

赤脚医生 医疗手册

(内部试用)

河北医学院革委会医教部编

一九六九年三月

[REDACTED]

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

《关于正确处理人民内部矛盾的问题》
(一九五七年二月二十七日)

学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简。

《中国共产党中央委员会关于无产阶级文化大革命的決定》（一九六六年八月八日）

改革旧的教育制度，改革旧的教学方针和方法，是这场无产阶级文化大革命的一个极其重要的任务。

《中国共产党中央委员会关于无产阶级文化大革命的決定》（一九六六年八月八日）

实现无产阶级教育革命，必须有工人阶级领导，必须有工人群众参加，配合解

放军战士，同学校的学生、教员、工人中决心把无产阶级教育革命进行到底的积极分子实行革命的三结合。工人宣传队要在学校中长期留下来，参加学校中全部斗、批、改任务，并且永远领导学校。在农村，则应由工人阶级的最可靠的同盟者——贫下中农管理学校。

《红旗》杂志一九六八年第二期

面向工农兵

预防为主

团结中西医

卫生工作与群众运动相结合

(一九五四年二月二十五日政务院
206次政务会议批准公布)

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党员都要学习他。

《纪念白求恩》（一九三九年十二月二十一日）

前 言

在伟大领袖毛主席亲自发动和领导的波澜壮阔的无产阶级文化大革命已经取得伟大的、决定性的胜利的新形势下，为了贯彻毛主席“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”的伟大指示，尽速改变广大农村缺医少药的状况，为了对社会主义新型合作医疗制度的巩固和发展贡献更大力量，向党的“九大”献礼，我们编写了这本《赤脚医生医疗手册》，供革命的同志们试用和参考。

一九六八年，在伟大领袖毛主席教育革命思想、“五·七”指示、“六·二六”指示的光辉指引下，在省、地、市各级革命委员会的亲切关怀和帮助下，由驻院工人、解放军毛泽东思想宣传队带领，广大革命师生员工先后两次深入山区、农村进行医教革命，这是本书编写的实践基础。遵照毛主席“**学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简**”的伟大教导，在编写内容上，从农村常见病、多发病、普遍存

在的病的防治入手，本着预防为主和中西医结合的原则，力求适合当前我省广大农村医疗卫生工作的实际需要。为了适应我省“红医班”的学习参考，同时也编入了一些工业常见职业病。

本书在临床诊断上力求简明扼要，以症状和体征为主要依据；在治疗上，本着少花钱治大病，不花钱也治病的原则，尽量使用针灸、“六·二六”针吸水罐等简易疗法；书中所用土方、验方均以我院初步实践过的为主。

由于我们毛泽东思想水平不高，加之实践经验不足，时间紧迫，缺点、错误在所难免，恳切希望广大“赤脚医生”和革命同志在试用和参考中提出宝贵意见。

河北医学院革命委员会医教部

一九六九年三月

目 录

物理诊断基本知识

第一部分	问诊.....	2
第二部分	体格检查.....	4
第一节	一般状态、淋巴结、 头颈部检查.....	4
第二节	胸部检查.....	6
第三节	腹部检查.....	14
第四节	神经系统检查.....	18
第五节	其他检查.....	19

常见疾病防治

普通感冒.....	20
流行性感冒.....	22
支气管炎.....	24
支气管哮喘.....	27
肺炎.....	35
肺结核.....	37
结核性胸膜炎.....	42

矽肺·····	45
流行性脑脊髓膜炎·····	48
百日咳·····	53
麻疹·····	55
溃疡病（胃、十二指肠溃疡）·····	57
消化不良·····	62
急性胃肠炎·····	68
慢性胃炎·····	70
细菌性痢疾·····	72
中毒型痢疾·····	75
伤寒·····	78
传染性肝炎·····	81
门脉性肝硬化·····	84
波浪热（布氏杆菌病）·····	89
风湿热·····	94
风湿性心脏瓣膜病·····	98
高血压病·····	102
肺原性心脏病·····	105
心力衰竭·····	107
泌尿系感染·····	114

肾小球肾炎	116
贫血	119
糖尿病	123
中毒性疾病	126
一、急性中毒的一般处理原则	126
二、预防有机磷农药中毒	128
三、有机氯农药——六六六、二二三 (DDT) 中毒	134
四、一氧化碳中毒	136
五、盐鹕中毒	137
六、苯中毒	138
七、沥青中毒	141
八、铅中毒	142
九、腐蚀性药物中毒	146
神经官能症	148
一、神经衰弱	148
二、癰病	150
癰病(羊角风)	151
电击伤	153
溺水急救	156

中暑	159
地方性甲状腺肿 (单纯性甲状腺肿).....	162
疖、痈、蜂窝组织炎及乳腺炎	165
常见手部疾病	174
一、甲沟炎、甲周围炎与甲下脓肿 ...	174
二、脓性指头炎	176
三、腱鞘囊肿	179
四、化脓性腱鞘炎	180
破伤风	181
烧伤	188
败血症	195
腹股沟疝	198
急腹症	201
一、急性阑尾炎	202
二、宫外孕	205
三、胃、十二指肠急性穿孔	207
四、急性腹膜炎	209
五、蛔虫症	210
六、急性胆囊炎 胆石症	213
七、肠梗阻	216

八、肠套叠	221
胸壁软组织挫伤	222
肋骨骨折	223
创伤性气胸	224
肿瘤	227
一、恶性肿瘤	227
1. 子宫颈癌	228
2. 乳腺癌	229
3. 胃癌	230
4. 食道癌（噎食）	231
二、体表良性肿瘤	232
1. 皮脂腺囊肿（粉瘤）	232
2. 脂肪瘤	233
3. 纤维瘤	233
4. 血管瘤	234
肛门疾病	234
一、肛裂	235
二、肛门周围脓肿	236
三、肛瘘	237
四、外痔栓塞	238

五、内痔	239
六、直肠息肉	240
腰痛及关节痛	241
一、急性扭伤	241
二、慢性劳损	241
三、椎间盘脱出症	243
四、类风湿性关节炎	244
五、老年性关节炎	246
骨折与脱位	247
一、骨折	247
二、桡骨小头半脱位	253
急性循环衰竭（休克）	254
产前检查	258
家庭接生	261
自然流产	265
晚期妊娠中毒症	268
难产的诊断和处理	272
产后出血	276
产褥感染	280
计划生育	282

女性生殖系统炎症	292
一、滴虫性阴道炎	293
二、子宫颈糜烂	296
三、盆腔炎	297
1. 急性盆腔炎	297
2. 慢性盆腔炎	299
月经失调	302
一、闭经	302
二、月经过多	304
三、痛经	306
子宫脱垂	308
睑腺疾病	311
一、睑腺炎（麦粒肿）	311
二、睑板腺囊肿（霰粒肿）	312
结膜疾病	313
一、急性结膜炎	313
二、沙眼	315
角膜疾病	320
一、角膜溃疡	320
二、角膜软化症	322

急性青光眼	324
白内障	327
眼外伤	329
一、结膜与角膜表层异物	329
二、烫伤及化学烧伤	330
三、眼球穿通伤	331
龋齿	333
鹅口疮	336
口疮	337
化脓性中耳炎	338
鼻炎	341
鼻出血	344
付鼻窦炎的	346
一、急性上颌窦炎	346
二、急性额窦炎	348
扁桃腺炎	349
一、急性扁桃腺炎	349
二、慢性扁桃腺炎	351
急性喉炎	352
常见皮肤病	354

一、黄水疮	354
二、黄癣	356
三、牛皮癣 (银屑病)	358
四、湿疹	361
五、荨麻疹	363
六、神经性皮炎	365

附 录

一、常见症状诊断与治疗	368
发热	369
头痛	372
小儿惊厥	376
昏迷	379
咯血	383
呕血	385
便血	388
黄疸	390
水肿	392
皮疹	395
急性腹痛	400
二、外科基本知识	409

抗菌术与无菌术	410
手术室的设置	410
手术室内空气消毒	410
手术室用水	411
器械和物品的灭菌法	411
手术人员准备	413
手术区准备	413
手术进行中的无菌原则	414
常用麻醉	414
局麻	414
浸润麻醉	414
指（趾）神经阻滞麻醉	415
脊椎麻醉（腰麻）	415
表面麻醉	416
全麻	416
换药	416
常用小手术	418
清创缝合术	418
浅表肿瘤切除术	418
嵌顿包茎	419

三、牙齿摘除术	420
四、常用正常生理常数表	426
五、急救技术	434
六、针灸疗法	437
七、耳针	473
八、“六·二六”针吸水罐疗法	483
九、常用药物	512
十、常用静脉注射药物配伍禁忌表 ...	534后
十一、中药性能分类及用量	536
十二、土方验方汇编	564
十三、群众献方选录	612
十四、医生出诊箱的配备	625

你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！你完完全全调查明白了，你对那个问题就有解决的办法了。

《反对本本主义》（一九三〇年五月）

指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。

《中国革命战争的战略问题》（一九三六年十二月）

物理诊断基本知识

为了及时正确的治疗伤病员，早期恢复伤病员的战斗力与劳动力，医务工作者必须通过问诊

和体格检查，取得必要的材料与情况，“加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的思索，”作出正确的诊断，然后才能订出合理的治疗措施。因此我们必须遵照毛主席“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”的教导，做好诊断工作。

第一部分 問 診

问诊是用询问病史的方法了解疾病的发生经过。问诊时要带着无产阶级感情，要体贴病人。问的越详细、准确、周到，对诊断的帮助越大。

询问时最好问病人自己，如病人神志不清，可以问病人家属及了解病情的人。询问要注意尽量让病人自己说，避免用一问一答的方法。

问诊内容：

一、一般项目：姓名、性别、年龄、家庭出身、成份、职业、婚姻、住址等。

二、主诉：病人的主要症状及病程时期，扼要叙述。如发热二日，伴有头痛、呕吐。

三、现病史：是病史的主要部分。应记录本次发病的全部过程，与本次发病有关的既往史也应描述。记录的方法应注意下列各点：

（一）发病缓急。

（二）按发病的时间顺序组合系统症状。

（三）对某些症状的特殊性应详加描述（如病人诉说腹痛，应问明腹痛的部位、性质、程度、有无放射和缓解等），借以鉴别疾病。

（四）发病后的检查结果及治疗情况等。

四、既往史：包括：

（一）过去一般健康状况。

（二）曾患过何种疾病。

（三）预防接种史。

（四）外伤，手术史等。

凡与本次发病有关的应加以记录外，一般不作记录。

五、个人史：生活习惯，传染病接触史等。

六、婚姻史。

七、月经及生产史。

八、家族史。

第二部分 体格检查

第一节 一般状态、淋巴结、头颈部检查

一、一般状态检查：

(一) 意识状态。

(二) 发育、营养状态。

(三) 体温：正常腋下 $36-37^{\circ}\text{C}$ ，直肠比腋下高 $0.5-1^{\circ}\text{C}$ ，口腔介于二者之间。

(四) 体位：

1. 自动体位：活动自如。

2. 强迫体位：病人为了减轻痛苦被迫采取的体位，如端坐呼吸，见于心脏病、肺部疾病。

(五) 血压：正常数值：收缩压 $90-140$ 毫米汞柱，舒张压 $60-90$ 毫米汞柱。

二、淋巴结检查：主要查浅表淋巴结，如颈、颌下、锁骨上、腋窝、腹股沟等处淋巴结。

(一) 方法：使局部肌肉松弛，把淋巴结压

向骨面。

(二) 注意其硬度、活动、大小、压痛、破溃、瘘管。

三、头部检查：

(一) 睑结膜检查：注意苍白、充血、有无疱疹和分泌物等。

(二) 巩膜检查：在天然光线下，观察巩膜有无黄疸。

(三) 瞳孔检查：观察瞳孔大小变化及对光反射。

(四) 扁桃腺检查：检查时，请病人头略向后仰，张口发“啊”音，必要时在充分光线下以压舌板压舌根部，观察扁桃腺有无肿大、充血、脓栓等。扁桃腺肿大分三度：

一度肿大：超过舌腭弓；

二度肿大：超过咽腭弓；

三度肿大：接近中线。

四、颈部检查：

(一) 气管检查法：右手中指放于胸骨上窝，二、四指放在胸锁关节上，中指向上触摸气

管，观察中指与气管的重叠情况，如气管移位则不重叠。

(二) 甲状腺检查法：检查者立于被检查者背后，以双手拇指固定在第七颈椎附近，其余手指向前伸，触及甲状腺部位，让被检查者作下嚥动作，如有肿物随之移动，即为甲状腺肿大。

第二节 胸部检查

一、正常肺部检查：

(一) 胸部体表标志：为了确定胸部器官的正常位置及境界，了解病变体征的部位及范围，常利用下列胸部表面的标志：

1. 胸骨。

2. 胸骨角：胸骨柄与胸骨体联接处，为第二肋骨的标志。

3. 胸部主要标志线：（图 1）

（1）前正中线。

（2）锁骨中线。

（3）腋前线。

(二) 正常肺部物理学检查：

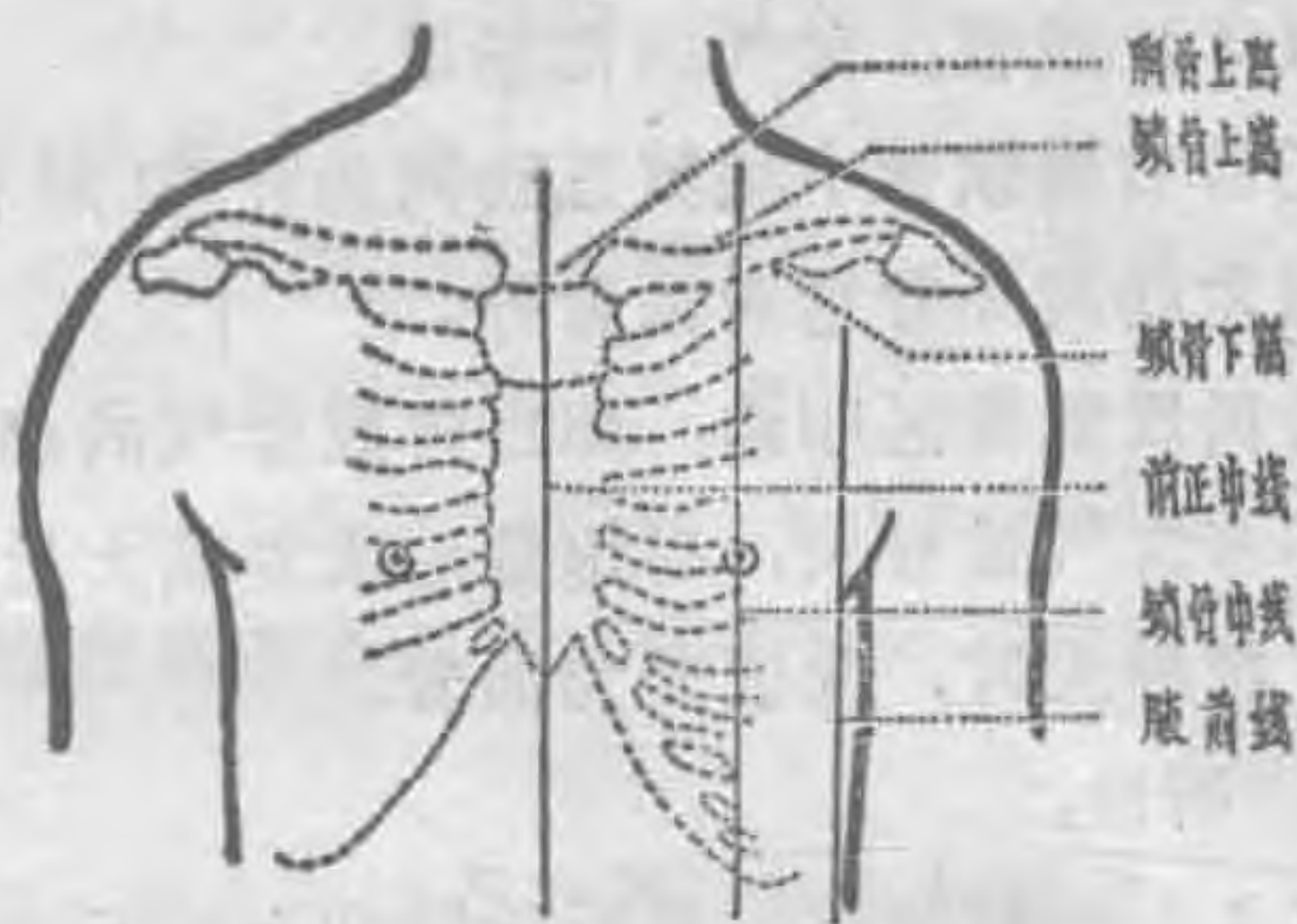


图1 胸部标志线

1. 望诊：胸廓两侧对称，横径大于前后径，两侧呼吸运动一致。呼吸次数，成人平均18次/分，小儿年龄越小，呼吸越快，新生儿45次/分，五岁25次/分。

2. 触诊：语颤检查法：两手掌尺侧缘对称放在肋间，被检查者说：“1……”，检查者的手感到轻微颤动。应自上而下，左右对比。

3. 叩诊：鉴别四种叩诊音：

(1) 清音：肺野。

(2) 浊音：肺肝相对浊音界。

(3) 实音：肝绝对浊音界。

(4) 鼓音：含气的胃肠道。

正常右侧锁骨中线第五肋间为肝相对浊音界，第六肋间为肝绝对浊音界。

讨论贝氏鼓音区叩诊：相当胃底含气的部分，其大小与含气量有关，当饱餐后或左侧大量胸腔积液、脾肿大时，此区变为浊音。

4. 听诊：

(1) 一般规律：用听诊器自上而下，前后、两侧对照听诊。检查时注意听诊器与胸壁接触紧密，避免发生摩擦音。

(2) 辨别三种呼吸音：（见下表）

特 点 呼 吸 音	肺泡呼吸音	支气管呼吸音	支气管 肺泡呼吸音
机 制	气体出入肺泡 产生声音	气体出入声门 产生声音	两者混合
性 质	似“夫”音	似“哈”音	吸气似“夫” 呼气似“哈”
	吸气时强、长、 高	呼气时强、长、 高	呼吸气两者相 等
分 布	全 肺 野	喉头、气管、 胸骨柄和肩胛 间区	右肺尖和肩胛 间区

二、病理肺部检查：

(一) 肺部疾病的一般表现：呼吸困难、发绀、杵状指。

(二) 病理胸廓：桶状胸、一侧胸廓凹陷。

(三) 病理呼吸音听诊：

1. 肺泡呼吸音增强：见于一侧肺部病变，因一侧肺呼吸功能减弱，健侧呼吸功能发生代偿性增强。

2. 肺泡呼吸音减弱：见于胸膜炎。

3. 管状呼吸音：见于肺空洞、肺实变。

4. 湿性啰音：大、中、小水泡音，见于肺炎、肺水肿。

5. 干性啰音：飞箭音、鼾音，见于支气管炎、支气管哮喘。

6. 胸膜摩擦音：见于干性胸膜炎。

三、正常心脏的检查：

(一) 望诊：心尖搏动：正常位于左侧胸廓第五肋间锁骨中线内，距前正中线7—9厘米，搏动面积为2—2.5厘米²。新生儿至二岁以内小儿心脏多为横位，所以心尖搏动位于第四肋间锁

骨中线外0.5—1.0厘米。

（二）触诊：

1. 心脏触诊法：用右手掌尺侧缘或食、中指的前端置于心尖搏动的部位，判定心尖搏动强度、节律、震颤。

2. 脉搏触诊：注意速率、强度、节律。

（三）叩诊：主要确定心脏和大血管的大小、形状及其在胸廓内的位置。检查时，病人仰卧或端坐，进行浅而均匀的呼吸。用指指叩诊法沿肋间从肺到心脏进行叩诊。叩诊所用的冲击力要轻，作为叩诊板的手指应与所测定的心脏边缘平行。

心脏及大血管（腔静脉、主动脉、肺动脉）都是不含有气体的器官，所以叩诊呈浊音。心脏在胸廓内与肺相邻，其前部表面有一部份为肺所遮盖，因此，沿肋间从肺到心脏进行叩诊时，可发现叩诊音由清音（发自肺组织）变为比较浊的叩诊音（由肺组织和心脏、大血管共同发出），此浊音的界限为心脏相对浊音界，它代表心脏和大血管的实际大小在胸壁上的投影。正常心脏相

对浊音界的大小见下表：

**心脏相对浊音界在
各肋间距正中线的距离**

右 界	肋 間	左 界
	Ⅱ	
2——3 厘米	Ⅲ	3.5——4.5 厘米
3——4 厘米	Ⅳ	Ⅲ、Ⅴ之間
	Ⅴ	7——9 厘米

(四) 听诊：

1. 部位：（见图 2）

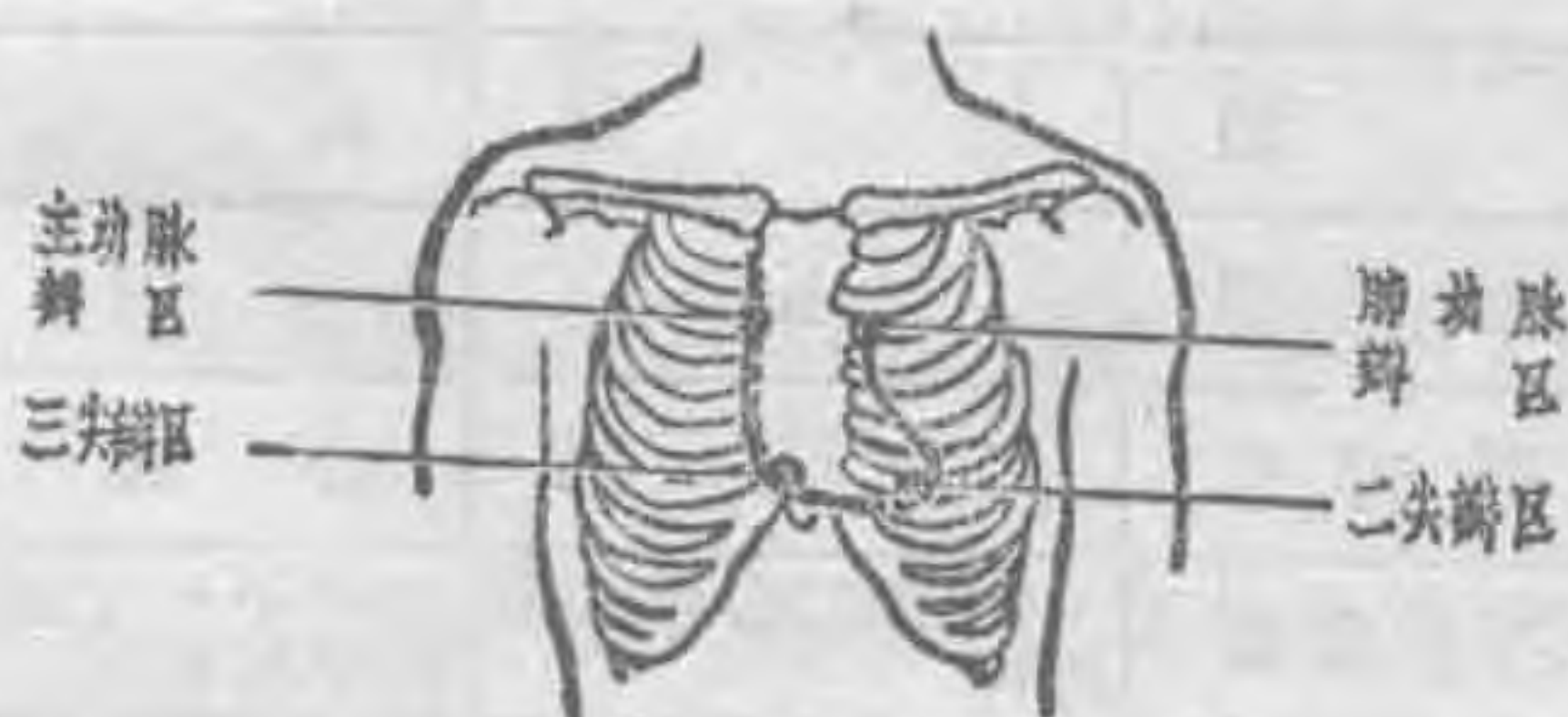


图 2 心脏听诊部位

(1) 二尖瓣区：心尖部。

(2) 三尖瓣区：胸骨下端稍偏右。

(3) 主动脉瓣区：胸骨右缘第二肋间。

(4) 肺动脉瓣区：胸骨左缘第二肋间。

2. 听诊顺序：二尖瓣区——→主动脉瓣区——→肺动脉瓣区——→三尖瓣区。

3. 内容：

(1) 识别第一、二心音(见表)。

正常第一、二心音的鉴别

	第一心音	第二心音
机制	主要是二、三尖瓣关闭	主要是主、肺动脉瓣关闭
时间	收缩期	舒张期
音调	低强	高弱
持续时间	长	短
最强部位	心尖部	心底部
与心音间隔	与第二心音间隔较短	与下一个第一心音间隔较长
与心尖搏动之关系	同时出现	出现在搏动之后

(2) 心率：成人平均 75 次/分，小儿年龄越小，心率越快，新生儿 120 次/分，5 岁 100 次/分。

四、病理心脏的检查：

1. 心力衰竭的一般表现：观察呼吸困难（端坐呼吸），二尖瓣面容，颈静脉怒张，心前区隆起（因心脏明显扩张所致），下肢浮肿。

2. 病理的心尖搏动：左心室扩大引起心尖搏动增强，并向左下移位。

3. 叩诊心界有无扩大。

4. 心脏杂音的听诊：注意杂音出现的部位、时间、强度、性质、传导方向。

(1) 部位：一般以杂音最强的听诊区为杂音产生的部位。

(2) 时间：和心尖搏动同时出现的杂音为收缩期杂音。

(3) 强度：即杂音的分级，一般用于收缩期杂音。

(4) 性质：二尖瓣的舒张期杂音较粗糙，习惯上以雷鸣样来形容，主动脉区收缩期杂音和舒张期杂音同时存在常以往返性形容，其它杂音

概用吹风样形容。

第三节 腹部检查

一、正常腹部的检查：

(一) 腹部体表分区（见图3）：

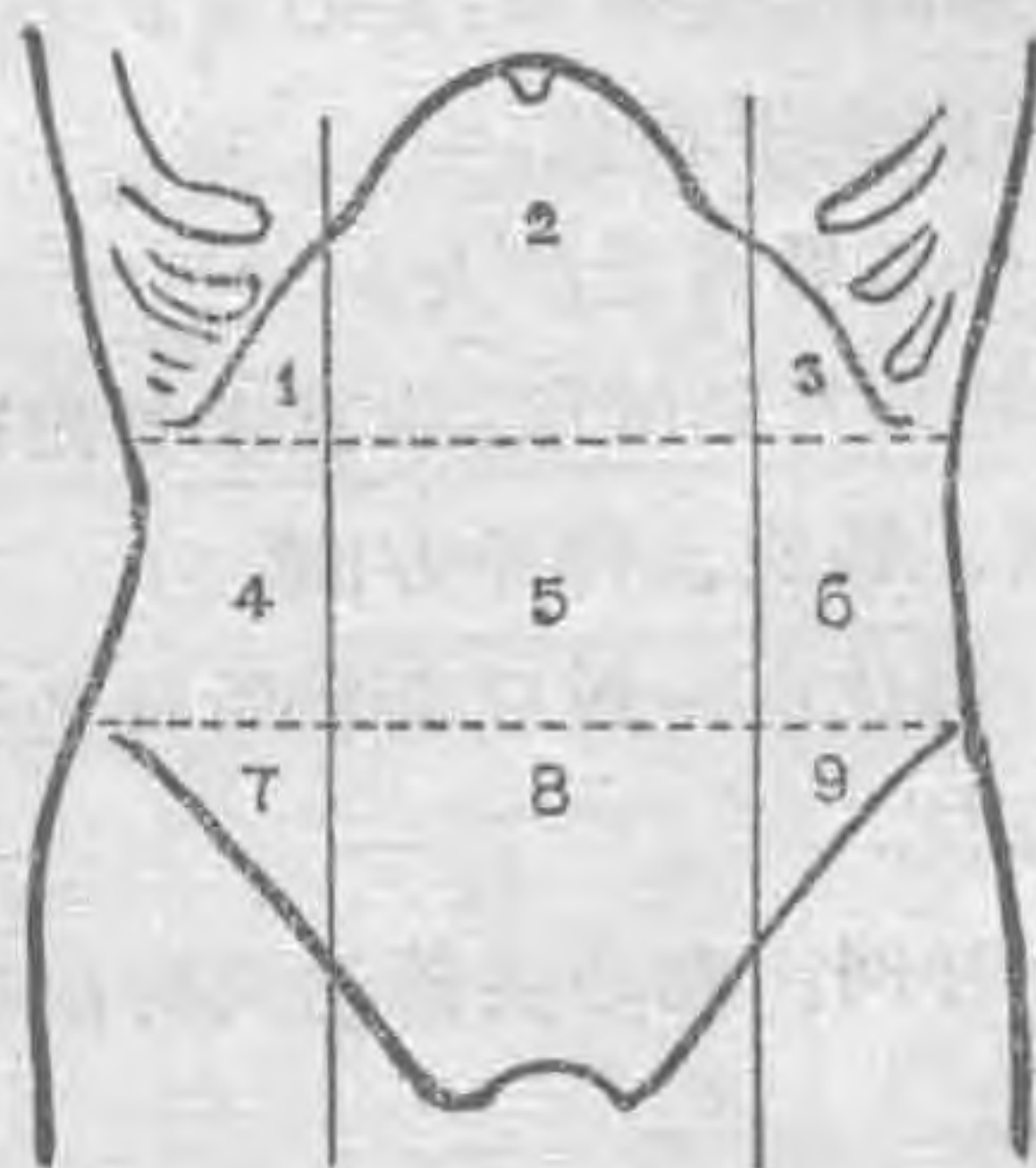


图3 腹部体表分区

图3 腹部各区容纳的主要器官：

1. 右季肋部：肝右叶、胆囊、横结肠右曲、右肾。

2. 上腹部：肝左叶、胃、十二指肠、大网膜、横结肠、胰头、胰体、腹主动脉、腹部淋巴结。

3. 左季肋部：脾、胃、横结肠左曲、胰尾部、左肾。

4. 右腰部：升结肠、小肠、右肾。

5. 脐部：大网膜、横结肠、小肠、输尿管、腹主动脉、肠系膜及其淋巴结。

6. 左腰部：降结肠、空肠、左肾。

7. 右髂窝部：盲肠、阑尾、右侧输卵管和卵巢（女）、淋巴结。

8. 下腹部：迴肠、输尿管、膨胀的膀胱、增大的子宫（女）。

9. 左髂窝部：乙状结肠、左侧输卵管和卵巢（女）、淋巴结。

（二）正常腹部物理学检查：

1. 望诊：平坦、对称、腹式呼吸。

2. 触诊：注意事项：

（1）被检查者体位：①仰卧式：使被检查者头部稍高，髋关节弯曲，腹壁肌肉松弛；②右

侧卧位：脾脏触诊所取的体位，使病人左腿屈曲，右腿伸直。

（2）检查者的位置：病人仰卧时，检查者站在病人右侧，右手掌平放于腹壁进行触诊。

（3）触诊技巧：①手要暖，指甲要短；②手掌平放，腹壁加压时逐渐增强，否则引起腹肌紧张；③在病人深呼吸时触诊较好，此时腹壁松弛；④先触健康部位，后触病变部位；⑤精神紧张者，腹肌紧张，不利检查，可与病人谈话分散注意力。

（4）几种基本触诊法：

①浅表触诊法：手掌平放，轻摸腹壁，了解腹壁压痛、抵抗等一般情况。

②深部触诊法：用弯曲之二、三、四指末端逐渐向后腹壁压迫，或用两手重叠加压，用以进行腹腔深部触诊，确定病变的部位及性质。

③浮沉触诊法（冲击触诊法）：腹腔积液时用以检查肝、脾或肿物。四指并拢，以指尖垂直放在腹壁上，用连续快而稍有力的冲击即可触知。

(5) 肝脏触诊法：右手平放于右上腹由下而上移动，请病人作腹式深呼吸，吸气时肝随膈肌下降，肝下缘可被触及。正常人也可稍触及肝脏的边缘，质软无触痛。

(6) 脾脏触诊法：手法与肝脏触诊法同。轻度肿大的脾在右侧卧位易触到。正常人脾脏触不到。

3. 叩诊：含气的胃肠道呈鼓音。

4. 听诊：正常者肠鸣音存在，注意肠鸣音的增强、减弱或消失。

二、病理腹部检查：

(一) 腹水征：

1. 望诊：呈蛙腹，某些病例可伴有腹壁浅表静脉曲张。

2. 触诊：水波感。

3. 叩诊：移动性浊音。

(二) 肝脾肿大触诊：

1. 肝肿大：注意大小，表面有无结节，软硬度及压痛。测量法：自右锁骨中线与右肋弓交叉点开始，垂直至肝脏下缘，以厘米计算。

2. 脾肿大：可分三度：

(1) 轻度肿大：脾下缘在左锁骨中线肋弓下2—3厘米。

(2) 中度肿大：脾下缘超过肋弓下3厘米接近脐窝。

(3) 重度肿大：脾下缘超过脐窝，达下腹部。

第四节 神经系统检查

一、颈强直的检查：患者平卧，检查者用手托患者头枕部，使其颈部接近上胸部，观察有无抵抗。有抵抗者为脑膜刺激征，如脑膜炎、颅内出血。

二、神经反射检查：

(一) 生理反射：

1. 角膜反射：昏迷患者此反射消失。

2. 腹壁反射：正常时刺激腹壁可出现腹壁肌肉收缩，锥体束疾患和腹膜炎患者腹壁反射消失。

(二) 病理反射：

1. 巴氏征：以钝针划足底，从外侧到足小趾根部转向内侧，表现跣趾向背侧屈曲，其他各趾呈扇形散开，即为阳性，见于锥体束疾患。

2. 克氏征：患者仰卧，屈曲髋关节 90° ，再伸膝关节，如膝关节伸展不能超过 135° 或有抵抗及疼痛即为阳性，为脑膜刺激征。

3. 布氏征：患者仰卧，医生用力抬患者的头部（使下颏近胸），如有下肢屈曲膝为阳性。

第五节 其他检查

一、窥镜检查：注意阴道通畅、皱折及子宫颈大小、光滑、着色、赘生物。

二、阴道检查：

（一）子宫颈：注意其软硬度，有无接触出血。

（二）子宫：注意大小、活动、软硬、压痛。正常未孕子宫如鸡蛋大小，呈前倾位，与子宫颈呈钝角。

（三）附件：在子宫两旁，正常时触不到，病变时可触到条索状物或肿块，有压痛。

最高指示

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

《論联合政府》（一九四五年四月二十四日）

常見疾病防治

普通感冒

本病又称“伤风”，由病毒感染所致，在天气较冷或气候突然变化时，容易发病。

临床表现及诊断

一、成人与年长儿童，全身症状较轻，一般不发烧或有低烧。初有咽部发干发痒，然后鼻塞、喷嚏、流涕、头疼、疲倦、周身不适、四肢酸疼、食欲不佳等。3—4天后鼻涕减少转为浓稠，渐至痊愈。

二、婴儿患感冒时，常有高热，甚至发生惊厥，有时伴有消化道症状，如：呕吐、大便增多

等。

三、检查时可见鼻粘膜与咽部充血，有时扁桃腺红肿。

预 防

一、平日多进行体力劳动与身体锻炼，增强体质。

二、随气候变化增减衣服。

三、患病时少串门，防止传染给别人。

四、减少与病人的不必要来往，避免感染机会。

治 疗

一、发烧者应注意适当休息，多饮水。

二、发烧、头痛不适者可用葱白10根、生姜3—5片煎汤，睡前服。或用复方阿斯匹林、止痛片、安乃近等，成人每次一片，日三次。

三、针灸：大椎、曲池（双），每日针一次。头痛加针太阳（双）、印堂、合谷（双）；鼻塞加针迎香（双）；咳嗽加针列缺（双）、太渊（双）；喉痛取少商（双），用三棱针点刺出血；痰多加针天突。

流行性感冒

流行性感冒简称“流感”，由病毒引起，发病急，传播快，一旦发生流行对生产劳动影响极大。传染源为病人，主要通过空气飞沫传播。

临床表现及诊断

起病急，感染后经1—2天发病，开始即有高热、畏寒、头痛、腰疼、周身关节痛。本病与普通感冒的区别就是全身症状较严重，上呼吸道症状较轻。婴幼儿可因高热出现抽搐。本病可并发肺炎。

预 防

一、应积极开展群众性的爱国卫生运动，落实“三要”、“三不要”的措施。

三要：一要通风换气卫生好；二要发现病人早报告；三要预防工作人人搞。

三不要：一不要看望病人；二不要去病村；三不要到流行地区赶集上会。

二、流行期间，非疫区对疫区的来人，应进行严密的医学观察与监督，以防流感传入、蔓延。

三、流行期间，病人可在家隔离诊治。

治 疗

一、应注意适当的休息，多饮水，婴幼儿应注意保暖，防止并发肺炎。

二、葱白三錢、绿豆半把、生姜三块，水煎服。

三、羌活三錢、苍朮三錢、白芷二錢、细辛一錢、生地三錢、黄芩三錢、防风三錢、川芎一錢、甘草三錢，水煎服。

有汗加桂枝，无汗加麻黄，胸闷加桔梗去生地。

四、针灸：风府、大椎、风池、合谷、太阳、曲池、委中。

五、头疼发热时，也可用复方阿斯匹林、止痛片、安乃近等，成人每次1—2片，日三次。或用银翘解毒丸、羚翘解毒丸等成药，成人每次一丸，日二次。

六、合并肺炎时，可给抗菌素和磺胺药（见肺炎治疗）。

支 气 管 炎

本病可由细菌或病毒的感染引起，亦可由理化性刺激如煤烟、灰尘、有害气体等所引起。根据其病程长短，分为急性与慢性两种。

临床表现及诊断

一、急性支气管炎：

1. 起病初期常有普通感冒症状，但以咳嗽为主，伴有胸部发紧、发闷。初为干咳，以后痰量增多，渐成粘液脓性痰。

2. 肺部听诊有时可听到干性啰音或少数湿性啰音，咳嗽后可消失。

二、慢性支气管炎：

1. 轻者除早晚有刺激性咳嗽外，常无其他症状；重者咳嗽、吐痰明显，呼吸可带哮鸣音。本病常在冬季或感冒后加重，多年久病者活动时常感气短。

2. 肺部听诊可无异常，或可听到散在的干、湿性啰音。久病者常有肺气肿体征，如：胸呈桶状，叩诊呈鼓音，肺下界下移等。

3. 成人患者应与肺结核鉴别,如经常午后潮热,或听到局限于肩胛部的小水泡音,特别在咳嗽后出现,应考虑肺结核。

预 防

1. 多从事体力劳动与身体锻炼,增强体质。
2. 注意天气变化,避免发生感冒。
3. 戒除吸烟,对慢性支气管炎的治疗与预防有重要意义。

治 疗

一、一般治疗: 保持室内空气湿润,避免寒冷与烟尘刺激。

二、针灸治疗: 主穴为合谷、大椎、风门,可加用风池、肺俞、尺泽。咳重、喉痒加天突;痰多加丰隆;久咳痰多,遇寒加重者宜灸肺俞、足三里。

三、中医治疗:

1. 急性支气管炎: 具有风热感冒症状,且以口干渴、痰白粘或黄、舌苔黄为主证者,治宜清肺止咳化痰。

桑叶三钱、桑白皮三钱、黄芩三钱、浙贝母三

錢、枇杷叶三錢、杏仁三錢、桔梗三錢。

加減：痰粘加瓜蒌仁或天竺黃；熱重加生石膏或青黛。小兒兼停食加焦山查、神麴。

成藥：清肺抑火丸，每次2—3錢，日二次；二母寧嗽丸，每次1—2丸，日二次。

2. 慢性支氣管炎：痰多而稀白、身弱氣短、舌苔白膩為主証者，治宜健脾祛濕、化痰止咳。

山藥五錢至一兩、白朮三錢、陳皮三錢、半夏三錢、茯苓四錢、紫苑三錢、甘草二錢。

加減：咳重加款冬花三錢、百部三錢；汗多氣短明顯加生黃芪、麻黃根；喘重加烏梅、五味子。

成藥：鎮咳可用通宣理肺丸或止嗽青果丸，成人每次1—2丸，日二次；祛痰可用桔紅丸，成人每次1—2丸，日二次；老年喘息可用止咳定喘丸，每次1—2丸，日二次；小兒可用川貝精，每次0.5—1片，日三次。

四、對症治療：咳嗽可服甘草片，每次2—3片，日三次。如痰粘不易咳出時，可服氯化銨，每次0.3—0.6克，日三次。有劇烈咳嗽

时，可服咳必清，每次1片，日三次，或每晚睡前服2片。

五、症状明显者可给磺胺。高热及小儿病例给青霉素，必要时合用青、链霉素或用四环素族。

六、慢性支气管炎可拔“六·二六”针吸水罐，穴位同支气管哮喘；也可用割治疗法。

支气管哮喘

本病俗称“气喘症”，是一种慢性过敏性疾病，以小支气管痉挛为主要病变。发作时主要是呼吸困难，大都在冬、春季节犯病。其过敏原可以是内在的，如体内的感染病灶；也可以是外来的，如花粉、皮毛、干草、鱼虾等。

临床表现及诊断

一、发作时有胸闷、干咳、鼻痒，不久即出现呼吸困难，被迫坐起（叫端坐呼吸），面色苍白，口唇发绀，出冷汗，呼吸特别困难，尤以呼气为主，经数分钟、数小时，甚至数天，发作将停止时，咳出大量粘痰，呼吸逐渐轻松，哮喘消失。

二、发作时间不定，常在夜间发作，有的一日发作一次或数次，有的半年到一年发作一次。如经治疗，症状持续超过一周仍不能控制者，称为“哮喘连续发作状态”。多年反复发作可引起肺气肿，长期肺气肿可造成肺原性心脏病。

三、发作时听诊可闻哮鸣音，明显者不用听诊器即可听到。伴有感染时，可听到湿性啰音。久病者，胸廓可变成桶状，叩诊呈过清音。

四、鉴别诊断(见下列各表)：

哮喘性支气管炎与支气管哮喘的 鉴别要点

	哮喘性支气管炎	支气管哮喘
病因	慢性炎症	过敏反应，由过敏原(花粉、皮毛、鸡蛋、慢性病灶)存在而引起的
病史	慢性支气管炎史	过敏反应史
症状	慢性咳嗽痰喘	发病间隔毫无症状，突然发作，发展迅速，经治疗缓解迅速

支气管哮喘与支气管炎的

鑑別要点

病 名	症狀与体征		
	急性支气管炎	慢性支气管炎	支气管哮喘
主要症状	咳嗽、咯痰、乏力、喉痛	长期咳嗽、咯痰，冬天加重	发作性呼吸困难，咯多量泡沫痰
体 温	低 热	正常，急性发作时发热	正 常
呼 吸	稍增快或正常	正常，或为哮喘样	发作性呼吸困难
肺 部	叩診	清 音	清音或过清音 [*]
	听診	肺泡呼吸音，可有啰音	呼吸音弱，有啰音
咯 痰	粘 液 性	粘液脓性量多	大量泡沫性

* 肺清音是一种长而低的音响，它的响度与肺组织的弹性及含气量有关；当弹性减弱、含气量增多时，则出现一种强而低的、带鼓音调的叩诊音，响度较清音为强，称之为过清音。

支气管哮喘与心脏性哮喘的 鑑別要点

支 气 管 哮 喘	心 脏 性 哮 喘
有肺部体征	有心脏体征
病程长、反复发作	病程短、发作較少
有过敏或呼吸道长期疾患史	有高血压、动脉硬化、慢性腎炎史
初发年龄較小	往往在40岁以上
发作时一般情况尚好	精神紧张,多汗,恐怖感
喘息定效果較好	氨茶硷效果較好
可用腎上腺素,禁用嗎啡	可用嗎啡,禁用腎上腺素

预 防

本病一般比较顽固,预防工作更应放在首位,预防措施应做到以下几点:

一、用毛泽东思想宣传病人、武装病人,增强病人与疾病作斗争的信心。

二、避免上呼吸道感染。

三、消除体内感染病灶,肃清诱致哮喘的因

素。

四、对已患支气管哮喘者，应尽量找出变态反应原，并避免与其接触，以免复发。

五、加强身体锻炼，增强身体抵抗力与呼吸机能。

六、室内空气要流通，患者应戒除烟酒。

治 疗

一、解除支气管痉挛：用支气管扩张剂。

1. 肾上腺素：1/1000 肾上腺素0.3——1毫升，皮下注射，可迅速地解除支气管痉挛，必要时可一小时后重复注射。此药有升压作用，有高血压者不宜使用。

2. 氨茶硷：氨茶硷0.25克+50%葡萄糖40毫升静脉注射(缓慢)，必要时在3—5小时后可重复注射；或每次口服0.1—0.2克，日三次。

3. 麻黄素：每次0.025—0.05克，日三次。其性温和，奏效较慢；或皮下注射0.03克。有高血压者不宜用此药。

4. 射干麻黄汤：射干二钱、麻黄一钱、生姜一钱、细辛五分、紫苑一钱半、大枣四枚，每日

一付，水煎分二次服，治哮喘与咳嗽明显者。

5. 小青龙加石膏汤：麻黄二钱、芍药一钱、桂枝一钱、细辛五分、干姜一钱、五味子五分、半夏二钱、生石膏三钱、甘草五分，每日一付，水煎分二次服。适用于有发热、咳嗽、气喘者。

6. 对哮喘连续发作状态的治疗：

(1) 氢化考的松 50—200 毫克 + 5—10% 葡萄糖 500 毫升，静脉滴注。

(2) 较严重时，肾上腺素 1 毫升 + 氢化考的松 100 毫克 + 5—10% 葡萄糖 300 毫升，静脉滴注。或口服去氢考的松每次 5—10 毫克，日三次。

二、控制感染：支气管哮喘合并感染时，应当用抗菌素消除感染。青霉素成人每日 80—120 万单位，分 2—3 次肌注；严重时可合并应用链霉素每次 0.5 克肌注，日二次。或口服地霉素每次 0.25—0.5 克，日四次。

以上两种疗法要及时应用，这是治疗的关键。

三、针灸：

1. 支气管哮喘而无支气管炎者，取合谷、足

三里(均双)、大椎。疗法：针合谷、足三里，灸大椎。

2. 合并支气管炎者可取：合谷、列缺、尺泽、太渊、风门、肺俞(双)、天突，每次选用2—3穴，轮流针治，日一次。

四、“六·二六”针吸水罐：按下述部位拔罐：

1. 大椎穴拔一罐，大椎穴上一横指处，距中线一横指两侧各拔一罐。

2. 大椎两侧，距中线两横指处各拔一罐，以此罐为起点向下，每隔两指拔一罐，可拔2—3罐。

3. 曲池、合谷(均双)各拔一罐。

4. 胸锁乳突肌后缘处，每隔二横指拔一罐。

5. 距锁骨中线两横指(双)每个肋间拔一罐。

以上可连续拔20—30次，病情严重者可先针刺，后拔罐。

五、祛痰剂：

1. 咳嗽、咯痰者可用复方甘草片每次2—3片，日三次。或用其它止咳药。

2. 痰粘稠不易咳出者可用氯化铵 每次 0.6

克，日三次。

3. 通宣理肺丸：本药有止咳、化痰作用，对于伴有急性支气管炎、上呼吸道感染症状的患者适用，每次1—2丸，日1—2次，温开水送下。

4. 止咳散：适用于一切咳嗽、痰稠或无痰的患者。

荆芥二钱、紫苑三钱、百部二钱、白前二钱、桔梗一钱、陈皮二钱、甘草一钱，每日一付，水煎分二次服。

5. 杏苏饮：适用于咳嗽、痰多，由感冒诱发的患者。

杏仁二钱、苏叶钱半、葛粉二钱、前胡二钱、法夏二钱、枳壳钱半、陈皮二钱、茯苓二钱、桔梗一钱、甘草一钱，每日一付，水煎分二次服。

六、抗组织胺药物：

1. 对哮喘症状明显，烦躁不安者，可口服苯海拉明每次25毫克，日三次。必要时肌注20—40毫克。

2. 异丙嗪(非那根)：口服或肌注每次25毫克，日2—3次。

七、病人精神紧张，可用氯丙嗪(冬眠灵)每次25毫克，日三次。或用苯巴比妥(鲁米那)每次0.03克，日三次。

八、割治疗法：对长期慢性病程，久治不愈患者可试用割治疗法，前胸可取膻中穴，后背可取身柱穴进行割治。在手部割治也有较明显效果。

肺 炎

肺部发炎称为肺炎。肺的一大叶发炎称大叶肺炎，肺的多处小片发炎叫支气管肺炎（小叶肺炎）。成人以大叶肺炎为最常见，小孩和老人以支气管肺炎为多。这两种疾病都因机体抵抗力降低，细菌或病毒侵入所致。

临床表现及诊断

一、大叶肺炎

1. 起病急，开始恶寒、战慄、高烧，体温可达 $39-40^{\circ}\text{C}$ ，脉搏快而有力，伴有咳嗽、胸痛、咳痰，1—2天后可咳铁锈色痰。少数病人可有腹痛，或出现休克、昏迷等。

2. 患侧叩诊呈浊音，语颤增强，有管状呼

吸音，此三点称肺实变体征。后期可出现湿性啰音。

3. 如有条件可查血像，白细胞数可高达2—3万/立方毫米。

二、支气管肺炎(小叶肺炎)

1. 症状与大叶肺炎相似，但恶心、呕吐、腹泻等症状较明显，小儿因高热易引起嗜睡、烦躁、惊厥、昏迷。

2. 无大片性肺实质改变现象，听诊时肺部可闻干、湿性啰音。

预 防

一、加强体力劳动，积极锻炼身体，增强身体抵抗力。

二、气候变化时，注意勿着凉感冒。

三、麻疹、百日咳易继发支气管肺炎，应及时治疗和预防。

治 疗

一、一般治疗：注意休息，多饮水，并结合对症处理。

二、药物治疗：肌肉注射青霉素，每次注射

20万单位，每日4—6次。体温正常后减量，继续用3天停药。严重者可合用链霉素，每日1克，分1—2次肌注。小儿以30毫克/公斤/日计算。对青霉素过敏者，成人可用磺胺噻唑或磺胺嘧啶，与等量苏打同服，初次剂量各2克，以后每四小时各服1克，退烧后3—5日停药。如考虑病毒感染可用金霉素，每日1—2克，分四次服。

三、对伴有周围循环衰竭者，应按感染中毒性休克抢救，并给大量抗菌素。

四、其他：肺俞穴位拔罐或穴位封闭。

肺 结 核

肺结核是一种慢性传染病，是由结核杆菌引起的。本病主要通过呼吸道感染。肺结核病人痰里含有许多结核菌，痰干燥后，可以随空气飘到各处，健康人若吸入了含病菌的灰尘，就可能发生肺结核。吸入病人咳嗽时喷出的飞沫也可能被传染。

临床表现及诊断

肺结核病人症状表现极不一致，轻者可无症

状，重者症状明显而严重。

一、临床症状：

1. 全身中毒症状：疲倦、消瘦、食欲不振，一般下午低烧，重症患者可有高热、盗汗。女性患者有月经失调和闭经。小儿还有不活泼、精神不振、睡眠不安等现象。

2. 呼吸道症状：

(1) 咳嗽、咳痰，一般不剧烈，咳出白色粘液痰，量不多。轻者仅有干咳，严重者肺部有空洞形成，则痰量增多。

(2) 咯血：表现程度不等，少者痰带血丝、血点，重者可以大量咯血。咯血之有无与病情关系不大，主要是由于病变侵犯到血管所致。

二、体征：早期可无体征表现，若肺部有实变时，触诊可感语音振颤增强，叩诊则呈浊音，听诊呼吸音减弱。病变范围较大者患侧呼吸音减弱。部分病人可听到干性或湿性啰音。肺部有巨大空洞时叩诊呈鼓音，可听到支气管呼吸音或空瓮音存在。

三、诊断：

1. 询问病人过去有无结核病接触史。
2. 根据症状与体征。
3. 有条件时可以作X线检查。

预 防

一、开展爱国卫生运动，增强人民体质。

二、卡介苗接种。

三、控制传染源：进行普查，早期发现病人早期治疗，防止疾病传播。

四、肺结核病人不要随地吐痰，更不要把痰嚥下，应将痰进行处理，如：火烧、深埋，或痰中放石灰。

五、有条件者，应将病人进行适当隔离；如不能进行隔离，也应做到房屋经常通风，晒被子。患者去集体场合要戴口罩。

六、家庭中吃饭食具分开，患者备专用碗筷，并定期煮沸。

治 疗

由于结核病是慢性病，治疗过程比较长，必须树立坚强的革命意志战胜疾病，遵照毛主席的教导：“既来之，则安之，自己完全不着急，

让体内慢慢生长抵抗力和它作斗争直至最后战而胜之，……。”

一、一般治疗：平时根据病情适当参加工作，或休息，适当多吃些营养丰富的食物如蛋类、蔬菜、豆类。

二、抗痨治疗：

1. 链霉素：每日一克肌注，一般是60—90克为一个疗程。如有耳鸣、眩晕、耳聋，应停药。

2. 雷米封（异菸肼）：一次100毫克，日三次，直至治愈。

3. 对氨柳酸（简称PAS）：成人每日9—12克，分3—4次口服。

毒性反应：胃纳不佳、烧心、呕吐或腹泻。并用苏打可减轻。

一般轻度肺结核可单一用异菸肼，重度可二种或三种抗痨药物联合应用。症状减轻后改为单一用药，以异菸肼为主。

三、中药治疗：应以润肺、滋阴、清火为主。

1. 百合固金汤：二地、元参、贝母、甘草、桔梗、灸百合、当归，加藕节、白芨止血。量为

二至三錢加減。

2. 月華丸：二門冬、二地、沙參、川貝、元參、山藥、阿膠、三七、百部、獺肝，加炙枇杷葉、炙百合、玉竹。量為二至三錢加減。

3. 桔梗三錢、百部三錢，水煎服，每日一付。

四、針灸治療：

針灸配合藥物治療可以提高療效，減輕症狀。

針刺：大椎、肺俞、膏肓、中府、尺澤、列缺、合谷、足三里、涌泉。

灸法：本病多用灸法（高熱禁灸），效果很好。穴位：

背部：大椎、肺俞、膏肓、膈俞、胆俞。

腰部：命門、腎俞、陽關、腰眼。

腹部：氣海、關元。

下肢：足三里。

以上各穴背部應少灸，腰部以下應多灸，如用溫熱法可以常灸；燒灼灸法，必須間隔十餘日一次。

五、咯血的處理：

1. 臥床休息，必要時可給適當量鎮靜劑。

2. 止咳：一般为防止剧咳，可适当应用可待因。应注意保持呼吸道通畅，以便内出血顺利排出。

3. 止血：

小量咯血可以给安络血：每次5毫克，日三次；也可给浓缩仙鹤草素10毫克，肌注。

大量咯血可用垂体后叶素10个单位溶于10—25%葡萄糖溶液或生理盐水20—40毫升中，15分钟内缓慢静脉注射，高血压、心脏病及孕妇慎用。

结核性胸膜炎

本病是由于原有的肺部结核病灶的直接浸润、扩展或体内其他部位结核病灶的结核杆菌经血液、淋巴系侵入胸膜所引起的一种炎症反应。临床上有关节性胸膜炎与渗出性胸膜炎两型。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。

临床表现及诊断

一、临床症状：一般发病较急，有高热、干

咳、胸痛。胸痛与呼吸咳嗽有明显关系，干性胸膜炎阶段胸痛尤为明显。随着胸水的出现胸痛减轻，严重者可出现呼吸困难。

二、体格检查：

望诊：患侧胸廓饱满，呼吸运动减弱。

触诊：气管向健侧移位，患侧语颤减弱，干性胸膜炎可触到胸膜摩擦感。

叩诊：患侧叩浊或叩实。

听诊：患侧呼吸音减弱或消失或可听到胸膜摩擦音。

三、诊断：

毛主席教导我们：“……正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。”我们应根据所得材料进行分析：

1. 有结核病的历史。
2. 根据临床症状与体征。
3. 有条件可进行X线检查。

预 防：同肺结核。

治 疗

一、一般治疗：卧床休息，多吃富有营养易

消化的食物。

二、抗癆治疗：同肺结核。

三、肾上腺皮质激素：促进积液吸收，减少胸膜粘连，改善症状。如去氢考的松（强地松）：

成人：每次2.5—10毫克，日3—4次口服。

小儿：每日每公斤体重1—2毫克，分3—4次口服。

待胸水吸收，症状减轻，可逐渐停药。

积液处理：量少可以不抽，量多时，可多次抽液，以减少胸膜粘连和减轻压迫症状。

四、中药：主要是清热润肺，滋阴降火和泻肺行水。

1. 葶力大枣汤：葶力子六钱、大枣十二个，水煎服，可去胸水。

2. 泻白散：桑白皮、地骨皮、甘草、粳米，加瓜蒌皮、木槿、葶力子。量二至三钱加减。

3. 百合固金汤：同肺结核。

五、针灸疗法：

1. 无渗出液时取穴：大椎、大杼、肺杼、支沟、曲池、章门。

2. 有渗出液时除以上穴位加针阴陵泉、关元、中脘。

3. 肺俞处拔罐、配合针灸减轻症状。

矽肺

生产性灰尘进到肺内，引起肺内纤维性变化，称为尘肺。矽肺是尘肺中最常见和最主要的一种，是由于吸入了含游离二氧化矽的灰尘而引起的肺部纤维化的疾病。

临床表现及诊断

一、临床症状及检查：

1. 早期：症状轻微，在体力劳动时可能发生轻微的气短、胸痛和轻度干咳。

体征：可能有肺底气肿的体征：胸廓两侧下部稍突出，胸下部叩过清音，肺下界稍下移；呼吸音减弱，并可能有干性啰音。

2. 中期：稍微操劳即感呼吸困难，咳嗽加重，有痰。

体征：由于肺气肿较为广泛，其体征亦较早期为明显，并出现湿性啰音。

3. 晚期：在平靜状态中即觉呼吸困难，咳嗽严重，痰量增多。

体征：肺硬变及肺气肿都很明显，并有并发症。胸廓呈桶状，胸部肌肉过份发达，叩浊音及过清音相间存在，增强和减弱的呼吸音相间出现，还有干湿性啰音；如并发肺原性心脏病则表现有发绀、浮肿、肝肿大等右心衰竭的现象。

二、诊断：

1. 职业史：患者在接触含石英(二氧化矽)粉尘工作中(如磨石粉、制玻璃、搪磁等工业)有5—10年工龄，有时可短至2个月。

2. 根据临床症状和体征。

3. X线检查肺部可见小片状或大片状阴影存在。本病应与肺结核鉴别，有的病人矽肺合并肺结核。

预 防

一、车间应通风良好，装置除尘设备和湿式操作、密闭化、机械化等综合措施，使粉尘浓度降至每立方公尺2毫克以下。

二、在工业中尽量避免采用含有二氧化矽的

材料，否则应用湿式作业及密闭除尘等方法使达到防尘的要求。

三、按时进行健康检查，如发现病人应及早脱离原工作环境，并及时治疗。

四、个人使用防尘口罩。

治 疗

一、立即脱离原工作环境。

二、生活要有规律，避免吸烟饮酒。

三、维生素 B₁ 每次10毫克，日三次；维生素 C 每次100毫克，日三次。

四、由缺氧引起呼吸困难时给氧吸入。

五、合并肺结核的应同时治疗肺结核，有肺炎、支气管扩张、肺脓肿的给抗菌素治疗。

六、可试用 2.5—5 % 枸橼酸 鈉 20 毫升，静脉注射，每周 2—3 次。也可服矽肺合剂（枸橼酸 鈉 2 克、胃蛋白酶 2 克、糖浆 40 毫升，加水至 100 毫升），每次10毫升，日三次，饭前服用。

治疗后观察

1. 每 3—6 个月复查胸片一次，并观察有无肺结核并发。

2. 每3—6个月复查循环呼吸功能,重新鉴定患者的劳动力,调整工作负荷。

流行性脑脊髓膜炎

本病简称“流脑”,是脑膜炎双球菌引起的急性传染病,冬春季节多见,儿童发病较多。传染源是病人与带菌者,可借空气飞沫传播。如预防工作搞的不好,可发生流行。本病流行期不仅威胁劳动人民的健康和生命,而且直接影响三大革命运动的顺利进行。因此我们必须针对其特点,加强防治措施。

临床表现及诊断

一、本病起病突然,多以高热开始,伴以头痛,继而呕吐。检查皮肤可有瘀血点,脑膜刺激征阳性(颈强直,克氏征阳性)。婴儿起病时常有惊厥,热度可不高,其囟门突出为一特征。有极少患者起病急骤,病情进展快,神志迅速转为不清,呈现昏迷状态并常伴有抽搐,瘀血点出现早,广泛,很快融合成瘀斑,其中部分患者表现以周围循环衰竭为主,出现休克,血压下降,面

色苍白，肢体发冷，脉细弱；另有部分患者则表现以脑水肿、颅压增高、脑疝为主，头痛剧烈，呕吐频繁，瞳孔可变形，大小不等，或忽大忽小，对光反射减弱或消失，呼吸节律不整或有暂停现象。根据以上资料尤其在流行季节已可确诊，不需再进行化验检查。

二、在鉴别诊断方面早期应与严重的感冒相鉴别。感冒一般发烧虽高，但精神尚佳，头痛亦较轻，多无呕吐或有轻呕吐；而流脑则精神萎靡或意识模糊，头痛剧烈，多伴有呕吐。如在疫区鉴别不清时，可按流脑处理观察。

预 防

一、高举毛泽东思想伟大红旗，打一场预防流脑的人民战争。毛主席说：“发动广大群众的卫生运动，减少疾病以至消灭疾病，是每个乡苏维埃的责任。”在预防流脑时，我们必须遵照毛主席的教导，做好动员与宣传工作。

二、大抓卫生人员中两条路线和两种思想的斗争，批判重治疗轻预防的资产阶级思想。

三、宣传、落实“三要”、“三不要”的预

防措施（“三要”、“三不要”见流感）。

四、早期发现病人，就地隔离治疗。

五、本病流行时，提倡用 3—5 % 盐水漱口，吃大蒜。

六、病人的密切接触者，可口服磺胺类药物预防感染。磺胺嘧啶成人每次 1 克，加等量苏打，日二次，连服三天；长效磺胺，日一次，每次 0.5 克，连服三天。儿童为成人量 $\frac{1}{2}$ ；婴儿为 $\frac{1}{4}$ 。

七、脑膜炎球菌对冷、热、干燥和日光的抵抗力很低，在体外容易死亡，因此，提倡注意室内通风，勤晒衣服被褥，是切实可行的一种预防措施。

治 疗

我们必须遵照毛主席“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，在对患者的治疗问题上，不论如何严重，均应树立坚决治愈的决心，千方百计地进行抢救。

一、对一般病人的治疗：可用磺胺嘧啶，对小儿，有呕吐者，最好先采用注射剂，一般采用

肌肉注射，亦可采用静注（用25%葡萄糖稀释成5%溶液），情况好转后改为口服。剂量：成人每日6—8克；儿童每日每公斤体重0.15—0.2克，注射量与口服量相同。每日口服或肌肉注射量可分四次用，给磺胺药物时应加等量的碳酸氢钠。

二、对重症病人的治疗：除应用磺胺嘧啶外，应加用青霉素或氯霉素。青霉素剂量：成人每日200—480万单位，儿童为每日100—200万单位；氯霉素剂量：成人每日1—3克，儿童每日每公斤体重为50—100毫克，均可分四次肌肉注射。

三、抢救治疗：

1. 激素：氢化考的松（稀释于葡萄糖溶液中）静脉滴注，剂量：儿童为50—100毫克，成人每日200—300毫克。

2. 对周围循环衰竭的病人，可以给阿托品。剂量：成人每次1—2毫克，儿童每次每公斤体重0.03—0.05毫克。开始时，10—30分钟静脉注射一次，危重时5—10分钟一次，病情好转可

逐渐延长注射间隔时间至2—4小时一次。当面色由苍白转为红润，四肢发暖，血压正常，情况稳定后可停用。

如阿托品应用4—6次仍无效时，可改用去甲肾上腺素加5%葡萄糖液或生理盐水静脉滴注。开始浓度可采用2毫克/100毫升，血压不升可加大浓度，但以不超过8毫克/100毫升浓度为宜。随时测血压调整浓度及滴速，血压平稳后停用。

3. 对脑水肿及脑疝的抢救：应用脱水剂，可静脉注射50%葡萄糖40—100毫升。或20%甘露醇或25%山梨醇静脉滴注或注射，剂量均按每公斤体重每次1—2克给药，数小时后仍可重复应用。亦可试用50%甘油，口服或鼻饲，剂量为每公斤体重1—1.5克。发生呼吸节律不整时可给山梗菜硷或尼可刹米。

总之，流脑虽然是一种急性传染病，一旦发生就会减弱我们的革命力量，但只要高举毛泽东思想伟大红旗，充分发动群众，打好预防流脑的人民战争，它将和天花等传染病一样，会被用

毛泽东思想武装起来的人民控制和消灭。

百 日 咳

本病是小儿常见的呼吸道传染病，其主要症状为阵发性痉挛性咳嗽，多发生在秋、冬与春初，常呈暴发性流行。其传染源为百日咳患者，当咳嗽时借飞沫传播，病后可获得永久性免疫。

临床症状及诊断

早期似感冒症状，如有接触史，且咳嗽日渐加重，则应考虑本病。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回声，严重的可引起呕吐。这种阵发性痉咳每天可发生数十次，而且以夜间为重。因严重咳嗽，病儿常出现面部及眼睑浮肿，舌系带溃疡，鼻衄，结膜下出血，甚至脑出血。整个病程约为6—10周，末期咳嗽渐轻而至痊愈。上述咳嗽的特点，是诊断的主要依据。

预 防

一、预防流感的“三要”、“三不要”措施，也适用于本病（见流感）。

二、根据流行病学资料，早期发现和早期诊断病人，并进行家庭隔离治疗。对密切接触的儿童应作医学观察，以便及时发现和隔离治疗。

三、百日咳预防注射，是目前一种有效的预防措施。三联疫苗较理想，可防百日咳、白喉、破伤风，皮下注射每月一次，全程共三次，第一次0.5毫升，第二次1毫升，第三次1毫升。生后三个月即可注射，以后到三岁及六岁时再注射一次，在接触病人时，需随时再注射一次。免疫效果可维持2—3年。

治 疗

一、一般治疗：注意室内空气流通，避免烟、尘等不良刺激。因长期咳嗽和呕吐会引起营养不良，故要特别注意病儿的喂养。

二、中药及验方：

1. 百咳灵：为胆汁制剂，每次1—2片，日3—4次。

2. 苦胆制剂：用鸡、鸭、牛、羊、猪的苦胆均可，把胆汁取出加糖做成糖浆，两岁以下每日1

毫升，3—4岁每日1.5毫升，5岁以上每日2毫升，分二次服。

3. 紫皮大蒜一两捣碎加水400毫升，取其浸出液澄清放12小时，加适量糖，日三次，每次10毫升，7天为一疗程。

4. 百日咳饮：百部二钱、沙参三钱、川贝一钱、白前二钱，水煎服，每日一付。

三、针灸与拔“六·二六”针吸水罐：主穴为少商、商阳（皆点刺出血）。咳重者加尺泽或风池、大椎、肺俞、合谷、曲池等。配合在肺俞、风门穴拔“六·二六”针吸水罐，则疗效更佳。

四、抗菌素治疗：早期可使用氯霉素、合霉素、土霉素或金霉素，按一般用量，7—10天为一疗程。

麻 疹

本病俗称“疹子”，河北省有的地区称为“糠疮”，是儿童较严重的一种急性传染病。多见于冬、春两季，由病毒引起，传染性很强。解放后，在毛主席的亲切关怀和教导下，防麻工作取

得了显著成绩。1960年我国自制的麻疹减毒活疫苗获得成功并推广使用，有的地区麻疹易感儿发病率已降低至3%以下。

临床表现及诊断

患儿有发烧及上呼吸道感染症状（流泪、流鼻涕、打喷嚏）怕光、呕吐、腹泻及惊厥，第2—3天在口腔近臼齿处颊部粘膜上有一片红斑（费—克氏斑）：由针尖大小、白色的外围红晕斑点组成，2—3天即消退。发烧三天后出疹。疹子由耳后、额部、颈部开始，约三天内遍及全身。皮疹大小不等，为浅红色斑丘疹，皮疹之间为正常皮肤。疹子转为暗红色，即进入恢复期，一般三天后症状好转。麻疹病程中常并发喉炎、中耳炎、结膜炎及肺炎。

本病应与风疹及幼儿急疹鉴别（参见396页）。

预 防

一、病儿可在家隔离到出疹后5天。

二、流行期间，易感儿不外出串门，以防被传染。

三、体弱易感儿在潜伏期可肌注母亲血20—

60毫升，以避免或减轻感染。免疫效果可维持3—4周。

四、自动免疫：7个月以上易感儿接种麻疹减毒活疫苗。

治 疗

一、主要为护理好病儿，避免发生合并症，注意多饮水，吃易消化食物，保持口腔及眼睛清洁。

二、病儿如高热，可进行对症处理。

三、芦根汤可协助疹出全，农村常用此法。

四、本病的并发症，以肺炎较多见，必要时可用抗菌素预防。

五、祖国医学对麻疹的治疗有独到之处，根据当地条件可选用成药小儿回春丹、透疹散，按说明书服用。

溃疡病（胃、十二指肠溃疡）

本病是指在胃或十二指肠内发生了溃疡。

“唯物辩证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”溃疡病的

发生也是这样，是由某些外界的不良因素，使精神过度紧张或生活不规律，而引起大脑调节内脏的功能失常所致。此外，吃酸辣等刺激性强的食物太多，也可促发本病。多见于青壮年，病程长而反复发作。

临床表现及诊断

一、临床症状及体征：

1. 上腹部疼痛的长期性、周期性、节律性。

长期性：上腹部疼痛（压迫感、钝痛、灼痛等）反复发作，时好时犯，有多年的历史。并多在精神紧张、寒冷、进食不当时发作。呕吐、进食或服硷性药物后症状可缓解。

周期性：往往在冬春季发作，经数周后腹痛消失，再经数周后可能再发作。随着病情的进展，发作期逐渐延长，缓解期缩短。

节律性：

胃溃疡：常在饭后半小时到一个半小时疼痛开始，经1—2小时消失，下次进食后再发。

十二指肠溃疡：常在饭后3—4小时疼痛发作，一直到下次进食后消失。这种疼痛往往向后

腰部放射。

2. 烧心、反酸、嗝气、腹胀以及便秘。

3. 查体：在发作期只是上腹部有轻度压痛，胃溃疡压痛点常在上腹部偏左，十二指肠溃疡则常在上腹部偏右。

4. 由于溃疡病有慢性穿入性的病理特点，要注意矛盾的转化，其常可引起下列并发症：

（1）出血：表现为呕血、黑便、内出血休克。

（2）穿孔：形成急性腹膜炎。

（3）幽门梗阻：由于幽门部充血、水肿、痉挛或瘢痕所致，表现为非节律性疼痛、呕吐、脱水、胃型及蠕动波。

（4）癌变：疼痛的规律性消失，其他症状及体征见“胃癌”。

二、诊断：

1. 以青壮年多见，病史长达数年以上。

2. 临床表现的特点。

3. 有条件可进行X线胃肠造影确诊。

预 防

一、开展爱国卫生运动，提高人民健康水平。

二、做好工作安排，生活要有规律，注意饮食卫生，防止暴食，避免吃太多的刺激性食物。

治 疗

一、注意饮食，宜少吃多餐，吃易消化食物。

二、针灸疗法：上脘、中脘、梁门、章门、内关、足三里、胃俞、京门等。

三、“六·二六”针吸水罐：先拔背面，腰带印处距中线2横指各拔一罐，从此罐向上，每隔2横指拔一罐，拔5—6罐。剑突下，每隔2横指拔一罐，拔3—4罐。其他位置如两侧内关、天枢、足三里、三阴交各拔1—2罐，罐间距离为2横指。

四、中药及验方：

1. 乌贼骨四两、贝母一两，共粉口服。每次1—2钱，日三次，饭前服。

2. 乌贼骨研为极细末，用量及服法同上。

3. 鸡蛋皮，研为细末，每次一钱，开水送服，日三次。

4. 炒杏仁，炒黄去皮去尖，日三次，每次

7—8个，连服数日。

5. 白菜疙瘩汤（最好是洋白菜疙瘩），日二次。如有腹胀，可加做种的白萝卜根。

6. 蜂蜜：将蜂蜜熬沸过滤备用。无呕吐者，日三次，每次90毫升，空腹服；有呕吐时，日三次，每次30毫升，待呕吐减轻后再逐渐增至90毫升，可连服2—5周。

五、对症治疗：

解痉止痛剂：

1. 阿托品0.5毫克，皮下注射；或每次0.3毫克口服，日三次。

颠茄片每次16毫克，日三次。

莨菪硷每次0.3—0.6毫克，日三次。

2. 制酸收敛剂：（氢氧化铝、氧化镁、小苏打、胃舒平）每次0.5—1克，日三次。

3. 镇静剂：鲁米那每次0.03克，日三次。

安宁片每次0.2克，日三次。

4. 维生素优每次0.1克，日三次。

六、封闭疗法：主要是用0.25%奴佛卡因封闭，阻断其恶性循环，以减轻症状或达根本治疗。

方法：1. 0.25%奴佛卡因 每次 10 毫升 口服，日三次。

2. 0.25%奴佛卡因，在腹痛区进行局部皮下封闭。

3. 0.25%奴佛卡因 10 毫升，静脉注射封闭，日一次，7—14天为一疗程。

4. 0.25%奴佛卡因60—80毫升，进行肾周围脂肪囊封闭，两侧交替注射，日一次，7—14天为一疗程。

七、割治疗法：在疼痛对称点两棘突之间，切口约 1 厘米，向四周剥离 2 厘米，再埋藏 4 号羊肠线 1 厘米，皮肤缝线一针。七天后向上一寸处同样方法作割治。再隔七天，在距第二次切口一寸处割治。疗程共21天，缝线均七天拆线。

消 化 不 良

本病是两岁以下小儿夏秋季常见的一种急性消化紊乱。饮食喂养不当，外界环境的突然改变，肠道内、外感染等，都可以引起本病的发生。过去由于叛徒、内奸、工贼刘少奇推行反革命

修正主义卫生路线，使广大农村缺少卫生知识，又一无医二无药，使许多消化不良患儿得不到及时治疗，影响了小儿的正常发育。我们一定要遵照毛主席的教导：“把医疗卫生工作的重点放到农村去。”完全彻底地为贫下中农服务，保证红色接班人健康成长。

临床表现及诊断

一、临床症状及类型：按病情轻重程度，可分为单纯性和中毒性两种，但二者是互相联系互相转化的，不应机械地分开，而应视为疾病的两个不同过程或为不同病因所致。

1. 单纯性消化不良：病情轻。一般状态尚好，主要是大便次数增多，每日数次至十几次，为黄绿色稀便，含有不消化的食物或奶瓣，或呈蛋花汤样，可有少量粘液，无脓血。常伴有呕吐，可有发热及便前不安等。

2. 中毒性消化不良：多由致病大肠杆菌引起，亦可由前者转化而来。

(1) 腹泻及呕吐：腹泻次数可增至几十次，可为黄绿便，水份很多，呕吐频繁，重者可吐绿

色液体。

(2) 脱水：表现为尿少，囟门、眼窝下陷，皮肤弹性差，舌唇干枯，口渴，严重者有循环机能不全的表现，如心音低微、血压下降、四肢冰凉。

(3) 酸中毒：呼吸深长加快，口唇樱红。

(4) 全身有中毒症状：高热、烦躁不安，可有惊厥，严重者呈昏迷状态。

二、诊断：根据好发年龄、季节及临床症状，不难作出诊断。

预 防

毛主席教导我们：“我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。”所以我们要作好宣传工作，把卫生知识告诉群众。具体方法如下：

一、宣传喂养知识：一岁以内尤其六个月以下的小儿应尽量人乳喂养，如无母乳，也要把五谷杂粮、新鲜蔬菜制成稀软易消化的食物，如面糊、烂面片、蒸鸡蛋等。由少量到多量，由一种食物逐渐增加到多种食物。

二、注意饮食卫生，不吃生冷腐败食物，如添食物及断奶，最好不在夏季。及时增减衣服。

三、及时治疗其他感染病灶如中耳炎、感冒。

治 疗

一、饮食：吐较泻重的，仍应以短时期（4—6—10小时）停止喂奶为宜，使消化道适当休息，此期可口服补液。以后再逐渐恢复正常喂奶。

二、对症疗法：

1. 减轻呕吐：可以选用下列药物：

苯巴比妥：1—2毫克/公斤体重。

氯丙嗪：0.5—1毫克/公斤体重。

2. 减轻腹胀：针刺气海穴，腹部热敷或服下列药物：

表飞明：0.3—0.6克/次，日三次。

炭末：0.5—1克/次，日三次。

缺钾引起者服氯化钾0.5克/次，日2—3次。

3. 治疗腹泻：可选用下列药物：

鞣酸蛋白：0.5克/次，日三次。

次碳酸铋：0.3—0.6克/次，日三次。

乳酸鈣：0.3—0.6克/次，日三次。

4. 助消化：選用胃蛋白酶、胰酶、乳酶生等，0.3—0.5克/次，日三次。

三、針灸、“六·二六”針吸水罐及驗方：

1. 針灸：足三里、合谷、大腸俞。配穴：脾俞、中脘。每日1—2次，4—5日為一療程。此外，點刺四縫穴，並擠出黃色粘液水，或針刺長強都有效。

2. “六·二六”針吸水罐：前面肚臍旁開二指拔一罐，背後臀部凹陷處（第4腰椎棘突旁開二指）兩側各拔一罐，日一次，痊癒即止。

3. 驗方：阿托品穴位注射新療法：取穴一側天樞，或一側足三里。一歲以內阿托品0.05毫克，大於一歲0.1毫克，日一次，嚴重者可用二次。

四、控制感染：由感染引起的可選用下列藥：

合霉素：50—100毫克/公斤/日，分4次服。

氯霉素：25—50毫克/公斤/日，分4次服。

新霉素：25—50毫克/公斤/日，分4次服。

磺胺脒：0.2—0.4克/公斤/日，分4次服。

五、液体疗法：是改善机体调节机制，纠正代谢紊乱的重要疗法。兹介绍便于农村使用，易掌握的方法，仅供参考。

1. 口服补液法：能口服者尽量用口服补液，此方法尤适用于较轻的脱水、酸中毒而无静脉补液条件，以及重症经治疗已好转者。

方法：（1）碳酸氢钠0.5克和氯化钾0.2克，加白糖10克用温开水100毫升溶化。此种液体按每日每公斤体重100毫升计算，分数次服用。

（2）食盐和碳酸氢钠各0.25克，加白糖10克，加温开水100毫升，用法同上。

2. 静脉补液法：脱水酸中毒较严重者，如有条件，此法仍较理想，具体作法是：

（1）先用2：1（2份生理盐水：1份1/6克分子乳酸钠）或7：6：5（7份生理盐水：6份5—10%葡萄糖：5份1/6克分子乳酸钠）混合液，按20毫升/公斤/次计算，在20—30分钟内由静脉注入或快速滴入，以利迅速纠正休克状态。

（2）然后，再用7：6：5混合液按9毫升/公斤/时的速度继续静脉注入或快速滴入，主

要补充细胞外液。

(3) 如在上述补液过程中，病儿已开始排尿，则在所输之混合液内加入 1.2% 氯化钾 4 份使成 7 : 6 : 5 : 4 混合液，继续滴入进而补充细胞内液，如此直至脱水酸中毒基本纠正，一般情况好转为止。

注：第二天如仍需补液，则应视病儿的吐泻情况而定，含电解质液与非含电解质液之比例，亦应灵活掌握。如静脉穿刺困难或失败，可采取上述液体由胃管缓缓滴入。

急性胃肠炎

本病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。发病以夏秋季较多。

临床表现及诊断

一、症状：主要症状为频繁的呕吐和腹泻，其中某一症状可能表现得特别明显。

起病时，患者腹部不适，以后发生腹痛、腹泻和呕吐。粪便一般为黄色水便，次数很多，有

时含有粘液和脓血。呕吐物为食物甚至胆汁。此外有不同程度的头疼、寒战、发热等。

二、检查：有脱水者，眼窝下陷，皮肤松弛，上腹部及脐部有压疼，肠鸣音亢进。

三、诊断：

1. 有吃不洁食物史。
2. 根据临床症状和体征。

预 防

- 一、去除病因。
- 二、注意饮食卫生，不吃变质腐败的食物。
- 三、加强饮食和粪便的管理工作。
- 四、灭蝇。

治 疗

一、卧床休息，吃流食或暂时禁食，多饮水、或温盐水。

二、解痉止疼：

阿托品：0.5毫克，皮下注射。

颠茄片：每次16毫克，日三次。

三、磺胺类及抗菌素治疗：

磺胺脒：首次服2克，以后每次1克，日

四次。

黄连素：0.2克/次，日三次。

合霉素：500毫克/次，日四次。

四、有明显脱水现象的应及时输液。液体以生理盐水或林格氏液为主，附以部分5%葡萄糖液，成人约需2000—3000毫升。

五、中医针灸治疗：

针灸：足三里、内关、天枢、中脘。

藿香正气丸或四正丸，每服1—2丸，日二次。

十滴水：每次10—20滴，开水冲服。

方剂：苍朮三钱、川朴三钱、陈皮三钱、
清夏三钱、藿香三钱、檀香三钱、
川连二钱、干姜一钱半、甘草一钱，
水煎服。

六、验方：大蒜一头、雄黄五分，共捣如泥，开水送下。

慢性胃炎

慢性胃炎多数由急性胃炎转变而来，其他因

素有：暴饮暴食，摄食不当或食过冷、过热的食物，长期食用有刺激性的调味品，以及经常服用对胃有刺激性的药物如阿斯匹林等。

临床表现及诊断

一、症状：本病的症状是长期存在的、逐渐加剧的消化不良症状，即食欲减退，饭后上腹灼热感和饱满、噯气、恶心、甚至呕吐等。这些症状常在饮食不慎时发生，有的很象溃疡病症状。

二、体征：有舌苔和上腹部触疼，压痛点较广泛。

三、诊断：根据病史及临床表现可以诊断，但应与溃疡病鉴别，有条件可作X线胃肠造影检查。

治 疗

一般可按照溃疡病的疗法酌情处理。也有些病人，由于胃粘膜萎缩造成胃酸减少或缺乏，应服助消化药，如10%稀盐酸，每次0.5—2毫升，或胃蛋白酶，每次0.3—0.6克，日三次，饭前服。服用胃蛋白酶时，应同时服用稀盐酸。

细菌性痢疾

本病简称“菌痢”，是一种常见的肠道传染病。病原是痢疾杆菌，借手、食物、水和苍蝇传播，夏秋季多见。

临床表现及诊断

一、一般起病较急，自感发冷、发烧，全身不适，主要表现为腹痛、腹泻，每天大便几次到几十次不等，初呈水样便，后变为脓血或粘液便，有明显的下坠感。部分病人由于治疗不当，可演变为慢性菌痢。

二、注意与阿米巴痢疾鉴别(见下表)：

细菌性痢疾	阿米巴痢疾
1.起病急	1.起病缓慢
2.多发热	2.发热一般不高，中毒症状轻
3.腹痛、下坠明显	3.较轻
4.腹部压痛左侧较明显	4.右下腹较明显
5.大便量少，为脓血及粘液便，无特殊臭味	5.量较多，以血为主，呈面酱样，有腐臭味

预 防

一、高举毛泽东思想伟大红旗，进行广泛宣传和动员，发动和依靠广大革命群众，开展以防病、灭病为中心的爱国卫生运动，是预防本病的关键性措施。

二、在非流行期应调查寻找慢性菌痢患者，给予积极治疗与卫生宣传。

三、在流行期对有症状的病人，应进行隔离治疗，对其粪便应进行消毒处理。

四、注意饮食卫生，加强水、粪的管理，大力消灭苍蝇。

五、在日常生活中，可多吃些大蒜，有一定的预防效果。

治 疗

一、一般治疗：高热时卧床休息，多饮水，给易消化的稀软食，脱水或酸中毒时，则应输液（葡萄糖、生理盐水和4%碳酸氢钠），腹疼可用针灸、拔“六·二六”针吸水罐、热敷或用颠茄制剂。

二、简易疗法：

1. 马齿苋二两，煎湯服。
2. 紫皮大蒜或独头蒜，每次一头，日三次，与饭同吃。
3. 山楂三两、红白糖各一两，水煎，分4次，一天服完。
4. 黄柏八錢，水煎服，每日一剂。亦可与黄连合用。

三、中医疗法：宜清热解毒。

白头翁三錢、黄芩三錢、黄连一錢半、秦皮三錢、白芍三錢、甘草二錢，小儿用量减半，水煎服，每天一付。

加减：肛门下墜加木香、檳榔；大便脓血多加当归、地榆。

四、针灸：主穴为天枢、足三里、合谷。发热加曲池；里急后重加大巨，深刺一寸半，自觉肛门有传导感，若症状不减，可再刺长强。

慢性菌痢针灸取穴以中脘、足三里、天枢、关元为主，亦可加用胃俞、大巨，灸神阙及关元。

五、药物治疗：

1. 痢特灵（呋喃唑酮）：每次0.1克，日三次。小儿5—10毫克/公斤/日，分三次服。

2. 黄连素：每次0.2克，日三次。小儿10毫克/公斤/日，分三次服。

3. 合霉素：每次0.5克，日四次。如用土霉素、氯霉素，剂量减半。

中毒型痢疾

中毒型痢疾是细菌性痢疾的一种，2—7岁小儿易患此病，起病急，早期出现中毒症状：高热伴有谵妄、昏迷或惊厥，严重者可发生休克或脑水肿。如不及时抢救，可能在1—2日迅速死亡。

临床表现及诊断

一、患者在病起时突发高热达 40°C 以上，病的早期先有严重的毒血症表现，如面色青灰、发绀、惊厥、嗜睡、昏迷、心跳快而弱、脉搏细弱、血压下降、四肢发冷和呼吸不匀、呼吸停止等周围循环和呼吸衰竭现象，以后才出现消化道症状（有时在发病后24—36小时才出现）；大便最先较稀

或呈水样，以后才出现脓和血。

二、出现痢疾特有的脓血粘液便，或镜检粪便发现较多白细胞及少数红细胞。

三、早期病例应和大叶性肺炎、流行性乙型脑炎或败血症等鉴别。

预 防

见“细菌性痢疾”。

治 疗

对中毒型痢疾患者，应遵照毛主席的教导：“救死扶伤，实行革命的人道主义。”在治疗上要分秒必争。

一、降温止惊：可采用冬眠疗法：

冬眠Ⅰ号：冬眠灵： 50毫克	} 成人用量 见269页。
异丙嗪： 50毫克	
杜冷丁： 100毫克	

小儿：按各 1 毫克/公斤/次，可以半小时一次，肌注。

冬眠Ⅱ号：异丙嗪： 50毫克	}
冬眠灵： 50毫克	

有呼吸不规则者不用冬眠Ⅰ号而用Ⅱ号。

同时给物理降温：冷敷、酒精浴等。

二、抗休克治疗：见“流脑”。

三、抗菌素控制感染：因病情较重，一般常同时合用合霉素（或氯霉素）与痢特灵或四环素，可肌肉注射或静脉滴注；四环素加入5%葡萄糖中静脉滴入，小儿用四环素40毫克/日/公斤，液体40毫升/日/公斤。

四、输液：有脱水者应矫正脱水；无脱水休克症状者小儿总液量为80—100毫升/公斤/日，等渗含钠液占1/3。矫正脱水输液量视脱水程度而定，矫正较重的脱水约需80—100毫升/公斤，在8—10小时内输完，再辅以口服法补液。静脉输液成分可按以下配方：

生理盐水（含糖亦可）	200毫升
------------	-------

5—10%葡萄糖液	300毫升
-----------	-------

11.2%乳酸钠液	20毫升
-----------	------

（或以4—5%碳酸氢钠液40毫升代替乳酸钠液）。

补液过程中患者一旦排尿，即开始补充氯化钾，每日剂量为0.25—0.3克/公斤，如口服应分

为四次。若腹胀，应静脉补钾，将10%氯化钾加入输液瓶内使成0.2—0.3%氯化钾液。

五、其他：有脑水肿者可给以甘露醇或山梨醇降低脑压。

伤 寒

本病是一种急性肠道传染病，病原菌是伤寒杆菌，主要通过日常接触、食物、水和苍蝇传播，夏、秋季多见，平日如放松预防工作也可流行。

临床表现及诊断

一、人体感染后，约经半月左右开始发病，病初似感冒，体温日渐上升，一周内可达 39°C 以上，主要为持续性高热，如经特殊治疗，3—5日体温可降至正常。患者常有明显的食欲不振、腹胀、表情淡漠、耳聋、耳鸣、谵妄等。

二、有的病人在一、二周后，胸部或腹部可出现一些粉红色充血性皮疹，压之退色，叫作玫瑰疹。

三、查体时可在病极期见相对性缓脉（即体温很高而脉搏增快不显著），脾肿大并有压痛。

四、如有条件可检查血液，白细胞减少。

五、本病常见的并发症为肠出血与肠穿孔。肠出血多发生于第二、三周，表现为黑便或血便，面色苍白，脉快，血压下降。肠穿孔表现为右下腹突然剧疼，伴有恶心、呕吐、脉细弱、出冷汗，1—2小时后可有腹膜炎表现。

预 防

一、开展爱国卫生运动，搞好环境卫生、饮食卫生和个人卫生，粪便进行无害化处理，控制苍蝇孳生。

二、保护饮用水源，严防粪便污染，必要时可进行漂白粉消毒。

三、尽量设法发现慢性带菌者，并给予积极治疗，消除其传染性。

四、预防接种：对疫区的村庄，每年在流行季节以前，可进行预防接种。

五、切实作好疫情报告，发现病人后在及时进行隔离治疗的同时，还要向上级有关防疫机构作疫情报告，以便掌握疫情动态，主动作好预防工作。病人在隔离治疗期间，其衣物、用具应进

行严密消毒。病人与带菌者的大、小便可用生石灰混合后予以掩埋。

六、对密切接触者，应进行医学观察，注意其有无发热及其他临床现象发生，一般观察21天。

治 疗

一、一般治疗：加强护理，卧床休息，吃少渣易消化食物。根据临床表现，进行对症处理，但便秘时，禁用泻药。

二、特效疗法：氯霉素，成人每日1—1.5克，小儿30—50毫克/公斤/日，分四次服用。体温正常后，将此剂量减半再服7—10天。合霉素剂量加倍。氯（合）霉素的付作用可有恶心、呕吐、腹泻、食欲减退，偶尔可以引起皮疹、口角炎，如出现皮疹、白细胞减少、再生障碍性贫血的可疑征象时，应立即停药，并可改用金霉素或四环素。

三、中医疗法：早期可给加味香苏饮、大小柴胡汤。有躁狂者可给白虎汤；有出血者宜用犀角地黄汤。

四、并发症治疗：

1. 肠出血：应绝对卧床休息，停食，腹部冷敷，并给镇静剂及止血处理。

2. 肠穿孔：应立即进行手术治疗，术前可先给抗菌素控制感染。

传染性肝炎

本病是一种由病毒引起的急性肠道传染病，多见于儿童和青年，一年四季均可发生，但秋、冬季节发病率较高，常为散发性，偶可形成暴发。

临床表现及诊断

人体感染后，大多经过2—6周开始发病。

一、黄疸型：起病较急，有发热、食欲不好、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、右季肋部疼痛等症状，数日后，尿和巩膜开始发黄，继而皮肤发黄发痒，肝脏肿大并有压痛，粪便有时呈灰白色。黄疸一般持续一至二周。

二、无黄疸型：较多见，除无黄疸外，其他症状与黄疸型相似。

三、暴发型：较少见，起病急，黄疸重，皮肤和消化道有出血，肝脏急剧缩小，最后出现昏

迷，甚至死亡。

预 防

一、切断传播途径：加强水及粪便管理，积极消灭苍蝇，注意个人卫生，加强体育锻炼。

二、加强饮食行业及服务行业的卫生教育及管理工作，并定期进行检查。

三、肝炎患者的管理：包括隔离和食具用具的消毒，粪便的处理，患者三年内不能担任献血者。病人用过的医疗器械，必须多次冲洗，然后煮沸30分钟。

四、早发现、早隔离、早治疗，隔离不少于30天。

治 疗

一、适当休息。

二、饮食：在条件许可的情况下，可给高糖、高蛋白、富有维生素的饮食。如呕吐、食欲差可静脉滴入葡萄糖。禁酒及对肝有损的药物。

三、大量复合维生素B、C以及B₁₂（100微克，肌注，日一次）或肝制剂。

四、中医中药（药量仅供参考）：

1. 茵陈蒿湯：茵陈五錢至一两、大黃三錢、
梔子四錢。

2. 茵陈五苓散：茵陈五錢至一两、白朮三錢、
澤夕三錢、猪苓三錢、茯苓五錢、
肉桂三錢。

3. 加減消遙散（无黃疸型用）：柴胡三錢、
當歸四錢、白芍三錢、茯苓三錢、
炙甘草三錢、丹皮三錢、梔子三錢。

加減：腹脹：加木香三錢、香附三錢、
枳實三錢。

食欲不振：加陳皮三錢、雞內金三錢、
焦三仙各三錢。

五、对暴发型及肝昏迷病人，我们要发揚“救死扶伤，实行革命的人道主义”的精神，要分秒必爭，立即进行抢救，可用氢化考的松100—200毫克，溶于5—10%葡萄糖500毫升中，靜脉滴注。肝昏迷时，每日给谷氨酸鈉或鉀25克，随5—10%葡萄糖靜脉滴注，并给广谱抗菌素如金霉素、四环素等。

門脉性肝硬化

本病是一种常见的慢性肝脏疾患，其主要病变为肝细胞的变性、坏死及增生，由于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、寄生虫病、中毒、反复大量酗酒，以及循环障碍均为其致病原因。

临床表现及诊断

一、症状及检查：

起病缓慢，往往有少数病人早期无明显症状。其临床表现可分早期及晚期，即代偿期和失代偿期。

1. 早期肝硬化：

(1) 消化道症状：如食欲不振、厌油食、腹胀以及吐泻等。

(2) 消瘦乏力等营养不良的表现。

(3) 肝脏肿大，较硬，可有蜘蛛痣的出现。

2. 晚期肝硬化：

(1) 门脉高压的表现：即脾脏肿大，出现

腹水及侧支循环的形成（如食道静脉曲张、腹壁静脉曲张），肝脏缩小，质硬，有时可触到结节。

（2）营养不良，消瘦，下肢浮肿，贫血。

（3）出血倾向，皮肤粘膜均有出血现象。

黄疸可有可无。

（4）晚期容易并发上消化道大出血、肝昏迷，肝硬化症状加重，出现精神神经症状，黄疸加深，贫血严重，可有肝臭，以及营养不良招致各种感染。

二、诊断：

1. 根据病史。

2. 根据肝硬化的症状及体征。

3. 有条件可做肝功能检查。

预防

一、大搞爱国卫生运动，做好粪便管理及饮食饮水卫生。

二、传染性肝炎及慢性肠道感染，应及早治疗。

三、保护肝脏：尽量少用对肝脏有害的药物，如山道年、苯巴比妥，避免大量饮酒，作好

化学工业的防护工作。

治 疗

肝硬化常使患者负担很重，必须用毛泽东思想武装病人，树立正确对待疾病的态度。

一、一般治疗：失代偿期（出现腹水后）可卧床休息，饮食忌油腻，多食糖及蛋白质，肝昏迷时应少食蛋白，应吃各种新鲜蔬菜，忌各种刺激性食物，有腹水时应吃低盐或无盐硷的食物，保持大便通畅。

二、保肝治疗：可用葡萄糖粉 每次 30 克，日三次；复合维生素 B，每次 2 片，日三次；维生素 C 100 毫克，日三次；酵母 1—2 克，日三次。

三、消除腹水：

1. 双氢克尿塞：25—50毫克/次，日三次，同时服氯化钾 1克，日三次，服四天停三天，肝昏迷前期禁用。

2. 汞撒利茶碱：每次0.5—1.0毫升，肌注，每周 1—2 次。

3. 中药：猪胃一只，砂仁、枳壳、广木香、

独头蒜各一两，除蒜外，将上述药弄成细末放猪胃内煮烂，取出药，将蒜、猪胃和汤分六次服，日二次。

4. 腹腔穿刺放腹水：如腹水很多影响病人进食时，可适当腹穿放腹水，视病情决定，每次放腹水量最多不超过2000—3000毫升，最多两周一次。

四、肝昏迷治疗：必须争分夺秒进行抢救。

1. 禁食或低蛋白饮食。

2. 大量葡萄糖液静脉滴注：成人用10—20%葡萄糖2000—3000毫升加1—2克维生素C，日一次，要注意给适当的生理盐水。

3. 氢化考的松静脉滴注，成人每日200—400毫克，小儿按10毫克/公斤/日计算。

4. 四环素族抗菌素：1克/日，溶于10%葡萄糖中静脉滴注。

5. 28.8%谷氨酸钠静脉注射，每日80毫升。

6. 病人清醒后可以从低蛋白饮食逐渐增加量。激素逐渐减量至停用。

五、并发出血时：

1. 卧床休息，禁食。

2. 止血剂：

维生素K每次3.84毫克，肌注，1—3次/日。

仙鹤草素每次1支，肌注，1—3次/日。

安络血每次1支，肌注，1—3次/日。

垂体后叶素：10—20单位加25%葡萄糖20—40毫升，缓慢静脉注射（15分钟）。

3. 输血、输液。

4. 如出血不止，可考虑三腔管压迫止血（见388页），必要时可行手术。

六、“六·二六”针吸水罐：

胸背下部第五胸椎棘突平面以下距中线2横指，每隔2指拔一罐，每侧5—6罐；前面肋弓水平面每隔2指拔一罐，共拔4罐。

七、中药：

早期可用消遙散、木香顺气丸。

晚期用五皮饮：陈皮、桑白皮、茯苓皮、大腹皮、五加皮各三钱。还可加大戟、芫花、甘遂各等分研末，每次服五分。

波 浪 热（布氏杆菌病）

本病也叫“布氏杆菌病”，是家畜与人都能患的传染病，主要流行于山区和牧区，其传染源主要是羊、牛、猪、马、驴等，致病菌经口腔、粘膜或皮肤侵入人体，故经常与羊、牛接触者易患此病。本病以长期波浪状的发热、多汗、关节痛为主要症状。病情轻重与病程长短颇不一致，经常反复发作。

临床表现及诊断

可分为急性期与慢性期：

一、急性期主要表现为发冷、发烧、全身无力、出汗、关节酸痛等，其次可有神经痛、睾丸肿痛等。

1. 发烧：一般在 $38.5-40^{\circ}\text{C}$ ，有四个特点：

（1）时间规律性强：每天下午开始，次日晨渐降。

（2）神志清醒。

（3）发烧时其他症状减轻，退烧后则加重。

(4) 热型为波浪热。

2. 出汗：量大，且以夜间较重，常可浸湿被褥。

3. 关节、肌肉酸痛：

(1) 多为大关节。

(2) 游走性。

(3) 锥刺样疼痛。

(4) 一般止痛药不能缓解。

4. 神经痛：可发生于神经干或神经根，侵犯肋间神经和坐骨神经者较多。故患者可有腰痛、胸痛和腿痛。

5. 睾丸肿痛是本病的特点之一。

二、本病极易转入慢性期，其表现是固定和顽固性关节、肌肉的持续性钝痛，全身无力，肝脾肿大等。

三、患者多有牛、羊接触史，或畜产品感染史。

四、鉴别诊断：应注意与风湿热、结核、疟疾、伤寒等鉴别。

预防

一、开展群众性卫生运动：毛主席说：“我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。”我们必须遵照毛主席的教导，广泛深入地向群众作宣传，宣传毛主席和党中央对贫下中农的关怀、波浪热的危害性、预防为主的重要性及预防措施等。充分调动群众的积极性，只要群众发动起来了，波浪热预防工作定能做好。

二、对患病动物的措施：只有消灭了动物间的波浪热，才能消灭人的波浪热。故应注意以下措施：

1. 控制疫区的措施：发现已感染的动物，应隔离于专用的场、圈内，防止互相传染。

2. 病畜的乳、肉和乳制品，必须经煮熟后，方可供作食用。

3. 流产的羔、犊和产道分泌物，要深埋或烧尽。

三、饮用水源，人畜不能混用。

四、个人防护：加强畜牧、兽医工作人员的革命事业心，明确预防工作与革命的关系，养

成自觉遵守防护制度的好作风。同时还要做好他们的定期体检与预防接种工作。

治疗

一、急性期：以抗菌素为主的综合疗法。

1. 四环素族+链霉素：前者2克/日，分四次口服；后者每日1克，一次肌肉注射。

2. 氯霉素（或合霉素）+链霉素：前者1克/日，（合霉素为2克/日），分四次口服；后者每日1克，一次肌注。

3. 链霉素+磺胺：前者同上；后者6—8克/日，分四次口服，首次加倍，并口服与磺胺等量的小苏打。

上述疗法2—3周为一疗程，一疗程结束后可视病情休息5—7天，未好者再行第二个疗程。

单独应用四环素族之一种或氯霉素（2克/日）效果也很好。

急性期病人若顽固高烧不退，可加用促肾上腺皮质激素或考地松，静脉滴注。

二、慢性期：以菌苗疗法为主的综合疗法

(可配以中医中药辨证治疗)。

1. 用量：原则是以最少量能够引起有效反应者为度，一般第一次为10—50万菌体。皮试反应强者、发病时间短者、病情重者及体弱者量少，反之，则量多。

2. 用法：以静脉注射效果较好。

菌苗经生理盐水稀释后，由静脉缓慢注入。注射后，患者一般可于24小时内（第一次多在5—8小时内）出现有效反应。其表现为重演注射前或急性期症状。反应约持续16小时左右。反应发生后，应密切注意病人情况的变化，每2小时测体温一次。体温一般在38—40°C之间。若体温高于40°C或有其它不良反应，如呼吸困难、发绀、恶心、呕吐、休克等应给予处理（降温时可用抗菌素）。

一般以10次有效反应为一个疗程。后一次注射的剂量，可依前次反应强度而定。若出现一般有效反应，可以比前次增加 $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ ，反应甚强者可维持原量或适当减量。当反应消失后，应休息1—2天再注射。若一个疗程未痊愈，可行第二

个疗程。

3. 禁忌症:

(1) 活动性肺结核。

(2) 严重心脏病。

(3) 肾脏病。

(4) 肝病。

(5) 高血压病。

(6) 体质衰弱、发烧、哺乳、妊娠等。

慢性期顽固关节痛或有关节强直者，可向关节腔内注射抗菌素和考的松。

三、对症处理：可用针灸、拔“六·二六”针吸水罐等。

风 湿 热

风湿热是一种与溶血性链球菌感染有关的变态反应性全身性疾病，多见于5—15岁青少年，急性发作期主要表现为发热、关节炎和心脏炎，急性发作后常遗有心脏瓣膜损害，并常有反复的急性发作；寒冷、潮湿、过劳、创伤和营养不良，均可促使本病发生。

临床表现及诊断

临床表现:

发病前1—3周,多有上呼吸道感染,扁桃腺炎及猩红热等溶血性链球菌感染的既往史。

1. 一般症状:发热($38-40^{\circ}\text{C}$)、多汗、脉速、疲乏、食欲不振。

2. 关节炎:关节痛、红、肿、热,活动受限,常为对称性的大关节同时发炎(膝、踝、肩、肘关节),且有游走性。炎症消退后,不遗留关节功能障碍。

3. 心脏炎(心肌炎、心内膜炎、心包炎):心前区隐痛,心跳加快,心脏扩大,第一心音减弱,心尖区可听到收缩期杂音,且常有心律不整。

4. 皮肤出现环形红斑和皮下结节:多见于胸背、四肢内侧,成环形或半环形,中心区皮色正常;有时出现黄豆大小的结节,多见于关节的伸侧、脊柱两旁和枕骨等处,无疼痛,与皮肤无粘连。

5. 舞蹈病:系指不随意的肌肉迅速运动,如手指弹动、耸肩、吐舌等,多见于10—15岁的

儿童。

诊断：

1. 主要表现：心脏炎，关节炎，皮下结节，环形红斑，舞蹈病。

2. 次要表现：发热，关节痛，有扁桃腺或咽峡炎史。

凡主要表现有两项，或一项主要表现加次要表现两项即可诊断为风湿热。

预 防

一、加强劳动锻炼，增强身体抵抗力。

二、注意劳动保护。

三、积极防治上感、扁桃腺炎、猩红热等疾病。

四、尤其冬春季节，注意防治曾患风湿热病者再次感染溶血性链球菌。

治 疗

一、活动性风湿热应卧床休息，病情好转后逐渐增加活动。

二、中药、针灸及“六·二六”针吸水罐：

1. 中药：豨桐丸：每次8—12丸，日二次。

也可用追风膏：外贴患处。

2. 针灸：上肢痛：合谷、外关、曲池、肩髃。下肢痛：环跳、阳陵泉、足三里、悬钟、昆仑，或加阿是穴。

3. “六·二六”针吸水罐可拔针灸穴相应处。

三、抗风湿药物：

1. 水杨酸钠：

口服：成人每日 6—8 克，小儿 0.1—0.15 克/公斤/日，分六次服。

如出现耳鸣、头晕、恶心、呕吐，则应减少剂量或加服小苏打。

呕吐不能口服者可用灌肠法：水杨酸钠 3—4 克，溶于 150 毫升淀粉溶液中灌肠，日 3—4 次。

2. 阿斯匹林（适用水肿患者）：

成人：3—4 克/日；小儿：0.1—0.15 克/公斤/日。分 3—4 次服用。

3. 匹拉米洞：每次 0.3—0.6 克，日 2—3 次。

4. 激素：去氢考地松每次 10 毫克，日三次。症状好转后酌情减量。

四、有明显咽峡炎的可肌注青霉素，无明显咽峡炎者可给长效磺胺0.5克，日一次。

风湿性心脏瓣膜病

风湿性心脏瓣膜病又称风湿性心脏病，是风湿热的后果。以20—40岁多见，瓣膜以二尖瓣最易受损，其次是主动脉瓣。可以狭窄或关闭不全，亦可二种情况同时存在。

临床表现及诊断

一、临床表现

1. 二尖瓣狭窄：二尖瓣狭窄后，血液自左心房进入左心室发生困难，因而左心房郁血及肺郁血，一定时间后发生左心房代偿性扩张与肥厚。临床表现为：

(1) 活动后呼吸困难，可有咳嗽或咯血。

(2) 心尖部有局限性舒张期隆隆样杂音，经常伴有舒张期震颤，此为特征性体征，据此可成立诊断。

(3) 肺动脉瓣区第二音增强。心尖部第一心音早期亢进，晚期减弱。

2. 二尖瓣关闭不全：二尖瓣关闭不全时，在收缩期，部分血液自左心室逆流至左心房，引起左心房代偿性肥厚与扩张，另外左心室负担亦加重，因而出现左心室代偿性肥厚与扩张。临床表现为：

(1) 心尖部有响亮而粗糙的收缩期吹风样杂音，向左腋下传导，据此可成立诊断。

(2) 心尖部第一心音减弱或完全消失。

(3) 心界向左下扩大。

3. 主动脉瓣狭窄：主动脉瓣狭窄后，左心室向主动脉排血发生困难，为了维持正常心搏量，左心室发生代偿性肥厚。临床表现为：

(1) 主动脉瓣区有一响亮而粗糙的收缩期杂音，向右颈部及锁骨部传导，常伴有收缩期震颤。主动脉瓣区第二音减弱。根据此条件可以成立诊断。

(2) 主动脉瓣狭窄显著时，可因进入冠状动脉的血流量减少及心脏肥厚需血量增加而产生心绞痛。由于脑贫血可出现眩晕及昏厥发作。

4. 主动脉瓣关闭不全：主动脉瓣关闭不全

时，在舒张期，左心室一方面接受从左心房流入的血液，另一方面接受由主动脉逆流回来的血液，左心室负担加重，因而产生代偿性扩张与肥厚。临床表现为：

(1) 主动脉瓣区及主动脉瓣第二区（在胸骨左缘第三、四肋间）有舒张期杂音，主动脉瓣区第二音减弱或完全消失，据此可以成立诊断。

(2) 心界向左下扩大。

(3) 周围血管征阳性：包括脉压增大（收缩压增高，舒张压降低，以后者为主），水冲脉，动脉枪击声，大动脉双期杂音及毛细血管搏动等。

(4) 严重病例，舒张压显著降低时，可出现心绞痛。

二、并发症：常见的并发症是充血性心力衰竭。

三、诊断：

1. 有风湿热的病史。

2. 有进行性加重的心慌、气短，最后出现心力衰竭。

3. 有瓣膜狭窄和关闭不全的体征。

预 防

1. 预防风湿热复发。
2. 减轻体力劳动。
3. 避免其他传染病。
4. 有严重心脏病或曾患过心力衰竭的妇女不宜妊娠和分娩，避免增加心脏负担。

治 疗

1. 一般治疗：有心脏病而无心力衰竭者，应该加以解说，切不可产生恐惧心理，合理安排工作，避免强体力劳动，吃易消化食物，保持大便通畅。

2. 有风湿热复发者，按风湿热处理。（参见96页）

3. 有心力衰竭者，按心力衰竭处理。

4. 对症治疗：

（1）咯血：小量时不必治，大量可用可待因0.03克/次，3次/日。或用垂体后叶素5—10单位，加入10毫升生理盐水中缓缓静脉注入。

（2）轻度心慌、气短可给氨茶碱0.2克，3次/日。

高 血 压 病

高血压病是指原发性高血压病，一般说血压长期保持在140/90毫米汞柱以上，即谓高血压病。本病的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。

临床表现及诊断

一、临床表现：

1. 一般症状：头痛、头晕、耳鸣、眼花、失眠、记忆力减退等。

2. 由于心、脑、肾受累引起的症状：

(1) 心脏：劳动后心慌、气短，夜间阵发性呼吸困难，甚至发生急性肺水肿。

检查：心脏向左下扩大，心尖部可听到收缩期杂音，两肺底可听到湿性啰音。

(2) 脑部：突然剧烈头痛、恶心、呕吐、昏迷、惊厥。

(3) 肾脏：有尿多、夜尿，进而出现尿少，尿闭，终至酸中毒与尿毒症。

3. 合并症：高血压性心脏病，高血压脑病，

脑溢血。

二、诊断：

1. 有高血压症状，血压经反复测量均增高。
2. 排除肾脏病和其它疾病引起的高血压。

治 疗

1. 降压药物：

(1) 利血平：0.25毫克，日1—2次。

(2) 降压灵：4—8毫克，日三次。

(3) 肼苯达嗪：25—50毫克，日3—4次。

(在心绞痛、充血性心力衰竭及脑血管意外时禁用)。

(4) 利血平加双氢克尿塞(25毫克)，日三次。

(5) 配合应用镇静剂如鲁米那0.03克，日三次。

2. 针灸：

主穴：曲池、足三里、合谷、太冲。头晕、头痛加风府、太阳。心悸、失眠加内关、三阴交。

3. “六·二六”针吸水罐：从耳朵后方向下距中线两横指，每隔二指拔一罐，可拔至腰部。

足三里向下，三阴交向上，每隔二指拔一罐，拔4—5罐。内关向上，每隔二指一罐，拔3—5罐。剑突向下，每隔二指一罐，拔至肚脐。合谷、曲池、列缺、委中及额部均拔罐。

4. 偏方、验方：

(1) 新鲜猪苦胆一个，将适量的生绿豆放入胆内，置阴凉处，待胆汁全部浸干为止，服用绿豆，每次服10—20粒，2次/日。

(2) 玉竹、丹皮、草决明各一钱，外加玉米鬚、芹菜叶各一把，水煎服。

(3) 枕松香、白矾枕头，数小时即见疗效。

5. 中药：夏枯草3—5钱水煎服，日一剂。

6. 合并症的治疗：

(1) 高血压脑病：发作时可肌肉注射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，同时应给镇静剂，如苯巴比妥0.1—0.2克，肌注。发作后，继续口服降压药。

(2) 脑溢血：病人应安静休息，不要随意搬动病人。应用止血剂：如仙鹤草素2毫升，肌

注：维生素K 4毫克，肌注，4—6小时一次。应用降颅内压药物，减轻脑水肿：可用50%葡萄糖60—100毫升静注，每4—6小时一次；或用25%硫酸镁10毫升肌注，日2次；或用20%甘露醇250—500毫升，静脉缓慢滴入。

(3) 高血压性心脏病合并心力衰竭：参见“心力衰竭”。

肺原性心脏病

由肺部疾患引起的心脏病称肺原性心脏病。常见的原因是慢性支气管炎及哮喘反复发作，引起肺气肿，继而引起肺动脉压增高，加重右心负担，终于导致心力衰竭。

临床表现及诊断

一、临床症状及体征：

1. 呼吸系统症状及体征：见“慢性支气管炎”。

2. 右心衰竭的表现：气短，发绀，肝脏肿大，有压痛，下肢浮肿，颈静脉怒张等大循环淤血的表现。

3. 呼吸性酸中毒的表现：头痛，烦躁不安，视物不清，昏迷甚至抽风等。

二、诊断：有长期慢性肺部疾病既往史，有心力衰竭的症状和体征。

预 防

一、加强锻炼，增强体质。

二、尽早且彻底治疗肺部疾患。

三、工矿企业注意防尘设备，避免尘肺发生。

治 疗

一、控制呼吸道感染：慢性呼吸道感染是本病的主要原因，也是使病情加重的诱因，治疗方法见“感冒”和“慢性支气管炎”。危重病人可以用氢化考地松100毫克、四环素（或金霉素）500毫克、麻黄素0.025克、10%葡萄糖300毫升，混合滴入。

二、应用支气管扩张剂及祛痰剂：目的是解除支气管痉挛，排出分泌物，使呼吸道通畅。可口服氨茶碱0.2克，日三次；或用0.25—0.5克肌注或加入10%葡萄糖40毫升，静脉缓慢注射。在分泌物粘稠时，可用氯化铵0.3—0.6克，日三次。

三、治疗心力衰竭：参见“心力衰竭”。

四、治疗呼吸性酸中毒：

(1) 针灸：耳针刺平喘穴加用曲池。

(2) 有条件的地方可间断吸氧。

(3) 呼吸中枢兴奋剂，如可拉明、山梗菜硷 1—2 支，1—4 小时肌注一次，直至呼吸困难改善。

(4) 有烦躁不安者可用镇静剂：冬眠灵 25 毫克，日三次，或 10% 水合氯醛 10—15 毫升，口服或灌肠。禁用吗啡、可待因等抑制呼吸的药物。

心力衰竭

正常心脏有相当大的代偿能力，能适应身体劳动的需要，若心脏由于本身病变或心脏以外的病变以致心肌的收缩力不足时，心脏输出的血量便不能满足身体组织的需要，此时便出现血液循环障碍和由此引起的一系列症状和体征。这一临床综合征称心力衰竭。

临床表现及诊断

一、临床症状及检查：

1. 左心衰竭：多是在高血压及动脉硬化等心

脏病基础上产生的。

症状：患者劳动时感呼吸困难，并有夜间阵发性呼吸困难，咳嗽、咳白色泡沫样或粉红色浆液性痰。

查体：端坐呼吸，发绀，心界向左下扩大，心率快，心律失常，杂音可有可无，两肺可闻及干湿性啰音。

2. 右心衰竭：大循环淤血为主，多在肺心病及风湿性心脏病的基础上产生的。

症状：患者有心慌、气短，上腹胀闷、食欲不振、恶心、呕吐。

查体：端坐呼吸，发绀。心界向两侧扩大，心率快，颈静脉怒张，肝大、有压痛，腹水，下肢浮肿，肝颈静脉逆流征阳性。

二、诊断：根据临床症状和体征不难作出诊断。

预 防

已有心脏病的患者，应预防心力衰竭的发生，避免各种诱发因素，妥善安排工作和休息，如有慢性咳嗽或急性感染则应及时治疗，适当控制水

盐，保持大便通畅。

治 疗

一、处理原则：

1. 减轻心脏负担，主要依靠解除精神负担与注意体力的休息。

2. 提高心脏工作效率，除对病因治疗外，以洋地黄为主。

3. 控制钠盐及水的体内潴留。

二、一般处理：

1. 休息：严重心力衰竭者应绝对卧床休息，最好取半卧位。

2. 限制食盐及液体量：心力衰竭严重者给无盐饮食，每日液体进入量不超过800毫升。心力衰竭较轻者，每日食盐量不超过3—5克，液体不超过1500毫升。

三、强心剂：

1. 主要作用：

(1) 增强心肌收缩力。

(2) 舒张期延长，增加排血量。

(3) 抑制房室传导而使心率减慢。

2. 洋地黄类药物：各种洋地黄制剂药理作用同上。剂量：

洋地黄叶（全叶粉）	0.1克相当于
洋地黄酊	1.0毫升
洋地黄毒苷	0.1毫克
西地兰	0.35毫克

3. 给药法：

一般在短时间内给最大疗效的最小量即洋地黄化剂量，此时病人表现心慌气短好转能平卧，尿量增多，浮肿消退，肝脏缩小，心率下降。成人：1.0—1.2克；小儿：25—33毫克/公斤体重，达洋地黄化后，给以维持量（成人0.1克，日一次，小儿为饱和量的 $\frac{1}{2}$ ）。应在多少时间内达洋地黄化？应看病情缓急，体内有无洋地黄蓄积而定。

（1）快速法：

口服法：首先给0.4克，以后4—6小时给0.2克，即在24小时内达洋地黄化。

肌肉法：患者不能口服，且病情不严重者，首先给毛地黄毒苷0.2毫克，以后4—6小时给0.2毫克。

靜脉法：（病情严重者）

西地兰：首次0.4—0.8毫克，加入50%葡萄糖40—60毫升中由靜脉缓慢注入，以后每4小时注射0.4毫克，达到效果后改服洋地黄维持量。

小儿：0.03毫克/公斤体重，2岁以下0.04毫克/公斤体重（饱和量）。用肌肉给法：

①12—24小时内，初次用饱和量的 $\frac{1}{2}$ ，以后将其余部分，分多次给至饱和。②将饱和量等分三次（维持量为饱和量的 $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ ）。

（2）折中法：洋地黄0.1—0.2克，4—6小时一次，在2日内洋地黄化，以后给予维持量（小儿按公斤体重计算）。

4. 毒毛旋花子素K：首次0.25毫克加入50%葡萄糖40—60毫升中，由靜脉缓慢注入，日1—2次。每日总量不超过0.75毫克。小儿0.007毫克/公斤体重/次，肌注，2—3次/日。毒毛旋花子素G的剂量，为毒毛旋花子素K之半。

“注”：洋地黄与毒毛旋花子素，不能同时服用。尤其要注意，两星期內曾服用洋地黄类药物的病人，体内有药物积蓄，禁忌给毒毛旋花子

素。如需要用时，必须停服洋地黄类药物二周后才能应用。

5. 洋地黄毒性反应：

(1) 食欲不振、恶心、呕吐。

(2) 视力障碍，黄视。

(3) 心室性早期收缩，阵发性心动过速，二联律及房室传导阻滞。

四、利尿剂：

1. 氯化铵：每次 1 克，日三次。不宜长期服用，用以加强汞剂利尿的效果。

2. 氨茶碱：每次 0.2 克，日三次，或 0.25—0.5 克 + 50% 葡萄糖 60 毫升静脉注射。

3. 撒利汞：第一次肌注 0.5 毫升，作为试验，若注射后 10 小时排出尿量能达 1000 毫升以上，第四日可注射 1—2 毫升，以后每周可注射二次，每次 2 毫升（肾脏机能不全者禁用）。

4. 醋氮酰胺：每次 0.5 克，日三次，可与氯化铵合并应用，加强利尿效果（本药尤其适用于肺心病利尿）。

5. 双氢克尿塞：25—50 毫克/次，日三次。

如长期服用，须同时服用氯化钾每次0.5克，日三次（本利尿剂对高血压利尿尤佳）。

6. 中药：五皮饮（参见“肝硬化”）。

五、其他：

1. 吸氧（有条件者可以用）。

2. 镇静药的应用，对左心衰竭病人可给吗啡（肺心病心衰忌用）10毫克，皮下注射；或杜冷丁100毫克肌注。或给鲁米那0.03克，日三次；安宁片0.2克，日三次；苯海拉明25毫克，日三次。

六、病因治疗：

1. 风湿性心脏病：抗风湿治疗，控制感染。

2. 高血压性心脏病：镇静、降压。

3. 动脉硬化性心脏病：主要给改善冠状动脉循环的药物。

心绞痛：硝酸甘油片，舌下含。

心肌梗死：亚硝酸异戊酯吸入。氨茶碱每次0.2克，日三次。

4. 肺原性心脏病：控制肺部感染。

泌尿系感染

泌尿系感染是肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎的总称，最常见的病原菌是大肠杆菌，其次是链球菌、葡萄球菌和变形杆菌。病原菌可由尿道上行感染或进入血液而造成感染。

一、肾盂肾炎

是由细菌侵袭肾盂和肾实质所引起的炎症。

临床表现及诊断

1. 临床症状：急性患者突然发病，寒战、高热、头痛及全身不适，有尿频、尿急、尿疼，腰痛，尿混浊，偶有血尿。

2. 检查：肾区有叩击疼。尿液镜检可有红细胞，管型，大量脓球。取尿液放入试管内加热，如出现白色絮状沉淀，加酸仍不消失，说明有尿蛋白。尿培养可查到致病菌。

3. 诊断：根据临床表现及尿液的检查即可确定诊断。

预 防

积极开展群众性爱国卫生运动，养成良好的

卫生习惯。预防和治疗一些肠道的疾病和各种传染病。

治 疗

1. 一般治疗：急性期必须卧床休息，吃易消化食物，喝足量的水份。

2. 药物治疗：

磺胺嘧啶：每次1克，日四次，加等量的小苏打服用，首次量加倍。

链霉素：每次1克，日一次，肌注。

合霉素：每次0.5克，日四次。

土霉素：每次0.5克，日四次。

呋喃坦丁：每次100毫克，日四次。

根据病情选用一种药物或同时选用两种药物，药物应持续用至症状消失，尿化验正常后须继续用药1—2周，但药量可减小。

3. 针灸治疗：肾俞、三阴交、足三里、关元、中脘、委中。

4. “六·二六”针吸水罐穴位同上。

二、膀胱炎

膀胱炎是泌尿系感染的常见疾病，但不是一

种独立疾病，而是泌尿系感染的一部分，肾脏感染下行可经膀胱，尿道感染上行也经膀胱，妇女盆器炎通过淋巴也可致本病。

临床表现及诊断

尿频、尿急、尿痛及终末血尿。尿液浑浊，镜下检查可见脓球及红细胞。全身症状很轻或无症状。

根据临床症状及尿液检查，不难作出诊断。

预防

注意经期卫生及妊娠卫生，用高锰酸钾坐浴。

治 疗

基本上与肾盂肾炎相同。

肾小球肾炎

本病是机体对溶血性链球菌等细菌感染所发生的变态反应性疾病，两侧肾脏的肾小球发生广泛的急性炎症变化。多见于儿童和青年。急性肾炎如半年不愈，常转变成慢性肾炎。

临床表现及诊断

一、临床表现：急性肾炎起病可急可慢，轻重也不一致，轻者仅有眼睑浮肿，无其他症状，

查尿时才发现有病变。儿童起病慢者仅见苍白，软弱，胃纳不佳，口渴与轻度浮肿。严重病例有发冷，发烧，疲乏，食欲不振，腰疼。急性肾炎病程中，均有下列三大临床表现：

1. 水肿：先自眼睑开始，后可遍及全身，呈指凹性水肿。重者可出现腹水。

2. 高血压：血压可高达 180—200/110 毫米汞柱。常伴有头痛、头晕。

3. 尿的变化：尿少且可见血尿。尿外观呈混浊或洗肉水样，可持续数天。化验检查尿中有蛋白、红细胞、白细胞、管型等。

慢性肾炎常有持续性高血压，心脏扩大，眼底改变，贫血，尿比重低而且固定及其他肾机能减退的现象。

二、合并症：心力衰竭，高血压脑病及尿毒症等。尿毒症表现恶心，呕吐，食欲不振，腹泻，出现潮式呼吸，严重的可有心包摩擦音，痉挛，烦躁不安，谵语和昏迷。

三、诊断：根据临床症状及尿液的检查可以作出诊断。

预 防

一、加强体质锻炼。

二、消除病灶：慢性扁桃腺炎且反复发作的应予摘除，龋齿应拔除或修补。得急性肾炎后应作彻底治疗。

三、避免潮湿和寒冷，多晒被褥。

治 疗

一、一般治疗：卧床休息至临床主要症状消失及尿检查基本正常，水肿期不吃盐。

二、控制感染：可用青霉素40万单位，肌肉注射，日二次，或用土霉素500毫克，日四次。

三、对症治疗：

1. 利尿：可用肾区热敷。禁用汞剂。其他药物有：双氢克尿塞，25—50毫克/次，日三次；醋氮酰胺，0.25—0.5克/次，每日或隔日一次。

“六·二六”针吸水罐也有一定疗效，取穴曲池、合谷、大椎、天枢、足三里、三阴交。

2. 降压：常用利血平，成人每次0.25毫克，日3—4次，或肌注每次1毫克。儿童一般初次用0.07毫克/公斤，肌注(不超过2毫克)，必要

时12—24小时重复一次，以后按0.02—0.03毫克/公斤/日，分3—4次口服。

3. 高血压脑病的治疗见“高血压病”。

4. 心力衰竭的治疗见“心力衰竭”。

5. 严重水肿，大量蛋白尿，其他疗法无效时，可采用激素，如氢化考地松10毫克，日三次。

6. 中药：六味地黄丸，金匱肾气丸。浮肿尿少，发病较急或兼有畏寒发热者用：麻黄二錢、生石膏五錢、连翘三錢、白术二錢、赤小豆一两、茯苓皮五錢、生姜三片、生甘草二錢。如发热口渴不著者减生石膏加鲜茅根。以血尿为主者：小蓟一两、鲜茅根一两、生地五錢、藕节一两、滑石三錢、生甘草二錢。此外，也可用五皮饮利尿，参见“门脉性肝硬化”。

贫 血

贫血是一种症状，指在一定容量的血液内，红细胞数和血红蛋白数都低于正常值。

一、贫血的一般症状及体征

1. 一般表现：皮肤、粘膜、指甲、睑结合膜

苍白,毛发稀疏,皮肤干燥,代谢增加,甚至低烧。

2. 呼吸系统:体力活动后可有轻度呼吸困难。

3. 循环系统:心悸,心率加快,脉压大,重者可出现心力衰竭和心绞痛。

4. 消化系统:舌炎,舌乳头萎缩,食欲不振,腹泻,便秘,恶心,呕吐。

5. 神经系统:头晕,嗜睡,耳鸣,畏寒,无力,记忆力减退。

6. 泌尿生殖系统:由于肾缺氧,可致肾功能低下。女性患者可有月经不调和闭经。

二、缺铁性贫血

系低色素小细胞性贫血,白细胞及血小板正常。原因常为慢性出血性疾病如钩虫病等,或因机体对铁的需要增加,胃肠功能障碍及严重感染致使机体内铁的缺乏,造成缺铁性贫血。

临床表现及诊断

1. 临床表现:具有贫血的一般症状及体征。

2. 诊断:贫血的病因,一般症状和体征,

血常规化验：血红蛋白及红细胞低于正常值，应用铁制剂治疗效果良好。

预 防

1. 采取合理的饮食方法，如应该吃新鲜蔬菜。儿童六个月后即合理地加付食。
2. 作好计划生育，妊娠期间应增加营养。
3. 彻底治疗引起慢性失血的疾病。

治 疗

1. 除去病因是治愈本病的关键。

2. 铁剂：

硫酸亚铁：每次0.3—0.6克，日三次。

碳酸亚铁：每次1克，日三次。

枸橼酸铁胺：每次2克，日三次。

铁剂对胃肠道有一定的刺激作用，宜在饭后服用。为便于吸收，可以加用10%稀盐酸或维生素C。

3. 在有条件的地方，重病人可以输血。

4. 针灸：

①组：三阴交(双)、足三里(双)、关元。

②组：膈俞、肝俞(双)、脾俞(双)。

上述两组穴位轮流使用，每日一次。三阴交、足三里用针，其他穴位用灸。

三、巨细胞性贫血

本病是缺少叶酸或维生素 B₁₂所造成的贫血，故亦称营养性巨细胞性贫血，好发于婴儿及孕妇。

临床表现及诊断

1. 临床表现：婴儿大多在两岁以下，出现苍白、衰弱、食欲不振、呕吐、腹泻、不规则发热、烦躁不安。孕妇起病大多在妊娠后期，以中年经产妇多见，出现头晕、乏力、食欲不振、心慌、气短、浮肿、四肢麻木刺痛。以舌炎、呕吐、腹泻等症状明显。

检查：儿童呈苍黄虚胖，有舌炎、四肢震颤、浮肿、肝肿大。

2. 诊断：

(1) 婴儿与孕妇有贫血现象。

(2) 血常规化验：血红蛋白及红细胞均低于正常，是大细胞多色素性贫血。白细胞、血小板一般低于正常。

预防：参见“缺铁性贫血”。

治 疗

1. 一般治疗：吃富营养的食物。

2. 特殊治疗：

维生素 B₁₂100—200 微克，肌注，1 次/日。

叶酸 5—15 毫克，口服或肌注，2—3 次/日。

酵母 2 克，日三次。

糖 尿 病

本病是由于胰岛功能减退而引起的碳水化合物代谢紊乱，主要表现为血糖升高及糖尿，严重时致酮中毒昏迷而危及生命。

临床表现及诊断

一、典型的临床表现为“三多”和体重减轻。

“三多”是：吃的多、喝水多、尿的多。每日尿量可达数千毫升。由于从尿中排出大量葡萄糖，因此患者虽然吃的很多，但仍然日渐消瘦。

二、体检多无特殊体征，有上述症状者如查空腹血糖高于正常或经常的出现糖尿，都可确诊。

三、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。酮中毒时，口腔内

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。

四、反复有皮肤感染如疖、痈者应及时检查有无糖尿病；糖尿病患者应检查有无合并肺结核。

五、儿童或青年患者，常起病突然，症状也典型。在伴有感染时，常可无明显“三多”症状而发生糖尿病昏迷。

预 防

一、避免精神刺激。节制饮食，加强身体锻炼，以免过度肥胖。

二、预防并早期治疗胰腺炎，以免招致糖尿病。

三、糖尿病患者应注意预防酮中毒的发生。

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。如患者感到吃不饱，可加煮菜，每顿半斤至一斤。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用口服降糖药物。

二、口服降糖药：

1. DB_1 （降糖灵）：每次25毫克，日三次。

1—2周后无效可加至每次50毫克，日三次。

2. D_{850} （甲苯磺酰丁脲）：对年长肥胖者疗效好，如单用 DB_1 无效时，也可与本药合用。开始每日3克，分三次服，以后逐日减0.5克，减至每日1.5克长期服用。本药禁用于对磺胺类药物有过敏者。

3. 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，其表现为饥饿感、心悸、出汗、精神不振、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。

4. 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，不必限制饮食，但应注意各餐食量须较“固定”。胰岛素用量较大，开始可根据年龄及尿糖多少而定，一般每日总量2—3岁20—30单位，4—6岁40—60单位，10岁以上60—80单位，以后视尿糖多少酌情增减，以尿糖减至“+—++”为宜，其他用法同成人。约经2—3周可稳定用量，但发生感染时须适当加量，以防酮中毒发生。

5. 糖尿病性昏迷的处理原则：如果糖尿病的诊断已确定，可先皮下注射普通胰岛素50—100单位和5%葡萄糖的生理盐水1000—2000毫升，以后每小时测定血糖及尿糖一次，按血糖高低重复应用胰岛素。

6. 中医疗法：猪胰全具，低温干燥为末，蜜丸，每服三钱，开水送下，常服对糖尿病有良效。

中毒性疾病

一、急性中毒的一般处理原则

伟大的领袖毛主席教导我们说：“学游泳有个规律，摸到了规律就容易学会。”同样抢救中

毒也有个规律，如果我们摸到了它的规律，掌握了它的处理原则，治疗起来就比较顺利了。

1. 排除毒物：

(1) 吸入中毒：马上离开现场。

(2) 接触中毒：用肥皂清水洗净皮肤局部。

(3) 食入中毒：

①催吐：刺激咽部，或肌肉注射盐酸去水吗啡5毫克。昏迷者禁用。

②洗胃：超过四小时，效果不好，因毒物大部分通过胃入肠吸收。

1) 下胃管要小心，避免刺激粘膜。

2) 洗胃可用普通温水、生理盐水、1/2000—1/5000高锰酸钾溶液或1—2%苏打水，洗后可留100—200毫升于胃内。腐蚀性毒物禁止洗胃。

③导泻或灌肠：口服硫酸镁20—30克，或口服植物油，或肥皂水灌肠。

2. 减少毒物的吸收：

鸡蛋清能沉淀毒物使吸收延迟。活性炭有吸着毒物的能力，可以减少吸收。

3. 毒物吸收后，促进其排泄：

(1) 大量饮水或静脉输入生理盐水及葡萄糖液等利尿。

(2) 强酸中毒：用氧化镁、肥皂水中和，苏打水虽也有效，但易产生大量二氧化碳气体，导致胃穿孔，故应慎用。强硷中毒，可用稀醋酸解毒。

(3) 特殊解毒药物的应用。

4. 保护内脏：用维生素 B、C、葡萄糖等保护内脏。

5. 预防并发症：昏迷者应加用青霉素，预防肺炎的发生。

二、预防有机磷农药中毒

随着我国社会主义农业生产需要，为适应农业生产不断发展，有机磷农业杀虫剂（如1059、1605、3911、乐果、敌敌畏等）目前我国农村已广泛应用。由于农药管理不当和使用时不按操作规程，常可引起农药中毒。

为了贯彻毛主席“抓革命，促生产”的伟大指示确保贫下中农身体健康，医务人员应配合生产部门积极宣传预防有机磷农药中毒的知识。

有机磷农药中毒，多因在喷洒农药过程中，不了解或不按操作规程进行操作，农药常常经皮肤、消化道或呼吸道三个途径侵入人体，引起人体中毒，如果积极进行预防，是完全可以避免发生的。

临床表现及诊断

1. 临床表现：

人体沾染农药后，多于30分钟到8小时内（平均3小时以后）出现症状。由于毒物进入体内剂量不同及人体对有机磷的抵抗力有差异，因而在症状表现上，轻重各有不同。

轻度型：仅有头痛、头晕、疲倦、恶心、口渴与食欲不振。检查呼吸有蒜味，脉稍增速，体温正常，瞳孔轻度缩小或不缩小。

中度型：除轻型症状外，并有出汗、流涎、腹绞痛、肌肉震颤或痉挛，瞳孔缩小，球结膜充血与脉搏加快。

严重型：具有轻、中度型症状，同时表现急躁、谵语、呕吐、头剧痛，瞳孔明显缩小，对光反射消失，视觉模糊，共济失调，全身痉挛抽搐，大

小便失禁，体温明显降低（ $35-36^{\circ}\text{C}$ ），呼吸困难，盗汗，吐白沫，可引起肝大、压痛、黄疸或肝机能衰竭。如不及时抢救，3—8小时即可死亡。

危急型：在严重型的基础上伴以昏迷、呼吸极度困难，四肢与口唇发绀，可有肺水肿，瞳孔极度缩小，似针尖大小。全身高度痉挛抽搐。如不及时抢救，往往在30分钟至4小时内即可死亡。

2. 诊断：

（1）有喷洒农药与农药接触史，再加上上述临床表现，即可确定诊断。

（2）经消化道引起的中毒，除呕吐物有蒜味以外，呕吐物与粪便在暗处可见到磷光，具有诊断价值。

预 防

1. 在喷洒农药或调配粉剂时，要站上风头，避免迎风操作，并以4%苏打水或10%肥皂水泡过的手帕、毛巾、宽布垫或口罩罩上口鼻，防止吸入农药。

2. 防止皮肤接触中毒：

(1) 在喷洒或配置有机磷农药时，要穿长袖与长裤腿的衣服，并穿着鞋袜，袖口与裤腿要扎紧，并随身携带肥皂或硷面。一旦农药沾染皮肤，应当立即在就近河渠井边，用肥皂或硷面洗涤。每次工作结束以后，在河渠或井边，先用肥皂或硷面洗手，然后再行洗澡，并用肥皂或硷水浸泡或洗涤工作时穿的衣服、鞋袜与帽子（或包头毛巾）等。

(2) 喷洒农药地区，应树标记，八天内禁止人畜进入。在喷洒前先做好锄草、间苗工作，喷洒后田间最好不作长时间的锄草或间苗工作。

3. 防止消化道中毒：

(1) 在喷洒有机磷农药时，绝对禁止吸烟或吃东西。中间休息或吃饭应离开作业区，须用肥皂或硷水洗手后，方可吸烟、休息或吃饭。

(2) 喷洒农药的农作物或水果，3—4周内不能食用。

(3) 保管药品时，应由政治上可靠的人保管，防止阶级敌人破坏；不应与食物放在一起，以免错拿误服中毒；盛药的空瓶应用10%肥皂水

或4%苏打水洗淨回收或埋入土中，不得盛装油、醋、酱油或酒类。如系纸袋包装者，农药倒出后，当即火烧处理。

4. 喷洒人员选择：应选健康、体质强壮者。老年、儿童、孕妇与体质虚弱者不应做该项工作。

5. 有机磷农药严禁用于室内或畜舍。

6. 在喷洒农药过程中，发现身体不适、头痛、目眩，应立即停止工作，并进行诊治。

治 疗

1. 去毒疗法：

(1) 吸入中毒者：立即离开中毒环境。

(2) 皮肤接触中毒者：用肥皂水洗涤皮肤。

(3) 消化道中毒者：予以催吐剂如盐酸去水吗啡，或以筷子刺激咽部，使毒物吐出；另以10%肥皂水或4%苏打水洗胃。

2. 给予解毒剂：

(1) 阿托品：轻型每次0.3—0.6毫克口服，日3—4次。中度型1—2毫克皮下注射，每30分钟至1小时注射一次。严重型或危急型者给

2—4毫克皮下注射，每隔15—30分钟注射一次，直至瞳孔略大时减量或增长间隔时间。待瞳孔略散大并已恢复者改口服0.3—0.6毫克，日三次，或给颠茄片8—16毫克口服，日三次，直至正常停药。

(2) 解磷定或双解磷：一般在中、重型患者常用。初以0.4—0.8克溶于5—10%葡萄糖500毫升中静脉滴注，每天最多不超过1.2克。

上述二药可单用或合并应用。

(3) 甘草滑石汤：甘草四两、滑石粉三钱，将甘草水煎后，冲滑石粉服下。适用于轻、中、重度型。

3. 对症支持疗法：

(1) 有休克者，应立即抢救，主要是输液并给去甲肾上腺素0.4—1毫克%浓度滴入，直至休克恢复。

(2) 静脉输入5—10%葡萄糖1000—2000毫升，同时加入维生素C1000毫克，以便增加糖份，保护脏器，冲淡乙酰胆碱在体内的浓度，并加速其排泄。

(3) 有肺水肿者，可给强心剂，如毒毛旋花子苷K或洋地黄毒苷。

(4) 有呼吸道分泌物者，应当随时抽吸，防止引起呼吸道梗阻或吸入性肺炎。有呼吸功能衰竭者，可给呼吸兴奋剂，如山梗菜硷。有条件时可给吸氧。

三、有机氯农药——六六六、二二三(DDT)中毒

这二种农药常用作杀虫剂。人们如果大量误服或不注意防护而长期接触，可能发生中毒。一般所用的5%粉末或乳剂和皮肤接触后，不致发生吸收中毒；但其煤油溶液可引起吸收中毒。

“六六六”在体中易于分解排出，因而积蓄作用远不如“二二三”。此二药的毒性作用主要是对神经系统有刺激作用，可引起惊厥。

临床表现及诊断

1. 头晕、头痛、恶心、呕吐等是神经系统和消化系统的一般症状。

2. 重者可出现肌肉震颤，一般先从眼睑开始，在中毒的后期则向下延及全身，可发生惊厥、

麻痹和共济失调，最后患者可昏迷，甚至死亡。

3. “二二三”和“六六六”还可对皮肤和粘膜产生局部刺激而引起结膜炎和皮炎，当夏季皮肤多汗时更容易产生皮炎。

预 防

1. “千万不要忘记阶级斗争”。应加强对农药保管。

2. 严防药物污染食物和误服。

3. 工作时加强个体保护，穿长袖衣裤和鞋袜，戴防护口罩和眼镜。

治 疗

1. 催吐、洗胃：在误服后的短期内可以催吐和洗胃。催吐可用手指或鸡毛刺激喉部，使之呕吐；也可用生鸡蛋10—20个，打在碗内搅匀，加明矾末三钱，灌至胃中催吐。催吐和洗胃后，可再给予20—30克硫酸镁，温水冲服导泻。禁用油类泻剂（因“二二三”和“六六六”易溶于油剂中），以免增加毒物吸收而加深中毒。

2. 有惊厥时，可肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，亦可静脉注射10%葡萄糖酸钙10毫升。呼吸困难

时，应给氧气吸入。此外，应给患者口服维生素B₂5—10毫克和菸酸50—100毫克，日三次；另外肌肉注射维生素B₁，每次100毫克，日一次。

3. 当发生皮炎时，可用温肥皂水冲洗发炎部位并用氧化锌软膏涂局部。

4. “六六六”中毒者，用生黄豆四两、生绿豆二两，捣碎，加入米泔水服下，日二次。

四、一氧化碳中毒

本病是由于一氧化碳入肺，经吸收后与血红蛋白结合成碳氧血红蛋白，失去运输氧的作用，引起低血氧症造成组织缺氧而出现的一系列症状。一般多在冬天生火炉取暖时发生。

临床表现及诊断

1. 临床表现：病状轻重与吸进一氧化碳的多少有关。轻者可有头疼、头晕、四肢无力、心慌、恶心、呕吐；重者神智昏迷、大小便失禁、口唇樱桃红色等症状，并可留有头疼、头晕、耳鸣、无力、恶心、记忆力差等后遗症。

2. 诊断：根据病史及症状可以确诊。

预 防

1. 在屋内生炉子应装上烟筒,没有烟筒的炉子不要留在室内过夜。

2. 晚上封火,炉门要打开,屋里留个小窗或安风斗使空气流通。

治 疗

1. 将病人迅速移至空气流通处,注意保温,有条件者给氧。

2. 呼吸循环衰竭时进行人工呼吸,并给呼吸循环兴奋剂,如山梗菜硷、可拉明、苯甲酸钠咖啡因。

3. 针灸治疗:昏迷者针刺人中、少商、十宣、涌泉。

五、盐卤中毒

盐卤是指粗盐或精制食盐中渗下的液体,其主要成份为氯化镁(但有些盐卤中含有钡盐),对蛋白有凝固作用,故人们用其做豆腐。

临床表现及诊断

盐卤对口腔、食管、胃粘膜有强烈的腐蚀作用,故中毒后,病人出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状,其中以腹疼更为剧烈,常呈痉挛性

绞痛，难以忍受，故可因剧痛而引起休克。盐鹵对中枢神经系统的主要毒害是造成中枢抑制，可引起呼吸中枢抑制甚至麻痹而致病人死亡。

治疗

1. 迅速的洗胃后，灌入保护剂如蛋清、牛奶、稠米湯、淀粉糊等。
2. 止痛可应用吗啡0.5—1毫升肌注，或阿托品0.5毫克皮下注射。
3. 靜脉注射 5% 氯化鈣 20 毫升或10%葡萄糖酸鈣10毫升。
4. 对症处理：呼吸困难者给予氧气吸入，尼可刹米注射。

六、苯中毒

苯在工业中是很多有机化学品的基本原料，所以在工业上如煤焦、橡胶、印刷、化工、肥料、颜料、油漆等各部门都大量应用，尤其在油漆工业制造或使用苯的操作过程中，都能发生很多苯蒸气。苯主要是通过呼吸道侵入人体，经血流带到全身而使人体中毒。

临床表现及诊断

1. 急性苯中毒有如醉酒,轻者有头痛、眩晕、面部发红;重者可出现神智不清、昏睡、瞳孔对光反射消失,以及肌痉挛等。查体时可发现血压降低、脉搏加快、呼吸变浅,甚至在数小时内死亡。如空气中苯浓度过高,几分钟之内即可出现意识丧失,并因呼吸中枢麻痹死亡。

2. 慢性苯中毒较急性多见,在长期吸入苯蒸气后,可发生血液和造血系统障碍,病人有头痛、眩晕、全身衰弱、食欲不振、呼吸困难、心区疼痛、易发脾气、失眠、感觉障碍等,女工还会发生月经病(血崩)。因其能使抵抗力降低,故易引起其他疾病。苯能严重损害骨髓而使血液成份发生变化,最显著的是白细胞的减少。皮肤接触后可发生红斑、发痒、斑疹等症状。

预 防

1. 车间空气中苯蒸气的最高容许浓度为 50 毫克/立方米。预防苯中毒可用毒性较小的代用品如汽油、甲苯、二甲苯等。

2. 生产过程密闭作业,加强通风排气,降低空气中苯蒸气的浓度。

3. 操作地点使用四周密闭的合理排气罩,只由操作入口,使漆雾集中于罩内,经排气道排出室外。

4. 禁止用手在苯内洗刷零件或洗手。在苯蒸气浓度高的场所工作,应加强劳动防护,戴用防护用品。

5. 平时加强卫生宣传,自觉地执行安全操作规程。

治 疗

1. 在工作过程中,要注意观察,以便及时发现,迅速处理,以免延误病情。当出现头昏、喉痛、易疲乏等轻微中毒症状时,应将患者由中毒环境移开,并给于一般和对症治疗,以加强机体的恢复。

2. 本来身体不好的人如孕妇、肝病、肾病、贫血、出血体质和有神经系统病的人,不宜参加苯作业生产。

3. 严重的苯中毒病人可作多次小剂量输血,有良好效果。对早期病人可试用大剂量肝制剂或维生素B₁₂治疗。

4. 给予多种维生素,维生素C尤为重要。

七、沥青中毒

因与沥青接触而产生的各种反应,总称沥青中毒。

临床表现及诊断

1. 近期反应:在直接接触沥青或其烟雾之后(特别是在阳光下),暴露的皮肤可发生皮炎,并有头痛、头晕、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、胸闷、乏力等症状,且可能伴有发热。

2. 远期反应:发生于长时间与沥青接触的工作人员中,主要是皮肤病变,如毛囊炎、毛囊周围炎、暴露部位的皮肤色素沉着,重者可出现皮肤赘生物甚至发生癌变。

3. 诊断主要依靠沥青接触史并结合上述临床表现。

预 防

1. 生产过程尽量机械化,以减少与沥青接触的机会。

2. 注意个人防护,应创造条件于劳动后淋浴更衣,定期查体。

3. 有条件者应尽量避免在阳光下工作。

4. 从事与沥青接触工作的人员，参加工作时，应经过体检。

治 疗

1. 出现的皮肤病变，可按相应的皮肤病进行治疗（参阅有关皮肤病）。

2. 避免日光刺激，应用抗组织胺药物如苯海拉明每次25—50毫克，日3—4次。

3. 皮肤出现赘生物，可做手术切除。

八、铅中毒

铅是一种重要的工业原料，用途很广，从事冶炼、油漆、印刷、蓄电池、橡皮制造、陶磁、搪磁、染料、汽油、火柴和军火等工业的工人都有和铅密切接触的机会。铅中毒是由呼吸道吸入含铅物质或铅化合物的微粒、或口服含铅的食物或饮料所引起的全身性疾病，临床上以消化道和神经系症状为主。有急性和慢性二种。

临床表现及诊断

1. 急性：

（1）口服：大多数由口服多量的铅化合物

所引起。表现口中有金属味，咽喉及食管有烧灼及刺痛感，恶心呕吐，吐物含血迹。腹绞痛、腹泻，大便呈黑色有恶臭，甚者有腓肠肌疼痛、麻木或瘫痪，血红蛋白尿，牙龈边缘可见铅线。

(2) 吸入：吸入四乙烷铅或由皮肤吸收可引起急性中毒。症状由脑病引起，表现头疼、失眠、耳鸣、幻听、谵妄、记忆力减弱、精神激动或忧郁，甚至有四肢强直性痉挛或癫痫样惊厥、急性躁狂等。患者苍白、血压低、对机械性刺激有震颤。

2. 慢性：工业方面铅中毒大都属慢性，可分二期：

(1) 潜伏期：仅表现疲倦、头疼、头昏、睡眠不好，胃口欠佳、口中有金属味、便秘，皮肤粘膜呈苍白。

(2) 中毒期：有下列数类症状：

① 绞痛型：在脐下部呈阵发性疼痛，用手按压疼痛区能缓和，疼痛剧烈时可有呕吐，但无发热，常有便秘。

② 瘫痪型：发作之先，肌肉有震颤及痛性挛

挛，随后肌肉呈瘫痪。以日常操作及容易疲劳的肌肉为最多见，故常形成腕垂症、足垂症。

③脑病型：同急性中毒。

3. 诊断：根据患者有接触铅的历史，再加上患者的一般衰弱表现，和口中有金属味、腹绞痛、铅线等典型症状，诊断一般并不困难。

预 防

1. 改善工作环境，加强劳动保护，在生产作业环境中，每升空气中铅及其无机化合物（硫化铅除外）的浓度不得超过0.00001毫克，工房中应经常保持良好的通风，厂房的地板保持潮湿，不使铅尘飞扬，应建立洗漱室及浴室、更衣室，工人应有工作衣帽。

2. 做好卫生宣传工作，使工人重视铅中毒的预防，遵守操作规程。

3. 对工人应定期进行健康检查及血象检查。

4. 食具、饮具、玩具均不用铅及铅化合物，以避免铅中毒的发生。

治 疗

1. 注意休息和营养。

2. 急性发作者可给乙烯二胺四乙酸二鈉鈣 (Na_2CaEDTA)，每次靜脉注射 2 克，隔日一次，共注射 5 次；或每日靜脉注射 1 克，共注射 10 次。要缓慢地准确注射；或用 5% 葡萄糖稀释至 250 毫升后作靜脉滴注。同时用 25% 硫酸鎂溶液 10 毫升加在 50% 葡萄糖溶液或生理盐水 10 毫升中缓慢靜脉注射。还可同时给维生素 C 150 毫克，日三次；路丁 100 毫克，日三次。

3. 对慢性中毒，急性发作不严重者，可口服枸橼酸鈉，每日 12—16 克，分 3—4 次，持续 14—25 日为一疗程。如遇症状呈急性发作，可先以 2.5% 枸橼酸鈉 50 毫升，混合于 5% 葡萄糖溶液 500 毫升内作靜脉滴注（肾、肝患者禁输入大量枸橼酸鈉），同时给维生素 C 及路丁。

4. 中药：木贼草煎剂：木贼草一錢，每日一剂，加水适量，煎汁分两次饭前服。

5. 口服铅化合物中毒者：用胃管进行胃灌洗术，并以硫酸鈉、硫酸鎂等为洗液，而成不溶解的硫化铅，最后以清水将胃内容物洗净，再服牛奶、乳酸鈣（每日 6—8 克），特殊治疗同上。

6. 对症治疗。

九、腐蚀性药物中毒

1. 强酸中毒

本病主要是由于误食硝酸、硫酸、盐酸、冰醋酸或石炭酸等强酸所致。

临床表现及诊断

(1) 凡和强酸接触的胃肠道粘膜均发生坏死，并可造成胃肠穿孔。

(2) 剧烈腹痛，且有说话及吞嚥困难。

(3) 持续性呕吐，吐物呈黑褐色，酸性反应，且有脱落的粘膜片。

(4) 出现虚脱：冷汗、脉细、体温和血压下降。

(5) 如呛入呼吸道则有呼吸困难甚至窒息。

此病往往造成食道和幽门狭窄，个别患者死于休克和窒息。

预 防 参见“强硷中毒”。

治 疗

(1) 禁用洗胃、催吐及强硷性药物，以免胃肠穿孔。

(2) 中和强酸:

①氧化镁30克加水200毫升,振荡后每次口服15毫升,每5分钟一次。

②3—4.2%氢氧化铝凝胶液60毫升或0.17%氢氧化钙溶液200毫升,口服。

(3) 保护粘膜:可用稀饭、面糊、牛奶、鸡蛋等,但均应冷食。

(4) 用吗啡类止痛,每次可给吗啡0.01克,皮下注射。

(5) 窒息时可用氧气吸入,必要时气管切开。

(6) 虚脱者可以用5%葡萄糖静脉注射,但有肺水肿者禁用。

(7) 预防晚期疤痕收缩造成的食道狭窄可用组织疗法。

2. 强硷中毒

临床表现及诊断

临床表现与强酸中毒同。但有服用强硷史。

氨中毒有喉痉挛及心跳停止。

苛性钾中毒,接触之粘膜呈红色或棕色。

预 防 强酸强硷中毒之预防主要注意下列几点：

(1) 加强革命警惕性，严防阶级敌人破坏投毒。

(2) 毒性物质应严加保管。

治 疗 原则同“强酸中毒”。

中和剂可口服稀醋酸、果汁或0.5%盐酸100毫升。

神经官能症

神经官能症是大脑机能活动失调性疾病，是在外界不良的精神作用影响下，通过内因产生的。神经官能症中最常见的是神经衰弱与癯病二种：

一、神经衰弱

多见于青壮年，起病一般缓慢。

临床表现及诊断

1. 临床表现多种多样，有的病人兴奋性相对增高，表现为控制能力降低，易激惹、烦躁、注意力分散、入睡困难、睡眠浅、早醒、多汗、心悸、头胀疼以及周身不适。有的病人表现易衰竭

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，全身酸疼无力。多数病人兼有上述两类症状。体检时，不能发现与症状相应的器质性病变。

2. 诊断：有上述症状但各系统检查无阳性体征即可诊断。

预 防

1. 合理安排工作和生活制度，参加一定的体力劳动和军体锻炼。

2. 树立无产阶级革命世界观，努力克服自己原有性格的弱点，锻炼坚强的性格，能抵御任何不良的刺激。

治 疗

1. 针灸：百会、太阳、印堂、上星、列缺；失眠重者可加神门、涌泉、足三里。

2. 中药：天王补心丹、杨子养心丸、养血安神丸、珠砂安神丸等。

3. 镇静药：三溴片每次 0.6 克，日三次；苯巴比妥每次 0.03—0.06 克，日一次，睡前服；

巴氏合剂每次10毫升，日三次。

二、癔病

癔病又名歇斯底里，往往是由于心情不舒畅，脑受刺激而引起。

临床表现及诊断

1. 临床表现及鉴别诊断

本病发作时，喜怒无常，悲伤欲哭，胡言乱语，呵欠不休，或大喊大叫，或昏睡不语，饮食无常，时多时少，大便干，甚至有时抽搐、昏倒、不省人事。

	癲 癇	癔 病
精神創伤史	无	有
发作情况	1.意识完全丧失 2.日夜均发，夜間多 3.发作时咬破舌头 4.小便失禁 5.不論任何危险处均 跌倒，如水、火	1.不丧失 2.夜間不发作 3.不咬破 4.无小便失禁 5.不向危险处跌倒
治疗情况	对苯妥英鈉有效	暗示效果好

2. 诊断：

(1) 本次发病有明显的精神因素。

(2) 临床症状多种多样，但查体无阳性体征。

预 防 同“神经衰弱”。

治 疗

1. 医生要以白求恩同志为榜样，对本病的诊治要极端的负责任，对患病的工农兵阶级兄弟要极端的热忱，急病人之所急，痛病人之所痛，和病人一起学习毛主席著作，寻找病因，战胜疾病。

2. 针灸：大陵、神门、百会、涌泉、中脘、合谷、内关；如神志昏迷不醒或抽搐加针人中、少商、十宣。

3. 镇静剂：冬眠灵每次25毫克，肌注。

4. 暗示疗法。

癲 痼 (羊角风)

癲痼俗名“羊角风”，多表现为阵发性意识丧失，伴有肢体的痉挛及抽搐，常反复多次发作。

临床表现及诊断

一、癲痼大发作：多见于青年人，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，常有大小便失禁及咬破舌头，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，手中握物墜落，或突然倒地又很快醒来。

三、局限性：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：连续不断的抽搐发作，间隔时间短，意识不能恢复。

治 疗

一、一般治疗：生活规律，禁烟酒，避免精神紧张，发作时保持呼吸道通畅，注意外伤。

二、药物治疗：

1. 苯妥英钠：成人每次0.1克，日2—3次；小儿5—8毫克/公斤/日。

2. 苯巴比妥：成人每次0.03克，日三次；小儿2—5毫克/公斤/日。

三、针灸：百会、内关、神门、大椎。

四、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。

1. 付醛：4—6 毫升（小儿0.1—0.15毫升）肌肉注射，如注射后15—20分钟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（注意观察呼吸情况），至发作停止时即停止注射，将余量改为肌肉注射（小儿量5毫克/公斤/次，用法同上）。

3. 脱水剂：反复抽搐不止时，易有脑水肿，可用脱水剂治疗，如静脉注射50%葡萄糖液或20%甘露醇或口服甘油。

五、偏方：

1. 饮羊鲜血。

2. 将驴全胎盘一个焙干，研末即成，每次三分，日三次。

电 击 伤

电击伤大多数是直接接触电源或野外被闪电、高压电击伤引起的，临床上以触交流电较常见。低压交流电能引起心室颤动，高压交流电则可抑制呼吸中枢。引起电击伤的原因多为不按操

作规程、缺乏安全用电常识、用电设备不合规格所致。阴雨天或潮湿环境中也容易触电。

临床表现及诊断

一、电击伤引起的烧伤程度较深，呈灰白色，可以烧到肌肉、骨骼，但无臭味，无水泡，与周围皮肤分界明显，以后逐渐发生组织坏死。

二、电击伤多发生全身肌肉强直性收缩，头晕，甚至昏迷，休克，心室颤动或心跳停止，呼吸节律异常或呼吸停止。

预 防

一、随着我国社会主义建设事业的迅速发展，农业电气化和机械化不断发展，必须加强安全用电教育，严防阶级敌人破坏。

二、电工定期集训，切忌私自按装电气设备。

三、设备定期缮修与检查。

四、严格遵守操作规程，加强组织纪律性。

急 救

一、立即切断电源，拉开电闸，或用绝缘物体（如木棒、竹竿、橡皮带等）将病人迅速与电源脱离。

二、如果病人呼吸、心跳停止，应立即进行人工呼吸，同时施行体外心脏按摩。一定要遵照伟大领袖毛主席的教导：“发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战（即在短期内不休息地接连打几仗）的作风。”怀着深厚的无产阶级感情连续顽强地进行抢救。

三、药物：在抢救过程中心跳微弱或停止时不能用肾上腺素，以免导致或加重心室颤动；但是具体情况要作具体分析。一九六八年十二月二十六日《文汇报》登载的《毛主席革命路线的新凯歌》一文中叙述了上海新华医院在工人、解放军毛泽东思想宣传队领导下抢救工人阶级兄弟的事迹：上海轻工业局钢筋工周德明触高压电线摔下，心跳、呼吸停止，瞳孔已经散大。这时用毛泽东思想武装起来的医务工作者，遵照毛主席指示，经过具体分析，打破了旧教科书的资产阶级洋框框，给病人注射了肾上腺素，并采取了一系列急救措施，在心脏停跳23分钟以后，开始了第一次跳动；又过了5分钟，开始了第一次呼吸。周德明昏迷了63小时，终于苏醒，75小时后，睜

开双眼，喊出了获得第二次生命后的第一句话：

“毛主席万岁！毛主席万万岁！”通过这个事例，使我们了解，在用药时，要用毛泽东思想进行分析、决定和处理。

当心室发生颤动时，可用1%普鲁卡因2—5毫升心内或静脉注射；或用普鲁卡因酰胺150—300毫克心内或静脉注射。

呼吸抑制时，应用呼吸兴奋剂山梗菜硷3毫克，肌肉注射；或尼可刹米（可拉明）0.25克，肌肉注射。

四、电击伤的局部只需清洁包扎，创面大的参阅“烧伤”的处理。

溺水急救

溺水是由于大量的水经过口鼻灌入肺部及消化道内，使口腔和鼻腔被水所充满，氧气不能进入；同时，因冷水或吸水的刺激而引起反射性咽喉痉挛，于是发生窒息，如不及时抢救，患者则因缺氧而死亡。

临床表现及诊断

一、溺水者由于窒息，身体缺氧，所以有发绀现象。

二、面部肿胀，双眼充血，鼻和口腔充满泡沫，肢体冰冷，不省人事。

三、由于胃内为水充满而上腹胀大。

四、脉搏细弱，死亡时，一般呼吸先停止，然后心跳停止。

预 防

游泳，是群众性的体育运动之一。它不仅增强人民体质，而且有着重要的国防战略意义。我们要响应伟大领袖毛主席“游泳是同大自然作斗争的一种运动，你们应该到大江大海去锻炼”的伟大号召，在全国范围内立即掀起一个学游泳高潮。学会游泳就是预防溺水的一种最好的方法。此外还有以下几种措施：

一、游泳训练时，应该选好游泳区，并提倡集体游泳，加强组织领导，以免发生溺水现象。

二、有心脏病者，最好不游泳。

三、初学游泳不要到深水区。训练善于游泳者在水中救人的技术。

治 疗

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、控水：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（见图4）。如控水不多，应立即施行人工呼吸。



图4 溺水的急救——控水

三、人工呼吸以俯卧压背法较好，因此法有

利于肺内液体流出，同时给予呼吸兴奋剂尼可刹米1毫升和苯甲酸钠咖啡因0.5克（稀释10倍后应用）静脉或心室内注射，皮下注射阿托品0.5毫克。

四、如患者心跳已停止，应遵照毛主席提出的“救死扶伤，实行革命的人道主义”的伟大教导，采取口对口人工呼吸，同时配合体外心脏按摩（参见434页）。

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

六、必要时给抗菌素预防肺炎等并发症。

七、人工呼吸至少坚持3—4小时，短期抢救心跳呼吸未恢复者不应轻易放弃。

中 暑

中暑是由于外界温度、湿度太高，或直接曝晒于烈日下，机体不能适当的散热，大量热积蓄在身体内，引起的急性发病。中暑可分为热射病、日射病和热痉挛三种类型。

临床表现及诊断

一、各型中暑均有头痛、头晕、全身乏力、恶心、呕吐等症状，

二、热射病患者体温升高，可达 41°C ，伴有意识模糊、谵语、昏睡以至昏迷。患者面色潮红，皮肤干燥，早期瞳孔缩小，对光反射迟钝；晚期瞳孔散大，对光反射消失，血压下降。

三、日射病患者头痛、头晕、恶心、呕吐均较明显，重者可昏迷，体温微升或正常。

四、热痉挛患者突出表现为四肢肌肉（如小腿腓肠肌）和腹肌痉挛，头痛，体温不高，皮肤多汗。

预 防

一、夏季下地劳动，应戴草帽，避免日光直射头部。劳动一定时间后，应去阴凉处休息。还可以利用早、晚上工的办法，减少中午在田间劳动的时间。

二、夏季产妇应住在通风良好的阴凉室中，勤换衣服，促进体温的散发。

三、工地上应搭凉棚，并备以0.1—0.25%的

食盐冷溶液或清凉饮料，供给饮用。

四、高温厂房或车间，应有通风设备，降低劳动环境的温度和湿度。

治 疗

一、轻者移至阴凉处，饮冷盐水，用冷水毛巾敷头部及擦身。

二、热射病主要在于降温并治疗循环衰竭。可用物理降温，如冷水擦浴；亦可用药物降温，较轻者用冬眠灵25—50毫克（小儿1毫克/公斤）肌肉注射，重者用25毫克加于生理盐水300毫升内静脉滴注，于20分钟内滴完。休克者应加用升压药。呼吸困难者，并用呼吸兴奋剂。

三、热痉挛主要在于补充水分与氯化钠，重者可由静脉滴注生理盐水或葡萄糖盐水。

四、日射病可对症治疗。

五、针灸治疗：

1. 热射病取穴：人中、内关（双）、足三里（双）、十宣（双）。

手法：人中用快刺，内关、足三里用平补平泻，重症者十宣放血。

2. 热痉挛：刺人中、百会、中冲，亦可加刺曲泽，委中放血。

3. 日射病取穴：人中、合谷(双)、十宣(放血)、足三里(双)、风池、大椎。

六、验方：中暑昏倒，取大蒜数瓣捣烂取汁，掺入温开水适量灌下；也可用掺温开水的蒜汁滴入鼻孔内。或用鲜韭菜适量捣烂，取其汁滴鼻。

七、刮痧法：用瓷汤匙或瓷盅的边缘蘸水刮病人的双侧肘窝、腋窝和胸部前胸正中、背部(从第一胸椎刮到第十二胸椎)，直到刮出痧(即皮下出现紫红色斑点)即可。

地方性甲状腺肿 (单纯性甲状腺肿)

地方性甲状腺肿俗称“大粗脖”、“粗脖根”、“瘰袋”等。广泛流行在我省西部和北部的山区及半山区，平原地区可有散在发生。这种病不仅严重地威胁着我们贫下中农阶级兄弟的身体健康，也妨害着农业生产，因此我们应该积极进行防治工作。

得这种病的主要原因是与当地饮水和土壤中碘的缺乏有关。由于水、土中含碘量少，使这些地区生长出来的粮食及蔬菜的含碘量也少，人们再很少吃到含碘量丰富的海产食物，因此摄入的碘量不能满足身体的需要，就引起甲状腺肿大。还有人认为饮水中含钙质多或机体内发生吸收障碍，而影响碘的吸收引起。我国古代医生称“瘰疬”，明朝李时珍的《本草纲目》中取海产植物海藻、海带等主治“瘰疬”，说明我国劳动人民对这病早就有所认识。

临床表现及诊断

女性多于男性，一般发生于十几岁时，可见患者的脖子（甲状腺处）逐渐大起来。肿块较软，能随吞嚥动作上下移动，无疼痛等不良感觉，病人也无其他症状。有的可因肿块太大，压迫气管感到呼吸困难，压迫食管则有嚥下不适感，如压迫喉返神经，则出现声音嘶哑。

预 防

目前比较有效、简便的方法是食盐加碘，在一万斤食盐内加碘化钾或碘化钠半斤，这种盐简

称碘盐。日常食用，不但能治疗现症，还能预防发病，且无任何副作用。

治 疗

一、碘化钾片（丸）：成人每日一次10毫克（一片），连服一个月后，停药一个月；再连服一个月，又停药一个月，以此，间歇服药六个月即治疗一年时间。

二、内服碘化钾片（丸）加局部按摩疗法：服用法同前。局部用拇、食、中三指自行按摩，先用拇、食、中三指将腺肿固定，再进行捻捏，由轻渐重，一次10—15分钟，日三次，可常年坚持，效果较好。

三、针灸：天突、气舍（双）为主穴，泽前（双）、列缺（双）为配穴，每次均针主穴，配穴交替使用，隔日一次，七次为一疗程，间歇一周，再进行第二疗程。

四、验方：

1. 海藻散：用法：海藻研面，饭后服五分。

2. 海藻酒：用法：烧酒一斤，浸入海藻四两，浸泡两天后饮用。每服两酒盅，日两次，可连续

加酒三次，连续饮用。

3. 炒昆布（海带）：用法：将昆布洗净后，切成丝加调料炒熟吃，不拘量；或加盐末、醋生拌，随饭吃亦可。

五、有压迫症状者可行手术治疗。

疖、痈、蜂窝组织炎及乳腺炎

疖、痈、蜂窝组织炎及乳腺炎是比较常见的外科急性感染性疾病。过去由于大工贼刘少奇在卫生战线上推行了一整套反革命修正主义路线，贪大求洋，爱病不爱人，公开对抗毛主席对卫生工作的指示，尤其是对广大贫下中农不管不问，因此往往使小病变大，甚至造成残废或死亡。我们应遵照毛主席的教导：“一切为了人民健康”，积极预防和治疗这些常见病和多发病，全心全意地为人民服务。

一、疖及痈

疖是一个毛囊及其所属皮脂腺发生的急性化脓性感染。感染单纯局限于毛囊或皮脂腺时称为毛囊炎或皮脂腺炎。当多个相邻的毛囊及其所属

皮脂腺均发生感染时则称为疔。

疔的临床表现及诊断

1. 疔的早期征象是一个园形的硬小结节，红肿疼痛，3—5天后结节增大，顶部有黄色脓栓形成（俗称白头），周围组织水肿，疼痛比前为重。当脓栓自行脱落或用镊子夹出之后，脓液即可排出，此时炎症渐消，疼痛减轻，最后愈合。

2. 疔多见于经常磨擦的面、颈、背、腋窝及臀部等处。一般无明显全身反应，如合并有败血症或脓毒血症时则可有寒战、口渴、厌食，严重者神志不清或烦躁不安。

疔的治疗

1. 早期（未化脓阶段）局部热敷，也可用药物外敷，常用的有20%鱼石脂软膏、中药拔毒膏、紫金锭等。如已化脓除可继续用中药拔毒膏外敷，还可可用20%硝酸银或10%石炭酸将脓栓腐蚀掉，或用镊子将脓栓夹出，使脓早日排出，炎症即可消失。一般不需切开引流。

2. 应该注意，一般疔肿不宜用手挤压以免炎症扩散，尤其是面部者。因面部有丰富的淋巴管

及血管网，且与颅内连通，可因挤压而致使脓栓脱落，经上述途径进入颅内，发生海绵窦栓塞或脑膜炎，使病情转为复杂，甚或危及患者生命。其次如有全身反应如发烧，或局部炎症扩散，可加用消炎药治疗。

痛的临床表现及诊断

1. 痛是大片暗红色炎性浸润区，高出体表，较硬，有剧痛。当组织坏死化脓后，在病变中央部位皮肤可见许多脓栓，状如蜂窝，有脓血样分泌物渗出。

2. 痛极易向四周及深部扩展，因此常伴有全身症状，如发冷，发烧，头痛，食欲减退等，严重者可并发脓毒血症。

痛的治疗

1. 全身治疗：可用下列药物：

(1) 五味消毒散：银花三钱、蒲公英三钱、紫花地丁三钱、紫背天葵三钱、野菊花三钱，水煎服。

(2) 野菊花四两，水煎服。

(3) 必要时可给予青霉素、四环素、链霉

素、磺胺药等。

(4) 止痛：如索米痛、镇痛片等。

(5) 合并糖尿病（糖尿病患者常发生疔）应同时加以治疗。

2. 局部治疗：可采用下列方法：

(1) 早期局部热敷或以5%硫酸镁热敷。

(2) 隔蒜灸：将大蒜切成薄片，放于局部，以艾柱隔蒜片灸局部，自疔外围向中心进行，每日1—2次。

(3) 若局部已化脓，可用20%硝酸银腐蚀脓头，再用拔毒膏贴敷拔脓，疗效高，疗程短，是一种切实可行的办法（若无硝酸银，亦可用器械将脓栓剔出后再贴敷拔毒膏）。过去强调“+”或“卅”字切口引流方法，对组织破坏较大，愈合时间往往要比前一方法延长。

若经上述治疗后，炎症继续扩散，再考虑切开引流。切开方法以作两个平行切口为佳，但两切口间距离不宜过小，以免皮瓣血供不足而造成坏死。

二、蜂窝组织炎及乳腺炎

本病是皮下组织、筋膜下等疏松组织的急性弥漫性、化脓性炎症。蜂窝组织炎发生在乳房部位者，称为乳腺炎。

临床表现及诊断

1. 蜂窝组织炎根据其发生部位的深浅不同、细菌毒性强弱及机体反应状况的不同而有不同的临床表现。病变位于浅部者，局部表现较显著，如皮肤发红、肿胀、突出、发硬、压痛等；全身不适较轻。

2. 病变位于深部者，局部炎症表现不明显，而全身症状较显著，但可借其压痛及水肿范围估计病变大小，一般压痛最显著处即为炎症的中心区域。

3. 蜂窝组织炎发展的结果：组织坏死化脓，在局部的中心区域触诊有波动感觉，穿刺可抽出脓液，称为脓肿。

4. 当机体抵抗力低下，细菌毒力又强，治疗延误或不当时，则可并发败血症或脓毒血症。

5. 乳腺炎的临床表现同蜂窝组织炎。

治 疗

1. 早期炎症未化脓时:

(1) 局部热敷或用下列药外敷, 促使炎症消散:

① 如意金黄散调和后外敷(用醋或茶调和)。

② 芙蓉花及叶捣碎外敷。

③ 野菊花捣碎外敷。

(2) 内服药:

① 五味消毒散(见“疔及痈”)。

② 磺胺药、地霉素、四环素, 口服; 青霉素及链霉素肌注。

2. 脓肿形成时, 除继续用药物治疗外, 应行切开引流。在行切开时应注意:

(1) 切口应避开大血管及神经的走行部位, 切口应够大, 一般应为脓腔的 $2/3$ 。

(2) 脓腔过大时可作多处切口以利脓液引流。一般以“对口”引流为宜。

(3) 切口位置应较低, 方向沿皮纹或平行于大血管神经之走行, 以保护大血管及大神经不受损伤。

(4) 切开后脓腔内可填凡士林纱布条或盐

水纱布条以压迫止血。

(5) 深部脓肿切开前应先做穿刺抽脓，证实后，再切开，切勿冒然行事。

3. 颈部蜂窝组织炎应注意严密观察，防止喉头水肿，引起窒息。当病人有发绀时，则须紧急切开，以便引流减压。如效果不好尚须作气管切开。在技术或设备条件受限时，可用粗注射针头自颈前刺入气管内（常刺入部位为环甲膜处），迅速转送有条件的地方加以处理。

4. 脓肿位于乳房时，切口应以乳头为中心向外作放射状切口，应注意勿切入乳晕。（见图5）

乳腺炎的治疗，尚可用下列方法：

(1) 热木梳背按摩（自外围向乳头轻轻刮），挤出乳汁，并禁哺乳。

(2) 蒲公英二两，水煎外敷；并服其汁，每日一次。

(3) 桔子仁研末加白酒调成糊状，外敷患处，干后更换。同时内服桔子仁煎剂。

(4) 桔子仁一两，加白酒或甜酒一两。先将桔子仁浸泡在酒内，再加水200毫升，细火煎至

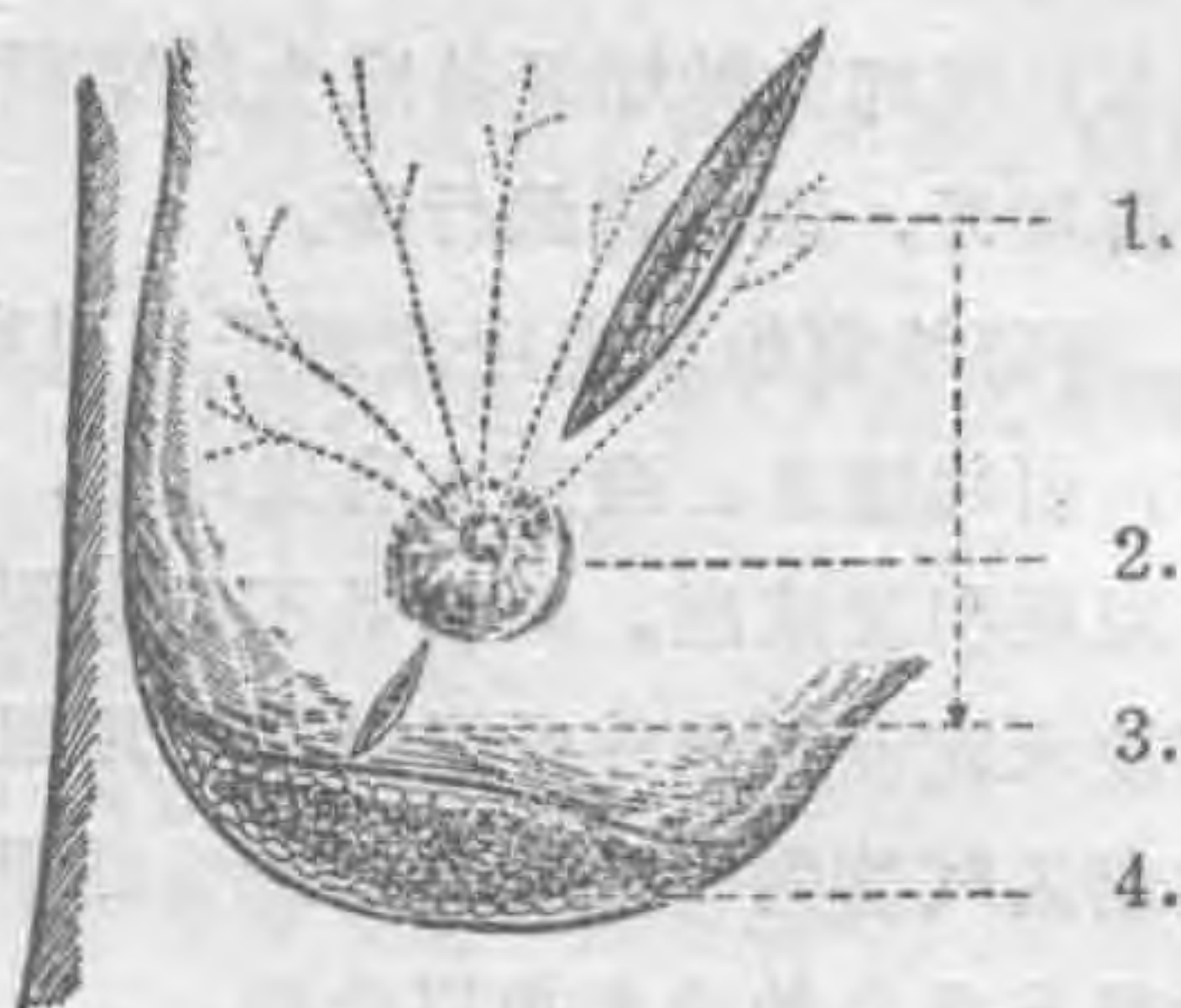


图5 乳腺炎脓肿切口

1.放射状切口（适用于乳房内脓肿）

2.乳晕下半圆形切口（适用于乳晕下脓肿，切口不可太深）

1和3对口引流（适用于较大的乳房内脓肿，同时作二个切口，以通畅引流。）

4.乳房下弧形切口（适用于乳房后脓肿）

100毫升，每次服20毫升，每日服三次。

（5）针刺治疗，未化脓前效果甚好。取穴：肩井、风门、尺泽、足三里。备用穴：行间、足临泣、鱼际、下巨灵。

三、外科急性感染的预防

毛主席教导我们说：“我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。”毛主席又教导我们说：“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，……”。我们必须大力宣传毛主席的这些伟大指示，开展群众性爱国卫生运动，积极参加劳动和体育锻炼，增强人民体质，提高对疾病的抵抗力。

医务人员要提高无菌操作技术，消灭人为的“蜂窝组织炎”。所谓人为的蜂窝组织炎是医务人员操作时无菌技术不严格，或注射药物时发生差错而造成的感染。这是非常不应该的。只要我们在医疗实践中加强责任心，时刻用白求恩同志两个极端要求自己，是完全可以避免的。

动员群众，注意个人卫生，保持皮肤清洁，勤洗晒衣服被褥、头巾等物。

对于乳腺炎的预防除上述者外，还要做好产前检查，向孕妇宣传不要束胸，矫正乳头内陷（可用“六·二六”针吸水罐吸出），注意乳头清洁。

产后多喝水以免乳汁太浓。每次喂奶时，要吸尽乳汁，如有剩余亦需轻轻挤出。如有乳晕裂，可用安息香酸酊，或5%次碳酸铋·蓖麻油混悬液涂抹乳头和乳晕。

常见手部疾病

手是从事劳动的主要器官之一。在平时，工农阶级兄弟用双手从事着各种生产活动，为社会主义祖国创造财富。在战时，又可以用双手拿起武器保卫祖国，使社会主义江山不受敌人侵犯。因此，对于手的疾病，不能因为它较轻，就不加重视。要看到，即使是一个手指头有病，也可以给工农阶级兄弟带来痛苦和不便，对生产同样有损失。我们应该认真学习和掌握治疗手部的常见疾病，以便更好地为广大工农兵服务。

手的皮肤皱襞内经常有无数的细菌，当受伤时致病的细菌则乘机侵入而致患，最多见的致病菌是葡萄球菌。

一、甲沟炎、甲周围炎与甲下脓肿

甲沟炎是指甲一侧的周围组织化脓感染。若

感染由一侧开始,经甲基底部上皮蔓延至另一侧,则成为甲周围炎。甲下有脓肿形成时,即为甲下脓肿。

临床表现及诊断

1. 甲沟炎多为轻微损伤所引起,如逆剥倒枪刺、刺伤等。起初有轻度疼痛,局部红肿并压痛。若不能自行消退,有的迅速化脓,演变成为甲周围炎或甲下脓肿,疼痛加剧。

2. 甲下脓肿可继发于甲沟炎,也可因异物刺入或外伤性甲下积血感染而致。可使指甲浮起,甲下可见灰黄色脓液积聚。

治 疗

手指损伤后,应涂以红汞或2%碘酊,或清洗后上磺胺粉用无菌敷料包扎,以防感染。在感染初期用热水浸泡,并用磺胺或抗菌素;化脓后在指神经阻滞麻醉下(麻醉剂内忌加肾上腺素)沿甲沟向近端切开。如两侧感染,应做两侧切开,并将两个切口间皮肤整个向上翻起(在离甲沟2—3毫米处作一横切口将上述两个切口连接起来。见图6)。甲下部分积脓时可将指甲部分切

除。若全甲已浮起，则行拔除，换药。

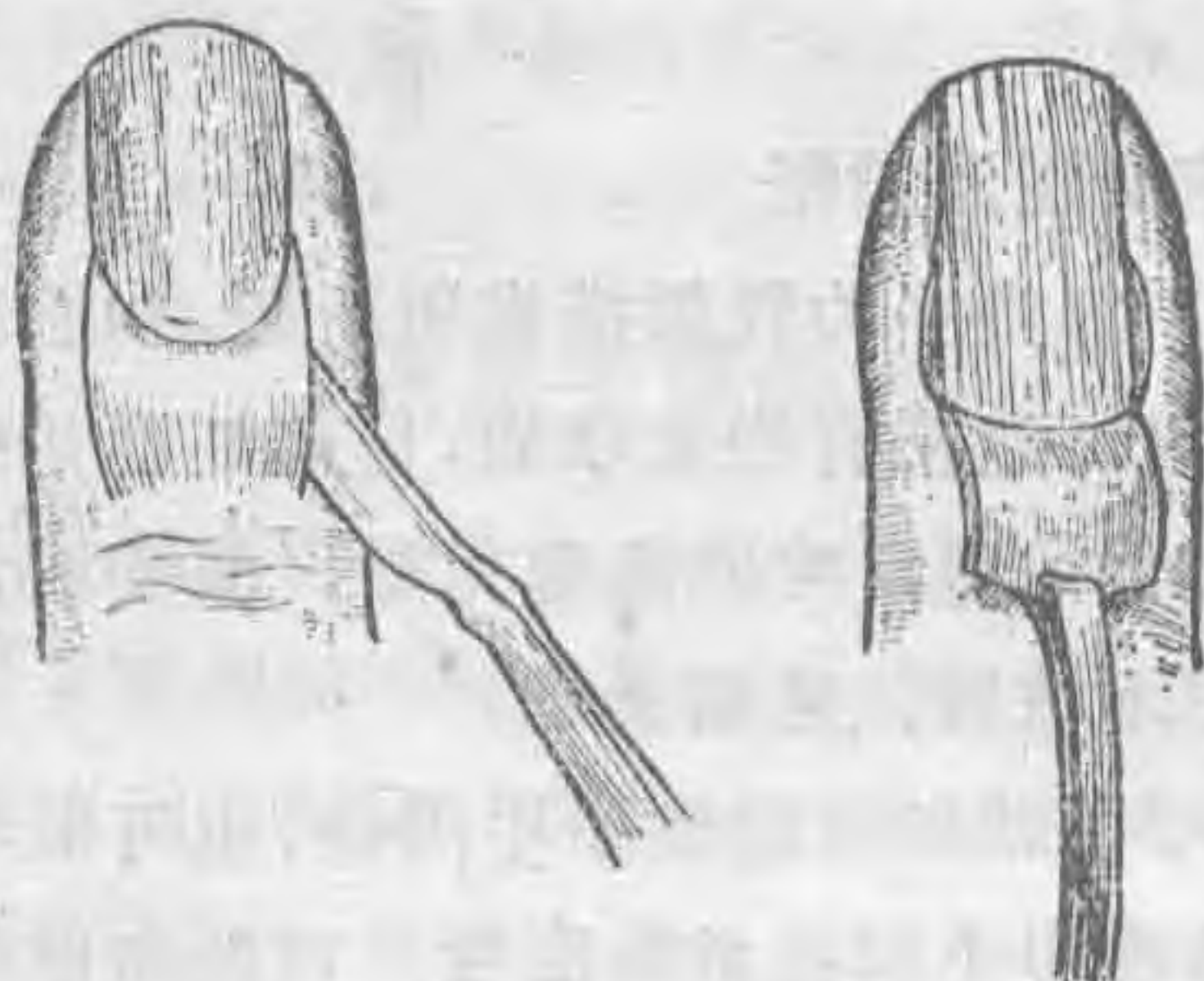


图6 甲下脓肿切口

沿甲沟向近端切开

将两个切口间皮肤整个向上翻起

二、脓性指头炎

手指头掌面深部的急性化脓性感染，叫做脓性指头炎，俗称“蛇头疔”。

临床表现及诊断

1. 患处红肿，疼痛猛烈。由于坚韧的深筋膜一端和末节指横纹处皮肤相固定，另一端又直接

固定在末节指骨骨膜上，紧紧靠屈指肌腱的附着点，因此，手指末节远端4/5的皮下组织区是一个密闭的小腔（见图7）。腔的周围是坚厚的皮肤层，没有伸缩性；腔内又有许多起自指骨、终于皮肤的坚韧纤维组织索，分成许多小房，房内的脂肪组织也较坚韧；加以指端皮肤感觉特别敏感，所以感染时腔内压力很高，造成剧烈疼痛，皮肤异常紧张，而肿胀却相对的不很明显。化脓时呈跳痛性疼痛，手前臂出现一条红线，并迅速向肘、腋处发展（称淋巴管炎），腋窝淋巴结肿大作痛

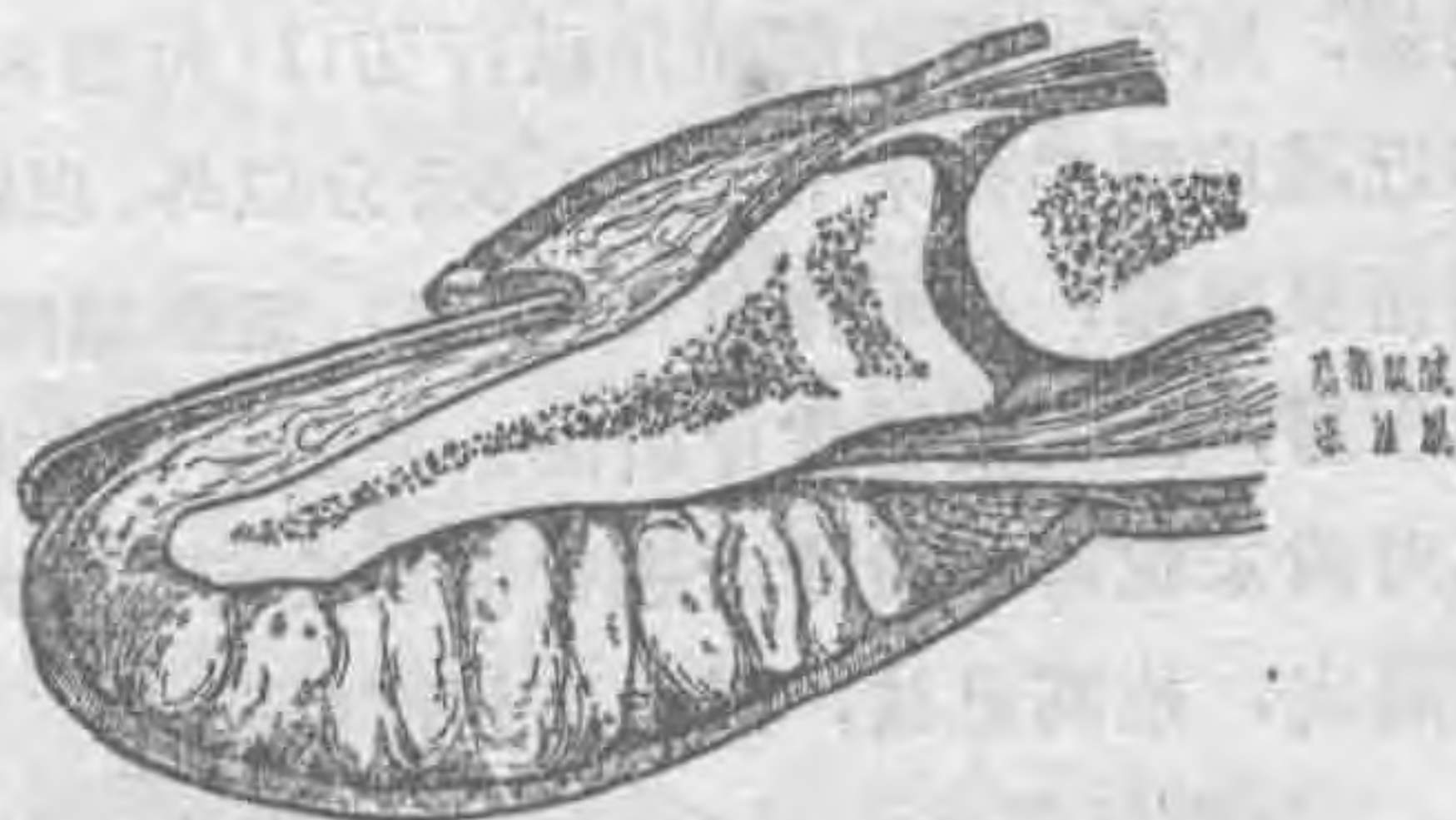


图7 手指末节远端纵切面显示皮下组织区是一个密闭的小腔

(称淋巴结炎)，且伴有全身不适，体温升高。

2. 手指末节呈蛇头样肿胀。有时也可能由于血流被阻，皮肤反而变为苍白。

治 疗

1. 早期感染尚未局限时，注意局部休息，抬高患肢，患指用温水浸泡，日三次。局部也可敷20%鱼石脂软膏或用30—50%硫酸镁热敷。

2. 应用消炎药和止痛药。

3. 短期内症状无明显好转，局部肿胀，跳痛明显，检查有明显压痛者应作切开引流。

切口不可做在手指掌面正中，以防愈合后影响功能，应在手指的侧面作纵行切口(如图8)。切口近端应距手指末节横纹0.5公分以外，以防伤及屈指肌腱鞘；也可作鱼口状切口，切断纤维索，贯通小房，置入软橡皮片引流。并发骨髓炎时，禁忌对尚未脱落的指骨干进行搔刮或切除。术后仍应固定，抬高患肢，继续应用消炎药。

4. 对淋巴管炎的治疗除用消炎药外，可以针刺治疗，沿红线的起点一直刺到止点，使其出血，收效颇速。



← 图中手指外侧纵
线表示切口位置

图8 脓性指头炎切口

5. 针刺治疗也可用于脓性指头炎早期,取灵台穴,刺出血为止。

三、腱鞘囊肿

腱鞘囊肿为一含有玻璃样胶性液的囊肿物,常见于手腕关节的背面,多见于青壮年。

临床表现及诊断

肿物一般生长缓慢,局部有轻微酸痛、无力的感觉,触时有波动感,张力较大,硬似骨,可随肌腱活动而移动,与皮肤无粘连。

治 疗

1. 小囊肿有时可自行消失。以拇指压挤囊肿使其破裂，流出来的粘液可被皮下组织吸收，囊肿消失，但常会复发。

2. 针灸：在囊肿周围针3—5针，针尖向囊肿中心，并局部加灸5—10分钟，日一次。

3. “六、二六”针吸水罐：在囊肿周围拔一圈（一般为五罐左右），日一次，也有效果。

4. 如以上治疗无效，可手术切除。

5. 在局麻下用粗针穿刺囊肿，抽出囊内液体后注入醋酸氢化考地松0.3—0.5毫升，每周一次，3—4次为一疗程。

四、化脓性腱鞘炎

本病是手指屈肌腱鞘的化脓性感染。

临床表现及诊断

1. 化脓性腱鞘炎的特点是患指半屈，伸直时非常疼痛（尤其在手指的近端），腱鞘范围表面有剧烈压痛，通常在手指掌面。

2. 全身不适、发热、偶有寒战。

治 疗

1. 早期抬高患肢，予以固定休息，局部热水泡浴。

2. 用细针头直接刺入腱鞘内，根据腱鞘的部位和抽出脓性粘液的多少而注入青霉素0.25——0.5毫升（每毫升含青霉素5万单位左右）。每1—2天穿刺一次。

3. 如经积极治疗症状仍无好转时，应切开引流，否则可造成肌腱坏死而使病人残废，感染还可向深部扩散。切口应在手指侧面，切开后应早期活动手指（手术后48小时），以防粘连影响劳动。

破 伤 风

破伤风是一种带芽孢的厌氧破伤风杆菌引起的急性感染。破伤风杆菌能从较深、较大的伤口，尤其是泥土污染的伤口（如创伤、新生儿脐带等）进入体内，在缺氧的环境中繁殖，产生毒素而致病。解放前，由于反动统治阶级的残酷压迫和剥削，劳动人民无条件讲卫生，新生儿因破伤风死亡的很多。解放后，在毛主席的领导下，党和政府培

养了大批新法接生员，改造了大批的旧接生人员，大力推广了新法接生。现在不少地区已基本上消灭了新生儿破伤风，这是战无不胜的毛泽东思想的伟大胜利。

临床表现及诊断

一、外伤或新生儿断脐后，经2—15天（一般约七天左右）就会发病。早期症状较隐蔽，常表现为咀嚼乏力，面部肌肉酸痛，言语不清，吞咽不便等。凡有以上症状，而又无其它原因可解释时，结合外伤史，应想到本病的可能性。

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；背部肌肉痉挛出现角弓反张；最后是膈肌痉挛，发生呼吸困难，危险极大。任何轻微刺激，即可诱发全身肌肉强烈的阵发性痉挛。

三、病程平均约两周。多半临死前神智一直清醒，感染严重或并发肺炎时可出现高热。

预 防

一、认真贯彻预防为主的卫生工作方针，广泛开展预防宣传，提高对破伤风的警惕性，大力推广新法接生，避免不清洁的人工流产。

二、正确处理伤口，特别是战场、大面积烧伤、农业伤等，伤口污染严重，应尽早清创，同时用新鲜配制的1/5000高锰酸钾或3%双氧水冲洗伤口，清创不彻底时不加缝合，伤口开放，用上述氧化剂纱布条湿敷，破坏破伤风杆菌生长繁殖所必需的厌氧环境。切忌伤后以土块、棉絮等物掩盖伤面。

三、有上述伤口时，应肌肉注射破伤风抗毒素1500国际单位，儿童、成人剂量相同。注射前应做过敏试验，试验方法是：先以生理盐水在前臂掌侧面作一皮内注射丘疹为对照，取抗毒素0.1毫升，以生理盐水稀释至1毫升，再以此稀释液0.1毫升在前臂掌侧面对照注射部位的上方约10厘米处作另一皮内注射。注射后15—20分钟检查，如仅在注射抗毒素处有红色风团（直径超过1厘米的红肿硬块）；或注射抗毒素部位的红色风团较注射生理盐水部位的风团大而明显，则

为阳性。对于皮内过敏试验阳性病员，不能一次将破伤风抗毒素血清全部注射，应分次注射：首次注射 0.1 毫升，下一次注射剂量为上一次的加倍，每次间隔半小时，直到注射完毕。

治 疗

毛主席教导我们说：“研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就要用全力找出它的主要矛盾。”我们认为，如何控制痉挛和维持营养是治疗破伤风的中心环节和主要矛盾。具体方法如下：

一、镇静止痉：这是治疗破伤风的关键，其用药适当与否，直接影响患者生命。因此，用药时必须密切观察病情变化，根据病情加减药量，或改用其它药物。总之，应保持病员处于睡眠状态。

1. 口服鲁米那，每次 0.09 克，4—6 小时一次。

2. 10% 水合氯醛，每次 10—15 毫升，4—6 小时一次。本药一般与鲁米那交替使用较佳。

3. 小儿：鲁米那 0.01—0.02 克/次，冬眠灵

3—5毫克/次，4—6小时交替使用；或用10%水合氯醛1—2毫升，口服或灌肠。

二、中医中药治疗：

1. 蝉蜕五錢，去头、足、翅，炒黃研细，黃酒二两冲服，每日一次。

2. 鸡蛋一个去清，加斑蝥七个，阴阳瓦焙干，研成细末，分成27等份，每次服一份，一日三次，黃酒送下。

3. 玉真散二至三錢，溫黃酒冲服。（方剂如下：天麻、防风、羌活、白附、南星、白芷，各等分研末。）

4. 存命湯：川芎三錢、川羌四錢、大黃三錢、川烏三錢、防风三錢、草烏三錢、全蝎三錢、姜虫三錢、南星四錢、白芷三錢、蜈蚣三錢、蝉蜕三錢（去足、翅）、天麻三錢、清半夏五錢、白附子四錢、甘艸三錢，以上各药共水煎。每剂煎600毫升。另加琥珀一錢、硃砂一錢，研成细粉，分成三包。每次服煎剂200毫升、粉剂一包，每隔6—8小时服一次，至患者痙攣停止后停用。一般服四至五剂可制止痙攣。用此药时，应鼻饲足

量液体，至少每日3000毫升，保持每日稀便3—5次，尿量1000毫升以上，以免引起毒性反应（中毒时表现为意识不清，谵妄、躁动，停药后即可消失）。

5. 五虎追风散：蝉蜕一两、天南星二钱、明天麻二钱、全蝎（连尾）七个、炒僵蚕七个，加水200毫升，煎成100毫升，分两次服，每日服一剂，连服三日。每次服药前黄酒为引，冲服硃砂五分。服后出汗为良好现象。

6. 针刺治疗：第一次针合谷、行间、颊车、下关、百会。第二次针后顶、风府、大椎、承山。以上两种配穴，轮换使用，每次最少留针一小时；亦可留针达24小时，每5—10分钟捻针一次。

三、抗菌素治疗：发烧或有肺部并发症时，可用青霉素20万单位，每6小时肌肉注射一次；或用四环素，成人每日2克，小儿每公斤体重25—50毫克，溶于5%葡萄糖中，静脉滴注。

四、注意患者的一般状况，适当增加营养，不能进食者可鼻饲流食或静脉输液。

五、护理：

1. 注意隔离，以免交叉感染，用具应经1%新洁而灭浸泡24小时灭菌。

2. 减少诱发痉挛的外来刺激，宜安静，室内宜暗，避免光线刺激，禁止一切不必要的检查。

3. 注意口腔卫生，及时清除上呼吸道分泌物，特别是气管切开者，更要加强注意清除呼吸道分泌物。

4. 危重病人，应有专人观察病情。

六、破伤风抗毒素应用：

此药价高，酌情应用。

一般成人病后，肌注2万单位，静脉滴注3万单位。病重者每日肌注1万单位，连用5—7日。

小儿一般给5000单位作脐周围注射，2500单位肌肉注射，不必重复。

七、局部伤口处理：

成人未愈合的伤口可在控制痉挛条件下进行清创，敞开伤口，用氧化剂（如高锰酸钾溶液或3%双氧水）湿敷，亦可用0.25%奴佛卡因加破伤风抗毒素1—2万单位局部封闭。

新生儿脐带伤口用氧化剂消毒后，涂以碘酒。

八、其他：

根据毛主席“优势而无准备，不是真正的优势，也没有主动”的伟大教导，在治疗破伤风的同时应做好气管切开及急救药物的准备。当发生窒息时，一面肌注中枢兴奋剂如山梗菜碱等，一面行气管切开，以保持呼吸道通畅，并做人工呼吸。

烧 伤

烧伤是一种由于火焰、开水、热蒸气、热油或热粥作用在身体表面引起的损伤。烧伤是否严重，决定于温度的高低、接触时间的长短及面积的大小。烧伤面积的估计常用手掌法（见图10），此法极易记忆，适用于小面积烧伤的估计。病人手掌的总面积，当手指分开时占全身表面积的1.25%，手指并拢时占全身表面积1%。另一种方法为九分法（见图9），此法也易记忆，头颈共9%，一上肢9%，一下肢 $9\% \times 2$ ，躯干的一面 $9\% \times 2$ ，总计99%，余1%为外生殖器及会

阴部。

过去资产阶级反动学术权威认为烧伤面积达70%以上者多半死亡，因而不再进行积极救治，使我们很多阶级兄弟丧失生命。今天，用毛泽东思想武装起来的广大革命医务工作者，遵照毛主席“救死扶伤，实行革命的人道主义”伟大教导，发扬敢



图9 九分法



图10 手掌法

想、敢闖、敢干的大无畏精神，曾經成功地抢救了烧伤面积达90%以上的病人，创造了世界医疗史上的奇迹，这是战无不胜的毛泽东思想的伟大胜利，对于世界医学作出了卓越的贡献。

临床表现及诊断

一、烧伤的深浅一般分为三度：

烧伤深度		局 部 症 状
浅 ↓ 深	Ⅰ度	皮肤发紅，稍肿，伴有灼痛 (表皮浅层损伤)
	Ⅱ度	局部有水泡，肿胀明显，有剧痛 (表皮全层损伤)
	Ⅲ度	皮肤干燥，蒼白或焦黑，組織水肿，无弹性，一般无疼痛 (全层皮肤损伤或波及皮下組織、肌肉、骨組織等)

二、大面积烧伤，患者因创面剧烈疼痛，以及烧伤使大量体液渗出，使体内血液浓缩，而致血容量减少，血压下降，出现休克。如果不及时处理，则可引起肝、肾受损，出现尿量减少或无尿，发生尿毒症；也可因伤面继发性感染发生败血症或破伤风。

预 防

加强烧伤、烫伤的预防宣传教育。冬季用炭盆、煤炉取暖时，要注意防火安全。在工矿企业中，除注意加强防火教育外，并应采取防火安全措施，严格执行防火的安全操作等。

治 疗

一、全身治疗：

1. 抢救休克：

(1) 止痛：肌肉注射吗啡0.008—0.01克或杜冷丁100毫克，也可配合用镇静药。

(2) 补液：烧伤面积小者可口服烧伤饮料（糖精0.2克，氯化钠3克，碳酸氢钠1克，苯巴比妥0.05克，加开水1000毫升）。严重患者输液，在休克期所输液体可按下述配方：胶体液（血浆、全血、右旋酞酐）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。输液量的计算方法可按身高及烧伤面积来计算： $\text{Ⅱ、Ⅲ度烧伤面积}(\%) \times \text{身高}(\text{厘米}) \div 3 \times 1.5 = \text{第一个小时输入的胶体液和晶体液总量}(\text{毫升})$ 。另外，尚需加每日液体维持量5%

葡萄糖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 $30 \times 170 \div 3 \times 1.5 = 2550$ 毫升，其中胶体液850毫升，晶体液1700毫升，此外尚需加5%葡萄糖2000毫升，第二个小时总量为上述计算的一半，但维持量不变。上述公式只起粗略的指导作用，治疗过程中还须根据具体病情作适当的调整。输液速度可根据每小时尿量来调节，每30分钟尿量少于15毫升时加快速度，多于50—60毫升时则减慢。

2. 预防和控制感染：破伤风抗毒素1500单位肌肉或皮下注射（经皮试后），并应给以青霉素或其它抗菌素。

二、局部处理：

1. I度烧伤：创面可以涂抹烫伤乳剂、獾油或清凉油。

烫伤乳剂制法：川军三钱、紫草二钱、冰片五分，混合研末，用香油调成稀粥样。

清凉油制法：将石灰与水搅拌，澄清后，吹

去浮皮，取中间清水，加等量香油充分搅匀。

2. Ⅱ度烧伤：用生理盐水冲洗患处，再以消毒的注射器抽出水泡内液体，表皮脱落者剪掉其边缘，涂抹烫伤乳剂、獾油或清凉油。有条件者尽量暴露伤面，可涂以1—2%雷佛奴尔软膏，或用绷带加压功能位包扎，以防肢体畸形，隔3—5天换药一次，以后换药根据病情而定。

Ⅰ度或水泡未破的Ⅱ度烧伤，可用酒精湿敷（将普通用的酒精棉球或纱布，复盖在烧伤创面上，外加棉垫固定），一次湿敷后，隔5天打开，绝大多数都会痊愈。

3. Ⅲ度烧伤：在焦痂未脱落前与Ⅱ度烧伤处理相同，并可用盐水纱布湿敷，以助焦痂早日脱落。脱落后行植皮术，并适当进行功能锻炼，以免疤痕挛缩影响关节功能活动。

化学烧伤急救 见下表：

化学烧伤急救表

化 合 物	急救治疗方法
碱类：氢氧化钾、氢氧化钠、氢氧化钙、碳酸钠、碳酸钾	立即用大量水冲洗，然后用2%醋酸溶液冲洗
酸类：硝酸、盐酸、醋酸、蚁酸、草酸、苦味酸	立即用大量水冲洗，然后用碳酸氢钠饱和溶液冲洗
氰化碱，氢氰酸	先用过锰酸钾溶液洗，再用硫化铵溶液漂洗
溴	用1份25%氨水+1份松节油+10份95%乙醇的混合液冲洗
铬酸	先用水冲，后用硫化铵溶液漂洗
氢氟酸	先用大量冷水冲，后用5%碳酸氢钠溶液，再用甘油和氧化镁（2:1混合）糊的湿纱布包扎
苯酚	用大量水冲洗，然后再用4份乙醇和1份氯化铵当量溶液的混合液冲洗
磷的无机化合物	切不可用水冲洗！用1%硫酸钠溶液冲洗

(续)

化 合 物	急救治疗方法
煤焦油、瀝青	用浸透二甲苯的棉絨将污点除去，再用羊毛脂塗敷
氧化鋅、硝酸銀	用水冲洗，再用碳酸氢鈉溶液漂洗

败 血 症

由于细菌在血液循环中长期存在并迅速繁殖所造成的全身性感染，称为败血症。细菌在血液循环中存在统称为菌血症。当细菌毒力大、数量多并在血液内繁殖，而患者一般情况差时，菌血症即转为败血症。其致病菌以金黄色葡萄球菌最为常见，其次为溶血性链球菌、大肠杆菌、肺炎球菌等。常发生在严重损伤和感染后，如大面积烧伤、急性弥漫性腹膜炎等；但有时由于病原菌毒力极大，通过微小伤口，局部几乎看不到什么反应，短期内即能形成严重的败血症。

临床表现及诊断

一、发病前可有伤口感染或肺部、胆道、泌尿系、女性生殖器等感染史。

二、寒战、高热、多汗。体温每日波动不大，甚至完全呈稽留热。患者一般情况很差：极度衰弱、头痛、恶心、呕吐、腹胀、脉搏快速、微弱。

三、皮肤及粘膜可出现出血点或瘀斑，肝脾常肿大。

四、白细胞大多明显增多，尿中有蛋白、管型及红、白细胞。患者多有进行性贫血。

预 防

一、一切损伤要及时治疗，以免发生感染。

二、已感染的伤口和一般的化脓性疾病，应及早采取有效措施，以促使炎症消退或局限。病灶部位千万不要挤压。炎症未局限前，如无特殊指征，一般不应切开，以免感染扩散。如脓肿已形成，必须设法尽早排脓。

三、对于颜面部特别是上唇的疖、痈、炎症迅速扩大的蜂窝组织炎和局部有明显症状的血栓性静脉炎的患者，都应予特别注意。凡有畏寒、寒战或体温升高的患者，都应尽早给予磺胺药或

抗菌素。

治 疗

一、一般治疗：卧床休息，注意营养，应有充足的液体进入量。每天静脉滴注2000毫升左右的液体，其中 $\frac{2}{3}$ 为5—10%葡萄糖液， $\frac{1}{3}$ 为生理盐水；必要时可考虑小量输血（尤其小儿患者）。高热者给退热药及物理降温。根据需要，适当地使用一些镇静剂、安眠药和强心剂，如溴剂、巴比妥类药物、樟脑和苯甲酸钠咖啡因等。

二、抗菌素：宜采用较大量的抗菌素联合治疗，并尽可能静脉给药。一般先合用青霉素与链霉素，如疗效不显，可改用四环素、氯霉素。根据病史推测致病菌的种类来选用抗菌素，如有疮疖、皮肤感染者以金黄色葡萄球菌最为常见。应用上述抗菌素无效时，可换用红霉素或新型青霉素，如甲氧苯青霉素，每日4克（小儿100毫克/公斤/日），分四次，每6小时肌注一次；或青霉素P₁₂每日4—6克（小儿100毫克/公斤/日），分四次，每6小时口服或肌注一次。继发于肠道手术后、泌尿系感染或胆道感染者多为大肠杆菌或其他格

兰氏阴性杆菌，应首选链霉素、四环素、氯霉素等。

三、局部病灶的处理：原发的和转移的化脓病灶，都必须切开排脓，并且要保证引流通畅。对化脓性脑膜炎等，于引流后局部注入青霉素或链霉素。

四、中医疗法：蒲公英一两、菊花四钱、赤芍三钱、元参四钱、马尾莲二钱，水煎服。

腹股沟疝

腹内脏器（通常为小肠）经腹股沟管而突出者称为腹股沟疝。主要是由于先天性缺损或腹壁解剖薄弱，而慢性咳嗽、便秘等腹内压增加是诱因。

本病分斜疝、直疝两种，斜疝经腹股沟管内环突出，经腹股沟管、外环而达皮下，或降入阴囊（见图11），多见于男性。直疝是由腹股沟内侧隐窝（内界为腹直肌外缘，外界为腹壁下深血管，下界为腹股沟韧带）经腹股沟外环突出至皮下（见图12），多见于男性老年人。



图11 腹股沟斜疝



图12 腹股沟直疝

临床表现及诊断

一般初期没有什么感觉，只在腹内压力增加、站立过久时有一软肿物突出，躺下或用手压迫时，突出物还可以复原。但日久后，突出次数逐渐增多，突出物也逐渐增大，走路时就会感到下坠不便。这种能复原的疝叫做“可复位疝”。有些疝内容物与疝囊相连，不能再复原时，叫做“不可复位疝”。如果疝入口处过紧，脱出的内容物不但不能复原，而且由于受到压迫，影响血液循环，甚至还可能发生坏死，这叫做“绞窄性疝”。此

时肿物处疼痛加剧，病人会突然出现肠梗阻症状。所以，有腹股沟疝的病人应当早治，等到有了绞窄等并发症时作急诊处理就危险了。

诊断要点：

- 一、腹股沟部有可变形肿物，透光试验阴性。
- 二、外环口扩大。
- 三、把手指插入外环口，病员咳嗽时有冲击的感觉。
- 四、发生绞窄时，疝内容物不能复原，并有疼痛和肠梗阻症状。

预 防

- 一、加强体育锻炼，增强腹肌。
- 二、及时治疗咳嗽、便秘等引起腹压增高的慢性疾病。

治 疗

- 一、婴儿时期，除疝发生绞窄情况外，尽量避免婴儿啼哭和便秘，可以自愈。
- 二、成人一般应早期进行疝修补术的治疗，这样，可以预防绞窄疝的形成。
- 三、疝如发生绞窄，要及时施行手术。条件

限制不能进行手术时，可用小茴香五錢，开水冲后热饮；抬高床脚或臀部以利复原，或试用手法复原。术者左手托住疝的下部，用轻而均匀的力量，将疝向腹内方向推压；右手放在疝门处，将内容物轻轻地向疝门内推进（切勿使用暴力，以免挤破）。

对发病早期的单纯绞窄性疝，可用针刺的方法，促使复位。取穴大敦（双）、行间、解谿为主穴，配以公孙、隐白穴。患者取仰卧位，两髋关节屈曲外展。用平补、平泻强刺激手法，每5分钟捻转一次，直至疝内容物复原。复原后，必须严密观察，如仍有腹痛时，应立即进行手术治疗。

急 腹 症

急腹症是农村的常见病、多发病之一。常因不能获得早期诊断和治疗而造成毒血症，以至危及病人的生命，即使转送至医院也往往来不及抢救。其发病率与死亡率，农村要高于城市，这是因为过去大叛徒刘少奇推行反革命修正主义卫生路线，明目张胆地对抗伟大领袖毛主席的无产阶

级卫生路线，把大量人力物力放在城市医院，使广大农村缺医少药，缺乏预防知识，使许多疾病得不到有效预防和及时救治的结果。今天，我们就要遵照毛主席的教导：“把医疗卫生工作的重点放到农村去。”全心全意为贫下中农服务一辈子。

一、急性阑尾炎

急性阑尾炎是最常见的腹部急性疾病之一，如能早期诊断、治疗，患者可在短时间内恢复健康；如延误治疗，可发生严重合并症以至死亡。

阑尾原为一退化器官，但往往由于阑尾扭曲、粪石、炎性狭窄或粘连、寄生虫等的机械性梗阻；或因神经反射性的阑尾壁肌肉和血管的痉挛，造成局部缺血或梗阻；或因细菌感染，而造成阑尾急性化脓性炎症。

临床表现及诊断

1. 腹痛：初为上腹部或脐周围阵发性疼痛，后逐渐局限于右下腹部，且伴有恶心、呕吐，有时有轻度腹泻。

2. 轻度发热，但若有穿孔，形成脓肿或腹膜炎时，可发高热。

3. 右下腹局限性压痛、反跳痛、肌紧张。如已形成脓肿，则可触及包块。肠鸣音无明显改变。阑尾穴有明显压痛。

4. 小儿和老年人腹肌紧张不明显。小儿压痛范围较广。孕妇由于子宫胀大，压痛点部位往往不定，有的较高，有的后腰部压痛明显。

5. 应与下列各病相鉴别：

(1) 宫外孕破裂：一般疼痛发作突然，可因出血伴有休克，应注意询问月经过期及阴道流血史，必要时可作后穹窿穿刺，抽出血液可作鉴别。

(2) 急性输卵管炎：压痛部位较低，双侧发病较多，伴有腰痛，阴道有脓性分泌物，内诊时两侧穹窿部有压痛。

(3) 卵巢囊肿扭转：右侧卵巢囊肿可以引起和阑尾炎相似症状，但为阵发性绞痛，较急性阑尾炎剧烈，可能伴有轻度休克，阴道检查时可以发现肿物。

(4) 右侧输尿管结石：疼痛突然发生，数分钟内即达疼痛顶点。阵发性绞痛。疼痛多开始

于腰部，向腹股沟、外生殖器、大腿内侧放射，伴有排尿困难、尿少或尿闭，可能有血尿。部分病人可出现疼痛突然消失，立刻感到轻快。本病多见男性。

预 防

在旧教科书中，根本不提预防措施，或认为除预防性阑尾切除外，无法预防本病的发生。今天，我们了解了病因及发病机制后，知道本病的发生内因起主导作用。因此，加强体格锻炼，注意饮食节制，避免食后剧烈运动等，都是预防阑尾炎发生的重要措施。

治 疗

1. 软食或流质。

2. 抗菌素治疗：青霉素 20—40 万单位，肌注，2—4 次/日。链霉素 0.5—1 克，肌注，日一次。

3. 针刺：主穴：阑尾穴（双）（在足三里下 1—2 寸处找压痛点）；配穴：足三里、天枢、曲池。

4. 如为热证需解热，用清肠饮为宜。清肠

饮配方：金银花三錢、当归、生地各三錢、麦冬三錢、大元参三錢、黄芩三錢、黄术三錢、甘草三錢，加水四碗，煎成一碗，日二次。

如为实证则脉洪，腹痛剧烈，一般为化脓表现，则用败浆湯：附子二錢、薏苡仁三錢、败浆草三錢，水煎服，日二次。

5. 手术治疗适应症：

(1) 发病急、体征明显，经以上治疗无效者。

(2) 可疑穿孔，有腹膜刺激症状者（有肌紧张及反跳痛）。

(3) 阑尾周围脓肿，肿块继续增大者。

二、宫外孕

凡子宫腔以外妊娠统称宫外孕，其中以输卵管妊娠为多见。主要是由于慢性输卵管炎造成管腔狭窄，部分梗阻，受精卵运行障碍所引起。

临床表现及诊断

1. 有闭经史，一般为二个月左右，并有多年不孕及盆腔炎史。

2. 剧烈腹痛，先为下腹一侧，后为全腹，常

伴有休克。

3. 阴道小量出血，大小便有下坠感。

4. 查体：

(1) 贫血面容，有休克现象。

(2) 腹部有压痛，反跳痛，有移动性浊音，肌紧张不明显。

(3) 子宫颈有触痛，后穹窿饱满，穿刺有不凝的血液。子宫稍大或正常大小，园且软，有漂浮感。

预 防

做好经期卫生及新法接生，预防盆腔炎。

积极彻底治疗急性输卵管炎。

治 疗

1. 轻症者可服用中药。

附方：

(1) 活络效灵丹加减（是治疗异位妊娠的主方）：丹参三至五钱、赤芍二至五钱、乳香二至三钱、没药二至三钱、桃仁二至三钱。（丹参、赤芍、桃仁，活血祛瘀；乳香和没药，活血定痛。）

(2) 外敷膏药：麝香二厘、樟脑二钱、血

竭三錢、松香三錢。

用法：除麝香外其它各药共研细面，置磁缸中，用时加热成糊状，再加上麝香，将膏药摊于白布上，趁热贴于下腹部即可。

(3) 九种心痛丸：附子（炮）三两、高丽参一两、干姜一两、吴茱萸一两、狼毒一两、巴豆霜一两，以上研成细面，炼蜜为丸，呈豌豆大。用法：根据病人体质及病情决定，一次可服3—10粒（宁少勿多），温开水送下。

2. 急性内出血有休克者，应立即抢救休克（见“休克”），待情况好转后进行手术治疗，切除患侧输卵管；一般在休克状态下，不宜进行剖腹手术。

三、胃、十二指肠急性穿孔

胃、十二指肠急性穿孔是溃疡病合并症之一，由于胃内容物流入腹腔，可以引起弥漫性腹膜炎，如不及时治疗，则危及生命。

临床表现及诊断

1. 突然发生上腹部刀割样剧痛，并迅速扩展到全腹部，伴有恶心、呕吐。

2. 急性病容，表现痛苦不安，面色苍白，脉搏快，皮肤湿冷，呈休克状态。

3. 腹式呼吸消失，腹肌紧张呈“板样”，全腹有显著压痛及反跳痛，尤以上腹病变部位为著。

4. 肝浊音界消失，晚期可出现腹胀（肠麻痹所致），肠鸣音消失。

5. 有溃疡病史。

预 防

1. 主要是积极治疗胃、十二指肠溃疡病。

2. 对溃疡病患者，更应避免暴饮暴食。

治 疗

1. 禁食水，如无休克，可采取半坐位。

2. 胃肠减压。

3. 纠正水、电解质平衡紊乱。每日静脉输入5—10%葡萄糖2000—2500毫升，生理盐水500—1000毫升。胃肠减压抽出的胃液量与呕吐量，均宜用生理盐水补充之。

4. 青霉素每日160万单位，分四次肌注；链霉素1克，肌注。

5. 诊断明确，经以上处理病情不见好转者，

应立即手术治疗。病程超过48小时，症状轻、无气腹者，可不行手术治疗，继续观察。如病情危重，耐受不了剖腹手术者，可作腹腔引流术。

四、急性腹膜炎

本病是由于细菌感染、化学刺激或损伤所引起的腹膜腔的急性炎症病变。临床上分原发和继发二种，前一种少见，后一种一般均继发于腹腔内脏的病变，如阑尾炎穿孔、溃疡病穿孔、外伤性胃肠破裂、绞窄性肠梗阻等等。一般可分为局限性腹膜炎与弥漫性腹膜炎两种。

临床表现及诊断

1. 腹痛多为持续性，其范围随炎症扩散程度而异（可以局限，也可以弥漫全腹），伴有恶心呕吐，严重者有脱水、酸中毒（即眼窝下凹、皮肤干燥等）。

2. 腹式呼吸受限，并有明显压痛、反跳痛及肌紧张。一般以病灶部位为重，肠鸣音消失。

3. 急性病容，体温上升，脉搏快，重者出现休克。

预 防

及时治疗原发病。

治 疗

1. 禁食水。

2. 胃肠减压，即由鼻孔插入胃管，抽出胃内容物。

3. 纠正水、电解质平衡紊乱，补充水和电解质（详见“胃、十二指肠急性穿孔”）。

4. 注射抗菌素一般常用青霉素每次 40 万单位，日四次，肌注；链霉素 1 克，肌注，日一次。

5. 有休克者先作抗休克（详见“休克”处理）。

6. 急性继发性腹膜炎，治疗应争取早期手术。

五、蛔 虫 症

蛔虫症是一种常见的疾病，儿童发病率尤高。蛔虫寄生在肠道称肠蛔虫症，蛔虫进入胆道引起胆道蛔虫症，若将肠管堵塞造成狭窄，则引起蛔虫性肠梗阻。

在旧社会，反动统治阶级不关心人民健康，使我国卫生工作长期处于落后状态，所以蛔虫的感染率很高。解放后在党和毛主席的关怀下，人民卫生事业得到蓬勃发展，但是大叛徒刘少奇及

其代理人执行了一整套反革命修正主义卫生路线，广大农村缺医、少药，缺乏预防知识，因而寄生虫的感染率仍然较高。

临床表现及诊断

1. 肠蛔虫症：儿童多见，常有反复的脐周围阵发性疼痛，有吐虫及便虫史，夜惊、磨牙，有吃土块等特殊嗜好史。

2. 胆道蛔虫症：蛔虫一般寄生于空肠下段及廻肠，由于人体饥饿、发热等条件的改变，引起蛔虫迁居，同时总胆管括约肌张力降低，蛔虫即乘机钻入胆道。

一般均有上腹部阵发性绞痛，辗转不安，伴有呕吐，且吐蛔虫，疼痛过后如正常人。检查时，剑突下偏右有压痛。

如反复发作，即可造成胆道感染，以致出现发冷发烧，局部体征明显，疼痛变为持续性，阵发性加重。

预 防

本病可以预防。主要措施为：

1. 大搞群众性爱国卫生运动，加强卫生宣传

教育，养成良好的卫生习惯，如饭前洗手，不随地大便，不吃沒洗淨的生瓜果蔬菜。

2. 加强粪便管理，如高温堆肥，使粪便无害化，搞好环境卫生。

3. 有蛔虫症时及早治疗，服药量要足。

治 疗

1. 解痉止痛：温热醋适量口服。或用阿托品皮下注射，每次0.5毫克。

2. 针刺：主穴取阳陵泉、中脘、丘墟。强刺激，留针15—30分钟。配穴为足三里、上脘、支沟。

3. 驱虫：

(1) 驱蛔灵每日3克，每晨空腹一次服，连服二日。儿童每日每公斤体重0.15克（一日量不能超过3克），连服二日，服法同上。

(2) 使君子10—20克，早晨空腹一次服，连服三日；儿童每岁一粒，连服三日。

(3) 苦楝皮，去淨外皮，用树根和树干，每次一钱，加水一碗，煎成半碗，加红糖，一次服用。

(4) 干石榴皮一两、芒硝二钱，水煎，分

二次，一日服。

(5) 山道年：毒性大，如用量不足，反造成不良后果，用时小心。用法：晨空腹时每次口服0.06克，每半小时一次，连服三次，两小时后服盐类泻药（硫酸镁20—25克）。儿童每周岁每次剂量为10毫克，每次总量不超过0.06克，晨空腹连服二次（中间间隔一小时）。

(6) 胆道蛔虫汤：檳榔一两、枳壳二錢、木香三錢、苦楝皮五錢、使君子五錢，每日一剂，分2—3次服。有感染时加黄连、双花。

(7) 乌梅汤：乌梅五錢、细辛五錢、肉桂一錢、黄芩一錢、附子一錢、川椒五錢、干姜一錢、当归一錢，每日一剂，水煎，分2—3次服。

(8) 口服温热醋，每次一两，6小时一次，连服2—3天。或口服阿斯匹林0.5克，每日四次，连服2—3天。

六、急性胆囊炎 胆石症

胆石症是指胆囊或胆管内结石形成。胆囊炎是由于胆道梗阻加细菌侵入而引起的炎症，一般以大肠杆菌为多见。

临床表现及诊断

1. 急性胆囊炎：轻症往往误诊为胃病而延误治疗。一般均有右上腹部阵发性绞痛，并向背部放射，伴有恶心、呕吐。

重症可伴有局限性腹膜炎症状（局部有肌紧张、明显的压痛、反跳痛），马菲氏征阳性*，有时可触及肿大的胆囊，并伴有寒战及高烧，有些病人可出现黄疸。

需与急性腹膜炎、传染性肝炎及溃疡病穿孔等鉴别。

* 注：马菲氏征即手按右季肋下让病人深呼吸时有突然呼吸停止表现。

2. 胆石症：胆石症的发生因素可能与胆道感染、代谢障碍和胆汁滞留有关。

通常无特殊症状，偶感右上腹闷重不适，当阻塞胆囊管时则引起胆囊炎，阻塞总胆管时，则出现梗阻性黄疸和总胆管炎。

预 防

胆结石常因代谢障碍，胆汁郁积及感染因素而形成。而胆石的存在又是胆囊炎发生的重要因

素之一。因此对这两种疾病的预防，首先要注意下列问题：

1. 经常加强体育锻炼和劳动锻炼，增强体质，增加机体抵抗力。

2. 注意饮食卫生与节制：饮食不洁常致肠道蛔虫症，防止蛔虫感染可减少与防止胆道续发感染，少食油腻食物，以减少胆固醇代谢障碍而形成结石。

治 疗

1. 急性胆囊炎：

(1) 针刺：足三里、阳陵泉、太冲、行间、期门、章门、胆俞、肝俞等，用强刺激。

(2) 中药柴陷汤，每日一剂，分二次服用。有消炎利胆作用。

柴胡二钱、法夏二钱、西党三钱、黄芩二钱、瓜蒌五钱、黄连钱半、甘草一钱、生姜一钱、红枣五个，水煎服，连服三天。

(3) 抗菌素 } 用量见“蛔虫症”及“胃、十二指肠急性穿孔”部分。
(4) 解痉药 }

2. 胆石症：

中藥排石湯：

茵陈一两、黄连一錢、木香二錢、枳壳二錢、黃芩二錢、大黃二錢，水煎服，每日一劑。

其他与急性胆囊炎治疗同。

经以上治疗不癒，而病情渐重者，或有明显黄疸者可行手术治疗。

七、肠梗阻

肠梗阻是指肠腔内容不能顺利通过肠道而言，其结果往往引起全身性生理上的紊乱，和肠管本身解剖与功能上的变化，因此对此病的处理必须抓紧。

临床表现及诊断

主要表现：腹痛、呕吐、无排便排气、腹胀及脱水、酸中毒等。

1. 腹痛：腹痛为阵发性疼痛，痛时腹肌紧张，并可听到高调肠鸣，腹壁可见到肠型及蠕动波。痛后柔软，压痛不固定。

2. 呕吐：早期反射性呕吐，吐出胃内容物；如若高位梗阻，呕吐频繁。晚期可吐出胆汁及粪

臭味液体。

3. 无排便排气：但要注意如高位梗阻，早期可排出梗阻下段所积存的粪、气。如有肠管血运障碍，则可排出血性液体及粘液。

4. 腹胀：出现较晚，低位梗阻腹胀明显，如为闭袢性梗阻，则腹部有局限性膨胀，可触及肠袢。

5. 早期全身无明显变化，晚期可出现脱水，酸中毒。如为绞窄性梗阻，则出现中毒症状（体温高、脉快甚至休克）。

判断肠梗阻的性质，对确定治疗有重大意义。

1. 麻痹性肠梗阻：麻痹性肠梗阻往往发生于腹腔感染，腹膜后出血，或腹部手术以后发生。无阵发性腹痛，但腹胀明显，肠鸣消失。可行肾囊封闭或针灸使其缓解。但要注意机械性肠梗阻晚期亦可引起肠麻痹。

2. 机械性肠梗阻又可分为单纯性和绞窄性两种。绞窄性肠梗阻必须早期手术治疗，其表现如下：

（1）腹痛为持续性，阵发性加重。

(2) 呕吐咖啡样液或排出血性大便。

(3) 腹部有较固定压痛、反跳痛、肌紧张，体温上升，脉快而弱，甚至出现休克。

预 防

饮食要有节制，饭后劳动时强度要渐渐增加。

治 疗

首先要解除肠梗阻的原因及纠正肠梗阻所致水电解质平衡紊乱，不论是需要手术或非手术病例纠正水电解质平衡紊乱均是不可缺少的重要措施；其次有效的胃肠减压与禁食，对粘连性肠梗阻、肠蛔虫团梗阻、痉挛性梗阻等单纯性肠梗阻，有时可获得缓解，在进行药物治疗时亦可避免呕吐。必要时可用抗菌素。

1. 非手术疗法：中西医结合治疗

(1) 硝菴通结汤（简称硝菴汤）：

适应症：

① 一般情况良好，无明显脱水的青壮年。

② 梗阻类型：蛔虫性肠梗阻，粘连性肠梗阻，肠麻痹等。

用量及方法：

成人每次200—300毫升，小儿每公斤体重5毫升，一日可服2—3次。或自胃管注入，灌注后应将胃管夹住 $\frac{1}{2}$ —1小时。

用藥注意事项：

①用前需加溫使芒硝结晶溶解，以减少对胃的刺激。

②若服藥后腹泻较重，可服山茱萸三錢，煎服。

③若因呕吐影响服藥时可加赭石末五錢。

〔附〕

硝菹湯制法：鲜茼蒿（即白萝卜）10市斤，切碎加入芒硝1市斤与水同煎，熬成1000毫升粘稠液体。

（2）豆油：

适应症：

①体弱，病情轻，不能耐受剧泻的病例。

②梗阻类型：蛔虫性肠梗阻，粘连性肠梗阻，小儿肠套叠早期。

用法：

成人每次口服或自胃管注入200到300毫升，

小儿酌量，一日可服用2—3次。

注意事项：

①用药前先抽空胃液；②采用少量多次灌入，以免引起呕吐。灌后需夹住胃管半小时。

（3）针刺：

主穴：合谷、大肠俞、天枢、腹结、足三里，强刺激，每次留针 $\frac{1}{2}$ —1小时。每15分钟捻针一次。若针刺有效，多在针后 $\frac{1}{2}$ —1小时排便排气。

（4）推拿疗法：

适应症：

肠扭转早期，未发生绞窄者。

方法：

病员平卧位，放松腹部。以脐为中心，术者两手以轻而有力的交替作按摩，其方向与肠扭转方向相反。一般临床上多见顺时针方向扭转（80%以上），故按摩方向应逆时针方向作按摩。若按摩成功，病员多有便意，腹痛减轻，渐停止。以后有排便排气。

（5）颠簸疗法：

适应症：同“推拿疗法”。

方法：

让病员作膝胸卧位，术者以双手平托病员腹部作上推下放动作。频率约每分钟90—120次，连续作3—5分钟。若施术成功，则病员感腹痛减轻，甚至停止，有便意或排便排气。

2. 在以上非手术治疗过程中，我们必须以白求恩同志为榜样，作到对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱，密切观察病情，如病情不见好转或出现腹膜刺激征象者，应立即手术。

八、肠 套 叠

常见于小儿，一般因饮食习惯突然改变，正常肠蠕动节律紊乱，肠壁环形痉挛所引起。

临床表现及诊断

1. 腹痛：小儿可表现为阵发性哭闹。
2. 呕吐：有恶心、吐胃内容物或肠内容物。
3. 面酱样血便。
4. 沿结肠部位可触及肿块（常见的是迴肠套入结肠内，因此，右下腹可能触及肿块）。
5. 指肛检查有面酱样血便，亦可触及鼻尖样

硬度肿物。

预 防

要遵照毛主席指示：“好生保育儿童”。

1. 吃乳小儿要逐渐加辅食直到更换饮食时断奶。

2. 避免暴饮暴食。

治 疗

禁食，纠正水、电解质平衡紊乱。

在透视下进行钡灌肠，对肠套叠早期有复位的可能。如无效，立即手术治疗。

胸壁软组织挫伤

胸壁软组织挫伤是指胸部受钝力或重力作用后所引起的局部软组织损伤。

临床表现及诊断

局部肿胀、青紫或皮下淤血，严重者可见血肿形成。

预 防

胸壁挫伤，在和平建设时期，多见于劳动过程中不慎被碰伤，常见者如建筑工地的高空作业，

摔下时伤及胸壁，推车时车把撞到胸壁，农村中放牛或架轭时不慎被牛角顶伤或车轭挤压等等，因此在预防方面，应注意劳动安全。

治 疗

1. 局部热敷，可促进肿胀的消散。
2. 止痛药。
3. 血肿小者，可自行吸收；大者可穿刺抽血，抽血后局部适当加压包扎。

肋骨骨折

胸壁受到挤压或直接被打击，都可能发生肋骨骨折。

临床表现及诊断

1. 骨折常发生在第五至第九肋之间，有时肋骨的断端可刺破胸膜和肺，产生严重的气胸和血胸。
2. 患者感局部疼痛和触痛，深呼吸时疼痛加剧。挤压胸廓和脊柱，也能引起骨折部位的疼痛。

预 防

同“胸壁软组织挫伤”。

治 疗

1. 无并发症时（气胸或血胸），只须用1—2%普鲁卡因注射到骨折处（每肋5—6毫升）就可止痛。

2. 另外，用6—7厘米宽的胶布数条固定胸廓，每条胶布的长度比病人胸廓半周约长10厘米。病人坐起，两臂外展或上举，每次呼气后即胸围最小时暂停吸气，此时将胶布条横贴在患侧胸壁。胶布从胸廓下部肋缘贴起，每条相迭2—3厘米，到腋部为止。每条胶布应超过胸骨和脊柱贴到健侧胸部，固定2—3周。

创伤性气胸

胸部受伤后，由于空气经过胸壁伤口或破裂的支气管进入胸膜腔，便压迫到肺和影响心脏与大血管。创伤性气胸一般可分为闭合性气胸、开放性气胸和张力性气胸。空气所进入的创口如已闭塞，胸膜腔不再和外界相通，因而其中气体不继续增加者，称为闭合性气胸。胸膜腔内的空气和外界继续相通者，称为开放性气胸。如果胸壁

伤口或支气管裂口形成了活塞形式，以致空气只能进入胸膜腔而不能排出，因此患侧胸膜腔内压力越来越高，从而患侧肺被压缩，纵膈推向健侧，严重地妨碍循环呼吸机能者，称为张力性气胸。

临床表现及诊断

一、发生气胸时，患者一般感到胸部紧迫，呼吸困难，较严重者可有颜面苍白或发绀。

二、在张力性气胸时，症状更为显著，叩诊时，患侧胸部呈过度反响音，呼吸音减弱或消失，心脏向对侧移位。如伴有血胸时，则叩诊时胸上部为鼓音、胸下部为浊音。严重的开放性气胸和张力性气胸，如不及时治疗，患者可很快死亡。

预 防

同“肋骨骨折”。

治 疗

一、闭合性气胸应静卧休息，一般无特殊治疗。少量气体可自行吸收，气体较多时可行穿刺抽气。

二、开放性气胸，应迅速用棉垫或大块凡士

林纱布盖住创口，并行包扎，使其变为闭合性气胸；争取尽早将伤口缝合并作胸腔闭式引流（详见下述）。

三、张力性气胸：急救时立即在患侧胸前壁锁骨中线第二或第三肋间，将大号针头迅速插入胸膜腔，使空气排出，然后再转到有条件的地方作胸腔闭式引流（见图13）。

附：胸腔闭式引流法。

1. 气胸引流：胶管应自第二肋间与锁骨中线交点处放入，若为引流液体（如胸水、脓液等），则从第七肋间与腋中线交点处放入。

2. 具体操作：先用2%普鲁卡因作局麻，然后切开皮肤

（切口大小以可容纳胶皮管为度），用止血钳分

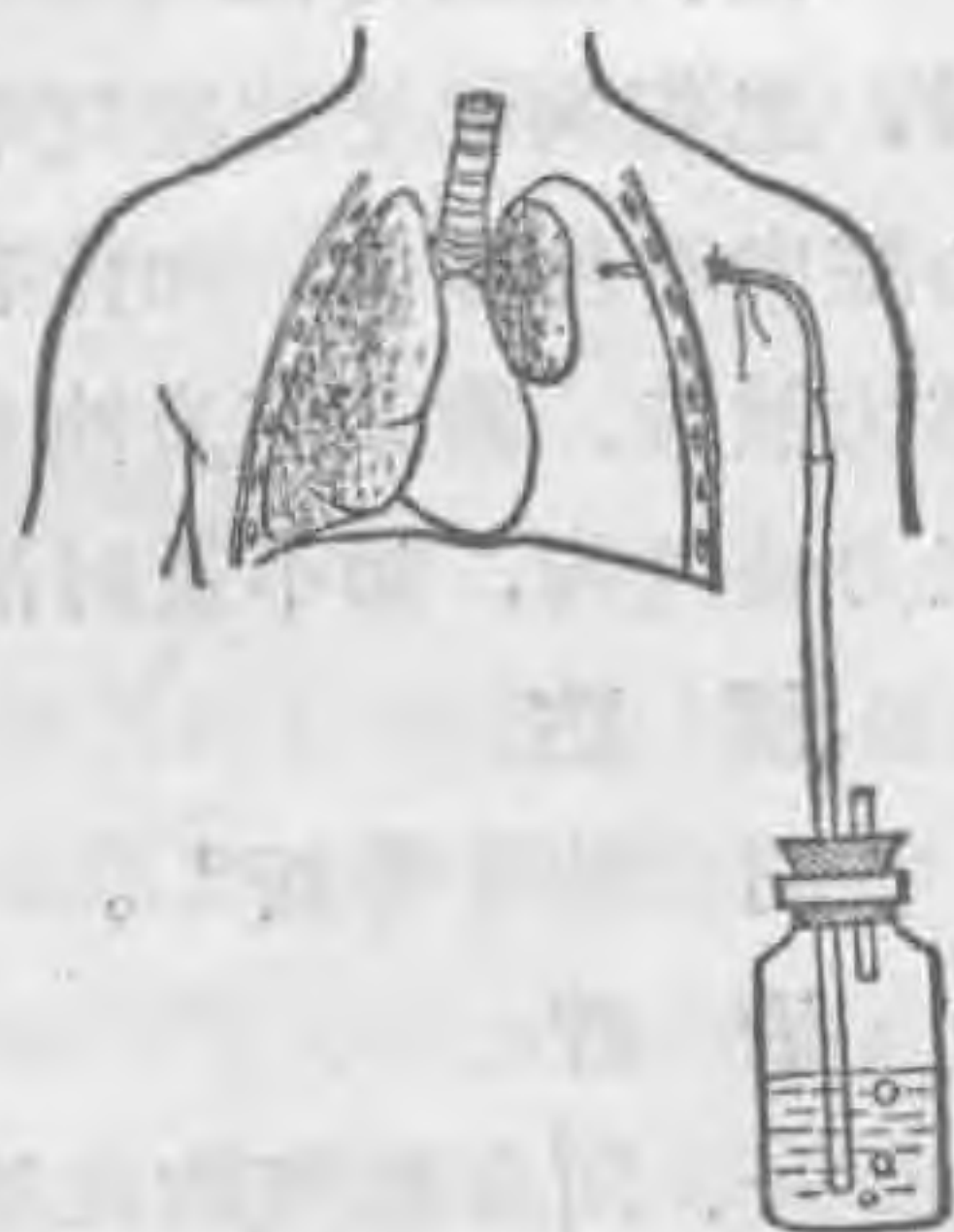


图13 胸腔闭式引流

开肌纤维，直穿过胸膜入胸腔，将胶皮管（有侧孔之一端）放入胸腔，伤口缝合一针，用缝线把管固定于胸壁上，最后用无菌敷料敷盖。另一端与水封瓶相接，其玻璃管须深入水平面以下，以免空气进入胸腔。

肿 瘤

一、恶性肿瘤

对于恶性肿瘤，要有正确的认识，一方面要看到这种疾病的严重性，因为这种肿物有无限制的生长，迅速转移的特性，同时病因不清，所以治疗有一定的困难。但另一方面亦要看到并不是所有肿瘤都是无法治疗的，如果我们能早期发现，就能行手术治疗或抗癌药物治疗。我们遵照毛主席的教导：“把医疗卫生工作的重点放到农村去。”贯彻预防为主的方针，在农村开展普查，这样就能对肿瘤的早期诊断早期治疗提供可靠的保证。

毛主席又教导我们说：“……人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，

有所前进。停止的论点，悲观的论点，无所作为和骄傲自满的论点，都是错误的。”因此我们应该在目前掌握肿瘤科学的基础上进一步掌握肿瘤的发生发展规律与诊治办法，向中国人民解放军某部“全心全意为人民服务的先进卫生科”学习，攀登世界医学科学的顶峰。

1. 子宫颈癌

本病是绝经期前后的妇女常见的恶性肿瘤。

临床表现及诊断

早期：无明显症状，但有性交后出血，有血性白带且量增多。阴道检查时应与宫颈糜烂区别，可疑者应作活检。

晚期：

(1) 反复不规则的阴道出血，伴有脓血样白带，有恶臭。

(2) 如侵犯盆腔则有腰痛，下腹疼痛；如侵犯直肠、膀胱，则有大小便频次。

(3) 消瘦和贫血。

(4) 阴道检查见宫颈凹凸不平，呈菜花状，组织硬而脆，易出血，白带有恶臭，子宫不活动。

预 防

(1) 认真贯彻毛主席“六·二六”指示，以深厚的无产阶级感情送医上门，宣传妇女卫生知识，增加其对疾病早期检查的自觉性。

(2) 对于40岁以上妇女，凡月经不调者应作妇科检查。

(3) 因宫颈癌多发于经产妇，并与宫颈糜烂有一定的关系，因此必须积极宣传计划生育，并积极治疗宫颈糜烂。

治 疗

尽量做到早期发现早期进行手术治疗或配合放射治疗。

如经以上治疗无效，亦应给予对症治疗，减少病人痛苦。

2. 乳腺癌

乳腺的恶性肿瘤，占女性癌第二位。

临床表现及诊断

(1) 乳房上有单发、无痛、质硬的肿物，早期活动度大，晚期固定，表面不平。

(检查时，应用手掌触摸，不宜用手捏。)

(2) 晚期出现乳头内陷, 皮肤呈桔皮样变, 破溃流血, 恶臭。

(3) 同侧腋下淋巴结肿大。

防 治

开展普查工作, 早期发现早期治疗, 争取早期手术, 或配合放射治疗及抗癌片等化学药物治疗。

3. 胃癌

胃癌是一种常见的恶性肿瘤, 占消化道肿瘤第一位。

临床表现及诊断

(1) 早期无明显症状, 可有消化不良, 上腹不适, 腹胀, 近似胃溃疡或慢性胃炎, 常被医生忽视。

(2) 上腹部肿物, 硬, 有压痛。

(3) 肿物位于幽门窦或贲门部者, 可早期出现梗阻症状。

(4) 反复柏油样便或吐咖啡样物。

(5) 全身情况差, 消瘦迅速。

防 治

主要是早期诊断，早期治疗，对可疑病人应作进一步检查以确定诊断。对有以上表现的老年人，必须百倍提高警惕。

作胃切除术，争取广泛切除并配合抗癌药物。中药治疗见 583 页。

4. 食道癌（噎食）

临床表现及诊断

（1）任何年岁有进行性嚥下困难者均应考虑本病。

（2）吐粘液样物。

（3）消瘦呈恶病体质。

防 治

（1）开展普查工作，及时发现病人，早期诊断，早期切除。

（2）放射治疗。

（3）抗癌片治疗及化学药物治疗。

（4）中药治疗。

方一：当年鲜核桃枝半斤，加带皮鸡蛋四个，放在砂锅中用水煮，一直煮到蛋清发绿为止（一般约 4—5 小时）。一次吃此鸡蛋两个，每

日两次。鲜核桃枝可用2—3次，然后再换新鲜核桃枝。此方可连续服用，直见疗效。

方二：生赭石一两 旋复花二钱 清半夏四钱
生水蛭二钱 大蜈蚣八条 生牡蛎一两 海浮石五钱 野党参八钱 鸡内金三钱 生麦芽三钱 南苏子三钱 青竹茹五钱 芦根一两。将以上各药混合共用水煎，分三次服，每隔1小时服一次，3小时服完，连服五至六剂可见效；如果疗效明显，可停服7天后，再服五至六剂。

有的病员服此方后，可出现头晕、目眩、胃不适等反应。如反应不重，可继续服药。

此方有一定毒性，要确诊为食道癌后服用。

二、体表良性肿瘤

1. 皮脂腺囊肿（粉瘤）

多由于皮脂腺管堵塞，皮脂潴留而成，多发于颜面、头、颈、背部，一般隆起于皮肤，质软，与表皮粘连，基底不粘连，有完整包膜，内容为豆付渣样物。如有感染，可化脓破溃。

治 疗

手术切除：局麻下切除，但剥离包膜要完整，以免再发。如有炎症，则待炎症消退后切除。

2. 脂肪瘤

是由脂肪组织组成的一种良性肿瘤，全身任何部位的脂肪组织均可发生，但多见于肩、背、上臂及臀部等处的皮下，包膜甚薄，瘤体多呈扁形，质软而分叶，边界清楚，多无疼痛，表面皮肤正常，推之能活动，亦可扪到有假性波动感。脂肪瘤大小不一，生长缓慢。

治 疗

应手术切除。切除后，遗留空腔较大者易积聚渗血和渗液，应放置引流条1—2天，加压包扎。

3. 纤维瘤

由结缔组织组成，位于皮下组织的良性肿瘤。见于全身各部，大小不等，生长缓慢，光滑，可自由推动，很少引起压迫或功能障碍等症状。根据纤维瘤内所含成份，可以有纤维肌瘤、纤维腺瘤、纤维脂肪瘤多种。

治 疗

纖維瘤引起疼痛或出現惡性變徵象時，應迅速手術切除。尤其是乳腺纖維瘤，更宜早期手術切除以免惡變。

4. 血管瘤

常見的有毛細血管瘤和海绵狀血管瘤，多為先天性的。毛細血管瘤多見於面部，隨年齡而增大，界限清楚，因其生長在皮內，故色紫紅；可稍突出皮膚，壓之退色，去壓後顏色迅速恢復。海绵狀血管瘤生長在皮下，全身各處皆可發生，瘤體高出皮膚平面，表面不平整，有些部分呈藍色，壓迫可縮小，去壓後逐漸恢復原大小，充血時增大；有時瘤體內血液可凝固鈣化而成靜脈石，檢查時可摸到瘤體內有小硬結節。

治 療

1. 面部的毛細血管瘤可行深部X線治療。
2. 可手術切除，對於較大的海绵狀血管瘤手術必須慎重，必要時備血。

肛門疾患

肛門疾患是廣大勞動人民的常見病，經常影

响生产劳动。可是过去修正主义卫生路线却认为这是“小病”，有些医务人员亦嫌髒而不作应有的诊治，给广大劳动人民带来很大的痛苦。今天用毛泽东思想武装起来的医务工作者，一定要以“完全”、“彻底”、“两个极端”的态度，对危害劳动人民的疾病，不论大小，都应该认真防治。

一、肛 裂

本病是由于干便的机械性创伤与感染所引起的肛管溃疡。

临床表现及诊断

1. 排便时或便后肛门剧痛，干便表面附有小量鲜血。

2. 肛门周围有裂伤，绝大多数位于肛管后方正中线处，少数在肛管前方，有的局部有皮垂。

治 疗

1. 热水坐浴能减轻疼痛，促进愈合，简便易行，坐浴时必须将肛门浸于热水中。

2. 保持大便通畅，可口服缓泻药，如双醋酚汀，每晚口服10—15毫克，禁食刺激性食物。

3. 用20%硝酸银灼溃疡面，再以盐水中中和。

4. 用0.25%普鲁卡因局封,即在溃疡底部注射,每周二次。必要时可于麻醉下扩肛约4指,每周一次。

5. 中药九华膏(九华丹20克、麻油40毫升、凡士林40克配成)30毫升注入肛门内,3—5天一次,也可每日外敷患处。

6. 如经上述治疗无效,可考虑手术切除。

二、肛门周围脓肿

多由于大肠杆菌感染的软组织炎症所形成的脓肿。如脓肿破溃后引流不畅,日久可形成肛瘘。

临床表现及诊断

视脓肿部位不同,而症状不一:

1. 皮下脓肿:常位于肛门附近,局部红、肿、发硬,肛门处发热、跳痛。

2. 直肠粘膜下脓肿:排便时感坠、胀、疼痛,直肠指诊可摸到触痛明显的肿块。

3. 坐骨直肠窝脓肿:可有畏寒发热,肛门内胀疼,局部明显压痛,表面肿胀,皮肤发红,指诊有触痛。

治 疗

1. 应用抗菌素,局部可用拔毒膏或20%依比膏。
2. 早期热水坐浴或温盐水保留灌肠。
3. 形成脓肿时则局麻下切开引流。

距肛门3厘米以内者,切口呈放射状;3厘米以外者,作弧形切口。

三、肛 瘻

肛瘻多由于肛门周围脓肿破溃或引流后形成,往往经久不愈。

临床表现及诊断

1. 有肛门周围软组织感染史。
2. 距肛门直径5厘米内的长期不愈的瘻管,瘻口有乳头状突起。
3. 压迫局部有脓性分泌物,探针可探入直肠。

治 疗

祖国医学挂线疗法非常有效,安全易行,适用于广大农村,其方法如下:消毒和局麻后,探针从外口探入内口,并导入“橡皮筋”,再将内外

口的“橡皮筋”合于一起，适当拉紧，用线结扎（图14），三天紧线一次，一般二周左右“橡皮筋”自行脱落，此后坐浴，即可痊愈。

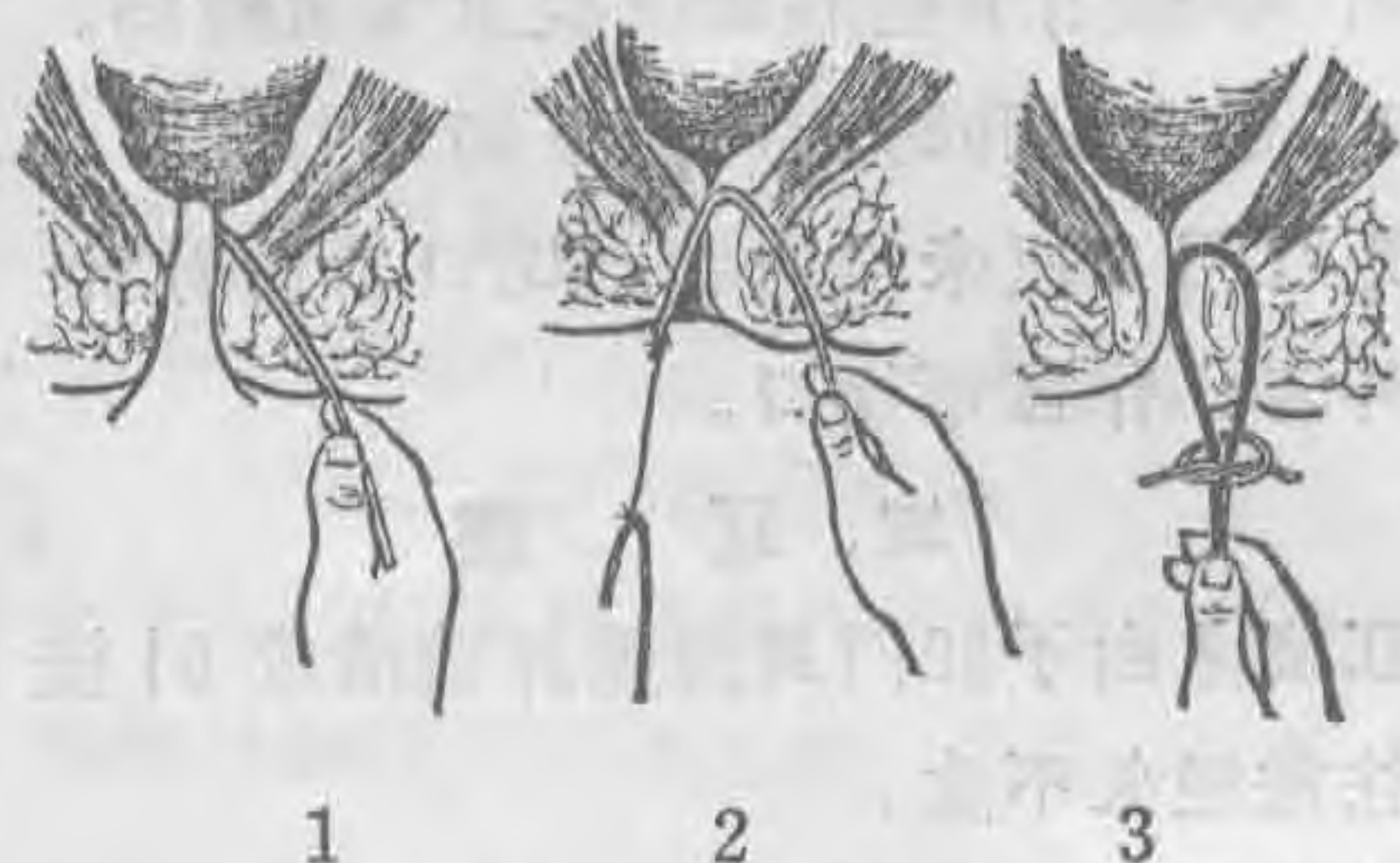


图14 肛瘻挂线疗法简图

1. 探针寻找内口；
2. 牵引“橡皮筋”；
3. 拉紧结扎“橡皮筋”

四、外痔栓塞

外痔为痔外静脉曲张，一般无不适。

外痔栓塞是痔静脉破裂出血，皮下有血块形成。

临床表现及诊断

1. 肛门部疼痛，排便时更重。
2. 肛门口有紫兰色肿物，皮肤有水肿，局部

有触痛。

治 疗

1. 热水坐浴或局部热敷(可用烧热的砖或热砂及盐热敷)。

2. 局麻下放射状切开,取出凝血块。术后仍要坐浴。

五、内 痔

此为直肠下段的痔静脉曲张,极易破裂出血。

临床表现及诊断

1. 一般无不适,有的大便时有鲜血喷射而出。血不与便混合,便秘时易发病。

2. 肛镜检查时见齿状线上有曲张静脉,呈紫兰色隆起,重者可串连成环状或脱出肛门。

治 疗

1. 保持大便不干燥,可服用石蜡油30毫升,每晚一次;或服用双醋酚汀10—15毫克,每晚一次;或其他缓泻药。

2. 坐浴(用热盐水或1/5000高锰酸钾)。

3. 针刺:二白(双)、长强、承山(双)。

4. 双槐灭痔锭外用(坐药,于睡前坐浴后塞

于肛门内)。

5. 单纯内痔可用18%明矾液压缩治疗(消毒后用血管钳夹住痔的基底部,注射药液约1—2毫升,使痔结节变白为止,再用血管钳夹痔结节,待10—15分钟后放开基底部血管钳)。

6. 如以上治疗不愈可行手术切除。

六、直肠息肉

此为便血原因之一,多见于小儿。

临床表现及诊断

1. 便鲜血,量不多。有时于大便时可见一红色带蒂的肿物脱出。

2. 指肛检查时可触及一带蒂的软肿物。

治 疗

1. 蒂细长者可于指肛检查时压迫蒂部,将肿物摘除,术后须观察有无出血;如有出血则在肛门镜下结扎蒂部或局部加压止血。

2. 指肛检查时拉出肿物,于基底部用线结扎后切除肿物。

腰痛及关节痛

腰痛和关节痛是常见的症状，它可以由多种疾病所引起，最常见的原因是外伤和劳损。

一、急性扭伤

有外伤史，一般感下腰疼（腰骶部或骶髂关节部），甚至不敢活动、翻身。腰肌紧张，有局限压痛点和压痛区。

治 疗

1. 重者卧床休息，待疼痛消失后做背肌练习（俯臥床上，头部与腿部同时后伸抬起）。
2. 1%普鲁卡因痛点封闭，每次5—10毫升，3—4天一次。
3. 针灸：关元、肾俞、环跳、委中。
4. 局部热敷（热水、热砖、热砂或热盐都可）；也可贴伤湿止痛膏。
5. 止痛药如索米痛，每次0.5克；跌打丸或舒筋活血丸都可用。

二、慢性劳损

1. 有外伤史。工作姿势不良，如长时间弯

腰、端坐作业等常能引起。

2. 伸腰时腰痛，腰肌有压痛点。

3. 劳累后疼痛加重，休息后可减轻。

治 疗

1. 注意纠正不良姿势，变换体位。

2. 体疗，可每日做腰背肌练习，增强腰背肌力及腰椎稳定性。坚持练习2—3月。

3. 先耳针止痛。用揉法按摩肌肉，然后用捻转式被动运动手法及脊柱伸张手法（图15、16），每次约10分钟，借以软化及松动椎骨的病理性粘连。

然后在背部中线旁开二横指腰带上下，每隔二横指拔“六·二六”针吸水罐，每侧5—6罐。

4. 其他同“急性扭伤”处理。



图15 慢性腰痛捻转法

慢性腰痛捻转法：病人侧卧，上侧大腿屈曲，下侧大腿伸直，医生左手向后压病人肩部，右肘关节屈曲，向前按压病人髂骨背面，作极度扭转动作（图15）。间断的进行操作约10分钟。

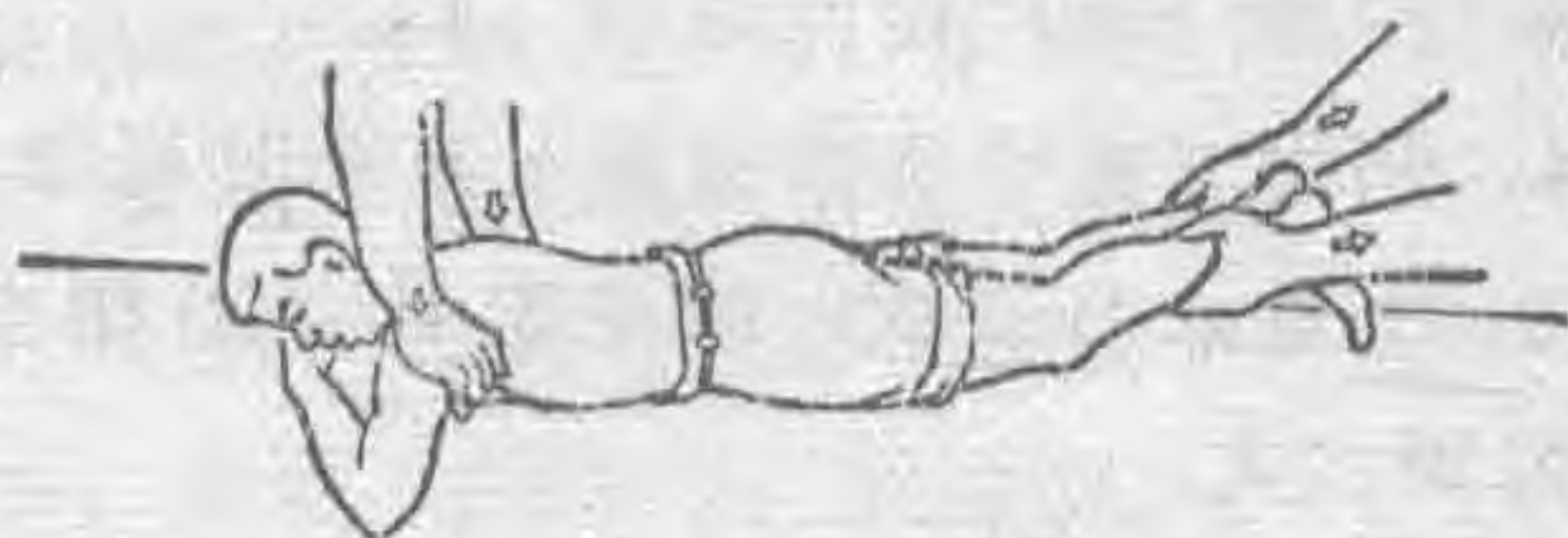


图16 脊柱伸张运动法

脊柱伸张运动法：病人俯卧，助手按住病人肩部，术者握住病人踝关节上方，作间断的牵拉动作（图16），约10分钟。

三、椎间盘脱出

一般有腰部外伤史，是间歇性腰痛并向下肢放射。于咳嗽、打喷嚏或排便时加剧。脊柱代偿性侧弯，活动受限，局部有压痛点（一般为4—5腰椎，或腰5—骶1）。直腿抬高试验阳性（患侧下肢仅能离床0—30°）。跟腱反射减弱，肌力

弱，小腿外后侧皮肤感觉减弱。

治 疗

1. 急性期卧床休息，痛轻后加强背肌锻炼。

2. 热敷（见“急性扭伤”）。

3. 按摩（见“慢性劳损”）。

4. 药物（见“急性扭伤”）此时可给维生素 B₁0.01 克，日三次；维生素 B₁₂500 微克，肌注，每周二次。

5. 如经以上治疗无效，可行手术治疗。

四、类风湿性关节炎

本病是一种慢性全身性疾病，主要是侵犯多数关节。病因至今未明，外伤、劳累、受冷、潮湿均可促使本病发生。多见于青年，女性尤多。

急性期可有发热、关节肿痛和白细胞增高；慢性患者的主要症状是关节疼痛。最常累患的关节是手指、腕、膝关节，多为对称性发生。早期关节红、肿、热、痛；后期关节周围肌肉萎缩，致使肿胀的关节呈梭形；晚期关节畸形、固定，

失去运动功能。

治 疗

1. 适当休息，可做按摩和热敷。

2. 止痛药：保泰松，每日 0.3—0.6 克，分三次口服。其他抗风湿药如水杨酸 钠 等也可用；激素因其副作用较大，价格较贵，应慎用。

3. 针灸：主要在关节附近取穴。

4. 中药：早期可服甘草流浸膏，每日 10—20 毫升，或用小活络丹、风湿酒。

5. “六·二六”针吸水罐疗法：

（1）大椎旁开二指拔一罐（两侧），此罐上下各二指再拔一罐，每侧 3 罐，定为上肢基本罐。

（2）腰带印处，距中线二指各拔一罐，由此向下每隔二指拔一罐，拔 4—5 罐，定为下肢基本罐。

（3）肘关节痛：拔上肢基本罐、曲池（此罐上下每隔二指再各拔一罐）、内关、外关。

（4）肩关节痛：拔上肢基本罐、肩髃、肩井、肩贞。

（5）腕关节及手指关节痛：拔上肢基本罐、

內关、外关(此二罐上下每隔二指再各拔一罐)、列缺、合谷、灵道。

(6) 髌关节痛：拔下肢基本罐及髌关节罐(大腿内侧，从大腿根部拔起，每隔二指拔一罐，拔4—5罐)。

(7) 膝关节痛：拔下肢基本罐，髌内、外侧缘上，下每隔二指各拔一罐，足三里拔一罐，足三里下二指再拔一罐，委中拔一罐。

(8) 足及踝关节痛：拔下肢基本罐，太谿、解谿、昆仑各拔一罐；在此三个穴位向上，每隔二指再拔1—2罐。

(9) 腰背痛：在相应的位置，距中线二指，每隔二指拔一罐，拔5—10罐。

(10) 类风湿性肌肉痛：沿疼痛部位拔罐，每隔二指拔一罐，拔3—5罐。

五、老年性关节炎

是一种慢性关节炎，发生于中年以后，病因不明，有时与外伤有关，隐性发病，早期关节活动不适或疼痛，但不完全受限，受累关节运动时可听到摩擦音响。触诊可发现关节边缘突出，关

节不肿，一般无全身症状。

治 疗

少活动，局部热敷。也可针灸及拔罐治疗。此外可给镇静止痛药。

腰痛及关节痛的预防

1. 加强劳动卫生教育，经常改变劳动体位。
2. 避免受潮、受凉，如受外伤及时治疗。
3. 开展工间操活动。

骨折与脱位

骨关节外伤在战时是一种常见外伤，在和平建设时期，也常见到劳动受伤，因此做好此病防护工作，对保护战斗力与生产力具有重大意义。

一、骨 折

骨折是指骨受暴力后，发生部分折断或完全折断。折断骨端与外界相通者称开放性骨折，反之为闭合性骨折。完全折断者，称完全性骨折；部分折断者为不完全性骨折。

临床表现及诊断

1. 剧痛，尤其是在活动时更明显。

2. 局部肿胀，有明显压痛。

3. 患肢成角畸形。

4. 有时可听到骨摩擦音。

5. 运动障碍，机能丧失。

急救

现场急救在整个骨折的治疗中占很重要的部分，往往关系到预后的好坏；其目的在于抢救生命、减少痛苦、防止组织再损伤和再污染，以及创造转送条件。“我们需要的是热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作。”参加抢救的全体医务人员，要带着强烈的无产阶级感情，对工作要极端负责，做到紧密配合，彻底了解阶级弟兄的伤势，对休克的病员除抢救休克外，还应同时处理引起休克和加重休克的原因。疼痛可以给吗啡或其他止痛药，大血管损伤应上止血带。未作初步诊断前，不宜搬动病人。

对于骨折伤员的临时抢救，骨折的固定也是十分重要的。固定可以止痛与防止软组织再损伤，尤其是对大血管和大神经的损伤。

1. 骨折往往合并休克，故需积极抗休克(见

“休克”), 此外需止血、止痛以免加重休克(止痛可皮下注射吗啡类药物)。

2. 止血: 开放性骨折往往出血, 故伤口需用敷料加压包扎, 如有大出血, 需上止血带。在上止血带时, 应注意以下几点:

(1) 上肢上止血带的部位宜在上臂中、上 $\frac{1}{3}$ 交界处, 下肢宜在大腿上 $\frac{1}{3}$ 处上止血带。

(2) 止血带压力以能压住动脉血流为度。

(3) 上止血带时间: 上肢不超过45分钟, 下肢不超过1小时。1刻钟到半小时放松止血带一次, 约2—3分钟, 此时用指压法止血。

(4) 上止血带的部位应用毛巾等衬垫保护皮肤。

(5) 作好标志, 记好上止血带的时间。

3. 骨折临时固定, 需注意下列各点:

(1) 就地固定, 但不做整复; 如过度扭转、弯曲时, 稍加牵引然后固定。

(2) 固定时先固定骨折上端, 后固定下端, 且要固定上下两端的相邻关节, 以免再错位, 同时不要过松过紧。

(3) 就地取材，如木棍，树枝；如找不到可用健肢固定。

(4) 固定时露出指、趾，随时观察有无苍白、青紫、发冷、麻木等情况；有则松开，重新固定。

(5) 挂好标志，迅速转运。

骨折固定法

1. 前臂骨折固定法：

取长度由肘到手的固定夹板，垫好衬垫，将受伤前臂放在夹板上，用绷带固定好，然后将前臂吊于胸前。

2. 肱骨骨折固定法：

将肩关节屈后（内收），用两块夹板，一块放在上臂内侧，另一块放在外侧，用绷带固定，然后将前臂吊在胸前，将上臂固定在胸侧。

3. 股骨骨折固定法：

用两块夹板固定，外侧由腋窝到足跟，内侧由腹股沟到足部，垫好肢体，用绷带固定。

4. 小腿骨折固定法：

用长度由大腿中部至足跟的两块板，放于小

腿内、外侧，用绷带固定。

5. 脊柱骨折，搬运时应用硬板，用滚动式将病人滚上担架。如为软担架则宜俯卧，以免脊髓损伤。

治 疗

1. 复位：如无成角畸形或肢体明显缩短者，可不必复位，尤其是儿童。如果由于骨折而影响关节持重平面或有成角畸形时，需行复位。

(1) 多数肢体的闭合性骨折，可在局麻、针麻、腰麻、臂丛和硬膜外等麻醉下手术复位。

(2) 复位时需恢复对线，或矫正成角、旋转及侧方移位，并恢复长度。

(3) 根据骨折情况采用牵引、屈曲及转动手法等进行复位。

(4) 如复位失败或开放性骨折有血管、神经损伤者，应手术整复。

2. 固定：常用石膏托、石膏管型或小夹板固定。固定松紧要适宜。骨突部加软垫，经常检查骨折对位，如肢体高度水肿或有伤口时不宜固定。

3. 机能锻炼：

骨折固定后，局部肌肉及上、下关节宜作功能活动，促使静脉回流，早期消肿，以免关节纤维性强直或肌萎缩。

4. 中药：

伤后10天内以散瘀、活血为主。

炮山甲三钱、细辛五钱，研成细末，分两次服，黄酒送下，一日一付。

归尾四钱、栀子四钱、乳香二钱、没药二钱、桂枝钱半、田三七二钱，水煎二次服，每天一付，连服3—5天。

伤后10天以和营续骨、攻补兼施为主。

红花三钱、桃仁三钱、当归四钱、川断五钱、碎朴五钱、田三七二钱、土鳖三钱、自然铜三钱，水煎，二次服，连服5—7天。

麻黄一两、头发一两（烧成灰）、乳香五钱（去油），共为细粉，每服五分，黄酒冲。

伤后20天以补肾、补肝、行气、补血为主。

当归四钱、北芪五钱、何首乌五钱、龟板一两、川芎钱半、白芍四钱、熟地五钱、田三七二钱，水煎二次服，连服5天。

已愈合且有疼痛者可服用跌打丸，外用伤湿止疼膏，早期可用接骨膏。

在我们伟大的社会主义国家中，党和政府十分关心劳动人民的身体健康，厂矿有安全措施，矿矿有劳动保护，我们应随时向广大工农兵积极宣传工伤事故的预防知识，遵守操作规程，并且还应广泛地宣传“用夹板固定和协助转运”的基本知识，这对于备战具有重要意义。

二、桡骨小头半脱位

组成关节的骨关节面脱离了正常的位置称脱位。肩、肘、髋关节等，都可发生外伤性脱位，且往往多为完全性脱位。

桡骨小头半脱位多见于小儿，往往在前臂处于伸直位向上牵拉时（例如牵拉小儿上台阶）易于发病。病后小儿肘部固定于半屈曲和旋前位，前臂旋后和肘关节伸屈运动受限。

治 疗

手法复位，不用麻醉即可进行：

1. 术者一手握住病人腕关节使其前臂伸直，再将其前臂充分旋后。

2. 另一手握住肘关节，用姆指压迫桡骨小头。

3. 将前臂推向上方，如能听到弹响声或前臂能自动旋后而无疼痛，即表示复位成功。（在小儿，就可用手取物）

4. 复位后用颈腕吊带固定数日。

急性循环衰竭（休克）

急性循环衰竭是指某些疾病发展到危重阶段的综合病症。病因各有不同，但其共同的基本特点是有效循环血容量减少，使身体各器官组织得不到足够的血液流量，从而产生全身组织缺氧和代谢障碍，发展到严重程度时常可引起死亡。

临床表现及诊断

一、急性循环衰竭的主要表现是：面色苍白，神志淡漠，四肢发冷，呼吸浅促，口渴，出冷汗，脉细、弱、快（每分钟120次以上），血压降低（收缩压低于80毫米汞柱）。发展到严重阶段时神志陷于昏迷，脉搏细速而微弱，甚至不能触知，血压不能测出。诊断急性循环衰竭时须注意与昏厥

鉴别：昏厥常由暂时脑缺血引起，其特点为站立时突感眩晕，无力，心慌，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，可较快恢复。

二、引起急性循环衰竭常见病因如下：

1. 心源性：由于心肌炎、心肌梗死等心脏病，使心肌收缩力减弱，心脏排血量减少所引起。

2. 血容量减少性：由于创伤、失血、失液，使血容量减少所致。

3. 感染中毒及过敏性：如肺炎、中毒性痢疾等引起感染中毒性循环衰竭。对某种药物过敏，可引起过敏性循环衰竭。

治 疗

一、病因治疗：在治疗休克的前期阶段，病因治疗往往占主要地位。如对心脏病，则以改善心脏机能为主；对于发生的创伤、出血，则应镇痛，积极采取止血措施；对于肺炎、菌痢等感染性疾病，则需应用抗菌素、中药解毒剂等；对于发生过敏的病人，则应用1%肾上腺素一支肌肉注射，或静脉滴注氢化考地松100毫克。

二、一般措施：保持病人安靜，尽可能不予搬动，使平臥或头低位，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。

三、补充血容量：主要是输液和输血。常用液体有生理盐水，葡萄糖盐水，或5—10%葡萄糖溶液等。若遇大出血情况则应以输血为主。未配好血以前应先输液，或血浆代用品右旋糖酐。

四、维持和提高血压：

1. 血管收缩药物的应用：常用药物有去甲肾上腺素，以0.4—1毫克%浓度静脉滴注，如血压不见好转，可逐渐加大浓度（以不超过5毫克%为限），直至血压维持在接近正常水平，可逐渐降低浓度。其他血管收缩药有新房林，每次用10毫克，肌注或静脉滴注。

2. 高渗葡萄糖：50%葡萄糖80—100毫升，静注。

3. 针灸：针刺内关、素髻，配合谷、水沟，或灸百会、气海。

4. 血管扩张药：对感染中毒性循环衰竭，常

常出现周围小血管痉挛，使组织严重缺氧，此时如在保证血容量的前提下，应用血管扩张药，则更有利于循环。常用药为阿托品，0.5—1毫克，肌肉或皮下注射，也可静脉注射。

五、在抢救过程中，除病因治疗，积极补充血容量提高血压外，还应注意以下问题，甚至下列问题在某一阶段可能成为治疗中的主要矛盾。

1. 代谢性酸中毒的纠正：当病人出现深而快的呼吸，或对升压药作用不明显时，应想到有较重的酸中毒发生，此时可用4%碳酸氢钠200毫升或11.2%乳酸钠80—100毫升，溶于葡萄糖或盐水200—500毫升中，静脉滴注。如果仍不见好转，可继续使用。如果酸中毒不纠正，升压药作用则减低，在此时纠正酸中毒就成为主要矛盾。

2. 急性肾功能衰竭：当病人长期无尿或少尿（24小时无尿或少于500毫升）严重酸中毒不能纠正时，应积极防治肾功能衰竭，可用50%葡萄糖100毫升静脉注射。或用25%葡萄糖，或25%山梨醇溶液250—500毫升静脉滴注。

3. 呼吸功能衰竭：急性循环衰竭在晚期常伴

有呼吸功能衰竭，表现呼吸无力，浅而快。此时可用山梗菜硷3—6毫克，肌肉注射。其他如樟脑，苯甲酸鈉咖啡因，尼可刹米等药交替使用，同时给予氧气吸入。

六、中医疗法：党参二两、附片三錢，水煎即服。

七、针灸治疗：

针刺十宣及两侧内关穴，持续捻转，对休克有一定疗效。也可针刺曲池、太溪、中冲、合谷、人中、涌泉等穴，或灸百会、关元、气海。紧急时可用香烟灸。

总之，在抢救急性循环衰竭的贫下中农阶级弟兄时，应以深厚的无产阶级感情，做到极端的负责任，以毛主席的辩证唯物论思想做指导，保持热烈而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作，这是抢救成功的关键问题。

产 前 检 查

产前检查是保证孕妇和胎儿健康及顺利分娩的重要措施，是具体贯彻“预防为主”的卫生方

针。危害孕产妇最严重的四大疾病(妊娠中毒症、妊娠合并心脏病、产科出血、产褥感染)，以及胎位不正、骨盆狭窄，多半可以由作好产前检查来预防，或者及早发现，加以适当处理，而免于危险。

一、检查时间：

最好在怀孕七、八、九个月各检查一次。如有异常情况，应随时检查，不受时间限制。

二、检查内容：

1. 病史：有无头晕、眼花、阴道出血现象，以往生育有无难产及产后大出血史。

问末次月经，推算预产期：一般正常妊娠从末次月经的第一天至胎儿娩出约为280天(即40周或9个月零10天)。推算预产期的方法是末次月经的月份减3或加9(月份小时)，日数加7(阳历)或加10(阴历)。例如末次月经的第一天为1967年8月3日，预产期为1968年5月10日。告诉孕妇，以便做好准备工作。

2. 全身检查：营养情况，有无贫血，身材高矮，心、肺状况，下肢浮肿，测量血压，如血压

达130/90毫米汞柱时，就应当注意。

3. 胎位：胎位是指胎儿在子宫内所处的位置，一般胎位在妊娠最后一个月比较固定。大多数胎儿头向下，臀在上，称为头位。如果胎儿头向上，臀在下，就称为臀位；如果胎儿身体横卧在子宫内，就称横位（胎位的称呼应以胎先露与母体骨盆前后左右关系而言。如胎头先露时，枕骨在母体骨盆之左面向前，即称左枕前。臀位时，骶骨在母亲骨盆之左面向前即称左骶前。横位则以肩胛骨来称呼）。

检查胎位的四步手法：孕妇取仰卧位，两腿弯曲，检查者站在孕妇的右边。

第一步：面对孕妇，两手摸宫底的高度，估计妊娠的月份，再细摸分辨是胎头，还是胎臀，胎头圆且硬，有浮球感，臀宽而较软。

第二步：两手摸子宫两侧，摸出一侧是胎背（平坦且实），另一侧是胎肢体（高低不平的小结节）。

第三步：将右手放在耻骨联合上部，拇指和其余四指分开深触先露部，进一步弄清是头或臀。

第四步：面对孕妇的脚，两手放在先露部两侧，在近骨盆入口向下压，查对先露部的判断是否正确及先露部入盆程度。

4. 胎心：胎儿心音在胎儿背部听得最清楚，正常胎心每分钟平均140次。

5. 骨盆测量：对初产妇或有难产史的经产妇，或身材矮小，驼背，拐脚的妇女，均应作骨盆测量，以发现骨盆有无狭窄或畸形。常作的骨盆测量有：

（1）髂棘间径：两髂前上棘外侧之间的距离，正常是23厘米。

（2）髂嵴间径：两髂嵴之间的最宽距离，正常是26厘米。

（3）骶耻外径：为耻骨联合上缘中点至第五腰椎棘突下的距离，正常为19厘米。

（4）坐骨结节间径：正常为8—9厘米。

家庭接生

接生，这是关系到母体以及胎儿安全和健康的大事，接生人员的责任在于保护母婴，使他们

不受伤害与感染，并且要预防和解除产妇在整个产程中可能发生的精神上与身体上的痛苦，所以接生人员必须对产妇极端的负责任。同时，要用毛泽东思想武装产妇的头脑，提高战胜困难的信心和决心。

怎样接生，是按老爷医院“三脱离”的洋方法还是敢于破除旧框框根据情况因地制宜，因陋就简，这是两种思想、两条路线斗争的具体表现。过去老爷医院那套繁琐哲学，根本不符合贫下中农的需要。实践证明，在农村家庭中，简陋的条件下，利用社员自家的用具，经过蒸或煮沸消毒，完全可以做到新法接生。

一、临产检查

1. 腹部检查：胎位、胎心、宫缩强度及进展情况。

2. 肛查：接生人员带上手套，用食指进入肛门，沿子宫直肠凹，可触到一硬棱即宫颈口，沿这棱划圈，可估计宫颈口的大小、软硬、厚薄、先露部位的高低。一般情况下，初产妇宫口开全10厘米时要作好准备，经产妇宫口开大约3—4

厘米时即接生。

二、临产时应作的必要准备

1. 接生物品：油布或塑料布一块，止血钳2把（没有也可以），剪子一把（用前煮沸或用酒精烧灼消毒），碘酒棉球，酒精棉球，消毒纱布一块，绷带一条，手套一付。还要备有急救药箱，如山梗菜硷、催产素或麦角新硷，消毒注射器。

2. 外阴消毒：事先让产妇用温水及肥皂将外阴部洗净。临产前接生人员将外阴由内向外用红汞棉球或1‰新洁尔灭消毒。

三、正常分娩及接生方法

正常分娩可分三个产程：

第一产程：开口期。从规律宫缩到宫口开全（宫口开全为10厘米）。该产程应注意：

1. 一般情况：注意血压变化，鼓励病人多进食，四小时解小便一次。

2. 听胎心音：每小时听1—2次，在二次宫缩间听取，注意速率，正常胎心率120—160次/分。

3. 准备接生：首先外阴消毒。

第二产程：胎儿娩出期。（从宫口开全到胎

儿娩出)

1. 胎膜一般在此期自己破裂,如果未破可行人工破膜。

2. 保护会阴: 不让胎头产出过快,每次阵缩时使胎头前进,将会阴慢慢伸展,如阵缩强,胎头前进太快,应让产妇停止用力,张口呼吸,使胎头慢慢通过会阴。接生员立在产妇右侧,用消毒棉花或纱布贴在会阴上,上方可露出会阴部一指宽,同时将右手的拇指和其他四指分开,托住会阴部,向胎儿的额部加适当的压力。左手将枕部轻向下压,让枕下部先出产道。这时左手不必再向下压,使胎头随出随仰,前额及颜面也可越过会阴而出。肩胛产出时也能使会阴破裂,所以右手仍要保护好会阴部。左手可扣住胎儿颈部,先向下压,上方肩胛在耻骨弓下露出后,就提胎头向上,使后肩娩出,躯干部和下肢也都先后产出并不困难。

3. 新生儿的处理: 胎儿娩出后,首先清理呼吸道,然后断脐带,若有血管钳,可在近脐轮1.5厘米左右处夹两把血管钳,在中间用消毒剪刀

剪断，脐带断端结扎两道，然后用碘酒、酒精严密消毒，盖以消毒纱布再进行包扎。若无血管钳，在相当上述部位用两根粗线分别结扎，剪断处理。

4. 新生儿窒息：如遇有新生儿发生青紫或苍白窒息时，首先吸出气管内粘液，然后可手提两脚拍打脚后跟，或用酒精刺激胸部皮肤。可给氧及呼吸兴奋剂、强心剂。

第三产程：胎盘娩出期。一般胎盘剥离可用一手在腹部将宫底轻轻向下压，另一手轻轻牵引脐带，使胎盘娩出。当胎盘娩出阴道口后，接生者双手拖住胎盘，缓慢地向一方旋转，轻轻的将其带出，这样可以使胎盘完整。

胎盘娩出后，应检查阴道和会阴有无破裂，如有应立即缝合。

自然流产

在妊娠28周以前有妊娠中断的表现者称为流产（俗称小产）。常见的原因在胎儿方面为发育畸形或胎膜、胎盘、脐带的病变。在母体方面为急性传染病、梅毒、营养不良、内分泌失调、药

物中毒、子宫发育畸形和外伤等。

临床表现及诊断

一、先兆流产：

1. 症状：妊娠早期，阴道少量出血，常伴有不显著的下腹坠疼和腰疼，有的可完全不疼。

2. 检查：子宫大小与妊娠月份相符，子宫口不开。

3. 诊断：有闭经史；有阴道出血；子宫大小与闭经月份相符；子宫口不开大。

二、难免流产：阴道出血较多，阵发性腹痛剧烈，子宫口开大，胎膜膨出或已破裂，流产则属不可避免。

三、不完全流产：胎儿排出后，整个胎盘或部分胎盘遗留在子宫腔内，致使子宫不能很好收缩，流血不止。不完全流产常因失血过多而致休克；由于胎盘的滞留极易并发感染。

四、完全流产：胎儿和胎盘完全排出，多无疼痛状，无需治疗。

五、过期流产：胚胎死亡，但仍稽留在子宫腔内。

六、感染性流产：各种流产有细菌侵入造成生殖器感染者，均为感染性流产。除有流产的症状外，尚有感染性症状，如寒战、高热、下腹压疼，阴道分泌物多，呈脓性。

治 疗

一、先兆流产：处理原则为保留胚胎，维持妊娠。

1. 适当休息，服用镇静剂。

2. 黄体酮每日肌注10—20毫克，至出血停止改为每日注射10毫克，持续用1—2周。

3. 中药：川断、杜仲、桑寄生各二两，共研细末，水和为丸，每服三钱，用于习惯性流产。杜仲三钱、桑寄生一两、阿胶四钱、艾炭三钱，水煎服，用于已经出血者。

二、难免流产：以排空子宫为原则，应刮宫取出胚胎。

三、不完全流产：迅速彻底地清除子宫腔内滞留的胎盘，如有休克可输血、输液纠正休克，或同时刮宫。

四、过期流产：行刮宫术或药物引产。

五、感染性流产：抗菌素或磺胺药控制感染后行刮宫术；出血多者可输血补液；大量抗菌素控制感染，同时夹出宫腔内容物。

晚期妊娠中毒症

晚期妊娠中毒症是较常见的、对母体有严重危害的合并症，发生在妊娠六个月以后，主要特征有水肿、高血压及蛋白尿，严重时可发生抽搐昏迷。

临床表现及诊断

一、轻度：妊娠水肿：正常妊娠晚期下肢有轻度浮肿，一般经一夜休息水肿消失。如不能消失并逐渐严重，可发展到外阴、腹壁甚至全身者，称为妊娠水肿。妊娠高血压：血压高于140/90毫米汞柱。

二、中度：高血压、水肿、蛋白尿三大症状有其中二种者。

三、重度：

1. 先兆子痫：高血压加自觉症状如头痛、头晕、眼花。

2. 子痫：三大症状加抽搐或昏迷。

治 疗

一、先兆子痫治疗原则：降压、镇静、利尿。

1. 降压：

(1) 降压灵 4 毫克，口服，日三次。

(2) 利血平 0.25 毫克，口服，日三次；
或 1—2 毫克肌注。

(3) 25% 硫酸镁 10—20 毫升肌注，4—6
小时一次。

(4) 冬眠 I 号：

冬眠灵 50 毫克	}	混合后 1/2 量肌注，4—6
异丙嗪 50 毫克		小时一次，每日不超过 2
杜冷丁 100 毫克		个全量。

2. 镇静：

(1) 苯巴比妥 0.03—0.06 克，日三次。

(2) 安宁片 0.2—0.4 克，日三次。

3. 利尿：

(1) 双氢克尿塞 25—100 毫克，日 2—3
次。

(2) 50% 葡萄糖 80—100 毫升静脉注射，

日一次。

4. 分娩处理：如上述治疗1—2周无效，可考虑终止妊娠。

(1) 人工剥膜引产：无菌消毒下，将食指伸入子宫颈，稍扩张子宫颈管，然后沿子宫下段四周将胎膜自子宫壁分离。

(2) 探条引产。

(3) 分娩第二期用胎儿吸引器或产钳助产。

(4) 产后应注意流血和感染的发生。

5. 对子痫应积极预防，治疗妊娠水肿、妊娠高血压与先兆子痫，可防止子痫发生。

二、子痫治疗：

治疗原则：

1. 防止抽搐继续发作。

2. 预防并发症。

3. 抽搐停止24小时后进行引产。

护理及治疗方法：

1. 患者在暗室中，避免光、声及一切不良刺激。抽搐时用开口器放置口腔内，防止咬破唇舌，

可给氧气吸入。

2. 发生抽搐时，吗啡0.01克皮下注射，如估计胎儿在四小时内可能娩出时应慎用，以免抑制胎儿呼吸中枢引起窒息。苯巴比妥及硫酸镁用法同先兆子痫，可另用10%水化氯醛20毫升加水100毫升保留灌肠。

3. 50%葡萄糖100毫升静脉注射以便降低颅内压和达到利尿作用。

4. 针灸：第一次取穴人中、内关、照海；第二次取穴行间、风池、上脘，抽搐时交替应用。

5. 中药：钩藤汤。

6. 分娩时的处理：

(1) 产前子痫：在患者清醒24小时后引产。

(2) 产时子痫：宫口开全时，可用产钳助产，缩短第二产程。

(3) 产后应注意出血，给麦角新碱0.2毫克肌注，并预防感染。

难产的诊断及处理

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，及胎位异常三类。

临床表现及诊断

一、宫缩无力

1. 原发宫缩无力：自临产开始子宫收缩就无力，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。

2. 继发宫缩无力：在临产初期子宫收缩良好，但经过一个时期后宫缩转弱，分娩几乎处于停顿状态。常见于骨盆狭窄、胎位不正时。

二、产道异常：常见是骨盆狭窄。

1. 依据骨盆测量可确定骨盆是否正常。

2. 有难产史，身材矮小，驼背或跛行，第一期临产后胎头仍浮动，胎位不正，悬垂腹等均应考虑骨盆有无狭窄。

三、胎位异常

1. 横位：子宫底较低，左右较宽，胎儿头在腹部的一侧，臀在另一侧。

2. 臀位：在子宫底部可摸到硬的头，下部摸不到头。

预 防

1. 定期做好产前检查，发现胎位异常时应及时处理。

2. 对孕妇宣传分娩常识，解除对分娩的恐惧心理，避免分娩时的精神紧张。

治 疗

一、宫缩无力

1. 原发无力的治疗：原则是刺激子宫收缩。

(1) 温肥皂水灌肠，排空直肠，排空膀胱。

(2) 解除精神焦虑。

(3) 催产药物：须肯定无骨盆狭窄等异常后方可给药。可给予奎宁 0.3 克口服，每小时一次，共 1—3 次。或 10% 葡萄糖 500 毫升内加入催产素 10 单位静脉滴注引产。

(4) 针刺合谷、三阴交，或维生素 B₁ 10 毫

克合谷穴封闭。

2. 继发无力的治疗：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毫克肌注。

(2) 鼓励病人多进食进水，有脱水者可给5%葡萄糖静脉滴注。

(3) 0.25% 普鲁卡因 20 毫升 次髂穴封闭（每穴10毫升）。

(4) 刺激宫缩方法同上。

(5) 如宫口已开全，可用产钳或胎头吸引器助产，或做臀牵引。

二、骨盆狭窄

1. 经产前检查已知骨盆狭窄需做剖腹产者，应早作准备。

2. 未经产前检查的产妇可根据不同情况分别处理：

(1) 分娩时间延长，产妇脉快、腹胀、不会排尿、体温升高，同时胎儿已死在宫内者，给抗菌素、输液、杜冷丁（100毫克肌注）。待情况好转后行穿颅术。

(2) 如临产时间已较长，应作阴道检查，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。

三、胎位异常

1. 横位：产前检查时发现为横位即应转成头位或臀位。在临产后发现横位，如胎儿还活着，又无先兆子宫破裂，且宫口较松时，可做内倒转术，由阴道分娩，否则需做剖腹产。如胎儿已死，可行断头术。

2. 臀位：

(1) 做好产前检查，如发现臀位可做外倒转：膝胸卧位；或艾灸至阴穴（双），每次10—15分钟，每晚一次。

(2) 对未能纠正者，如已开始分娩，应做好助产和抢救新生儿窒息的准备工作。

(3) 臀位助产的原则：对宫口未开全者，应用消毒纱布堵住阴道，防止小肢体娩出，直堵到子宫颈口开全时，可令其自然娩出。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。

产后出血

正常情况下，胎盘娩出之后，一般出血不超过200毫升。如果在胎儿娩出后24小时内阴道内出血超过400毫升者，称为产后出血。产后出血多数（90%）是由于子宫收缩无力，也可由于软产道（子宫颈和阴道）损伤，胎盘剥离不全或部分胎盘遗留在子宫内引起。

临床表现及诊断

一、子宫收缩无力

子宫过度紧张、病变或胎盘位置异常，产程过长，体力衰竭以及镇静药物应用过多，妊娠中毒症都可引起子宫收缩无力。检查可发现子宫体柔软，经腹壁不能辨清轮廓，下腹部看不见也触不到突出的园形块；胎盘娩出完整，产道无裂伤，血已凝块。

二、产道裂伤性子宫出血

是由胎儿娩出过急或阴道上段、阴道穹窿、阔韧带底部及宫体部裂伤引起。检查外阴、阴道、子宫颈可发现部分有裂伤，由于动脉血管破裂，

出血鲜红；子宫体坚硬如石，轮廓清楚，胎盘娩出完整，血有凝块。

三、胎盘滞留性出血

胎盘滞留：由于子宫炎症或畸形使胎盘一部分或全部、或胎膜残留在子宫腔内，妨碍子宫收缩。诊断：胎儿娩出后一小时，胎盘仍未娩出者为全部胎盘滞留；娩出的胎盘有缺损现象者为部分胎盘滞留；此时子宫体坚硬，轮廓清楚，产道无裂伤，出血有凝块。

四、凝血机制障碍

如白血病，血小板减少症，营养不良等都可致凝血不良。产后出血无凝块或出、凝血时间延长，此时子宫体硬，轮廓清楚，产道无裂伤，胎盘娩出完整。

预 防

一、详细询问病史，有无产后出血史及手取胎盘史。

二、有严重贫血者应及早纠正贫血。

三、避免镇静药物应用过多。

四、避免损伤产道的手术。

五、产妇如有衰竭，或产程时间过长，或给以全身麻醉，应及早给予子宫收缩剂。

六、第二产程娩出胎儿时，产程要慢（不要少于一分钟），以免胎儿突然娩出致使子宫来不及收缩，而发生宫缩乏力性出血。

七、胎盘未娩出前，避免牵引脐带及用力压缩子宫，以免胎盘娩出不完整而出血。

八、注意排空膀胱，以防影响子宫收缩。

九、当胎儿已娩出而胎盘尚未娩出且已出血200毫升以上者，可立即进行人工手取胎盘，以控制出血。

十、若有产后出血可能者（如四胎以上的经产妇，双胎，产程长，羊水过多，妊娠中毒症，严重贫血，产后出血史），当胎头娩出后立即注射垂体后叶素或催产素；胎盘娩出后，可注射麦角新碱。

治 疗

一、子宫收缩无力时寻找原因分别处理：

1. 有休克者治疗休克：头低脚高，氧气吸入，保暖，补液、输血，给升压药物。

2. 用手压迫腹主动脉及挤压宫底,并按摩子宫,使子宫发生收缩。

3. 应用子宫收缩药:如垂体后叶素10单位或催产素10单位立即肌注,及麦角新碱0.4毫克立即肌注。(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。)

4. 下腹置冷水袋或沙袋。

5. 上法无效时可用:①双手压迫子宫法:一手在腹壁紧压子宫后壁,一手在阴道紧压子宫前壁;②乙醚纱布刺激阴道上1/3段;③子宫纱布填塞法。

二、如有会阴、阴道或子宫颈裂伤,破损处用铬肠线间断缝合。

三、胎盘不娩出或娩出的胎盘有缺损,应立即换消毒手套,深入宫腔,用分离法取出。碎片取出有困难可用卵园钳钳夹,同时给予子宫收缩剂,待子宫收缩变小后再行剖宫。

或配合针灸:三阴交(双)、昆仑(双)、肩井(双)、中极穴。

四、如果由凝血机制障碍引起的产后出血,

应采用：

1. 肌肉注射维生素K 4 毫克，或肌注仙鹤草素 2—5 毫升，也可注射氯化钙、纤维蛋白元、凝血质等。

2. 输新鲜血液。

产褥感染

产褥感染是产前、产时、产后细菌进入生殖器官，在产褥期内引起的局部或全身的发炎症状。主要原因常因为产妇身体抵抗力低下，再加上旧法接生，产后缺乏卫生知识，外阴不清洁等所致。过去在农村由于缺医少药，贫下中农有病得不到及时的治疗，所以产后感染常是造成产妇的死亡原因之一。我们一定要遵照毛主席“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，……”的伟大教导，预防产褥感染发生。

临床表现及诊断

一、临床表现：炎症可发生在生殖器的任何一个部位，常伴有全身症状，子宫内膜的炎症则更为明显。

1. 产后10日之内体温连续2日超过 38°C 以上者均应看作有产褥感染的可能。发病后，病人有寒战、头疼、发烧、全身无力，严重时可发生脓毒血症。

2. 恶露增多，有臭味，有时为脓性。

3. 下腹疼痛，子宫有压痛，严重时全身有压痛。

4. 外阴有伤口时则有水肿、溃烂及脓性分泌物，处理不当可使病情加重或遗留后遗症，形成慢性盆腔炎或不孕症。

二、诊断：根据病史症状和起病时间作出诊断，注意要排除感冒、肾盂肾炎、肺结核等其它发烧原因。

预 防

一、加强孕期及产褥期卫生宣传，产后一个月內勿性交。

二、积极开展新法接生，不作不消毒的阴道检查，有难产者给适当抗菌素，预防感染，产后用品宜干净。

治 疗

一、胎盘、胎膜排出不全者，应及时刮取，给宫缩剂麦角新碱0.2毫克，肌肉注射，连用三天。垂体后叶素10单位，肌肉注射。取半坐位以利引流。也可用以下中药使子宫收缩：益母膏五钱，早晚各一次；或用中药生化汤煎服，处方如下：当归三钱、川芎二钱、桃仁三钱、炮姜一钱、甘草一钱，瘀血重者加红花三钱。此方用在产后10天以内，10天以后需加党参、黄芪。

二、应用抗菌素及磺胺药控制感染。

计 划 生 育

计划生育是有计划的调节生育密度和次数。它是我党和我国一项长期政策。计划生育可以保证我国人口的增加和国民经济的增长相适应，保证社会主义建设的顺利进行，同时也保证母子的身心健康，不至于因子女过多而影响工作和学习，给家庭带来更大的经济负担，又有利于子女的教育，以培养好革命事业的接班人。

计划生育是摆在我们每个医务工作者面前的一项政治任务，必须积极作好宣传工作，对于

阶级敌人的破坏活动以及各种迷信思想和旧的习惯势力要作坚决的斗争，保证毛主席关于计划生育的伟大指示全面落实。

计划生育的主要措施可分为晚婚、避孕、人工流产和绝育手术四个方面。根据每个人的情况可选用不同的方法。

一、晚婚

即适当的推迟结婚年龄，做到减少生育次数达到计划生育的目的，这是做到计划生育的积极主动的措施。

毛主席教导我们说：“世界是你们的，也是我们的，但是归根结底是你们的。你们青年人朝气蓬勃，正在兴旺时期，好象早晨八、九点钟的太阳。希望寄托在你们身上。”二十岁左右的革命青年正是社会主义革命和建设的一部分最积极最有生气的力量。过早结婚，不仅影响工作和学习，也会影响身体健康。每个青年人不应辜负毛主席和党的希望，推迟结婚年龄（男的一般30岁，女的一般25岁为宜），把有限的青春贡献给社会主义革命和社会主义建设。

二、避孕

避孕是用科学的方法防止精子与卵子结合，避免受孕，常用方法有三种：

1. 阴茎套

阴茎套又叫做保险套，用法简便，效果好。使用前先检查有无漏孔，再把套子顶端小囊里的空气排出，然后把卷折的套子放在阴茎头上慢慢向上套到根部，包住整个阴茎。射精后要按住套口，立即把阴茎和套子一块抽出来，免得精液流到套外，或套子滑脱留在阴道里而失败。

2. 阴道隔膜

这是一个扁圆形的橡胶制品，它的周围附着在一个弹簧圈上，所以有伸缩性，便于放取，是女性避孕品。每次性交前放入阴道用它盖住宫颈，可阻止精液入子宫，避免受孕。

(1) 选择：阴道隔膜有不同的大小，以弹簧外围直径长度为标准，如直径70毫米者为70号，一般常用65、70、75号。一般来说，体格矮小和没有生过孩子的人，可以选用60或65号；中等体格没有生过孩子的人，可以选用65或70号；生过

孩子的人可选用70或75号。

(2) 用法：使用前在圆顶和边缘上抹些避孕药膏，抹匀，然后用右手拇指和食指将隔膜的弹簧圈捏扁，左手分开阴唇，把隔膜顺阴道后壁送到底，严盖子宫颈口，就可性交。射精后8—12小时取出隔膜。取出时只要用食指伸入阴道，钩住边缘的弹簧，向外一拉就出来了。

取出后用温水洗净，并检查有无裂口，然后擦干，放在小盒内，下次再用。

(3) 禁忌症：阴道炎，阴道前后壁松弛，膀胱子宫脱垂，宫颈重度糜烂。

3. 节育环

又叫避孕环，是避孕方法中比较好的方法，上一次环可避孕3—5年。

上环：避孕环是由金属或塑料制成的环。将避孕环放在子宫腔后，可使子宫内膜因环的异物作用而不适于受精卵着床，达到避孕的目的。

(1) 放置时间：一般在月经干净后3—7天最好。产后三个月或人工流产后都可放环。

(2) 禁忌症和注意事项：检查时若发现有

阴道炎，中等以上宫颈糜烂，盆腔炎，暂缓上环，待治疗好转后上环。

①产后未滿三个月，子宫尚未恢复者不能上环。早期妊娠者也不能上环。

②月经过多，周期不规则者，因上环异物的刺激会发生不良反应，造成流血更多，故不能上环。

③有近期剖腹产史或全身性疾病，如心力衰竭，活动性关节炎，肺结核大咯血等不宜上环。

④上环时将环的节头向外避免嵌顿。

⑤上环后探测环下缘离子宫颈口4厘米以上为佳。如果少于4厘米则用上环器将环取出，重新放置。

⑥子宫畸形或子宫有肿瘤者不能上环。

(3) 节育环的消毒：金属环蒸气消毒或煮沸消毒，塑料环可先用2%来苏尔浸泡30分钟，后用无菌水冲洗；或经2.5%碘酒浸泡5—10分钟后，再用75%酒精脱碘。

(4) 手术步骤：

①先排空小便，仰卧手术床上（两腿放在腿架上），经检查无禁忌症者，根据情况剪短阴毛，

或将阴毛润湿贴附两旁。

②外阴消毒：用1/1000—5000新洁而灭擦洗外阴及灌洗阴道，还可因地制宜使用肥皂水、升汞、1/100来苏尔稀释液或红汞棉球均可。

③手术者带上消毒手套，外阴置有孔无菌巾。

④阴道检查：查子宫大小、位置，用窥器将阴道扩开暴露宫颈，用2.5%碘酒和75%酒精消毒宫颈。

⑤用宫颈固定钳夹住宫颈上唇，用子宫探针沿宫腔方向探测宫腔大小。

⑥将环置于放置器上，轻轻将环放到宫底，然后将放置器轻轻取出，使节育环保持在宫底部位置。

⑦手术后休息15—20分钟。

(5) 放环后注意事项

①放环后可有少量出血与下腹不适感，一般不超过3—7天可自行消失。

②放环后三个月内注意环的脱落，尤其来月经或大便时，一个月后进行复查。

③一周内不做重的体力劳动。

④两周内禁止性交与坐浴。

(6) 节育环的取出：凡放环期限已满；放环后有不规则出血持续一个月以上或放环后有炎症，经治疗无效者，可考虑取环。取环时间最好在月经后3—7天。取环步骤：

①—④项同上环。然后用取环器在宫腔内探查环的位置，用取环钩轻轻触及节育环后，徐徐拉出；如遇困难勿强力拉出，以免伤损宫壁。

取环后二周内禁忌性交及盆浴。

三、人工流产

人工流产虽是一个不大的手术，但如不细心，也可造成不良的后果，因此我们必须遵照毛主席“全心全意地为人民服务”的伟大教导去做。

1. 适应症：(1) 12周以内要求终止妊娠者可作人工流产。

(2) 因患其他各种疾病不宜继续妊娠者可作人工流产。

2. 禁忌症：(1) 术前三天不能性交，防止感染。

(2) 有滴虫性阴道炎、盆腔炎、慢性宫颈炎或发烧 37.5°C 以上者,均待治疗好转后再作人工流产。

3. 方法: (1)、(2)、(3)、(4)、(5)同上环。

(6) 如10周以下妊娠者可以行吸宫术。吸宫用吸宫器或负压瓶或大注射器加吸宫皮管均可。吸宫时千万注意只能用负压,避免造成空气栓塞的危险。

(7) 刮净的标志: ①宫腔缩小变硬; ②宫颈有泡沫样的血液出现; ③刮宫壁时能感到有沙沙声(肌肉声)。如出血多者可用催产素10单位肌注。

四、绝育手术

用人工方法断绝生育能力,造成永久性不孕者称为绝育手术,它包括男性输精管结扎和女性输卵管结扎两种。

1. 输卵管结扎:

凡有节育要求者,双方同意,经医生检查,无禁忌症即可行手术。一般在产后2—3天内进行最方便,人工流产时或作其他妇科手术时均可

作，非妊娠可在月经后作。

(1) 禁忌症：基本上如人工流产，其次如产后大出血，或此次生产有感染可能者，不宜手术。

(2) 注意事项：术前应充分作好政治思想工作，突出毛泽东思想，解除各种思想顾虑。

(3) 麻醉：针麻效果最理想，此外可用冬眠药物加局麻，必要时用腰麻。

(4) 手术操作：

①切口：在腹壁耻骨联合上作一小切口，如同时剖宫取胎及妇科手术者，切口可较大些，切口在宫底下2厘米。

②寻找输卵管：用卵圆钳及手指配合，一定要见到输卵管伞端才能确定输卵管。

③用组织钳夹起输卵管血管较少的部分，于其下方作一压痕，贯穿往返结扎肠线一道，后剪去其上部分，两断端输卵管腔稍用血管钳钳夹，近子宫端再用细丝线加强结扎一道（双侧同）。

④检查无出血即关闭腹腔。

2. 输精管结扎：

(1) 手术适应症：

①女方患病，经医生证明不宜生育者。

②夫妇双方同意手术者。

③男方申请手术者。

(2) 手术禁忌症：

本手术无绝对禁忌症，但在患急性全身性疾病或阴囊部有病变者，应待恢复之后进行；在有出血素质、过敏性疾病或其他严重慢性疾病影响全身健康时，应在全身检查后，再定是否手术；阴囊内有疾病如疝、鞘膜积液、精索静脉曲张等可能影响手术时，应考虑同时处理阴囊内疾病。对于手术有较大顾虑时，可在解除顾虑之后再手术。

(3) 手术：

经消毒后，在阴囊的上方行局部麻醉，轻轻将阴囊皮肤切开一小口，找到二侧输精管，将其结扎切断，不用缝合，休息后即可回家。几天后创口就可愈合。手术前需给讲明以下几个问题：

①输精管结扎术只阻止精子的输出，其他无任何影响。

②手术不影响睾丸的生理机能、身体健康和劳动力。

③手术后不影响性生活，只是精液里没有精子，因精子被附睾吸收。

(4) 并发症：

手术比较容易，一般不发生任何并发症和后遗症。极个别有并发症也是很轻微的，有的稍加治疗或不治疗就可消失。

①血肿：局部出现小的血肿，有轻微胀痛感，一般不需治疗，局部热敷可以吸收。

②感染：如切口处有红肿现象，发现后立即给消炎药物治疗，很快痊愈。

女性生殖系统炎症

女性生殖系炎症在农村是一种常见病、多发病。按炎症发生的部位不同分为外阴炎、阴道炎、宫颈炎、子宫炎、卵巢炎、盆腔结缔组织炎、盆腔腹膜炎等。其中以滴虫性阴道炎，宫颈糜烂，慢性盆腔炎为多见，故分述如下。

在正常的状态下，阴道前后壁紧贴，宫颈口闭合及颈管内的粘液塞，皆能阻止病原体的侵入；而子宫内膜的脱落，子宫及输卵管内膜上皮细胞

纖毛的蠕動，亦有利于病原體的清除；在卵巢激素的影響下陰道上皮的保護性增生，使陰道分泌物保持酸性等，均不利于細菌的存活與繁殖，這些都是防禦機構。但機體內部也是在不斷變化的，由於內因的轉化，使機體防禦能力也可降低，上述有利因素可變為不利因素，而原有不利因素亦顯示出其重要作用。如當月經期，分娩時子宮口由閉變開；又如老年卵巢功能衰減時，由於全身疾患使整個機體抵抗能力降低時，加之生殖道內通腹腔，外與肛門接近，處於不利地位；再如性交，手術損傷等，這些外部因素，通過上述防禦減弱的機體，而使細菌侵入致病，引起炎症。

一、滴蟲性陰道炎

由陰道滴蟲感染而引起，這種滴蟲為梨形，顯微鏡下，比白細胞稍大，可活動。傳染途徑：在性交時由男性的泌尿生殖器傳染陰道，或由患者大小便直接感染。此外攜帶者將滴蟲帶至浴室、游泳池、浴具、衣服、被褥，然後間接傳入別人的陰道內。

臨床表現及診斷

1. 阴道内白带增多：为灰黄色稀薄泡沫状有臭味的白带。

2. 外阴搔痒：似虫爬感，由于白带刺激引起。

3. 尿频尿痛：尿道口及其附近发生炎症引起，表示已有泌尿系滴虫感染。

4. 不孕症：由于滴虫有吞噬精子作用或阴道炎本身影响精子活动。

5. 窥器检查：阴道有大量泡沫样白带，阴道壁有针尖大小红色颗粒。

6. 悬滴检查法：将白带涂片后，在显微镜下可找到滴虫（阳性）。

预 防

1. 作好宣传，发动群众搞好卫生，减少疾病，提高健康水平。

2. 积极治疗患者。

3. 隔离病人；患滴虫性阴道炎的病人，应将内裤、盆俱、毛巾煮沸消毒。

4. 盆浴改为淋浴。

5. 公共厕所应由坐式改为蹲式。

6. 对游泳池严加管理，对参加游泳者严格检

查。

7. 在治疗过程中必须教会病人护理, 否则仅依靠药物治疗效果不好。治疗后每日让病人换内裤, 并将换下的内裤煮沸消毒或暴晒。

8. 每次月经后易复发, 应连续治疗三个月经周期, 查滴虫三次阴性为治愈。

治 疗

1. 1/5000高锰酸钾 (5 克分20次用) 或 1% 乳酸、0.5% 醋酸灌洗阴道或坐浴。

2. 放入杀虫药物: 选择以下药物, 应根据当地的条件及病人经济情况来考虑。

(1) 滴维净 1 片, 放入阴道, 日一次。此药治疗效果好, 但较贵。

(2) 灭滴刚 1 片, 放入阴道, 日一次。此药有烧灼感, 对搔痒严重者适用。

(3) 呋喃西林 100 毫克放入阴道, 日一次。此药有一定治疗效果, 价格便宜, 农村一般均可买到。

3. 中药: ①苦参一两、龙胆草一两, 加水煎至1000毫升, 阴道灌洗。

②蛇床子五錢，加水煎至1000毫升，
阴道灌洗。

以上两药可以在当地采集使用，减轻病人经济负担。

二、子宫颈糜烂

为妇女常见病之一，与子宫颈癌的发生有一定的关系，据有人统计，子宫颈癌的发生率在有子宫颈糜烂的妇女中比无子宫颈糜烂者高10倍，故发现后应及时治疗。

临床表现及诊断

1. 白带增多、粘稠、有时呈脓性，无特殊臭味。有时有接触性出血或腰背酸疼。

2. 窥器检查：子宫外口周围有鲜红细小的颗粒样糜烂面，有时有米粒或黄豆大小的息肉悬于外口，子宫颈肥大，有时可见多个子宫颈腺囊肿。

预 防

1. 注意个人卫生及外阴清洁。
2. 推广新法接生，避免宫颈损伤。

治 疗

1. 用10—50%硝酸银或10—20%高锰酸钾、

纯石碳酸、电烙、子宫丸等烧灼、腐蚀糜烂面，使之坏死脱落，长出新的上皮。

子宫丸的用法为：每次一丸放入阴道内，贴在宫颈旁，4—7天上药一次，4—5次即可痊愈。用子宫丸时应注意：（1）月经前和月经后三天内不能放；（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，局部涂以麻油调匀的樟丹蛤粉糊剂，即可痊愈）。

2. 息肉摘除。

3. 年老妇女，长期不愈的宫颈糜烂可行宫颈锥形切除。

三、盆腔炎

盆腔炎包括子宫、子宫附件（输卵管、卵巢）、子宫周围结缔组织和盆腔腹膜的炎症。常见的盆腔炎有两种：急性和慢性盆腔炎。

1. 急性盆腔炎

妇女由于经期不卫生及旧法接生中，细菌侵入阴道而引起急性盆腔炎。也有的由于卫生人员

沒有象白求恩同志那样对工作的极端的负责任，在刮宫手术中消毒不严，也是引起的原因之一。

临床表现及诊断

(1) 发烧、畏寒、脉快，白带多呈脓性或带血，味臭。

(2) 下腹部一侧或两侧剧痛，有时可有膀胱和直肠刺激征及全身无力。

(3) 检查时子宫可有触痛，两侧附件可触及压痛明显的索状物或肿物。白细胞增高。

预 防

(1) 作好预防宣传工作，把卫生知识交给群众，发动群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。

(2) 推广新法接生。

(3) 出血的妇科检查及刮宫手术，一定要严格消毒，作到认真负责，以防感染。

治 疗

(1) 适当休息，取半卧位，使分泌物排出。

(2) 给予青霉素、磺胺药，必要时加用链霉素。腹痛剧烈时，可用止痛药。

(3) 如已有盆腔脓肿形成,则行切开引流。

医务工作者一定要向张思德同志学习,做到完全彻底为人民服务,以防盆腔炎由急性变成慢性,给病人带来长久的痛苦,给革命带来损失。

2. 慢性盆腔炎

慢性盆腔炎是目前农村妇女的常见病、多发病之一。由于过去广大农村缺医少药的情况,使很多急性盆腔炎不能及时或彻底治疗而转变为慢性盆腔炎,并可由于输卵管慢性发炎而使之粘连不通,以至造成不孕症。

临床表现及诊断

慢性盆腔炎主要病变为输卵管、卵巢和骨盆腔结缔组织粘连固定,以及原急性期形成的输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿,变为输卵管积水及输卵管、卵巢囊肿。

(1) 主要症状为下腹部隐痛,月经期延长或月经过多,白带增多。

(2) 有时因盆腔神经或神经节受炎症影响或瘢痕压迫、牵扯而发生下腰酸痛、下腹坠痛或尿频及大便不适等症状。

(3) 若双侧输卵管因炎症而阻塞可继发不孕。

(4) 妇科检查时，可以发现子宫后倾而固定。两侧穹窿可以触到和盆腔壁粘连的索条状物并有压痛。有输卵管积水和输卵管、卵巢囊肿时，可以触到囊性肿物。

预 防

由于目前慢性盆腔炎在治疗方面，尚无满意的方法，因此预防方面更显得重要。

(1) 积极预防盆腔感染：提倡新法接生来预防产褥感染，各种妇科手术注意消毒及无菌操作，避免盆腔感染。杜绝急性盆腔炎是预防慢性盆腔炎的根本方法。

(2) 积极治疗急性盆腔炎，使之早期痊愈，可以有效地预防慢性盆腔炎。

(3) 月经期卫生很重要。在经期照常工作，要注意身体保温和避免体力过劳、寒冷刺激，并在经期注意生殖道下部清洁，消毒月经纸及月经带，月经带要勤洗勤晒，避免感染。在月经期可以淋浴，不宜进行盆浴，并应禁止性交。总之，

在月经期注意卫生是预防盆腔炎的有力措施。

治 疗

(1) 子宫丸 (用法见“子宫颈糜烂”)。

(2) 药物穴位注射: 青霉素 4 万单位或链霉素 0.2 克, 次髂穴注射, 每日一次, 10 次为一疗程。可反复治疗数疗程。

(3) 局部热疗: 将食盐炒热, 放于下腹部, 或用 1/5000 高锰酸钾作阴道灌洗, 每日 1—2 次, 可在症状明显时进行。

(4) 封闭疗法: 可用腰封、骶前神经封闭及侧穹窿封闭。

(5) 针灸治疗: 常用穴有肾俞、大肠俞、三阴交、曲池、中极、关元、水道、归来、上髂等。也可用耳针及梅花针治疗。

(6) 中药治疗: 下列方剂可参考应用:

①紫丹参一两, 水煎服。

②当归三钱、香附三钱、益母草四钱, 水煎服。

③当归三钱、白芍三钱、香附三钱、苏梗二钱, 水煎服。

(7) 拔罐：背部以腰带印为标志，距中线2指两侧各拔一罐，以此为始点向上，每隔2指拔一罐，共拔2罐；向下每隔2指拔一罐，共拔3罐。

(8) 组织浆疗法：组织浆10毫升，肌注，每周一次，可使瘢痕软化。

月 经 失 调

月经失调是妇女中常见的疾病，它不仅妨碍生育，对妇女健康亦有影响，因此，我们要根据妇女生理特点制定合理劳动保护制度，大力提倡经期卫生，以便妇女合理地参加生产劳动，保证身体健康。

月经失调包括范围很广，有表现在经期紊乱上的；有表现在经血色、质、量的变化上的；有表现在经期出现其他病态的；在临床上比较常见的有闭经、月经过多、痛经等不同类型，分别叙述如下：

一、闭 经

凡女性已过青春期（达至20岁）尚未来月经者称原发性闭经；在月经周期建立以后，再发生

三个月以上无月经者称继发性闭经。青春期以前、妊娠期、绝经期和哺乳期的闭经，是生理现象，故不包括在闭经之内。

病 因

1. 全身原因：贫血、肺结核、心脏病、营养不良、内分泌失调均可引起闭经。气候和生活条件改变，重大精神创伤，也均可引起闭经。

2. 局部原因：先天性生殖器发育不全，子宫及卵巢缺损，子宫发育不良，无孔处女膜，阴道闭锁，生殖器结核和肿瘤等。

临床表现及诊断

1. 病人常有腰背胀痛、周身无力，易倦。

2. 闭经严重的有头昏、失眠、毛发脱落，甚至不能劳动。

3. 少数妇女由于先天性处女膜闭锁或阴道闭锁，而使经血流不出，称假性闭经，这种妇女常在月经期有周期性下腹痛、腰酸，如长期不予处理，则下腹逐渐发生肿块。

治 疗

应进行全身和局部检查，找原因，确定原因

对症治疗。

1. 如为处女膜闭锁和阴道闭锁应手术治疗。

2. 全身性和生殖器疾病按原因治疗。

3. 先天性无子宫无卵巢，目前无法治疗。

4. 内分泌失调，可用下药：

(1) 黄体酮10毫克，肌注，日一次，共5天，停药5天后可来月经。

(2) 乙烯雌酚0.5—1毫克，日一次，共21日，连用三个疗程。

5. 中药：

(1) 当归三钱、川芎二钱、熟地四钱、白芍三钱、益母草四钱，水煎服。

(2) 加味逍遥散水煎服，日一次，每日一付，连服5—10付。

6. 针灸疗法：三阴交、血海、合谷、关元。

二、月经过多

月经过多有二种情况：即为血量不多但出血时间延长，或周期正常流血量多。月经过多是由于生殖器肿瘤或炎症（如子宫肌瘤，盆腔炎），血液病及内分泌紊乱引起的功能性子宫出血等原

因所造成的。

临床表现及诊断

1. 功能性子宫出血：凡阴道出血，经一般检查无明显生殖系统器质性病变，往往因功能失调引起的称为功能性子宫出血。发生在青春期和绝经期，一般表现为周期缩短，经期延长，也有闭经2—3个月后来月经，量多，时间延长，可引起贫血症状。

2. 于生育年令的妇女首先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其应注意排除肿瘤所引起的出血。

治 疗

1. 在月经期应贯彻“三调三不调”的合理劳动保护制度，是减少此病发生保护妇女身心健康方面的有力措施。

2. 如全身或生殖器疾病按原因治疗。

3. 四物汤适用于青春期妇女：当归五钱、生地三钱、白芍二钱、川芎钱半，水煎服。

4. 维生素K 4毫克，血见愁、仙鹤草素10毫克，安得诺新5毫克等口服或肌注，减少流血量。

并可服用维生素C、钙片、硫酸亚铁约2—3个月。

5. 针灸疗法：隐白、三阴交、足三里、血海、关元、气海（隐白、气海、关元加灸），用补法。

6. 对四十岁以上妇女为了止血可用丙酸睾丸酮25毫克肌注，日一次，一月内不超过300毫克，如不见效行刮宫术。绝经期妇女可考虑子宫切除术（久治不愈引起贫血者）。

7. 激素疗法：

（1）递减法：求偶素2毫克，日三次，用3天；第4天用2毫克，日二次，用3天；第7天开始2毫克，日一次，用14天。

用在一般情况好的，在生育年令，周期短而经期长的病人或未婚病人。

（2）人工周期：求偶素1毫克，日一次，用20天；黄体酮10毫克肌注，日一次，用5天。在月经完2天后用此法，停药2—3天后来月经。如用在月经量很少，持续时间长，可在月经开始第6天用药。人工周期用3个月。

三、痛 经

凡在经期前后或在经期中发生腹部疼痛或其

它不适以致影响生产劳动均可称痛经。

临床表现及诊断

1. 原发性痛经：指从月经初潮开始就有痛经者。常见原因有子宫后位，宫口狭窄。

2. 继发性痛经：指初潮以后过一段时间才发生痛经者。原因是生殖器炎症，子宫肿瘤和子宫内膜异位症。

治 疗

1. 一般疗法：注意经期卫生；经期不宜过多的参加重体力劳动。

2. 中药：当归四钱、赤白芍三钱、乌药三钱、香附三钱，行经期服用，每日一付，连服三至五付。

3. 针灸：针合谷、双侧三阴交、关元，首先针三阴交一穴，留针一小时或半小时，如疼痛仍未停止，则可延长留针时间，在留针时间每隔几分钟捻转一次。

4. 耳针疗法：针双耳的子宫、腹、内分泌，配合交感。

5. 子宫肿瘤、子宫内膜异位症用手术疗法。

6. “六·二六”针吸水罐疗法对痛经治疗效

果较好。拔罐位置以肚脐为标志，在脐旁隔二指拔一罐，脐以下每隔二指拔一罐，可拔1—3罐。

子宫脱垂

子宫脱垂多见于农村中年以上的劳动妇女。子宫脱垂是指子宫位置低于正常高度，严重地影响劳动力和健康。主要病因是阴道和会阴等软组织在分娩时裂伤未加愈合，产后过早参加体力劳动，子宫韧带松弛等；体力虚弱或先天性盆腔软组织不健全也是发病原因之一。

临床表现及诊断

一、分度：按脱垂程度来分：

一度脱垂：宫颈口位于坐骨棘水平以下，但未脱出阴道。

二度脱垂：宫颈脱出阴道外。

三度脱垂：宫颈及宫体全部脱出阴道外。

二、下坠感，劳动后更为明显，并自觉肿块状物脱出阴道，其脱出的大小与子宫脱垂程度有关。

三、宫颈长期暴露于阴道外与内裤及走路时的摩擦，而发生肥大、糜烂、感染、溃疡，阴道

粘膜易发生角化、充血、水肿、溃疡。

四、膀胱膨出时可有尿频、排尿困难、尿潴留、或尿失禁等症状。直肠膨出时可引起便秘、大便困难。

预 防

1. 加强妇女劳动保护，妇女在月经期、哺乳期要得到适当休息，尤其在产假期间，应有充分休息，适量劳动，还可作一些盆底肌肉及腹肌的锻炼。

2. 孕期给予劳动保护，定期检查胎位及卫生指导，分娩前做好无痛分娩教育，遇有胎位不正要及时纠正，避免难产，减少产伤。

3. 大力推广新法接生，接生时注意保护会阴，万一有产道撕伤，要认真修补。

4. 做好计划生育。

治 疗

一、非手术治疗：为综合疗法，相互配合，增强体质，消除各种使腹压增加的因素，如咳嗽，便秘等。对一、二度患者适用。

1. 中药：

补中益气汤：当归五钱、云苓一钱、川断五钱、党参五钱、炒干姜三钱、白术三钱、煅龙骨五钱、升麻五钱，服五至七付，每日一付，重者加黄芪五钱、白芍五钱。

2. 针灸治疗：主穴为子宫、三阴交、曲骨、维宫（刺维宫穴时针尖对阴道方向刺二寸深）、维胞。可加用关元、中极、气海、足三里，体虚加灸百会。

3. 阴道塞药：常用者为子宫丸。先将子宫推纳进阴道，将子宫丸置于阴道内前后穹窿或两侧，塞进5厘米大小的棉花团顶住子宫颈以防止子宫及药丸掉出。上药3—6个月。初时每周换药2次，3—6周后可每周换一次或两周换一次。此法适用于绝经期妇女。上药期间患者不要劳动（尤其是用腹压的劳动），停药后仍要避免重体力劳动。另外可辅以补中益气丸，早晚各服三钱。

4. 子宫托：此法简便有效。按子宫大小选择合适的子宫托，放在耻骨联合后缘及后穹窿内，每晚由患者自己取下清洗，月经期不用。对轻度脱垂效果良好。

5. 盆底肌肉运动：坐在橙上两小腿交叉，两手不扶东西站起，随后又坐下，如此反复多次，可使盆底肌肉紧张度增加。

6. 如有溃疡可用樟丹、蛤粉（各一半）以麻油调和涂于溃疡面上，日一次，并用 1 : 5000 高锰酸钾液坐浴，日二次。

二、手术治疗

1. 子宫悬吊及前后壁修补术：适用二度脱垂。

2. 阴道子宫全切：适用二、三度脱垂。

睑腺疾病

一、睑腺炎（麦粒肿）

俗称“针眼”，是由细菌侵入睫毛根附近的皮脂腺所引起。

临床表现及诊断

1. 初起时自觉眼部发胀不适，继之睑缘有局限性水肿。

2. 如疖发生于眦部，则常引起球结膜水肿。

3. 轻者数日后消退，有时肿处顶端显灰黄

色，化脓破溃，脓液排出后结疤而愈，易复发。

治 疗

1. 注意眼部卫生，早期进行热敷。

2. 上消炎眼药水及眼药膏（如0.25%氯霉素液，10%磺胺醋酰钠液，0.5%金霉素眼膏或0.5%四环素眼膏）。

3. 严重感染者可服消炎药物。

4. 针刺：有取穴少泽者，用三棱针点刺出血。还可针阳白、四白、攒竹、合谷。

5. 成熟后切开排脓，如脓点在皮肤面，切口应与睑缘平行；如在结膜面，称内麦粒肿，则与睑缘垂直切开。切忌挤压脓头，因可致眼眶蜂窝组织炎或海绵窦栓塞。

6. 黄连加冷开水研磨后，取其液擦于患处。

二、睑板腺囊肿（霰粒肿）

这种病多因睑板腺腺口堵塞，使腺内发生慢性炎症。

临床表现及诊断

1. 从外面看，可见眼皮下有园形肿物，表面平滑。

2. 从睑结膜面看,可见睑结膜面呈紫红色的局限性充血。

3. 发炎症状多不显著,囊肿大小不一,发展慢,如有继发感染即出现红、肿、痛等表现,叫感染性霰粒肿。

治 疗

1. 初期可涂 1% 黄降汞(即黄氧化汞)眼膏,涂后作按摩及热敷,促进吸收。

2. 大者可手术摘除,术后涂消炎眼膏包扎,每日换药一次,至痊愈。

3. 如感染性霰粒肿,须先控制感染后再手术。

结 膜 疾 病

一、急性结膜炎

这是由于细菌感染所造成的急性传染病,因发病急,故称“暴发火眼”。常是两眼同时患病,或一先一后。本病极易流行,尤以春夏季多见。传染途径不外手、手帕、毛巾和一般用具等将细菌带入眼内。

临床表现与诊断

1. 有异物感，灼热及流泪。如有怕光、磨痛时要注意角膜有无并发症。

2. 球结膜可能正常，睑部及穹窿部充血，组织模糊，重者球结膜呈网状充血、水肿或结膜下可有点状或片状出血。

3. 分泌物增多，甚至可有伪膜形成。常在晨起时分泌物封闭眼裂。

4. 重者可并发角膜浸润或溃疡，多位于角膜周边部。

预 防

1. 注意眼部卫生。

2. 如是单眼患者，在检查时应先检查健眼，再检查病眼，禁忌带眼罩。

3. 患者的手帕、毛巾、脸盆等不要与别人混用，以免传染他人。

4. 可能传染的用具最好以煮沸消毒。

治 疗

1. 生理盐水洗患眼，每日一次。如有0.5—1%硝酸银液，用其涂睑结膜后，再用生理盐水

冲洗最好，但有伪膜形成者禁用。

2. 抗菌素眼药水点眼（以0.5%金霉素液最好），每1—2小时1次（也可以用磺胺眼药水或黄连素液）。

3. 禁止包扎，患眼可热敷。

4. 针灸：三棱针患侧耳边放血有良效。

5. 配合“六·二六”针吸水罐疗法：取穴合谷、曲池。

二、沙 眼

沙眼是由于沙眼病毒所引起的慢性传染性结膜炎。主要侵犯睑结膜及穹窿部结膜，角膜也可受侵。其特点为结膜组织的弥漫性浸润和滤泡形成，进而形成瘢痕，角膜有沙眼性血管翳。常伴有较严重的并发症、后遗症，致视力极度下降，甚而失明，是我国致盲的主要眼病之一。

本病流行甚广，解放前，广大劳动人民受三座大山的压迫，解放后，叛徒、内奸、工贼刘少奇对抗毛主席关于医疗卫生工作方面的指示，仍然使广大农村处于缺医少药的状态，因此，不能使沙眼得到及时的有效的防治。今天，我们要坚决

执行毛主席的“六·二六”光辉指示，认真做好沙眼的防治工作。

临床表现及诊断

1. 症状：初起时多数症状轻微或无症状，有的稍有异物感，刺痒感。晨起有少量粘液性或少量粘液脓性分泌物，视力不受影响。严重时症状可加重。晚期常因并发症和后遗症如倒睫、睑内翻、角膜溃疡、眼干燥症等，引起羞明、流泪、干涩、摩沙感、疼痛等症状，甚至发生严重的视力障碍或失明。

2. 体征：沙眼病毒侵入结膜后，主要产生以下两期变化：

(1) 浸润进行期(沙Ⅰ)：首先在上睑结膜与上穹窿结膜有弥漫性慢性炎症反应。结膜充血、肥厚、粗糙，有红色小乳头出现，其间常有大小不等的微黄色滤泡。角膜上可出现垂帘状血管翳。

(2) 瘢痕出现期(沙Ⅱ)：上述病变中的乳头和滤泡破溃，坏死，为瘢痕组织所代替即为此期。活动性病变渐少，角膜血管翳开始退化，最后常仅留瘢痕而痊愈。

3. 诊断：

睑结膜有充血，血管模糊，乳头肥大，滤泡增生，或有瘢痕，则可诊断为沙眼。无瘢痕的为第一期，可记为“沙Ⅰ”；有瘢痕的为第二期，可记为“沙Ⅱ”。全部成瘢痕的为痊愈，不诊断沙眼。早期仅有睑结膜充血，即或有几个乳头或滤泡，只能诊断为疑似沙眼，不列入沙眼统计之内。如有症状可按沙眼治疗。

4. 并发症和后遗症

(1) 急性结膜炎：因患沙眼时结膜已有慢性炎症反应，在此基础上极易继发感染，形成急性结膜炎。

(2) 沙眼性角膜炎：血管翳伸入角膜后，血管末端的角膜混浊可形成点状浸润，甚至可融合成半月状或沟状浅层溃疡，应积极治疗，否则造成不良后果。

(3) 慢性泪囊炎：沙眼病变侵及泪道的粘膜组织，尤其鼻泪管处，粘膜发炎，造成泪道阻塞或狭窄，再有细菌感染，就形成慢性泪囊炎，并时刻威胁角膜，一旦角膜上皮受损，极易继发

感染，形成角膜潰瘍。

(4) 睑內翻：沙眼的晚期，睑結膜上大量癍痕形成，睑板弯曲肥厚、变形，致使睑緣向內翻转。成排的睫毛摩擦角膜，致使角膜混浊，重者可致失明。所以发现睑內翻，应尽早手术矫正。

(5) 倒睫：沙眼病变侵及毛囊根部，晚期結癍。癍痕收缩致正常睫毛方向发生改变，倒向角膜。根数少，睑緣位置正常时可电睫；根数多，尤其伴有內翻者需手术治疗。

预 防

毛主席教导我们：“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，……”。讲卫生的目的，就是为了防治疾病。沙眼的防治工作是关系着七亿人民健康的大事，因此我们必须高举毛泽东思想伟大红旗，发动群众搞好预防工作。

1. 对患者早期发现，早期治疗，防止合并症和后遗症的发生。

2. 注意个人卫生，常洗手脸，剪指甲，不要用手揉眼。

3. 患者的手巾、手帕、脸盆应与健康人分

开，并经常用开水烫洗晒干。

治 疗

需要长时间耐心的治疗。

1. 药物治疗主要是清除病因，促进炎症减轻，消散浸润和滤泡，减少组织增生和瘢痕形成。

(1) 晶明眼药水(主要含磺胺醋酰钠)或疾得宁眼药水(主要含磺胺嘧啶)，其他如0.5%金霉素溶液，0.25%氯霉素眼药水，均为每日3—6次。

(2) 沃古林眼药水(主要含硫酸锌)每日三次。适用于轻度沙眼。

(3) 1%硝酸银溶液涂睑结膜，继之速用生理盐水冲洗，每日一次即可。适用于重沙眼，但绝对不能长期用药，最多2—3次即可。

(4) 0.5%金霉素眼膏或磺胺类眼膏点眼，日三次。土霉素眼膏也有效。

2. 手术治疗：

(1) 乌贼骨(海螵蛸)棒消毒后浸磺胺液，黄连液或大蒜汁摩擦睑结膜，或以棉棒浸湿，蘸磺胺醋酰钠粉摩擦睑结膜。适用于乳头多者，摩擦前点粘膜麻醉剂三次，切记不要伤及角膜。

(2) 滤泡压挤术：适用于滤泡较多者，术后需继续用药治疗。

(3) 割挑治疗：取大椎穴的上方，行割挑治疗。

(4) 沙眼后遗症的治疗：如倒睫、内翻等，均应手术矫正。

角 膜 疾 病

一、角膜溃疡

本病又名化脓性角膜炎，俗称“眼疮”，是角膜上皮破坏和细菌感染所致。角膜溃疡有各种各样的类型，有的浅，有的深，有的进展很慢，有的进展很快。这主要是因为所感染的细菌不同，病人的抵抗力大小也不一样。但凡得了角膜溃疡的都应该看作严重的病，不可粗心大意，因为这种病往往使视力受到影响，甚至失明。

临床表现及诊断

1. 眼痛、流泪、怕光与视力障碍。
2. 眼睑痉挛，睫状充血，角膜发生混浊，初起时为灰白色浸润，稍隆起，表面无光泽，此时

应及时治疗，继之表层组织坏死脱落，呈灰白色凹陷，形成溃疡。

3. 已经破坏的角膜组织，不能再恢复原来样子，补上这些缺损的结缔组织，长好后即为灰白色瘢痕。根据瘢痕的大小、部位、厚薄（可分为云翳，斑翳，白斑），造成不同程度的视力障碍。

治 疗

1. 早期热敷，日三次，每次半小时。

2. 热敷后用抗菌素或 5% 磺胺噻唑 或 10—30% 磺胺醋酰钠眼膏或药水，包扎患眼使其休息。

3. 前房积脓者，最好以阿托品散瞳（40岁以上者注意诱发青光眼，可先点用 2% 后马托品）、结膜下注射青（皮试阴性后）、链霉素。

4. 可服用维生素 B₂（核黄素）5 毫克，日三次。维生素 A + 维生素 D（鱼肝油丸）一丸，日三次。重者可服用磺胺类药物和抗菌素。

5. 验方：猪苦胆一枚（摘出后未经水洗过），用小刀割开，取出苦水。将苦水放入铜勺内，在炭火上煎干，即为小丸粒如菜籽大小，每日早晚各取一丸，放入眼中，遇热仍化为水，能去翳。

障。连用至小丸用尽。

6. 如因角膜异物、内翻倒睫、慢性泪囊炎等造成角膜溃疡，应首先清除病因。

二、角膜软化症

角膜软化症多见于小儿，双眼发病，主要是因缺乏维生素A而引起的。急性肠胃炎，消化不良所致的长期腹泻，发烧，营养不良或患麻疹，肺炎，肝炎等重病之后，都可以引起维生素A缺乏而患此病。病愈后形成角膜白斑，造成终生视力丧失，因此，必须高度重视本病的防治。

临床表现及诊断

1. 羞明、流泪，不愿睁眼，病初先为夜盲，但小儿常不被发觉。

2. 检查可见球结膜干燥，在球结膜上有环形皱襞，在睑裂部球结膜上有肥皂泡沫样的斑点（叫比托氏斑）。角膜暗淡无光泽。

3. 角膜感觉迟钝，象涂有油脂样的云雾状混浊。进一步发展，角膜即软化、坏死，形成穿孔，虹膜脱出，愈后遗留粘连性白斑，或穿孔时细菌继发感染，形成全眼球炎而失去光感。

预 防

1. 加强卫生宣传，克服不良习惯，如患儿有病忌口等。

2. 有重病或营养差时，补充维生素A。

3. 早期发现，早期治疗。

治 疗

须立即给以紧急措施，方能转危为安。

1. 全身疗法：应迅速补充维生素A。如肌注维生素A、D混合液，每日1—2安瓿（每安瓿内含维生素A2500单位，维生素D2500单位），直至症状消失为止。并可口服鱼肝油，此外并应改善饮食，切勿忌口，吃富有维生素A食物，如胡萝卜，青菜，西红柿，豆类，鸡蛋，肝等。少吃冷食及难消化的食物。

2. 病因治疗：因本病常因长期腹泻或其他全身慢性疾病引起，故应积极治疗全身性疾病。

3. 局部治疗：热敷，点0.25—1%阿托品散瞳和点纯鱼肝油。为预防感染应点消炎眼药水，可选用抗菌素及磺胺类眼药水或膏。如有肛膜脱出，应予以包扎。

急性青光眼

青光眼是一种常见、严重的眼病。临床表现为眼内压增高的综合症状。如不及时治疗，常致失明。本病发病急剧，多见于40岁以上的妇女。确切病因目前还不太清楚，常因情绪波动，工作劳累，睡眠不好而发病。

临床表现及诊断

一、症状：

有剧烈的眼胀痛，偏头痛，常伴有恶心呕吐（易误诊为急性胃炎），视力显著下降。视灯光周围有红绿圈，俗称虹彩视。

二、体征：

1. 睫状充血。
2. 角膜水肿，呈云雾状混浊。
3. 前房变浅。
4. 瞳孔散大，对光反射迟钝或消失。
5. 指触眼压增高，眼球坚硬如石。
6. 视力明显下降。

三、鉴别诊断：

急性青光眼极易误诊为急性虹膜睫状体炎或急性结膜炎以致延误治疗。现将它们之间的重要区别列表如下：（表见326页）

治 疗

1. 局部用药：

（1）点缩瞳药：1—2%毛果云香硷液（匹罗卡品液）或0.25%毒扁豆硷液（依色林液），缩小瞳孔。每5—15分钟一次，交替点眼，持续两小时以后，视眼压情况酌减。

（2）必要时，可球后注射2%普鲁卡因2毫升。

（3）配合“六·二六”针吸水罐疗法：取穴合谷、曲池。

2. 全身用药：

（1）可给予镇静剂，如冬眠灵、鲁米那、巴比妥、溴剂等。针灸太阳、合谷、风池、睛明等穴，可减轻痛苦。

（2）应用降压药：可口服醋唑磺胺（即乙酰唑胺或醋氮酰胺），首次用药可给500毫克，即刻，但不宜连续用药。需连续用药者，每日不要

病 名		急性结膜炎		急性虹膜睫状体炎		急性青光眼	
症 状	眼 压	正 常	近 正 常	主为睫状充血，呈紫 紅色		增高，眼球坚硬如石	
	充 血	结膜周围充血			混合充血呈暗紫色		
	分泌物	粘 液 脓 性	无		无		
	角 膜	透 明	透明，可有角膜后壁 沉着物		呈云雾状混浊		
	前 房	深 度 正 常	深度正常或稍深		浅		
	瞳 孔	正 常	缩小，对光反射迟钝， 常有渗出物遮盖		散大，强直		
	疼 痛	无	眼部疼痛，夜间尤甚		眼胀痛，伴偏头痛		
	虹彩视	无	无		有		
	视 力	正 常	稍 减 退		极 度 减 退		

超过2—3次，每次不多于250毫克，但不能久用。因此药有储钠排钾作用，故需同时服用氯化钾。

在农村条件下如无此药，可静脉注射25%—50%高渗葡萄糖80—100毫升，尤其恶心呕吐严重的患者，不但降低眼压而且补充了营养。

如眼压不能控制，可配制50%硫酸镁溶液，每次20—40毫升；或50%甘油盐水，每次100—120毫升，口服一次即可。必要时可用30%尿素120毫升加50%葡萄糖20毫升静脉注射。注药前应先检查尿常规，除外肾脏病和糖尿病。

(3) 药物不能控制，已有急性发作者一般须行手术治疗。千万注意切勿点用阿托品，或误诊为消化系统疾病治疗，造成病情恶化或延误治疗，致使视力丧失。

白 内 障

晶状体变混浊影响视力称为白内障。白内障多在50岁左右发病，称为老年性白内障，常为两眼先后发病，病初自觉视力模糊，并渐进性加重，经数月至数年，视力可降至只见眼前手动，一般

无其他不适。个别的青年人或小孩也能得此病。有的新生儿晶状体即混浊，称先天性白内障。因外伤而致的晶状体混浊，称外伤性白内障。因其他眼病引起者称继发性白内障。

临床表现与诊断

外眼正常，仅瞳孔内呈灰白色混浊，根据以上的叙述即可诊断。

治 疗

一、药物治疗多无明显效果，老年性者一般需等成熟后行白内障囊内摘除术（全部）或白内障囊外摘除术。先天性白内障可行刺囊术或吸出术。

检查时，如发现晶状体完全成灰白色致密混浊，用灯光侧照已无半月形虹膜影，视力减至眼前手动或指数时即为成熟，适宜手术。无论什么样的白内障，术前必须检查视功能（六米光感，一米光定位），正常者手术效果才好，否则术后效果不好。

二、摘除白内障的眼，由于缺少晶状体，故屈光力太小，因而应配凸透镜眼镜补偿。

三、中医用针拨白内障，效果很好。也可用中药磁珠丸（成药），每日3—4钱，分三次服，可服半年至一年（应注意病人家庭经济条件）。

眼 外 伤

一、结膜与角膜表层异物

在工农业生产和日常生活中可能有小块异物如铁屑，砂石或种子壳等落于结膜或角膜表面。

临床表现及诊断

1. 自觉疼痛、羞明、流泪，摩擦感。
2. 结膜异物有时藏在上睑结膜内面，必须翻转上睑才能找到。
3. 角膜异物如发生感染，可发展为溃疡，影响视力。

治 疗

原则上应尽早取出。

1. 先点0.5%地卡因于受伤眼内2—3次，然后以生理盐水棉棍将异物擦出。
2. 如擦不掉，可以两手拉消毒的头髮丝的两端平角膜滑过，将异物刮掉。

3. 用上述方法仍不掉，可用注射器针头挑出。挑出后应点抗菌素眼药水（以链霉素眼药水或2%苯氧乙醇液最好）及涂抗菌素眼膏，包扎一天，严防感染所造成的不良后果。

4. 深层异物，根据异物的大小、部位，应以适当方法取出，但切勿将异物拨入前房。

二、烫伤及化学烧伤

眼部的烫伤和化学烧伤很常见，除伤及眼睑外，结膜、角膜均可同时受损，多由沸油、热水、蒸汽、热灰，火焰等，以及酸、硷、农药、化肥等引起。特别是硷性物质如石灰最厉害，常使角膜发生严重损害，造成失明。

临床表现及诊断

1. 受伤病史。
2. 受伤后眼睛疼痛、怕光、流泪、不敢睁眼。
3. 检查可见眼睑潮红、水肿，重者可有结膜水肿、充血、坏死。角膜可混浊、溃烂、坏死。
4. 硷性烧伤比酸性烧伤严重，因硷性物质能持续向组织深部蔓延，故受伤时不易确定损害深度。严重硷烧伤，可产生严重的虹膜炎症。

治 疗

1. 立即用大量生理盐水（或淨水）冲洗眼部，而且冲洗愈早、愈彻底愈好。检查眼内是否有致伤物质存在，如有应立即除去。

2. 如有坏死脱落组织，点0.5%地卡因后用湿棉棍将其擦去。

3. 局部点消炎眼药水及药膏。烧伤不重者点鱼肝油、10—30%磺胺醋酰钠或涂其他油膏，每日或隔日向结膜下注射自身血液0.5毫升。重者点阿托品液放大瞳孔，热敷。

4. 如有睑球粘连，滴麻醉药后，以钝头玻璃棒分离。

5. 重症者，口服消炎药物或注射抗菌素。

三、眼球穿通伤

常因铁丝、树枝、锥子、剪子、玻璃片、石片、铁块等，刺伤或崩伤眼球，而形成眼球穿通伤，甚至眼球破裂伤。眼内容有脱出的危险，尤其眼内存留异物时，极易发生感染，造成不良后果。

临床表现及诊断

1. 角膜穿通伤：房水流出，虹膜随之嵌入伤口，见有褐色小泡脱出。伤口过大者，角巩膜裂开，眼内容物脱出，眼球变形。

2. 巩膜穿通伤：巩膜伤口常被结膜下出血所掩盖，但见前房及眼内积血。伤口大者，有眼内容物脱出。睫状体损伤者，有引起交感性眼炎的危险。

治 疗

应立即抢救。

1. 检查时应让患者仰卧位，防止眼内容物流出，开睑要轻，切忌压迫眼球。除去眼表面可以除去的异物。

2. 伤眼点抗菌素眼药水或膏，双眼包扎。伤势复杂或眼内有异物时，速转有条件的地方治疗。

3. 必要时结膜下注射青霉素 10 万单位和链霉素 0.1 克，或 4% 新霉素溶液 0.3 毫升，盖眼垫。

4. 口服或静注四环素。肌注破伤风抗毒素。

眼外伤的预防

1. 从事易伤眼睛的生产时，应戴保护眼镜，以保安全。

2. 加强卫生宣传，教育儿童不要玩弄锐利物

品，如刀、剪、锥等，还要防止开水烫伤。

龋 齿

龋齿俗称“虫牙”，是口腔中的乳酸杆菌与口腔中的碳水化合物结合，产酸后，使牙齿脱钙而遭到破坏，最后形成龋齿。

临床表现及诊断

一、龋齿初期，患者无疼痛感。如有激惹性疼痛（对冷热酸甜），是深龋接近牙髓的表现。

二、牙齿龋坏部位变为黄褐色或深褐色。

三、由于脱钙而变软。

四、缺损形成龋洞。

预 防

毛主席教导我们说：“我们必须告诉群众，自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。”遵照毛主席的这一伟大教导，我们要宣传群众，饭后、睡前漱口是预防龋齿最简便的有效方法。

治 疗

一、充填，即除去龋坏的牙本质后，用充填材料充填其缺损部位。

二、牙疼时可给安痛定 0.5—1 克，日三次。也可用挖匙除去腐坏组织，用白米粒大的棉球蘸牙疼水（主要成分樟脑酚）放入龋洞内，即可止痛。

三、针灸治疗：下牙痛取合谷、颊车、大迎，上牙痛加下关。

并发症

由于龋齿预防和治疗不及时，也可引起急性牙髓炎，根尖周围炎。

一、急性牙髓炎：是龋齿最常见的并发症。

1. 病因：细菌由龋坏部位进入牙髓腔，常为致成牙髓炎的主要原因。

2. 症状：

（1）剧烈的自发性跳痛，其疼痛难忍，特别是夜间影响睡眠。

（2）冷热刺激，均使疼痛加重。

（3）疼痛常放射到耳颞和邻牙。

3. 治疗：

(1) 应当立即开髓，可用细的探针，穿透牙髓腔或扩大穿髓孔以利引流。

(2) 针灸：常用穴位有颊车、下关、合谷。

4. 预防：早期充填龋齿。

二、根尖周围炎：为局限于牙根尖部的牙周组织炎症。

1. 病因：引起根尖周围炎的感染多来自牙髓感染；因此，感染性根尖周围炎多为牙髓炎的继发病变。

2. 症状：

急性：

(1) 患牙有显著叩痛，松动，患者不敢对牙。

(2) 自发性持续性疼痛，患者多能指出患牙。

慢性：

(1) 多无自觉症状，叩诊较其他牙敏感。

(2) 根尖部有时出现瘘管。

3. 治疗：

急性：

(1) 开髓引流。

(2) 局封。

(3) 针灸。

慢性：根管治疗或拔除。

鹅 口 疮

鹅口疮也叫“雪口疮”，为口腔粘膜的一种白色念珠状霉菌感染，表现为白色假膜性病变，多发生在小孩。应用大量抗菌素后，也可引起本病。

临床表现及诊断

一、在口腔粘膜表面（舌、腭、颊部粘膜均可发生）有乳白色的斑点，高出粘膜面，不易擦掉，除去后留下出血面。

二、疼痛：尤其是触痛，进食时加重。

预 防

一、对患儿的食具进行隔离。

二、如在用大量抗菌素后发生，应停用抗菌素。勿大量乱用多种抗菌素。

三、必要时做涂片检查，于玻璃片上加10%

氢氧化钠 1—2 滴，用拭子取白色斑点少许，涂布均匀后镜检，可见白色念珠状霉菌。

治 疗

一、用硷性药液漱口，如5%小苏打水（因霉菌在硷性环境内不易生长）。

二、表面涂以 1—2% 龙胆紫，日 2—3 次。

三、服维生素 C，每次50毫克，日三次。

口 疮

口疮是口腔粘膜上反复出现溃疡，是由一种滤过性病毒感染所致。多伴有消化障碍，如儿童消化不良，蛔虫症等。

临床表现及诊断

一、突然发生，先是一个或数个小水泡，水泡破溃，形成椭圆形溃疡，周围发红，底为灰白色。

二、溃疡好发于唇、颊粘膜及舌尖或舌边缘部。溃疡愈合后不留疤痕。3—10天不治自愈。

治 疗

一、局部用10%硝酸银或3%三氯醋酸烧灼溃疡面，可止痛及缩短溃疡愈合时间。

二、溃疡长期不愈，范围增大，应考虑恶性变，必要时可做活检。

三、如反复发作，可涂以0.5%金霉素软膏，日四次。也可服用复合维生素B或维生素C。

四、针灸治疗：主穴为合谷、地仓，可加刺太冲、足三里、风池、承浆。

五、验方：

1. 柿霜面，徐徐撒在患处。

2. 黄柏一块，研细，抹在患处。

化脓性中耳炎

化脓性中耳炎是化脓性球菌经咽鼓管或穿破的鼓膜进入中耳，引起化脓。也有时为鼻咽部疾病的并发症。病原体可由耳咽管、血循环、外耳道三方面传入。

临床表现及诊断

一、急性化脓性中耳炎：早期耳痛，常呈跳动性，向头部发散，晚上疼得厉害。呵欠、吞

嚏、或咳嗽时加剧，至鼓膜穿破流脓，耳疼方可减轻。同时可有全身不适、发烧、听力减退、耳鸣等。检查可见鼓膜广泛充血，甚至有血泡。鼓膜穿孔后有大量带血脓液流出，有的人有时伴有恶心、呕吐、或乳突部压痛，如治疗不当可变为慢性化脓性中耳炎。

二、慢性化脓性中耳炎：有反复发作史，听力减退。耳内常有间断性或持续性流脓，脓为粘液性或脓血性，有时有奇臭。检查时，可见鼓膜穿孔，有时鼓膜松弛部及鼓室内有肉芽或息肉，病情严重时患者可有耳后溃破流脓（耳后瘻管）。中耳炎不及时治疗可引起脑脓肿。

预 防

一、增强体质，预防感冒，勿将污水流入耳内。

二、鼻和咽部有急性感染时，要积极治疗。勿用强力擤鼻涕。

三、掏挖耳垢时，应十分小心，切勿损坏鼓膜。

治 疗

一、先用3%双氧水洗淨耳道內的脓液，继以点用滴耳油，5%氯霉素甘油，5%链霉素甘油，4%硼酸酒精，0.1—0.5%黄连素，10%大蒜溶液混合普鲁卡因等，可选一种，每次3—5滴，日3—4次。

二、如果有全身症状时，可服用消炎药物以控制感染。

三、如伴有急性乳突炎或耳后骨衣下脓肿，应行切开引流术或乳突单纯凿开术；如果鼓膜太厚，迟迟未穿孔，或穿孔很小排脓不畅，症状不好转时，可行鼓膜切开术。

四、如化脓性中耳炎，合并胆脂瘤或有严重并发症时，需手术治疗，行乳突根治术。

五、验方：

1. 冰片五錢、柿蒂一个，研成粉末撒入耳內，日一次，数日即愈。

2. 将煮熟的蛋黄放在勺內煎，熬炼出油，将油滴入耳內。

鼻 炎

鼻炎分急性和慢性两种，急性鼻炎多是由于伤风、感冒、着凉、过度劳累后而诱发的；慢性鼻炎是多次急性病变或经常受分泌物刺激而引起的鼻粘膜及粘膜下层慢性病变。

临床表现及诊断

一、鼻塞：是主要症状，单纯性鼻炎为间歇性鼻塞，肥厚性鼻炎多为持续性鼻塞。（鼻塞尚有其他原因，如鼻息肉、鼻中隔偏曲、肿瘤、异物等）

二、鼻涕多：为粘液、脓性分泌物，可经后鼻孔下流至咽部，引起痰多，咽喉部不适，咳嗽。

三、有的病例中有嗅觉减退，头痛、头胀，说话呈闭塞性鼻音，影响鼻咽部，可引起耳鸣，听力减退症状。急性鼻炎发病急，鼻阻塞，流稀涕。

预 防

一、加强锻炼身体，增强机体对冷热刺激的适应能力。

二、预防感冒，如已感冒，及时治疗。

几种慢性鼻炎的鉴别诊断和治疗见下表

病名	病因	病理	体征	症状	治疗
慢性单纯性鼻炎	反复感冒, 生活环境中有某些物质刺激	鼻腔粘膜血管扩张, 鼻甲肿大	粘膜充血, 鼻甲肥大, 光滑, 质软, 用麻黄素收缩敏感	交替性或间歇性鼻塞	1—2%麻黄素点鼻, 滴鼻净点鼻, 下0.5%普鲁卡因下甲前端封闭, 每周两次, 10次为一疗程。针灸: 取穴: 迎香、上星、神庭、合谷
肥厚性鼻炎	从单纯性鼻炎发展而来	除上述变化外有纤维组织增生, 粘膜肥厚	充血, 鼻甲肥大, 质较硬, 用麻黄素收缩敏感性差	鼻塞较重, 多为持续性	在鼻甲最肥厚处粘膜下注射80%甘油或20%磺胺嘧啶目的使组织纤维化, 达鼻甲体收缩小而通气之目的

(续)

病名	病因	病理	体征	症状	治疗
增殖性鼻炎	从肥厚性鼻炎发展而来	上述病变发展，动脉组织受压，苍白、水肿，组织增生	充血或水肿，表面不光滑，呈桑椹状	鼻塞重甚至张口呼吸	手术切除中甲，或下甲部分切除
萎缩性鼻炎	①可能与维生素缺乏有关 ②继发原因：下甲切除后，巨大息肉摘除，高度偏曲，特异性感染所致	鼻粘膜萎缩，可波及嗅区粘膜萎缩	鼻甲缩小，鼻腔变宽，自前鼻孔及软腭运动，脓性干痂量(黑色或灰绿色)	干痂过多致鼻塞，除去干痂，通气过大之感，易致鼻衄，嗅觉障碍，如有臭鼻杆菌感染，鼻腔奇臭	复方薄荷油剂点鼻，石蜡油点鼻，口服：维生素B ₂ 10毫克，日三次。鱼肝油丸，日5—10丸。维生素A 2500单位，日三次。肌肉注射：维生素A 10万单位，每周一次

鼻 出 血

鼻出血又叫鼻衄。由于鼻腔粘膜富有血管，尤以鼻中隔前下方血管密集吻合，又表浅，故易出血，鼻出血是由各方面的因素决定的。

一、局部的因素有：鼻外伤、异物、急慢性鼻炎，鼻腔的良、恶性肿瘤，鼻粘膜溃疡等。

二、全身方面的因素有：急性传染病如伤寒、疟疾、流感等；贫血、血友病、紫癜病、白血病；高血压及心、肝、肾、脾疾患；月经失调；维生素C缺乏等，均可引起鼻出血。

临床表现及诊断

一、少量出血，妨碍不大，大量出血可发生休克。

二、对鼻出血的病人，首先寻找出血部位，再找出血原因，进一步详细检查，如病史，血压，血凝检查等。

治 疗

主要原则是：止住已有的出血；预防再度出血；鼻出血原因的根本治疗。

一、如鼻中隔少量出血，可用指压法（手指压迫出血鼻翼）止血，也可用麻黄素或滴鼻净棉片收缩或干棉球堵塞止血。

二、如大量出血用填塞压迫法：用凡士林纱布条行前鼻孔填塞，24小时后取出，如有出血再行填塞。有时需做后鼻孔填塞。

三、根据病情矫正全身情况：如给予止血药维生素K 4毫克，日三次（或用云南白药，三七等），维生素C 100毫克，日三次，或注射仙鹤草素，或给予局部冷敷。

四、针灸：取穴：合谷、迎香、中魁（奇穴）等。

五、验方：

1. 锅底黑，研细末吹入鼻中，或京墨研浓汁灌入鼻中。

2. 将蒜捣碎，贴于双脚心，至鼻出血停止后，立即取下。

3. 刺菜花（紫色）煮水饮服。

付鼻竇炎

付鼻竇炎常因急性或慢性鼻炎波及付鼻竇粘膜继发感染而来。致病菌主要是链球菌。付鼻竇包括 4 对，且以开口部位分成前后两组。

- | | | | |
|--------|------|--------------|--------------------|
| 1. 上颌竇 | } | 前组付鼻竇开口于中鼻道。 | |
| 2. 额竇 | | | |
| 3. 筛竇： | 前组筛竇 | } | 后组付鼻竇各开口于上鼻道及蝶筛隐窝。 |
| | 后组筛竇 | | |
| 4. 蝶竇 | | | |

付鼻竇炎中以上颌竇炎和额竇炎发病较多。

一、急性上颌竇炎

临床表现及诊断

1. 常见感冒鼻塞，并可有低烧。
2. 流脓涕（如齿源性者脓涕极臭），嗅觉减退或丧失。
3. 由于咽鼓管闭塞，故有耳闷、耳鸣、听力减退。
4. 头痛多为钝胀痛，下午较重。

5. 检查时下甲、中甲充血肿大，中鼻道内有脓性分泌物，患侧上颌窦区有压痛。诊断性刺洗有脓。

治 疗

1. 加强付鼻窦引流，使用血管收缩剂点鼻，如1—2%麻黄素或滴鼻净等。

2. 急性期应用抗菌素：青霉素40万单位，肌注，日二次；链霉素1克，肌注，日一次。

3. 止头痛，可用针刺，取穴：百会、上星、印堂、太阳、曲池、足三里、迎香、合谷。

4. 上颌窦穿刺灌洗（急性发作时应暂缓），冲洗后可注入油剂青霉素1毫升。

5. 体位引流，有条件者可行理疗。

6. 各种非手术治疗无效的，慢性上颌窦炎可行上颌窦根治术。

7. 中医治疗

（1）藿胆丸：藿香叶一两，公猪胆汁熬稠成膏或丸，每服一钱，饭后盐水送下。

（2）熟苍耳子：苍耳子炒熟，研为细末，每次一勺，日三次，连服二周。

(3) 絲瓜藤：距地面 5 寸处砍下，取二尺洗淨，晒干研为细粉，每次二錢，连服二周。

(4) 辛夷、茜草、菊花、双花、苍耳子各三錢，水煎服，日一次。

二、急性额竇炎

临床表现及诊断

1. 鼻塞。

2. 剧烈头痛，部位在前额眉间或眼眶周围，痛时不敢睜眼，且额竇区压痛明显。头痛时间以早晨 8—12 点为重（因夜间臥位时竇口引流不畅所致）。

3. 可能有头晕、发烧、恶心、全身不适等症状，其他和上颌竇炎相似，可合并急性上颌竇炎。

治 疗

1. 应用消炎药物。

2. 用点鼻药或对症治疗。

预 防

急性付鼻竇炎如治疗不及时易成慢性付鼻竇炎，反复发作成为人体的病灶，故应积极预防急性付鼻竇炎的发生。

预防方法:

1. 预防感冒,如已感冒,及时治疗。
2. 及时除去鼻阻塞的原因。
3. 及时治疗牙病。

扁桃腺炎

一、急性扁桃腺炎

急性扁桃腺发炎是一种伴有全身症状的急性、全身性疾病。发病原因为:

1. 全身或局部受凉,机体反应性失调和抵抗力降低。
 2. 存在于扁桃腺陷窝内的细菌毒力变强。
 3. 鼻腔、口腔、咽部和外界细菌侵入扁桃腺。
- 侵入扁桃腺的细菌以链球菌最多见。

临床表现及诊断

1. 起病急速,突然咽痛,发烧,头痛,全身不适。
2. 检查时,扁桃腺充血肿胀;前后腭弓、软腭和悬壅垂充血、水肿;在扁桃腺陷窝口处,有散在白色渗出物,易被拭去。注意与咽白喉鉴别。

別，白喉滲出物為膜性，粘着較緊，拭去後，創面有滲血，細菌檢查有白喉桿菌。

3. 小兒患者一般體溫較高，可高到 40°C ，有時還伴有腹瀉和嘔吐。

4. 頸部淋巴結腫大，有壓痛。

5. 一般一周左右可以痊癒。但在急性過程中，可以引起扁桃腺周圍膿腫；如細菌侵入血循，則可引起膿毒敗血症，關節炎，腎臟炎或心臟炎。

預 防

1. 鍛煉身體，增強體質，使少患或不患感冒。

2. 及時治療急性傳染病，在預防急性扁桃腺炎方面有重大意義。

3. 如有上呼吸道和口腔慢性炎性病灶，要及時予以治療。

治 療

1. 臥床休息，多飲水，多吃容易消化的半流質食物。

2. 口服復方阿斯匹林或安乃近退熱止痛。口服磺胺或注射青霉素控制感染。用3%鹽水、2%小蘇打水、3%硼酸水或0.8%磺胺醋酰鈉溶液漱

口，日4—5次。

3. 针灸治疗：翳风下一寸，进针二寸(双)。配穴合谷。也可用以下穴位：合谷、颊车和少商(放血)。

4. 中药治疗：黄芩三钱、黄连三钱、黄柏三钱、银花四钱，水煎服，每日一付。

二、慢性扁桃腺炎

急性扁桃腺发炎后，如陷窝上皮脱落、坏死，后遗留下细小溃疡或陷窝口上纤维组织增生，口径因而变窄或闭锁，以致陷窝内有脓性或干酪样物质存在，都可形成慢性扁桃腺炎。

临床表现及诊断

1. 患者感咽部不适，有轻度梗阻感或异物感。

2. 扁桃腺炎反复急性发作(每年三次以上)，检查时可见扁桃腺慢性充血，甚至其陷窝口处有脓性分泌物。

3. 可能有口臭和反射性咳嗽。

4. 儿童因扁桃腺肿大，可能妨碍呼吸和吞嚥。

5. 有的有长期低烧，两侧颌下淋巴结肿大。

治 疗

手术摘除扁桃腺。凡是有反复急性发作，或影响呼吸、吞嚥，或可疑为人体病灶（如风湿热、肾炎、风湿性心脏病等），或有其他找不出原因的长期低烧，均为扁桃腺摘除术指征。

手术禁忌：

1. 血液病。
2. 活动性肺结核。
3. 心脏功能不全。
4. 妇女月经期。
5. 急性期过后尚不满2—3周者。
6. 小于5岁儿童应严格掌握手术适应症。

急性喉炎

急性喉炎是喉粘膜及声带的急性发炎，是整个上呼吸道感染的一部分。小儿发病较多，而且小儿喉及声门下粘膜容易水肿，可导致喉梗阻。

临床表现及诊断

一、常于夜间睡醒后突然发生声音嘶哑，发

烧，剧烈的吼叫性咳嗽，烦躁不安。

二、呼吸时有轻度喉鸣。

三、检查时喉部粘膜明显红肿。

四、吸入性呼吸困难，有三凹征（吸气时，锁骨上窝、胸骨上窝、上腹部显著内陷）。

治 疗

一、保暖，蒸汽吸入，止咳，退热。

二、患儿为一度至二度呼吸困难时，给予广谱抗菌素，如氯霉素125—250毫克，肌注，4—6小时一次。内服四环素或土霉素。

三、激素治疗：开始用量要大。一般可服泼尼松，按每公斤体重每次1毫克，4—6小时一次。重症病例可用氢化考地松静脉滴注，每公斤体重为2—3毫克，4—6小时内滴完。一般应在4—6小时内缓解，可于2—3天内逐渐减量停药。

四、患儿三度以上呼吸困难应行气管切开术。

附：呼吸困难分四度：

第一度：患儿于安静时无呼吸困难现象，活

动或哭闹时出现。

第二度：于安静时即有呼吸困难。

第三度：有二度呼吸困难现象，并呈现烦躁不安。

第四度：具有三度呼吸困难现象，并有发绀和昏迷。

常见皮肤病

一、黄水疮

黄水疮也叫“脓疱疮”，是化脓性球菌（葡萄球菌、链球菌或二者混合感染）所引起的传染性皮肤病。夏秋季多见，是儿童的多发病，且有并发急性肾炎的可能。

临床表现及诊断

1. 好发部位：口鼻周围、颊部、手背及四肢等露出部位。

2. 皮疹特点：主要为脓疱、糜烂和脓痂。

皮疹初起为水泡，不久泡液呈脓性，继之结成黄色痂，痂下为红色糜烂面。脓痂脱落后留有暂时性色素沉着，不留疤痕。

3. 自觉症状：有痒感，重时可有轻微灼痛，发疹广泛时并发局部淋巴腺炎，此时可有淋巴腺疼痛及发烧。

4. 病程：从脓疱发生到痂皮脱落约7—10日，但常此起彼落，使病程延长。

预 防

1. 注意个人卫生如勤剪指甲、理发、洗澡、换衣。

2. 皮肤有损伤要及时妥善治疗。

3. 小儿患此病后，早期隔离治疗。

4. 健康小儿不要接触患儿，不用患儿用过的衣帽枕巾等。

治 疗

1. 局部治疗：

(1) 验方：花椒焙黄研成细面与熟鸡蛋黄混匀，用香油调后涂患处，日二次。

(2) 药物治疗：以1：5000高锰酸钾、3%硼酸或1：2000黄连素清洗去痂后，涂以1%雷夫奴耳软膏、5%硼酸软膏或5%磺胺软膏。

2. 全身治疗：皮疹广泛或伴有淋巴腺炎及

发烧的病人，可服磺胺药或注射青霉素。

二、黄 癣

黄癣俗名叫“秃疮”，是霉菌性传染病，主要在儿童中流行，在病发和黄癣痂中都含有黄癣菌的菌丝和孢子，因此传染性较大。传染的途径主要是与患者有密切接触史或者使用患者理发梳头用具及患者应用的帽子、枕头、衣被等接触传染。

临床表现及诊断

1. 皮肤损伤特点：主要发生在头部，有三大特点：

(1) 黄癣痂：位于发根部，大小不一，呈碟形，有鼠尿味，中心有毛发穿过，痂下有溃疡。

(2) 病发：干燥无光，易拔不痛，毛根萎缩。

(3) 萎缩：黄癣痂脱落后，疤痕平滑光亮，萎缩下凹，多不能生发。

2. 自觉症状：可有轻重不同的痒感。

3. 健康状况：由于此病自幼儿期感染，传染性大，所以患者智力和健康状况均受到不同程度

的影响。

预 防

1. 加强卫生宣传，动员群众和疾病作斗争。
2. 对小学校、托儿所以及家庭中定期检查，早期发现患者并进行隔离治疗。
3. 对患者及时治疗，物品彻底消毒，棉织品可用水煮1小时，理发梳头用具可用3%来苏尔浸泡4小时。
4. 对理发店进行卫生宣传及协助制订有关卫生制度与措施。

治 疗

1. 注意隔离，衣帽用具加热消毒。每晚用温肥皂水洗头。用药后每天剃头一次，连剃3次，每次擦药后均带上事先准备的小布帽。
2. 抗霉菌药：交替应用3%碘酊和硫磺水杨酸软膏（硫磺6%、水杨酸4%），（成药有剃头软膏或10—15%硫磺软膏、5%水杨酸软膏。）早晚各一次，长期涂用。或同时用灰黄霉素，儿童按10—15毫克/公斤/日，分两次服，连服20天。

3. 小片损害，可人工拔发，然后上外用药物。

4. 验方：

(1) 50%苦楝子软膏：苦楝子烤黄研成细末加入熟猪油内配成50%软膏。用时头发剪短，先用水洗头，再用1%明矾水洗一遍，再涂药膏，日一次，一般需治疗20—30日。

(2) 雄黄、密陀僧、硫磺等量研成粉，适量加油调和外涂。

(3) 杏仁油外涂，每日一次。把杏核在微火中烧，略呈黑色，去掉外壳，将杏仁挤碎即出油。

三、牛皮癣（银屑病）

本病是一种慢性、反复发作的斑片鳞屑性皮肤病疾患，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。

临床表现及诊断

1. 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，上复银白色鳞屑，刮去鳞屑后可见点状出血。自觉痒感。

2. 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。

3. 部分患者可有指、趾甲和关节病变(关节痛, 甚至强直)。

4. 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

1. 进行期(皮疹大小不一, 炎症显著):

(1) 避免进刺激性食物, 如酒、辣子。

(2) 静脉注射3—5%溴化钙10毫升或10%葡萄糖酸钙10毫升, 日一次, 或0.25%普鲁卡因(10毫升, 日一次)以及硫代硫酸钠(0.64克加注射用水10升毫, 日一次)。

(3) 封闭疗法: 以0.25%普鲁卡因10—20毫升, 加维生素C 100毫克静脉注射, 日一次, 10次为一疗程。

(4) 外用1—2%水杨酸软膏或白降汞软膏或二者等量混合应用。可涂5—10%柯亚素软膏。红皮病时涂用氧化锌软膏、凡士林或5—10%硼酸软膏。

(5) 维生素B₁₂100—200微克, 肌注, 日

一次。

2. 靜止期:

(1) 自血療法: 抽出自己的血行臀部肌肉注射, 一般3—5毫升。

(2) 可涂5—10%糠餉油軟膏(或煤餉油軟膏)或1:20000牛皮癬素軟膏, 日1—2次。

(3) “六·二六”針吸水罐療法: 散在病灶, 可在病灶周圍拔一圈。全身性的可拔下列各組:

①脊柱旁開二指左右各一串, 上至頸部下至臀部。

②右大腿後面正中一串, 上至臀溝下至昆仑穴。

③左上肢外側面一串, 上至肩部下至合谷。

④右上肢屈側自內關至肘窩一串。

⑤自璇璣穴至耻骨聯合一串。

⑥兩下肢伸面, 左下肢靠外側面自上向下到太溪穴。

上述每一水罐之間隔均為二指。根據病情輕重, 可適當增減。此外, 拔罐位置也可按圖76選拔。

(4) 针灸疗法：主穴为曲池、血海、委中，可加刺肩髃、曲泽、大陵，并在大块增厚的皮损周围点刺出血。也可用耳针疗法，在内分泌区刺针。

(5) 卡古地钠（甲砷酸钠）100毫克，肌注，日一次，20次为一疗程。

3. 验方：

(1) 老牛皮炒干研成粉，香油调外敷。

(2) 硫磺一两、花椒一两、鸡蛋五个，将鸡蛋清除去，将以上物混合装入蛋内搅匀，用火烤干，带皮研成粉，筛后加香油，调后外擦。

(3) 石碳酸4毫升、水杨酸5克、升汞0.5克、酒精100毫升。以上均匀混合成液体，外用，涂擦患处，日2—3次。

(4) 黄柏研成末，大蒜捣烂出汁，调成膏，外涂患处，日1—2次。

四、湿 疹

湿疹是由多种原因（如中耳炎、肠寄生虫、便秘等内外因素）所造成的一种过敏性的浅在皮肤炎症，容易复发。

临床表现及诊断

1. 皮疹为多形性发疹，即在皮肤上同时可见到红斑、丘疹、水疱、糜烂、痂皮及鳞屑。皮疹边缘弥漫，分布常对称，剧痒。

2. 急性期有渗液，如不能及时治疗，可能转为慢性湿疹，此期皮肤变厚，皮纹加深，边缘清楚，搔痒。

3. 婴儿湿疹多对称发生于面部。呈弥漫性发红，糜烂、渗液、结痂。常反复发作，2—3岁可自愈。

治 疗

1. 避免进刺激性食物，如酒、辣子等。婴儿湿疹期避免种牛痘。

2. 验方：

(1) 蛋黄油涂抹：煮熟的蛋黄用香油调制成药膏，外用，日一次。

(2) 地骨草、黄柏共为细末，香油调，外用，日三次。

(3) 柏树碗一两炒黄焦，研为细末，香油调，涂患处。

3. 3%硼酸水湿敷（用于急性渗液时）。慢性期外擦10%糠馏油或20%黑豆馏油软膏。（糠馏油10克或黑豆馏油20克加凡士林或猪油至100克）

4. 口服苯海拉明：成人50毫克，日三次；维生素C，成人100毫克，日三次；小儿按年龄给药。

5. 5%氯化钙或10%葡萄糖酸钙10毫升静注，日一次。0.25%普鲁卡因10—20毫升加维生素C100毫克静注，每日或隔日一次。

6. 针灸疗法：穴位同“牛皮癬”。

五、荨 麻 疹

本病俗称“风疙瘩”，是由于机体对某种物质过敏所致。常见病因有食物（如鱼虾、蛋类）、药物、生物制品、病灶感染、精神因素、肠寄生虫、外界冷热刺激等。

临床表现及诊断

1. 皮损为大小不等、形态各异的风团（扁平隆起的硬疙瘩），色粉红，搔痒，消退很快。

2. 搔痒剧烈，因搔抓而使皮疹增多，融合成

片或呈地图样。少数患者伴有血管神经性水肿及腹痛。

3. 皮肤划痕试验阳性。慢性患者常反复发作。

预 防

1. 避免进刺激性食物,如鱼腥、酒、辣子等,多饮开水。

2. 追查原因,避免再受侵袭,并及时治疗寄生虫病。

3. 因服某种食物、药物引起者,病愈后应忌食、禁服,防止再发。

治 疗

1. 针刺疗法:曲池、血海、合谷,留针15—30分。

2. 扫帚子适量加红糖一斤,水煎成半斤服下。

3. 可用苯海拉明50—100毫克,日三次;或抗胺尊25—50毫克,日三次。

4. 止痒剂:将明矾研细放入醋中,外用可止痒。可外擦止痒水(石炭酸1.0克、薄荷0.5克、

40%酒精加至100毫升)。或酚炉甘石洗剂(石碳酸1.0克, 炉甘石15.0克, 氧化鋅15.0克, 甘油50克, 加水至100毫升)。

5. “六·二六”针吸水罐疗法: 穴位大椎、心俞、曲池、合谷、委中、三阴交、血海、内关、足三里。

六、神经性皮炎

神经性皮炎是一种带搔痒的皮肤神经官能症, 身体对某些刺激都表现为苔癬样改变的皮肤反应。

临床表现及诊断

1. 开始患部皮肤搔痒, 抓后起皮疹。
2. 初期与皮肤相同, 久之皮肤变厚、硬, 边界清楚。斑块表面粗糙, 很象粗糙的牛皮, 此时皮纹加深, 皮肤隆起。
3. 好发部位为后颈部、颈旁、肘、腘窝等处, 也可全身泛发。

治 疗

1. 不吃刺激性食物, 治疗慢性病灶。
2. 外擦止痒及皮肤还原性软膏如: 10%糠馏

油软膏，5%煤焦油软膏，3%雷锁辛软膏或20%黑豆油软膏，2%石碳酸软膏。也可贴慢性皮炎膏。

3. 封闭疗法：用0.25%普鲁卡因溶液局部封闭，每周2—3次；或用1—2%苯甲醇溶液局部封闭，7—10日一次。也可用复方奎宁2毫升加0.25%普鲁卡因2毫升，创面封闭，每周一次，2—4次为一疗程。

4. 病变部位扎梅花针，日一次。

5. 针灸治疗：同“荨麻疹”。

6. 全身治疗：内服抗组织胺药及镇静剂，静脉注射钙剂（见“牛皮癣”）。顽固者可口服维生素B₁10毫克，日三次；或肌肉注射维生素B₁₂100—200微克，日一次。

附录部份

最高指示

我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。

《星星之火，可以燎原》（一九三〇年一月五日）

附录一 常见症状诊断与治疗

临床症状是多种多样的。分析症状、考虑诊断是治疗和预防的基础。因此我们应当遵照毛主席的教导：“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”“世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。”同时还要分清主次，抓住关键，按照毛主席所教导的：“研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就

要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。”如一时不能确诊，除对症处理外，应以“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”的精神，密切观察病人，掌握病情变化，力求及时做出诊断。

发 热

发热常是感染性疾病的主要症状。感染性发热之前常有寒战，并伴有头痛、厌食、全身酸痛、皮肤灼热、潮红等。

常见病因及诊断

一、常见病因：

1. 急性传染病多发热急骤。常由下列致病因素引起：

(1) 病毒：上呼吸道感染（最常见的病因）、麻疹、流行性乙型脑炎等。

(2) 细菌与寄生虫：流行性脑脊髓膜炎、细菌性痢疾、伤寒、肺炎、结核病、波浪热和疟疾等。

2. 化脓性或病灶性感染也引起高热，如急性扁桃腺炎、泌尿系感染、胆道感染、急性中耳炎

等。

3. 组织破坏和坏死可引起发热,如手术后发热,烧伤、骨折、恶性肿瘤等。

4. 大量出血以后和严重急性贫血可以引起发热。

5. 对药物的过敏反应可引起发热,如青霉素、链霉素、磺胺类、巴比妥等药物的过敏现象,血清、异性蛋白过敏等。

二、诊断要点:

1. 了解发病期限、起病缓急、季节、流行史和接触史。

2. 注意各系统、器官伴随的主要症状。如呼吸系统疾病常有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难。胃肠道疾病常有阵发性腹痛、恶心、呕吐及腹泻等。肝胆系统疾病常有右上腹痛、黄疸。泌尿系疾病常有尿频、尿急、尿痛和腰痛。脑部疾病常有剧烈头痛、喷射性呕吐、昏迷、惊厥等。

3. 体格检查时需要注意下列各点:

(1) 一般情况严重否(上呼吸道感染者,

往往一般情况尚好。情况差而又找不到病灶时，应考虑败血症、中毒性痢疾、化脓性脑膜炎等），神志状态是否清楚。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。

(2) 皮肤、粘膜有无黄疸、出血点、皮疹。

(3) 全身淋巴结有无肿大、压痛。

(4) 五官有无感染病灶。

(5) 有无肺、心阳性体征；有无肝、脾肿大；有无腹部压痛和肿块。

(6) 有无脑膜刺激征。

治 疗

一、应积极寻找发热原因，给予病因治疗。

二、一般处理及对症治疗：

1. 卧床休息。

2. 易于消化的流质或半流质饮食，少食多餐，大量饮水。

3. 退热。

(1) 物理降温：冷水毛巾敷头部、大血管

处或包裹躯干；用凉水或50%酒精擦浴。

(2) 针刺曲池、合谷、大椎，点刺少商出血。

(3) 退热剂：阿司匹林或复方阿司匹林口服，或安乃近口服或肌注（0.5克，日三次；或肌肉注射0.5—1克/次）；小儿还可使用50%安乃近液滴鼻，成人可用50%安乃近液0.2毫升作曲池穴位注射。当给退热剂时，需要慎重，一般先试给较小剂量，以免突然退热而致虚脱。

4. 高热惊厥：除急速降温外，并给予镇静剂，常用如苯巴比妥钠0.1—0.2克肌注，也可用氯丙嗪或异丙嗪，每次25毫克，口服或肌注。

头 痛

头痛是临床上一种较常见的症状。引起头痛的疾病很多，许多种颅内疾患（如脑瘤、脑炎、脑震荡、脑出血以及各种脑膜炎等）都可引起头痛，但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。

常见病因及诊断

在发生头痛时，尚有其他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他特异表现，头痛仅为伴随的症状。在病因不十分显著的病例，诊断过程中就要全面检查，密切注视病情的变化。关于头痛的鉴别诊断列表如下：

病 因	诊 断 要 点
脑部疾病 (中风、脑 炎、脑肿瘤、 脑外伤等)	1. 持续性剧烈头痛 2. 常伴有恶心，喷射性呕吐，肢体瘫痪，意识障碍等 3. 可出现脑膜刺激征
某些全身 性疾病（如 发热疾患， 高血压，贫 血，尿毒症 等）	1. 发热时头痛可能与感染有关，常集中在前额，后枕部或弥漫于头全部，痛的性质是搏动性的 2. 高血压头痛与血压高度不一定成比例，有持续性紧张感，有搏动或胀样痛，常位于前额，后枕或前头部。摇头，用力时加剧，同时常有头晕症状 3. 贫血性头痛验红细胞或血红蛋白可发现贫血。并伴有面色苍白、困倦、乏力、活动后心跳气短 4. 尿毒症时的头痛，多为弥散性钝痛，于早晨加剧，并常带有呕吐

(续)

病 因	診 断 要 点
五官科疾病 (如屈光不正、中耳炎、鼻炎、副鼻窦及龋齿等)	1. 屈光不正所致头痛常在下午或晚上发生, 尤其是在阅读之后 2. 中耳炎时头痛常见于偏头痛, 或限于其附近, 常可见外耳道流脓及鼓膜穿孔 3. 鼻炎头痛常见于前额痛 4. 副鼻窦炎头痛也常见于前额痛, 在清晨较剧 5. 龋齿引起头痛, 则发生在同侧
偏 头 痛	1. 本病与脑部血管舒缩运动功能障碍有关, 多见于女性 2. 表现为间歇性发作的一侧头部搏动性疼痛, 历时几分钟至几天, 剧痛时往往伴有恶心、呕吐
神经性头痛	1. 往往与精神因素有关 2. 头痛部位不定, 常扩及颈后肌肉, 甚至达脊背。有时痛的部位不明确。无阳性体征 3. 常伴有失眠、多梦、注意力不集中、健忘、心悸等

治 疗

一、对症治疗:

1. 针灸:

(1) 全头痛: 主穴为百会、头维、风池、

合谷。劳累后加重，呈间歇性痛，颈部较剧，怠倦气短者加刺足三里；眉棱骨处痛重，午后较剧，伴心悸、眩晕、恶心者，加刺三阴交。

(2) 前头痛：主穴为攒竹、太阳。可加刺合谷、内庭。

(3) 头顶痛：主穴为百会、太冲。可加刺上星、风府。

(4) 后头痛：主穴为大杼、天柱、后溪。可加刺风池、列缺。

(5) 偏头痛：主穴为风池、头维、列缺。可加刺太阳、丝竹空、足临泣。

2. 镇痛药与镇静药：分别或合并应用。常用的镇痛药如非那西丁、复方阿司匹林等。常用的镇静药如苯巴比妥、利眠宁、眠尔通、溴剂等。索密痛、优散痛等成药即为上述两类药物的组合。

3. 中药：白芷三钱、蔓荆子四钱、赤芍四钱、川芎三钱、决明子五钱、藁本三钱，煎服。

二、病因治疗：

1. 脑部疾病：缓解症状可应用50%葡萄糖静脉注射，也可用山梨醇或甘露醇静脉注射

(1.0克/公斤/次)，以降低颅内压力。并针对病因治疗。

2. 治疗五官科及某些全身性疾患(如发热，高血压等)。

3. 偏头痛：平时可用针灸治疗或服用苯巴比妥(0.03克，日三次)或苯妥英钠(0.1克，日三次)。发作时除服用镇痛药、镇静药外，可合并使用抗组织胺药物(如苯海拉明25毫克，日三次)，也可用布紧裹头部以减轻发作。

4. 神经性头痛：要以对同志对人民的极端的热忱的精神，急病人之急，痛病人之痛，安慰病人，树立起战胜疾病的信心，寻找发病原因，解除病人的一切顾虑。

小 儿 惊 厥

惊厥(抽风)是中枢神经系统失常的表现，最多见于乳幼儿。引起惊厥的疾病很多，除神经系统本身的疾病外，其他系统感染所致的中毒性脑病、营养及代谢紊乱等都可能引起惊厥。

发生惊厥时，患儿常失去知觉，面部及四肢肌肉痉挛，眼球固定或上转，口吐泡沫，呼吸微弱，

节律不整，口唇发绀。少数患儿可有大小便失禁。

常见病因及诊断

一、引起惊厥的疾病可分两大类：

1. 因发热引起惊厥的如下：

(1) 呼吸系统疾病及传染病：如上呼吸道感染、中耳炎、肺炎、麻疹、败血症等。

(2) 消化系统疾病及传染病：如中毒性消化不良、细菌性痢疾等。

(3) 中枢神经系统疾病：病毒性脑炎，化脓性及结核性脑膜炎等。

2. 不发热性惊厥：常见于颅内出血、癫痫、尿毒症、缺氧、低血糖等。

二、注意患儿年龄和惊厥发作史，观察有无发热等伴随症状。如疑为传染病者，应注意季节和流行病史。尽快作出病因诊断，及时针对病因进行治疗。

治 疗

一、对症治疗：

1. 一般处理：保持安静，注意呼吸道通畅。应将病儿颈部衣服松开，头部偏于一侧以便分泌

物流出。必要时给氧。如病儿四肢发冷，应给予保暖。高热时采用物理降温，如在前额或枕部作冷敷，或用25—50%酒精擦浴。

2. 针灸治疗：效果很好。主穴为中冲（出血）、合谷、太冲、人中、印堂。牙关紧闭可加刺承浆、下关；高热加刺曲池、大椎。

3. 药物治疗：正当发作时应一次给予足量以控制发作，继用维持量以防再发。可选用下列药物中的一种，无效时再换药或联合应用。

（1）苯巴比妥钠，8—10毫克/公斤/次，皮下或肌肉注射。

（2）水合氯醛，30—50毫克/公斤/次，口服或溶于8—15毫升水内作保留灌肠。此药可与上药同用。

（3）氯丙嗪，1—2毫克/公斤/次，肌肉注射，必要时可用此量加入50%葡萄糖溶液10毫升内行静脉注射，以加强疗效。

二、病因治疗：查明病因以后，及时采取相应的疗法。

昏 迷

昏迷是指机体高级神经系统受到严重抑制的现象，意识丧失，对外界刺激反应性明显减退或消失，深度昏迷时对各种刺激均无反应，只有呼吸和心跳尚存在；较浅的昏迷，患者的反射仍然存在。昏迷是一种严重的症状，表示病情严重，需要急救处理。

常见病因及诊断

引起昏迷的疾病很多，比较常见的是颅脑外伤、脑血管病、严重感染（如脑炎、脑膜炎、中毒型痢疾、肺炎等）、代谢障碍（如尿毒症、肝昏迷等）、急性中毒及中暑等。现将昏迷病因和临床表现特点列表如下：

	病 因	临 床 表 现 特 点
脑 部 疾 病	脑外伤 (包括脑震荡, 脑挫伤及脑受压)	有明确外伤史, 立即昏迷
	中 风	1. 多见于年老, 高血压病人 2. 发病急骤, 突然昏迷, 肢体瘫痪, 颜面充血, 鼾声呼吸
	流行性脑脊髓膜炎、脑炎	1. 流行病史 2. 伴有剧烈头痛, 喷射性呕吐 3. 脑膜刺激征阳性。如为流脑可出现皮肤出血点
	癫 癇	1. 有明确病史及反复发作史 2. 突然昏倒, 四肢抽搐, 口吐白沫
脑 部 以 外 感 染	中毒性肺炎	1. 突然高热、咳嗽、胸痛、铁锈色痰、休克 2. 脑膜刺激征不显 3. 肺部有阳性体征
	中毒性痢疾	1. 腹痛、脓血便、休克 2. 突然高热, 嗜睡、谵妄、面色不好、出现惊厥
	败血症	1. 可有原发性病灶 2. 可出现皮肤出血点。休克

(续)

	病 因	临 床 表 现 特 点
代 謝 障 碍	肝昏迷	1.有肝病史 2.由肝硬变所致者有肝病面容、腹水、浮肿及蜘蛛痣；由肝炎所致者常有明显黄疸；常带有肝臭味
	尿毒症	1.有肾脏病史 2.检查有浮肿、高血压、呼吸带尿味
其 他	有机砷农药中毒	1.有在喷洒中未按操作规程被吸入，污染皮肤或口服农药史 2.伴有流涎、多汗、瞳孔缩小
	一氧化碳中毒	1.多见于冬季烧煤取暖时，有煤气中毒史 2.口唇樱红色、呼吸困难，肌张力可增加
	中 暑	1.在高温场合下发生 2.发病急骤，皮肤灼热而无汗

治 疗

一、对症治疗

1. 细心护理：

(1) 绝对静卧，松解衣襟，避免损伤（跌落床下，四肢扭伤）。

(2) 注意保暖，高热病人要及早降温。

(3) 禁食，但可鼻饲流质，或静脉注射50%葡萄糖液，以维持营养。

2. 注意呼吸道通畅，除去假牙，防止舌坠或痰堵。

3. 密切注意患者的意识、呼吸、脉搏、血压、瞳孔大小与对光反射、昏迷程度。

4. 针刺人中、十宣和少商等。

5. 呼吸循环衰竭时可使用中枢兴奋剂，如尼可刹米、山梗菜碱，咖啡因等。

二、病因治疗：尽快找出病因，进行病因治疗。

1. 如因中风昏迷者，若有明显高血压，立即肌肉注射利血平1毫克，必要时3小时后可重复使用。高渗（50%）葡萄糖液静脉注射，也可应用山梨醇，或甘露醇静脉注射（1克/公斤/次）。

2. 如因癫痫昏迷者，立即肌肉注射苯巴比妥钠0.1克，必要时1小时后重复使用。平时可服用苯妥英钠0.1克，日三次，以防复发。

3. 如因一氧化碳中毒引起昏迷者：把病人移

置空气通畅的地方。必要时可应用中枢兴奋剂。

4. 其他病因所致昏迷的治疗，见有关疾病。

咯 血

咯血系指肺或支气管出血而言。咯血量可多可少，血常为鲜红色，泡沫样。

常见病因及诊断

一、最常见的病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亦可引起咯血。心脏病中以二尖瓣狭窄常可引起咯血。

二、诊断时应注意以下几点：

1. 检查口腔、鼻咽、牙龈等处有无出血迹象，以除外这些部位的出血。

2. 遇有大咯血病人，应迅速进行抢救。如未能确定原因，可初步鉴别出血由于呼吸系的疾病或由于心脏病引起，待血止后再详查病因。

3. 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。支气管扩张多有反复发热、咳嗽、吐大量脓痰史。肺脓肿先有高热，继之吐大量脓性臭痰，大量咯血多在开始咯脓痰之后。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。二尖瓣狭窄在心尖部可听到舒张期隆隆样杂音。

治 疗

一、患者应绝对静卧，就地治疗，尽可能不长途运送。安慰病人，消除其紧张情绪。心脏病的咯血以治疗心力衰竭为主，并加用镇静止咳药物。

二、止血药物：脑垂体后叶素有比较肯定的止血效果，在大出血时可考虑使用。将5—10单位的脑垂体后叶素溶于25%葡萄糖40毫升内，缓慢（约15分钟）静脉注射，注射时病人可有恶心、呕吐或排便感，反应不重者可继续注完；必要时4小时后可重复注射。或将垂体后叶素10单位溶于5%葡萄糖500毫升中静脉滴注。高血压、心力衰竭、孕妇禁用。

肌注维生素K、安络血或仙鹤草素等也有止血作用。

三、针刺尺泽、鱼际、膈俞、行间或加刺巨骨、膻中。中药煅花蕊石五钱、三七一钱、白芨二两，共研细面，每次冲服1—2钱。均有止血

效果，可配合使用。

四、窒息抢救：头低足高位，侧卧，可轻轻拍击背部，使血液由气管咳出，并清除口中血块。必要时应采用口对口呼吸，气管切开等急救措施。

五、休克的治疗参阅“急性循环衰竭(休克)”。

呕 血

呕血是上消化道（食道、胃、十二指肠）出血的症状。呕血的性质主要取决于出血量及血液在胃内滞留时间的长短，如出血量大、在胃内滞留时间短，则为鲜血；反之，经胃酸作用后，呈面酱样或黑色。呕血病人大多有黑便。

常见病因及诊断

一、比较常见的呕血是溃疡病及肝硬变所引起的食管或胃底静脉曲张破裂。其他如胃肠道的恶性肿瘤等亦可引起呕血。

二、诊断：

1. 应排除鼻腔或口腔的出血，这些部位的出血嚥下后也可造成黑便。服用硫酸低铁、活性炭以及中药等可使大便颜色变黑，也应注意除外。

2. 呕血与咯血鉴别（见下表）

呕血与咯血的鉴别

呕 血	咯 血
1. 呕出，呕前有恶心和上腹部不适 2. 暗红色或棕色，无泡沫 3. 常混有食物 4. 呈酸性反应 5. 无血痰 6. 粪便黑色，呈柏油样 7. 有胃病或肝硬变病征	咳出，咳前有喉部发痒 色鲜红、泡沫状 常混有痰液 呈碱性反应 咯血后，继有痰中带血 粪便无血 有肺病或心脏病征

3. 出血原因的判断：有典型症状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。如发现蜘蛛痣、肝大变硬、或能触及脾脏，则支持肝硬变的诊断。溃疡病多以便血为主，食道静脉曲张破裂多为呕血。胃癌患者以40—60岁的男性较多，初期常有食欲不振、上腹不适等，有明显出血时多已伴有进行性消瘦、苍白、衰弱，甚至上腹部出现肿块，左锁骨上淋巴结或左腋窝淋巴结肿大及腹水。

4. 估计出血的程度主要根据临床表现、呕血和便血的量、脉搏增快及血压下降的程度，其中

以脉搏、血压的情况最有意义。出血严重者可发生休克。

治 疗

一、一般处理

1. 绝对静卧休息，必要时给镇静剂。
2. 密切观察脉搏、血压，并估计出血量。
3. 有呕吐者宜禁食，如无恶心、呕吐时可给少量流食。食道静脉破裂出血者，须绝对禁食，由静脉补充营养与液体，至止血后48小时方可进流食。

二、止血药

1. 可肌注维生素K、安络血或仙鹤草素等。
2. 脑垂体后叶素有降低门脉压力的作用，故常用于肝硬变时的出血，用10—20单位加25%葡萄糖40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。

3. 中药：灶心土二两、生地一两、炒白术三钱、黄芩三钱、十灰丸五钱，煎服，适用于黑便。

三、输血：如脉搏达110次/分以上、收缩压

低于100毫米汞柱时，即应考虑输血。

四、休克治疗参阅“急性循环衰竭(休克)”。

五、食道静脉曲张所致的出血，可用三腔管进行胃底与食道气囊填塞术以止血。(见图17)

六、如经上述治疗无效，应考虑紧急外科手术。

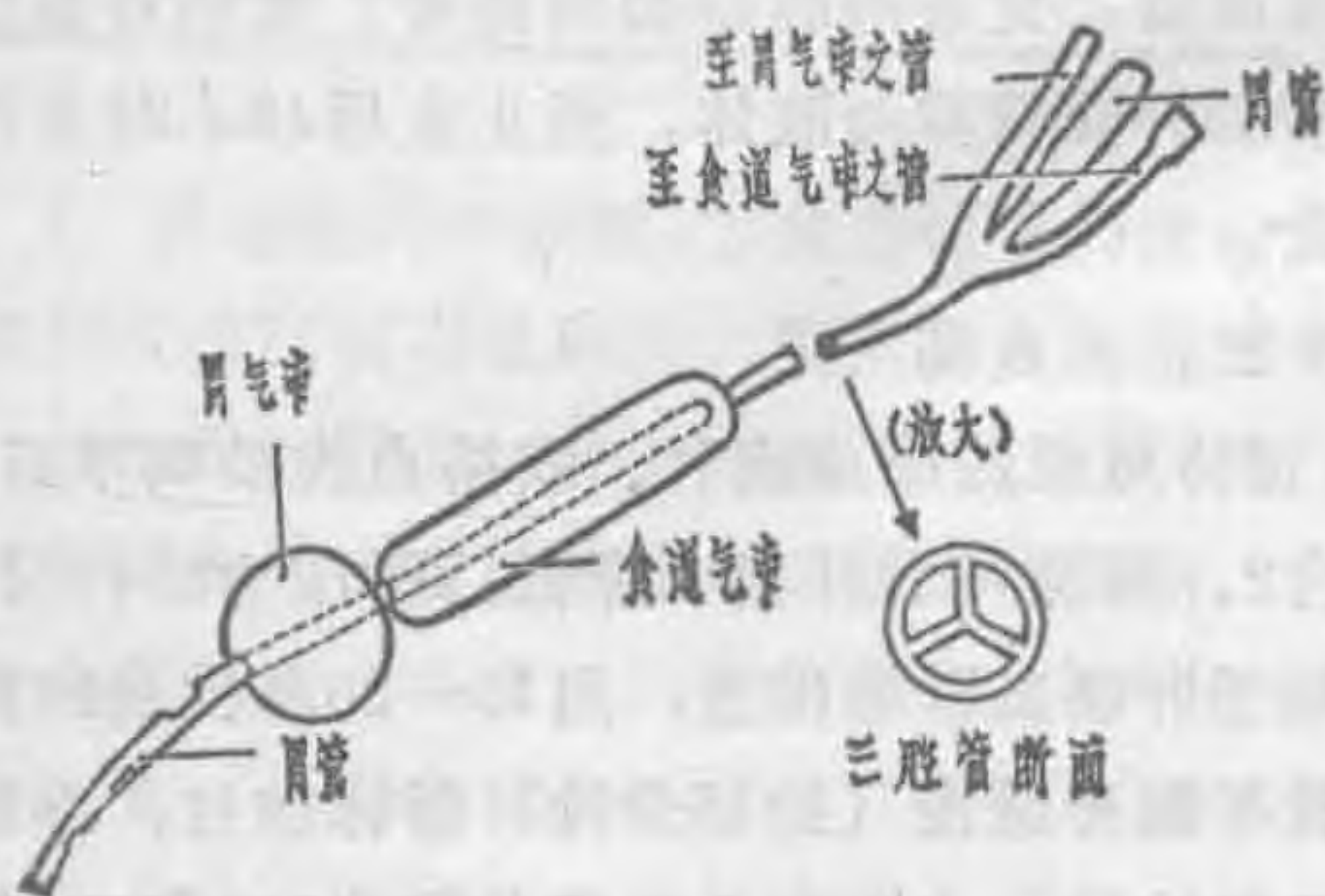


图17 双气囊三腔管的构造

便 血

血液自肛门排出，称为便血。血色鲜红或暗

红，量多少不一。便血主要是下消化道出血的症状。

常见病因及诊断

一、常见的病因为肛裂、痔疮、痢疾和癌瘤等。

二、诊断：

1. 肛裂在排便时和排便后肛门剧烈疼痛，伴有小量出血。血附于粪便表面。多为单发。好发于肛门后上方，陈旧性肛裂在裂外端常有一突出物。

2. 痔分内、外痔。外痔平时无自觉症状，但当痔外静脉破裂，皮下有血块形成时，可有持续性肛门疼痛，排便时加剧，肛外可见青紫色的鼓包，表面皮肤可有水肿，触痛极明显。内痔的主要症状是出血，色鲜红，附在粪便上，不与大便混合，平时不痛，当静脉感染或有血栓形成时可引起肛门疼痛；内痔脱出时疼痛加剧。

3. 痢疾患者粪便中除混有血外，还混有粘液或脓液，且伴有大便次数增多，下坠，腹痛或发热。

4. 直肠或结肠癌、息肉的粪便常混有血和粘液。结肠癌在腹部常可查见肿块；直肠癌与息肉可经肛诊检查发现。

治 疗

针对病因进行治疗（参阅各有关疾病内容）。

黄 疸

黄疸是由于血液中的胆红素浓度增高，而引起巩膜、粘膜和皮肤发黄。

常见病因及诊断

一、儿童与年青人的黄疸多由传染性肝炎引起，老年人持续不退的黄疸则多为肝癌、胰头癌等恶性肿瘤所致。胆石症、胆囊炎、肝硬变和新生儿黄疸也是引起黄疸的常见原因。

二、诊断：

1. 黄疸有无的确定：轻度黄疸仅见于巩膜，宜在自然光线下检查，应与睑裂斑鉴别，后者发生于睑裂内侧或外侧的球结膜，稍隆起，而黄疸则系均匀分布。在大量吃胡萝卜或服阿的平后，皮肤也可发黄但巩膜不黄，不要误诊。

2. 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，黄疸的程度及动态变化等，常为鉴别诊断的重要依据。

(1) 传染性肝炎多见于儿童与青年，常有腹胀与食欲不振，多无腹痛或仅有轻度右上腹痛，发热一般不高，肝肿大伴有触痛，脾脏亦可肿大，黄疸轻重不一，多持续2—6周后消退。

(2) 门脉性肝硬化变常至晚期出现轻度黄疸，此时其它临床表现已明显，诊断多无困难。

(3) 肝癌、胰头癌等恶性肿瘤多发生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。肝癌有肝进行性肿大、坚硬、呈结节状。

(4) 急性胆囊炎多见于成人，有高热及右上腹痛，疼痛呈持续性，多逐渐加剧，并有触疼及肌紧张，以胆囊所在处最明显。胆石症则突然发生急剧的右上腹痛，呈阵发性绞痛；亦可因合并胆管炎而寒战、高热。

(5) 新生儿出现的黄疸，绝大多数属生理性，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。如黄疸持续不退或出现较晚（一周后），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，则应考虑有胆道堵塞的可能（如先天性胆道闭锁、胆道为粘液所阻塞等）。

治 疗

针对病因进行治疗（参阅各有关疾病内容）。

水 肿

当组织间隙有过多的液体潴留时，称为水肿或浮肿。水肿可分全身性和局部性，但以全身性水肿多见。

常见病因及诊断

一、全身性水肿

1. 心脏性水肿：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，伴有劳动后气短心跳，心脏检查有器质性心脏病的表现（参阅各有关疾病内容）及心力衰竭的体征如肺底湿性啰音、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。肾病综合症常有全身极度水肿，尤以面部更显著，常有明显腹水。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、管型及红、白细胞。

3. 营养不良性水肿：有长期营养缺乏史，尤其是食物缺乏蛋白质，或蛋白质吸收障碍（慢性肠道疾病）。水肿发生较慢，可有多尿、徐脉、肌肉萎缩。

4. 其他如肝脏病，严重贫血，亦可发生全身水肿。

5. 内分泌障碍：有的妇女在经期前亦可出现水肿，经期后水肿消退；更年期妇女亦常有水肿。诊断时应先除外其他原因水肿。

6. 老年人由于血管通透性的改变，下肢也可见轻度水肿。诊断时也应除外其他原因水肿。

二、局限性水肿：多因局部血管、淋巴管阻塞或过敏引起。

常见水肿鉴别诊断表

水肿性质	心脏性水肿	肾性水肿	肝性水肿	营养不良性水肿
水肿部位	先出现踝部，然后逐渐上延	先出现于眼睑，然后遍及全身	见于下肢，多伴有腹水	先见于下肢，然后遍及全身
皮肤	可能有发紺	苍 白	可有黄疸和蜘蛛痣	粗糙苍白，干燥，有鳞屑
心脏	扩大，有收缩期和舒张期杂音	多半正常	正 常	心尖处和肺动脉瓣可能有收缩期杂音（机能性）
肝脏	肿 大	不肿大	肝脏缩小，脾脏肿大	正常或稍肿大
呼吸	困 难	正 常	正 常	正 常
尿检查	可有少量蛋白、白细胞和管型	有蛋白、红、白细胞和管型	正 常	正 常

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，消退亦快，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。

3. 植物性日光性皮炎：某些有过敏体质的人吃灰菜、苋菜、刺儿菜、榆叶后，经日光照射，外露部位的皮肤，迅速发生明显浮肿，可有疼、痒、胀感。根据病史，不难诊断。

治 疗

一、针对病因进行治疗（参阅各有关疾病内容）。

二、对与过敏有关的水肿，应除去过敏原，并应用苯海拉明等抗组织胺药物。

三、全身性水肿较明显的病人，应进低盐饮食，并服用利尿剂。

皮 疹

皮疹是皮肤组织的一种病变，常见的皮疹有斑疹、丘疹、斑丘疹、水疱疹，脓疱疹和出血性皮疹等。

常 见 皮 疹 鉴

病 名	年 龄	皮疹初发部位 和 蔓 延	皮疹的类型和 演变过程
麻 疹	6 月~ 5 岁为 多	自耳后, 頸部 开始→面部→軀 干→四肢。3~ 5 天出齐	斑疹→斑丘疹→晚 期則融合成片→細微 脫屑→棕色痕迹 (历 3~4 周之久) 糠皮 样皮疹自上而下順序 消退
风 疹	1~5 岁多見	自面部开始→ 軀干→四肢。第 一天即出齐	斑疹→斑丘疹, 皮 疹于 2—4 日消退, 无脫屑或棕色痕迹
幼儿急疹 (嬰兒紅 疹)	6 月~ 2 岁多 見	自頸部和軀干 开始→腰部, 臀 部。一日內出齐	玫瑰斑疹或斑丘 疹, 1~2 日內退 尽, 无脫屑不留色素
猩紅热	2~8 岁多見	自頸部, 胸部 和腋下开始→軀 干→上肢→下 肢。数小时內出 齐	淡紅色針尖大小之 斑疹→弥漫性鮮紅色 斑丘疹, 皮疹之間皮 肤亦为鮮紅色, 压之 退色→可有大片脫皮 或細微脫屑。

別 診 断 表

皮疹和发热关系	传染病的接触史	其 他
皮疹出現前即发热，皮疹旺盛时热度最高，皮疹消退則热退	有麻疹接触史	口腔粘膜有費一科氏斑，有明显感冒症状，常并发支气管肺炎、喉炎等
热度不高，1~2日即退	有风疹接触史	耳后和枕部淋巴結常肿大，口腔粘膜无費一科氏斑，感冒症状轻，并发症少
发热3~5天后出現皮疹，皮疹出現后热退	不易获得	一般状况良好，无并发症
出疹前即发热，出疹期热更高，皮疹出齐后热渐退	有猩紅热接触史，有时不易获得	咽部明显充血，扁桃腺可見渗出物，有楊梅舌*，唇四周可見蒼白圈，不经治疗可并发脓毒血症

* 楊梅舌：舌乳头增大，呈酱紅色。

常 见 皮 疹 鉴

病 名	年 龄	皮疹初发部位 和 蔓 延	皮疹的类型和 演变过程
水 痘	2 ~ 6 岁多見	自躯干开始→ 头→面→四肢	丘疹→水疱疹→变 干→結痂→痂盖脫 落，不留疤痕，各型 皮疹同时存在，分批 出現
药物疹	任何年 龄	无特殊	各种皮疹，自紅斑， 丘疹，疱疹以至坏死 和潰瘍均可发生
脓疱疮	2 ~ 8 岁多見	好发于顏面， 手足等暴露部位	脓疱破裂后露出糜 烂面，有浆液性或化 脓性分泌物，干燥后 結成蜜黄色或黄灰色 痂
婴儿湿疹	1 ~ 3 岁	多局限于面 部，但亦可泛发 全身	皮疹多为对称性， 呈弥漫性发紅、水肿、 糜烂、渗液、結痂， 症状时轻时重，反复 发作

別 診 断 表

(续)

皮疹和发热关系	传染病的 接 触 史	其 他
发热和皮疹同时 发生或发热一日后 見皮疹, 历时 1~ 5 日退热, 或不发 热	有水痘接 触史	一般状况良好, 并发 症少
可有发热, 热度 高低不等, 发热和 皮疹同时发生或稍 早发生	有服药史	可伴有中毒性肝炎或 肾脏病, 也可引起严重 的血液变化如白細胞减 少和血小板减少等反应
一般不发热	有脓疱疮 接触史	一般情况良好
一般不发热	无	局部可发生继发感染

常见病因及诊断

皮疹多由传染病、药物反应、皮肤过敏和化脓感染引起，常见皮疹与鉴别诊断见上表。

治 疗：针对皮疹发生原因进行治疗（参阅各常见皮疹疾病）。

急性腹痛

腹痛是一个临床上常见的症状，可以由腹内脏器的器质性或机能性病变所引起，也可产生于腹外器官的器质性病变。

常见病因及诊断

一、常见病因

胃、十二指肠溃疡穿孔，肠梗阻、急性胰腺炎、急性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、输尿管结石、急性阑尾炎、子宫外孕破裂、卵巢囊肿蒂扭转等都可引起急性腹痛。

二、诊断（见表）

1. 病史

（1）起病缓急：了解腹痛发生的缓急，对疾病的诊断，很有帮助。

（2）腹痛的部位：由于很多的腹痛疾患，

其疼痛均反射至腹中线，所以，起病初期，单凭腹痛的部位常不能确定是何种器官的疾病，但在以后的病情演变中，腹痛的部位对诊断也即有价值，因此时的疼痛一般是在病变脏器所处的位置。

如胃部的疾患常是上腹部疼痛；急性胃肠炎常是全腹痛；胆囊炎、胆石症和肝脏疾患常是右上腹疼痛。右下腹（尤其麦氏点）疼痛时，应首先考虑阑尾炎，其次肠结核或阿米巴结肠炎。左下腹疼痛，应考虑细菌性痢疾或结肠癌。肠蛔虫症、小肠炎、结核性腹膜炎和肠梗阻，常发生脐部疼痛。女性生殖器疾患的腹痛多半开始于下腹部的一侧或双侧。

疼痛可以向其他部位放射，如胆囊炎和胆石症的牵涉性疼痛常放射到右肩胛区或右肩。

（3）腹疼的性质：具有蠕动的腔性器官如胃肠道，其疼痛多为阵发性，起伏甚大，有时甚至完全不痛。这些器官的炎症性疼痛则为持续性，轻重有时有变化。

腹疼可有隐痛、胀痛、刺痛、灼痛或绞痛。如绞痛常发生于胆道或泌尿道结石。

(4) 腹痛前后情况和有关的症状：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。

(5) 年龄和性别：幼年患者的腹痛常见于肠蛔虫症、肠套迭和绞窄性疝。青壮年以胃、十二指肠溃疡病，阑尾炎和结核性腹膜炎为多。中年以胆囊炎、胆石症、胃肠道癌、心绞痛和心肌梗死等较为常见。女性患者腹痛的鉴别包括急性输卵管炎、子宫外孕破裂和卵巢囊肿蒂扭转等。

2. 体格检查

检查腹部有无腹胀、胃肠型蠕动波、肠鸣音；压痛、反跳痛、肌紧张；肝浊音界、移动性浊音等。

3. 实验室检查

腹内脏器炎症或穿孔时，白细胞增高。泌尿道结石时，小便可发现红细胞。泌尿系炎症时，尿中有大量脓球。如有移动性浊音时可作腹腔穿刺，检查腹腔积液的性质。

治 疗

一般作出诊断后,按各病进行治疗;对一时不能确诊的病例,可先用下述方法治疗进行观察,然后再根据新出现的症状与体征的演变,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,亦禁用吗啡类止痛剂。

二、如有休克应立即进行抗休克治疗。纠正水、电解质平衡紊乱及酸硷失调。

三、病情较轻者可进食;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。

四、具有感染表现,如体温及白细胞升高时给抗菌素。配合其他对症治疗。

五、腹痛发作时可试给阿托品、莨菪硷或颠茄等解痉药,也可酌给少量镇静剂。针灸对症治疗,可刺内关、足三里、公孙。

六、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,需紧急手术探查。如在诊治过程中,腹痛症状不缓解,并出现体温升高、脉快弱、血压有下降趋势,或造成休克时,如诊断不明确,应考虑手术探查。

常见急腹症的几个主要鉴别诊断表

病名	腹痛特点	腹部体征	既往史	体温	其他
胃 肠 溃 疡 病 穿 孔	起病急，疼痛开始在上腹中部，迅速扩展至全腹。持续性刀割样疼痛	腹式呼吸减弱甚至消失，腹壁呈板样强直，满腹触痛及反跳痛，肠鸣消失，肝浊音可消失，常出现休克	有溃疡病史	后期升高	白细胞增加，X线可见膈下游离气体
急 性 胰 腺 炎	起病较急，疼痛开始于上腹部，数小时后可扩展至全腹。持续性疼痛。可放射到左腰部。常有恶心、呕吐	无肌肉痉挛，有深触痛，后期可有腹膜刺激征（触疼、反跳痛、肌紧张等）。常出现休克	可有胆道疾病史，起病前可能有暴食	后期升高	白细胞增加。血清胰淀粉酶活性增加

急性胆囊炎 胆石症	起病可緩可急，疼痛开始在上腹中部或右上腹。陣发性絞痛，可放射到右肩胛区。常伴有恶心呕吐	右上腹和上腹中部有肌紧张及触痛，有时可捫到肿大的胆囊	可有消化不良及同样发作史	可有升高（胆石症时多数正常）	白細胞增加（胆石症可正常，X线下可見結石）
胆道蛔虫症	起病急，疼痛开始于上腹或右腹，可放射到右下胸、右背部。陣发性絞痛。可伴有呕吐，疼痛間歇期可无任何症状	腹肌紧张常不显著，但上腹中部和右上腹常有明显触痛	有腹痛或排虫史	一般无发热	小儿多患

常见急腹症的几个主要鉴别诊断表 (续)

病名	腹痛特点	腹部体征	既往史	体温	其他
输尿管结石	起病突然，疼痛多在腰部，常放射到同侧腹股沟部，外生殖器及大腿内侧，阵发性绞痛	可能有肌紧张，有深触痛，触痛点多不固定，肠鸣音往往增加	可有同样发作甚或有尿石史	多数正常	
急性阑尾炎	起病较急，疼痛开始多在脐周围或上腹中部，数小时后转到右下腹。持续性疼痛，可伴有恶心呕吐	右下腹有肌紧张及触痛		开始正常，以后渐高	白细胞中度增加

宫外孕破裂	起病急，疼痛先在下腹一侧，后扩展到全腹，持续性疼痛，可放射到右肩	可有肌紧张，触痛点较低，有移动性浊音。常伴有休克。 妇科检查：阴道流血，子宫稍大，一侧穹窿有肿块，触疼。	有停经史	多数 正常	后穹窿穿刺有血
卵巢囊肿蒂扭转	起病突然，疼痛在一侧下腹，持续性绞痛	腹肌紧张，可触及肿物，有触痛 妇科检查：一侧穹窿有圆形肿块可触及，有触痛		多数 正常	

常见急腹症的几个主要鉴别诊断表 (续)

病名	腹痛特点	腹部体征	既往史	体温	其他
肠梗阻	腹疼为阵发性疼痛, 痛时伴有恶心呕吐, 无排便排气	疼时腹肌紧张, 腹壁可见肠型及蠕动波, 听诊肠鸣音亢进, 发作后腹软, 压疼不固定	有腹腔感染, 或腹部手术史	早期正常晚期升高	
急性腹膜炎	腹疼为持续性, 其范围随炎症扩散程度而异, 伴有恶心呕吐	腹式呼吸受限, 有明显压疼、反跳疼、肌紧张、肠鸣音消失	常有阑尾炎、溃疡病、肠梗阻等病史或外伤史	体温上升	白细胞增加

最高指示

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党员都要学习他。

《纪念白求恩》（一九三九年十二月二十一日）

附录二 外科基本知识

我们学习外科基本知识的目的，在战时是为了抢救在反侵略战争中的伤病员，在平时是为了救治在社会主义建设中受伤的和患有外科疾病的工农兵阶级兄弟。因此我们要带着无产阶级感情学，要以对毛主席的无限忠诚，学习白求恩同志毫不利己专门利人，和对技术精益求精的精神，为社会主义建设，为人类的解放事业，掌握好外科基本知识。

一、抗菌术与无菌术

无菌原则是保证手术成功减轻病员痛苦及经济负担的重要条件之一。侵入手术区的各种细菌主要来源于以下几个方面：

1. 空气中的灰尘和飞沫（说话、咳嗽）。
2. 接触手术区的器械、布类；手术者的手及患者手术区皮肤等的灭菌不够完善。
3. 患者体内潜在的感染病灶，如长有疖子等。

手术室的设置

要因地制宜，亦可设于病人家中。房间大小不拘。室内光线要充足，白天尽量利用自然光线，夜间如无电灯设备可用汽灯或手电照明。窗户需裱糊好。手术台及器械桌上方的房顶可用塑料布或布料悬吊，以防灰尘落于手术区。

地面保持湿润，可用5%漂白粉液或其他消毒液喷洒。取暖可用火炕、火炉（最好置于外屋，将烟筒接到室内），或用炭盆取暖，但要注意煤气中毒。

手术室内空气消毒

1. 漂白粉液喷洒：可用5%漂白粉液喷洒地面，密闭一小时。

2. 艾叶熏：将艾叶凉干后点燃熏屋。

3. 甲醛熏：术前一日按每立方米用40%甲醛4—8毫升计算，使之蒸发，进行灭菌。

室内可悬挂蘸有敌敌畏的布条以灭蚊蝇。

手术室用水

将普通水如河水、井水、雪水用明矾沉淀后，放少量漂白粉使之含0.4%毫克左右的余氯（能嗅到轻度氯气味；或加少许碘化钾及1%淀粉，若水呈淡兰色即说明有足量余氯）或煮沸使用。

室内用具应因地制宜，以实用、简便、易得为原则，如手术台可用门板等代替。术后应将室内打扫干净，如室内有污染，应立即进行消毒。

手术器械及布类用品，既要保持无菌，又要注意节约。小手术可不用手术衣，不带手套，可用泡沫塑料代替纱布擦血。布类均应洗涤后消毒再用。

器械和物品的灭菌法

1. 煮沸灭菌法：将手术器械（不包括刀、剪

等銳器) 放于鍋內煮沸25—30分鐘。玻璃器皿宜用冷水加熱煮沸。器械必須放于水面以下。加蓋煮沸。

2. 蒸氣滅菌法:

(1) 高壓蒸氣: 將器械包好(不宜包得太緊), 放于小型高壓蒸鍋內, 達15—20磅壓力歷時15—20分鐘即可應用。絲綫易斷, 不蒸為宜。橡皮類如手套等蒸10分鐘即可。

(2) 用籠屉蒸: 此法簡單實用。將物品包好置于籠屉內加熱, 火要旺, 待煮沸後30分鐘—1小時, 打開鍋蓋, 取出物品即能使用。

在消毒時為了觀察滅菌是否完全, 可將明礬研末, 裝于密封玻璃管內, 置于物品之中, 如明礬變為乳白色半透明液體, 說明消毒完善。否則應繼續蒸氣滅菌。

3. 火燒法: 急用個別器械可用95%酒精点燃消毒。

4. 化學滅菌法: 急用, 或銳器如刀、剪、綫等可用此法。但滅菌前需擦淨油脂。藥液每周換1—2次。

- | | |
|------------------------|----------------|
| (1) 0.1—0.2%新洁尔灭液 | } 需浸泡半小
时以上 |
| (2) 75%酒精 | |
| (3) 0.1%升汞水 | |
| (4) 2.5—3%碘酊浸泡 3—5 分钟。 | |
| (5) 纯来苏尔液泡 1 小时。 | |

冲洗用的盐水可用 9 克精盐溶于 1000 毫升凉开水中，再煮沸 20 分钟后即可使用。

手术人员准备

1. 衣服需露前臂及手。
2. 戴口罩、帽子，剪短指甲。
3. 洗手：

(1) 用肥皂水刷手，每次 5 分钟，连刷二次。

(2) 用肥皂水刷手后，洗净肥皂，泡于 0.1% 新洁尔灭液内 5 分钟。

(3) 用 75% 酒精泡手 3—5 分钟。

(4) 紧急时可用 2.5—3% 碘酊擦手，再以酒精脱碘。

手术区准备

1. 术前用肥皂水清洗手术区，并剃去毛髮。

2. 先用 2.5—3% 碘酊自手术区中心向外涂擦，范围约距切口15厘米以外。待碘酊干后，再以75%酒精脱碘二次。

若为肛门、会阴部或其他粘膜部位，或对碘过敏者，可用0.1%新洁尔灭或2%红汞酊消毒。

消毒后再铺治疗巾及手术单。

手术进行中的无菌原则

1. 手术人员的手臂勿碰有菌区。
2. 非手术人员不能用手触摸无菌区。
3. 如有可疑污染，立即再行灭菌。

二、常用麻醉

麻醉是保证手术在无痛条件下操作的重要条件，为了减少病员的痛苦，一定要认真做好。

局麻：

浸润麻醉：常用0.5—1%普鲁卡因。先沿切口方向进行皮内注射，后视需要依次由皮下、筋膜、肌肉至骨膜表面或腹膜面。范围视需要而定。总量不超过2克。

注射时注意有无回血，以免注入血管内或刺破血管造成血肿。

适用于体表肿瘤切除、切开引流及阑尾、疝气等手术。

指（趾）神经阻滞麻醉：用2%普鲁卡因在指（趾）根部两侧直刺，达指骨后稍后退，即注药，每次约2—4毫升。

适用于指部化脓性感染。

脊椎麻醉（腰麻）：即将麻药注入蛛网膜下腔，以产生身体一部分的麻醉。适用于下腹部以下的手术。但有心血管功能代偿不全、中枢神经系统疾患、或贫血及休克者不宜应用。

（1）用药：一般用G.E.P.（G代表20%葡萄糖1毫升，E代表5%麻黄素1毫升，P代表1%潘托卡因1毫升，共3毫升）。或用灭菌普鲁卡因150毫克加脑脊液溶解成2.5—3毫升缓慢注射。

（2）方法：一般于三、四或四、五腰椎间局麻下穿刺。病人宜侧卧或坐位，弯腰。穿刺成功与否以脑脊液顺利滴出为度。成功后缓慢注射药液。

（3）注意事项：

①注意麻醉平面调节，以免太高，影响膈肌

活动，妨碍呼吸。

②比重大于脑脊液的麻药则头高位，以免麻醉平面过高。

表面麻醉：适用于口、眼、鼻等手术。一般用1%地卡因。

全麻：

(1) 乙醚开放点滴。

(2) 基础麻醉适用于8岁以下儿童，3个月以下患儿不用为佳，保持在睡眠状态下用局麻完成手术。

一般用2.5%硫喷妥钠溶液，按0.8毫升/公斤体重计算，第一次总量不超过0.5克，先用半量作深部肌肉注射。必要时可于30分钟后追用前量的 $\frac{1}{2}$ 或 $\frac{1}{3}$ 。

硫喷妥钠对呼吸有抑制作用，故有呼吸道疾患者禁用，用时必须小心使用。

此外，在有条件的地方，应大力开展针麻，此种麻醉既安全、又简单易行。

三、换药

换药的目的是为了清洁伤口，保护肉芽，促

进早日愈合，减少工农阶级兄弟的痛苦，使其早日参加社会主义建设。

操作：

(1) 先了解病情，准备相应的消毒敷料。

(2) 以75%酒精棉球清洁伤口周围，再以生理盐水棉球清洁伤口，并观察伤口情况，若有异物则取出异物，若引流不畅则扩大引流，若肉芽高出皮肤则剪平肉芽。然后选适当敷料覆盖，并行包扎。

药物选择：

(1) 凡士林纱布用于新鲜肉芽创面，有保护创面、引流及防腐作用。

制法：将纱布条剪好，加凡士林适量，消毒后应用。

(2) 3—5—10%盐水纱布适用于水肿肉芽创面。

制法：将纱布条剪好浸于3—5—10%盐水(3克、5克或10克食盐，加水100毫升)中，灭菌后应用。

(3) 优琐溶液用于化脓、坏死、腐烂伤口。

制法：将漂白粉12.5克研细，用凉开水调成糊状，再加硼酸12.5克，加凉开水至1000毫升，摇匀沉淀后取上清液。注意避光，冷存，应于一周内用完。

(4) 10%大蒜液，用于感染较重伤口。

四、常用小手术

清创缝合术：

(1) 先止血，周围皮肤用肥皂水刷洗干净，然后用生理盐水冲洗周围皮肤，后冲洗伤口。

(2) 伤口周围先用碘酒、酒精消毒后，再铺治疗巾。

(3) 局麻下检查伤口，取出异物，并切除坏死组织，将创缘切除1—2毫米。

(4) 如受伤时间不超过12小时，创面清洁者行一期缝合。时间虽长但创面清洁者，酌情缝合，如创面不洁可以凡士林纱布填塞包扎。

(5) 有条件者应给予破伤风抗毒素1500单位。必要时给消炎药。

(6) 5—6天拆线。

浅表肿瘤切除术：

消毒皮肤后在局麻下行梭形切口，切开皮肤后沿囊壁外剥离，可用组织钳夹住梭形皮肤作牵引，再用锐器切断周围结缔组织，取出肿物，冲洗伤口并缝合之。

注意事项：

(1) 小心剥离，避免剥破囊壁，如破后亦需将囊壁切净，以免再发。

(2) 如腔太大，置橡皮条引流，加压包扎。

(3) 5—7天拆线。

嵌顿包茎：是因包皮退缩至阴茎头上方未立即复原，包皮口环落在冠状沟内，阻塞循环而引起水肿，以致包皮不能复原而嵌顿，表现包皮水肿，坏死和出血。

治 疗：

可用手法复位：用手挤压包皮，使水肿减轻，然后两食指及中指夹住狭窄环，拇指压挤龟头，使其通过狭窄环而复位。

如手法复位失败，可于包皮背部纵行切开，解除狭窄环而使其复位，切口可不缝合，但需用1/5000高锰酸钾泡洗。

附录三 牙齿摘除术

牙齿摘除术虽然是不太复杂的常见手术，但是如果处理不当也会引起许多并发症，给病人增加痛苦。因此我们要牢记毛主席的伟大教导，在工作中要带着无产阶级感情，对每一个操作过程，都要像白求恩同志那样，对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱，全心全意地为广大贫下中农服务。

一、适应症与禁忌症：

牙齿的保留或摘除，直接影响病人的身体健康，因此我们要正确对待，严格地掌握其适应症与禁忌症。

适应症：

1. 牙冠因龋病破坏较大无法修复其功能者，例如残根。
2. 牙髓坏疽的多根牙，并发有根尖肉芽肿及慢性炎症不能治疗者。
3. 牙根暴露或松动妨碍咀嚼，并损害周围软组织，经治疗无效者。

4. 牙齿位置异常，如阻生牙、额外牙、错位牙，能引起疾病或对牙列功能有妨碍者。

5. 乳牙临近脱牙期，患有根尖感染或逾期不脱，阻碍恒牙正常萌出者。

禁忌症：

1. 口腔有急性炎症或传染病者，如口炎，咽喉炎，白喉等。

2. 全身疾患，如感冒，发烧，活动期肝炎，心血管疾患。

3. 妇女月经期及妊娠初期，应慎重处理。

二、局部麻醉术：

1. 浸润麻醉：将2%普鲁卡因注入组织内，以麻醉神经末梢枝，多适用于上颌牙齿摘除术。

方法：在摘除牙齿外侧粘膜移行皱襞处将针刺入粘膜内，先注射少许溶液形成一皮丘，然后向粘膜下继续注入麻醉溶液2—3毫升，再于牙内侧0.5厘米处牙龈内注射0.5毫升。

2. 传导麻醉：将2%普鲁卡因注入神经干附近，以阻断神经末梢传入的刺激使神经干所分布的区域内发生麻醉现象。多适用于下颌牙齿摘除

术。

(1) 下齿槽神经麻醉：将2%普鲁卡因2—3毫升注射于下颌孔附近。此麻醉适用于下颌牙齿及牙槽骨手术。

方法：患者尽量大张口，先用食指触及内斜线（翼下颌韧带外侧3—4毫米处），持针自对侧口角于下颌磨牙嵴（咬合面）上1厘米处水平方向刺入，经过粘膜，粘膜下组织，颊肌等软组织进入翼下颌间隙而达到下颌孔，全长2.0—2.5厘米，抵到骨面，注入麻药。

(2) 舌神经：与下齿槽神经并行向下，位于下齿槽神经之前约1厘米处。下颌牙齿舌侧组织系由舌神经分布。

局部麻醉虽然简单，但也应尽量减少病人痛苦。毛主席教导我们说：“我们的共产党和共产党所领导的八路军、新四军，是革命的队伍。我们这个队伍完全是为着解放人民的，是彻底地为人民的利益工作的。”因此在注射麻药操作时，时时要遵照毛主席这一教导。手要轻，进针要快，万万不能鲁莽，不管病人痛苦，单纯为了麻醉而

注射，这是错误的。

三、牙齿摘除方法：

牙齿是借助于牙周膜纤维及牙龈与牙槽骨稳固地连接在一起，因此只有分离牙龈及撕断牙周膜纤维才能摘除牙齿，其具体步骤如下。

1. 分离牙龈：用牙挺子或其他能代替分离用的器械自牙龈边缘插入龈袋内并剥离，使牙龈与牙齿分离，直达牙齿颈部。

2. 安插牙钳：将牙钳握于右手掌中，将钳喙沿牙齿舌侧及颊侧插入已分离的牙颈部，安插时应注意下列各点：

(1) 钳喙纵轴与牙齿纵轴平行。

(2) 钳喙推进至牙颈部以下的牙根表面。

(3) 紧握牙钳，使牙钳与牙齿成为一体。

3. 摇松：紧握牙钳顺着牙齿的唇颊侧与舌腭侧方向摇动牙齿，施加侧力时首先应向牙槽骨壁薄的方向，也就是牙槽阻力小的方向，在摇松时应注意下列二点：

(1) 摇动的速度不要太快。

(2) 摇动的幅度要逐渐增大，这样才能撕

断牙周膜纖維及扩大牙槽窝。

4. 扭转：紧握牙钳沿牙纵轴左、右旋转，直至牙周膜撕断，牙齿松动为止，上前牙多应用此法。

5. 拔出：牙齿松动后才能使用此力，过早可造成牙齿折断及牙钳滑脱，极易击伤对颌牙。

四、术后处理：

1. 检查摘除的牙齿与牙龈是否完整。如有牙根折断应尽量继续取出。

2. 用小刮匙仔细检查牙槽内有无异物及肉牙肿，如有应同时刮除。

3. 牙龈是否有撕裂伤。如有则应进行缝合。

4. 在创口上盖以纱布团，让病人咬紧， $\frac{1}{2}$ —1小时后吐出，即可止血。

5. 为了避免破坏拔牙伤口的血凝块及引起创口感染，在24小时内不让病人漱口。

6. 为了预防手术后伤口疼痛及感染，可给止痛剂和适当地用些消炎药物。

五、手术后并发症：出血：

1. 在局部处理上常用小块纱布压迫止血法，

特别是在牙槽内流血时有效。

2. 牙龈流血，不很明显时，在伤口表面盖以中药马勃，再用纱布团压迫。

3. 若牙龈有明显撕伤，则必须缝合。

在处理手术后流血时，应沉着，首先对患者精神上进行安慰。此时如反复流血可给维生素K 4毫克，肌注，或口服每次2—4毫克。同时，要做好对伤口的局部处理。

六、预防：

1、术前的检查和准备很重要。术前应询问其简单病史及全身情况。

2、严格消毒，各种器械应按规定进行严格消毒。煮沸消毒要达到一定时间，严格执行无菌操作，这样可以避免感染。

3、手术动作要仔细、轻巧，免至术后发生疼痛或出血。

附录四 常用正常生理常数表

项目	正常生理常数	临床意义	备注
体温	腋下为 $36-37^{\circ}\text{C}$ 直肠内为 $36.5-37.5^{\circ}\text{C}$ 口腔较腋下高 0.5°C	$39.5-42^{\circ}\text{C}$ 为最高热，严重的脓毒血症和重症肺结核出现 $38.5-39.5^{\circ}\text{C}$ 高热，多见于中暑及各种急性传染病 $38-38.5^{\circ}\text{C}$ 中等热， $37-38^{\circ}\text{C}$ 为低热，常见于肺结核，甲状腺机能亢进，贫血等。 36°C 以下为体温过低	小儿正常 体温比成人 略高
脉搏	成人 $60-100$ 次/分 小儿 100 次/分 年岁愈小、愈快 婴儿 145 次/分	每分钟超过 100 次，表示心脏衰弱或发热，每分钟超过 150 次，表示心脏极度衰弱或将发生危险	
呼吸	成人 $16-20$ 次/分 儿童 $22-26$ 次/分 婴儿 $30-40$ 次/分	肺炎、肺结核、胸膜炎及心脏疾患呼吸可增快。喉或支气管狭窄呼吸困难而缓慢。尿毒症或糖尿病昏迷呼吸次数减少	呼吸与脉 搏之比约为 $1:4$

血 压	140—90/90—60毫米 汞柱	如长期超过140/90毫米汞柱为 高血压病 舒张压在90毫米汞柱以上时診 断高血压病有很大意义，收缩压 可因年龄而异	
血 常 規	紅細胞(紅血球)	男450—550万/[毫米] ³ (平均500万/[毫米] ³) 女400—500万/[毫米] ³ (平均450万/[毫米] ³) 儿童430—450万/[毫 米] ³	初生儿因胎内氧不足，紅細胞 数較成人高，在初生后2周内 开始下降，老年紅細胞数又較 青壮年者少，妊娠期血浆增多 而产生生理性貧血 当大量失水血液浓缩时紅細胞 增多，机体长期缺氧的情况，如 心脏病引起代偿性紅細胞增多； 各种原因的貧血，紅細胞数减少
	血 紅 蛋 白	每100毫升血液内： 男13—15克(平均14克) 女12—14克(平均13克) 儿童11.8—13.9克	血紅蛋白增多：常見于一氧化 碳中毒，心力衰竭，先天性心脏病 血紅蛋白减少：常見于貧血， 大出血、白血病、鈎虫病

常用正常生理常数表 (续)

项目	正常生理常数	临床意义	备注
血常规	成人5000—10000/ [毫米] ³	白细胞增高: ①生理性增多: 饭后、剧烈运动、妊娠、药物(肾上腺素、乙醚麻醉)、分娩 ②病理性白细胞增多: 急性感染如肺炎、脑膜炎、猩红热, 扁桃腺炎、白喉, 可高达15,000—30,000/[毫米]³; 出血、恶性肿瘤、血液疾病。③病理性白细胞减少: 感冒、麻疹、波浪热、伤寒、疟疾、粟粒性结核、严重败血症、营养不良、贫血、休克	白细胞分类计数: 中性多核细胞 50—60% 嗜酸细胞 0.5—2% 嗜碱细胞 0—1% 淋巴细胞 20—30% 单核细胞 4—10%
	儿童8000—11000/ [毫米] ³		
血液其他检查	男10—23万/[毫米] ³	血小板减少: 见于急性感染, 各种中毒, 急性白血病, 再生障碍性贫血和血小板减少性紫癜等 血小板增加: 见于急性出血停止后或脾切除后 (暂时增加)	
	女14—25万/[毫米] ³		

血液其他检查		血沉	魏氏法	血沉加速
		血液	男 0—15毫米/小时 女 0—20毫米/小时	女性血沉率高于男性。血沉增快：①生理性增快常见于月经期、妊娠（四个月后至产后一个月）。②病理性增快常见于活动性结核病、风湿病、肿瘤、急性传染病、贫血、手术后中毒、骨折、心肌梗死等
尿常规		尿量	500—1500毫升/日	尿量增多可为糖尿病或尿崩症；尿量少可为肾功能不全、尿毒症
		肉眼检查	正常尿为黄色、透明、放置后可出现云絮	血沉加快，表示机体内有组织坏死，或有蛋白进入血液，一系列的血沉测定常能帮助判定疾病过程的动态，有预后价值。

常用正常生理常数表 (续)

项 目	正 常 生 理 常 数	临 床 意 义	备 注
尿 常 规	肉 眼 检 查	状沉淀物 比重为 1,002—1,035	①颜色 蛋白尿 黑色尿: 来苏中毒 棕色尿: 肝炎、瘧疾、 阻塞性黄疸 血尿: 腎結石、腎結 核、腎肿瘤、膀 胱炎 ②如混浊则为病态, 应检查确定 ③如有水果气味, 则为糖尿病酮 中毒 ④比重增高常見于糖尿病, 心衰, 高热疾病; 比重减低見于慢性 腎炎、尿崩症
	化 学 检 查	一般是弱酸性, 也可 能是中性或碱性, 蛋 白定性試驗为阴性, 糖定性試驗阴性	①蛋白尿常見于腎炎、腎結核、 心衰、发热性疾病及泌尿系炎症 ②糖尿常見于糖尿病, 在甲状 腺机能亢进、食糖过多或有腎病 时, 也可出現尿糖

尿常規	顯微鏡檢查	无紅細胞，可含少量白細胞，无管型，可有少量扁平上皮細胞，及有盐类結晶	大量白細胞常見于尿道感染、腎結核、腎腫瘤、紅細胞增多時常見于腎充血、腎結核、急性腎炎、腎結石、腎腫瘤，外伤。管型尿：腎脏有实质性病变；磺胺結晶：应立即停用磺胺药
大便常規	肉眼檢查	成人大便成形，为黃褐色，大便中不含粘液、脓液和血液	①直腸狹窄時呈細条状；腹瀉時呈水样、粘液样、脓样或血液 ②顏色 綠色：小兒腹瀉 灰白色：胆道完全梗阻 黑色：上消化道出血、食管靜脉曲张、破裂 油灰色：脂肪下痢，慢性胰腺炎、胰头癌 ③血与粘液：脓血便——痢疾；粘液——腸道過敏。鮮血——直腸癌、內外痔

常用正常生理常数表 (续)

项 目	正 常 生 理 常 数	临 床 意 义	备 注
大 便 常 規	无紅細胞、白細胞 无寄生虫卵, 可有少 量的食物残渣	腸道炎症時可見紅、白細胞和 膿球 細菌性痢疾——大量巨噬細 胞、大量膿球及紅細胞 阿米巴痢疾——阿米巴滋養體 腸道過敏——多嗜酸性白細胞 寄生蟲病——虫卵	
肝 功 能 試 驗	脑磷脂胆固 醇絮状試驗 (脑絮) 0—+	当肝脏实质有损坏如肝炎、肝 硬变等皆是阳性反应, 反应程 度与肝細胞损坏成正比 单纯阻塞性黄疸、肝脏細胞未 有损坏时, 此試驗为阴性。患瘧 疾、黑热病等, 如血清有类似之 改变时, 反应可为阳性	阳性反应 用符号卅、 卅、卅表示

肝 功 能 試 驗

麝香草酚浊度試驗 (麝浊)	0—6 个单位	传染性肝炎、肝硬变时浊度增高，此与肝細胞损坏程度成正比。血內含脂质較多时，浊度增高，其他如风湿性关节炎，黑热病，与腹股沟淋巴肉芽肿等有时亦是阳性反应	
麝香草酚絮状試驗 (麝絮)	0—+	同脑磷脂胆固醇絮状試驗	
血清轉氨酶活力測定 (谷—草、谷—丙)	100 单位	血清谷草酶在病毒性肝炎、肝硬化、心肌梗死、肝癌、肝脓肿或阻塞性黄疸时，有不同程度的增高。血清谷丙酶的臨床意义同血清谷草酶，但在心肌梗死及脑出血时，血清谷草酶增高較为明显	由于各化驗室測定血清轉氨酶的方法不同，所定的正常值也不同

最高指示

救死扶伤，实行革命的人道主义。

(一九三九年十二月追悼白求恩题词)

附录五 急救技术

心跳、呼吸骤然停止的原因很多，常见于多种意外创伤，严重心脏病，窒息，麻醉意外，药物过敏性休克，触电等，抢救必须分秒必争。因此，当患者病况危重时，我们必须“发扬勇敢战斗、不怕牺牲、不怕疲劳和连续作战（即在短期内不休息地接连打几仗）的作风。”要以“对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱”的精神，积极抢救病人，使病人转危为安。常用急救技术如下：

一、体外心脏按摩：将病人仰卧于硬木板上、炕上或放于平地，急救者站在或跪在病人一侧，一只手掌根置于胸骨下段、剑突以上，另一手掌根部重叠于手背上(图18)，以冲击动作将胸骨

压迫，使下陷2—3厘米，然后解除压力，让胸廓自行弹起，如此有节奏地每分钟压60—80次。若系小儿可用单手压挤法，即以一只手掌根部置于胸骨中部进行按压。在一岁以内的小儿，可用双指（食指及中指）加压法（图19）。

体外心脏按摩时，加压不宜太大，否则容易造成肋骨骨折和内脏损伤。有效的心脏按摩标准是：在股动脉触到明显的搏动，皮色转红，已散大的瞳孔变小。

二、人工呼吸：心脏按摩的同时必须配合人工呼吸，常用者为口对口呼吸法、俯臥压背法、仰臥压胸法等。

三、心腔内注射药物：注射部位在第四肋间隙，紧靠胸骨左缘，沿肋骨上缘，垂直刺入心室腔，一般刺入4—5厘米深（须用长针头），年幼儿不宜超过3厘米。抽出血后立即注射药物，注意立即拔出针头。常用的药物为0.1%肾上腺素0.5—1.0毫升或异丙肾上腺素0.25—0.5毫克，必要时可2—3分钟后重复注射。



图18 体外心脏按摩



图19 婴儿体外心脏按摩

附录六

针灸疗法

一、取穴法	440
二、针刺手法	442
三、“五要穴”和“十要穴”	443
四、常用穴位:	

二 划

人中	444	风门	461
十宣	451	风池	449
		水分	459

三 划

大巨	461	水道	461
大椎	461	内关	456
大肠俞	461	内庭	467
飞扬	469	太阳	444
下关	447	太渊	458
下脘	459	中极	459
上脘	459	中脘	459
三阴交	469	天枢	461
		天突	461

四 划

公孙	469
----------	-----

尺泽	457	地仓	447
气海	459	至阴	471
长强	464	百会	444
丰隆	466	合谷	450
少商	450	血海	470
孔最	458	列缺	451
手三里	454	后溪	457

五 划

四白	447	阳溪	454
四渎	456	阳陵泉	471
四缝	452	阴陵泉	469

七 划

四神聪	444	听宫	446
外关	456	劳宫	455
申脉	471	足三里	466
玉液	448	足临泣	471

八 划

印堂	444	承山	468
耳门	446	承浆	445
关元	459	肩井	464
曲池	453	肩贞	464

肩髃	456	隐白	469
鱼际	458	悬钟	471

鱼腰	444
----------	-----

十二划

委中	467	期门	464
昆仑	469	犊鼻	466

十三划

金津	448	睛明	449
肾俞	461	廉泉	445
环跳	464	腰眼	472
居髃	464	解溪	466
阑尾穴	472		

九、十划

十四划以上

郄门	456	颊车	447
哑门	449	膀胱俞	461
养老	452	鹤顶	472
带脉	464	膝眼	472
神阙	459	膻中	461
涌泉	469	翳风	448

十一划

梁门	461	攒竹	449
章门	464	颧髎	447
偏历	454		

最高指示

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

《对卫生部党组关于西医离职学习中医班总结报告批示》

（一九五八年十月十一日）

附录六 针灸疗法

针灸是祖国医学宝贵遗产中的一个组成部分。针灸疗法是几千年来深受广大劳动人民所欢迎的治疗方法，它简便经济、易学易用，治疗范围广，许多疾病疗效很好，且安全稳当。遵照伟大领袖毛主席的教导：“一切为了人民健康”，“把医疗卫生工作的重点放到农村去。”我们广大的医务人员一定要掌握针灸疗法，面向工农兵，全心全意为人民服务一辈子。

一、取穴法

1. 骨度法（骨度分寸折量法）：将人体各部

分折成若干等分，以每等分为 1 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， 则以印堂至大椎之間折为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	两鎖骨中线之間	8 寸
	胸骨体下緣至肚臍中心	8 寸
	肚臍中心至耻骨联合上緣	5 寸
背 部	两肩胛骨內緣之間（抱肘姿势）	6 寸
上肢 內外側	腋窝橫紋头至肘弯橫紋	9 寸
	肘弯橫紋至第一腕橫紋（或肘尖 至腕背橫紋）	12寸
下肢部	耻骨联合上緣平齐处至股骨內上 髁	18寸
	脛骨內髁至內踝中心	13寸
	大粗隆头至膝弯橫紋平齐处	19寸
	膝弯橫紋平齐处至外踝中心	16寸

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1寸（见图20），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，两眉之间取印堂，两耳尖直上取百会，垂手中指取风市，等等。



图20 指寸法

二、针刺手法

进针手法很多，一般常用的手法是先用左手拇指指甲或中指指甲切压穴位，右手拇指与食指、中指紧捏针体下端，露出针尖1—2分，对准穴位，突然快速进针至皮下；或直接迅速进针（一手固定穴位，用短毫针对准穴位，轻触皮肤，直接刺入）。进针角度有三种（一是直刺：针与皮肤垂直；二是斜刺：针体倾斜刺入，一般针与皮肤成

45°角左右；三是横刺：也叫沿皮刺，就是针体沿着皮肤横刺），可根据穴位所在部位而定。进针到一定深度，提插捻转，使其达到一定的针感（酸、麻、胀、重）程度。如想针感上行，可使针尖稍向上偏斜，边进边捻；如欲针感下行，可令针尖向下，边进边捻。根据情况，一般留针20—30分钟，有的甚至可留针1小时，然后出针。

出针时左手持棉球轻按在针旁，右手握针柄，边捻边退出皮肤，出针后用棉球压迫针眼，防止出血。

最近，空军某医院从实践中总结出一套“快速针刺疗法”，效果很好，深受广大贫下中农的欢迎。其主要特点为取穴少、进针快、不留针、针刺反应强。进、出针手法同上。

三、“五要穴”和“十要穴”

五要穴：

肚腹三里留，腰背殷门求，头项寻后溪，
面口合谷收，胸肋若有病，速与内关谋。

十要穴：

三里内关穴，胸腹中妙诀。曲池与合谷，

头面病可彻。腰背痛相连，殷门昆仑穴。
头项如有病，后溪并风池。环跳与阳陵，
膝前兼胸肋。三百六十穴，不外十要穴。

四、常用穴位

印堂：本穴在两眉头的中间。（见图21）

鱼腰：本穴在眉毛的中间，直对黑眼珠正中。（见图21）

太阳：从眉梢和外眼角的中间向后约一横指的地方。（见图21）



图 21

人中：鼻、嘴之间有一小沟，叫人中沟，此沟上三分之一处即本穴。（见图21）

百会：头正中线上，两耳尖联线之交点。（见图22）

四神聪：本穴在头顶上，百会的前、后、左、右各量一寸的地方。（见图22）

廉泉：本穴在结喉（就是脖子前面，当咽东西时上下活动的软骨；在男子特别明显）上方。取穴时，以拇指朝下，指节关横纹放在下巴骨正中，拇指尖到达的地方。（见图23）



图 22



图23

承浆：张口取穴，本穴在下嘴唇下正中的凹

窝地方。（见图24）



图24

耳门：张口取穴。本穴在小耳朵（耳屏）上的缺口处，稍微向前，有个凹窝的地方。（见图25）



图25

听宫：张开嘴的时候，在小耳朵（耳屏）正中前的凹窝地方，就是本

穴。（见图25）

颧髻：由外眼角直下，当颧骨下缘凹窝处，约与鼻翼下缘平齐，就是本穴。（见图25）

四白：眼睛正看，从眼眶骨边上直下约三分，正对黑眼珠正中，用手指掐切有个凹窝（眶下孔），就是本穴。（见图26）

地仓：四白直下与嘴角平齐的地方（约距嘴角四分），即本穴。

（见图26）

颊车：从下颌骨直上约四分，在牙齿咬紧时有一块肌肉（咬肌）凸起，就在此肌肉上，用手指掐切有凹窝并有酸痛感觉的地方，就是本穴。（见图26）



图26

下关：闭嘴，在小耳朵前约一横指，颧弓下的凹窝内，即本穴。（见图26）

翳风：将耳垂往后捺，耳垂的边缘，正当耳后乳突前下方的凹窝处，就是本穴。
(见图27)



图27



图28

金津、玉液：舌尖向上反卷，上、下门牙夹住舌头，在舌下两边的紫脉（静脉）上，左边一穴叫金津；右边一穴叫玉液。（见图28）

睛明：本穴在内眼角向外一分，再向上一分的地方，靠近眼眶骨内缘。（见图29）

攒竹：本穴在眉头边缘，入眉毛约一分的地方。（见图29）



图29

哑门：项后正中入发际5分处。（见图30）

风池：从脖子后面正中入发际内一寸处，与耳后乳突下缘成一联线，本穴在这



图30

联线的中间；正当脖子后大筋（斜方肌）两旁头

发边内的凹窝中。（见图30）

合谷：拇、食指张开，以另一手的拇指指关节横纹放在虎口上，当拇指尖到达的地方就是本穴。（见图31）



图31

少商：本穴在大拇指（橈侧），距离指甲根角一分许的地方。（见图32）



图32

列缺：以病人左右两手虎口相交叉，一手食指押在另一手腕后高骨（桡骨茎突）的正中上，当食指指尖到达的地方，有个小凹窝，就是本穴。
（见图33）



图33

十宣：手掌向上，本穴在十个手指尖端正中，距离指甲一大米粒（横量）的地方（左右共十个穴）。
（见图34）



图34

四縫：手掌向上，本穴在食指、中指、无名指、小指的掌面，第一、二指关节的横纹中点的地方。（见图35）



图35

养老：掌心向下，用另一手指按在尺骨小头最高点上；然后掌心转向胸部，由于转动的关系，这个手指即由骨上滑至骨边的骨缝中，就是本穴。（见图36）

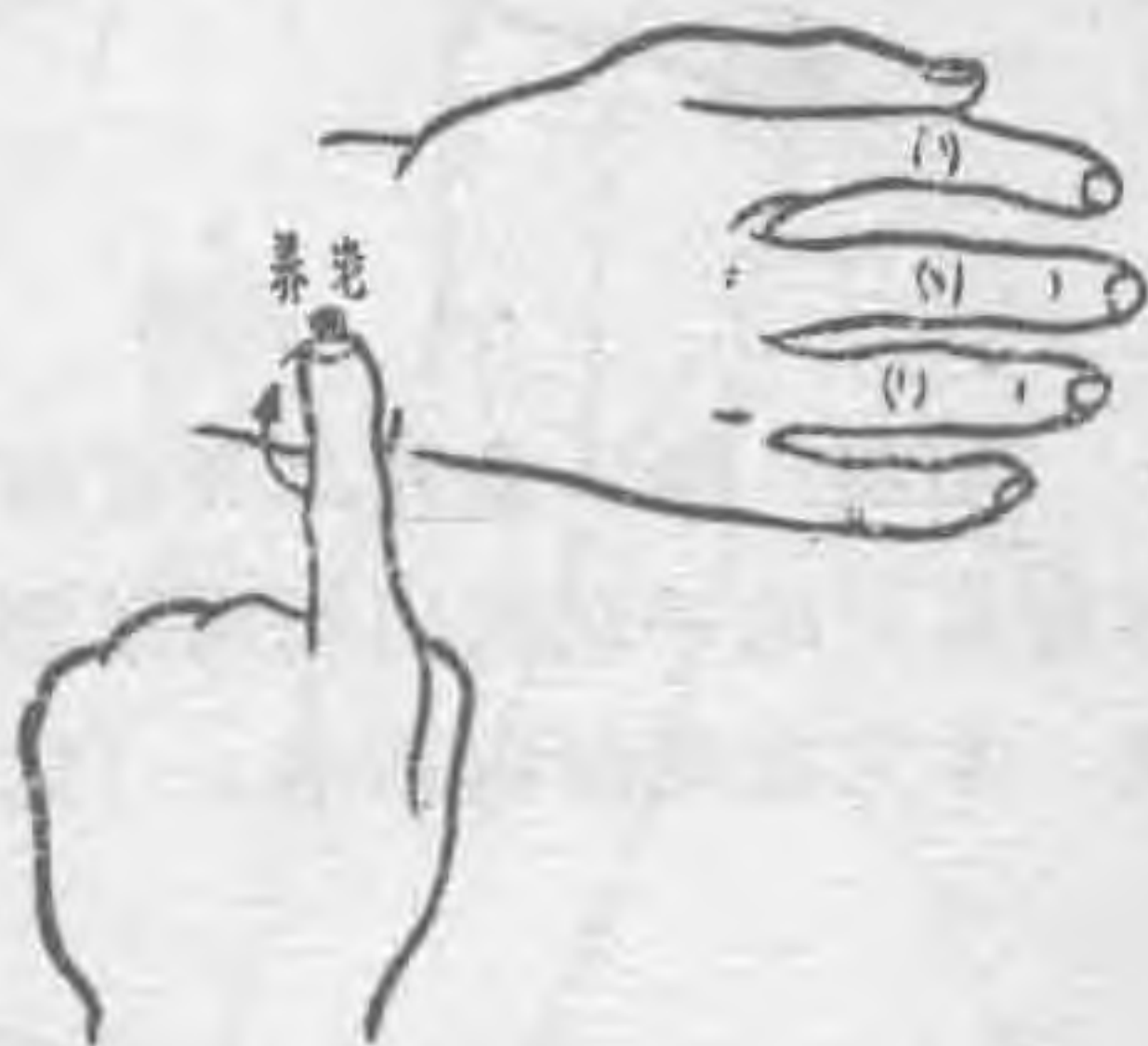


图36

曲池：屈肘成直角，本穴在肘弯横纹尽头的地方。

(见图37)



图37

手三里：本穴在曲池直下二寸，紧靠桡骨的內側。（见图38）



图38

阳溪：拇、食指叉开或拇指向上翘起时，在拇指直下的手腕部出现两条筋与两骨所构成的凹窝，本穴在此凹窝正中。（见图39）



图39

偏历：本穴在阳溪直上三寸，在阳溪与曲池的联线上。（见图38）

劳宫：半握拳，以中指、无名指的指尖切压

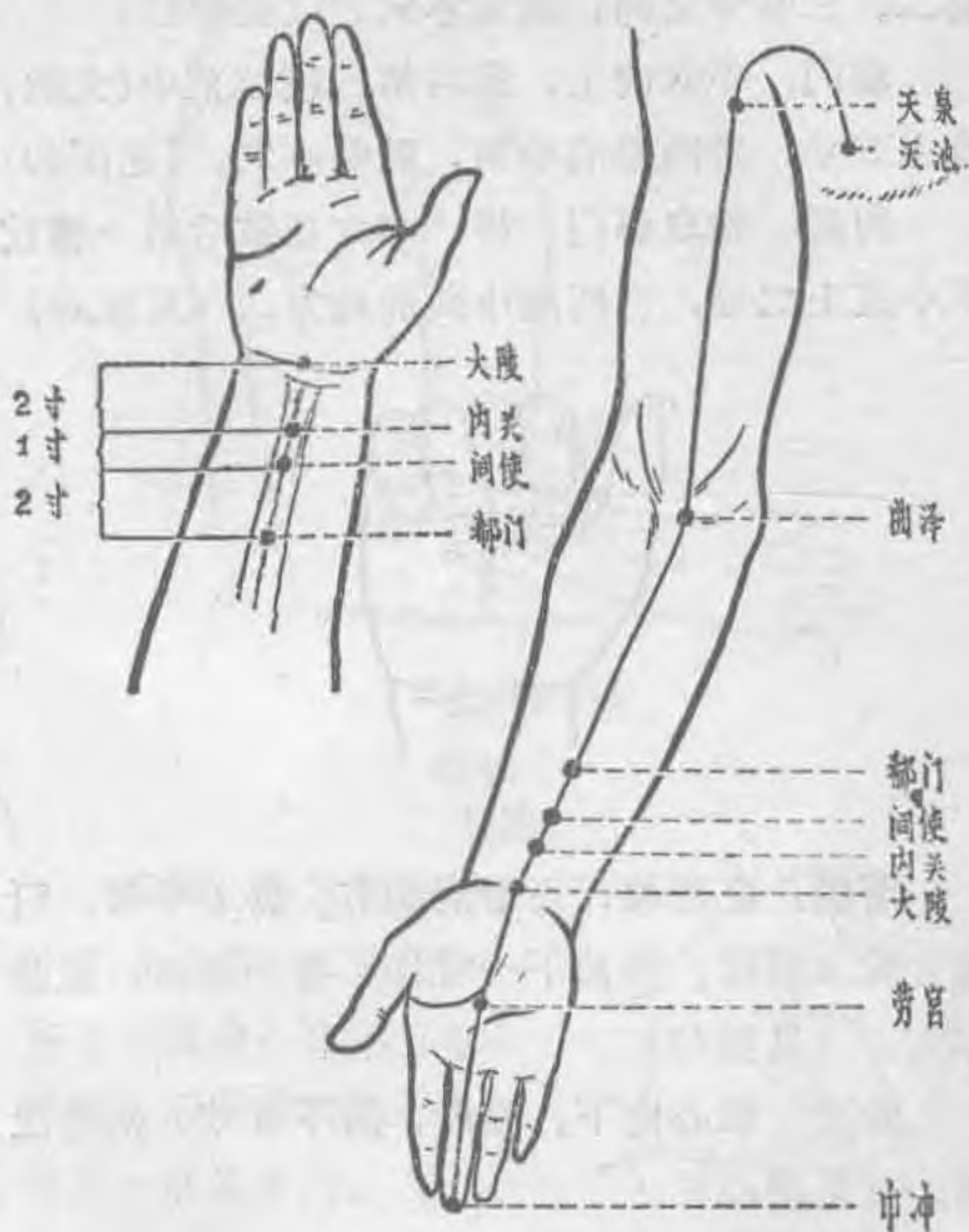


图40

在手掌心上的第一横纹上，穴在二指尖之间，当第二、三掌骨之间，就是本穴。（见图41）

郄门：手掌向上，掌后第一横纹正中（大陵）直上五寸，当两筋的中间，就是本穴。（见图40）

内关：和取郄门一样，本穴在掌后第一横纹正中直上二寸，当两筋中间的地方。（见图40）



图41

肩髃：在肩端，正对肩关节。将手平举，肩端大骨（肩峰）稍前下一寸许，有一凹窝，就是本穴。（见图42）

四渎：掌心向下，横臂，肘下5寸，两骨之间。（见图42）

外关：腕关节背面横纹上二寸，两骨间。（见图42）

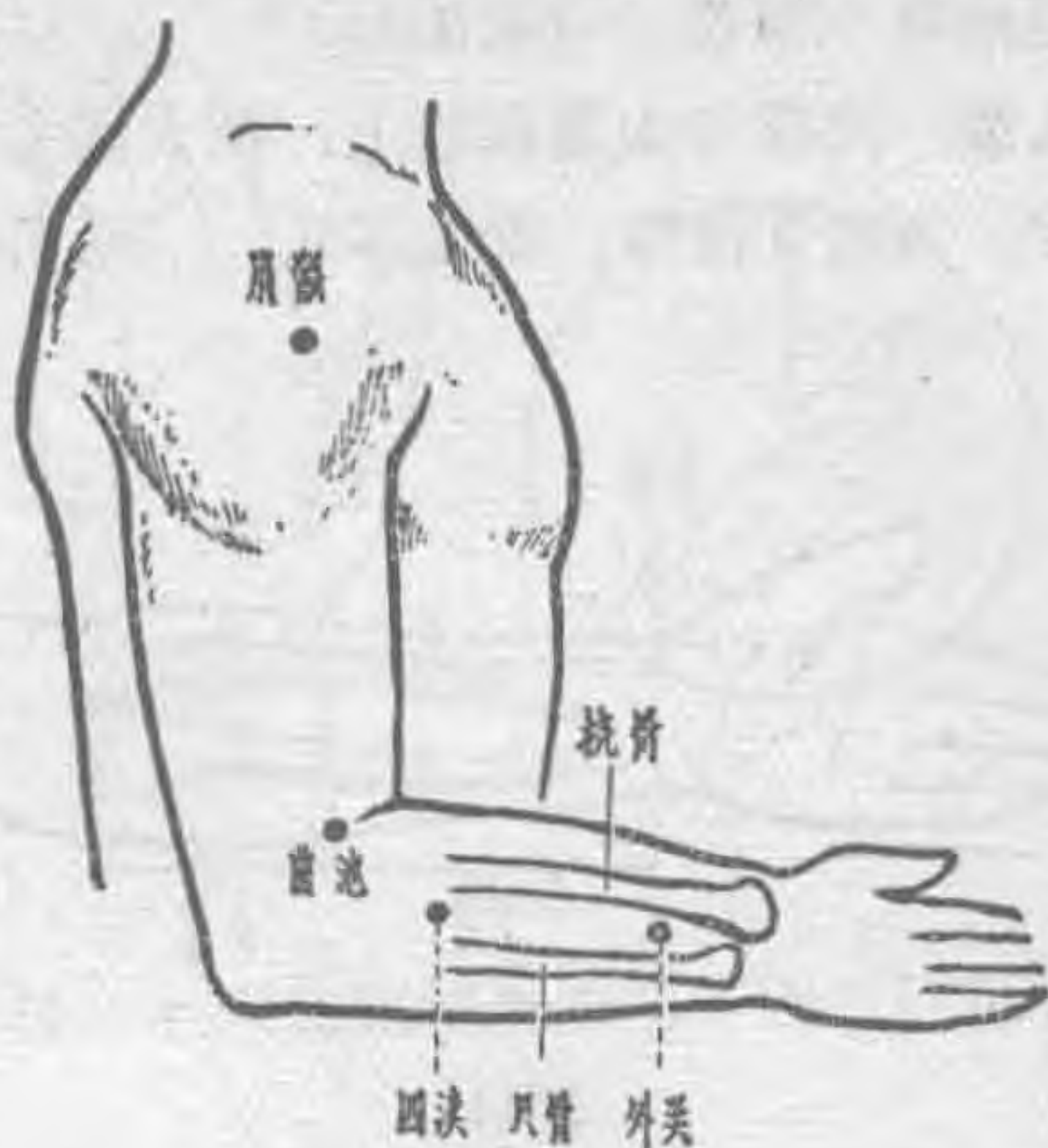


图42

后溪：本穴在小指外侧（尺侧）。取穴时仰手轻握拳，在第五掌骨小头后掌横纹的尽头地方，就是本穴。（见图43）



图43

尺泽：手掌向上，肘部稍弯曲，在肘横纹内

侧，距曲池一横指。（见图44）

孔最：尺泽与太渊联线上，距太渊七寸、尺泽五寸，当桡骨内缘，就是本穴。（见图44）

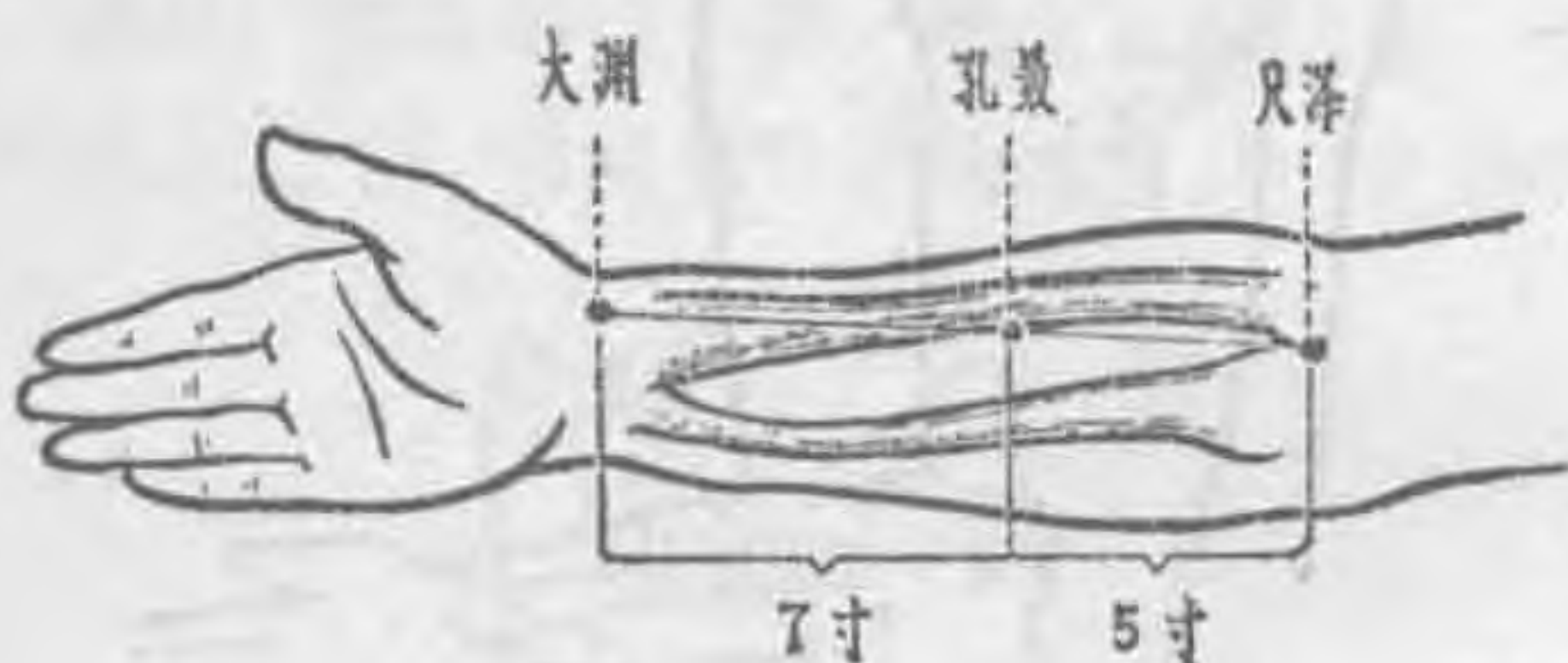


图44

太渊：在手掌后靠拇指那边（桡侧）可以摸到一块小圆骨（大多角骨），此小圆骨的桡侧下缘，正当掌后第一横纹上（见图45），用手摸有脉搏跳动的地方，就是本穴。（注意：针刺应避开动脉。）

鱼际：拇指掌指关节后是第一掌骨；本穴在第一掌骨（手掌面）的二分之一的地方。（见图45）



图45

中极：本穴在肚脐正中直下四寸的地方。（见图46）

关元：本穴在肚脐正中直下三寸（或四横指）的地方。（见图46）

气海：本穴在肚脐正中直下一寸五分的地方。（见图46）

神阙：本穴在肚脐正中心。（见图46）

水分：本穴在肚脐正中直上一寸。（见图46）

下脘：本穴在肚脐正中直上二寸。（见图46）

中脘：本穴在肚脐正中直上四寸。（见图46）

上脘：本穴在肚脐正中直上五寸。（见图46）

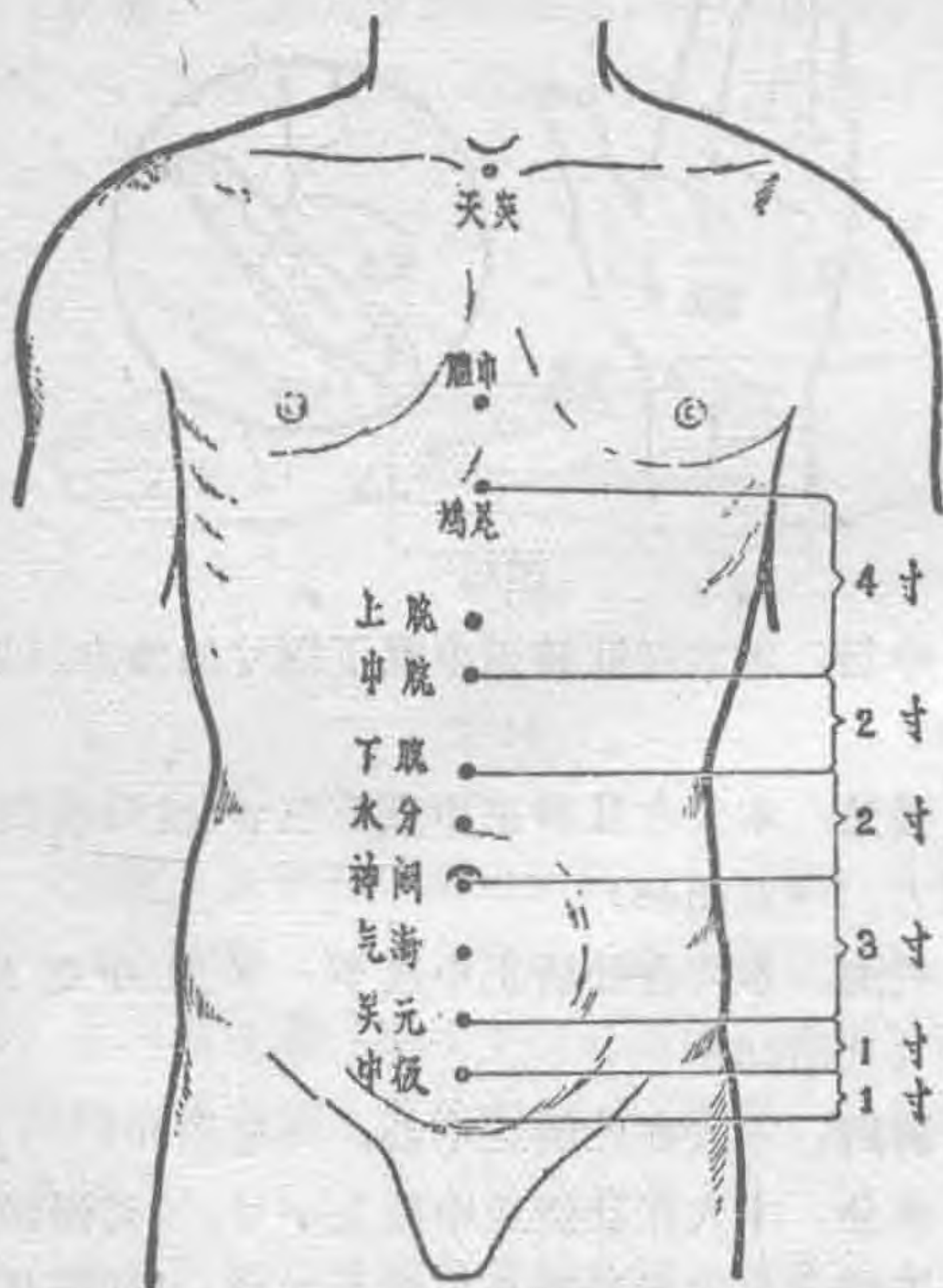


图46

膻中：本穴在胸骨正中线，两乳头之间的地方。（见图46）

天突：本穴在胸骨上端凹窝正中的地方，与锁骨胸骨端上缘平齐。（见图46）

梁门：肚脐正中直上四寸为中脘，中脘左右外开二寸即本穴。（见图47）

天枢：肚脐正中左右外开二寸，就是本穴。（见图47）

大巨：肚脐直下二寸再左右外开二寸，就是本穴。（见图47）

水道：关元左右外开二寸即本穴。（见图47）

大椎：在第七颈椎、第一胸椎棘突间。（见图48）

风门：平第二胸椎下，旁开一寸五分。（见图48）

肾俞：平第十四椎下，旁开一寸五分。（见图48）

大肠俞：平第十六椎下，旁开一寸五分。（见图48）

膀胱俞：平第十九椎下（第二骶椎）左右向

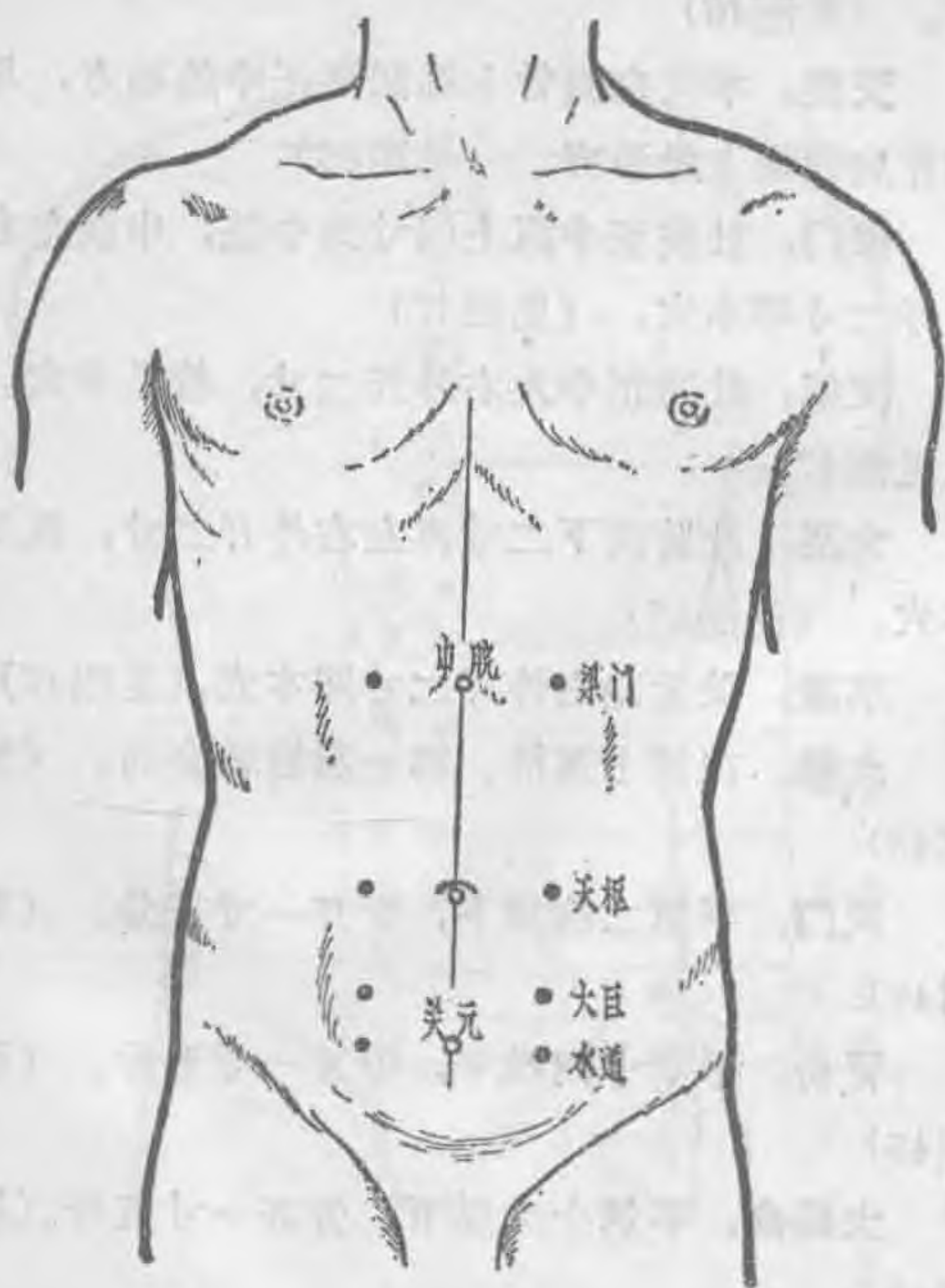


图47

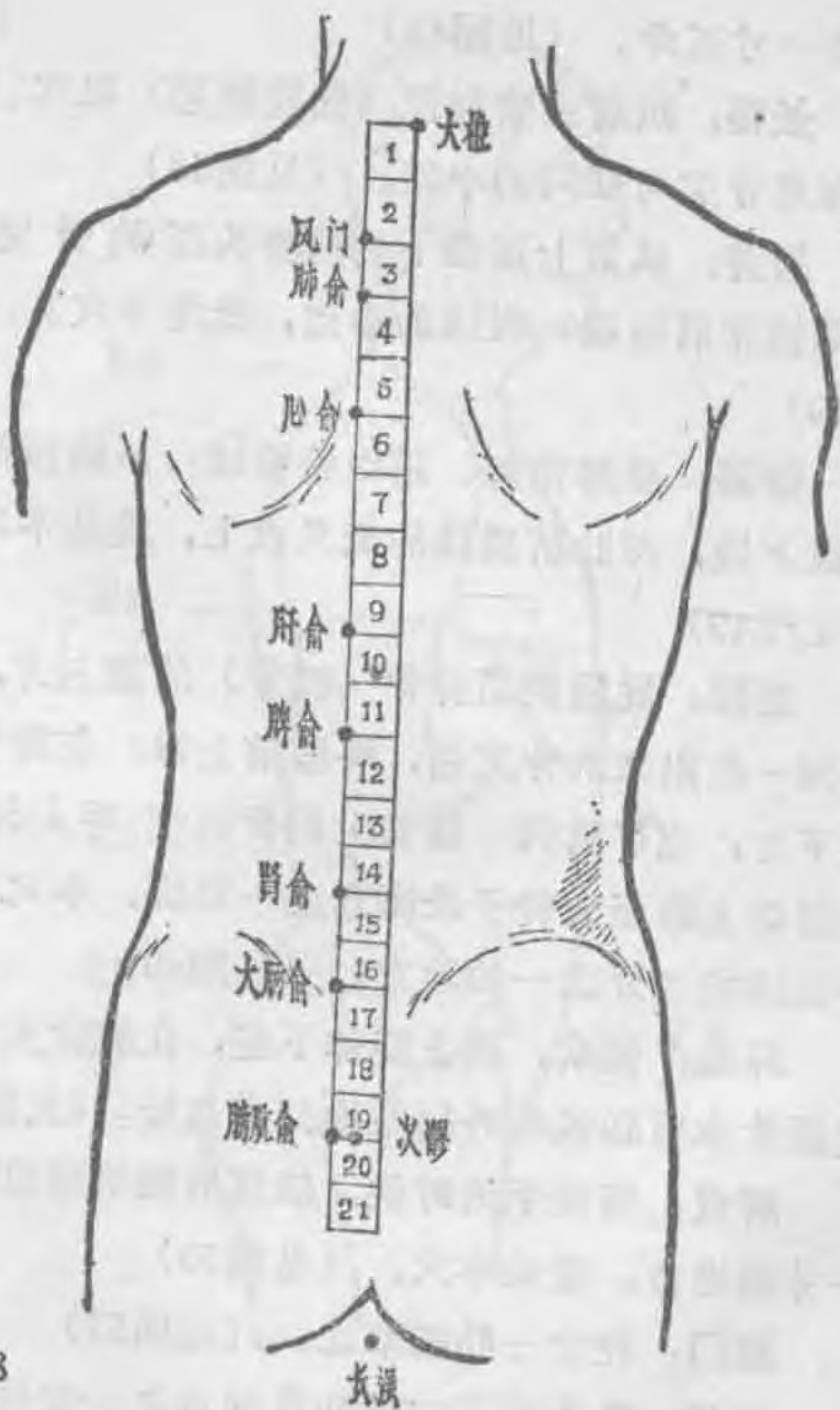


图48

外各一寸五分。（见图48）

长强：卧着或膝胸位（屁股撅起）取穴。本穴在尾骨尖与肛门的中间。（见图48）

肩井：从第七颈椎下到肩膀头高的骨突起（即锁骨肩峰端）联线的中点，就是本穴。（见图49）

带脉：胳膊抬起，露出腋横纹；从腋横纹正中直下线，与肚脐横线的交叉点上，就是本穴。（见图49）

居髃：屁股侧面胯骨（髌骨）的前上方，可摸到一凸出来的骨突起，叫髂前上棘；在胯骨的中下方，也可摸到一圆而大的骨突起，叫大转子。由髂前上棘至大转子最高点成一联线，本穴在这个联线的二分之一的地方。（见图49）

环跳：侧卧，屈上腿伸下腿，在股骨大粗隆至髌骨末节联线的外 $\frac{1}{3}$ 与中 $\frac{1}{3}$ 交点处。（见图49）

肩贞：当垂手的时候，腋窝后面的竖纹头上一寸的地方，就是本穴。（见图50）

章门：在十一肋端取之。（见图51）

期门：乳头直下二条肋骨间取之。女性在锁

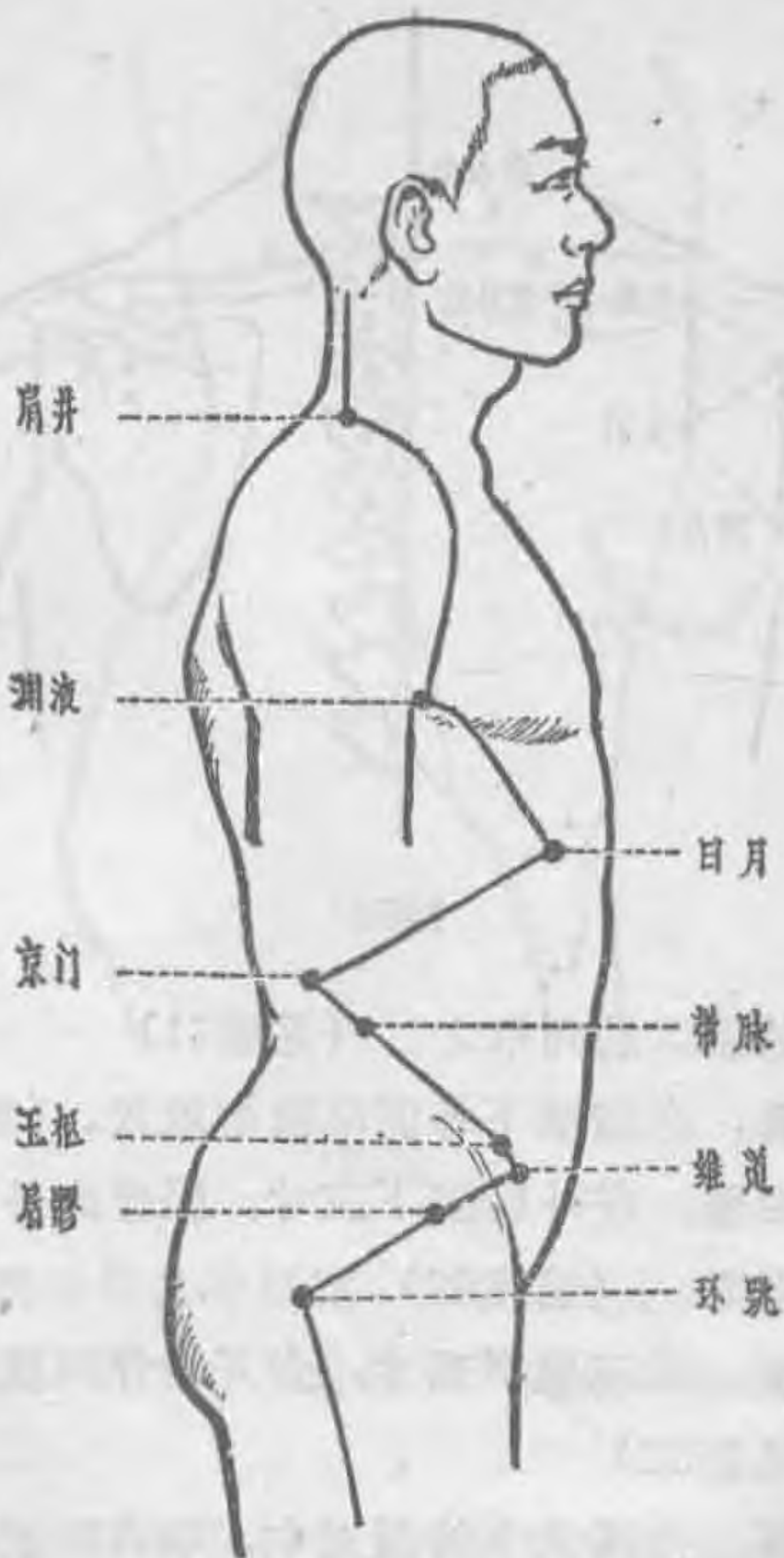


图49

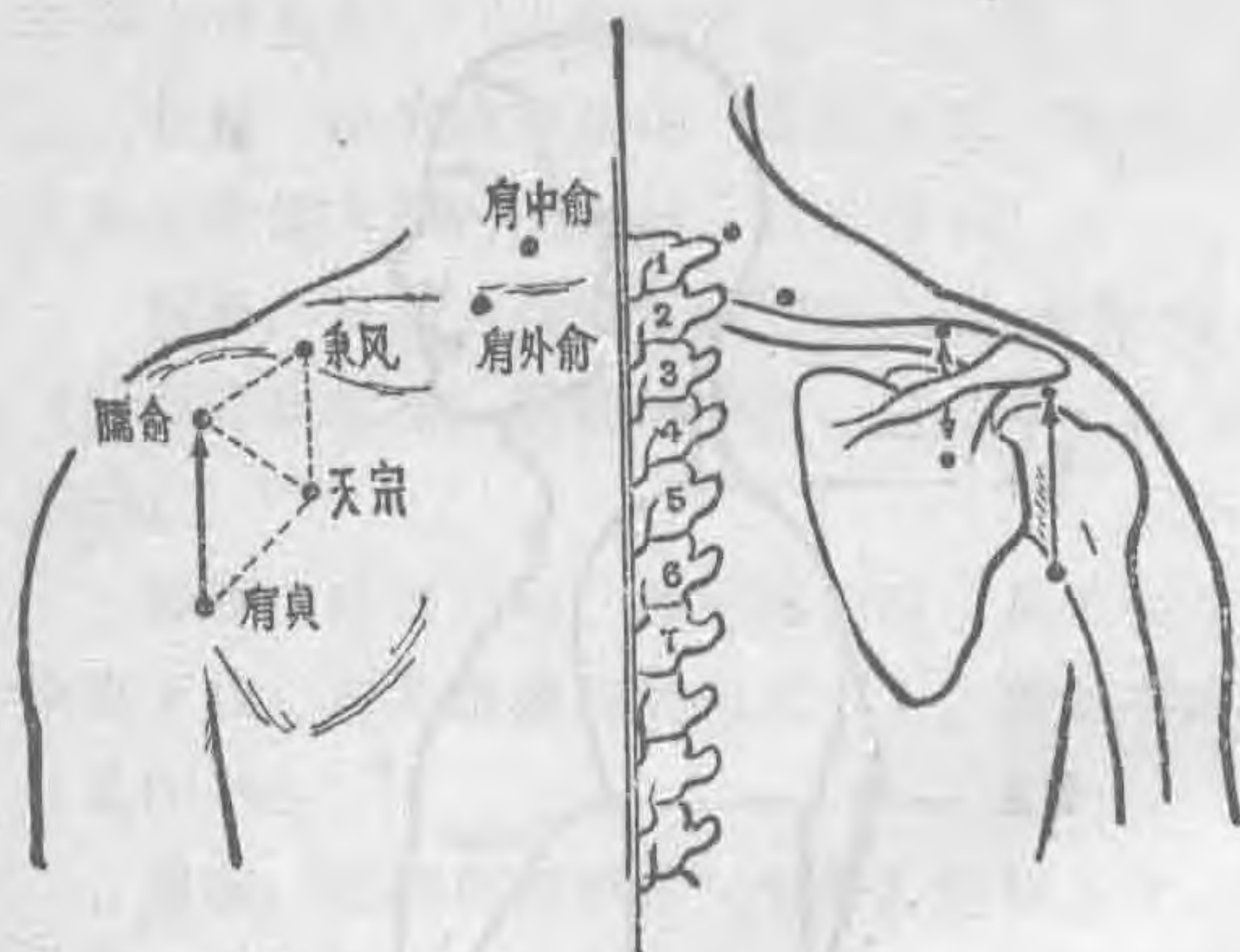


图50

骨中线的第六肋间取之。（见图51）

犊鼻：在膝髌下外侧陷窝中取穴。（见图52）

足三里：在外膝眼下三寸，胫骨向外旁开一横指处取之。（见图52）

丰隆：足三里下五寸，旁开胫骨两横指处取之。（见图52）

解溪：在踝关节前面正中，取穴时正坐，足放平，在脚背与小腿交界处的横纹两条筋（趾



图51

长伸肌腱与蹲长伸肌腱) 之间取之。(见图52)

内庭: 在二、三趾蹠关节前处凹陷中取之。

(见图52)

委中: 本穴在膝弯正中央的横纹上, 左右两条大筋的中间。(见图53)



图52

承山：腓肠肌两侧肌腹交界下端。取穴时，站直，足尖着地，足跟用力挺直出现人字纹，在其尖端下凹陷中取之。（见图53）

飞扬：从昆仑直上七寸，与承山下一寸平齐的地方，就是本穴。（见图53）

昆仑：外踝后缘与跟腱之间，平外踝尖取之。（见图53）

涌泉：仰面躺着取穴。将五个足趾屈曲，在足掌心前面正中可出现一个凹窝，就是本穴；约当足底（足趾除外）正中前、中三分之一交界处，当第二、三跖



图53

趾关节后。（见图54）

隐白：在拇趾内侧，距趾甲角一分取之。（见图55）

公孙：在足大趾内侧跖趾关节后一寸。（见图55）

三阴交：在内踝上三寸胫骨后陷中取之。（见图55）

阴陵泉：在胫骨内髁下缘，



图54

胫骨后缘凹陷中取之，与阳陵泉相对。（见图55）

血海：在股内收肌前后缘正中，股骨内上髁上缘二寸取之。（见图55）

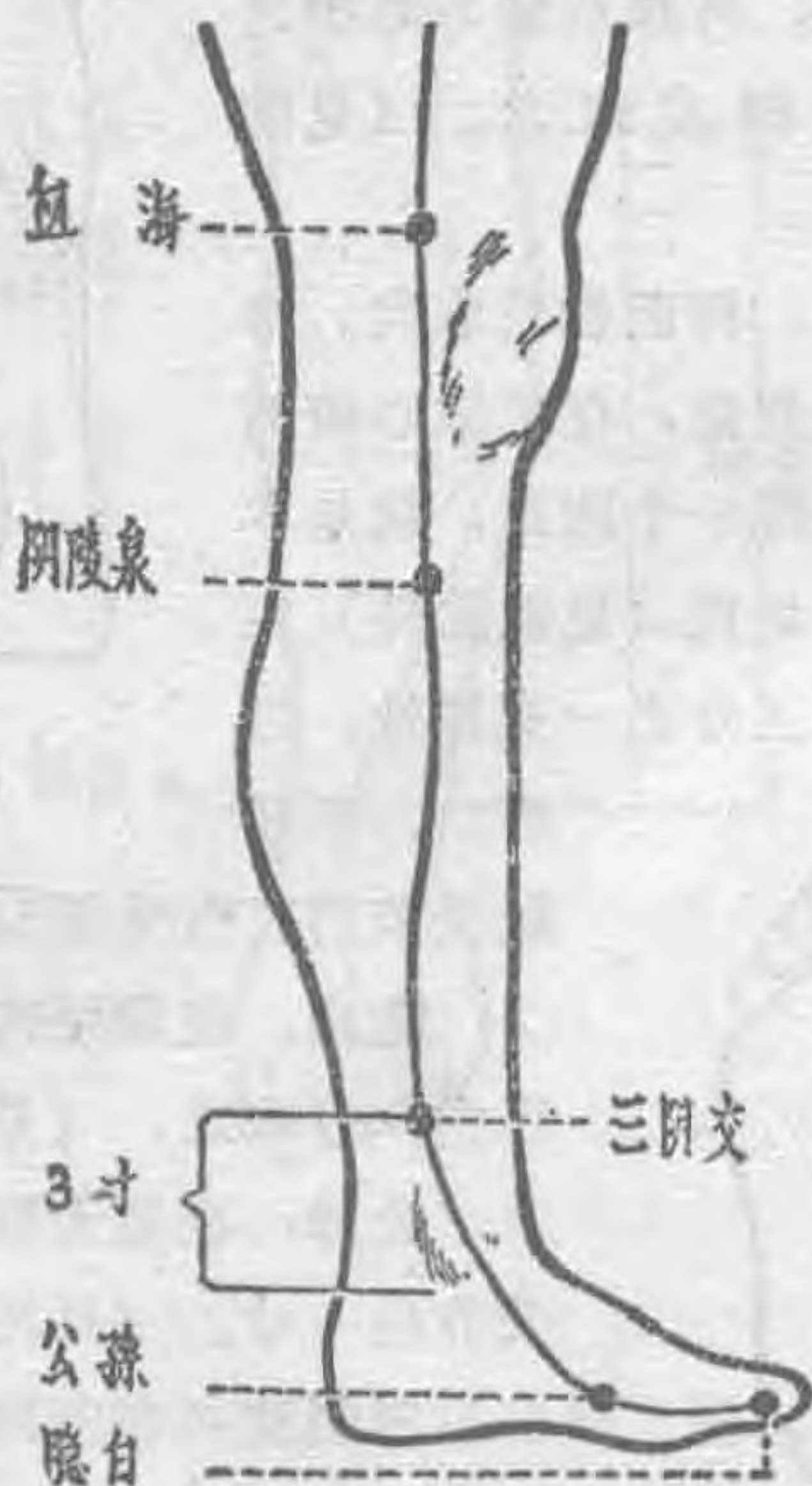


图55

阳陵泉：

腓骨小头前下方，约一横指凹陷中取之。

（见图56）

悬钟：外

踝尖上三寸腓骨后缘取之。

（见图56）

足临泣：

（临泣）在第四和第五跖骨间尽处陷中取之。（见图56）

申脉：由

外踝尖直下，

距离外踝下缘五分的地方，就是本穴。（见图56）

至阴：本穴在足小趾外侧，距离趾甲根角一分许的地方。（见图56）

鹤顶：屈膝垂足，从膝盖正中向上摸到膝盖



图56

上缘的地方，就是本穴。（见图57）

膝眼：屈膝垂足，在膝盖下缘左右两个凹窝中。

（一侧二穴，两侧共四穴。外膝眼与犊鼻是同一位置。）

（见图57）

阑尾穴：本穴在足三里直下二寸上下的地方，一般这个地方可有明显的压痛点，就是本穴。（见图57）



图57

最高指示

应当积极地预防和医治人民的疾病，
推广人民的医药卫生事业。

《論联合政府》（一九四五年四月二十四日）

附录七 耳 针

耳针疗法是针灸医学的一个组成部份，是我国人民长期向疾病作斗争过程中的创造。这种疗法，操作简单，易学易用，疗效显著，经济安全，颇受广大劳动人民的欢迎。解放后，在毛主席的英明领导下，耳针疗法有了蓬勃的发展。根据我院医教革命实践的体会，编写了这一部分耳针疗法，供广大“赤脚医生”参考。

一、耳廓的解剖

耳廓大部分支架为软骨（耳垂沒有软骨，只有纖維组织及脂肪），软骨外面包以皮肤。耳廓

的神经支配主要为耳颞神经、耳大神经、枕小神经及迷走神经(迷走神经主要分布在外耳门附近)。

耳廓各部分名称(见图59)。



图59 耳廓表面解剖

耳廓后的血液供给系耳后动脉，耳廓前的系来自耳后动脉及颞浅动脉的耳支，外耳道的血液供给来自颌内动脉的外耳道动脉。

二、耳廓反应点与躯干分布

人体各个部位在耳廓都有相应的反应点

(区)，其分布排列好像人体的倒置投影；任何部位发生疾病时，其反应点(区)将随之出现某种特异的变化，例如痛觉的敏感度升高。因此，这些反应点(区)也就成了耳针疗法治疗相应部位疾病的一般常用针刺部位。正常人体各部的耳廓反应点(区)的位置分布如下：

1. 上肢针刺区域：

主要在耳轮与对耳轮的耳舟区。由上而下至耳轮尾部排列着指、腕、肘、肩、肩关节和锁骨的针刺部位(点)。

2. 下肢及脊柱区域：

在对耳轮及对耳轮的上、下脚的部位。对耳轮上角由上至下排列着趾、踝、膝的针刺部位，对耳轮下角由内向外排列着交感、坐骨、臀的针刺点。在对耳轮由上而下排列着三里、腹、胸、颈的针刺点。在对耳轮内侧缘上及对耳轮下脚的下缘排列颈椎、胸椎、腰骶椎的针刺部位。

3. 头部区域：

在对耳轮的耳后区的耳垂部，此区分布着枕、顶、颞、额、上颌、下颌、颊、眼(在耳垂中央)

和耳（在眼和下腭之间）的针刺点。

4. 腹腔及内脏区域：

在耳轮脚分开的上、下腔，其上腔即耳甲艇，由内向外排列着大肠、小肠、十二指肠。在耳轮脚的末端为胃，耳轮脚上为膈，沿腰骶椎下面由内向外为膀胱、肾、胆胰、肝（肝与胃水平或稍上方）和脾的针刺点。

5. 胸腔内脏区域：

在耳轮脚分开的下腔即耳甲腔，于耳轮脚的下方排列着口、食道、贲门、耳甲腔的中点为心，心的周围为肺，呈一马蹄形的针刺区域。

6. 其他区域：

在耳屏的内侧面上半部为咽喉，下半部为内鼻，耳屏尖部为平血穴，耳屏正面在屏尖前下为肾上腺和鼻的针刺点，在对耳屏处为平喘穴，在对耳屏内侧面下半部的下二分之一近耳屏间切迹为皮层下区。下半部的上二分之一近对耳屏尖部为睾丸及卵巢区域。在耳屏间切迹的耳甲腔内正中是内分泌区，稍偏上是三焦穴。此外由对耳轮上下脚所构成的三角窝的外尖端为神门。在三角窝



修正补充后的耳壳敏感区

图60 修正补充后的耳壳敏感区

內侧中点近耳轮处为子宫，在耳轮上相当于对耳轮下脚內侧端由下至上排列着直肠、尿道、外生殖器的针刺点，在对耳轮上部最高点为耳尖。（对耳轮上脚端）由耳轮结节以下的耳轮上至耳垂尖排列着轮 1、2、3、4、5、6 的针刺点，耳廓背面尚有降压沟。

以上各部区域和针刺点的介绍，其具体位置见图60。

三、针刺方法及注意事项

1. 先用火柴头在耳廓敏感处寻找压痛点，反复验证，以压痛点最明显处为进针点，然后用28号半寸或一寸的毫针与皮肤呈 45° 角捻转进针。进针前皮肤先用酒精棉球消毒，毫针同样用酒精棉球消毒。进针后可每隔10—20分钟捻转一次，以加强刺激。针刺时可請病人张嘴或使病人患肢活动，刺入后有酸、麻、胀、痛、热感觉。刺入以进入软骨为度，不能穿透耳廓。

2. 反应点一般两侧均有，或只单侧出现，一般反应点有1—3个。故针刺每侧以1—2针为宜。留针时间一般为1小时，对慢性病可稍延长

留针时间或作耳环针埋藏一周左右。

3. 针刺每天一次或隔日一次，一星期为一疗程，一般当时即可见效，慢性病常慢慢出现效果，可连续用 1—3 个疗程。

4. 耳针的禁忌症：肺结核，妊娠两个月以上，身体极度衰弱，高烧、昏迷，严重的器质型疾病（如心脏病、吐血），贫血，过度疲劳，神经紧张，月经期，急性肾炎，耳部有湿疹、皮肤病等。

四、耳针治疗

1. 全头痛：针双耳：皮质下，神门；配合枕或颈椎。

2. 失眠：针双耳：神门、皮质下；配合内分泌。

3. 偏头痛：针患侧耳：额、皮质下；配合枕。

4. 神经衰弱：针双耳：神门、皮质下、额。

5. 落枕：针患侧耳或双耳：颈、颈椎；配合肩。

6. 鼻炎（鼻塞）：针患侧耳：内鼻、皮质下。

7. 哮喘：针双耳：平喘、枕、肺。

8. 百日咳：针双耳：肺、枕；配合交感或神门。

9. 胃痛：针双耳：胃、交感、神门。

10. 腹痛：针双耳：腹、小肠；配合交感或皮质下。

11. 腹胀：针双耳：腹、大肠、配合三里(耳)。

12. 腹泻：针双耳：腹，大肠，小肠；配合交感或神门。

13. 呕吐、呃逆：针双耳：膈、贲门；配合交感或神门。

14. 胸痛或肋间神经痛：针双耳或患侧：胸、额；配合胸椎或神门。

15. 痛经：针双耳：子宫、腹、内分泌；配合交感。

16. 月经失调：针双耳：子宫、卵巢；配合内分泌。

17. 牙痛：针双耳或患侧：上颌、下颌；配合口。

18. 面神经麻痹：针患侧：即嘴向左边歪斜针右耳，嘴向右边歪斜针左耳：口、上腭、下腭；配合颊或颞。

19. 扁桃腺炎：针双耳：扁桃、咽喉；配合轮3或轮4及轮5。

20. 角膜炎或结膜炎：针双耳或患侧：眼、耳尖（放血）。

21. 耳鸣：针双耳或患侧：原有穴位耳、综合穴位耳；配合胆或肾。

22. 高血压：针双耳：平血穴（屏尖）、神门、降压沟；配合肾上腺。

23. 遗尿：针双耳：膀胱、肾、神门；配合交感或内分泌。

24. 痔痛（肛门痛）：针双耳：直肠、神门、肺；配合大肠。

25. 胆囊炎（急性或慢性）：针双耳：胆、交感，皮质下；配合神门。

26. 胆道蛔虫：针双耳：胆、十二指肠、腹；配合交感，神门。

27. 阳萎、遗精：针双耳：膀胱、肾、外生殖器；配合神门，内分泌。

28. 坐骨神经痛：针患侧或双耳：坐骨、臀、腰椎；配合神门。

29. 腰痛：针双耳：腰椎、肾；配合皮质下或神门。

30. 驱蛔虫：针双耳：大肠、小肠；配合下肢、足三里。

31. 肩关节痛：针患侧：肩关节，肩；配合轮 1、轮 2。

32. 膝关节痛：针患侧：膝、皮质下；配合轮 1、轮 2。

33. 肝炎：针双耳：肝、交感、神门；配合皮质下。肝功能紊乱者可配合下肢、足三里。

五、耳针机制

目前对耳针的解释有以下几种：

1. 耳针治疗是促进机体病理反射（即疾病）转化为生理反射的一种外界条件，对机体的紊乱的机能进行调节，使病理反射转化为生理反射。

2. 根据《灵枢经》记载：“耳者，宗脉之聚也。”因而针刺耳朵，能达到疏通经络，气血运行，收到治病的效果。

3. 有人认为针刺耳朵反射点，在大脑皮质内建立一个优势灶，按“优势法则”原理，可以改变病理兴奋灶的作用，达到治病的目的。

附 录 八

“六·二六”针吸水罐疗法

一、“六·二六”针吸水罐疗法

1. 操作方法 485
2. 农村几种常见病的拔罐位置
 - 支气管哮喘、慢性支气管炎 489
 - 小儿消化不良 492
 - 溃疡病、慢性胃炎、胃神经官能症 492
 - 婴儿瘫 492
 - 牛皮癣 502
 - 不明原因的发烧 503
 - 遗尿 504
 - 类风湿性关节炎 504

二、“六·二六”针吸粘膜舌罐疗法

1. 操作方法 504
2. 目前应用的疾病 510
3. 典型病例介绍 510

三、“六·二六”针吸鼻唇罐疗法

1. 操作方法 510
2. 目前应用的疾病 511
3. 典型病例介绍 511

附录八 “六·二六” 针吸水罐疗法

我们伟大领袖毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，给我们医务工作者指明了前进的方向。在驻学院工人、解放军毛泽东思想宣传队和学院革委会的领导下，在深入山区、农村接受工农兵再教育的过程中，我们怀着对伟大领袖毛主席的无限忠诚和对广大贫下中农的深厚阶级感情，积极地为贫下中农进行了医疗预防工作。由于大叛徒、大内奸、大工贼刘少奇在各地推行了反革命修正主义医疗路线，在农村中许多慢性病如溃疡病、哮喘、高血压病等都得不到治疗。我们本着不花钱或少花钱能治病、疗效高的原则，在祖国医学火罐、针、灸等疗法的基础上，设计了“六·二六”针吸水罐疗法。一年多的实践证明，这个疗法对不少疾病都有不同程度的疗效，很受广大工农兵群众的欢迎。在推广的过程中，这种疗法正在不断发展和提高。为了对合作医疗贡献更大力量，我们把现有的材料供给广大“赤脚医生”，以求共同研究和探讨。

一、“六·二六”针吸水罐疗法

1. 操作方法 (图61—64)

“六·二六”针吸水罐为特制的玻璃小瓶(石家庄市华北药厂二分厂制造、石家庄市医药公司出售)，或将普通链霉素小瓶的底磨掉也可代用。这种水罐还叫“六·二六”针吸一号水罐(见图61—I)。

图61“六·二六”针吸水罐疗法操作步骤一：茶杯盛温热液体(辣姜水、热水、醋或苏打水等，随病种不同，所用液体也异——见注解)，温热液体的温度以不烫手为度(见图61—II)，然后用六·二六针吸一号水罐，从瓶底部灌满温热液体。

〔注解〕：一般慢性病用辣姜水效果较好，如辣姜水不方便时也可用热水代替。类风湿性关节炎用热醋，皮肤病用苏打水，均有较好的效果，如辣姜水或热水效果不好时，也可选择其他液体。辣姜水的配制方法：二市斤水内约放干辣椒3两，鲜姜或干姜3两，花椒1两，煮沸1小时后，过滤即可应用。用过之辣椒、姜、花椒不要倒弃，可再加水煮沸应用，直到没辣味时，便再

更換。苏打水配制方法：二斤水內放小苏打两食匙。热醋即市面出售的食醋进行加溫即可。

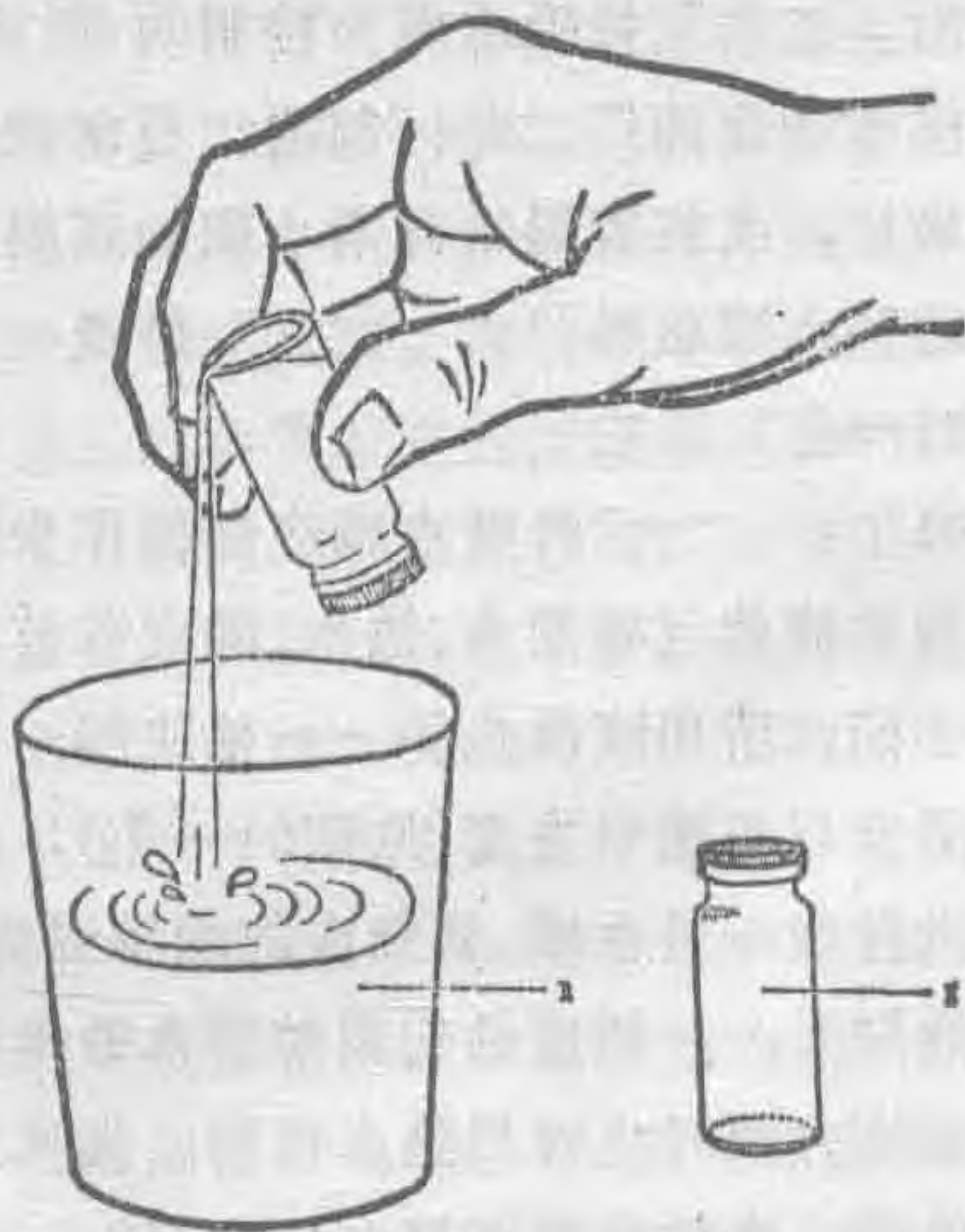


图61

图62 “六·二六”针吸水罐疗法操作步骤二：将灌有溫热液体的“六·二六”针吸一号水罐（图62—Ⅱ）迅速扣于应拔部位，使罐与皮肤垂直，扣紧，不使液体从瓶底下流出，这样，水罐上方

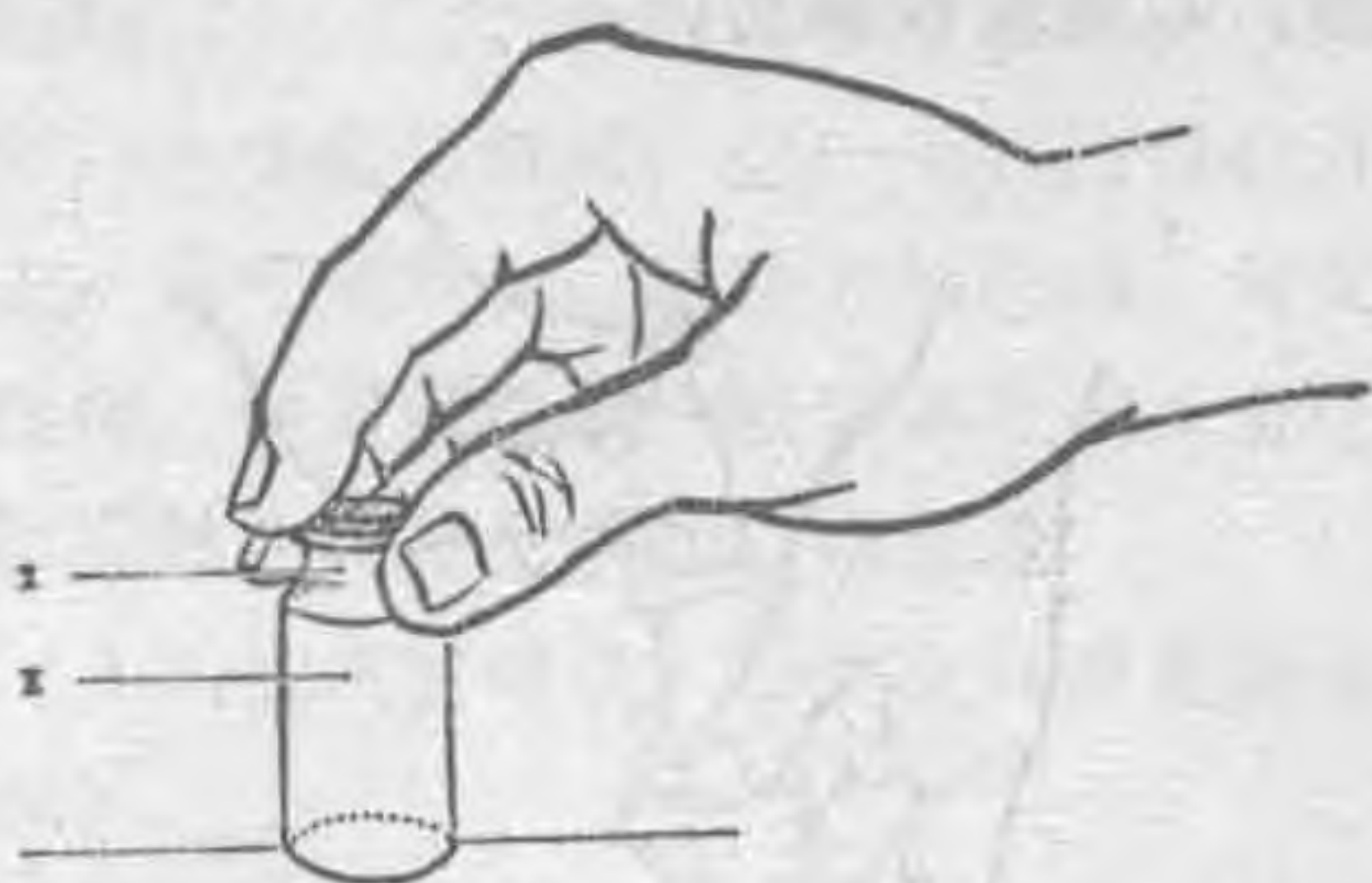


图62

有一段空气（无水处，图62—I）。

图63 “六·二六”针吸水罐疗法操作步骤三：用20毫升注射器，将针头从瓶塞刺入，针头的尖端在液面上方的空气处，用手拉针心，瓶的上方即成真空，构成负压，这样，“六·二六”一号水罐即吸附在应拔部位。皮肤被拔到一定高度（约一公分），将针头由瓶塞拔出。直到瓶内皮肤出现深红色红晕时，即可起罐。如皮肤始终不出现红晕时，约5—10分钟后，也应起罐。如皮肤出现水泡时，不用刺破，1—2日即愈。拔罐位置，每次上下错位，间隔拔罐，不要始终拔一

个地方，以免皮肤损伤。



图63



图64

图64“六·二六”针吸水罐疗法操作步骤四：起罐时，一手将瓶按住，另一手将皮盖拔开，随即盖上，再把瓶取掉。这种方法起罐，可使病人免于疼痛，并可避免瓶内液体洒在病人身上。

2. 农村几种常见病的拔罐位置

(1) 支气管哮喘、慢性支气管炎拔罐位置
(图65)

①以大椎穴为标准，大椎穴拔一罐，大椎穴上方一横指处，距中线一横指，两侧各拔一罐，由此二罐向上一横指再各拔一罐。

②大椎穴旁开二横指拔一罐，以此罐为标准，依次向下，每隔两横指拔一罐，可拔5—6罐。

③有痰时可在两侧膏肓俞（第四胸椎下旁开三指）各拔一罐。

④从天突穴开始，向下每隔两横指拔一罐，可拔5—6罐。

⑤沿锁骨下缘向外，每隔两指拔一罐，拔3—4罐。

⑥小腿内侧面，沿骨面每隔两指拔一罐，拔

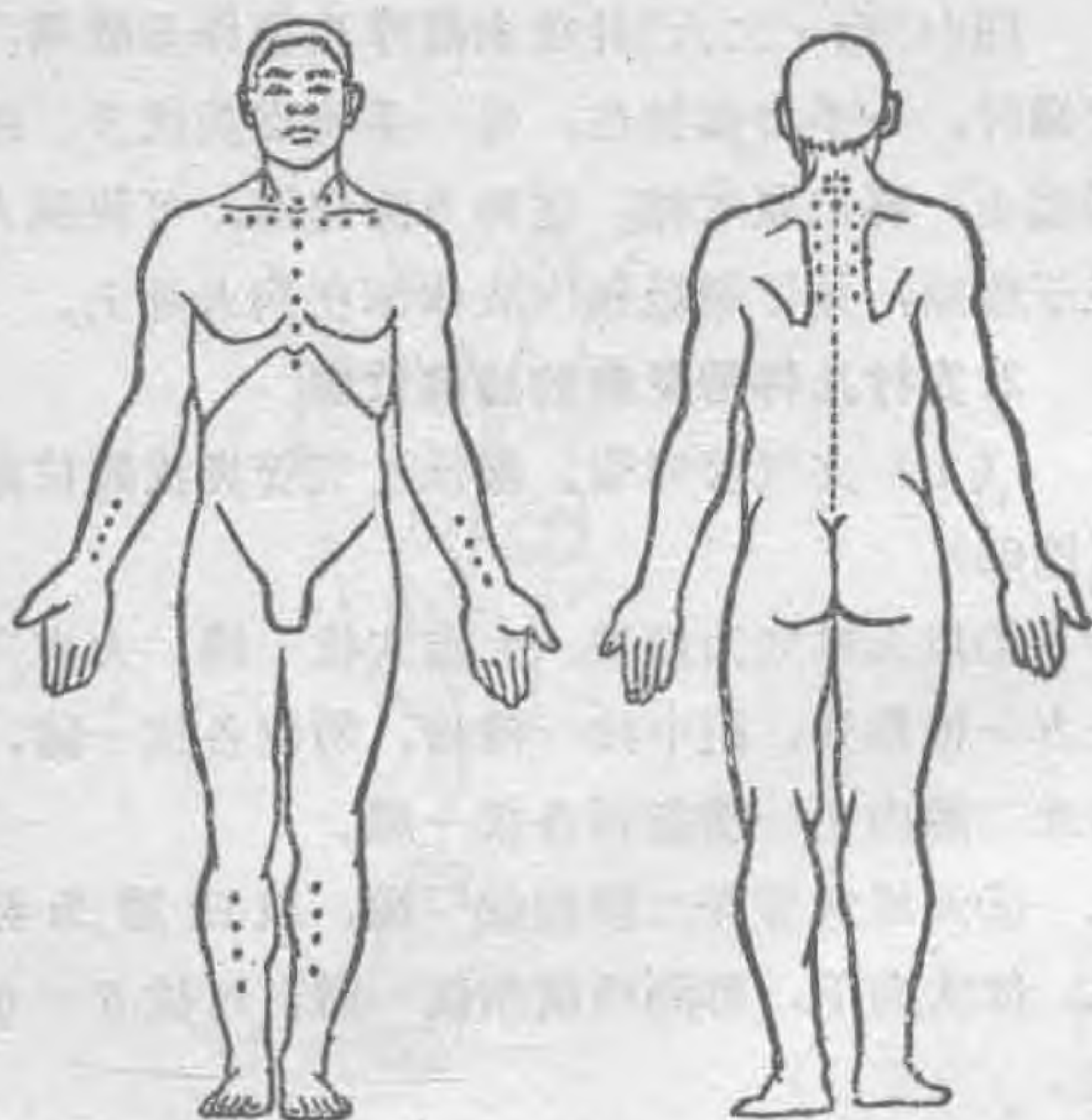


图65 支气管哮喘、慢性支气管炎的
“六·二六”针吸水罐位置
“·”代表拔罐位置

4 - 5 罐。

⑦沿前臂心包经，每隔两横指拔一罐，拔 3 — 4 罐。

⑧每次拔罐20个左右，前面穴位及背面穴位

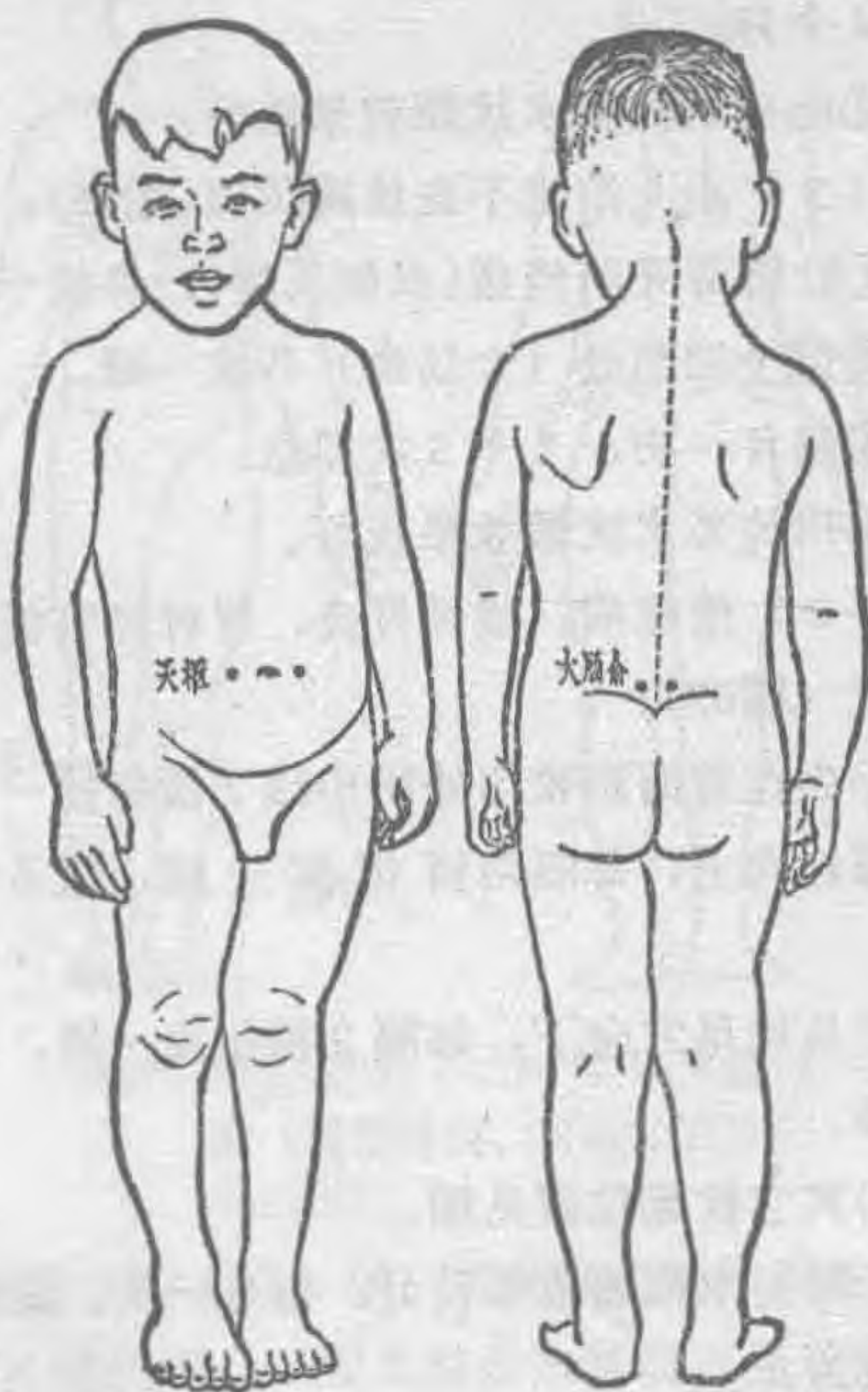


图66 小儿消化不良“六·二六”针吸水罐位置

交替使用，每日一次，直至病情痊愈为止，可拔3—4个月。

⑨此病用辣姜水拔罐效果较好。

(2) 小儿消化不良拔罐位置(图66):

①肚脐旁开两横指(双侧天枢穴)各拔一罐。

②臀上凹陷处(大肠俞)各拔一罐。

③每日一次，1—5次即愈。

④用辣姜水拔罐效果较好。

(3) 溃疡病、慢性胃炎、胃神经官能症拔罐位置(图67)

①先在背面腰带印处距中线2横指拔一罐，从此罐起向上，每隔两横指拔一罐，拔5—6罐。

②从鸠尾穴向下，每隔2横指拔一罐，拔3—4罐。

③其它拔罐位置见图。

④辣姜水拔罐效果较好，每日一次，直至病情痊愈为止。

(4) 婴儿瘫拔罐位置主要根据肌肉起止点拔罐，拔瘫痪肌肉的起止点，因此，瘫痪肌肉的不

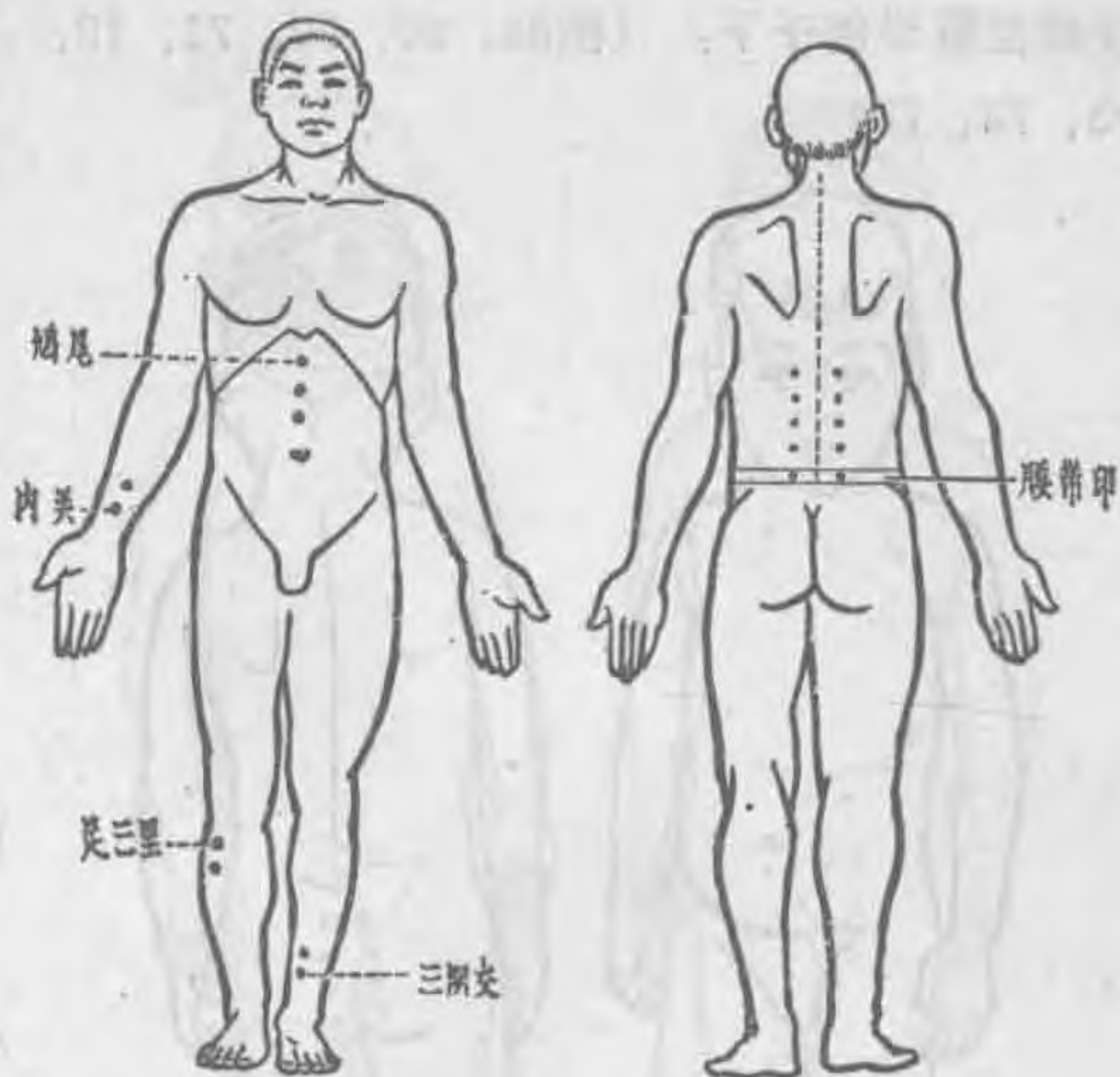


图67 溃疡病“六·二六”针吸水罐位置（慢性胃炎、胃神经官能症也适用）

同，拔罐位置也不一样，可根据瘫痪出现的姿式，选择拔罐位置。一般用辣姜水拔罐效果较好，每日一次，直到痊愈为止。一般单侧效果较好，双侧较差。可拔1—6个月。现将常见的瘫痪畸形

拔罐位置举例于下：（图68、69、70、71、72、73、74、75）

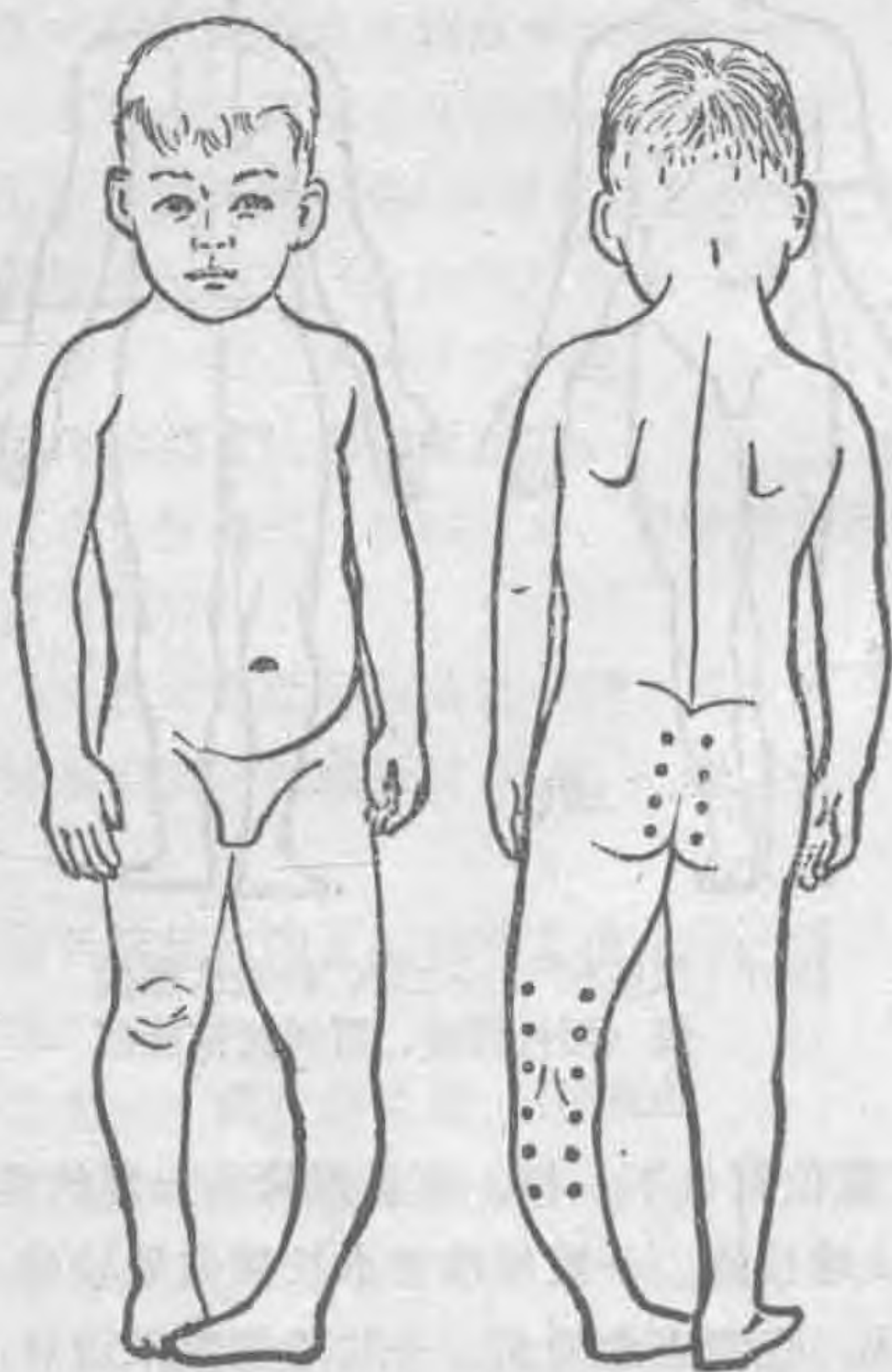


图68 足跟不能着地“六·二六”针吸水罐位置(左)

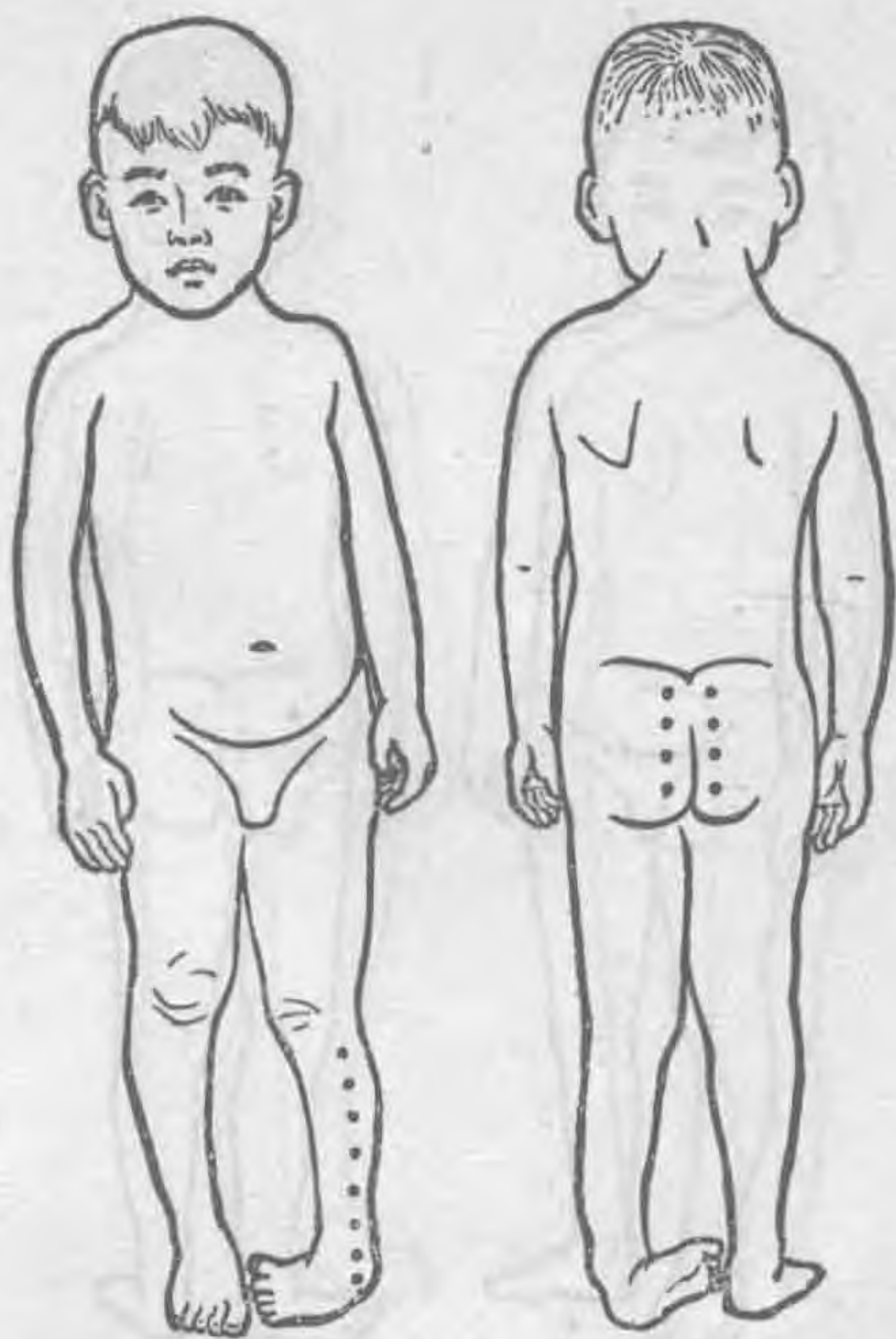


图69 足心向内“六·二六”针吸水罐位置（左）

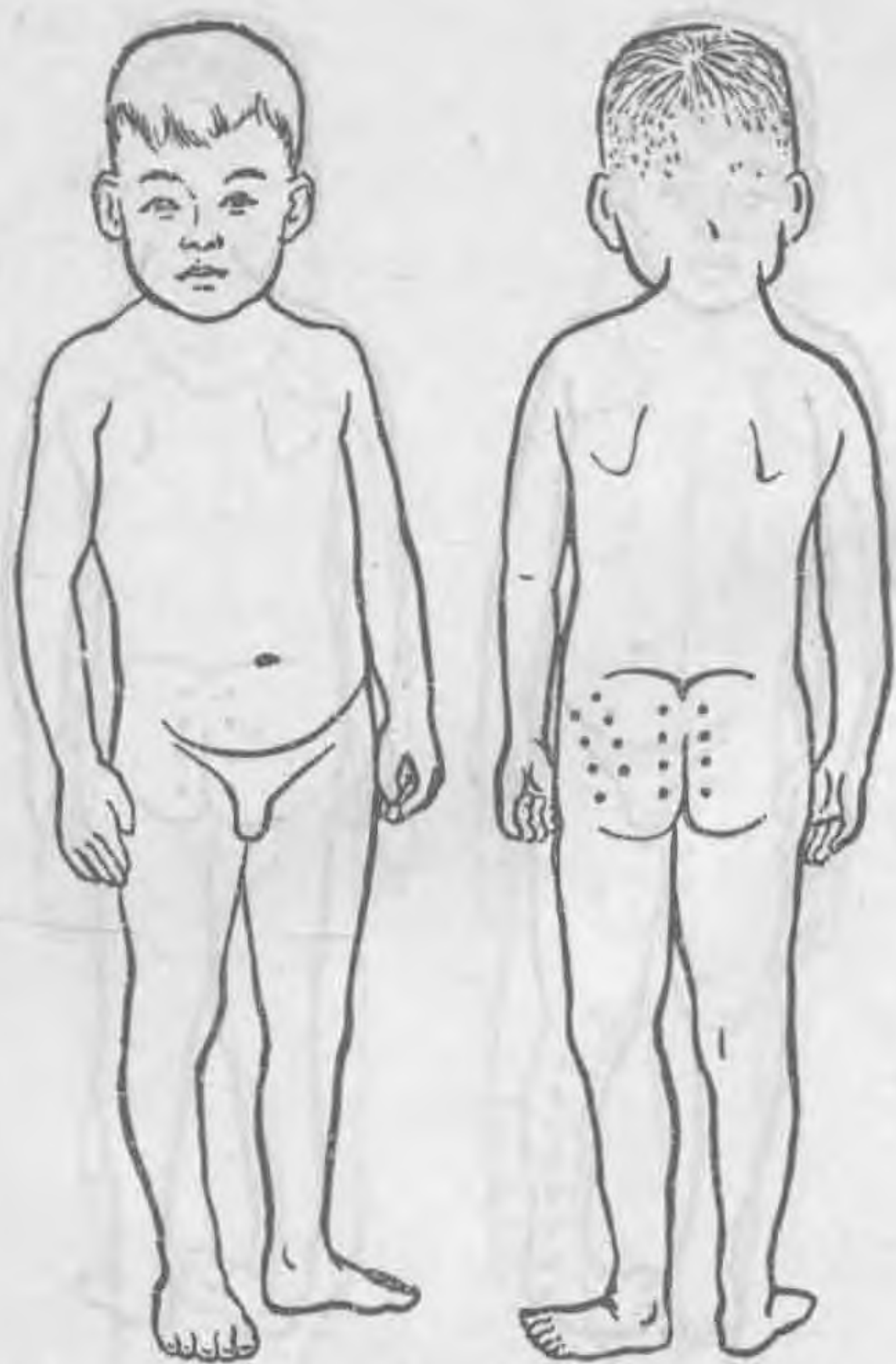


图70 足尖向外“六·二六”針吸水罐位置（左）

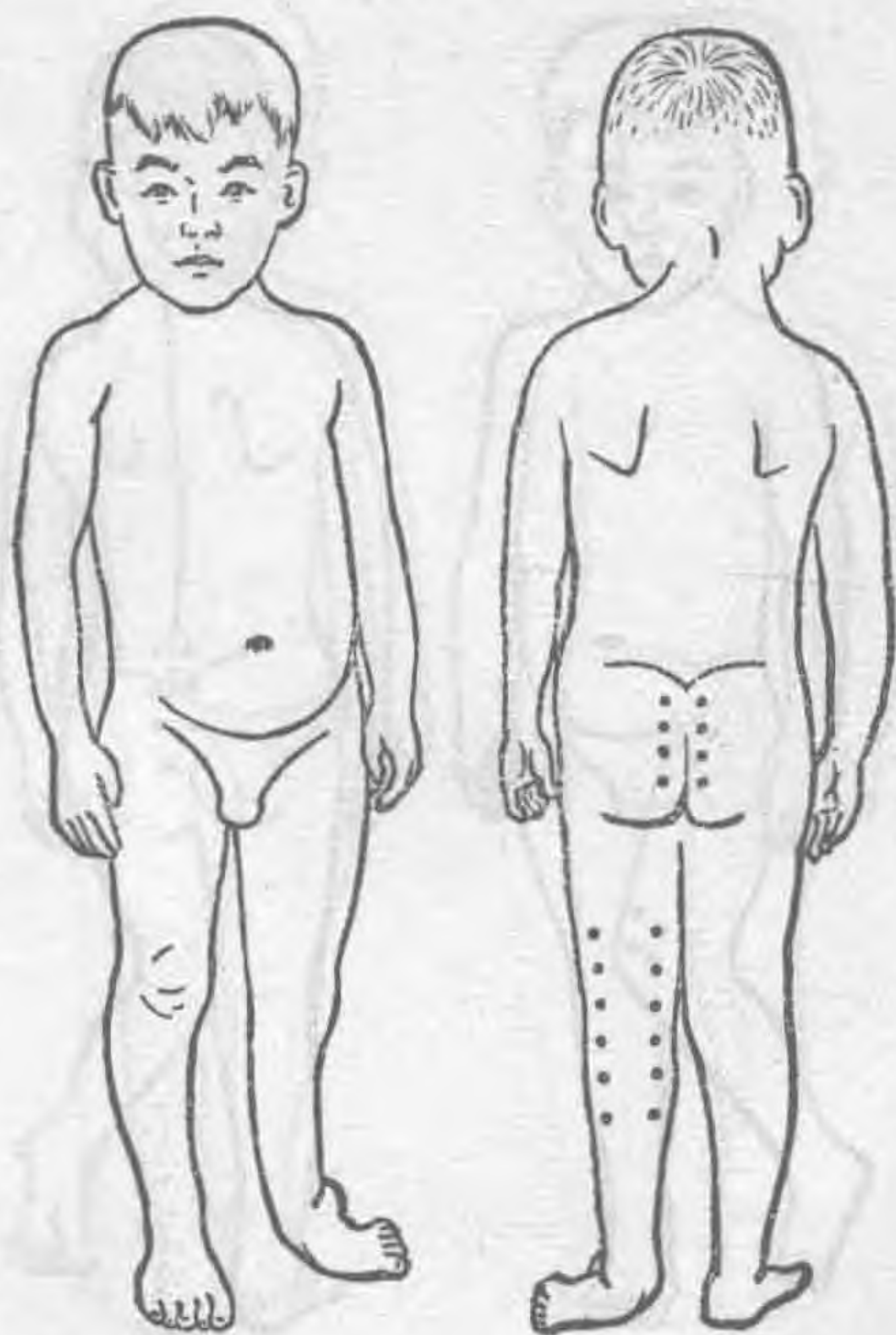


图71 足心向外“六·二六”针吸水罐位置（左）

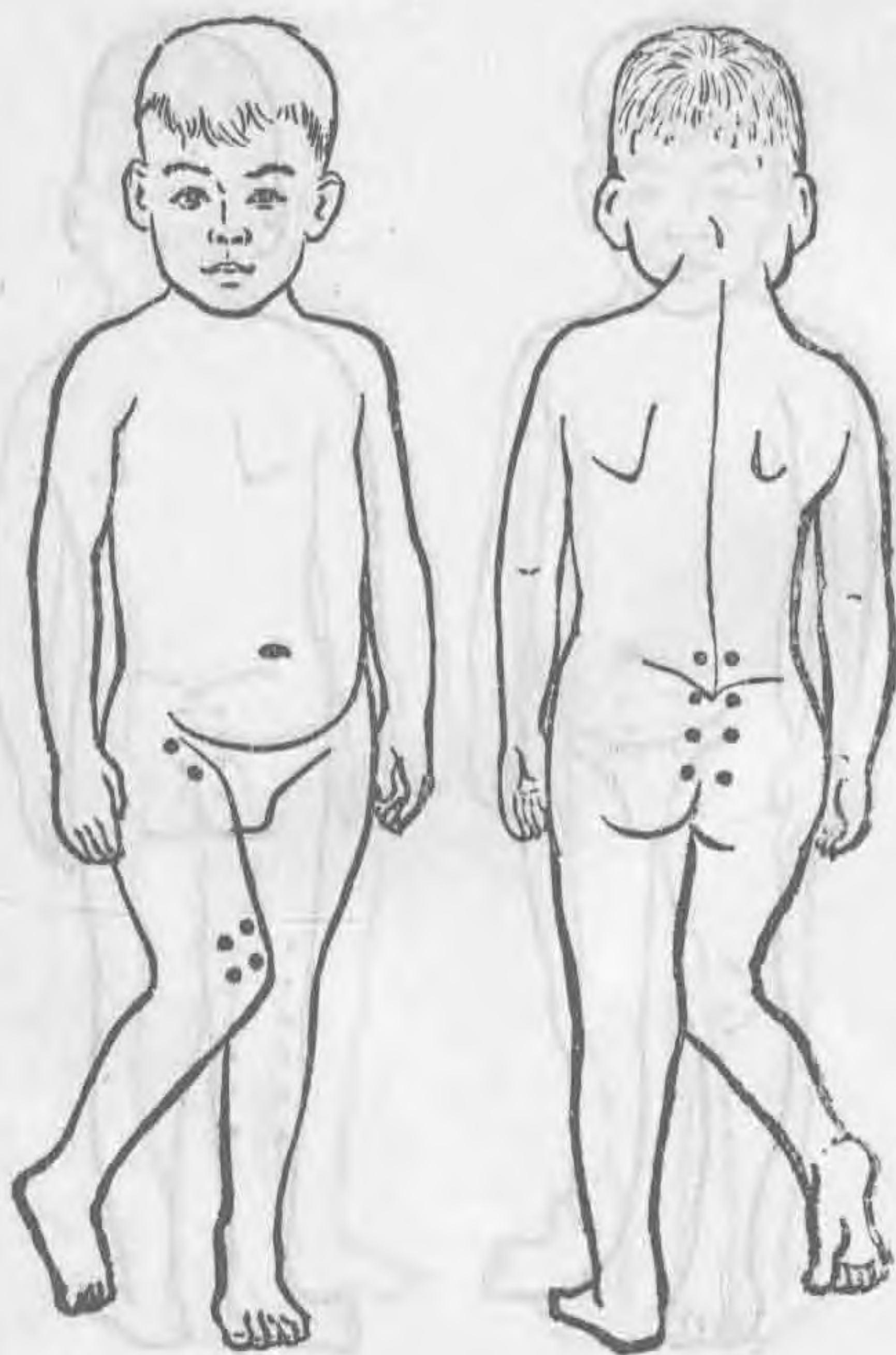


图72 大腿不能屈曲“六·二六”针吸水罐位置(右)

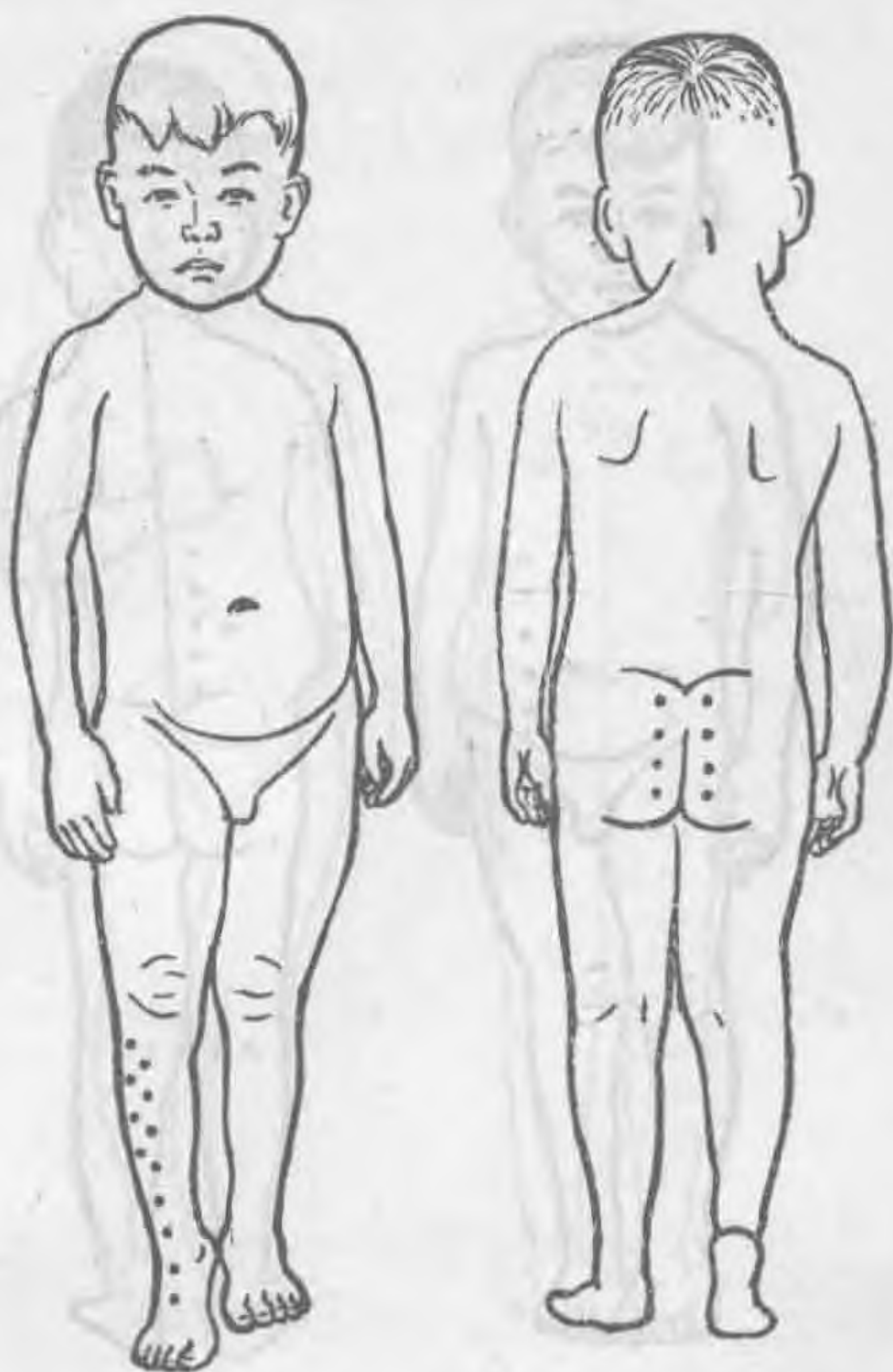


图73 膝过伸畸形“六·二六”针吸水罐位置（右）

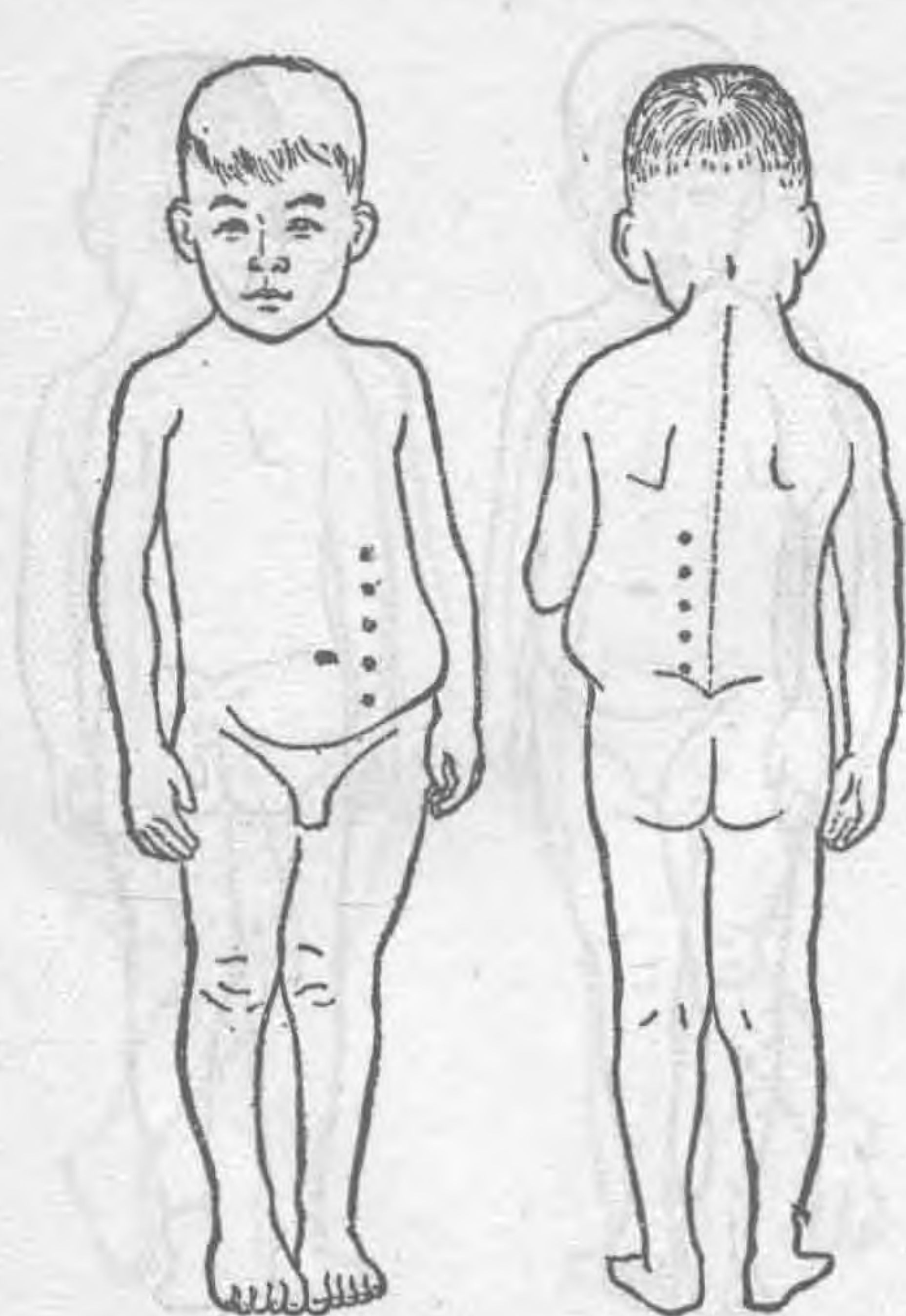


图74 腹肌瘫痪“六·二六”针吸水罐位置（左）

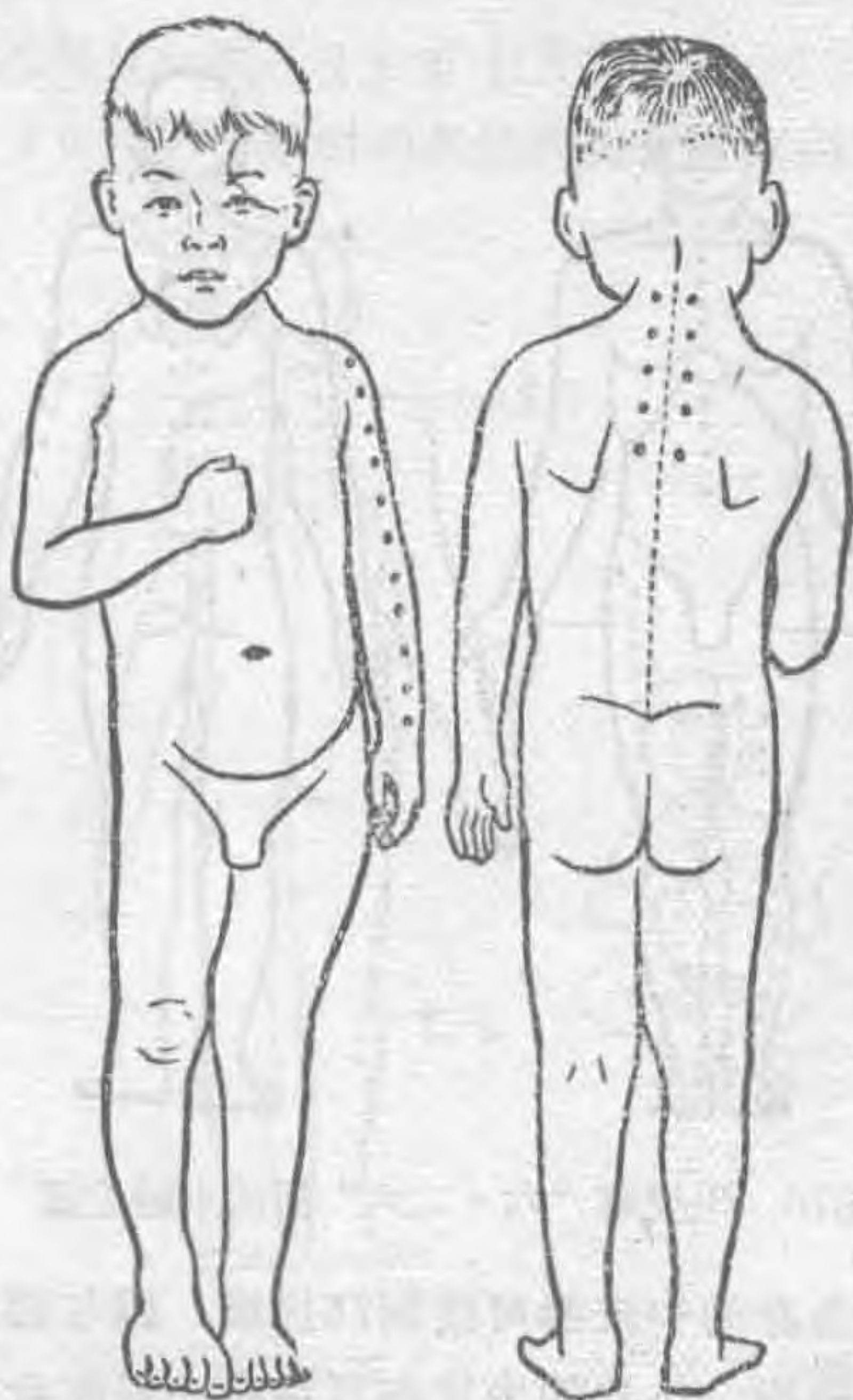


图75 上肢不能上举“六·二六”针吸水罐位置（左上肢）

(5) 牛皮癬拔罐位置 (图76)

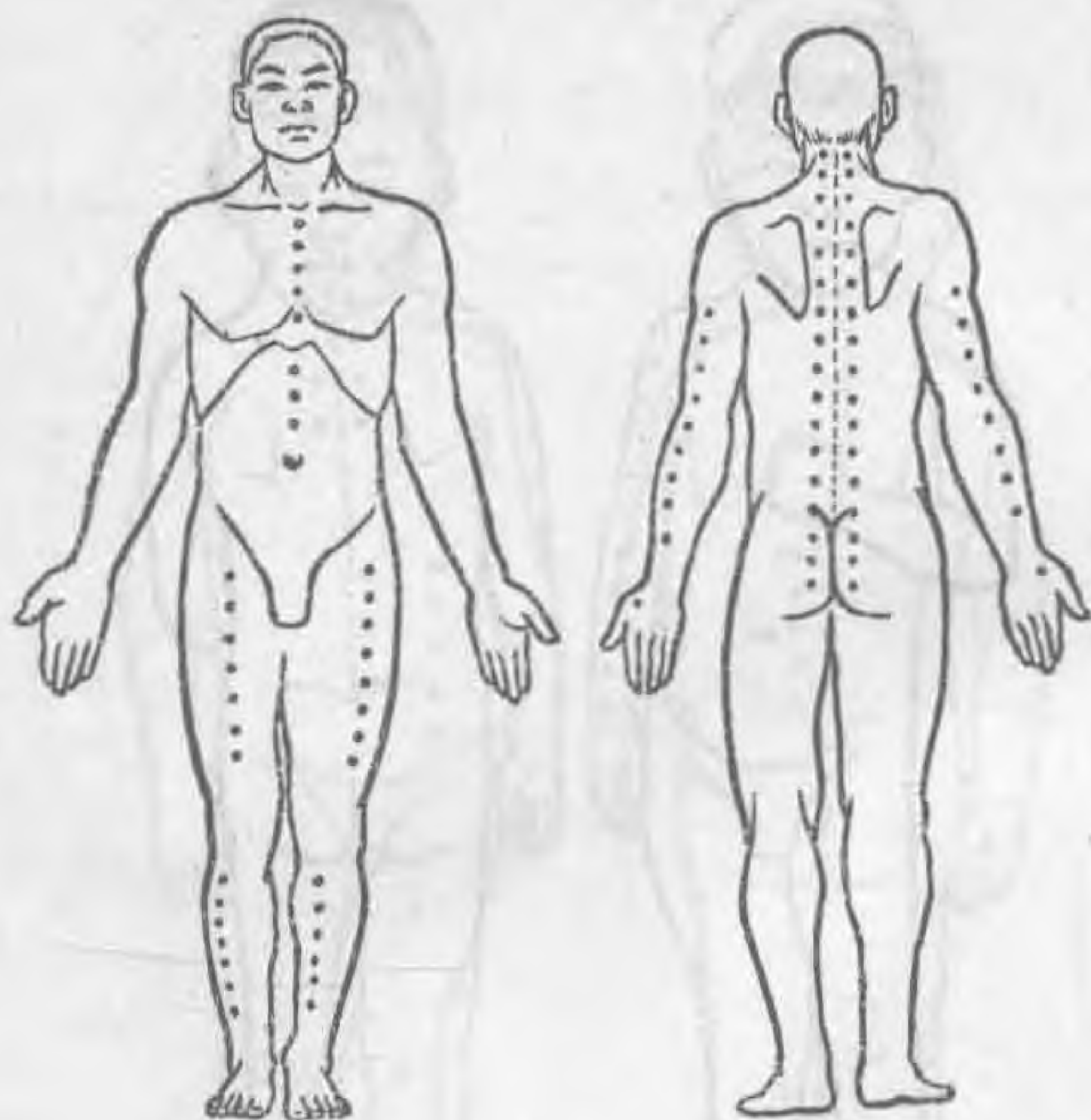


图76 牛皮癬“六·二六”針吸水罐位置

①全身的牛皮癬可按图76拔罐，罐与罐之间相隔2横指。小片的牛皮癬可在癬的局部拔一圈(参见图79)。

②用辣姜水拔罐，效果较好。有的病人用苏

打水拔罐效果好。

③每日一次，1—6个月即愈。

(6) 不明原因的发烧拔罐位置 (图77)



图77 不明原因的发烧“六·二六”针吸水罐位置

①成人拔罐位置较多，儿童拔罐位置较少。

②用辣姜水拔罐效果较好。

③每日一次，1—10次即愈。

④在拔罐过程中，应继续寻查发烧原因。

(7) 遗尿拔罐位置 (图78)

①脐两侧旁开2横指拔一罐。

②脐下每隔2横指拔一罐，可拔2—3罐。

③骶部距中线2横指处，每侧拔3—4罐，罐间距离2横指；两侧都可拔。

④用辣姜水拔罐效果较好。

⑤一般拔2—10次即愈。

(8) 类风湿关节炎拔罐位置 (图79)

①在疼痛关节的上方和下方约2横指处拔1—2圈，罐间距离约1横指。

②腰背痛时，沿后面正中线两侧，距中线2横指处拔两行，罐间距离为两横指。

③关节附近的针灸穴位，也可适当拔罐。

④用辣姜水拔罐，效果较好。

⑤一般需拔1—3个月。

二、“六·二六”针吸粘膜舌罐疗法

1. 操作方法 (见图80)：用特制的“六·二六”二号水罐 (由华北药厂二分厂制造，见图80

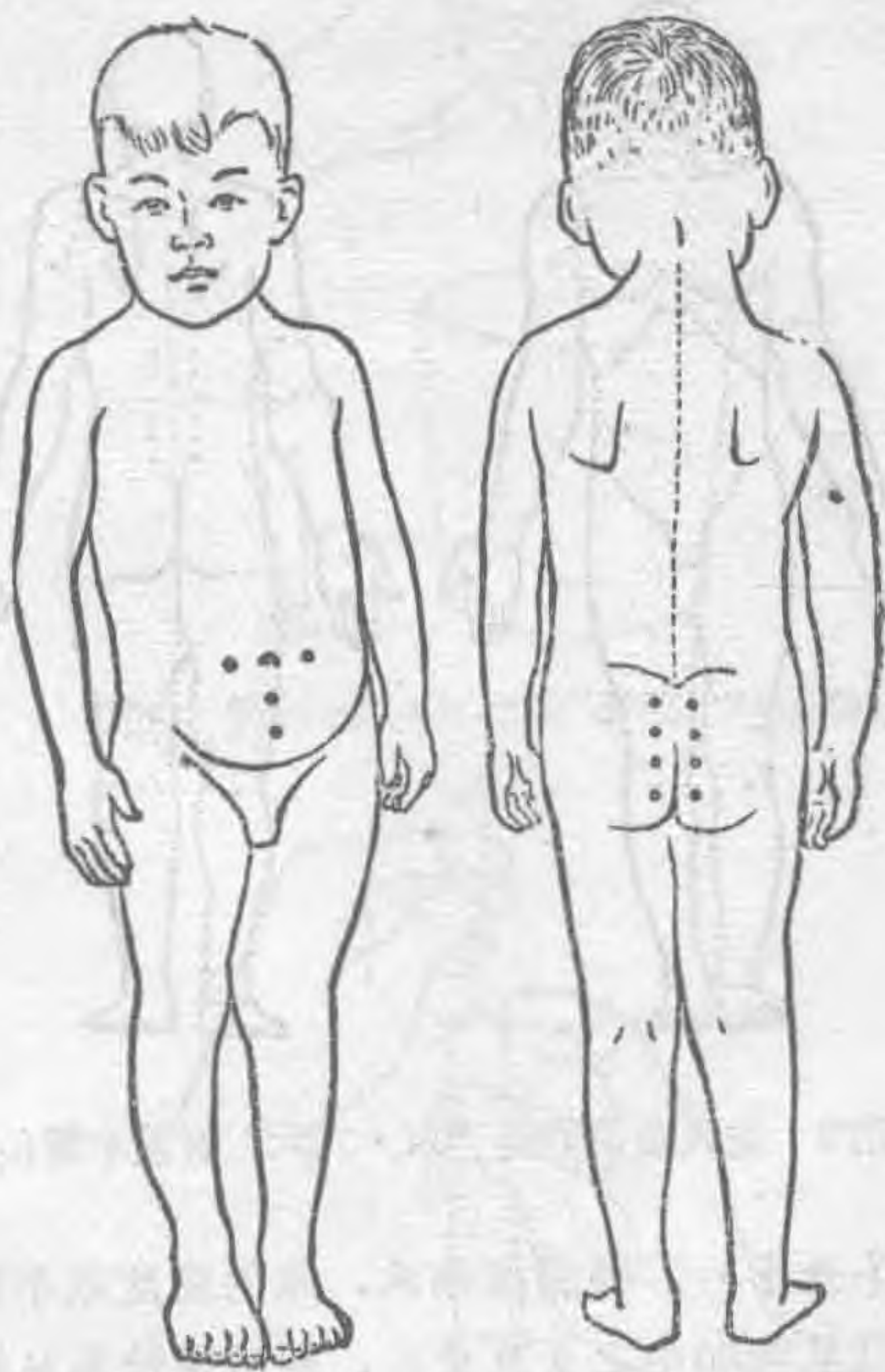


图78 遺尿“六·二六”針吸水罐位置

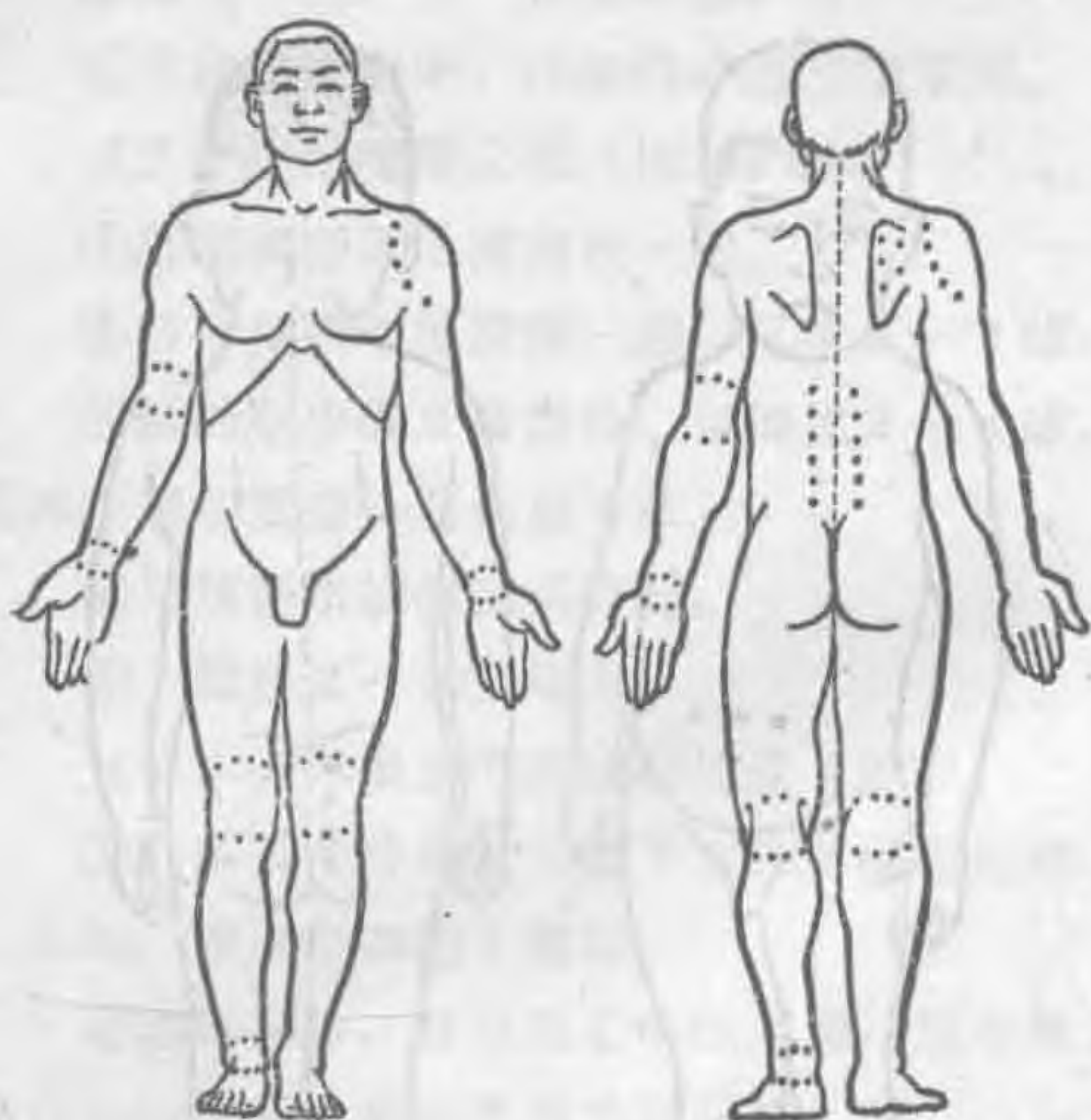


图79 类风湿关节炎“六·二六”针吸水罐位置

中之Ⅰ及Ⅱ），装满温热水，水的温度以不烫手为宜（见图80中之Ⅲ及Ⅱ），然后用针头从罐的胶皮盖刺入（见图81），最后将罐扣于应拔部位，吸出罐内部分气体或液体，罐内形成负压，粘膜

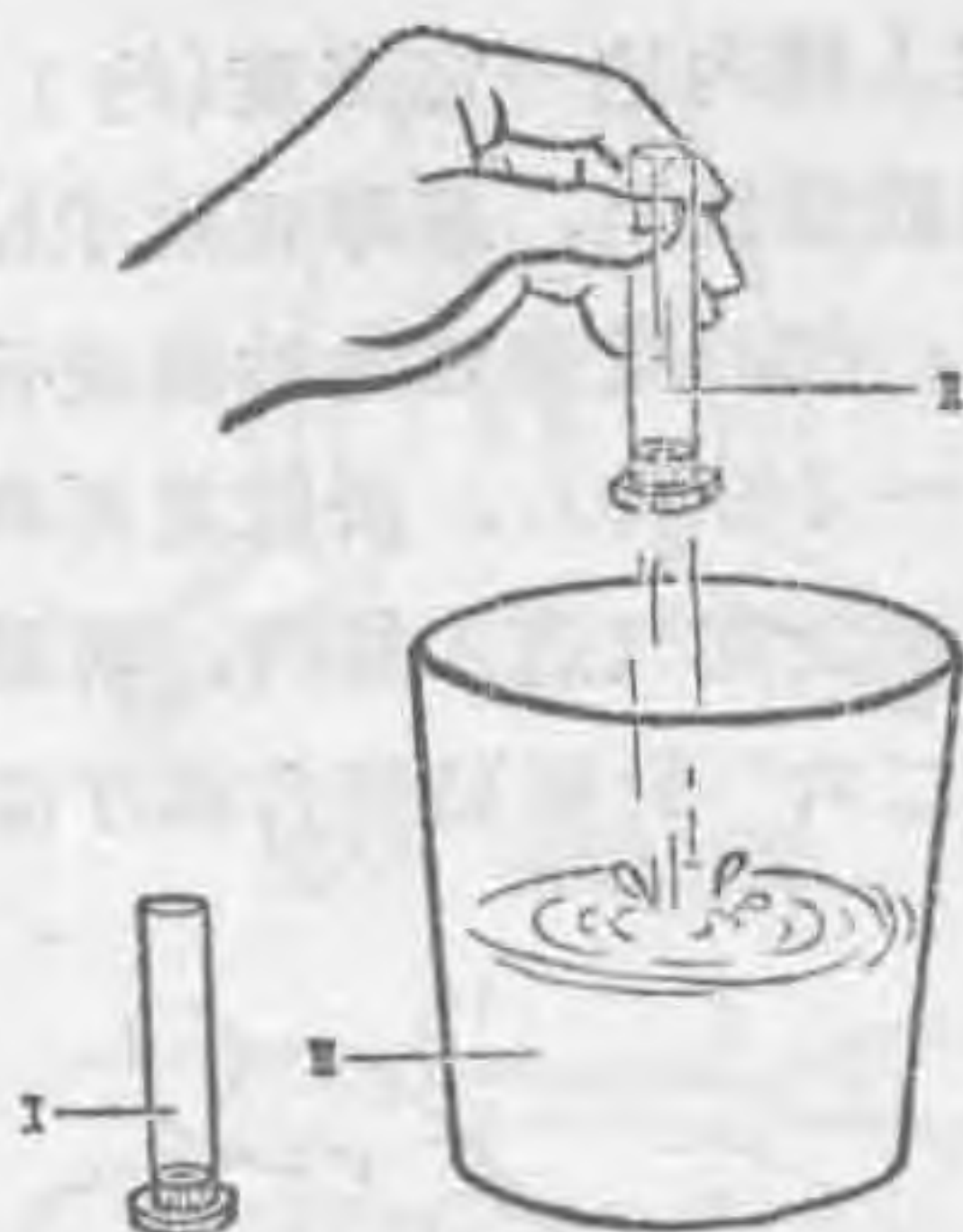


图80 特制的“六·二六”针吸二号水罐



图81 将针头由胶盖刺入

或舌组织突入罐内达一定高度(约1公分左右)，即将针头由胶盖拔出，罐即吸附于粘膜或舌上(见图82)；细心观察罐内粘膜或舌组织呈现青紫时(约1—2分钟)，由胶盖再刺入针头(或掀开胶盖)，让空气进入罐内，将罐取下。

“六·二六”针吸粘膜舌罐疗法主要拔四

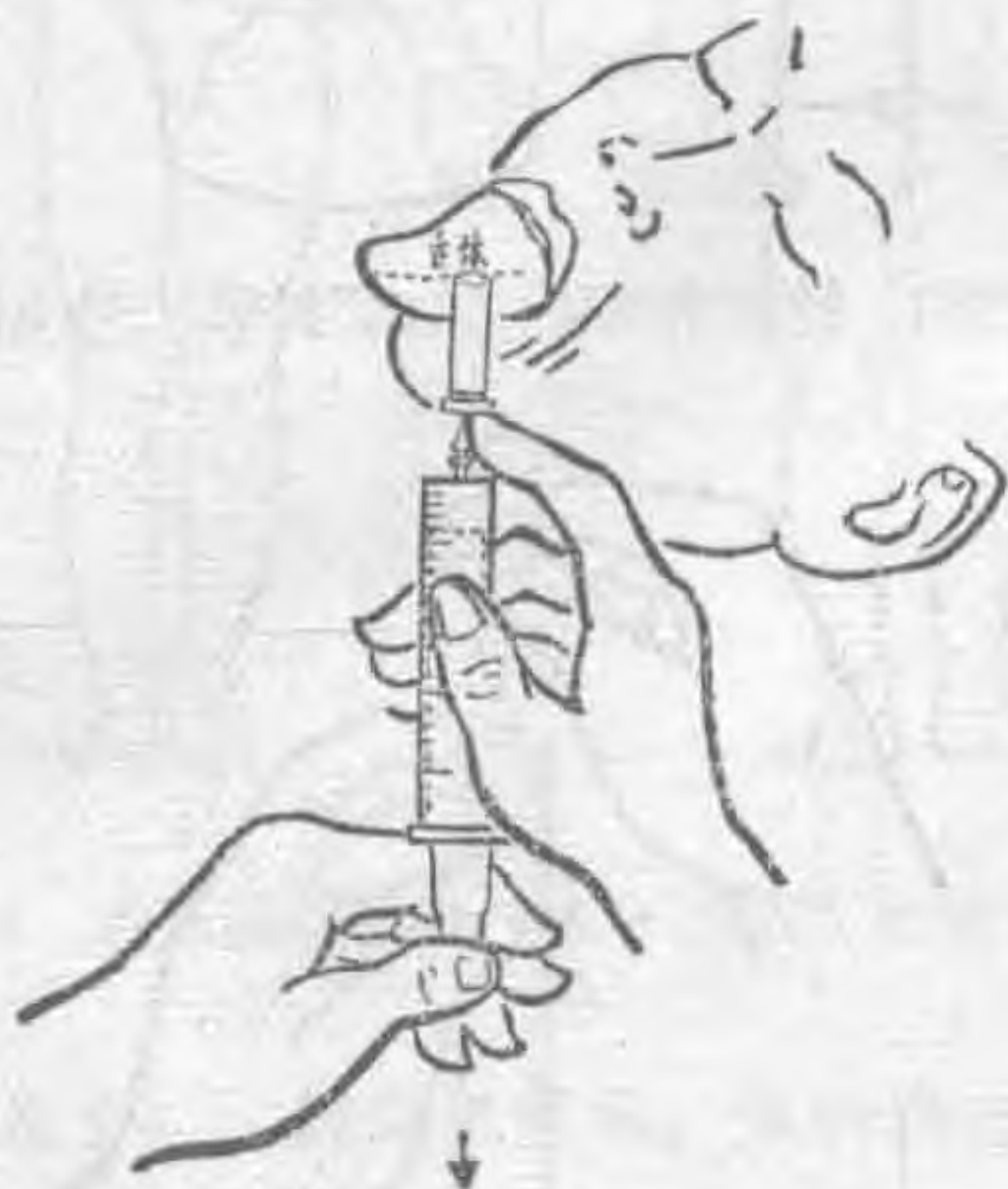


图82 将罐扣于应拔部位(例如舌两侧)，待应拔部位拔到一定高度(约1公分)，即将针头拔出胶盖。



图83 舌罐位置

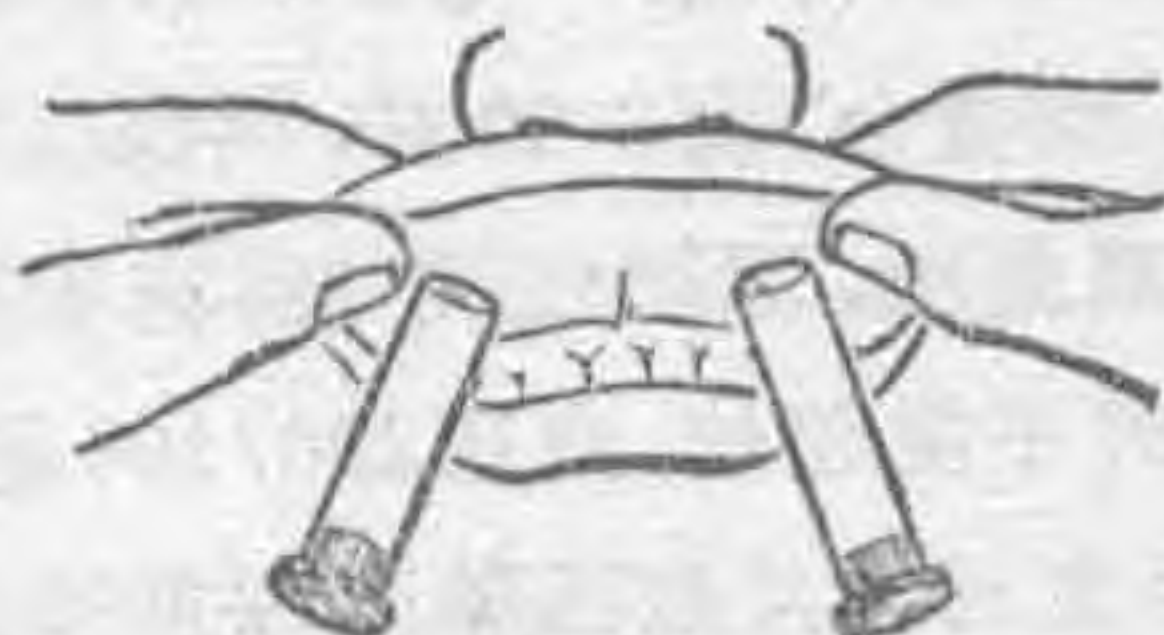


图84 口腔粘膜罐位置



图85 眉下罐位置“·”代表拔罐位置

罐，先拔舌体两侧（见图83），再拔两侧颊部粘膜（见图84）。如为高血压，除拔上述四罐之外，还须增拔两侧眉下罐（见图85）。每天拔1—2次，直至病情痊愈为止。

2. “六·二六”针吸粘膜舌罐目前应用的疾病有高血压、溃疡病、伤风感冒、牙痛等。

3. 典型病例介绍：

（1）樊贵金，女，59岁，中农，井陉城关公社。16岁得高血压，四十三年来，花了三千多元没治好。病重时不能起床，血压220/100毫米汞柱。经用粘膜罐治疗三次，血压降至120/80毫米汞柱。停止治疗二十天后，血压仍为正常（110/70毫米汞柱）。

（2）于锁堂，男，24岁，工人，井陉东方红煤矿。来门诊时胃痛，经拔粘膜罐后胃痛消失。

（3）多数胃肠道患者主诉在拔粘膜罐过程中，觉得心口和肚子热呼，很舒适，说明舌罐疗法的作用是非常快，而疗效也是比较明显的。

三、“六·二六”针吸鼻唇罐疗法

1. 操作方法：用特制的“六·二六”二号水

罐（见图80），在鼻背、鼻尖及人中穴处共拔四罐。如有鬍鬚不易拔罐时，则拔上唇中部内面粘膜处。每日拔1—2次，直到病情痊愈。

2. “六·二六”针吸鼻唇罐疗法目前应用的疾病有溃疡病、消化不良、伤风感冒、胃神经官能症等。

3. 典型病例介绍：

（1）刘瑞英，女，21岁，贫农，山北村大队。患溃疡病一年，常有胃痛，经拔鼻唇罐8次，现已不痛了。

（2）许素棒，女，25岁，中农。患胃神经官能症三年。经拔鼻唇罐14次，大有好转。

附录九 常用药物 参考单价系1969年8月1日调整前原价

512

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考单 价(元)	注 意 事 项
解热止痛片 (复方阿司 匹林片, 又 称“爱皮西” 片, 每片 0.42克)	伤风感冒, 发 烧头痛, 关节 痛, 神经痛, 牙 痛	成人: 每次服1—2 片, 每日三次, 饭后吃 小儿: 2—3岁每次 服 $\frac{1}{4}$ 片, 4—6岁每次 服 $\frac{1}{3}$ 片, 12岁每次服 $\frac{1}{2}$ 片	0.01	吃药后多喝开 水, 六个月以下 婴儿最好吃小儿 退热片
阿 司 匹 林 (每片0.3克 或0.5克)	伤风感冒, 发 烧头痛, 关节 痛, 神经痛, 牙 痛	成人: 每次服1—2 片, 每日三次, 饭后吃 小儿: 2—3岁每次 服 $\frac{1}{4}$ 片, 4—6岁每次 服 $\frac{1}{3}$ 片, 12岁每次服 $\frac{1}{2}$ 片	0.005 0.008	吃药后多喝开 水, 六个月以下 婴儿最好吃小儿 退热片
索 密 痛 (去痛片)	头痛、牙痛、肌 肉痛、关节痛等	成人: 口服1—2 片/次, 一日三次	0.03	

安乃近 (罗瓦尔精) (片剂0.5克) (注射剂 1毫升:0.05; 1毫升:0.5; 2毫升:1克)	高热, 伤风感冒, 头痛, 牙痛, 肌肉酸痛、关节痛、月经痛、神经痛及急性风湿性关节炎	成人: 口服 1片/次, 一日三次; 肌注: 0.5—1.0克/次 小儿: 口服10—20毫克/公斤/次 肌注: 5—10毫克/公斤/次	0.04 0.07	极少数病人可引起白细胞下降, 必须立即停用。服用期间应经常检查血像
小儿退热片 (内含成分: 阿司匹林, 非那西丁)	小儿伤风感冒, 发烧, 轻度头痛	不满一岁的每次吃半片; 一至二岁的吃一片; 三至四岁的吃两片; 五至八岁的吃三片; 九至十二岁的吃四片, 每日三次	0.02	三个月以下婴儿不能用。服用后偶有恶心、呕吐、皮疹
银翘解毒丸 (片)	伤风感冒, 发烧头痛, 咽喉不适, 咳嗽, 胸悶	成人早晚各一次, 每次一丸; 片剂4—8片/次。 小儿按医生意见吃	0.075	忌吃辣椒、油腥等食物
羚翘解毒丸 (片)	同上	同上	0.11	同上

常用药物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考单 价(元)	注 意 事 项
桑菊感冒片	伤风感冒，发 烧头痛，咽喉不 适，咳嗽，胸闷	每次二至四片，每 天早晚各服一次， 用温开水送下，小儿 酌量	0.11 (管)	忌吃辣椒、油 腥等食物
通宣理肺丸	感冒、咳嗽多 痰	成人每次一丸，每 天吃二次，早晚用温 开水送下	0.06	吃药后要注意 别受凉
复方甘草片 (止咳片)	支气管炎，咳 嗽	成人每次二片，每 日三次，小儿每次 $\frac{1}{2}$ —1片，每日三次	5片/ 分	15岁以下最好 吃，小儿止咳糖 浆，此药容易潮 解，要告诉病人 放在有盖的瓶子 里盖紧
小儿止咳 糖 浆	咳嗽，多痰	每隔3—4小时吃 一次，三岁以下每次 半格；三至五岁吃一 格；五至十五岁吃一 至二格	0.39	吃药时要多喝 开水，这种药对 百日咳、肺结核 引起的咳嗽无效

氨茶碱 (每片0.1克)	支气管哮喘及 心绞痛等	成人: 每次1—2片, 每日三次, 饭后服用 小儿: 每日三次2—5毫克/公斤/次	0.01	一岁以下婴儿不用, 因药性剧烈, 不能多吃 口服可有恶心呕吐, 宜饭后服
百喘朋片 (每片含盐 酸麻黄素25 毫克, 盐酸 苯海拉明25 毫克)	支气管哮喘及 荨麻疹等过敏性 疾患	成人: 每次1—2片, 每日三次 小于五岁 $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ 片/次, 大于五岁 $\frac{1}{2}$ —1片/次	0.23	高血压病患者 忌用
平喘丸	咳嗽气喘, 痰 多胸闷	每次10—15粒, 每日三次, 温开水送下	0.51	
桔红丸	咳嗽、痰多、 喉嚨发干、发痒	每次二丸, 早晚各一次, 温开水送下	0.06	
磺胺噻唑 (消炎片, 每片0.5克)	各种炎症(如 肺炎、扁桃体 炎、中耳炎、疮 疖、脓肿等)	成人: 每次1克, 每日四次, (首次剂量加倍) 小儿: 0.1—0.2克/公斤/日, 分四次口服(首次剂量加倍) 上述各量均需与等量的苏打片同服	0.015	服药时要多喝 开水

常用药物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考单 价(元)	注 意 事 项
磺胺嘧啶 (每片 0.5 克)	各种炎症 (如 肺炎、扁桃 炎、中耳炎、 疖、脓肿等)	成人: 每次 1 克, 每日四次, (首次剂 量加倍) 小儿: 0.1—0.2 克 /公斤/日, 分四次口 服 (首次剂量加倍) 上述各量均需与等 量的苏打片同服	0.08	服药时要多喝 开水, 脑内分布 比磺胺嘧啶高
小 儿 安	感冒、发烧、 肠炎、吐泻、疮 疖	未滿一岁服半包, 1—2 岁 1 包, 3— 5 岁 1.5 包, 6—8 岁 2 包, 9—11 岁 2.5 包, 第一次服量 加倍, 每日四次	0.02	

止痢片 (磺胺脒, 每片0.5克)	痢疾、肠炎	同磺胺脒唑, 但不 需要同服苏打片	0.02	吃药后应多喝 开水。服药到大 便正常后三天为 止
黄连素片 (每片 0.1 克)	同上	每次 1—2 片, 每 日三次	0.019	
长效磺胺 (0.5克/片)	与磺胺脒唑同	成人: 口服当天 1 克, 以后每天服 0.5 克; 小儿: 15—20毫克 /公斤/日, 一頓服, 首次剂量加倍	0.09	此药作用时间 长, 排泄慢, 服 此药可不必同时 服苏打片

常用药物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考单 价(元)	注 意 事 项
青 霉 素 (注射剂)	肺炎, 脑膜炎, 骨髓炎, 蜂窝组 织炎, 扁桃腺炎, 中耳炎, 疖疔、 脓肿, 败血症, 腹膜炎, 脓胸等	成人: 肌注20—40 万单位 / 次, 每六小 时一次 小儿: 肌注2.5—5 万单位 / 公斤, 分4 次注射	0.26 0.42 0.92	①用药前必须做 皮肤过敏试验, 成 人离前次使用间隔 7天, 小儿间隔3 天均需重做过敏试 验。阴性者才能用 ②此药毒性小, 但易引起过敏反 应, 如皮疹, 血清病 及过敏性休克。如 发生休克, 应立即 肌肉或皮下注射 1:1000 肾上腺素 0.3—0.5毫升, 必 要时作人工呼吸, 给强心剂或中枢兴 奋剂(如可拉明等) ③本品水溶液不 稳定, 应当日用完

硫酸鏈霉素 (注射剂) 1克/瓶 2克/瓶	各型結核病， 泌尿系感染，腸 道感染，杆菌性 脑膜炎，肺炎， 腹膜炎，百日咳 及敗血症等	成人：肌注0.5克/ 次，每日二次 小儿：肌注15—25 毫克/公斤/日，分二 次注射	0.44 0.78	1. 用药前需做 皮肤过敏试验 2. 长期使用可 引起耳鳴、耳聋、 眩暈，应立即停 用 3. 可能有口唇 周围麻木，并有 头暈 4. 偶可引起过 敏反应，如皮疹， 发热，甚至休克
氯 霉 素 (片剂:0.25 克/片,胶囊: 0.25克/个, 注射剂: 1 毫升:0.125 克, 2 毫升: 0.25克)	伤寒,副伤寒, 細菌性痢疾,泌 尿系感染,百日 咳,流脑,敗血 症,結合膜炎等	成人: 口服0.25— 0.5克/次, 每6小时 一次 肌注:0.25—0.5克 /次, 每6小时一次 小儿: 口服30—50 毫克/公斤/日 肌注:30—50毫克/ 公斤/日,分四次注射	0.14	1. 口服忌与碱 性药物如苯巴比 妥钠, 远志糖浆 等配伍 2. 可引起粒細 胞减少, 及血小 板减少, 和再生障 碍性贫血, 故不 宜长期用药

常用藥物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考单 价(元)	注 意 事 项
合 霉 素 (片剂) 0.25 克/片	伤寒,副伤寒, 细菌性痢疾,泌 尿系感染,百日 咳,流脑,败血 症,結合膜炎等	同氯霉素但用量加 倍	0.07	1.口服忌与碱 性药物如苯巴比 妥钠,远志糖浆 等配伍 2.可引起粒細 胞减少,及血小 板减少和再生障 碍性贫血,故不 宜长期用药
盐酸土霉素 片剂: 0.25克/片 0.125克/片 0.05克/片	肺炎,泌尿系 感染,败血症, 斑疹伤寒,阿米 巴痢疾及其他細 菌感染	成人:口服0.25— 0.5克/次,一日四次 小儿:口服25—50 毫克/公斤/日,分四 次服用,飯后吃	0.08	常有恶心、呕 吐、进食不好
木香檳榔丸	痢疾、肠炎	每次2—3錢,每 日二次,开水吞服	0.15	孕妇忌服

胃 舒 平 (胃痛片)	胃酸过多, 胃 及十二指肠溃 疡, 慢性胃病	成人: 每次二片, 每日三次 小儿: 十岁以下每 次半片, 十岁以上一 片, 每日三次	120片 0.36	嚼碎后吞服效 果更好
苏 打 片 (每片 0.5 克)	烧心, 吐酸水	每次 1—2 片, 每 日三次	0.0015	溃疡病合并胃 出血并有穿孔可 能的禁用
氢 氧 化 铝 凝 胶	胃酸过多, 胃 及十二指肠溃疡	成人: 口服一次 10 毫升, 一日三次 小儿: 口服 2—8 毫升/次	每克 0.01	可引起轻度便 秘, 可与镁乳合 用纠正
乳酶生散剂 (表飞鸣)	消化不良, 肠 胀气, 小儿饮食 不当所致的腹泻	成人: 口服 0.5— 1 克/次, 一日三次 小儿: 口服剂量视 需要而定 (一般 6 个 月为 0.25 克/次, 1 岁为 0.5 克/次)	每克 0.007	忌与鞣酸蛋 白、活性炭等收 敛剂及吸着剂合 用

常用药物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考价(元)	注 意 事 项
阿 托 品 (0.3 毫克/ 片) (注射剂 1 毫升: 0.5 毫克)	解除内脏平滑肌(胃肠道、输尿管、输胆管、胆囊等)痉挛、绞痛。抑制腺体分泌, 扩散瞳孔, 升高眼压。主治胃痛、胆绞痛、有机磷农药中毒解救	成人: 口服 0.3—0.6毫克/次, 或皮下注射0.5毫克/次 小儿: 口服0.01毫克/公斤/次, 或皮下注射0.01毫克/公斤/次 在流脑、有机磷中毒等特殊用法时, 可肌肉或静脉注射2—5毫克, 甚至剂量更大, 根据具体情况而定	0.003 0.07	常见口干、眩晕、视力模糊等。 青光眼患者禁用
双 醋 酚 丁 (一轻松) 片剂5毫克/片	便秘	成人: 口服 1—3片/次, 睡前服 小儿: 五岁以下口服 $\frac{1}{2}$ —1片/次, 五岁以上口服 1—2片/次	0.006	泻药应避免长期服用

酚 酞 (果导) 片剂0.1克/片	便秘	成人: 口服1—3片/次, 睡前服 小儿: 五岁以下口服 $\frac{1}{2}$ —1片/次, 五岁以上口服1—2片/次	0.005	1. 导泻较温和 2. 个别过敏体质, 会产生肠炎、皮炎等
颠 茄 片 (每片0.008克)	胃气痛发作, 急性腹痛 (参见阿托品)	成人: 口服每次1—2片, 一日三次 小儿: 五岁以下 $\frac{1}{2}$ 片/次, 五岁以上1片/次	0.002	1. 常见口干、眩晕、视力模糊等 2. 青光眼患者禁用
香砂养胃丸	胃痛、胃酸、 胃口不好	每服3钱, 早晚各一次, 温开水送下	0.13	
宝 塔 糖 (每粒0.2克)	蛔虫症	口服: 儿童每岁一粒, 最多不得超过15粒, 一次吃, 隔7日再服一次	0.015	

常用藥物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考价(元)	注 意 事 项
驅 蛔 灵 (枸橼酸哌 嗪嗪)片剂: 0.5克/片	蛔虫症	成人: 每次四片, 三 天三次。小儿: 三 至四岁每次吃一片, 三 至七岁吃一片半, 五 至八岁吃两片。十二 岁至十八岁吃两片。 飯前一、两个小时服, 每天三次	0.02	連吃两天, 如 要再吃需隔一星 期。此药为白 色, 如已变为黄 色, 就不能用 了。三岁以下禁 服
苯巴比妥 (魯米那) 片剂: 0.01克/片 0.015克/片 0.03克/片 0.1克/片	鎮靜、催眠、 止惊、抗癲癇	成人: 口服: 鎮靜 0.015—0.03克/次, 一日三次; 催眠: 0.06—0.1克/ 次, 睡前服; 抗癲癇: 0.03—0.06克/次 小儿: 口服: 鎮靜 0.5—2毫克/公斤/ 次, 一日三次; 催 眠: 3—6毫克/公 斤/次, 临睡前服	0.003 0.005 0.015	1. 用药后精神 疲倦头昏 2. 久用可以成 癮 3. 偶見皮疹 4. 肝、腎病患 者慎用

安 宁 片 (眠尔通) 片剂0.2克/片	神经衰弱, 如 精神不安, 失眠 等	成人: 口服 0.2— 0.4克/次, 一日三 次; 催眠, 睡前服 0.4克, 小儿: 口服 25毫克/公斤/日	0.045	1. 偶尔发生皮 疹 2. 久服停药可 发生惊厥, 故需 慢慢减药后, 停 用
尼 可 刹 米 (可拉明) 注射剂: 1毫升: 0.25克 1.5毫升: 0.375克	急救如溺水, 中暑, 触电, 新 生儿窒息等引起 的呼吸循环抑制	成人: 肌注0.25— 0.5克/次, 极量1.25 克/次 小儿: 肌注: 6个 月, 75毫克; 1岁 125毫克; 4—7岁 175毫克	0.22 (1.5 毫升)	大剂量时可以 引起阵挛性惊厥
人 丹	中暑、晕船、 晕车	每次4—8粒, 用 温开水送服, 有时可 以增加到20粒以上	0.05	
十 滴 水	中暑, 天气闷 热引起的头晕、胃 恶心、呕吐、胃 肠道不适	口服半瓶至1瓶, 将药水滴入凉开水里 吃下, 小儿需要时吃 五至十五滴	0.08	疑为急腹症时 不用

常用药物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考价(元)	注 意 事 项
藿香正气丸	治夏天头暈头痛, 发冷发烧和吐瀉	早晚各一次, 每次二錢, 溫开水送下	0.085	
牛黃解毒丸	喉嚨痛、牙痛、急性結膜炎、口舌生疮	早晚各一次, 每次一丸, 白开水送下	0.06	
黃連上清丸	暴发火眼、嗓子肿痛、口舌生疮、牙痛、大便干燥	成人每天吃二次, 每次吃一丸, 早晚用白开水送下	0.08	吃药后, 不要喝酒和吃生冷油腻食物
六神丸	咽喉疼痛、扁桃腺肿胀及疔疮, 背疽、乳痈等蜂窝组织化脓性炎症, 有消炎抗菌和镇痛作用	每次五粒至十粒, 溫开水吞服, 也可含在咽部	0.44	对头部、上肢及背胸的疮疖疗效最为可靠, 孕妇忌多服

生 姜	消化不良，肚子饱胀，伤风感冒，发热头痛，鼻子不通，休克昏厥，溺水及严重冻僵	每顿饭前半小时喝一碗热姜汤水，能治慢性消化不良。治感冒喝热糖姜水后，再冻盖上棉被发点汗。冻僵后喝碗热糖姜水，能帮助恢复体力	生姜不能吃得太多，太多容易引起口干喉痛，或小便不畅
玉 米 须	治浮肿，小便不通畅	新鲜的玉米须，每天用一两左右，干的约四、五钱。用水煎成一大碗汤，分作两、三次温服	
大 葱	伤风感冒，急、慢性鼻炎	1. 用葱白数棵煎汤喝 2. 用葱白挤出葱汁滴入鼻孔或用棉花棒蘸葱汁塞入鼻孔	

常用藥物 (續)

藥品名稱	主治疾病	使用方 法	參考單 價(元)	注 意 事 項
大 蒜	痢疾, 腸炎	大蒜頭一個, 生姜三片, 水煎服		
	咳嗽	大蒜一斤, 搗爛取汁, 加白糖少許調勻服, 每次一茶匙。		
	百日咳	大蒜五錢搗爛加冷開水浸泡十小時, 紗布過濾, 加糖口服		
	蟻虫症	大蒜搗爛成泥狀, 加入菜油少許, 臨睡時塗拭肛門周圍		
	禿瘡和體癬	紅皮蒜搗爛, 加蓖麻油, 貼敷患處, 每天換一次, 連換七天		

青、白蘿卜	伤风，咳嗽， 痰多，胃口不好	用生蘿卜汁半茶杯 或一茶杯，放些糖，一 煮熟，每天临睡前一 次吃完，連吃三、五天	
棉花子	关节痛	炒热，敷痛处	
	胃痛	新棉花子炒黄研二 末，每日服一至二 次，每次服二錢，淡 姜湯送下	
白鸡冠花	白帶	取花晒干研末，每 天早晨飯前用开水送 服，每次用量2—3 錢	
酸石榴皮	肠出血	取四两水煎服	
白蘿卜子	小便不利肿胀	取白蘿卜子炒香， 研为細末，白开水送 下，每次用量三錢， 一日三次	

常用藥物 (續)

藥品名稱	主治疾病	使用方 法	參考單 價(元)	注 意 事 項
鮮合欢叶	神经衰弱	取鮮合欢叶一兩水煎服，每日一次		
鮮馬齿莧	痔疮	切碎煮熟，不拘時間隨意服用		
酸枣仁	失眠、惊悸	取酸枣仁炒香研为細末，每次3—5錢，临睡前一頓服		
海 螺 蛸	慢性胃炎，潰瘍病	取海螺蛸研为細末，每日1—3錢，分三次服用		
黄 瓜	烧燙伤(起初)	收老黃瓜种，所得之黃瓜水用淨瓶收存，若用完时，也可用鮮黃瓜，用淨筷在黃瓜上穿几个孔，立即可得此水，以棉花蘸擦患部，1—2日即愈		

酒 精 (70%或 75%)	皮肤和器械消 毒	塗抹, 浸泡	易燃品
碘 酒 (2—2.5%)	疮疖, 皮肤紅 肿, 和毒虫咬 伤, 皮肤消毒	用药棉蘸药水塗患 处, 每日1—3次	有刺激性, 不 能用在伤口和粘 膜上, 不可內药 服, 不能与紅药 水并用
紫 药 水 (龙胆紫 药水)	黃水疮, 疮面 化脓潰烂, 小儿 口疮	用药棉蘸药水塗患 处, 每日2—3次	用药前先将創 伤面用溫水洗 淨, 此药不能口 服
紅 药 水 (紅汞)	皮肤轻度損 伤, 粘膜发炎	同上	此药对疥、癬、 湿疹和由寄生虫 引起的皮肤紅肿 无效。不可內服。 不能与碘酒并用

常用药物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考单价(元)	注 意 事 项
磺胺嘧啶膏 (消治龙药膏)	疖子, 脓疱疮, 黄水疮, 皮肤化脓, 糜烂疮面等	用棉棒将药膏涂在消毒纱布上, 敷在伤口上包好。每天早晚各用药一次, 直到治好为止	0.21	对于化脓较多的伤口, 应以消毒水洗净再敷用, 不可内服
清 凉 油	因气候闷热引起的头晕、头痛, 皮肤搔痒, 蚊虫咬伤等	需要时将药涂于患处。头晕、头痛时涂于太阳穴	0.20	不可涂的过多, 以免刺激皮肤
紫 金 錠	夏天腹痛, 吐泻, 突然晕倒; 外用可治疮疖, 毒虫咬伤等	每日1—2次, 每次2—5分, 温开水化开服下。外用, 可用醋研磨后涂于患处	0.32	
冻 疮 膏 (3%樟脑, 5%硼酸, 5%甘油或辣椒树脂与单软膏制成)	治疗与预防冻疮	用温水洗净患部, 擦干, 药膏摊在纱布上敷于患处包扎好, 每晚一次	0.24	保持温度不宜超过30°C, 冻疮已破裂者辣椒冻疮膏不能用

拔毒膏	疔子初起时， 紅腫熱痛，或瘡 口已破潰	將膏藥在微火上烤 軟，揭開，貼在患處	0.01	
追風膏	腰背疼痛，四肢 麻木，風濕性 關節炎	將膏藥在微火上烤 軟，揭開，貼在患處	0.19	孕婦忌貼腰、 腹部
疾得寧 眼藥水	沙眼，急性結 膜炎	滴眼，每日3—4 次，每次1—2滴	0.16	
氯霉素 眼藥水	結膜炎，角膜 炎，輕度沙眼， 中耳炎也可應用	滴眼或滴耳，每日 3—4次，每次2滴	0.16	密閉保存，涼 處存放
金霉素眼膏 (0.5%)	沙眼，結膜及 角膜感染，流行 性結膜炎。也用 于鼻前庭炎、鼻 腔表面破傷等	塗于眼皮內或鼻部 患處	0.15	

常用药物 (续)

药品名称	主治疾病	使用方 法	参考价(元)	注 意 事 项
双 氧 水 (3%过氧 化氢溶液)	创伤、溃疡、 烧伤、中耳炎洗 耳	用药棉浸药水后， 塗于患部或冲洗		1. 3%作皮肤 创口消毒用， 1.5—3.0%溶液 可作漱口 2. 密閉貯藏于 阴暗处
高 锰 酸 钾 (灰锰氧) (紫色結晶， 用时配成溶 液)	冲洗创口、粘 膜、阴道、膀胱 等，也用于洗 胃，痔疮坐浴	0.1% 冲洗创口、 粘膜，0.01—0.05% 冲洗阴道，0.05%洗 胃。 坐浴在温水中放若 干高锰酸钾，到溶液 呈紫紅色即可，不宜 放的过多		配制的溶液貯 放在棕色瓶中
痱 子 粉	痱子、尿布性 皮炎	洗完撒于患处		不宜撒的太 多，以免刺激皮 肤

老幼剂量折算表

(根据《中华人民共和国药典》1963年版)

年 龄	剂 量
60岁以上	3/4 成人剂量
14—18岁	3/4 "
11—14岁	1/2—2/3 "
7—11岁	1/3—1/2 "
4—7岁	1/4—1/3 "
2—4岁	1/6—1/4 "
1—2岁	1/8—1/6 "
6个月—1岁	1/12—1/8 "
1—6个月	1/24—1/12 "
初生—1个月	1/24 "

注：本表仅供参考，使用时可斟酌个别情况（发育、营养、体重或其它原因）酌定剂量。

附录十一

中药性能分类及用量

神经系统药

- 一、鎮靜药 543
- 二、抗惊药 543
- 三、中枢兴奋药 544

呼吸系统药

- 一、鎮咳药 544
- 二、止喘药 545
- 三、祛痰药 546

消化系统药

- 一、消腹胀药 547
- 二、助消化药 548
- 三、健胃药 548
- 四、催吐药 549
- 五、止吐药 549
- 六、泻药 550
- 七、止泻药 550
- 八、利胆药 551

九、抗酸药	551
循环系统药	
一、补血药	552
二、止血药	552
三、降压药	553
泌尿系统药	
利尿药	554
生殖系统药	
一、子宫收缩药	555
二、催乳药	556
三、调经药	556
强壮药	557
驱虫药	558
抗风湿药	559
消炎药	560
十三种中药抗菌作用表	562
中药索引	538

中 药 索 引

二至三划

人参 544
 干姜 548
 三七 552
 广木香 547
 川芎 556
 山查 548
 山药 558
 山茱萸 552
 大蒜 549
 大黄 550
 女贞子 558
 马兜铃 545

四 划

贝母 544
 丹皮 560
 丹砂 543
 丹参 555

木香.....

木通 554
 乌梅 551
 乌贼骨 551
 牛膝 556
 牛蒡子 546
 五味子 545
 五加皮 559
 五倍子 550
 五灵脂 556
 王不留 556
 车前子 554

五 划

艾叶 556
 白芍 557
 白芨 551
 白果 545
 白芥子 546

白花蛇 544
 白蔻仁 547
 生姜 548
 半夏 545
 甘草 558
 甘遂 555
 石苇 555
 石榴皮 550
 玉金 556
 瓜蒂 549
 瓜蒌 546
 玉米穗 553
 仙鹤草 552
 代赭石 549
 刘寄奴 557

六 划

冰片 544
 竹茹 547
 全蝎 544
 芒硝 550

红花 555
 红曲 548
 当归 555
 地龙 553
 地榆 553
 西瓜 553
 百部 560
 防风 559
 防己 559
 伏龙肝 549
 肉豆蔻 550

七 划

苏子 545
 杏仁 544
 远志 546
 牡蛎 543
 陈皮 548
 谷芽 548
 花椒 548
 芦薈 550

芡实	551	羌活	560
赤芍	560	知母	560
赤小豆	554	贯众	559
赤石脂	551	乳香	557
麦芽	548	细辛	559
麦奴	555	郁金	551
阿胶	552	泽泻	554
杜仲	553	茅根	554
苍朮	560	虎骨	559
羌花	554	金银花	560
没药	557	苦楝子	558
羌蕒	559	使君子	558
连翘	560	刺蒺藜	556
延胡索	556	枇杷叶	545
何首乌	552	九 划	
鸡蛋壳	551	茯苓	554
鸡内金	548	茯神	543
鸡血藤	552	独活	559
皂角刺	556	扁蓄	554
八 划		钩藤	543

前胡	545	桑白皮	546
南星	547	桔梗	546
茴香	547	通草	554
砂仁	547	莪术	557
香附	547	党参	558
厚朴	547	秦艽	560
枳壳	548	夏枯草	560
神曲	548	益母草	555
复花	549	海金沙	555
姜黄	551		

十一划

牵牛子	550	寄生	557
禹余粮	551	常山	546
茵陈蒿	551	麻黄	545
柏子仁	543	猪苓	554
胖大海	547	黄柏	561
穿山甲	556	黄连	561
		黄芩	560
		黄芪	557
		葶藶	554
		旋复花	545

十划

射干	545
桑叶	545
桑寄生	553

商陆 555

萊菔子 546

十二划

款冬花 545

滑石 554

訶子 550

琥珀 543

棉花根 555

紫河车 557

番泻叶 550

葶苈子 546

十三划

蜈蚣 543

雷丸 559

十四划

榧子 558

槐花 553

蝉蜕 543

酸枣仁 543

十五划以上

檳榔 558

熟地 557

鶴虱 559

橘皮 547

藜芦 553

瞿麦 554

麝香 544

神 经 系 统 药

一、鎮靜药

药名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
丹 砂	甘微寒	安神定惊 解毒	1.惊悸失眠 2.癲狂	1~5分
琥 珀	甘 平	安神定惊 利水散瘀	1.惊癇2.尿少尿痛 3.儿枕痛	2~5分
酸枣仁 (炒)	酸 平	宁心安神 生津斂汗	1.失眠2.惊悸、健忘 3.虚汗	3~5錢
鈎 藤	甘 寒	清热平肝 熄风鎮惊	1.小儿高热惊癇 2.头痛眩暈	1.5~3錢
茯 神	甘 淡	宁心安神	1.心悸失眠 2.心虚健忘	1~3錢
柏子仁	甘 平	安神止汗 潤肠通便	1.失眠惊悸2.虚汗 3.便秘	2~3錢
远 志			見祛痰药	
茯 苓			見利尿药	

二、抗惊药

药名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
牡 蛎	咸微寒	潜阳軟坚	1.高血压 2.肝脾肿大	5錢~1两
蝉 蛻	咸甘寒	驅风散热	1.风疹痘疹 2.小儿惊癇	1~2錢
蜈 蚣	辛 温 有毒	祛风鎮痉	惊 癇	1~2分 (去头尾)

(续)

白花蛇	咸甘温 有毒	祛风湿	1.惊癇2.半身不遂 3.麻风	1~3錢
全蝎	咸微辛 平有毒	祛风鎮痉	1.惊癇 2.中风、口眼歪斜	1~3分

三、中枢兴奋药

药名	性味	功用	适应症	剂量
麝香	辛温	开窍、通 经絡	1.中风痰厥 2.神志昏迷	2厘~1分
冰片	辛微 苦寒	通窍、散 郁火	1.喉痹2.目赤 3.惊癇	1~3厘
人参 [*]	甘微寒	大补元气	1.虚脱2.失血昏迷 3.久病垂危	3錢~1两

*人参不能与五灵脂配伍

呼吸系统药

一、鎮咳药

药名	性味	功用	适应症	剂量
杏仁	甘苦温	止咳、潤 肠	1.外感咳喘2.喉痹 3.便秘	1~3錢
貝母	辛平 苦微寒	清火潤燥 化痰	1.川貝母潤肺止咳、 治痰少久咳2.浙貝母 清化熱痰、治肺熱痰 多、軟堅消腫	1.5~3錢
百部			見消炎药	

枇杷叶	苦 平	清肺和胃 降气化痰	1.肺热咳嗽 2.呕吐	1.5~3錢
前 胡	苦微寒	降 气 祛痰散热	1.风热咳嗽 2.痰热喘满	1.5~3錢
馬兜鈴	苦 寒 微 辛	清 肺 热 化 痰	1.肺热咳嗽 2.痔漏肿痛	2~4錢
款冬花	辛苦温	温肺下气	1.风寒咳嗽2.咳出脓血3.喉痹	1.5~3錢

二、止喘药

药名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
麻 黄	辛苦温	发汗平喘 利尿	1.咳嗽喘息2.风寒表证3.水肿	3分~1錢
半 夏	辛 温 有 毒	温 湿 痰 降 逆	1.痰飲咳喘2.呕吐 (津少、妊娠禁用)	1~3錢
五味子	酸咸温	斂肺、涩汗 精、止汗	1.咳喘2.遺精盜汗 3.久泻久痢 (外邪不解禁用)	1~3錢
旋复花	咸 温 小 毒	平喘、降 逆	1.咳喘噎气2.胸悶肋痛3.呕吐	1~3錢
桑 叶	苦甘寒	散 风 热 明目	1.风热感冒咳嗽 2.目赤头痛	3分~2錢
白 果	甘苦带 涩性平	斂肺气定 喘止带浊	1.咳嗽痰喘 2.白浊白带	1~3錢
射 干	苦 寒 微 毒	清火解毒 散血消痰	1.喉痹咽痛2.咳逆上气痰涎堵塞3.疮毒肿痛 (外敷)	1~3錢
苏 子	辛 温	降气平逆	1.喘息上气 2.咳嗽胸悶	1~2錢

(续)

杏 仁			見鎮咳药	
細 辛			見抗风湿药	

三、祛痰药

药名	性味	功 能	适 应 症	剂 量
桔 梗	苦 辛 微 温	宣 肺 祛痰排脓	1.外感咳嗽2.胸肋痛 3.咽喉肿痛4.排脓消 痛 (治肺脓肿)	1.5~3錢
远 志	苦 温	益志化痰	1.久咳痰不易出 2.失眠健忘	1~3錢
萊菔子	辛甘平	理 气 化痰消积	1.痰喘咳嗽2.消食化 积3.下痢后重	1.5~4錢
牛蒡子	苦辛平	疏热、解 毒	1.外感表证2.麻疹、 咽痛3.脓肿	1~3錢
桑白皮	甘 寒	泻肺行水	1.肺热咳嗽喘急 2.水肿	2~4錢
白芥子	辛 温	利气豁痰	1.咳嗽痰喘2.痰飲肋 痛 (虛热禁用)	1~2錢
瓜 蒌	苦 寒	潤肺下气	1.瓜蒌皮清肺化痰 2.瓜蒌仁潤肠通便 3.全瓜蒌治上两者兼 效、全瓜蒌配薤白治 心胸痛	2~5錢
常 山	苦 寒 有毒	吐 痰 涎 截 瘧	1.老痰积飲 2.瘧疾	1~3錢
葶苈子	苦辛寒	泻肺行水	1.痰飲喘促 2.水肿 (体虛禁用)	1~2錢

南 星	苦辛温	祛风化痰 燥 湿	1. 中风2. 治热痰而现 惊癇抽搐者3. 破伤风 4. 痈脓外伤 (外用)	1 ~ 3 錢
胖大海	甘 淡	清火散閉	1. 清肺化痰 2. 清热利咽、配蝉蜕 治肺热嘶哑	1 ~ 3 錢
竹 茹	苦微寒	清热止呕	1. 清肺化痰 2. 清胃止呕 3. 吐血、衄血、血崩	1 ~ 3 錢
款冬花			見鎮咳药	

消 化 系 统 药

一、消腹胀药

药名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
广木香	辛苦温	健胃、調 气止痛	1. 胸腹胀痛2. 吐泻痢 疾3. 疝痛	1 ~ 2 錢
茴 香	辛 温	祛寒开郁 疗疝治痛	1. 疝痛 2. 呕吐、腹疼、胀满	5分~ 1.5 錢
砂 仁	辛温涩	行气、开 胃消食	1. 寒泻痢疾 2. 胸腹胀痛、呕吐	5分~ 1.5 錢
白蔻仁	辛大温	行气暖胃	1. 呕吐反胃 2. 胸腹胀痛、噎气	5分~ 1.5 錢
香 附	辛微苦 甘 平	理气解郁 調经止痛	1. 胸腹胀痛2. 月经不 調3. 疝疽4. 行气止痛	1 ~ 3 錢
厚 朴	苦辛温	温中下气 散满燥湿 消痰破积	1. 胸腹胀满作痛 2. 呕吐泻痢 3. 咳喘	1 ~ 2 錢
橘 皮 (陈皮)	辛苦温	理气健脾 燥湿化痰	1. 胸腹胀痛2. 吐泻 3. 咳嗽	1 ~ 3 錢

(续)

枳壳	苦微酸	破气消积 化痰除痞	1.食积、痰滞2.胸腹痞满、胀痛3.便秘	5分~2钱
----	-----	--------------	----------------------	-------

二、助消化药

药名	性味	功用	适应症	剂量
山楂	酸甘温	破气消积 行瘀化痰	1.肉积2.疝气3.产后儿枕痛	1~3钱
麦芽	甘温	健脾消食	食积胀满	2~5钱
神曲	甘辛温	消食行气	食积胀满	5分~5钱
谷芽	甘温	健脾消食	食积胀满	2~5钱
鸡内金	苦甘平	消谷健胃	1.食积胀满2.呕吐反胃3.泻痢4.小儿疳积	1~3钱
红曲	甘温	消食活血	1.赤白痢2.跌打损伤3.产后恶露不尽	1~3钱

三、健胃药

药名	性味	功用	适应症	剂量
生姜	辛温	发表和中	1.风寒感冒2.胃寒呕吐	1~2钱
干姜	辛温	温中祛寒 回阳通脉	1.吐泻、腹痛2.脉微肢冷3.寒饮喘嗽4.炮姜治阳虚出血	1~2钱
花椒	辛温	温中止痛 杀虫	1.肠胃寒疼2.蛔虫症	5分~1钱

大 蒜	辛 温	温中止痢	1.痢疾、肠炎2.咳嗽 3.百日咳4.蛔虫症 5.秃疮和頑癬	1.5~3錢
橘 皮			見消腹胀药	

四、催吐药

药名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
瓜 蒂	苦寒有 小毒	吐热痰 宿食	1.癰瘤、喉痹、胸中 痞硬2.湿热发黄3.头 痛（研末吹鼻）	2分~2錢
藜 芦			見降压药	

五、止吐药

药名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
代赭石	苦 寒	平肝火 鎮逆止 吐血	1.呕吐、噎气2.气喘 3.吐衄便血4.崩带	2~5錢
伏龙肝	辛苦温	温中止呕 止血	1.呕吐2.吐血、下血、 崩漏3.冷痢、腹疼	5錢~1两
复 花	咸 温	降逆舒肝	1.呕吐、呃逆 2.胸肋痛滿	1~3錢
竹 茹			見祛痰药	
生 姜			見健胃药	
半 夏			見止喘药	

六、泻药

药名	性味	功用	适应症	剂量
大 黄	苦 寒	下肠胃积滞、泻血分实热	1.宿食停滞2.淤血 3.水肿4.湿热黄疸 5.疗毒	5分~1钱
芒 硝	苦咸寒	清热、润燥、软坚	1.食滞便秘 2.结石	1~3钱
芦荟	苦 寒	清湿热定惊	1.惊癇2.疳积 3.月经不調4.便秘 5.痔瘻、湿疮	5~8分
牵牛子	苦小 寒毒	泻水通便	1.水肿脚气 2.喘息腹水	0.5~1钱
番泻叶	甘苦寒	消积通便	1.食物积滞 2.肠燥便秘	3分~1.5钱

七、止泻药

药名	性味	功用	适应症	剂量
诃 子	苦 酸温	斂肺、涩肠	1.久泻久痢脱肛 2.久咳喘急、失音咳血	1~3钱
肉豆蔻	辛 温	暖脾胃 涩肠	1.虚泻冷痢 2.呕吐	5分~2钱
五倍子	酸 平	斂肺 止泻止汗	1.肺虚咳嗽2.久泻脱肛3.虚汗	5分~1.5钱
石榴皮	酸涩温	涩肠杀虫	1.泻痢脱肛2.遗精 3.崩带4.蛔虫症	1~1.5钱

烏梅	酸溫	斂肺生津 殺蟲	1.久咳久瀉2.蛔蟲症 3.煩渴	1~3錢
芡實	甘平	健脾止瀉 補腎澀精 止帶	1.遺精帶濁 2.小便不禁 3.大便泄瀉	3~5錢
赤石脂	甘溫	固下收脫	1.虛寒泄瀉2.久痢脫肛 3.便膿便血	3~5錢
禹余糧	甘寒	澀腸斂血	1.久痢下血 2.泄瀉不止	3~5錢

八、利胆藥

藥名	性味	功用	適應症	劑量
茵陳蒿	苦平 微寒	清利濕熱	1.黃疸身熱 2.小便不利	3~5錢
姜黃	辛苦溫	行氣消瘀 止痛	1.風濕臂痛2.肝區疼	1~2錢
郁金	苦辛 甘寒	行氣解郁 涼血破瘀	1.胸肋腹疼 2.吐血衄血3.癲狂	1~3錢

九、抗酸藥

藥名	性味	功用	適應症	劑量
烏賊骨	咸溫	收斂止血 制酸止痛	1.吐血衄血2.下血血崩 3.赤白帶下4.血枯經閉 5.胃腸潰瘍痛	1~3錢
白芨	苦平	補肺生肌 止血	1.吐血衄血 2.金瘡出血	0.8~1.5錢
雞蛋壳			制酸	

循环系统药

一、补血药

药名	性味	功用	适应症	剂量
何首乌	苦 温 平 涩	滋阴补血	1. 肾虚遗精 2. 久病虚弱 3. 白发脱发	3~5 钱
山茱萸	酸 温 涩	滋补肝肾 收敛固涩	1. 治虚汗、遗精、遗尿 2. 腰疼	2 钱~1 两
鸡血藤	苦 温	活血通络	1. 腰膝疼痛麻木 2. 月经不调	3~5 钱
当 归			见子宫收缩药	
阿 胶			见止血药	
熟 地			见强壮药	

二、止血药

药名	性味	功用	适应症	剂量
三 七	甘 微 苦 温	行瘀止血 消肿定痛	1. 吐血、鼻衄、血崩、便血、外伤出血 2. 跌扑损伤	2~4 分
仙鹤草	苦 微 涩 温	收敛止血 补 虚	1. 吐血、咯血、齿衄、崩漏、带下 2. 赤白痢疾	2~5 钱
阿 胶	甘 平	滋阴、养 血、润肺、 止血、安 胎	1. 阴虚、心烦失眠 2. 虚劳咳喘 3. 吐血、鼻衄、崩漏	1~5 钱

槐花	苦平	凉血、止血、清湿	1.赤白痢2.肠风痔疮 3.赤白带下4.血枯经闭	2~5錢
地榆	苦微寒	凉血止血	血崩、血痢	1.5~3錢
白芨			見抗酸药	

三、降压药

药名	性味	功用	适应症	剂量
杜仲	辛平	补肝肾、强筋骨	1.温补肝肾治腰疼、能安胎 2.近代用于降压	3~5錢
桑寄生	苦平	补肾安胎	1.肾虚腰疼2.妊娠腰疼、胎动不安 3.降压	3~5錢
藜芦	苦辛寒、有毒	吐风痰、杀虫	1.中风痰厥、癫痫、喉痹2.疥癣、恶疮（外用）3.降压	2~6厘
地龙	咸寒	清热利尿、止痉活絡	1.治热病抽搐、半身不遂2.排尿困难	1~3錢
西瓜	甘寒	清热解暑、生津止渴	降压	半个~1个
玉米穗	甘平	利尿降压	1.降压2.小便不利 3.砂淋	1~3錢

泌尿系统药

利尿药

药名	性味	功用	适应症	剂量
猪苓	甘平	除湿利便	1.小便涩疼2.小便不利3.白带胎肿	2~3钱
茯苓	甘平	利尿除湿 定悸	1.腹胀肢肿2.小便不利3.失眠	3~5钱
車前子	甘寒	清热利尿	1.水泻2.水肿3.目赤肿痛	2~5钱
泽泻	甘咸寒	利尿泻火	1.水肿2.泄泻3.遺精	1.5~3钱
木通	苦微寒	清热利尿	1.尿路感染2.水肿3.乳汁不下4.月经不調	1~2.5钱
茅根	甘寒	凉血消肿	1.鼻衄2.尿热、尿痛、尿少3.浮肿	2钱~1两
通草	甘淡平	利尿清热	1.水肿2.泄泻3.遺精	2分~2钱
滑石	甘寒	利尿清热	1.暑热口渴2.小便不利	3~5钱
扁蓄	苦平	清热利尿 退黄	1.小便不利2.尿有灼疼3.黄疸	3~4钱
瞿麦	苦寒	利水破血	1.尿疼、尿血2.閉经（孕妇禁用）	1~3钱
萆薢	苦平	利尿解毒	1.尿频白浊2.尿道疼痛	3~5钱
赤小豆	甘平	消肿止痢	1.水肿2.泄泻3.排脓消痛	1两 (搗碎)
芫花 [*]	辛有毒	泻水通利二便	1.水肿2.喘滿咳嗽	0.5~1钱

甘 遂 [*]	苦 寒	泻水利二便	1.水肿腹胀 2.痰饮积聚	0.5~1錢
商 陆 [*]	辛有寒毒	利尿通便	1.水肿胀满 2.痈肿恶疮 (外用)	0.5~1錢
石 葦	苦微甘寒	利尿通淋	1.小便血淋、石淋 2.尿疼	1.5~3錢
海金沙	甘 寒	清湿利尿	1.膀胱湿热 2.小便不利	1.5~3錢

注 *芫花、甘遂、商陆均有堕胎作用，孕妇禁用；除商陆外，均不能与甘草配伍。

生殖系统药

一、子宫收缩药

药名	性味	功用	适应症	剂量
益母草	辛微苦寒	祛瘀生新 活血调经	1.月经不調2.产后血 暈3.腹疼4.胎露难产	2~3錢
紅 花 [*]	辛 温	破瘀生新	1.经閉2.产后瘀阻 3.跌扑瘀血4.死胎	8分~ 1.5錢
当 归 [*]	甘辛温	补血活血 潤燥滑肠	1.月经不調2.崩漏 3.通便	3~5錢
棉花根	苦 平	收縮子宫	1.产后子宫收縮不良 2.出血	1~3錢
麦 奴	苦微寒	收縮子宫	1.子宫收縮不良 2.恶露不止	0.3~ 0.5錢
丹 参	苦微寒	活 血 去瘀生新	1.妇女月经不調 2.产后恶露不行	1.5~3錢

* 紅花、当归小量有安胎作用

二、催乳药

药名	性味	功用	适应症	剂量
穿山甲	咸微寒 有毒	散血通絡 搜风排脓	1. 痈疽2. 乳少 3. 风湿痛	1~2錢
皂角刺	辛咸温	搜风杀虫	1. 痈疽2. 乳少 3. 胞衣不下4. 疮疥	1~3錢
刺蒺藜	苦 温	散风湿 明目行血	1. 目赤多泪2. 痞块 3. 乳少	2~5錢
王不留	苦 平	行血脉 下乳通经	1. 催乳2. 活血 3. 外伤止血	1~3錢
延胡索	辛微 温苦	活血散瘀 行气止痛	1. 胸腹諸痛2. 月经不 調3. 乳少	5~8分

三、调经药

药名	性味	功用	适应症	剂量
川 芎	辛 温	活血調经 散风止痛	1. 月经不調2. 受风头 痛3. 风湿痛	1~3錢
艾 叶	苦辛温	祛寒、暖 子宫、調 经止血	1. 腹冷痛2. 月经不調 3. 鼻衄4. 崩漏	1~3錢
五灵脂	甘 温	行瘀止痛	1. 月经痛 2. 儿枕痛	0.5~3錢
牛 膝	苦酸平	散瘀血 (生用) 补肝肾 (熟用)	1. 下肢风湿痛 2. 经閉 3. 虚証头晕耳鳴	1~3錢
玉 金	苦甘 辛寒	行气解瘀 凉血破瘀	1. 胸肋胀痛2. 鼻衄 3. 经痛4. 癲狂	3~8分

乳香	甘辛温	調氣活血 舒筋止痛	1. 痈疽2. 筋脉不暢 3. 跌打損傷	1~2錢
沒藥	苦平	行氣散瘀 止痛	1. 痈疽2. 痞塊 3. 产后腹疼	1~2錢
莪朮	苦辛温	行氣破瘀	1. 經閉2. 痞塊 3. 腕腹脹痛	1~2錢
刘寄奴	苦温	破瘀活血 通經	1. 产后余疾出血不止 2. 血尿	1~3錢
当归			見子宮收縮药	
益母草			見子宮收縮药	
延胡索			見催乳药	
紅花			見子宮收縮药	

强 壮 药

药名	性味	功用	适应症	剂量
黃芪	甘温	補氣固表	1. 氣血虛弱2. 氣虛自汗 3. 行水消腫4. 托膿生肌	2~3錢
熟地	甘温	滋腎補血	1. 腎虛血少2. 产后虛弱 3. 月經不調	3~5錢
白芍	苦微平寒	養血柔肝	1. 血虛肝郁2. 月經不調 3. 腹疼肢攣	1~4錢
紫河車	甘咸温	補血益氣	1. 一切虛損勞亏 2. 产后血氣大傷	1~3錢
寄生	苦平	養血安胎	1. 血虛腰痛 2. 足膝酸軟	3錢~1兩

(续)

山 药	甘 温	补肾健脾	1.虚性泄带 2.遺精	3 ~ 5 錢
女貞子	苦 平	滋补肝肾	1.头晕耳鳴 2.白发、脫发 (脾腎 虛寒禁用)	3 ~ 5 錢
甘 草	甘 平	补脾、潤 肺解毒	1.脾胃虛弱 2.咳嗽	1 ~ 3 錢
党 参 [*]	甘 温	补气健脾	1.气血不足 2.脾胃虛弱	1 ~ 3 錢
人 参 [*]			見中枢兴奋药	
杜 仲			見降压药	
何首烏			見补血药	

注: *党参、人参忌与五灵脂配伍

驱 虫 药

药名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
檳 榔 [*]	苦 辛 澀 温	驅虫消脹	1.條虫症、蛔虫症、姜片虫症 2.痢疾 3.腹水	0.5~3錢
榧 子	甘 澀	杀虫、消 积、潤便	1.條虫症 2.疮疥 3.便秘	1.5~3錢
使君子	甘 温	杀虫健脾	1.蛔虫症 2.小儿慢性营养不良	1.5~3錢
苦楝子	苦 寒 小 毒	杀 虫 泻湿熱	1.蛔虫症、蟯虫症 2.疮疥	1.5~3錢

鶴虱	苦辛平	杀虫消积	蛔虫症蟯虫症條虫症	1~3錢
雷丸	苦寒	杀虫清热止汗	鈎虫症蟯虫症條虫症	1~3錢
蕪荑	辛苦温	杀虫消积	蛔虫症條虫症食积	0.5~2錢
貫众	苦微寒	杀虫清热解	1.鈎虫症蟯虫症2.透疹(单味煎服防麻疹)	1.5~3錢
烏梅			見止泻药	
石榴皮			見止泻药	

* 檳榔：驅條虫剂量，視人体大小强弱，可靈活用至1~3兩。

抗 風 濕 藥

藥名	性味	功 用	适 应 症	剂 量
防 風	辛甘温	解 表 祛风湿	1.風寒感冒 2.頭痛	1.5~5錢
防 己	苦 寒	祛风行水	1.風濕水腫2.腿腫脚氣(小兒虛弱禁用)	1.5~5錢
五加皮	辛 温	祛风湿 壯筋骨	1.風濕痛 2.脚氣痿弱	2~5錢
虎 骨	辛 温	搜風定痛 鎮 惊	1.筋骨走注痛疼 2.惊癇	1~5錢
細 辛	辛 温	散風祛寒 行水开竅	1.傷寒头疼2.痰飲咳嗽 3.風濕疼4.鼻淵	3~8錢
獨 活	辛 温	祛風止疼	下半身風濕疼	1~3錢

(续)

羌活	辛温	祛风止疼	上半身风湿疼	1~3钱
秦艽	苦辛平	祛风湿 和血舒筋	1.全身风湿疼 2.虚劳发热	1~3钱
苍术	辛苦温	健脾燥湿 发汗	1.风湿(痹) 2.泄泻3.腹胀满	1~3钱
川芎			見調經藥	
艾叶			見調經藥	

消炎药

药名	性味	功用	适应症	剂量
赤芍	微酸寒苦	散瘀活血 泻肝清热	1.肋痛腹疼痞块 2.风湿血瘀	1~3钱
夏枯草	辛苦寒	清肝火 散瘀结	1.目疼 2.肿毒(軟結消腫)	1.5~3钱
百部	甘微苦温	温肺潤肺 杀虫	1.寒咳久喘2.驅蛔虫 蟯虫3.疥癬	1~3钱
丹皮	辛微苦寒	清热凉血 散瘀血	1.热病发斑2.惊癇3. 鼻衄便血4.经閉痞結	1~3钱
金银花	甘寒	清热解毒	1.风热外感(配連翹) 2.热痢	3~5钱
知母	苦寒	潤肺降火	1.热病口渴 2.二便不利	1~3钱
連翹	苦微寒	清热解毒 解结	1.风热外感 2.清心宁神	3~5钱
黄芩	苦寒	泻火 清湿热	1.肺热咳嗽2.热病泻 痢3.安胎(配白术)	1~3钱

黃 柏	苦 寒	泻火、清 下焦湿熱	1. 阴虛亢熱(配知母) 2. 痢疾3. 白帶	1 ~ 3 錢
黃 連	苦 寒	泻火、燥 湿清熱、 解毒	1. 熱病泻痢(配木香) 2. 心煩、胸痞3. 泻火 解毒4. 目疾赤痛	0.5 ~ 1.5 錢
大 黃			見泻药	
白 芍			見强壮药	
厚 朴			見消腹胀药	

十三种中药抗菌作用表（比较）

药名	痢疾杆菌	伤寒杆菌	副伤寒杆菌	霍乱弧菌	大肠杆菌	变形杆菌	绿脓杆菌	葡萄球菌	草绿色链球菌	溶血性链球菌	肺炎球菌	双球菌	白杆菌
黄連	+	++	+	卅	+	+	+	卅	++	++	卅	卅	++
黄芩	+	++	+	++	+	+	+	++	++	+	+	+	卅
大黄	+	++	++	++	++	+	+	卅	++	++	+	+	++
連翹	+	++	+	++	++	+	+	++	+	+	+	+	++
厚朴	+	++	+	+	+	+	○	++	+	+	+	+	+
夏枯草	+	++	+	++	+	+	○	+	++	+	+	+	+
忍冬	+	++	++	++	+	+	+	+	++	++	+	+	+

当	归	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	○	+	+	○	+
黄	柏	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	○	卅
丹	皮	+	卅	卅	卅	+	+	+	○	+	+	+	○
知	母	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	○	卅	+	+	+
百	部	卅	+	卅	卅	卅	+	+	+	○	+	+	+
赤	芍	卅	+	卅	卅	卅	+	+	○	+	+	+	○
說 明		1. 本表摘自《中国药理学》上海科技出版社。											
		2. “○”代表无抗菌作用，“+”为有抗菌作用，“卅”号越多代表抗菌作用越强。											
		3. 表内结果是来自体外实验，故仅供临床参考。											

附录十二 土方验方汇编

目 录

感冒	569
咽痛	569
音哑	570
急、慢性支气管炎	570
哮喘	572
肺脓瘍	573
结核病	573
虚弱多汗	574
自汗盗汗	574
咯血	575
胃痛、胃溃疡	575
呕吐、呃逆	577
肠炎、痢疾	577
消化不良	579
五更泄	579
久泻	580

水泻	581
脱肛	581
痔	582
便秘	582
阑尾炎	583
食道癌、胃癌	583
良性肿瘤	584
肝炎	584
肝硬化腹水	585
腹水	585
高血压病	586
利尿	586
尿闭	587
偏头痛	587
老年头痛	587
眉棱骨痛	588
失眠	588
阳萎	588
遗精	588
关节痛	588

小儿麻疹	589
百日咳	590
腮腺炎	590
小儿口疮	590
小儿遗尿	591
软骨病	591
小儿脐湿	591
小儿高烧	591
小儿高烧惊厥	592
蛲虫症	592
胆道蛔虫症	593
绦虫症	594
痛经	594
闭经	595
月经过多、子宫出血	595
白带	596
产后乳少	596
回奶	597
乳头皲裂	597
结膜炎	598

中耳炎	598
鼻衄	599
牙痛	599
颞颥	600
口眼歪斜	600
半身不遂	600
癣	601
牛皮癣	601
体癣	602
足癣	602
斑秃（鬼剃头）	602
秃疮（黄癣）	602
治疣液	603
烫伤	603
旋耳疮	604
砍头疮	605
冻疮	605
湿疹	605
神经性皮炎	606
多发性毛囊炎	606

阴囊皮炎	607
须疮	607
臃疮腿	607
鸡眼	607
疖、痈、蜂窝组织炎	608
乳腺炎	608
医治骨折秘方	609
骨科薰洗剂	609
破伤风	610
黄水疮	611
小蓟止血剂	611

最高指示

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

轉摘自《周恩来总理在第三届全国人民代表大会第一次會議上的政府工作报告》，一九六四年十二月三十一日《人民日报》

附录十二 土方验方汇编

感 冒

方1：葱白三根、白菜疙瘩三个、鲜姜三片，水煎服。

方2：鲜姜半两、加糖两匙，水煎服。

方3：贯众三錢、南瓜蔓一尺，水煎服，连服三天。（预防流感有效）

方4：三九至六九麦苗开水泡，口服。

咽 痛

方1：山豆根五錢、甘草二錢，水煎服。

方2：针灸翳风下一寸，进针二寸，配双合谷穴。

（对急性扁桃腺炎效果较好）

方3：麦冬、桔梗各三钱、山豆根四钱，水煎服。

方4：生地五钱、寸冬四钱、元参四钱、薄荷三钱、白芍三钱、丹皮三钱、川贝母三钱、甘草一钱，水煎服。此方亦可加银花五钱、连翘五钱、石羔五钱、板兰根四钱。（治扁桃腺炎有奇效，治白喉效果也良好）

方5：射干、山豆根各二钱、枝子一钱，水煎服。

音 哑

处方：诃子肉三钱、桔梗五钱、蒲公英八钱、麦冬三钱、甘草三钱，水煎服。每日一付，分两次服。

急、慢性支气管炎

方1：莱菔子三钱、白菜根三个、冰糖一两，水煎服。

方2：莱菔子（炒）、杏仁（去皮尖，炒），各等

分共为细末，蜜为丸，每丸二錢，每次一丸，一日两次。或水煎服。

方3：白萝卜一段、川贝一錢、冰糖一两，把川贝研末加冰糖放入萝卜孔內蒸熟，一次吃完。

方4：甜瓜蒌一个、红糖三两，将甜瓜蒌开一小孔放入红糖，水煎后分四份，每次服一份。

方5：陈皮五錢、杏仁五錢、冰糖适量，研粉混匀，两日內服完。

方6：黄芩、桔梗（或南沙参）各四錢，水煎服。

方7：梨一个、川贝二錢、茯苓二錢、杏仁二錢、甘草五分、冰糖一两，水煎后分数次服，连梨同吃。（适用于小儿咳嗽）

方8：紫苏子二錢炒捣、葶苈子二錢捣、杏仁一錢半去皮尖捣、桔红二錢、马兜铃二錢、甘草一錢、核桃仁三錢，水煎服。

方9：苏子（炒）、白芥子（炒）、萊菔子各三錢，水煎服。

方10：柿饼一个、贝母三錢捣，将柿饼切开去核，添上贝母，炖熟服下。

方11：松树塔三个、豆腐数块，放入水中煮沸，空腹吃豆腐，喝汤。

哮喘

方1：白果三钱炒黄、麻黄二钱、姜半夏三钱、款冬花三钱、桑白皮三钱、苏子炒二钱、杏仁三钱、黄芩二钱、甘草一钱、生姜三片，水煎服或共为细末做成蜜丸，每丸三钱重，每日二丸，早晚服。

方2：枝子二钱、桃仁二钱、杏仁七粒、白胡椒七粒、江米七粒，共为细末，用鸡蛋清搅匀，贴敷在脚心。

方3：割治①膻中穴部位；②第三胸椎与大椎之间，两者可交替用，一般割三次。

方4：鸡蛋塞进蛤蟆口内，置瓦间烤，蛋熟食之，或蛋加蜜一两煮食之。

方5：伏天的蜘蛛三个，用纸包起，挂墙上，立冬后取下焙干为末，与蜂蜜、黄酒放碗中用砂锅蒸，服用，每年一次，连服2—3年。

肺 脓 瘍

方1：芦根四两、蒲公英一两、地丁一两、银花五錢、板兰根四錢、桔梗二錢、桑皮三錢、枝子二錢半炒、海浮石五錢、川贝母三錢，水煎服。

方2：百合五錢、蒲公英一两、板兰根五錢、甜梨一个，水煎服。

结 核 病

方1：蜈蚣一条，研成细末，装入鸡蛋内煮熟后吃，每天一个。连服五天，停五天再服（主治淋巴结核）。

方2：翻白草，水煎服，长期口服。

方3：蜡巴丸，每次七粒，每晨一次，七天为一个疗程，服时完全吞下，共四个疗程（治肺结核）。

注：蜡巴丸制法：

取完整无虫蛀之巴豆，去皮后，用针刺上，插入沸开的蜂蜡内，急取出转动，使蜡均匀

地附于巴豆表面，再速放入冷水中，等蜡凝固，拔出针，把针孔封闭即成。

方4：活乌龟一个，用黄泥包好，放入温火内烧熟后，去泥，用瓦焙干，碾成细末，每天服三次，每次五分。

方5：结核散：将整个壁虎用砂锅中之细砂焙干，研成末，用黄酒送下，每日一次，每次1—2个（主治淋巴结核）。

方6：壁虎膏：香油四两，炸十二个壁虎，加章丹二两炼至滴水成珠即可，涂在布上贴患处（主治淋巴腺结核）。

方7：蝎子两个，焙干成粉，放入一个鸡蛋中，蒸熟后服下。

虚 弱 多 汗

处方：黄芪五钱，白术、防风各二钱半，水煎服。

自 汗 盗 汗

方1：浮小麦一两、红枣五个，水煎服。

方2：麻黄根三錢、浮小麦一把、牡蛎五錢（煨、研），水煎服。

咯 血

方1：百草霜二錢、蜂蜜一两，调服。

方2：白芨三錢、槐花三錢，水煎服或研细面服。

方3：头发灰、柏叶炭、百草霜各三錢，水煎服。

方4：藕节一两、甜梨一个、白芨三錢，水煎服，梨也吃下。

方5：白茅根半斤、百合五錢、白芨三錢，水煎服。

方6：阿胶珠三錢、三七二錢半、当归三錢、冬花二錢、百合三錢、茯苓三錢、杏仁二錢去皮尖炒搗、川贝母二錢去心搗、熟地三錢、元参二錢半、荆芥一錢，水煎服。

方7：鸡蛋、白芨（研末），将鸡蛋打开，放入白芨一小撮，调匀、蒸熟即可，每日一个。

胃痛、胃溃疡

方1：杏仁去皮尖炒黄，每日三次，每次7—8

个嚼吃。

方2：乌贼骨一两、川贝三钱，共为细末，每服1—2钱，饭前服较佳。

方3：鸡蛋皮研为细末，每服一钱，开水送服。

方4：用艾卷灸双侧足三里，至出现红晕为止，而后用纱布盖好，防止感染。

方5：五灵脂一钱、广木香一钱、元胡一钱，共为细末，黄酒送服。

方6：香附七钱、良姜三钱，水煎服。

方7：苍术三钱、川朴三钱、陈皮三钱、清夏三钱、藿香三钱、檀香三钱、川连二钱、干姜一钱半、甘草一钱，水煎服（治胃痛呕吐，如并发吐泻者可加猪苓三钱、泽泻三钱、砂仁三钱）。

方8：苍术三钱、川朴三钱、陈皮三钱、川楝子三钱、川椒一钱半、吴萸二钱、元胡二钱、肉叩三钱、甘草一钱，水煎服（治胃寒痛）。

方9：花椒一钱、白萝卜子三钱炒、生姜一钱、红糖二两，水煎服（治胃寒痛）。

方10：胡椒七粒、大枣三个、杏仁五粒，共为细

末为丸，黄酒送服。

方11：健胃散：将海螺蛸研成粉状，口服，每日一至三钱，分三次服（治慢性胃炎）。

呕吐、呃逆

方1：竹茹三钱、清半夏二钱、陈皮三钱、生姜三片，水煎服（治呕吐）。

方2：麦冬数颗，含在嘴内并慢慢的嚼食，每天食之（治妊娠呕吐）。

方3：丁香一钱、柿蒂五个、生姜三片，水煎服，（治呃逆）。

肠炎、痢疾

方1：鲜马齿苋一把、大蒜两头，水煎服，每日一次。

方2：大杨树花二两、白糖适量，水煎一大碗，分二次服。

方3：高粱花三钱炒黄，研成细末，以红糖为丸，开水送服。

方4：杏树皮、椿树皮各二钱，研成细末，每服

一錢。紅痢加白糖一兩，白痢加紅糖一兩。

方5：熱油條就大蒜、或單用大蒜數頭，一次服。

方6：鴉旦子三個去皮，用元肉包住，白水送服，每日三次（治阿米巴痢疾）。

方7：枯礬、白面各等分，好醋為丸如綠豆大，每次服30丸，白痢用紅糖水送下，紅痢用白糖水送下。

方8：黃連二錢、廣木香二錢半、地榆炭四錢、烏梅三錢、白頭翁三錢、秦皮三錢、甘草一錢，水煎服。

方9：黃連二錢、廣木香三錢、川軍炭三錢、地榆炭三錢、甘草一錢，水煎服。

方10：章丹二兩、明礬二兩、大棗半斤，將明礬在砂鍋中熔化為液體，迅速將章丹放入，用竹筷攪拌，至章丹由橙紅色變成棕褐色為止（注意：若“過火”了，章丹變成黑色，藥性大減；若火小，章丹未變色，則去毒未盡，服後有頭痛、嘔吐等副作用，均不能作散用，故燒煉時“火候”應掌握適度）。

将大枣焙干、研碎，与炼制的章丹、明矾混合，研磨成粉末即可。两岁以下儿童每日三次，每次一分；两岁至十岁，每次3至5分，成人每次1至3钱（治小儿肠胃炎，大人也有效）。

消 化 不 良

方1：神曲炒、麦芽炒、山楂炒、莱菔子炒各三钱、鸡内金一钱，水煎服，或共为细末，每次服三钱，每日两次。

方2：米炒焦、研末，白开水送服。

五 更 泻

方1：柿蒂七个，水煎服，每日一次。

方2：炮姜三钱、枣炭三钱、枣树皮炭三钱、胡椒二钱，共为细末，每日一次，每次二钱，白水送服。

方3：桑螵蛸十二个、霜桑叶一两、大枣三个，水煎服。

方4：五味子三钱、吴茱萸三钱、破故纸四钱、肉

叩二錢，水煎服；或共为细末，每服二錢。

久 泻

方1：白术五錢炒、云苓四錢、台参四錢、扁豆四錢、肉叩三錢、訶子三錢、五倍子二錢、陈皮二錢，水煎服。

方2：赤石脂一两、五倍子三錢、石榴皮四錢、泽泻五錢、云苓一两、山药一两，共为细末，每服三錢，红糖水送下。

方3：枣树皮炒焦研末，枣泥为丸，三錢重，饭前服一丸。

方4：石榴皮一个、红糖一两，煎湯服。

方5：椿根白皮炒二两，研为细末，每日二次，每次三錢。

方6：存放久时的白萝卜秧，水煎服，红痢加白糖，白痢加红糖。

方7：山楂炒二两、茶叶五錢、生姜五錢、红糖五錢、白糖五錢，前三味煎好，冲红白糖服。

方8：脱粒后的玉米轴，烧炭为末，合红白糖等分拌匀，口服。

方9：柿蒂煨成炭，研末，每次二錢，每日三次。

方10：海参肠子一把，炒焦研碎，晚上睡前用开水冲泡，趁热服下。喝湯或帶稠的一起喝均可。

水 瀉

处方：猪苓五錢、泽泻五錢、白术土炒五錢、莲肉去心三两、老黄米炒三合、木香二錢、白糖一两、干姜三錢、车前子三錢，研成细末，以蜜为丸，每服三錢，白开水送下，或水煎分二次服。

脫 肛

方1：石榴皮三两、白矾五錢，水煎30分后，薰洗肛门，每日两次。

方2：鼈头一个，用火焙干，研成细末，加蜜混合后一次服下。

方3：龟头一个，用火焙干，研成细末，加冰片少许，敷肛门处。

方4：五倍子五錢、艾叶五錢，煎后薰洗肛门，每

日一次。

方5：蝉蜕一錢，焙干研末，香油調，涂肛門處。

方6：蓖麻仁搗爛敷百會，有提升作用。

痔

方1：荆芥、防風、透骨草、瓦松、五倍子、一支蒿各三錢，水煎薰洗。

方2：全蝎、僵蚕各二錢，研成細末共分15份，取一份放于雞蛋內煮熟，每日吃一個。

方3：槐樹豆五錢，炒熟與適量蜜混合，一次服（止痔瘡下血效果較好）。

方4：黑矾一兩，放入盆內開水溶化，薰洗肛門，一日一次。

便秘

處方：蜂蜜二兩、香油一兩，混合後白開水沖服，先服一兩，大便不下時再服二兩（本方對久病虛弱者用之效果良好）。

阑尾炎

方1：大黃三錢、丹皮三錢、公英四錢、冬瓜子四錢、當歸三錢、桃仁三錢、銀花五錢、甘草一錢、乳香二錢、沒藥二錢，水煎服。

方2：當歸三錢、赤芍三錢、紅花三錢、銀花五錢、敗醬草四錢、甘草一錢、桃仁三錢、薏米一两，水煎服。

食道癌、胃癌

方1：嫩胡桃枝半斤、雞蛋六個，于砂鍋內蒸成半生不熟時，把雞蛋皮打成裂紋，再放入鍋內煮，使雞蛋變成醬色，然後服用雞蛋，每天三次，每次一個，連服半个月為一個療程。

（可參見 231 頁選用）

方2：半枝蓮一两，水煎服，每日一次，常與旋復代赭湯（旋復花、代赭石、半夏、生薑、黨參、甘草、大棗）并用。

方3：毒蛇一條，放入瓶中，加香油浸沒，埋入地下三尺（在易震動的地方挖坑），三年後取

出，饮其油，每日一酒盅，3—4次见效。

方4：蜣螂一个，置瓦上慢火焙干，研为细末，每服五分，日服2—3次，枣子汤送服。

方5：参见 232 页。

良性瘤肿

处方：大王鱼肚用香油炸，每次吃1—3个。（治甲状腺良性瘤和其它颈部疙瘩）

肝 炎

方1：茵陈一两、白术三钱、猪苓四钱、茯苓三钱、泽泻四钱、砂仁一钱、白叩一钱、厚朴三钱、陈皮三钱、白茅根一两、枳壳三钱、甘草一钱，水煎服。

方2：茵陈一两、大枣十枚、白茅根一两、小蓟五钱、甘草二钱，水煎服。

方3：茵陈一至二两、青蒿四钱、柴胡三钱、白芍三钱、枝子三钱、银花三钱、猪苓三钱、泽泻三钱、木通三钱、甘草三钱，水煎服。如小便不通加滑石、车前子、篇蓄各三钱。

方4：茵陈一两、枝子二錢、板兰根三錢、柴胡二錢、甘草一錢、大枣十个，水煎服。

方5：柴胡三錢、青皮三錢、香附四錢、木香三錢、枳壳三錢、白术四錢、焦三仙各二錢、桃仁三錢、赤芍三錢、甘草一錢，水煎服（适用慢性肝炎）。如腹胀可加大腹皮四錢、川朴三錢。如小便少而黃可加车前子三錢。肝硬化可加鸡内金三錢、三稜二錢、莪术二錢、桃仁二錢。

方6：黑矾、杏仁炒搗、核桃仁炒搗各二錢、红枣煮熟去核、细白面炒熟二錢、蜜三錢，混合为丸，一个月內服完。

肝 硬 化 腹 水

处方：大戟、芫花、甘遂各等分研末，每次服五分。大泻水，不可连服，隔5—7天服一次。

腹 水

处方：取小活鲫鱼七条、放入七个鸡蛋中，将鸡蛋煮熟烤干为末，加黄酒四两服下。

高 血 压 病

- 方1:葵花托盘一个，晒干弄碎，水煎分二次服，一日服完。
- 方2:芹菜根十个、红枣五枚，水煎服。
- 方3:苦丁茶二錢半、釣藤二錢、干荷叶半张、桑寄生三錢，冲水喝。
- 方4:海带、草决明、石决明各五錢，水煎服。
- 方5:夏枯草八錢，水煎服。
- 方6:猪毛菜一把，水煎服。
- 方7:将绿豆适量，分装于新鲜猪苦胆内，置阴凉处，待胆汁全部浸至绿豆内时，将绿豆取出分服，每日三次，每次10—20粒。
- 方8:菊花三錢、石决明四錢、牛膝四錢、杜仲三錢、夏枯草五錢、桑寄生三錢、甘草一錢，水煎服。

利 尿

- 方1:玉米须一把，水煎服，每日一次。
- 方2:冬瓜皮、红枣、胡萝卜适量，水煎服。

尿 闭

处方：用油罐绳（越老越好）剪成几段，水煮服。

偏 头 痛

方1：白芷三錢、天麻一錢、防风一錢、荆芥一錢，水煎服。

方2：荞麦面一把、醋适量，将荞麦面加醋炒热敷头上。

方3：牛蒡子二两研末，白酒为引，开水调服，每日3—5分，日二次，服后被盖见汗。

方4：白芷五錢、茶叶二錢、红糖一两、水煎服，每日一付。

方5：菊花三錢、藁本二錢、蔓荆子二錢、柏子仁二錢，水煎服。

老 年 头 痛

处方：白萝卜一两、生姜一两、大葱一两，将上三味共捣成泥，敷在前头部，每日一次，约敷半小时取下。连用三、四次即愈。

眉棱骨痛

处方：蔓荆子、白芷各三錢，水煎服。

失 眠

方1：酸枣仁炒一两、柏子仁炒一两，共研细末，睡前服，每次三錢。

方2：七对鲜花生叶（干的亦可），水煎服。

阳 萎

处方：当归一两、牛尾巴一条，煮熟吃。

遗 精

方1：桑螵蛸一两，炒黄研细末，每日服二錢，白糖水送下。

方2：刺蝟皮一两，焙黄研细末，每日服三錢，溫水送下。

关 节 痛

方1：白芥子二两，研为细末与鸡蛋清调匀敷患处

（治风湿性关节痛）。

方2：透骨草一斤、红花二两，煎汤洗患处。

方3：艾叶二两、葱头一个、生姜半两，捣烂布包，蘸热烧酒涂擦患处，以痛止为度。

方4：透骨草五两、花椒五钱，适量水煎薰洗。

方5：荆芥、防风、桑枝各三至五钱，水煎服或薰洗。

方6：独活三钱、寄生四钱、秦艽、防风各三钱、川乌二钱半、桂枝三钱、细辛一钱、麻黄二钱、川芎三钱、牛膝四钱、甘草一钱，水煎服。

方7：柳枝、桑枝、槐枝、榆枝、桃枝各二两、蒜瓣一尺、艾叶一两，水煎后薰洗。

方8：食盐一两、大葱二根（切碎）、麦麸一斤，放入锅内炒热倒入布袋内，趁热敷关节局部，每天2—3次。

方9：海桐皮一两，用白酒一斤，浸泡密封一周后，每天喝此药酒三盅。

小 儿 麻 疹

方1：银花二钱、紫草二钱、甘草一钱，水煎服。

方2：浮萍三钱、芦根一尺、香菜根五根，水煎服。

方3：葛根三錢，芦根一尺，水煎服。

方4：紫草五錢、升麻五錢、桔梗一两，甘草五錢，银花一两，共为细末，每服五分至一錢（预防麻疹）。

百日咳

方1：黄芩五錢、猪苦胆一个（鸡、羊苦胆亦可），将黄芩水煎与新鲜胆汁混合每日一次，七天服完。

方2：把鸡苦胆的胆汁加白糖服下，一天一个，至愈为止。

腮腺炎

方1：仙人掌一块，捣烂合醋成泥敷患处。

方2：板兰根二两、水二斤，煎成一斤，分四次服完，每四小时服一次。

小儿口疮

方1：柿霜少许涂在口腔患处。

方2：吴茱萸三錢、天南星一錢，研细末水调，敷足

心涌泉穴；或用吳茱三錢、蕎麥面適量，同上法。

方3：霜桑葉焙干研成細末，用香油調，塗患處。

小兒遺尿

方1：豬膀胱一個（公豬較好），焙黃為末，用黃酒送下。

方2：益智仁、桑螵蛸各三錢，水煎服，連用三劑。

方3：茴香菜醃咸，裝入豬膀胱內陰干，焙干為末，每服四錢，每日一次黃酒送服。

軟骨病

處方：雞蛋皮焙為焦黃，研成粉，每日三次，每次一至二錢。

小兒臍濕

處方：枯礬五分、龍骨二錢、輕粉二分，研末敷。

小兒高燒

處方：蚯蚓適量，搗爛貼足心涌泉穴。

小儿高烧惊厥

处方：贝壳煨半斤，加水碗半，煎至一碗，分九次服用，每日三次。

蟯虫症

方1：鲜苍耳子一棵、鲜艾一棵，共捣烂后水煎，趁热薰洗肛门。

方2：大蒜捣成烂泥状，香油调后，睡前涂肛门周围，每日一次。

方3：檳榔五錢，水煎服，同服硫酸鎂五錢。

方4：柳树根一把，水煎服。

方5：把猪肝煮熟，用刀切成一个园长条，在上用针刺许多小孔，沾香油塞入肛门内，保留半日取掉。

方6：生花椒三錢、雄黄五分，共研为细末，用棉花将药包成小球，浸泡在香油内，浸透取出来，塞入肛门内。睡前放入，早上便出。

方7：睡前用醋涂肛门，每日一次。

方8：黄柏二两，研成细末，用香油调拌，制成

坐药，每晚放入肛门。

方9：将大麻子捣烂，抹于肛门周围，每晚一次，连续五天。

方10：雄黄、樟脑各五分，共为细末，用棉花将药包成小球，蘸香油，塞入肛门内。

方11：烟袋油少许溶在10——20毫升开水里，用注射器于睡前注入肛门内，一次止痒，三次除根。

方12：在肛门周围涂抹煤油。

胆道蛔虫症

方1：先喝温热醋止痛，后服乌梅汤（乌梅四钱、川椒三钱、使君子三钱、雷丸三钱、川军二钱、甘松一钱、黄柏四钱、甘草五分，水煎服，每日一付）。

方2：乌梅三钱、细辛八分、川椒二钱、使君子三钱、黄连二钱、附子二钱、干姜一钱半、川军二钱、甘草二钱，水煎服。

方3：当归三钱、赤芍三钱、使君子三钱、川椒一钱半、乌梅三钱、乳香二钱、没药二钱、

银花三錢、公英四錢、川连二錢、川军三錢，
水煎服（治胆道蛔虫症体溫高者有效）。

方4：椿树皮五錢，水煎服，可使虫排出（常用
于肠道蛔虫症）。

方5：喝醋止痛后，再用大葱汁与等量豆油调匀
喝下，即驱蛔虫。

绦 虫 症

处方：檳榔片三两、南瓜子五錢，先吃炒南瓜子，
再服檳榔片熬成的药湯。熬檳榔片用水五百
毫升，沸半小时后约剩下二百毫升，晚上不
吃饭，第二天清早空腹服下。

痛 经

方1：当归三錢、川芎二錢、赤芍三錢、熟地三
錢、桃仁二錢、红花二錢、元胡三錢、香附
四錢、甘草一錢，水煎服。

方2：香附四錢、元胡三錢、丹参四錢，水煎
服。

闭 经

方1：红花三錢、黑豆五两、红糖三两，水煎服。

方2：茜草根一两，水煎兑黄酒一两溫服，一次见效。

方3：干芹菜一两，水煎服。

月经过多、子宫出血

方1：百草霜、棕炭、侧柏炭各一两，水煎服。

方2：棕櫚皮一两，水煎服。

方3：针刺隐白、大敦；沿皮向上刺，同时灸隐白穴。

方4：丹参五錢、菟絲子四錢、杜仲炭三錢、阿胶三錢、艾叶炭二錢，水煎服。（治妊娠漏血）

方5：莲房炭三錢、升麻五錢、血余炭三錢，水煎服。

方6：棕炭三錢、地榆炭三錢，水煎服。

方7：向日葵蒂一个烧成灰，研末分四包，黄酒送服，轻者服一包，重者加倍。

方8：大枣十个、党参三錢，泡开水当茶喝。

白 帶

方 1：艾叶一两与鸡子同煮，每天吃一个。

方 2：蛇床子一两，水煎后薰洗外阴部。

方 3：苍术四錢、薏米一两、车前子四两，水煎服。

方 4：用干淨棉球浸于新鲜猪胆汁后，放于阴道，
每日一次。

方 5：蛇床子五錢、苦参五錢、龙胆草三錢、艾
叶三錢、当归三錢、赤芍三錢、银花三錢、
甘草一錢半，水煎薰洗外阴部。

方 6：葵花茎去皮七寸，焙黄研末，白带加红糖，
红带加白糖，等量黄酒送服。

方 7：白马鬃一绺（食指粗）放新竹筒内，用火
烧之，竹筒烧三分之二时，倒出马鬃研末，
一次服完，黄酒二两冲服。

方 8：鲜马齿苋汁二两、鸡蛋清一两半混合，另
加水半杯，炖熟，临睡前服。

产 后 乳 少

方 1：胡麻一两、王不留四錢、甲珠三錢、甘草

三錢，水煎服。

方2：豬蹄二个、豆腐一斤、大葱白三寸，煮后喝湯吃肉。

方3：豬蹄二个、木通三錢，煮后喝湯吃肉。

方4：王不留五錢、六路通三錢、木通三錢、川甲珠二錢、漏芦三錢、通草一錢，水煎服。

方5：漏芦、王不留、黑芝麻、六路通各三錢、红枣三个，水煎服后，再喝腥湯。

方6：鱼鳃两个（一条鱼上完整的）煮湯一碗，加黃酒一匙送服；或鲫鱼湯加米湯。

回 奶

处方：炒麦芽三两，水煎溫服，每天一付。

乳 头 皸 裂

方1：花椒子油，涂患处。

方2：蛋黃油涂患处（熟鸡蛋黃放入锅中火炒至焦黑后即可出蛋黃油。）

方3：鹿角霜三錢，为细末，香油调，涂患处，每日二次。

结 膜 炎

方 1：川黄连一钱研成细末，用鸡蛋清浸泡，去其沉渣，用清液点眼。

方 2：黄连一钱研成细末，人乳调敷足心。

方 3：大黄一片浸泡人乳后，用大黄片敷眼上。

中 耳 炎

方 1：鲜生地根，挤汁滴耳中。

方 2：肩部最高点用三棱针放血。

方 3：明矾熬化加冰片，研成细粉吹耳内。

方 4：蜈蚣一条用香油炸焦后，取出，用此油滴耳内。

方 5：将大蒜捣烂，加水少许，用布过滤后，用此液滴入耳内。

方 6：将韭菜根捣烂，用纱布过滤后，用其汁滴入耳内。

方 7：枯矾、鸡蛋清（烤干）等量，混合共研成细末，加冰片少许，用香油调后滴耳内。

方 8：核桃油滴耳或蛋黄油滴耳。

方9：猪苦胆一个、白矾一块，共为粉末，少许吹入耳内。（猪苦胆与白矾3：2）

方10：用白矾面装入猪苦胆，装一半放阴凉处，焙干后取适量研成粉，用苇子杆吹入耳内。

鼻 衄

方1：大蒜一头，捣烂，敷足心约15分钟，或塞入鼻内。

方2：头发一撮烧成灰研成细末吹入鼻内。

方3：鲜茅根二两，水煎服，每天一剂，连服三天。

牙 痛

方1：针止痛穴。（此穴位于第二、三掌骨之间，距指掌关节二横指处取之。）

方2：生地五钱、元参五钱、石膏五钱、升麻三钱、黄芩三钱，水煎服。

方3：柏树碗数量不拘，用水煎后漱口。

方4：青盐、冰片、硼砂、樟脑等分，共为细末，抹患牙处。

方5：取生地一錢搗爛加樟腦一分，混勻貼痛處，流出涎水，痛即止。

方6：樟腦一錢、花椒八粒，共為細末貼患處。

方7：蓖卜、良姜、細辛各二至三錢，水煎口服。

方8：薄荷霜一錢、冰片半錢，共為細末。用棉球沾塗于患處，使唾液流出。

癰 疔

處方：將駝全胎盤一個焙干，研末即成，日服三次，一次三分。

口 眼 歪 斜

處方：天虫三錢、全蝎三錢、白附子四錢，共為細末分成九包，黃酒送服，每次一包，日三次。配合針灸取頰車、地倉、太陽、合谷等穴，每日一次。

半 身 不 遂

處方：病人在床上蓋着被子，在床下放麥糠，滴點醋，點煙熏，出汗即止。

癬

处方：斑蝥、半夏、白附子、檳榔片、山楂、樟脑各二錢半，用好白酒一斤，浸泡半个月，用水涂患处。

牛皮癬

方1：将鸡蛋用醋浸泡四至五天，蛋皮变软后，将蛋取出弄成粥样，涂于布上敷于患处。

方2：用三棱针围绕癬周围点刺出血后，用酒浸苦参溶液，局部涂擦。

方3：用柏树枝煎水洗，每日一次。

方4：大胡萝卜二斤，切碎取汁加轻粉、樟脑各三錢，调匀涂患处。

方5：生半夏十五个、斑蝥五个、晒干共为细末，用香油适量或两个鸡蛋黄炼油调药面，涂抹患处。

方6：石碳酸4毫升、水杨酸5克、升汞0.5克、酒精100毫升，将以上成分均匀混成液体，涂于患处，每日二至三次。

体 癬

方1：鲜黄瓜尾巴，涂抹患处，每日一至二次。

方2：锅台土少许碾成粉末，用醋调后外敷。

方3：紫茄子花从蒂部剪下，捣烂成泥敷患处，一日三次。

足 癬

方1：二份姜片，八份酒精浸三日即成（酒精浓度75%），涂于患处。

方2：冬瓜皮熬水泡洗。

方3：苍术面一钱，用鸡蛋清调，涂患处。

方4：柳絮在瓦上焙黄，研成细末，敷患处。

斑秃（鬼剃头）

处方：用针点刺出血后，用生姜在脱发处涂擦，每日一次。或用大蒜擦患处。

秃疮（黄癬）

方1：花椒面适量，与鸡蛋黄，香油调后敷患处。

方2：川乌、草乌、川芎各三錢、斑蝥一个，共为细末，用醋调涂患处。

治 疣 液

处方：石碳酸4毫升、水杨酸5克、酒精100毫升，将以上成份混合成液，每日多次涂擦患处。

燙 伤

方1：川军三錢、紫草二錢、冰片五分混合研末。用香油调成稀粥样。涂于杀菌后烫伤面，初用时，间隔时间可短一些，随干随涂，以后涂抹时间逐渐延长。

方2：地榆粉一两，香油调后敷患处。

方3：大黄粉一两，香油调后敷患处。

方4：黄柏、川军、黄芩、寒水石各等分共细末，同时酌加冰片，再研细，香油调，涂患处。

方5：黄芩、黄柏、大黄各三两，研为细末。加冰片少许，装入瓶内备用，同时加石膏半錢，用香油调敷。

方6：黄芩、黄连、黄柏、石膏等量，研成细

末，加香油调敷。

方7：当归一两、白芷一两、乳香一两、没药一两、紫草一两、黄连五钱、象皮一两、黄蜡一两半、香油一斤。这是一料，如用半料各药减半。将以上各药制成药膏，涂敷患处。

制法：用香油先把象皮煎成黄褐色。再把其它药放在油内，都变颜色后，把黄蜡放在碗内（不要放在油内），碗口放一张棉纸或一块纱布也可，把熬好的油向碗内倒，把药渣滤出，使油与蜡溶化成药膏。

方8：枣树皮一钱、川连一钱、黄柏一钱、当归一钱，共为细末。香油调涂患处。

方9：猪毛四两烧成灰，为细末。香油调涂患处。

方10：鸡蛋清五个、香油三两，调涂患处。

方11：生石膏二钱、生大黄二钱、儿茶二钱、共为细末，鸡蛋清调敷。

旋耳疮

处方：鸡蛋皮、香油，砂锅焙鸡蛋皮至黄色，研成细末，香油调成膏。涂患处，日三次。

砍头疮

处方：鸡蛋黄、香油，将煮熟之蛋黄用香油制成软膏。涂于患处，每日一次。

冻疮

方1：鸡蛋清、绿豆面，二者调配为膏，涂患处。

方2：干茄棵四两、羊角辣椒三个，水煎煮后薰洗患处。

方3：鲜山药、红糖各等份，捣烂敷患处。

方4：花生皮四两，焙焦后研成细末，香油调后敷患处。

方5：鸽子粪一把，放入水煮沸，薰洗患处。

湿疹

方1：枯矾二钱、朱砂五分、冰片三分、雄黄一钱，共研细面，香油调后涂患处。

方2：鸡蛋皮焙成焦黄，研成粉末，香油调后涂患处。

方3：老槐枝内皮炒黄后，研成细末，香油调后

涂患处。

方4：猪蹄甲焙干研成细末，香油调后涂患处。

方5：将牛黄上清丸捣碎放入香油中，在火上调制，每日一至二次外用。

方6：用糠馏油涂患处。

方7：黄柏五钱研成粉末，加冰片一钱，用香油调后敷患处。

方8：艾叶、花椒适量，水煎煮后薰洗患处。

神经性皮炎

方1：梅花针轻叩至产生出血点，然后用艾卷灸，可配针灸足三里。

方2：细辛、良姜、肉桂各五分，研成细末，95%酒精100毫升，浸泡一周，过滤后加入适当甘油，用此药涂患处，一天两次。

方3：割治第4、5指蹼间。

方4：割耳屏部位出血即可。

多发性毛囊炎

处方、蒲公英一两，水煎服，或用此煎剂外洗。

阴囊皮炎

处方：用鸡蛋清、核黄素面合在一起，涂患处。

须 疮

处方：山羊胡一撮，焙干研成细末，用香油调，涂患处。

膝 疮 腿

方1：铜绿五钱、章丹五钱、乳香三钱、没药三钱，用羊脂熬成膏，涂患处。

方2：用咸萝卜片敷患处，拔出水后去咸菜片，再于患处撒白矾，包扎后拔干，一周即愈。

方3：新鲜红果在棉籽油灯上烧软，涂于黑布上，敷患处。

方4：将棉籽油烧热，以葱白蘸油涂患处。

鸡 眼

方1：蜈蚣一条研成细末，用醋调后涂患处。

方2：鸦旦子去壳后，捣烂敷贴患处。

方3：用0.25%普鲁卡因2毫升，封闭太溪穴，四至五次后，鸡眼软化脱落。

疖、痈、蜂窝组织炎

方1：将猫眼草全草五斤，浸液用二重锅蒸发成膏，涂患处。

方2：干姜适量用黄土焙成焦黄，加冰片等分，共为细末，用猪胆汁调成膏状。按疮面大小涂敷此药，每次约一韭菜叶厚，三至四天换药一次，两次即愈（秘方）。

方3：将石灰放入猪苦胆内，装至一半，放阴凉处风干，研成末，香油调用（治各种疮。）

乳 腺 炎

处方：鹿角霜、乳香、没药、雄黄各五分、蛇蜕一条，以上药共为细末，加黄蜡二两，共放入砂锅内用磁勺搅拌，加热至冒白烟时，迅速把砂锅用冷水冷却，并继续搅动，至搅不动为止，取出搓成丸。分为十份，每次一份，用开水送下，隔日一次。

医治骨折秘方

处方：鹿角霜三錢、地丁三錢、木贼草三錢、白芨四两、透骨草三錢，取上药共为细末，另包好。取土鳖虫（簸箕虫）新七个旧十四个，和姜四两在一起砸烂。

制法：用香油十四两（老秤），放在新砂锅内，烧至将开时，把鹿角霜等五种药下到油锅中，然后下土鳖虫和姜。再取甜桑根皮和苦桑根皮适量都切碎，也下到油锅中，熬到只剩下香油一两至一两半即可。

用法：在上药前，先把伤处按原来的情况顺好（即整复好），上药后不许动，包扎二十小时至二十四小时就起药。少年人十几天就能恢复原状，成人二十天至一个月就能恢复原状。十岁以下者用半付药即可。

骨科熏洗剂

处方：红花、透骨草、防风、荆芥、当归、川乌，以上药物混合，加水煮开，温热时熏洗局部。

破 伤 风

方1：僵蚕三条焙焦黄压碎，用蜜调匀送服。

方2：胡椒八錢、章丹七錢，火硝、白矾各錢半，共研细末，加醋拌后，擦前后心，手、脚心，直至擦红为止。

方3：蝉蜕七分（焙焦），手指甲一分（炒黄），共为细末，用黄酒或白酒为引，一次服完。服后二小时出汗而愈。

方4：公羊粪三两炒黑存性研成末，温黄酒调服，盖被取汗立愈。

方5：蝉蜕三錢、防风三錢、朱砂一錢，共为细末，分为三包，每服一包，日服二至三次，盖被取汗出。

方6：血余、升麻、蝉蜕各三錢焙黄共为细末，黄酒调服。

方7：头发、艾、桑枝、茧、过风纸、老簸箕绳，点着薰伤处，出汗即好。

黃 水 疮

方1：地骨皮、黃柏等量，共为細末，香油調，每日三至五次，塗患處。

方2：花椒、熟雞蛋黃，適量混合。制法：取花椒適量，置鍋中炒後，研成粉末，取雞蛋一個，煮熟取出部分蛋黃與花椒粉混合，加少量香油調勻，即可供藥用。塗患處，一日數次，二、三日即可痊癒。

方3：刺菜弄碎擠出的水與等量豆油配合後，再與氧化鋅或淀粉弄成粥狀塗患處。

方4：柏樹子焙干為末，用香油調塗患處。

方5：刺菜弄碎擠水，將其水與白矾面調塗患處（稀時可加氧化鋅或淀粉）。

小蘗止血劑

處方：小蘗，用新鮮小蘗若干，洗淨搗碎敷患處，用紗布或干淨的布固定。亦可晒干研成粉末，撒患處即可止血。

附录十三 群众献方选录

目 录

慢性阑尾炎	614
痔疮	615
汗斑	615
骨膜炎	615
耳病	615
疳腮	616
半身不遂	617
羊痫疯	617
遗尿	617
小便便血	618
服毒	618
鹅口疮、红白口疮、白马絮	518
淋巴结核	619
纏腰丹毒（蛇盘疮）	620
乳疮	620
臃疮	620

血崩	621
痛经、白带	621
惊风	621
火烫伤	622
预防脑膜炎	622

最高指示

人民，只有人民，才是创造世界历史的动力。

《論联合政府》（一九四五年四月二十四日）

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。

《关心群众生活，注意工作方法》（一九三四年一月二十七日）

附录十三 群众献方选录

慢性阑尾炎

处方：陈皮二錢、青皮二錢、乳香二錢、公英二錢、银花二錢半、连翘三錢、枳壳三錢，水煎两遍，一次服，一日一剂。

本方主要功能是清热、解毒、止痛，根据临

症轻重不同可酌情加减分量。

痔 疮

方1：大葱叶捣成泥敷于患部，三小时见好转，两次可治愈。本方主治栓塞性痔疮。

方2：丝瓜络炭五钱、棕榈炭五钱，水煎，空腹服，一日两次。本方主治内痔出血，也可治直肠出血、子宫出血。

方3：外痔痛疼难忍者，于晚上睡觉时用卫生球一个，夹在肛门边上，一夜即消。

汗 斑

处方：生姜蘸硫黄粉涂擦，几次即愈。

骨 膜 炎

处方：乳香、川军、南星、白芨各二钱，共研为末，用鸡蛋清调合，如膏药一样贴敷患处。

耳 病

方1：主治耳道炎

鸡蛋 1—3 个，蒸熟取蛋黄，以铁勺焙出蛋黄油，用此油滴耳，每次 3—4 滴，滴后 30—40 分钟用消毒棉花沾净，每日 2—3 次，2—3 日可愈。

方 2：主治慢性中耳炎

韭菜（适量）捣烂，用纱布包住拧出汁水，将汁水装入滴瓶内，每次滴入耳内 3—4 滴，每日三次，数日即愈。

疔 腮

方 1：青靛花（大青）捣烂成泥，敷患处。

方 2：用兰靛水（染厂用过的）涂患处，每日涂数次，数日即愈。

方 3：川大黄二两、白芨一两、赤小豆一两、米醋四两，先将前三味研成细末，再将米醋煮沸后加入调匀，涂敷患处，然后用纱布包扎，一日换药 3—4 次。敷药期间忌食鱼虾等腥味食物。

半身不遂

处方：生黄芪二两、赤芍一錢、川芎一錢、当归三錢、地龙一錢、桃仁一錢、红花一錢、白芍三錢、大熟地一两、桂枝一錢，水煎服。

羊 癇 瘋

处方：白鸽子两只，剖开取出心脏，发作前将心脏一次生吃，至多两次即愈。

遗 尿

方1：主治夜尿症

金樱子（去毛）四錢、复盆子三錢、桑螵蛸二錢、莲须三錢、山药四錢，水煎服，一日一剂，分三次服。

方2：主治梦中遗尿

桑螵蛸二十个（煅成炭），红糖少许，共为细末，分为四付，红糖水送服，每晚服一付，服数付即愈。

小便便血

处方：椿树牌子不拘量，放在罐内用水熬，让患者坐在罐口上，用热气蒸数次，有小便排出即愈。

服 毒

方1：主治信石中毒

榆树面二两、鸡蛋清五个，将鸡蛋打开去黄，用其蛋白将榆树皮面拌成稀糊状服下。服后不久，即将信石吐出。

方2：主治砒霜中毒

一只鸡的全部血液，温开水一茶碗，将鸡血与温开水混合后一气服完，服后20分钟可呕吐出毒物。

方3：主治盐卤中毒

误服盐卤，用一大碗豆浆速服下。

鹅口疮、红白口疮、白马絮

处方：冰片、硼砂、元明粉、朱砂各三分，共为

细末，吹入口内。

淋 巴 结 核

方1：丝瓜络、露蜂房、马齿苋各五钱或一两均可，共为细面，用小磨香油调匀，涂于患处。主治鼠疮、蜈蚣疔、乳疮、痘疮及串皮毒疮等。

方2：鸡子七个、香油四两、鱼胶一两、蛇蜕二钱、蝉蜕二钱、乳香四钱、没药四钱、山甲四钱，以上药用油煎后共为细面，分20次服，每天两次。

主治气瘰。

方3：猪油十二两（板油用慢火熬后去渣）、檳榔二钱半、乳香一两、没药一两、血竭一两、紫草二钱半、黄蜡一两、白蜡一两、银朱五钱、潮脑五钱、龙骨五钱（煅）、蓖麻油二两，将猪油融化后，取檳榔下五味与之同熬，过滤去渣，加入两蜡熬化，试其老嫩，取火候适中，将其倒入碗内，再加入银朱下四味，用桑条急搅之，冷后成膏，用纱布摊贴患处。

主治疮毒瘰疬脓尽不能生肌收口。

方4：水仙花根、椿根皮各等分共捣烂，贴布上，敷患处。

主治鼠疮、臁疮。

纏腰丹毒（蛇盘疮）

处方：杉脂放碗里隔水蒸化，涂擦患处。

乳 疮

方1：主治乳疮未破

槐花三錢、鸡子三个，槐花用水煎后去花，用此水煮鸡子，连湯內服出汗，2—3次即痊愈。

方2：主治破溃的乳疮

北瓜把一个，烧成炭后研细面，用香油调敷患处。

臁 疮

处方：小腿生臁疮，日久不愈者，用槐树枝四两、香油六两、黄蜡一两，将槐树枝用香油炸枯，

撈出后乘熱入蜡成膏，塗抹患處。

血 崩

方1：楊樹狗子二兩（大葉楊開花后所結之須）、
紅糖四兩，置于茶壺內，開水沖，當茶喝，
一天換一次。禁忌生冷食物。

主治血崩淋漓不止者。

方2：棉籽（炒）五錢、荊芥穗五錢，炒黑后共
研為細末，分三次，用紅糖開水沖服。

痛 經、白 帶

處方：棉花籽一兩，煎服，或燉肉服。

惊 风

處方：僵蚕三錢、薄荷二錢、胆星二錢、全蝎二十
二个、钩藤三錢、雄黄一錢、黄连一錢、牙
皂一錢、明天麻二錢、川军二錢、辰砂一錢、
当门子一分，共為細末，初生兒每日三次，
每服三厘，用蜜調服（用筷子蘸蜜后裹药
末，塗抹在小兒口內）。周歲內每日三次，

每服一分，病重可加倍。一岁以上，可酌加。
慢惊忌用。

此方专治早期四六风或预防其发生。另外对小儿消化不良发烧便绿、周岁内的小儿百日咳和10岁以内的羊痫疯也有疗效。百日咳患儿每服加犀角半分；10岁以内的羊痫疯，当门子用量加倍。

火 燙 伤

处方：松叶焙干，研成细末，用鸡蛋清或麻油（菜油也可）调合，涂敷伤处。

预防脑膜炎

方1：松树嫩叶（嫩松针、嫩松毛）二斤、甘草四两、水二十斤，熬至十五斤左右，成人每次服汤药二市两，一日二至三次。儿童依年龄酌减。一料可供二十五个成人服用一天。

方2：嫩松毛一两、甘草一钱、加水六两、熬浓汁去渣，供成人一天服用。

以上两方都称松甘汤，如服用过量，可引起头晕等不适。

最高指示

备战、备荒、为人民。

《人民日报》（一九六六年八月十二日）

要节约闹革命

《人民日报》（一九六七年一月二十六日）

附录十四 医生出诊箱的配备

用具：针灸针一套，听诊器一个，体温计一支，注射器30毫升、2毫升各一副，镊子一把，针头18号、20号、22号各一个，煮针锅，酒精灯，剪刀一把，橡皮管一条（止血用），橡皮导尿管一条，三角巾2条，绷带4卷，灭菌棉花签一包，灭菌纱布一包，灭菌棉球一包，胶布一卷，“六·二六”水罐20个，处方笺一本。

药品：外用药：1%龙胆紫10毫升，3%碘酊10毫升，2%红汞10毫升，75%酒精60毫升，生理盐水80毫升，磺胺软膏一管，清凉油一盒。

急救药：苯甲酸鈉咖啡因0.25克安瓿3支，25%尼可刹米（可拉明）1.5毫升安瓿3支，1：1000肾上腺素安瓿3支，10%氨水10毫升。

止痛药：颠茄酊10毫升，胃痛片50片，吗啡0.01克安瓿3支，十滴水2瓶，复方阿司匹林50片，阿托品0.5毫克安瓿3支。

其他药品：复方奎宁注射液（福白龙）3支，百尔定注射液3支，苯巴比妥鈉0.1克安瓿3支，蒸馏水10毫升安瓿2支，青霉素20万单位3瓶，青霉素油剂1瓶，50%葡萄糖20毫升4支，10%葡萄糖酸鈣10毫升1支，磺胺胍0.5克100片，磺胺噻唑0.5克50片，碳酸氢鈉0.5克100片，安替比林0.3克100片，氨茶硷（或麻黄硷片）0.1克50片，奎宁0.3克50片，疳积片10包（或山道年0.03克50片），仁丹10包，止咳祛痰片50片，金霉素眼膏1支。

说明：出诊箱的配备应根据季节不同及当地具体情况增减；以上所列用具、药品及其数量，仅供一般参考。