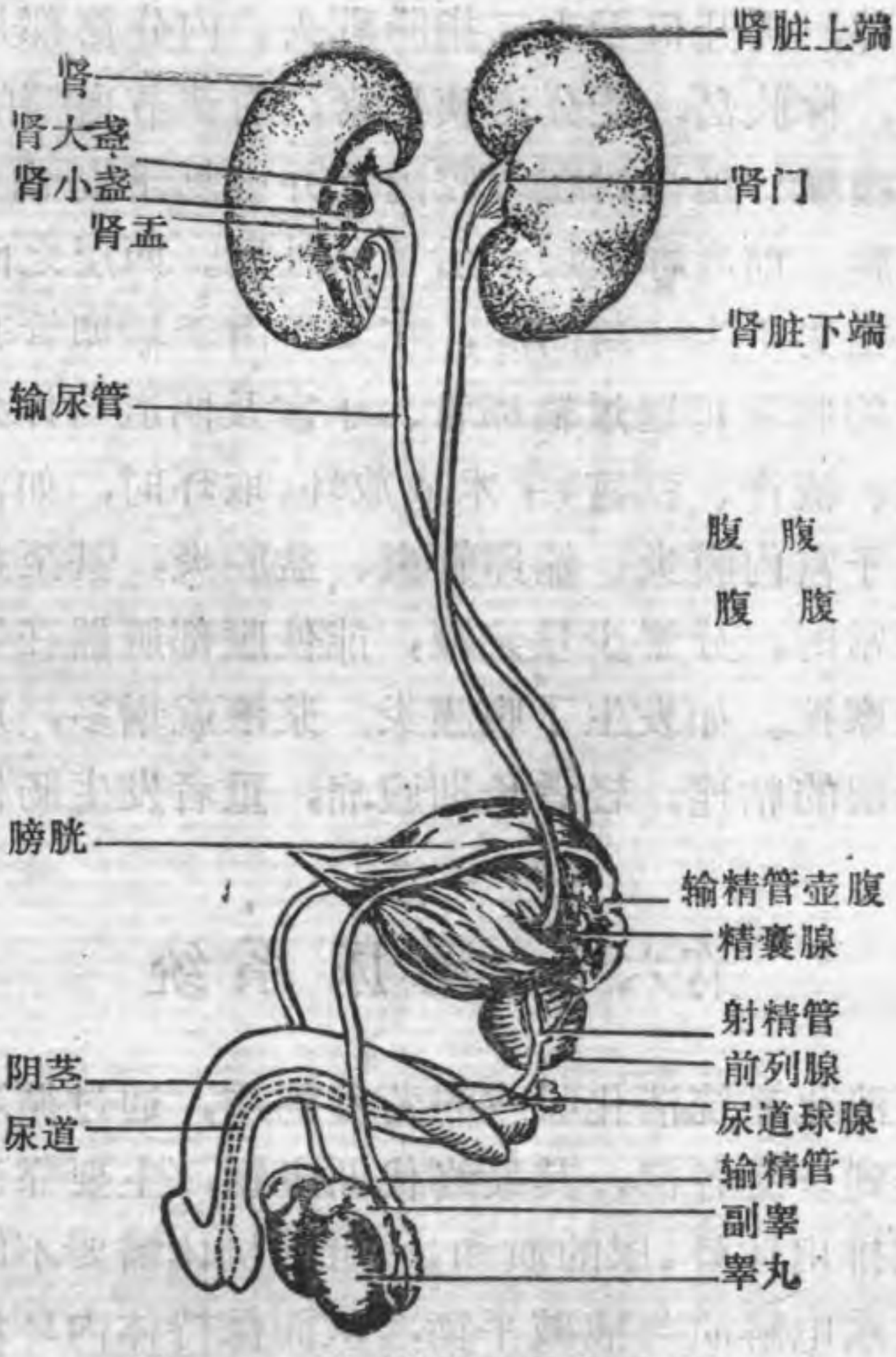


图5—14 人的泌尿生殖器（男）

乳头管、肾小盏、肾大盏而到肾盂。肾盂形如漏斗，尖通肾门，连输尿管。尿液即经此从肾排出。

正常成人每24小时排出的尿量约1,000—2,000毫升。尿量的多少，主要决定每天摄入水量及机体从其它途径（如出汗）排出的水量。尿外观淡黄，尿量减少时变深。不论用肉眼或显微镜观察，健康人体不应出现血尿，蛋白也只有微量，一般化验检查不能查出。尿的酸碱度，因食物性质而异。荤

素杂食的人，尿呈酸性，这是蛋白质分解后产生硫酸、磷酸所致。素食的人尿呈碱性，因蔬菜等代谢产物酸性较少。肾脏的主要生理功能有：1.分泌尿液，排出代谢废物。2 调节体内水电解质和酸碱平衡。3.调节血压（当血压或血容量下降时，能分泌肾素使血压上升）。4.分泌红细胞生成素（刺激骨髓制造红细胞，因此当肾功能衰竭时，常伴有贫血）等。

（二）输尿管　为一细长管道，起自肾盂，终止膀胱。主要机能是输送尿液。输尿管有三处狭窄：1.在与肾盂相接处。2.在越过髂血管处。3.在膀胱入口处。肾结石下降时，易在狭窄处嵌顿，引起绞痛。

（三）膀胱　是贮尿器官，伸缩性很大，成人膀胱容积平均约350—500毫升。膀胱空虚时，位于骨盆腔内，居耻骨联合的后方，当充满尿液时，可在耻骨联合以上触及，故当尿潴留时可在耻骨联合上方行膀胱穿刺术，不伤及腹膜

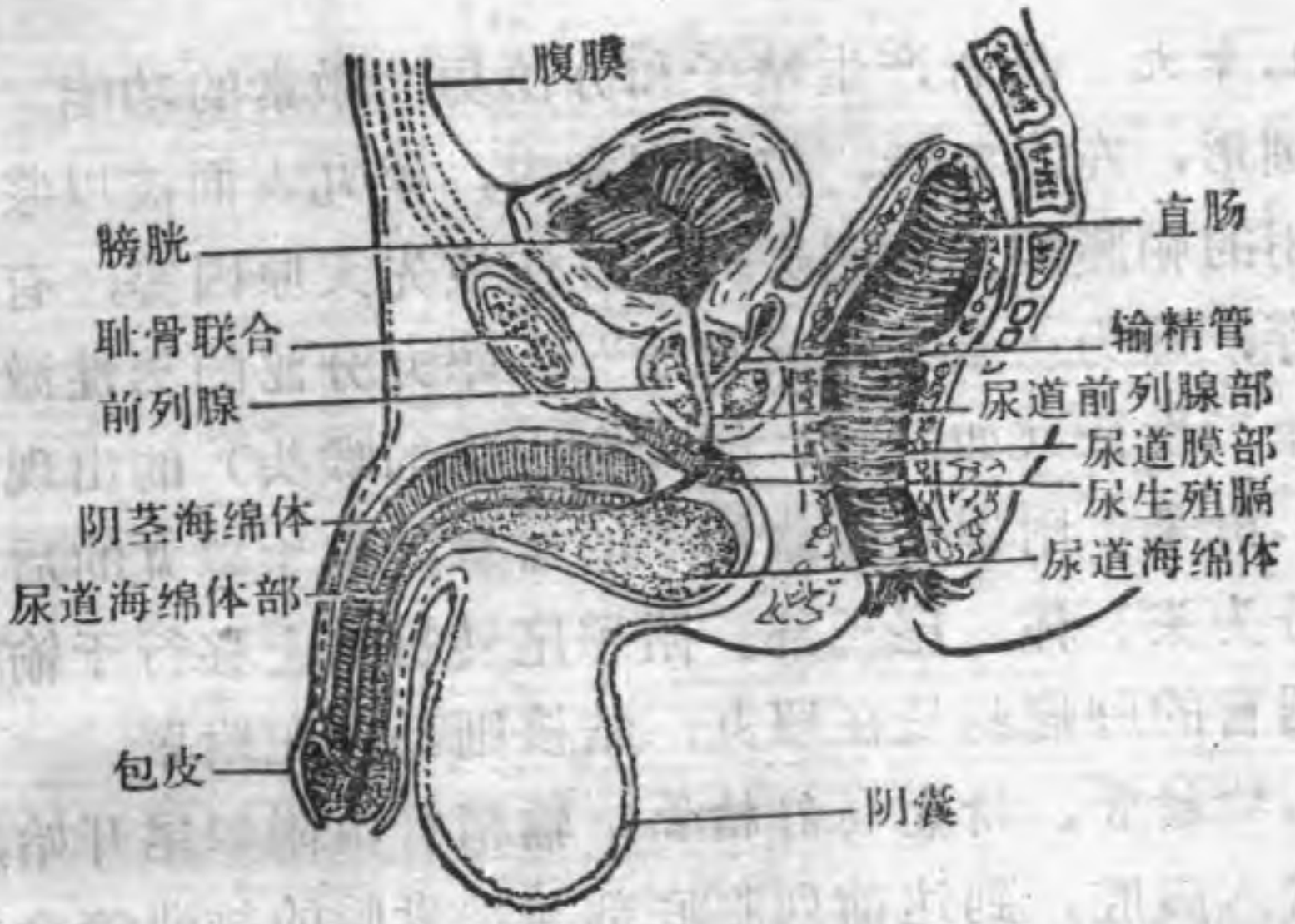


图5—15　泌尿生殖器官的位置关系（男）

（图 5—15）。

（四）尿道 是向体外排尿的管道。男女尿道的形态差别较大。女性尿道，长仅 3—5 厘米，既短又开口于阴道前庭，与外生殖器与肛门邻近。如不注意卫生，易引起逆行尿路感染。男性尿道较长，且有排精的作用。

第七节 生殖系统

生殖系统是进行个体繁殖的器官。男女生殖器官，均由产生生殖细胞的生殖腺（男为睾丸，女为卵巢），输送生殖细胞的管道和附性器官组成。按其所在位置，又可分为内生殖器和外生殖器。

（一）男性内生殖器 包括睾丸、附睾、输精管、射精管、精囊腺、前列腺和尿道球腺。外生殖器包括阴茎和阴囊。

1.睾丸 具有产生精子和分泌男性激素的功能。睾丸略呈卵圆形，左右各一，位于阴囊内，睾丸表面被以浆膜，构成密闭的鞘膜腔。如因炎症、外伤或先天原因等，有过量液体积存，即为“睾丸鞘膜积液”。睾丸分泌的男性激素，可刺激第二性征（如发音、胡须和突出的喉头）的出现。

2.附睾 附睾是储藏精子的器官，位于睾丸的后上缘，附睾分为头、体、尾三部。附睾尾转折向上移行于输精管。生殖器官的肿瘤易长在睾丸，结核则易侵犯附睾。

3.输精管、精囊和射精管 输精管由附睾尾开始，经腹股沟管入腹腔，到达前列腺底部与精囊腺的排泄管合并为射精管。射精管穿过前列腺，开口于尿道的前列腺部。

输精管壁较厚，粗细如火柴梗，在阴囊的根部，睾丸的后上方，很易摸到。这是施行输精管结扎术的部位。

精索为索状结构，由输精管、精索内动静脉、神经和淋巴管组成。精索静脉曲张和精索鞘膜积液，是这部位常见的两个疾病。

4.精囊腺与前列腺　精囊腺，位于膀胱的后面，无储藏精子的作用，但能分泌粘稠的液体，参与精液的组成。

前列腺，形态象栗子，紧贴膀胱下方。前列腺的后方是直肠。经过肛门做指诊，可触及其大小和硬度。有些老年人，腺内组织过度增生，即前列腺肥大，压迫尿道，可引起排尿困难。

射精时，精子由附睾经输精管到达射精管、尿道，并在此与精囊腺、前列腺等的分泌物，混合成精液，并由尿道排出。男性绝育手术，结扎输精管后，精子排出的道路被阻断，从而达到绝育的目的。新生的精子在附睾内被逐渐吸收，对身体并无影响。但上述腺体分泌物的排出，并无阻碍，故射精时，仍可射出无精子的液体。每次射精排出的精液，约2—4毫升，每毫升内约有六千万至一亿两千万个精子。如精子总数少，形态异常超过20%，或活力减退（不活动的超过15%，），均为不育症的原因。

5.阴茎　末端称阴茎头（龟头），阴茎头的尖端有尿道外口。有排尿及排精两种机能。

6.阴囊　阴囊是阴茎下后方的皮肤囊袋，容纳睾丸和附睾。胎儿时期，睾丸位于腹后壁，出生前逐渐下降至阴囊。如生后，睾丸未到达阴囊，叫隐睾。睾丸留在腹腔内，因温度较高，不适于精子发育，可影响生育。

（二）女性生殖器

1.骨盆　左右两边为髂骨、坐骨，前面是耻骨，后面是骶骨和尾骨。骨骼之间，有坚强的关节，由韧带或软骨相连接。女性骨盆薄而浅，入口大，成椭圆形或圆形，出口宽。耻骨弓角度为80—90°，便于胎儿娩出（图5—16）。

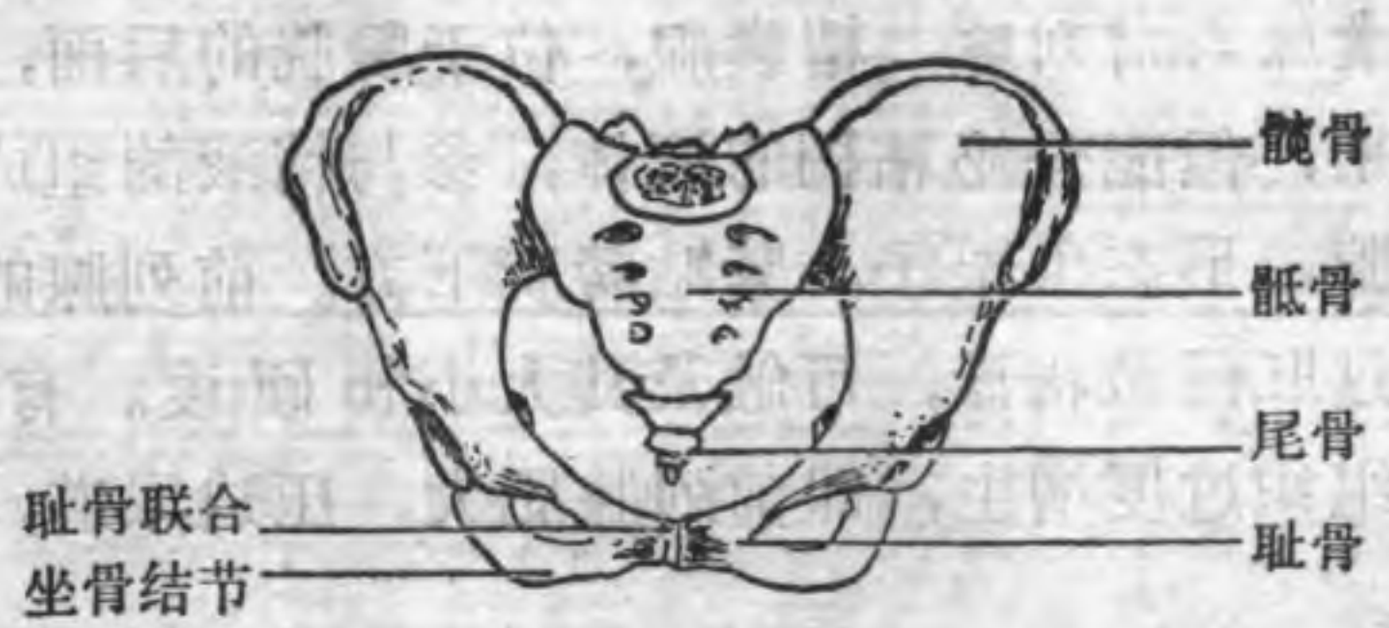


图5—16　正常女性骨盆

2.外生殖器　包括阴阜、大阴唇、小阴唇、阴蒂、阴道前庭、尿道口、前庭大腺、阴道口、处女膜和会阴（单指肛门和外生殖器之间的狭小区域）。

3.内生殖器　（图3—17.18）

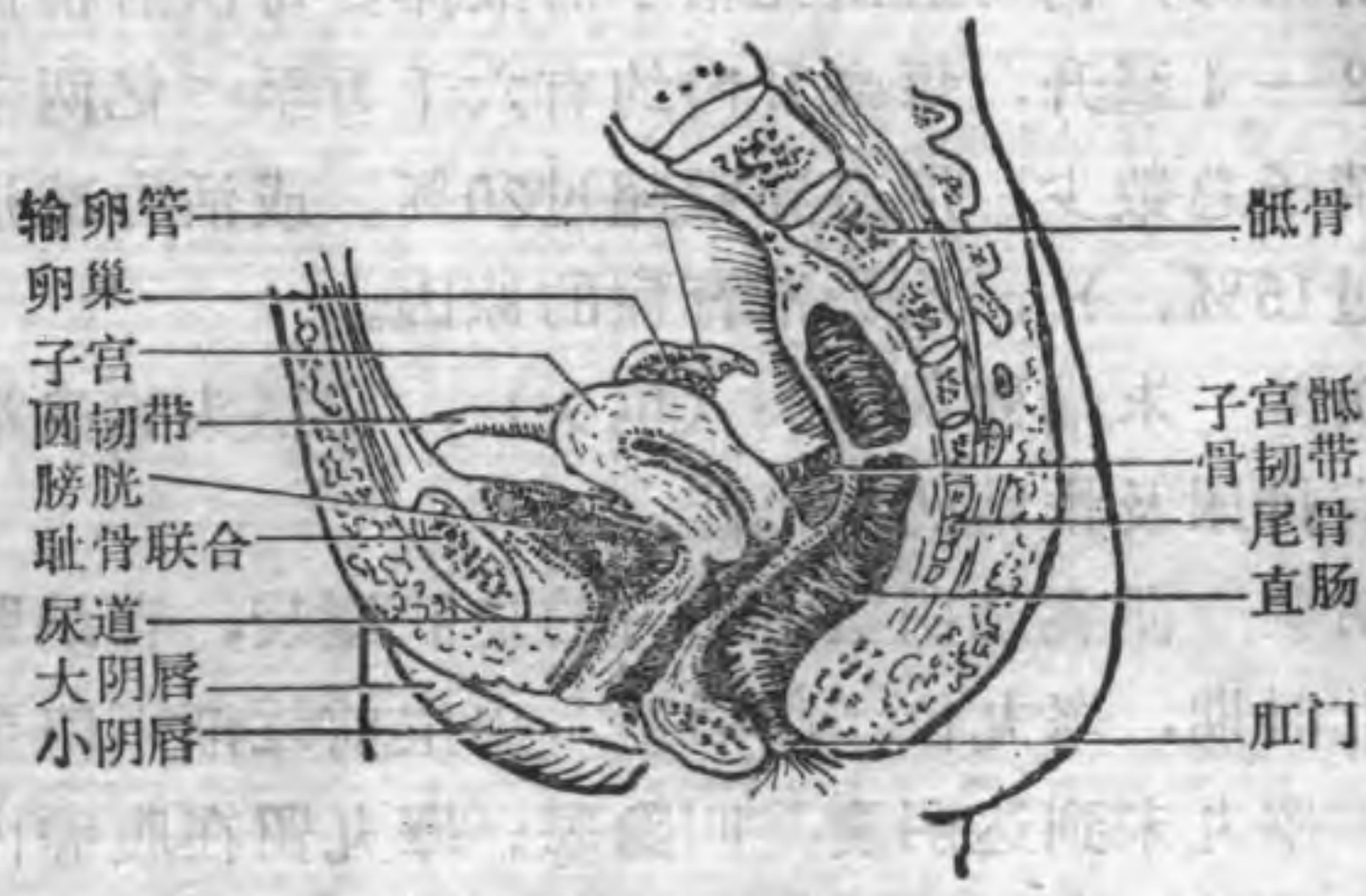


图5—17　女性内生殖器官（侧面观）



图5—18　女性生殖器官

（1）阴道　是连结内外生殖器伸缩性极大的管道。阴道上端围绕子宫颈的部分称“穹窿”，有前后左右之分，后穹窿与子宫直肠窝毗邻。下端开口于外阴。阴道前壁和膀胱、尿道相邻，后壁和直肠相邻。年轻妇女的阴道多皱襞，经过分娩就逐渐消失。

（2）子宫　胎儿生长和发育的地方，也是月经形成的地方。形状象倒放的前后稍扁的梨。子宫壁，分为浆膜、肌层、内膜三层，中间为一空腔，通过宫颈口与阴道相通。子宫可分为底、体、峡、颈四部，最上为底部，左右两侧有输卵管开口，中为子宫体，下为颈部，体与颈之间为峡部。子宫长约为7.5厘米。位置微向前屈，由圆韧带、阔韧带、子宫骶骨韧带三对韧带固定。子宫前面有膀胱，后面有直肠。

（3）输卵管　是输送卵子的管腔，左右各一，自子宫底角伸出。分为间质部、峡部、壶腹部、伞部四个部分，开口于腹腔。

（4）卵巢　是一对扁椭圆体器官，比拇指头稍大，位于子宫两侧，能产生卵子及分泌女性激素。

女性生殖器生理

女性生殖器官，在出生后十多年才发育成熟，可有三十多年的生理旺盛时期，以后它的机能逐渐衰退。

1.卵巢生理　卵巢系女性的性腺器官。它的主要功能为产生卵细胞和分泌性激素——雌激素（或称动情素、求偶素）及孕激素（或称黄体素）。

卵巢内含有许多大小不等的卵泡。卵泡逐渐发育成熟后，其中的卵子，就由卵巢内排出，经输卵管伞部进入其管腔中称为排卵，每月一次。卵子生存时间，约数小时至4—5天，排卵时间，大约在两次月经的中间。当卵子排出后，卵泡就再发育形成黄体。如果卵子受精，则黄体继续发育长大；若未受精，黄体在10天后就萎缩，过4～5天月经来潮。以上过程称为一个性周期，以后新的卵泡成熟再开始另一周期。

雌激素，是由成熟卵泡及黄体分泌，其主要作用是刺激性器官（主要是子宫及阴道）和乳腺的生长。

孕激素是由黄体所分泌，其作用是在雌激素的基础上，进一步促进子宫内膜及腺体的增生，帮助卵子种植及生长发育（受孕）刺激乳腺腺泡的生长。

卵巢本身能分泌性激素，形成性周期。但另一方面，它的机能与脑垂体前叶分泌的促性腺激素——卵泡刺激素及黄体生成素。卵泡刺激素促使卵泡生长发育，并使成熟卵泡进行排卵。黄体生成素促进黄体的生长和分泌。但反过来，当卵巢的激素分泌过多时，又能抑制垂体前叶分泌激素。

2.月经生理　随着卵巢的影响，使子宫内膜，也发生周期性的变化，由增生、分泌至脱落而出血。这种周期性的

子宫出血，就称为月经。一般月经周期为28天。

按照子宫内膜的变化，可以分为三个时期。

（1）月经期　是月经周期的第1～5天。表现为子宫内膜组织坏死脱落及血管破裂出血后，从阴道流出。每次出血量，约100毫升左右。

（2）增生期　是月经期的第6～14天。由于卵泡刺激素的影响，卵泡逐步发育长大，分泌雌激素，使子宫内膜的上皮组织逐渐增生变厚，其中的腺体也逐渐发育增长。在此期的最后阶段，卵泡破裂而排卵，黄体形成。

（3）分泌期　是月经周期的第14～28天。由于黄体的形成，分泌孕激素后与雌激素共同作用下，使子宫内膜的腺体呈分泌状态，组织充血与水肿。此期的子宫内膜是为受精卵种植作好准备。如卵子未受精，黄体就开始萎缩，雌激素及孕激素量迅速下降，使子宫内膜组织缺血后坏死。

第八节　感觉器官

是人们接触世界、认识世界的重要器官，离开了感觉器官的活动，人们就不可能认识世界。眼、耳、鼻、舌和皮肤，是人体的五个感觉器官。其中鼻、舌已在呼吸系统和消化系统内讲述过。这里主要介绍眼、耳、皮肤的构造和功能。

（一）眼　眼是视器。包括眼球和其附属器，如眼睑、结合膜、泪器（图5—19）和眼外肌。

眼睑外有薄层皮肤，因其皮下组织疏松，全身轻度浮肿，常先在此处察觉。结合膜类似粘膜，衬在眼睑内面及眼

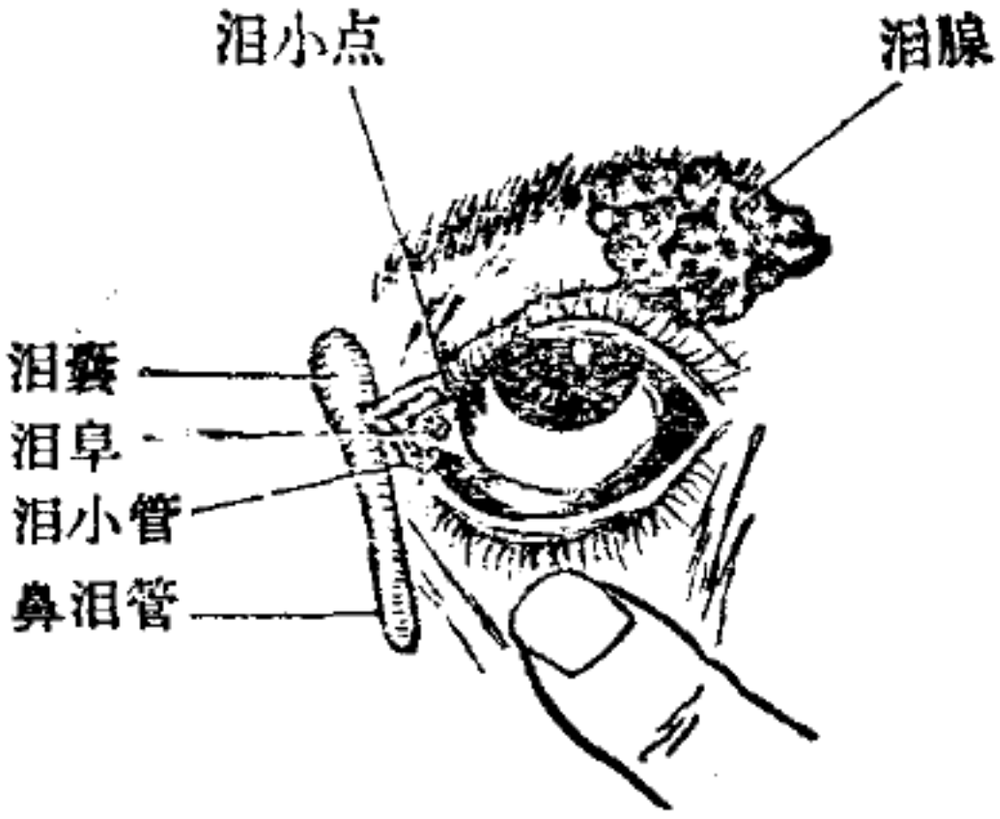


图5—19 泪器

球前面。眼结合膜容易发生沙眼。

泪器包括泪腺及泪道。泪腺分泌泪液，用以湿润角膜，洗除灰尘。泪经鼻泪管通鼻腔，因此痛哭时常抽泣。

眼球是极重要又柔嫩的器官，眼睑、眼眶，均有保护作用。眼球活动度极大，靠六条眼外肌协调配合。

眼球壁有三层膜：外层为巩膜及角膜。中层为脉络膜及睫状体、虹膜，内层为视网膜（图5—20），有感光能力。

视网膜上有动静脉及视神经乳头，眼底镜可直接通过瞳孔检查视网膜。

光线通过眼球经过屈光系统，能使光线屈折，使焦点集中在视网膜，形成影像。屈光系统，包括：角膜、房水、晶状体、玻璃体。屈光不正，常因屈光系统调节障碍，如远视眼（俗称老花眼）。

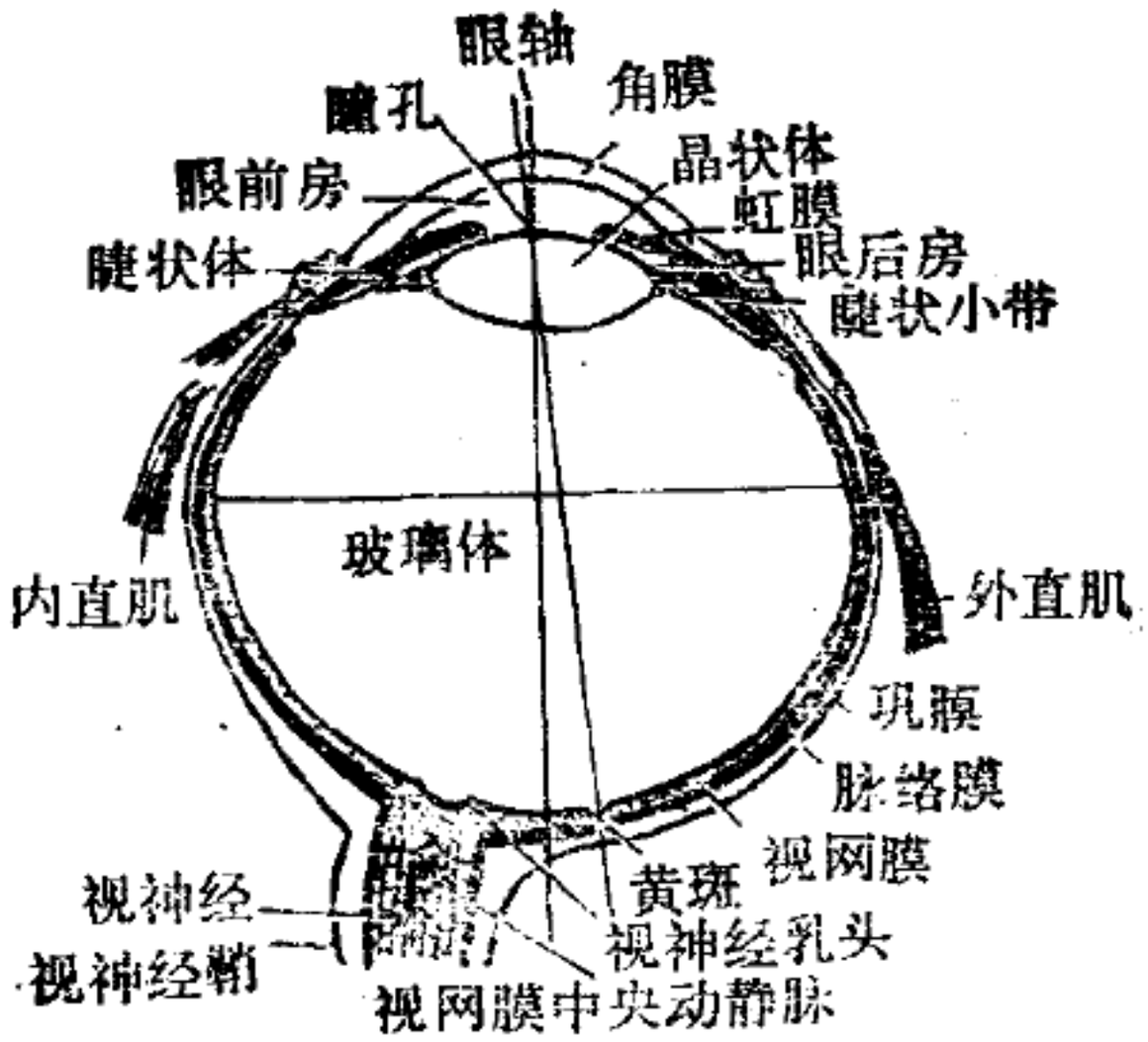


图5—20 眼球

（二）耳　由感受声波刺激的听器和感受头部位置的位觉器联合构成。分为外耳、中耳及内耳三部分（图5—21）。外耳与中耳传导声波。内耳是感受声音刺激和头部位置的感受器。



图5—21　外耳、中耳和内耳

外耳　包括耳廓、外耳道和鼓膜三部分。外耳道皮肤有腺体，分泌盯疒（即耳垢）。积聚过多，造成盯疒栓塞，影响听力。

中耳　包括鼓室、咽鼓管（又名耳咽管）和乳突小房三部分。咽鼓管连接鼻咽和鼓室，上呼吸道感染时，细菌或病毒，可通过此途径引起化脓性中耳炎。因此，上呼吸道感染时，不要用力擤鼻。擤鼻时，不能把两个鼻孔都压紧，应交替将鼻翼压紧。

内耳　也称迷路。可分三部。由后向前，分别为半规管、前庭和耳蜗。半规管和前庭，合称前庭器官，感受头部位置维持平衡的感觉，前庭器官兴奋性较高的人，常引起运

动病（晕车、晕船）。

（三）皮肤 覆盖于全身体表，有保护体内环境，防止细菌等外物侵袭，调节体温和排泄、吸收等功能。皮肤也能接受冷、热、痛、触、压等感觉。所以皮肤也是感觉器官。

皮肤的附属结构，有毛发、皮脂腺、汗腺、指（趾）甲等。

第九节 神经系统

人体虽然分成许多系统，各有不同功能，但各系统之间，又保持着密切联系，而神经系统在维持机体内部各系统之间的功能与平衡，起着主导的、决定的作用。

神经系统除了控制和调节人体各器官和各系统之间的活动，使其协调一致外，它在维持机体和外界环境的对立统一关系中，也起着主导作用。

例如，人的手碰到火后，立即缩回，这是一种防御性反应，这些反应也是在神经系统参与下完成的。在进化过程中，动物越高级，神经系统越完善，对于内外环境的调节和适应也就越精密。这些精密的调整和适应能力，一般是由神经系统的最高级部位——大脑皮质来完成的。在人类，大脑皮质不仅是机体活动的主导者，而且是人类进行思维的物质基础。

神经系统按其机能，可分为躯体性神经和植物性神经两种。这两种神经按其部位，又均分为中枢神经（包括脑及脊髓，分别位于颅腔和椎管内。）及周围神经（包括脑神经、脊神经、交感神经和副交感神经。）现将其列表如下：

神经系统
- 躯体性神经
  - 中枢神经：脑、脊髓
  - 周围神经：脑神经、脊神经
- 植物性神经
  - 中枢神经：脑、脊髓
  - 周围神经：交感神经、副交感神经

（一）中枢神经

中枢神经包括脑和脊髓。脊髓形态比较简单。

1．脊髓

（1）脊髓的位置和形态：脊髓位于椎管内，上端在枕骨大孔处与延髓相连，下端达第一、二腰椎之间的平面处（小儿可达第三腰椎平面）突然变细，形成脊髓圆锥。脊髓全长约42—45厘米，可分颈、胸、腰、骶、尾五部(图5—22)。各部粗细不同，连接上肢和下肢的部分较粗大，形成颈膨大和腰膨大。

（2）脊髓的分段：脊神经成对排列，共31对：即颈神经8对，胸神经12对，腰神经5对，骶神经5对，尾神经1对。因此，整个脊髓也可借31对脊神经，分为相应的31段（即颈髓8段、胸髓12段、腰髓5段、骶髓5段及尾髓1段）（图5—23）。

脊髓下端只达第一、二腰椎之间平面，第二腰椎以下的椎管内已无脊髓，仅为骶神经根所充满，临床上常在第三、四腰椎间进行腰椎穿刺，不致于损伤脊髓。脊椎骨位于脊髓的外周，如有骨折脱位，使骨片压迫脊髓，就会产生受压部位以下的感觉及运动的障碍，临床上称截瘫。

（3）脊髓的被膜：脊髓外面有三层结缔组织膜，由外

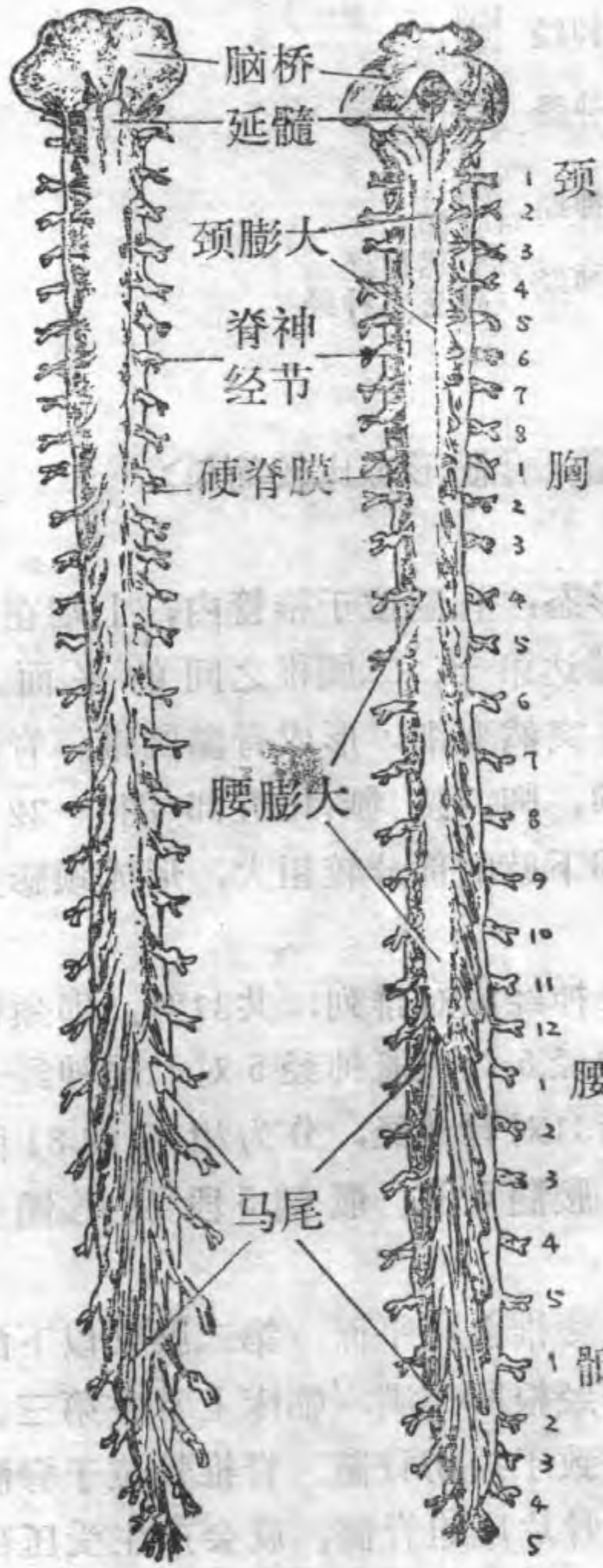


图5—22 脊髓外形



图5—23 脊髓节段（神经根和椎骨的位置关系）

向内为：硬脊膜、蛛网膜和软脊膜（图5—24）。

蛛网膜和软脊膜之间，为蛛网膜下腔，腰椎穿刺即刺入此腔。

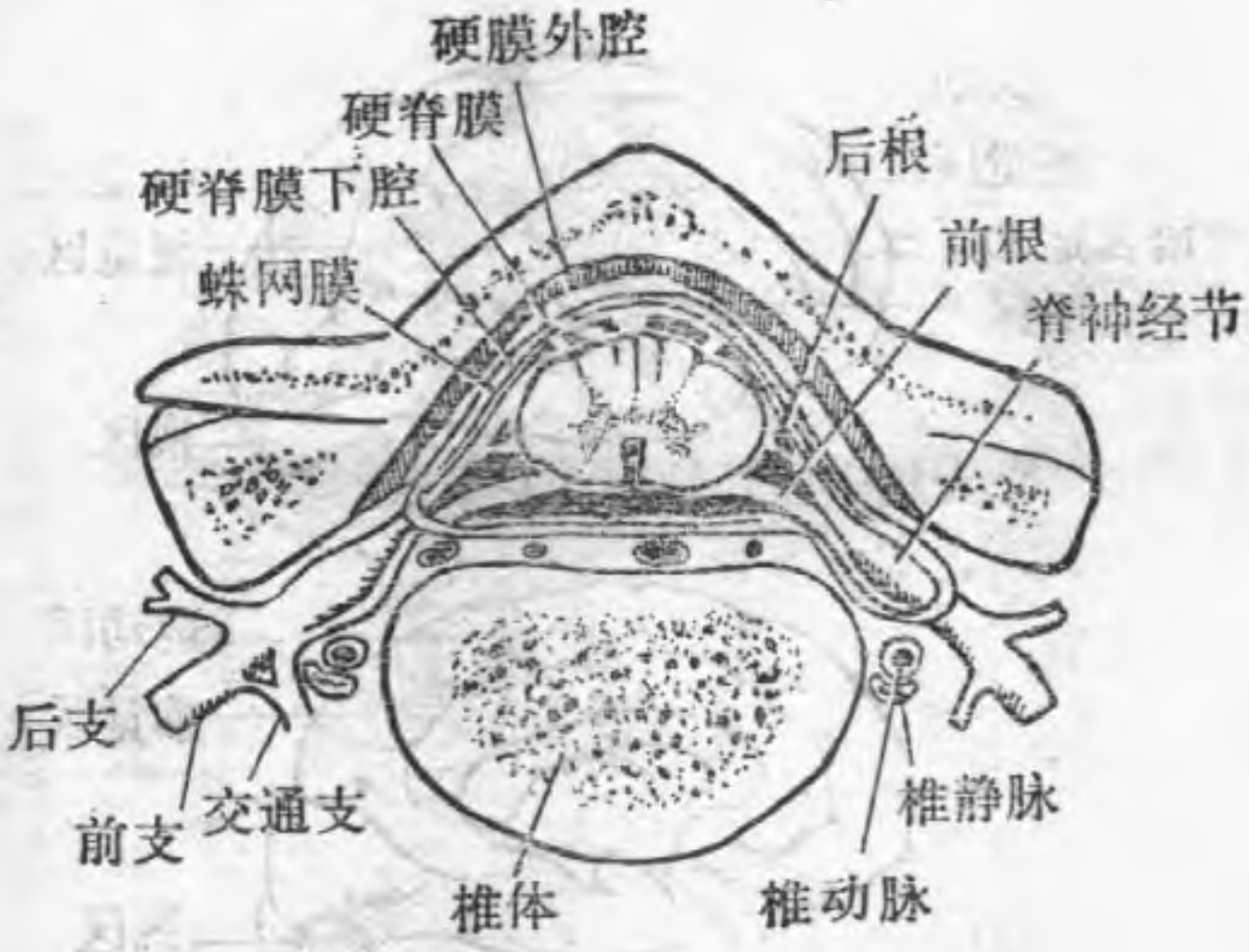


图5—24　脊髓的被膜

2．脑

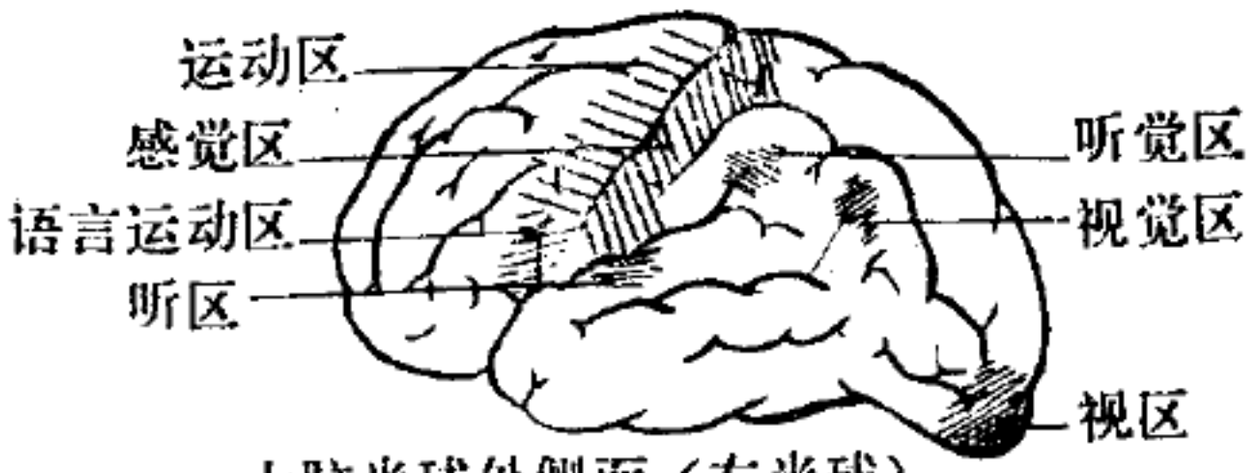
脑的构造和功能与脊髓有许多共同点，但比脊髓复杂的多。

脑位于颅腔内，分为脑干、小脑、间脑和大脑半球。

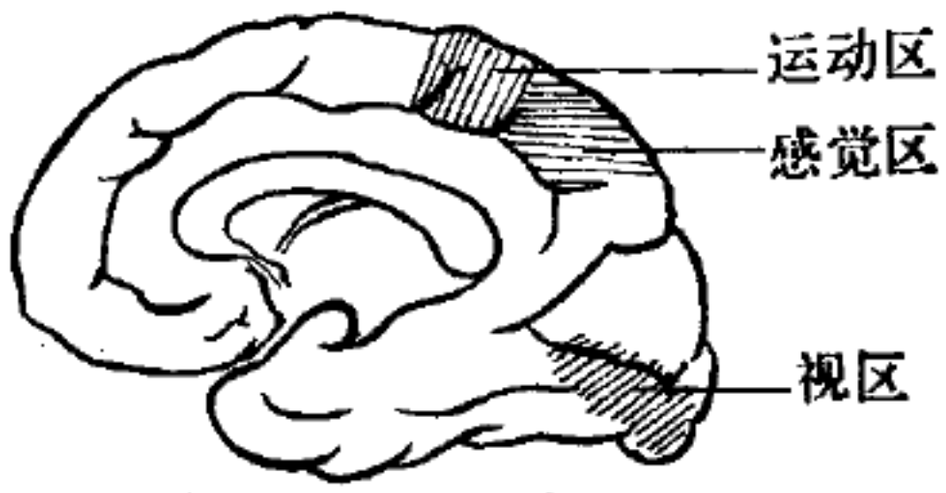
（1）脑干：脑干包括延髓、桥脑和中脑三部分。延髓位置最低，下端连脊髓；桥脑位于中间；中脑在最上方与间脑相连。脑干背面覆盖着小脑。它是大脑、小脑、脊髓间的重要联络通道。

（2）大脑半球：位于半球表面的大脑皮质，各处厚度并不相同。大脑皮质做为一个整体，是调节全身活动的最高中枢，其中各部分在机能上，又有相对的分工。如中央前回，主要管随意运动，是大脑皮质的运动区。该回上部主管下肢，下部主管头面部，象一个人体倒立的投影。中央后回主要管痛、温、触、压等躯体感觉，是大脑皮质的一般感觉区。此区的管理分布，也是人体倒立的投影。颞上回的中部管听觉，是听觉区。中央前回下端的前方管唇、舌、喉等肌

的运动，是语言运动区。此区损伤，可发生运动性失语症。



大脑半球外侧面（左半球）



大脑半球内侧面（右半球）

图5—25　大脑皮质机能分区

大脑枕叶后极和距状裂附近管视觉，是视觉区（图5—25）。边缘叶与内脏活动有关，是植物性神经的高级中枢。但是，必须指出，这些机能分区只是相对的。例如，管运动的神经元，在皮质的分布范围很广，只是在中央前回比较密集。如果中央前回某处受损，则其它神经元还可起一定的代偿作用。

（二）周围神经

周围神经包括脊神经、脑神经、交感神经和副交感神经。后两者属植物性周围神经。

1．脊神经：如前所述，脊神经从脊髓发出共31对。脊神经前支分别组成颈丛（颈1—4）、臂丛（颈5—8、胸1），胸神经12对（即肋间神经），骶丛（腰4—5、全部骶、尾脊神经）分布躯体及四肢。

2．脑神经：脑神经共12对。其名称由前向后为：（1）嗅神经。（2）视神经。（3）动眼神经。（4）滑车神经。（5）三叉神经。（6）外展神经。（7）面神经。（8）

位听神经。（9）舌咽神经。（10）迷走神经。（11）副神经。（12）舌下神经。

它们绝大部分，分布在头颈部器官，仅第10对（迷走神经）分布到胸、腹腔脏器。每对脊神经，都是混合性的，而脑神经则不完全如此。它们可分为感觉性的（包括1、2、8对脑神经），运动性的（包括3、4、6、11、12对脑神经）和混合性的（包括5、7、9、10对脑神经）三种。

3．交感神经和副交感神经：植物性神经分布于内脏、心血管和腺体，在大脑皮质的控制下，调节机体营养、呼吸、排泄、分泌等一系列生理活动，保证机体新陈代谢的正常进行。植物性神经的周围神经由交感神经和副交感神经两部分组成。他们的作用包括：

	交感神经系统	副交感神经系统
（1）	使心跳变快，血压升高。	使心跳变慢，血压降低。
（2）	使支气管平滑肌松弛。	使支气管平滑肌收缩。
（3）	使胃肠蠕动变慢。	使胃肠蠕动变快。
（4）	使汗腺分泌增多。	使汗腺分泌减少。
（5）	使瞳孔散大。	使瞳孔缩小。

第十节　内分泌系统

内分泌腺是人体中没有排泄管的腺体，其分泌物叫激素。激素不经过导管而直接由腺细胞透入毛细血管或淋巴管，经血液循环到身体各部，调节人体的代谢、生长、发育、生殖等重要功能。

人体的重要内分泌腺，有脑垂体、甲状腺、甲状旁腺、

肾上腺、胰岛和性腺等（图5—26）。

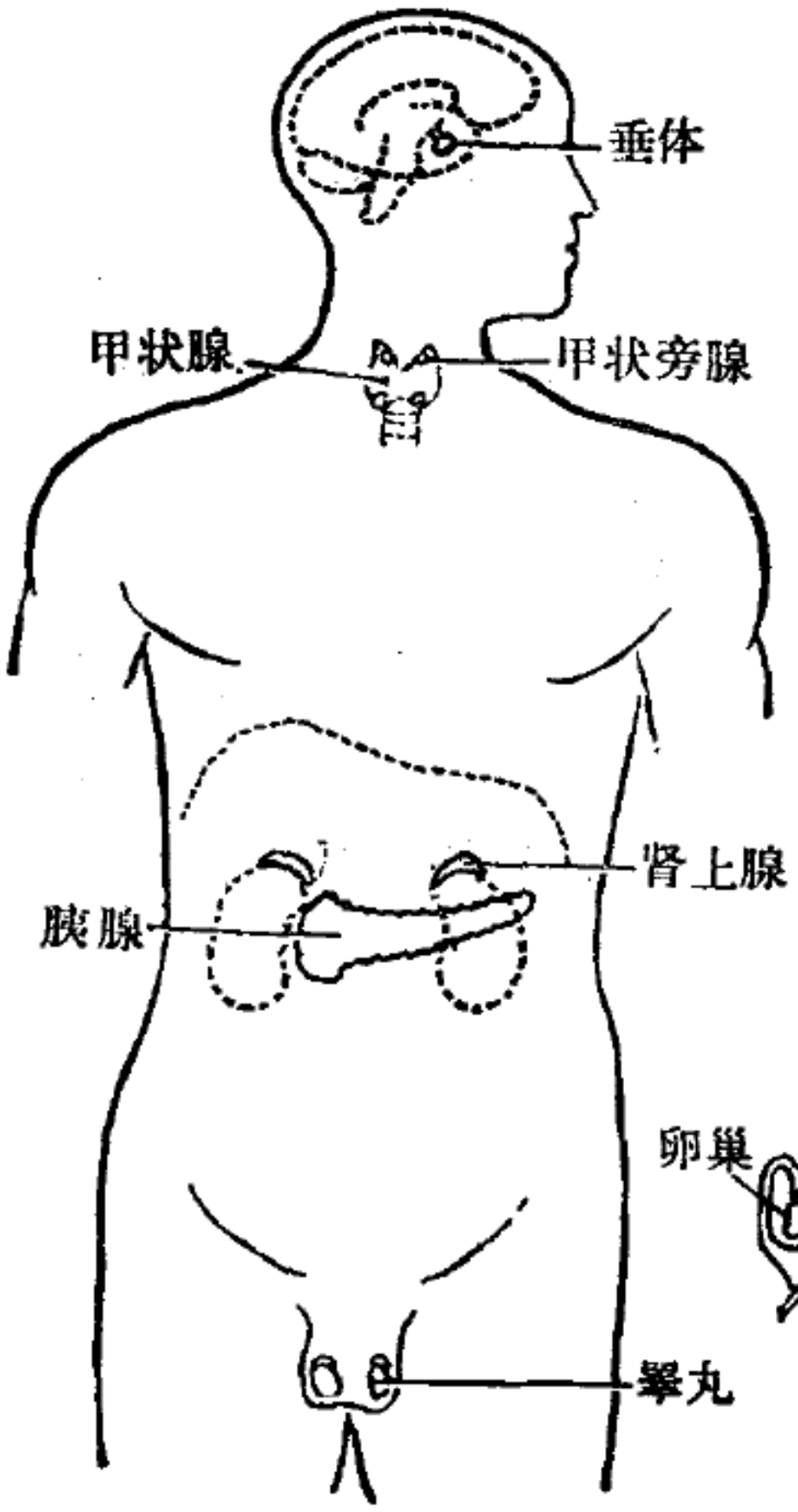


图5—26 人体各内分泌腺位置示意

胰岛与性腺已分别在消化系和生殖系叙述。

（一）甲状腺

甲状腺位于颈部，喉和气管的前方与两侧。甲状腺激素，有促进物质代谢、生长发育及增强神经系统兴奋性的作用。

（二）甲状旁腺

甲状旁腺呈扁卵圆形，位于甲状腺两侧叶的后面，一般左右均各两个。能分泌甲状旁腺激素。甲状旁腺激素的作用是调节体内钙和磷的代谢，维持血钙的正常水平，以保持神经和肌肉的正常兴奋性。

（三）肾上腺

肾上腺位于两肾上端，肾上腺可分为表面的皮质和内部的髓质。肾上腺皮质能分泌多种激素，统称皮质激素。其主要功能为调节水、盐和糖的代谢。

（四）脑垂体

脑垂体呈椭圆形，位于蝶骨的蝶鞍内，垂体前叶分泌的激素与代谢、生长，以及其它内分泌腺的活动有关。主要的激素有生长素、促性腺激素、促甲状腺激素、促肾上腺皮质激素、生乳素等。垂体后叶分泌抗利尿素、子宫收缩素。

第二章　疾病诊断

诊断疾病，就是对疾病进行调查研究的过程。赤脚医生应认真做好问诊（即采集病史）及体格检查两项调查。并进行“去粗取精，去伪存真，由此及彼，由表及里”的分析工作，最后作出正确地诊断。有条件的也可借助化验检查及特殊检查以辅助诊断。

第一节　问诊的内容

（一）一般项目　包括姓名、性别、年龄、婚姻、民族、籍贯、职业等。

（二）主诉　是病员诉说的主要症状及持续的时间。词句要简单扼要，如：“腹痛三小时”。

（三）现病史　就是病人主要疾病的发生、发展过程，是病史中最重要的部分，包括下列内容。

1．起病情况：何时、何地、如何开始、有无诱因、起病急骤或缓慢。

2．疾病的发展变化过程：即各种症状的全部演变过程

和病情的变化。应深入细致的询问。如病员诉说上腹部疼痛时，则应询问疼痛的部位、时间、性质、程度、引起的原因、缓解的方法，加剧的因素等等。

3.**诊治情况**：曾在何时、何地诊治过，治疗及用药情况。做过何种检查及结果。

4.一般情况：包括睡眠、食欲、大小便情况，体重增减等。

（四）过去病史 既往健康情况及患病情况，着重了解与现病有密切关系的病症。了解有无预防接种，患过什么传染病、外伤，作过什么手术及有无过敏的历史。

（五）个人史 病人出生地点及迁居情况，生活、劳动，饮食习惯，嗜好，职业等。

（六）婚姻史 曾否结婚。如已婚，女性病人问生育次数，有无流产、早产及死胎。如有死胎，应问死亡胎儿的胎次、月份及流产、早产的月份。

（七）月经史 经期准不准，量多少。有无疼经、白带史等。

（八）家族史 直系亲属的健康情况，有那些传染病和遗传性疾患。要详细问家族史，了解家族中有无同样的病人。

附：各系统疾病问诊提纲：

按系统询问时，应抓住重点，照顾全面，深入了解。

1．呼吸系统：有无咽痛、咳嗽、咳痰、咯血，呼吸困难，胸痛，发热，盗汗，体重改变等。

2．循环系统：有无心慌、气短，心前区痛，与劳动及体位的关系，头痛、耳鸣，失眠，发绀，水肿，过

去血压情况。

3．消化系统：有无食欲改变，吞咽困难，恶心、呕吐、呕血、反酸、嗳气，腹痛、腹胀、腹泻，便秘、黑便及血便，黄疸，腹内包块等。

4．泌尿生殖系统：有无水肿、腰痛及其部位和放射区，排尿改变（尿频、尿急、尿痛、尿血、排尿困难等），头痛，视力障碍。

5．血液系统：有无头晕、耳鸣，疲倦无力，肤色苍白，皮肤粘膜出血，呕血、便血，黄疸，淋巴结及肝脾肿大等。

6．神经系统：有无头痛、失眠，意识障碍，痉挛、瘫痪、视力障碍，感觉失常等。

第二节　症状鉴别要点

对症状的识别，是了解疾病的开始。必须对症状做由表及里的具体分析，找出其特点与规律性。

（一）不同疾病，往往具有不同的症状，如伤风时流鼻涕，打喷嚏；肺炎的发热、咳嗽；急性胃肠炎的呕吐与腹泻；心脏病的心悸、气短与浮肿等。

（二）不同疾病，可具有相同的症状，如肺结核、支气管扩张、肺癌三者同属呼吸系统的不同疾病，但都可能出现相同症状——咯血；又如心脏病与肺部疾病，是不同系统的疾病，也可出现相同症状——呼吸困难（即使相同症状本身，仍各有其特点，必须仔细区别）。

（三）同一种疾病可具有不同的症状，如急性心肌梗塞

的患者。多数表现为典型心前区疼痛，但也有少数心肌梗塞，表现为类似胆石症的上腹绞痛，甚至可以毫无疼痛。

（四）每种疾病，都具有一个、两个或两个以上的主要症状。此外，尚可出现多种不同的伴随症状。如溃疡病大出血排黑便，吐咖啡样胃液，可同时伴有头晕，心悸，口渴，出冷汗等症状。

（五）疾病发生、发展的不同阶段，症状会发生相应的变化。因而，症状的变化，具有明显的时间性。如伤寒病，发病开始，表现发热是逐步上升，一周后则表现为高热持续不退，呈现为时二周的稽留热，此后体温又可自行逐渐下降，又如阑尾炎早期，可表现为上腹痛，但随着时间的推移，而转为右下腹痛。

上述几点，是询问和记录病情（病史）的主要内容，也是调查疾病，认识疾病的第一步。必须引起我们的重视。

第三节 体格检查

体格检查是赤脚医生通过自己的眼、耳、鼻、手等器官和听诊器等简便器械，对病人进行望、触、叩、听的客观检查。它和问诊都是诊断疾病最基本的方法。对于疾病诊断，这些方法既简使又实用。因此，应重视并掌握这些方法。

望、触、叩、听等物理检查的目的，在于发现异常体征（如巩膜黄染、胸部触觉语音震颤增强、肝脾肿大，心界扩大、肺部罗音、心脏杂音等）。但要识别异常体征，必须先熟悉什么是正常体征。

查体时要关心、体贴病员，操作要轻巧准确，以免加重

病员的痛苦。

查体要求全面、系统、细致、认真，查体顺序，一般是从头到脚，从前到后。重危病员及病儿，可酌情改变顺序。

（一）一般状况、皮肤及淋巴结的检查：

1.体温、脉搏、呼吸和血压：

（1）体温　测量体温的方法，有口腔、腋下及肛门三种。一般试腋下表，正常为36—37℃，口表比腋表略高，肛表比腋表高0.5°℃。体温37.5—38℃为低热，38—39℃为中等热，39—40℃为高热，41℃以上为过高热。

常见热型：

稽留热　持续39℃以上，波动小，日差不超过1℃。见于伤寒。

弛张热　持续发热，体温昼夜波动2℃左右。见于化脓性疾患如肺脓肿。

间歇热　间日或三日发作一次高热。见于疟疾。

不规则热　指发热无一定规律，时高时低。见于风湿热、流行性感冒等。

（2）脉搏　注意速率（每分钟次数）及节律（正常的节律是规则，强弱相等）。

（3）呼吸　应注意呼吸的类型、性质、频率、节律及深度。妇女和青年人，呼吸多以肋间肌运动为主（称胸式呼吸）。儿童及成年男子，呼吸多以膈肌运动为主，腹部运动显著（称腹式呼吸）。呼吸与脉博之比，约为1：4。

（4）血压　初诊及重危病人，应测量血压。复诊根据病情，需要时复查。

测量血压的方法及注意事项：测血压前，先让病人休息

5—15分钟。取坐位或仰卧位。裸露上臂，使肱动脉的位置与右心房在同一高度（即在坐位时与第四肋骨同高，仰卧位时与腋中线同高）并外展45°，将血压计气袖缠在距肘窝上约2—3厘米处，松紧适宜。在听诊前，先摸好肱动脉搏动最强点，作为听诊部位。然后向气袖内打气，直至桡动脉搏动消失，再使压力表上水银柱上升20—30毫米。将听筒放在肱动脉（肘窝）处。再缓缓放气，至听到第一声搏动音，此时压力表上的读数即为收缩压。在继续放气过程中，声音由强突然变弱（或消失）时的读数即为舒张压。

血压的正常值及临床意义：40岁以下的健康成人，收缩压约为90—130毫米汞柱，舒张压约为60—90毫米汞柱。40岁以后，年龄每增长10岁，收缩压约增高10毫米汞柱。血压高于正常值上界，称为血压升高。临床上舒张压增高的意义较收缩压增高为大。若收缩压与舒张压均低于正常的最低值，称为低血压。

2.发育、体质：

（1）发育　以身长、体重和身体各部分的对称性，与年龄相比较来估计。

（2）体质　以体型和营养状况来判定，毛发润泽，皮下脂肪丰满，肌肉发达为体质正常。

3.意识状态：正常人意识清楚，某些疾病可引起各种程度意识障碍。临床上分为意识模糊，谵妄，嗜睡，昏迷等。

4.体位：正常人体位自如。体位变动需由他人协助，称被动体位，见于昏迷病人。病员被迫采取特定的姿势以缓解病痛，称强迫体位。如哮喘发作时，病员常取前倾坐位。

5.皮肤：注意观察皮肤的色泽。如有无黄疸，发绀，出

血点及皮疹等。

6.水肿：皮下组织，有过多的水分潴留，易发生于皮下组织疏松处，或下垂部位，如眼睑、踝关节附近等部位。轻度浮肿不易观察，以手指按压胫骨前及踝部皮肤，如有凹陷迟迟不易恢复，称可凹性水肿。全身性浮肿，可见于营养不良，肾炎及严重肝病等。坠积性浮肿，多发生在下垂部位，见于心功能不全。

7.淋巴结：正常淋巴结不肿大，或仅在颌下、腹股沟处触到。

表浅淋巴结检查部位：耳后、颌下、颈部、锁骨上窝、腹股沟等处。

检查时，注意淋巴结的大小、数目、硬度，有无压痛，活动度等。

肿大主要原因：（1）炎症感染。（2）结核。（3）肿瘤。（4）邻近肿瘤的转移。

（二）头颈部的检查：

1.头颅：观察头颅的大小、形状，对儿科疾病的意义较大。如佝偻病时，呈方形头。一岁以内，前囟未闭合，当颅内压增高时前囟突起，脱水时前囟凹陷。

2.眼：

（1）眼睑　有无浮肿，睑结合膜颜色，有无充血，水肿，颗粒及瘢痕等。

（2）眼球　有无突出，运动情况。球结合膜有无充血。巩膜有无黄染。角膜有无混浊、溃疡、白斑。瞳孔大小，是否等圆等大，对光反射是否正常。视力是否正常，有无畏光、视力减退、夜盲、色盲等。

3.耳：听力如何，外耳道有无脓液、分泌物，乳突有无压痛。

4.鼻：通气如何，有无分泌物、出血，有无副鼻窦压痛。

5.口腔：

（1）口唇　注意色泽有无苍白、发绀、色素沉着或泡疹。

（2）牙齿　注意数目、缺齿、龋齿。

（3）牙龈　有无红肿、出血、溢脓。口腔粘膜有无泡疹、溃疡、出血。

6.舌：舌的变化，对某些疾病的诊断很有价值。祖国医学对舌诊尤为重视。舌伸出时，偏向一侧，为舌下神经麻痹之征，祖国医学认为是中风。甲状腺机能亢进的病人，舌伸出时，常发颤抖，祖国医学认为可能是肝阳上亢。低血色素性贫血，舌乳头萎缩，舌面平滑。核黄素缺乏时，舌上可有不规则的隆起上皮（地图状舌）。猩红热病人的舌，呈草莓状（桑椹舌），舌乳头增大而突出，呈鲜红色。

舌苔　注意干、湿及其颜色。正常人舌面上有薄薄的白苔。

7.咽及扁桃体：咽部有无充血、溃疡、假膜，扁桃体有无肿大、化脓。咽后壁淋巴滤泡有无增生，咽反射存在否。

8.颈部检查

（1）颈部活动情况：正常颈部柔软，活动自如。活动障碍，见于斜颈、颈肌挛缩、落枕及颈椎疾病。颈强直，见于脑膜受刺激，如脑膜炎等。

（2）淋巴结肿大：最常见为炎症和结核。后者淋巴结大小不等，易与周围组织粘连，常发生瘘管，愈后有收缩性瘢痕。较少见的有白血病、何杰金氏病、淋巴肉瘤、转移癌等。

（3）甲状腺：检查时，可用手指触摸颈部甲状软骨下气管两旁，让病人作吞咽动作。肿大的甲状腺，随吞咽活动而上下移动，借以与非甲状腺肿物相鉴别。同时，应注意甲状腺肿大的程度、硬度、有无压痛、结节、震颤及血管杂音等。

（4）气管：将食指与中指，置于胸骨上窝部触摸气管位置。正常气管居中，胸内病变可引起气管偏移。如大量胸腔积液、积气、纵膈肿瘤等，气管移向健侧，肺不张时，气管移向患侧。

（5）血管：观察有无颈静脉怒张与颈动脉搏动。正常人坐位时，颈静脉不明显，卧位时，可见充盈。如坐位时，即可见颈静脉充盈或怒张，则表示上腔静脉回流受阻，见于心力衰竭、心包炎等。

正常人一般看不到颈动脉搏动，但当心排血量增加时，则可见明显的颈动脉搏动。临床可见于主动脉瓣关闭不全、高血压、甲状腺机能亢进、严重贫血等。

（三）肺部检查：

1.望诊：注意胸廓形态及呼吸运动。

（1）胸廓的形态　正常人胸廓两侧对称，呈扁圆形，左右径大于前后径。婴儿近似圆形。老人常呈桶状。病态变化可见扁平胸、桶状胸、软骨病胸等（图5—27）。

（2）呼吸运动　正常情况下，呼吸节律均匀，两侧对称。病理状态下，可见呼吸困难，病侧呼吸运动减弱。

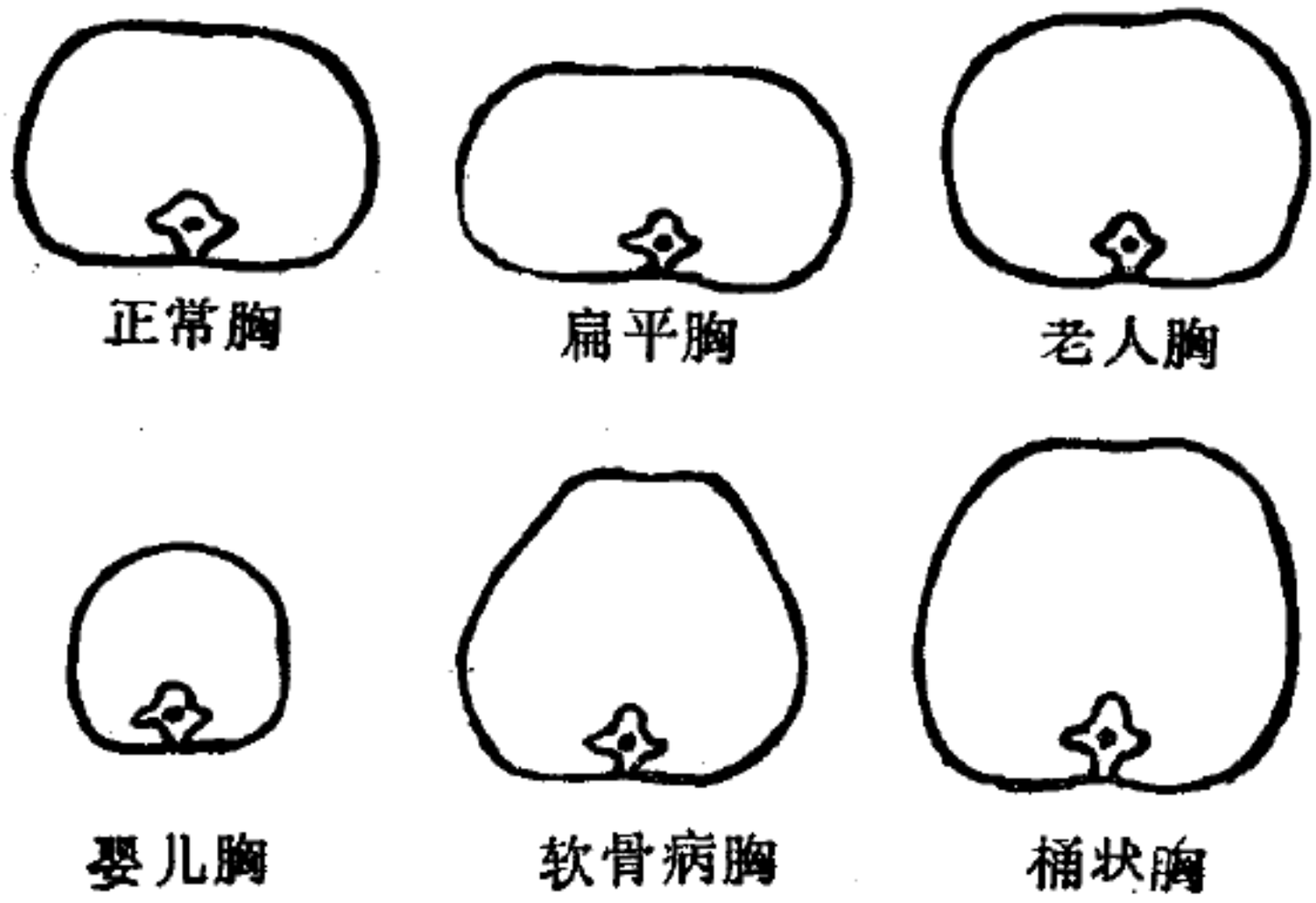


图5—27　胸廓的形态

2.触诊：

（1）语音震颤（触觉震颤）　将两手平贴在胸廓两侧对称部位，嘱病人重复数“一、二、三”，或拉长声音说“一”字，检查者的手，感觉到的震动，即为语音震颤。语颤的产生，是由于发音使喉头震动，声波通过气管，经肺传到胸壁，使胸壁发生震动而引起。

正常人胸廓的不同部位，肺组织与支气管的毗邻各有差异，因而，同一人胸廓的不同部位上，语颤的强弱亦不一样。如前胸上部（靠近声门）比下部强；背部下比上强（上部骨骼及肌肉较厚）；右胸上部较左上部强（右肺尖靠气管较近）；肩胛间区较背部其它部位强（肌肉薄，接近气管）。在肺含气量减少时(如肺的炎性浸润、肺实变、肺梗塞等)，病变部位语颤也增强。任何阻碍声波由声门传至胸壁的因素，均可使语颤减弱，如支气管阻塞、胸腔积液、肺气肿等。

总之，气管、支气管是否通畅，肺泡含气状态，肺组织

的呼吸动度及胸壁的厚薄，都会影响语颤，必须进行仔细认真的区分。

（2）摩擦感　正常人无此感觉。当胸膜因炎症或肿瘤侵犯，使表面粗糙不平，在深呼吸时两层胸膜摩擦，即可在病部胸壁上触到摩擦感。这是干性胸腺炎的体征之一。一般在呼吸动度较大的部位容易扪到（腋部5—7肋间）。

胸部触诊时，还要注意胸壁有无压痛，胸壁抵抗力如何，皮下气肿等。

3.叩诊：

（1）叩诊的方法

①直接叩诊法：用1—3个靠拢而半屈的手指，直接轻击被叩部位，可与间接叩诊配合应用。

②间接叩诊法：用左手中指第二指节做“叩诊板”，紧贴平放于被叩部位，其余四指略抬起离开胸壁，用自然弯屈的右手中指指端为“叩诊槌”，叩打左手中指第二指节。

要注意以腕、指关节运动，灵活而富有弹性地叩打，打后右手中指立即抬起，叩打力量要均匀一致，同一部位可重复叩打数次，以积累印象，有利于正确判断音响的轻微差异。

（2）叩诊的顺序　病人取坐位或卧位，一般是沿着肋间隙，先前胸，后背部，自上而下，由外向内，左右两侧对称部位比较叩诊。

（3）叩音种类　人体各组织的构造和含气量不同，产生的声音也不一样。按其性质、强弱、声音长短，分为四种：

清音　叩打正常人肺脏时，出现清音，由于肺含气量多，弹性大，叩击时音波振动的幅度大而音强。

鼓音　叩击含大量气体的空腔，并且腔内张力较高时，

引起单纯而规则的振动，其特点是音调较清音高，音响较长。正常人在左胸下部叩诊呈半月状鼓音区，称“胃泡鼓音区”，是由于含气的胃所形成。

浊音　叩打含气组织与重叠的实质器官时，如叩肝及心脏的相对浊音区（被肺组织遮盖的部分）时，出现浊音，音波振动的幅度较小而音弱。

实音　重度浊音，称为实音。叩打不含气体的脏器，如心、肝等时，出现实音。音调较浊音高，音响更短。

（4）肺下界与肺底的移动范围　叩肺下界，应由上向下，先右后左，平行于肋间，正常肺下界：锁骨中线第六肋，腋中线第八肋，肩胛线第十肋。肺下界随人的胖瘦而有变异，肥胖者可上升一肋，瘦弱者可下降一肋。

正常深呼吸时，肺下缘有一定范围的移动度，通常是6—8厘米。当肺及胸膜有病变时，肺下缘移动度减弱或消失。

（5）肺部病理叩诊音　正常肺的清音区，如果出现浊、实、鼓音或过度反响，属于有病。

病理性浊音与实音：

浊音　常见于肺炎、肺结核、肺化脓症。因肺含气量减少。

实音　见于胸腔积液、胸膜肥厚。

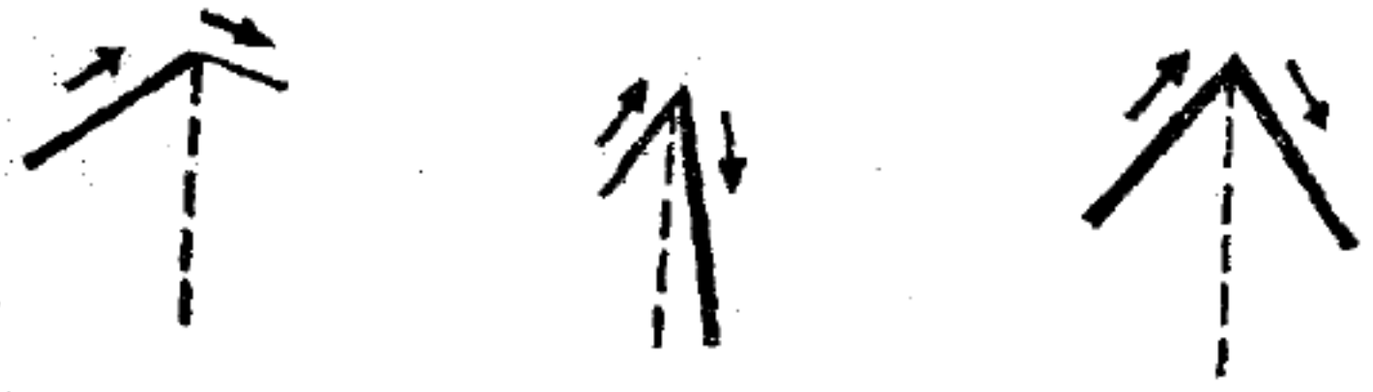
鼓音　见于气胸。

过清音（过度反响）　肺气肿时，肺泡内含气量增多，出现界于清音和鼓音之间的音响。

4.听诊：病人采取的体位及听诊顺序，与肺部叩诊时相同。但须嘱病人作平静、均匀而稍深的呼吸，有利于发现异

常呼吸音。

（1）正常呼吸音　正常肺部，可听到三种呼吸音（图5—28），其区别列表于下：



肺泡呼吸音　　支气管呼吸音　　支气管肺泡呼吸音

图5—28　三种呼吸音模式图

呼吸音	产生原因	特点	分布
肺泡呼吸音	①呼吸时肺泡壁交替地松弛与紧张。 ②出入肺泡的空气与肺泡壁互相摩擦而产生。	吸气较呼气音长、强、高。类似口向内吸气时的“呋”音。	肺野内除靠近大气管区域外全为此音，以锁骨下窝、肩胛下区、腋下明显。
支气管呼吸音	由于空气通过声门产生旋涡而形成。	呼气较吸气声音长、强、高。类似张口呼吸时发出的“哈”音。	喉部及胸骨上窝部。
支气管肺泡呼吸音	由肺泡呼吸音和支气管呼吸音混合而成。	呼气与吸气音的时间、强度音调相近似，类似“呋”“哈”的声音。	肺尖、肩胛间区、胸骨角附近。

（2）病理性呼吸音

肺泡呼吸音的增强与减弱：运动、代谢亢进及发热，可

使肺泡呼吸音普遍增强。当一侧肺脏和胸膜有病时，对侧（健侧）肺泡呼吸音可代偿性增强。在上呼吸道阻塞、胸腔积液、肺气肿时，肺泡进气减少，可使肺泡呼吸音减弱。

病理性支气管呼吸音：当大叶性肺炎、肺结核、肺梗塞等疾病时，肺组织有实变，导音良好；或空洞（肺结核、肺脓肿）与支气管相通且靠近胸壁时，在病变部位，均可听到。

病理性支气管肺泡呼吸音：见于较深部肺组织发生炎症性病灶时，周围被正常肺组织掩盖，常见于支气管肺炎和肺结核。

罗音：是伴随呼吸音而出现的一种附加音，临床上分为干罗音及湿罗音两大类。

干罗音（又称干鸣）：主要由于小支气管狭窄（支气管粘膜充血、水肿、痉挛或管腔内附着有粘稠的分泌物）所产生。吸气和呼气均可听到，以呼气更明显。且常易发生变化，在短时间内，可有明显减少或增多、出现或消失。一般在小支气管内产生高调的哨笛音，在较大支气管内产生的，为低调的鼾音。

干罗音通常表示支气管有病变。满肺干罗音，见于支气管哮喘。经常固定的、局限性干罗音，说明该部位有累及小支气管的病灶，如肺结核及支气管扩张等。

湿罗音（又称水泡音或湿鸣）：当气流通过含有稀薄分泌物的支气管或肺空洞时，使液体振动或水泡破裂所产生的声音，犹如用小管插入水中吹气时所产生的水泡破裂声。因支气管腔大小不同，所产生的水泡音有大、中、小三种。吸气呼气都可听到，深呼吸时明显，有时仅在吸气时听到（图5—29）。

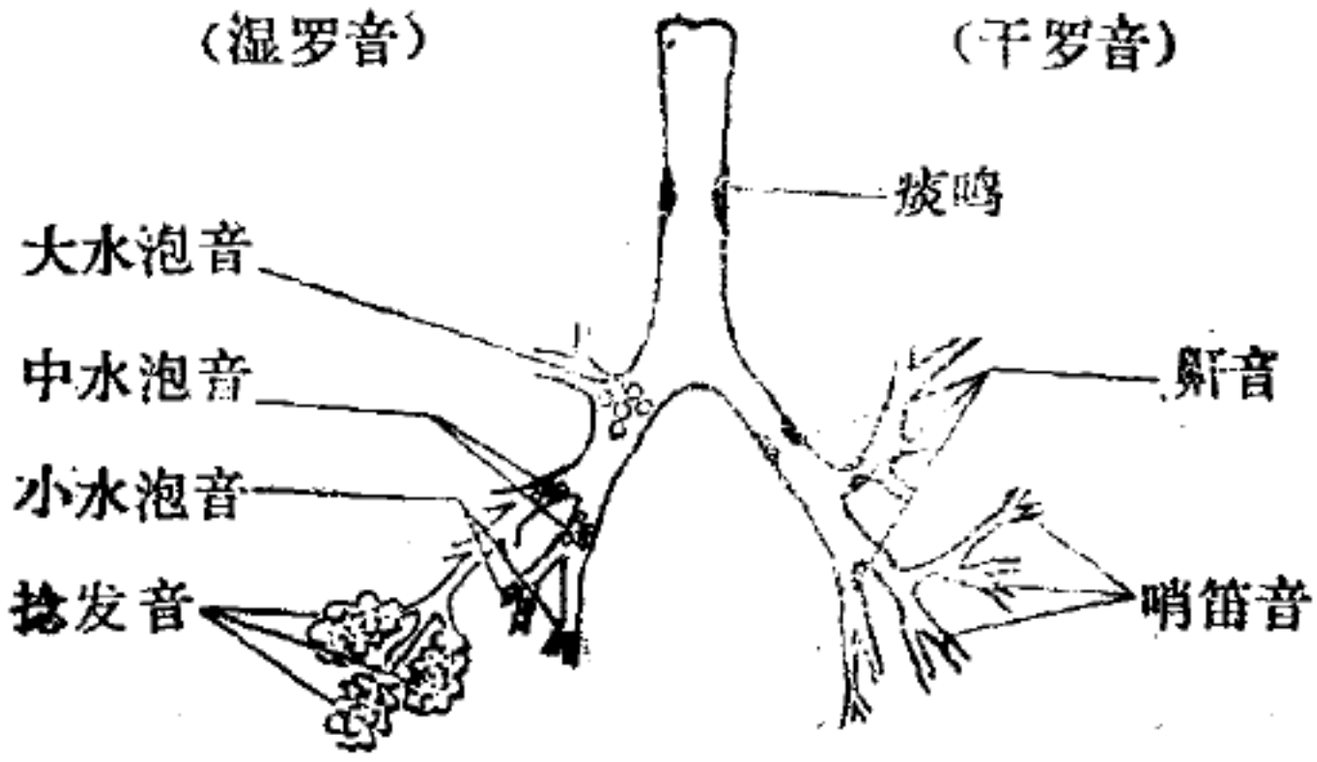


图5—29　异常呼吸音的产生原因

听到湿罗音，说明肺或支气管有病。两肺湿罗音，表示病变广泛，见于急性肺水肿、支气管肺炎。两肺下野湿鸣，见于心功能不全或肺淤血。局限于某一部分的湿鸣，表示局限性病灶，如肺结核、支气管扩张等。

捻发音，气流进入含有少量分泌物的肺泡时，在吸气时被气体展开而形成。音调高低、大小、均匀一致。在吸气末出现，如用手在耳边捻一束头发的声音。

生理性捻发音，见于老年人及久病卧床的患者。病理性捻发音，见于肺实质病变，如肺炎充血期及消散期，肺淤血及肺膨胀不全等。

胸膜摩擦音：胸膜有病变时，表面粗糙不平，随呼吸两层胸膜互相摩擦产生音响，即为摩擦音。与呼吸一致，摒气时消失，常见于胸膜炎（干性）、胸膜粘连、胸膜发生肿瘤、结核或严重脱水。

（四）心脏检查：

心脏位于胸腔前部中间偏左处。心尖在心前区左下方。心脏的右界，主要为右心房，左界主要为左心房及左心室，下界为右心室构成。心脏边缘在前胸壁上的投影，即为心脏的境界。

检查心脏的顺序，一般按望、触、叩、听诊进行。病人取坐位或仰卧位。

1.望诊：心尖搏动，是心脏收缩时心尖冲击胸壁产生的搏动。心尖搏动常能反映心脏的大小及心脏的位置。正常的心尖搏动，在左侧第五肋间锁骨中线内，距胸骨中线7—9公分处。搏动面积的直径约2—2.5公分。随体位改变（左侧卧位或右侧卧位），心尖搏动可向左或右移动1—2公分，故卧位检查心尖搏动，应取平卧位。肥胖体型者，可上移到第四肋间。少数人胸壁过厚，也可能看不到心尖搏动。

2.触诊：以手掌或手指平放在心前区，进一步确定望诊时心尖搏动的位置，并注意有无震颤及心包摩擦感。

3.叩诊：叩诊的目的，在于了解心脏的大小、位置及形状。

4.听诊：心脏听诊是检查心脏的重要方法。内容包括：心音、心率、节律、心杂音及心包摩擦音。

（1）心脏听诊的部位：

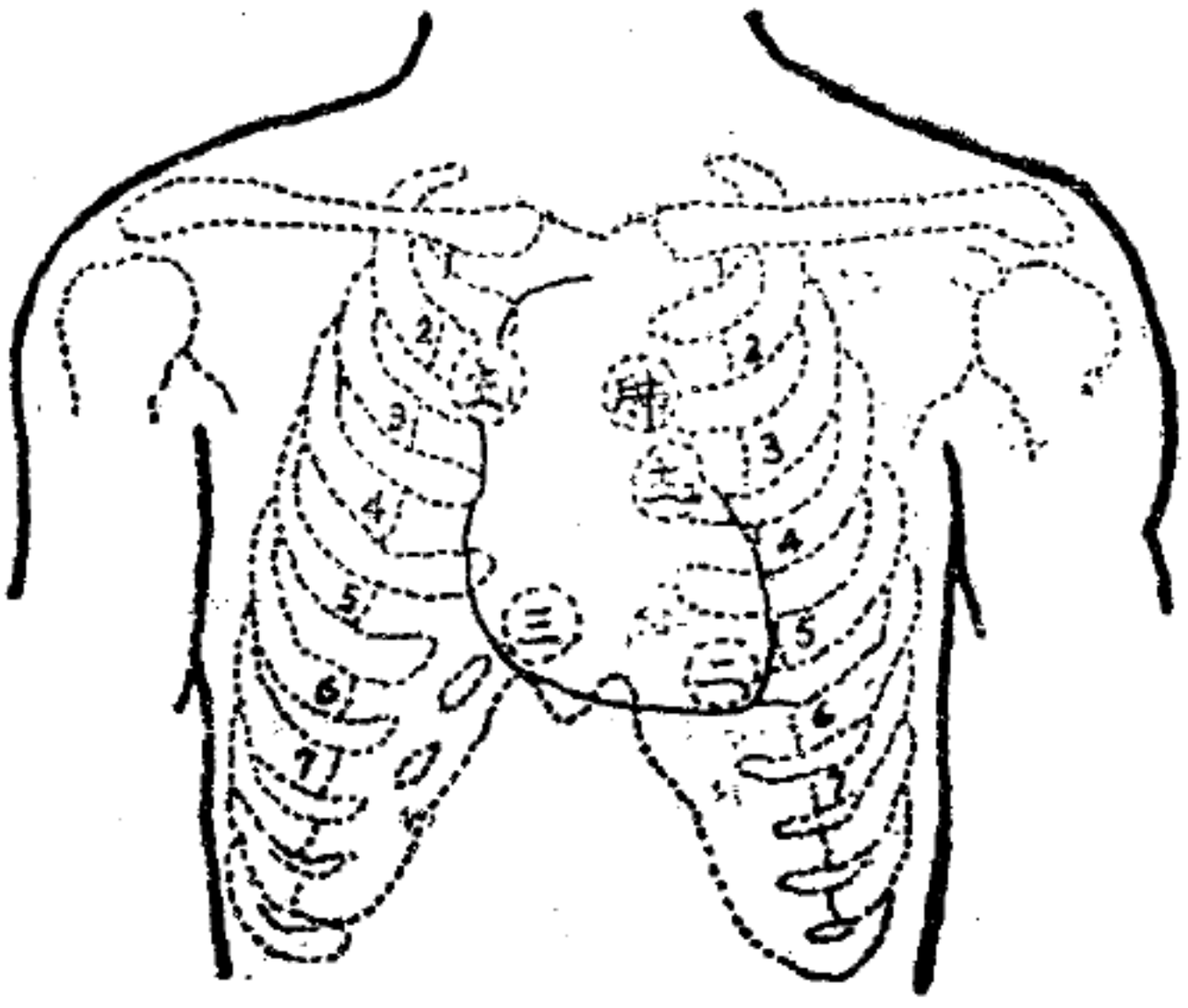
心脏各瓣膜发生的声音，传至胸壁时，因受血流方向等因素的影响，某一瓣膜所产生的声音，在某处听诊最清楚，该部位即称做某一瓣膜听诊区。听诊区与瓣膜的解剖部位不相一致。

当听取心音时，为了明确各瓣膜的具体情况，必须在不同的位置听诊（图5—30）。

①二尖瓣听诊区　胸骨左侧第五肋间隙锁骨中线内侧（相当心尖部位）。

②三尖瓣听诊区　胸骨右缘第四肋间隙或剑突下。

③主动脉瓣听诊区　胸骨右缘第二肋间隙。



二、二尖瓣听诊区　　三、三尖瓣听诊区　　主1、主动脉瓣听诊区
主2、主动脉瓣第二听诊区　　肺、肺动脉瓣听诊区

图5—30　心音听诊的部位

④肺动脉瓣听诊区　胸骨左缘第二肋间隙。

（2）听诊的内容：

①心音　正常心音，每次心跳可听到两个性质不同的声音“咚—嗒”、“咚—嗒”交替出现，称为第一心音和第二心音。在心尖部，第一心音声强，第二心音声弱；在心底部，往往第二心音比第一心音强。

第一心音，主要由于心室肌肉收缩和房室瓣（二尖瓣及三尖瓣）急骤关闭而产生。第一心音的出现，标志着心室收缩期的开始。其特点是音调低，音响持续时间较长。第二心音，主要由于主、肺动脉瓣关闭所产生，其出现标志着心室舒张期开始。其特点是音调较高，音响持续时间较短。第一心音与心尖搏动同时出现，第二心音出现在心尖搏动之后，

故心尖搏动可用为鉴别第一或第二心音的重要指征。

②心率　正常心跳，每分钟60—100次。超过100次为心动过速，见于重体力劳动、发烧、情绪激动和各种心脏病。心跳每分钟少于60次，称为心动过缓，见于伤寒、毛地黄中毒、颅内压增高症、心脏传导阻滞或少数正常人。

③节律　正常心跳整齐。有时受呼吸影响节律不整，称为窦性心律不齐。临床上常见的节律不齐为早跳（又称期前收缩）及心房纤维性颤动（简称心房纤颤）。

④心杂音　可由于血流速度增加（如贫血），血液通道异常（如先天性心脏病，心房或心室间隔缺损），血流方向紊乱（如心瓣膜关闭不全）产生血流旋涡所引起。

听到杂音时，要根据杂音出现的时间、最强部位、杂音的性质、强弱、传导方向等，进行全面的分析，以估计其临床意义。

在第一心音后出现的，为收缩期杂音，在第二心音后出现的，为舒张期杂音。这是判断心瓣膜病变是狭窄还是关闭不全的重要依据。如二尖瓣狭窄的舒张期杂音，极似雷鸣样的隆隆声，故称为隆隆性杂音，二尖瓣关闭不全的收缩期杂音，呈吹风性，故称为吹风性杂音。器质性杂音是粗糙的，功能性杂音则较柔和。根据杂音的强度，可将收缩期杂音分为五级：

Ⅰ级杂音：极轻微，常须仔细听诊才能听到。

Ⅱ级杂音：稍强，易听到且持续时间较长。

Ⅲ级杂音：中等强度，较明显而粗糙。

Ⅳ级杂音：较Ⅲ级更响。

Ⅴ级杂音：最响亮，甚至听诊器靠近胸壁而不接触胸壁

即可听到。

⑤临床常见的心脏杂音

a.收缩期杂音：正常人心脏无杂音，但有些健康人心尖区或肺动脉瓣区，可听到短而较弱的Ⅰ、Ⅱ级收缩期杂音，多属功能性的。

心尖区收缩期杂音：在器质性二尖瓣关闭不全时，心尖部可听到一个全收缩期减弱型粗糙吹风样杂音。吸气时减弱，呼气时增强，可传至右腋部及左肩胛下角。

主动脉瓣区收缩期杂音：主动脉瓣有器质性狭窄时，在主动脉瓣区，可听到粗糙的收缩期杂音，沿大血管可传至右颈部，也可传至心尖部，并常伴有震颤。

肺动脉瓣区收缩期杂音：属功能性者居多。临床上常因肺动脉压力增高使肺动脉扩张，可引起肺动脉瓣膜口的相对性狭窄而产生杂音，见于二尖瓣狭窄，房间隔缺损等。

三尖瓣区收缩期杂音：可由其他瓣膜区传来，也可由三尖瓣关闭不全而产生。瓣膜器质性病变极少见。

b.舒张期杂音：舒张期杂音，都是病理性的，主要发生在房室瓣狭窄或半月瓣关闭不全时。

心尖区舒张期杂音：二尖瓣狭窄时，在心尖区可听到隆隆性舒张期杂音，可有收缩期前增强，其音调低而局限。左侧卧位时较清楚。

主动脉瓣区舒张期杂音：主动脉瓣关闭不全时，在主动脉瓣区可出现音调较高的减弱型吹风样舒张期杂音。该杂音可能在第二主动脉瓣区较清楚。

肺动脉瓣区舒张期杂音：多由于肺动脉瓣相对性关闭不全产生。常见于二尖瓣狭窄。

三尖瓣区舒张期杂音：可见于三尖瓣狭窄，但临床上极为少见。

⑥心包摩擦音 产生原因及意义，同胸膜摩擦音。心包摩擦音主要出现在心前区，始终与心跳一致，屏止呼吸时不消失。见于心包炎、心肌梗死及尿毒症晚期。

（五）腹部检查：

1.腹部分区：腹腔内脏器很多，而且互相重叠，为了便于了解体表部位与腹内脏器的关系，可用两条水平线（上方：肋弓线；下方：髂棘线）和经锁骨中点的两条垂直线，将腹部分为九个部分（图5—31乙）。

腹部分区与内脏关系（图5—31甲）：

（1）右上腹部 肝右叶、胆囊、结肠肝曲、右肾。

（2）上腹部 胃、十二指肠、肝左叶、胰腺、横结肠。

（3）左上腹部 胃、脾、结肠脾曲、左肾。

（4）右侧腹部 升结肠、小肠。

（5）中腹部 横结肠、小肠。

（6）左侧腹部 空肠、降结肠。

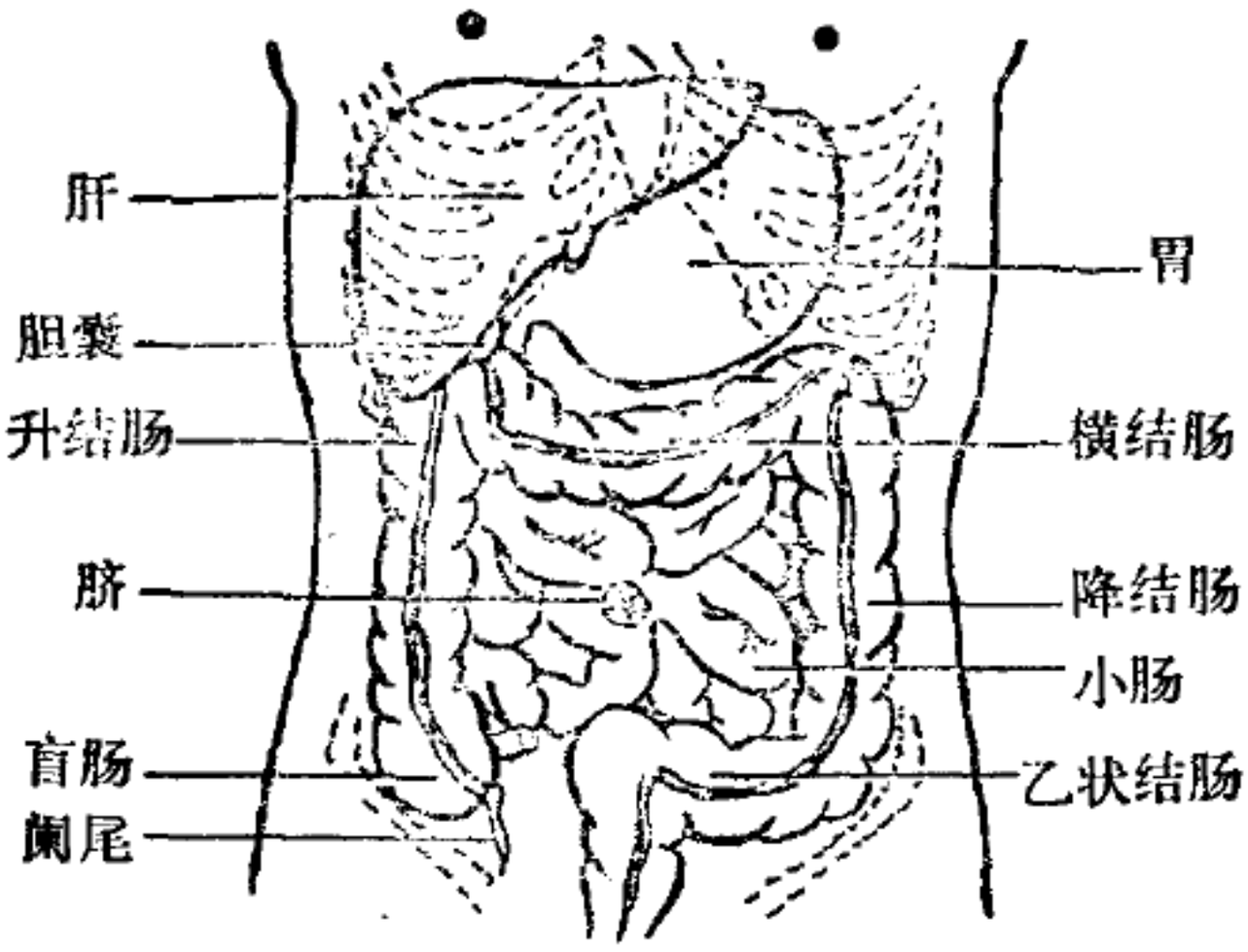
（7）右下腹部 盲肠、阑尾、右输卵管及卵巢。

（8）下腹部 回肠、膀胱、子宫、直肠。

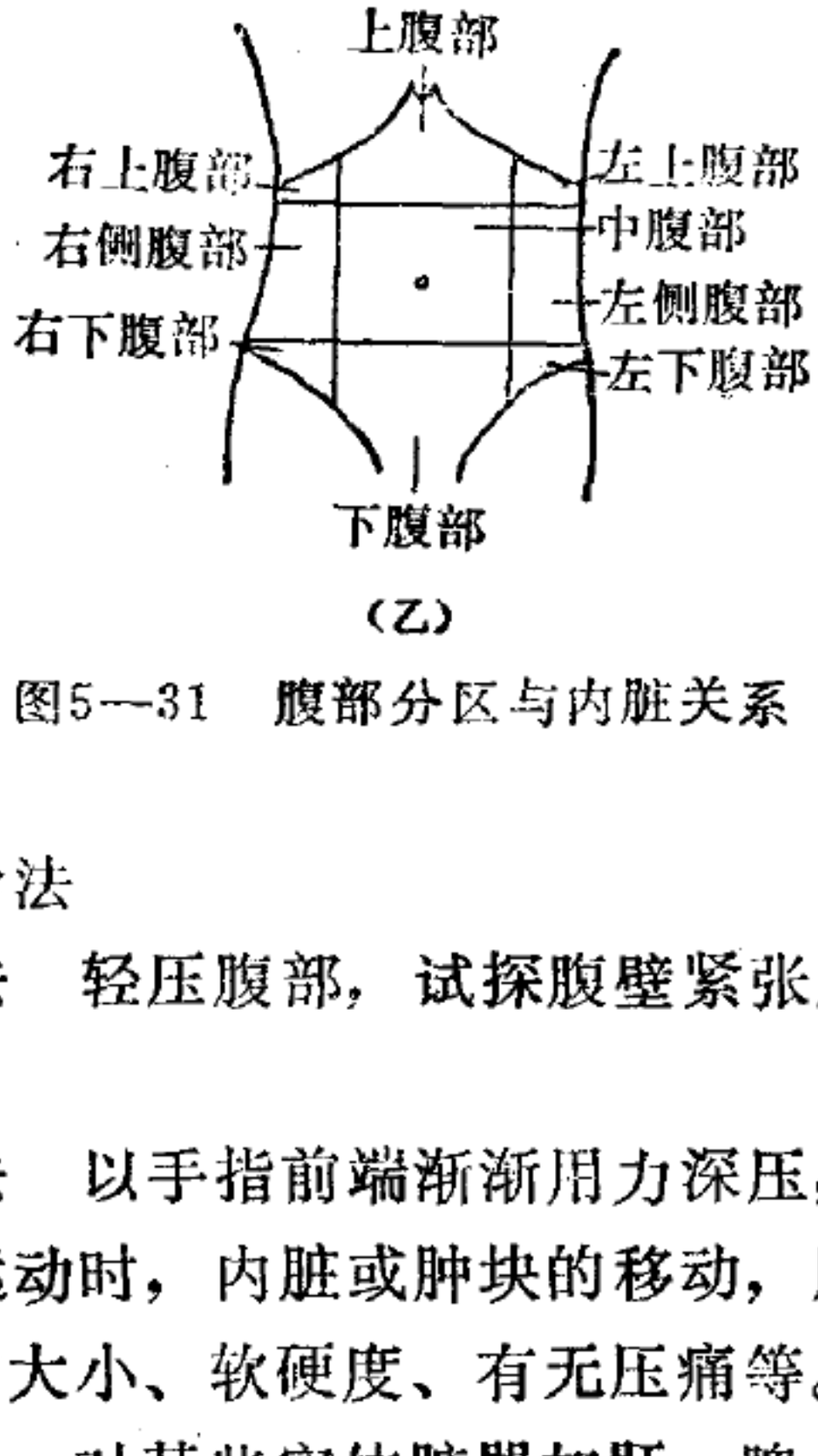
（9）左下腹部 乙状结肠、左输卵管及卵巢。

2.腹部望诊：包括外形、呼吸运动及腹壁静脉曲张。

3.腹部触诊：腹部检查以触诊最重要。病员采取仰卧位，两腿屈曲，并略分开，让病人放松腹壁。医生位于病人右侧，面向病人，同时观察病人面部表情。要求手要温暖，手法要轻缓，以免影响检查的准确性。一般顺序由下向上，由左而右，逐步触诊。病变或疼痛部位，应放在最后检查。



（甲）



（乙）

图5—31　腹部分区与内脏关系

（1）触诊法

浅部触诊法　轻压腹部，试探腹壁紧张度，有无压痛及肿块。

深部触诊法　以手指前端渐渐用力深压，以触诊深部，借助腹式呼吸运动时，内脏或肿块的移动，所引起的感觉，用以触知脏器的大小、软硬度、有无压痛等。

双手触诊法　对某些实体脏器如肝、脾、肾及肿块，可

用双手相对触摸，以了解其大小、软硬度和移动情况。

冲击触诊法　手指并拢，垂直地向腹部进行急速的用力冲击，并迅即松离，用于腹腔积液时。一般触诊法，不能触及的肿大的肝、脾或肿块等。

（2）触诊内容

腹壁紧张度　正常腹壁柔软，无压痛。病态腹壁则紧张。广泛性腹壁紧张，见于弥漫性腹膜炎，触之如板样硬，并有明显压痛，拒按。局部性紧张为某一局部炎症所致，如急性阑尾炎，右下腹壁紧张。胆囊炎，右上腹壁紧张。胰腺炎，左上腹壁紧张等。

压痛与反跳痛　压痛表示内脏器官病变或腹膜炎症。广泛性压痛，见于弥漫性腹膜炎。局限性压痛，表示局部病变。深压压痛点，当急速将手松开的一瞬间，此时该处发生更明显的疼痛，叫反跳痛。表示该部腹膜脏层有炎症存在。如急性阑尾炎，在右下腹部常有紧张、压痛和反跳痛。胆囊炎压痛点，在右上腹部，腹直肌外缘与肋弓交界处，用手按压此点，叫病人做深吸气，当手触及发炎而下降的胆囊时病人突然摒气，此种现象，称为胆囊触痛征。

肿块　如触及肿块，应注意其部位、大小、形状、光滑否、硬度、活动度与呼吸的关系，与其它器官的关系，有无压痛等。根据以上情况，估计肿块的来源和性质。正常人，特别是瘦人，腹内某些脏器，可能被触及，应注意与异常者鉴别。常可触及的脏器，有乙状结肠，第四、五腰椎椎体，腹主动脉，右肾下极。

肝脏触诊　通常采用双手触诊法。检查者站在病人右侧，以左拇指固定于右肋弓缘，左手掌及四指置于患者右腰

部，右手平放右季肋部，让被检查者作深而均匀的腹式呼吸，随着腹壁呼吸运动的起落，右手指向肋弓缘方向，自下而上压迫腹壁。如肝脏肿大，可在深呼吸时触及肝下缘。

正常肝脏一般不能触及，但也有一部分健康者可在右肋缘下1厘米处触到，边薄质软，无压痛。肝上界可用叩诊法确定。正常人平静呼吸时，肝上界在右第五肋间。肺气肿时，肝常下移。触及肝脏时，应注意其大小、硬度、表面及边缘是否光滑、有无压痛等。

脾脏触诊　方法与肝脏相同。正常情况下脾不能触及。如能触到，即属病态。

肾脏触诊　正常人肾脏不易触及。

4.腹部叩诊：

（1）腹水的检查　病人平卧时，腹水在下，肠管漂浮在上。叩诊腹部两侧为浊音，脐周是鼓音。转换体位，如侧卧位时，鼓音在上，浊音在下，这叫作移动性浊音。

中等量以上腹水，病人取平卧位，让病人（或另一人）用手掌尺侧缘压在腹中部，医生以两手放在腹之两侧，一手拍击腹壁，另一手即可感觉到水浪的冲击感，称波动感。

（2）肝脏浊音界　正常肝上界，一般在右侧锁骨中线第六肋骨水平（此处称肺肝界），下界近肋弓缘。当腹腔脏器如胃穿孔时，膈下有游离气体，肺肝浊音界消失。

（3）脾浊音界　正常脾浊音界位于左第9—11肋间（腋中线），宽度为4—7厘米，前方不超过腋前线，脾肿大时脾浊音界增大。

5.腹部听诊：

（1）肠蠕动音（肠鸣音） 肠蠕动时，因有气体及液体通过，而产生水气共振声，即肠蠕动音。正常肠蠕动音间断发生，音调低而缓，以脐周较明显。肠蠕动增强时，肠鸣音亢进，见于肠梗阻及肠炎。肠蠕动减弱时，则肠鸣音减弱，甚至消失，见于腹膜炎和肠麻痹等。

（2）震水音 用手拍击上腹部，发生水振荡音响，即震水音。正常人饭后可有震水音。如饭后四小时以后，仍有震水音，表示胃排空障碍。见于胃下垂、胃扩张、胃幽门梗阻等。

（六）肛门、生殖器、脊柱与四肢的检查：

1.肛门检查：注意有无外痔、肛裂、瘘管、脱肛等。再让病人如大便样用力屏气，观察有无内痔脱出，需要时做肛门指诊检查，以了解肛门及直肠和其周围的情况。

2.生殖器检查：生殖器检查，在一般体格检查时不必做，有与生殖器有关的疾病时，才考虑检查。

（1）男性生殖器检查内容 包皮有无过长，阴茎有无溃疡，尿道有无畸形或脓性分泌物。

阴囊有无肿大，注意皮下水肿，鞘膜积液及疝气的鉴别。

睾丸及副睾，有无肿大及压痛。

精索是否变粗。

（2）女性生殖器，按妇科检查的要求和内容进行。

3.脊柱检查：检查时，病员直立或端坐，首先观察其脊柱弯曲是否正常。有无前凸、后凸、侧弯等畸形。再让病人做前屈、后伸、侧屈活动。正常时，无疼痛及活动障碍，然后，自上向下，用手指以适当压力（或用叩诊锤叩击）触摸

脊柱棘突，以发现有无叩压痛。

4.四肢检查：注意两侧肢体是否对称，运动是否自如，有无畸形、肌肉萎缩、运动障碍及瘫痪，有无静脉曲张、水肿、杵状指及匙状指等。

（七）神经系统检查：

神经系统疾病，需要做颅神经、运动功能、感觉功能及神经反射等项检查。现仅介绍神经反射部分，应用于一般病人及脑膜炎病人。

1.生理反射：正常人所具有的反射，在病态时，这些反射可呈现亢进，减弱或消失。

（1）浅反射

角膜反射　用棉絮丝轻触角膜的边缘，眼睑立即闭合，称为角膜反射。

腹壁反射　仰卧位，腹壁放松，用竹签分别轻划腹壁上、中、下部分，正常人可见此部腹肌立即收缩。

提睾反射　病人仰卧，轻划大腿内侧皮肤，可见同侧提睾肌收缩，使睾丸上提。

（2）深反射

膝腱反射　病员取仰卧位或坐位，膝关节屈曲，或将一侧腘窝部，放在另一侧膝上，叩击股四头肌腱，引起小腿向前伸展。

跟腱反射　病员仰卧，下肢屈曲外展，检查者用左手使其足稍向背屈，叩击跟腱，引起腓肠肌收缩，踝关节向跖面屈曲。

二头肌反射　病员前臂半屈曲，检查者以左拇指压在病人肱二头肌腱上，以叩诊锤叩打检查者左拇指，引起肱二头

肌收缩，前臂呈快速屈曲运动。

三头肌反射　病员姿势同上，以叩诊锤叩打尺骨鹰嘴突上方三头肌腱，引起三头肌收缩，前臂呈快速的伸展运动。

腱反射亢进，见于椎体束病变、神经官能症等。腱反射减弱，见于极度衰弱的病人。腱反射消失，见于周围神经炎、神经根或脊髓灰质病变。昏迷时，一切腱反射均消失。

2.病理反射：

（1）划蹠试验　用叩诊锤柄的尖端，轻划足底外侧，自足跟部起向前划动，各趾向足底面屈曲者，为正常反射。若反应为拇趾向足背翘起，其它脚指呈扇状散开，称阳性反射。其意义与腱反射亢进相似，也是由于椎体束病变，失去了对脊髓前角细胞控制作用而引起。一岁以下小儿，由于椎体束发育不成熟，故在检查足蹠反射时，也可出现阳性反射，为该年龄的生理现象。

（2）脑膜刺激征　此征见于脑膜炎、脑炎及蛛网膜下腔出血等，其发生原理是由于脑脊髓神经根受刺激，引起反射性肌痉挛。

颈抵抗（颈强直）　病人仰卧，医生用一手托住病人枕部，并将颈向胸前屈曲，正常人无抵抗存在。有上述疾病时，由于颈后肌痉挛，颈向胸前屈曲困难。发现有颈抵抗时，不可再强行用力屈颈。

提腿试验　病人仰卧，医生将其一侧下肢，在髋关节和膝关节处屈曲成直角，然后再伸直小腿，此时，坐骨神经被牵引，如病人感到疼痛，检查者感到有阻力，伸展受限制，则为阳性反应。

抬颈试验　当检查颈抵抗时，如引起两下肢发生髋、膝

关节的屈曲反应，即阳性反应。在小儿脑膜炎时，此项体征较上项检查可靠。

第三章　常用药物

第一节　常用中草药

一、外感解表药

本类药物味辛，有发汗作用，主要治疗外感表证。部分药物，且能祛风湿，解暑热。

1.辛温解表药：偏辛温，适用于怕冷重，发热轻，头痛、无汗等风寒表证。

常用药：麻黄、桂枝、紫苏（苏叶、苏梗、苏子）、荆芥、防风、辛荑、苍耳子、白芷、葱白、胡荽（芫荽）。

用量：一钱～三钱。葱白一寸（大葱）。芫荽干者二～三钱，鲜者一～二两。

功用与主治：（麻黄）发汗平喘。治风寒重症，咳喘，水肿，风疹块。（桂枝）发汗散风，温经通络。治有汗之风寒表证，肢节疼痛，虚寒性月经不调，血虚心悸。（紫苏）苏叶发汗解毒。治风寒轻证，鱼蟹中毒。苏梗理气安胎。苏子降气化痰。（荆芥）解表祛风，散热、止血。治感冒发热，头痛。治喉痛与防风配伍。荆芥穗发汗解表力强。荆芥炭止血。（防风）发汗祛风，解痉止痛。治外感之身痛、骨节痛，痉挛抽搐，风疹。（辛荑、苍耳子）散风开窍。主治鼻

炎，鼻窦炎。（白芷）祛风止痛。治头痛，眉棱骨痛。（葱白）发汗散寒，温中止呕。治外感无汗，头痛鼻塞，腹冷痛，呕吐。（胡荽）健胃、驱风、祛痰药。治痘疹不出，头痛。

2.辛凉解表药：偏辛凉，适用于发热重、怕冷轻，或不怕冷、头痛等风热表证。

常用药：柴胡、葛根、升麻、薄荷、牛蒡子、桑叶、菊花、蝉蜕。

用量：二～三钱。升麻、薄荷、蝉蜕一～二钱。

功用与主治：（柴胡）和解退热，疏肝升提。治寒热往来，胸闷胁痛，疟疾，月经不调，久痢脱肛。（葛根）解热止渴，止泻，透疹。治热病口渴，麻疹不透，泄痢。（升麻）升提，透疹。治脱肛，子宫下垂，麻疹未透。（薄荷）散风热，清头目。治外感风热头痛，咽痛，目赤，麻疹。（牛蒡子）发散风热，解毒透疹。治咽喉肿痛，麻疹，腮腺炎。（桑叶）清热祛风，润肺利咽。治咽肿，目赤，咳嗽痰黄。（菊花）清头目。治头痛眩晕，目赤肿痛。（蝉蜕）清热解毒，解痉透疹。治咽痛音哑，麻疹，惊风。

3.祛暑湿药：本类药物，有清暑解热，或芳香化湿等作用。适用于受暑热湿浊所引起的中暑，暑温、暑湿等症，如发热怕冷，烦渴，恶心呕吐，腹泻，胸闷等。

常用药：藿香、佩兰、扁豆、香薷。

用量：二～五钱。

功用与主治：（藿香）祛暑，开胃，化湿。治伤暑，头痛，胸闷，呕吐，腹泻。藿梗理气宽中。（佩兰）功用同藿香，多配伍应用。（扁豆）化湿消暑，健脾止泻。治伤暑，

腹泻。（香薷）发汗解表，祛暑化湿。治腹痛，呕吐，散水肿。

4.祛风湿药：偏辛温，能发散风湿，舒筋止痛。适用于风湿性关节炎或风寒表证。治急性风湿症，多与解表药配伍。治慢性风湿症，常与活血、祛寒药配伍。

常用药：羌活、独活、秦艽、桑枝、木瓜、苍术、乌梢蛇。

用量：一～三钱。乌梢蛇一钱～一钱半（研面或浸酒服）。

功用与主治：（羌活、独活）祛风湿，止身痛。治外感风寒，风湿痛。羌活偏治上，独活偏治下。（秦艽）祛风湿，清虚热。治全身风湿痛，虚热，高血压。（桑枝）祛风湿，通经络。治风湿性关节肿痛。（木瓜）祛湿止痛，解痉和胃。治下肢肿痛、抽筋，开胃进食。常与草豆蔻配伍。（苍术）祛湿通络，除湿健脾。治风湿肿痛，皮肤湿毒，腹胀泄泻。（乌梢蛇）搜风镇惊。治顽固性关节炎，惊痫，小儿麻痹后遗症。

二、止咳、定喘、化痰药

本类药物，性偏辛、苦、甘，能除痰，止咳，定喘。适用于痰多，咳嗽气喘，久咳劳嗽，癫痫，瘰疬等证。应用时，需分清咳喘性质。外感咳喘，需与解表药同用；内伤咳喘，宜按气虚、阳虚、阴虚之不同，分别配用补养药。

1.温肺止咳，定喘化痰药：适用于肺寒证，痰多而清稀之咳喘。

常用药：杏仁、桔梗、紫菀、款冬花、百部、旋复花、莱菔子、白果、半夏、白芥子。

用量：一钱半～三钱。

功用与主治：（杏仁）止咳平喘，润肠通便。治咳嗽，

便秘。（桔梗）止咳祛痰，利咽排脓。治咳痰不爽，咽痛，肺脓肿。（紫菀、款冬花）祛痰止咳。治慢性咳嗽痰多。（百部）润肺，杀虫。治久咳，外用治头虱。（旋复花）降气化痰。治胸闷，痰粘不爽。治嗳气，呕吐，宜与代赭石配伍。（莱菔子）理气，化痰，消食。治痰喘，食积，痢疾。（白果）敛肺定喘。治白带。（半夏）燥湿化痰，降逆止呕。治呕吐，咳嗽，痰多而稀白。（白芥子）祛痰，消肿，止痛。治痰喘，风湿肿痛。

2.清肺止咳，定喘化痰药：适用于肺热证，痰黄或痰白而粘之咳喘及某些惊风、昏迷之痰粘壅塞等。

常用药：前胡、马兜铃、桑白皮、枇杷叶、葶苈子、射干、贝母、天竺黄、竹茹、竹沥、栝楼、胖大海、常山、沙参。

用量：一～三钱。栝楼三～五钱。竹沥一两～一两半，冲服。

功用与主治：（前胡）散热，止咳，祛痰。治风热咳喘。（马兜铃）清肺，止咳，平喘。治肺热咳喘。（桑白皮）炙桑皮泻肺热，止咳平喘。生桑皮行水消肿。（枇杷叶）清肺，和胃，止嗽。治肺热咳喘，呕吐。（葶苈子）泻肺平喘。治咳嗽痰喘，胸水。（射干）清火利咽，止咳祛痰。治急性喉炎，咽肿痛。（贝母）浙贝母清肺止咳，散结，治风热咳嗽，痈肿，瘰疬。川贝母润肺止咳。治肺阴虚干咳，久咳。（天竺黄）清热豁痰，镇惊。治小儿痰盛抽搐。（竹茹）清肺化痰，清胃止呕。治肺热痰黄，胃热呕吐。（竹沥）清肺化痰。治肺热痰喘，中风昏迷。（栝楼）栝楼皮清肺化痰。栝楼仁润肠通便。全栝楼两者兼效，且能宽胸。（胖大海）清肺利咽。治咽痛音哑。（常山）祛热痰，治疟

疾。（沙参）清肺火，除虚热。治咳嗽，化痰。

三、清热、泻火、解毒药

本类药物，性偏寒凉，味多苦、甘，分别具有清热，泻火，解毒的作用。主要治疗里热证及火毒疮疡。

1.清热生津药：偏苦寒。适用于热证，口干渴而津液不足者。

常用药：石膏、知母、芦根、苇茎、石斛、元参、天花粉、生地。

用量：二～四钱。石膏五钱～二两。芦根、苇茎、天花粉五钱～一两。

功用与主治：（石膏）生石膏清肺胃热，降火除烦。治高热，口渴，烦躁，肺热咳嗽，头痛，牙痛。煅石膏收敛止痒。（知母）清热滋阴。治高热，多配石膏。（芦根）清胃止渴。治热证口干渴。（苇茎）清肺热。治肺脓肿。（石斛）养胃生津。治胃阴虚，舌红口干。（元参）滋阴，清热，润肠。治热病咽干痛，便秘。（天花粉）泻火润燥，生津止渴。治消渴，身热，烦躁。（生地）清热滋阴。治鼻衄吐血，高热口渴。

2.清热泻火祛湿药：偏苦寒。适用于实热、实火证，如高热，心烦口渴，苔黄。又能清热燥湿，用于治疗湿热证，如黄疸，痢疾，肿毒。

常用药：栀子、黄连、黄芩、黄柏、龙胆草、夏枯草、茵陈、秦皮、白头翁、苦参、鸦胆子、竹叶、白鲜皮、地肤子。

用量：二～三钱。龙胆草、黄连五分～一钱。夏枯草、茵陈五钱～一两。鸦胆子5～10粒（去皮）。

功用与主治：（栀子）清热泻火，凉血止血。生栀子治热证虚烦，湿热黄疸，淋症。栀子炭止血。（黄连）泻火燥湿，清心，解毒。治心烦，痈肿，泻痢，目赤口疮。（黄芩）清肺，除肠胃湿热。治肺热咳嗽，咽喉肿痛，黄疸泻痢。（黄柏）清下焦湿热。治痢疾，黄疸，黄白带。（龙胆草）泻肝胆实热。治火眼肿痛，咽痛，痈肿，阴痒。（夏枯草）清肝散肿。治肝热目痛，瘰疬肿毒。（茵陈）清利湿热。治湿热黄疸，胆结石。（秦皮）消化湿热，治痢疾。（白头翁）清热凉血。治血痢，痔出血。（苦参）清湿热。治痢疾，黄疸；外用治湿痒。（鸦胆子）止痢，截疟。外用治疣。（竹叶）清心。治心烦，尿赤。（白鲜皮）祛风湿热毒。治疥癣恶疮，小儿惊痫。（地肤子）通淋利水。治膀胱湿热，清利小便，久服可以轻身耐老。

3.清热解毒药：偏甘寒。适用于炎症，感染，如痈肿，疮毒。

常用药：金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、板兰根、大青叶、马齿苋、败酱草、青黛、青蒿、红藤、山豆根、鱼腥草、紫草、土牛膝根、丝瓜络、土茯苓。

用量：三～五钱（单用一～二两）。青黛五分～一钱。山豆根一～三钱。

功用与主治：（金银花）治热病（炎症，感染），疮毒，痢疾。（连翘）功用似金银花，治热病心烦。（蒲公英、紫花地丁）清热解毒，消痈肿。治乳腺炎，疮痈。（板兰根、大青叶）清热，解毒，降火。治高热斑疹，病毒性感染。（马齿苋）清化湿热。治痢疾，痈肿。（败酱草）解毒排脓。治疮痈。（青黛）清热解毒。治小儿发热。（青蒿）清

虚热，解暑。治虚热盗汗，伤暑。（红藤）解毒消痈。治急性阑尾炎。（山豆根）消肿止痛。治咽喉肿痛。（鱼腥草）治肺脓肿。（紫草）凉血活血，解毒透疹。预防麻疹，治痘疮。（土牛膝根）清热利咽。治咽喉肿痛，白喉。（丝瓜络）清热解毒，通乳。治咽喉肿痛，乳少。（土茯苓）清热解毒，利湿，散结。治疮肿，梅毒，瘰疬。

四、补养药

本类药物，性偏甘温、甘咸寒。适用于气、血、阴、阳不足之虚弱证。

1.补气药（益气药，健脾药）：用于气短无力，动则喘促，肢体困倦及食欲不振，腹泻腹胀等脾、肺气虚证。补气药性偏温热，有热证者慎用。

常用药：人参、党参、太子参、黄芪、白术、山药、甘草、大枣、黄精。

用量：三～五钱。甘草五分～二钱。大枣五～十枚。

功用与主治：（人参）补气最强。治休克，虚脱，久泻不止。宜单煎嚼服。（党参）补脾肺气虚。治虚喘，脾胃虚弱，效力次于人参。但较太子参为强。（太子参）补气较强。治脾肺气虚，效力不及人参。（黄芪）炙黄芪补脾肺气虚。生黄芪固表止汗，托脓收口，又治肾炎。（白术）健脾燥湿。治脾虚胀满，泄泻，水肿。（山药）健脾胃，益肺肾。治食少，下泻，久咳，痰多，遗精，白带。（甘草）生甘草清热解毒，止咳，利尿。炙甘草补脾胃，止胃痛，且能调和药性，解药毒（本药勿与海藻、大戟、芫花、甘遂配伍）。（大枣）补脾胃。治胃虚津少，调和诸药。（黄精）补脾润

肺。治病后虚损及小儿诸虚证。

2.补血药（养血药）：有补血、养血作用。适用于失血、贫血之面色苍白，头晕眼花，耳鸣，心悸，月经不调等血虚证。血虚常兼阴虚或气虚，宜分别配用补阴药及补气药。

常用药：阿胶、紫河车、地黄、何首乌、夜交藤、当归、白芍、鸡血藤、龙眼肉。

用量：二～五钱。

功用与主治：（阿胶）滋阴养血，润肺，止血安胎。治阴血虚，心烦失眠，虚劳咳喘，崩漏，出血，（紫河车）补血，益气，滋肾。治精血亏，虚劳证。（地黄）生地黄清热滋阴，凉血止血。治高热口渴，血热出血。干地黄养阴凉血。治阴虚发热，月经不调。熟地黄补血滋阴。治血虚，经少经闭，肾阴虚，潮热盗汗。（何首乌）补肝肾。治虚劳多梦，腰膝痠痛，白发，便秘。（夜交藤）治血虚失眠。（当归）补血调经，活血，润肠。治月经不调，血虚便秘。（白芍）养血敛阴。治胸腹痛，四肢抽痛，月经不调。宜配当归。（鸡血藤）补血活血，通经活络。（龙眼肉）养血安神，补脾摄血。治血虚失眠，气虚出血。

3.补阴药（滋阴药，养阴药）：能养阴清热，增液润燥。适用于肝肾阴虚，肺胃阴不足所致的干咳咯血，虚热烦渴，潮热盗汗及热病伤津之阴虚证。

常用药：（1）滋补肝、肾阴药：枸杞子、地骨皮、女贞子、龟板、鳖甲、山萸肉、潼蒺藜。（2）养肺、胃阴药：生地黄、天冬、麦冬、沙参、天花粉、白薇、石斛。

用量：二～四钱。龟板、鳖甲、天花粉五钱～一两。

功用与主治：

（1）滋补肝肾阴药：（枸杞子、女贞子）滋补肝肾。治腰腿痿软，头晕，耳鸣，目花。（地骨皮）治阴虚低热。（龟板）养阴潜阳。治阴虚发热，手足心热，潮热盗汗。（鳖甲）功同龟板，又能软坚消肿块。（山萸肉）补肝肾，涩精止汗。治虚汗，遗精，遗尿。（潼蒺藜）滋补肝肾，益精明目。

（2）养肺、胃阴药：（生地黄）（在前面作过介绍）。（天冬）滋阴润肺。治久咳吐血。（麦冬）润肺，清心，养胃。治干咳，烦渴，便秘。（沙参）润肺生津，祛痰止咳。治肺阴虚久咳，低热。南沙参祛痰力大；北沙参滋阴力强。（天花粉）益胃生津。治热病口干渴。（白薇）治阴虚低热。（石斛）益胃滋阴。治胃热燥渴，肺虚干咳。

4.补阳药（温肾助阳药，补肾阳药）：能补肾，助阳，补精及强壮筋骨。适用于阳萎，早泄，尿频，腰膝或少腹冷痛，以及久病虚衰，肢凉怕冷等阳气衰弱的病证及筋骨损伤。

常用药：附子、肉桂、杜仲、鹿茸、鹿角胶、仙茅、仙灵脾、补骨脂、狗脊、桑寄生、续断、菟丝子、益智仁、巴戟天、肉苁蓉。

常用量：二～四钱。肉桂五分～一钱。鹿茸八分～一钱半。桑寄生五钱～一两。

功用与主治：（附子）回阳救逆，温肾祛寒。治虚脱，四肢厥冷，寒证腹痛吐泻，风湿痛。（肉桂）补阳祛寒。治手足厥冷，腰膝风湿痛，胃腹冷痛。（杜仲）补肾安胎。治腰痛腿软，妊娠漏血，胎动不安，高血压。（鹿茸）补精壮

阳。治阳萎，遗精，早泄，贫血。（鹿角胶）补血。（仙茅）补肾强壮。治阳萎。（仙灵脾）补肝肾。治阳萎，早泄，全身虚弱。（补骨脂）补肾健脾。治五更泻，遗精，阳萎。（狗脊）补肾强筋。治肾虚腰背痛。（桑寄生）补肾安胎。治肾虚腰痛，胎动不安。（续断）补肝肾，续筋骨。治腰痛腿软，妊娠漏血，胎动不安，带下，跌损。（菟丝子）温补肝肾，安胎。治阳萎，腰膝冷痛，胎动不安。（益智仁）暖脾温肾。治肾虚腹泻，遗精，遗尿。（巴戟天）温肾益精，祛风湿。治虚损，强筋骨。（肉苁蓉）滋肾润肠。治阳萎，虚人便秘。

五、祛寒药

本类药物，性多偏温热而辛燥，能祛除寒邪，治疗里寒证。适用于胃腹寒痛泄泻等，并能补阳救逆，用于四肢厥冷。因药性温燥，对热证及阴虚发热者，慎用。

常用药：干姜、高良姜、小茴香、草豆蔻、吴茱萸、薤白、姜黄、荔枝核、川椒、毕澄茄、艾叶、附子、肉桂、丁香、生姜。

用量：一～二钱。川椒五分～一钱。生姜三片。

功用与主治：（干姜）温中回阳。治腹痛泄泻，脉微肢冷。（高良姜）温中，散寒，止痛。治胃痛，呕吐。（小茴香）祛寒止痛。治少腹寒痛。（草豆蔻）温胃止痛，燥湿截疟，治肠胃寒痛，食欲不振，治疟疾与常山配伍。（吴茱萸）温胃散寒止呕，治胃寒疼痛呕吐。（薤白）通胸阳。治胸痛与瓜蒌配伍。（姜黄）行气消瘀止痛，治风湿臂痛胁痛。（荔枝核）理气散寒止痛，治少腹及睾丸痛。（川椒）散寒湿，止冷痛。治冷痛吐

泻，痰饮，肿胀。（毕澄茄）温胃，降逆，止痛。治胃寒疼痛，呕吐。（艾叶）祛寒暖宫。治腹冷痛，月经不调。艾炭止血，治崩漏。（附子、肉桂）（在前面作过介绍）。（丁香）暖肾温胃。治霍乱吐泻，寒冷之腹痛。（生姜）祛寒发散，止呕开痰。治伤寒头痛，鼻塞，止呕去痰。

六、理血药

本类药物，具有补血，祛淤，止血等调整血行之作用。适用于治疗淤血，月经不调，痈疖肿痛及各种出血。

1.活血化瘀药：本类药物，多偏辛、苦、温。辛能散瘀化结，温可通行血脉，促进血行，故能散瘀肿，解疼痛。用于气血凝滞的胃腹剧痛，跌扑损伤，腹中肿块，痈疖肿痛，痛经、闭经等。气血关系密切，气滞则血瘀，气行则血行，故凡因气滞而血瘀者，应与理气药配用。

常用药：川芎、乳香、没药、玉金、桃仁、红花、牛膝、三棱、莪术、元胡、丹参、赤芍、益母草、蒲黄、五灵脂、土鳖虫。

用量：二～三钱。川芎、藏红花八分～一钱半。益母草五钱～一两。

功用与主治：（川芎）活血调经，散风止痛。治月经不调，受风头痛。（乳香、没药）活血，行气，止痛。治痈疮，外伤瘀血，血瘀经闭，胸腹痛。（玉金）活血，理气，止痛。治胸胁胀痛，痛经。（桃仁）活血破瘀，排脓消痈。（红花）南红花活血通经。治月经不调，血瘀疼痛。藏红花活血通经，养血。（牛膝）川牛膝活血散瘀。治下肢风湿痛，经闭。怀牛膝补肝肾，强筋骨。治虚证头晕耳鸣，并能引诸药下行。（三棱、莪

术）破血消积，破气导滞。治血瘀经闭，胸腹胀满，腹部肿块。（元胡）活血，理气，止痛。治气血凝滞之疼痛。（丹参）活血祛瘀。治月经不调，腹痛，关节肿痛。（赤芍）通经活血，凉血散肿。治胸腹痛，痈肿，月经不调。（益母草）活血调经。专治月经不调。（蒲黄）生蒲黄消瘀止痛。治胃腹血瘀疼痛。炒蒲黄凉血止血。（五灵脂）散瘀止痛。治血瘀痛经，胃腹疼痛。（土鳖虫）消坚破瘀。治经水不利，小腹疼痛。

2.止血药：止内伤出血，如咯血、吐血，鼻出血、便血、尿血，子宫出血（崩漏）及外伤出血等。

常用药：

（1）收敛止血药：仙鹤草、三七、乌贼骨、白芨、花蕊石、血余炭。

（2）凉血止血药：大蓟、小蓟、茜草、地榆、槐花、侧柏叶、白茅根、旱莲草、藕节、丹皮、犀角、百草霜。

用量：二～三钱。三七、犀角、白芨五分～一钱（研面冲服）。仙鹤草、乌贼骨、大蓟、小蓟、白茅根、藕节五钱～一两。

功用与主治：

（1）收敛止血药：（仙鹤草）收敛止血，补虚。治各种内伤出血。（三七）化瘀止血，消肿止痛。治内、外伤出血。（乌贼骨）收敛止血，制酸止带。治内伤出血，胃酸过多，白带。（白芨）补肺止血，消痈生肌。治咯血、衄血、疮疡痈肿。（花蕊石）收敛止血。治吐血。（血余炭）化瘀止血。治吐血，尿血，子宫出血。

（2）凉血止血药：（大蓟、小蓟）凉血止血。治衄血，尿血。（茜草）凉血祛瘀。治血热出血，血瘀经闭，跌扑损

伤。(地榆)凉血止血。治各种便血，子宫出血；外用治急性炎症及烫伤。(槐花)凉血，清湿热。治赤白痢、痔疮、便血。(侧柏叶)凉血，清湿热。治血证出血，衄血，子宫出血，便血。(白茅根)凉血消肿。治一切血热出血，尿道灼热，尿痛，浮肿。(旱莲草)凉血滋肾。治血热出血，肾虚腰痛，头晕目黑。同女贞子配伍。(丹皮)清热，凉血，化瘀。治一切血热出血，斑疹，急性炎症。(藕节)止血化瘀，治吐血不止及口鼻出血。(犀角)清心胃热，解温毒，止吐衄。治伤寒温疫，头痛寒热。(百草霜)止上下诸血。治吐衄崩漏，口舌诸疮。

七、平肝熄风药

本类药物，能平肝、熄风，镇痉。适用于肝阳上亢之头胀，头目眩晕，肝风内动之抽搐，惊痫、癫狂，惊厥等。

常用药：羚羊角、钩藤、僵蚕、天麻、地龙、石决明、白蒺藜、全蝎（全虫）、蜈蚣、代赭石。

用量：一～三钱。羚羊角三分～一钱（研面冲服）。石决明、代赭石五钱～一两。全蝎，蜈蚣1～4条。

功用及主治：(羚羊角)镇惊熄风。治高热，神昏抽搐。(钩藤)清热平肝，熄风镇惊。治头痛麻木，小儿高烧惊风。(僵蚕)祛风消痰。治肢麻抽搐，中风，瘰疬肿块。(天麻)熄风镇惊，活络。治惊痫，眩晕，风湿性肢体麻木疼痛。(地龙)清热止痉，活络利尿。治热病抽搐，中风，排尿困难，肢体屈伸不利。(石决明)平肝潜阳。治肝热头目眩晕。(白蒺藜)理肝气，清头目。治胸胁胀痛，肝热头晕。(全蝎)祛风镇惊，活络通痹。治惊痫抽搐，半身不遂，风湿性之筋骨挛痛。

(蜈蚣)祛风解毒。治惊痫疮伤。(代赭石)平肝镇惊，降逆止呕，坠痰平喘。

八、安神药

本类药物，性偏甘平，能养心安神。适用于心悸易惊，虚烦不寐，失眠多梦等证。常与补养药，镇惊药配伍使用。

常用药：酸枣仁、柏子仁、远志、琥珀、朱砂、磁石、菖蒲。

用量：二～三钱。磁石五钱～一两。朱砂、琥珀三分～八分（研面冲服）。

功用与主治：(酸枣仁)炒枣仁补心安神。治心烦，失眠，虚汗。(柏子仁)养心安神，润肠通便。治心悸，失眠，多梦，便秘。(远志)益志安神，化痰止咳。治惊悸健忘，咳嗽。(琥珀)宁心镇惊，利尿。治惊痫，睡眠不安，尿少，尿道灼痛。(朱砂)安神定惊，解毒。治惊痫，心悸，失眠，高烧抽搐。(磁石)潜阳纳气。治头晕，目眩，耳鸣，肾虚喘。(菖蒲)宁神开窍。治心虚惊恐，失眠，昏迷。

九、理气、助消化药

本类药物，具有疏郁消胀，行气止痛，和胃健脾，助消化的作用。理气药多辛温芳香，易伤正气和津液，故体虚津少者慎用。

1.理气药：性偏辛、苦、温。适用于气滞、气郁引起的胸腹胀满疼痛，嗳气吞酸，呕吐呃逆，痰湿，食滞等证。

常用药：陈皮、青皮、枳实、枳壳、厚朴、大腹皮、香附、木香、乌药、砂仁、白蔻仁、川楝子、梭罗子。

用量：二～三钱。木香、砂仁、白蔻仁五分～一钱半。沉香五分～一钱（研面冲服）。

功用及主治：（陈皮）理气开胃，燥湿化痰。治胃腹胀痛，消化不良，咳嗽痰多。（青皮）舒肝散结，消食宽中、治胸腹胀痛，食积，乳痈、（枳实、枳壳）破气，消积，除胀。治食积、胀满及痰滞，便秘。（厚朴）下气散满，燥湿化痰。治胸腹满闷，呕吐反胃，痰多喘满。（大腹皮）除胀利尿。治腹胀及腹水。（香附）疏肝解郁，调经止痛。治胸腹胀痛，抑郁，月经不调。（木香）行气，健胃、止痛。治胃腹胀满，消化不良，泻痢。（乌药）顺气消胀，温肾缩尿。治气滞腹胀，肾虚尿频。（砂仁）开胃消食，止呕安胎。（白蔻仁）暖胃除满。治腹胀，嗳气，呕吐。（川楝子）舒肝止痛，与元胡配伍，治脘腑诸痛。（梭罗子）理气止痛。治肝胃气痛。

2.助消化药：能促进消化机能，适用于食积停滞，消化不良，以致胃腹胀闷，不思饮食等证。

常用药：神曲、麦芽、山查、鸡内金、莱菔子。

用量：二～三钱。

功能与主治：（神曲）健胃消食。治谷食积滞，泻痢。（山查）焦山查健胃消积。治肉食积滞。生山查化瘀，治痢疾，产后腹痛。（麦芽）生麦芽舒肝理气，治胸胁胀闷。炒麦芽回奶。焦麦芽助消化，治面食积滞。焦神曲、焦麦芽、焦山查合用，名为“焦三仙”。（鸡内金）消食开胃。治食积胀满，小儿疳积。（莱菔子）健胃祛痰。治慢性消化不良症，消肿毒。

十、利水渗湿药

本类药物，具有通利水湿的作用。适用于水湿内停，尿

少，混浊，黄疸，水肿，腹水，痰饮等证。

常用药：木通、车前子、茯苓、泽泻、防己、滑石、猪苓、瞿麦、扁蓄、薏苡仁、冬瓜皮、冬瓜子、赤小豆、通草、海金砂。

大戟、芫花、甘遂、商陆为逐水药，能泻水，通二便，治重症水肿及腹水。此类药有毒，宜慎用。

用量：二～四钱（车前子、滑石宜包煎）。冬瓜皮、冬瓜子、薏苡仁、赤小豆五钱～一两。

功用与主治：（木通）利尿通淋，下乳。治尿路感染，水肿，，乳少。（车前子）清热利尿，止泻。治水肿，水泻，尿道涩痛。（泽泻）利尿止泻。治水肿，泄泻，（防己）行水消肿，祛风湿。治水肿。关节肿痛。（滑石）清暑利尿，通淋止泻，治中暑，腹泻，淋病。（茯苓）健脾利尿，宁心定悸。治心虚惊悸，失眠，脾虚水肿。（赤小豆）消肿止痢，排脓消痈。（瞿麦）利尿通淋。治尿痛、尿血。（扁蓄）利尿退黄。治尿流不爽，黄疸。（猪苓）渗湿利尿。治小便不利，水肿。（薏苡仁）利湿除痹，清热消肿，健脾止泻。治脚气水肿，脾虚泄泻，肺痈，肠痈，白带。（冬瓜皮）清热利尿。治小便不利，水肿脚气。（冬瓜子）清热利湿。治肠痈，肺痈。（通草）清热利水，通气下乳。治小便不利。（海金砂）利水通淋。治热淋尿赤，茎中痛热，胆结石。

十一、泻下通便药

本类药物，能泻下通便，其中某些药物兼有逐水，破瘀的作用。适用于里热证及高烧，腹满，便秘，停食，腹水，瘀血等证。

常用药：

1.寒下药：大黄、芒硝、二丑、番泻叶、巴豆。

2.缓下药：火麻仁、郁李仁、蜂蜜、杏仁、桃仁。

用量：二～三钱。芒硝三～五钱。蜂蜜五钱～一两。

功用与主治：

1.寒下药：(大黄)生大黄清肠，通便，泻火。治肠胃实热，便秘，一切实火之吐血，鼻出血。熟大黄功用与生大黄相同，但作用缓和。(芒硝)通便软坚，配大黄治实热便秘。元明粉作用缓和。(二丑)泻水通便。治重症水肿及腹水。〔番泻叶〕泻下清热。治胃肠积热，脘腹满闷，大便秘结。(巴豆)泻下祛积，逐水消肿。治胃肠积聚，大便秘结，腹水实证。

2.缓下药：(火麻仁)润肠通便。治老人、体虚或孕妇便秘。(郁李仁)功同火麻仁。(蜂蜜)清热补中，润燥滑肠。治肠燥便秘，虚劳干咳。(杏仁)润便通肠。治大便秘结。(桃仁)破血祛瘀，润燥滑肠。治血瘀经闭，腹痛，大便秘结。

十二、固涩收敛药

本类药物，有收敛固涩作用。适用于体虚之久泻，多汗，久喘，遗精，遗尿等证。应用时多与补养药配伍。

常用药：

1.敛汗，涩精，止遗尿药：五味子、桑螵蛸、金樱子、麻黄根、浮小麦、龙骨、牡蛎、山萸肉、莲须。

2.涩肠，止泻，定喘药：赤石脂、肉豆蔻、莲肉、芡实、五倍子、诃子、伏龙肝、瓦楞子、石榴皮。

用量：二～五钱。浮小麦、麻黄根、龙骨、牡蛎、赤石脂、伏龙肝、瓦楞子五钱～一两。

功用与主治：

1.敛汗，涩精，止遗尿药：（五味子）益气敛汗，涩精止喘，治气虚自汗盗汗，肾虚遗精，肺虚咳喘无痰者。（桑螵蛸）固精止带，益肾缩尿，治尿频遗尿，止白带。（金樱子）涩精缩尿，治遗精，遗尿。（麻黄根、浮小麦）止汗，治自汗盗汗；淮小麦又治心神不安。（龙骨）煅龙骨益气敛汗，涩肠止泻，止血。治虚汗，久泻，遗精，崩带。生龙骨潜阳安神。治惊痫失眠。（牡蛎）生牡蛎滋阴敛汗。治潮热盗汗。煅牡蛎固下收脱。治遗精，白带，崩漏。（山萸肉）滋补肝肾，涩精止汗。治腰膝痠软，头晕目眩，阳萎遗精，小便频数。（莲须）清心固肾。治遗精，带浊。

2.涩肠，止泻，定喘药：（赤石脂）涩肠止泻，温经止血。治久泻，久痢，脱肛，崩漏，白带。（肉豆蔻）温暖脾胃。治虚寒性久泻，久痢。（莲肉）健脾止泻，涩精安神。治久泻，遗精，心悸。（芡实）健脾止泻，补肾涩精，止白带。（诃子）涩肠止泻，敛肺止喘。治久喘，久咳，声音嘶哑。（伏龙肝）涩肠止呕，益脾止血。治水泻，呕吐，出血。（五倍子）敛肺降火，涩肠止泻，敛汗止血。治肺虚久咳，久泻久痢，便血脱肛，滑精遗尿。（瓦楞子）散结消痰，制止胃酸。治症瘕痞块，老痰积结，胃疼。（石榴皮）固涩杀虫。治泻痢，脱肛，下血，蛔虫腹痛。

第二节　常用化学药品

一、作用于中枢神经系统的药物

催眠止惊药

催眠药，是能够引起近似生理睡眠的药物，大剂量注射

有对抗惊厥的作用。

〔临床应用〕

（一）巴比妥类：苯巴比妥为长效催眠药（6—8小时），也用作抗癫痫药。小剂量用于镇静，中剂量用于催眠，其钠盐可肌肉注射，用于催眠或止惊。异戊巴比妥为中效催眠药（3—6小时），其钠盐可静脉注射，用于止惊。速可眠为短效催眠药（2—4小时）。硫喷妥钠供麻醉和止惊用。巴比妥类因在肝脏破坏（解毒），由肾脏排泄，故肝、肾功能严重减退者，慎用或忌用。

（二）醛类：水合氯醛和副醛作用快，毒性小。前者，多用于催眠和止惊。后者，多用于止惊，因一部分自肺排出，而刺激呼吸道，故不适用于呼吸系疾病患者。

（三）导眠能和安眠酮：催眠。用于肝脏病患者，较巴比妥类安全。

〔注意事项〕

（一）久用可成瘾。一次过量或长期大量服用，均可引起中毒。

（二）静脉注射异戊巴比妥钠，或硫喷妥钠的注意事项，详见有关章节。

镇静安定药

镇静药，能使中枢神经产生抑制，使兴奋状态降低。安定药对躁狂性精神病，具有较大的选择性抑制作用，能在不影响清醒的条件下，起到安定神志的效果。

〔临床应用〕

（一）镇静药：常用的为溴化物及小剂量催眠药，主要

用于神经官能症。

（二）强安定药：常用的为吩噻嗪类（氯丙嗪、乙酰普吗嗪、奋乃静等），用于精神病患者的精神错乱和躁狂现象，以及非精神病的兴奋不安或焦虑状态。此类药物，尚具有镇吐、降压、降温等作用，可用于治疗高血压、各种原因的呕吐（运动病除外），中暑，并可作“人工冬眠”用。

（三）弱安定药：眠尔通和利眠宁，可用于抑郁性焦虑。但更常用于神经官能症及失眠。

〔注意事项〕

（一）溴化物久服可蓄积中毒。

（二）氯丙嗪可引起厌食，皮疹，药物热等反应。有肝功能损害者，晚期高血压，伴有明显动脉硬化者，慎用。

中枢兴奋药

此类药物，能兴奋中枢神经，又称苏醒药。

〔临床应用〕

（一）咖啡因：主要能增强大脑皮层的兴奋性。小量口服，用于神经官能症（常与溴剂并用）。注射剂，可用于中枢性呼吸和循环衰竭的急救，但作用较弱。

（二）尼可刹米与山梗菜碱：前者，主要能直接兴奋呼吸中枢；后者，主要是刺激颈动脉窦，反射性地引起呼吸兴奋，均可用于脑炎、中毒性脑病（如中毒性痢疾）及麻醉药、催眠药中毒等所引起的呼吸衰竭，以及新生儿窒息。山梗菜碱在体内分解较快，故必要时，每隔半小时或数分钟，可重复使用。

（三）戊四氮与美解眠：能兴奋呼吸中枢，对血管运动

中枢，也有直接兴奋作用。常用于巴比妥类及其它中枢抑制药物的中毒。

（四）克脑迷（抗利痛）：能促进脑细胞的代谢，能使外伤性的昏迷病人，迅速恢复脑的功能，并有对抗中枢抑制药物的作用。适用于外伤性昏迷，脑外伤后遗症，其它原因引起的昏迷。一氧化碳（煤气）中毒，肺性脑病(脑缺氧)，巴比妥及安定药物等的中毒，放射性脑损伤等，都可酌情采用。静脉滴注后，有时可引起静脉炎或猩红热样皮疹，间有发热症状出现，一般停药后，即可自愈。滴注时，切不可漏于静脉外。孕妇、产妇及冠心病患者忌用。静脉滴注成人一日量 1 克。一疗程 9 —12日。

（五）回苏灵：对呼吸中枢直接兴奋作用，比尼可刹米的作用大 100 倍，恢复呼吸效力显著，用药后通气量大增。用于各种原因引起的中枢性或末稍性换气不全及麻醉药所致之呼吸抑制。此药，静脉给药疗效迅速，因作用强大，易引起惊厥，故注射速度必须缓慢，对痉挛病患者，禁用或慎用。

（六）氯酯醒（遗尿丁）：能促进脑细胞的氧化还原，增加其对碳水化合物的利用，并调节新陈代谢。对处于抑制状态的中枢神经系统，有兴奋作用。临床用于新生儿缺氧症，颅脑外伤性昏迷，儿童精神迟钝，小儿遗尿和酒精中毒等。其作用产生较缓慢，在反复应用后，效果显著。本药尚未发现不良作用。

镇 痛 药

此类药物，包括阿片的生物碱，如吗啡、可待因和人工合成的杜冷丁、安那度尔等。其镇痛作用较解热镇痛药强。

〔临床应用〕用于外伤和手术后的疼痛，内脏绞痛（治疗胆、肾绞痛，须配用解痉药，如阿托品）和麻醉前给药。

安那度尔一般仅用于镇痛。杜冷丁还用于强化麻醉和“人工冬眠”。吗啡尚具有强力的镇静、镇咳作用，并能降低呼吸中枢的兴奋性，是治疗急性左心衰竭的有效药物。

可待因镇痛作用较弱，常用于镇咳。

〔注意事项〕

（一）久用均可成瘾，尤其是吗啡。

（二）肝功能严重减退，肺原性心脏病，支气管哮喘患者，哺乳期妇女及婴儿，均应慎用，尤其禁用吗啡。

（三）急性腹痛诊断未明者，禁用镇痛药。

解热镇痛及抗风湿药

本类药物，主要包括水杨酸类(水杨酸钠、阿斯匹林)、吡唑酮类（氨基比林、安乃近、保泰松）和苯胺类（非那西汀），能降低体温，并有镇痛作用。前两类，尚有抗风湿作用。

〔临床应用〕

（一）解热：能暂时使体温下降，但不能消除病因，勿滥用，以免掩盖病情。剂量不宜过大，以防虚脱。麻疹，伤寒，重症结核病患者，尤应慎用。

（二）镇痛：主要用于头痛，牙痛，关节痛，肌肉痛，神经痛，痛经等钝痛，与巴比妥类药物配伍，可增强镇痛作用（成药撒烈痛、索密痛、息痛宁、复方氨基比林等，均含有巴比妥类）

（三）治疗风湿病和类风湿性关节炎：用水杨酸类和吡

唑酮类。

（四）**柴胡针**：为柴胡挥发油的灭菌过饱和溶液，每毫升，相当于生药1克，有解热作用。主治感冒，流感，作用平稳。适用于小儿、孕妇。成人每次肌肉或静脉注射2毫升，小儿1—1.5毫升，一日1—2次。

〔注意事项〕

（一）水杨酸钠、阿斯匹林和保泰松，易致胃肠道反应，溃疡病患者，不宜使用。

（二）长期服用吡唑酮类，应注意血中白细胞，疑有粒细胞减少，应立即停药。有肾脏损害时，保泰松应慎用。

（三）偶而可引起皮疹等过敏反应。

二、作用于呼吸系统的药物

镇咳祛痰药

镇咳药，大多对咳嗽中枢具有选择性抑制作用。祛痰药，多能将痰变稀而易于咳出，从而使咳嗽缓解。

〔临床应用〕

（一）**镇咳药**：常用的有阿片类（如可待因）和克拉米芬类（咳必清、咳美芬）。适用于无痰而剧烈的频咳。前者，作用较强。

（二）**祛痰药**：常用的有氯化铵、碘化钾、远志及桔梗等。适用于多痰及痰液粘稠的咳嗽。

上述两种药物，常配合应用，如复方甘草合剂、半夏露、敌咳、杏仁止咳糖浆。

〔注意事项〕阿片类有成瘾性。碘化钾禁用于肺结核。

止喘药

本类药物的作用，主要是解除支气管平滑肌的痉挛。也称支气管扩张药。

〔临床应用〕

（一）拟肾上腺素药物（肾上腺素、异丙基肾上腺素、麻黄素）：此类药物，均具有拟交感神经作用，而使支气管舒张，用于支气管哮喘的急性发作。肾上腺素（皮下注射）和异丙基肾上腺素（喷雾吸入或舌下含化）奏效迅速。麻黄素作用较弱，但较持久。对心病性气喘，均禁用。

（二）安茶碱：直接作用于支气管平滑肌，使支气管舒张，并兼有舒张冠状动脉和利尿作用，于支气管哮喘有作用。

（三）喘定（甘油茶碱）：有扩张支气管及冠状动脉作用，并有利尿作用。适用于治疗哮喘，喘息性支气管炎及慢性肺气肿等。也可用于预防支气管哮喘发作，还用于心绞痛及心脏性水肿的治疗。

〔注意事项〕安茶碱静脉注射时，浓度不可过高（应用葡萄糖液稀释），速度应缓慢，以防心肌过度兴奋而发生意外。小儿尤应慎用。肌肉注射时，可加等量2%普鲁卡因以减轻疼痛。有高血压者，不宜用肾上腺素和麻黄素。

三、作用于循环系统的药物

急救升压药

本类药物，是心脏停搏和休克时的急救药，大多为拟肾

上腺素药物，能兴奋心肌，收缩血管。

〔临床应用〕

（一）用于心脏停搏：肾上腺素和异丙基肾上腺素，均有兴奋心脏的作用。后者的作用，超过前者。

（二）用于休克：

1.去甲肾上腺素和阿拉明：其升压作用，主要是由于能使血管收缩，对心肌收缩力也有所增强。前者作用快而强，但需持续静脉滴注。药液外漏，易产生局部组织坏死。并能引起肾血管痉挛而致尿少，是其缺点。后者作用较持久，使用方便，可皮下或肌肉注射，而且使肾血流量减少。但升压作用不如前者。

2.恢压敏：增强心肌收缩力，并使静脉收缩，增加回心血量，从而使心输出量增加而升高血压。但升压作用较弱。

3.美速克新命：只使血管收缩，而不增强心肌收缩，升压作用较弱。另外，可利用其反射性心动过缓作用，以治疗室上性心动过速。

4.麻黄素：能增强心肌收缩力和使血管收缩，而以前者为主，升压作用较弱，且易致“快速耐药性”，不能反复应用。

5.多巴胺：能增强心肌收缩力，增加心排血量，加快心率作用较轻微。对周围血管有轻度收缩作用，升高动脉压，对内脏血管则使之扩张，增加肾血流量及肾小球滤过率，促使尿量及钠排泄量增多。临床上用于各种类型休克，以及心脏复苏时升压用等。

〔注意事项〕

（一）静脉滴注去甲肾上腺素，不可突然停止，而应逐

渐减量。切忌药液漏出血管外，否则应立即用0.5～1%普鲁卡因作局部皮下浸润。

（二）治疗休克，不可单靠升压药，详情参阅“休克”。

（三）休克合并代谢性酸中毒时，可减低升压药的效果。因此，必须同时纠正酸中毒。大剂量肾上腺皮质激素，对升压药有加强作用。

降压药

降压药主要用于治疗高血压，大多是通过抑制交感神经的某一环节而使血管舒张、血压下降，亦有直接作用于血管平滑肌而使血管扩张者。

〔临床应用〕

（一）抗交感神经药：萝芙木类（利血平、降压灵）和胍乙啶能使交感神经末稍的介质排空而产生降压作用。前者作用缓和，用于早期轻度及中度高血压病，于严重的高血压及高血压脑病需与其他降压药合用。后者作用较强，用于萝芙木类无效的病人。轻症勿用。

复方降压片：每片含利血平0.03125毫克，双肼酞嗪3.125毫克，双氢氯噻嗪3.125毫克，异丙嗪12.5毫克，利眠宁2毫克，维生素B_1、维生素B_6、泛酸钙各1毫克，氯化钾30毫克，三矽酸镁30毫克。口服，每日三次，每次1—2片。

（二）肼苯哒嗪类（肼苯哒嗪，血压达静）：能舒张血管平滑肌，并有抗肾上腺素作用，常与其他降压药合用，治疗较重高血压病，并适用于肾性高血压。对患有严重的心肌损害，脑动脉硬化者，慎用。

（三）神经节阻断药（美加明*，溴必定*）：对植物

神经节的阻断作用，对交感神经节的阻断作用更为明显，降压作用快而强，但副作用较多。用于急进型高血压及高血压脑病。禁忌症同肼苯哒嗪。肾功能严重减退时，也不宜用。

（四）其他：硫酸镁对周围血管有舒张作用，并有镇惊、镇静及降低颅内压等作用。用于高血压脑病及子痫。地巴唑能解除血管平滑肌的痉挛，降压作用较弱。适用于伴有心绞痛或脑血管痉挛的高血压。

〔注意事项〕

（一）萝芙木类可引起鼻塞，乏力，嗜睡等副作用，并忌用于溃疡病患者（降压灵副作用较轻）。

（二）胍乙啶和神经节阻断药，可致直立性低血压。服药期间，起床时应缓慢坐起。神经节阻断药，尚可引起其他植物神经紊乱，如口干，便秘，排尿困难，视力模糊等。

（三）硫酸镁静脉滴注时，宜配成1～2％溶液，如发生呼吸抑制现象，应停止注射，并用10％葡萄糖酸钙10毫升，静脉缓注。

* 美加明的常用量，为每次2.5～7.5毫克，每日3次。潘必定，为每次1.25～5毫克，每日3次。

四、作用于消化系统的药物

助消化药

本类药物，大多为消化液的主要成分，用以补充消化道分泌机能之不足。乳酶生为乳酸杆菌制剂，能抑制肠内腐败菌的繁殖。

〔临床应用〕

（一）稀盐酸和胃蛋白酶：用于胃酸分泌降低的消化不良。

（二）胰酶和淀粉酶：用于胰腺分泌机能降低的消化不良。

（三）乳酶生：用于消化不良，兼有腹胀气者及婴儿腹泻。勿与肠道抑菌剂（如四环素族）或吸附剂（如活性炭）合用。

制 酸 药

制酸药，都是弱碱性物质，内服后能中和胃酸，降低酸度。

〔临床应用〕

主要用于胃酸过多和溃疡病，宜配用解痉药，以抑制胃酸分泌和解除胃肠痉挛。

（一）吸收性制酸药：碳酸氢钠作用迅速，但为时短暂，而且服后产生二氧化碳，能引起继发性胃液分泌，治疗溃疡病时，不应单独使用。也用于治疗代谢性酸中毒（常静脉滴注）。

（二）不吸收性制酸药：氧化镁，碳酸钙，三矽酸镁，氢氧化铝等作用均较持久。后二药，服后能形成胶体物质，对溃疡面尚有保护作用。氧化镁与三矽酸镁有导泻的副作用，碳酸钙与氢氧化铝久服可致便秘，宜互相配合应用。胃舒平（复元氢氧化铝片）即为氢氧化铝，三矽酸镁和颠茄浸膏的配伍。此类成药片剂，服用时应嚼碎。

解痉药（抗胆碱药）

本文仅述阿托品及其人工合成的代用品。此类药物，具有

节后抗胆碱作用，能阻断副交感神经纤维的化学介质而呈现平滑肌松驰（解痉作用），腺体分泌减少，心跳加快，瞳孔散大等。

〔临床应用〕

（一）阿托品：用于胃、肠、胆、肾等器管疼痛时的解痉止痛，也用于溃疡病，慢性胃炎及全身麻醉前给药等。大剂量阿托品，可解救有机磷中毒，拮抗由乙酰胆碱蓄积所引起的毒蕈碱样症状（如恶心，呕吐，多汗，流涎，视力模糊，瞳孔缩小和呼吸困难）。但对烟碱样症状（如肌肉纤维性挛缩）无效。故须并用胆碱酯酶复活剂（解磷毒）。大剂量阿托品，尚有解除血管痉挛的作用，故用于小儿中毒型细菌性痢疾及感染中毒性休克。此外，阿托品还可防治锑剂的毒性反应（如呕吐，心律紊乱等）。

（二）人工合成解痉药（安胃灵、胃复康，普鲁本辛）：缓解胃肠平滑肌痉挛和抑制分泌的作用较强，而口干的副作用较弱。用于溃疡病，慢性胃炎等。

（三）颠茄浸膏片：用于胃及十二指肠溃疡，轻度胃肠疼痛等，有止痛及减少分泌的作用。

〔注意事项〕

青光眼患者慎用，尤忌用阿托品和东莨菪碱。

泻　药

〔临床应用〕

（一）刺激性泻药：双醋酚丁和酚酞直接刺激结肠，使其蠕动加强，是习惯性便秘时，常用的缓泻剂。

（二）盐类泻药：硫酸镁口服，能阻止肠内水分吸收，使

肠内容积增大而刺激肠蠕动。用于便秘及服驱虫药后，并用于急性中毒时，以减少毒物的吸收。此药口服，还可用以利胆。

（三）润滑性泻药：液体石蜡能润滑肠道，软化粪便，适用于痔、疝患者，年老体衰及外科手术后的便秘。也可用食油代替。

（四）开塞露：为适量的甘油（或山梨醇）制剂，盛于塑料容器内，用时将其尖端剪开，注入肛门，引起排便。成人，每次注入20毫升，小儿，每次注入10毫升。

〔注意事项〕急性腹痛诊断未明者，伤寒患者，先兆流产及习惯性流产者，禁用。孕妇慎用。

止泻药

〔临床应用〕用于各种不能去除病因的腹泻。

（一）阿片类：效力最强，能抑制肠蠕动。常用复方樟脑酊（含吗啡药0.05%）。婴儿慎用。

（二）收敛剂：鞣酸蛋白，次碳酸铋等，适用于慢性肠炎，婴儿腹泻（迁延性）。

（三）吸附剂：活性碳，适用于腹泻兼有腹胀者。

（四）解痉剂：颠茄，阿托品等，对植物神经机能紊乱所引起的腹泻有效。

肝脏疾病辅助治疗药

目前，用于治疗肝病的辅助药物很多，可归纳如下：

（一）改善肝细胞功能，促进肝细胞修复的药物，如葡萄糖，维生素B类，三磷酸腺苷，辅酶A等。

（二）促进肝脏解毒功能的药物，如肝泰乐等。

（三）去脂药物，如复方胆碱，蛋胺酸，肝乐，肌醇等。

（四）降低血氨，以防治肝昏迷的药物，如谷氨酸和谷氨酸钠，精氨酸等。

五、作用于泌尿系统的药物

利 尿 药

常用的利尿药，大多是能抑制肾小管对盐类的再吸收，从而增加对水分的排出，而产生利尿作用。

〔临床应用〕

（一）**汞撒利**：能抑制肾小管对氯和钠离子的再吸收，利尿作用强而快，加服氯化铵，可增加其利尿作用。用于心病性和肝病性水肿。肾性水肿，禁用。

（二）**双氢克尿塞**：主要抑制肾小管对钠离子的再吸收，增加钾的排泄，并有降压作用。用于各型水肿及高血压。长期服用时，应加服氯化钾。

（三）**乙酰唑胺**：为碳酸酐酶抑制药，能影响肾小管中氢、钠离子的交换，从而增加钠的排出，并能降低眼压。用于心病性水肿（由于利尿作用不强，且价较昂，故较少应用）及青光眼。肝肾功能严重减退者，慎用。

（四）**氨苯喋啶**：抑制肾小管对钠的再吸收，而不增加钾的排泄，单用效果不显著。与双氢克尿塞合用，可增强利尿作用。用于各型水肿。

（五）**安体舒通**：为抗醛固酮制剂，能阻断醛固酮对肾小管中钠的再吸收，从而增加钠和氯离子的排泄，并储存

钾。仅用于一般治疗无效的顽固性水肿。本药价昂。

（六）利尿酸：为强利尿剂。适用于充血性心力衰竭，急性肺水肿，肾性水肿，肝硬变腹水，肝癌腹水，脑水肿及其他水肿。利尿作用强。因此，必须小心应用，随时调节剂量；以免造成电解质紊乱。

口服：一般每次25毫克，每日 1 — 3 次，一日量不超过100毫克。 3 — 5 日为一疗程。

静脉注射：用钠盐每次25—50毫克。偶而需要注射第二次，应更换部位，以免发生血栓性静脉炎。以葡萄糖溶液或生理盐水50毫升，稀释后，缓慢滴注或静脉注射（配成的溶液，存放不得超过24小时）。 3 — 5 天为一疗程。

〔注意事项〕

1.排钾作用，比一般利尿药物强，需同时补钾。每日氯化钾 3 — 4 克。

2.肌肉注射时，不宜和普鲁卡因、青霉素、氯霉素等配伍，以免药物失效。

3.尿闭病人及婴儿，不得使用。

（七）速尿：也是速效强利尿剂，其作用仅次于利尿酸，用途同利尿酸，见效迅速，持续时间短。成人，每次20—40毫克，加入葡萄糖内，静脉注射，每日或隔日一次。注射时，必须缓慢进行。

六、作用于血液及造血系统的药物

抗贫血药

本类药物，是制造血红蛋白的原料（如铁剂），或者参

与核酸的合成，从而促进红细胞的正常发育（如叶酸，维生素B_{12}），或者刺激骨髓，促进红细胞增生（如氯化亚钴）。

〔临床应用〕

（一）铁剂：用于缺铁性贫血，如小儿时期饮食缺铁和慢性失血（月经过多，痔出血，钩虫病等）所致的贫血。铁剂可导致胃肠反应，宜自小量开始，分次饭后服用。二价铁（如硫酸亚铁）易吸收，应优先选用。维生素C可促进铁剂吸收，故可并用。

（二）叶酸和维生素B_{12}：用于巨（大）细胞性贫血。维生素C与叶酸同服，可节省叶酸的消耗，故常配伍应用。

（三）氯化亚钴：用于再生障碍性贫血和肾功能不全时的贫血。

（四）肝精（肝浸膏）：用于治疗恶性贫血，妊娠期，婴儿及营养性巨细胞性贫血，脂泻等。

止血药

本类药物，能促进血液凝固或增强毛细血管致密度，从而产生止血的作用。

〔临床应用〕

（一）促进血液凝固的药物：维生素K参与肝内凝血酶元的合成，常用于新生儿自然出血和阻塞性黄疸以及肝脏病（如肝硬变，肝炎）时的出血倾向。阻塞性黄疸时应注射，口服吸收不良。

凝血质能促使凝血酶元变为凝血酶，从而加速凝血。常用于内脏出血及其他出血情况。

仙鹤草素，可加速血液凝固。可用于各种出血。

6—氨基已酸，能抑制纤维蛋白溶酶元的激活因子。适用于纤维蛋白溶解症等出血疾患，及内科各种出血症。须静脉滴注给药，初量4—6克，以5%葡萄糖或生理盐水100毫升稀释，15—30分钟滴完。维持量为每日1克，直至出血停止。

对羧基苄胺（抗血纤溶芳酸）：止血原理与6—氨基已酸相同，但其效果比其强4—5倍。静脉注射或静脉滴注：50—100毫克/次，每天最大剂量600毫克。

（二）增强毛细血管致密性的药物：安络血（安得诺新）和维生素C，可用于紫癜及其他各种毛细血管出血。

上述两类药物，常合并使用。

（三）止血敏（羟苯磺乙胺，止血定）：用于各种出血，包括手术前后出血及因血管壁脆弱引起的出血。

肌肉注射0.25克～0.5克，每日2～3次。口服0.5～1克。

注意：不能与6—氨基已酸混合注射，以免引起中毒。

（四）云南白药：为治内外出血及血瘀肿痛之药。

用法：对刀、枪伤、跌打，无论轻重，出血者用开水调服。月经流血过多，血崩者，也用开水调服。若瘀血肿痛，妇科各症，宜用酒调服。

七、抗组织胺药

本类药物，能降低机体对组织胺的反应（胃腺分泌除外）。同时，对中枢神经大多有抑制作用。

〔临床应用〕

（一）荨麻疹，接触性皮炎，药疹等过敏性疾病。

（二）运动病（晕车，晕船）及各种原因引起的恶心，呕吐。

常用药物中苯海拉明，于上述两类疾病均可用。但困倦思睡的副作用较强。朴尔敏与派力苯沙明思睡的副作用较小，但止呕的作用差，只用于过敏性疾病，晕海宁则多用于防治运动病。异丙嗪的中枢抑制作用更为显著。除上述各适应症外，还可用作安定药，催眠药，并与氯丙嗪、杜冷丁等合并用于“人工冬眠”。

八、维生素类药物

维生素是促进物质代谢，维持正常生理机能所必需的物质，临床上用于防治维生素缺乏症，也用于其他疾病。但应明确适应症，不应滥用。

〔临床应用〕

（一）**维生素A**：维生素A缺乏症（夜盲症，结膜干燥，角膜软化，皮肤毛囊角化）。

（二）**维生素**B_1（盐酸硫胺）：脚气病，周围神经炎，神经痛等。

（三）**维生素**B_2（核黄素）：核黄素缺乏症（口角炎等）。

（四）**维生素**B_6（盐酸吡多辛）：妊娠呕吐，防治异烟肼毒性反应等。

（五）**维生素**B_{12}：巨（大）细胞性贫血，周围神经炎，周围神经麻痹，带状疱疹，水痘等。

（六）**烟酸**（维生素P）：癞皮病。因有血管扩张作用，常用于脑血栓，耳源性眩晕，血栓闭塞性脉管炎等。

（七）**维生素**C（抗坏血酸）：坏血病，紫癜，营养不良性贫血，肝炎，肝性昏迷。

（八）**维生素**D：佝偻病及骨软化症。

（九）**维生素**E：习惯性流产，先兆流产及不孕症。

（十）**维生素**PP（路丁）：紫癜。

（十一）**维生素**U：溃疡病。

（十二）**维生素**AD（鱼肝油）：常用于身体虚弱者，结核病人，病后恢复期及幼儿、产妇。并用于夜盲症，干燥性眼炎，佝偻病及软骨症等。

九、激素类药物

激素对机体的机能起着重要的调节作用。体内某种激素分泌不足时，需用相应的激素制剂补充。此时用量必须符合生理的要求。有些激素类药物，还可用于治疗与内分泌不足无关的疾病，而且已成为这些药物的更重要的用途。下面主要就后一种情况，予以叙述。

促皮质素和肾上腺皮质激素

本类药物的主要作用为：

（一）促进蛋白质分解，转变为糖，减少葡萄糖的利用率。

（二）使水、钠潴留及促进钾排泄。

（三）在严重感染时，有抗炎，抗毒，抗休克，抗过敏的作用。

〔临床应用〕严重的细菌性感染及结核病（必须与有效的抗菌素，或抗结核药合用），重症传染性肝炎，过敏性疾

病，风湿病，类风湿性关节炎，肾病综合症，血小板减少性紫癜，急性淋巴性白血病，粒细胞减少症等。上述疾病，常用强的松或氢化泼尼松，因其对水、钠潴留作用小。紧急情况须静脉给药时（如治疗感染中毒性休克），则用氢化可的松。促皮质素是通过刺激肾上腺皮质而起作用的，且须注射给药。故在上述各种疾病的治疗中较少应用。

（一）氟美松（地塞米松）：抗炎作用及控制皮肤过敏的作用，比强的松更显著，而对水、钠潴留和促进钾排泄作用较微。用途同强的松。一般是采用口服，每次0.75～1.5毫克，一日2—4次。也可肌肉注射或静脉滴注，每次5—10毫克。

（二）抗炎松：兼有皮质激素的抗炎作用及阿司匹林的解热镇痛作用。可用于风湿性关节炎，关节痛，风湿热，接触性皮炎，过敏性皮炎等。每次25毫克，一日3—4次。

〔注意事项〕

（一）合并有溃疡病，糖尿病，高血压，精神病，水痘等疾病时，应慎用或禁用。

（二）长期大量应用，易继发感染，使结核病复发，并可引起满月脸，毛发增多，血压上升，低血钾症，骨质疏松等。

（三）长期应用肾上腺皮质激素者，不可突然停药，应逐渐减量。

（四）促皮质素，静脉滴注时，须用较纯制品。临用时，以5％葡萄糖液稀释。

男性激素

甲基睾丸素和丙酸睾丸素，除能促进男性器官和副性征

的发育外，有对抗女性激素和促进蛋白质合成的作用。苯丙酸诺龙具有较强的促进蛋白质合成作用，而男性化的副作用较小。

〔临床应用〕 甲基睾丸素和丙酸睾丸素，用于功能性子宫出血，晚期乳癌及卵巢癌，更年期综合征，再生障碍性贫血等。苯丙酸诺龙用于重度营养不良，再生障碍性贫血。

〔注意事项〕 用量过大，可致女性男性化和痤疮。甲基睾丸素可引起肝脏损害和黄疸。

女性激素

己烯雌酚促进女性器官发育成熟，使子宫内膜产生周期性月经。黄体酮使子宫内膜转入分泌期，弛缓子宫收缩。

〔临床应用〕 己烯雌酚用于月经过少或经闭，功能性子宫出血，退奶，前列腺癌等。黄体酮用于功能性子宫出血，习惯性流产，先兆流产，与己烯雌酚配合进行“人工周期”。

脑垂体后叶激素

本类激素，含催产素和加压素两种成分：前者，能加强子宫收缩；后者能刺激平滑肌收缩，可使血压增高，并有抗利尿作用。

〔临床应用〕

（一）催产素注射液，为含有催产素的精制品，无升压作用。用于催产、引产和产后子宫出血。

（二）脑垂体后叶素注射液，兼有含上述两种有效成分，产科适应症同上，但血压高的产妇忌用。由于本药有收

缩内脏小动脉的作用，故可用于肺出血及肝硬变患者食道静脉破裂出血(本药尚有降低门脉压的作用)。也用于尿崩症。

〔注意事项〕

(一) 产妇宫口未开，胎位不正，头盆不称，产道异常者，禁用催产素或脑垂体后叶素催产。

(二) 用于晚期妊娠引产和催产时，须静脉缓慢滴注，以免造成子宫破裂。

十、调节体液、电解质和酸、碱平衡的药物

体液及电解质的相对稳定，是保证人体新陈代谢正常进行，以维持机体生理活动的重要条件。当病人因不能进食，呕吐，腹泻，高热，出汗，大量出血或烧伤等引起体液及电解质丢失或紊乱，常可导致休克而危及病人生命。因此，必须善于分析和掌握病情，及时采用适当药物，进行补充和调整，以纠正体液及电解质失调，达到治病的目的。

(一) 0.9%生理盐水（氯化钠注射液）：为等渗氯化钠液。补充体液及钠离子、氯离子。用于严重的呕吐，腹泻，大量出汗，大面积烧伤等所致的低盐性脱水症，及需要输液病例。

注意：心力衰竭，肾脏病，水肿、肺炎等病人，禁用或慎用。

(二) 复方氯化钠注射液（林格氏液）：为含氯化钠0.85%，氯化钾0.03%和氯化钙0.033%的等渗溶液。补充体液、钠、氯离子，及少量钾离子、钙离子。临床应用与上同。

(三) 葡萄糖注射液：葡萄糖具有补充机体能量和体液的作用。使肝脏有足够的肝糖原储存，以提高肝脏的解毒

功能。25—50%葡萄糖溶液为高渗性溶液，进入体内后，可呈现短暂的脱水及利尿作用。临床上用于各种重病和衰弱患者，以补充营养。广泛用于各种化学药品和细菌中毒，传染性肝炎，肝昏迷，妊娠中毒等解毒。也用于低血糖，胰岛素过量及酸中毒等。高渗葡萄糖注射液，也可用于各种水肿患者。

（四）葡萄糖氯化钠注射液：为含葡萄糖5%，氯化钠0.9%的注射液。静脉滴注以补充体液及钠离子，氯离子和热量。用于脱水症，休克及酸、碱中毒。心力衰竭，浮肿患者，忌用。

（五）氯化钾：钾离子对维持细胞正常代谢，神经兴奋传导，肌肉收缩，心脏活动机能及维持细胞内渗透压起重要作用，又有渗透利尿作用。临床上用于各种疾病和原因引起的低血钾症和洋地黄甙类中毒。静脉滴注时，应注意用量和浓度，以免引起高血钾症或心跳骤停。禁用于少尿或无尿的病人。脱水病人，应先补充葡萄糖盐水，见尿后，才可补钾。肾功能不全者，慎用。

（六）乳酸钠注射液：在体内肝脏氧化后，其钠离子与血中的碳酸氢根离子生成碳酸氢钠，可使体液偏向碱性。主要用于治疗酸中毒。用量过多，可导致碱中毒。肝功能不全，水肿患者，慎用。

（七）碳酸氢钠注射液：为4—5%的高渗碱性溶液。进入体内，碳酸氢离子可分解为二氧化碳自肺中排出，将钠留在体内，故可纠正代谢性酸中毒，并能补充钠离子。临床用于纠正严重酸中毒，感染中毒性休克和早期脑栓塞。

（八）右旋醣酐：临床常用者，有中分子右旋醣酐

和低分子右旋醣酐。前者，补充血容量作用较好，一般维持4—6小时。后者，有改善微循环作用，并有防止弥漫性血管内凝血和利尿作用，但维持时间较短，一般为2—3小时。多用于血容量不足所致的休克和感染中毒性休克等。对充血性心力衰竭，有出血倾向者，禁用。

（九）四〇九代血浆：维持有效血容量时间更短，其改善微循环及利尿作用更为显著。用于创伤性，出血性，烧伤及感染性休克等。严重肾病患者，禁用。

十一、磺胺类药物

磺胺类药物，有抑制细菌生长繁殖的作用。敏感的细菌为溶血性链球菌，脑膜炎球菌，肺炎双球菌和痢疾杆菌。其次为葡萄球菌，大肠杆菌，变形杆菌及砂眼病毒等。

〔临床应用〕

（一）吸收及排泄迅速的磺胺药：磺胺噻唑（ST），磺胺嘧啶（SD），磺胺二甲嘧啶（SM_2），用于溶血性链球菌感染（丹毒，咽峡炎，猩红热，中耳炎，产褥感染等），肺炎双球菌性肺炎，脑膜炎球菌性脑膜炎（尤宜用磺胺嘧啶，因其在脑脊液中的浓度较高），泌尿系感染，细菌性痢疾等，需每4～6小时，服药一次。磺胺异恶唑在尿中浓度和溶解度较高，适用于泌尿系感染。

（二）吸收迅速而排泄缓慢的磺胺药：磺胺甲氧嘧啶（SMP），磺胺双甲氧嘧等长效磺胺药，用途同上，每日服一次即可。但不宜用于紧急病例。常用于溶血性链球菌感染的预防。

（三）在肠内不易吸收的磺胺药：磺胺脒（SG），克

泻痢宁等，用于细菌性痢疾和肠炎。

（四）抗菌增效剂：磺胺增效剂（TMP）本身为一广谱抗菌剂，其抗菌谱与磺胺嘧啶相似。本品与磺胺药物合用，可增加磺胺类药物抗菌作用，对多种抗菌素也有增效作用。用于支气管炎，肺部感染，尿路感染。成人，每日二次，每次一片（0.1）。儿童，5～10毫克/公斤/日，分两次服。

（五）周效磺胺（SDM′）：

作用与用途：本品为目前所知的维持血中有效浓度时间最长的一种磺胺。其半衰期为150小时，每周仅需服药一次，因此称为“周效磺胺”。本品抗菌作用比SD稍弱，毒性及过敏反应比SMP小。适用于皮肤及软组织感染，包括面部及肛门疖肿等。气管炎，肺炎，包括大叶性肺炎，急性扁桃体炎，咽喉炎，鼻炎，急性菌痢，急性尿路感染等。原因不详的低热，预防链球菌感染的关节炎等，也有一定的疗效。此外，本品尚可用于治疗肺结核，淋巴结核（与抗结核药物合用），麻风。预防及治疗疟疾（与抗疟药合用）。

用法：口服，每三日至一周一次，每次0.5—1克，首次1克。重症者，每次2克。以后每三日至一周1克。儿童首次按每公斤体重40—50毫克，以后每周每公斤体重25毫克。

〔注意事项〕

（一）对磺胺过敏者禁用。

（二）服后偶有恶心、呕吐，头晕、头痛。若发生血尿，药疹，药物热，粒细胞减少等，应立即停药。

（三）在服用磺胺嘧啶，磺胺二甲嘧啶，磺胺噻唑时，应与等量碳酸氢钠同服，并多饮水。

（四）早产儿，新生儿及肾功能减退者，禁用。

十二、抗 菌 素

抗菌素，对各种病原体有抑制或杀灭作用。用于细菌，霉菌，立克次氏体，螺旋体，阿米巴原虫及某些病毒的感染。

〔临床应用〕

（一）青霉素类：青霉素G对固紫染色阳性和阴性球菌，阳性杆菌有效。用于溶血性链球菌感染（如丹毒，蜂窝织炎，咽峡炎，猩红热，脓胸及产褥感染），葡萄球菌感染（如脓肿，痈，骨髓炎，肺炎及败血症），肺炎球菌感染（如肺炎，脓胸，脑膜炎），流行性脑脊髓膜炎，炭疽等。肌肉注射时，需每日注射2～4次。油制普鲁卡因青霉素，肌肉注射后吸收缓慢，每日注射一次即可。适用于上述细菌的轻度感染。

新型青霉素又名半合成青霉素，国内已试制成功近十种（如新青Ⅱ，新青Ⅲ），作用类似青霉素，毒性极低。它的特点是耐酸（可以口服）、耐酶（对耐药性金黄色葡萄球菌有效），有的对固紫染色阴性杆菌（如大肠杆菌）也有效。与青霉素G有交叉敏感反应，故应用前，可用青霉素G作皮试。

（二）链霉素：对结核杆菌有特效，对固紫染色阴性杆菌和阳性球菌有效，但对球菌的作用不如青霉素。用于各型结核病，泌尿系感染，肠道感染，肺炎等。治疗结核病的用法，详见“结核病”。治疗其他感染时，宜将全日量分2次肌肉注射。

（三）氯霉素与合霉素：为广谱抗菌素，对固紫染色阴性杆菌作用最强、对立克次氏体和砂眼病毒亦有效。用于伤

寒，副伤寒，细菌性痢疾，泌尿系感染，百日咳，流行性脑脊髓膜炎，斑疹伤寒等。口服时，将全日量分4次服。

（四）四环素类：金霉素、土霉素和四环素为广谱抗菌素，对多种细菌有效，对阿米巴，立克次体和砂眼病毒亦有效。凡青霉素G，氯霉素的适应症，均可用四环素类治疗，并可用于阿米巴痢疾。口服时，将全日量分4次服用。

（五）卡那霉素：

作用与用途：为广谱抗菌素，对于很多固紫染色阳性菌，阴性菌及结核杆菌，均有抑制作用。对青霉素G，链霉素，异烟肼，对氨水杨酸，四环素等，有耐药性的菌株，对本品仍敏感。主要用于对青霉素耐药的金黄色葡萄球菌引起的各种感染（如败血症，心内膜炎，胆道感染，尿路感染，肺部感染），以及对链霉素，异烟肼等耐药的结核杆菌所致的各种感染。

用法：

1.口服不易吸收，多用肌肉注射。每次肌肉注射0.25～0.5克，一日二次。对于严重感染及耐药菌株，用量可酌加。

2.治疗结核时，因需较长期用药，一般常与链霉素、异烟肼、对氨水杨酸等配合应用，以使用量减少，且不易引起耐药性，只需每周肌肉注射二次，每次1克即可。

3.粉针可供静脉（以生理盐水或葡萄糖液溶解）；也可稀释2.5毫克/毫升作静脉滴注，每分钟3～4毫升。此浓度，也可用于脐腔、腹膜腔内注入。

注意：

1.毒性反应比新霉素轻，主要是对第八对颅神经和肾脏的损害，引起听力减退及耳聋的病例虽不多，但各地均有所

见、对50岁以上病人，慎用。所引起的肾损害，绝大多数是不可逆的。

2.大量注入胸膜腔，可能引起呼吸抑制。

3.静脉滴注最好不与其它抗菌素配伍。

4.由于本品仍有一定毒性，故不应轻易使用，不宜用于一般感染。

5.剂量每日不宜超过1.5克（成人），疗程不宜超过10—14日。

6.其它副作用，有头晕，耳鸣，恶心，食欲不振，荨麻疹等。停药后，可自行消失。

7.注射局部，可出现硬结，疼痛（应深部肌肉注射，也可加普鲁卡因，以减轻疼痛）。

（六）庆大霉素：

作用与用途：为一种广谱抗菌素，对固紫染色阴性菌及阳性菌，都具有较强的抑菌或杀菌作用，特别是对于绿脓杆菌，大肠杆菌，变形杆菌及耐药性金黄色葡萄球菌的感染，有显著疗效，但也可引起细菌耐药。现用于上述敏感菌引起的严重感染，如败血症，脑膜炎，化脓性腹膜炎，肺炎，软组织感染（包括脉管炎），尿路感染，胆道感染，大面积烧伤等。又因口服后，不易吸收，故还可用于治疗婴儿大肠杆菌性肠炎，经其它药物治疗无效的肠炎，菌痢，以及不能使用氯霉素的伤寒病人。与其它抗菌素（四环素，氯霉素，抗敌素，羧苄青霉素等）合用，常有协同作用。

用法：

1.肌肉注射：成人，每次20～40毫克，一日3—4次。儿童，一日2～5毫克/公斤，分2～3次。

2.静脉滴注：成人，每日120～240毫克，溶于5％葡萄糖液500～1000毫升内。儿童，每日2～4毫克/公斤，溶于5％葡萄糖100～200毫升内，滴注。病情好转后，改为肌肉注射。一疗程一般不超于10日。

3.鞘内注射：每次5～10毫克。

4.腔内（脓腔、胸腹腔）注入：1～2毫克/毫升。

注意：

1.本品的毒性反应与卡那霉素相似，主要是对第八对颅神经及肾脏的损害。但由于本品剂量小（约为卡那霉素1/10），因此其毒性反应也较轻微。用药期间，仅少数病例出现眩晕，耳鸣，四肢及头皮发麻等，对肝肾功能及血象无明显影响，只在用量过大，疗程过长时，可引起蛋白尿，管型尿，尿中出现红、白细胞，个别出现血尿，但药停后、即可恢复。

2.本品因有一定毒性反应，且可能引起细菌耐药，因此不宜广泛用于一般感染，而应留以治疗较严重的细菌感染，并根据具体情况，适当地与其它抗菌药物联合应用。

3.不宜与青霉素、新型青霉素联合静脉滴注。

（七）抗霉菌类：灰黄霉素用于体表霉菌感染，如头癣。制霉菌素用于治疗肠道霉菌感染。

（八）其他抗菌素：红霉素的抗菌谱与青霉素相似。主要用于对青霉素耐药的葡萄球菌感染。新霉素的抗菌谱与链霉素相似，口服后，吸收很少，用于致病性大肠杆菌所引起的婴儿腹泻。

〔注意事项〕

（一）使用抗菌素，必须严格掌握适应症。滥用抗菌

素不仅造成浪费，并且有引起严重并发症的危险和致成细菌的耐药性。

（二）青霉素（包括新型青霉素）和链霉素，可引起过敏性休克，使用前应注意过敏史，并须作皮肤过敏试验。

（三）注射链霉素后，常见口唇麻木，长期使用可损害听神经造成眩晕，耳鸣，耳聋。氯霉素、合霉素可引起恶心，呕吐，粒性白细胞减少，于老年人并可引起精神异常。四环素族可引起食欲不振，恶心，呕吐，腹泻。用广谱抗菌素后，可引起二重感染，如伪膜性肠炎，霉菌感染等。

十三、呋喃类药物

呋喃类药物有抗菌作用。主要用于固紫染色阴性杆菌的感染。

〔临床应用〕呋喃呾啶口服后，尿中浓度高，适用于泌尿系感染。呋喃唑酮（痢特灵）对痢疾杆菌和大肠杆菌效力强，从尿中排出量也较多，适用于细菌性痢疾，肠炎及泌尿系感染。呋喃西林多用于外科伤口换药。

十四、抗结核药物

异烟肼，对氨水杨酸钠及链霉素，对结核病的效果较好，为治疗结核病的主要药物，故称“第一线药物”。若单独使用，易产生耐药性。故多二种以上药物联合使用。

卡那霉素、抗痨息，环丝氨酸等，对结核病的疗效，一般说来比第一线药物差，且毒性较大。但在第一线药物产生耐药性时，可以采用，故属“第二线药物”。

利福平及乙胺丁醇，为目前国内试用的抗结核新药。

此外、抗结核药，还有：白茨，鱼腥草，百部，夏枯草（治淋巴结核）等。

（一）异烟肼（雷米封）：本品对结核杆菌有抑制和杀灭作用，常与链霉素或对氨水杨酸钠合用，减少结核杆菌耐药性的产生，并有协同作用，无链霉素损害听觉的副作用，为临床治疗各型结核的首选药物。本品易通过血脑屏障，是治疗结核性脑膜炎的主要药物。

注意：

1.按常规剂量应用，副作用轻，偶而有神经兴奋，失眠，头痛，肌肉抽搐，反射亢进，便秘等，一般不必停药，即可逐渐消失。大剂量，可引起多发性神经炎，中枢神经系统中毒症状，排尿困难，肝损害。同时服维生素B_6可防治神经系统中毒症状。

2.不宜同时应用麻黄素，阿托品。

3.肝、肾功能障碍者，以及精神病，癫痫病人忌用。

（二）对氨水杨酸钠（对氨柳酸钠）：对结核杆菌有抑制作用。但其疗效不如链霉素及异烟肼，常不易引起细菌耐药性，多与链霉素或异烟肼配伍使用，可减少耐药性的产生，并增加疗效。本品较少单独使用。

注意：

1.恶心，呕吐，食欲不振，腹痛较多见。饭后服，或与碳酸氢钠同服，可减轻症状。

2.偶见皮疹，尿蛋白，白细胞减少，肝损害。如发现以上情况即停药。

3.肝、肾功能减退者，慎用。

4.静脉滴注，一般用于结核性脑膜炎等严重病例，应在

避光下（滴瓶外面，用黑纸包上）在5小时内滴完，变色后不可再用。

5.忌与水杨酸钠同服。

6.肠溶片，可减轻肠道反应。

（三）氨硫脲（胺苯硫脲、硫脲胺）：对结核、麻风都有效。现临床上用于对异烟肼和链霉素耐药的结核病人（较多用于淋巴结核病人），及对氨苯砜禁忌，或不能耐受的麻风病人，或结核样型麻风神经炎症状显著的病人。

注意：恶心，呕吐，头痛较多见。偶而见皮疹，关节痛。剂量过大时，可出现肝损害，水肿，溶血性贫血及粒细胞减少症，应即停药，并给予处理。贫血，肝、肾疾患，糖尿病病人，忌用。

十五、抗寄生虫药物

抗疟药

（一）主要控制症状的抗疟药：

1.氯喹：系人工合成药。特点是奏效快，疗效高，作用持久，不良反应少，为目前控制症状发生的首选药物。抗疟时，连服三日。第一天1克，第二、三天，各服0.5克。

注意：

（1）服后，可有食欲减退，恶心，呕吐，腹泻等反应，还可出现皮肤搔痒，紫癜，脱发，毛发变白，剥脱性皮炎，头痛、头昏，耳鸣，眩晕，角膜及视网膜变性等。

（2）有时可见白细胞减少，减至4,000以下应停药。

（3）无堕胎作用，可用于孕妇。

2.奎宁（规宁，鸡纳硷，金鸡纳霜）：对良性疟（间日疟，三日疟）及恶性疟的红细胞内型疟原虫能抑制其繁殖或将其杀灭，故有制止疟疾发作的作用，对间日疟效力最好，对三日疟次之，恶性疟最差。由于本品对疟原虫的红细胞前型，外型配子体都无效，故对疟疾的复发，传播及病因性预防都无效。本品与阿的平，氯喹等，用于预防仅能抑制临床发作，属于症状性预防。停药一定时间，仍可发作。

注意：服用过量，则发生呕吐，耳鸣，甚至虚脱等现象。能刺激子宫，故孕妇忌用。

服法：每次0.3—0.6克，每日三次，连服7天。

3.常山：为祖国医学中传统的抗疟药。有效成分为常山硷。主要作用于疟原虫的红细胞内期裂殖体。对间日疟，三日疟和恶性疟，均有较高的疗效。用药后，症状迅速得到控制，但易复发。常用量一至三线。

（二）控制复发及防止传播的抗疟药：伯氨喹啉，对各型疟的红细胞内型原虫效力不强，或根本无效，故不能用于治疗。但对红细胞外型及配子体有效，现主要用于根治间日疟和控制疟疾传播。常与氯喹或乙氨嘧啶合用。

服法：每片13.2毫克（相当伯氨喹7.5毫克），八日疗法，为每日三次，连服八天。四日疗法，为每日四片，连服四天。

注意：毒性较大。当每日量超过52.8毫克（4片）时，易发生恶心、呕吐、头晕、疲乏、腹痛等，停药后，即可消退。少数特异质病人，可出现紫绀，急性溶血性贫血等，应立即停药，并进行输液。

（三）主要用于病因性预防的抗疟药：

1.乙胺嘧啶（息疟定）：抗疟作用与氯胍大致相同，对红细胞内型作用太慢，不适于急性发作的治疗，但作用持久，且对某些疟原虫的红细胞前型也有效，因此主要用于预防。

注意：

（1）排泄极慢，服药时，一次误服过量，或连续长期服用，均能引起中毒反应。可引起巨细胞性贫血。

（2）本品味不苦而微香，为小儿所采用，故小儿易服过量而引起中毒，甚至死亡。

（3）一般防治剂量不良反应少，偶而有轻度恶心，呕吐，头晕等。

本品每片6.25毫克。病因预防，每次25毫克，每7—10天服一次。

2.环氯胍（新桑君）：除作用于红细胞内型而控制症状外，并能杀灭红细胞前型疟原虫，因此有预防作用。用于治疗时，奏效较慢。每片0.1克。用于病因预防，每周0.4克，分二天服。

注意：

（1）用药不可过量，否则发生惊厥等严重中毒症状，甚至死亡。

（2）孕妇可用。

十六、抗阿米巴药物

（一）吐根碱（依米丁）：能杀灭溶组织阿米巴滋养体。用于急性阿米巴痢疾，急需控制症状者，及阿米巴性肝、脑、肺及肾脓肿。对包囊无作用，故根治效力低。

注意：

1.局部刺激性强，口服易引起严重的恶心，呕吐，多采用深部皮下注射（肌肉注射可引起局部组织坏死，更不可静脉注射）。

2.毒性较大，主要为心肌损害，表现为心前区疼痛，心动过速或不齐，以及血压下降等。此时应即停药，并给予大量维生素B_1及C等。

3.还能引起中毒性肌炎，多发性神经炎。

4.禁用于孕妇，心脏病，肾脏病，肝炎，血压过低及严重衰弱病人。

5.排泄慢，易蓄积中毒。

用法：每支30毫克/1毫升。成人1毫克/公斤体重/日（每日极量60毫克）。小儿0.5—1毫克/公斤体重/日，分1—2次深部皮下注射。六日为一疗程。重复疗程，应间隔一个月。

（二）氯喹：口服吸收完全，在肝、肺、肾、脑等组织分布浓度很高，在肠壁内很少。对阿米巴滋养体杀灭作用，介于吐根碱与卡巴胂之间。故适用于肠外阿米巴病，尤其对阿米巴肝脓肿有良效，常作为首选药。对肠内阿米巴疗效差。

用法：磷酸氯喹片，每片0.25克。成人每次0.25克，每日2—3次。连服2—3周为一疗程。小儿最初二日为20—30毫克/公斤体重/日。以后10毫克/公斤体重/日，各分2—3次服，连服2—3周。

（三）卡巴胂：能直接杀灭阿米巴滋养体，对包囊体也有一定作用。口服后，在肠内浓度较高，故适用于急、慢性阿米巴痢疾的治疗，根治率高。对肠外阿米巴病，无直接疗效。

用法：卡巴胂片，每片0.1、0.2克。成人每次0.1—0.2

克，每日三次。连服十天为一疗程。也可用1—2克粉剂，溶于2％碳酸氢钠溶液200毫升中，作保留灌肠，隔夜一次，以五次为限。治愈率达90％。

注意：禁用于肝、肾功能不全病人。

（四）喹碘仿（药特灵、安痢米）：能直接杀灭阿米巴滋养体。口服吸收少，在肠内浓度很高，吸收的小部分又迅速被破坏。故仅适用于急、慢性阿米巴痢疾及无症状的带虫者，根治率较高。对肠外阿米巴病无效。

用法：喹碘仿片，每片0.25克。成人每次0.5～1克。小儿15毫克/公斤体重/次，每日三次。连服7～10天为一疗程。

注意：对碘过敏，甲状腺机能亢进，肝功能不良者，慎用或禁用。

（五）巴龙霉素：对阿米巴滋养体有强大的直接杀灭作用，对多种革兰氏阳性及阴性细菌，有抑制作用。口服不易吸收。主要用于治疗急性阿米巴痢疾，婴儿腹泻等。偶而有头晕，恶心，呕吐、厌食、腹泻等，停药后，即可消失。

用法：硫酸巴龙霉素片，每片10万单位、20万单位。成人每次40～60万单位；小儿8,400～12,000单位/公斤/次，均每日四次。连服5～7日为一疗程。

（六）灭滴灵：本品原为杀毛滴虫药。用于阴道滴虫病，梨形鞭毛虫病及男性滴虫寄生等。近年来发现它对阿米巴原虫，在体外有直接杀灭作用，用以治疗阿米巴痢疾和阿米巴肝脓肿，疗效与盐酸依米丁相仿。其最大优点是毒性小，疗效高，口服方便，适应范围广。用于阿米巴病，成人0.4—0.8克/次，一日三次。一疗程5—10日。小儿50毫克/公斤/日，分三次。连服5—10日。

十七、驱肠虫药

驱蛔虫药

1.驱蛔灵（枸橼酸哌嗪、胡椒嗪）：是一种无毒性，副作用少，而疗效高的驱蛔虫、蛲虫药，是目前最常用药之一。服药5小时后，虫体渐被麻痹，随粪便排出。本品毒性较小，服用方便，不必服泻药，现临床广泛采用。

注意：

（1）毒性小，副作用少，偶而有恶心，呕吐，腹泻，腹痛，荨麻疹等。

（2）剂量过大，每日超过6克时，可引起肌肉软弱，视觉模糊，共济失调等神经症状，停药后，即可消失。

临床应用与用法：

（1）治蛔虫病　成人每日3—4克，儿童按100毫克/公斤体重/日计（总剂量不超过3克），空腹一次顿服，连服2日。十天查大便，如蛔虫未驱尽，可再服一次。

（2）治蛲虫　成人每次1—1.2克，每日二次。儿童按50毫克/公斤体重/日计，分二次口服。连服7—10天。

2.驱虫净（盐酸四咪唑）：对蛔虫、钩虫等线虫类感染均有效，对蛔虫并发症，如胆道蛔虫病，肠梗阻等也有效，还可用于蛲虫病，阿米巴痢，鞭虫病等。

用法：

（1）驱蛔虫成人150毫克，儿童3毫克/公斤体重，晚饭后顿服。对较重感染，或蛔虫并发症，可酌情增量。成人改为200毫克，儿童改为4毫克/公斤体重。

（2）钩虫病　成人100毫克，儿童2毫克/公斤体重，晚饭后顿服，连服三日。

注意：

（1）服本品不用服泻药，也不忌油。如便秘，再服泻药。

（2）服后可有腹痛，头昏，头晕，恶心，心悸，出汗，停药后可消失。

3.苦楝皮：主要用于肠蛔虫病，肠蛲虫病，也可适用于胆道蛔虫和蛔虫性肠梗阻。临床疗效不亚于山道年。

用法：成人用量2—3两，作为煎剂，清晨空腹顿服，连服二天，不用泻药。儿童酌减。

注意：

（1）一般无严重不良反应。治疗剂量偶而有面红，思睡，恶心，呕吐，腹痛，腹泻，出汗等，一般数小时后，即可自行消失。

（2）过量发生严重反应，主要表现为周围神经炎，四肢麻木，感觉减退，胃肠刺激症状。

4.使君子：对蛔虫头部有麻痹作用，驱蛔效果很好，服用方便，适用于治疗儿童肠蛔虫病。驱蛔率接近山道年。

用法：剂量为12岁以下，按岁数每岁一颗，总量不超过20颗。清晨空腹顿服，或分次于两小时内服完。连服三日。

注意：无毒性，副作用轻。大剂量服用，可出现不停的呃逆，尤以服新鲜使君子仁者为甚。如在嚼食后，不喝热开水，或炒熟服用，则可减轻或避免此种副作用。

驱钩虫药

灭虫宁（苄酚宁，酚乙胺），为一广谱驱肠虫药，具有

麻痹肠虫肌肉作用。对钩虫、蛔虫、蛲虫、鞭虫，均有较好的驱虫作用。对钩虫病疗效最好。为目前较满意的驱钩虫药。尤其适用于治疗钩虫、蛔虫混合感染。

用法：成人剂量为3—4克，小儿剂量为0.2—0.3克/岁（不超过2.4克），宜清晨空腹，或睡前一次服。

注意：

（1）毒性反应，包括消化道反应，头昏，疲乏等，在2—3小时内可自行消失。

（2）心脏病人忌用，肝功能不全者慎用。

（3）如需重复给药，应间隔两周。

驱绦虫药

1.槟榔：能使绦虫瘫痪，对猪肉绦虫及短小绦虫的疗效较好；对牛肉绦虫疗效较低，如与南瓜子仁合用，则疗效可增强。

用法：成人每次三—四两，作为煎剂，服后四小时不便，可服泻药（硫酸镁20克）。小儿酌减。

注意：服后有时有轻度腹痛，腹泻，恶心，呕吐，出汗，头晕等副作用。

2.南瓜子：能麻痹绦虫，对牛肉绦虫的治疗效果差，若与槟榔合用，能提高疗效。无毒性，适于衰弱病人及老人、小儿。

用法：生南瓜子2—4两，去壳嚼服。

十八、高渗脱水类药物

本类药物，在短时间内静脉注入后，能使血液的渗透压

增高，从而使脑组织及其他组织的水分转移到血液内，以消除脑水肿（降低颅内压）及全身水肿。

〔临床应用〕

（一）尿素：脱水作用强而快，用药后15分钟颅内压即开始下降，1—2小时作用最强，维持3—6小时。用于各种病因所致的脑水肿和颅内压增高症。已发生脑疝者，于脱水药中宜首选此药。

（二）甘露醇：降压高峰出现较尿素为迟，但持续时间较长，副作用少。用药后20分钟开始降低颅内压，2½～3小时作用最强，可维持6小时以上。用于各种病因所致的脑水肿和颅内压增高症。并可防治急性肾功能衰竭。

（三）山梨醇：脱水作用同甘露醇，但疗效稍差。50%高渗葡萄糖液脱水作用较短暂。

（四）50%甘油：50毫升，内服，每日三次。

〔注意事项〕

（一）高渗脱水药，于心功能不全时应慎用。肾功能减退，严重休克者，禁用尿素。

（二）用尿素后3—6小时，可出现反跳现象（颅内压下降后又复上升）。此时可加用其它脱水药，以抵消之。尿素刺激性强，静脉注射部位可出现疼痛，静脉炎，如溢出血管外可引起局部肿胀，疱疹，甚至坏死。

（三）尿素应新鲜配制，使用时以10%葡萄糖液溶解成30%浓度。甘露醇如有结晶，可加温溶解后再用。宜快速滴入。

第四章 常见症状

第一节 发 热

发热的原因很多，但绝大多数病例是由于感染所致。

〔诊断〕

（一）注意起病的缓急和病期的长短：急性传染病和各器官的急性炎症，大多发病急骤，短期发热。长期发热超过两周者，可见于结核病、伤寒、布鲁氏菌病、风湿病、败血症、慢性疟疾、黑热病，以及恶性肿瘤等。

（二）观察热度的高低：低热，常见于结核病、病灶感染等。高热，多见于败血症、肺炎等。

（三）了解当地的传染病流行情况及患者的接触史：例如未患过麻疹，未注射过麻疹疫苗的小儿，接触麻疹患者10日后开始发热，则首先应考虑麻疹。季节对诊断也很重要，如流行性乙型脑炎，多见于夏、秋季。其它季节则罕见。

（四）注意有无系统、器官的症状及体征，此项对诊断常有重要意义。

1，呼吸道症状：上呼吸道感染，常伴有鼻塞、流涕、咽痛。支气管炎时，咳嗽明显，常有痰，肺部检查则可无异常或偶有干湿性罗音。肺炎时，除咳嗽有痰外，常呼吸急促，一般情况较重，肺部有湿性罗音，并可有支气管肺泡性或支气管性呼吸音；大叶性肺炎，则以出现浊音和管状呼吸音为

主要体征，并常见铁锈色痰。胸膜炎，常有胸痛，检查可发现胸膜摩擦音或胸腔积液。肺结核，发病较慢，病程较长，常为午后潮热，伴以夜间盗汗，除咳嗽吐痰外，咯血者也不少见。但胸部不一定能查出阳性体征，诊断需X线检查。

有些急性传染病，如麻疹、流行性脑脊髓膜炎等，病初可仅有发热及上呼吸道症状，须结合流行病学，考虑早期诊断。

2.神经系统症状：发热兼有昏迷、惊厥或脑膜刺激征者，一般应考虑中枢神经系统感染，如各种脑膜炎，脑炎，或由其它系统严重感染所致的中毒性脑病，如中毒性痢疾、大叶性肺炎等。在某些地区，还应考虑恶性疟疾。以上各病，可根据发病季节及各病特有症状加以鉴别（参见各病专节）。小儿因高热可致惊厥，但一般无昏迷及脑膜刺激征（参见“小儿惊厥”）。

3.皮疹：发热伴有皮疹者，多见于小儿的出疹性传染病，如麻疹、风疹、幼儿急疹、水痘、猩红热等。其它如伤寒、斑疹伤寒等，也可有皮疹。应结合流行病学史、皮疹特点，以及其它伴发体征，考虑诊断。出疹和发热的关系也有助于诊断，例如，麻疹大多在发热第4—5天出疹，幼儿急疹在发热3—4天后热退而疹出。

此外，在内服或注射药物过程中（如苯巴比妥、磺胺、青霉素、链霉素等）可发生药疹及发热，须与出疹性传染病鉴别。疑为药疹时，应停用所有的可疑药物，或代以其它化学结构不同的药物。如停药后，发热和皮疹皆退，也有助于诊断。

4.淋巴结肿大：发热伴有局部淋巴结肿大、触痛者，属

局部感染，如全身淋巴结肿大，则应考虑传染性单核细胞增多症、白血病、结核病或何杰金氏病等。

5.肝脾肿大：发热伴有肝肿大者，见于传染性肝炎、肝脓肿等。传染性肝炎时，多为低热，有时可长期持续不退，少数病例可有高热，但一般不超过一周。肝脓肿则有弛张型高热，寒战、多汗，肝区疼痛及压痛均较明显，如不经治疗，一般情况迅速恶化。

发热伴有肝脾肿大者，常见于败血症、粟粒型结核、传染性单核细胞增多症、伤寒、布鲁氏菌病、血吸虫病、疟疾、黑热病等。败血症常先有化脓性病灶，继之寒战、高热，皮肤粘膜可有瘀点或脓点等。粟粒型结核与伤寒的临床表现有相似之处，但前者体温则不规则，一般中毒症状较轻，胃肠症状少，无玫瑰疹，脉速，呼吸急促。布鲁氏菌病有长期反复的发热，伴大量出汗、关节痛。传染性单核细胞增多症，较多见于儿童，发热无一定热型（可似伤寒），常有上呼吸道感染症状、皮疹、淋巴结肿大及肝脾肿大。以上诸病，肝脾肿大在中等度以内，而疟疾、黑热病，则可有明显的肝脾肿大。疟疾的诊断，根据典型的间歇热型及血涂片检查。黑热病的诊断，根据流行情况，长期不规则的发热、肝脾肿大、贫血和血中白细胞减少、球蛋白水试验强阳性等，必要时，须作骨髓穿刺寻找黑热病小体。其它，如亚急性细菌性心内膜炎、白血病等，也常以发热、肝脾肿大为主要临床表现。

6.局部病灶：对发热病人应注意检查有无局部感染病灶，如中耳炎、扁桃体炎、骨髓炎等。深部脓肿，早期只有局部疼痛和压痛，容易被忽略。

7.其它：发热伴有脓血便者，应考虑细菌性痢疾；伴有腰痛、尿频、尿急、尿痛等症状者，应考虑泌尿系感染；伴有右上腹绞痛者，应考虑胆囊炎、胆石症。此类感染，如伴发症状明显，则诊断多无困难。但细菌性痢疾，早期尚未出现腹泻时；以及不会申诉症状的婴幼儿患泌尿系感染时，则诊断较难，须依靠尿、粪的常规检查，始能发现。

8.无特异症状及体征：短期发热而尚未出现其它症状及体征者，当时不易确诊。此时，应特别注意病人的一般情况，若精神、面色、对外界反应均好，虽热度较高，一般多考虑较轻的感染，如上呼吸道感染。反之，若全身情况沉重，精神、面色、对外界反应差，也就是感染中毒症状明显时，即使热度不甚高，也应多考虑重症感染，或重要器官的感染，如败血症、中毒型痢疾、化脓性脑膜炎等。在判断发热的意义时，也要注意机体的特点，如原来虚弱、消瘦、机体反应差，虽有严重感染，发热可能不高，甚至无热。此点，在新生儿时期尤有意义。

长期发热而无其他较特异的症状或体征者，常先考虑结核病与风湿热。肺结核不一定都有明显的呼吸道症状与体征，肺外结核有时更为隐蔽。如系三岁以下婴幼儿，结核菌素试验，常有帮助（见“附录：皮肤过敏试验”）。典型的风湿热，常伴有心肌炎、多发性关节炎、皮下小结、环形红斑等，不难诊断。但不典型的病例，每缺乏上述的特异表现，疑有此病而不能确诊时，可用阿斯匹林或氨基比林试验治疗。但此二药，对其它原因的发热，也有退热作用，如用后，暂时体温降低，且大汗淋漓，一般情况不见好转，则仍须考虑其他诊断，以免贻误。败血症不伴有局部化脓性病灶者，

也可仅有发热，但寒战、高热明显，一般情况差，血中白细胞常明显增高。其他，如恶性肿瘤、何杰金氏病等，也可长期发热而局部表现不明显，但较少见。

〔治疗〕

（一）应积极寻找病因，给予特殊治疗。

（二）热度高者，应对症处理，以减轻痛苦，对于小儿更有防止高热惊厥的作用。

1。退热：

（1）物理降温　冷敷头部、腋窝及腹股沟部，或50%酒精擦浴。

（2）针灸　针刺合谷、曲池、大椎穴。体壮者强刺激，体弱者中刺激。或按快速针刺疗法：大椎、十宣穴，速刺放血，尺泽、委中穴缓刺放血。

（3）退热剂　复方阿斯匹林或安乃近口服，效果显著。某些疾病高热时（尤其是伤寒、麻疹、重症结核病等患者），给退热药须慎重，一般可试用较小剂量，以免突然退热而致虚脱。

2。镇静：高热并烦躁不安者（尤其是小儿），除给退热剂外，宜合用镇静剂，如苯巴比妥口服或苯巴比妥钠肌肉注射，也可用氯丙嗪或异丙嗪口服或肌肉注射（小儿用量，见药物剂量表）。

3。补液：高热者应多饮水，必要时输液。

（三）短期发热待诊者的临时处理

1。如一般情况良好，可进行对症处理，同时密切观察。

2。如一般情况较重，可于观察的同时，给予磺胺药或抗菌素。如查白细胞增高者，可用青霉素、磺胺嘧啶，或四环

素族。

3.如当时当地，正流行某种急性传染病，且病人有疑似情况时，则可先按该病处理，以免耽误。

4.如病情非常严重，发生感染中毒性休克等情况时，则须抢救，并联合应用两种以上抗菌素。

（四）长期发热未能确诊者，可按最可能的疾病，进行试验治疗。

第二节　头　　痛

头痛是临床上最常见的症状之一。引起头痛的原因很多，颅内疾患（如脑瘤、脑炎、脑震荡、脑出血，以及各种脑膜炎等）所引起的头痛，在临床病例中只占少数，多数是由五官科疾患、各种急慢性传染病、高血压、贫血、一氧化碳中毒、神经衰弱、以及偏头痛等疾病所引起。

〔诊断〕　除头痛外，尚有其它显著的症状或体征时，病因诊断不难。例如，脑膜炎除头痛外，尚有发热及脑膜刺激征，脑震荡有外伤及昏迷史，各种传染病一般均有发热及其它特异表现，头痛仅为伴随的症状。在病因不十分显著的病例，诊断过程中，应注意以下几点：

（一）病史方面：

1.头痛的部位：前额痛，常由于屈光不正、青光眼、鼻炎及鼻窦炎。一侧头痛，常见于偏头痛、急性中耳炎、乳突炎等。顶部胀痛，如帽状压迫感者，每见于神经衰弱。

2.头痛发生的时间：鼻窦炎所致的头痛，在清晨较剧。脑瘤的头痛，初起多发生于清晨及夜间，以后可呈持续性，

身低头，咳嗽打喷嚏，用力大便等，均可使头痛加重。屈光不正所致的头痛，常在下午或晚上发生，尤其是在阅读之后。

3.伴随症状：神经衰弱的头痛，多伴有失眠。青光眼多有视力减退。中耳炎、鼻窦炎，则可有耳鼻流脓的历史。脑瘤的头痛，每伴有呕吐，并可有癫痫发作，共济失调，瘫痪及视力障碍等。

（二）体检方面：除一般检查外，应注意：

1.测量体温：发热时头痛，可能与感染有关。

2.测定血压：以发现高血压。

3.检查视力：以发现视力异常。剧烈头痛，视力锐减，结膜充血，角膜发混，瞳孔扩大者，应考虑急性发作期青光眼。

4.检查耳、鼻、喉：鼻窦炎、乳突炎时，局部有压痛。中耳炎时，可见外耳道流脓及鼓膜穿孔。扁桃体炎时，扁桃体红肿。

（三）机能性头痛的诊断：

1.神经衰弱：是引起头痛的最常见原因之一，常伴有失眠、多梦，情感不稳定，记忆力减退等症状。诊断时，必须慎重排除器质性疾病。

2.脑血管运动障碍：所引起的偏头痛，多见于女性，可能有家族史，多于青春期发病，常有规律性，每周至每月发作一次，中午以后停止。发作前可有先兆，如视物不清，感有水波或亮点在眼前闪动等，随后发生剧烈头痛，伴有恶心、呕吐。发作一般持续几小时至一天，发作期间可无任何自觉症状。

〔治疗〕

（一）病因治疗：治疗头痛，应以病因治疗为主，如治

疗全身性疾病，控制或根治耳、鼻的病灶，配镜矫正视力等，详见各有关章节。

（二）对症治疗：

1.针灸：

（1）全头痛　①百会、足三里、三阴交、阳陵泉穴。体壮者刺百会穴，针尖向后。足三里、阳陵泉穴，强刺激。体弱者刺百会穴，针尖向前。足三里、三阴交穴，皆中刺激。②*针印堂、哑门穴。效不佳时，配用足三里、合谷、四渎、曲池穴。

（2）前头痛　印堂、合谷穴。中刺激。或刺合谷穴，达到一定针感后出针。

（3）后头痛　①大杼、天柱穴。弱刺激。②*针哑门、后溪穴。效不佳时，可用上病下取法，针昆仑穴。

（4）头顶痛　①刺百会穴，针尖向后。太冲穴，强刺激。②*针涌泉穴8分～1寸。无效时，配用太冲或百会穴。

百会、太阳，用毫针速刺放血，通治一切头痛。

2.镇静、止痛药：常合并使用。常用的镇静药为苯巴比妥、利眠宁、眠尔通、溴剂等。止痛药为去痛片、安乃近、复方阿斯匹林等。

（三）血管运动性头痛（偏头痛）的治疗：

1.于先兆时服用麦角胺1～2毫克，效果较好（孕妇忌服），同时可应用颠茄、咖啡因等做为辅助药物。其它如异丙嗪等镇静剂，均可与麦角胺合并使用。如无麦角胺，可服用苯妥英钠，每次0.1克，每日三次。或用0.25%普鲁卡因俯

---

* 号者为快速针刺疗法。

10毫升，静脉注射，可连用10日。

2.针灸：针风池、太阳。强刺激。效果不佳时，配阳陵泉穴，强刺激。或按快速针刺疗法：太阳透率谷，达到痠麻胀痛明显时出针，远端配外关穴。效果不佳时，配用风池、四渎穴。

3.中药：全蝎三分，僵蚕三钱，川乌、草乌各一钱，白芷三钱，甘草五分。共研细末，每次冲服五分～一钱，每日2次。

第三节 头 晕

头晕可分旋转性头晕(又称眩晕)和非旋转性头晕两种。旋转性头晕，是由内耳迷路或前庭神经的病变所产生，患者有外界环境或自身旋转的感觉，临床上最多见于耳源性眩晕和运动病。此外，神经系统疾病，如椎基底动脉供血不全，以及链霉素、奎宁、酒精等中毒，也可引起。非旋转性头晕，患者常诉头部发昏、发胀及紧箍感，或身体有不稳、摇摆等感觉，可由高血压、脑动脉粥样硬化或贫血等引起，也可以是神经官能症、更年期症候群等高级神经活动紊乱的表现。

〔诊断〕

(一) 病史和检查注意事项：病史中应注意头晕发作的情况，是旋转性还是非旋转性，是发作性还是持续性，以及有无伴随症状。检查时，应注意视力，听力，眼球震颤（阳性者，多为旋转性头晕），心血管系统（包括测血压）和神经系统检查等。必要时做血红蛋白测定。

(二) 病因诊断：

1.旋转性头晕：耳源性眩晕，表现为突然发作性眩晕、恶心、呕吐，并常伴有耳鸣和耳聋，持续数小时至数日不等。在间歇期症状完全消失，多次发作可引起听力减退。发作时体检可见眼球震颤；而间歇期则无阳性所见。运动病俗称晕车和晕船，由迷路的机械性刺激所产生，每于乘车船时，出现呕吐眩晕，诊断不难。由药物中毒引起者，有用药历史，且用药愈久，剂量愈大，头晕也愈重。链霉素中毒时，常伴耳鸣、耳聋。奎宁中毒，常同时损害视神经，故除眩晕、耳鸣、耳聋外，还可有视力障碍及头痛、呕吐等症状。椎基底动脉供血不全，多发生于中年以上的人，常有高血压及脑动脉硬化，表现为突然发作的眩晕，伴有恶心、呕吐及肢体麻木。检查时，可有眼球震颤、面肌瘫痪或肢体轻瘫等。

2.非旋转性头晕：

（1）器质性疾病　高血压病患者，常伴有头痛、心悸等症状，诊断须根据血压的测定，但症状有时并不与血压的高度一致，而当血压波动较大时症状明显。脑动脉粥样硬化，多见于中年以上患者，头晕多由脑缺血引起，可伴有头痛，失眠及记忆力减退等。贫血者，面色苍白，乏力，查血红蛋白可以确诊。

（2）官能性疾病　神经官能症患者的头晕，常伴有头痛，记忆力减退，失眠，乏力和注意力不集中等症状，体检无阳性所见。更年期症候群，见于45～55岁女性，除神经衰弱症状外，常有阵发性面红，心悸，出汗等症状，以及无端的焦虑，体检也多阴性。健康人由于用脑过度，睡眠不足，或长久停留在空气不流通的室内，也可出现头晕，休息或到空气比较新鲜处，头晕即消失。

〔治疗〕

（一）旋转性头晕的治疗：

1.耳源性眩晕：

（1）肌肉注射氯丙嗪25～50毫克，继之口服烟酸50～100毫克(小儿为25～50毫克)，每日三次。乘晕宁50毫克(小儿为1.25毫克/公斤)，每日三次，及氯化铵0.9克(小儿为20毫克/公斤)，每日三次。发作缓解后，可继续服烟酸，同时用小量镇静剂。此外，还可服用双氢克尿塞25毫克，每日2～3次。或乙酰唑胺0.25克，每日2～3次。小儿用量酌减。

（2）针灸：体壮者，风池强刺激，合谷足三里。中刺激体弱者，风池强刺激，合谷、足三里、阳陵泉穴中刺激。或按快速针刺疗法：右内关、左太冲，交叉针刺；或左内关、右三阴交，交叉针刺。效不佳时，配用风池穴。

2.由链霉素和奎宁引起的眩晕：一旦出现即应停药，可予小量镇静剂，并肌注维生素B_1、维生素B_{12}及维生素B_6，口服烟酸。由运动病引起者，可服乘晕宁。也可用针灸。

（二）非旋转性头晕的治疗：主要针对病因治疗。对症治疗可用镇静剂，如苯巴比妥、眠尔通和利眠宁等，若与小量咖啡因合用（如咖啡因溴合剂）效果更好。也可用针灸治疗（见上）。高血压引起的头晕，可用脑立清、清眩丸。

第四节 呕 吐

呕吐是很常见的症状，虽有时无重要临床意义（如神经不稳定的人，精神过度紧张，或闻到难闻气味时的呕吐），但也可能是严重疾病的早期表现（如脑膜炎、腹腔各脏器的

炎症、急性中毒等）。

〔诊断〕

由于引起呕吐的原因极多，故呕吐本身，在诊断上很少特异性。诊断病因，常须根据其它伴发症状和体征。在病史方面，首先应注意询问有无头痛、头晕、发热、腹痛等症状，以及服用药物，或进特殊食物的历史。对呕吐本身，应注意其与饮食的关系，是否伴有恶心及呕吐。在体检方面，应特别注意腹部及神经系统。

（一）呕吐并有头痛：颅内压增高（如脑膜炎、脑炎、高血压脑病、脑溢血、脑外伤、脑瘤等）所致的呕吐，一般均与头痛伴发。呕吐有时呈“喷射性”，即吐前无恶心，胃内容物急剧而有力地被呕出。根据病史和细心的体检，诊断一般无困难。如脑膜炎和脑炎，常有脑膜刺激征，并有发热及意识障碍等表现。高血压脑病时血压急剧增高，于小儿且常有浮肿等肾炎表现。脑溢血，常同时出现偏瘫，并继以昏迷。脑外伤的诊断，可根据外伤史。仅脑瘤的诊断，有时较难，但此病少见，其病情逐步加重，常伴有限局性神经体征，有条件时检查眼底，可见视乳头水肿，诊断神经性呕吐时，应当注意排除此病。此外，偏头痛、青光眼的急性发作等，常以头痛、呕吐为主诉。很多急性传染病，在开始时也可出现头痛、呕吐。

（二）呕吐并有头晕：头晕重时，尤其是眩晕（旋转性头晕）时，一般都伴有呕吐。运动病（晕车、晕船）时，呕吐更是常见。诊断参阅“头晕”节。

（三）呕吐并有发热：多种急性传染病（如脑膜炎、脑炎、上呼吸道感染、肺炎、猩红热等）的早期，都可有呕

吐，尤其在小儿更为常见。这种呕吐，一般次数不多，除发热外，还有其它症状和体征，可资诊断。

（四）呕吐并有腹痛：胃肠道的感染(如急性胃肠炎)、腹腔内其它脏器的炎症（如阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎）均可有呕吐，尤其是急性胃炎、胰腺炎等病时，呕吐可十分频繁，甚至胃已排空而仍不断恶心作呕。这些疾病的诊断，主要根据腹痛的性质、部位和腹部检查所见(参阅“急性腹痛”节)，急性胃肠炎，还伴有明显的腹泻。胃溃疡疼痛严重时，也常呕吐，多在进食后2～3小时出现，吐后上腹痛可减轻。腹部阵发性绞痛，伴有频繁呕吐时，还应考虑肠梗阻，如见到肠型，触到肿胀肠襻，肠鸣音亢进，或有气过水声，甚或呕吐物为粪臭样液体，则可诊断。儿童肠梗阻中，以蛔虫性肠梗阻最为多见，此时常可在腹部摸到蛔虫团块（多位于脐周）。

（五）服药、饮食及其它病史：很多药物，如洋地黄、氨茶碱、水杨酸盐、磺胺类、氯霉素、四环素族等，常可引起呕吐反应。各种食物中毒时，呕吐更是主要的症状，同食者常集体发病。其它许多种急性中毒（如农药、煤气等），也常见呕吐，可根据发生的环境考虑诊断。尿毒症、糖尿病酮中毒等代谢紊乱，常有顽固的呕吐，详询病史，可获得重要的诊断线索。必要时查尿，尤其在糖尿病酮中毒时，根据尿糖及酮体即可确诊。

（六）单独以反复呕吐为主诉：主要见于胃神经官能症（神经性呕吐）、早妊反应、传染性肝炎、幽门梗阻等。反复地在进食后立即呕吐，甚至饮水也吐，是神经性呕吐与早妊反应的特征。前者可伴有头痛，失眠，易激动等神经衰弱

症状，病程往往顽固，体检则无异常发现。后者常在妊娠第4～6周开始，详问月经史有助于诊断。传染性肝炎，有时以呕吐为突出表现，在小儿尤其常见，根据食欲不振、肝大等，可确定诊断。幽门梗阻时，呕吐的特点是：呕吐物量大，其中含有前一天所进食物，呕吐前检查腹部，可见胃型及蠕动波。引起幽门梗阻的最常见原因是溃疡病，可根据以往长期反复发作的上腹痛史作出诊断。其次的原因是胃癌，患者多食欲不振、消瘦、贫血，在上腹部有时可摸到肿块。此外，在小儿有所谓再发性呕吐，多见于3～10岁，常继发于呼吸道感染之后，呕吐顽固，反复发作，每次发作持续1～4日，经输液(10%葡萄糖液及生理盐水)后，常能迅速缓解。

（七）新生儿及婴儿的呕吐：除急性感染与颅内压增高（如脑膜炎）外，常见的原因为：

1.喂养不当：如吞咽多量空气（多见于婴儿吮乳过猛时），或喂奶量过多等。

2.婴儿消化不良症：主要症状为腹泻，呕吐是常见的伴随症状。

3.消化道阻塞：

（1）胃扭转：呕吐在生后即出现，也可稍晚，多在喂奶后5～15分钟发生，呕吐物主要是奶。无异常体征。喂奶时，使婴儿取右侧卧位或俯卧位，同时用奶糕等加稠奶液，常可减轻呕吐。一般于3～4月后自愈。

（2）幽门肥大性狭窄：呕吐多于生后2～3周开始，呕吐顽固，且呈喷射状，呕吐物为奶液，体重不增或减轻，常表现饥饿，吐后又要吃。腹部可看到胃蠕动波。如在右上腹部摸到橄榄形肿块，可确定诊断。

（3）幽门痉挛：症状与幽门肥大性狭窄相似，但较轻，右上腹部不能摸到肿块。应用镇静剂或阿托品，可使呕吐减轻或消失。

（4）肠梗阻：婴儿时期的肠梗阻，最常见于肠套叠，其次为嵌闭性腹股沟斜疝。肠套叠多发生于两岁以内的婴儿，患儿阵发性哭闹，呕吐，排出血便（果酱样大便），腹部可摸到肿块（多在右上腹）。嵌闭性腹股沟斜疝于局部可见到肿物。

〔治疗〕 主要应针对病因进行治疗，参阅有关各病专节。呕吐频繁者的对症治疗如下：

（一）针刺内关、足三里、中脘穴，强刺激。

（二）口服颠茄、阿托品、氯丙嗪或奋乃静。服后即吐出者，宜肌肉注射阿托品或氯丙嗪，也可肌肉注射爱茂尔或异丙嗪。

（三）严重呕吐每伴有脱水及电解质紊乱，须及时静脉输入葡萄糖盐水。

（四）小儿幽门肥大性狭窄，若药物治疗无效，应作钡餐透视，确诊后手术治疗。

第五节 便 秘

大便秘结是一个症状，按病因大致可以分为两类。第一类，是功能性便秘，临床所见便秘患者，绝大多数属于这一类。常见原因有多种，例如，进食过少，食物内纤维素含量太少或过多，体质虚弱或老年人，腹部手术后的病人，孕妇以及习惯性便秘等。第二类，是结肠有器质性疾病。例如，乙状结

肠过长、结肠套叠、结肠受附近肿物压迫，或结肠肿瘤等。

〔治疗〕　应尽量查明便秘的原因，加以纠正。必要时，可服用润肠通便药物（见药物治疗有关章节）或灌肠治疗。灌肠液，可用温水、温盐水、温肥皂水或开塞露等。老年人肛管为干粪块堵塞时，可先用肥皂水灌肠，然后戴上橡皮手套，用手指轻柔地挖出干粪块。习惯性便秘患者，应努力养成每日定时解大便习惯，勿单纯依赖药物。

第六节　小儿惊厥

惊厥又名抽风、痉挛或抽搐，为小儿常见急症之一。可由不同原因引起，医务工作者应镇定，以严肃负责的态度，进行紧急处理。

〔临床表现〕　多数突然发作，意识不清，眼球固定或上翻，头向后背，甚至角弓反张。有的牙关紧闭，口吐白沫，四肢阵阵抽动。抽风时间不定，长久者可见面色发青，心律不齐，呼吸暂停，甚至大小便失禁。

〔常见病因〕

（一）高热惊厥：起病急，但抽风经降温处理后，很少继续抽搐。年龄6月～3岁多见。抽风一次后，以后再有感冒等热性病，仍可再犯，但4～6岁后，自行痊愈。此症属于个体反应性不同，引起一时性脑功能失调。一般不留后遗症。

（二）中枢神经系统病变：如破伤风、颅内出血、脑脓肿、脑瘤及各种化脓性脑膜炎、脑炎等。多伴有脑神经定位症状及脑膜刺激征。

（三）感染中毒：细菌或病毒引起的中毒性脑病（如中

毒性菌痢、肺炎、败血症、麻疹、百日咳等）引起者，往往高热不退，或频繁惊厥，惊厥间期神志异常，与一般高热惊厥不同。另外，有机磷农药中毒，急性肾炎，高血压脑病等，也可引起惊厥。

（四）代谢及营养紊乱：缺氧（如克山病引起的脑缺氧综合症）、脱水、低血钙、低血糖症等。

（五）癫痫。

小儿惊厥常见疾病鉴别诊断表

性质		病名	年龄、季节		主要症状、体征、化验
有热性惊厥	神经系统感染	化脓性脑膜炎	各年龄、各季节均见		(1) 发热，头痛，呕吐，昏迷。 (2) 前囟膨隆，脑膜刺激征阳性。 (3) 脑膜炎双球菌引起的，特称“流脑”，多见于2～5岁的小儿，常可引起流行。有出血点、瘀斑等表现。 (4) 血：白血球及中性细胞升高。 脑脊液：混浊、脓性。细胞数1000至数万。糖减少。
		乙型脑炎	2～15岁多见	7、8、9月夏秋季，季节性强	(1) 发病急，持续高热，头痛，呕吐，昏睡。 (2) 脑膜刺激征阳性，常遗留有肢体瘫痪等后遗症。 (3) 血：白血球及中性细胞升高。 脑脊液：清亮。白细胞数十至数百个。糖不减少。
		结核性脑膜炎	各年龄、各季节均见。		(1) 起病慢，有发热，消瘦，盗汗，呕吐，昏睡，结核病史或接触史。 (2) 脑膜刺激征阳性。可伴有脑神经定位症状及偏瘫。 (3) 脑脊液：外观清亮，或毛玻璃状，放置一日，可见薄膜形成。细胞数100～1000之间。糖减少。

续表

性质	病名	年龄、季节	主要症状、体征、化验
有热性惊厥	神经系统以外感染	高热惊厥	多见6月至3岁小儿，无季节性。	(1) 各种感染引起的惊厥，如上感、肺炎、中耳炎等。均与高热有关，随体温下降，惊厥停止，一般情况恢复正常。 (2) 脑膜刺激征阳性。 (4) 既往有高热惊厥史。
		中毒性脑病	儿童多见	(1) 多为重症感染，如中毒性菌痢，重症肺炎、麻疹等。 (2) 面色苍白或青紫，意识不清，反复或持续抽搐，但脑膜刺激征检查不著。 (3) 一般降温镇静剂常无效。 (4) 脑脊液压力可较高，其他基本正常。
无热性惊厥		新生儿颅内出血	生后2～3天内，各别患儿持续至生后1月。	(1) 产伤史，或生后有较长窒息。 (2) 精神萎糜，尖叫，烦躁，呻吟。 (3) 前囟膨隆，有时阵发性青紫。
		手足搐搦症	2～6月多见	春季多发	(1) 发作时，口、眼震颤，发作停止后，嬉笑，饮食如常，一日内可发作1～2次至数十次不等。 (2) 可伴佝偻病体征。 (3) 钙剂治疗后，症状逐渐消失。
		先天性大脑发育不全			(1) 痴呆，说话、走路均迟于常儿，慢性反复惊厥，发作如癫痫。 (2) 四肢肌张力强。 (3) 可有特殊痴呆面容，或头小畸型。
		营养性巨（大）细胞性贫血	6月～2岁多见	(1) 逐渐发病，智力及活动能力退步，如原来认识的人，现在不认识，原来会坐，现在不会坐。 (2) 虚胖，苍白或面色蜡黄，对外界无欲状。 (3) 多为口、眼、四肢震颤，也有痉挛者。 (4) 单纯母乳或羊奶喂养，未加副食。

续表

性质	病名	年龄、季节	主要症状、体征、化验
无热性惊厥	低血糖		(1) 常在清晨，空腹时发生，有饥饿呕吐史。 (2) 出冷汗，四肢软弱，面色苍白，心悸。 (3) 静脉注射葡萄糖后，可立即清醒。
	脑缺氧综合症		(1) 有先天心，克山病，等心脏病史。 (2) 心律不齐，心率缓慢，青紫。 (3) 发作时心外胸部捶击，并用阿托品，异丙肾上腺素等，可以缓解。
	破伤风	新生儿在生后4～10天多见。其它年龄不限。	(1) 1～2周内有外伤史，新生儿有旧法接生史。 (2) 牙关紧闭，苦笑面容，反复发作惊厥。
	癫痫		(1) 学龄儿童多见，发作前有予兆。发作后昏睡，但以后一切正常。 (2) 发作时，可口吐白沫，有的舌唇咬破出血，因喉头，膈痉挛，呼吸不整，可见青紫。喉中有响声。

〔处理原则〕

（一）正在惊厥者，立即进行针刺疗法，急刺人中、合谷、涌泉、十宣穴等。同时，应用抗痉厥药物，如苯巴比妥钠，每次5～10毫克/公斤体重。冬眠合剂（冬眠灵，异丙嗪等量）1毫克/公斤/次。或10%水合氯醛灌肠。

（二）保持呼吸道通畅，清除口腔分泌物，有条件者给吸氧。

（三）加强护理，以防碰伤。

（四）初步控制惊厥后，即应严肃、认真、细致地问、查病因，参阅各病处理。

第七节　小儿哭闹

小儿特别在婴幼儿期，不能自述症状，身体有不适情况，往往哭闹不安。家长也很担心，医生应耐心细致地在勿使受凉情况下，作全身检查，找寻哭闹原因，一般常见原因如下：

（一）皮肤、粘膜疾病或外伤：刺痒或疼痛，如湿疹、尿布疹、间擦疹（腋窝、颈部、腹股沟外，因肥胖摩红，甚至糜烂）、疖肿、碰伤、扎刺、肛周脓肿、蜂窝织炎等。

（二）五官科：中耳炎、外耳道疖、扁桃体炎。

（三）腹痛：腹泻、肠寄生虫（蛔虫，或蛲虫使肛门奇痒，常在夜间哭闹，必须于夜间哭闹时，检查外阴、肛门），婴幼儿无肠胃炎症状之肠痉挛（肠鸣音亢进）。外科情况，如肠套叠、阑尾炎、绞窄疝等。

（四）佝偻病：多见1岁内小儿，多在夜间哭闹。

（五）头痛：结核性脑膜炎，年长儿可见脑脓肿、脑瘤。

（六）各种疾病早期：如上感及其它热性病，心脏病（见克山病）、脊髓灰质炎、肢体疼痛等。

〔处理原则〕

细致检查病因，可给少量镇静剂。

第八节　昏　　迷

昏迷是高级神经活动，受到严重抑制的现象，意识完全丧失，虽然强烈的刺激也无法使病人清醒。轻度昏迷者，角

膜反射及瞳孔对光反射未完全消失，强烈的疼痛刺激，偶而可引起防御反射。重度昏迷者，则对各种刺激均无反应，只有呼吸和循环尚存在。小儿发生昏迷时，较易有惊厥发作。可能引起昏迷的原因很多，常见的原因为颅脑外伤、脑血管病、严重感染（如脑膜炎、中毒性痢疾、大叶性肺炎等）、代谢障碍（如尿毒症、肝昏迷、糖尿病酮中毒、低血糖等）、急性中毒以及中暑等。无论原因为何，一旦发生昏迷，均表示病情严重，需急救处理。

〔诊断〕

（一）昏迷状态与癔病意识障碍的鉴别： 昏迷状态很容易认识，但有时易将癔病的朦胧状态，误认为昏迷。癔病患者，过去多有反复发作的历史，每次发作有明显的精神因素，表面上虽意识不清，但对外界刺激常能显示出一些反应，无瞳孔改变，对光反应存在，试验角膜反射时，可引起眼轮匝肌的强度收缩，全身常呈癔病性强直。检查时，愈试图使强直缓解，强直反而愈明显。但神经反射正常，其它检查也无器质性疾病的依据。

（二）病史和检查注意事项： 应从其亲友了解昏迷前有无高热，有无肾炎、肝病、心脏病、糖尿病、高血压等病史，以及昏迷的发生经过，发现病人时其周围环境的情况等。

体检时，除一般检查外，应特别注意：

1.脉搏、血压、体温、呼吸及呼出的气味。

2.有无头部外伤。

3.瞳孔的大小及对光反应。

4.有无瘫痪、病理反射及脑膜刺激征（颈强直、克氏征）。

有化验条件者，做血白细胞计数和尿常规检查，有助于诊断。有脑膜刺激征而不能确诊者，可做腰椎穿刺检查。但须特别小心，放液要慢，疑有脑肿瘤者禁做。

（三）病因诊断：应注意有无发热，昏迷前即有高热者，多属急性传染病所致。此时，应结合年龄、季节、体检，特别是神经系统检查结果来考虑诊断。伴有脑膜刺激征者，应多考虑流行性脑脊髓膜炎，或流行性乙型脑炎等中枢神经感染。小儿患者，如发生在麻疹、流行性腮腺炎、水痘等急性传染病之后，应考虑传染后脑炎。重症肺炎发生昏迷，并同时出现脑膜刺激征者，应考虑并发中毒性脑病，甚至肺炎球菌性脑膜炎的可能。蛛网膜下腔出血昏迷后，多有中等度发热（昏迷前多无发热），常有明显的脑膜刺激征，易与脑膜炎混淆，但此病多见于中年人，发病常十分急骤，患者突感剧烈头痛，呕吐，迅即昏迷，必要时，须做脑脊液检查，以明确诊断（脑脊液为血性）。

对高热、昏迷而无脑膜刺激征者，应考虑严重感染（如中毒型痢疾、大叶性肺炎等）所致的中毒性脑病。这类疾病在发病之后很快即可引起昏迷（如中毒型痢疾病人，在腹泻出现前，即可昏迷）。于恶性疟疾流行区，尚须考虑脑型疟疾。此外，中暑昏迷者，体温常高达40℃以上，可根据发病的环境考虑诊断。其它各种非感染所致的昏迷，常可因继发感染而发热，但此种发热出现于昏迷之后，与上述原发感染疾病不同。

对昏迷伴有局灶性神经系体征，特别是偏瘫者，应考虑脑出血、脑血栓形成等脑血管病，其鉴别诊断见“脑出血”。颅脑损伤也可有局灶性神经系体征。一般根据外伤史及头部

伤情，不难作出诊断。

对既非急性传染病所引起，又无其他神经系体征的昏迷患者，应考虑代谢障碍、高血压脑病或急性中毒。肝昏迷由肝硬变所致者，常有肝病面容、腹水、浮肿及蜘蛛痣，由肝炎所致者，常有明显黄疸。尿毒症则多有浮肿史或体检有浮肿、高血压，呼吸带尿味，尿检查有蛋白、细胞及管型。糖尿病昏迷有多饮、多食，多尿史，呼吸可有烂水果味，尿检查糖及酮体强阳性。低血糖昏迷者，病前多有过长时间的饥饿，昏迷不重，可伴有出汗等虚脱症状，静脉注射葡萄糖液后迅速恢复神志可助诊断。

高血压脑病所引起的昏迷，多在血压急剧增高时发生（成人常升至200/120毫米汞柱以上，儿童则多高于150/110毫米汞柱）。

急性中毒病人，发病急，昏迷前无疾病诱因，大多有明显的中毒史，如喷洒农药未按操作规程，无意误服或有意吞服毒物等。对疑似病例，应检查其身旁有无盛放毒物的容器，以及是否有中毒的环境。一氧化碳中毒，多见于冬季烧煤取暖时，患者口唇樱桃红，肌张力可增高。药物中毒，在农村以有机磷农药（如敌敌畏、1605、1059、乐果）中毒较常见，病人常散发大蒜味，瞳孔缩小，多汗，流涎，肌肉震颤。酒精中毒者，有浓重酒味，诊断不难。其它见“急性中毒”。

〔治疗〕

（一）对昏迷病人，应进行细致的检查，反复深入地分析研究，尽量找出病因，针对病因进行积极的治疗。

（二）密切注意观察患者病情的变化，包括意识、呼

吸、脉搏、血压、瞳孔和反射等。

（三）细心护理，注意保暖，多翻身，以防褥疮，但怀疑有脑水肿、脑疝者，应少动颈部。保持呼吸道通畅，注意防止舌坠或痰堵。注意口腔清洁，可用浸蘸漱口药水（如1:5000高锰酸钾溶液）的纱布擦口腔，每日2～3次。高热者，可用物理降温，有尿潴留时，可导尿，必要时，留置导尿管。采用鼻饲或输液，以维持营养。

（四）呼吸衰竭时，注射中枢兴奋药，如尼可刹米、山梗菜碱、咖啡因等。

（五）合并休克者，治疗参阅“休克”。

（六）昏迷患者，易继发肺部感染，应予抗菌素。

第九节　休　克

休克是一种由于感染、出血、脱水、心机能不全、过敏，严重创伤等原因引起的，其共同的病理特点为微循环机能障碍，引起组织灌注不良，导致缺氧、酸中毒、血浆成分丢失及器官代谢与组织机能障碍的综合征。血压下降，常是休克的主要诊断依据（成人的收缩压低于80毫米汞柱，或较基础血压降低25％以上），若收缩压低于50毫米汞柱，则休克达严重阶段。常见病因如下：

（一）血容量减少性休克

1.失血或失血浆所致：如上消化道大量出血、宫外孕、产后出血，烧伤（丢失血浆）、外伤出血等。

2.脱水及失钠所致：如急性胃肠炎、霍乱、痢疾、急性肠梗阻、重症婴儿消化不良症等，有频繁的呕吐、腹泻时。

（二）创伤性休克：见于严重的创伤，如广泛的软组织裂伤、严重骨折等。

（三）感染中毒性休克：见于严重的感染，如大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒型菌痢、败血症等。

（五）心源性休克：见于克山病、急性心肌梗死、急性心肌炎、阵发性心动过速等。

（五）过敏性休克：见于注射青霉素、链霉素或异体血清（如白喉抗毒素）等药物时。

〔诊断〕

（一）休克的辨认：在有上述造成休克的病因存在的情况下，必须高度警惕休克的发生。早期休克表现为表情淡漠或不安，软弱无力，血压下降，心率增快；随着病情的发展，神志渐模糊，皮肤苍白，四肢厥冷，潮湿，肢端轻度发绀，口渴尿少。严重阶段，神志陷入昏迷，脉搏细数而微弱，甚至不能触知，血压不能测出。诊断休克须注意与晕厥鉴别。后者常由暂时性脑缺血引起，其特点为站立时突感眩晕，心慌无力，面色苍白，重时也可神志不清而昏倒，但发作快，持续时间较短，恢复较快。

（二）休克的病因诊断：一般不难，因多有明确的原发病的病史或临床表现。由于内出血所致的失血性休克及心源性休克在确定病因方面，可能有一定困难，须结合病史及体检细致考虑。

〔治疗〕

（一）病因治疗：在治疗休克的同时，必须尽快控制病因，如止血、创伤的处理，急性感染的控制，心力衰竭的治疗等。

（二）一般措施：保持病人安静，尽可能不予搬动，使平卧或头低位，注意保暖。密切观察病情，特别是神志状态，皮肤颜色，肢端温度，呼吸、脉搏、血压及尿量。保证呼吸道畅通，呼吸微弱及青紫者，注射山梗菜碱及尼可刹米；有条件时给氧吸入。精神紧张或烦躁不安时，给予镇静剂，如苯巴比妥钠0.1～0.2克（小儿8～10毫克/公斤）。肌肉注射。疼痛剧烈者，可注射吗啡或杜冷丁。但有呼吸困难者忌用。

（三）补液输血：是抢救休克非常重要的措施，失血浆时，可补充血浆代用品（如右旋醣酐），脱水失盐时，应输入生理盐水、复方氯化钠及一部分葡萄糖液。出血性休克时，应先静脉滴注5％葡萄糖生理盐水或右旋醣酐，然后准备输血。凡属血容量减少性休克，输液速度应快，尤其是开始治疗时。例如，严重脱水的婴幼儿，需于最初1小时内，静脉注入或快速滴入2:1等渗含钠液（即生理盐水2份，1/6克分子乳酸钠液1份）20毫升/公斤。补液输血的量，主要根据临床症状，当血容量补足时，脉搏减慢而有力，血压恢复或接近正常，肢端温暖红润，尿量增多。

感染中毒性休克时微循环障碍引起有效循环量降低，故应适量输液，无明显脱水者24小时内，约输入2000～3000毫升（小儿80～100毫升/公斤），但不可过多，以免并发肺水肿及脑水肿。

心源性休克，需要静脉滴注升压药时，也须输液，但输入的速度应缓慢（一般不超过每分钟20滴，小儿不超过10滴），并注意限制液体中的钠盐。

凡休克较重，数小时未恢复者，要考虑有发生酸中毒的

可能，输液中应加用碱性药，如5％碳酸氢钠液或1/6克分子（1.9％）乳酸钠液。一般前者一次可给予200毫升，后者600毫升。小儿尤易发生酸中毒，宜于静脉输液之始，即用含有一定量碱性药物的液体，可一次给予5％碳酸氢钠液3～5毫升/公斤，或1/6克分子乳酸钠液10～15毫升/公斤。

钾的补充：缺钾时应补充氯化钾，每天1—2克，配成0.1—0.3％的浓度，缓慢静脉滴注。补钾应在患者有尿时给予，在休克无尿时忌用。

（四）升压药及血管扩张药：根据引起休克的不同病因及发病的不同阶段，在休克早期或输液、输血的过程中，血压仍低者，可选用升压药或血管扩张药。

一般升压药在微血管扩张期（如面色发红，四肢温暖）选用较好，在明显的微血管痉挛期（如面色苍白，发绀，四肢厥冷）以不用为宜。常用的升压药，有去甲肾上腺素、多巴胺、恢压敏、阿拉明。去甲肾上腺素用法为：先于每100～250毫升液体中，加1毫克作静脉滴注，根据血压情况，调整药物浓度及滴入速度，使血压维持在正常偏低的水平。待血压稳定后，再逐渐减量，于8～10小时后停药。如浓度增至5毫克/100毫升而仍无效，则应换用其它药物。去甲肾上腺素，逸出血管外，能引起组织坏死，应及时用0.5～1％普鲁卡因液，作局部皮下浸润。

多巴胺用法为10～20毫克肌肉注射，小儿为0.25毫克/公斤/次，或静脉滴注。

恢压敏也可肌肉注射，每次20～60毫克；静脉注射每次20～40毫克；或静脉滴注，每100毫升液体中，加60～100毫克。阿拉明的用量为每次2～10毫克肌肉注射，或每100毫

升液体中，加5～10毫克，静脉滴注（小儿视病情及年龄酌量使用）。

50%葡萄糖液40～60毫升，作股动脉内注射，有迅速升压作用，若同时加入麻黄素50毫克，则升压效果更好，可作为急救措施。继以输液和用升压药。

血管扩张药物，应用在微血管痉挛期和麻痹期（面色灰紫，四肢厥冷等），但血容量必须得到有效的补充。常用的有阿托品、异丙基肾上腺素、654—2等。阿托品用法为，成人一般为每次2～4毫克，小儿每次0.03～0.05毫克/公斤，静脉推注；开始每10～15分钟一次，如注射2～3次后效果不好，可适当加大剂量。待血压上升，脉搏有力，面色转红，肢体转温，瞳孔中度扩大时，可改为1/2～1小时注射一次，血压正常后可停药。若患者有高热（39℃以上）或血容量补充不足者，应慎用或不用。

异丙基肾上腺素用法为，0.25～1毫克，加入200毫升葡萄糖或生理盐水中，静脉点滴（15～30滴/分）。

（五）抗菌素：不仅感染中毒性休克，需用大量抗菌素，创伤性休克为时较长时，易并发感染而使休克加重，也须应用抗菌素治疗，且宜用广谱抗菌素，如四环素族静脉注入。

（六）肾上腺皮质激素：严重感染中毒性休克者，可给予氢化可的松，每日200～400毫克（小儿为8～10毫克/公斤/日），静脉滴注，以减轻毒血症症状。其它原因所致的休克，如持续时间较长，用升压药不能稳定血压时，也可考虑加用氢化可的松。

（七）若采用上术措施后，血压仍不升高和病情不见好转者：应考虑是否有心功能障碍和肾功能衰竭。前者可用西

地兰或毒毛旋花子素K，后者可适当应用甘露醇等。

（八）肾上腺素：过敏性休克时，应立即皮下或静脉注射0.1%肾上腺素0.5～1.0毫升（如心搏已停时，心内注射）。然后，继以去甲肾上腺素及氢化可的松，静脉滴注。

（九）针灸治疗：针刺十宣及两侧内关穴，持续捻转。也可针刺人中、合谷、足三里穴，中度刺激。

第十节 咯 血

咯血是指肺或支气管出血而言。咯血量可大可小，大者如泉涌，小者仅痰中带血丝。最常见的咯血原因，为肺结核与支气管扩张。其他，如肺脓肿、肺癌等呼吸器官疾病，也可引起咯血。心脏病中以二尖瓣狭窄，最易引起咯血。

〔诊断〕

（一）应检查口腔、鼻咽、齿龈等处，有无出血的迹象，以排除这些部位的出血。大量咯血尚须与上消化道出血鉴别（参阅“上消化道出血”）。

（二）遇有大咯血的病人，应迅速进行抢救。简要了解病史和进行必要的体检（体检时，应避免用力叩诊和深呼吸听诊），如未能确定出血的原因，可初步鉴别出血属于呼吸系本身的疾病，还是由于心脏病，待血止后，再详查病因。

（三）肺结核除咯血外，可有乏力、低热、盗汗等全身中毒症状。咯血前可有咳嗽、吐痰、痰量一般不多。如发现湿性罗音，大多在锁骨上下或肩胛间区，但正当大咯血时，则在肺底部也可听到。支气管扩张多有反复发热、咳嗽，吐大量脓痰史，湿性罗音多位于肺下部。鉴别有困难者，则需

X线检查。40岁以上，开始有咳嗽、咯血及进行性消瘦者，应想到肺癌的可能。肺脓肿先有高热，继之吐大量脓性痰，大量咯血多在开始咯脓痰之后。三尖瓣狭窄有心尖部舒张期隆隆样杂音。

〔治疗〕　患者应卧床休息，就地治疗，尽可能不远途运送。劝慰病人解除焦虑不安。心脏病的咯血，以治疗心力衰竭为主，并应加用镇静止咳药物。呼吸系统疾病引起的咯血，对症治疗如下：

（一）小量咯血：百草霜三钱，调醋服用。或用安络血、仙鹤草素等止血药。咳嗽者，应服止咳药。

（二）大量咯血：

1.咯血时，即刻皮下注射可待因0.03克（小儿为0.5—1毫克/公斤）。好转后，改为口服，每日3次，服至咯血停止。严重情绪不安者，可肌肉注射异丙嗪等镇静剂。

2.如上法无效，用脑垂体后叶素10单位，溶于20毫升25%葡萄糖液中缓慢（约15分钟）静脉注射。注射中，病人可有恶心、呕吐或排便感，反应不重时，继续注射完。必要时，可重复注射，或用垂体后叶素10单位，溶于5%葡萄糖液500毫升中，静脉滴注。有高血压、动脉硬化性心脏病、心力衰竭及妊娠时，均禁用。

3.肌肉注射安络血或仙鹤草素；针刺尺泽、鱼际、膈俞（第七椎下旁开1.5寸）、行间穴。或用中药：煅花蕊石五钱，三七十钱，白茭二两。共研细面，每次冲服1—2钱。或服用白药治疗。

4.肺结核如仍咯血不止时，可做人工气腹，无特殊装备时，可用100毫升注射器代替，将针头连接一短橡皮管，消

毒后，刺入腹腔。穿刺部位，一般选择左侧腹直肌外侧与脐下2厘米之平线交界处，局部应先行消毒和麻醉。穿过腹膜时，有突然减轻抵抗的感觉，回吸无血后，即可注气。用针筒，经消毒纱布滤过，抽取空气，经橡皮管及针头注入腹腔。如针头在腹腔内，则空气自由地无痛地进入。如有阻力，则说明针头未刺入腹腔内，须将针头稍加移动。每次用针筒抽取空气时，应先用止血钳将橡皮管钳闭。共注入空气500—800毫升，3—4日后，可再续气一次。

5.密切注意因出血而发生窒息或休克。窒息时，立即变换体位，以利充分引流和血块排出，并设法吸引。休克的治疗，参阅“休克”。

6.咯血完全停止后一周，方可起床活动。

第十一节 上消化道出血

上消化道，指食道、胃、十二指肠及上部小肠而言。这些部位的血管破裂出血，表现为呕血或黑便。出血量大者，也可排暗红色血便。常见的出血原因，是胃及十二指肠溃疡病与肝硬变所致的食道静脉曲张破裂。其它，如胃肠道的恶性肿瘤等，也可引起出血。

〔诊断〕

（一）上消化道出血的确定：呕血应与咯血鉴别（见下表），并应排除鼻腔或口腔的出血。这些部位的出血咽下后，也可造成黑便。服用某些药物，如硫酸亚铁、活性炭，以及某些中药等，可使大便颜色变黑，应注意排除。

呕血与咯血的鉴别

呕　　血	咯　　血
呕前恶心和上腹部不适，暗红色或棕色，无泡沫，常混有食物。无血痰。	咯前喉部发痒，鲜红色，泡沫状，常混有痰液。咯血后，痰中带血。

（二）出血原因的判断：有典型上腹痛史的溃疡病及晚期肝硬变已有明显脾大、腹水者，诊断多无困难。但少数溃疡病患者，以上消化道出血为首发症状。肝硬变临床表现不很明显时，也可出血。此时，二者较难鉴别。如发现蜘蛛痣，肝大、变硬，或能触知脾脏，则是肝硬变的症状。溃疡病出血，并不经常呕出，有时以便血为主。食道曲张静脉破裂，则往往为呕血。胃癌患者，以40—60岁的男性较多，初期可有食欲不振，上腹不适等症状，明显出血时，多已有进行性消瘦、苍白、衰弱，甚至出现上腹部肿块，左锁骨上或左腋淋巴结肿大。

〔治疗〕

（一）绝对卧床，可注射镇静剂，如苯巴比妥钠（肝硬变患者慎用），或异丙嗪。密切观查脉搏和血压。

（二）溃疡病合并大出血时，一般宜禁食。但无恶心、呕吐时，也可进流食。食道静脉破裂出血者，须绝对禁食，由静脉补充营养与液体，至出血止后48小时，方可进流食。

（三）止血剂：

1.可肌肉注射安络血、仙鹤草素或维生素K。垂体后叶素，尚有降低门静脉压的作用，故常用于肝硬变时的出血，用10—20单位，加25%葡萄糖液20毫升，缓慢（约15分钟）

静脉注射。必要时，可重复注射，或溶于5％葡萄糖液500毫升，作静脉滴注。

2.三七粉一钱，冲服，每日2次。

（四）输液输血：一般先输液，脉搏达110次/分以上，收缩期血压低于100毫米汞柱时，应考虑输血。休克的治疗，参阅“休克”。

（五）如经上述治疗无效，应考虑紧急手术。

第十二节 黄 疸

黄疸是由于血液中胆红素浓度增高，主要症状是皮肤、粘膜及巩膜发黄。

正常情况下，衰老的红细胞，被网状内皮细胞（主要在肝、脾和骨髓）所吞噬和破坏，血红蛋白分解为胆红素。这种从网状内皮细胞释放到血浆的胆红素，是间接胆红素。它经过肝脏转变为直接胆红素。随胆汁通过胆道进入十二指肠，再经肠道细菌作用变成粪胆元。粪胆元大部分随粪便排出，小部分被肠管重新吸收，经门静脉到肝。一部分随胆汁进入肠内，另一部分随血流通过肾，随尿排出。直接胆红素与尿胆元，均从肾小球滤过，但间接胆红素，不能通过肾小球。因此，下述情况，均会出现黄疸：

1.红细胞破坏过多，血浆内间接胆红素增加，如溶血性黄疸。

2.肝细胞破坏，间接胆红素不能转变为直接胆红素，如传染性肝炎。

3.胆道阻塞，直接胆红素不能进入肠内，如胆道结石症，

应该指出，多数黄疸，常因一种以上原因引起，如长期胆道阻塞，可续发肝细胞病变。有些病如肝癌，既可产生肝细胞黄疸，也可产生肝内外梗阻性黄疸。

〔诊断〕

（一）黄疸有无的确定：轻度黄疸，仅见于巩膜，宜在白天光线充足处检查，须与睑裂斑鉴别：后者发生在睑裂内侧或外侧的球结膜，且稍隆起，黄疸则系均匀分布。疑有黄疸，但不能确定时，可检验尿胆红素。

（二）黄疸原因的分析：年龄、有无腹痛或发热，肝胆及脾脏的状态。一般情况，黄疸的程度及其变化等，常为鉴别诊断的重要依据。

1.传染性肝炎，多见于儿童和青年，常有恶心及食欲不振，多无腹痛或仅有轻度右上腹痛。发热一般不高，肝肿大并有触痛，脾脏也有的肿大。黄疸轻重不一，多持续2—6周后消退。病初，尿胆红素可呈阳性。

2.门脉性肝硬变，常至晚期始有轻度黄疸。此时，其它临床表现已明显，诊断多无困难。胆汁性肝硬变，是由于长期的胆道梗阻，胆汁在肝内滞留所致，患者常有阵发性发热和右上腹痛的病史，其黄疸呈进行性加深，肝、脾也进行性增大，肝大常可平脐。

3.肝癌、胰头癌等恶性肿瘤，多发生于40岁以上的人。黄疸缓慢出现，持续不退，尤其是胰头癌患者，黄疸常逐渐加重而呈暗黄色或黄绿色。一般情况迅速恶化，消瘦明显。肝癌时，肝进行性肿大，坚硬，呈结节状。

4.急性胆囊炎，多见于成年人。有高热及右上腹痛，疼痛呈持续性，多逐渐加剧，并有触痛及肌紧张，尤以胆囊所

在处最著。胆石症则突发急剧的右上腹痛，呈阵发性绞痛，也可因并发胆管炎而寒战、高热。

5.新生儿出现的黄疸，绝大多数属于生理性。特点是：生后2—3天开始，至生后7—10天消退，小儿一般情况良好，无须处理。如黄疸持续不退，且伴有发热，一般情况差时，应考虑新生儿败血症。如黄疸持续数周以上，且逐渐加重时，则应考虑有胆道阻塞的可能（如先天性胆道闭锁，胆道为粘液所阻塞等）。

〔治疗〕 参见各有关疾病。

第十三节 急性腹痛

急性腹痛是临床上常见的症状，不仅可由腹内脏器的各种器质性病变或功能性障碍引起，也可因腹外器官的病变而发生。

〔诊断〕

（一）病史和体检的注意点：

1.起病的缓急和病程的长短：急性发作而病程进展迅速，常表示病情急重。反之，病情可能较缓和。

2.腹痛前后情况和有关症状：注意饮食，外伤，发热，呕吐，黄疸，皮疹，咳嗽，腹泻，便秘，肿物，排虫史，以及以往有无类似发作等。对生育年龄的妇女，须询问有无停经史及以往月经情况。

3.腹痛的性质：阵发性腹痛或绞痛，一般表示空腔脏器的阻塞性痉挛性疾病。间歇期，可以无痛，如肠、肾及胆绞痛，持续性腹痛，一般表示炎症性疾病。病变恶化时，则疼

痛加重。持续性疼痛，并有阵发性加剧时，多表示炎症同时伴有痉挛或梗阻。

4.放射痛：局部病灶经神经的联系，可引起其他部位的疼痛，称放射痛。放射的方向，有助于定位诊断，如胆绞痛时　右肩部常有疼痛。

5.腹痛的部位：虽然很多腹痛，在初起时，可放射至腹中部。但在病程中，腹痛部位常逐渐固定，与病变脏器位置相当。此点，对诊断很有帮助。

6.腹胀、蠕动波、肠鸣音：腹胀表示胃肠道内积液、积气，或腹膜腔内有液体、气体。胃或肠蠕动波，表示胃肠道有机械性梗阻。肠鸣音增强，有金属音和气过水音，说明肠管有机械性梗阻。肠鸣音消失，则说明肠麻痹。

7.压痛、反跳痛、肌紧张：以手按压，局部疼痛反而减轻者，多系痉挛性疼痛。局限性压痛，多表示有炎性病变，如再伴有肌抵抗、紧张，或强直及反跳痛，则说明腹内脏器的发炎已引起腹膜刺激，有较重的外科情况，甚至急需手术治疗。炎症扩及全腹时，一般仍以原发病灶部位压痛最重。腹腔内不同的物质，对腹膜刺激的程度不同：酸性的胃液和碱性的十二指肠液的化学刺激作用最强，可出现典型的“板状腹”；下消化道液和脓液，引起的肌紧张，不一定呈板状；血液的刺激作用较弱，仅引起轻度肌紧张或肌抵抗。

8.肝浊音界和移动性浊音：胃肠道穿孔后，气体进入腹腔，使肝浊音界消失或显著缩小。腹腔内积血、积脓和有腹水时，均可产生移动性浊音。

9.妇科检查：对患下腹痛的女病人，必要时，应进行妇科检查。

10.直肠指诊：局限或弥漫性腹膜炎时，直肠前陷凹可有触痛。指诊也可检查下腹部的肿物或肠襻。指套染血，说明肠管有血运障碍。染脓血多为痢疾。妇科疾病，也可经直肠进行检查。

（二）病因分析：临床上常以腹痛部位为主，来分析诊断。

1.上腹部痛：上腹部近中线处疼痛，常为胃部疾患所致。如进不洁饮食或暴食史，伴有频繁呕吐，而无局限压痛者，可能为胃炎。如突然发生绞痛，短时缓解，可能为胃痉挛。如疼痛与饮食的关系，有明确的规律，且常呈周期性发作，伴有反酸、烧心时，可考虑溃疡病。初起上腹部突发性“刀割样”剧痛，迅速蔓延至全腹，腹壁呈“板状”，有明显的压痛及反跳痛，肝浊音界消失或明显缩小，再加以往有溃疡病史，则应考虑溃疡病穿孔。

右上腹疼痛，常系肝、胆系统疾患。如肝区持续胀痛，黄疸，肝肿大，且有触痛，并有恶心，食欲不振，厌油腻史时，可能为肝炎。右上腹阵发性绞痛，且向右肩、背部放射者，多为胆道病变。如伴有特殊的“钻顶”痛，病人辗转不安，腹软，或曾呕吐蛔虫者，可诊断为胆道蛔虫病。若伴有局部腹膜刺激征，深吸气时，胆囊处有明显压痛，甚或触及胆囊，则为胆囊炎、胆石症。如再伴有明显黄疸，寒战，高热，说明为总胆管结石。

上腹正中或偏左，持续性剧痛，且向腰背部放射，并伴有发热，局部有明显压痛或腹膜刺激征者，可能为胰腺炎。如外伤后，引起左上腹痛，伴休克，腹部有移动性浊音，应考虑脾破裂。

须注意心绞痛及心肌梗死，也可引起上腹部放射痛。前

者通常仅持续数分钟，过去常有类似发作；后者常早期即出现周围循环衰竭和心力衰竭。此外，也要鉴别肺炎及胸膜炎，引起的同侧上腹痛。

2.脐周围痛：脐周围不固定的疼痛，最常见的原因是：肠蛔虫病（尤多见于儿童），疼痛一般不重，但时常发作；偶尔引起痉挛性或机械性肠梗阻，则疼痛剧烈，腹部可摸到索状肿物。过敏性紫癜，常引起剧烈的脐周痛或全腹痛，并有压痛，须结合病史和伴随症状，如皮疹、便血等考虑诊断。小肠病变及急性阑尾炎的早期，均可有脐周痛。阵发绞痛，伴恶心及腹泻，腹部无固定压痛。有进不洁饮食史者，常为急性肠炎。阵发性剧痛，伴有呕吐、腹胀，无排便及排气，腹壁见肠蠕动波，肠鸣音高亢，可闻及金属音或气过水音，应考虑机械性肠梗阻。

输尿管结石，也可有脐旁沿输尿管部位的剧烈绞痛，且常向后腰及会阴放射，伴有血尿。

3.下腹部痛：右下腹痛，最常见者为急性阑尾炎，常有转移性腹痛史，局部有固定压痛、反跳痛和肌紧张。右下腹绞痛，伴有肠梗阻症状，且于局部摸到肿块时，要想到回盲部结核、肿瘤或肠套叠。绞痛并有脓血便，而无局限性压痛时，可能为阿米巴痢疾。小儿右下腹痛，多与上呼吸道感染同时存在，无固定压痛点及腹膜刺激征。腹痛于短时间内减轻或消失时，常为急性肠系膜淋巴结炎。

左下腹痛，并有腹泻及脓血便者，可能为痢疾。如伴有肠梗阻症状，且于局部摸到肿块时，可能为乙状结肠扭转。

妇科疾病，也常有下腹痛，或左或右，依病变所在部位而定。生育年龄妇女，有停经史，突发一侧持续性痛，伴有

休克及内出血现象，妇科检查发现子宫稍大，宫旁有不规则肿物，宫颈举痛及一侧穹窿有触痛时，应考虑宫外孕破裂。下腹阵发性疼痛，且可触及与子宫附件有关的肿物，并伴宫旁压痛时，常为卵巢囊肿扭转。如下腹部持续痛，伴发热，双侧下腹部均有压痛、反跳痛，子宫旁组织增厚、压痛，可能为输卵管炎。滤泡破裂，多在月经期中间（排卵期）、疼痛常可自然缓解。如过去有肿物史，发生急剧腹痛后，肿物变小或消失，应考虑卵巢囊肿破裂。

（三）特殊检查和化验：诊断困难的病例，如有移动性浊音时，可作腹腔穿刺，检查腹腔积液的性质。如有条件，而且必要时，做胸腹透视观察有无胸部病变，肠梗阻引起的液平面、膈下的游离气体等。此外，血、尿、粪常规检查，对诊断也有帮助。

（四）老年及小儿急性腹痛的特点：老年人，因机体反应比较迟钝，有时腹腔内虽存在严重病变，但自觉腹痛常较轻，腹部压痛、反跳痛及肌紧张也不明显，体温及白细胞升高不显著，甚或不升。然而，在病情一旦加重时，却可很快进入休克状态。因此，在诊治过程中，应特别提高警惕。

老年人，常见的腹痛原因，为胆囊炎、胆石症、胃肠道肿瘤、乙状结肠扭转、心绞痛、心肌梗死等。

小儿的神经发育尚未健全，临床表现不典型，有时不严重的局部病变，可引起明显的全身反应。婴儿因不会诉说，如表现有急剧的哭闹，同时两腿屈向腹部时，应考虑急性腹痛的可能。检查幼儿有无压痛时，单凭其诉说常不可靠，还应根据其表情是否痛苦等，来进行判断。小儿腹部肌肉不发达，腹肌紧张有时不甚明显，啼哭时全腹发紧，各部不易比

较。检查时，由于患儿多不合作，因而必须耐心检查。必要时，可观察数小时，婴幼儿常需要在母亲怀抱中，或喂奶时，甚至入睡后，或用镇静剂后，进行检查。

小儿常见的急性腹痛，原因为肠蛔虫病、肠道细菌性感染、蛔虫性肠梗阻、胆道蛔虫病、过敏性紫癜、肠系膜淋巴结炎、阑尾炎和结核性腹膜炎等。婴儿尤应注意肠套叠、嵌闭性腹股沟疝。

〔治疗〕

急性腹痛，根据上述分析，一般多能作出诊断，按各病进行治疗。对一时不能确诊的病例，可先予下述治疗，并进行观察，根据新出现的症状或体征，作出诊断。

（一）诊断不明前，禁用泻药、灌肠，或注射肠蠕动刺激剂，也禁用吗啡类止痛剂。

（二）如有休克，应立即进行抗休克治疗。

（三）纠正水、电解质紊乱及酸碱失衡。

（四）病情较轻者，可进食。病情较重者，伴有恶心、呕吐及腹胀等，应禁食，甚或行胃肠减压。禁食者输液。

（五）具有感染表现，如体温及白细胞升高时，给予抗菌素。

（六）腹痛发作时，可试给阿托品、莨菪或颠茄等解痛药，也可酌情给少量镇静剂。针灸对症治疗，有一定效果，可刺内关、足三里、公孙穴。

（七）配合其他对症治疗。

（八）有明显局限性压痛、反跳痛及腹肌紧张，体温和白细胞升高者，如病因不明，须作紧急手术探查。

（九）诊治过程中，腹痛症状不缓解，并发现体温升

高，脉快且弱，血压有下降趋势，甚或休克时，如诊断不明确，也应考虑手术探查。

第十四节 水 肿

血管外组织间隙有过量的液体时，称为水肿。水肿可分为全身性和局部性，而以全身性水肿多见。全身性水肿，又以心、肝、肾疾病所致者较多。局部性水肿，仅限于身体某一部分（如一个肢体），不向其他部位发展。

〔诊断〕

（一）全身性水肿：

1.心脏病水肿：各种器质性心脏病，发生心力衰竭时，皆可出现水肿，多从下肢开始，逐渐向上发展，伴有劳动后心慌气短，心脏检查有器质性心脏病的依据（参见“心脏病的诊断”），及其他心力衰竭的体征，如肺底湿性罗音、肝肿大、颈静脉怒张等。

2.肾性水肿：急性肾炎的水肿，常先见于眼睑或面部，渐延及全身，一般不重，伴有高血压肾病综合征，常有全身重度水肿，尤以面部更显著，往往有明显腹水。非肾病期的慢性肾炎，水肿可不典型，或仅见于眼睑，或为轻度全身水肿，常有高血压。肾性水肿病人的共同特点是：尿有蛋白及管型。

3.营养不良性水肿：有长期营养不良史，尤其是食物缺乏蛋白质或蛋白质吸收障碍（慢性肠道疾病）时。水肿发生较慢，可有多尿、徐脉，肌肉萎缩。

4.肝脏病、严重贫血：也可发生全身性水肿。

5.内分泌障碍：女性病人，在经期前出现水肿，经期后

水肿消退。更年期妇女也常有水肿。这些水肿与内分泌失调有关。但诊断时，应先排除其他原因的水肿。

6.老年人：由于血管通透性的改变，下肢常有轻度水肿，天热及活动后，更易出现。诊断时，也必须排除其他原因的水肿。

（二）限局性水肿：多由于局部血管、淋巴管阻塞或过敏引起。

1.血管神经性水肿，多因过敏引起，以头、面部或四肢多见，发生快，消退也快，局部可有痒感。

2.下肢静脉曲张、血栓性静脉炎，或肿物压迫影响静脉回流，皆可引起局部的水肿。如纵隔肿瘤压迫上腔静脉，可引起上半身（包括两上肢、头部）水肿，而下半身无水肿。

3.某些地区，可见丝虫病引起的局部淋巴管阻塞性水肿。

4.某些有过敏体质的人，吃了灰菜、苋菜、刺儿菜和榆叶后，经日光照射，外露的皮肤，迅速发生明显浮肿，可有疼、痒、胀感（即植物性日光性皮炎）。只要考虑到此病的可能性，追问病史，不难诊断。

〔治疗〕

（一）针对病因进行治疗。如水肿和过敏有关，应去除过敏原，应用苯海拉明等抗组织胺药物。

（二）全身性水肿较明显的病人，应进低盐饮食，并服用利尿剂，如双氢克尿塞（长期服用此药时，应同时服用氯化钾）。或服用中药：

1.车前草一两，玉米须二两，冬瓜皮二两。水煎服。

2.生苡仁一两，茯苓一两，车前子五钱。水煎服。

（三）对水肿病人，可针刺阴陵泉穴。弱刺激。

第六篇　传染病

第一章　传染病的预防和报告

第一节　传染病的预防

（一）防疫措施的主要原则

1.平时应在各级党组织的统一领导下，政治挂帅，发动群众，贯彻“预防为主”的方针，开展爱国卫生运动。遇有传染病流行时，应以群众、赤脚医生和领导干部三结合的原则，打一场人民战争。必要时，成立专门的防治领导小组，以便更有力地领导和指挥战斗。防疫工作，应密切结合当时当地的中心工作和生产任务，制订出切实可行的防疫措施。

2.大力进行宣传，做到家喻户晓，使群众动员起来，同疾病和自己不卫生习惯进行斗争。同时，要针对当地传染病的流行病学特点进行宣传，内容要通俗易懂，方式应多种多样。

3.在传染病流行期间，应及时培训基层骨干，结合实际，边学边用。

4.坚决贯彻“预防为主”的方针，做到三早：早发现、早诊断、早处理（即隔离、消毒、治疗），防止传染病蔓延

和流行。

5.对传染病，应实行全面的防治：

（1）早期发现病人，确定诊断，并隔离和治疗。

（2）切断传染途径，进行消毒或灭虫，消灭储存宿主，做好水肥管理。

（3）对易感人群应进行自动免疫，被动免疫和药物预防。同时，对不同的传染病，应结合其特点着重抓主要环节。

6.制定具体措施时，应中西医结合，土洋结合，充分发挥当地群众所熟悉的土方、土法和草药的作用。

（二）呼吸道传染病的防疫措施要点

1.病种：流行性感冒（流感），麻疹，流行性脑脊髓膜炎（流脑），白喉，百日咳，猩红热，水痘和流行性腮腺炎等。

2.病人最好就地隔离。如果病人人数很多，需要集中处理时，可设简易隔离病房或隔离托儿所等。在隔离期间，病人不要出外，与健康人不要来往，隔离至传染性消失为止。

3.开展爱国卫生运动，重点是搞好室内外清洁，通风，晒被等。

4.流行期间避免集会，尽量减少人群之间的来往，特别是儿童不要到人多的地方去。

5.密切接触病人者，应戴口罩。最好说服病人在传染性最强时期戴上口罩。

6.在流行区，应争取进行预防注射（如白喉，百日咳，麻疹等），对易感儿童及密切接触病人者，实行药物预防（如流脑）。

（三）消化道传染病的防疫措施要点

1.病种：伤寒，副伤寒，传染性肝炎，痢疾，脊髓灰质炎。

2.对病人的大便和呕吐物，一定要进行妥善处理和消毒，其方法如下：

（1）10—20%石灰乳（熟石灰的水悬剂）：一份粪便，加入二份石灰乳，充分混匀，作用4小时。如粪尿是混合的，则直接加入1/5—1/10量的生石灰也可。

（2）漂白粉：如用粉剂，与粪便的比例为1：5。如用10—20%水悬剂，则加入等量，充分混匀，作用2小时以上方能收到杀灭病原体的效果。

（3）如缺少消毒药，则可选择偏僻地点，挖坑将粪便深埋。埋以前，最好把粪便或呕吐物先盖一层热灰（炉灰或柴草灰）。

3.被大便污染的衣服、便器等物品，绝对不许拿到河塘中或井旁去刷洗，一定要先用沸水烫洗或用消毒水泡两小时后再去刷洗。消毒水，可用2—5%来苏液或5—10%甲醛溶液。

4.病人吃剩的食物，经蒸煮后方能食用。病人的食具，应单独洗刷，烫洗干净后健康人再用。

5.广泛宣传“四要三不要”，其内容如下，供参考：

（1）得病要早报、早隔离、早治疗。

（2）生吃瓜果要洗净。

（3）要消灭苍蝇。

（4）饭前便后要洗手。

（5）不要随地大小便。

（6）不要喝生水。

（7）不要吃腐烂不洁的食物。

6.积极开展爱国卫生运动。重点是管理好水源、粪便和垃圾，消灭苍蝇和养成良好的卫生习惯。

7.有条件时争取进行预防接种，如脊髓灰质炎，伤寒等。

（四）上报疫情，采取措施　如发现可疑的烈性传染病（鼠疫、天花、霍乱），必须立刻用最快方式上报疫情，同时迅速严格地落实上述各项有关措施，暂断交通，封锁疫区。

第二节　传染病报告

（一）根据卫生部公布的传染病管理办法，必须作疫情报告的病种，共有以下二类(28种)：

甲类：（1）鼠疫，（2）霍乱，（3）天花。

乙类：（1）流行性乙型脑炎，（2）白喉，（3）斑疹伤寒，（4）回归热，（5）痢疾（细菌性及阿米巴性），（6）伤寒及副伤寒，（7）猩红热，（8）流行性脑脊髓膜炎，（9）麻疹，（10）脊髓灰质炎，（11）百日咳，（12）炭疽病，（13）布鲁氏菌病，（14）森林脑炎，（15）狂犬病，（16）血吸虫病，（17）钩虫病，（18）疟疾，（19）丝虫病，（20）黑热病，（21）恙虫病，（22）流行性出血热，（23）传染性肝炎，（24）流行性感冒，（25）钩端螺旋体病。

（二）具体要求：

1.甲类传染病发现后，必须立即报告当地卫生行政机关或卫生防疫主管机构，最迟不得超过12小时，在农村不得超

过次日。

2.乙类传染病或疑似病例，应于发现后24小时内报告，在农村最迟不得超过 3 天。

第二章 呼吸道传染病

第一节 麻 疹

本病由病毒引起，经呼吸道传染，多发于冬、春季，6 月—5 岁小儿多见。俗称“糠差”、“麻疙丁”、“糠花”等。

〔诊断要点〕

（一）有麻疹接触史，潜伏期 6 —21天。

（二）发病过程：

1.前驱期：发烧，流泪，结合膜充血，流涕，喷嚏，干咳，困倦等感冒症状。第 3 — 4 天，两侧颊粘膜近臼齿处，可见到针尖大小、灰白色，周围有红晕的斑点，即粘膜斑，但也有患者无此斑。

2.出疹期：发病第 3 、 5 天开始出疹，首先见于发际，耳后，颈部，前额，以后渐及胸背、四肢、手掌、足底。皮疹，初为细小淡红色丘疹，渐融合成暗红色不规则的斑丘疹。严重者，皮疹可呈出血性疹。皮疹 2 — 4 天出齐。此期全身症状，随出疹逐渐加重，体温可达40℃以上。嗜睡，烦躁，不思饮食。咳嗽加重，声哑。两眼分泌物多，婴幼儿可并发腹泻，惊厥等。出疹期，患儿肺部可闻到呼吸音粗糙，背部脊柱两旁有少许中小水泡音。严重者并发肺炎，表现呼吸困

难，面色发青，肺部水泡音增多，甚至引起心力衰竭，体温可突然下降，皮疹色淡或稀少，或色紫，称“麻疹内陷”。如不及时抢救，可造成生命危险。

3.恢复期：由发病到疹出齐，一般为7—9天，以后皮疹隐退，体温下降，一般情况好转，叫恢复期。疹退后，皮肤留有棕褐色斑点，经2—3周消退。

（三）并发症：疹退体温不降，或病情加重，说明有并发症。常见者为支气管肺炎，喉炎，中耳炎。也有并发脑病者。原来患结核病，麻疹后可恶化。

〔预防〕

（一）控制传染源：加强对易感儿的巡回防治工作，发现麻疹患儿，应立即隔离治疗。无并发症者，应隔离至出疹后第六天。如有合并症，患儿应隔离至出疹后第十天。

（二）切断传染途径：在流行期间，不要带易感儿去赶集、探亲，或到小儿多的公共场所。医务人员应主动上门给麻疹患儿及有病的小儿治病。

（三）保护易感儿：

1.六个月至十二岁未患过麻疹小儿，应接种麻疹减毒活疫苗。一次皮下注射0.2毫升，可产生有效的免疫力。

2.在大流行期间，对与麻疹患者有接触史的易感儿，于接触后5～6天内，可肌肉注射成人全血20～40毫升，也可肌肉注射胎盘球蛋白0.2～0.4毫升/公斤，以预防麻诊，或减轻麻疹的症状。

（四）中草药：

1.胎盘粉：1—3岁小儿，每日服一钱，4～6岁小儿，每日服一钱半，连服两日。

2.用紫草二～三钱，水煎，服时加白糖适量，每日一剂，分二次服，连服三日。

〔治疗〕

(一)室内空气要新鲜，给予易消化和富有营养的食物，多喝开水和热汤。眼睛要用温水洗净，分泌物过多，可用眼药水点眼。同时，注意清洗口腔及鼻孔。

(二) 一般发热不给退热剂，高热惊厥时，可给镇静剂及少量退热剂。咳嗽重时，可给镇咳剂。

(三) 中草药

1.前躯期，以透疹为主。

(1) 西河柳、芫荽各五钱，水煎服。或单用芫荽煎服，或以其煎剂乘热擦四肢皮肤。

(2) 可服升麻葛根汤：升麻一钱，赤芍一钱半，甘草八分，葛根三钱。水煎服。

2.出疹期，以清热，解毒，透疹为主。

(1) 宜服清解透表汤：西河柳二钱，蝉蜕一钱，葛根一钱，升麻六分，银花三钱，桑叶一钱，牛蒡子二钱，甘草一钱。

(2) 若疹色淡白，隐而不透，形倦身怠，四肢不温，泄泻，舌淡苔白，脉微弱者，此乃气血虚弱，不能抗毒外出，则宜用补中益气汤加味：生黄芪四钱，党参三钱，当归二钱，陈皮一钱，炒白术二钱，升麻五分，红花一钱，柴胡五分，甘草五分，防风一钱。水煎服。

(3) 若再见四肢厥冷，脉微欲绝，此乃阳气欲绝，疹毒内陷，宜急用回阳救急汤：熟附子一钱，干姜一钱半，肉桂八分，炒白术二钱，陈皮一钱，五味子一钱，半夏五分，

麝香一分（两次分冲），炙甘草五分，人参一钱半（或党参三钱）。水煎服。

3.恢复期，以滋阴，养津为主。宜服沙参麦冬汤：沙参二钱，麦冬二钱，玉竹二钱，石斛三钱，甘草一钱，党参一钱，神曲二钱。水煎服。

〔并发症的治疗〕

（一）支气管肺炎：若并发或继发肺炎，治疗同一般支气管肺炎。高热或中毒症状明显者，应按重症肺炎处理：即用抗菌素加氢化考的松，加入葡萄糖液内静脉点滴，速度要慢。

（二）急性心衰：若有呼吸困难，面色青紫，心率快，肝在短时间内增大者，即按肺炎合并心衰处理。

（三）喉炎：可用蒸气吸入，或口服强的松5毫克，每日三次，以减轻喉水肿。严重喉炎影响呼吸者，应考虑气管切开。

第二节　幼儿急疹

本病是一种较常见的，由病毒引起的发疹热性病。特征为热退疹出。与麻疹不同。

〔诊断要点〕

（一）多见于一岁以下小儿。

（二）发病急，有高热，但一般较麻疹症状轻，且无流泪、眼红肿、咳嗽等前躯症状。但也偶见前囟门膨隆及惊厥等脑病症状。

（三）发烧持续3—4天，自然下降。热退后出现皮

疹，一般情况转好。疹形像麻疹，但疹色稍淡，散在，胸背部较多。于1—2日内全部消退，不留痕迹。本病应与风疹鉴别。

（四）枕后及耳后，颈部淋巴结肿大。

〔预防〕不要让小儿与患儿接触，一旦发病应及早治疗。

〔治疗〕对症治疗，磺胺及抗菌素无效。发热过高，可用退热剂。惊厥，可用冬眠灵，异丙嗪类。

第三节 水 痘

本病是一种病毒所致的轻型传染病。经呼吸道或接触传染。1—6岁儿童多见。患此病后，可终身免疫。

〔诊断要点〕

（一）与水痘病人接触（潜服期11—24天）。

（二）发病急，但多为低热或无热。

（三）皮疹大多与发热同时出现，其特点为：

1.好发于胸背部。

2.多为孤立散在。

3.起病3—5日内，皮疹分批出现。故常有不同类型的皮诊同时存在，如红色丘疹、疱疹（边缘有红晕）。

4.应与丘疹样荨麻疹鉴别。

〔预防〕

（一）对患儿早期隔离至全部皮疹干燥结痂。对易感儿应避免与水痘及带状疱疹的患者接触。

（二）避免搔抓，以免发生感染。

〔治疗〕

（一）注意皮肤清洁，可用1%龙胆紫或0.1%新洁尔灭液涂于皮疹处。皮疹有继发感染者，可用抗菌素软膏。

（二）严重者，可试用维生素B_{12}，每日肌肉注射100微克，共注射1～3日。

（三）中药：

1.银花六钱，芦根六钱，甘草六分。水煎服，连服2～3日。可以减轻症状，防止并发症。

2.若毒热炽盛，壮热烦渴，口舌生疮，痘色紫暗，疱浆晦暗。舌苔干黄而厚，脉象洪数。可用：银花三钱，连翘三钱，板兰根三钱，蝉蜕一钱，赤芍一钱半，木通一钱，败浆草三钱，甘草一钱。水煎服。

第四节　流行性腮腺炎

本病是病毒引起，俗称“痄腮”，以腮腺肿胀为主要特征，可并发睾丸炎，卵巢炎，胰腺炎或脑膜脑炎等。

〔诊断要点〕

（一）有密切接触史。5—9岁以上小儿较多见。流行于冬、春季。

（二）一侧或两侧耳下部肿胀，以耳垂为中心，边界不清，皮肤不发红，咀嚼时疼痛，颊粘膜上腮腺管口红肿。与腺肿的同时可发热、头痛。腺肿约持续一周。颌下腺、舌下腺也可肿痛。

（三）常见并发症：

1.脑炎（或称脑膜脑炎）：一般多于腺肿后一周内发

生。但也可于腺肿前或与腺肿同时发生。预后良好，多数于起病后10日内痊愈。主要表现为发热，头痛，呕吐，嗜睡，颈强直。重症者，可有昏迷及惊厥。

2.睾丸炎：主要见于青年或成年患者，多为一侧睾丸肿胀疼痛。如两侧同时发病，可能影响终身不育。

〔预防〕

（一）隔离患者至腮腺肿胀消退为止。患者的口鼻分泌物及其污物、用物，都应消毒，煮沸和曝晒是有效的消毒方法。

（二）于流行期间，接触病人的易感者，可以服预防药：板兰根一两。水煎服，每日一剂。连服三剂。

〔治疗〕

（一）板兰根三至五钱，连翘三钱，牛蒡子二钱，黄芩二钱，升麻一钱，柴胡一钱，桔梗一钱，皂刺二钱，炙山甲一钱半，防风二钱，木通一钱半，泽泻二钱。水煎服。

加减：大便干燥者，加全栝楼三钱，或生大黄二钱（后下），芒硝三钱（分冲）。并发睾丸肿疼，或卵巢炎者，加川楝子二钱，橘核二钱，牛膝一钱。

（二）蒲公英一至二两，败酱草一两，柴胡三钱。水煎服。

（三）外用：

1.鲜蒲公英捣烂如泥，敷肿处。

2.青黛二钱，用醋调敷肿处，一日四至五次。

（四）针灸：针刺颊车、翳风、合谷、外关穴。每日一次。发热者，加大椎、曲池穴。或用三棱针点刺少商、中商，每日一次，效果更好。

（五）灯心草烧耳尖穴（将耳轮向耳屏对折时，耳壳上

面的尖端处即是）、光彩穴（位于耳尖0.5公分再平行向前约1—2公分处。治疗前，剃去局部头发）。

治疗方法：是用灯芯草，一端蘸少许菜油，点然后，迅速准确地向耳尖穴或光彩穴烧一下，可听到清脆的“喳”声。一般烧1—2次。根据病情可烧单侧或双侧。

（六）发热及疼痛，可用复方阿斯匹林或去痛片内服。磺胺及抗菌素，对本病均无效。

（七）并发脑炎者，应卧床休息，加强护理。头痛、呕吐剧烈者，考虑有脑水肿，可用脱水疗法（详见药物章）。合并睾丸炎时，可局部冷敷，并以丁字带将睾丸托起，内服龙胆泻肝丸，每服二钱，每日二次。并发症严重者，可试用肾上腺皮质激素。

第五节　白　　喉

本病是由白喉杆菌引起的呼吸道传染病。表现为呼吸道粘膜局部炎症及白膜形成，以及由白喉杆菌毒素引起的全身中毒症状。可并发心肌炎及末梢神经麻痹。

〔诊断要点〕

（一）多见于秋、冬季。有与白喉病人接触史（潜伏期一般为2—7天），或周围已有白喉发生。

（二）起病较慢，发热38—39℃，面色苍白或发灰，咽痛，流涎。部分病人音哑直至失声，伴粗声的干咳。重型白喉患者，有堵塞性呼吸困难，出现三凹现象（吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和剑突下凹陷）。鼻白喉可有血水样分泌物持续流出及鼻孔下的表皮剥脱。

（三）扁桃体可见到白膜即假膜，呈灰白色污秽状，紧贴粘膜，不易剥离，强力剥之易出血。重者，白膜可蔓延到咽部、喉部，甚至气管。

（四）如有心肌炎，则心音较钝，心率过速或过缓，心律不齐，或伴有心力衰竭及休克征象。

（五）近年白喉少见，应与急性扁桃体炎鉴别。

〔预防〕

（一）隔离患者至假膜脱落，局部症状消失。病家应进行消毒和通风，可试用艾叶或硫磺熏屋。

（二）患者用过或接触过的物品和痰液、鼻液等，可用5％来苏尔溶液，或石炭酸处理一小时。流行期间不要带小孩赶集，或到人多的地方。

（三）三个月到六岁的小儿，给予白喉类毒素预防接种。

（四）在流行期间，有接触史的易感儿，可用中草药预防。

1.土牛膝根（鲜）。每天一两，水煎，分2～3次服。

2.玄参三钱，生甘草一钱，鲜芦根五钱。水煎服，连服3～4天。

（五）带菌者，可用下列方法治疗：

1.用1:1000青霉素溶液喷咽喉，每天三次，连续七天。或青霉素40万单位肌肉注射，每天一次，连续5～7天。

2.土霉素或四环素25～50毫克/公斤/日，分四次口服，连服5～7天。

〔治疗〕

（一）**卧床休息**：最少2～3周，病后4～5天，才可注射

抗毒素。或疑有心肌炎者，更要延长休息时间。

（二）白喉抗毒素：应用抗毒素治疗者，要一次注入足够的剂量。注射前，须做皮肤过敏试验。剂量大小，与年龄、体重无关，而应根据病变位置，范围大小，病期的长短及中毒症状的轻重，一般治疗剂量为4—10万单位，肌肉注射。

病期超过3天，或中毒症状明显者（面色苍白，伪膜广泛，迅速蔓延至鼻、咽、喉，颈部水肿，皮下出血，有早期循环衰竭或心肌炎者），可用半量或全量白喉抗毒素，静脉滴注。先以一万单位，溶于5％葡萄糖液100毫升中，缓慢静脉滴注，每分钟不超过15滴。若无反应，则将余量溶于5％葡萄糖液中（每100毫升中，不超过二万单位），继续缓慢滴注。为了减轻白喉患者全身中毒症状及防止过敏反应，可在静脉滴注抗毒素前后，用氢化可的松25—50毫克，静脉滴注。

（三）青霉素：可抑制白喉杆菌的生长及防止合并感染。每日40—80万单位（重症者应增量），肌肉注射，共5—7天。

（四）中草药：

1.阴虚型：喉痛或有微热，喉有白块、白条或白点状伪膜，治宜养阴清肺：土牛膝根三钱，生地三钱，元参三钱，麦冬三钱，川贝二钱，丹皮二钱，薄荷五分，生白芍二钱，甘草一钱。水煎服。

2.实热型，面赤唇裂，口烂舌燥，发热口渴，口臭，喉痛，伪膜显著者，治宜清肺胃热：生石膏八钱，生地三钱，栀子一钱，马兜铃一钱，龙胆草、白芍各二钱，黄柏二钱，栝楼皮二钱，板兰根五钱，土牛膝根三钱，甘草五分。水煎服。

3.单方：板兰根一两，大青叶一两。水煎服。每日一剂。

（五）**喉白喉患者：**有严重喉梗阻时，应做气管切开。

（六）**出现心肌炎时：**静脉注射5%葡萄糖液20—40毫升，每日1—2次。口服或注射维生素B_1、B_6及C。重症者，可应用肾上腺皮质激素。有心力衰竭时，治疗见“心力衰竭”。

第六节 猩红热

本病为乙型溶血性链球菌所致的急性传染病，临床特点为发热，咽峡炎，弥漫性皮疹。病后可能出现由变态反应引起的心、肾并发症。

〔诊断要点〕

（一）冬、春季常见，有与猩红热或急性咽炎病人接触史（潜伏期1—7天，一般2—4天）。2—10岁为易感儿。

（二）初期发热，有咽峡炎表现（咽痛，扁桃体肿大充血）。病期48小时内，自颈、胸部开始出疹，在皮肤弥漫性潮红的基础上，密布充血性（偶见出血性）红点疹，有时如鸡皮状。可伴有痒感。面部潮红，但极少有皮疹。口周苍白。舌面赤红，舌乳头隆起（杨梅舌）。皮肤皱折处（如腋窝、肘弯，以及腹股沟等），出现暗红色线条。皮疹经3—6天消退。疹退后伴脱屑，为细屑状或大片脱皮，无色素沉着。

（三）如发疹前用过药物，须与药疹鉴别。

（四）重症可有中毒性休克或脓毒败血症。

〔预防〕

（一）对患者，应作早期隔离和治疗。隔离至患者咽部炎症消失为止。

（二）对有密切接触史的体弱或病儿，可进行药物预

防。

1.青霉素：20万单位，每天二次，肌肉注射，连用三天。

2.磺胺嘧啶：0.25～0.5克。每日二次，连用三天。

3.中草药：银花二钱，紫草一钱半，甘草一钱，桔梗一钱半，葛根一钱，匏藤一钱半，薄荷八分（后下），灯芯五分，赤小豆一钱半（先煎）。煎两次。约煎至半碗，分三次服，一天服完。共服三剂。此为1～5岁小儿量，其他年龄酌情增减。

〔治疗〕

（一）对症治疗：咽峡炎用3%硼酸水或淡盐水含漱。高热者，可用退热剂，如阿斯匹林、安基比林等。

（二）抗菌药物：用水剂青霉素，每日40～80万单位，分两次肌肉注射，共用4～7天。如对青霉素过敏，可用四环素族抗菌素、红霉素及磺胺制剂。

（三）如病情较重，合并颈部软组织炎及淋巴结炎，除加大青霉素用量外，尚需局部热敷。化脓时，切开引流。

（四）中草药：蒲公英一至二两。水煎。分二次服，每日一剂。

第七节　流行性脑脊髓膜炎

本病简称“流脑”，是脑膜炎双球菌所引起的急性化脓性脑膜炎。可大规模流行。

〔诊断要点〕

（一）冬、春季多发生，其他季节也可见到，2—15岁小儿多见。（婴幼儿多为肺炎球菌及其他细菌所致的化脓性

脑膜炎）。

（二）临床症状，可分以下几型：

1.普通型：发病急，或先有1～2天呼吸道感染症状，突然畏寒，高热，头痛，呕吐，嗜睡，精神萎糜，或烦躁不安。可因高热而抽搐。婴儿在安静时，前囟饱满，紧张而易怒，尖叫。多数患儿，皮肤可见针尖大小出血点，散在于胸、背部。较大儿童及成人，可见口唇疱疹，颈强直。抬腿试验，划跖试验阳性等。脑脊液化验呈脓性（混浊、乳白色）。

2.轻型：症状轻，偶见或无出血点，脑脊液变化也轻，一般病人多于3—5日痊愈，多见于流行期。

3.暴发型：

(1)休克型：突然起病，24小时内全身出现广泛的瘀血点或瘀血斑，有的融合为大片皮下出血和坏死，并有严重的循环衰竭，脉搏弱而速，呼吸急促，皮肤苍白，紫绀等中毒性休克现象。大多数患者的脑膜刺激征不明显，神志昏迷或清醒。此时，脑脊液也可能无改变。

(2)脑膜脑炎型：患者除有发热，呕吐，头痛等症状外，嗜睡或昏迷症状较为突出。小儿常伴有抽搐。体检有脑膜刺激征和颅内压增高现象，如血压偏高，脉率相对减慢及呼吸深浅不匀等。后者征象常为脑疝发生的先兆，应及时加以治疗。少数患者，可发生脑疝，表现为两侧瞳孔大小不等，对光反应迟钝或消失，眼球固定，呼吸快慢、深浅不匀，甚至呼吸暂停或骤停。

(3)混合型：兼有以上（1）、（2）症状。

（三）.本病根据流行病学史和临床表现，一般可确定诊断，无须做腰椎穿刺。对诊断不清者，可进行腰穿，检查脑

脊液是否为脓性。但是严重脑症状者，切不可急作。必要时，先静脉注射脱水剂（如甘露醇）后，再谨慎操作，以免发生脑疝，造成突然死亡。

〔预防〕

（一）充分发动群众，依靠群众，大搞群众性的爱国卫生运动。在流行期间，对高热患者，应多巡视及追踪家访，以便及早发现流脑患者，作到早诊断、早隔离、早治疗，切断传染途径。

（二）在流行期间，可进行药物预防：

1.用磺胺嘧啶、磺胺二甲基嘧啶或磺胺噻唑。成人每日2克，小儿0.1克/公斤/日，连服三日。以上药物均与等量小苏打同服。也可用长效磺胺。成人每日0.5克，小儿15毫克/公斤/日，每日一次，连服三日，首次量加倍。

2.3%黄连素液或0.2%呋喃西林液滴鼻，每日一次，连用三日。

3.大青叶、板兰根各五钱，甘草三钱。水煎服。每日一剂。

4.贯众八斤，甘草二斤，加水100斤，煎成60斤。供100人一日量，代茶饮。

（三）每年流行季节前，接种流脑菌苗，有一定预防效果。

〔治疗〕流脑发病急，病情变化快。暴发型患者，若不及时抢救，可于数小时内发生生命危险。因此，必须严密观察病情，分秒必争，以完全彻底的革命精神，控制病情发展。

（一）**一般治疗与护理**：严密观查体温，脉搏，血压，呼吸，瞳孔，神志，皮肤出血点等变化。高热者，可给冷

敷，酒精擦浴，冷盐水灌肠等物理降温。或给退热剂。抽风时，给氯丙嗪和异丙嗪，小儿各1毫克/公斤，一次肌肉注射；成人各50毫克，一次肌肉注射。若病情需要，可3～6小时，重复注射。要注意保护患者眼睛，可用金霉素眼膏点眼，一日两次。

（二）药物治疗：

1.磺胺嘧啶（SD）：为首选药物，成人每日6～8克，小儿总量0.2克/公斤/日，加用等量碳酸氢钠，分4～6次口服。首次剂量为全日量的1/3。其他磺胺制剂，如磺胺二甲基嘧啶、磺胺噻唑等，均可使用，与磺胺增效剂（TMP）同用（0.2克口服，一日2～3次），可提高疗效。如患者呕吐频繁；或病情危重，可用20%磺胺嘧啶钠注射剂，将全日量（与口服同）的一半，用10%葡萄糖或生理盐水稀释一倍后，静脉注射。其余量，分二次深部肌肉注射，也可加入输入液内静脉滴注。用药期间，要多喝开水，或静脉补液。若发现尿少、血尿，或无尿者应停药，改用其他抗菌素。

2.青霉素：青霉素G钾盐或钠盐剂量宜大。成人剂量为每日240～480万单位，儿童为每日120～240万单位，分4～6次肌肉注射，或稀释后静脉滴注。

3.氯霉素：易透过血脑屏障，故在脑脊液中浓度较高，必要时，可与青霉素联合应用。适用于重症患者，成人剂量为每日50毫克/公斤，儿童为每日50～75毫克/公斤。根据病情可口服，肌肉注射或静脉滴注。

4.中药治疗：对普通型和轻型，可试用：银花一两，连翘一两，生石膏二两（先煎），贯众四钱，板兰根一两，知母五钱，黄连三钱，勾藤五钱（后下），龙胆草五钱，蝉蜕

三钱，生甘草二钱。水煎服。每日二剂。

（三）暴发型流脑的处理：

1.休克型：治疗原则为抗菌、抗休克、纠正酸中毒。

（1）抗菌素：青霉素和氯霉素联合应用，投药方法以静脉为宜。首次剂量，可先以氯霉素1克，青霉素200万单位，加于200～300毫升液体内，静脉滴注。8～12小时后，重复一次。

（2）补液：目的为了补充血容量，纠正酸中毒。休克病人，一般均伴有酸中毒，主要表现为呼吸深快。可先用2:1液（生理盐水2份，1/6克分子乳酸钠1份）20毫升/公斤/次，或用11.2%乳酸钠3毫升/公斤/次，或用5%碳酸氢钠5毫升/公斤/次，以上液体可在1小时内注入。继之用10%葡萄糖及生理盐水各半，至休克纠正后，只用10%葡萄糖维持。全日液量，小儿50～80毫升/公斤/日，成人2000～2500毫升。

（3）阿托品：小儿0.03～0.05毫克/公斤/次，成人每次用量不超过2.5毫克，静脉注入，每隔10～20分钟一次。至面色转红，循环好转后，慢慢减量，或延长间隔时间，直至停药。如用此剂量，3～5次不见效，可逐渐增加剂量（增至0.5毫克/公斤/次），如用1—2次后休克仍无好转时，可考虑用其他药物（见下）。阿托品副作用较多，如烦躁不安，皮肤潮红，口干，瞳孔散大，脉速，呼吸道分泌物干稠等。若同时出现过高热，甚至呼吸变慢变浅，是阿托品中毒的表现，应立即用新斯的明（年龄较小的儿童，用0.25毫克，年龄较大的儿童及成人，用0.5毫克），或毛果云香碱（0.25～0.5毫升），每隔15～30分钟，皮下注射一次，直至阿托

品中毒现象消失为止。目前多用654或654—2，剂量0.5～2毫克/公斤/次。副作用少。

如果阿托品效果不佳时，可应用阿拉明（间羟胺）、多巴胺（3—羟酪胺）或异丙基肾上腺素等。用药方法及剂量，参考有关章节或药物剂量表，谨慎使用。

（4）肾上腺皮质激素：此类药物，可提高机体对感染的耐受性。氢化可的松，成人200～400毫克/日，小儿5～10毫克/公斤/日。氟美松（地塞米松）成人10～20毫克/日，小儿0.25～0.5毫克/公斤/日。一般应用3～5天。病情好转后，即应减量或停用。

（5）肝素对暴发型流脑而有弥漫性血管内凝血（DIC）者，有肯定疗效，用药1～2次即可，每次1毫克/公斤。（肝素1毫克＝130单位）

（6）对症处理：

①心音明显低钝，有奔马律者，可用毒毛旋花子素K，或毛花强心丙（西地兰）肌肉注射。也可加入50%葡萄糖中，静脉注射。

②尿潴留时，可按摩、针灸或导尿。

2.脑膜脑炎型：以减轻脑水肿，防止脑疝和呼吸衰竭为本型的处理原则。

（1）脱水疗法：用以减轻脑水肿，降低颅内压。

①20%甘露醇或25%山梨醇，均为1～2克/公斤/次，静脉快速滴注或推注。必要时，4～6小时，重复一次。

②50%葡萄糖40～60毫升/次静脉推注。

③速尿也可应用。

（2）阿托品或654—2，可与脱水剂同时应用，剂量同休

克型。隔15～30分钟，静脉注射一次。面色转红后，延长间隔时间，注射5～10次无效时停用。

（3）输液：此型输液，不同于休克型，输液量小儿50毫升/公斤/日，成人每日1000～2000毫升，最好用10％葡萄糖，钠盐只占1/4。速度宜慢。

（4）退热镇静：见一般治疗与护理。

（5）呼吸衰竭：早期发现瞳孔不等大，或呼吸表浅、不规则等，在用脱水剂及阿托品的同时，即以山梗菜硷、野靛硷等肌肉注射，或静脉推注。

3.混合型：参考以上两型的治疗方法。

第八节　百日咳

本病是小儿常见的呼吸道传染病，由百日咳杆菌引起，典型症状是出现阵发性痉挛性咳嗽。病程长达3—4周以上，婴幼儿容易并发肺炎。

〔诊断要点〕

（一）有与百日咳病人密切接触史（潜伏期一般7—14天）。

（二）先有上呼吸道感染症状，约一周后出现典型的阵发性痉咳，咳后吸气时伴有鸡鸣样的吼声。常有颜面及眼睑浮肿，舌系带溃疡，常伴呕吐。咳嗽多在夜间加重。

（三）严重时，可有大小便失禁，面部皮下出血，鼻衄，结合膜下出血。

（四）三个月以下婴儿，病情多严重。有的无典型咳嗽，只有反复发作的屏气，发绀，窒息及惊厥。

〔预防〕

（一）患儿应隔离至发病后40日，或痉咳开始后30日。患儿居室要通风，日光充足，衣物、用具和玩具等，可用日光曝晒或煮沸消毒。

（二）对7岁以下的易感儿，注射百日咳菌苗，可基本上控制本病。

（三）对年幼、体弱有接触史的易感儿，可肌肉注射成人全血20～40毫升，在接触后一周内注射。保护期约2～3周。

〔治疗〕

（一）**一般治疗**：室内空气流通，对患儿注意护理，减少不良刺激，吃易消化的食物，勿过饱。如咳后呕吐，可重复进餐。

（二）**抗菌药物**：氯霉素或合霉素，连用5—7天，也可用链霉素肌肉注射。早期使用，效果较佳。

（三）**中药治疗**：

1.宜以清咽化痰为主。葶苈子一钱半，百部一钱，射干一钱，山豆根二钱，板兰根二钱，黄连五分，儿茶五分，诃子一钱。水煎服。每日一剂，分4次服完。

2.麻黄八分，杏仁一钱，白茅根三钱，南星四分，贝母一钱，陈皮一钱，甘草五分，炙百部七分，黄连七分，生石膏二钱，桑叶一钱，前胡一钱，栝楼仁二钱，葶苈子七分，黄芩一钱。上药每次加水250毫升，煎两次，共得200毫升即可。口服1.5毫升/岁/次，六岁以上者，每次不能超过10毫升。每日三次。

3.验方：

（1）鸡苦胆汁加白糖，调成糊状内服。1岁以内，每日服1/4个；2—3岁服半个；3—5岁服1个；5—7岁服2个；

7—12岁服2—3个，分二次服。若无鸡苦胆，可改用猪苦胆，用量酌减（平日可收集胆汁于瓶内，密闭备用）。

（2）大蒜浸液：大蒜二头，去皮捣烂，冷开水100—200毫升，浸泡10小时，取上清液，加糖，口服5—15毫升/次，每天三次。

（四）针灸治疗：病初起，针风池、大椎、肺俞、合谷穴，强刺激。痉咳期，针大椎、肩中俞（第七颈椎棘突下，旁开2寸）、列缺、合谷穴，中刺激。或用快速针刺疗法，强刺天突，针6—8分深。或针刺定喘穴。

（五）对症治疗：咳嗽剧烈时，除服用一般镇咳药外，宜加用镇静剂（如氯丙嗪、异丙嗪或苯巴比妥）。

第三章　消化道传染病

第一节　病毒性肝炎

本病是由甲、乙两型肝炎病毒引起的全身性传染病。主要病变为弥漫性肝细胞损害。临床表现以发热、疲乏及食欲不振开始，继而出现肝肿大、压痛，部分患者有黄疸。绝大多数患者，可完全恢复。

〔诊断要点〕

（一）患者家庭或集体中，有本病发生，并与患者有密切接触史。

（二）潜伏期15～42天。病初起时，可有发热或无发热。主要症状是疲乏无力，头晕，厌食，腹胀，上腹或右季

肋部隐痛。此外，也常有恶心，呕吐，便秘或腹泻。小儿患病，有时可出现急性消化不良的症状。

（三）如有黄疸，常于发病后6～10天出现。巩膜与皮肤黄染，小便色深如浓茶，约于一个月后消退。

（四）肝肿大，有压痛和叩击痛，部分患者脾肿大。

（五）肝功能检查，可以协助诊断。

（六）临床分型：

1.急性黄疸型：起病较急，初起时，多有发热，继之出现黄疸，其他症状见上。

2.急性无黄疸型：起病大多数缓慢，整个病程无黄疸出现，临床症状较轻，大多数表现为胃肠道症状和肝大等。肝功能损害较轻，病程较长。

3.重症型（暴发型）：黄疸迅速出现与进行性加深，有明显出血倾向，如皮肤、粘膜瘀点，鼻衄，消化道出血等。肝脏缩小，呼气有肝臭，出现肝昏迷或精神症状（嗜睡，烦躁，谵妄，定向力消失，扑击样震颤等），迅速出现腹水，尿少，尿中有蛋白，颗粒管型，血非蛋白氮增高（肝肾功能衰竭综合症）。但是，以上特点，不一定每个患者都完全具备。

4.迁延型：多见于无黄疸型，病程超过半年以上，经常或反复出现症状，肝功能检查的结果时好时坏，经适当治疗，大多数均可在不同时间内恢复。

5.慢性型：黄疸型病程超过半年以上，无黄疸型在一年以上，病情未见改善，症状持续，劳动力下降，肝脏肿痛及硬度增加，同时出现进行性脾肿大。肝功能持续损害。常出现面部色素沉着，毛细血管扩张及肝掌等。此型经治疗，大部分可以好转，部分可以发展成为肝硬变。

6.胆汁淤积型：此型少见，呈梗阻性黄疸的临床表现，患者长期黄疸持续不退，伴有皮肤发痒，病人食欲大多良好，其他消化道症状不显著。体检除了黄疸和肝稍大以外，常无其他方面异常。黄疸持续数月或一年以后，多数可自行消退，一般预后良好。

〔预防〕

（一）按消化道传染病的一般预防原则处理。患者可进行床边隔离，排泄物、用具和衣服，应注意消毒。

（二）患者在发病前后的1～2周内，传染性最强。凡确诊为急性肝炎，隔离期限不得少于40天。从事炊事工作，集体儿童机构工作人员，患肝炎后，应调动工作。一年后，确定已痊愈时，才能恢复工作。

（三）供血者，应经过严格的健康检查，如有肝炎可能，不应作供血者，以防血清型肝炎的发生。

（四）肝炎患者，用过的注射器、针头等，要严格消毒后，才能再次使用。

〔治疗〕

（一）一般治疗：

1.休息：急性期，应卧床休息，黄疸减退后，视病情及肝功能恢复情况，逐渐增加活动量。一般在痊愈后3～6月，才能恢复重体力劳动。对慢性肝炎，除积极采用治疗措施外，可适当参加一些力所能及的劳动和体育锻炼。

2.适当增加营养：进食富有营养（如鸡蛋，牛、羊奶，瘦肉，豆类制品等）及容易消化的食物。重症型肝炎，要适当限制蛋白质。糖类的补充要比较充足。如呕吐或进食量很少者，可每日静脉注入10%葡萄糖500毫升，或50%葡萄糖

液60～80毫升，同时加维生素C1～2克。小儿依年龄酌减。禁饮酒。不用吗啡、巴比妥类、氯丙嗪等损害肝藏的药物。

（二）中医治疗：

1.湿热型（阳黄）：急性黄疸型肝炎，多属此型。

主证：黄疸色泽鲜明，或发热，口干而苦，喜冷饮，胸闷倦怠，食少厌油腻，尿少色黄，大便稀或干。舌苔黄或黄腻。

治法：清热，解毒，利湿。

处方：茵陈蒿汤加味：茵陈五钱至一两，栀子三钱，生大黄三钱，滑石五钱，泽泻五钱，板兰根一两，甘草一钱，金钱草五钱至一两，黄柏三钱。水煎服。

加减：恶寒发热者加银花五钱，连翘四钱。食少者，加炒豆蔻三钱，鸡内金三钱。恶心呕吐者，加藿香二钱，佩兰四钱。便稀者，去大黄。胁痛者加郁金三钱，川楝子三钱。黄疸深重者，加龙胆草五钱，猪苓五钱。

单方：

（1）茵陈一两，蒲公英一两。

（2）茵陈一两，白茅根一两。

（3）茵陈七钱，柴胡三钱，败酱草五钱。

（4）茵陈八钱，地肤子五钱（扫帚苗）。

以上单方，均为每日一剂，水煎服。

2.寒湿型（阴黄）：慢性型肝炎（黄疸者）多属此型。

主证：黄液晦暗或鲜明，食少脘闷，喜热饮，身倦怕冷，大便稀。舌质淡，苔白腻。

治法：健脾和胃，温化寒湿。

处方：茵陈术附汤加味：茵陈五钱，白术五钱，炮附子三钱，干姜二钱，甘草一钱，金钱草五钱，茯苓五钱，猪苓

五钱，桂枝三钱。水煎服。

单方：

（1）茵陈六钱，生姜五片（或干姜二钱），白术五钱。

（2）茵陈五钱，苍术四钱，陈皮三钱。

以上均为水煎服，每日一剂。

3.脾胃虚弱型：疲乏无力，食少腹胀，大便稀，易出汗。舌苔薄白，脉细无力。

拟方：党参五钱，白术四钱，黄芪六钱，茯苓三钱，半夏二钱，木香二钱，鸡内金三钱，炒麦芽三钱。水煎服。

4.肝脾不和型：

主证：胁痛腹胀，大便不实，疲乏。舌苔薄白，脉弦。

治法：疏肝健脾。

处方：党参五钱，炒白术四钱，茯苓三钱，甘草一钱，扁豆三钱，川楝子三钱，板兰根四钱，银花三钱，元胡三钱。水煎服。

5.气滞血瘀型：胁肋胀痛或刺痛，腹胀疲乏，食少便溏，面色不华。

拟方：柴胡二钱，当归三钱，赤芍三钱，桃仁二钱，红花一钱半，香附二钱，郁金三钱。水煎服。

加减：腹胀，加枳壳二钱，木香一钱。肝脾肿大，加炙鳖甲五钱，或三棱二钱，莪术三钱。

6.重症型肝炎：系热毒太盛所致。湿热邪毒内陷入血分，热盛伤阴，除有湿热症象外，兼有阴损表现，并有神昏谵语和出血表现。治宜清热解毒，凉血补阴，清心开窍，用犀角散加减：犀角三分（研粉吞服），黄连五分至一钱，生山楂三至四钱，茵陈一两，丹皮三至五钱，生地三至五钱，

石斛三钱。水煎服。另用紫雪丹五分，吞服。昏迷、烦躁者，也可用安宫牛黄丸。

7.针灸：

急性肝炎：胆俞、足三里、太冲穴。

慢性肝炎：肝俞、足三里、三阴交穴。

以上肝俞与胆俞，可交替使用。可配合药物治疗。均为强刺激，不留针。

（三）西药治疗：

1.维生素类：复合维生素B，维生素C，维生素B_{12}(100微克肌肉注射，每日一次），维生素B_6，醇母片等，可适量选用。有出血倾向者，可应用维生素K。

2.激素类：肾上腺皮质激素，治疗病毒性肝炎的适应症是：

（1）胆汁瘀积型肝炎；

（2）慢性活动型肝炎有自身免疫现象者；

（3）重症型肝炎。对前两者用一般剂量，可用强的松10～20毫克/日，病情稳定后，逐渐减少直至完全停用。胆汁瘀积型肝炎患者的疗程，可适当延长。重症型肝炎，则以较大剂量，短期使用（一周左右）为宜，每日用氢化可的松200～300毫克（小儿4～8毫克/公斤/日），加于10%葡萄糖500～1000毫升中静脉滴注。也可用氟美松5～10毫克（小儿0.15～0.3毫克/公斤/日），加于上述葡萄糖液中静脉滴注。病情好转后，逐渐减量，并改用口服。

3.去脂药物：慢性肝炎，有脂肪代谢紊乱者，可用胆硷、肌醇、蛋氨酸、肝宁、肝乐等去脂药物，任选一种应用。

4.其他：肝太乐、肝乐，对迁延型肝炎有部分疗效。高能量药物，包括三磷酸腺苷（ATP）、辅酶A、肌苷等参与体内能量代谢，可酌情使用。

（四）重症型肝炎的治疗：

1.低蛋白、高醣、低脂肪饮食。

2.大量葡萄糖液静脉滴注：成人用10～15%葡萄糖2000～3000毫升，加维生素C4～6克，每日一次。儿童用量，视年龄酌减。所输液体，尚应注意含有一定盐类。一般情况下10%葡萄糖和生理盐水的比例为4:1。

3.使用肾上腺皮质激素：（方法见上）。

4.酌用抗菌素（如新霉素2克/日，分四次口服），以杀灭或减少肠道内分解蛋白质的细菌。

5.大量补液时，注意水电解质平衡，每日口服氯化钾3克，必要时静脉滴注。少尿或无尿时忌用。

6.有尿少等肾功能不全或腹水者，应给予利尿药，可选用双氢克尿塞及氨苯喋啶。配合使用利尿的中药，如车前草、旱莲草、猪苓、泽泻等。

7.尿少或无尿，肠胀气时，可用针刺疗法。中极透曲骨，气海、关元，水道、三阴交，均强刺激，不留针。

8.肝昏迷前期及肝昏迷时，应用28.8%谷氨酸钠80毫升，加入葡萄糖内静脉滴注，每日一次。小儿用量酌减。安宫牛黄丸、至宝丹，也有一定作用。

9.有出血倾向时，可使用维生素K，对羰基苄胺、6—氨基已酸等，配合犀角地黄汤，藕节、白茅等。必要时，可输鲜血。

10.明显躁动者，可肌肉注射异丙嗪25～50毫克。小儿

酌减。禁用一切对肝有损害的药物。

(五) 妊娠合并传染性肝炎的处理：

传染性肝炎容易发展成为重症型肝炎，故应慎重处理。早期虽然病较轻，也应休息和积极治疗（包括营养），并密切观察病情。如有恶化倾向（黄疸进行性加深，疲乏明显，嗜睡等），应及早按重症型肝炎处理。患黄疸型传染性肝炎的妇女，妊娠在三个月之内，而病情已恢复者，可考虑人工流产。肝炎患者手术前，或分娩时，应作好防治大出血的准备工作（如适当使用止血药物或输血等）。患传染性肝炎的妇女，在日常生活中，应当绝育或避孕。

第二节 脊髓灰质炎

本病又名小儿麻痹，由病毒引起，主要通过消化道传染。临床特征是发热和肢体弛缓性瘫痪。

〔诊断要点〕

（一）在流行地区，多发生在夏、秋季节，而且与病人有接触史（潜伏期一般为5—14天）。

（二）病程各期表现：

1.前驱期：发热多汗，同时伴有上呼吸道症状（咳嗽，流涕），或消化道症状（恶心，呕吐，腹泻，腹痛）。约经1—4日，热退或症状全消。此期仅靠临床症状无法确定诊断。

2.瘫痪前期：前驱期后，经过1—6日，热度又起而进入此期。也有一开始就是此期者。临床表现为发热，背部强直，全身肌肉疼痛，腱反射减弱或稍亢进。结合流行地区及季节，应考虑本病。

3.瘫痪期：瘫痪前期持续发热3—4日后，体温开始下降，出现肌肉瘫痪，常见于四肢。最多见为一个下肢瘫痪。麻痹程度，两侧不对称，呈弛缓性（肌肉张力低下，腱反射消失），多不伴有感觉障碍。如有呼吸肌瘫痪，则出现呼吸困难，青紫，或吞咽困难，痰液堵塞，甚至窒息。

4.恢复期：瘫痪后1—2周，肌肉机能开始恢复，部分病人，约经数月后恢复。

5.后遗症期：一年以上，尚未恢复者，称为后遗症。麻痹的肢体，多有肌肉萎缩，软弱，温度较健侧低，甚至畸形。

6.本病应与传染性多发性神经根炎（对称性瘫，伴感觉异常）及乙型脑炎瘫痪（紧张性瘫）相鉴别。

〔预防〕

（一）控制传染源，应隔离患者至发病后40天。

（二）切断传染途径，消灭苍蝇及其孳生地，清除垃圾，加强粪便处理。患者的排泄物，要用半量的漂白粉搅拌混合放置二小时后，才可倒入粪池。食具可煮沸消毒，或用新鲜配制的0.1%高锰酸钾，浸泡一小时。衣服应煮沸30分钟，或在日光下曝晒二日。室内可用3%漂白粉澄清液喷洒。

（三）口服脊髓灰质炎减毒活疫苗，效果甚佳。目前已广泛推广应用。

（四）给密切接触的易感儿，肌肉注射成人全血20～40毫升，可以减少发病的机会，或减轻症状。如有丙种球蛋白，也可应用。

〔治疗〕

（一）急性期：

1.绝对卧床休息。应用镇静、止痛药物。如肌痛时，可

用安基比林、安乃近等。

2.早期做温水浴、按摩(下肢麻痹者，用温水泡至腰部；上肢麻痹者，仰卧于温水中，同时按摩麻痹的肢体)。

3.下列药物，可选择试用：

(1) 新斯的明：每日0.015克，口服，连用7—10日，为一疗程。或皮下注射：1岁以下0.01%溶液0.3毫升，每日一次；1～5岁0.05%溶液0.3毫升，每日一次；10岁0.05%溶液1毫升。每日一次。连用10日为一疗程。

(2) 加兰他敏：0.05～0.1毫克/公斤/日，一次肌肉注射，20～40天为一疗程。

(3) 地巴唑：0.1～0.2毫克/公斤，每日一次口服。

4.有严重呼吸肌麻痹的病人，要及时作人工呼吸，并立即转入有人工呼吸器，有氧气设备的医院。

(二) 恢复期或后遗症期：对于恢复期患者，必须积极进行治疗，一般在发烧和瘫痪期，不宜过早针刺。热退后开始针灸、按摩，鼓励患儿积极练习活动，坚持治疗。

1.针灸治疗：上肢麻痹，针曲池、外关、合谷、肩贞、大杼、肩髃穴。下肢麻痹，针风市、足三里、阳陵泉或环跳、绝骨、昆仑、太溪穴。均弱刺激。足外翻，针内侧穴。足内翻，针外侧穴。

2.加兰他敏：同前。

第三节 伤 寒

本病是伤寒杆菌引起的消化道传染病，主要临床表现为

持续性高热，玫瑰疹，脾脏肿大等，可有肠出血及穿孔等并发症。

〔诊断要点〕

（一）发病较缓，在未治疗的情况下，热型规律：第一周，体温呈阶梯式上升；第二周，为稽留热；第三周，为弛张热；第四周，体温缓慢下降。如经特效治疗，则自开始治疗后3—5日，体温降至正常。早期脉搏相对缓慢，与体温升高不成比例。

（二）常有明显的食欲不振，腹胀，表情淡漠，耳聋，耳鸣，谵妄等。

（三）脾脏肿大，舌苔较厚。病期第6—7天，出现玫瑰疹，多见于胸、腹部，几个或十几个，为粉红色充血性皮疹。

（四）小儿病例可不典型。发病较急，热型不规律，病程较短，症状较轻，常有腹泻，皮疹较少见。

（五）常见并发症：伤寒病在发病后2—3周，应警惕并发症的发生。

1.肠出血：表现为黑便或血便。出血过多时，患者面色苍白，脉快，血压下降，有时体温骤降，出冷汗。

2.肠穿孔：有突然剧烈的右下腹痛，伴恶心，呕吐，脉搏细弱，出冷汗。1—2小时后，出现腹膜炎症状：腹胀，腹肌紧张并有压痛，肝浊音界消失。

〔预防〕

（一）按消化道传染病的防疫原则进行，发现患者及时隔离与治疗。隔离至临床症状消失，体温正常后15天。排泄物、用具和衣物等，应进行消毒。

（二）对密切接触者，应观察三周。如有可疑症状，应

及时处理。

（三）在流行区，应于每年初夏作伤寒、副伤寒甲及乙的三联菌苗预防接种。

〔治疗〕

（一）一般治疗：加强护理，卧床休息，吃容易消化的少渣软食。

（二）抗菌药物：氯霉素，成人每日1～2克，小儿30～50毫克/公斤/日，分四次服。体温正常后，量减半再服十天。合霉素，剂量加倍。应随时注意氯（合）霉素的毒性反应，如出现粒细胞减少，药物疹及精神症状等，即应停药，改用金霉素或四环素。

（三）对症治疗：高热时，尽量用物理降温。如温水或酒精擦浴，不用退热药，以免体温骤降发生虚脱。便秘时，可用生理盐水低压灌肠，禁用泻药，以免发生合并症。

（四）并发症的处理：

1.肠出血：应绝对卧床休息，禁食，输液，可少量饮水，给予镇静及止血药物。

2.肠穿孔：立即手术治疗，术前给抗菌素控制感染。

第四节　细菌性痢疾

本病是由痢疾杆菌所引起，经消化道传染。

〔诊断要点〕

（一）夏、秋季发病率最高，其他季节也有发生。

（二）腹痛、腹泻，脓血便，伴里急后重感及发热，左下腹压痛。不典型者，可仅有粘液稀便（轻症），或有墨绿

色或血水样便（重症）。

（三）注意与阿米巴痢疾鉴别：

细菌性痢疾	阿米巴痢疾
起病急。	起病缓慢。
有发热等中毒症状。	发热一般不高，中毒症状轻。
腹痛，里急后重明显。	腹痛较轻。
腹部压痛，左侧较显著。	右下腹压痛较显著。
大便量少，为脓血及粘液便，无特殊臭味。	量较多，以血为主，呈果酱样，有腐败臭味。

（四）慢性菌痢：急性期未作治疗，或治疗不充分，以致病程迁延超过2个月者为慢性。表现为腹痛，腹泻反复发作，或大便次数较多，而脓血便不明显。慢性痢疾，如经多种治疗效果不好，应注意与肠道肿瘤鉴别。必要时，可做肛门指诊及乙状结肠镜检查。

〔预防〕

（一）按消化道传染病的防疫原则进行。患者应隔离至症状消失，或体温恢复正常后8天。接触者，应细心观察七天。

（二）对慢性带菌者，应及时治疗。在饮食行业工作的人员，应暂换不接触饮食的工作。

〔治疗〕

（一）急性菌痢：

1.一般治疗：注意休息，进易消化、少渣食物。中毒症

状重及脱水，酸中毒者应输液，成人一般给5—10%葡萄糖液，或5%葡萄糖盐水即可。必要时，加用碱性药物。

2.抗菌药物：常用药物如下：可单用，也可合用。疗程一般为5—7天，必要时应延长。

（1）呋喃唑酮（痢特灵）：可试用短期大剂量治疗，成人首次0.4克，以后每日2次，每次0.3克，共用2天。一般用法为每日4次，每次0.1克。小儿5—10毫克/公斤/日，分3—4次服。服用时，应注意胃肠道反应。

（2）黄连素：短期大剂量治疗，首次0.6克，以后每日3次，每次0.3克，共用2天。一般用法为每日4次，每次0.2克。小儿10毫克/公斤/日，分3—4次服。也可与痢特灵合用。

（3）磺胺类：

①磺胺脒，每日4次，每次2克。小儿200～300毫克/公斤/日，分四次口服。

②磺胺嘧啶，每日4次，每次1克，首次加倍。小儿100～200毫克/公斤/日，分四次口服，应与等量碳酸氢钠同用。

③磺胺增效剂（T、M、P），每次0.2克，每日二次。小儿5—10毫克/公斤/日，分二次服用。与其他抗菌素合用，可增强抗菌作用，用量可适当减小。

（4）抗菌素类：必要时，可用合霉素、氯霉素，四环素族等。

3.中草药：宜清热解毒，调中理气。

白头翁三钱，黄芩三钱，木香二钱，黄连一钱（或黄柏三钱），秦皮三钱，白芍四钱，当归三钱，生大黄二钱，甘草二钱。小儿用量减半。水煎服。

验方：

（1）鲜马齿苋二两，煎汤服（或保留灌肠）。

（2）以茶叶浓煎成20%茶汁，每日3—4次，每次25毫升。

（3）生大蒜（三头，去皮），红糖一两，水煎一次服，每日2—3次。或酌量吃生大蒜。

4.针灸：天枢、中脘、足三里、内关、合谷穴。强刺激。

（二）慢性菌痢：

1.综合治疗：包括改善营养，增强抵抗力，应用中西药、针灸等。化学药物及抗菌素，除口服外，可行保留灌肠，疗程要长，至少两周。保留灌肠，用痢特灵0.05—0.1克。或黄连素0.1—0.2克，加入0.25%奴夫卡因20毫升。或以上药加入清鱼肝油15—20毫升。用肛管插入肛门，徐徐送入15—20厘米，将上药注入，再推少许空气，使药液充分进入肠腔。灌完后，用药棉压迫肛门数分钟。

2.中草药：

党参五钱（或人参三钱），山药三钱，炒白术五钱，茯苓三钱，炒扁豆三钱，陈皮三钱，炮姜二钱，赤石脂五钱，莲肉三钱，肉桂二钱，黄莲二钱（或黄柏三钱）。小儿用量减半。水煎服。

成药：

（1）参苓白术丸与四神丸，每服各一钱半，每日2次，适用于脾胃虚弱久泻。

（2）附子理中丸，每服一丸，每日2次，适用于久泻腹痛，喜热畏寒者。

验方：花椒一钱，红糖五钱。水煎服，每日2—3次。

3.针灸：针脾俞、胃俞、足三里穴。弱刺激。或灸神阙

及关元，艾炷灸5—15壮，或艾卷灸5—15分钟。

附：小儿中毒型细菌性痢疾

中毒型细菌性痢疾，是细菌性痢疾的一种类型，起病急，病情重，发展迅速，治疗稍晚，即耽误抢救时机。多见于2—7岁儿童。

〔诊断要点〕

（一）起病急，发热，呕吐，嗜睡，躁动，面色灰黄。多数病儿，初起无脓血便，甚或无大便。以后才有脓血便，早期若怀疑本病，可戴橡皮指套用手指取大便，或用盐水灌肠，洗出之粪便中可见脓血，或化验有脓细胞、红细胞者，即可确诊。

（二）高热惊厥，多见于已往健壮之小儿，发病后，体温持续上升，可达40—41℃以上，频繁惊厥，神志昏迷，可因脑水肿而导致呼吸衰竭，瞳孔散大或两侧不等大。于持续惊厥后，可呈呼吸暂停，双吸气，叹息样，以后呼吸停止。病情危急，常突然死亡。

（三）循环衰竭，即休克型，多见于成人或较大儿童。主要表现为面色灰青，四肢冰凉，末梢发绀。重者，皮肤呈花斑状，脉细、快，心音低钝。血压下降，甚至测不出。

（四）中毒型菌痢，多发病急，也有初起表现为一般轻型，以后突然转变为中毒型者，应提高警惕，严密观察。

〔治疗〕中毒型菌痢，病情危急，发展很快，可于1—2天内危及生命。故在抢救时，必须分秒必争，采用综合性措施，把好高热惊厥、呼吸衰竭、循环衰竭三关。

（一）高热惊厥：

1.一般体温在39℃以上，即应降温：常使用物理降温，头部冷敷，温水、酒精擦浴等。药物降温，应慎重应用，常用复方氨基比林、阿司匹林、柴胡注射液等。

2.控制惊厥：

（1）用10%水合氯醛0.3～0.5毫升/公斤/次，稀释一倍，保留灌肠。（水合氯醛液内，可加痢特灵等药物同时灌入。）

（2）用冬眠灵及异丙嗪，各按1毫克/公斤/次肌肉注射。也可肌肉注射苯巴比妥钠5—10毫克/公斤/次。

3.补液：只有高热惊厥而无明显脱水者，液体应以10%葡萄糖为主，盐水约占1/3～1/4。总液量小儿50～80毫升/公斤/日，成人1500—2000毫升，不能过快，以免加重脑水肿。

（二）呼吸衰竭：多由高热，频繁惊厥引起。

1.控制脑水肿，用脱水疗法。

2.用呼吸兴奋剂，如山梗菜碱，尼可刹米等。

3.人工呼吸，氧气吸入（此节见流脑治疗）。

（三）循环衰竭：纠正休克酸中毒，用2：1液（生理盐水2份，1/6克分子乳酸钠1份）及右旋醣酐，乳酸钠及碳酸氢钠等（见流脑治疗）。休克纠正后，应按脱水程度继续补给适当的生理盐水、葡萄糖液及钾盐。

（四）阿托品或654—2（见流脑治疗）。

（五）激素治疗：中毒型菌痢，一般多用较大量氢化可的松或氟美松静脉点滴，与首次补液同时给予。对缓解中毒症状，有一定疗效。

（六）抗菌药物：中毒型菌痢，多不能口服，可将合霉素或氯霉素、四环素、庆大霉素等，加入液体中点滴。

第五节　阿米巴痢疾

本病是由溶组织内阿米巴引起的消化道传染病。

〔诊断要点〕

（一）多为散发性，夏、秋发病率较高。

（二）临床表现参阅细菌性痢疾。

（三）新鲜粪便镜检，可见活动的阿米巴滋养体。

（四）可并发阿米巴肝脓肿（发热、肝肿大及局限性压痛），或肠穿孔、肠出血等。

〔预防〕参照细菌性痢疾防疫原则进行。

〔治疗〕

（一）灭滴灵：近年来，在抗阿米巴药物中的进展，以灭滴灵为最突出。它的最大优点：在于对组织内和肠腔内的原虫，皆有杀灭作用。但以杀组织内原虫为主。所以，在治疗时，兼有两类抗阿米巴药物的效果，一般无需加用杀肠腔内原虫药物。剂量：为400～600毫克，一日三次；小儿每次200毫克，4～8岁，每日两次；8岁以上，每日三次；六天为一疗程。治疗肝脓肿，疗程10～14天。

（二）吐根素：对滋养体有效。小儿1毫克/公斤/日，成人每日0.06克，分二次深部皮下注射。用药前，应测血压和检查心脏，如收缩压低于90毫米汞柱，第一心音低或心动过速应停用。重复治疗须间隔一个月以上。

（三）卡巴胂：对滋养体作用较差，对包囊及慢性病例

有效。成人每次0.25克，每日二次；小儿8毫克/公斤/日。疗程为十天。

（四）喹碘方（药特灵）：对包囊有效。成人每次0.5克，小儿15毫克/公斤/次，日服3次，7—10天为一疗程。

（五）氯喹：对肠外阿米巴有效。成人每次0.25克，每日2—3次，小儿10毫克/公斤/日。疗程为15—20天。第1、2日剂量加倍。

（六）白头翁：每日一两，煎服。7—10天为一疗程。

（七）鸦胆子仁：用馒头皮包后吞服，每日2—3次，每次10—15粒（小儿酌减）。7—10天为一疗程。可能出现恶心，腹痛等副作用。

（八）肝脓肿：宜用氯喹或灭滴灵。如无效，可用吐根素。此外，常需于局部隆起及压痛最著处试验穿刺。如抽出脓液（典型者为棕红色），即应尽量抽出，并需多次穿刺排脓，才能治愈。

第四章　虫媒传染病

第一节　流行性乙型脑炎

本病（简称：“乙脑”）由病毒引起，经蚊子传染，发生于夏、秋季，病死率较高。

〔诊断要点〕

（一）季节性非常重要，一般见于7—9月。好发年龄为2—15岁。成人也有发生的。

（二）发病较急，病程一般有以下几期：

1.初期：突然发热，体温渐升至39℃以上，伴头痛，呕吐，嗜睡。轻型，3—5天恢复，重者，于3—4天后，即进入极期。

2.极期：体温持续上升，由昏睡逐渐昏迷、抽风。脑膜刺激征明显（颈强直，提腿试验，划蹠试验阳性）。幼儿可呈角弓反张，频繁抽搐。严重者，即出现脑水肿症状：瞳孔变化及呼吸衰竭，甚至突然死亡。也有发生面神经瘫痪，吞咽困难，失语，窒息者。此期脑脊液多有变化，外观透明清亮或微混，蛋白略高，细胞数50—500个/立方毫米，糖不减少。腰椎穿刺时应谨慎，以防脑疝发生。

3.恢复期：大多数病人，于7—12天时，体温下降，神志逐渐清楚，部分病人可有低热，精神异常，失语，震颤，肢体瘫痪等。此期叫恢复期。“乙脑”肢体瘫痪，属于紧张性瘫，肌张力强，腱反射亢进，与小儿麻痹不同。

4.后遗症期：上述症状于半年后，仍不恢复，叫后遗症。但一般采取积极治疗，数年内仍可有不同程度的恢复。

（三）本病应注意与中毒型痢疾，化脓性脑膜炎等病鉴别。

〔预防〕

（一）灭蚊、防蚊：这是预防“乙脑”的有效措施。在流行地区及流行季节前和流行期间，尤其要加强灭蚊、防蚊措施，以控制疾病流行。

（二）控制传染源：患者应隔离治疗，病室需有防蚊设备（如蚊帐或纱窗），或用驱蚊剂烟熏。

（三）预防接种：反复流行本病的地区，可在流行季节之前，给六个月以上，十岁以下的儿童，重点进行“乙脑”

疫苗接种。

（四）药物预防：

1.大青叶一两。加水两碗，煎至一碗，分三次，饭后服。连服5～7天。

2.板兰根一两。加水两碗，煎至一碗，分三次，饭后服。连服5～7天。

〔治疗〕“乙脑”病人要抓紧五个重要环节进行抢救，即高热、惊厥、呼吸衰竭、痰堵、感染。本病无特效药物，在治疗上主要加强护理，采用中西医结合的综合疗法。

（一）一般治疗及护理：

1.对昏迷病人，加强护理，经常翻身（翻身前先注意清洁口腔、痰液，以免痰堵）。应将皮肤受压变红处，用稀酒精轻轻按摩，以防褥疮。经常保持侧卧位，使痰液自行流出，及时吸痰。注意尿潴留，如膀胱膨胀，可轻压挤排尿，或针灸，必要时导尿。对于病人的眼球，注意保护（方法见流脑）。

2.维持营养：不能进食者，给以稀米汤，藕粉、绿豆汤、西瓜水，或羊奶等鼻饲。由口进入之水分，应给足量。若给补液，主要应为10％葡萄糖液，盐水占1/3～1/4。小儿液量50—100毫升/公斤/日，成人1500—2000毫升。

（二）对症处理：

1.高热处理：针刺大椎、曲池穴。或注射复方安基比林等退热剂。同时，物理降温，头部冷敷或酒精擦浴。也可用冷盐水反复灌肠。

2.控制惊厥：如频繁惊厥多导致脑水肿和呼吸衰竭。应早期使用脱水剂，如20％甘露醇或25％山梨醇 1～2 克/公斤/次，或50％葡萄糖 1～2 克/公斤/次，于20～30分钟 内快

速静脉滴注。必要时每 6 ～ 8 小时重复一次。其他应用冬眠疗法及镇静剂。也可针刺人中、涌泉、合谷穴等。

3.呼吸衰竭及痰堵：呼吸衰竭仍因脑水肿引起，除用脱水剂外，应经常保持呼吸道通畅，及时吸氧，并给呼吸兴奋剂。有痰堵者，立即吸痰。反复痰堵窒息者，应考虑气管切开。

4.循环衰竭：若有心音低钝，心衰症状者，即予毒毛旋花子素K 或毛花强心丙，肌肉注射或与葡萄糖、维生素C同时静脉推注。

5.激素治疗：可以减轻中毒症状，用氢化考的松100—300毫克/日，加入葡萄糖内静脉滴注（注意并发感染）。3 ～ 5 日无效，停用。也可用细胞色素C、三磷酸腺苷、辅酶A等，以恢复脑功能。

6.若并发感染，如肺炎等，可选用适当的抗菌素。

（三）中医治疗：

1.发热初期，邪在卫分头痛，或怕冷，项强、呕吐，嗜睡。舌苔白或黄。治宜辛凉透邪。银花一两，连翘六钱，大青叶五钱，荆芥二钱，牛蒡子三钱，芦根五钱，薄荷二钱，竹叶二钱。水煎服。

2.邪在气分，高烧烦躁，汗出口渴，或说胡话。舌苔黄，舌尖红，脉洪大而数。治宜清热解毒。银花一两，连翘一两，生石膏二两（先煎），大青叶一两，蚤休（草河车）六钱，知母五钱，生大黄三钱，木通三钱，菖蒲三钱，勾藤五钱，板兰根八钱。水煎服。

3.邪在营血，高烧昏迷，频频抽风。舌质干红，脉数。治宜清热解毒，凉血熄风。犀角一钱（锉末冲服）（或牛角二两，锉碎先煎），板兰根一两，大青叶五钱，生石膏二两

（先煎），连翘八钱，生地一两，元参五钱，丹皮五钱，勾藤一两，知母五钱，菖蒲五钱。水煎服。

加减：抽风者，加全蝎二钱，蜈蚣一钱。喉间痰多者，加天竺黄三钱，鲜竹沥一两，冲服。舌干红者，加麦冬一两。诸症危重，可用安宫牛黄丸或至宝丹或紫雪丹。

4.极期已过，气阴两伤，仍有低烧。治宜益气生津。人参三钱（或党参六钱），麦冬五钱，五味子二钱，炙龟板一两（先煎），生地三钱，沙参五钱，生石膏六钱，甘草二钱，白芍四钱，阿胶三钱。水煎服。

注意：如果出现呼吸衰竭及循环衰竭，以上诸方，均不适用。

（四）针灸治疗：发热期，针风池、风门（第二胸椎棘突下，旁开1.5寸）、大椎、合谷、足三里穴。强刺激，不留针。抽搐时，刺人中、十宣穴放血。

（五）恢复期及后遗症治疗：恢复期仍有神经症状者，热退后，即应坚持每日或隔日作针灸及按摩治疗。对少数有后遗症的病人，应充分调动其主观能动性，积极练习活动，促进神经功能的恢复（如语言、进食、步行等）。

恢复期针刺穴位：大椎、曲池、合谷、阳陵泉穴。中刺激。上肢麻痹，加外关、后溪穴。下肢麻痹，加足三里、三阴交穴。口眼歪斜，加地仓透颊车穴。耳聋，加听会、翳风穴。以上穴位，均为中刺激。

第二节　疟　　疾

本病为疟原虫所引起的传染病，主要通过按蚊叮咬而传

染。由于疟原虫种类不同，临床表现也不同。常见的有间日疟、三日疟及恶性疟三种。

〔诊断要点〕

（一）夏、秋季流行，八、九、十月份，为流行的高峰。恶性疟于西南地区较多。

（二）各型发作特点：

1.间日疟：一般起病较急，病程可分三个阶段：

（1）发冷期：寒战，面色苍白，皮肤呈鸡皮样，持续1/2—2小时。

（2）发热期：寒战停止后即高热，面色潮红，口渴，有时恶心，呕吐，或伴有头痛。体温可升至40—41℃，持续4—5小时。

（3）出汗期：起病5—7小时后，病人大量出汗，体温突降，以后恢复正常。

发作以后，病人往往无症状，间歇期为一天。如病人受二重感染，也可每日发作。

2.三日疟：隔2日发作一次，如重复感染，也可隔日或每日发作。

3.恶性疟：热型不规则，可出现疟疾的危险发作，如脑型（伴有谵妄，昏迷），胃肠型（伴有剧烈腹痛，呕吐或腹泻），过高热型(体温突升至42—43℃，可迅速死亡)，寒冷型（体温低，冷汗，休克）及黑尿热型（贫血明显，尿含大量血红蛋白，而呈暗红色或黑色）。严重者，可继发急性肾功能衰竭。

（三）脾常肿大。严重病例，可出现黄疸及贫血。

（四）血涂片如找到疟原虫，即可确诊。

〔预防〕

（一）消灭按蚊：充分发动群众，因地制宜，进行防蚊、灭蚊工作。

（二）对患者及带虫者，要进行彻底治疗。

（三）药物预防：在疟疾流行区的流行季节，成人每半月服乙胺嘧啶8片（50毫克），一次服。小儿依年龄递减，每半月服一次。

〔治疗〕

（一）抗疟药物：

药名	年龄（岁）						服药方法
	<1	1～	4～	7～	13～	16以上	
伯氨喹 7.5毫克/片（基质）	忌服	3/4	1	$1\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$	3	日服一次
氯喹 0.15克/片（基质）	1/4	1/2	3/4	1	$1\frac{1}{2}$	2	日服一次，连服三天，第一天加倍量
乙胺嘧啶 6.25毫克/片	忌服	2	3	4	6	8	日服一次，连服二天
奎宁 0.3克/片	1/2	3/4	1	$1\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{4}$	3	1日量分三次服，孕妇及黑尿热病人忌服
阿的平 0.1克/片	1/2	3/4	1	$1\frac{1}{2}$	$2\frac{3}{4}$	3	1日量分三次服，第一天量加倍，此药不能与伯氨喹同时服

注：表中用量，系每日服用的片数。

1.发作期治疗：连服伯氨喹啉5天，最初3天加服氯喹。

2.休止期治疗：为根绝传染原，凡两年内有疟疾病史者，除有严重合并症状外，在传染休止季节，连服伯氨喹啉5天，于第1、2天，加服乙胺嘧啶。

3.如条件所限，不能采用上述根治疗法时，可单独服用氯喹、奎宁或阿的平，以控制发作。

（二）凶险发作治疗：宜用盐酸奎宁0.3—0.5克（小儿按10毫克/公斤），或磷酸氯喹0.25克（小儿按5毫克/公斤），混于500毫升葡萄糖盐水中，静脉滴注，于6—8小时内滴注完毕。可隔6—8小时后，再滴注一次。如患者神志清醒，可改口服。奎宁或磷酸氯喹，静脉滴注前，必须事先测血压。血压过低，则可用0.1%肾上腺素皮下注射。如条件限制，不能用上述疗法时，也可用阿的平0.1—0.2克肌肉注射，每8—12小时一次，直至危象消退。小儿剂量（参照口服量）酌减。对过高热型，可试用肾上腺皮质激素。

（三）中医治疗：宜祛邪截疟。柴胡三钱，常山四钱，清半夏二钱，黄芩二钱，槟榔三钱，草果二钱，生姜三片。水煎服。在疟疾发作前两小时，服第一煎；隔3小时后，再服第二煎。用于间日疟及三日疟。

（四）针灸治疗：针刺大椎、间使穴（仰掌，腕横纹上三寸）。刺大椎穴时，使针感向下传至第5、6、7胸椎部位较好。效不佳时，可加刺合谷、陶道穴（第一胸椎棘突下凹陷中）。最好在疟疾发作前一小时左右针刺。强刺激。直至病人有痠、麻、胀的感觉为止。留针至发作停止后，再起针。

第三节　黑热病

病原体为黑热病原虫，由白蛉传播。

〔诊断要点〕

（一）早期有结核型，伤寒型，波状热型，疟疾型，双峰热型等临床表现。以双峰热型较多见，病人虽高热，但无痛苦。

（二）随病程发展出现，不规则发热，消瘦，乏力，鼻衄以及头晕，心跳，气短等贫血症状，并可有皮肤色素增深，淋巴结肿大，肝脾肿大等表现。以贫血、脾肿大为主要症状。

（三）晚期：肝硬化，腹水，下肢浮肿，偶见黄疸。

（四）涂片如找到黑热病原虫，即可确诊。

〔预防〕

（一）做好卫生宣传教育工作，对疫区进行普查、普治和扑灭白蛉，是有效的预防方法。

（二）彻底根治病员。

（三）消灭已受感染的储存宿主（病犬）。

〔治疗〕

（一）一般治疗：

1.在锑剂疗程中及治疗后一周内，均需适当休息，避免体力劳动。

2.晚期病员，应适当增加营养。严重贫血者，可给予输血。

（二）病原治疗：以葡萄糖酸锑钠为主，每毫升含锑量

100毫克。制剂有：斯锑黑克、可乐锑、新锑康、圣露斯锑新等。

1.剂量：

（1） 2岁以下：总量为170毫克/公斤，平均分6次注射。

（2） 3～12岁：总量为150毫克/公斤，平均分6次注射。

（3）13岁以上：总量为120毫克/公斤（以50公斤为度），平均分6次注射。

2.注射方法：一般为静脉注射。

（1）连续6天注射法：将总量平均分6次，每天注射1次，6天为一疗程。

（2）隔日12天注射法：将总量平均分6次，每隔一天注射1次，12天为一疗程。

3.治疗对象：除有严重并发症及锑剂过敏者外，均可接受治疗。

4.暂缓治疗对象：患有下列疾病，可作为暂缓治疗对象，如活动性肺结核，心力衰竭，急性传染病，严重出血倾向等。

5.锑剂毒性反应：应用葡萄糖酸锑钠治疗，反应较少。一般可有发热、咳嗽、恶心、鼻衄、腹痛、腹泻、腿痛和脾区疼痛等症状。但偶有出现严重反应，应提高警惕。

第四节 斑疹伤寒

本病分流行性和地方性两类。前者由虱传染；后者由鼠、蚤传染，均系立克次体所致的急性传染病。

〔诊断要点〕

（一）流行性斑疹伤寒，多见于冬、春季，有被虱叮咬史。地方性者，四季散发，以夏、秋季较多。

（二）流行性病例，起病急，寒战，高热（稽留热），剧烈头痛。有神经症状，如神志迟钝，谵妄，狂躁不安，昏睡，昏迷等。于发病第4～6天，出现皮疹，先发生于躯干，以后延及四肢，大小不一，直径1—4毫米，初为充血性的斑丘疹，以后为出血性皮疹。面部及眼结合膜充血明显，脾肿大。

（三）地方性斑疹伤寒，症状较轻，病程短。

〔预防〕

（一）立即隔离患者。

（二）灭鼠，灭虱，灭蚤。

（三）在流行地区，可接种斑疹伤寒疫苗，皮下或肌肉注射，每次一毫升。间隔两周，再注射一次。

〔治疗〕

（一）一般护理和支持疗法，与伤寒病相同。

（二）常用药物为氯霉素或四环素，小儿每日50—100毫克/公斤，分四次口服；成人每日最大量不超过2克。此药疗效迅速，大多治疗2—3日后，开始退热。但热退后，必须继续服药5—7天，可逐渐减量。用药期间，须注意白细胞下降情况。

第五节　流行性出血热

病原为病毒，由啮齿动物和恙螨传播。发病多见于10—12月。

〔诊断要点〕

（一）起病急，以发热，出血，低血压（或休克），肾脏损害等为特征。

（二）典型病例，可见下列各期：

1.发热期：明显畏寒，发热（多数呈弛张热，持续3—6天）常伴有上呼吸道，或胃肠道急性感染症状，以及面部、颈部、肩及胸部皮肤潮红，呈酒醉样面孔。皮肤粘膜出血点，呈针尖大，排列呈索状，严重者可呈紫癜样溢血。其出现部位，依次为腋下、胸前、背、颈、上肢、口腔软腭及眼结膜出血点多见。此外，常见有头痛，腰痛，眼眶痛及球结膜水肿，眼睑浮肿等症状。

2.低血压期（休克期）：约于5—7日，体温突然下降，全身症状反见加重。出现低血压或休克，历时数小时至3日，此期尿量逐渐减少，四肢厥冷，口唇发绀，顽固性呃逆，恶心呕吐，腹胀腹泻，球结膜、眼睑及颜面水肿加剧。

3.少尿期：在血压恢复后，出现少尿，甚至尿闭，可有尿毒症的一系列症状，体征，出血现象加重，历时约3～5日。

4.多尿期：尿量增多，每日可达3,000毫升以上。一般出现于患病第8—11天，持续3—5天。

5.恢复期：大多数病员，于发病一月后尿量逐渐恢复正常，除轻度疲乏无力外，其它症状、体征消失，尿浓缩功能逐渐好转，肾功能也逐渐恢复。此期一般持续1～3个月。

（三）本病需与钩端螺旋体病鉴别。

〔预防〕

（一）在流行地区，有计划的大力开展群众性的灭鼠运动，加强防鼠灭虫（蜱）措施，改善环境卫生及住宿条件。

（二）在流行季节，对确诊及可疑患者，要立即进行隔离及积极治疗。

〔治疗〕此病应狠抓三早（早发现，早治疗，早休息）及把好四关（低血压，休克关，酸中毒尿毒症关，肺水肿及广泛性出血关），积极开展中西医结合综合治疗。

（一）发热期：高热，可用物理降温，禁用或慎用退热剂，防止大汗后体温骤降，诱发休克。有低血压倾向时，可静脉推注50％葡萄糖60—100毫升及维生素C 2克，并可用10％的低分子右旋醣酐（分子量4万）葡萄糖溶液，静脉滴注，维持血压。中毒症状重者，可用氢化考的松，静脉滴注100—200毫克/日，一般用5—7天。大出血时，可输新鲜血，中分子右旋醣酐液。一般情况，可用止血剂，如维生素K，对羧基苄胺，安络血，或三七粉五分冲服。

（二）休克期：可用10％低分子右旋醣酐，在早期快速滴注，在重症输液量可偏大，以维持正常血压，同时应纠正酸中毒，以改善微循环。若血容量纠正后，血压仍不稳定者，可采用阿拉明，或恢压敏等血管收缩药物，静脉滴注。去甲肾上腺素，由于有使肾脏血管收缩，促使肾功能衰竭等缺点，故不主张常规使用。输液中需适当掌握液量和输液速度，以免发生心衰，肺水肿。

（三）少尿期：可交替使用解除肾脏血管痉挛的利尿合剂（氨茶碱0.25克，维生素C 1—2克，咖啡因0.25克，普鲁卡因0.5—1克，25％葡萄糖液200毫升，静脉滴注。改良利尿合剂，如氨茶碱0.25克，维生素C 1克，50％葡萄糖液60—100毫升，静脉滴注）及渗透性利尿药物甘露醇、山梨醇等。同时，应积极治疗高血压，抽搐，大出血，心衰，肺水

肿，水电平衡失调，感染等并发症。

（四）多尿期：对重症极度衰竭患者，要加强支持疗法，适当补充液量及氯化钠。

（五）中医治疗：

1.出血热属温病范畴，为温毒发斑症。根据辛凉解表，清热解毒，凉血止血，生津利尿的原则，参照不同病期及症候，选用方药，并配合针灸及耳针。

2.发热早期，宜辛凉解表，可用银翘散加大青叶一两，板兰根五钱，白茅根一两，车前子四钱。还可加败酱草、仙鹤草等，以加强止血解毒作用。高热时，可在上方中合用白虎汤。有低血压倾向时，可针刺内关、涌泉，足三里等穴。耳针如肾上腺、肾、皮质下诸穴。

3.休克期，可在上方内加参脉散，或用独参汤，或六味回阳饮等。

4.少尿期可在上方内加清营汤及木通，通草、茯苓、泽泻、白茅、地榆等。耳针可加内分泌穴。无尿可加八髎穴。

5.多尿期，可用滋阴补肾固涩法，方用麦味地黄汤加天花粉。恢复期，可用养阴益胃，补养气血，方用竹叶石膏汤。

第五章 蠕虫病

第一节 肠蛔虫病

本病由于食进被蛔虫卵污染的食物而感染。成虫寄生在人体小肠内。

〔诊断要点〕

（一）可有脐周不固定的腹痛，有时腹痛较重，但一般无腹部阳性体征。

（二）有吐虫或排虫的历史。

（三）粪便镜检发现蛔虫卵。

（四）面部常有斑块状白色虫斑，也有发生荨麻疹的。

（五）并发症最多见为胆道蛔虫、肠梗阻等。

〔预防〕

（一）不随地大便，保护水源及食物不受污染。

（二）注意饮食清洁，生吃蔬菜、瓜果要洗净，饭前便后要洗手。

（三）作好粪便管理工作，推广高温堆肥。

〔治疗〕可选用以下驱虫剂：

（一）**哌嗪（驱蛔灵）**：成人每日3—5克，小儿0.1—0.15克/公斤，最大剂量不超过3克，空腹一次服，连服2天。

（二）**山道年**，成人每晚服0.06克，连服3天。或早晨空腹时，每隔半小时服0.06克，共服3次，2小时后，服硫酸镁10—20克。儿童每岁每次剂量为0.01克，每次最大用量不超过0.06克，早晨空腹连服2次，间隔一小时，或每晚服一次，连服2—3天。若山道年片内已加入酚酞者，可不再加服泻药。如腹痛较重，又频发者，不服此药。

（三）**驱虫净**：成人150毫克，空腹服用，连服二天。儿童3毫克/公斤，临睡前顿服，用1—2天。肝病患者慎用。

（四）**多种方法驱虫无效者，可用下法**：成人空腹一次服驱蛔灵3—5克，隔2—3小时后，服蓖麻油20—30毫升〔无

蓖麻油时，可用生大黄一两，厚朴五钱，枳壳五钱，芒硝六钱（冲服），干姜三钱。水煎服〕，再隔半小时后吃饭。如此无效者，次日再重复一次。

（五）中草药：

1.使君子仁：成人日服15—20粒，睡前服，连服3天。小儿每岁一粒半，用法同成人。

2.苦楝根皮：成人每日2—3两，煎服，连服2天。小儿用量为4克/公斤/日，加水10倍，煎成50—70毫升，晨间空腹一次口服。一次无效，次日可再服一剂。

3.苦楝根皮二两，川椒三钱，乌梅三钱，干姜二钱，使君子五钱。煎服。每日一剂，连服2天。

第二节 蛲虫病

蛲虫寄生于结肠和盲肠，可引起肛门搔痒和轻微的消化道症状。蛲虫寿命约20—30天。若不发生再感染，可短期自愈。

〔诊断要点〕

（一）多见于儿童，夜间肛门及会阴部搔痒，重者影响睡眠。同居者常同时感染。

（二）夜间小儿入睡后，可在肛门及会阴部，找到白色细小线状的蛲虫。蛲虫多时，粪便中可见到成虫。

〔预防〕

（一）剪短指甲，饭前便后要洗手，教育儿童不吸吮手指。睡觉时，穿整裆裤，内衣勤烫洗。

（二）普查普治，全家成员及儿童应集体治疗，以防互相传染。

〔治疗〕

（一）局部涂药：每晚用温水洗肛门后，可选用以下药物：

1.用2％白降汞软膏，或10％氧化锌油膏涂抹肛门，不但可止痒，而且可减少重复感染。

2.用食油于夜晚涂抹于肛门周围，连续2—3天。

3.雄黄粉三分，生花椒五钱。共研面。每晚用棉棒蘸药塞入肛门内涂之。

4.0.1％龙胆紫20毫升，每晚于临睡前保留灌肠，可连续三天。

5.百部一两，浓煎成10—20毫升，晚上保留灌肠，可连续2—3天。

（二）口服驱虫药：

1.哌嗪（驱蛔灵）：小儿50毫克/公斤/日，分2次服；成人1克，每日2次。连服7—10天为一疗程。必要时，重复一个疗程。

2.甲紫（龙胆紫）：以每岁0.01克计算，最大量不超过0.1克，分3次于饭前吞服（勿嚼），连服5—7天为一疗程。必要时，重复一个疗程。有胃肠病，心脏病，肝、肾疾病者禁用。有蛔虫病者，应先驱蛔虫，再服此药。

3.生大黄一钱，二丑二钱，雷丸三钱。共为细末，分成六包，每次冲服一包，2次/日（此为七岁用药量）。

第三节　钩 虫 病

本病是由十二指肠钩虫或美洲钩虫，经皮肤侵入人体所

引起。主要临床表现为一般虚弱、贫血，以及由贫血引起的一系列症状。

〔诊断要点〕

（一）在田中赤足劳动者，易受感染。

（二）初期于钩虫幼虫侵入皮肤时，可有局部奇痒，并可形成丘疹或疱疹，常见于手、足背及指、趾间。成虫寄生于小肠后，可引起贫血，患者常有面色苍黄，容易疲倦，无力，皮肤毛发干燥无光，以及各种消化道症状，如上腹痛或不适，嗜异癖（如喜吃泥土，砖块等）。严重者，可出现贫血性心脏病，以及营养不良等。

（三）粪便镜检，可找到虫卵，潜血试验阳性。

〔预防〕

（一）应对流行地区患者，进行普遍治疗。

（二）开展卫生宣传，加强粪便管理。

（三）加强个人防护，在流行区要强调不要光着脚行走。

〔治疗〕

（一）一般治疗：严重者，先改善营养及用铁剂纠正贫血。待一般情况好转，血红蛋白达 8 克以上，再予驱虫。

（二）驱虫剂：

1.灭虫宁：成人晨间空腹服2.5克，小儿用量为0.3克/岁，连服 2 日，最大量不超过成人量。15岁以上服成人量。此药可同时驱蛔虫及鞭虫。

2.榧子、槟榔、红藤各一两，贯众五钱。浓煎。每次随药吃生蒜2—3瓣，每日早晚饭前各服一次，共服 2 天。小儿用量减半。

3.四氯乙烯：成人为2.5—3毫升，15 岁以下，每岁按

0.2毫升计算，最大不超过3毫升，装入胶囊吞服，于晨间空腹一次服完。必要时，2小时后，再服用泻药。经常便秘者，于服药前一夜服用轻泻剂（如50%硫酸镁）。如合并有严重蛔虫感染，应先驱蛔虫。有心脏病，肾脏病，肝脏病，结核病，或其它急性传染病者及孕妇禁用此药。

第四节 绦虫病

人体小肠内寄生的绦虫，常见的有有钩绦虫（猪肉绦虫）与无钩绦虫（牛肉绦虫）两种。人的感染，是由于进食不熟的含有囊虫的猪肉或牛肉所致。虫卵随粪便排出体外，被猪或牛食入后发育成为囊虫。人也可以是猪肉绦虫的中间宿主，食入其虫卵后，发生囊虫病，出现皮下囊虫结节，甚至颅内感染，可发生癫痫。

〔诊断要点〕

（一）曾食过未煮熟的猪肉或牛肉。

（二）大便排出白色节片。

（三）粪便镜检，发现绦虫卵。

〔预防〕

（一）肉类要煮熟后食用。

（二）加强粪便管理，以免污染饲料而感染猪牛。

（三）加强屠宰工作的管理，不出售未经处理的含囊虫的猪、牛肉。

（四）彻底治疗绦虫病患者。

（五）对猪肉绦虫患者，须特别强调个人卫生，便后洗手，以免食入虫卵发生囊虫病。

〔治疗〕

驱绦虫方法：

（一）南瓜子与槟榔合并治疗：用南瓜子仁2～4两，槟榔2～4两。先将南瓜子仁磨碎服下，2小时后，再服槟榔煎剂（槟榔加水一斤，煎一小时，剩水一半左右，去渣）。2小时后，可能腹泻排虫。如无腹泻，可服50％硫酸镁30～40毫升。小儿用量减半。

（二）阿的平与槟榔煎剂合并治疗：早晨空腹服阿的平0.8克，两小时后，服槟榔煎剂（用量及煎法同上），再过两小时后，如无大便，服硫酸镁。小儿一般不用此法。

（三）灭绦灵：早晨空腹每隔一小时服一克，连服二次，服完后二小时，再用硫酸镁20—30克导泻。副作用小。

注意：服药后，见有虫体部分排出时，可用温水坐浴，等待全部虫体慢慢排出。切勿用手去拉，以免拉断虫体或造成自家感染。若头节未排出，两周后，应重复用药。

第五节 包虫病

本病也称棘球蚴病，由于食入犬绦虫的虫卵所致。虫卵食入后，其中的钩蚴在胃肠内孵化而逸出，穿透肠壁随血流至肝、肺等脏器，发育成包虫（棘球蚴）。以肝脏受累者较多见。所以，在这里仅述肝包虫病的诊断和防治。

〔诊断要点〕

（一）西北畜牧区为流行地区，与犬密切接触者易得此病。

（二）病程极为缓慢，成人患者除非进入晚期，很少有明显的自觉症状，小儿则常有发育障碍、消瘦、贫血等。

（三）肝脏明显肿大（肿大的速度很慢，病程常为几年或十几年），可呈限局性隆起，也可普遍增大呈球形。表面光滑，压痛不明显。叩诊可有震颤感，听诊有时可闻到子囊游动时的击撞音，似微弱敲钟声。如有继发性感染，可类似肝脓肿。肝功能正常，超声波检查可见平段。

（四）确诊一般需要根据补体结合试验、皮内试验等。

〔预防〕

（一）在流行区，加强饮食卫生，防止犬粪污染食物。

（二）不要把病畜的内脏喂犬。

（三）处置病犬，犬尸必须焚毁或深埋。

〔治疗〕手术治疗。勿试验穿刺，囊液漏出，可发生过敏性休克。

第六章 其它传染病

第一节 布鲁氏菌病（波浪热）

本病是布鲁氏菌所致的急性、亚急性或慢性传染病。经皮肤粘膜传染，以波浪热，多汗，关节痛为主要症状。病情轻重和病程长短殊不一致，以反复发作为其特点。

〔诊断要点〕

（一）与猪、牛、羊（特别是流产羊）有接触史。潜伏期一般为2周，可长达数月。

（三）急性期症状：呈不规则发热，常是波浪热型（故称波浪热），伴有大量出汗。虽有高热，但一般情况相对良

好。此点与其他热病，如伤寒病患者，显然不同。此外，可有游走性关节痛，周围神经炎及神经根炎。如侵犯消化系、呼吸系、循环系、生殖系，均可有相应症状。有时也可出现皮疹（以斑丘疹为主）。

（三）慢性期症状：此期症状不明显，也不典型，常因申诉症状较多而误认为神经官能症。部分病例，可有关节强直，畸形。

（四）体征可有肝、脾肿大及淋巴结肿大。

〔预防〕

（一）在流行区，对牲畜广泛进行菌苗饮水免疫，可达到消灭布氏菌病的目的。

（二）对长期接触牲畜及其皮毛的各种工作人员，须加强防护，并应进行预防接种，每年一次。

（三）严格管理乳类制品与肉类食品，乳类须煮沸后饮用。

〔治疗〕

（一）一般治疗：休息，注意营养，对症治疗。

（二）抗菌素治疗：一般用于急性期及亚急性期，治疗越早收效越好。目前治疗常用者如四环素，并用链霉素。四环素成人每日2克，儿童25—50毫克/公斤，分四次口服。链霉素成人每日1—2克，儿童每日25毫克/公斤，分二次肌肉注射，疗程不少于三周。也可用链霉素与磺胺嘧啶联合疗法，或用增效磺胺，每日80毫克，疗程三周，也可获得较好疗效。对重症患者，尚可短期配合激素治疗。

（三）菌苗治疗：适用于慢性及顽固性病例。一般采用静脉注射，但有发热反应，并有一定危险性。应用时，须与

抗菌素合用。

第三节　狂犬病

本病又称恐水病，是病毒引起的中枢神经系传染病，多见于狗、狼、猫等动物。人被病兽咬伤而感染。

〔诊断要点〕

（一）有被狗、狼、狐、猫等病兽咬伤的历史。潜伏期15—90天，也有长达三年以上者。

（二）全部病程3—6天，分三个阶段：

1.前驱期：对声、光、风等刺激开始敏感，喉发紧，四肢有蚁爬感。

2.激动期：体温38—40℃。全身痛，抽搐，精神失常，有幻听幻视。恐水为突出的特点：饮水、见水、闻流水声，或听到“水”字，皆可引起咽喉痉挛和全身抽搐。此期，常向四周酰嗽唾液。

3.麻痹期：痉挛停止，出现瘫痪，流涎，感觉和反射消失，瞳孔散大，呼吸微弱而死亡。

〔预防〕

（一）避免被狗、狼、猫等动物咬伤。

（二）被可疑狂犬病的动物咬伤后的处理：

1.尽快用肥皂液彻底清洗伤口，然后用浓硝酸或浓石碳酸腐蚀，再用饱合碳酸氢钠水冲洗。

2.注射狂犬病疫苗，每日在肩胛或腹壁皮下注射2毫升，连续14—21天。

3.将咬人的动物，隔离观察14天，如不发病，则可停止

给被咬的人注射疫苗。

〔治疗〕

（一）无特效疗法：发病后，只能对症治疗，给大量镇静剂、抗痉剂、输液。禁用吗啡。

（二）加味人参败毒散：生地榆一两，紫竹根（或普通竹根）一大握，党参三钱，独活、前胡、甘草、羌活、柴胡、川芎、茯苓各三钱，枳壳、桔梗各二钱。用水三碗，煎成一碗，一次温服。每日二剂。

第三节 败血症

本病是由细菌侵入血流，而产生的急性感染。各种致病菌，均可为其病原体，但以金黄色葡萄球菌最为常见，其次为溶血性链球菌、肺炎球菌等。常继发于局部感染。但原发病灶，也可微小而难于发现。预后一般严重，未及时治疗者及发生心内膜炎、化脓性脑膜炎等并发症者，死亡率均较高。

〔诊断要点〕

（一）发病前，可有皮肤伤口感染，或肺部、胆道、泌尿系、女性生殖器等感染史。

（二）寒战，高热，出汗。热型多为池张型或稽留型，一般状态严重。

（三）可发现皮肤及粘膜瘀点或荨麻疹，猩红热样皮疹。肝、脾常肿大。

（四）病程较长者，常发生迁徙性脓肿，如多发性皮下脓肿，胸膜炎或脓胸，肺脓肿，肝脓肿等。

（五）血白细胞大多明显增高。即使少数病例，白细胞

减少，中性粒细胞百分比也仍增高。多有进行性贫血。

〔治疗〕

（一）一般治疗：卧床休息，注意营养，应有充足的液体入量。病情严重者（尤其是小儿患者），可小量输血。高热者，给予退热药及物理降温。

（二）抗菌素：宜采用较大量的抗菌素联合疗法，并尽可能静脉注药。一般先用青霉素与链霉素。青霉素每日用量160—240万单位。若疗效不显，可改用四环素或氯霉素。也可根据病史推测致病菌的种类来选用抗菌素。如有挤弄疮疖或有皮肤感染者，以金黄色葡萄球菌最有可能，应用上述抗菌素无效时，可换用红霉素或新型青霉素，如新青霉素Ⅱ，每日4～6克（小儿100毫克/公斤/日），每6小时口服或肌肉注射一次。继发于肠道手术后，泌尿系感染者，多为大肠杆菌或固紫阴性杆菌，应首先选用链霉素、四环素、氯霉素、卡那霉素、庆大霉素等。

（三）单方：

1.银花一两，野菊花一两。水煎服。每日两剂。

2.蒲公英一两，菊花六钱，赤芍三钱，元参五钱。水煎服。每日两剂。

（四）局部病灶的处理：局部炎症已形成脓肿者，应及时切开引流。

第七章 结 核 病

致病菌为结核杆菌，是一种慢性传染病，许多器官均可

累及，而以肺结核最为常见。

第一节 肺结核

〔诊断要点〕

（一）家族史：在家族中有无咳嗽，咯痰，咯血的患者。诊断小儿结核时，家族史更为重要。

（二）症状：

1.大多起病缓慢：症状持续时间较长。

2.全身中毒症状：疲倦，消瘦；食欲不振。一般下午低热，重症患者可有高热，盗汗。女性患者，月经失调或经闭。小儿尚有不活泼，精神不振，睡眠不安等现象。其全身中毒症状，常较呼吸道症状为重。

3.呼吸道症状：咳嗽，一般不剧烈，咳出白色粘液痰，量不多。剧烈咳嗽或大量咯痰，常非肺结核。咯血，小量时痰中带血，大量可达数百毫升。病侧胸部钝痛或有沉重感。重症可有呼吸困难。小儿患肺结核、咳嗽、咯痰、咯血，均较少见。

（三）体征：早期胸部检查，常无异常体征。病变明显时，可出现浊音，呼吸音减弱，支气管肺泡音或湿性罗音。异常体征，多位于一侧上方或两侧上方肩胛间区或肩胛角下方。小儿肺结核，多无明显的肺部体征，但周围淋巴结常肿大。

（四）化验：痰内可发现结核菌（幼儿须抽取胃液检查）。血沉增速。

（五）X线透视或照片。

（六）结核菌素试验：对诊断小儿结核病较有价值，尤

其在三岁以内的婴幼儿，如未接种卡介苗而结核菌素试验阳性，表示有活动性结核病存在。患急性传染病（如麻疹、伤寒等）后一月内，或重症营养不良小儿，以及正患重症结核病时，结核菌素试验，可呈“假阴性”，在判断结果的意义时应注意。

〔预防〕

（一）做好卫生宣传，使群众对结核病的发生和传播途径，有正确认识，了解预防和治疗知识。宣传都要养成不随地吐痰的良好习惯。

（二）定期集体肺部检查，以发现早期病例，及时治疗，防止传播。

（三）对病人要做好按期给药，定期复查和消毒隔离工作，并根据病情做出劳动力鉴定。除少数严重患者需住院治疗外，大多数患者可在家或单位治疗。厂矿集体单位，可设置简易病床，将患者集中管理，达到治疗和隔离消毒的目的。在农村可进行家庭隔离，有条件的可分居、分食，患者所用一切物品，定期消毒。

（四）卡介苗接种。

〔治疗〕对结核病虽已有特效药物，但因病程较长，恢复较慢、故应使患者树立正确对待疾病的思想，和战胜疾病的信心，坚持治疗，适当的休息，逐步恢复活动和体力锻炼，直到彻底恢复康健。

（一）全身疗法：

1.休息：症状较重。发热与咯血患者，要卧床休息，病情好转后，逐步起床活动。无症状或症状轻微的患者，可参加轻度体力劳动或学习。

2.营养：根据病情与经济情况，适当加强营养，如乳类、蛋类及豆制品等。

（二）化学疗法：

1.症状明显，病势较重，病灶超过一个肋间以上，特别是有空洞形成，痰菌阳性者，宜抗结核药联合治疗。一般采用异菸肼加链霉素或对氨水杨酸。异菸肼口服后，很快在胃肠道吸收，在肺组织中的浓度较高，且能渗透到脑脊液和胸水中，故对各型结核均适用。剂量成人每日300毫克，分三次口服；小儿每日10—20毫克/公斤，分一或三次口服。疗程1—2年。应用此药时，同时服用维生素B_6，可防止对神经系统的毒性反应。链霉素成人每日1克，分两次肌肉注射；儿童每日20—30毫克/公斤，可一次肌肉注射。疗程2—4月。对氨水杨酸成人每日8—12克，分3—4次饭后口服。病情急重者，用12克，加入5％葡萄糖500毫升中，避光静脉滴注，约2小时滴完。儿童每日150—250毫克/公斤。疗程为6—8月。此药对胃肠道反应较常见，饭后服用可减少反应。若病情严重，病灶活动度极高，如急性干酪性肺炎和粟粒型肺结核，为控制病情的发展，可用以上三药联合治疗。

2.对链霉素耐药的患者，可换用卡那霉素，成人每日1克，分2次肌肉注射，2—4周后可减为每周2—3克。儿童每日15—25毫克/公斤。疗程1—3月，但需注意肾脏损害情况发生。凡对异菸肼，链霉素，对氨水杨酸产生耐药的患者，可用利福平和乙胺丁醇。前者用量，成人每日600毫克，分三次空腹口服；儿童每日10—20毫克/公斤，清晨空腹口服。后者用量，成人每日600毫克，儿童每日15—25毫克/公斤，分三次口服。疗程6月—1年。两药联合应用，效果更

好。惟此药产量较少，价格昂贵，目前尚难以普遍推广。

第二节　结核性脑膜炎

本病是由结核菌经血行直接播散到脑膜，或因脑实质内干酪病灶破溃而侵入脑膜所致。

〔诊断要点〕

（一）多见于小儿，尤其是5岁以下的小儿。

（二）发病缓慢，发热，头疼，呕吐，并常见便秘，继而出现嗜睡，或烦躁不安，惊厥，晚期可有昏迷。

（三）颈强直，克氏征阳性，婴儿前囟紧张膨隆。

（四）有其他部位结核病灶，例如，肺、淋巴结或骨关节结核，尤其以粟粒型肺结核最易发生结核性脑膜炎。

（五）早期诊断，甚为重要。凡有结核病接触史，结核菌素试验阳性，或已有结核病变的小儿，如出现发热，头疼，呕吐，精神不振时，应做脑脊液检查。脑脊液外观透明，或毛玻璃状，细胞数每立方毫米100—500个或更多，淋巴细胞占多数，蛋白增高，糖降低。

〔治疗〕

（一）卧床休息，精心护理、防止褥疮和吸入性肺炎的发生，注意补充营养和足量的维生素。呕吐频繁或进食少时，给予支持疗法。

（二）抗结核药物治疗：异菸肼、链霉素及对氨水杨酸应同时使用。因异菸肼能透过血脑屏障，为其中最主要药物。对重症患者，可用异菸肼每天口服量的1/4—1/3用作静脉滴注，余量口服。对因胃肠道反应较重或昏迷患者，对氨

水杨酸口服有困难时，可采用静脉滴注给药，剂量同口服。症状好转后，可继续用异菸肼和链霉素治疗，疗程不得少于两年，以免复发。

（三）肾上腺皮质激素疗法：激素有抗炎、抗毒、抗过敏、抗纤维素性变作用，早期与抗结核药合用，有一定效果，一般可用强的松15—40毫克/日，儿童1—2毫克/公斤/日，疗程1—2月。不能口服者，可用氢化考的松静脉滴注，剂量每日25—100mg，疗程1—2周。

（四）对症治疗：颅内压增高者，可给双氢克尿塞口服，或用20%甘露醇静脉快速滴注。抽搐不止，可用镇静剂。

（五）全身症状消失，体温稳定，脑脊液正常，已停用激素，可出院继续治疗1$\frac{1}{2}$—2年，无复发者，可认为治愈。

第三节 结核性胸膜炎

结核菌侵犯胸膜，发生炎症，称为结核性胸膜炎。临床上有干性胸膜炎和渗出性胸膜炎两型。前者，胸膜表面附有少量纤维蛋白渗出物，基本上无胸水；后者胸腔内积有大量的渗出液。

〔诊断要点〕

（一）发病较急，高热，干咳，胸痛（与呼吸或咳嗽有明显关系），呼吸困难（积液增多时尤为明显）。其他全身中毒症状同肺结核。

（二）渗出性者，体检可在患侧发现胸腔积液征：气管向健侧移位，呼吸运动减弱，叩诊呈浊音或实音，语颤及呼

吸音减弱或消失。干性者除呼吸运动及呼吸音减弱外，并可闻到摩擦音。

（三）渗出性者，胸腔穿刺可抽出淡黄色透明胸水。胸水为渗出液，细胞数一般每立方毫米数百个，多数为淋巴细胞，应与脓胸鉴别。后者积液混浊或呈脓性，其中白细胞数在每立方毫米10000以上。

〔治疗〕

（一）**休息**：完全卧床至症状与积液消失，方可下床逐步恢复活动。一般继续休息三个月后，即可半日工作或全日工作。

（二）**抗结核疗法**：一般在头半年采取以异菸肼为主的联合疗法。开始阶段，用链霉素肌肉注射，每日 1 克。一月后可隔日 1 克，共三月。接着口服对氨水杨酸三月，半年后单用异菸肼，继续服满一年至一年半。这样既可巩固疗效，又能减少续发肺部结核病变的发生。

（三）**肾上腺皮质激素疗法**：在抗结核药物治疗的基础上，可加用激素。它可减轻中毒症状，促使胸液迅速吸收，对抗纤维素沉着，减少胸膜增厚和粘连。可口服强的松，每次 5 —10毫克，每日三次。一般疗程 4 — 6 周 。症状消退后，即应减量直至停用。

（四）**胸腔抽液**：胸腔穿刺抽液，不但有助于诊断，而且可以减轻中毒症状，解除肺及心血管受压，更重要的是防止纤维素沉着，减少后遗胸膜增厚粘连，使肺功能免受损害。一般胸液超过第三肋间者，每周抽液 2 — 3 次，每次不宜超过1000毫升，直至胸水完全消失。在抽液过程中，要注意无菌操作，以免继发感染。

（五）中药治疗： 经抗结核药物治疗效果不佳的慢性胸膜炎患者，可加用中药千金苇茎汤与葶苈大枣泻肺汤合剂加减，有不同程度的疗效。其组成为：冬瓜仁一两，鱼腥草一两，葶苈子六钱，炙桑皮五钱，桔梗五钱，白茅根一两，生苡米一两，蒲公英五钱，黄芩三钱，生甘草二钱，大枣三钱，水煎服。

第四节 结核性腹膜炎

结核性腹膜炎，多继发于肠结核或其他腹腔脏器结核，也可因血行播散而致病。

〔诊断要点〕

（一）起病大多缓慢，全身中毒症状同肺结核，腹部症状主要为腹疼，腹胀，腹泻或便秘等。有的病人长期高热，好像伤寒。

（二）腹部体征：部分病人，以腹水为主，腹部膨隆，有移动性浊音及波动感，易与肝硬变的腹水混淆。但本病腹部常有普遍压疼，腹水为渗出液。部分病人，以腹膜粘连为主，腹部稍胀，有压疼，触诊时有特殊的柔韧感，犹如揉面团的感觉，易并发肠梗阻。还有一部分病人，腹部有明显的压痛，并可触到大小不一，形状不同的硬块。

〔治疗〕

（一）休息，适当增加营养。

（二）抗结核疗法：同肺结核的治疗。

（三）对以腹水为主的患者，可采用腹腔放液，并注入异菸肼、链霉素、肾上腺皮质激素，结合全身给药，可获得良好效果。治疗方法为：作腹腔穿刺放液，首次不超过1000

毫升，以后每次放液，不超过3000毫升，以防休克。放液后，注入链霉素0.5—1克，异菸肼300—600毫克，醋酸考的松25—100毫克，每周2—3次，直到腹水完全消失为止。与此同时，全身仍给异菸肼口服，链霉素肌肉注射。

（四）中药治疗：

若腹水多，腹部膨大而胀，或可触到包块，或有不完全性肠梗阻引起腹痛者，可用：木香三钱，槟榔三钱，生大黄三钱，青皮三钱，二丑三钱，厚朴三钱，香附三钱，乌药三钱，枳实(或枳壳)三钱，干姜一钱，吴萸一钱，生草一钱，生姜二片，大枣四枚。水煎服。若腹水消退，肠梗阻已缓解者，上方去二丑，大黄、青皮、香附，加全蝎二钱，土元二钱，三棱三钱，莪术三钱。若疲乏食少，身寒自汗，加生黄芪五钱至一两，党参五钱，山药五钱。若午后低热者，加丹皮三钱，生地四钱，肉桂八分。

附表1　小儿各型结核病用药种类、剂量及疗程

病　型*	药物选择	剂　量（毫克/公斤/日）	用法	疗　程（月）	备　注
早期结核中毒及2～3岁以下自然感染小儿	异烟肼	10	口服	6～12	早期结核中毒系指结核菌素试验阳性，结核病灶尚未找到　自然感染指种卡介苗而结核菌者。

续 表

原发综合征及支气管淋巴结结核	(1) 异烟肼	10～15	口服	12	第（2）法限于有中毒症状者
	(2) 异烟肼	10～15	口服	12	
	链霉素	20～30	肌注	1～2	
粟粒型肺结核及结核性脑膜炎	(1) 异烟肼	15～25	口服	18～24	第(1)法在链霉素停用后改为对氨水杨酸
	链霉素	20～30	肌注	3～4	
	(2) 异烟肼	15～25	口服	18～24	异烟肼用药后6个月渐减到10～15毫克/公斤/日
	链霉素	20～30	肌注	3～4	
	对氨水杨酸	150～250	口服	12	
渗出性胸膜炎	异烟肼	10～15	口服	12～18	
	链霉素	20～30	肌注	1～2	

* 在无X线诊断的条件下，肺结核难以分型，可根据病情轻重考虑药量及疗程。

小儿结核病肾上腺皮质激素的使用问题：

1.必须与有效抗结核药物同时使用，使用期间应严密观察有无继发感染及其它并发症出现。

2.适应症：于下列情况时可考虑应用。

（1）渗出性胸膜炎、腹膜炎、心包炎；

（2）结核性脑膜炎；

（3）有明显中毒症状及呼吸困难的急性粟粒型肺结核。

3.禁忌证：患有水痘、溃疡病、癫痫、糖尿病者禁用。

4.使用方法：泼尼松1毫克/公斤/日，分3～4次口服。渗出性胸膜炎用2～4周，其他均用6～8周。

附表 2　几种传染病的隔离要求

病　名	最短最长潜伏期（常见潜伏期）	传染源	传染途径	隔离时间	接触者检疫或观察时间
鼠　疫	数小时～12天（3～6天）	啮齿动物	鼠蚤叮咬	治愈后检血三次，肺鼠疫检痰六次阴性	6　天
霍　乱 副霍乱	数小时～7天（2～3天）	病人、带菌者	水、食物、苍蝇、手	症状消失，大便培养三次（隔天）阴性	5　天
天　花	5～16天（10～12天）	病　人	呼吸道	痂皮完全脱落，但不少于发病后40天	14　天
细菌性痢疾	数小时～7天（2～4天）	病人、带菌者	食物、水、苍蝇、手	症状消失，大便培养二次阴性，或体温正常后8天	7　天
伤　寒 副伤寒	1～42天（6～14天）	病人、带菌者	水、食物、苍蝇、手	症状消失，粪、尿培养各二次均阴性，或体温正常后15天	25　天
白　喉	1～10天（2～4天）	病人、带菌者	呼吸道	症状消失后2周	10　天
猩红热	1/2～12天（2～4天）	病人、带菌者	呼吸道	自治疗起不少于6天	12　天
百日咳	2～23天（7～10天）	病　人	呼吸道	发病后30天或症状消失	23　天
流行性脑脊髓膜炎	1～10天（3～7天）	病人、带菌者	呼吸道	症状消失	10　天

续 表

水 痘	2～21天 (14～16天)	病 人	呼 吸 道	皮疹完全脱痂	21 天
麻 疹	6～21天 (10～11天)	病 人	呼 吸 道	出疹后5天，合并肺炎者不少于发病后10天	21天、经被动免疫28天
流行性感冒	数小时～4天 (1～2天)	病 人	呼 吸 道	症状消失	
流行性乙型脑炎	4～21天 (10～15天)	动物、病 人	蚊 咬	体温正常	
脊髓灰质炎	3～35天 (7～14天)	病人、带毒者	食物、水、呼 吸 道	发病后40天	35 天
传染性肝 炎	14～42天 (21～28天)	病 人	食物、水、苍蝇、手	发病后40天（如病情未好转）应继续隔离	42 天
斑疹伤寒	5～21天 (12～14天)	病 人	虱子叮咬	体温正常后12天，或彻底灭虱后	灭虱后14天

附表3 几种传染病的消毒方法

消毒对象	病种及消毒方法		备注
	伤寒、副伤寒、细菌性痢疾、白喉	传染性肝炎、脊髓灰质炎	
房屋的地面、墙壁和室内家具（包括桌椅等）	1.用1%漂白粉澄清液喷雾。 2.用3%来苏儿溶液喷雾。	1.用1%漂白粉澄清液喷雾。 2.用5%来苏儿溶液喷雾。	将消毒液装入喷雾器内，均匀喷射在物体表面，喷得湿透均匀为止。
手	1.用肥皂水冲洗 2.用2%来苏儿溶液浸泡2分钟 3.用75%酒精棉球揩擦	1.肥皂流水冲洗 2.用 %来苏水溶液浸泡2分钟	浸手用消毒液应每天更换一次
食具、注射器、药杯和压舌板	1.煮沸15分钟 2.用1%漂白粉澄清液浸1小时 3.用3%来苏儿浸1小时	1.煮沸30分钟 2.用3%漂白粉澄清液浸1小时	食具应全部泡入消毒液内 注射器应进行煮沸消毒
衣服、被褥、玩具等	1.煮沸15分钟 2.用3%来苏儿溶液浸泡2小时 3.放强阳光下曝晒4—6小时	1.煮沸30分钟 2.用3～5%来苏儿浸泡2—4小时 3.用上述消毒液喷后放日光下曝晒4～6小时	对棉花、枕芯等物，可用消毒液喷湿后，放日光下曝晒4～6小时
书报、饭票、笔记本等	放日光下曝晒4～6小时	用3～5%来苏儿喷湿后，放日光下曝晒4～6小时。	日光曝晒需正反面都晒到。 如系废弃物，可用火焚烧
残余食物	煮沸15分钟	煮沸30分钟	如系废弃物，也需煮沸后倒掉

续 表

便盆、面盆、浴盆等	用1%漂白粉澄清液喷雾消毒或揩擦	用3%漂白粉澄清液喷雾消毒或揩擦	痰杯可用煮沸消毒
病人排泄物和分泌物(如粪、尿、痰、呕吐物等)	1.每斤粪便用一热水瓶（五磅）开水泡，待冷后倒掉 2.每斤粪便加一斤10%生石灰溶液，消毒2小时 3.每斤粪便加一两漂白粉（约三汤匙）消毒2小时	按每斤粪便加四两漂白粉计算（约5份粪便加1份漂白粉），消毒2小时	粪便与消毒液必须充分搅拌。留家病例可挖一坑，将粪、尿倒入，上覆漂白粉。以后再倒入，再加漂白粉。坑满后填掉。

注：1.1%漂白粉澄清液配制法：按清水100份加漂白粉1份计算。配制时，先在漂白粉内加少量水搅成糊状，再将多余水倒入混匀，密封24小时，取其上清液即可。漂白粉有漂白、腐蚀作用，不能将漂白粉用作对棉布、金属等物品消毒。

2.3～5%来苏儿溶液配制法：量取来苏儿3份（5份）加水97份（95份）混和即成。

3.10%生石灰溶液配制法：取生石灰1公斤，逐渐加水10公斤，即配成10公斤的10%生石灰溶液。

附表 4　预防接种

制品名称	接种对象	接种方法与次数	剂量	间隔期	复种与免疫期	禁忌症
卡介苗	婴儿及结核菌素阴性的初生儿及试验的儿童	1.口服法三次 2.划痕法一次 3.皮内注射，一次	每次1毫升（含菌10毫克） 10毫克）1滴（每1滴含菌0.1毫升50～75毫克） 0.1毫升（每毫升含菌0.5—0.75毫克）	隔天服一次	1.4.7.10.14.17岁各一次，免疫期为2—4年	新生儿：体温超过37.5℃（肛温），体重在2.5公斤以下者，顽固性呕吐显著消化不良，具有显著临床症状的分娩创伤、脓性皮炎、全身性湿疹、流行性感冒等 儿童：结核菌素试验阳性、经X线检查疑似结核病者，急性传染病（包括2个月的恢复期）
牛痘苗	2—6个月婴儿及逾期未种者	上臂外侧初种2颗（相距1—3厘米），复种1颗。多压法或划痕法划痕长约0.4—0.5厘米，一次	每颗用苗1滴	1周后检查，初种如无反应再种一次	1.每隔一年6次 2.流行期再种 3.接触后即种免疫期3—4年	急性传染病及其恢复期，全身湿疹及蔓延性皮肤病，心、肾疾病，糖尿病，活动性结核，重症血友病，变态反应性疾病，体弱多病，经常发烧。种卡介苗后，至少1个月后方可种痘，种痘后至少半个月方可接种其他制品
百日咳菌苗	满3个月开始	上臂外侧皮下注射三次	第一次0.5毫升 第二次1.0毫升 第三次1.5毫升	7—10天	1—3年再注射一次，免疫期1—3年	急性传染病及其恢复期，心脏病代偿不全及血液病，肝、肾病，活动性结核，糖尿病，变态反应性疾病，痉挛素质，重症营养不良，重症消化不良

续 表

脊髓灰质炎减毒活疫苗	2个月～7岁	口服，三次	糖丸每次一粒 Ⅰ型（红色） Ⅱ型（黄色） Ⅲ型（绿色） 液体每次0.1毫升	先服Ⅰ型，次服Ⅱ型，后服Ⅲ型，每次间隔1个月		同百日咳菌苗
白喉类毒素	满6个月开始	上臂外侧皮下注射，三次	第一次 0.5毫升 第二次 1.0毫升 第三次 1.0毫升	间隔1个月	3～4岁、7～8岁，接种后免疫期约3年	1.同百日咳菌苗 2.患中枢神经系统传染性病（流行性乙型脑炎、脑膜炎等）
精制白喉类毒素	同上	方法同上，二次	每次 0.5毫升	同上	同上	同上
破伤风类毒素	受破伤的有风人员	方法同上，三次	第一次 0.5毫升 第二次 1.0毫升 第三次 1.0毫升	间隔4～6周	1.一再注射升1毫升，免疫期3～5年 2.于受伤即注射破伤风类毒素，量0.5毫升，免疫期3～5年	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗
精制破伤风类毒素	受破伤的有风人员	侧外下臂皮注射，二次	每次 0.5毫升	间隔1个月	同破伤风类毒素，量0.5毫升，免疫期3～5年	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗

续　表

百日咳菌苗、白喉类毒素混合制剂	8个月～6岁	方法同上，三次	第一次 0.5毫升 第二次 1.0毫升 第三次 1.0毫升	4～6周	1～2年加强注射一次，免疫期2～3年	同白喉类毒素
百日咳菌苗、白喉类毒素、伤风毒素制破类混合剂	同上	方法同上，三次	每次 0.5毫升	4～6周	1～2年加强注射一次，免疫期2～3年	同上
减疫活麻疹毒苗	8个月以上未患过麻疹的易感者	方法同上，一次	每次 0.2毫升			同百日咳菌苗
流行性乙型脑炎疫苗	6个月～12岁	方法同上，二次	6～12个月每次0.25毫升 1～6岁每次0.5毫升 7～12岁每次1.0毫升	7～10天	全程后，第2年加强注射一次，免疫期1年	1.同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗 2.成人酒精中毒者
伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗	2～59岁重点对象	方法同上，三次	2～6岁 第一次 0.2毫升 第二次 0.4毫升 第三次 0.4毫升 7～14岁	7～10天	全程后，每年加强一注射次，免疫期1～3年	急性传染病及其恢复期，心脏病代偿不全及血液病，肝、肾疾病，活动性肺结核，活动性风湿病，糖尿病，重症

续 表

			第一次 0.3 毫升 第二次 0.6 毫升 第三次 0.6 毫升 15岁以上 第一次 0.5 毫升 第二次 1.0 毫升 第三次 1.0 毫升		高血压，突眼性甲状腺肿，哮喘，胃或十二指肠溃疡发作期，月经期（暂缓注射），孕妇，前6个月授乳母亲
霍乱菌苗	6个月以上的儿童及成人	方法同上，一次	6个月～2岁0.2毫升 3～6岁 0.4 毫升 7～14岁0.6 毫升 15岁以上 1.0毫升	每年一次，免疫期6～12个月	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗
斑疹伤寒疫苗	受斑疹伤寒感胁人员	上臂外侧皮下注射，三次	第一次 0.5 毫升 第二次 1.0 毫升 第三次 1.0 毫升	7～10天	免疫期一年	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗
人用狂犬病疫苗	证明被狂犬(狂猫)咬伤、抓伤者	腹部皮下注射，十四至二十一次	每次2毫升	注射严重者日两天一次，每次7天	免疫期半年	诊断确实，应及早接种，不考虑禁忌症（急性传染病患者除外），已发病者接种无效

续 表

干燥鼠疫活疫苗	在疫区的人除有禁忌者外，不论老幼都要接种	方法同上一次	2—4岁 0.2毫升 5—7岁 0.3毫升 8—12岁 0.5毫升 13-16岁 0.7毫升 17-60岁 1.0毫升 60岁以上 0.7毫升	疫情严重时注射二次间隔20～25天	疫区每年注射一次免疫期1年	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗
干燥布氏杆菌活菌苗	牧区、皮革和屠宰业等对布氏菌素反应阴性的人员。60岁以上及5岁以下不必注射	方法同上一次	5—9岁 0.3毫升 10-15岁 0.5毫升 16岁以上 1.0毫升		一年后布氏菌素反应阴性者再次注射，剂量为原来的一半，免疫期一年	1. 同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗 2. 布氏菌素皮试阳性者，在布氏菌苗接种前10天或接种后30天，才可作其他预防接种
多价钩端螺旋体菌苗	流行区：在地区的水田或地湿工作的农、渔民及工人区：无流行区：普遍除老幼劳动力者外应注射	方法同上二次	第一次 1.0毫升 第二次 2.0毫升。 7—13岁用量减半，13岁以上与成人量同	7天	每隔2年注射一次	同伤寒、副伤寒甲乙三联菌苗

注：脊髓灰质炎减毒活疫苗保存条件：

糖丸：－15～20℃ 1年

	4～8℃	5个月
	20～22℃	7天
液体：	-15～-20℃	2年
	4～8℃	7天

牛痘苗保存条件： 0～5℃

第七篇　地方病

第一节　克山病

克山病是一种原因未明的心肌病变为主的地方病。1935年冬于黑龙江省克山县发生流行，由于当时对这种病认识不清，故因地命名为“克山病”。我省俗称“吐黄水病”。

〔流行规律〕

（一）病区分布：本病多发生在气候变化较大的山岳地区和丘陵地带。我国部分省（区）的部分地区，有本病发生。

（二）流行特点：

1.地区性：本病具有一定的地区性。一般说，川道上游，分水岭附近多为重病区。在一个病区内发病的轻重不同，个别地区还有不发病点（健康村）。但这些发病点和非发病点，轻重病区，不是固定不变的，常有互相转化现象。目前，发病地区似有扩散的趋势。

2.季节性：本病虽一年四季均可发病，但季节性较明显，东北、西北地区，包括延安地区，大批发病多集中在冬、春寒冷季节。四川、云南发病集中在7、8、9三个月份。

3.波浪性：据考察克山病，每隔数年可有一批较多的病例出现，有明显的年度差异。其间隔年限无明显规律。

4.年龄、性别、职业与发病关系：一般认为生育期妇女

及断奶后学龄前儿童较多。近年来，各地报道小儿发病有增多的趋势，但两岁以下的乳幼儿发病极少。此外，克山病可在短期内，一家中常有两人以上发病，即所谓“家庭性”，并多见于由非病区的新迁入户。病区内各职业人群，均可发病，但以农民发病最多。

5.发病与诱因：多数在不知不觉中发病，得病后有的自愈，有的逐渐发展成慢型，有突然急性发作。常见的发病诱因，如感冒，不适当驱虫，寒冷，过劳，精神刺激，暴饮暴食等。

〔病因〕

克山病的病因至今尚未明了。目前主要有以下几种学说：

(一) 缺乏说：可能是由于对心肌代谢十分重要的某种特殊物质的缺乏所致。例如氨基酸或镁、钼、硒等离子缺乏或比例失常。

(二) 传染说：认为是一种自然疫源性疾病，病原体可能系病毒类的微生物。

(三) 中毒说：可能是病区某种有毒物质进入体内引起中毒所致。

〔临床分型及表现〕

克山病可分为潜在型、急型、慢型（痨型）和亚急型。现分述如下。

(一) 潜在型克山病：是指心肌虽已受致病因素的损害（心界扩大不明显），但心功能尚属正常，即克山病的心功能代偿期。一般不影响劳动生产。本型也可由急、慢型克山病好转而来。

1.症状：多数病人无不适及痛苦，仅在检查中发现，少数病人可有头晕，乏力，心慌，气短，心前区不适或劳动力下降。上述症状，可有可无，时隐时显，时轻时重。

2.体征：

（1）心界扩大：临床意义较大，但并非每例必有，多为轻度扩大。

（2）心音减弱：第一、第二心音均减弱，尤以第一心音减弱为明显，心音减弱的原因，与心肌病变有关。

（3）心前区收缩期吹风样杂音：这种杂音不同于器质性二尖瓣关闭不全的杂音。响度不大，几乎无超过Ⅲ级以上者，杂音较器质性瓣膜病者柔和，收缩期持续时间短，传导范围不广。很难与生理性杂音区别。

（4）心律失常：以期前收缩最常见(且运动后减少)，有些病例，可有心房纤颤，阵发性心动过速等。

（5）血压偏低，脉压差变小。

3.X线检查：可见心脏扩大，尤以左室大为著，形态改变，搏动减弱。

4.潜在型克山病，常见的心电图表现：

（1）房室传导阻滞（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ度）；

（2）完全性束支传导阻滞（以右束支传导阻滞为多见）；

（3）ST—T明显改变；

（4）Q—T间期明显延长。

（二）急型克山病：发病急，主要表现是由于急剧的心搏出量减少，周围循环代偿失调，引起的心源性休克为主的一系列临床表现，可相继或同时出现心力衰竭或(和)心律失常。

1.休克早期：在休克出现前数小时或数日（约一周左右），常有以下表现。若这时能给予及时处理，常可制止严重的休克发生。

（1）症状：常见症状，有头晕，心难受，气短，恶心，心悸。其次，还可有畏寒，乏力，呕吐等。

（2）体征：面色苍白，脉细而弱，全心音尤其是第一心音弱或低钝（所谓心音弱，是指在心尖部听诊时，第一音弱于第二音），心律失常（主要的是多发性期前收缩，其他少见），血压可在正常范围，或有一过性升高，或偏低，脉压变小等。

2.休克期：若在休克早期未给予及时处理，病情进展而出现严重的休克。临床表现复杂，且常多变、易变、突变。

（1）症状：发病多在半夜或黎明时，休克早期症状加剧，并出现典型的休克表现，如面色苍白或呈土灰色，四肢发凉，出冷汗，少尿或无尿，口渴，烦躁不安，死亡恐惧感等。小儿多有腹痛。部分病例，可有心难受和反复呕吐，甚则吐出胆汁。故当地居民称本病为“吐黄水病”。

（2）体征：体温多偏低或不升高，也有因合并感染或心肌坏死而引起发热。脉搏快而弱，或摸不清。血压下降，甚至测不出。心音明显减弱而听不清或呈胎心音。常有严重的心律失常，部分病人，可发生心源性脑缺血综合征（即阿一斯综合征）。本型病例给予正确及时的抢救，可逐步恢复，或转变为慢型克山病。

（三）慢型克山病（痨型）：发病缓慢，以慢性充血性心力衰竭表现为主（心功能2—4级）。本型可因致病因素损害心肌，逐渐发生充血性心力衰竭而形成，也可由急型克

山病，在纠正心源性休克过程中，或休克纠正以后，而逐渐出现心力衰竭。慢型克山病，若出现急型克山病的表现，称为“慢型克山病急性发作”。

（四）亚急型克山病：是指发病较慢型为急，而较急型为缓慢，有急型和慢型的症状与体征，主要见于儿童，常有奔马律和明显浮肿。

〔克山病诊断指标〕

（一）主要指标：

1.急、慢性心功能不全；

2.心脏扩大；

3.心律失常：

（1）多发性期前收缩（运动后不减少）；

（2）心房纤颤；

（3）阵发性心动过速；

4.奔马律；

5.心电图改变：

（1）房室传导阻滞；

（2）完全束支传导阻滞；

（3）ST—T明显改变；

（4）Q—T间期明显延长。

6.X线检查改变：

（1）心脏扩大；

（2）形态改变及搏动减弱。

7.能除外其它原因引起的心源性休克和心力衰竭。

（二）参考指标：

1.第一心音减弱，心尖区收缩期二～三级杂音；

2.心电图检查，低电压，不完全束支传导阻滞，T波低平；

3.X线检查，左心缘延长；

4.儿童有窦性心动过速（尤其熟睡时），浮肿，精神萎靡，食欲差，面色灰暗。

（三）诊断：

1.具备克山病的流行特点，如地区多发，急型冬季多发，亚急型、慢型春、夏季多发；农业人口尤其生育期妇女，断奶后学龄前儿童多发；家庭多发，在病区和病区居民同样生活连续三个月以上等，再具备主要指标之一条或其中之一点，能排除其他疾病，即可诊断为克山病。

2.具备克山病的流行特点，只有参考指标者，列为可疑病例，进行观察治疗。

在诊断中，凡符合克山病的诊断条件，心脏扩大不明显，心功能代偿者，应诊断为潜在型克山病。以心源性休克为主要表现者，应诊断为急型克山病。以慢性充血性心力衰竭为主要表现者，应诊断为慢型克山病。

在诊断中，潜在型克山病的确诊较难，应综合多方面的资料，进行全面分析。否则，就会漏诊或使潜在型克山病，在普查时发病率过高。急型克山病应与急性心肌梗塞区别。慢型克山病应与其他原因引起的充血性心力衰竭区别，尤其应与风湿性二尖瓣关闭不全区别。小儿克山病，因常有较明显的消化道症状（如腹疼，呕吐及呕吐蛔虫等表现）和呼吸道症状，应与急腹症，蛔虫症，呼吸道炎症等疾病鉴别。

〔预防〕病因虽尚未明了，但针对几种病因学说，采取综合性预防措施，可大大降低发病率与病死率。

（一）发动群众，进行流行病学调查、侦察，进行本病防治知识的宣传教育，建立建全防治组织和订立具体防治措施。

（二）积极开展爱国卫生运动，改善环境卫生，搞好室内卫生及个人卫生，开展群众性的体育锻炼，增强体质。

（三）搞好饮食、饮水卫生：

1.选好水源，保护水源，改造旧井，提倡深井水，浑水要澄清或消毒，不饮生水。

2.适当种、食蔬菜，尤其含维生素C多的菜类，如西红柿、芹菜、大辣椒等，纠正偏食习惯，保管好粮食，防潮、防霉。

（四）改善居住条件，达到既取暖，又空气流通，防烟、防潮。

（五）防感冒。勿暴饮暴食，防过度疲劳。

近年来，我省广大病区，用亚硒酸钠口服，预防克山病，取得较满意的效果。其服用剂量为：每10天，服药一次，每次量按1—5岁，服1毫克；6—10岁，服2毫克；11—15岁，服3毫克；16岁以上，服4毫克。切忌：数次药一次服用。

〔治疗〕

（一）潜在型克山病的治疗：合理安排生活与劳动，注意劳逸结合，防止过劳，防治感染，预防寒冷等不利因素，注意病情变化。

（二）急型克山病的治疗：

1.一般治疗：安静休息，就地积极治疗，烦躁不安者，应给镇静剂，常用药物如氯丙嗪、异丙嗪各25毫克肌肉注射。儿童患者，各按0.5～1毫克/公斤给予。有条件的，可根据

需要给氧气吸入。

2.休克早期的治疗：原则是减轻心脏负担，改善微循环，防止病情恶化。首先是结合具体情况，给予一般治疗。但最重要的是立即给予维生素C，首次量是3—5克，加入高渗葡萄糖液，静脉注射。以后，可根据具体情况，重复用药。

3.纠正心源性休克：静脉大量注射维生素C，是纠正克山病心源性休克的最重要的措施。

（1）维生素C的具体用法及用量：首次用量要足（即冲击量要大）。一般首次用5—10克，立即静脉注射。病情重危者，可行股动脉注射。以后，随病情的变化，可于2—3小时后，再給药1—2次。然后，每日静脉注射1—2克，于7—10日内停药。多数病人，均能收到满意的效果。如不满意或病情好转后又恶化时，可重复应用或配合升压药治疗。

（2）其他治疗方法：

①升压药：可给阿拉明、多巴胺、去甲基肾上腺素、新福林等。

②激素：促肾上腺皮质激素25毫克，或氢化考的松100—300毫克，溶于5％葡萄糖液500毫升中，缓慢静脉滴注。

4.纠正心力衰竭：宜先用毒毛旋花子甙K、西地兰。其他详见心衰节。

5.纠正心律失常：在急型克山病时，出现的心律失常中，相当一部分病例，于大量维生素C，静脉滴注后纠正。必要时，可选用适当的其他药物，详见心律失常节。

6.中草药及新针疗法：

（1）中药：急救回阳汤（附子、干姜、党参、红花、桃仁、木香、甘草），每日1—2剂。

（2）新针：取穴大椎、膻中、心俞、内关穴。

（三）慢型克山病的治疗：基本上同一般充血性心力衰竭。另外，可试用：

1.樟救汤：樟木、五灵脂各五钱，小救驾三钱，红花二钱。加水1500毫升，煎1小时左右，澄出药液，加黄酒一两为引。每次服500毫升（儿童30～50毫升），早晚各服一次。忌生冷饮食。浮肿明显时，可加用车前子等利尿药。

2.败酱草片：每日三次，每次15片。这种药片的制作方法：将鲜败酱草，水煎浓缩成浸膏，每斤膏子，加入半斤干苦菜粉，充分混合后，晒干，粉碎，用70%酒精脱水，制一斤片子，用酒精约400毫升。加淀粉制成颗粒后，再加入少许硬脂酸镁，压片机压成片子一斤。每斤片子，需淀粉30克，硬脂酸镁3克左右。每片量0.3克，含浸膏0.11克，含生药12.22克。

3.羊洪膻根三钱，山芝麻（细叶马先蒿）三钱。水煎服。或羊洪膻全草一两，黄精五钱。水煎服。3—5天为一疗程。休息半月继续服用第二个疗程。一般服药三个疗程。

（四）亚急型克山病的治疗：

1.亚冬眠：氯丙嗪、异丙嗪，儿童各0.5—1.0毫克/公斤，肌肉注射或静脉注射。

2.维生素C的应用：维生素C 2—3克，加入50%葡萄糖液20毫升，静脉注射，同静脉注射强心药并用。

3.强心药的应用：开始用西地兰，儿童饱和量按0.03～0.04毫克/公斤，首次量为饱和量的一半，加入维生素C中，缓慢静脉注射24小时内洋地黄化。病情好转后，以狄戈辛饱和量按0.04—0.08毫克/公斤，缓给法，三天内达到饱和。

维持量为饱和量的1/4。

4.**利尿剂的应用**：双氢克尿塞儿童按1～2毫克/公斤，每周1～2次，可与氨苯喋啶联合应用。

5.10%氯化钾：10毫升口服，一日三次。

第二节 大骨节病

大骨节病又称“柳拐子病”。是一种慢性骨关节变大畸形的地方病。主要侵犯青少年骨关节系统，表现为关节疼痛，增粗，四肢肌肉萎缩，运动障碍，身材矮小。严重者，可致残废。

（一）病区分布：本病分布在我国部分省（区）。在我省主要分布在山岳丘陵地带。

流行区多为山岳丘陵，山谷沟壑，低洼潮湿地带，气候比较寒冷。

在流行区中，有的自然村发病多，有的自然村发病少，有的自然村不发病。近几年，发现有某些新发病村。

（二）发病与季节的关系：一年四季皆可发病，但以春季桃花开时最多，秋冬次之。群众有“二八月，出拐多”之说。

（三）发病特点：发病多少与男女性别无关，发病年龄以6—18岁的青少年最多，最小发病年龄为3—8个月，成人也可发病。

职业方面，以农业人口发病较多、较重，工人干部发病较少、较轻。

健康人进入病区后，一般是经过2—3年开始发病。但

也有进入病区后3个月至8个月，就开始发病者。

（四）**发病诱因**：主要是传染病，慢性消化不良，外伤和产后。所以，防止诱因，对预防本病有一定的意义。

〔病因〕大骨节病的病因至今未明。病区群众认为本病的发生与当地的水土有关，所以称本病为“水土病。”

目前，有以下几种学说：

（一）水土中硫酸根离子缺乏学说。现在用含硫酸根离子的药物，防治大骨节病，取得了较好的效果。

（二）水中有机物中毒说。认为病区饮用水源受有机物（如腐质酸）污染所致。

（三）水中锶、钡、硒中毒说。

（四）缺镁说。认为病区水、土、粮中，镁元素缺乏所致。

（五）镰刀菌中毒说。认为本病是由于长期食用被镰刀菌污染的粮食所致慢性中毒。

〔临床表现〕

（一）**关节疼痛**：在起病最初或轻型病人，无疼痛感。以后，随着病情的进展，出现疼痛。疼痛多在清晨起床和休息后起立时出现。寒冷和剧烈活动，可使疼痛加重。秋变冷和春季解冻时都会加重。

（二）**关节肿大畸形**：病初无变形。以后，可变粗、肿大，以至呈严重畸形。受累关节，以指、踝关节最多见，而且较早。其次，为肘、膝、腕等关节。由于关节疼痛，增粗，四肢肌肉挛缩，使关节活动障碍，并出现畸形。幼年发病者，由于管状骨生长过早停止，因而发生身材矮小。

（三）**关节活动障碍**：病初仅为活动不灵，尤以晨起为

甚，必须慢慢活动后，才能从事劳动。由于指关节的病变，引起握拳和伸指动作受限。由于膝、肘关节病变致使上、下肢不能伸直，活动受限。因跟骨受累，下坡更为困难，严重者，走路摇摆。

〔诊断与鉴别诊断〕

在流行地区，根据病史和临床表现，排除其它的骨关节系统疾病，一般诊断并不困难。

临床上按病人的症状，体征和劳动力下降程度，将本病分为前躯期，一度、二度、三度。

其主要特点如下：

（一）前躯期：关节疼痛，活动不灵，手指末节轻度向掌侧弯曲，偶有细小摩擦者。

（二）一度：关节疼痛，少数关节增粗，肘关节呈屈曲性挛缩，不能伸直（可达170度角）。四肢肌肉有轻度萎缩，可担负一般体力劳动。

（三）二度：各关节显著疼痛，多数关节(尤以指关节、踝关节）明显增粗，轻度短指畸形，四肢肌肉萎缩，肘关节伸展更加受限，仅达150度角。劳动力明显下降。

（四）三度：明显的短肢畸形，身材矮小，肘关节伸展小于150度角，四肢肌肉严重萎缩，劳动力极度下降，甚至丧失。

大骨节病的X线诊断：X线拍片检查，对本病的诊断和鉴别诊断，具有重要的价值。由于病因对骨关节的损害作用，在儿童期主要表现为长骨干骺端和骨骺的变化。在成人则主要为骨端的变化。其X线诊断，分下面五型：

1.干骺型：多见于3～6岁，症状或有或无，干骺端呈锯齿状或波纹不整，或杯状凹陷，或硬化现象。

2.干骺骨骺型：多见于7—10岁，除有干骺型改变外，还有骨骺变形，破碎。

3.骨骺型：主要为骨骺变形（一般梭形变），或骨骺断裂硬化，向干骺端突入。

4.骨端型：多见于成人，15岁以下少见。骨端增粗、变形，可见赘骨形成。

5.关节型：多见于30岁以上成人，指胫、腓骨粗短、变形，关节腔变窄，关节面不整，多伴有游离体(又称关节鼠)。

本病应与类风湿性关节炎，佝偻病，呆小病，先天性软骨发育不全等鉴别。

1.类风湿性关节炎：发病年龄较长，多见于20～40岁，常有发热，贫血，血沉快，关节附近的软组织肿胀等表现。虽有关节强直，但长骨的长度不受影响，故无身材矮小及短肢畸形，且无地区性，X线表现也不同。

2.佝偻病：发病年龄，较大骨节病为早，多见于6个月至3岁的幼儿。表现有囟门未闭，牙齿迟出，方颅畸形，肋软骨串珠等，无关节疼痛，增粗，肌萎缩及地方性。

3.呆小病：身材矮小者，应与呆小病鉴别。本病是由于甲状腺功能低下所致。全身各部发育均迟缓，但四肢和躯干尚成比例，皮肤干燥，口唇肥厚，智力发育差。见于地方性甲状腺肿流行区。

4.先天性软骨发育不全：属胎生性疾病，在婴儿出生时即已形成，长骨粗短但无疼痛，生长发育障碍，比大骨节病严重。X线表现为骨皮质增生。

〔预防与治疗〕

大骨节病和其它疾病一样，尤其重要的是预防。赤脚医

生及其他医务人员，必须作好领导的参谋，只有在当地党政领导部门充分重视下，充分发动群众，紧密配合当地的生产建设，才能作好防治工作。具体的防治办法，有以下几种：

（一）开展爱国卫生运动：移风易俗，减少疾病，提高健康水平，增强机体的抗病能力。

（二）改良水质：

1.用增加水中硫酸根的方法改水：将浓硫酸配成1：9的溶液(配制溶液时，应将硫酸往水中兑放)。每20斤水中，加药液7.5～10毫升混匀，供作饭及饮用水。或者采用水中加硫酸钠（芒硝）的办法，每100斤水中，加硫酸钠半两，也有良好效果。

2.用草木灰改良水质：60斤水，加1斤草木灰（先将草木灰装在布袋里，再浸泡在水缸内），作为生活用水，2～5天，更换一次草木灰。

3.寻找良好的水源，改善水源的环境卫生：不用“空山水”，改用深井水等。

4.其它办法：井中投放硫磺或煤，或用煤和硫磺同时分层放的办法。硫的投放量，是每人约1斤左右，煤是每口井投放1000斤左右，并应定期（半年～1年）淘洗，及时补充。水中加放卤碱，每20斤水中，加放4克。

（三）盐改：

含硫食盐：此方法较水改（指加硫酸根药液）方便，且易持之以恒，应当推广。方法是：每斤食盐中，加含水硫酸钠（$Na_2SO_4 \cdot 10H_2O$）1.5两，代替一般食盐，每人每月按一斤供应。若用无水硫酸钠（Na_4SO_4），也叫元明粉，则按SO_4^-含量比例减少用量。

（四）服药防治：

1.硫酸钠：7岁以下3克/日，8～12岁4克/日，13岁以上6克/日，分两次用水化服。

此药一般反应不大，部分患者于服药3—5天后，可出现一过性关节疼痛加重。个别病人可有缓泻，适当减少药量，即可消失。以后，食欲增加，精神变好。一般连用1—3月。

2.卤碰疗法：成人每日4—6克，儿童3—4.5克/日，分三次，用温开水化服。一般三月为一疗程。必要时，可服数个疗程。

3.草木灰浸出液：每日3次口服，每日30毫升，连用半年左右。

附：草木灰浸出液的制作方法：草木灰系荞麦秆、青蒿、麦秆或杂草烧过后备用。取草木灰3斤，加水（热水也可）10斤，充分搅拌后，浸泡24小时，过滤，取其澄清液，加热浓缩成2斤，即成草木灰浸出液。

4.其它疗法：咸阳地区试用硫酸锰（5毫克/日）和氯化锰（10毫克/日），有一定的效果，可试用。或用水化服锅巴盐，每日四次，每次1钱。

5.中草药疗法：

（1）穿山龙汤：穿山龙一两，红糖适量。先将穿山龙加水煮沸30分钟，再加红糖煎30分钟即成。

（2）槟榔粉：将槟榔捣碎，炒黄，碾成粉。成人每次服一钱，每日二次。红糖水冲服。

6.手术疗法：

对成年患者，如因严重的膝内翻、膝外翻，而影响劳动者，可考虑外科矫形手术。关节内有游离体者，可手术取除。

第三节 地方性甲状腺肿

地方性甲状腺肿是指由于缺碘而引起的甲状腺组织增生、肥大，以及变性的一种地方病。俗称“瘿”或“大脖子”。本病流行地区较广，多见于离海较远，海拔较高的山区。我国华北、西北、西南各地，都有发病。我省主要的发病地区是陕南、陕北和关中的山区及一些河滩地带。甲状腺机能一般正常。

女性发病率稍高，患者年龄以10～30岁为多。

〔病因〕

目前认为是由于缺碘引起。引起碘缺乏的原因有：

（一）水土及食物中缺碘：病区的饮水、粮食、蔬菜、土壤和食盐中的碘含量低，使机体得不到足够的碘。

（二）相对需要量增加：例如，妇女在妊娠期、哺乳期，对碘的需要量增加，若水或食物中，不能获得足够量的碘，也会引起甲状腺肿大。

（三）传统的饮食习惯：病区居民吃蔬菜少，普遍用酸菜及辣椒作主要副食。酸菜制作仅用少量盐，不喜欢用碘盐。

（四）吸收利用受阻：食物中含有防碍碘吸收的因素，或碘摄入量虽然不少，但不能充分利用。

〔临床表现〕

因仅为甲状腺肿大，不伴有功能紊乱，故一般无特殊症状。巨大的甲状腺肿，可产生压迫症状。气管受压可有呼吸不畅；食管受压可引起吞咽困难；喉返神经受压可引起声音

嘶哑等。

过大的甲状腺肿，可影响生产劳动。少数结节性肿大可并发甲状腺功能亢进或癌变，故应积极治疗。

甲状腺肿可有以下几种类型：

（一）弥漫型：最多见，甲状腺均匀肿大，触之较软，有弹性，无结节。

（二）结节型：肿大的甲状腺表面不平，呈结节状。

（三）混合型：甲状腺呈弥漫性肿大，并有结节。

〔诊断〕

本病的主要诊断依据是流行病区甲状腺肿大。甲状腺机能正常（基础代谢率一般均正常，少数可降低。甲状腺对碘131吸收率增高，排泄减少）。

诊断中，一般的将甲状腺肿大的程度，分为三度：隐约可见者，为轻度；明显可见者，为中度；肿大超过病人拳头者，为重度。

〔预防与治疗〕

对病区，保障供给含碘食盐和宣传教育病区居民坚持食用碘盐，是目前最有效的防治方法。根据情况，一般供给五万分之一的含碘食盐，即可收到满意的预防效果。经常进食含碘较多的海产食品，如海带之类，也有防治作用。

（一）0.66%碘酊注射：适用于甲状腺肿大Ⅰ°、Ⅱ°患者，一般选择腺体肿大超过鸡蛋大的患者为宜。

用法及用量：注射部位应先作碘酒、酒精常规消毒后，以垂直或倾斜成45°方向刺入腺肿中心部位，注入0.66%碘酊注射液，每次1—2毫升。每隔10天注射1次，一月为一疗程。

禁忌：活动性风湿病，活动性肺结核，有肝、肾疾病，

高血压或动脉硬化症及心脏病患者，不宜采用。

注意事项：

1.严密消毒，预防感染化脓。

2.注射时，注意避免刺伤血管及神经，避免将药物注入血管内。

3.一定将药液注入腺体的中心。

4.为了预防个别患者发生过敏，可于注射前一天，口服碘盐2片，作试验，若有过敏现象，不宜采用。

（二）二甲基亚砜碘离子透入疗法：二甲基亚砜为一具有很强渗透能力的有机溶剂，将碘化钾溶解于有机溶剂中，将其溶液均匀涂擦腺肿后，碘离子可透入皮肤进入组织，故有代替碘酊注射法直接局部供碘的作用，简便易行，易于掌握。

药物的配制及用法：取99.7%的二甲基亚砜40毫升，放入烧杯内，加水600毫升，混匀，取8克碘化钾掺入上述溶液，振荡溶解，装入药瓶内密封备用。

治疗时，充分暴露腺肿，用湿毛巾擦净皮肤，用毛笔或毛刷沾药水，均匀涂擦腺肿皮肤，每天一次或二次。连续治疗一月，为一疗程。

副作用：个别患者用药后，有十数分钟局部有刺激感，后有药物气味自鼻孔逸出，少数可出现小红疹，但很快消失，多数无需处理。

（三）2%碘化钾溶液注射疗法：适于弥漫型患者，每隔六天注射一次，每次肌肉注射2毫升。一月为一疗程。

（四）大剂量碘化钾溶液及碘盐片交替口服疗法：

碘化钾5%的水溶液，每日服一次，成人每次服16—20

毫升，儿童每次服 8 —16毫升。一月为一疗程。

碘盐片：每日服一次，成人每次口服 2 片，儿童每次服 1 片。一月为一疗程。

（五）甲状腺片：成人每日一次服60毫克，儿童每日一次口服30毫克。

禁忌：心、肾有病，或患有动脉硬化，糖尿病者禁用。

（六）单验方：

1.柳叶膏：柳叶含碘很高，高于一般食品数倍。用柳叶制成膏，外敷肿大的甲状腺处，3 — 5 天换膏一次。此法，可取得良好的效果。

柳叶羔的制作方法：取柳叶，水煎去渣，浓缩成膏，然后用膏900克，加黄蜡100克混合制成。

2.海带二两，每日一剂，煮食。

3.海藻二两，每日一剂，煎汤代茶喝。

（七）新针疗法：

主穴：阿是穴（甲状腺体）、曲池穴。

配穴：天突、合谷穴。

在选穴时，应避开血管、气管。进针后，可提插数次，有针感后退针，隔日或每日针刺一次，十次为一疗程。

（八）手术治疗：巨大的甲状腺肿压迫症状明显，影响劳动者，或因肿大的甲状腺有结节、恶性变或发展成为毒性甲状腺肿者，可考虑手术治疗。

第四节　克 汀 病

克汀病又名呆小病，为甲状腺机能减退症。多见于甲状

腺肿地区；和母体患甲状腺肿而怀孕，胎儿甲状腺往往发育不全而引起呆小病。

〔临床表现〕若婴儿生长迟缓，起坐、行走、言语开始较晚，乳牙生长较迟，应怀疑本病。典型症状，常自出生后二、三月出现，智力明显低下，甚至痴呆；有听力障碍及言语障碍，甚至完全聋哑；身体发育迟缓，身材大多矮小；面色蜡黄而臃肿，舌大唇厚，鼻梁下陷，眼裂小，眼距宽，表情淡漠呈傻相。

〔诊断〕

（一）地方性甲状腺肿流行区。

（二）母亲为地方性甲状腺肿患者。

（三）幼婴儿生长发育及面貌的特点。

〔预防与治疗〕

（一）在病区，应提高警惕，争取早发现，早治疗。孕妇不论有无甲状腺肿，在本病流行地区，需补给大量碘盐。有甲状腺机能亢进的孕妇，给抗甲状腺药物时，又须掌握好剂量，并辅以甲状腺干制剂治疗。

（二）幼婴儿的治疗：愈早愈好，可用甲状腺干制剂。4月以内的幼婴儿给6—8毫克/天；4—8月者，给16—30毫克/天；8—12月者，给30—60毫克/天；2岁以前者，给45—90毫克/天；2—4岁者，给60—120毫克/天；4—12岁者，给90—120毫克/天。

第八篇　内科疾病

第一章　呼吸系统疾病

第一节　上呼吸道感染

（附：流行性感冒）

上呼吸道包括鼻、咽喉和气管。这些部位的病毒性（占绝大多数）或细菌性感染，总称为上呼吸道感染。一般通称的伤风感冒和急性咽峡炎，是本组疾病中最常见的。流行性感冒（简称流感）是由流感病毒引起，其传播很快，可形成大流行而严重影响生产劳动。

〔诊断要点〕

（一）起病急，发热可高可低，全身不适，头痛、鼻塞流涕、咽痛、咳嗽等。婴幼儿患者发热食欲减退等全身症状较突出，而且可因高热而发生惊厥。

（二）体检除流涕，咽部充血外，一般无特殊异常。

（三）流感可有暴发性流行，全村多人同时发病。常突然畏寒，高热达39℃以上，头痛及全身酸痛明显，呈急性重病容，颜面赤红，结膜充血，而上呼吸道症状较轻。部分患者可合并细菌感染，如鼻窦炎，支气管炎，肺炎，中耳炎

等。此时，临床症状加重，发热时间相对延长，并可出现相应的临床表现（见有关章节）。

（四）在流行季节，应注意与流行性脑膜炎、麻疹等急性传染病的早期鉴别。前者须注意检查皮肤瘀点与脑膜刺激征；后者须注意询问接触史，预防接种史等，以助鉴别。

〔预防〕

（一）流感患者，应按呼吸道传染病进行隔离，直至症状消失为止。流行期间，尽量减少集体活动，减少人群之间的来往。

（二）加强体育锻炼，提高人体的御寒能力。在生产劳动中，应做好防寒保暖工作，减少发生感冒的诱因。

（三）流感流行时，可用醋熏屋内（在火炉上煮沸）。

（四）中草药预防：

1.三白汤：白菜一两，白萝卜二两，葱白四根。加水煎汤。每服一碗，一日二次，连服三天。上方也可加入白茅根二两。

2.贯众三钱，荆芥三钱，紫苏三钱，甘草一钱半。水煎服。每日一剂，连服三日。

3.野菊花三至五钱，桑叶三钱。泡水，当茶喝。集体预防时，可用野菊花一斤，桑叶一斤八两，约可供100人饮用。

〔治疗〕

（一）**对症治疗**：发热头痛较显著者，可服解热镇痛剂，如阿斯匹林或复方阿斯匹林、安乃近等，均为每次0.5克，一日三次。鼻塞，可用1%麻黄素或滴鼻净滴鼻。咽痛，可口含薄荷片或碘喉片。咳嗽，服止咳剂，如复方甘草合剂等。

（二）**磺胺及抗菌素**：婴幼儿和年老体弱者，可酌用

抗菌素或磺胺类药物，以预防继发感染，并应多饮水及适当休息。

（三）中医治疗：

1.风寒感冒：怕冷发热，以怕冷为主。无汗，骨节酸痛，流清涕。舌苔薄白。治宜辛温解表。

轻型：生麻黄三钱，杏仁三钱，葱白三钱，桑叶三钱，生甘草一钱（心脏病及高血压病慎用）。水煎服。

重型：荆防败毒散：荆芥三钱，防风三钱，羌活二钱，独活二钱，柴胡三钱，桔梗二钱，前胡三钱，川芎三钱，枳壳二钱，生甘草二钱，茯苓三钱。水煎服。

2.风热感冒：发热怕冷，以发热为主。口干，咽痛，苔黄，鼻出气热。治宜辛凉解表。

轻型：桑叶三钱，西河柳三钱，蒲公英三钱，柴胡三钱，薄荷二钱，生石膏三钱。水煎服。

重型：银翘散，银花五钱，连翘五钱，桔梗二钱，薄荷二钱，竹叶一钱，荆芥三钱，大力子三钱，淡豆豉二钱，生甘草二钱。水煎服。

3.流感流行时，上面诸方中，均可再加入大青叶五钱，板兰根五钱，蚤休（草河车、重楼，七叶一枝花）三钱。或用复方大青叶注射液，肌肉注射，每次2—3毫升，每日二次。也可用银黄注射液，抗炎注射液等。

第二节　支气管炎

本病可由细菌或病毒感染引起，也可由物理、化学性刺激，如煤烟、灰尘等所致。按病程长短，分为急性和慢性两

种。

〔诊断要点〕

（一）急性支气管炎：

1.起病多有上呼吸道感染症状，但以咳嗽为主。初为干咳，以后痰渐多呈粘液脓性。

2.肺部检查，可闻到呼吸音粗糙，或散在性干性罗音，或少数不固定的中水泡音。

（二）慢性支气管炎：

1.轻者仅早晚有刺激性咳嗽，重者咳嗽、吐痰较多，呼吸可带哮鸣音。每于冬季或上呼吸道感染后加重。多年久病者，常感活动时气促，可引起肺气肿及支气管扩张。严重者，可并发慢性肺原性心脏病。

2.检查肺部可无异常体征，或可听到散在的干、湿性罗音及哮鸣音，以背部下方为多。久病者伴有肺气肿征（胸呈桶状，叩诊过清音，肺界下移等）。

3.在成人应与肺结核鉴别，如经常午后低热，或听到限局于肺尖或肩胛间区的小水泡音，特别在咳嗽后出现，应考虑肺结核。必要时X线检查。

〔预防〕

（一）加强身体锻炼，增强体质，提高机体对寒冷的适应能力，劳动后注意保暖，避免受凉。

（二）大力开展爱国卫生运动，改善取暖及炉灶设备，不断改进劳动卫生及防护措施。

（三）注意个人卫生，如口腔清洁。清除各种慢性感染灶，如口腔慢性感染、鼻窦炎、扁桃体炎等。抽烟者，要尽量减少吸烟，患有慢性支气管炎者，更要坚决戒烟。

〔治疗〕

（一）一般治疗：保持室内空气流通、湿润，避免受寒和烟尘刺激。慢性患者，尤应戒除烟酒。

（二）对症治疗：咳嗽可服复方甘草合剂加氯化铵。咳重影响睡眠者，可于晚间加用咳必清、咳美芬或镇静剂。有哮喘者，宜加用氨茶碱、麻黄素或异丙嗪。发热者服退热剂。

（三）抗菌药物：急性支气管炎或慢性支气管炎急性感染症状明显者，宜给予磺胺。高热及小儿病例给予青霉素。必要时合用链霉素或用四环素族。

（四）中医治疗：

1.急性支气管炎：以咳嗽，吐黄痰，口干为主者，治宜清肺止咳化痰。

（1）炙桑皮三钱，地骨皮三钱，黄芩三钱，浙贝母三钱，枇杷叶三钱，杏仁三钱，桔梗三钱。水煎服。每日一剂。

（2）麻黄三钱，杏仁五钱，生石膏一两，生甘草二钱，桑白皮五钱，黄芩三钱，败酱草五钱。水煎服。每日一剂。

（3）二母宁嗽丸或桔红丸，每服二丸，每日二次。

小儿急性支气管炎，也用以上各方，用量酌减。重症参见肺炎治疗。

2.慢性支气管炎：咳嗽，气喘，痰多稀白，治宜健脾，止咳，化痰。

（1）茯苓四钱，白术三钱，杏仁三钱，紫苑三钱，款冬花三钱，百部三钱，半夏三钱，陈皮三钱。水煎服。

（2）气管炎丸，每服30粒，每日二次。或服青皮、陈皮、贝母、当归、川芎、五味子各二钱，半夏、杏仁、茯苓各三钱，桑白皮四钱，甘草一钱，白萝卜三片，冰糖少许。水煎服。

（3）老年慢性气管炎，又外感风寒，咳喘加重者，用小青龙汤加味：麻黄二钱，桂枝三钱，细辛一钱，半夏三钱，五味子二钱，白芍三钱，干姜一钱半，苏子二钱，陈皮三钱。水煎服。合并感染者，加用抗菌素。

（五）针灸治疗：急性气管炎，针大椎、肺俞、合谷、列缺穴。痰多，加丰隆穴（外踝上8寸）。均强刺激。慢性支气管炎，可针列缺、足三里穴。中刺激。

快速针刺疗法：先针天突穴，成人针1寸，用大幅度捻转，使有窒息样感觉。出针后，即感到轻快。针刺时，患者宜取坐位，头微仰，术者左拇指切于患者胸骨切迹，右手将针刺入2—3分后，再将针柄竖起，使针尖沿胸骨内壁向下刺入。效果不佳时，配用定喘穴，或再配合背部拔火罐。

第三节 支气管哮喘

本病是一种常见的变态反应性疾病，以小支气管痉挛为主要病变。临床特征是反复发作性呼吸困难伴哮鸣音。其病因可以是内在的，如体内的感染病灶；也可以是外来的，由于吸入、食入或接触某种过敏原，如花粉、绒毛、干草、鱼虾、油漆等。

〔诊断要点〕

（一）哮喘每次突然发作，初起时，感到胸闷，气紧、干咳，进而被迫坐起，呼吸困难，呼气时更甚，伴有哮鸣音。严重时，可出现发绀，全身冒汗，可见辅助呼吸肌（腹壁、肋间肌肉）参加呼吸活动。

（二）一般发作，可达几分钟、几小时。严重发作，可

持续较久，超过24小时者，称哮喘持续状态。哮喘缓解前，先咳出大量白痰，然后呼吸道通畅，发作停止。

（三）体检时，发作期呈急性肺气肿征，桶状胸，叩诊过清音。听诊呼吸音减弱，呼气延长及哮鸣音。伴有感染时，可有湿性罗音。不发作期，早期患者无特殊体征，晚期患者呈慢性肺气肿征。

（四）应与心原性哮喘相鉴别：心原性哮喘呼气吸气均困难，咯浆液血性泡沫痰，心脏扩大，肺底有大量湿性罗音，并有其它心力衰竭体征。

〔预防〕

（一）预防及彻底治疗呼吸道感染，清除体内感染病灶。

（二）哮喘患者，如能找出过敏原，应尽量避免接触。对于其它诱因，如精神因素、寒冷、烟尘等，也宜注意以防发作。

〔治疗〕

（一）一般发作的治疗：

1.止喘药物：

（1）肾上腺素：0.1%溶液0.3～0.5毫升，皮下或肌肉注射。必要时，15～30分钟后，重复注射，连续数次，直至发作停止。连续注射时，每次不超过0.3毫升。有高血压和动脉硬化性心脏病者，禁用此药。

（2）茶碱类药物：

①氨茶碱：一般发作时，可以口服，每次0.1～0.2克。必要时，将0.25克置于50%葡萄糖20～40毫升中，缓慢静脉注射。或用0.25～0.5克，置于5%葡萄糖500毫升内，静脉

滴注。有心脏病者，也可应用。此药也可肌肉注射，每次0.25～0.5克，惟局部疼痛，可与1%普鲁卡因2毫升混合注射。此外，也可用25%氨茶碱作肺俞穴位注射，每侧0.1毫升。

②喘定（甘油茶碱）：具有吸收好，胃部刺激少和心血管副作用小等特点，每次服用0.3～0.5克。必要时，可静脉注射0.25～0.5克。

③麻黄素：皮下注射0.015～0.03克（小儿0.5～1毫克/公斤），作用慢而持久。禁忌症同肾上腺素。

④0.5%异丙肾上腺素溶液（新气喘宁）0.2～0.5毫升，喷雾吸入。或5～10毫克片剂（喘息定）舌下含化。有动脉硬化性心脏病者忌用。

⑤抗组织胺药物，如异丙嗪、苯海拉明、扑尔敏等，均可应用。

用止喘药的同时，常配合应用镇静剂（如苯巴比妥、水合氯醛等。禁用吗啡）及祛痰药（如氯化铵或碘化钾）。合并支气管感染者，应加用抗菌素。

2.中医治疗：

（1）口干痰粘，治宜清肺定喘。生石膏五钱，炙桑白皮四钱，黄芩三钱，杏仁三钱，炙麻黄二钱，葶苈子三钱，全蝎一个，甘草二钱。水煎服。

（2）遇冷易发，口不干，治宜温肺定喘。炙麻黄二钱，射干一钱半，细辛五分，半夏三钱，紫菀三钱，款冬花三钱，五味子二钱，白芥子二钱。水煎服。也可用定喘丸，每服二丸，每日二次。或平喘片，每服三片，每日二次。

（3）顽固性支气管哮喘，可用：枯矾五钱，杏仁三钱，

白果五个，生姜二两，蜂蜜六两，麻油三两。将前四味药捣碎，混合在蜂蜜、麻油之中，用文火隔水燉12—16小时即成。每服1汤匙，每日2次。可酌情增加用量。

3.针灸治疗：大椎、肺俞、列缺、肩中俞（第七颈椎棘突下，旁开2寸），均中刺激。快速针刺疗法：定喘穴针1～1.5寸，针感放射到背部或臀部，效果较好。体弱者，加足三里穴。重度呼吸困难，加天突穴。

4.耳针：可取平喘、肺、肾、内分泌、皮质下、交感、神门及敏感点。强刺留针。若体针、耳针同用，可以提高疗效。

（二）哮喘持续状态的治疗：如用以上疗法无效，可用强的松5～10毫克口服（小儿量酌减），每6小时一次，或氢化可的松100～200毫克（小儿50～100毫克），加入5％葡萄糖液或葡萄糖生理盐水500～1000毫升中（小儿量酌减），由静脉滴注。待哮喘初步控制后，继用强的松口服，并逐渐减量。也可用促肾上腺皮质激素15～25单位（小儿5～10单位）静脉滴注。哮喘持续较久者，宜同时补液，此点于小儿尤为重要。小儿总液量为60～80毫升/公斤/日，等渗含钠液约占1/4。哮喘顽固者，多继发感染，应加用青霉素肌肉注射，或四环素静脉滴注。

（三）对反复发作但不严重的患者：可以较长期口服氨茶碱或麻黄素，同时，服用镇静剂和祛痰剂。

（四）曼陀罗花（洋金花）：将其花和叶搓碎，卷烟或放烟斗中当烟吸，每次二至四分，吸四、五口，以平喘为度，不可过量，以防中毒。此法有一定的对症疗效。儿童忌用。

第四节　大叶性肺炎

本病主要由肺炎双球菌引起，常发生在上呼吸道感染之后，身体抵抗力降低时。

〔诊断要点〕

（一）起病急，恶寒，寒战和高热（稽留热型），体温可达39～40℃，胸痛，咳嗽，1～2天后，常见咯铁锈色痰。少数病人，可有明显腹痛，或出现昏迷、惊厥等脑症状。

（二）早期和病变范围小者，胸部体征可不明显。典型者，患侧肺部语音震颤加强，叩诊为浊音或实音，可闻到管状呼吸音，后期出现湿性罗音。部分患者，口周围出现单纯疱疹。重症，特别是老幼、体弱者，可发生休克型肺炎。

（三）应注意与急性支气管炎，渗出性胸膜炎鉴别。前者，发热较轻，无铁锈色痰，胸部体征仅有干性或湿性罗音。后者，胸膜腔有积液。有腹痛者，须注意与急腹症鉴别。

（四）如有条件查血象，白细胞数可高达2～3万/立方毫米。X线透视，对确诊帮助更大。

（五）热度持续不退，或一度下降，再次升高时，应考虑有无合并症，如脓胸、肺脓疡、心包炎等。

〔预防〕

（一）经常锻炼身体，加强体质，增强机体抵抗力和对气候变化的适应能力。

（二）预防上呼吸道感染，小儿应预防麻疹、百日咳等传染病。

（三）上呼吸道感染患者，应及早彻底治疗。

〔治疗〕

（一）卧床休息。

（二）抗菌药物：肌肉注射青霉素，每次40万单位，每日2次。一般于两天内，体温即降至正常，症状好转，继用3日后停药。重症者，每日160万单位，或合用链霉素。对青霉素过敏者，可选用磺胺类药物。如以上治疗无效，可换用四环素或氯霉素等。

（三）对症治疗：高热者，可用退热剂，但应慎重。咳嗽不重者，可只服复方甘草合剂。剧咳者，可加用咳必清。祛痰，可用氯化铵或碘化钾。胸痛，可用一般止痛剂，如去痛片等。

（四）对伴有周围循环衰竭者：应按感染中毒性休克抢救，并予大量抗菌素。

（五）中医治疗：治宜清热解毒，宣肺止咳。麻黄二钱，杏仁三钱，生石膏一两，黄芩五钱，银花一两，连翘一两，元参五钱，生地五钱。水煎服。每日两剂，分四次服。

出现周围循环衰竭时，如无升压药及输液条件，可试按以下情况处理：

(1) 皮肤潮红，发热口干，舌苔黄燥，舌质红者。宜气阴两补：党参一两（重症者，改用人参三钱），麦冬一两，五味子五钱，升麻五钱。水煎服每两小时服一次，每日二剂。

(2) 皮肤苍白，四肢发凉，出冷汗，舌质淡者，治宜回阳救逆：党参一两，附子五钱，干姜三钱，桂枝三钱，甘草二钱。水煎服。每两小时服一次，每日二剂。

（六）针灸治疗：高热者，针大椎、尺泽、合谷穴。胸

痛明显者，配用内关、阳陵泉穴。均为强刺激。

第五节 肺脓肿

肺部化脓性感染形成脓肿者，叫做肺脓肿。致病菌多为葡萄球菌、链球菌、肺炎双球菌、梭状杆菌等，而且常为多种细菌的混合感染。

〔诊断要点〕

（一）起病急，高热、寒战、咳嗽。发病10天左右，突然咳出大量脓痰，痰量每日可达几百毫升，常有恶臭，并可带血。胸部体征不一定明显，仅局部叩诊稍浊和呼吸音减弱。

（二）婴幼儿患者，常无脓痰咳出，多出现呼吸困难和严重中毒症状，易并发脓胸或脓气胸。

（三）应与空洞型肺结核、支气管扩张、肺癌等的继发感染相鉴别。空洞型肺结核继发化脓性感染者，一般有结核病史。支气管扩张者，长期咳嗽，多痰，有些患者，并有反复咯血史。病变部位（多在两肺下方）可听到多数湿罗音。肺癌多见于40岁以上发病，若继发感染，与肺脓肿不易鉴别。凡按肺脓肿积极治疗，开始症状好转，以后不继续改善者，应想到肺癌的可能性。肺脓肿诊断有困难时，特别是有肺结核、肺癌可疑时，尽可能作X线检查。

〔预防〕

（一）预防及彻底治疗呼吸道感染和口腔化脓性感染。

（二）对肺炎病人应及时彻底治疗，以免继发脓肿。

〔治疗〕

（一）一般治疗：急性期，应卧床休息。发热者，适当给予退热剂，咳嗽咯痰，给予祛痰止咳剂。体位引流，早晚至少作2次，每次20～30分钟。采用的体位，取决于病变部位，使病变部位较气管和喉部为高，以利于痰液咳出。

（二）抗菌素治疗：与肺炎基本相同，但用量较大，时间较长（至少1～2个月），并常联合应用。如青霉素，每日120～240万单位，分3～4次肌肉注射，并加用链霉素。或用青霉素加四环素、土霉素等。用药直到症状体征完全消失，最好至X线检查肺部脓腔消失为止。

（三）中医治疗：治宜清热，解毒，排脓。苇茎一至二两，冬瓜子一至二两，薏苡仁一两，桃仁三钱，桔梗五钱，二花五钱至一两，黄芩三钱，黄连一钱，地骨皮五钱，败酱草一两。水煎服。

第二章　循环系统疾病

第一节　心脏病的诊断

器质性心脏病，包括：

（一）瓣膜损害——如风湿性心脏病。

（二）冠状动脉供血不足——冠状动脉硬化性心脏病。

（三）血压增高时周围循环阻力增加——高血压性心脏病（常和冠状动脉硬化同时存在）。

（四）肺气肿时肺循环阻力增高——肺原性心脏病。

（五）心血管先天畸形——先天性心脏病。

（六）其它，如心包炎、心肌疾患等。

成人以风湿性心脏病、高血压性心脏病、动脉硬化性心脏病及肺原性心脏病为常见，小儿则以先天性心脏病及风湿性心脏病较常见。

（一）凡具有下列之一者，均应考虑有器质性心脏病。

1.器质性杂音：正常人，尤其是儿童，常于心尖部或肺动脉瓣区（胸骨左缘第二肋间），听到较轻且较局限的收缩期吹风样杂音，即所谓功能性杂音。注意不要将有这种杂音的人，误认为有心脏病。只有听到所谓“器质性杂音”时，才有诊断意义。器质性杂音，指的是：

（1）响亮的收缩期杂音；

（2）舒张期杂音（不论响亮程度）。

在心尖部听到舒张期隆隆样杂音，多为风湿性心脏病（二尖瓣狭窄）。主动脉瓣区听到收缩期及舒张期吹风样杂音时，可能是风湿性或梅毒性心脏病。如在胸骨左缘听到响亮的收缩期杂音、尤其伴有震颤时，多为先天性心脏病。

2.心脏扩大：在成人心尖搏动，或心浊音界，在左第五肋间超过锁骨中线以外，即可肯定是心脏扩大，但须排除不是由于左侧胸膜肥厚，或右侧胸腔积液所致的心脏向左移位。严重高血压加上心脏扩大，即可诊断为高血压性心脏病。心肌硬化型的动脉硬化性心脏病，其主要诊断根据也是心脏扩大。

3.心力衰竭的症状及体征：可见于各种病原的器质性心脏病。

4.严重的心律紊乱：最常见的是心房颤动。其特点为心

律绝对不齐，心音强弱不等，脉搏短绌。多见于风湿性心脏病和动脉硬化性心脏病。

5.心绞痛：是动脉硬化性心脏病的常见症状（详见“心绞痛与心肌梗死”），

6.心包摩擦音或心包积液征：心包摩擦音，说明有心包炎。心包积液时，心脏浊音界向两侧扩大，卧位时心底部浊音界较坐位时增宽，心音微弱，出现奇脉（即吸气时脉搏明显减弱或消失），可伴有心力衰竭体征。引起心包积液的原因，以结核性及化脓性多见。

二、常见器质性心脏病的病因诊断要点：

1.风湿性心脏病：最主要的是心尖部舒张期隆隆样杂音。

2.高血压性心脏病：多年高血压（血压经常在180/110毫米汞柱以上），心脏扩大。

3.动脉硬化性心脏病：心绞痛或心肌梗死。或老年人心脏扩大而可除外其它器质性心脏病者，尤其是有心力衰竭，或伴有严重心律失常（如心房颤动）。

4.肺原性心脏病：心力衰竭体征加明显肺气肿体征或长期呼吸道疾病史（主要是慢性支气管炎），而可除外其它病因所致的心力衰竭。

5.先天性心脏病：最常见的体征是胸骨左缘有响亮的收缩期杂音，并可伴有震颤。部分病人可有青紫，杵状指、趾等。

6.结核性心包炎：有心包炎或心包积液的体征。常伴有结核病灶及其它浆膜腔结核。后期演变为缩窄性心包炎，以体循环瘀血为主（肝大、颈静脉怒张、水肿及腹水），心脏

检查除心尖搏动及心音可减弱外，常无其它异常所见。

7.梅毒性心脏病：主动脉瓣区舒张期及收缩期吹风样杂音加梅毒史（如妇女有多次流产或死产史等），梅毒血清反应常阳性。

第二节 心力衰竭

各种原因的心脏病，发展到心脏收缩无力时，由大静脉流回心脏的血液，不能充分排出，因而发生循环障碍叫心力衰竭。原有慢性器质性心脏病者，发生心力衰竭常有一定诱因，如过度劳累，呼吸道感染，妊娠等。风湿病活动，则是风湿性心脏病发生心力衰竭的重要原因。在克山病流行区，克山病常为心力衰竭的常见原因。原无心脏病者，也可由于某些急性原因，如急性肾炎，小儿重症肺炎，或感染中毒性心肌炎，于短期内发生心力衰竭。

〔诊断要点〕

（一）左心衰竭：常见于动脉硬化性心脏病，高血压性心脏病及风湿性心脏病，儿童多见于急性肾炎。主要表现为肺循环瘀血。

1.呼吸困难，初起在劳动时发生，以后逐渐加重，于休息时也出现，并端坐呼吸。也可于夜间突然出现（阵发性夜间呼吸困难，即心原性哮喘）。

2.心脏扩大，可有舒张期奔马律。肺底或全肺听到湿性罗音，并可伴有哮鸣音。

3.严重者，发生肺水肿，此时高度呼吸困难，端坐呼吸，咳嗽并咯出大量血性泡沫样痰，肺内满布湿性罗音，并

常有明显紫绀。

（二）右心衰竭：常继发于左心衰竭之后，或见于肺原性心脏病。主要表现为体循环瘀血。

1.水肿，多见于下肢或腰骶部（卧床病人），严重者，可伴有胸水及腹水。

2.心脏多明显扩大，颈静脉怒张，肝肿大，可有压痛。压迫肝脏时，颈静脉怒张更明显。

临床上所说的心力衰竭，一般是指第二级以上的心机能不全。心机能不全的临床分级如下：

第一级（轻度）：仅在较强的体力劳动时，才有心机能不全的症状，如气促，心跳等。

第二级（中度）：在轻度体力劳动时，出现心机能不全的症状，休息后消失。

第三级（重度）：在安静、卧床的情况下，仍然表现出明显的心机能不全症状。

〔预防〕器质性心脏病，多不能根治。因此，预防心力衰竭的发生很重要。要把有关心脏病的防治知识，交给患者及其亲属。应及早积极治疗原发病和避免各种诱因，例如：注意防治上呼吸道感染，控制风湿活动，用降压药物治疗高血压，对患心脏病的已婚妇女，要做好避孕及计划生育工作等。有心力衰竭病史者，应适当进低盐饮食，避免劳累及精神紧张，需长期服用洋地黄者，不要无故停药。因故需静脉输液时，应注意量不要过大，速度不宜过快。

〔治疗〕各种不同原因所致的心力衰竭，除病因治疗外，一般治疗原则有三：即减轻心脏负担，增加心脏输出量，控制体内水及钠盐的潴留。

（一）休息：根据心力衰竭程度而定，轻度心力衰竭病人，应避免体力劳动。较重者应完全休息。严重者采取半坐卧位，以减轻呼吸困难。可适当使用镇静剂，使患者安静。

（二）饮食：以容易消化，高维生素B、C，低盐为宜，避免过饱。

（三）强心剂：洋地黄为治疗心力衰竭的主要药物。其作用有二：直接作用于心肌，加强心肌收缩力量，通过迷走神经，使心率减慢。

1.适应症：心脏病有心力衰竭体征者皆应用。虽有心脏病，但无心力衰竭者不用。

2.洋地黄化：洋地黄必须给足饱和量（洋地黄化），才能有良好的疗效。洋地黄化的指标是：

(1) 心率明显减慢。成人最好能降到70次/分左右，小儿在100次/分以下，

(2) 心力衰竭体征，如肺部罗音、肝大、浮肿等显著减轻。

洋地黄化后，应每日给维持量，以补充每日排出量。慢性器质性心脏病，发生过严重心力衰竭，或有心房颤动者，应长期服用洋地黄维持量。

3.洋地黄中毒：

(1) 最早的表现是食欲减退（与服用洋地黄前比较），恶心，甚至呕吐。

(2) 出现期前收缩，甚至二联律，心率减慢（成人＜60次/分，儿童＜80次/分，婴儿＜100次/分），或心率反而明显加快。严重者，可致死亡。

4.洋地黄中毒的处理：

（1）有中毒表现时，应立即停用洋地黄，等中毒现象消失后，再给维持量。如果是在给维持量过程中发生，应在中毒现象消失后，减量维持。

（2）可给氯化钾1～2克，每日3次（小儿用量为0.1克/公斤/日）。严重中毒时，可用氯化钾2～3克（小儿用量为0.05～0.1克/公斤），加入5％葡萄糖液稀释成0.3％的浓度后，缓慢静脉滴注。

5.洋地黄制剂的用量及用法：一般常用洋地黄叶。重者，在24小时内，分次给足饱和量（快速法）。轻者，可在3～4天内，给足饱和量(缓给法)。剂量及给法见附表。但必须指出，表内所列剂量是一般剂量，每一具体病人的需要量，可有较大差别。所以，每次给洋地黄时，都应仔细检查病人，是否已充分发挥了疗效及有无中毒的表现，切不可拘泥于表列剂量。用洋地黄之前，应仔细了解，在10天内，确未用过洋地黄制剂者，才能用快速给饱和量。对于近期内，曾用过洋地黄的病人，应先估计其体存量，然后再补充给药，宜用慢速法以达到饱和量。体存量的估计方法是：将已服用的洋地黄减去已排出（包括在体内破坏）的量，表内所列各种洋地黄制剂的维持量，即相当于其每日排出量，例如：洋地黄叶，在达到饱和量时，其每日排出量，成人约为0.05～0.1克。无论是在洋地黄化过程中，或在用维持量时，都有洋地黄中毒的可能，必须注意。

服洋地黄后，自觉症状仍明显者，可配服中药。党参五钱，麦冬五钱，五味子三钱，白术二钱，茯苓一两，泽泻四钱，猪苓四钱，桂枝三钱。水煎服。

（四）利尿剂：

1.双氢克尿塞25毫克，每日3次口服。不能合用氯化钾时，应间断服用，如用2～3天，停3～4天。

2.汞撒利1～2毫升，肌肉注射，每周1～2次。有肾脏损害者忌用。

3.静脉注射速尿40毫克，每日1次。

小儿利尿药的选择同上，唯剂量视年龄酌减（见“常用药物剂量表”）

在用双氢克尿塞、汞撒剂、速尿时，应同时给予氯化钾或醋酸钾1.0克，每日3次(小儿为0.05～0.1克/公斤/日)。有明显利尿作用时，并应适当放宽饮食中食盐的限制，以防发生电解质紊乱。

（五）对症治疗：呼吸困难者，有条件时可以吸氧。慢性肺原性心脏病，伴有紫绀时，应低流量持续吸氧。咳嗽时，可服用复方甘草合剂。精神紧张，夜间失眠者，可给镇静催眠药，但对肺原性心脏病患者应慎用。

（六）合并症的治疗：如心力衰竭合并急性感染（最常见的是呼吸道感染），应积极用抗菌素控制感染。否则，心力衰竭不易控制。

（七）急性左心衰竭（急性肺水肿）的治疗：

1.采取半坐卧位。

2.皮下注射吗啡0.01克（小儿0.1～0.2毫克/公斤），或肌肉注射杜冷丁50毫克。

3.氨茶碱0.25克（小儿2～3毫克/公斤），用25～50%葡萄糖液20毫升，稀释后静脉缓注。或加1%鲁普卡因2毫升，肌肉注射。

各种洋地黄制剂的用量及用法

药名	给药法	饱和量			维持量		洋地黄化法
		小儿（毫克/公斤）		成人	小儿	成人	
		<2岁	2—12岁				
洋地黄叶	口服	30～35	20～25	1.0±0.2克	1/10饱和量		1/10饱和量，每天3～4次，约8天（缓给法）开始用1/3～1/4饱和量，其余分3—4次，每6小时一次（快速法）
洋地黄毒甙	口服	0.03～0.04	0.02～0.03	1.0±0.2毫克	1/10饱和量		
狄高辛	口服	0.06～0.08	0.04～0.06	1.0～1.5毫克	1/4～1/5饱和量	0.25～0.5毫克	开始用1/2～1/3饱和量，其余分2～3次，每6小时一次，静注时稀释后缓慢注入
	静脉注射	0.04～0.06	0.02～0.04	0.75～1.25毫克			
西地兰	静脉注射 肌肉注射	0.03～0.04	0.02～0.03	1.2±0.2毫克			同狄高辛
毒毛旋花子甙K	静脉注射	0.007～0.01		0.25～0.5毫克			加葡萄糖液10～20毫升静脉缓注*。

* 成人开始用0.25毫克，必要时，6小时以后，再给予0.125～0.25毫克。

4.迅速洋地黄化：如近两周内，未用过洋地黄，可用毒毛旋花子甙K0.25毫克（小儿0.007～0.01毫克/公斤），加25～50%葡萄糖液20毫升，静脉缓注。或西地兰0.4—0.8毫克，加25～50%葡萄糖20毫升，静脉缓注（5分钟以上）。

5.减少静脉回流：

（1）应用止血带或血压计橡皮囊缚四肢，也可同时缚一上肢和一下肢，每10～15分钟，输换松解一次。

（2）静脉放血，多用于小儿急性肾炎所致的肺水肿。放血量为身体总血量的5～10%（总血量以体重8%计算）。休克或贫血者忌用。

6.有条件时吸氧，并间断使氧气通过50%的酒精（消除呼吸道中的泡沫）。一般每次10分钟，停20～30分钟后再用，可反复数次。

7.速尿40毫克，加50%葡萄糖溶液20毫升，静脉注射。

（八）针对病因进行治疗：例如，风湿性心脏病的心力衰竭，伴有风湿活动者，就必须同时应用抗风湿药物。其它如肺原性心脏病的控制呼吸道感染，心包炎伴有大量心包积液时的排空积液，甲状腺机能亢进性心力衰竭时的应用抗甲状腺药物，贫血性心脏病时的矫正贫血等，往往都是治疗心力衰竭的关键，较应用强心剂更为重要。

第三节 心律失常

心律失常（心律紊乱）系指心脏搏动的速率，超出正常范围，或节律失常。最常见的是窦性心动过速，窦性心律不齐及期前收缩。其次，是心房颤动及阵发性心动过速。其

余，如房室传导阻滞，心房扑动等，则更少见。窦性心律不齐，暂时的窦性心动过速及偶发的期前收缩，在正常人相当常见，并不影响健康。引起心律失常的主要病因，有：

（一）器质性心脏病，尤其是在发生心力衰竭或心肌炎时。

（二）急性感染。

（三）药物（如洋地黄、锑剂等）的毒性作用。

其他，如甲状腺机能亢进，电解质紊乱等，也可引起。

〔诊断要点〕

（一）窦性心动过速：心率增快，成人超过100次/分，而在160次/分以下；儿童超过120次/分；婴儿超过150次/分，而在180次/分以下，其起始与终止，均为逐渐改变，且心率可随体位、活动而变化。

（二）窦性心律不齐：吸气时增快，呼气时变慢，活动后或屏气时，不齐现象消失。

（三）期前收缩：心搏在规律的基础上，突然提前出现。频发的期前收缩，可形成二联律或三联律。

（四）心房颤动：心律完全不规则，心音强弱不等，脉搏强弱不一，可有脉搏短绌现象。

（五）阵发性心动过速：心动过速呈发作性，突然起始，突然终止，发作中心率为160～240次/分（小儿180～300次/分），可分室上性与室性。前者，心律绝对规则，刺激迷走神经，可制止发作。后者，可有轻度不齐，第一心音强弱不一，刺激迷走神经无效。

〔治疗〕

（一）对窦性心动过速，主要应治疗原发病（如感染发

热，心力衰竭），其本身多无须治疗。少数病例（如神经官能症引起者），可服利血平、心得安、心得宁或镇静剂，以控制心率。窦性心动过缓（成人60次/分以下），与窦性心律不齐，均不需特殊治疗。

（二）期前收缩的处理，视其原因而定，大多数不需治疗。自觉症状明显者，可用镇静剂，如溴剂、苯巴比妥、眠尔通等，或试服氯化钾。在用洋地黄、锑剂等药物过程中发生者，应暂时停药。

（三）阵发性心动过速发作时，如考虑为室上性者，可先用刺激迷走神经的方法：

（1）引吐。或深吸气后屏住，然后用力做呼气动作。

（2）颈动脉窦压迫法：让患者平卧，在一侧甲状软骨上缘水平，颈动脉搏动最强处，用手指向颈椎方向压迫15～20秒钟。

（3）压迫眼球法：嘱患者闭双眼，眼球下视，以手指压迫两侧眼球上部（不得压角膜），至患者感到疼痛。加压时间不超过30秒。

压迫颈动脉窦或眼球时，均应同时作心脏听诊，心动过速中断时，须立即停止压迫。如无效或婴幼儿患者，应采用药物，常用洋地黄制剂，如西地兰静脉注射（参阅“心力衰竭”）。有时在用洋地黄后，再压迫颈动脉窦较易奏效。也可用新司的明，皮下注射0.5～1毫克（小儿为0.05～0.1毫克/岁）。如仍无效，则可应用奎尼丁，先服0.1克，如无不良反应，以后每2小时一次，每次0.2克，连服5～6次。较重者，可将每次剂量，递增至0.3～0.4克，全日用量一般不超过2克。生效以后，给维持量每次0.2克，每日3次（小

儿首次剂量为3毫克/公斤，如无不良反应，则每2小时一次，每次6毫克/公斤，服4～5次）。也可试用普鲁卡因酰胺，用法为：第一次口服0.5～1克，以后每隔2～3小时服0.5克（小儿用量为15毫克/公斤；每6小时一次），至发作停止，每日服药，不超过5次。奎尼丁与普鲁卡因酰胺，均有很大毒性，使用时必须密切观察病人。一般毒性反应为恶心、呕吐，如出现后立即停药。严重时，药物本身也可引起室性阵发性心动过速，甚至心室颤动。

室性阵发性心动过速，可用利多卡因50—100毫克静脉注射，或心得安5毫克，静脉滴入，也可用奎尼丁或普鲁卡因酰胺。成人也可试用0.25%普鲁卡因100～200毫升，静脉滴注。或20%硫酸镁5～15毫升，静脉缓注。

（四）心房颤动，如心率正常时，不需要治疗，心率增快有心力衰竭时，用洋地黄治疗（见“心力衰竭”）。

（五）中药治疗：心率不齐者，宜补气滋阴，养血复脉。

1.炙甘草五钱，桂枝三钱，党参五钱，麦冬五钱，五味子三钱，茯苓三钱，远志三钱，菖蒲二钱，生地三钱，阿胶三钱。水煎服。

2.安神补心丸，每次15粒，每日2次。

第四节 风湿病

风湿病多见于青少年，是一种容易反复发作的全身性变态反应性疾病。主要表现为关节炎及心脏炎等，急性发作后，常遗有心脏瓣膜损害。

〔诊断要点〕

（一）活动期风湿病。

1.发病前1～3周，可有扁桃体炎或咽峡炎，或既往有风湿病史。

2.发热，热型不规则，多为中度发热。常伴有出汗，乏力，小儿患者可有鼻衄。

3.除上述症状外，如有下列任何一项（其中以关节炎及心脏炎最为重要），应考虑本病。

（1）心脏炎：心肌，心内膜及心包，均可受累。常见的表现为：

①心率增快，与体温的增高不成比例，休息或睡眠时，也不恢复。

②心脏在短期内增大，心音减弱，出现收缩期杂音，或心包摩擦音。

③出现舒张期奔马律，心律失常，甚至发生心力衰竭。

（2）关节炎：呈多发性及游走性。多侵犯大关节，如膝、踝等。关节局部红、肿、热、痛（成人患者，不一定有明显的关节红肿，尤其是较慢性病例，可仅有关节疼痛）。水杨酸盐，有显著疗效。炎症消退后，不遗留关节功能障碍。

（3）皮下结节：多见于小儿。常发生于骨质突出部位，如鹰嘴、髌骨、踝部、头颅等处，为圆形或椭圆形小结，一般略同黄豆大小，固定于骨膜肌腱上，与皮肤无粘连。

（4）环形红斑：见于躯干和四肢。呈环形或半环形，中心区肤色正常，边缘微隆起。

（5）舞蹈病：多见于小儿。患者情绪易激动，部分肌肉发生不自主且不协调的运动。

（二）风湿性心脏瓣膜病，最常见的是单纯二尖瓣病和

二尖瓣病合并主动脉瓣病。

1.二尖瓣关闭不全：心脏扩大，心尖部有响亮而粗糙的吹风样收缩期杂音，第一音减弱，一般与二尖瓣狭窄同时存在。注意勿将心尖部轻柔的生理性杂音及高血压、贫血等时的收缩期杂音，误认为二尖瓣病变。

2.二尖瓣狭窄：心尖部第一音增强，出现隆隆样舒张期杂音，有时伴有舒张期震颤。此杂音于病人左侧卧位，或活动后听取最为清晰。

3.主动脉瓣关闭不全：在胸骨左缘第3、4肋间，听到吹风样舒张期杂音，主动脉瓣第二音减弱或消失。关闭不全显著者，可有周围血管征，如脉压差增大，水冲脉，毛细血管搏动等。

4.主动脉瓣狭窄：主动脉瓣区听到响亮粗糙的收缩期杂音，向颈动脉方向传导，有时伴有收缩期震颤，主动脉瓣第二音减弱，一般与主动脉瓣关闭不全同时存在。

〔预防〕

（一）防止外感风寒，避免潮湿阴暗，定期体格检查，及早发现患者，给予积极治疗。

（二）对扁桃体炎、咽峡炎、猩红热等急性链球菌感染，应及早使用足量青霉素，予以彻底治疗。对慢性反复发作的扁桃体炎，可视具体情况，考虑摘除扁桃体。

（三）对曾患风湿病者，又患呼吸道感染，特别是急性咽峡炎，宜用抗菌药物，如青霉素、磺胺等，一般需连用5～7天。

〔治疗〕活动期风湿病的治疗：

（一）**病初期，应卧床休息**：好转后，可逐渐增加活

动。心脏炎患者，一般需休息半年左右。

（二）水杨酸制剂：常用药物为水杨酸钠、阿斯匹林。水杨酸钠：成人每日 4 ～ 6 克，小儿0.1～0.15克/公斤/日。阿司匹林，成人每日 3 ～ 4 克，小儿80～100毫克/公斤/日，分 4 ～ 6 次服用。一般疗程 6 ～ 8 周。有溃疡病或胃出血者，禁用。如服药后有胃部反应，可同时服用氢氧化铝。或改用保泰松，抗炎松，消炎痛等。

（三）青霉素或磺胺：如有咽峡炎，肌肉注射青霉素，每日40～80万单位，连用 7 天。无明显咽峡炎者，可给长效磺胺 5 ～ 7 天。

（四）肾上腺皮质激素：在急性活动期，且病情严重者，可以并用强的松。开始剂量为每日20～30毫克，以后酌情逐渐减量，疗程约为 1 ～ 2 月。

（五）针灸治疗：发热者，针大椎、合谷穴，强刺激。关节红肿者，局部点刺出血，红肿消退后，按关节炎病变部位，取曲池或风市、足三里、阳陵泉穴，中刺激，以巩固疗效。

风湿性心脏瓣膜病合并有活动性风湿病时，应按上法治疗。否则，无须抗风湿治疗。发生心力衰竭者，治疗见“心力衰竭”。

（六）中药治疗：

1.在未发生心力衰竭的风湿性心瓣膜病，宜服：茯苓五钱，桂枝三～五钱，白术四钱，甘草二钱，党参五钱，黄芪五钱，丹参一两，桃仁三钱，红花二钱，乳香三钱，生龙骨一两（先煎），生铁落一两（先煎）。水煎服。连服数十剂。可以改善瓣膜功能。

2.急性风湿性关节炎：多为湿热阻滞经络所致。方用白虎加桂枝汤加减：生石膏一两，知母三钱，生甘草一钱，桂枝一～三钱，黄柏三钱，苍术三钱，防己四钱，生苡米五钱，桑枝一两，忍冬藤一两。水煎服。急性期热象重，不能妄用羌活、独活等辛燥之品。

3.慢性风湿性关节炎：

（1）行痹（风胜）：全身关节或肌肉疼痛，游走不定。方用养血祛风汤加减：当归三钱，白芍三钱，川芎三钱，防风二钱，秦艽三钱，陈皮三钱，桂枝二钱，羌独活各二钱，松节三钱。水煎服。

（2）痛痹（寒胜）：关节疼痛剧烈，痛有定处，得热痛减。治宜温经散寒。方用乌头汤加减：乌头三钱，黄芪五钱，桂枝三钱，白芍三钱，炙甘草二钱，秦艽三钱，苍术三钱，生麻黄二钱。水煎服。

（3）著痹（湿胜）：关节疼痛沉重或麻木，或局限肿胀。方用补脾燥湿汤加减：茯苓、防己、秦艽各四钱，炒白术、焦苍术、防风各三钱，生苡米五钱，羌活二钱，炙甘草一钱半。水煎服。

（4）若病久或年老体虚，关节疼痛，腰膝冷痛，腿足屈伸不利，或麻木不仁。治宜补肝肾，养血祛风。方用独活寄生汤加减：当归、白芍、川芎、党参、牛膝、独活、木香各三钱，熟地、茯苓、杜仲、秦艽各四钱，甘草、细辛各一钱半，防风二钱，桂枝一钱半～三钱，寄生八钱。水煎服。

加减：风重，加羌活三钱。寒重，加川乌三钱。湿重，加苍术三钱。上肢痛重，去独活，加羌活。下肢痛重，加木瓜、千年健。腰痛，加狗脊、续断。

验方：

1.将干辣椒浸泡在白酒中，约一小时，辣椒湿润变软后，剥去籽，用其皮贴患处，外包扎固定。一般1～2小时疼止。每日1～2次。

2.风寒湿痹，周身麻木，或疼痛难卧。方用：生川乌末四钱，苡米末二钱，入米汤内熬，再下生姜末二钱，蜂蜜二匙。每日一剂，日服三次。可连服3～7日。

3.治一切风湿痛：麻黄、乌药、防风、羌活、秦艽、威灵仙、防己、独活、松节各二钱。水煎服。每日一剂。

4.陈艾叶、陈大蒜、威灵仙各五钱。水煎熏洗。

第五节 高血压病

高血压病是以动脉血压升高为主要表现的全身性慢性疾病，但需排除某些疾病所致的症状性高血压。其发生常与长久或反复的精神过度紧张，或强烈的情绪激动有关。本病早期仅有小动脉痉挛，以后则发生广泛的小动脉硬化，心、脑、肾均有继发性病变。

〔诊断要点〕

（一）凡舒张压＞90毫米汞柱，不论其收缩压如何，均列为血压升高。收缩压根据年龄组规定如下：39岁以下，＞140；40～49岁＞150；50～59岁＞160；60岁以上＞170毫米汞柱。如舒张压不超过90毫米汞柱，但按年龄收缩压超过以上标准，也列为血压升高。如因情绪激动，一时性的血压增高，不能诊断为高血压。

（二）要诊断高血压病，必须除外继发性高血压，如肾

炎、慢性肾盂肾炎、妊娠中毒症等引起的高血压。

（三）多数高血压病程缓慢，称为缓进型高血压病。早期可无明显症状，血压持续偏高后，则常有：头疼、头晕、耳鸣、眼花。病程进展迅速者，称急进型高血压病（恶性高血压），比较少见。此型，多见于年青患者，发病急剧，血压显著增高，常超过200/120毫米汞柱，头痛、呕吐和视力障碍比较明显，肾功能急剧减退（显著蛋白尿、血尿及尿毒症）和左心衰竭等。

（四）并发症：

1.高血压性心脏病：

（1）有多年严重高血压病史，血压经常在180/110毫米汞柱以上。

（2）心脏扩大，主动脉瓣区第二音增强。

（3）发生心力衰竭时，初为左心功能不全，表现为夜间阵发性呼吸困难，以后可并有右心功能不全。

2.高血压脑病：

（1）高血压患者，突然出现剧烈头疼、恶心、呕吐，甚至惊厥、昏迷。

（2）血压骤升，常达200/120毫米汞柱以上。

3.脑血管意外：如脑出血等。

〔预防〕进行集体的健康检查，早期发现本病，及时治疗，积极参加劳动，开展体育活动，对预防本病有积极意义。

〔治疗〕

（一）**一般治疗**：充分发挥患者的主观能动性，树立战胜疾病的坚强意志。合理安排工作，参加适当的体力劳动，

有助于降低血压，而不可单纯依靠降压药物。较重患者，则以低盐、低脂肪饮食为宜。要尽量戒烟酒。

（二）药物治疗：

1.早期患者，可先进行针灸疗法（见后），或加用镇静剂即可。如三溴片0.3～0.6克，每日三次。利眠宁10毫克，每日三次。苯巴比妥0.015～0.03克，每日三次。睡眠不佳者，宜睡前服用安眠药物。

2.病程较长，血压中度增高，症状明显者，除用上述措施外。可使用降压药物，如利血平0.25毫克，每日3～4次。降压灵4～8毫克，每日三次。副作用为鼻塞、嗜睡、腹泻、心动过缓等（降压灵副作用较小）。应用2周后，效果不明显时，可加用氯丙嗪（12.5～25毫克，每日2～3次），或双氢克尿塞（25毫克，每日2～3次）。

3.血压明显增高，宜加强降压药的使用，可加用胍乙啶，应从小量开始，每日10～25毫克，以后可依血压反应，逐渐增加剂量，一般每日不超过100毫克。此药能引起直立性低血压，故在开始治疗时，应嘱患者从卧位坐起或起立时，务必缓慢小心，以免发生晕厥。老年人尤须慎用。

此外，常用降压药物，还有安达血平（1片，每日三次），复方降压片（每次1～2片，每日三次），美加明（2.5～5.0毫克，日2～3次）等，依病情可酌情选用。

（三）中医治疗：

1.以头胀痛，眩晕，口干面赤，急躁为主。治宜清热，熄风，化痰。

（1）龙胆草三钱，夏枯草五钱，豨莶草一两，天麻三钱，钩藤四钱，生赭石一两，栀子三钱，黄芩三钱，大黄一

钱。水煎服。

（2）夏枯草一两，苦丁茶五钱，菊花五钱。煎汤代茶饮，连服七天。

（3）脑立清，每次10粒，每日 2 次。

2.以头空痛，眩晕，腰腿痠软，耳鸣为主。治宜滋肾平肝。

（1）生熟地各三钱，赤白芍各三钱，何首乌六钱，潼蒺藜四钱，女贞子四钱，旱莲草四钱，石决明五钱，豨莶草一两。水煎服。

（2）何首乌一两，枸杞子五钱，山萸肉五钱。研细末。每服一钱，每日三次。

（3）杞菊地黄丸，每服一丸，每日 2 次。大补阴丸，每服一丸，每日 2 次。

3.更年期高血压：治宜补肾敛肝为主。仙茅三钱，仙灵脾五钱，知母三钱，黄柏三钱，白芍三钱，巴戟天三钱。水煎服。

（四）针灸治疗：风池、足三里、阳陵泉穴，强刺激。血压恢复后，继续针足三里、阳陵泉穴，中刺激。以巩固效果。或按快速针刺疗法，针曲池穴，对早期高血压有明显效果，一般30分钟后，血压下降。

（五）高血压脑病及急进型高血压病：可肌肉注射25％硫酸镁10～20毫升，氯丙嗪 25 毫克或利血平 1 ～ 2 毫克，6 ～12小时后，可重复注射。同时，应予镇静剂，如苯巴比妥钠0.1—0.2克，肌肉注射。好转后，应继续口服降压药。

（六）高血压性心脏病：发生心力衰竭者，除适当应用降压药物外，应治疗心力衰竭（见“心力衰竭”）。

第六节 肺原性心脏病

长期的慢性支气管炎，以及其它能引起细支气管阻塞的疾病，如支气管哮喘、肺结核等。可使肺泡膨胀，肺组织弹力减弱而形成肺气肿，继而引起肺动脉压增高、右心室肥厚，终至形成肺原性心脏病。

〔诊断要点〕

（一）多年长期咳嗽史及肺气肿的体征：胸呈桶状，呼吸运动减弱，叩诊呈过清音。心浊音界缩小或不能叩出，呼吸音低弱。

（二）呼吸困难及紫绀显著，有颈静脉怒张、肝肿大、下肢水肿等右心衰竭表现，并可除外其它器质性心脏病。

（三）常有肺部急性感染作为心力衰竭的诱因，故可有发热、咳嗽加重，吐脓性痰及肺部有干湿性罗音等。

（四）重症病人，往往乏力嗜睡，知觉迟钝，呼吸深而快，甚至昏迷不醒（呼吸性酸中毒）。

〔治疗〕心力衰竭时的治疗，参阅“心力衰竭”，但应特别注意以下几点：

（一）有条件时，宜给低浓度氧气，持续吸入。

（二）禁用吗啡。凡有抑制呼吸作用的药物，如可待因、巴比妥类、眠尔通等，均须慎用。必须用镇静剂时，可予异丙嗪或水合氯醛。

（三）防治呼吸道感染，对控制肺心病有重要意义。根据病情选用磺胺药和磺胺增效剂合用，强力霉素、青霉素和链霉素合用，以及氯霉素、卡那霉素、庆大霉素等广谱抗菌素。

（四）分泌物粘稠不易咳出时，可用氯化铵（酸中毒时禁用）或碘化钾（肺结核时不用）口服。也可试用 α—糜蛋白酶 5 毫克，肌肉注射，每日 1～2 次。

（五）给予氨茶碱口服、肌肉注射或静脉滴注。必要时可予强的松，每日20～30毫克，分 2—3 次服用。好转后，逐步减量停药。

（六）应用洋地黄时，应特别小心，不可过速，也不宜达到一般饱和量，大多数病人至一般饱和量的2/3即可，因易产生洋地黄中毒现象。

（七）有呼吸性酸中毒的表现时，可用尼可刹米或山梗菜碱与咖啡因交替注射，每 1～2 小时，皮下注射一次，以改善呼吸，增加二氧化碳排出。

（八）有水肿者，可适当用利尿剂，但不宜过量。

第七节　冠状动脉硬化性心脏病

由于冠状动脉粥样硬化，心肌的血液供给发生障碍，而引起的心脏病，称为冠状动脉硬化性心脏病。可发生下列三种不同的临床表现：

（1）心绞痛：因心肌暂时性缺血引起。

（2）由冠状动脉闭塞引起的心肌坏死。

（3）长期轻微心肌缺血，而引起的心肌营养障碍及纤维组织增生。

〔诊断要点〕

（一）多见于40岁以上的人。

（二）心绞痛的临床特点是，胸骨后或心前区疼痛，可

向左臂放射。疼痛为发作性绞痛或压迫感，持续约数分钟，经安静休息或应用硝酸甘油后即消失。发作常有劳累，情绪波动等诱因。发作时常血压增高，脉搏增快。不发作时，体检可无特殊发现。

（三）心肌梗死的典型临床表现为胸骨后或心前区持续性疼痛，持续半小时以上至十数小时，休息或用硝酸甘油后均不见好，常伴有休克和心力衰竭。不少患者，同时可有胃肠症状，如恶心、呕吐等。体检时，心率多增快，心音减弱，可出现心律失常。但心脏检查，也可无异常发现。不典型者，疼痛轻微，或仅有压迫感，甚至无疼痛。凡40岁以上患者，有不明原因的休克，或突然出现心力衰竭，而无其它原因可查出者，应想到急性心肌梗死的可能性。

（四）心肌硬化者，可无心前区疼痛史，其主要临床表现为：

1.左心室增大。

2.各种心律失常，如期前收缩、心房颤动、房室传导阻滞等。

3.凡老年人心脏扩大，发生心力衰竭而可除外其它器质性心脏病，尤其是伴有严重心律失常时，应考虑本病。

〔治疗〕

（一）心绞痛的治疗：

1.休息 发作时立刻休息。一般患者，在停止劳动后，症状即可消除。

2.药物治疗：较重的发作，可舌下含硝酸甘油$\frac{1}{2}$～1片（每片0.5毫克），于1～2分钟后可见效。如无效，过

5～10分钟，可再用一次。

3.新针疗法：针刺内关透外关穴。疼痛不止者，加用间使、足三里穴。均强刺激，不留针。

4.防止复发：生活规律，避免重体力劳动及精神刺激。忌烟酒。适当选用血管扩张剂，如氨茶碱或喘定（甘油茶碱）均0.1～0.2克，每日3～4次。地巴唑30～40毫克，每日三次。也可选用心得安（每日3次，每次20毫克口服）。心得宁（每日3次，每次30～60毫克口服）等。

5.中药治疗：

（1）反复发作者，宜益气养血，佐以活血。党参三钱，桂枝三钱，桃仁三钱，红花三钱，全栝楼五钱，薤白三钱，乳香三钱，当归三钱，五灵脂二钱。水煎服。久病体虚者，可加炙黄芪五钱。

（2）毛冬青注射液，每日1～2次，每次2～4毫升，肌肉注射。

（3）复方丹参注射液，每日1～2次，每次2～4毫升，肌肉注射。

（二）心肌梗死的治疗：

1.完全卧床休息至少6周，进易消化食物，保持大便通畅。必要时，可用缓泻剂，如双醋酚丁或麻仁滋脾丸等。

2.有条件时，给予吸氧。

3.及早解除疼痛，给度冷丁50～100毫克，肌肉注射。或吗啡10毫克，加阿托品0.25毫克，皮下或肌肉注射。可并用罂粟碱30～60毫克，皮下或肌肉注射，每日4次。氨茶碱0.25克，以50%葡萄糖20毫升稀释后，缓慢静脉注射一次（切忌过快）。苏合香丸，每日1～2次，每次1丸。病人

烦躁不安，可用异丙嗪、利眠宁或小量苯巴比妥。

4.发生休克时：

（1）应用升压药物，可用多巴胺20～40毫克，加入5％葡萄糖液100毫升内，静脉滴注。或阿拉明（间羟胺）10～40毫克，加入5％葡萄糖液100毫升中，静脉滴注。密切观察血压，使收缩压维持在100毫米汞柱左右(原有高血压者，需适当提高标准）。

（2）休克较重，持续时间较长，多有酸中毒存在，影响升压药效果，可静脉滴注5％碳酸氢钠溶液（或11.2％乳酸钠溶液）100～200毫升。

（3）应用氢化可的松100～200毫克，静脉滴注。或氟美松5～10毫克，静脉注射。

（4）中医治疗，可配合升压药物使用。若见皮肤潮红而干燥，脉细无力，舌质淡红，可用生脉散（人参三钱或党参一两，麦冬一两，五味子3至5钱，水煎服）。如面色苍白，四肢厥冷，大汗出，发绀，脉细欲绝，舌质淡或黯，可用四逆汤（附子、干姜、甘草各三钱，水煎服）。

5.心力衰竭时，可使用强心剂，首选毒毛旋花子甙K，每次用量应较小，以0.125毫克，加入50％葡萄糖液20～40毫升，静脉缓注。必要时，可用至每日3～4次。

6.及时发现，积极处理心律失常（参见“心律失常”）。出现期前收缩较多时，可用小量奎尼丁（每6小时0.2克），或利多卡因200毫克，溶于5％葡萄糖500毫升内，静脉滴入。以预防发生阵发性心动过速。

发病6周后，如病情稳定，可逐步试行轻活动。药物治疗，基本同心绞痛的间歇期。

（三）心肌硬化的治疗：主要是给予改善冠状血管循环及心肌营养的药物，如氨茶碱、地巴唑、烟酸肌醇脂、维生素C等。心力衰竭的治疗，参阅“心力衰竭”。

第三章　消化系统疾病

第一节　急性胃肠炎及细菌性食物中毒

一般为饮食不当或食入受污染的食物所致。主要表现为频繁的呕吐和腹痛、腹泻。常见的细菌性食物中毒，为沙门氏菌属感染及葡萄球菌性、变形杆菌性、嗜盐菌性食物中毒。

〔诊断要点〕

（一）有暴饮暴食或饮食不洁的病史。食物中毒时，同食者可集体发病。

（二）往往突然发生恶心，呕吐、吐出食物甚至胆汁。腹部不适或阵发性腹痛，阵阵肠鸣，频繁腹泻，大便呈稀水样，可伴有发热。严重者，可有脱水及休克的表现。检查时，压迫腹部患者感舒适，或有上腹或全腹轻压痛，一般无肌肉紧张及反跳痛，听诊可闻到肠鸣音亢进。

（三）应除外急腹症、服毒或其它全身疾患所引起的胃肠道反应。菌痢的起病，也可和急性胃肠炎相似，但以后大便转为脓血状，里急后重较著。

〔预防〕

（一）加强卫生宣传工作，尤其在夏季，搞好环境卫生，消灭苍蝇和老鼠。

（二）注意饮食卫生，不暴饮暴食，不吃不洁和腐败食物。隔餐饭菜要保管好，防止被苍蝇、鼠类等所污染，食前要充分加热煮透。

（三）加强牲畜屠宰前后的检查，病畜须经兽医鉴定，方可食用。不食病死的牲畜和家禽。

〔治疗〕

（一）卧床休息，流食或暂时禁食，多饮水（或温盐水）。

（二）腹痛，呕吐剧烈时，可针刺足三里、内关、天枢、中脘穴。强刺激，不留针。或予阿托品口服或注射（并用镇静剂，如巴比妥类或异丙嗪，则效果更好）。

（三）一般病例无须用抗菌药物，或可给予磺胺咪或黄连素，于症状消失后1—2日停药。

（四）有明显脱水现象，如口干，舌燥，皮肤弹性减低，尿量明显减少，而又因呕吐不能大量饮水时，应及时输液。输入的液体，以生理盐水或复方氯化钠液为主，加入部分5%葡萄糖液，成人约需2000—3000毫升，可参照临床情况，特别是尿量而定。如发生休克，应立即静脉输液，一般在液体补足后，休克即可恢复。

（五）中医治疗：治宜清热化湿为主。

藿香三钱，葛根二钱，黄芩三钱，茵陈三钱，姜半夏三钱，厚朴二钱，滑石五钱，生甘草二钱。水煎后少量多次分服。若呕吐者，一般不宜口服中药。

第二节 慢性胃炎

本病很常见，其发病原因很多，可能由急性胃炎转变而

成。也可能与长期食用刺激性食物，营养不良，病灶感染等有关。

〔诊断要点〕

（一）多年反复发作，症状有上腹痛，多无节律性。有时症状酷似溃疡病，饭后上腹饱胀不适，嗳气、反胃等。严重时可有乏力、消瘦及贫血等。

（二）检查上腹部压痛，多为弥漫性，较溃疡病压痛区广泛。可有舌炎或舌萎缩现象。

（三）本病须与溃疡病、胃癌、胃神经官能症鉴别。

〔治疗〕

（一）平时不要吃冷饭，也不要吃刺激性食物（如辣子、烟、酒等）。如有扁桃体炎、鼻窦炎或牙周病等，应积极治疗。

（二）胃酸多者，应用制酸解痉药。如效果不好，可加用镇静药或口服0.5—1%普鲁卡因，每次10毫升，每日3—4次。消化不良者，可用健胃药，如胃蛋白酶、胰酶、稀盐酸合剂、乳酶生等。

（三）如有舌萎缩和贫血者，可给予稀盐酸口服，配合维生素B_{12}肌肉注射，每次100微克，每日或隔日一次，连用1—2个月。食欲不振者，也可采用捏脊疗法。

（四）中药及针灸治疗，参见“溃疡病”。

第三节　溃 疡 病

本病是一种慢性全身性疾患，主要病变是在胃或十二指肠发生溃疡。

〔诊断要点〕

（一）以青壮年多见，病史多长达数年以上。主要症状为上腹痛，周期性地出现，秋、冬季发作最多。每天的疼痛发作有节律性，如胃溃疡常在饭后半—1½小时发生疼痛，持续1—2小时后，逐渐消失。十二指肠溃疡，则在饭后2—4小时开始疼痛，持续至下次进餐才消失，并常有夜间疼痛发作。常伴有反酸、烧心、嗳气、甚至恶心、呕吐，但食欲多无改变。在发作期检查上腹部，可有压痛，压痛点局限，无肌肉紧张。背部胸椎两旁皮肤常有压痛过敏区。

（二）本病应与胃癌鉴别。胃癌患者，多40岁以上，病期较短，上腹痛持续且不断加重，迅速消瘦，食欲不振。可有贫血，上腹肿块及左锁骨上淋巴结肿大。早期应争取做X线胃肠造影检查确诊。但如触及肿块，则已属晚期。本病还应与慢性胃炎和胃神经官能症鉴别。

（三）合并症：

1.大量出血：呕血或排出柏油样便，可出现头晕、心悸、气短、口渴等以至休克。

2.穿孔（见外科“溃疡病穿孔”）。

3.幽门梗阻：疼痛性质和节律发生变化，伴有呕吐。吐出物为隔餐或隔夜食物，上腹有蠕动波和振水音。

4.癌变：胃溃疡患者，如年龄较大，病期较长而近期内疼痛加重且不规律，出现食欲不振，明显消瘦，贫血者，应考虑有癌变的可能。

〔治疗〕

（一）**一般治疗**：饮食不宜过冷，要减少对胃的化学性（如过酸、过辣）及机械性（如过硬）刺激。发作重时，需

适当休息或减轻劳动。

（二）药物治疗：原则是制酸、解痉，减少胃液分泌，以促进溃疡愈合。选制酸剂和解痉剂（抗胆碱剂）各一种，联合使用，每日3—4次（在饭后及睡前服），至症状消失后，再服用1—2月，以巩固疗效。症状明显时，可加用镇静剂。

1.制酸剂：用氢氧化铝凝胶，每日3—4次，每次10毫升。胃舒平2—4片，一日3—4次。乌贝散，每日三次，每次一钱。

2.抗胆碱剂：颠茄浸膏片，0.008克或颠茄酊0.5—1毫升，加水至10毫升，也可用阿托品片0.3～0.6毫克，均为每日3～4次。初期和轻症患者，以制酸剂配合上述一种抗胆碱剂，即可有效。顽固难治病例，可服用以下合成抗胆碱剂，其解痉作用较显著。胃复康2毫克，或安胃灵5毫克，或普鲁本辛15毫克，均为每日3～4次。幽门梗阻、青光眼、前列腺肥大者，忌用抗胆碱药物。

3.镇静剂：可选用溴剂、苯巴比妥、异丙嗪等。

4.禁用促肾上腺皮质激素，肾上腺皮质激素、水杨酸制剂、利血平等。

（三）中医治疗：

1.脾胃虚弱：面色萎黄，倦怠无力，腹胀食少，胃脘隐痛，或嗳气呕吐。舌淡，苔白。应健脾和胃。

香砂六君子汤加减：党参四钱，茯苓、白术各三钱，半夏、陈皮、砂仁、木香各二钱。水煎服（食欲不振，加炒神曲三钱，鸡内金三钱）。或香砂六君子丸、人参健脾丸。

2.脾虚湿困：腹胀食少，身体沉困，大便溏稀。苔白厚

腻。应健脾燥湿。

四君子合平胃散加减：党参四钱，炒白术、茯苓各五钱，陈皮、苍术、厚朴各三钱。水煎服。

3.脾胃虚寒：胃痛喜热、喜按，上腹有凉感，饥时痛著，食后痛减。或呕吐清水，或畏寒肢冷，神倦便溏。舌淡，苔白。应温中健脾。

黄芪建中汤、黄芪五钱至一两，桂枝、炒白芍各三钱，生姜四片，大枣五枚，甘草二钱。水煎服（胃痛甚，加高良姜、香附、肉桂。呕吐清水，加吴茱萸、半夏。全身畏寒，加炮附子）。或用附桂理中丸，每服一丸，每日二次。

单方：白胡椒九颗、大枣三枚，杏仁一钱，红糖五钱。研末，白酒（或黄酒）一次冲服。

4.气滞（肝胃不和）：上腹胀痛、或痛时窜至胸胁后背，常因情绪激怒而致疼痛发作，或嗳气，反酸。脉弦。应疏肝和胃。

柴胡疏肝汤加减：柴胡三钱，枳壳二钱，白芍三钱，川芎二钱，甘草一钱，木香二钱，香附三钱。水煎服（疼甚，加川楝子、元胡。反酸，加乌贼骨五钱）。

5.胃阴虚：消瘦，胃痛，喜冷饮食，喜喝冷水，口干舌红。脉细数。应益胃养阴。

益胃汤加减：沙参、麦冬、生地、玉竹、石斛各五钱，党参、生石膏、扁豆各三钱。水煎服。

6.脾胃湿热：终日口苦，粘腻，胃中嘈杂而痛，欲饮冷，食少膈闷，或见食欲呕。舌苔黄腻。应清利湿热。

蒿芩清胆汤加减：茵陈五钱，黄芩、茯苓、半复各三钱，枳实二钱，陈皮一钱半，竹茹四钱，滑石五钱，生甘草

一钱，泽泻四钱，川楝子三钱。水煎服（有热，加生石膏五钱）。

7.血瘀：胃痛如刺，食后加重，痛处固定拒按，或见柏油便，呕血。舌质紫暗。则应化瘀通络。

失笑散加味：生蒲黄、五灵脂、白芨、当归、赤芍、元胡各三钱、水煎服（便血，呕血，加三七粉五分，冲服。或云南白药冲服）。

验方：

1.乌贝白芨散（乌贼骨八钱，白芨五钱，贝母二钱。研末）每服一钱半，每日三次。舌质红绛，加黄连二钱。

2.元胡、五灵脂、草果、没药各等分。研细末。每服一钱，每日二次

（四）针灸治疗：足三里、中脘、胃俞穴。中刺激。吐酸者，加肝俞、阴陵泉穴。

快速针刺疗法：疼痛发作时，先针一侧内关。如无效，宜根据疼痛特点，再于对侧远端配穴。空腹痛，配三阴交穴。食后痛，配足三里穴。仍无效时，则改用中脘、阴陵泉穴。

（五）封闭治疗：可用0.5%普鲁卡因3—5毫升，注射在背部胸椎旁压痛点皮下，或中脘、足三里等穴，每日一次，3—5次为一疗程。

（六）合并症治疗：

1.出血的治疗，详见“肝硬化、食道静脉曲张破裂出血治疗”。经积极治疗24～48小时，仍出血不止，血压下降者，应进行手术。尤其是50岁以上或曾有多次大量出血史者。

2.穿孔、幽门梗阻和癌变者，多需手术。

（七）预防复发：消除精神刺激，生活规律，改善不良

的饮食习惯，以及戒烟酒，忌食对胃有刺激的食物等。

第四节 胃神经官能症

本病是一种内脏的神经官能症，以胃的运动和分泌功能失常为主要表现。

〔诊断要点〕

（一）多见于青壮年，病程长，症状轻重不一，可持续发作或间断发作。以反复发作的连续性嗳气为主要表现者，患者企图以嗳气减轻胃部症状。以反复发作食后呕吐为主要表现者（也称神经性呕吐），多无恶心，不费力地一口一口吐出，吐量可多可少，但不影响食欲和进食。因此，多无明显消瘦和营养障碍。

（二）患者同时有神经衰弱症状，如失眠、头痛，注意力不集中，记忆力差，易激动等。

（三）体检无异常发现。

（四）应排除各种器质性疾病，如溃疡病、慢性胃炎、胃癌等。

〔治疗〕

（一）使患者解除顾虑，建立战胜疾病的信心，并应针对自己的发病原因，安排好生活和劳动。饮食方面同溃疡病。

（二）药物治疗：一般可给予镇静剂（如苯巴比妥、眠尔通或异丙嗪）与解痉剂（如颠茄片、阿托品或安胃灵等）。呕吐较重者，可加用0.5～1%普鲁卡因10毫升口服，每日三次。或氯丙嗪12.5～25毫克，每日三次。对神经衰弱症状，也应同时进行治疗（参见“神经衰弱”）。

（三）中医治疗：治宜降气止呕。

1.旋复花（布包）三钱，代赭石八钱，姜半夏三钱，厚朴三钱，竹茹三钱，苏梗三钱，生姜三片。水煎服。

2.丁香一钱，柿蒂五个，生姜五片。水煎服。

（四）针灸治疗：内关、足三里，中脘穴，强刺激。或按快速针刺疗法，针一侧或双侧内关穴。效不佳时，可配用天突、足三里穴。

第五节　门脉性肝硬变

本病是一种常见的慢性肝脏疾患，其主要病变有肝细胞的变性、坏死及增生，结缔组织的增生及收缩，从而影响门脉循环。营养不良，传染性肝炎，血吸虫病等，均可为其致病原因。主要临床表现为肝机能减退和门静脉高压，继而引起脾肿大、腹水，腹壁静脉曲张，食道和胃底静脉曲张破裂，肝昏迷等。

〔诊断要点〕

（一）早期（代偿期）：临床表现多不明显，可有食欲不振、恶心、腹胀、消瘦、无力等症状。肝肿大较硬，脾也常肿大。在面、胸、背及上肢，可有蜘蛛痣。如有条件做X线食道造影，发现食道静脉曲张，则可确诊。

（二）晚期（代偿不全期）：呈肝病面容（颜面消瘦，眼球下凹，面色灰黄），可有轻度黄疸。肝逐渐缩小，脾逐渐增大。脐周和腹壁静脉曲张，出现腹水，有时下肢水肿，可有出血倾向及低热。肝脏损害严重者，可出现精神或神志异常，甚至昏迷。

（三）鉴别诊断：早期应与慢性肝炎鉴别，如发现蜘蛛痣，肝脏较硬，或有贫血及血白细胞减少者，大多已属肝硬变。还须与肝癌鉴别。后者，肝脏进行性肿大，可坚硬如石，呈结节状，脾脏多不肿大，一般情况的恶化，较肝硬变迅速。腹水期须与结核性腹膜炎、巨大卵巢囊肿鉴别。结核性腹膜炎，无腹壁静脉曲张，脾不大，腹壁多有压痛及轻度肌紧张，或可触知不规则的包块。必要时，可做腹水检查，肝硬变时为漏出液，结核性腹膜炎时为渗出液。巨大卵巢囊肿病人仰卧时，肠被压至腹后部及两侧，故前腹叩诊呈浊音，腹部两侧呈鼓音，而腹水时叩诊音的分布与此相反。疑为卵巢囊肿时，勿作腹腔穿刺。

〔治疗〕

（一）一般治疗：早期减少活动，晚期卧床休息。饮食以高蛋白，高碳水化合物，低脂肪为原则。有腹水、水肿者应忌盐，经常食用豆浆，可有较好效果。一般可服用酵母、复方维生素B、维生素C等。腹胀可服乳酶生。食欲不好消化不良者，可服胃蛋白酶。有出血倾向者，可口服或皮下注射维生素K。一般情况差者，可肌肉注射苯丙酸诺龙25毫克，每周2次。禁用酒类及吗啡、巴比妥类药物。食物勿过硬，片剂应研碎，以免吞服时，引起曲张的食道静脉破裂而出血。

（二）腹水及水肿的治疗：

1.利尿剂的应用参见“心力衰竭”。在肝性昏迷前期，禁用双氢克尿塞，以防诱发昏迷。

2.放腹水：如腹水很多，影响病人进食或呼吸者，可放腹水以缓解症状，每次一般不超过5000毫升（小儿酌减）。

过多则有诱发肝性昏迷的可能，放腹水时，不宜过快，且不宜过勤，最多两周一次。放腹水后，注射汞撒利效果较好。

3.用利尿剂无效，又不宜放腹水者，可试用黄体酮，每日肌肉注射100毫克。或用甘露醇、山梨醇静脉滴注，以利尿。放腹水的方法，可参阅治疗篇，“腹腔穿刺术”。

（三）食道静脉曲张破裂出血的治疗：

1.绝对卧床休息，禁食，用止血剂及输液输血。

①云南白药0.3克，日服四次。

②垂体后叶素20单位，加入5％葡萄糖中静脉滴注。

③一般先输液，脉搏超过110次/分，收缩期血压低于90毫米汞柱时，应输血。

2.用上法后，出血仍不止，应立即转院手术治疗。

（四）肝昏迷的治疗：参见传染病篇“病毒性肝炎”中，重症型肝炎的治疗。

（五）中医治疗：

1.早期肝硬变：治宜健脾理气，化瘀软坚。党参五钱，茯苓五钱，白术五钱。香附三钱，玉金三钱，当归三钱，白芍三钱，桃仁三钱，红花三钱，鳖甲五钱，生牡蛎五钱，鸡内金四钱，三棱二钱，莪术三钱。水煎服。

2.晚期肝硬变：

（1）有腹水，治宜补气利水。生黄芪五钱至一两，茯苓一两，白术五钱，山药五钱，木香二钱，大腹皮一两，车前子六钱，泽泻五钱，猪苓五钱，甘草二钱。水煎服。腹水严重，也可配服舟车丸，每服一钱，每日一次。不宜久服。

（2）腹水消减后，仍宜补养扶正，化瘀软坚。可服用早期肝硬变方。

3.治肝脾肿大之验方：炒山甲五钱，炙鳖甲五钱，丹参四钱，红花四钱，三棱二钱，莪术三钱，黄芪三钱，陈皮四钱。共研细末。每服1～2钱，每日三次。

4.治腹水外敷方：甘遂五钱。研末。用温水调成糊状，敷在脐部直下三寸处，并煎服甘草二钱，待大便泻水后，去除敷药。

第四章 泌尿系统疾病

第一节 急性肾炎

本病是机体对溶血性链球菌感染所发生的变态反应性疾病，两侧肾小球发生广泛的急性炎症变化，多见于儿童和青年。

〔诊断要点〕

（一）发病前1～3周内，多有化脓性扁桃体炎、猩红热或皮肤脓疱病等感染史。

（二）水肿先见于眼睑，迅速延及全身，同时尿少，多为血尿或茶色尿。血压往往升高。

（三）尿检发现蛋白、红细胞及细胞管型，颗粒管型。

（四）并发症的诊断：急性肾炎较易并发心力衰竭。此时，除肾炎症状外，出现气急、咳嗽、水肿增剧，肝肿大，心脏扩大，肺部有湿性罗音。严重者，可发生急性肺水肿。少数病人，尤其是儿童，可发生高血压脑病，表现为头痛、呕吐、嗜睡或烦躁，甚至昏迷、惊厥。

〔预防〕积极锻炼身体，增强抗病能力。遇有溶血性链球菌感染，如咽峡炎、猩红热等，要彻底治愈。已患急性肾炎者，应予充分治疗，以免复发或转变为慢性。

〔治疗〕

（一）一般治疗：卧床休息至临床症状消失，尿检查基本正常。水肿期忌盐。

（二）控制病灶感染：肌肉注射青霉素40万单位，每日2次。注射不便时，可服土霉素。一般用药两周。肾炎迁延不愈者，应检查有无慢性病灶（扁桃体炎、鼻窦炎、龋齿等），并予以治疗。

（三）对症治疗：

1.利尿剂：水肿期，可口服氨茶碱或双氢克尿塞。严重者，成人可静脉注射50%葡萄糖液40～60毫升，每日1～2次。或氨茶碱0.25克，加入50%葡萄糖液20毫升，缓慢静脉注射。

2.降压剂：有高血压者，应予降压镇静药物（参见“高血压病”）。一般常用利血平，成人0.25毫克，每日3—4次口服。血压过高者，可肌肉注射，每次1毫克。儿童因较易发生高血压脑病，用量较大，一般初次用0.07毫克/公斤（不超过2毫克）肌肉注射。必要时，12～24小时后，重复一次。以后按0.02～0.03毫克/公斤/日，分3～4次口服。也可用肼苯哒嗪20毫克（小儿为1毫克/公斤/次），每日3～4次口服。

（四）并发症的治疗：

1.高血压脑病发作时，除肌肉注射利血平降压外，可用25%硫酸镁10毫升（儿童为0.2～0.4毫升/公斤）肌肉注射。4～6小时后，可重复一次。必要时，用硫酸镁2.5克（儿童为

0.1～0.15克/公斤），配成1～2%溶液，缓慢静脉滴注，并给予镇静剂。滴注硫酸镁过程中，应密切观察血压、呼吸。如发现呼吸抑制现象，应即停药，并立即静脉注射10%葡萄糖酸钙溶液10毫升。

2.心力衰竭的治疗，同一般心脏病所引起的心力衰竭。但不能用汞利尿剂。

（五）中医治疗：

1.以浮肿，怕冷，发热为主者，治宜祛风，行水，解毒。麻黄二钱，生石膏六钱，二花五钱，连翘五钱，蝉蜕一钱半，防风二钱，当归三钱，赤小豆一两，茯苓六钱，泽泻四钱，鲜茅根一两。水煎服。

加减：无汗，加浮萍、苏叶各三钱。咳嗽，加桑皮、杏仁各三钱。腹胀，加大腹皮三钱，砂仁二钱。发烧，加二花一两，黄芩三钱。

单方：

（1）鲜车前草、玉米须各四两。水煎服。

（2）益母草四两。水煎服。

2.以浮肿、血尿为主，舌红脉数者，治宜凉血利水。

（1）生地、大蓟、小蓟、滑石、藕节各五钱，旱莲草三钱，鲜茅根二两，生甘草一钱，茯苓六钱，泽泻四钱。水煎服。

（2）大小蓟各二两（鲜者加倍），浓煎，分三次服。每日一剂，连服五天。

第二节 慢性肾炎（附：肾病综合征）

本病可缓慢发生，或由急性肾炎未彻底治愈发展而来。

部分患者其急性肾炎症状不明显而以隐匿型肾炎开始。晚期常因肾机能减退而发生尿毒症。

〔诊断要点〕

（一）部分患者有急性肾炎、或水肿的病史。

（二）隐匿型：患者无自觉症状，偶有腰痠，仅尿检发现蛋白和管型，蛋白尿常持续阳性。部分患者可因感染而自行恶化，发生典型肾炎症状，类似急性肾炎（慢性肾炎的急性发作）。

（三）高血压型：以高血压为主要表现，水肿不严重。但尿的变化（蛋白、管型、红细胞）较高血压病显著。可并发高血压性心脏病。

（四）肾病型：以全身浮肿，大量蛋白尿，低蛋白血症等为特征。起病大多缓慢，出现踝及面部浮肿。其后逐渐增剧至全身，呈可凹陷性水肿。严重者，可伴有胸水及腹水。尿中有大量蛋白，可见透明及颗粒管型。

※肾病综合征（简称肾病）是由多种病因引起的综合病征，临床特征见上。肾病可分两类：原发于肾脏的肾病（如肾病型肾炎）和继发于全身性疾病的肾病（如糖尿病性肾病变），以前者占大多数。

（五）尿毒症：由以上各型长期发展而成，患者消瘦乏力，食欲不振，并常有恶心、呕吐、肌肉颤动或抽搐。严重时，呼吸深大，呼气带尿味，神志模糊，终至昏迷。

〔预防〕

（一）积极防治急性肾炎，如已患病，治疗要彻底。

（二）如慢性肾炎已发生，应合理治疗。并避免湿冷、过度疲劳和链球菌感染。不用对肾脏有刺激的食物和药物。

妇女根据具体情况，宜考虑避孕。

〔治疗〕

（一）隐匿型：参阅肾病型水肿消退后的治疗。

（二）高血压型：应给予降压药物（参阅“高血压病”），一般常用降压灵、利血平、氯丙嗪，双氢克尿塞、肼苯哒嗪。必要时，可用利血平肌肉注射。胍乙啶也可应用，但须谨慎，勿使血压下降过猛，防止体位性低血压。心力衰竭的治疗，同一般心力衰竭。中医治疗宜滋阴潜阳：生石决明八钱，代赭石一两，白蒺藜三钱，磁朱丸三钱，生地五钱，山萸肉三钱，白芍三钱，山药五钱，怀牛膝三钱。水煎服。每日一剂。

（三）肾病型：

1.水肿期需卧床休息，给低盐高蛋白饮食为宜。水肿消退后，可逐步恢复活动，但应避免过度劳累、受凉及感染。

2.对症治疗：主要治疗浮肿，可用利尿药，如双氢克尿塞25毫克，氨苯喋啶50毫克，或速尿20～40毫克口服，一日三次。顽固者，用利尿酸钠50～100毫克，或速尿40～80毫克，静脉注射。大量腹水严重影响呼吸时，可考虑腹腔穿刺，放出部分腹水。

3.合并感染时，使用抗菌素。

4.激素疗法：强的松，成人每日30—40毫克，儿童每日1—2毫克/公斤，分3—4次口服。至水肿消退，尿蛋白明显减少或消失后（约需4—6周）。继续用药的方法有二：

（1）每7—10日，减少日量5毫克（减药期间发现尿蛋白有增多趋势时，应暂缓减药）。减至最小维持量后，持续服用6～12个月。

(2) 长期间歇疗法（尤适用于儿童），日量不变，但在一周内连用5日，停2日。如症状继续缓解，尿蛋白持续阴性或少量，则每2—3月，再一次减少用药天数，增加停药天数。例如，先减至每周用药4日，停3日。再减至每周用药3日，停4日。最后每周停药5日，用2日。如此持续服药约一年。在间断疗法的后半年中，全日药量可减半。

此类激素的副作用较大，治疗期间应经常检查尿常规，测量血压，注意防治感染，并控制可能发生的副作用，如高血压、骨质疏松等。宜同时口服小量钾盐（尤其在利尿期间），以免发生电解质紊乱。有显著肾功能衰竭，严重高血压及存在感染时，不宜使用激素治疗。伴发溃疡病或曾有精神病者，也须慎用。

5.中医治疗：浮肿严重者，宜温阳利水。

(1) 制附子三钱，肉桂一钱，生黄芪一两，党参五钱，白术五钱，茯苓五钱，木香二钱，车前子六钱，泽泻四钱，大腹皮五钱，甘草二钱。水煎服。

(2) 玉米须二两，赤小豆一两，生苡米一两，车前子五钱。水煎服。

浮肿基本消退后，宜健脾补肾。

(1) 黄芪一两，党参六钱，山药五钱，芡实四钱，生熟地各五钱，当归三钱，金樱子四钱，菟丝子四钱，鹿角霜三钱。水煎服。如果蛋白尿持续不消失者，黄芪、党参的用量加倍。

(2) 脾虚为主者，服用人参健脾丸，每次一丸，每日2次。肾阳虚为主者，服用金匮肾气丸，每次一丸，每日2次。肾阳虚为主者，服用六味地黄丸，每次一丸，每日2次。

（3）慢性肾炎，经久不愈者，以重用活血化瘀，清热解毒药物的益肾汤治疗，特别在消除蛋白尿和恢复肾功能方面，疗效较单纯补肾健脾等法，有显著提高。益肾汤主方：当归、赤芍、川芎、红花各三至五钱，丹参五钱，桃仁三钱，益母草、二花、白茅根、板兰根、紫花地丁（或蒲公英）各一两。水煎服。

①慢性肾炎急性发作，或合并上呼吸道感染者，去桃仁、红花等，酌加连翘、败酱草、山豆根、黄芩、元参、蝉蜕等清热解毒药。

②各型慢性肾炎，以肾功能低下为主者，可酌加乳香、没药、炮山甲、王不留行，路路通、炙鳖甲、生牡蛎等。

③出现肾阴虚者，加熟地、女贞子、枸杞子、旱莲草。有肾阳虚者，加附子、肉桂、菟丝子、仙灵脾。脾虚，加白术、山药、扁豆、莲肉。气虚，加党参、黄芪、黄精等。高血压者，酌加黄芩、地龙、牛膝、勾藤、野菊花、夏枯草、龙胆草等。浮肿，酌加益气健脾利水，温肾利水或行气利水之药。血尿者，酌加活血止血凉血之药。有些重度浮肿，高血压者，酌情加用西药利尿、降压。

6.免疫抑制治疗：经以上治疗效果不佳，或收效后不能巩固、而易复发时采用。一般均与激素合用。

（1）环磷酰胺：可每日或隔日注射一次，每次100～200毫克，加于生理盐水中，静脉滴注。一般十次或以上。在疗效出现后，可改为口服，每日100～150毫克，维持6～12个月。如对胃肠道副作用大，可适当应用氢氧化铝凝胶等，否则减量。

（2）硫唑嘌呤：开始剂量一般为每日100～150毫克，

分2～3次口服。无效时，剂量可酌加至200毫克。见效后，改为25～50毫克/日维持。用药持续半年左右。

以上药物均有抑制骨髓作用，故使用时，须注意查血象，白细胞＜3000者停药。待白细胞升至正常后，再恢复用药。

（四）尿毒症：低蛋白饮食。水肿不重者，勿严格限盐。适当增加液体入量以利尿。但以不引起或加重水肿为限。食欲明显减退者，可酌情输入高渗葡萄糖液。可服用氯丙嗪止吐，服氢氧化铝以减少磷的吸收。口服乳酸钙或静脉注射葡萄糖酸钙，以减轻抽搐。有呼吸深大等酸中毒表现者，口服碳酸氢钠，每日4～6克（小儿减半）。严重者，需静脉滴注乳酸钠或碳酸氢钠。

第三节　泌尿系感染

泌尿系感染是肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎等的总称。多见于女性，最常见的病原菌是大肠杆菌与副大肠杆菌。其次，为链球菌、葡萄球菌和变形杆菌。

〔诊断要点〕

（一）有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状。严重者，有脓尿、血尿。

（二）急性肾盂肾炎，伴有发热、腰痛、肾区叩痛，而膀胱刺激症状，可不明显。婴幼儿可有高热、惊厥及呕吐、腹泻等胃肠道症状。

（三）尿检，镜下可见大量脓细胞。

〔预防〕注意锻炼身体，增强体质，提高机体对感染的

抵抗力。妇女在月经期、妊娠期、产褥期，要注意卫生。女婴注意及时换尿布，以防细菌经尿道上行感染。

〔治疗〕

（一）一般治疗：多喝水。发热者，须休息。

（二）抗菌药物：常用药物为呋喃坦丁、醋酰磺胺及合霉素、土霉素、链霉素等。一般仅有膀胱刺激症状而无发热腰痛者，可给予呋喃坦丁或醋酰磺胺口服。发热腰痛较显著者，宜肌肉注射链霉素、卡那霉素、庆大霉素等。

急性泌尿系感染，应力求彻底控制，以免转为慢性。急性肾盂肾炎的抗菌素治疗，在症状消失及尿检查正常后，须继续用药1～2周（药量可减少）。反复发作者，尚须适当延长。

（三）中医治疗：

1.急性期，宜清利湿热。木通三钱，车前草一两，扁蓄五钱，瞿麦五钱，二花一两，连翘一两，栀子三钱，甘草二钱。水煎服。

2.慢性期，手足热，口干，治宜滋阴清热解毒。生地五钱，丹皮三钱，知母三钱，黄柏三钱，山药五钱，泽泻三钱，茯苓五钱，二花一两。水煎服。或服用知柏地黄丸，每次一丸，每日2次。

慢性期，食欲差、腹胀、腰痛，治宜健脾补肾。生黄芪五钱，党参五钱，白术四钱，茯苓四钱，川断四钱，桑寄生四钱，山药五钱，枸杞子五钱，土茯苓一两。水煎服。或服用人参健脾丸、金匮肾气丸，每次各一丸，每日2次。

（四）穴位注射：链霉素0.2克，曲骨穴注射，每日一次，5次为一疗程。可间断反复治疗数疗程。

第五章　血液系统疾病

第一节　贫　　血

单位容积血液所含的红细胞数目或血红蛋白，少于正常时(成年男性，低于12克%；女性，低于11克%)，即称为贫血。

〔诊断要点〕

(一) 确定有无贫血：贫血较显著的病人，可有面色苍白、困倦、乏力，活动后心慌、气短、头晕等症状。其中以甲床和眼结膜苍白最重要。严重贫血病人，可有心脏扩大和心力衰竭。最可靠的诊断方法，是测定血红蛋白。

(二) 判明贫血的性质（类型）和原因：询问病史，要注意有无失血（包括消化道出血、痔出血、月经过多），胃肠消化障碍或营养缺乏。是否接触或采用过有害于造血组织的物质或药剂，以及有无慢性感染，严重肝肾疾病或恶性肿瘤等。体检时，注意有无出血、黄疸、反甲、舌炎或肝、脾淋巴结肿大等。

1.缺铁性贫血：小儿时期最常见，主要由于饮食中缺乏铁（参见“小儿营养不良性贫血”）。成人常见于慢性失血的病人（如月经过多，痔，钩虫病，溃疡病等）。部分病人，可有反甲（指甲凹陷，不平，无光泽）。血红蛋白的减少，较红细胞减少显著，服铁剂疗效显著。

2.巨（大）细胞性贫血：常有食物中缺少肉、蛋、新鲜青菜或长期腹泻史。婴儿多见于单纯母乳喂养而未加辅食者

（参见“小儿营养不良性贫血”）。患者食欲明显减退，精神显著萎靡，常有舌炎（晚期舌乳头萎缩，舌面光滑），白细胞及血小板也可减少（但一般无出血表现），叶酸或维生素B_{12}治疗效果显著。

3.再生障碍（不良）性贫血：部分病人，曾接触或服用过有害于造血组织的物质或药剂，如苯、砷、1605、氯（合）霉素、硫氧嘧啶、磺胺类等。常有出血表现（皮肤及粘膜出血点，鼻衄，齿龈出血，月经过多等），脾一般不大，白细胞、血小板明显减少，白细胞分类无幼稚细胞，出血时间延长，疗效差、慢。

4.溶血性贫血：较少见。分先天和后天性二种。后者可与重症感染，化学药物中毒（磺胺、砷等），血型不合的输血或饮食（如蚕豆）有关。贫血伴有黄疸者，应考虑此类疾病。

5.其他继发性贫血：慢性感染（慢性肺脓肿、慢性骨髓炎等），严重肝肾疾病（晚期肝硬变、尿毒症等）、白血病、恶性肿瘤（胃癌、淋巴肉瘤等），及其它全身性疾病（风湿热、类风湿性关节炎等），皆可继发贫血。

〔预防〕

贫血绝大多数是可以预防的。开展爱国卫生运动和防治各种危害人民健康的常见病、如钩虫病、溃疡病、慢性肠道感染、内痔及其它慢性出血性疾病等。此外，做好计划生育，注意个人卫生，饮食卫生，妇女孕期和哺乳期卫生，乳儿正确合理喂养。在医疗上，合理使用药物等，也应予以注意。

〔治疗〕

（一）一般治疗：按病情适当休息，注意合理营养，多吃含蛋白质、铁质及维生素丰富的食物，如豆类、肉类和新

鲜青菜等。重度贫血（血红蛋白4～5克%以下），或出血严重时可输血。

（二）病因治疗：积极找出病因，并将其去涂，如驱钩虫，改善营养状况，去除各种慢性失血原因和治疗慢性疾病等。

（三）药物治疗：缺铁性贫血病人，应口服铁剂。先用硫酸亚铁，每日0.6～1.8克。或碳酸亚铁，每日2—3克。自小量渐增，分次饭后服用，以免刺激胃肠引起恶心，呕吐，腹泻。若病人不能耐受，可换用10%枸橼酸铁铵，每日30～60毫升。稀盐酸、维生素C或胃蛋白酶，能促进铁的吸收，可同时应用。血红蛋白正常后，继续服药一个月。缺铁性贫血，也可服用下列中药：和血丹，每次二粒，每日2次。十全大补丸，每服一丸，每日2次。

巨细胞性贫血，应口服叶酸5～10毫克，每日3次。维生素B_{12}50～100微克，每日肌肉注射一次。一周后，可改为每周1～2次。肝精1～2毫升，每日肌肉注射一次。同时，给予维生素C效果更好。

再生障碍（不良）性贫血：须长期持续治疗。如条件许可时，可用：

1.丙酸睾丸素，每日肌肉注射100毫克。

2.中医治疗：宜温补肾阳。

（1）黄芪一两，当归四钱，肉苁蓉五钱，杜仲四钱，熟地五钱，山药一两，破故纸四钱，枸杞子四钱，仙茅四钱，仙灵脾四钱，肉桂二钱，附子二钱。水煎服。

（2）腰腿痠痛、畏寒者（肾阳虚），可用参茸卫生丸，每服一丸，每日2次。腰痠、乏力、潮热者（肾阴虚），可

用河车大造丸，每服一丸，每日 2 次。也可用胎盘粉（取健康产妇胎盘洗净，焙干制成），每服三钱，每日 3 次。

3.氯化亚钴，每日90～180毫克(儿童2～4毫克/公斤)，分2～3次饭后服用。

4.出血明显时，可加用肾上腺皮质激素，如强的松，每日30毫克（儿童 1 毫克/公斤/日）。有效后，改为维持量。

5.必要时，可进行输血。

经以上疗法效果不佳时，可考虑行脾脏切除术。

晚期肝、肾疾病，恶性肿瘤及急性白血病所继发的贫血，须治疗其原发病，仅针对贫血进行治疗，效果不大。

第二节 紫 癜

凡皮肤粘膜出现出血点或出血斑，均称为紫癜。常见者，有血小板减少性紫癜及过敏性紫癜。

血小板减少性紫癜

分原发性及继发性两类。继发性者，可见于其它血液病，如再生障碍性贫血、白血病，以及某些急性感染。下文仅述原发性血小板减少性紫癜。

〔诊断要点〕

(一) 发病可急可缓，主要症状为皮肤出血点，瘀斑或青紫块，一般不隆起，多见于四肢，躯干较少。粘膜出血多见于牙龈及鼻粘膜，有时发生吐血、便血或阴道出血。如出血较多，可有贫血现象。慢性病例，脾多轻度肿大。

(二) 出血时间延长。血小板计数往往低于5—6万/立方

毫米。

〔治疗〕

（一）对症治疗：有出血现象者，服用维生素C、芦丁及安络血。粘膜出血者，用浸有1:1000肾上腺素的棉球压敷。

（二）中医治疗：

1.血热型：出血兼见面红、口干、舌尖红等热象者。治宜清热凉血。

（1）槐花一两，鲜生地一两，鲜茅根一两，鲜小蓟一两，侧柏叶五钱，丹皮三钱。水煎服。

2.气虚型：出血兼见面白、头晕、眼花等虚象者。治宜补气摄血。

（1）黄芪一两，当归五钱，龙眼肉五钱，五味子五钱，红枣十枚，黑豆一两。水煎服。若加鹿角胶三钱，龟板胶三钱，阿胶三钱（烊冲）效果更好。

（2）人参归脾丸，每服一丸，每日2次。

（三）激素治疗：急性病例，可给泼尼松，每日20—40毫克（小儿1毫克/公斤），分2～4次口服。病情缓解后，逐步减量停药。一般至少须治疗2—3月。

（四）输血：经上述治疗后，仍严重出血不止者，可输新鲜血。

（五）长期反复发作病例，可考虑将脾切除。

过敏性紫癜

本病是由于过敏机制，引起毛细血管渗透性增高所致。

〔诊断要点〕

（一）发病较急。紫癜多见于四肢远端，两侧对称，微

凸起，可伴有荨麻疹、血管神经性水肿等过敏性病变。并可同时有严重的腹痛、便血（肠壁出血）、关节肿痛或血尿。

（二）出血时间和血小板均正常。

〔治疗〕

（一）一般治疗：有明显出血症状时，须卧床休息。胃肠出血严重时，暂禁食或给予小量多次的流食。有明显过敏原因者，应避免与过敏原接触。

（二）对症治疗：腹痛时给颠茄或阿托品。针刺足三里穴。必要时，需用杜冷丁等止痛。

（三）抗组织胺药物：如苯海拉明或异丙嗪25毫克（小儿1毫克/公斤/次），每日3次。用时加维生素C、芦丁。

（四）激素治疗：强的松，每日30～40毫克口服。以后根据病情，逐步减量，症状消失后，即可停药。也可用促肾上腺皮质激素静脉滴注。

（五）中医治疗：

1.竹叶三钱，生地四钱，赤芍三钱，西河柳三钱，牛蒡子三钱，蝉蜕二钱，黄柏三钱，知母三钱，紫草五钱，当归四钱，苦参三钱。水煎服。

2.红枣10～15枚。水煎服。日服三次。

3.花生衣一钱，黄精三钱。水煎服。

4.牛角尖（实心处，锉碎）一两至二两。用水稍煎，加京墨汁一两，童尿少许。温服。有卓效。

第三节 白血病

白血病是骨髓及造血组织异常增生，至今原因未明的疾

病。患者多数系青壮年及儿童，临床上分急性白血病和慢性白血病两大类。

急性白血病

〔诊断要点〕

（一）起病急，畏寒、高热、乏力、头痛、全身疼痛等症状。

（二）咽峡炎，咽峡溃疡，牙龈肿胀，骨关节痛等，常为早期之症状。

（三）肝、脾、淋巴结肿大。

（四）贫血发展快。常有皮肤苍白、心悸、头晕。

（五）出血现象多，可见于皮下，口腔粘膜，牙龈，鼻粘膜，子宫等处。也可有呕血，便血及血尿。

（六）血液化验：白细胞计数增高（也有正常或减少者），并有大量不正常的原始和早期幼稚白细胞出现。红细胞、血红蛋白、血小板都减少。

并发症：败血症及颅内出血，常为致死原因。

〔治疗〕

（一）一般治疗：

1.休息。供给营养丰富的饮食及维生素。

2.口腔炎用温开水漱口，如体内有感染存在，则应用抗菌素。

3.出血及贫血严重者，可输以新鲜血液。

（二）药物治疗：

1.6—巯基嘌呤：剂量为每公斤体重每日 2.5 毫克。成人每天剂量，可达200～300毫克口服。用药3～6周后病势缓

解，再改用维持量（如每周三次，每次50毫克）。缓解期，一般为2～3个月，长者可达一年。本药毒性很强，若白血球减少至3,000以下，就应停药。

2.强的松、强的松龙：剂量为每天40～60毫克，可连续服用3周左右。在服药期间，要间断口服氯化钾，一周可服三天，每天服三克。缓解期短者数天，长者数月。

3.氨基喋呤、氨基甲基喋呤：前者，成人剂量，一般为每天0.5～2毫克。后者，每天2.5～5毫克。可连续服用2～3周后，改用维持量（每周三次，每次0.5～1毫克）。本药毒性很强，若出现口腔溃烂，腹泻，皮肤和胃肠道出血，脱发，白细胞及血小板减少，均应停药。

以上三种药，可交替应用，可以延长缓解时期。

（三）中药治疗：

1.土大黄（羊蹄根）二两。水煮沸后入药，再煎15～20分钟。煎二次，每次煎成200毫升，内服。可连服1～2个月。

2.石见穿二两，白花蛇舌草二两，半枝莲一两，半边莲一两，七叶一枝花一两，蒟蒻（须先煎2小时）一两。煎两遍，滤去渣，每次煎成250毫升，内服。

慢性白血病

〔诊断要点〕

（一）起病缓慢。早期无自觉症状，常于发病后半年至二年后才就诊。

（二）症状可有头晕、乏力、体重减轻，低热和腹胀，贫血症状没有急性白血病严重。

（三）肝、脾肿大，以脾肿大为明显。淋巴结肿大。

（四）血液化验：白细胞计数明显增高，有幼稚白细胞出现。

〔治疗〕

（一）一般治疗，见急性白血病。

（二）药物治疗：马利兰(白消安)，每日 4～10毫克。缓解后，改用维持量，每日或每 3 日服用 2～4 毫克。疗程一般1～4月，也可应用到 8 个月。缓解期1～8月，也有长达三年者。毒性低，但也可引起血小板减少、闭经、皮肤色素沉着等。

（三）慢性白血病可急性发作，按急性白血病治疗。

第六章　内分泌和代谢疾病

第一节　甲状腺机能亢进

本病是由于高级神经活动紊乱引起甲状腺分泌过盛所致。精神刺激是常见的病因。

〔诊断要点〕

（一）易激动，发脾气，怕热，多汗，食量增多而日益消瘦。手指震颤，双手伸直，手指张开时更为明显。

（二）甲状腺不同程度的肿大。弥漫性肿大者，常为对称性，可触到震颤，听到收缩期血管杂音。结节性肿大者，常不对称，可触到结节，质较坚实。

（三）眼球突出。较多见于弥漫性甲状腺肿，突出程度与甲状腺机能亢进的程度无关。高度突眼者，可有眼肌麻痹、

复视、畏光、眼睑不能闭合，而引起结膜充血和角膜发炎。

（四）心悸。安静时，脉搏一般在90次/分以上。收缩期血压增高，舒张期血压正常或稍低。故脉压差（即收缩期血压减去舒张期血压之值）增大。可根据清晨安静卧床时的血压和脉搏计算基础代谢率。基础代谢率＝脉搏＋脉压差－111。患本病时基础代谢率常在＋30％以上。

（五）甲状腺肿大不明显者，须与神经官能症鉴别。必要时，可用复方碘液试验治疗，每次5滴，每日三次。如为甲状腺机能亢进，则两周后症状减轻。

（六）长期而严重的病人心脏增大，可出现心力衰竭及心律紊乱（如心房颤动），称为甲状腺机能亢进性心脏病。

〔治疗〕

（一）应尽量减少对患者的刺激，解除思想顾虑，增强战胜疾病的信心。

（二）给予镇静剂，如溴剂、苯巴比妥等。利血平0.25毫克，每日3次。有镇静减慢心率的作用。心得安10毫克，每日三次口服，可降低心率。

（三）抗甲状腺的药物有：甲基（或丙基）硫氧嘧啶100毫克，每日3次（小儿为5～10毫克/公斤/日）。或他巴唑10毫克，每日3次（小儿为0.5～1毫克/公斤/日）。一般服用3—4周后逐渐减量，待症状缓解，改用维持量6～12月。常用维持量：硫氧嘧啶，为每日50～100毫克；他巴唑5～10毫克。小儿维持量，为上述小儿剂量的1/3。上述药物，可引起粒细胞缺乏症，多见于硫氧嘧啶，常发生在第3～8周，故应定期作白细胞检查。也可用过氯酸钾0.25克，每日3～4次。症状好转后，改用维持量，每日0.25～0.5克，儿

童用量酌减。此药，副作用较少。抗甲状腺药物于高度突眼者应慎用。妊娠妇女，可以应用，但剂量不宜过大。哺乳期妇女禁用，否则，须停止哺乳。

（四）碘剂：复方碘液，每次5～10滴，每日3次。可使症状迅速好转，甲状腺体积缩小。但长期服用时，多数病人，在继续服药情况下，症状复发。故仅可用于少数轻症病人和手术前准备。

（五）手术治疗：甲状腺极度肿大，压迫邻近器官者，呈结节性肿大，有恶性变可能者（年轻而有结节形成，或一部分腺体肿大特别迅速），以及一般病人病情较重，估计用药物不能长期控制者，均须考虑甲状腺次全切除术。

第二节　糖尿病

本病是由于体内抗胰岛素物质增多，或胰岛素功能减退而引起的碳水化物代谢紊乱。主要表现为血糖升高及糖尿。严重时，可致酮中毒（酸中毒），发生昏迷而危及生命。

〔诊断要点〕

（一）“三多”症状（多尿、多饮、多食）为本病特点，每日尿量可达数千毫升。由于从尿中排出大量葡萄糖，故虽多食，仍日见消瘦。体检多无特殊所见，有上述症状者，如查空腹血糖升高（正常血糖80～120毫克%），尿糖阳性，即可确诊。

（二）本病患者，如有厌食、恶心、呕吐、腹痛时，应考虑有酮中毒的可能。酮中毒者，口内有烂水果气味，可有脱水征。重者，出现昏迷，呼吸深大，血压下降，四肢厥冷，反射迟钝或消失。尿糖和酮体，均呈强阳性。

（三）反复有皮肤感染，如疖、痈、外阴搔痒，或白内障患者，应常规做尿糖检查，以除外早期糖尿病。糖尿病患者，如有条件，应检查是否合并肺结核。

（四）小儿糖尿病，常常发病较急，可无明显“三多”症状而发生糖尿病昏迷，尤其是伴有感染时。

〔治疗〕

（一）控制饮食：成人轻型无合并症者，可单用饮食治疗。每日主食（米、面或杂粮）一般限制在6～8两，副食中适当增加蛋白质和脂肪，但应避免吃瓜果等含糖较多的食品。如患者仍感觉吃不饱，可加煮菜，每餐半斤至一斤。控制饮食1～2周后，如症状不好，尿糖不减，可在饮食治疗基础上，加服降糖药物。

（二）口服降糖药：

1.降糖灵（DB_1）：每次25毫克，每日三次。1～2周后无效，可加至每次50毫克，每日三次。

2.甲苯磺丁脲（D860）：对年长肥胖者疗效好，如单用DB_1无效时，也可与本药合用。第一日3克，分三次服。以后，逐日减0.5克，至每日1.5克；待病情控制后，再减至最少的维持量，长期服用。

（三）经上述治疗无效，或有合并症（如严重感染、肺结核）者，应采用胰岛素治疗。开始时，每日可用普通胰岛素20—40单位，分2～3次，饭前半小时皮下注射，每日第一次量应较大。以后，根据尿糖情况增减用量，使尿糖降至“+”～“++”为宜。治疗期间，应注意低血糖反应，表现为饥饿感、心悸、出汗、精神兴奋、甚至昏迷、惊厥。如出现此种反应，应立即给患者进食或饮用糖水。必要时，静脉注射葡萄糖液。

（四）中药治疗：

1.以口渴多饮、多食易饥为主者，宜养肺胃阴。生地一两，元参五钱，麦冬五钱，石斛四钱，天花粉一两，生石膏二两，山药一两，五味子三钱。水煎服。

2.以腰腿痿软，气短多汗为主者，宜滋补肝肾，益气敛阴。

（1）黄芪一两，党参六钱，生地一两，龟板五钱，知母三钱，黄柏二钱，山药一两，浮小麦一两，五味子三钱。水煎服。

（2）六味地黄丸，每次二丸，每日2次。

（3）猪胰全具，低温干燥为末，密丸，每服三钱，开水送下。常服有良效。

（五）小儿患者，一般均需用胰岛素治疗。为了保证正常的生长发育，不必严格限制饮食，但应注意各餐食量，应当比较“固定”。胰岛素用量较大，可根据年龄及尿糖多少而定。开始时，一般每日总量，约为20～40单位。以后，视尿糖多少酌情增减，以使尿糖减至“+”～“++”为宜。其它用法同成人。约经2～3周后，可稳定用量。但发生感染时，须适当加量，以防酮中毒。

（六）酮中毒的治疗：

1.胰岛素：即刻皮下注射普通胰岛素40～60单位（小儿1～2单位/公斤），同时静脉滴注5%葡萄糖盐水和普通胰岛素混合液（按葡萄糖2克加普通胰岛素1单位计），至尿酮体消失。每2小时，查尿糖和酮体一次，如尿糖“+++”～“++++”，酮体阳性时，可皮下注射普通胰岛素20单位(小儿0.5～1单位/公斤)。尿糖“++”～“+++”，酮体阳性时，可注射12单位(小儿0.25～0.5单位/公斤)。如酮体阴性，即不再注射。治疗中应密切观察患者，注意胰岛素反应。

2.矫正脱水：补液量需视脱水程度而定。成人一般约需2000～3000毫升。小儿可按每公斤体重50～80毫升计算，其中至少半量，应为葡萄糖盐水，其余为5％葡萄糖液，于8～12小时内输入；全日总量，成人约3000～5000毫升，小儿约需100～150毫升/公斤。能进食者，部分液体可饮入。

3.纠正酸中毒和电解质紊乱：碱性药的用法，参见休克章。补充钾盐。一般可口服氯化钾，每日4～6克，小儿减半。不能口服者，于输液6小时后，由静脉补钾（少尿或无尿时，禁用），用氯化钾2—3克（小儿酌减），稀释成0.15～0.3％浓度，静脉滴注。

4.积极治疗诱因，如控制感染等。

5.症状好转，尿酮体消失后，须根据病情控制饮食，继续使用胰岛素或口服降糖药，并应随诊观察酮中毒有无复发。

第七章 神经系统及精神疾病

第一节 脑血管病

脑血管病，也叫“中风”或“脑血管意外”，包括脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成、脑栓塞等。最常见的临床表现为昏迷、偏瘫、失语和不同程度的意识障碍。

〔诊断要点〕

（一）偏瘫的检查方法：如昏迷程度不很深时，可用下述方法进行检查：

1.举起两侧肢体，然后松手放下，而麻痹侧沉重即迅速

地落下。

2.压迫眶上神经处（眶上缘内侧）或以针刺检查，麻痹侧口角或肢体，无运动反应。

3.麻痹侧可出现巴彬斯基征（划跖试验）等病理反射。

（二）常见脑血管病的鉴别，见下表。

脑血管病的鉴别诊断

	脑出血	蛛网膜下腔出血	脑血栓形成	脑栓塞
年龄	中年以上	青壮年	老年	任何年龄（以青年为多）
病因	高血压	先天性动脉瘤或其它血管疾病	动脉硬化或动脉炎	心脏病
起病情况	较急，数小时内达高峰，多发生于用力或情绪激动时	同脑出血	较缓，病情逐渐发展，多发生于休息或睡眠时	急骤，数分钟内发病
意识障碍	多有持久昏迷	常有昏迷	无或较轻	意识突然丧失，恢复较快
颅压增高表现*	多有	多有	多无	多无
神经系体征	偏瘫，病侧瞳孔大	颈强直，克氏征阳性，可有动眼神经瘫痪及偏瘫	偏瘫可逐渐加重	单瘫或不全瘫，常有癫痫
脑脊液	压力高，含血	压力高，血性	压力正常或稍高，清亮	压力正常或稍高，清亮

* 颅压增高现象包括头痛、恶心、呕吐、呼吸深慢或不规则、脉搏徐缓等。

〔治疗〕

（一）急性期：应绝对卧床休息，禁止不必要的搬动，尽可能在当地治疗。要经常翻身，以防褥疮。饮食以稀软为主，必要时，可以鼻饲。脑血管病人，应液体入量充足，保持大便通畅，必要时，可给缓泻剂或盐水灌肠。药物治疗如下：

1.脑出血及珠网膜下腔出血：

（1）脱水疗法：是主要疗法。可选用：

①双氢克尿塞25毫克，每日三次。连用4～5天。

②50％葡萄糖液40～60毫升，静脉注射，每日4～6次。连用一周左右。

③25％硫酸镁10毫升，肌肉注射，每日1～2次。可连用5—7天。或用25％硫酸镁250毫升，直肠灌注。

④重症病例，可用甘露醇或山梨醇，静脉滴注。

（2）止血剂：注射安络血。

（3）血压高者，可加服降压药。

（4）燥动不安者，可予镇静剂。

（5）疑有感染时，应给予抗感染治疗。

2.脑血栓形成：

（1）口服罂粟碱0.03克，每日3次。5～7天为一疗程。或口服烟酸、地巴唑等血管扩张剂。也可肌肉注射654—2，每次10毫克，每日一次，7—10天为一疗程。或静脉注射氨茶碱，每次0.25克，溶于25％葡萄糖液20毫升中，缓慢注入。

（2）根据条件，选用下列药物，静脉滴注：

①罂粟碱60～90毫克，加入500毫升5％葡萄糖液中，每日一次。7—10次为一疗程。

②654—2，40毫克，加入500毫升5％葡萄糖液中，每日一

次。7次左右为一疗程。

③5％碳酸氢钠液400毫升，每日一次。5—7次为一疗程。

④烟酸60—100毫克，溶于500毫升5％葡萄糖液中，每日一次。7～10次为一疗程。

⑤0.25％普鲁卡因200毫升，每日一次。7次左右为一疗程。

3.脑栓塞：治疗同脑血栓形成，但有心脏病者，静脉滴注宜慎重。应针对原发病给予治疗。

（二）恢复期治疗：脑血管病，发病后10天至2周，一般情况好转，病情趋于稳定时，即为恢复期。此时，可逐步加强患侧肢体的被动活动或按摩，并进行针灸治疗。部分病人，可较快地恢复。

（三）针灸治疗：急性期，针风池、风府（枕骨粗隆直下凹陷中，针5分）、曲池、合谷穴。上肢瘫痪，针外关、中渚穴。下肢瘫痪，针风市、阳陵泉、绝骨、足三里穴。口眼歪斜，针地仓、颊车穴。眼闭合不全，针阳白透太阳。先针健侧1～2次，以后双侧同时针，均用强刺激。恢复期，根据瘫痪部位，只针颜面及上下肢各穴，均用弱刺激。

快速针刺疗法：偏瘫的治疗，主要用透针法。按瘫痪部位选穴，如曲池透少海，阳陵泉透阴陵泉，阳白透鱼腰（眉毛中间），外关透内关，合谷透后溪，绝骨透三阴交，地仓透颊车等。每周针三次，每次选用2—4个穴。

第二节　癫　　痫

癫痫俗称“羊痫风”。多表现为阵发性意识丧失，伴有

肢体痉挛及抽搐，常反复多次发作。

〔诊断要点〕

（一）癫痫大发作：多发生于青年人。发作突然，可大叫一声，随即意识丧失，全身肌肉强直，瞳孔扩大；继而，四肢一阵阵抽搐，常大小便失禁，并咬破舌头。发作一般持续几分钟后，进入深睡。

（二）癫痫小发作：多发生于儿童。表现为短暂的意识障碍而无抽搐，如突然瞪目直视，手中握物坠落，或突然倒地又很快醒来。

（三）限局性癫痫：多无意识障碍。表现为一侧肢体，或个别肢体的抽搐。

（四）癫痫连续状态：为连续不断的抽搐发作，间隔时间短，意识不能恢复，如不积极治疗，可衰竭死亡。

（五）癫痫与癔病的鉴别，见下表：

癫痫大发作	癔病
1.发作前多无情绪因素，可有前驱症状和先兆（如眩晕、幻觉、肢体麻木、腹痛等）	1.发作前常有明显的情绪因素，无先兆
2.发作常持续5分钟左右	2.发作持续时间不定，多较长
3.发作时意识丧失，常有尿失禁及咬破舌头	3.发作时表面上意识不清，但对外界刺激常能显示一些反应，无尿失禁，亦不咬破舌头
4.发作时睁目，瞳孔扩大，对光反应消失	4.发作时常闭目，瞳孔对光反应存在
5.发作时不择时间、地点，常遭受损伤	5.常在有人注意的安全场合下发作，故虽多次发作而无损伤

〔治疗〕

（一）一般处理：无合并症者，生活饮食照常。但应避免过饮过食，或食用大量盐类，应对病人进行精神鼓励。

（二）药物治疗：原则上是长期的不间断地服用抗癫痫药物，可先从一种药开始，如不能控制发作，再逐渐加量，或并用二种或二种以上的药物。服药时间，可根据发作时间灵活掌握。如限于夜间发作，可于睡前服药。一般应持续服药至发作停止后 1～2 年，再逐渐减药。常用药物有：

1.苯巴比妥（鲁米那），0.03～0.06克，每日 3 次。

2.苯妥英钠0.1克，每日 3 次。

3.利眠宁，0.01克，每日 3 次。

其中以前二种最为常用，尤其是苯巴比妥副作用小，且价格便宜，宜首先选用。小发作，尚可应用咖啡因，0.02～0.04克，每日 3 次。

小儿用药，可参考下列剂量：

1.苯巴比妥（2～5 毫克/公斤/日）：1～3 岁，每次0.015克；4～10岁，每次0.03克；10～14 岁，每次0.03～0.045克。均为每日 2～3 次。

2.苯妥英钠（5～8 毫克/公斤/日）：1～3 岁，每次0.025克，每日 2～3 次。4～7 岁，每次0.05 克，每日 2 次。8～12岁，每次0.1克，每日 1～2 次。12岁 以上，每次0.1克，每日 2～3 次。

（三）癫痫连续状态的治疗：原则上应一次大剂量给药，迅速控制其发作。常用药物如下：

1.副醛 4～6 毫升(小儿0.1～0.15毫升/公斤)，肌肉注射。如注射15～20分钟后，仍有发作，可用异戊巴比妥钠。

2.异戊巴比妥钠（阿米妥钠）0.5克，溶于注射用水20毫升，由静脉缓慢注入（密切注意其呼吸情况），至发作停止，即停止注入，将余量改为肌肉注射。小儿剂量为5毫克/公斤/次，用法同前。

3.如无上述药物，可用苯巴比妥钠0.2—0.3克，肌肉注射（小儿剂量为8～10毫克/公斤/次）。但效果较差。

4.脱水剂：反复抽风不止时，易有脑水肿，宜用脱水治疗，可静脉注射50%葡萄糖液或20%甘露醇。

（四）中药治疗：可试服：胆南星二两，天麻三两，牛黄一钱半，朱砂二两，琥珀三两，五味子四两，菖蒲一两，全蝎一两。共研极细末。每服三钱，日服二次。用温开水冲服。

（五）针灸治疗：针刺风池穴。强刺激。神门、阳陵泉，足三里穴。中刺激。夜间发作，配照海穴。白天发作，配申脉穴（外踝正下方凹陷中）。

快速针刺疗法：发作间歇，针哑门、后溪穴。效果不佳时，改用风池、内关、腰奇穴（用2.5～3寸针，从尾椎上2寸处，针尖向上刺）。

第三节　三叉神经痛

病因尚未明了，多见于中年以上妇女。

〔诊断要点〕

（一）起病多在中年，多为一侧，在面部三叉神经感觉支配区内，阵发性电击样、刀割样剧痛，历时数十秒或1～2分钟。间歇时、如正常人。疼痛严重时，可伴有面部肌肉反射性抽搐、流泪、流涎、结膜充血等。说话、进食、饮水、刷

牙等，均可引起疼痛发作。神经系统检查无异常发现。

（二）须与脑干部病变鉴别。后者，多有神经系统其它损害的症状。此外，尚应与牙痛、鼻窦炎等鉴别。

〔治疗〕

（一）维生素B_{12}500—1000微克，肌肉注射。同时口服苯妥英钠0.1克，每日3次。对部分病人，可有止痛效果。也可试用654—2，10毫克，肌肉注射，每日1次。

（二）针灸治疗：针刺风池、翳风、下关、合谷穴。强刺激。并按疼痛部位，配用局部穴。

（三）病情顽固者，可用普鲁卡因或酒精阻滞神经。操作方法如下：

1.第Ⅱ枝（眶下枝）：先以手指在眶下缘中点下1厘米处，摸到眶下孔，作一标记（图8—1）。局部消毒后，以26号长针头，注入2%普鲁卡因2毫升（最好进入眶下管），再注入95%酒精1～1.5毫升。后者，进入眶下管时，不应超过2毫米。

2.第Ⅲ枝（下齿槽神经）：刺入部位同下颌传导麻醉法。局部消毒后，注入2%普鲁卡因2.5毫升，再注入95%酒精2毫升。

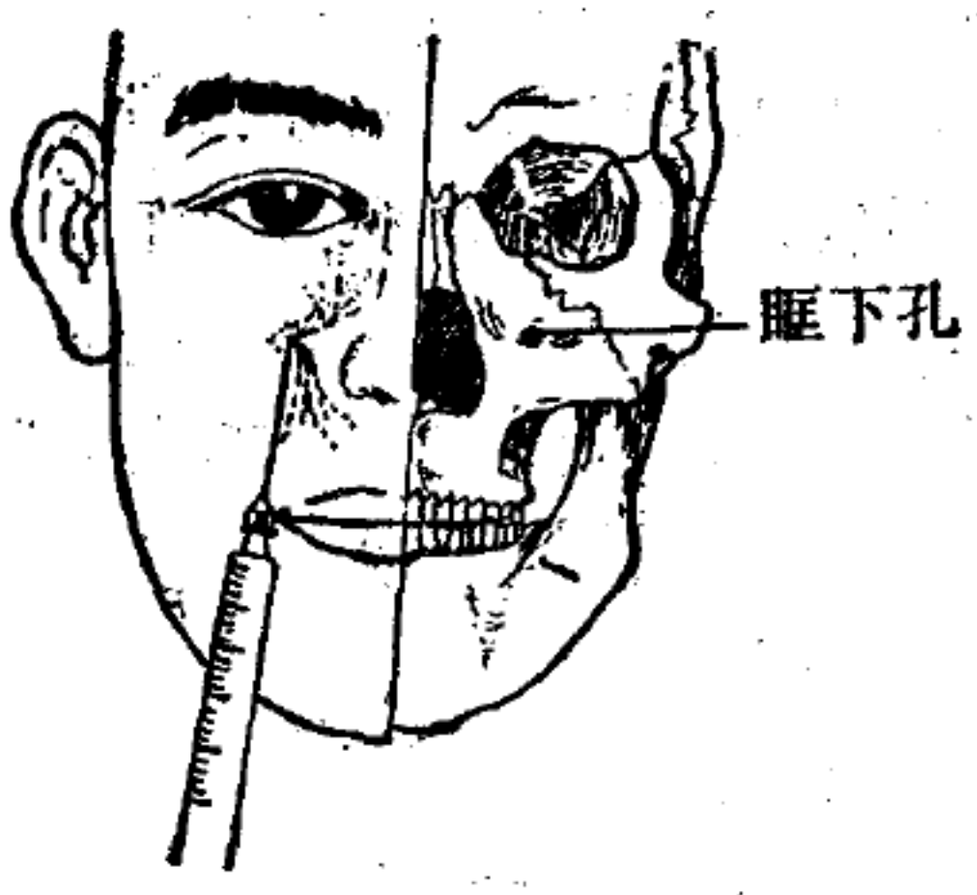


图8—1　三叉神经第Ⅱ枝的阻滞部位

〔注意〕

1.部位要准确，否则效果不佳。

2.注入酒精时，注意回吸无血，以防注入血管。

3.注射后有反应，疼痛7～10天（可服一般止痛剂）。以后，出现面部麻木感，应事先告诉患者。

第四节 面神经炎

临床上常称面神经麻痹，又名“歪嘴风”。本病是一种急性非化脓性炎症，病因可能和病毒感染或风湿性损害有关，局部受冷风刺激过久可为诱因。任何年龄均可发病，但以年轻人为多见。

〔诊断要点〕

（一）常于夜间发病。次晨，漱口时才发觉嘴唇欠灵活，或者是别人首先发现患者嘴歪。

（二）麻痹多为一侧，使患侧面部的表情丧失。患侧的额纹消失，不能抬眉；患侧闭眼不全，眼泪增多；鼻唇沟变浅，露齿时口角歪向健侧；患者不能吹口哨，口角流涎；鼓腮漏气，进食时食物滞留于患侧的齿颊间。

（三）须注意与脑部疾病时出现的中枢性面神经麻痹鉴别。后者，仅限于下面部表情肌(口角歪斜，鼻唇沟变浅)，而上面部表情肌的运动（皱额、蹙眉、闭眼）则正常，且多伴有肢体的瘫痪。

〔治疗〕

（一）新针疗法：

1.地仓透颊车。

2.鱼尾（眉梢）透阳白。

3.四白透迎香。

4.眉中（鱼腰）透鱼尾。

以上均可配下关、合谷、太阳、后溪、廉泉穴。每次用1～2个透穴及远端配穴。留针10—15分钟，隔2～3分钟，刮针数下。每日一次，十次为一疗程。

（二）药物治疗：

1.强的松10～15毫克，每日三次，于急性阶段，短期应用。也可服水杨酸钠1.0克，每日3～4次。

2.维生素B_1（10毫克口服，每日三次）、维生素B_{12}（100微克肌肉注射，每日一次）、地巴唑（10毫克口服，每日三次）等均可选用。

3.中药治疗：初期以祛风通络为主。可用牵正散（僵蚕一钱，全蝎一钱，白附子一钱。共研末），每日吞服一钱。或用荆芥、防风、蝉衣、地龙、甘草各三钱。煎服。后期，以祛风养血为主。可于上方加当归、赤芍、川芎、红花、熟地等。

4.因眼睑闭合不全，故需注意保护角膜，可戴用眼罩，滴眼药水或涂眼药膏。

第五节 神经官能症

神经官能症，是由精神因素引起大脑皮层功能暂时性失调的一组疾病的总称。常见的有神经衰弱和癔病二种。

神 经 衰 弱

〔诊断要点〕

（一）多见于青壮年，起病一般缓慢。

（二）临床表现多种多样。有的病人兴奋性相对增高，

表现为控制能力减低、易激惹、烦躁、注意力分散，入睡困难、睡眠浅、早醒、多汗、心悸、头胀痛，感觉身体各处均不适。有的病人，表现衰竭症状：精神不足，易疲劳、工作不能持久、脑力不足、记忆力差、嗜睡、多睡。但睡眠多梦、不解乏、头昏沉、全身痠痛无力。多数病人，既易兴奋，又易疲劳，兼有上述两类症状。

（三）体检（包括神经系统检查）无阳性体征发现。

〔治疗〕

（一）一般处理：

1.向病人解释本病的性质及发生的道理。解除病人对此病的误解和精神负担。

2.解除病因，如思想上的矛盾，家庭生活的不快，生活不规律等等。

（二）药物治疗：

1.以兴奋症状为主者，用镇静剂，如：利眠宁10毫克，眠尔通0.2克，或苯巴比妥0.03克，均每日2～3次。明显兴奋者，可予异丙嗪12.5毫克，每日3次。或氯丙嗪12.5毫克，每日3次。奋乃静2毫克，每日三次。

2.以抑制症状为主者，用五味子片或酊，或咖啡因。

3.兼有兴奋和抑制症状者，将以上药物配伍服用，如溴剂加咖啡因。

4.对症治疗：头痛，可用止痛剂。睡眠不好，可服安眠剂。入睡困难，宜睡前服用快速催眠药物，如10%水合氯醛10毫升，或速可眠0.1克。如睡眠多梦、易醒，可于睡前服用异戊巴比妥0.1克，或氯丙嗪25～50毫克。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。

（三）中医治疗：

1.失眠、多梦、记忆力减退、心慌者，宜养心安神。

（1）党参三钱，丹参五钱，当归三钱，远志三钱，柏子仁三钱，炒枣仁五钱，五味子三钱，菖蒲二钱。水煎服。

（2）炒枣仁一两，浓煎，睡前半小时顿服。

（3）安神补心丸，每服15粒，每日2次。

2.遗精、早泄、阳萎者，宜补肾涩精。

（1）熟地三钱，山药五钱，山萸肉三钱，菟丝子三钱，枸杞子三钱，肉桂一钱，芡实三钱，金樱子五钱。水煎服。

（2）煅龙骨二两，煅牡蛎二两，芡实二两。共研细末。每服二钱，每日2次（治遗精）。

（3）金锁固精丸，每服一丸，每日2次。锁阳固精丸，每服一丸，每日2次。

（四）针灸治疗：

1.头痛，头昏：针刺百会、风池、合谷穴。中刺激。

2.失眠，多梦：针刺三阴交、神门穴。弱刺激。可留针15分钟。

3.健忘，疲劳，腰背痠痛：针刺天柱、大杼、三阴交穴。弱刺激。

4.阳萎，遗精：针刺三阴交、肾俞穴。弱刺激。

快速针刺疗法：针关元、三阴交穴（针关元时，使针感放散到龟头处。针三阴交时，使针感放散到足底）。体弱者，可针关元、足三里穴。

（五）休息及劳动力安排问题：本病不需长期休息，个别症状较重的病人，可适当减轻工作，短时间休息。

癫病（歇斯底里）

〔诊断要点〕

（一）多见于青壮年，女性多见。发病急，有明显精神因素。

（二）临床表现：

1.发作性症状最为多见，表现为类癫痫样发作：突然四肢抽动或挺直，两眼上吊。或表现为阵发性哭笑，胡言乱语。言语内容为片断的，过去的不愉快事。或表现为意识朦胧状态，但无意识丧失，仅意识的范围缩窄。多数病人发作时，上述三种状态同时并存。发作一般持续半小时至数小时后自行恢复，偶可持续达数日。易反复发作。不发作时，可有神经衰弱症状。

2.少数表现为较长时间的瘫痪或肢体抖动，感觉减退或消失，失音、失明、耳聋等。

（三）体检包括神经系统检查均无与症状相应的阳性器质性体征。如瘫痪者，腱反射正常。感觉丧失，不符合神经支配的分布区等。

（四）类癫痫样发作，应与癫痫鉴别（见“癫痫”）。哭笑失常，胡言乱语及意识朦胧状态，要与精神病鉴别。本病发作急，有明显的精神因素，持续时间短。不发作时，无精神失常。

〔治疗〕

（一）发作期：首先是改变环境，安静休息。兴奋躁动者，可注射安眠剂，使之入睡。醒后，即可摆脱发作。如肌肉注射苯巴比妥钠0.2～0.3克，或异丙嗪50毫克。非兴奋躁动者，可用针灸治疗（见后），或给予静脉注射10%葡萄糖

酸钙10毫升。

癔病病人暗示性强，在治疗的同时，应告诉病人经注射或针灸后，疾病即可痊愈，这样疗效往往显著。

（二）发作后，如有神经衰弱症状，按神经衰弱处理。

（三）中医治疗：易激动，哭笑不能控制者，宜解郁安神。

（1）柴胡二钱，当归三钱，白芍三钱，茯苓五钱，白术三钱，淮小麦五钱，炙甘草二钱，大枣五枚，珍珠母一两。水煎服。

（2）逍遥丸，每服三钱，每日2次。

（四）针灸治疗：针灸对癔病的疗效显著。痉挛发作者，针人中、合谷、足三里穴。均用较强刺激。咽部有异物感者，针三间穴（食指桡侧第二掌骨小头后方，握拳取之）。强刺激。

快速针刺疗法：发作期，先针哑门、内关穴。效果不佳时，改用人中，后溪穴。指痉挛者，合谷透后溪。咽部有异物感者，针天突穴。

第六节　精神病

精神病常被误称为“神经病”。以知觉、思维、言语、情感及行为的障碍等精神异常为主要表现，并且持续时间较长。

〔诊断要点〕

（一）确定有无精神病：

1.遇有精神异常表现的人，要确定是否有精神病，首先应向其周围的群众、家属及组织，详细调查病史，并对其全部精神活动，进行观察。

2.如有下列症候群，可初步诊断有精神病。

（1）幻觉状态：幻觉是指无实物刺激而产生的一种虚假的知觉，而病人感到和真实一样。幻觉可分：幻听（如听到许多人辱骂他）、幻视（如看到奇怪的景象）、幻嗅（如闻到怪味）、幻触（如触电感）等。其中以幻听较常见。幻觉影响病人的情感及行为，例如，病人独自侧耳倾听，或以棉花堵耳，甚至和幻听对骂。有时幻觉可引起病人恐惧、紧张或自笑，甚至自伤或伤人。

（2）妄想状态：妄想是一种在病态基础上产生的与事实不符合的错误想法。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，不能使之纠正。

妄想是多种多样的。例如：

①将一些无关的现象，如别人吐痰，谈笑，无线电广播等，认为与他有关，坚信是针对他的。

②坚信有人在对他进行谋害。

③夸大自己的能力或地位。

④坚决认为自己罪大恶极，应逮捕法办。

⑤坚信自己患了不治之症，但实际上不存在。

⑥认为异性喜爱他，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觉，则称为幻觉、妄想症候群。

有妄想的病人，在情感及行为上也常表现出怪异，如认为别人要害他，可表现为恐惧，不敢出门，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。

（3）痴呆状态：病人丧失了接受新鲜事物的能力，对往事的记忆力发生障碍，智力活动（如计算、概括、想象、理解等）也遭到破坏，一般称作“傻”。

（4）躁狂状态：为一种兴奋状态。病人情绪过分高昂，对一切都盲目乐观，高声说话，滔滔不绝，但常转话题。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患者的言语、行动都是有动机，有目的的。所以，都是可以被人理解的。

②与周围环境，保持一定的联系。

（5）青春型兴奋：也是一种言语、动作增多的兴奋状态，与躁狂状态的不同点为：

①言语、行动的动机、目的不明，常难令人理解，如手脚乱动、翻筋斗、打滚或作一些离奇的动作，言语常前后不连贯、不易听懂。

②和周围环境缺乏紧密联系。

③情感表现对周围的人无感染力，而给人以“傻气”的印象。

（6）抑郁状态：病人表现与躁狂状态相反，情感低落，思维慢而少，少动。病人常低头不语，经常感到痛苦，周围一切在他看来都带有忧郁的色彩。严重时，可自杀。

（7）木僵状态：言语、动作极度减少，而且缓慢，甚至不说、不动，对外界许多刺激（如声、光）无反应。日常生活不能自理，饮食、大小便需要人照顾。

（8）意识障碍症候群：整个精神活动，都发生失调，知觉成为不清晰的和歪曲的（如发生大量的幻视或错视），定

向力(对时间、地点、人物的辨认能力)发生障碍，思维缺乏连贯性。因而，言语片断，语句之间缺乏联系，行动与处境脱离。病愈后，病人对意识障碍的当时情况，不能回忆。这种状态中，以谵妄状态最常见。此处，尚有混浊状态，昏迷状态等。

(二) 确定精神病的性质：

1.原因不明的精神病：

(1) 精神分裂症：本症多见于15—35岁，为慢性进行性疾病。临床上可表现为幻觉、妄想症候群，青春型兴奋或木僵状态等。但无论属于那一种症候群，常有下述几个基本症状：

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、懒散、少与人来往、缺乏主动性)。

③思维古怪，离奇 (如荒谬的妄想等) 。

此外，本病的共同特点，还有：意识清醒，无自知力，不谈或不主动谈体验。记忆力，智力一般良好，体检常无阳性体征。

(2) 躁狂抑郁性精神病：为一种具有周期性病程的精神病，表现为两种不同的临床相：躁狂状态和抑郁状态，可交替出现，也可单独发作。在间歇期，病人精神状态完全正常。

2.心因性精神病 (反应性精神病) ：临床相可为妄想状态或抑郁状态，其共同特点是：

(1) 精神创伤是主要的，决定性的病因。

(2) 症状的内容 (如妄想) 均与精神创伤密切联系。

(3) 病人情感鲜明，愿谈体验。

(4) 随着精神创伤的消除，症状可在短时间内消失。

3.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、癫痫等所引

起。临床上表现为痴呆状态，也可为意识障碍症候群或木僵状态等。诊断可根据病史，全身及神经系统的相应体征，以及有关的精神症状。

4.急性感染中毒性精神病：主要由于毒素的作用所致，脑的病变是可以恢复的。精神症状作为全身症状之一而存在，主要表现为意识障碍症候群。诊断根据有感染或中毒因素的存在（如高热，激素治疗，大量服用合霉素等）。

〔治疗〕

（一）作深入细致的思想政治工作：调动病人主观能动作用，向病态思想开展不断的斗争。

（二）一般处理：

1.环境宜安静，对病人关怀、同情，不应嘲笑，也不可随声附和。对病人所提要求，合理的尽量满足，不合理的应当解释。

2.对有自伤、伤人，毁物企图的病人，应有专人照顾，以保障病人本人及周围群众的安全，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，保证病人充足睡眠。一旦兴奋时，可用氯丙嗪25～50毫克，肌肉注射，每日2～3次。必要时，可用氯丙嗪合并异丙嗪（各25～50毫克）肌肉注射。也可口服或肌肉注射巴比妥类药物，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，加些维生素鼻饲。

（三）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

神创伤因素，或暂时转移环境。

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，如驱梅治疗，控制其他有关感染等。

（四）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，其它症状皆可用此药。有肝、肾疾病，心力衰竭，严重的高血压，动脉硬化，低血压，白细胞过低，急性传染病，以及年老体弱者禁用。

氯丙嗪治疗，可分3个阶段。开始为逐渐增量阶段，从小量开始，如25—50毫克，晚上睡前口服。以后，每日增加25～50毫克，分3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，维持上述剂量，直到病情好转，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。最后转入第三个阶段，即维持阶段，逐日递减药量（每日减25毫克），至每日100—150毫克后，维持2～3年以上。

服用氯丙嗪，易出现体位性低血压。故服药后，最好能卧床1/2—1小时。长期服用时，应注意剥脱性皮炎，中毒性肝炎和粒细胞减少症等危险的合并症。如发生这些合并症，则应停药。

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）。

（五）针灸治疗：躁狂者，针内关、神门穴，中刺激。足三里、阳陵泉穴，强刺激。抑郁者，针天柱、神门、足三里穴，中刺激。

第九篇　计划生育

实行计划生育是我国社会主义革命和社会主义建设时期的一项重要方针，是一场破旧立新，移风易俗的社会主义大革命，有利于解放妇女劳动力，促进广大人民群众认真学习马列主义、毛泽东思想，有利于巩固无产阶级专政，有利于保护妇女及儿童的身体健康，有利于抓革命、促生产，有利于国家建设和民族繁荣。

我国是一个社会主义国家，国民经济是按比例有计划发展的。因此，人类要控制自己，做到有计划的增长。实行不实行计划生育，是关系到是否认真贯彻毛主席革命卫生路线的大问题。我们一定要批判林彪、“四人帮”在婚姻和生育问题上散布的种种谬论，热情地宣传计划生育，做到家喻户晓，深入人心。计划生育是一门学问深，前程远的科学，我们一定要认真对待。同时，还要积极的做好妇幼卫生工作，使广大社员群众自觉的做好计划生育。

第一章　避　　孕

就是采用各种方法，阻止精子和卵子结合成胎，以控制生育的时间及密度，避免生育过早、过密、过多。

（一）避孕套：男子使用的避孕工具，有大、中、小三种。由男子根据阴茎大小，选用适当的避孕套。使用前，应将套吹胀，检查有无漏孔（图9—1），然后再将避孕套前端储精小袋中的气体挤空，套在阴茎上，射精后应在阴茎未完全软缩前，按住套口，将阴茎连同套一起抽出。以免避孕套脱落于阴道内，致使避孕失败。

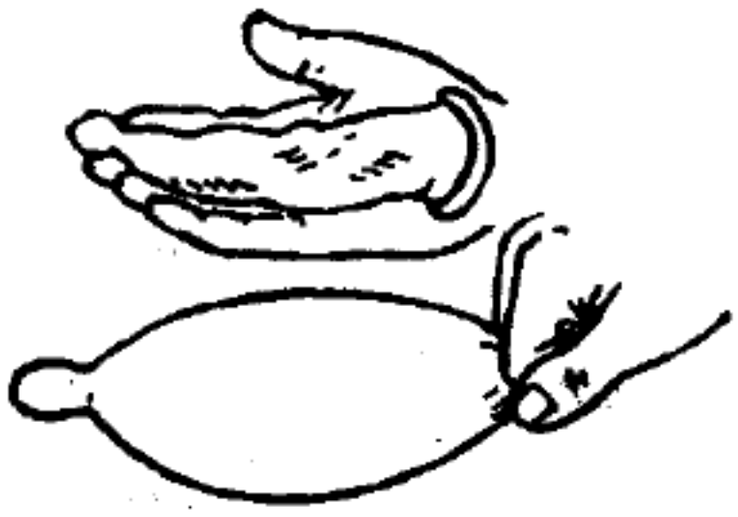


图9—1　阴茎套的检查方法

（二）避孕帽（子宫帽）：妇女使用的避孕工具，应先进行妇科检查，选定合适号码，并教会使用方法。每次性交前安放，性交过后8—12小时取出。

（三）口服避孕药：坚持服用避孕药，避孕效果好。除患肝炎、肾炎、高血压、肿瘤等病人外，均可服用。哺乳期妇女，最好在生产一年后开始服药。目前，在农村多用短效口服避孕Ⅰ号（复方炔诺酮）、Ⅱ号（复方甲地孕酮，及复方18甲基炔诺酮，复方18甲短效口服滴丸，每粒含18甲基炔诺酮0.3毫克，乙炔雌二醇0.03毫克）。它们都是内分泌激素，能抑制排卵。停用后，迅速恢复妊娠功能，对身体无害。

用法：从月经来的当天算起，到第五天开始服药，每天一片，睡前服，连服22天。如果漏服，在漏服的第二天早晨补上。否则，会避孕失败，或阴道出血。停药2～3天来月经。以后，再按同样方法服用。因服药一个月，只能避孕一个月，因此，必须每月服用。如停药后，无撤退出血，可于停药后5—7天，再开始服22天，一般月经即可来潮。如服药2～3周期后，月经仍不来，除闭经外，应考虑妊娠。对月经

不调的妇女，服药可使月经周期正常，经量减少，痛经消失。本药副作用少，少数妇女服药初期，可产生轻度恶心，头昏，乏力，不适，嗜睡等，类似早妊的反应。临睡前服药，可减少反应，轻者不需处理，重者可加服维生素B_6及维生素C，每日1～3次，连服7天。如服药期间，有少量阴道出血（突破性出血），可每晚加服炔雌醇1～2片。对于爱人回家探亲，临时服用避孕药者，如预先知道爱人回家，可于月经过后第五天服用。爱人中途离去，也必须服满22天。如爱人突然回家，可于当天开始服药，继续服满22天。但在开始一周内，必须同时采用其它避孕措施，才能取得可靠效果。

（四）节育环：是放在子宫腔内的避孕工具。常用的是不锈钢金属环，用手术方法放在宫腔内，阻止受精卵的着床，达到避孕的目的。有效率达85～90%，适用于各种需要避孕的对象，特别是第一胎后，需要推迟生育间隔时间及年龄在40岁左右近绝经期妇女。一般可放5～10年，取出后，可换新环。如要生育，可随时把环取出。

放环术：

1.禁忌症：

（1）严重的全身疾患，如心力衰竭，严重贫血及各种疾患的急性阶段。

（2）月经周期紊乱或经量过多者。

（3）生殖道急性炎症，如滴虫性或霉菌性阴道炎，重度宫颈糜烂，盆腔炎症状明显者。以上炎症治愈后，仍可考虑放置节育环。

（4）产后未满3个月，或流产后月经尚未恢复正常者。

（5）子宫畸形或子宫有肿瘤。

（6）宫颈有重度撕裂，宫口松弛或子宫脱垂。

（7）剖腹产史。

2.放置时间：一般在月经净后3～7天放置。产后满三个月，月经尚未恢复正常者，可随时放置。但宫腔应大于6厘米，并除外早期妊娠，最好每日服用短效避孕药5～7天，每天一片，待撤退出血后，再放环。妊娠2个月以内的人工流产，可于流产后，当即放环（宫腔在9厘米以下为宜）。

3.节育环的消毒：不锈钢节育环，蒸或煮沸消毒，也可用75%酒精泡30分钟，或0.1%新洁尔灭浸泡30分钟。

4.手术步骤：

（1）受术者排尿后，取膀胱截石位。用肥皂水擦洗外阴及阴道，再用无菌水冲洗。然后用0.1%新洁尔灭冲洗干净。有条件时，可戴消毒手套，于外阴铺孔巾。

（2）双合诊检查，确定子宫大小、位置及附件有无肿物或压痛。

（3）用窥阴器扩张阴道，暴露宫颈。拭净阴道内积液后，在阴道壁及宫颈上涂0.2%新洁尔灭溶液（或用2.5%碘酊和75%酒精消毒宫颈）。

（4）用子宫颈钳，夹住宫颈前唇中部，固定宫颈。

（5）用子宫探针顺子宫方向，探测宫腔深度及宫底宽度。

（6）用放置器将环送入宫腔，达到底部后，将放置器顺子宫前壁轻轻退出（图9—2）。放置时，勿使放环器扭转，以免使环变成“8”字形（图9—3）。放置后，环的位置应在宫底部，不可太低（图9—4）。如宫颈管较紧缩，须先用



图9—2 节育环的放置及其在宫腔内的位置



图9—3 环成“8”形字



图9—4 环位置太低

扩张器将宫颈扩大至5～6号，然后再放环。

(7) 观察宫腔内无出血时，取出子宫颈钳及窥阴器。

5。注意事项：

(1) 节育环的大小，应选择适当，可根据宫腔大小，来选择不同型号的节育环。过小，易于脱落；过大，则刺激子宫引起腹疼、腰痛及月经过多。

宫腔大小	环的大小
＜ 6.5 厘米	小 号（外径21毫米）
6.6～7.5 厘米	中 号（外径22毫米）
7.6～8.0 厘米	大 号（外径23毫米）
＞ 8.0 厘米	特大号（外径24毫米）

（2）要严格遵守无菌操作，外阴、阴道及节育环的消毒要彻底，尽可能不使节育环与阴道壁或术者的手指接触，以便减少污染机会。

（3）哺乳期，月经尚未恢复前，子宫较小而软，操作应极轻柔，不可强力盲目的操作，以免损伤子宫壁或引起子宫穿孔，甚至将环放入腹腔。如探针探测的宫腔长度，超过估计的子宫大小，则须考虑穿孔。应中止手术，给与抗菌素及宫缩剂，并严密观察有无内出血及感染现象。

（4）如在手术时，怀疑节育环位置太低，可用子宫探针探测。如探针伸入颈管后，4～5厘米以上始能达到环的下缘，说明环的位置正常。如少于4厘米则太低，应取下重新放置。

6.手术后处理：

（1）放环后，休息2～5天。两周内，禁止性交及盆浴。一周内，避免重体力劳动。

（2）放环后3～7天，可能有少量阴道血性分泌物及下腹部轻微胀痛不适。如出血持续不止，可给予维生素C、K和长效磺胺。

（3）放环后，最初几次月经较多，甚至有月经提前现象，或白带增多，伴有少量出血，这些都是放环后的暂时反应，几个月后常自行恢复正常。

（4）放环三个月内，尤其是月经来潮时，应该注意节育环是否脱落，有条件的地方可透视检查。

（5）放环后，若有腰痛，可在腰部拔火罐。或去医院进行检查。

7.合并症：放环后，常见合并症为出血及炎症。发生炎症时，可用抗菌素穴位注射（参见“慢性盆腔炎”）。部分受术者，

可发生环脱落及带环妊娠。带环妊娠者，争取做人工流产。

8.取环的方法和注意事项：

（1）适应症：

①节育环已放置5～10年者。

②希望生育，要求取环者。

③放环后不规则阴道出血，腰腹胀痛不适或其它异常情况，治疗无效者。

（2）手术步骤：

①～④项同放环手术操作步骤（1）～（4）。

⑤将子宫探针伸入宫腔，除探明宫腔大小及位置外，并应探明节育环的位置。

⑥将取环钩顺子宫方向进入宫腔，达到环所在部位钩住节育环，轻轻将环牵出(图9—5)。动作宜轻柔，严防子宫穿孔。

（3）注意事项：如环已被钩住，但阻力较大，无法拉出时，可以转动或换方向再钩。或可先试行扩张宫颈口至扩张器5～6号，用刮匙刮子宫四壁后，再次试行取环。如仍无法取出，可能是环已嵌入子宫壁。此时，勿强力外拉，以免损伤子宫，可将外露于宫口的环，用血管钳夹紧，再用消毒剪刀剪断，将断端环丝拉直，再牵引一侧断端将环丝慢慢牵出。或将病人转入有条件的医院在透视下取环。必要时，开腹剖宫取环。



图9—5、取环

（4）手术后处理：

①取环后2周内，禁止性交及盆浴。

②取环后如不愿生育者，可重新放入新环，或采取其它避孕措施。

③如取环时出血较多，或有感染的可能，则须给予止血剂及抗感染药物，待下次月经后再放环。

第二章 终止妊娠

第一节 人工流产

人工流产虽然方法简单，对身体影响不大，但不能连续多次施行。否则，子宫内膜受创伤过多，对健康不利。所以，人工流产只能是避孕的辅助方法，不能单靠此法来达到节制生育的目的。

适应症：妊娠12周以内的妇女，要求中止妊娠者。妊娠8周以前，可用负压瓶或吸引器做人工流产术。12周以上，则用钳刮术。

禁忌症：

（一）各种急性传染病，或慢性传染病急性发作期，或心脏病伴有急性心力衰竭等。

（二）外阴、阴道有炎症（滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎），或宫颈重度糜烂，有急性炎症，脓性白带者，须治疗后，才能手术。

（三）体温在37.5℃以上。

手术方法：

（一）人工流产刮宫术：

1～5同放环手术步骤（1）～（5）。在用有齿钳夹持宫颈时，后位子宫夹前唇，前位子宫夹后唇，同时向下牵引，子宫位置基本可近于中位，便于操作。

6.宫颈用扩张器，扩张至9～12号。

7.扩张后，用卵圆钳伸入宫腔，先夹破胎膜，羊水流出后，再将胚胎和胎盘夹出。

8.如有出血或子宫较大者，可在宫颈左右侧粘膜下，注射垂体后叶素（或催产素）10单位，以帮助子宫收缩。

9.用中等钝的刮匙顺序刮子宫内壁2～3周，将剩余的胎盘或蜕膜刮出（图9—6）。

10.刮毕，取出宫颈钳和窥阴器。

11.用探针探查宫腔的深度及大小。所得数值与术前相比较，一般可缩小1～2厘米。



图9—6 刮宫术

（二）负压瓶吸引人工流产术：在没有人工流产吸引器的条件下，可自制负压瓶，利用负压将胚胎吸出。适用于妊娠2个月以内的人工流产。负压瓶构造简单，携带方便，使用安全，孕妇痛苦少，适合在广大农村使用。

1.负压瓶的构造和操作方法：准备500毫升的大口玻璃瓶及中间插有金属管的橡皮塞，在金属管上接一橡皮管；后

者，用夹子夹闭，并在其游离端接上一个金属或玻璃接管。操作方法如下：

（1）火罐式负压瓶：95%酒精2～3毫升，倒入瓶中，将瓶横倒滚转几下，使酒精均匀附着于瓶的内壁，以扩大燃烧面积。然后，用擦着的火柴投入瓶中，立即盖紧橡皮塞（图9—7），瓶内即造成负压（400—600毫米汞柱）。



图9—7 火罐式负压瓶

（2）抽气造成的负压瓶：瓶内灌满清水，塞紧瓶塞，用注射器将水抽尽后，夹住橡皮管，瓶内即造成较大的负压。如用50毫升注射器抽吸250毫升玻璃瓶时，抽吸6～7次即可。

2.吸引人工流产术步骤：

（1）～（5）同放环手术步骤（1）～（5）。

（6）宫颈用扩张器，扩张至7～8号（应比吸引头大一号）。

（7）把吸引头放入宫腔底部（妊娠40天，用5号，50天用6号，2个月用7号，2个半月用8号）。

（8）助手把吸引头上的橡皮管与负压瓶上的橡皮管相连接，然后开放夹子。

（9）将吸引头边旋转边自宫底部至宫颈内口部反复上下移动，此时，可感到有物不断流入吸引头内，并逐渐感到子宫壁收缩，吸引头紧贴宫壁。

（10）至不再有物流出，须将吸管内的胚胎组织倒出时，应先把连接吸引头的橡皮管折成双褶并捏紧，然后将吸

引头抽出宫腔，以免空气逸入瓶内（负压不足时，可更换另一预备好的负压瓶）。吸引头吸住宫壁，贴得很紧，不易抽出时，要关住吸引器或将连接吸头的橡皮管拔开，让空气进入宫腔，吸引头即可抽出。如吸出大块组织拖至宫口，可用卵圆钳夹出。

（11）第二次把吸引头放入宫腔后，再把橡皮管折叠处放开，一般吸1～2次即可吸净。吸宫时，要随时注意宫腔形状，大小的变化，以便调节吸宫头的深度和方向，防止造成穿孔。

吸宫干净标准：子宫收缩变小，吸引头紧贴宫壁不易移动，且宫壁粗糙，有肌组织坚实感，宫口只有少量的带血泡沫，无继续出血。

（12）为防止两侧子宫角有残留，可用小刮匙，再刮两侧子宫角（图9—8）。

（13）用探针探查宫腔深度及大小，并与术前比较，了解子宫收缩情况。

（14）取下宫颈钳及窥阴器，如钳夹宫颈处出血，可用纱布压迫止血，4～6小时后将纱布取出。

（15）检查吸出胚胎及绒毛是否与妊娠月份相符，并估计出血量。一般绒毛与蜕膜的比例是1:3～1:4，如未见绒毛或绒毛少，应再仔细检查宫壁及两侧宫角，有无残留的组织，以免吸宫不全。

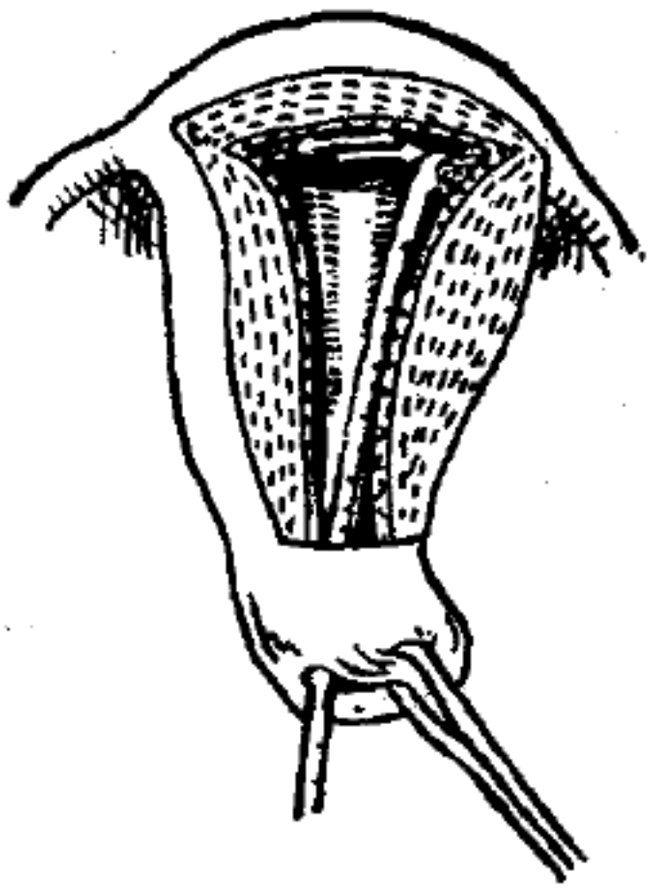


图9—8　用小刮匙搔刮两侧子宫角

注意事项：

要有严格的无菌观念，操作要轻巧细致，不可用力过猛。遇哺乳期子宫或有剖腹产史及子宫位置异常者，如子宫过度前屈，或过度后倾后屈者，操作时，更要谨慎小心，以免发生子宫穿孔或感染。

手术后处理：

（一）手术后卧床休息半小时到二小时。

（二）休息半月后，可恢复正常劳动。

（三）术后一个月内，避免性生活及盆浴。

（四）手术后宫腔在9厘米以内者，可立即放环或指导其它避孕方法。

（五）术后给抗感染药，预防感染。

合并症的处理：

（一）子宫穿孔的处理原则：如在刮宫或吸宫进行过程中发生穿孔，应立即停止操作，转院处理。如刮宫结束后，发现子宫穿孔，穿孔小而无明显内出血时，可给宫缩剂（麦角或催产素）及抗菌药物，严密观察。穿孔较大，有内出血现象，或怀疑有内脏损伤时，仍应给宫缩剂及抗菌素，并立即转至有条件的医院及早进行处理。

（二）出血的处理：出血多见于孕卵组织未刮净，只有迅速清除宫腔内容物，才是止血的有效方法。如宫腔已吸净，子宫出血且子宫壁较软，系子宫收缩不良，可注射宫缩剂，并进行子宫峡部按摩。如出血系因子宫穿孔所致，应按子宫穿孔的治疗原则处理。

（三）感染的处理：术后数日内，如有发热，腹痛时，可用抗菌素，并卧床休息。

（四）吸宫不全的处理：术后反复出血，经过抗感染、

止血、休息，仍无效时，则应再次刮宫。如遇大出血，则一面注射宫缩剂、补液，一面积极进行刮宫术，术后给抗菌素，控制感染。

第二节　水囊引产术

适应症：

适用于16周以上的中期引产，成功率98%左右（包括重复放入二、三次者），36小时以内成功者占60%左右。

禁忌症：

有剖腹产史、生殖器炎症（阴道炎、重度宫颈糜烂）、高血压、心脏病、血液病，或妊娠期有反复阴道出血史。

术前准备：

（一）三天内禁性交。

（二）手术前三天，每日灌洗阴道一次，洗后上合霉素粉或磺胺粉。

（三）术前服己烯雌酚，每次10～20毫克，每日四次。连服三天。或肌肉注射苯甲酸求偶二醇5毫克，每日2～3次。用药一天。

（四）术前测体温（须在37.5℃以下）。

（五）水囊制作方法：用14～16号新橡皮导尿管一根，插至阴茎套中1/3处（最好用双重阴茎套），用丝线将套口扎紧，消毒备用（图9—9①）。

手术步骤：

（一）～（四）同上环术操作步骤（1）～（4）。

（五）扩张宫口，可增加引产效果。用注射器抽空囊内

空气，以血管钳夹住导尿管末端，水囊顶端涂以滑润油。用卵圆钳夹住水囊，沿子宫壁与胎膜之间送入宫腔(图9—9②)，直至水囊完全进入宫腔为止，注意勿送入胎盘附着处。如遇阻力或有出血，应立即取出，改变方向重新送入。有时可同时左右各放一个水囊。

（六）用50—100毫升注射器，将生理盐水缓缓注入囊内（图9—9③）。注入量，根据妊娠月份而定，孕四个月注入400毫升，每增加一个月，增加液量100毫升，但总量不超过600毫升，即每一水囊可注入200—500毫升液体（如在液体中，加入少许美兰，一旦水囊破裂，可与羊水区别）。注射完毕，将导尿管末端双折，用丝线结扎，再用纱布包起，放在阴道内，以防脱出引起感染（图9—9④）。

注意事项：

（一）扩张宫口时，扩张器只须通过内口，以防胎膜破裂。

（二）放置水囊前，最好在下腹部先听一下胎盘音，以躲开胎盘附着处。

术后观察及处理：

（一）定时测量体温，严密观察宫缩。

（二）放置水囊后，部分病人在24小时以内，发生宫缩，宫口开大，排出水囊，随即娩出胎儿和胎盘。如放置24小时以上，仍未流产，放出水囊液后，将水囊取出。

（三）如取出水囊仍无宫缩，可酌情用催产素静脉点滴引产、5—10%葡萄糖500毫升内，加催产素5或10单位，注意观察宫缩。

如经上述处理，仍未排出胎儿，观察四天，无感染现



①制备水囊



②向宫腔内送入水囊



③向水囊内注入生理盐水



④水囊放置完毕

图9—9　水囊引产术

象，可再放第二次水囊。应注意多次操作，容易引起感染。

（四）放水囊后，如出现发冷，发烧，应考虑宫腔感染，须立即取出水囊，加用或加大抗菌素量，积极控制感染。

（五）待胎儿胎盘娩出后，仔细检查胎盘是否完整，若不完整，需吸宫或刮宫清除。

第三章 绝育术

凡是子女较多或身体有病，不宜继续生育者，均可采用绝育手术。

第一节 输精管结扎术

目前公认此手术是一种简便而无害、无痛、效果肯定的绝育方法。

术前准备：此手术范围很局限，对全身无任何影响，所以手术本身无绝对禁忌证。凡有出血素质，过敏疾患，前列腺炎，显著的性神经功能紊乱，或严重的慢性疾病者，应当进一步检查，或改用其它节育措施。对手术有顾虑者，应在术前作好解释工作，解除顾虑后，再进行手术。一般应说明此手术只阻止精子输出（图9—10），既不影响睾丸功能，身体健康和劳动力，也不影响性生活，性欲、勃起、射精、快感，都不发生变化。

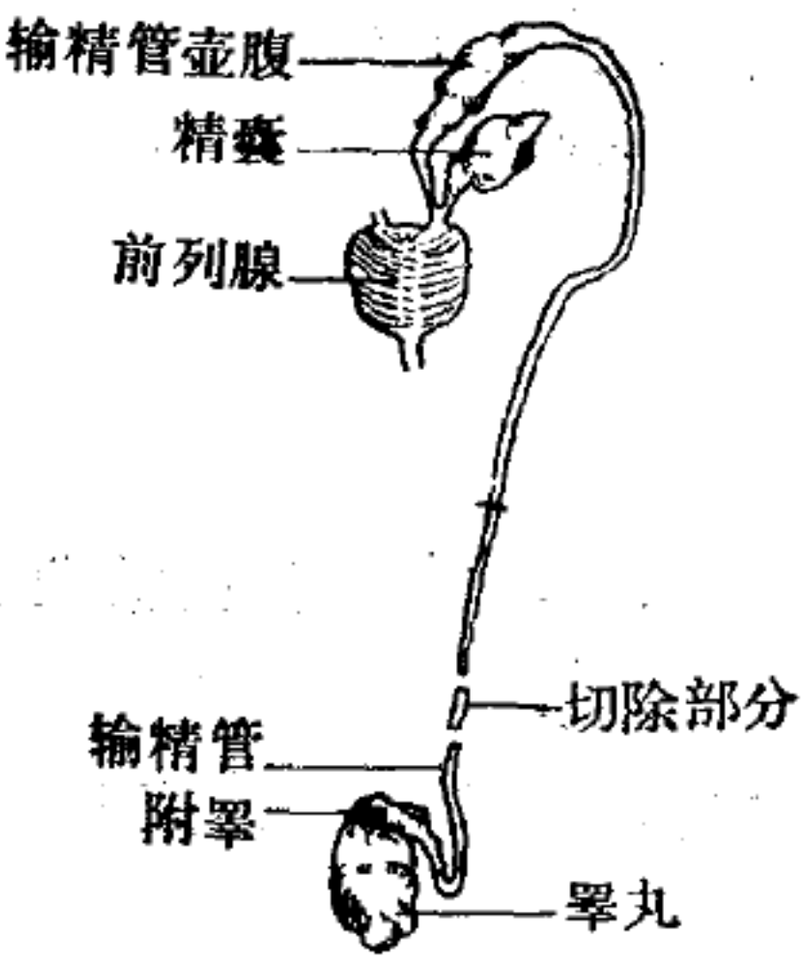


图9—10 输精管结扎示意

手术步骤：

（一）皮肤消毒：受术者，应事先清洗会阴和阴囊，术前剃去阴囊部阴毛。用0.25%

新洁尔灭液或75%酒精擦拭皮肤三次。不能用碘酊。

（二）固定输精管：将阴囊向下轻轻牵拉，用手指将输精管推向内方，将精索推向外方，使二者分开。然后采用下述任一方法固定之：

1.三指固定法：以左手拇指及食指在阴囊前方向下压，中指由阴囊后方向上顶，这样输精管即牢牢卧于中指上（图9—11）。



图9—11 三指固定输精管法

2.捏起输精管法：在输精管与精索分开后，以右手拇指及食指将输精管捏起，然后再倒给左手，这样输精管即在皮下被单独捏住(图9—12)。



图9—12 捏起输精管法

（三）麻醉：用1～2%普鲁卡因作局麻，针头应细，麻药应注在输精管结扎处的周围。一般1～2毫升即够。然后，将针头绕过输精管后方，从对侧皮肤穿出，将输精管挑起，并固定在针头上。

（四）切口：常用小剪刀在阴囊中线戳一小孔，或分别在左右各作一小口，一般不超过半厘米，术后无须缝合，即可自行闭合。

（五）结扎输精管：皮肤戳孔后，用小中钳伸入伤口，将输精管钳出，再以小刀纵形切开输精管外膜。直达输精管（图9—13①）。用另一巾钳，将输精管提出(图9—13②)，不带周围组织。为了杀死贮存于精囊内的精子，可向精囊侧注入0.01%醋酸苯汞(或维生素C注射液)，左右各3毫升，此时，患者



①纵行切开精索鞘膜直至输精管



②提出输精管

图9—13 输精管结扎术

感觉有尿意。游离的输精管，在输精管下方穿过两根细丝线，相距一厘米左右，分别将两端结扎，中间可切去0.5～1厘米长。检查无出血，可将输精管送回，或将输精管睾丸端。埋于附近筋膜内，再包埋结扎一次，以隔开输精管两断端。

手术后处理：

（一）手术后，休息5～7天，数日内不做重体力劳动，三周内禁止性生活。

（二）术后注意观察有无血肿及感染。

（三）术后三个月，仍需采用其它避孕措施，因为精囊内仍贮有一部分精子。

第二节 输卵管结扎术

输卵管结扎方法中，以经腹部输卵管系膜切开法，最安全可靠，并发症少，故介绍于下。

适应证：非妊娠期，人工流产后，产后及剖宫取胎，或剖腹产的同时，均可做此手术。

禁忌证：

（一）体温超过37.5℃，及各种急性传染病时。

（二）全身情况不良，不能负担手术者，如心力衰竭时。

（三）腹部皮肤有感染或其它皮肤病。

（四）严重的神经衰弱患者。

（五）流产后（包括完全的、不完全的及过期的）可暂不作手术。

术前准备：

（一）术前向受术者介绍手术情况，解除其思想顾虑和恐惧心理。

（二）详细询问病史，进行全身体格检查（血压、脉搏、体温）。

（三）作妇科双合诊检查，确定子宫位置，附件有无粘连及肿块。

（四）常规备皮。

（五）术前禁食，临手术前排空膀胱。

手术步骤：

（一）常规消毒皮肤，铺消毒巾。

（二）麻醉：

1.针麻：经常采用的有下列穴位。

主穴：唇$_1$穴：自上唇缘约0.2厘米透人中穴。唇$_2$穴：自下唇缘0.5厘米透承浆穴。

针感：针后患者有眼泪流出，并有酸、麻、胀感。诱导时间为10—15分钟。

配穴：三阴交、足三里穴。

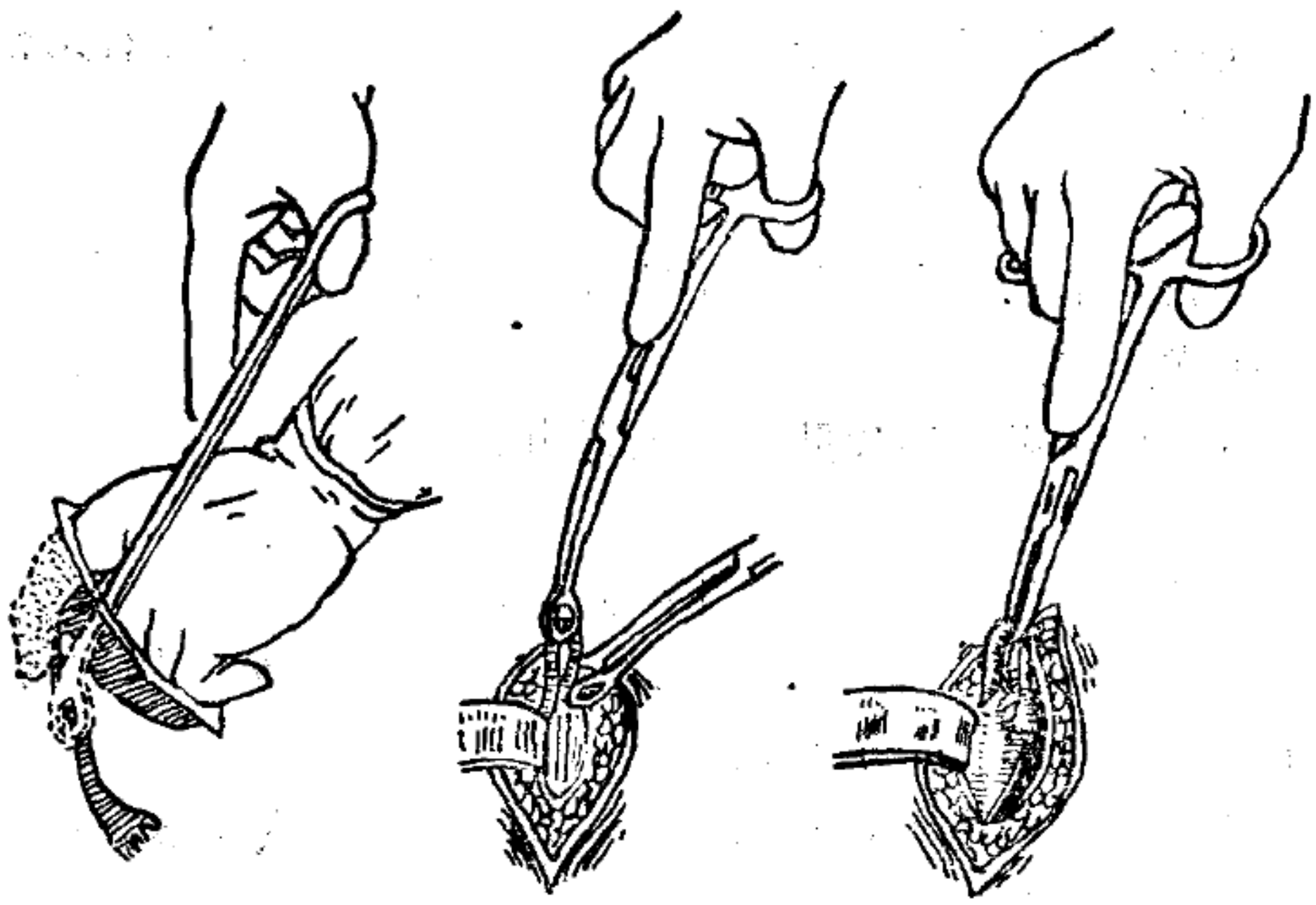
2，以0.5～1％普鲁卡因局部浸润麻醉。

（三）切口部位：产后绝育者，自宫底下1厘米水平的皮肤处，开始向下作2～3厘米长的旁正中切口。人工流产术后，或非妊娠期绝育者，自耻骨联合上2～3厘米，向上作2～3厘米的旁正中切口。

（四）依次切开皮肤，皮下脂肪，筋膜，分离腹直肌，分离腹膜上的脂肪切开腹膜，注意勿损伤膀胱及肠管。

（五）将左手食指伸入腹腔，摸到宫角，向对侧推移宫体，右手持小卵圆钳，顺宫角夹取输卵管（图9—14①）。如遇有肠管及大网膜鼓出，可轻轻塞入一纱条，将其推开。

（六）夹住输卵管后，两手各持卵圆钳（或无齿长镊）一把，交替夹取输卵管，直至提出伞端，认明无误后为止（图9—14②③）。



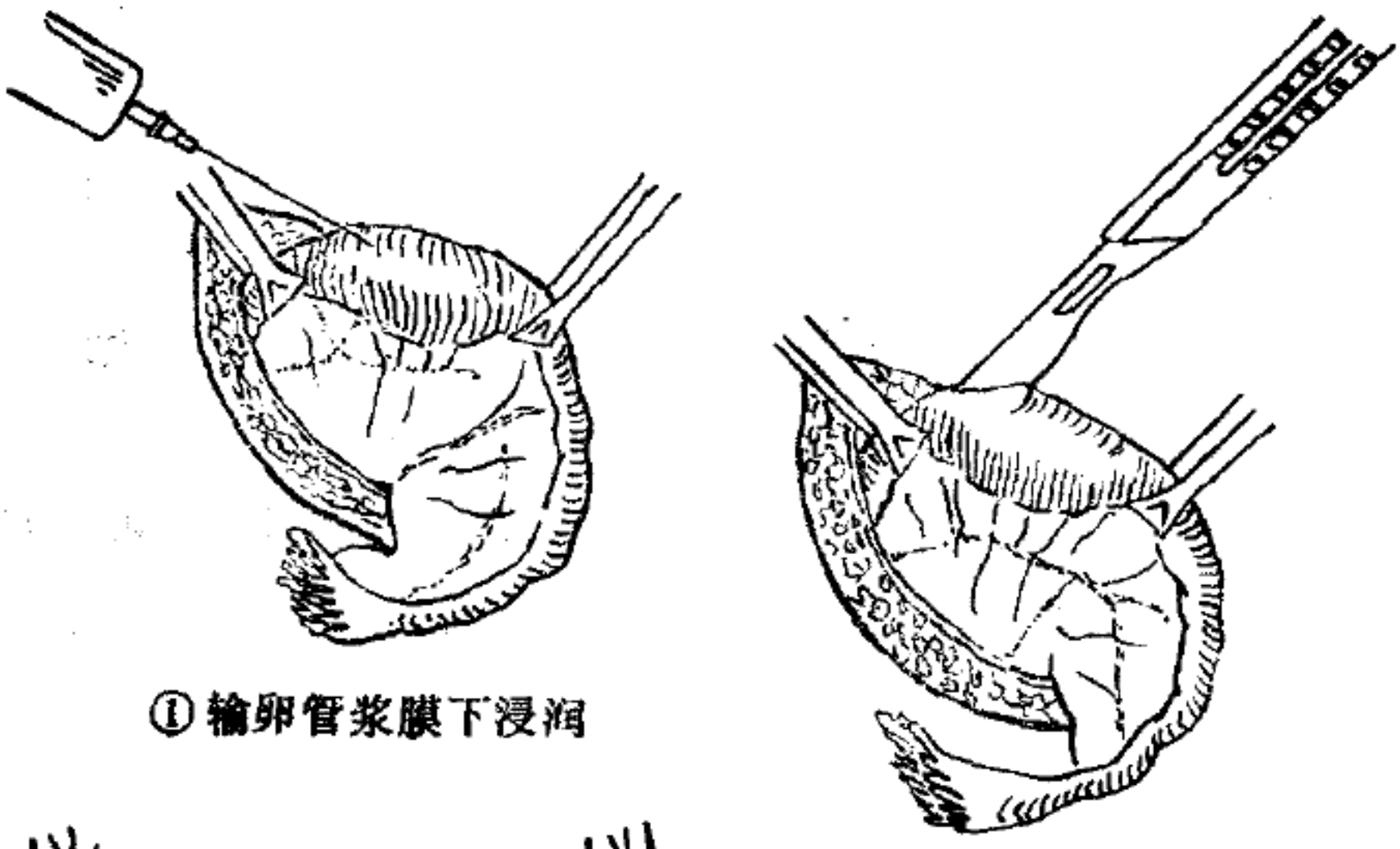
①卵圆钳夹取输卵管　②两把卵圆钳交替夹取输卵管　③鼠齿钳夹出输卵管见到伞端

图9—14　输卵管结扎术之一（寻找输卵管）

（七）用两把鼠齿钳，夹住输卵管中1/3段无血管处，两侧相距2厘米。在此段输卵管的浆膜下，注入0.5%普鲁卡因

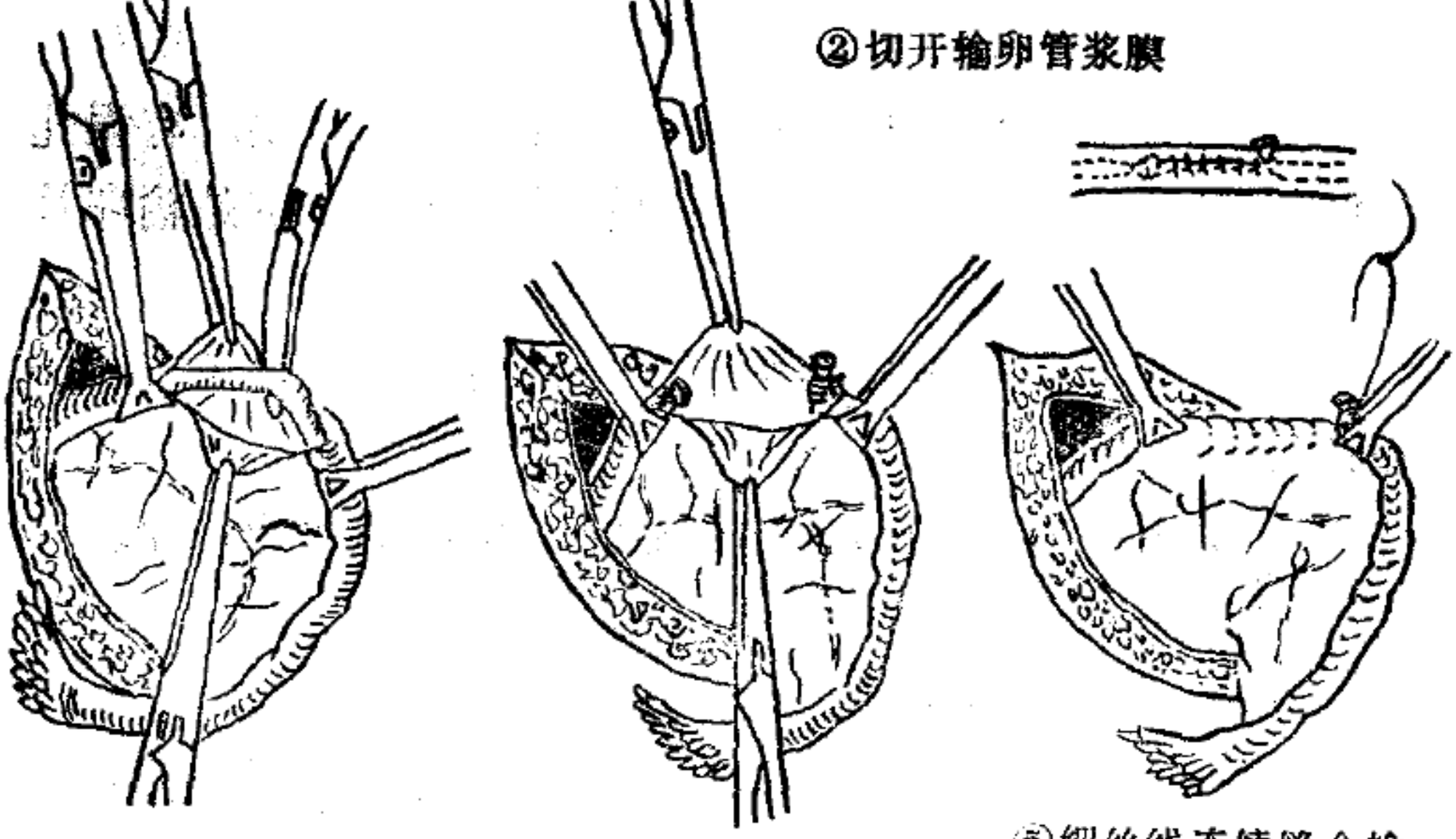
少许，使其上的浆膜隆起与下面的输卵管分离（图9—15①）。

（八）切开隆起的浆膜（图9—15②），将其下的输卵管游离出来（（图9—15③），注意勿损伤血管。如有直行



①输卵管浆膜下浸润

②切开输卵管浆膜



③将输卵管游离　④结扎并切除输卵管　⑤细丝线连续缝合输卵管浆膜并将远侧端暴露于浆膜外

图9—15　输卵管结扎术之二（抽心包埋法）

小血管可结扎切断。用细丝线结扎两端，中间相距 1～2 厘米，并将中间段的输卵管切除（图 9—15④）。检查无出血后，用细丝线连续缝合切开的输卵管浆膜层。缝合时，将近子宫角部的输卵管断端，包埋在浆膜层内，远端留在浆膜层外，使两端完全分开（图 9—15⑤）。

（九）检查无出血后，将输卵管送回原位。

（十）同法结扎对侧输卵管。

（十一）检查核对器械、纱布无误后，依次缝合腹壁各层。

注意事项：

（一）取出输卵管是术中最困难的一个操作步骤，如遇到后位子宫，有很多肠管遮盖时，尤为困难。此时，应用右食指将宫底前移，使子宫前倾。如失败，则用卵圆钳插入盆腔，将子宫扶为前位，或由助手将手伸入阴道，将宫颈向宫体方向推举，同时将宫颈向后压，以便于术者用手将子宫底前移。

（二）输卵管与邻近的圆韧带、阔韧带或阑尾，有误扎之可能。故手术时，必须看到输卵管的伞端，确定是输卵管后再行结扎。

（三）手术操作时，必须注意少损伤血管，以免影响卵巢的正常功能。

（四）术中发现输卵管有炎症时，可将输卵管切除。

手术后处理：

（一）当时即可下地活动，饮食不限。

（二）术后五天拆线，如肠线皮内缝合，则不需拆线。

（三）必要时，应给予抗菌素药物，预防感染。

（四）休息一个月。半月以内，勿做体力劳动。

（五）禁止性生活一个月。

第十篇　妇产科疾病

产　　科

第一章　生理产科

第一节　产前检查

产前检查的意义：产前检查工作是贯彻“预防为主”，防治结合的重要措施，是妇女保健工作的一项重要内容，可以保证孕妇和胎儿在孕期和产期中的安全，预防难产和妊娠中毒症的发生，及早发现孕妇原有疾病，如心脏病、贫血、结核等，以便及时处理。可在妊娠5个月以后，开始检查，每月一次。在妊娠最后2个月，每半月检查一次。

产前检查的内容：

（一）进行孕期卫生宣传和指导。

1.妊娠反应：多数孕妇常有疲倦，腹胀，恶心，呕吐等早孕反应。一般于妊娠3个月后，自行好转。如反应较重，可服维生素$B_6$10毫克，每日3次。异丙嗪12.5毫克，每日3次。严重时，应适当休息，可加用50%葡萄糖液60毫升，静脉注射。或5～10%葡萄糖液静脉滴注。止吐，可针刺内

关及点刺金津、玉液（舌尖上卷，在舌系带两侧的静脉上）。也可用中药治疗，宜降逆，和胃，安胎：陈皮、半夏、茯苓、黄芩、白术、竹茹、苏梗各三钱，生姜五片。水煎服。

2.一般情况下，妊娠前半期，可照常劳动。后半期，可适当减轻劳动强度，避免弯腰，肩挑，背筐，推碾子等劳动。此外，要注意孕期保持充足的睡眠和有规律的生活。

3.注意清洁卫生，勤洗下身。衣服要宽大，裤袜不宜太紧，以免影响血液循环。

4.避免偏食，宜吃富有营养（肉类、蛋类、豆类、新鲜蔬菜）和容易消化的饮食，以补充母亲及胎儿发育的需要。妊娠后半期，应适当限制盐，适当服钙片、骨粉和硫酸低铁，避免便秘。

5.妊娠后半期，最好用肥皂每日擦洗乳头一次，防止产后乳头皲裂。乳头凹陷者，应常用手将乳头往外牵拉，防止产后婴儿吸吮困难和瘀积性乳腺炎。

6.在妊娠前三个月和末2个月内，应避免性交，其余月份也应节制，以免流产、早产及产后感染。

（二）询问病史：详细询问本次妊娠经过及过去的妊娠生产史，特别要注意有无难产史。并询问末次月经日期，以计算预产期。预产期的计算方法为：末次月经的月份加9（或减3），日期加7（农历则加10）。如末次月经为1976年1月5日，预产期再则为：1976年10月12日。

（三）一般体格检查：包括一般发育，营养状况，乳房，心、肺、肝、脾、浮肿、血压等。如发育不良，矮小，跛足，驼背，则有骨盆异常的可能。

（四）产科检查：检查子宫大小。正常妊娠子宫大小，

与妊娠月数有一定的关系（图 10— 1）。触诊胎位，听胎心，并测量骨盆大小。

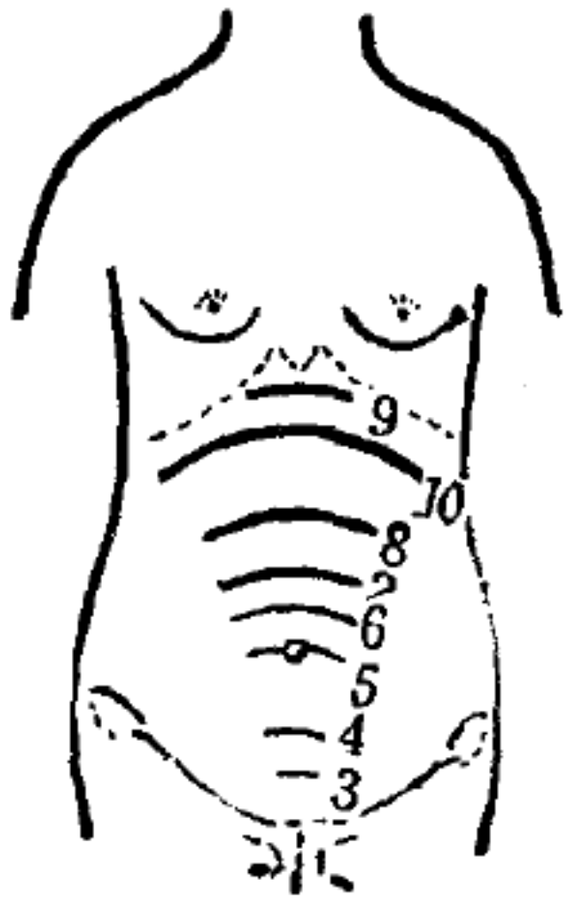
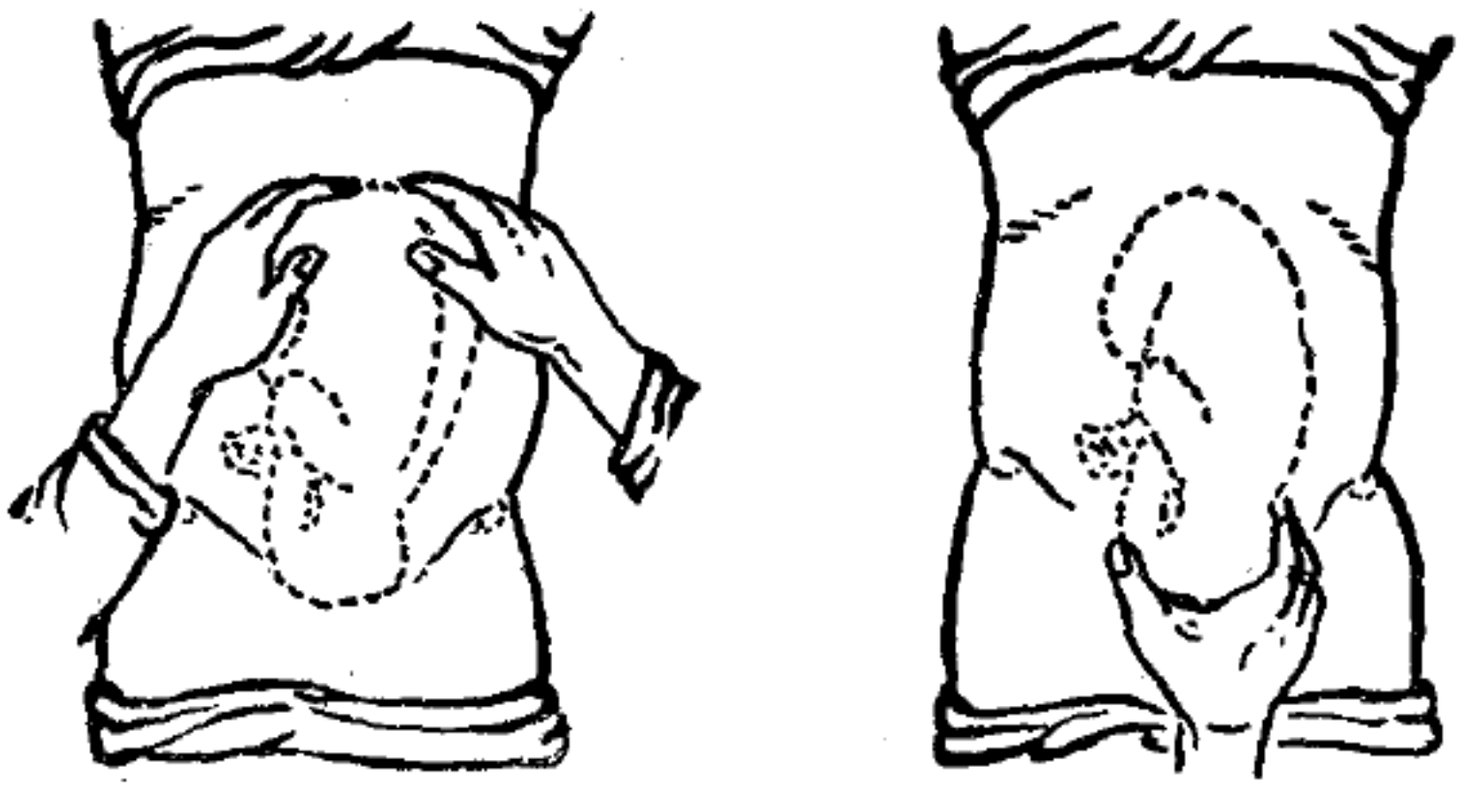


图10—1　正常妊娠时不同月份子宫底的高度

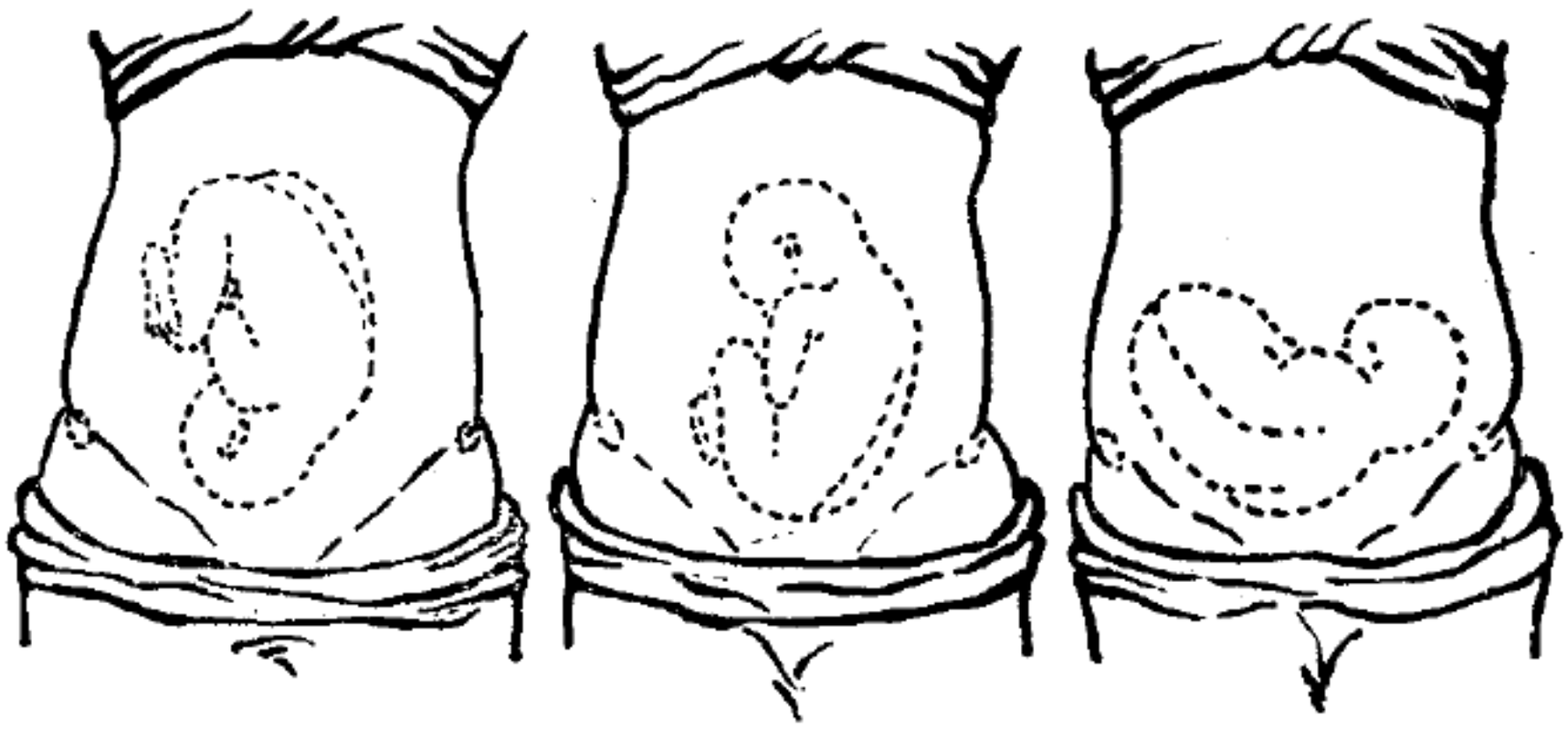
胎位：着重检查胎头的位置。胎头硬、圆、有浮球感（图10— 2①②）。正常时，在最后 2 个月，胎头在耻骨联合上方，称头位（图 10— 3 ①）。若在宫底则为臀位（图 10— 3 ②）。若在侧方则为横位（图 10— 3 ③）。持续横位，则造成难产，于产前必须纠正成头位或臀位。妊娠 7 个月以后，仍为臀位时，可以采用膝胸卧式（图10— 4），并用艾卷灸双侧至阴穴，每日早晚各做一次，每次 5 ～10分钟，必要时做外倒转术。也可清晨空腹服保产无忧散（当归、川



①触诊子宫外形及子宫底高度，检查在子宫底部的是胎臀，还是胎头

②拇指放在一侧，余四指放在另一侧，检查先露部是头部，还是臀部

图10—2　触诊法



①头　位　　②臀　位　　③横　位

图10—3　胎方位

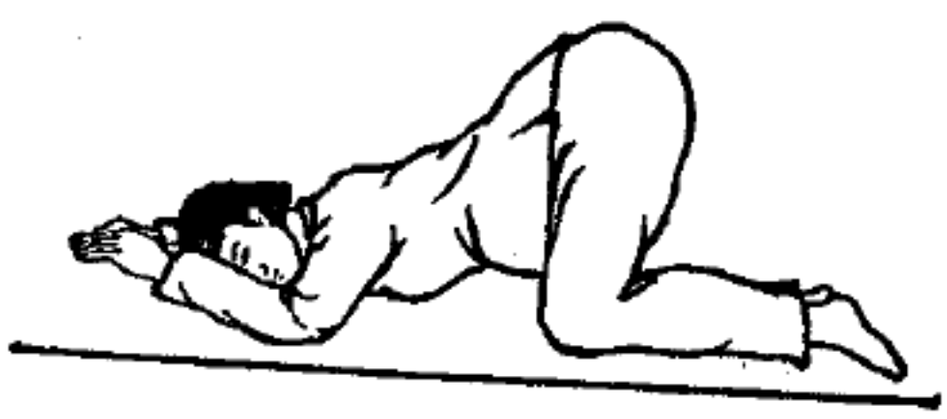


图10—4　膝胸卧式

贝母、黄芪、荆芥穗、厚朴、艾叶、菟丝子、川芎、羌活、枳壳、白芍、甘草、生姜各二至三钱），每日一剂，煎服。

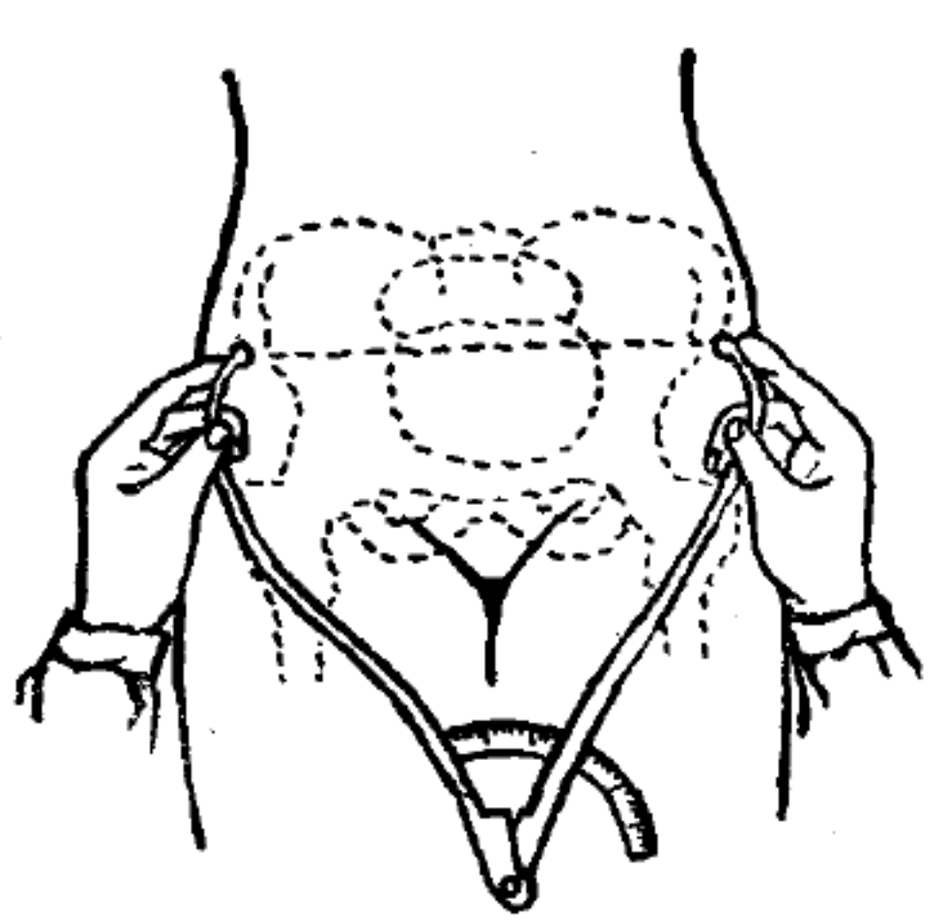
胎心：一般在5个月以上，可以听到胎心音。正常心率120～160次/分。如无胎心听筒，可用一般钟形听诊器代替，听时稍加压力，仔细听诊。

骨盆测量：

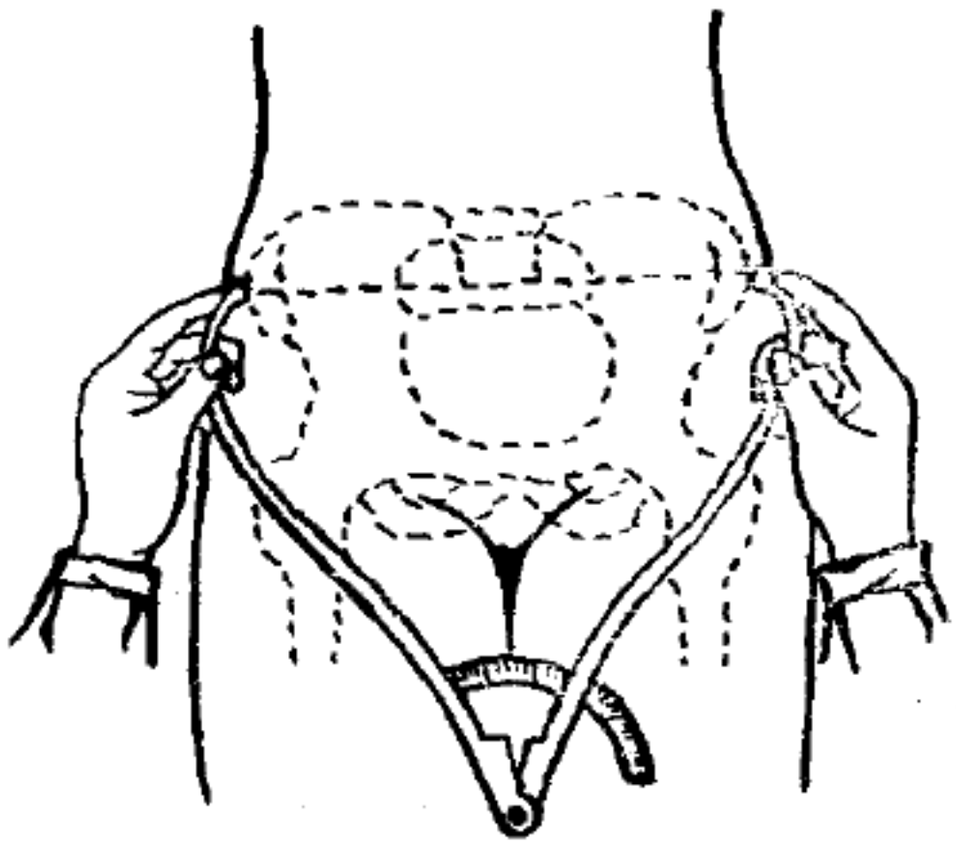
1.髂棘间径：即两髂前上棘外缘间的距离，正常应大于2^3厘米（图10—5①）。

2.髂嵴间径：即两髂嵴外缘间最宽的距离，正常大于26厘米（图10—5②）。

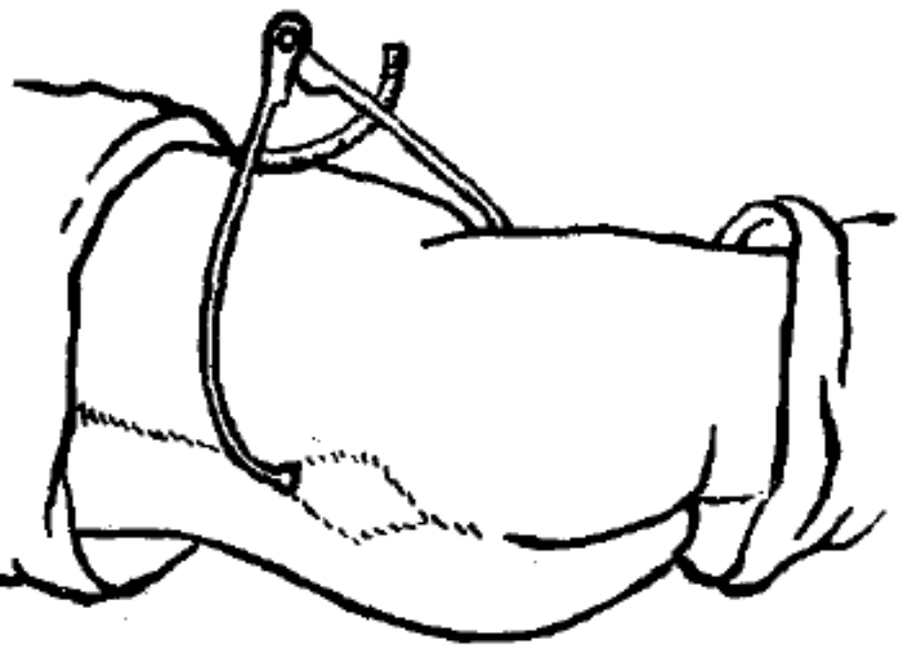
3.骶耻外径：即耻骨联合上缘中点到第5腰椎棘突下缘的距离，正常大于18厘米（图10—5③）。若小于18厘米，



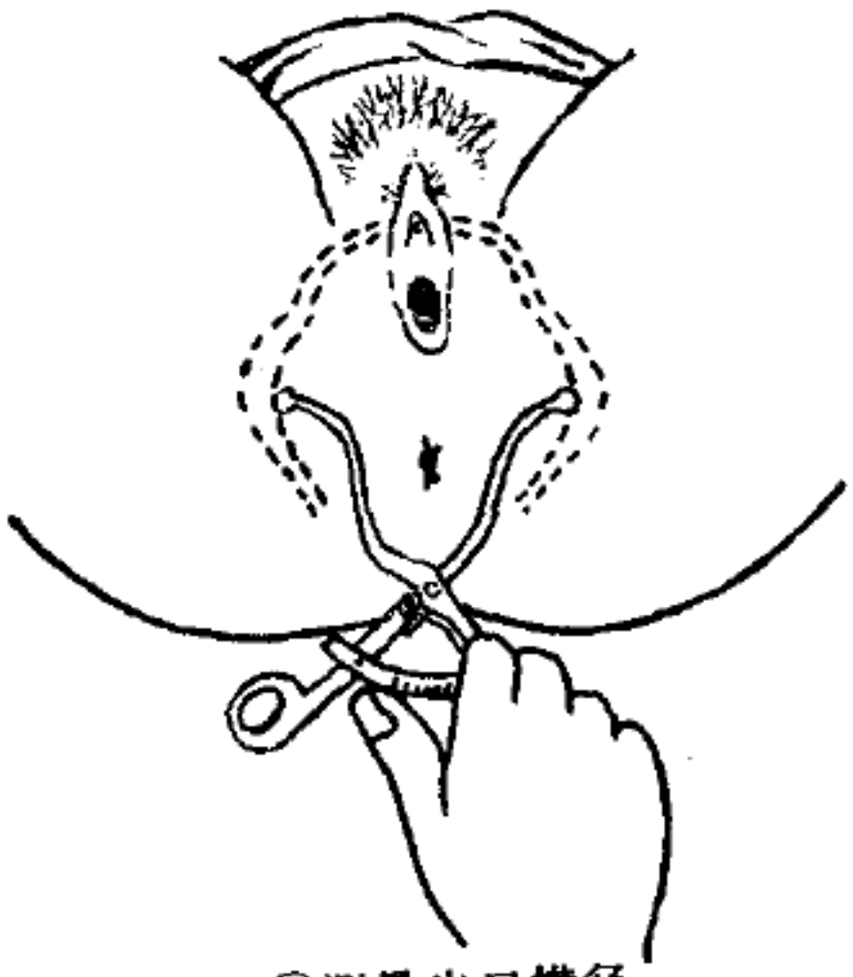
①测量髂棘间径



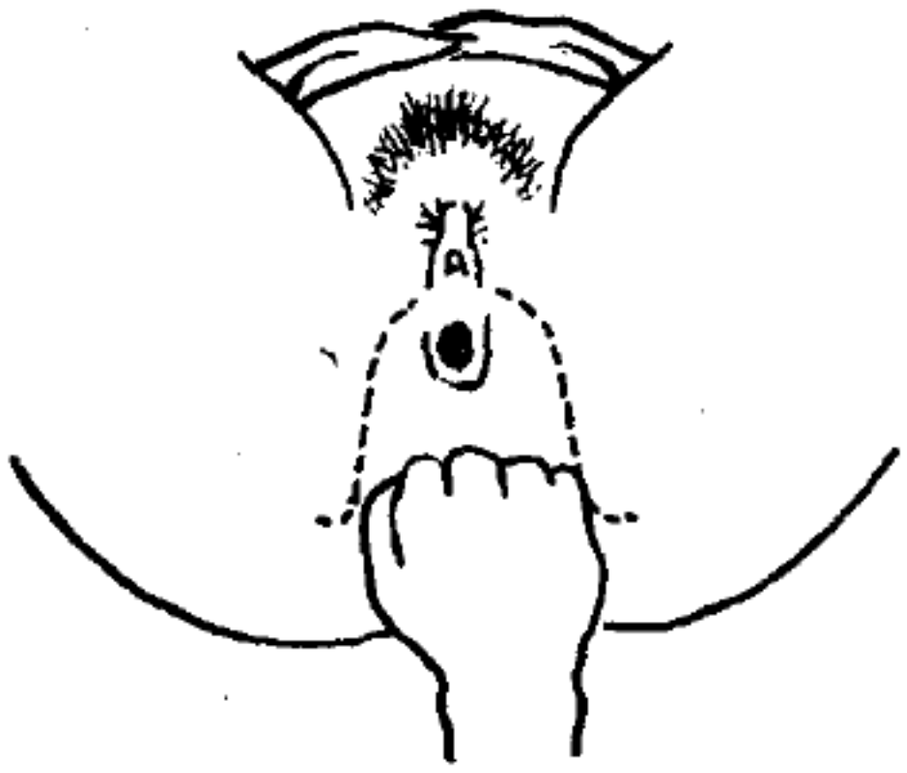
②测量髂嵴间径



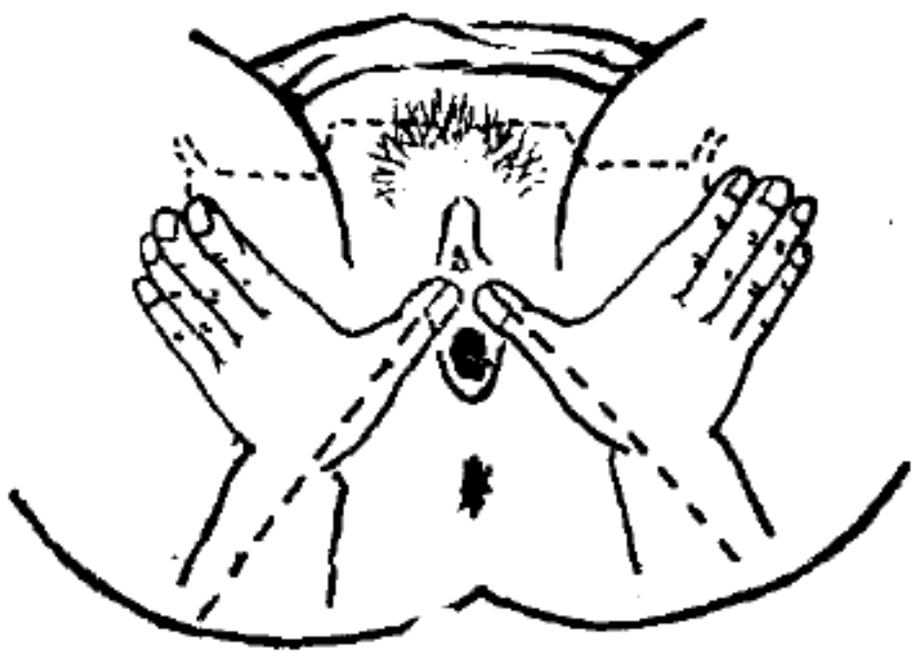
③测量弧耻外径



④测量出口横径



⑤用拳头测量出口横径



⑥测量耻骨弓角度

图10—5　骨盆测量法

则可疑扁平骨盆。

4.出口横径：系两个坐骨结节内侧之间的距离。

检查方法：孕妇平卧，两手抱膝，使坐骨结节突出，用测量器或用不同长度的小木片测量（图9—5④）。也可用拳头来估计（图10—5⑤）。如拳头能插入两坐骨结节之间，则表示出口横径，大于8厘米。一般如大于7厘米，自阴道分娩问题不大。出口横径狭小者，中骨盆也常狭小。

5.耻骨弓测量：检查者，左右两拇指平放在耻骨弓左右下斜部分，看成什么样的角度，如小于80度，就有骨盆狭窄的可能（图10—5⑥）。

（五）有贫血症状时，查血红蛋白。

（六）复诊检查项目：询问前次检查后有何自觉症状。量血压，查尿蛋白。检查胎位及胎心音，有无水肿或其它异常

第二节 正常分娩

正常分娩的临床经过和处理：

分娩共分4个产程：自宫缩开始至子宫口完全开张，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，阵缩持续时间短，约15～30秒钟；间歇长，约10～15分钟；于分娩进展中，子宫收缩逐渐加强，持续时间延长至50秒～1分钟，间歇期缩短至3～5分钟，甚至1～2分钟。子宫的收缩，使子宫颈管消失，子宫口开大，胎儿逐步下降。产妇此时感觉阵阵宫缩，

腰骶及下腹部发痠或疼痛、此期的处理如下：

1.测体温、脉搏、血压，做全身检验。

2.每半小时，听胎心一次（在二次宫缩间歇时听取），正常胎心，每分钟120～160次。如少于120次或多于160次，则表示胎儿缺氧，有生命危险。这种现象称为胎儿窘迫，应立即给产妇吸氧，静脉注射50％葡萄糖液50毫升，加维生素C200毫克，可拉明0.375克（此法通称三联注射，效果良好），并肌肉注射维生素K 8 毫克。

3.观察宫缩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，以防脐带脱垂。

4.准备接生。经产妇一般宫口开大 4 厘米，宫缩 1～3 分钟一次，而且很强时，即作接生准备。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，肛门扩约肌松弛，肛查子宫口已开全（10厘米直径，摸不到宫颈边缘），胎儿即将娩出。此期的处理如下：

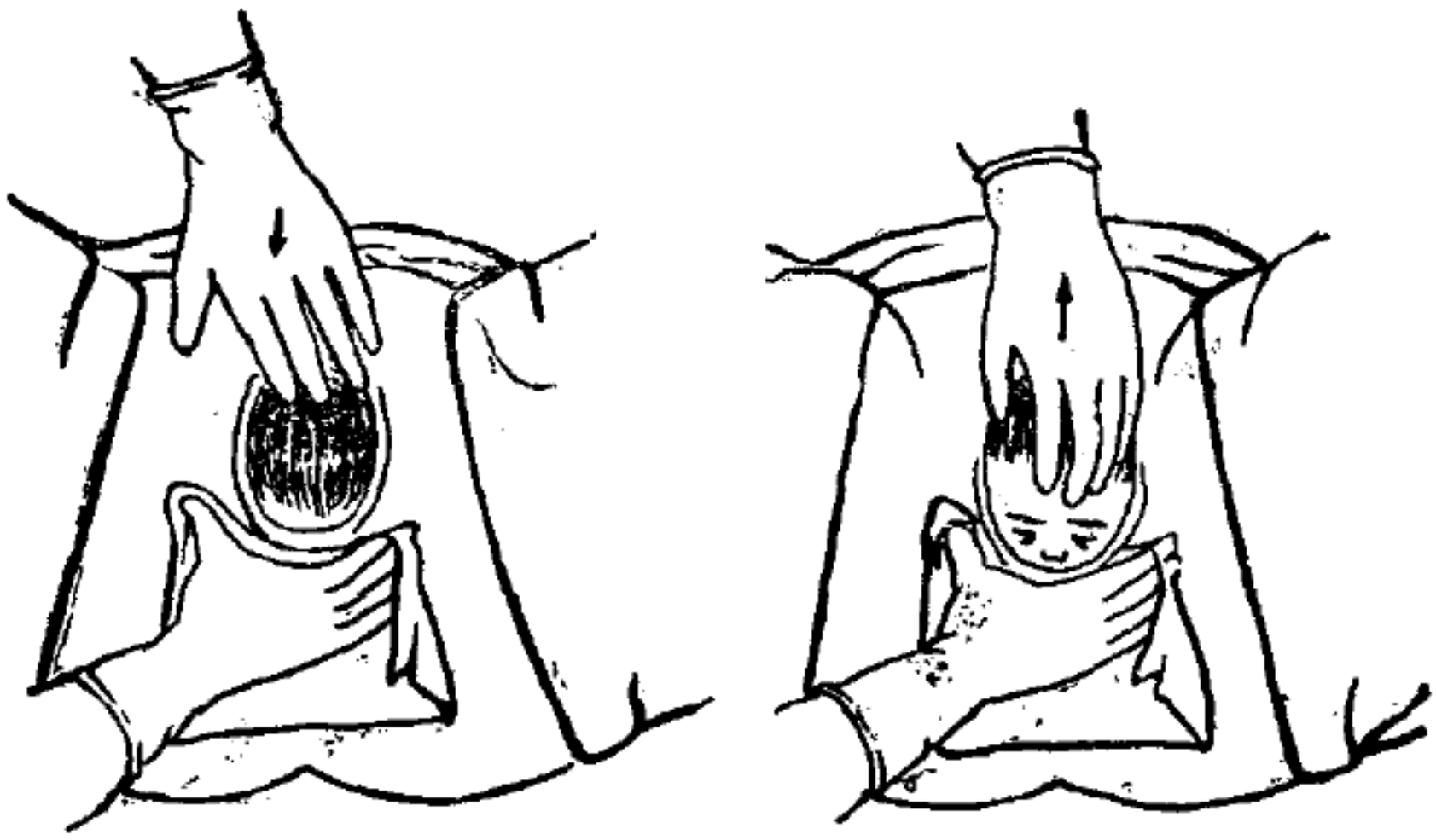
1.消毒外阴：使产妇顺炕沿平卧，两腿分开并曲屈，将外阴、阴阜、两腿及肛门周围皮肤，仔细用肥皂水擦洗，然后用清水洗净。清洗 3 次后，用0.1％新洁尔灭冲洗干净(最后洗肛门）。把产包打开，将消毒单铺在产妇臀下，并在会阴的四周铺以消毒巾。

2.接生人员的消毒，见治疗篇“无菌术”。

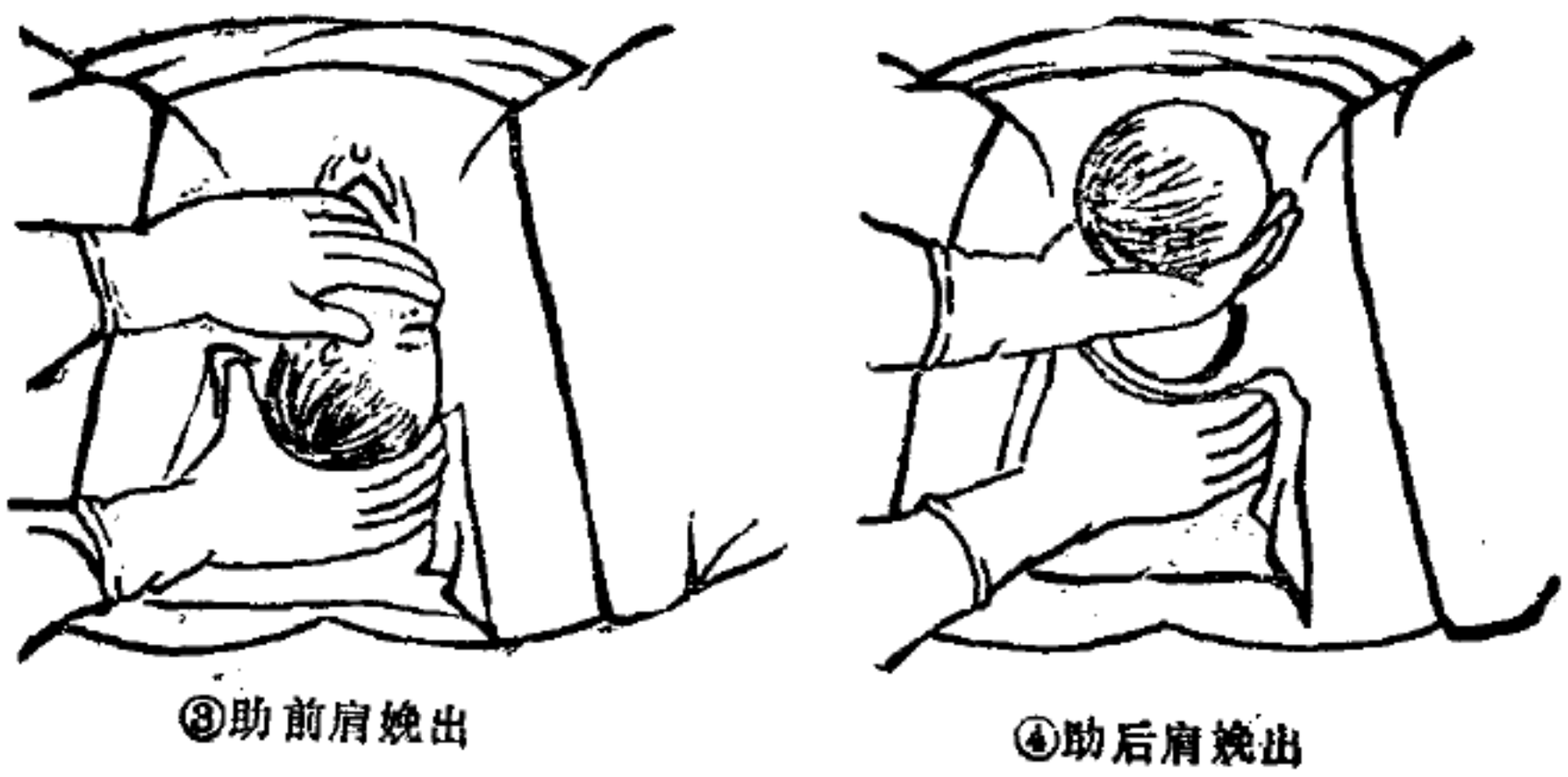
3.第二产程胎心变化很大，因此，需要 5～10分钟听一次。

4.保护会阴。接生者，站在产妇右侧。肛门先用消毒纸

或纱布遮盖住，用消毒巾紧贴会阴边缘，同时将右手拇指和其它四指分开，抵住会阴部，大拇指和四指之间力量薄弱，可在此处填纱布一块，增加保护力量。于宫缩同时，用左手按住胎头，使其俯屈（图10—6①），并鼓励产妇在宫缩时做进气动作，以加速胎头娩出。宫缩间歇时，手应放松，但需保持原来位置，以免宫缩时，产妇突然用力来不及保护，待胎头枕骨在耻骨弓下已露出时，左手不再用力阻挡胎头，



①助胎头俯屈　　②助胎头仰伸



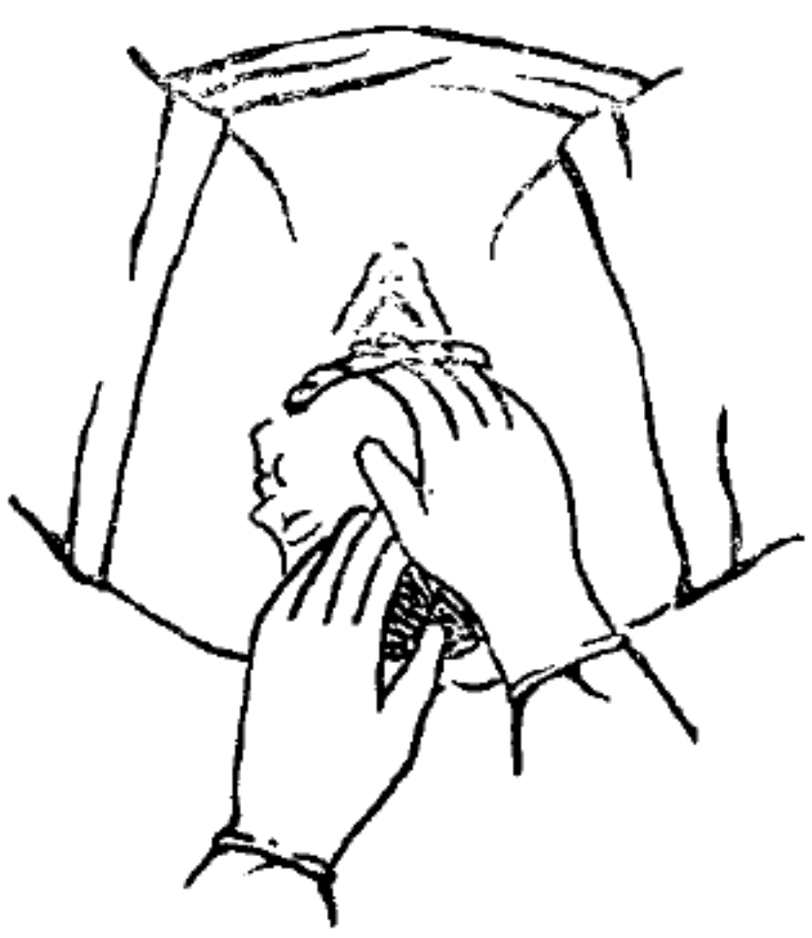
③助前肩娩出　　④助后肩娩出

图10—6　保护会阴的方法

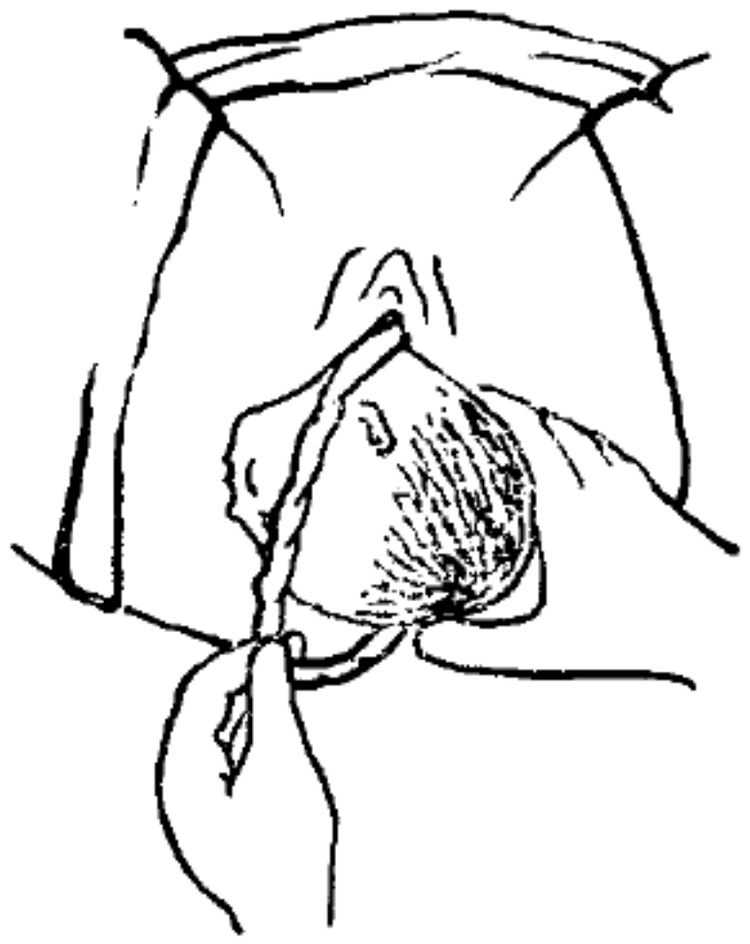
可扶持额部，以协助胎头仰伸。（图10—6②）。此时，宫缩若很强，嘱产妇张口哈气不用腹压，而在宫缩间歇期让产妇迸气，使胎头缓缓仰伸，接生者与产妇的充分合作，是防止会阴撕裂的关键。胎头娩出后，右手仍要保护会阴，不要急于娩肩。先用左手从胎儿鼻根向下颏挤压，挤出口、鼻内的粘液和羊水，以免吸入气管，引起新生儿窒息。然后，协助胎头外转，轻轻下压颊部，并牵引儿颈，使前肩娩出于耻骨弓下（图10—6③）；再反手上托颊，使后肩从会阴慢慢娩出。正确娩出肩部，是防止会阴裂伤的又一个关键（图10—6④）。双肩娩出后，右手方可松开，胎身及下肢随即娩出。胎头娩出后，如有脐带绕颈一周，较松时，可用手将脐带顺肩推上去，或从头部滑下来，再助产娩出（图10—7①②）。如脐带绕颈过紧或缠绕两周，先用两把止血钳，将其一周夹住（即两把血管钳，夹在同一条脐带上，或用两条脐线，同扎一条脐带上），从两钳中间剪断（注意不要剪伤胎体）（图10—7③）。松解脐带后，再助肩娩出。

5.断脐：用两把血管钳，夹住脐带任何一段，并从中剪断。用消毒棉线绳，在相距脐轮1～0.5厘米处作结扎。在结扎线上方，将脐带剪断，断面涂以2.5%碘酊，最后用干纱布将脐带包好（注意：结扎脐带，必须很紧，以防出血。如遇透明而粗的，胶质多的脐带时，结扎时，要防止把脐带勒断。必要时可扎二道）。目前还有气门芯扎脐法，参考治疗篇“气门芯扎脐法”。

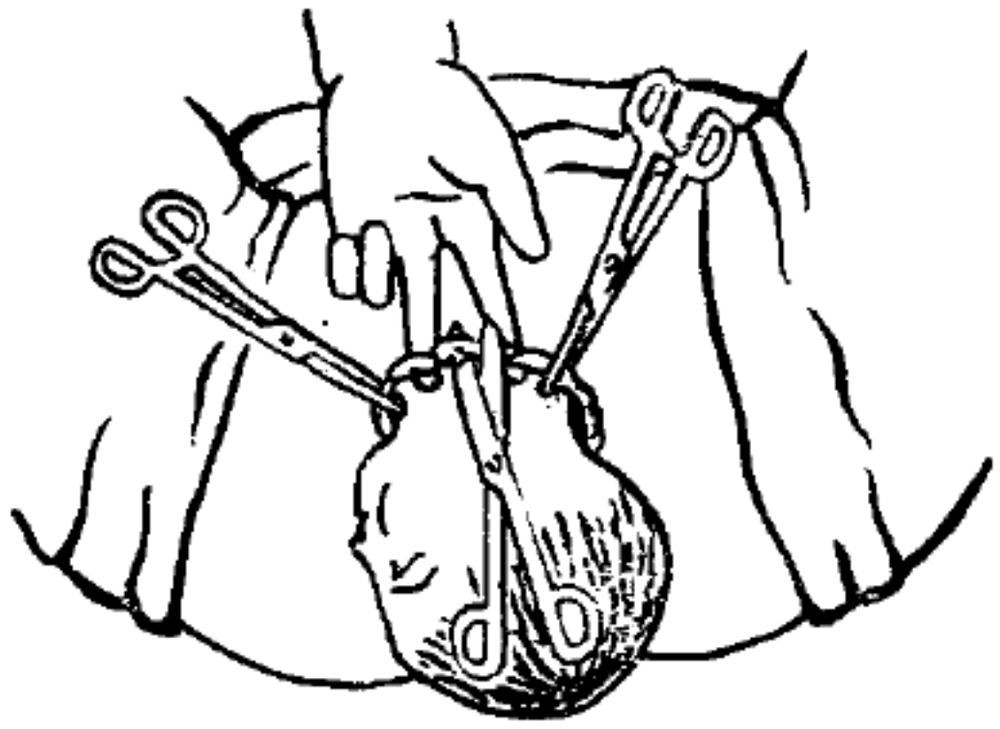
（三）第三产程：胎儿娩出后，一方面结扎脐带，一方面注意产妇有无阴道流血。约5～30分钟后，子宫底上升而变硬，脐带自动下降，且阴道有少量血液流出。此种现象，



①将脐带顺肩部推上



②将脐带从头上退下



③用两把血管钳夹住由中间剪断

图10—7　脐带绕颈的处理

表示胎盘已经剥离。此时，可用一手在产妇腹部将宫底轻轻往下压，另一手轻轻牵引脐带，使胎盘娩出。当胎盘娩出阴道口后，用双手将胎盘托住，缓慢地向一方旋转，轻轻带出。这样可使胎膜分离完整，不致有部分遗留于子宫腔内（图10—8）。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。并肌肉注射宫缩

剂，防止产后出血。胎盘娩出后，应检查阴道和会阴有无破裂，如有破裂当即缝合，然后清拭外阴部，用消毒会阴垫盖好。

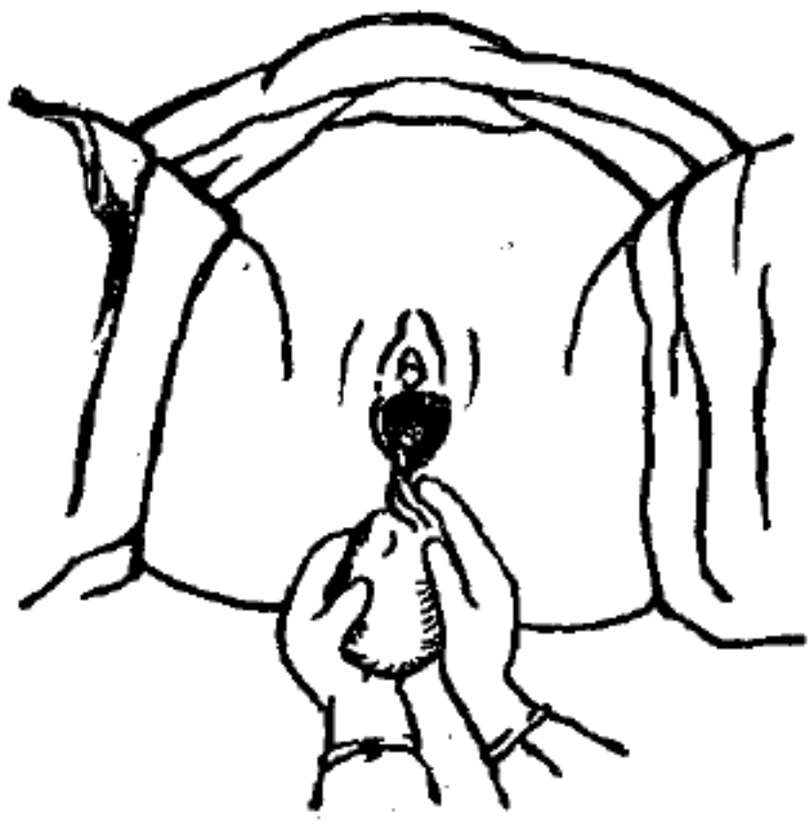


图10—8　胎盘娩出

（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，可给予镇静剂，如苯巴比妥钠0.1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，肌肉注射。或加入25～50％葡萄糖液20毫升，稀释后缓慢静脉注射。或用麦角新碱 0.2 毫克，肌肉注射或加葡萄糖液10毫升稀释后静脉注射。若子宫底高于脐部，宫体软或子宫界线不清者，均说明子宫收缩不良，可导致产后出血。故应予处理：如因子宫内有淤血，用手在腹部按摩子宫底，将淤血挤出，再注射宫缩剂。如因膀胱充盈影响子宫收缩，可让产妇排尿。并给宫缩剂。

（五）产后护理

1.分娩时膀胱受压，容易引起排尿困难，故产后应让产妇喝水，定时督促排尿。如不能自解小便，可用温水冲洗外阴，热水熏外阴。或针刺关元、水道、阴陵泉、三阴交穴。不得已时可导尿。

2.一般产后24小时内，体温不超过38℃，48小时后，可因奶胀发热，但也不超过38℃。如持续发热，应作全面检查，注意上呼吸道感染、乳腺炎、产褥感染及肾盂炎等。

3.产后恢复：

（1）子宫：宫底逐日下降，6周恢复正常大小，有宫缩痛可用止痛剂。

（2）恶露：可持续30天，开始为血性，约10天左右渐为粉红色（由于活动仍可有血性恶露）。如有臭味，表示宫腔内有感染。血过多时，则需考虑有无胎盘组织残留在宫腔内。

（3）会阴处理：注意保持清洁，每日要用温开水擦洗。

（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，挤出乳汁喂小儿。局部涂复方安息香酸酊。

4.产后六周内，不作重体力劳动，以免腰背痠痛，子宫脱垂。

附一、产后常见并发病的治疗

1.产后，外感风寒，宜补养气血兼解表。黄芪五钱，当归五钱，白芍三钱，川芎三钱，荆芥三钱，生姜三片。水煎服。

2.产后骨节痛，宜养血祛风。当归三钱，白芍三钱，熟地三钱，川芎二钱，独活三钱，秦艽三钱，桑寄生五钱，牛膝三钱，细辛五分，黄芪五钱，党参三钱。水煎服。

3.产后恶露不尽，腹痛拒按，恶露紫黑有块，宜活血化瘀。当归三钱，川芎一钱，炮姜一钱，桃仁二钱，炙甘草一钱，生蒲黄二钱，五灵脂二钱。水煎服。兼外感者，加芥穗二钱。

单方：益母草一两，红糖适量煎汤。

4.下奶，可灸膻中，点刺少泽。也可服中药：党参四钱，黄芪四钱，当归三钱，川芎二钱半，王不留行四钱，通草二钱，漏芦三钱。水煎服，或奶桃一两，分两次煎服。

单方：

（1）赤小豆适量，煮粥。

（2）通草三钱，猪蹄一只。水煎服。

5.退奶时，可刺光明、足临泣穴（第四、五跖骨结合部前方的凹陷中）。或服中药：炒麦芽二两，水煎服。也可服求偶素5毫克，每日三次，连服5—7日。或将芒硝装布袋内，在乳房上持续敷用，湿透更换。

附二、几种特殊情况下分娩的处理

1.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。关键的问题，在于脐带的无菌处理，应先将脐带严格消毒，然后结扎。

2.若家属已处理过脐带，但未消毒，应重新消毒包扎脐带。有条件时，可给婴儿肌肉注射破伤风抗毒素1500单位（新生儿不用做皮试）。

3.若产妇于田头或路旁分娩，来不及事先准备时，可将产妇移到避风的地方，臀下放一块塑料布或其它洁静衣物，采用干净毛巾折成双层保护会阴，娩出胎儿，并协助娩出胎盘，尽量避免污染阴道。用衣服包裹新生儿保暖，不必急于断脐带，可于脐带中段用小麻线暂时结扎。然后，将新生儿与胎盘送回卫生站消毒后断脐，将产妇抬送回家，注意保暖，无特殊情况可在家观察，

使用 1 ：5000高锰酸钾溶液擦洗会阴。酌情使用宫缩剂与抗感染药物。如分娩时污染明显，应考虑给予母、婴以破伤风抗毒素预防注射。

4.产后检查会阴，如有轻度裂伤，而无条件缝合时，可用红汞涂擦。

附三、家庭接生箱内应备的物品

1.脐带包：止血钳 2 把，剪刀 1 把，脐带纱布 1 块，脐带线 2 根，脐带绷带 1 卷。纱布 2 ～ 4 块。

2.缝合包：持针器 1 把，无齿镊 1 把，圆缝针 2 个，三角缝针 2 个，缝线（铬肠线及丝线） 1 小束。

3.敷料包：无菌巾 1 ～ 2 块，橡皮手套 1 副。

4.其它：注射器及针头 2 副（2 毫升及50毫升各 1 具），橡皮导尿管 1 根，婴儿吸痰用具 1 套，体温计 1 支，听诊器 1 个，查肛指套 2 个，洗手刷 1 个，肥皂 1 块。

5.药品：2.5％碘酊 1 瓶（10毫升），75％酒精 1 瓶（100毫升），新洁尔灭（或来苏水） 1 瓶（50毫升），垂体后叶素或催产素 2 支，麦角新碱 2 支，吗啡或杜冷丁 2 支，苯巴比妥钠（0.3克或0.2克） 2 支，25％硫酸镁溶液（10毫升） 4 支，50％葡萄糖液（20毫升） 5 支，尼可刹米 2 支，山梗菜碱 2 支，咖啡因 2 支，维生素K 2 支。

第三节　新生儿的处理

（一）新生儿出生后，要做心、肺、肝、脾检查，并注

意有无畸形。

1.脐部：脐带用消毒纱布包扎。若有出血，应重扎。每日应检查有无出血及感染，一般2～7天脱脐。脱脐后有出血，则压迫止血。有息肉，用硝酸银烧灼。若脐部发炎，局部可涂1%龙胆紫，口服抗感染药物或肌肉注射抗菌素。

2.黄疸：一般为生理性，1周左右会自行消退。

3.头颅水肿：头颅水肿者，1～2天内消退。血肿2～3个月消退。但要注意头部皮肤不要损伤。

4.清洁眼部：每天用盐水棉球清洁眼部。若结膜充血，分泌物多时可用金霉素眼药膏。

5.口腔：口腔粘膜上出现白点，不易擦去者，为鹅口疮，可用冰硼散或0.5%龙胆紫涂口腔，每日二次。口服复合维生素B 1片，维生素C50毫克，每日一次。

6.生理性乳房肿胀：出生4～5天起，有少数新生儿有乳房肿胀（切勿挤压），可不必处理，以后自行消失。

7.阴道：新生女婴，可有阴道出血或白色分泌物流出，1～2日后自然停止。

8.红臀：由于尿、粪刺激而引起。必须勤换尿布，每次用温开水洗后，再扑滑石粉或涂消毒油剂。

9.大小便：如24小时后，无胎粪排出，可用肛表探查有无直肠闭锁或其它肠道畸形。如无小便，可用下腹部热敷法。如果仍不见效，要考虑泌尿道畸形。

10.吐血：有三种可能：

（1）咽入产道内的血液。

（2）吸入产妇乳头破裂血液。

（3）新生儿胃肠道出血。

此时，可给维生素K_3 4 毫克，每日一次。严重者送医院。

11. 吐奶：喂奶后，将婴儿抱起来放在肩头，并拍其背。若幽门痉挛，可于喂奶前20分钟口服颠茄合剂 5 滴，加入一匙母乳，每日三次。

（二）新生儿调节体温机能较弱，容易受凉与受热，应及时包裹小儿，放在母体身旁，可以保暖。

（三）产后12小时，可喂少量淡甘草水，产后24小时后，开始喂奶，每 4 小时一次。早产儿每 3 小时一次。在二次喂乳中间，可喂糖开水。

第四节 新生儿窒息的急救

胎儿娩出30秒钟后，仅有心跳而无呼吸者，称新生儿窒息。此病，直接威胁新生儿生命，必须及时急救处理。

〔原因〕

（一）胎儿宫内窒息的延续：胎儿宫内窒息，未能纠正，往往表现为新生儿窒息。

（二）呼吸道阻塞：胎儿在宫内缺氧，可使在娩出过程中发生呼吸动作，将羊水、粘液、胎粪、血液，吸入气管内而引起呼吸道阻塞，以致无法进行气体交换。

（三）胎儿中枢神经受损：颅内出血，以及胎儿在子宫内脑部长期缺氧，均可使呼吸中枢受到损害，使胎儿在娩出后呈窒息状态。

（四）药物影响：母体在分娩过程中，应用麻醉剂（如乙醚）、镇静剂（如吗啡）、均可抑制胎儿呼吸中枢，引起新生儿窒息。

〔分类与临床表现〕

（一）轻度窒息：由于新生儿血氧降低，二氧化碳浓度增高，新生儿面部及全身皮肤，呈现青紫色。心跳尚规律，强而有力，对外界刺激有反应，肌肉张力好。如不及时抢救，也可能转变为重度窒息。

（二）重度窒息：新生儿处于休克状态，皮肤苍白，口唇暗紫，心跳不规律，缓慢且弱，对外界刺激已无反应，肌肉张力消失，四肢瘫软。

〔预防〕严密观察产程，经常听取胎心音，及时预防和治疗胎儿宫内窒息。应严格掌握产程手术指征，正确进行手术操作。在胎儿娩出前 4 小时内，非不得已不要使用吗啡、杜冷丁及乙醚等。

〔抢救措施〕

（一）通畅呼吸道：首先用吸痰管（可用一般橡皮导尿管代替）插入新生儿咽喉部与气管内，将粘液吸净。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）用酒精刺激胸背部皮肤。

（四）针刺人中、十宣、涌泉、内关穴。

（五）行口对口人工呼吸。在新生儿口部放纱布一块，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）。每次吹一口气后，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—20次。直到呼吸正常为止。

在急救同时，给新生儿肌肉注射尼可刹米$\frac{1}{2}$～$\frac{1}{3}$支，山

梗菜碴$\frac{1}{2}$～$\frac{1}{3}$支，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0.3毫升，维生素 C100毫克。如心跳停止，可于左侧第三或第四肋间，作心内注射1:1000肾上腺素 0.5 毫升。在急救完毕，再结扎脐带。此时，应特别注意无菌操作，并应注意保温。

第五节 产褥期卫生

从胎儿娩出到生殖器恢复原状，需要经过 6 ～ 8 周，此期称为产褥期。特别是最初两周，产妇体内变化较大，子宫颈口暂时开放，子宫内又留有胎盘剥离创面，细菌侵入后，在恶露培养下容易孳生繁殖，加上分娩时体力消耗和乳房分泌旺盛，使产妇抵抗力大大降低，容易发生感染及其它疾病。

（一）产妇睡的房屋，冬天要注意保暖，夏天要注意通风，使室内空气保持新鲜。要纠正大热天头包厚布，身穿厚衣，盖厚被子的旧习惯。

（二）产后头 1 ～ 2 天，应吃些容易消化富有营养的食物。以后，就可以恢复正常饮食，适当注意营养。

（三）产后 1 ～ 2 天，最好卧床。一定要破除半卧床上的旧习惯，这样不利于休息，还可引起“血晕”（虚脱）。以后，逐渐起床活动，56天后方可参加正常劳动。

（四）产后出汗多，下身又有恶露不断流出，应注意全身及外阴清洁。但避免坐浴，禁止性生活。

（五）不哺乳的妇女，月经一般于产后 6 ～ 8 周来潮。

如哺乳期月经来潮日期不定，仍可照常排卵，不能用延长哺乳期来做为避孕的方法。

第二章　妊娠病理

第一节　妊娠剧吐（早期妊娠中毒症）

妊娠妇女，可于妊娠第2～3月内，有轻度恶心，呕吐，择食，厌食等症状，属正常现象。如呕吐剧烈，妨碍进食和影响孕妇健康时，称为妊娠剧吐。个别严重者，可引起脱水，电解质紊乱和酸中毒。

〔诊断要点〕

（一）妊娠三个月内，出现剧烈呕吐，尤以清晨时较剧。

（二）有脱水、电解质紊乱和酸中毒者，则症状严重，可表现为全身无力，精神萎糜，明显消瘦，皮肤粘膜干燥，眼球凹陷，小便少，脉弱等。

〔治疗〕

（一）对患者做好思想工作，解除顾虑，树立战胜疾病的信心。

（二）对患者应争取进食，宜食易于消化、少油腻、富含维生素的饮食，如羊奶、豆浆、米汤等。

（三）针灸疗法：

1.内关穴：轻刺，留针10～15分钟。灸3～5壮。

2.中脘穴：轻刺，留针10～15分钟。

（四）中医治疗：

1.胃虚型：呕吐，胃部胀满，不能摄食。舌淡苔薄白、脉无力。宜健胃和中，调气降逆。藿香三钱，砂仁(或蔻仁)一钱，太子参三钱，半夏三钱，茯苓五钱，生姜三片，陈皮三钱。水煎服。

加减：虚而偏寒，有肢冷，脉迟者，加干姜六钱。久吐伤胃阴，口干便燥的，加石斛、麦冬、栝楼各三钱。

2.肝热型：胸胁满闷，嗳气或见心烦头痛，尿少，口苦。舌质红，脉弦滑。宜清肝和胃，疏气降逆。紫苏一钱半，黄连一钱，半夏三钱，陈皮三钱，竹茹三钱，麦冬三钱。水煎服。

3.痰滞型：呕吐痰涎，口中淡腻，气促心悸。舌苔白腻，脉滑无力。宜祛痰降逆。半夏三钱，陈皮三钱，生姜三钱，茯苓五钱。水煎服。加减：吐黄水，头晕心乱，苔黄腻者，加竹茹五钱。吐清水，口淡，舌苔白滑者，加党参三钱，干姜六钱。

（五）镇静、止吐药：

1.10%溴化钠10～20毫升，静脉注射；10%苯甲酸钠咖啡因1毫升，皮下注射，每日一次。10～15日为一疗程。

2.氯丙嗪25～50毫克，肌肉注射，每日1～2次。

3.维生素$B_6$50毫克，肌肉注射，每日一次。或加入50%葡萄糖液40毫升中，静脉注射。

（六）如病情严重者，则应卧床休息，暂禁食24小时。静脉滴注5—10%葡萄糖液及5%葡萄糖生理盐水1500～2500毫升。同时，肌肉注射维生素B_1、维生素B_6。待病情好转后，逐步恢复进食及口服药物。

（七）经上述治疗，绝大多数患者，均可恢复正常。只有极少数无效，病情严重者，才考虑人工流产，以终止妊娠。

第二节　晚期妊娠中毒症

本症是一种严重而又常见的产科并发症。多发生在妊娠的最后2～3个月内，初产妇和双胎时较多见。有肾炎、慢性高血压的孕妇更易发生。

〔诊断要点〕

（一）妊娠中毒症：主要症状有三：水肿、高血压（高于130/90毫米汞柱）、蛋白尿。但如有其中两种症状，即可诊断。一般以水肿与高血压出现较早。

（二）先兆子痫：除高血压、水肿、蛋白尿加剧外，患者还有自觉症状，如头痛，头晕，眼"冒金星"，恶心，呕吐。

（三）子痫：妊娠中毒症的产妇，突然发生抽搐，即为子痫。主要表现为全身肌肉阵发性抽搐，继之昏迷，可发生在产前、产时及产后一周内。如患者昏迷不醒，抽搐反复发作，尿中蛋白增加，血压不下降，脉搏快而微弱，体温升高，则预后不良。患者往往死于脑水肿、脑溢血、肺水肿、心力衰竭、呼吸道梗阻或胎盘早剥。如果能及时发现妊娠中毒症的早期症状，及时治疗，可以防止子痫的发生。

〔预防〕本病主要是预防为主，应做好产前检查，早期发现孕妇高血压及水肿，给予治疗，防止发展到严重阶段。

〔治疗〕妊娠中毒症的治疗原则为：低盐饮食，休息，降压，镇静，利尿，选择适当时机终止妊娠。

（一）妊娠中毒症：

1.适当休息，低盐饮食，多食豆类。

2.利尿，可用双氢克尿塞25毫克，每日2次。同时，口

服10%醋酸钾或氯化钾10毫升，每日2次。或用氨苯喋啶50毫克，每日3次。又可服中药：白术四钱，茯苓皮三钱，生姜皮三钱，陈皮二钱，大腹皮三钱，桑白皮三钱。水煎服。每日一剂。

3.降压镇静：

（1）利血平0.25毫克，或降压灵4～8毫克，利眠宁10毫克口服，每日3次。或苯巴比妥0.03克口服，每日3次。

（2）用25%硫酸镁10毫升肌肉注射，每日2～4次。但如有以下情况，禁止用硫酸镁：呼吸每分钟少于16次，每日尿量少于600毫升或肾功能不全。如发现有硫酸镁中毒现象（呼吸慢，全身肌肉无力，以至膝腱反射不能引出），可立即用10%葡萄糖酸钙10毫升，或5%氯化钙20毫升，静脉注射。

4.如治疗无好转，妊娠38周时可引产。

（二）先兆子痫：

1.必须卧床休息，忌盐。

2.镇静降压：常用25%硫酸镁10毫升和苯巴比妥钠0.1克，每3～4小时交替肌肉注射一次。或口服氯丙嗪25毫克，每日3次。同时服用利血平0.25毫克，每日3次。必要时，可肌肉注射利血平，每次0.5～1毫克。

3.利尿：水肿严重或尿少者，可加用25～50%葡萄糖液60～100毫升，或20%甘露醇250毫升，静脉注入。

4.中医治疗：宜养血熄风。钩藤三钱，天麻二钱，全蝎一钱，党参三钱，当归三钱，桑寄生六钱，石决明一两。水煎服。

5.终止妊娠：先兆子痫患者，经治疗后血压不降，自觉症状不消失，尿蛋白仍“++”以上，或虽有所好转，但已至

妊娠38周者，则考虑终止妊娠。

（三）子痫：

1.一般护理：将患者安置于暗室中，避免光、声刺激。必须有专人护理，以免惊厥发作时受伤。抽搐时将头偏向一侧，以免呕吐物吸入呼吸道；并将一压舌板缠纱布放入口腔内上下齿之间，以防咬伤舌、唇。有条件时给以氧气吸入。昏迷时禁食，以防误吸入呼吸道。

2.镇静和止痉：

（1）立即皮下注射吗啡10～15毫克。如无吗啡，可静脉注射25%硫酸镁10毫升，加50%葡萄糖液20毫升。或用异戊巴比妥钠（阿米妥钠）0.3克，溶于注射用水20毫升缓慢静注，至抽搐停止后将余量改为肌肉注射。

（2）针灸：惊厥时，可针人中、内关、行间穴。强刺激。

（3）紧急措施后，可继续用冬眠药物：常用Ⅰ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），或复方冬眠灵。根据病人的反应，每次取1/6～1/4量肌肉注射。一般每日可用1份全量，连用2～3天后，改用其它镇静降压药。心率快者，不宜用氯丙嗪，可用乙酰普吗嗪20毫克代替。呼吸少于每分钟12次时，应停用冬眠合剂。

如对冬眠药物反应不好，可改用25%硫酸镁，每6小时肌肉注射10毫升，其间参用苯巴比妥钠0.3克，肌肉注射。或副醛4～6毫升，肌肉注射。2天后，硫酸镁改为每日注射2次。

有的患者，用10%水合氯醛或副醛20毫升，加水到100毫升，作保留灌肠效果很好。此法可参用于二次冬眠合剂，

或二次硫酸镁注射之间。

3.利尿：25～50%葡萄糖液60～100毫升，静脉注射。其中加入维生素C 1克。同时，可服用双氢克尿塞 12.5～25毫克，或氯塞酮50毫克，每日 2～3 次。或醋氮酰胺 250 毫克，每日 1～2 次。氨苯喋啶50毫克，每日三次。除氨苯喋啶外，应同时加服氯化钾 1 克，每日三次。也可用20%甘露醇250毫升静脉注射。

4.终止妊娠：产前子痫患者，应在完全清醒后24～48小时，进行引产。同时，继续给予镇静剂。

5.分娩时的处理：产时子痫，在分娩时用产钳或胎头吸引器助产，以缩短第二产程，尽量避免剖腹产术。除非有产科指征（如胎儿和骨盆大小不相称），必须做手术时，也应在惊厥控制以后进行。子痫病人，产后易发生出血及休克，应立即进行静脉输液。酌情选用升压药物，如阿拉明、去甲肾上腺素等。此外，还应注意预防产褥感染。

第三节 妊娠合并心脏病

（一）妊娠期：心脏功能不能负担一般轻体力活动，或过去有心力衰竭史，以及有活动性风湿病症状者，在妊娠不满三个月时，应尽量说服患者，作人工流产，并劝告不再妊娠，或做绝育手术，或采用有效的避孕措施。若在早孕期间，已有心力衰竭现象，应于心力衰竭控制后，即行人工流产。继续妊娠，对孕妇有生命危险。

妊娠已经三个月以上，则不宜作人工流产。根据情况，可以考虑作剖宫取胎术。如孕妇坚决不肯终止妊娠，则应加

强产前检查，避免体力劳动，注意休息，减少合并症的发生，防止心力衰竭。在妊娠7～8个月时，心脏负担最重，更应注意。如发生心力衰竭，应及时处理（参见“心力衰竭”）。

（二）分娩期：在第一、二、三产程，均应注意预防心力衰竭。如有心力衰竭时，应给吸氧、镇静剂（宜肌肉注射吗啡10毫克）、强心剂（西地兰0.4毫克，或毒毛旋花子甙K0.25毫克，加25～50％葡萄糖液20毫升，缓慢静脉注射，详见“心力衰竭”一节），尽量缩短产程，用胎头吸引器或产钳助产。在胎盘娩出后，用砂袋压腹部，避免腹压骤然减低，回心血量过多，而增加心脏负担。同时，肌肉注射镇静剂（除氯丙嗪外，其它镇静剂均可用）。如有出血现象，应肌肉注射催产素10个单位。产后至少观察2小时，方能离开。

（三）产褥期：应嘱产妇完全卧床休息，至少3日。根据心脏功能情况，决定是否继续服用洋地黄及哺乳等问题，并动员绝育或给以避孕指导。能作产后绝育术者，最好在分娩72小时以后再进行，以免心脏负担过重。产褥期，应给抗菌素预防感染，避免心力衰竭的各种诱因，如过度兴奋，劳累，便秘等。

第四节　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，其它原因尚有急性传染病，内分泌失调，胎盘及脐带病变等。

〔诊断要点〕

（一）先兆流产：妊娠期间，阴道少量出血（一般不超

过一次月经量），伴有不显著的阵发性腹痛或腰痛。子宫口未开，子宫大小与停经月份相符合。

（二）难免流产：阴道出血多于平时月经，腰腹痛显著，阵阵发作。子宫口已开，或胎膜已破，羊水已流出。

（三）不完全流产：部分胚胎组织已被排出，尚有一部分留在子宫腔内，故患者有较多的阴道出血和阵发性腹痛。检查时子宫口已开大，子宫仍大于正常，有较活动的阴道出血。

（四）流产合并感染：除上述流产症状外，尚伴有高热、脓性白带，检查子宫有明显压痛。

（五）习惯性流产：指连续三次以上的自然发生流产而言。早期流产多由于胚胎发育不良，晚期流产由于宫颈松驰或子宫发育不良。

〔治疗〕

（一）先兆流产，应用保胎疗法：

1.卧床休息。

2.每日肌肉注射黄体酮10～20毫克，或服用安宫黄体酮4毫克，每日三次。至症状消失后减量，逐渐停药。

3.镇静剂：腰腹疼痛严重时，用苯巴比妥钠0.1克肌肉注射，疼痛轻时，口服苯巴比妥0.03克，每日3次。

4.维生素E 5～10毫克，一日三次。

5.保胎丸或胎产金丹，日服2次，每次一丸。或用中草药：桑寄生六钱，续断三钱，菟丝子五钱，山药五钱，党参三钱，白术三钱，黄芩三钱，阿胶三钱（烊化兑入）。水煎服。见血加侧柏炭三钱，蓬房炭三钱。

单方：荞麦3～4两。炒黄，水煎服。

苧麻根一两，艾叶一钱。水煎服。

艾叶煮鸡蛋，每日一次。蛋汤同服。

（二）难免流产及不完全流产：应刮宫，并注射宫缩剂。如子宫大于3个月妊娠，或无刮宫设备，可肌肉注射垂体后叶素或催产素5单位，每半小时注射一次，共3～4次，使子宫收缩将胚胎组织排出。如无效而患者又有大出血，应将堵在子宫口的胚胎取出，并输50%葡萄糖100毫升，或5～10%葡萄糖液500～1000毫升。

（三）流产合并感染：中药：当归三钱，川芎一钱半，桃仁三钱，益母草一两，银花一两，连翘一两，红花一两，败酱草一两。水煎服。如感染严重，先用抗菌素控制感染，2～3天后再刮宫。如阴道有大出血，可在严密消毒下，用卵圆钳放入子宫腔内，将胚胎组织取出。但不可刮宫，以免感染扩散。术后继续用抗菌素。必要时，在感染控制（体温正常后三天）后再二次手术，进行刮宫，彻底清除宫腔内残留组织。

凡流产行刮宫术者，必须检查刮出的内容物，以明确诊断。如发现有葡萄粒样组织（葡萄胎），处理参见"葡萄胎"。

（四）习惯性流产：应以预防为主。未孕时，男女双方做检查，明确流产原因。受孕后，应注意休息，防止过度疲劳及严禁性生活。维生素E10毫克口服，一日3次。中药：怀山药、杜仲、续断各2两。共研为末，炼蜜为丸。早、晚各服二钱。连服2～3月。其它治疗同先兆流产。

（五）妊娠4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。刮宫前可注射宫缩剂，以免子宫穿孔。

第五节 异位妊娠（宫外孕）

异位妊娠，是指孕卵在子宫腔以外着床发育，称为宫外孕。95%发生在输卵管部位。

〔诊断要点〕

（一）有停经史，部分患者有早妊反应。一般多在停经2月内发病。过去有不育史（多为继发不孕）及盆腔炎史。

（二）突然感觉一侧下腹剧痛，痛时肛门有下坠感。腹部有压痛、反跳痛，或移动性浊音。

（三）阴道有少量暗红色出血，有时掉出蜕膜管型样组织（洗净后放在水中，应看不到树枝状绒毛）。

（四）内出血多时，常引起一时性晕倒，甚至休克。

（五）妇科检查：子宫稍大，举子宫颈时，有明显疼痛，在输卵管部位有时可摸到包块，且有明显压痛。内出血多时，包块同侧或穹窿有饱满感觉，作穹窿穿刺，可吸出不凝结的陈旧性血液。

（六）应与正常妊娠流产、滤泡或黄体破裂等鉴别。滤泡破裂，常发生在月经中期(排卵期)。黄体破裂，常发生在月经前期(如累及血管，也可引起内出血，甚至需手术治疗)。

〔治疗〕

（一）休克时，首先治疗休克，情况好转，即行手术，切除破裂的输卵管。

（二）一般情况较好时，可用中医治疗。处方：丹参三至五钱，赤芍二至三钱，乳香二至三钱，没药二至三钱，桃仁二至三钱。水煎服。腹痛重者，加元胡三钱。有包块形成

者，加用三棱一至二钱，莪术一至二钱。属实热者，加大黄、芒硝、枳实、厚朴。属虚寒者，可佐以官桂。

第六节　葡萄胎

葡萄胎是由于胚胎的绒毛变性而引起的疾病，可分为良性与恶性两类。

良性葡萄胎

〔诊断要点〕

（一）自怀孕开始，经常有不规则的阴道出血，有时血块中伴有透明白色葡萄样组织排出。

（二）妊娠中毒症及早妊反应，常比正常妊娠发生得早，而且较重。

（三）检查子宫，常比按停经月份估计的为大。子宫已经如5～6个月妊娠大小时，仍摸不到肢体，听不到胎心，也无自觉胎动感。

〔治疗〕

（一）刮宫：诊断明确后，即行刮宫术，或吸引术，终止妊娠。如子宫较大，刮宫时易引起大出血，子宫较易穿孔，故手术应轻柔。刮宫前，注射宫缩剂，输液，并准备输血。一次常不易刮净，可相隔5～7天，再刮一次。

（二）良性葡萄胎，有时可转变为恶性葡萄胎，或绒毛膜上皮癌。故术后应密切追踪观察2年，尤其应作妊娠免疫反应。在观察期间，应严格避孕，以免混淆诊断。

（三）年龄已超过40岁者，可考虑子宫切除，以免日后

发生绒毛膜上皮癌。

恶性葡萄胎

恶性葡萄胎多发生于良性葡萄胎之后，多数可转变成绒毛膜上皮癌。三者不易鉴别。

〔诊断要点〕

（一）在葡萄胎刮宫术后，或产后数月数年，又出现不规则阴道出血。

（二）妊娠免疫反应，由阴性转变成阳性，或阳性稀释度逐渐上升。

（三）有咯血(可能有肺转移，应与肺部疾患相鉴别)，阴道结节，阴道大出血者，须考虑血行转移。

〔治疗〕

应转至有条件的医院，行子宫广泛切除术及化学治疗。如因阴道结节大出血，则应填塞纱布止血后，再转院。

第七节 妊娠后期出血

前置胎盘

正常的胎盘附着在子宫体部或底部。如附着在子宫颈口附近，则为前置胎盘。在妊娠晚期，发生不规则宫缩，将子宫颈向上牵引时，能使此种胎盘与子宫壁分离，甚至引起致命的大出血，常因处理不当，造成母子死亡。

〔分类〕

（一）中心性（完全性）前置胎盘：子宫颈口全部为胎盘组织覆盖（图10—9①）。

（二）部分性（偏侧性）前置胎盘：子宫颈口一部分为胎盘覆盖，一部分为胎膜覆盖（图10—9②）。

（三）低置性或边缘性前置胎盘：胎盘附着在子宫下段，或位于子宫内口边缘，不超过子宫颈内口（图10—9③④）。

前置部分的面积愈广，出血愈多，病情愈严重。

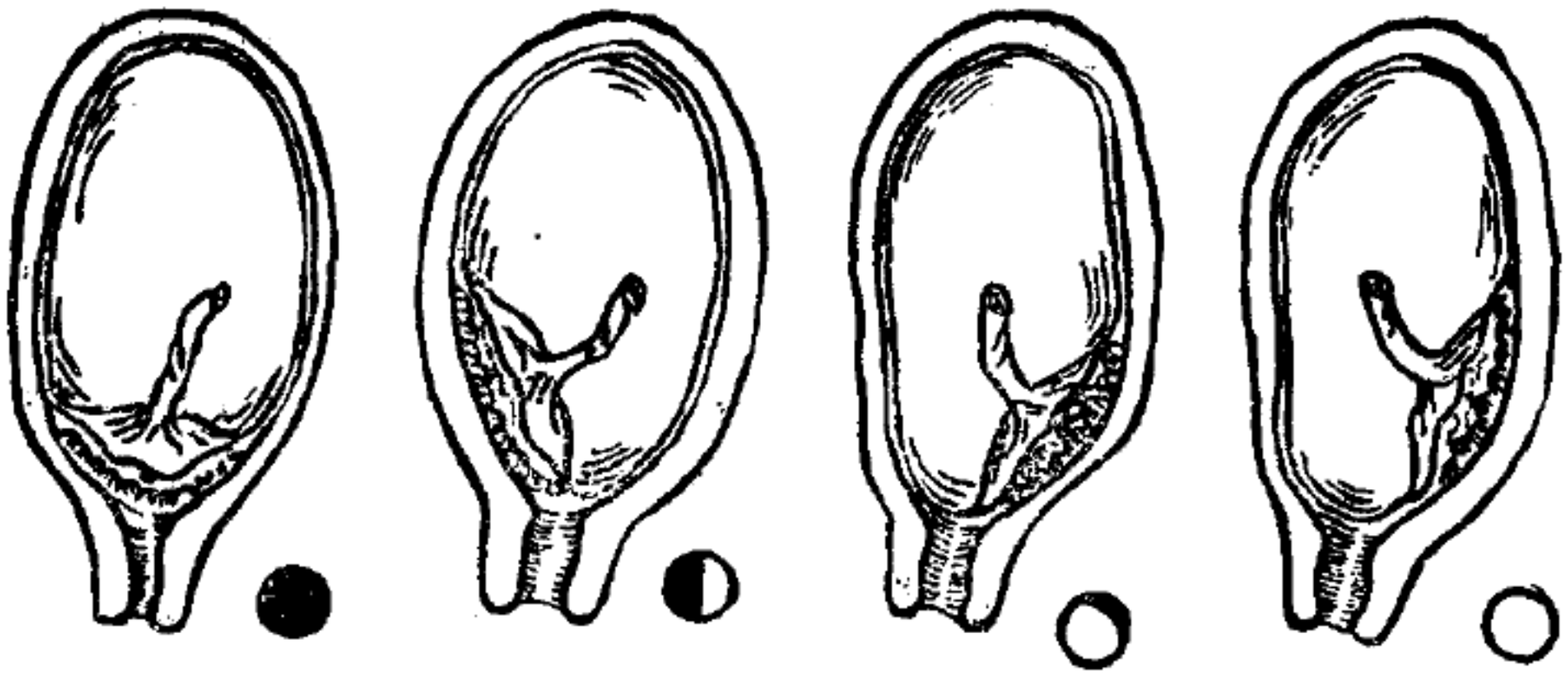


图10—9　前置胎盘的种类

〔诊断要点〕

（一）妊娠6～7月以后，有反复的无痛性的阴道出血，孕妇多在夜间睡醒时发现睡在血泊中。

（二）先露部高浮，常为臀位，胎心良好，下腹两侧可听到与母体脉搏一致的吹风样胎盘杂音。

〔治疗〕

（一）禁止做肛查，以避免引起大出血。

（二）凡疑似或确诊者，不论阴道出血多少，应立即转至有输血和手术条件的医院处理。在转院时，用宽布将腹部扎好。

（三）无条件转院或做剖腹产时，应静脉输液，并做好

输血准备。从阴道内人工破膜（注意避开胎盘组织，在胎盘处破膜），用头皮钳或长组织钳夹住胎儿头皮，如为臀位，则于破水后拉下一足。在组织钳的柄上，或胎儿腿上，扎纱布条，纱布条的末端悬以 1～2 斤的重量，使胎头或腿将胎盘组织紧压止血。

（四）尤其是较早出现阴道大出血时，应考虑中心性前置胎盘。如产妇情况危急而又无转院及手术条件，可消毒后作阴道检查。发现宫颈内口完全被胎盘所遮盖时，立即穿过胎盘，抓住胎儿的脚，向下牵引，以压迫止血。

上述三、四项处理，危险性很大，万不得已时才能应用。经以上处理后，应给催产素静脉点滴，促使分娩。

（五）产后由于子宫收缩不良，常引起产后出血，要提早做好准备。产后补液，并加宫缩剂。

胎盘早期剥离

正常位置的胎盘，在胎儿尚未娩出之前，就部分或全部自子宫壁剥离者，称胎盘早期剥离。妊娠中毒症，高血压，外伤，分娩，子宫内压力骤然下降等，均可为胎盘早期剥离的原因。胎盘剥离后，发生出血。血液从阴道流出者，称为显性出血；血液积聚于胎盘与宫壁之间，称为隐性出血。也可两者同时存在。（图10—10①②③）。隐性出血，因血液积聚于子宫内，而渗入子宫肌肉，使肌纤维分裂及坏死，称为子宫卒中。积血使子宫强烈收缩，但渗血多则子宫收缩不良。胎盘剥离面积大者，可引起胎儿缺氧或致死亡。间有合并纤维蛋白元减少，可致严重出血。

缺页

胎盘早期剥离与前置胎盘的鉴别诊断

	胎盘早期剥离	前置胎盘
诱因	可能有外伤史，或妊娠中毒症	无诱因
起病情况	骤然发生，患者不安静	发病轻慢，患者多不自觉
腹痛	有持续性剧痛	无腹痛
出血	(1) 内、外出血，常持续不止，时多时少，血液陈旧 (2) 多数一次 (3) 外出血量与休克程度不相符合	(1) 仅有外出血 (2) 多次 (3) 出血量与休克程度相符
子宫	变硬，压痛	软，无压痛
胎儿	胎体不清，胎心音减弱或消失	胎体清楚，胎心音多正常
胎盘	阴道检查，未能触到胎盘	阴道检查，可触到胎盘

〔治疗〕

(一) 对于休克患者，应积极抗休克。

(二) 尽速终止妊娠，制止出血。

1.如宫口已开，可行人工穿破胎膜。以头皮钳牵引胎头后，用催产素10单位，加入5%葡萄糖液1,000毫升内，静脉滴注。

2.如宫口未开，估计产妇不能在短期内分娩，而出血症状严重者，应行剖腹产。如术中发现子宫卒中（血液渗入子宫肌层，甚至浆膜层），应作次全子宫切除术。

第三章　难　产

宫缩力、产道及胎儿，是分娩的三个主要因素。若其中某一个因素有异常，而引起分娩困难时，称为难产。常见的难产，有宫缩无力、产道异常、及胎位异常之类。

第一节　宫缩无力

〔诊断要点〕

（一）原发宫缩无力： 自临产开始，子宫收缩就无力，至子宫颈口开张进展很慢。常见于精神过度紧张，子宫发育不良，子宫过度膨胀者（如双胎、羊水过多）。

（二）继发性宫缩无力： 在临产初期，子宫收缩良好。但经过一个时期后，产妇体力衰竭，宫缩转弱，分娩几乎处于停顿状态。常见于骨盆狭窄，胎位不正时。

〔治疗〕

（一）原发性宫缩无力的治疗： 原则是刺激子宫收缩。

1.热肥皂水灌肠，排空直肠，排空膀胱。

2.解除精神顾虑。

3.催产药物：可予奎宁0.3克口服，每小时一次。共1～3次。或用5～10%葡萄糖500毫升，加入催产素5单位，

静脉滴注。开始每分钟十滴，以后根据宫缩情况调节滴数。须肯定无骨盆狭窄等异常后再给药。

4.针刺合谷、三阴交穴。或维生素$B_1$10毫克，合谷穴封闭。或艾卷灸神阙穴5～15分钟。

（二）继发性宫缩无力的治疗：原则是先让产妇休息，以后刺激宫缩。

1.用杜冷丁100毫克，或吗啡10毫克，肌肉注射。并让产妇很好休息。初产妇，用此药一般在宫口开大4厘米时，过早可抑制宫缩。过晚（估计3～4小时内，能结束分娩者）可引起新生儿窒息，均不宜用。

2.脱水时，可给5％葡萄糖液静脉滴注。

3.用0.25％普鲁卡因20毫升，次髎穴封闭（每穴10毫升）。此法，简便有效。但取穴必须正确。

4.刺激宫缩方法同上。头盆不称，则不用催产药物。

5.如宫口已开全，可用产钳或胎头吸引器助产，或做臀牵引。

上述方法无效，或骨盆绝对狭窄，头盆不称，作剖腹产术。

第二节 产道异常

（一）骨盆狭窄：骨盆狭窄有轻重之分，在分娩中造成的影响也不同，可造成子宫收缩无力，早期破水，胎位异常，脐带脱垂等。

〔诊断要点〕

（一）依据骨盆测量。

（二）初步诊断可参考以下几点：

1.有难产史。

2.身材矮小，驼背或跛行。

3.初产妇第一期临产后，胎头浮动，产程无进展。

4.遇有横位或臀位时，要想到骨盆狭小的可能性。

5.悬垂腹。

〔治疗〕

（一）经产前检查，已知骨盆绝对狭小者，需做剖腹产。无手术条件者，可转院手术。

（二）未经产前检查者，可根据以下不同情况处理：

1.如临产时间较长，应做阴道检查，了解胎位及头盆不称情况。估计不能从阴道分娩者，应做剖腹产。如需转院，在转院途中让产妇平卧，以防胎膜早破。已破水者，给抗菌素防止感染，同时肌肉注射杜冷丁100毫克。

2.如有轻度头盆不称，估计能从阴道分娩，但产程长，产妇出现衰竭现象（脉快，腹胀，不能排尿，体温升高），给杜冷丁100毫克，肌肉注射。并给输液。待宫口开全后，用产钳或胎头吸引器助产。

3.胎儿已死在宫内者，尽量从阴道分娩。可行穿颅术。

（二）阴道横隔或纵隔：多为先天性，有时可阻塞阴道。临产时须做切开术。阴道纵隔正中切开；横隔分别于2点、4点、8点和10点，作放射状切开。胎儿娩出后，如有出血，将断面各自连续缝合。

第三节　胎位异常

（一）臀位：多见于经产妇。

〔诊断要点〕子宫底较低，左右较宽，胎儿头在腹部的一侧，臀在另一侧。

〔治疗〕

1.如在产前检查时发现为横位，即应转成头位或臀位。

2.临产后发现横位时，羊水未破，可做外倒转术。羊水已破，如胎儿存活，无先兆子宫破裂现象，子宫口开大时，可做内倒转术，由阴道分娩，否则须做剖腹产。如胎儿已死，可行断头术；如胎儿虽死而子宫有先兆破裂或已破者，仍须剖宫取胎，子宫破裂者，并做子宫摘除术。脱出阴道外的手可事先断去或消毒后纳回。

（二）臀位：胎儿死亡率高，尤其是第一胎。

〔诊断要点〕在子宫底部，可摸到硬的胎头，胎心在脐上左或右处听取。

〔治疗〕一般遇臀位时，接生者用消毒巾堵住阴道，防止小肢体（脚或膝）娩出（图10—11）。直堵到子宫颈口开全时(此时已堵不住)，可使其自然分娩。胎儿身体娩出后，由助手在耻骨联合上压迫胎头，使之屈曲，以利娩出。出头有困难时，不可用暴力牵拉胎体，以防胎儿骨折及子宫破裂。如胎儿双手上举，可左右转动胎体，使上肢下降娩出（见部分臀牵引术及臀位牵引术）。

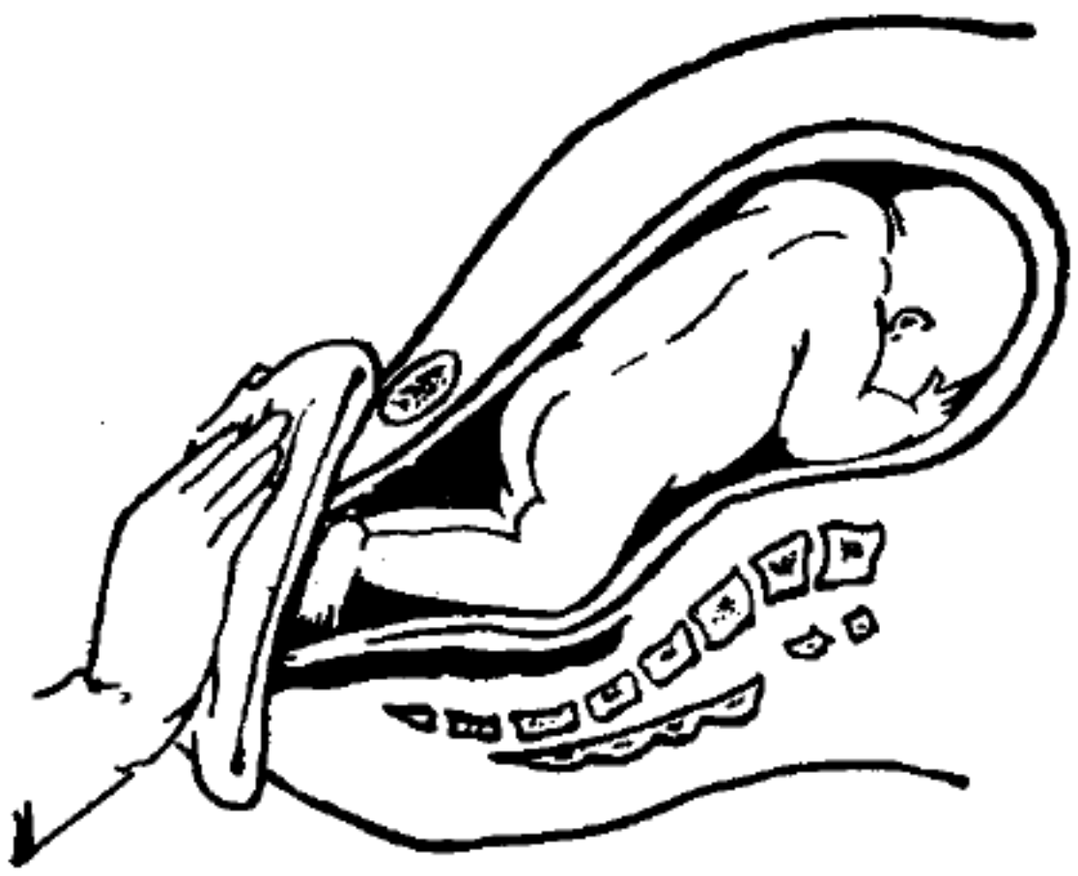


图10—11　阻挡胎先露下降

（三）头位异常：最常见的是枕后位和枕横位。头位临产后，如遇产程延长，继发宫缩无力，产妇体力极度疲乏，宫口开大或开全后，产妇屏气用力，但不见胎头下移，甚至在阴道口已见胎头，但久不娩出时，应怀疑头位异常。此时可做阴道检查，手转胎头，宫口开全后，可用胎头吸引器或产钳助产（见“胎头吸引助产术”、“产钳术”）。

第四节　子宫破裂

子宫破裂是极其严重的一种产科并发症，产妇和胎儿的死亡率均高。导致子宫破裂的原因如下：

1.分娩有障碍，见于骨盆狭窄，胎儿过大，脑积水。

2.滥用子宫收缩剂，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，胎膜早破而羊水几乎流尽，子宫紧贴胎体而强行内倒转术时，可使子宫破裂。子宫颈口尚未开全而行产钳手术时，可引起子宫颈裂伤延伸至子宫下段。

〔诊断要点〕

（一）先兆子宫破裂：当胎儿娩出受阻时，往往出现子宫收缩增强，阵缩时间延长而间歇时间缩短。强烈宫缩引起产妇剧烈疼痛，烦躁不安。并因胎儿先露部经久不能下降，持续压迫膀胱，发生排尿困难，甚至出现血尿。腹部检查：耻骨联合上缘明显压痛，拒按，子宫底坚实，于平脐或脐上水平，可见斜置或横置的子宫病理收缩环，两侧圆韧带紧张

呈索状，有压痛。胎心音不规则，微弱，甚至消失。

原有子宫壁疤痕发生破裂的患者，在分娩开始后，宫缩逐渐增强过程中，可突然发生子宫破裂，而不经过先兆破裂阶段。

（二）子宫破裂：完全子宫破裂，常发生在一瞬间。产妇突然感到剧烈腹痛而大声惊叫，自觉腹内有撕裂感。破裂后，子宫收缩停止，产妇一时稍感轻松，继之由于内出血及羊水刺激，而呈现持续性腹痛，拒按，胎动停止，胎心消失。由于内出血而出现休克，面色苍白，出冷汗，脉搏细弱而快，全腹尤以下腹部有明显的压痛及肌紧张。如为完全破裂，则可清楚的触及胎儿肢体，一侧可扪及缩小的子宫。

不完全破裂时，症状较轻，子宫轮廓清楚，破裂处压痛明显，并可触及增大的血肿块，检查有握血感。

〔预防〕

（一）做好计划生育工作。

（二）做好产前检查工作，如发现胎位不正，要及时纠正。

（三）要严密观察产程，及时发现子宫先兆破裂，及早处理。

（四）分娩期或引产时，应用子宫收缩剂要谨慎。

（五）进行阴道难产手术，要慎重和过细。

〔治疗〕

（一）先兆子宫破裂：首先给予苯巴比妥钠0.2克肌肉注射。阿托品0.5毫克，皮下注射。使患者安静，宫缩减弱。必要时，可皮下注射吗啡0.01克，或采用乙醚深麻醉。同时争取时间，做剖腹取胎术。

（二）已经破裂者，在纠正休克的同时，应迅速行剖腹取胎术。术后，给予足量抗菌素，防治感染。

在偏远地区，无手术条件，子宫破裂病人处于休克情况下，应在抗休克的同时，及早转入医院治疗。

第四章　胎儿及其附属物异常

第一节　双　　胎

双胎较单胎易发生并发症，如妊娠中毒症，早产，羊水过多，胎盘早剥，产后出血，脐带脱垂，产褥感染等。

〔诊断要点〕

（一）子宫比按停经月份估计的要大。

（二）腹部检查时，可摸到三个大部分（两个头一个臀，或两个臀一个头）。

（三）可在腹部两处，听到两个胎心音，两者的速率不同，一般相差每分钟至少八次。

〔处理〕

（一）第一个胎儿分娩与单胎同。

（二）第二个胎儿出生后，要注意第二个胎儿的胎位，如为横位，必须转成头位或臀位。

（三）如第一个胎儿娩出后已一小时，而第二个胎儿仍未娩出时，可做人工破膜，臀牵引或产钳术。第一个胎儿虽娩出不到一小时，而第二个胎儿的胎心变快或变慢（每分钟多于160次，或少于120次），或疑有胎盘早剥时，应即行人

工破膜，将胎儿牵引出来。

（四）胎儿娩出后，立即肌肉注射麦角新碱0.2毫克。

（五）产时必须注意出血，如胎盘未娩出前，即发生活动出血，可先肌肉注射垂体后叶素（或催产素）10单位。无效时，行手取胎盘术。如胎盘已娩出，而有活动出血时，可再注射麦角新碱0.2毫克，或垂体后叶素（或催产素）10单位（详见“产后出血”）。

第二节 脐带脱垂

脐带脱垂（图10—12）时，胎儿死亡率高达80%以上，是产科紧急情况。

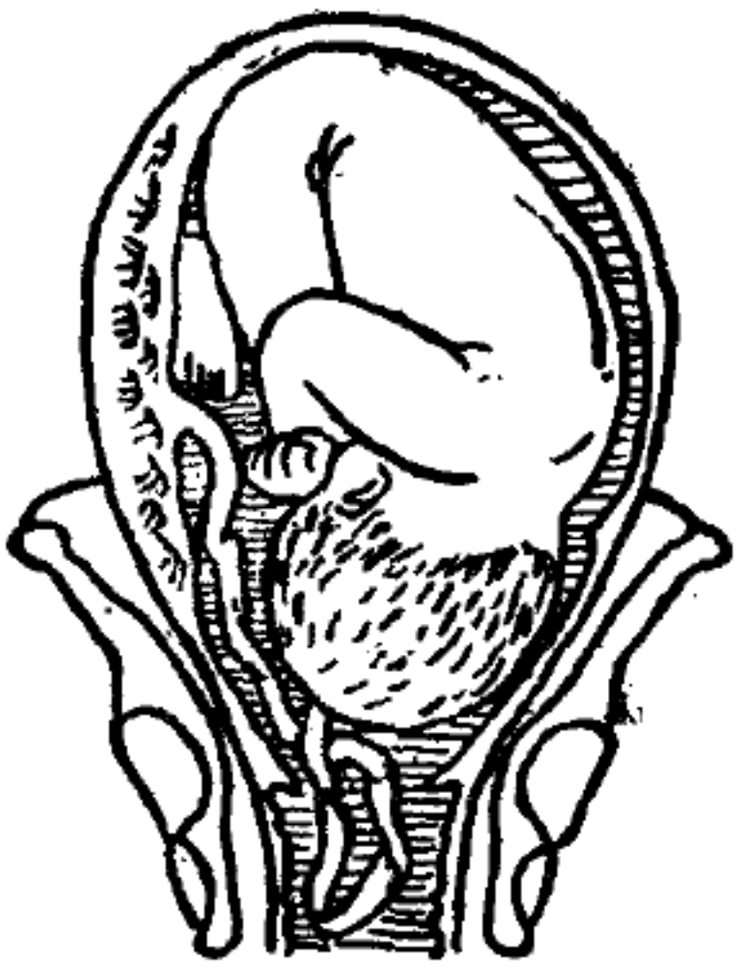


图10—12 脐带脱垂

〔诊断要点〕当先露部（臀或头）尚浮动，胎膜突然破裂时，如胎心突然变慢或不规则，应想到脐带脱垂的可能性。应先作肛查，摸到有搏动感的索条状物，即可确诊。如摸不清，应进行阴道检查（严密消毒后）。

〔治疗〕脐带脱垂，对胎儿生命危害很大，要力争胎儿存活，就必须争分夺秒。

（一）胎心尚好时，若宫口开全，头位时则行产钳助产，臀位时可行臀位牵引。

（二）胎心好而宫口未开全，为保存胎儿可进行剖腹产，也可先用纱布团进行脐带复位。方法是：用消毒的纱

布，轻轻地将脱出脐带包起，推开胎先露部分，将脐带纱布包送入宫腔，然后压子宫底，先露下降，再抬高臀部，等待宫口开全自然分娩。

（三）胎心消失，可等待自然分娩。

第三节　羊水过多

羊水过多往往伴有胎儿先天性畸形或双胎，并常引起早产和死胎。在分娩期还常引起子宫收缩乏力，胎盘早剥和产后出血。

〔诊断要点〕子宫较妊娠月份大，腹部紧张，胎体查不清楚，胎心遥远或听不到。

〔治疗〕

（一）轻度或慢性羊水过多：无特殊不适者，可给镇静利尿剂治疗。或中药治疗，用健脾利水剂：茯苓一两，白术五钱，猪苓四钱，泽泻四钱，大腹皮一两，木香二钱，木瓜三钱。水煎服。如经上述治疗无效，则处理同急性羊水过多。

（二）急性羊水过多：羊水于数月内增多，有压迫症状，如呼吸困难。如经保守治疗无效，于消毒后行高位胎膜穿刺及催产素引产。高位胎膜穿刺时，穿刺点应高于宫内口，并在耻骨联合下方，破口要小，使羊水缓慢流出，以防休克或胎盘早期剥离及脐带脱垂。在放腹水时，可用腹带加压包裹腹部，并注意观察产妇脉搏、血压及自觉症状。

（三）如有条件X线照片，确定胎儿畸形者，应及时终止妊娠。

（四）凡羊水过多，或引产后给宫缩剂及抗菌素，预防

感染。

第五章　产后常见病

第一节　产后出血

在正常情况下，胎盘娩出之后，一般出血不超过200毫升。如果出血较多，或连续不断，应立即予以重视。产后出血多数（90%）是由于子宫收缩不好，也可由于软产道损伤（子宫、子宫颈和阴道破裂），胎盘剥离不全或部分胎盘遗留在子宫腔内。

〔诊断要点〕

（一）根据阴道流血量，可以获得诊断。

（二）胎儿娩出后，随即发生大量出血者，多为胎盘部分剥离或软产道创伤。产道创伤的出血，多为持续性，颜色鲜红，子宫虽有收缩变硬，但仍流血不止。

（三）如在胎盘娩出后，才有出血，并为阵发性，与子宫松弛同时出现，其原因多为宫缩乏力。如检查胎盘有缺损，则是由于胎盘遗留所致。如流血中无凝血块，应考虑是凝血机制障碍所引起的出血。

〔预防〕

（一）孕期检查时，如发现孕妇有贫血和血液病，应积极治疗。凡过去分娩有出血史者，须特别予以注意，分娩开始即做好输血的准备，同时肌肉注射维生素k8毫克。

（二）在分娩期中，对产程延长，子宫膨胀过度，产前

即有出血，或手术时用全身麻醉的产妇，均应在分娩第三期使用子宫收缩剂，并做输血准备。

（三）施行手术产时，要掌握适应证。

（四）正确处理分娩第三期，勿过早地挤压子宫，牵拉脐带。应注意胎盘分离的情况，先等待胎盘自动娩出，若到一小时后，尚无分离现象，就应使胎盘及时娩出。首先肌肉注射催产素10个单位。如仍不娩出，可轮状按摩子宫底，有宫缩时，捏住宫底顺产道向下压挤；另一手轻轻牵引脐带，胎盘即可娩出，否则即施行手法剥离胎盘术。

〔治疗〕

（一）子宫收缩不良引起的出血：按摩子宫底，针刺合谷、三阴交穴。灸神阙穴。给宫缩药，如麦角新碱0.2毫克'肌肉注射。或垂体后叶素（或催产素）10单位，肌肉注射（有高血压及心脏病者，禁用麦角新碱及垂体后叶素，宜用催产素）。或用乙醚纱布塞阴道，约半小时后，即可取出。

（二）胎盘未剥或残留引起的出血，用手取出胎盘。

（三）如有会阴、阴道或子宫颈裂伤，破损处用铬肠线间断缝合。

（四）遇产后出血，要注意预防休克。出血停止后，还要观察2～3小时，才能离开。对出血多的产妇，应根据情况输血、输液，或注射高张葡萄糖液。无条件时，则嘱咐产妇多饮糖水。

（五）凝血机制障碍，可使用6-氨基已酸6克，加入10％葡萄糖液500毫升中，静脉滴注；注射凝血剂及宫缩剂。也可输鲜血。

第二节 产褥感染

产褥期生殖道发生炎症者，称为产褥感染。以大肠杆菌或链球菌感染最多见，常发生不消毒接生后。

〔诊断要点〕

（一）产后24小时到10天内有发热。

（二）检查子宫及子宫旁有压痛。

（三）恶露有时有臭味。

（四）严重者，有全身中毒现象。

〔预防〕

（一）做好卫生宣传教育工作，使孕、产妇懂得孕期、产时及产后卫生的意义。产后如有不适，应及时诊治。

（二）推行新法接生，注意无菌操作，不作不必要的阴道检查。有产道损伤时，要细心缝合。胎膜早破或难产者，均应适当给予抗感染药物。

（三）产褥期注意外阴部清洁，如有伤口，要注意护理。

〔治疗〕

（一）注意营养，给予维生素B和C，吃容易消化的食物，每日保持足量水分。贫血者，可少量多次输血。

（二）患者取半卧位，使恶露排出通畅。必要时，给予麦角新碱0.2毫克，或垂体后叶素10单位，肌肉注射，以助子宫收缩。

（三）给予抗菌素，严重者，可用静脉滴注。

（四）如有高热，可物理降温，或适当给予退热剂。

（五）如有脓肿形成，须切开引流。形成盆腔脓肿者，

应从后穹窿切开引流。髂窝部脓肿，可行髂窝部切开引流。

妇　科

第一章　经期卫生

妇女由于生理特点，除患一般内、外科疾病外，还可患一些妇女所特有的与生殖系统有关的疾病。因此，应认真做好妇女保健工作，保障妇女健康，保护劳动力。

月经生理：月经是妇女特有的生理现象。月经血是从子宫里面流出来的（周期性子宫内膜脱落及出血）。女子第一次来月经，称为初潮。一般多在13～15岁之间，也可因身体、气候、生活条件的差异有所不同。两次月经第一天之间的间隙，称一个月经周期，一般多在28～30天。但每一个妇女自己的周期，有一定的规律性，在20～45天范围内也为正常。初潮后1～2年，月经可不规则，此为生理现象，不是疾病。每次月经持续2～7天，色暗红，量约50～100毫升。少数妇女经期有轻度不适感，如有下腹发胀，腰酸，乳房胀痛，腹痛，情绪急躁等。一般不影响学习、工作及劳动。妇女到45岁左右，就进入更年期。此期月经可不规则，间隙延长，经量减少，或经期延长，经量增多，同时可伴有面部潮红，心悸，头痛，失眠，皮肤发麻，精神忧郁等现象，血压也可有波动（即更年期症候群）。以后就到了绝经期（多在45～55岁之间）。

经期卫生：月经期间妇女的全身及局部抵抗力减低，为

预防月经失调和其它妇女病，必须注意经期卫生。

（一）精神不可过分紧张。

（二）经期可照常工作和学习，参加一般体力劳动，可促进盆腔血液循环，使经血畅流，可减轻腰酸、背痛、下腹坠胀等症状。但应避免过分劳动及剧烈运动。

（三）注意保暖，避免寒冷刺激（如冷水浴、下水田，蹚河等）。少吃刺激性食物，如酒、醋、辣子等）。

（四）月经来潮时，子宫内膜有一层创面，经血是细菌繁殖的好养料，所以应注意卫生，防止感染，保持下身干净，每天应用温水洗下身。禁止同房及阴道用药，衬裤及月经带要勤洗换，要用月经纸（普通纸应在太阳下晒过），不可用脏纸、破布及烂棉花做月经垫子，以免引起感染。

第二章 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。月经期，应避免作阴道检查。现将检查的方法和注意事项作如下介绍：

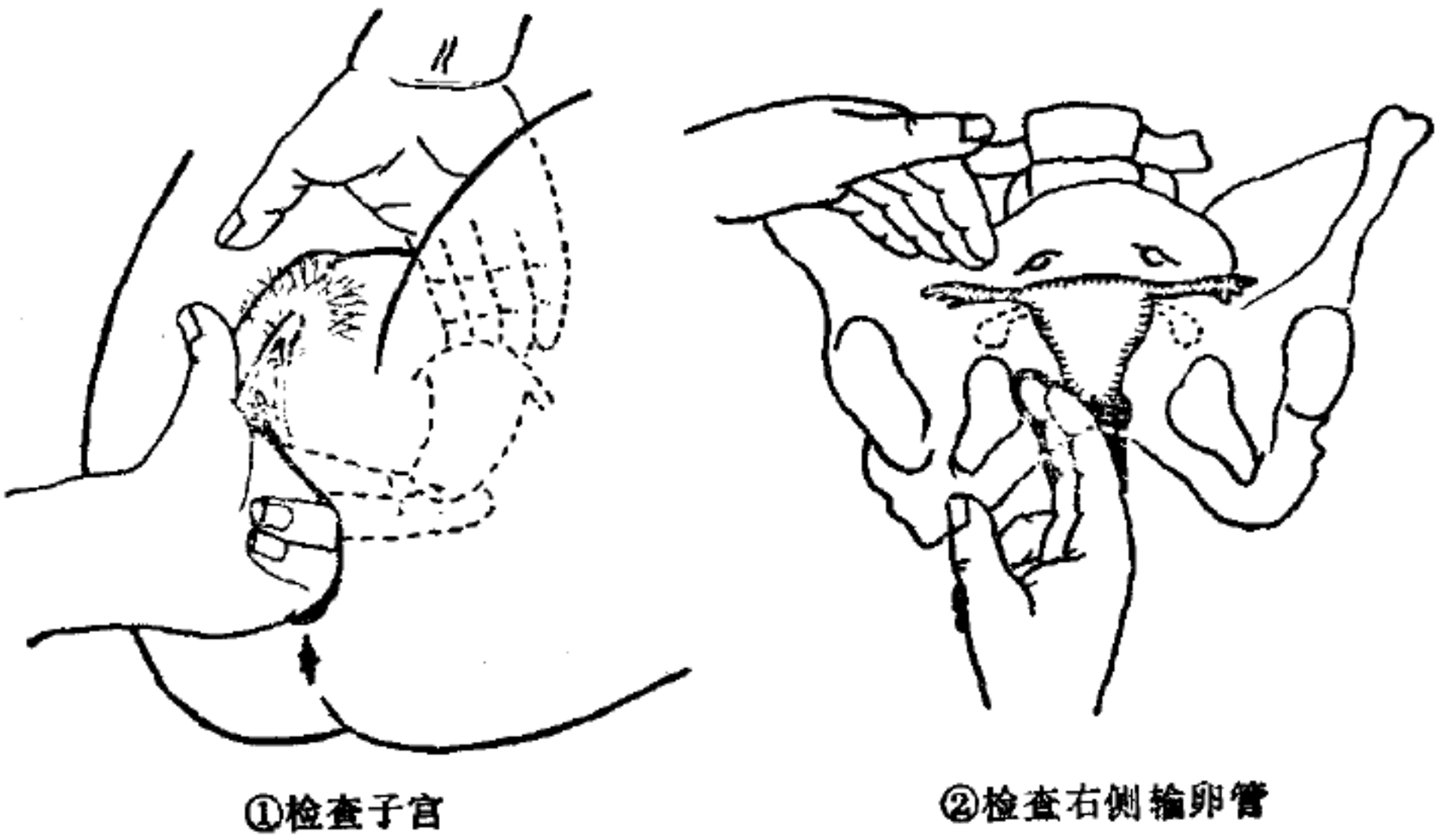
（一）病人取截石位，放松腹壁肌肉。

（二）外阴：注意外生殖器的发育情况，皮肤有无浮肿、溃疡、肿物。

（三）阴道：一手戴橡皮手套，沾以润滑液，将食、中指慢慢伸入阴道，注意有无肿物或畸形，宫颈大小、硬度和触痛。

（四）阴道、腹部联合检查：一手做阴道检查，另一手

放在下腹部，轻轻下压，使内生殖器居两手之间。注意子宫体的大小、位置、硬度、活动度及压痛（图10—13①）。然后将阴道内的手指移向侧面，在腹部的手也向盆腔侧面深处推压。正常输卵管及卵巢摸不到，如触到增厚组织及压痛或包块，则表示有炎症或肿物（图10—13②）。



①检查子宫　②检查右侧输卵管

图10—13　阴道腹壁双合诊

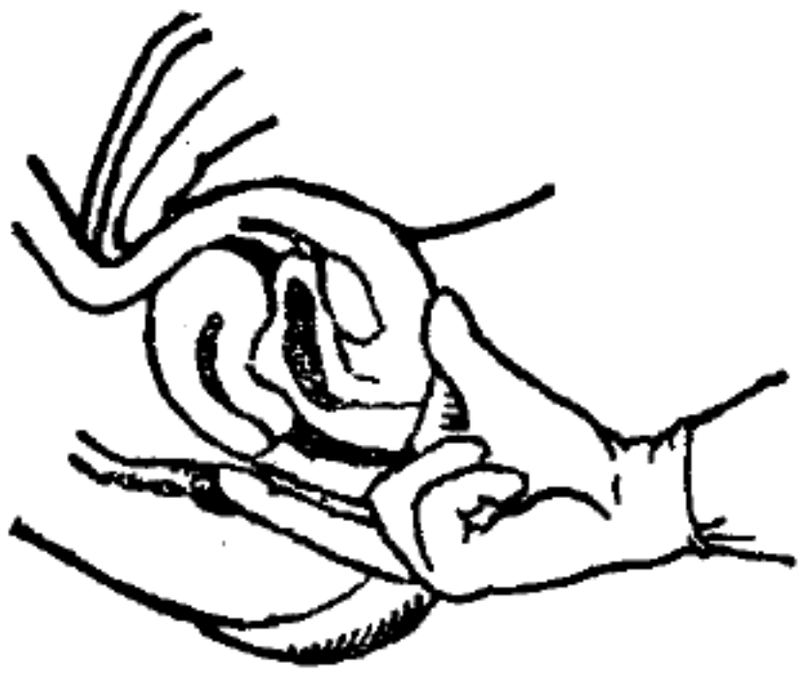
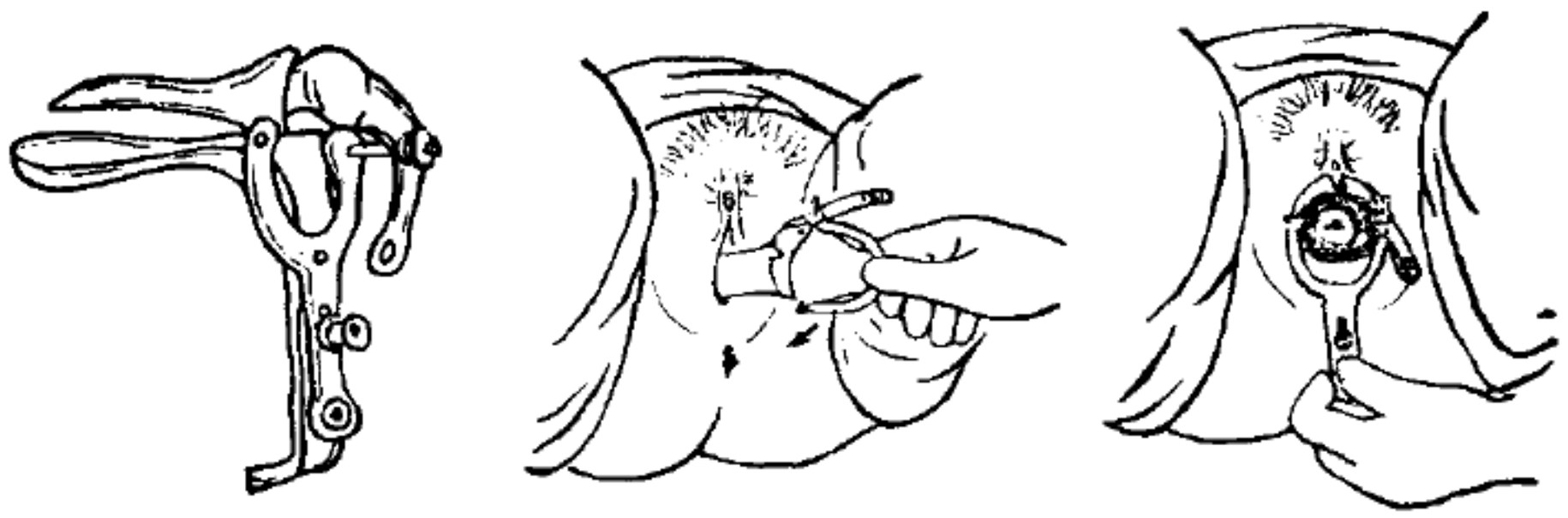


图10—14　阴道直肠腹壁三合诊

（五）阴道、直肠、腹壁三合诊（图10—14）：以一手的食指伸入阴道中，中指伸入肛门内，另一手放在腹部轻轻下压，如此联合检查能清楚地探查盆腔内情况。

（六）阴道窥器检查：将窥器放入阴道，慢慢张开其两

叶，暴露宫颈（图10—15①②③）检查时，注意宫颈的大



①阴道窥器　　②斜位放入　　③暴露子宫颈

图10—15　阴道窥器检查法

小，宫口形状，宫颈颜色，有无糜烂或息肉，并注意阴道壁有无红肿、溃疡及白带的性状。

第三章　妇科常见症状

第一节　阴道出血

（一）青春期，应考虑：

1.功能性子宫出血：较常见。多于短期闭经后，持续大量出血，甚至引起严重的贫血。

2.血液系统疾病：平时常有其它部位出血倾向，但也可直至月经来潮发生大出血时，才被发现。故对青春期阴道出血患者，必要时须作有关的血液检查。

（二）生育年龄妇女，应考虑：

1.妊娠病理引起出血：共同的特点是有停经史，以后又

发生阴道出血，子宫增大，如系流产，常伴有阵发性腰痠，腹痛，有时有烂肉样组织排出。如系葡萄胎，阴道出血出现较早，子宫比按妊娠月份估计的要大，尿妊娠试验稀释度强，自阴道可掉出水泡状物。宫外孕时，除阴道少量不规则出血外，常伴有急剧腹痛，子宫旁常可触知境界不明的包块，宫颈举痛明显。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，月经周期间隔正常或缩短，但持续时间延长，出血量多，也可与青春期功能性子宫出血的表现相同。

3.宫颈管息肉：在宫颈外口突出红色息肉，常有接触性出血。发现息肉时，可自根部切除，并将断面以10%硝酸银烧灼，再以盐水中和。

4.子宫肌瘤：出血症状同功能性出血。子宫逐渐增大、硬，有时表面不光滑呈结节状。

5.其它：子宫的恶性肿瘤，卵巢功能性肿瘤，子宫颈癌，子宫体腺癌，卵巢颗粒细胞癌等。

（三）绝经期妇女，应考虑：

1.子宫颈癌：早期多为接触性出血，或于月经期前后有少量出血，白带量多，宫颈有糜烂面或呈菜花状。晚期出血量多，流粉红色有臭味的白带。盆腔检查时，宫颈及部分阴道为肿瘤组织所代替。子宫旁组织增厚。

2.子宫体腺癌：绝经期，有不规则阴道出血。早期只有少量出血，子宫正常或稍大。晚期出血多，白带味臭，子宫增大，子宫旁组织也明显增厚。

3.功能性子宫出血：须排除恶性肿瘤。

4.其它肿瘤。如卵巢颗粒细胞癌等

5.老年性阴道炎。

第二节 白 带

（一）生理性：正常白带透明呈蛋清状，无臭味，量少，无局部刺激症状。

（二）生殖器感染：宫颈糜烂，阴道炎及盆腔炎时，白带均增多。宫颈糜烂的白带，有时为粘液脓性。滴虫性阴道炎，为黄色泡沫状白带，镜检可见滴虫。霉菌性阴道炎，则为乳白色块状白带，镜检可见芽孢及菌丝。

（三）生殖器肿瘤：子宫颈癌，子宫体腺癌，子宫肌瘤等，则白带常为血性，晚期可呈脓血样，常有臭味。

第三节 下 腹 痛

妇科疾病，常有下腹痛，或左或右，依病变所在部位而定。生育年龄的妇女，有停经史，突然发生一侧持续性痛，伴有内出血及休克现象。妇科检查发现子宫稍大，宫旁有不规则肿物，宫颈举痛及一侧穹窿有触痛时，应考虑宫外孕破裂。下腹阵发性疼痛，且可触及与子宫附件有关的肿物，并伴宫旁压痛时，常为卵巢囊肿蒂扭转。如下腹部持续痛，伴发热，双侧下腹部均有压痛、反跳痛，子宫旁组织增厚压痛，可能为输卵管炎。滤泡破裂多在月经期中间(排卵期)，疼痛常可自行缓解。如过去有肿物史，发生急剧腹痛后肿物变小或消失，应考虑卵巢囊肿破裂。

第四节　下腹部包块

妇女若有下腹部包块，应注意其位置、大小、形状、坚硬度、活动度、有无压痛等。妊娠与常见疾病鉴别如下表：

病　名	包块特点	其它症状	检　查
妊娠3个月以上	下腹正中，较软。	闭经史，早妊反应史。	包块大小与闭经月份符合，较软，未触及另外宫体，4个月以上可听到胎心音。
子宫肌瘤	下腹正中，实质硬，有时不规则，结节状。	月经过多或阴道不规则出血	子宫结节状，不规则增大。
卵巢囊肿	下腹一侧或双侧有压痛，囊性，一般活动度大。	无	宫体旁可触及囊性包块，有时较活动。
输卵管卵巢炎性包块	囊性肿块不活动，一侧或双侧。	腰痠，下腹坠痛，有不孕史。	一侧或两侧椭圆形或形状不规则之囊性包块，壁薄，有时有压痛。
结核性包块	境界不清，不能活动。	有结核病全身症状及腹痛史，抗结核治疗有效。	腹部有揉面感。
充尿膀胱	下腹部正中，囊性，活动差。	排尿或导尿后，囊肿消失	无

此外，其它脏器肿物，如肠系膜、后腹膜及结肠等处肿瘤，也应仔细鉴别。

第四章　女性生殖器炎症

第一节　外 阴 炎

外阴炎多因阴道炎或子宫颈炎时阴道分泌物较多，刺激外阴皮肤所致，也可由于糖尿病及蛲虫病引起外阴瘙痒，抓破皮肤后引起。

〔诊断要点〕外阴痛痒，红肿，分泌物增多。

〔治疗〕

（一）注意局部清洁卫生。

（二）去除病因。

（三）局部治疗：

1.外洗：1:5000高锰酸钾溶液坐浴，或用中药熏洗（苦参一两，生大黄一两，苍术一两，防风一两，蛇床子一两，黄柏五钱，枯矾二钱）。或用食盐及花椒水熏洗。或蒲公英二两，败酱草二两，生大黄一两，水煎熏洗。

2.外用药：磺胺或抗菌素油膏。或用中药樟丹、蛤粉各一半，用熟过之麻油调敷患处。对老年及幼女，外用雌激素软膏，可增强皮肤抵抗力。

第二节　阴 道 炎

滴虫性阴道炎

〔诊断要点〕外阴瘙痒，白带增多，色黄绿。检查可见阴

道粘膜充血，有散在红色斑点，白带黄绿色泡沫状或米汤样。在玻片上放温生理盐水一滴，取白带少许混合后，在显微镜下检查，可见如白细胞大小的活动的滴虫。

〔治疗〕

（一）局部用药：用0.5%醋酸（或醋二匙加在半盆水中）灌洗阴道或坐浴，然后可选用以下药物：

1.滴维净、灭滴灵或卡巴胂，每晚坐浴后，放一片于阴道内。7—10天为一疗程。

2.将生萝卜或生大蒜洗净后切碎，压出纯汁。先用浸有榨液的棉球，擦洗阴道壁、外阴部和肛门四周，再将浸有榨液的带线棉球塞入阴道，8～10小时后取出。每日治疗一次，10天为一疗程。

3.也可用中药。外用洗剂见外阴炎的治疗，或用子宫丸。也可用桃叶捣碎取汁，用带线棉球蘸汁填塞阴道，每晚一次。月经净后，连用7天。共三个月。

在治疗期间，应勤换内裤，并将内裤煮沸消毒或用沸水烫后晒干。禁止性生活。患者坐浴用盆及擦布等，不应与他人共用，严防传染。

（二）口服用药：灭滴灵0.1克，每日3次，7天为一疗程。每月一个疗程，连用2～3疗程。

霉菌性阴道炎

本病是由白色念珠菌感染所致，常见于孕妇，糖尿病或长期用抗菌素的患者。

〔诊断要点〕外阴奇痒以致坐立不安，白带稍多。检查可见外阴及阴道口粘膜充血，白带呈奶酪状，且贴于阴道壁。

〔治疗〕

（一）用4％碳酸氢钠坐浴或冲洗阴道后，用曲古霉素10万单位，或制霉菌素5万单位，塞入阴道，每日一次。5～10次为一疗程。或在外阴及阴道粘膜，涂1％龙胆紫，然后加用冰硼散一小管，每日一次，共3次。

（二）轻症可用花椒及盐各一匙，煎水1,000毫升坐浴，早晚各一次，5～7天为一疗程。

老年性阴道炎

本病是由于体内求偶素水平低下，阴道粘膜失去正常防御能力而引起的阴道炎症。

〔诊断要点〕绝经期以后白带多，有时为血性。检查可见阴道粘膜发红，有小红点。

〔治疗〕用0.5％醋酸坐浴或冲洗阴道，每晚一次，7天为一疗程。洗毕后，将呋喃西林或黄连素二片（100毫克），及求偶素（0.5毫克），或炔雌醇1～2片放入阴道深处，也为7天一疗程。

第三节 宫颈糜烂

〔诊断要点〕白带多，粘液性，色黄。检查可见宫颈有大小不等的发红区，表面呈乳头颗粒状。检查时，要注意有无早期宫颈癌的可疑，如有性交出血史，宫颈上有白斑，触之易出血，糜烂面边缘锐利或重度糜烂时，可取活体作病理检查，排除癌变。

〔治疗〕

（一）可用10～15％硝酸银，或10～20％高锰酸钾、电

烙、子宫丸等，灼蚀糜烂面，使之坏死脱落、长出新的上皮。或用呋喃西林100毫克或黄连素100毫克，放阴道深处，每晚一次，7天为一疗程。子宫丸的用法为：每次1丸，放入阴道深处。放置子宫丸时，应注意：

1.月经前和月经后3天内不能放。

2.放药后不坐浴，不性交。

3.放药后数天内白带更多，并会掉出白色脱落上皮组织。

4.药丸必须放在阴道深处，否则药液流出刺激外阴，可引起疼痛（如发生以上情况，局部涂以用麻油调匀的樟丹蛤粉糊剂，即可痊愈）。

（二）黄芥子（晒干，研细，去皮。此为油料作物，俗称黄盖子）、杏仁、洋芋（马铃薯）各等量，共捣如泥状，取核桃大小，外包纱布，再系一细线绳（便于取出），每晚于睡前放入阴道内，清晨取下，每个可用两次。连续7天为一疗程，一般一个疗程即痊。不愈者，休息七天再放一个疗程。无任何不良反应，治疗宫颈糜烂效果较好。也治白带过多及滴虫性阴道炎等。急性期可肌肉注射青霉素、链霉素或口服四环素族，也可用清热解毒，活血化瘀的中药。

（三）用1:5000高锰酸钾液坐浴，每日2次。

（四）脓肿形成时，可在脓肿下端切开引流。

（五）各期的囊肿及脓肿，均可做开窗术。

第四节　急性盆腔炎

本病多在产后或妇产科手术后发生，也可因经期不卫生，或经期性交所致。

〔诊断要点〕高热，下腹痛，白带多，阴道可有不规则的少量出血。检查子宫颈有触痛，子宫体有压痛，下腹部可有明显压痛及反跳痛。

〔治疗〕

（一）卧床休息：半坐位，注意营养和水分，可服维生素B和C。

（二）抗菌素治疗：一般用青霉素、链霉素，或用链霉素配合四环素族，至体温下降后5～7天停药。

（三）对症治疗：如给予退热剂、止痛剂等。

（四）针灸：八髎、三阴交、足三里穴。中刺激。

（五）中医治疗：治宜清热，解毒，凉血。银花一两，连翘一两，败酱草一两，生苡仁一两，丹皮三钱，赤芍四钱，桃仁四钱，川楝子三钱，元胡三钱。水煎服。

（六）如高热不退，应考虑盆腔内有脓肿形成，改善病人的一般情况（如小量多次输血）后，可在后穹窿切开引流。

第五节 慢性盆腔炎

本病是由急性炎症演变而来，或开始即呈慢性。

〔诊断要点〕下腹部及腰骶部疼痛，白带多。盆腔检查可发现双侧附件部位增厚、压痛，或有包块。

〔治疗〕

（一）穴位注射：青霉素4万单位，或链霉素0.2克，次髎穴注射，每日一次。10次为一疗程，可反复治疗数个疗程。

（二）对症治疗：如拔火罐，梅花针，贴膏药，或将食盐及棉籽炒热，敷于痛处。

（三）针灸治疗：针子宫（中极穴旁开3寸）、次髎、三阴交穴。腰痛，加肾俞、关元俞穴。下腹痛，加关元、中极穴。均为中刺激。

（四）中医治疗：宜活血破瘀，健脾祛湿。

1.桂枝、茯苓、丹皮、赤芍、桃仁、三棱、元胡、生苡仁各二两。共研成细末。作成蜜丸，每丸重三钱，早晚各服一丸。

2.子宫丸（用法见宫颈糜烂）。

（五）组织疗法：胎盘组织液2毫升，肌肉注射，每周一次。共8～12次或更多。

第六节　盆腔结核

本病多见于未婚或原发不育的妇女，常伴有其它器官的结核病。

〔诊断要点〕

（一）活动期，可有结核病的全身中毒症状（参阅“结核病”）。

（二）月经不规则，经量早期偏多，以后减少，以至闭经。

（三）未婚女性患盆腔炎时，及已婚妇女原发不育或伴有身体其它处结核病灶者，应多考虑本病。

（四）盆腔检查所见，同慢性盆腔炎。

〔治疗〕

（一）发热，血沉增快者，应用抗结核药物（参阅“结核病”）。

（二）腰疼，腹痛明显，或链霉素肌肉注射，有轻微副作用者，可用链霉素0.2克，次髎穴注射，每日一次。10天

为一疗程。间断使用，可注射6～10个疗程。

（三）其它治疗，同慢性盆腔炎。

（四）如经治疗后，症状无明显好转，可手术切除附件。

第五章 月经失调

第一节 功能性子宫出血

本病是指内分泌紊乱引起的子宫出血，而不是由炎症或肿瘤引起者。月经周期间隔时间过短或过长，或持续时间延长，出血量增多等，均是功能性子宫出血的现象。

〔诊断要点〕

（一）一般先有短期停经（40～50天），再来潮时，血量特多，持续时间也延长，甚至可达数周。停止一段时间后，再度出血。反复多次出血可引起贫血。妇科检查并无异常。

（二）于生育年龄的妇女，必须与妊娠引起的出血病，如流产、宫外孕等鉴别。于绝经前期的妇女，尤应注意排除肿瘤所引起的出血。

〔治疗〕

（一）针灸治疗：针刺三阴交、隐白（趾趾内侧，距甲角后1分）、足三里穴。中刺激。留针10～15分钟。或灸大敦（趾趾甲根后有毛处）、百会穴30分钟。

（二）中药治疗：

1.月经日久不止，血色清淡，体衰无力，脉弱。治宜补气摄血。

（1）黄芪五钱，党参四钱，熟地三钱，当归三钱，白芍三钱，阿胶四钱，仙鹤草五钱，补骨脂一两，艾叶炭三钱。水煎服。另用三七面六分冲服。

（2）人参归脾丸，每服一丸，每日2次。十珍片，每服五片，每日2次。

2.月经量多，血色紫红，心烦面红。舌红脉数。治宜清热，凉血，止血。

生地五钱，白芍五钱，炒栀子三钱，丹皮三钱，地榆三钱，藕节一两，大小蓟一两。水煎服。

单方：

①荆芥穗炒黑为末，每服1～2钱，童便调服。

②槐花一两，百草霜五钱，研为细末，每服二钱，用烧红生铁淬水调服。

（三）止血及补血药：维生素K8毫克，仙鹤草素10毫克，安洛血(安得诺新)10毫克。以上药物，可任选1～2种肌肉注射。并宜服用维生素C、钙片、硫酸低铁2～3个月。

（四）宫缩剂：出血多时，可配合使用麦角新碱0.2毫克，或垂体后叶素（或催产素）10单位，肌肉注射。

（五）刮宫：生育年龄的妇女，如出血不止，用药效果不好，应做刮宫术，有诊断和治疗价值。绝经前期的妇女，尤应首先做诊断性刮宫，排除肿瘤后，再进行其它治疗。刮宫后，也有部分患者，达到止血目的。

（六）内分泌治疗：年轻患者，可作人工周期治疗。于月经第1—2天开始口服乙烯雌酚0.5～1毫克，或炔雌醇0.05毫克，共21天。自服药第10～15天开始，肌肉注射黄体酮，每日10毫克，共7～10天。或安宫黄体酮4毫克，日服

二次，共7～10天。若出血多，或持续时间长，则开始口服大量乙烯雌酚止血，第一日服5毫克，第二日4毫克，每日递减1毫克，减至1毫克后，按人工周期治疗（如口服大量求偶素，引起恶心，呕吐，可加用维生素B_6和C。或将求偶素改成肌肉注射）。必须注意：

1.用求偶素止血时，要坚持每日使用。止血后，紧接进行人工周期，如中途停药又可出血。

2.内分泌治疗不可乱用，以免造成进一步的内分泌功能紊乱。

30岁以上，尤其是绝经前期妇女，如无刮宫条件时，可用甲基睾丸素口服，每次5毫克，每日2次，每月用20天，可连续用3～4个月。若大量出血时，开始可肌肉注射丙酸睾丸素止血，每日25～50毫克，连用2～3天。无论口服或注射，每月总量200～300毫克以内。

（七）绝经前期妇女，患本病久治不愈而发生严重贫血者，应考虑子宫切除。

第二节 痛 经

在行经前或经期内，下腹疼痛，影响日常生活和工作者，称为痛经。从月经初潮，就开始有疼痛，多为神经性的或因子宫发育不良，子宫颈狭窄所致。初潮以后，经过一段时间，才发生痛经者，多由生殖器炎症，子宫肌瘤或子宫内膜异位症所致。

〔治疗〕

（一）针灸治疗：经前或初来潮时，腹痛拒按，并牵引

腰痛者，针刺中极、行间穴。如无效时，可加合谷、三阴交、血海穴。均强刺激。经期或经后，腹痛喜按，灸关元、天枢、足三里穴。针三阴交穴。或按快速针刺疗法，先针关元俞穴，针感放散至下肢。效不佳时，配关元、三阴交穴。耳针，也有好的效果。

（二）中医治疗：下腹发凉，经血暗者，可用艾叶炭、香附、当归、吴茱萸、续断、川芎、白芍、黄芪、地黄、肉桂。水煎服。痛经重，经前即开始，经血少（可疑子宫内膜异位症者）则可用活血止痛方剂：归尾三钱，赤芍三钱，桃仁三钱，红花三钱，乳香三钱，没药三钱。水煎服。如腹部有包块，加蒲黄三钱，五灵脂三钱，大黄五分至八分。

（三）对症治疗：可用止痛剂，拔火罐等。

（四）内分泌治疗：经前10天起，用黄体酮10毫克，肌肉注射，每日一次。或安宫黄体酮4毫克口服，每日2次，共5～7天。

第三节　更年期综合症

更年期综合征是指妇女在自然绝经前后，或因其它原因丧失卵巢功能，而出现的一些症状和体征。

〔诊断要点〕

（一）部分妇女在更年期（45～55岁）有情绪不稳定，易烦躁激动，精神紧张，失眠，面部阵发性潮红，心悸，头痛，易出汗，血压波动等。

（二）月经周期变为紊乱，或数月才来潮一次，经量逐渐减少。

（三）部分患者有皮肤发麻，刺痒，蚁走感等，也可出现腰酸痛，关节酸痛等。

〔治疗〕

（一）加强宣传教育，说明本征是暂时现象，以后会逐渐恢复正常。

（二）中医治疗：

1.肾阴虚：月经周期紊乱，量少，色鲜红或暗紫，头晕，耳鸣，失眠，烦躁易怒，手足心热，多汗，阵发性面部潮红。舌质红苔少，脉弦细略数。治宜滋肾阴，用六味地黄汤加减：龙骨五钱，牡蛎五钱，山芋肉三钱，茯苓三钱，当归三钱，山药五钱，丹皮三钱，泽泻三钱，白芍三钱，勾藤三钱，山栀三钱。水煎服。

2.肾阳亏虚：面色皖白，精神萎靡，体倦乏力，畏寒肢冷，腰痛阴坠或有浮肿，食少便溏，月经量多，色淡，白带多质稀。舌淡苔薄白，脉沉细。治宜温肾助阳，可用右归饮加减：熟地三钱，山药三钱，党参五钱，枸杞子五钱，菟丝子五钱，鹿角胶三钱，川断三钱，肉桂一钱，附子二钱，补骨脂三钱，仙茅二钱，仙灵脾三钱。水煎服。

（三）性激素治疗：

1.乙烯雌酚0.5毫克，每晚1次，连续20天停药。以后可再服，但应逐渐减量。

2.甲基睾丸素5毫克，每日2～3次，连服20天停药。若需要再服，也应逐渐减量。

（四）其它：

1.谷维素10毫克口服，每日3次。

2.利眠宁10毫克口服，每日3次。

3.鲁米那0.03克口服，每日3次。

第六章　陈旧性分娩损伤

第一节　子宫脱垂

子宫正常位置下移，下达坐骨棘水平线以下或脱出阴道口外，均称为子宫脱垂。本病是由于旧法接生，骨盆底的支持组织及阴道和会阴等软组织，在分娩时损伤或裂伤，未加缝合，产后过早参加重体力劳动，子宫韧带松弛及产褥期有顽固性咳嗽，便秘等，腹压增加史所致。其次，体质虚弱或先天性盆腔软组织不健全，也是发病原因之一。

〔诊断要点〕

（一）患者感觉阴部下坠，有时有包块脱出阴道，夹在两腿之间妨碍行动。包块磨破，则流腥臭白带。子宫脱垂常伴有膀胱及直肠膨出，病人常有排尿困难及尿潴留，尿失禁及排便困难。

（二）脱垂分度（图10—16）患者闭口向下屏气用力为标准。

一度：子宫颈低于坐骨棘水平线（相当于宫颈外口至阴道口的距离少于4厘米）。

二度：子宫颈或部分子宫体，已经露于阴道口之外。

三度：子宫颈及子宫体全脱

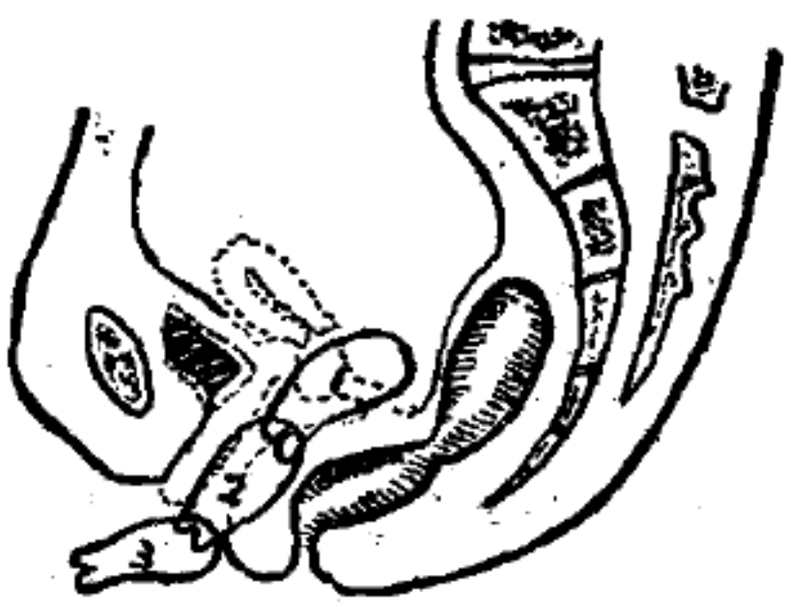


图10—16　子宫脱垂的程度

出阴道之外。第三度脱垂，常伴有膀胱或直肠膨出。

〔预防〕

提倡晚婚和计划生育，推广新法接生，认真贯彻妇女四期（月经期，妊娠期，产褥期，哺乳期）卫生，实行三调三不调（经期调干不调湿，孕期调轻不调重，哺乳期调近不调远）制度。并应加强产褥期体操运动。

产褥期体操运动：

分娩以后，产妇腹壁松软，有时感到腹直肌分离，关节韧带松弛，因而感到腰背疼痛，严重的使盆底肌肉扶托力下降，以至发生盆腔脏器脱垂。因此，为了加速产后健康恢复，产后应当作以下几种体操运动：

（一）子宫复原运动

1.分娩以后，变换卧位，子宫将恢复原来状态。在此阶段，子宫位置常随体位而改变。所以，产妇在产后，要注意变换卧姿，如左右侧卧位，仰卧位及伏卧位，以防子宫偏向一侧或后倾。因此，每日应当伏卧一两次，，每次15～20分钟，以帮助子宫恢复原来略向前倾的位置。伏卧时，注意不要压着乳房。这种运动，在分娩后24小时，即可开始。

2.膝胸卧位锻炼：产后第七天开始，应早晚各作一次，每次持续时间，逐渐从二、三分钟延长至十分钟左右，做法是：身体俯卧，两膝屈向胸部，臀抬起，大腿与床面成笔直，胸部与床贴紧。以防子宫后倒。

（二）腹肌运动

1.仰卧作腹部深呼吸，使腹壁随呼吸而伸缩，（图10—17①）每日做五分钟，产后24小时开始。

2.仰卧两腿轮流举起(图10—17②)，先与身体垂直，然后

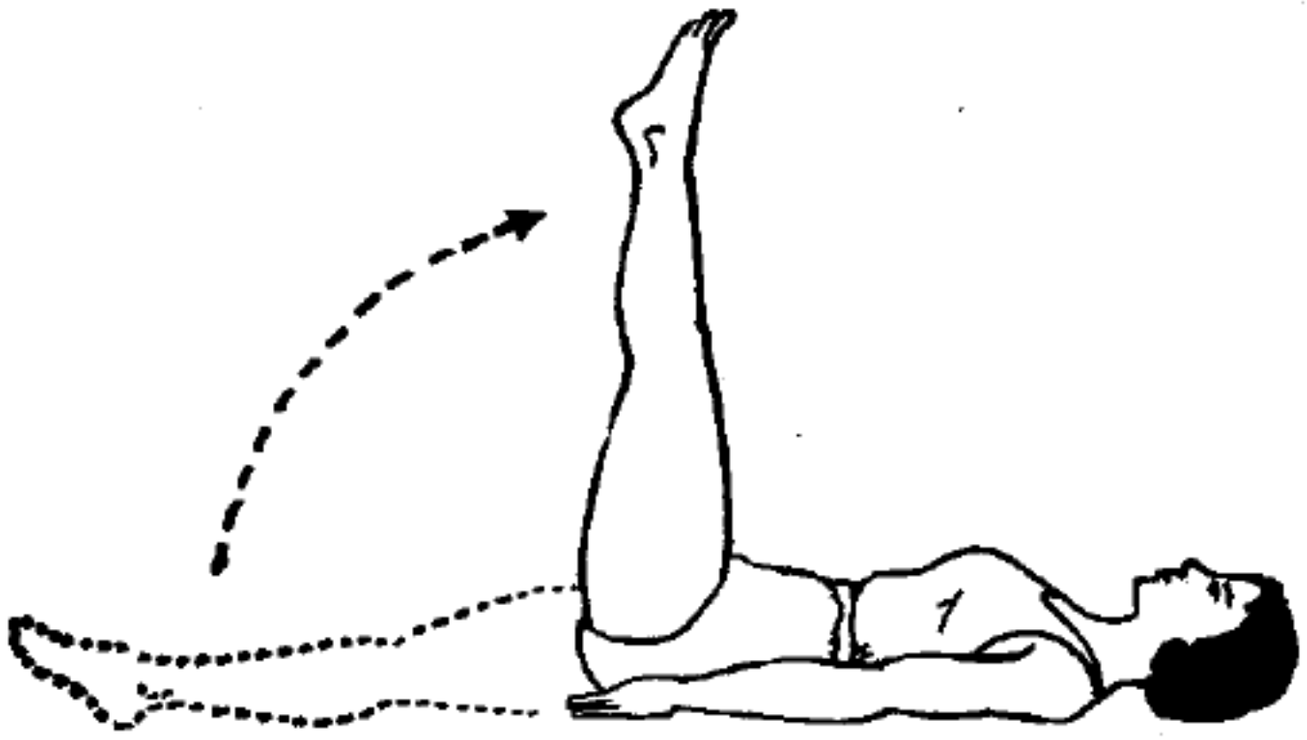
慢慢放下。两腿各交替作5次。

3.仰卧，两手托住颈后部（图10—17③），慢慢坐起，再躺下，共5次。

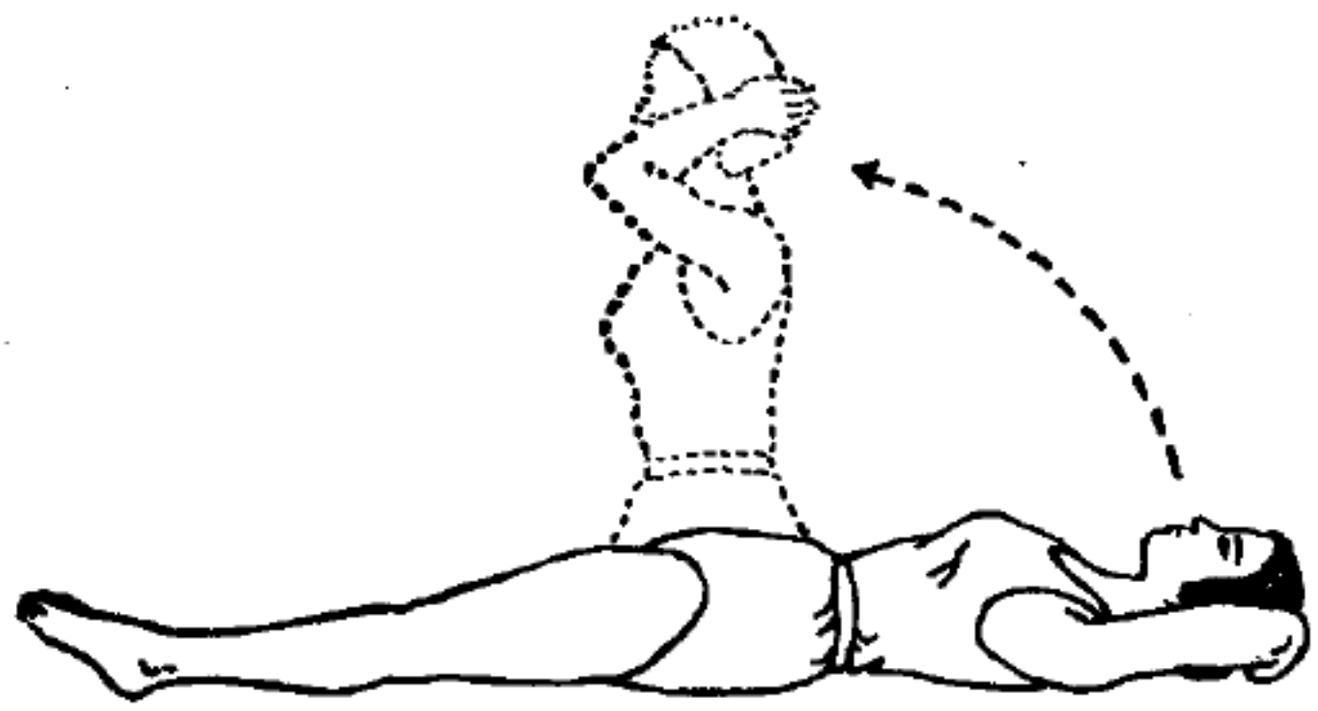
4.仰卧床上，将头和胸慢慢抬起。逐渐锻炼到坐起。这种运动，比较费力，一般可在产后两周开始。每天早晨做5～10次。



①仰卧作腹部深呼吸



②两腿轮流举起



③两手托住后头部慢慢坐起

图10—17　产褥期体操运动

以上这些体操运动，必须经常认真坚持做，才能见效。最好每天早晚各做一次。如果体力不够，可选轻便的先作，以后慢慢增加到全套动作的锻炼。

（三）肛门及阴道肌肉运动：平卧，两腿交叉，大腿靠拢，尽力将会阴和肛门肌肉收缩并提起；然后放松。这样一收提，一放松，连续10—20次，以后逐渐增加。如果坚持锻炼，有助于骨盆底肌肉托力的恢复，防止子宫脱垂。

〔治疗〕

（一）针灸治疗：

主穴：维胞（关元穴旁开5寸。进针后大幅度捻转，患者即有子宫收缩感）、三阴交穴。

配穴：长强、百会、阴陵泉穴。

有膀胱膨出者，可针刺关元透曲骨，或针刺横骨穴（双侧。耻骨联合上旁开5分处），可深刺2寸（排尿后针刺）。

有直肠膨出者，可针刺提肛肌穴，以有往上抽感觉为度。

每周针刺2～3次，2～3周为一疗程。

（二）单方：

1.升麻五钱，枳壳一两（配合针灸）。连续服用。

2.棉花根二～四两。水煎服。

3.金樱子二两。水煎服。

4.丹参五钱，枳壳五钱，五倍子三钱，诃子三钱。煎汤，熏洗外阴部。

（三）中医治疗：

气虚下陷者，用补中益气丸，或补中益气汤加减：黄芪三钱，党参三钱，当归三钱，升麻一钱半，柴胡一钱，白术三钱，枳壳五钱，甘草一钱，诃子二钱。水煎服。

（四）子宫托：方法简便，既有支持作用，又有治疗效果。子宫托有各种类型，其中以喇叭型和环型应用最普遍。阴道壁有溃疡、子宫颈延长，不适用此疗法。放置方法是：将子宫托放入阴道内，一端达后穹窿，另一端放在耻骨联合后（图10—18）。放置后，无不适及蹲下屏气时，子宫托不脱出为宜。晚间取出，月经期及妊娠三个月后停用。

（五）盆底肌肉运动：坐于矮凳上，两小腿交叉，两手

不扶东西站起来，随后又坐下，如此反复多次，可使盆底肌肉紧张度增加。

（六）如有溃疡，可用樟丹、蛤粉（各一半），以麻油调和，涂于溃疡面上，每日一次。并以1:5000高锰酸钾液坐浴，每日2次。

（七）脱垂严重者，可用手术治疗。适用于二、三度脱垂，或久治不愈者。



图10—18　喇叭型子宫托放置后图

第二节　陈旧性会阴破裂

本病是因为分娩时，保护会阴或处理不当，而致会阴撕裂。按损伤程度，可分为三度。

第一度：会阴皮肤及阴道粘膜被撕裂，除皮下纤维组织外，不波及肌层。

第二度：会阴粘膜、筋膜、会阴深横肌，均遭撕断。但肛门括约肌和直肠未撕裂。

第三度：除上述破裂的各部位外，肛门括约肌和直肠，均遭波及。

如于损伤后，未能及时缝合，则成为陈旧性损伤。日后损伤的会阴表面，复以薄薄的疤痕。但其损伤程度，仍然很明显。

〔诊断要点〕

（一）第一度：基本无症状，局部检查见阴道口的小阴唇系带消失，会阴有表浅的裂伤痕迹。经产妇大多都有此种陈旧裂伤。

（二）第二度：部分患者自觉下腹部有下坠感，腰背酸痛或阴道膨出，或子宫脱垂。局部检查见阴道口哆开，阴道壁松弛，可容三指多，会阴表面被疤痕覆盖。严重者，会阴体几乎消失，阴道口至肛门的距离变得很短，仅有一层间隔。

（三）第三度：不完全三度破裂者，尚能控制大便。软大便，则不能控制。检查时，见阴道和直肠下段连通，裂伤顶端见外翻的红色直肠粘膜，两侧见断裂退缩后的肛门括约肌小凹陷。伸指入肛门，嘱患者收缩肛门（忍大便状），则感到肛门的收缩力减低或消失。

〔预防〕

（一）推广新法接生。分娩时如遇急产，要给予处理。胎儿娩出时，要注意保护会阴，并提高保护会阴的技术。初产妇，行手术助产者，须行会阴左侧切开，以防撕裂。

（二）如发现会阴破裂，应及时缝合修补。修补时，严格注意解剖层次及无菌操作。

〔治疗〕

第一度和第二度，会阴破裂不需治疗。第二度出现症状与第三度者，则须行手术修补，一般以产后 5 ～ 6 个月时，修补较好。

第七章　妇科常见肿瘤

第一节　卵巢肿瘤

卵巢肿瘤分良性和恶性两种。良性肿瘤较易发生恶性

变，必须重视。

〔诊断要点〕

（一）肿瘤小者无症状，逐渐长大时，患者常发现腹部一侧有肿物。

（二）如有感染、破裂、蒂扭转等合并症时，可发生下腹痛。

（三）盆腔检查时，子宫的一侧，可摸到活动的肿物，与子宫可分开。

〔治疗〕

（一）良性肿瘤，如直径大于10厘米，或囊肿扭转时，则须手术切除。年轻妇女，如为双侧良性肿瘤，须考虑保存部分健康卵巢组织。

（二）如怀疑恶性肿瘤，或肿瘤为实质性时，须与子宫一并手术切除。

附：卵巢肿瘤蒂扭转

卵巢肿瘤蒂扭转，为卵巢肿瘤的常见并发症，多发生于中等大小的肿瘤而蒂较长者。

〔诊断要点〕

（一）下腹部有包块史。

（二）突然下腹急剧疼痛。

（三）妇科检查时，可摸到活动的肿物，可与子宫分开，蒂部位压痛明显。

（四）如扭转时间长，有继发感染，则可有盆腔腹膜炎症状。

〔治疗〕

扭转不重者，有时可自行复位，而症状缓解，应密切观察。扭转不能复位者，则需手术切除肿物。

第二节 子宫肌瘤

子宫肌瘤为女性生殖器官常见的子宫良性瘤。由于部位不同，可分为浆膜下、壁间及粘膜下三种。

〔诊断要点〕

（一）子宫逐渐长大、发硬，多于下腹部可触及肿物（一般无触痛）。

（二）壁间及粘膜下肌瘤，可致月经过多，痛经，常有不规则阴道出血，有时出血严重。粘膜下肌瘤，可位于子宫腔内，也可长出子宫颈口外，甚至脱出阴道口外，但有蒂与子宫壁相连。检查时，可于肿瘤的四周，摸到完整的子宫颈。

〔治疗〕

（一）子宫小于妊娠3个月，无症状，年纪较轻者，不需手术治疗，定期观察。可用睾丸素治疗，每月总量不超过250～300毫克。

（二）中医治疗：桂枝茯苓丸（桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、赤芍各等份）内服。

（三）手术治疗：根据年龄，生育要求，肌瘤生长情况，可行子宫肌瘤挖出术或子宫切除术。对粘膜下肌瘤具有细蒂，且近宫口者，可用长弯止血钳，或带齿止血钳夹住蒂根部，自钳的外侧切去肿瘤，保留钳子在子宫内24～48小时后，再取出。或钳夹切断瘤蒂，用1号肠线缝合结扎。

第十一篇　儿科疾病

小儿时期是人体发育最旺盛的阶段，因小儿不是成人的缩影，故小儿的解剖生理，疾病防治，均有其特点。

第一章　小儿解剖生理特点

（一）小儿年龄分期

1.胎儿期：由受孕到出生，共约280天（40周）。

2.新生儿期：由出生到生后1个月。

3.乳(婴)儿期：生后1个月到1岁。

4.幼儿期：1—3岁。

5.学龄前期：3—7岁。

6.学龄期：7—12岁。

（二）体格发育

1.体重：一岁内体重推算公式：

1—6月　3（公斤）＋（月龄×0.6）

6—12月　3（公斤）＋（月龄×0.5）

（举例见后“小儿用药剂量计算法”）

1—12岁　（年龄×2）＋7＝体重（公斤）

2.颅骨的发育：颅骨缝一般在生后2—3月，最迟到6

个月闭合。前囟应于1—1.5岁闭合，后囟在生后2—4个月闭合。

3.牙齿的发育：一般6—8个月开始出牙，最迟不应晚于10个月，2岁出齐，共20个牙齿，叫乳齿。6—8岁，乳齿开始脱落，由恒齿代替。

月龄－6＝乳齿总数（如10月婴儿，乳齿总数应为10月－6＝4个）。

（三）身体活动及智力发育：新生儿仅有吸吮反射，吞咽反射及四肢不自主地活动。2个月会抬头，3个月会翻身、会笑，4个月开始认母亲，6—8个月会坐，10个月会叫爸爸、妈妈，1岁到1岁半应会走路，两岁即会跑步，并会用简单语言表达心意，3岁即能唱革命歌曲。

（四）各系统解剖生理特点

1.消化系统：小儿口腔粘膜柔嫩，易于损伤。当营养缺乏及感染时，最易患口炎。婴儿在3～4月以内，胃贲门机能薄弱，幽门肌紧张度高，故易溢乳或呕吐。但生后半个月以后，每吃即吐，逐渐消瘦，形成重度营养不良，应注意是否为先天性幽门肥大性狭窄。婴儿新陈代谢旺盛，消化负担重，常容易消化不良。

小儿肝脏相对较成人大，7岁以前，于右肋缘下可触及1—2厘米，可视为正常。

2.呼吸系统：小儿的呼吸器官血管丰富，容易充血。鼻腔狭窄，容易鼻塞。耳咽管短，感冒时，易发生中耳炎。小儿气管及肺泡粘膜易充血、水肿，故容易患气管炎、肺炎。小儿胸壁薄，呼吸音较强，勿误认为异常，应两侧对比检查。年龄越小，呼吸次数越快。

3.循环系统

（1）心脏位置：婴幼儿因膈肌位置高，心脏呈横位(在第四肋间，以后渐下移）。故心左界叩诊比成人左移，右界与成人同。

（2）心率：年龄越小，心率越快(见下表),并常见心率不齐，称窦性心律不齐(与情绪，睡眠，哭闹，恐惧有关)。

（3）心脏杂音：整个小儿时期，常常于心前区听到柔和，低调的Ⅱ级收缩期杂音，心脏不增大，无其它症状，一般属于正常。

各年龄呼吸脉搏次数表

年　　龄	新生儿	1岁内	1—3岁	4—6岁	10岁左右
呼吸次/分	40—45	30—40	25—30	20—25	18—20
脉搏次/分	120—140	120—140	100—120	80—100	80—90

（4）血压：年龄越小，血压越低。小儿量血压时，袖带要比成人窄，这样量才能准确。

血压公式：年龄×2＋80＝收缩压。舒张压，为收缩压的2/3。

4.神经系统：六个月以内婴儿，腹壁反射可呈阴性，抬腿试验可为阳性。1—2岁内，划蹠试验可呈阳性。婴幼儿大脑皮层发育不完善，对于高热、毒素等耐受力低，及调节功能差。容易发生高热、惊厥和中毒性脑病。

第二章 小儿喂养

营养，对小儿的生长发育和身体健康起着重要的作用，而掌握正确的喂养方法，又是保证营养的主要关键。

（一）自然喂养（母乳喂养法）

1.优点：为乳儿最理想的食物，其所含蛋白质、脂肪、碳水化合物的比例适合，质量高，最适合乳儿的营养需要，而且容易消化。母乳中所含的抗体能增强小儿抵抗某些疾病的能力，同时喂养比较方便，清洁，温度最适宜。所以，喂母乳的小儿生长发育较好，抵抗力较强。

2.哺乳法及注意事项：出生后12小时，即可开始喂奶，一般隔3～4小时哺乳一次。3个月以下，每天喂奶六、七次，夜间喂奶的时间，可以隔的长一些。三个月以后，每天喂五、六次。

喂奶的时间，每次10—20分钟。左右乳房轮换着喂，一侧被吸空再换另一侧。

哺乳期，应经常洗奶头，勿以脏手揉奶头。哺乳时，应将婴儿抱起来喂。喂奶后，将小儿的后背轻轻地拍一拍，以便吞下的空气排出，然后平放右侧卧位。

（二）人工喂养

1.动物奶类：牛奶和羊奶，其成分与母乳近似。其中含糖量较低，用时应加5—8%的糖。一般生后至一个月以内的小儿，食用时可逐步加1/3的水稀释后再喂。一个月后，消化力强的小儿，可吃全奶。纯奶需要量约为100毫升/公斤/日。如用奶粉时，可先按1：4的容量，将奶粉配成鲜牛奶

成分（日常使用时，一平汤匙奶粉加60毫升水）。再根据年龄及体质，加适当的水分及5％的糖。

2.植物性代乳品：

（1）代乳粉：其中除淀粉外，有适量的豆粉。在农村也可因地制宜自制，配制原料为：小米粉或其它米粉50％，黄豆粉28％，白糖17％，蛋壳粉1.5％，豆油或其它植物油3％，食盐0.5％，每10斤成品，可加核黄素10片。

（2）豆浆：每斤豆浆加食盐0.5克，乳酸钙1.5克，淀粉10克，糖30克。从少量开始，每天需要量为150毫升/公斤。

（三）混合喂养

凡母乳不足或因某种原因，不能按时哺乳时，可用母乳加其它代乳品补充营养，称混合喂养。

（四）辅食的增加

孩子生长发育快，3～5个月以上，仅靠吃母乳，营养就不太够了。这时，就要增添一些辅助食物。例如，3～4个月的孩子，可以给他吃一些豆浆、面汤、米汤等；5—6个月的孩子，可喂些米汤糊或稀粥、菜汤、菜泥、蛋黄等；7—8个月时，可给些烂面、饼干、豆腐、鸡蛋等；9—10个月，已能吃一点稠饭、蛋糕等；11～12月，可以吃烂饭、碎肉等。孩子到了一周岁左右，就可以断奶。到3岁以上，基本上可与大人一样吃东西。此时，要特别注意防止偏食，以免影响身体健康，引起营养不良。

添加辅食，应注意的几点：

1.由少量开始，逐渐加多，先喂辅食，再喂乳类。

2.加添新食品后，密切观察大便。小儿能否适应，首先看消化情况，如发现大便异常，应暂停喂此种新食品，待大

便正常后，再由少量加添。为避免引起消化不良，不要同时加添多种食物，不宜太急太多。

3.小儿患病初愈和天气炎热时，不宜加添新食品。

4.根据小儿个体差异和消化情况，灵活掌握加辅食的时间和品种。

第三章 儿童保健

（一）增强体质：包括合理喂养，规律的生活习惯及加强锻炼。

1.合理喂养：见第二章小儿喂养。

2.规律的生活习惯：定时喂奶，吃饭，睡眠及大小便。

3.加强锻炼：生后一个月，即可抱到室外，经常晒太阳。会走路以后，便根据情况，多进行室外活动，使其适应气候变化，增强体质。

（二）预防疾病：

1. 按时增加辅食，多晒太阳等，都是预防佝偻病，营养不良等的重要措施，并应根据气候变化添减衣服。应教育小儿饭前洗手，注意勿吃脏、烂瓜果等，防止肠道传染病。

2. 按时接种疫苗及用中草药土、单、验方等，预防急、慢性传染病。详见传染病篇。

3.防止意外：

(1) 婴儿时期，应注意睡觉时不要把被子盖的太严，堵住口鼻，发生窒息。

(2) 防止误服毒物或异物，如药片、钮扣、枣核、别

针、豆类等。勿用有机磷农药洗衣或涂抹皮肤。

（3）管理好小儿，避免跌、打、烫、烧等外伤的发生。

（三）进行社会主义思想教育，培养无产阶级革命事业接班人：

1.学习毛主席教导，教唱革命歌曲，讲革命故事。进行阶级教育，培养无产阶级感情；培养他们从小爱劳动，爱科学，做热爱社会主义祖国的新一代。

2.从小培养热爱集体，保护公共财产，互相帮助的共产主义精神；要培养劳动习惯，不要娇生惯养，过分宠爱。生活上培养艰苦朴素作风及革命英雄气概。

（四）托儿机构：托儿机构是学龄前儿童集体活动的场所。目前农村普遍设有托儿所或农忙托儿所。这是作好儿童保健，解放妇女劳动力，建设社会主义新农村的重要措施之一。农村赤脚医生，应认真协助社队作好这一工作。

第四章　营养缺乏病

第一节　维生素D缺乏病

本病是婴幼儿时期，常见的一种营养缺乏病。由于机体缺乏维生素 D，引起钙、磷代谢失调。但由于各人机体反应性不同，其临床表现可分为两种：一是骨骼发育障碍及骨质软化为主的佝偻病；一是以痉挛为主的血液内钙低发生的手足搐搦症。

佝偻病

〔诊断要点〕

（一）多见于3月—2岁的小儿。

（二）早期出现神经精神症状，如多汗、夜惊、好哭、烦躁不安。肌肉松弛，发育迟缓。

（三）骨骼特征：

1.头部：颅骨软化（枕骨和顶骨大囟门周围，用手指按压时，有乒乓球样感觉。按压时凹陷，松手时又恢复原状），多见生后3～9个月。前囟闭合延迟（即2岁以上，还不闭合），而且很大，边缘可有软化感，头颅呈方形，乳牙迟出（即10个月以上，还不出牙）。

2.胸部：胸骨突起，呈鸡胸状，肋骨和肋软骨交界处膨大，如串珠状可压迫其下的肺脏，使受压处发生肺萎陷。肋骨软化后，便经不住膈肌收缩的牵引，因而胸廓沿着膈肌的附着点发生内陷，形成一条沟，称佝偻病沟。由于上述胸部的畸形，患儿便容易反复患肺炎和支气管炎。

3.四肢：手腕部和踝部呈圆形隆起，腕部隆起如手镯状。下肢畸形呈“O”形或“X”形，多见于1—2岁以后的小儿。

4.脊柱：常有后凸，呈猫背状。

患儿若有血钙减低，可伴发手足搐搦症。

〔预防〕

（一）对孕妇和乳母适当加强营养，注意维生素D的补充。如多食蛋类、肝类，并多晒太阳。

（二）对早产儿或双生儿，生后及早补充浓鱼肝油，每日10滴。并应多晒太阳。

（三）对一般婴儿，于生后3—4周起，即应开始补充维生素D，每日400单位（浓鱼肝油，每克含D5000单位）。

〔治疗〕

（一）多在户外活动，多晒太阳。

（二）维生素D，每日1—2万国际单位。较重者，可用2—4万国际单位，分两次口服，持续1—2月。或用浓鱼肝油，每日三次，每次口服5滴。重症者，先口服钙片，每日三次，每次0.5—1克。5—7天后肌肉注射维生素D_2 40万单位，或维生素D_3 60万单位，根据病情轻重，可隔1—4周，重复注射一次。总剂量为80—120万单位。个别重症，可用至180万单位。治疗期间，坚持服用钙剂。

（三）简易方：用鸡蛋皮放在砂锅内炒黄，研成细末，每次服1—2分，用牛、猪、羊等骨髓汤送服。每日两次。

婴儿手足搐搦症

〔诊断要点〕

（一）多发生于1岁以内，尤以6个月以内为多见。冬、春二季较常见。

（二）主要表现为全身惊厥。严重者，可一日连续发作数次。发作间期，患儿神情如常，如不伴有感染，一般不发热。少数病儿，可发生喉痉挛，发作时呈吸气性哮吼。重者，发生窒息而引起死亡。

（三）常合并有轻度佝偻病（如颅骨软化）。

（四）母亲妊娠期间，常有缺钙症状，如腰痠、小腿抽筋（即腓肠肌痉挛）。

〔治疗〕

（一）止惊厥：常选用以下药物：

1.苯巴比妥钠： 8～10毫克/公斤/次，肌肉注射。

2.水合氯醛：50毫克/公斤/次，口服或灌肠。

3.冬眠灵1毫克/公斤/次，肌肉注射。还可针曲池、阳陵泉穴。强刺激。

（二）钙剂及维生素D治疗：

1.严重者，可用10%葡萄糖酸钙10毫升，加等量的10%葡萄糖稀释，缓慢静脉注射(不得少于10分钟)，每日1—3次。也可将10%的稀释溶液10毫升，分两臀作深部肌肉注射。

2.同时应口服10%氯化钙，20～30毫升/日，分3～4次口服。持续7—10天。服时需适当稀释，以减轻对胃粘膜的刺激作用。

3.在应用钙剂3—5日后，方可用维生素D剂。每日5,000～10,000单位，口服。并继续服用钙片2～3月。

第二节 婴幼儿营养不良

本病主要是由于母乳不足或喂养不当所致。感染性疾病，如长期腹泻、慢性痢疾、结核病，也常是致病原因。

〔诊断要点〕

（一）消瘦，虚弱，皮下脂肪减少，甚至消失，尤以四肢、胸部最显著。面色苍白或发黄，头发稀少，肌肉松弛。严重者，生长发育受到严重影响。

（二）常伴有维生素A缺乏症（表现皮肤干燥，毛囊突出，结膜干燥等。重症角膜混浊，甚至溃疡穿孔而失明）。及其它多种维生素缺乏（合并口角炎、鹅口疮、疱疹性口炎

等），营养不良性水肿及贫血。

（三）常易出现各系统的感染性疾病，如腹泻，肺炎，中耳炎，脓尿症。

〔治疗〕

（一）改善喂养：应详细了解病儿的喂养、生活情况和当地的供应条件。有条件者，应补充富有蛋白质的饮食，如牛羊奶、鸡蛋、豆腐等。饮食宜逐渐增加，品种因地制宜，但应多样化，力使总热量供给充足。具体方法见“小儿喂养”。

（二）添加维生素或富于维生素的食物，如浓鱼肝油、钙片、维生素B_{12}、维生素B_2、C等。若无腹泻，应按年龄加给蔬菜类。并可给消化酶类助消化剂，如胖得生、胃酶、酵母等。

（三）中医治疗：营养不良一病，中医多归为疳积病。疳积是一个虚实互见的病。所以，在治疗上采用消补兼施的方法。虚多于实者，以补脾健运为主。脾胃健强，则积滞自消。实多于虚者，以消积导滞为主，积去则脾胃自安。

1.若病初起，色黄暗无华，乳食懒进，脘腹胀实拒按，大便不调，午后微热。舌苔浊。方用消疳理脾汤加减：焦三仙各二钱，陈皮一钱，焦槟榔一钱，青皮五分，三棱一钱，莪术一钱，胡黄连一钱，甘草一钱。水煎服。

2.若发病日久，面黄肌瘦，毛发枯槁，困倦喜卧，腹部凹陷如舟，四肢不温，哭声不扬，唇舌色淡。方用：党参二钱，炒白术二钱，茯苓二钱，陈皮一钱，木香八分，焦三仙各二钱，鸡内金一钱，生姜二片。水煎服。若久泻不止，加炒扁豆二钱，干姜一钱。或用成药参苓白术散。

（四）捏脊疗法：每日一次，连续6天为一疗程，可用2～3疗程，有一定的疗效。

（五）针灸治疗：用粗针刺四缝穴，斜刺入皮内约0.5～1分，然后挤出少许黄水，配用合谷、百虫窝穴。强刺激。如病久体弱，宜艾卷灸脾俞、胃俞穴。每次5～15分钟。

第三节　小儿营养不良性贫血

小儿发生贫血，可有多种原因，但最常见的是由于饮食中缺乏造血的营养素(铁、维生素B_{12}、叶酸)，而引起的营养不良性贫血。这类贫血，又大致分为两种：一、营养性小细胞性贫血，主要由于缺乏铁质所致。二、营养性大细胞性贫血，主要由于缺乏维生素B_{12}或叶酸所致。两类贫血可同时发生，即所谓营养性混合性贫血。

营养性小细胞性贫血

〔诊断要点〕

（一）可见于任何年龄，但以1、2岁以下小儿多见。早产儿，人工喂养儿，辅食添加不足，以及偏食（不吃青菜）者容易得此病。

（二）进行性面色苍白，指甲、睑结膜发白，肝脾肿大。较重者，软弱易倦，可有心脏杂音。

（三）血红蛋白及红细胞计数低于正常，尤以血红蛋白降低明显。

〔治疗〕

（一）饮食疗法：不要养成小儿偏食习惯，及时增添辅助食物，如蛋黄、动物血、肝、水果、青菜、豆类等。食物的制作，要易于消化。

（二）特殊疗法：铁剂为特效药。常用有10%枸橼酸铁铵1毫升/公斤/日。或维生素补血露，供乳幼儿服用。硫酸亚铁片0.15～0.3克/次，每日2～3次，可供年长儿服用。给铁剂时，可加用维生素C及稀盐酸、胃蛋白酶等药，以增进食欲，并有利于铁剂的吸收。

铁剂常易引起消化道刺激症状，如恶心、呕吐等，故常在饭后服用。待贫血症状好转后，仍需用一个月左右。

（三）输血：一般贫血，可在严密消毒下，每周臀部肌肉注射母血（或其它健康人血）5～10毫升/次，共肌肉注射3～4次，有刺激造血作用。如严重贫血，应静脉输血。

营养性大细胞性贫血

〔诊断要点〕

（一）多为6～18个月婴儿。纯母乳喂养，未加辅食者多见。

（二）进行性面色苍黄，指甲、睑结膜苍白。常有智力减退，活动能力减退（如本来会坐，病后又不会坐），舌、手震颤，甚至全身颤抖等神经系统症状。患儿多呈虚胖，头发干稀。

（三）血红蛋白及红细胞计数低于正常，尤以红细胞降低较明显。

〔治疗〕

（一）及时添加辅食，如米汤，青菜，鸡蛋，豆腐等。

（二）药物：

1.维生素B_{12}：以此药为主。100微克，肌肉注射，每周1—2次。约持续2—4周。

2.叶酸5毫克/次，每日3次。共两周。

3.维生素C100毫克/次，每日2—3次。与以上二药同时应用，共2—3周。

4.铁剂：治疗后期，给硫酸亚铁，0.15—0.3克，每日2次。以免再发生缺铁性贫血。

5.如颤抖症状明显，可加镇静剂。同时加用维生素B_6，可减轻症状。

（三）如有感染，必须加强控制。因感染常使症状（如震颤）加重。

第五章 婴幼儿消化不良

第一节 婴儿消化不良（单纯性消化不良）

本病多见于一岁以内的婴儿，母乳及人工喂养者均可发生，主要由于消化功能紊乱。常见虚胖体质，或患湿疹婴儿。

〔诊断要点〕

（一）腹泻多由2～3月开始，每日4～8次，少量稀水粘液性便，内含奶瓣。可持续至7～8月，久治不愈，时轻时重。

（二）可伴溢乳或呕吐，但食欲不受影响。

（三）一般不影响发育及营养，也不引起脱水症。若腹泻重，则可引起脱水，但可因腹痛、肛周红、糜烂而哭闹不安。

〔治疗〕

（一）调整饮食，定时喂奶，按时添加辅食，如先给米汤及蛋黄等。

（二）初诊可服3～5天抗菌药物。先治疗可能因感染引起的轻型腹泻，如用小儿安，痢特灵，新霉素及口服链霉素等。以后可给助消化及收敛剂。

（三）中医治疗：

1.伤乳、伤食吐泻：患儿身有微热或不发热，不思饮食，腹胀，呕吐，或腹痛作泻。吐和泻下物，都是酸臭不消化食物。舌苔薄白或微黄。治宜消食导滞。应用保和丸加减：生山楂三钱，神曲二钱，炒麦芽二钱，半夏一钱，陈皮一钱，连翘一钱，生莱菔子二钱，茯苓二钱，猪苓二钱，生姜二片。水煎服。

2.虚寒腹泻：患儿四肢不温，精神倦怠，吐出物不酸臭，或食后即泻，大便稀溏，完谷不化。治宜温中和胃。宜用藿香正气散加减：藿香一钱，苏梗一钱，陈皮一钱，半夏一钱，茯苓一钱，炒白术二钱，厚朴一钱，炒莱菔子二钱。水煎服。

加减：呕吐较甚者，加生姜二片，大枣三枚。寒重呕吐者，加炮姜一钱，吴萸八分。去厚朴、莱菔子。腹泻较甚者，加苍术一钱，党参三钱，泽泻二钱。去苏梗、莱菔子。寒重腹泻者，加炮附子一钱，炮姜一钱。

单纯腹泻：患儿不发烧，日久不愈者。

（1）党参三钱，炒白术三钱，茯苓三钱，陈皮一钱，苍术一钱，炒扁豆二钱，炮姜一钱，炮附子一钱，焦麦芽二钱，诃子一钱，赤石脂二钱。水煎服。

（2）炒苍术四钱，车前子五钱（另包）。水煎服。

（3）或服成药，参苓白术散。

3.湿热吐泻：食入即吐，口干渴，或腹泻，烦躁，小便短黄。舌苔白腻或燥黄。治宜清热利湿。用清半夏一钱，陈

皮一钱，葛根一钱，黄芩一钱，黄连八分（或黄柏一钱），枳壳八分，茯苓二钱，茵陈一钱，竹茹一钱，藿香五分。水煎服。

（四）捏脊疗法，有很好的疗效，每日一次。可连续半个月。

（五）针刺合谷、足三里、腹泻穴（脐下至耻骨联合上2/3处）。快针斜刺，每日一次，共3～5次。

第二节　婴幼儿腹泻（小儿胃肠炎、中毒性消化不良）

本病是婴幼儿常见的疾病，多发生在夏秋季，主要是由于消化道感染（致病性大肠杆菌、病毒等引起），或饮食不当所致。

〔诊断要点〕

（一）多为2岁以下小儿。主要症状为腹泻，一般每天几次或十几次。大便外观呈稀水状，含有不消化的食物或奶瓣，或呈蛋花汤样，可有少许粘液，无脓血。常伴有呕吐，并可发热。

（二）依病情轻重不等，可有下列症状：

1.脱水及代谢性酸中毒：酸中毒表现为呼吸增快，呼吸深长，呈叹息状。轻度脱水时，眼窝稍凹，尿量略减（约损失体重2～3%）。中度脱水时，尿量减少，口腔粘膜干燥，眼窝明显凹陷，皮肤弹性较差（约损失体重5%以上）。重度脱水时，尿量极少，眼窝极度凹陷，眼裂不能闭合，即睡眠露睛。皮肤弹性极差，并伴有循环不良，如皮肤发花，四肢发凉（约损失体重10%以上）。估计脱水程度，以眼窝凹陷

为重要依据。

2.神经系统症状：较重病例，可出现萎靡、嗜睡或烦躁不安，对外界反应差，甚至刺激无反应。

〔预防〕

（一）尽可能地用母乳喂养。应避免在夏季断奶。

（二）人工喂养时，应注意饮食卫生，食具应每日消毒。

（三）应按时合理的添加辅食。

〔治疗〕

（一）饮食疗法：目的是减轻胃肠负担。对于腹泻、呕吐不重者，可以继续进食，但量要少，勿吃菜类及难消化之食物。较重者，应禁食，一般先禁食6～12小时。营养不良者，或病情轻者，禁食时间应短，反之应较长。禁食期间，可口服盐水、糖水，病情好转后，可逐渐增加饮食量。

（二）控制感染：病情较重，或不能排除细菌性感染时，可使用抗菌药物，一般用呋喃唑酮（痢特灵），剂量为6～10毫克/公斤/日。或用新霉素，剂量为40～100毫克/公斤/日，分四次服。其它也可用四环素、穿心莲片、链霉素口服。

（三）液体疗法：

1.口服法补液：凡遇轻度脱水，而且不伴呕吐者，可用此法。

配制方法：氯化钠0.5克，碳酸氢钠0.5克，糖10克，加温开水至200毫升。少量多次口服。口服至有尿时，可在上配方中，加入氯化钾0.25克，即每100毫升液体中，含氯化钾0.25克。补液量为100～150毫升/公斤/日。

注意：一中饭碗水，约200毫升。0.5克食盐，约合一颗蚕豆大小。10克糖，约有一平汤匙（较大汤匙）。

2.皮下注射法：用于脱水较重，而且静脉注射有困难者。可将液体缓慢注入患儿两大腿的前内侧，注射量为40～50毫升/公斤，总量一般约为250～300毫升。注入的液体，可用生理盐水，或5%葡萄糖液和生理盐水等量配成的1:1液（皮下注射葡萄糖的浓度，不能高于2.5%，氯化钠浓度不能低于0.45%）。注射后，可采用口服法辅助治疗。

3.静脉输液法：用于脱水较重者。输液时，应先估计患儿各项损失量（包括累积损失，继续损失及生理需要量），再按此量，酌情进行补充。常分为以下二个阶段进行。

（1）补充累积损失阶段（即病后到液体治疗开始时，液体总亏损量）：补充累积损失量的多少，视脱水程度而定。一般脱水程度的估计为：轻度脱水占体重2～3%，中度脱水5%，重度脱水10%。一般中度脱水按80毫升/公斤，重度脱水按100毫升/公斤计算，给予补充。如患儿体重10公斤，估计为重度脱水，则应补充1000毫升液体。

上述量在8～12小时内，分做二或三批输入。第一批20毫升/公斤，静脉推注或快速滴入；第二批50毫升/公斤，一般4小时内快速滴完；第三批即余量，应根据病情缓慢滴注。以上量输入后，患儿累积损失量基本补足。

常用液体：2:1等渗含钠液，为首选药（多用于第一批和第二批）；右旋醣酐（无2:1液时也可用于第一批）；或10%葡萄糖及生理盐水4:1液（可用于第三批）。

补液过程中，患儿一旦排尿，即开始补充氯化钾，每日剂量为0.2～0.3克/公斤。可加入输液内，使之成为0.1～0.2%氯化钾液。补钾不能超过上述浓度，以防发生危险。

（2）维持阶段：包括补充继续损失量（即输液后，仍

继续腹泻、呕吐等的损失量）及生理需要量，即日需量（包括呼吸、出汗和排尿所损失的液体）。

①继续损失量：原则是丢失多少，补充多少，尽可能准确地估计出当日由腹泻等丢失的液体量。如当日大便约损失300毫升，则应继续予补充液体生理盐水与5～10%葡萄糖液等量配成的溶液300毫升，或达罗氏溶液，3:1溶液（生理盐水3份，0.15%葡萄糖氯化钾溶液1份）。

②生理需要量：每日生理需要量，应包括饮食中的液体（如患儿已能进食）。计算每日生理需要量方法：可按三个10公斤来计算，将患儿体重分成三个10公斤，然后分三部分分别计算，三个10公斤的补液量相加即为日需量。第一个10公斤，100毫升/公斤/日；第二个10公斤，50毫升/公斤/日；第三个10公斤，20毫升/公斤/日。例如：患儿体重12公斤，按第一个10公斤，则为，100毫升×10＝1000毫升；第二个10公斤，体重不足10公斤，只有2公斤，则为，50毫升×2＝100毫升；此患儿每日需补生理需要量，共为，1000毫升＋100毫升＝1100毫升。例如：患儿体重22公斤，按第一个10公斤，则为1000毫升；按第二个10公斤，则为500毫升；按第三个10公斤，不足10公斤，只有2公斤，则为20毫升×2＝40毫升；此患儿每日需补生理需要量，共为，1000毫升＋500毫升＋40毫升＝1540毫升。

每日生理需要量液体，可用：5～10%葡萄糖液及生理盐水4:1液（维持液），此液应酌情均匀地滴入。输液速度应比补充累积损失量时慢些，一般约为7～8毫升/公斤/小时。

4.输液时：除根据以上补液方法外，还应注意下列几点：

（1）脱水严重或伴有休克者：可先用2:1等渗含钠液

（生理盐水2份，1/6克分子乳酸钠1份），即生理盐水/20毫升（2份），1/6克分子浓度乳酸钠液60毫升(1份)。

1/6克分子乳酸钠液配制：取1克分子浓度乳酸钠（即11.2%乳酸钠）、10毫升＋5%葡萄糖50毫升＝1/6克分子浓度乳酸钠60毫升（或用蒸馏水配制也可）。补液可按上述补充累积损失量的方法进行。

（2）脱水伴有严重代谢性酸中毒者：患儿脱水矫正后，酸中毒一般也随之矫正。如酸中毒表现严重，可用5%碳酸氢钠5毫升/公斤，加入静脉滴液中，或由静脉直接注入。必要时4～6小时可重复一次。

（3）营养不良伴有脱水者：补充累积损失量，应比估计量少补1/3。但等渗含钠液约需占4/5，速度要慢些，并应及时补充氯化钾。

（4）补充累积损失量为脱水患儿补液的关键，应当及时而准确地补充。在输液过程中必须按照累积损失量，继续损失量和日需量三个方面来全面考虑，应根据患儿病情及时调整液量，如脱水的纠正较预计为快，则须减量。否则，可发生心力衰竭和肺水肿的危险。如脱水不能及时纠正，则需增加液量。总之，小儿补液，应按照脱水轻重，先浓后淡，先盐后糖，先快后慢，见尿给钾，宁少勿多，休克不离2:1的原则，进行补液。

附：小儿补液的要点

幼儿及儿童的补液，可参照上述婴儿补液的原则进行。还需注意以下两点：

1.因年长儿体液总量相对地减少，所以，在补充累

积损失量时，幼儿及儿童，分别少补1/4—1/3。

2.生理需要量的多少，因年龄而异，可按上述三个10公斤的计算方法来补充(静脉输液配方：10%葡萄糖及生理盐水配成4:11液，另加氯化钾，使之成为0.15%液）。也可参考表（一）与表（二）。

（四）对症治疗：轻症可用乳酶生0.3克，每日3～4次。不宜与抗菌素及吸附剂合用。呕吐较重，或烦躁不安者，可口服或肌肉注射氯丙嗪1毫克/公斤/次。腹泻稍久，且无中毒症状者，可用鞣酸蛋白0.15—0.3克，每日3～4次。腹胀者，可肛管排气。无效时，酌情皮下注射新斯的明。

（五）中医治疗：

1.食火泻：泻不消化食物或奶瓣，食欲差，腹痛腹胀，大便酸臭。舌苔垢浊。治宜清凉化滞，佐以克消。藿香一钱，黄连五分，枳壳八分，木香五分，陈皮一钱，焦楂一钱，神麯一钱，滑石三钱，甘草五分。水煎服。

2.脾虚泻：久泻，面黄瘦弱，神倦，食后作泻，腹满不渴，手足发凉，有脱水症。治宜健脾止泻，调中理气。党参二钱，山药三钱，炒白术二钱，茯苓三钱，黄连五分，炮姜三分，腹皮一钱，莲肉二钱。水煎服。

3.针灸治疗：针刺足三里、阴陵泉穴。中刺激。呕吐，加合谷、内关穴。慢性腹泻，宜针刺四缝穴及捏脊。或按快速针刺疗法，针足三里穴，效果不佳，或腹胀时，加刺天枢、关元穴或加灸。水样便，久泻不愈，加刺三阴交穴。

输入液配制方法及其成分

见表（一）、（二）

（一）适用于吊瓶式输液

输入液	生理盐水（份）	5—10%葡萄糖（份）	每100毫升液体内加入		电解质成分（毫当量/升）				适应症
			碳酸氢钠（克）	氯化钾（克）	Na^+	K^+	Hco_3^-	Cl^-	
1	1	2	0.25	0.2	76	25	28	73	一般适用
2	1	2	0.35	0.2	90	25	43	72	酸中毒适用
3	1	1	0	0.2	76	28	0	104	碱中毒适用
4	4	1	0.25	0.2	144	26	28	142	低渗脱水适用（纠正后改用1）
5	1	6	0.25	0.2	50	26	28	48	高渗脱水适用（纠正后改用1）
6	0	全部	0.25	0.2	26	24	26	26	维持液及高渗适用

注：1.未排尿前不加氯化钾。排尿通畅后，按瓶内余液加入（按0.2%的比例加入）。

2.碳酸氢钠用5%溶液（1毫升=0.05克），也可用11.2%乳酸钠液（0.6毫升相当于5%碳酸氢钠1毫升之含钠量）。

3.15%氯化钾溶液1.4毫升=0.2克氯化钾。

（二）适用于密闭式输液

输入液	每100毫升5—10%葡萄糖内加入			电解质成分（毫当量/升）				适应症
	氯化钠（克）	碳酸氢钠（克）	氯化钾（克）	N_a^+	K^+	Hco_3^-	Cl^-	
1	0.3	0.25	0.2	73	26	27	72	一般适用
2	0.3	0.35	0.2	86	26	39	73	酸中毒适用
3	0.45	0	0.2	72	26	0	98	碱中毒适用
4	0.8	0.25	0.2	145	24	26	143	低渗脱水适用（纠正后改用1）
5	0.15	0.25	0.2	51	26	28	49	高渗脱水适用（纠正后改用1）
6	0	0.25	0.2	26	24	26	24	维持液及高渗适用

附：儿科常见几种疾病的补液原则

（一）新生儿期疾病的补液：

1.新生儿肾脏的浓缩和稀释能力差，尤以未成熟儿为甚，而新生儿脱水又多为高渗性，如补充电解质稍多，即可导致水肿，甚至肺水肿和脑水肿，应特别注意。生后3—4天内，水电解质，热量之需要量较少。此时，可按40—70毫升/公斤体重/日计算。7天以后者，可按70—100毫升/公斤体重/日计算。其中等渗电解质液，约为总入量的1/10—1/5。滴注速度，除重度脱水者外，一般用均匀速度滴注。

2.血钾常偏高，通常不必补钾。如有低钾者，宜以氯化钾口服补给。

3.新生儿对乳酸钠的代谢差，故纠正酸中毒时，宜用碳酸氢钠。

（二）急性感染时的补液：

1.急性感染时，常由于饮食减少，高热，呕吐，毒血症等致热量，营养不足，且因消耗增加，而发生脱水酸中毒。治疗可按酸中毒给碳酸氢钠或乳酸钠（参照小儿补液）。

若无脑病，肺炎，心衰者，输液量可按婴儿100毫升/公斤/日，儿童60～100毫升/公斤/日。主要用维持液（见表（二）6）或用糖：盐＝4：1给予。

2.有休克时，先用等渗2：1液，于一小时内，按20～30毫升/公斤输入。以后，根据具体情况继续输液。血容量补足，休克纠正后，不宜给过多液体，以免加重心脏负担。

3.化脓性脑膜炎，脑炎等脑疾患时，尽量由口服补充。不能进食者，静脉补液，可用维持液（见表（二）6）。速度应控制，以免造成脑水肿。必要时，用甘露醇等脱水剂，以缓解脑水肿。

4.婴幼儿急性肺炎，若不能进食，高热，或需静脉输液时，静点速度宜慢，5～6毫升/公斤/1小时，总量50～60毫升/公斤/日，主要用10%葡萄糖液。如伴腹泻脱水，生理盐水可占1/3～1/4量。

（三）充血性心力衰竭的补液：

有心衰时，应严格限制水钠的输入量，钾盐的补充应以口服为主，如须静脉补给，则按0.2%～0.3%浓度，加入10%葡萄糖内缓慢滴注。10%葡萄糖之总量，一般不超过50毫升/公斤/日。

第六章　小儿肺炎

第一节　婴幼儿支气管肺炎

本病是婴幼儿时期最常见的一种肺炎，肺部炎性改变呈弥散性小叶分布，由细菌（包括肺炎球菌、金黄色葡萄球菌等）或病毒引起。

〔诊断要点〕

（一）发热，咳嗽，喘憋，重者口唇青紫。呼吸浅快，胸骨上凹，肋间隙及剑突下，随吸气下陷（叫三凹症）。鼻翼搧动。两肺可听到较多的喘鸣及中小水泡音（尤其是脊柱旁）。

（二）新生儿肺炎，见新生儿常见疾病章。

（三）肺炎合并心力衰竭时，患儿面色苍白，烦躁不安，唇周青紫，呼吸迫促(达40次/分以上)，心律快（140～160次/分以上），心音钝或出现奔马律，在短期内肝脏明显增大，肺部小水泡音增多，喘憋青紫加重。

肺炎如有心力衰竭症状出现，应及早处理，不要待全部心衰症状出现，再予强心药，因为这样容易贻误病情。

（四）肺炎合并脑病，可见前囟膨起，两眼凝视，头向后背，昏睡或烦躁不安，甚至发生惊厥，可能由于脑缺氧或脑水肿所致。

〔治疗〕

（一）**一般治疗及护理**：安静休息，进食富于营养的流质（如人奶、羊奶、牛奶、蒸蛋糕、面糊等）。冬季室内应保持一定的湿度，如炉子上放水壶，地上洒水等。

（二）**抗菌治疗**：根据病情，选用以下药物：

1.轻症可先用磺胺药，如小儿安口服，或用土霉素、四环素，每日50毫克/公斤，分 4 次服用。

2.较重者用青霉素10万单位/公斤/日，分二次肌肉注射，或合用链霉素50毫克/公斤/日，分二次肌肉注射。

3.经三日治疗无效，可试用其它抗菌素，如庆大霉素、卡那霉素及红霉素等。危重者，可以静脉滴注，同时加用氢化考的松。

（三）**对症治疗**：

1.退热：可口服小儿退热片，肌肉注射复方安基比林均可。

2.镇静：烦躁不安或高热时，应用镇静剂，如冬眠合

剂，苯巴比妥，水合氯醛等。如前囟膨隆，呕吐，怀疑中毒性脑病，可试用脱水剂（如甘露醇1克/公斤/次），4～6小时一次，用1～2次。若手足抽搐，可用10%葡萄糖酸钙5～10毫升，加入25%葡萄糖20毫升内，静脉推注。

3.控制心力衰竭：除镇静外，可用洋地黄制剂，并应采用快速饱和法，如毒毛旋花子甙K0.007～0.01毫克/公斤，肌肉注射或用10%葡萄糖液10～20毫升稀释后由静脉缓慢注入。必要时，12～24小时后重复应用。或用毛花强心丙（西地兰）40微克/公斤，首次用半量，以后每隔6小时，将其余一半分二次注完。肌肉注射或加入葡萄糖内静脉缓慢注射。

4.缓解呼吸困难：有条件者可吸氧，或采取新鲜空气疗法，即打开门窗让新鲜凉爽空气进入室内（注意保暖及避免直接风吹）；或包暖仅露口鼻，在室外吸新鲜空气约20分钟，如小儿安静，呼吸均匀，面色红润，可坚持较长时间。喘憋者，可用喘定注射液1/5～1/3支肌肉注射，或异丙嗪1毫克/公斤/次，口服或肌肉注射。喘重者，除静点氢化考的松外，可口服强的松1—2毫克/公斤/日，分3～4次用。症状缓解后3～7日停用。

5.镇咳祛痰：咳重，痰多者，可给小儿止咳糖浆，或复方甘草合剂，每岁每次1毫升，一日三次。

6.输液：病情严重，须静脉点滴抗菌素，或氢化考的松，不能口服及拒食者，可给静脉输液。主要给10%葡萄糖50毫升/公斤/日。速度3～5毫升/公斤/小时。若腹泻脱水者，可适量加用1/3～1/4生理盐水。

7.病程长，肺水泡音消退慢者：可用以下物理疗法：

（1）拔火罐（在背部脊柱两旁肺俞穴）。

（2）芥末泥敷胸：以白芥子末两份，加面粉一份，用温开水或蛋清调成糊状，涂于纱布上，敷在胸背部，每日一次，每次10～15分钟取掉。可以促进血液循环，使水泡音消退。

8.合并佝偻病者：同时给予治疗。

9.合并腹泻者：给助消化剂及收敛剂。

（四）中医治疗：

本病是肺受温邪的侵犯，出现发热，气逆，喘咳，痰多等症。治疗以清肺为主，兼用祛痰定喘等方法。在中药治疗的同时，若发现心力衰竭的苗头，一定要及早使用毒毛旋花子甙K来纠正。病情严重时，不可忽视抗菌素及其它疗法的应用。

1.喘咳初期（相当于轻型）：

患儿发热无汗或微汗，咳嗽有痰，烦躁不安，面赤唇红。脉浮数，舌苔薄白。治宜辛凉解毒，清热开肺。可用麻杏石甘汤、银翘散加减：生麻黄一钱，杏仁一钱，生石膏（先煎）八钱，甘草一钱，银花三钱，连翘三钱，芦根二钱，荆芥一钱半。水煎服。

加减：汗多，去麻黄；加桑叶二钱。咳甚，加前胡一钱半，枇杷叶二钱。喘甚，加生莱菔子二钱。

2.喘咳中期（相当于重型）：患儿高热不退，汗出口干，喘憋烦燥，痰鸣气促，面赤唇红。脉急数，舌燥无津，苔黄。治宜辛凉解热，涤痰定喘。用麻杏石甘汤、凉膈散加减：生麻黄一钱，杏仁一钱半，生石膏一两（先煎），甘草一钱，连翘三钱，栀子一钱半，黄芩一钱，贝母一钱半，栝楼二钱。水煎服。

加减：喘甚痰多，加苏子一钱，葶苈子一钱。口渴，加玉竹一钱半，花粉一钱半。大便干燥，腹满，加生大黄一钱

半，枳实八分。高烧不退，烦躁，加紫雪丹。

3.喘咳极期（相当于极重型）：患儿高烧不退，痰鸣气促，喘憋，颜面青紫，精神萎靡，四肢厥冷，胸高腹胀，大小便失禁，甚则抽风昏迷。脉散大，舌赤。干燥无津，苔黑。或舌光无苔。治宜扶正救逆，熄风开闭。用增液汤、生脉散加减：生地一钱半，元参一钱，麦冬三钱，人参一钱半（或党参五钱），莲子心一钱，五味子一钱，天竺黄一钱半，菖蒲二钱。水煎服。

加减：大汗淋漓，真阳欲脱，加附子一钱，煅龙骨三钱，煅牡蛎四钱。阴液枯竭，气阴两虚，加熟地一钱半，阿胶珠（烊冲）一钱，炙龟板四钱，炙鳖甲三钱，炙甘草一钱，抽风，加天麻一钱半，钩藤三钱，僵蚕一钱半。

4.喘咳后期（相当于恢复期）：患儿余热未尽，手足心热，咳嗽。脉虚数，舌质淡红，苔薄白。治宜养阴清肺，止咳生津。

（1）余热未尽，用竹叶石膏汤加减：沙参四钱，竹叶八分，生石膏（先煎）六钱，麦冬二钱，生地二钱，知母一钱半，甘草一钱。水煎服。

（2）久咳不愈，低烧：可用桑皮二钱，地骨皮一钱，知母一钱，黄芩一钱，紫菀二钱，百部一钱，白前一钱，甘草五分。水煎服。

（3）肺胃不和，咳嗽纳差，可用陈皮二钱，半夏一钱半，茯苓二钱，甘草一钱，厚朴一钱，黄芩一钱，桔梗五分，焦三仙各三钱。水煎服。

5.其它：

（1）以上各型，若遇有多发于冬春两季的6月～2岁

的婴幼儿高热不退，使用抗菌素后效果不著，怀疑病毒肺炎时，以上各方可选加大青叶五钱，板兰根五钱，连翘四钱，重楼（草河车、蚤休、七叶一枝花）三钱。

（2）中草药了哥王注射液，1～2毫升/次，每日2—3次。也有很好的疗效。因药物过敏，而不能使用抗菌素的患儿，尤宜采用。

第二节 腺病毒肺炎

本病是由腺病毒通过呼吸道感染所引起的比较严重的肺炎，多发生在冬春两季。两岁以内小儿多见。

〔诊断要点〕

（一）潜伏期4～10天，发病急，体温多于3～5天内，逐渐升高，多呈稽留热或弛张热。一般持续1～2周。

（二）呼吸系统症状：咳嗽、气喘，呼吸困难，肺部体征出现较迟，多在发热4～7天后，肺部才出现实变征，如叩浊，呼吸音减低，管状呼吸音，中小水泡音等，且易并发浆液性渗出性胸膜炎。

（三）神经系统症状：于发病后3—4天，出现嗜睡，萎靡，甚至惊厥等症状。

（四）循环系统症状：面色苍白，重者面色发灰，多于6～14日，出现心力衰竭。肝脏肿大比较明显，质较硬，少数也有脾肿大。

（五）消化系统症状：半数以上患儿可有腹泻与呕吐。

（六）本病轻症于热退后，肺部病变尚需2～6周，才完全消失。重症肺部病变恢复期，则需1～4个月之久。

（七）本病常可合并细菌感染，使病情更加严重。

〔治疗〕

（一）中医疗法，见“支气管肺炎”。

（二）如怀疑有细菌继发感染，可加用抗菌素（详见支气管炎的治疗）。

（三）一般治疗及对症治疗，均见支气管肺炎的治疗。

第七章　新生儿生理特点

第一节　新生儿生理特点

（一）新生儿生理特点：

1.正常成熟新生儿，出生时，一般体重为2公斤半到3公斤。身长45～52厘米。出生时皮肤略呈青紫，覆盖白色胎脂，3～4天后，渐呈粉红色，并有生理性脱屑。皮肤富于血管，角化层薄弱，易受损伤和感染。

2.新生儿体温调节能力差，易受外界温度影响，所以在冬季寒冷时要保暖，以防发生硬皮症。夏季天热时，要包薄些，以免中暑。

3.新生儿出生后，即应有小便，半天左右开始大便，呈粘液棕褐色或黑绿色便，称“胎粪”。3—4天后，即为黄色粪便。但常为稀便，每日3—6次，一月后即正常。出生后24小时无尿，应考虑肾脏功能问题。生后半天无胎便，应注意有无肛门闭锁或肠道畸形。生后3—4天，新生儿常有呕吐。若无其它异常，可能吸入羊水及消化功能差所致，

无需处理可自行痊愈。

4.新生儿生后，即应自动呼吸。哭声响亮。但呼吸表浅，次数比婴儿更快，呈腹式呼吸，常有节律不匀，睡眠后常有呼吸暂停，心率也更快。约1/2～1/3的新生儿，心前区可听到收缩期杂音，属功能性。故生后2～6个月，不要轻易作出先天性心脏病的诊断。新生儿末梢循环差，所以皮肤易发凉及青紫。

5.新生儿大脑皮层发育不全，神经兴奋性不稳定，一般睡眠多。但也常于夜间哭闹。肌张力强，四肢常屈曲，手足不自主活动。并常有口、眼、手震颤等现象。一般于两周后逐渐消失。

附：未成熟儿

凡出生时，体重低于2公斤半，身长不足45厘米者，称未成熟儿。生活力低，哭声弱，甚至不会哭，不会吸吮，体温常低，易患硬皮症，各个系统发育均差，故应加强护理，注意保暖，不会吸吮者，要以小匙或滴管喂饲，保证营养的供给。

（二）新生儿护理：

根据以上介绍的新生儿生理特点，如体温调节功能差等。因此，必须注意保暖，并注意皮肤清洁。尿布应常换，衣服、尿布应柔软，以避免细菌由皮肤侵入发生感染。

脐带一般生后4～10天脱落，如脱落后有时局部潮湿，可撒脐带粉，或涂1%龙胆紫，使其干燥。如日久有肉芽组织增生，则以5～10%硝酸银涂之。促进其愈合。

正常新生儿，可在生后12小时喂乳。母乳未分泌前，可以糖水代替。每次喂乳隔3～4小时一次。哺乳量以吃饱不

哭为宜。

第二节　新生儿几种特殊生理状态

（一）新生儿生理性黄疸：多数新生儿，生后2～3天，出现轻重不等的皮肤和巩膜黄染，4—5天后加重，8—14天消退。未成熟儿黄疸较重，可长达一个月之久。生理性黄疸时，新生儿一般情况良好，无任何其它全身症状。在此范围以外者，应多考虑属病理性黄疸。

（二）新生儿粟粒疹：新生儿鼻尖和鼻翼处，常见由皮脂腺分泌所形成的黄白色粟粒疹，脱皮后自然消失。牙龈或上腭两侧，可见白色或黄白色小隆起，称“上皮珠”（俗称“马牙”），均为上皮细胞堆积而成，无须处理。

（三）生理性乳腺肿大(与性别无关)：部分新生儿，生后3—5日可见两侧乳腺肿大或阴道少量出血，阴唇及阴囊水肿。均为母体内分泌激素经胎盘传给胎儿引起，数日后自行消退。

第八章　新生儿常见疾病

第一节　新生儿颅内出血症

本病为新生儿出生数日内，致死的主要原因之一，常与难产有关，并多见于未成熟儿。

〔诊断要点〕

（一）有异常分娩及产伤史，多见于新生儿窒息（因缺氧所致）。

（二）生后1～2天内，即见皮肤苍白或发绀，拒食，呕吐重，烦躁，尖叫，或昏睡，前囟膨隆，阵发性或强直性抽动，呼吸慢或不规则。

〔治疗〕

（一）护理与喂养：减少搬动，头部放高，吸氧，保暖。能哺乳者24—48小时后哺乳，或用小匙喂养，不能吞咽者，可静脉滴入，10%葡萄糖50毫升/公斤/日，速度应慢，以免加重脑水肿。

（二）止血：肌肉注射维生素K，1日1支。静推维生素C或仙鹤草素等。

（三）镇静：控制惊厥，肌肉注射冬眠灵，苯巴比妥纳，或用10%水合氯醛保留灌肠。为降低颅内压，可用50%葡萄糖10～20毫升或甘露醇，山梨醇15～20毫升/次，静脉滴注，4～6小时一次，可暂时减低颅内压，制止痉挛的发作。

（四）治疗呼吸循环衰竭：可肌肉注射山梗菜碱1—3毫克，或尼克刹米0.2—0.5毫升。必要时，可重复注射。吸氧及人工呼吸等。

（五）控制感染：选用抗菌素，控制继发感染。

第二节　新生儿破伤风

本病是由于出生后处理脐带时消毒不严密，以致破伤风杆菌侵入脐带部所致。此病也称“四六风”、“撮口风”。

〔诊断要点〕

（一）有旧法接生史。

（二）一般在生后 4 ～ 7 天发病。发病越早，预后越差。

（三）病初症状为口紧，此为诊断重点，不能吮乳，继之颜面呈苦笑面容，全身各部肌肉发生阵发性痉挛，尤以腹肌痉挛最显著。轻微刺激，可使痉挛发作和加重。严重者，表现青紫、窒息，而引起死亡。

（四）如无继发感染，体温一般不高，神志始终清楚。

〔预防〕

（一）推广新法接生。

（二）若未采用新法接生，或因急产，脐带未适当处理者，应重新处理，可用碘酊消毒脐带，并及早肌肉注射破伤风抗毒素1500—3000单位。

〔治疗〕主要环节为抗痉挛，注射抗毒素血清，维持营养，控制和预防感染。并注意保温，预防硬皮症。

（一）护理及营养：应使房间安静而黑暗，避免声、光刺激。一般护理治疗要尽量集中进行。如因吮乳困难，在痉挛性发作不甚严重时，可用鼻饲（可将母奶挤出后鼻饲）。或用直径约 1 ～ 2 毫米的尼龙管，从口插入胃内喂哺。每天至少200毫升。下鼻管前半小时，应给镇静剂（见下）。并准备好作人工呼吸及呼吸兴奋剂使用，如山梗菜碱等，以供窒息应用。若心跳停止，立即心内注射副肾素半支，并作心脏按摩，进行枪救。如痉挛发作频繁，甚至引起窒息者，不宜用鼻饲，以免痉挛发作时，胃内容物返流至呼吸道而引起窒息；或下鼻饲管时引起痉挛发作，窒息甚至死亡。此时，改用静脉补液。补液量及速度，要严格控制，其中生理盐水，每日量不得超过50毫升，其余用葡萄糖液，如不能进食每日总

液量不得超过200～300毫升。

（二）破伤风抗毒血清：应及早注射，可用2—4万单位，一次肌肉注射。或将一半放入10%葡萄糖液50毫升内，静脉点滴。

（三）青霉素20万单位，肌肉注射，每日二次。也可用静脉点滴。

（四）抗痉挛：下列药物可选择应用。

1.苯巴比妥纳：每次0.03克肌肉注射。

2.复方冬眠灵3～6毫克，肌注或用葡萄糖稀释成1毫升后静脉注射。

3.10%水合氯醛，每次1.5～2毫升，保留灌肠。以上三种药物，可任选两种交替使用，如痉挛发作次数多，可每隔4～6小时用药一次，即每种镇静药，每日各用2—3次，如病情逐渐好转，可逐渐减药或停药。或改口服，鲁米那每次5～10毫克，每日2～3次。

（五）脐部处理：如脐带已脱落，且局部干燥，无明显感染，则无须处理。如脐带未脱，脐轮有明显感染者，可用碘酊、酒精消毒，再以3%过氧化氢清洗脐部，每日一次。

（六）中医治疗：

1.参阅“外科疾病”篇，“破伤风”节。

2.全蝎一个，研成细末，每日分3至5次，蘸在乳头上，随吮乳而服。

第三节　新生儿败血症

本病为新生儿严重的全身感染性疾病。可由各种细菌引

起，如葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌等。可由子宫内感染，但以生后皮肤感染及脐炎引起者多见。

〔诊断要点〕

（一）多于生后第3天至第2周发病。

（二）发热（也可无热），不吃奶，呕吐，面色灰白，精神萎靡，可有黄疸，肝脾往往肿大。

（三）在产前或分娩过程中的感染，如胎膜早破，羊水污染。有时伴有脐炎及皮肤化脓感染等。

〔治疗〕

（一）给予足够的营养及水分(一般需100～150毫升/公斤/日）。低温时保温，体温过高，可用物理降温。

（二）应选用广谱抗菌素，常两种以上联合应用，如四环素、链霉素合用。有条件时最好用四环素、红霉素等，加入葡萄糖液中静脉滴注。抗菌素之用量应大些，疗程要长些（一般需几周）。

（三）处理局部化脓病灶，必要时切开引流。有脐炎时，注意局部清洁消毒，保持干燥，可涂酒精后，再以1～2％龙胆紫涂抹。

第四节　新生儿肺炎

新生儿肺炎的病因，可分为胎内及出生后两种。胎内原因包括产程延长，早产，羊膜早破及母亲有急性感染性疾病。出生后原因包括呼吸道感染或吸入喂养物。可伴发于新生儿败血症。

〔诊断要点〕

（一）病史：出生24小时内出现青紫，气急等症状者，提示胎内感染之肺炎可能性大。出生后肺炎的症状，多在3—4天开始。吸入性肺炎，有羊水或喂养物吸入史。

（二）开始可无呼吸道症状，仅表现为反应低下，哭声低弱或不哭，不吃，不动。面色灰白，口周、鼻周发绀。体温可高，但病危或体质弱者，可表现为体温不升。检查仅见呼吸浅快，鼻翼微搧，重者青紫明显，点头呼吸，口边有白沫，心跳加速。肺部有时可于吸气末听到捻发音，但往往肺部缺乏阳性体征。

〔治疗〕

（一）抗菌素：青霉素每次20万单位，每日两次肌肉注射。口服四环素50毫克/次，每日四次。或用庆大霉素、卡那霉素等肌肉注射，红霉素静脉点滴等。

（二）如有条件者，可给氧气吸入。

（三）保证热量及液体量的供给。按50～80毫升/公斤/日补给，主要用10%葡萄糖液。重症者，可将抗菌素及氢化考的松加入静脉滴注，不宜过快，于8—12小时输入。

第五节 新生儿硬皮症

本病的特征是皮肤和皮下组织变硬，如同时伴有凹陷性水肿者，也称硬肿症。多见于冬季或保暖不足的新生儿。未成熟儿更易发病。

〔诊断要点〕

（一）多见于寒冷季节，一周以内新生儿，尤其是早产儿多见。常有受凉及喂养不当病史。

（二）体温不升，全身发凉，反应差，严重者不能吃奶。

（三）皮肤变硬，表面发红而冷，或稍呈凹陷性水肿，先见于面颊部，渐延及两肩，两大腿外侧及臀部，重者可波及胸部影响呼吸。

（四）多伴有其它感染性疾病。

〔治疗〕

（一）保暖：用新棉被包好婴儿，贴身抱于大人怀内，或周围放热水袋（也可用烧热的砖，或盐水瓶装热水代替），或放在热炕上。注意持续保温，并不可过热，不可直接接触皮肤，以避免烫伤。温度宜逐渐增加，勿使突然过暖，以免发生肺出血等并发症，而造成死亡。

（二）保证足够的水分及热量。如不能吸吮，可用鼻饲或用滴管慢慢喂奶。病重者可静脉补液，输10％葡萄糖液（加1/4生理盐水）约40～70毫升/公斤/日。

（三）激素治疗：口服强的松2.5毫克/次，每日2～3次，或氢化考的松10～20毫克/次，稀释于葡萄糖溶液中静脉滴注，每日一次。病情好转后逐渐停药。

（四）维生素E 5毫克，口服，每日一次。也可用维生素E注射剂，肌肉注射，每日一支。

（五）常规应用抗菌素控制和预防感染。如口服四环素及肌肉注射青霉素。

（六）对症疗法：如呼吸表浅和暂停，心音弱而慢者，可用小剂量呼吸兴奋剂及强心剂。

（七）合并脐出血，或消化道出血者，应给维生素K，肌肉注射，每日一支。

第十二篇　外科疾病

第一章　感　　染

第一节　　疖

疖（又称疮）是单个毛囊及其所属皮脂腺的葡萄球菌感染。其原因多为皮肤不清洁，衣领的摩擦，剃头、刮脸等而引起颈、面部皮肤小损伤所诱发。

〔诊断要点〕

（一）初起局部呈一圆形的小结节，硬、红肿、疼痛，数日后可化脓，有白色脓头。一般无全身症状。

（二）多数疖同时或反复出现，称为疖病。常发生于体弱，营养不良和糖尿病等患者。也可能有病灶感染。

〔预防〕

（一）勤换内衣，常洗澡，剪短指甲，适时理发，保持皮肤清洁。

（二）为革命锻炼身体，增强体质。

（三）已患疖，则应用75％酒精棉球，经常擦拭疖周围。禁忌挤压疖，防止感染扩散、蔓延。

〔治疗〕

（一）早期局部湿热敷，外敷20%鱼石脂软膏。也可用鲜蒲公英适量，洗净捣烂敷患处。或用蒲公英适量，煎膏敷患处。

（二）一般不需全身治疗。重者及面部疖肿，可用磺胺药或抗菌素。

（三）切忌挤压。任何部位疖肿，皆可因挤压而引起感染，扩散，或成为败血症。面部危险三角区之疖肿，可引起海绵窦栓塞。

（四）已有脓栓形成时，先消毒，夹出脓栓，然后用拔火罐法拔脓。

（五）中药红丹膏外敷。红丹膏配法：红丹（红升丹）二两，冰片四两（共研细末），生油（菜油）五两，凡士林适量。配成软膏（勿加温）。用于疖、痈。将疖、痈之脓头，用镊子揭去，敷以红丹膏，盖敷料，每日或隔日换一次。

（六）若为多发疖肿，难愈者，可用荆芥四钱，防风三钱，银花一两，连翘五钱，蒲公英一两，丹参五钱，赤芍四钱，皂刺三钱，炒山甲二钱，红花二钱，木通三钱，生大黄四钱，菊花五钱。水煎服。大便燥结，加生大黄六钱，芒硝三钱。若自觉发烧，加生石膏六钱（先煎）。

第二节　痈

痈是多个相邻的毛囊和皮脂腺的急性化脓性感染。

〔诊断要点〕

（一）炎症浸润范围较大，有多个脓头。

（二）全身症状较明显，疼痛较剧烈，多见于老年人。

糖尿病患者常伴发此病。

（三）好发于颈后部（俗称对口疮）及背部（搭背）皮肤较厚，皮脂腺较丰富的部位。

〔预防〕同疖的预防。

〔治疗〕

（一）痈初起：

1.早期湿热敷或30～50％硫酸镁溶液湿热敷。

2.鲜蒲公英、鲜败酱草，捣烂外敷，每日1～2次。

3.内服"疖"的治疗项中(六)的中药处方。或用蒲公英一至二两，败酱草一两，柴胡五钱，生大黄三钱(后下)。水煎服。

4.若体虚邪盛，脓尚未成，或溃后脓流不畅的阳证，内服托里消毒散加减：生黄芪五钱，当归四钱，白芍三钱，白术三钱，党参五钱，川芎三钱，皂刺三钱，炒山甲三钱，银花一两，连翘五钱，生甘草一钱，白芷二钱。水煎服。

（二）脓成期：脓头处较软，可外敷红丹膏，或行切开引流术。可作"＋"字形，或"＋＋"字形切开，均应达到痈的边缘。注意将皮瓣游离，并切除坏死组织，内塞凡士林纱布条，局部加压包扎，以防渗血。二日后，开始换药。

（三）溃后期：若久病体弱，脓腐已尽，毒邪已清，疮面大，久不愈合，用十全大补汤或补中益气汤内服。

（四）抗菌素治疗：青霉素40～80万单位，分2次肌肉注射，或四环素、土霉素口服。

第三节　急性蜂窝组织炎

本病是皮、筋膜下等疏松组织的急性弥漫性化脓性炎症。

〔诊断要点〕

（一）局部红肿成片，较硬，界限不清，有明显压痛，早期无波动感。

（二）全身症状明显，常有寒战、高热及其它中毒症状。

〔预防〕

（一）及时正确处理损伤的创面，以防感染。

（二）及时治疗局部化脓病灶，以防感染扩散。

〔治疗〕

（一）若原发病灶已形成脓肿，则应及早切开引流。若未形成脓肿，则切忌切开。

（二）局部湿热敷，也可用鲜蒲公英捣烂外敷。

（三）应用较大剂量抗菌素、磺胺药或服中药。

（四）抬高患肢，给止痛剂。

（五）全身支持疗法，如补液、输血等。

（六）中药治疗，见“痈”。

第四节　丹　　毒

本病是链球菌引起的皮内毛细淋巴管的急性传染病。好发于面部（常为对称性）和小腿。

〔诊断要点〕

（一）起病急剧，局部红肿成片，边缘清楚，稍隆起，中心部色泽较淡，压之不褪色。

（二）有发热，寒战，疼痛等全身症状。

（三）常有足癣，皮肤浅表小外伤等感染病灶。局部所属淋巴结常肿大，有压痛。

（四）如治疗不彻底，常易复发。

〔预防〕

（一）预防皮肤外伤和感染，及时治疗原发病，提高机体抵抗力。

（二）患者最好隔离，医务人员接触丹毒患者后，应洗手消毒，然后再作其它工作，以免引起交叉感染。

（三）病人用过的敷料，应焚烧。

〔治疗〕

（一）卧床休息，抬高患肢，局部湿热敷。

（二）青霉素每日80～160万单位，分2～4次肌肉注射。也可用磺胺类药物。

（三）隔离至红肿消退。

（四）针灸：

1.按病灶部位，循经取穴。如足背丹毒，针足三里、阳陵泉穴。痛重，加太冲。均强刺激。

2.在病灶局部或周围，用三棱针连刺几处放血；尺泽、委中穴，缓刺放血。

（五）中药治疗，见“痈”。

第五节 急性淋巴管炎和急性淋巴结炎

这是淋巴管或淋巴结的急性化脓感染，大多继发于其它感染。淋巴结炎多见于颈部、腋部及腹股沟部。

〔诊断要点〕

（一）淋巴管炎（红线疔）呈一条或多条“红线”，有压痛，自原发病灶处引向所属淋巴结。淋巴结肿大，疼痛，

压痛。有淋巴结周围炎时，则局部有硬块。

（二）常有相应部位的原发感染灶（如皮肤破损，疖肿，扁桃体炎等）。

（三）有发冷发热等全身症状。

（四）淋巴结脓肿形成时，有局部皮肤炎性水肿或波动感。

〔预防〕

（一）正确处理外伤或虫咬伤的伤口。

（二）及时治疗疖或其它皮肤化脓性感染。

〔治疗〕

（一）早期局部湿热敷。病变如在肢体，应抬高患肢。

（二）给予磺胺药或抗菌素。

（三）原发病灶处理：如脓肿切开引流，外伤伤口清创等。

（四）针灸治疗：在红线（淋巴管炎）所到处之前端，进行针刺。或用三棱针沿红线间断挑刺放血。有全身症状时，曲泽、委中穴，速刺放血。

（五）中药治疗，见“痈”和“疖”。

第六节　甲沟炎

本病是指（趾）甲两旁和根部的皮下组织发炎。

〔诊断要点〕

（一）常有甲沟周围的刺伤和撕掉倒刺（逆剥）等微小损伤，或嵌甲的病史。

（二）初起时指甲的一侧或其根部，皮肤有红肿和触

痛，以后在皮下逐渐出现黄白色脓点。

（三）如不及时处理，则炎症继续向指甲根部的皮下和甲下蔓延，因而，甲下出现积脓。

（四）脓肿可自行破溃，但常因排脓不畅而成慢性甲沟炎。此时，甲沟一侧或根部红肿，压痛，有脓液溢出，经久不愈，形成肉芽肿。

〔预防〕

（一）尽可能防止手指外伤，对微小损伤也应及时而正确地处理，如消毒、包扎，防止感染。

（二）甲旁肉刺（倒刺），勿用手撕脱，应剪除。

〔治疗〕

（一）仅有局部红肿时，可用温盐水浸泡，每日3～4次，每次15～20分钟。

（二）严重时可抬高患肢（指）。

（三）应用磺胺药或抗菌素。

（四）局部出现黄白色脓点时，可切开排脓，放置橡皮引流条。如脓局限于甲床下，可行开窗术（见治疗篇）。

（五）如脓肿已侵至甲下，指甲已活动，或慢性甲沟炎有肉芽增生，或嵌甲者，均应拔除指甲。

第七节　脓性指头炎

脓性指头炎（又称瘭疽），为常见的指间隙急性化脓性感染。诱因常为较小的刺伤、挫擦伤，如木刺或针的刺伤等。

〔诊断要点〕

（一）患指常有刺伤、挫擦伤史。

（二）指端红、肿胀，甚至呈青紫色。体温稍高。

（三）指端疼痛剧烈难忍，手下垂时更甚。

〔治疗〕

（一）表浅刺伤感染化脓时，应尽早扩大伤口，以利引流。

（二）较深感染，指头红、肿尚未形成脓液时，应用温盐水浸泡，每日三、四次，每次15～20分钟。

（三）抬高（悬吊）患指（肢），以利血液循环。

（四）病史在两天以上，局部肿胀、跳痛明显，检查局部有明显的压痛点时，表示已经成脓，应切开引流。

（五）每日或隔日换敷料一次。在换以前，先用2～5％温盐水浸泡至敷料脱落。

第八节　破　伤　风

本病是由破伤风杆菌引起的急性特异性感染。破伤风杆菌自伤口侵入，在人体内繁殖，产生破伤风痉挛毒素，而引起肌肉阵发性和强直性痉挛。潜伏期约2～15天。潜伏期愈短，病情常愈严重，预后也愈差。

〔诊断要点〕

（一）早期症状较隐蔽，常表现为咀嚼无力，面部肌肉痠痛，言语不清，吞咽困难等。结合外伤史，应想到本病的可能。

（二）典型症状表现为周身肌肉痉挛。常按以下顺序出现：咀嚼肌痉挛出现最早，表现为张口困难，牙关紧闭；颈部肌肉痉挛则咽下困难；颜面部肌肉痉挛则呈苦笑面容；背部肌肉痉挛则出现角弓反张；最后是呼吸肌痉挛，发生呼吸困难，危险极大。任何轻微刺激，即可诱发周身肌肉强烈的

阵发性痉挛。

（三）病程平均约3周，患者神志始终清楚，感染严重或并发肺炎时，可出现高热。

〔预防〕

（一）本病为外科急性传染病，积极开展预防为主的宣传教育工作，推广新法接生，做好劳动保护，避免意外损伤等对预防破伤风的发生都有重要意义。

（二）及时而正确地施行清创术，对预防破伤风的发生十分重要。特别是对伤道较深，污染严重的伤口，应及时清除伤口内的异物、坏死组织及血块。必要时，应将创口开放，以利引流通畅。

（三）必要时，注射破伤风类毒素。

（四）受伤后，应尽早肌肉注射破伤风抗毒素1,500单位（小孩量同成人）。伤口污染严重者，可于一周后再注射一次。注射前，应先作过敏试验（方法见治疗篇）。

（五）中药预防：没有破伤风抗毒素时，可服中药：

独活二钱，防风一钱，白芷一钱，元胡三钱，银花藤三钱，乳香一钱半（后下），没药三钱（后下），归尾三钱，细辛一钱半。水煎服。

伤后即服，每天一剂。连服三剂。

〔治疗〕要严密观察病情变化，并应采用中西医综合治疗，以消除毒素来源，中和毒素，控制痉挛，保持呼吸道通畅和防止并发症。

（一）痉挛严重者，应有专人护理：

1.密切观察，及时发现和处理喉头痉挛和窒息。

2.隔离患者，避免声、光等刺激，勤换体位以防褥疮。

病人用具及排泄物，应单独消毒、处理。

（二）病情严重，痉挛发作频繁者，宜作气管切开术。

（三）控制痉挛，可选用以下镇静剂：10％水合氯醛20—25毫升鼻饲，和苯巴比妥钠0.2克，肌肉注射，每6小时一次。或应用冬眠合剂，如氯丙嗪、异丙嗪各25毫克。必要时，加杜冷丁25～50毫克，每6小时肌肉注射一次，小儿用量酌减。

（四）注射破伤风抗毒素(T.A.T)：用量（小儿酌减）：就诊当日，即刻肌肉注射1～3万单位（注射前应作皮内过敏试验），并用1～3万单位加入5％葡萄糖液500毫升，静脉滴注。以后，每日肌肉注射1万单位，持续4～5天。

（五）每日肌肉注射青霉素和链霉素，防止感染。

（六）由于经常抽搐，出汗，消耗能量较多，必须注意营养和水、电解质的平衡。病情严重者，给静脉输液，尽量用鼻饲法维持营养。放胃管前半小时，肌肉注射苯巴比妥钠0.2克，以防止喉头痉挛和窒息。

（七）中药治疗：

1.羌活三钱，川芎三钱，大黄三钱，清半夏三钱，防风三钱，川乌三钱，全蝎三钱，僵蚕三钱，天南星三钱，白芷三钱，蜈蚣三条，蝉蜕三钱，白附子四钱，天麻三钱，甘草三钱。每剂煎600毫升。另加琥珀一钱，硃砂一钱，研成细粉，分为三包。每次服煎剂200毫升，粉剂一包，每6—8小时一次，至病人痉挛停止后停用。一般服4～5剂，可制止痉挛。

用此药时，补充足量液体，至少每日3000毫升，保持每日尿量1000毫升以上，以免引起毒性反应（中毒表现为意识不清，谵妄，躁动，停药后即可消失）。

2.五虎追风散：蝉蜕一两，天南星二钱，天麻二钱，全

蝎（连尾）七个，炒僵蚕七个。加水200毫升，煎成100毫升。服二次。每日一剂。连服3日。每次服药前，用黄酒一至二两为引，冲服硃砂五分。服后五心出汗为良好现象。

（八）针灸：第一次针合谷、行间、颊车、下关、百会穴。第二次针风府或哑门、大椎、承山、太冲穴。以上两种配穴，轮换使用，每次最少留针一小时，也可留针24小时。每5～10分钟，捻针一次。

（九）伤口处理：应在控制痉挛下，切除坏死组织，扩大伤口，使引流通畅。伤口不缝合，以3%过氧化氢或1:5,000高锰酸钾溶液，冲洗伤口并湿敷，每日2～3次。

第九节 颈部淋巴结结核

结核杆菌由口腔或鼻咽部（扁桃体）侵入颈部所属淋巴结而引起炎症，也可由胸部结核扩散（继发）而来。原发性感染，多发生一侧淋巴结，而继发性感染，多发生两侧淋巴结。患者多为儿童和青年人。

〔诊断要点〕

（一）常于颈的一侧或双侧，出现多个肿大的淋巴结，一般位于胸锁乳突肌的后缘、前缘或深面。初期肿大的淋巴结彼此分离，可移动，无疼痛。渐渐发生淋巴结周围炎而相互粘连，与皮肤和周围组织也粘连。晚期淋巴结干酪样变，液化而成寒性脓肿，继之破溃，形成不易愈合的窦道或溃疡。病人可有结核病的全身症状。

（二）须与鼻咽部转移癌，慢性淋巴结炎（常有口腔炎症或龋齿等），以及其它肿物相鉴别。转移癌多为孤立肿

物，甚坚硬，无压痛，必要时，可作鼻咽部检查。慢性淋巴结炎为孤立的韧性肿物，活动，无粘连，大小变化不明显。

〔治疗〕

（一）全身治疗：注意营养，应用抗结核药，或选用以下中药内服：夏枯草膏，每服三钱，每日二次。或服消瘰疬丸，每服二钱，每日3次。或服泽漆片3克，每日二次。或将僵蚕研面，每服一钱，每日三次。

（二）局部治疗：

1.少数较大的，无粘连的淋巴结，可作手术摘除。

2.对已液化的淋巴结，皮肤未破溃，可试行穿刺抽脓，生理盐水冲洗，然后注入链霉素0.2克或异烟肼50～100毫克，每周二次。

3.若已有窦道形成或破溃时，可施行刮除术，将病变组织全部刮除，伤口撒少量链霉素粉后缝合，可获一期愈合。若伤口不愈合，可用五露膏（五倍子四两，露蜂房四两。在锅上焙干后，共研细末。再将蜂蜜四两熬熟，加入陈醋四两搅匀。再加入上二药，配成软膏）外敷患处，覆盖敷料，每日或隔日换一次，直至全愈。

（三）针灸治疗：

大椎挑治，或灸百劳(大椎上二寸，旁开一寸)、肘尖。

第二章　损　　伤

第一节　烧　　伤

烧伤是由于火焰、烫伤、热蒸气、电、放射性物质接触

皮肤或化学物质作用于身体表面而引起的损伤。大面积严重烧伤，可以发生水电解质失衡、休克和感染等，甚至死亡。

〔诊断要点〕

（一）病因：通过问诊，首先明确烧伤的原因。

（二）烧伤的深度，一般分为三度：Ⅰ度系表皮损伤，皮肤潮红、稍肿、灼痛。浅Ⅱ度系表皮全层和真皮浅层的损伤，产生水疱、充血肿胀明显、剧痛。深Ⅱ度系表皮全层和真皮大部的损伤，创面苍白、夹有红色斑点、疼痛不显著。Ⅲ度系全层皮肤损伤，甚至波及皮下组织、肌肉、骨组织等。皮肤苍白或焦黑，一般无痛。

（三）烧伤面积的估计：

1.手掌法：适用于小面积烧伤的估计。病人手掌的面积，相当手指分开时占全身体表面积的1.25%，手指并拢时占全身体表面积的1%（图12--1）。

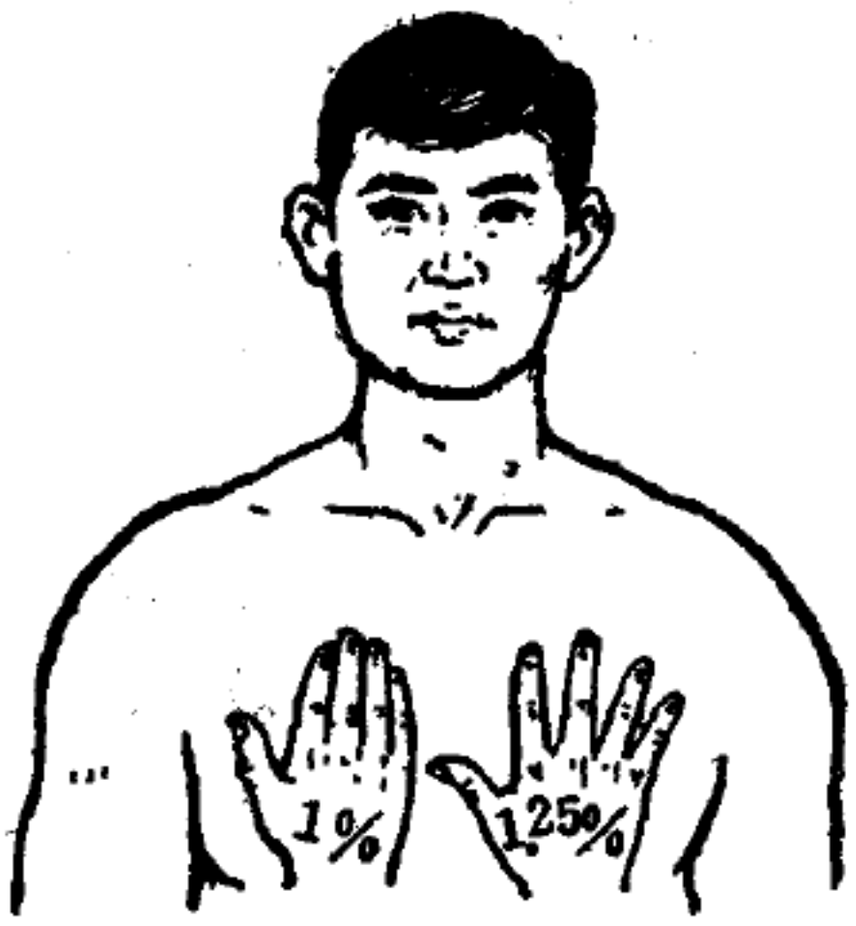


图12—1 烧伤面积的估计（手掌法）

2.新九分法：以9%为单位，将成人体表，分成十一个相等的面积，头颈为一个九，双上肢为两个九，躯干为三个九，双臀及下肢为五个九，外加1%（见下表）。

（四）凡成人烧伤面积在30%以上，或Ⅲ度烧伤在15%以上；小儿烧伤面积在10%以上，或Ⅲ度烧伤在5%以上。或不足以上标准，但具备下列情况之一者，均应列为严重烧伤：

1.全身情况严重，或已有休克者；

烧伤面积计算法（新九分法）

部位		成人（%）	小儿（%）
头颈部	头部	6	9+（12—年龄）
	颈部	3	
两上肢	上臂	2×3.5	2×3.5
	前臂	2×3	2×3
	手部	2×2.5	2×2.5
躯干部	前面	13	13
	后面	13	13
	会阴部	1	1
两下肢	臀部	2×2.5	2×2.5
	大腿	2×10.5	41—（12—年龄）
	小腿	2×6.5	
	足部	2×3.5	

2.有复合伤，如严重创伤、化学中毒等；

3.有严重呼吸道烧伤者。

对严重烧伤者，须注意其神志、脉搏、血压、尿量等全身情况。

〔治疗〕

（一）现场急救与转运：抢救烧伤伤员，必须有全心全意为人民服务的思想和不怕牺牲的精神。抢救的主要环节，是迅速扑灭火焰和使伤员离开热源，以制止烧伤创面继续扩

大和加深，减少感染，预防休克。

1.立即发动群众，迅速救出伤员，如伤员身上有尚在燃烧的衣服，可用湿衣、被单、雨衣、棉被等扑灭火焰，也可用水浇灭或就地翻滚。灭火后，立即脱去伤员的湿热衣服。灭火前忌直立或奔跑，以免燃烧更旺。

2.保护创面，尽量减少创面污染。一定要因地制宜，就地取材，可用大纱布、三角巾、清洁毛巾、被单、衣服等物包裹，创面不要涂有色药物或油类。注意保暖。

3.预防因疼痛而造成的休克。可肌肉注射杜冷丁50～100毫克，或皮下注射吗啡10毫克。

4.大面积烧伤伤员，可口服烧伤饮料或温茶、温开水等。

5.注意检查和判断有无呼吸道烧伤，其它合并损伤或中毒等，并做急救处理。如有呼吸道严重烧伤（常可见鼻毛烧焦或鼻孔熏黑声音嘶哑），并有上呼吸道堵塞者，应及早行气管切开术。

6.转运伤员前应注意，严重烧伤伤员，一般在两小时内，便可发生休克，故应预防休克的发生（在转运中，给予止痛镇静剂，输液，或争取在休克发生前，转运到医院）。若途中发现休克，应即抢救，待休克好转后再转运。

（二）一般治疗：

1.给予止痛、镇静剂（如吗啡、杜冷丁等），以预防休克。注射破伤风抗毒素1500单位，以预防破伤风的发生。

2.输液：烧伤面积小者，可口服烧伤饮料，氯化钠3克，碳酸氢钠1克，苯巴比妥0.05克，加开水1000毫升。严重患者在休克期，所输液体，可按下述配方：胶体液（血浆、全血、右旋醣干）与晶体液（生理盐水、复方氯化钠溶液、乳

酸钠、复方氯化钠溶液）的比例为1：2。输液量的计算方法如下：

（1）按体重计算：第一个24小时，每1%烧伤面积，输胶体液0.5毫升/公斤，晶体液1毫升/公斤。

（2）按身高及烧伤面积计算：Ⅱ、Ⅲ度烧伤面积（%）×身高（厘米）×1/2＝第一个24小时输入的胶体液和晶体液总量（毫升）。

以上两法，尚需加每日液体维持量5%葡萄糖液2000毫升（小儿3岁以下，每日每公斤体重需100—120毫升每增3岁减少20毫升）。例如，病人身高170厘米，Ⅱ、Ⅲ度烧伤面积30%，输液量应为：30×170×1/2＝2550毫升。其中胶体液850毫升，晶体液1700毫升。此外，需再加5%葡萄糖液2000毫升。以上输液总量的1/2，须在8—12小时内输入。

（3）第二个24小时，总量为上述计算量的一半，但维持量不变。以后的输液量，看休克的程度和对治疗的反应而定。前一天的尿量，可为增减输液量的参考，每日排尿量，宜维持在1000—1500毫升（每小时50—60毫升）。一般血压应维持在80—90毫米汞柱以上。上述公式，只起粗略的估计作用。在治疗过程中，应根据具体病情酌情增减（见附表）。

3.控制感染：防止和治疗严重感染，是抢救大面积烧伤的关键性问题之一。

伤面初期处理后，应给予抗菌素，青霉素40～80万单位，链霉素0.5克，肌肉注射，每天2—3次。2～3天后，可根据创面及全身情况，再选用其它广谱抗菌药物，如四环素、羧苄青霉素、庆大霉素及卡那霉素等。

附：　烧伤休克期补液预算法

体　重	伤后第一个24小时			伤后第二个24小时		
	每1%烧伤面积每公斤体重		正常水分需要量（毫升）	每1%烧伤面积每公斤体重		正常水分需要量（毫升）
	胶体液（毫升）	晶体液（毫升）		胶体液（毫升）	晶体液（毫升）	
婴　儿（<15公斤）	1.0	1.0	100—150/公斤	0.5	0.5	100—150/公斤
儿　童（15—30公斤）	0.9	0.9	70—100/公斤	0.45	0.45	70—100/公斤
成　人	0.5	1.0	2000	0.25	0.5	2000

注：烧伤面积超过50%者，按实际面积计算。

（三）创面的处理：

1.Ⅰ度烧伤：创面清洗后，可不作特殊处理，也可涂少量植物油、獾油等。

2.Ⅱ度烧伤：清创后，剪去（或抽吸）大水泡，可用含抗菌药物纱布，包扎10～14天后解开敷料。天气较暖时，可外涂烧伤药膏、暴露，每隔2～4小时涂一次，待其干燥。若仍有渗液，则再涂，直至创面干燥。数日后，痂皮干裂，渐渐翘离皮肤，不可强力揭剥。烧伤膏配法：生大黄、龙胆草、苍术各等量。水煎两次过滤，弃渣，加热浓缩成稀糊状，贮瓶备用。用时，加适量合霉素粉调匀。手的Ⅱ度烧伤，在清洁创面后，用凡士林纱布将各指分开，包扎固定于功能位，早期进行功能活动。

3.Ⅲ度烧伤：采用包扎疗法，可以防止感染。敷料须厚些，以吸附渗出物。天气较暖或条件较好时，也可用暴露疗法。用药及方法同前。

Ⅲ度烧伤创面，也可手术切除坏死组织（焦痂），早期植皮，消灭创面，控制感染。同时，可避免疤痕挛缩，影响关节功能。

4.化学烧伤：抢救时，宜先用大量清水冲洗，然后再常规处理创面。磷烧伤以1%硫酸铜溶液冲洗，忌用油性敷料，以免磷屑溶解加重组织损伤。

5.触电烧伤：现场急救见第二篇《触电》节、局部常为三度烧伤。创面处理同前。

第二节 冻 伤

冻伤是由于寒冷作用而引起的组织损伤。

〔诊断要点〕冻伤可分为四度。

Ⅰ度：解冻后，皮肤由苍白转为发绀、发热、并有水肿、发硬、痒痛和灼痛。可有表皮脱落，愈后不留疤痕。

Ⅱ度：如受冻较久，则解冻后，表皮有水泡形成，深部组织发生水肿，疼痛比较剧烈。

Ⅲ度：全层皮肤受冻坏死，解冻时局部皮肤由苍白渐渐变成黑褐色，表皮有血性水泡，患处麻木或无感觉。以后皮肤坏死脱落，愈后有疤痕。

Ⅳ度：由于冻伤的程度较深，皮下组织、肌肉、甚至骨骼，都可发生坏死。

〔预防〕

（一）平时加强抗寒锻炼，在寒冷地区工作及生活者，宜锻炼用冷水洗脸、洗脚等，甚至可用冷水擦浴。

（二）衣服松紧要适宜，鞋袜不宜过紧，潮湿时，应及时换洗。

（三）易生冻疮者，脸、耳、手、脚等，可常用手摩擦。暴露部位可涂少量凡士林或油脂类。

（四）发生冻伤的早期，可用茄杆、辣椒杆煎水洗，或以鲜生姜擦局部。

〔治疗〕尽早采取治疗措施，以减少组织坏死和预防感染。

（一）将冻伤肢体，放入25℃温水内浸泡，在一小时

内，逐渐加温并保持在37℃，使肢体解冻复温。

（二）Ⅰ度冻伤无破溃者，可用白萝卜切细丝，煮开待温后，敷或洗擦冻伤局部，每日1—2次，每次30分钟左右，连用二、三次，可使肿痛消失。

（三）如有水泡，可将水抽出，或用消毒剪刀剪开，用无菌敷料包扎。

（四）封闭疗法，有助于冻伤的愈合。可用0.25%～0.5%普鲁卡因，作套式、穴位封闭、腰封或颈封。

（五）四逆汤：熟附子五钱，干姜三钱，炙甘草二钱，党参三钱。水煎服。

（六）Ⅲ、Ⅳ度冻伤，待坏死组织和健康组织界限分清后，可考虑切除坏死组织和植皮。如肢体已有广泛深层坏死时，应慎重考虑截肢。

（七）除Ⅰ度冻伤外，均须应用抗菌素预防感染，并应用破伤风抗毒素1500单位，肌肉注射。

第三节　犬咬伤

犬咬伤的主要危险是受伤者可能发生致命的狂犬病。

〔治疗〕

（一）咬伤创口的处理：

1.首先仔细检查伤口的深度和范围。

2.用大量的肥皂水及清水冲洗伤口。

3.深在的创面，可用强酸剂（浓硝酸或硫酸）或浓石炭酸烧灼，再用生理盐水冲洗。

4.伤口一般不要缝合。但损伤广泛，影响关节活动或外

观者，可在彻底清创后缝合。

5.伤口清洁后，无菌包扎，无须涂外用药。

6.深在的伤口，需肌肉注射破伤风抗毒素1500单位。

（二）怀疑被狂犬咬伤者，应注射狂犬病疫苗。

第四节 毒蛇咬伤

毒蛇咬伤，可引起中毒，甚至死亡。应紧急抢救。

〔诊断要点〕

（一）有蛇咬伤史。毒蛇头部多呈三角形。无毒蛇咬伤局部有整齐的小齿痕，没有毒牙痕。毒蛇咬伤，常可见一对或二对较粗大而深的毒牙痕。

（二）毒蛇咬伤后局部反应显著，疼痛(或麻木)剧烈，皮肤迅速红肿，青紫，起水疱，甚至坏死，并向肢体近侧扩散。伤口可有血性液体渗出，局部淋巴结压痛。

（三）可有全身性出血现象，如眼结膜下出血，咯血，呕血或尿血等。

（四）全身症状：初期畏寒、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、乏力、脉搏快弱，呼吸急迫，以后发生视物模糊，呼吸困难、发热、谵妄等，最后因心力衰竭，休克或呼吸中枢抑制而死亡。

〔预防〕

（一）在蛇较多的地方和季节，劳动或行走时，最好穿高鞠胶鞋、长裤，扎好裤脚，夜间外出带照明用具。经过树林或草地时，用竹竿或木棍等打草惊蛇，然后行走。

（二）铲除房屋周围的杂草、垃圾等，填塞一切洞穴。

〔治疗〕越早越好，防止毒素扩散。

（一）在肢体咬伤的上方（近心端）10厘米处，立即扎一止血带或其它带子，松紧度以能阻断静脉血回流为宜。

（二）伤口周围用肥皂水及清水洗净，用吸奶器或拔火罐方法，从伤口中尽量吸出毒液（如口腔粘膜无破损，也可用口吸吮）。或在消毒后以小刀将伤口作十字切开，吸出毒液，并按伤口情况作清创术。伤口深，局部组织坏死较多，或污染严重时，应肌肉注射破伤风抗毒素1,500单位。

（三）肢体要限制活动，以减少毒素吸收，患者烦躁不安时，可用镇静剂，如眠尔通、利眠宁等。忌用吗啡、氯丙嗪、巴比妥类中枢抑制药。

（四）将季德胜蛇药片压碎后，以水调成糊状，敷于伤口周围。同时，内服蛇药片，首次20片（每片0.4克），用烧酒送服。3—4小时后，如症状未减轻，再服20片。以后，改为每日3—4次，每次5—10片。

（五）全身支持疗法，对渡过毒素作用期，极为重要。

1.伤口有大量渗出，肢体肿胀者需输液，有休克者抗休克治疗。

2.溶血和贫血现象明显时，要考虑输血。

3,呼吸微弱或抑制时，予以呼吸兴奋剂。必要时，作人工呼吸。

4.肾上腺皮质激素及抗组织胺药物，对中和毒素，减轻毒性反应，有良好作用，可酌情使用。

5.用0.25%普鲁卡因作伤口周围，肢体套式或肾囊封闭，可减少对中枢的刺激作用。

6.伤口有感染现象时，给抗菌素。

7.加用利尿剂，以促进体内毒素的排除。

（六）中草药治疗：

目前用于内服治疗毒蛇咬伤的中草药，不下 200 余种。常用的有：七叶一枝花、半枝莲、鬼针草、万年青、白花蛇舌草、苦参、蒲公英、青木香、徐长卿、土黄柏、白芷等，可因地制宜，酌情选用。

第五节　急性颅脑损伤

颅脑损伤包括头皮损伤，颅骨骨折和脑损伤三种。此三种损伤，可单独发生，但一般常同时存在，并常合并其它部位损伤，使病情更加复杂。脑损伤继发急性脑受压（如、颅内血肿）时，必须及时手术解除。若不即时处理，可造成不可挽回的严重后果。因此，密切观察病情变化，早期诊断极为重要。

头皮损伤

〔诊断要点〕可分为擦伤、挫伤、裂伤、头皮血肿、头皮撕脱。

（一）**擦伤**：损伤部位，仅限于表皮。

（二）**挫伤**：皮下渗血，肿胀。

（三）**裂伤**：因头皮弹性差，故遭钝器或锐器打击后易裂开，出血较多。

（四）**头皮血肿**：又可分为头皮下血肿、帽状腱膜下血肿及骨膜下血肿，各自特点列表如下：

血肿类型	范围	硬度
皮下血肿	局限　较小	硬，有时中心较软
帽状腱膜下血肿	较大，可蔓延整个头部	有波动感
骨膜下血肿	常局限于骨缝之间，多见于儿童	硬，偶有波动感

（五）**头皮撕脱**：头皮由帽状腱膜下层，或颅骨外膜撕脱，创面大，出血多，常发生休克。

〔治疗〕

（一）闭合性损伤，以非手术疗法为主。表皮擦伤涂以红汞后暴露治疗。头皮血肿较大时，可热敷（但早期应冷敷），以促进血肿吸收，并应用止血药。少数血肿过大或经久不吸收者，可在无菌条件下穿刺吸净血液，然后加压包扎头部。

（二）开放性伤口，应及时处理。由于头皮血运丰富，抗感染能力强，故在受伤24—72小时以后，仍可经过彻底清创缝合伤口。撕脱的头皮，应尽量保留，以便在原处缝合，如头皮缺损面积较大，则需做皮瓣转移，或植皮成形手术。

颅骨骨折

〔诊断要点〕

（一）**颅顶骨折**：分为线状骨折及凹陷骨折两型。如局

部有伤口，即容易发现。如无伤口，检查时可触到裂隙或凹陷。

（二）颅底骨折：

1.颅前凹骨折：可经鼻腔流出含血的脑脊液（血色较淡），并伴有眼睑及球结膜下出血，常同时损伤嗅神经。

2.颅中凹骨折：可经耳道流出含血的脑脊液，且常伴有面神经及听神经损伤。

3.颅后凹骨折：较少见。严重者，可出现乳突后皮下出血，或咽后壁瘀血，也可产生气脑。

〔治疗〕

（一）线状骨折，本身不需处理，伤员可卧床休息至少一周以上，因常伴有脑震荡。

（二）凹陷骨折，有些情况需要手术治疗，如：

1.碎骨陷入1厘米以上。

2.骨折位于中央区，或语言中枢等功能部位。

3.合并颅内血肿：应紧急开颅清除血肿。骨折手术方法，分为复位和碎骨切除二种。

（三）颅底骨折合并脑脊液漏时，禁忌冲洗、填塞鼻腔和耳道，应使保持自然引流通畅。给抗感染药物。一般脑脊液漏，数日内自行愈合。一个月后，仍不能完全愈合者，即应考虑手术修复。

脑　损　伤

分为原发性脑损伤和继发性脑损伤二类。前者直接由外力作用引起。症状在伤后立即出现。例如，脑震荡、脑挫裂伤等，一般无需手术治疗。后者发生在外力作用以后，主要因颅内血肿形成，造成急性脑受压，所以症状在伤后逐渐出

现，需要及时开颅清除血肿。

〔诊断要点〕

（一）脑震荡：

1.短暂意识丧失，伤后立即进入昏迷状态，一般持续时间不超过15—30分钟。轻者，仅有瞬间意识恍惚。患者清醒后，不能记忆受伤过程。

2.患者清醒后常诉说头晕、头痛，少数有恶心、呕吐。

3.神经系统及脑脊液检查，无明显异常。

（二）脑挫裂伤：症状轻重差别较大，决定于脑损伤部位和范围，诊断依据主要有以下三点：

1.局灶性神经系统症状和体征，如单瘫、偏瘫、局限性癫痫、失语、瞳孔多变、对光反应消失，去大脑强直等体征出现，表示脑干损伤。预后不良。

2.蛛网膜下腔出血。

3.原发性昏迷，持续时间较长，表示脑挫裂伤范围较广，或有脑干损伤。

（三）颅内血肿：包括硬膜外血肿，硬膜下血肿和脑内血肿，其临床表现主要有以下几点：

1.意识变化：典型过程为昏迷——清醒——昏迷，中间清醒期，有时长达数小时，甚至数日。也可能很短，以至没有明显清醒期。所以，只要伤后昏迷程度继续加深，即应考虑有无颅内血肿。伤后没有立即昏迷，只说明原发性脑损伤较轻，并不表示不会发生颅内血肿。

2.瞳孔变化：一侧瞳孔散大，对光反应消失，为脑疝形成的重要标志。遇到这种情况，需要紧急进行抢救。

3.偏瘫或单瘫：伤后逐渐出现，或在原有基础上加重，

多由颅内血肿造成。

4.生命体征变化：血压增高、脉搏和呼吸变慢，为血肿引起颅内压增高的表现。

5.剧烈头痛，尤其伴有频繁呕吐时，应特别警惕有无颅内血肿。

〔治疗〕

（一）急救：

1.保持呼吸道通畅：昏迷患者，容易发生误吸。尤其伴有颌面损伤，脑脊液漏或频繁呕吐时，更易造成呼吸道梗阻。故在转送伤员时，应采取侧卧位，头偏向一侧，便于口腔分泌物自然引流。此外，要经常清除口腔分泌物，血块及呕吐之食物残渣。必要时，行气管内插管，气管切开，以及行辅助呼吸。

2.纠正休克：首先查明造成休克的原因。若为头皮撕裂出血引起，应尽速加压包扎，或缝合止血。若为其它合并损伤出血造成，也应优先处理，在休克尚未纠正以前，切勿转送伤员。

3.脑疝的临时治疗措施：伤员一侧瞳孔散大，对侧肢体瘫痪，血压增高，脉搏变慢，即可诊断为脑疝。应立即静脉推注或快速点滴20％甘露醇溶液 250 毫升。条件不具备时，可用50％葡萄糖60—100毫升，静脉推注。然后，迅速做好手术准备，或转送附近医院。转送伤员时，注意切勿使用吗啡及冬眠药物，也不要使用影响瞳孔扩大和收缩的药物。

（二）脑震荡治疗原则：休息至少一周，枕头垫高。然后循序渐进增加体力和脑力活动，通常 2 周内，即可恢复正常。若头痛、头晕等自觉症状较显著者，应继续休息，并可

给予镇静剂。

（三）脑挫裂伤治疗原则：

1.体位：昏迷伤员，最好采用侧卧位。如无休克，可保持头高15～30°位，以利头部静脉回流，减轻脑水肿。

2.昏迷时间较久，难以保持呼吸道通畅者，应考虑及早施行气管切开术。

3.补充液体和营养：每天10％葡萄糖液1000—1500毫升，限制盐入量。受伤三天后，可鼻饲流质饮食(牛奶等)。

4.防治脑水肿：

（1）保持呼吸道通畅，必要时给氧。

（2）脱水疗法：20％甘露醇，每公斤体重1～2克，4—6小时，静脉快速滴注一次。25％山梨醇，用量及用法同甘露醇。

脱水疗法，不可过于剧烈。否则，会使血容量锐减，血压降低，脑供氧不足，加重脑水肿。

5.防治感染：防治脑及肺部感染，应用抗菌素。

6.高热病人，应物理降温，或药物降温，或冬眠疗法（氯丙嗪50毫克，异丙嗪50毫克，杜冷丁100毫克，混合液），应根据病情每次肌肉注射2～3毫升，每3～6小时一次。在用冬眠疗法时，应密切观察病情变化。

氢化可的松，每日100～200毫克，加入10％葡萄糖液500毫升内，静脉滴注。

（四）颅内血肿治疗原则：应及早手术清除血肿。若无手术条件，在转院前，可暂行脱水疗法。

第三章　胸部疾病及损伤

第一节　急性乳腺炎

急性乳腺炎多为金黄色葡萄球菌或链球菌感染。其感染途径为：

1.初产妇，乳头常有破裂口，如被婴儿吮伤，细菌由此而入。

2.细菌直接由乳腺管开口进入乳房。

3.产后盆腔感染，或身体其它部位的化脓病灶扩散，细菌经血液循环进入乳房。

〔诊断要点〕急性乳腺炎，可分为三期。

（一）乳汁积滞期：主要表现为乳腺管阻塞，排乳不畅，乳房肿胀，形成硬块，疼痛。

（二）炎症期：肿胀处皮肤发红，发硬，疼痛及压痛明显（此期呈跳痛），局部发热，甚至全身发烧。

（三）脓肿期：炎症进一步发展，形成脓肿。可有一个或多个脓肿同时或相继形成。这时红肿局限，疼痛及压痛比炎症期为轻，脓肿部位可有波动感，压之凹陷（图12—2）。

〔预防〕

（一）尤应重视初产妇乳腺炎的预防。哺乳期，应充分休息和睡眠，心情舒畅。孕期及哺乳期，应穿较宽大的衣服，不要紧束乳罩，以免压迫乳房。如有乳头凹陷，可用手经常轻拉乳头。

（二）哺乳期，应保持乳房清洁，常用温肥皂水洗净，

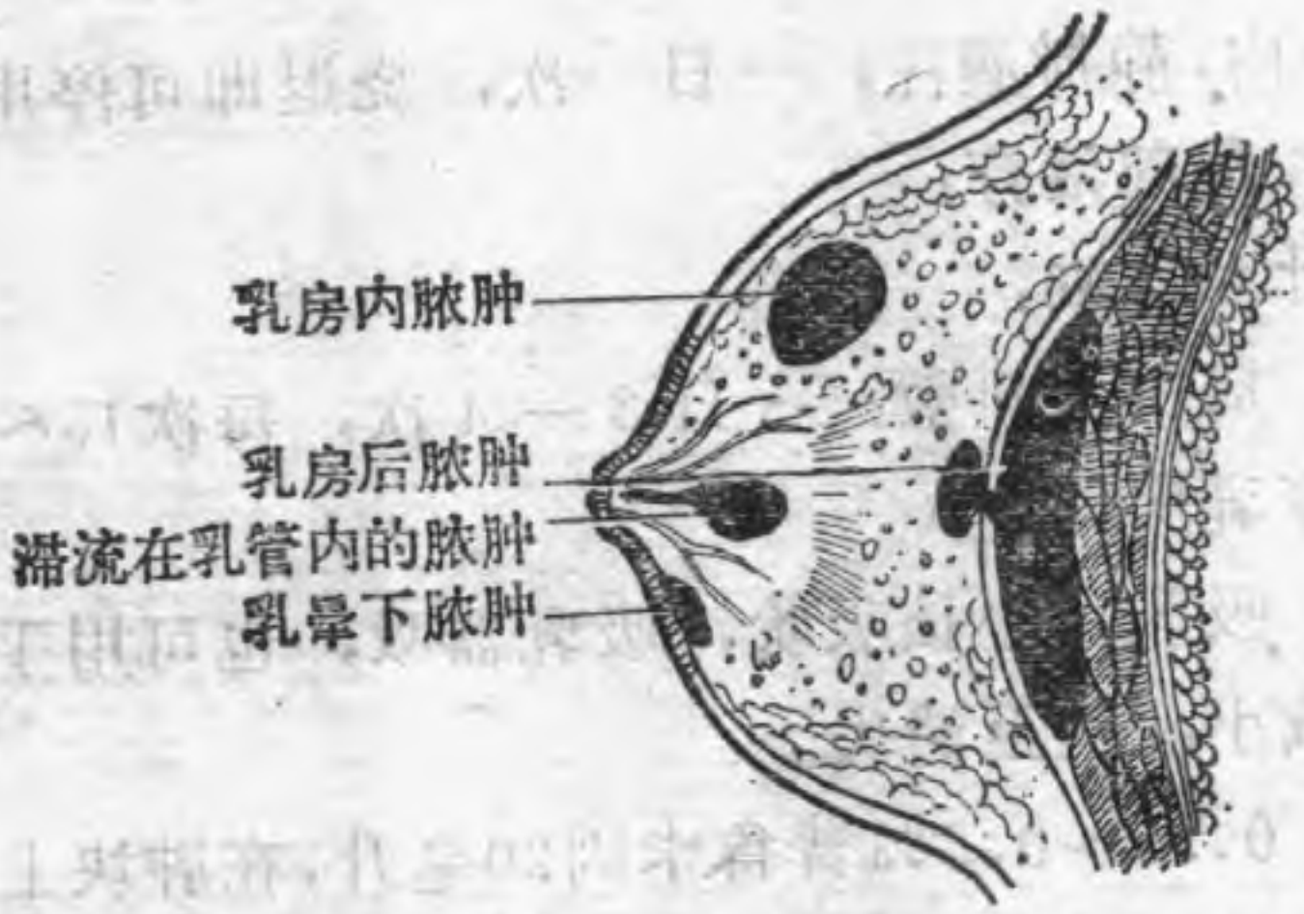


图12—2　乳房脓肿的部位

用75%酒精擦乳头。

（三）尽可能按时喂乳，每3—4小时一次。每次吸空一乳房后，再吸另一乳房，一次喂不完，应挤出或吸出余乳。

（四）若乳头破裂，应及时治疗，可涂求偶素，并坚持吸乳或挤出乳汁。

〔治疗〕

（一）全身治疗：

1.安静休息，解除思想顾虑及精神紧张。

2.吃富有营养易消化的食物，多喝开水或热汤，以使乳汁变稀，排乳通畅。

3.若有发烧及其它全身中毒症状者，可用抗菌素及输液。长效磺胺每日一次，每次0.5克，首次1克。磺胺嘧啶每日四次，每次1克，与等量小苏打同服。青霉素20～40万单位，肌肉注射，一日3—4次。链霉素0.5克，肌肉注射，一日2次。青、链霉素可联合应用。必要时，用庆大霉素4万单位，肌肉注射，一日2次。四环素500毫克，加入5%葡萄糖

液500毫升内，静脉滴注，一日一次，烧退即可停用。

（二）局部治疗：

1.乳汁积滞期：

（1）局部湿热敷，一日3—4次，每次15～20分钟。并轻轻按摩乳房。

（2）吸乳。小孩吸吮，吸乳器吸，也可用手轻轻挤，直至肿块减小，甚至消失。

（3）0.25～0.5%普鲁卡因20毫升，在肿块上方二、三横指处胸壁皮下，作一横形线状封闭，以超过肿块范围为度。注意切勿刺入胸腔。也可用苯海拉明一支封闭，方法同普鲁卡因封闭。

2.炎症期：

（1）湿热敷、吸乳，或30～50%硫酸镁溶液湿热敷，一日3—4次。

（2）0.25～0.5%普鲁卡因20毫升，加青霉素20～40万单位，乳房后封闭（乳房后筋膜与胸大肌筋膜之间）。也可采用乳汁积滞期封闭法，每日一次。

3.脓肿期：

（1）找准脓肿后，以1%普鲁卡因局麻，用20毫升注射器及16号粗针头(注射器内盛少量生理盐水,或0.25%普鲁卡因）穿刺抽脓，并用生理盐水反复冲洗至无脓，每日或隔日一次。炎症显著者，可用青霉素20～40万单位，配成3～5毫升，注入抽空的腔内。此法掌握好，可不用切开排脓。

（2）早期用湿热敷。吸乳，或挤乳等方法，应贯彻三期之始终。

（3）必要时，考虑在全麻或硫贲妥钠麻醉下，切开排

脓。切口应呈放射状或弧状（图12—3）。

（三）中医治疗：

1.乳汁积滞期及炎症期：

（1）瓜蒌牛蒡汤加减：瓜蒌、牛蒡子、黄芩、陈皮、天花粉、生山栀、银花、连翘、皂刺、生草各一钱，青皮、柴胡各五分。水煎服。

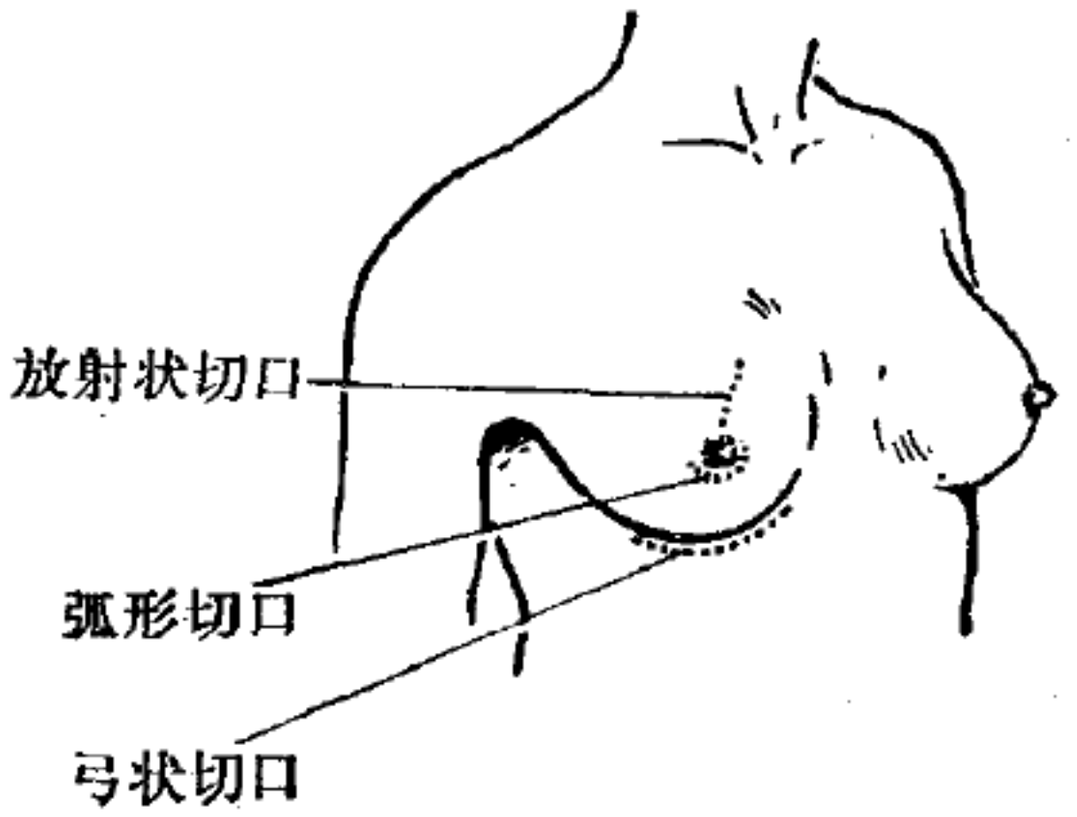


图12—3　乳腺脓肿的手术切口

乳汁积滞，加漏芦、王不留行、木通各三钱。炎症明显，加银花、连翘各五钱至一两。退乳，加焦山查、炒麦芽各五钱至一两。

（2）蒲公英二至四两。水煎服。药渣外敷患处，一日三次。

（3）银花、蒲公英各二两，赤芍、甘草各一两。水煎，分三次服。

（4）针刺：足三里、曲池、肝俞、胃俞、太冲穴。或快速针刺肩井、后溪、内关、乳根穴。

2.脓肿期：

党参、白术、山甲、白芷各一钱，升麻、草节各五分，生黄芪三钱，当归二钱，皂刺一钱半，青皮五分。水煎服。

第二节　胸壁结核

本病是胸壁常见疾病。绝大多数是继发性结核。其表现

主要有三种：一种是胸膜外淋巴结干酪样变，形成的结核性脓肿，即哑铃状脓肿。另一种是肋骨结核破溃形成的结核性脓肿。第三种是肺及胸膜结核病灶直接蔓延，侵入胸壁组织所致。无论那一种发展到晚期，胸壁的多种组织都会受到破坏。

〔诊断要点〕

（一）胸壁可摸到半球形，或哑铃状肿块，质软，基底固定一般无红肿及压痛。

（二）胸壁有慢性脓窦。

（三）诊断有怀疑时，可穿刺抽脓。但应注意脓肿内容物可能是较稠的干酪样物，不一定能抽出。

（四）X线检查对诊断有帮助。一般都有肺或其它器管的结核病。

〔治疗〕

（一）切开排脓常不能收到治愈之效，且一经切开，常招致化脓性感染，形成长期不愈的慢性窦道。但一般情况不佳和已有继发感染者，可切开排脓，作初步治疗，以减轻患者的中毒症状。

（二）手术治疗的原则是：切开肌肉下脓肿，并切除病变肋骨，充分暴露肋骨下脓肿，彻底清除病变组织，空腔以肌肉瓣填充，局部使用抗菌素，切口一期缝合加压包扎。同时，抗结核治疗。若为结核性脓胸引起者，则应按脓胸处理。

（三）单独使用药物治疗的胸壁结核，效果不满意。药物治疗对原发结核及配合手术治疗，促进愈合有一定作用，故应坚持用药。

第三节　胸肋关节软骨炎

本病又名非化脓性肋软骨炎，原因还不十分明确，可能是由于上肢活动力传达到胸肋关节软骨，造成长期摩擦损伤引起关节面软骨水肿、增厚。故以青壮年多见。少数病员发生在上呼吸道感染以后，服四环素有效。因此，很可能与病毒感染有关。

〔诊断要点〕

（一）多数突然发病，胸痛，胸肋关节隆起呈结节状，基底固定，硬而有压痛，光滑无粘连，无红肿表现，以区别胸壁化脓性感染。

（二）外展上肢，疼痛加剧。

（三）X线检查无异常。应注意与胸壁结核及肿瘤鉴别。

（四）常有外伤史，好发于从事上肢劳动的青壮年，以秋冬及冬春季节多见。

〔治疗〕

（一）局部治疗：

1.红山栀适量，研细，用醋调成糊状，外敷。

2.局部注入醋酸考的松1毫升（25毫克），加1％普鲁卡因2毫升，每周一次。4～5次为一疗程。

（二）全身治疗：

1.内服四环素族药物至胸痛缓解为止。无效时，可服激素类药物。必要时，可服止痛剂。

2.活血化瘀汤：当归尾三钱，赤芍三钱，桃仁三钱，防

风三钱，元胡三钱，黄芩三钱，半夏三钱，陈皮二钱，川芎二钱。水煎服。

3.左归丸，每服三钱，每日服二次。

第四节 胸壁挫伤

外来暴力（如木棒、车柄，钝性硬物、土块、拳击、挤扎等）引起胸壁皮肤、筋膜、肌肉，包括肋骨与肋软骨的骨膜软组织损伤，称为胸壁挫伤。

〔诊断要点〕

（一）外伤史，或担、推重物史。

（二）表皮损伤，皮下溢血，肿胀压痛明显，部位较固定，肋骨无间接压痛。

（三）呼吸、咳嗽时疼痛加剧。疼痛可沿肋间神经放射。

（四）早期处理不当，晚期可有深吸气时胸壁隐痛、胸闷，上肢活动不适，局部压痛明显而影响劳动。损伤肋骨与软骨者，肋骨局部有轻度隆起。

〔治疗〕

（一）局部治疗：

1.表皮损伤者，应清创包扎。

2.表皮无损伤者，可外用止痛药膏。跌打丸化糊状外用。热醋浴及手法按摩。

3.2％普鲁卡因2—4毫升，局部封闭。

（二）全身治疗：

1.口服止痛药，如去痛片、安乃近等。

2.中药和营止痛汤：赤芍、归尾、川芎、苏木、陈皮、

乳香、桃仁、续断、乌药、没药、木通、甘草。水煎服。局部肿胀疼痛较严重者，破血化瘀，用三棱、莪术、地鳖虫，及理气止痛药，元胡、丝瓜络、青陈皮等。肿胀加剧者，可服三七粉五分。疼痛沿肋间放射者，加枳壳、木香、橘络、丝瓜络、柴胡等。

（三）针刺疗法：

体针：支沟、阳陵泉、章门、期门、内关、肝俞、太冲穴等。

耳针：胸、神门、皮质下、交感。

（四）水针疗法：用10％葡萄糖10毫升，加维生素B_{12}，相当于夹脊穴部位，刺达神经根部注射。

第五节　胸部迸挫伤

本病又名岔气，是呼吸道在外力作用下所引起的一种损伤。常发生在力不能胜任，担抬重物用力不匀，呼吸道内特别是肺内压力突然增高，而引起粘膜，毛细血管，肺泡的破裂。严重的，可引起气管和支气管破裂，并发气胸、纵隔气肿与皮下气肿等。有时伴有部分胸部肌肉纤维断裂。

〔诊断要点〕

（一）受伤后，突然出现胸闷不适，叹息，范围较广的隐隐窜痛，不能深吸气。重者，可出现痰中带血。

（二）胸壁无明显压痛，有时呼吸音减弱，X线无阳性体征。

（三）严重者，可出现气胸体征（叩诊鼓音、呼吸音及语颤音减弱，气管偏向健侧及皮下气肿等）。也有不同程度的压痛。

〔治疗〕

（一）外用止痛膏，呛咳震痛剧烈，可用宽布条扎紧胸廓，以减轻疼痛。

（二）服去痛、止咳、消炎类药物。有出血者，口服或肌肉注射止血类药物。伤气者，用柴胡疏肝散（制香附、柴胡、陈皮、积壳、川芎、芍药、甘草）。水煎服。气血俱伤，用复元活血汤（柴胡、花粉、归尾、山甲、桃仁、红花、大黄、甘草）。水煎服。若咳血、咯血者，可加服三七粉，以及白茅、仙鹤草、藕节炭等止血药物。

（三）合并气胸者，按气胸处理。

（四）按摩疗法。

第六节 肋骨骨折

〔诊断要点〕

（一）单发性肋骨骨折：局部压痛，以双手前后或两侧相对挤压胸廓时，骨折处有剧痛，深呼吸、咳嗽时疼痛加重，有时可扪及骨折端，听到骨擦音。

（二）多发性肋骨骨折及肋骨两处以上骨折时，有反常呼吸（即吸气时骨折处胸部内陷，呼气时外突）。

（三）常伴有皮下气肿，多见于颈、胸部。

（四）肋骨骨折，常伴有张力性气胸或血胸。

〔治疗〕

（一）骨折局部用0.5～1%普鲁卡因溶液封闭，或肋间神经阻滞（包括骨折的肋骨上、下各一肋间神经）。

（二）胶布固定法：在病人呼气之末，贴于伤侧胸部，

作半环状固定，上下呈叠瓦状（胶布宽 6 ～ 8 厘米），两端应超过中线，需贴至骨折上下两根正常肋骨。固定 2 ～ 3 周。

（三）给予止痛剂，跌打丸。

（四）多发性肋骨骨折，若伴有反常呼吸，应送医院治疗。

第七节　气　　胸

胸壁、肺、支气管、气管裂伤后，可形成气胸。气胸有闭合性气胸、开放性气胸和张力性气胸三种。空气进入胸膜腔的创道已自行闭塞，胸膜腔与外界不再相通，气体不继续增加者，为闭合性气胸。胸壁有伤口，胸膜腔与外界继续相通者，为开放性气胸。肺受伤后，形成活瓣性裂伤，吸气时活瓣张开，空气通过裂口进入胸膜腔，呼气时活瓣关闭，空气不能通过裂口逸出，患侧胸膜腔内空气量不断增加，肺即萎陷，纵隔及心脏移向健侧，引起呼吸循环紊乱，为张力性气胸。如不及时治疗，可致死亡。

〔诊断要点〕

（一）闭合性气胸：病人伤后，感觉呼吸困难，气急。患侧胸部呼吸音减弱或消失，叩诊呈鼓音，气管移向健侧。

（二）开放性气胸：胸部有伤口，病情较闭合性气胸严重。

（三）张力性气胸：有进行性呼吸困难或伴有休克，体检与闭合性气胸相似，常伴有皮下气肿，胸腔穿刺时发现有高气压。

（四）注意：气胸常伴有血胸。

〔治疗〕

（一）闭合性气胸：胸膜腔内空气量少者，不需特殊处理，可逐渐吸收。量多者，可作胸腔穿刺抽气，使肺膨胀。

（二）开放性气胸：治疗原则是立即封闭伤口，使之转为闭合性气胸。

（三）张力性气胸：须立即处理，在患侧胸前第二肋间锁骨中线处，用18号（或19号）穿刺针，作胸腔穿刺，尽量抽气，然后按下法处理。

1.如当时无条件处理，即应转院。转院前，在穿刺处安置一胸腔穿刺针。针尾接一皮管，随时抽气，抽气后皮管要夹住。

2.如有条件，胸腔穿刺证实有气体后，即在原处安置一胸腔闭式引流。方法如下：

在胸壁前消毒皮肤，铺手术孔巾，用2％普鲁卡因溶液，作局部浸润麻醉。在胸壁前第二肋间锁骨中线处，作一平行肋骨的横切口，长2厘米，直达胸大肌筋膜。用止血钳分开肌肉，直达胸膜并戳穿之。然后，用止血钳夹一细导尿管，从该孔中插入（导尿管端应剪2～3孔，以利导气），导尿管放入约4～5厘米。缝合肌层及皮肤，并固定导尿管。导尿管末端接一玻璃管，通水封瓶（图12—4）。亦可用粗针头由上述肋间隙刺入胸腔，针尾接橡皮管通水封瓶进行引流，穿刺针用血管钳夹住，然后用胶布将血管钳固定于胸壁以防脱出。

安装水封瓶时，应注意：

1.玻璃管末端，应保持在水面下4厘米，切勿与大气相通。

2.各接头处，务必口径合适，牢固可靠，防止滑脱。

安置闭式引流后注意：

1.玻璃管内水柱上下活动并有气泡逸出，表示导管通畅。

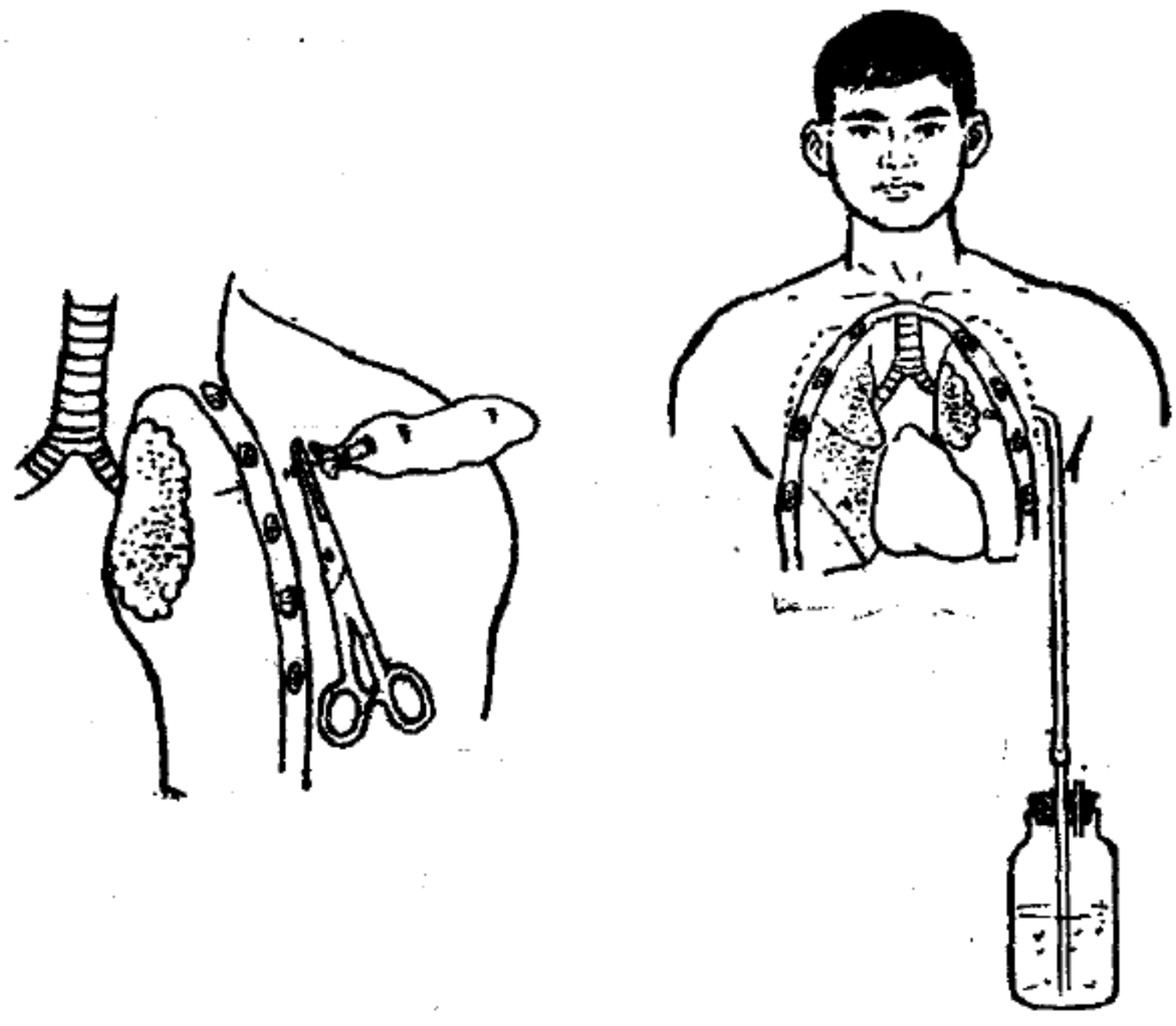


图12—4　气胸减压法

2.注意呼吸动度及患侧胸部呼吸音恢复情况。

一般病例在48小时内，肺部扩张良好而不再漏气。48小时以后，仍有漏气者或怀疑胸腔有继续出血，表示肺部裂口较大或支气管有裂口，难以自行愈合，应及时进行开胸探查术。

（四）皮下气肿，常与气胸并存。气胸处理后，皮下气肿可逐渐自行消退。

第四章　腹部疾病及损伤

第一节　腹外疝

腹内脏器由正常位置，经腹壁上孔道或薄弱点突出，称

为腹外疝。其发生原因，为腹壁上有先天性或后天性薄弱部位，以及腹内压力增加，如咳嗽，便秘，排尿困难等。常见的腹外疝，有下列几种：

（一）腹股沟疝：内脏经腹股沟管（图12—5）突出，

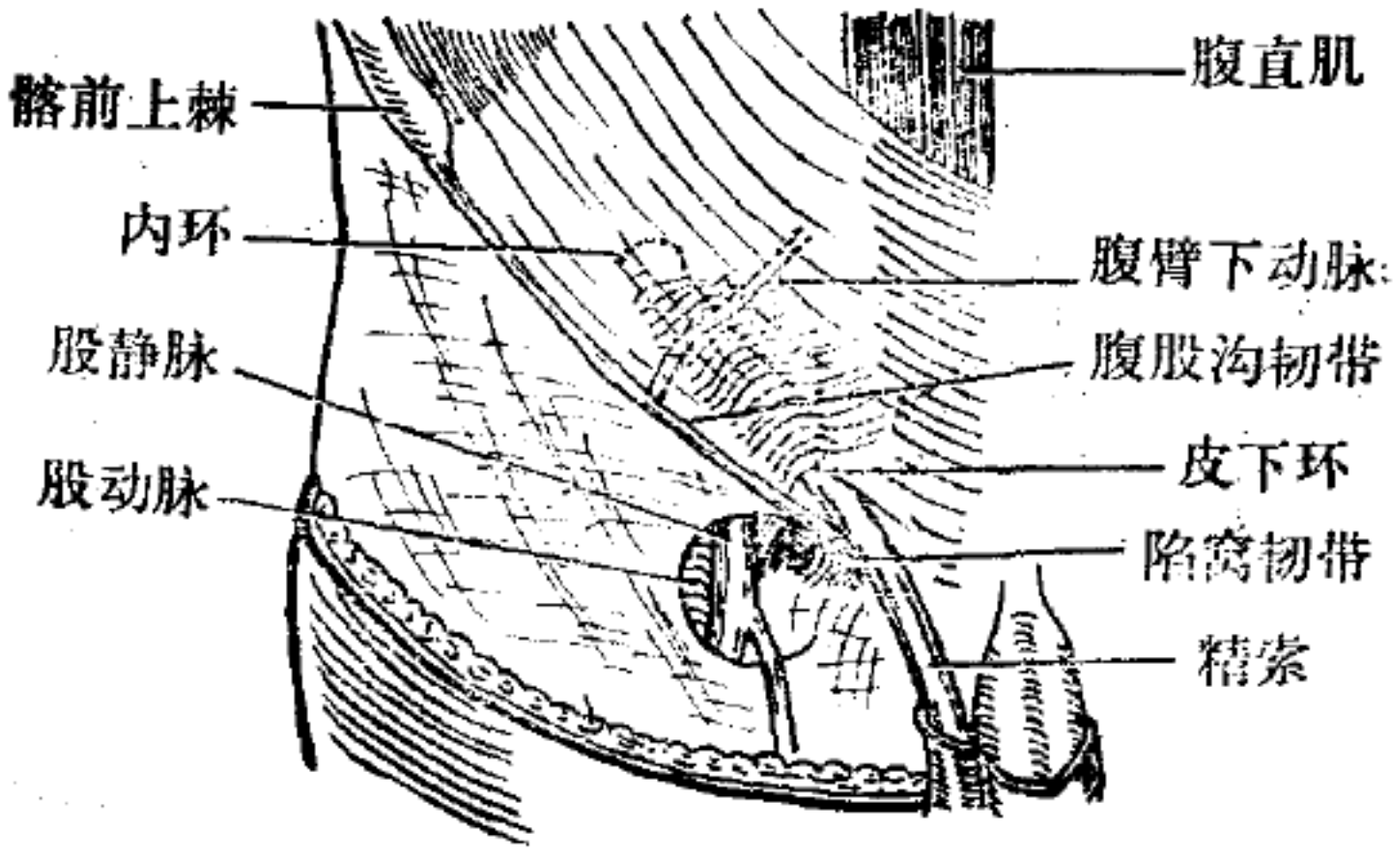


图12—5　腹股沟管的构造

分斜疝、直疝二种。斜疝由腹股沟管内环突出，经腹股沟管外环而达皮下，或降入阴囊。直疝是由腹股沟内侧隐窝（内界为腹直肌外缘，外界为腹壁下动脉，下界为腹股沟韧带）突出至皮下。

（二）股疝：内脏经股管由股环突出。

（三）脐疝：内脏由脐环缺陷处突出。

（四）切口疝：因手术切口愈合不良，内脏由切口薄弱点突出。

〔诊断要点〕

（一）腹内压增加时，腹壁某部有一软肿物突出，平卧或用手压迫可还纳者，称可复性疝。肿物较大时，有下坠感。

（二）若疝内容与疝囊粘连，平卧或用手压不能全部还

纳者，称不可复性疝。

（三）若疝囊颈过紧疝内容不能还纳，影响血循环，致嵌入的肠管发生水肿、充血、出血等病理改变者，称嵌顿疝。此时，肿物处疼痛加重，同时合并肠梗阻症状。

（四）若嵌顿时间过久，血运受阻肠管发生坏死，出现腹膜炎，甚或局部有红、肿、热、痛等炎症表现，称为绞窄疝。

（五）斜疝应与睾丸鞘膜积液鉴别：

	斜　　疝	睾丸鞘膜积液
形状	梨形	椭圆形
内容	脏器（肠管）	积水
肠鸣	有	无
外环	大	不大
透光试验	阴性	阳性

〔治疗〕

（一）减少使腹内压增加的因素，如婴儿啼哭，成人慢性咳嗽，便秘等。

（二）小儿脐疝用环形软垫加压包扎，可助愈合。

（三）一岁以上的小儿，不能自行闭合或经常发生嵌顿者，应早期手术治疗。

（四）腹外疝，除有特殊禁忌证外，一般应行手术治疗。

（五）嵌顿疝，若无手术条件，可用小茴香五钱，开水冲后热饮（床脚或臀部抬高，以利还纳）。或注射止痛镇静剂（如吗啡、杜冷丁、苯巴比妥钠、冬眠合剂等）后，用手法还纳。但应注意勿用力过猛，以免损伤肠管。手法还纳后，应注意观察有无血便，腹痛，局部压痛，发烧等腹膜炎征

象。若怀疑有肠坏死或嵌顿时间较长，切忌手法复位。

（六）绞窄疝应立即手术，手术延误可造成生命危险。

（七）小儿疝，可复性疝，在加压包扎的配合下，可服中药。小茴香一钱，木香一钱，焦槟榔一钱，乌药一钱，肉桂八分，吴萸一钱，川楝子一钱半，枳壳一钱，当归二钱，青皮一钱，荔枝核一钱半。水煎。每日一剂，每次少量频频饮服。腹泻者，去槟榔。形寒足冷者，加炮干姜八分。

第二节　腹部闭合性损伤

本病为挤压、撞击等钝性暴力所引起的无伤口的腹部损伤。可能引起腹内脏器破裂，以致有发生严重内出血或腹膜炎的危险。因此，早期诊断和及时治疗非常重要。

〔诊断要点〕

（一）详问受伤的时间，暴力的性质、大小和打击的部位。上腹部受伤时，以实质性脏器（肝、脾、肾）的破裂较多见。腹中部与腹下部的损伤，尤其压力集中时，空腔脏器较易损伤。由高处坠下时，常发生实质性脏器和膨胀膀胱的破裂。肝、脾于其相应部位，受到直接打击，尤其是原有肝、脾肿大，或伴有胸下部肋骨骨折时，容易破裂。

（二）注意病人呼吸、脉搏、血压，有无休克或内出血征象，以及其它部位的合并损伤。

（三）单纯性腹壁挫伤的疼痛较轻，无发热，内出血等全身症状，压痛与肌紧张，都局限在受伤部位。

（四）空腔脏器的破裂，有急性腹膜炎征象。

（五）实质性脏器破裂时，有面色苍白，四肢发凉，呼

吸急促、口渴、烦躁、脉速而细弱，以及血压下降等内出血征。肝、脾破裂，分别可有右肩及左肩的放射痛，局部明显压痛及肌紧张，有血块积聚时，局部浊音区扩大。腹内积血，能引起轻度腹膜炎征，肝破裂因有胆汁流出，腹膜炎症状较重，腹部可叩出移动性浊音，肠鸣音减弱或消失。

（六）肛门指诊直肠前陷凹有触痛及饱满感。

（七）定时测定血红蛋白，对内出血诊断有重要意义。

（八）尿中有血液，可能为泌尿系损伤。

（九）诊断有困难时，可考虑腹腔穿刺。

〔治疗〕

（一）腹壁损伤与内脏损伤不能确诊时，必须严密观察。注意脉搏、血压及腹部体征变化。禁食，静脉输液，给抗菌素，禁用吗啡类药物。

（二）有腹内脏器破裂时，先抗休克，最好就地手术，若无条件，应尽早转院。

第三节　急性腹膜炎

本病是由细菌感染，化学刺激或损伤所引起的腹膜腔的急性炎性病变。临床上常分为原发和继发二种。原发性腹膜炎较少见。由腹腔内脏的病变，如急性阑尾炎穿孔，溃疡病穿孔，妇女盆腔感染扩散，实质性及空腔脏器外伤破裂，胃肠道绞窄性梗阻坏死、穿孔等所引起的腹膜腔感染，皆称为继发性腹膜炎。

〔诊断要点〕

（一）原发性腹膜炎：多见于小儿，常伴发于上呼吸道

感染，或肾病综合征之后，大都由链球菌或肺炎双球菌所致，发病急骤，主要症状大致同继发性腹膜炎。

（二）继发性腹膜炎：

1.持续性腹痛：一般都很剧烈。不能忍受，在移动体位、深呼吸或咳嗽时加重。胃肠道穿孔的腹痛是突发性的，如由腹内脏器炎症（急性阑尾炎、胆囊炎等）穿孔引起，则先有原发病的局部疼痛，然后扩散至全腹。疼痛范围随腹膜炎扩散程度而定，但一般均在原发病灶处最显著。

2.恶心呕吐：早期为较轻的反射性呕吐，吐出胃、十二指肠内容物。晚期由于毒性反应和麻痹性肠梗阻，而呈持续性呕吐，吐出黄绿色或有粪臭的小肠内容物。可出现脱水及酸中毒症状。

3.全身状态：急性重病容，不愿变更体位，体温逐渐升高，有口渴，冷汗，呼吸急浅，脉搏细弱等休克和中毒症状。

4.腹部检查：腹壁呼吸运动减弱或消失，晚期腹部膨隆。全腹有压痛、反跳痛和肌紧张，原发病灶处尤为显著。注意在小儿、老年和体弱者，腹肌紧张可能不明显。胃肠道穿孔者，腹腔内有游离气体时肝浊音界减小或消失，腹腔内有多量渗出液时，能叩出移动性浊音。肠鸣音减弱或消失。

5.肛门指诊：在直肠前陷凹有明显触痛，盆腔积脓时，可有饱满感或波动感。

〔治疗〕急性腹膜炎的治疗原则，应尽早查明原因，依照原发病的治疗原则进行处理。

（一）原发性腹膜炎：以非手术疗法为主，需用大量抗菌素及输液等。

（二）继发性腹膜炎：发病急，且病情逐渐加重者，应

考虑及早行剖腹探查术，以便及时发现和处理原发病灶。若发病已超过48小时，且病情好转，有局限趋向者，可暂不进行手术。急性腹膜炎形成局限性脓肿时，可按腹腔脓肿处理，一般先采用非手术疗法。经非手术治疗后，脓肿仍不吸收，或有发展趋向时，应行切开排脓。其非手术疗法如下：

1.禁食。半坐位（休克者例外），胃肠减压，静脉输液，纠正脱水及酸碱平衡失调（参阅肠梗阻的治疗），记24小时出入量。有休克者，抗休克治疗。

2.青、链霉素肌肉注射，中毒症状严重，可采用四环素族抗菌素，静脉滴注。

3.腹部热敷，可助炎症局限化。

4.腹痛者针刺内关、中脘、梁门、天枢、足三里穴。灸神阙穴。或肌肉注射阿托品0.5毫克。

5.如感染控制，症状好转，肠鸣音恢复正常或肛门排气，可拔除胃管，自少量流食逐步恢复至正常饮食。

6.恢复期内，应注意有无腹腔脓肿的发生。

第四节　急性阑尾炎

本病为阑尾的急性细菌性感染，是最常见的急腹症。

〔诊断要点〕

（一）腹痛初起常在上腹部或脐周围，以后转移并固定于右下腹。可伴有恶心或呕吐，既往可能有类似发作史。

（二）可有便秘或轻度腹泻。

（三）轻度发热，一般在38℃左右，如已穿孔形成脓肿或腹膜炎时，可发高热。

（四）右下腹有局限性压痛和反跳痛，局部肌肉有抵抗或肌紧张。挤压左下腹，可能引起右下腹痛。如已形成阑尾脓肿，可摸到包块。肠鸣音无明显改变。

（五）小儿阑尾炎易穿孔，常伴腹泻。发病前有驱虫史者，应考虑阑尾蛔虫。有阵发性绞痛，右下腹肌紧张和压痛，时轻时重。妊娠中期或晚期，发生阑尾炎时，压痛点较高，应注意区别压痛部位与子宫的关系，如阑尾位于子宫后方，腹部压痛及肌紧张常不明显，后腰部可有压痛。老年患者，因反应差抵抗力弱除有右下腹疼痛外，局部肌紧张和压痛多不严重，而全身中毒症状多较显著，且易穿孔形成除慢性腹炎。

（六）应与急性腹膜炎，胆囊炎，溃疡病穿孔，肠梗阻及输尿管结石等鉴别。女性病人应详问月经史，注意与宫外孕和盆腔炎鉴别。

〔治疗〕

（一）应用青、链霉素或四环素族抗菌素。

（二）用阿托品等解痉止痛，禁用吗啡类药物。

（三）针灸治疗：强刺阑尾穴（足三里下二寸）。发生阑尾炎时，此穴多有压痛。进针时，须刺在痛点上。

（四）局部症状较重，或穿孔者手术治疗，小儿阑尾炎因易穿孔，宜早手术治疗。

（五）中医治疗：

1.瘀滞期：多属急性单纯性阑尾炎。

临床病象：不寒不热，或仅有微热，恶心、纳呆，脘腹胀闷，大便正常或秘结，尿清或黄。脉弦紧，苔白，舌质正常或有紫斑。

治法：行气活血，辅以清热解毒。

方药：阑尾化瘀汤：川楝子五钱，元胡三钱，丹皮三钱，桃仁三钱，木香三钱，银花五钱至一两，生大黄三钱（后下）。水煎服，每日一剂。血聚成块者，加红藤1～2两。

2.蕴热期：多属炎症显著，阑尾脓肿。早期、轻型腹膜炎者。

临床病象：低热或午后发热，口干渴，腹疼重，食少脘闷或呕吐，尿黄便结或便溏。舌苔黄干或黄腻，舌质红。

治法：清热解毒，行气活血。

方药：阑尾清化汤：银花一两，蒲公英一两，丹皮五钱，生大黄五钱，川楝子三钱，赤芍四钱，桃仁三钱，生甘草三钱。水煎服，每日两剂。

3.毒热期：多属坏疽型阑尾炎或合并腹膜炎者。

临床病象：发热恶寒，面目红赤，唇干舌燥，腹胀疼拒按，大便秘结，小便赤涩或尿痛。脉洪大而数，舌苔黄燥或黄腻，舌质红。

治法：清热解毒为主，辅以行气活血药。

方药：阑尾清解汤：银花二两，蒲公英一两，冬瓜仁一两，生大黄八钱（后下），丹皮五钱，木香三钱，川楝子三钱，生甘草三钱。水煎服，每日两剂。大热大渴者，加生石膏一两，天花粉五钱。

外敷药（配合内服药应用）：

1.腹膜炎和阑尾脓肿的急性炎症期：桃仁二两，生大黄三两，黄柏二两，黄芩二两，蒲公英四两(鲜者一斤)。共研细末。用黄酒或葱、酒，煎调成酱状，按腹部病区大小外敷，上盖油纸或薄塑料纸，外用纱布固定。每12小时换药一次。

2.若形成局限的包块：生半夏、猪牙皂、白芷、生川乌、生大黄各一两，黄柏、败酱草、蒲公英、穿山甲、陈艾叶各二两。共为细末。外用法同上，每日换药一次。

（六）形成阑尾脓肿时，注意包块变化，经治疗后，如包块有发展或体温持续升高，应切开引流。

第五节 溃疡病穿孔

溃疡病穿孔是指胃或十二指肠溃疡的急性穿孔，胃内容物流到腹膜腔内，而发生腹膜炎。

〔诊断要点〕

（一）突然发作上腹部刀割样剧烈疼痛，迅速扩展至全腹部，伴有恶心与呕吐。

（二）表现痛苦不安，面色苍白、脉搏骤然加快，皮肤湿冷，呈休克状。

（三）腹式呼吸消失，不愿移动体位。腹部肌肉极度紧张，呈“板状”，全腹压痛与反跳痛，但以上腹及右下腹最显著。

（四）肝浊音界消失或缩小，肠鸣音消失。

（五）病人多半有溃疡病史。

（六）注意与急性阑尾炎，急性胆囊炎，胆石症，急性胰腺炎等鉴别。

〔治疗〕

（一）非手术疗法：适用于穿孔早期，临床症状较轻者。

1.病人取半坐位，禁食，记录24小时出入量。

2.胃肠减压，静脉输液。

3.针刺内关、中脘、梁门、天枢、足三里穴。用艾卷灸神阙穴。或肌肉注射阿托品 0.5 毫克。

4.肌肉注射青霉素40万单位，每日 4 次。链霉素0.5克，每日 2 次。

5.定时测血压、脉搏，观察病情变化。如腹痛未减，腹部体征无好转，须转院治疗。

6.经治疗后，如症状好转，肛门排气，肠鸣恢复正常后，拔去胃管，逐步恢复饮食，并给予溃疡病内科治疗。

（二）手术疗法：病情严重者，应根据当时条件，抓紧手术治疗，选择穿孔缝合术，或胃大部切除术。否则应立即转院治疗。

第六节　胆道蛔虫病

本病是肠道内蛔虫钻入胆道，引起胆道痉挛而发生剧痛。继之可导致胆道细菌感染，急性胆囊炎、急性胰腺炎及胆道出血等并发症。

〔诊断要点〕

（一）上腹阵发性“钻顶”痛，程度剧烈，有时放射至右肩、背部，病人辗转不安。间歇期疼痛可完全消失。

（二）常伴有恶心、呕吐，有时可吐出蛔虫。初起无发热。

（三）剑突下或右上腹，有轻度压痛，腹壁柔软。如继发胆道感染可发热，局部压痛明显，有肌紧张及反跳痛。

（四）有肠道蛔虫病史。

〔治疗〕蛔虫一般多能自行退出胆道，以非手术疗法为主。

（一）针灸治疗：针刺中脘、期门穴（双），可持续捻转至疼痛消失，或留针半小时。每日2～3次。

（二）解痉止痛：肌肉注射阿托品0.5毫克，杜冷丁50毫克等。小儿减量（杜冷丁不能单独使用，必须兼用阿托品）。

（三）驱虫：用驱蛔灵、驱虫净。禁用山道年和含山道年的成药。

（四）中医治疗：

1.甘草二两，水煎，冲服蜂蜜一两，以缓解疼痛。继以安蛔散：乌梅三钱，黄连一钱（或黄柏三钱），川椒三钱，藿香一钱，槟榔三钱，白矾五分。水煎，分三次服。

2.成人空腹服驱蛔灵3～5克，隔三小时后服茵姜大承气汤一剂：茵陈一两，干姜三钱，厚朴五钱，枳实或枳壳五钱，生大黄八钱（后下），芒硝六钱（冲服）。水煎服。若中药取用不便，可用茵陈一两半，水煎，冲服蓖麻油20～30毫升。若无效，次日再重复一次。此法多能达到利疸止痛，排便驱虫的目的。

（五）控制感染：一般不用抗菌素预防感染。如发热或局部症状加重时，应考虑胆道感染，可适当使用抗菌素。

（六）非手术疗法失败，或出现严重胆道感染，或胆道出血等并发症时，应手术治疗。

第七节　急性胆囊炎　胆石症

急性胆囊炎是由于细菌的侵袭和胆囊管阻塞所引起的胆囊炎症。胆石症是指胆囊或胆管内结石形成。

〔诊断要点〕

（一）上腹或右上腹部持续性剧烈疼痛，有阵发性加剧，常向右肩或背部放射，伴有恶心或呕吐。

（二）体温在38～39℃之间，如总胆管有结石梗阻继发感染，可伴寒战，体温更高。

（三）总胆管结石，多伴有黄疸。

（四）右上腹部有压痛与反跳痛，肌紧张。有时可摸到肿大的胆囊，对诊断有重要意义。如站在患者右侧，用左手拇指置于胆囊处，其余四指放于肋骨上，嘱患者作深吸气，使肝脏下移，肿大的胆囊被触及时则因疼痛加剧，患者呼吸有突然屏息现象。

（五）病人有类似发作史，或多年胃痛，或有消化不良病史。

（六）应与传染性肝炎，溃疡病穿孔，急性胰腺炎及急性阑尾炎等鉴别。急性胰腺炎的腹痛，为持续性剧痛，多在上腹中部，常放射至腰背部。上腹中部或偏左有压痛，但常不如自觉疼痛的程度严重。必须注意急性胆囊炎，可伴发胰腺炎。

〔治疗〕

（一）解痉治疗：

1.针灸治疗：针刺中脘、期门穴（双）。呕吐者，加内关。

2.皮下注射阿托品 0.5 毫克。也可口服50%硫酸镁10毫升，一日 3 次。颠茄片 8 ～16毫克，一日 3 次。

（二）病情严重时，应禁食，胃肠减压，记出入量和静脉输液。

（三）应用青、链霉素或四环素族抗菌素。病情严重时，可静脉滴注四环素。

（四）中医治疗：治疗原则为清化湿热，利胆排石，理气止痛。

主　证：不发烧或寒热往来，口苦咽干，胁痛，食少尿黄或便秘。舌淡或红，苔白或黄，脉弦数。

基本方：柴胡三至五钱，黄芩三至五钱，半夏三钱，茵陈五钱至一两，木香三至四钱，郁金三至四钱，生大黄三至五钱。

加　减：

1.气滞型：若无发热，多因心情不快而发病者，舌淡苔薄白或微黄，加枳壳、香附、元胡各三钱，白芍五钱。

2.湿热型：若寒热往来，食少身黄，尿黄便结，舌红，苔黄腻，加车前子、木通、栀子各三钱。

3.实火型：同湿热型，诸证加剧，舌苔黄燥或有芒刺，舌红或绛，可重用柴胡、黄芩各五钱，茵陈一两，加栀子、龙胆草、芒硝（冲服）各三钱。

上方可随症加减。热重，加板兰根、银花、连翘。便秘，重用大黄、芒硝、厚朴。痛重，加川楝子、元胡。呕吐，加竹茹、半夏。食欲不振，加藿香、佩兰、焦三仙。

胆结石者，可服用胆道排石汤：金钱草一两，茵陈、郁金各五钱，枳壳、木香各三钱，生大黄五钱。水煎服。

（五）有阻塞性黄疸的病人，多伴有肝脏损害，且易发生感染中毒性休克，须密切注意血压、脉搏和病情演变，给予保肝治疗。老年患者，也易合并感染中毒性休克，应特别注意。

（六）高热，腹膜刺激症状较重，尤其是伴有黄疸的病人，以及经非手术治疗24～48小时无效者，应考虑手术治疗。

第八节　急性胰腺炎

本病是胰腺的消化液作用于胰腺本身所引起的急性炎症，常由于蛔虫引起胰管梗阻、饮酒或饱餐，促进胰腺分泌旺盛所致。病情轻重不一。轻者，仅有胰腺水肿，引起上腹痛。重者，胰腺出血、坏死，可引起休克及弥漫性腹膜炎。

〔诊断要点〕

（一）突然上腹正中或偏左处持续剧痛，可有阵发性加剧，多向左侧腰背或肩胛部放射，常伴有恶心、呕吐及中等度发热。

（二）上腹压痛及轻度腹壁紧张。少数严重病人呈现弥漫性腹膜炎体征及休克。

（三）须与胆道蛔虫病鉴别。后者在上腹偏右处引起“钻顶”痛，而腹壁柔软。须注意此二病，常可同时存在。其它，如溃疡病穿孔、肠梗阻、急性胆囊炎等，也须注意除外。

（四）有条件时，做血清及尿淀粉酶测定。

〔预防〕

（一）急性胰腺炎，多由于胆道疾患，如胆石症、蛔虫、慢性胆囊炎等所引起。故防治胆道疾病，是预防胰腺炎的关键。

（二）避免暴饮暴食，冷食，饮酒等。

〔治疗〕

（一）禁饮食（轻症不用禁食），成人每日给予5％葡萄糖液1500～2000毫升和5％葡萄糖生理盐水1000毫升，静脉滴注（小儿输液总量为60～80毫升/公斤/日），至腹痛基

本消失后，始可渐进流食。

（二）解痉止痛：皮下注射阿托品 1 毫克，或肌肉注射654--- 2 、10毫克。 4 小时后可重复注射。痛重者，可同时注射杜冷丁。

（三）针灸治疗：内关、中脘、足三里、地机穴（阴陵泉下三寸）。强刺激。快速针刺疗法，同溃疡病。

（四）有继发感染热度高者，注射青霉素及链霉素。

（五）有休克症状者，治疗参见“休克”。

（六）经上述治疗而症状不见好转，或疑有胆道病变者，可作剖腹探查。

（七）中医治疗：本病为脾胃实热症，治当以清血瘀，泻实热为主。

清胰 1 号：适用于轻型胰腺炎。

组成：生大黄五钱（后下），龙胆草三钱，白芍五钱，木香三钱，元胡三钱。水煎服。

清胰 2 号：适用于重型胰腺炎。

组成：生大黄五钱（后下），厚朴、木香、栀子、丹皮、元胡各三钱，赤芍五钱，芒硝三钱（冲服）。水煎服。

以上两方加减：热重，加银花一两，连翘一两。出现黄疸，加茵陈八钱，金钱草一两。痛重，加川楝子四钱。大便燥结，加生大黄、芒硝。若合并胆道蛔虫症者，加槟榔五钱，苦楝根皮五至八钱，使君子五至八钱。

第九节 肠梗阻

肠梗阻是指肠腔内容物的正常运行发生障碍，不能通过

肠道，其结果可以造成全身性生理紊乱和肠管本身解剖与功能上的变化。严重时，常危及生命，需要及时处理。

〔诊断要点〕

（一）确定肠梗阻的有无，主要根据以下表现：

1.腹痛：多为阵发性中腹部较痛，痛时腹肌可能紧张。阵痛过后，腹壁较软，都有程度不等的压痛。较痛时伴有肠鸣，腹壁可能见到肠型和肠蠕动波，听诊肠鸣音高亢，有金属音（“丁令”声），或气过水音。

2.呕吐：早期有反射性呕吐，吐食物或胃液。若为高位小肠梗阻，则呕吐频繁，吐出胃和十二指肠液。低位小肠或结肠梗阻，呕吐次数少，出现也较晚，先吐胆汁性液体，以后为粪臭味液体。

3.腹胀：出现较晚。高位肠梗阻，因呕吐频繁，腹胀不明显。低位肠梗阻有全腹膨胀，叩诊呈鼓音。在闭袢性肠梗阻，因该段肠袢的膨胀较他处显著，可有腹部不对称的膨胀，有时可触及一固定压痛的肠袢。闭袢性肠梗阻，必然伴有肠管血循环障碍。

4.无排气和排便：仅在完全肠梗阻时，才有此现象。在高位肠梗阻的早期，梗阻部位以下积存的粪便和气体，仍可自行排出。在某些伴有肠壁血循环障碍的肠梗阻，可能自肛门排出血性液体或血性粘液。

5.肠梗阻早期：患者全身情况可无明显变化。梗阻晚期，出现脱水或中毒现象。

（二）判断肠梗阻的性质：对决定是否急需手术极为重要。

1.机械性或麻痹性：麻痹性肠梗阻，多在腹腔感染，腹

膜后出血或腹部手术后发生，无阵发性绞痛，腹胀显著，肠鸣音减弱或消失，与机械性肠梗阻鉴别一般不难。应注意机械性肠梗阻，在晚期可转为麻痹性肠梗阻。

2.单纯性或绞窄性：机械性肠梗阻，可分为单纯性和绞窄性两种。后者是指伴有肠壁血运障碍者，临床上有下列现象时，应考虑绞窄性肠梗阻：

（1）腹痛发作急骤，或阵发性加重后，仍有持续性疼痛。剧痛时，肠鸣音不亢进，腹胀可能不显著。呕吐出现早，且为持续性。

（2）病程早期出现休克的表现，并逐渐加重。

（3）腹部有固定压痛，反跳痛和肌紧张，体温、脉搏和白细胞计数，有升高趋势。

（4）呕吐咖啡样液体，或自肛门排出血性液体。

（5）有不对称性腹胀，腹部触诊或直肠指诊，可触及有压痛的肿块（肠袢）。

（三）分析肠梗阻的原因：应详查可能发生疝的部位，是否发生嵌顿。曾有手术、受伤或腹腔感染史者，多系粘连所致。有肺结核，腹胀，腹泻、便秘交替史者，应考虑结核性腹膜炎，或肠结核等引起。儿童有排虫史，且腹部可摸到条索状团块者（多在脐周围），应考虑蛔虫性肠梗阻。老年患者，应注意腹部有无肿块（肿瘤）及乙状结肠扭转。

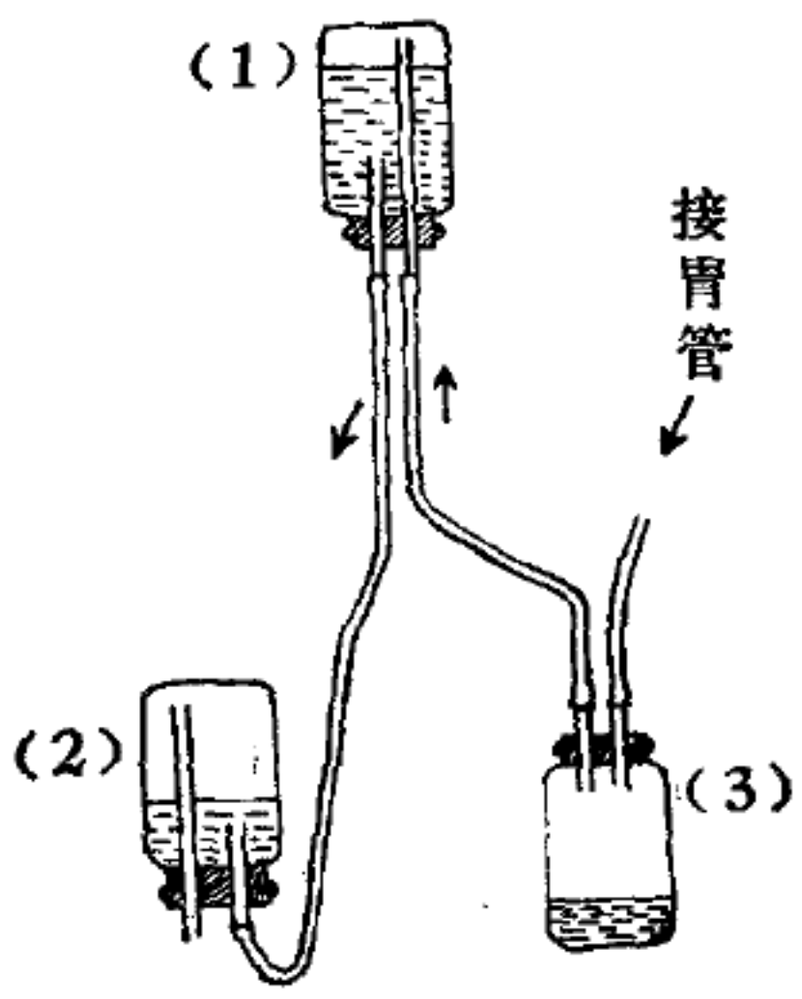
〔治疗〕

（一）麻痹性肠梗阻，以非手术疗法为主，同时治疗病因。可针刺天枢、大肠俞、合谷、足三里穴。中刺激。或用0.25%普鲁卡因做肾囊封闭，每侧30～60毫升。

（二）单纯性肠梗阻，可试行非手术疗法：

1.禁食，静脉输液：每日维持量，成人为2500～3000毫升，其中1/3～1/4为等渗含钠液，其余为5％葡萄糖液。呕吐及胃肠减压损失的量，另外用等量的等渗含钠液补充。禁食2日以上者，每日尚须补充氯化钾2～3克（稀释成0.1～0.3％的浓度滴注，无尿或肾功能不良者，禁用）。疑有酸中毒时，可滴注5％碳酸氢钠100～200毫升。输液应保持每日尿量在500毫升以上。

2.胃肠减压(图12—6)：由鼻孔插入胃管约60厘米，接连至持续吸引装置（或以注射器随时抽取），吸引胃肠道内容。每天以生理盐水冲洗胃管1～2次,以保持减压管通畅。



①瓶的水平面降至短管水平，即不再下降，负压作用消失，须将①②瓶互换；先将①瓶长管的皮管拔了接于②瓶长管，然后两瓶互换位置，注意勿将皮管接错，否则会产生正压。

图12—6　胃肠减压装置

3.针刺足三里、上巨墟、内庭、太冲、中脘穴。中刺激。或皮下注射阿托品。口服或胃管内注入植物油，或石蜡油100～200毫升。蛔虫性肠梗阻，应服用驱蛔灵，以驱散虫团。

4.中药疗法：

(1)硝菔通结汤：鲜萝卜二斤，芒硝二两。水煎200毫升。成人可日服2—3剂(抽空胃内容物,再由胃管注入)。小儿每次5毫升/公斤,日服2～3次。

(2) 甘遂通结汤：甘遂末二至三分（冲），桃仁三钱，赤芍五钱，生牛膝三钱，厚朴五钱至一两，生大黄三至八钱

（后下），木香三钱。水煎服。

（3）喷嚏疗法：肘膝卧位，令患者从鼻孔吸入通关散或皂角面少许，以刺激粘膜引起打喷嚏，若喷嚏连续不断，腹痛减轻多有缓解希望，对早期肠扭转效果较好。

5.肌肉注射青霉素、链霉素。

6.密切观察体温、脉搏、血压、腹部症状和体征，有恶化趋势或出现绞窄性肠梗阻征象时，应及时手术治疗。

（三）绞窄性肠梗阻，疑有肠坏死、肠穿孔者，必须尽早手术治疗。

附：小儿肠套叠

〔诊断要点〕

（一）多为2岁以内的小儿，突然阵发性哭闹或精神萎靡，伴有呕吐，起病半日后每有血便。

（二）右下腹空虚。右上腹或左腹部，可摸到一腊肠样肿物。晚期则可见腹胀和腹膜刺激征。

（三）直肠指检，可在指套上见到血性粘液，如套迭至直肠时，则可触及套入的顶端，呈子宫颈样。

〔治疗〕

一、发病24小时以内者，高压灌肠，常可使套叠复位。复位后，哭闹停止，腹部肿物消失。服炭末1克，如数小时后，大便呈黑色，则进一步证实之。

二、灌肠时，可逆时针方向，在腹壁外按摩肿物协助复位。

三、灌肠整复不能成功，或超过24小时以上，应手术复位。

第五章　肛门疾病

第一节　肛　　裂

本病是由粪便的机械性创伤与感染所引起的肛门溃疡。

〔诊断要点〕

（一）排便时及排便后，肛门剧烈疼痛，伴有小量出血，血附于粪便表面。

（二）好发于膝胸位12点或6点处，多为单发。陈旧性肛裂外端，常并发结缔组织皮垂，称为“前哨痔”。

〔预防〕

（一）养成每天定时大便的习惯，多吃蔬菜，多喝开水，避免大便干燥。

（二）注意肛门清洁，经常用温水或1:5000过锰酸钾液洗肛门，并及时治疗痔等肛门疾患。

〔治疗〕

（一）病史短，而新鲜的肛裂，经服缓泻剂（麻仁滋脾丸、槐角丸、双醋酚丁等）与便后热水坐浴，局部涂抗菌素软膏，可很快愈合。

（二）陈旧较深的肛裂，可于其基底用1%普鲁卡因3～5毫升封闭后，用10%硝酸银溶液涂其溃疡面，再以棉棍蘸盐水涂擦。

（三）扩肛疗法：适用于慢性肛裂，用1%普鲁卡因，在肛裂部及肛门括约肌内麻醉后，以手指逐步扩肛，以括约

肌松驰为度，每周一次。

（四）也可采用手术切除。

第二节 外 痔

外痔为痔外静脉的曲张，一般无症状。外痔栓塞，指痔外静脉有血栓形成。

〔诊断要点〕

（一）持续性肛门疼痛，排便时加剧。

（二）肛口处可见青紫色肿块，表面皮肤可有水肿，触痛极明显。

〔预防〕同肛裂。不吃或少吃辣椒之类。

〔治疗〕

（一）局部湿热敷或热水坐浴，定时大便，保持大便柔软。

（二）必要时，在局麻下行痔切除术，或清除血栓。

第三节 内 痔

内痔为直肠下段的下痔静脉曲张，极易破裂出血。

〔诊断要点〕

（一）大便时滴鲜血，不痛，血不与粪便相混，便秘时易发病。

（二）确诊须经肛门镜或肛门指诊检查：在齿状线以上的粘膜下静脉曲张成团状，呈紫蓝色的隆起。重者，可串成环状，甚至脱出肛门。

〔治疗〕

（一）便秘者，服用缓泻剂（双醋酚丁5～10毫克，或石蜡油20～30毫升），便后用温水坐浴。继发贫血者，服用铁剂。

（二）上述疗法无效或出血较重者，可用硬化剂（5％鱼肝油酸钠、5％石碳酸花生油注射治疗）。病人取膝胸位。放入肛门镜，拔出镜心，暴露内痔。用2％红汞或0.1％新洁尔灭液消毒痔核及周围粘膜。以结核菌素注射器接细长针头，吸入硬化剂，于痔核蒂部刺入其粘膜下层，经回吸无血液时，注硬化剂0.3毫升，一次只可行三处注射（只注射二处时，每处可射注0.5毫升）。注射完毕，拔出注射器，针眼以干棉球压迫，取出肛门镜。5～7天注射一次，一般需注射4～6次。注意：硬化剂不要注入粘膜内，以免引起粘膜糜烂或坏死，也不应注入齿状线以下的皮下层，因可引起剧痛。注射后服缓泻剂，并坐浴。



图12—7　内痔注射

（三）枯痔疗法：消毒后，先在痔基底部麻醉，将枯痔钉用手或镊子插入痔粘膜下，将粘膜外的枯痔钉剪下。每次插钉，以不超过15枚为宜。大的痔核，每个约需插钉6～7枚。术前须注意肝、肾、心功能，有严重障碍者忌用，因可致砷中毒。术后，可服缓泻剂、止痛药、坐浴，一般两周可愈。

（四）经上述治疗，仍便血、痔脱出者，可考虑手术结扎。

第四节 直肠息肉

本病为常见便血的原因之一，小儿尤多见。多在肛管和直肠下段，绝大多数属良性腺瘤。

〔诊断要点〕

（一）便血为常见症状，血色鲜红，量不多，经肛门镜检无内痔的患者，应想到此病。

（二）息肉若位于直肠下段，指诊可以摸到圆形质软的小肿物。蒂长者，于排便时可脱出于肛门。

（三）位置较高的息肉，便血前常伴有腹痛。

〔治疗〕

（一）经肛门镜或直肠镜可看见的息肉，可在直视下结扎切除。小儿（蒂细者）可用手指挖掉（用手指将息肉抵于骶骨，按压蒂部，将息肉摘除，出血者极少。如有出血，可经肛门镜用棉球压迫蒂部残端）。术后应观察一小时。若能用手指将息肉拉出肛外，可用丝线结扎蒂部后送回，2～3日后干枯自行脱落。此法可避免出血。

（二）经切除后，仍有便血症状者，应进一步检查，有无多发息肉。

第五节 肛门周围脓肿

本病为肛门部位常见软组织感染之一，多由大肠杆菌引起，多半形成脓肿，脓肿破溃或引流后，可形成肛瘘。

〔诊断要点〕

（一）肛门周围持续性疼痛，局限性肿胀，有明显压痛。浅在者，皮肤红肿，形成脓肿时，可有波动感。

（二）感染（脓肿）深在者，皮肤可正常，但多有感染中毒的全身症状。

（三）肛门指诊可摸到局部肿胀，压痛明显，脓肿形成时有波动感。

〔治疗〕

（一）处于炎症浸润阶段时，应用抗菌素，热水坐浴。

（二）形成脓肿时，于局麻或鞍麻下及早切开引流。距肛门3厘米以内者，切口与肛门呈放射状；3厘米以外者，作弧形切口。

第六节　肛　瘘

肛瘘多由肛旁脓肿破溃或手术引流后形成。因内口与肠道相通，故常经久不愈。

〔诊断要点〕

（一）有肛门周围脓肿切开或破溃的历史。

（二）以肛门为圆心，5厘米为半经，凡此范围内有经久不愈的窦道口，皆应疑为肛瘘。

（三）用手指按压窦道口旁，可以摸到皮下有索条状物通向肛门，并有少量浓汁流出。

（四）经过肛门划一横线，外口在此线之后者，瘘管多是蹄铁形，外口在此线前者多为单纯性。

〔治疗〕凡确定为肛瘘者，应手术治疗。如为低位肛

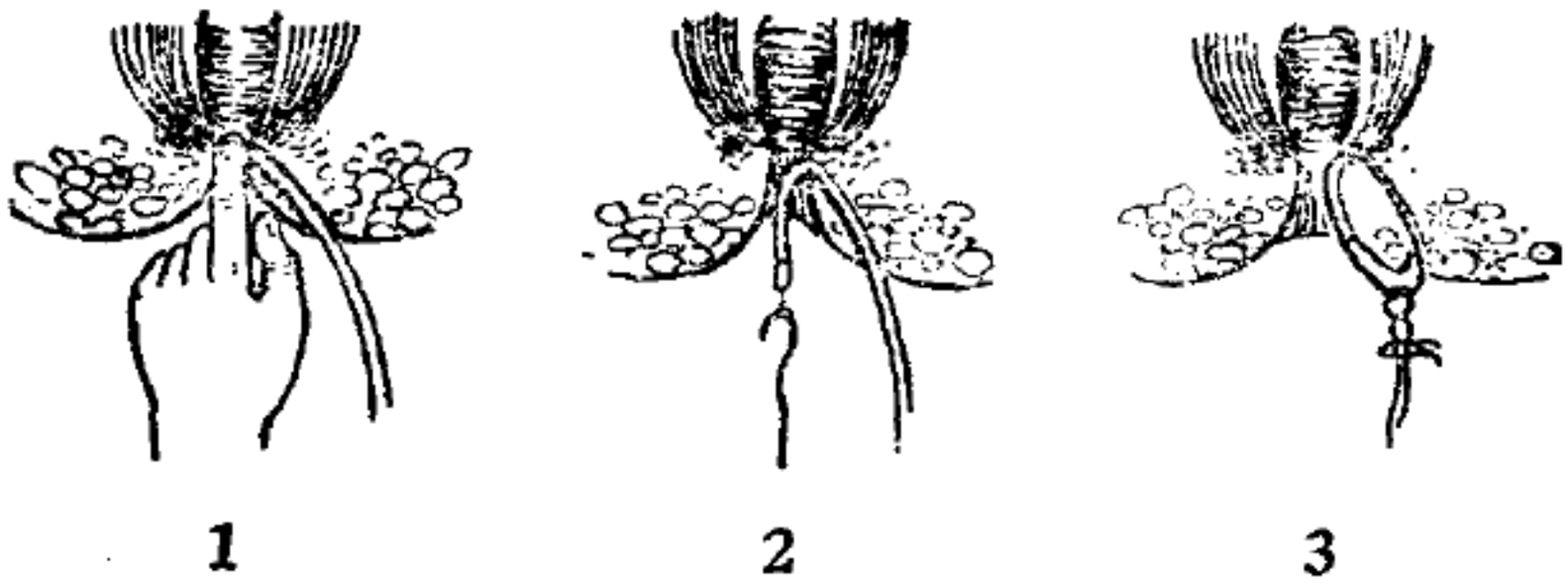


图12—8 肛瘘挂线疗法

瘘，可行挂线疗法（图12—8）。在消毒和局麻后，以探针从外口探入内口，其后导入一橡皮筋，切开瘘管表面皮肤，将橡皮筋在肛外收紧结扎。5～7天后紧线一次。2周左右，橡皮筋可将瘘管间组织勒断。橡皮筋脱落后留下的创面，经坐浴、换药，即可愈合。复杂的瘘管，应行手术治疗。

第七节 肛门直肠脱垂

肛门直肠脱垂俗称脱肛。是指肛管、直肠，甚至乙状结肠下端向外翻出而脱垂于肛门外。以小儿多见。如脱出组织仅为直肠粘膜，称部分脱垂。若包括肠壁各层，则称完全脱垂。

〔诊断要点〕

（一）排便时有肿物脱出。初期仅在排便后脱出，可自行还纳，逐渐发展为需用手托回。以后在任何腹压增加的情况下，如哭闹、咳嗽、喷嚏、用力及走路时，都能随时脱出。

（二）直肠脱垂时，可伴有肛门下坠感，有便意，尿频，下腹及腰骶部疼痛。

（三）肛门指诊，可发现括约肌松弛，窥镜检查，直肠粘膜可能有充血，水肿及溃疡。同时应注意有无息肉和痔核。

（四）嘱患者下蹲，用力使直肠脱出后检查，可见粘膜肿块突出于肛门外。部分脱垂时，肿物脱出较短，呈球状，有自肛门中央向外放射的纵形沟纹。完全脱垂时，肿物脱出较长，呈椭圆形，粘膜表面呈环状皱襞。如肛门未与直肠一并脱垂，则脱出肿物基底部与肛门皮肤之间，有一道沟状隙。

（五）小儿的肛门直肠脱垂，须与直肠息肉外脱和肠套叠的肛门脱出鉴别。

〔治疗〕小儿患者绝大部分，可用非手术疗法治愈，成人效果差。

（一）治疗期间卧床休息。脱肛时，手法复位。

（二）手法复位时，取膝胸位或截石位，以油润滑肠管及手指，将脱出的肠管逐渐推入复位。复位后，将两臀部在肛门水平，用宽胶布牵紧固定，以紧缩肛口，或用包布束紧臀部，卧床休息。

（三）中药及针灸治疗：

1.五倍子、煅龙骨、煅牡蛎各五钱。共研细面。将药面撒布于脱出之粘膜上，再将肠管复位，经3～10次可治愈。也可同时服用补中益气丸，每服三钱，每日2次。

2.针灸治疗：针百会穴。针尖向前平刺，有热胀感觉者疗效佳。长强穴，强刺激。或按快速针刺疗法，先针承山穴，效果不佳时，强刺长强穴。

注意：小儿囟门未闭者，百会禁针，宜灸3～5分钟，每日或隔日一次；成人可每日或隔日针一次。若3～5次无效，

仍可继续治疗。

（四）酒精注射法：取截石位，局麻下用18号长针，抽取1%普鲁卡因3毫升及95%酒精1～3毫升，以左手食指插入肛内作引导，右手拿注射器，于距肛门1.5厘米处刺入直肠旁组织内（在儿童约刺入3～5厘米），回吸无血后，注入药液1/3量。然后，再注射对侧及后侧。注意切勿刺入直肠粘膜下。注射剂量也应严格掌握，以免发生直肠坏死。

（五）如脱垂无明显诱因，经上述治疗无效，可行小儿直肠脱垂环缩术。

附：小儿直肠脱垂环缩术

麻醉：局麻加基础麻醉。

卧位：截石位。

方法：在肛门边缘皮肤于十二点及六点处，各作一纵行小切口，长约0.3公分，深达皮下。然后用大圆针，穿一根中号粗丝线，由六点切口处穿入，通过皮下由十二点切口处穿出，再由十二点切口穿入至六点切口穿出。肛门皮下即被环绕一周。助手用食指插入肛门内，术者打结松紧以食指粗细为度。切口各缝一针，将结扎线头缝合于皮下包埋，不使线头露于切口外（图12—9）。术后每天行肛门坐浴，缝于皮下之粗丝线可不拆除。

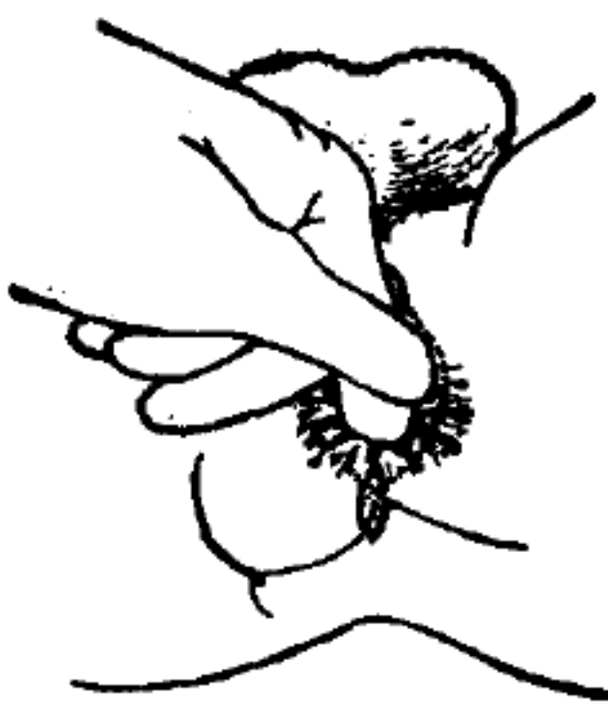


图12—9　直肠脱垂肛门环缩术

第六章　泌尿生殖系统疾病

第一节　慢性前列腺炎

慢性前列腺炎是男性成年人的常见疾患。病因多为前列腺慢性充血所致；少数患者，可由于细菌感染引起。

〔诊断要点〕

（一）可有尿频、尿急、尿痛、排尿不畅、尿道常有白色分泌物排出。

（二）疼痛：会阴部、腰骶部、直肠内、精索、睾丸或腹股沟部痛，可放射至尿道的舟状窝。

（三）性机能障碍：少数患者有性机能减低，早泄、遗精或射精痛。伴有精囊炎者，精液可为血性。部分患者，有神经衰弱症状。

（四）肛门指诊，前列腺可正常或稍增大，柔软，或缩小变硬，并有触痛。

（五）尿检查：可正常或仅有少量红、白细胞或脓细胞。

（六）前列腺液检查：正常前列腺液在高倍显微镜视野下，含白细胞少于10个，有多量卵磷脂小体。如前列腺液中白细胞增多，而卵磷脂小体减少，表示有炎症存在。

〔治疗〕

（一）热水坐浴，每天1～2次，每次10～20分钟。

（二）前列腺按摩：可使腺体内炎症渗出物排出。其方法是：患者膝胸位，检查者右手食指戴橡皮指套，涂上凡士

林，伸入患者直肠内约5厘米深，通过直肠面间接摸到前列腺，用食指末节按摩前列腺。先从腺体的两侧，向中线按压数次，然后，由腺体向肛门方向按压数次，最后由后尿道向前尿道挤压，即可见尿道外口有乳白色分泌物流出。此法5～7天施行一次，共作5～6次。可同时取前列腺液镜检。急性发作期不宜作前列腺按摩。

（三）抗菌药物：急性发作期，可用青、链霉素肌肉注射，也可使用四环素、呋喃呾啶等。

（四）扩张尿道或尿道涂药：有明显的后尿道炎症或排尿困难者，可施行尿道扩张术。术后，从尿道外口注入2%强蛋白银溶液，或5～10%弱蛋白银溶液5毫升，每周一次。五次为一疗程。

（五）中药治疗：丹参三钱，泽兰三钱，桃仁三钱，乳香三钱，赤芍五钱，败浆草五钱，王不留行三钱，川楝子三钱，蒲公英一两。水煎服。每日一剂。共用药15～30天。

（六）针灸治疗：针关元穴。配三阴交、中极穴。

附：急性尿潴留

本症是指膀胱内有尿不能排出。

〔诊断要点〕

（一）应与尿闭鉴别。后者指肾脏无尿液分泌，膀胱是空虚的。

（二）症状：有强烈的尿意，但不能排尿，膀胱区胀痛难忍，辗转不安。各种神经机能障碍所引起的尿潴留是慢性的，膀胱可以胀得很大，而病人却比较安静。

（三）病因诊断：急性尿潴留最常见的原因，在老年男性（50岁以上）为前列腺肥大；在中年人多因后尿道损伤；在青少年，则尿道口狭窄如包茎或尿道结石比较常见。

〔治疗〕在未能从病因方面解决以前，可采取下列方法暂时处理。

（一）针灸治疗：针阴陵泉穴。弱刺激。或按快速针刺疗法，先刺关元、阴陵泉穴。效果不佳时，再改用气海、三阴交穴，并按摩膀胱。

（二）在无菌操作下，留置导尿管。

（三）必要时，作耻骨上膀胱穿刺，将尿液吸尽（一般情况下，不应超过三次）。

（四）某些器质性病变所致的尿潴留，用以上方法不能解决问题时，应转院治疗。

第二节　泌尿系结石

肾结石

肾结石是泌尿系常见疾病，多见于20～40岁成年人。结石在肾盏内或肾盂内，刺激粘膜引起损伤或炎症。结石又可堵塞肾盏或肾盂的出口处，使尿流梗阻，引起肾盏或肾盂积水，以致肾实质萎缩变薄，肾功能逐渐受损。且易合并感染，可发展成肾积脓。双侧肾结石，晚期可发生尿毒症。

〔诊断要点〕

（一）疼痛、血尿是肾结石最突出的临床表现。多为腰部钝痛或隐痛，也可呈发作性肾绞痛，其疼痛起自脊肋角，

沿输尿管向下放射至患侧腹部、腹股沟、股内侧、睾丸(男)或阴唇（女），且常伴有恶心、呕吐。血尿可由肉眼见到，或显微镜检查证实，常于运动后或肾绞痛发作后加剧。

（二）脓尿常在较大肾结石或病程较长时发生，可见尿液混浊，并常有尿频、尿急、尿痛及发热等症状。

（三）活动度不大的结石，不易引起尿流梗阻。若无合并感染，可无任何症状。

（四）部分患者，有排出尿石或小砂粒的病史，对诊断有很大帮助。

（五）X线检查：绝大多数患者，可在腹部平片上见到结石阴影；少数患者，须作肾盂造影，才能显示出结石来。

（六）肾绞痛发作时，须与胆囊炎、胆石症、阑尾炎等作鉴别。后者常有局部腹肌紧张，压痛及反跳痛，血液检查白细胞数增加。

〔预防〕

（一）养成经常饮水的习惯，足量饮水可降低尿内盐类的浓度，减少尿盐沉积的机会。

（二）适当补充维生素A。尿酸盐结石患者，可口服枸橼酸合剂（枸橼酸40克、枸橼酸钠66克、枸橼酸钾60克、糖浆适量，水加至600毫升），每次15毫升，每天3次。维持尿液酸碱度在pH6.5～7，使新鲜尿液，不含尿酸盐结晶。

（三）尿液混浊或尿含细砂者，可用海金砂、玉米须、车前草各五钱。水煎代茶。

〔治疗〕

（一）肾绞痛发作时，皮下注射阿托品0.3～0.5毫克，杜冷丁50～100毫克，或吗啡10毫克。也可口服颠茄酊0.5～

1毫升，或其它解痉药物。或针刺治疗，取肾俞、腰俞、八髎、足三里、三阴交穴，可立即止痛。

（二）结石较小，直径不超过0.8厘米者，可采用非手术疗法，主要是解痉、利尿，以利结石的排出。

1.中草药治疗：

（1）肾石方：金钱草二两，杜仲八钱，滑石六钱，鸡内金三钱，海金沙三钱，白芍四钱，甘草一钱。水煎服。每天一剂。

（2）排石汤：鸡内金三钱，海金沙三钱，泽泻三钱，白芍三钱，茯苓三钱，牛膝三钱，杜仲三钱，三七三分（冲服），秦艽三钱，甘草梢一钱。水煎服。每天一剂。

（3）白花蛇舌草一两，珍珠草一两，海金沙一两，车前草一两。水煎服。每天一剂。

2.大量饮水，多作跳跃运动，可促进结石排出。

3.结石较大，经非手术治疗不能排出，或引起肾盂积水时，可考虑手术取石。若合并感染，应先使用抗菌药物控制感染。

输尿管结石

输尿管结石绝大多数（90%以上）是由肾结石下降至输尿管而致。输尿管在解剖上，有三个比较狭窄的部位：

（一）输尿管与肾盂的连接部。

（二）输尿管越过髂血管处。

（三）输尿管与膀胱连接部。

由肾内下降进入输尿管的结石，常停留在这些比较狭窄的部位。以第五腰椎横突和骶髂关节下缘为界，将输尿管分

为上、中、下三段，结石多发生在输尿管的下1/3段（约半数以上），其次，是中1/3段，较少见于上1/3段。好发年龄及性别同肾结石。

〔诊断要点〕

（一）输尿管结石与肾结石的临床表现基本相同，最突出的症状是腰痛和血尿。疼痛性质为绞痛，常有典型的放射痛，沿输尿管向下放射至下腹部、股内侧部，有时脐周的疼痛更为严重。血尿常在绞痛后出现，对诊断意义很大。

（二）输尿管下段结石，可出现尿频、尿急、尿痛等症状。

（三）输尿管结石更易引起尿流梗阻和继发感染。故常出现肾积水，急性尿闭或脓尿等。

（四）体格检查时，肾区有叩击痛、压痛，结石所在部位的输尿管也有压痛。

（五）X线检查：大多数患者，在腹部平片上可显示输尿管行径上有结石阴影。必要时，作静脉肾盂造影，或作逆行肾盂造影确诊。

〔治疗〕

（一）绞痛发作时，可按肾绞痛止痛方法处理。

（二）输尿管结石多能自行排出（占2/3以上的病例，尤其是横径小于0.8厘米的结石，更易排出），故梗阻不严重。无明显合并感染的病例，应采用非手术疗法治疗。

1.中草药治疗：同肾结石治疗。

2.饮水冲击疗法：可每隔2～3天，作饮水冲击疗法一次，方法是：患者服中药或解痉剂后，半小时内饮水1000～1500毫升。然后进行跳跃运动。注意，每次排出的尿液中有无结

石，较大结石排出时，常可感觉到；较小的结石，须将尿盛于盆子内进行检查。

（三）经膀胱镜取石：如结石无自行下降趋势，或体积稍大，或嵌顿于输尿管口时，可经膀胱镜试用套取结石的导管将它拉出。

（四）结石较大，经非手术疗法不能排出，或合并感染，肾功能减退时，则须手术取石。

膀胱结石

膀胱结石主要是在膀胱内形成，也可由肾或输尿管结石，降入膀胱继续增大所致。膀胱结石主要发生于10岁以下的男孩，女性少见，有显著的地区性。老年人因前列腺肥大，引起膀胱颈梗阻，也常并发膀胱结石。

〔诊断要点〕

（一）膀胱刺激症状（尿频、尿急、尿痛）和排尿困难，是膀胱结石最突出的临床表现。站立时，尿频更显著。疼痛位于耻骨上或会阴部，劳动或排尿终末加剧，且可放射至阴茎和会阴部。因结石在膀胱内很活动，易堵塞膀胱颈尿道内口，而引起尿流中断或排尿困难。但尿液仍能点状滴出，患者非常痛苦，小儿患者常哭闹不已，如改变体位，则可排尿通畅。

（二）常有血尿，尿呈暗红色。合并感染时，则有脓尿，尿液混浊。

（三）肛门指诊检查：成人的巨大膀胱结石，小儿直径超过一厘米以上的结石，常可在直肠指诊时扪到。

（四）金属探条检查：经尿道外口，将金属探子或金属

导尿管插入膀胱，可触到结石或听到摩擦结石的响声，即可确诊。但阴性结果不能否定结石的存在。此法只适宜于成年人。

（五）X线检查：绝大多数膀胱结石，能在X线下显示出来。较大结石，可在透视下见到，小的结石也能在平片上显示出来。

（六）必要时，可作膀胱镜检查。

〔治疗〕

（一）中草药治疗：对较小的膀胱结石，可服中草药，方法同肾结石的治疗。

（二）膀胱碎石术：成人膀胱结石，直径在2.5厘米以内，无明显感染，无梗阻者，可经尿道插入碎石器，将结石钳碎取出。小儿患者不适用碎石术。

（三）耻骨上膀胱切开取石术：较大的膀胱结石，或结石虽小，但有膀胱颈挛缩，前列腺肥大，尿道狭窄等梗阻病变者，可施行耻骨上膀胱切开取石术。

附：血　　尿

尿内含血即称血尿。含血较多时，尿呈粉红色或血样，甚至有凝血块，称肉眼血尿。含血较少时，尿色正常或呈淡棕色，只在显微镜下才可发现红细胞，称镜下血尿。出现血尿，往往说明泌尿系有器质性病变，如结核、肿瘤、结石、感染、创伤等。

〔诊断要点〕

（一）血尿须和血红蛋白尿鉴别。血尿的红色可鲜可暗，每呈混浊，震荡时呈云雾状，放置后可有少量的

红色沉淀，镜检有多数红细胞。血红蛋白尿色暗而澄清，似葡萄酒或酱油状，镜下看不到红细胞，或红细胞极少，与尿的颜色不成比例。血红蛋白尿，为各种引起溶血的疾病所造成，非泌尿系疾病。

（二）做尿三杯试验，判断出血部位。

1.开始血尿：排尿时，出现血尿，以后即无血或血明显减少，说明出血部位在后尿道。

2.全血尿：出血部位在膀胱以上，血液和尿在膀胱内得到混合，故排尿全程有血。

3.终末血尿：排尿终了时，出现血液，说明病变在膀胱基底或后尿道，排尿结束时此处收缩而出血。

4.尿道滴血：不排尿时，尿道有血流出，表示出血部位在外括约肌以下，即前尿道。

（三）结合伴随症状，分析诊断：

1.尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状：如病史较长，且发病后症状虽有起伏，但始终未消除者，应考虑泌尿系结核。病史短，且二次发作间症状可完全消除者，为泌尿系感染，已婚女性多见，如有高热、寒战，则炎症多侵及肾脏。

2.疼痛：脊肋角或侧腹部绞痛，并沿输尿管走行向会阴部放射，患者疼痛难忍，翻滚不安，为肾或输尿管结石的典型表现。排尿时疼，并伴有尿线中断，或排尿困难，为膀胱结石或尿道结石的症状。

3.浮肿、高血压：应考虑肾炎。一般尿内含血较少，为全血尿。

（四）不同年龄时期，血尿的诊断意义：

1.小儿时期的血尿多见于肾炎。

2.青少年出现血尿，应多考虑泌尿系结核或结石。

3.40岁以上出现无痛全血尿，应多考虑肿瘤。

〔治疗〕

（一）一般患者，看到尿中带血多较恐惧，其实泌尿系统粘膜较易出血，出现血尿一时不会影响健康，只要进行合理治疗，一般可以治愈。

（二）出血量较多时应休息，可给予一般止血剂，多饮水以减少血液在膀胱内凝成血块影响排尿。必要时，可插导尿管引流。

（三）主要应治疗原发病：

1.全身出血性疾患、肾炎、感染、创伤等的治疗，见有关章节。

2.泌尿系结核：一般疗法及抗结核疗法，同其它结核病（如，肺结核）的治疗。泌尿系结核用链霉素时，应加服碳酸氢钠（每日3次，每次1克），使尿液碱化。有条件时，尽可能做泌尿系造影，确定是否需手术治疗。中药可用：青皮、白芷、炙鳖甲、百部、露蜂房、连翘、乳香、丹参各三钱，没药二钱，夏枯草五钱。水煎服。

3.结石：见泌尿系结石的治疗。

4.怀疑肿瘤时，应转至有条件的医院，进一步检查治疗。

（四）中草药治疗：青皮、白芷、炙鳖甲、百部、露蜂房、连翘、乳香、丹参各三钱，没药二钱，夏枯草五钱。水煎服。

附　尿三杯试验：一次排出的尿液，按先后分三部分，分别盛于三个溶器（玻璃杯）中。然后，观察外观及镜检；第一杯尿色最红，或红细胞最多，为开始血尿。三杯尿的颜色，或红细胞数相似，为全血尿。第三杯尿色最红，或红细胞最多，为终末血尿。

第三节　尿道破裂

后尿道破裂比较多见，多伴有骨盆骨折及休克。

〔诊断要点〕

（一）有骨盆骨折的受伤史及体征（耻骨及坐骨部压痛，耻骨联合分离，骨盆不对称，骶髂关节部疼痛或有骨突出）。

（二）自受伤后不能排尿。

（三）由于尿外渗入盆腔，耻骨上区有压痛，往往在一侧严重。

（四）当膜部尿道完全断离时，膀胱向上向后移位，故在肛门指诊时，摸不到前列腺，而在相当于前列腺的部位，有软面样的感觉（表示有血和尿外渗），或者摸到滑动的前列腺。

（五）导尿管不能插入。

〔治疗〕

（一）首先治疗休克。

（二）试用导尿管导尿，不能成功者，暂用耻骨上膀胱上穿刺术。

（三）根据病情转院治疗。

第四节 睾丸鞘膜积液及精索鞘膜积液

本症是指睾丸鞘膜腔内，由于先天性或炎症、外伤等原因所致的积液。精索先天遗留的部分鞘膜发展成的囊性积液，多见于右侧。

〔诊断要点〕

（一）睾丸鞘膜积液，表面光滑，张力大，有囊性感。上方与精索无关，摸不清睾丸，听诊无肠鸣音（与疝鉴别）。压迫不能消退，透光试验阳性，穿刺可抽出淡黄色液体，穿刺抽液后肿物消失。

（二）精索鞘膜积液为精索上囊性肿物，表面光滑，呈椭圆形，界限清楚，与精索不能分开，穿刺可抽出淡黄色或清亮液体。

〔治疗〕

（一）积液较少，可暂不处理。积液较多，则手术治疗。

（二）中草药治疗：成人积液较多者，内服中药较难吸收。小儿多因久坐寒湿之地，寒湿凝滞经脉所致。治宜疏肝散寒，理气祛湿。方用：小茴香一钱，肉桂一钱，木香一钱，川楝子一钱，当归一钱，荔枝核一钱，乌药一钱，青皮一钱，茯苓二钱，猪苓二钱，炮姜五分，防风一钱。水煎，分多次频服。多有治愈的希望。成人用量应加大。

第五节 精索静脉曲张

本症为阴囊内精索静脉迂曲扩张，多见于左侧。好发于

青壮年。

〔诊断要点〕

（一）自觉睾丸下坠，下腹坠痛及腰痛。

（二）阴囊内可触及似蚯蚓团样曲张静脉。

（三）平卧时肿物可消失。

〔治疗〕

（一）轻度精索静脉曲张，可用三角裤或丁字带兜起，症状即可减轻。

（二）重度精索静脉曲张，应考虑手术治疗，高位结扎及局部切除术。

（三）中药治疗：可加减使用治疗鞘膜积液方。

第六节　包皮嵌顿

包皮过长的患者，将包皮翻上以后，由于包皮口在阴茎冠状沟以上，形成一狭窄环，使远端包皮发生严重血循环障碍而水肿，甚至坏死。

〔诊断要点〕包皮过长，有将包皮翻上的历史。检查可见阴茎冠状沟上方有皮肤狭窄环，其远端包皮高度水肿。

〔治疗〕

（一）过长的包皮被翻上以后，应即时翻下。

（二）嵌顿后，如无包皮坏死，则可试将包皮翻下。术者右手将阴茎轻轻握住，压迫水肿的包皮，使水肿消退些，然后手向下移，将包皮翻下。

（三）手法复位失败，或有包皮坏死情况时，则应进行手术治疗。在消毒及局麻后，于阴茎背侧狭窄环处纵行切开

包皮，使狭窄完全解除，切口即变成横行。如无炎症，可横缝2～3针。如有炎症，则不缝，伤口盖凡士林纱布即可。

第七节 遗尿症

有正常排尿功能的儿童，在睡眠时不能自行控制的排尿，称遗尿症。青春后期，一般能自行痊愈。其病因可能与膀胱逼尿肌与括约肌之间的神经调节功能失常有关，也可能与膀胱括约肌发育不全有关。包茎、包皮过长、包皮龟头炎、尿道口狭窄、便秘、肛门裂、寄生虫等，以及睡前饮水过多、过度疲劳、可能是诱发因素。青年不能痊愈者，可能有脑发育不全、癫痫、脊柱裂等病存在。

〔诊断要点〕

（一）有诱发因素存在，有夜尿的症状。

（二）夜尿：睡眠中突然发生排尿，可在半觉醒中，也可在酣睡中，发作次数轻重不一。

〔治疗〕

（一）加强对儿童照顾，不应采取训斥办法，除去任何不良精神因素，夜间定时唤醒排尿，并逐渐延长唤醒间隔时间。患者白天不要过度疲劳，睡前少饮水。

（二）寻找诱发因素，给予及时治疗。

（三）针灸疗法：

体针：关元、三阴交、足三里、遗尿点（小趾末节横纹中点。进针一至二分。强刺激，或留针10分到20分钟。每日一次。七次为一疗程）。

耳针：膀胱、肾、皮质下等。

（四）穴位注射：1％普鲁卡因1毫升，交替注入次髎或三阴交等穴位，隔日一次，10次为一疗程。

（五）药物治疗：普鲁本辛15毫克，麻黄素25毫克，盐酸丙咪嗪10～25毫克，每日三次口服。增强中枢神经系统对脊髓排尿中枢的抑制能力。

（六）捏脊：六次为一疗程。

（七）中药治疗：

1.补骨脂适量，炒10～20分钟，研为细末。每晚睡前服用。3～9岁，服五分；10～12岁，服八分。病程一年者，服一周；两年者，早、晚各服一次，共服两周左右。

2.桑螵蛸、复盆子、金樱子各一两，五味子五钱。共研细末。每次服五分，每日两次。

3.五倍子三钱，研为细末。用温开水调如稠糊状，临睡时敷于脐部。每晚一次，连用2～5次。

第七章 周围血管疾病

第一节 血栓闭塞性脉管炎

本病是一种慢性、复发性、全身性的血管疾患。主要病变为血管内血栓形成，管腔闭塞，最后导致肢体坏死。常发生在下肢。

〔诊断要点〕

（一）多见于40岁以上的男性。多有吸烟嗜好。

（二）轻型患者，表现为动脉功能障碍，肢端发凉、发

麻、颜色改变、间歇性跛行等。重者，出现营养障碍，如肌肉萎缩、肢端溃疡、坏死等。

（三）患肢动脉搏动减弱、消失。

（四）有些患者的患肢，有反复发作的浅层游走性静脉炎。

〔治疗〕

（一）绝对忌烟，保暖。

（二）肢体局部护理，注意清洁卫生，避免外伤，治疗足癣，如有急性感染，则应用磺胺类药物或抗菌素。

（三）中医治疗：宜活血、止痛、解毒。元参五钱，当归五钱，乳香四钱，没药四钱，苍术三钱，陈皮三钱，金银花一两，甘草一两。水煎服。

（四）针灸治疗：病在上肢，针合谷、曲池穴。病在下肢，针足三里、阳陵泉、太冲穴。均强刺激。

（五）扩张血管药物：

1.烟酸片0.05～0.1克，每日3次，饭后服。

2.妥拉苏林25毫克，每日3～4次，饭后服。

3.血管舒缓素10单位，每日 3 次。

4.盐酸罂粟碱，在疼痛严重时，可短期应用，0.01～0.03克，每日 3 次。

（六）脉管炎运动，有助侧枝循环形成。患者平卧床上，抬高患肢至45度，维持1～2分钟，然后垂于床沿2～5分钟，同时两足作向上、向下、向内、向外运动和足趾伸张运动10次。再将患肢放平休息 2 分钟，如此依次运动 5 次，每日重复练习3～5遍。

（七）局部处理：

1.慢性溃疡应按一般伤口进行清洁换药。

2.肢端局限坏死，可予切除后换药，待其愈合。若坏死广泛在2个趾（指）以上，则可考虑截肢术。

（八）有条件时，可考虑腰交感神经节切除术。

第二节　下肢静脉曲张

本病主要表现为下肢皮下大、小隐静脉血管壁及办膜的病变所引起的血管扩张，迂曲，突起。

〔诊断要点〕

（一）自觉站立稍久后，下肢发胀发沉，疲乏无力。

（二）局部检查，可见不同程度的曲张静脉，由于皮肤循环差，可发生皮肤营养性改变，如水肿、色素沉着、慢性溃疡等。可并发湿疹。

（三）确诊后，应进一步检查浅静脉及深浅静脉间交通枝的瓣膜机能是否正常，深静脉是否通畅。检查方法如下：

1.让病人仰卧，抬高患肢，使浅静脉血“排空”，在腹股沟下方缚一橡皮带，不宜过紧，以免压迫深静脉。然后，让病人起立，立即解除橡皮带，如浅静脉顿时又完全充盈，表示浅静脉瓣膜功能不全。

2.重复上述检查，但病人站立后，不解除橡皮带，以观察静脉充盈情况。如浅静脉在30秒钟内充盈，表示深浅静脉间的交通枝瓣膜功能不全。

3.病人站立，在患肢静脉充盈情况下缚橡皮带，嘱患者用力踢腿20次，若浅静脉充盈情况减轻或消失，表示深静脉通畅或瓣膜功能正常。若充盈未见明显减轻，可将患肢打上

裹腿，行走 1～2 小时，如患肢感觉胀疼加重，难忍，表示深静脉栓塞。

〔治疗〕

（一）下肢静脉曲张，经检查证实深静脉无梗阻，深静脉瓣膜功能正常，可考虑手术治疗。手术必须在溃疡愈合，或炎症消退后进行。

（二）无手术条件时，患肢可打裹腿。

（三）静脉曲张性溃疡合并急性感染时，须卧床休息，抬高患肢；溃疡分泌物多时局部湿敷；分泌物少时，用抗菌素软膏；必要时，全身应用抗菌素。慢性溃疡局部应用抗菌素，或氧化锌软膏。自足背至小腿要裹以弹性绷带，以促进静脉回流，也可应用下肢套式封闭疗法，每周 1～2 次。

慢性顽固性溃疡，局部有大量瘢痕组织和血循环破坏时，可手术切除溃疡及瘢痕组织后植皮。术后鼓励病人早期活动患肢，以免深静脉血栓形成或栓塞。

第八章　骨关节损伤与疾病

第一节　骨折与脱臼概说

骨折处不与体外相通的，叫闭合性骨折。与体外相通的，叫开放性骨折。骨完全断裂的，叫完全骨折。部分断裂的，叫不完全骨折。骨折可发生在外力直接打击的部位，也可发生在离外力作用较远的部位。这点在诊断上应注意，以免漏诊。伤后两周以内的，叫新鲜骨折。此时的骨折错位，

可用手法复位。骨折已超过2—3周，骨折端已形成骨痂时，叫陈旧性骨折。其错位用手法复位较困难。儿童骨骼较软，骨膜厚，多呈不完全骨折，且因再生力强，骨折愈合较快。

〔诊断要点〕

（一）休克：较大的外伤、剧痛、或大量出血，均可使病人休克。多发生在严重骨折时。

（二）局部疼痛，肿胀：不动时痛轻，活动时痛重。肿胀是由于挫伤及出血所致。出血渗至皮下，则形成瘀血斑。

（三）功能丧失：例如，下肢骨折后，不能站立。肱骨骨折后，不能举臂等。

（四）骨折处压痛：压痛广泛时，压痛最重处为骨折点。

（五）畸形：肢体骨折后，可弯曲，扭转或缩短。

（六）异常活动：骨骼受外伤后，有异常活动时（假关节），说明已经骨折。

（七）骨擦音和摩擦感：包扎伤肢或搬运时，偶而可以听到骨折端的摩擦音和触到骨折端的摩擦感。但不要故意作此项检查，以防止骨折再度错位，或损伤血管、神经。

（八）叩击骨折远端，患肢深在性疼痛。如疑有上肢骨折，将听诊器放在胸骨柄，叩击桡骨小头或尺骨小头，两侧对比叩听诊。疑有下肢骨折时，将听诊器放在耻骨联合处，叩击内踝或外踝，两侧对此叩听诊。若骨折，则传导音减弱或消失。

（九）关节内骨折，需用X线摄片检查。

〔治疗〕

（一）急救：

1.就地检查：伤后应在原地先进行检查，不要随意搬动

病人，如下肢损伤时，不要扶起病人行走。骨折可能有多处，或并有内脏损伤（如肋骨骨折，可并发血胸、气胸。骨盆骨折，可并发后尿道损伤等），必须全面检查。凡有骨折可疑者，即应按骨折处理。

2.抢救休克：重伤后有休克时，首先抢救休克。无休克时，也要防止休克。

3.开放性骨折的处理：伤口出血，用敷料或干净布加压包扎。有大出血时，需扎止血带，可用橡皮止血带，或用布腰带或绳子作绞紧止血法。扎止血带方法，详见“战地救护与‘三防’篇”。

4.骨折急救固定：急救时，不急于将骨折复位。伤肢如有明显畸形，可用手由伤肢远端稍加牵引，使其放直。然后，就地取材，以木板、木棍等稳妥固定（图12—10）。避

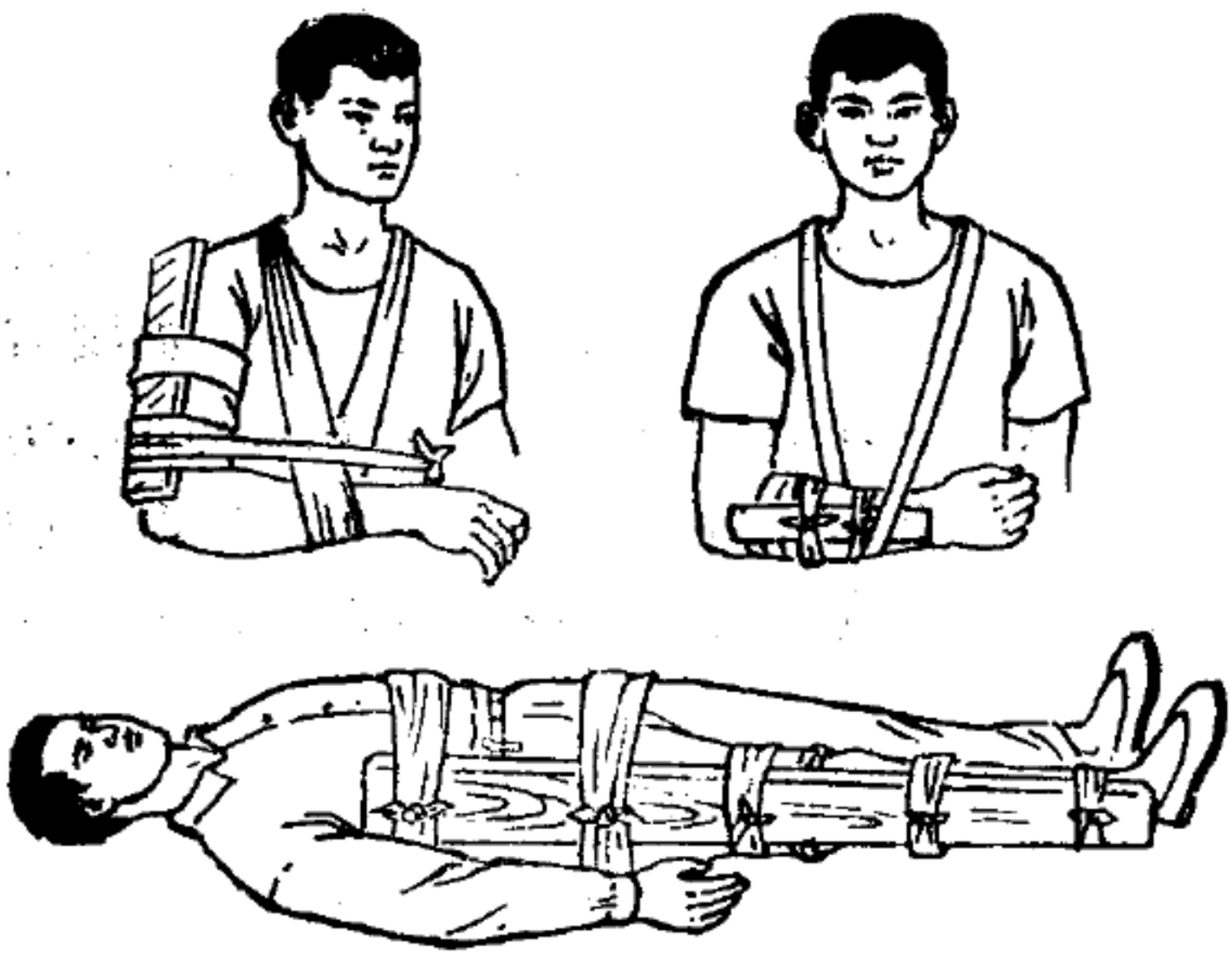


图12—10　各部骨折的急救固定

免压迫皮肤。如无上述固定物，可将上肢捆在胸旁，或将两下肢捆在一起。

5.运送：伤肢固定后，尽快运送到医疗单位。肢体骨折者可平卧。胸椎或腰椎骨折者，搬动时，勿使脊柱弯曲，以防损伤脊髓，应保持病人躯体平直，由2—3人轻慢地将病人移上担架、床板或门板上，取俯卧位。颈椎骨折者，取仰卧位，头两旁用砖头或沙袋固定，防止头左右摆动（不垫枕头）。

（二）治疗原则：先在麻醉下，把错位的骨折复位。然后固定，练习功能运动，直到骨折愈合。外固定骨折要稳固，但不多限制关节，以利早期练习患肢和全身的功能活动。如此，可使患肢的活动和骨折的固定不相干扰，而是相互促进。这就是“动静结合”治疗骨折的原则。只有这样，才能使骨折愈合快，关节功能恢复早，劳动效率高。祖国医学中有内服和外贴的接骨药物。

1.开放性骨折的治疗：必须急诊手术，即清创后将骨折复位，缝合伤口。然后外固定一般暂用木板或石膏托固定。等伤口愈合后，再按闭合性骨折的治疗原则治疗。手术后，可用抗感染药物，防止伤口感染，并注射破伤风抗毒素。

2.闭合性骨折的治疗：

（1）麻醉：为了不使病人痛苦和使骨折容易复位，可进行适当麻醉。局部麻醉，适用于各处骨折，即用2%普鲁卡因溶液10—20毫升，注入骨折血肿内，3—5分钟后，即起止痛作用。指骨骨折，宜用指间神经阻滞麻醉。某些骨折，因其肌肉力强，不易牵开骨的错位，或因局麻不够充分，使复位困难时，可选用其它麻醉法。如上肢骨折，用臂

从麻醉。下肢骨折，用腰椎麻醉。骨折的小儿，如不合作，可用全身麻醉。

（2）骨折复位和固定：骨折有错位时，须先用手法复位。其基本手法是：先矫正弯曲（对线），再矫正扭转，然后手法牵引恢复长度，最后矫正侧方移位（对位）。复位的要求：尽量使对位、对线（图12—11）良好，且无扭转。但用闭合复位法，不易完全达到此结果。最低要求是对线必须良好，虽然对位差些，仍可使骨折愈合后，不影响劳动能力。

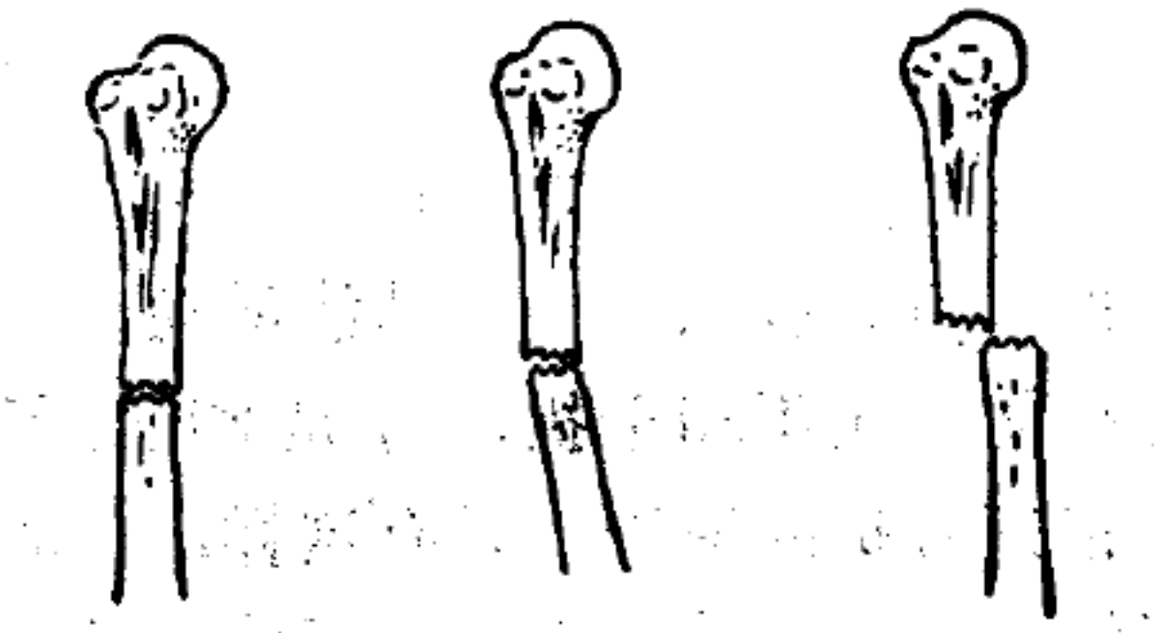


图12—11 骨折对位和对线

骨折复位后，必须用外固定。按病情和治疗条件，选用下列方法：

小夹板外固定法：只固定骨折部，不固定关节。固定后能使患肢早期活动，达到“动静结合”的目的。骨折愈合快，关节功能不受影响。此法，简单、方便、经济。具体操作方法：骨折复位后，先包扎绷带数层。为了使骨折复位后，保持稳定和防止再移位，需适当加垫。肢体粗细相差较多的地方，在细处要加垫，以增加固定的稳固性和防止压迫骨突。在肢体患部的前、后侧（屈、伸侧）各放一个，再扎绷带数层。然后，在外层放小木板或竹片，再扎绷带数层。三次包扎绷带，一次比一次紧些。最后用三条绷带捆紧。固定后3周内，每2～3日检查

包扎的松紧度。过紧或过松时，要重新包扎，同时，注意骨折复位情况。

小夹板固定的适应症：

①四肢闭合性骨折。

②四肢开放性骨折，创面小或经处理后者。

③陈旧性骨折，适合手法复位者。

小夹板局部外固定后的注意事项：

①抬高伤肢，以利肢体肿胀消退。

②密切观察伤肢血液循环情况，特别是整复后 1—4 天内，更应注意肢端动脉的搏动情况以及温度、颜色、感觉、肿胀程度，肢端主动活动情况等。若发现血液循环不良时，必须密切注意，及时放松以免发生缺血性挛缩等并发症。

③注意有无固定的疼痛点。若肢体在小夹板绷带内，尤其是在加垫处，小夹板两端及骨骼隆突部位等处，出现固定的疼痛时，应及时折开小夹板绷带进行检查，以防产生压迫性溃疡。

④注意经常调整小夹板绷带的松紧度。随着伤肢肿胀消退，小夹板绷带也发生松动现象，因此，应每天检查绷带的松紧度（以上下活动 1 厘米为适当），应及时加以调整。

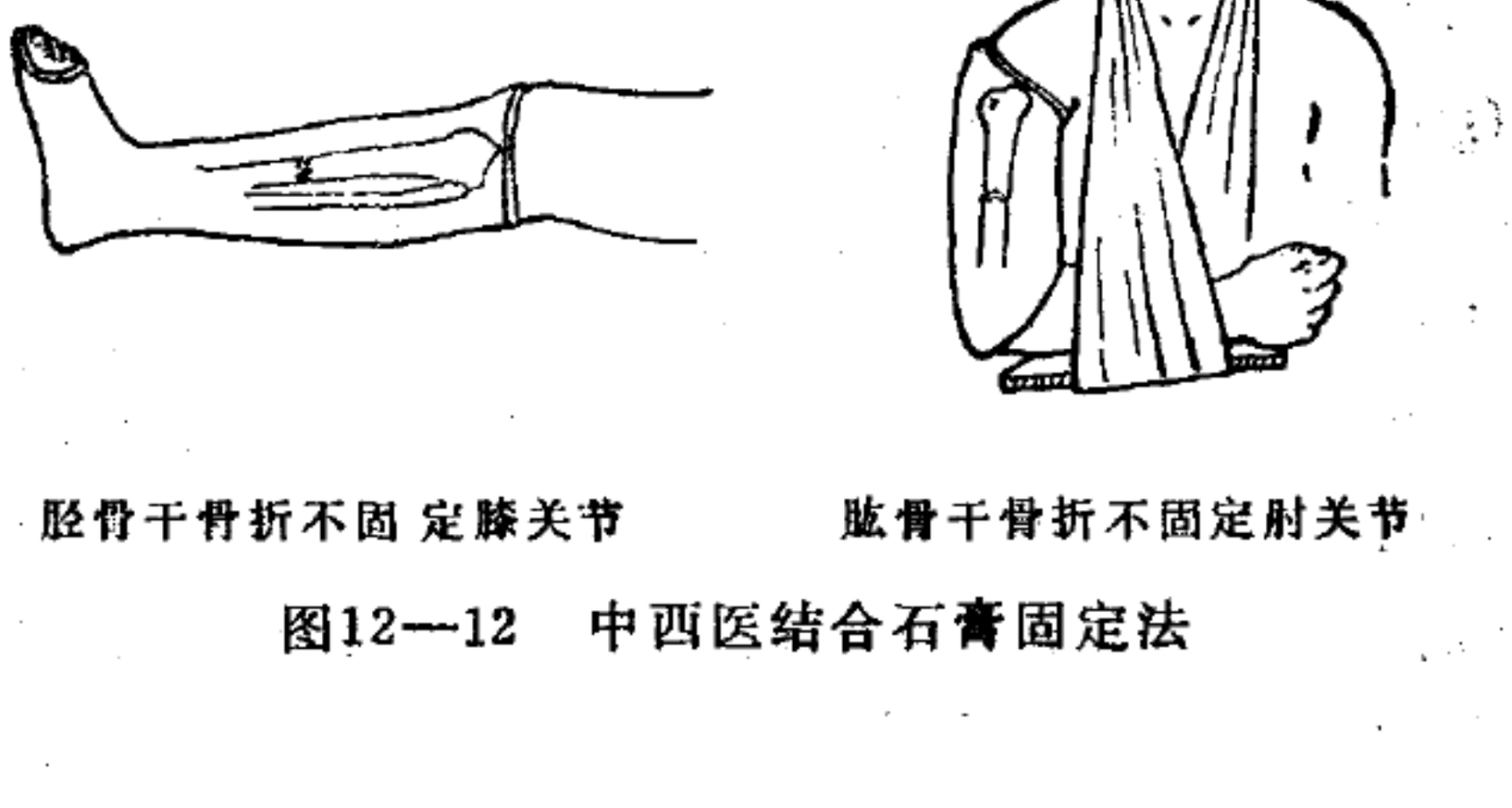
⑤注意骨折端有无再移位：骨折整复后，应定期进行检查，特别是整复两周内更应注意。若已发生再移位，应检查小夹板绷带的松紧度是否适宜，固定垫位置是否合适，弄清原因，并予适当的调整。必要时则应再次进行整复。

⑥指导伤员进行功能锻炼。

石膏固定法：

过去用石膏固定骨折肢体，需包括骨折处上、下两个关

节，直到骨折愈合。据中西医结合治疗经验，有的骨折可适当解放一个关节。如胫骨干骨折，不固定膝关节。肱骨干骨折，不固定肘关节（图12—12）。石膏的用法如下：



胫骨干骨折不固 定膝关节　　肱骨干骨折不固定肘关节

图12—12　中西医结合石膏固定法

用法：备半脸盆温水，将石膏绷带放在水面使其自沉，等无气泡外溢后，用双手握其两端捞出，略挤去多余的水分。然后，在患肢上缠绕。或将石膏绷带往返折叠4～6层，制成石膏带，浸水后，放在患肢屈侧或伸侧，再用石膏绷带包扎，成石膏管型。如用绷带包扎，即为石膏托，5—10分钟后硬固。每件石膏厚度，均需8—12层纱布。

注意事项：

①上石膏绷带前，患肢要用薄棉花包裹或穿长袜筒。骨突处易受压迫，要垫棉花，防止发生褥疮。

②上石膏绷带时，只能以掌托住患肢，严禁指捏，以防石膏型上出现凹坑而压迫皮肤成疮。缠石膏绷带时，要层层紧贴。

③石膏型硬固后，垫高患肢，勿折损石膏型。也要注意勿使其两端的边缘压迫或磨损皮肤。

④观察趾（指）端血循环，如有青紫，应切开石膏型的一侧，以解除压迫。如患者感觉患肢在石膏型内某处有持续疼痛或麻木，说明内部有压迫处，应在痛处将石膏型开窗，解除压迫（图12—13）。

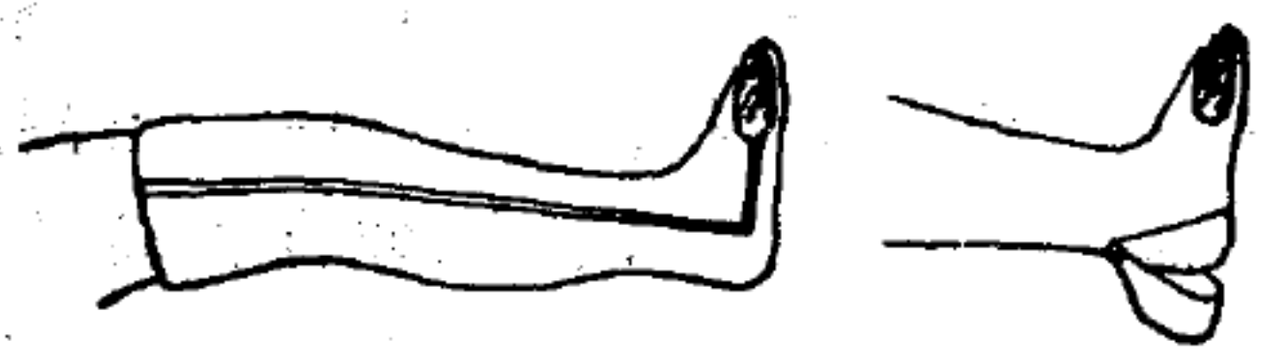
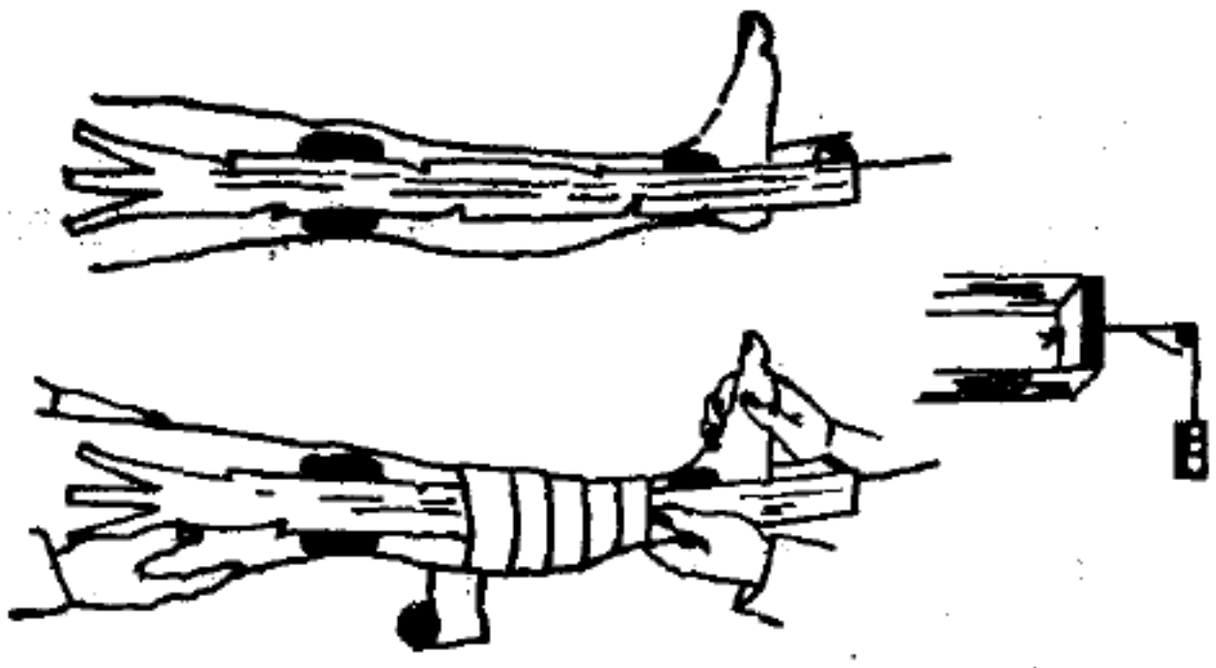


图12—13　石膏型太紧或有压迫时切开减压法

牵引法复位和固定：有的骨折用手法复位后，容易再错位，或因肌肉收缩力大骨折缩短用手法牵不开时，都适用牵引法复位，并长期维持（即固定），直到骨折愈合。参见股骨干和粗隆间骨折。常用皮牵引法见图12—14。



用胶布2条，宽2寸，粘贴后比足跟长出半尺，将远端边缘部分折叠，踝部放纱布垫，以小木板（比两踝宽些）连接胶布两端，用小钉固定。在木板中央的小孔穿绳，通过滑车或环进行牵引。

图12—14　皮肤牵引操作法

手术切开复位内固定：如用手法和牵引法，不能使骨折复位，或治疗后失败时，宜用手

术切开复位，并用钢板内固定。术后用石膏托外固定。

（3）练习功能活动：骨折无论用任何方法复位和固定后，必须鼓励病人及时练习患肢各关节和肌肉的活动，也练习全身的日常活动。这样可防止肌肉萎缩，促进血液循环，使肿胀易消，骨折易愈合，关节不僵硬。骨折愈合后，能早日恢复劳动。

（4）药物治疗：可选用舒筋接骨、活血止痛的中药内服和外用。如接骨丹（自然铜、乳香、没药、骨碎补、雄黄、川芎、儿茶、血竭各三钱，藁本、丁香、伸筋草、赤芍、穿山甲、杜仲各五钱，红花、生地、牛膝、防己各一两，苏木二两，当归三两。共研细末，制成水丸），每日三钱，分二次服。

第二节 骨 折

锁骨骨折

〔诊断要点〕

患侧上肢不敢抬举，患侧肩较健侧低，皮下可摸到骨折端，隆起、压痛。

〔治疗〕

（一）有错位的骨折，需手法复位和外固定。一般不需麻醉，也可用局麻。

方法：病人坐在凳子上，术者站在背后，以一足踩凳上，用膝顶在病人两肩胛之间，用两手握两肩端向上提，并向后扳（图12—15），骨折即复位。保持此位置，两腋部加棉垫（患侧要较厚），然后缠“∞”形绷带固定。也可用棉圈或丁字木板固定（图12—16）。3—4周愈合。

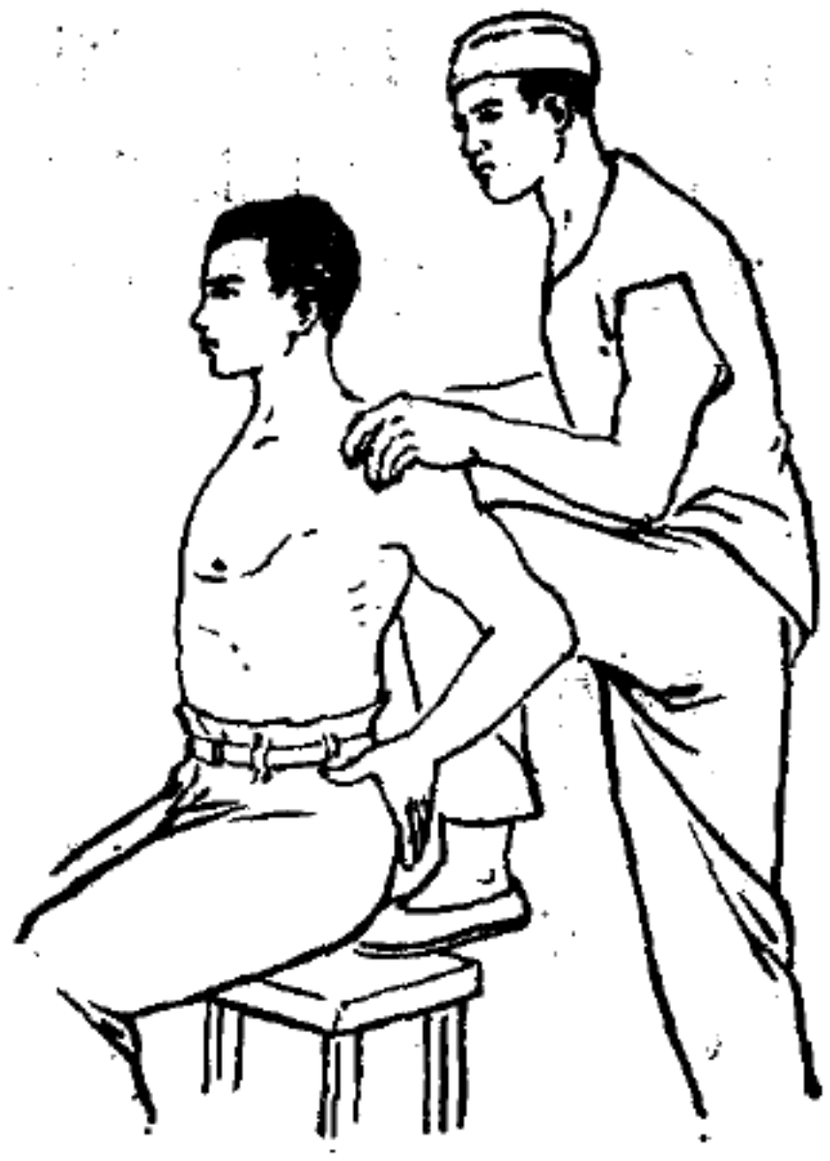
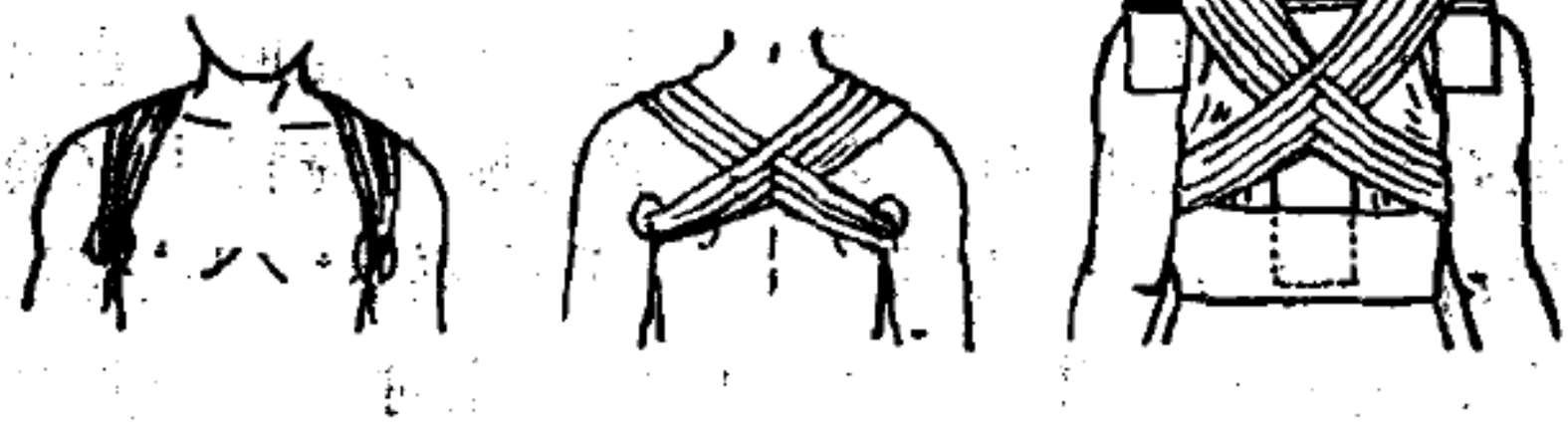


图12—15　锁骨骨折手法复位



前面　　后面　　“T”形夹板固定

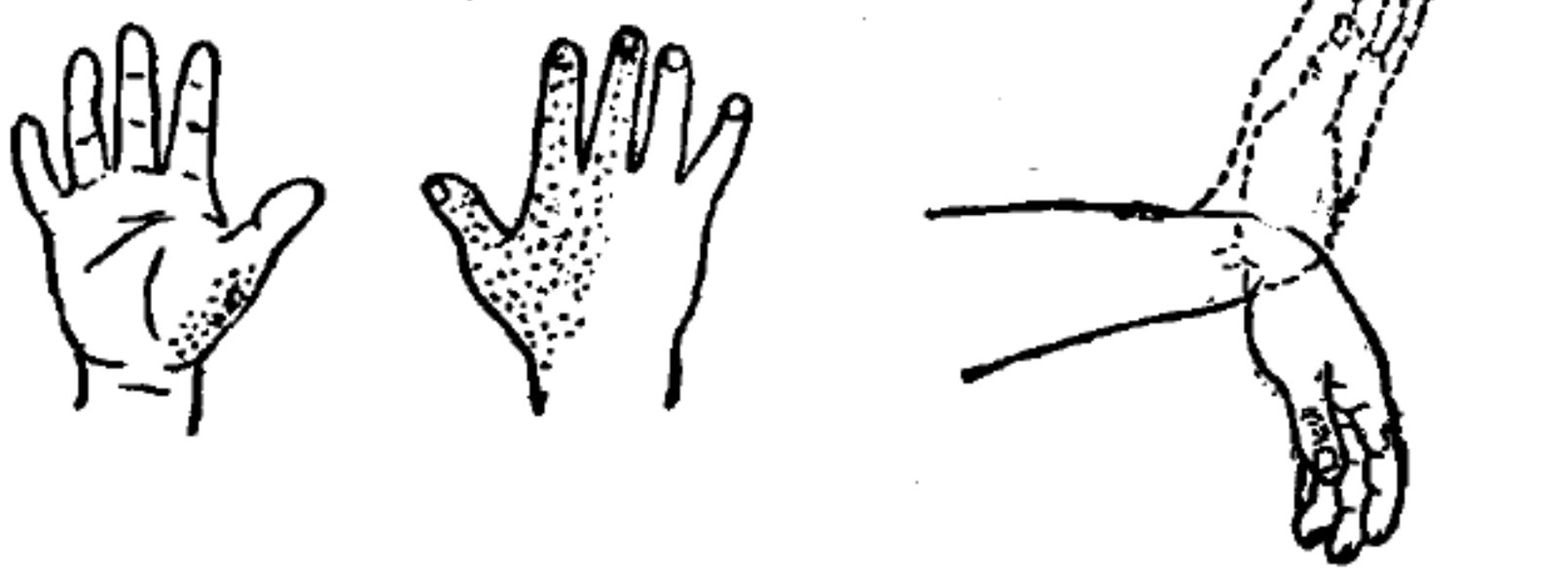
图12—16　锁骨骨折的固定方法

（二）无错位的骨折，不需复位，但需同样固定。

肱骨干骨折

除外力直接打击外，有时投掷砖头或手榴弹时发生骨折。

〔诊断要点〕具有典型骨折局部症状。若合并桡神经损伤，其表现为腕下垂，掌指关节不能伸直，拇指不能外展和伸直，或同时有合谷穴区的知觉消失（图12—17）。



桡神经的知觉分布区　　桡神经损伤时的腕下垂

图12—17　桡神经损伤

〔治疗〕

（一）手法复位和局部外固定：可用局麻，也可不用。病人坐在椅上，患侧胸靠椅背，腋部骑跨椅背上（椅背上应加厚垫），上臂下垂，肘屈90度，手放桌上。助手握其前臂，向下牵引或用砖牵引（图12—18）。此时，上臂外形正直。术者摸骨折部，对合骨折端，并作局部固定，或用“U”形石膏固定（图12—19）。然后，将前臂悬吊胸前。鼓励病人做手、肘及肩部活动。5—8周愈合。

（二）无错位的骨折，也需局部外固定。

（三）桡神经损伤的处理：一般能逐渐恢复神经功能。可用维生素B_1及B_{12}肌肉注射。针刺肩髃、曲池、合谷穴。弱刺激。嘱患者主动用健手来活动患手各关节和旋转前臂，

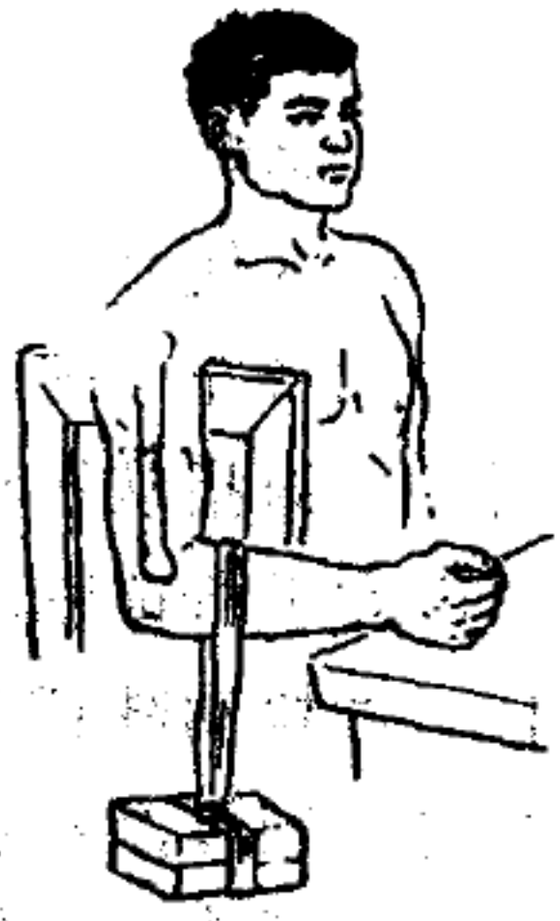


图12—18　肱骨干骨折的手法复位（用砖牵引）



小夹板局部外固定



“Ⅱ”型石膏固定

图12—19　肱骨干骨折的固定法

使其保持正常活动范围，防止关节僵硬。骨折愈合后，神经仍无恢复者，即应手术探查。

肱骨髁上骨折

本病多见于儿童，跌倒时肘在伸直位以掌着地，其前臂骨将肱骨下端顶断。

〔诊断要点〕肘部肿胀，且向后移位，肘关节可被动屈伸。易合并下列血管神经的损伤。

尺神经损伤：手的尺侧知觉消失。第4、5指不能伸直，也不能握拳，日久小鱼际萎缩。

正中神经损伤：食、中指腹知觉消失，第2～4指不能伸直，也不能握拳，日久大鱼际萎缩。

肱动脉损伤：多数是肱动脉受骨折端和肿胀的压迫，前臂及手发生缺血。继而挛缩，很似正中神经损伤的表现。

〔治疗〕

（一）手法复位和外固定：宜用全麻或臂丛麻醉。病人仰卧，助手双手握肩部固定，术者右手握腕部，并使掌面向上，肘伸直，沿上肢长轴进行牵引，勿松手。术者左手捏两髁部，以矫正骨端侧移位。然后，左手按肘窝，拇指从肘后向前顶（图12—20），使骨折下端前移；同时，右手持前臂，使肘充分屈曲，掌面向肩，此时骨折即复位。如桡动脉搏动消失，指甲苍白，5—10分钟后，仍无恢复时，则逐渐将肘的屈度放大，直到脉搏恢复为止。最后，用石膏托或用大竹片烤弯固定，肘窝勿缠绷带（图12—21），前臂悬吊胸前。固定后继续观察手部血循环，督促作手握拳活动。2—3周愈合。去固定后，练习肘关节屈伸活动。

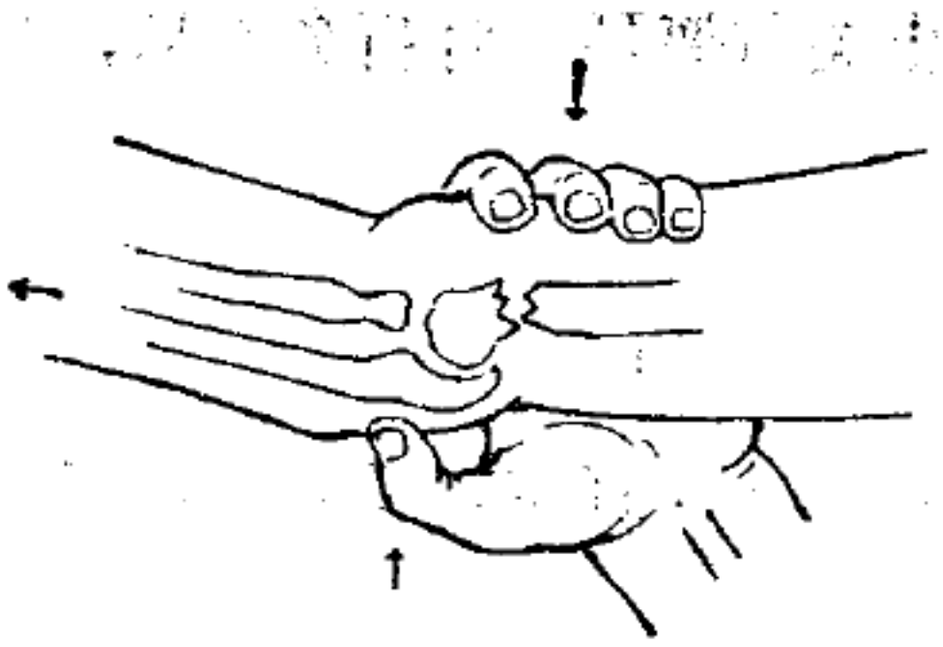


图12—20 肱骨踝上骨折手法复位

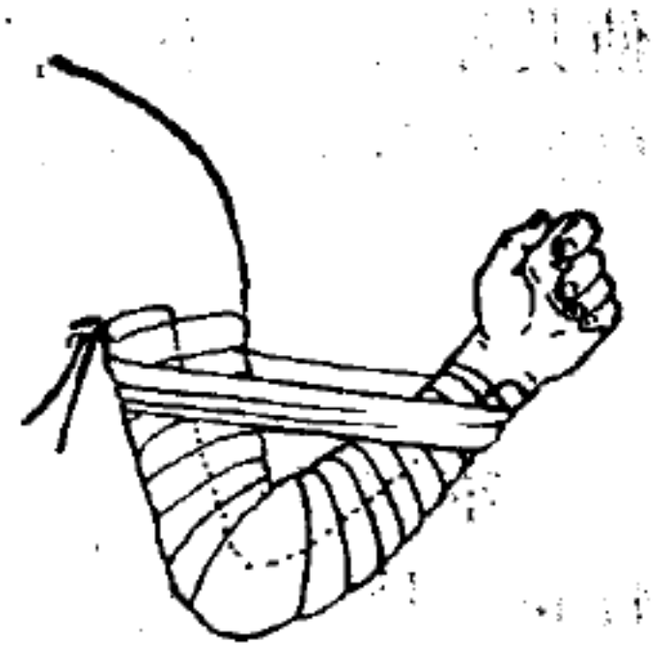


图12—21 肱骨踝上骨折的固定（肘窝部不缠绷带）

（二）无错位的骨折，也用上述夹板固定，但肘屈90度。其它处理同上。

（三）合并损伤的处理：有神经损伤者，口服维生素B_1。一般骨折愈合后，神经也逐渐恢复。肱动脉受骨折端压迫时，骨折复位后，即解除压迫。肘关节严重肿胀时，卧床、垫高

患肢，稍消肿后再复位（勿超过一周）。已发生缺血挛缩者，每日数次由家长用手牵拉各指及腕，使关节被动伸展，迫使屈肌逐渐伸长，矫正挛缩。

前臂骨折

〔诊断要点〕尺桡骨双骨折时，具有典型的骨折局部症状。无典型症状时，检查时要沿骨干的一端摸到另端。有压痛、在凸出或凹陷处，即骨折部位。桡骨单骨折，常合并腕部桡尺关节脱位，桡骨远端向近侧移位。尺骨单骨折，常合并肘部桡尺关节脱位，肘外侧有桡骨头突出。

〔治疗〕

（一）手法复位和局部外固定：宜用局麻或臂丛麻醉。病人坐在凳子上，患肘放桌上，肘屈90度，手掌立在桌面。助手双手握其肘上固定，术者一手握腕部沿前臂长轴牵引。1—2分钟后，另手捏骨折处两骨间，使骨折复位。作局部外固定（图12—22）。第一次，包扎绷带后，在骨折处两骨

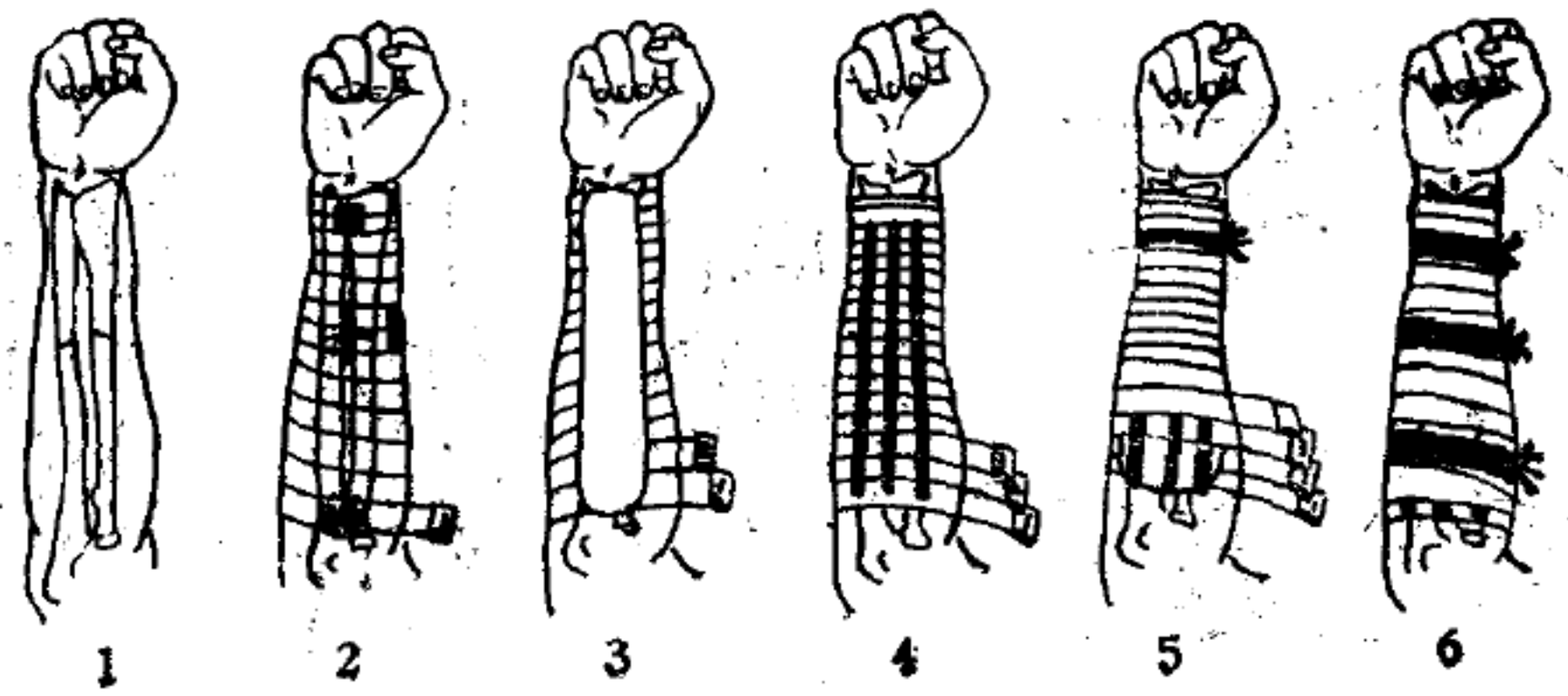


图12—22　前臂骨折的局部外固定法

间的背侧及掌侧，各放一如手指粗长的棉卷。有桡尺关节脱位者，骨折复位后，注意检查脱位的复位情况。一般在牵引后即复位。固定后，前臂悬吊胸前，鼓励病人练习指、腕、肘关节活动。6—8周愈合。

（二）无错位的骨折，也需用上法固定。

桡骨远端骨折

本病多发生在老年人，跌倒时以掌着地。

〔诊断要点〕

腕部肿、痛，活动受限制，手及腕向桡侧及背侧移位，从前后和左右方向看，均呈“餐叉畸”形(图12—23)。

〔治疗〕

（一）手法复位和局部外固定：宜用局麻。病人坐在凳上，手放桌上，掌面向下。助手双手握其肘部固定。术者一手握其拇指及大鱼际，沿前臂长轴进行牵引。此时，骨折远端向桡侧的移位已被复位。在继续牵引下，术者另手握其腕部，拇指按压桡骨远端，其余四指顶住前臂掌面，使腕下垂并偏向尺侧

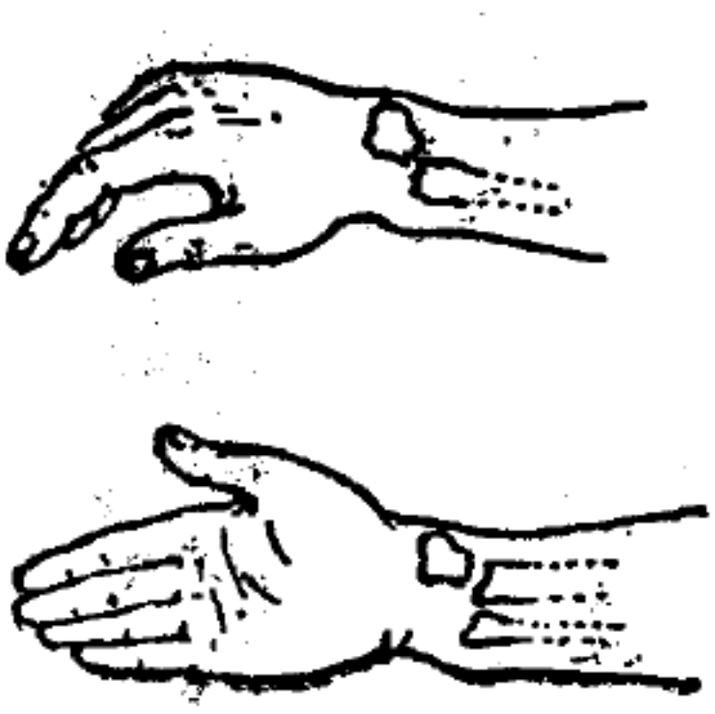


图12—23 桡骨远端骨折的畸形呈“餐叉”形

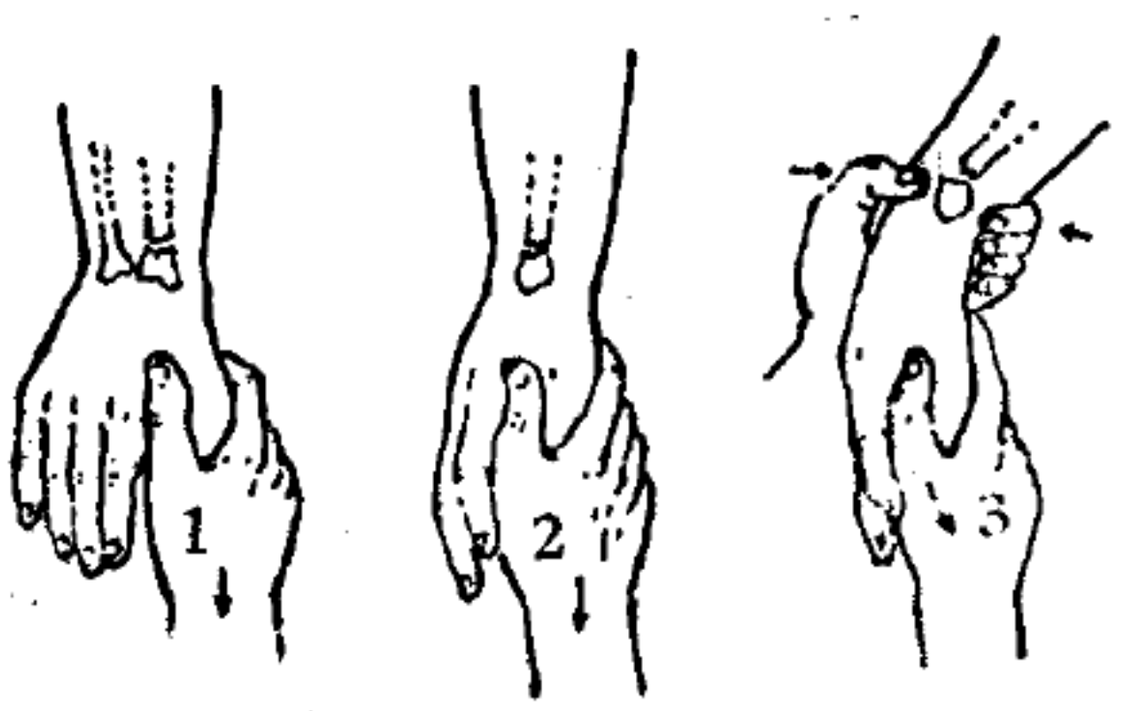
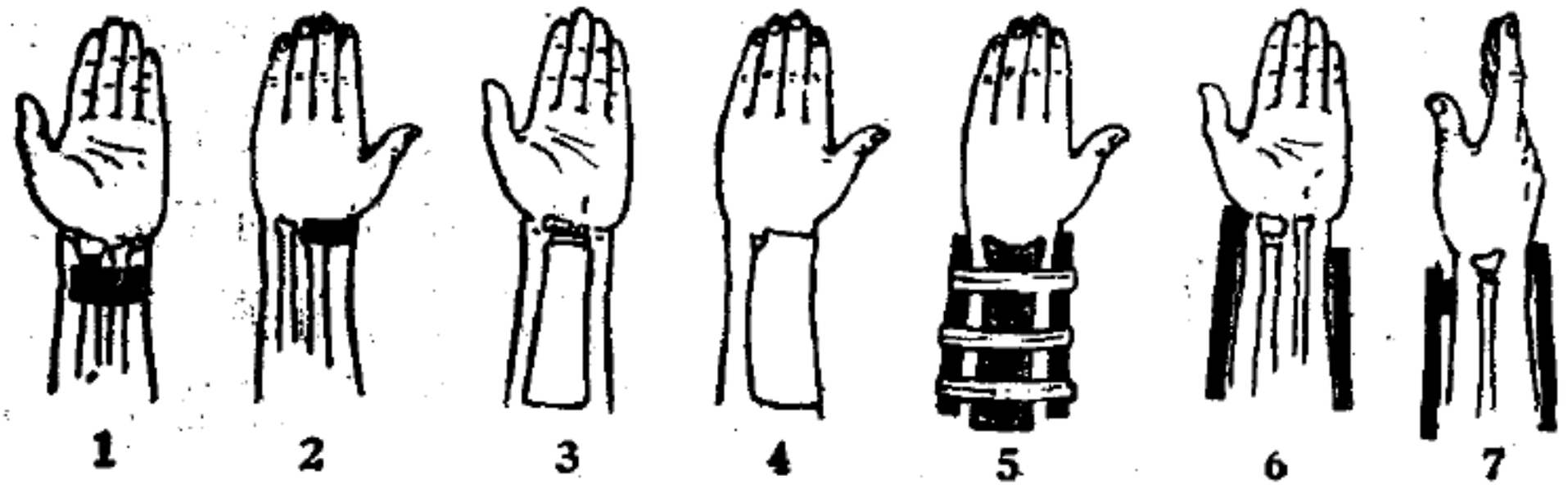


图12—24 桡骨远端骨折手法复位法

(图12—24)此时骨折已全部复位。作局部外固定(图12—25)。鼓励病人练习握拳活动和腕、肘关节的活动。4—6周愈合。



骨折近端掌侧加垫（1、7），骨折远端背及桡侧加垫（2、6、7），掌侧纸板不超过骨折远端，不包括尺骨端（4、7），外用竹片或木夹板，以加固纸板（5、6、7）。

图12—25　桡骨远端骨折的局部外固定法

(二) 无错位的骨折，用绷带包扎腕部即可。

掌、指骨骨折

本病多因外力直接撞击或压挤而发生。

〔诊断要点〕因骨位于皮下，可看到骨折处的弯曲、隆凸或凹陷。掌骨骨折时，使手半握拳，可见掌骨头缩短或下陷。末节指骨背侧撕脱骨折时，其背侧肿胀，指节不能主动伸直。

〔治疗〕手法复位，局部外固定。宜用局麻或指间神经阻滞麻醉。

(一) 掌骨骨折时，嘱病人用健指握住锹柄粗细的短木棍。术者左手握其腕部，右手牵引患指，即可矫正骨折处的弯曲、缩短、隆凸或凹陷畸形。然后，在牵引下使患指也握住木棍。外用绷带包扎，或用胶布固定(图12—26)。嘱病人练习健

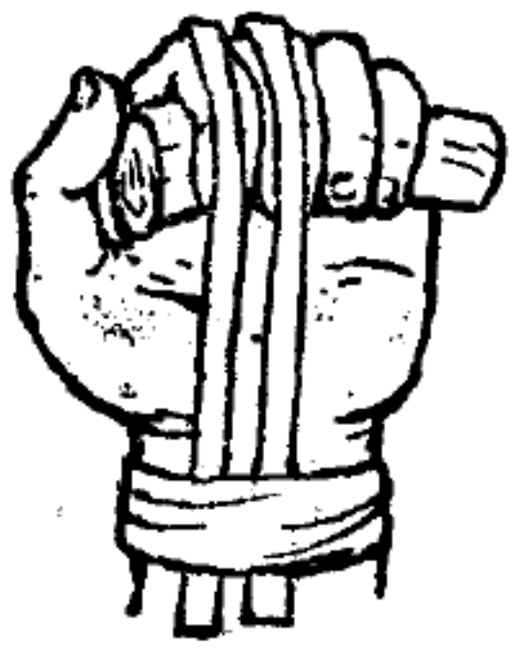


图12—26 掌、指骨骨折的外固定法

指和腕关节活动。固定3周，最多4周。

（二）第1、2节指骨骨折时，手法复位后，用小铁皮（与指骨同长同宽）放在指骨掌侧，呈屈曲状，以胶布固定。嘱病人多练习指关节活动。4周愈合。

（三）末节指骨背侧撕脱骨折时，在该关节充分背伸位固定3—5周（图12—27）。



图12—27 末节指骨基部撕脱骨折及固定法

股骨颈骨折

本病多发生于老年人。分股骨颈外展骨折和内收骨折（图12—28，12—29）。前者无错位，只是股骨颈嵌入股骨头内。后者有错位。

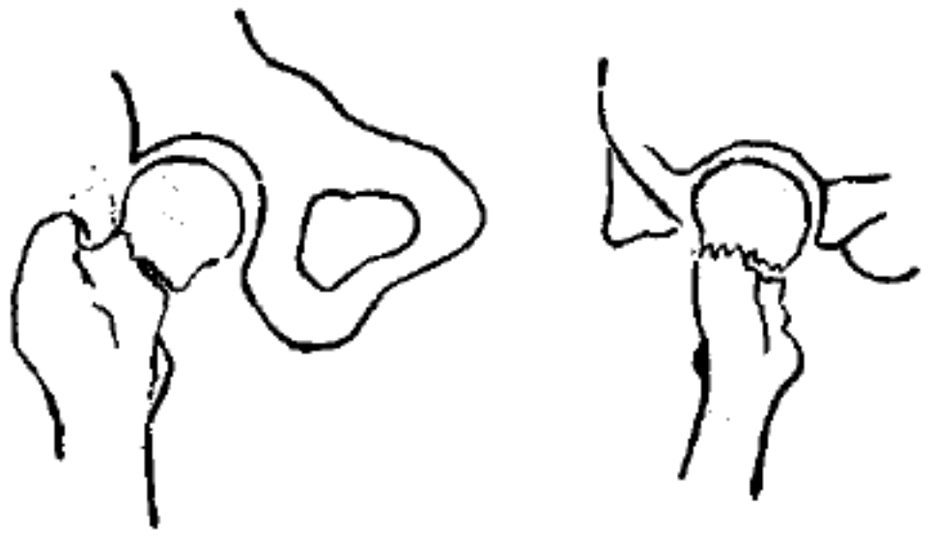


图12—28 股骨颈外展骨折，颈嵌入股骨头内



图12—29 股骨颈内收骨折错位

〔诊断要点〕股骨颈内收骨折：跌倒后髋部不能活动。患肢的脚向外旋转（图12—30(1)）、腿变短、内收位。髋部软组织无异常表现。

股骨颈外展骨折：除髋内部疼痛外，无其它异常。

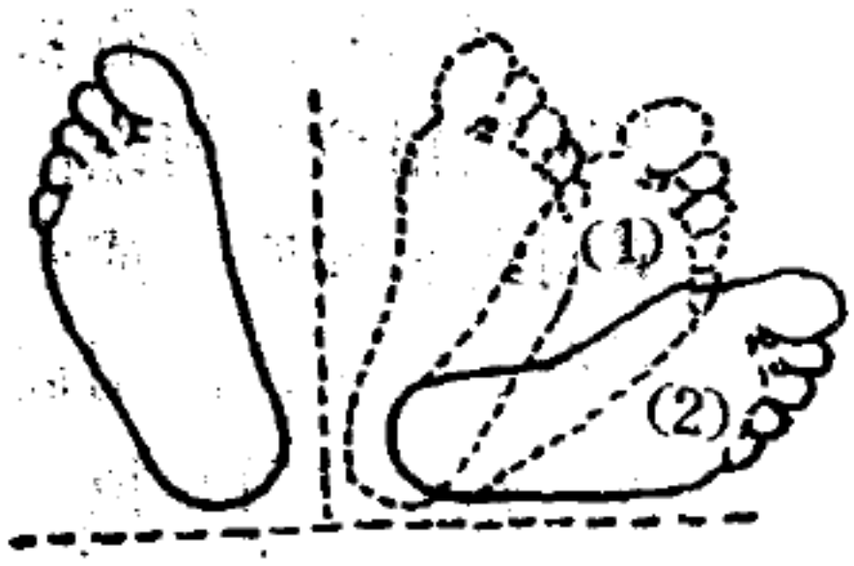
〔治疗〕

（一）股骨颈内收骨折，需手术治疗，用三翼钉固定。否则，骨折不愈合。

（二）股骨颈外展骨折，需卧床 4 周。以后扶双拐下地，患肢 2 个月内不能踩地。骨折 3 个月愈合。

股骨粗隆间骨折

〔诊断要点〕本病多发生在老年人，跌倒后患侧髋部不能动。患肢脚向外旋转比股骨颈骨折更明显（图12—30，12—31），腿短和内收也较明显。髋部软组织肿胀，压痛，2—3日后，皮下有瘀血斑。



（1）股骨颈内收骨折
（2）股骨粗隆间骨折

图12—30　股骨颈内收骨折和股骨粗隆间骨折时腿外旋程度比较



图12—31　股骨粗隆间骨折

〔治疗〕持续皮牵引治疗，不用麻醉。病人卧床，作患

肢小腿皮牵引。患肢外展40—60度，悬重4—5公斤，牵引2个月。以后起床扶双拐下地一个月。牵引期间，半坐或全坐位，多练习脚及股四头肌收缩活动。

股骨干骨折

〔诊断要点〕具有典型的骨折症状。

〔治疗〕

（一）3岁以下小儿，取仰卧位，将两下肢作垂直皮牵引，使臀部刚好离开床面（图12—32）。3—5周愈合。

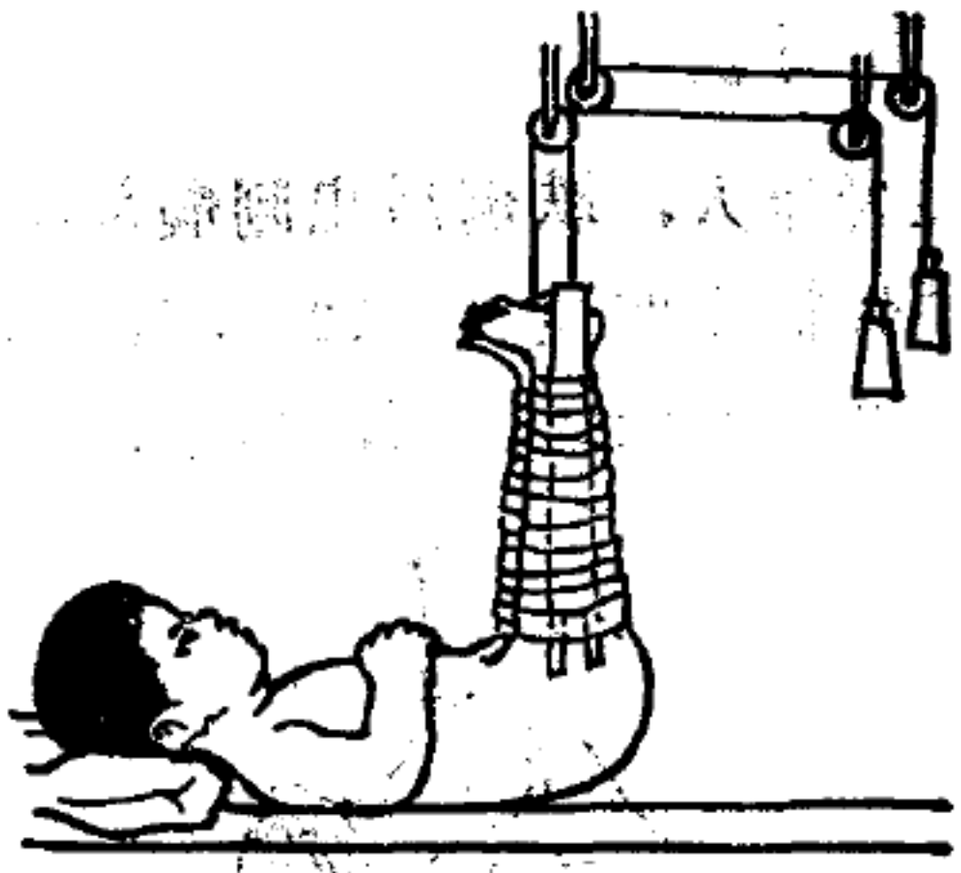


图12—32 幼儿股骨干骨折的牵引法

（二）4岁以上小儿，作水平位小腿皮牵引，悬重—2.5公斤。5—8周愈合。也可并用局部外固定，防止骨折弯曲、畸形。

（三）成人骨折，常有明显错位和短缩，可用镇痛药和局麻，或在腰麻下行手法复位，用局部外固定和皮牵引复位。注意每日测量患肢长度，并与健侧比较。多练习足及股四头肌收缩活动。10—12周愈合。

髌骨骨折

〔诊断要点〕关节内积血、肿胀，久时皮下见瘀血斑。膝关节不能主动伸直。骨折分离较远时，可摸到骨折间有横沟（图12—33）。

〔治疗〕

（一）骨折分离不多时，抽出关节内积血，对合骨折端（由髌骨上、下极相对压挤）。然后，用抱膝包扎固定（图12—34），将膝关节固定于伸直位。多练习股四头肌收缩活动。可以持杖下地行走。4周后，去木板固定，开始练习屈膝活动。9周后，可恢复膝关节功能。

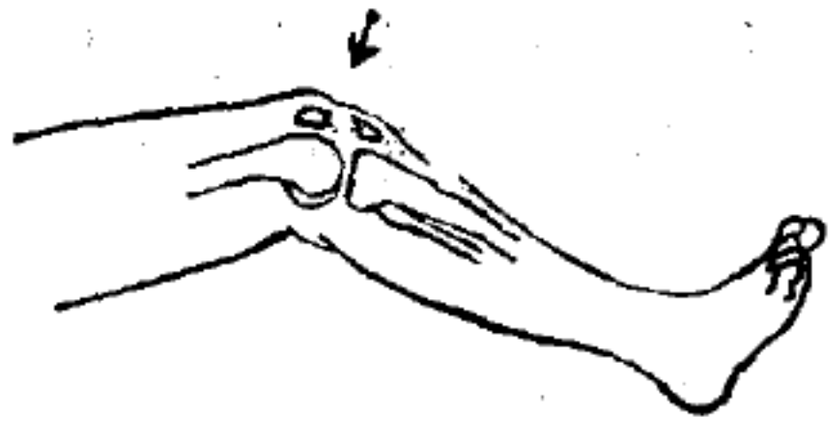


图12—33 髌骨骨折的骨折间横沟

（二）骨折分离较远时（一横指以上），如能使骨折复位，也用包膝固定法。否则，须行手术切开复位，缝合骨折。术后用木板或石膏绷带，将膝固定于充分伸直位6周。以后练习屈膝活动。

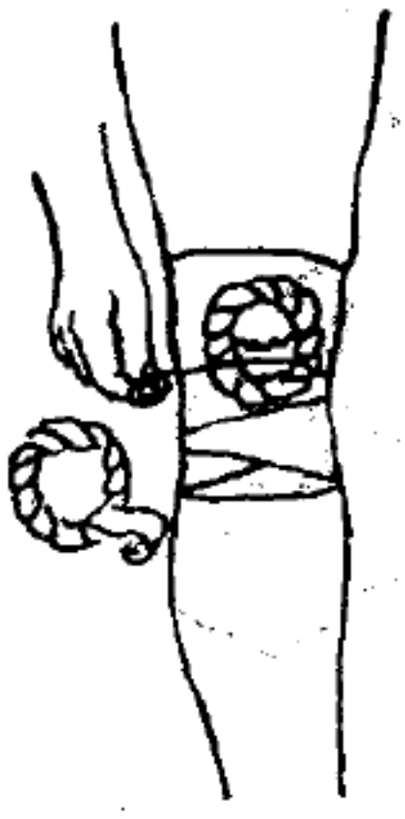


图12—34 髌骨骨折的抱膝固定法

抱膝固定法：做硬棉圈一个，粗如拇指，周径同髌骨。先抽出关节积血，对合骨折端，用棉圈套住，并用胶布固定，防止移动，外用绷带加压包扎（图12—34）。每5—7日，重包一次。如因组织消肿而棉圈过大，及时更换较小的棉圈。注意防止压坏皮肤。

小腿骨折

可为胫骨或腓骨单骨折，也可为胫腓骨双骨折。因外力直接打击的双骨折，骨折常在同一平面。因旋转力所致的双骨折，骨折不在同一平面。腓骨骨折，部位较高。

〔诊断要点〕双骨折时，具有典型的局部症状。单骨折时，不显畸形，根据局部肿胀、压痛和踩地时疼痛加重来诊断。

〔治疗〕

（一）胫腓骨双骨折和胫骨单骨折，需在局麻下手法复位。先矫正对线及旋转畸形。然后牵引对位（图12—35）。在牵引下，作局部外固定（图12—36）。垫高患肢，多练习踝、膝关节活动。消肿后，可拄双拐用健腿行走。8—10周愈合。

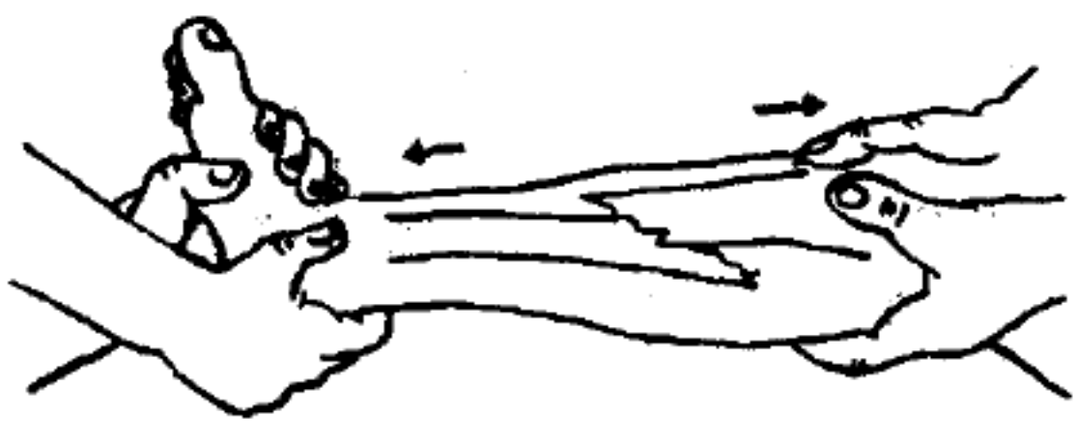


图12—35 胫腓骨干骨折复位法（牵引对位）

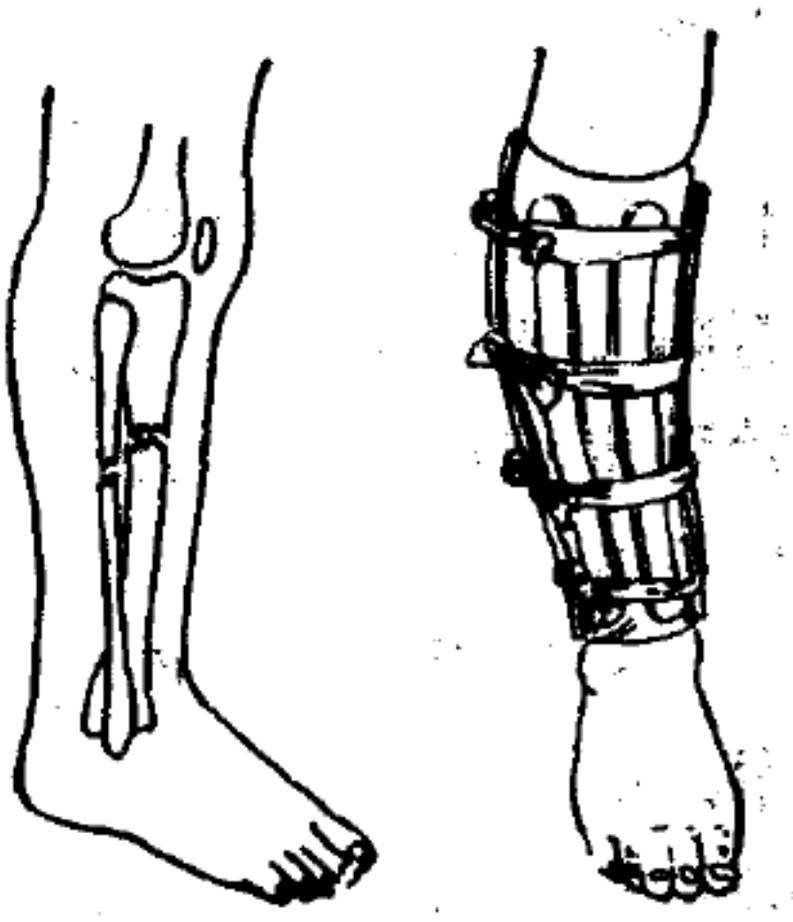


图12—36 胫腓骨干骨折的局部外固定

（二）腓骨单骨折时，用绷带包扎小腿后，练习走路和日常活动。3—4周愈合。

第三节 脱 臼

关节脱臼后远侧端可以脱向各方，但最常见的是从关节解剖构造的薄弱处脱出。也常合并小片骨折，随骨端移位。新鲜脱位，容易手法复位。2周以内的脱位，在充分麻醉

下，也可手法复位。3周以上者，手法复位困难。常见的关节脱位如下：

肩关节前脱位

以喙突下脱位最多见，且常见习惯性脱位。

〔诊断要点〕上臂轻度外展，并有用健手托患手的特殊姿态（图12—37）。肩峰突出，其下方凹陷空虚，喙突下可摸到脱出的肱骨头。

〔治疗〕手法复位，可选用下列方法。复位前，在关节腔内注射2％普鲁卡因溶液10—15毫升。

（一）牵引复位法：病人仰卧于床边，患肢伸直。术者用一脚蹬在患肢腋下，用双手握住腕部，沿患肢长轴牵引（图12—38），感到骨端滑动或听到响声时，即已复位。然后，将肘贴于胸壁前，如手能摸到对侧肩部，证明已复位无疑。

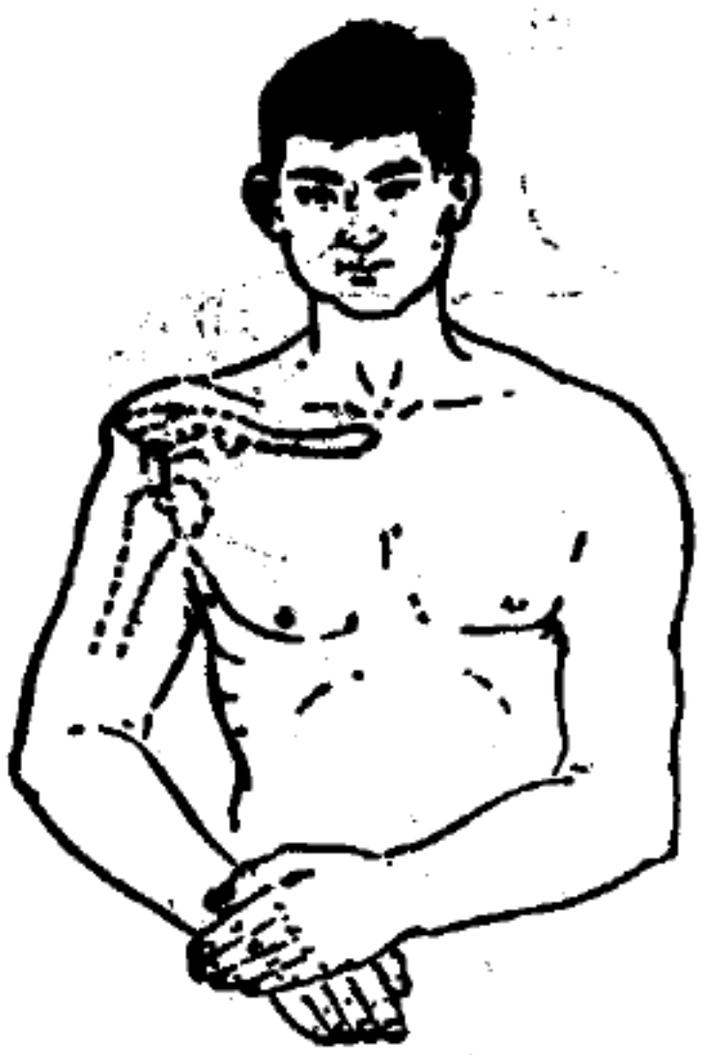


图12—37　肩关节前脱位的姿态

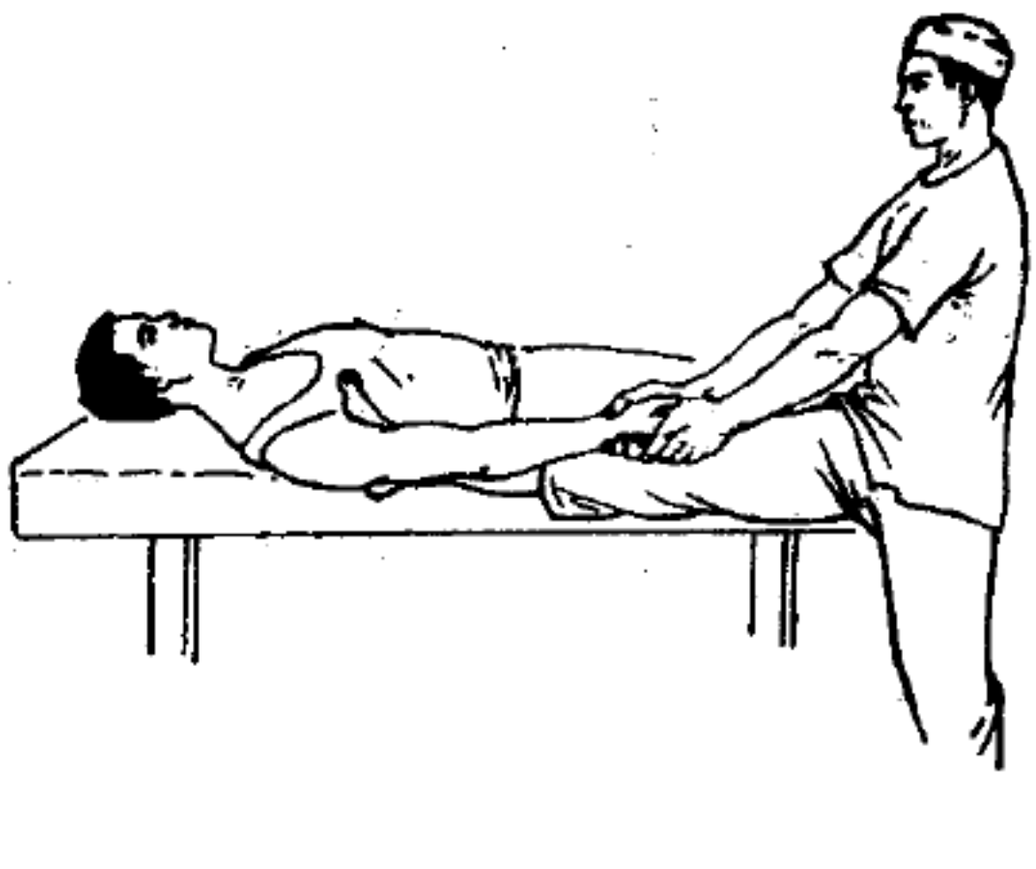


图12—38　肩关节前脱位的牵引复位法

（二）旋转复位法：病人取坐位或仰卧。术者一手握其腕部，使肘屈90度；另手握肘部，并沿上臂长轴牵引，使上臂外展，再外旋，然后内收内旋，使肘贴到前胸壁，感到骨端滑动或听到响声时，即已复位。最后使患侧手摸到对侧肩部，证明已复位（图12—39）。脱位常合并肱骨大结节撕脱骨折，脱位复位后骨折也即复位。

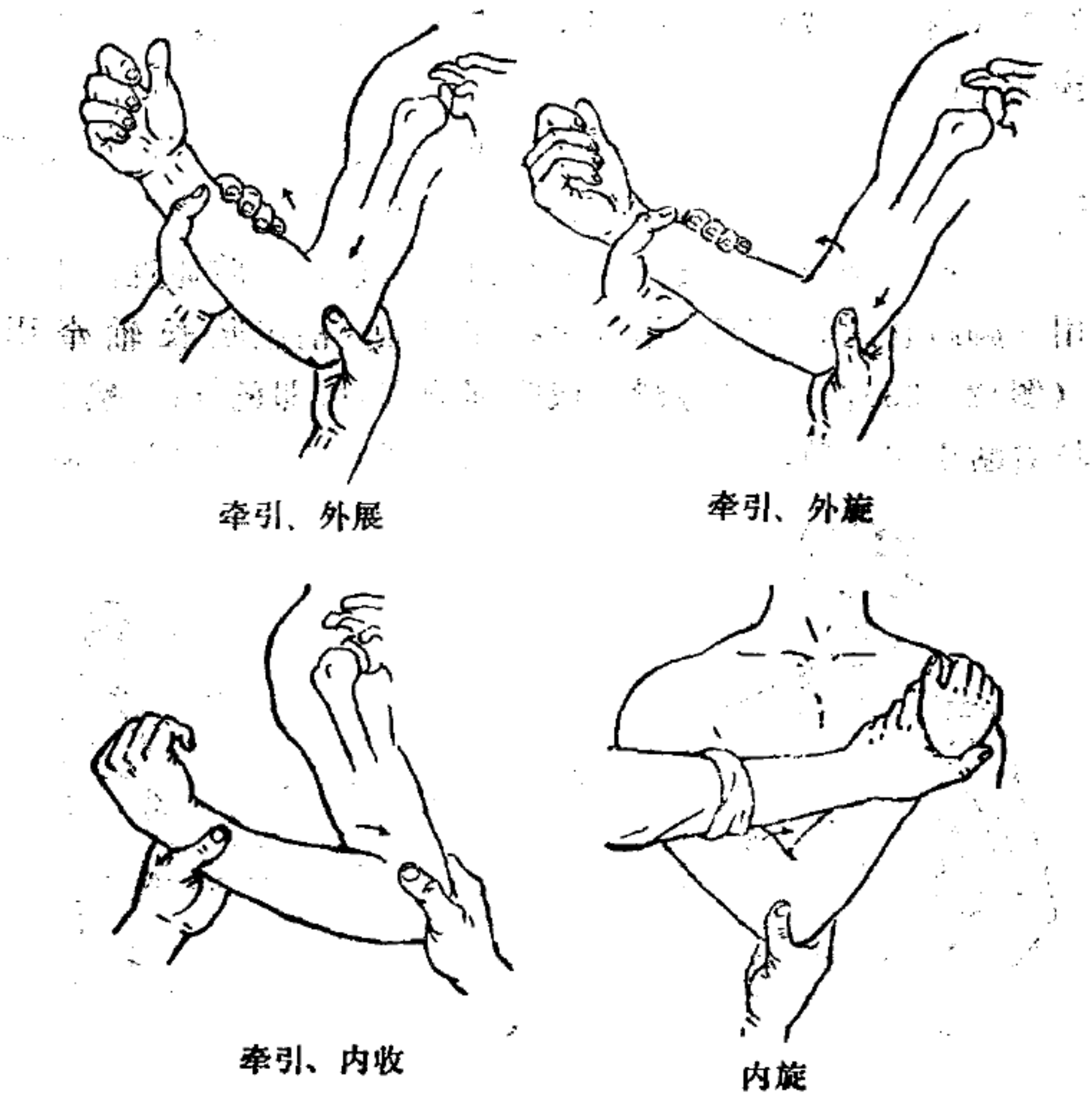


图12—39　肩关节前脱位的旋转复位法

复位后，患肢肘屈90°，用三角巾悬吊于胸前2—3周。同时，鼓励病人练习肩部活动。

肘关节后脱位

〔诊断要点〕肘取半屈位，肘后尺骨鹰嘴明显突出（图12—40），其上方触之空虚。肘窝膨隆，可摸到肱骨下端。肘关节不能屈伸。

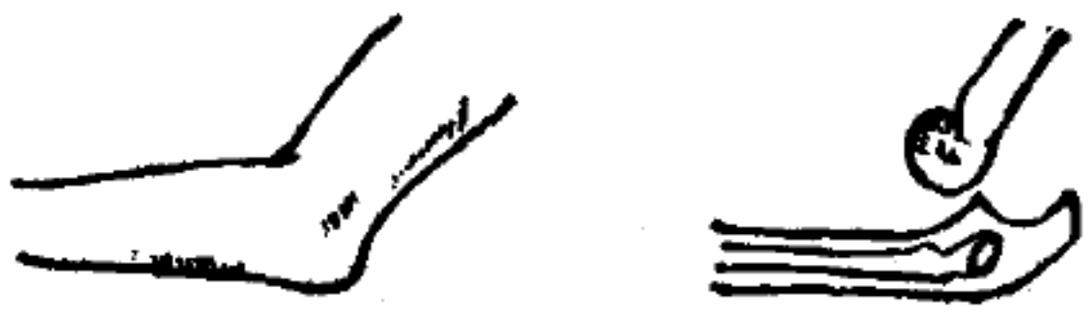


图12—40　肘关节后脱位的外观

〔治疗〕手法复位，先在肘关节腔内注射2％普鲁卡因溶液10—15毫升，或用臂丛麻醉。病人取坐位或仰卧位。助手握其上臂上端固定。术者一手握其腕部，沿前臂长轴牵引，另手摸尺骨鹰嘴，将其移到肘后正中。然后，此手移到肘窝向下压迫，另手在牵引前臂的情况下，使肘弯曲（图12—41）。如感到或听到骨端的滑动声，肘关节屈伸无障碍，则证明已复位。

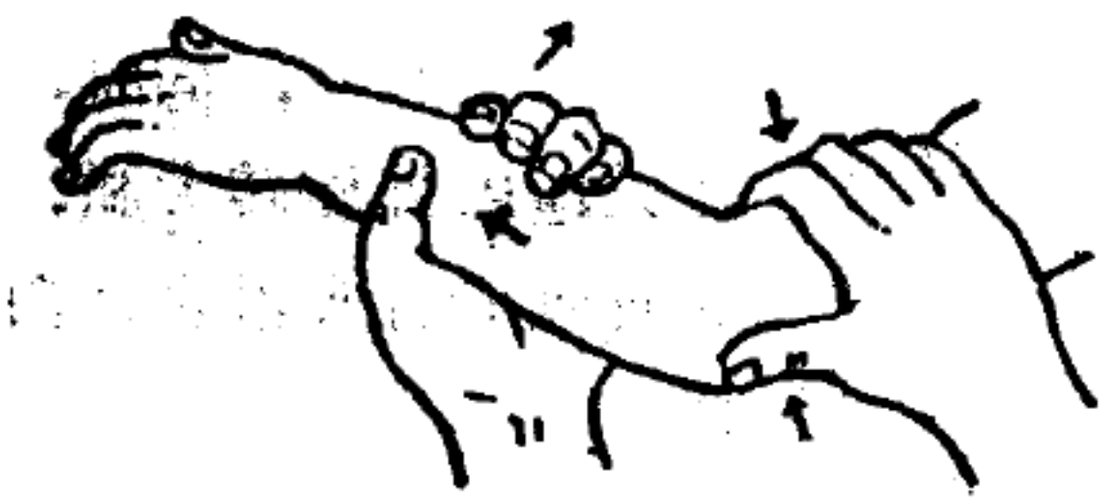


图12—41　肘关节后脱位的手法复位

复位后，将前臂用三角巾悬吊胸前，并练习屈肘活动。2周后去三角巾，练习伸肘活动。

肘关节后脱位，常合并肱骨内上髁撕脱骨折。脱位复位后，骨折也被复位。也可合并尺神经牵扯伤，其功能可逐渐恢复。

髋关节后脱位

〔诊断要点〕患侧髋部屈曲、内收、内旋（膝放在健侧腿上，不能外展），大腿缩短。在臀部可摸到股骨大粗隆向后上方移位，也可摸到股骨头。

〔治疗〕因髋部肌肉丰满、力强，复位时需用腰麻或全麻。

（一）仰卧复位法：病人仰卧。助手双手分别按住双侧髂前上棘，固定骨盆。术者使患侧髋、膝屈曲90度，双手抱住腘窝部，双膝夹住患肢的足，沿大腿长轴向上持续牵引（图12—42），同时，轻柔地内外旋转大腿，即可将股骨头提至髋臼内，并可感到或听到股骨头滑进髋臼内的响声。然后放直患肢，证明已复位

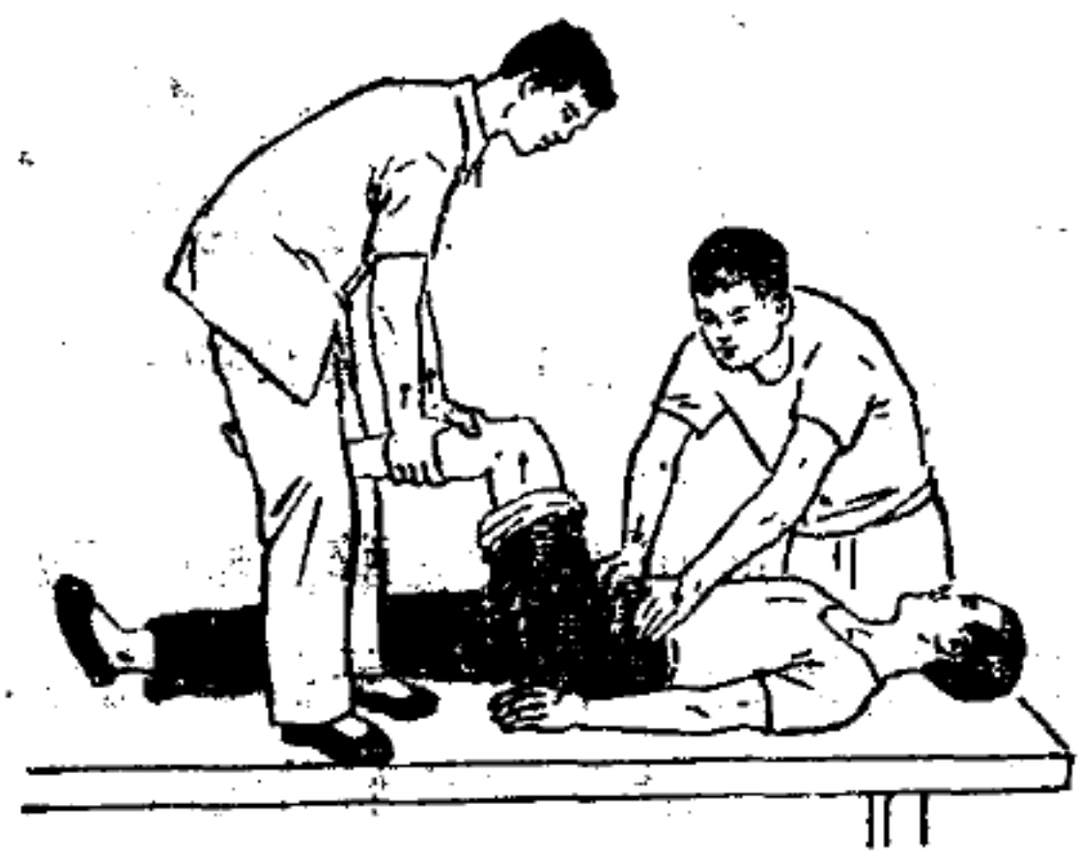


图12—42 髋关节后脱位的仰卧复位法

（二）俯卧复位法：病人俯卧于床边，患侧大腿垂于床边外，膝屈90度。术者一手握小腿踝部，另手按住骨盆，一膝跪于患肢腘窝部向下持续加压（图12—43），也可轻柔地内

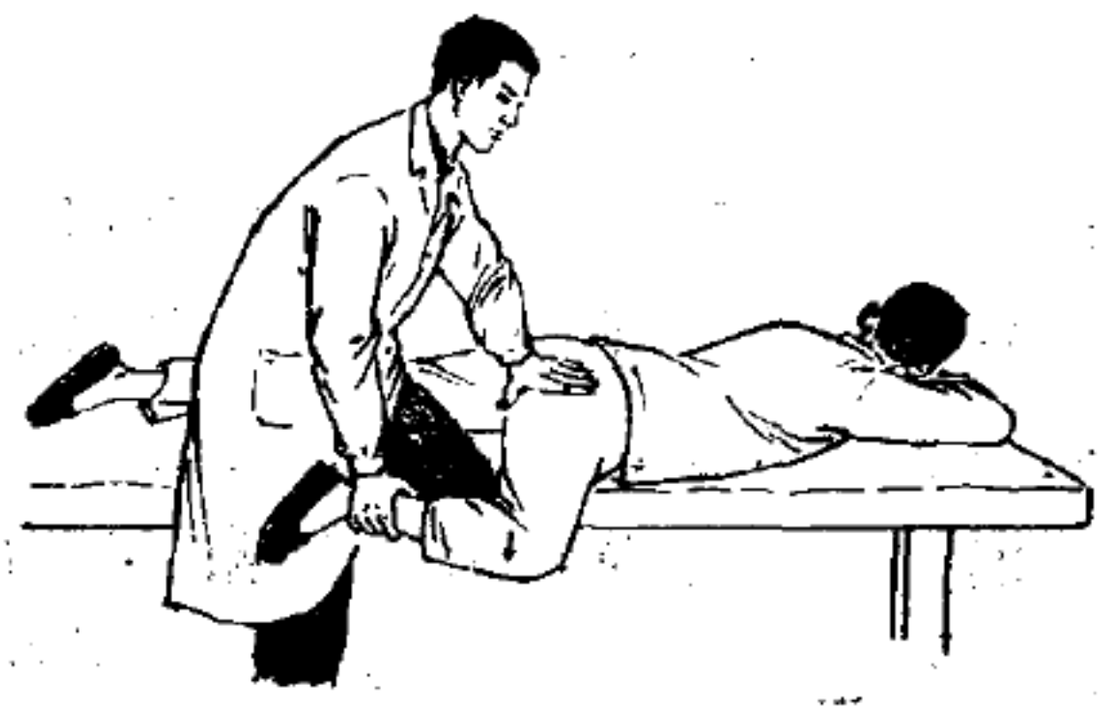


图12—43 髋关节后脱位的俯卧复位法

外旋转大腿，直到股骨头滑进髋臼为止。当感到或听到股骨头滑进髋臼内的响声，患肢也能伸直时，证明已复位。

脱位常合并髋臼后缘撕脱骨折，脱位复位后，骨折也即复位。

复位后，需将患肢固定，用小腿皮牵引，使腿外展30—40度，或只将两腿捆在一起。卧床时可以坐起。3周后去固定，练习髋关节日常活动。

小儿桡骨头半脱位

〔诊断要点〕典型的外伤史，几乎都是家长给小儿穿衣袖时，或领小儿走路时牵拉旋前(手掌向下)的前臂而发生。小儿当即哭闹，患肢不敢活动，也不敢拿东西。患肢垂于体侧，前臂取旋前位。

〔治疗〕手法复位，不需麻醉。术者一手握其肘部，拇指放在肘窝外侧，另手握患肢腕部，使肘屈90度。然后，将前臂突然旋后(手掌向上)（图12—44），此时肘窝处拇指可感到响声，小儿当即哭闹。等一会后，小儿即敢用患肢拿东西，活动自如。复位后不需固定。

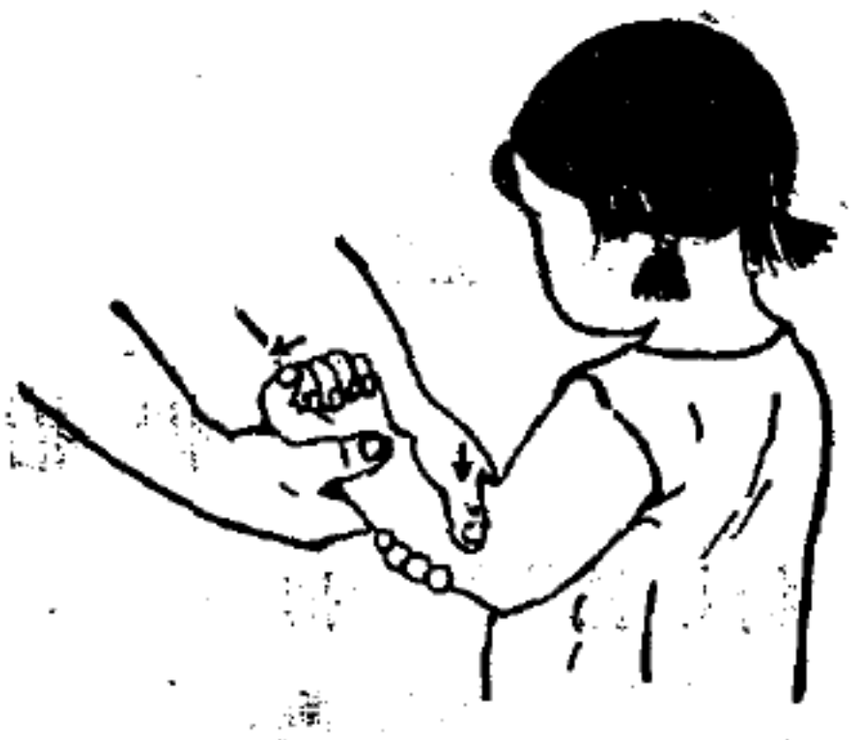


图12—44　小儿桡骨头半脱位的复位法

下颌关节脱位

常在大笑、打哈欠等大张口时发生。可一侧关节脱位，多数为双侧，且常为习惯性脱位。

〔诊断要点〕不能闭口、流涎、下颌向前突。单侧脱位时，下颌偏向对侧，颧骨弓下可摸到骨突（下颌小头），下颌窝空虚。

〔治疗〕手法复位，不需麻醉。病人坐小板凳上。术者站在其对面，两拇指缠上布条，或病人手绢后，伸入口腔内，分别放在两侧下臼齿上，余四指握住下颌骨。用两拇指向下按压臼齿，第4、5指向上提下颌骨体部，即拉长嚼肌；然后，将下颌骨推向后方即复位（图12—45）。复位后两周内，**避免大**张口。多练咬牙活动（练习嚼肌力），有助于防止习惯性脱位。

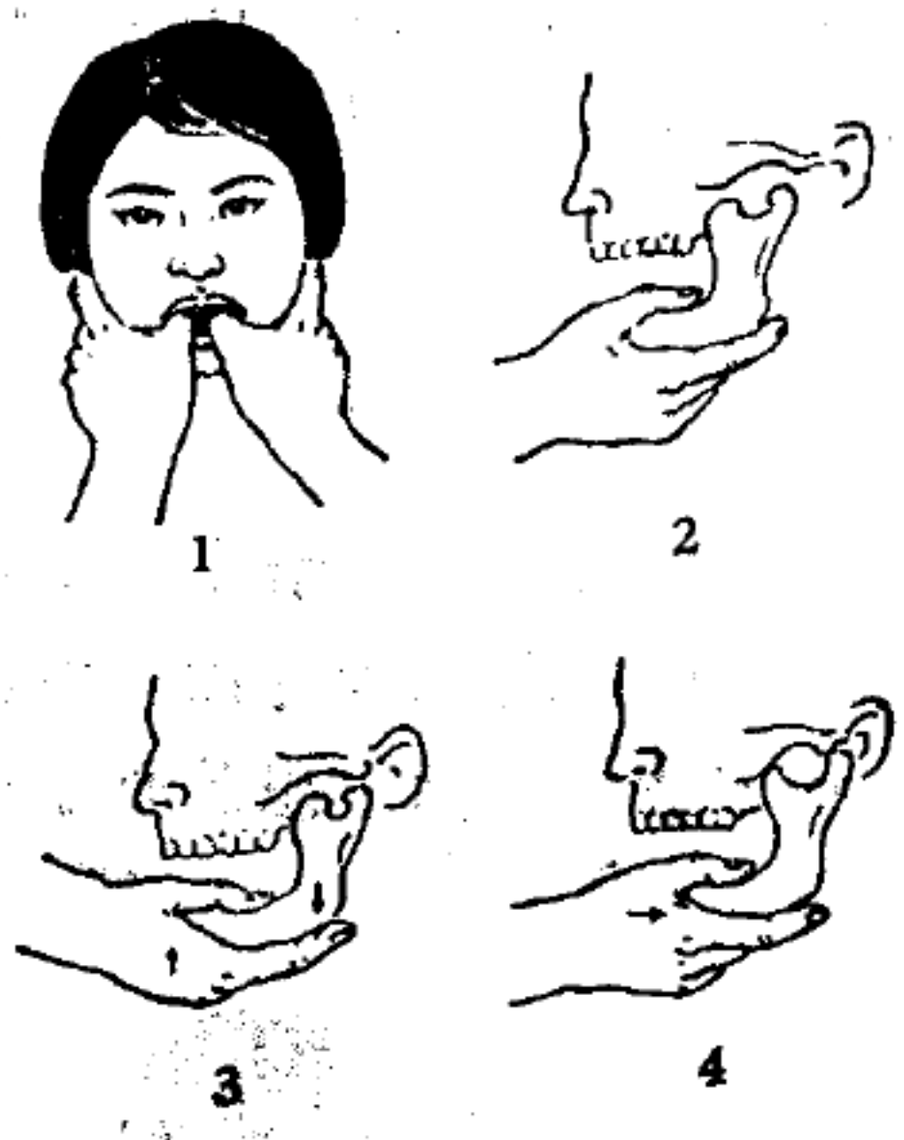


图12—45 下颌关节脱位的手法复位步骤

拇指脱位

拇指脱位是指拇指的掌指关节脱位而言。拇指在伸展位时，外力撞击其掌侧，使第一指骨沿掌骨头向背侧滑动，掌骨头顶破关节囊的掌侧面，并脱出囊外，指骨移到掌骨头的背侧。

〔诊断要点〕拇指的掌指关节过度背伸（正常背伸的最大限度是170°），拇指与掌骨，几乎呈直角，且呈枪扳机样，在掌指关节的掌侧，可触到掌骨头。拇指不能掌屈，强迫屈曲拇指时有弹力感。

〔治疗〕在局麻下行手法复位。术者一手握住大鱼际部，固定第一掌骨，另手捏住拇指第一指骨，使其沿掌骨头的背侧向远端滑动，滑到掌骨头的顶端时即复位（复位后，该关节能被动屈曲）。然后，用绷带将拇指固定在屈曲位2周。有时关节囊破裂，只是一纵裂隙。掌骨头由此裂隙脱出后，其颈部被夹住，不能退回。此种情况，难用手法复位。手法复位失败时，应行手术切开复位。复位后，同上法固定2周。

第四节　化脓性骨髓炎

本病是骨组织的一般化脓性疾病。所谓骨髓炎，是泛指骨皮质、骨髓和骨膜整个骨组织的炎症。

就本病的发展过程而言，一般认为在死骨未形成前为急性期（起病后四星期内），以后为慢性期。

〔诊断要点〕

（一）小儿最多，好发于小腿骨、股骨、肱骨、前臂骨等处。多数有挫伤史或炎症病灶。

（二）发病急，有败血症表现，发冷、发热。

（三）患部剧痛，有压痛，活动受限。

（四）发病2～3日后，患部肿胀、发热，以后发红（已形成脓肿）。

（五）X线检查2～3周前，不能显示病变，死骨多在4周后形成，方能在X线片上显示。

（六）慢性化脓性骨髓炎，常有窦道形成，功能障碍。

〔治疗〕

（一）支持疗法：同全身化脓性感染，注意营养。

（二）控制炎症：急性期，应用大剂量抗菌素。用药不得少于三周，体温血像正常后一周，方可停药，以免治疗不当，形成慢性骨髓炎。一般可选用青链霉素，也可用四环素静脉滴入，效果良好。

中药方剂，可选用消疮饮，或黄连解毒汤等。

（三）局部用夹板或皮牵引固定：可以减轻疼痛，减少毒素吸收，并防止病理性骨折。

（四）手术：如局部肿胀或有波动感，试行穿刺，穿刺抽脓后，局部注入抗菌素。如为慢性化脓性骨髓炎，已有死骨及窦道形成者，应行死骨摘除及窦道剔除术。较小死骨，也可由窦道掉出，或用镊子夹出。大的死骨，如不用手术摘除，窦道不能愈合。

（五）慢性骨髓炎，可用五枝膏：

处方：榆树枝、柳树枝、槐树枝、桑树枝、桃树枝各一尺六寸（如筷子粗，截成小节），乳香、没药各一两二钱，香油一斤，樟丹半斤。

制法：把香油放入锅内熬开后，放入五种树枝，待树枝炸焦，用铜丝罗过滤，弃掉树枝，再入乳香、没药（事先研成极细末），熬至滴水成珠，然后搅入樟丹，凉后成膏，制成小膏药。每料，可制成直径约三公分，厚约二公分的膏药250～300帖。

用法：

1.将膏药加温后贴患处，隔3～5天换一次。

2.用醋半两，香油一两，花椒半两。共入勺内熬开，微凉后，用以洗患处，尤其是伤口周围渗出液较多者。

第五节　骨与关节结核

骨与关节结核是结核杆菌由血行感染所致。全身骨和关节都可发病，但以脊椎、髋和膝关节多见。多数是单关节发病，病变呈慢性进行性发展。早期症状较少，并且多发生于小儿。所以，在早期诊断上，要详细询问个人和家族的结核病史。在检查时，发现关节运动受限，是诊断的重要根据之一。除全身和局部（或关节内）用抗结核药以外，要使得到足量的营养。肢体关节结核无全身症状时，应适当到户外活动，并进行日光浴。对早期病变允许关节有适量的活动，但严禁负重，并防止发生畸形。必要时，行手术治疗。

脊椎结核

〔诊断要点〕

（一）脊椎的病变部疼痛，活动“发板”（病变部肌肉呈痉挛性紧张，因而脊柱活动受限）。

（二）可看到或摸到轻重不同的棘突后凸。

（三）腰痛时，注意两侧髂窝部有无寒性脓肿。颈椎结核要注意其两旁和咽后壁，有无寒性脓肿。晚期可有瘘管。

（四）必须检查神经系统，确定有无脊髓压迫（截瘫）现象。胸椎结核可有束带样感（肋间神经痛）。

（五）有条件时可照X线片，检查骨骼破坏情况。

〔治疗〕

（一）全身治疗，包括抗结核药物(见结核病的治疗)。

（二）绝对卧床休息，勿睡热炕，直到脓肿消失和无其它症状时为止。但须注意防止褥疮发生。

（三）脓肿的处理：髂窝或背部脓肿较大时，可在局麻下，用13～15号针穿刺，抽尽脓液（图12—46）。然后，注入链霉素 1 克，或异烟肼100毫克。可多次施行，直到脓肿消失。也可手术清除病灶。有瘘管者，可用塑料管插入注药。

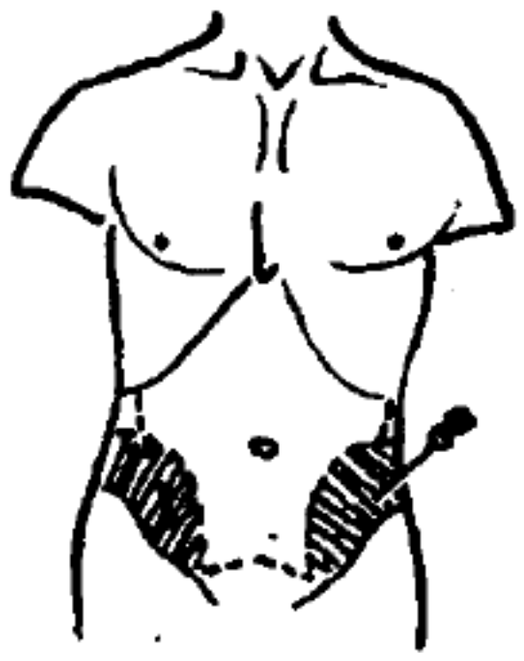


图12—46 两髂窝寒性脓肿及穿刺抽脓部位

（四）截瘫的处理：

1.卧床时，要多铺被褥，每 2 — 3 小时翻身一次，防止褥疮。每次翻身后揉搓容易受压迫的骨突部 2 ～ 3 分钟。

2.尿潴留时，留置导尿管，每 3 ～ 4 小时放尿一次。注意无菌操作，防止泌尿系感染。

3.便秘时，可用肥皂条（如小指粗）塞入肛门，或由肛门灌入肥皂水或植物油，促进排便。

4.由家属帮助活动肢体，由远到近揉摆肌肉，防止关节僵硬、畸形和肌肉萎缩。

5.卧床 3 ～ 4 周后，如有好转，继续卧床休息。否则，行手术清除病灶。颈椎结核瘫痪，宜早行手术治疗。

（五）中药治疗：生黄芪四两，当归二两，乳香五钱，没药五钱，土元五钱，生甘草三钱，全蝎（去头、尾）五钱，藏红花（或草红花）五钱，乌梢蛇四两（猪油炙）。上九味共研极细末，每次温开水送服二钱，每日 2 — 3 次。可连续服 2 — 3 料。

髋关节结核

〔诊断要点〕

（一）多见于小儿。

（二）早期：患儿行走有些不便或轻瘸，夜间说膝痛，熟睡后突然哭闹。检查可见病侧髋关节活动较健侧差。可有低热。

（三）晚期：患肢可出现屈曲内收畸形，髋关节活动受限，髋部肿胀，有脓肿或瘘管。

〔治疗〕

（一）全身治疗。

（二）早期：卧床休息，无全身症状时，可拄双拐用健肢行走，到户外活动。关节腔内注射链霉素0.5克，或异烟肼100毫克，每周二次。直到关节活动正常、无痛为止。

（三）晚期：患肢有屈曲畸形，而关节尚能活动时，用皮牵引逐渐矫正其畸形。由脓肿或瘘管内注射抗结核药（药量同上）。卧床休息直到关节无痛及脓肿消失。必要时，可早行手术，清除病灶。非手术治疗者，病愈后，患肢畸形可用手术矫正。

（四）中药治疗：参阅“脊椎结核”。

膝关节结核

〔诊断要点〕

（一）早期：膝关节肿胀、积液（髌骨漂浮感）以后关节内积液减少，而滑膜增厚，触知柔韧感，逐渐发生持续性疼痛，关节屈伸活动受限，大腿肌肉萎缩。腹股沟淋巴结呈

慢性炎症、增大。

（二）晚期：关节多呈弯曲畸形或脓肿破溃成瘘管。

〔治疗〕

（一）全身治疗。

（二）早期：卧床休息，无全身症状时，可拄双拐用健腿走路，关节内注射抗结核药（药量同髋关节结核），直到肿胀、疼痛消失。有弯曲畸形时，用木板或皮牵引暂时固定患肢。

（三）晚期：有脓肿或瘘管者，用木板固定患肢，往脓腔或瘘管内注射抗结核药（药量同前），直到治愈。必要时，手术清除病灶。

（四）中草药治疗：参阅“脊椎结核”。

第六节 类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为全身多发性慢性关节炎，多见于青壮年。急性发病时，伴全身症状，要与风湿性关节炎鉴别。

〔诊断要点〕

（一）一类起病于四肢小关节，即指（趾）关节，近侧指（趾）间关节及腕（踝）关节，逐渐向近侧较大关节蔓延。早期关节肿胀、关节内积液。晚期肌肉萎缩、关节呈梭形肿胀，逐渐发生屈曲畸形、僵硬，甚至完全强直。各指和腕向尺侧偏斜。

（二）另一类起病于骶髂关节，逐渐浸及全部脊椎和髋关节，并向四肢蔓延。早期自觉下腰痛，检查骶髂关节有叩击痛，腰部活动受限。晚期全部脊椎，逐渐形成竹节样畸

形，甚至完全强直。肋骨呼吸运动受限，用腹式呼吸。髋关节多数成屈曲内收位强直。

〔治疗〕

（一）预防畸形：

1.避免受凉，由病初期即鼓励病人坚持作各关节的日常活动。这样，可以防止关节强直。

2.病变活动期，需平卧硬床或热炕，多翻身。必要时，可做皮牵引。

3.给适量止痛、镇静药，以利进行关节活动。

（二）治疗炎性病灶，如扁桃体炎、龋齿等。

（三）针灸及穴位注射，急性发作时，红肿者局部点刺数处出血。一般情况下，上肢关节痛，针曲池、合谷穴。下肢关节痛，针环跳、风市、足三里、绝骨穴。均强刺激。除针刺外，也可用0.25～2%普鲁卡因溶液 1～2 毫升，每日或隔日穴位注射一次。5～10次为一疗程。

（四）中医治疗（可参阅内科“风湿性关节炎”）：

1.急性发作期：

（1）热胜型：手足小关节，红肿胀疼、局部灼热、自觉全身发热。治以清热、解毒、凉血、兼搜剔经络风湿。方用白虎加桂枝汤合犀角地黄汤加减：生石膏一两，知母、黄柏、祁蛇各三钱，紫草、蜂房各四钱，桂枝一钱半，赤白芍六钱，生地五钱，土茯苓一两，全蝎二钱。水煎服。

（2）寒胜型：手足小关节与腰膝冷痛，不红，自觉两膝冒风，大关节肿痛怕风。治以温经通络。方用阳和汤合麻黄附子细辛汤加减：炒白芥子五钱，麻黄、细辛各一钱，熟地八钱，桂枝三钱，鹿角胶三钱（烊化。或鹿角代），炮附

片一两（先煎40分钟），全蝎二钱，祁蛇、蜂房各四钱。水煎服。

2.稳定期：病久，关节已经僵直畸形，疼痛，不红不肿，或只肿不红不热，以丸药缓治。基本方：当归、鹿角胶、龟板胶、祁蛇、蜂房、赤芍各一两，蜈蚣、全蝎各五钱，熟地二两，山甲八钱，皂刺一两六钱，乳香、没药各八钱，炒白芥子三两，麻黄六钱，鸡血藤三两（无鹿角胶、龟板胶，可以生鹿角、龟板代）。共研为细面。再以豨莶草、老鹳草、丝瓜络、伸筋草各二两，桑枝四两（寒重改用桂枝二两）。大锅浓煎两次，适当浓缩，泛水为丸，每日早晚各服一次，每次三钱，温开水送下。

注意：治疗类风湿性关节炎，单用羌活独活防风之类的散风寒湿之剂，非但无效，反而加重。应当在补阴阳气血的基础上，加用逐瘀通络的虫类药。其疾慢而顽，故服药须在半年以上。

简易方：白花蛇一两（或一盘），地龙一两。共研成细末，等分四包，日服一包。重症，服二包（也可配加少量土鳖、蜈蚣、僵蚕，则疗效更好）。

成药：风湿关节炎片、豨桐丸。

（五）按摩疗法。

（六）药物治疗：常用药有水杨酸钠、阿斯匹林、氨基比林或保太松（每日0.3～0.4克，分3～4次服。此药可引起白细胞减少及血尿，长期服用时需注意）。

用上述药物均无效时，可用强的松，每日10～30毫克。此药疗效明显，但副作用很多。且停药后，症状常复发，不宜作常规用药。为了减少用药，可用醋酸可的松等混悬液，

轮流关节内注射，每周1～2个关节，每次25毫克。

第七节　增生性关节炎

〔诊断要点〕

（一）40岁以上的人发生关节痛，首先考虑此病。

（二）自觉症状的特点是：早起时关节痛，发僵较重，活动后轻松，劳累后又加重，休息后又减轻。

（三）任何关节，过度劳累后均可有症状，可单发或多发。常发生的关节有：

膝关节：疼痛、肿胀、关节积液、关节缘有骨质增生（俗称骨刺），屈伸活动可有部分限制。

腰椎或颈椎：痠痛、活动“发板”。可合并坐骨神经痛或臂丛神经痛。用拇指触诊法可发现：

1.棘突偏歪。

2.棘上韧带钝厚，压痛明显。

3.多数向棘突偏歪侧转头时，轻度受限。

4.单拇指抠于偏歪棘突处，被动前屈和后伸头颈时，可觉察指下颈椎中心轴线成角活动或一侧僵硬。

指间关节：疼痛、肿胀，骨端有骨质增生而关节显肥大，活动部分受限。各指远端指间关节的背侧有增生的骨突，呈结节状，是此病的典型表现。

〔治疗〕

（一）适当减少劳动量。

（二）针灸疗法：病在上肢，针大抒、曲池、后溪穴。病在下肢或腰部，针环跳、委中、绝骨穴。颈椎痛，针大抒、

风池穴。均中刺激。

（三）中西药物治疗，同类风湿性关节炎。有神经痛者，可以用维生素B_1和肌肉注射维生素B_{12}。

（四）按摩疗法。

（五）其它疗法：

膝关节肿，有积液时应休息，用木板固定患肢，直到消肿。同时，练习股四头肌收缩活动。关节积液多时，可以抽吸后加压包扎。或抽吸后再注入醋酸可的松25毫克，每周一次，最多4次。

治疗炎性病灶，如龋齿、泌尿系炎症等。如不同时治疗，可影响本病的疗效。

第八节　软组织损伤

落　枕

〔诊断要点〕

（一）颈部过度后仰，过度前屈，或常因风、湿、寒等因引起。

（二）颈项酸困，疼痛，头颈活动受限。

（三）一侧颈部肌肉紧张，明显压痛。患侧肩胛内角处压痛明显，可触及一痛性条索。

〔治疗〕

（一）手法治疗：按项韧带、胸锁乳突肌及斜方肌走行方向分筋，理筋。

（二）副神经封闭：手法疗效不显著时，可用2％普鲁卡因2～4毫升，顺患侧颈部副神经走行方向（图12—47）

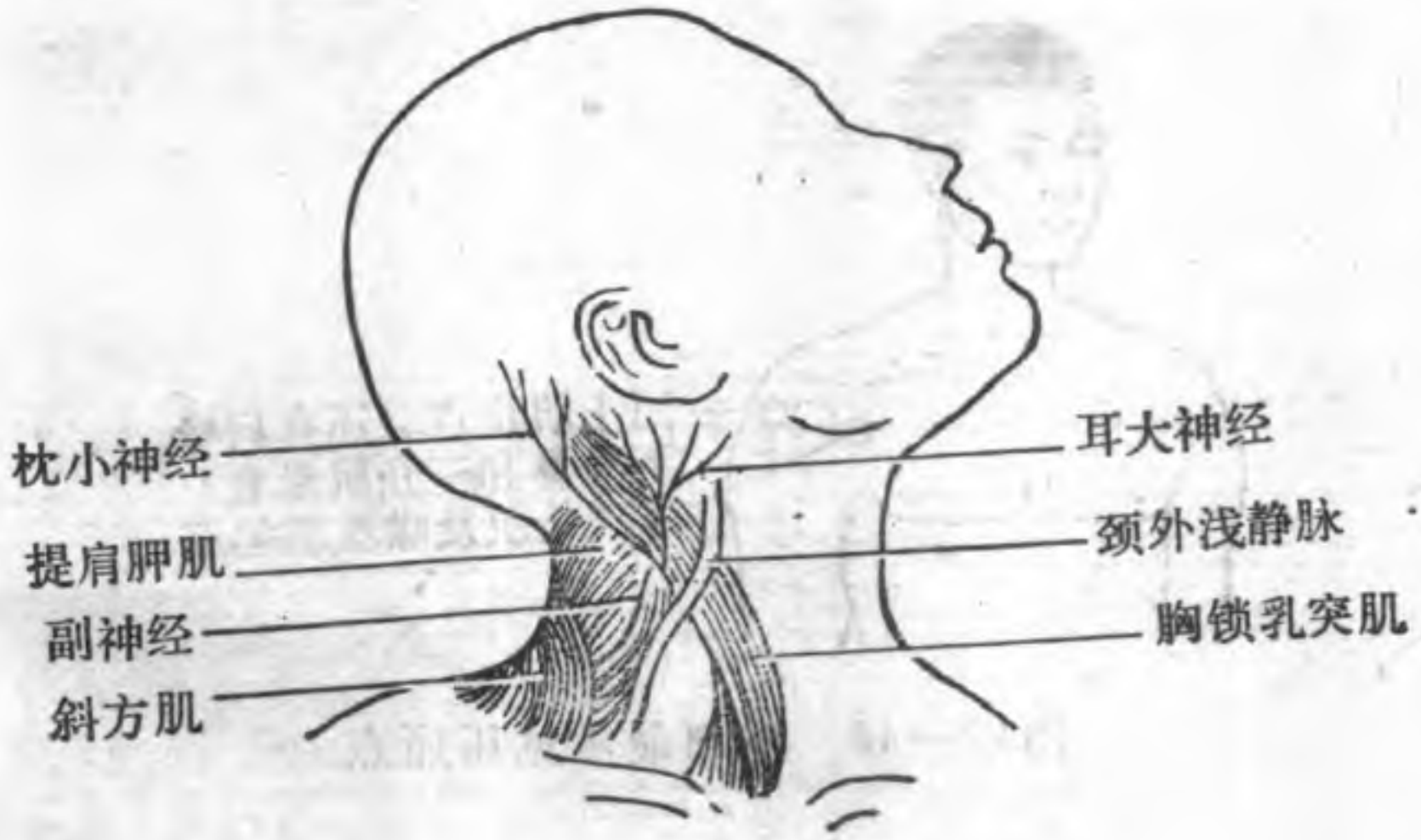


图12—47　副神经位置示意图

和患侧肩胛内角的内上方封闭，每日一次，共二次。

（三）针灸：落枕穴。

肩关节周围炎

〔诊断要点〕

（一）年龄在40岁以上。

（二）长期肩部疼痛，可向前臂放射，夜间较重。

（三）肩关节各种活动受限。

（四）查不出明显致病原因，可能与受凉有关。

（五）临床检查，可发现局部肌肉痉挛、萎缩症状。其主要压痛点如下（图12—48）：

1.肱二头肌短头及喙肱肌起点——喙突下（喙突下压痛点）。

2.冈上肌止点——肱骨大结节（肩峰下压痛点）。

〔治疗〕

（一）坚持日常劳动，但勿过劳。

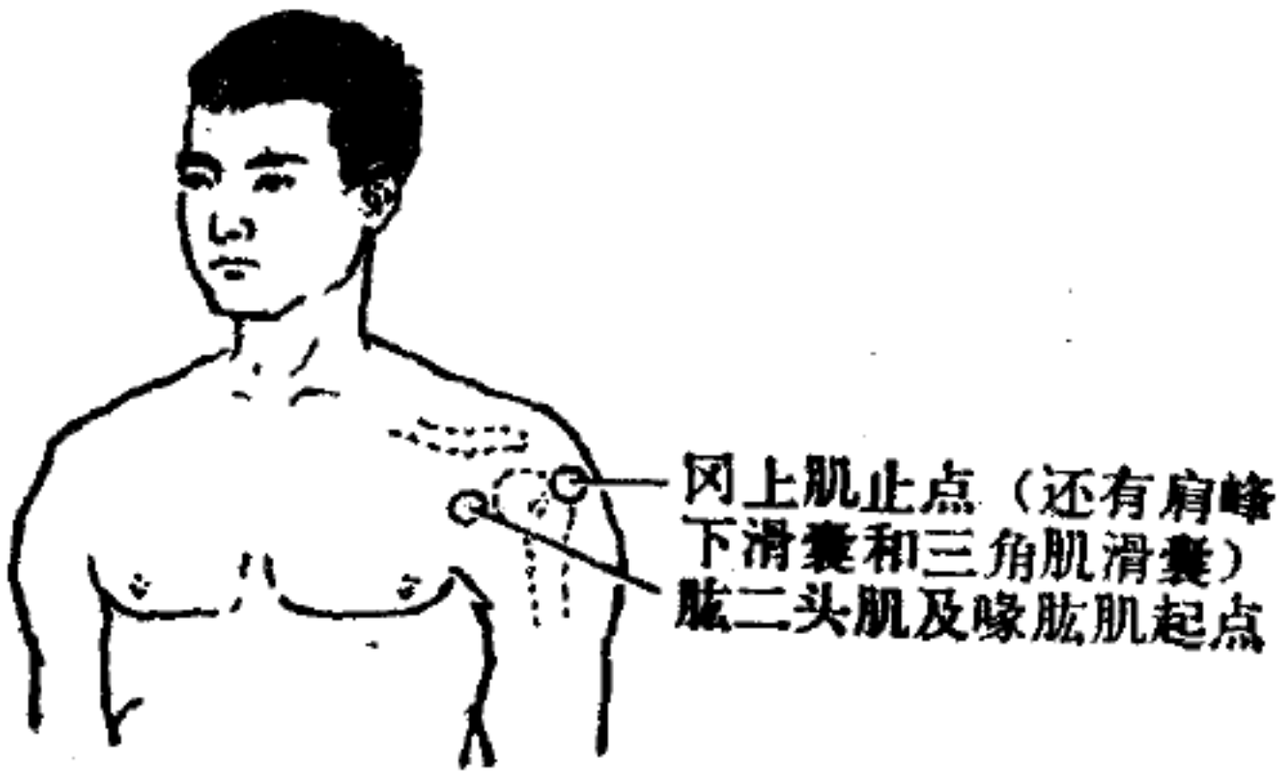


图12—48 肩部最常见压痛点

（二）手法治疗：按压疼痛部位，以压痛最明显点为主，分筋、理筋，镇定（图12—49）。

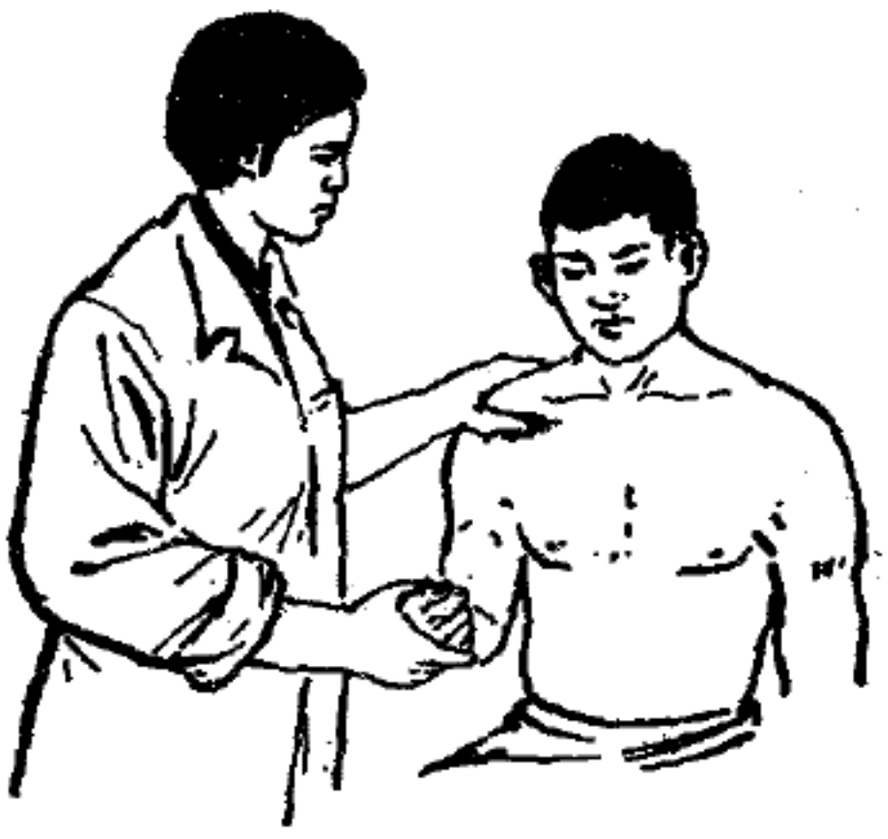


图12—49 分筋理肌

（三）针灸疗法：肩髃、曲池穴（深刺1.5—2寸）。或针大抒、后溪穴。均强刺激。

（四）封闭疗法：醋酸强的松龙0.25毫升，或醋酸考的松1毫升（25毫克），加2%的普鲁卡因2—4毫升，痛点封闭。

疼痛肘

疼痛肘又名网球肘或肱骨外上髁炎。

〔诊断要点〕

（一）肘关节外侧疼痛，作前后旋转动作和伸肘时，疼痛加重。

（二）自觉前臂不能持物，不能用力握拳，腕关节无力。

（三）肱骨外上髁骨膜增厚，压痛。

（四）前臂伸直中立位，肱桡关节处呈一凹窝，有压痛，触及桡骨小头较肱骨小头高。

〔治疗〕

（一）手法治疗：

1.每天自行或他人分筋手法按摩患处，并用热醋揉摩，每日1～2次。

2.嘱患者将患肢伸直。医生一手虎口，对手腕背面，握住患肢腕部，另一手掌心顶托肘后部。然后，握腕部之手使腕关节掌屈，并使肘关节屈曲，伸直交替；另一手当肘关节由屈曲变伸直时，在肘后向前顶推，使肘关节过伸，此肘可听到“咯吱”声，说明桡尺车轴关节对缝。

（二）封闭疗法：醋酸强的松龙0.25毫升，或醋酸考的松1毫升，加2%普鲁卡因6毫升，局封，每周一次，共3—4次。

方法：自肱桡关节缝处，进针皮下，然后将针尖滑至肱骨外上髁骨膜下浸润0.5—1毫升之后，针尖滑回刺入肱桡关节腔内注入1—2毫升，将针提起，在肱桡韧带处浸润1毫升，之后再将针尖刺入桡侧伸腕肌肌腱，将药物注入1—2毫升；最后，针尖向前刺入伸进肌腹，将药物全部注入。

（三）针灸：曲池、肘髎等穴位。

桡骨茎突腱鞘炎

〔诊断要点〕

（一）急性期：桡骨茎突部肿胀、疼痛，并有压痛。将拇指握在拳内，腕向尺侧偏时有疼痛（图12—50）。



图12—50 握拳手向尺侧偏时桡骨茎突部剧痛

（二）慢性期：上述症状减轻，腱鞘发生狭窄，因之拇指不能充分展开（狭窄性腱鞘炎）。

〔治疗〕

（一）坚持日常劳动。

（二）针灸疗法：合谷、外关、桡骨茎突痛点、列缺穴。皆强刺激。

（三）局部封闭。

（四）如腱鞘已狭窄，上述治疗无效时，行手术切开腱鞘。

手术要点：1％普鲁卡因溶液2毫升，局麻，纵切桡骨茎突部皮肤2厘米，再由侧方切开腱鞘。检查鞘内外展拇长肌和伸拇短肌腱，活动通畅无阻后，即缝合皮肤。注意：作皮肤切开时勿损伤桡神经皮枝。

腱鞘囊肿

〔诊断要点〕皮下囊性肿物，与皮肤不粘连，多为单发，少数多发呈结节状，小如米粒，大者如粟，内容为粘胶状物。多发生腕关节背面（图12—51）其次为腘窝、足背部。患部可痠痛，腕（踝）无力。



图12—51 腕关节背面的腱鞘囊肿

〔治疗〕

（一）小者不需治疗，较大者可用手挤破，使自行吸收。也可先注入0.5％普鲁卡因溶

液，增大张力并止痛，再用手挤破，易复发。最好局麻后，用粗针头抽吸，吸后用生理盐水或0.25%普鲁卡因反复冲洗。最后，将囊壁贯穿，用棉球或纱布块加压包扎一周左右。

（二）手术疗法：囊肿较大，上法无效或再发时，可手术切除。但也有再发可能。

第九节 手部损伤

手部损伤在工厂、农田劳动和日常生活中很常见。即使微小损伤，也不容忽略。如处理不及时，或处理不正确，可严重影响劳动能力。手部常见的损伤如下：

（一）刺伤：如草刺、木刺、钉刺等，多见于指甲下和手掌面。前者易引起甲下脓肿，指骨骨髓炎。后者易引起指头炎、腱鞘炎等。微小刺伤也需及时处理，有异物存留时，即时拔除；清洁伤部，涂用碘酒、或75%酒精。有化脓时，须早期充分引流，开大刺伤口，或剪除部分指甲，严防引起深部化脓性感染。

（二）挤压伤：如砖、石、碾的挤压。轻者，发生皮下或指甲下血肿。重者，可使软组织碎裂，肌腱断裂，血管神经损伤。血肿不宜挑破，每日用热盐水泡手2～3次，几天内可吸收。如果指甲下血肿张力很大，痛重，可在指甲上用烧红的缝衣针烫一小孔，引流出积血。如甲下血肿已由甲下破口外溢，须在局部消毒后，剪短或剪除部分指甲，充分引流。应严密保持无菌，防止继发感染。广泛闭合性挤压伤，可使手极度肿胀或组织坏死，须将患肢举高，多练习各关节屈伸活动，并用套式封闭，口服血管扩张药或舒筋活血药及

抗感染药。开放性软组织挤压伤，须急作清创缝合术。术后，仍需上述辅助治疗。合并肌腱断裂，神经、血管损伤或骨折时，处理见以后有关章节。

（三）切割伤：如秫秸皮、碎玻璃、镰刀、切穗刀、铡刀等的切割伤。轻者，只切破皮肤。尖刀切伤，其伤口小而深，应注意肌腱、神经、血管有无断裂，必须按手的各生理功能进行检查（用健侧手作比较）。单纯软组织切割伤，须急作清创缝合术。重者，有皮肤缺损，肌腱断裂，其处理见后。最重者断指或断手，应将断指或断手用无菌纱布包好，放阴凉处，同病人一起送往医院。

（四）手部开放性损伤的处理原则：

急救时，用无菌纱布将各指分开，然后让伤员手握一大纱布团，用绷带缠绕包扎，指尖和指甲要露在外面，以便观察血液循环情况（图12—52）。拇指要保持在外展和对掌位置，其余手指的掌指关节与指间关节要呈60°屈曲，腕关节背屈30°，包扎后用三角巾悬吊固定胸前。然后迅速送医院治疗。



图12—52　手的正确包扎法

手部开放性损伤的处理原则为争取一期闭合伤口，尽最大限度挽救手的功能。一期闭合伤口的关键，在于彻底的清创。清创时，多不用止血带。如需控制出血时，可将血压计气囊缚在上臂，压力高于收缩压50—70毫米汞柱即可。

由于手部血运丰富，功能恢复要求高，虽由小块皮肤拼

凑缝合，也比植皮优越。因此，要珍惜一切组织，包括手指的长度，用小刀小剪仔细除掉丧失活力的组织，并要去除关节软骨面碎裂部分。

如皮肤缺损，须用植皮术。深部组织的损伤，如神经、肌腱、血管、骨、关节，应争取一期给以修复，如条件不许可，等待第二期处理。术后包扎于功能位，指端外露。必要时，用石膏托，抬高伤肢，以减轻水肿。

凡未受伤的组织避免制动，应早期开始功能活动。

（五）损伤性截指：对一个有严重皮肤缺损，关节破坏，肌腱断裂，而无法修复的断指，若其他手指完整时，可截除伤指。如几个手指同时受伤，则应尽量设法保留伤指。待伤口愈合后，再考虑截指或作整形手术。

在截除伤指时，应注意下列事项：

1.尽量保留残指长度，尤其是拇指。

2.修整指骨断端，使之平整，如于关节部分截断，应将其膨大的指骨小头切除。

3.残指神经断端，应切除一小段后，任其缩回，以防残端神经瘤。

4.残余的甲根宜切除干净，以防止形成畸形指甲，而致残端疼痛。

5.切断的肌腱可不作处理，或将残端缝合在骨膜上。

6.用掌面皮瓣，向背侧缝合遮盖残端。

第十节　急性腰扭伤

本病是临床常见的疾患。大部分有明显外伤史，突然疼

痛，部分伴有下肢放射痛。活动受限，肌肉痉挛，腰部常僵直如板状，脊柱代偿性侧凸，严重时不能站立，需人扶持。局部压痛明显，初期较弥散，后渐局限，常见于腰骶关节或损伤韧带的起止点处。临床常见以下几型：

臀上皮神经损伤性腰痛

〔诊断要点〕

（一）在劳动中，特别在腰部前弯和旋转时发病。

（二）一侧腰、臀部出现针刺、疼困或撕裂性疼痛，且向下肢放射，但不越过膝关节水平。

（三）弯腰受限，起、坐困难。

（四）用拇指触诊检查：在髂嵴中点直下3到4厘米的软组织中，可触到一个滚动的绳索样物，触及时患者感到胀、困、酸、麻木难忍。在肥胖患者中，绳索样物不易触清。

〔治疗〕

（一）手法复位：摸清绳索样物后，一拇指将其绳索样物向上牵引，另一拇指按压使其复位，再按神经行走方向按压，轻揉软组织，镇定。也可在绳索样物处分筋、理筋、镇定。以上两种手法，常可收效。治疗后，适当休息，不要作大幅度转腰活动。

（二）封闭疗法：在绳索样物周围，用醋酸可的松或醋酸强的松龙，加2％普鲁卡因封闭，五日一次。二至三次为一疗程。常用于慢性患者。

（三）针灸：手针腰痛点，直刺5分（强刺激），常可收到满意疗效。

棘上韧带撕裂性腰痛

本病又称提物伤。

〔诊断要点〕

（一）多是在弯腰劳动，搬移重物，工作不慎，转身时发病。也有无明显外伤史者。

（二）腰部呈针刺样、割裂样、痠困样疼痛，不能弯腰，起坐困难，偶然伴下腰部深在酸痛。

（三）检查：棘上韧带上有1厘米大小范围浮起，可左右拨动且有紧缩感，与下面似有联系。部分患者的韧带变厚，弹性、韧性很差，稍隆起，压痛明显。多在腰4—5、腰5—骶部位。

〔治疗〕

（一）手法复位：一手拇指按压剥离韧带上段，向上推按牵引；另一拇指左右拨动已剥离的韧带，找准剥离面。然后，顺脊柱纵轴方向从上至下顺滑下压，使其切妥。此时，患者感到症状突然消失。手法复位后，嘱患者暂免体力劳动及后仰动作。

（二）疼痛剧烈者，可用普鲁卡因封闭。

（三）其它：热醋浴，理疗，50%硫酸镁局部湿热敷，每日二次。三月一个疗程。

梨状肌损伤综合症

〔诊断要点〕

（一）有外伤史或受凉史，尤以睡眠时受凉多见。

（二）自觉患肢变短，走路跛行，会阴部不适，阴囊坠

丸抽痛及坐骨神经痛症状。

（三）急性发作者，可触知梨状肌呈条索样物，压痛明显。慢性急发者，肌腹松软，韧性下降。慢性者，肌肉萎缩，触之空虚，钝厚，或肌纤维弹性韧性减弱。

（四）特殊体征：直腿抬高60°以前，疼痛明显；60°以后，反而明显减轻。

〔治疗〕

（一）手法复位：顺梨状肌肌纤维方向（索条方向），作分筋、理筋、弹拨（手法用力要足）、扶平、镇定。

（二）封闭疗法：

1．25％葡萄糖18毫升，加2％普鲁卡因2毫升，肌肉注射。三日一次。2—3次为一疗程（用于急性期）。

2.强的松龙25毫克，加2％普鲁卡因6毫升，肌肉注射。5日一次（用于急性期）。

3.强的松龙25毫克，加透明质酸酶1500单位，加0.5％普鲁卡因18毫升。肌肉注射。五日一次。3—5次为一疗程（用于慢性期）。

4．0.5％普鲁卡因18毫升，加维生素B_{12}300微克，肌肉注射。三日一次。四次为一疗程（用于慢性期）。

第十一节 慢性腰痛

慢性腰痛是指急性腰痛未愈所遗留的腰痛。或因受凉受潮，姿势不良，过度劳累等引起的腰痛而言。大多数疼痛部位不固定，腰部活动正常。

腰后关节功能紊乱

本病在过去常认为是腰肌劳损，或肌纤维织炎。

〔诊断要点〕

（一）下腰部单侧或双侧腰肌痠困痛，以至臀部、大腿、骶尾部痠痛，一般无腰腿放射痛症状。

（二）卧床休息，晨起翻身时腰痛严重，轻度活动后好转。

（三）拇指触诊，发现患椎棘突偏歪，韧带肥厚，棘突或小关节突旁有压痛，但无棘间隙变化。

〔治疗〕

（一）手法复位：同腰椎间盘脱出症。

（二）封闭疗法：2％普鲁卡因，加醋酸强的松龙封闭。（在偏歪棘突下缘划一水平线，离正中线1至1.5厘米为穿刺点，直刺至针尖触及骨质后注药）。每周一次，共三次。

（三）理疗，热醋浴。

（四）卧床休息。

第三腰椎横突综合症

〔诊断要点〕

（一）腰眼部有明显压痛（一侧或两侧）。

（二）过劳后疼痛加重。休息后，好转或消失。

（三）X线片，可见第三腰椎横突较长。

〔治疗〕

（一）10％葡萄糖20毫升，腰三横突周围封闭，常可收到满意疗效。隔日一次。3—5次为一疗程。

（二）普鲁卡因局部封闭。

（三）按摩疗法。

其它慢性腰痛

这类病，种类繁多，看法不一，但都可在损伤部位触及小结、筋结、隆起、条索样改变。也有局部张力增大，有弹性及紧韧感。常伴有明显压痛。

〔治疗〕

（一）采用局部分筋、理筋、顺压、扶正、松揉软组织，常可收效。也可采用热醋浴，水针经络治疗，有条件可用理疗。

（二）中药治疗：

1.局部压痛明显，活动时加剧或肌肉紧张者，宜活血去瘀、行气止痛。可用：当归四钱，熟地黄四钱，桃仁三钱，赤芍三钱，川芎三钱，杜仲三钱，元胡二钱，木香二钱。水煎服。

2.如有怕寒冷、潮湿，阴雨时加剧者。可用：独活三钱，桑寄生五钱，秦艽三钱，勾藤四钱，当归三钱，白芍三钱，川芎三钱，熟地黄四钱，杜仲四钱，茯苓三钱，甘草二钱。水煎，冲酒服。

3.中成药：如小活络丹、舒筋活血丹等，可酌情选用。

第十二节　腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症常发生于下腰部，是因腰部损伤，椎间盘的髓核突出压迫神经根，造成腰腿痛，是一种常见病。

〔诊断要点〕

（一）青壮年患腰腿痛，伴有沿坐骨神经干放射性疼痛史。

（二）检查：

1.患椎棘突位置偏歪。腰椎有轻重不同的侧弯。

2.患椎上、下棘间隙，一宽一窄。

3.患椎棘突旁压痛，或伴有向下肢放射痛。

4.患处棘上韧带（或棘间韧带）有条索样物。

5.直腿抬高试验阳性。

6.跟腱反射减弱或消失。

7.小腿后侧皮肤有麻木感或感觉减低。

〔治疗〕

（一）手法治疗：

患者体位，端坐方凳上，两脚分开与肩等宽。

双拇指触诊法：双手拇指顺着棘突，自上而下，直到骶椎，用“八”字触诊法，按顺序触一遍。然后，将两拇指压于两个棘间隙，上下交替地触一遍，以查觉棘突的方向、高低和棘间隙的宽窄。

如患者棘突向右偏歪，则医者右手自患者右腋下伸向前，掌部压于颈后（图12—53①），患者头稍低。同时嘱患者臀部正坐不要移动，助手面对患者站立，两腿夹住患者左大腿或双手压住左大腿根部，维持患者正坐姿势。医者拇指扣住偏向右侧的棘突，然后右手压患者颈部使其身体向前屈90°（或略小），连续向右侧弯（尽量大于45°），在最大侧弯位，医者以右上肢使患者躯干向后内侧旋转；同时，左手拇指顺向左上顶住棘突（图12—53②），立即可觉察指下

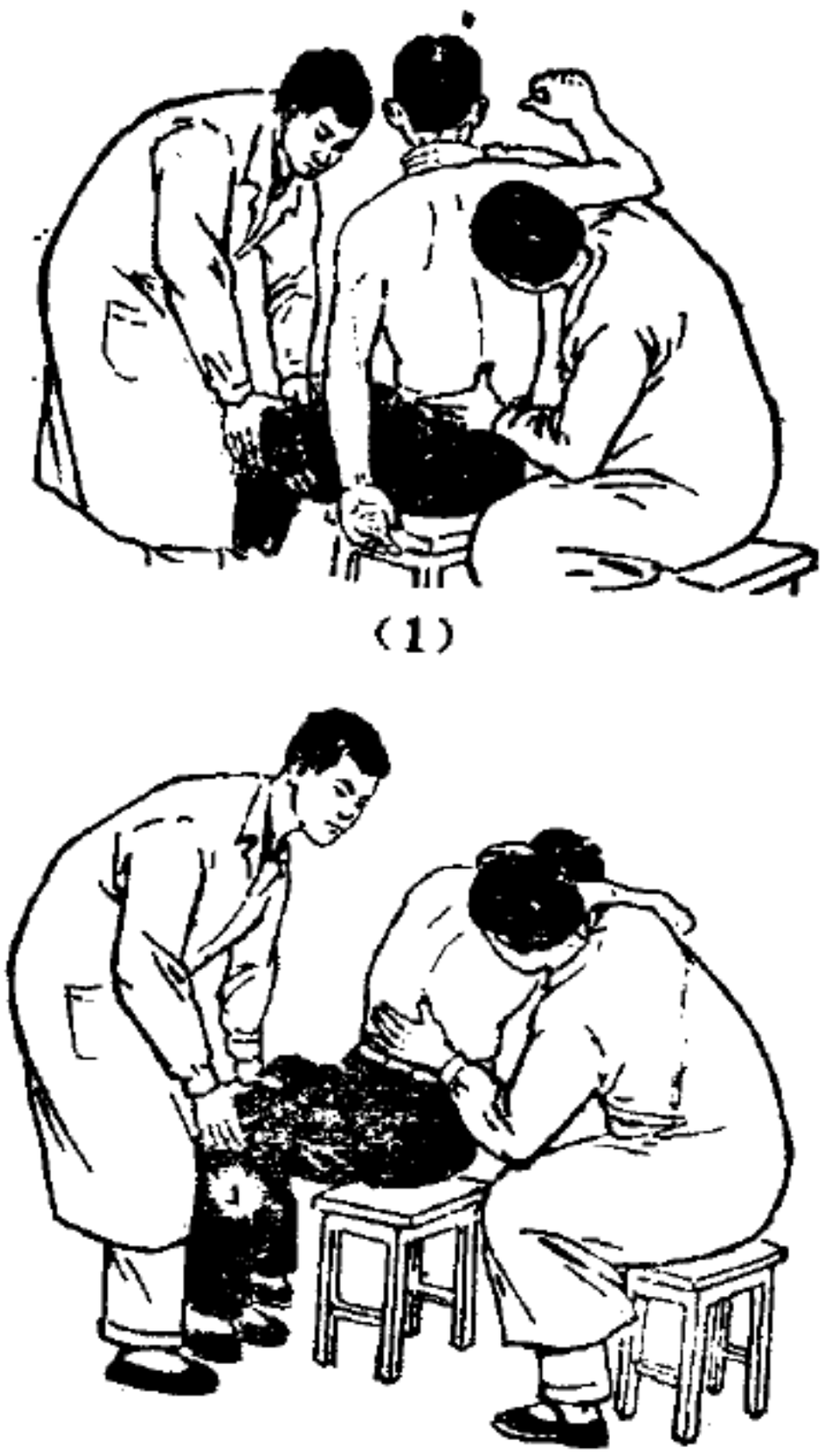


图12—53 端坐复位法

椎体轻微错动，往往伴有“喀邦”一声。之后，双手拇指从上至下将棘上韧带理顺，同时，松动腰肌；伴有梨状肌炎者，则需行分筋、理筋。

如患者棘突向左偏歪，则扶持及牵引方向相反，方法相同。

复位后，患者体征消失，但不稳固，需足够的卧床休息。一周后，开始腰背肌锻炼。行热醋浴。

（二）气功疗法。

（三）手术治疗：仅适用于手法治疗等长期治疗无效及反复发作者，多因脱出的髓核、纤维环与周围软组织粘连所致。

第十三节 踝韧带损伤和骨折

这种损伤较常见。走路或跑步时不慎，踩入浅坑中，而扭伤踝部。轻者，韧带只部分撕裂；重者，韧带完全断裂或踝骨折。因足内翻活动范围较大，在劳动中足向内扭转动作较多，所以损伤多在外踝。

〔诊断要点〕有足内翻损伤史。伤后外踝剧痛，不能行

走，休息片刻后好转，并不再肿者，为外踝韧带损伤。有局部压痛点。

损伤后，外踝部肿胀或出现血肿，压痛多在外踝的前方及前下方，足内翻时有剧痛，为外踝韧带部分撕裂。足内翻能超过正常范围时（与健侧比较），为外踝韧带完全断裂。

除上述症状外，腓骨下段有压痛时，为外踝骨折。内踝也有压痛时，可能为双踝骨折。此时常伴有踝关节半脱位，即足向内、向外或向后移位。

〔治疗〕

（一）外踝韧带挫伤时，在压痛点用0.5%普鲁卡因溶液10毫升封闭。每日热水泡足2次。照常走路。也可用针灸按摩治疗：绝骨、昆仑穴及压痛点。强刺激。可留针20分钟。按摩则按上述穴位。

（二）外踝韧带部分撕裂时，按上法局部封闭后，用胶布固定踝关节于外翻位3周（图12—54）。固定后，照常走路。

（三）外踝韧带完全断裂时，处理同韧带部分撕裂，也可用短腿行走石膏型固定(图12—55)。固定时间，需4—6周。

（四）外踝骨折无错位时，用胶布或短腿行走石膏型固定4—6周，踝关节在正中位。

（五）外踝骨折有错位及双踝骨折或伴脱位时，应在局麻下行手法复位（图12—56），用局部外固定，或短腿石膏型固定6周。

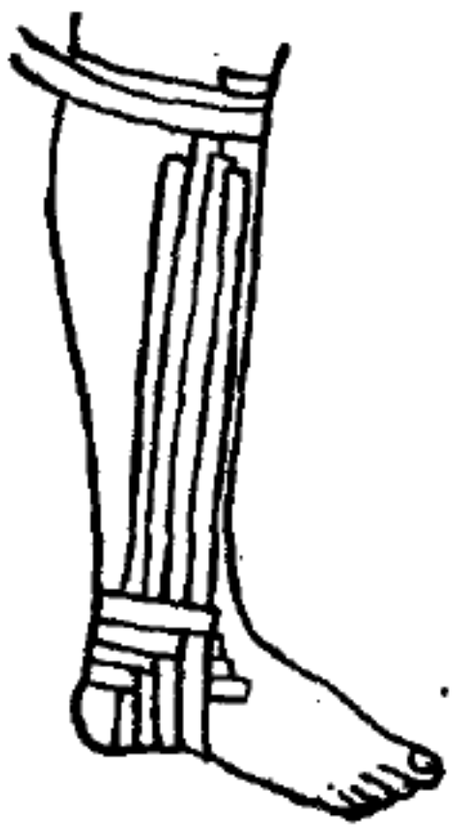


图12—54 踝韧带撕裂时的胶布固定法



图12—55 短腿行走石膏型固定（后跟是一块汽车轮带）

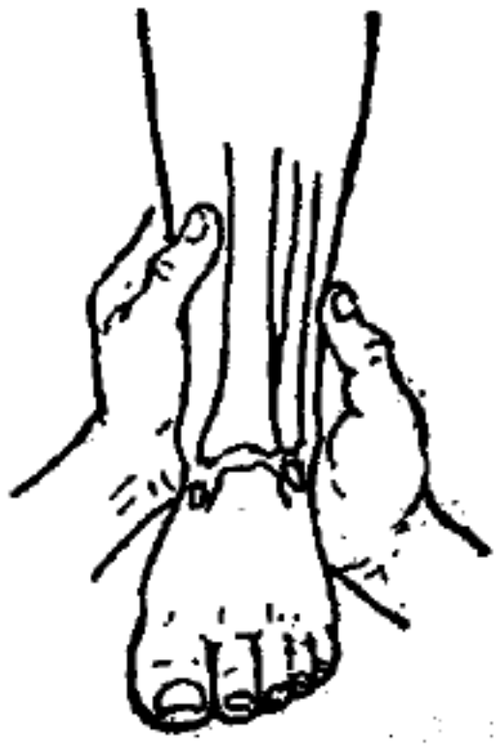


图12—56 踝骨折复位法

第九章 肿 瘤

肿瘤是机体某一部分组织或器官的细胞病理性增生所形成的赘生物，其结构与生长和正常组织不同。可发生在任何年龄，但老年人比较多见。随着人民卫生保健事业的日益发展，肿瘤日益被人们所重视（一般分为良性肿瘤与恶性肿瘤，两者区别见下表）。应该提出的是部分良性肿瘤，可以因延误诊断和治疗而转为恶性。

第一节 常见的良性肿瘤

（一）皮脂腺囊肿：多见于头、面、颈项及背部。因皮脂腺

管被阻塞，皮脂潴留而形成。位于皮肤表层内，自皮肤隆起一圆形肿块，边境清楚，质软，与皮肤相连，中央可见有被堵塞的腺口为一小黑点。感染后即红肿、疼痛、溃破化脓。

（二）皮样囊肿：为胚胎期遗留下的外胚叶所形成的一种囊肿，常发生于眼外侧、下颌部正中、鼻根部等。囊肿位于皮下，不与皮肤粘连，但囊壁底部常与骨膜、筋膜粘连甚紧，故不能移动。囊内物，除皮脂外尚混有毛发。

（三）表皮样囊肿：为上皮组织受外伤而植入皮下组织后，逐渐增生形成的囊性肿物，多发生于手掌面及足跖面。肿物与皮肤及周围组织不发生粘连。囊内物不含毛发。

（四）黑痣：为先天性黑色斑点，一般为良性，若痣上有毛则更安全。但有以下表现时，应疑有恶变成黑色素瘤的可能：

1.迅速长大。

2.色素突然加深，特别是痣色发蓝者。

3.局部有感染或出血者。

4.周围发生慧星状小瘤或色素环者。

5.自行脱毛。

（五）脂肪瘤：生长速度慢，与皮肤及周围组织无粘连，质柔软，触之有分叶感，多见于肩背部及臀部。

（六）纤维瘤：边缘整齐，中等硬度，无粘连，活动度大。

（七）神经鞘瘤：呈圆形或棱形，质硬，位于神经走行部位，有压痛，有时有肢体放射痛。肿物与神经长轴一致的方向移动性小，而与其垂直的方向移动度大。周围神经的神经鞘瘤，多见于正中神经、尺神经、桡神经和坐骨神经。

（八）神经纤维瘤：由周围神经鞘膜形成，性质同神经

鞘瘤。多发性神经纤维瘤的特征是：在体表形成多数质软的肉赘状物，肉赘及皮肤有白色及褐色斑。

（九）血管瘤：主要有毛细血管瘤和海绵状血管瘤。前者的皮肤呈紫红或红色（俗称胎痣），压之即退色。后者生长于皮下组织，常呈蓝色，抬高患肢或压迫瘤体时，可使之缩小，充血时又可增大。

（十）甲状舌骨囊肿：为先天发育畸形，在颈前正中或稍偏一侧，在舌骨以下者，较舌骨以上者多见，与舌骨相连，为囊性球形肿物，表面光滑，伸舌时可感到肿物上下移动的牵力。破溃后形成经久不愈的瘘管。儿童多见。

（十一）囊状水瘤：又叫淋巴管瘤，多见于幼儿，在颈部腋部多见，囊性，可以透光，不能被压缩，内容为清液。

〔治疗〕

（一）如肿物较小，生长甚为缓慢，又无伴随症状者，可以不作手术而定期随诊。

（二）肿物伴随一定症状，影响功能、容貌，或有生长较快趋势者，如条件许可，可手术切除。

（三）肿物（如皮脂腺囊肿）有感染化脓时，应作切开引流，并尽量取出囊壁，以免复发。

（四）肿物有感染或其周围有感染现象时，应先控制炎症后再手术。

（五）有的良性肿物如黑痣，可能发生恶性变，平时应注意避免刺激（如摩擦、挤压、化学药物刺激等），经常受摩擦部位（如手掌、足跖、包皮等处）的黑痣，应作预防性切除（切除边缘，必须离痣缘0.3～0.5厘米，如疑有恶变时，须离痣缘2厘米），手术时切忌挤压瘤体。

（六）特殊治疗：较小的血管瘤，可用电灼。有的血管瘤，可用二氧化碳冰冻法。小的毛细血管瘤，可用95%酒精作血管瘤注射。

第二节　常见的恶性肿瘤

恶性肿瘤是机体的组织和细胞，在内因（如免疫缺陷，组织导位，内分泌失调，遗传等）和外因（放射性，化学致癌物质，滤过性病毒，物理性刺激等）的作用下，所形成的一种以异常增生为主，伴有细胞分化不全的新生物。常发生局部坏死，浸润破坏周围器官和向远处转移，对机体危害很大，而且是治疗较困难的一种常见病、多发病。祖国医学中的“气滞”、“血瘀”、“痰湿”等与本病有关。

恶性肿瘤的早期症状：恶性肿瘤的早期诊断，对早期治疗和预后十分重要。现将它的早期症状概括如下：

（一）身体任何部位，无外伤而发生的溃烂，而且不易愈合者，或在外伤疤痕的基础上，发生溃烂而不易愈合者。

（二）肿块增长速度较快者。

（三）胸骨后有烧灼感及疼痛，或伴有吞咽不适或疼痛者。

（四）进行性消瘦，上腹部不适，食欲减退者。或中年以上原有“胃病”突然加重，治疗无效者。

（五）阴道不规则流血，白带多且带红及恶臭者。

（六）乳房出现肿块，乳头糜烂及有血性分泌物溢出者。

（七）经常胸痛和干咳者。

（八）鼻腔，特别单侧出血或鼻阻者。

（九）大便异常（便秘，腹泻、便秘交替，粪便形状改变，粘液便、血便或粘液血便）。

（十）咽喉部有异物感，或持续性声音嘶哑者。

（十一）无痛性血尿。

（十二）进行性头痛、呕吐、视力障碍。

（十三）疣或黑色素痣，迅速增大或表面破溃。

（十四）全身多处淋巴结肿大者。

（十五）原因不明的出血和进行性贫血。

良性肿瘤与恶性肿瘤的区别

特　性	良　性	恶　性
生长发展	生长速度比较慢，有时可停止生长或发生退化。	生长速度快，在短时间内有明显增大，常有坏死溃烂。
生长方式	多呈膨胀性生长，大多有完整包膜，边界清楚。可达巨大体积。	呈浸润性生长，无包膜，边界不清。少有达巨大体积者。
转　移	无转移。	常有转移。
复　发	手术后极少有复发。	手术后常复发。
显微镜下所见	形态与正常组织相似。	细胞组织结构不规则，与正常差别大。
对机体的影响	影响小，表面肿瘤，常可引起畸形，在某些特殊部位，可压迫主要脏器，影响其功能。 发生于内分泌器官的肿瘤，常可引起该器官的功能亢进。	危害性较大，可浸润，破坏周围器官和向远处转移，晚期出现恶病质。

食 道 癌

食道癌是我国北方地区常见的恶性肿瘤，占所有癌症发病率的第二位，占男性癌肿的第一位。以40岁以上多见。

〔诊断要点〕

（一）初起时，有胸骨后及心窝部不适、烧灼或疼痛感，以及嗳气、吞咽不适、食物停滞、或轻微阻塞感，常伴有间歇性进行性吞咽困难，或伴有呕吐。

（二）晚期出现进行性吞咽困难、恶液质，或短期内大量呕血、黑便，或进食时呛咳。

（三）可伴有锁骨上淋巴结肿大。

（四）X线检查有阳性体征。

（五）食道拉网脱落细胞检查，或食道镜病理活检阳性者。

〔预防〕

（一）提倡细嚼慢咽，饮食不宜太烫、太粗，多食蔬菜，不食或少食刺激性食物（如辣椒、烈性酒、酸菜、酸奶等）。

（二）注意口腔卫生，勤刷牙、漱口，及时治疗牙病及口腔疾病。

（三）35岁以上的成人，发现有可疑症状时，应即时进行必要的检查。

〔治疗原则〕早期患者尽量争取手术治疗，同时配合深部放射治疗也可应用化疗，或中草药治疗。晚期大多采用中西医结合治疗。

胃　癌

胃癌比较常见，在北方地区占消化道恶性癌肿的第二位。以40～60岁的男性发病率最高。

〔诊断要点〕

（一）早期：进食后上腹胀满、隐痛，疼痛无明显的规律，进行性食欲减退，体力渐差，易感疲乏。

（二）中期：呕吐有褐色沉渣、腐臭、发酸的食物。部分在剑突下或稍偏右侧可摸到随呼吸上下活动，随体位稍左右移动的质较硬表面不光滑的肿块。常伴有黑便、消瘦及贫血。

（三）晚期：上腹部肿块较大而固定，表面高低不平，有硬结节。左锁骨上淋巴结肿大，向肝脏转移、腹水、剧烈腹痛及恶病质状态。

（四）X线钡餐检查，胃脱落细胞检查，常能确定诊断。胃液分析、大便匿血试验、对诊断有一定意义。

〔预防〕同食道癌预防。并及时治疗胃炎，胃溃疡，胃息肉等胃部疾病。

〔治疗原则〕早期应争取手术，术后配合化疗或中草药治疗。有转移者，用化疗及中药治疗。

肝　癌

本病为常见的恶性肿瘤，多见于40～50岁，男女比例为8:1，与肝硬变、寄生虫感染等有一定关系。

〔诊断要点〕

（一）早期往往不易发现。常见症状为右上腹胀闷、疼

痛、食欲减退、无力、体重进行性减轻。随着病情进展，可出现黄疸、腹水、下肢浮肿、腹壁静脉怒张、蜘蛛痣、发热、贫血等。少数患者，可有上消化道出血。病程进展较一般癌肿迅速，可很快出现衰竭。

（二）腹部检查，常可扪及肿大的肝脏，表面和边缘，常可触到大小不等的结节，质硬，多有触痛。

（三）肝功能检查多无特异性。但可见血清碱性磷酸酶增高，血浆蛋白降低，白蛋白与球蛋白倒置等。必要时，应作超声波检查，金^{198}或碘^{131}扫描。

（四）胎儿甲种蛋白血清试验。此种试验，作为对原发性肝癌的特异性诊断。

〔治疗〕

（一）争取早期作剖腹探查，行肝叶切除术。

（二）中草药治疗，多用于不能手术的病人，或配合手术后的治疗。选用原则如下：

1.治癌：马钱子、白花蛇舌草、半枝莲、山豆根、铁树叶、蜈蚣、壁虎等。

2.软坚：鳖甲、牡蛎、瓦楞子等。

3.治黄：茵陈、败酱草、郁金、黄连等。

4.利水：大腹皮、茯苓皮、车前子、木通、泽泻等。

5.清热：双花、连翘、板兰根、龙胆草等。

6.滋补：党参、黄芪、地黄、白芍、山药、甘草等。

（三）放射线治疗。

直肠癌

直肠癌占消化道恶性肿瘤的第三位，以40岁以上的男性

多见。

〔诊断要点〕

（一）早期：大便次数增多（常见）或减少，大便带血及粘液，便秘或腹泻，大便时坠胀感明显。

（二）晚期：粪便变形变细，甚至排便困难、腹胀，腹痛及骶尾部剧烈持续性疼痛，或排尿困难，肝大有压痛，左锁骨上淋巴结肿大。

（三）肛门指诊，可摸到肿物，其表面高低不平，呈结节状，常形成溃疡，边缘较硬，指套上多带有粘液或脓血，并应注意肿物范围及肛管狭窄程度。

（四）直肠镜检查，活组织检查，能帮助确诊。

〔治疗原则〕直肠癌早期根治术，效果较消化道其它部位的癌肿好。术后及晚期患者，配合化疗和中草药治疗。

肺　癌

肺癌又称支气管肺癌，是发生在支气管及肺部的恶性肿瘤。好发于40岁以上的男性。目前认为肺部慢性刺激及病毒感染与发病有关，但尚未定论。

〔诊断要点〕

（一）周围型肺癌初起可毫无症状，起源于较大支气管者，可有顽固性干咳（即用抗炎、抗痨治疗，不能获得基本改善），痰中带血丝，胸部闷胀，钝痛或刺痛感。

（二）晚期：出现气急、发热、喘咳、锁骨上淋巴结肿大，上腔静脉受压者常有上肢、头、颈部浮肿，青紫。也可有肝、骨、脑转移的症状。

（三）局部体征：支气管狭窄者，可有局限性哮鸣，呼

吸音及语音震颤减低。支气管阻塞者，可有肺不张。浸及胸膜者，可引起血性胸水。

（四）X线检查是诊断肺癌的主要手段。

（五）痰液检查及淋巴结穿刺，或活组织检查，有一定的诊断价值。支气管镜检查，有助鉴别诊断。

〔预防〕改善环境卫生，防止呼吸道的慢性刺激，少吸烟或不吸烟。可疑病人，应尽量作到早期发现，早期治疗。

〔治疗原则〕早期以手术治疗为主，配合化疗、放射治疗。晚期以中草药及化疗为主。

乳腺癌

乳腺癌中医称为“乳岩”，占女性癌病第二位。多见40～60岁的妇女。30岁以下少见，但年龄越轻，癌肿生长越快，转移也较早。

〔诊断要点〕

（一）乳腺肿块是乳癌的基本表现。早期为无痛性肿块，质硬、表面不很光滑、边界不清、活动度不大。患者常在无意中发现。

（二）肿块增大，侵犯乳房悬韧带时，将乳房轻轻上抬，可见肿块表面皮肤被牵拉，而呈现浅凹陷（形似“酒窝”），仍是早期症象。硬癌可使乳房缩小，但乳头抬高而内缩，乳头溢液、溢血。癌肿继续发展，则出现疼痛。部分乳房固定，浸润皮肤可因淋巴滞留水肿，而呈桔皮样改变。

（三）晚期：皮肤破溃，恶臭、恶病质、淋巴转移出现较早（腋窝、锁骨下、胸骨旁、腹直肌旁）。若出现锁骨上淋巴转移，说明病情已重。

（四）乳癌是体表肿瘤，早期诊断并不困难。正确的掌握乳房检查方法，对诊断乳癌十分重要。否则，会贻误病情，造成患者痛苦。正确的检查方法是：被检查者仰卧床上，如检查左乳，先把左手举过头，使乳房平铺在胸壁上，检查者用右手在左边乳房上，由内上、内下、外上、外下顺序仔细平摸（千万不要捏起），注意有无肿块。同时，注意乳头有无血性分泌物溢出。然后检查腋窝，锁骨下所属淋巴结。左右同样，并进行对比。最好在两次月经中期，乳房充血最少时进行检查。

〔鉴别诊断〕

1.乳房纤维腺瘤：常见于30岁以下妇女，一般生长缓慢，多无疼痛，肿瘤坚实、光滑、无粘连、活动度大，腋窝淋巴结不肿大。属良性，但个别也可恶性变，以手术切除为宜。

2.纤维囊性乳腺病：常有多个大小不等的硬结，质韧、与皮肤无粘连，常为双侧性病变。可有刺痛，且在经前期和经期加重，腋窝淋巴结不大。有可能恶性变，故以手术切除为宜。较年轻妇女，可戴奶罩托起乳房，内服碘化钾以减轻疼痛。症状严重者，经期肌肉注射丙酸睾丸酮，每日25毫克。连用3～4日。并定期检查，以防恶变。

3.乳腺管内乳头状瘤：常见于40～50岁妇女，主要表现为乳头溢出血样或陈旧血样液体。乳晕附近有囊性肿物，按压后乳头溢液，肿物也随之缩小。鉴于该病常易恶变，故以手术治疗为宜。

〔治疗原则〕尽早施行乳癌根治术。术后，根据病情，采取放射线疗法或化学疗法。妊娠期和哺乳期乳腺癌，除应

依照上述原则治疗外，还必须终止妊娠，停止哺乳和作人工绝经。

子宫颈癌

本病为妇科最常见的恶性肿瘤，好发生于40岁以上的妇女。

〔诊断要点〕

（一）早期可无症状，或有性交后少量出血史，绝经后间断性出血或白带增多，为水样或米汤样并夹杂坏死组织，有时为血性白带。早期诊断，主要依靠预防性普查，可用木片或棉棒在宫颈及颈管内刮片，或取分泌物作细胞涂片检查。对宫颈慢性疾病，则应定期作细胞涂片检查。可疑病人，作活组织检查。

（二）晚期常出现明显症状：

1.不规则的阴道出血。随病情发展，血量增多，偶尔可发生大出血。

2.白带增多。晚期癌组织坏死、感染，出现大量脓性或米汤样恶臭的白带、红带。

3.晚期癌组织侵犯周围组织、器官、神经可引起小便困难，尿频、尿痛、血尿等膀胱症状，便秘、便血、里急后重等直肠症状，以及小腹、腹股沟、大腿、骶部的持续、深钻性疼痛（常可向下肢放射）等骨和神经受侵犯症状。

4.恶病质：贫血、感染、发烧、消瘦、浮肿。

5.晚期阴道检查：宫颈有菜花样肿块或呈喷火口样溃疡，组织硬脆，触之极易出血，并向阴道浸润。腺癌或内生型鳞癌可无出血，宫颈光滑，但增大变硬，呈结节状或桶状

增大。三合诊晚期可触到宫旁增厚，子宫固定，严重的可形成“冰冻骨盆”。

（三）临床分期：

1．0 期：子宫颈原位癌（镜下诊断）。

2．Ⅰ期：子宫颈浸润癌，限于子宫颈。

3．Ⅱ期：癌瘤已超过子宫颈，但未侵犯骨盆壁。

4．Ⅲ期：癌瘤扩散。

5．Ⅳ期：癌瘤已超出真骨盆，或已侵犯膀胱、直肠粘膜。

〔预防〕子宫颈癌是妇科恶性肿瘤中，最容易早期诊断的一种。早期治疗，疗效可达100%。因此，加强卫生宣传及推广防癌普查，是提高治愈率减低死亡率的有效措施。

（一）宣传有关预防宫颈癌的知识，提倡晚婚，实行计划生育，减少早产及多产。推行新法接生，减少和避免产时受伤。宣传妇女卫生，避免不洁的性生活。

（二）积极预防和治疗宫颈疾病，定期做好妇女的防癌普查工作。对可疑病人要作活组织检查。

〔治疗〕原位癌以手术治疗为主。浸润癌以放射治疗和手术治疗应用最广，效果较肯定。化疗及中草药治疗适用于各期癌。放射治疗主要采用深部 X 线、镭、钴。体腔内照射。

鼻 咽 癌

鼻咽癌是我国南方常见的恶性肿瘤。好发于青壮年。该病误诊率较高，应提高警惕。

〔诊断要点〕

（一）初起时，有鼻塞、鼻衄、耳鸣、一侧头痛，上颈

淋巴结肿大（质硬、无压痛）。

（二）病情进展时，可出现头剧痛，颅神经麻痹症状，如面部、舌、角膜感觉消失，眼睑下垂、眼球固定、软腭下降及活动受限，咽喉反射消失，吞咽困难及患侧声带麻痹，舌肌萎缩、伸舌时偏向患侧等。晚期出现肝、肺等远处转移。

（三）可疑病人应行鼻咽镜取活组织检查，或颈淋巴结穿刺细胞学检查。

〔治疗〕早期多采用放射治疗，晚期用中草药及化学疗法。

附：恶性肿瘤的中草药治疗

恶性肿瘤的治疗，必须高举毛泽东思想伟大红旗，广泛发动群众，走与工农兵相结合的道路，进一步挖掘中草药，并从中西两药中找出有抗癌作用的药物。在有条件的地方，应采用中西医综合性治疗措施。

现将中草药对恶性肿瘤的治疗，简单介绍如下（化疗见治疗篇，常用抗肿瘤药物）：

（一）单方：

1.露蜂房、蝉蜕、僵蚕各等分。共研细末，蜜为丸。每服二钱，一日二次。

用于鼻咽癌、乳腺癌、肺癌、宫颈癌。

2.半枝莲一两，石见穿一两，白花蛇舌草一两，白茅根五钱。水煎代茶饮。

用于食道癌、胃癌、乳腺癌、肺癌。

3.核桃枝煮鸡蛋：核桃树枝五两，鸡蛋二至三个。共煮四小时，去汤，吃鸡蛋，每日吃一个。

用于食道癌、乳腺癌、宫颈癌、淋巴系统肿瘤等。

4.黄药子十两，好白酒三斤。将药投入酒中，浸24小时，盛于瓶内，封瓶口，放于水中加热两小时，温度要达到60—70℃，再放入冷水中浸泡三天，每日服100毫升，频频服用，不拘次数。

5.向日葵秆剥去外衣，取内白心作药用，每日一钱半至二钱，煎汤服用。次数不限。

用于胃癌、肝癌。

6.口服合成纯尿素，每日4～6次，每次2—2.5克，可缓解肝癌的症状。晚期病人肝硬化、肝炎、肾功能衰竭者忌用。

（二）常用中草药方剂：中草药治疗肿瘤，各地正在深入进行研究，通过临床实践，出现了一些可喜的苗头，现将常用的中草药方剂介绍如下，以供参考。

1.板兰根、猫眼草各一两，人工牛黄二钱，朱砂一钱，威灵仙二两，制南星三钱。每次五分，日服四次。主要用于食道癌。

2.太子参、姜半夏、川石斛、丹参、郁金、赤芍各三钱，失笑散（包）、炙山甲、夏枯草、木馒头各四钱，陈皮一钱半，广木香二钱，生牡蛎一两。水煎服。攻坚丸20粒，分二次吞服。

攻坚丸：马钱子一钱，活蜈蚣五分，蜈蚣一钱半，孔香一钱，带子蜂房五分，全蝎三分。

制法：马钱子用开水泡24小时后，换清水连续浸7—10天，再去皮晒干，用麻油炒黄，研末。将蜈蚣、全蝎、蜂房，炒微黄研末。并将蜗牛捣烂，晒干研末，和

乳香粉末，糊泛丸。每钱等于20粒。主要用于胃癌。

3.抽葫芦一至二两，商陆一钱，生黄芪五钱，茯苓皮五钱，桑白皮、陈皮、大腹皮、杭芍、莪术、丹参、炒枳壳各三钱，冬瓜皮五钱，醋炒柴胡二钱。水煎服。主要用于肝癌。

4.白花蛇舌草二两半，黄药子二钱，苡仁一两，乌梅二钱，龙葵一两，乌药一钱，田三七粉五分。水煎服。主要用于直肠癌。

5.生黄芪、银花藤各一两，败酱草、全栝楼各五钱，黄芩、甜杏仁、荸荠各二钱，陈皮二钱，大枣七枚。水煎服。主要用于肺癌。

6.白花蛇舌草三两，全虫二钱，苡米一两，生甘草二钱。水煎服。主要用于乳癌。

7.蔓荆子、薏仁、蚤休、菊花、杭芍各三钱，葛根二钱，生黄芪一两，甘草一钱。水煎服。主要用于鼻咽癌。

8.农吉利、莪术复方注射液，全身或局部注射。主要用于宫颈癌。

第十三篇　眼科疾病

第一章　眼睑泪器疾病

第一节　睑缘疖

外麦粒肿，俗称“针眼”。内麦粒肿，又名睑板腺炎。

〔诊断要点〕

（一）眼睑红肿，疼痛。

（二）睫毛根部或睑结膜红肿，压痛，逐渐形成脓头。

（三）病变近外眦者，附近球结膜水肿，充血。重者，可遮盖角膜。

〔治疗〕

（一）局部湿热敷，涂消炎眼膏（如红霉素眼膏，0.5%四环素眼膏，0.5%金霉素眼膏）。

（二）成脓后，切开排脓，如脓点在皮肤面，切开应与睑缘平行，如在睑结膜面，则应与睑缘垂直切开。切忌挤压脓头，因可导致眼眶蜂窝组织炎，或海绵窦栓塞。

（三）感染严重者，应给全身抗感染药物。

第二节　霰粒肿

霰粒肿是睑板腺的囊肿，可伴有慢性炎变。

〔诊断要点〕眼睑皮下可摸到圆形的囊肿，不红，不痛，无压痛。与皮肤不粘连，翻转眼睑，可在结膜见到暗红色的突起。

〔治疗〕小的霰粒肿，不一定要治疗，大的可以手术切除。

第三节　睑缘炎

睑缘炎俗称“烂眼边”，为睑缘皮肤睫毛根部慢性炎症。

〔诊断要点〕

（一）自觉痒，干燥，疼痛。

（二）睑缘充血，糜烂，有鳞屑，或睫毛根部有结痂，去痂后，可见小溃疡或小脓疱，睫毛易脱落，变稀疏。溃疡痊愈后，形成瘢痕，牵引睫毛乱生，发生倒睫。

（三）仅在内、外眦部发红，潮湿，糜烂，称为眦部睑缘炎，俗称“烂眼角”。

〔治疗〕

（一）用温开水或生理盐水洗净，把鳞屑、分泌物、脓痂除去。

（二）滴消炎眼药水，每日3—4次。涂消炎眼药膏，或1％白降汞眼膏，每日2次。

（三）眦部睑缘炎，用0.5％硫酸锌眼药水或眼药膏有良好效果。

第四节 慢性泪囊炎

慢性泪囊炎，是由沙眼或鼻病等原因，引起鼻泪管阻塞，造成泪液滞留，继发细菌感染，即成慢性泪囊炎。本病的严重性在于：角膜如有擦伤时，泪囊分泌物中的细菌，可在该处繁殖而形成严重的角膜溃疡。眼部手术时，有慢性泪囊炎者，易发生感染。

〔诊断要点〕

（一）流泪，遇冷风刺激时加重。

（二）挤压泪囊部，有粘液或脓性分泌物，由泪点溢出。

（三）在慢性泪囊炎的基础上，可发生急性炎症。泪囊部皮肤红肿，疼痛，形成硬块，数日后化脓破溃。急性炎症消退后，可形成泪囊瘘。

〔治疗〕

（一）将泪囊分泌物挤净，滴消炎眼药水。

（二）冲洗泪道。冲洗后，泪囊内注入消炎眼药水0.5～1毫升，隔日一次或每周两次。冲洗泪道方法：将浸有0.5%地卡因的棉棒，放在内眦部，嘱病人闭眼夹住，作上下泪点麻醉。用装有生理盐水的5毫升注射器接上改制的16号针头（剪掉其斜尖，磨平，然后弯成直角形），自下泪点垂直插入约1毫米，继之将针头与睑缘平行，向内眦部推进约5～6毫米后，注入盐水。

（三）手术：用上述方法，只能减轻症状，不能根治。如有条件，应作泪囊鼻腔吻合术。因其不但能治愈炎症，并且能解决泪溢问题。无条件者和老年人，可作泪囊摘除术。

（四）发生急性炎症者，早期应湿热敷。已形成脓肿，则切开引流。同时，肌肉注射青霉素或口服消炎药。

第二章　结膜疾病

第一节　急性结膜炎

本病是结膜的急性细菌性感染，俗称“火眼”。

〔诊断要点〕

（一）球结膜周边性充血，睑部及穹窿部结膜充血，组织模糊，结膜下可有点状或片状出血。

（二）有异物感，重者有灼热疼痛感，故引起泪液分泌增加，早期为水样分泌物，渐渐由稀变稠，晨起眼睑常粘在一起，洗眼后才能睁开。

（三）个别重者可发生角膜周边部浸润或浅层溃疡，但不严重。

睫状充血与结膜充血的鉴别

睫　状　充　血	结　膜　充　血
呈紫红色	呈鲜红色
角膜周围充血显著，越近周边充血越轻。	球结膜周边部充血显著，越近角膜周围越轻。
见于角膜炎，虹膜炎或眼球内部炎症。	见于结膜炎，沙眼等

〔预防〕本病传染性很强，特别是在托儿所、幼儿园、小学等集体单位，更易广泛流行。其主要传染途径是通过接触眼部分泌物。故应宣传不用手揉眼，接触患眼后注意洗手，患者的洗脸用具和手巾等，均需分开使用，并煮沸消毒。

〔治疗〕

（一）用0.25%氯霉素液滴眼，每日6次。睡前以0.5%四环素或金霉素眼膏点眼。

（二）用0.1%黄连素液滴眼，每日4次。也可用黄连煎水洗眼。

（三）黄连二钱，黄芩三钱，龙胆草三钱。水煎服。

（四）针刺风池、太阳、合谷穴。强刺激。

（五）禁止戴眼罩。

第二节 翼状胬肉

本病又名攀睛。常因风砂和灰尘等长期刺激结膜而引起。在对睑裂的球结膜上形成三角形肉膜。

〔诊断要点〕

（一）三角形的结膜皱襞，多生于角膜鼻侧，由睑裂部球结膜伸向角膜，重者可达角膜中央影响视力。

（二）分进行性与非进行性两种。进行性的逐渐长大，头部隆起，体部肥厚充血。非进行性的不进展，头部不隆起，体部不充血。

〔治疗〕进行性者，手术切除。术后点四环素、可的松眼膏。非进行性者不必处理。

第三节　沙　眼

沙眼是由沙眼病毒引起的传染性眼病，在我国较常见。本病主要侵犯睑部及穹窿部结膜，可由于瘢痕收缩，而形成睑部畸形或引起角膜混浊，重者可导致失明，对广大劳动人民危害极大。

〔诊断要点〕

（一）各期的诊断：本病一般无自觉症状。重症患者及有继发感染或合并症时，才有摩擦感，视力减退，羞明，流泪等。因此，诊断主要靠客观检查。

第一期：睑部及穹窿部结膜组织模糊，血管辨认不清，结膜上皮增生肥厚，粗糙不平，呈绒毛样乳头增生，并由于淋巴细胞聚集而有半透明的半球状滤泡形成。乳头和滤泡为沙眼的活动性病变。

第二期：除活动性病变外，尚有瘢痕形成。轻者，呈灰白色细线状或网状。使血管走行折断。重者，呈灰白色片状或光滑的膜状。当活动性病变全部形成瘢痕时，沙眼即已痊愈。但其合并症，如内翻倒睫等，则仍作为后遗症而存在。

（二）合并症：

1.内翻倒睫：常见。由于睑结膜瘢痕收缩和睑板肥厚畸形引起。眼睑向内卷，睫毛向里倒，摩擦角膜，日久角膜变混，视力减退。

2.慢性泪囊炎。

3.角膜溃疡。

〔预防〕

（一）提倡一人一巾，保持毛巾清洁。

（二）注意保护眼睛，不用脏手揉眼。

（三）对理发馆、浴室等服务行业，加强卫生监督，应做到洗脸用具，经常消毒。

（四）对工厂、农村、学校等集体单位，应注意卫生宣传，预防沙眼。定期普查普治。

〔治疗〕

（一）局部用消炎药水及药膏： 如10％磺胺醋酰钠液，0.25％氯霉素液，每日 4 次。0.5％金霉素液，0.5％四环素液或金霉素眼膏，每日 1～2 次。

（二）口服磺胺制剂： 磺胺噻唑与碳酸氢钠各0.5克，每日四次。连续服 7～10天为一疗程。必要时，停药一周后可再服。或用长效磺胺，成人第一日服 1 克，以后每日服 0.5 克。共服一周。12岁以下儿童减半。

（三）手术治疗： 不能达到根治目的，仅能辅助药物治疗，缩短疗程。

1、滤泡多者，作沙眼挤压术。

2、乳头多者，作沙眼摩擦术（先滴 0.5％ 地卡因液麻醉，用乌贼骨切成长条，在消炎眼药水或大蒜液中浸泡后，摩擦病变粘膜。摩擦时注意勿伤及角膜。擦后点眼药膏）。

（四）合并症的治疗： 内翻倒睫数目少者，电解睫毛。多者，作内翻矫正术。

第三章　角膜疾病

第一节　角膜溃疡

本病是角膜上皮破损和细菌感染所致。角膜为透明、无血管、高度敏感的组织，如发生病变，则有明显的自觉症状，并影响其透明度。病变在角膜中心部，愈后形成瘢痕，严重影响视力。

〔诊断要点〕

（一）疼痛，怕光，流泪，视力减退。

（二）眼睑痉挛，睫状体充血，角膜混浊。初起时，为灰白色浸润，稍隆起，表面无光泽，继之表层组织坏死脱落，呈灰白色凹陷，形成溃疡。严重者角膜穿破。

〔治疗〕

（一）局部用消炎眼药水及眼膏（“见眼科常用外用药物”）。

（二）重者散瞳，结膜下注射抗菌素，每日一次。常用青、链霉素，庆大霉素，卡那霉素等。注射方法：用0.5%地卡因液滴眼，每三分钟一次，共三次。用细针头在近上、下穹窿部结膜下注射。注射时，要避开血管，以免出血，并注意不可强行用力，以免刺伤巩膜。注射后，滴消炎眼药水。

（三）戴眼罩，热敷。

（四）全身治疗：给予抗感染药物及维生素A、维生素C。

（五）针灸治疗：疼痛明显者，针合谷、风池、太冲穴。强刺激。

第二节　角膜软化症

本病为维生素A 缺乏所引起的严重眼部疾病。多发生于缺乏母乳的婴儿，或患慢性腹泻或急性传染病（如麻疹等）的患儿。

〔诊断要点〕

（一）常为双眼发病，羞明，流泪，不愿睁眼。

（二）球结膜干燥，失去光泽，有色素增生。睑裂部球结膜上有三角形白色泡沫状斑。角膜失去光泽而变混浊。重者，发生灰色浸润而软化坏死，甚至角膜穿孔、虹膜脱出，严重影响视力，以至完全失明。

〔预防〕调整小儿饮食喂养，纠正偏食和忌口习惯。注意慢性腹泻和急性热性病小儿的眼部变化，早期发现，及时治疗。

〔治疗〕应争取时间，尽早治疗。早治可能完全恢复，晚治则预后极坏。

（一）全身治疗：应着重于全身治疗。给予大量的维生素A、B、C、D。重症者，肌肉注射维生素A—D，每日1毫升（含维生素A25,000单位，维生素D 2,500 单位），直至症状消失为止。以后，改为口服鱼肝油，每日10～15毫升，或浓缩鱼肝油10～20滴。此外，应改善饮食，在可能条件下，吃富有维生素A的食物，如胡萝卜、西红柿、枣、蔬菜、肝、肉、蛋等，并应纠正不合理的忌口习惯。也可服用中药苍术粉，

每服一钱，每日 2 次。或服夜明砂，每服三钱，每日 2 次。

（二）局部治疗：用消炎眼药水及眼膏预防感染，点 0.25～1％阿托品软膏，热敷。

（三）积极治疗原发病。

注意：检查及局部上药时，勿向眼球施加压力，以免引起角膜穿孔。

第四章　急性虹膜睫状体炎

病因分全身及局部两方面。全身性病因，主要为风湿、结核、梅毒和感染灶。局部病因为疱疹病毒感染。一般查不出明确的原因。

〔诊断要点〕

（一）患眼疼痛，羞明，流泪，视力减退，眼球有触痛。

（二）睫状充血。虹膜肿胀，颜色加深，瞳孔缩小，对光反应迟钝，瞳孔缘与晶状体表面发生部分粘连，可使瞳孔缘不规则。前房混浊（病情轻不易看出，须与对侧比较）。

（三）如病情严重或反复发作，引起瞳孔缘大部分或全部后粘连，房水不能流向前房，可发生继发性青光眼，甚至导致失明。

（四）本病须与急性充血性青光眼、急性结膜炎鉴别。

〔治疗〕

（一）局部治疗：

1.散瞳：1～2％阿托品液或软膏，每日 2 次，使睫状肌麻痹休息，减轻疼痛，并放大瞳孔，以防虹膜后粘连。此

点很重要。

2.滴0.5%可的松液，每日 4 次。或结膜下注射2.5%醋酸可的松0.3毫升，每 5 — 7 天一次。

部位与症状	急性虹膜睫状体炎	急性充血性青光眼	急性结膜炎
1. 疼痛	眼部疼痛夜间尤甚	眼痛、伴有同侧剧烈偏头痛	摩擦感，无头痛
2. 视力	稍减退	极度减退	正常
3. 分泌物	无	无	无
4. 角膜	透明，角膜后面沉着物	混浊，呈哈气后的玻璃状	透明
5. 瞳孔	缩小	散大	正常
6. 眼压	正常，有时稍降低或增高	增高，眼球坚硬如石	正常

（二）全身治疗：

1.治疗病因。

2.口服强的松，开始每日20—30毫克，日服二至三次，以后根据病情逐渐减量。

3.针灸治疗：针刺曲池、合谷、光明穴。中刺激。

第五章　白 内 障

第一节　白内障的分类

晶状体混浊，即称白内障。分先天性与后天性两种。

（一）先天性白内障：晶状体混浊的形状很多，大致分为部分性和完全性两种，不影响视力者，不必手术。有明显视力障碍者，可作手术。

（二）后天性白内障：最常见的是老年性白内障。

第二节　老年性白内障

〔诊断要点〕

（一）常见于50岁以后，多为双侧性，但常一先一后。

（二）为便于选择手术时机，将病程分为二期。

1.未熟期：有时前房由于晶状体肿胀变浅，晶状体混浊呈灰蓝色。用电筒斜照检查，可看到晶状体皮质尚有部分透明区，而显有半月形虹膜阴影。视力显著减退，少数病例，可继发青光眼。

2.成熟期：视力仅能辨出手动，而分辨不出手指。前房恢复正常深度，晶状体完全呈灰白色混浊，虹膜阴影消失。此期最适于手术。

术前必须检查光机能。光机能正常者，才能考虑手术。正常光机能为光感6米，光投射各方向准确。光感的检查方

法，是在暗室内或夜间能辨出 6 米远的烛光。光投射的检查方法，是让患者在暗室直视前方，如能准确地指出距离 1 米的光源的不同方位，则为光投射各方向准确。

〔治疗〕目前尚无有效的药物治疗，完全混浊的晶状体，只能手术摘除，或用拨障术。

第六章　原发性充血性青光眼

眼压增高即谓青光眼。原发性青光眼原因不明，为眼失明的重要原因之一。尤其充血性青光眼的急性发作，可使患者在短时间内丧失视力。

〔诊断要点〕

（一）多见于老年人，双侧性，但常一眼先病，一眼后病。

（二）病程分为三期：

1.前驱期：患者时有短暂的轻度发作。发作时视力稍减退，看灯光周围有彩色环，眼稍胀，头微痛，轻度睫状充血，瞳孔稍大，眼压稍增高。上述症状，一般持续数小时，休息后恢复正常。如未经治疗，发作渐频繁，症状渐加重，而转入急性发作期。

2.急性发作期：剧烈偏头痛，恶心、呕吐，眼球胀痛，视力极度减退，明显睫状充血，角膜呈哈气后的玻璃状，前房极浅，瞳孔开大，眼压很高。有的患者，于一次急性发作后即失明。也有人转入慢性充血状态而症状减轻，但以后仍常有急性发作，一次比一次重，最后终于失明。

3.绝对期：为本病的最后阶段，完全失明无光感。

〔治疗〕

（一）前驱期：发作时滴2％毛果芸香碱液，数次即可控制。停药后，可能再发作，应继续滴0.5～1％毛果芸香碱液，每日数次。如不能坚持用药，可作虹膜周边切除术。

（二）急性发作期：应采取紧急治疗，如有延迟，即影响视力恢复。

1.局部滴2％毛果芸香碱液，每10分钟一次，连续滴至瞳孔缩小，角膜变清亮，眼压降至正常。滴药时，用棉球压迫泪囊部，以免药物中毒。

2.口服乙酰唑胺0.5克及碳酸氢钠1克，或甘油40毫升（即50克），顿服。如果眼压不下降，4小时后可再服。

3.50％葡萄糖60毫升，静脉注射。

4.急性发作控制后，应继续长期用毛果芸香碱液滴眼，或手术治疗。青光眼早发现，早治疗很重要。有前驱症状时，即应及时治疗。

5.中医治疗：宜平肝泻火。元参五钱，大黄二钱，黄芩三钱，知母三钱，当归二钱，桔梗二钱，车前子五钱，龙胆草三钱，羌活三钱，芒硝一钱半。水煎服。或用龙胆泻肝丸，每服二钱。每日2次。

6.针灸治疗：针刺行间（强刺激）、三阴交穴，可暂时降低眼压。止痛，可取风池、太阳、合谷、阳陵泉穴。均中刺激。

第七章　眼外伤及异物

第一节　结膜或角膜异物

在生产劳动和日常生活中，可能有小块异物，如铁屑、砂石、煤砟、谷糠等，落于结膜或角膜表面。

〔诊断要点〕

（一）自觉疼痛，流泪，有摩擦感。

（二）结膜异物，有时藏在上睑内面，必须翻转上睑，才能找到。

（三）角膜异物，如发生感染，可发展为溃疡，影响视力。

〔治疗〕往结膜囊内，滴0.5%地卡因液2～3次。然后以盐水棉棍将异物擦去。如擦不掉，可以两手牵拉消毒的头发丝的两端，平角膜面滑过，将异物刮掉。也可用消毒的注射器针头，将异物挑出。点消炎眼药膏。

第二节　眼球穿通伤

常见的有树枝、铁丝等的刺伤，利器的切割伤，以及棍棒、劈柴挫伤致成的眼球破裂者。

〔诊断要点〕

（一）外伤史。

（二）有疼痛，羞明，流泪等自觉症状。

（三）角膜或巩膜有伤口，并常伴有色素膜脱出，瞳孔变形。

（四）可有异物存留眼内。

（五）易有细菌感染。

（六）有的病例可继发交感性眼炎（于伤眼发生虹膜睫状体炎后，健眼发生严重的色素膜炎，常可导致失明）。

〔治疗〕

（一）局部点消炎眼膏。必要时，结膜下注射青霉素10万单位和链霉素0.1克，或4％新霉素液0.3毫升。并盖眼罩。

（二）口服四环素或静脉滴注四环素。肌肉注射破伤风抗毒素。

第三节　烫伤和化学腐蚀伤

在生产过程中或生活中，热的物质（如开水、热油、溶化的金属），强酸、强碱、石灰、农药、化肥（如氨水）等溅入眼内，均可引起眼部损伤。

〔诊断要点〕

（一）受伤病史。

（二）依致伤物质的浓度，剂量和在眼内存留时间的长短不同，而损伤程度不同。轻者，仅角膜或结膜浅层受损，角膜轻度混浊，上皮剥脱或结膜贫血。重者，引起角膜或结膜组织坏死，角膜变混或眼内炎而致失明。

（三）碱性烧伤比酸性烧伤严重，因碱性物质能持续向组织深部蔓延。故受伤时，不易确定损害的深度。

〔治疗〕

（一）立即用大量净水冲洗结膜囊。冲洗愈早，愈彻底，愈好。检查是否有致伤物质存留，如有，应立即除去。

（二）如有坏死脱落组织，滴0.5%地卡因液后，用湿棉棍将其擦去。

（三）碱性烧伤，应在结膜下注射维生素C0.5～1毫升或注射自血0.5～1毫升。

（四）局部用消炎眼药水或眼膏，及0.5%可的松液或眼膏。重者，滴0.1—2%阿托品液散大瞳孔，热敷。

（五）如有睑球粘连，滴麻醉药后，以钝头玻璃棒分离。

（六）必要时，口服或注射抗菌素。

第八章　常见眼底病症状鉴别

眼底病是玻璃体，脉络膜，视网膜和视神经的各种病征，眼前部（凭肉眼即能观察到的部位）并不一定有相应的表现。正确的诊断，又须依靠眼底镜或其它仪器。但是，有很多眼底疾病，可以从它们特有的症状加以推断。对于非眼科专业人员，或不可能用眼底镜来进行检查的情况下，如果我们熟悉了眼底病的若干症状，就有可能对它们作出初步诊断，从而给予必要的治疗或及时转送，不致贻误病情。下面，我们把一些常见症状，略加归纳，以便掌握应用。

暴　盲

暴盲指突然视力丧失，或突发性高度视力减退。大多是

视神经或视网膜血管病变。一般说来，年轻的暴盲患者，特别是哺乳期的妇女，以急性视神经炎可能较大。本病常有眼球深部疼痛，眼球转动或加压时，疼痛加重。患眼的瞳孔多半散大。年老的暴盲患者，尤其是伴有高血压和动脉硬化的老人，应考虑到视网膜中央血管的阻塞。男性青壮年，反复多次的视力高度减退，发病时，视力顿失，有时眼前挡着一片红光，表示玻璃体有大量积血。若干时日，血液逐渐吸收，视力又见恢复，但可再发。这种情况，多见于视网膜静脉周围炎。

视野损害

视野中出现暗影，也是眼底病的常见症状。视网膜剥离时，患者常感到视野缺损。缺损部位，和剥离区域正好相反，剥离越大，视野的损害也相应扩展。青光眼患者，也发生视野缺损，鼻侧视野先受侵犯，逐渐加重，最后可成管状视野。这些病人伴有瞳孔扩大，眼压升高。

飞蚊症

飞蚊症指眼前有黑点，飞舞不定，形态不一。表示玻璃体内有不透明体存在，常见于脉络膜炎或玻璃体出血。对突然出现大量飞蚊的高度近视患者，必须警惕视网膜剥离的发生。有些飞蚊症，经年不变，对视力无影响，多无病理意义，不必顾虑。

夜　盲

夜盲也称雀目。日落以后，视力减退，行动困难。多见

于视网膜色素变性的患者。突起的夜盲，要想到维生素A缺乏的可能性，如果伴有全身的营养不良征象，或同时看到角膜、结膜干燥时，诊断更可肯定。

中心暗点

在视线的中央，有一个暗区，常是视网膜黄斑区病变的典型症状，高度近视眼突然发生中心暗点，应想到黄斑区出血。中心暗点而伴有视物变小，或扭曲畸形时，提示黄斑部有水肿，常见于中心性视网膜炎。

〔治疗〕

（一）球后视神经炎： 口服或肌肉注射大量维生素 B_1，维生素B_{12} 及激素类药物。辅用扩血管药，如烟草酸，妥拉苏林等。哺乳期，可停止授乳。

（二）视网膜中央动脉、静脉阻塞： 无特效疗法。可试用扩血管剂，如亚硝酸甘油、烟酸等。同时治疗原发病高血压和动脉硬化。

（三）视网膜静脉周围炎： 注意眼睛的休息。可用维生素C，维生素E，乳酸钙治疗。如有结核病史，可口服异烟肼或注射链霉素。中药可用知柏地黄丸，二至丸，每日服二次，每次服各一钱半。

（四）视网膜剥离： 争取早期手术。

（五）青光眼： 见青光眼的治疗。

附：眼科常用外用药物

（一）局部用药：

1.磺胺类药物：治疗眼部炎症，如沙眼、结膜炎、

角膜溃疡等。常用的制剂为：10—30%磺胺醋酰钠溶液，斑马牌眼药水（主要成分为5%磺胺醋酰钠），疾得宁眼药水（主要成分为5%磺胺嘧啶钠及1%磺胺噻唑钠），5%磺胺噻唑软膏，5%磺胺嘧啶软膏（疾得宁眼药膏）。

2.抗菌素：适应症同上。常用制剂为：0.5%金霉素液，0.25%氯霉素液，0.5%金霉素膏，0.5%四环素膏。

3.0.5%硫酸锌液（成药叫眼药水）：治疗慢性结膜炎。

4.硝酸毛果芸香碱（匹罗卡品）：用以缩瞳，降低眼压，治疗慢性青光眼。用1—2%溶液，每日2—6次。或2%软膏，晚间用一次。

5.水杨酸毒扁豆碱（依色林）：缩瞳，降眼压，作用较毛果芸香碱强，但毒性较大，不宜长期使用。可用1%溶液，治疗急性青光眼，每10—15分钟，滴药一次，连续滴3次。对于毛果芸香碱过敏的患者，可长期使用本药0.25—0.5%溶液。

6.硫酸阿托品：麻痹睫状肌，避免虹膜后粘连。常用0.5—2%溶液，或1—3%软膏。

7.氢溴酸后马托品：与阿托品作用相似，但效力较弱而不持久，用于对阿托品过敏者，常用2%溶液或软膏。

8.0.5%可的松液或软膏：治疗虹膜睫状体炎，巩膜炎，泡疹性眼炎等。

9.1%白降汞膏：具有温和的刺激性和收敛作用。

治疗睑缘炎，滤泡性结膜炎，角膜瘢痕，巩膜炎等。

二、结膜下注射用药：

1.青霉素10万单位，或链霉素100毫克，4％新霉素液0.3毫升：均可用于预防外伤后感染和治疗角膜溃疡。

2.2.5％可的松液：注射0.3毫升，治疗虹膜睫状体炎，巩膜炎。

第十四篇　耳鼻喉科疾病

第一章　耳部疾病

第一节　卡他性(非化脓性)中耳炎

卡他性中耳炎是由于急性上呼吸道感染引起咽鼓管水肿，或因鼻咽部肿物压迫咽鼓管使其阻塞所致。后者多为慢性，前者常为急性（但迁延或多次发作，也可变成慢性）。

〔诊断要点〕

（一）有上感病史，耳内微痛，并有堵塞感，耳鸣，不同程度听力减退（传导性耳聋），自听增强（听自己的讲话声音，特别响亮，似有回音）。

（二）急性期，可见鼓膜充血，呈红色或淡红色。或鼓膜肿胀。

慢性期，鼓膜内陷，增厚，粘连和钙沉淀。

〔预防〕

（一）本病的预防，尤其在儿童期有重要意义。

（二）主要是防治鼻、咽部疾病，积极防治上呼吸道感染，如感冒、鼻炎、咽炎、扁桃体炎、麻疹及猩红热等。

（三）勿将水流入耳内，勿经常挖耳，尤其是小儿更应

注意。

〔治疗〕

（一）口服磺胺药或抗菌素。用1％麻黄素液或滴鼻净滴鼻，一日三次。

（二）口服抗过敏药朴尔敏4毫克，乳酸钙1克，均一日三次。

（三）中耳如有积液者，可在局部麻醉下，行鼓膜穿刺术。用小棉球浸少许鼓膜麻醉药（薄荷脑、石炭酸、地卡因等量混合），贴在鼓膜上，5—10分钟后取出，用75％酒精擦拭耳道与鼓膜。用斜面较小的细长针头、接连结核菌素针管，在耳镜直视下，于鼓膜前下部小心穿刺抽吸。为了使局部抗过敏药物浓度高，可向鼓室内注入醋酸考地松液0.5毫升。或注入透明质酸酶1000单位。并可口服颠茄片8毫克，一日三次。

（四）急性期过后，可行咽鼓管吹气。

（五）中药治疗：急性期，宜疏风清热。方用：菊花五钱，荆芥二钱，防风二钱，桑叶三钱，木通三钱，木香一钱，羌活一钱（或用生熟地各三钱），桔梗三钱，五味子三钱，黄柏三钱（煮前酒拌）茯苓四钱，知母四钱，山萸肉三钱。竹叶、灯心为引。

慢性期，宜利气活血。方用：当归、生地、丹参、黄芪、菖蒲、升麻、川芎等。

（六）针灸：取穴听宫、听会、翳风、风池、四渎、后溪、肾俞穴。强刺激。

（七）去除病灶。如鼻窦炎，腺样体肥大，慢性扁桃体炎，或鼻咽部肿物等，应予去除。

附：自己吹气法

方法：先清除鼻及鼻咽部分泌物，患者拇、食两指紧压两侧鼻翼，口唇紧闭，突然用力呼气，使空气进入咽鼓管，自觉有鼓膜发胀感觉，即表示咽鼓管已通畅。

禁忌：鼻出血、感冒、鼻腔内有大量分泌物，鼻咽部肿瘤。

第二节　化脓性中耳炎

化脓性中耳炎俗称“流通耳”，是化脓性细菌经咽鼓管或经穿破的鼓膜进入中耳腔，而引起化脓性感染。多发生在婴幼儿，尤其在上呼吸道感染，或急性传染病时容易发生。

〔诊断要点〕

（一）急性化脓性中耳炎，初起可有发烧，头痛，剧烈耳痛，耳堵塞感。婴儿常表现烦躁不安，不时摇头抓耳，不愿吃奶。数日后，鼓膜穿破，始见耳道有脓液，这时体温下降，全身症状明显减轻。

（二）慢性化脓性中耳炎，常因急性期未能及时治疗，或反复发作而引起。听力减退，鼓膜穿孔，耳道有粘稠脓液，或臭脓，

〔治疗〕

（一）急性化脓性中耳炎

1.局部滴药。在鼓膜未穿孔时，用1—2%石炭酸甘油滴耳。已穿孔者，用棉棒拭净脓液，或将患耳朝上，滴入3%双氧水数滴，待2—3分钟后，患耳朝下，让药液流出。

如此重复2—3次，最后拭净。选用复方新霉素滴耳液，1—2.5%氯霉素液，1—2.5%链霉素液，1%黄连素液等药液滴耳，一日三次。同时，用1%麻黄素或滴鼻净滴鼻，促使咽鼓管通畅，有利于中耳的炎症消除。耳道内禁用洗剂，以防中耳腔继发感染。

2.全身给予青、链霉素，肌肉注射，或内服磺胺药、四环素等。

3.中药治疗：

（1）柴胡、黄芩、栀子、生地、川芎、白芍、防风、天花粉各三钱，牛蒡子二钱，连翘四钱，生甘草二钱。水煎服。小儿用量减半，适用于病情较轻者。

（2）龙胆草五钱，生地四钱，木通、泽泻、栀子、生大黄各三钱，连翘五钱，生甘草二钱。水煎服。适用于病情较重者。

（二）慢性化脓性中耳炎

1.拭净耳内脓液，可选用复方新霉素滴耳液，5%氯霉素甘油，4%硼酸酒精等药滴耳。

2.验方：

（1）猪苦胆一个（烤干），白矾二钱（将白矾放在铁勺内，在火上加热，则成为泡沫状，待泡沫减少后，放冷），研成细粉，放入耳内，一日二次。

（2）蛋黄油滴耳，一日三次。蛋黄油的制法：鸡蛋3—4个，煮熟，去蛋白，将蛋黄放于勺内，用微火徐徐炼出油，除去蛋黄渣，取油放晾，备用。还可在油中加少许冰片。

（三）在经上述长期治疗不愈者，而且流臭脓，应考虑

作中耳乳突根治手术。如出现耳后肿痛，头痛，发烧，头晕，呕吐，颈强直，甚至发生昏迷等症状，均属危险征象，表明感染扩散到颅内，应立即转送有条件的医院，进行手术治疗。

第三节　聋　哑

聋哑是由于自幼丧失听力，而失去学习语言能力，因而，既聋又哑。按发病时间，分为先天性与后天性。

先天性：由于胚胎发育时期，内耳发育不全。

后天性：由于婴幼儿时期，患急性传染病，如流脑、脑炎、麻疹、猩红热，或链霉素、卡那霉素中毒后引起。

〔治疗〕聋哑的主要矛盾在聋。由于聋而听不到声音，不能学会说话。因此，先从治聋着手。在听到声音之后，加强语言训练以治哑。经过无产阶级文化大革命，继承和发扬祖国医学遗产，推广针刺治疗聋哑，取得了可喜的成果。

针刺疗法：

治聋穴：主穴：耳门、听宫、听会、听灵、翳风穴。

配穴：中渚、外关、合谷、会宗穴。

治哑穴：哑门、廉泉穴。

每日针刺1次，10次为一疗程。每个疗程后，休息3—5日。由于哑门深面接近脑部，所以应选质量好的2寸长毫针，注意消毒，患者必须静坐，将头部俯伏于桌上，针刺深度掌握在1.5—2寸。不能过深，不可提插或大幅度捻转。对小儿不合作者缓用。

第二章 鼻部疾病

第一节 萎缩性鼻炎

萎缩性鼻炎是鼻腔粘膜萎缩，甚至鼻甲也发生萎缩的疾病。

〔诊断要点〕

（一）鼻内干燥不适，流血，结绿色干脓痂，有臭味。常有头昏，头疼，嗅觉障碍。

（二）鼻腔检查，可见鼻甲缩小，鼻腔增宽。

〔预防〕

（一）积极防治上呼吸道感染，保持鼻道通畅。

（二）不要用手指，经常挖鼻孔，勿拔鼻毛。

（三）擤鼻时应轻捏一则鼻翼擤鼻，然后再擤另一侧。

〔治疗〕

（一）用温生理盐水，或0.5%过锰酸钾溶液，冲洗鼻腔，每日一次。

（二）复方薄荷油，或石蜡油滴鼻，每日三次。或用鼻软膏涂鼻。

（三）口服鱼肝油制剂，以增强粘膜上皮营养。口服扩张血管剂，如：烟酸或地巴唑，以减轻干燥和结痂。

（四）中草药治疗：

1.沙参三钱，麦冬钱半，杏仁一钱，枇杷叶二钱，生石膏三钱，桑叶三钱，黑芝麻一钱，生甘草一钱，阿胶八分。

水煎服。

2.白菊花三钱，白蜂蜜二两。将菊花放入蜜内蒸二小时，取出菊花，将蜜装入瓶内。每日用蜜涂鼻腔数次。

第二节　过敏性鼻炎

本病又叫变态反应性鼻炎，系身体对食入或皮肤接触某种外来物质，即过敏原，所表现的异常反应。这种反应主要表现在鼻腔粘膜。

〔诊断要点〕

（一）发作性打喷嚏，流清水样鼻涕，鼻不通气，鼻内发痒，多在遇冷后发生。有的病人可同时患支气管哮喘及荨麻疹等过敏性疾患。

（二）检查可见鼻腔粘膜苍白，水肿。鼻腔水性分泌物较多。将此分泌物涂片检查，可见大量嗜酸性粒细胞。

〔治疗〕

（一）寻找过敏原，避免与过敏原接触。

（二）1％麻黄素盐水溶液滴鼻，每日三次。

（三）内服抗过敏药物扑尔敏、苯海拉明等。皮质激素可暂时收效，但不能根治。

（四）中草药：

1.苍耳子二钱。水煎服。分2次。

2.辛夷花泡茶，频服，也有效。

3.针刺迎香、内迎香、鼻丘部。

第三节 化脓性副鼻窦炎

祖国医学将化脓性副鼻窦炎，称“鼻渊”。分急性和慢性两种，以慢性多见。其中以上颌窦炎、筛窦炎较常见。

〔诊断要点〕

（一）有感冒史，或感冒后症状加重。

（二）急性期，有发烧，头痛，鼻塞，流粘脓涕，嗅觉减退，上颌窦前壁压痛，上牙痛。

（三）慢性期，有不同程度的鼻塞，流黄脓性涕，慢性头痛，头沉，记忆力减退。

（四）脓性涕多由中鼻道流出。

〔治疗〕

（一）抗感染。急性期给予青、链霉素，肌肉注射，以防止病情迁延转为慢性。

（二）引流。1％麻黄素或滴鼻净滴鼻，一日三次。以改善鼻腔通气，有利于鼻窦引流。

（三）止痛。给镇痛解热剂，如去痛片、复方阿斯匹林等药物。

（四）针刺迎香、印堂、合谷穴强刺激。

（五）中药治疗：

1.急性期，宜散风清热。藁本二钱，防风二钱，辛夷一钱五分，白芷二钱，升麻二钱，木通二钱，川芎三钱，细辛五分。水煎服。

或用白芷一两，薄荷五钱，辛夷五钱，苍耳子三钱，黄芩五钱，菊花五钱。水煎服。

2.慢性期可以上述方剂为基础，适当加减。如气虚者，加黄芪、党参。血虚者，加当归、杭芍。阴虚者，加生地、丹皮。

（六）经上述治疗两周以上，未见效者，可行上颌窦穿刺。

第四节　鼻出血

自发性鼻出血，多数由于鼻中隔前下部粘膜小血管破裂。少数是由于鼻腔肿瘤或急性传染病，血液病，高血压等全身疾患引起。

小量出血时，血从鼻孔滴出或流出。大量出血时，除从鼻孔流出外，还从口内吐出或咽下。严重者，可发生休克。

〔处理〕鼻出血病人，多有精神紧张和不安，应安慰病人，鼓励配合治疗。首先采取有效的止血措施，同时查清出血原因，进行治疗。

（一）小量出血，用手指紧压鼻翼10—15分钟，或冷敷鼻部与额部，一般即可止血。

（二）出血较多时，用1%麻黄素或0.1%肾上腺素溶液棉球填压出血处。也可选用马勃粉、头发灰等，吹入鼻腔，再用棉球填压。一般均可止住出血。

（三）大量出血时，用凡士林纱条，有次序地填塞鼻腔，如大量出血来自后鼻孔，必须行后鼻孔填塞。方法：用消毒纱布卷成2×2厘米大小的纱布球，用粗丝线缝紧打结，留三条长约25厘米的线头。将橡皮导管经前鼻孔放到口咽部，用止血钳经口腔拉出，将纱布球的二条丝线，系在导

管的口腔端，然后将导管再由前鼻孔拉出，将丝线从导管解下。拉紧此丝线，同时用手指将纱布球推向后鼻孔。经前鼻孔充填凡士林纱布条后，在前鼻孔放一小纱布卷，将二丝线头结扎在此纱布卷上。留在口腔内的一条线可剪短，作为取出纱布球时用。给磺胺药或抗菌素防止鼻窦及中耳发生感染。充填物一般不宜在鼻腔内超过48—72小时。必要时，须更换充填物。

（四）针刺合谷，内庭、上星、少泽穴。强刺激。

（五）中医治疗：鼻出血多属心火，肺炎，胃火。一般分实火证和虚火证二类。

1.实火证者，鼻出血量较多，口干口渴，口臭，便秘，小便短赤。舌质红，苔微黄，脉数。宜清热，凉血，止血。鲜茅根一两，鲜侧柏叶五钱，生地黄五钱，旱莲草一两。水煎服。

或用生地一两，赤芍五钱，丹皮四钱，元参五钱，槐花八钱，白茅根一两，藕节八钱。水煎服。

2.虚火证者，鼻出血为渗出性血，色较淡，颧赤颊红，头晕，心跳，失眠，易怒，口干，手足心发烧，或足冷至膝。舌尖红，脉细数。以养阴清热为主。可用成药知柏地黄丸或六味地黄丸，每次服四钱，每日二次。

3.验方：土三七，研末，每日服三次，每次半钱。白茅根炭、侧柏炭各三钱，水煎服。白药1—2克内服，一日三次。

（六）解除精神紧张，应给镇静剂苯巴比妥钠0.1—0.2克，肌肉注射。

（七）给止血药，如维生素C，仙鹤草素，凝血质，维生素K等药物，口服或肌肉注射。

（八）失血较多，应输液或输血。同时，进行病因治疗。

第三章　咽喉部疾病

第一节　急性扁桃体炎

〔诊断要点〕

（一）突发咽痛，伴发烧，头痛，全身不适。

（二）双侧腭扁桃体充血肿胀，在扁桃体表面陷窝口处有散在白色渗出物，易被拭去。注意与咽白喉鉴别。

（三）双颌下淋巴结肿大，有压痛。

〔预防〕对咽喉部疾病的预防，均有参考意义。

（一）本病多由飞沫传染，传染性虽不甚强，但偶而呈流行性。因受传染的机会较多，小孩比较容易受传染。因此尽可能少和患者接触。

（二）锻炼身体，增强体质，尤其是作耐寒锻炼，对预防具有重要作用。

（三）积极治疗扁桃体邻近器官的疾病，如鼻炎、鼻窦炎及其它口腔疾病等，对预防本病有重要意义。

（四）节制烟酒等嗜好，对防治咽喉炎有重要意义。

〔治疗〕

（一）多饮水，给解热镇痛药，如去痛片、安乃近、复方阿斯匹林等。

（二）口服磺胺或青、链霉素肌肉注射，以控制感染。

（三）针灸：少商穴点刺出血，合谷穴强刺激。可加用

翳风，颊车穴。高热者，加曲池、大椎穴。也可按快速针刺疗法，强刺激合谷穴，至吞咽不痛时去针。

（四）中药：宜清热，解毒，解表。锦灯笼三钱，山豆根三钱，桔梗三钱，黄芩三钱，牛蒡子三钱，荆芥穗三钱，薄荷一钱，银花一两，板兰根五钱，连翘五钱，甘草二钱。水煎服。

（五）验方：

1.锦灯笼三钱，桔梗二钱，甘草一钱。水煎服。

2.马勃一钱，菊花、山豆根各三钱，连翘四钱，甘草二钱。水煎服。

第二节　扁桃体周围脓肿

扁桃体周围脓肿为扁桃体附近软组织化脓性感染，多由急性或慢性扁桃体炎引起。也可为牙、牙龈、鼻部的感染所致。

〔诊断要点〕

（一）常发生在急性扁桃体炎之后。

（二）突然发生，一侧剧烈咽痛，伴发冷发热。

（三）张口困难，吞咽时疼痛显著。

（四）患侧颌下部淋巴结肿胀，压痛显著。

（五）患侧软腭红肿膨隆，一般数日后，可形成脓肿。

（六）患侧有反射性耳痛。

〔治疗〕

（一）发病早期，按急性扁桃体炎处理。

（二）脓成后，可做切开引流。先用红汞局部消毒，在软腭膨隆最显著处，注射1—2%普鲁卡因。然后，用粗针

头进行穿刺，如脓量较多，可用尖刀切开，放出积脓。次日，用止血钳再扩大切口放脓。

第三节　咽后壁脓肿

咽后壁脓肿多发生在3岁以内的小儿，是由咽后壁粘膜软组织与椎前筋膜之间的咽后间隙急性感染所形成。颈椎结核所引起的咽后脓肿，为寒性脓肿。

〔诊断要点〕

（一）患儿多先有上呼吸道感染，病情稍好又突然发热，咽堵塞，有呼吸和吞咽困难。颈部转动不自然，常取头仰侧卧位。

（二）咽后壁粘膜充血，并向前膨隆。

（三）颈部淋巴结肿大。

（四）寒性脓肿病程缓慢，可有结核病的全身症状，颈椎局部有压痛。

〔治疗〕

（一）在直视下，先用粗针头穿刺抽脓，如脓多，可切开。注意保持头低位，以防止脓液被吸入气管内。寒性脓肿只能穿刺，不宜切开。

（二）同时肌肉注射青霉素。寒性脓肿患者，应予抗结核药物治疗。

第四节　喉梗阻

喉梗阻指咽喉部的外伤、异物、发炎、水肿、肿瘤等阻

塞或压迫喉部而言。其主要表现为呼吸困难。

〔诊断要点〕

（一）呼吸困难，吸气时有喉鸣，可有不同程度的声嘶，烦躁不安，出汗。严重时出现紫钳。

（二）吸气时出现三凹现象。

（三）晚期出现衰竭，面色苍白，呼吸缓而弱，脉微弱。

〔治疗〕

（一）应及时治疗，密切观察病情，有条件时先给吸氧。根据病因和病情采取措施。

（二）呼吸困难，重者做气管切开术。如病情急重，急需抢救，可先用粗穿刺针，经环甲膜（从甲状软骨下缘正中）刺入气管，维持呼吸，准备作气管切开。

第五节　小儿急性喉炎

本病多并发于上呼吸道感染。因小儿喉及声门小，粘膜疏松，容易发生水肿而导致喉梗阻。治疗不及时，常引起呼吸循环衰竭。

〔诊断要点〕

（一）发热，犬吠样咳嗽，声嘶，烦躁不安。

（二）呼吸时有轻度喉鸣。

（三）严重时，可出现呼吸困难。

〔治疗〕

（一）保暖，蒸气吸入，止咳，退热，多饮水。

（二）应给足量抗菌素，一般多用青、链霉素肌肉注射。尽早给予广谱抗菌素，如红霉素静脉滴注，氯霉素肌肉

注射。

（三）激素治疗：开始用量要大。一般可口服强的松，按每公斤体重，每次2毫克，4～6小时一次。重症病例，可用氢化可的松，静脉滴注，每公斤体重5—10毫克，4—6小时内滴完。一般多在4—6小时内缓解，可于2—3天内，逐渐减量停药。

（四）若出现明显三凹现象，烦躁不安和紫绀，应做气管切开术。

（五）可试用针灸，针大椎、合谷、尺泽穴。强刺激。

第六节　异物和外伤

（一）外耳道、鼻孔内异物：多发生在小儿，一定要用适当的钩针由里向外钩取，千万不可夹取，以防将异物推入。片状物可用镊子夹出。较大儿童的鼻孔异物，可按紧对侧鼻孔，用力擤鼻，将异物擤出。

（二）气管异物：健康小儿在吃花生、瓜子、豆类食物时，突然发生剧烈呛咳，呼吸困难，随后有阵发性咳嗽，可有异物撞击声，应考虑异物吸入气管，晚期可并发肺不张应紧急转至有条件的医院治疗。转送途中，宜使患儿取坐位。若突然发生呼吸困难，可适当改变体位，轻拍背部。

（三）食管异物：儿童口含硬币、小玩具，或果核、骨片等，不慎吞下而卡在食管内。感胸骨后疼痛和不同程度的吞咽困难。有继发感染者，可有发热，并可有脱水，应尽早转至有条件的医院治疗。特别是带尖的异物，切不可勉强用力下咽干的食物，企图将异物顶入胃内，这样很易刺伤食

管，造成严重损伤和感染。

耳、鼻、气管和食管的异物，是完全可以预防的。应广泛对父母和保育员进行宣传教育。教育小儿勿将小石子、豆类等，放入耳鼻内。一切可能被吞下，或吸入的物品，都不应作为儿童的玩具。禁止小儿在口内含有食物时乱跑。进食时，不可惊吓和责骂，以免大哭大笑时，将食物吸入气管或卡入食管。

（四）耳鼓膜外伤性穿孔：在未感染流脓前，严禁滴入任何药物，仅用无菌棉花塞耳，内服磺胺或抗菌素，一般可自行愈合。若已感染，按化脓性中耳炎处理。

（五）鼻骨外伤骨折：如外鼻出现一侧内陷，或鞍状畸形，应尽早在鼻粘膜表面麻醉下（用等量的0.1％肾上腺素和2％的卡因，或2％利多卡因，将棉片浸湿，挤干后，放入鼻腔内鼻骨后，约10分钟），用包着凡士林纱布的血管钳，或粘膜剥离器，放入鼻腔内鼻骨后面，抬起塌陷的鼻骨，并在鼻腔内充填凡士林纱布条2日。若当时皮下肿胀，瘀血严重。可待肿胀消退后复位，但不宜超过2周。否则，发生纤维粘连，难以复位。

（六）喉外伤：因击、撞、轧或刺、割伤等所致。急救处理的原则是：防休克，保证呼吸道通畅和止血。有呼吸困难和大的伤口，都应作气管切开术。然后，清洁伤口，结扎出血点，将粘膜、软骨、肌肉和皮肤，依层对齐缝合。如喉头已暴露，或气管已切断，当时无条件处理时，应先将气管内血块吸出，并将长约20厘米的粗橡皮管插入气管，用胶布在皮肤上固定好，伤口用纱布压迫包扎，伏卧位向医院转送。途中，应备有导管，以便吸出气管内的血块。

第七节　耳鼻喉科肿瘤

（一）鼻息肉：生长缓慢，逐渐增大堵塞鼻腔，妨碍呼吸，少有恶性变。肿物色灰白，质软、触之活动，不易出血。可摘除。

（二）鼻和鼻窦恶性肿瘤：生长较快，易出血，鼻堵塞，上牙麻木或疼痛，头痛，张口困难等。肿瘤增大引起畸形，如面颊部或硬腭隆起，眼球突出。晚期有下颌淋巴结转移。怀疑本病时，应转专科检查治疗。

（三）鼻咽癌：见外科疾病篇“恶性肿瘤”

（四）喉癌：多见于男性老年人。声嘶逐渐加重，甚至引起呼吸困难，晚期有转移。因此，凡老年男性声嘶逐渐加重，超过3～4周者，应转专科检查，争取早期诊断，早期治疗。

（五）鼻咽纤维血管瘤：多见于青年男性，肿瘤原发自鼻咽部，首先出现鼻堵塞，常有自发大量出血，逐渐引起畸形，应转至有条件的医院处理。

附：耳鼻喉科常用外用药物

一、耳部用药：

1．3%碳酸氢钠溶液、液体石蜡：适用于溶化耵聍。

2．3%过氧化氢溶液：适用于清洁外耳道积脓，也可用以漱口。

3．1～2.5%氯霉素甘油：适用于鼓膜炎和化脓性中耳炎。

4．2%石炭酸甘油：适应症同氯霉素甘油。

5．1～2.5%新霉素溶液，1～5%链霉素溶液，0.5～1%氯霉素溶液：适用于化脓性中耳炎。

6．4%硼酸酒精：适用于慢性化脓性中耳炎脓已减少时（急性期不用）。

二、鼻部用药：

1．0.5%、1%及2%麻黄素溶液：适用于鼻堵，急、慢性鼻炎，鼻窦炎。小儿用0.5%溶液。

2.滴鼻净：适应症同上。小儿用淡剂。

3.复方薄荷滴鼻剂：薄荷0.3克，樟脑0.3克，液体石蜡30毫升。适用于鼻内发干，鼻出血，萎缩性鼻炎。

4．1:1000肾上腺素液：适用于鼻出血和鼻内手术。

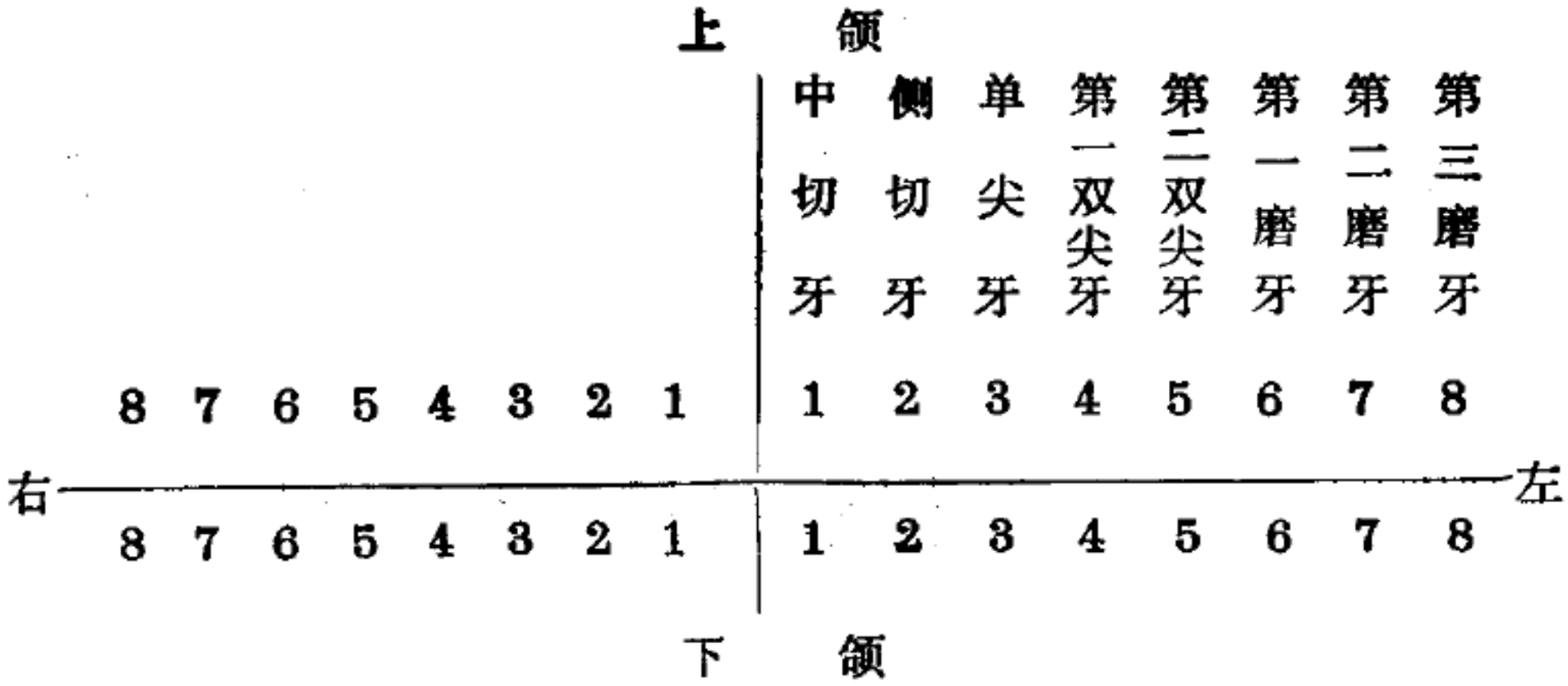
5.液体石蜡：适用于鼻出血，鼻腔干燥。

第十五篇　口腔科疾病

第一章　牙的解剖

人在一生中有两副牙齿，即乳牙和恒牙。生后6个月，开始出乳牙，2周岁左右出齐，共20个。儿童自6岁开始换恒牙，到12～13岁换齐。只有第三磨牙（智齿），要到17～24岁长出。成人恒牙，共28～32个。

牙齿的符号和名称：



乳牙除无双尖牙，磨牙也只有上下各4个外，其余与恒牙相同。

牙齿分牙冠、牙根两部分，两者交界处是牙颈。

牙冠色白有光泽，外露于口腔中，牙根微黄，埋在牙槽

骨内。牙齿外部质地坚硬，由牙釉质、牙本质及牙骨质构成。中央为牙髓腔（牙体软组织），内有牙髓（血管、神经、淋巴等）。牙髓有营养牙齿和感觉作用。牙齿周围的组织，叫牙周组织，有牙周膜，牙槽骨及牙龈（图15—1），其主要功能是支持牙体。

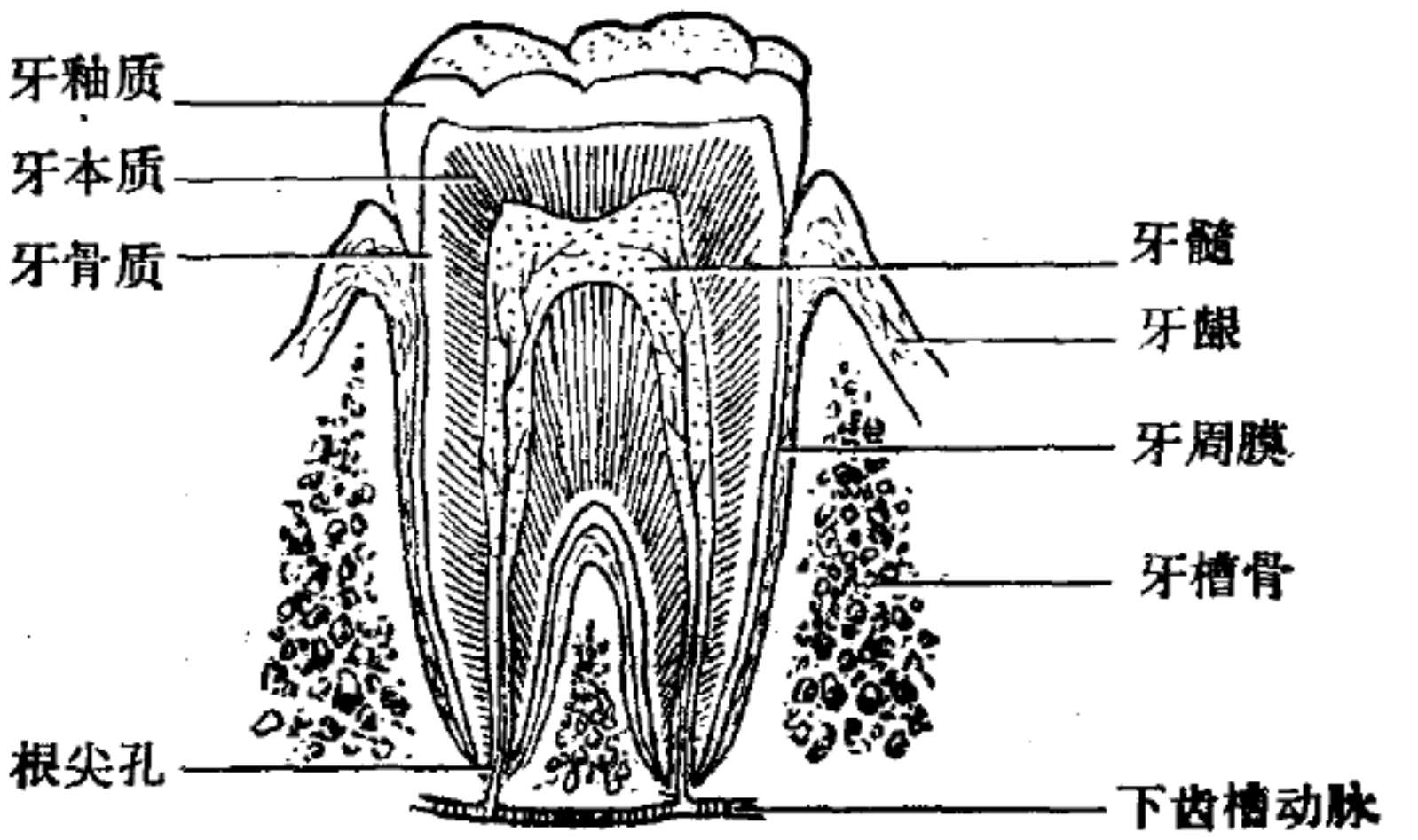


图15—1　牙齿及其周围组织的剖面图

前牙〔中切牙（门齿）、侧切牙（门齿）、单尖牙（犬齿）〕都是单根，后牙（双尖牙、磨牙）大都是复根（2—4根）。

第二章　口腔常见疾病的预防

口腔卫生的重要性

口腔为消化道的起端，其主要功能是咀嚼食物。口腔内的温度、湿度、酸碱度，以及存留在牙缝中的食物残渣，均适宜细菌生长，发酵分解成酸类，容易发生龋齿和牙周炎，

甚至形成病灶。因此，注意口腔卫生，对于预防口腔常见疾病及增强身体健康，均有重要意义。

口腔卫生的重点

（一）早晚刷牙，饭后漱口：这不但能使口腔及牙面清洁，而且可以按摩牙龈组织，使牙龈血运丰富，减少污物滞留，增强对疾病的抵抗能力，一般3—4岁的儿童，可开始刷牙。刷牙的方法很重要，多数人习惯于横刷，象拉锯式，这不但不能起到按摩牙龈和清洁牙面的作用，相反，会擦伤牙颈部的软组织，对冷热产生过敏，或使牙龈退缩。正确的刷牙方法，是顺着牙齿长出的方向刷，上牙，由上往下；下牙，由下往上刷；舌面以牙刷的头部分顺刷；咬合面来回刷。刷牙时，可用含有各种消毒药物的牙膏，牙粉等。这对于儿童和易患龋齿的人更为有益。

早上刷牙相当普遍，但晚上刷牙，有些人不太习惯。其实晚上刷牙更为重要，因为晚上睡后口内唾液分泌量减少，失去对微生物原有的冲刷和阻抑作用，以致使微生物乘机活动而损坏牙齿。

（二）养成良好的饮食习惯与咀嚼习惯：如睡前不吃食物，用两侧牙齿咀嚼食物，以免偏废，并可使牙齿得到自然的磨刷。

第三章　引起牙痛的常见病

第一节　牙本质过敏

牙本质过敏俗称倒牙。

〔诊断要点〕

（一）遇冷、热、酸、甜刺激时，患牙感到异常酸痛，去除刺激后，酸痛立即消失。

（二）牙齿表面无龋洞，用锐器在暴露的牙本质处划动时，有酸痛感。

〔治疗〕

（一）嚼核桃仁。

（二）用甘油刷牙。

（三）饭前两牙之间嚼蒜片。

（四）10%福尔马林雷锁辛饱和溶液，加热，涂擦牙面，切勿烧伤牙龈。

第二节 龋 齿

龋齿俗称虫牙、蛀牙。是引起牙痛最常见的原因。依其病变发展的轻重，分浅龋、中龋、深龋。

〔诊断要点和治疗〕

浅龋：发生在牙釉质层。无症状，牙表面发黑，用牙科探针探有浅洞，应及时进行充填治疗，以免龋齿继续发展。

中龋：达到牙本质层内，每当遇冷、酸、甜食物刺激时，就发生疼痛，刺激物除去后疼痛消失。可进行充填治疗，即用牙科电钻，除去软化的牙本质。消毒后，以银汞或水门汀充填。

深龋：达到牙本质深层，接近牙髓腔，洞深（约3毫米）质软，常引起牙髓充血，发炎，应进行牙髓治疗。露牙髓而又无牙髓治疗条件者，可用小棉球蘸牙痛粉（白芷三

钱，细辛三分，冰片一分）或樟脑粉放入洞内，即可止痛。

深龋继续破坏，就是残冠、残根，这就没有治疗价值，需进行拔除。

第三节　牙髓炎

龋齿未经治疗或治疗不当，或牙外伤后引起牙髓组织发炎。

〔诊断要点〕牙髓位于密闭的牙髓腔中，当发炎时，牙髓充血、水肿，渗出物增加，而使牙髓腔内压力增大，压迫神经末梢，致使疼痛剧烈，其特征为：

（一）自发性疼痛，阵发性加剧。

（二）放射性疼痛（向头、面部放散），患者不能正确指出患牙。

（三）常夜间发作。

（四）冷、热刺激时，疼痛加重。

（五）检查龋洞时，有明显深痛。

〔治疗〕

（一）牙髓炎应及时处理，关键是人工开髓。即在麻醉下，用电钻或锐器刺破髓腔，使脓液排出，减低髓腔压力，疼痛缓解，可在牙洞内放入一个蘸有“牙疼水”或丁香油、樟脑粉、十滴水类的小棉球（如高粱米大），可以止痛和防止炎症扩散。

（二）服用复方阿斯匹林、去痛片等止疼剂，及苯巴比妥、眠尔通等镇静剂。

（三）针刺合谷、颊车、下关、新阳豁穴。强刺激。

（四）应及时处理后，进行牙髓治疗（干髓术或根管治疗）。无条件时，则可将患牙拔除。

（五）重症，应给予抗菌素治疗。

第四节 急性牙槽脓肿

急性牙槽脓肿是牙根周围的骨及软组织发生的急性化脓性炎症。常由深龋，牙髓感染引起。

〔诊断要点〕

（一）患牙持续性疼痛，有浮起感，不敢对咬，叩疼明显。

（二）患牙根部粘膜红肿，可触及硬的浸润块，或有波动感。

（三）相应面部，可见反应性水肿，颌下淋巴结肿大、压痛。

〔治疗〕

（一）炎症初起，可用温盐水含漱。或用半拨二钱，良姜二钱，细辛二钱。煎汤含漱。内服磺胺类药物，或注射抗菌素。或中药治疗，宜清热泻火。升麻三钱，黄连二钱，当归三钱，生地五钱，丹皮三钱，生石膏八钱，知母三钱，黄柏三钱。水煎服。若面部有反应性肿胀，可同时外敷中药如意金黄散。

（二）已形成脓肿，则应切开引流，在局部浸润或阻滞麻醉下进行。切口离龈缘1厘米（或在肿胀最突出部位），与龈缘平行，刀刃与骨面垂直，切开骨膜直达骨面。切开后，可用生理盐水冲洗，并置入橡皮条引流。

（三）病原牙处理：待急性炎症消退后，有条件时，可进行根管治疗，保存患牙。如无条件时，则及早拔除。

第五节　急性智齿冠周炎

智齿冠周炎是指阻生牙齿周围软组织的炎症。以下颌智齿多见。

〔诊断要点〕

（一）好发于年轻人，智齿阻生，此处龈瓣红肿。压迫龈瓣，有脓汁自其下溢出。

（二）伴有轻度或中度的张口困难，相应面部可有水肿，颌下淋巴结肿大、压痛。

〔治疗〕

（一）以注射器吸1:5000高锰酸钾液，或1％过氧化氢，对准龈瓣与牙面之间彻底冲洗。然后，在龈瓣涂以2.5％，或5％碘酊（用高浓度碘酊时，注意勿灼伤粘膜）。

（二）龈瓣覆盖牙面甚多，而仅露出少许牙冠者，可在局部浸润麻醉下，将其切开直达被覆盖的牙面，并可将龈瓣剪去一些，以利引流。

（三）冠周若有局限性脓肿形成，则可按照牙槽脓肿切开处理。

（四）面部肿胀，可外敷如意金黄散。

（五）内服磺胺类药物，或注射抗菌素。用1:5000高锰酸钾液经常漱口。

（六）中药治疗：以疏风清热，凉血解毒为主。熟牛蒡三钱，薄荷一钱，升麻三钱，桔梗三钱，金银花五钱，连翘

五钱，生石膏六钱，赤芍三钱，生山栀三钱，鲜芦根一两。水煎服。

（七）反复发作冠周炎的智齿，应及早拔除。

第四章 牙周病及口炎

第一节 牙 周 病

牙周病又名牙槽脓漏，是牙周组织的慢性进行性破坏性疾病。常并有全身慢性疾病。

〔诊断要点〕

（一）牙齿的一侧或各侧牙龈沟加深，形成牙周袋。

（二）牙周袋壁有慢性炎症，牙颈部有黄色牙垢存积，牙龈红肿，常期流脓、口臭。晚期常发生急性牙周脓肿。

（三）牙齿松动，移位，咀嚼无力，甚至自行脱落。

（四）好发于上下门牙及第一磨牙。

〔治疗〕

（一）保持口腔卫生，养成正确的刷牙习惯。

（二）除去局部的刺激物，即刮除牙龈上下的牙石。

（三）急性炎症期，以1%过氧化氢溶液冲洗牙周袋，涂2%碘甘油或碘酚。全身可用抗菌素、止痛剂。

（四）慢性炎症期，可行牙周袋切除术，或龈片翻治术。以食指轻轻按摩牙龈，促进血液循环，增强抵抗力。

（五）中药治疗：内服清胃散：当归、黄连各二钱，生地五钱，丹皮、升麻各三钱。水煎服。热著者，加生石膏八

钱。便秘者，加生大黄四钱）。外用大青盐、骨碎补、青黛等量，研细刷牙。

（六）拔除极松动的牙齿。

第二节　口　　炎

口炎是口腔粘膜发生的炎症性病变。它与全身因素有密切关系。一般口炎应与梅毒、结核、癌瘤的口腔粘膜溃烂相鉴别。如在口腔内，发现长期不愈或发展迅速的溃烂面时，应做进一步追踪检查。常见的口炎，有以下几种：

复发性口腔溃疡

〔诊断要点〕

（一）病因复杂，常诱发于消化不良，便秘，蛔虫症，睡眠不足，精神刺激，月经期等。

（二）多发生于舌边缘，唇内，颊部。

（三）口腔粘膜反复发作，散在孤立的圆形或椭圆形浅在性的溃疡，边缘红晕，有烧灼样疼痛。

〔治疗〕

（一）小溃疡可用10%硝酸银或碘酚涂擦，但切勿烧伤健康组织。

（二）病情顽固者，口服维生素B_2、C。强的松5毫克，一日三次。胎盘球蛋白5毫升，肌肉注射。或乳糜蛋白酶5毫克，肌肉注射。

（三）中药治疗：生地五钱，麦冬三钱，白芍三钱，知母三钱，黄柏三钱，石斛四钱。水煎服。

（四）治疗诱因：如调整消化机能等。

疱疹性口炎

疱疹性口炎为单纯疱疹病毒引起。

〔诊断要点〕

（一）多见于上呼吸道感染或高烧之后。

（二）口腔粘膜出现多个透明样小水疱，很快破溃，互相融合形成片状不规则的浅在性溃疡，表面有黄色薄膜，并有较多渗出物。

〔治疗〕

（一）治疗全身性疾患。

（二）口服维生素 B、C。

（三）局部涂以0.5%金霉素甘油。或用养阴生肌散（明腰黄一份，牛黄一份，青黛二份，甘草二份，黄柏一份，龙胆草一份，冰片二份。上药共研为细末）涂搽。也可涂用紫药水。

鹅口疮

鹅口疮又叫雪口，由白色念珠菌（霉菌）感染所致。

〔诊断要点〕

（一）多发生于婴幼儿，营养不良或大量长期应用抗菌素的患者。

（二）在颊、舌、腭及口角粘膜上有乳白绒状斑膜，似凝乳，高出粘膜面不易擦掉。患儿常哭闹不安。

〔治疗〕

（一）注意口腔卫生，可用2%苏打溶液或淘米水沉淀

液拭擦口腔、奶头及喂乳器等。

（二）局部以10％龙胆紫溶液或冰硼散涂搽。

（三）营养支持疗法。

（四）病情顽固者，可给予制霉菌素或曲古霉素。

（五）中药治疗同复发性口腔溃疡。或用：金银花五钱，生栀子二钱，黄芩三钱，竹叶一钱，木通一钱，车前子三钱，元参三钱，肉桂二钱。水煎服。

坏死性龈炎

坏死性龈炎俗名牙疳，由厌氧细菌感染。

〔诊断要点〕

（一）多见于儿童。身体抵抗力降低，口腔卫生不良者易发病。

（二）牙龈乳头及牙龈缘组织坏死，自动出血，剧痛，有特殊臭味，唾液多而粘稠，颌下淋巴结肿大、压痛。

〔治疗〕

（一）控制感染：用2％过氧化氢溶液，或1∶2000高锰酸钾溶液擦洗患处。选用5％硝酸银，5％酪酸，或10％龙胆紫涂布溃疡面。病情重时给抗菌素。

（二）支持疗法：给大量维生素B_1、C、B_2，并注意营养。

（三）注意口腔卫生，并与他人分用食具、手巾。

慢性唇炎

〔诊断要点〕

（一）可因吹风，日晒，烟酒刺激，不良习惯（如舔唇）等原因而发生。

（二）唇肿胀，表面干燥或糜烂，上覆鳞屑或黄色假膜，有时口唇部有细小纵裂，易出血，疼痛。常因唇干燥，患者不时舔唇，使唇部粘液腺分泌受抑制，致干裂更加严重。

〔治疗〕

（一）除去刺激，纠正不良习惯。

（二）局部用可的松软膏或消炎软膏涂搽。

（三）病情顽固者，可用强的松，维生素B、C等。

（四）中药治疗：清胃散（参阅牙周病）。

第五章　口腔颌面部间隙感染

在牙齿根端的急性化脓性炎症过程中脓液可穿破骨板进入面部软组织中而引起肌肉间、筋膜间以及皮下疏松组织的急性感染。其病理实质及治疗原则，与一般蜂窝组织炎相同。此处仅述其诊断与治疗上的特点。

第一节　眶下间隙蜂窝组织炎

眶下间隙位于颌骨前壁，眶下缘下方。其感染多由上颌双尖牙或尖牙的根端病变引起。

〔诊断要点〕

（一）面部肿胀，鼻唇沟消失变平。

（二）上唇肿胀，上下眼睑也可肿胀。

（三）口腔内尖牙区龈颊沟肿胀。

〔治疗〕切开引流同牙槽脓肿。

第二节　嚼肌下间隙感染

嚼肌下间隙位于嚼肌和下颌骨升枝外侧面之间。其感染多由智齿冠周炎或下磨牙的根尖病变扩散所致。

〔诊断要点〕

（一）先有下颌后牙疼痛，按冠周炎及牙槽脓肿治疗不见消退，而面部肿胀持续加重。

（二）肿胀以下颌角为中心。由于该处有嚼肌及腮腺嚼肌筋膜，故不易出现波动（诊断不能等待波动的出现），可以穿刺确诊。

（三）严重的牙关紧闭，完全不能张口，或开口极微。

〔治疗〕

（一）**穿刺法**：选择压痛最著处(多在下颌角部)穿刺，穿刺针直达骨面后再抽吸。

（二）**切开引流**：穿刺有脓，即应切开。距下颌下缘下1.5～2厘米，依下颌角外形作4～6厘米长的切口。切开皮肤，皮下及颈阔肌，暴露嚼肌，在其与下颌角附着处，将嚼肌横断，作脓腔引流。或切开皮肤后，向嚼肌下区域作钝性剥离，进入脓腔，然后，置入凡士林纱布条引流。

第三节　颌下间隙感染

颌下间隙即颌下三角区，位于颌骨下缘和二腹肌前后腹之间。上面是颌舌骨肌，底为颈阔肌。其感染多由下磨牙根尖病变扩散，或颌下淋巴结炎发展所致。

〔诊断要点〕

（一）有下颌磨牙疼痛，或颌下淋巴结炎史。

（二）颌下三角区肿胀，肿胀中心皮色暗红，有可凹性水肿，或摸到波动。有轻度开口困难及吞咽困难。

〔治疗〕切开引流：在下颌骨下缘下1.5～2厘米处，作平行于下颌下缘的切口，扩开脓腔后，放入凡士林纱布条引流。

颌面部间隙感染的中药治疗，可用黄连解毒汤加减：蒲公英、生地、黄连、黄芩、山栀、连翘、赤芍、牛蒡子各三钱。水煎服。

或用五味消毒饮：金银花、野菊花、紫花地丁、蒲公英、天葵子各三钱。水煎服。

第六章　口腔颌面部外伤

口腔颌面部的外伤，在抢救时，首先应注意的是：

（一）有无颅脑外伤。

（二）呼吸道是否阻塞（若有舌后坠，则需用缝线贯穿舌体，把舌头拉出，并固定于口腔外。若有脱落牙，应立即取出）。

（三）有无休克。

（四）出血（用纱布压迫局部，或压迫颌外动脉）。

（五）检查颌面软组织、颌骨及牙齿受伤情况。

第一节　颌面部软组织损伤

〔处理〕

（一）伤口在局麻下，用生理盐水彻底清洗干净。然后。

检查组织的撕裂、移位、缺损情况，损伤部位及程度。

（二）因颌面部血液循环好，一般都争取作初期缝合，24～36小时内都可缝合。若组织已水肿感染，可把软组织拉拢，缝合口腔粘膜。肌肉及皮肤，只需按正常位置对齐，略缝几针即可。待感染消退后，再作平密缝合。

（三）缝合时，要求复位准确，尤其是口唇、鼻翼、眼睑等损伤，移位组织要正确对位。选用细针细线。

（四）软组织缺损小者，可拉拢或推进式旋转邻近组织来修复。如缺损过大，口腔与皮肤都已贯通，不要勉强拉拢缝合，以防术后张不开嘴。可先将洞穿性缺损创缘的皮肤和粘膜缝合，留下洞穿性缺损，待感染消退后，再进行整形手术。

第二节　下颌骨骨折

〔诊断要点〕

（一）上、下牙之间的咬合关系错乱和咀嚼无力。

（二）骨折部位出现皮下血肿，压痛。骨折两断端，可以活动或移位。骨折处牙龈撕裂并出血。

〔处理〕

（一）儿童期下颌骨骨折，可在复位和对好上、下牙关系后，用绷带把下颌与头部缠绕固定两周即可。

（二）下颌骨单处骨折（如下颌体、颏部、下颌升枝或下颌升枝髁状突）而移位不大者，可做颌间结扎固定，即把上、下牙绑在正常咬合关系上*。移位大，上、下牙不能对

* 正常咬合关系：是指吃饭时，上、下牙咬紧的关系。

合时，可采用铝丝夹板做颌牵引固定。

1.首先把骨折复位。

2.用一把平头钳子，把铝丝（可用铝丝电线内的铝丝，粗细如火柴棍）弄直，每隔一厘米，弯一个3毫米长的直角钩，约做六个即可。然后，按牙弓外形，将铝丝弯成弧形，就成带钩铝丝夹板(图15—2)，夹板上的钩与牙龈成45°角，以免压伤牙龈。

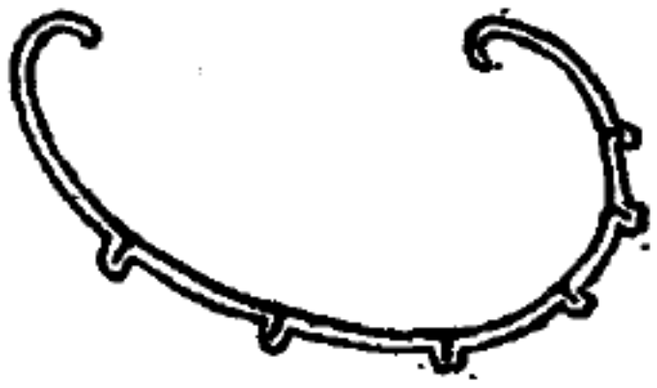


图15—2 弓形带钩铝丝夹板

3.用细的不锈钢丝（可用电线内的细铜丝代替），通过牙缝间隙，把两个铝丝夹板固定在下牙齿上（图15—3）。



图15—3 铝丝夹板固定

4.把钢丝断头，弯进牙间隙，就能对骨折进行牵引固定。

（三）下颌骨多发性骨折，如常见的颏部和一侧或双侧髁状突同时骨折，或体部和一侧髁状突的同时骨折等，应尽可能利用牙齿，按照咬合关系做颌间牵引固定（图15—4）8—10周。无牙可利用的下颌骨骨折，可做骨间固定。切开皮肤、皮下组织及骨膜，暴露两骨断端。各钻1～2孔，再以不锈钢丝穿过两边的孔，进行结扎（图15—5），将结扎头埋在孔内，缝合骨膜，皮下组织及皮肤。

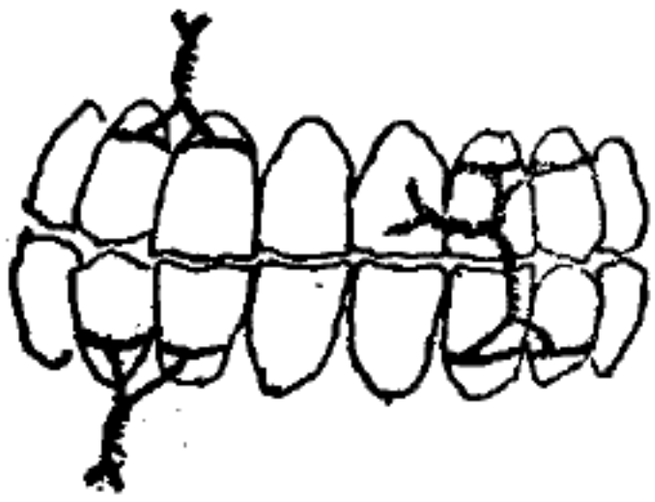


图15—4　简单颌间拴丝结扎固定法



图15—5　骨间结扎固定

第三节　颧弓骨折

〔诊断要点〕

(一) 颧弓处塌陷，皮下血肿，压痛。

(二) 有时出现开口困难（骨折压迫下颌喙突）。

〔治疗〕无开口困难的颧弓骨折可不做处理。有开口困难者，可用口内法撬起塌陷的骨折（图15—6）。方法：由口腔内上第三磨牙之龈颊沟处，切开粘膜，右手持一钝头骨膜起子（或钝头大弯止血钳），从切口处伸向颧弓骨折处，把骨折撬起复位。同时，以左手在骨折处探查复位的情况。复位后缝合粘膜。



图15—6　颧骨骨折口内复位法

第四节　牙齿外伤

(一) 牙齿折断：仅牙冠部分折断，又无自觉症状者，

可不必处理，可经填充，或牙髓治疗后，用罩冠或桩冠修复。牙冠大部分折断，或根部折断，可拔除。

（二）牙齿脱臼：半脱出者，经复位后，用不锈钢丝（或用上蜡的线）把松牙固定在邻近的健康牙上约一个月，即可牢固。如有疼痛，或牙变黑，则应进一步治疗牙髓。全脱出的，可以把牙用凉开水反复刷洗，然后，去除根髓，用氧化锌糊剂充填，消毒后（可煮沸5分钟，也可用1∶5000新吉尔灭溶液浸泡30分钟），立即按回牙槽窝内，结扎固定，观察一个月。如在观察期间，有疼痛或仍松动，则需拔除。

第十六篇　皮肤科疾病

第一章　皮　　疹

皮疹的形态，在诊断皮肤病上是一个重要依据。同一类型皮疹，可由不同病因引起（例如，荨麻疹常由吸入或食入致敏物质引起。也可由感染，如乳腺炎、败血症等引起）。而同一病因，在不同人身上，却可引起不同的皮疹（例如，青霉素常引起荨麻疹样发疹，但也可引起斑丘疹样发疹）。另外，某些传染病及内科病均可见皮肤发疹。因此，皮肤病的诊断，也就不能仅从皮疹的形态来考虑。

各种皮肤损害的临床特点：

（一）斑：皮肤上只有颜色改变的皮疹称为斑。界限清楚的白斑（色素脱失）是白癜风。面部蝶形分布的色素斑是黄褐斑（即肝斑）。色素斑呈小点状分布的是雀斑。色黑而较大的是痣。皮肤出血点呈紫色，压之不退色是紫癜的特征。非炎症性红斑见于血管痣。炎症性红斑，在皮肤科比较常见，因有炎症，常带浮肿性，略高出于皮肤表面。炎症性红斑常与其它形态的皮疹，同时存在，并且是一系列的发展过程，如湿疹，皮炎类疾患。尿布皮炎的红斑，位于会阴部，是由尿液的浸渍而引起的。日晒也可引起红斑。弥漫性皮肤潮红，

可由药物，某些食物或酒类引起，应与猩红热鉴别。某些药疹，应与一些急性传染病的皮疹来鉴别。

（二）丘疹：皮肤上的限局性隆起称为丘疹，俗称小疙瘩。丘疹常由斑疹发展而来，例如湿疹，皮炎类疾患，是在浮肿性的红斑上发生针头大的小丘疹，并迅速变为水疱，糜烂，结痂等损害。牛皮癣的初发损害处往往是丘疹，扩大或融合后形成斑丘疹和斑块，上覆银白色鳞屑。某些药疹的斑丘疹损害，应与麻疹鉴别。

在毛囊口的丘疹，多半是毛囊炎，后变为脓疱。毛囊口的角栓是维生素A缺乏的特征之一。在皮脂腺口形成的脂栓，是黑头粉刺。

结节是介于丘疹和肿瘤之间的一种皮疹。例如疣（瘊子），大多是个结节。结节性红斑和硬红斑，是皮内或皮下结节。结节性痒疹是在四肢散在的硬结节，伴有剧烈痒感。

（三）水疱：某些病毒性疾病的皮疹，以水疱为其特征。例如，单纯疱疹，带状疱疹的皮疹，是群集性小水疱。水痘的水疱在躯干较多，粘膜也有发疹，水疱中心，有时可见脐凹。

某些皮肤病在炎症严重时，常可形成大水疱，例如，冻伤，烫伤，接触性皮炎等。丘疹性荨麻疹，在某些病例，也可形成大水疱。天疱疮是在皮肤上发生大水疱，伴有表皮松解（皮肤经摩擦后，表皮与基底层分离）及发热等症状。多形性红斑，在浮肿性红斑中心，也可发生大疱。

（四）脓疱：脓疱是脓疱病的特征，但极易破溃，形成蜜黄色结痂。某些皮肤病感染后，也可有脓疱发生，如湿疹，皮炎等。

（五）风团：机械性刺激，引起条形风团，称为人工荨

麻疹。丘疹性荨麻疹的基本损害是风团，但其上迅速发生丘疹，转为水疱，风团也很快消退，只留水疱。

（六）革化：皮肤肥厚如皮革状。革化加搔痒，是诊断神经性皮炎和慢性湿疹的主要依据。

（七）无皮疹仅有搔痒：是皮肤搔痒症的特征。但在临床检查时，常可见到搔痕和血痂，时间较久则引起皮肤的革化改变。

第二章　湿疹、皮炎类皮肤病

第一节　湿　　疹

本病是一种过敏性的浅在皮肤炎症。主要特征为多形性损害，搔痒。常反复发作，分布对称，愈后不留疤痕。

〔诊断要点〕

（一）急性湿疹：发作急，炎症过程发展迅速。多形性发疹，即在皮肤上同时可见到红斑，丘疹，水疱，糜烂，痂皮及鳞屑。皮损边缘境界不清，分布常对称，剧痒。

（二）慢性湿疹：由急性湿疹演变而来，皮肤变厚，皮肤的纹理加深，边缘清楚，搔痒。

（三）急性湿疹，应与接触性皮炎鉴别。后者皮疹发生在与致病物质接触的部位。

〔治疗〕

（一）局部治疗：

1.急性湿疹：湿敷。外用氧化锌油，或氧化锌糊膏。也

可用马铃薯捣碎，敷于局部并包扎，每日更换2次。

2.慢性湿疹：可选用各种抗湿疹软膏，如可的松类软膏，复方糠馏油软膏，或糠馏油糊膏。

（二）全身治疗：

1.内服抗组织胺药物，或用10％葡萄糖酸钙10毫升，或3—5％溴化钙10毫升，静脉注射，每日一次。伴有感染者，加用抗菌素或磺胺类药物。

2.禁吃刺激性及腥膻食物，避免烫洗及用刺激性药物。

（三）中医治疗：

1.二妙散（苍术三钱，黄柏三钱）或黄柏面，以植物油调敷局部，每日一次。

2.黄柏二两，青黛五钱，枯矾八钱，轻粉一钱。共研细末。若患处渗出湿溃者，用药面干撒。若患处干燥者，则用麻油调涂，每日一次。

3.丝瓜络二两，煎水熏洗局部，每日一次。适用于阴囊湿疹，有止痒作用。

4.谷糠油外用。制法：用纸蒙一碗上，上扎许多小孔。将谷糠置纸上，把炭火放在谷糠上燃烧，待谷糠将燃尽时，勿烧着纸，即将纸及谷糠取下，碗底可有谷糠油。

（四）针灸治疗：针刺曲池、委中（刺出血）、阳陵泉穴。中刺激。

第二节 婴儿湿疹

〔诊断要点〕

（一）好发于面部，头皮。重者，躯干四肢也可发疹，

剧痒。皮损呈多形性，易于反复。

（二）多伴有胃肠道机能障碍，如吐奶，腹泻或便秘。

〔治疗〕

（一）局部治疗：

1.清洁去痂：以花生油去痂，或涂软膏后包扎一、二次。

2.有渗出时用硼酸液湿敷。然后，涂以复方雷夫奴尔软膏（也可用15％氧化锌软膏，加1％黄连素，或呋喃西林调匀代替）。也可用二妙散或黄柏面。

3.无渗出者，可用可的松软膏。

4.地骨皮、红柳细枝、槐枝、大蒜皮、葱根须，再加几种其它树的细嫩树枝，剪成小段，不拘多少，水煎温洗，每日一至二次。对渗出明显的湿疹，有一定效果。

（二）全身治疗：

1.内服抗组织胺药物，如苯海拉明、异丙嗪1毫克/公斤/次。并可服用镇静剂及钙剂。

2.调整饮食，按时哺喂，不要过饱。

3.治疗消化道机能障碍，驱除肠寄生虫，排除过敏原。

注意事项：患婴儿湿疹者，切勿种牛痘。

第三节　神经性皮炎

本病分限局性和泛发性两种，皮损多见于颈、项、骶部及四肢伸侧。

〔诊断要点〕

（一）初起仅皮肤剧烈搔痒，继之皮肤革化，界限清楚，

或伴有色素增加，鳞屑及抓痕，无渗出倾向。呈慢性经过，或有季节性的减轻或加重。常伴有神经衰弱症状。

（二）有时须与局限性牛皮癣，或扁平苔癣鉴别。扁平苔癣多呈带状，皮疹为扁平多角形丘疹，呈紫红色，口腔粘膜可有发疹。

〔治疗〕

（一）局部治疗：

1.可涂用黑豆油或糠馏油糊膏，或伤湿止痛膏，局部贴敷。无上述药物时，也可用胶布贴敷。

2.病变部扎梅花针，每日一次。

3.封闭疗法：用0.25％普鲁卡因溶液，局部封闭，每周2—3次。或1—2％苯甲醇溶液，局部封闭，7—10日一次。

（二）全身治疗：内服抗组织胺药物及镇静剂，静脉注射钙剂（见湿疹）。

（三）针灸治疗：针刺曲池、血海穴。同时，可在皮损周围针刺，留针，并选其革化最厚处点刺两三针出血。如皮损部位较多，则选刺搔痒较甚处。也可于皮损处行艾灸，每日2次，每次10—15分钟。

第四节　接触性皮炎

本病是由于接触外界各种刺激物（如动物皮毛，漆，染料，药品，农药，橡胶类，以及塑料制品等）而发生的皮肤急性炎症。严重者，可有全身症状。

〔诊断要点〕

（一）发病前有接触某种刺激物的历史。

（二）骤然发病，接触部位搔痒、灼热、潮红、肿胀，出现水疱及大疱，境界清楚。

（三）呈急性经过，除去病因后，易于治愈。

〔治疗〕

（一）追查病因，除去病因。

（二）局部治疗：只有红肿，丘疹，水疱而无渗液者，用震荡洗剂。如有渗液，应做湿敷，可用黄连素液，硼酸液或马齿苋煎液。湿敷后，可涂氧化锌油膏。病程呈亚急性者，可改用氧化锌糊膏，或15%氧化锌软膏。

（三）全身治疗：服用抗组织胺类药物。严重时，服强的松5—10毫克，每日3—4次。症状控制后，减量。

第五节　药疹（药物性皮炎）

药疹又名药物性皮炎，是由于药物经口服、注射，或者通过表皮或粘膜进入体内，而引起的皮肤炎症反应。多数是由于机体对某种药物过敏所致。

〔诊断要点〕

（一）既往可有药物过敏史。发疹前1—2周内有用药史，或在用药过程中出现皮疹。停用可疑药物后，症状逐渐好转。

（二）青霉素或链霉素等注射药物引起的药疹，往往先从注射部位开始发痒、出疹。

（三）固定性药疹，多发生于外阴部，常破溃成糜烂面。发生于口唇及身体其他部位者，为暗紫红色的红斑，中心可出现水疱。愈后，留下紫褐色斑，经久不退。再服同类药物，仍在该部位发疹。

（四）根据疹型分析致敏药物，如荨麻疹型，可由青霉素、生物制剂和血清制剂类引起。麻疹样皮疹，可由各种抗菌素、磺胺类和巴比妥类药物引起。猩红热样皮疹，常由汞剂、磺胺类药物和水合氯醛等引起。固定性红斑，可由巴比妥类及含有该药的止痛片、磺胺类、安替比林和酚酞（果导片）等引起。

〔预防〕

（一）给药前，询问有无药物过敏史。

（二）用药过程中发生皮疹，应即停用可疑药物。

（三）告诉病人禁用的药物，要特别注意复方成药的成分，如对苯巴比妥过敏，就不能服用索米痛、撒烈痛等成药。

〔治疗〕

（一）停用一切可疑药物。禁用或慎用同族药物或化学结构相类似的药物。

（二）多喝水以利药物的排泄，或静脉点滴5％葡萄糖液。注意口腔卫生、防止继发感染。

（三）应用抗过敏药物，如苯海拉明、异丙嗪或朴尔敏。重者，需口服强的松5—10毫克，每日3—4次。或静脉滴注氢化可的松，每日100—200毫克。病情好转后，逐渐减量。

（四）支持疗法：静脉注射高张葡萄糖液及大量维生素C。

（五）局部治疗，可参照湿疹用药。

第六节　皮脂溢性皮炎

本病是一种慢性皮炎，多见于皮脂分泌旺盛的人，好发

于头皮、眉弓、鼻唇沟、耳前后、后颈部、腋窝及耻骨部等皮脂腺较多的部位。

〔诊断要点〕

（一）病变常从头皮部开始。初起为毛发周围的红色小丘疹，渐融合成红色斑片，表面有淡黄色油性鳞屑，病症显著时，有黄色油性分泌物及油性结痂。

（二）仅头皮部有灰白色小片状或糠样鳞屑，称为头皮糠疹，或干性皮脂溢。位于面部，称单纯糠疹，俗称“桃花癣”。自觉有痒感。

（三）头发干燥细软，继之脱落，稀疏，称为皮脂溢性脱发。

（四）本病应与牛皮癣鉴别。头部牛皮癣，鳞屑较厚，基底浸润较著，毛发常呈束状，不脱发。

〔治疗〕

（一）避免精神过度紧张，少吃脂肪及辛辣的食物，矫治胃肠障碍。

（二）内服抗组织胺制剂及维生素B_2，或复合维生素B。

（三）局部治疗：1—3%糠馏油糊膏，或与5%硫磺软膏，混合外用。头皮糠疹及面部糠疹，可用1～2%白降汞软膏，5%硫磺软膏涂搽。油脂分泌旺盛者，用软肥皂洗头。位于头皮的皮疹及脂溢性脱发，均可外用生发药水，每日一次。

第七节　水田皮炎

〔诊断要点〕

（一）尾蚴皮炎俗称“鸭怪”，“鸭屎疯”等。在南

方，多由禽类（鸭等）血吸虫尾蚴引起。在北方，多由畜类（牛、羊）血吸虫尾蚴引起。一般于下水后半小时即可发生，水浸的局部发痒，继而发生红斑，丘疹，水疱，风团等损害，数日后消退，少数有继发感染。

（二）浸渍糜烂型皮炎，俗称“烂手烂脚”。下水数日即可发病，指（趾）缝浸软，发白，潮红糜烂，掌、跖可有点状表皮剥脱。可能与皮肤长期浸水，机械性摩擦，水温高，水呈碱性等因素有关。

〔预防〕

（一）要消灭血吸虫尾蚴的中间宿主椎实螺。在稻田水深5—10厘米时，每亩用硫酸铜1—1.5市斤。或用6％可湿性六六六粉与细沙或土，按1∶10混合均匀撒入稻田，每亩15—20市斤。或于播种，插秧前，投入草灰（100斤以上/亩）作为底肥。或作业前6—12小时，撒入茶饼（40斤/亩）。或人工捕捞等。

（二）加强粪便管理，鸭粪、牛粪，应消灭虫卵后，再作施肥用。

以上二点，仅适用于尾蚴皮炎。

（三）改进劳动条件，如可用塑料薄膜育秧法，提早插秧，错过尾蚴最多季节，或调整劳动时间（因尾蚴在水温高时最活跃，因此可以上午早出工，早收工；下午晚出工、晚收工）。

（四）个人防护：下水田时，可穿塑料薄膜肢套，也可涂用防护药膏（松香25，凡士林加至100）。

〔治疗〕

（一）尾蚴皮炎：口服抗组织胺类药物。涂止痒洗剂

（如炉甘石洗剂）。或用新鲜马齿苋洗净捣烂，局部涂敷。

（二）**浸渍糜烂型皮炎**：糜烂部位涂2％紫药水或鞣酸软膏。继发感染者，用1:3000高锰酸钾液浸泡。

第三章　荨麻疹类皮肤病

第一节　荨麻疹

本病俗称“风刺”。是由于机体对某种物质过敏所致。常见病因为进食某种蛋白质类食物（如鱼虾、蛋类等），药物，生物制品，感染病灶，肠寄生虫，精神因素，外界冷热刺激等。

〔诊断要点〕

（一）突然发生的风团样损害，消退也很快。

（二）搔痒剧烈。少数患者，伴有血管神经性水肿及腹痛。

（三）慢性者，常有反复发作史。

〔治疗〕

（一）去除病因。

（二）内服或注射抗组织胺类药物。必要时，注射钙剂，用10％葡萄糖酸钙10毫升，或3—5％溴化钙10毫升，静脉注射，每日一次。重症者，如伴有腹痛及喉头水肿者，可皮下注射0.1％肾上腺素0.3—0.5毫升。慢性者，除内服抗组织胺类药物（一种无效时，可换用他种，或加量，也可两种并用）外，可行自血疗法（即以自己的血10毫升肌肉注

射，每周 2 次），组织疗法，针灸等。

（三）中药治疗：

1.急性荨麻疹，以散风清热为主。蝉退三钱，荆芥三钱，防风三钱，黄芩三钱，白鲜皮五钱，地肤子五钱，赤芍三钱，刺蒺藜五钱，柴胡二钱，当归三钱，甘草二钱。水煎服。

加减：高热，发疹广泛者，重用黄芩、黄连、丹皮。痒重者，加浮萍、苦参。便秘者，加大黄、芒硝。慢性荨麻疹，选加生地、黄芪、全蝎、槐花、乌蛇。

2.验方及成药：

（1）防风通圣丸三钱与连翘败毒丸三钱，早晚交替服。儿童用三分之一量。适用于急性且大便偏干者。

（2）银花五钱，苦参三钱，白鲜皮五钱，浮萍四钱。水煎服。

（3）柴胡、防风、乌梅、甘草各三钱，银花五钱。水煎服。

（4）地骨皮（鲜者更佳）一两半。水煎服。

（四）针灸治疗：针刺曲池、血海、足三里穴。强刺激。也可用快速针刺疗法：先针曲池、足三里穴。效不佳时，针血海穴，用2—3寸针，针尖斜向上，使针感达到股根部。同时，针百虫窝（血海上一寸）。

（五）外用白色洗剂，或炉甘石洗剂。

第二节　丘疹性荨麻疹

本病为好发于儿童的小型荨麻疹。

〔诊断要点〕

（一）四肢及臀部皮疹较多，常伴有水疱。

（二）搔痒剧烈，抓后易继发脓疱病。

（三）常反复发作，可由婴幼儿直至少年期，青春发育期。每年春、夏好发。

（四）水疱孤立性，触之坚实与水痘不同。也有大如1—2厘米的水疱，内含淡黄液体。

〔治疗〕

（一）矫正消化道机能障碍，避免虫咬，驱除肠寄生虫。忌食刺激性及腥膻食物。

（二）内服抗组织胺类药物，或防风通圣丸。有感染时，并用抗菌素。

（三）外用炉甘石洗剂。有感染时，外用抗菌软膏。

第四章　真菌性皮肤病

第一节　头癣与黄癣

本病为真菌（癣菌）感染所引起的头部癣病，主要发生于儿童。头癣至青春期可以自愈，不留瘢痕。黄癣则不易自愈，常迁延至成年。

〔诊断要点〕

（一）头癣：也称白癣，病变为大小不等，散在的灰白色鳞屑斑，局部毛发折断，有的毛发根部，有灰白色套状物，称为发鞘。少数病变潮红发炎，如化脓则称为脓癣。头

癣应与干性皮脂溢鉴别。后者为大片白色鳞屑，边缘不清，面部皮肤也有损害，无断发及发鞘。

（二）黄癣：病变为围绕毛发的黄色碟形薄痂，称黄癣痂。黄癣痂多时，可融合成片。病变部头发失去光泽，易脱落。最后局部皮肤及毛囊萎缩，形成秃疤，故又名”秃疮”。

（三）取病发或黄癣痂，加10%氢氧化钾一滴，复以盖片，加热轻压使之软化，镜检可见孢子或菌丝。

〔预防〕

（一）加强宣传教育工作，使群众懂得癣病是一种传染性皮肤病。必须注意个人卫生，尽可能不用患者的脸盆、帽子及梳子等。

（二）早期发现，积极治疗。

（三）患者衣物及理发用具要消毒。

〔治疗〕

（一）注意隔离，衣帽用具加热消毒。每晚用温肥皂水洗头。

（二）抗霉菌药：交替应用2.5%碘酊和头癣软膏（或癣痢头软膏），早晚各一次，长期涂用。或同时用灰黄霉素，15毫克/公斤/日，分2—3次口服。共服2—3周。

（三）小片损害，可人工拔发，涂上述外用药。

（四）中药治疗黄癣：

1.醋糟三两，加青黛（或绿色染料）三钱，调匀。先将头发剃光，洗净擦干，再将药涂于患处包扎。每3日换药一次，连涂3—4次。或用苍术、生大黄、黄柏、蛇床子各五钱，防风三钱，共研成细末。再加青黛五钱，取适量植物油调涂患处包扎，每3日换药一次。

2.30%川楝子软膏，10%雄黄水杨酸软膏，或30～60%大蒜软膏等，均可试用。

第二节　体　癣

〔诊断要点〕

（一）病变呈环形，中心部倾向痊愈，边缘潮红，有丘疹，水疱，鳞屑，向外扩展，自觉搔痒。

（二）必要时，镜检鳞屑，可见菌丝。

〔治疗〕半量复方水杨酸洗剂，或半量复方安息香酸软膏外用，每日2次。也可用5%水杨酸酒精，10%水杨酸软膏，或市售治癣软膏。

一般说的股癣，即生于股部的体癣。在股内侧，呈半环形，可发展至臀部。治法与体癣同。但应注意，勿用过于刺激的药物。

第三节　手足癣

〔诊断要点〕

（一）病变常位于指（趾）间，掌（跖）面，也可延及手背、足背。趾间为水疱，鳞屑，浸渍。掌（跖）为脱屑，肥厚，角化，或为水疱。手足背多为单侧病变，界限清楚，与体癣相似。痒感明显。

（二）必要时，做霉菌镜检。

（三）足癣常继发感染。

〔治疗〕

（一）1:5000高锰酸钾液泡洗。

（二）外用复方水杨酸洗剂。角化者，用复方安息香酸软膏（或用10%水杨酸酒精或软膏）。手癣可试用搓掌丸（大枫子肉一斤，核桃仁二两，猪油二两，白砒三钱，水银二钱。将前两味药碾碎，与其它药混匀。30克为一份，制成丸），每日10余次，合掌搓之。

（三）继发感染者，可用抗感染药。

（四）中药泡洗，对手足癣有一定疗效。方用：地肤子、蛇床子、生大黄、黄柏各一两，防风、丁香各三钱，青黛五钱。用其煎剂（或加一斤醋，煮沸十余分钟），每日浸泡15—20分钟。此煎剂，可于第二天温热后再用，一般可连用一周后再换药。

（五）用醋稍加温浸泡也有良效。

第四节 甲 癣

〔诊断要点〕

（一）指（趾）甲变厚变脆，无光泽。常继发于手足癣。

（二）霉菌镜检阳性。

〔治疗〕

（一）将病甲用热水泡软、刀片刮薄，或贴独角莲膏。一周后，刮薄指甲，涂5%碘酊。

（二）涂复方安息香酸软膏后包扎。数日后，刮薄指甲，再涂5%碘酊。

第五章　红斑结节类皮肤病

第一节　多形性红斑

本病是一种急性炎症性皮肤病，约2～3周可自愈。

〔诊断要点〕

（一）皮损好发生于手、足背、前臂伸侧、口腔、阴部、面部等。局部有烧灼感及痒感。

（二）损害为散在浮肿性红斑，中心暗红，稍凹下，可成为斑丘疹，水疱、大疱等皮疹常同时存在。典型病变为皮疹中央形成水疱，周围绕以暗红色晕，有如虹膜样。

〔治疗〕

（一）清除病灶（如治疗龋齿，慢性扁桃体炎等）。

（二）内服抗组织胺类药物，静脉注射硫代硫酸钠（见“牛皮癣”）。

（三）外用炉甘石洗剂，也可涂用紫药水。

第二节　结节性红斑

本病为发生于小腿的急性红斑结节疾患，既往可有风湿或结核史，多见于青年女性。

〔诊断要点〕

（一）发病前常有咽痛，发热，关节痛。

（二）皮损常见于小腿伸侧，为散在的皮下结节，圆形

或卵圆形，境界清楚，有明显压痛，表面皮肤发红。

（三）应与硬红斑鉴别。硬红斑好发生于小腿屈侧，数目少，损害较大较深，易于破溃，抗结核治疗有良效。

〔治疗〕

（一）休息，抬高患肢。

（二）内服水杨酸钠或阿斯匹林。

（三）如有感染病灶，可给抗菌素。

第六章 病毒性皮肤病

第一节 带状疱疹

本病为病毒感染所致。

〔诊断要点〕

（一）皮损为集簇性水疱，沿皮神经支配区，呈带状分布，常为单侧。

（二）有明显疼痛及灼热感。

〔治疗〕

（一）服镇痛剂。肌肉注射维生素B_1，每日100毫克。或维生素B_{12}，每日100—500微克。也可服龙胆泻肝丸，每次2钱，每日2次。

（二）有发热及继发感染者，可用抗菌素。

（三）针刺局部穴位及发疹部位，或扎梅花针。

（四）局部应用炉甘石洗剂，或涂紫药水。

第二节　寻常疣

本病又称瘊子。

〔诊断要点〕

（一）多见于手背、面部及足背。皮损为半球状隆起的乳头样增殖或角化过度的结节，颜色同正常皮肤或略深，触之坚实而粗糙。

（二）大多无自觉症状，偶有压痛。

〔治疗〕

（一）用水晶膏（20%氢氧化钾液5—10毫升，加糯米或大米数粒，一昼夜后，呈膏状物）腐蚀，隔日或隔2日一次。或用纯碱与生石灰各等分，研细末，用水或2%普鲁卡因调成糊状，外涂薄层，1/2—1小时后，用手术刀将疣刮下。也可涂用鸦胆子（去壳捣烂涂敷，并用胶布固定）或用白降丹外敷。

（二）用上法疗效不好时，可于局麻下切除。

（三）掌（跖）疣，可局部滴用10—20%甲醛液。也可用治疗鸡眼方法治疗，但收效较慢。

第七章　物理性皮肤病

第一节　手足皲裂

〔诊断要点〕多发生于冬季，常因皮肤干燥所致。常见

于指尖、掌间、足跟等部位。皮损为程度不等的裂隙，如达真皮，可有出血及疼痛。

〔治疗〕裂隙深者，用胶布粘贴，等裂隙愈合后，每日外用5％水杨酸软膏涂搽。也可每日用热水洗烫，外用动物性油脂。

第二节　鸡眼和胼胝

〔诊断要点〕

（一）好发生于受摩擦部位，鞋不合脚，长期步行，足部畸形，可为诱发因素。

（二）鸡眼为圆锥形角质增生，尖端向内生长，压迫真皮，引起疼痛，其周围为角质增生。胼胝为局限性角质增生。

（三）鸡眼应与跖疣鉴别。透照法：用手电筒压于皮肤损害之一侧，跖疣患处有黑点，鸡眼无黑点。

〔治疗〕

（一）穿合适的鞋，避免摩擦，矫正足部畸形。

（二）万灵丹（成分：水杨酸25克，白糖1.5克，樟丹1.5克，普鲁卡因1克，用95％酒精调成糊状）外敷，贴胶布。3—4天更换一次。

（三）水杨酸结晶合剂（即鸡眼散，其成分为：水杨酸75克，磺胺嘧啶5克，冰片1克，朱砂2.5克，淀粉加至100克）外用。用法：先将第一层胶布中央剪成鸡眼大一小洞，贴在患处，然后将此药涂于鸡眼上，再贴一层胶布，密封数日。

（四）鸡眼也可手术切除。

第八章　其它皮肤病

第一节　脓 疱 疮

本病又称黄水疮，是葡萄球菌或链球菌感染引起的化脓性皮肤病。通过接触传染，夏、秋季常见，小儿易得病，且有并发急性肾炎的可能。

〔诊断要点〕

（一）皮疹初起为水疱，不久疱液呈脓性，继之结成黄色痂，痂下为红色糜烂面。好发生于鼻、口周、颈、头皮及四肢等露出部位。

（二）应与脓疱性湿疹鉴别。后者为多形性皮疹（斑、丘疹、水疱、糜烂、结痂等），呈弥漫性潮红，剧痒，经过延缓，容易反复。

〔预防〕

（一）注意皮肤的清洁卫生，如经常洗澡，勤换衣服等。对搔痒性皮肤病，要及早治疗。

（二）早期治疗及隔离患者。

（三）患者的用品要洗烫，或曝晒消毒。

〔治疗〕

（一）局部治疗：以1:5000高锰酸钾液，3％硼酸溶液，或1:2000黄连素溶液清洗去痂后，涂以抗菌药膏，如复方雷夫奴尔软膏，复方黄连素软膏，2％白降汞软膏，消治龙软膏等。或用中药，如黄水疮药、一扫光等。也可用马齿

苋、蒲公英或野菊花煎水洗后，将黄柏粉或生大黄粉，或二妙散（生黄柏、苍术各等分）等用植物油调敷。

（二）全身治疗：病程迁延或伴有发热，淋巴结炎，以及全身泛发皮损者，可口服磺胺类药物，或肌肉注射青霉素等。

第二节 虫咬皮炎

〔诊断要点〕

（一）蚊虫类咬螫史，如蚊、蚤、虱、白蛉、臭虫、螨类等。

（二）局部形成丘疹或风团。体质敏感者，可形成大风团，红肿，类似感染，但中心可见针头大瘀点，且有痒感。

〔治疗〕

（一）抗组织胺类药物内服，静脉注射钙剂。

（二）局部涂用炉甘石洗剂或清凉油，也可用新鲜马齿苋，洗净捣烂外敷。

（三）毛虫螫伤，可用胶布粘出毒毛。蚂蝗（水蛭）吸附于皮肤，可在其周围拍击，也可用食盐置虫表面，或用火柴烧灼，虫即退出，切勿用力牵拉。

第三节 蜂蜇伤

〔诊断要点〕

（一）蜂蜇史。

（二）局部红肿，可有水疱。

（三）剧烈疼痛，继而搔痒。

〔治疗〕

（一）如有折断蜂刺，应拔除。

（二）服用抗组织胺类药物及止痛药物。必要时，可行局部普鲁卡因封闭。

（三）验方：涂用明矾或二味拔毒散（雄黄、枯矾各等分，研成细末），用茶水调敷。局部也可试用鲜马齿苋，捣烂涂敷。

第四节　蜈蚣咬伤、蝎蜇伤

〔诊断要点〕

（一）有蜇咬史。

（二）局部红肿，蜈蚣咬伤有剧痒及疼痛。

（三）全身症状：蜈蚣咬伤，可有淋巴管炎、淋巴结炎、头痛、恶心、呕吐等症状。蝎蜇伤，可有恶心、呕吐、流涎、肌肉疼痛、嗜睡、抽搐等。严重者，肌肉痉挛。小儿偶有因呼吸，心脏肌肉麻痹而死亡者。

〔治疗〕

（一）局部涂用氨水。蝎蜇伤可拔火罐，或用口吸出毒液（口内无破损者）。

（二）损害周围用0.25%普鲁卡因封闭。

（三）蛇药片（季德胜蛇药片）溶于水，局部涂抹，每日3～4次。

（四）服用止痛、镇静药物。

（五）二味拔毒散外用。

第五节 皮肤搔痒症

本病分两型：

（一）局限性：常见于外阴、肛门、头皮、下肢、背部、外耳道等处。

（二）原发性：以躯干为主，又分为老年性，季节性（冬季较多），妊娠性等。

〔诊断要点〕

（一）阵发性搔痒，发作时剧痒难忍，情绪波动、入睡前、淋浴、温度变化时容易发作。

（二）皮肤改变：初期仅有抓痕，后期可稍粗糙。

（三）注意有无糖尿病、黄疸等全身性疾病。

〔治疗〕

（一）局部治疗：

1.避免过度搔抓。外用炉甘石洗剂。皮肤干燥者，可用手擦剂。

2.阴部、肛门搔痒者，每晚可用茵陈苦参洗剂，或复方苍耳子洗剂熏洗，然后涂以3—5%糖馏油糊膏。

（二）全身治疗：寻找病因，治疗全身病。内服抗组织胺类药物及镇静剂，静脉注射钙剂（见“寻麻疹”），也可用0.25%普鲁卡因10毫升，静脉注射，每日一次。或试用自血10毫升，肌肉注射，每周2次。6次为一疗程。

（三）针灸治疗：主穴为曲池、风池、风市、足三里穴。强刺激。外阴搔痒，加阴陵泉穴。肛门搔痒，加长强穴（俯卧，尾骨尖端与肛门之中点）。

（四）中药治疗：宜祛风、止痒、清热。生地三钱，黄柏三钱，僵蚕三钱，苦参三钱，蝉蜕三钱，防风三钱，当归三钱，刺猬皮三钱，地肤子六钱，白藓皮四钱。水煎服。

第六节　牛皮癣

本病又称银屑病，是一种慢性、反复发作的斑片鳞屑性皮肤疾患，无传染性。任何年龄均可发病，但以青壮年多见。一般冬季较重，夏季较轻。

〔诊断要点〕

（一）于头皮、四肢伸侧、躯干，可见大小不等的红色丘疹斑片，境界清楚，上覆银白色鳞屑。刮去鳞屑后，可见点状出血。自觉有痒感。

（二）进行期可有“同形现象”，即原来无皮疹的皮肤，受外伤或搔破后，也发生同样病变。

（三）个别患者，可有指、趾甲和关节病变（关节痛，甚至强直）。

（四）进行期如治疗不当，使皮损恶化，可形成牛皮癣性红皮病。

〔治疗〕

（一）进行期（皮疹大小不一，新生小损害较多，炎症显著）：

1.静脉注射各种钙剂（见“荨麻疹”），或0.25%普鲁卡因（10毫升，每日一次），或硫代硫酸钠（0.64克，加注射用水10毫升，每日一次）。

2.维生素B_{12}100～200微克，肌肉注射，每日一次。

3.外用1～2%水杨酸软膏，或白降汞软膏，或二种等量混合应用。红皮病时，涂用氧化锌软膏，凡士林或5～10%硼酸软膏。

4.中医治疗：宜健脾利湿，佐以清热。可用除湿胃苓汤：苍术、厚朴、陈皮、猪苓、泽泻、赤茯苓、白术、滑石、防风、山栀子、甘草各三钱，木通、肉桂各一钱，通草五分。水煎服。

（二）静止期（皮疹呈暗红色，不再继续扩大）：

1.自血疗法。

2.用5—10%卡古地钠（甲肿酸钠）液1毫升，皮下或肌肉注射，每日一次，

3.外用5—10%水杨酸软膏，或白降汞软膏，或二者等量混合使用。也可涂用5—10%糠馏油软膏（或煤馏油软膏），或1:20000牛皮癣素软膏，每日1—2次。最好能每日洗澡。

4.中医治疗：宜养血润燥，疏风固表。方用当归饮子：当归、生地、白芍、黄芪、何首乌、荆芥、防风、白蒺藜各三钱，甘草二钱，川芎二钱。水煎服。

（三）针灸治疗：参考湿疹取穴，并在大块增厚的皮损周围，点刺出血。

（四）验方：硫黄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。把药装入鸡蛋内混匀，温火焙干后，连同蛋壳一起研成细末，用植物油调敷。

第七节 麻 风

麻风是麻风杆菌引起的慢性传染病。长期接触麻风患

者，麻风杆菌可由破损的皮肤，或粘膜侵入体内而引起感染。潜伏期约为数年。临床上可分为类结核型和瘤型两大类。

〔诊断要点〕

（一）麻风接触史。

（二）临床症状：

1.皮肤粘膜：常见的损害为斑、斑块、结节及弥漫性浸润，后二种，可于面部形成“狮面”。皮损常有不同程度的感觉障碍（主要是痛觉），这是诊断麻风的重要依据。粘膜损害，可有鼻咽部充血、肿胀、结节、弥漫性浸润、溃疡。

2.神经症状：侵犯周围神经，如耳大神经，面神经，尺神经、桡神经、正中神经、腓浅神经等。神经粗大呈结节状，有时形成神经脓疡。因神经被侵，继发皮肤萎缩，感觉障碍，肌肉萎缩，运动障碍。可出现腕下垂，足下垂等症状。

3.麻风反应：某些麻风病人，在药物治疗过程中，或在发生其它疾病时，以及妊娠或月经期间，麻风症状加剧。原有的皮疹红肿，并有新的皮疹出现，周围神经肿大，剧痛，腋下、腹股沟淋巴结肿大，称为麻风反应。

（三）两型麻风的特征：

1.类结核型：病情进行慢，无传染性或传染性极小，皮疹边缘清楚，不对称。神经粗硬，常致使肢体畸形。罕见内脏损害。有条件者，做皮肤粘膜查菌和麻风菌素试验：查菌（－），麻风菌素试验（＋）。另有极少数未定型病人，皮疹为单纯斑疹，神经也粗大，但一般无畸形。查菌（－），麻风菌素（±），可按此型处理。

2.瘤型：病情进行快，传染性大。皮疹常对称，边缘不

清。神经粗而软，畸形少见。有内脏损害。查菌（+），麻风菌素试验（-）。另有极少数分型不清的病人，皮疹兼有两型特点，神经粗大，软硬不定，内脏损害较少见。查菌和麻风菌素试验近于瘤型，按此型处理。

〔预防〕

（一）流行病学调查：在流行区，调查研究流行的因素和规律，早期发现病人，早期治疗。

（二）瘤型麻风（包括分型不清的）须隔离治疗。类结核型（包括未定型），在麻风反应期也须隔离治疗。

（三）普及麻风病的知识，消除群众对麻风病的恐惧心理。

（四）卡介苗接种：传染性麻风的密切接触者（特别是儿童），如麻风菌素试验阴性（结核菌素试验也为阴性），可接种卡介苗。

〔治疗〕

（一）树立信心，建立革命乐观主义精神，积极和疾病作斗争。

（二）砜类药物：

1.氨苯砜（D、D、S），开始每日25—50毫克；无反应，渐增至每日100毫克。每服药3月，停药2周。

2.苯丙砜，开始每日3次，每次0.5克；无反应，渐增至每日3次，每次1.0克。每服半年，停药一个月。

长期服药者，在皮疹消退后，减量继续治疗1—3年。服药期间，应定期检查血红蛋白，有贫血时给铁剂，内服维生素B、C。发生麻风反应时，应暂停药。

（三）中草药治疗：可内服苍耳草丸，每日1丸，逐渐

增量，最多每日 8 丸。

苍耳草丸的制法：将新鲜苍耳草去根洗净，切碎，加水一倍，煮沸一小时，滤出煎液。药渣加水倍量，再煮一小时，加压过滤。滤液与煎液合并，放在干净锅内慢火熬膏，膏内加入干淀粉 1/3 量，制成丸剂。每丸按苍耳草四钱计算。

（四）麻风反应的治疗：

1.停用抗麻风药物，口服抗组织胺药物。

2.疼痛局部用0.25%普鲁卡因神经封闭，或用0.1%肾上腺素，或2%麻黄素0.5毫升，注于肿大神经周围。或沿肿大神经干，在神经鞘上作二个纵行切口，以减轻疼痛。也可试用针灸疗法，火罐疗法等。病情严重者，口服强的松20—30毫克/日，症状好转后减量。

附：　皮肤科常用外用药物

（一）剂型及处方：

1.粉剂：撒布于皮肤表面，可吸收水分，疱液。有保护、消炎、干燥、止痒、凉爽等作用，如滑石粉、氧化锌粉。

2.溶液：湿敷和洗涤。用于急性、亚急性皮炎，有消炎、止痒、清洁痂屑和污物的作用。

(1)2—4%硼酸溶液，1/5000～1/10000高锰酸钾溶液，1/2000黄连素溶液等。

(2) 苦参茵陈洗剂：苦参、茵陈各三钱。煎水。

(3) 复方苍耳子洗剂：蛇床子、苍耳子、粉甘草各五钱，煎水。

3.震荡洗剂：为水与粉剂的混合物，具有粉剂作用。用时涂抹均匀，水蒸发后，药物保留较久。可加入止痒剂(如1%石炭酸，或0.5—1.0%薄荷脑），杀菌剂（如0.2%呋喃西林）等。

4.擦剂：一般系油、水、胶混合而成。有安抚、清凉、止痒作用。

5.酊剂：系将药物溶解于酒精内制成，具有杀菌、消毒、止痒、溶解角质和促进药物吸收等作用。常用于皮肤搔痒症，神经性皮炎，或脂溢性皮肤病。对急性皮炎及皮肤表面糜烂，有渗出液时禁用。

（1）发水：水杨酸1克，雷锁辛5克，蓖麻油5克，95%酒精，加至100毫升。

（2）复方水杨酸洗剂：水杨酸6克，安息香酸12克，樟脑10克，2.5%碘酊10毫升，95%酒精，加至100毫升。

（3）5—10%水杨酸酒精：水杨酸5—10克，95%酒精，加至100毫升。

6.油剂：用植物油配成。有清洁、润滑、保护皮肤作用。用于急性、亚急性皮炎，或用以清除痂皮等。

（1）20～40%氧化锌油。

（2）20—40%氧化锌油，含1%雷夫奴尔（或0.5%黄连素）。适用于皮炎继发感染。

7.糊膏：25～50%粉末状物质与油质混合物。用于亚急性皮炎。有保护、消炎和轻度吸收渗液的作用。

（1）氧化锌糊膏：氧化锌25克，淀粉25克，凡士林加至100克。

（2）3～10%糠馏油（或煤馏油）糊膏：糠馏油(或煤馏油) 3克～10克，氧化锌糊膏加至100克。

8.软膏：以油脂为基础，加入各种药物。软膏可使皮肤温暖、浸软，药物的作用得以深达。适用于溃疡或痂皮较多的皮肤损害。

（1）复方安息香酸软膏：水杨酸6克，安息香酸12克，凡士林加至100克。

（2）3～20%水杨酸软膏。

（3）头癣软膏：水杨酸6克，硫黄4克，凡士林加至100克。

（4）2～5～10%白降汞软膏。

（5）5～10%硫黄软膏。

（6）1:20000牛皮癣素软膏（即芥子气软膏）。

（7）复方雷夫奴尔软膏：雷夫奴尔0.2～0.5克，硼酸10克，氧化锌10克，凡士林加至100克。

（8）15%氧化锌软膏

此外，尚有各种市售软膏，均可选用。如抗感染：土霉素软膏，四环素软膏，金霉素软膏，疮药膏，复方黄连素软膏等。抗霉菌：癣药膏，皮可净，癣癣头软膏，杀烈癣软膏等。抗湿疹：1%氢化可的松软膏，0.5%强的松(即泼尼松)软膏，四环素可的松软膏，复方糠馏油软膏，三星皮肤膏等。

9.硬膏：因较长时间固着于皮肤表面，可使作用深达，如慢性皮炎硬膏。

（二）用药原则：

1.各种皮肤损害，适用的剂型：

病　期	皮　肤　损　害	剂　型	作　用
急性期	潮红 肿胀 皮损：斑，丘疹，水疱，脓疱，糜烂 无渗液者 有渗液者	溶液 粉剂 洗剂 溶液 油剂	减少充血及摩擦，散热 减少充血，清洁，收敛 保护，吸收渗液
亚急性期	红肿较急性期减轻，皮损：糜烂，结痂，脱屑	溶液洗剂 糊膏	散热，干燥，清洁，减少充血，柔润
慢性期	革化，脱屑	软膏 硬膏	还　原

2.药物选择：急性期皮炎，禁用刺激性药物，如皮肤高度敏感，可仅用生理盐水湿敷。亚急性皮炎，可选用低浓度糠馏油制剂。依皮肤情况，再增加浓度。慢性则可选用刺激性药物，如高浓度糠馏油制剂，水杨酸类药物等。

3.有感染时，选用抗感染制剂。

4.注意过敏反应，如有反应，则停药。

5.面部、阴部皮肤，慎用刺激性药物，因易致红肿。

6.湿敷时，应经常更换湿敷垫。使用糊膏、软膏时，应先清洁皮肤损害，除去污物、药物等。

第十七篇　诊　　疗

第一章　常用诊疗技术及手术

第一节　无 菌 术

无菌原则，是保证手术成功的重要条件之一。侵入手术区的各种细菌，主要来源于以下几个方面：

（一）空气中的灰尘和飞沫（说话、咳嗽）。

（二）接触手术区的器械、敷料、布类、缝线、缚线、术者的手，以及患者手术区皮肤等灭菌不够完善。

因此，加强无菌观念，坚持实事求是的科学态度，因陋就简的开展工作，是我们卫生人员，应当持有的态度。

手术室的设置

要因地制宜，但应尽可能远离厕所、牲畜棚、粪坑和污水坑等。房间大小不拘，约12—24平方米即可。室内光线要充足，以便白天尽量利用自然光线作一般浅表手术。夜间手术，可用汽灯或手电筒照明。窗户最好用白纸糊好，墙壁必要时，也宜用白纸（或废报纸）裱糊。屋顶无顶棚者，在相当于手术台及器械桌的上面，悬吊塑料布或其它代用品，以

防止上面的灰尘落入手术区。地面要保持湿润，可用2%来苏儿液，5%漂白粉液，或其它消毒液喷洒。

冬季取暖，可根据情况，用火墙、火炕。使用火炉时，最好将炉置于手术室外，将烟筒通过室内。必须用炭盆取暖时，要警惕煤气中毒。

室内空气灭菌，可选用以下方法：

（一）乳酸熏：将室密闭，用乳酸约10毫升，放于小铁盘内，其下用小煤油灯加热，熏半小时。

（二）甲醛熏：术前一日将室密闭，按每立方米用40%甲醛4～8毫升计算，使之蒸发进行灭菌。

（三）甲醛、高锰酸钾熏：术前一日将室封闭，按每立方米用40%甲醛2毫升，高锰酸钾1克计算，将高锰酸钾放入甲醛中即可产气。

（四）艾叶熏：将艾叶晾干后，点燃熏屋。

室内可悬挂蘸有敌敌畏的窄布条或纸条以灭蚊蝇。

手术室用的水：可将河水、塘水、井水或雪水（在缺水地区）用明矾沉淀后，放入少量漂白粉，使水中含0.4毫克‰左右的余氯，或煮沸后使用。

室内的设备，以简便、实用、易得为原则。手术室门口，可放置含2%来苏液的湿垫，以便手术人员的鞋底踏湿后，进入室内。

手术器械和物品的准备：应在保证无菌和手术质量的前提下，尽量节约布类、纱布、器械，提高物品使用的周转率。污染、有菌及浅表的小手术，可根据情况，不穿手术衣，不带手套，以消毒巾、孔巾代替中单或开口单。布类缺乏时，也可用塑料布代替。在浅表组织上作手术时，可用泡沫

塑料块代替纱布。手术中要尽量少使敷料染上血迹，将带血的器械和物品，放在弯盘或磁碗内，尽量不与布类接触，以减少布类敷料的洗涤等工作。

器械和物品的灭菌法

（一）煮沸灭菌法：将手术器械（不包括刀、剪等锐利器械及一些精密器械）、橡皮管、磁类器皿、玻璃类、泡沫塑料等，放在锅内煮沸25～30分钟。玻璃器皿，宜放在冷水内加热煮沸。如于水中加碳酸氢钠或碳酸钠（浓度分别为2％和1％），则煮沸10～15分钟即可。应将器械和物品，置于水面以下，加盖煮沸。

（二）蒸气灭菌法

1.高压蒸气灭菌：如有小型的高压蒸锅，则消毒敷料及物品，最为理想。在锅内灭菌的物品，不宜包得过紧，包裹排列不宜过密。一般布类、纱布、丝线、金属器械、磁类器皿、泡沫塑料等在121.6℃下，蒸30分钟（丝线、缚线因蒸煮过多后易断，最好用药物浸泡），橡皮类用品，如橡皮手套等蒸10分钟即可。

2.用笼屉蒸：将物品包好之后，外面再包二层报纸，将明矾研成粉末，装入密封的玻璃管中作为示子，放在捆在一起的两包物品之间。消毒时火力要旺，在蒸汽已足后再蒸30分钟。取出示子，如明矾变为乳白色半透明液体，即说明已达到消毒目的。如明矾未溶，可再加大火力，继续蒸20分钟后观察。

（三）火烧法：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。

（四）化学灭菌法：

1．0.1%或0.2%新洁而灭液（加0.5%亚硝酸钠作防锈剂）：一般手术器械如刀、剪、镊、血管钳、牵引钩、缝线、缚线、玻璃类、橡皮片等浸泡半小时以上。用过的器械洗净、擦干后，应即浸泡备用。可根据使用率，每1—2周更换新洁而灭液一次。

2.75%酒精：刀、剪、缝合线、丝线、肠线管等，浸泡1/2小时以上。

3.纯来苏儿液：器械浸泡一小时。

4.甲醛：用10%甲醛浸泡30分钟，也可在用甲醛蒸汽消毒手术室的同时，将物品置于架上，熏1小时以上。

5.碘酊：急用个别器械时，可在2.5～3%碘酊内浸泡5分钟。

6.消毒液：用石炭酸15毫升，甲醛20毫升，加水至1000毫升配成。浸泡器械前，加碳酸氢钠15克。各种金属器械、橡皮类、缝线、缚线等，均可用此法灭菌，浸泡一小时，即可使用。

7．0.1%升汞水：用此液浸泡橡皮导管等，需要1/2小时。

用化学灭菌法时，浸泡前必须将器械上的油脂擦净。使用前，要用大量冷开水，或生理盐水洗净。手术室外用的生理盐水，用9克精盐溶于1000毫升凉开水中，再煮沸20分钟即可制成。

接触过脓液的物品，应先放在2%来苏儿液内，浸泡一小时（如为接触过破伤风或气性坏疽等芽胞细菌的器械，应浸泡半日），然后刷洗并煮沸一小时，再按常规进行灭菌。

塑料单、橡皮带、橡皮手套等，可在0.1%新洁而灭液，或75%酒精中浸泡1/2～1小时。

手术人员的准备

（一）换一件干净的短袖衣服，将上臂、前臂及手外露。

（二）戴口罩和帽子。口罩要遮住口及鼻孔。剪短指甲，除去甲垢。

（三）洗手：常用的洗手法，有以下几种：

1.新洁而灭洗手法：

（1）用肥皂和清水将手、前臂及上臂下段清洗一遍。

（2）用无菌刷擦好肥皂顺序洗手、前臂及上臂下段。须刷5分钟。刷时要用相当力量，特别注意甲缘下和指间。刷完用水冲洗，要使水自手流向肘部（不得反流），将肥皂彻底冲净。洗完后，将手抬于胸前，手高于肘。

（3）两手用无菌毛巾（或纱布）自手指擦至肘上。也可不擦，待其自干。

（4）将手泡于0.1%新洁而灭液内，用毛巾（或纱布）不停地擦洗手至肘5分钟，然后将双手举于胸前晾干（勿擦干）。

2.肥皂洗手法：

（1）用肥皂及清水将手、前臂及上臂下段清洗一遍。

（2）用肥皂刷手，方法同前，但需刷3次，刷的高度要较前次低些，3次共刷10分钟，注意点同前。

（3）按前法擦干手、前臂及肘。

（4）用75%酒精泡手至肘3～5分钟。

3.遇抢救手术，来不及洗手时，可用2.5～3%碘酊涂搽全手，再用75%酒精脱碘。

（四）戴手套、穿手术衣：约半小时以内能完成的浅表组织手术时，可不戴手套，不穿手术衣。如无手套而又必须作较大手术时，彻底用前法洗手后，也可进行手术。但须每隔半小时，用75%酒精或0.1 %新洁尔灭液擦一次手。

戴湿手套时，要先戴手套，后穿手术衣，戴干手套时则反之。为延长橡皮手套的使用次数，可考虑多用湿手套。

无手术衣时，可用一块无菌巾或无菌塑料布，围于手术人员的胸腹部，前臂戴袖套。

手术区的准备

作紧急手术时，临术前，可用肥皂和清水刷洗手术区皮肤多遍，去净污垢。作可以选择日期的手术时，可先让患者在术前一日或当日，将全身或手术区洗净，换上干净的衣服。

手术当天进行手术区剃毛，其范围同消毒（见下），然后进入手术室准备手术。

手术区常用的灭菌法为：先用2.5～3%碘酊，自手术区中心开始向四周涂搽，消毒范围一般为距切口周围15厘米。如碘酊纱布已接触周围皮肤，即不得再返回切口部位。碘酊干后，再用75%酒精脱碘两遍。手术区消毒也可用 0.1% 新洁而灭液涂搽 3 次。

感染伤口，或肛门手术的消毒方法与上述相反，应自清洁的周围皮肤开始，最后搽到感染伤口或肛门处。婴儿病例，以及对碘过敏者，应用0.1%新洁而灭、2%红汞酊等消毒。

消毒后，铺孔巾（或消毒巾）和消毒单。铺消毒巾时，应先盖脏处，后铺净处，不得将消毒巾向手术区内移。必要时，只能外移。在切口周围，最好用 4 层无菌布。

手术进行中的无菌原则

应随时警惕手臂勿碰有菌区。不穿手术衣作手术时，手术人员的前臂及躯体，不得接触无菌布。穿手术衣、戴手套进行手术时，手臂不得触及腰以下、肩以上，以及接近无菌布的边缘。传递器械及物品时，不得在手术人员背后进行。如放置的器械或物品，接近无菌布边缘，应认为已被污染而不用。作切口前以及缝合皮肤前，应将皮肤用75%酒精或0.1%新洁而灭液涂搽。伤口缝合后，用纱布覆盖，再用胶布封住，或用松香酒精（松香50克，95%酒精100毫升配成）粘封敷料。

第二节　常用麻醉术

局部浸润麻醉

〔适应证〕脓肿切开引流术，清创缝合术，浅部肿瘤摘除、淋巴结摘除及腋臭切除等手术，以及无其它麻醉条件下的一般中、小手术。

〔麻醉方法〕

（一）麻醉剂用0.5～1%普鲁卡因。

（二）手术区皮肤常规消毒及铺巾。

（三）浸润的方法是由浅及深，视需要依次由皮内、皮下、筋膜、肌肉至骨膜表面或腹膜面等。先做皮内注射，形成小泡（皮丘）。然后，在此小泡边缘沿切口方向作皮内及皮下浸润，切开皮肤及皮下组织后，再做筋膜下浸润。浸润时务使麻醉剂在组织内形成相当压力，以使麻醉剂浸透组织，发生麻醉作用。

〔注意事项〕

（一）向患者作必要的解释，以解除其顾虑。必要时，给予镇静剂。

（二）尽量选用细针穿刺，以免刺破较大的血管引起血肿。

（三）针刺入后，应先抽吸有无回血，以免将大量麻醉剂注入血管内。

（四）普鲁卡因1次用量以1克为限。于注射过程中，如有轻度中毒反应（头晕、恶心、呕吐、兴奋等），即应停止注射，严密观察。如反应消失，可继续注射。如发生重度中毒（惊厥）时，应静脉缓缓注射2.5%硫喷妥钠5～10毫升，小儿酌减（切忌用可拉明、咖啡因等中枢兴奋药）。但注射此药时，如果发生呼吸暂停，应行人工呼吸，以助恢复。

区域阻滞麻醉

〔适应证〕多用于较大的疖肿，或小痈的切开引流。

〔麻醉方法〕

（一）麻醉剂用1～2%普鲁卡因。

（二）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。

（三）将麻醉剂注入病变四周的组织内。

〔注意事项〕勿将麻醉剂注入感染灶内。其它同局部浸润麻醉。

指（趾）神经阻滞麻醉

〔适应证〕用于指（趾）部急性化脓性感染，如甲沟

炎、瘭疽的切开、拔甲术，及指（趾）的外伤缝合术。

〔麻醉方法〕

（一）麻醉剂用2％普鲁卡因。

（二）穿刺部位局部消毒。

（三）先于指（趾）根部两侧稍靠背侧作皮内小泡，再将穿刺针垂直刺入，抵指（趾）骨后稍退出。注入麻醉剂，每侧约2～4毫升，2分钟后远端即产生麻醉效果。

〔注意事项〕麻醉剂中一般不加肾上腺素。

臂丛阻滞麻醉（腋入法）

〔适应证〕上臂中部以下的手术，包括骨折整复术。

〔麻醉方法〕

（一）两小时以内能完成的手术，可用2％普鲁卡因20毫升，加1 1000肾上腺素数滴。手术时间较长时，可用赛罗卡因20毫升，加1％地卡因4毫升，加1 1000肾上腺素数滴，用生理盐水稀释至30—40毫升。儿童酌情减少麻醉剂浓度及药量。

（二）使患者仰卧，上臂外展90°，前臂上屈90°，于胸大肌及背阔肌上端之间触及腋动脉，沿其搏动向腋窝寻找最高搏动点，作为穿刺点（图17—1）。注射局麻皮丘后，以左手食指固定腋动脉，右手持5～6号细穿刺针（2～4厘米长即可），沿腋动脉上方垂直刺入。获得穿过腋鞘的感觉（阻力骤然消失）后，可见针随腋动脉搏动，躲开动

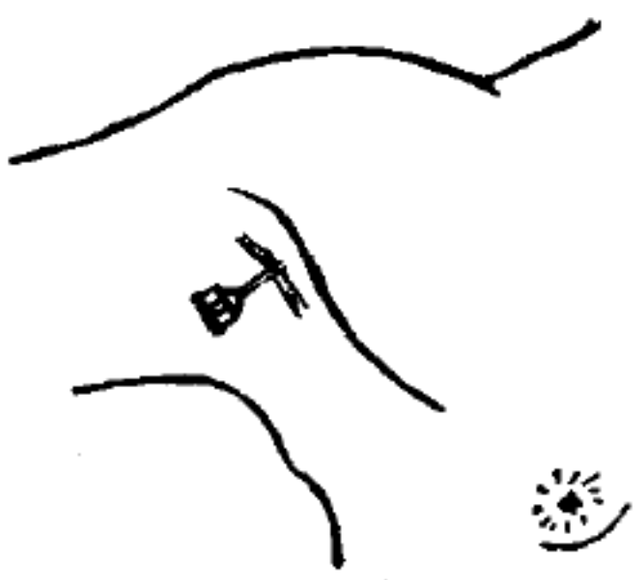


图17—1　臂丛阻滞麻醉（腋入法）

脉，稍改变方向刺入即可获得手或前臂痛感。固定穿刺针，回吸无血后，注入半量麻醉剂。以同样方式，沿腋动脉下方刺入并注入其余的半量。

〔注意事项〕有刺入动脉之可能，刺入时，可将穿刺针取出，压迫数分钟后，另作穿刺。如效果不满意，可用锁骨上法追加麻醉药。但此时须酌情减少药量，以免发生中毒反应。

脊椎麻醉

将麻醉剂注入蛛网膜下腔内以产生下半身麻醉。

〔适应证〕时间较短的下腹部手术，下肢及会阴手术。

〔禁忌证〕

（一）心血管疾患代偿功能不全者。

（二）患有或曾患过中枢神经系统疾患的病人。

（三）休克（或休克前期）、贫血（血红蛋白低于6克）及衰弱的病人。

（四）脊椎病变或穿刺部位有感染者。

〔麻醉方法〕病人取侧卧位，背部与手术台边缘靠齐，腰部放松，尽量弯曲，腰背面应保持与台面垂直。穿刺者取坐位，使眼部与病人脊椎等高，以便于观察穿刺针的方向。一般穿刺部位在第三、四腰椎间隙，即两髂嵴间连线与脊柱交叉处。消毒后先用1％普鲁卡因（一般加麻黄素15～30毫克）作皮内及皮下浸润麻醉，然后用腰椎穿刺针刺入脊椎间隙。进入黄韧带（硬而厚、似橡皮的韧带）时感阻力增加，一旦阻力消失，即表示针头已穿过黄韧带和硬脊膜而进入蛛网膜下腔。将针心拔出，如有脑脊液流出，说明穿刺已成功。将盛有麻醉剂的注射器安在穿刺针上，轻轻抽吸，有脑

脊液流出后用一定速度（根据麻醉平面的要求）将麻醉剂注入。注后再抽吸一次，有液体回流证明麻醉剂并未注于蛛网膜下腔外，即将针头连注射器一齐拔出。

〔注意事项〕

（一）穿刺点勿高过第二腰椎，以免损伤脊髓。

（二）穿刺过程中应注意患者反应，如遇有串麻感应立即停止进针，待串麻感消失后改变进针方向。如串麻感或电击感持续或较重，应放弃此种麻醉，以免引起神经损伤。

（三）穿刺勿过深，否则易穿破脊髓腔前壁静脉丛。有出血时可稍等滴出的脑脊液变清后再注入麻醉剂，否则麻醉效果可能不完全，或术后有头痛等反应。滴出全血而不止时应换间隙穿刺或放弃此种麻醉。

（四）麻醉剂的注入和麻醉平面的调节：穿刺成功后，取脑脊液1.5毫升，溶解普鲁卡因晶体150毫克，以15秒钟的速度注入。注射完毕后平卧，此时平面调节就成为麻醉成败及生命安危的关键问题。麻醉平面过低，往往不能满足手术需要；如过高，则可能发生危险。按以上方法配制的麻醉剂比重大于脑脊液，在脑脊液中具有向低处流动的特点。据此，可以用体位来调节麻醉平面，如行下肢手术，取平卧位。肛门、会阴手术，取头高斜坡位。下肢骨折整复，取患侧卧位。使麻醉剂尽可能局限于需要的范围内。

为了适应较长时间手术，尚可配制地卡因（潘妥卡因）重比重溶液，即1％地卡因1毫升，10％葡萄糖1毫升，3％麻黄素1毫升。

老年人和高血压患者，应注意勿使麻醉平面过高，以免血压骤降，并做好静脉注射，以便及时急救。

连续硬脊膜外腔阻滞麻醉

本法为经穿刺针放置一塑料导管于硬脊膜外腔，通过导管分次注入麻醉剂，以形成节段性脊神经阻滞。

〔适应证〕由颈部到会阴部，均可采用此法，获得节段性麻醉。麻醉时间不受限制，比单次法安全。

〔禁忌证〕休克，严重贫血，脊椎病变或穿刺部附近有感染等，为相对禁忌证。应小心使用。

〔麻醉方法〕

（一）体位同脊椎麻醉。穿刺部位根据手术切口及手术所涉及的范围决定，阑尾切除术多取胸$_{10}$与胸$_{11}$间隙以达到胸$_5$平面，可减轻牵引痛。疝修补术取胸$_{12}$与腰$_1$间隙，平面达胸$_{10}$可获满意麻醉。胃、胆囊手术多取胸$_7$与胸$_8$或胸$_8$与胸$_9$间隙，得到胸$_3$～胸$_{11}$的平面。剖腹产、子宫全切术，取腰$_1$与腰$_2$间隙（或同时取腰$_4$与腰$_5$间隙），可得到胸$_8$的平面，牵引膀胱和子宫下段无不适感。

（二）塑料导管的软硬度和粗细应适当，穿刺前应先试过，并检查是否通畅，有无折断，漏水之处。

（三）局麻后先以锐利的粗针头将穿刺处皮肤穿透，然后用连续硬脊膜外腔穿刺针穿入，经针放入导管。

（四）硬脊膜外腔的确定根据以下几点：

1.穿过黄韧带时的减压感（最重要）。

2.硬脊膜外腔的负压可将水滴吸入。

3.注入空气无阻力，注毕有回弹力。

4.导管易放入，无阻力。

（五）导管固定后，先注入5毫升麻醉剂为试验量。观

察5分钟无腿麻不能动等腰麻现象，可注入第一次量5～15毫升，根据病人情况及所需要的麻醉范围而定。密切观察血压、脉搏、呼吸。最好在有氧气、人工呼吸设备和输液条件的地方实行。否则，应特别小心。

（六）常用的麻醉剂为：

1.2％赛罗卡因：麻醉效力大，弥散作用强，但毒性也较大。用作初次剂量(麻醉诱导)，作用快，皮肤麻醉满意。

2.0.33％地卡因：麻醉时间较赛罗卡因稍长，毒性较小，价廉，可与赛罗卡因等量混合，作维持麻醉用。

〔注意事项〕

（一）如穿刺时误入蛛网膜下腔，可改换椎间隙另行穿刺，但注药时应特别小心并仔细观察，如有腰麻现象，应少给药或放弃此麻醉。

（二）放管时注意患者反应，用较硬导管时更应小心，勿使导管穿破硬膜，损伤脊髓。注药后如有浓血回流，可注入盐水10毫升压迫之，如仍有浓血应放弃此麻醉，淡的血染则无妨。

（三）少数患者麻醉不完全或仅一侧麻醉时，可稍增加药量，多等些时间；如效果仍不好，勿盲目加药，以免引起中毒。

（四）在硬脊膜外麻醉完全的条件下，如患者紧张，或手术操作牵拉内藏有牵引痛时，可给杜冷丁25毫克，异丙嗪12.5毫克静脉注射，以减轻牵引痛，使患者入睡。但千万不要在硬脊膜外麻醉作用不完全时盲目加用强化药，否则会使麻醉管理困难，遇有刺激时患者乱动，不能合作，还会出现呼吸道不通畅等问题。

（五）麻醉平面要求广泛时，如子宫全切术、剖腹产、直肠癌根治术、前列腺摘除术等，可采用两只管分别注药，效果较好。一般下管注入较淡的麻醉剂如0.16%地卡因、2%普鲁卡因等即可得到很好的效果。两管应分开注药，切忌同时注药过多。

（六）麻醉平面越高，对循环呼吸的影响就越大，越应注意管理。

（七）为增加麻醉安全性，可自制简单“空气人工呼吸器”，所需材料为橡皮面罩、“L”形金属接头、橡皮管及风箱（图17—2）。人工呼吸时，先托起下颌，将口罩盖住患者口鼻，把风箱内空气压入患者两肺，然后除去口罩，使患者呼气，如此反复，即可获得较有效的人工呼吸。每次用风箱压入空气量应为1000毫升左右。



图17—2 简易人工呼吸器

乙醚开放点滴麻醉

〔适应证〕

（一）用于不合作的小儿手术。

（二）无麻醉机设备而又需要作全麻时。

〔禁忌证〕

（一）消化道梗阻，上消化道出血，胃内饱满患者，因容易发生呕吐误吸，不宜采用。

（二）呼吸道感染或梗阻者。

（三）糖尿病患者。

（四）心脏、肝、肾功能不良者，根据病情轻重视为相对禁忌或绝对禁忌。

〔麻醉方法〕

（一）术前要空腹 6 小时以上，以免呕吐误吸。如遇饱食后但又必须执行乙醚开放点滴麻醉时，可用刺激咽后壁法催吐或放置胃管抽吸，待胃内容物排尽后再行诱导。应特别注意预防误吸。术前夜晚灌肠，临麻醉前排空膀胱，以免术后发生腹胀和尿潴留。

（二）术前 1 小时给镇静剂，常用杜冷丁、苯巴比妥钠，分泌药物如和抑制腺体阿托品、东莨菪碱等，用以减少分泌物和应激性，使麻醉诱导顺利。

（三）先用眼药膏，将上下睫毛贴在一起，再盖以凡士林纱布及橡皮薄片，勿使乙醚进入眼内引起角膜损伤。

（四）口罩大小应合适，口罩纱布以 6 ～ 8 层为宜。滴乙醚时用双肘固定病人的头部，开始先慢滴，渐渐加快，但切忌过快，不要滴成直线（将液体乙醚直接滴入呼吸道很危险）。病人憋气时，可将口罩稍抬起，使吸入部分空气；舌下坠时，应将下颌托起；如发生喉痉挛（吸气时发生高低不等的吼声），应减慢点滴速度，待麻醉加深后痉挛即缓解。

（五）麻醉过程中以呼吸和眼球的变化为观察麻醉深浅的重要指标。规律的“自动性”呼吸为麻醉第三期（外科手术期）的标志、眼球固定于中央位而不动时说明已进入第三期第二阶段。如瞳孔逐渐扩大，对光反应明显迟钝，泪腺分泌减少，应即停用麻醉剂，以免麻醉过深。一般五官科、骨科或其它不需要腹部肌肉松弛的手术，第三期第一阶段即可满足手术要求。腹部手术因需要腹肌松弛，多需第三期第二

阶段的麻醉深度。

〔注意事项〕

（一）麻醉前应准备吸引器，如无电动吸引器，则可利用100毫升注射器或负压瓶代替。麻醉过程中须始终注意保持呼吸道通畅，应托起下颌不使舌下坠，点滴不要过快，不使缺氧。避免发生喉痉挛。遇有少量分泌物时可先不吸除，稍加深麻醉后分泌物会自行减少，如分泌物仍增多时，应小心迅速吸除，避免因吸引刺激引起呕吐或咳嗽，使麻醉不易加深。如发生呕吐，应立即将头放低偏向一侧，吸出呕吐物以免发生误吸。

（二）切忌在麻醉开始时或第二期（兴奋期）进行有刺激性的操作（如切皮、检查骨折、扩张尿道等），因任何强烈的刺激均会引起严重的喉痉挛，并使麻醉不易加深。

基础麻醉

基础麻醉只能使患者神志消失，而痛觉仍然存在。因此，必须配合其它麻醉，如局麻或区域阻滞麻醉，才能进行手术。绝对不能因局麻或区域阻滞麻醉效果不良，而追加或补充基础麻醉来完成手术。

〔适应证〕

（一）6岁以下小儿，须在基础麻醉下进行某些检查时。

（二）在保持睡眠情况下，用局麻可以完成手术。

（三）作为全身吸入麻醉的基础麻醉。

〔禁忌证〕

（一）此种麻醉有呼吸抑制作用，年龄越小越明显，因此3个月以下小儿尽量不用。

（二）有呼吸道感染及呼吸道梗阻者。

（三）对颈前或喉头有刺激的手术(因易出现喉痉挛)。

（四）易呕吐者或胃饱满者尽量不用。

〔麻醉方法〕一般用2.5%硫喷妥钠溶液，按0.8毫升/公斤体重计算（20毫克/公斤体重，一般第一次用量不超过0.5克），作深部肌肉注射。患者多在注药后 2 ～ 5 分钟入睡，根据需要30分钟后可再追加半量，继续维持基础麻醉。婴儿或一般情况较差者，可将药的浓度减为1.7～2.0%，用量亦适当减少。

针 刺 麻 醉

针刺麻醉（简称针麻），是用针刺达到镇痛和调节人体生理功能的作用，通过刺激病人的某些穴位，患者在清醒中接受手术的一种麻醉方法。

〔针麻的优点〕

（一）使用安全，适应范围较广。

（二）生理扰乱少，术后恢复快。

（三）由于在清醒状态下做手术，病员能充分发挥主观能动作用。

（四）简便、易学，容易推广，花费少，适于战争环境和广大农村和山区的需要。

〔针麻方法〕针麻具体实施步骤，主要包括：术前准备，选穴，刺激及诱导，术中管理，术后随访等几方面。现分述如下：

（一）术前准备：

试针，即选择几个穴位，对病员试行针刺。通过试针可

以了解病员对针刺的得气情况，耐受能力，让病员体会针感，解除对针刺的顾虑。

（二）选穴：常用的体针麻醉穴位：

1.循经选穴：在手术切口部位或有关内脏相关的经络上，选取针感较强，镇痛及调整效果较好的俞穴。如头、面、颈部手术选用手阳明大肠经的合谷穴。腹部手术选用足阳明胃经的足三里穴等。

2.邻近选穴：选用手术部位附近的俞穴。

3.神经干选穴：选用支配手术区的神经干附近的俞穴，或直接刺激神经干。如甲状腺手术，选用颈浅神经丛所在部位的扶突穴。下肢某些手术时，直接刺激第三、四腰神经，腹神经，坐骨神经等。

4.此外，可加用切口旁针，唇针、鼻针等。

（三）刺激及诱导：目前常用的针麻刺激方法有：

1.手法捻针：频率一般在120次/分左右。体针捻针时，要求病员有酸、麻、胀、重等感觉。耳针捻针时，要求病员有耳胀、耳热感。

2.电针及电极板刺激。

3.其它刺激方法：如穴位注射适量的药液（维生素B_1、葡萄糖、普鲁卡因等）。

针刺诱导：在手术前，对预选穴位进行一段时间刺激的方法称为“诱导”。诱导时间一般为10—20分钟。

4.术中管理：术中要严密观察并记录病员的血压、脉搏、呼吸等生理指标，经常询问病员情况，及时做必要的处理。

5.术后随访病员：了解术后情况，如有问题及时处理。

辅助用药问题：有时针麻选用一些辅助药物，如镇静、

镇痛和抗胆碱能的药物。成人一般在术前1小时给予皮下或肌肉注射阿托品0.5毫克，或东莨菪碱0.3毫克。术中也可根据具体情况，分别加用镇静、镇痛药（如静脉滴注杜冷丁50毫克），局部麻醉药，或肌肉松弛药等，以增强麻醉效果。

常见手术针麻选穴举例

手术名称	体针麻醉	耳针麻醉
斜视矫正术	合谷（患侧或双侧）	眼、肝（患侧）
拔牙术	上牙：颊车、颧髎（患侧）下牙：大迎(患侧)	上、下、拔牙麻醉点（患侧）
阑尾切除术	上巨虚、太冲、阑尾、（双侧）	阑尾（右）
剖腹产术	足三里、三阴交、带脉（双侧）	
输卵管结扎术	三阴交（双侧）	肺、皮质下、子宫（双侧）
疝修补术	阴陵泉、三阴交、（患侧）	神门、肺、外生殖器：皮质下（双侧）

第三节　外科诊疗技术

换　药

〔适应证〕一切开放伤口均需进行换药。

〔操作步骤〕

（一）了解病情，准备相应的敷料。

（二）外层敷料，可用手拆除。内层敷料，必须用镊子取下。

（三）首先观察伤口周围炎症浸润情况，脓腔及引流口大小和肉芽组织是否健康。如伤口周围炎症明显，则须注意检查有无引流不畅，残余脓肿或异物等情况。

（四）伤口周围皮肤用70～75%酒精消毒，创面用生理盐水棉球轻轻蘸洗，并注意清除脓液和坏死组织。肉芽高出创面时须剪平。

（五）选用适当的敷料覆盖伤面或填塞脓腔，注意填塞时不要过紧，但须与脓腔壁密切接触，避免留有余腔。

（六）固定敷料，并正确地进行包扎。

〔敷料及药物的选择〕

（一）生理盐水纱布：有增进肉芽组织营养及吸附创面分泌物的作用。用于坏死组织已脱落的肉芽组织创面，应每日换药一次。

（二）3～5～10%高渗盐水纱布：有较强的局部脱水消肿作用，用于有水肿的肉芽创面。

（三）凡士林纱布：有保护创面、引流的作用。用于新鲜和较清洁的感染伤口。1～3日换药一次。

（四）3%过氧化氢溶液：用于厌氧细菌感染的伤口及腐败性的伤口。

（五）0.03～0.05%高锰酸钾溶液：用于冲洗和浸泡腐烂、溃疡、坏死、恶臭、脓汁较多的伤口和坐浴。

（六）1～2%龙胆紫溶液：用于小面积皮肤或粘膜的表浅溃疡和Ⅰ、Ⅱ度小面积烧伤，可促使结痂愈合。

（七）2～4%红汞溶液：具有消毒收敛作用，用于表

浅的皮肤及粘膜创面。

（八）优琐溶液：能产生新生态氯离子，与细菌或机体组织的氢离子化合而产生抗菌及溶解坏死组织的作用，并有除臭的作用。用于化脓、坏死、腐烂的伤口，每日至少换药一次。

优琐溶液配制法：将漂白粉12.5克研细，加少量凉开水调成糊状，再放入硼酸12.5克，加凉开水至1000毫升，摇匀，沉淀后取上清液应用。注意避光密闭，冷处保存，应在一周内用完。

（九）10%大蒜溶液：将10克大蒜（去皮），捣碎如泥，以蒸馏水或凉开水90毫升浸泡4小时后过滤，再加普鲁卡因1克即成。蒜素的氧离子与细菌组织结合，影响细菌的代谢而起杀菌作用，并能加强组织的吞噬作用。多用于感染较重的伤口，每日换药一次。

（十）3%醋酸、10%水合氯醛或2%苯氧乙醇溶液：用于绿脓杆菌感染的伤口（脓液呈绿色），每日换药一次。

（十一）10～30%硝酸银溶液：有腐蚀及杀菌作用，用于烧灼过度生长或不健康的肉芽创面(须用生理盐水中和)。

（十二）10%氧化锌软膏：保护伤口周围皮肤，用于消化液外溢的伤口（如胰瘘、胆瘘、肠瘘）。

（十三）其它：用于感染伤口的外用药有0.1～0.2%雷夫奴尔、0.1%黄连素及0.2%呋喃西林溶液等。每日换药一次。

封闭疗法

封闭疗法的主要作用是阻滞病变部的不良刺激向大脑皮

质传导，同时，产生微弱的良性刺激，兴奋营养神经，促进病变组织的代谢，加速疾病的治愈。一般常用低浓度(0.25～0.5%)的普鲁卡因溶液。骨、关节病，常加用可的松，更有改善局部组织代谢和消炎作用。

局部封闭

〔适应证〕局部急、慢性组织损伤、炎症、溃疡。

〔操作步骤〕在无菌条件下，用0.25～0.5%普鲁卡因溶液注射到损伤或病变组织内或其周围。依封闭区需要决定药量，一般10—100毫升。每2—5日注射一次，4次为一疗程。需要时可连续用。

〔注意事项〕封闭炎症病变时，勿注入病灶内，应注入其基底部或周围的正常组织。封闭损伤的组织时，要注射到痛点处。

可的松注射

〔适应证〕肩关节周围炎、腱鞘炎、腱鞘囊肿，急、慢性关节炎（非化脓性），组织急慢性损伤、劳损等。

〔禁忌证〕骨折，较重的组织损伤，化脓性炎症，骨质疏松症，结核病等。

〔操作步骤〕在无菌条件下，将醋酸可的松，醋酸氢化可的松或醋酸氢化泼尼松（强地松龙）等混悬液注入病变组织内或关节腔内。依封闭治疗区需要决定药量，一般0.2～1.0毫升（5～25毫克）。每7～10天一次，4次为一疗程。为了省药和使药散布广，可以混合在0.25～0.5%普鲁卡因溶液内注射。

〔注意事项〕

（一）对损伤组织，必须注入痛点处，压痛点要准确；腱鞘炎，必须注入腱鞘内；关节病，必须注入关节腔（图17—3）。否则，效果不佳，又浪费药品。

（二）注射后局部常有反应，即局部胀痛，半天到2天内加重。反应消退后，症状减轻或消失。

套式封闭（骨膜周围封闭）

〔适应证〕肢体急、慢性损伤，血循环障碍，灼性神经痛，炎症、溃疡、冻伤、坏死、毒蛇咬伤等。

〔操作步骤〕在无菌条件下，用细长针由大腿或上臂中段的外侧与皮面垂直刺入，直达骨膜外层（图17—4）（针

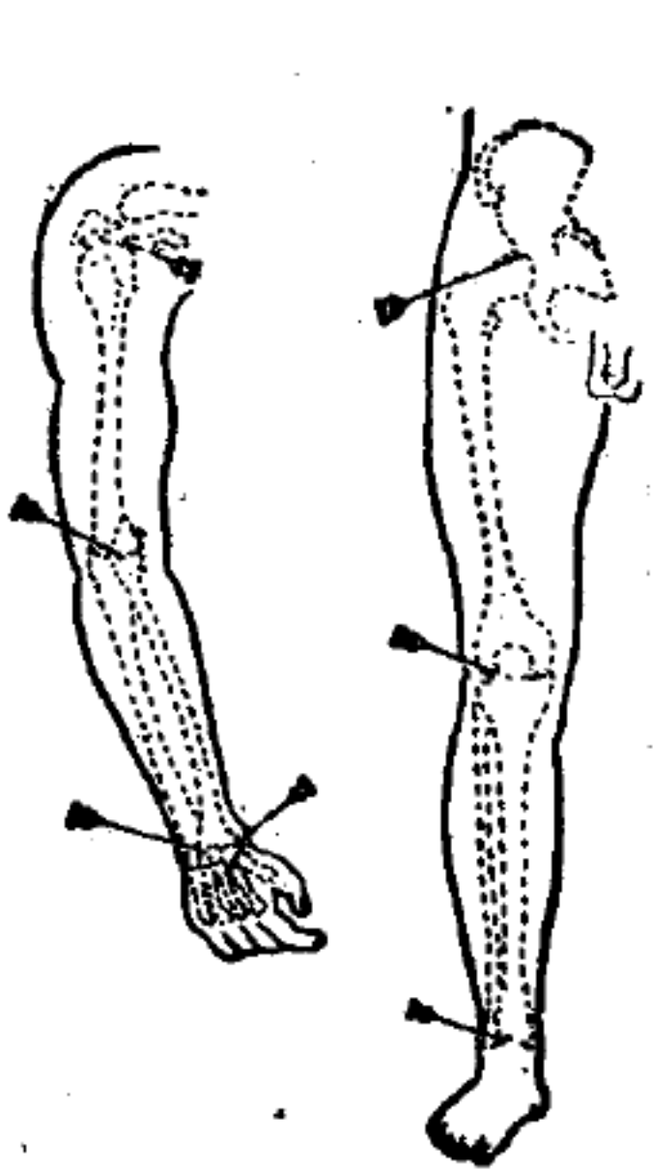


图17—3　关节穿刺部位

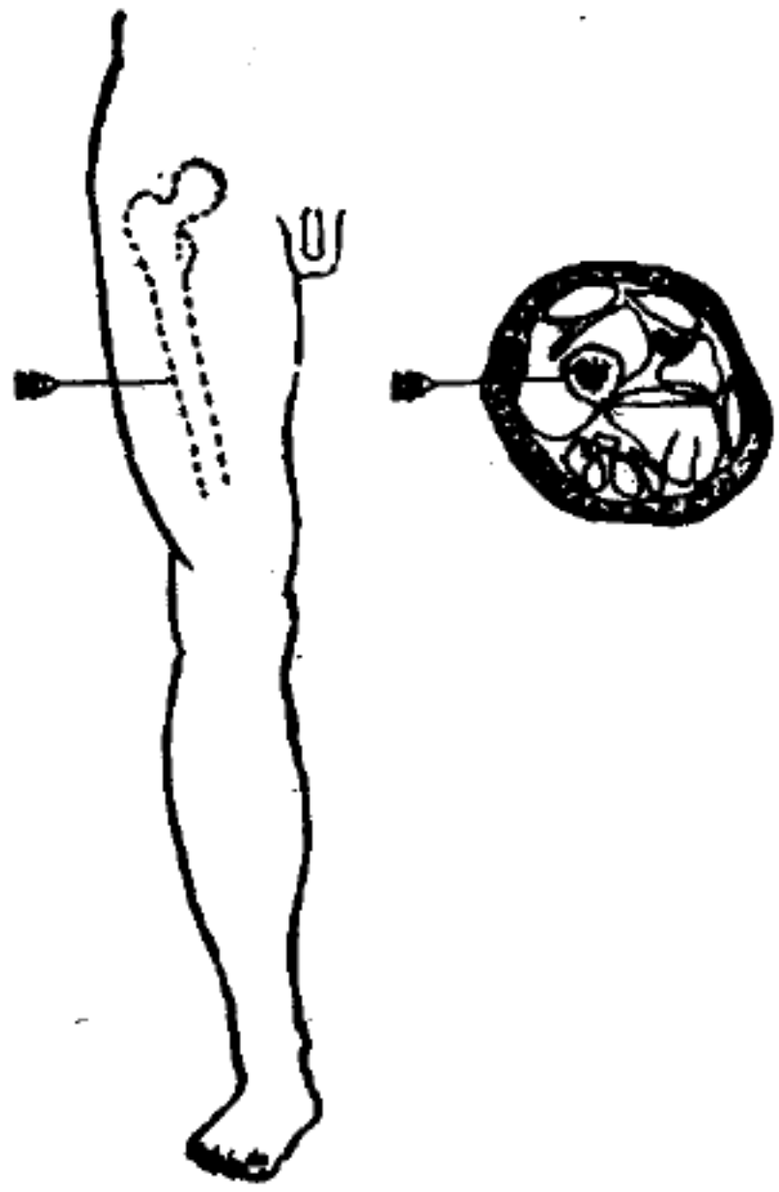


图17—4　套式封闭的穿刺部位

尖触到骨），接上容有0.25～0.5%普鲁卡因溶液的注射器，抽吸无血后，即将全部药液注入。一般用量50～100毫升，

每周一次，4 次一疗程。需要时，可每 1～2 日，注射一次。

〔注意事项〕勿用力刺骨皮质，以免针尖折断或弯曲。

肾囊封闭

〔适应证〕下肢各种损伤(参见套式封闭)，下肢灼性神经痛，术后肠胀气，麻痹性肠梗阻，溃疡病，支气管哮喘等。

〔操作步骤〕

(一) 病人侧卧，患侧向上，腰部垫枕。一腿伸直，另腿屈曲。

(二) 常规消毒皮肤。术者双手消毒或戴无菌手套后，站在病人背面。在第12肋骨下缘与骶棘肌交界处（以指触知空虚处），作皮内麻醉后，以细长针与皮面垂直缓缓刺入。当感到无组织抵抗时，针已进入腹膜后腔。观察到针随呼吸上下摆动。则证明针尖已达到肾周围脂肪囊（图17—5）。接上注射器，抽吸无血后徐徐注入0.25%普鲁卡因溶液少许。如无阻力，即继续注射，总量 80～100 毫升。如需双侧同时进行封闭，病人取俯卧位，每侧注药60毫升。

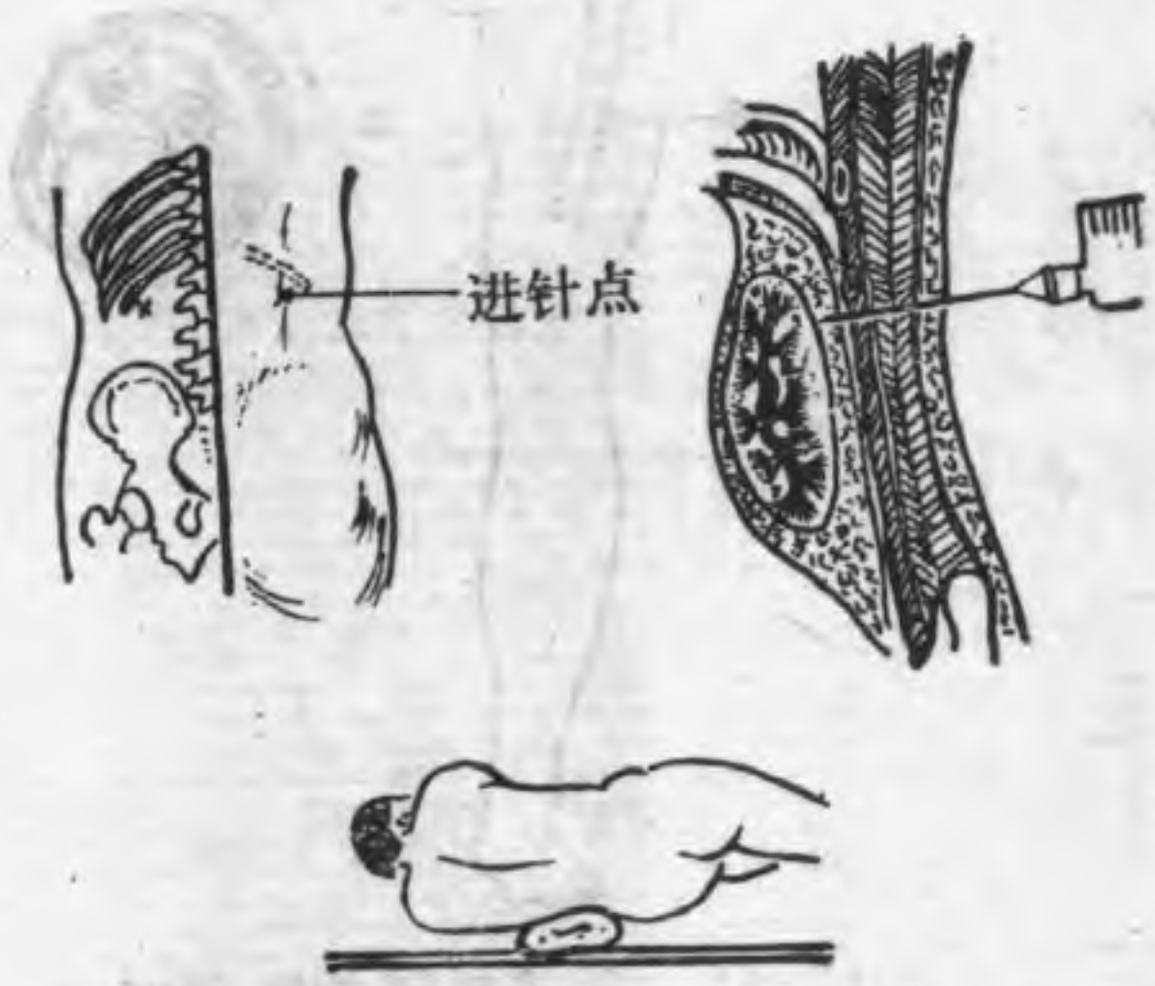


图17—5 肾囊封闭的体位和穿刺部位

〔注意事项〕刺针时缓缓进入，注意组织抵抗突然减低的感觉，勿过深而刺入肾脏。注药时，勿使针头继续深入，针

尖在肾囊中注药应无阻力。注射后观察15分钟。

清创缝合术

〔适应证〕新鲜开放性污染之伤口，有异物或有组织坏死者。

〔操作步骤〕

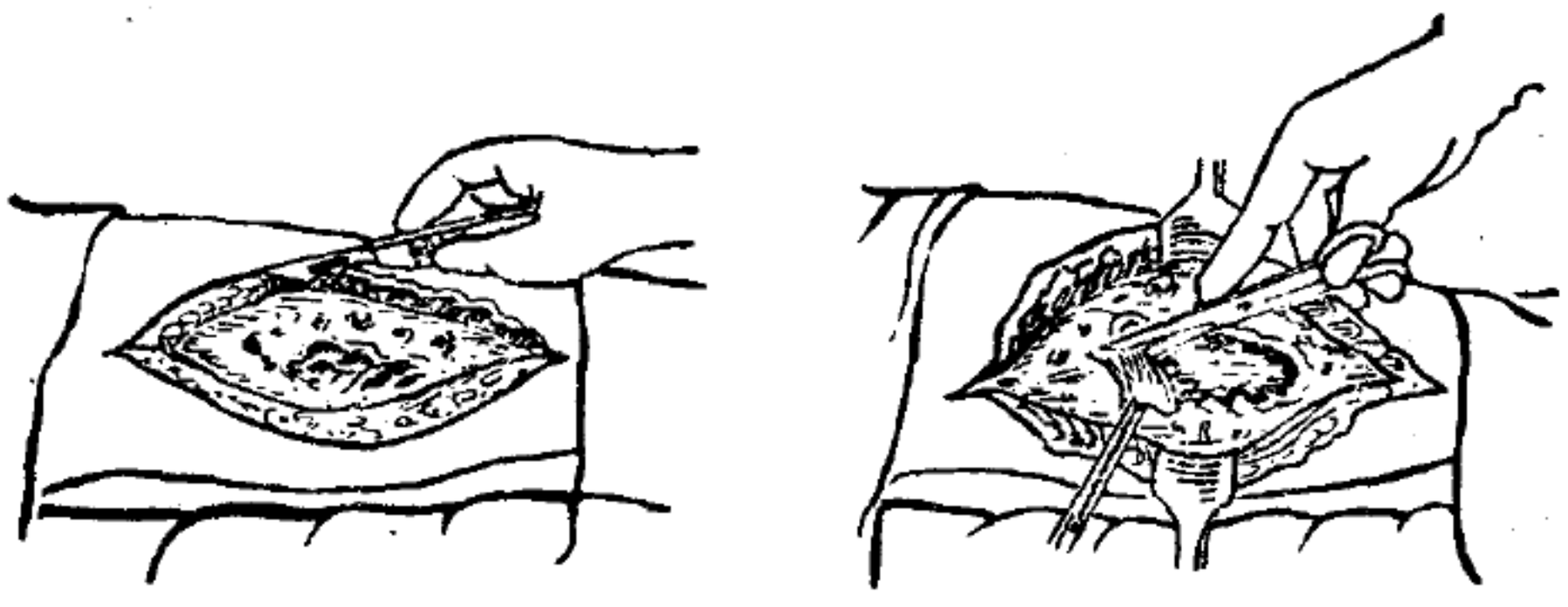
（一）伤口有出血时，先行止血。

（二）清洁伤口周围，有毛发部位先行剃毛，有污垢时，应用肥皂水刷洗。然后，用生理盐水擦洗，最后再冲洗伤口。

（三）伤口周围皮肤常规消毒，铺单，作局部浸润麻醉。

（四）检查伤口的大小、深度、有无异物及重要组织的损伤。

（五）伤口经冲洗后仍不够清洁或有丧失生活力的组织时，应将创缘切除1～2毫米，清除丧失生活力的组织（图17—6）。



1.切除皮肤边缘　　2.切开深筋膜显露伤道

图17—6　清创术

（六）距受伤12小时以内者，伤口清洁后，进行一期缝

合。距受伤12～24小时者，如伤口清洁，污染不重，可酌情缝合；不能缝合的伤口以凡士林纱布或生理盐水纱布充填后加敷料包扎。

（七）缝合完毕再用酒精消毒伤口周围皮肤后包扎。

〔注意事项〕

（一）伤口内一切可见异物均应清除。

（二）术后注射破伤风抗毒素1500单位(须先作皮试)。

（三）伤口污染较重者酌情给予抗菌素。

（四）术后 2 — 3 天复查， 5 — 7 天拆线。

外科缝合伤口的处理

（一）无菌切口如无感染现象，可在拆线时更换敷料。

（二）伤口放引流条或引流管者，术后24—48小时拔除。

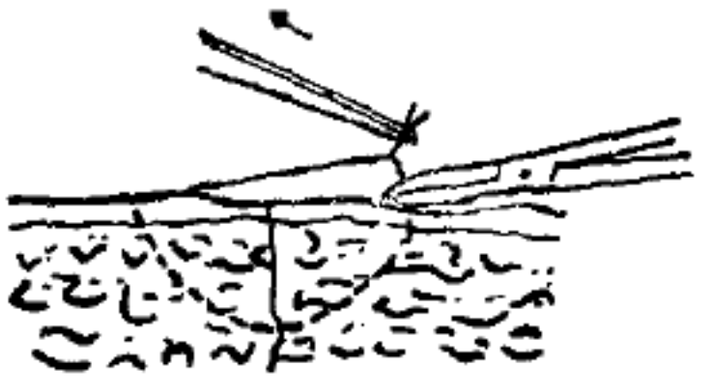
（三）伤口内有积液时，可穿刺抽出；有小血肿时采用干热敷，较大血肿则应拆线排除止血后再缝合；有感染积脓者拆除缝线引流。

（四）拆线（图17— 7 ）：躯干部伤口 5 — 7 天拆线，颈部 4 — 5 天，四肢 9 —10天，年老、衰弱、营养不良者应延长拆线日期。拆线时用75%酒精消毒，拆线后伤口张力较大或有裂开时可用蝶形胶布固定（图17— 8 ）。

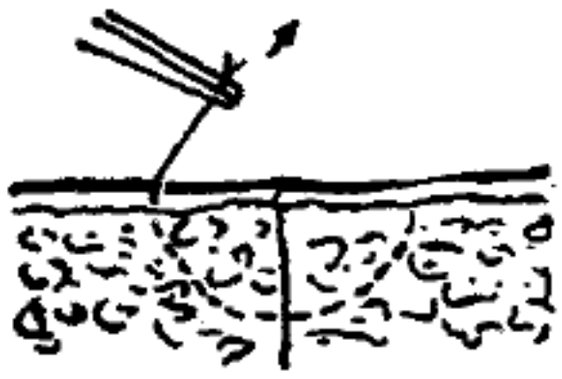
（五）缝线反应较重或有缝线感染时应早期拆线，伤口用蝶形胶布固定。

感染伤口的处理

（一）基本原则是引流通畅，使伤口由深至浅生长，因此伤口浅部应较深部敞开些，必要时剪去阻碍引流的肉芽组



剪线



抽线

图17—7　拆线方法

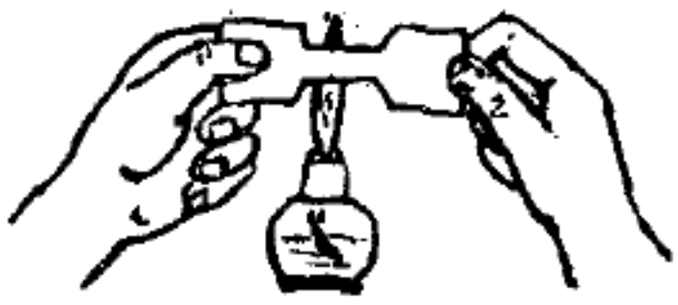






图17—8　蝶形胶布

织。伤口内有坏死组织要及时剪除，引流不畅影响愈合的伤口需在麻醉下扩大伤口引流。

（二）脓液较多的伤口，宜用水溶性药液纱布换药，脓腔深而大者要先用生理盐水冲洗，一般每日一次，脓多者每日2—3次；清洁伤口可隔日或隔二日换药一次，选用凡士林纱布。

（三）厌气菌感染的伤口可用3％过氧化氢冲洗，湿敷，或用0.1％高锰酸钾溶液浸泡后换药。

（四）伤口内有坏死组织不易脱落者，用优琐溶液换药。

（五）感染伤口脓液呈翠绿色时应考虑绿脓杆菌感染，用3％醋酸，5％水合氯醛或2％苯氧乙醇换药。

（六）经久不愈的伤口，应考虑有无伤口引流不畅，形

成窦道、伤口内异物，特殊感染或恶性溃疡的可能性，必要时作病理检查。

脓肿切开引流术

〔适应症〕急性化脓性感染已经局限并有脓肿形成，检查有波动感或经穿刺吸出脓液，即应施行切开引流术。

〔操作步骤〕

（一）取适当体位，常规消毒皮肤，做局部浸润麻醉或脓肿周围阻滞麻醉。

（二）以引流通畅，防止损伤大血管、神经及其他重要组织和瘢痕收缩不影响肢体功能为原则，尽可能选择与皮纹平行的切口。

（三）先于脓肿波动最明显处切一小口，用弯血管钳探查脓腔的方向及大小，然后再充分扩大切口使引流通畅(图17—9)。



图17—9 脓肿切开引流术

（四）将脓液及坏死组织排出后，脓腔内填塞凡士林纱布引流，用胶布固定敷料，必要时用绷带包扎。

〔注意事项〕

（一）脓肿的诊断不十分确切者，应先行穿刺，证实之后再切开。

（二）切口不要超过脓腔壁而达正常组织。

（三）填塞凡士林纱布须均匀地充满脓腔，以利引流，并稍紧一些，以防出血。

（四）二日后换药。

手部感染切开引流术

〔适应症〕手部感染有化脓者，应早行切开引流术。

〔操作步骤〕

（一）取卧位或坐位，消毒皮肤。

（二）根据脓肿的部位及大小，选用局部浸润、神经阻滞麻醉。

（三）手指感染切开，必要时可在手指根部缚橡皮条止血带。

（四）根据感染部位选择切口或拔除指甲引流：

1.甲沟炎：与甲沟平行切开患侧甲廓，放出脓液，伤口填塞凡士林纱布后包扎。

2.甲下积脓：

（1）指甲开窗术：常规消毒患指。用一根直径1.5毫米左右的钢针（平头）或探针，放在酒精灯上烧红后慢慢的向积脓的甲面刺入，当烙穿指甲后，即有脓液溅出，立即拔出钢针，将脓液压出，涂上2％碘酊及酒精，以无菌纱布包扎即可。以后再每天换药一次，3—4天痊愈（注意不宜刺得太深，以免损伤甲下组织）。此法痛苦小，疗程短，一般可代替拔甲术。此法也可治疗甲下血肿。

（2）拔甲术：先用小刀分离甲廓与甲床后，再用血管钳拔出指甲，注意不要损伤甲床。伤面覆盖凡士林纱布后包扎，拔甲后注意检查指甲是否完整，必须清除残根（图17—10）。

3.皮下瘭疽：于手指侧方作切口，切口应离指间横纹0.5厘米，以免将感染播散到腱鞘囊内。末节手指感染（脓性指头炎），切口的末端不宜超过指甲的游离缘，在指骨前切断所有纤维间隔，并将突出切口外的脂肪组织或坏死组织剪去，脓腔填塞凡士林纱布引流，覆盖敷料包扎。若脓腔超过指腹中央时，除婴儿外，应作对口引流，二个切口间的距离要尽量大些，以防影响血液循环而发生坏死。脓腔用细橡皮片作对口引流，再覆盖凡士林纱布后包扎（图17—11）。

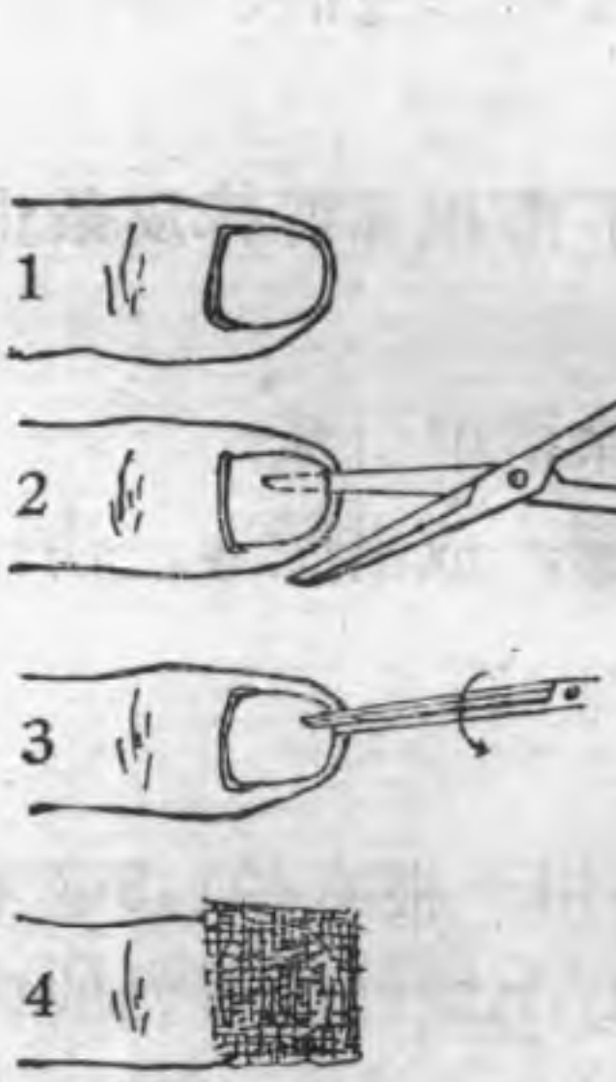


图17—10 拔甲法

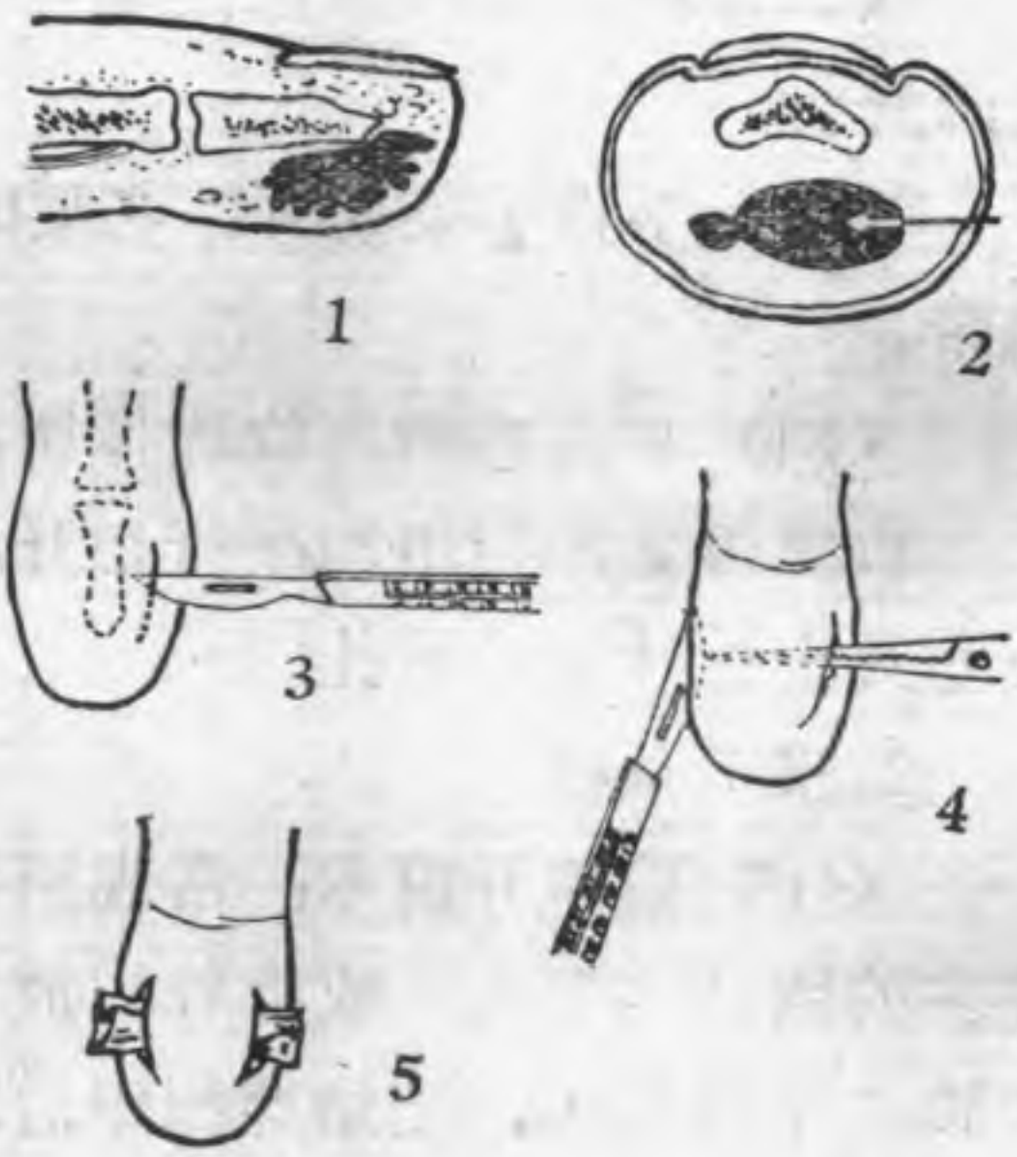


图17—11 脓性指头炎切开引流术

4.化脓性腱鞘炎：第二、三、四指在手指的一侧作切口，切口宜在指间横纹之后，远端不超过末指节基底。拇指切口宜在尺侧，沿鱼际隆突弧形延至鱼际之半，如再延向近侧则易损伤正中神经返枝。小指则沿小鱼际隆突作弧形切口。切开皮肤及皮下组织后（注意指间神经和动脉），自一侧切开

肿胀的腱鞘，放出脓液，注意勿切断肌腱，以橡皮片引流，引流条只置于皮下，覆盖敷料后包扎伤口。

5.指蹼脓肿：食指至小指各指蹼的脓肿局限一侧者，可采用掌侧或背侧切口。掌侧切口近端不宜超过掌横纹。感染较广泛者，必要时可作掌背侧对口引流，但不宜完全切开指蹼。若拇指与食指间的指蹼感染，则于虎口背侧作弧形切口。脓腔应用橡皮条引流，再覆盖凡士林纱布和干敷料后包扎。注意脓腔常呈哑铃形，要仔细探查，作到引流通畅。

6.鱼际间隙脓肿：在虎口背侧边缘作弧形切口，切开皮肤及皮下组织后，用止血钳钝性分离深部组织，到达脓腔后，置橡皮条引流，覆盖凡士林纱布，以无菌敷料包扎，然后将患手固定于功能位置并抬高。

7.掌中间隙脓肿：在手掌近侧掌横纹第四掌骨头部位作一横切口，用止血钳慢慢分离组织达到脓腔内，置橡皮条引流，以无菌敷料包扎，并固定于功能位置（图17—12）。

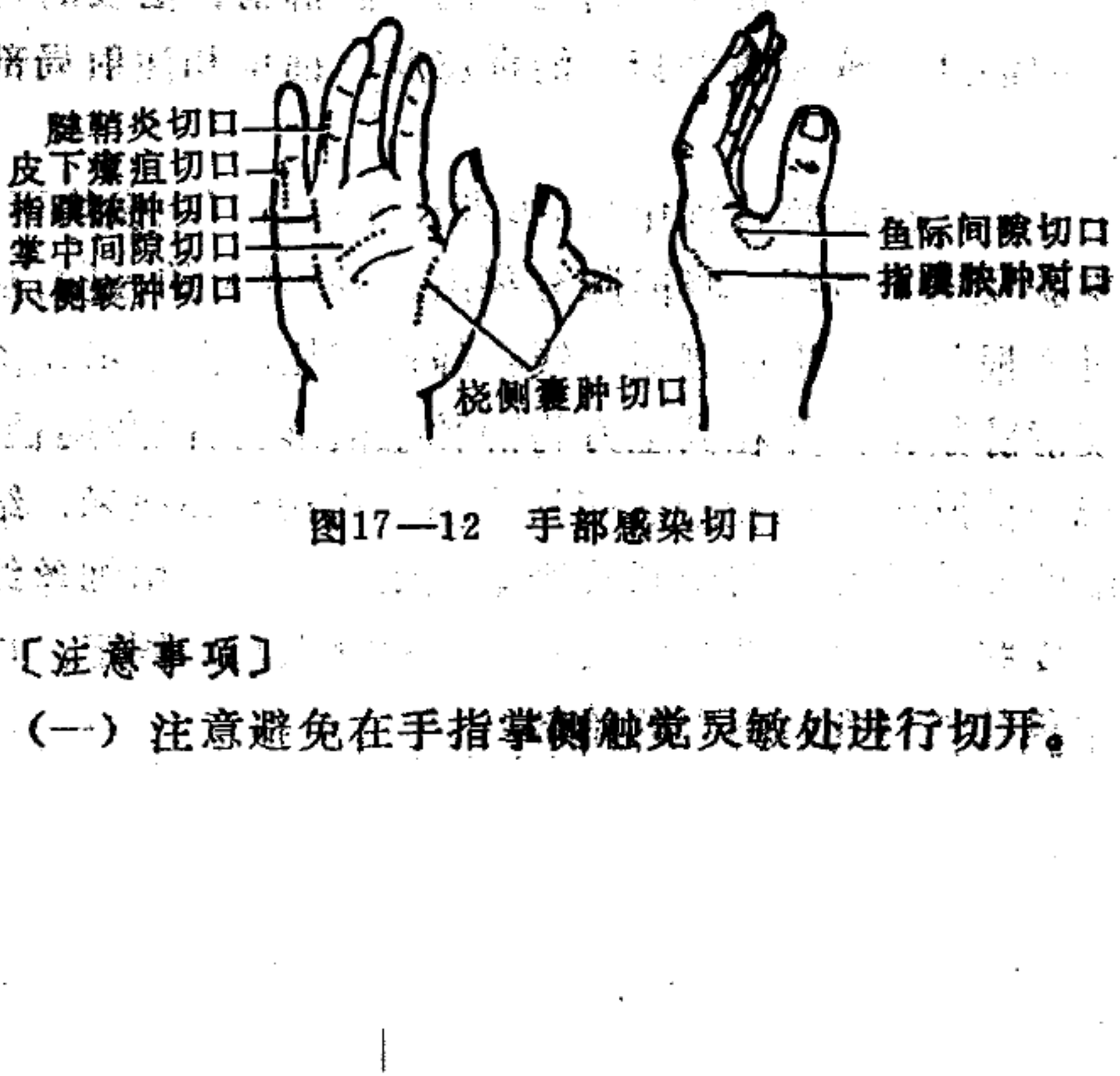


图17—12　手部感染切口

〔注意事项〕

（一）注意避免在手指掌侧触觉灵敏处进行切开。

（二）注意避开血管、肌腱、韧带和神经。对指蹼的脓肿行对口切开时更须注意。

（三）手指部勿用胶布作环形固定，以免影响患指的血液回流。

（四）术后应抬高患肢，并注意局部休息。

（五）术后2日首次换药，去除外层敷料后可将患指连同内层敷料浸泡于0.1%高锰酸钾溶液内，轻轻揭除敷料，洗尽脓液，再覆以凡士林纱布，用无菌敷料包扎。橡皮条一般可在术后2～3日去除。

（六）感染控制后，要早期进行功能锻炼。

静脉切开术

〔适应症〕需要静脉输液或输血而穿刺未获成功时，尤其是急需抢救的休克患者。

〔操作步骤〕

（一）一般选用内踝前上方的大隐静脉，必要时可选用上肢的静脉。戴无菌手套，消毒皮肤，铺单和注射局部麻醉剂。

（二）沿静脉行程作1.5厘米长的切口（纵横均可），切开皮肤及皮下组织。将静脉分离出1.5厘米长的一段，从其下穿过2根丝线，用远侧端丝线将静脉结扎。向下牵拉该结扎线使静脉紧张，并在其上方将静脉壁横形剪开1/2周径，迅速将已与静脉输液瓶相接的塑料管插入约10～15厘米，结扎近侧端的丝线使静脉与塑料管固定（图17—13）用细丝线间断缝合皮肤，并将一针缝线结扎于塑料管上加以固定。用消毒纱布包扎伤口和塑料管的始部。

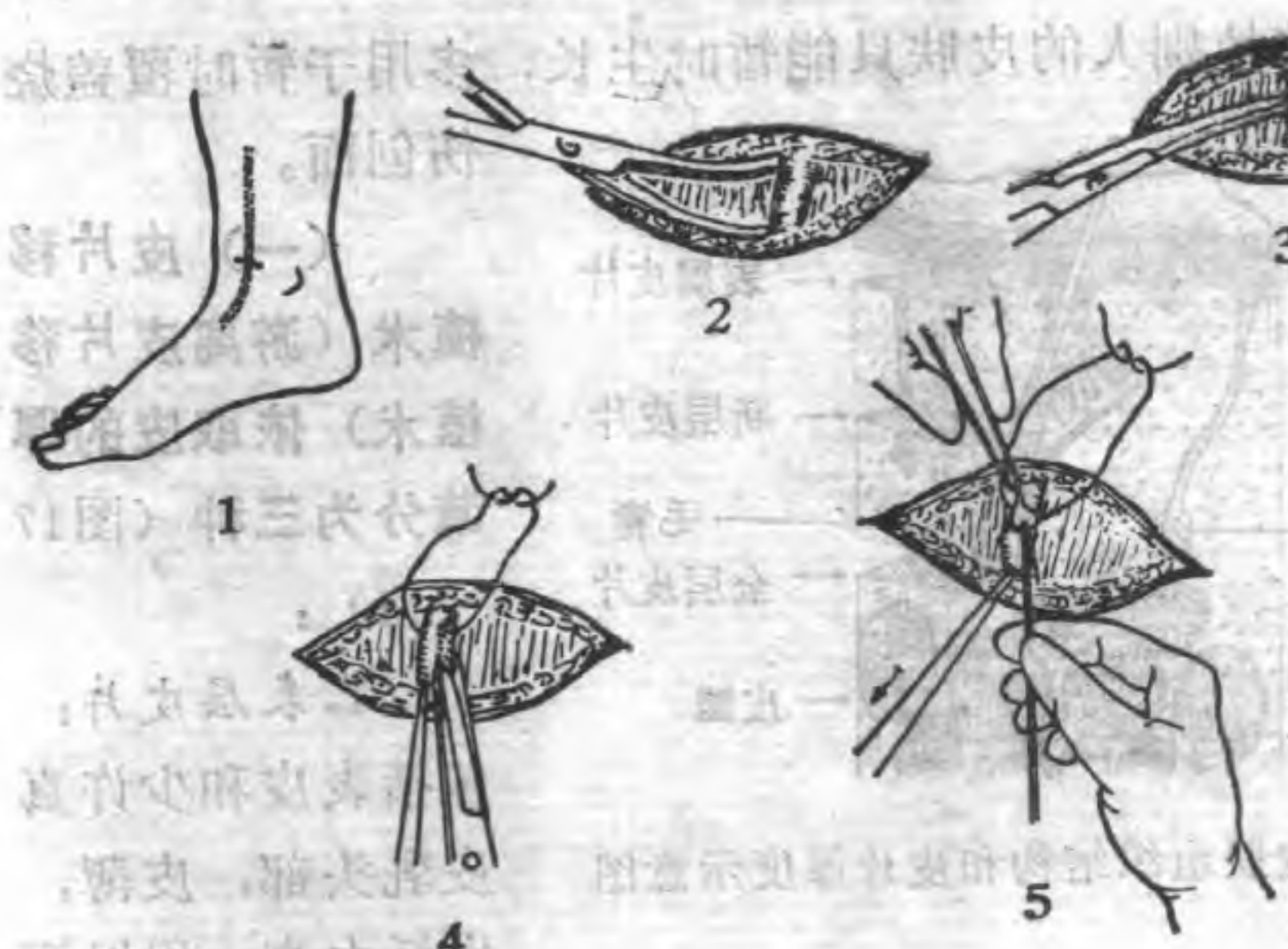


图17—13 静脉切开术

(三) 塑料管可以放置48小时，一般不超过72小时。塑料管拔出后，应适当加压包扎，以防止出血，术后7天拆去皮肤缝线。

〔注意事项〕

(一) 有炎症及血栓机化的静脉不宜选用。

(二) 切开过程中注意避免损伤隐神经。

(三) 塑料管必须确实放入静脉管腔内，不可插入夹层中。

(四) 术后应经常注意有无静脉炎的发生。如有静脉炎表现时，即应将塑料管拔出，行局部湿热敷。

皮肤移植术

皮肤移植术可分皮片移植术和皮瓣移植术。一般使用自

体皮肤，移植别人的皮肤只能暂时生长，多用于暂时覆盖烧伤创面。



图17—14 皮肤组织结构和皮片厚度示意图

（一）皮片移植术（游离皮片移植术）依取皮的厚薄分为三种（图17～14）：

1.表层皮片：包括表皮和少许真皮乳头部，皮薄，生活力高，用以覆盖新鲜或肉芽创面。可用大面积皮片，但生长后，收缩性大，不耐摩擦。取皮后的创面容易愈合。

切皮方法：由身体任何部位都可取皮，但要少影响皮肤外观。供皮区皮肤应无皮疹和任何感染，按常规刷洗，剃毛后只用酒精消毒。取小片皮，用局麻；取大片皮，用其它麻醉，取大片皮肤一般在大腿内侧，使膝半屈曲，大腿外展外旋位。在严格无菌条件下，术者和助手各执一木板，轻按皮面，向相反方向拉紧，拉平皮肤；术者用截肢刀或长剃刀（刀上涂一层液体石蜡），按拉锯的动作切取皮片。皮片的厚薄程度以能透见刀片为宜。切下的皮片用生理盐水纱布覆盖备用。取皮后的创面盖以凡士林纱布后包扎，10日可愈。

2.断层皮片：包括表皮和真皮的一部分，即全层皮肤的1/3～3/4。生活力高，用以修复新鲜或肉芽创面。可用大面积皮片。生长后，收缩性较小，较耐摩擦。取皮后的创面愈合较慢，且易形成瘢痕疙瘩。切皮方法：同表层皮片，但皮

片较厚。切皮创面可见毛孔，不露脂肪（图17～15），需10～20日愈合。

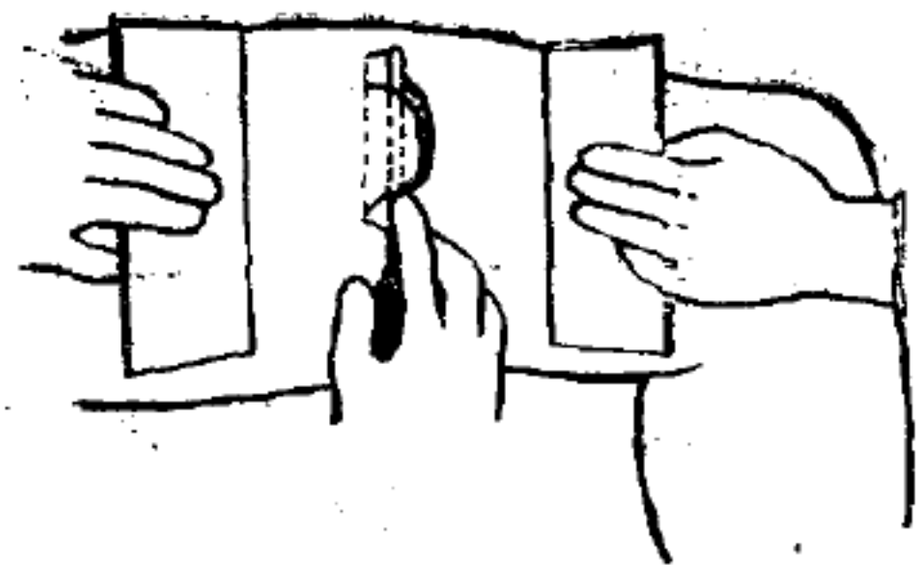
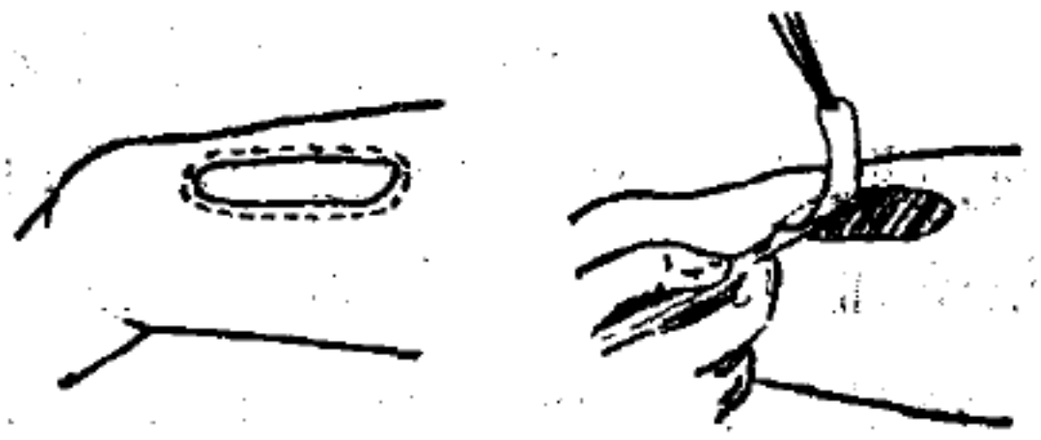


图17—15 表层和断层皮片的切取方法

3.全层皮片：即全层皮肤，不带皮下脂肪。生活力低，只用于修复新鲜创面，在肉芽创面上不生长。宜用小面积皮片。生长后收缩性小，耐摩擦。取皮后的创面，小者可直接缝合，大者需再植表层或断层皮片。切皮方法：按无菌条件准备和局麻后，在皮面上划出要切取皮片大小的轮廓，并切开到脂肪层，然后自一端剥下全层皮肤（图17～16），用生理盐水纱布包裹备用。



切划所需面积　　由一端切取

图17—16 全层皮片的切取方法

皮片的移植和处理：

（1）新鲜创面，在植皮前要彻底清创和止血，肉芽创面必须适当换药处理，使肉芽清洁、细密、结实、无水肿，分泌物少，颜色鲜红时始可植皮。

（2）将皮片覆盖创面上，其周缘与创缘密针缝合，必要时可将皮片戳些小孔，以利引流。也可将表层和断层皮片剪成邮票大小（2厘米见方），散在覆盖创面上，以节约用皮，每片相距在一厘米以内。

（3）皮片植于创面后，表面用网眼纱布和数层纱布包

扎，宜用打包加压法，使皮片与创面紧密接触，并防止皮片移动（图17～17）。

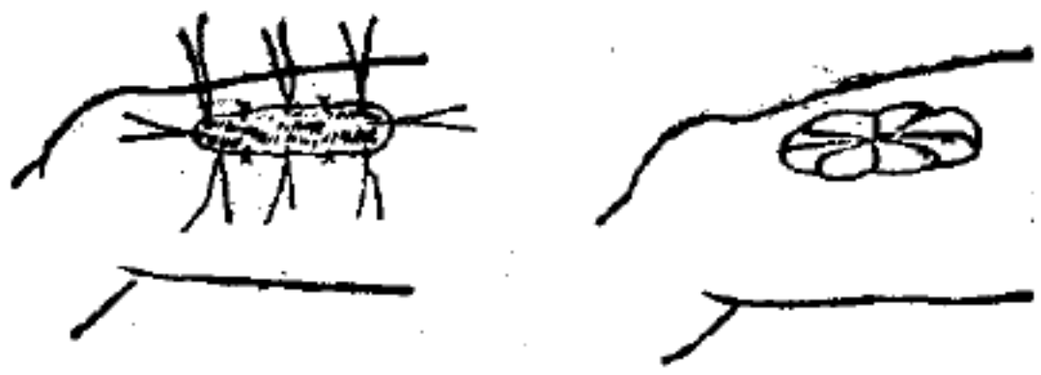


图17—17 皮片移植的缝合法和打包加压法

（4）皮片移植后，表层皮片4～5日可愈合，断层皮片6～8日愈合，全层皮片10日愈合。术后3日可换外层敷料，检查创面，注意勿掀动皮片。如有化脓，及时将皮片剪窗引流，以防皮片全部浮起和坏死。如估计伤口无异常，术后可不更换敷料，直等按期拆线。

（二）皮瓣移植术：皮瓣包括全层皮肤和皮下组织，是切断皮肤和皮下组织的二边或三边，而靠未切断的一边或两边供给血运（此处称为蒂）。皮瓣经深筋膜浅面剥离至蒂部，然后转移至皮肤缺损部位，待其与缺损部建立新的血运后，根据情况将蒂切断，完成修复。皮瓣移植愈合后，收缩性极小，耐摩擦，能负重。多用以修复：

（1）有深部组织如肌腱、神经、大血管、骨骼等外露而不能直接缝合的新鲜创面。

（2）经久不愈的慢性感染和溃疡创面，或易破溃的瘢痕，如小腿慢性溃疡，臀部褥疮等。

（3）器官缺失或有洞穿性缺损时，如拇指缺如、颊缺损等。

皮瓣可取自创面附近，或远离伤口的其它部位。单蒂皮瓣的长与宽之比为1～1.5∶1，可即时转移至缺损部位；双蒂皮瓣的长度以不超过宽度的三倍为宜。取皮区和受皮区的

准备同皮片移植。皮瓣移植前要作周密的计划，以免皮瓣过大或过小，或转移角度不当，影响愈合。皮瓣转移后与受皮创缘做密针缝合。供给皮瓣的创面，小而皮松者可直接缝合，不能缝合时需同时用皮片移植术修复。皮瓣移植后要妥善包扎固定，在远位皮瓣转移时还需将受皮和供皮肢体用绷带或石膏绷带固定，以防止皮瓣的移动，或因压迫，牵拉皮瓣而损害其血运和撕脱皮瓣。皮瓣与受皮区愈合后，切断蒂部，修复外观；如伤面化脓或皮瓣延迟愈合时需延长断蒂时间，直到皮瓣愈合为止。

浅表肿瘤切除术

〔适应证〕浅表良性肿瘤：如皮脂腺囊肿、表皮样囊肿、皮样囊肿、纤维瘤、脂肪瘤等。

〔禁忌证〕有炎症现象时不宜手术。

〔操作步骤〕（以皮脂腺囊肿为例图17—18）。



图17—18　浅表肿瘤切除术

（一）局部常规消毒及麻醉后在肿瘤上作梭形切口，大小视肿物的大小而定。如肿物较小，皮肤正常，可作直切口。

（二）切开皮肤，直到囊壁外，注意勿切囊壁，沿囊壁用弯血管钳钝性分离，或用组织钳夹住梭形皮肤作牵引，以

刀或剪作锐剥离，切断囊肿周围结缔组织，将囊肿连同梭形皮肤一并取出。

（三）如不慎切破囊壁，可消毒流出的内容物，以钳子夹住破口，继续剥离。

（四）伤口以生理盐水冲洗后分层缝合，加压包扎。如死腔较大，可考虑放置引流条，24小时后拔除。

〔注意事项〕

（一）分离肿瘤时，要注意层次，紧靠肿瘤被膜则剥离较易。一般先在一处分离直达基底，如发生困难，可找容易处先进行。

（二）切除肿瘤被膜要完整，不要残留被膜。

导 尿 术

〔操作步骤〕病员仰卧，用温开水洗涤阴茎、阴茎头（女子洗阴唇、阴道前庭），然后以左手第三、四指夹住阴茎，再以拇指及食指捏住阴茎头，并稍向外翻尿道口，用红汞棉球或新洁尔灭棉球消毒阴茎头及尿道口，导尿管头涂石蜡油后由无菌镊子夹持导尿管端3～5厘米处，将导尿管轻轻插入膀胱。如需留置导尿管，可用胶布固定（图17—19）。



插橡皮导尿管法



橡皮导尿管固定法

图17—19 导尿术

女性导尿方法，基本相似。用左手拇指及食指分开小阴唇，暴露尿道口后同上法消毒，安放导尿管。

耻骨上膀胱穿刺术

〔适应证〕急性尿潴留患者，若导尿失败而尿胀难忍，可先行穿刺将尿液吸出，暂时减轻痛苦，再计划进一步治疗。

〔操作步骤〕首先必须确定膀胱确实胀满，膀胱上界常在耻骨联合上3～4横指或更高。常规消毒后，用22号长针或腰椎穿刺针，在耻骨联合上约一横指处，垂直或稍斜向脚侧作膀胱内穿刺。针进入膀胱即有尿液溢出，用空针将尿尽量吸净，然后将针拔出。针眼用一消毒棉球按压片刻即可（图17—20）。

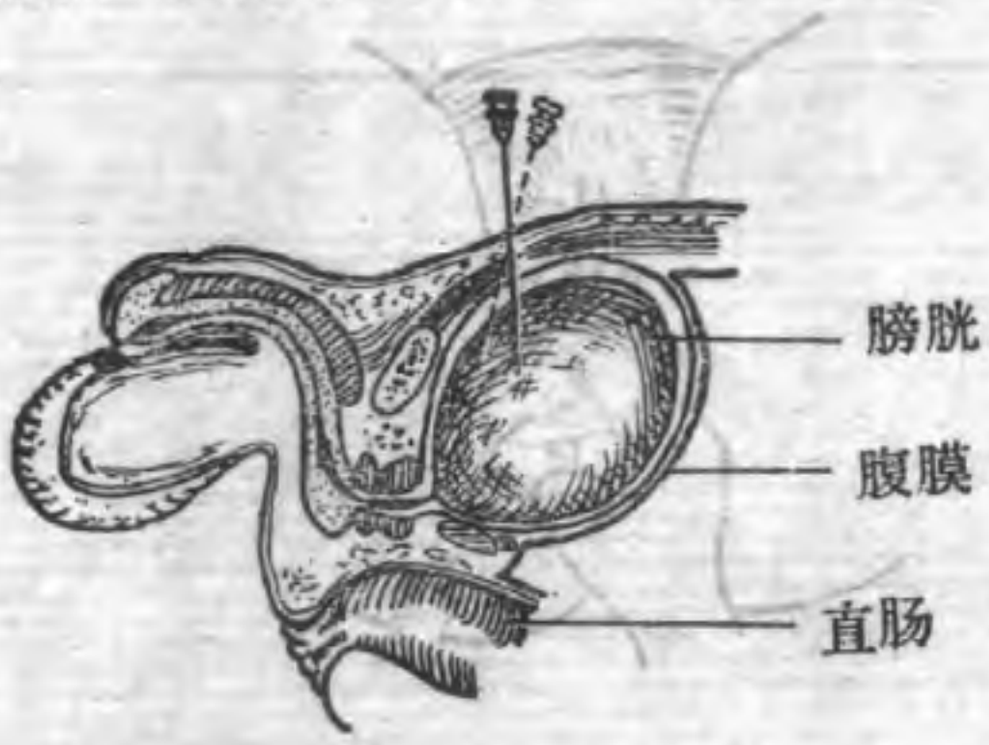


图17—20　耻骨上膀胱穿刺术

第四节　妇产科诊疗技术

会阴侧切及缝合术

〔适应症〕

（一）初产妇行产钳术，臀助产或臀位牵引术分娩者。

（二）会阴过紧而阻碍胎头娩出者。

〔操作步骤〕可采用斜侧切或正中切。一般惯用左侧面剪开方法。

（一）用0.5%～1%普鲁卡因做局部浸润麻醉或会阴神

经阻滞麻醉（用针在肛门及坐骨结节之间刺入，以左手食指伸入阴道于坐骨棘内下方注入麻醉剂5～10毫升，针退出后再向坐骨结节注入5毫升（图17～21）。

（二）局部麻醉后于宫缩时以左手食指、中指插入胎先露和左侧阴道壁之间做保护，右手持剪刀将左侧会阴由正中向左侧（约45度）剪开，以不损伤肛门括约肌为原则，其长度按需要而定，一般3.5～4厘米（图17—22）。

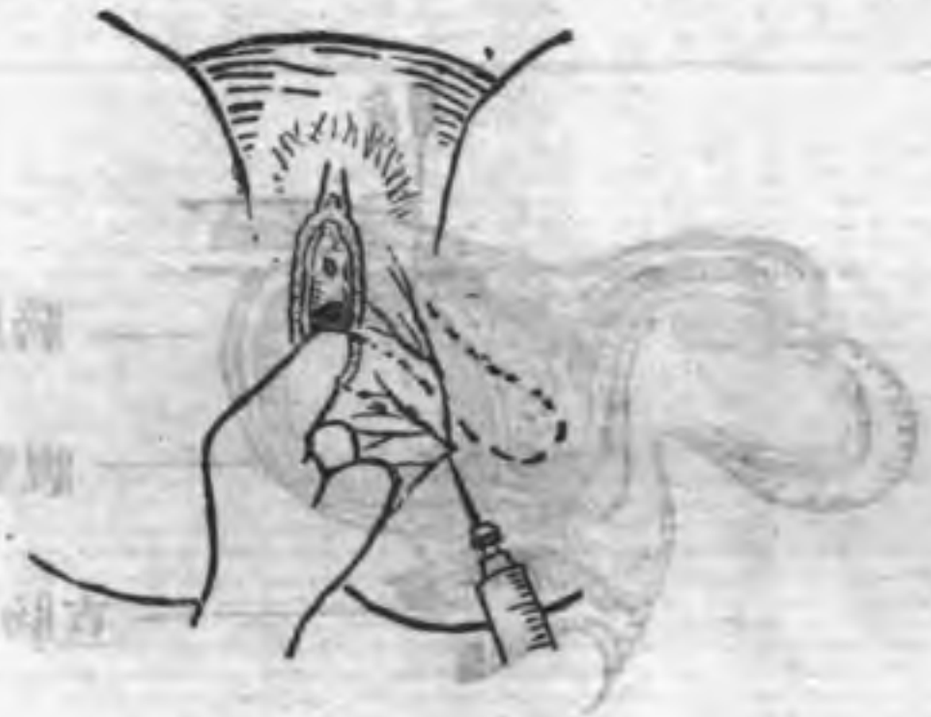


图17—21 会阴局部麻醉法



图17—22 会阴切开的位置

（三）缝合时，先用铬肠线连续缝合粘膜层，由内向外缝至外阴口（皮肤与粘膜交界处），将阴道口对合整齐。然后用铬肠线间断缝合肌层及皮下脂肪层，缝合不要过深，以防伤及直肠，也不要留下死腔。皮肤用细丝线间断缝合（图17—23）。七天后拆线。

产钳术

产钳是一种助产工具（图17—24），可以通过产钳牵引来帮助儿头娩出。

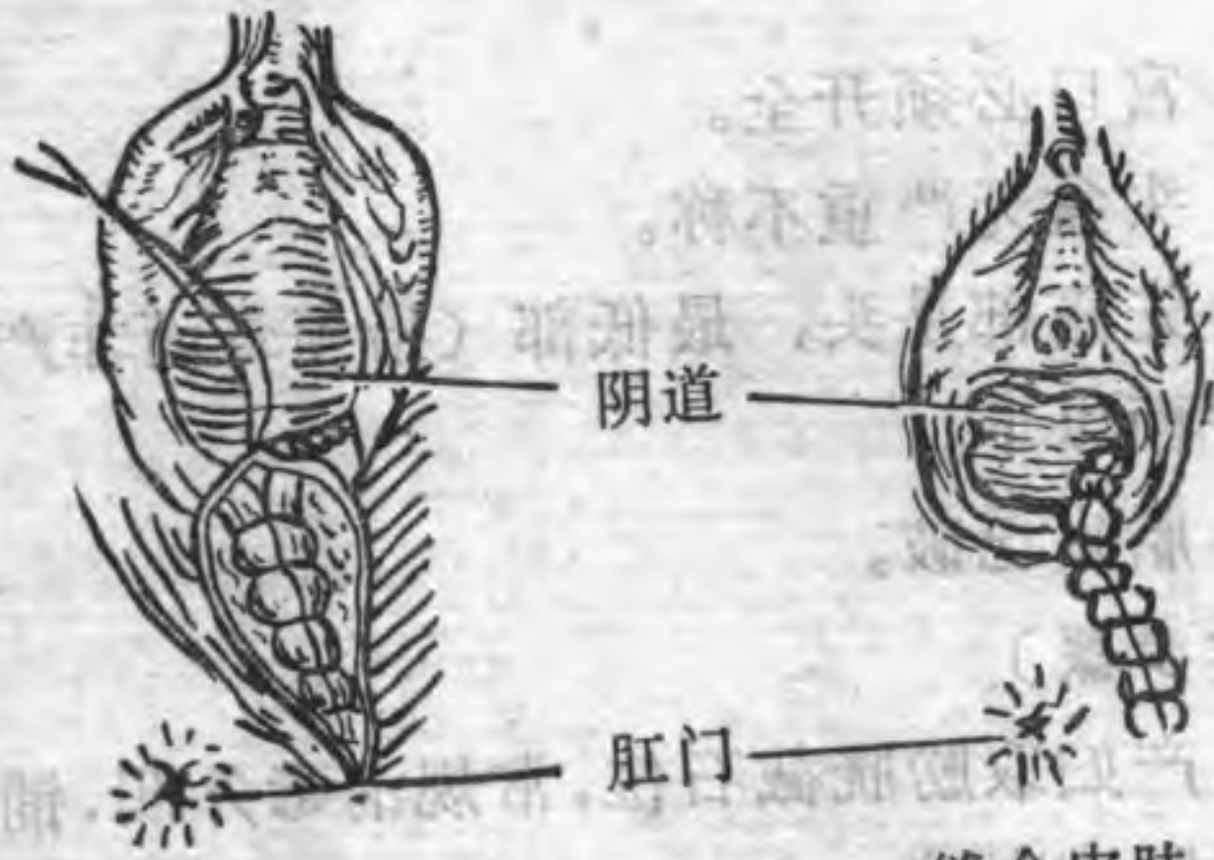


图17—23　会阴伤口缝合术



图17—24　产钳

〔适应证〕

（一）产妇有合并症如妊娠中毒症，心脏病，肺结核等，必须缩短第二产程者。

（二）胎儿宫内窒息或脐带脱垂，必须尽快娩出胎儿者。

（三）宫缩无力或有轻度头盆不称，呈持继性枕横位或枕后位，第二产程延长者。

条件：

（一）宫口必须开全。

（二）头盆无严重不称。

（三）先露部是头，最低部（指颅骨而非产瘤）已过二侧坐骨棘平面以下。

（四）胎膜已破。

〔操作步骤〕

（一）产妇取膀胱截石位，常规消毒外阴，铺巾并导尿，做会阴神经阻滞麻醉。

（二）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17—25），除根据大小囟门及矢状缝外，尚



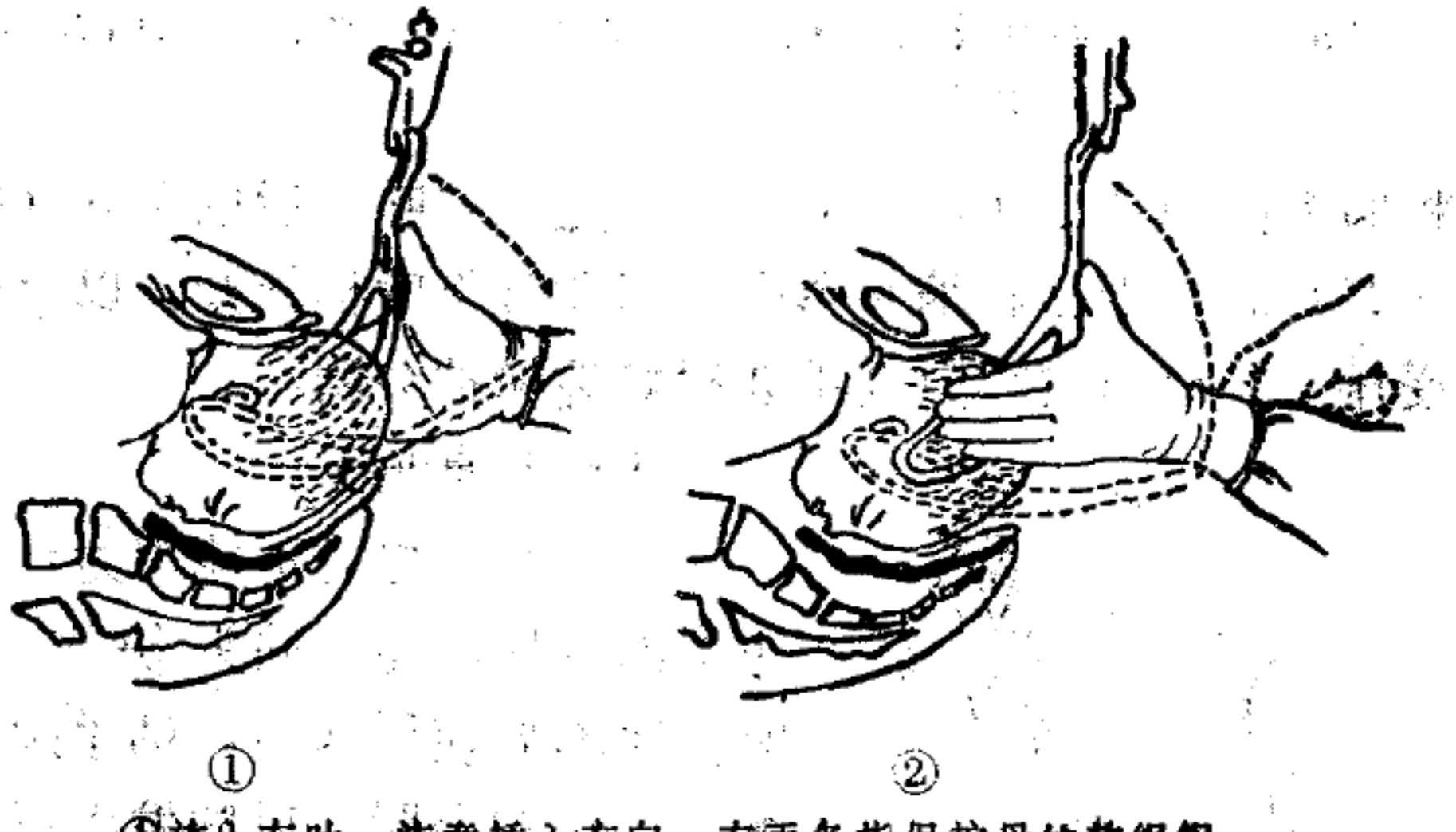
图17—25 枕先露时矢状缝的位置

可根据胎儿耳朵位置及耳壳方向。例如，小囟门在12点，大囟门在6点，耳朵在3点和9点，耳壳向上为正枕前位。如小囟门在1点，大囟门在7点，耳朵在4点和10点，耳壳向上，亦为左枕前位。小囟门在7点，大囟门在1点，耳朵仍在4点和10点，耳壳向下则为右枕后位。小囟门在9点，大囟门在3点，耳朵分别在12点、6点，耳壳向右，为右枕横位。

（三）产钳操作。

枕前位（以正枕前位为例）以右手四指放入阴道左后侧（按产妇方向），左手持左叶柄部，顺阴道壁将左叶从左后

方插入右手指与儿头之间，逐渐滑向左侧（图17—26①），待产钳置于儿头左侧耳前方后退出右手（注意产钳与儿头之间不可夹入宫颈、脐带等组织）。由助手扶住产钳，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17—26②）。产钳放入阴道后，如放的合



①放入左叶，注意插入方向，右手各指保护母体软组织
②右叶自后方放入，经儿面转至儿头右侧

图17—26　正枕前位放入产钳的方法

适，则两叶钳柄很易交合。若胎头位置不正，则不易交合，须取出产钳，重新检查和放置，不可勉强交合，以免引起产妇及胎儿的损伤。两叶扣合好后先试牵引，牵引前再次检查钳匙内有无软产道组织被夹，产钳放置的是否正确，如放置正确则可开始试牵。术者右手握钳柄，左手食指伸直指尖抵于胎头先露部，慢慢向下牵引，当向下向外牵拉时，食指尖远离胎头，则表示滑脱须重新放置，如胎头不离指尖随产钳下降，则可牵拉(图17～27)。术者取坐位，两手握钳柄，用臂力牵引按产道轴稍下然后平向上的方向牵引(图17～28)，



图17—27 两叶交合后试行牵引儿头



图17—28 产钳的牵引方向

将胎头前额拉出即可取下产钳，先取右叶，后取左叶（图17—29）。在子宫收缩时牵引，间歇时将叶柄松开，以免胎头受压，在牵引过程中助手要很好地保护会阴。



图17—29 取下产钳

〔注意事项〕

（一）牵引时不能用力过猛，也不能东摇西晃。胎头快要牵出时，决不要使用暴力，助手须密切配合，保护会阴，以防发生严重的会阴撕裂。

（二）牵引时需有间歇性，无宫缩时将产钳栓松开，以免儿头受压时间过长。

（三）随时注意胎心。

胎头吸引助产术

〔适应症及条件〕同产钳术

〔操作步骤〕

（一）产妇取膀胱截石位，消毒外阴铺消毒巾、导尿。

（二）放置胎头吸引器（图17～30），头先露较高时用

牛角形的，较低者用直形的。吸引器外端涂些滑润剂，在术者右手的指引下旋转滑入阴道，使胎头吸引器紧贴胎头，检查放的是否合适，有无漏气（图17—31）。



图17—30　胎头吸引器



图17—31　放置胎头吸引器

（三）用50毫升注射器连接吸引器的橡皮管，抽出空气150—200毫升左右，使吸引器内形成真空，用血管钳夹紧橡皮管，取下注射器（图17—32）。

（四）牵引：等子宫收缩时，将吸引器缓慢地向下向外牵引，用力不要过猛以免滑脱，要按胎头回转的方向而回转吸引器（图17—33），直到胎头双顶间径娩出后，放开橡皮



图17—32　用注射器将胎头吸引器抽成真空



图17—33　牵引胎头吸引器

管上的钳子，使恢复正压后取下胎头吸引器，按正常分娩过程将胎儿娩出。

〔注意事项〕全部助产过程不超过20分钟，时间过长对胎儿不利，牵引时要掌握用力适当，防止滑脱，滑脱次数越多，越容易造成胎头损伤。胎头吸引助产的胎儿产瘤较大，但24小时后即可消失，若不消失则可能为血肿形成，此种血肿经过较长时间才逐渐消失，应予保护不要擦破，不必热敷、按摩或抽吸。

外倒转术

外倒转术是从腹部矫正胎位的一种方法，多用于妊娠30周后的臀位和横位。

条件：

（一）胎膜未破。

（二）先露部未入骨盆。

（三）无宫缩。

（四）腹壁松弛。

（五）无阴道出血者。

〔操作步骤〕孕妇仰卧，双腿弯曲，腹部放松。术者双手分别握住胎儿的头部及臀部，转动胎儿直至胎头到达耻骨上方，转动时应使胎头保持俯屈姿势（图17—34）。然后在下腹两侧放置毛巾固定胎头，并以腹带包扎。

〔注意事项〕倒转前后及倒转时注意听胎心，若胎心有改变或孕妇感腹痛时，则停止转胎位，以防胎儿循环障碍及胎盘早期剥离。

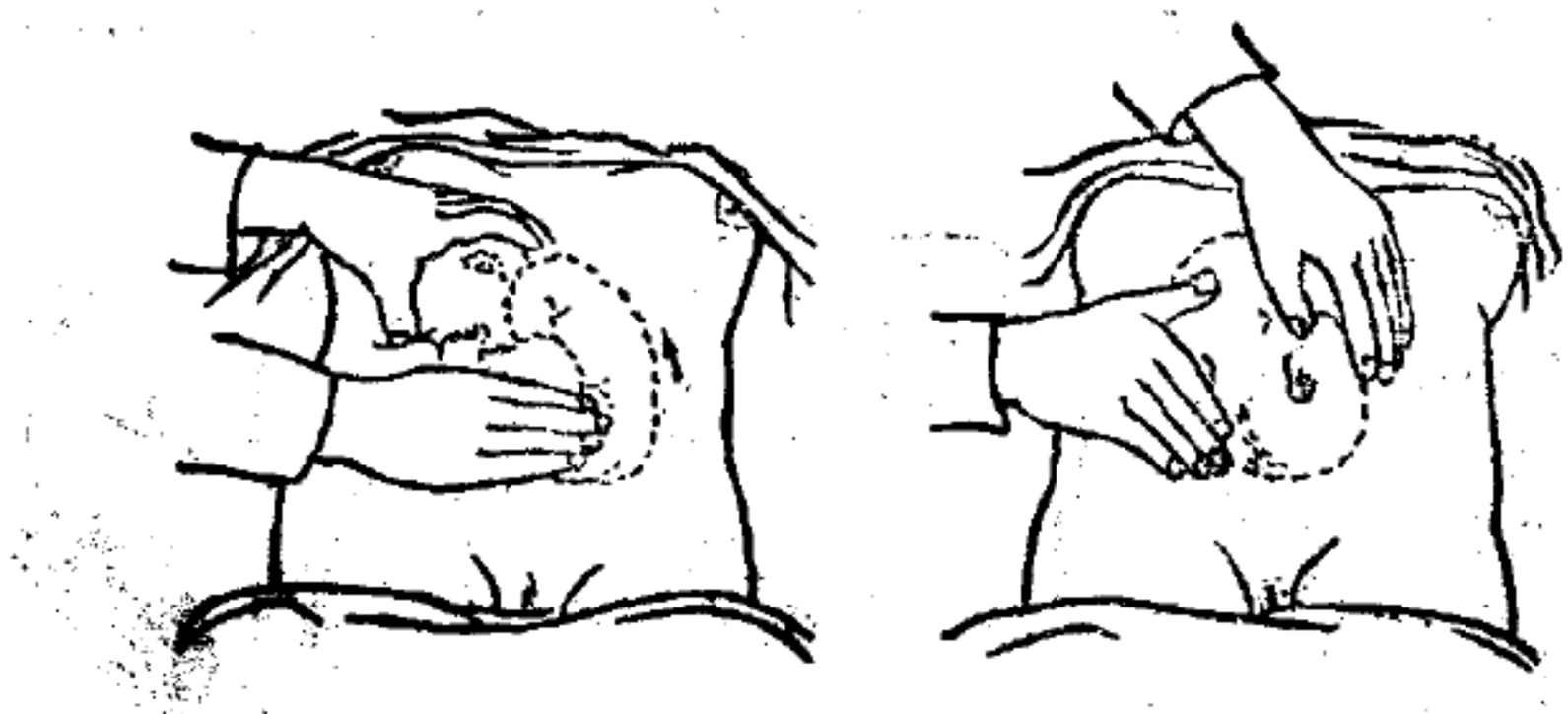


图17—34　外倒转术

内倒转术

内倒转术是用手伸进宫腔使胎儿变成臀位的一种手术。

〔适应症〕

（一）横位无条件做剖腹产者及手已掉出阴道者。

（二）脐带脱垂而头高浮者。

条件：

（一）宫口必须开全或半开大可进一手而破膜者。

（二）无头盆不称。

（三）宫腔内有一定量羊水。

（四）胎儿尚活。

〔禁忌证〕如胎膜破已久，羊水大部流尽，子宫壁裹胎儿，或产程已久，已有先兆子宫破裂，则倒转困难，且有造成子宫破裂之危险。

〔操作步骤〕消毒外阴，导尿，有条件时做乙醚麻醉。术者手伸入宫腔内摸到小足（鉴别手与足的方法主要在于辨别脚后跟），向下牵引（同时由助手于腹部将胎头推向宫底部），至胎膝露于母体阴道口时倒转即已完成（图17—35）。以后的

操作同臀牵引。操作应轻缓，以免造成子宫破裂和胎儿骨折。



伸右手入宫腔握住儿足　　将足徐徐牵引向下，同时将胎臀推向下端　　持续牵引儿足，同时将胎头推向子宫底，直到膝部露出外阴

图17—35　内倒转术

臀牵引术

臀牵引术为臀先露不能自然分娩时，或内倒转术后牵引出胎儿的手术，待胎儿自行娩至脐部再助产者为部分臀牵引术（图17—36）。



接产者用双手支撑臀部　接产者双手向母体会阴方向移动　旋转儿背于一侧

图17—36　部分臀牵引术

〔适应症〕

（一）胎儿窘迫。

（二）脐带脱垂。

（三）产妇不能用力。

（四）内倒转术后急需娩出胎儿者。

条件：

（一）宫口必须开全。

（二）无头盆不称。

（三）胎膜已破。

〔操作步骤〕初产妇应作会阴阻滞麻醉及会阴侧切术。

（一）下肢的牵出（图17—37①②③）：将手伸入阴道或宫腔，摸得胎儿双足或一足向下牵引直至臀部露于会阴口。如为单臀位（胎儿双腿在股部屈曲，双膝直伸）则以手钩住腹股沟，将臀向下牵引至会阴部。

（二）肩与手的娩出（图17～37④⑤）：臀娩出后拇指在上，双手紧握胎儿骶部，向下牵引胎体，直至二肩胛骨下缘露于会阴部（此时用消毒巾裹住胎体以免太滑，并注意勿挤压胎儿腹壁，以免损伤脏器），然后转动胎儿成侧位，以手顺胎儿胸前将上肢及前肩娩出，再抬胎身向上，将下肩娩出。

（三）头的娩出：双手娩出后，将胎儿转成枕前位，并将胎儿骑在术者左手臂上，左手食指放入胎儿口内，右手食指与中指跨胎儿颈部至锁骨下（注意勿抠锁骨凹处，以免压迫臂丛神经，造成上肢麻痹），向下牵引（助手在腹部压迫儿头），至枕部露于耻骨下时则缓缓上抬，使胎儿下颏嘴、儿头全部娩出（图17～37⑥）。

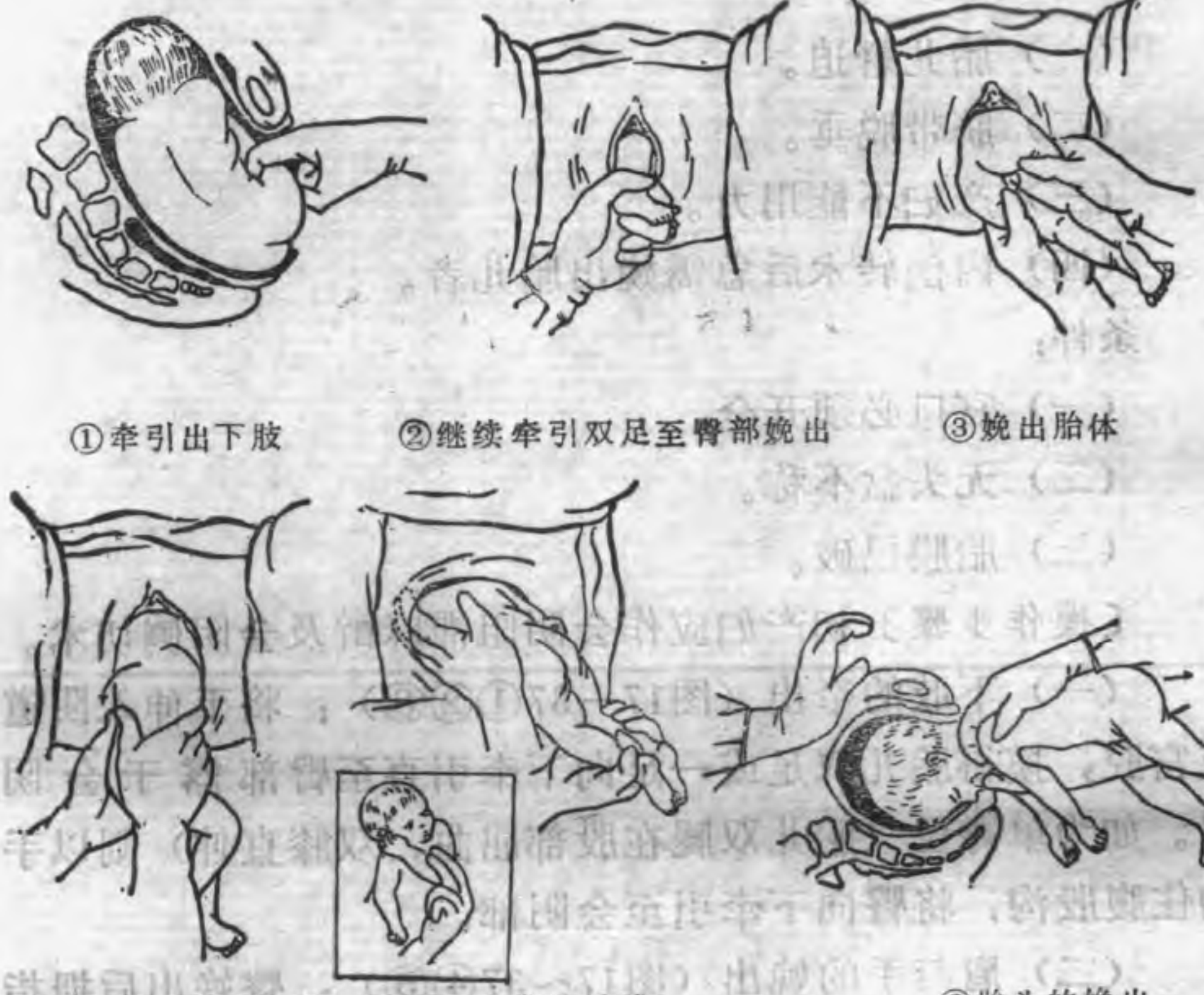


图17—37 臀位牵引

穿颅术

穿颅术是毁胎术的一种，主要是缩小胎头的容积，使胎儿自产道分娩。

〔适应症〕

（一）胎儿近足月死于宫内，而宫口开不全或分娩可能损伤会阴者。

（二）脑积水。

（三）臀位后出头困难，胎儿已死者。

条件：

（一）宫口须至少开至6～7厘米。

（二）胎头已达阴道，如胎儿为脑积水，胎头须能压至骨盆腔入口处。

（三）胎膜已破，否则人工破膜。

〔操作步骤〕

（一）同产钳术操作步骤（一）。

（二）检查儿头位置，找到大囟门。

（三）用刀开开该处头皮（图17～38①）。

（四）右手持穿颅器，左手做引导，将穿颅器徐徐放入阴道，穿入大囟门或小囟门内（图17—38②），打开穿颅器，破坏；排出脑组织（图17—38③）。

（五）将碎颅钳中叶放入囟门内，把外叶放在儿头两侧，拧紧后面柄上的螺丝（图17—38④）。



图17—38 穿颅术

（六）牵引儿头如产钳术，注意保护会阴。

（七）术后检查宫颈有无裂伤。

（八）脑积水胎儿在缺乏穿颅器情况下，可以用人工流产吸引管刺入囟门或枕骨大孔抽吸脑脊液或脑组织，缩小胎头容积。

手法剥离胎盘术

〔适应症〕

（一）胎儿娩出后胎盘剥离不全或粘连引起大出血时。

（二）第三产程达一小时胎盘仍不能娩出时。

〔操作步骤〕

（一）外阴重新消毒，导尿、手术者重新更换手套。

（二）右手牵引脐带作指引，左手通过子宫颈入宫腔，沿脐带触到胎盘边缘，用手指自宫壁上慢慢将胎盘自子宫壁剥离，同时用右手在腹部压子宫底，两手互相配合（图17—39）。待胎盘全部剥离后，将胎盘完整取出。



图17—39 手法剥离胎盘术

（三）胎盘取出后立即检查是否完整，必要时应再入宫腔取出残留的胎盘或胎膜。及时注射宫缩药并使用抗菌素。

〔注意事项〕

（一）如遇粘连牢固不能剥离的胎盘，则应行子宫摘除术，切勿强行剥离，以免损伤子宫而引起更严重的出血。

（二）如剥离后阴道出血不止，可先用消毒纱布条填塞子宫腔止血（必须塞紧），立即准备做子宫摘除术。

前庭大腺囊肿开窗术

〔适应症〕前庭大腺急慢性炎症。

〔操作步骤〕

（一）用0.5～1%普鲁卡因在囊腔或脓腔四周作浸润麻醉。

（二）在囊腔（或脓腔）部位阴道粘膜与皮肤交界处作纵切口，切口须与囊肿等长（图17—40①），将前庭大腺的囊壁和表皮分离，游离约0.5厘米（图17—40②）。

（三）切开囊壁，用生理盐水冲洗囊腔，将脓洗净（图17—40③）。

（四）将游离的前庭大腺囊壁，用铬肠线间断缝于同侧皮肤、粘膜切口边缘稍靠外（图17—40④）。如无铬肠线，可用丝线代替，但4日后应拆线。

前庭大腺开窗术用于脓肿患者，效果较好，无须用抗菌素。如囊腔内组织已坏死，囊壁层次不清楚，可只作切开引流，充填凡士林纱布。

〔注意事项〕如前庭大腺肿大，切开后为实性肿物时，须将肿物切除，有条件时送病理检查除外恶性肿物。

无孔处女膜切开术

无孔处女膜或称处女膜闭锁，主要系指胚胎期的发育异常，偶尔亦可因后天炎症粘连所致。青春期后，常出现周期性下腹疼痛，日久积血增多，可造成阴道、子宫甚至输卵管

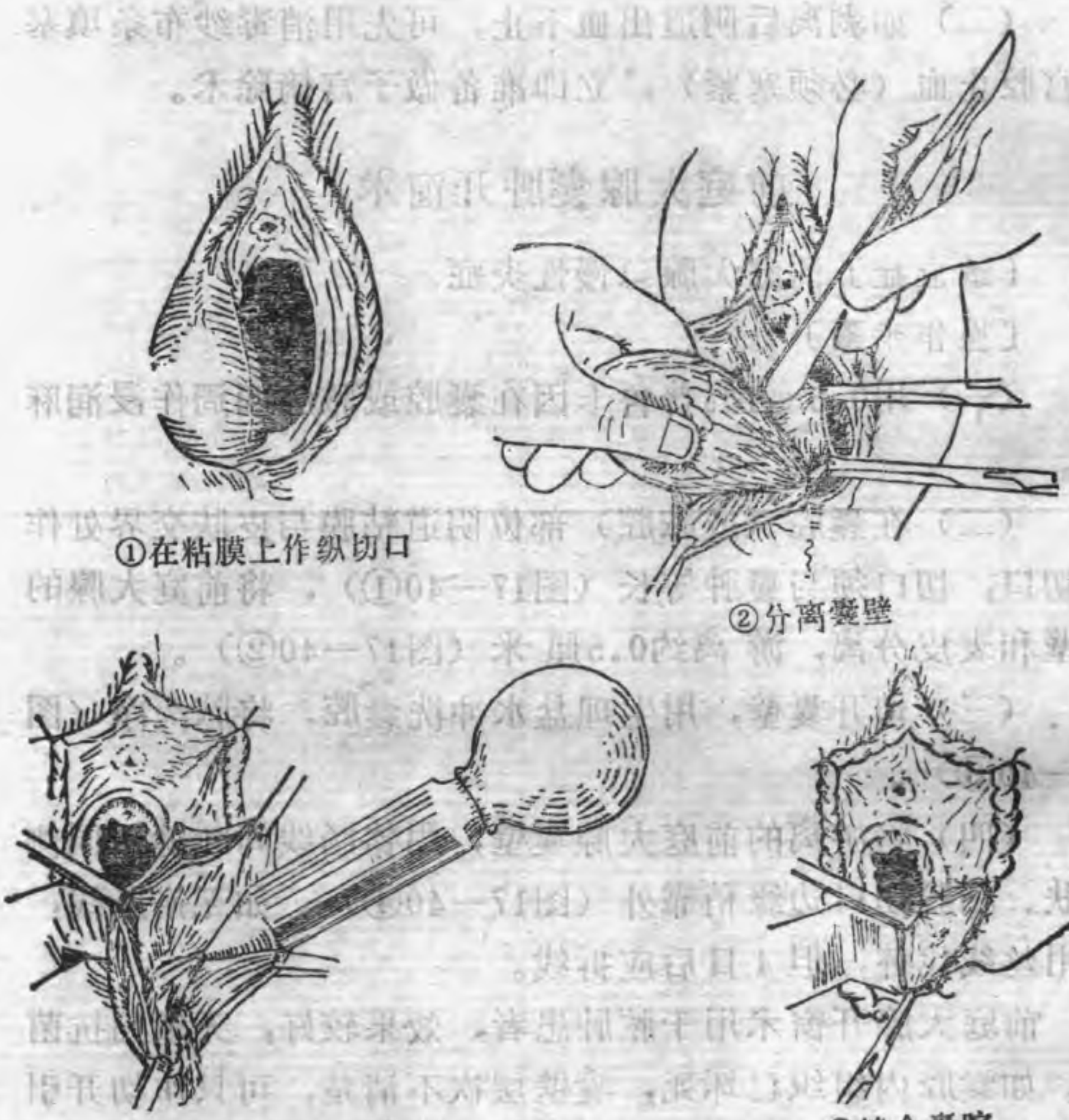


图17—40　前庭大腺囊肿开窗术

血肿及盆腔血肿，检查时，可见阴道口部位显著向外膨隆，呈紫蓝色，应及时作处女膜切开术。

〔手术步骤〕麻醉：局麻。

（一）切口于阴道口突出部作“+”字形或“×”形切口，近达处女膜环（图17—41①），处女膜切开后流出潴留

的暗黑而粘稠的月经血。对有子宫或输卵管经血潴留者，任其术后逐渐外流，术时不得揉捏下腹部或压迫子宫，也不可行妇科双合诊操作，否则，可造成经血倒流至盆腔，甚至输卵管破裂。一般于术后一个月复查，子宫、输卵管血肿多消失，如盆腔有血肿时，可服中药，必要时作剖腹探查。

（二）修剪处女膜切缘，形成圆形阴道口（图17—41②）。

（三）用0/2号肠线间断缝合切口边缘，如局部无出血，亦可不处理（图17—41③）。



①“×”形切口，近达处女膜环　②修剪处女膜切缘，形成圆形阴道口　③用0/2号肠线间断缝合切口边缘

图17—41　无孔处女膜切开术

（四）个别病例，闭锁部位较高，而且隔膜的组织较厚，可用金属导尿管插入尿道、膀胱，以食指伸入肛门作标志，引导切割闭锁处，以避免损伤尿道、膀胱及直肠。

〔术后处理〕

（一）手术后即可坐起或下床活动，利于经血流出。

（二）注意外阴清洁，但不宜坐浴或阴道灌洗。

（三）对无孔处女膜或一薄层组织闭锁患者，术后不需放置阴道模型。

阴道后穹窿穿刺术

〔适应症〕怀疑子宫外孕，盆腔内是否有血肿形成，或骨盆腔炎症，盆腔内有无脓肿形成时，均可进行阴道后穹窿穿刺术，以确定疹断并及时给予适当的处理。

〔方法〕：患者取膀胱截石位。外阴消毒后，用阴道窥器扩大阴道，然后用70%酒精将宫颈和阴道消毒，充分暴露阴道后穹窿，该处再用2%碘酊消毒。以子宫颈钳夹住宫颈后唇，将附有10毫升注射器的10—12厘米长的针头，沿子宫颈后唇中线，刺入子宫直肠凹陷（图17—42）（约2—3厘米深即可），然后用注射器向外抽吸。当针头通过阴道时，不可触及阴道壁或子宫颈。



图17—42 阴道后穹窿穿刺术

〔注意事项〕穿刺时不应向后或刺入过深，以免误刺入直肠内。

阴道灌洗法

〔目的〕

（一）治疗生殖器炎症。

（二）清洁阴道，为妇科手术前作准备。

〔方法〕

（一）准备灌洗筒，连接橡皮管和灌洗嘴（橡皮管上附开关夹），用煮沸法消毒。

（二）灌洗筒内装以温热的药液，常用1/2000—1/5000高锰酸钾或0.5—1%的醋酸1000毫升。

（三）病人仰卧屈膝，臀下垫以油布或治疗巾，并放置便盆。

（四）灌洗筒挂于架上，筒底离床60厘米高。检查灌洗嘴有无破裂，扭松开关夹。排出管内空气并放出冷溶液。再将筒内液体滴于手背试液体温度以不烫手背为度（42℃）即可使用。并关好开关夹。

（五）将灌洗嘴轻轻插入阴道内，扭松开关进行灌洗，同时将灌洗嘴左右徐徐转动，使液体灌洗到阴道穹窿部。

（六）药液流完，抽出灌洗嘴，移去各物，擦干臀部。

〔注意事项〕经期、孕期和产后禁止灌洗阴道。

手术引产

（一）剥离胎膜：适用于过期妊娠，子宫颈已成熟，常与药物引产配合使用。

方法：术前排尿，取膀胱截石位，常规消毒外阴、阴道、铺无菌巾。手术者以右手示指或示、中二指伸入宫颈管，缓缓扩张宫颈，然后沿子宫下段四周将胎膜自宫壁分离1～2周，以刺激宫颈及下段，反射性引起子宫收缩。剥离的深度在5厘米以上效果较好，但须防止穿破胎膜。有产前出血史及胎位异常的孕妇，不用剥膜引产。

（二）人工破膜：简便有效，多用于羊水过多，胎盘早

剥或部分性前置胎盘。

方法：准备与剥膜同。先行剥膜（前置胎盘例外），然后用有齿钳在手指引导下，将钳尖置于胎包表面，再刺破胎膜。若为羊水过多者，应用长针头高位破膜。使羊水缓慢流出，以防腹压骤减引起胎盘早剥。破膜后，应立即听胎心，如有改变；注意脐带脱垂。一般破膜后数小时，可自然发生宫缩，如破膜12小时仍无宫缩时，应给抗菌药物预防感染。

破膜后，若同时用催产素静脉滴注，效果更佳。

子宫颈防癌涂片检查

子宫颈防癌涂片检查，是防癌普查中，以早期发现宫颈癌的一个好方法，既方便又准确，对病人无害。

方法：

（一）用阴道窥器暴露宫颈，用纱布擦去宫颈粘液。

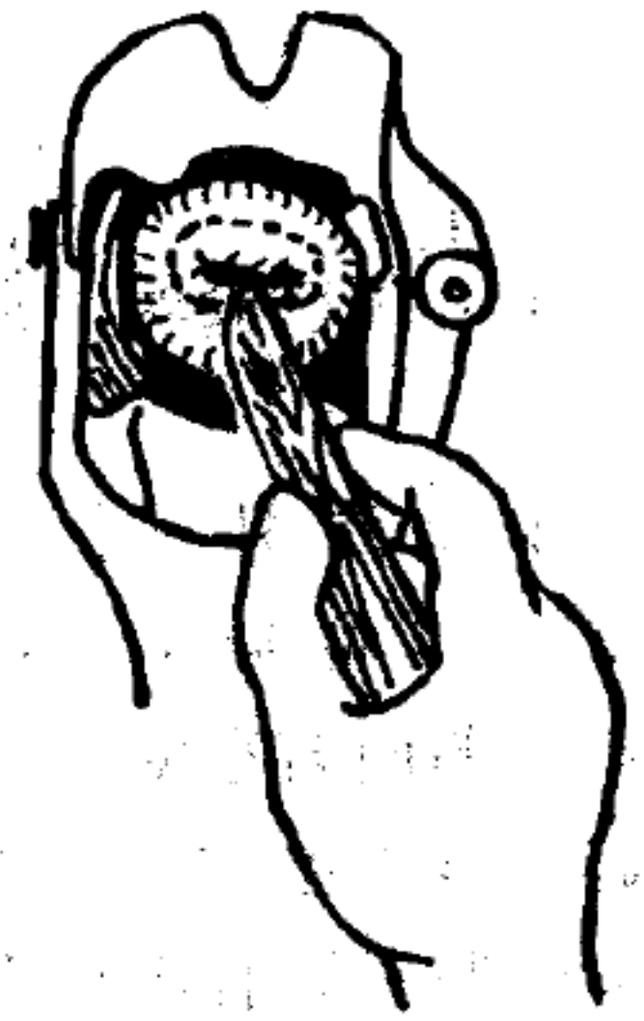


图17—43 宫颈涂片刮取法

（二）用刮片沿宫颈外口搜刮一圈（图17—43），不可用力过猛以免出血。

（三）将刮取物涂在干玻璃片上，涂抹要求向一个方向，不可往返乱涂，要均匀而薄。

（四）玻片上要写明病人姓名与号码，并核对无错。

（五）玻片经等量的95%酒精及乙醚混合液固定，至少10分钟。待自然干燥后，每片玻片间以火柴梗间隔开，整迭。但第1片与最后

一片的涂抹面要向内，以免磨坏。包扎后送病理检查。

子宫颈活组织采取法

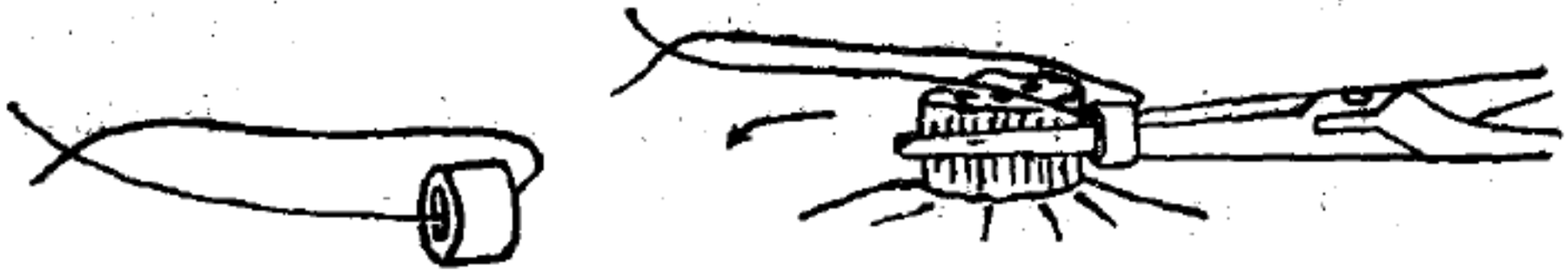
先用阴道窥器张开阴道，并用棉签拭净子宫颈，然后用子宫颈活组织钳在怀疑的部位夹取组织一小块，置于10%福尔马林溶液中，送病理检查。如创口有流血，可用带有粗棉线的纱布、棉球(阴道塞)塞入阴道内，紧贴宫颈，于次日取出。

气门芯扎脐带法

气门芯（自行车气门胶管）结扎脐带，其优点是方法简便、安全，脐带干枯快，脱落早，可减少脐带感染机会。

（一）材料：将自行车气门芯胶管（内径 1.5 毫米，外径 3 毫米）剪成 2～3 毫米长节段；粗丝线一根（长约15厘米），穿入气门胶管节段中，丝线一端打结（图17～44①），浸泡于75%酒精中备用。

（二）结扎方法：新生儿娩出后，依常规将脐血挤向儿侧，用血管钳在距新生儿腹面 6 厘米处夹住脐带，再将备好之气门芯套于另一血管钳上，夹住脐根部，于此血管钳上 5 毫米处断脐，断端涂 2 %碘酒，提起粗丝线，将气门芯拉长，滑过血管钳尖端，套于脐带根部（图17～44②），抽去丝线，松开血管钳，包扎好脐部。



①用丝线穿入气门芯　　②扎脐带（箭头示牵拉气门芯方向）

图17—44　气门芯结扎脐带法

第五节 眼科诊疗技术

倒睫手术

（一）电解法：目的是破坏睫毛囊，使睫毛脱落后不再生长。

〔适应症〕适用于少数和分散的倒睫。如倒睫太多或密集一处，则不宜用此法，因可造成部分睫毛秃或睑缘缺损。

〔操作步骤〕

1.以75%酒精消毒倒睫附近的皮肤，在倒睫部睑缘皮下注射2%普鲁卡因0.5毫升。



图17—45 简易电解器及电解法

2.将阳极金属板包以盐水纱布，贴于患侧颊部皮肤上，将阴极拔睫毛针沿倒睫根部刺入毛囊深部。通电后，即有细小泡沫由睫毛根部冒出，通电20～30秒后即拔出，如毛囊已破坏，以镊子轻拔睫毛即可脱落。如毛囊未破坏，则不易拔出，应再电解一次，把针深深刺入毛囊，将其彻底破坏。否则，仍有复生的可能〔图17—45〕

附：简易电解器装置法：将三个手电用干电池串联，阳极接电线与金属板相连，阴极接电线与一细针相连（用一根5分长针灸针最适合）。

（二）缝线法：

〔适应症〕适用于下睑内翻。

〔操作步骤〕

1.于结膜囊内滴0.5％地卡因2～3次。以肥皂水擦洗眼睑皮肤，上至眉部，下至颊部，用生理盐水冲洗结膜囊及眼睑。擦干皮肤后，涂以2％红汞或75％酒精（注意切勿流入结膜囊内）。

2.于皮下及下穹窿分别注射2％普鲁卡因约1毫升。

3.共作三对褥线：一对正中，一对在中央与内眦之间，一对在中央与外眦之间。每对褥线的缝法是：用一根线，其两端各穿一缝针，此两针均由下穹窿穿入，于近睑缘处皮肤穿出，两针间距离约3毫米。于皮肤面对褥线间垫以小棉卷，结扎缝线（图17—46）。缝线松紧可使矫正程度不同，越紧矫正越多，至内翻稍过矫正为度。

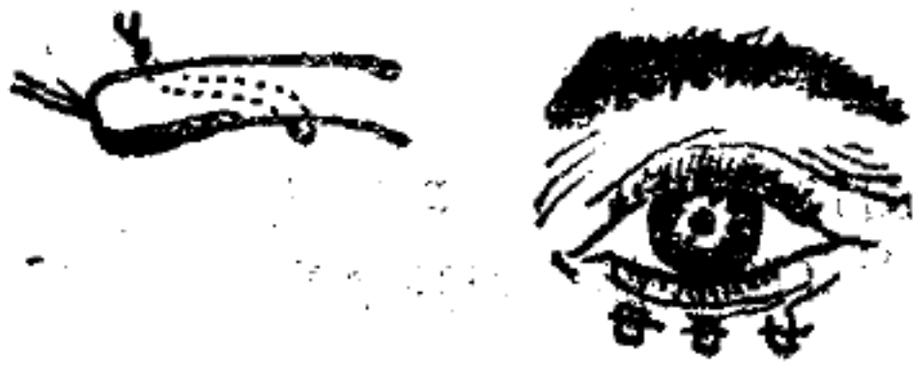


图17—46　睑内翻矫正术（缝线法）

4.结膜囊内涂消炎药膏，盖眼罩，隔日换药一次，7天拆线。

（三）睑板部分切除法：

〔适应症〕较重的睑内翻，特别是睑板肥厚变形者。

〔操作步骤〕

1.消毒同缝线法。

2.于结膜囊内滴0.5％地卡因2～3次。在上睑缘皮下注射2％普鲁卡因1.5～2毫升，注射针由外眦部刺入，沿上睑缘前进至内眦部。

3.将牛角板或金属板的一端插入上穹隆部；另一端轻轻向下压，即可将上睑撑起，以减少出血并保护眼球。

4.在睑缘上2毫米处作与睑缘平行等长的切口，切透皮肤和眼轮匝肌。

5.把眼轮匝肌和下面的睑板剥离，上至睑板上缘，下至睑缘。用剪刀把切口下的窄条眼轮匝肌剪掉。

6.用外科小圆刀把肥厚的睑板削薄，并沿皮肤切口处切去一条睑板组织，使成楔状沟，注意勿将睑板穿通。

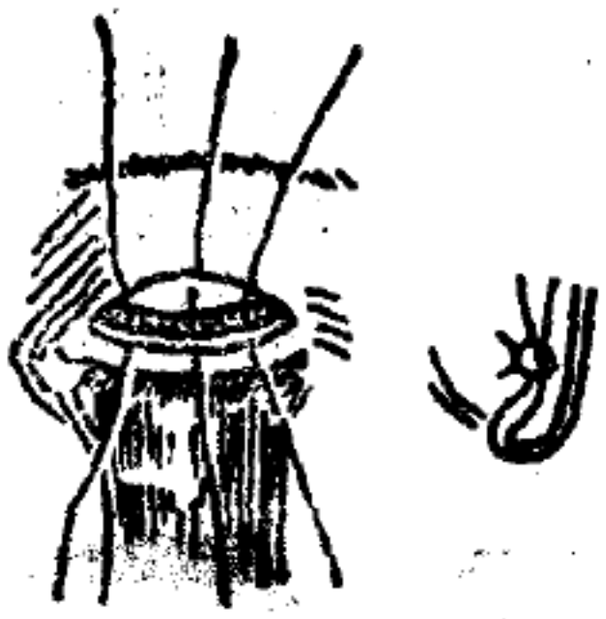


图17—47 睑内翻矫正术（睑板部分切除法）

7.作三根固定缝线：一在中央，一在中央与内眦之间，一在中央与外眦之间。固定缝线由皮肤切口下唇穿过楔状沟上方睑板组织，再由切口上唇相对应的皮肤穿出。待三根固定缝线都穿过后再分别结扎(图17—47)。

8.把固定缝线之间的皮肤切口对拢，直接间断缝合。

9.结膜囊内涂消炎药膏，盖眼罩，隔日换药一次，4天拆线。

翼状胬肉切除术

〔适应症〕进行性翼状胬肉。

〔操作步骤〕

（一）消毒同倒睫手术缝线法，于结膜囊内滴0.5％地卡因2～3次。

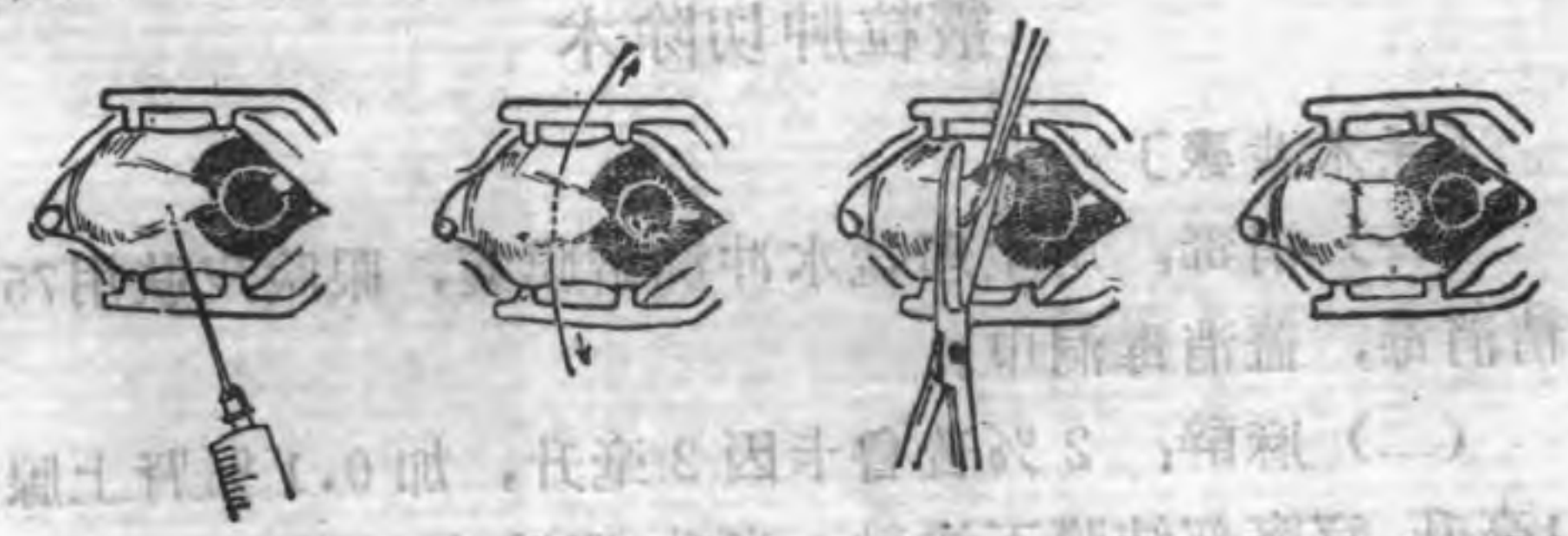
（二）用开睑器或缝线牵开眼睑。

（三）在相当于角膜缘的胬肉下注射2％普鲁卡因0.5毫升（图17—48①）。

（四）在角膜缘处胬肉下穿一条细丝线，两手牵拉丝线

与角膜面平行，向胬肉头部作拉锯状动作（图17—48②），将胬肉角膜部分割下，然后将残留胬肉组织用刀剃净。

（五）将体部胬肉组织与球结膜分离后，剪除胬肉组织及胬肉头部的球结膜（图17—48③），用细丝线将球结膜固定在角膜缘外4毫米处浅层巩膜上。暴露4毫米宽的巩膜（图17～48④）。



①在相当于角膜缘的胬肉下注射局麻药　②用细丝线分割胬肉　③剪除胬肉组织　④图示巩膜固定缝线的位置及暴露的巩膜区

图17—48　翼状胬肉切除术

（六）涂消炎眼膏，盖眼罩，每日换药，5天后拆线。

〔注意事项〕

（一）有急性结膜炎或慢性泪囊炎者禁忌手术。

（二）缝巩膜固定缝线时不要太深以免穿通巩膜。

沙眼挤压术

〔适应症〕滤泡性砂眼。

〔操作步骤〕

（一）消毒同倒睫手术。

（二）于结膜囊内滴0.5%地卡因2～3次。在上下穹

窿结膜下各注射2%普鲁卡因1～2毫升。

（三）用小尖刀将睑结膜与穹窿部的滤泡一一刺破，再用沙眼镊子或转轴镊子挤出滤泡内容。

（四）结膜囊内涂大量消炎药膏，以防止睑球结膜粘连，不必盖眼罩。

霰粒肿切除术

〔手术步骤〕

（一）消毒：用生理盐水冲洗结膜囊，眼睑皮肤用75%酒精消毒，盖消毒洞巾。

（二）麻醉：2%普鲁卡因2毫升，加0.1%肾上腺素0.1毫升，穹窿部结膜下注射1毫升，眼睑皮下注射0.5毫升。

（三）用囊肿夹挟住囊肿，翻转眼睑，暴露结膜面。无霰粒肿镊（囊肿夹）时，可用拇食指固定住肿物。在囊肿处结膜面作一垂直于睑缘之切口，用锐匙刮出囊肿内容。有厚的纤维化囊壁者，用有齿镊和眼科弯剪剥离囊膜摘除之。

第六节 拔牙术

〔适应症〕

（一）牙齿因龋齿损坏过大，无法保守治疗者。

（二）牙齿因牙周炎松动严重，丧失咀嚼功能者。

（三）多生牙、错位牙、外伤牙等。

总之，拔的是不能治疗的坏牙，如“牙痛就拔”，这是错误的，虽消除了一时的牙痛苦，却使患者永远丧失了牙齿，降低了咀嚼功能，应注意避免。

〔禁忌症〕

（一）患血液病：如血友病、白血病、恶性贫血、再生不良性贫血、坏血病、紫癜、黄疸等病人不能施行拔牙手术。

（二）急性传染病期间不应拔牙。

（三）恶性肿瘤病人的牙齿，虽松动也不能拔，以免拔除后伤口不愈合，且可能激起肿瘤扩散。

（四）高血压病人应采取降压措施后再拔牙，而且麻药中不能加肾上腺素。

（五）心绞痛，心力衰竭病人禁忌拔牙。

（六）月经期拔牙易出血，要注意，但也不是绝对禁忌。

（七）妊娠期前三个月及后三个月避免拔牙。

（八）口腔、头面部及身体其它部位有急性炎症时，禁忌拔牙。

（九）对肺结核、慢性气管炎及癫痫、癔病、精神病等患者，在处理好病人全身疾病的同时拔牙是可以的。

〔麻醉方法〕可选用局部麻醉法、针刺麻醉法及指压麻醉法。

（一）局部麻醉法：支配牙齿的感觉神经是三叉神经第二支和第三支。第二支又名上颌支，第三支又名下颌支。

上颌神经：从圆孔出颅后，经翼腭凹入上颌骨。在上颌结节处分出上齿槽神经，支配上颌磨牙区，在眶下管内分出中上及前上齿槽神经，分别支配上颌双尖牙区及切牙、尖牙区，沿鼻中隔下降，进入门齿管出门齿孔为鼻腭神经，支配 $\frac{3\ 2\ 1}{}\big|\frac{1\ 2\ 3}{}$ 区的腭侧粘膜，骨膜及牙龈；经翼腭管出腭大孔为腭前神经，支配双尖牙及磨牙区硬腭粘膜、骨膜、牙

龈。

下颌神经：从卵圆孔出颅后，向前下行进入下颌孔、下颌管由颏孔出骨，支配下颌骨、下颌牙齿、下唇、颊部皮肤；在未进入下颌孔之前分出颊神经及舌神经，分别支配磨牙区牙龈，颊侧粘膜及舌下区粘膜，下颌舌侧牙龈及舌前三分之二区。

各牙齿拔除时的麻醉法如下表

牙别			麻醉方法
上颌	3 2 1	1 2 3	唇侧：浸润麻醉　腭侧：切牙孔
	5 4	4 5	颊侧：浸润麻醉　腭侧：腭大孔
	6	6	颊侧：上颌结节注射加浸润麻醉 腭侧：腭大孔
	8 7	7 8	颊侧：上颌结节注射　腭侧：腭大孔
下颌	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5	下颌孔注射
	8 7 6	6 7 8	下颌孔注射：浸润麻醉（颊神经）

麻醉剂：常用2%盐酸普鲁卡因。每2毫升普鲁卡因中加1滴0.1%肾上腺素，可提高麻醉效果。

消毒：粘膜用2.5%碘酊消毒。针头要保持无菌，不要碰到牙面，以免把感染带到深部。

局部浸润麻醉法：是简单易行的拔牙麻醉法，在粘膜沟

刺入粘膜骨膜层。针直抵骨面，注入麻药2毫升左右即可。

传导阻滞法：将麻药注射于神经干附近，使神经传导受阻，该神经所支配区的组织即获得麻醉。

1.上颌结节麻醉（图17—49）：

〔适应症〕上颌后磨牙拔除。

〔操作方法〕使患者半张口，用口镜（或压舌板）拉颊向外上方，暴露上颌后部的龈颊沟，在倒数第二磨牙的根尖部粘膜处刺入，贴骨面向上、向后、向内的方向进针2厘米，回吸无血后，注入麻醉剂2毫升左右。

〔注意事项〕进针时针头应紧靠骨面前进，否则有刺破翼静脉丛而引起血肿的可能。发生血肿时须加压止血，局部冷敷。

2.腭大孔麻醉（图17—50）：



图17—49 上颌结节麻醉

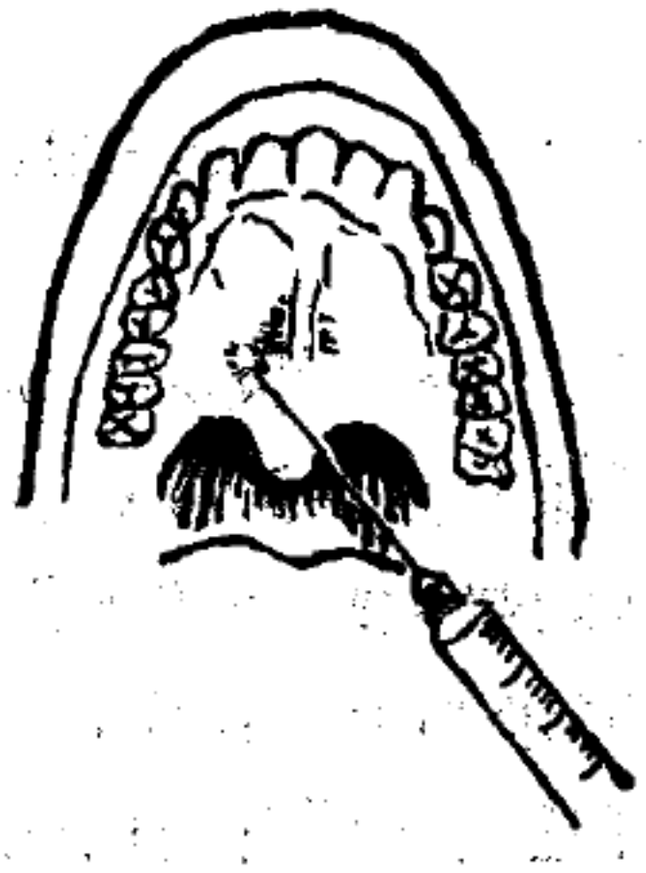


图17—50 腭大孔注射法

〔适应症〕上颌后磨牙及双尖牙的拔除。

〔操作方法〕患者大张口，在倒数第二磨牙的龈缘到腭

中缝的中点处，垂直刺入粘膜到骨面，回吸无血后注入麻醉剂0.5毫升。

注意事项：不要注药过多，针刺点不要靠后，以免恶心。

3.门齿孔麻醉（图17—51）：患者将头后仰大张口，在腭部中切牙之间，向上、向后刺入门齿孔，可深达门齿管内，然后注入麻药0.5毫升。

4.下颌传导麻醉（图17—52）：

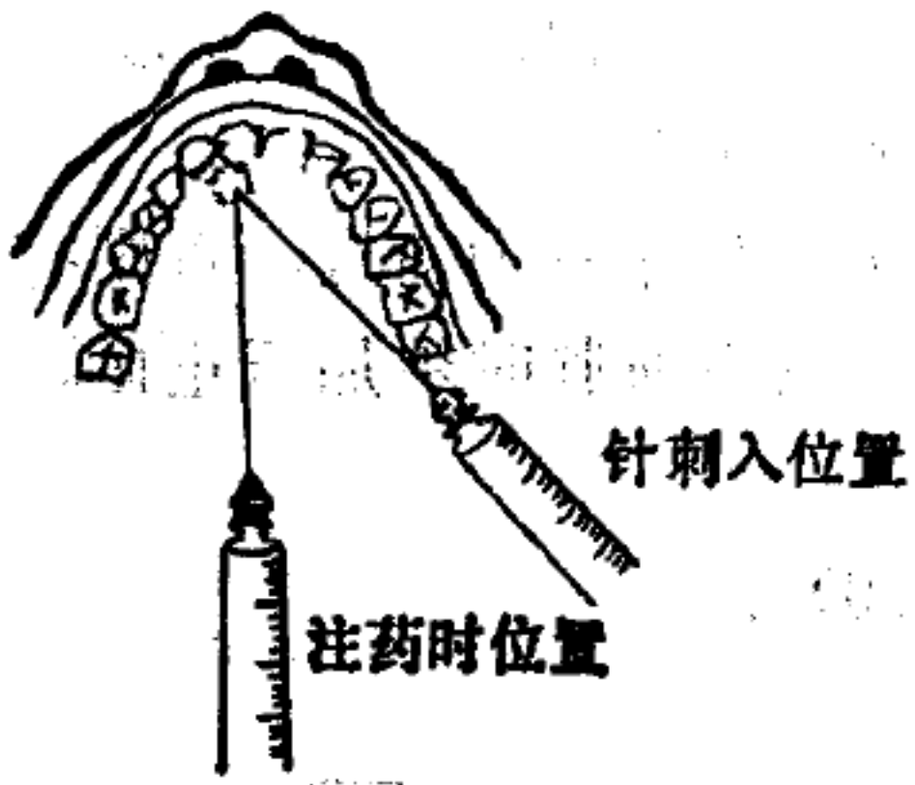


图17—51 门齿孔注射法

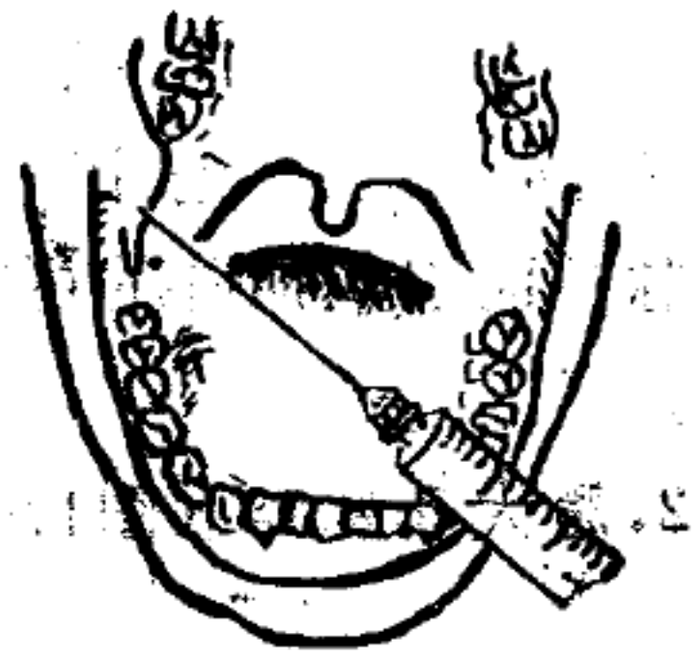


图17—52 下颌传导麻醉

〔适应症〕拔除下颌一侧牙齿。

〔操作方法〕嘱患者大张口，由对侧口角向患侧方向进针，在颊垫尖端和翼下颌韧带外侧之间刺入（或在咽前柱前方0.5厘米和上下颌中间交界的粘膜处刺入），进针1.5～2厘米可碰到下颌升枝内侧的骨面，回吸无血，即注入麻醉剂1.5—2毫升，麻醉下齿槽神经。然后退针0.5厘米，再注入0.5毫升，麻醉舌神经。一般在5分钟内出现麻醉效果，即感半侧下口唇及半侧舌尖麻木。若5分钟后无麻木感，须重复注射。

（二）针刺麻醉法：常用穴位有人中，合谷、迎香、承浆、颊车、下关、颧髎、新阳谿等。

（三）指压麻醉法：常用四白、下关、人中、颏孔、颊车、颧髎、耳垂前等点。

注："新阳谿"穴取穴方法：将手腕侧立，大拇指向上翘起，伸拇长、短肌腱即显突起，而形成三角形陷凹。此穴位于三角形的外底角，伸拇长肌腱内缘处。

第七节　气管切开术

〔适应症〕

（一）喉部的炎症、水肿、肿瘤、外伤、狭窄及双侧声带麻痹等引起的明显的喉梗阻。

（二）头外伤、颈椎骨折、中毒或昏迷等患者，气管内经常有分泌物潴留，不能排出，有引起肺部合并症的危险，而原发病又不能在很短时间内治愈者。

〔操作步骤〕

（一）病情紧急而又有条件时，可先放入麻醉用的气管内插管或气管镜。

（二）体位：一般取平卧位，肩部垫高，头后仰，充分暴露颈前气管。头保持于正中位，严防扭转。不能平卧时，也可采用半坐位，但须将肩部垫起成头仰位。常规局部消毒。

（三）麻醉：用1—2%普鲁卡因在颈部切口及气管附近做浸润麻醉。若病人已昏迷无反应，可不给麻醉。呼吸困难者忌用全身麻醉。

（四）切口：由环状软骨下缘至胸骨切迹上1厘米之间，沿中线作纵切口（图17—53①），切开皮肤、皮下组织及颈深筋膜。充分止血并向两侧牵开。

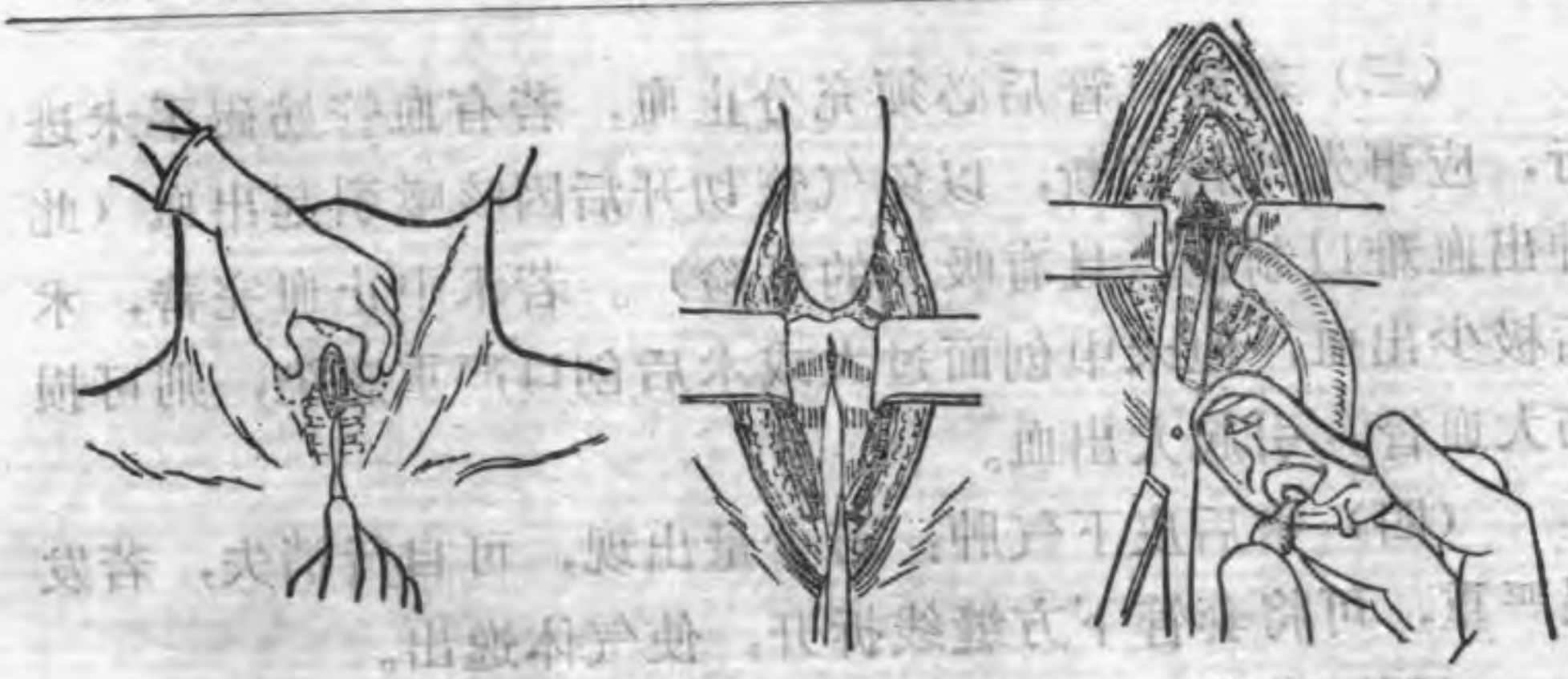
（五）暴露气管：用直剪或止血钳沿纵列胸骨舌骨肌与胸骨甲状肌的白线纵行剥离，分离牵开后即可露出甲状腺峡和气管，并用手指扪触以肯定气管的位置。为了充分暴露气管，有时须将甲状腺峡向上牵引，此时若遇胸腺，可将胸腺向下牵开。沿正中线切透气管前筋膜暴露气管。

（六）切开气管：充分暴露气管软骨环，固定后，沿气管的正前方，纵行切透气管环，儿童切开第2—3气管环，成年人切开第4—5气管环（图17～53②）。

注意防止损伤环状软骨。切开时切勿损伤气管后壁，以免造成食道气管瘘。气管切开后即用钝头镰状刀延长切口，以达到容纳气管套管的长度。切透气管环后，在切口处作气管环造瘘术（在切口双侧，各切除一小块半月形软骨，使切口处呈一圆形瘘孔）。此时，病人常咳出浓痰，可暂用止血钳扩开切口，并清除分泌物，以维持呼吸。

（七）放入气管套管：待呼吸平稳后，即可将事先选好的带芯气管套管放入切口，立即取出管芯。将套管两侧用布带缚于颈部，松紧度要适宜，并系死扣。皮肤切口若不太大，可不必缝合，若切口大，可在上端或上下两端稍加缝合，但不要过紧，以免发生皮下气肿或有碍引流。在套管和皮肤创口间放入中间半切口的纱布。最后放入套管的内管，固定之（图17—53③）。

（八）术后护理：地面洒水，使室内保持较高湿度，专人护理，及时清除分泌物，保持呼吸通畅。注意套管不可滑



①颈部正中切口　②切开气管3、4软骨环　③插入气管套管

图17—53　气管切开术

出气管，若已滑出应尽速插入。插入困难时，应用器械打开伤口插入。术后每1—2天，将内管取出洗净，然后放入固定，必要时用细橡皮导管插入套管内吸引分泌物。每日更换纱布一次，气管套管外管在术后一周内可不必更换。

（九）拔除套管：若病情已缓解，经口呼吸好转，须先试将套管完全堵塞，观察至少二昼夜，无呼吸困难时始可拔管。拔管后，清洁创口，外敷纱布，用胶布拉拢粘好，可自然愈合。

〔注意事项〕

（一）手术时机：应按当时条件和病情来考虑。若条件差，阻塞原因短期内无法去除者，宜适当提早手术；反之，若条件许可，病情可能用药物治疗后好转，则可严密观察，但不能等到发展成衰竭状态时再进行气管切开。

（二）手术过程中要使患者的头部严格保持正中位，并随时指诊气管位置。

（三）暴露气管后必须充分止血，若有血管妨碍手术进行，应事先结扎切断，以免气管切开后因咳嗽引起出血（此种出血难以制止，且有吸入的危险）。若术中止血完善，术后极少出血，但术中创面过大或术后创口严重感染，则可损伤大血管，引起大出血。

（四）术后皮下气肿：若少量出现，可自行消失，若发展严重，可将套管下方缝线拆开，使气体逸出。

（五）若套管通气不畅，应检查套管内管、外管，做气管内吸引，并注意套管是否脱出，若脱出，应即刻放回气管内。

（六）必须同时治疗全身病。

附：气管套管的选用：气管套管每套五件，计外管二件（等大），内管二件（等大），管芯一件。套管大小不一，其上刻有号数，依年龄大小选用。一般一岁以内用1号（外经5.5毫米），1—3岁用2号（6毫米），3—6岁用3号（7毫米），6—12岁用4号（8毫米），12—20岁用5号（9毫米）。

第八节　内科诊疗技术

冷　敷　法

〔目的〕

（一）冷敷可使毛细血管收缩，减慢局部血流，减轻局部血管扩张，有消肿、止痛、止血作用。

（二）冷的刺激可以减少局部淋巴和血循环，使局部组织的反应能力降低，抑制细菌的生长与活动，制止化脓。

（三）促进皮肤散热，降低体温。

〔方法〕

（一）冰袋法：冰袋内装1/2—2/3冷水或冰块，将袋内空气排尽，夹子夹紧，检查有无漏水，再放于病员患处。为了降温可放于病员头部、腋下、腹股沟。

（二）冷湿敷法：作冷敷时，将毛巾或敷布放于冷水、冰水中湿透，取出拧去多余之水，敷于病员头部、腋下等。

〔注意事项〕

（一）装冰袋时应把冰块用冷水冲洗后再装，以免冰尖刺破冰袋。注意经常更换。

（二）大片组织受伤，局部血循环不良，皮肤颜色青紫不能冷敷，以防组织坏死。

热 敷 法

〔目的〕

（一）湿热可使局部血液循环增加，血管扩张，肌肉松弛，增加组织营养及白血细胞的吞噬功能，因此有消炎、止痛、消肿作用。

（二）湿热可以降低感觉神经末梢的兴奋性，解除肌肉痉挛，促进炎症组织化脓。

（三）小儿、年老、病重、血液循环不良或病员体温不升者，可作热敷保暖。

〔方法〕

（一）热水袋法：水温一般在60—70℃之间，装热水袋时水盛一半即可，排出气体，拧紧塞子，检查无漏水即可使用。如无热水袋，可用军用水壶代替，或炒沙、炒糠，装入布袋或用砖烤热等方法代替。

（二）普通湿热敷法：将敷布或毛巾放入沸水中浸透取出，拧去多余之水，抖开稍散热放于局部皮肤，3—5分钟换一次，每次敷10—20分钟。

（三）早期感染伤口湿热敷，方法同上，但要按无菌操作进行。

〔注意事项〕

（一）老年、小儿、瘫痪病员、昏迷病员，温度一般不超过50℃并加套，以防烫伤。

（二）未明确诊断的急性腹痛，禁用热敷，以免掩盖症状，影响诊断，延误治疗，造成不良后果。

腰椎穿刺术

〔目的〕

（一）抽取脑脊液作检查，测定脑脊液压力。进行颅内、脊椎腔内的各种造影，帮助诊断。

（二）脊椎腔内注射药物，进行治疗。

（三）手术时用于麻醉。

〔用品〕

腰椎穿刺包：无菌手套、1%普鲁卡因液，无菌试管数个，胶布。

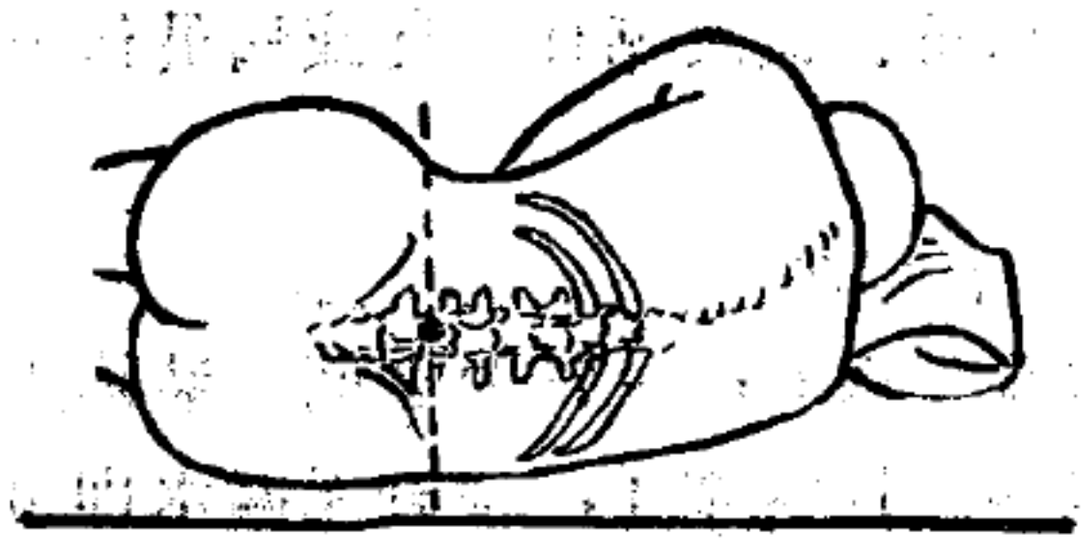


图17—54 腰椎穿刺体位与穿刺点

〔方法〕

（一）病员取侧卧位（图17—54）：病员侧卧于床板上，背临床缘，头向前弯，双膝屈向腹部，双手抱膝，使

背部成弓形弯曲，脊椎间隙扩大，以便穿刺。

（二）穿刺的部位。穿刺部位通常选择第三、四腰椎间隙。一般，两髂嵴最高点的水平线与脊椎交点地方即相当于此处。婴儿通常选择在第四腰椎间隙。因为婴儿的脊髓尾端偏低。

〔操作步骤〕

（一）操作者洗手，戴无菌手套。

（二）消毒局部皮肤，盖洞巾，用1％普鲁卡因进行局麻，深达韧带。

（三）手持腰椎穿刺针，使针尖斜面向上，针与病员背部表面保持垂直，对准棘突间隙的中线，缓慢刺入，刺至皮下、肌肉层时，可将穿刺针稍斜向头方，继续刺入，当阻力突然减小时，抽出针芯，如有脑脊液流出，则表示已进入蛛网膜下腔。

（四）如作诊断性穿刺，则放出6毫升脑脊液分别留于二个无菌试管中送检。

如为测压，则将测压管连接穿刺针测量之。必要时，可作颈静脉压迫试验（其常用方法是：助手分别压迫病员的双侧颈静脉4秒钟，观察测压管中的脑脊液水平面是否上升，解除压迫后是否下降，同时，还须观察其升降的速度）以观察脊椎腔内有无梗阻。

如为注入药物，则应放出同量的脑脊液后，再将药物注入，如注入的药物为粉剂，则应用脑脊液溶解后注入。

（五）将针芯插入，一同拔出穿刺针，用碘酒消毒穿刺孔，盖以纱布，用胶布固定。让病员去枕平卧4—6小时。但穿刺后如出现头痛、呕吐等症状时，尚须待反应消失后，方

可下床活动。

〔注意事项〕

（一）脑瘤、脑出血病员，一般不宜作此穿刺。颅内压增高的病员，如作此穿刺，应极为谨慎。

（二）拔出穿刺针芯时，如无脑脊液流出，可将针头移动一下或再深刺一些。此时，仍无脑脊液流出，则应另行穿刺。

（三）脊椎腔内注入药物，易发生严重反应，注入药物后，必须认真观察病情变化

（四）穿刺前必须注意病员的姿势准备，穿刺中应注意脉搏、呼吸有无变化，并严格执行无菌操作。

胸腔穿刺术

〔目的〕

（一）抽出胸腔积液检验，以助诊断。

（二）抽出积液、气体，以减轻胸腔脏器的受压症状。

（三）注入药物，进行治疗。

〔用品〕

胸腔穿刺包，无菌手套，1%普鲁卡因液，无菌试管数个，存积液容器、急救药品，胶布。

〔方法〕

（一）病员取坐位或半卧位（图17—55、56）。

（二）穿刺部位：排液时，应根据患侧胸部叩诊之浊音区，或X线所示之液平面而定。一般选择在腋中线第五或第六肋间，也可选择在肩胛线第七或第八肋间。排气时，则应选择在锁骨中线第二肋间。



图17—55　胸膜腔穿刺时取坐位

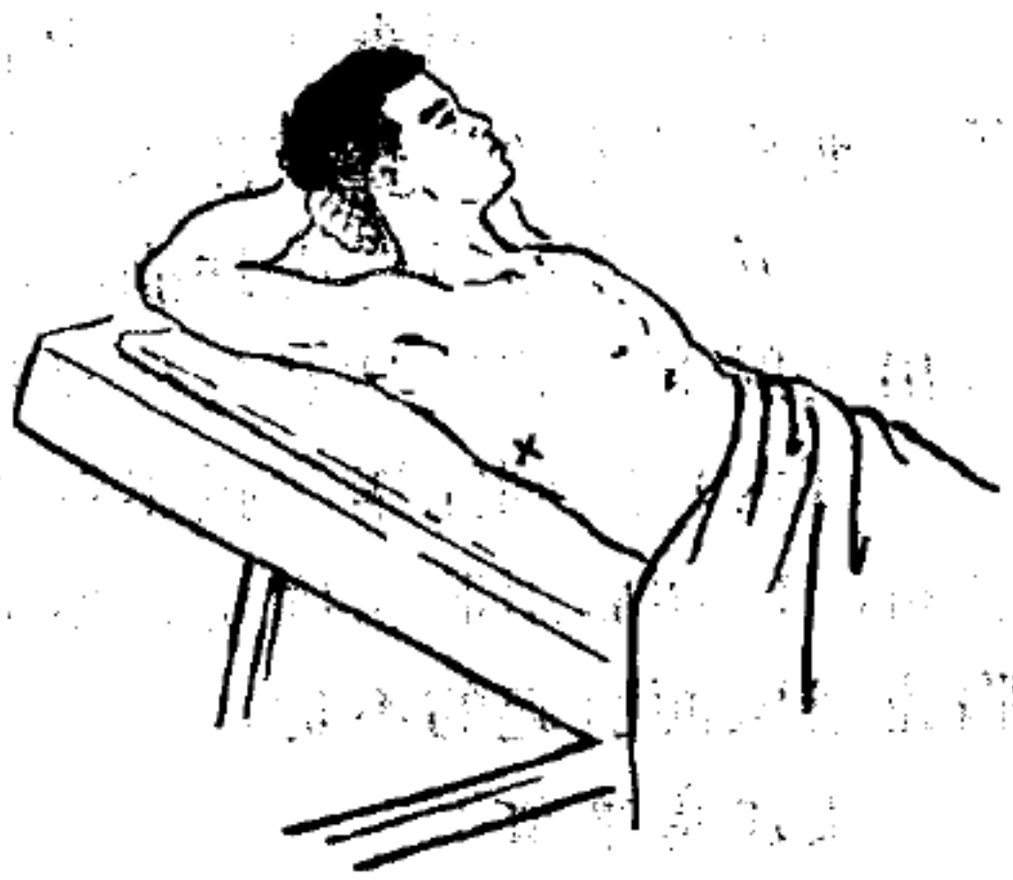


图17—56　胸膜腔穿刺时取半卧位

〔操作步骤〕

（一）操作者洗手戴手套后，检查穿刺针及所连接之橡皮管是否通畅，不可漏气。

（二）消毒局部皮肤，盖以洞巾，用1%普鲁卡因液进行局麻，深达胸膜（刺到胸膜时，病员有痛感）。

（三）穿刺前先用钳子将皮管夹紧（图17—57），以免穿刺时空气进入胸膜腔内，然后持穿刺针沿着下位肋骨之上缘（以防损伤肋间血管及神经），于穿刺点上缓慢刺入，当突然有一空虚感时，即表示已进入胸膜腔。此时，助手用钳子固定针头。

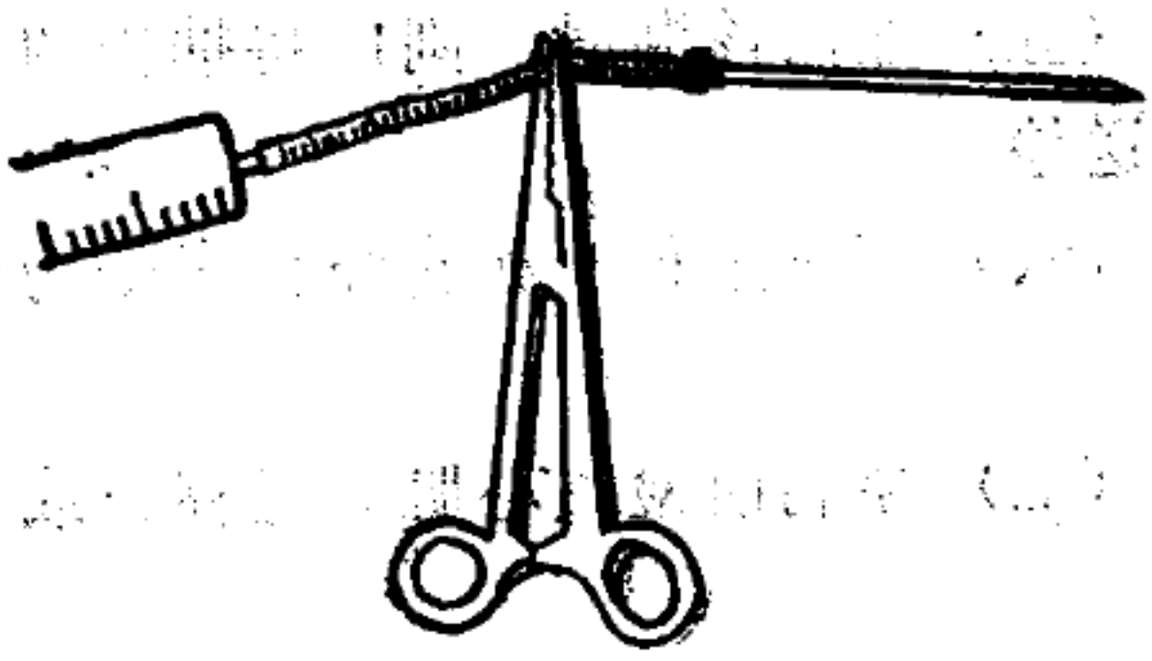


图17—57　胸膜腔穿刺针

（四）将注射器接于橡皮管上，助手打开橡皮管上的钳子，抽出液体及气体或注入药物。

（五）当注射器内抽满积液或气体时，须夹紧橡皮管，拔出注射器，将液体及气体排尽，然后，再重复抽吸。

（六）穿刺完毕，拔出针头，用碘酒消毒穿刺孔，盖以纱布，轻揉后用胶布固定。术后嘱病员卧于穿刺侧，防止因胸腔减压而引起的不适。

〔注意事项〕

（一）有咳嗽之病员，可在穿刺前半小时服药物镇静、止咳。

（二）抽液速度不可过快，量不宜过多，避免因胸腔内压力突然减低，引起纵隔摆动。

（三）穿刺不可过深，以免伤及肺组织。

（四）穿刺中，伤员如剧烈咳嗽，感觉剧痛或出现休克症状时，应立即拔出针头，停止操作，并扶病员平卧，根据病情酌情处理。

（五）如需诊断时，则应将抽出的少许液体留于无菌试管中送检。

（六）穿刺过程中如胸腔积液变为血色，立即停止抽液。

（七）穿刺前检查心脏有无移位或右位心，以免针刺入心脏。

腹腔穿刺术

〔目的〕

（一）抽出液体，以助诊断。

（二）排出积液，以减轻腹腔内的压力。

（三）注入药物，进行治疗。

〔用品〕

腹腔穿刺包，无菌手套，1%普鲁卡因液，多头带一条，水桶一只，无菌试管数个，胶布，急救药品如肾上腺素及咖啡因等。

〔方法〕

（一）病人取坐位或半卧位，必要时也可取平卧位（图17—58）。

（二）穿刺部位。（图17—59）：通常选择在脐与左侧髂前上棘联线的外1/3与中1/3的交点处，也可选择与耻骨联合联线的中点，左右旁开1—1.5厘米。

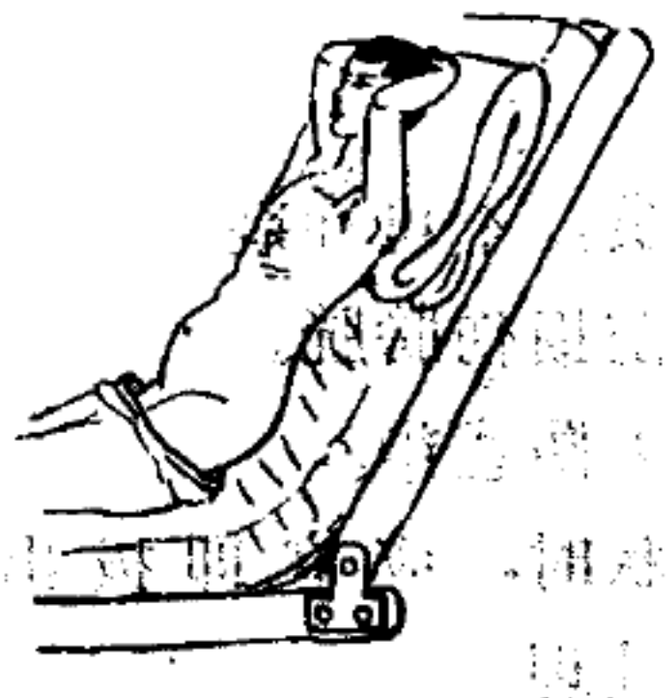


图17—58　腹腔穿刺时取半坐位

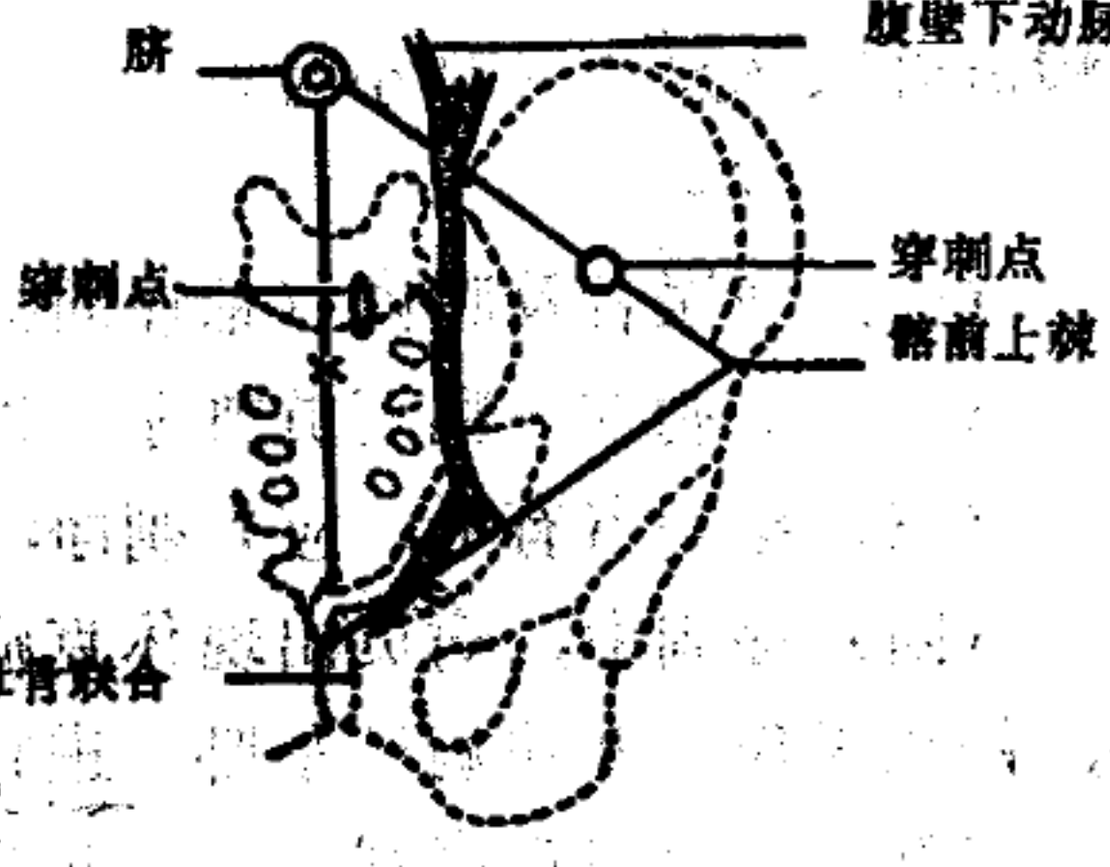


图17—59　腹膜腔穿刺点及其与附近动脉的关系

〔操作步骤〕

（一）操作者洗手戴手套。

（二）消毒局部皮肤，盖以洞巾，用1%普鲁卡因液进

行局麻，深达腹膜（刺到腹膜时，病员有痛感）。

（三）如作诊断性抽液，则将注射器连接一长针头，于穿刺点缓慢刺入，当突然有一空感时，则表示已进入腹膜腔。此时，抽出少量液体留于无菌试管中送检。然后拔出针头，用碘酒消毒穿刺孔，盖以纱布，轻揉后用胶布固定。

（四）如大量腹水须放腹水减压时，则先于病员腰背部垫一腹带，继而在局麻之后，用连有橡皮管的15号左右之长的无菌针，于穿刺点上缓慢刺入腹膜腔，使腹水自然流出至桶内。此时，应逐渐拉紧腹带，以维持腹内压力，待腹水放至一定量后，拔出针头，用碘酒消毒穿刺孔，盖以纱布，用力抵住局部，使穿刺孔闭合并用胶布固定。最后，缚紧腹带，嘱病员卧床休息。一小时。

〔注意事项〕

（一）妊娠者及腹内有粘连的病员，不可穿刺。

（二）穿刺前，嘱病员排尿，以防损伤膀胱。

（三）穿刺点有毛，应先剃净，以防感染。

（四）穿刺中，病员出现休克症状时，应立即拔出针头，停止操作，并扶病员平卧，进行处理。

（五）术后注意穿刺处有无漏液情况。

第九节　人工呼吸法

凡急性原因如触电、溺水、中毒及呼吸麻痹等引起呼吸停止者，均应做人工呼吸进行抢救。常用的人工呼吸法，有以下几种：

（一）口对口吹气法：方法简便，适用于呼吸、心跳骤

停的急救，以配合心脏挤压的进行。患者仰卧，救护者跪于患者一侧，使其头部尽量后仰，用左手拇指置于齿间，另四指握住下颌用力向前向上牵引，以免舌下坠阻塞上呼吸道。另一手捏住鼻孔，深吸气后，用口对准患者的口，将气吹入（图17—60）。与心脏挤压配合时，成人每 4 次心脏挤压，



图17—60　口对口人工呼吸

行人工呼吸一次（4:1），小儿则为3:1。吹气时，应注意胸部是否起伏。若无起伏，说明方法不正确，上呼吸道不通畅或用力不够。但在小儿用力不要过猛，以免吹破肺泡，引起肺气肿。

（二）引臂压胸法：此法于溺水，胸部外伤，或手臂骨折者，不宜采用。患者仰卧，背部加垫，救护者跪于患者头前，双手握住患者两前臂近肘部，向上向外拉越过患者头部，使胸腔扩张吸气；然后，将两臂送回胸前，向胸部加压，进行呼气。

（三）仰卧压胸法：此法便于观察患者面部，不适用于溺水，胸部外伤者。患者体位如引臂压胸法，救护者跨过患者大腿上部，跪在地上，面向患者头部，两手五指伸展放于患者胸部两侧肋弓处，拇指向内，救护者身体前倾，以身体

重量压迫患者胸部使气体排出，然后除去压力使胸部弹性扩张而吸气(图17—61)。

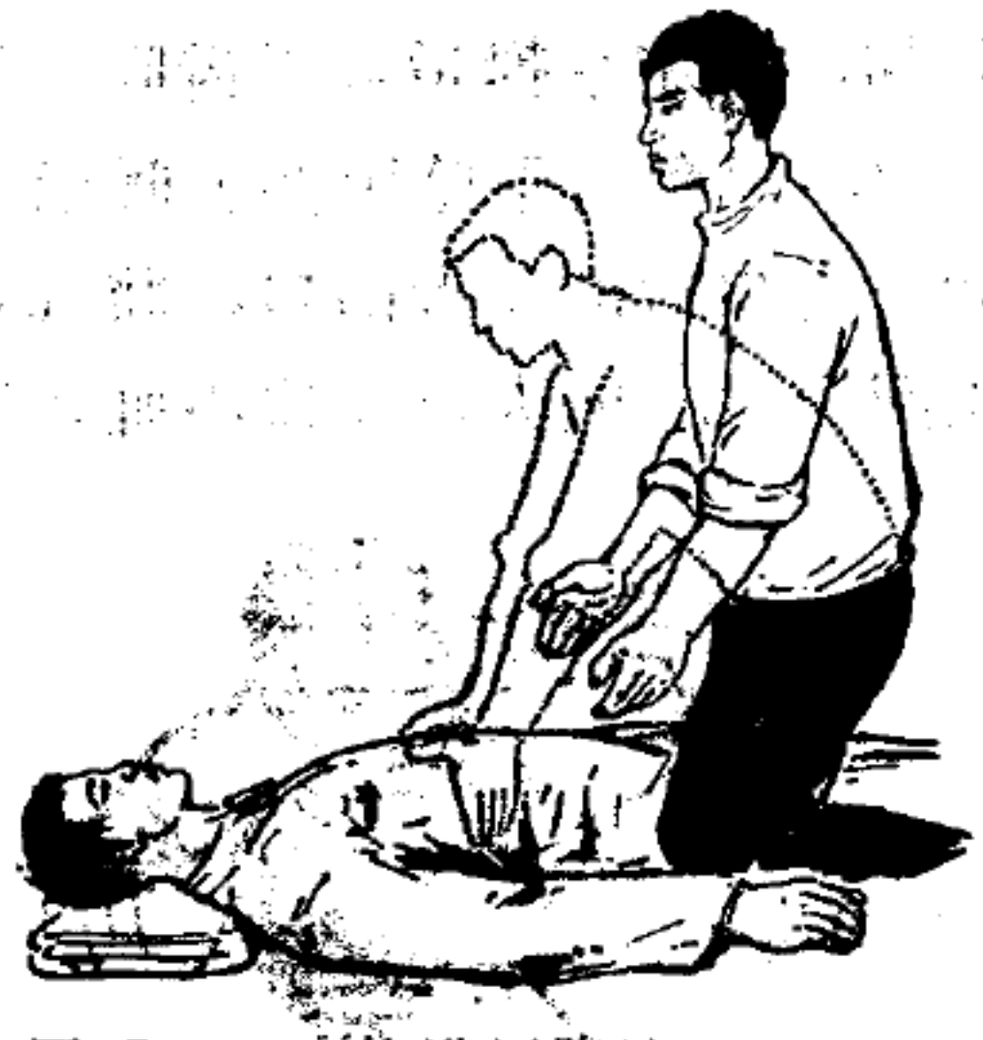


图17—61 仰卧压胸法

(四) 俯卧压背法： 适于溺水急救。患者俯卧，头偏于一侧，一臂伸于头前，一臂屈曲枕于头下，救护者跨过患者大腿上部，跪在地上，以手掌压于患者背下部，手指自然伸展放于肋骨上，拇指向内。救护者俯身向前，用力向前下压，将患者肺内气体排出，然后逐渐放松除去压力，使气体入肺。

(五) 加压人工呼吸法： 借助于器械，常用的有：

1.简易呼吸器。

2.空气麻醉机。

3.气管插管加压呼吸。

行人工呼吸时，应当注意：

①行人工呼吸前，应清除患者口腔及呼吸道分泌物或异物，如舌后坠影响呼吸时，应将舌拉出口外固定，以保证呼吸道通畅。

②人工呼吸的频率为每分钟14～16次，且应连续进行，直至自动呼吸完全恢复为止。

③行人工呼吸的同时，可配合使用兴奋剂如尼可刹米、山梗菜碱、咖啡因等。

〔附录〕

甲，常用药物剂量表说明

（一）剂量单位：如重量单位为克，则省略，例如0.5克，即写0.5。其它单位均加以注明。

（二）表内简称及符号：“肌注”为肌肉注射。“静注”为静脉注射。“静滴”为静脉滴注。kg＝公斤，mg＝毫克，ml＝毫升，u＝单位。

（三）浓度：剂量下括弧内的每毫升含量，表示此注射液应用时的一般浓度。

（四）剂量：剂量栏内除特殊注明者外，均为一次剂量。

1。作用于中枢神经系统的药物

催眠止惊药

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
苯巴比妥（鲁米那）	片剂 0.015 0.03	口服	0.015～0.03（镇静） 0.06～0.1（催眠）	1～2mg/kg（镇静） 3～5mg/kg（催眠）
苯巴比妥钠	注射剂 0.1 0.2 10%1ml 10%2ml	肌注	0.1～0.3	6～10mg/kg（止惊）
异戊巴比妥（阿米妥）	片剂 0.1	口服	0.1～0.2	3～5mg/kg（催眠）

药　　名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
异戊巴比妥钠（阿米妥钠）	注射剂 0.1 0.25 0.5 1.0	静注（缓注）	0.2～0.5（止惊）	5 mg/kg（止惊）
速可眠	片　剂　0.1	口服	0.1～0.2	3～5mg/hg（催眠）
硫喷妥钠	注射剂　0.5	肌注		10～15mg/kg（25mg/ml）
		静注（缓注）	0.5（止惊）	10～15mg/kg（12.5～25 mg/ml）
水合氯醛	溶　液 10%	口服 灌肠	5～10ml（镇静） 10～15ml（催眠）	0.3～0.5 ml/kg
副醛(聚乙醛)	注射剂　5ml	肌注	2～5ml	0.1～0.15ml/kg
安眠酮	片　剂　0.1	口服	0.1～0.2	
导眠能	片　剂　0.25	口服	0.25～0.5	

镇静安定药

药　名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
盐酸氯丙嗪（冬眠灵）	片剂 12.5mg 25mg	口服	12.5～50mg	0.5～1mg/kg
	注射剂 1ml:25mg 2ml:50mg	肌注或静注（滴）	25～50mg	0.5～1mg/kg
乙酰普吗嗪	注射剂 2ml:20mg	肌注	10～20mg	0.4～0.5mg/kg
		静滴	20mg（0.1～0.2mg/ml）	0.4～0.5mg/kg（0.1～0.2mg/ml）
奋乃静	片剂 2mg	口服	2～4mg	1～6岁：1mg/日 6～12岁：6mg/日 12岁以上：6～12mg/日
眠尔通（安宁片）	片剂 0.2	口服	0.2～0.4	5～10mg/kg
利眠宁	片剂 10mg	口服	10～20mg	0.5～1mg/kg/日
三溴片	片剂 0.3	口服	1～3 片	5岁以上：1片

中枢兴奋药

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
苯甲酸钠咖啡因（安钠咖）	注射剂 1ml:0.25 2ml:0.5	皮下肌注	1～2ml	2岁以下：0.1～0.5ml 2岁以上：0.3～1ml
尼可刹米（可拉明）	注射剂 1ml:0.25 1.5ml:0.375	皮下肌注静注	1～2ml	2岁以下：0.2～0.5ml 2岁以上：0.5～1ml
戊四氮（可拉佐）	注射剂 1ml:0.1	皮下肌注静注	1～2ml	2岁以下：0.05～0.2ml 2岁以上：0.2～0.5ml
盐酸山梗菜碱（洛贝林）	注射剂 1ml:3mg	皮下静注	1～2ml	2岁以下：0.25～0.5ml 2岁以上：0.5～1ml
野靛碱	注射剂 1ml:1.5mg	肌注静注	1ml	2岁以下：0.25～0.5ml 2岁以上：0.5～1ml
美解眠	注射剂 10ml:50mg 20ml:50mg	静滴	用5%葡萄糖液稀释，浓度及滴注速度视病情而定	
氯酯醒（遗尿丁）	片剂 100mg	口服	200mg	100mg
	粉针剂 250mg	肌注	250mg	新生儿缺氧症60mg 用缓冲液或等渗液配成5～10%溶液使用
回苏灵	注射剂 2ml:8mg	静注 静滴	8mg 8～24mg	肌注、静注 2～8mg
克脑迷（AET）	粉针剂每支1.0	静滴	1.0	1.0溶于5%葡萄糖液500ml以40滴/分速度静滴。

镇痛药

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
盐酸吗啡	注射剂 1ml:10mg	皮下	0.5～1ml	0.01～0.02 ml/kg
吗啡阿托品	注射剂 吗啡10mg 1ml:阿托品0.5mg	皮下	0.5～1ml	0.01～0.02 ml/kg
磷酸可待因	片剂 0.015 0.03	口服	0.015～0.03	0.5～1mg/kg
	注射剂 1ml:0.03	皮下肌注	0.5～1ml	0.015～0.03 ml/kg
杜冷丁（唛啶、利多尔）	注射剂 2ml:0.1	皮下肌注	1～2ml	0.01～0.02 ml/kg
安那度尔（安依痛）	注射剂 1ml:20mg	皮下	1ml	视年龄酌减

解热镇痛及抗风湿药

药　名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
水杨酸钠	片　剂 0.3 0.5	口服	3.0～6.0/日（抗风湿）	0.08～0.1/kg/日（抗风湿）
阿斯匹林（乙酰水杨酸）	片　剂 0.3 0.5	口服	0.3～0.5（解热） 3.0～4.0/日（抗风湿）	6～10mg/kg（解热） 80～100mg/kg/日（抗风湿）
氨基比林（匹拉米洞）	片　剂 0.1 0.3	口服	0.3～0.5	4～6mg/kg 20～30mg/kg/日（抗风湿）
安乃近（罗瓦尔精）	片　剂 0.5	口服	0.5～1.0	10～15mg/kg
	注射剂 1ml:0.25 1ml:0.5 2ml:0.5	肌注	0.25～0.5	5～10mg/kg
保泰松	片　剂 0.1	口服	0.3～0.6/日	20～30mg/岁/日
复方阿斯匹林（A.P.C.）	片　剂 0.42	口服	1～2片	2岁：1/4片，4岁：1/3片，8岁：1/2片
索密痛（去痛片）	片　剂 0.5	口服	1片	5岁以上：1/2片 10岁以上：1片
痛乃停	片　剂 0.5	口服	1　片	5岁以上：1/2片 10岁以上：1片
抗炎松	片　剂 25mg	口服	0.1/日	视年龄酌减
消炎痛	胶　囊 25mg	口服	25mg	按体重递减

2. 作用于呼吸系统的药物

镇咳祛痰药

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
复方甘草合剂（棕色合剂）	合剂	口服	10ml	1ml/岁
	片剂	口服	2～3片	1/2片～1片
氯化铵	片剂 0.3	口服	0.3～0.6	10～20 mg/kg
碘化钾	溶液 10%	口服	2～5ml	0.1ml/kg
咳必清（妥克拉司）	片剂 25mg	口服	25mg	5岁以上：12.5mg
阿片吐根散	片剂 0.3	口服	0.3	
磷酸可待因	片剂 0.03	口服	0.015～0.03	0.25～0.5 mg/kg
	注射剂 1ml:30mg	皮下		

止 喘 剂

药 名	剂 型、规 格		用法	成人剂量	小 儿 剂 量
氨茶碱	片 剂 0.1		口服	0.1～0.2	2～5mg/kg
	注射剂	2ml:0.5	肌注	0.25～0.5	2～3mg/kg
		10ml:0.25	静注	0.25(缓注)	2～3mg/kg (缓注)
盐酸麻黄素	片 剂 0.025		口服	0.025～0.05	0.5～1mg/kg
	注射剂 1ml:30mg		皮下或肌注	0.015～0.03	0.5～1mg/kg
硫酸异丙肾上腺素	片 剂 (喘息定) 10mg		舌下含服	10mg	5岁以上 5～10mg
	溶 液 (新气喘宁) 1%	10 ml 20 ml	喷雾	视病情决定	
喘 定 (甘油茶碱)	片 剂	0.1 0.2	口服	0.1～0.2	5岁以上 0.05～0.1
	注射剂 2 ml～0.25		肌注	0.25～0.5	
喘咳宁	片 剂 50mg		口服	50～100mg	5岁以上 25～50mg

3.作用于循环系统的药物

急救升压药

药　名	剂型、规格	用　法	成人剂量	小儿剂量
盐酸肾上腺素	注射剂 1ml:1mg	皮　下	0.3～1ml	0.02～0.03 ml/kg
		心室内*	1ml	0.5～1ml
硫酸异丙肾上腺素	注射剂 2ml:1mg	心室内*	0.25～0.5mg	0.25～0.5 mg
去甲肾上腺素	注射剂 1ml:1mg 2ml:5mg	静滴**	可根据病情改变浓度（不宜超过5mg%）或调节速度	
美速克新命	注射剂1ml:20mg	肌　注	10～20mg	0.25mg/kg
		静　注	5～10mg	0.125mg/kg
		静　滴	10～20mg%	10～20mg%
恢压敏	注射剂1ml:20mg	肌　注	20～60mg	0.5～1mg/kg
		静　注	20～40mg	0.5mg/kg
		静　滴	60～100mg%	30～60mg%
多巴胺	注射剂2ml:20mg	静　滴	20mg加入5%葡萄糖液250ml中静滴	
重酒石酸间羟胺（阿拉明）	注射剂 1ml:10mg	肌　注	2～10mg	0.04～0.2 mg/kg
		静　滴	5～10mg%	2.5～10mg%

* 用于心脏停搏。

** 重酒石酸去甲肾上腺素2mg，相当于本品1mg。

治疗心脏病的药物

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
洋地黄	片剂 0.1	口服	0.05～0.2	见“心力衰竭”
洋地黄毒甙	片剂 0.1mg	口服	0.05～0.2mg	见“心力衰竭”
	注射剂 1ml:0.2mg	肌注 皮下	0.2mg	见“心力衰竭”
狄高辛	片剂 0.25mg	口服	0.25～0.5mg	见“心力衰竭”
西地兰 (毛花甙丙)	注射剂 2ml:0.4mg	静注 肌注	0.4mg	见“心力衰竭”
强心灵	片剂 0.25mg	口服	0.25～0.5mg	
	针剂 0.25mg	肌注 静注	0.25mg	
毒毛旋花子甙K	注射剂 1ml:0.25mg	静注	0.125～0.25mg	见“心力衰竭”
硫酸奎尼丁	片剂 0.2	口服	0.2～0.4	6mg/kg
盐酸普鲁卡因酰胺	片剂 0.125 0.25	口服	0.5～1.0	15mg/kg
心得安 (恩特来)	片剂 10mg	口服	10～30mg	
	注射剂5ml～5mg	静注	5mg 以5%葡萄糖100ml稀释	小儿按0.1mg/kg稀释后静滴

药　名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
心得宁	片　剂 15mg	口服	15～45mg	
	粉针剂 5mg	静注	5mg 稀释后静注	
利多卡因	注射剂 5ml—0.1 20ml—0.4	静注	一般先用1～2mg/kg/次（成人50～100mg/次），于30秒至1分钟注完。静注后，应继续静滴(1—4mg/分)，以保持血中有效浓度。	

上列药物的具体用法及注意事项，参阅“心力衰竭”及“心律失常”。

降 压 药

药 名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
利血平	片 剂 0.25mg	口服	0.25mg	0.02～0.03mg/kg/日，急症时0.07 mg/kg，最大量不超过2 mg
	注射剂 1ml:1mg	肌注	0.5～1mg	0.07mg/kg 最大量不超过2mg
复方降压片	片 剂	口服	1—2片	
降 压 灵	片 剂 4mg	口服	4～8mg	
胍 乙 啶	片 剂 10mg 25mg	口服	10～25mg	0.2～0.5mg/kg/日
盐酸肼苯哒嗪	片 剂 25mg 50mg	口服	25～50mg	0.5～1mg/kg
地 巴 唑	片 剂 10mg	口服	30mg	0.5～1mg/kg
硫 酸 镁	注射剂 10ml:2.5	肌注	10ml	0.2～0.3 ml/kg
		静滴	1.5～2.5 (20～30) mg/ml)	0.1～0.15/kg (10～20mg/ml)

血管扩张药

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
三硝酸甘油酯（硝酸甘油）	片剂 0.6mg	舌下含服	0.6～1.2mg	
盐酸罂粟碱	片剂 0.03	口服	0.03～0.06	1.5mg/kg
烟酸	片剂 50mg 100mg	口服	100 mg	
甲基磺酸酚妥拉明（苄胺唑啉）	注射剂 1ml～10mg	静滴	抗休克：成人10mg/次加在5%葡萄糖液500～1000ml内静滴。	
654—2	注射剂 1ml—2mg 5mg 10mg	肌注	5—10mg	

4.作用于消化系统的药物

助 消 化 药

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
稀盐酸	溶液 10%	口服	0.5～2ml	1滴/岁
胃蛋白酶（胃液素）	散剂	口服	0.3～0.6	2岁以下：0.05～0.15 2岁以上：0.15～0.5
胰酶	片剂 0.3（肠溶）	口服	0.6～1.0	2岁以下：0.15～0.3 2岁以上：0.3～0.6
淀粉酶	散剂	口服	0.5～1.0	2岁以下：0.15～0.3 2岁以上：0.3～0.6
乳酶生（表飞鸣）	片剂0.3	口服	0.3～0.6	2岁以下：0.15～0.3 2岁以上：0.3～0.6

制　酸　药

药　　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小儿剂量
碳酸氢钠（小苏打）	片　剂　0.5	口服	0.5～1.0	0.25～1.0
氧　化　镁	散　剂	口服	0.2～1.0	0.1～0.3
碳　酸　钙	散　剂	口服	0.5～2.0	0.5～1.0
三硅酸镁	片　剂　0.3	口服	0.6～1.0	0.3～0.5
西皮（Sippy）氏粉Ⅰ号	散剂 碳酸氢钠0.6 氧化镁0.6	口服	1　包	1/2 包
西皮氏粉Ⅱ号	散剂 碳酸氢钠1.8 次碳酸铋0.3	口服	1　包	1/2 包
氢氧化铝凝胶	凝　胶　4％	口服	10ml	1ml/岁
复方氢氧化铝（胃舒平）	片　剂	口服	2～4片	1/2～1片

解痉药（抗胆碱药）

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
氢溴酸东莨菪碱	片剂 0.3mg	口服	0.3 mg	0.006mg/kg
	注射剂 1ml:0.3mg	皮下	0.3 mg	0.006mg/kg
硫酸阿托品 *	片剂 0.3mg	口服	0.3 mg	0.01mg/kg
	注射剂 1ml:0.5mg	皮下	0.5mg	0.01mg/kg
颠茄干浸膏片	片剂 8mg	口服	8～16mg	5岁以上：4～8mg
安胃灵	片剂 5mg	口服	5mg	0.25mg/kg
胃复康（羟基解痉素）	片剂 1mg	口服	2mg	5岁以上：0.5～1mg
普鲁本辛	片剂 15mg	口服	15mg	0.5mg/kg

* 治疗感染中毒性休克、中毒型细菌性痢疾、有机磷中毒时剂量和用法详见有关章节。

泻　药

药　　名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
硫酸镁（泻盐）	溶液　50%	口服	5.0～20.0	1.0/岁
液体石蜡（石蜡油）		口服	10～20ml	0.5ml/kg
双醋酚丁	片　剂 5mg	口服	5～10mg	5岁以下： 2.5～5mg 5岁以上： 5～10mg
酚酞果导	片　剂 0.1	口服	0.1～0.2	2岁以下： 0.025～0.05 2岁以上： 0.05～0.1

止泻药

药　　名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
活性炭	片　剂 0.3	口服	1.0～3.0	0.3～0.6
次碳酸铋	片　剂 0.3	口服	0.3～1.0	0.15～0.6
鞣酸蛋白	片　剂 0.3	口服	1.0～2.0	0.15～0.6
复方樟脑酊	酊　剂	口服	2～5ml	0.04～0.06 ml/kg

肝脏疾病辅助药

药　　物	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
	粉　　剂	口服	随病情而定	随病情而定
葡萄糖	注射剂： 5%—500ml， 10%—500ml， 50%—20ml。	静滴 静注	随病情需要而定	随病情需要而定
三磷酸腺苷（A.T.P.）	注射剂： 10mg、20mg	肌注 静注	10～20mg 静注时10mg溶于5%葡萄糖液10ml使用	10—20mg
辅酶A	注射剂： 50u	肌注 静滴	肌注：50u溶于生理盐水2ml中。每日一次。 静滴：50u加于5%葡萄糖液500ml中。	50u
肝泰乐（葡萄糖醛酸内酯）	片剂： 0.1 注射剂： 0.1—2ml	口服 肌注 静注	0.1～0.2 0.1～0.2	50—100mg 0.1
复方胆碱	胶囊或片剂。	口服	胶囊1～2粒 片剂2～4片	5岁以上1粒
肌　　醇	片剂：0.25	口服	0.5～1.0	0.5
蛋氨酸	片剂：0.5	口服	1.0～3.0	0.5—1.0
肝乐（二氯醋酸、二异丙基胺）	片　剂：20mg 注射剂： 20mg/1ml	口服 肌注	2片 20—60mg	1片 20mg

药　名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
肝　宁	片　剂。	口服	1～2片	5岁以上1片
	注射剂：2ml	肌注	2ml	1ml
谷　氨　酸	片剂：0.5	口服	2.5～5.0	1.0～3.0
谷氨酸钠	注射剂：28.75%-20ml	静滴	20～80ml加于葡萄糖注射液中。	20—60ml
精　氨　酸	注射剂：5g—20ml	静滴	15～20g/次，加于5%葡萄糖液500～1000ml中缓慢滴入。	10—15.0
γ—氨酪酸（γ-氨基丁酸、GABA）	片剂：0.25	口服	1.0	0.25—0.5
	注射剂：1.0g/5ml	静滴	1～4.0加于5%葡萄糖液250～500ml中滴入。	视病情而定
肌　苷	注射剂	肌注	200mg—400mg	200 mg
	200mg/2ml	静滴	200mg—1000 mg	200mg—600 mg
维丙肝	注射剂：80mg/2ml	肌注	80mg	80mg

5. 作用于泌尿系统的药物

利 尿 药

药 名	剂 型、规 格	用法	成人剂量	小 儿 剂 量
汞撒利茶碱	注射剂1ml：汞撒利 0.1 茶碱 0.05	肌注	0.5～2ml	5岁以下：0.1～0.5 ml 5岁以上：0.5～1ml
双氢克尿塞	片 剂 25mg 50mg	口服	25～50mg	1mg/kg
乙酰唑胺（醋氮酰胺）	片 剂 0.25	口服	0.25～0.5	5mg/kg
氨苯喋啶	片 剂 50mg	口服	50～100mg	2mg/kg
安体舒通	片 剂 0.1	口服	0.1～0.2	10mg/kg/日
速尿（呋喃苯氨酸）	片 剂 20mg	口服	40mg	酌减
	注射剂：2ml—20mg	肌注 静注	20mg 隔日一次	
利尿酸	片 剂 25mg	口服	50mg	25mg/次
	注射剂：25mg	静注	0.5mg/kg	

6. 作用于血液及造血系统的药物

抗　贫　血　药

药　　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小 儿 剂 量
硫 酸 亚 铁	片剂　0.3	口服	0.3～0.6	0.15～0.3
枸橼酸铁铵	溶液　10%	口服	10ml	0.5～2ml/kg/日 总量不超过30ml/日
碳酸亚铁丸	丸剂　每丸含碳酸亚铁 65 mg	口服	6　丸	
叶　　酸	片剂　5mg	口服	10mg	5mg
维生素B_{12}	注射剂　1ml：100微克 500微克	肌注	100微克 500微克	同成人量
氯 化 亚 钴	散　剂	口服	30～50mg	2～4mg/kg/日

止 血 药

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
维生素 K_3	片剂 mg	口服	2～4mg	1～2mg
	注射剂 1ml：3.84mg	肌注	1ml	1ml
安络血（安得诺新）	片剂 1mg 2.5mg	口服	2.5～5mg	5岁以下：1.25～2.5mg 5岁以上：2.5～5mg
	注射剂 2ml:10mg	肌注	10mg	5～10mg
凝血质	注射剂 5ml:15mg 2ml:15mg	肌注	15mg	5～15mg
仙鹤草素	注射剂 5ml:10mg	肌注	10mg	5～10mg
止血敏（止血定）	注射剂 2ml～250mg	皮下注射 肌注 静注	250～750mg	
6—氨基己酸	片剂 0.5g	口服	3.0	0.1/kg/次
	注射剂 10%—10ml 20%—10ml	静滴	初剂量：4—6g 维持量：1g/小时 以5%葡萄糖液或生理盐水100ml稀释。	
对羧基苄胺（抗血纤溶芳酸）	注射剂 10ml—100mg	静注 静滴	50—100mg 以5%葡萄糖或生理盐水稀释，每天最大量600mg	

7. 抗组织胺药物

药　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小儿剂量
盐酸苯海拉明	片　剂　25mg	口服	25～50mg	1mg/kg
	注射剂　1ml:20mg	肌注	20mg	1mg/kg
盐酸吡甲苯胺（派力苯沙明）	片　剂　50mg	口服	50 mg	1mg/kg
氯苯吡胺（扑尔敏）	片　剂　4mg	口服	2～4mg	0.1mg/kg
茶苯海明（晕海宁、乘晕宁）	片　剂　50mg	口服	50～100mg	1.25mg/kg
盐酸异丙嗪（非那根、抗胺荨）	片　剂　12.5mg 25mg	口服	12.5～25mg	0.5～1mg/kg
	注射剂2ml:50mg	肌注 静注	25～50mg	0.5～1mg/kg

8. 维 生 素

药　　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小 儿 剂 量
维生素B_1（盐酸硫胺）	片　剂 10mg	口服	10～30mg	10～30mg/日
	注射剂 1ml:10mg 1ml:25mg 1ml:50mg	肌注	10～50mg	10～25mg/日
维生素B_2（核黄素）	片　剂 5mg	口服	5～10mg	预防量：2.5mg/日 治疗量：10～20mg/日
维生素B_6（盐酸吡多辛）	片　剂 10mg	口服	10～20mg	预防量：2～5mg/日 治疗量：10～20mg/日
	注射剂 1ml:25mg 2ml:50mg	皮下肌注	25～100mg	
维生素B_{12}	见　抗　贫　血　药			
复合维生素B	片　剂 15mg	口服	1～3片	1～2片
	注射剂 2ml	肌注	2ml	2ml
酵　　母	片　剂 0.5	口服	0.5～2.0	0.5～1.0
烟酸（维生素PP）	片　剂 50mg 100mg	口服	50～100mg	50～100mg/日
	注射剂 2ml:20mg	静滴	50～100mg	
烟　酰　胺	片　剂 50mg 100mg	口服	50～200mg	50～200mg/日

药　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小儿剂量
维生素C（抗坏血酸）	片　剂　50mg 100mg	口服	50～100mg	预防量：50mg/日 治疗量：100～500mg/日
	注射剂　2ml:0.1 5ml:0.5	肌注 静注	100～500mg	
维生素P（路丁）	片　剂　20mg	口服	20～40mg	10～20mg
维生素AD丸	丸剂每丸　Vit.A 3000u Vit.D 300u	口服	1～3丸	1～3丸
维生素D_2（骨化醇）	注射剂 1ml:40万u	肌注	40万u	40万u
维生素E	丸　剂　5mg	口服	5～10mg	5mg
维生素U	片　剂　50mg	口服	50～100mg	25～50mg

9. 激素类药物

药　　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小　儿　剂　量
促肾上腺皮质激素（促皮质素）	注射剂　25 u 50 u （1u＝1mg）	肌注	25～50 u/日	2～3u/kg/日
		静滴	25～50u	5～10 u（0.01～0.04u/ml）
醋酸可的松	注射剂 10ml:250mg 1ml:50mg 25mg	肌注	100～200 mg/日	5～10mg/kg/日
氢化可的松	注射剂 2ml:10mg 20ml:100mg	静滴	100～400 mg/日	5～10mg/kg/日
醋酸泼尼松（去氢可的松）	片　剂 5mg	口服	15～40 mg/日	0.5～2mg/kg/日
氢化泼尼松（去氢氢化可的松）	片　剂 5mg	口服	15～40 mg/日	0.5～2mg/kg/日
甲基睾丸素	片　剂 5mg	口服	5～10mg	1～2mg/kg/日（再生障碍性贫血）
氟美松（地塞美松）	片　剂 0.5mg 0.75mg	口服	1.5～3.0 mg/日	1—5岁 0.25～1mg/日 6—12岁 0.25～2mg/日
	注射剂 0.5%1ml—5mg		5—10mg.	小　儿 1～2.5mg/次

药　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小　儿　剂　量
丙酸睾丸素	注射剂 1ml：5mg 10mg 25mg	肌注	25～100 mg	1～2mg/kg/日（再生障碍性贫血）
苯丙酸诺龙	注射剂 1ml：10mg 25mg	肌注	25～50 mg	5～15mg
求偶素（己烯雌酚）	片　剂 1mg 注射剂 1ml：1mg	口服 肌注	视病情决定	
黄体酮	注射剂 1ml：10mg 20mg	肌注	10～20 mg	
垂体后叶素	注射剂 1ml：10单位	肌注 静滴	10～20 单位	视病情决定
催产素	注射剂 1ml：5u 1ml：10u	肌注	5～10u	
甲状腺制剂	片　剂 0.03 0.06	口服	0.015～0.06	1岁以下：6～10mg/日 1～2岁：25～60 mg/日 2岁以上：30～120mg/日
胰岛素	注射剂 10ml：400u	皮下静滴	视病情决定	

10. 抗 菌 素

药 名	剂 型、规 格	用法	成人剂量	小 儿 剂 量
青霉素G	注射剂 20万u 40万u 100万u	肌注	20～40万u	2～5万u/kg/日
		静滴	400～600万u（钠盐）	10～20万u/kg/日（钠盐）
油制普鲁卡因青霉素	注射剂 10ml:300万u	肌注	30～60万u	15～30万u/日
硫酸链霉素	注射剂 1.0	肌注	0.5～1.0	20～30mg/kg/日
氯霉素	片 剂 0.25	口服	1.0～2.0/日	30～50mg/kg/日
	注射剂 2ml:0.25 2ml:0.5mg	肌注	1.0～2.0/日	30～50mg/kg/日
		静滴	0.5～1.0/12小时	30～50mg/kg/日（2mg/ml）
合霉素	片 剂 0.25	口服	2.0～4.0/日	60～100mg/kg/日
盐酸土霉素（地霉素）	片 剂 0.25	口服	1.0～3.0/日	30～50mg/kg/日
盐酸四环素	片 剂 0.25	口服	1.0～3.0/日	30～50mg/kg/日
	注射剂 0.125 0.25	静滴	1.0/日	20～30mg/kg/日

药名	剂型、规格	用法	成人剂量	小儿剂量
盐酸金霉素	片剂 0.25	口服	1.0～3.0/日	30～50mg/kg/日
	注射剂 0.1 0.2	静滴	1.0/日	20～30mg/kg/日
红霉素	片剂 0.1 0.25	口服	1.0～2.0/日	30～50mg/kg/日
	注射剂 0.3	静滴	0.6～1.2/日	20～30mg/kg/日
硫酸新霉素	片剂 0.1	口服	0.25～0.5	30～50mg/kg/日
硫酸卡那霉素	注射剂 50万u	肌注	50万～100万u/日	3万～5万u/kg/日
制霉菌素	片剂 25万u 50万u	口服	150万u/日	50～100万u/日
庆大霉素	注射剂 1ml—2万u 4万u 2ml—8万u	肌注	4～6万u	0.3～0.5万u/kg/日分2～3次
		静滴	4～8万u	与肌肉注射同
万古霉素	粉针剂 50万u（0.5g）	静注	100～200万u/日分2～4次。	2～4万u/kg/日分2～4次
氨苄青霉素	片剂 0.25g	口服	1—4g/日分4次	20～80mg/kg/日分4次
	粉针剂 0.5g	肌注 静注	2～6g/日分4次	50～150mg/kg/日分4次

药　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小　儿　剂　量
羧苄青霉素	粉针剂 500mg(50万u) 1000mg(100万u)	静注 静滴	10～20g/日	100～400mg/kg/日
灰黄霉素	片　剂 0.1	口服	15mg/kg/日	
盐酸黄连素	片　剂 0.05 0.1	口服	0.3～0.6/日	5～10mg/kg/日
苯甲异恶唑青霉素(P_{12})(新青Ⅱ)	片　剂 0.25	口服	4.0～6.0/日	100mg/kg/日
二甲氧苯青霉素钠(新青Ⅰ)	注射剂 1.0	肌注	4.0/日	100mg/kg/日

注意事项：

1.使用青、链霉素前必须作皮肤过敏试验。

2.金霉素、四环素及红霉素由于局部刺激性强，通常不宜作皮下或肌肉注射。静脉滴注时必须按说明书规定的溶解液溶解后再稀释成1mg/ml的浓度。

11.磺胺类及呋喃类药物

药　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小　儿　剂　量
磺胺噻唑	片　剂 0.5	口服	4.0/日	0.1～0.2/kg/日
	注射剂（钠盐） 2ml:0.4 5ml:1.0	肌注	1.0～2.0	0.1～0.15/kg/日
磺胺嘧啶	片　剂 0.5	口服	4.0/日	0.1～0.2/kg/日
	注射剂（钠盐） 2ml:0.4 5ml:1.0	肌注	1.0～2.0	0.1～0.15/kg/日
		静注	1.0～2.0（50mg/ml）	0.1～0.15/kg/日（50mg/ml）
磺胺二甲嘧啶	片　剂 0.5	口服	4.0/日	0.1～0.2/kg/日
磺胺醋酰钠	片　剂 0.5	口服	4.0/日	0.1～0.2/kg/日
磺胺脒（磺胺胍）	片　剂 0.5	口服	6.0～12.0/日	0.2～0.3/kg/日
磺胺甲氧嗪（长效磺胺）	片　剂 0.5	口服	0.5/日 首日量加倍	15～20mg/kg/日
磺胺异恶唑	片　剂 0.5	口服	1.0～2.0	0.1～0.2/kg/日
琥珀磺胺噻唑	片　剂 0.5	口服	1.0～3.0	0.2～0.4/kg/日
呋喃西林	片　剂 50mg	口服	300mg/日	5～10mg/kg/日
呋喃唑酮（痢特灵）	片　剂 0.1	口服	0.4/日	5～10mg/kg/日

药　　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小 儿 剂 量
呋喃坦啶	片　剂 0.1	口服	0.4/日	5～10mg/kg/日
周效磺胺(SDM′)	片　剂 0.5g	口服	首次1.0以后每3—7日0.5～1.0	小儿首次30mg/kg 以后每3—7日15～30mg/kg1次
磺胺甲基异恶唑(SMZ)	片　剂 0.5g	口服	1.0 一日二次 首次加倍	25mg/kg/次 一日二次
三甲氧基苄氨嘧啶(磺胺增效剂，TMP)	片　剂 100mg	口服	200—400 mg/日	5～10mg/kg/日

12. 抗结核药

药　　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小儿剂量
硫酸链霉素	见　抗　菌　素			
异烟肼(雷米封)	片　剂 0.05 0.1	口服	0.2～0.6/日	10～25mg/kg/日
	注射剂 2ml:0.1	肌注	0.1～0.2	10～25mg/kg/日
对氨水杨酸钠	片　剂 0.5	口服	6.0～12.0/日	0.2～0.3/kg/日
	注射剂 2.0	静滴	6.0～12.0/日	0.2～0.3/kg/日(3～4%)
氨硫脲	片　剂 0.025	口服	0.05～0.1/日	1～2mg/kg/日

13. 其　他

药　名	剂　型、规　格	用法	成人剂量	小儿剂量
氯化钙	溶　液 10%	口服		5～10ml
	注射剂 20ml:1.0	静注	1.0	0.5～1.0
葡萄糖酸钙	片　剂 0.5	口服	1.0～2.0	0.5～1.0
	注射剂 10ml:1.0	静注 肌注	1.0（静注）	0.5～1.0
麦角新碱 *	注射剂 1ml:0.2mg	肌注 静注	0.2mg	
爱茂尔	注射剂 2ml	皮下 肌注	2ml	1～2ml
新司的明	注射剂 1ml:0.5mg 2ml:1mg	皮下 肌注	0.5～1mg	0.05～0.1 mg/岁
加兰他敏	注射剂 1ml:1mg 2.5mg 5mg	肌注	2.5～5mg	0.05～0.1 mg/kg

*　不得用作引产或催产。

乙、皮肤过敏试验

（一）血清过敏试验：在注射抗毒素血清（如白喉抗毒素，破伤风抗毒素等）之前，必须先作血清过敏试验。方法如下：

用生理盐水将血清稀释10倍，以此稀释液0.1毫升注射于前臂屈面皮内，形成小皮丘（必要时，在对侧前臂注射等量生理盐水作为对照）。20分钟后检查反应，如局部出现红晕和肿胀，即为阳性。否则为阴性。阴性反应者，可将所需抗毒素量一次注射。如为阳性反应，注射血清应特别慎重，必须采用脱敏方法，即由小剂量开始，每隔20—30分钟注射一次，逐渐增加，具体方法如下：

第1次　稀释10倍血清0.2毫升，皮内。
第2次　稀释10倍血清0.5毫升，皮下。
第3次　原血清　　0.1毫升，皮下。
第4次　原血清　　0.2毫升，皮下。
第5次　原血清　　0.5毫升，肌肉。
第6次　原血清所余全量，肌肉注射。

于注射中或注射后数分钟内，如突然呈虚脱，发绀，神志不清，呼吸短促等症状，应立即皮下注射肾上腺素0.5～1.0毫升（儿童酌减用量）。必要时，隔半小时至2小时，重复注射。此外，应保持患者温暖。必要时，应用兴奋剂或行人工呼吸等。

（二）药物过敏试验：

1.划痕试验：适用于药疹、荨麻疹之过敏原试验。将前臂用酒精消毒，再用生理盐水冲洗，然后用针尖划破皮肤，勿使出血。将被试物涂上，如被试物为粉末，则先滴一滴1/10当量氢氧化钠液（可用生理盐水代替）。15—30分钟反应达顶点，可将试验物用酒精擦去，读结果：

“+”划痕部轻隆起，绕以淡红晕。

“++”划痕部隆起，超出上下边缘，周围绕以较大红

晕。

“＋＋＋”隆起，有伪足，绕以明显的不规则的红晕。

“＋＋＋＋”反应更剧，有数处伪足、大面积红晕。

2.皮内试验：适用于药疹、荨麻疹之过敏原试验及注射青、链霉素前的过敏试验。因皮内试验比划痕试验反应强100倍。因此，试验液必须比划痕试验的被试物稀释100倍以上。青霉素一般稀释成每毫升含20—50单位；链霉素稀释成每毫升含2000单位的试验液。注射试验液 0.1 毫升，于前臂屈面皮内，形成小皮丘，20分钟后观察反应，标准如上。一般临床上，以直径超过 1 厘米的红晕和肿胀为阳性反应。如有此反应，则不能应用此药。

3.斑试法：适用于湿疹、皮炎之过敏原试验。用一平方厘米的细纱布 4 层，浸被试液体，置于前臂屈面，覆以蜡纸，再用大块胶布连同其四周粘牢。24～48小时读结果：

“＋”红斑。

“＋＋”红斑，水肿，丘疹。

“＋＋＋”红斑，水肿、丘疹、水疱。

“＋＋＋＋”脱皮，渗出，坏死。

以上试验，均应有对照。

（三）结核菌素试验：阳性反应，一般仅表示受试者，已被结核菌感染，并不说明结核感染的活动情况。但在婴幼儿（3 岁以内），如结核菌素试验为阳性，则常提示有活动性结核病。试验方法如下：

一般用结核菌素注射器和25号小针头，将旧结核菌素试验液0.1毫升，注入前臂屈面皮内，形成小皮丘。注射后48—72小时观察反应。如局部红肿变硬，直径达0.5厘米以上，即

为阳性反应。临床诊断时，应自1个单位结核菌素开始(0.01毫克)，阴性时用10个单位（0.1毫克），直到100个单位（1毫克）为止。

丙、小儿用药剂量计算法

临床上有多种计算小儿用药剂量的公式，各有其优缺点，均有参考价值。但具体应用时，还应根据小儿的机体状态（发育、营养）和病情，对药物的反应等因素，作必要的调整。以下仅举二种方法：

（一）按体重计算法：临床上多采用此法，因较准确实用。

1.每公斤体重每天多少（毫克或毫升）：需要连用几天的药物，如磺胺、抗菌素、激素类，均用此法计算。例如，土霉素口服量，为每天每公斤体重30～50毫克，分4次服。

2.每公斤体重每次多少（毫克或毫升）：对症药多用此法计算。例如，阿斯匹林口服量，为每次每公斤体重6～10毫克。

正常小儿体重计算法（按年龄估计）：

1.一岁以下小儿体重，

1～6个月小儿体重（公斤）＝3公斤（出生时体重）＋月龄×0.6。例如，4个月小儿体重为3公斤＋4×0.6＝5.4公斤。

7—12个月小儿体重（公斤）＝3公斤（出生时体重）＋月龄×0.5。例如，8个月小儿体重，为3公斤＋8×0.5＝7公斤。

2.一岁以上小儿体重：

体重（公斤）＝年龄×2＋7。例如，4岁小儿体重为4×2＋7＝15公斤。

（二）按年龄（实足年龄）从成人剂量折算

1. 不同年龄剂量折算表（根据1963年版中华人民共和国药典）：

年　　龄	剂量（相当成人剂量的几分之一）
初生～1月	1/24
1月～6月	1/24～1/12
6月～1岁	1/12～1/8
1～2岁	1/8～1/6
2～4岁	1/6～1/4
4～7岁	1/4～1/3
7～11岁	1/3～1/2
11～14岁	1/2～2/3

2. 折算公式：

$$\text{小儿剂量}=\frac{(\text{小儿岁数}\times 1/2+0.5)\times \text{成人剂量}}{10}$$

例如5岁小儿阿斯匹林剂量

$$=\frac{(5\times 1/2+0.5)\times 0.5}{10}=0.15\text{克}。$$

戊、常用临床化验正常值

血　液

检验项目	正常值	备注
血红蛋白	11.5～15.5克%（男） 9.6～12.5克%（女）	
红细胞	450—550万/立方毫米（男） 380—500万/立方毫米（女）	
白细胞	5000～10000/立方毫米	
白细胞分类：		
中性多核细胞	60—70%	
淋巴细胞	20—30%	
单核细胞	1—8%	
嗜酸性多核细胞	2—4%	
嗜碱性多核细胞	0—1%	
血小板	10—30万/立方毫米	直接法
网织红血球	0.5—2%	
红血球沉降率	男<10毫米/1小时 女<20毫米/1小时	魏氏法
出血时间	1—4分	杜克氏法
凝血时间	4—12分	李氏法
血块收缩时间	1小时内开始，18—24小时内完成	

血液化学

检验项目	标本	检验所需血量（毫升）	正常值
血浆蛋白总量	血清	3.0	6—8克%
血浆白蛋白			4—5克%
血浆球蛋白			2—3克%
蛋白电泳（纸上分析）	血清	3.0	（国内平均值约数） 白蛋白50—60% α^1球蛋白2—6% α^2球蛋白7—10% β 球蛋白11—15% γ 球蛋白15—20%
非蛋白氮	全血	2.5	10～35毫克%
肌酐	全血	3.0	0.5～2.0毫克%
总胆固醇	血清	3.0	150～230毫克%
胆固醇酯			100～180毫克%
葡萄糖	全血	1.5	80～120毫克%
黄疸指数	血清	1.0	4～6单位
胆红质	血清	3.0	0.1～1.0毫克%
二氧化碳结合力	全血	2.0	50～70容积%
钾	血清	3.0	4～5毫当量/升 16～22毫克%
钠	血清	3.0	135～145毫当量/升 320～350毫克%
钙	血清	3.0	4.5～5.5毫当量/升 9.0～11毫克%
氯	血清	3.0	100～106毫当量/升 350～380毫克%
磷（无机磷）	血清	3.0	1.7～2.9毫当量/升 3～5毫克%
淀粉酶	血清	2.5	50～200单位（沙氏法）

肝脏功能试验

检验项目	正常值	备注
转氨酶		血清，取血3毫升
谷草转氨酶(S.G.O.T.)	40单位以下%	
谷丙转氨酶(S.G.P.T.)	80单位以下%	
碱性磷酸酶	4～14单位%(金氏法)	血清，取血5毫升
脑磷脂胆固醇絮状反应	阴性，不超过(+)	血清，取血3毫升
麝香草酚浊度试验	0～6单位	
麝香草酚絮状试验	不超过(+)	
高田氏试验	阴性	血清，取血3毫升
硫酸锌浊度反应	2～12单位	
磺溴酞钠(B.S.P.)试验：		
2毫克注射法	注射后30分血中 B.S.P.浓度0	
5毫克注射法	注射后30分血中 B.S.P.浓度＜10% (或45分血中浓度＜5%)	

肾脏功能试验

检验项目	正常值
酚红试验：	
静脉注射法	注射后15分钟排出量＞25%，2小时排出量＞60%
肌肉注射法	注射后2小时内排出量＞50%
稀释试验	至少有一次尿量多于300毫升，比重为1.001～1.003
浓缩试验	每次尿量20～50毫升，末次尿量比重至少有一次达到1.020以上

尿液

检验项目	正常值
蛋白	阴性
糖	阴性
比重	1.002～1.030
尿沉渣计数：	
透明管型	＜5000/12小时
红细胞	0～50万/12小时
白细胞与上皮细胞	＜100万/12小时

脑　脊　液

检　验　项　目	正　　常　　值
压力：	
侧卧	70～200毫米水柱（每分钟不超过40滴）
坐位	350～400毫米水柱
细胞总数	0～10/立方毫米
蛋白定性试验	阴性
总蛋白量	10～45毫克%
糖	50～80毫克%
氯	438(418～452毫克%)